

**رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های
مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر:
نقش میانجی‌گری ناگویی خویی**

**The relationship between early maladaptive schemas and
severity of symptoms in patients with irritable bowel
syndrome: Mediating role of alexithymia**

M.A. Besharat, Ph.D.

دکتر محمدعلی بشارت *

S. Dehghani, MSc.

سپیده دهقانی **

M. Gholamali Lavasani, Ph.D.

دکتر مسعود غلامعلی لواسانی ***

R. Malekzadeh, M.D.

رضا ملک‌زاده ****

چکیده

سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) یکی از شایع‌ترین و مزمن‌ترین اختلالات کنشی دستگاه گوارش است که بار زیادی را بر فرد و جامعه تحمیل می‌کند. بنابراین، بررسی متغیرهای روانشناختی مرتبط با IBS می‌تواند کمک شایانی به فهم بهتر این اختلال و مدیریت و کاهش

*. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تهران (نویسنده مسؤل)

** . دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران

*** . دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه تهران

**** . استاد پژوهشکده بیماری‌های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران

رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده ...

وخامت نشانه‌های مرضی آن در بیماران کند. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی‌گر ناگویی‌خوبی در رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. تعداد ۱۸۰ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (۱۱۴ مرد، ۶۶ زن) در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد مقیاس وخامت نشانه‌های مرضی IBS (IBS-SSS)، فرم کوتاه پرسشنامه روان‌بنه‌های یانگ (YSQ-SF) و مقیاس ناگویی‌خوبی تورنتو (TAS-20) را تکمیل کنند. نتایج پژوهش نشان داد که نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و ناگویی‌خوبی با وخامت نشانه‌های مرضی IBS در سطح $p < 0/05$ رابطه مثبت معنادار دارند. بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و ناگویی‌خوبی نیز رابطه مثبت معنادار در سطح $p < 0/01$ وجود داشت. نقش میانجی‌گر ناگویی‌خوبی در رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی IBS در این پژوهش تأیید نشد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و ناگویی‌خوبی و وخامت نشانه‌های مرضی سندرم روده تحریک‌پذیر را پیش‌بینی می‌کنند. توجه به این متغیرهای روانشناختی، می‌تواند به فرایندهای پیشگیری، تشخیص و درمان IBS کمک کند.

واژه-کلیدها: سندرم روده تحریک‌پذیر، نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته، ناگویی‌خوبی.

Abstract

Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the common and chronic functional gastrointestinal disorders that cause a great burden for the patients and the society. Therefore, investigation of psychological variables related to IBS can be useful in understanding, management and decrees of symptoms severity in IBS patients. The present study was performed to examine the mediating role of alexithymia on the relationship between early maladaptive schemas and severity of symptoms in patients with irritable bowel syndrome. One hundred and eighty patients with irritable bowel syndrome (114 men, 66 women) participated in this study. All patients were asked to complete the IBS symptom severity scale (IBS-SSS), young schema questionnaire-short form (YSQ-SF), and

Toronto Alexithymia scale (TAS-20). The results demonstrated that early maladaptive schemas and alexithymia had a significant positive association with severity of IBS symptoms ($p < 0.05$). Also early maladaptive schemas had a significant positive association with alexithymia ($p < 0.01$). The results showed that alexithymia did not play a mediating role on the relationship between early maladaptive schemas and IBS severity of symptoms. According to the results of the present study, it can be concluded that early maladaptive schemas and alexithymia can predict severity of IBS symptoms. Considering these psychological variables would be helpful in the processes of prevention, diagnosis and treatment of IBS.

Keywords: irritable bowel syndrome, early maladaptive schema, alexithymia.

Contact information: besharat@ut.ac.ir

مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر^۱ (IBS) یک اختلال کنشی گوارشی^۲ (FGiD) شایع است که به‌وسیله دردهای شکمی و تغییر در عادات روده‌ای (اسهال، یبوست یا هر دو) تعریف می‌شود (گونارسون و سیمرن، ۲۰۰۹). در حال حاضر، هیچ نابهنجاری ساختاری قابل تشخیص، نشانگر زیستی یا عامل باکتریایی خاص در تبیین نشانه‌های IBS شناسایی نشده است و نشانه‌شناسی این بیماران می‌تواند به‌عنوان نشانه‌های مرضی غیرقابل تبیین از نظر پزشکی^۳ در نظر گرفته شوند (فیلیس، رایت و کن، ۲۰۱۳). این بیماری یک تشخیص شایع در موقعیت‌های بالینی برای پزشکان عمومی و متخصصان گوارش است (سوردا- بلاگا، بابن و دومیتراسکو، ۲۰۱۲) و با توجه به ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده آن هزینه‌های قابل توجهی برای جامعه دارد (کندی، کلارکا، کوئیگلیا، گروگر، دینانا و همکاران، ۲۰۱۲). با وجود شایع بودن و اهمیت IBS، علل بیماری و عوامل مؤثر بر وخامت آن به‌طور کامل شناخته نشده است و ادامه مطالعات اکتشافی در این زمینه از ضرورت‌های پژوهشی محسوب می‌شود.

رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده ...

علی‌رغم اختلاف نظرهای موجود در این زمینه، بسیاری از محققان معتقدند که در تبیین چگونگی شکل‌گیری IBS و عوامل مؤثر بر وخامت آن باید به مجموعه‌ای از عوامل زیستی-روانی-اجتماعی^۴ توجه کرد (اوماهونی، هایلند، دینان و کرایان، ۲۰۱۱). در میان این عوامل، عوامل روانشناختی می‌توانند به طرق مختلف بر IBS تأثیر بگذارند. براون (۲۰۰۶) چگونگی شکل‌گیری نشانه‌های مرضی غیرقابل تبیین از نظر پزشکی (از جمله نشانه‌های مرضی IBS) را از رویکردی شناختی و با تأکید بر روان‌سازها^۵ توضیح داده است. طبق نظر براون، روان‌بنه‌ها و بازنمایی‌های ذهنی افراد که توسط رویدادهای محیطی و محرک‌های زمینه‌ای فعال می‌شوند، باعث می‌شوند که فرد در انتخاب اطلاعات حسی و برنامه‌های حرکتی به‌صورت انتخابی عمل کند. این توجه انتخابی، به تفسیر نادرست جهان حسی و فقدان فعالیت‌های حرکتی متناسب منتهی می‌شود و نتیجه آن، تحریف تجربه تصویر بدنی به‌عنوان یک نشانه مرضی جسمانی است.

یانگ (۱۹۹۹) نوع خاصی از روان‌بنه‌ها به نام نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته^۶ را معرفی کرده است. این روان‌بنه‌های سازش‌نیافته که از تعامل سرشت^۷ ذاتی کودک و تجارب ناخوشایند و آسیب‌زای دوران کودکی به وجود می‌آیند، یکی از عوامل روانشناختی پیچیده و مؤثر در شکل‌گیری و تداوم اختلالات جسمانی و روانی از جمله اختلالات روان‌تنی به‌شمار می‌روند (تیم، ۲۰۱۰؛ یانگ، کلووسکو و ویشار، ۲۰۰۳). شهامت (۱۳۸۹) در پژوهش خود نشان داد که بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و جسمانی‌سازی رابطه معنادار وجود دارد. در پژوهشی که اخیراً انجام شد، فیلیپس و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های مرضی IBS هستند. علاوه بر این، پژوهش‌های مختلف بر نقش آسیب‌ها و تجارب ناگوار سال‌های اولیه زندگی (برای مثال، سوءاستفاده و تعاملات نامناسب با والدین) در عملکرد روده تأکید و بیان کرده‌اند که تعامل آنها به‌وسیله محور مغز-روده^۸ باعث افزایش احتمال بروز IBS در بزرگسالی می‌شود (اوماهونی و همکاران، ۲۰۱۱؛ دینان، کریان، شانهان، کیلینگ و کویگل، ۲۰۱۰؛ کندیا و همکاران، ۲۰۱۲). بدین ترتیب، انتظار می‌رود که وجود نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته نشأت گرفته از تجارب ناخوشایند

رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده ...

دوران کودکی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با افزایش وخامت نشانه‌های مرضی همراه باشد. بررسی این رابطه یکی از هدف‌های این پژوهش است. اما آیا رابطه روان‌بنه‌ها با وخامت نشانه‌های مرضی IBS یک رابطه خطی و ساده است؟ مرور یافته‌ها این فرض را مطرح می‌کند که برخی از سازه‌های روانشناختی ممکن است در این رابطه نقش میانجیگری داشته باشند.

بر اساس نظر یانگ و همکاران (۲۰۰۳) فعال شدن نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته باعث تجربه عواطف و هیجان‌های شدیدی می‌شود که فرد قادر به تنظیم آنها نیست. یکی از سازه‌های شناخته شده برای توصیف دشواری در پردازش و تنظیم هیجان‌ها، ناگویی‌خویی^۱ است که در پژوهش‌های مختلف مورد توجه قرار گرفته است (تیلور، بگی و پارکر، ۱۹۹۷). بر اساس نظر تیلور (۲۰۰۰)، ویژگی‌های اصلی ناگویی‌خویی، دشواری در مشخص کردن هیجان‌ها و متمایز کردن آنها از حس‌های جسمانی مرتبط با برانگیختگی هیجانی، دشواری در توصیف هیجان‌ها برای دیگران و تفکر عینی و متمرکز بر بیرون است. فرض بر این است که ریشه‌های ناگویی‌خویی در دوران اولیه کودکی است و زمانی شکل می‌گیرد که فرآیندهای شناختی تنظیم هیجان‌ها توسط عوامل محیطی آسیب‌زا مانند غفلت و سوءاستفاده یا موقعیت‌های اجتماعی ناگوار مختل شود (ساریا، ساریا، ماتیلا، کاروکیوی و جوکاما، ۲۰۱۳). محققان بیان کرده‌اند که بدرفتاری در دوران کودکی تحول طبیعی فرآیندهای شناختی و هیجانی، یکپارچه‌سازی تفکر و احساسات و ظرفیت فهم و بیان حالت‌های هیجانی را مختل می‌کند و با ناگویی‌خویی رابطه دارد (دی پان فیلیس، سالواتور، مارچسی، کازولا، تونا و همکاران، ۲۰۰۸؛ یاتس، ۲۰۰۹). از سوی دیگر، پژوهش‌های مختلف رابطه ناگویی‌خویی را با بسیاری از اختلالات جسمانی شکل و روان‌تنی از جمله اختلالات کنشی گوارشی نشان داده‌اند (استینوگ، دالاس، وریا، ۲۰۱۱؛ بشارت، کوچی، دهقانی، فراهانی و مؤمن‌زاده، ۱۳۹۰؛ کانو و فوکودا، ۲۰۱۳؛ هوبر، سومان، بیاسی و کارلی، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش‌ها، همچنین نشان داده‌اند که ناگویی‌خویی با وخامت نشانه‌های مرضی و پیامدهای درمانی در بیماران مبتلا به IBS رابطه دارد (پورتینکاسا، ماشتا، بالداسار، التومار و پالاسیانو، ۲۰۰۳؛ فیلیس و همکاران، ۲۰۱۳؛

رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده ...

کاستین، پترار و دامیتراسکو، ۲۰۰۶). داودی، فتاحی‌نیا و زرگر (۱۳۸۹) نیز در پژوهش خود نشان دادند که افراد مبتلا به IBS در مقایسه با افراد غیر مبتلا، ناگویی‌خویی بالاتری دارند. بر اساس این یافته‌ها و وجود شواهد پژوهشی مبنی بر رابطه بین سه متغیر اصلی این پژوهش، هدف دوم پژوهش یعنی مطالعه نقش میانجیگری ناگویی‌خویی در رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، مشخص می‌شود. با توجه به هدف پژوهش، ملاحظات نظری و یافته‌های پژوهشی موجود، فرضیه‌های پژوهش حاضر به این شرح آزمون شدند. فرضیه اول: بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی IBS رابطه مثبت وجود دارد؛ فرضیه دوم: بین ناگویی‌خویی و وخامت نشانه‌های IBS رابطه مثبت وجود دارد؛ فرضیه سوم: بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و ناگویی‌خویی رابطه مثبت وجود دارد؛ فرضیه چهارم: ناگویی‌خویی در رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی IBS نقش میانجیگری دارد.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه آماری، بیماران مبتلا به IBS مراجعه‌کننده به کلینیک گوارش مسعود در شهر تهران بودند. نمونه پژوهش ۲۰۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به این کلینیک بودند که به شیوه هدفمند و با توجه به معیارهای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. شرایط شرکت در پژوهش عبارت بودند از: سن ۲۰ تا ۶۰ سال، تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر با نظر پزشک متخصص گوارش، عدم ابتلای همزمان به یک بیماری جسمی جدی و وخیم مانند بیماری‌های قلبی و مولتیپل اسکلرزیس، عدم ابتلا به یک اختلال پسیکوزی مانند اسکیزوفرنی و اختلال‌های وابسته به آن، عدم وجود سوءمصرف و وابستگی به مواد. پس از اخذ رضایت بیماران پرسشنامه‌های مورد نظر از طریق پست و یا پست الکترونیکی به ۳۰۰ بیمار ارسال شد. دویست نفر از آنها پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و عودت دادند. بیست پرسشنامه ناقص از تحلیل آماری کنار گذاشته شد و نمونه نهایی به ۱۸۰ نفر (۱۱۴

رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده ...

مرد، ۶۶ زن) تقلیل یافت. دامنه سنی برای زنان ۲۰ تا ۶۰ سال بود. میانگین سنی زنان ۴۱/۲۸ و انحراف استاندارد آن ۱۲/۷۶ بود. دامنه سنی برای مردان ۲۰ تا ۶۰ سال بود. میانگین سنی مردان ۴۰/۲۹ و انحراف استاندارد آن ۱۱/۷۸ بود. میانگین سنی کل نمونه ۴۴/۶۶ و انحراف استاندارد آن ۱۲/۱۳ بود. از مجموع ۱۸۰ بیمار، ۶۳/۳ درصد زن، ۶۶ ۳۶/۷ درصد مرد، ۶۷/۸ درصد متأهل، ۳۰/۶ درصد مجرد و ۱/۷ درصد بیوه بودند. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پی‌یرسون و تحلیل مسیر و نرم‌افزارهای SPSS 18 و LISREL 8.5 تحلیل شدند. در این پژوهش از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

مقیاس وخامت نشانه‌های مرضی IBS: مقیاس وخامت نشانه‌های مرضی IBS^{۱۱} (IBS-SSS)؛ فرانسیس، موریس و وهورول، ۱۹۹۷) یک ابزار ۵ گویه‌ای است که با استفاده از یک مقیاس آنالوگ دیداری (VAS) برای اندازه‌گیری وخامت درد شکمی، تواتر درد شکمی، وخامت اتساع شکمی، نارضایتی نسبت به عادات روده‌ای و تأثیر IBS بر کیفیت زندگی استفاده می‌شود. برای به‌دست آوردن وخامت IBS نمره تمام گویه‌ها با یکدیگر جمع می‌شوند. نمره کل ابزار از ۰ تا ۵۰۰ است که نمره بالاتر، وخامت بیشتر IBS را نشان می‌دهد (لکتر، جاکارد و بائوم، ۲۰۱۳). این ابزار در کارآزمایی‌های بالینی بسیاری استفاده شده و تغییرات آن ارتباط معناداری با تغییرات در نمره کیفیت زندگی و اضطراب و افسردگی داشته است. آلفای کرونباخ برای همسانی درونی^{۱۲} مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است (بیکرک، دیویت، موریس، جونز، نوتروس و همکاران، ۲۰۰۳). غلامرضایی و همکاران (۲۰۱۱) گزارش کرده‌اند که نسخه فارسی مقیاس دارای درستی^{۱۳} و قابلیت اعتماد^{۱۴} مناسب است، به طوری که نمره کلی مقیاس رابطه معناداری با نمره کلی کیفیت زندگی ($r=0/62$) و نمره اضطراب و افسردگی دارد ($r=0/45$) دارد. همچنین آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۶۸ بود.

پرسشنامه نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته یانگ- فرم کوتاه: فرم کوتاه پرسشنامه روان‌بنه‌های یانگ^{۱۵} (YSQ-SF؛ یانگ، ۱۹۹۸) یک پرسشنامه ۷۵ سؤالی است که ۱۵ نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته را می‌سنجد. هر یک از ۷۵ عبارت این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً غلط (نمره ۱) تا کاملاً درست (نمره ۶) نمره گذاری می‌شود. اولین

رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده ...

پژوهش جامع برای بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه توسط اسمیت، جونیر، یانگ و تلچ (۱۹۹۵) انجام شد. ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۸۳ (برای روان‌بنه خود تحول‌نیافته / گرفتار) تا ۰/۹۶ (برای روان‌بنه نقص شرم) به دست آمد و قابلیت اعتماد بازآزمایی^{۱۶} در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ گزارش شد. آهی، محمدی‌فر و بشارت (۱۳۸۶) نیز در بررسی ویژگی‌های روانسنجی فرم فارسی این مقیاس، ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی را از ۰/۷۲ (برای روان‌بنه بی‌اعتمادی) تا ۰/۹۰ (برای روان‌بنه‌های وابستگی و شکست) گزارش کردند. قابلیت اعتماد بازآزمایی در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۶۹ برای روان‌بنه‌های بازداری هیجانی و ایثار تا ۰/۸۳ برای روان‌بنه‌های وابستگی و شکست به دست آمد. در این پژوهش ساختار عاملی و درستی سازه YSQ-SF نیز تأیید شد (آهی و همکاران، ۱۳۸۶).

مقیاس ناگویی خویی تورنتو (FTAS-20): مقیاس ناگویی خویی تورنتو^{۱۷} (بگبی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴) یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات^{۱۸}، دشواری در توصیف احساسات^{۱۹}، و تفکر عینی^{۲۰} را در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی خویی کلی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (پارکر، تیلور و بگبی، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳؛ پالمر، گیگانس، مانوکا و استاف، ۲۰۰۴؛ پندی، مندل، تیلور و پارکر، ۱۹۹۶؛ تیلور و بگبی، ۲۰۰۰). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خویی تورنتو-۲۰ (بشارت، ۲۰۰۷)، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خویی کل، و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. قابلیت اعتماد بازآزمایی مقیاس ناگویی خویی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r = 0.70$ تا $r = 0.77$ برای ناگویی خویی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شد. درستی همزمان^{۲۱} مقیاس ناگویی خویی تورنتو-۲۰ بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی^{۲۲}، بهزیستی روانشناختی^{۲۳} و درماندگی روانشناختی^{۲۴} بررسی و مورد

رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده ...

تأیید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی خویی کل با هوش هیجانی ($r = -0.70, P < 0.001$)، بهزیستی روانشناختی ($P < 0.001$)، $r = -0.68$ ، و درماندگی روانشناختی ($r = 0.44, P < 0.001$) همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های ناگویی خویی و متغیرهای فوق نیز معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خویی تورنتو-۲۰ تأیید کردند (بشارت، ۱۳۹۲، ۲۰۰۷).

داده‌ها یافته‌ها

جدول شماره (۱) میانگین و انحراف استاندارد نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته، ناگویی خویی و وخامت نشانه‌های مرضی IBS را نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته، ناگویی خویی و وخامت نشانه‌های مرضی IBS

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
روان‌سازه محرومیت هیجانی	۱۳/۹۵	۷/۰۶	روان‌سازه اطاعت	۱۱/۷۵	۶/۳۲
روان‌سازه رهاشدگی	۱۳/۹۵	۶/۰۵	روان‌سازه اینتر	۲۰/۰۶	۵/۸۴
روان‌سازه بی‌اعتمادی	۱۳/۳۷	۶/۲۷	روان‌سازه بازداری هیجانی	۱۳/۴۲	۶/۲۹
روان‌سازه انزوای اجتماعی	۹/۸۸	۴/۸۱	روان‌سازه معیارهای سرسختانه	۲۰/۱۰	۵/۶۲
روان‌سازه نقص	۷/۹۸	۳/۸۴	روان‌سازه استحقاق	۱۵/۷۰	۵/۶۶
روان‌سازه وابستگی	۹/۲۵	۴/۹۲	روان‌سازه خویشین داری / خودانضباطی ناکافی	۱۳/۱۴	۵/۳۹
روان‌سازه آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری	۱۱/۳۶	۵/۹۵	ناگویی هیجانی	۵۲/۷۹	۱۳/۳۳
روان‌سازه شکست	۹/۷۶	۵/۵۱	وخامت نشانه‌های IBS	۲۳۵/۰۴	۱۰۸/۶۹
روان‌سازه خودتحول نیافته	۱۱/۳۶	۶/۰۴			

جدول شماره (۲) ضرایب همبستگی پیرسون بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته، ناگویی خویی و وخامت نشانه‌های مرضی IBS را نشان می‌دهد. با توجه به این جدول، همبستگی نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته با وخامت نشانه‌های مرضی IBS و ناگویی خویی

رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده ...

مثبت معنادار است. ناگویی خوبی همچنین با وخامت نشانه‌های مرضی IBS رابطه مثبت معنادار دارد. بدین ترتیب، فرضیه‌های اول تا سوم پژوهش تأیید می‌شوند.

جدول ۲: ضرایب همبستگی پیرسون بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته، ناگویی خوبی و وخامت نشانه‌های مرضی IBS

ناگویی خوبی	وخامت نشانه‌های مرضی IBS	
۰/۲۹**	۰/۲۳**	روان‌بنه محرومیت هیجانی
۰/۳۵**	۰/۲۵**	روان‌بنه رهاشدگی
۰/۳۶**	۰/۱۸*	روان‌بنه بی‌اعتمادی/ بدرفتاری
۰/۳۴**	۰/۱۷	روان‌بنه انزوای اجتماعی
۰/۳۸**	۰/۱۵*	روان‌بنه نقص/ شرم
۰/۴۱**	۰/۲۲**	روان‌بنه شکست
۰/۳۹**	۰/۱۴	روان‌بنه وابستگی/ بی‌کفایتی
۰/۵۲**	۰/۳۴**	روان‌بنه آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری
۰/۳۶**	۰/۲۲**	روان‌بنه خودتحول نیافته/ گرفتار
۰/۴۵**	۰/۱۹**	روان‌بنه اطاعت
۰/۲۷**	۰/۲۱**	روان‌بنه ایتار
۰/۵۷**	۰/۲۰**	روان‌بنه بازداری هیجانی
۰/۳۶**	۰/۲۶**	روان‌بنه معیارهای سرسختانه
۰/۳۱**	۰/۱۰	روان‌بنه استحقاق
۰/۳۷**	۰/۲۴**	روان‌بنه خوب‌نشدن داری/ خودانضباطی ناکافی
۱	۰/۳۰**	ناگویی خوبی

**p < ۰/۰۱ *p < ۰/۰۵

به‌منظور آزمون فرضیه چهارم در خصوص نقش میانجیگری ناگویی خوبی در رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی IBS، از تحلیل مسیر استفاده شد. در جدول شماره (۳) میزان اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل پانزده نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته بر وخامت نشانه‌های IBS با میانجیگری ناگویی خوبی نشان داده شده است. اعداد خارج از پرانتز مقادیر ضرایب استاندارد و اعداد داخل پرانتز مقادیر t روابط را نشان می‌دهند. همان‌گونه که مشاهده می‌شود هیچ‌کدام از اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته بر وخامت نشانه‌های IBS با میانجیگری ناگویی خوبی معنادار نیست.

رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت‌نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده ...

جدول ۳: اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته بر وخامت‌نشانه‌های مرضی IBS با میانجیگری ناگویی خویی

اثر کل	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	مسیر
۰/۲۵ (۲/۸۸)	۰/۱ (۲/۲۹)	۰/۲۵ (۱/۶۰)	محرومیت هیجانی ← ناگویی خویی ← وخامت‌نشانه‌های مرضی IBS
۰/۰۵ (۰/۴۹)	-۰/۰۱ (-۰/۶۱)	۰/۰۵ (۰/۶)	رهاشدگی ← ناگویی خویی ← وخامت‌نشانه‌های مرضی IBS
-۰/۱۳ (-۱/۱۶)	-۰/۰۳ (-۱/۲۴)	-۰/۱۳ (-۰/۹۱)	بی‌اعتمادی/بدرفتاری ← ناگویی خویی ← وخامت‌نشانه‌های مرضی IBS
۰/۰۰ (۰/۰۴)	-۰/۰۲ (-۰/۸۰)	۰/۰۰ (۰/۱۹)	انزوای اجتماعی ← ناگویی خویی ← وخامت‌نشانه‌های مرضی IBS
-۰/۱۲ (-۱/۱۶)	-۰/۰۳ (-۱/۳۸)	-۰/۱۲ (-۰/۸۷)	نقص/شرم ← ناگویی خویی ← وخامت‌نشانه‌های مرضی IBS
۰/۰۵ (۰/۴۴)	۰/۰۰ (۰/۱۲)	۰/۰۵ (۰/۴۲)	شکست ← ناگویی خویی ← وخامت‌نشانه‌های مرضی IBS
-۰/۱۵ (-۱/۳۸)	۰/۰۰ (۰/۰۷)	-۰/۱۵ (-۱/۴۲)	وابستگی/بی‌کفایتی ← ناگویی هیجانی ← وخامت‌نشانه‌های مرضی IBS
۰/۲۲ (۲/۲۱)	۰/۰۵ (۱/۷۹)	۰/۲۲ (۱/۷۰)	آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری ← ناگویی هیجانی ← وخامت‌نشانه‌های مرضی IBS
۰/۰۹ (۰/۸۳)	۰/۰۲ (۰/۸۴)	۰/۰۹ (۰/۶۸)	خودتجول نیافته/گرفتار ← ناگویی خویی ← وخامت‌نشانه‌های مرضی IBS
-۰/۰۵ (-۰/۴۳)	۰/۰۱ (۰/۸۹)	-۰/۰۵ (-۰/۶۰)	اطاعت ← ناگویی خویی ← وخامت‌نشانه‌های مرضی IBS
۰/۰۵ (۰/۵۲)	۰/۰۰ (-۰/۳۰)	۰/۰۵ (۰/۵۸)	ایثار ← ناگویی خویی ← وخامت‌نشانه‌های مرضی IBS
-۰/۰۱ (-۰/۱۱)	۰/۰۷ (۱/۹۸)	-۰/۰۱ (-۰/۷۷)	بازداری هیجانی ← ناگویی خویی ← وخامت‌نشانه‌های مرضی IBS
۰/۱۸ (۱/۷۹)	-۰/۰۱ (-۰/۵۷)	۰/۱۸ (۱/۹۲)	معیارهای سرسختانه ← ناگویی خویی ← وخامت‌نشانه‌های مرضی IBS
-۰/۱۱ (-۱/۲۰)	۰/۰۰ (۰/۲۹)	-۰/۱۱ (-۱/۲۷)	استحقاق ← ناگویی خویی ← وخامت‌نشانه‌های مرضی IBS
۰/۲۲ (۲/۲۵)	۰/۰۲ (۱/۱۲)	۰/۲۲ (۲/۰۵)	خوشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی ← ناگویی خویی ← وخامت‌نشانه‌های مرضی IBS

*p < ۰/۰۵

در جدول شماره (۴) شاخص‌های برازش مدل فرضی پژوهش در مورد نقش میانجیگری ناگویی خویی در رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت‌نشانه‌های مرضی IBS گزارش شده است. هر چقدر شاخص X^2/df کوچکتر از ۲، RMSEA کوچکتر از ۰/۱ و شاخص‌های GFI و AGFI به یک نزدیکتر باشند، مدل برازش بهتری خواهد داشت. همان‌طور که نشان داده شده است مدل از میزان شاخص‌های برازش نسبتاً خوبی برخوردار است اما با توجه به این که هیچ کدام از اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته

رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده ...

بر وخامت نشانه‌های مرضی IBS با میانجیگری ناگویی خوئی معنادار نبود، فرضیه چهارم پژوهش تأیید نمی‌شود.

جدول ۴: شاخص‌های نیکویی برازش برای مدل فرضی نقش میانجیگری ناگویی خوئی در رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی IBS

شاخص	X ²	X ² /df	GFI	AGFI	CFI	NNFI	RMSEA	RMSR
	۴۷/۸۲	۴۷/۸۲	۰/۹۷	-۳/۶۶	۰/۹۹	-۱/۰۲	۰/۵۳	۳۵/۱۴

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته با وخامت نشانه‌های مرضی IBS رابطه مثبت معنادار دارند. این یافته که فرضیه اول پژوهش را تأیید می‌کند با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (اوماهونی و همکاران، ۲۰۱۱؛ فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۳) همسو است و برحسب چند احتمال تبیین می‌شود. مطابق با نظر براون (۲۰۰۶)، فعال شدن روان‌بنه‌ها باعث می‌شود که فرد به اطلاعات حسی و حرکتی بیرونی و درونی به صورت انتخابی توجه کند و در نتیجه به یک تفسیر نادرست از حس‌های جسمی خود و تجربه بدنی تحریف شده برسد. در بیماران مبتلا به IBS این امر می‌تواند خود را به صورت اغراق در حس‌های جسمانی و تشدید علائم نشان دهد. همچنین مطابق با نظر یانگ و همکاران (۲۰۰۳) تجارب ناگوار اولیه و تعاملات نامناسب با والدین، منجر به شکل‌گیری نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته می‌شوند (تیم، ۲۰۱۰؛ یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). از سوی دیگر، یافته‌های پژوهشی (اوماهونی و همکاران، ۲۰۱۱؛ دینان و همکاران، ۲۰۱۰؛ فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۳؛ کندیا و همکاران، ۲۰۱۲) نشان داده‌اند که تجارب آسیب‌زا، به‌ویژه در سال‌های اولیه کودکی، خطر تحول IBS در سال‌های بعدی زندگی را افزایش می‌دهد. در واقع این تجارب ناگوار، باعث حساسیت افراد نسبت به استرس و افزایش پاسخ‌های محور HPA که یک عامل اصلی در تغییرات ناشی از استرس در عملکرد روده است، می‌گردد (دینان و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین تجارب ناگوار تغییراتی را در سیستم عصبی خودمختار ایجاد می‌کند و با توجه به این که سیستم عصبی خودمختار از طریق تعامل با سیستم عصبی روده، حرکت و دفع دستگاه گوارش را هماهنگ و

رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده ...

تنظیم می‌کند، آشفتگی در فعالیت سیستم سمپاتیک و پاراسمپاتیک بر مستعد کردن افراد برای ابتلا به IBS و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به IBS تأثیرگذار است (کنديا و همکاران، ۲۰۱۲). بدین ترتیب رابطه مثبت بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی IBS تبیین می‌شود.

در رابطه با فرضیه دوم، یافته‌های پژوهش نشان داد که بین ناگویی خویی و وخامت نشانه‌های مرضی IBS رابطه مثبت معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (پورتینکاسا و همکاران، ۲۰۰۳؛ داودی و همکاران، ۱۳۸۹؛ فیلیس و همکاران، ۲۰۱۳؛ کاستین و همکاران، ۲۰۰۶) همسو است. برای تفسیر این یافته می‌توان به نظریه‌های ناگویی خویی استناد کرد. براساس این نظریه‌ها، ناگویی خویی اختلال در تنظیم عواطف است. اجتناب از هیجان‌ها، عدم توانایی بیان و فقدان آگاهی از آنها منجر به تشدید برانگیختگی هیجانی می‌شود. اگر این وضعیت به طول انجامد، بر سیستم‌های ایمنی، غده هیپوفیز، آدرنال و سیستم‌های خودمختار فشار وارد می‌شود. تداوم تحریکات روی این سیستم‌ها، موجب ناراحتی فیزیکی و روانی و تلاش‌های میانجی‌گرانه برای توضیح این احساسات می‌شود. اشخاص دارای ناگویی خویی، این نشانه‌های بدنی را به‌عنوان بیماری‌های جسمی تفسیر می‌کنند و احتمالاً به همین دلیل است که این افراد بیش از سایر افراد دارای بیماری‌های جسمی تشخیص داده می‌شوند (لوملی، نیلی و بورگر، ۲۰۰۷). موضوع مشترک در ناگویی خویی و IBS تقویت و تشدید حس‌های بدنی است. ناگویی خویی باعث تقویت و تشدید حس‌های جسمی و تحمل کم محرک‌های دردناک می‌گردد؛ به‌گونه‌ای که حس‌های احشایی و جسمی به‌صورتی شدیدتر و ناخوشایندتر آن‌گونه که در IBS وجود دارد، احساس و تجربه می‌شوند (کانو و فوکودا، ۲۰۱۳). در واقع افرادی که ناگویی خویی دارند حس‌های بدنی مرتبط با هیجان‌ها را اشتباه تفسیر می‌کنند یا قادر به بیان کلامی آنها نیستند. در نتیجه، ممکن است تجارب هیجانی با وخامت کمتری را گزارش دهند اما آن را به‌صورت نشانه‌های جسمانی شدیدتر تجربه کنند. برای مثال، تنش ماهیچه‌ای یا ضربان قلب افزایش یافته در طول حالات اضطرابی به احتمال بیشتری به‌عنوان نشانه‌های مشکل و بیماری در بدن شخص تعبیر می‌شوند تا این که به اضطراب نسبت داده شوند (کانو و فوکودا، ۲۰۱۳). با استناد به این تفاسیر می‌توان رابطه مثبت بین ناگویی خویی و وخامت نشانه‌های مرضی

رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده ...

IBS را در نمونه پژوهش حاضر تبیین کرد.

در مورد فرضیه سوم پژوهش، بر اساس یافته‌های به‌دست آمده، بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و ناگویی‌خویی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. اگر چه تاکنون هیچ پژوهشی دقیقاً به بررسی رابطه این دو متغیر با یکدیگر نپرداخته، اما می‌توان این یافته‌ها را با نتایج پژوهش‌های پیشین (دی پان فیلیس و همکاران، ۲۰۰۸؛ یاتس، ۲۰۰۹) همسو دانست. در تبیین این یافته‌ها در نگاهی کلی می‌توان چنین گفت که نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته که بر اثر ناگواری‌های دوران کودکی به‌وجود آمده‌اند، هیجان‌های ناخوشایندی را به همراه خود دارند که برای فرد بسیار دردناک است (تیم، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، برخی محققان معتقدند که تجارب ناگوار دوران کودکی می‌تواند باعث نقص‌هایی در سیستم پردازش هیجانی فرد و ایجاد ناگویی‌خویی شود. در واقع ناگویی‌خویی به‌عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای در نظر گرفته می‌شود که افرادی که در معرض تجارب ناگوار و آسیب‌زا قرار گرفته‌اند، از طریق آن با محدود کردن شدید دامنه هیجانی از حالات عاطفی ناخوشایند اجتناب می‌کنند و هیجان‌های دردناک خود را کاهش می‌دهند (ساریاهو و همکاران، ۲۰۱۳). به‌عبارت دیگر، می‌توان ناگویی‌خویی را به‌عنوان راهی برای کاهش هیجان‌های ناخوشایند ناشی از فعال شدن نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته در نظر گرفت.

فرضیه چهارم پژوهش که به بررسی نقش میانجیگری ناگویی‌خویی در رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی IBS پرداخته بودند، تأیید نشد. تاکنون پژوهشی که اختصاصاً به این موضوع پرداخته باشد، صورت نگرفته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر جزء اختلالات کنشی گوارشی محسوب می‌شود، اما پژوهش‌های بسیاری نقش عوامل زیستی را در آن بسیار قوی می‌دانند. حتی عوامل محیطی همچون رژیم غذایی نیز می‌تواند بر درد شکم و اجابت مزاج بیماران تأثیرگذار باشد. برای مثال، برخی از بیماران اظهار می‌کنند که با حذف برخی مواد غذایی از رژیم غذایی، نشانه‌هایشان تا حد زیادی تسکین پیدا کرده است. همچنین بسیاری از بیماران داروهای معدی-روده‌ای مصرف می‌کردند و برخی از آنها برای دوره‌ای مصرف دارو را داشته‌اند که با تسکین نشانه‌های مرضی آن را قطع کرده‌اند. بنابراین، مجموعه پیچیده‌ای از عوامل بر وخامت نشانه‌های

رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده ...

مرضی بیماران مبتلا به IBS تأثیرگذار است. علاوه بر این، در بیمارانی که وخامت نشانه‌های مرضی بیشتر است و در واقع در گروه افراد مبتلا به IBS شدید قرار می‌گیرند، عوامل روانشناختی نقش پررنگ‌تری را بازی می‌کنند، در حالی که در پژوهش کنونی مجموعه‌ای از بیماران با وخامت‌های مختلف نشانه‌های مرضی شرکت داشتند. تمامی این موارد، به‌دست آوردن مدلی پیچیده و معنادار همچون مدل فرض شده در پژوهش کنونی را می‌تواند با مشکل روبه‌رو سازد.

یافته‌های به‌دست آمده، پیامدهای نظری و عملی مهمی به‌دنبال دارد. در سطح نظری، رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته با وخامت نشانه‌های مرضی IBS که در پژوهش‌های پیشین چندان مورد بررسی قرار نگرفته بودند روشن می‌شود. همچنین، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند رهنمون پژوهش‌های جدیدتر به‌منظور گسترش دانش روانشناختی در زمینه عوامل مؤثر بر شکل‌گیری و وخامت بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر و سایر اختلالات کنشی دستگاه گوارش گردد و به گسترش تبیین‌های روانشناختی این اختلالات کمک کند. در سطح عملی و به‌خصوص بالینی، نتایج پژوهش کنونی می‌تواند به متخصصان بالینی به‌خصوص روان‌شناسان سلامت در مدیریت و کاهش وخامت نشانه‌های مرضی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر کمک کند و از هزینه‌های تحمیل شده به افراد و جامعه، سیستم بهداشت و درمان بکاهد.

محدودیت جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش که به‌صورت مقطعی انجام شده است، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند. استفاده از پست و پست الکترونیکی برای ارسال و دریافت پرسشنامه‌ها و عدم مصاحبه حضوری با بیماران از دیگر محدودیت‌های پژوهش کنونی است. همچنین، با توجه به کنترل نکردن متغیرهایی همچون وضعیت اجتماعی-اقتصادی تعمیم یافته‌های پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی برای بررسی ثبات متغیرهای پژوهش حاضر در طی زمان، پژوهش‌های طولی صورت گیرد. اجرای پژوهش‌های بررسی اثربخشی درمان یا در نظر گرفتن متغیرهای پژوهش حاضر در جریان درمان‌های مختلف و بررسی متغیرهای پژوهش در سایر اختلالات کنشی

رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده ...

دستگاه گوارش (مانند اختلال التهابی روده) و دیگر اختلالات روان‌تنی از دیگر پیشنهادها پیرویش است. همچنین به درمانگران پیشنهاد می‌شود که در فرآیند مداخله‌های روانشناختی برای مدیریت نشانه‌های سندرم روده تحریک‌پذیر، به متغیرهای روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و ناگویی خوبی توجه ویژه‌ای کنند و راهبردهایی برای تعدیل و اصلاح آنها به بیماران ارائه نمایند.

پی‌نوشت‌ها:

- | | |
|---|--|
| 1- Irritable Bowel Syndrome (IBS) | 2- Functional Gastrointestinal Disorder (FGiD) |
| 3- medically unexplained symptoms | 4- bio-psycho-social |
| 5- schemas | 6- early maladaptive schemas |
| 7- Temperament | 8- Brain-gut axis |
| 9- emotions regulation | 10- alexithymia |
| 11- IBS Symptom Severity Scale | 12- internal consistency |
| 13- validity | 14- reliability |
| 15- Young Schema Questionnaire-Short Form | 16- test-retest reliability |
| 17- Toronto Alexithymia Scale | 18- difficulty identifying feelings |
| 19- difficulty describing feelings | 20- externally oriented thinking |
| 21- concurrent validity | 22- emotional intelligence |
| 23- psychological well-being | 24- psychological distress |

منابع و مأخذ فارسی:

- آهی، ق.، محمدی فر، م.، و بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). قابلیت اعتماد و اعتبار فرم کوتاه پرسشنامه طر حواره یانگ. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳، ۲۰-۵.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۲). مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو: پرسشنامه، روش اجرا و نمره گذاری (نسخه فارسی). *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۳۷، ۹۲-۹۰.
- بشارت، م. ع.، کوچی، ص.، دهقانی، م.، فراهانی، ح.، و مؤمن‌زاده، س. (۱۳۹۱). بررسی نقش تعدیل‌کننده عاطفه مثبت و منفی بر رابطه بین ناگویی هیجانی و وخامت درد در بیماران

رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده ...

مبتلا به درد مزمن. *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۷، ۴۰-۵۵.

داودی، ا.، فتاحی‌نیا، م.، و زرگر، ی. (۱۳۸۹). مقایسه کمال‌گرایی، الکسی تایمی و سلامت

روان در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با افراد سالم. *مجله دست آوردهای*

روانشناختی، ۲، ۲۳۴-۲۱۳.

شهامت، ف. (۱۳۸۹). پیش‌بینی نشانه‌های سلامت عمومی (جسمانی سازی، اضطراب و

افسردگی) بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *مجله پژوهش‌های نوین روانشناختی*،

۲۰، ۱۲۴-۱۰۳.

منابع و مآخذ خارجی:

- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale- I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatics Research*, 38, 23-32.
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and Factorial Validity of Farsi Version of the Toronto Alexithymia Scale with a Sample of Iranian Students. *Journal of Psychological Reports*, 101, 209-220.
- Bijkerk, C. J., deWit, N. J., Muris, J. W., Jones, R. H., Knottnerus, J. A., & Hoes, A. W. (2003). Outcome measures in irritable bowel syndrome: comparison of psychometric and methodological characteristics. *American Journal of Gastroenterology*, 98, 122-127.
- Brown, R. J. (2006). Medically unexplained symptoms: a new model. *Journal of Psychiatry*, 5, 43-47.
- Costin, S., Petrar, S., & Dumitrascu, D. L. (2006). Alexithymia in Romanian females with irritable bowel syndrome (IBS). *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 426-432.
- De Panfilis, C., Salvatore, P., Marchesi, C., Cazzolla, R., Tonna, M., & Maggini, C. (2008). Parental bonding and personality disorder: the mediating role of alexithymia. *Journal of Personality Disorders*, 22, 496-508.
- Dinan, T. G., Cryan, J., Shanahan, F., Keeling, P. W., & Quigley, E. M. (2010). IBS: an epigenetic perspective. *Journal of Gastroenterology and Hematology*, 7, 465-471.
- Francis, C. Y., Morris, J., & Whorwell, P. J. (1997). The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Journal of Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 11, 395-402.
- Gholamrezaei, A., Zolfaghari, B., Farajzadegan, Z., Nemati, K., Daghaghzadeh, H., Tavakkoli, H., & Emami, M. H. (2011). Linguistic Validation of the

رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده ...

- Irritable Bowel Syndrome-Quality of Life Questionnaire for Iranian Patients. *Journal of Acta Medica Iranica*, 49, 390-395.
- Gunnarsson, J., & Simrén, M. (2009). Peripheral factors in the pathophysiology of irritable bowel syndrome. *Journal of Digestive and Liver Disease*, 41, 788-793.
- Hober, A., Suman, A., L., Biasi, G., & Carli, G. (2009). Alexithymia in fibromyalgia syndrome: Associations with ongoing pain. *Journal of Psychosomatics Researches*, 66, 425-433.
- Kano, M., & Fukudo, S. (2013). The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *Journal of BioPsychoSocial Medicine*, 7, 1-13.
- Kennedy, P. J., Clarke, G., Quigley, E. M., Groegere, J. A., Dinana, T. G., Cryan, J. F. (2012). Gut memories: Towards a cognitive neurobiology of irritable bowel syndrome. *Journal of Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36, 310-340.
- Lackner, J. M., Jaccard, C., & Baum, C. (2013). Multidomain patient-reported outcomes of irritable bowel syndrome: exploring person centered perspectives to better understand symptom severity scores. *Journal of Value Health*, 16, 97-103.
- Lumley, M., Neely, L., & Burger, A. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality assessment*, 89, 230-46.
- '' aa ,,,, , . ,,,, aaaa ,,, N. ,,, ii ,,,, ,, .. , & aaaa,, (..11.. aa eemll separation as a model of brain-gut axis dysfunction. *Journal of Psychopharmacology*, 214, 71-88.
- Palmer, B. R., Gignac, G., Manocha, R., & Syough, C. (2004). A psychometric evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. *Intelligence*, 33, 285-305.
- Pandey, R., Mandal, M. K., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1996). Cross-cultural alexithymia: development and validation of a Hindi translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 173-176.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107-115.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale: III reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.
- Phillips, K., Wright, B. J., & Kent, S. (2013). Psychosocial predictors of irritable bowel syndrome diagnosis and symptom severity. *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 467-474.

رابطه بین نخستین روان‌بنه‌های سازش‌نیافته و وخامت نشانه‌های مرضی در بیماران مبتلا به سندرم روده ...

- Phillips, K., Wright, B. J., & Kent, S. (2013). Psychosocial predictors of irritable bowel syndrome diagnosis and symptom severity. *Journal of Psychosomatic Research, 75*, 467-474.
- Portincasa, P., Moschetta, A., Baldassarre, G., Altomare, D. F., & Palasciano, G. (2003). Pan-enteric dysmotility, impaired quality of life and alexithymia in a large group of patients meeting ROME II criteria for irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology, 9*, 2293-2299.
- Saariaho, A. S., Saariaho, T. H., Mattila, A. K., Karukivi, M. R., & Joukamaa, M. I. (2013). Alexithymia and depression in a chronic pain patient sample. *Journal of General Hospital Psychiatry, 12*, 163-176.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Journal of Cognitive Therapy and Research, 19*, 295-321.
- Steinweg, D. L., Dallas, A. P., Rea, W. S. (2011). Fibromyalgia: Unspeakable Suffering, A prevalence study of alexithymia. *Journal of Psychosomatics, 52*, 255-262.
- Surdea-Iliescu, R., & D. (2000). Determinants of irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology, 18*, 616-626.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*, 134-142.
- Taylor, G. J., & Bagby, M. (2000). An overview of the alexithymia construct. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 263-276). San Francisco: Jossey-Bass.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41*, 373-380.
- Yates, T. M. (2009). Developmental pathways from child maltreatment to nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment and treatment* (pp. 117-137). Washington, DC: American Psychological Association.
- Young, J. E. (1998). *The Young Schema Questionnaire: Short Form*. Available in electronic form at <http://www.schematherapy.com/id54.http>.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchanging.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A Practitioner's guide*. New York: Guilford Press.