مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۲، خرداد ۱۴۰۲، ۲۵۸-۲۴۳

اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی و نیرومندی من در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر: یک مطالعه نیمه تجربی

سهیل جعفری[۱]، رضا جوهری‌فرد[۲]

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۱۸ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۱/۱۲/۰۱ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۲/۰۳/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۳/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: سندروم روده تحریک‌پذیر (Irritable bowel syndrome; IBS) یکی از بیماری‌های گوارشی است که با علل روان‌شناختی همراه است و درمان پویشی می‌تواند نقش مؤثری در بهبود علائم روان‌شناختی داشته باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت بر ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی و نیرومندی من در بیماران IBS انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه‌تجربی بود. جامعه پژوهش تمامی بیماران IBS مراجعه کننده به کلینیک‌های داخلی شهر اندیمشک در سال ۱۴۰۱ بود. ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان پویشی دریافت کرد، درحالی‌که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. دو گروه با پرسش‌نامه‌های ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی و قدرت ایگو ارزیابی شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات سبک‌های دفاعی، ناگویی خلقی و نیرومندی من قبل از مداخله به ترتیب در گروه درمان ۷۲/۲۵، ۵۸/۳۶، ۲۴/۰۸ و در گروه کنترل ۷۲/۱۲، ۵۹/۱۶، ۲۳/۵۲ بود ($P>0/05$)، اما پس از مداخله، میانگین نمرات نیرومندی من در گروه درمان به صورت معنی‌داری نسبت به گروه کنترل افزایش و سبک‌های دفاعی و ناگویی خلقی کاهش نشان داد ($P<0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاکی از تأثیر درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت بر بهبود علائم روان‌شناختی مورد بررسی در گروه آزمایش بود. با رعایت جانب احتیاط استفاده از این مداخله به‌عنوان درمان مکمل در بیماران IBS پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت، ناگویی خلقی، نیرومندی من، سندروم روده تحریک‌پذیر، سبک‌های دفاعی

۱-کارشناسی ارشد،گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۲- (نویسنده مسئول) استادیار،گروه روانشناسی،واحد اهواز،دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
تلفن: ۰۶۱-۴۲۴۹۱۵۷۲، دورنگار: ۰۶۱-۴۲۴۹۱۵۷۲، پست الکترونیکی: rjoharifard@gmail.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.3.4.2]
[DOI: 10.52547/jrums.22.3.4]

مقدمه

بیماری‌های روان‌تنی به بیماری‌های جسمی گفته می‌شود که عوامل روانی در شروع یا تشدید آن‌ها مؤثر باشد از جمله سندروم روده تحریک‌پذیر (Irritable bowel syndrome; IBS) که یکی از بیماری‌های شایع گوارشی است [۲-۱]. بر اساس معیار رم - چهار (ROME IV Criteria) این سندروم به‌عنوان یک اختلال عملکردی روده تعریف می‌شود که در آن درد یا ناراحتی شکمی عودکننده با دفع ادرار یا تغییر در عادات روده‌ای همراه است [۳]. شیوع IBS در کشورهای گوناگون به میزان متفاوتی گزارش شده است. حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد بزرگسالان و نوجوانان سراسر دنیا علایم و نشانه‌هایی سازگار با IBS دارند [۴]. در این بیماری نیز مانند سایر اختلالات غیرساختاری دستگاه گوارش، شناخت عوامل روانی و ادراک مغزی در بروز علائم اهمیت دارد [۵].

در مطالعه‌ای که Lembo و همکاران بر روی افراد مبتلا به IBS در شهر بوستون انجام دادند به این نتیجه رسیدند که اختلالات روان‌شناختی همراه با IBS هم انواع و هم شدت علائم غیرروده‌ای را افزایش می‌دهد [۶]. برخی سازه‌های روان‌شناختی بالینی از جمله ناگویی خلقی، فاجعه‌سازی و دیگر اختلالالت روان‌شناختی تأثیر به‌سزایی بر تظاهرات بالینی IBS دارد [۷].

ناگویی خلقی (Alexithymia) به دشواری در خودتنظیم-گری هیجانی و به عبارت دیگر به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها گفته می‌شود [۸]. اعتقاد بر این است که ناتوانی هیجانی، عامل خطرساز برای بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی است، زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار تحت فشار همبسته‌های جسمانی هیجانی هستند که به کلام درنمی‌آیند [۹]. این نارسایی مانع تنظیم هیجانات شده، سازگاری موفقیت‌آمیز را دشوار می‌کند. افراد مبتلا به ناگویی خلقی برای بیان احساساتشان دست به فعالیت‌های غیرکلامی مخربی می‌زنند [۱۰].

طبق تحقیقات انجام شده بین سرکوب خشم و تشدید درد شکم و تشدید حرکات روده‌بزرگ رابطه وجود دارد. هم‌چنین، بین خشم و مکانیزم‌های دفاعی نابالغ در انواع اختلالات دستگاه گوارش از جمله IBS رابطه معناداری وجود دارد. در مطالعه‌ای Saeed و همکاران به این نتیجه رسیدند گروه مبتلا به IBS نسبت به گروه کنترل بیشتر از دفاع‌های نابالغ استفاده می‌کنند [۱۱]. مکانیزهای دفاعی فرآیندهای تنظیم کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی، از طریق تأثیرگذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدید کننده عمل می‌کنند [۱۲]. مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته به منزله شیوه‌های مواجهه انطباقی، بهنجار و کارآمد محسوب می-شوند، در حالی که مکانیزم‌های دفاعی روان‌رنجور و رشدنایافته، شیوه‌های مواجهه غیر انطباقی و ناکارآمد هستند [۱۳-۱۴].

سندروم روده تحریک‌پذیر به سبب اختلال در روابط بین فردی، مسافرت، پرهیز از مقاربت جنسی و ممانعت در جمع به علت ترس از ایجاد علایم می‌شود و معمولاً به دنبال عوامل

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.3.4.2]
[DOI: 10.52547/jrums.22.3.4]

تشدید کننده روان‌شناختی مثل اضطراب، اختلالات خلقی، افسردگی و تنش‌های ناشی از تحریکات روانی بروز علایم بیماری شدت پیدا می‌کند [۷]. من (ego) در نظریات روانکاوی ارتباط فرد با دنیای بیرون و واقعیت را برقرار می‌کند، هر زمان فرد من قوی‌تری داشته بشد می‌تواند با دنیای بیرون سازگارتر و زندگی بهنجاری داشته باشد [۱۴]. با توجه به نقش مدیریت سیستم روانی من، همه مشکلات روانی موقعی ظهور پیدا می کنند که ایگو قادر به عمل کردن به مسئولیت‌هایش نباشد. نیرومندی من به معنای ظرفیت فرد برای درک واقع بینانه شرایط مشکل‌زا و پاسخ دادن به آن‌ها به شکل مؤثر می‌باشد [۱۶-۱۵].

دیدگاه روان پویشی کوتاه‌مدت فشرده تابعی از الگوی روانکاوی Freud است که توسط دانشمند ایرانی به نام Davanloo در دانشگاه مک گیل طراحی و توسعه یافت که در آن روش بلند مدت، روان تحلیلی به یک روش کوتاه‌مدت، اثربخش، سازمان‌یافته و روشن تبدیل شده است [۱۷]. در این درمان به بیماران کمک می‌شود تا اضطراب و هیجانشان را تنظیم و بر ضد دفاع‌هایشان تغییر دهند که همراه با این تغییر من فرد نیرومندتر می‌شود و می‌تواند با احساساتی روبه‌رو شود که از آن‌ها اجتناب کرده است [۱۸]. در پژوهشی Farzdi و همکاران روان‌درمانی روان پویشی کوتاه‌مدت و فشرده را بر بیماران IBS آزمایش کردند و نتایج نشان داد که درمان پویشی کوتاه‌مدت و فشرده بر سلامت روان افراد IBS مؤثر است [۱۹]، بنابراین این پژوهش با هدف تعیین تأثیر روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر بهبود ناگویی هیجانی، سبک‌های دفاعی و نیرومندی من در بیماران مبتلا به IBS انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. این مطالعه با شناسه IR.IAU.AHVAZ.REC.1401.097 در کمیته پژوهش اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی اهواز ثبت گردیده است. جامعه مورد پژوهش تمامی بیماران مبتلا به IBS مراجعه کننده به کلینیک تخصصی داخلی شهر اندیمشک در سال ۱۴۰۱ بود که با استفاده از مقیاس ROME-IV [۳]، تشخیص IBS را گرفتند.

حجم نمونه مورد بررسی با مراجعه به جدول Cohen تعیین شد. به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۳۰ و توان آماری ۰/۸۳، برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آن جایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود داشت و هم‌چنین در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در مرحله اول به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و این ۳۰ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه کشی) در یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی، نداشتن بیماری دیگری غیر از IBS (با سؤال کردن از افراد شرکت کننده در پژوهش)، تحصیلات

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.3.4.2]
[DOI: 10.52547/jrums.22.3.4]

حداقل در سطح راهنمایی و بالاتر (به جهت درک درمان پویشی)، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان (مانند فلوکستین و سرترالین)، عدم دریافت خدمات روان‌شناختی (مانند درمان افسردگی و یا اضطراب) در سه ماه گذشته و عدم سابقه دریافت آموزش درمان پویشی کوتاه مدت و فشرده بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر از دو جلسه، ابتلاء به بیماری‌های روانی از جمله افسردگی، شرکت هم‌زمان در سایر کارگاه‌های آموزشی روان‌شناختی و انصراف از ادامه همکاری بود. رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت کنندگان در مورد روش و هدف انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات به دست آمده، آزادی مشارکت کنندگان در ترک مطالعه از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در این مطالعه بوده است.

برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل: سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل) از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی ناگویی هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و نیرومندی من در ۳ مرحله پیش‌آزمون (قبل از آموزش)، پس‌آزمون (بعد از آموزش) و پی‌گیری (۲ ماه بعد از اتمام آموزش) استفاده گردید. نمونه‌گیری در بهمن ۱۴۰۰ انجام و مداخله از فروردین ۱۴۰۱ شروع و تا آخر تیر ماه ادامه داشت و تا اواخر شهریور ماه دوره پی‌گیری نیز انجام گرفت. مداخله‌ها توسط روان‌شناس بالینی (پژوهش‌گر نفر اول) دوره دیده به صورت فردی در روزهای یکشنبه و سه‌شنبه در ساعت ۲۰-۱۷ عصر در کلینیک روان‌شناختی هم آفرینی تغییر (کلینیک کار پژوهش‌گر) انجام شد. شرکت‌کنندگان در پژوهش ریزش نداشتند و آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شد. لازم به ذکر است به این افراد اطلاع رسانی شد که هر زمان تمایل داشتند می‌توانند از این مطالعه خارج شده و اقدام به دریافت خدمات روان‌شناختی کنند. بعد از خاتمه مطالعه، آزمودنی‌های گروه کنترل به طور رایگان خدمات روان‌شناختی رایگان توسط روان‌شناس بالینی دریافت کردند.

پرسش‌نامه ناگویی خلقی تورنتو (Toronto alexithymia): پرسش‌نامه ناگویی هیجانی تورنتو توسط Bagby و همکاران برای سنجش ناگویی هیجانی افراد طراحی شد و دارای ۲۰ سؤال بود. این ابزار دارای سه مؤلفه دشواری در شناسایی احساسات (هفت سؤال)، دشواری در توصیف احساسات (پنج سؤال) و تفکر عینی (هشت سؤال) بود. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به‌صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) بود. دامنه نمرات این پرسش‌نامه ۲۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد. به این صورت که نمره ۲۰ تا ۴۰ نشان‌دهنده ناگویی پایین فرد بود، نمره ۴۱ تا ۶۰ بیانگر ناگویی متوسط فرد و نمره بالاتر از ۶۰ نشان دهنده ناگویی بالا در فرد بود [۲۰]. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در پژوهش‌هایی بررسی و تأیید شده است. در مطالعه Besharat، روایی هم‌زمان پرسش‌نامه برحسب همبستگی با ابزارهای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. هم‌چنین، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس ۰/۴۲ تا ۰/۰۸۵ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.3.4.2]
[DOI: 10.52547/jrums.22.3.4]

پرسش‌نامه بود [۲۱]، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ناگویی خلقی در مطالعه حاضر، برای نمره کل ۰/۸۱ و خرده مقیاس-های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۸ و ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه مکانیسم‌های دفاعی (Defense styles): توسط Andrews و همکاران در سال ۱۹۹۳ تدوین گردید که شامل ۴۰ سؤال است و ۲۰ مکانیزم دفاعی را در سه سطح رشد یافته، روان آزرده، رشد نایافته مورد ارزیابی قرار می‌داد [۲۲]. این پرسش‌نامه ۲۰ مکانیسم دفاعی را برحسب سه سبک رشد یافته بـا سؤالات ۲، ۳، ۵، ۷، ۲۱، ۲۴، ۲۹ و ۳۵؛ روان آزرده بـا سؤالات ۱، ۶، ۱۱، ۱۷، ۲۸ ،۳۳، ۳۴ و ۴۰؛ رشد نایافته بـا سؤالات ۴، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۶، ۳۷، ۳۸ و ۳۹ می‌سنجد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه در طیف لیکرت ۹ درجه‌ای است، به این صورت که کاملاً موافقم ۹ نمره، خیلی موافقم ۸ نمره، اندکی موافقم ۷ نمره، موافقم ۶ نمره، نظری ندارم ۵ نمره، مخالفم ۴ نمره، اندکی مخالفم ۳ نمره، خیلی مخالفم ۲ نمره و کاملاً مخالفم ۱ نمره تعلق می‌گیرد. پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی در کشورهایی چون ژاپن، فرانسه، برزیل، پرتقال و ایران مورد ارزیابی قرار گرفته است. آن‌ها برای اصلاح پرسش‌نامه قبلی ملاک‌های متعددی را برای ارزیابی روایی سازه و روایی ملاک و اعتبار هر ماده در نظر گرفتند. پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی در ایران نیز توسط Heidarinasab و همکارش مورد بررسی و هنجاریابی قرار گرفت. مراحل هنجاریابی به طور کلی بعد از برگردان پرسش‌نامه به زبان فارسی و رفع نواقص آن به لحاظ ادبی در دو بخش روایی و پایایی پیگیری شد. ضریب آلفای کرونباخ نسخه هنجاریابی شده برای هر یک از مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته، رشد نایافته و روان آزرده به ترتیب برابر ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ و ضریب اعتبار بازآزمایی را با فاصله ۴ هفته ۰/۸۲ گزارش شده است [۲۳]. ضریب آلفای کرونباخ خلقی در مطالعه حاضر، برای هر یک از مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته، رشد نایافته و روان آزرده به ترتیب برابر ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۷۱ و ضریب اعتبار بازآزمایی را با فاصله ۴ هفته ۰/۸۵ گزارش شده است.

سیاهه روان‌شناختی ایگو (PIES): توسط Markstrom و همکاران (۱۹۹۷) ساخته شده است. این پرسش‌نامه ۸ مؤلفه قدرت ایگو که به ترتیب جهش، قدرتی، امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد را می‌سنجد و دارای ۶۴ سؤال است. پرسش‌نامه هشت نقطه قدرت ایگو که شامل امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد هستند را می‌سنجد و دارای ۶۴ سؤال است. عبارات پرسش‌نامه بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای، لیکرت به صورت کاملاً با من مطابق است نمره ۵، کمی با من مطابق است نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، کمی با من مطابق نیست نمره ۲ و اصلاً با من مطابق نیست، نمره ۱ نمره‌گذاری شده است. شیوه پاسخ‌دهی به سؤالات معکوس، به صورت برعکس انجام می‌شود. بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند اخذ نماید ۳۰۰ و پایین‌ترین نمره ۶۰ است. Markstrom و همکاران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.3.4.2]
[DOI: 10.52547/jrums.22.3.4]

۱۹۹۷پایایی پرسش‌نامه را از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ گزارش کردند [۲۴]. Altafi نیز آلفای کرونباخ سیاهه را بر روی نمونه‌ای ایرانی ۰/۹۱ و پایایی دو نیمه‌سازی مقیاس را ۰/۷۷ گزارش کرد [۲۵]. پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۹ به دست آمد.

مطابق دستورنامه روان پویشی کوتاه مدت، یعنی مراحل هفت‌گانه پرسش در خصوص مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دست‌یابی مستقیم به ناهوشیار، به شرح جدول ۱ و مطابق با کتابچه راهنمای روان درمانی پویشی Davanloo [۲۶] انجام شد.

جدول ۱- سرفصل محتوای جلسات روان‌پویشی کوتاه مدت فشرده

جلسه	محتوا جلسه
۱	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 شرکت کنندگان پرداخته شد.
۲	با توجه به نوع دفاع‌های (یازدگانه)، مداخلات مناسب و مؤثر مربوط به هرکدام به اجرا درآمده است. انواع دفاع‌های تاکتیکی متداول و مداخلات مؤثر مربوط به هرکدام به طور خلاصه در زیر ارائه می‌شوند.
۳	کار با دفاع‌های تاکتیکی واژه‌های سر بسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه‌های فراگیر - پوششی. مداخله کوثر: شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع
۴	بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده شرکت کنندگان، دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیر مستقیم و افکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر: چالش با دفاع ها و مشخص کردن گفتار، چالش با دفاع و تردید در دفاع
۵	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.
۶	دفاع‌های عقلی سازی و کلی گویی و تعمیم دادن. مداخله کوثر: روشن سازی، سد کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع
۷	تاکتیک‌های منحرف سازی و فراموش کردن. مداخلات کوثر: روشن کردن، تردید در دفاع و چالش با دفاع
۸	انکار و تکذیب کردن. مداخلات کوثر: روشن کردن، تردید در دفاع و چالش با دفاع
۹	بیرونی سازی و ابهام. مداخلات کوثر: روشن، چالش با دفاع
۱۰	طفره رفتن، تردید وسواسی. مداخلات کوثر: روشن کردن، چالش با دفاع
۱۱	بدنی سازی و عمل کردن به عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله کوثر: روشن سازی.
۱۲	سرکشی، نافرمانی، مقدمه چینی و گریه کردن و استفاده از دفاع‌های واپس رونده. مداخلات کوثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن سازی
۱۳	صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات، علایم غیر کلامی. تبعیت - انفعال. مداخلات کوثر: روشن کردن تردید در دفاع، چالش با دفاع، روشن کردن، چالش
۱۴ و ۱۵	در دو جلسه آخر ضمن تحکیم دستاوردها، برنامه پیگیری و به خصوص زمان انجام پس‌آزمون و ضمن تشکر از بیماران، پایان جلسات اعلام شد.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بود. به منظور بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های دو

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.3.4.2]
[DOI: 10.52547/jrums.22.3.4]

گروه مورد مطالعه، از آزمون t دو نمونه مستقل و آزمون دقیق فیشر و پیش فرض نرمال بودن، از آزمون Kolmogorov-Smirnov، برای پیش فرض کرویت از آزمون Mauchly، برای ارزیابی همگنی ماتریس‌های کوواریانس از آزمون Box's M و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون Levene استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۳/۹۲±۴۳/۴۰ و ۴/۴۹ ± ۴۴/۰۷ سال بود (P=۰/۶۶۹). نتایج آزمون t دو نمونه مستقل در مورد سن و آزمون دقیق فیشر در خصوص جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵).

نتایج

جدول ۲- برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر برحسب گروه‌های مورد بررسی در شهر اندیمشک در سال ۱۴۰۱

متغیرها	مؤلفه‌ها	آزمایش (n=۱۵) تعداد (درصد)	کنترل (n=۱۵) تعداد (درصد)	مقدار P
جنسیت	مرد	۱۳ (۸۶/۶۷)	۱۳ (۸۶/۶۷)	۱
	زن	۲ (۱۳/۳۳)	۲ (۱۳/۳۳)	
سطح تحصیلات	دیپلم	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳۳)	۰/۵۲۲
	کارشناسی	۱۲ (۸۰)	۱۳ (۸۶/۶۷)	
وضعیت تأهل	مجرد	۳ (۲۰)	۱ (۶/۶۶)	۰/۲۶۹
	متأهل	۱۲ (۸۰)	۱۴ (۹۳/۳۴)	

آزمون دقیق فیشر، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

آماره‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر) مربوط به متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ گزارش گردیده است. همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرات گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پی‌گیری بهبود یافته است. این بهبودی در متغیرهای سبک دفاعی رشد یافته، نیرومندی من با افزایش میانگین نمره و در متغیرهای سبک‌های دفاعی رشد نیافته، روان‌رنجور، ناگویی خلقی با کاهش روبه‌رو بوده است که نشان از تأثیر مداخله درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت بر متغیرهای مطرح شده دارد، در حالی‌که در گروه کنترل تغییر چندانی رخ نداده است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.3.4.2]
[DOI: 10.52547/jrums.22.3.4]

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی نمرات سبک‌های دفاعی رشد نیافته، رشد یافته، روان رنجور، نیرومندی من، ناگویی خلقی در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر برحسب گروه‌های مورد بررسی در شهر اندیمشک در سال ۱۴۰۱ (۱۵ نفر در هر گروه)

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پی‌گیری انحراف معیار ± میانگین	حداقل	حداکثر
سبک‌های دفاعی رشد نیافته	آزمایش	۷/۶۶ ± ۷۲/۲۵	۳/۷۳ ± ۵۱/۳۷	۱/۲۸ ± ۵۳/۷۵	۱۶۳	۲۰۱
	کنترل	۳/۲۷ ± ۷۲/۱۲	۲/۸۷ ± ۶۹/۳۷	۴/۹۵ ± ۷۴/۰۰	۱۵۰	۱۹۳
سبک‌های دفاعی رشد یافته	آزمایش	۳/۶۷ ± ۴۴/۵۶	۳/۷۰ ± ۷۵/۴۰	۳/۷۰ ± ۷۵/۴۰	۱۹	۳۲
	کنترل	۲/۱۶ ± ۴۵/۸۰	۳/۳۸ ± ۴۶/۴۸	۳/۱۹ ± ۴۶/۱۲	۱۵	۳۰
سبک‌های دفاعی روان‌رنجور	آزمایش	۴/۲۳ ± ۵۱/۶۰	۳/۰۲ ± ۴۲/۸۴	۳/۵۸ ± ۴۱/۸۰	۵۶	۶۲
	کنترل	۴/۳۲ ± ۵۰/۲۰	۴/۱۵ ± ۴۹/۳۴	۳/۳۵ ± ۴۹/۱۲	۶۵	۵۹
نیرومندی من	آزمایش	۳/۶۷ ± ۴۴/۵۶	۳/۷۰ ± ۷۵/۴۰	۳/۷۰ ± ۷۵/۴۰	۷۸	۹۷
	کنترل	۲/۱۶ ± ۴۵/۸۰	۳/۳۸ ± ۴۶/۴۸	۳/۱۹ ± ۴۶/۱۲	۸۴	۱۰۳
ناگویی خلقی	آزمایش	۴/۲۳ ± ۵۱/۶۰	۳/۰۲ ± ۴۲/۸۴	۳/۵۸ ± ۴۱/۸۰	۴۲	۵۷
	کنترل	۴/۳۲ ± ۵۰/۲۰	۴/۱۵ ± ۴۹/۳۴	۳/۳۵ ± ۴۹/۱۲	۴۰	۵۸

برای تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های سبک‌های دفاعی رشدنیافته، رشدیافته، روان‌رنجور، نیرومندی من، ناگویی خلقی از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر، مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد که مقادیر توزیع داده‌ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد نرمال است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون Levene بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد و فرض همگنی واریانس‌های دو گروه محقق گردید. فرض کرویت Mauchly نشان داد که پیش فرض کرویت در داده‌ها برای هر سه مؤلفه سبک‌های دفاعی از جمله رشد یافته (P=۰/۳۵۸، χ^2=۳/۵۶)، رشد نیافته (P=۰/۲۶۱، χ^2=۵/۸۲)، روان‌رنجور (P=۰/۴۲۵، χ^2=۳/۲۵)، نیرمندی من (P=۰/۰۵۵، χ^2=۱۶/۰۵) و ناگویی خلقی (P=۰/۵۳۶، χ^2=۷/۳۶) برقرار بود و لذا از آزمون Sphericity assumed استفاده شد. برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کوواریانس از آزمون Box's M استفاده شد؛ بر طبق نتایج برای متغیرهای سبک‌های دفاعی رشدیافته (Box's M=۳/۰۵۱، F=۱/۵۷۲، P=۰/۵۱۴)، رشدنیافته (Box's M=۲/۲۳۴، F=۲/۱۱۶، P=۰/۴۳۱)، روان‌رنجور (Box's M=۱/۱۴۸، F=۳/۷۴۲، P=۰/۳۳۴)، ناگویی خلقی (Box's M=۱/۵۲۴، F=۱/۰۱۶، P=۰/۹۴۴) و نیرومندی من (Box's M=۴/۱۷۹، F=۳/۲۶۰، P=۰/۵۰۸) برقرار بود.

نتایج آزمون بین‌گروهی حاکی از آن بود که تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین سبک‌های دفاعی رشد یافته (P=۰/۰۰۸)، رشد نیافته (P=۰/۰۲۶)، روان‌رنجور (P=۰/۰۳۳)، نیرومندی من (P=۰/۰۲۴) و ناگویی خلقی (P=۰/۰۱۳) معنی‌دار است. نتایج آزمون درون‌گروهی (دوره) حاکی از آن است که تفاوت میان میانگین سبک‌های دفاعی رشد یافته (P<۰/۰۰۱)، رشد نیافته (P<۰/۰۰۱)، روان‌رنجور (P<۰/۰۰۱)، نیرومندی من (P<۰/۰۰۱) و ناگویی خلقی(P<۰/۰۰۱) معنادار است. به عبارت دیگر، تفاوت بین میانگین نمرات ابعاد سبک‌های دفاعی (رشد یافته، روان‌رنجور،

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.3.4.2]
[DOI: 10.52547/jrums.22.3.4]

رشدنیافته)، نیرومندی من و ناگویی خلقی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش به ترتیب برابر با ۶۷، ۵۸، ۷۸، ۷۸ و ۵۹ درصد بوده و معنی‌دار است.

هم‌چنین، نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه و زمان بر متغیرهای سبک‌های دفاعی رشد نیافته، رشدیافته، روان‌رنجور، نیرومندی من، ناگویی خلقی معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱) که نشان دهنده تأثیر معنی‌دار مداخله بر تغییرات میانگین نمرات متغیرهای سبک‌های دفاعی رشدنیافته، رشدیافته، روان‌رنجور، نیرومندی من، ناگویی خلقی در مراحل پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است.

اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر بین‌گروهی، درون گروهی (زمان) و اثر تعاملی برای متغیرهای سبک‌های دفاعی رشدنیافته به ترتیب ۳۹، ۷۸ و ۷۸ درصد است که به این معنا است که ۳۹، ۷۸ و ۷۸ درصد از تغییرات نمرات سبک‌های دفاعی رشد نیافته از طریق اثرات بین‌گروهی، درون‌گروهی و تعاملی قابل تبیین است. اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر بین‌گروهی، درون‌گروهی (زمان) و اثر تعاملی برای متغیرهای سبک‌های دفاعی رشد یافته به ترتیب ۲۷، ۶۷ و ۷۱ درصد است که به این معنا است که ۲۷، ۶۷ و ۷۱ درصد از تغییرات نمرات سبک‌های دفاعی رشد یافته از طریق اثرات بین گروهی، درون‌گروهی و تعاملی قابل تبیین است.

جدول ٤- نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر سبک‌های دفاعی رشدنیافته، رشد یافته، روان‌رنجور، نیرومندی من، ناگویی خلقی در بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر در شهر اندیمشک در سال ۱۴۰۱

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
سبک‌های دفاعی روان-رنجور	گروه	۱۷۹/۵۸۹	۱	۱۷۹/۵۸۹	۸/۵۴۶	۰/۰۰۸	۰/۳۷۷
	دوره	۷۹/۵۷۲	۲	۳۹/۷۸۶	۱۱/۸۸۱	< ۰/۰۰۱	۰/۵۸
	گروه*دوره	۶۹/۰۰۱	۲	۳۴/۵۰۰	۱۰/۴۵۳	< ۰/۰۰۱	۰/۴۸۷
سبک‌های دفاعی رشدنیافته	گروه	۱۶۰۵/۵۸۹	۱	۱۶۰۵/۵۸۹	۷/۶۸۸	۰/۰۲۶	۰/۳۹
	دوره	۹۵۸/۵۷۲	۲	۳۷۹/۲۸۶	۴۰/۷۶۲	< ۰/۰۰۱	۰/۷۸
	گروه*دوره	۹۲۴/۰۰۱	۲	۴۶۲/۰۰۰	۳۹/۸۸۸	< ۰/۰۰۱	۰/۷۸
سبک‌های دفاعی رشدیافته	گروه	۲۰۵/۵۸۹	۱	۲۰۵/۵۸۹	۴/۶۸۸	۰/۰۳۳	۰/۲۷
	دوره	۹۶/۵۷۲	۲	۴۸/۲۸۶	۲۴/۴۱۶	< ۰/۰۰۱	۰/۶۷
	گروه*دوره	۱۲۰/۰۰۱	۲	۶۰/۰۰۰	۳۰/۸۸۸	< ۰/۰۰۱	۰/۷۱
ناگویی خلقی	گروه	۱۴۶/۹۷۴	۱	۱۴۶/۹۷۴	۲/۹۰۶	۰/۰۱۳	۰/۱۹۵
	دوره	۱۵۵/۷۵۳	۲	۷۷/۸۷۶	۱۷/۳۵۲	< ۰/۰۰۱	۰/۵۹۱
	گروه*دوره	۱۲۸/۸۹۶	۲	۶۴/۴۴۸	۱۳/۳۶۰	< ۰/۰۰۱	۰/۵۴۵
نیرومندی من	گروه	۹۸/۸۲۲	۱	۹۸/۸۲۲	۱۵/۷۰۳	۰/۰۲۴	۰/۲۰۴
	دوره	۹۲/۸۲۲	۲	۴۶/۴۱۱	۳۶/۹۹۷	< ۰/۰۰۱	۰/۷۸۵
	گروه*دوره	۱۳۲/۰۲۲	۲	۶۶/۰۱۱	۱۸/۲۰۶	< ۰/۰۰۱	۰/۶۵۳

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.3.4.2]
[DOI: 10.52547/jrums.22.3.4]

بحث

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت بر ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی و نیرومندی من در بیماران IBS انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت منجر به بهبودی ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی و نیرومندی من افراد مبتلا به IBS شده است. این یافته با نتایج Farzdi و همکاران [۱۹]، Ahmadi [۲۷] و Abbass و همکاران [۱۷] همسو است. این همخوانی را شاید بتوان به شیوه اثرات مشابه درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت و سایر عوامل انگیزشی و اجتماعی بر نگرش بیماران و به تبع آن کاهش ناگویی خلقی دانست.

در تبیین تأثیر مداخله درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت بر کاهش ناگویی خلقی در افراد مبتلا به IBS با توجه به دیدگاه نظری می‌توان بیان نمود که در این درمان به علت مواجهه فرد با احساسات ناخواسته، اضطرابش در ابتدا افزایش می‌یابد که این امر می‌تواند به نوبه خود باعث افزایش علائم گردد، اما پس از چند جلسه که احساسات برون‌ریزی شده و مورد پردازش و کنترل قرار می‌گیرند و علائم خلقی یا هیجانی رو به کاهش می‌گذارند. موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا بیمار یا مراجع در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی نماید [۱۸].

در فرآیند درمانی روان‌پویشی، فرد با کسب توانایی تجربه عمیق هیجانی و بیان آن می‌تواند از طریق کاهش بازداری، فرایندهای شناختی و برانگیختگی را تنظیم نماید و درکی واقعی از خود و توانمندی‌هایش رقم زند و مهارت‌های مقابله‌ای و نیز روابط میان فردی را اصلاح نموده و به این صورت زمینه برخورد مناسب هیجانی را افزایش ابرازگری هیجانی فراهم کند. در طول جلسات درمانی وقتی ناهوشیار بازگشایی و احساسات برون‌ریزی می‌شود، به طور چشم‌گیری احساسات رسوب شده در وجود فرد کاهش می‌یابد و با تنظیم اضطراب، سبک‌های دفاعی رشد یافته و تجربه احساسات تنظیم هیجانی فرد به شکل مؤثرتری رخ می‌دهد و فرد می‌تواند هیجانات مثبت را بهتر درک کند. در روند درمان، افراد به نسبت به نشانه‌های بدنی اضطراب خود، آگاهی پیدا می‌کنند و می‌توانند هیجانات خود را در موقعیت‌های مختلف شناسایی کنند و نحوه تجربه، بیان و کنترل آن را می‌آموزند و به این ترتیب این دشواری در ناگویی خلقی در این افراد کاهش پیدا می‌کند. چنین مواجهه‌هایی موجب سازماندهی مجدد من و رها کردن دفاع‌های بیمارگونه می‌شود و ظرفیت روانی فرد را افزایش و در نهایت سلامت روانی او را بالا می‌برد. در درمـان روان پویشی وقتی مراجع نسبت بـه تعـارض درونـی مثلث تعارض بینش پیدا کنند و به این‌که چگونه این تعارضات تکرار می‌شوند مثلث شخص آگاه شوند، هیجان‌های خود را پشت دفاع‌ها مخفی نکنند او را به سمت اعتدال و خودتنظیمی هیجانی سوق می‌دهد و بالطبع باعث رشد ذهنی فرد می‌شود [۲۸].

یافته‌های پژوهش هم‌چنین نشان داد که درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت منجر به بهبودی بیماران IBS در شاخص سبک‌های دفاعی رشدنیافته، رشد یافته و روان‌رنجور شده است. نتایج حاصل از این پژوهش با تحقیقات Nabizadeh و همکاران [۲۹] و Shams و همکاران [۳۰] همسو می‌باشد. در

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.3.4.2]
[DOI: 10.52547/jrums.22.3.4]

تبیین تأیید فرضیه می‌توان بیان کرد که دفاع‌ها، سازگاری مفیدی برای محیط‌های آسیب‌رسان هستند، اما به محض این‌که به واکنش‌های شرطی در برابر احساسات تبدیل می‌شوند، به سایر محیط‌ها تعمیم می‌یابند که غیرمفید و حتی مضر می‌شوند. براساس دیدگاه روان‌پویشی، آسیب‌های دوران کودکی، احساسات متضاد و اضطراب‌انگیز ایجاد می‌کند که می‌تواند در مسیر تجربه عواطف خلل ایجاد کند. به همین علت دفاع‌ها موظف به مدیریت تعارض‌های شکل گرفته می‌شوند تا شخص متحمل درد نشود [۳۱]. در این روش روشن‌سازی دفاع‌ها و به دنبال آن فشار به تجربه احساسات و چالش با موانع دفاعی بیمار از ابتدای فرآیند درمان آغاز می‌شود. به کارگیری این فنون به جنبش احساسات شدید و ترکیبی در انتقال (رابطه بیمار-درمانگر) منجر می‌شود و لایه‌های دفاعی تنیده بیمار بر ضد این احساسات را فعال می‌سازد. این موقعیت تعارضی، تعارض‌های مشابه بیمار را در گذشته بیدار می‌کند. با به کارگیری صحیح این فنون، سیستم دفاعی بیمار شکسته شده و احساسات بیمار در انتقال به‌طور مستقیم لمس و ابراز در نتیجه، تجارب و آسیب‌های پدیدآورنده ناهشیار گشوده می‌شود. هنگامی که بیمار با آن‌چه قبلاً از آن می‌گریخته است هوشیارانه روبه‌رو می‌شود، دیگر به دفاع‌هایی تکیه نخواهد کرد که ماهیتی واپس رونده و خود شکست‌جویانه دارند [۳۰]. در نتیجه فرد در مواجهه با بیماری و مشکلات زندگی به بهترین نحو با آن‌ها روبه‌رو و تصمیم می‌گیرد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت منجر به بهبودی بیماران IBS در شاخص نیرومندی من شده است. نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش‌های Orvati Aziz [۳۲]، Cyranka و همکاران [۳۳] و Knekt و همکاران [۳۴]. در درمان برای تجربه احساسات «به ظرفیت سازی ایگو می‌پردازیم» تا از طریق دفاع کردن، به منظور تجربه نکردن هیجانات منفی از مکانیسم‌های دفاعی استفاده نکنند. در واقع با ظرفیت سازی من برای بیمار، کمک به بهبود او می‌کنیم و این کار را از طریق نزدیک کردن بیمار به احساساتش بدون این‌که از مکانیزم دفاعی استفاده کنند انجام می‌دهیم. در واقع ایجاد احساس تسلط بر احساسات به وسیله چالش با دفاع‌ها در فرآیند درمان است که حال بیمار را بهبود می‌بخشد و به تبع آن باعث بهبود کیفیت زندگی او نیز می‌شود.

ناتوانی در تنظیم عواطف ریشه در سال‌های اولیه زندگی و شکست در فرآیند درونی سازی ویژگی "خود-مراقبتی" والدین دارد. توانایی خودمراقبتی یک ظرفیت روان‌شناختی و یکی از عملکردهای ایگو است. این ظرفیت، از فرد در مقابل آسیب محافظت کرده و منجر به تضمین بقاء می‌شود. ظرفیت خودمراقبتی شامل توانایی سنجش واقعیت، قضاوت،کنترل، وجود اضطراب با کارکرد اخطار دادن به فرد و توانایی نتیجه‌گیری منطقی و استنتاج است. ظرفیت خود مراقبتی به واسطه‌ی تعامل والد-کودک و اقدامات حمایتی و مهرورزی والدین در سال‌های اولیه کودکی ایجاد می‌شود. از آن‌جا که افراد IBS فاقد این درونی سازی‌ها هستند، در توانایی خود مراقبتی، حفظ عزت نفس و تنظیم ارتباطات دچار مشکل هستند. در واقع نقص در خود مراقبتی و خودتنظیمی، موجب به وجود آمدن احساسات دردناک و گیج کننده در فرد می‌شود

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.3.4.2]
[DOI: 10.52547/jrums.22.3.4]

و رنج روان‌شناختی سنگینی را برای فرد به همراه دارد. در درمان پویشی فرد قادر به افزایش کارکرد من و افزایش نیرومندی من برای خود خواهد شد و دیگر نیازی به استفاده از رفتارهای غیرانطباقی که کارکرد را برای وی داشتند، ندارد و به طبع فرد می‌تواند راحت‌تر زندگی کند. آن‌چه در فرآیند درمان پویشی کوتاه مدت اتفاق می‌افتد باعث آگاه‌تر شدن نسبت به احساسات و عواطف پنهانی ناهشیار در خلال رابطه درمانی است. مراجع از نامناسب بودن تجارب هیجانی خود آگاه می‌شود و به "من" اجازه داده می‌شود تا ابراز وجود کرده و با موقعیت‌های تغییر یافته سازگاری پیدا کند. با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاورین با فراگیری رویکرد پویشی در مواجهه با بیماران IBS از رویکرد روان‌پویشی کوتاه مدت استفاده کنند. هم‌چنین، مداخلات روان‌درمانی دیگر در این جامعه سنجیده شود. پیشنهاد می‌شود بقیه متخصصین و محققین روان پویشی فشرده و کوتاه مدت با متغیرهای دیگر در جامعه‌های دیگر آزمایش کنند.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان عدم امکان غربال بیماران به لحاظ متغیرهایی مانند تیپ شخصیت، سازمان شخصیت، انگیزه ورود به درمان و انتظارات، تعمیم نتایج را با دشواری روبه‌رو کرده بود. رویکرد روان پویشی خود دارای محدودیت‌هایی است که طبیعتاً با محدودیت‌های این تحقیق گره خورده است؛ تناسب مراجعان با این رویکرد درمانی یکی از عواملی است که می‌بایست به آن توجه نمود. اختلالات خاصی هستند که مناسب این روش درمانی نیستند و نامناسب بودن آن‌ها در مراحل اولیه توالی پویشی مشخص می‌شوند. این اختلالات عبارت‌اند از: سایکوزهای اختلال شدید در کنترل تکانه، حالت‌های شدید الکلیسم. پیشنهاد می‌شود این مطالعه در جامعه‌های دیگر و با متغیرهای جدید انجام شود. هم‌چنین، با توجه به پیگیری کوتاه مدت انجام شده، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی با پیگیری بلند مدت انجام شود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که استفاده از درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت بر ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی رشد یافته و نیرومندی من در افراد مبتلا به IBS مؤثر است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود از درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه مدت در کاهش ناگویی خلقی، افزایش سبک‌های دفاعی رشد یافته و افزایش نیرومندی من در افراد مبتلا به IBS استفاده شود و در کنار روش‌های درمانی دیگر می‌توان از این مداخله در کلینیک‌های روانی-تنی و روان‌شناختی استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از آزمودنی‌های گرامی که در این پژوهش شرکت کردند و نیز از زحمات متخصصین داخلی شهر اندیمشک که در به ثمر رسیدن این پژوهش کمک نمودند، تشکر و سپاس‌گزاری می کنند.

References

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.3.4.2]
[DOI: 10.52547/jrums.22.3.4]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.3.4.2]

[DOI: 10.52547/jrums.22.3.4]

[1] Holtmann GJ, Ford AC, Talley NJ. Pathophysiology of irritable bowel syndrome. *The lancet Gastroenterology & Hepatology* 2016; 1(2): 133-46.

[2] Frändemark Å, Törnblom H, Jakobsson S, Simrén M. Work Productivity and Activity Impairment in Irritable Bowel Syndrome (IBS): A Multifaceted Problem. *Am J Gastroenterol* 2018; 113(10): 1540-9.

[3] Lacy BE, Patel NK. Rome criteria and a diagnostic approach to irritable bowel syndrome. *J Clin Med* 2017; 6(11): E99.

[4] Patel N, Shackelford K. Irritable Bowel Syndrome. StatPearls Treasure Island (FL) [Serial online] 2022; 1. [1-8]. Available from: https://www.ncbi. nlm.nih.gov/ books/NBK534810/. 12/10. 2022.

[5] Pashing S, Khosh Lahjeh Sedgh A. A Comparison of effectiveness of acceptance commitment therapy and metacognitive therapy on reducing symptoms, psychological capital and quality of life of patients suffering from irritable bowel syndrom. *Medical Sciences* 2019; 29(2): 181-90.

[6] Lembo A, Pimentel M, Rao SS, Schoenfeld P, Cash B, Weinstock LB, et al. Repeat treatment with rifaximin is safe and effective in patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2016; 151(6): 1113-21.

[7] Holmes HJ, Thakur ER, Carty JN, Ziadni MS, Doherty HK, Lockhart NA, et al 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.

[8] Preece DA, Mehta A, Petrova K, Sikka P, Bjureberg J, Becerra R, et al. Alexithymia and emotion regulation. *J Affect Disord* 2023; 32(4): 232-8.

[9] Habibi Asgarabad M, Salehi Yegaei P, Jafari F, Azami-Aghdash S, Lumley MA. The relationship of alexithymia to pain and other symptoms in fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain* 2023; 27(3): 321-37.

[10] Martino G, Caputo A, Schwarz P, Bellone F, Fries W, Quattropani MC, et al.Alexithymia and Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. *Front Psychol* 2020; 11: 1763.

[11] Saeed F, Salehi M, Alavi K, Ajdarkosh H, Kashaninasab F, Nasr Esfahani F. Defense Mechanisms in Patients with Irritable Bowel Syndrome and Their Relationship with Symptom Severity and Quality of Life. *Middle East J Dig Dis* 2019; 11(3): 158-65.

[12] Badaye A, Vaziri SH, Lotfi Kashani F. Developing a psychosomatic symptoms model based on emotional regulation, defense mechanisms, and attachment styles mediated by distress level in psychosomatic patients. *Hormozgan Medical Journal* 2021; 25(3): 98-103.

[13] Dehghan Manshadi Z, Neshat Doost HT, Talebi H. Coping strategies among Iranian children with experience of Sarpol-e-Zahab earthquake: factor

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.3.4.2]

[DOI: 10.52547/jrums.22.3.4]

structure of children's Coping Strategies Checklist-revision1 (CCSC-R1). *BMC Psychol* 2020; 8(1): 92.

[14] Perry JC, Presniak MD, Olson TR. Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry* 2013; 76(1): 32-52.

[15] Heshmati R, Lo C, Khooy MP, Naseri E. Pathway linking Emotional Suppression to Depression and Anxiety in Cancer Patients undergoing Chemotherapy: The Mediating Role of Ego-strength. *Curr Aging Sci* 2022; 6(1): 105.

[16] Messina I, Scottà F, Marchi A, Benelli E, Grecucci A, Sambin M. Case Report: Individualization of Intensive Transactional Analysis Psychotherapy on the Basis of Ego Strength. *Front Psychol* 2021; 12(1): 1-12.

[17] Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-Term Psychodynamic Psychodynamic Psychotherapy for somatic Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatic* 2009; 78: 265-74.

[18] Russell L, Abbass A, Allder S. A review of the treatment of functional neurological disorder with intensive short-term dynamic psychotherapy. *Epilepsy Behav* 2022; 130.

[19] Farzdi H, Heidarei A, Moradimanesh F, Naderi F. The Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy on Symptoms Severity and Disease Perception among Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Pilot study". *Community Health* 2021; 8 (2): 221-31. [Farsi]

[20] Bagby R, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research* 1994; 38(1): 23-32.

[21] Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports* 2007; 101(1): 209-20. [Farsi]

[22] Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. *Journal of Nervous and mental Disease* 1993; 181(4): 246-56.

[23] Heidarinasab L, Shaeiri M. Factorial Structure of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40). *Journal of Modern Psychological Researches* 2011; 6(21): 77-97. [Farsi]

[24] Markstrom CA, Sabino VM, Turner BJ, Berman RC. The psychosocial inventory of ego strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. *Journal of Youth and Adolescence* 1997; 26(6): 705-32.

[25] Altafi Sh. Examining and comparing self-efficacy and personality traits of drug addicts and non-addicts. Master's thesis in clinical psychology: Tehran; Shahed University; 2009: 56-79. [Farsi]

[26] Davanloo H. Management of tactical defenses in intensive short-term dynamic psychotherapy, Part I: Overview, tactical defenses of cover words and indirect speech. *Int J Intensive Short Term Dyn Psychother* 1996; 11(3): 129-52.

[27] Ahmadi F. The effectiveness of intensive and short-term psychodynamic therapy on mental health, quality of

life and disability caused by headache in patients with chronic tension headache, master's thesis: *Tehran Allameh Tabatabai University Faculty of Psychology and Educational Sciences* 2016; 78-89. [Farsi]

[28] Mami S, Safarnia A, Tardast L, Abbasi B. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) to Reducing Alexithymia in Women Applicant for Divorce. *Journal of Psychological Studies* 2021; 16(4): 127-42.

[29] Nabizadeh A, Farhadi M, Rashid K, Kordnoghabi R. The Effectiveness of Tactical Defenses Neutralization in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Defensive Styles, Anxiety, and Fear of Intimacy in Non-Clinical Sample. *RPH* 2019; 13(1): 24-39. [Farsi]

[30] Shams S, Ghelichkhan N, Yousefi N, Alijani S. Comparison of the effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy and mentalization-based therapy on emotional dysregulation, defense mechanisms and insecure attachment styles in women who have experienced the trauma of marital infidelity. *IJPN* 2022; 10(1): 106-21. [Farsi]

[31] Mahdavi A, Mosavimoghadam SR, Madani Y, Aghaei M, Abedin M. Effect of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy on Emotional Expressiveness and Defense Mechanisms of Women With Breast Cancer. *Arch Breast Cancer* 2019; 28(1): 35-41.

[32] Orvati Aziz M. The Effectiveness of Integrative Therapy Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Increasing Ego Strength and Reducing Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Applied Psychological Research* 2021; 12(3): 353-69. [Farsi]

[33] Cyranka K, Rutkowski K, Mielimąka M, Sobański JA, Klasa K, Müldner-Nieckowski Ł, et al. Changes in ego strength in patients with neurotic and personality disorders treated with a short-term comprehensive psychodynamic psychotherapy. *Psychiatr Pol* 2018; 52(1): 115-27.

[34] Knekt P, Grandell L, Sares-Jäske L, Lindfors O. Poor suitability for psychotherapy - a risk factor for treatment non-attendance. *J Affect Disord* 2021; 295: 1432-9.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.3.4.2]
[DOI: 10.52547/jrums.22.3.4]

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

Soheil Jafari[1], Reza Joharifard[2]

Received: 07/02/23 Sent for Revision: 20/02/23 Received Revised Manuscript: 31/05/23 Accepted: 03/06/23

Background and Objectives: Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the digestive diseases that is associated with psychological causes, and dynamic treatment can play an effective role in improving psychological symptoms. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of intensive and short-term dynamic therapy on alexithymia, defence style, and ego strength in patients with IBS.

Materials and Methods: The research method was quasi-experimental. The research population was all IBS patients referred to internal clinics in Andimshek in 2022. Thirty people were selected by convenience sampling and randomly assigned into experimental (15 subjects) and control groups (15 subjects). The experimental group received dynamic therapy for fifteen 90-minute sessions, while the control group did not receive any intervention. Two groups were evaluated in three stages using the Alexithymia, Defense Styles, and Ego Strength Questionnaires. Data were analyzed using two-way repeated measures analysis of variance (ANOVA).

Results: The average scores of defense styles, alexithymia, and ego strength before the intervention were 72.25, 58.36, and 24.08 in the treatment group, and 72.12, 59.16, and 23.52 in the control group, respectively ($p>0.05$), but after the intervention, the average scores of ego strength showed a significant increase in the treatment group compared to the control group, while defense styles and alexithymia significantly decreased ($p<0.001$).

Conclusion: The results of the study indicated the effect of intensive and short-term dynamic therapy on the improvement of psychological symptoms in the experimental group. With caution, it is recommended to use this intervention as a complementary treatment for irritable bowel syndrome.

Key words: Intensive and short-term dynamic psychotherapy, Alexithymia, Ego strength, Irritable bowel syndrome, Defense styles

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Azad University of Ahvaz approved the study (IR.IAU.AHVAZ.REC.1401.097).

How to cite this article: Jafari Soheil, Joharifard Reza. 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. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2023; 22 (3): 243-58. [Farsi]

1- MA, Dept.of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
2 Assistant Prof., Dept. of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran, ORCID: 0000-0003-0505-0501
(Corresponding Author) Tel: (061) 42491572, Fax: (061) 42491572, E-mail: rjoharifard@gmail.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.3.4.2]
[DOI: 10.52547/jrums.22.3.4]