

رابطه بین اضطراب و سرکوبی با توجه به نقش واسطه‌ای خودشناسی انسجامی

در بیماران مبتلا به اختلال گوارشی

Relationship between Anxiety and Repression by Examination of the Mediator role of the Integrative Self-Knowledge in Patients with Gastrointestinal Diseases

Asadallah Omid

M. A., Clinical Psychology, University of Tehran

Dr. Nima Ghorbani*

Professor, University of Tehran

nghorbani@ut.ac.ir

Mojgan Foroootan

Medical Doctor Gastroenterologist, Associate professor of Shahid Beheshti University

Amirhasan Javadi

M. A., Clinical Psychology, University of Tehran

Hamed Kashaanaki

Ph.D Student, Health Psychology, University of Tehran

اسدالله امید

کارشناسی‌ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تهران

دکتر نیما قربانی (نویسنده مسئول)

استاد روانشناسی دانشگاه تهران

مژگان فروتن

فوق تخصص بیماری‌های گوارشی، استادیار دانشگاه شهید بهشتی

امیرحسین جوادی

کارشناسی‌ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تهران

حامد کاشانکی

دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه تهران

Abstract

Gastrointestinal (Digestive) disorders, as one of the most frequent physical complaints in the human population, are a well-known example of the association of anxiety with physical health. It is estimated that about 7 to 12 percent of all referrals to physicians are due to digestive disorders and symptoms. The main objective of this study was to identify the relationship between anxiety and repression regarding the mediating role of integrative self-knowledge. To achieve this goal, 125 patients with gastrointestinal disorders responded to Integrative self-knowledge (ISK), scaled form of disorder's symptoms self-evaluation (Symptom Checklist) and Weinberger adjustment inventory questionnaires. The results of regression analysis and correlation of data showed that integrative self-knowledge has a mediating role in the relationship between repression and anxiety in patients with gastrointestinal (digestive) disorders. These findings, as well as confirming the mutual relationship between mind and body and the importance of psychological processes in patients with physical illnesses, expanded the theoretical model of self-regulation processes and was developed based on its theoretical basis.

Key words: Gastrointestinal (Digestive) disorder, Repression, Integrative Self-knowledge

چکیده

اختلالات گوارشی با عنوان دسته‌ای از پربرسامدترین شکایات جسمی، نمونه‌ی مشهوری از ارتباط اضطراب با سلامت جسمانی است. تخمین زده می‌شود که حدود ۷ تا ۱۲ درصد تمام مراجعات به پزشکان به علائم و اختلالات گوارشی مربوط است. هدف اصلی پژوهش حاضر، شناسایی ارتباط اضطراب با سرکوبی با توجه به نقش واسطه‌ای خودشناسی انسجامی بود. برای تحقق این هدف، ۱۲۵ نفر بیمار گوارشی به پرسشنامه‌های سازش‌یافتگی واینبرگر (WAI)، خودشناسی انسجامی (ISK) و مقیاس خودسنجی علائم بالینی (Symptom Checklist) پاسخ دادند. نتایج همبستگی و تحلیل رگرسیون داده‌ها نشان داد که خودشناسی انسجامی نقش واسطه‌ای در رابطه بین سرکوبی و اضطراب در بیماران گوارشی ایفا می‌کند. این یافته‌ها علاوه بر تأیید ارتباط دوسویه ذهن و بدن و اهمیت فرآیندهای روانی در افراد با بیماری جسمانی، مدل نظری فرایندهای خودنظم‌بخشی را گسترش داد و براساس مبانی نظری آن تدوین شد.

واژگان کلیدی: بیماری گوارشی، سرکوب، خودشناسی انسجامی

ویرایش نهایی: دی ۹۸

پذیرش: شهریور ۹۸

دریافت: تیر ۹۸

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

امروز عموم روانشناسان می‌گویند ذهن و جسم به هم مرتبط هستند و برای بهبود سلامت یا ایجاد بیماری با هم در تعاملند (سلیگمن^۱ و همکاران، ۱۳۸۹). این ارتباط در هر دو سوی آن، اشکالی از دانش و پژوهش جدید را صورت‌بندی کرده‌است. به طور مشخص، توجه به

¹ Seligman

عوامل و نیازهای روانی و ارتباط آنها با سلامت جسمانی به زایش مفهوم سایکوسوماتیک^۱ در حیطه طب انجامید. با اینکه این اصطلاح ریشه در قرن ۱۸ میلادی دارد اما شکل امروزی آن محصول برخورد مفاهیم روانکاوی و دانش‌های ذهنی با فیزیولوژی و پزشکی نوین است (وایس^۲، ۲۰۱۴).

پژوهش‌های سایکوسوماتیکی در پی این هستند که توضیح بدهند که چگونه و تا چه حد مفاهیم روانشناختی همچون اضطراب و افسردگی می‌توانند بر سلامت جسمی اثرگذار باشند و این اثرگذاری را چگونه در پاتوفیزیولوژی^۳ بیماری‌ها باید دنبال کرد (فاوا^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). اضطراب یکی از مهم‌ترین عوامل روانی است. پژوهش‌های مختلف ارتباط اضطراب را با بیماری‌های مختلف جسمی نشان داده‌اند. بیماری‌های گوارشی، قلبی و عروقی، تنفسی و بسیار از دردهای مزمن جسمی ارتباط آشکاری با اضطراب دارند (روی^۵ و همکاران، ۲۰۰۸). اختلالات گوارشی با عنوان دسته‌ای از پربسامدترین شکایات جسمی در جمعیت انسانی نمونه‌ی مشهوری از ارتباط اضطراب با سلامت جسمانی است. پژوهش‌های مختلف در این زمینه آشکار کرده‌اند که سطح اضطراب تجربه شده در بیماران گوارشی نسبت به جامعه‌ی نرمال دارای تفاوت‌های معناداری است. مقیاس‌های مختلف سنجش اضطراب این مسئله را نشان می‌دهد که بیماران گوارشی، فشارهای ناشی از وقایع زندگی را با اضطراب بیشتری از سر می‌گذرانند (آدولوراتو^۶ و همکاران، ۲۰۰۸). بررسی داده‌های فیزیولوژیک^۷ در بیماران گوارشی مشخص می‌کند که مقادیر متفاوتی از فشارهای عصبی می‌تواند کارکرد دستگاه گوارش را به شکل قابل سنجشی تغییر دهد (کلوزه^۸، ۱۹۸۸).

استفاده از اصطلاح دیس‌پپسی عصبی^۹ (مشکل در فرایند هضم بدون وجود ضایعه مشخص) که به یکی از پرکاربرترین تشخیص‌های پزشکی گوارش تبدیل شده است، نشان می‌دهد که در ساحت بالینی نیز ارتباط میان اضطراب و اختلال‌های گوارشی گزارش شده است (تالی^{۱۰} و همکاران، ۱۹۸۶). اگر چه ارتباط میان بیماری‌های گوارشی با اضطراب بسیار گزارش شده است اما تحقیقات در مورد جنبه‌های مختلف این ارتباط، همچنان یکی از موضوعات مهم است که نیاز به بررسی دارد.

شایع‌ترین اشکال اختلال‌های گوارشی اختلالات عملکردی است^{۱۱} (دروسمن^{۱۲}، ۲۰۱۶) که در آن عارضه‌ی به وجود آمده علت ساختمانی یا بیوشیمیایی واضحی همچون زخم یا تغییرات بیوشیمیایی ندارد. دیس‌پپسی کارکردی^{۱۳} و سندرم روده‌ی تحریک پذیر^{۱۴} دو نمونه‌ی مشهور از این گونه اختلالات هستند (اوشیما^{۱۵} و میوا، ۲۰۱۵) شیوع جهانی تنها همین دو مورد بین ۱۶ تا ۲۶ درصد تخمین زده می‌شود (اسپربر^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۲) اثرات سوء این اختلالات و مشکلات حاصل از آنها چه در شکل اجتماعی و اقتصادی و چه به صورت فردی با توجه به آمار بالای این اختلال‌ها بسیار قابل توجه است (هانگین^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۵). تخمین زده می‌شود که چیزی حدود ۷ تا ۱۲ درصد تمام مراجعات به پزشکان مربوط به این دسته از اختلال‌هاست. از سوی دیگر پژوهش‌های متنوع در زمینه مشکلات روان‌تنی^{۱۸} این نگاه را هرچه بیشتر قوت بخشیده‌اند که بخش مهمی از پاتوفیزیولوژی اختلالات گوارشی را باید وابسته به پارامترهای روانی از جمله اضطراب و روش مقابله با آن دانست.

تبارشناسی مفهوم اضطراب، ما را به سرشاخه‌های روانکاوی کلاسیک باز می‌گرداند. در ابتدا فروید اضطراب را واکنشی به تراکم تنش‌های غریزی در نظر گرفت. در این منظر، اضطراب گرایش سیستم عصبی به کاهش یا حداقل ثابت نگه داشتن کمیت هیجان‌غرایز متراکم شده‌است. نظریه اول فروید در خصوص اضطراب بر مبنای مفهوم سازی کاهش تنش در انگیزش استوار است که در آن انگیزه در

¹ Psychosomatic

² Wise

³ Pathophysiology

⁴ Fava

⁵ Roy

⁶ Addolorato

⁷ physiologic

⁸ Clouse

⁹ Nervous dyspepsia

¹⁰ Talley

¹¹ Functional disorder

¹² Drossman

¹³ Functional dyspepsia

¹⁴ Irritable Bowel Syndrome

¹⁵ Oshima

¹⁶ Sperber

¹⁷ Hungin

¹⁸ Psychosomatic

جهت کاهش یا تخلیه‌ی تنش‌های غریزی عمل می‌کند و اضطراب محصول این تنش است. فروید بعدها در خصوص ارتباط مستقیم بین اضطراب و تنش متراکم حاصل از غرایز ارضا نشده تردید کرد. وی با انتشار بازداری، نشانه مرضی و اضطراب مفهوم سازی جدید خود را به میان آورد. بر این اساس، اضطراب علامت خطری به من در خصوص احتمال قریب الوقوع یک ضربه است. ضربه بر اساس نظریه فروید، جدایی از موضوع عشق و یا عشق موضوع است. چنین تعریفی از ضربه بر اساس وابستگی شدید کودک برای بقا به مراقب و احساس درماندگی ذهنی و جسمی کودک، قابل تبیین است. اضطراب کارکرد گریز ناپذیر و زیستی جهت هشدار به من در خصوص احتمال ضربه است (قربانی، ۱۳۸۲). به منظور مقابله با این هشدار درونی، فرد روش‌هایی را به کار می‌بندد که در الگوی پویشی دفاع‌های روانی نامیده می‌شوند. دفاع‌ها مجموعه‌ای از راهبردهای شناختی، هیجانی و بین‌شخصی‌ای هستند که به فرد کمک می‌کنند تا افکار و احساسات اضطراب‌آور خود را خارج از آگاهی نگه دارد. بدیهی است که چنین تلاش‌هایی، جنبه‌ی خودفریبی دارند و موجب تحریف واقعیت می‌گردند. اما این توانایی است که فرد در جهت کسب آرامش موقت و رهایی از اضطراب می‌پردازد (قربانی، ۱۳۹۵).

پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند سرکوب احساسات با بیماری‌های متعدد روانی و روانتنی همراه است (بادیک و همکاران^۱، ۲۰۱۶)، از طرفی عدم کنترل احساسات نیز در جامعه مدرن منجر به از بین رفتن وجهه اجتماعی و ناهنجاریهای متعددی می‌شود. به همین دلیل ارائه یک الگوی سالم از کنترل احساسات می‌تواند زمینه ساز بهبودی و در عین حال جامعه‌پسندی در افراد شود. این پژوهش سعی دارد علاوه بر سنجش ارتباط سرکوب احساسات به عنوان یک ویژگی ذهنی و بررسی ارتباط آن با مشکل بدنی گوارش، الگوی سالمی از کنترل احساسات را ارائه دهد. ازین رو متغیر دیگری که می‌تواند بیانگر قسمتی از رابطه چالش‌برانگیز بین بروز و سرکوب احساس با علائم منفی جسمانی و روانی باشد خود مهارگری است. خود مهارگری به‌عنوان ظرفیت تغییر دادن پاسخ‌ها به‌منظور قرار دادن آنها در ارزش‌ها، هنجارها و اهداف درازمدت است (دوکورث و کرن^۲، ۲۰۱۱). مطالعات موراون^۳ (۲۰۰۸) نشان داد خود مهارگری با کاهش پرخاشگری و مشکلات کنترل تکانه همراه است، ولی مشکلات روانی مثل وسواس فکری عملی، مشکلات گوارشی، بی‌اشتهایی عصبی و تمارین طاقت‌فرسای مهار خود مثل مراقبه بوداییان و مرتاضان همگی می‌توانند ناشی از کنترل و مهار خود بالا باشند. همچنین موراون، گانگن و روسمان^۴ (۲۰۰۸) نشان دادند افرادی که خود مهارگری را به دلایل کنترل‌شده و اجباری انجام می‌دهند، ممکن است احساس سرزندگی کمتری در مقایسه با افرادی که خودمختارانه دست به خود مهارگری می‌زنند تجربه کنند. باوجود این چالشها، نظریه‌پردازان حوزه خود مهارگری آنچه مهارگری زیاد تلقی می‌شود را استفاده نامناسب از ظرفیت مطلوب می‌نامند (تاگنی، بایمستر و بون^۵، ۲۰۰۴). از طرفی نظریه منابع محدود خودمهارگری و کاهش منابع مهار از موقعیتی به موقعیتی دیگر (آلبرتز، مارتین و دوریس^۶، ۲۰۱۱) نشان می‌دهد استفاده مناسب از ظرفیت برای مهار خود می‌تواند مشکل‌ساز شود و به‌مرور با کاهش انرژی، سطح گلوکز و علائم منفی بدنی و روانی همراه باشد. اکنون سؤالی که مطرح می‌شود این است چه خصیصه شخصیتی در کنار مهارگری و کنترل منجر به استفاده سالم از این ظرفیت می‌شود؟

قربانی، واتسن، رضازاده و کائینگهام^۷ (۲۰۱۱) نشان دادند خودمهارگری در صورتی توانایی پیشگیری از پیامدهای مخرب استرس مانند مشکلات گوارشی را دارد که همراه با خودشناسی انسجامی باشد. در غیر این صورت نه تنها از عوارض مخرب استرس جلوگیری نمی‌کند بلکه موجب تشدید آن می‌شود. از این منظر بررسی نقش خودشناسی در مهار خود می‌تواند پاسخی بر این چالش باشد تا نشان دهد تعامل متغیرهای خودشناسی با سرکوب احساسات چه اندازه با پیامدهای روانی و جسمانی سالم همراه است و آیا مهارتی سالم و به دور از وسواس و جمود می‌سازد؟ ازین رو مطالعه نقش واسطه‌ای خودشناسی انسجامی در این پژوهش، ضروری جلوه می‌کند. سرکوب^۸ مستقیم اضطراب و احساس بر انگیزته شده و راندن آن به ناهشیار، ویژگی اصلی دسته‌ای از مکانیسم‌های دفاعی است که به مکانیسم‌های سرکوب‌گر معروف شده‌اند. با اینکه این دسته از مکانیسم‌ها و مشخصا خود مکانیسم سرکوب، می‌تواند کارکرد سازشی در جهت حفظ انرژی داشته باشد اما استفاده مکرر از آن مخصوصا در جهت سرکوب احساس، جنبه‌ی ناسالم خواهد داشت.

¹ Baudic & et al

² Duckworth & Kern

³ Muraven

⁴ Gagne & Rosman

⁵ Tangney, Baumeister & Boone

⁶ Alberts, Martijn & De Vries

⁷ Ghorbani, Watson, Rezazadeh, & Cunningham

⁸ Repression

دوانلو^۱ گونه‌ای از سرکوب را به عنوان سرکوب آنی صورت‌بندی کرد. وی در پژوهش‌های خود نشان داد که اختلالات کارکردی جسمانی و افسردگی و اختلالات روان تنی^۲ از پیامد های سرکوب آنی هستند. بر اثر سرکوب آنی، تکانه‌های برخاسته از احساسات، هیچگاه به سطح هشجاری نمی‌رسند و در نتیجه، فرد هیچگاه درکی از آن احساس، اضطراب همخوان با آن و سازوکاری که به شکل ناخودآگاه برای سرکوبی آن به کار می‌رود، ندارد. او فقط احساس افسردگی می‌کند و از زخم معده، میگرن و اختلالات کارکردی^۳ رنج می‌برد (قربانی، ۱۳۸۲).

در الگوی روان‌پویشی، اضطراب در سه بستر متفاوت تجلی پیدا می‌کند. عضلات مخطط، عضلات صاف و کارکردهای شناختی به ترتیب سه کانالی هستند که اضطراب در آنها نمود خواهد داشت (قربانی، ۱۳۸۲). سراسر دستگاه گوارش (به جز ناحیه دهان و آنال^۴) را عضلات صاف پوشش می‌دهند و به این صورت، دستگاه گوارش را باید یکی از اصلی‌ترین مکان‌های تجلی اضطراب در کانال دوم به حساب آورد. این نوع از تجلی اضطراب، طبیعتاً با اختلال‌های در کارکرد دستگاه گوارش همراه خواهد شد و از آنجا که افرادی که اضطراب را در این کانال متجلی می‌کنند و عموماً از اضطراب خود، ناآگاه هستند، قابل انتظار است که بسیاری از مشکلات گوارشی مربوط به سطح اضطرابی است که فرد در موقعیت‌های مختلف زندگی تجربه می‌کند. در مقابل سرکوب که شکلی از دفاع روانی و ناهشجاری برای مقابله با اضطراب و بازداری اثر آن است می‌توان از فرایند فرونشانی سخن گفت که در آن فرد به گونه‌ای هشیارانه در جهت کنار گذاردن و حذف یک فکر و احساس از حیطه‌ی آگاهی یا جلوگیری از احساس و بیان آن تلاش می‌کند. تفاوت فرونشانی و بازداری (سرکوب) تنها در تجربه‌ی هشیارانه آن است. فرونشانی در شکل خودمختار آن دارای ارتباطی مثبت با فرآیندهای خود نظم بخشی است و می‌تواند مفید و سازنده باشد (قربانی، ۱۳۹۳). بر این اساس ایده، ارتباط سرکوب‌گری به عنوان یک روش ناسالم مقابله با اضطراب که اضطراب را به سمت کانال‌های جسمانی مخصوصاً شبکه عصبی دستگاه گوارش سوق می‌دهد، قابل تصور است. به این صورت، احتمال سنجش تفاوت در روش مواجهه با اضطراب در میان افرادی که اختلال‌های گوارشی در آنها تشخیص داده شده است با افرادی که چنین مشکلاتی را ندارند، می‌تواند معنادار باشد و نشان دهنده‌ی این امر باشد که چگونه سرکوب اضطراب سرانجام می‌تواند به مشکلات جسمانی منجر شود. از سوی دیگر، خود نظم بخشی انسجمی و عوامل متفاوت آن از جمله توانایی فرونشانی (به جای سرکوب‌گری) می‌تواند به عنوان متغیر واسطه‌ای روشن سازد که تا چه اندازه روش‌های سازگارانه‌تر کنترل اضطراب مانند خودشناسی انسجمی بر سلامت و کارکرد سالم دستگاه گوارش اثرگذار هستند؟ در یک پژوهش مشخص شد که فرونشانی احساسات زمانی که از روی انگیزه بیرونی باشد با علائم جسمانی و روانی همراه می‌شود و زمانیکه یک فرونشانی منسجم و از روی انگیزه درونی باشد با خودشناسی انسجمی رابطه مثبت دارد. این پژوهش رابطه بین سرکوب و خودشناسی را مد نظر قرار نداد و فقط نشان داد که چگونه فرونشانی احساسات می‌تواند موثر واقع شود و با مشکلات جسمانی و روانی همراه نشود (کاشانکی، قربانی و حاتمی، ۱۳۹۵). بر همین اساس، هدف اصلی پژوهش حاضر، مطالعه نقش واسطه‌ای خود نظم بخشی انسجمی در رابطه بین اضطراب و سرکوبی در بیماران مبتلا به اختلال گوارشی است.

روش

جامعه آماری مورد بررسی این پژوهش شامل تمام افراد بزرگسالی است که توانایی پاسخ‌گویی به سوالات پژوهش را داشتند و آماده به همکاری در پی‌شیرد اهداف پژوهش بوده‌اند. انجام پژوهش در شهر تهران صورت گرفته است. جمعیت بیمار از مراجعان کنندگان به کلینیک فوق تخصصی گوارش بیمارستان مهراد تهران بوده‌اند. نمونه پژوهش، افراد دارای اختلال گوارشی شامل ۱۲۵ نفر از افرادی است که به خاطر علائم گوارشی به پزشک فوق تخصص گوارش مراجعه کرده بودند و مشمول دریافت حداقل یک تشخیص رسمی گوارشی قرار گرفته‌اند. برای تمام این بیماران شکلی از درمان متناسب با اختلال توسط پزشک مربوطه مورد تجویز قرار گرفته بود. تشخیص‌های پزشکی توسط خانم دکتر مژگان فروتن (فوق تخصص بیماری‌های گوارشی) تایید شده‌اند. با توجه به انتخاب نمونه بیماران از میان مراجعه کنندگان به مرکز فوق تخصصی و لزوم نوبت‌گیری طولانی در مرکز احتمال وجود بیمارهای حاد گوارشی (با منشا میکروارگانیزی) در میان افراد نمونه بیمار بسیار اندک است. افرادی که به پرسشنامه‌ها به صورت کامل پاسخ ندادند یا در میان نمونه‌ها حذف شدند. معیارهای ورود شامل: الف) ابتلا به بیماری گوارشی (داری تشخیص از فوق تخصص گوارش). ب) توانایی فهم و پاسخگویی به ابزارهای خودگزارشی. ج) رضایت جهت شرکت در مطالعه و خروج بیماران و معیارهای خروج شامل بی‌سوادی یا عدم توانایی

¹ Davanloo

² Psychosomatic

³ Functional disorder

⁴ Annales

پاسخگویی به ابزارهای خودگزارشی بود. به منظور تحلیل آماری داده‌های پژوهش از روش‌ها و شاخص‌های آماری توصیفی شامل فروانی، میانگین، انحراف استاندارد، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون‌های آمار استنباطی استفاده شده است. کلیه مراحل با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS انجام شده است. تعداد کل شرکت‌کنندگان دربرگیرنده ۱۲۵ نفر بیمار گوارشی با میانگین سنی ۳۱/۶۳ و انحراف معیار ۱۰/۸۰ از ۱۷ تا ۶۸ سال بود. ۳۵ نفر نیز وضعیت خود را مشخص نکردند. در مورد جنسیت نیز، ۴۵ مرد (۳۶ درصد) و ۷۸ زن (۶۲/۴ درصد) در پژوهش حاضر شرکت کرده‌اند.

ابزار سنجش

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: این پرسشنامه شامل سوالاتی همچون؛ سن، جنس، سطح تحصیلات و مذهب است.

مقیاس خودشناسی انسجامی: مقیاس خودشناسی انسجامی (قربانی و دیگران، ۲۰۰۸): این مقیاس، برآیند بازنگری در نظریه‌ی دو وجهی خودشناسی تجربه‌ای و تأملی است (قربانی و همکاران، ۲۰۰۸) که هر دو وجه خودشناسی تجربه و تأملی را به صورت منسجم با ۱۲ گویه می‌سنجد. بررسی میان فرهنگی در ایران و آمریکا از اعتبار و روایی سازه، ملاک و پیش بین این مقیاس حکایت می‌کند (قربانی، ۲۰۰۸) شرکت‌کنندگان به هر گویه، در مقیاس پنج درجه‌ای از عمدتاً مخالف (۰) تا عمدتاً موافق (۵) پاسخ می‌دهند. آلفاس کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر، مطلوب (۰/۷۱) ارزیابی شد.

مقیاس خودسنجی علائم بیماری: مقیاس خودسنجی علائم بیماری توسط بارتون در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است. با استفاده از این مقیاس ۲۰ ماده‌ای، مشکلات جسمانی و جسمانی‌سازی در یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت سنجیده می‌شود. ضریب آلفای این مقیاس ۰/۸۹ گزارش شده است (بارتون، ۱۹۹۵). در این پژوهش نیز ضریب آلفا، ۰/۸۳، گزارش شده است.

فرم کوتاه پرسشنامه سازش یافتگی و اینبرگر: فرم کوتاه پرسشنامه سازش یافتگی و اینبرگر (۱۹۹۰) شامل ۳۷ ماده است که در یک مقیاس ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری شده‌اند. این پرسشنامه شامل ۳ زیر مقیاس اصلی است که هر کدام شامل چند زیر مقیاس فرعی هستند. پراکندگی که شامل زیر مقیاس‌های اضطراب، افسردگی، روان‌درستی و ارزش خود پایین می‌شود. محدودیت که شامل فرونشانی پرخاشگری، مهار کردن برانگیختگی، در نظر گرفتن دیگران و مسئولیت است و دفاعی بودن که شامل دفاع‌های سرکوبگرانه است. علاوه بر اینها دو عبارت "به این سوالات صادقانه پاسخ می‌دهم" و "هرکسی حداقل هرازچندگاهی اشتباه می‌کند" درستی پاسخدهی به این پرسشنامه را می‌سنجد (واینبرگر، ۱۹۹۰). این پرسشنامه دارای همسانی درونی بالای ۰/۸۵ در انواع نمونه‌ها و قابلیت اعتماد آزمون-بازآزمون مناسب است (واینبرگر و شوارتز، ۱۹۹۰؛ تماگوا و همکاران، ۲۰۱۳). زیرمقیاس سرکوبگری در این پژوهش با آلفای ۰/۶۳، قابل قبول ارزیابی شد. همچنین زیر مقیاس خویشتن‌داری و پریشانی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۳ ارزیابی شدند.

یافته‌ها

جدول ۱ مشخصات آماری شرکت‌کنندگان را در سه متغیر پژوهش در جدول زیر مشخص شده است.

جدول شماره ۱، میانگین، انحراف معیار و آلفای کرونباخ در بیماران گوارشی

مقیاس	میانگین	انحراف معیار	آلفای کرونباخ
خودشناسی انسجامی	3/37	0/57	0/71
چک لیست علائم	2/14	0/51	0/87
سازگاری (سرکوبگری دفاعی) ^۲	3	0/54	0/63
سازگاری (پریشانی) ^۴	3/08	0/64	0/78
سازگاری (خویشتن‌داری) ^۵	3/66	0/54	0/73

¹ Symptom checklist

² Short form of weinberger adjustment inventory (WAI)

³ Repressive Defensiveness

⁴ Distress

⁵ Restraint

رابطه بین اضطراب و سرکوبی با توجه به نقش واسطه‌ای خودشناسی انسجامی در بیماران مبتلا به اختلال گوارشی
Relationship between Anxiety and Repression by Examination of the Mediator role of the Integrative Self-...

در جدول ۱، میانگین، انحراف معیار و آلفای کرونباخ مربوط به متغیرهای این پژوهش یعنی خودشناسی انسجامی، علائم جسمانی و سازگاری از نوع سرکوب ارائه شده است. بر اساس جداول یاد شده، ضریب آلفای کرونباخ همه سازه‌ها بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۷ به دست آمده که نشان دهنده پایایی مناسب ابزارهای مورد مطالعه در این پژوهش است.

جدول ۴-۵: ماتریس همبستگی متغیرها در افراد بیمار

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱. خودشناسی انسجامی	-				
۲. چک لیست علائم	-.30**	-			
۳. سازگاری (سرکوب) ^۱	.۱۸*	-.28**	-		
۴. سازگاری (پیشانی)	-.32**	.50**	-.43**	-	
۵. سازگاری (خویشتن‌داری)	.36**	-.37**	.46**	-.23**	-

**P<0/01 *P<0/05

با استفاده از نتایج ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش مشخص شد الگوی ارتباطی متغیرها در این افراد، جالب توجه و متفاوت است. در نتیجه برای پاسخگویی دقیق‌تر به فرضیه پژوهش مبنی بر نقش واسطه‌ای خودشناسی انسجامی، یافته‌های استنباطی با استفاده از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی، بررسی می‌شوند.

قبل از اجرای تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی، داده‌ها از نظر رعایت مفروضات این مدل آماری بررسی می‌شوند (تاباچنیک و فیدل^۲، ۲۰۰۷). این مفروضه‌ها عبارتند از: نرمال بودن توضیح متغیرها، خطی بودن رابطه آن‌ها، عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین، همگنی پراکنش باقی مانده‌ها و خطی بودن رابطه باقی مانده‌ها با متغیر وابسته. دو مفروضه اول داده‌ها پیش‌تر در بررسی همبستگی بررسی شد. هم‌خطی بودن چندگانه با توجه به دو شاخص تحمل^۳ و عامل تورم واریانس^۴ بررسی شد که این دو شاخص نشان داد متغیرهای پیش‌بین، مفروضه عدم هم‌خطی چندگانه را تأیید می‌کنند. رابطه خطی باقی مانده‌ها با متغیر وابسته و نرمال بودن توضیح باقی مانده‌ها با نمودارهای p-p و Scatter ارزیابی شدند که نتایج صحت تمام این مفروضه‌ها را تأیید کرد.

جدول ۴-۸ ضرایب رگرسیونی مربوط (مستقل ۱: سرکوبگری؛ مستقل ۲: خودشناسی انسجامی. وابسته: علائم جسمانی) در افراد بیمار

مدل	متغیر مستقل	B	SE	Beta	T	Sig
مدل ۱	مقدار ثابت	2/93	0/25	---	11/66	.001
	سرکوبگری	-0/26	.08	-0/28	10/17	.01
مدل ۲	مقدار ثابت	3/81	.35	---	10/77	.001
	سرکوبگری	.83	.13	.47	6/49	.001
	خودشناسی انسجامی	-.20	.08	-.23	-2/55	.05

بر اساس مقایسه مقادیر p مربوط به هر یک از متغیرهای پیش‌بین، پس از ورود خودشناسی انسجامی به مدل تحلیل رگرسیونی، سرکوبگری در بیماران دیگر قادر به پیش‌بینی علائم جسمانی نیست ($t=6/49, p>0/05$) و خودشناسی انسجامی نقش واسطه‌ای در پیش‌بینی علائم جسمانی توسط سرکوبگری دارد ($t=-2/55, p<0/05$).

¹ Repressive Defensiveness

² . Tabachnick, & Fidell

³ . Homoscedasticity of Residuals

⁴ . Tolerance value

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی ماتریس همبستگی و تحلیل رگرسیون میان متغیرها در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که خودشناسی انسجامی دارای نقش واسطه‌ای در ارتباط میان استفاده از مکانیسم دفاعی سرکوبگری و مضرات آن و اضطرابی که فرد تجربه می‌کند، است. به بیان دیگر به واسطه اهمیت و فراوانی ویژگی‌های سازه خودشناسی، میزان استفاده ناسالم از دفاع سرکوبگری در مقابل استرس‌های بیرونی و اضطراب تغییر می‌کند. از میان سه مولفه‌ای که پرسشنامه سازگاری واینبرگر را می‌سند، پریشانی (آزدگی)^۱ بیشترین معرف سرکوبگری ناسالم و ناموفق است. به این صورت که فرد با اینکه تلاش فراوانی برای فاصله‌گرفتن از فشارهای بیرونی و درونی دارد، مشمول شکلی از درگیری دائمی با این فشارهاست. همبستگی منفی میان این سازه و خودشناسی انسجامی از یک سو و همبستگی مثبت آن با سازه‌های اضطراب شناختی و جسمانی و نشانه‌های بدنی از ناسالم بودن و ناموفق بودن این سازه خبر می‌دهد. مشاهده رابطه حاضر با توجه به آنچه مطالعات پیشین ابراز داشته‌اند قابل انتظار است. رابطه معکوس میان فرایندهای خودنظم‌بخشی انسجامی و اشکال مختلف فشارهای روانی و محیطی ادراک شده و ابراز شده در تحقیقات پیشین نشان داده شده است (قربانی، موسوی، واتسون و چن، ۲۰۱۱؛ تجنی و همکاران، ۲۰۰۴؛ بیشاب^۲ و همکاران، ۲۰۰۴؛ قربانی و واتسون، ۲۰۱۰). وقتی فرد به گویه‌های خودشناسی به گونه‌ای پاسخ می‌دهد که خود را دارای سطوح بالایی از آنها می‌شناسد و توصیف می‌کند، با احتمال بسیار بیشتری خواهد گفت که علائم جسمانی و اضطراب‌های جسمانی و شناختی کمتری دارد، و همچنین آزدگی کمتری را نیز تجربه می‌کند. از سوی دیگر دو مولفه دیگر پرسشنامه سازگاری واینبرگر^۳ یعنی خودداری و استفاده از سرکوب‌های همبستگی مثبت با مولفه‌های خودنظم‌بخشی انسجامی و همبستگی منفی با مولفه‌های جسمانی و شناختی اضطراب هستند. این دو مولفه به شکلی در مرز مقابله سالم و ناسالم با استرس‌ها قرار می‌گیرند و با اینکه ذیل سرکوبگری قرار دارند اما از اشکال موفق و نسبتاً سالم سرکوب‌خبر می‌دهند. به صورت خلاصه نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که سطوح استرس و اضطراب تجربه شده توسط فرد در سلامت جسمانی افراد و به صورت ویژه در مبتلانشدن اختلال‌های گوارشی می‌تواند نقش پیش‌بین را داشته باشد. همچنین نقش عوامل سالم مقابله با اضطراب و مجموعه سازه‌های خودشناسی انسجامی در این میان پررنگ است و می‌تواند نشان دهنده این امر باشد که غنای روانی می‌تواند نقش پیشگیری‌کننده‌ای در برابر اختلال‌های جسمی از جمله اختلال‌های گوارشی داشته باشد. از سوی دیگر تفاوت میان سطح آزدگی در بین دو گروه سالم و بیمار نشان دهنده‌ی سرکوب‌گری ناموفق مشکلات و اضطراب‌ها در افراد با اختلال‌های گوارشی است. در سطوح عملی و بالینی نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در جهت پیشگیری و درمان بیماران با اختلال‌های گوارشی سود بخش باشد. به این صورت که مجموعه‌ای از فنون روانشناختی و درمانی در جهت کاهش اضطراب‌های فرد و افزایش روش‌های سالم مقابله با اضطراب در او از جمله خودشناسی انسجامی، خودمهارگری و بهوشیاری می‌تواند به شکل درمان‌های موازی با درمان زیستی و تکمیل‌کننده آن مورد استفاده قرار بگیرند. همچنین داشتن آموزش‌ها و دوره‌های درمان با محوریت خودنظم‌بخشی انسجامی می‌تواند تا حد فراوانی بر رویکردهای دفاعی افراد تاثیرگذار باشد و آنها را در مقابله با علائم و اختلال‌های گوارشی کارکردی مقاوم‌تر نماید.

پژوهش حاضر دربرگیرنده محدودیت‌های است که در ادامه به بعضی از آنها اشاره می‌شود. طرح پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی است. به همین دلیل نمی‌تواند از روابط علی میان متغیرها سراغ گیرد. بنابراین در هر نوع تفسیر داده‌های به دست آمده باید احتیاط کرد. روش نمونه‌گیری در دسترس هم در میان بیماران گوارشی محدودیت دیگری است که تعمیم یافته‌های پژوهش به جمعیت‌ها را با احتیاط‌های جدی مواجه می‌سازد. محدود شدن نمونه‌گیری به یک شهر خاص و نمونه‌گیری افراد بیمار به یک کلینیک خاص می‌تواند نقص دیگری باشد که معرف بودن نمونه را با محدودیت روبه‌رو می‌سازد.

با توجه به اهمیت عوامل روانی از جمله اضطراب و نقش واسطه‌ای فرایندهای خودنظم‌بخشی انسجامی در تجربه اضطراب و اختلال‌های وابسته به آن، پیشنهاد می‌شود که درمانگران و متخصصان روان‌درمانی نقش عملیاتی در درمان اختلال‌های سایکوسوماتیکی از جمله مشکلات گوارشی داشته باشند. با توجه به نقش مهمی که فرآیند خودنظم‌بخشی انسجامی در رابطه بین سرکوبگری و اضطراب دارد، می‌توان در سایر اختلال‌های جسمانی و سایکوسوماتیکی پژوهش‌های بیشتر و جامع‌تری صورت گیرد. همچنین می‌توان با انجام پژوهش‌های

¹ Distress

² Bishop

³ Weinberger

آزمایشی، اثربخشی روان‌درمانی و آموزش عوامل خودنظم بخشی انسجامی مورد پژوهش قرار گیرد و مطالعات جمعیت‌شناختی و اپیدمیولوژی به عنوان مطالعات جامع از شیوع اختلال‌های جسمانی و مشکلات روانشناختی و پیوستگی میان آنها سراغ گیرد.

منابع

- سلیگمن، م، والکر، ا و روزنهان، د. ۱۳۸۹. *آسیب شناسی روانی*. مترجم: رستمی، ر، نیلوفری، ع و نادعلی، ح. تهران: انتشارات ارجمند.
- قربانی، ن. ۱۳۹۵. *از خط تا مثلث تعارض*. تهران: نشر بینش نو.
- قربانی، ن. ۱۳۸۲. *روان‌درمانگری پویایی فشرده و کوتاه مدت*. تهران: انتشارات سمت.
- قربانی، ن. ۱۳۹۳. *من به روایت من*. تهران: نشر بینش نو.
- کاشانکی، حامد؛ قربانی، نیما و حاتمی، جواد (۱۳۹۵). بررسی ارتباط فرونشانی احساسات و علائم جسمانی و روانی با توجه به نقش خودشناسی انسجامی، بهوشیاری و شفقت خود، جامعه‌پسندی و خودمهارگری. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۷ (۳)، ۷۰-۵۵.
- Addolorato, G., Mirijello, A, D'Angelo, C., Leggio, L., Ferrulli, A., Abenavoli, L., ... & Capristo, E. (2008). State and trait anxiety and depression in patients affected by gastrointestinal diseases: psychometric evaluation of 1641 patients referred to an internal medicine outpatient setting. *International journal of clinical practice*, 62(7), 1063-1069.
- Alberts, H. J., Martijn, C., & De Vries, N. K. (2011). Fighting self-control failure: Overcoming ego depletion by increasing self-awareness. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47(1), 58-62.
- Baudic, S., Jayr, C., Albi-Feldzer, A., Fermanian, J., Masselin-Dubois, A., Bouhassira, D., & Attal, N. (2016). Effect of alexithymia and emotional repression on postsurgical pain in women with breast cancer: a prospective longitudinal 12-month study. *The Journal of Pain*, 17(1), 90-100.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.
- Clouse, R. E. (1988). Anxiety and gastrointestinal illness. *Psychiatric Clinics*, 11(2), 399-417.
- Davanloo, H. (1995). Intensive short-term dynamic psychotherapy: Spectrum of psychoneurotic disorders. *International Journal of Short Term Psychotherapy*, 10, 121-156.
- Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262-1279.
- Duckworth, A. L., & Kern, M. L. (2011). A meta-analysis of the convergent validity of self-control measures. *Journal of Research in Personality*, 45(3), 259-268.
- Fava, G. A., Cosci, F., & Sonino, N. (2017). Current psychosomatic practice. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(1), 13-30.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Hargis, M. B. (2008). Integrative Self-Knowledge Scale: Correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and the United States. *The Journal of Psychology*, 142(4), 395-412.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Rezazadeh, Z., & Cunningham, C. J. (2011). Dialogical validity of religious measures in Iran: Relationships with integrative self-knowledge and self-control of the "Perfect Man" (Ensān-e Kāmel). *Archive for the Psychology of Religion*, 33(1), 93-113.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Rezazadeh, Z., & Cunningham, C. J. (2011). Dialogical validity of religious measures in Iran: Relationships with integrative self-knowledge and self-control of the "Perfect Man" (Ensān-e Kāmel). *Archive for the Psychology of Religion*, 33(1), 93-113.
- Hungin, A. P. S., Chang, L., Locke, G. R., Dennis, E. H., & Barghout, V. (2005). Irritable bowel syndrome in the United States: prevalence, symptom patterns and impact. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 21(11), 1365-1375.
- Muraven, M. (2008). Autonomous self-control is less depleting. *Journal of Research in Personality*, 42(3), 763-770.
- Muraven, M., Gagné, M., & Rosman, H. (2008). Helpful self-control: Autonomy support, vitality, and depletion. *Journal of experimental social psychology*, 44(3), 573-585.
- Oshima, T., & Miwa, H. (2015). Epidemiology of functional gastrointestinal disorders in Japan and in the world. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 21(3), 320.
- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., ... & Stein, M. B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General hospital psychiatry*, 30(3), 208-225.
- Sperber, A. D., Drossman, D. A., & Quigley, E. M. (2012). The global perspective on irritable bowel syndrome: a Rome Foundation-World Gastroenterology Organisation symposium. *The American journal of gastroenterology*, 107(11), 1602-1609.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics* (Vol. 5). Boston, MA: Pearson.
- Talley, N. J. (1998). Scope of the problem of functional digestive disorders. *European Journal of Surgery*, 164(S12), 35-41.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of personality*, 72(2), 271-324.
- Weinberger, D. A., & Schwartz, G. E. (1990). Distress and restraint as superordinate dimensions of self-reported adjustment: A typological perspective. *Journal of personality*, 58(2), 381-417.
- Wise, T. N. (2014). Psychosomatics: past, present and future. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(2), 65-69.