

February-March 2021, Volume 9, Issue 6

## The Effectiveness of Gestalt Therapy on Cognitive Emotion Regulation Strategies in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A case study

Sahar al-Sadat Torabian <sup>1</sup>, Nurallah Mohammadi <sup>2\*</sup>, Changiz Rahimi <sup>2</sup>, Gholam reza Sivandzadeh <sup>3</sup>

1- PhD Student in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran .

2- Professor of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran .

3- Assistant Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

\* **Corresponding author:** Nurallah Mohammadi, Professor of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.

**Email:** nmohammadi@shirazu.ac.ir

Received: 9 Nov 2020

Accepted: 14 Feb 2021

### Abstract

**Introductions:** Attending to psychological state in patients with irritable bowel syndrome because of strong influence on incidence, progression and prognosis and Treatment of this disease is very important. The present study investigated the effectiveness of gestalt therapy on cognitive emotion regulation strategies in patients with irritable bowel syndrome.

**Methods:** This research is a single case experimental design with non-concurrent multiple baseline design. In this study 2 patients with irritable bowel syndrome who attended psychiatric clinics, Pardis clinic, Faghihi hospital and Motahari clinic in Shiraz city from September to December 2019 who were selected by purposive sampling method. Cognition Emotion Regulation Strategies Questionnaire (2001) were administrated as a pretest. Then, patients received 8 sessions of gestalt therapy. In the end, the post-test was administrated on two patients and, descriptive and inferiorities statistical index were used for data analysis by SPSS software.

**Results:** The results of the present study indicated that the mean scores of negative cognitive emotion regulation strategies baseline decreased at different stages for both patients and the mean scores of positive cognition emotion regulation strategies baseline decreased ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** The results of this study indicate the efficacy of gestalt therapy on improving cognition emotion regulation strategies in patients with irritable bowel syndrome. Therefore, the findings of the present study indicate the need for a comprehensive psychotherapy with gestalt approach program for these patients.

**Keywords:** Irritable Bowel Syndrome, Gestalt Therapy, Cognition Emotion Regulation Strategies.

## اثربخشی گشتالت درمانی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر: یک مطالعه تک موردی

سحرالسادات ترابی<sup>۱</sup>، نوراله محمدی<sup>۲\*</sup>، چنگیز رحیمی<sup>۲</sup>، غلامرضا سیوندزاده<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲- استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۳- استادیار گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

\*نویسنده مسئول: نوراله محمدی. استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.  
ایمیل: nmohammadi@shirazu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۱۹

### چکیده

**مقدمه:** توجه به حالات روانشناختی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر به دلیل تاثیر نیرومند بر سیر و پیش آگهی و درمان بیماری بسیار مهم است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گشتالت درمانی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر انجام گرفت.

**روش کار:** پژوهش حاضر جزء طرح‌های آزمایشی تک موردی با خط پایه چندگانه ناهمزمان بود. در این پژوهش ۲ نفر از بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه کننده به مطب های روان‌پزشک، درمانگاه پردیس، بیمارستان فقیهی و درمانگاه شهید مطهری شهر شیراز از شهریور تا آذر ماه سال ۹۸ به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (۲۰۰۱) پیش آزمون اجرا شد. سپس برای بیماران به مدت ۸ جلسه گشتالت درمانی اجرا شد. در پایان برای هر دو بیمار پس آزمون اجرا شد و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و شاخص های آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته ها:** یافته های پژوهش نشان داد که میانگین راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در مراحل مختلف خط پایه برای هر دو بیمار کاهش و میانگین راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در مراحل مختلف خط پایه برای هر دو بیمار افزایش یافت ( $P < 0.001$ ).

**نتیجه گیری:** نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده اثربخشی گشتالت درمانی در بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر بود. بنابراین، یافته های پژوهش حاضر نیاز به مداخله های روان درمانی جامع با رویکرد گشتالت برای این بیماران را نشان می دهد.

**کلیدواژه ها:** سندروم روده تحریک پذیر، گشتالت درمانی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان.

### مقدمه

در قرن هفده میلادی Harvey بیان کرد که هر تاثیری بر ذهن حاکی از درد، خشنودی، لذت، بیم و هراس و یا امید باشد، با تحریک جسم همراه است [۱، ۲]. اعتقاد به تاثیر حالت های روحی بر بدن، تاریخچه ی طولانی دارد. اصطلاح اختلالات روان تنی یا اختلالات روان-فیزیولوژیکی به حالات جسمانی اشاره دارند که در آن ها حوادث پرمعنای روان شناختی و عوامل هیجانی و روانی ارتباط تنگاتنگی با نشانه های جسمانی دارند. ظهور، بروز،

ابتلا و تشخیص اختلالات روان تنی نیازمند پیوند و نزدیکی همزمان عوامل روان شناختی و نشانه های جسمانی به طور همزمان با یکدیگر است [۳].

یکی از سیستم های بدن که بسیار تحت تاثیر عوامل روانی و اجتماعی قرار دارد دستگاه گوارش است و از مهم ترین بیماری های روان تنی رایج آن سندرم روده تحریک پذیر می باشد [۴]. سندرم روده تحریک پذیر نوعی اختلال مزمن در عملکرد سیستم گوارشی بدون وجود اختلال پاتولوژیکی جسمانی یا شیمیایی مشخص است که با تغییر

این مشکل سلامتی مداخلات اختصاصی نیاز است. هیچ ملاک استاندارد طلایی برای درمان سندروم روده تحریک پذیر وجود ندارد و برای آن دسته از بیمارانی که نمی توانند از دارودرمانی استفاده کنند، گزینه های درمانی محدودی وجود دارد [۸]. برخی درمان های روانشناختی که فرض می شود می توانند در بهبود این مشکل سلامتی نقش داشته باشند شامل درمان شناختی-رفتاری، هیپنوتیسم درمانی و درمان های مبتنی بر مدیریت استرس می شود [۹]. در بین این درمان های روانشناختی در رابطه با اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سندروم روده تحریک پذیر مطالعات گسترده ای انجام شده است و به عنوان درمان پیشنهادی نیز معرفی شده است. اما این درمان برای بیماران زیادی پاسخگو نیست و بسیاری از بیماران نمی توانند از این درمان نتیجه رضایت بخش بگیرند [۸]. در نتیجه نیاز به درمان های روانشناختی نوین مطرح می گردد.

اخیراً در پژوهش ها برای اختلالات روانشناختی و حتی مشکلات مزمن جسمانی درمان های با رویکرد گشتالت پیشنهاد شده است که برای افراد دارای تجارب جسمانی یا روان شناختی آزاردهنده، بسیار اثربخش می باشند [۱۰]. گشتالت درمانی یکی از رویکردهای پدیدارشناختی-وجودی است و شامل یک نظام پیچیده روانشناختی می باشد که به رشد هر چه بیشتر آگاهی روانشناختی و مسئولیت پذیری مراجعان کمک می کند [۱۱]. مطابق با این رویکرد، جلسه درمانی بر تجارب درونی فرد شامل احساسات، افکار و خاطرات بیمار متمرکز است و دنیای پدیدارشناختی مراجع از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است تا بتواند به بینش و پذیرش نسبت به خود دست یابد. در این رویکرد چیزی که مراجع مستقیماً اینجا و اکنون تجربه می کند بسیار مهم تر از تفسیر گفته ها و کندوکاو گذشته وی است [۱۱]. با توجه به تاکید این رویکرد بر تجربه اینجا و اکنون مراجع و انسجام رفتاری وی به نظر می رسد در بهبود وضعیت بیماران مبتلا به اختلال سندروم روده تحریک پذیر نیز مفید باشد.

با وجود این که شواهد نشان می دهند که گشتالت درمانی می تواند یک رویکرد اثربخش و مفید در درمان سندروم روده تحریک پذیر باشد، اما اثربخشی آن بر سندروم روده تحریک پذیر هنوز بررسی نشده است و نیازمند بررسی و انجام مداخله های مبتنی بر این رویکرد درمانی می باشد.

در اجابت مزاج (اسهال، یبوست)، دردهای مداوم شکمی و نفخ مکرر تشخیص داده می شود و به طور نامنظم نوسان دارد [۲] و ممکن است با عوامل عفونتی نیز همراه باشد [۴]. از آن جا که سندروم روده تحریک پذیر علت جسمی و زیستی مشخصی ندارد، جز بیماری های روان تنی طبقه بندی می شود [۲] و این بیماران در نهایت پس از مراجعات متوالی به پزشکان متعدد و انجام آزمایشات مکرر از متقاضیان دریافت خدمات روانشناختی خواهند بود [۵].

با وجود اینکه سندروم روده تحریک پذیر از نظر خطر مرگ و میر جز اختلالات خوش خیم در نظر گرفته می شود اما با کاهش قابل توجه در کیفیت زندگی بیماران مبتلا و ایجاد مشکلات اقتصادی چشمگیر برای آن ها همراه است [۴]. پژوهش های متعدد نشان می دهند که سندروم روده تحریک پذیر هم ابتلایی بالایی با اختلالات روانشناختی مانند اضطراب، افسردگی و اختلال نشانه بیماری دارد [۲]. برخی سازه های روانشناختی بالینی مانند تفکر مبتنی بر فاجعه سازی، تقویت حس های جسمانی، ناگویی خلقی و حساسیت احشایی نیز تاثیر بسزایی بر تظاهرات بالینی سندروم روده تحریک پذیر دارد. به طوری که مبتلایان به سندروم روده تحریک پذیر درک منفی از وقایع و حوادث زندگی دارند، با هیجانات و حس های بدنی خود ارتباط کمتری دارند [۵] و این امر نیازمند مداخلات روانشناختی جدی می باشد.

به طور کلی عواطف، هیجانات و حالات روحی بر شدت علائم سندروم روده تحریک پذیر تاثیر چشمگیری دارند و از سوی دیگر بیماران مبتلا به این سندروم هم تحت تاثیر رنج ناشی از علائم جسمانی متعدد، هیجانات منفی زیادی را تجربه می کنند [۲]. این در حالی است که مطابق پژوهش های انجام شده احتمال استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان پخته به منظور تعدیل یا تغییر حالت های هیجانی متعدد هم در میان این افراد پایین است [۶]. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سطوح بالای فرآیندهای شناختی فرد مانند اراده، افکار هدفمند، برنامه ریزی، توجه، تصمیم گیری، سازمان دهی، حافظه کاری، حل مسأله، خودآگاهی و نظم جویی هیجانی رفتار می باشند که در زندگی و انجام تکالیف یادگیری و کنش های هوشی به انسان کمک می کنند [۷]. بر همین اساس، توجه به تنظیم شناختی هیجان ها بیماران جهت مدیریت هیجانات آن ها از اهمیت زیادی برخوردار است. به این ترتیب برای جنبه های روانشناختی

هم چنین، با توجه به اهمیت یافتن مداخلات روانشناختی مناسب برای بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر و ارتقا راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در این بیماران به نظر می رسد که انجام مداخله گشتالت درمانی در بهبود آن ها مؤثر باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گشتالت درمانی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر انجام شد.

## روش کار

طرح پژوهش حاضر، جزء طرح های آزمایشی تک موردی از نوع طرح های خط پایه چندگانه ناهمزمان بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر بالای ۲۰ سال در شهر شیراز بودند که در سال ۱۳۹۸ به مراکز درمانی از جمله مطب روان پزشکی، درمانگاه پردیس و بیمارستان های مطهری و فقیهی شهر شیراز مراجعه نموده بودند. نمونه گیری به روش هدفمند از بین بیماران با تشخیص سندروم روده تحریک پذیر توسط پزشک متخصص گوارش و روانپزشک از شهریور تا آذر ماه سال ۹۸ انجام شد.

اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا معاینه بالینی توسط متخصص گوارش انجام شد. تشخیص سندروم روده تحریک پذیر توسط پزشک متخصص براساس علائم سندروم روده تحریک پذیر روم IV که عبارتند از درد شکمی مکرر به طور متوسط حداقل یک روز در هفته در ۳ ماه گذشته، با بروز علائم حداقل ۶ ماه قبل از تشخیص، همراه با دو یا چند معیار اجابت مزاج، همراه با تغییر در تعداد دفعات مدفوع و همراه با تغییر در شکل (ظاهر) مدفوع انجام شد. پس از اطمینان از تشخیص توسط متخصص گوارش و تأیید روانپزشک، مصاحبه بالینی روانشناختی برای بیماران انجام شده و پرسشنامه های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان Garnefski و همکاران (۲۰۰۱) بر روی بیماران اجرا شد. ۲ نفر از افرادی که براساس تشخیص پزشک مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر بودند، انتخاب شدند و تحت ۸ جلسه روان درمانی به شیوه گشتالت درمانی قرار گرفتند. ملاک های ورود این پژوهش شامل سن بالای ۲۰ سال، هر دو جنس، تشخیص ابتلا به سندروم روده تحریک پذیر توسط متخصص گوارش و مصاحبه بالینی بود. ملاک های خروج شامل داشتن اعتیاد، ابتلا به بیماری روان پریشی و

مبتلا بودن به بیماری های قلبی و تنفسی بود. در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات از مصاحبه بالینی و پرسشنامه استفاده شد. در روش پرسشنامه، بعد از آن که نمونه های آماری مشخص شدند و ملاک های ورود و خروج آن ها مورد بررسی قرار گرفت، ابتدا پرسشنامه های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به عنوان پیش آزمون به هر ۲ نفر نمونه مورد مطالعه داده شد و سپس هر آزمودنی تحت درمان گشتالت درمانی قرار گرفت. به طوری که آزمودنی های گروه گشتالت درمانی تحت ۸ جلسه ۱ ساعته آموزش و درمان قرار گرفتند.

گشتالت درمانی طی ۸ جلسه ۱ ساعته به صورت انفرادی بر دو بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر اجرا شد. پروتکل درمانی توسط پژوهشگر براساس تکنیک ها و روش های گشتالت درمانی و متناسب با شرایط بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر تدوین شد. اهداف درمان در (جدول ۱) آمده است. سپس بعد از اجرای درمان از هر ۲ نفر، پس آزمون گرفته شد، به طوری که پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به آن ها داده شد و بعد از یک ماه نیز مجدد این پرسشنامه از بیماران جهت پیگیری گرفته شد. و در نهایت بعد از جمع آوری پرسشنامه ها تجزیه و تحلیل های آماری انجام شد.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی بود. پرسشنامه جمعیت شناختی بیمار که شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل بود.

پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان: راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در پژوهش حاضر با پرسشنامه Garnefski و همکاران سال ساخت ۲۰۰۶ سنجیده شد [۱۲]. این پرسشنامه به منظور ارزیابی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان که هر فرد بعد از تجربه رخدادهای تهدیدکننده یا استرس های زندگی به کار می برد، ابداع شده است که مشتمل بر ۳۶ سؤال پنج گزینه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) می باشد. این مقیاس شامل دو خرده مقیاس است که هر کدام یک راهبرد خاص از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را ارزیابی می کنند و عبارتند از: تنظیم شناختی هیجان مثبت (سؤال های ۲۸-۲۷-۲۶-۲۵-۲۴-۲۳-۲۲-۲۱-۲۰-۱۹-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۴-۱۳) و تنظیم هیجانی شناختی منفی (۳۶-۳۵-۳۴-۳۳-۳۲-۳۱-۳۰-۲۹-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۱). بازه نمرات این پرسشنامه

## سحرالسادات ترابیان و همکاران

انسانی وی، دادن آزادی عمل به آزمودنی‌ها در خصوص انصراف از حضور در جلسات در هر زمان از روند پژوهش، دادن اطلاعات کامل و کافی به آزمودنی‌ها به جهت ارتباط هرچه بیشتر آن‌ها با اهداف و فرایند پژوهش بود.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری (رسم نمودار)، معنی داری بالینی (شاخص تغییر پایا و مقایسه هنجاری) و همین‌طور فرمول درصد بهبودی استفاده شد. در این پژوهش داده‌های مربوط به تغییرات درمانی به صورت ترسیمی و نموداری مورد بررسی قرار گرفت. همچنین برای محاسبه تغییرات درصد بهبودی از فرمول زیر استفاده شد:

$$\Delta A\% = \frac{\Delta I - \Delta O}{\Delta O}$$

ΔI: میانگین نمرات پیگیری (نمره پیگیری) و ΔO: میانگین نمرات خط پایه بود.

از ۳۶ الی ۱۸۰ می‌باشد که نمره ۱۰۸ نقطه برش پرسشنامه بوده و نمرات کمتر از آن نشان‌دهنده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان پائین و نمرات بیشتر از آن نشان‌دهنده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بالا می‌باشند. در بررسی مشخصات روان سنجی این آزمون پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان مثبت و تنظیم شناختی هیجان منفی به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۴ به دست آمد [۱۲]. همچنین میزان روایی این پرسشنامه به روش تحلیل عاملی تأییدی در پژوهش Garnefski و همکاران (۲۰۰۱) برای کل پرسشنامه ۰/۸۷ و برای دو خرده مقیاس‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۶ به دست آمد [۱۲]. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر شامل رعایت اصول رازداری و محرمانه بودن جلسات و نتایج حاصل از آن به تفکیک هر فرد آزمودنی، عدم ذکر نام شرکت‌کننده در پژوهش حاضر به جهت حفظ حریم خصوصی و شئونات

جدول ۱: شرح کامل پروتکل درمانی گشتالت

| جلسه  | اهداف                                                                                                                                           | تکنیک‌ها                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | غربالگری و ایجاد رابطه درمانی                                                                                                                   | مصاحبه اولیه روان شناختی                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| دوم   | صندلی خالی                                                                                                                                      | صحنه‌های ناگفته و ابراز هیجانها، رفتن و برگشتن زمان اینجا و آنجا و اغراق                                                                                                                                                                                                                               |
| سوم   | صندلی خالی                                                                                                                                      | صحنه‌های ناگفته و ابراز هیجانها، رفتن و برگشتن زمان اینجا و آنجا و اغراق                                                                                                                                                                                                                               |
| چهارم | بستن گشتالهای باز                                                                                                                               | بستن سوگ، شکست عاطفی و ... رفتن و برگشتن زمان اینجا و آنجا و اغراق                                                                                                                                                                                                                                     |
| پنجم  | ایجاد تعادل در زندگی، پذیرش تجربه ناخوشایند، آگاهی به نیازها، انتخاب سبک زندگی که بتوانند با این بیماری زندگی نرمالی داشته باشند.               | سلطه گر و سلطه پذیر<br>لایه های آگاهی<br>لایه های نوروز<br>۷ تماس                                                                                                                                                                                                                                      |
| ششم   | ایجاد تعادل در زندگی، پذیرش تجربه ناخوشایند، آگاهی به نیازها، انتخاب سبک زندگی که بتوانند با این بیماری زندگی نرمالی داشته باشند.<br>تمرکز کردن | مرزها<br>دفاع‌ها<br>توجه به احساسات خاصی که مراجع با آنها درگیر است، مانند تپش قلب و ... با روش اسکن کردن بدن                                                                                                                                                                                          |
| هفتم  | اکتشاف رويا؛ هدف از این تکنیک شناختن و کشف بخشهای گمشده خود مراجع است.                                                                          | براساس نظر پرلز، رويا نوعی فراقکنی شخص است و بخشهای مختلف رويا نیز نشان دهنده جنبه های گوناگون وجود شخص هستند. مشاور در هنگام کار با روياها، از مراجع میخواهد تا روياي خود يا بخشی از آن را با استفاده از افعال زمان حال و آنچنان که گویی هم اکنون اتفاق افتاده است، بازگو کند.                        |
| هشتم  | قبول مسئولیت انتخابهای خود (افکار، احساسات و اعمال)<br>فکر و احساس: همه آن چیزهایی را که در شخص جریان دارد دقیقاً مورد توجه قرار می‌دهد.        | ”من مسئولیت آن را میپذیرم“ بعد از هر جمله ای که می‌گوید، تکرار نماید.<br>فکر و احساس، آنچه به خاطر می‌آورد و یا با اعضای حسی دریافت میکند را به منزله داده‌های رفتاری در نظر میگیرد تا مشاور و مراجع بتوانند رویدادهای تجربی را برحسب واژه‌های کاربردی درآورند و اصولی را برای تغییر آنها پیشنهاد کنند |

## یافته ها

شرکت کنندگان در پژوهش حاضر یک بیمار مرد ۳۲ ساله، متأهل، با میزان تحصیلات فوق دیپلم و با شغل آزاد و هم چنین یک بیمار زن ۳۵ ساله، مجرد، با میزان تحصیلات

دکتری و با شغل مدرس دانشگاه بود. در ادامه یافته‌های به‌دست آمده از آزمودنی‌ها در درمان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری ذکر شده‌اند.

جدول ۲: مراحل گشتالت درمانی بر راهبردهای منفی و مثبت تنظیم شناختی هیجان

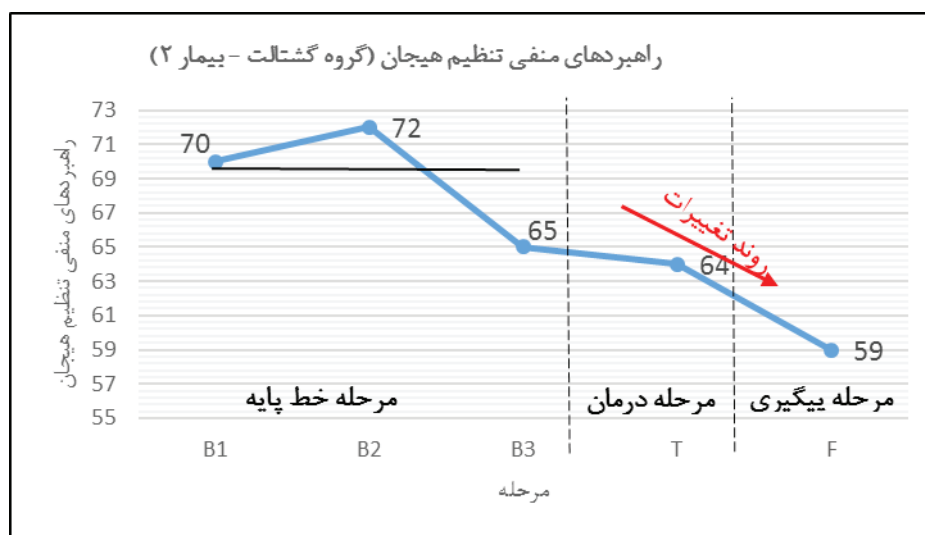
| راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان |         | راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان |         | مراحل درمان                          |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------------|---------|--------------------------------------|
| بیمار ۱                           | بیمار ۲ | بیمار ۱                           | بیمار ۲ |                                      |
| ۷۶                                | ۷۰      | ۴۹                                | ۴۶      | خط پایه ۱                            |
| ۷۴                                | ۷۲      | ۴۸                                | ۴۷      | خط پایه ۲                            |
| -                                 | ۶۵      | -                                 | ۴۹      | خط پایه ۳                            |
| ۷۵/۰۰۰                            | ۶۹/۰۰۰  | ۴۸/۵۰۰                            | ۴۷/۳۳۳  | میانگین مرحله خط پایه                |
| ۱/۴۱۴                             | ۳/۶۰۶   | ۰/۷۰۷                             | ۱/۵۲۸   | انحراف از میانگین مرحله خط پایه      |
| ۷۱                                | ۶۴      | ۵۱                                | ۵۴      | درمان                                |
| ۵/۰۰۰                             | ۲/۴۵۱   | ۵/۴۵۵                             | ۶/۷۳۴   | شاخص تغییر پایا (درمان)              |
| ۵/۳۳۳                             | ۷/۲۴۶   | ۵/۱۵۵                             | ۱۴/۰۸۵  | درصد کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان |
| ۶/۲۸۸                             | ۹/۶۲    |                                   |         | درصد کاهش کلی بعد از درمان           |
| ۶۹                                | ۵۹      | ۵۵                                | ۵۰      | پیگیری                               |
| ۷/۵۰۰                             | ۴/۹۰۳   | ۱۴/۱۸۴                            | ۲/۶۹۴   | شاخص تغییر پایا (پیگیری)             |
| ۸/۰۰۰                             | ۱۴/۴۹۳  | ۱۳/۴۰۲                            | ۵/۶۳۴   | درصد کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان |
| ۱۱/۳۴۷                            | ۹/۵۱۸   |                                   |         | درصد کاهش کلی بعد از پیگیری          |

همان‌طور که در (جدول ۲) مشاهده می‌شود، میانگین راهبردهای منفی تنظیم هیجان در مراحل خط پایه برای نفر اول ۷۵/۰۰۰ و برای نفر دوم ۶۹/۰۰۰ است. نمرات کسب شده برای آزمودنی‌ها در مرحله درمان به ترتیب ۷۱ و ۶۴ است که نسبت به مرحله خط پایه کاهش یافته است و در مرحله پیگیری به ۶۹ و ۵۹ رسیده است. میزان درصد کاهش نمرات راهبردهای منفی تنظیم هیجان در مرحله درمان به ترتیب ۵/۳۳۳ و ۷/۲۴۶ برای نفرات اول و دوم و میزان درصد کاهش نمرات راهبردهای منفی تنظیم هیجان در مرحله پیگیری به ترتیب ۸/۰۰۰ و ۱۴/۴۹۳ برای نفرات اول و دوم است. شاخص‌های تغییر پایا در مرحله درمان برابر ۵/۰۰۰ برای نفر اول و ۲/۴۵۱ برای نفر دوم می‌باشد که نتیجه می‌گیریم چون این شاخص‌ها در مرحله درمان برای همه افراد گروه گشتالت درمانی بزرگتر از ۱/۹۶ و معنادارند بیانگر این است که گشتالت درمانی در هر دو نفر

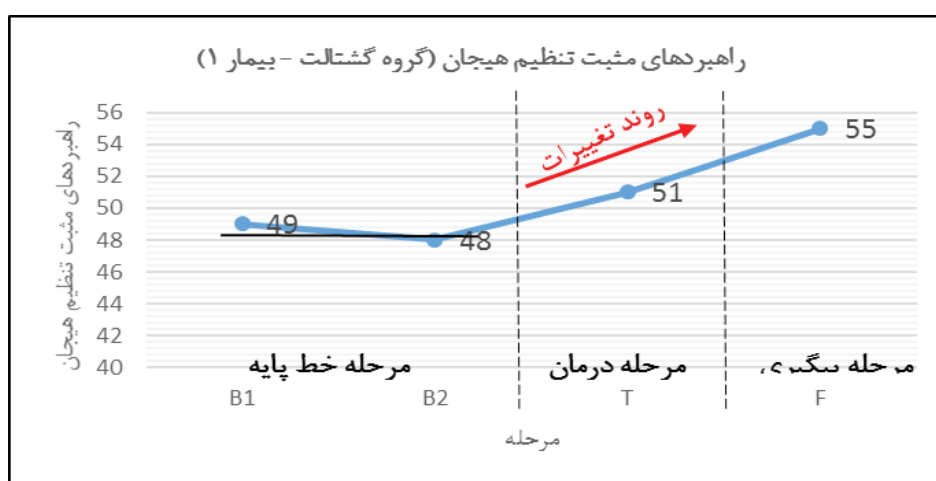
باعث کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان شده است. همچنین شاخص‌های تغییر پایا در مرحله پیگیری برابر ۷/۵۰۰ برای نفر اول و ۴/۹۰۳ برای نفر دوم می‌باشد که نتیجه می‌گیریم چون این شاخص‌ها در مرحله پیگیری برای هر دو نفر بزرگتر از ۱/۹۶ و معنادارند بیانگر این است که تاثیر گشتالت درمانی در کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان در مرحله پیگیری ادامه داشته است. بر اساس درصد کاهش کلی راهبردهای منفی تنظیم هیجان در مرحله درمان ۶/۲۸۸ و در مرحله پیگیری بعد از درمان ۱۱/۳۴۷ به دست آمده است. نمودارهای زیر تحلیل دیداری دو نفر را در مراحل خط پایه، گشتالت درمانی نشان می‌دهند: نمودارهای زیر تحلیل دیداری دو بیمار دریافت کننده گشتالت درمانی را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهند:



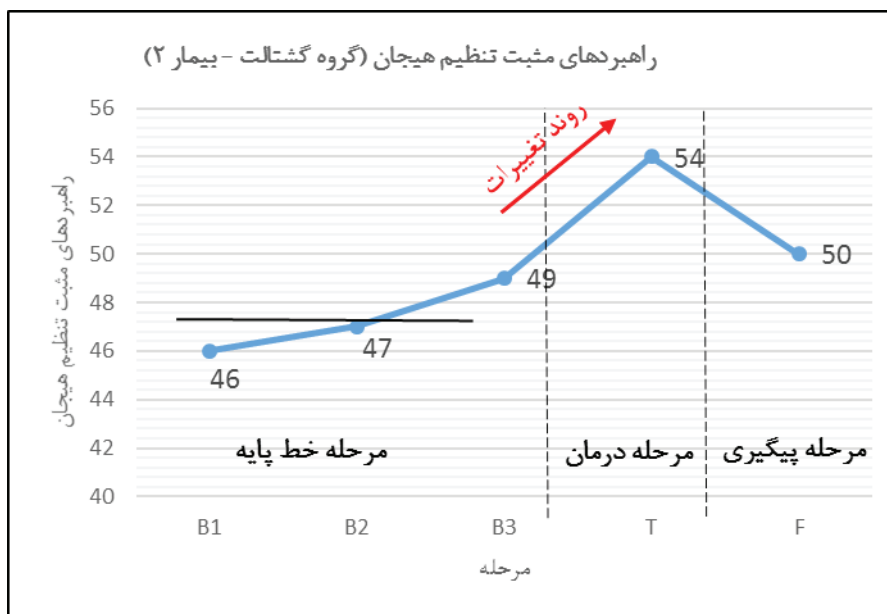
نمودار ۱: راهبردهای منفی تنظیم هیجان (گروه گشتالت-بیمار ۱)



نمودار ۲: راهبردهای منفی تنظیم هیجان (گروه گشتالت-بیمار ۲)



نمودار ۳: راهبردهای مثبت تنظیم هیجان (گروه گشتالت-بیمار ۱)



نمودار ۴: راهبردهای مثبت تنظیم هیجان (گروه گشتالت-بیمار ۱)

اینکه تعداد افراد در گروه سالم ۱۰ نفر و در گروه درمان ۶ نفر است درجه آزادی برابر ۱۴ به دست می‌آید. (۱) تعیین طیف نزدیکی: طیف نزدیکی از ۱ انحراف استاندارد بیشتر از میانگین گروه سالم به پایین (نمره ۵۸/۰۶۳) تعیین شد. (۲) آزمون یکسانی بالینی:

به منظور تحلیل گروهی داده‌های به‌دست آمده با استفاده از فرمول مقایسه هنجاری برای بررسی تفاوت میانگین افراد گروه بهنجار و بیمار گام‌های زیر انجام شد: در متغیر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان میانگین و انحراف معیار افراد سالم ۵۳/۰۰۰ و ۵/۰۶۳ و میانگین و انحراف معیار افراد بیمار ۵۷/۰۰۰ و ۹/۴۶۶ است. با توجه به

$$SE_{N-C} = \left\{ \left[ \frac{(n_N - 1)SD_N^2 + (n_C - 1)SD_C^2}{n_N + n_C - 2} \right] \left[ \frac{1}{n_N} + \frac{1}{n_C} \right] \right\}^{\frac{1}{2}}$$

$$= \left\{ \left[ \frac{(10 - 1)5.063^2 + (6 - 1)9.466^2}{10 + 6 - 2} \right] \left[ \frac{1}{10} + \frac{1}{6} \right] \right\}^{\frac{1}{2}} = 3.598$$

$$|t(df)| = \left| \frac{M_N - M_C - \delta_2}{SE_{N-C}} \right| = \left| \frac{53.000 - 57.000 - 5.063}{3.598} \right| = 2.519 > t = 1.76$$

سالم رسیده‌اند (فرض صفر آزمون بالینی: اختلاف بین میانگین‌های دو گروه در دامنه بهنجار تعیین شده قرار ندارد، فرض یک آزمون بالینی: اختلاف بین میانگین‌های دو گروه در دامنه بهنجار تعیین شده قرار دارد). (۳) آزمون آماری

نتیجه به‌دست آمده از آزمون یکسانی بالینی نشان می‌دهد که  $t$  به دست آمده بزرگتر از  $t$  جدول با درجه آزادی ۱۴ است. بنابراین می‌توان بیان کرد دو گروه سالم و درمان از نظر بالینی یکسان هستند (میزان تفاوت دو گروه در دامنه بهنجار تعیین شده قرار دارد) و افراد گروه درمان در متغیر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان به اندازه افراد

$$|t(df)| = \left| \frac{M_N - M_C}{SE_{N-C}} \right| = \left| \frac{53.000 - 57.000}{3.598} \right| = 1.112 < t = 1.76$$

## سحراسادات تراپيان و همكاران

گروه درمان و بهنجار يكسان است، فرض يك آزمون آماری: میانگین گروه درمان و بهنجار يكسان نیست. (۴) نتایج به دست آمده از این دو یافته در خانه شماره ۲ جدول زیر درج شده است:

نتایج تحلیل حاصل از آزمون معناداری نشان می‌دهد که افراد دو گروه سالم و درمان از نظر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری ندارند و درمان اثربخش بوده است (فرض صفر آزمون آماری: میانگین

### جدول ۳: آزمون معناداری بالینی

آزمون معناداری آماری

|                     | اثر غیر معنی دار                                 | اثر معنی دار                                           |
|---------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| معنی دار            | از نظر بالینی یکسان‌اند<br>۲                     | از نظر آماری معنادار<br>از نظر بالینی غیر معنادار<br>۱ |
| آزمون یکسانی بالینی | یافته‌های مبهم و دو پهلو<br>(نیازمند توان بیشتر) | تفاوت<br>(از نظر بالینی تفاوت دارند)                   |
| غیر معنی دار        | ۴                                                | ۳                                                      |

از فرمول مقایسه هنجاری برای بررسی تفاوت میانگین افراد گروه بهنجار و بیمار گام‌های زیر انجام شد:  
در متغیر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان میانگین و انحراف معیار افراد سالم ۵۳/۳۰۰ و ۱۰/۰۱۲ و میانگین و انحراف معیار افراد بیمار ۴۹/۱۶۷ و ۴/۰۲۱ است. با توجه به اینکه تعداد افراد در گروه سالم ۱۰ نفر و در گروه درمان ۶ نفر است درجه آزادی برابر ۱۴ به دست می‌آید.  
(۱) تعیین طیف نزدیکی: طیف نزدیکی از ۱ انحراف استاندارد کمتر از میانگین گروه سالم به بالا (نمره ۴۳/۲۸۸) تعیین شد.

$$(\delta_1 = -10.012, \delta_2 = \infty)$$

(۲) آزمون یکسانی بالینی:

با توجه به نتایج (جدول ۳) می‌توان بیان کرد که افراد دو گروه سالم و درمان در متغیر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان از نظر بالینی و آماری با یکدیگر تفاوت ندارند. چرا که میانگین دو گروه بر روی منحنی در یک طیف قرار دارد. خانه شماره ۲ نتیجه بهتری از سایر خانه‌ها است چرا که بر اساس آن می‌توان پیش‌بینی کرد در متغیر مورد نظر، گروه تحت درمان به دامنه بهنجار بازگشت نموده است.  
(۵) در مجموع درمان باعث شده است افراد بعد از مداخله در دامنه بهنجار قرار گیرند. به عبارت دیگر افراد گروه درمان با میانگین ۵۷/۰۰۰ در طیف بهنجار (از یک انحراف استاندارد بیشتر از میانگین گروه بهنجار به پایین) ۵۸/۰۶۳ به پایین قرار می‌گیرند. بنابراین درمان باعث بهبود راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان افراد شرکت کننده شده است.  
به منظور تحلیل گروهی داده‌های به‌دست آمده با استفاده

$$SE_{N-C} = \left\{ \left[ \frac{(n_N - 1)SD_N^2 + (n_C - 1)SD_C^2}{n_N + n_C - 2} \right] \left[ \frac{1}{n_N} + \frac{1}{n_C} \right] \right\}^{\frac{1}{2}}$$

$$= \left\{ \left[ \frac{(10 - 1)10.012^2 + (6 - 1)4.021^2}{10 + 6 - 2} \right] \left[ \frac{1}{10} + \frac{1}{6} \right] \right\}^{\frac{1}{2}} = 4.330$$

$$|t(df)| = \left| \frac{M_N - M_C + \delta_1}{SE_{N-C}} \right| = \left| \frac{53.300 - 49.167 + 10.012}{4.330} \right| = 3.267 > t = 1.76$$

سالم رسیده‌اند (فرض صفر آزمون بالینی: اختلاف بین میانگین‌های دو گروه در دامنه بهنجار تعیین شده قرار ندارد، فرض یک آزمون بالینی: اختلاف بین میانگین‌های دو گروه در دامنه بهنجار تعیین شده قرار دارد).

(۳) آزمون آماری

$$|t(df)| = \left| \frac{M_N - M_C}{SE_{N-C}} \right| = \left| \frac{53.300 - 49.167}{4.330} \right| = 0.955 < t = 1.76$$

داد که میانگین راهبردهای منفی تنظیم هیجان در مراحل مختلف خط پایه برای هر دو بیمار کاهش معناداری و میانگین راهبردهای مثبت تنظیم هیجان در مراحل مختلف خط پایه برای هر دو بیمار افزایش معناداری یافت. این یافته که گشتالت درمانی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر اثربخشی معناداری دارد، با نتایج مطالعات Man Leung و Hean Khor که اثربخشی گشتالت درمانی را بر کاهش اضطراب مورد تایید قرار دادند همخوان بود [۱۳]. همچنین، González-Ramírez و همکاران در پژوهش خود گشتالت درمانی را در درمان افسردگی موثر دانستند [۱۴]. Doric نیز گشتالت درمانی را در درمان بیماران سندرم روده تحریک پذیر مورد تایید قرار داد [۱۵]. Janowski و Biedrycka در پژوهش خود نشان دادند که گشتالت درمانی در تنظیم هیجان شناختی تاثیر دارد [۱۶]. همچنین Fourure [۱۷]، Behere و همکاران [۱۸]، Greenberg و همکاران [۱۹]، ایوبی و همکاران [۲۰]، ذبیحی [۲۱] و سعادت و همکاران [۲۲] اثربخشی گشتالت درمانی را بر تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر گزارش کردند.

در تبیین یافته می توان گفت که تاکید بر جهات مثبت و هدف های زندگی در گشتالت درمانی و اعتقاد زیربنایی این درمان به ارزش های ناشی از تجربیات زندگی و تعالی و رشد و استفاده از آن ها منجر به طیب خاطر، بهبود پاسخگویی عاطفی، افزایش آگاهی حسی، ایجاد احساساتی مانند لذت و شغف، ارتقا انعطاف پذیری در روابط بین فردی، خود حمایتی و خلاقیت هر چه بیشتر می گردد. به همین ترتیب هوش

نتیجه به دست آمده از آزمون یکسانی بالینی نشان می دهد که t به دست آمده بزرگتر از t جدول با درجه آزادی ۱۴ است. بنابراین می توان بیان کرد دو گروه سالم و درمان از نظر بالینی یکسان هستند (میزان تفاوت دو گروه در دامنه بهنجار تعیین شده قرار دارد) و افراد گروه درمان در متغیر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان به اندازه افراد

نتایج تحلیل حاصل از آزمون معناداری نشان می دهد که افراد دو گروه سالم و درمان از نظر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری ندارند و درمان اثربخش بوده است (فرض صفر آزمون آماری: میانگین گروه درمان و بهنجار یکسان است، فرض یک آزمون آماری: میانگین گروه درمان و بهنجار یکسان نیست).

(۴) نتایج به دست آمده از این دو یافته در خانه شماره ۲ (جدول ۳) درج شده است:

بنابراین می توان بیان کرد که افراد دو گروه سالم و درمان در متغیر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان از نظر بالینی و آماری با یکدیگر تفاوت ندارند. چرا که میانگین دو گروه بر روی منحنی در یک طیف قرار دارد. خانه شماره ۲ نتیجه بهتری از سایر خانه ها است چرا که بر اساس آن می توان پیش بینی کرد در متغیر مورد نظر، گروه تحت درمان به دامنه بهنجار بازگشت نموده است.

(۵) در مجموع درمان باعث شده است افراد گروه درمان بعد از مداخله در دامنه بهنجار قرار گیرند. به عبارت دیگر افراد گروه درمان با میانگین ۴۹/۱۶۷ در طیف بهنجار (از یک انحراف استاندارد کمتر از میانگین گروه بهنجار به بالا) ۴۳/۲۸۸ به بالا قرار می گیرند. بنابراین درمان باعث بهبود راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان افراد شرکت کننده شده است.

## بحث

براساس هدف پژوهش حاضر مبنی بر بررسی اثربخشی گشتالت درمانی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر، نتایج نشان

## سحرالسادات ترابیان و همکاران

نمود. علاوه بر این، نتایج محدود به جامعه ایی که در پژوهش شرکت داشتند؛ بنابراین، در تعمیم آن باید احتیاط نمود. هم چنین، محدود بودن دسترسی دشوار به بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر. بنابراین، پیشنهاد می شود که دست اندرکاران سلامت، مراکز و انجمن هایی برای شناسایی و درمان اختصاصی این بیماران در نظر داشته باشند که هم فرآیند شناسایی و حمایت صحیح این بیماران فراهم گردد و هم امکان انجام مطالعات بیشتر ایجاد گردد. از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر نداشتن پیگیری طولانی مدت (چند ماه یا ۱ سال) بود. بنابراین، پژوهشگران می توانند در مطالعات بعدی به طراحی پژوهش هایی با هدف بررسی اثرات طولانی مدت چنین مداخلاتی بپردازند.

### نتیجه گیری

به طور کلی این پژوهش نشان داد که راهبردهای تنظیم هیجان یک متغیر مهم و کلیدی است که می تواند زمینه تشدید و تداوم علائم سندروم روده تحریک پذیر را به دنبال داشته باشد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر که نشان دهنده اثربخشی گشتالت درمانی بر ارتقا و بهبود راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر بود؛ یافته های پژوهش حاضر نیاز به اجرای برنامه های مداخله ای جامع با رویکرد گشتالت درمانی را نشان می دهد که می توان مداخلات را مبتنی بر متغیرهای کلیدی مرتبط با سندروم روده تحریک پذیر مانند کژتنظیمی هیجانی طراحی نمود.

### سپاسگزاری

این مطالعه برگرفته از پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی در دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه شیراز می باشد و در کمیته اخلاق پزشکی مورخ ۱۳۹۸/۰۷/۱۷ با کد اخلاق IR.SUMS.REC.1398.1079 تایید شده است. بدین وسیله نویسندگان از معاونت آموزشی و تحصیلات تکمیلی آن دانشکده تقدیر و تشکر را دارند. هم چنین نویسندگان از مساعدت های مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی استان فارس و تمامی بیمارستان و درمانگاه هایی که همکاری نمودند و هم چنین از شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

### تضاد منافع

برای نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

هیجانی افراد افزایش یافته و راهبردهای تنظیم هیجان در آن ها نیز بهبود می یابد [۲۱]. تکنیک های گشتالت درمانی مانند برون ریزی احساسات به افراد کمک می کنند تا رفتارهای خود تخریب گرانه را کاهش دهند و عواطف و هیجانات مثبت را رشد بدهند و در نتیجه شادکامی، احساس خوشبختی و تحمل فشار روانی بیماران افزایش می یابد. هم چنین، تکنیک های گشتالت درمانی باعث می شوند که هیجان ها، ترس ها آشفتگی های بیماران گفته شود و به آرامش جسمی و روحی برسند [۲۲].

هم چنین، ذبیحی [۲۱] در تبیین یافته مشابه خود بیان می کند که گشتالت درمانی به بیماران کمک می کند هر چه بیشتر لایه های دفاعی خود را بشناسند، بتوانند از سطح بازهای های خودفریب، و لایه ها فراتر بروند و برای رسیدن به چنین هدفی بیماران را تشویق می کنند تا احساساتی را نشان و بروز دهند که قبلاً هرگز به طور مستقیم تجربه نکرده بودند. بروز و بیان هیجانات و حل و فصل آن ها به فرد کمک می کند تا هر چه بیشتر هیجانات خود را بشناسد و با آن ها ارتباط بگیرد. به دنبال این امر و حل و فصل هیجانات سهمگین که گاهی تاکنون بیان نشده بودند در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان بیماران می تواند بسیار اثرگذار باشد.

علاوه بر اینها در تبیین اثربخشی این یافته می توان به این اصل گشتالت درمانی اشاره کرد که بیمار با تجاربی که در زندگی داشته است و دیدگاه های افراد دیگر زندگی وی، ارزش ها و دیدگاه هایی را درونی می کند که می خواهد با استفاده از آن ها زندگی نماید و تصور بر این اصل است که با تحرک و جنبش منابع درونی فرد، توانایی مدیریت هیجانات و احساسات منفی و هم چنین قدرت وی برای کنار آمدن با مشکلات زندگی فراتر خواهد رفت و خودگردانی بیماران را ارتقا می دهد [۲۳]. موضوع دیگری که در تبیین اثربخشی گشتالت درمانی بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر می توان بیان نمود که در این درمان افزایش خودآگاهی یکی از مولفه های اصلی است و این در حالی است که پژوهش های متعدد نشان داده است که افزایش خودآگاهی و دلسوزی با ارتقا و بهبود هر چه بیشتر و بهتر عشق و امیدواری و کاهش هیجانات منفی مانند پرخاشگری همراه است [۲۴].

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به عدم کنترل متغیرهای جنسیت، سن، تحصیلات و وضعیت اهل آزمودنی ها و همچنین روش نمونه گیری هدفمند اشاره

## References

- Känel R V. Psychological Distress and Cardiovascular Risk. *Journal of the American College of Cardiology*, 2008; (52) 25, 2163-5. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2008.09.015>
- Porcelli P, De Carne M, & Leandro G. Distinct associations of DSM-5 somatic symptom disorder, the diagnostic criteria for psychosomatic research-revised (DCPR-R) and symptom severity in patients with irritable bowel syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 2020; 64, 56-62. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.03.004>
- Aruna P, Puviarasan N, & Palaniappan B. An investigation of neuro-fuzzy systems in psychosomatic disorders. *Expert Systems with Applications*. 2015; 28, 4, 673-9. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2004.12.024>
- Hawrelak J A, Wohlmuth H, Pattinson M, Myers SP, Goldenberg JZ, Harnett J., & Whitten DL. Western herbal medicines in the treatment of irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 2020; 48, 102233. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.102233>
- Yao X, Yang Y, Zhang S, & Shi Y. IDDF2019-ABS-0165 Impacts of coexisting upper functional gastrointestinal disorders on psychological status and quality of life in irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology*. 2019. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-IDDFAbstracts.177>
- Khoshsorour S, & Rezaei SAK. The role of cognitive emotion regulation strategies and perceived social support in predicting quality of life and severity of symptoms of patients with irritable bowel syndrome (IBS). *Iranian journal of rehabilitation research*, 2019; 6(1), 60-68.
- Hayes SC, Levin M, Plumb-Villardaga J, Villatte J, & Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *behavior therapy*. 2013; (44), 180-198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Kikuchi S, Oe Y, Sasaki Y, Ishii H, Ito Y, Horikoshi M, & Furukawa TA. Group cognitive behavioral therapy (GCBT) versus treatment as usual (TAU) in the treatment of irritable bowel syndrome (IBS): a study protocol for a randomized controlled trial. *BMC gastroenterology*, 2020; 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12876-020-1157-z>
- Laird KT, Tanner-Smith E E, Russell A C, Hollon SD, & Walker L S. Short-term and long-term efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2016; 14(7), 937-947. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2015.11.020>
- Behere PB, Das A, Yadaz R, Behere AP. Ayurvedic concepts related to psychotherapy. *Indian J Psychiatry*, 2013; 55:S310-4. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.105556>
- Oaklander V. Gestalt play therapy. *International Journal of Play Therapy*. 2001; 10(2):45. <https://doi.org/10.1037/h0089479>
- Garnefski N, Kraaij V, & Spinhoven P h. Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 2001; 30, 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Man Leung GS, Hean Khor S. Gestalt Intervention Groups for Anxious Parents in Hong Kong: A Quasi-Experimental Design. *Journal of Evidence-Informed Social Work*; 2017; 14 (3):183-200. <https://doi.org/10.1080/23761407.2017.1311814>
- González-Ramírez E, Carrillo-Montoya T, García-Vega ML, Hart CE, Zavala-Norzagaray AA, and Ley-Quinónnez CP. Effectiveness of hypnosis therapy and Gestalt therapy as depression treatments. *Clínica y Salud*; 2017; 28, 33-37. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.001>
- Doric JZ. Co-Creating Gestalt therapy research on rehabilitation of high security offenders. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*; 2017. 13, (2), 45-55.
- Janowski M, & Biedrycka M. The effectiveness of gestalt therapy in the area of emotion regulation conducted in patients with neurotic/anxiety disorders. *Article in Psychoterapia*. 2014; 171(4), 63-75. <https://doi.org/10.12740/PT/30926>
- Fourere S. Emotional Regulation in the Heart of Gestalt-therapy. *Gestalt*, 2014; 143 - 154. <https://doi.org/10.3917/gest.044.0143>
- Behere PB, Das A, Yadav R, Behere AP. Ayurvedic concepts related to psychotherapy. *Indian J Psychiatry*, 2013; 55, S310-4. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.105556>
- Greenberg Leslie J, Warwar Serine H, Malcolm Wanda M. Differential Effects of Emotion-Focused Therapy and Psychoeducation in Facilitating Forgiveness and Letting Go of Emotional Injuries. *Journal of Counseling Psychology*, 2010; 55(2), 185- 196. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.2.185>
- Ayubi F, Ghodrati S & Razavi MS. The effectiveness of Gestalt Group Counseling on Emotional Intelligence in students. *Quarterly Journal of Psychological Studies and Educational Sciences*. 2017; 3 (3): 110-124.
- Zabihi H. Evaluation of the effectiveness of gestalt group therapy on cognitive emotion regulation in divorced women. master's thesis of shahid beheshti university. 2018.
- Saadati H, Younesi J, Foroghan M, Lashani L. Effectiveness of gestalt therapy on happiness of elderly people. *Salmand iran journal of ageing*. 2013; 8 (2) :7-15.
- Shafee Abadi A & Nasery GR. Theories of counseling and psychotherapy. Tehran: University Publishing Center. 2015.
- Wheeler G. & Axelsson L. Gestalt therapy. Washington, DC 2002, american psychological association. 2015. <https://doi.org/10.1037/14527-000>