

## The Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy on Symptoms Severity and Disease Perception among Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Pilot study

Hadi Farzdi<sup>1</sup>, Alireza Heidarei<sup>2\*</sup>, Fardin Moradimanesh<sup>3</sup>, Farah Naderi<sup>4</sup>

1. Department of Health Psychology, Khorramshahr-Persian Gulf International Branch, Islamic Azad University, Khorramshahr, Iran.
2. Associate professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
3. Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran.
4. Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

\*Corresponding Author: Alireza Heidarei, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Email: heidarei@iauahvaz.ac.ir

Received: 9 February 2021

Accepted: 13 March 2021

Published: 18 May 2021

### How to cite this article:

Farzdi H, Heidari A, Naderi F. The Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy on Symptoms Severity and Disease Perception among Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Pilot study. *Salāmat-i ijtimāi (Community Health)*. 2021; 8(2):221-231. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v8i2.31425>.

### Abstract

**Background and Objective:** Irritable bowel syndrome is a gastrointestinal disorder that is diagnosed from a clinical point of view with symptoms such as changing bowel movements, pain, and feelings of abdominal dilation, and in addition to arbitration therapy, it requires psychological interventions. The aim of this study was to determine the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy on the severity of symptoms and the perception of disease among patients with irritable bowel syndrome.

**Materials and Methods:** The research design was applied and quasi-experimental with pretest, posttest, and a three-month follow-up with a control group. Participants included 30 patients with irritable bowel syndrome in Tehran in 2020, who were selected via convenience sampling method and were randomly assigned to one experimental group and one control group, each consisting of 15 people. Before the intervention, a pretest was held, and then the experimental group received 12 90-minute short-term dynamic psychotherapy, while the control group did not receive any intervention. Then, the posttest was performed, and after three months of posttest, a follow-up was included. Data were collected via the Severity of Symptoms of Irritable Bowel Syndrome and the Shortened Illness Perception Scale. Data were analyzed by SPSS software via univariate analysis of covariance.

**Results:** In the experimental group, the mean (SD) severity of symptoms decreased from 150.0 (22.3) in the pretest to 124.4 (17.0) in the posttest, and 120.5 (0.2) in the follow-up ( $P < 0.001$ ). Illness perception increased from 40.4 (3.5) in the pretest to 48.4 (3.5) in the posttest, and 48.7 (3.3) in the follow-up ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** Short-term dynamic psychotherapy reduced the severity of symptoms and increased disease perception among patients with irritable bowel syndrome.

**Keywords:** Short-term dynamic psychotherapy; Severity of symptoms; Perception of the disease; Irritable Bowel Syndrome.

### Introduction

Irritable bowel syndrome (IBS) is a gastrointestinal disorder that is diagnosed from a clinical point of view with symptoms such as changing bowel movements, pain, and feelings of abdominal dilation, and in addition to arbitration therapy, it requires

psychological interventions (1). The severity of symptoms varies and can interfere with a person's daily functioning. In this disease, like other non-structural disorders of the gastrointestinal tract, knowledge of psychological factors and brain perception are significant in the onset of symptoms.

Psychological symptoms play an essential role in the course of the disease and its clinical consequences. Stress, anxiety, and depression are common among these patients and are significantly associated with IBS symptoms' onset and severity (2). One of the psychoanalytic therapies' emphases is the therapist's constant effort for a deeply emotional experience as a healing element (3). Extensive studies over the past two decades have shown that disclosure, both verbal and written, improves physical and mental health and the functioning of the autonomic immune and nervous systems. The therapist's active position and the correct use of techniques in this position cause the patient to identify and touch the depth of his feelings and thoughts and achieve better mental health (4). This treatment helps the patient to solve their problems based on how they deal with emotions or conflicts. These conflicts and emotions are the product of direct losses and injuries in life. Anxiety and defenses are mobilized when a current stressful event triggers these emotions. The result is a combination of anxiety, physicalization, depression, avoidance of self-defeating patterns, and interpersonal problems (5). Short-term dynamic psychotherapy based on the conflicting nucleus is a compelling topic in improving gastrointestinal symptoms and coping strategies in patients with dyspepsia (6). In addition, intensive and short-term dynamic psychotherapy was influential in the treatment of non-epileptic psychotic seizures (7). This study aimed to determine the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy on the severity of symptoms and disease perception among patients with irritable bowel syndrome.

### Materials and methods

The research design was applied and quasi-experimental with pretest, posttest, and a three-month follow-up with a control group. Participants included 30 patients with IBS in Tehran in 2020. The latter were selected via convenience sampling method and were randomly assigned to one experimental group and one control group, each consisting of 15 people. Before the intervention, a pretest was held, and then the experimental group received 12 90-minute short-term dynamic

psychotherapy, while the control group did not receive any intervention. Then, the posttest was performed, and after three months of posttest, a follow-up was included. Data were collected via the IBS Severity Index (8) and the Shortened Illness Perception Scale (9, 10). Data were analyzed by SPSS software via univariate analysis of covariance.

### Results

The mean (SD) age was 33.6 (7.8) years in the experimental group and 35.9 (8.4) in the control group. In the experimental group, the mean (SD) severity of symptoms decreased from 150.0 (22.3) in the pretest to 124.4 (17.0) in the posttest and 120.5 (0.2) in the follow-up ( $P < 0.001$ ). Illness perception increased from 40.4 (3.5) in the pretest to 48.4 (3.5) in the posttest and 48.7 (3.3) in the follow-up ( $P < 0.001$ ).

### Discussion

Short-term psychodynamic therapy affected the severity of symptoms and disease perception among patients with IBS. In short-term psychodynamic psychotherapy, emotional conflict is assumed to be the root of mental disorders. Using guided visualization techniques and gradual desensitization, this method gently and empathetically causes the patient to face the conflicts caused by past, present, and relationship with the therapist, and by recognizing and experiencing activating and inhibiting emotions and resolving emotional conflicts (11). Thus, in a group of intensive short-term psychodynamics, self-perception, confrontation, direct challenge and engagement, enlightenment, sense of adequacy and problem-solving skills, gaining independence, coping skills with dangerous situations and stress, and many skills are taught to improve the desired mental state. By participating in these sessions, the patients recognize their feelings, emotions, and thoughts. The examiner, by changing his thoughts, recognizes them and guides their thinking towards ways to deal with emotion rationally and wisely to control stress and anxiety. It leads them to believe that in the face of issues and events that upset them, by challenging their thinking, they can identify their intellectual dangers, irrational and

irrational beliefs and thoughts, and prevent problems and problems from arising (12). In this treatment, the therapist teaches the patients that they can change their behaviors and take responsibility for their behaviors by accepting their emotions. In fact, the result of responsibility will be to improve living conditions and perception of the disease and reduce the severity of symptoms. Because people with irritable bowel syndrome suppress their emotions and avoid active presence in the public because they project their experiences on others and avoid rejection, expressing emotions in a safe environment with no feeling of rejection by the therapist leads to appropriate remission disorder (12). Patients who have a hopeful spirit learn ways to deal with the disease faster than others and thus can act as a source of support and information for other patients during their treatment. Of course, in many cases, patients are afraid to disclose their problems due to avoidance behaviors and use the defense mechanism of denial in dealing

with the disease. Therefore, they use fewer coping skills such as problem-solving and finding appropriate solutions.

### Conclusion

Short-term dynamic psychotherapy reduced the severity of symptoms and increased disease perception among patients with irritable bowel syndrome.

### Acknowledgment

Authors would like to thank all the study participants and those who contributed to the conduction of this study. This study was derived from the doctoral dissertation of Hadi Farzdi.

### Conflict of Interest

None of the authors has any conflict of interest to disclose.

### Ethical publication statement

We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

**Ethical code:** IR.IAU.AHVZ.REC.1399.055.

## REFERENCES

- 1- Holtmann GJ, Ford AC, Talley NJ. Pathophysiology of irritable bowel syndrome. *The Lancet Gastroenterology & hepatology*. 2016;1(2):133-46.
- 2- Mira JJ, Lacima G, Cortés-Gil X. Perceptions of the public healthcare system from private-care patients with irritable bowel syndrome with constipation in Spain. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2018 Oct;110(10):612-20.
- 3- Qari YA. Perception and Reality-A Study of Public Knowledge and Perceptions about Irritable Bowel Syndrome. *Saudi Journal of Internal Medicine*. 2016;6(1):13-20.
- 4- Parikh SV, Quilty L, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, Velyvis V, Uher R, Kennedy SH, Lam RW, MacQueen GM. Rating Short-Term Psychodynamic Therapy for the Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments Depression Guidelines: Key Considerations. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2017;62(1):77-8.
- 5- Leichsenring F, Steinert C. Short-term psychodynamic therapy for obsessive-compulsive disorder: A manual-guided approach to treating the "inhibited rebel". *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2017;81(4):341-89.
- 6- Faramarzi M, Azad-Fallah P, Bouk H, Rasoul zadeh Tabatabaie K, Shakri-Shirvani J. The Effectiveness of. *Journal of Clinical Psychology*. 2011;3(4):1-13.
- 7- Aslani S, Khanjani M. The Effectiveness of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy on Psychogenic Non-epileptic Seizures: A Case Study. *Clinical Psychology Studies*. 2018;8(31):113-137 .
- 8- Leibovich L, Zilcha-Mano S. Integration and clinical demonstration of active ingredients of short-term psychodynamic therapy for depression. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2017;27(1):93-99.
- 9- Gholamrezaei A, Zolfaghari B, Farajzadegan Z, Nemati K, Daghighzadeh H, Tavakkoli H, Emami MH. Linguistic validation of the irritable bowel syndrome-quality of life questionnaire for Iranian patients. *Acta Medica Iranica*. 2011;2(1):390-5.
- 10- Bazzazian S, Besharat MA. Reliability and validity of a Farsi version of the brief illness perception questionnaire. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010;5:962-5.
- 11- Don FJ, Twisk JW, Cuijpers P, Dekker JJ. Cognitive-behavioral versus psychodynamic therapy for major depression: Secondary outcomes of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2017;85(7):653.
- 12- Heinonen E, Knekt P, Härkänen T, Virtala E, Lindfors O. Childhood adversities as predictors of improvement in psychiatric symptoms and global functioning in solution-focused and short-and long-term psychodynamic psychotherapy during a 5-year follow-up. *Journal of affective disorders*. 2018;235:525-34.

## اثربخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت بر شدت علائم و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر: یک مطالعه راهنما

هادی فرزندی<sup>۱</sup>، علیرضا حیدرئی<sup>۲\*</sup>، فردین مرادی منش<sup>۳</sup>، فرح نادری<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، واحد بین المللی خرمشهر-خلیج فارس، خرمشهر، ایران.
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
۳. گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.
۴. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

\* نویسنده مسئول: علیرضا حیدرئی، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

Email: heidarei@iauhvaz.ac.ir

تاریخ دریافت: بهمن ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: اسفند ۱۳۹۹

### چکیده

**زمینه و هدف:** سندرم روده تحریک‌پذیر یک اختلال کنشی دستگاه گوارش است که از نقطه‌نظر بالینی، با علائمی چون تغییر وضعیت اجابت مزاج، درد و احساس اتساع شکمی تشخیص داده می‌شود و علاوه بر درمان داوریی، نیازمند انجام مداخلات روانشناختی است. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت بر شدت علائم و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر انجام شد.

**روش و مواد:** طرح پژوهش از نوع طرح‌های کاربردی و شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری (سه ماهه) همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از جامعه مذکور است که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد مساوی قرار گرفت. پیش از انجام مداخله، پیش‌آزمون برگزار شد، پس از آن گروه آزمایش تحت درمان روان پویشی کوتاه مدت در ۱۳ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس پس‌آزمون اجرا شد و پس از سه ماه از اجرای پس‌آزمون، دوره پیگیری انجام شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه شدت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر و مقیاس کوتاه شده ادراک بیماری بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS.22 و تحلیل کوواریانس تک متغیره صورت پذیرفت.

**یافته‌ها:** در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) شدت علائم از (۲۲/۳) ۱۵۰ در پیش‌آزمون به (۱۷) ۱۲۴/۴ در پس‌آزمون و (۱۷) ۱۲۰/۵ در مرحله پیگیری کاهش یافت ( $P < 0/001$ ) و میانگین (انحراف معیار) ادراک بیماری از (۳/۵) ۴۰/۴ در پیش‌آزمون به (۳/۵) ۴۸/۴ در پس‌آزمون و (۳/۳) ۴۸/۷ در مرحله پیگیری افزایش یافت ( $P < 0/001$ ) اما در گروه گواه در نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** مطالعه نشان داد درمان روان پویشی کوتاه‌مدت موجب کاهش شدت علائم و افزایش ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر شد.

**واژگان کلیدی:** درمان روان پویشی کوتاه‌مدت، شدت علائم، ادراک بیماری، بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر.

## مقدمه

یکی از شایع ترین اختلالات روان تنی، مجموعه نشانگانی است که تحت عنوان سندرم روده تحریک پذیر نام گذاری شده است و در حیطه بیماری های گوارشی جای دارد (۱). سندرم روده تحریک پذیر یک اختلال کنشی دستگاه گوارش است که از نقطه نظر بالینی، با علائمی چون تغییر وضعیت اجابت مزاج، درد و احساس اتساع شکمی تشخیص داده می شود. شیوع آن حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد جمعیت کلی بوده و شایع ترین اختلال گوارشی است که در مقایسه با دیگر اختلالات گوارشی از قبیل التهاب روده بیش تر با عوامل روانی - اجتماعی در ارتباط است. سندروم روده تحریک پذیر مشکلی است که عمدتاً روده بزرگ را تحت تأثیر قرار می دهد. روده بزرگ بخشی از دستگاه گوارش است که مدفوع را ساخته و ذخیره می نماید (۲). شدت علائم متغیر است و می تواند عملکرد روزانه فرد را مختل نماید. در این بیماری نیز مانند سایر اختلالات غیر ساختاری دستگاه گوارش، شناخت عوامل روانی و ادراک مغزی در بروز علائم اهمیت دارد. بیماران با اختلالات فیزیولوژیک گوارشی ولی بدون فشارهای روانی و برخوردار از یک سیستم حمایتی اجتماعی، جهت درمان به پزشک مراجعه نکرده و یا در صورت مراجعه، با اندکی تغییر در سبک زندگی، تغذیه و اطمینان بخشی توسط پزشک درمان می شوند و این در حالی است که مبتلایان با اندک اختلالات ساختاری گوارشی ولی دارای تنش های روانی و فاقد سیستم های حمایتی، بسیار بد به درمان پاسخ می دهند (۳).

یکی از متغیرهای روانشناختی و رفتاری مهم در تأخیر بیمار در کمک جویی، ادراک علائم بیماری است. یکی از مدل های به ویژه جالب که چهارچوب مناسبی برای بررسی سیستماتیک تأخیر پیش از بیمارستان (تأخیر بیمار) و تصمیم های مربوط به جستجوی درمان فراهم آورده است، مدل خودگردانی Levontal است (۴). درد تجربه ای رایج هر انسانی از تولد تا مرگ است. طیف وسیعی از بیماری ها شامل درد به عنوان یک نشانه ای بارز است و همچنین درد رایج ترین علت برای مراجعه به مراکز درمانی است (۵). درد شامل مدارهای پیچیده حسی، هیجانی، شناختی، فرهنگی و غیره است. به همین دلیل در زمینه مدیریت درد نیازمند رویکردی یکپارچه در زمینه های دارویی، روانی هستیم. علاوه بر این، سایر عوامل هیجانی نیز نقش مهمی در درد دارند که شامل عواطف منفی، استرس، اضطراب و مقابله ی ضعیف و باورها و رفتارهای اجتنابی هستند (۶).

همان طور که اشاره شد، در درد عوامل گوناگونی همچون فاکتورهای هیجانی و شناختی سهیم هستند. از میان عوامل مختلفی که با درد مرتبط است، به نظر می رسد که با توجه به ماهیت ادراکی درد، عوامل شناختی یکی از برجسته ترین فاکتورها در درد باشد (۷). علائم روانشناختی گرچه به خودی خود بخشی از سندرم روده تحریک پذیر نمی باشند، نقش مهمی در سیر بیماری و پیامدهای بالینی سندرم روده تحریک پذیر دارند. استرس، اضطراب و افسردگی، در این بیماران شایع است و با شروع و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر ارتباط قابل توجهی دارند (۸). در مطالعه Lembo و همکاران در شهر بوستون بر روی ۳۰۴۸ نفر در سطح جامعه، ۱۲/۲٪ افراد به سندرم روده تحریک پذیر مبتلا بودند و ابتلا به سندرم روده تحریک پذیر و اختلالات روانشناختی بطور مستقل با تعداد علائم غیرروده ای در ارتباط بود و ارتباط مستقیمی نیز بین ابتلا به اختلالات روانشناختی و نمره کلی علائم غیرروده ای وجود داشت به این معنی که همراهی علائم روانشناختی با سندرم روده تحریک پذیر هم انواع و هم شدت علائم غیرروده ای را افزایش می دهند (۹).

یکی از تاکیدات درمان های روان تحلیل گری، تلاش پیوسته درمانگر برای تجربه عمیق عاطفی/هیجانی به عنوان عنصری شفاف بخش است (۱۰). مطالعات گسترده در دو دهه گذشته، نشان داده است که افشا، چه گفتاری و چه نوشتاری سلامت جسمانی و روانی و نیز عملکرد سیستم ایمنی و اعصاب خودمختار را بهبود می بخشد. موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می شود تا مراجع عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید و سلامت روانی بیشتری را به دست آورد (۱۱). در این درمان به بیمار کمک می شود تا مشکلاتش را بر این اساس حل کند که چگونه با هیجانات یا تعارض ها روبرو می شود. این تعارضات و هیجان ها محصول فقدان ها و آسیب های اولیه در زندگی هستند. وقتی که این هیجانات توسط یک رویداد استرس زای کنونی فعال می شوند، اضطراب و دفاع ها بسیج می شوند. نتیجه



نهایی، ترکیب اضطراب، جسمانی سازی، افسردگی، اجتناب الگوهای خودشکست دهنده و مشکلات بین فردی است (۱۲). نتایج پژوهش فرامرزی و همکاران (۱۳) نشان داد روان درمانگری پویشی کوتاه مدت مبتنی بر هسته تعارضی موضوع ارتباطی در بهبود نشانه های گوارشی و شیوه های مقابله با تعارض بیماران سوء هاضمه کنشی مؤثر است. همچنین پژوهش اصلانی و خانجانی (۱۴) حاکی از آن بود که روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت در درمان تشنج های غیر صرعی روان زاد مؤثر بود. با توجه به افزایش تعداد بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و مشکلات عمده آنها در زمینه برشده علائم، ادراک بیماری، به نظر می رسد که بسیاری از این بیماران از شناخت و مهارت کافی برای مدیریت صحیح چنین مشکلاتی برخوردار نیستند. در صورت درمان روان پویشی کوتاه مدت به بیماران می توان چنین مشکلاتی را کاهش داد. به همین منظور هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت برشده علائم، ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سندروم رود تحریک پذیر می باشد.

## روش و مواد

پژوهش حاضر از نوع طرح های کاربردی و شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه گواه است و به عنوان یک مطالعه راهنما می باشد جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود. تعداد نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از جامعه مذکور است که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه گواه هر کدام شامل ۱۵ نفر قرار گرفتند. ملاک انتخاب تعداد افراد نمونه بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در دو گروه، حداقل تعداد نمونه برای دستیابی به توان مورد نظر، ۱۵ نفر در هر گروه جمعاً ۳۰ نفر به دست آمد. پیش از انجام مداخله، پیش آزمون برگزار شد، پس از آن گروه آزمایش تحت درمان روان پویشی کوتاه مدت ۱۳ جلسه ۹۰ دقیقه ای قرار گرفت اما گروه گواه هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. سپس پس آزمون اجرا شد و پس از سه ماه از اجرای پس آزمون، دوره پیگیری انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل، تشخیص سندرم روده تحریک پذیر بر اساس معیارهای Rome II با تشخیص متخصص گوارش و عدم دریافت درمان های روان شناختی طی سه ماه گذشته بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل داشتن علائمی مانند خون ریزی گوارشی، وجود خون در مدفوع، تب، کاهش ۱۰٪ وزن در طی شش ماهه گذشته، داشتن سابقه سرطان کولون در خانواده بودند. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند: کلیه افراد به صورت کتبی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت می نمودند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد.

شاخص شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر یا **IBS Severity Index**: شامل پنج سؤال است که علائم سندرم روده تحریک پذیر را شامل درد، اختلال عادت اجابت مزاج، احساس نفخ، اثر بیماری بر فعالیت های روزانه زندگی و علائم خارج روده ای را با شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر بررسی می کند. میانگین نمره هر بخش حداکثر ۱۰۰ و نمره کل پرسشنامه حداکثر ۵۰۰ می باشد. موارد خفیف و متوسط و شدید بوسیله نمرات ۷۵ تا ۱۷۵، ۱۷۵ تا ۳۰۰ و بیشتر از ۳۰۰ به ترتیب نمایش داده می شوند. اگر چه هیچ یک از ابزارهای سنجش شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر به طور کامل تایید نشده اند، ابزار ذکر شده در حال حاضر بهترین ابزار گزارش شده است که در بیشتر مطالعات مشابه استفاده گردیده است (۱۵). این پرسشنامه در بیشتر مطالعات مشابه استفاده شده است. اعتبار، پایایی و حساسیت پرسشنامه اصلی قابل قبول است و ضریب همبستگی درونی ۰/۸۶ بوده و توسط روش استاندارد و اعتباریابی زبان شناختی به فارسی ترجمه شده است. مطالعات گذشته اعتبار و پایایی و حساسیت قابل قبولی برای مقیاس استاندارد بررسی شدت علائم گزارش نموده اند (۱۶). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس کوتاه شده ادراک بیماری **Broadbent (۲۰۰۶)**: این مقیاس توسط Broadbent و همکاران طراحی و اعتباریابی شده است که این پرسشنامه شامل نه گویه می باشد، دامنه نمرات هشت سوال اول از ۱ تا ۱۰ است. سوال ۹ پاسخ باز بوده

و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد سوال قرار می‌دهد. هر خرده مقیاس یک مولفه ادراک از بیماری را می‌سنجد. پنج خرده مقیاس واکنش شناختی به بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهند که شامل ادراک از پیامدها، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، کنترل از طریق درمان و شناخت علائم است. دو خرده مقیاس نگرانی در مورد بیماری و عواطف و واکنش عاطفی را مورد سنجش قرار می‌دهند. یک خرده مقیاس قابلیت درک و فهم بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهد. در گزارش سازندگان آن روایی سازه، ملاکی و گروه‌های خاصی خوبی را از خود نشان داده است. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سوالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است (۱۷). فرم فارسی پرسش نامه ادراک بیماری توسط بزازیان با روایی و پایایی مناسب بومی سازی شده است (۱۸). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر، ۰/۷۷ به دست آمد.

محتوای جلسات مطابق دستورنامه درمان روان پویشی کوتاه مدت، یعنی مراحل هفت‌گانه پرسش در خصوص مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دستیابی مستقیم به ناهشیار، تحلیل انتقال، و کاوش پویشی در ناهشیار به شرح جدول شماره ۱ است. این جلسات به تعداد ۱۳ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی برگزار شد.

### جدول شماره ۱- برنامه و محتوای جلسات روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت

جلسه	محتوای جلسات
اول	در جلسه اول به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پویشی، که درمانگری آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل بیماران پرداخته شد.
دوم	در جلسه دوم در صورت پاسخ مناسب دادن به درمان آزمایشی پی گیری انجام شده است. از این لحظه، یعنی جلسه دوم به بعد با توجه به نوع دفاع‌های (یازده گانه) افراد، مداخلات مناسب و مؤثر مربوط به هر کدام به اجرا درآمده است. انواع دفاع‌های تاکتیکی متداول و مداخلات مؤثر مربوط به هر کدام به طور خلاصه در زیر ارائه می‌شوند.
سوم	کار با دفاع‌های 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، دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیرمستقیم، و افکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر: چالش با دفاع‌های زوج‌ها و مشخص کردن گفتار، چالش با دفاع، و تردید در دفاع.
پنجم	بررسی دفاع‌های 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	دفاع‌های 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 مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع.
دهم	طفره رفتن، تردید و سواسی، مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع.
یازدهم	بدنسازي و عمل کردن به عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله مؤثر: روش‌سنجی.
دوازدهم	سرکشی، نافرمانی. مقدمه چینی، و گریه دفاعی و طیف دفاع‌های واپس رونده. مداخلات مؤثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن سازی.
سیزدهم	صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات، علائم غیر کلام تبعیت - انفعال. 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.

داده‌های به دست آمده در مرحله پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و شاخص‌های آمار استنباطی تحلیل اندازه گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن گروه آزمایش (۷/۸) ۳۳/۶ و گروه گواه (۸/۴) ۳۵/۹ سال بود. ویژگی های جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در جدول شماره ۱ آمده است. دو گروه آزمایش و گواه از نظر فراوانی جنسیت، وضعیت تأهل، سن و تحصیلات تفاوتی با هم نداشتند. در جدول شماره ۲ ویژگی های جمعیت شناختی مشارکت کنندگان دو گروه آمده است.

جدول شماره ۲- ویژگی های جمعیت شناختی مشارکت کنندگان دو گروه

متغیرهای جمعیت شناختی	آزمایش	گواه	P
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	
جنسیت	زن	۹ (۶۰)	۰/۳۴
	مرد	۶ (۴۰)	
تأهل	مجرد (مطلقه یا بیوه)	۲ (۱۳/۳)	۰/۵۹
	متأهل	۱۳ (۸۶/۷)	
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۶ (۴۰)	۰/۳۱
	۳۱-۴۰ سال	۵ (۳۳/۳)	
	۴۱-۵۰ سال	۴ (۲۶/۷)	
تحصیلات	زیردیپلم	۶ (۴۰)	۰/۱۱
	فوق دیپلم	۵ (۳۳/۳)	
	کارشناسی و بالاتر	۴ (۲۶/۷)	

جدول شماره ۳- میانگین (انحراف معیار) متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	P
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
شدت علائم سندرم	آزمایش	۱۵۰/۰ (۲۲/۳)	۱۲۴/۴ (۱۷/۰)	۱۲۰/۵ (۱۷/۰)	۰/۰۰۱
روده تحریک‌پذیر	گواه	۱۴۸/۴ (۱۷/۹)	۱۴۷/۸ (۱۴/۶)	۱۴۷/۳ (۱۴/۵)	۰/۵۸
ادراک بیماری	آزمایش	۴۰/۴ (۳/۵)	۴۸/۴ (۳/۵)	۴۸/۷ (۳/۳)	۰/۰۰۱
	گواه	۴۰/۹ (۴/۲)	۴۱/۵ (۴/۱)	۴۱/۷ (۳/۹)	۰/۷۶

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره شدت علائم در دو گروه درمان روان پویایی کوتاه مدت و گروه گواه، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های M باکس، کرویت موچلی، و لوین، بررسی شد. از آنجایی که آزمون M باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شده است. همچنین عدم معناداری هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان دهد که شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بوده است و در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیر شدت علائم معنی‌دار بوده، و بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت شده است ( $P > 0/05$ ,  $df=2$ ,  $Mauchly's W=0/81$ ).



## جدول شماره ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره

اثر	نام آزمون	مقدار	آزمون F	Df فرضیه	Df خطا	p	Eta <sup>2</sup>
زمان	اثر پیلایی	۰/۸۶	۸۸/۹۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	لامبدای ویلکز	۰/۱۳	۸۸/۹۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	اثر هلتنینگ	۶/۵۸	۸۸/۹۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	بزرگترین ریشه روی	۶/۵۸	۸۸/۹۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۶
زمان*گروه	اثر پیلایی	۰/۶۷	۲۸/۴۳	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷
	لامبدای ویلکز	۰/۳۲	۲۸/۴۳	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷
	اثر هلتنینگ	۲/۱۰	۲۸/۴۳	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷
	بزرگترین ریشه روی	۲/۱۰	۲۸/۴۳	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود سطوح معنی داری همه آزمون ها در سطح ۰/۰۰۱ معنادار می باشد، بیانگر آن است که میانگین آزمون ها از نظر اثر بخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت بر بهبود شدت علائم و ادراک بیماری در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. قابل ذکر است که آزمون لامبدای ویلکز با مقداری برابر ۰/۳۲ و آزمون ۲۸/۴۳ F= تفاوت معناداری را میان نمرات اثر بخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت بر بهبود شدت علائم و ادراک بیماری در دو گروه آزمایش و گواه در سطح معناداری ۰/۰۰۱ نشان می دهد.

## جدول شماره ۵- تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری شدت علائم و ادراک بیماری در گروه های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	p	مجذور اتا
شدت علائم	زمان	۲۵/۶۲	۲	۱۲/۸۱	۷۰/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱
	زمان*گروه	۱۲/۸۶	۲	۶/۴۳	۳۵/۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵
	خطا	۱۰/۱۷	۵۶	۰/۱۸			
ادراک بیماری	گروه	۰/۴۰	۱	۰/۴۰	۰/۰۸	۰/۷۶	۰/۰۰۳
	خطا	۱۲۵/۴۲	۲۸	۴/۴۷			
	زمان	۱۷۰/۶۰	۱/۴۵	۱۱۷/۵۷	۱۷۵/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶
زمان*گروه	خطا	۲۷/۲۰	۴۰/۶۲	۰/۶۷	۱۲۰/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱
	گروه	۲۱۱/۶۰	۱	۲۱۱/۶۰	۳/۵۳	۰/۰۷	۰/۱۱
	خطا	۱۶۷۸/۱۳	۲۸	۵۹/۹۳			

نتایج جدول شماره ۵ بیانگر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون گروهی (زمان) معنادار است و برای عامل بین گروهی معنادار نیست. این نتایج به آن معنی است که بدون در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان به تنهایی معنادار است. همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است (F=۳۵/۳۹، df=۲) که میزان تأثیر آن ۰/۵۵ است. همچنین برای ادراک بیماری، تحلیل واریانس برای عامل درون گروهی (زمان) معنادار است و برای عامل بین گروهی معنادار نیست. این نتایج به آن معنی است که بدون در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان به تنهایی معنادار است. همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است (F=۱۲۰/۳۰، df=۱/۴۵) که میزان تأثیر آن ۰/۸۱ است. همچنین برای مقایسه زوجی گروه ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول شماره ۶- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه شدت علایم و ادراک بیماری

متغیر	گروه	مراحل	پس آزمون	پیگیری
شدت علایم	روان پویشی	پیش آزمون	۱/۳۰*	۰/۷۶*
		پس آزمون	-	-۰/۵۱*
	گروه گواه	پیش آزمون	۰/۰۹	۰/۱۲
		پس آزمون	-	۰/۰۵
ادراک بیماری	روان پویشی	پیش آزمون	-۳/۱۰*	-۲/۷۰*
		پس آزمون	-	۰/۴۰*
	گروه گواه	پیش آزمون	-۰/۰۳	-۰/۰۷
		پس آزمون	-	۰/۰۵

در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) شدت علائم از ۱۵۰ (۲۲/۳) در پیش آزمون به ۱۲۴/۴ (۱۷) در پس آزمون و (۱۷) در مرحله پیگیری کاهش یافت ( $P < ۰/۰۰۱$ ). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) شدت علائم از ۱۴۸/۴ (۱۷/۹) در پیش آزمون به ۱۴۷/۸ (۱۴/۶) در پس آزمون و ۱۴۷/۳ (۱۴/۵) در مرحله پیگیری رسید که تفاوت معنی دار نبود. نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که نمره متغیر شدت علایم در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون، کمتر از گروه گواه است. به عبارت دیگر گروه درمان روان پویشی کوتاه مدت اثربخشی بالا بر روی بهبود شدت علایم داشته است. همچنین این نتایج نشان می‌دهند که شدت علایم در مرحله پیگیری در گروه درمان روان پویشی کوتاه مدت نسبت به گروه گواه کاهش معنی‌داری داشته است. در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) ادراک بیماری از ۴۰/۴ (۳/۵) در پیش آزمون به ۴۸/۴ (۳/۵) در پس آزمون و ۴۸/۷ (۳/۳) در مرحله پیگیری افزایش یافت ( $P < ۰/۰۰۱$ ). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) ادراک بیماری از ۴۰/۹ (۴/۲) در پیش آزمون به ۴۱/۵ (۴/۱) در پس آزمون و ۴۱/۷ (۳/۹) در مرحله پیگیری رسید که تفاوت معنی دار نبود. نمره متغیر ادراک بیماری در گروه آزمایش و در مرحله پس‌آزمون، بالاتر از گروه گواه است. به عبارت دیگر گروه روان پویشی کوتاه مدت اثربخشی بالا بر روی بهبود ادراک بیماری داشته است. همچنین این نتایج نشان می‌دهند که ادراک بیماری در مرحله پیگیری در گروه روان پویشی کوتاه مدت نسبت به گروه گواه افزایش معنی‌داری داشته است.

بحث

مطالعه نشان داد در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) شدت علائم از ۱۵۰ (۲۲/۳) در پیش آزمون به ۱۲۴/۴ (۱۷) در پس آزمون و (۱۷) در مرحله پیگیری کاهش و میانگین (انحراف معیار) ادراک بیماری از ۴۰/۴ (۳/۵) در پیش آزمون به ۴۸/۴ (۳/۵) در پس آزمون و ۴۸/۷ (۳/۳) در مرحله پیگیری افزایش یافت. اما در گروه گواه در نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی مشاهده نشد. یافته‌های به دست آمده از این مطالعه نشان داد که درمان روان پویشی کوتاه مدت بر شدت علائم، ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر تأثیرگذار است. نتایج این پژوهش با پژوهش فرامرزی و همکاران (۱۳) مبنی بر تأثیر روان درمانگری پویشی کوتاه مدت مبتنی بر هسته تعارضی موضوع ارتباطی در بهبود نشانه‌های گوارشی و شیوه‌های مقابله با تعارض بیماران سوء هاضمه کنشی و نیز پژوهش اصلانی و خانجانی (۱۴) مبنی بر تأثیر روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت در درمان تشنج‌های غیر صرعی روان‌زاد همسو بود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت، تعارض هیجانی ریشه اختلالات روانی فرض می‌شود. در این روش با استفاده از فنون تجسم هدایت شده و حساسیت زدایی تدریجی به طور ملایم و همدلانه موجب می‌شود تا بیمار با تعارضات ناشی از روابط گذشته، حال و در ارتباط با درمانگر رویارو شود و با بازشناسی و تجربه عواطف فعال ساز و بازدارنده، تعارضات هیجانی اش را حل و فصل کند (۱۹). به این ترتیب در جریان گروهی روان پویشی کوتاه مدت فشرده درک فرد از خود، رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن سازی، حس کفایت و مهارت‌های مسئله‌گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطرآفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود

وضعیت روانی مطلوب آموزش داده می شود. افراد بیمار با شرکت در این جلسات به شناخت احساسات و هیجان ها و افکار خود پرداخته و آزمون گر با تغییر افکار، آنها را به شناخت رسانده و تفکرشان را به سمت شیوه های مقابله منطقی و عاقلانه با هیجان در جهت کنترل استرس و اضطراب رهنمون نموده است. در واقع آنها را به این باور رسانده که می توان در مواجهه با مسائل و رویدادهایی که باعث ناراحتی شان می شوند با به چالش کشیدن فکر خود، خطرهای فکری، باورها و افکار غیرمنطقی و نامعقول خود را شناسایی و از بروز مسائل و مشکلات شدت علائم، ادراک بیماری، استرس، اضطراب، ترس، ناامیدی، افسردگی و وسواس که مانع از سرزندگی آنها می شود، جلوگیری کنند (۲۰).

در این درمان، درمانگر به بیماران می آموزد که با پذیرش هیجانات خود، می توانند رفتارهای خود را تغییر دهند و مسئولیت رفتارهای شان را بر عهده بگیرند. در واقع نتیجه مسئولیت پذیری بهبود وضعیت زندگی و ادراک بیماری و کاهش شدت علائم خواهد بود. از آنجایی که مبتلایان به سندروم روده تحریک پذیر به خاطر فرافکنی تجارب خود روی دیگران و به خاطر پرهیز از طرد، هیجانات خود را سرکوب و از حضور فعال در جمع اجتناب می کنند، ابراز هیجانات در فضای امن همراه با عدم احساس طرد از سوی درمانگر به بهبود مناسب این اختلال منجر شود (۲۰). بیماران که از روحیه امیدوار برخوردار باشند، راه های مقابله با بیماری را سریع تر از دیگران یاد می گیرند و از این طریق در سیر درمان خود می توانند به عنوان منبع حمایتی و اطلاع رسانی برای سایر بیماران عمل کنند. البته در بسیاری از مواقع بیماران به دلیل رفتارهای اجتنابی از افشاء مشکلات خود هراس دارند و از مکانیزم دفاعی انکار در برخورد با بیماری استفاده می کنند. لذا، از مهارت های مقابله همانند حل مسئله و جستجوی راهکارهای مناسب کمتر استفاده می کنند.

یکی از محدودیت های مطالعه کم بودن تعداد نمونه است. از جمله محدودیت های مطالعه حاضر، جامعه آماری آن بود که شامل کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر شهر تهران بوده است و در تعمیم نتایج به نمونه های دیگر باید احتیاط لازم صورت گیرد. با توجه به اثربخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت، پیشنهاد می شود درمانگران با اجرای صحیح درمان آشنا شده و از آن بر روی افراد به بیماری های مزمن استفاده نمایند تا از این طریق شدت علائم و افزایش ادراک بیماری را در آنها بهبود بخشند و درمان از تداوم بیشتری برخوردار گردد.

### نتیجه گیری

مطالعه نشان داد درمان روان پویشی کوتاه مدت موجب کاهش شدت علائم و افزایش ادراک بیماری در بیماران مبتلابه سندروم روده تحریک پذیر شد.

### تشکر و قدردانی

محقق بر خود لازم می داند از همه کسانی که در اجرا و پیش برد این تحقیق همکاری و مساعدت داشته اند و همچنین تمامی شرکت کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را کند. این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول و دارای کد کمیته اخلاق به شناسه IR.IAU.AHVZ.REC.1399.055 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می باشد.

### تعارض در منافع

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

## REFERENCES

- Holtmann GJ, Ford AC, Talley NJ. Pathophysiology of irritable bowel syndrome. *The lancet Gastroenterology & hepatology*. 2016;1(2):133-46.
- Ballou S, Keefer L. Psychological interventions for irritable bowel syndrome and inflammatory bowel diseases. *Clinical and translational gastroenterology*. 2017;8(1):214-21.
- Carter D, Beer-Gabel M, Derazne E, Tzur D, Bardan E. The severity of symptoms related to irritable bowel syndrome is a risk factor for the misclassification of significant organic disease. *Journal of clinical gastroenterology*. 2017;51(5):421-5.

4. Krouwel M, Jolly K, Greenfield S. How do people with refractory irritable bowel syndrome perceive hypnotherapy?: qualitative study. *Complementary therapies in medicine*. 2019;45:65-70.
5. Holmes HJ, Thakur ER, Carty JN, Ziadni MS, Doherty HK, Lockhart NA, Schubiner H, Lumley MA. Ambivalence over emotional expression and perceived social constraints as moderators of relaxation training and emotional awareness and expression training for irritable bowel syndrome. *General hospital psychiatry*. 2018;53:38-43.
6. Wong RK, Van Oudenhove L, Li X, Cao Y, Ho KY, Wilder-Smith CH. Visceral pain perception in patients with irritable bowel syndrome and healthy volunteers is affected by the MRI scanner environment. *United European gastroenterology journal*. 2016 Feb;4(1):132-41.
7. Sherwin LB. Layperson's knowledge and perceptions of irritable bowel syndrome as potential barriers to care. *Journal of advanced nursing*. 2018 May;74(5):1199-207.
8. Mira JJ, Lacima G, Cortés-Gil X. Perceptions of the public healthcare system from private-care patients with irritable bowel syndrome with constipation in Spain. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2018 Oct;110(10):612-20.
9. Lembo A, Pimentel M, Rao SS, Schoenfeld P, Cash B, Weinstock LB, Paterson C, Bortey E, Forbes WP. Repeat treatment with rifaximin is safe and effective in patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2016;151(6):1113-21.
10. Qari YA. Perception and Reality-A Study of Public Knowledge and Perceptions about Irritable Bowel Syndrome. *Saudi Journal of Internal Medicine*. 2016;6(1):13-20.
11. Parikh SV, Quilty L, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, Velyvis V, Uher R, Kennedy SH, Lam RW, MacQueen GM. Rating Short-Term Psychodynamic Therapy for the Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments Depression Guidelines: Key Considerations. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2017;62(1):77-8.
12. Leichsenring F, Steinert C. Short-term psychodynamic therapy for obsessive-compulsive disorder: A manual-guided approach to treating the "inhibited rebel". *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2017;81(4):341-89.
13. Faramarzi M, Azad-Fallah P, Bouk H, Rasoul zadeh Tabatabaie K, Shakri-Shirvani J. The Effectiveness of. *Journal of Clinical Psychology*. 2011;3(4):1-13.
14. Aslani S, Khanjani M. The Effectiveness of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy on Psychogenic Non-epileptic Seizures: A Case Study. *Clinical Psychology Studies*. 2018;8(31):113-137.
15. O'Neal P, Jackson A, McDermott F. A review of the efficacy and effectiveness of cognitive-behaviour therapy and short-term psychodynamic therapy in the treatment of major depression: Implications for mental health social work practice. *Australian Social Work*. 2014;67(2):197-213.
16. Leibovich L, Zilcha-Mano S. Integration and clinical demonstration of active ingredients of short-term psychodynamic therapy for depression. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2017;27(1):93-99.
17. Gholamrezaei A, Zolfaghari B, Farajzadegan Z, Nemati K, Daghighzadeh H, Tavakkoli H, Emami MH. Linguistic validation of the irritable bowel syndrome-quality of life questionnaire for Iranian patients. *Acta Medica Iranica*. 2011;2(1):390-5.
18. Bazzazian S, Besharat MA. Reliability and validity of a Farsi version of the brief illness perception questionnaire. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010;5:962-5.
19. Don FJ, Twisk JW, Cuijpers P, Dekker JJ. Cognitive-behavioral versus psychodynamic therapy for major depression: Secondary outcomes of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2017;85(7):653.
20. Heinonen E, Knekt P, Härkänen T, Virtala E, Lindfors O. Childhood adversities as predictors of improvement in psychiatric symptoms and global functioning in solution-focused and short-and long-term psychodynamic psychotherapy during a 5-year follow-up. *Journal of affective disorders*. 2018;235:525-34.

## مقیاس شدت علائم گوارشی (GSRS)

- ۱- آیا در طی هفته گذشته از اسهال در رنج بوده اید؟ (منظور دفع مکرر مدفوع آبکی و شل است).
- ۲- آیا در طی هفته گذشته از شلی مدفوع در رنج بوده اید؟ (اگر به طور متناوب مدفوع سفت و شل داشته اید، منظور از این سوال میزان ناراحتی شما از شلی مدفوع است).
- ۳- آیا در طی هفته گذشته از احساس نیاز به دفع فوری در رنج بوده اید؟ (این احساس نیاز فوری موجب می‌شود که شما سریع به توالت بروید).
- ۴- آیا در طی هفته گذشته از درد معده در رنج بوده اید؟ (منظور هر نوع دردی در معده و شکم شماست).
- ۵- آیا در طی هفته گذشته از سوزش معده در رنج بوده اید؟ (منظور درد سوزشی یا ناراحتی در قفسه سینه شماست).
- ۶- آیا در طی هفته گذشته از برگشت اسید معده در رنج بوده اید؟ (منظور برگشت غذا یا جاری شدن مایع ترش یا تلخ در دهان شماست. )
- ۷- آیا در طی هفته گذشته از درد معده یا شکم به علت گرسنگی در رنج بوده اید؟ (منظور احساس خالی بودن معده است که با احساس نیاز به غذا خوردن در بین وعده های غذایی همراه می شود).
- ۸- آیا در طی هفته گذشته از تهوع در رنج بوده اید؟ (منظور حال تهوع داشتن و حساس دل بهم خوردگی است).
- ۹- آیا در طی هفته گذشته از یبوست در رنج بوده اید؟ (منظور از یبوست کاهش توانایی در تخلیه روده است).
- ۱۰- آیا در طی هفته گذشته از سفتی مدفوع در رنج بوده اید؟ (اگر به طور متناوب مدفوع سفت و شل داشته اید، منظور از این سوال میزان ناراحتی شما از سفتی مدفوع است).
- ۱۱- آیا در طی هفته گذشته وقتی که به توالت می‌رفتید، احساس تخلیه نشدن کامل روده داشته اید؟ (این احساس که بعد از پایان تخلیه روده هنوز نیاز به دفع مدفوع دارید).
- ۱۲- آیا در طی هفته گذشته از قاروقور شکم در رنج بوده اید؟ (منظور احساس لرزش یا سرو صدا در شکم یا معده است).
- ۱۳- آیا در طی هفته گذشته دچار نفخ شکم بوده اید؟ (منظور احساس تورم در معده و شکم شماست).
- ۱۴- آیا در طی هفته گذشته به علت آروغ زدن ناراحت بوده اید؟ (منظور خروج هوا یا گاز از طریق دهان می باشد).
- ۱۵- آیا در طی هفته گذشته به علت دفع گاز یا باد شکم در رنج بوده اید؟ (منظور خروج گاز از روده است).



## پرسشنامه ادراک بیماری Broadbent

فکر می‌کنید بیماری‌تان چقدر روی زندگی‌تان تأثیر گذاشته است

۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

اصلاً نگذاشته است

در زندگی کاملاً تأثیر گذاشته است.

فکر می‌کنید بیماری‌تان چقدر طول بکشد.

۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

مدت خیلی کوتاه

برای همیشه

فکر می‌کنید چقدر روی بیماری‌تان کنترل دارید.

۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

اصلاً کنترل ندارم

کاملاً کنترل دارم

چه میزان علائم را به خاطر بیماری‌تان تجربه کرده‌اید.

۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

اصلاً هیچ علائمی را تجربه نکرده‌اید

علائم شدیدی را تجربه کرده‌ام

فکر می‌کنید درمان تا چه حد می‌تواند به بهبود بیماری‌تان کمک کند؟

۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

اصلاً نمی‌تواند کمک کند

کاملاً کمک می‌کند

چقدر نگران بیماری خود هستید.

۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

اصلاً نگران نیستم

به شدت نگران هستم

فکر می‌کنید تا چه حد بیماری خود را خوب می‌شناسید

۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

اصلاً نمی‌شناسم

به وضوح می‌شناسم

چقدر بیماری شما در روحیه شما اثر منفی گذاشته است؟ مثلاً آیا شما را عصبی، مضطرب یا افسرده ساخته است؟

۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

اصلاً اثر منفی روی من نگذاشته

کامل اثر منفی روی من گذاشته

لطفاً ۳ تا از مهمترین عوامل را که باور دارید سبب

۱-

۲-

۳-