

## Comparing the Effectiveness of Affect Phobia Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Emotional Self-awareness and Perception of Suffering in Patients with Chronic Pain Disorders

Dafeian, F., Choobforoushzadeh, \*A.

### Abstract

**Introduction:** The aim of the present study was to compare the effectiveness of affect phobia therapy (APT) and acceptance and commitment therapy (ACT) on the emotional self-awareness and perception of suffering in patients with chronic pain disorders.

**Method:** This study was a semi-experimental type with a pre-test and post-test design in experimental and control group with a two-month follow-up. The statistical population included patients with chronic pain disorders referred to pain centers Isfahan in 2023. Forty five people were selected by purposive sampling method and randomly assigned in to three groups. Data collection instruments were emotional self-awareness questionnaire and perception of suffering questionnaire. The first experimental group received eight sessions of APT of the McCullough protocol (2003) and the second group underwent eight sessions of ACT protocol of Dahl (2015). The control group was placed on the waiting list. The data was analyzed using SPSS-26 and multivariate analysis of covariance method.

**Results:** The findings showed that both interventions were effective in improvement emotional self-awareness and reducing perception of patients with chronic pain disorders in the post-test and follow-up phase ( $P < 0.05$ ). There was significant difference between the two experimental groups in mean the post-test and follow-up stages in emotional self-awareness and ACT was more effective than APT ( $P < 0.05$ ). There was no significant difference between the two experimental groups in the post-test and follow-up stages in Perception of Suffering ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** According to the findings of the research, the results showed that affect phobia therapy and acceptance and commitment therapy to improve the psychological components of people with chronic pain can be useful along with other psychological treatments. These two treatments are effective in improving the mental health patients with chronic pain disorders and can be used to reduce psychological problems in pain disorders treatment centers.

**Keywords:** Affect phobia therapy, Acceptance and commitment therapy, Emotional self-awareness, Perception of suffering, Pain disorders.

## مقایسه اثربخشی درمان عاطفه هراسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودآگاهی هیجانی و ادراک رنج بیماران مبتلا به درد مزمن

فاطمه دافیان<sup>۱</sup>، آزاده چوب فروش زاده<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۱۶

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان عاطفه هراسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودآگاهی هیجانی و ادراک رنج بیماران مبتلا به درد مزمن بود.

**روش:** این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه کننده به مراکز درمان درد شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بودند. ۴۵ نفر با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و با جایگزینی تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. ابزارها شامل پرسشنامه‌ی خودآگاهی هیجانی گرت و همکاران و پرسشنامه‌ی ادراک رنج اسپالز و همکاران بود. گروه آزمایش اول هشت جلسه درمان عاطفه هراسی پروتکل مک کالو و گروه دوم هشت جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پروتکل داهل را دریافت نمودند. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از SPSS-26 و روش تحلیل کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد هر دو مداخله در افزایش خودآگاهی هیجانی و کاهش ادراک رنج بیماران در مرحله پس آزمون و پیگیری مؤثر بوده‌اند ( $p < 0.05$ ). بین دو گروه آزمایش تفاوت معناداری در میانگین پس آزمون و پیگیری خودآگاهی هیجانی وجود داشت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان عاطفه هراسی اثربخش تر بود ( $p < 0.05$ ). بین دو گروه آزمایش تفاوت معناداری در پس آزمون و پیگیری ادراک رنج وجود نداشت ( $p > 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش نتایج نشان داد درمان عاطفه هراسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود مؤلفه‌های روانشناختی افراد مبتلا به درد مزمن می‌تواند در کنار سایر درمان‌های روانشناختی مفید باشد. این دو درمان در ارتقای سلامت روان بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر بوده و می‌توانند جهت کاهش مشکلات روانشناختی در مراکز درمان درد استفاده شوند.

**واژه‌های کلیدی:** ادراک رنج، خودآگاهی هیجانی، درد مزمن، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان عاطفه‌هراسی.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران  
۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

## مقدمه

درد مزمن<sup>۱</sup> به‌عنوان یکی از مهمترین مسائل و معضلات پزشکی و بیماری‌های روان‌تنی<sup>۲</sup> در تمام جهان بوده (۱) و خواهد بود. به‌طور کلی، درد به‌عنوان تجربه هیجانی و احساس می‌باشد (۲). درد مزمن وضعیتی تحلیل‌برنده است که در ۶ ماه و حداقل ۳ ماه تقریباً هر روز وجود داشته باشد، این درد ممکن است از ۳ ماه تا ۳۰ سال به طول انجامد (۳). بر اساس نظر هولزر و همکاران، افرادی که زندگی با درد مداوم دارند، احتمالاً چهار بار بیشتر از کسانی که بدون درد هستند از مشکلات هیجانی رنج می‌برند (۴). روان‌درمانی، آرامش‌بخشی عضلانی<sup>۳</sup>، درمان‌های دارویی، بیوفیدبک<sup>۴</sup> و اصلاح رفتار از جمله شیوه‌هایی هستند که ممکن است برای درمان درد مزمن به کار رود (۵). پژوهش‌ها نشان داد که افراد با مدیریت بهتر و انعطاف‌پذیری روانشناختی بالاتر، سازش یافتگی بهتری نشان می‌دهند و متعاقب آن با درد هم بهتر کنار می‌آیند (۶).

در نتیجه به‌نظر می‌رسد این جامعه هدف، مشکلاتی در فرآیندهای روانی خود داشته باشند. یکی از عوامل مهم اثرگذار در فرآیندهای روانی بیماران دارای درد مزمن را می‌توان فرآیند هیجانی، همچون خودآگاهی هیجانی<sup>۵</sup> نامید (۷). خودآگاهی هیجانی به‌عنوان توانایی شناخت دقیق احساسات، عواطف و ویژگی‌های خویشتن، کمک می‌کند تا فرد دانش ارتباط و علت هیجان را دریابد و درباره چرایی و چگونگی برانگیختگی در موقعیت‌ها اطلاعات کسب کند (۸). انسان با برخورداری از خودآگاهی هیجانی به زندگی خودنظم و ثبات می‌بخشد (۹). افرادی که خودآگاهی هیجانی دارند، می‌توانند احساسات خود را به خوبی شناخته و هدایت کرده و با اطرافیان و محیط انطباق بیشتری داشته باشند (۱۰). در همین راستا مطالعات حاکی از اثربخشی درمان مهارت‌های ذهن‌آگاهی بر تکانشگری و خودآگاهی هیجانی نوجوانان با گرایش به اعتیاد بود (۱۱). همچنین، نتایج پژوهشی داکتیر (۱۲) حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر

خودآگاهی هیجانی و توانش حل مسئله دانش‌آموزان دارای اعتیاد به اینترنت بود.

از سوی دیگر یکی از حوزه‌هایی که اخیراً مورد توجه درمان‌های تسکینی و مراقبتی بیماران جسمانی و روانی قرار گرفته، ادراک رنج (شامل رنج جسمانی، رنج روانی و رنج وجودی) می‌باشد که به شکل تأثیرگذاری کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۳). اریک کاسل، رنج را حالتی از اندوه و پریشانی شدید مرتبط با رویدادهایی می‌داند که دست‌نخورده‌گی و کلیت فرد را تهدید می‌کند و موجب کاهش کیفیت زندگی از طریق نگرانی‌های جسمانی، روانشناختی، وجودی، خانوادگی، فردی یا مشکلات مرتبط با سلامت می‌شود (۱۴). پژوهش‌ها وجود سه بعد را برای ادراک رنج شناسایی کرده است: ۱. بعد جسمانی، ۲. بعد روانی و ۳. بعد معنوی یا وجودی (۱۵). از این رو، تعهد به تلاش در جهت کاهش و پیشگیری از ادراک رنج و درد در خود و توانایی فرد در تحمل و تنظیم تجربه احساسات دشوار می‌باشد (۱۶).

یکی از درمان‌هایی که تمرکز جدی بر بیان و تجربه در روش درمانی خود دارد، درمان عاطفه‌هراسی<sup>۶</sup> است؛ که توسط مک کالو و همکاران (۱۷) توسعه داده شده است. دو مفهوم مهم در عاطفه‌هراسی، فعال‌سازی سازگارانه<sup>۷</sup> و اثر بازدارندگی<sup>۸</sup> است. فردی که با اضطراب و سایر احساسات بازدارنده درگیر است، در اثر رفتارهای اجتناب‌ناپذیر، از افکار و احساسات محافظت می‌شود و فرد از ابراز احساسات اجتناب می‌کند. رفتارهای اجتنابی اغلب ناسازگارانه است، زیرا فرد مانع از رفتارهای انطباقی سازگارانه ذاتی می‌شود (۱۸).

درمان عاطفه‌هراسی ضمن بهره‌گیری از دستاوردهای مختلف علوم‌پویشی، شناختی و رفتاری برای حل تعارض افراد علاوه بر توصیف و حساسیت‌زدایی عواطف بازدارنده، تجربه کردن و بهره‌مندی از عواطف انطباقی؛ به علت سنخیت مناسب با خلق و خوی بشری، شیوه اصلی درمان خود قرار داده است. این نوع درمان هیجان محور با ارائه تکنیک‌ها و راهکارهایی مؤثر نقش مهمی در تجربه و تنظیم عواطف دارد (۱۹).

6. Affect phobia therapy  
7. Coping activation  
8. Inhibitory effect

1. Chronic pain  
2. Psychosomatic  
3. Muscle relaxation  
4. Biofeedback  
5. Emotional self-awareness

مبتنی بر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان عاطفه‌هراسی بر افراد مبتلا به درد مزمن یافت نشد، این پژوهش به دنبال آن است که تفاوت بین این دو روش مداخله‌ای در افراد مبتلا به درد مزمن را روشن کند. بنابراین، مسئله پژوهشی این است که آیا بین میزان اثربخشی در دو روش درمان عاطفه‌هراسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی خودآگاهی هیجانی و ادراک رنج بیماران مبتلا به درد مزمن تفاوت معناداری وجود دارد؟.

### روش

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با مرحله پیگیری دوماهه بود.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلا به بیماری درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی درد در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ تشکیل می‌دادند. جهت انتخاب نمونه پژوهش حاضر از بین ۱۸ کلینیک تخصصی درد اصفهان، به صورت نمونه‌گیری هدفمند با مراجعه به ۵ کلینیک تخصصی درد (بزرگمهر، شمس‌آبادی، آماگاه، سلامت و دروازه شیراز) شهر اصفهان، نخست با افراد داوطلبانی که توسط ۵ مرکز معرفی شده بودند، مصاحبه شد و پرسشنامه‌ها در مرحله پیش‌آزمون به‌عنوان ابزار غربال‌گری تکمیل گردید. در گام بعدی با توجه به ملاک‌های ورود و خروج و پاسخ‌گویی به سؤال‌های پرسشنامه‌های مدنظر، تعداد ۴۵ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به صورت روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. حجم نمونه با توجه به سطح آلفای ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۸، اندازه اثر ۰/۳ و تعداد هر گروه ۱۵ نفر بر اساس نرم افزار G-power محاسبه شد.

ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از: ۱. ابتلا به بیماری با اختلال درد مزمن، ۲. رضایت آگاهانه و تمایل به مشارکت در پژوهش و ۳. پرسشنامه‌های دارای نمرات یک تا دو انحراف استاندارد پایین‌تر از میانگین. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: ۱. حضور نامنظم در جلسات و عدم همکاری، ۲. داشتن بیماری جسمانی و روانی حاد بر اساس سابقه روان‌پزشکی فرد و ۳. غیبت شرکت‌کنندگان بیش از دو جلسه.

پژوهش‌ها نشان داده است که درمان عاطفه‌هراسی برای بهبود اضطراب درد و پذیرش درد زنان دارای کم‌درد مزمن (۲۲)؛ برخی اختلالات روانی مثل اضطراب و افسردگی (۲۱) و بهبود نشانه‌های فیزیولوژیکی اختلالات اضطرابی (۲۲) مؤثر بوده است.

یکی دیگر از درمان‌هایی که می‌تواند در بهبود سلامت روانی و غنی‌سازی زندگی بیماران دارای درد مزمن تأثیرگذار باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> است. این درمان در سال ۱۹۸۶ توسط هایس ایجاد شد. این رویکرد آشکارا تغییر کارکرد افکار و احساسات به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن‌ها را می‌پذیرد (۲۳). هدف اصلی، ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۲</sup> است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این که عملی تنها جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود و در نهایت، اقدام متعهدانه و طرح‌ریزی اهداف بر اساس ارزش‌ها و تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف (۲۴).

کارایی بالینی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت بهبود مؤلفه‌های روانشناختی در پژوهش‌های گوناگون نشان داده شده است و نشان داده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه شده از طریق اینترنت بر بهبود درد مزمن اثربخش است (۲۵)؛ همچنین مطالعات رویسین و همکاران (۲۶)، افشین و همکاران (۲۷) و هاشمی و همکاران (۲۸) نیز نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جامعه آماری افراد دارای بیماران فیزیولوژیکی مزمن، دیابتی و بیماری‌های روماتیسمی منجر به کاهش آسیب روانشناختی و هیجانی می‌شود.

بنابراین با توجه به آنکه، افراد مبتلا به درد مزمن، دشواری‌هایی در زمینه آگاهی خود نسبت به هیجانات و ادراک رنج دردهای مزمن خود دارند و این مسئله بر کارکردهای روانشناختی آن‌ها اثر خواهد گذاشت و آسیب‌پذیری آن‌ها را نسبت به درد مزمن بالاتر می‌برد، همچنین با توجه به پژوهش‌های پیشین که نشان دادند درمان عاطفه‌هراسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تنهایی در بهبود علائم روانشناختی افراد با درد مزمن اثرگذارند، اما تاکنون پژوهشی

1. Acceptance and commitment therapy
2. Cognitive flexibility

## ابزار

۱. پرسشنامه استاندارد خودآگاهی هیجانی<sup>۱</sup>: پرسشنامه خودآگاهی هیجانی دارای ۳۳ گویه است که توسط گرن، فرانکلین و لانگ فورد (۲۰۰۲) ساخته شد؛ که با یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (از هرگز = ۰ تا خیلی زیاد = ۴) خودآگاهی هیجانی افراد را اندازه‌گیری می‌کند (۲۹). خرده مقیاس‌های آن شامل بازشناسی (۶ سؤال)، شناسایی (۵ سؤال)، تبدیل سازی (۷ سؤال)، محیط گرایی (۱۰ سؤال) و حل مسئله (۵ سؤال) هستند. هرچه نمرات بیشتر باشد نشان از خودآگاهی هیجانی بیشتر است. در پژوهش مهنا و طالع پسند (۲۹) ضمن سنجش روایی صوری، پایایی مقیاس خودآگاهی هیجانی بر اساس الفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ بود. در پژوهش پاک‌منش و جاودان (۳۰) پایایی ابعاد پرسشنامه از طریق الفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های بازشناسی ۰/۷۸، شناسایی ۰/۸۴، تبدیل‌سازی ۰/۷۴، محیط گرایی ۰/۸۶ و حل مسئله ۰/۷۷ و پایایی کل پرسشنامه ۰/۸۷ به دست آمد که نشان از پایایی مطلوب پرسشنامه است. در پژوهش حاضر، روایی با استفاده از نظر متخصصان تأیید شد و پایایی کل پرسشنامه از طریق الفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد که نشان از پایایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد.

۲. مقیاس تجربه و ادراک رنج<sup>۲</sup>: مقیاس تجربه و ادراک رنج اسپالز و همکاران در سال ۲۰۱۰ ساخته شد (۳۱). این مقیاس سه بعد رنج جسمانی، رنج روانشناختی و رنج وجودی - معنوی را می‌سنجد. بعد جسمانی شامل ۹ سؤال در طیف لیکرت چهار درجه‌ای (هرگز = ۰ تا همیشه = ۳) مشخص می‌کند. بعد روانشناختی با ۱۵ آیتم در طیف لیکرت چهار درجه‌ای (خیلی کم = ۰ تا خیلی زیاد = ۳) و رنج وجودی - معنوی نیز با ۹ آیتم در طیف لیکرت پنج درجه‌ای (خیلی کم = ۰ تا خیلی زیاد = ۴) مشخص می‌کند. بیشتر باشد، هرچه نمره نشان دهنده رنج ادراک شده بیشتر است. در پژوهش اسپالز و همکاران، پایایی این آزمون و ابعاد آن در سه گروه آمریکایی-آفریقایی (جسمانی ۰/۶۳، روانشناختی ۰/۹۰، وجودی-معنوی ۰/۸۶)، سفیدپوستان (جسمانی ۰/۴۳، روانشناختی ۰/۸۷، وجودی-معنوی ۰/۸۴)، و اسپانیایی‌ها (جسمانی ۰/۶۰، روانشناختی ۰/۸۵، وجودی-معنوی ۰/۸۳)

تأیید شد (۳۱). در پژوهش حاضر میزان قابلیت اعتماد پرسشنامه با استفاده از ضریب الفای کرونباخ ۰/۶۷ محاسبه شد.

**روند اجرای پژوهش:** گروه آزمایش اول تحت ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای درمان عاطفه‌هراسی قرار گرفتند و گروه آزمایش دوم تحت ۸ جلسه هفتگی ۸۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و اعضای گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. پس یک هفته از اجرای درمان‌های مذکور، پرسشنامه‌ها برای اجرای پس‌آزمون مجدداً توسط افراد تکمیل شد و پس از دو ماه به منظور انجام مرحله پیگیری، مجدداً پرسشنامه‌ها توسط افراد تکمیل شد. جهت رعایت اخلاق پژوهشی رضایت کتبی برای شرکت آگاهانه در پژوهش دریافت شد و در حین توزیع پرسشنامه‌ها به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه نزد محقق محفوظ و نتایج به طور کلی در پژوهش‌نامه ارائه خواهد شد.

خلاصه محتوای هر جلسه از پروتکل درمانی عاطفه‌هراسی (۱۷) و پروتکل درمانی پذیرش و تعهد (۳۲) به شرح زیر (جدول ۱ و ۲) است.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-26 و در دو سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیره) برای مقایسه نمرات پس‌آزمون و پیگیری هر متغیر با کنترل اثر پیش‌آزمون آن متغیر به عنوان کواریته انجام شد. در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی مانند محرمانه ماندن اطلاعات، ارائه توضیحاتی در خصوص هدف پژوهش، چگونگی تکمیل پرسشنامه، روش کار و ملاک‌های ورود و خروج پرداخته شد.

1. Emotional Self-awareness questionnaire
2. Scale of Experience and Perception of Suffering

## جدول ۱) خلاصه‌ای از پروتکل درمانی عاطفه‌هراسی (۱۷)

جلسه	محتوای جلسات
اول	مروری بر ساختار و اهداف جلسات و قوانین اصلی، تعریف عاطفه و توضیح و بیان انطباقی در مقابل بیان غیرانطباقی عواطف، نقش اضطراب و اهمیت تعدیل اضطراب.
دوم	انتخاب خاطرات عاطفی خاص از گذشته، پیدا کردن تعارضات روان‌پویشی و درک هراس عاطفی با استفاده از مثلث مالان، ایجاد تمایزهای مهم در مورد احساس‌ها، بازسازی عاطفه‌هراسی از طریق حساسیت‌زدایی منظم، شناسایی دفاع‌ها و شناسایی احساس‌های فعال‌ساز انطباقی، شناسایی اضطراب‌ها و بازسازی‌ها.
سوم	بیان خواسته‌ها و نیازها با روشی سازگارانه تنظیم شده، اشاره به دفاع‌ها علیه عواطف هراس‌وار و اشاره به توانمندی‌هایی که در کنار عواطف وجود دارد. مدیریت دفاع‌ها و تکرار مداخلات تا زمانی که دفاع‌ها بازسازی شوند.
چهارم	شناسایی منشا دفاع‌ها و پیامدهای رفتارهای دفاعی و شناسایی نفع ثانویه دفاع‌ها و تکرار مداخلات برای تقویت انگیزه رها کردن دفاع‌ها.
پنجم	مرور کلی تجربه عاطفه، مواجهه با احساس و عاطفه هراس‌آور، استفاده از تکنیک نقش بازی کردن و تکنیک دو صدلی.
ششم	شناسایی دام‌ها در تجربه عاطفه و تکرار مداخلات تا زمانی که عاطفه‌هراسی حساسیت‌زدایی شود.
هفتم	بازسازی خود: بازسازی احساس نسبت به خود، تشویق والدگری برای خود و کاهش برون‌سازی و تکرار فرآیند حساسیت‌زدایی نسبت به هراس‌ها و ایجاد خود ارزشمندی.
هشتم	بازسازی دیگران: ایجاد تصویر درونی انعطاف‌پذیر از دیگران و آماده‌سازی برای خاتمه دادن به درمان.

## جدول ۲) خلاصه‌ای از پروتکل درمانی پذیرش و تعهد (۳۲)

جلسه	محتوای جلسات
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی و ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و بی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
چهارم	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
پنجم	معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، آموختن جداسازی فرد از تجارب ذهنی، کارکردهای روانشناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هشتم	آموزش تعهد عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات.

## یافته‌ها

هراسی ۶ نفر مرد (۳۸/۸٪)، ۹ زن (۶۲/۲٪) و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۷ نفر مرد (۴۵٪) و ۸ نفر زن (۵۵٪) و در گروه کنترل ۸ نفر مرد (۵۵٪) و ۷ نفر زن (۴۵٪) داشتند. تحلیل داده‌ها مربوط به خصوصیات دموگرافیک تفاوت معناداری را در بین دو گروه آزمایش و یک کنترل نشان نداد ( $p > 0.05$ ).  
با توجه به جدول ۳، میانگین و انحراف معیار متغیرهای خودآگاهی هیجانی و ادراک رنج در گروه‌های آزمایش (درمان عاطفه‌هراسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) نسبت به گروه کنترل، در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است.

بررسی ویژگی‌های شناختی نشان داد بین میانگین سنی سه گروه درمان عاطفه‌هراسی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل (به ترتیب ۳۹/۳، ۴۱/۵ و ۴۰/۷) تفاوت معنی داری وجود نداشت. از نظر تحصیلات در گروه عاطفه‌هراسی ۶ نفر دیپلم (۴۰٪)، ۸ نفر لیسانس (۵۹/۷٪) و ۱ نفر فوق لیسانس (۶/۷٪) و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۵ نفر دیپلم (۳۲٪)، ۸ نفر لیسانس (۵۴/۷٪) و ۲ نفر فوق لیسانس (۱۳/۳٪) و در گروه کنترل ۵ نفر دیپلم (۳۲٪)، ۳ نفر فوق دیپلم (۲۰/۳٪)، ۶ نفر لیسانس (۴۰٪) و ۱ نفر فوق لیسانس (۶/۷٪) داشتند. از نظر جنسیت در گروه عاطفه

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک نوع گروه در مراحل آزمون

گروه							
کنترل		عاطفه هراسی		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد			
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۳/۲۴	۱۰/۶۰	۳/۱۱	۱۱/۱۳	۲/۴۶	۱۱/۰۶	پیش آزمون	بازشناسی
۲/۹۷	۹	۳/۰۶	۱۸	۳/۲۲	۱۹	پس آزمون	
۲/۴۴	۹/۶۰	۲/۹۲	۱۸/۶۰	۳/۰۸	۱۹/۰۶	پیگیری	
۳/۰۱	۹/۶۶	۳/۳۵	۱۱	۳/۵۷	۱۰/۶۰	پیش آزمون	شناسایی
۲/۶۰	۹/۹۳	۲/۸۹	۱۷/۷۳	۲/۴۳	۱۹/۲	پس آزمون	
۲/۶۰	۱۰/۲۶	۲/۶۹	۱۷/۸۶	۲/۸۲	۱۸/۶۰	پیگیری	
۲/۷۵	۱۲	۳/۸۶	۱۲/۳۳	۴/۰۶	۱۲/۶۶	پیش آزمون	تبدیل
۲/۶۵	۱۰/۸۰	۴/۴۳	۲۲/۵۳	۶/۲۶	۲۲/۶۰	پس آزمون	
۲/۵۸	۱۰/۸۶	۴/۳۰	۲۲/۷۳	۶/۴۰	۲۲/۹۳	پیگیری	
۵/۰۵	۱۴/۸۰	۴/۷۱	۱۶/۶۰	۵/۵۰	۱۶	پیش آزمون	محیط گرایی
۴/۵۰	۱۴/۶۰	۵/۴۰	۱۶/۲۶	۵/۴۰	۳۵/۶۰	پس آزمون	
۴/۶۲	۱۴/۳۳	۵/۱۱	۱۵/۹۳	۵/۱۱	۳۵/۲۰	پیگیری	
۳/۲۰	۱۰/۱۳	۳/۴۹	۱۰/۲۶	۲/۵۴	۱۰/۲۰	پیش آزمون	حل مسئله
۳/۲۰	۱۱/۱۳	۲/۰۹	۱۸/۵۳	۲/۶۶	۱۰/۵۳	پس آزمون	
۳/۲۹	۱۰/۱۳	۲/۲۰	۱۹	۲/۱۳	۱۰/۴۶	پیگیری	
۱۵/۱۳	۵۵/۲۶	۱۶/۴۸	۵۷/۹۳	۱۵/۳۵	۵۶/۶۰	پیش آزمون	خودآگاهی هیجانی
۱۳/۷۱	۵۵	۱۳/۸۴	۹۳/۸۰	۱۵/۳۷	۱۰۷/۰۶	پس آزمون	
۱۳/۱۵	۵۵/۲۰	۱۳/۱۶	۹۴/۱۳	۱۴/۲۹	۱۰۶/۲۶	پیگیری	
۶/۷۵	۲۹/۲۰	۶/۱۹	۲۹/۶۰	۶/۱۳	۳۱/۵۳	پیش آزمون	ادراک رنج جسمانی
۳/۲۸	۱۷/۷۶	۲/۲۹	۹/۵۳	۲/۴۲	۸/۸۰	پس آزمون	
۲/۹۹	۱۸/۱۳	۲/۱۹	۹/۴۰	۲/۳۲	۹/۱۳	پیگیری	
۳/۴۸	۱۷/۸۶	۳/۱۸	۱۷/۴۶	۳/۷۸	۱۹/۰۶	پیش آزمون	ادراک رنج روانی
۶/۲۲	۲۸/۹۳	۳/۳۰	۱۳/۷۳	۲/۵۵	۱۲/۵۳	پس آزمون	
۵/۸۳	۲۸/۹۳	۲/۵۹	۱۳/۲۰	۲/۳۸	۱۲/۴۰	پیگیری	
۴/۶۴	۲۵/۸۰	۴/۰۲	۲۲/۹۳	۳/۴۲	۲۷/۸۰	پیش آزمون	ادراک رنج وجودی
۴/۳۳	۲۶/۰۶	۲/۰۵	۱۰/۳۷	۲/۳۲	۱۴/۴۶	پس آزمون	
۴/۳۲	۲۶/۸۶	۱/۹۹	۱۱/۶۰	۲/۰۵	۱۴/۲۶	پیگیری	
۱۴/۴۳	۷۲/۸۶	۱۲/۵۰	۷۲	۱۲/۹۱	۷۸/۴۰	پیش آزمون	ادراک رنج
۱۲/۹۶	۷۲/۶۶	۵/۵۴	۳۵	۶	۳۵/۸۰	پس آزمون	
۱۲/۱۶	۷۳/۹۳	۴/۵۸	۳۴/۲۰	۵/۶۹	۳۴/۸۰	پیگیری	

گروه درمان عاطفه هراسی در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون افزایش داشته است اما در زیر مقیاس محیط گرایی تفاوتی نداشته است. همچنین نمرات میانگین خودآگاهی هیجانی و ابعاد آن در گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون تفاوتی نداشته است. یافته‌ها جدول ۳ نشان داد میانگین ادراک رنج و ابعاد آن در گروه عاطفه هراسی و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

یافته‌ها جدول ۳ نشان داد میانگین نمرات خودآگاهی هیجانی در زیر مقیاس‌های بازشناسی، شناسایی، تبدیل و محیط گرایی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون افزایش داشته اما در زیر مقیاس حل مسئله نمرات تفاوتی نداشته است. همچنین میانگین نمرات خودآگاهی هیجانی در زیرمقیاس‌های بازشناسی، شناسایی، تبدیل و حل مسئله در

بررسی شد. آزمون شاپیروویلیک در مورد همه متغیرهای فرض نرمال بودن نمرات را تأیید کرد. نتایج آزمون امپاکس نشان داد پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کواریانس رعایت شده است ( $p > 0/05$ ). نتایج حاصل از آزمون لون در خصوص پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات خودآگاهی هیجانی و ابعاد آن و ادراک رنج و ابعاد آن شرکت‌کنندگان در سه گروه درمان عاطفه هراسی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل در جدول ۴، منعکس شده است.

در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است اما نمرات میانگین ادراک رنج و ابعاد آن در گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوتی نداشته است.

در پژوهش حاضر، برای تحلیل استنباطی نتایج، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده گردید. بنابراین، قبل از بررسی فرضیات پژوهش، پیش‌فرض‌های مورد نیاز جهت کاربرد آزمون‌های پارامتریک بررسی گردید. پیش‌فرض نرمال بودن متغیرهای مورد مطالعه با استفاده از آزمون شاپیروویلیک

جدول ۴) نتایج لون در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های سه گروه در جامعه

متغیر	مرحله	F	درجه‌آزادی صورت	درجه‌آزادی مخرج	معناداری
بازشناسی	پس‌آزمون	۰/۱۶۹	۲	۴۲	۰/۸۴۵
	پیگیری	۰/۲۲۰	۲	۴۲	۰/۸۰۴
شناسایی	پس‌آزمون	۰/۳۷۷	۲	۴۲	۰/۶۸۸
	پیگیری	۰/۰۳۷	۲	۴۲	۰/۹۶۴
تبدیل	پس‌آزمون	۷/۵۶۸	۲	۴۲	۰/۰۰۲
	پیگیری	۶/۹۷۲	۲	۴۲	۰/۰۰۲
محیط‌گرایی	پس‌آزمون	۱/۰۴۷	۲	۴۲	۰/۳۶۰
	پیگیری	۰/۷۳۲	۲	۴۲	۰/۴۸۷
حل مسئله	پس‌آزمون	۰/۲۹۱	۲	۴۲	۰/۷۴۹
	پیگیری	۰/۸۰۶	۲	۴۲	۰/۴۵۳
خودآگاهی هیجانی	پس‌آزمون	۰/۲۱۸	۲	۴۲	۰/۸۰۵
	پیگیری	۰/۱۷۱	۲	۴۲	۰/۸۴۳
ادراک رنج جسمانی	پس‌آزمون	۰/۹۴۵	۲	۴۲	۰/۳۹۷
	پیگیری	۰/۴۵۸	۲	۴۲	۰/۶۳۶
ادراک رنج روانی	پس‌آزمون	۲/۶۹۲	۲	۴۲	۰/۰۷۹
	پیگیری	۵/۲۴۸	۲	۴۲	۰/۰۰۹
ادراک رنج وجودی	پس‌آزمون	۵/۱۱۱	۲	۴۲	۰/۰۱۰
	پیگیری	۵/۸۰۷	۲	۴۲	۰/۰۰۶
ادراک رنج	پس‌آزمون	۱۰/۷۶۵	۲	۴۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۲/۳۸۶	۲	۴۲	۰/۰۰

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در مورد همه متغیرها برقرار است. در نهایت، در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای خودآگاهی هیجانی و ابعاد آن و ادراک رنج و ابعاد آن معنادار نبوده است ( $p > 0/05$ ). بنابراین، با توجه به رعایت پیش‌فرض‌ها، امکان اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی نتایج جهت

بررسی فرضیات پژوهش بلامانع است. در جدول ۵، نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیرهای خودآگاهی هیجانی و ابعاد آن و ادراک رنج و ابعاد آن ارائه شده است. بر اساس مندرجات جدول مذکور، نتایج تحلیل کوواریانس، با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون، نشان می‌دهد بین میانگین نمرات تعدیل شده پس‌آزمون خودآگاهی هیجانی و ابعاد آن و ادراک رنج و ابعاد آن، بر حسب عضویت گروهی (۳ گروه) تفاوت معنی‌داری هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله

پیگیری مشاهده می‌شود ( $p < 0/05$ ). توان آزمون ۱ به تفاوت‌ها بسیار بالا است و بیانگر کفایت حجم نمونه می‌باشد. دست آمده است و بدین معنا است که دقت آزمون در کشف

جدول ۵) نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای خودآگاهی هیجانی و ادراک رنج و ابعاد آن‌ها در سه گروه درمان عاطفه‌هراسی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل در سه مرحله زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	مجموع مجزورات	درجه‌آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری	مجذور آتا	توان آزمون
بازشناسی	پس‌آزمون	۹۴۴/۹۳۳	۲	۴۷۲/۴۶۷	۴۹/۴۷۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۲	۱
	پیگیری	۸۵۴/۷۱۱	۲	۴۲۷/۰۸۹	۵۳/۳۶۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱۸	۱
شناسایی	پس‌آزمون	۷۵۱/۵۱۱	۲	۳۷۵/۷۵۶	۵۳/۵۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱۸	۱
	پیگیری	۶۳۸/۷۲۱	۲	۳۱۹/۳۵۶	۴۳/۵۱۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱۸	۱
تبدیل	پس‌آزمون	۱۲۸۴/۵۷۸	۱	۶۹۲/۲۸۹	۳۱/۳۴۱	۰/۰۰۵	۰/۵۹۹	۰/۶۲۲
	پیگیری	۱۴۳۲/۳۱۱	۱	۷۱۶/۱۵۶	۳۲/۴۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰۷	۰/۷۱۰
محیط گرای	پس‌آزمون	۴۰۸۷/۷۷۸	۲	۲۰۴۳/۸۸۹	۷۷/۸۸۸	۰/۰۰۱	۰/۷۸۸	۱
	پیگیری	۴۰۴۵/۹۱۱	۲	۲۰۲۲/۹۵۶	۸۲/۲۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹۷	۱
حل مسئله	پس‌آزمون	۶۷۳/۶۰۰	۳	۳۳۶/۸۰۰	۴۶/۳۴۹	۰/۰۰۳	۰/۶۸۸	۰/۸۱
	پیگیری	۷۵۷/۷۳۳	۳	۳۷۸/۸۶۷	۵۶/۱۳۵	۰/۰۰۱	۰/۷۲۸	۰/۹۸
خودآگاهی هیجانی	پس‌آزمون	۲۱۹۶۱/۹۱۱	۲	۱۰۹۸۰/۹۵۶	۵۳/۴۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱۸	۱
	پیگیری	۲۱۳۵۴/۱۳۳	۲	۱۰۶۷۷/۰۶۸	۵۸/۱۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳۵	۱
ادراک رنج جسمانی	پس‌آزمون	۷۲۶/۵۳۳	۲	۳۶۳/۲۶۷	۴۹/۶۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰۳	۱
	پیگیری	۷۸۶/۷۱۱	۲	۳۹۲/۳۵۶	۶۱/۴۰۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴۵	۱
ادراک رنج روانی	پس‌آزمون	۱۵۸۰/۱۳۳	۱	۷۹۰/۰۶۷	۳۰/۳۶۹	۰/۰۰۳	۰/۵۹۱	۰/۸۱۳
	پیگیری	۲۰۰۸/۳۱۱	۲	۱۰۰۴/۱۵۶	۴۷/۴۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹۳	۱
ادراک رنج وجودی	پس‌آزمون	۱۶۶۸/۰۴۴	۲	۸۳۴/۰۲۲	۷۵/۶۲۴	۰/۰۰۱	۰/۷۸۳	۱
	پیگیری	۱۹۷۵/۲۴۴	۲	۹۷۸/۶۲۲	۱۰۸/۲۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۳۸	۱
ادراک رنج	پس‌آزمون	۱۱۲۵۸/۱۷۸	۲	۵۶۲۹/۰۸۹	۶۴/۲۸۹	۰/۰۰۱	۰/۷۵۴	۱
	پیگیری	۱۳۵۸۱/۶۴۴	۲	۶۷۹۰/۸۲۲	۹۴/۹۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱۹	۱

پس از کنترل متغیر پیش‌آزمون، میانگین نمرات تعدیل شده خودآگاهی هیجانی و ابعاد آن و ادراک رنج و ابعاد آن در جدول ۶ ارائه شده است. نتایج حاصل از مقایسه‌های زوجی بر حسب ۳ گروه مداخله و

جدول ۶) مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها و انحراف استانداردهای تعدیل شده نمرات خودآگاهی هیجانی ابعاد آن و ادراک رنج و ابعاد آن

متغیر	مرحله	گروه	گروه مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت انحراف استانداردها	معناداری
بازشناسی	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	عاطفه‌هراسی	۰/۷۳۳	۱/۱۴۹	۰/۵۲۹
			کنترل	۱۰/۰۶۶	۱/۱۳۲	۰/۰۰
	پیگیری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	عاطفه‌هراسی	۹/۳۳۳	۱/۱۰۲	۰/۰۰
			کنترل	۹/۶۴۶	۱/۰۹۶	۰/۶۷۴
شناسایی	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	عاطفه‌هراسی	۹	۰/۹۸۳	۰/۰۰
			کنترل	۱/۵۳۳	۰/۹۷۵	۰/۱۲۷
	پیگیری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	عاطفه‌هراسی	۹/۳۳۳	۰/۹۳۳	۰/۰۰
			کنترل	۹/۳۳۳	۰/۹۳۳	۰/۰۰



متغیر	مرحله	گروه	گروه مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت انحراف استانداردها	معناداری
	پیگیری	درمان عاطفه هراسی	کنترل	۷/۸۰۰	۱/۰۰۴	۰/۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	عاطفه هراسی	۰/۷۳۳	۱/۰۰۷	۰/۴۷۳
		درمان عاطفه هراسی	کنترل	۸/۳۳۳	۰/۹۹۱	۰/۰۰
تبدیل	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	عاطفه هراسی	۰/۰۶۷	۱/۹۸۷	۰/۹۷۳
		درمان عاطفه هراسی	کنترل	۱۱/۸۰۰	۱/۷۶۲	۰/۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	عاطفه هراسی	۰/۲۰۰	۱/۹۹	۰/۹۲۱
محیط‌گرایی	پیگیری	درمان عاطفه هراسی	کنترل	۱۲/۰۶۶	۱/۷۸۴	۰/۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	عاطفه هراسی	۱۱/۸۶۶	۱/۲۹۵	۰/۰۰
		درمان عاطفه هراسی	عاطفه هراسی	۱۹/۳۳۵	۱/۹۷۴	۰/۰۰
حل مسئله	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	۲۱	۱/۸۱۶	۰/۰۰
		درمان عاطفه هراسی	کنترل	۱/۶۶۶	۱/۸۱۵	۰/۳۶۸
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	عاطفه هراسی	۱۹/۲۶۰	۱/۸۶۶	۰/۰۰
خودآگاهی هیجانی	پیگیری	درمان عاطفه هراسی	کنترل	۲۰/۸۶۶	۱/۷۸۰	۰/۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	عاطفه هراسی	۱/۶۰۰	۱/۷۸۱	۰/۳۷۷
		درمان عاطفه هراسی	عاطفه هراسی	- ۸	۰/۸۷۶	۰/۰۰
ادراک رنج جسمانی	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	۰/۴۰۰	۱/۰۷۶	۰/۷۱۳
		درمان عاطفه هراسی	کنترل	۸/۴۰۰	۰/۹۸۹	۰/۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	عاطفه هراسی	- ۸/۵۳۳	۰/۷۹۲	۰/۰۰
ادراک رنج روانی	پیگیری	درمان عاطفه هراسی	کنترل	۰/۳۳۳	۱/۰۲۱	۰/۷۴۵
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	عاطفه هراسی	۸/۸۶۶	۱/۰۲۲	۰/۰۰
		درمان عاطفه هراسی	عاطفه هراسی	۱۳/۲۶۶	۵/۳۴۲	۰/۰۱۹
ادراک رنج وجودی	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	۵۲/۰۶۰	۵/۳۱۹	۰/۰۰
		درمان عاطفه هراسی	کنترل	۳۶/۸۰۰	۵/۰۳۰	۰/۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	عاطفه هراسی	۱۲/۱۳۳	۵/۰۱۷	۰/۰۲۲
	پیگیری	درمان عاطفه هراسی	کنترل	۵۱/۰۶۶	۵/۰۱۵	۰/۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	۳۵/۹۳۰	۴/۸۰۴	۰/۰۰
		درمان عاطفه هراسی	عاطفه هراسی	- ۰/۷۳۳	۰/۸۲۶	۰/۴۰۲
ادراک رنج روانی	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	- ۸/۸۶۶	۱/۰۵۵	۰/۰۰
		درمان عاطفه هراسی	کنترل	- ۸/۱۳۳	۱/۰۳۵	۰/۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	عاطفه هراسی	- ۰/۲۶۶	۰/۸۲۶	۰/۷۴۹
ادراک رنج وجودی	پیگیری	درمان عاطفه هراسی	کنترل	- ۹	۰/۹۷۹	۰/۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	- ۸/۷۳۳	۰/۹۵۹	۰/۰۰
		درمان عاطفه هراسی	عاطفه هراسی	- ۱/۵۳۳	۱/۱۶۷	۰/۳۵۱
	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	- ۱۳/۲۶۶	۲/۰۰۲	۰/۰۰
		درمان عاطفه هراسی	کنترل	- ۱۱/۷۳۳	۱/۹۴۳	۰/۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	عاطفه هراسی	- ۱/۲۰۰	۱/۴۰۰	۰/۳۹۹
	پیگیری	درمان عاطفه هراسی	کنترل	- ۱۴/۷۳۳	۱/۷۷۴	۰/۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	- ۱۳/۵۳۳	۱/۸۳۱	۰/۰۰
		درمان عاطفه هراسی	عاطفه هراسی	۳/۶۰۰	۰/۹۷۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	- ۱۰/۷۳۳	۱/۳۸۷	۰/۰۰

متغیر	مرحله	گروه	گروه مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت انحراف استاندارد‌ها	معناداری
	پیگیری	درمان عاطفه‌هراسی	کنترل	-۱۴/۳۳۳	۱/۲۳۸	۰/۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	عاطفه‌هراسی	۲/۸۶۶	۰/۷۶۰	۰/۰۰۱
		درمان عاطفه‌هراسی	کنترل	-۱۲/۴۰۰	۱/۲۴۸	۰/۰۰
ادراک رنج	پس‌آزمون	درمان عاطفه‌هراسی	کنترل	-۱۵/۲۶۶	۱/۲۲۹	۰/۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	عاطفه‌هراسی	۱/۳۳۳	۲/۵۱۱	۰/۷۴۹
		درمان عاطفه‌هراسی	کنترل	-۳۴/۲۰۰	۳/۶۴۵	۰/۰۰
	پیگیری	درمان عاطفه‌هراسی	کنترل	-۳۲/۸۶۶	۳/۹۲	۰/۰۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	عاطفه‌هراسی	۱/۴۰۰	۲/۱۰۸	۰/۵۱۳
		درمان عاطفه‌هراسی	کنترل	-۳۶/۱۳۰	۳/۵۵۸	۰/۰۰
			کنترل	-۳۷/۵۳۳	۳/۳۹۲	۰/۰۰

مطابق با یافته‌های جدول ۶ جهت مقایسه زوجی گروه‌ها، نتایج نشان داد بین میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در زیر مقیاس‌های بازشناسی، شناسایی، تبدیل در گروه درمان عاطفه‌هراسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ) اما

بین میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در زیر مقیاس‌های محیط‌گرایی و حل مسئله در گروه درمان عاطفه‌هراسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). همچنین بین میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در زیر مقیاس‌های ادراک رنج جسمانی، ادراک رنج روانی و ادراک رنج وجودی در گروه درمان عاطفه‌هراسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). همچنین بین میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در زیر مقیاس‌های ادراک رنج جسمانی، ادراک رنج روانی و ادراک رنج وجودی در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه کنترل به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). همچنین بین میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در زیر مقیاس‌های ادراک رنج جسمانی، ادراک رنج روانی و ادراک رنج وجودی در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه کنترل به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). در نهایت، بین میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقیاس ادراک رنج در گروه درمان عاطفه‌هراسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ )؛ در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ) و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ).

در مجموع می‌توان بیان نمود که میانگین‌های تعدیل شده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری متغیر خودآگاهی

مطابق با یافته‌های جدول ۶ جهت مقایسه زوجی گروه‌ها، نتایج نشان داد بین میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در زیر مقیاس‌های بازشناسی، شناسایی، تبدیل در گروه درمان عاطفه‌هراسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ) اما بین میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در زیر مقیاس‌های محیط‌گرایی و حل مسئله در گروه درمان عاطفه‌هراسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). همچنین بین میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در زیر مقیاس‌های ادراک رنج جسمانی، ادراک رنج روانی و ادراک رنج وجودی در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه کنترل به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ) اما بین میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در زیر مقیاس‌های بازشناسی، شناسایی، تبدیل و محیط‌گرایی در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه کنترل به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). همچنین بین میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در زیر مقیاس‌های ادراک رنج جسمانی، ادراک رنج روانی و ادراک رنج وجودی در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه کنترل به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). در نهایت، بین میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقیاس ادراک رنج در گروه درمان عاطفه‌هراسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ )؛ در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه کنترل به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ) و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ).

کوتاه‌مدت، تأثیر قابل توجهی بر پیامدها نداشت. به نظر می‌رسد دلیل این ناهم‌سویی مدت ارائه این درمان به افراد مذکور می‌باشد که درمان کوتاه‌مدت به خوبی نتوانسته است برای افراد مبتلا به درد مزمن اثربخش باشد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودآگاهی هیجانی و ادراک رنج بیماران مبتلا به درد مزمن، چنین به نظر می‌رسد از جمله مسائلی که می‌تواند اختلالات روانی را در افراد دارای درد مزمن دامن بزند، ادراک هیجانات ناشی از درد مزمن در این افراد است. این بیماران عادت کرده‌اند تا قضاوت‌هایی انتقادگرانه در مورد وجود تجارب ناخوشایند هیجانی خود داشته باشند و جهت اجتناب از این تجارب تلاش‌های فزاینده‌ای می‌کنند. این تلاش‌های اجتنابی اغلب اثرات متناقضی دارند. اجتناب تجربه‌ای می‌تواند باعث رهایی فوری و کوتاه‌مدت از ارزیابی‌های منفی وابسته به افکار و هیجانات شود، درحالی که تقویت منفی برای این رفتارهاست (۳۵). کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مشکلات هیجانی و افزایش آگاهی به هیجانات در این راستاست که مراجع یاد می‌گیرد که به مبارزه با ناراحتی‌های وابسته به هیجاناتش پایان دهد و از طریق درگیری در فعالیت‌هایی که او را به سمت اهداف و ارزش‌های نزدیک می‌کند انرژی بگیرد. همچنین با افزایش ادراک افراد از هیجاناتشان، افراد درک بهتری از رنج درد مزمن خود می‌کنند. این درمان با کاهش آگاهی نادرست افراد از تجارب هیجانی نادرستشان از رنج، توانایی آن‌ها را در استفاده عملکردی از پاسخ‌های هیجانی‌شان کاهش داده و آن‌ها را به سمت ادراک درست از هیجانات درونی خود سوق می‌دهد (۱۱). این افراد با پذیرش احساس رنج خود، پاسخ‌های فیزیولوژیکی، روانی و وجودی خود را مدیریت کرده و به دیدی یکپارچه‌تر از هیجانات خود خواهند رسید.

همچنین پژوهشی که بتواند با یافته‌های پژوهش در رابطه با اثربخشی درمان عاطفه‌هراسی بر خودآگاهی هیجانی و ادراک رنج بیماران مبتلا به درد مزمن با صورت مستقیم به هم‌سویی و ناهم‌سویی آن در بیماران مبتلا به درد مزمن بپردازد یافت نشد اما در سایر پژوهش‌ها این یافته‌ها با یافته‌های متحملیان و سجادیان (۲۰) مبنی بهبود اضطراب درد و پذیرش درد زنان دارای کمر درد مزمن، زارع و همکاران (۲۲) مبنی بر اثربخشی درمان عاطفه‌هراسی بر تنظیم

هیجانی در گروه گواه به‌طور معنی‌داری بالاتر از دو گروه درمان است. همچنین بین میانگین‌های خودآگاهی هیجانی دو گروه درمان عاطفه‌هراسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز تفاوت معناداری وجود دارد و نتایج حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان عاطفه‌هراسی بهتر نتوانسته است خودآگاهی هیجانی و ابعاد آن را در بین بیماران مبتلا به درد مزمن بهبود ببخشد. همچنین میانگین‌های تعدیل شده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری متغیر ادراک رنج در گروه کنترل به‌طور معناداری بالاتر از دو گروه درمان است؛ اما، بین میانگین‌های ادراک رنج دو گروه درمان عاطفه‌هراسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون و در مرحله پیگیری تفاوت معناداری دیده نشد.

### بحث

نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی بر افزایش خودآگاهی هیجانی و ابعاد آن و ادراک رنج و ابعاد آن در مرحله پس-آزمون و پیگیری مؤثر بوده‌اند. همچنین نتایج حاکی از آن بود که تفاوت معناداری بین اثربخشی دو درمان بر خودآگاهی هیجانی و ابعاد آن وجود دارد به گونه‌ای که با توجه به مقایسه میانگین‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به میزان بیشتری منجر به افزایش نمرات خودآگاهی هیجانی نسبت به درمان عاطفه‌هراسی شده است اما با توجه به مقایسه میانگین‌ها تفاوت معناداری بین اثربخشی دو درمان بر ادراک رنج و ابعاد آن تفاوتی وجود ندارد. با توجه به نتایج پژوهش، یافته‌های اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودآگاهی هیجانی و ادراک رنج بیماران مبتلا به درد مزمن با یافته‌های کانگ و همکاران (۱) همسو است. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد، در بهبود درد، پذیرش درد، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر هستند. همچنین این یافته با مطالعات ریکاردسون و همکاران (۵) و ما و همکاران (۳۳) که نشان دادند درمان پذیرش و تعهد در بهبود پذیرش درد و کاهش درک درد در بیماران مبتلا به درد مزمن با ضریب اتا ۹۵٪ نویدبخش است همسو می‌باشد. اما این یافته با یافته‌های پژوهش روسلیاکو (۳۴) ناهمسو است. روسلیاکو (۳۴) در پژوهش خود نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به همراه درمان آرام‌سازی روانی به صورت

در تبیین این نتیجه باید بیان نمود به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ترغیب و تشویق شرکت‌کنندگان به تمرینات مکرر، توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی هدفمندانه روی جسم و ذهن، افراد را با باورهای غیر منطقی خود مواجه کرده و آن‌ها را از افکار غیرمنطقی در رابطه با بیماری‌های جسمانی خود رها می‌کند (۳۸) و موجب کاهش نگرانی‌ها و تنش فیزیولوژیک در فرد می‌گردد و باعث کم شدن اثرات تلخ ناشی از درد شود، در صورتی که درمان عاطفه‌هراسی بیشترین تمرکز را بر بروز عاطفه، خاطرات عاطفی خاص از گذشته می‌گذارد و بر تمرکز بر زمان حال کمتر توجه دارد، از این رو نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمتر می‌تواند بر مشکلات هیجانی بیماران مبتلا به درد مزمن در زمان حال پردازد و اثربخشی آن نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمتر است.

در مجموع، با توجه به نتایج پژوهش حاضر، هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و عاطفه‌هراسی نسبت به حالت عدم درمان بر بهبود مؤلفه‌های خودآگاهی هیجانی و ادراک رنج بیماران مبتلا به درد مزمن اثربخش بوده‌اند و با مقایسه دو درمان با هم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان عاطفه‌هراسی بهتر توانسته است میانگین نمرات خودآگاهی هیجانی را افزایش دهد اما تفاوت معناداری بین اثربخشی دو درمان در بهبود ادراک رنج این افراد وجود نداشته و هر دو درمان به یک اندازه توانسته‌اند نمرات ادراک رنج بیماران مبتلا به درد مزمن را کاهش دهند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که جهت کاهش مشکلات روانشناختی افراد مبتلا به درد مزمن از این دو درمان استفاده شود.

همانند دیگر پژوهش‌ها، این پژوهش نیز محدودیت‌هایی داشت، از قبیل ویژگی‌های خاص نمونه از جمله نمونه‌گیری هدفمند و محدود بودن جامعه پژوهش به بیماران مبتلا به درد مزمن که در تعمیم نتایج به سایر اقشار باید رعایت جوانب احتیاط شود. از این رو، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی جهت افزایش تعمیم نتایج استفاده شود؛ پژوهش‌های مشابه‌ای با سایر اختلالات روانشناختی و بیماری‌های جسمی انجام گیرد و نتایج درمان‌ها با هم مقایسه گردد. همچنین اجرای پژوهش‌هایی با روش‌های درمانی دیگر در جامعه مذکور جهت تعمیم پذیری نتایج انجام شود و نتایج آن مورد ارزیابی و مقایسه

عاطفه و بهبود علائم فیزیولوژیکی بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی، ساندر و همکاران (۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان عاطفه‌هراسی بر اختلالات روانی مثل اضطراب و افسردگی و پژوهش جولین و همکاران (۳۶) مبنی بر اثربخشی درمان عاطفه‌هراسی بر اختلالات روانشناختی همچون افسردگی و اختلالات اضطرابی همسو است.

در تبیین اثربخشی درمان عاطفه‌هراسی باید بیان نمود که دفاع‌ها با هدف کاهش خودآگاهی نسبت به هیجانات خود و کاهش ادراک رنج‌ها به کار می‌روند تا این هیجانات ممنوع برانگیخته نشوند. شناخت از ماهیت هیجانات و رنج‌ها، سطح اضطراب تجربه شده و راه‌هایی به دنیای درون را ایجاد می‌کند. دوانلو سه بستر ظهور هیجانات و رنج‌ها را مقوله‌بندی کرده است، از این رو درمانگر علاوه بر شناسایی بستر ادراک هیجانات و رنج‌ها، در بیمار شدت آن‌ها را نیز بررسی می‌کند. سپس از طریق سازش‌یافتگی کارکردهای ایگو در این درمان، به فرد کمک می‌کند تا به مشاهده و توجه به هیجانانشان پردازد و به آن‌ها، خودتنظیمی صحیحی را بیاموزد (۱۸). هنگامی که افراد از روی عادت هیجانات و رنج‌هایشان را نادیده می‌گیرند، هیجانات منفی تنظیم نشده باقی می‌ماند، از این رو درمانگر هر دفاعی را که مانع تنظیم ترس می‌شود در لحظه قطع کرده و توجه فرد را به تجربه بدنی‌اش از هیجانات در همان لحظه جلب می‌کند. بنابراین آگاهی به هیجانات و ادراک رنج‌ها در گذشته و نه در آینده تنظیم نمی‌گردد، بلکه فقط در همان لحظه ظهور در فرآیند درمان قابل تنظیم است. در واقع، درمانگر باید شناخت‌های مخرب ناشی از همزاد پنداری با مهاجم را قطع کند تا حلقه بازخورد متوقف شده و احساسات برانگیخته شد فرد را کنکاش کرده و ظرفیت افراد در تعدیل و آگاهی به هیجانات و رنج‌هایشان را تقویت کند (۱۹).

تاکنون پژوهشی مبنی بر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان عاطفه‌هراسی بر افراد مبتلا به درد مزمن یافت نشد اما در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های شناختی و هیجانی با پژوهش سپاس و همکاران (۳۷) همسو است و نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به واقعیت‌درمانی در بیماران مبتلا به MS می‌باشد.

10. Mehl S, Hautmann C, Nittel C, Rief W, Kircher T, Lincoln T. Feasibility and efficacy estimate of an emotion-focused version of Cognitive Behavior Therapy (CBT-E) for delusions in comparison to wait list in a single-blinded randomized-controlled pilot trial. *Journal Schizophrenia Bulletin Open*. 2021; 2(1): 1-9. <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgab035>.
11. Bron Z., Fard F, and Fatahi A. The effectiveness of training mindfulness skills on impulsivity and emotional self-awareness of adolescents with a tendency to addiction. 2022; 65(3): 920-932. <https://doi.org/10.22038/mjms.2022.62037.3631>. (In Persian)
12. Docteur A, Gorwood P, Mirabel-Sarron C, Kaya Lefèvre H, Sala L, Duriez P. Mindfulness-based cognitive therapy efficacy in reducing physiological response to emotional stimuli in patients with bipolar I disorder and the intermediate role of cognitive reactivity. *Journal of Clinical Psychology*. 2021; 77(11): 2442\_2454. DOI:10.1002/jclp.23243
13. Muris P, Otgaar H, Pfattheicher S. Stripping the forest from the rotten trees: compassionate self-responding is a way of coping, but reduced uncompassionate self-responding mainly reflects psychopathology. *Mindfulness*. 2019; 10 (1): 196-199. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1030-0>
14. Brophy K, Brähler E, Hinz A, Schmidt S, Körner A. The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 1(260): 45-52. DOI: 10.1016/j.jad.2019.08.066. Epub 2019 Aug 21.
15. Brähler E, Hinz A, Schmidt S, Körner A. The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 260:45-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.066>
16. Kafinia F, Farhadi H. The effectiveness of group cognitive behavioral therapy on emotional self-awareness and problem-solving ability of students with Internet addiction. *Journal of Psychological Sciences*. 2019; 19(85): 111-120. <http://doi/20.1001.1.17357462.1399.19.85.1.7> (In Persian)
17. McCullough L, Kuhn N, Kaplan A, Wolf J, Hurley C. Treating affect phobia. Publish by the Guilford press. A division of Guilford publications, Inc. 72 Spring street, New York, London, NY 10012. 2003.
18. Frankl M, Wennberg P, Berggraf L, Philips B. Affect Phobia Therapy for Mild to Moderate Alcohol Use Disorder: The Cases of "Carey," "Michelle," and "Mary". *Journal Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*. 2020; 15(3): 214-257. DOI:10.14713/pcsp.v15i3.2057
19. Totzeck C, Teismann T, Hofmann S, Brachel R, Zhang X, Wannemüller A. Affective Styles in Panic Disorder and Specific Phobia: Changes Through Cognitive Behavior Therapy and Prediction of
- قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود نتایج این پژوهش جهت آگاهی بیشتر به صورت بروشور در اختیار مراکز درمانی قرار گیرد و از شیوه‌های درمانی مورد استفاده در این پژوهش در جلسات روان‌درمانگری فردی و گروهی، به عنوان مکمل درمان‌های دارویی و توانبخشی، جهت کاهش مشکلات روانشناختی، در کلینیک‌های تخصصی درد و مراکز روانشناختی برای بیماران مبتلا به درد مزمن استفاده شود.

## منابع

1. Aghili M, Rahatramrodi A. Relationship between Perceived Corona Virus Anxiety, Post-traumatic Stress Disorder and Chronic Pain in Nurses. *Journal of Clinical Psychology*. 2021; 3(51):89-101. <https://doi.org/10.22075/jcp.2021.22770.2095>
2. Schwan J, Sclafani J, Tawfik VL. Chronic Pain Management in the Elderly. *Anesthesiology clinics*. 2019; 37(3): 547-60. doi: [10.1016/j.anclin.2019.04.012](https://doi.org/10.1016/j.anclin.2019.04.012).
3. Zuhury S, Mason-Robbie V, Walklet E. Cognitive behavioural therapy and acceptance and commitment therapy as management strategies for chronic pain. *Journal Health Psychology Update*. 2021; 30(1): 1-17. <https://eprints.glos.ac.uk/id/eprint/9309>
4. Holzer LA, Huyer N, Friesenbichler J, Leithner A. Body image, self-esteem, and quality of life in patients with primary malignant bone tumors. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2020; 140(1):1-10. DOI: [10.1007/s00402-01-03205-8](https://doi.org/10.1007/s00402-01-03205-8)
5. Rickardsson J, Gentili C, Holmström L, Zetterqvist V, Andersson E, Persson J, Lekander M, Ljótsson B, Wicksell R. Internet-delivered acceptance and commitment therapy as microlearning for chronic pain: A randomized controlled trial with 1-year follow-up. *European Journal of Pain*. 2021; 34(3): 1-6. <https://doi.org/10.1002/ejp.1723>
6. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet (London, England)*. 2021; 397. 2082-97. doi: [10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7).
7. Mo P, Chan V, Chan S, Lau J. The role of social support on emotion dysregulation and Internet addiction among Chinese adolescents: -A structural equation model. *Addictive Behaviors*. 2018; 82: 86-93.
8. Lee SW, Won S, Jeong B. Moderating effect of emotional awareness on the association between maltreatment experiences and resilience. *Personality and Individual Differences*. 2019; 148: 38-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2019.05.037>
9. Sun J, Liu Q, Yu S. Child neglect, psychological abuse and smartphone addiction among Chinese adolescents: The roles of emotional intelligence and coping style. *Computers in Human Behavior*. 2019; 90: 74-83. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.08.032>

29. Mohanna S, Talepasand S. The Relationship between Environmental Supports and Emotional Self-awareness with Academic Engagement: the Mediating role of Educational Well-being. *Iranian Journal of Medical Education*. 2016; 16:31-42  
[URL: http://ijme.mui.ac.ir/article-1-3795-fa.html](http://ijme.mui.ac.ir/article-1-3795-fa.html) (In Persian)
30. Pak Manesh N, Yavdan M. Predicting academic performance through self-control, autonomy and self-awareness in the second year high school students of Bandar Abbas Shahzastan, *Journal of Cognitive Strategies*. 2020; 8(14): 37-55.  
<https://doi.org/10.22084/j.psychogy.2020.20757.2084> (In Persian)
31. Schulz R, Monin J, Czaja S, Lingler J. Measuring the experience and perception of suffering. *Journal Gerontologist*. 2010; 50(6): 774-784. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq033>
32. Dahl C, Stuart A, Martel K & Kaplan C. ACT and RFT in relationships: helping clients eager for intimacy and maintain healthy obligations. Translation: Navabinejad Sh, Saadati N. and Rostami M. The first edition, Tehran: the Jungle. 2015. (In Persian)
33. Ma T, Yuen A, Yang Z. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*. 2023; 39(3): 147-157. [DOI: 10.1097/AJP.0000000000001096](https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000001096)
34. Roslyakova T, Falco M, Gauchet A. An exploratory clinical trial on acceptance and commitment therapy as an adjunct to psychoeducational relaxation therapy for chronic pain. *Journal Psychology and Health*. 2020; 34(11): 1-9. [DOI:10.1080/08870446.2020.1856844](https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1856844)
35. Larsson A, Hartley S, Mchugh L. Arandomised controlled trial of brief web-based acceptance and commitment Therapy on the general mental health, depression, anxiety and strass of college Students. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2022; 24: 10-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.02.005>
36. Julien D, Kieron P. Recasting Psychodynamics into a Behavioral Framework: A Review of the Theory of Psychopathology, Treatment Efficacy, and Process of Change of the Affect Phobia Model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2016; 47: 1-10. [DOI:10.1007/s10879-016-9324-9](https://doi.org/10.1007/s10879-016-9324-9)
37. Sepas L, Dioulag A, Khademi A. Comparison of the Effectiveness Acceptance-Based Therapy and Reality Therapy on Reducing Anxiety Sensitivity in Women with MS. *Journal of Culture and Psychotherapy*. 2022; 13(51): 86-112. [doi /10.22054/qccpc.2022.64043.2808](https://doi.org/10.22054/qccpc.2022.64043.2808) (In Persian)
38. Chob frosh A, Fatemi N, Nasimi P. Comparison of the effectiveness of education based on acceptance and commitment and stress reduction program on mindfulness on reducing anxiety and depression of infertile women. 2023; 21(2): 275-288. [Doi:20.1001.1.17352029.1402.21.2.6.9](https://doi.org/10.17352029.1402.21.2.6.9) (In Persian)
- Remission. *Journal Behavior therapy*. 2020; 51(3): 375-385. [doi:10.1016/j.beth.2019.06.006](https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.06.006)
20. Motohamelian SH, Sajjadian I. The effectiveness of treatment based on affect efficiency on pain anxiety and pain acceptance in women with chronic low back pain in Isfahan. *Journal of anesthesiology and pain*. 2023; 14(2): 61-74. (In Persian)  
<https://sid.ir/paper/1114893/fa>
21. Saunders, R. Buckman, J. E. Cape, J. Fearon, P. Leibowitz, J. & Pilling, S. Trajectories of depression and anxiety symptom change during psychological therapy. *Journal of affective disorders*. 2019; 249: 327-335.  
<https://doi.org/10.1016%2Fj.jad.2019.02.043>
22. Zare I, Mohammadi M, Naziri G, Ezzatzadegan Jahromi S. The Effectiveness of Psychodynamic Affect Phobia Therapy on Emotion Regulation and Improvement of Symptoms in Patients with Panic Disorder. *armaghanj* 2022; 27(2):223-240. <http://dx.doi.org/10.52547/armaghanj.27.2.223> (In Persian)
23. Fogelkvist M, Gustafsson S, Kjellin L, Parling T. Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body image*. 2020; 32: 155-166. [doi:10.1016/j.bodyim.2020.01.002](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.01.002). Epub 2020 Jan 27.
24. Caletti E, Massimo C, Magliocca S. The role of the acceptance and commitment therapy in the treatment of social anxiety: An Affective Disorder, In Press, *Journal Pre-proof*. 2022; 310: 174-182. [doi: 10.1016/j.jad.2022.05.008](https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.008).
25. Rickardsson J, Gentili C, Holmström L, Zetterqvist V, Andersson E, Persson J, Lekander M, Ljótsson B, Wicksell R. Internet-delivered acceptance and commitment therapy as microlearning for chronic pain: A randomized controlled trial with 1-year follow-up. *European Journal of Pain*. 2021; 25(5): 1012-1030. <https://doi.org/10.1002/ejp.1723>
26. Roisin S, Hegarty M, Benjamin D, Fletcher T, Conner S, Stebbings G. Treharne Acceptance and commitment therapy for people with rheumatic disease: Existing evidence and future directions. *Journal Musculoskeletal Care*. 2020; 18(3): 330-341. <https://doi.org/10.1002/msc.1464>
27. Afshin A, Sadati Z, Zadeh Hasan F. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on body image and eating disorder beliefs in girls. *Applied Family Therapy Quarterly*. 2023; 3(2): 278-290. [doi:10.22034/AFTJ.2023.370133.1824](https://doi.org/10.22034/AFTJ.2023.370133.1824) (In Persian)
28. Hashemi M, Foruzandeh E, Haiderpur M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on emotional distress and commitment to treatment in diabetic patients with depression. 2023; 2(26): 111-130. <http://dx.doi.org/10.52547/rbs.20.4.8> (In Persian)