

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

تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۰/۶/۱۸

محبوبه فرامرزی*، پرویز آزادفلاح**، هوارد ای بوک***، کاظم رسول‌زاده طباطبایی****، جواد شکری شیروانی*****

چکیده

مقدمه: سوء هاضمه کنشی از اختلالات گوارشی شایع، ناتوان کننده و پرهزینه است. اطلاعات اندکی در خصوص نقش روان درمانگری بر درمان نشانه‌های سوء هاضمه در دسترس است. هدف از بررسی این مطالعه بررسی تأثیر روان درمانگری کوتاه مدت پویشی هسته تعارضی موضوع ارتباطی بر بهبودی نشانه‌های گوارشی و شیوه‌های مقابله با تعارض بیماران سوء هاضمه گوارشی بود.

روش: یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده در دو بیمارستان آموزشی درمانی شهرستان بابل طراحی شد. ۳۰ بیمار مبتلا به سوء هاضمه کنشی با روش نمونه گیری در دسترس به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی درمان طبی استاندارد به همراه روان درمانگری هسته تعارضی موضوع ارتباطی (۱۵ آزمودنی) یا درمان طبی استاندارد به تنهایی (۱۵ آزمودنی) قرار گرفتند. نشانه‌های گوارشی و شیوه‌های مقابله با تعارض قبل از کارآزمایی، پس از آن و سه ماه پیگیری با پرسشنامه‌های ارزیابی بیمار از اختلال گوارشی فوقانی - شاخص شدت نشانه و مقیاس نسخه دوم شیوه مقابله با تعارض رحیم ارزیابی شدند. از آزمون T مستقل و تحلیل کواریانس برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: مقایسه میانگین تغییر نمرات گوارشی در دو گروه در پایان درمان و سه ماه پیگیری نشان داد که روان درمانگری هسته تعارضی موضوع ارتباطی کلیه نشانه‌های سوء هاضمه کنشی شامل، سوزش سردل، تهوع/ استفراغ، پری معده بعد از غذا، نفخ معده، درد فوقانی شکم، درد تحتانی شکم و نمرات کل را بهبود داد. همچنین، روان درمانگری هسته تعارضی موضوع ارتباطی شیوه‌های مقابله با تعارضات سازنده همراهنه، مهربانانه و مصالحه گرانه را ارتقاء و شیوه‌های مقابله با تعارضات غیر سازنده سلطه گرانه و اجتنابی را کاهش داد.

نتیجه‌گیری: روان درمانگری پویشی کوتاه مدت هسته تعارضی موضوع ارتباطی یک مدل درمانی قابل اعتمادی برای بهبودی نشانه‌های گوارشی و شیوه‌های مقابله با تعارض در بیماران سوء هاضمه کنشی است.

واژه‌های کلیدی: سوء هاضمه کنشی، روان درمانگری کوتاه مدت پویشی، هسته تعارضی موضوع ارتباطی، شیوه‌های مقابله با تعارض

mahbob330@yahoo.com

* استادیار، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

azadfallahparviz@gmail.com

** نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

hbwork@bellnet.ca

*** دانشیار، گروه اعصاب و روان دانشگاه تورونتو، تورنتو، کانادا

rasool1340@yahoo.com

**** دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

javadshokry@gmail.com

***** استادیار، گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

مقدمه

نشان داده‌اند که پدیدایی آزمایشگاهی اضطراب در افراد داوطلبی که افزایش حساسیت معده‌ای^۷ دارند، ناراحتی معده‌ای ایجاد می‌کند [۱۳]. از طرف دیگر، تغییرات ادراکی گزارش شده در بیماران اختلال کنشی گوارشی، گوش بزنگی زیاد^۸، با افزایش حساسیت معده‌ای و تمایل بیشتر به ناراحتی معده ارتباط دارد. همبندی اختلالات کنشی گوارشی با اختلالات بدنی ساز، بدون همراهی با بیماری خاصی، این نتیجه‌گیری را به میان می‌آورد که اختلالات کنشی گوارشی ناشی از خطای ادراکی نشانه است [۱۴]. موفقیت پایین درمان‌های طبی در بهبود علائم بیماری سوء هاضمه کنشی از دیگر مسائل مهم این اختلال است. هر چند بسیاری از متخصصین بالینی از دسته داروهایی مثل آنتی اسید و ضد عفونت باکتریایی معده‌ای^۹ به طور رایج استفاده می‌کنند، تحقیقات تا به امروز موفقیت زیادی را برای دارو درمانی در کاهش نشانه‌های بیماری گزارش نکرده است. به طور کلی درمان‌های دارویی جاری به مقدار کمی و به اندازه ۱۰ تا ۲۰ درصد نسبت به دارونما^{۱۰} برتری دارند [۱۵]. علاوه بر این، اضافه کردن داروهای ضد افسردگی و اضطراب به مجموعه داروهای گوارشی نیز توفیق چندانی برای بهبود نشانه‌های بیماری نبوده است [۱۶]. از طرف دیگر، سوء هاضمه کنشی نوعی از اختلال روان تنی^{۱۱} است که برخی پژوهش‌ها، «بدنی سازی پایدار»^{۱۲} را در این بیماران تأیید کرده‌اند [۱۷، ۱۸]. با توجه به اینکه در تبیین ماهیت آسیب شناسی روانی بدنی سازی، «تعارضات ناهشیار»^{۱۳} نقش مهمی دارد، تعارضات درون فردی و بین فردی در این گروه از بیماران حائز اهمیت است. تعارض می‌تواند پیامدهای منفی در بر داشته باشد، از پاسخ‌های روان شناختی بی‌علاقگی، اضطراب و انزوا گرفته تا پاسخ‌های رفتاری سازش نیافته پرخاشگرانه یا اطاعت بیش از حد و پاسخ‌های فیزیولوژیک و مشکلات بدنی از قبیل گوارشی، سردرد، فشارخون بالا از پیامدهای این اختلال هستند [۱۹]. به رغم چنین پیامدهایی، تعارض

سوء هاضمه کنشی^۱، نشانه‌های یک اختلال مزمن دستگاه گوارش فوقانی است که نابهنجاری عضوی یا بیوشیمیایی آن را تبیین نمی‌کند. این نشانه‌ها شامل درد در قسمت فوقانی شکم، احساس سیری زودرس^۲ بعد از شروع غذا خوردن، احساس پری معده^۳، نفخ معده^۴ و تهوع هستند [۱]. شیوع این اختلال در جامعه ایرانی گزارش نشده است، اما در جمعیت عمومی غربی بین ۱۷ تا ۲۷ درصد متغیر است [۲، ۳، ۴] و در کشورهای در حال توسعه ۱۵ تا ۳۰ درصد تخمین زده شده است [۵]. هر چند سیر بیماری سوء هاضمه کنشی با مرگ و میر همراه نیست، این بیماری بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد و از نظر اقتصادی نیز با هزینه‌های درمانی زیادی در جامعه همراه است [۶]، به طوری که هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم مراقبت‌های بهداشتی، ویزیت‌ها، دارو درمانی، و غیبت از کار در این بیماران چشمگیر است [۷]. شواهد رو به افزایش نشان دهنده نقش کلیدی فرآیندهای روانی بر سوء هاضمه کنشی است [۸]. مطالعات همه‌گیر شناسی^۵ نشان می‌دهند که همبندی دو طرفه بین بیماری سوء هاضمه کنشی و اختلالات روان پزشکی وجود دارد که این موضوع تأییدی بر تعامل عوامل روانی و زیستی در بروز بیماری است. همبندی اختلالات خلقی و اضطرابی در بیماران سوء هاضمه کنشی از جامعه عادی بیشتر است [۹]، به طوری که در بعضی مطالعات ۵۰ درصد هم گزارش شده است [۱۰]. در بیماران سوء هاضمه کنشی با همبندی روان پزشکی، قبل از شروع نشانه‌های سوء هاضمه کنشی اختلالات روان پزشکی ایجاد شده است که این موضوع نقش اختلالات روانی را در بروز سوء هاضمه کنشی و جستجوی مراقبت بهداشتی نشان می‌دهد [۱۱]. همچنین، در یک بررسی گزارش شد که در بیماران پانیک، شیوع سوء هاضمه کنشی از افراد سالم بیشتر است [۱۲]. تأثیر فرآیندهای روانی بر کنش حسی حرکتی معده- روده‌ای^۶ نیز با شواهد تحقیقات زیادی حمایت می‌شود. بررسی‌ها

7- gastric hypersensitivity
8- hypervigilance
9- bacterial infections
10- placebo
11- psychosomatic
12- persistent somatization
13- unconscious conflicts

1- functional dyspepsia
2- early satiety
3- fullness
4- bloating
5- epidemiology
6- gastrointestinal sensorimotor

زندگی تعارضات روان‌پویشی را برانگیخته می‌کند، و او قادر به دفاع از خود در برابر آنها نیست، به بیماری آن اندام مبتلا می‌شود [به نقل از ۲۴]. همچنین، مطالعات اندکی تأثیر مداخلات روانی را بر بیماری سوء هاضمه کنشی بررسی کرده‌اند. برخی پژوهش‌ها شناخت درمانی و هیپنوتراپی را در کاهش نشانه‌های سوء هاضمه کنشی مؤثر داشته‌اند [۲۶، ۲۷]. در یک مطالعه مروری گزارش شد که درمان‌های مبتنی بر تن آرامی، شناخت درمانگری، هیپنوتراپی و روان‌درمانگری تحلیلی بر کاهش نشانه‌های سوء هاضمه بیماران در پایان درمان و یک سال بعدی مؤثر بودند [۲۸]. به رغم اینکه، تحقیقات اندکی در مورد تأثیر انواع مختلف روش‌های روان‌درمانگری به خصوص درمان‌های پویشی بر سوء هاضمه کنشی انجام شده است، طرح فرضیه تأثیر روان‌درمانگری پویشی در کاهش نشانه‌های بیماران سوء هاضمه کنشی منطقی به نظر می‌رسد؛ زیرا این رویکرد بر تعارضات تمرکز می‌کند. روان‌درمانگری‌های پویشی کوتاه مدت^۶ دسته‌ای از روش‌های درمانی هستند که به طور عموم دارای محدوده زمانی محدود (یک تا بیست و پنج جلسه) با اهداف درمانی مشخص و جهت یافته برای بهبودی نشانه‌های اختلال‌های روانی هستند. به رغم اینکه دارای انواع متفاوت هستند، هدف مشترک تمامی این دسته از روان‌درمانگری‌ها این است که در زمینه تعارضات فرد^۷، پدیده‌های ناهشیار را هشیار می‌کنند [۲۹]. هر چند تحقیقات در خصوص تأثیر روان‌درمانگری‌های پویشی کوتاه مدت بر اختلالات گوارشی اندک است، در یک مطالعه مروری فراتحلیل^۸ اخیر، کارآیی روان‌درمانگری‌های پویشی کوتاه مدت در ۱۳ تحقیق از نوع کارآزمایی بالینی بر اختلالات بدنی سازی بررسی شد. نتایج این تحقیق نشان داد که روان‌درمانگری‌های پویشی کوتاه مدت می‌توانند به عنوان روش‌های درمانی قابل اعتماد در اختلالات بدنی سازی به کار گرفته شوند [۲۵]. در این بررسی از میان مدل‌های مختلف روان‌درمانگری پویشی کوتاه مدت «هسته تعارضی

بخش اجتناب ناپذیر روابط است و به دو نوع سازنده و غیر سازنده تقسیم می‌شود. تعارض سازنده بر مصالحه و راه حل‌های مناسب و مثبت استوار است و تعارض غیر سازنده بر تهدید و راه‌حل‌های استبدادی و نامناسب متمرکز است. اگر شیوه‌های مناسب و سازنده برای مقابله با تعارض به کار برود، تعارض می‌تواند به طور مثبت کیفیت روابط را رشد دهد [۲۰]. اختلالات بدنی سازی گوارشی کنشی با اختلالات روان‌پزشکی هم‌ایندی^۱ دارند [۲۱]. نشانه‌های بدنی سازی در بیماران با اختلالات افسردگی و اضطراب ۲ تا ۳ برابر افزایش می‌یابد [۲۲]. همچنین، نشان داده شده است که در بیماران با اختلالات طبی، نشانه‌های روان‌تنی متأثر از شدت عوامل روانی زمینه ساز بیماری هستند [۲۳]. روی آوردهای نظری در رابطه با بیماری‌های روان-تنی به تبیین زیربنای این اختلالات می‌پردازد. الگوی زیست‌پزشکی^۲ بر بیماری‌پذیری ارثی تأکید دارد. الگوی بیماری‌پذیری ارثی-تنیدگی^۳ به ضعف سرشتی اشاره دارد که زیربنای آسیب جسمانی است و تنیدگی حاکی از واکنش روانی به رویدادهای معنادار است. طبق این الگو، زمانی فرد دچار اختلال روان‌تنی می‌شود که هم آسیب‌پذیری جسمانی و هم تنیدگی را تجربه کرده باشد. روی آوردهای رفتاری و شناختی معتقدند که یادگیری یا شناخت، عامل اختلال روان‌تنی است [۲۴]. الگوی روان‌پویشی^۴، اختلالات روان‌تنی را ناشی از تعارضات روانی می‌داند. بر مبنای این الگو، احساسات و تعارض‌های سرکوب شده در ناهشیاری به نشانه‌های بدنی ترجمه می‌شوند. الکساندر^۵ (۱۹۵۰) مشهورترین روان‌تحلیل‌گر نظریه پرداز در زمینه اختلالات روان‌تنی بود. تعارضات احساسی ناهشیار حل نشده از زمان‌های گذشته به عنوان عامل مهم اختلالات روان‌تنی مورد توجه او قرار گرفته بود [به نقل از ۲۵]. دیدگاه الکساندر (۱۹۵۰) آسیب‌پذیری اندام، عوامل شخصیت و تنیدگی زندگی را درهم ادغام می‌کند. شخصی که از نظر ژنتیکی در اندام خاصی آسیب‌پذیر است و تعارضات روان‌پویشی بخصوصی دارد، زمانی که تنیدگی

6- short-term psychodynamic psychotherapies (STPP)
7- conflicts
8- randomized controlled trials

1- comorbidity
2- biomedical model
3- diathesis- stress model
4- psychodynamic model
5- alexander, F.

آزمودنیها: آزمودنیهای این پژوهش، شامل بیماران زنی هستند که از اواخر فروردین الی اواخر بهمن ماه ۱۳۸۹ به درمانگاههای تخصصی گوارشی بیمارستانهای آموزشی درمانی آیت ا... روحانی و شهید بهشتی شهرستان بابل مراجعه کردند و توسط دو پزشک فوق تخصص گوارش پس از بررسیهای بیوشیمیایی، آندوسکوپی و سونوگرافی و رد هر نوع بیماری عضوی گوارشی، تشخیص سوء هاضمه گوارشی داده شدند. بیماران با تشخیص سوء هاضمه کنشی به درمانگر تحلیلی^۳ که در درمانگاه بیمارستانها حضور داشت ارجاع داده می شدند. درمانگر پس از مصاحبه بالینی و معاینه اولیه، افرادی را که برای روان درمانگری پویایی کوتاه مدت هسته تعارضی موضوع ارتباطی مناسب نبودند، از جامعه آماری کنار گذاشت و بیماران واجد شرایط را با اخذ رضایت آگاهانه وارد مطالعه کرد. معیارهای کلی ورود به این مطالعه عبارت بود از: زنان با تشخیص سوء هاضمه کنشی در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال و تحصیلات دیپلم و یا بالاتر، عدم وجود اختلال روانی شدید مثل روان گسستگی، افسردگی - شیدایی در زمان مطالعه و یا گذشته، انگیزه کافی برای مداخلات روانی [۳۴]، داشتن ذهن روان شناختی^۴ به طوری که بیمار توانایی ارتباط بین حال و گذشته را داشته باشد و بفهمد که رفتارهای فعلی ممکن است نتیجه ای از گذشته باشد [۳۴]. همچنین لازم بود که آزمودنیها در طول دوره مداخلات ضمن الزام اجرای برنامه های هر گروه کاربندی، تغییری در درمان دارویی خود ندهند و در جلسات روان درمانگری از قبیل تن آرامی، مراقبه و ... شرکت نکنند. در طول مدت اجرای طرح، ۵۳ آزمودنی زن با تشخیص سوء هاضمه کنشی به درمانگر تحلیلی ارجاع داده شدند. ۱۶ بیمار از مراجعه به درمانگر امتناع ورزیدند. ۳ بیمار نیز پس از مصاحبه به دلیل نداشتن شرایط درمان پویایی کوتاه مدت هسته تعارضی موضوع ارتباطی از مطالعه حذف شدند. بنابراین، ۳۴ آزمودنی شرایط ورود به مطالعه را داشتند که با جایگزینی تصادفی در دو گروه ۱۷ نفری آزمایشی و ۱۷ نفری کنترل قرار گرفتند. آزمودنیهای گروه کنترل، درمانهای دارویی استاندارد و گروه آزمایشی، درمانهای دارویی استاندارد به علاوه روان

موضوع ارتباطی^۱ با رویکرد روابط موضوعی انتخاب شد [۳۰] تا علاوه بر مقابله با تعارضات درون فردی به تعارضات بین فردی نیز پرداخته شود. روی آورد روابط موضوعی تأکید دارد که ظرفیت بلوغ انسان برای تداوم ارتباطات با دیگران ناشی از تحول حس درونی از خود و دیگران است [۳۱]. در مراحل اولیه کودکی، اختلال در روابط موضوعی (رابطه کودک-والدین یا جانشینها) منجر به آسیبها، اختلالات رشدی و کارکردهای روانی مختلف (اختلالات روانی سایکوتیک، اختلالات مرزی و خود شیفتگی) می شود. ناتوانی تنظیم عواطف از دیگر پیامدهای اختلال روابط موضوعی است که می تواند اختلالات بدنی سازی را بدنبال داشته باشد. هر چند هیچ تحقیقی در خصوص کیفیت تعارضات بیماران سوء هاضمه کنشی گزارش نشده است، ناگویی خلقی^۲ به عنوان محور آسیب شناسی روانی این بیماران [۳۲] از فرضیه اختلال روابط بین فردی این بیماران حمایت می کند، زیرا در افراد مبتلا به ناگویی خلقی شیوع بالایی از روابط مختل بین فردی گزارش شده است [۳۳]. بنابراین، هر چند شواهد تأثیر عوامل روان شناختی بر ظهور، تشدید، و یا تداوم بیماری سوء هاضمه کنشی رو به افزایش است، تاکنون مطالعات گزارش شده ای که تأثیر روان درمانگری را بر نشانه های سوء هاضمه گوارشی نشان دهد از تعداد انگشتان یک دست تجاوز نمی کنند. از طرف دیگر، ماهیت بیماری سوء هاضمه کنشی و همراهی با تعارضات درونی و بین فردی از فرضیه تأثیر رویکردهای روان پویایی در درمان این اختلال حمایت می کند. در نتیجه، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر روان درمانگری پویایی کوتاه مدت «هسته تعارضی موضوع ارتباطی» بر کاهش نشانه های گوارشی و تغییر شیوه های مقابله با تعارض بین فردی بود.

روش

طرح پژوهش: مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی شبه آزمایشی است که در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران به شماره IRCT201102285931N1 ثبت شده است. همچنین این طرح در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل و دانشگاه تربیت مدرس تصویب شد.

3- psychoanalyst psychotherapist

4- psychological minded

1- core conflictual relationship theme

2- alexithymia

گزارش شده است [۳۶]. فرم فارسی آن دارای اعتبار درونی ۰/۸۱ و روایی قابل قبول است [۳۷]. این مقیاس شامل ۲۸ ماده و متشکل از ۵ زیر مقیاس می‌باشد. هر زیر مقیاس شیوه تعارض خاصی را نشان می‌دهد و کسب بیشترین نمره در هر کدام از زیر مقیاس‌ها نشان دهنده استفاده از همان شیوه مقابله با تعارض توسط فرد می‌باشد. زیر مقیاس‌ها عبارتند از: شیوه همراهانه^۴ (۷ ماده): این زیر مقیاس با شیوه حل مسأله در ارتباط است و نشان دهنده تبادل اطلاعات و بررسی اختلاف‌ها برای رسیدن به راه حل قابل قبول برای طرفین است. شیوه مهربانانه^۵ (۶ ماده): این شیوه بیانگر تلاش برای کاهش اختلافات است و برای برآورده کردن انتظارات و مسائل دیگران بر تشابهات تأکید می‌کند. فردی که از این شیوه استفاده می‌کند برای برآورده کردن نیاز و مسائل دیگران مسائل خود را نادیده می‌گیرد. شیوه سلطه‌گرانه^۶ (۵ ماده): این شیوه با جهت‌گیری تهدید آمیز مشخص می‌شود. شخصی که از این شیوه استفاده می‌کند برای رسیدن به هدف خود اقدام به هر کاری کرده و نیازها و انتظارات دیگران را نادیده می‌گیرد. شیوه مصالحه‌گرانه^۷ (۴ ماده): این شیوه در نقطه میانی توجه به انتظارات و نیازهای خود و دیگران قرار دارد و به تقسیم امتیازات بین طرفین اشاره می‌کند. شیوه اجتنابی^۸ (۶ ماده): این شیوه با موقعیت‌های انزوا، اعطای مسئولیت به دیگران، دیگران را مقصر دانستن و خود را کنار کشیدن همراه است. شیوه‌های پنج‌گانه مقابله با تعارض، دو روش مدیریت «تعارض سازنده و غیر سازنده» را تشکیل می‌دهند. شیوه‌های همراهانه و مهربانانه بعد سازنده و شیوه‌های سلطه‌گرانه و اجتنابی بعد غیر سازنده را تشکیل می‌دهند و شیوه مصالحه‌گرانه حالت بینابینی دارد.

روند اجرای پژوهش: آزمودنیها در گروه کنترل، به مدت شش هفته داروهای طبی درمان سوء هاضمه گوارشی را مطابق طرح درمانی مصوب دپارتمان گوارش دانشگاه علوم پزشکی بابل با توجه به اینکه از نظر عفونت هلیکوباکتر پیلوری مثبت یا منفی بودند، به شرح زیر دریافت کردند:

درمانگری پویشی کوتاه مدت هسته تعارضی موضوع ارتباطی را دریافت نمودند. در طول دوره آزمایش، دو نفر از گروه آزمایش و دو نفر از گروه کنترل به علت ناتمام گذاشتن برنامه درمانی از مطالعه کنار گذاشته شدند. در نهایت، ۱۵ نفر از گروه کنترل و ۱۵ نفر از گروه آزمایش تا انتهای تحقیق باقی ماندند. تمامی آزمودنیها در هر دو گروه در بدو ورود و قبل از مداخلات آزمایشی، در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه‌های ارزیابی بیمار از اختلال گوارشی فوقانی - شاخص شدت نشانه^۱ [۳۵]، و مقیاس نسخه دوم شیوه مقابله با تعارض رحیم^۲ [۳۶] را تکمیل کردند. در پایان مداخلات درمانی و مرحله پس‌آزمون، یعنی ۱۶ هفته جلسات درمانی هسته تعارضی موضوع ارتباطی در گروه آزمایش و ۶ هفته دارو درمانی در گروه کنترل، به منظور سنجش تأثیر روش کاربندی، هر دو گروه مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. همچنین به منظور پیگیری آثار درمانی، همه آزمودنیها سه ماه پس از پایان مطالعه دو پرسشنامه مذکور را تکمیل کردند.

ابزار:

۱- پرسشنامه ارزیابی بیمار از اختلال گوارشی فوقانی - شاخص شدت نشانه: این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال برای ارزیابی شدت نشانه‌های جسمانی اختلال سوء هاضمه کنشی است. پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از سؤال‌ها در یک مقیاس ۰ تا ۵ درجه‌ای از میزان ناراحتی «هیچ» تا «خیلی شدید» مشخص می‌گردد. این ابزار شدت نشانه‌ها را در شش زیر گروه سوزش سردل / بازگشت مواد غذایی به دهان، پری معده / سیری زودرس، تهوع / استفراغ، نفخ، درد فوقانی شکم و درد تحتانی شکم ارزیابی می‌کند. برای این ابزار، اعتبار ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ با روش آلفای کرونباخ و ۰/۶۰ تا ۰/۸۲ با روش بازآزمایی گزارش شده است [۳۵].

۲- مقیاس نسخه دوم شیوه مقابله با تعارض رحیم: این مقیاس یک ابزار خودگزارش دهی^۳ است و برای اندازه‌گیری میزان تضاد و تعارض ارتباطی به کار می‌رود. اعتبار این مقیاس در تحقیقات مختلف از ۰/۷۲ تا ۰/۸۳

- 4- integrating
- 5- obliging
- 6- dominating
- 7- accommodating
- 8- avoiding

- 1- Patient Assessment of Upper Gastrointestinal Disorder-Symptom Severity Index
- 2- Rahim Organization Conflict Inventory-II (ROCI-II)
- 3- self report

ارزشیابی و سرانجام درمان جلسات روان درمانگری کوتاه مدت پویشی ابداع کرد، اما همکاران و شاگردانش آن را به عنوان مدل درمانگری توسعه دادند. به طوری که مدت زمان زیادی است که هسته تعارضی موضوع ارتباطی به عنوان روش درمانی در آمریکا و کانادا به کار گرفته می‌شود. بوک^۶، یکی از شاگردان لوبورسکی، با نگارش کتابی با عنوان «چگونه روان درمانی کوتاه مدت پویشی مدل هسته تعارضی موضوع ارتباطی را تمرین کنیم» این روش را به عنوان روش درمانگری به جستجوگران این مدل آموزش می‌دهد [۳۸]. قبل از شروع مطالعه، یک درمانگر تحلیلی زن که تجربه کافی در روان درمانگری تحلیلی دراز مدت داشت، با مطالعه کتاب هسته تعارضی موضوع ارتباطی بوک [۳۹] و آموزش از راه دور به صورت چهره به چهره از طریق اینترنت از دکتر هوارد بوک مدل روان درمانی کوتاه مدت پویشی هسته تعارضی موضوع ارتباطی را فرا گرفت. همچنین در طول درمان بیماران سوء هاضمه کنشی، درمانگر به طور پیوسته هفته‌ای یکبار با دکتر بوک جلسات ۵۰ دقیقه‌ای داشت که تحت نظارت^۷ او، او، درمان بیماران انجام می‌گرفت. هدف این مدل رفع نشانه‌ها و برخی تغییرات مهم، اما محدود در شخصیت است. هسته تعارضی موضوع ارتباطی از سه مؤلفه اصلی تشکیل می‌شود: آرزو^۸ و یک پاسخ از دیگری^۹ و یک پاسخ از خویش^{۱۰}. منشأ هسته تعارضی موضوع ارتباطی از وقایع ارتباطی است که بیمار از تعامل خود با شخص دیگر بازگو می‌کند. این مدل از دو جلسه ارزیابی اولیه و ۱۶ جلسه درمانی تشکیل می‌شود. درمانگر در اولین جلسه ضمن اخذ تاریخچه، از محتوای وقایع ارتباطی که بیمار بازگو می‌کند سه مؤلفه فوق را استخراج کرده و هسته مرکزی تعارضات بین فردی را در بیمار شناسایی می‌کند. در جلسه دوم موضوع تعارض مرکزی شناسایی شده را با بیمار مطرح کرده و مدل درمانی و قوانین جلسات را با بیمار در میان می‌گذارد تا توافق دو طرفه حاصل شود. پس از شناسایی هسته تعارضی در جلسات ارزیابی اولیه، مراحل

بیماران هلیکوباکتر مثبت: به مدت دو هفته ترکیبی از بیسموت ساب سیترات^۱ ۵۰۰ میلی گرم سه بار در روز، مترونیدازول^۲ ۲۵۰ میلی گرم سه بار در روز، آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم سه بار در روز، یا امپرازول^۳ ۲۰ میلی گرم دو بار در روز و یا رانیتیدین ۱۵۰ میلی گرم دو بار در روز مصرف کردند. بیماران پس از دو هفته درمان، فقط امپرازول ۲۰ میلی گرم دو بار در روز و یا رانیتیدین ۱۵۰ میلی گرم دو بار در روز را به مدت چهار هفته ادامه دادند. بیماران هلیکوباکتر منفی: این گروه از آزمودنیها، امپرازول ۲۰ میلی گرم دو بار در روز و یا رانیتیدین ۱۵۰ میلی گرم دو بار در روز را به مدت شش هفته مصرف کردند. آزمودنیهای گروه آزمایش، علاوه بر اینکه داروهای درمان سوء هاضمه گوارشی را همانند گروه کنترل دریافت کردند، در ۱۶ جلسه روان درمانگری هسته تعارضی موضوع ارتباطی به صورت هر هفته یک جلسه ۵۰ دقیقه‌ای، مشارکت داشتند. در این مدل درمانی برای هر بیمار روز جلسه و ساعت آن در طول مدت درمان ثابت و بدون تغییر باقی می‌ماند. در این مدل درمانی قوانین لغو شدن جلسه و یا تاخیر در شروع جلسه به این صورت بود که در صورت لغو شدن از طرف درمانگر و یا بیمار، جلسه به هفته بعدی موکول می‌شد. تاخیر در شروع جلسه اگر از طرف درمانگر بود که در همان جلسه و یا جلسات بعدی جبران می‌شد، اما تاخیر از طرف بیمار جبرانی نداشت. درمانگر خط تلفن جداگانه‌ای برای بیماران داشت تا اگر بیمار و درمانگر خواستند که جلسه‌ای را لغو کنند بطور مستقیم با یکدیگر صحبت کنند. هر چند بیماران آزاد بودند که جلسات را لغو کرده و یا تاخیر داشته باشند، اما درمانگر در جلسه بعدی علل ناهشیار این رفتارها (مقاومت به درمان و یا شکست در همدلی^۴) را جستجو می‌کرد.

مدل روان درمانگری: مدل هسته تعارضی موضوع ارتباطی نوعی از روان درمانگری پویشی کوتاه مدت است که بر حوزه تعارضات بین فردی تأکید دارد. هر چند لوبورسکی^۵ (۱۹۸۴) مفهوم هسته تعارضی موضوع ارتباطی را برای

6- Book
7- supervision
8- wish
9- a response from other
10- a response from the self

1- Bismuthsuncitrat
2- Metronidazole
3- Omeprazole
4- Empathic failure
5- Luborsky

تحریف شده، فرد همان احساساتی (به طور مثال، ترس) را که در روابط با والدین تجربه می‌کرد در روابط فعلی نیز تجربه می‌کند. در اجبار تکرار، فرد در روابط فعلی به گونه‌ای دیگران را بر می‌انگیزاند تا همان الگوهای رفتاری والدین با او تکرار شود (به طور مثال، فرد مقابل را تحریک به خشم می‌کند تا سر او داد بزند و بعد او کناره گیری کند). جلسات ۱۳ تا ۱۶ مرحله پایانی^{۱۵} نامیده می‌شود. معمولاً بیماران از جلسه هشتم به بعد در خصوص ختم درمان خشمگین هستند و به طور متداول تا جلسه ۱۱-۱۰ در خصوص خاتمه درمان صحبت می‌کردند. رسیدن به انتهای درمان، برخی از هسته‌های تعارضی موضوع ارتباطی بیمار را تحریک می‌کند، در این مرحله غالب بیماران ترس‌هایشان از ختم درمان نشان می‌دادند. در بیشتر موارد، موضوع جلسات نگرانی‌های از دست دادن، طرد شدن، جدایی بود. فاز انتهایی فرصت دوم برای درمانگر جهت فرایند حل و فصل هسته‌های تعارضی موضوع ارتباطی بود. بنابراین تمرکز اصلی درمانگر در این مرحله حل و فصل نگرانی‌ها و ترس‌های ختم درمان بود [۳۹].

یافته‌ها

جدول ۱ مقایسه میانگین تغییرات^{۱۶} نشانه‌های گوارشی را در دو گروه آزمودنی در پایان مداخلات و سه ماه پیگیری بعدی نشان می‌دهد. متغیرهای سوزش سردل، تهوع/ استفراغ، پری معده بعد از غذا، نفخ معده، درد فوقانی شکم، درد تحتانی شکم، و نمرات کل در مقایسه میانگین نمرات پیش از مداخلات تفاوت معناداری نداشتند. چون نمرات متغیرهای نشانه‌های گوارشی بعد از مداخلات، شرط همگنی شیب خط رگرسیون که پیش شرط آزمون تحلیل کواریانس^{۱۷} است را دارا نبودند، برای مقایسه نمرات دو گروه در پایان مداخلات و پیگیری سه ماهه از آزمون تحلیل کواریانس استفاده نشد و آزمون t تفاضل به کار گرفته شد. بنابراین، ابتدا تفاضل نمرات پیش از آزمون و پس از آزمون هر آزمودنی محاسبه شد و سپس میانگین تفاضل در دو گروه با آزمون t مقایسه شد. همین کار برای نمرات پیگیری سه ماه بعدی هم انجام شد. مقایسه میانگین‌های تغییرات (پس از محاسبه تفاضل نمرات پیش از آزمون و

رسمی درمانی شروع می‌شد. در جلسات اول تا چهارم که مرحله شروع^۱ نامیده می‌شود، تمرکز اصلی درمانگر بر این بود که بیمار به این تشخیص برسد که هسته تعارضی موضوع ارتباطی در تمام ارتباطات او با دوستان، همکاران، اقوام، در انتقال با درمانگر، ارتباطات قبلی با خواهرها برادرها، معلمان، همکلاسی‌ها، و والدین، حضور دارد. در این جلسات از طریق برقراری اتحاد درمانی، بیمار به آثار هسته تعارضی موضوع ارتباطی در زندگی‌اش پی می‌برد؛ اینکه چگونه رفتارهای خودکار، علت اصلی احساسات منفی مزمن، اعتماد به نفس پایین، آسیب دیدن، و رنجیدن او هستند. جلسات پنجم تا دوازدهم مرحله میانی^۲ را در بر می‌گیرد که مهمترین بخش درمانی است. درمانگر در این مرحله تعارضات هسته‌ای بیمار که در جلسات ابتدایی شناسایی شده بود و بیمار به همه‌گیر بودن آنها در مرحله آغازین پی‌برده بود، در فرایند حل و فصل^۳ قرار می‌دهد. در این مرحله دفاع‌ها^۴ و مقاومت‌ها^۵ کنار گذاشته می‌شوند. درمانگر در رابطه درمانی با بیمار با استفاده از تظاهرات انتقال^۶ و انتقال متقابل^۷ بینش^۸ لازم را برای حل و فصل تعارضات بیمار فراهم می‌کند و از تکنیک‌هایی از قبیل سکوت^۹، پرسش، آشکار سازی^{۱۰}، مواجهه^{۱۱} و تعبیر^{۱۲} استفاده می‌کند. درمانگر بین ارتباطات فعلی بیمار با دیگران و همچنین درمانگر و ارتباطات با والدین در سال‌های کودکی پلی می‌زد تا بیمار از طریق فرایند حل و فصل و با رسیدن به ریشه‌های کودکی، به این موفقیت نائل می‌شود که پاسخ‌های دیگران مشتق شده از یک انتقال منحرف شده^{۱۳} و یا اجبار تکرار^{۱۴} است. در این صورت بیمار می‌توانست آرزوی خود را به تحقق رساند، بدون اینکه پاسخ‌های قبلی خویشتن او را متوقف کند. در پدیده انتقال

- 1- beginning phase
- 2- middle phase
- 3- working through
- 4- defenses
- 5- resistances
- 6- transference
- 7- countertransference
- 8- insight
- 9- silence
- 10- clarification
- 11- confrontation
- 12- interpretation
- 13- transference distortion
- 14- repetition compulsion

- 15- termination phase
- 16- mean changes
- 17- ANCOVA

میانگین تغییرات پایان مداخلات نداشت و مقایسه میانگین‌های تغییرات پس از سه ماه پیگیری نشان داد که بهبودی تمامی نشانه‌های گوارشی در گروه هسته تعارضی موضوع ارتباطی به طور معناداری ($P < 0/01$) از گروه کنترل بیشتر بود. بنابراین روش هسته تعارضی موضوع ارتباطی توانست کلیه نشانه‌های گوارشی بیماران را بهبود بخشد و این بهبودی به مدت سه ماه پایدار بماند.

پیگیری) نشان می‌دهد که تمام نشانه‌های گوارشی در گروه روان درمانگری پوششی کوتاه مدت هسته تعارضی موضوع ارتباطی نسبت به گروه دارو درمانی به طور معناداری ($P < 0/01$) کاهش بیشتری داشتند. همچنین در گروه درمان روان درمانگری کوتاه مدت هسته تعارضی موضوع ارتباطی تغییرات بهبودی نشانه‌ها در طول مدت سه ماه حفظ شد، زیرا میانگین تغییرات تفاوت چندانی نسبت به

جدول ۱) مقایسه میانگین تغییرات نشانه‌های گوارشی در دو گروه در پایان مداخلات و پیگیری سه ماهه

زمان شاخص نشانه	بعد از مداخله			پیگیری سه ماهه		
	گروه‌ها	میانگین تفاضل (T1-T2)	خطای استاندارد تفاضل	درجه آزادی	نمره t	سطح معناداری
سوزش سر دل	آزمایش	-۷/۹۳	۱/۱۷	۲۸	-۳/۱۹	۰/۰۰۳
	کنترل	-۱/۴۷	۱/۶۵	۲۸	-۳/۱۹	۰/۰۰۳
تهوع/ استفراغ	آزمایش	-۳/۱۳	۰/۸۰	۲۸	-۴/۲۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۰/۴۷	۰/۲۳	۲۸	-۴/۲۹	۰/۰۰۱
پری معده بعد از غذا	آزمایش	-۶/۴۰	۱/۳۳	۲۸	-۳/۷۷	۰/۰۰۱
	کنترل	-۰/۴۰	۰/۸۶	۲۸	-۳/۷۷	۰/۰۰۱
نفخ معده	آزمایش	-۳/۴۰	۰/۵۹	۲۸	-۵/۱۸	۰/۰۰۱
	کنترل	-۰/۱۳	۰/۲۱	۲۸	-۵/۱۸	۰/۰۰۱
درد فوقانی شکم	آزمایش	-۳/۲۰	۰/۵۱	۲۸	-۵/۰۰	۰/۰۰۱
	کنترل	۰/۰۷	۰/۳۹	۲۸	-۵/۰۰	۰/۰۰۱
درد تحتانی شکم	آزمایش	-۲/۲۷	۰/۵۷	۲۸	-۳/۳۰	۰/۰۰۳
	کنترل	۱/۰۷	۰/۸۳	۲۸	-۳/۳۰	۰/۰۰۳
نمرات کل	آزمایش	-۲۶/۳۳	۲/۹۱	۲۸	-۷/۵۳	۰/۰۰۱

داد که در گروه روان درمانگری کوتاه مدت هسته تعارضی موضوع ارتباطی نسبت به دارو درمانی شیوه‌های مقابله با تعارض سازنده، همراهانه، مهربانانه، و مصالحه گرانه به طور معناداری ($P < 0/05$) بالاتر و میانگین نمرات شیوه‌های مقابله با تعارض غیر سازنده اجتنابی و سلطه گرانه به طور معناداری ($P < 0/01$) پایین‌تر بود. مجذور اتا نشان می‌دهد که سهم روان درمانگری هسته تعارضی موضوع ارتباطی در تبیین تغییرات چهار سبک همراهانه، مهربانانه، سلطه گرانه و اجتنابی بیش از ۵۰٪ بود. بنابراین، روش درمانگری هسته تعارضی موضوع ارتباطی توانست سبک‌های سازنده مقابله با تعارضات بیماران را افزایش و سبک‌های ناسازنده را کاهش دهد و این بهبودی به مدت سه ماه پایدار بماند.

جدول ۲ مقایسه میانگین نمرات شیوه‌های مقابله با تعارض دو گروه را با آزمون تحلیل کواریانس نشان می‌دهد. این نتایج بیان می‌کند میانگین نمرات شیوه‌های مقابله با تعارض سازنده، همراهانه، مهربانانه، و مصالحه گرانه در گروه روان درمانگری کوتاه مدت هسته تعارضی موضوع ارتباطی نسبت به دارو درمانی به طور معناداری ($P < 0/01$) بالاتر بود. همچنین، میانگین نمرات شیوه‌های مقابله با تعارض غیر سازنده اجتنابی و سلطه گرانه در گروه روان درمانگری کوتاه مدت هسته تعارضی موضوع ارتباطی نسبت به دارو درمانی به طور معناداری ($P < 0/01$) پایین‌تر بود. مقایسه نمرات شیوه‌های مقابله با تعارض دو گروه آزمودنیها در سه ماه پیگیری از پایان مداخلات نشان

جدول ۲) مقایسه میانگین شیوه‌های حل تعارض دو گروه با آزمون تحلیل کواریانس در پایان مداخلات و پیگیری سه ماهه

متغیر	زمان	پایان مداخلات						پیگیری سه ماهه	
		منبع تغییر	میانگین مجنورات	F	سطح معناداری	مجنور اتا	سطح معناداری	F	سطح معناداری
همراهانه	پیش آزمون	۲۴۱/۲۶	۵۵/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷۱	۰/۰۰۱	۹۲/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷۵
	گروه	۲۹۱/۸۶	۶۶/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱۲	۰/۰۰۱	۵۳/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۵
مهربانانه	پیش آزمون	۲۲۱/۹۱	۳۸/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۸۵	۰/۰۰۱	۳۳/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵
	گروه	۱۸۱/۲۹	۳۱/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵	۰/۰۰۱	۲۸/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱۰
سلطه گرانه	پیش آزمون	۷۹/۳۸	۷۳/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳۱	۰/۰۰۱	۲۲/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶۰
	گروه	۱۷۵/۳۲	۱۶۱/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۸۵۷	۰/۰۰۱	۵۶/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷۸
اجتنابی	پیش آزمون	۳۳۴/۶۱	۲۳۰/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۸۹۵	۰/۰۰۱	۱۴۲/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۸۴۱
	گروه	۱۲۹/۱۴	۸۹/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۸	۰/۰۰۱	۵۵/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷۴
مصالحه گرانه	پیش آزمون	۴۴/۴۲	۵۶/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷۹	۰/۰۰۱	۴۸/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۲
	گروه	۱۲/۷۹	۱۷/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۰۲	۰/۰۰۱	۵/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۱۷۱

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که در بیماران سوء هاضمه کنشی درمان با هسته تعارضی موضوع ارتباطی مؤثرتر از درمان طبی استاندارد بود. هسته تعارضی موضوع ارتباطی کلیه نشانه‌های گوارشی سوء هاضمه شامل سوزش سردل، تهوع/ استفراغ، پری معده بعد از غذا، نفخ معده، درد فوقانی شکم، درد تحتانی شکم و نمرات کل نشانه‌ها را بهبود داد. همچنین، همه بهبودی‌ها برای سه ماه تداوم یافت. هیچ مطالعه‌ای گزارش نشده است که نشان دهد روان درمانگری تمامی نشانه‌های سوء هاضمه را کاهش دهد. مطالعات اندکی در خصوص تأثیر روان درمانگری منتشر شده‌اند. هاگ^۱ [۲۶] گزارش کرد که شناخت رفتار درمانگری تعدادی از نشانه‌های گوارشی شامل درد معده، تهوع، و سوزش سردل را کاهش داد، اما بر نشانه نفخ معده تأثیری نداشت. در مطالعه دیگری نشان داده شد که روان درمانگری پویسی کوتاه مدت بین فردی با رویکرد هوبسون^۲ (یک جلسه ابتدایی ۳ ساعته و متعاقب آن ۶ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای) نشانه‌های سوء هاضمه کنشی شامل

درد فوقانی شکم، پری معده، نفخ و نمرات کل را نسبت به گروه کنترل بهبود داد [۴۰]. تبیین علت حفظ بهبودی تمامی نشانه‌های گوارشی در پیگیری یک ماهه و ادامه افت بیشتر در برخی از نشانه‌ها (سوزش سردل، تهوع/ استفراغ، و نمره کل نشانه‌ها) را می‌توان به ماهیت روش درمانی نسبت داد. بیمار در طی جلسات روان درمانگری‌های پویسی عملکرد درمانگر از جمله تبدیل فرآیندهای ناهشیار به هشیار و ارتباط رفتارهای فعلی با تجارب قبلی کودکی را درونی^۳ می‌کند [۲۹]. بکارگیری آنچه در مراحل میانی و انتهایی از جلسات درمانی درونی شده است، به بیمار کمک می‌کند که نه تنها بهبودی کاهش تعارضات حین درمان را حفظ کند، بلکه به روند کاهش تعارضات درون فردی و بین فردی ادامه دهد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که روان درمانگری هسته تعارضی موضوع ارتباطی در بیماران سوء هاضمه کنشی، شیوه‌های مقابله با تعارضات سازنده را ارتقاء و شیوه‌های مقابله با تعارضات غیر سازنده را کاهش داد. هر چند مطالعه‌ای در مورد شیوه‌های مقابله با تعارض و یا تأثیر روان درمانگری بر آنها در بیماران سوء هاضمه کنشی

1- Haug
2- Hobson

3- internalization

آگاهی از فرآیندهای ناهشیار و بهبودی تجارب احساسی اثربخشی است. بنابراین، به نظر می‌رسد که رهایی از تعارضات، بخصوص بین فردی، و بهبودی تنظیم عواطف، هسته مرکزی بهبودی در بیماران سوء هاضمه کنشی است. زمانی که تعارضات روابط حل می‌شوند، حساسیت روابط کاهش می‌یابد، در نتیجه عملکرد اجتماعی افزایش می‌یابد. به نظر می‌رسد که هسته تعارضی موضوع ارتباطی علاوه بر اینکه نشانه‌های گوارشی و روانی را کاهش داد، حساسیت بین فردی را کاهش و عملکرد اجتماعی را نیز افزایش داده است. جنبه دیگر درمانی هسته تعارضی موضوع ارتباطی این بود که بیماران به این بینش می‌رسیدند که چگونه حساسیت بین فردی نشانه‌های گوارشی و روانی آنها را افزایش می‌دهد. آگاهی یافتن از این فرآیند یک مکانیسم درمانی مهم است. هیفاتیس^۱ و همکاران [۴۶] با به کارگیری روان درمانگری پویایی بین فردی کوتاه مدت (۸ جلسه‌ای) در ۲۵۸ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر^۲ گزارش کردند که با بهبودی مشکلات بین فردی، سطح سلامت جسمانی و روانی بیماران افزایش و نشانه‌های بیماری کاهش می‌یابد. از طرف دیگر می‌توان این فرض را مطرح کرد که ممکن است بهبودی تنظیم عواطف، گذرگاه^۳ بهبودی روانی و نشانه‌های گوارشی بوده است. به این معنا که روان درمانگری هسته تعارضی موضوع ارتباطی با بهبودی تنظیم عواطف و کاهش تعارضات فردی و بین فردی، نشانه‌های تعارض را در سطح بدنی (نشانه‌های گوارشی) و سطح روانی (افسردگی، اضطراب، وسواس - بی‌اختیاری) کاهش داد. این تحقیق محدودیت‌هایی نیز داشته است که تعمیم نتایج را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نتایج این مطالعه به علت دسترسی به نمونه زنان و عدم مشارکت کافی مردان به این جنس محدود شد، مشارکت ناکافی مردان به دلایل متعدد از قبیل، عدم مراجعه به درمانگاه‌ها در شیفت صبح، فقدان انگیزه درمان، نداشتن وقت کافی برای شرکت در روان درمانگری و راحت نبودن در جلسات روان درمانگری با درمانگر زن بود. بنابراین توصیه می‌شود که مطالعات بعدی با بکارگیری راهکارهای مناسب از قبیل نمونه گیری از

گزارش نشده است، اما برخی مطالعات از ارتباط شیوه‌های مقابله با تعارض و سلامت روان شناختی حمایت می‌کنند. در یک بررسی نشان داده شد که از بین شیوه‌های مقابله با تعارض، شیوه همراهانه قوی‌ترین پیش بینی کننده سلامت روان شناختی و شدت عواطف مثبت می‌باشد. همچنین شیوه‌های مقابله با تعارض مهربانانه و مصالحه‌گرانه با سلامت روان شناختی ارتباط مثبتی دارند. از طرف دیگر، شیوه‌های مقابله با تعارض غیر سازنده با سلامت روان شناختی ارتباط منفی دارند. در شیوه مقابله با تعارض اجتنابی، درون فرد مملو از احساس گناه، ترس و تنبیه است و تصور بر این است که دیگران بهتر از او مشکلات را حل می‌کنند، در نتیجه فرد رویگردانی از تعارض و انزوا را بر می‌گزیند [۳۷]. این یافته‌ها نشان داد که روان درمانگری هسته تعارضی موضوع ارتباطی به طور همزمان نشانه‌های گوارشی و تعارضات روانی را پس از درمان و سه ماه پیگیری بهبود داد. هیچ مطالعه قبلی گزارش نشده است که روان درمانگری به طور همزمان نشانه‌های گوارشی و نشانه‌های روانی را بهبود دهد. در مطالعات قبلی، روان درمانگری نشانه‌های گوارشی را بهبود داد اما بر نشانه‌های روانی یا مؤثر نبود و یا به طور محدود تأثیر داشت [۲۶، ۴۰، ۴۱]. هر چند تاکنون روان درمانگری هسته تعارضی موضوع ارتباطی در بیماران اختلالات کنشی گوارشی به کار گرفته نشده است، در مطالعات مختلف، تأثیر روان درمانگری پویایی کوتاه مدت بر بهبودی افسردگی [۴۲]، اضطراب [۴۳] و روابط بین فردی [۴۴] گزارش شده است. همچنین، تأثیر مدل هسته تعارضی موضوع ارتباطی بر بهبودی نشانه‌های افسردگی، اضطراب، عملکرد بین فردی، و اعتماد به نفس گزارش شده است [۴۵]. هر چند مکانیسم تأثیر روان درمانگری هسته تعارضی موضوع ارتباطی بر کاهش نشانه‌های گوارشی مشخص نیست و در مطالعات قبلی مدل هسته تعارضی موضوع ارتباطی برای بیماران سوء هاضمه کنشی به کار نرفته است، به نظر می‌رسد که اثر درمانی آن به ماهیت روش مرتبط است. مدل هسته تعارضی موضوع ارتباطی بر هیجان‌ها و احساسات، به خصوص به کارگیری آنها در فضای ارتباطی، تمرکز دارد. هسته تعارضی موضوع ارتباطی در پیامد درمانی احتمالی تغییرات احساسی، شامل شناسایی احساسات، افزایش

1- Hyphantis

2- Irritable Bowel Syndrome

3- pathway

- Loianomonghidoro study. Dig Live Dis. 2009; 41(1): 43.
- 3- Okumura T, Tanno S, Ohhira M, Tanno S. Prevalence of functional dyspepsia in an outpatient clinic with primary care physicians in Japan. J Gastroenterol. 2010; 45(2):187-197.
- 4- Shaib Y, El-Serag HB. The prevalence and risk factors of functional dyspepsia in a multiethnic population in the United States. Am J Gastroenterol. 2004; (99): 2210-2216.
- 5- Lacy BE, Cash BD. Diagnosis and treatment of functional dyspepsia. JAMA. 2008; 299(5): 555-556.
- 6- Holtmann G, Gapsin J. Failed therapy and directions for the future in dyspepsia. Dig Dis. 2008; (26): 218-224.
- 7- Brook RA, Kleinman NL, Seon Chough R, Melkonian AK, Smeeding JE, Talley, NJ. Functional dyspepsia impacts absenteeism and direct and indirect costs. Clin Gastroenterol Hepatol. 2010; (8): 498-503.
- 8- Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, Bradley LA, Francisconi C, Drossman DA, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. Gastroenterol. 2006; (130): 1447-1458.
- 9- Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. Psychosom Med. 2003; (65): 528-533.
- 10- Van-Oudenhove L, Demyttenere K, Tack J, Aziz Q. Center nervous system involvement in functional gastrointestinal disorders. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2004; (18): 663-680.
- 11- Sykes MA, Blanchard EB, Lackner J, Keefer L, Krasner S. Psychopathology in irritable bowel syndrome. Support for a psychophysiological model. J Behav Med. 2003; (26): 361-372.
- 12- Lydiard RB. Increases prevalence of functional gastrointestinal disorders in panic disorder: Clinical and theoretical implications. CNS Spectr. 2005; (10): 899-908.
- 13- Leserman J, Drossman DA. Relationship of abuse history to functional gastrointestinal disorders and symptoms: some possible mediating mechanisms. Trauma Violence Abuse. 2007; (8): 331-343.
- 14- Naliboff BD, Munakata J, Fullerton S, Gracely RH, Kodner A, Harraf F, et al. Evidence for two distinct perceptual alterations in irritable bowel syndrome. Gut. 1997; (41): 505-512.
- 15- Allescher, HD. Functional dyspepsia-A multi causal disease and its therapy. Psycomedicine. 2006; (13): 2-11.
- 16- Van-Kerkhoven LAS, Laheij RJF, Aparicio N, De-Boer WA, Van-den-Hazel S, Tan AC, et al. Effect of the antidepressant venlafaxine in functional dyspepsia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Clin Gastroenterol Hepatol. 2008; (6): 746-752.

مراکز متعدد دولتی و خصوصی، نمونه گیری در ساعات صبح و بعداز ظهر و همچنین روان درمانگری در ساعات مختلف و دسترسی به درمانگر از هر دو جنس تمهیدات لازم برای مشارکت مردان فراهم شود تا تأثیر این روش بر مردان با بیماری سوء هاضمه گوارشی نیز مشخص شود. از محدودیت‌های دیگر، پیگیری کوتاه مدت سه ماهه بیماران بود. بهترین روش برای اندازه گیری سرانجام مداخلات برای اختلالات کنشی، ارزیابی دراز مدت است. مطالعات بعدی نیاز هست تا تعیین کند که آیا بهبودی هسته تعارضی موضوع ارتباطی بر نشانه‌های گوارشی و مقابله با تعارضات بین فردی برای دوره‌های طولانی مدت ادامه می‌یابد. از محدودیت‌های دیگر گروه کنترل بود که در این مطالعه نتوانستیم به علت نمونه گیری از کلینیک‌های گوارشی دسترسی به بیمارانی داشته باشیم که هیچ درمانی دریافت نمی‌کردند. در پژوهش‌های آتی باید نمونه گیری از مراکز باشد که دسترسی به بیماران لیست انتظار درمان طبی وجود داشته باشد تا این بیماران گروه کنترل و یا مداخله قرار گیرند تا هیچ درمان طبی دریافت نشود و اثر خالص روان درمانی مشخص شود. این مطالعه نشان داد که روان درمانگری پویشی کوتاه مدت با رویکرد بین فردی (از قبیل هسته تعارضی موضوع ارتباطی) بر بهبودی نشانه‌های بیماران سوء هاضمه کنشی مؤثر است. پژوهش‌های بعدی جهت مقایسه تأثیر انواع روان درمانگری‌های کوتاه مدت پویشی را بر نشانه‌های بیماری سوء هاضمه کنشی با هسته تعارضی موضوع ارتباطی پیشنهاد می‌شود. نتیجه آنکه، روان درمانگری پویشی کوتاه مدت «هسته تعارضی موضوع ارتباطی» یک مدل درمانی قابل اعتمادی است که می‌تواند نشانه‌های گوارشی و شیوه‌های مقابله با تعارض را در بیماران سوء هاضمه کنشی بهبود دهد. یافته‌های این تحقیق پیشنهاد می‌کند که بهتر است متخصصین گوارش با ارجاع بیماران سوء هاضمه کنشی به روان‌شناسان متبحر، روان در مانگری (بخصوص هسته تعارضی موضوع ارتباطی) را به دارو درمانی اضافه نمایند.

منابع

- 1- Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, Tytgat GN. Functional gastroduodenal disorders. Gut. 1999; 45(2): 37-42.
- 2- Zagari RM, Law G, Fucci L, Eusebi L, Forman D, Bazzoli F. Prevalence and risk factors of functional dyspepsia in the general population:

- developmental perspective. *Clin Soc Work J.* 1996; (24): 299-309.
- 34- Luborsky L, Diguier L, Luborsky E, Mclellan AT, Woody G, Alexander L. Psychological health-sickness (PHS) as a predictor outcomes in dynamic and other psychotherapies. *J Consult Clin Psychol.* 1993; (61): 542-548.
- 35- Rentz AM, Kahrilas P, Stanghellini V, Tack J, Talley NJ, Loge de la C, et al. Development and psychometric evaluation of the patient assessment of upper gastrointestinal disorders. *Qual Life Res.* 2004; (13): 1731-1749.
- 36- Corcoran KO, Malinkrodt B. Adult attachment, self efficacy, perspective taking and conflict resolution. *J Couns Dev.* 2000; (9):136-139.
- ۳۷- باباپور خیرالدین جلیل. بررسی رابطه بین شیوه‌های مقابله با تعارض ارتباطی و سلامت روان‌شناختی دانشجویان. فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز. ۱۳۸۴؛ ۴(۱): ۴۶-۲۷.
- 38- Book HE. How to practice brief psychodynamic psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme Method. Washington DC. American Psychological Association; 1998.
- 39- Book HE. How to practice brief psychodynamic psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme Method. 4th ed. Washington DC: American Psychological Association; 2007.
- 40- Hamilton J, Guthrie E, Creed F, Thompson B, Bennet R, Moriarty K, et al. Randomized controlled trial of psychotherapy in patients with functional dyspepsia. *Gastroentrol.* 2000; (119): 661-669.
- 41- Haag S, senf W, Tagay S, Langkafel M, Braun-Lang U, Pietsch A, et al. Is there a benefit from intensified medical and psychological interventions in patients with functional dyspepsia not responding to conventional therapy? *Aliment Pharmacol Ther.* 2007; (25): 973-986.
- 42- Leichsenring F, Beutel M, Leibing E. Psychodynamic psychotherapy for social phobia: a treatment manual based on supportive-expressive therapy. *Bull Menninger Clin.* 2007; (71): 56-83.
- 43- Ferrero A, Pier A, Fassina S, Massola T, Lanteri A, Daga, G A. A 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalised anxiety disorders in a community setting. *Eur Psychiatry.* 2007; 22(8): 530-539.
- 44- Huber D, Henrich G, Klug G. The Inventory of Interpersonal Problems (IIP): Sensitivity to change. *Psychother Res.* 2007; 17(4): 474-481.
- 45- Jarry GL. Core conflictual relationship theme-guided psychotherapy: initial effectiveness study of a 16-session manualized approach in a sample of six patients. *Psychol Psychother.* 2010; (83): 385-394.
- 46- Hyphantis T, Guthrie E, Tomenson B, Francis C. Psychodynamic interpersonal therapy and improvement in interpersonal difficulties in people
- 17- Porcelli P, De-Carne M, Fava GA. Assessing somatization in functional gastrointestinal disorders: integration of different criteria. *Psychother Psychosom.* 2000; (69): 198-204.
- 18- Porcelli P, Affatati V, Bellomo A, De-Carne M, Todarello O, Taylor GJ. Alexithymia and psychopathology in patients with psychiatric and functional gastrointestinal disorders. *Psychother Psychosom.* 2004; (73): 84-91.
- 21- Kroenke K, Rosmalen JG. Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders. *Med Clin North Am.* 2006; (90): 603-626.
- 22- Sha MC, Callahan CM, Counsell SR, Westmoreland GR, Stump TE, Kroenke K. Physical symptoms as a predictor of health care use and mortality among older adults. *Am J Med.* 2005; (118): 301-306.
- 23- Kronke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Psychiatr Res.* 2003; (12): 34-43.
- ۲۴- روزنهمان، دیوید ال، سلیگمن، مارتین ای پی. روان‌شناسی نابهنجاری آسیب‌شناسی روانی، جلد اول. سیدمحمدی یحیی، مترجم. تهران: سالوان؛ ۱۳۸۵.
- 25- Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Psychother psychosom.* 2009; (78): 265-274.
- 29- Seruya BB. Empathic brief psychotherapy. New Jersey: Jason Aronson; 1997.
- 19- Harigopal K. Conflict Management (Managing Interpersonal Conflict). London: Oxford and IBH publishing; 1995.
- 20- Rahim MA. Managing conflict in organization. *J Soc Psychol.* 1986; (126): 79-86.
- 32- Porcelli P, Taylor GJ, Bagby RM, De Carne M. Alexithymia and functional gastrointestinal disorders. *Psychother Psychosom.* 1999; (68): 263-269.
- 33- Vanhule S, Desmet M, Rosseel Y. Relationship patterns in alexithymia: A study using the core conflictual relationship theme method. *Psychopathology.* 2007; (40): 14-21.
- 26- Haug TT. Cognitive therapy in functional dyspepsia. *International Congress Series.* 2002; (1241): 127-130.
- 27- Ebell M. Hypnotherapy effective for functional dyspepsia. *Am Fam Physician.* 2003; 61(10): 222.
- 28- Soo S, Forman D, Delaney BC, Moayyedi P. A systematic review of psychological therapies for nonuclear dyspepsia. *Am J Clin Hypnos.* 2004; 47(3): 222.
- 30- Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive/expressive treatment. New York: Basic Books; 1984.
- 31- Straussner SLA, Spiegel BR. An analysis of 12-step programs for substance abusers from a

with sever irritable bowel syndrome. Pain. 2009;
(145): 196-203.