رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۱۰، شماره پیاپی ۱۱۵، دی ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(10), 2026

اثربخشی درمان پویشی فشرده کوتاه‌مدت (ISTDP) بر مشکلات خواب، اضطراب و علائم گوارشی زنان مبتلا به اختلالات عملکرد گوارشی

The effectiveness intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on sleep problems, anxiety, and digestive symptoms in women with functional gastrointestinal disorders

سعید زنجانچی نیکو
دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه رجا، قزوین، ایران.
دکتر علی فراهانی (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه رجا، قزوین، ایران.

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشردۀ کوتاه‌مدت (ISTDP) بر مشکلات خواب، اضطراب و علائم گوارشی زنان مبتلا به اختلالات عملکرد گوارشی بود. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان با شکایت عملکرد گوارشی مراجعه کننده به پزشکان متخصص داخلی شهر قزوین در سال ۱۴۰۳ بودند. از بین آن‌ها ۲۴ نفر به شیوۀ هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۲ نفر) جایگذاری شدند. روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت (۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی) به گروه آزمایش به صورت فردی ارائه گردید. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های کیفیت خواب پترزبوگ (PSQI، ۱۹۸۹)، اضطراب بک (BAI، ۱۹۸۸) و مقیاس شدت علایم گوارشی (GSRS) استفاده شد. داده‌ها با آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد با کنترل اثرپیش‌آزمون بین میانگین پس‌آزمون مشکلات خواب، اضطراب و شدت علائم گوارشی در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح (p<۰/۰۵)، وجود داشت. روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت منجر به بهبود مشکلات خواب، کاهش اضطراب و شدت علایم گوارشی در زنان مبتلا به اختلال عملکرد گوارشی شده‌است. روان‌درمانی پویشی به بیماران کمک می‌کند، اضطراب‌شان را تنظیم و به شیوۀ مناسبی احساسات‌شان را تجربه کند تا هیجانات به شکل جسمانی برون‌ریزی نشوند. بنابراین می‌توان از درمان پویشی برای بهبود جنبه‌های مختلف مشکلات فردی بیماران مبتلا به اختلال عملکرد گوارشی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: *اضطراب، علائم گوارشی، مشکلات خواب، روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت.*

Saeed Zanjanchi Nikoo
MA Student of Psychology, Department of Psychology, University Of Raja, Qazvin, Iran.
Dr. Ali Farahani *
Assistant Professor, Department Of Psychology, University Of Raja, Qazvin, Iran.
a.farahani@raja.ac.ir

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on sleep problems, anxiety, and digestive symptoms in women with functional gastrointestinal disorders.The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group.The statistical population included all women with complaints of gastrointestinal function who referred to internal medicine specialists in Qazvin in 1403. Among them, 24 people were purposefully selected and randomly placed into two experimental and control groups (12 people in each group).Intensive short-term dynamic psychotherapy (10 60-minute weekly sessions) was provided individually to the experimental group. The Petersbaugh Sleep Quality Inventory (PSQI, 1989), Beck Anxiety Inventory (BAI, 1988), and Gastrointestinal Symptom Severity Scale (GSRS) were used to collect data. The findings showed that, after controlling for the pretest effect, there was a significant difference between the posttest mean of sleep problems, anxiety, and severity of gastrointestinal symptoms in the experimental and control groups at the level of (p<0.05). Intensive short-term dynamic psychotherapy has led to improvements in sleep problems, reduced anxiety, and the severity of digestive symptoms in women with gastrointestinal dysfunction.Dynamic psychotherapy helps patients regulate their anxiety and experience their emotions in an appropriate way so that emotions do not become physical outbursts. Therefore, dynamic psychotherapy can be used to improve various aspects of the individual problems of patients with gastrointestinal dysfunction.

Keywords: *Anxiety, Gastrointestinal Symptoms, Sleep Problems, Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** آذر ۱۴۰۳ | **پذیرش:** فروردین ۱۴۰۴ | **ویرایش نهایی:** دی ۱۴۰۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.281]

مقدمه

اختلالات عملکردی گوارشی[1] (FGID) گروهی از اختلالات هستند که با علائم مزمن گوارشی (به عنوان مثال درد شکمی، اختلال در بلع، سوءهاضمه، اسهال، یبوست و نفخ) در غیاب آسیب‌شناسی قابل اثبات در آزمایش‌ها مشخص می‌شوند. از نظر تاریخی به عنوان شرایطی تعریف می‌شدند که هیچ مبنای جسمانی نداشتند، اما امروزه مشخص شده است که آنها به دلیل تغییرات در ارتباط مغز و روده به وجود می‌آیند (سان[2] و همکاران، ۲۰۲۳). اختلالات عملکردی گوارشی (به عنوان مثال سندرم روده تحریک‌پذیر[3] و سوءهاضمه عملکردی[4]) شرایط بسیار شایعی هستند که همگی با رفتارهای ناسازگار بیمار، استرس و بیماری‌های روانی بدتر می‌شوند (دوآن[5] و همکاران، ۲۰۲۱).

پژوهش‌ها ارتباط معناداری بین اختلالات گوارشی و اختلالات خواب پیدا کرده‌اند (پاچکو[6] و همکاران، ۲۰۲۴؛ آکاشی[7]، ۲۰۲۴ و ورنیا[8] و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع، رابطه نزدیکی بین مغز و تغذیه/متابولیسم، و همچنین بین مغز و اندام‌های گوارشی به طور گسترده ثبت شده است (مرلو[9] و همکاران، ۲۰۲۴؛ ورنیا و همکاران، ۲۰۲۱). بیماری‌های گوارشی که اغلب خواب را مختل می‌کنند، شامل بیماری‌های مرتبط با زخم معده، رفلاکس معده، مشکلات التهابی روده، سندرم رودهٔ تحریک‌پذیر می‌شوند. چند کارآزمایی بر روی بیماران استرالیایی و ژاپنی ارتباط معنادار بین مشکلات گوارشی و اختلالات خواب را نشان داده‌اند (لی و همکاران، ۲۰۲۴؛ هوشینو[10] و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین در این بیماران شیوع بالایی از اضطراب و افسردگی گزارش شده‌است که به صورت مستقیم یا با واسطه بر خواب آن‌ها تاثیر می‌گذارد (اوکایاما[11] و همکاران، ۲۰۱۷ و آن[12] و همکاران، ۲۰۱۷).

به دلیل موفقیت محدود درمان‌های پزشکی از یک سو و اینکه بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی مجموعه‌ای از نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی را تجربه می‌کنند، برای درمان این اختلالات درمان‌های روان‌شناختی متنوعی طراحی شده‌است (فرناندز[13] و همکاران، ۲۰۲۴ و هتریک و استنگال[14]، ۲۰۲۰). بنابراین درمان این اختلالات شامل یک رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی است که شامل تغییرات در سبک زندگی، رژیم غذایی، پرداختن به بیماری‌های روان‌شناختی همزمان و استفاده از داروهای ضداسپاسم و ضدافسردگی برای درمان پاتوفیزیولوژی زمینه‌ای است (فرناندز و همکاران، ۲۰۲۴؛ سان و همکاران، ۲۰۲۳ و آیزبوت[15] و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند روان‌درمانی به اندازه دارودرمانی برای این بیماران مؤثر است (فرناندز و همکاران، ۲۰۲۴؛ فیکری و بیرن[16]، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها اثربخشی روان‌درمانی را در بهبود علائم اختلالات گوارشی نشان داده‌اند (ژانگ[17] و همکاران، ۲۰۲۴ و چن[18] و همکاران، ۲۰۲۴ و شاه[19] و همکاران، ۲۰۲۰). این مداخلات شامل روی‌آوردهای متنوعی از جملهٔ تکنیک‌ها و مداخلات روانی-آموزشی است. روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت[20] (ISTDP) یکی از این مداخلات درمانی برخاسته از روانکاوی است که برای بیماری‌های جسمی که عوامل روان‌شناختی در ایجاد، شدت و علائم آن نقش بنیادی دارد، به‌کار گرفته می‌شود (سولباکن[21]، ۲۰۲۵، بخشی بجستانی و همکاران، ۱۴۰۰).

در روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت توجه به آنچه که اینجا و اکنون در رابطه با درمانگر شکل می‌گیرد، به بیمار در جهت افزایش ظرفیت روانی کمک می‌شود (فردریکسون[22]، ۱۴۰۰). درمان‌های روان‌پویشی یک چارچوب کاملاً تعریف‌شده برای پرداختن به پردازش

1. Functional gastrointestinal disorders (FGID)
2. Sun
3. Irritable bowel syndrome (IBS)
4. Functional dyspepsia
5. Duan
6. Pacheco
7. Akaishi
8. Vernia
9. Merlo
10. Hoshino
11. Okuyama
12. On
13. Fernandes
14. Hetterich & Stengel
15. Eijsbouts
16. Fikree, A., & Byrne
17. Zhang
18. Chen
19. Shah
20. Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)
21. Solbakken
22. Frederickson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.281]

هیجانی ناخودآگاه ارائه می‌کنند که نقش اصلی را در علائم پزشکی غیرقابل توضیح[1] بازی می‌کند (کوپر[2] و همکاران، ۲۰۱۷). این درمان‌ها با هدف کشف ارتباط بین تعارضات حل‌نشده و تجربیات نامطلوب گذشته بر پردازش هیجانی و روابط بیمار متمرکز هستند (کرتون[3] و همکاران، ۲۰۲۰). چندین فراتحلیل نشان داد که روان‌درمانی‌های روان‌پویشی در درمان علائم پزشکی غیرقابل توضیح مؤثر هستند و باید در دستورالعمل‌های درمانی گنجانده شوند (عباس[4] و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش راسل[5] و همکاران (۲۰۲۲) بر روی ۱۱ کارآزمایی تصادفی‌سازی و کنترل‌شده، دو کارآزمایی کنترلی و ده مطالعه سری موردی که استفاده از ISTDP را برای علائم غیرقابل توضیح پزشکی مورد بررسی قرار دادند، نشان دادند که ISTDP به عنوان یک روش درمانی برای این بیماران امیدوارکننده است.

از آنجا که مبانی نظری ISTDP نشان می‌دهد علائم جسمی در بیماران مبتلا به اختلالات عملکرد گوارشی ممکن است ناشی از اضطراب ناشی از اجتناب ناخودآگاه از تجربیات هیجانی باشد که بیمار به مسیر جسمانی هیجانات در بدن خود آگاه نیست، در نتیجه احساسات تجربه نشده به نشانه‌های بدنی مانند مشکلات گوارشی تبدیل می‌شود (عباس و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین هدف رویکرد درمانی ISTDP شامل کمک به بیماران برای مواجهۀ موثر با تعارضات و تجربۀ احساسات ناخودآگاه خود است تا بدین‌ترتیب بتواند به جای سرکوب و اجتناب از احساسات در هر لحظه آن‌ها را بپذیرد و تجربه کند. همچنین ناتوانی در تنظیم اضطراب در این بیماران منجر به مشکلات خواب می‌شود، با توجه به آنچه که گفته شد ISTDP ممکن است گزینه درمانی امیدوارکننده‌ای برای این گروه از بیماران ارائه دهد. از این رو این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی ISTDP بر بهبود مشکلات خواب، اضطراب بیماران و شدت علائم گوارشی بیماران مبتلا به اختلالات عملکرد گوارشی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_ پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعۀ آماری پژوهش حاضر تمام زنان با اختلالات عملکرد گوارشی مراجعه کنندۀ به پزشکان متخصص داخلی شهر قزوین در شش ماه اول سال ۱۴۰۳ بود که از این جامعه ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۲۴ نفر از زنانی که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، انتخاب و به شکل تصادفی به دو گروه ۱۲ نفرۀ کنترل و آزمایش جایگذاری شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت از شرکت در پژوهش، دامنۀ سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، دریافت تشخیص اختلالات گوارشی از متخصص داخلی بود. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه همکاری و دریافت همزمان برنامۀ آموزشی یا درمانی روان‌شناختی و پزشکی دیگر بود. گروه آزمایش ده جلسه درمان پویشی فشرده کوتاه‌مدت هر جلسه ۶۰ دقیقه به صورت فردی دریافت کردند و به گروه کنترل هیچ درمانی ارائه نشد. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله پرسشنامه‌های پژوهش شامل مقیاس کیفیت خواب پترزبورگ، اضطراب بک و شدت علایم گوارشی را تکمیل کردند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی بعد از اتمام فرآیند پژوهش، به گروه کنترل یک جزوۀ آموزشی شامل فنون روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت تحویل داده شد. همچنین به افراد اطمینان داده شد که هیچ‌گونه اطلاعات خصوصی و خانوادگی از آن‌ها اخذ نخواهد شد و اطلاعات آن‌ها به شکل محرمانه باقی خواهد ماند. در نهایت داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخۀ ۲۶ و روش آماری کواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار سنجش

مقیاس کیفیت خواب پترزبورگ[6] (PSQI): کیفیت خواب پترزبورگ شامل ۱۹ گویه توسط بایسه[7] و همکاران (۱۹۸۹) معرفی شده است. در این مقیاس ۷ حیطه شامل ۱- بازدهی خواب، ۲- تأخیر در به خواب رفتن، ۳- مدت زمان خواب، ۴- عوامل ایجادکننده اختلال خواب، ۵- عدم تنفس راحت در خواب، ۶- استفاده از داروی خواب‌آور و ۷- اختلال عملکرد روزانه ناشی از کیفیت خواب را اندازه‌گیری می‌کند. هر یک از آیتم‌ها در یک مقیاس از صفر تا ۳ نمره‌دهی و باهم جمع می‌شوند و حاصل آن نمره‌ای از صفر تا ۲۱ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت خواب ضعیف‌تر است. نقطه برش ۵ برای کیفیت خواب ضعیف در نظر گرفته می‌شود. نمره بیشتر از ۵

1. medically unexplained symptoms
2. Cooper
3. Cretton
4. Abbass
5. Russell
6. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
7. Buysse

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.281]

نشان می‌دهد که فرد حداقل در ۲ حوزه کیفیت خواب مشکلات جدی دارد. در پژوهش بایسه و همکاران (۱۹۸۹) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و دو شاخص حساسیت و ویژگی برای کیفیت خواب خوب و ضعیف به ترتیب ۸۹/۶ و ۸۶/۵ درصد محاسبه شد. در پژوهش افخم‌ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۹ و ضریب پایایی بازآزمایی بعد از مدت سه هفته ۰/۸۱ به دست آمد. همچنین حیدری و همکاران (۱۳۸۹) برای ارزیابی روایی همگرا، همبستگی این پرسشنامه با مقیاس خواب‌آلودگی اپوورث[1] ۰/۶۸ به دست آورد. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۹ بود.

مقیاس اضطراب بک[2] (BAI): پرسشنامه اضطراب بک یک قیاس ۲۱ آیتمی خود گزارشی است که در سال ۱۹۸۸ توسط بک با هدف اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان ساخته شده است. هر عبارت منعکس‌کننده یکی از علائم اضطراب است که به صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای، اصلا (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳)، نمره‌گذاری می‌شود. دامنهٔ نمره از صفر تا ۶۳ خواهد بود. نمرات صفر تا ۷ (عدم اضطراب)، ۸ تا ۱۵ (اضطراب خفیف)، ۱۶ تا ۲۵ (اضطراب متوسط) و ۲۶ تا ۶۳ (اضطراب شدید) را نشان می‌دهد. بک و همکاران (۱۹۸۸) در پژوهشی همسانی درونی سیاههٔ اضطراب را برابر با ۰/۹۲ و بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و روایی همگرای آن را از طریق همبستگی این مقیاس با اضطراب همیلتون ۰/۵۱ بدست آوردند. در ایران، ضریب همبستگی این آزمون با مولفه‌های فیزیولوژیکی ۰/۸۹ (ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۴) و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای ۰/۷۵ و همبستگی سوالات ۰/۳ تا ۰/۷۶ گزارش شده‌است (کاویانی و موسوی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

مقیاس درجه‌بندی شدت علایم گوارشی[3] (GSRS): مقیاس درجه‌بندی شدت علایم گوارشی یک ابزار سنجش بیماری است که توسط سونلوند[4] و همکاران در سال ۱۹۸۸ براساس بررسی علایم معدی روده‌ای (گوارشی) و تجربهٔ بالینی در جمعیت آمریکا توسط ساخته شده‌است و برای ارزیابی علایم شایع اختلالات گوارشی بکار می‌رود. این پرسشنامه ۱۵ سوال دارد که هر سوال برحسب مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از عدم ناراحتی (صفر) تا ناراحتی شدید (۷) نمره‌گذاری می‌شود. همچنین این پرسشنامه در سایر تحقیقات با ۵ مقیاس مورد تأیید قرار گرفته‌است. این ۵ مقیاس عبارتند از: سندرم دردهای شکمی (دردهای گرسنگی، تهوع و دل درد)، سندرم ریفلاکس (سوزش معده و برگشت اسید معده)، سندرم اسهال (مدفوع شل، نیاز فوری برای دفع و اسهال)، سندرم یبوست (مدفوع سفت، احساس دفع ناقص و یبوست)، سوءهاضمه (قاروقور شکم، نفخ شکم، آروغ و افزایش گاز شکم) نمرهٔ کل از جمع میانگین نمرات در هر زیر مقیاس بدست می‌آید و افزایش نمره در این مقیاس بیانگر شدت علایم است. همسانی درونی برای ۵ زیر مقیاس شدت علایم گوارشی بر حسب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۶۱، ۰/۸۳، ۰/۸۰ و ۰/۷۰ برآورد شده‌است (کولیچ[5] و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین در پژوهش ریوکی[6] (۱۹۹۸) همسانی درونی برای مقیاس‌های GSRS از ۰/۶۱ تا ۰/۸۳ متغیر بوده‌است و نمرات مقیاس GSRS با تعداد و شدت علائم سوزش سردل مرتبط بود. این پرسشنامه در ایران توسط مظاهری و خشوعی (۱۳۹۱) ترجمه و پایایی کل مقیاس را در بیماران مبتلا به اختلالات عملکرد گوارشی و افراد سالم به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۰ به دست آورده‌اند. همچنین برای تعیین ساختار عاملی با اعتبار سازه، از تحلیل مولفه‌های اصلی با چرخش واریماکس استفاده کردند که نتایج آنان نشان داد این مقیاس با چهار عامل اسهال، درد شکم، یبوست و سوءهاضمه در مجموع ۶۱/۵۳ درصد واریانس کلی را تبیین می‌کند. در این پژوهش همسانی درونی کل این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

دستورالعمل روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP): این آموزش مطابق با دستورالعمل پروتکل درمان روان پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر اساس مدل دوانلو (قربانی، ۱۴۰۳) در طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای ۱ روز در هفته به صورت فردی اجرا شد. دستورالعملی که دوانلو برای درمان ISTDP طراحی کرده‌است، توالی پویشی[7] نامیده شده‌است. توالی پویشی رویه‌ای هفت مرحله‌ای است که از طریق آن درمانگر امکان بازگشایی ناهشیار را در بیمار ارزیابی و فرایند حرکت درمانگری را هدایت می‌کند. توالی این مراحل در هر بیمار متفاوت است، براین اساس فرایند حرکت در توالی پویشی بیشتر حلزونی است تا مستقیم (قربانی، ۱۴۰۳). تمام فنون و تکنیک‌های ISTDP مبتنی بردستورالعمل توالی پویشی در تمام جلسات تکرار می‌شود.

1 . Epworth Sleepiness Scale (ESS)
2. Beck Anxiety Inventory (BAI)
3. Gastrointestinal Symptom Severity Rating Scale (GSRS)
4 . Svedlund
5. Kulich
6. Revicki
7.dynamic sequence

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.281]

جدول ۱: دستورالعمل اجرای روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت دوانلو (قربانی، ۱۴۰۳).

مراحل	نام	محتوای جلسات
اول	پرسش در خصوص مشکل	**توانایی اولیه برای پاسخگویی درمان؛** در این مرحله به بررسی مشکلات بیمار و ارزیابی بررسی توانایی اولیه وی برای پاسخگویی به درمان،. این مرحله به ارزیابی ظرفیت تحمل اضطراب و احسا بیمار پرداخته می شود. پرسشگری از بیمار تا زمانی ادامه داده می‌شود که سیگنالی فعال شود (دفاع، اضطراب یا احساس). اگر بیمار با اضطراب پاسخ داد به تنظیم اضطراب، اگر با دفاع پاسخ داد به چالش با دفاع و خنثی سازی آن و اگر با احساس پاسخ داد به کمک در جهت تجربه کامل آن احساس در سه سطح شناختی، جسمانی و تکانه همراه آن پرداخته می‌شود.
دوم	فشار	**فشار برای پاسخ‌های مشخص‌تر و تجربه احساسات،** پس از تقاضای درمانگر برای مشخص، عینی و روشن کردن پاسخها به تدریج مرحله دوم توالی پویشی آغاز می‌شود. از بیمار خواسته می‌شود نمونه‌ای از رخدادهایی که برای او ایجاد مشکل کرده است را بیان کند. سعی می‌شود، مصاحبه به سوی مسائل اضطراب‌برانگیز هدایت شود.
سوم	چالش	**چالش و آشنا ساختن مراجع با دفاع‌های خود؛** بعد از پرسش و فشار برای پاسخ‌های مشخص و تجربه احساسات، مکانیسم‌های دفاعی فعال می‌شوند. از آنجایی که هدف این روش، ایجاد توانایی برای تجربه احساسات در بالاترین حد است، تمامی دفاع‌ها بر ضد تجربه احساسات، شناسایی و مورد چالش قرار می‌گیرند تا خنثی شوند.
چهارم	مقاومت انتقالی	**توجه به علائم انتقال؛** هنگامی که اضطراب به حد مناسبی افزایش پیدا کرده، درمانگر با پرسش مستقیم مصاحبه را متمرکز بر انتقال می‌نماید و در این فرایند توجه بیمار را به سوی علائم غیرکلامی که نشان می‌دهد، هدایت می‌کند.
پنجم	دسترسی مستیم به ناهشیار	**جنبش احساسات انتقالی؛** تمرکز بر دفاع‌ها، شناسایی و چالش با آنها به جنبش احساسات انتقالی پیچیده در درمانجو منجر می‌شود. فشار و چالش آنقدر ادامه می‌یابد تا از ناهشیار علائمی مبنی بر نزدیک شدن احساسات و تکانه‌ها به سطح مشاهده شود. در این وضعیت درمانگر لمس و تجربه مستقیم احساسات در انتقال را، کانون توجه قرار می‌دهد.
ششم	تحلیل نظامدار انتقال	**تحیل انتقال؛** تحلیل انتقال در این مرحله عبارتست از برقرار انتقال و تحلیل شباهت‌ها بین الگوی ارتباط مراجع در انتقال با دیگر روابط وی در زندگی کنونی و گذشته‌اش. در این مرحله درمانگر با بکارگیری مثلث تعارض و مثلث شخص، انتقال را تحلیل می‌کند.
هفتم	کاوش پویشی در ناهشیار	**کاوشگری در ناهشیار؛** در این مرحله به سبب تسلط پیمان‌درمانی، رویدادهای آسیب‌زای مسبب اضطراب و احساسات ناهشیار خشم، گناه و غم تجربه می‌شوند. درمانگر کمک می‌کند که فرد نسبت به آنها بینش پیدا کند. پس از تحلیل نظام دار انتقال، مثلث تعارض و شخص، درمانگر به کاوش در روابط کنونی و گذشته بیمار می پردازد.
آخر	پایان مصاحبه	**پایان جلسه؛** تشویق بیماران به عدم سرکوبی احساسات و داشتن دید واقع بینانه و صادقانه به احساسات.

یافته ها

در این پژوهش ۲۴ بیمار با اختلال عملکرد گوارشی در ۲ گروه آزمایش و کنترل حضور داشتند که میانگین و انحراف معیار سن برای گروه آزمایش ۴۱/۶۵ ± ۱۰/۸ و برای گروه گواه ۴۳/۱۲ ± ۱۲/۱۶ سال بود. نتایج آزمون t مستقل نشان داد که دو گروه در متغیر سن همتا بودند (p= ۰/۵۵۵، t= ۰/۵۹۷). همچنین در گروه آزمایش ۷ نفر (۲۹/۱۶٪) تحصیلات دیپلم تا کارشناسی، ۵ نفر (۲۰/۸۳٪) کارشناسی ارشد و در گروه گواه ۸ نفر (۳۳/۳۳٪) دیپلم تا کارشناسی و ۴ نفر (۱۶/۶۷٪) کارشناسی ارشد داشتند. ۶ نفر (۲۵٪) در گروه آزمایش مجرد و متاهل و در گروه گواه ۵ نفر (۲۰/۸۳٪) مجرد و ۷ نفر (۲۹/۱۶٪) متاهل بودند، که نتایج آزمون کای‌اسکوئر نشان داد در متغیر وضعیت تاهل ($P=۰/۶۱۵، x^2=۰/۲۶۴$)، نیز بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. در جدول ۲ نتایج شاخص‌های توصیفی در متغیرهای پژوهش در دو مرحلهٔ پیش و پس‌آزمون آورده شده‌است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار دو گروه در متغیرهای پژوهش در پیش و پس‌آزمون

متغیر	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشکلات خواب	۷/۸۶	۲/۱۴	۳/۱۲	۰/۱۴	۸/۵۷	۲/۱۴	۷/۸۷	۱/۱۷
اضطراب	۲۷/۷۸	۵/۳۶	۱۹/۲۹	۴/۸	۳۱/۱۴	۴/۰۵	۲۹/۲۵	۳/۸۷
علائم گوارشی	۴۲/۸۴	۸/۵۴	۲۸/۸۰	۷/۱۵	۴۵/۳۶	۹/۷۱	۴۲/۶۱	۹/۳۶

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.281]

براساس جدول ۲، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون در هر سه متغیر اختلالات خواب، اضطراب و علائم گوارشی در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش پیدا کرده‌است. برای بررسی فرض نرمال بودن داده‌های پژوهش نتایج آزمون شاپیروویلکز نشان داد توزیع داده‌ها در هر سه متغیر پژوهش نرمال است (p>۰/۰۵). براساس نتایج آزمون لوین (p>۰/۰۵) و امباکس (P>۰/۰۵, F =۰/۶۱ و M=۴/۰۰۱) همگنی واریانس‌ها و کوواریانس‌های متغیرهای وابسته، رعایت شده است. بررسی پیش‌فرض شیب رگرسیون نشان داد که مقدار آمارهٔ F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل معنادار نیست (p>۰/۰۵). بنابراین این مفروضه نیز تایید شد. بعد از تایید مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برای تعیین اثر کلی متغیر گروه بر مشکلات خواب، اضطراب و شدت علایم گوارشی از آزمون‌های چند متغیری استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های چندمتغیری برای آزمون مدل کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیره

نام آزمون	مقدار	درجهٔ آزادی فرضیه	درجهٔ آزادی خطا	F	معنی‌داری
اثر پیلایی	۱/۱۵۹	۳	۲۵	۱/۹۳	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۸۱	۳	۲۵	۲/۲۷	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲/۸۳۸	۳	۲۵	۲/۶۸	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۱۸۵	۳	۲۵	۶/۷۱	۰/۰۰۱

p< ۰/۰۱ *

شاخص لامبدای ویلکز به‌دست آمده برای متغیرهای مورد پژوهش (P<۰/۰۵, F =۱/۹۳) در سطح P<0/001 معنی‌دار بود. براین اساس می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابستهٔ مشکلات خواب، اضطراب و شدت علائم گوارشی بین گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، برای بررسی این تفاوت، تحلیل آنکوا در متن مانکوا روی نمره‌های پس‌آزمون انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۴ آورده شده‌است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی نمره‌های متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	آمارهٔ F	سطح معنی‌داری	اندازهٔ اثر
مشکلات خواب	پیش‌آزمون	۱۳۰/۳۲		۱۳۰/۳۲	۰/۵۸	۰/۷۸	۰/۰۲
	گروه	۱۹۰/۳۶		۱۹۰/۳۶	۹/۷۴	۰/۰۰۲	۰/۲۲
	خطا	۵۹/۰۱		۲/۳۶			
اضطراب	پیش‌آزمون	۲۳۹/۸۷		۲۳۹/۸۷	۰/۹۳	۰/۴۵	۰/۰۴
	گروه	۱۵۲/۱۹		۱۵۲/۱۹	۲۱/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	خطا	۱۰۷/۵۷		۱۴/۸۹			
علائم گوارشی	پیش‌آزمون	۲۵۴/۴۵		۲۵۴/۴۵	۰/۸۲	۰/۴۵	۰/۰۲
	گروه	۱۵۴/۸۷		۱۵۴/۸۷	۱۴/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	خطا	۴۵/۲۱		۷/۳۲			

p< ۰/۰۱ *

باتوجه به جدول ۴ بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ مشکلات خواب، اضطراب و شدت علائم گوارشی در مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری در سطح (P<0/001) وجود دارد. براساس میانگین‌های ارائه شده در جدول ۲، یافته‌های حاصل نشان می‌دهند که در مرحلهٔ پس‌آزمون مشکلات خواب، اضطراب و شدت علائم گوارشی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته‌است. میزان تاثیر برای مشکلات خواب ۰/۲۲، اضطراب ۰/۴۵ و علائم گوارشی ۰/۳۵ بود. یعنی ۲۲ درصد از واریانس مشکلات خواب، ۴۵ درصد از واریانس اضطراب و ۳۵ درصد از واریانس علائم گوارشی ناشی از درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت بوده‌است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.281]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر مشکلات خواب، اضطراب و علائم گوارشی زنان مبتلا به اختلالات عملکرد گوارشی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد درمان پویشی فشرده کوتاه‌مدت می‌تواند به شکل موثری کیفیت خواب بیماران را بهبود بخشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های عامری و خدابخش (۲۰۲۴)، فرزادکیا و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. برای تبیین این یافته می‌توان گفت در درمان ISTDP تعارضات هیجانی منشاء اختلالات روانی در نظر گرفته می‌شود، با استفاده از فنون مواجهه که یک فن تجسم هدایت‌شده و حساسیت‌زدایی تدریجی است به بیمار کمک می‌شود به تعارضات هیجانی برجامانده از روابط گذشته، اکنون و تعارضاتی که در ارتباط با درمانگر و در اتاق درمان ایجاد می‌شود بینش پیدا کند، سپس با تجربهٔ تمام و کمال احساساتی که از این رویارویی بیدار شده‌است، بتواند تعارضاتش را حل‌وفصل کند. و از آنجا که کیفیت و سلامت خواب با سلامت روان رابطه دارد (وسترگارد[1] و همکاران، ۲۰۲۴). وجود تعارضات هیجانی حل نشده (فولفز[2] و همکاران، ۲۰۲۴ و آندرسون و برادرلی[3]، ۲۰۱۳) منجر به افت کیفیت خواب می‌شوند، به‌طوری که زمانی که ذهن درگیر یک مساله حل نشده است، نمی‌تواند به راحتی به خواب برود. کابوس، بیدارشدن‌های بی دلیل در میان خواب، تاخیر در به خواب رفتن بیانگر یک تعارض روان‌شناختی است (فورهلتر[4]، ۲۰۲۴)، درمان پویشی با تمرکز بر حل تعارضات منجر به بهبود کیفیت خواب بیماران مبتلا به اختلالات عملکرد گوارشی شده است. در درمان پویشی فرض می‌شود هیجانات و رفتارهای اکنون بیمار، بر تجربیات گذشته بیمار سوارند و موقعیت‌های کنونی به دلیل شباهت با تجربیات گذشته، رفتارها و هیجان‌های مشابهی را ایجاد می‌کنند. بنابراین بیمار با همان الگوها در اتاق درمان حضور می‌یابد. درمانگر با ایجاد ظرفیت‌سازی در بیمار و فشار برای برانگیختن احساس در جلسهٔ درمان به بیمار کمک می‌کند دفاع‌ها را کنار گذاشته و احساسات مدفون گذشته که از ناهشیار سربرآورده‌اند، تجربه شوند. بدین‌ترتیب امکان پیوند بین این احساسات با نشانه‌های جسمانی و روانی اکنون بیمار و تفسیر آن فراهم می‌شود.

همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ISTDP می‌تواند به شکل موثری اضطراب را در بیماران مبتلا به اختلالات عملکرد گوارشی بهبود بخشد. این یافته با نتایج موسوی و ناجی (۱۴۰۱)، خاتمی و صداقتی‌فرد، (۱۴۰۱)، تقوی و همکاران، (۱۳۹۸)، روکو[5] و همکاران، (۲۰۲۱)، لیلینگرن[6] و همکاران، (۲۰۱۷) همسو بود. درمان پویشی با تمرکز بر دو مثلث شخص و تعارض رابطهٔ بین اضطراب و احساس را به بیمار نشان می‌دهد که چگونه به محض نزدیک شدن به یک مسالهٔ هیجانی و احساس‌برانگیز نشانه‌های اضطراب در بدن فعال می‌شود و برای رها شدن از این تنش به مکانیزم‌های دفاعی روی می‌آورد. درمانگر در اتاق درمان با ایجاد یک فضای امن بدون قضاوت با نزدیکی هیجانی به بیمار کمک می‌کند اضطرابش را مشاهده و سپس تنظیم کند و با دست کشیدن از دفاع‌هایش بتواند احساسات خودش را در لحظه به شکل کامل یعنی در هر سه وجه شناختی، فیزیولوژیکی و تمایل رفتاری تجربه کند. در این روش در حقیقیت اضطراب بیماران کاهش نمی‌یابد بلکه ظرفیت روان‌شناختی بیمار برای تحمل اضطراب افزایش می‌یابد به این معنا که ظرف روان برای تاب احساسات ناخوشایند و اضطراب بزرگ می‌شود (اوپلند و تریکو[7]، ۲۰۲۴). در درمان ISTDP به مسیر اضطراب در بدن توجه می‌شود که چگونه اضطراب در بدن بازنمود می‌یابد. بیمار می‌آموزد نشانه‌های اضطراب را در بدنش شناسایی و سپس تنظیم نماید.

همچنین در این پژوهش مشخص شد ISTDP شدت علائم گوارشی بیماران را تسکین می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های شفیعی و همکاران (۲۰۲۴)، مالدا-کاستیلو[8] و همکاران (۲۰۲۲) و فردریکسون و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود. روان‌درمانی پویشی فرض می‌کند بیماری‌های روان‌تنی چون اختلالات عملکرد گوارشی ناشی از تعارضات هیجانی است (عباس و همکاران، ۲۰۲۱). وقتی بیمار نسبت به افراد مهم زندگی‌اش احساساتی دارد که تاب تجربه و تحمل این احساسات را ندارد. اضطراب‌ها و احساسات به صورت جسمانی‌سازی تخلیه می‌شوند که نتیجهٔ آن مشکلات گوارشی است. در این روش تلاش می‌شود ظرفیت روانی بیمار برای پذیرش تعارضات، اضطراب و احساس افزایش یابد. بیمار بتواند به جای استفاده از مکانیزم‌های دفاعی چون سرکوب، احساساتش را ببیند، لمس و تجربه کند و بدین‌ترتیب هیجانات در بدن در مسیر طبیعی‌شان پردازش شوند (حشمتی و همکاران، ۲۰۲۳). روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت با توسعه درک

1. Vestergaard
2 . Fulfs
3. Nderson & Bradley
4. Vorhölter
5. Rocco
6. Lilliengren
7. Opland & Torrico
8. Malda-Castillo

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.281]

عمیق‌تر از تجربیات هیجانی، شناسایی محرک‌ها و الگوهای هیجان را تسهیل می‌کند. با به دست آوردن بینش در مورد احساسات، افراد آگاهی خود را از حالات عاطفی افزایش می‌دهند و آنها را قادر می‌سازد تا احساسات خود را به طور موثرتری تشخیص و به آنها پاسخ دهند (عباس و همکاران، ۲۰۲۳).

در پایان می‌توان گفت روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت با فنون پویشی به صورت اینجا و اکنون در اتاق درمان روش‌های تنظیم اضطراب و چگونگی ابراز صحیح هیجانات را به بیمار نشان می‌دهد. در این روش بیماران به شکل تجربی و نه صرفا نظری احساسات خود را شناسایی و به شیوهٔ مناسبی ابزار می‌کنند، بدین‌ترتیب مکانیسم‌های دفاعی پخته و سازگارانه‌تری بکار می‌گیرند. با توجه به نتایج به دست آمده مبنی بر اثربخشی رواندرمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر کاهش اضطراب، مشکلات خواب و شدت علایم گوارشی بیماران مبتلا به اختلالات عملکرد گوارشی و با توجه به اهداف درمانی مدنظر، این رویکرد از قابلیت‌های عمده‌ای برای مداخلات بالینی در خصوص کاهش اضطراب، مشکلات خواب و شدت علایم گوارشی برخوردار است. بنابراین از این رویکرد می‌توان برای بهبود و ارتقای جنبه‌های مختلف زندگی بیماران متبلا به اختلالات عملکرد گوارشی بهره برد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر نمونه‌گیری به شیوهٔ هدفمند، عدم وجود دورهٔ پیگیری، عدم تفکیک بین علائم گوارشی و عدم بررسی مدت علائم بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با تعداد بیشتری از افراد اثربخشی این روش درمانی پژوهش شود. همچنین نمونهٔ پژوهش حاضر را فقط زنان تشکیل می‌دادند، در پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌شود نقش تعدیل‌کنندهٔ جنسیت در اثربخشی درمان ISTDP بررسی شود. باتوجه به اینکه این روش درمانی می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای در کاهش اضطراب، مشکلات خواب و شدت علائم گوارشی به‌کارآید، بنابراین پیشنهاد می‌شود که از این درمان برای بهبود مشکلات روانشناختی بیماران گوارشی بهره برد.

منابع

ابوالقاسمی، ع.، نریمانی، م. (۱۳۸۴)، *آزمون‌های روان‌شناختی*، اردبیل، انتشارات باغ رضوان.

افخم ابراهیمی، ع.، قلعه‌بندی، ف.، صالحی، م.، کافیان‌تفتی، ع.، وکیلی، ی.، و اخلاقی‌فارسی، ا. (۱۳۸۷). بررسی پارامترهای خواب و عوامل تاثیرگذار بر کیفیت خواب بیماران سرپایی مراجعه کننده به درمانگاه‌های منتخب بیمارستان رسول اکرم (ص). *علوم پزشکی رازی*، ۱۵(۵۸)، ۳۱-۳۸. https://sid.ir/paper/10459/fa

بخشی‌بجستانی، ع.، شهابی‌زاده ف.، وزیری، ش.، و لطفی‌کاشانی، ف. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و علایم روان‌تنی بیماران مبتلا به اختلال عملکرد گوارشی با تیپ شخصیت D. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*. ۱۳(۴)،۱-۱۱. http://journal.nkums.ac.ir/article-1-2497-fa.html

تقوی، ف.، میرزائی، پ.، ازندریانی، م.، و رضائی‌شجاعی، س. (۱۳۹۸). اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت بر اضطراب، افسردگی و شادکامی زنان مبتلا به اضطراب فراگیر. *مجلهٔ دانشکدهٔ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۶۲ (۴.۱). ۴۵۶-۴۶۶.10.22038/mjms.2019.15075

حیدری، ع.، احتشام‌زاده، پ.، مرعشی، م. (۱۳۸۹). "بررسی روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ در جمعیت ایرانی." مجله روان‌شناسی بالینی، دوره ۲، شماره ۳، صص ۵۲-۴۵. https://sid.ir/paper/189639/fa

فردریکسون، ج. (۱۴۰۰). *هم‌آفرینی تغییر، فنون تاثیرگذار درمان پویشی*. ترجمهٔ عنایت خلیقی سیگارودی، تهران: ارجمند.

قربانی، ن. (۱۴۰۳). *روان‌درمانگری پویشی فشرده و کوتاه مدت: مبادی و فنون*. تهران: سمت.

کاویانی ح.، و موسوی، ا.س. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجلهٔ دانشکده پزشکیِ دانشگاه علوم پزشکی تهران*. ۶۶ (۲) :۱۴۰-۱۳۶http://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-fa.html

مظاهری، م.، و خشوعی، م.س. (۱۳۹۱). مقایسه ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس شدت علایم گوارشی در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی و افراد سالم. *گوارش*، ۱۷(۱)، ۱۸-۲۴.https://sid.ir/paper/474200/fa .

موسوی ز.، و ناجی، ا.ع. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) بر مکانیسم‌های دفاعی و ابراز هیجانی در افراد با اضطراب مرگ ناشی از کرونا. *رویش روان‌شناسی*; ۱۱ (۲) :۱۳-۲۲.http://frooyesh.ir/article-1-3315-fa.htm

Abbass, A., Lumley, M. A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., Russell, L., Schubiner, H., De Meulemeester, C., & Kisely, S. (2021). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A systematic review and meta-analysis of within-treatment effects. *Journal of psychosomatic research*, *145*, 110473. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110473

Abbass, A., Town, J., & Kisely, S. (2023). "Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: An Overview of Core Principles and Evidence-Based Outcomes." Journal of Clinical Psychology, 79(5), 1234–1248. doi:10.1002/jclp.23567

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.281]

Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard review of psychiatry*, *20*(2), 97–108. https://doi.org/10.3109/10673229.2012.677347

Akaishi T. (2024). Association Between Gastrointestinal and Sleep Problems in the General Population of Japan: A Cross-Sectional Community-Based Observational Study. *Cureus*, *16*(7), e65311. https://doi.org/10.7759/cureus.65311

Ameri, T., & Khodabakhsh, M. (2024). Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on depression and sleep disorders in women afflicted by migraine: a multi base line single-subject study. In *Development Engineering Conferences Center Articles Database* . 1 (3). https://pubs.bcnf.ir/index.php/Articles/article/view/107

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, *28*(2), 193–213. https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4

Chen, J., Liu, L., Wang, Y., Qin, H., & Liu, C. (2024). Effects of psychotherapy interventions on anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: a systematic review and network meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *179*, 111609. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111609

Cooper, A., Abbass, A., & Town, J. (2017). Implementing a Psychotherapy Service for Medically Unexplained Symptoms in a Primary Care Setting. *Journal of clinical medicine*, *6*(12), 109-128. https://doi.org/10.3390/jcm6120109

Cretton, A., Brown, R. J., LaFrance, W. C., Jr, & Aybek, S. (2020). What Does Neuroscience Tell Us About the Conversion Model of Functional Neurological Disorders?. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, *32*(1), 24–32. https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.19040089

Duan, C., Chen, C., Ouyang, Z., Duan, C., Zhang, S., Shang, H., Zhang, L., Xiang, X., Song, J., Zou, K., Bai, T., & Hou, X. (2021). Association of stress and functional gastrointestinal disorders in high school graduates. *Journal of affective disorders*, *292*, 305–310. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.072

Eijsbouts, C., Zheng, T., Kennedy, N. A., Bonfiglio, F., Anderson, C. A., Moutsianas, L., Holliday, J., Shi, J., Shringarpure, S., 23andMe Research Team, Voda, A. I., Bellygenes Initiative, Farrugia, G., Franke, A., Hübenthal, M., Abecasis, G., Zawistowski, M., Skogholt, A. H., Ness-Jensen, E., Hveem, K., Parkes, M. (2021). Genome-wide analysis of 53,400 people with irritable bowel syndrome highlights shared genetic pathways with mood and anxiety disorders. *Nature genetics*, *53*(11), 1543–1552. https://doi.org/10.1038/s41588-021-00950-8

Farzadkia, M., Farhangi, A., & Abolghasemi, S. (2023). Comparison of Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and Mindfulness-Based Stress Reduction in Depression and Severity of Symptoms in Women with Fibromyalgia. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, *12*(3) .10.5812/jjcdc-133803

Fernandes, A. J., Farrell, A. L., Naveh, S. V., & Chakraborty, S. (2024). Stress reduction and psychological therapy for IBS: A scoping review. *Frontiers in Gastroenterology*, *3*, 1342888. https://doi.org/10.3389/fgstr.2024.1342888

Fikree, A., & Byrne, P. (2021). Management of functional gastrointestinal disorders. *Clinical medicine (London, England)*, *21*(1), 44–52. https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0980

Frederickson, J. J., Messina, I., & Grecucci, A. (2018). Dysregulated Anxiety and Dysregulating Defenses: Toward an Emotion Regulation Informed Dynamic Psychotherapy. *Frontiers in psychology*, *9*, 2054. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02054

Fulfs, T., Poulain, T., Vogel, M., Nenoff, K., & Kiess, W. (2024). Associations between sleep problems and emotional/behavioural difficulties in healthy children and adolescents. *BMC pediatrics*, *24*(1), 15. https://doi.org/10.1186/s12887-023-04487-z

Heshmati, R., Wienicke, F. J., & Driessen, E. (2023). The effects of intensive short-term dynamic psychotherapy on depressive symptoms, negative affect, and emotional repression in single treatment-resistant depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *60*(4), 497–511. https://doi.org/10.1037/pst0000500

Hetterich, L., & Stengel, A. (2020). Psychotherapeutic Interventions in Irritable Bowel Syndrome. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 286. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00286

Hoshino, M., Omura, N., Yano, F., Tsuboi, K., Yamamoto, S. R., Akimoto, S., Masuda, T., Kashiwagi, H., & Yanaga, K. (2020). The evaluation of recumbent reflux by multichannel intraluminal impedance pH testing for patients with gastroesophageal reflux disease and sleep disturbance. *Esophagus : official journal of the Japan Esophageal Society*, *17*(3), 348–354. https://doi.org/10.1007/s10388-020-00717-w

Kulich, K. R., Madisch, A., Pacini, F., Piqué, J. M., Regula, J., Van Rensburg, C. J., Ujszászy, L., Carlsson, J., Halling, K., & Wiklund, I. K. (2008). Reliability and validity of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) and Quality of Life in Reflux and Dyspepsia (QOLRAD) questionnaire in dyspepsia: a six-country study. *Health and quality of life outcomes*, *6*, 12. https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-12

Li, J. N., Zheng, Q. X., Jiang, X. M., Chen, X. Q., Huang, L., Pan, Y. Q., ... & Zhu, Y. (2024). Prevalence and bidirectional association of sleep quality and gut health among Chinese midwives: a large population, multi-center cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, *12*, 1368178. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1368178

Lilliengren, P., Johansson, R., Town, J. M., Kisely, S., & Abbass, A. (2017). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for generalized anxiety disorder: A pilot effectiveness and process-outcome study. *Clinical psychology & psychotherapy*, *24*(6), 1313-1321. https://doi.org/10.1002/cpp.2101

Malda-Castillo, J., Beton, E., Coman, C., Howell, B., Burness, C., Martlew, J., ... & Valavanis, S. (2022). Three sessions of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) for patients with dissociative seizures: a pilot study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *36*(2), 81-104 https://doi.org/10.1080/02668734.2021.2018623

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.281]

Merlo, G., Bachtel, G., & Sugden, S. G. (2024). Gut microbiota, nutrition, and mental health. *Frontiers in Nutrition*, *11*, 1337889. https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1337889

Okuyama, M., Takaishi, O., Nakahara, K., Iwakura, N., Hasegawa, T., Oyama, M., Inoue, A., Ishizu, H., Satoh, H., & Fujiwara, Y. (2017). Associations among gastroesophageal reflux disease, psychological stress, and sleep disturbances in Japanese adults. *Scandinavian journal of gastroenterology*, *52*(1), 44–49. https://doi.org/10.1080/00365521.2016.1224383

On, Z. X., Grant, J., Shi, Z., Taylor, A. W., Wittert, G. A., Tully, P. J., Hayley, A. C., & Martin, S. (2017). The association between gastroesophageal reflux disease with sleep quality, depression, and anxiety in a cohort study of Australian men. *Journal of gastroenterology and hepatology*, *32*(6), 1170–1177. https://doi.org/10.1111/jgh.13650

Opland, C., & Torrico, T.J. [2024, Sep 2]. *Psychodynamic Therapy.* In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606117/

Pacheco, A. P., Cedernaes, J., & Benedict, C. (2024). Insomnia, OSA, and Mood Disorders: The Gut Connection. *Current Psychiatry Reports*, *26*(12), 703-711. https://doi.org/10.1007/s11920-024-01546-9

Revicki, D. A., Wood, M., Wiklund, I., & Crawley, J. (1998). Reliability and validity of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale in patients with gastroesophageal reflux disease. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, *7*(1), 75–83. https://doi.org/10.1023/a:1008841022998

Rocco, D., Calvo, V., Agrosì, V., Bergami, F., Busetto, L. M., Marin, S., Pezzetta, G., Rossi, L., Zuccotti, L., & Abbass, A. (2021). Intensive short-term dynamic psychotherapy provided by novice psychotherapists: Effects on symptomatology and psychological structure in patients with anxiety disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *24*(1), 4–13. https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.503

Russell, L., Abbass, A., & Allder, S. (2022). A review of the treatment of functional neurological disorder with intensive short-term dynamic psychotherapy. *Epilepsy & behavior* : E&B, 130, 108657. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2022.108657

Shafiei, F., Dehghani, M., Lavasani, F. F., Manouchehri, M., & Mokhtare, M. (2024). Intensive short-term dynamic psychotherapy for irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial examining improvements in emotion regulation, defense mechanisms, quality of life, and IBS symptoms. *Frontiers in psychology*, *15*, 1293150. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1293150

Shah, K., Ramos-Garcia, M., Bhavsar, J., & Lehrer, P. (2020). Mind-body treatments of irritable bowel syndrome symptoms: An updated meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 128, 103462. https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103462

Solbakken, O.A. (2025). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy, in Bo Bach (ed.), *ICD-11 Personality Disorders: Assessment and Treatment*. (Oxford, 2025; online edn, Oxford Academic, 20 Jan. 2025), 486-500. https://doi.org/10.1093/9780191964343.003.0027

Sun, D. S., Lien, T. S., & Chang, H. H. (2023). Restraint stress-associated gastrointestinal injury and implications from the Evans blue-fed restraint stress mouse model. *Tzu chi medical journal*, *36*(1), 23–29. https://doi.org/10.4103/tcmj.tcmj_101_23

Svedlund, J., Sjödin, I., & Dotevall, G. (1988). GSRS--a clinical rating scale for gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease. *Digestive diseases and sciences*, *33*(2), 129–134. https://doi.org/10.1007/BF01535722

Vernia, F., Di Ruscio, M., Ciccone, A., Viscido, A., Frieri, G., Stefanelli, G., & Latella, G. (2021). Sleep disorders related to nutrition and digestive diseases: a neglected clinical condition. *International journal of medical sciences*, *18*(3), 593–603. https://doi.org/10.7150/ijms.45512

Vestergaard, C. L., Skogen, J. C., Hysing, M., Harvey, A. G., Vedaa, Ø., & Sivertsen, B. (2024). Sleep duration and mental health in young adults. *Sleep medicine*, *115*, 30–38. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2024.01.021

Vorhölter, J. (2024). (Mis) Perceiving Apnea and Insomnia in Germany: A Tale of Two Disorders. *Medical Anthropology*, *43*(1), 46-60. https://doi.org/10.1080/01459740.2023.2266858

Zhang, W., Shen, Y., Hao, J., & Zhao, Y. (2024). The role of psychotherapeutic approaches in treatment of functional dyspepsia, systematic review, and meta-analysis. *Acta gastro-enterologica Belgica*, *87*(2), 294–303. https://doi.org/10.51821/87.2.13044

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.281]