



## A comparative study of mindfulness-based cognitive therapy and emotion-focused therapy in reducing experiential avoidance in patients with peptic ulcer disease

Fatemeh Amanloo <sup>1</sup>, Mohammad Rajabi <sup>1\*</sup>, Mahdi Nayyeri <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran

\*Corresponding author: Mohammad Rajabi, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran  
Email: mohammad.rajabi@iau.ac.ir

Received: 4 October 2024 Revised: 1 December 2024 Accepted: 1 December 2024

### Abstract

**Background and Aim:** Peptic ulcer disease, as a psychosomatic disorder, is closely related to avoidance mechanisms and stress. This study aimed to compare the effectiveness of group-based mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and emotion-focused therapy (EMT) in reducing experiential avoidance in patients with peptic ulcer disease.

**Methods:** This semi-experimental study used a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. Forty-five patients referred to specialized clinics in Mashhad in 2022 participated in the study. Patients were randomly assigned to three groups of 15: control, MBCT, and EMT. Both intervention groups received 8 sessions of 90-minute group therapy, while the control group received no intervention during the study period. The primary data collection tool was the Experiential Avoidance Questionnaire, which was completed by patients at three time points (pre-test, post-test, and follow-up). Data were analyzed using repeated measures ANOVA.

**Results:** Both group-based MBCT and EMT were effective in reducing experiential avoidance in patients with peptic ulcer disease ( $P < 0.001$ ). However, no significant difference was found between the effectiveness of the two treatment methods ( $P = 1.0$ ).

**Conclusion:** The findings of this study suggest that both MBCT and EMT can effectively reduce experiential avoidance and improve the condition of patients with peptic ulcer disease.

**Keywords:** Mindfulness-based cognitive therapy, Emotion-focused therapy, Experiential avoidance, Peptic ulcer disease



## مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار به شیوه گروهی در کاهش اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به زخم معده

فاطمه امانلو<sup>۱</sup>، محمد رجبی<sup>۱\*</sup>، مهدی نیبری<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> گروه روانشناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۷/۱۳ اصلاح مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۱۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۱۱

### چکیده

**زمینه و هدف:** زخم معده به عنوان یک اختلال روان‌تنی، ارتباط نزدیکی با مکانیسم‌های اجتنابی و استرس دارد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) و درمان هیجان مدار (EMT) به شیوه گروهی در کاهش اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به زخم معده انجام شد.

**روش‌ها:** پژوهش حاضر با روش نیمه تجربی و طرح پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری همراه با گروه کنترل و با مشارکت ۴۵ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی و فوق تخصصی شهر مشهد در سال ۱۴۰۱ انجام شد. ۴۵ بیمار مبتلا به زخم معده به صورت تصادفی ساده در ۳ گروه ۱۵ نفری، کنترل، MBCT و EMT تخصیص یافتند. هر دو گروه مداخله، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان گروهی را دریافت کردند و گروه کنترل در بازه زمانی مطالعه مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار اصلی جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای بود که در سه نوبت (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) توسط بیماران تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** هر دو مداخله MBCT و EMT به شیوه گروهی در کاهش اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به زخم معده موثر بودند ( $P < 0.001$ )، با این حال، تفاوت معناداری بین اثربخشی دو روش درمانی مشاهده نشد ( $P = 0.1$ ).

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که هر دو درمان MBCT و EMT می‌توانند به طور موثر در کاهش اجتناب تجربه‌ای و بهبود وضعیت بیماران مبتلا به زخم معده مفید باشند.

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان هیجان مدار، اجتناب تجربه‌ای، زخم معده

زخم معده به‌عنوان زخم یا اختلال در یکپارچگی مخاطی معده و یا دوازدهه که منجر به یک نقص موضعی یا عمقی به دلیل التهاب فعال می‌شود، تعریف شده است [۱]. بیماری زخم معده به عنوان یک بیماری روان‌تنی شناخته شده است و علی‌رغم اینکه دلیل ابتلا به این بیماری به طور قطع مشخص نیست ولی در مطالعات مختلف استرس و مشکلات روان‌شناختی به‌عنوان عوامل تشدید و ادامه بیماری شناخته شده‌اند [۲]. همچنان که بررسی‌ها نشان می‌دهد اضطراب و افسردگی در بین مبتلایان به زخم معده شایع است [۳]. از جمله سازه‌های روان‌شناختی که در ایجاد و حفظ استرس نقش دارند. اجتناب تجربه‌ای است. اجتناب تجربه‌ای، سازه‌ای است که به منظور اجتناب از تجارب دردناک به کار برده می‌شود و شامل دو بخش است: بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت‌های بدنی هیجانات، افکار، خاطرات و زمینه‌های رفتاری) و تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردند [۴]. در واقع اجتناب تجربه‌ای می‌تواند با بسیاری از پیامدهای منفی از جمله اختلالات خلقی و اضطراب همراه باشد، همچنان که در مطالعات مختلف نیز ارتباط این سازه با افسردگی و اضطراب مورد تأیید قرار گرفته است [۵]. اجتناب تجربی در بیماران مبتلا به زخم معده می‌تواند نقش قابل توجهی در شدت علائم و کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد [۶]. این افراد اغلب به دلیل ترس از تجربه دوباره درد یا علائم ناخوشایند، از انجام فعالیت‌هایی که ممکن است علائم را تحریک کند، اجتناب می‌کنند. این اجتناب می‌تواند شامل پرهیز از برخی غذاها، محدود کردن فعالیت‌های جسمانی، یا حتی کنترل شدید افکار و هیجانات باشد که احتمالاً به افزایش اضطراب و استرس منجر می‌شود و بر شدت علائم جسمی نیز اثر می‌گذارد [۷]. مطالعات نشان می‌دهد این بیماران اجتناب تجربه‌ای بالایی نشان می‌دهند که این امر می‌تواند منجر به مشکلات جسمانی و روان‌شناختی عدیده‌ای شود [۶].

اغلب خط مقدم درمان مشکلات روان‌شناختی که همراه با بیماری زخم معده است درمان‌های دارویی ضدافسردگی است. دارو درمانی در این بیماران به ویژه به علت حساسیت بافت معده به داروها با چالش‌های بسیار همراه بوده است. درحقیقت، درمان دارویی به دلیل ماهیت علامت‌محور بودن خود، نه‌تنها موفقیتی در درمان اساسی و قطعی اختلالات نداشته، بلکه عوارض دارویی ناشی از مصرف دراز مدت آن‌ها نیز بر مشکل افزوده است [۸].

به همین جهت رویکردهای درمانی مکمل و غیر دارویی که در مدیریت استرس و مولفه‌های اضطرابی مؤثر بوده‌اند می‌توانند مکانیسم‌های مشابهی را برای مدیریت بیماری ایجاد کرده و در این زمینه مثر ثمر باشند. این رویکردهای درمانی به دلیل ماهیت مشکل‌محور خود در درمان اختلالات از پستوانه نظری و تجربی قابل توجهی برخوردار هستند. از آنجا که اختلالات گوارشی با

مشکلات هیجانی رابطه نزدیکی دارند [۹]. یکی از این رویکردهای مؤثر در این زمینه رویکرد هیجان مدار است. این رویکرد معتقد است که رنج هیجانی به سادگی توسط وضعیت شناختی یا مشکلات رفتاری مشخص نمی‌شود بلکه درد آدمی از لایه‌های عمیق روانی وی سرچشمه می‌گیرد. مطالعات نشان می‌دهد درمان هیجان مدار بر اجتناب تجربه‌ای در زنان مبتلا به افسردگی اثربخش بوده است [۱۰]. در مطالعه‌ی دیگری این رویکرد درمانی توانست میزان اجتناب تجربه‌ای را در جانبازان کاهش دهد [۱۱]. رویکرد دیگری که در حوزه اختلالات روان‌تنی با هدف هماهنگی بین جسم و روان استفاده می‌شود ذهن آگاهی است. هماهنگ بودن جسم و روان از شاخص‌های سلامتی افراد است و از آنجا که ذهن آگاهی این هماهنگی را افزایش می‌دهد [۱۲]. باید در نظر داشت اجتناب تجربه‌ای نوعی سبک هیجانی ناسازگارانه تلقی می‌شود و در این سبک در واقع افراد تلاش می‌کنند از تجارب درونی، عواطف، افکار، خاطرات، احساسات بدنی و دیگر رخدادهای درونی خودداری کنند لذا فرد در تشخیص به موقع علائم بیماری و اقدام به درمان دچار مشکل می‌شود. طبق مدل اجتناب شناختی اعتقاد بر این است که چنین اجتنابی به واسطه فرایند نگرانی اتفاق می‌افتد چرا که نگرانی به‌عنوان یک فعالیت اغلب فکری یا کلامی بر تلاش به منظور اجتناب از وقوع فجایع آینده متمرکز است و در نتیجه به‌عنوان راهبردی اجتنابی در پاسخ به تهدیدهای ادراک شده عمل می‌کند. نگرانی با سطوح پایین تصویرسازی ذهنی رابطه دارد و به‌عنوان عاملی برای اجتناب از تصاویر ذهنی ناخوشایند عمل می‌کند [۱۳]. همچنین سبب تداخل در پردازش هیجانی محرک‌ها می‌شود و نیز از طریق سرکوب فوری واکنش‌های سمپاتیک مربوط به هورمون‌های فراخوان اضطراب، باورهای نگران‌کننده و عدم وقوع رویدادهای ترسناک پیش بینی شده به گونه‌ای منفی تقویت می‌شود به‌همین دلیل درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر این متغیر اثربخشی مناسبی دارد [۱۴]. همچنین در مطالعه گودرزی و همکارانش [۱۳] مشخص شد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اجتناب تجربه‌ای مؤثر بوده است. باید در نظر داشت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار از نظر اثربخشی و رویکرد با یکدیگر تفاوت‌هایی دارند. در درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی تمرکز بر افزایش آگاهی لحظه‌ای و پذیرش تجربیات است که می‌تواند به کاهش نشخوار فکری، اضطراب و افسردگی کمک کند. این روش با تقویت مشاهده بدون قضاوت، فرد را تشویق به پذیرش و درک وضعیت‌های خود می‌کند. در مقابل، درمان هیجان‌مدار بر تجربه و بیان عمیق هیجانات متمرکز است. هدف این رویکرد، شناسایی و پردازش هیجانات اصلی و حل تعارضات درونی است که به تغییرات احساسی پایدار می‌انجامد. این درمان معمولاً برای افرادی که نیاز به پردازش هیجانات دارند مفید است [۱۵، ۱۶]. از این رو، اثربخشی این دو روش به نیازها و ویژگی‌های خاص افراد بستگی دارد.

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی

بر ذهن آگاهی (MBCT) و درمان هیجان مدار (EMT) به شیوه گروهی در کاهش اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به زخم معده انجام شد.

## روش‌ها

روش مطالعه حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل تمامی بیماران مبتلا به زخم معده می‌شد که در بازه زمانی دی ماه تا اسفندماه ۱۴۰۱ به کلینیک‌های تخصصی و فوق تخصصی شهر مشهد (کلینیک تخصصی مستقل سیدی) مراجعه می‌کردند. حجم نمونه در این پژوهش ۴۵ نفر در نظر گرفته شد؛ در گروه‌های مداخله و کنترل هر کدام ۱۵ نفر که به‌صورت تصادفی ساده از طریق قرعه کشی جایگزین شدند. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران و با در نظر گرفتن ده درصد ریزش ۱۵ نفر در نظر گرفته شد [۱۴]. در انتهای مطالعه در هر گروه ۱۴ نفر باقی ماند یک نفر از گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی جلسات را تکمیل نکرد. در گروه درمان هیجان مدار یکی از بیماران در شرایط جراحی قرار گرفت و یک نفر از گروه کنترل نیز در مرحله ی پیگیری در دسترس نبود. گروه‌های مداخله در جلسات شرکت کردند و در این بازه زمانی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از اتمام مطالعه دو جلسه آموزش تنظیم هیجانی برای افراد گروه کنترل ارائه شد. همه‌ی شرکت‌کنندگان در بازه‌ی زمانی مطالعه درمان‌های روتین پزشکی و آموزش‌های مرتبط با تغذیه را در کلینیک درمانی دریافت می‌کردند. هر سه گروه قبل، بعد از مداخله و سه ماه بعد از پایان مداخله با پرسشنامه‌های استاندارد ارزیابی شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل حداقل تحصیلات سیکل؛ سن بین ۱۸ سال تا ۵۰ سال؛ عدم ابتلا به بیماری مزمن به جز زخم معده؛ عدم اعتیاد به الکل و مواد مخدر؛ عدم سابقه تشخیص اختلالات سایکوتیک می‌شد. کسانی که به بیماری حاد روانی مبتلا بودند و تحت درمان روانپزشکی یا روانشناختی قرار داشتند. تمایل به همکاری نداشته یا بیش از دو جلسه غیبت کردند از مطالعه حذف شدند.

از پرسشنامه جمعیت شناختی (شامل سن، جنسیت، تحصیلات، سابقه بیماری، سومصرف مواد، تحت درمان بودن در مراکز روانشناختی، بیماری،...) و پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای (AAQ-II) (Acceptance and action Questionnaire-II) استفاده شد. این پرسشنامه به‌وسیله بوند، هایز، بایر، کارپنتر (۲۰۰۷) طراحی شده است. این پرسشنامه از ۱۰ ماده تشکیل شده و سازه‌ی را می‌سنجد که به تنوع پذیرش، اجتناب تجربه ای و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی مرتبط می‌شود. این پرسشنامه خودگزارش دهی است. سؤالات با مقیاس ۷ درجه‌ای از ۱-۷ سنجیده می‌شود و نمره بین ۱۰ تا ۷۰ به دست می‌آیند نمره بالاتر تمایل به اجتناب تجربه‌ای بالاتر را نشان می‌دهد. مطالعه روایی هم‌زمان پرسشنامه از طریق

بررسی همبستگی دو نیمه پرسشنامه (دو نیمه سازی) تأیید شد و ضریب پایایی پرسشنامه با فرمول آلفای کرون باخ معادل ۰/۹۳ گزارش گردید [۱۷]. کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است و در بررسی روایی همگرا میزان همبستگی پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک در یک نمونه ۱۹۲ نفری را معادل ۰/۵۹ - تا ۰/۴۴ - نشان دادند، سنجش روایی افتراقی در افراد بیمار و بهنجار نیز قدرت تمیز پرسشنامه را تأیید کرده و میانگین ضریب آلفای گزارش شده برای این پرسشنامه معادل ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ بوده است [۱۸]. ضریب آلفای کرونباخ در این پرسشنامه معادل ۰/۷۳ به دست آمد.

روش اجرا به این صورت بود که قبل از انجام مطالعه پرسشنامه (پیش‌آزمون) همسو با ملاک‌های اخلاقی انجمن روانشناسی امریکا و نیز نظام‌نامه اخلاقی سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران، در این پژوهش به شرکت‌کنندگان درباره پژوهش و شرایط آن (تعداد و مدت جلسات، زمان ارزیابی‌ها، تخصیص تصادفی، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و حق خروج از پژوهش در هر زمانی که مایل هستند) توضیح داده و رضایت آگاهانه اخذ شد. افزون بر آن، به شرکت‌کنندگان گروه کنترل پیشنهاد شد که در صورت تمایل می‌توانند پس از اتمام پژوهش تحت جلسات آموزشی- درمانی قرار گیرند. سپس پیش‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد. بیماران به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری جایگزین شد، بعد از مشخص شدن نمونه‌ها و جایگزینی تصادفی آن‌ها در سه گروه و نیز هماهنگی‌های لازم با آنها، جلسات درمان در کلینیک برگزار گردید. ترکیب گروه‌ها بدین‌صورت بود: گروه آزمایشی اول بیمارانی که درمان بر اساس شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در ۸ جلسه یک ساعت و نیمه، به‌صورت هفته‌ای یک جلسه که توسط پژوهشگر اجرا گردید را دریافت نمود. گروه آزمایشی دوم بیمارانی بود که درمان هیجان مدار را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته، به‌صورت هفته‌ای یک جلسه که توسط پژوهشگر دریافت کردند و گروه سوم شامل بیماران گروه کنترل بود و هیچ درمانی را در بازه زمانی پژوهش دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات درمان، پرسشنامه‌های پژوهش مجدداً بر روی آزمودنی‌های هر سه گروه اجرا شد و سه ماه بعد از آن، آزمون پیگیری اجرا گردید. در ادامه محتوی جلسات آمده است:

### الف- مداخله جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

محتوی این جلسات بر اساس مطالعه سگال و همکاران [۱۹] طراحی شده است. تعداد جلسات درمان ۸ جلسه بود که به‌صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد.

### ب- درمان هیجان مدار

محتوی این جلسات بر اساس مطالعه گرینبرگ طراحی شده است (۲۰) تعداد جلسات درمان ۸ جلسه بود که به‌صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد.

## جدول ۱. ساختار جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

<p><b>جلسه اول:</b> آشنایی و هدایت خودکار</p> <p>این جلسه با معارفه و ایجاد ارتباط با بیماران جهت اعتمادسازی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر آغاز و سپس رعایت رازداری و حریم خصوصی خاطر نشان شد. پس از معرفی درمان و آشنا نمودن اعضا با روند و ساختار جلسات، پرسشنامه‌ها داده شد در انتها با تمرکز بر تنفس کوتاه سه دقیقه‌ای جلسه به پایان رسید.</p>
<p><b>جلسه دوم:</b> مقابله با موانع</p> <p>هدف از این جلسه چالش با موانعی است که افراد با آن مواجه می‌شوند. شستن ذهن آگاهانه به صورت توجه بر کانون تنفس در بازه زمانی ده دقیقه‌ای انجام شد و ارائه تکلیف منزل شامل واریسی بدن در فعالیتهایی جدید، تنفس همراه با حضور ذهن</p>
<p><b>جلسه سوم:</b> تنفس ذهن آگاهانه</p> <p>ارزیابی تکالیف هفته گذشته، معرفی تنفس به عنوان فعالیتی که می‌تواند با بسیاری از موقعیت‌های زندگی مرتبط باشد از دیگر اهداف این جلسه آگاهی اعضا از حالات ذهنی‌شان، رویارویی با افکار متصل به این احساسات و تحت کنترل درآوردن آن‌ها بود.</p> <p>ارائه تکالیف منزل شامل واریسی بدن و ثبت وقایع ناخوشایند به صورت روزانه، فضای تنفس به صورت ۳ بار در روز و توزیع برگه‌های ثبت تکالیف</p>
<p><b>جلسه چهارم:</b> بودن در لحظه‌ی حال</p> <p>هدف از این جلسه حضور در زمان حال است حتی موقعیتی که تجربه ناخوشایندی در جریان است. انجام تمرین دوره تنفس ۳ دقیقه‌ای. ارائه تکالیف منزل شامل تأمل در وضعیت نشسته و فضای تنفس به صورت منظم ۳ بار در روز و نیز فضای تنفس مقابله‌ای به هنگام وقایع ناخوشایند همچنین توزیع برگه ثبت تکالیف</p>
<p><b>جلسه پنجم:</b> پذیرفتن و اجازه‌ی ماندن در زمان حال</p> <p>موضوع این جلسه شناسایی و ارتباط کاملاً متفاوت با تجارب ناخوشایند است: انجام تمرین نشستن آگاهانه، تمرین تنفس، جهت‌دهی مجدد توجه و گسترش آن. ارائه تکالیف منزل شامل تأمل در وضعیت نشسته با در نظر گرفتن تنوع برای روزهای هفته، فضای تنفس و نیز تنفس مقابله‌ای و توزیع فرم ثبت تکالیف</p>
<p><b>جلسه ششم:</b> افکار واقعیت نیستند</p> <p>هدف از این جلسه کاهش اتحاد اعضا با افکارشان است و اینکه به عنوان مشاهده‌گر به افکار نگاه کنند تا از آن‌ها آگاهی یابند و در نهایت متوجه شوند که افکار منفی رابطه با تجربه را محدود می‌کند. ارائه تکالیف منزل شامل موارد جلسه قبل و ثبت موقعیتهایی که از تنفس می‌توان به عنوان فضایی برای اداره افکار استفاده کرد به همراه برگه‌ی ثبت تکلیف و جزوه.</p>
<p><b>جلسه هفتم:</b> چگونه می‌توانم به بهترین نحو از خودم مراقبت کنم؟</p> <p>هدف از این جلسه تمرکز بر فعالیتهایی است که باعث مراقبت بیشتر از خود می‌شود. بحث گروهی در مورد تهیه فهرستی از کارهای خوشایند و ماهرانه با هدف تشخیص فعالیتهایی که منجر به ایجاد حس از عهده برآمدن می‌شود و نیز شناسایی عقاید و انتظاراتی که مانع هستند، تمرین دوره تنفس ۳ دقیقه‌ای قبل از انتخاب آگاهانه فعالیت، شناسایی نشانه‌های عود</p> <p>قدم زدن آگاهانه، ارائه آخرین تکلیف هفته شامل انتخاب یک الگو از بین انواع مختلف تمرینات که قصد بر انجام منظم آن است و فضاهای تنفسی و گسترش برنامه فعالیت برای مواجهه با حالات خلقی نامناسب به همراه برگه ثبت تکلیف</p>
<p><b>جلسه هشتم:</b> استفاده از آنچه تاکنون آموخته شده است. هدف از این جلسه یکپارچه‌سازی مطالبی است که تاکنون مطرح شده است</p>
<h2>جدول ۲. ساختار جلسات درمان هیجان مدار</h2>
<p><b>جلسه اول:</b> این جلسه با معارفه و ایجاد ارتباط با بیماران جهت اعتمادسازی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر آغاز و سپس رعایت رازداری و حریم خصوصی خاطر نشان شد. در انتهای جلسه ارائه توضیحاتی در رابطه با هیجان‌ات اصلی داده شد و از اعضا خواسته شد در راستای شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ات هسته‌ای خود تا جلسه آتی بر این مطلب تمرکز داشته باشند.</p>
<p><b>جلسه دوم:</b> با یادآوری مبحث هیجان‌ات اصلی آغاز و از اعضا خواسته شد جهت آشنایی دقیق‌تر و ارزیابی هیجان‌ات که در مواجهه با موقعیت‌های روزمره ایجاد می‌شود. سپس به بررسی و شناسایی احساسات متناقض مربوط به یک موقعیت پرداخته شد و در ادامه از شرکت‌کنندگان درخواست شد به بیان تعاملات مشکل‌دار خود بپردازند.</p>
<p><b>جلسه سوم:</b> شکل‌دهی دوباره به مشکل با هدف به رسمیت شناختن احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی از طریق بحث آغاز شد. بر توانایی فرد در بیان هیجان‌ات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به دیگر افراد جهت تسهیل تعاملات تأکید شد و در ادامه آگاهی دادن به اعضا در مورد تأثیر ترس و ساختارهای دفاعی‌شان بر فرایندهای شناختی و هیجانی با ذکر مثال انجام شد. در انتهای جلسه نیز تأثیر تفکرات غیرمنطقی بر آشفتگی هیجانی توضیح داده شد.</p>
<p><b>جلسه چهارم:</b> در این جلسه با هدف تشدید تجربه هیجانی اعضا ترغیب شدند به شناسایی نیازهای طردشده‌شان و جنبه‌هایی از خود که انکار شده است. سپس توجه اعضا به شیوه تعامل با یکدیگر جلب شده و انعکاسی از الگوهای تعاملی همراه با احترام و همدلی داده شد با هدف غنای روابط، بیان مجدد نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش آن‌ها جهت عمق بخشیدن به تجربه‌های هیجانی نیز در پایان جلسه انجام شد.</p>
<p><b>جلسه پنجم:</b> آگاه کردن افراد از هیجان‌ات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر فرد در رابطه، تأکید بر پذیرش تجربیات بیماران و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجان‌ات شناخته شده، برجسته‌سازی و شرح دوباره نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آن‌ها با هدف کشف راحل‌های جدید برای مشکلات قدیمی.</p>
<p><b>جلسه ششم:</b> آسان‌سازی بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی مجدد با هدف توسعه تجربه هیجانی اولیه در زمینه دلبستگی، به اعضا کمک شد تا مسئولیت خود و سهمشان را برای صدمه دلبستگی بپذیرند و تجارب خود را در گروه به اشتراک بگذارند و در ادامه با استفاده از سؤالات اکتشافی تجربه هیجانی اعضا در ارتباط با پدیداری عناصر جدید گسترش داده شده و نیز توضیحاتی داده شد در مورد شناخت نیازها و تعلقات درونی جهت ایجاد دلبستگی‌های جدید با پیوندی ایمن در روابط بین فردی.</p>

**جلسه هفتم:** ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین اعضا از طریق جایگزینی الگوهای تعاملی مثبت و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوی تعاملی، بازسازی مجدد هیجان و فراخوانی و برانگیختن دوباره هیجان. پاسخ‌های جدید و سازگارانه اعضا به‌منظور اصلاح موقعیت برجسته شد. از اعضا حمایت شد تا به رفتارهای جدید پاسخگو باشند و رهبر گروه در این جلسه فقط تشویق و رهبری کرده و کمتر فعال بود.

**جلسه هشتم:** هدف از این جلسه تقویت و تحکیم تغییراتی بود که طی جلسات درمان صورت گرفته است لذا تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است برجسته شده و به شکل‌گیری رابطه بر اساس پیوندی ایمن تأکید شد به‌گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه‌حل، آسپبی به آن‌ها وارد نسازد. ارزیابی تغییرات از طریق بیان روایت خود از روابط بهبودیافته توسط اعضا و اتمام جلسه با توزیع جزوه خلاصه جلسات.

## ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد کارآزمایی بالینی به شماره IRCT20221108056439N1 تصویب شده است. حضور افراد در مطالعه داوطلبانه بود و اطلاعات بصورت محرمانه اخذ و حفظ شد. این مطالعه مطابق با معاهده هلسینکی انجام شد.

## محاسبات آماری

برای توصیف اطلاعات از آمار توصیفی شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد، درصد و فراوانی استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و از آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها استفاده شد. به‌منظور بررسی همگن بودن توزیع جنسیت بین دو گروه از آزمون کای اسکوتر بهره برده شد و مقایسه سن و مدت بیماری بین گروه‌ها با استفاده از آنالیز واریانس صورت گرفت. همچنین پیش فرض‌های آزمون آماری شامل برابری واریانس‌ها از آزمون لوین، برابری کوواریانس از آزمون ام باکس، برابری واریانس‌ها با مقادیر تکراری از آزمون کرویت موجلی و تصحیح آن از آزمون گرین هاوس-گیسر بررسی و تایید گردید. قابل ذکر است جهت انجام تمامی مراحل آماری و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

## نتایج

شرکت‌کنندگان ۲۵ نفر (۵۵/۵ درصد) مرد و ۲۰ نفر (۴۴/۵ درصد) زن بودند ( $P=0/۲۷۲$ ) که در نهایت تعداد ۱۴ نفر در هر گروه باقی ماندند. دو نفر به علت عدم پاسخ‌دهی در مرحله پیگیری و یک نفر به دلیل ابتلا به بیماری از مطالعه حذف شدند. مدت زمان بیماری برای شرکت‌کنندگان در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ۵/۷۱ سال، درمان هیجان مدار ۵،۲۱ سال و گروه کنترل ۴/۲۱ سال بود ( $P=0/۵۱۷$ ). میانگین و انحراف استاندارد سن افراد شرکت‌کننده در گروه‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان هیجان مدار و کنترل به ترتیب ۴۱/۱۴، ۳۹/۴۲ و ۳۸/۰۰ سال بود ( $P=0/۵$ ). در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آمده است. جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد اجتناب تجربه‌ای را در ۳ گروه و در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

همچنان که ملاحظه می‌شود در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار نمرات در مراحل زمانی پس‌آزمون و پیگیری کاهش نشان می‌دهد. در خصوص گروه کنترل تغییرات نمرات محسوس نیست.

**جدول ۳.** میانگین و انحراف استاندارد اجتناب تجربه‌ای در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۴۱/۵۰ (۵/۷۶)	۳۳/۳۵ (۴/۶۵)	۳۰/۲۱ (۴/۶۱)
هیجان مدار	۴۱/۲۸ (۴/۹۸)	۳۳/۰۷ (۴/۰۴)	۳۰/۲۱ (۳/۹۴)
کنترل	۴۰/۱۴ (۵/۹۰)	۴۰/۰۷ (۶/۳۵)	۳۹/۷۱ (۶/۱۸)

**جدول ۴.** نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر اجتناب تجربه‌ای

اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	P	$\eta^2$
اثر گروه	۷۱۰/۶۱	۳۵۵/۳۱	۴/۴۴	۰/۰۱۸	۰،۱۸
اثر زمان	۱۲۹۰/۳۳	۸۸۲/۱۱	۵۸۳/۲۱	۰/۰۰۱	۰،۹۳
اثر تعاملی گروه × زمان	۵۸۶/۰۴	۲۰۰/۳۲	۱۳۲/۴۴	۰/۰۰۱	۰،۸۷

پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده است. بر اساس یافته‌های گزارش شده آزمون تعقیبی در جدول ۶ و نمودار ۱ بین گروه‌های مداخله درمان هیجان مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل تفاوت معنادار مشاهده شد؛ اما بین دو گروه درمان هیجان مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معنادار دیده نشد.

جدول ۴ نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه × زمان ( $\eta^2=0/۸۷$ )،  $F=132/44$ ،  $P=0/001$ ، در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این یافته‌ها بیانگر آن است که مداخلات اجتناب تجربه‌ای را به‌صورت معنادار تحت تأثیر قرار داده است.

در ادامه جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی نمرات مربوط در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد. طبق نتایج به‌دست‌آمده در جدول آزمون تعقیبی جدول ۵ و نمودار ۱ تغییرات نمرات از

**جدول ۵.** نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی زمانها بر اجتناب تجربه ای

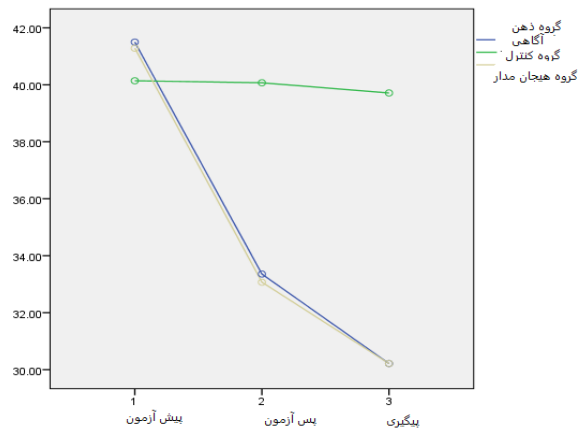
مقایسه زمانها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
پیش آزمون	۵/۴۷	۰/۲۵	۰/۰۰۱
پیش آزمون	۷/۵۹	۰/۳۷	۰/۰۰۱
پس آزمون	۲/۱۱	۰/۱۴	۰/۰۰۱

**جدول ۶.** نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروهها بر اجتناب تجربه ای

مقایسه زوجی گروهها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
شناخت درمانی	-۴/۹۵	۱/۹۵	۰/۰۴
درمان هیجان مدار	-۵/۱۱	۱/۹۵	۰/۰۳
شناخت درمانی	۰/۱۶	۱/۹۵	۱/۰

و تعهد بر شاخص‌های شناختی (اجتناب تجربه‌ای و تنظیم هیجان) در زوجین آسیب دیده از روابط فرا زناشویی به این نتیجه رسیدند که زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای اثربخشی بیشتری دارد [۲۵]. در توضیح این تفاوت میتوان به این موضوع اشاره کرد که نمونه‌های کیهان و همکاران با مطالعه ی حاضر متفاوت بود از طرفی زوج درمانی هیجان مدار مبتنی بر مطالعات جانسون و همکاران صورت می‌گیرد که بر اساس نظریه دلبستگی طراحی شده است و فرآیند متفاوتی با درمان هیجان مدار مورد استفاده در این مطالعه داشته است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان ذهن آگاهی به دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه موجب کاهش اجتناب از احساسات و تجربیات می‌شود. داشتن ذهن آگاهی مستلزم استفاده از راهبردهای رفتاری شناختی و فراشناختی برای تمرکز بر فرآیند توجه است. این امر موجب افزایش تمرکز بر رویداد مطلوب و افزایش توانایی در تغییر توجه از رویداد نامطلوب است. این توانایی به افراد کمک می‌کند توجه خود را از افکار و احساسات ناکارآمد منحرف کنند و بر بدن و احساسات بدنی و روانی تمرکز نمایند. تمرکز بر رویدادهای درونی به آنها کمک می‌کند متوجه شوند این احساسات تا چه حد می‌توانند گذرا و اتوماتیک باشند. توجه آگاهانه به زمان حال و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار ناخوشایند به این افراد آموخت که میتوانند با این افکار و احساسات مواجه شوند بدون اینکه آسیب ببینند؛ زیرا در تمرینات آموزش‌های لازم را جهت تماشای بدون قضاوت افکار دریافت کرده بودند. این امر به آنها کمک کرد بتوانند در حین توصیف و تماشای افکار ناخوشایند پیامدهای آن را کنترل نمایند. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تغییر رابطه فرد با افکار و احساسات خود تمرکز دارد، به‌جای اینکه آن‌ها را سرکوب یا از آن‌ها اجتناب کند. در تمریناتی مانند تنفس سه دقیقه ای و توجه بر کانون تنفس که در جلسات اولیه آموزش داده شد در طی جلسات در این روش، افراد تشویق می‌شدند تا افکار و احساسات منفی خود را بدون قضاوت و در لحظه حال مشاهده و بپذیرند. همچنین تمرین اصلی که شامل اسکن بدنی است به افراد کمک می‌کند از الگوهای



**نمودار ۱.** تغییرات نمرات گروهها در سه بازه زمانی پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری برای اجتناب تجربه ای

## بحث

نتایج به دست آمده نشان داد که مداخلات اجتناب تجربه ای را به‌صورت معنادار تحت تأثیر قرار داده است. بین گروه‌های مداخله درمان هیجان مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود داشت. بین دو گروه درمان هیجان مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معنادار دیده نشد. همسو با این یافته Atadokht و همکاران [۲۱] با هدف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار بر سازگاری اجتماعی و اجتناب تجربی مطالعه‌ای انجام دادند. نتایج نشان داد درمان هیجان مدار بر کاهش اجتناب تجربه ای اثربخش بوده است. Coutinho و همکاران [۲۲] نیز یافته‌های مشابهی گزارش کردند. Blakey و همکاران [۲۳] در مطالعه ای دیگر بر اهمیت توجه به اجتناب تجربی در درمان بیماری‌های مزمن اشاره کرده اند. در مطالعه گودرزی و همکارانش [۱۳] مشخص شد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اجتناب تجربه ای در بیماران قلبی موثر بوده است. همچنین عاصی کوچصفهانی و برادران [۲۴] گزارش کرده‌اند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اجتناب تجربه‌ای اثربخشی معنی‌دار دارد. هر چند کیهان و همکاران با مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش

همکاران [۲۸] نشان داده‌اند که نامگذاری یک احساس در کلمات به کاهش برانگیختگی آمیگدال کمک می‌کند؛ بنابراین، درمانگران هیجان مدار با مراجعان همکاری می‌کنند تا به آنها کمک کنند که به احساساتشان دسترسی پیدا کنند، نزدیک شوند، تحمل کنند، بپذیرند، متمایز کنند و آنها را به نماد در بیاورند. همچنین بیان هیجان‌ات در درمان شامل تخلیه هیجان ثانویه نیست، بلکه غلبه بر اجتناب برای تجربه جدید و بیان احساسات اولیه محدود شده قبلی است [۲۶]. انجام این کار همچنین می‌تواند به شفاف‌سازی و تمرکز توجه بر نگرانی‌ها و نیازهای اصلی کمک کند که به نوبه خود باعث تعقیب اهداف مهم می‌شود.

### نتیجه‌گیری

در کل نتایج به دست آمده نشان داد درمان هیجان مدار به شیوه گروهی بر اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به زخم معده اثربخش است. همچنین بررسی نتایج نشان داد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز بر اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به زخم معده اثربخشی معنادار داشته است. بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان هیجان مدار به شیوه گروهی تفاوت معناداری نداشت.

محدودیت‌های تحقیق: تعداد نمونه‌های انتخاب شده تحت تاثیر محدودیت جامعه آماری بوده و امکان مصاحبه بالینی برای ارزیابی وضعیت سلامت روان بیماران قبل از ورود آن‌ها به مطالعه فراهم نشد. گرچه در این پژوهش در حد توان سعی شده است که از آزمون‌های دارای اعتبار و پایایی مناسب استفاده شود، اما جا دارد که در آینده پژوهش‌هایی با ابزارهای سنجش وابسته به فرهنگ افراد کشور ما انجام شود. با توجه به یافته‌های حاصل از مطالعه توصیه می‌شود حمایت‌های اجتماعی لازم در جهت حمایت از بیماران روان تنی فراهم شود. در خصوص اهمیت مشکلات سلامت روان این بیماران و اطرافیان به همراهان بیمار اطلاعات لازم توسط پزشکان، روانشناسان و پرستاران ارائه شود.

### تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از رساله دکتری

نویسنده اول مقاله می‌باشد، از تمامی کسانی که در این پژوهش همکاری کردند صمیمانه تشکر می‌نمایم. این مطالعه دارای کد کارآزمایی بالینی به شماره IRCT20221108056439N1 می‌باشد. پروپوزال این مطالعه، توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد به شماره IR.MUMS.REC.1401.202 به تصویب رسیده است.

### نقش نویسندگان: همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله

یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

### تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ گونه تضاد

منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

فکری منفی که به اجتناب تجربه‌ای منجر می‌شوند، فاصله بگیرند و آن‌ها را به‌عنوان بخشی از تجربه طبیعی انسانی بپذیرند. در واقع، ذهن آگاهی در تمامی تمرینات رسمی و غیر رسمی که در جلسات و خارج از جلسات صورت می‌گیرد به افراد می‌آموزد که چگونه به جای فرار از احساسات و تجارب ناراحت‌کننده، با پذیرش و آگاهی نسبت به آن‌ها واکنش نشان دهند، که این خود باعث کاهش اضطراب و اجتناب تجربه‌ای می‌شود و به ارتقای انعطاف‌پذیری روانی کمک می‌کند.

در خصوص اثربخشی درمان هیجان مدار بر اجتناب تجربه‌ای می‌توان گفت از دیدگاه هیجان مدار تغییر با کمک به افراد برای فهم هیجان‌ات خود از طریق آگاهی، بیان، تنظیم، بازتاب و تحول رخ می‌دهد که همه در چارچوب اصول کلی تغییر هیجان مدار از جمله یک رابطه درمانی که با درمانگری که فعالانه درگیر است، از نظر عاطفی حاضر است، دارای هماهنگی همدلانه است و توجه مثبت و پذیرش بی قید و شرط را ارائه می‌دهد، مشخص می‌شود، می‌باشند [۲۶].

درمان هیجان‌مدار اثربخشی خود بر اجتناب تجربه‌ای را از طریق تمرکز بر پردازش هیجان‌ات و ایجاد ارتباط سالم با آن‌ها به دست می‌آورد. این امر از طریق تمرین جلسه‌ی اول که شامل شناسایی و نام گذاری هیجان‌ها است صورت گرفت. در جلسات بعدی تعاملات مشکل دار بررسی شد و هیجان‌های اصلی آموزش داده شد این به افراد کمک می‌کند تا به جای اجتناب از احساسات منفی، آن‌ها را شناسایی، پردازش و بیان کنند. شکل‌دهی دوباره به مشکل با هدف به رسمیت شناختن احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی با استفاده از تکنیک‌هایی مانند شناسایی و پردازش هیجان‌ات پیچیده یا ناسازگار، تجربه خود باعث شد شرکت کنندگان رابطه شان را با هیجان‌ات تغییر دهند و از اجتناب تجربه‌ای رهایی یابند. در جلسات پنجم و ششم با تقویت پذیرش و ابراز هیجان‌ات، به افراد کمک شد به یک فهم عمیق‌تر از خود برسند و رفتارهای اجتنابی را کاهش دهند، و در نتیجه با افزایش تاب‌آوری روانی، برخورد سالم‌تری با موقعیت‌های ناراحت‌کننده داشته باشند. همچنین تغییر الگوها به الگوهای تعاملی مثبت و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوی تعاملی، بازسازی مجدد هیجان و فراخوانی و برانگیختن دوباره هیجان مستلزم مواجهه با تجارب و احساساتی بود که افراد از آن اجتناب میکردند که این امر نیز موجب کاهش اجتناب تجربه‌ای شد.

افزایش آگاهی از هیجان‌ات و جنبه‌های مختلف آن، اساسی ترین هدف کلی درمان است و شامل دسترسی و آگاهی از هیجان‌ات فرد است. هنگامی که افراد بدانند چه احساسی دارند، دوباره به نیازهای خود متصل می‌شوند و برای برآورده کردن آنها انگیزه پیدا می‌کنند. آگاهی هیجانی شامل پذیرش هیجان‌ات به جای اجتناب از آنها است. همچنین شامل احساس کردن احساس با آگاهی به جای صرفاً فکر کردن به آن نیز می‌شود [۲۷]. Lieberman و



## منابع

1. Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison's principles of internal medicine*. 2022. ISBN 978-1264268504.
2. Flaskerud JH. Gastric ulcers, from psychosomatic disease to infection. *Issues Ment Health Nurs*. 2020; 41(11): 1047-50. doi:10.1080/01612840.2020.1749332 PMID:32521175
3. Babić E, Bevanda M, Karin M, Volarić M, Bogut A, Bevanda Glibo D, et al. Anxiety, depression and personality types in patients with inflammatory bowel disease: comparisons with peptic ulcer and the general population. *Psychiatr Danub*. 2021; 33(1): 48-56. doi:10.24869/psyd.2021.48 PMID:33857039
4. Akbari M, Seydavi M, Hosseini ZS, et al. Experiential avoidance in depression, anxiety, obsessive-compulsive related, and posttraumatic stress disorders: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *J Contextual Behav Sci*. 2022; 24: 65-78. doi:10.1016/j.jcbs.2022.03.007
5. Mellick WH, Mills JA, Kroska EB, et al. Experiential avoidance predicts persistence of major depressive disorder and generalized anxiety disorder in late adolescence. *J Clin Psychiatry*. 2019;80 (6): 6949. doi:10.4088/JCP.18m12265 PMID:31644841 PMCID:PMC6854672
6. Pardh AM, Karami J, Moradi A. Role of experiential avoidance and alexithymia in the prediction of psychosomatic disorder among the employees at National Iranian South Oil Company. *J Ilam Univ Med Sci*. 2022;29(5).
7. Trindade IA, Ferreira C, Pinto-Gouveia J. Inflammatory bowel disease: The harmful mechanism of experiential avoidance for patients' quality of life. *J Health Psychol*. 2016;21(12):2882-92 doi:10.1177/1359105315587142 PMID:26044718
8. Filaretova L, Podvigina T, Yarushkina N. Physiological and pharmacological effects of glucocorticoids on the gastrointestinal tract. *Curr Pharm Des*. 2020;26(25):2962-70. doi:10.2174/1381612826666200521142746 PMID:32436822
9. Muazzam A, Ali N, Niazi Y, et al. Emotion regulation, optimism and quality of life among gastric ulcer patients. *Pak J Med Sci*. 2021;37(4):988. doi:10.12669/pjms.37.4.3894 PMID:34290771 PMCID:PMC8281170
10. Ertezaee B, Neissi A, Hamid N, et al. The effectiveness of emotion-focused therapy on mental pain, experiential avoidance, and forgiveness in women with depression, who experienced a romantic relationship breakup. *Shenakht J Psychol Psychiatry*. 2023;9(6):64-77. doi:10.32598/shenakht.9.6.64
11. Priya G, Kalra S. Mind-body interactions and mindfulness meditation in diabetes. *Eur Endocrinol*. 2018;14(1):35. doi:10.17925/EE.2018.14.1.35 PMID:29922350 PMCID:PMC5954593
12. Mir F, Abdolshahi M, Shamsipour Dehkordi P. The effect of a mindfulness-based yoga training course on the mental toughness of athletes with different skill levels. *Sci J Rehabil Med*. 2022;10(6):1214-27. doi:10.32598/SJRM.10.6.7
13. Goodarzi MA, Bedayat E, Borumand N. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on experiential avoidance and death anxiety in elderly women. *Rooyesh-e-Ravanshenasi J*. 2021; 10(8):115-24.
14. Homayooni M, Keykhosravani M. The effectiveness of positive mindfulness on feelings of internalized shame, experiential avoidance, and emotion dysregulation in violent women. *Rooyesh-e-Ravanshenasi J*. 2022;11(7):33-44.
15. Hidaji MB, Sodagar S, Rahimi N. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and emotion-oriented therapy on psychological well-being in type 2 diabetic patients. *Manag Strateg Health Syst*. 2022;7(2):181-91.
16. Davoudi R, Manshaee G, Golparvar M. Comparing the effectiveness of adolescent-centered mindfulness with cognitive behavioral therapy and emotion-focused therapy on emotion regulation among adolescent girls with nomophobia. *J Health Promot Manag*. 2019;8(4):16-25.
17. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011;42(4):676-88. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007 PMID:22035996
18. Abasi E, Fti L, Molodi R, et al. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-II. *Psychol Models Methods*. 2012;3 (10):65-80.
19. Segal Z, Williams M, Teasdale J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Press; 2012. doi:10.1080/713869628 PMID:22475168
20. Greenberg L. Emotion-focused therapy: An overview. *Turk Psychol Couns Guidance J*. 2010; 4(33):1-12. doi:10.1037/e602962010-001
21. Atadokht A, Masoumeh GB, Mikaeli N, et al. Effect of emotion-focused cognitive behavioral therapy on social adjustment and experiential avoidance in Iranian disabled veterans. *Mil Caring Sci*. 2019;6(3):176-86. doi:10.29252/mcs.6.3.3
22. Coutinho M, Trindade IA, Ferreira C. Experiential avoidance, committed action, and quality of life: Differences between college students with and without chronic illness. *J Health Psychol*. 2021;26(7):1035-45. doi:10.1177/1359105319860167 PMID:31298586
23. Blakey SM, Halverson TF, Evans MK, et al. Experiential avoidance is associated with medical and mental health diagnoses in a national sample of deployed Gulf War veterans. *J Psychiatr Res*. 2021; 142: 17-24. doi:10.1016/j.jpsychires.2021.07.033 PMID:34314990 PMCID:PMC8429252
24. Asi Kouchesfahani A, Baradaran M. The effectiveness of mindfulness training on cognitive emotion regulation, experiential avoidance, and methadone dose reduction in patients under methadone treatment. *Res Addict*. 2023;16(66):291-310. doi:10.52547/etiadjpajohi.16.66.291

25. Keyhan F, Ghanifar MH, Ahi Q. Comparison of the effectiveness of emotion-oriented couple therapy and couple therapy based on acceptance and commitment on spiritual indicators (patience and forgiveness) in couples affected by extramarital relationships. *Appl Fam Ther J*. 2022;3(3):20-34. doi:10.61838/kman.aftj.3.3.2
26. Greenberg LS. Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *J Psychother Integr*. 2002;12(2):154. doi:10.1037/1053-0479.12.2.154
27. Greenberg L. The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*. 2014;51(3):350. doi:10.1037/a0037336 PMID:25068192
28. Lieberman MD, Eisenberger NI, Crockett MJ, et al. Putting feelings into words. *Psychol Sci*. 2007; 18(5):421-8. doi:10.1111/j.1467-9280.2007.01916.x PMID:17576282

**How to Cite this Article:**

Amanloo F, Rajabi M, Nayyeri M. A comparative study of mindfulness-based cognitive therapy and emotion-focused therapy in reducing experiential avoidance in patients with peptic ulcer disease. *Feyz Med Sci J* 2024; 28 (5) :519-528.  
doi: 10.48307/FMSJ.2024.28.5.519