







Research Article

The Effectiveness of Short-Term Psychoanalysis Treatment In Decreasing Psychological Distress and Psychosomatic Symptoms in Patients with Gastrointestinal Dysfunction with Personality Type D

Ali Bakhshi Bajestani ¹ , Fatemeh Shahabizadeh ^{2,*} , Shahram Vaziri ³ , Farah Lotfi Kashani ³ 

¹ PhD Student, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

² Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

³ Associate Professor, Department of Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Iran.

* **Corresponding author:** Fatemeh Shahabizadeh, Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. E-mail: f_shahabizadeh@yahoo.com

DOI: [10.52547/nkums.13.4.1](https://doi.org/10.52547/nkums.13.4.1)

How to Cite this Article:

Bakhshi Bajestani A, Shahabizadeh F, Vaziri Sh, Lotfi Kashani F. The Effectiveness of Short-Term Psychoanalysis Treatment In Decreasing Psychological Distress and Psychosomatic Symptoms in Patients with Gastrointestinal Dysfunction with Personality Type D. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2021;**13**(4):1-11. DOI: [10.52547/nkums.13.4.1](https://doi.org/10.52547/nkums.13.4.1)

Received: 22 Sep 2021

Accepted: 12 Oct 2021

Keywords:

Psychoanalysis
Psychological Distress
Psychosomatic
Personality Type D

Abstract

Introduction: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of short-term psychoanalysis on psychological distress and psychosomatic symptoms in patients with gastrointestinal dysfunction with personality type D.

Methods: This research was an experimental study with the pre and post-test with a control group and with a two-month follow-up design. The statistical population in this study was all female patients with gastrointestinal functional disorders (FGID) with personality type D who in 2020 referred to the Hamdame Hamrah Psychiatric and Psychotherapeutic Services Center located in Tehran. The statistical sample consisted of 24 female patients who were selected by available sampling method and randomly assigned to experimental and control groups (12 patients for each group). Data were collected using Personality Type Scale D (DS-14), ROME III Questionnaire and Mental Anxiety and Stress-Anxiety-Depressive Symptoms (DASS-21). Data analysis was performed using analysis of variance tests with repeated measures in SPSS-19.

Results: The results indicated that short-term psychoanalytic treatment had a significant effect on reducing psychological distress and psychosomatic symptoms.

Conclusions: Short-term psychoanalytic treatment is effective on psychological distress and psychosomatic symptoms of patients with gastrointestinal dysfunction with personality type D and can be used to improve the psychological problems of patients with gastrointestinal dysfunction.



اثربخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت بر کاهش پریشانی روان شناختی و علایم روان

تنی بیماران مبتلا به اختلال عملکرد گوارشی با تیپ شخصیت D

علی بخشی بجستانی^۱ ID، فاطمه شهبابی زاده^{۲*} ID، شهرام وزیری^۳ ID، فرح لطفی کاشانی^۳ ID

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی. بیرجند. ایران

^۲ دانشیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

* نویسنده مسئول: فاطمه شهبابی زاده، دانشیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران. ایمیل:

f_shahabizadeh@yahoo.com

DOI: 10.52547/nkums.13.4.1

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۳۱	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۰	مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت بر کاهش پریشانی روان شناختی و علایم روان تنی بیماران مبتلا به اختلال عملکرد گوارشی با تیپ شخصیت D بود.
واژگان کلیدی:	روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل با پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری در این پژوهش، کلیه بیماران زن مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی (FGID) با تیپ شخصیتی D بودند که در سال ۱۳۹۹ به مرکز خدمات روان شناختی و روان درمانی همدم همراه واقع در تهران مراجعه کرده بودند. نمونه آماری شامل ۲۴ بیمار بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۱۲ نفر برای هر گروه). برای جمع آوری داده‌ها مقیاس تیپ شخصیت (D(DS-14)، پرسشنامه ROME III، پریشانی روان شناختی و نشانگان استرس-اضطراب-افسردگی (DASS-21) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ انجام شد.
	یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان روان پویشی کوتاه مدت بر کاهش پریشانی روان شناختی و علایم روان تنی بیماران مبتلا به اختلال عملکرد گوارشی با تیپ شخصیت D تأثیر معناداری دارد ($P < 0.001$).
	نتیجه گیری: درمان روان پویشی کوتاه مدت بر پریشانی روان شناختی و علایم روان تنی بیماران مبتلا به اختلال عملکرد گوارشی با تیپ شخصیت D مؤثر بوده و می‌توان از آن در جهت کاهش مشکلات روان شناختی و علایم روان تنی بیماران مبتلا به اختلال عملکرد گوارشی استفاده کرد.

مقدمه

روده‌ای، استخوانی-عضلانی، دستگاه‌های تناسلی-ادراری و پوست و اختلالات دیگری از قبیل سردردهای میگرنی، سرگیجه، خستگی بیش از اندازه، اختلال حافظه، اشکال در تمرکز، تنگی نفس، تهوع، استفراغ، بی‌خوابی و غیره دارند که در آنها حوادث پرمعنای روان‌شناختی به طور تنگاتنگی با نشانه‌های بدنی مرتبط هستند (۳). متوسط شیوع اختلالات روان‌تنی در جمعیت بالینی مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی از ۶ تا ۱۵٪ (۴) و در بعضی مطالعات حدود ۲۰٪ (۵) متغیر بوده است. لذا میزان شیوع اختلالات روان‌تنی در سراسر جهان رو به افزایش است و این اختلالات عامل خطر بیماری‌های خاص است و سایر شرایط پزشکی را تشدید می‌کند (۶).

صفات شخصیتی یکی از سازه‌های روان‌شناختی مرتبط با علایم و نشانه‌های روان‌تنی است (۷، ۸). گروه دارای ویژگی شخصیتی D اغلب از دردهای مزمن، آسم، لرزش‌های عضلانی، بیماری‌های قلبی، اختلالات پوستی، سکت‌های قلبی، پرفشاری خون و خونریزی‌های

نقش عوامل روان‌شناختی همچون افکار، باورها، هیجان‌ها و رفتارها در جسم و بیماری‌های آن و به سخن دیگر ارتباط ذهن و بدن، حرف تازه‌ای نیست و در تاریخ علم اندیشمندان بسیاری همچون افلاطون، بقراط، جالینوس، ابن‌سینا و ... به بررسی این ارتباط پرداخته و نمونه‌های بسیاری از این بیماران را مثال زده‌اند. اما آنچه امروزه باعث اهمیت یافتن عوامل روان‌شناختی در عوامل جسمی و رواج اصطلاح عصبی شدن گردیده است، تغییر فرهنگ زندگی و افزایش استرس‌ها و فشارهای زندگی است (۱). در چند دهه اخیر نوع جدیدی از بیماری‌ها تحت عنوان اختلالات روان‌تنی پدید آمده‌اند که عوامل هیجانی و روان‌شناختی در ایجاد و تداوم آنها نقش دارند (۲). براساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلالات روان‌تنی طبقه متنوعی از بیماری‌ها هستند که نشانه‌ها و علایم جسمی مؤلفه اصلی آنها را تشکیل می‌دهند. این مشکلات و اختلالات اشاره به نشانگان جسمانی از قبیل اختلالات قلبی-عروقی، تنفسی، معدی-

هر حال علائمی از قبیل: اسهال، یبوست، نفخ و درد ممکن است در تمامی این اختلالات تشابهاتی داشته باشند (۲۱).

پریشانی روان‌شناختی، اصطلاحی است که به توصیف آسیب‌شناسی روانی با مجموعه‌ای از نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده می‌پردازد. پریشانی روان‌شناختی به مفهوم عمومی کنش‌وری روان‌شناختی ناکارآمد در سطح رخداد‌های تنش‌زای زندگی اشاره دارد. از اینرو، می‌توان گفت پریشانی روان‌شناختی یک وضعیت هیجانی منحصر به فرد و ناراحت‌کننده برای یک فرد در پاسخ به یک عامل تنش‌زا یا نیاز خاص است که به آسیب‌گذرا یا همیشگی برای وی منتهی می‌شود (۲۲). پریشانی روان‌شناختی با تغییرات در سیستم عصبی-غددی، محور هیپوتالاموس-هیپوفیز و آدرنال، عملکرد پلاکت خون، ضربان قلب همراه است (۲۳). تحقیقات نشان داده است افرادی که تحمل پریشانی پایین‌تری دارند در معرض شرایط استرس‌زا رفتارهای اجتنابی از خود نشان می‌دهند و یا احساسات خود را بیان نمی‌کنند و به منظور کاهش سریع پریشانی خود رفتارهای اجتنابی را ادامه داده و به صورت یک الگوی رفتاری در می‌آورند. اجتناب‌ها از جمله اجتناب تجربه‌ای اغلب خود را به صورت اجتناب از تجارب فیزیولوژیکی و افکار و احساسات و خاطرات نشان می‌دهد (۲۴).

روان‌پویشی یا روان‌تحلیلی از جمله شیوه‌های روان‌درمانی است که به صورت کوتاه مدت و بلند مدت اجرا می‌شود. روان‌پویشی ممکن است ۳ تا ۸ سال یا بیشتر و آن هم هفته‌ای ۵ یا ۴ جلسه طول بکشد؛ لذا بسیاری از متخصصان بهداشت روانی، سراغ درمان کوتاه مدت‌تر رفته‌اند. چنین درمانی می‌تواند هزینه‌های بیماران را به شدت کاهش دهد و مشکلات روانی آن‌ها را سریع‌تر حل کند (۱۰). روان‌پویشی کوتاه مدت به نظر می‌رسد یکی از رویکردهای مؤثر در بهبود پریشانی روان‌شناختی و علائم روان‌تنی باشد (۲۵). روان‌پویشی کوتاه مدت، روشی مختصر از درمان مبتنی بر اصول روان‌تحلیلی است که با توجه به توانایی آن در پوشش دادن طیف وسیع‌تری از بیماران، بر سایر انواع روان‌درمانی‌های کوتاه مدت مشابه، ارجح است. تأکید روان‌پویشی کوتاه مدت بر کمک فوری به بیمار برای تجربه هیجانات ناهشیاری است که موجب بروز اضطراب ناهشیار، نشانه‌های اختلال و دفاع‌های گوناگون شده است. مقوله‌های اهمیت تجربه احساسات واقعی، مقاومت، اضطراب و مثلث‌های تعارض و شخص، مشترکات الگوی دوانلو و دیدگاه فروید در درمانگری است (۲۵)؛ بنابراین، ایجاد توانایی برای تجربه احساسات واقعی خود یکی از اهداف اصلی تمامی درمانگری‌های پویشی است که تنها از طریق غلبه بر مقاومت امکان پذیر است. بیمار باید نسبت به شیوه‌هایی که به دفاع از خود در برابر احساسات پنهانی‌اش می‌پردازد و اضطراب‌هایی که وی را به چنین کاری وا می‌دارند، بینش بیابد. چنین بینشی باید رابطه با درمانگر، روابط موجود در زندگی کنونی بیمار و روابط وی در گذشته را دربرگیرد (۲۶). دیدگاه روان‌پویشی بر این اندیشه استوار است که افکار و هیجان‌های ناخودآگاه علل مهم رفتار هستند. رویکرد روان‌پویشی به رفتار به درجات مختلف بر این فرض استوار است که رفتار قابل مشاهده (پاسخ‌های آشکار) تابعی از فرایندهای روانی داخلی (رویدادهای پنهان) است. رویدادهای درونی و منابع تحریک محیطی که از سوی نظریه‌پردازان روان‌پویشی مطرح شده

مغزی رنج می‌برند (۹). علاوه بر این، خشم (۱۰)، افسردگی (۱۱)، سلامت عمومی پایین (۱۲)، استرس‌های مزمن و پریشانی روان‌شناختی (۱۳) در این افراد نیز بیشتر دیده می‌شود که حاکی از ارتباط متقابل تیپ شخصیتی D با اختلالات روان‌تنی (۱۴) است. لذا سنخ شخصیتی D به نظر می‌رسد عامل مهمی در تبیین تفاوت‌های فردی در پاسخ به استرس‌ها، همبودی‌ها، پیامدهای روان‌شناختی و خطر مرگ و میر به دنبال بیماری جسمی باشد، چرا که با کاهش روابط بین فردی در زندگی شخصی و شغلی، عدم احساس آرامش در حضور دیگران، تحریک‌پذیری و احساس فرسودگی شغلی (۱۵) همراه است. تیپ شخصیتی D با سطوح بالای تنش مزمن و استرس همراه است (۱۶) که می‌تواند در اختلال عملکردی گوارشی نقش داشته باشد. برخی پژوهشگران بر این باورند که افسردگی و اضطراب بخشی از سازه کلی پریشانی روان‌شناختی است (۱۷)، بنابراین پریشانی روان‌شناختی ممکن است به عنوان عامل اساسی در شروع یا تشدید علائم اختلالات گوارشی نقش مهمی داشته باشد (۱۸). پریشانی روان‌شناختی، یک اصطلاح کلی برای توصیف احساسات یا هیجانات ناخوشایندی است که موجب تأثیر منفی بر سطح عملکرد فرد در زندگی و نگرش منفی نسبت به محیط، دیگران و حتی خودش می‌شود (۱۸) و در قالب مجموعه‌ای از نشانه‌های روانی، فیزیولوژیکی و رفتاری مانند اضطراب، افسردگی، بیقراری، و مواردی از این دست تعریف می‌شود (۱۹).

از سوی دیگر، دستگاه گوارشی به شدت نسبت به پریشانی‌های روان‌شناختی حساس است. از نخستین روزهای زندگی، فرایند تغذیه و گوارش منبع اصلی لذت یا خشنودی است. گرسنگی، خوردن غذا، سیری و دفع از عوامل مهم و شایع واکنش‌های هیجانی ترس، عصبانیت، سوگ، و لذت است (۱۷). بیماری‌های گوارشی نشانگر ارتباط مستمر ذهن-بدن و بالعکس است، خوردن غذا، از دست دادن یا افزایش وزن، اشتیاق‌های خوب یا کم اشتیاقی، اسهال و یا یبوست ضامن سلامت هیجانی فرد از یک سو و از طرفی عامل کنترل هیجانات هستند، اختلالات روان‌تنی دستگاه گوارشی شامل الگوهای بیمار گونه مختلفی، از جمله کم‌اشتهایی عصبی، نوروهای معده ای، زخم معده، کولیت قرچه ای، نشانگان روده تحریک‌پذیر و اختلال کنترل مدفوع است (۲۰). اختلالات عملکردی گوارش مجموعه‌ای از اختلالات گوارشی با علائم منتسب به نواحی میانی و تحتانی دستگاه گوارش می‌باشد که شامل سندروم روده تحریک‌پذیر، نفخ عملکردی، یبوست عملکردی، اسهال عملکردی و اختلالات نامشخص عملکردی گوارش بوده که مربوط به روده کوچک، روده بزرگ و مقعد می‌باشد. از آنجایی که شیوع اختلالات عملکردی گوارش و زیرگروه‌های آن صرفاً توسط علائم بالینی قابل شناسایی می‌باشند، بنابراین طبقه بندی علائم مبتنی بر شواهد برای تشخیص بالینی لازم و ضروری می‌باشد، لذا در مجموع انواع اختلالات دستگاه گوارش به شرح ذیل است؛ سواضمه عملکردی، سندرم دیسترس بعد خوردن غذا، سندرم درد اپیگاستر، اختلالات افزایش باد گلو، آروغ زدن بیش از اندازه قسمت بالای معده، آروغ زدن بیش از اندازه معده، اختلالات تهوع و استفراغ، سندرم تهوع استفراغ مزمن، سندرم استفراغ دوره‌ای، سندرم استفراغ ناشی از کانا‌بینوئید، سندرم نشخوار کردن. به

بیماران زن مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی (FGID) بودند که در سال ۱۳۹۹ به مرکز خدمات روان‌شناختی و روان‌درمانی همدام همراه واقع در تهران مراجعه کرده بودند. نمونه آماری شامل ۲۴ بیمار (بیماران با اختلال عملکردی گوارشی، به جز بیماران سرطان گوارش، که دارای نمره بالا در مقیاس تیپ شخصیت D بودند) بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۱۲ نفر برای هر گروه). روش نمونه‌گیری به این صورت بود که پس از ارزیابی مراجعین، ابتدا مصاحبه تشخیصی برای تشخیص اولیه اختلال روان‌تنی توسط روانشناس بالینی به عمل آمد. پس از تشخیص اولیه و با مدنظر قرار دادن ملاک‌های ورود، نمونه‌های واجد شرایط پژوهش انتخاب شدند. سپس پرسشنامه ارزیابی شخصیت D برای آنان تکمیل شد و با توجه به خط برش پرسشنامه، ۲۴ بیمار که نمرات بالاتر از ۶۰ را کسب کردند به صورت تصادفی ساده به دو گروه روان‌پوشی کوتاه مدت و گروه کنترل تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تکمیل فرم رضایت، جنسیت مؤنث، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی در ۶ ماه گذشته و نداشتن اختلال بارز روان‌شناختی (بر اساس پرونده)، داشتن سن ۶۰-۱۸ سال، بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی براساس معیار ROME III توسط متخصص گوارش برای بیماران ارجاعی به مرکز، تشخیص اختلال عملکردی گوارشی از نوع سندرم روده تحریک پذیر (IBS)، سوء هاضمه عملکردی (FD) یا هر دو بودند و معیارهای خروج عبارت بودند از: غیبت در جلسات درمانی به مدت بیش از سه جلسه، عدم تمایل به ادامه درمان و پیشامد یک مشکل خانوادگی تأثیرگذار از قبیل فوت یا طلاق. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد: مقیاس تیپ شخصیت D (DS-14): مقیاس سنجش تیپ شخصیتی D، برای سنجش عاطفه منفی و بازداری اجتماعی تیپ شخصیتی D توسط دنولت در سال ۲۰۰۵ معرفی شد (۳۹). این پرسشنامه حاوی ۱۴ سؤال است که ۷ سؤال آن مربوط به زیرمقیاس عاطفی منفی و ۷ سؤال مربوط به زیرمقیاس بازداری اجتماعی است. پاسخ‌های این سؤالات به روش لیکرت از بصورت نادرست، تا حدی نادرست، بی نظر، تا حدی درست، و درست درجه‌بندی شده است که به ترتیب به هریک از درجات نمرات ۰ تا ۴ اختصاص می‌یابد. بالاترین نمره‌ای که یک فرد در این پرسشنامه می‌تواند اخذ کند ۵۶ و پایین‌ترین حد آن صفر می‌باشد. هر میزان نمره فرد به ۵۶ نزدیک‌تر باشد بدین معنی است که فرد در تیپ شخصیتی D قرار می‌گیرد. پایایی این ابزار در مطالعه دنولت با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برای زیرمقیاس عاطفی منفی و ۰/۸۶ برای زیرمقیاس بازداری اجتماعی گزارش شده است. همچنین ضریب همبستگی عاطفه منفی را با مقیاس روان‌رنجوری پرسشنامه شخصیتی NEO، $r=0/88$ و ضریب همبستگی بازداری اجتماعی با مقیاس برون‌گرایی پرسشنامه شخصیتی NEO، $r=0/65$ گزارش شده است (۳۹). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در مطالعه داخلی نیز مناسب و مطلوب گزارش شده است به طوری که پایایی این مقیاس برای عاطفه منفی ۰/۷۹ و برای بازداری اجتماعی ۰/۷۷ به دست آمده است. همچنین، ضریب همبستگی عاطفه منفی با مقیاس روان‌رنجوری پرسشنامه شخصیتی NEO، $r=0/65$ و ضریب همبستگی با مقیاس

با هم متفاوتند، اما همه آنها در اینبار توافق دارند که شخصیت را ترکیبی از وقایع درونی و بیرونی شکل می‌دهد که از نظر آنها وقایع درونی در این زمینه نقش عمده‌تری دارند (۲۷). الگوی نظری عملیاتی روان‌پوشی فشرده و کوتاه مدت، کار بر عمل مثلث تعارض در سه گوشه مثلث شخص است (۲۸). بیمار در این رویکرد با رفع تعارضات ناهشیار خویش، شیوه‌های رضایت‌بخش‌تری برای رفع مشکلات می‌یابد (۲۹). شواهد تجربی نیز نه تنها از اثربخش بودن این رویکرد درمانی در حل تعارضات بین فردی و پریشانی روان‌شناختی حمایت می‌کند بلکه حتی نشان می‌دهد که افراد بعد از اتمام درمان نیز به پیشرفت و بهبودی ادامه می‌دهند (۳۰). در همین راستا در پژوهشی پژوهشگران تغییرات طولانی مدت در سبک‌های دفاعی در پی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت بیماران افسرده، اضطرابی و اختلال شخصیت را مورد بررسی قرار دادند. بر اساس نتایج بدست آمده در پی چهل جلسه روان‌درمانی روان‌پوشی، سبک‌های دفاعی انطباقی‌تر شدند و نشانه‌ها بهبود پیدا کردند (۳۱). در یک پژوهش دیگر، نشان داده شد که مدیریت دفاع‌های تاکتیکی براساس رویکرد روان‌پوشی فشرده و کوتاه مدت را بر روی تعارضات بین فردی به کار برد و نتایج نشان داد که این مداخله موجب کاهش معنی‌دار تعارضات بین فردی و بهبود مقیاس‌های آن می‌شود (۳۲). پژوهش دیگری اثربخشی درمان روان‌پوشی فشرده و کوتاه مدت را بر اختلال اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد بعد از درمان بیماران بهبودی بالایی داشتند و در یک پیگیری ۶ ماهه هیچ نشانه‌ای از اختلال را نداشتند (۳۳). همچنین نتایج پژوهش دیگر حاکی از آن بود روان‌پوشی کوتاه مدت موجب کاهش درد بیماران مبتلا به درد مزمن شده است (۳۴). دیگر یافته‌ها نیز نشان دهنده آن است که روان‌پوشی کوتاه مدت در کاهش علائم اختلال افسردگی (۳۵)، اختلال اضطراب فراگیر (۳۶)، اختلال وسواسی-جبری (۳۷) و اختلال وحشت‌زدگی (۳۸) مؤثر است.

در مجموع، با توجه به وجود پریشانی‌های هیجانی و نقشی که در تداوم علائم روان‌تنی دارد (۲۳). همچنین با توجه به تأکیدی که درمان‌های پویایی کوتاه‌مدت بر تجربه عمیق هیجانی در رابطه درمانی دارد (۲۸) و اثربخشی این درمان بر کاهش مشکلات روان‌شناختی ذکر شده و کاربرد وسیع ISTDP برای بیماران با مقاومت بالا و افرادی که ساختار منشی شکننده، بررسی این شیوه درمانی در درمان بهبود اختلالات مختلف پراهمیت است. از سوی دیگر، کمبود منابع پژوهشی در مورد اثربخشی درمان روان‌پوشی کوتاه مدت در پریشانی روان‌شناختی و علائم روان‌تنی بیماران مبتلا به اختلال عملکردی گوارشی با تیپ شخصیت D از خلاء پژوهشی است که با بررسی این می‌توان گام مهمی در پر کردن شکاف آن برداشت؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است: آیا درمان روان‌پوشی کوتاه مدت بر پریشانی روان‌شناختی و علائم روان‌تنی بیماران مبتلا به اختلال عملکردی گوارشی با تیپ شخصیت D اثربخش است؟

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل با پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه

برون‌گرایی پرسشنامه شخصیتی NEO، $r=0/62$ گزارش شده است (۴۰).

پرسشنامه ROME III: این پرسشنامه توسط دراسمن (۴۱) در سال ۲۰۰۶ تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۳ سؤال است. برای ارزیابی براساس نسخه اصلاح شده، افراد با داشتن یک یا تعداد بیشتری از ویژگی‌های زیر (به صورت اغلب یا همیشه در طی سه ماه گذشته) مبتلا به اختلالات گوارشی تشخیص داده می‌شوند: احساس پری پس از خوردن غذا (احساس ناخوشایند پری اغلب یا همیشه پس از یک وعده غذای معمول)؛ سیری زودرس (ناتوانی در تمام کردن یک وعده غذای معمول به صورت اغلب یا همیشه) و درد یا سوزش اپی‌گاستر (احساس درد یا سوزش اغلب یا همیشه در قسمت میانی شکم). در مورد هر یک از سه علامت فوق فردی که گهگاه، اغلب یا همیشه در طی سه ماه گذشته علائم مذکور را دارد؛ مبتلا به این اختلال در نظر گرفته می‌شود و کسانی که گزینه هیچ وقت را انتخاب کنند غیر مبتلا به هر یک از این موارد در نظر گرفته می‌شوند (۴۱). روایی این مقیاس به روش تحلیل اکتشافی مورد تأیید قرار گرفته است (۴۱). همچنین پایایی آن به روش آلفای کرونباخ $0/79$ به دست آمده است (۴۱). در داخل کشور هم در پژوهشی روایی و پایایی این پرسشنامه بر روی نمونه ۴۰۰ نفری مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج حاکی از روایی و پایایی بالای این پرسشنامه است (۴۲).

نشانه‌های استرس - اضطراب - افسردگی (DASS-21): این پرسشنامه توسط لوی باند و لوی باند (۴۳) ساخته شد. کارکرد اساسی DASS ارزیابی شدت علائم بنیادی افسردگی، اضطراب و تنیدگی است. این آزمون برای غریب و متمایزسازی نوجوانان و بزرگسالان مناسب بوده و نیز توانایی تمایز بین سه حالت افسردگی، اضطراب و تنیدگی را دارد. DASS دارای سه زیرمقیاس اضطراب، افسردگی و تنیدگی است که هر یک شامل ۷ گویه است. پاسخ‌ها بر روی مقیاس ۴ نقطه‌ای لیکرت درجه‌بندی می‌شوند. درجات نمرات از ۰ (اصلاً) تا ۳ (بسیار زیاد) است. همچنین آزمون دارای نمرات معکوس نیست. نمرات افسردگی، اضطراب و تنیدگی از جمع نمره‌های گویه‌های مربوطه به دست می‌آید. شواهد اولیه حاکی از آن بود که DASS از اعتبار همگرا و افتراقی کافی برخوردار است (۴۳). در پژوهشی، به نمونه بزرگی از دانشجویان پرسشنامه افسردگی بک (BDI) و پرسشنامه اضطراب بک (BAI) ارائه شد. همبستگی BAI و زیرمقیاس اضطراب DASS بالا بود ($r=0/81$) و BDI نیز با زیرمقیاس افسردگی DASS همبستگی بالایی داشت ($r=0/74$). لوی‌باند و لوی‌باند (۴۳) با استفاده از یک نمونه غیربالینی دیگر نشان دادند که پایایی DASS که با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد، برای هر سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی قابل قبول است (به ترتیب $0/91$ ، $0/84$ و $0/90$). در ایران صاحبی و همکاران (۴۴) نسخه فارسی DASS را تهیه کرده و آن را اعتباریابی نموده‌اند. پایایی درونی مقیاس‌های DASS با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد و این نتایج به دست آمد: $0/77$ برای مقیاس افسردگی، $0/79$ برای مقیاس اضطراب، و $0/78$ برای مقیاس تنیدگی.

برای بررسی اعتبار ملاک DASS، از اجرای همزمان پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب زانگ و تنیدگی ادراک شده استفاده شد. همبستگی زیرمقیاس افسردگی DASS با آزمون افسردگی بک $0/70$ ، همبستگی زیرمقیاس اضطراب DASS با آزمون اضطراب زانگ $0/67$ و همبستگی مقیاس تنیدگی DASS با آزمون تنیدگی ادراک شده $0/49$ گزارش شد. تحلیل عاملی، ساختار سه عاملی این پرسشنامه را تأیید نمود.

مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا: مقیاس شکایات روان‌تنی توسط تاکاتا و ساکاتا (۴۵) در سال ۲۰۰۴ در ژاپن ساخته و اعتباریابی شد. این مقیاس از ۳۰ سؤال تشکیل شده و ساختار تک عاملی دارد. نمره گذاری بر اساس طیف ۴ امتیازی لیکرت با درجه اهمیت هرگز (عدد ۰) تا بطور مکرر (عدد ۳) می‌باشد. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۹۰ می‌باشد. نمره بین ۰ تا ۳۰: میزان شکایات روان‌تنی کم، نمره بین ۳۰ تا ۴۵: میزان شکایات روان‌تنی متوسط و نمره بالاتر از ۴۵: میزان شکایات روان‌تنی زیاد را نشان می‌دهد. روایی این ابزار از طریق روایی همزمان با مقیاس سلامت روانی گلدبرگ بررسی شده و در دو مطالعه میزان روایی $0/64$ و $0/65$ محاسبه شده است. پایایی این مقیاس نیز $0/83$ محاسبه گردیده است (۴۵). در داخل کشور نیز در مطالعه‌های میزان روایی این ابزار با استفاده از روایی همزمان با پرسنامه سلامت عمومی گلدبرگ $0/68$ بدست آمد و پایایی آن $0/85$ بدست آمد (۴۶).

روش اجرا: بعد از اخذ رضایت‌نامه کتبی، ضمن توجیه شرکت‌کنندگان و بیان اهداف پژوهش، از آنها درخواست شد تا در دوره درمانی شرکت نمایند. همچنین اطمینان‌بخشی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آزادی انتخاب برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود.

قبل از شروع روش‌های آموزشی، هردو گروه مورد مطالعه را تحت پیش‌آزمون قرار داده و آزمون مذکور بر روی آنها اجرا شد و از آنها درخواست شد تا پرسشنامه‌های موردنظر را تکمیل نمایند. مدت جلسات درمانی در روش درمانی، یک ساعت و ۴۵ دقیقه‌ای بود که به صورت گروهی و ۲ بار در هفته اجرا گردید. علاوه بر این، گروه کنترل، به جهت رعایت اصول اخلاقی، فعالیت مشاوره عمومی را دریافت کردند. پس از اتمام دوره آموزش، از دو گروه تحت درمان و کنترل، پس‌آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از ابزار Spss و با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین سطح معناداری برای این پژوهش $0/5$ انتخاب شد.

محتوای جلسات مطابق پروتکل روان‌درمانی روان‌پوشی کوتاه مدت، یعنی مراحل هفتگانه پرسش در خصوص مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دستیابی مستقیم به ناهشیار، تحلیل انتقال و کاوش پویایی در ناهشیار که توسط پژوهشگر و با اقتباس از پژوهش فولادی و همکاران (۱۳۹۶) به شرح جدول ۱ انجام شده است.

جدول ۱. سرفصل محتوای جلسات روان درمانی روان‌پوشی کوتاه مدت (۳۷)

جلسه	محتوای جلسات
اول	در جلسه اول به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پوشی، که درمانگری آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل بیماران پرداخته شد.
دوم	در جلسه دوم در صورت پاسخ مناسب دادن به درمان آزمایشی بی‌گیری انجام شده است. از این لحظه، یعنی جلسه دوم به بعد با توجه به نوع دفع‌های (یازده گانه) بیماران، مداخلات مناسب و مؤثر مربوط به هر کدام به اجرا درآمده است. انواع دفع‌های تاکتیکی متداول و مداخلات مؤثر مربوط به هر کدام به طور خلاصه در زیر ارائه می‌شوند.
سوم	کار با دفع‌های تاکتیکی واژه‌های سر بسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه‌های فراگیر - پوشش مداخله مؤثر: شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع.
چهارم	بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده بیماران، دفع‌های تاکتیکی گفتار غیرمستقیم، و افکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر: چالش با دفع‌های بیماران و مشخص کردن گفتار، چالش با دفاع، و تردید در دفاع.
پنجم	بررسی دفاع نشخوار ذهنی و دلیل تراشی؛ مداخله‌های مؤثر به ترتیب: روشن کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع، چالش، مسدود کردن دفاع.
ششم	دفع‌های عقلی سازی و کلی‌گویی و تعمیم دادن؛ مداخله‌های مؤثر: روشن سازی، سد کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع.
هفتم	تاکتیک‌های منحرف‌سازی و فراموش کردن؛ مداخلات مؤثر: مسدود کردن دفاع و تردید در دفاع، چالش با دفاع.
هشتم	انکار و تکذیب کردن مداخلات مؤثر: روشن کردن، تردید در دفاع، و چالش با دفاع.
نهم	بیرونی سازی و ابهام مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع.
دهم	طفره رفتن، تردید و سواسی؛ مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع.
یازدهم	بدنساز و عمل کردن به عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله مؤثر: روشن سازی.
دوازدهم	سرکشی، نافرمانی، مقدمه چینی، و گریه دفاعی و طیف دفع‌های واپس رونده. مداخلات مؤثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن سازی.
چهاردهم	صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات؛ علائم غیرکلام تبعیت - افعال. مداخلات مؤثر: روشن کردن، تردید در دفاع، چالش با دفاع، روشن کردن، چالش.
	در پایان جلسه آخر، برنامه پیگیری و بخصوص زمان انجام پس آزمون اعلام و ضمن تشکر از بیماران، پایان جلسات اعلام شد.

یافته‌ها

۴۶-۶۰ سال قرار گرفتند. به لحاظ سطح تحصیلات در گروه روان‌پوشی کوتاه‌مدت ۳۳/۳٪، ۴۱/۷٪، ۱۶/۷٪، و ۸/۳٪ به ترتیب دارای تحصیلات زیردیپلم، فوق دیپلم، لیسانس و فوق لیسانس بودند و در گروه کنترل به ترتیب ۵۰٪، ۳۳/۳٪، ۱۶/۷٪، دارای تحصیلات زیردیپلم، فوق دیپلم و لیسانس بودند.

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

نمونه آماری این پژوهش ۲۴ زن مبتلا به اختلال عملکرد گوارشی با تیپ شخصیت D بودند. در گروه روان‌پوشی کوتاه مدت ۱۶/۷٪ مجرد و ۸۳/۳٪ آزمون‌نی‌ها متأهل بودند و در گروه کنترل ۸/۳٪ مجرد و ۹۱/۷٪ متأهل بودند. به لحاظ سن در گروه روان‌پوشی کوتاه‌مدت ۱۶/۷٪ کمتر از ۳۰ سال، ۵۸/۳٪ در گروه سنی ۳۰-۴۵ سال، ۲۵٪ در گروه سنی ۴۶-۶۰ سال قرار داشتند و در گروه کنترل ۳۳/۳٪ کمتر از ۳۰ سال، ۵۰٪ در گروه سنی ۳۰-۴۰ سال و ۱۶/۷٪ در گروه سنی

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پریشانی روان‌شناختی و علائم روان‌تنی در پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

گروه/متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
آزمایش	۴۲/۵۸	۵/۸۵	۳۳/۲۵	۹/۲۴	۹/۲۷
	۵۰/۷۵	۱۴/۳۷	۴۱/۵۰	۷/۳۵	۷/۵۴
کنترل	۴۱/۹۲	۵/۹۵	۴۰/۴۲	۴/۸۱	۴/۸۸
	۵۱/۵۸	۱۳/۷۸	۵۱/۹۲	۱۲/۲۱	۱۱/۸۰

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه نوبت‌های آزمون متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

مقیاس / منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
پریشانی روان‌شناختی						
زمان	۴۲۰/۰۸۳	۲۲	۴۲۰/۰۸۳	۳۶/۲۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲
زمان*گروه	۱۹۲	۱	۱۹۲	۱۶/۵۷۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳۰
خطا	۲۵۴/۹۱۷	۲۲	۱۱/۵۸۷			
علائم روان‌تنی						
زمان	۲۹۵/۰۲۱	۲۲	۲۹۵/۰۲۱	۱۵/۶۱۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱۵
زمان*گروه	۲۲۹/۶۸۸	۱	۲۲۹/۶۸۸	۱۲/۱۵۳	۰/۰۰۲	۰/۳۵۶
خطا	۴۱۵/۷۹۲	۲۲	۱۸/۹۰۰			

کولموگروف-اسمیرنوف، M باکس، کرویت موجلی و لوین، بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف به منظور سنجش نرمال بودن متغیرهای تحقیق در سه نوبت آزمون برای متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و علائم روان‌تنی بدست آمد که نشان از نرمال بودن

برای بررسی معناداری نمره پریشانی روان‌شناختی و علائم روان‌تنی در درمان روان‌پوشی کوتاه مدت و گروه کنترل، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های

حاصل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) معنادار است ($P < 0/001$). این نتایج همچنین در بررسی اثر اثر تعاملی (زمان- گروه) نیز برای دو متغیر پریشانی روان‌شناختی ($P < 0/001$ و $F = 16/570$) و علائم روان‌تنی ($P < 0/002$ و $F = 12/153$) معنادار می‌باشد. مجذور اتا حاکی از آن است که میزان تأثیر شیوه درمان روان‌پوشی کوتاه‌مدت برای متغیر پریشانی روان‌شناختی $0/43$ و برای متغیر علائم روان‌تنی $0/35$ بوده است. با توجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر می‌توان گفت که درمان روان‌پوشی کوتاه مدت بر متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و علائم روان‌تنی بیماران مبتلا به اختلال عملکرد گوارشی با تیپ شخصیت D تأثیر معناداری داشته است.

به منظور مقایسه نوبت‌های آزمون برای متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و علائم روان‌تنی از آزمون t همبسته استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

متغیرها داشت ($P > 0/05$). نتایج آزمون M باکس جهت بررسی مفروضه همسانی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس برای متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و علائم روان‌تنی به ترتیب ($0/222$ و $0/056$) به دست آمد که نشان‌دهنده برابری ماتریس‌های کوواریانس در گروه‌های مورد بررسی داشت. نتایج آزمون لوین جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های خطا و برابری واریانس‌های بین‌گروهی برای متغیرهای پژوهش نیز نشان از برقراری مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر داشت ($P > 0/05$).

نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد که این آزمون برای متغیر پریشانی روان‌شناختی ($Mauchly's W = 0/121$; $df = 2$; $P < 0/001$) و متغیر علائم روان‌تنی معنادار بوده است ($Mauchly's W = 0/525$; $df = 2$; $P < 0/001$); بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشده است که می‌بایست از آزمون گرین‌هاوس گیزر برای بررسی نتایج آزمون تک متغیره اثرات درون گروهی و اثرات متقابل استفاده نمود که سطوح معنی‌داری این آزمون در سطح $0/001$ معنادار بود و حاکی از آن است که درمان روان‌پوشی کوتاه مدت بر پریشانی روان‌شناختی و علائم روان‌تنی تأثیر معناداری دارد. نتایج

جدول ۴. نتایج آزمون t همبسته برای مقایسه نوبت‌های آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر / مراحل	میانگین خطا	خطای معیار برآورد	آماره t	مقدار احتمال (P)
پریشانی روان‌شناختی				
پیش‌آزمون				
پس‌آزمون	۱/۷۲۰	۵/۹۵۹	۵/۴۲۵	۰/۰۰۱
پیگیری	۱/۷۸۱	۶/۱۷۱	۵/۵۶۷	۰/۰۰۱
پس‌آزمون				
پیگیری	۰/۱۹۳	۳/۰۲۳	۰/۶۶۹	۰/۸۰۴
علائم روان‌تنی				
پیش‌آزمون				
پس‌آزمون	۲/۸۵۳	۹/۸۸۲	۳/۲۴۲	۰/۰۰۴
پیگیری	۲/۳۲۷	۸/۰۶۰	۴/۰۱۱	۰/۰۰۲
پس‌آزمون				
پیگیری	۱/۱۶۴	۴/۰۳۳	۰/۰۷۲	۰/۹۴۴

عملکرد گوارشی با تیپ شخصیت D انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان روان‌پوشی کوتاه‌مدت بر پریشانی روان‌شناختی و علائم روان‌تنی بیماران مبتلا به اختلال عملکرد گوارشی با تیپ شخصیت D تأثیر معناداری دارد و باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی و علائم روان‌تنی در بیماران مبتلا به اختلال عملکرد گوارشی با تیپ شخصیتی D شده است. این نتایج همسو با پژوهش‌های قبلی (۲۱-۲۸) بوده و حاکی از اثربخشی این شیوه مداخله‌ای در کاهش مشکلات روان‌شناختی متعدد است.

همچنین نتایج حاصل از این مطالعه با پژوهش فرامرزی و همکاران، همسو است. در این پژوهش که به بررسی اثربخشی درمان روان‌پوشی کوتاه مدت در علائم گوارشی، ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاع در بیماران مبتلا به اختلال عملکردی (FD) انجام دادند، دریافتند که روان‌پوشی کوتاه مدت، تمام علائم دستگاه گوارش، از جمله سوزش سردل، تهوع، پریشانی، التهاب، درد شکمی بالا و درد شکمی را بهبود می‌بخشد. همچنین، درمان به طور قابل توجه علائم روان‌شناختی بسیاری از جمله دفاع‌های بالغ، دفاع روان‌رنجور، دفاع نابالغ، مشکلات

نتایج برآمده از آزمون t همبسته (جدول ۴) نشان می‌دهد نمرات متغیر پریشانی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون پایین‌تر از پیش‌آزمون ($P < 0/001$) و در نوبت پیگیری نیز پایین‌تر از نوبت پیش‌آزمون بوده است ($P < 0/001$); به عبارتی بین متغیر پریشانی روان‌شناختی در دو نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، ولی در مقایسه پریشانی روان‌شناختی در دو نوبت پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$).

همچنین، در بررسی مقایسه زوجی متغیر علائم روان‌تنی در نوبت‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($P < 0/004$) و همچنین پیش‌آزمون با پیگیری ($P < 0/002$) نیز تفاوت معناداری مشاهده شد و علائم روان‌تنی در نوبت پیگیری نسبت به پس‌آزمون و پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش معناداری یافته است، ولی در مقایسه این علائم در نوبت‌های پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$).

بحث

مطالعه حاضر با هدف اثربخشی درمان روان‌پوشی کوتاه مدت بر پریشانی روان‌شناختی و علائم روان‌تنی بیماران مبتلا به اختلال

«تعارض‌های ناهشیار» نقش مهمی دارند. تعارض می‌تواند پیامدهای منفی از جمله باورهای فراشناختی پایین را در بیماران دربرداشته باشد؛ از پاسخ‌های روان‌شناختی بی‌علاقگی، اضطراب و انزوا گرفته تا پاسخ‌های رفتاری سازش‌نا یافته مانند پرخاشگرانه یا اطاعت بیش از حد و پاسخ‌های فیزیولوژیک و مشکلات بدنی که از پیامدهای تعارض هستند. بر همین اساس تبیین علت بهبود علائم روان‌تنی بیماران با نمرات بالا در تیپ شخصیت D را می‌توان به ماهیت درمان روان‌پویشی کوتاه مدت نسبت داد. مراجع در فرایند درمان روان‌پویشی کوتاه مدت طی جلسات درمان فرایندهای ناهشیار به هوشیار تبدیل کرده و ارتباط رفتارهای فعلی با تجارب قبلی کودکی را درونی می‌کند. به کار بستن آنچه در مراحل میانی و پایانی از جلسات درمانی درونی شده است، به مراجع کمک می‌کند که تعارض‌های درون فردی و بین فردی را کاهش دهد. وقتی در فرایند درمان تعارض‌ها به شکل موفقیت آمیزی کاهش می‌یابد، باورهای فراشناختی بهبود می‌یابد. از طرفی درمان روان‌پویشی کوتاه مدت بر هیجان‌ها و احساسات، به ویژه به کار بستن آن‌ها متمرکز است. به این معنی که در این شیوه درمانی احساسات شناسایی شده و نسبت به فرایندهای ناهشیار آگاهی ایجاد می‌شود؛ بنابراین به نظر می‌رسد راهی از تعارض‌های درون فردی و بین فردی و بهبود توانایی تنظیم عواطف به بهبود کاهش علائم روان‌تنی بیماران با نمرات بالا در تیپ شخصیت D کمک می‌کند (۵۰). بنابراین با اثربخشی این شیوه درمانی با این ذکر شده دور از انتظار نیست.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان روان‌پویشی کوتاه مدت در کاهش پریشانی و علائم روان‌تنی بیماران مبتلا به اختلال عملکرد گوارشی با تیپ شخصیت D تأثیر معناداری دارد و می‌توان از این شیوه درمانی در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال عملکرد گوارشی استفاده نمود. محدود بودن نمونه به شهر تهران، مشارکت بیماران جنس مؤنث، از جمله محدودیت‌های این پژوهش بود که تعمیم نتایج را با دچار محدودیت می‌کند. همچنین دوره پیگیری دوماهه از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در سایر نقاط کشور عزیزمان ایران صورت گیرد. همچنین بهتر است این روش درمانی بر روی سایر سطوح سنی و بر روی بیماران جنس مذکر نیز انجام گیرد تا با اطمینان کامل بتوان نتایج را تعمیم داد. لحاظ کردن دوره پیگیری بلند مدت از دیگر پیشنهادها پژوهش حاضر می‌باشد.

References

1. Sancassiani F, Machado S, Ruggiero V, Cacace E, Carmassi C, Gesi C, et al. The management of fibromyalgia from a psychosomatic perspective: an overview. *Int Rev Psychiatry*. 2017;29(5):473-488. doi: 10.1080/09540261.2017.1320982 pmid: 28681628
2. Desai KM, Kale AD, Shah PU, Rana S. Psychosomatic disorders: A clinical perspective and

تشخیص احساسات، مشکلات در توصیف احساسات و ناگویی هیجانی را کاهش داد (۴۷). همسو با یافته‌های این پژوهش، در مطالعه تقدسی (۴۸) که با هدف بررسی اثربخشی مداخله روان‌پویشی کوتاه مدت در کاهش نشانگان افسردگی و افزایش شاخص‌های سلامت عمومی و بهزیستی روانی انجام شد، نتایج نشان داد که شیوه درمانی روان‌پویشی کوتاه مدت باعث کاهش نشانگان افسردگی و افزایش شاخص‌های سلامت عمومی و بهزیستی روانی شده است (۴۸).

علاوه بر این، یسوا و همکاران (۵۲)، در پژوهش خود با عنوان "سکوت! بدن در حال صحبت کردن است" به مطالعه شخصیت، کمال‌گرایی و خوددلسوزی به عنوان عامل خطر و محافظت‌کننده در علائم پریشانی روان‌شناختی و روان‌تنی پرداخته و دریافتند که شخصیت و خوددلسوزی می‌تواند علائم پریشانی روان‌شناختی و روان‌تنی را تقویت کرده و آن را کاهش دهد (۴۹).

در تبیین اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه مدت بر پریشانی روان‌شناختی می‌توان گفت، افرادی که تیپ شخصیتی D دارند به تجربه هیجانات منفی از جمله خلق افسرده، اضطراب، احساسات خصمانه همراه با بازداری این هیجانات هنگام اجتناب از تماس‌های اجتماعی گرایش دارند. عدم مدیریت و ناتوانی در کنترل فرایندهای هیجانی یکی از کانال‌های بروز آسیب شناسی روانی و بیماری‌های روان‌تنی است. همچنین گفته می‌شود که درمان روان‌پویشی مشکلات مربوط به بیماری را ناشی از تعارض‌های روانی می‌داند. بر مبنای این الگو، احساسات و تعارض‌های سرکوب شده در ناهشیاری در رفتارهای فرد متجلی می‌شوند. این مداخله درمانی بر تعارض‌ها و روابط بین فردی افراد تمرکز دارند. هدف درمان روان‌پویشی کوتاه مدت رفع نشانه‌ها و برخی تغییرات مهم، اما محدود به شخصیت است. مراجع از طریق فرایند حل و فصل و با رسیدن به ریشه‌های کودکی، به این موفقیت نائل می‌شود که پاسخ دیگران، مشتق شده از یک انتقال تحریف شده یا اجبار تکرار است. در پدیده انتقال تحریف شده، فرد همان احساساتی (مثل ترس) را که در روابط با والدین تجربه می‌کرد، در روابط فعلی نیز تجربه می‌کند. در اجبار تکرار، فرد در روابط فعلی به گونه‌ای دیگران را برمی‌انگیزاند تا همان الگوهای رفتاری والدین با او تکرار شود (به طور مثال، فرد مقابل را تحریک به خشم می‌کند تا سر او داد بزند و بعد او کناره‌گیری کند). با توجه به این امر می‌توان گفت که درمان روان‌پویشی کوتاه مدت از این مسیر بر کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران با نمرات بالا در تیپ شخصیت D مؤثر است.

افزون بر این، در تبیین اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه مدت بر کاهش علائم روان‌تنی بیماران با نمرات بالا در تیپ شخصیت D می‌توان گفت که در آسیب شناسی روانی اختلال‌های روان‌شناختی،

proposed classification system. *Arch Iran Med*. 2018;21(1):44.

3. American Psychiatric Association DasmomdD-. American Psychiatric Pub2013.
4. Casagrande M, Boncompagni I, Forte G, Guarino A, Favieri F. Emotion and overeating behavior: effects of alexithymia and emotional regulation on overweight and obesity. *Eat Weight Disord*.

- 2020;**25**(5):1333-1345. **doi:** [10.1007/s40519-019-00767-9](https://doi.org/10.1007/s40519-019-00767-9) **pmid:** 31473988
5. Cayoun BA. Mindfulness-integrated CBT: Principles and practice, John Wiley & Sons 2014.
 6. Chojnacki C, Kaczka A, Gasiorowska A, Fichna J, Chojnacki J, Brzozowski T. The effect of long-term melatonin supplementation on psychosomatic disorders in postmenopausal women. *J Physiol Pharmacol.* 2018;**1**(69):297-304.
 7. Fava GA, Cosci F, Sonino N. Current Psychosomatic Practice. *Psychother Psychosom.* 2017;**86**(1):13-30. **doi:** [10.1159/000448856](https://doi.org/10.1159/000448856) **pmid:** 27884006
 8. Givehki R, Afshar H, Goli F, Scheidt CE, Omid A, Davoudi M. Effect of acceptance and commitment therapy on body image flexibility and body awareness in patients with psychosomatic disorders: a randomized clinical trial. *Electron Physician.* 2018;**10**(7):7008-7016. **doi:** [10.19082/7008](https://doi.org/10.19082/7008) **pmid:** 30128091
 9. Goldfried MR, Pachankis JE, Bell AC. A history of psychotherapy integration, Oxford University Press 2005.
 10. Goodyer IM, Reynolds S, Barrett B, Byford S, Dubicka B, Hill J, et al. Cognitive-behavioural therapy and short-term psychoanalytic psychotherapy versus brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depression (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled trial. *Health Technol Assess.* 2017;**21**(12):1-94. **doi:** [10.3310/hta21120](https://doi.org/10.3310/hta21120) **pmid:** 28394249
 11. Grossman P. On measuring mindfulness in psychosomatic and psychological research. *J Psychosom Res.* 2008;**64**(4):405-408. **doi:** [10.1016/j.jpsychores.2008.02.001](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.02.001) **pmid:** 18374739
 12. Hemming L, Haddock G, Shaw J, Pratt D. Alexithymia and Its Associations With Depression, Suicidality, and Aggression: An Overview of the Literature. *Front Psychiatry.* 2019;**10**:203. **doi:** [10.3389/fpsy.2019.00203](https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00203) **pmid:** 31031655
 13. Huang WL, Liao SC. Subgrouping Somatic Symptom Disorder: An Analysis Based on the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research. *Psychother Psychosom.* 2018;**87**(5):316-318. **doi:** [10.1159/000492227](https://doi.org/10.1159/000492227) **pmid:** 30121643
 14. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Clin J Pain.* 2017;**33**(6):552-568. **doi:** [10.1097/AJP.0000000000000425](https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000425) **pmid:** 27479642
 15. Husing P, Lowe B, Piontek K, Shedden-Mora M. Somatoform disorder in primary care: The influence of co-morbidity with anxiety and depression on health care utilization. *J Eval Clin Pract.* 2018;**24**(4):892-900. **doi:** [10.1111/jep.12898](https://doi.org/10.1111/jep.12898) **pmid:** 29498165
 16. Losada A, Marquez-Gonzalez M, Romero-Moreno R, Mausbach BT, Lopez J, Fernandez-Fernandez V, et al. Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol.* 2015;**83**(4):760-772. **doi:** [10.1037/ccp0000028](https://doi.org/10.1037/ccp0000028) **pmid:** 26075381
 17. Mironova O, Polyakova O, Ushkov F. Impact of compelled contacts on psychosomatic disorders of employees of organizations. Economic and social development: Book of Proceedings 2017.
 18. Panayiotou G. Alexithymia as a Core Trait in Psychosomatic and Other Psychological Disorder, In Somatoform and Other Psychosomatic Disorders, Springer, Cham 2018.
 19. Pelin K, Gülten G, Selahattin K. Exploring the Role of A, B, C and D Personality Types on Individuals Work-Related Behaviors and Health Problems: A Theoretical Model. *Int J Business Manage Invent.* 2017;**6**(7):29-37.
 20. Sikter ANDRAS, Rihmer ZOLTAN, Guevara R. New aspects in the pathomechanism of diseases of civilization, particularly psychosomatic disorders. Part 1. *Theoretical background hypothesis Neuropsychopharmacol Hung.* 2017;**19**(2):95-105.
 21. Coffey JC, O'Leary D P. Defining the mesentery as an organ and what this means for understanding its roles in digestive disorders. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2017;**11**(8):703-705. **doi:** [10.1080/17474124.2017.1329010](https://doi.org/10.1080/17474124.2017.1329010) **pmid:** 28482706
 22. Wium-Andersen MK, Orsted DD, Nielsen SF, Nordestgaard BG. Elevated C-reactive protein levels, psychological distress, and depression in 73, 131 individuals. *JAMA Psychiatry.* 2013;**70**(2):176-184. **doi:** [10.1001/2013.jamapsychiatry.102](https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.102) **pmid:** 23266538
 23. Marsh IC, Chan SWY, MacBeth A. Self-compassion and Psychological Distress in Adolescents-a Meta-analysis. *Mindfulness (N Y).* 2018;**9**(4):1011-1027. **doi:** [10.1007/s12671-017-0850-7](https://doi.org/10.1007/s12671-017-0850-7) **pmid:** 30100930
 24. Taylor HO, Taylor RJ, Nguyen AW, Chatters L. Social Isolation, Depression, and Psychological Distress Among Older Adults. *J Aging Health.* 2018;**30**(2):229-246. **doi:** [10.1177/0898264316673511](https://doi.org/10.1177/0898264316673511) **pmid:** 28553785
 25. Della-Rosa E. An exploration of transference interventions in short-term psychoanalytic psychotherapy with adolescents suffering from depression (Doctoral dissertation, University of East London) 2016.
 26. Knekt P, Heinonen E, Harkapaa K, Jarvikoski A, Virtala E, Rissanen J, et al. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychosocial functioning and quality of life during a 5-year follow-up. *Psychiatry Res.*

- 2015;**229**(1-2):381-388. **doi:** [10.1016/j.psychres.2015.05.113](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.113) **pmid:** 26162657
27. Sorensen B, Abbass A, Boag S. ISTDP and Its Contribution to the Understanding and Treatment of Psychotic Disorders. *Psychodyn Psychiatry*. 2019;**47**(3):291-316. **doi:** [10.1521/pdps.2019.47.3.291](https://doi.org/10.1521/pdps.2019.47.3.291) **pmid:** 31448983
28. Solbakken OA, Abbass A. Effective care of treatment-resistant patients in an ISTDP-based inpatient treatment program. *Psychiatr Annal*. 2013;**43**(11):516-522. **doi:** [10.3928/00485713-20131105-07](https://doi.org/10.3928/00485713-20131105-07)
29. Kenny DT, Arthey S, Abbass A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for severe music performance anxiety: assessment, process, and outcome of psychotherapy with a professional orchestral musician. *Med Probl Perform Art*. 2014;**29**(1):3-7. **doi:** [10.21091/mppa.2014.1002](https://doi.org/10.21091/mppa.2014.1002) **pmid:** 24647454
30. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol*. 2010;**65**(2):98-109. **doi:** [10.1037/a0018378](https://doi.org/10.1037/a0018378) **pmid:** 20141265
31. Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2004;**161**(9):1665-1671. **doi:** [10.1176/appi.ajp.161.9.1665](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1665) **pmid:** 15337658
32. Parisuz A, Najarpourian S, Mohammadi K. The Effect of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Marital Conflicts and Interpersonal Processing of Married Women with Emotional Divorce. *Iran Evolut Educat Psychol J*. 2019;**1**(2):112-122. **doi:** [10.29252/IEEPJ.1.2.112](https://doi.org/10.29252/IEEPJ.1.2.112)
33. Rahmani F, Abbass A, Hemmati A, Mirghaed SR, Ghaffari N. The Efficacy of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for Social Anxiety Disorder: Randomized Trial and Substudy of Emphasizing Feeling Versus Defense Work. *J Nerv Ment Dis*. 2020;**208**(3):245-251. **doi:** [10.1097/NMD.0000000000001097](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001097) **pmid:** 31929466
34. Chavooshi B, Mohammadkhani P, Dolatshahee B. Efficacy of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for Medically Unexplained Pain: A Pilot Three-Armed Randomized Controlled Trial Comparison with Mindfulness-Based Stress Reduction. *Psychother Psychosom*. 2016;**85**(2):123-125. **doi:** [10.1159/000441698](https://doi.org/10.1159/000441698) **pmid:** 26808505
35. Town JM, Abbass A, Stride C, Nunes A, Bernier D, Berrigan P. Efficacy and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: 18-Month follow-up of the Halifax depression trial. *J Affect Disord*. 2020;**273**:194-202. **doi:** [10.1016/j.jad.2020.04.035](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.035) **pmid:** 32421603
36. Lilliengren P, Johansson R, Town JM, Kisely S, Abbass A. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for generalized anxiety disorder: A pilot effectiveness and process-outcome study. *Clin Psychol Psychother*. 2017;**24**(6):1313-1321. **doi:** [10.1002/cpp.2101](https://doi.org/10.1002/cpp.2101) **pmid:** 28675661
37. Sudejani R, Malek Mohamadi Galeh Z. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Correcting Irrational Beliefs and Reducing Cognitive Avoidance of People with Obsessive Compulsive Disorder. *J Counsel Res*. 2017;**16**(62):140-169.
38. Milrod B, Busch F, Leon AC, Aronson A, Roiphe J, Rudden M, et al. A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *J Psychother Pract Res*. 2001;**10**(4):239.
39. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med*. 2005;**67**(1):89-97. **doi:** [10.1097/01.psy.0000149256.81953.49](https://doi.org/10.1097/01.psy.0000149256.81953.49) **pmid:** 15673629
40. Bagherian R, Bahrami Ehsan H. Psychometric Properties of the Persian Version of Type D Personality Scale (DS14). *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2011;**5**(2):12-17.
41. Chuah KH, Beh KH, Mahamad Rappek NA, Mahadeva S. The epidemiology and quality of life of functional gastrointestinal disorders according to Rome III vs Rome IV criteria: A cross-sectional study in primary care. *J Dig Dis*. 2021;**22**(3):159-166. **doi:** [10.1111/1751-2980.12975](https://doi.org/10.1111/1751-2980.12975) **pmid:** 33595169
42. Safaee A, Khoshkrood-Mansoori B, Pourhoseingholi MA, Moghimi-Dehkord B, Pourhoseingholi A, Habibi M. PREVALENCE OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME: A POPULATION BASED STUDY. *Stud Med Sci*. 2013;**24**(1):17-23.
43. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Ehav Res Ther*. 1995;**33**(3):335-343. **doi:** [10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
44. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. *Dev Psychol*. 2006;**1**(4):36-54.
45. Takata Y, Sakata Y. Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents. *Psychiatr Clinical Neurosci*. 2004;**58**(1):3-7. **doi:** [10.1111/j.1440-1819.2004.01184.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2004.01184.x)
46. Hajloo N. Psychometric properties of Takata and Sakata's psychosomatic complaints scale among Iranian university students. *RBS*. 2012;**10**(3):204-212.
47. Faramarzi M, Besharat MA, Borjali A, Farahani H. Predicting pain intensity in patients with chronic pain based on emotional malaise: The mediating role of the behavioral inhibition system. *Iran J Psychiatr Clinic Psychol*. 1398;**52**(1):56-71.

48. Taghadosi H. The effect of short-term psychodynamic intervention (STPP) Reduce symptoms of depression and elevated markers of general health and well-being (Dissertation for the degree of M.A of Education). Tehran Payame Noor University 2015.
49. Yeshua M, Zohar AH, Berkovich L. "Silence! The body is speaking" - a correlational study of personality, perfectionism, and self-compassion as risk and protective factors for psychosomatic symptoms distress. *Psychol Health Med.* 2019;**24**(2):229-240. **doi:** [10.1080/13548506.2018.1546016](https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1546016) **pmid:** [30427205](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30427205/)
50. da Silva AN, Vasco AB, Watson JC. Alexithymia and Emotional Processing: A Mediation Model. *J Clin Psychol.* 2017;**73**(9):1196-1205. **doi:** [10.1002/jclp.22422](https://doi.org/10.1002/jclp.22422) **pmid:** [28026885](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28026885/)