

مقاله اصلی

اثر بخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر سرکوب هیجانی و شدت علائم روده‌ای بیماران افسرده دارای تایپ D سندروم روده تحریک پذیر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۰۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۲۰

خلاصه

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر سرکوب هیجانی و شدت علائم روده‌ای بیماران تایپ D سندروم روده تحریک پذیر دارای افسردگی کاموربید بود.

روش کار: پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی کنترل شده تصادفی است که در آن از تمامی بیماران تایپ D سندروم تحریک پذیر دارای اختلال افسردگی اساسی کاموربید مراجعه کرده به کلینیک‌های اعصاب و روان شهر قم در تابستان ۱۴۰۲، ۳۰ آزمودنی با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و بر اساس معیارهای ورودی انتخاب شدند. آنها به‌طور تصادفی در یکی از گروه‌های مداخله (ISTDP) یا کنترل قرار گرفتند. از پرسشنامه کنترل هیجانی (ECQ) و مقیاس فراوانی و شدت علائم روده‌ای (BSS-FS) به منظور اندازه‌گیری پیش‌آزمون و پس‌آزمون سرکوب هیجانی و شدت علائم سرکوب هیجانی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 و از طریق آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: آزمون تحلیل کوواریانس برای تغییرات بین گروهی هر دو متغیر سرکوب هیجانی ($F=۸۴/۲۴$ و $P=۰/۰۲$) و شدت علائم سندروم روده تحریک پذیر ($F=۶۶/۷۵$ و $P=۰/۰۳$) معنادار بود.

نتیجه‌گیری: می‌توان روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت را درمانی مناسب برای کاهش سرکوب هیجانی و شدت علائم روده‌ای بیماران تایپ D سندروم روده تحریک پذیر دارای افسردگی کاموربید در نظر گرفت.

کلمات کلیدی: روان‌درمانی پویشی، سندروم روده تحریک پذیر، سرکوب هیجانی، افسردگی.

مهسا سادات حکمی^{۱*}

مهشاد مسیبی^۲

افنان جعفری^۲

فاطمه عارفی^۲

^۱دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران. (نویسنده مسئول)

^۲دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

Email:

mahasadathakami@gmail.com

مقدمه

سندروم روده تحریک‌پذیر یکی از اختلالات کارکردی دستگاه گوارش و شایع‌ترین اختلال گوارشی است (۱). مشخصه این بیماری، درد شکمی و تغییر عادات روده است و طبق ملاک‌های رم-۴ در چهار ساب‌تایپ طبقه‌بندی می‌شود: همراه با اسهال (تایپ D)، یبوست، هردو و بدون ریخت فرعی. سبب‌شناسی این بیماری به‌طور کامل شناخته نشده است، با این حال شواهدی درحال افزایش است مبنی بر اینکه هرکدام از ریخت‌های فرعی ممکن است سبب‌شناسی متفاوتی داشته باشند (۲). عوامل مختلفی می‌توانند در بروز این بیماری دخیل باشند و در این بین، نقش عوامل روانی همیشه مطرح بوده است (۳). این بیماری مزمن در حال حاضر به عنوان اختلال تعامل روده-مغز در نظر گرفته می‌شود و این بیماران غالباً اختلالات روانشناسی را به صورت همایند نشان می‌دهند (۴).

در این راستا مکتب روانپوشی مدلی برای علائم سندروم روده تحریک‌پذیر مطرح می‌کند به تایپ D آن نزدیک‌تر است؛ چرا که بیماران دارای سندروم روده تحریک‌پذیر با ریخت فرعی اسهال که افسردگی کاموربید دارند، اضطراب و جسمانی‌سازی بیشتری نشان می‌دهند (۵). روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت بسیاری از نشانه‌های اختلالات کارکردی را نتیجه تخلیه اضطراب ناهشیار در اعصاب پیکری و احشایی می‌داند. مطابق این دیدگاه، اضطراب، زنگ خطر برانگیخته شدن احساسات ناهشیار است. احساساتی از قبیل عشق، غم، خشم و عذاب وجدان نسبت به افراد مهم زندگی در گذشته و حال وجود دارند. ابراز بعضی از احساسات زمانی برای کودک بسیار خطرناک بوده است، چرا که از بین رفتن پیوند با مراقب اصلی و تهدید بقا را در پی داشته است. در نتیجه این احساسات متضمن اضطراب شده‌اند و کودک با استفاده از مکانیزم‌های دفاعی این احساسات را از حیطه آگاهی می‌راند تا خطر را از خود دور کند (۶). راهبردهایی که فرد برای تنظیم این احساسات استفاده

می‌کند، در رابطه‌ی با مراقبین اصلی‌اش شکل گرفته‌اند (۷). اگر واکنش والدین نسبت به هیجانات کودک همراه با پذیرش و آرام کردن باشد، کودک به مرور توانایی تحمل هیجانات و تنظیم اضطراب را به دست می‌آورد. هرچه واکنش والدین نسبت به ابراز احساسات کودک طردکننده‌تر و خصمانه‌تر باشد، این احساسات، اضطراب بیشتری را به دنبال خواهد داشت و فرد برای مقابله با احساساتش از دفاع‌های بدوی‌تر و ناسالم‌تری استفاده خواهد کرد (۸). طبق طبقه‌بندی این رویکرد که براساس میزان تحمل احساسات، نوع مکانیزم‌های دفاعی و الگوی تخلیه اضطراب بیماران انجام شده است، گروهی از بیماران در دسته بیماران مقاوم همراه با واپس‌رانی قرار می‌گیرند که به آنها افسرده مقاوم می‌گویند. این بیماران غالباً افسردگی را به همراه اختلالات کارکردی نشان می‌دهند. آنها از دفاع‌های سرکوبی (دفاع‌هایی مانند انکار، خالی کردن ذهن، فراموشی انتخابی و کندی حرکتی) استفاده می‌کنند. یعنی به محض برانگیخته شدن احساسات، سریعاً آنها را به خارج از حیطه آگاهی واپس‌رانی می‌کنند. در این هنگام اضطراب ناهشیار بیمار وارد کانال پاراسمپاتیک می‌شود و عضلات صاف درگیر می‌شوند (۹). این بیماران به دلیل نادیده گرفتن مزمن علائم اضطرابشان، به‌طور مکرر فعالیت دستگاه عصبی پاراسمپاتیک دارند. این فعالیت شدید جبران‌کننده برانگیختگی دائمی اضطراب سمپاتیک است (۱۰). بیمار علائمی از قبیل ترشح بزاق، خیس شدن چشم‌ها، انقباض مردمک، کاهش ضربان قلب و تنفس، افزایش تحرک لوله گوارش (حالت تهوع، استفراغ و اسهال)، شل شدن اسفنکتر مثانه (میل به ادرار کردن) و سردرد میگرنی (ناشی از گشاد شدن رگ‌ها) نشان می‌دهد (۱۱). تخلیه مکرر اضطراب در عضلات صاف لوله گوارش می‌تواند نمودهای طبی‌ای مانند سندروم روده تحریک‌پذیر، بیماری رفلاکس معدی-مری، استفراغ کارکردی و شکم‌درد فاقد توجیه طبی را در پی داشته باشد (۱۲).

نتایج تحقیقات انجام شده فرضیه دیدگاه روان‌پویایی درباره ارتباط سرکوبی هیجانی با علائم سندروم روده تحریک‌پذیر را

¹. Rome IV

². Comorbid

در درمان با پاروکستین، علائم اضطراب، جسمانی‌سازی و کندی روانی-حرکتی به‌طور همبسته با علائم اسهال کاهش یافته‌اند. همچنین در درمان با میرتازاپین مشکلات خواب به‌طور همبسته با درد/ناراحتی شکمی و اسهال کاهش یافته‌اند.

درمان بیماران افسرده مقاوم دارای جسمانی‌سازی، مطابق دیدگاه روان‌پوشی (۲۱)، روی ایجاد ظرفیت تحمل هیجان‌ها برای تجربه کامل احساسات ناهشیار تمرکز دارد. توانایی تجربه احساسات بدون استفاده از دفاع‌های سرکوب هیجانی، جسمانی‌سازی و حمله به خود و با تجربه اضطراب در کانال عضلات مخطط نشانگر بهبودی فرد بیمار است. در یک فراتحلیل (۲۲) پژوهشگران تحقیقات مربوط به اختلالات علائم جسمانی و کارکردی را مورد بازنگری قرار دادند و نتیجه گرفتند که عوامل هیجانی مانند تجارب آزارنده کودکی، اختلالات دلبستگی و مشکلات مربوط به شناسایی هیجان‌ها، عوامل خطر‌سازی برای اختلالات کارکردی و علائم جسمانی هستند. آنها همچنین نتیجه گرفتند که درمان‌هایی مانند درمان‌های روانپوشی که بر روی تأثیرات هیجانی تجارب آزارنده کودکی تمرکز دارند می‌توانند به لحاظ بالینی سودمند باشند. علاوه بر اینکه تحقیقات پیشین به نقش سرکوب هیجانی در تشدید علائم سندروم روده تحریک‌پذیر اذعان کرده‌اند، درمان‌های ابراز هیجانی را نیز در بهبود این علائم مؤثر دانسته‌اند (۲۳). در این راستا یک مطالعه (۲۴) نشان داد آگاهی هیجانی و آموزش ابراز هیجان‌ها که بر اساس درمان‌های روانپوشی است در کاهش علائم سندروم روده تحریک‌پذیر مؤثر است. همچنین به تازگی یک مطالعه‌ی اولیه نشان داده است که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در بهبود شدت علائم روده‌ای و افسردگی بیماران افسرده دارای تایپ D سندروم روده تحریک‌پذیر مؤثر است (۲۵). با توجه به نتایج مطالعه اولیه مذکور و مطالب گفته‌شده، لازم آمد تا تأثیر روان‌درمانی روانپوشی فشرده کوتاه‌مدت در یک طرح آزمایشی تصادفی کنترل شده بر روی سرکوب هیجانی و شدت علائم بیماران تایپ D سندروم روده تحریک‌پذیر دارای افسردگی کاموربید

تقویت می‌کند. یک تحقیق که در سال‌های اخیر انجام شده است، ارتباط بین سرکوب هیجانی و اختلالات کارکردی را نشان داده است (۱۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر نسبت به افراد سالم در تمام ابعاد پردازش هیجانی، به‌ویژه در تحمل هیجان‌ها نقایص بیشتری دارند. این ناتوانی در شناخت حالات هیجانی خود ممکن است به تجربه جسمانی آشفتگی هیجانی پیش‌آمده منجر شود و خطر ابتلا به اختلالات کارکردی را افزایش دهد (۱۴). پردازش هیجانی بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر تحت تأثیر سطح اضطراب و دلبستگی ناایمن اولیه آنها قرار دارد. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که تجارب آزارنده کودکی می‌تواند باعث شکل‌گیری سندروم روده تحریک‌پذیر شوند، یعنی از طریق سیگنال‌دهی غیرطبیعی گلوکوکورتیکوئیدها در محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال باعث تغییراتی در سیستم عصبی خودمختار شوند و حساسیت احشایی ایجاد کنند (۱۵). سندروم روده تحریک‌پذیر را همچنین می‌توان جزئی از سندروم حساسیت مرکزی دانست که به گروهی از بیماری‌های فاقد پاتولوژی ساختاری (مانند فیبرومیالژی، سندروم خستگی مزمن یا حساسیت شیمیایی چندگانه) اطلاق می‌شود. در این حالات دستگاه عصبی مرکزی بیش از حد تحریک‌پذیر می‌شود و این به حساسیت بیش از حد به محرک‌های مضر و غیر مضر می‌انجامد (۱۶). افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر به‌طور شایعی تشخیص می‌گرن، فیبرومیالژی، سیستم بینایی، سندروم خستگی مزمن، اختلالات خواب، افسردگی، اضطراب و سردرد را به عنوان اختلال همایند دریافت می‌کنند (۱۷). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که میزان افسردگی و اضطراب بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر و شیوع اختلالات و علائم افسردگی و اضطرابی در بین آنها بیشتر از افراد سالم است (۱۸). افزون بر این، شواهد در حال افزایشی وجود دارد که نشان می‌دهد اختلالات خلقی می‌توانند باعث بروز علائم سندروم روده تحریک‌پذیر شوند (۱۹، ۲۰). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که برخی داروهای ضد افسردگی بر روی سندروم روده تحریک‌پذیر مؤثر هستند. لو و همکاران (۵) مشاهده کردند که

سنجیده شود تا مشخص شود که آیا نتایج قابل تعمیمی برای اثربخشی این روش در بهبود این بیماران وجود دارد؟

روش کار

در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی کنترل شده تصادفی استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش، تمامی بیماران سندروم تحریک‌پذیر با ریخت فرعی اسهال که اختلال افسردگی اساسی کاموربید داشتند و در تابستان ۱۴۰۲ به کلینیک‌های اعصاب و روان شهر قم مراجعه کرده بودند را شامل می‌شد. حجم نمونه تحقیق شامل ۳۰ آزمودنی است که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و براساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، تشخیص ریخت فرعی اسهال سندروم روده تحریک‌پذیر براساس معیارهای رم-۴ توسط متخصص گوارش و تشخیص وجود اختلال افسردگی به صورت همبود و عدم وجود بیماری عضوی گوارشی، بیماری‌های بافت پیوندی و بیماری‌های متابولیک و همچنین عدم مصرف داروهای مسکن، مؤثر بر گوارش، آرام‌بخش و ضد افسردگی را شامل می‌شدند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، در ابتدا پیش از اخذ فرم رضایت آگاهانه، توضیحاتی درباره فرآیندهای درمان و پژوهش به آزمودنی‌ها داده شد و تصریح شد که آنها در هر مرحله از پژوهش می‌توانند با اختیار خود به همکاری با محققان پایان دهند. همچنین به آنها اطمینان داده شد که مطالب بازگو شده در جلسات درمان و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه بوده، در اختیار هیچ شخص یا سازمانی قرار نمی‌گیرد و بدون ذکر نام مراجعان تحلیل خواهد شد. شرکت کنندگان به طور تصادفی در یکی از گروه‌های مداخله یا کنترل قرار گرفتند و گروه مداخله، روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت دریافت کردند. از پرسشنامه کنترل هیجانی (ECQ) و مقیاس فراوانی و شدت پرسشنامه کنترل هیجانی (BSS-FS) به منظور اندازه‌گیری پیش‌آزمون و پس‌آزمون سرکوب هیجانی و شدت علائم سرکوب هیجانی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 و از طریق آزمون تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

شرح مداخله: هر کدام از آزمودنی‌ها ۱۸ جلسه روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت دریافت کردند. میانگین مدت جلسه اول ۹۰ دقیقه و جلسات بعدی ۶۰ دقیقه بود. جدول ۱ (۲۶) مداخله روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت برای بیمار مقاوم همراه با واپسرانی (افسرده دارای جسمانی‌سازی) را نشان می‌دهد.

جدول ۱. مداخله روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت برای بیمار مقاوم همراه با واپسرانی

مرحله	تکلیف
فرآیند آغازین	درمان آزمایشی؛ ارزیابی روان‌سنجشی جهت شناسایی آستانه واپسرانی و تظاهرات آن
قالب مرحله به مرحله	ظرفیت‌سازی برای تحمل احساسات مرکب و تغییر الگوی تخلیه اضطراب و کنار گذاشتن دفاع‌های واپسرانی، جسمانی‌سازی و حمله به خود
فصل	فصل اول؛ فقل‌گشایی‌های نسبی و فقل‌گشایی‌های مازور جهت بهینه‌سازی اتحاد درمانی ناهشیار
حل و فصل	برانگیختن و تجربه کردن باقیمانده سوگ، خشم و عذاب وجدان، و تحکیم دستاوردها
خاتمه درمان	بستن رابطه درمانی طی ۳ تا ۵ جلسه

پرسشنامه کنترل هیجانی^۱ (ECQ): ساختار اولیه این پرسشنامه به منظور بررسی میزان کنترل یا سرکوب هیجان تدوین شد. این ابزار ۴ زیرمقیاس و ۵۶ سؤال دارد. زیرمقیاس‌های آن شامل: سرکوب هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار فکری و کنترل مثبت هستند. هر زیرمقیاس ۱۴ سؤال دارد. نمره هر فرد در هر زیرمقیاس بین ۰ تا ۱۴ متغیر است (۲۷). پایایی مقیاس توسط رفیعی‌نیا و همکاران (۲۸) با روش آلفای کرونباخ بررسی شد و مقدار آن برای زیرمقیاس سرکوب هیجان ۰/۶۸ به دست آمد.

مقیاس فراوانی و شدت علائم روده‌ای^۲ (BSS-FS): برای اندازه‌گیری علائم سندروم روده تحریک‌پذیر، مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس بر اساس ملاک‌های تشخیصی رم-۳ برای بیماران ریخت فرعی اسهال سندروم روده تحریک‌پذیر توسط صولتی‌دهکردی و همکاران (۲۹) طراحی شده که دارای ۱۰ سؤال با یک مقیاس ۵ درجه‌ای است. روایی صوری و محتوایی آن به تأیید متخصصان رسیده است، پایایی آن با آزمون آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و پایایی بازآزمون آن را ۰/۸۰ به دست آورده‌اند.

۱. Emotional Control Questionnaire

۲. Bowel Symptoms Severity and Frequency Scale

یافته‌ها

داده‌های دموگرافیک نمونه مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. داده‌های دموگرافیک

متغیر / گروه	آزمایش	کنترل
سن	۳: ۲۴-۲۹	۲: ۲۴-۲۹
	۵: ۳۰-۳۵	۷: ۳۰-۳۵
	۵: ۳۶-۴۰	۵: ۳۶-۴۰
	۲: ۴۱-۴۵	۱: ۴۱-۴۵
جنسیت	زن: ۱۰ مرد: ۵	زن: ۱۱ مرد: ۴
تأهل	مجرد: ۶ متأهل: ۸ مطلقه: ۱	مجرد: ۸ متأهل: ۵ مطلقه: ۲
اشتغال	بیکار: ۸ کارمند/کارگر: ۷ آزاد: ۰	بیکار: ۶ کارمند/کارگر: ۶ آزاد: ۳
تحصیلات	ابتدایی و کمتر: ۰	ابتدایی و کمتر: ۰
	سیکل: ۴	سیکل: ۲
	دیپلم و فوق دیپلم: ۶	دیپلم و فوق دیپلم: ۵
	کارشناسی: ۵	کارشناسی: ۶
	کارشناسی ارشد: ۰	کارشناسی ارشد: ۲
	دکتری و بالاتر: ۰	دکتری و بالاتر: ۰

جدول ۳ داده‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو متغیر سرکوب هیجانی و شدت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر را نشان می‌دهد.

جدول ۳. داده‌های توصیفی

متغیر	شاخص	پیش‌آزمون گروه مداخله	پس‌آزمون گروه مداخله	پیش‌آزمون گروه کنترل	پس‌آزمون گروه کنترل
سرکوب هیجانی	میانگین	۱۲/۵۰	۶/۷۵	۱۱	۱۰/۵۰
	انحراف معیار	۲	۳	۲	۲
شدت علائم IBS	میانگین	۳۳/۴۵	۱۶/۳۳	۳۵/۳۰	۳۴/۵۰
	انحراف معیار	۶	۷/۳۰	۶	۶

(پیش‌آزمون) و متغیر وابسته برای سرکوب هیجانی ($P=0/86$) و ($F=0/32$) و شدت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر ($P=1/02$) و ($F=0/21$) معنادار نبود، لذا فرضیه همگنی شیب رگرسیون هم برقرار است. جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه را نشان می‌دهد.

نتایج آزمون لوین به منظور بررسی همسانی واریانس‌ها برای سرکوب هیجانی ($P=0/07$ و $F=4/39$) و شدت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر ($P=0/30$ و $F=2/16$) معنادار نبود. این یافته نشان می‌دهد که بین واریانس خطای پس‌آزمون هر دو گروه برای هر دو متغیر تفاوت معناداری وجود ندارد، پس فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است. شیب خط بین متغیر هم‌پراش

جدول ۴. نتایج آزمون کوواریانس یک‌راهه

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	ضریب ایستا
سرکوب هیجانی	گروه	۴۲۶۳/۰۵	۱	۴۲۶۳/۰۵	۸۴/۲۴	۰/۰۲	۰/۷۲
	پیش‌آزمون	۲۱۱/۲۳	۱	۲۱۱/۲۳	۱۳/۰۸	۰/۱۱	
	خطا	۸۹/۲۶	۲۷	۳/۳۰			
شدت علائم IBS	گروه	۱۳۲۲/۱۷	۱	۱۳۲۲/۱۷	۶۶/۷۵	۰/۰۳	۰/۶۸

۰/۲۴	۲۵/۲۰	۳۱۹/۱۵	۱	۳۱۹/۱۵	پیش‌آزمون
		۱۰/۹۷	۲۷	۲۹۶/۲۸	خطا

اضطراب یا احساس جلب می‌کند، باعث می‌شود در نواحی قشری و زیرقشری مغز سیناپس‌های جدیدی تشکیل شوند (۳۱). تکرار این عمل باعث می‌شود که بیمار خودش بتواند احساسات، اضطراب و دفاع‌های خود را شناسایی و چرخه‌های بازخورد درونی خود را احیا کند. همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، این گروه از بیماران الگوی غالب تخلیه اضطرابشان، پاراسمپاتیک و از طریق عضلات صاف است. همچنین گفته شد که این وضعیت ناشی از برانگیختگی بیش از حد اضطراب سمپاتیک و گذر آن از آستانه تحمل فرد بیمار است. درمانگر روانپوشی طی یک قالب مرحله به مرحله، ابتدا احساسات مرکب فرد بیمار (مثل خشم نسبت به فردی محبوب) را به‌طور همزمان برمی‌انگیزد. وقتی فشار احساسات به اندازه‌ای رسید که برای بیمار قابل تحمل نبود، درمانگر فشار را متوقف می‌کند و با کشاندن توجه بیمار به علائم بدنی اضطراب و توضیح آنچه در بدن او در حال اتفاق افتادن است، چرخه‌های بازخورد زیستی را برای فرد آماده می‌کند. به تدریج فرد بیمار توانایی تحمل میزان بیشتری از احساسات را به دست می‌آورد و درمانگر می‌تواند فشار بیشتری را در جهت تجربه کامل احساسات ناهشیار بدون تجربه اضطراب پاراسمپاتیک و دفاع‌های جسمانی‌سازی و حمله به خود اعمال کند (۱۲). در نتیجه می‌توان روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت را درمانی مناسب برای کاهش سرکوب هیجانی و شدت علائم روده‌ای بیماران تایپ D سندروم روده تحریک‌پذیر دارای افسردگی کاموربید در نظر گرفت.

مانند هر پژوهش دیگری، مطالعه حاضر نیز با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. نبود دوره پیگیری برای سنجش میزان پایداری اثرات، یکی از این محدودیت‌ها است. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تنها استفاده از ابزارهای خود-گزارش‌دهی که ممکن است سوگیری تایید اجتماعی و نشان دادن تصویر مورد پسند محققان از خود را در پی داشته باشد و نیز عدم سنجش دیگر متغیرهای روان‌شناختی و فیزیولوژیکی دخیل در فرآیندهای شرح داده شده اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، آزمون تحلیل کوواریانس برای تغییرات بین گروهی هر دو متغیر سرکوب هیجانی ($P=0/02$ و $F=84/24$) و شدت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر ($P=0/03$ و $F=66/75$) معنادار است. اثر متغیر هم‌پراش (پیش‌آزمون) نیز بر هیچ‌کدام از متغیرهای وابسته معنادار نبود ($P>0/05$)، لذا مداخله درمان روانپوشی فشرده کوتاه‌مدت باعث بهبود معنادار سرکوب هیجانی و شدت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر سرکوب هیجانی شدت علائم روده‌ای بیماران تایپ D سندروم روده تحریک‌پذیر دارای افسردگی کاموربید اجرا شد. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس یک‌راهه علائم روده‌ای این بیماران نشان داد که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت میزانی از بهبودی معنادار را ایجاد کرده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی (۲۴، ۲۵) همگرایی دارد. یافته‌ها همچنین نشان دادند که درمان روان‌پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر روی کاهش سرکوب هیجانی این بیماران تأثیر معناداری داشته است. این یافته با نتایج تحقیقات جعفری و جوهری‌فرد (۳۰) و ثاکور (۲۴) هم‌راستا است.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت، این نوع بیماران را با جنبه‌ای از خود که تا به حال به آن بی‌توجه بودند، یعنی احساساتشان، آشنا می‌کند. بیماران افسرده که از جسمانی‌سازی استفاده می‌کنند غالباً احساساتشان را واپسرنمی‌کنند و آنها را با اضطراب یا دفاع‌هایشان اشتباه می‌گیرند. درمانگر روان‌پوشی چرخه‌های بازخورد زیستی را برای بیمار مهیا می‌کند تا بیمار بتواند چرخه‌های بازخورد خود را بازیابی کند و اطلاعات مربوط به احساسات را به مناطق قشری مغز برساند و پردازش شوند. هر بار که درمانگر توجه بیمار را به وجود یک مکانیزم دفاعی،

در پایان از کلینیک‌ها و مراجعانی که در این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

که پژوهش‌های آینده در این زمینه با داشتن دوره پیگیری بلند مدت، به کارگرفتن ابزارهای سنجش عینی‌تر و عمیق‌تر و نیز استفاده از دیگر متغیرهای دخیل در این فرآیند مانند اضطراب، تحمل هیجانی یا حساسیت احشایی، خلأها و محدودیت‌های پژوهش حاضر را پر کنند.

تشکر و قدردانی

References

1. Lackner JM, Jaccard J, Firth R, Krasner S, Hamilton F, Keefer L, et al. Factors associated with efficacy of cognitive behavior therapy vs education for patients with irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2019;17(8):1500-8. e3.
2. Lacy BE, Ford AC, Talley NJ. Quality of care and the irritable bowel syndrome: is now the time to set standards? *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*. 2018;113(2):167-9.
3. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *gastroenterology*. 2006;130(5):1377-90.
4. Polster A, Van Oudenhove L, Jones M, Öhman L, Törnblom H, Simren M. Mixture model analysis identifies irritable bowel syndrome subgroups characterised by specific profiles of gastrointestinal, extraintestinal somatic and psychological symptoms. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2017;46(5):529-39.
5. Lu J, Shi L, Huang D, Fan W, Li X, Zhu L, et al. Depression and structural factors are associated with symptoms in patients of irritable bowel syndrome with diarrhea. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*. 2020;26(4):505.
6. Davanloo H. *Unlocking the unconscious: Selected papers of Habib Davanloo, MD*. (No Title). 1995.
7. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*: Routledge; 2018.
8. Frederickson J. *Co-creating safety: Healing the fragile patient*: Seven Leaves Press Kensington, MD; 2021.
9. Koelen JA, Houtveen JH, Abbas A, Luyten P, Eurelings-Bontekoe EH, Van Broeckhuysen-Kloth SA, et al. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2014;204(1):12-9.
10. Ten Have-De Labije J, Neborsky RJ. *Mastering intensive short-term dynamic psychotherapy: a roadmap to the unconscious*: Routledge; 2018.
11. Mishan J. *Co-creating change: Effective dynamic therapy techniques*. Taylor & Francis; 2015.
12. Abbas AA, Town JM. Key clinical processes in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*. 2013;50(3):433.
13. Settineri S, Frisone F, Alibrandi A, Merlo EM. Emotional Suppression and Oneiric Expression in Psychosomatic Disorders: Early Manifestations in Emerging Adulthood and Young Patients. *Frontiers in Psychology*. 2019;10.

14. Berens S, Schaefer R, Ehrenthal JC, Baumeister D, Eich W, Tesarz J. Different dimensions of affective processing in patients with irritable bowel syndrome: a multi-center cross-sectional study. *Frontiers in psychology*. 2021;12:625381.
15. Van Oudenhove L, Levy RL, Crowell MD, Drossman DA, Halpert AD, Keefer L, et al. Biopsychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders: how central and environmental processes contribute to the development and expression of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1355-67. e2.
16. Neblett R, Cohen H, Choi Y, Hartzell MM, Williams M, Mayer TG, Gatchel RJ. The Central Sensitization Inventory (CSI): establishing clinically significant values for identifying central sensitivity syndromes in an outpatient chronic pain sample. *The Journal of Pain*. 2013;14(5):438-45.
17. Satake R, Sugawara N, Sato K, Takahashi I, Nakaji S, Yasui-Furukori N, Fukuda S. Prevalence and predictive factors of irritable bowel syndrome in a community-dwelling population in Japan. *Internal Medicine*. 2015;54(24):3105-12.
18. Zamani M, Alizadeh-Tabari S, Zamani V. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2019;50(2):132-43.
19. Koloski NA, Jones M, Kalantar J, Weltman M, Zaguirre J, Talley N. The brain-gut pathway in functional gastrointestinal disorders is bidirectional: a 12-year prospective population-based study. *Gut*. 2012;61(9):1284-90.
20. Koloski N, Jones M, Talley N. Evidence that independent gut-to-brain and brain-to-gut pathways operate in the irritable bowel syndrome and functional dyspepsia: a 1-year population-based prospective study. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2016;44(6):592-600.
21. Frederickson J. Overcoming Unconscious Forces in Treatment-Resistant Depression: Summary of Workshop Given at the Washington School of Psychiatry, January 16-17, 2016. *Psychiatry*. 2016;79(2):190-8.
22. Henningsen P, Zipfel S, Sattel H, Creed F. Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2018;87(1):12-31.
23. Halpert A, Rybin D, Doros G. Expressive writing is a promising therapeutic modality for the management of IBS: a pilot study. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*. 2010;105(11):2440-8.
24. Thakur ER, Holmes HJ, Lockhart NA, Carty JN, Ziadni MS, Doherty HK, et al. Emotional awareness and expression training improves irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Neurogastroenterology & Motility*. 2017;29(12):e13143.
25. Hajrezaei MR, Rahbarjou SSS, Shamsaldini A. Effectiveness of Short-term Intensive Dynamic Psychotherapy on the Severity of Gastrointestinal Symptoms and Depression in Patients with the Diarrhea Subtype of Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*. 2024;6(2):56-63.
26. Abbass AA. Intensive short-term dynamic psychotherapy of treatment-resistant depression: A pilot study. *Depression and Anxiety*. 2006;23(7):449-52.
27. Elahimehr H, Shahgholian M, Abdollahi MH, Rajabi F. Prediction of Emotional Repression based on Alexithymia and Type D Personality in Cardiovascular Patients. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2021.
28. Rafieinia P, Rasoulzadeh K, Azadfallah P. Relationship between Emotional Expression Styles and General Health in College Students. *Journal of psychology*. 2006;10(1):84-105.
29. Solati-Dehkordi K, Adibi P, GHamrani A. The effects of cognitive-behavior therapy and drug therapy on quality of life and symptoms of patients with irritable bowel syndrome. *Journal of*

- Kerman University of Medical Sciences. 2011;18(1):94-103.
30. Jafari S, Joharifard R. The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on the Alexithymia, Defense Styles, and Ego Strength in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Rafsanjan University Of Medical Sciences*. 2023;22(3):243-58.
 31. Fossella JA, Sommer T, Fan J, Pfaff D, Posner MI. Synaptogenesis and heritable aspects of executive attention. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*. 2003;9(3):178-83.

Original Article

The effectiveness of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Emotional Suppression and Severity of Intestinal Symptoms of IBS-D Patients with Comorbid Depression

Received: 23/07/2024 - Accepted: 11/10/2024

Mahsa Sadat Hakami^{1*}
Mahshad Mosayebi²
Afnan Jafari²
Fatemeh Arefi²

¹ M.A. student of clinical psychology,
Department of Clinical Psychology,
Qom medical sciences branch, Islamic
Azad University, Qom, Iran.
(Corresponding Author)

² M.A. student of clinical psychology,
Department of Clinical Psychology,
Qom medical sciences branch, Islamic
Azad University, Qom, Iran.

Email:

mahsasadathakami@gmail.com

Abstract

Introduction: The aim of this study was to examine the effectiveness of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on emotion suppression and severity of intestinal symptoms of IBS-D patients with comorbid Depression.

Methods: this was a randomized controlled trial and from IBS-D patients with comorbid Depression of neuropsychiatric clinics in Qom during summer 2023, 30 eligible individuals were selected using randomized clustered sampling and were randomly assigned into intervention (ISTDP) and control group. The data from Emotional Control Questionary (ECQ) and Bowel Symptoms Severity and Frequency Scale (BSS-FS) in pretest and posttest were analyzed via SPSS-26 through analyze of covariance (ANCOVA).

Results: the ANCOVA results showed that the differences between groups in emotional suppression ($F=84/24$, $p=0/02$) and severity of intestinal symptoms ($F=66/75$, $p=0/03$) were significant.

Conclusion: ISTDP can be considered as an effective intervention for reducing emotional suppression and intestinal symptoms in depressed IBS-D patients.

Keywords: Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy, Irritable Bowel Syndrome, Emotional Suppression, Depression.