

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Neuroticism in Individuals with Irritable Bowel Syndrome

1. Zahra Bashari¹: Department of Psychology, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Solmaz Roshandel^{2*}: Department of Midwifery, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
3. Narges Rasouli³: Department of Psychology, TeMS.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email: solmaz.roshandel@iau.ac.ir

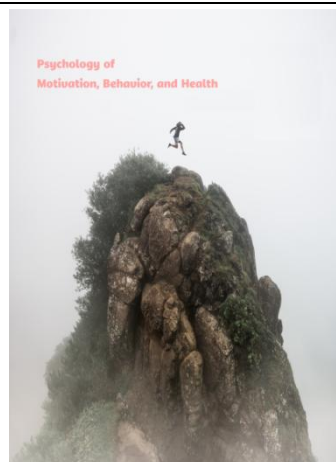
Received: 2025-11-29

Revised: 2026-03-09

Accepted: 2026-03-15

Initial Publish: 2026-05-18

Final Publish: 2026-06-22



Abstract

Introduction and Aim: The present study aimed to determine the effectiveness of compassion-focused therapy on neuroticism in women with irritable bowel syndrome.

Methodology: This was a quasi-experimental study utilizing a pre-test/post-test design with a control group. The statistical population comprised all women with irritable bowel syndrome referred to Taleghani Hospital in Tehran in 2025. A sample of 30 participants was selected using purposive sampling and randomly assigned into two equal groups: experimental (n=15) and control (n=15). The research instruments included the NEO Personality Inventory (Costa & McCrae, 1985) and the Compassion-Focused Therapy protocol (Gilbert, 2009). Data were analyzed using the Analysis of Covariance (ANCOVA) after checking assumptions such as normality via the Shapiro-Wilk test.

Findings: The results of the inferential analysis (ANCOVA) indicated a significant difference between the two groups. The implementation of compassion-focused therapy led to a statistically significant decrease in the psychoneuroticism scores of the experimental group compared to the control group at the post-test stage ($p < 0.01$).

Conclusion: Compassion-focused therapy effectively reduces neuroticism in individuals with irritable bowel syndrome by increasing self-kindness and improving emotion regulation. The obtained effect sizes demonstrate the high efficiency of this intervention. Therefore, this therapeutic approach can be utilized as an effective complementary intervention alongside routine medical and psychological treatments to enhance the mental health and well-being of these patients.

Keywords: Compassion-Focused Therapy, Neuroticism, Irritable Bowel Syndrome.

How to Cite: Bashari, Z., Roshandel, S., & Rasouli, N. (2026). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Neuroticism in Individuals with Irritable Bowel Syndrome. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 4(2), 1-14.



Copyright: © 2026 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a highly prevalent, complex, and debilitating functional gastrointestinal disorder characterized by chronic abdominal pain, altered bowel habits, and significant impairments in health-related quality of life. Contemporary medical paradigms have shifted away from viewing IBS as a purely localized physiological dysfunction, instead recognizing it as a multifaceted biopsychosocial condition deeply intertwined with the bidirectional communication pathways of the brain-gut axis (Patel & Shackelford, 2022; Singh et al., 2022). Because standard pharmacological treatments often yield limited efficacy in providing long-term symptom relief, the integration of psychological interventions has emerged as a critical component in modern gastroenterological care (Hung et al., 2025; Sweeney et al., 2025). Psychological distress, particularly in female patients, is not merely a secondary consequence of the illness but a primary exacerbating factor that perpetuates the cycle of pain and gastrointestinal dysmotility (Marano et al., 2025). At the core of this psychological vulnerability lies neuroticism, a robust transdiagnostic personality trait characterized by emotional instability, a pervasive tendency to experience negative affects such as anxiety and depression, and maladaptive emotional regulation strategies (Barlow et al., 2021; Muscatello et al., 2016). Individuals scoring high in neuroticism exhibit profound deficits in cognitive processing and emotional regulation, rendering them hypersensitive to both internal visceral sensations and external psychosocial stressors (Chen et al., 2023). To address these deeply ingrained emotional vulnerabilities, Compassion-Focused Therapy (CFT), a prominent third-wave cognitive-behavioral intervention, offers a targeted evolutionary approach. CFT specifically aims to recalibrate the dysfunctional emotion regulation systems often observed in highly neurotic individuals—namely, downregulating the overactive threat-protection system and actively cultivating the underdeveloped soothing-affiliation system (Vidal & Soldevilla, 2023). By fostering a compassionate stance toward one's own suffering and significantly reducing toxic self-criticism and shame, CFT has demonstrated substantial efficacy in alleviating chronic psychological distress across various clinical populations (Andersen & Rasmussen, 2017; Craig et al., 2020). Given the profound theoretical overlap between the emotional dysregulation inherent in neuroticism and the therapeutic targets of CFT, investigating this

intervention within the context of functional gastrointestinal disorders is of paramount importance. Therefore, the present study was conducted with the primary objective of determining the effectiveness of Compassion-Focused Therapy on reducing neuroticism in individuals diagnosed with Irritable Bowel Syndrome.

Methodology

The current research was conceptualized and executed utilizing a rigorous quasi-experimental research design, specifically structured as a pre-test and post-test model incorporating a designated control group to ensure methodological validity. The statistical population comprising this study consisted of all female patients who had received a formal clinical diagnosis of Irritable Bowel Syndrome and were actively seeking outpatient medical or psychological care at Taleghani Hospital, located in the metropolitan area of Tehran, during the focal year of 2025. To establish a representative and therapeutically viable sample, a purposive sampling technique was systematically employed to screen potential candidates based on strict inclusion and exclusion criteria, ensuring that participants were experiencing significant levels of the targeted psychological variables while not concurrently receiving other overlapping psychotherapeutic interventions. Following the initial screening process, a total of 30 eligible female participants were selected and subsequently allocated through a randomized assignment procedure into two distinct cohorts: an experimental group consisting of 15 individuals and a control group comprising the remaining 15 individuals. The primary psychometric instrument utilized to quantify the dependent variable was the extensively validated Neuroticism subscale derived from the NEO Personality Inventory, originally developed by Costa and McCrae. This self-report inventory was administered to all participants across both groups during the pre-test phase to establish baseline measurements, and once again during the post-test phase immediately following the conclusion of the intervention period. The independent variable, Compassion-Focused Therapy, was operationalized based on the standardized therapeutic protocol meticulously designed by Paul Gilbert. The experimental group participated in a structured series of group therapy sessions aimed at cultivating self-compassion, psychoeducation regarding the evolutionary models of emotion regulation, and practical exercises designed to activate the soothing affective system. Conversely, participants assigned to

the control group were placed on a waitlist and did not receive any form of this specific psychological intervention during the study's timeframe, serving as a baseline to isolate the therapeutic effects of the protocol. Upon completion of the data collection phases, the raw empirical data were systematically subjected to rigorous statistical evaluation. The analytical procedures involved the computation of descriptive statistics to summarize the sample characteristics, followed by the application of the Shapiro-Wilk test to rigorously confirm the normal distribution of the data. Ultimately, the core inferential analysis was conducted utilizing the Analysis of Covariance to accurately evaluate the intervention's impact while meticulously controlling for pre-existing baseline variations.

Findings

The comprehensive analysis of the empirical data generated highly illuminating descriptive and inferential statistical outcomes regarding the trajectory of neuroticism scores across the distinct phases of the research. An initial examination of the descriptive statistics revealed distinct patterns in the mean scores of the two cohorts. Specifically, within the experimental group that underwent the structured psychological intervention, the mean score for neuroticism was recorded at 21.93 during the pre-test baseline assessment. Following the completion of the therapeutic sessions, this mean score demonstrated a substantial and observable decline, dropping significantly to 17.07 in the post-test evaluation. In stark contrast, the descriptive metrics for the control group, which did not receive the specialized therapeutic protocol, exhibited an entirely different trajectory. The pre-test mean score for neuroticism in the control group stood at 23.27, and it remained relatively stable, registering only a negligible and non-therapeutic fluctuation to a post-test mean of 21.80. Before proceeding with the primary inferential analysis, the fundamental statistical assumptions requisite for the Analysis of Covariance were rigorously tested and subsequently verified. The assumption of homogeneity of variances was confirmed through the application of Levene's test, which yielded a value of $F = 0.020$ and a corresponding significance level of $p = 0.889$, clearly indicating that the variances between the groups were statistically equal and not significantly different. Furthermore, the critical assumption concerning the homogeneity of regression slopes was also thoroughly evaluated and satisfactorily met, as evidenced by a significance level of $p = 0.288$,

thereby validating the appropriateness of the chosen statistical model. With all prerequisite assumptions successfully satisfied, the Analysis of Covariance was executed to ascertain the definitive impact of the independent variable. The results of this inferential test conclusively demonstrated that the implementation of Compassion-Focused Therapy yielded a profoundly significant main effect on the reduction of neuroticism. The statistical output revealed a value of $F = 38.343$ and an exceptional level of statistical significance at $p < 0.001$. Moreover, the magnitude of this therapeutic impact was robustly quantified by an effect size, measured as partial eta squared, of $\eta^2 = 0.587$. This precise effect size mathematically indicates that a remarkable 58.7% of the variance observed in the reduced post-test neuroticism scores can be directly and exclusively attributed to the implementation of the Compassion-Focused Therapy intervention, highlighting a powerful and clinically meaningful transformation in the participants' psychological profiles.

Discussion and Conclusion

The findings of this investigation provide compelling empirical evidence that effectively highlights the profound therapeutic value of targeted psychological interventions in managing complex functional gastrointestinal disorders. Specifically, the results robustly conclude that Compassion-Focused Therapy acts as a highly potent and clinically viable modality for significantly reducing elevated levels of neuroticism among female patients suffering from Irritable Bowel Syndrome. By fundamentally shifting the patients' internal psychological landscape, this intervention addresses the core emotional dysregulation that characteristically perpetuates and exacerbates visceral hypersensitivity and gastrointestinal distress. The therapeutic architecture of this specific compassionate approach successfully dismantles the ingrained, maladaptive cognitive patterns of severe self-criticism, bodily shame, and catastrophizing that are hallmarks of a neurotic personality profile. Instead of reacting to the unpredictable and often debilitating physical symptoms of their chronic illness with heightened anxiety and psychological resistance, the participants learned to engage their innate soothing systems. This fundamental recalibration of the emotion regulation mechanisms effectively dampens the hyperarousal of the sympathetic nervous system's threat response, thereby interrupting the vicious, bidirectional cycle of psychological distress and physiological symptom flare-ups governed by the brain-gut axis.

Consequently, the mitigation of neurotic traits not only fosters a profound sense of emotional resilience and psychological flexibility but also implicitly creates a more conducive physiological environment for gastrointestinal stabilization. These outcomes carry substantial clinical implications for the overarching paradigm of gastroenterological care, strongly suggesting that traditional, purely biomedical and pharmacological treatment modalities are insufficient when deployed in isolation. Healthcare systems and specialized clinics must urgently pivot toward a truly comprehensive, multidisciplinary, and biopsychosocial model of patient care. Integrating empirically supported, emotion-focused psychotherapies into standard treatment algorithms should be prioritized to holistically address the heavy psychological burden borne by these individuals. While the present research yields highly promising

and actionable insights, the interpretation of these conclusions must acknowledge certain methodological constraints, including a relatively constrained sample size restricted exclusively to female participants, a reliance on self-reported psychometric evaluations, and the absence of a longitudinal follow-up phase to verify the long-term durability of the observed psychological transformations. Future scholarly endeavors should systematically address these limitations by incorporating larger, mixed-gender demographic samples, integrating objective physiological biomarkers to track the brain-gut interaction, and conducting extended longitudinal assessments to further substantiate the enduring efficacy of compassionate interventions in the realm of chronic psychosomatic medicine.

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر روان‌رنجوری در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر

۱. زهرا بشری^{id}: گروه روانشناسی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. سولماز روشن دل^{id*}: گروه مامایی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. نرگس رسولی^{id}: گروه روانشناسی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: solmaz.roshandel@iau.ac.ir

انتشار نهایی: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱

انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۲/۲۸

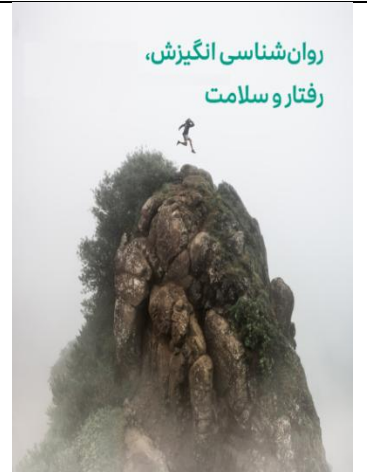
پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۲۴

بازنگری: ۱۴۰۴/۱۲/۱۸

دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۰۸

چکیده

روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت



مقدمه و هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر روان‌رنجوری در زنان مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر انجام شد.

روش‌شناسی: این پژوهش از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به بیمارستان طالقانی تهران در سال ۱۴۰۴ بود. از این میان، ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه شخصیتی نئو (کاستا و مک‌کری، ۱۹۸۵) و پروتکل درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۹) بود. داده‌ها پس از بررسی مفروضه‌ها (مانند آزمون شاپیرو-ویلک، با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس (ANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل استنباطی کوواریانس نشان داد که تفاوت معناداری بین نمرات دو گروه وجود دارد؛ به طوری که اجرای مداخله درمان متمرکز بر شفقت منجر به کاهش معنادار نمرات روان‌رنجوری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شد ($p < 0.01$).

نتیجه‌گیری: درمان متمرکز بر شفقت از طریق افزایش خودمهربانی و بهبود تنظیم هیجانی، موجب کاهش سطح روان‌رنجوری در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر می‌شود. با توجه به اندازه اثرهای به‌دست آمده که نشان‌دهنده کارآمدی این مداخله است، این رویکرد می‌تواند به عنوان یک مداخله مکمل مؤثر در کنار سایر درمان‌های پزشکی و روان‌شناختی جهت ارتقای سلامت روان این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

نحوه استناددهی: بشری، زهرا، روشن دل، سولماز، و رسولی، نرگس. (۱۴۰۵). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر روان‌رنجوری در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۴(۲)، ۱۴-۱.

کلیدواژه‌گان: درمان متمرکز بر شفقت، روان‌رنجوری، سندروم روده تحریک‌پذیر.



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است. (4.0)

مقدمه

می‌توان به‌عنوان یکی از نشانه‌های بارز و کلیدی پریشانی‌های روان‌شناختی (Psychological Distress) عمیق در نظر گرفت (Marano et al., 2025). بیماران مبتلا به این اختلال، علاوه بر دردهای جسمانی، رنج روان‌شناختی عظیمی را تجربه می‌کنند که نیازمند مداخلات تخصصی برای مدیریت این رنج و ارتقای سرمایه‌های عاطفی آن‌هاست (Khaki et al., 2025).

هنگام بررسی عوامل مستعدکننده و تداوم‌بخش پریشانی‌های روان‌شناختی در سندروم روده تحریک‌پذیر، ویژگی‌های شخصیتی بیماران به‌عنوان یکی از مهم‌ترین متغیرهای پیش‌بین ظاهر می‌شوند. مطالعات نشان می‌دهند که الگوهای هیجانی و صفات شخصیتی خاصی در افراد مبتلا به IBS نسبت به جمعیت عادی و افراد سالم غالب‌تر است (Muscatello et al., 2016). در بین پنج عامل بزرگ شخصیت، ویژگی روان‌رنجوری (Neuroticism) ارتباط بسیار قدرتمندی با اختلالات عملکردی گوارشی دارد. روان‌رنجوری که با تمایل مداوم به تجربه هیجانات منفی نظیر ترس، غم، خشم، احساس گناه، و آسیب‌پذیری بالا در برابر استرس تعریف می‌شود، نقش محوری در نحوه پردازش و واکنش به محرک‌های محیطی و درونی ایفا می‌کند. از منظر آسیب‌شناسی روانی مدرن، روان‌رنجوری صرفاً یک صفت شخصیتی ساده نیست، بلکه به‌عنوان یک عامل خطر بنیادین و یک سازه فراتشخیصی (Transdiagnostic) برای توسعه انواع اختلالات هیجانی و اضطرابی در نظر گرفته می‌شود (Barlow et al., 2021).

گستره تاثیر روان‌رنجوری فراتر از واکنش‌های لحظه‌ای است و می‌تواند مسیرهای سلامت روان افراد را در طولانی‌مدت و به‌ویژه پس از مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی پیش‌بینی کرده و شکل دهد (Hald et al., 2023). افراد با سطوح بالای روان‌رنجوری، به دلیل پردازش سوگیرانه اطلاعات و نقص در مکانیزم‌های مقابله‌ای، مستعد درگیری با رفتارهای اعتیادآور و الگوهای ناسازگارانه گوناگونی (نظیر اعتیاد به اینترنت و فضای مجازی) هستند که خود چرخه‌ای معیوب از انزوا و تشدید پریشانی را ایجاد می‌کند (Marciano et al., 2022). مکانیسم زیربنایی این آسیب‌پذیری در افراد روان‌رنجور، ضعف در تنظیم شناختی و هیجانی است. این افراد معمولاً دچار سوگیری‌های شناختی در توجه به محرک‌های

سندروم روده تحریک‌پذیر (Irritable Bowel Syndrome - IBS) یکی از شایع‌ترین و چالش‌برانگیزترین اختلالات عملکردی دستگاه گوارش در سراسر جهان است که با علائمی نظیر دردهای مزمن شکمی، نفخ، و تغییر در عادات روده‌ای (مانند اسهال، یبوست یا ترکیبی از هر دو) مشخص می‌شود. این اختلال که فاقد هرگونه شواهد ساختاری یا بیوشیمیایی قابل‌شناسایی در آزمایش‌های بالینی است، به‌شدت کیفیت زندگی بیماران را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم فراوانی را بر سیستم‌های بهداشت و درمان تحمیل می‌کند. از همین رو، تدوین و توسعه شاخص‌های کیفی و استانداردهای درمانی برای مدیریت بهتر این سندروم همواره مورد توجه نهادهای معتبر گوارش‌شناسی بوده است (Hung et al., 2025). ماهیت مزمن، نوسانی و عودکننده این بیماری باعث شده است تا متخصصان آن را نه صرفاً یک مشکل موضعی در روده، بلکه یک اختلال پیچیده ناشی از تعاملات چندگانه زیستی، روانی و اجتماعی در نظر بگیرند (Patel & Shackelford, 2022). با وجود پیشرفت‌های دارویی، گزینه‌های درمانی رایج که عمدتاً بر تنظیم حرکات دستگاه گوارش و رفع علائم فیزیکی تمرکز دارند، در بسیاری از بیماران اثربخشی محدود و کوتاه‌مدتی از خود نشان می‌دهند (Singh et al., 2022). این محدودیت‌ها پژوهشگران را بر آن داشته است تا به دنبال درک عمیق‌تری از پاتوژنز بیماری و نقش عوامل روان‌شناختی در آن باشند.

شواهد علمی متعددی تایید می‌کنند که محور مغز-روده (Brain-Gut Axis) نقش بنیادینی در بروز و تشدید علائم IBS ایفا می‌کند. استرس، اضطراب، و فشارهای روانی می‌توانند از طریق سیستم عصبی خودمختار و روده، مستقیماً بر عملکرد سیستم گوارش تاثیر گذاشته و آستانه درد احشایی را کاهش دهند. در این میان، مداخلات روان‌شناختی و رفتاری به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیری از پروتکل‌های درمانی جامع برای بیماران مبتلا به IBS و سایر اختلالات گوارشی پذیرفته شده‌اند (Sweeney et al., 2025). این ارتباط روان‌تنی به‌ویژه در زنان از اهمیت مضاعفی برخوردار است؛ به‌طوری‌که شیوع سندروم روده تحریک‌پذیر در زنان به‌طور قابل‌توجهی بالاتر از مردان است و پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که بروز IBS در زنان را

تهدیدآمیز هستند و استفاده از تکنیک‌هایی مانند ذهن‌آگاهی می‌تواند با اصلاح این سوگیری‌ها، مکانیسم‌های تنظیم هیجان را در آن‌ها بهبود بخشد (Chen et al., 2023). در بیماران مبتلا به IBS، روان‌رنجوری بالا باعث می‌شود تا آن‌ها توجه بیش از حد و فاجعه‌آمیزی به علائم بدنی خود داشته باشند (Somatization) و همین گوش‌به‌زنگی بدنی، شدت ادراک درد و تناوب حملات گوارشی را به‌طور چشمگیری افزایش می‌دهد.

با توجه به این پیچیدگی‌ها، درمان‌های روان‌شناختی کلاسیک همواره پاسخگوی نیازهای تمامی بیماران نبوده‌اند، به‌ویژه در مواجهه با بیمارانی که هسته مرکزی مشکلاتشان شرم، انتقاد از خود و روان‌رنجوری عمیق است. از این رو، گرایش به رویکردهای موج سوم روان‌درمانی در سال‌های اخیر رشد روزافزونی داشته است. درمان متمرکز بر شفقت (Compassion-Focused Therapy - CFT)، که توسط پل گیلبرت توسعه یافته است، یکی از کارآمدترین این رویکردها است که به‌طور اختصاصی برای افرادی طراحی شده که از شرم درونی‌شده، انتقاد از خود و ناتوانی در مهربانی با خود رنج می‌برند. مرورهای سیستماتیک نشان می‌دهند که CFT دارای اثربخشی بالا و مقبولیت قابل توجهی در طیف وسیعی از جمعیت‌های بالینی است و توانایی منحصربه‌فردی در کاهش پریشانی‌های مزمن دارد (Craig et al., 2020). این رویکرد را می‌توان به‌صورت گروهی و فراتشخیصی برای کاهش خودانتقادگری و بهبود عزت‌نفس پایین به کار برد (Andersen & Rasmussen, 2017).

زیربنای نظری درمان متمرکز بر شفقت بر پایه علوم اعصاب تکاملی استوار است و فرض می‌کند که انسان‌ها دارای سه سیستم اصلی تنظیم هیجان هستند: سیستم تهدید و محافظت از خود (Threat system)، سیستم سابق و دستیابی به منابع (Drive system)، و سیستم تسکین و وابستگی ایمن (Soothing system). در افراد دارای ویژگی‌های روان‌رنجوری بالا و مبتلایان به بیماری‌های مزمن جسمی مانند IBS، سیستم تهدید به‌شدت بیش‌فعال است و سیستم تسکین دچار نقص جدی شده است. فراتحلیل‌های اخیر تایید می‌کنند که CFT با تمرکز بر فعال‌سازی سیستم تسکین، تاثیر معناداری بر کاهش انتقاد از خود و افزایش توانایی خودآرام‌بخشی (Self-soothing) دارد (Vidal &

Soldevilla, 2023). این اثربخشی در مطالعات فراتحلیلی متعدد بر روی جوامع بالینی متفاوت اثبات شده است (Millard et al., 2023). مسیرهای ایجاد تغییر در سلامت روان از طریق درمان متمرکز بر شفقت، به‌خوبی شناسایی شده‌اند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بهبود در شاخص‌های سلامت روانی در این رویکرد درمانی، با میانجی‌گری عواملی نظیر افزایش خوداطمینان‌بخشی (Self-reassurance)، کاهش خودانتقادگری، و تغییر در عواطف مثبت و منفی رخ می‌دهد (Sommers-Spijkerman et al., 2018). البته در مسیر پیاده‌سازی این درمان، نباید از ترس‌ها، موانع و مقاومت‌های احتمالی بیماران غافل شد. بیمارانی که سال‌ها با الگوی روان‌رنجوری و انتقاد از خود زیسته‌اند، ممکن است در برابر تجربه هیجانات خودآگاهانه و دریافت شفقت از سوی خود یا درمانگر مقاومت نشان دهند؛ لذا رابطه درمانی و تمرینات تجربی در CFT نقش حیاتی در غلبه بر این موانع ایفا می‌کنند (Matos et al., 2023).

در زمینه بیماری‌های گوارشی، شواهد نوظهور حاکی از پتانسیل بالای این مداخله است. پژوهش‌های انجام‌شده در سطح بین‌المللی بر روی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر نشان داده‌اند که مداخله مبتنی بر شفقت می‌تواند اثربخشی بالایی در مدیریت چالش‌های روانی این بیماران داشته باشد (Chupradit et al., 2022). مطالعات داخلی نیز به تایید این اثربخشی پرداخته‌اند؛ به‌عنوان مثال مشخص شده است که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند میزان استرس ادراک‌شده را به‌طور معناداری در بیماران مبتلا به IBS کاهش دهد (Mazi et al., 2020). همچنین این مداخله نقش پررنگی در کاهش اضطراب، افسردگی و شدت علائم گوارشی در این بیماران ایفا می‌کند (Seyed Jafari, 2019). فراتر از تسکین علائم، CFT از طریق ارتقای پذیرش و مهربانی با خود، موجب بهبود سطح تبعیت از درمان‌های پزشکی و کاهش تنش‌های مرتبط با فرآیند درمان در این بیماران می‌شود (Amiri-Moghaddam Shirvan et al., 2023).

با وجود شواهد متقاعدکننده در خصوص اثربخشی CFT بر کاهش استرس و افسردگی در بیماران روان‌تنی، بررسی متون پژوهشی نشان می‌دهد که تاثیر این رویکرد درمانی به‌طور خاص بر صفت بنیادین “روان‌رنجوری” در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر کمتر مورد بررسی و تحلیل دقیق قرار گرفته است. از آنجا که

همچنین میزان ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۸۲۳ است که از اعتبار بالای پرسشنامه حکایت دارد.

گروه آزمایش مداخله درمان متمرکز بر شفقت را به صورت گروهی در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای یک جلسه طی ۸ هفته دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل در طول اجرای پژوهش هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. ارزیابی متغیرهای پژوهش در هر دو گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. ملاک‌های ورود شامل گذشت حداقل یک سال از تشخیص بیماری، تمایل به همکاری و عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی هم‌زمان و ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل به ادامه حضور، غیبت بیش از دو جلسه و ابتلا به اختلال روان‌شناختی حاد در نظر گرفته شد.

پروتکل مداخله درمان متمرکز بر شفقت در این پژوهش بر اساس الگوی گیلبرت (۲۰۰۹)، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک‌بار در هفته طراحی و اجرا شد، به طوری که در جلسه اول، درمانگر پس از معرفی، بیان قواعد جلسات و ایجاد رابطه حسنه و اتحاد درمانی، به تعیین هدف و فرمول‌بندی مشکل فعلی مراجعان پرداخت و با گوش سپردن به روایت‌های زنان و آموزش همدلی بین اعضا، مفاهیم اولیه شفقت به خود، کمرویی و خودناتوان‌سازی را تشریح کرد و تمرین تنفس آرام‌بخش را به عنوان تکلیف خانگی ارائه داد؛ سپس در جلسه دوم، ضمن مرور تکالیف پیشین، سبک‌های برخورد اعضا با خود (انتقادگر در برابر شفقت‌گرا) بررسی شد و پس از تعریف دقیق خودانتقادی، علل و پیامدهای مخرب آن، مفهوم شفقت بسط داده شد تا مراجعان با تأمل در این پرسش که چقدر به خود شفقت می‌ورزند، خودآگاهی بیشتری کسب کنند؛ در ادامه و در جلسه سوم، ویژگی‌ها و مهارت‌های شفقت به خود و چگونگی تأثیرگذاری آن بر حالات روانی فرد به تفصیل مورد بحث قرار گرفت و سه سیستم بنیادین تنظیم هیجانی و نحوه تعامل متعادل با آن‌ها به اعضا معرفی گردید تا بتوانند رفتارهای خودانتقادگرانه روزمره خود را به درستی شناسایی کنند؛ با ورود به جلسه چهارم، منطق تصویرسازی ذهنی مطرح گردید و تمرینات عملی تصویرپردازی شامل تصور رنگ، مکان امن و ویژگی‌های یک وجود شفقت‌گر در بستر گروه آموزش داده و تمرین شد؛ در جلسه پنجم، هدف اصلی پرورش یک

روان رنجوری، هسته مرکزی بسیاری از پریشانی‌های روانی و تشدیدکننده دردهای جسمانی در این بیماران محسوب می‌شود، مداخله در این سطح می‌تواند نتایج پایدارتر و عمیق‌تری به همراه داشته باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر روان رنجوری در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر انجام شد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و روش نیمه‌تجربی با مداخله مبتنی بر شفقت و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد و هدف آن بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر روان رنجوری در زنان مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به بیمارستان طالقانی (پژوهشکده بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی) در شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از این بیماران بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند. شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون به فرم کوتاه پرسشنامه شخصیتی نئو (کاستا و مک‌کری، ۱۹۸۵) پاسخ دادند.

فرم کوتاه پرسشنامه شخصیتی نئو کاستا و مک‌کری

(۱۹۸۵): پرسشنامه شخصیتی نئو بر مبنای نظریه پنج عاملی شخصیت کاستا و مک‌کری^۱ (۱۹۸۵) دارای ۶۰ آیتم با ۵ مقیاس (روان رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری و مسئولیت‌پذیری) ساخته شده است. نمره‌گذاری این آزمون بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف می‌باشد. هر مقیاس شامل ۱۲ سؤال می‌باشد و حداقل و حداکثر نمره آن بین ۱۲ تا ۶۰ می‌باشد. در پژوهش آتش روز (۱۳۸۶) با استفاده از روش همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ۵ صفت: روان‌نژندی، برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری و مسئولیت‌پذیری به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۵۵، ۰/۲۷، ۰/۳۸ و ۰/۷۷ به دست آمد (Khelatbari et al., 2019). در تحقیق حاضر، با رجوع به نظر متخصصان و اساتید از روایی ابزار اندازه‌گیری، در سنجش متغیرهای تحقیق اطمینان حاصل شده است.

^۱ Costa & McCrae

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره تحلیل شدند و کلیه تحلیل‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ انجام گرفت. اصول اخلاق پژوهش شامل اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، حفظ محرمانگی اطلاعات و حقوق شرکت‌کنندگان رعایت شد.

یافته‌ها

بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد که توزیع سنی افراد در دو گروه آزمایش و کنترل از نظر آماری تفاوت معناداری ندارد؛ به طوری که آزمون کای‌دو با مقدار ۱.۴۴۴ و سطح معناداری ۰.۴۸۶ ($P > 0.05$) همگنی توزیع سنی را تأیید کرد. همچنین نتایج مربوط به سطح تحصیلات نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد و آزمون کای‌دو با مقدار ۰.۸۳۴ و سطح معناداری ۰.۶۵۹ ($P > 0.05$) همگنی توزیع تحصیلات را نشان داد. بر این اساس، دو گروه از نظر متغیرهای سنی و تحصیلی قابل مقایسه بوده‌اند. در جدول زیر شاخص‌های آمار توصیفی متغیر پژوهش ذکر شده است.

«خودِ شفقت‌ورز» درون‌روانی بود که با معرفی مفاهیم کلیدی و سازنده‌ای همچون خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری، نحوه تصویرپردازی درباره این بخش التیم‌بخش درون به مراجعان آموزش داده شد؛ متعاقباً در جلسه ششم، تکنیک نگارش درمان‌بخش تحت عنوان نامه‌نگاری شفقت‌ورز تدریس شد و از اعضا خواسته شد تا به عنوان تکلیف، مکالمه‌ای را تجسم کنند که در آن، خودِ شفقت‌ورزشان نامه‌ای محبت‌آمیز و حمایتگر به آن‌ها می‌نویسد و آن را یادداشت کنند؛ در جلسه هفتم، درمانگر به تبیین پدیده مقاومت روانی یا «ترس از شفقت به خود» پرداخت و با کمک اعضا، افکار بازدارنده و ممانعت‌کننده از پرورش شفقت‌شناسایی شد تا با تمرکز بر این موانع، شفقت‌ورزی نسبت به خود این ترس‌ها تمرین شود؛ و در نهایت در جلسه هشتم، کلیه مفاهیم آموزش‌داده‌شده در طول دوره جمع‌بندی گردید و پس از درخواست از اعضا برای تشریح دستاوردها و تجربیات مثبتشان از جلسات گروهی، این مداخله درمانی با تأکید بر ضرورت تداوم تمرین‌های تصویرپردازی ذهنی در زندگی روزمره پایان یافت.

جدول ۱. مقادیر آمار توصیفی شاخص روان رنجوری

شاخص	آزمایش		کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
روان رنجوری	میانگین ۲۱.۹۳	انحراف معیار ۱۷.۰۷	میانگین ۲۳.۲۷	انحراف معیار ۱۷.۱۰
روان رنجوری	میانگین ۲۱.۸۰	انحراف معیار ۲.۱۴۵	میانگین ۲۱.۸۰	انحراف معیار ۲.۲۱۹

همانطور که از داده‌های جدول (۱) مشخص است، میانگین نمرات روان رنجوری در پیش آزمون گروه آزمایش برابر با ۲۱.۹۳ و در پس آزمون برابر با ۱۷.۰۷ است. و میانگین نمرات روان رنجوری در پیش آزمون گروه کنترل برابر با ۲۳.۲۷ و در پس آزمون برابر با ۲۱.۸۰ می‌باشد.

حال به بررسی فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر این که درمان متمرکز بر شفقت بر روان رنجوری در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک-جدول ۲. نتایج بررسی همگنی واریانس‌های خطای روان رنجوری در دو گروه

متغیر	مقدار آماره F	df _۱	df _۲	Sig.
روان رنجوری	۰.۰۲۰	۱	۲۸	۰.۸۸۹

یافته‌های جدول (۲) نشان می‌دهد که آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس‌های خطای روان رنجوری معنادار نیست ($F =$

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که واریانس (0.020, Sig = 0.889). برای انجام آزمون‌های پارامتریک برقرار است. خطای متغیر روان رنجوری در دو گروه همگن می‌باشد و شرط لازم جدول ۳. نتایج بررسی فرض همگنی شیب رگرسیون برای روان رنجوری

اثر تعاملی	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار آماره F	سطح معناداری
مداخله × روان رنجوری	۵.۴۴۱	۱	۵.۴۴۱	۱.۳۰۳	۰.۲۸۸

یافته‌های جدول (۳) نشان می‌دهد که سطح معناداری اثر تعاملی مداخله × روان رنجوری برابر ۰.۲۸۸ است، که بزرگتر از ۰.۰۵ می‌باشد. بنابراین پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی برقرار بوده جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری جهت مقایسه بین دو گروه

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
مقدار ثابت	۸.۹۵۸	۱	۸.۹۵۸	۳.۲۶۵	۰.۰۸۲	۰.۱۰۸
پیش آزمون	۳۱.۲۵۳	۱	۳۱.۲۵۳	۱۱.۳۹۱	۰.۰۰۲	۰.۲۹۷
مداخله	۱۰۵.۲۰۲	۱	۱۰۵.۲۰۲	۳۸.۳۴۳	<۰.۰۰۱	۰.۵۸۷
خطا	۷۴.۰۸۱	۲۷	۲.۷۴۴			
کل	۱۱۶.۰۳	۳۰				

بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی پرداخته‌اند، همسو است. به‌عنوان مثال، تحقیقات نشان داده‌اند که اجرای پروتکل‌های درمانی متمرکز بر شفقت در بیماران مبتلا به IBS، به‌طور چشمگیری منجر به بهبود شاخص‌های سلامت روان و کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی می‌شود (Chupradit et al., 2022). همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعاتی که تایید کرده‌اند CFT توانایی قابل توجهی در کاهش استرس ادراک شده (Mazi et al., 2020)، تقلیل علائم اضطراب و افسردگی (Seyed Jafari, 2019)، و همچنین ارتقای سطح تبعیت از درمان‌های پزشکی در بیماران گوارشی دارد (Amiri-Moghaddam Shirvan et al., 2023)، در یک راستا قرار دارد.

برای تبیین این یافته باید به ماهیت چندوجهی و پیچیده سندروم روده تحریک‌پذیر و ارتباط درهم‌تنیده آن با ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی توجه کرد. امروزه مشخص شده است که سندروم روده تحریک‌پذیر صرفاً یک نقص فیزیولوژیک و موضعی در دستگاه گوارش نیست، بلکه تعاملات پیچیده محور مغز-روده در آن نقش اساسی ایفا می‌کنند (Patel & Shackelford, 2022). با توجه به اینکه گزینه‌های درمانی رایج پزشکی و دارویی غالباً بر تسکین موقت

همان‌طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، آزمون ANCOVA برای بررسی اثر مداخله بر روان رنجوری نشان داد که این اثر معنادار است ($F = 38.343, p < 0.001, \eta^2 = 0.587$). بنابراین فرض برابری میانگین نمرات پس آزمون بین گروه کنترل و آزمایش پذیرفته نمی‌شود. با توجه به اندازه اثر، مشخص شد که حدود ۵۸.۷٪ از تفاوت نمرات پس آزمون ناشی از مداخله درمان متمرکز بر شفقت است. همچنین، با توجه به میانگین نمرات پیش و پس آزمون (جدول ۱)، مشخص است که درمان متمرکز بر شفقت باعث کاهش روان رنجوری در گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر روان رنجوری در زنان مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر (IBS) انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که مداخله درمان متمرکز بر شفقت توانسته است به‌طور معناداری نمرات روان رنجوری را در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش دهد. این یافته بنیادین با نتایج مطالعات متعددی که به بررسی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر شفقت بر متغیرهای روان‌شناختی در

(Chen et al., 2023). این نقص در تنظیم هیجان می‌تواند به استراتژی‌های مقابله‌ای مخرب و رفتارهای جبرانی ناسازگارانه‌ای مانند اعتیاد به اینترنت و فضای مجازی منجر شود تا فرد از این طریق بتواند به‌طور موقت از رنج درونی خود فرار کند (Marciano et al., 2022). در بیماران IBS، این هیجانات منفی تنظیم‌نشده، از طریق سیستم عصبی سمپاتیک مستقیماً به روده منتقل شده و باعث تشدید انقباضات، افزایش حساسیت احشایی و تجربه درد مضاعف می‌شود.

درمان متمرکز بر شفقت، دقیقاً همین مکانیسم‌های معیوب تنظیم هیجان را که در روان‌رنجوری ریشه دارند، هدف قرار می‌دهد. از منظر تکاملی که پایه و اساس CFT است، افراد روان‌رنجور دارای یک «سیستم تهدید» بسیار فعال و حساس هستند که همواره به دنبال شناسایی خطر (اعم از دردهای بدنی یا طرد اجتماعی) است، درحالی‌که «سیستم تسکین و آرام‌بخش» در آن‌ها به‌شدت ضعیف و توسعه‌نیافته است. اثربخشی CFT در کاهش روان‌رنجوری را می‌توان به توانایی این رویکرد در متعادل‌سازی این سیستم‌ها نسبت داد. فراتحلیل‌ها نشان می‌دهند که این درمان با آموزش مهارت‌های خودآرام‌بخشی (Self-soothing) و کاهش چشمگیر خودانتقادگری، سیستم تسکین را در مغز فعال می‌کند (Vidal & Soldevilla, 2023). از آنجا که خودانتقادگری و شرم دو مولفه اصلی در تداوم روان‌رنجوری هستند، کاربرد فراتشخیصی CFT برای هدف قرار دادن این مولفه‌ها در محیط‌های گروهی، نتایج درخشانی در بهبود عزت‌نفس و کاهش آسیب‌پذیری روانی به همراه داشته است (Andersen & Rasmussen, 2017).

علاوه بر این، مسیرهای ایجاد تغییر در رویکرد شفقت‌درمانی کاملاً مشخص و تاییدشده هستند. مطالعات نشان می‌دهند که بهبود در سلامت روان مراجعان تحت این درمان، با واسطه‌گری مکانیزم‌هایی همچون افزایش توانایی خوداطمینان‌بخشی (Self-reassurance) و تغییر در تعادل عواطف منفی و مثبت رخ می‌دهد (Sommers-Spijkerman et al., 2018). هنگامی که بیماران مبتلا به IBS یاد می‌گیرند به جای فاجعه‌سازی از دردهای بدنی و سرزنش خود به خاطر بیماری، با مهربانی، درک و پذیرش با خود رفتار کنند، واکنش‌های فیزیولوژیک مرتبط با استرس در آن‌ها خاموش می‌شود. مرورهای سیستماتیک متعدد تایید کرده‌اند که CFT یکی از

علائم جسمانی تمرکز دارند و در مدیریت ریشه‌ای اختلالات حرکتی و عملکردی گوارش با محدودیت‌های فراوانی روبه‌رو هستند (Singh et al., 2022)، توجه به ابعاد روان‌شناختی این بیماران به یک ضرورت تبدیل شده است. از همین رو، گنجاندن مداخلات روان‌شناختی و رفتاری استاندارد به‌عنوان یکی از شاخص‌های کلیدی کیفیت در توسعه دستورالعمل‌های درمانی نوین برای بیماران IBS مورد تاکید قرار گرفته است (Hung et al., 2025). استفاده از این مداخلات روان‌شناختی، مکمل ضروری و لاینفک برای درمان اثربخش اختلالات گوارشی محسوب می‌شود (Sweeney et al., 2025).

ارتباط میان دستگاه گوارش و روان به حدی است که در پژوهش‌های نوین، ابتلای زنان به سندروم روده تحریک‌پذیر به‌عنوان یکی از نشانه‌های بارز و زنگ خطرهای اصلی برای وجود پریشانی‌های روان‌شناختی عمیق در نظر گرفته می‌شود (Marano et al., 2025). این بیماران به‌طور مداوم با رنج و عذاب زندگی دست‌وپنجه نرم می‌کنند و به‌شدت نیازمند مداخلاتی هستند که سرمایه‌های عاطفی آن‌ها را تقویت کرده و توانایی مدیریت رنج را در آن‌ها ارتقا بخشد (Khaki et al., 2025). در هسته مرکزی این پریشانی‌های روان‌شناختی، ویژگی‌های شخصیتی خاصی نهفته است که بیماران IBS را از افراد سالم متمایز می‌کند؛ مطالعات نشان می‌دهند که بیماران مبتلا به این سندروم، الگوهای هیجانی ناسازگارانه و سطوح بسیار بالاتری از ویژگی‌های شخصیتی نظیر روان‌رنجوری را از خود بروز می‌دهند (Muscatello et al., 2016).

روان‌رنجوری که به‌عنوان تمایل پایدار به تجربه هیجانات منفی، بی‌ثباتی عاطفی و واکنش‌پذیری مفرط به استرس تعریف می‌شود، نقش یک سازه فراتشخیصی (Transdiagnostic) قدرتمند را در بروز انواع اختلالات هیجانی ایفا می‌کند (Barlow et al., 2021). افرادی که نمرات بالایی در روان‌رنجوری دارند، مسیرهای سلامت روان متفاوتی را طی می‌کنند و در مواجهه با بحران‌ها و چالش‌های زندگی آسیب‌پذیری بسیار بیشتری از خود نشان می‌دهند (Hald et al., 2023). یکی از مکانیسم‌های اصلی که افراد روان‌رنجور را در چرخه معیوب بیماری و پریشانی گرفتار می‌کند، نقص جدی در مکانیسم‌های تنظیم هیجان و وجود سوگیری‌های شناختی است

پایداری و ماندگاری اثرات درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش روان‌رنجوری در ماه‌ها یا سال‌های پس از اتمام مداخله اظهار نظر کرد. در نهایت، عدم استفاده از یک گروه کنترل فعال (گروهی که مداخله روان‌شناختی دیگری یا آموزش‌نما دریافت کند) باعث می‌شود که نتوان اثرات اختصاصی پروتکل شفقت‌درمانی را از اثرات عمومی توجه درمانگر یا پلاسبو به‌طور کامل تفکیک نمود.

با توجه به یافته‌ها و محدودیت‌های مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این مداخله بر روی نمونه‌های آماری بزرگ‌تر، متنوع‌تر و دربرگیرنده هر دو جنس (مردان و زنان) در مراکز درمانی مختلف اجرا شود تا روایی بیرونی و قدرت تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. گنجاندن دوره‌های پیگیری ۳، ۶ و ۱۲ ماهه در طرح‌های پژوهشی آینده امری ضروری است تا میزان پایداری تغییرات شخصیتی و هیجانی ناشی از درمان متمرکز بر شفقت مورد ارزیابی دقیق قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات بعدی، درمان متمرکز بر شفقت را با سایر رویکردهای موج سوم نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یا شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) مقایسه کنند تا کارآمدترین رویکرد برای این گروه از بیماران شناسایی شود. علاوه بر ابزارهای خودگزارش‌دهی، بهره‌گیری از شاخص‌های فیزیولوژیک و زیستی (مانند اندازه‌گیری سطح کورتیزول خون، بررسی تغییرات میکروبیوم روده، یا ثبت تنوع ضربان قلب) به‌عنوان پیامدهای عینی اثربخشی درمان، می‌تواند درک بسیار عمیق‌تری از چگونگی تاثیر مداخلات شفقت‌محور بر محور مغز-روده فراهم آورد.

بر اساس نتایج این پژوهش، به متخصصان گوارش و پزشکان معالج پیشنهاد می‌شود که در فرآیند ارزیابی و تشخیص بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، ارزیابی‌های روان‌شناختی (به‌ویژه غربالگری صفاتی نظیر روان‌رنجوری و اضطراب) را در دستور کار خود قرار دهند و نگاهی جامع‌نگر (زیستی-روانی-اجتماعی) به این بیماری داشته باشند. تشکیل تیم‌های درمانی چندتخصصی شامل پزشک متخصص گوارش، روان‌پزشک، و روان‌شناس بالینی در بیمارستان‌ها و کلینیک‌های گوارش اکیداً توصیه می‌شود تا بیماران بتوانند در کنار دریافت درمان‌های دارویی، خدمات روان‌شناختی هدفمندی را نیز دریافت کنند. همچنین، به سیاست‌گذاران حوزه

اثربخش‌ترین و مقبول‌ترین درمان‌ها در جمعیت‌های مختلف بالینی است که با پریشانی‌های مزمن درگیر هستند (Craig et al., 2020). این اثربخشی گسترده در فراتحلیل‌های جدیدتر نیز با قدرت به اثبات رسیده است (Millard et al., 2023). البته باید در نظر داشت که فرآیند کاهش روان‌رنجوری از طریق شفقت، فرآیندی خطی و ساده نیست. بسیاری از بیماران در ابتدا نسبت به دریافت شفقت یا مهربانی با خود احساس ترس و مقاومت می‌کنند. غلبه بر این موانع و مقاومت‌ها، نیازمند تمرینات تجربی عمیق و شکل‌گیری یک رابطه درمانی بسیار امن و پذیرا است که درمانگر CFT آن را برای بیمار فراهم می‌کند (Matos et al., 2023). از این رو، کاهش معنادار روان‌رنجوری در این بیماران نشان‌دهنده موفقیت مداخله در عبور از این موانع شناختی و هیجانی است.

در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت که ویژگی روان‌رنجوری اگرچه یک صفت نسبتاً پایدار شخصیتی محسوب می‌شود، اما مولفه‌های هیجانی و رفتاری آن از طریق مداخلات عمیق و مبتنی بر پذیرش و شفقت قابل تعدیل است. درمان متمرکز بر شفقت با ارائه ابزارهای نوین برای تنظیم هیجان و تغییر نگرش فرد نسبت به رنج‌های درونی و جسمانی خود، چرخه‌ی استرس-علائم گوارشی را می‌شکند و از این طریق نمرات روان‌رنجوری را در زنان مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر کاهش می‌دهد.

پژوهش حاضر به‌رغم دستاوردهای علمی و کاربردی، با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود که تعمیم‌پذیری نتایج را با احتیاط همراه می‌سازد. نخستین محدودیت به حجم نمونه و جامعه آماری مربوط می‌شود؛ این مطالعه تنها بر روی ۳۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به یک بیمارستان خاص (بیمارستان طالقانی تهران) انجام شد که این امر محدودیت‌هایی را در تعمیم نتایج به مردان مبتلا به این سندروم، گروه‌های سنی متفاوت و یا بیماران سایر مناطق جغرافیایی و فرهنگی ایجاد می‌کند. دومین محدودیت، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی (پرسشنامه شخصیتی نئو) برای ارزیابی روان‌رنجوری بود که همواره احتمال سوگیری در پاسخ‌دهی، مطلوبیت اجتماعی و تفاوت در درک سوالات توسط آزمودنی‌ها را به همراه دارد. علاوه بر این، پژوهش حاضر فاقد دوره پیگیری میان‌مدت و بلندمدت بود؛ بنابراین نمی‌توان با قطعیت در خصوص

- Current Directions in Psychological Science*, 30(5), 410-417.
<https://doi.org/10.1177/09637214211030253>
- Chen, L., Liu, X., Weng, X., Huang, M., Weng, Y., Zeng, H., Li, Y., Zheng, D., & Chen, C. (2023). The emotion regulation mechanism in neurotic individuals: The potential role of mindfulness and cognitive bias. *International journal of environmental research and public health*, 20(2), 896.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20020896>
- Chupradit, S., Shalaby, M. N., Lafta, H. A., Hussein, S. A., Mustafa, Y. F., Mahmudiono, T., Sechenov, R. M. N., Jalil, A. T., & Zolocheskaya, D. D. (2022). An investigation on irritable bowel syndrome patients to evaluate the effectiveness of compassion-focused therapy. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 9(3).
<https://doi.org/10.22122/ijbmc.v9i3.378>
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion-focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(4), 385-400.
<https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1735147>
- Hald, G. M., Wimmelmann, C. L., Overup, C. S., Cipric, A., Sander, S., & Strizzi, J. M. (2023). Mental health trajectories after juridical divorce: Does personality matter? *Journal of personality*, 91(2), 426-440.
<https://doi.org/10.1111/jopy.12737>
- Hung, K. W., Leiman, D. A., Kaza, A., Watson, R., Chang, L., & Maratt, K. J. (2025). AGA Institute quality indicator development for irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 168(3), 612-622.
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2024.11.003>
- Khaki, B., Golparvar, M., & Yousefi, Z. (2025). Comparison of the effectiveness of suffering management training for people with irritable bowel syndrome and emotional efficacy therapy on life suffering and affective capital. *In Press*.
<https://www.mhljournal.com/index.php/mhlj/article/view/58>
- Khelatbari, J., Hemmati Sabet, V., Tabibzadeh, F., & Hemmati Sabet, A. (2019). The Relationship Between Personality Traits and Psychological Well-Being in Individuals with Irritable Bowel Syndrome: The Mediating Role of Emotion Regulation. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd*, 27(6), 1612-1627.
<https://doi.org/10.18502/ssu.v27i6.1597>
- Marano, G., Traversi, G., Pola, R., Gasbarrini, A., Gaetani, E., & Mazza, M. (2025). Irritable Bowel Syndrome: A Hallmark of Psychological Distress in Women? *Life*, 15(2), 277.
<https://doi.org/10.3390/life15020277>
- Marciano, L., Camerini, A. L., & Schulz, P. J. (2022). Neuroticism and internet addiction: What is next? A systematic conceptual review. *Personality and individual differences*, 185, 111260.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111260>
- Matos, M., Petrocchi, N., Irons, C., & Steindl, S. R. (2023). Never underestimate fears, blocks, and resistances: The interplay between experiential practices, self-conscious emotions, and the therapeutic relationship in compassion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 79(7), 1670-1685.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23443>
- Mazi, M., Ebrahimi, A., Daghighzadeh, H., & Aghaei, H. (2020). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Perceived Stress in Patients with Irritable Bowel Syndrome: An Experimental Study. *Journal of Isfahan Medical School*, 38(588), 602-608.
- Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion-focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-

سلامت و مدیران بیمارستان‌ها پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی و جلسات گروهی درمان متمرکز بر شفقت را به‌عنوان یک برنامه روتین و مکمل برای بیماران گوارشی مزمن برگزار نمایند. در نهایت، آموزش اصول اولیه شفقت‌ورزی و ارتباط همدلانه به کادر درمان و پرستاران بخش گوارش می‌تواند فضای بالینی امن‌تر و حمایت‌گراانه‌تری را برای این بیماران فراهم کرده و روند بهبودی آنان را تسهیل نماید.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است. این پژوهش حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد تخصصی روانشناسی بالینی زهرا بشری با راهنمایی خانم دکتر سولماز روشندل است که دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.TMU.REC.1404.078 و در تاریخ ۱۴۰۴/۲/۲۳ مربوط به دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Amiri-Moghaddam Shirvan, A., Nikogoftar Azim, M., & Ahadi, H. (2023). Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Treatment Adherence and Perceived Stress in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Applied Psychological Research Quarterly*, 14(2), 163-177.
- Andersen, B., & Rasmussen, P. H. (2017). Transdiagnostic group therapy for people with self-criticism and low self-esteem, based on compassion-focused therapy principles. *Journal of Compassionate Health Care*, 4, 14.
<https://doi.org/10.1186/s40639-017-0043-1>
- Barlow, D. H., Curreri, A. J., & Woodard, L. S. (2021). Neuroticism and disorders of emotion: A new synthesis.

- analysis. *Journal of affective disorders*, 326, 168-192. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.036>
- Muscatello, M. R., Bruno, A., Mento, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2016). Personality traits and emotional patterns in irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, 22(28), 6402-6415. <https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i28.6402>
- Patel, N., & Shackelford, K. (2022). *Irritable Bowel Syndrome*. StatPearls Publishing.
- Seyed Jafari, J. (2019). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Reducing Stress, Anxiety, Depression and Symptoms in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Excellence in Counseling and Psychotherapy Quarterly*, 8(30), 40-52.
- Singh, R., Zogg, H., Ghoshal, U. C., & Ro, S. (2022). Current treatment options and therapeutic insights for gastrointestinal dysmotility and functional gastrointestinal disorders. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 808195. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.808195>
- Sommers-Spijkerman, M., Trompetter, H., Schreurs, K., & Bohlmeijer, E. (2018). Pathways to improving mental health in compassion-focused therapy: Self-reassurance, self-criticism and affect as mediators of change. *Frontiers in psychology*, 9, 2442. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02442>
- Sweeney, L., Windgassen, S., & Moss-Morris, R. (2025). *Psychological/behavioral treatments for patients with irritable bowel syndrome and other gastrointestinal disorders*. <https://doi.org/10.1037/0000395-015>
- Vidal, J., & Soldevilla, J. M. (2023). Effect of compassion-focused therapy on self-criticism and self-soothing: A meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 70-81. <https://doi.org/10.1111/bjc.12394>