



از تمایزهای هیجانی تا طبقه‌بندی‌های تشخیصی: بازطبقه‌بندی روان‌تحلیلی اختلالات روان‌تنی

محسن سعادت: دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

مهدی‌رضا سرافراز: دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (* نویسنده مسئول) Msarafraz@shirazu.ac.ir

حبیب‌هادیان‌فرد: استاذ، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

مهدی ایمانی: استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

روان‌تنی،
آلکسیتمیا،
عاطفه

زمینه و هدف: اختلالات روان‌تنی اغلب در چارچوب روان‌کاوی، به‌ویژه مکاتب پاریس و روابط ابژه لندن، مطالعه شده‌اند. بااین‌حال، این اختلالات معمولاً به‌عنوان یک گروه همگن در نظر گرفته می‌شوند و تفاوت‌های روان‌شناختی میان سرطان، بیماری‌های خودایمنی و اختلالات عملکردی نادیده گرفته می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی متمایز سه گروه اختلال روان‌تنی و ارزیابی نقش آلکسیتمیا، عاطفه آشکار ضمنی (مثبت و منفی)، و خشم صفت-حالت در تمایز این گروه‌ها انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی روی ۵۶ شرکت‌کننده (۱۴ نفر در هر گروه) از بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی گوارش و افراد سالم انجام شد. شرکت‌کنندگان به‌صورت هدفمند انتخاب و پس از غربالگری معیارهای ورود و خروج در چهار گروه (سرطان کولورکتال، بیماری کرون، سندرم روده تحریک‌پذیر و سالم) دسته‌بندی شدند. داده‌ها با پرسشنامه‌های مقیاس عواطف مثبت و منفی، پرسشنامه عواطف مثبت و منفی ضمنی، پرسشنامه حالت-صفت خشم و پرسشنامه آلکسیتمیا تورنتو گردآوری و با تحلیل تشخیصی و آزمون تعقیبی تحلیل شدند.

یافته‌ها: بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال بالاترین سطح آلکسیتمیا را داشتند که نشان‌دهنده دشواری در نمادسازی هیجانات است. بیماران مبتلا به بیماری کرون بیشترین خشم صفت و بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بالاترین عاطفه منفی ضمنی را نشان دادند. در عواطف آشکار تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: این الگوهای هیجانی متمایز، فرضیه تفاوت روان‌شناختی و روان‌تحلیلی اختلالات روان‌تنی را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که هر یک از این اختلالات با مکانیسم‌های هیجانی و دفاعی خاصی مرتبط‌اند. این یافته‌ها می‌تواند در طراحی مداخلات روان‌درمانی هدفمند و بازنگری در مفهوم‌پردازی تشخیصی بیماران روان‌تنی مفید باشد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Saadat M, Sarafranz M, Hadianfard H, Imani M. From Affective Distinctions to Diagnostic Categories: Reclassifying Psychosomatic Disorders Psychoanalytically. Razi J Med Sci. 2025(7 Jun);32.44.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

From Affective Distinctions to Diagnostic Categories: Reclassifying Psychosomatic Disorders Psychoanalytically

Mohsen Saadat: PhD Student of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

Mahdireza Sarafraz: Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran
(*Corresponding Author) Msarafraz@shirazu.ac.ir

Habib Hadianfard: Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

Mahdi Imani: Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

Abstract

Background & Aims: Psychosomatic disorders are conditions in which emotional and psychological factors play a substantial role in the onset, maintenance, or exacerbation of physical illnesses. Despite extensive psychoanalytic exploration of psychosomatic phenomena—particularly through the seminal works of the Paris Psychosomatic School and the Object Relations School in London—many empirical studies still conceptualize psychosomatic disorders as a homogeneous diagnostic category. Such oversimplification neglects the heterogeneity and potentially distinct psychodynamic mechanisms underlying different types of psychosomatic conditions, such as Colorectal cancer (CRC), Crohn's disease (CD), and irritable bowel syndrome (IBS). Accurate classification of psychosomatic disorders is crucial for optimizing treatment planning and improving patient outcomes, as different emotional mechanisms may necessitate different therapeutic approaches. Despite theoretical models, few empirical studies have systematically tested these psychodynamic distinctions in clinical populations. The present study was designed to examine whether these disorders exhibit unique emotional and psychological profiles that justify distinct classification. Building upon psychoanalytic theory and incorporating insights from psychoneuroimmunological research, the study aimed to investigate key emotional variables—including alexithymia, implicit and explicit affect, and trait-state anger—as potential differentiators among psychosomatic subgroups. Ultimately, the research sought to propose an emotion-based and psychodynamically informed model for distinguishing cancer, autoimmune, and functional psychosomatic disorders, thereby contributing to more nuanced conceptualization and targeted therapeutic interventions.

Methods: This cross-sectional, comparative study was conducted with a total of 56 participants, evenly divided into four groups: patients diagnosed with CRC, CD, IBS, and a healthy control group. Participants were recruited through purposive sampling from specialist medical clinics and screened according to stringent inclusion and exclusion criteria specific to each condition. The inclusion criteria for the clinical groups required a confirmed diagnosis for at least six months and absence of severe psychiatric comorbidities, while controls were selected based on the absence of chronic physical or psychiatric illness. All participants completed assessments in a quiet, private room under the supervision of a trained clinical psychologist, ensuring standardization and reducing response bias. Potential confounding factors such as medication status, comorbidities, and demographic variables were recorded and statistically controlled where applicable. Data collection was carried out in controlled clinical settings to minimize external influences on psychological assessment.

Psychological variables were measured using four validated psychometric instruments. The 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) assesses difficulties in identifying and describing emotions and a tendency toward externally oriented thinking. The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) evaluates self-reported explicit emotional states over the preceding weeks. The Implicit Positive and Negative Affect Test (IPANAT) measures unconscious affective tendencies through associative word ratings, offering insight into emotional processes beyond conscious awareness. The State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) distinguishes between stable, trait-based anger and situational, reactive anger, as well as anger expression versus suppression. All measures demonstrated strong internal consistency in this sample, with Cronbach's alpha ranging between 0.81 and 0.90. Data analysis was performed using SPSS-26. Descriptive statistics summarized the sample characteristics and variable distributions. One-way ANOVA tests were conducted to examine differences among groups, followed by post-hoc Tukey tests to determine pairwise comparisons where significant effects were found. Finally, discriminant analysis was employed to

Keywords

Psychosomatic
Disorders,
Alexithymia,
Affect

Received: 01/03/2025

Published: 07/06/2025

assess the predictive power of the psychological variables in accurately classifying participants into their diagnostic categories, providing both statistical rigor and practical applicability.

Results: The findings demonstrated significant differences in emotional profiles across the three psychosomatic groups. Patients with CRC scored highest on alexithymia ($M = 66.57$), followed closely by CD ($M = 67.01$), with IBS ($M = 55.46$) and controls ($M = 46.53$) scoring significantly lower. Although the difference between CRC and CD was not statistically significant ($p > 0.05$), both groups showed significantly higher alexithymia compared to IBS and controls ($p < 0.001$). This supports psychoanalytic conceptualizations, particularly those of the Paris School, suggesting that patients with more structurally impaired conditions such as cancer and autoimmune diseases exhibit profound difficulties in affect symbolization and mentalization, manifesting somatically. Implicit negative affect was highest in the IBS group ($M = 4.49$), surpassing CD ($M = 4.28$), CRC ($M = 4.09$), and controls ($M = 3.06$). The difference between IBS and the other clinical groups was statistically significant ($p < 0.001$), whereas differences between CRC and CD were negligible. These results are consistent with psychoanalytic theories that functional disorders like IBS are characterized by unconscious, but symbolizable, emotional conflict, reflecting a less severe structural impairment. Trait anger was highest among CD patients ($M = 26.28$), exceeding CRC ($M = 24.07$), IBS ($M = 19.71$), and controls ($M = 17.35$). The difference between CD and both IBS and controls was statistically significant ($p < 0.01$), and the difference between CD and CRC was also significant ($p < 0.05$). These findings align with psychoneuroimmunological perspectives linking suppressed, unprocessed anger to heightened inflammatory responses, suggesting a psychodynamic mechanism in autoimmune pathogenesis. No statistically significant differences emerged among groups in explicit affect as measured by PANAS, underscoring the limitation of relying solely on conscious self-reports to distinguish psychosomatic subtypes and emphasizing the importance of implicit and trait-based assessments.

The discriminant analysis demonstrated that the combination of alexithymia, implicit negative affect, and trait anger correctly classified 85% of participants into their respective groups. This model demonstrated high specificity and sensitivity in distinguishing among the clinical subgroups, providing strong evidence for its diagnostic utility. Wilks' Lambda indicated significant discriminative power for alexithymia ($\Lambda = 0.76$, $p < 0.001$), implicit affect ($\Lambda = 0.68$, $p < 0.01$), and trait anger ($\Lambda = 0.62$, $p < 0.05$). Notably, alexithymia was most effective in differentiating cancer and autoimmune groups, whereas implicit affect was the strongest predictor of functional disorders like IBS.

Conclusion: The results substantiate a psychoanalytically informed classification of psychosomatic disorders based on distinct emotional profiles. CRC was characterized predominantly by high alexithymia and impaired symbolization, CD by unresolved trait anger linked to immune dysregulation, and IBS by elevated implicit negative affect reflective of unconscious conflict and less severe structural deficit. These findings carry significant theoretical and clinical implications. Theoretically, they lend empirical support to the psychoanalytic distinction between structural and functional disorders, providing evidence that such distinctions are not merely conceptual but reflected in measurable psychological variables. From a clinical perspective, they highlight the necessity of tailoring psychotherapeutic and psychobiological interventions to the emotional functioning and representational capacities unique to each subgroup, facilitating more effective and individualized care. Moreover, these findings offer guidance for training clinicians in recognizing subtle emotional patterns that inform psychodynamic case formulations and intervention planning. Importantly, this study bridges psychoanalytic and psychoneuroimmunological perspectives, demonstrating their complementary contributions to understanding mind-body interactions in illness. Interdisciplinary collaboration between psychoanalysts, immunologists, and behavioral scientists is recommended to further elucidate these complex interactions and to develop integrative treatment models. Future research should extend these findings by incorporating larger, more diverse samples, exploring neurobiological and immunological markers in conjunction with psychological assessments, and evaluating the impact of targeted psychodynamic interventions on both psychological and somatic outcomes in psychosomatic disorders.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Saadat M, Sarafranz M, Hadianfard H, Imani M. From Affective Distinctions to Diagnostic Categories: Reclassifying Psychosomatic Disorders Psychoanalytically. *Razi J Med Sci.* 2025(7 Jun);32.44.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

اختلالات روان تنی همواره در چارچوب نظریه‌های روان‌کاوی مورد توجه بوده‌اند و به‌ویژه دو مکتب اصلی روان‌تنی پاریس و روابط ابژه لندن، نقش مهمی در تبیین آن‌ها ایفا کرده‌اند. مکتب پاریس که توسط پیر مارتی بنیان‌گذاری و توسط همکارانش توسعه یافته است، بر نقص در ظرفیت ذهنی‌سازی و تفکر عملیاتی به‌عنوان عوامل کلیدی در بروز علائم روان‌تنی تأکید دارد (۱ و ۲). در این رویکرد، افراد با ظرفیت نمادسازی محدود، هیجانات خود را به‌جای پردازش روانی، از طریق تظاهرات جسمانی بروز می‌دهند. در مقابل، مکتب لندن با تأکید بر نظریه روابط ابژه، شکست در نمادسازی هیجانات و نقش تروماهای اولیه رابطه‌ای را در بروز این اختلالات برجسته می‌داند و معتقد است که اضطراب‌های اولیه و ناکامی در متابولیزه کردن هیجانات، زمینه‌ساز بروز علائم بدنی هستند (۳).

با وجود این، بیشتر پژوهش‌های تجربی تاکنون اختلالات روان‌تنی را به‌عنوان یک گروه همگن بررسی کرده و تفاوت‌های روان‌شناختی و زیستی بین بیماری‌هایی مانند سرطان، بیماری‌های خودایمنی و اختلالات عملکردی را نادیده گرفته‌اند. از سوی دیگر، یافته‌های حوزه روان‌عصب‌ایمنی‌شناسی نشان داده است که بیماری‌های خودایمنی با شاخص‌های التهابی خاص همراه هستند و سرکوب هیجانات منفی مانند خشم می‌تواند پاسخ‌های ایمنی و التهابی بدن را تشدید کند (۴). پژوهش‌های پیشین نیز حاکی از آن است که بیماران مبتلا به سرطان و بیماری‌های خودایمنی سطح بالاتری از آلکسیتمیا دارند و بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر عموماً هیجانات خود را به شکل ناهشیار و ضمنی تجربه می‌کنند (۴).

برای نمونه، پژوهش شریفی و همکاران (۵) نشان دادند که آلکسیتمیا در بیماران سرطانی به‌طور معناداری بالاتر از گروه‌های دیگر است و مطالعه‌ای دیگر توسط کویانی (۶) نشان داد که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با افراد سالم سطح بالاتری از عاطفه منفی ضمنی دارند. این یافته‌ها نشان‌دهنده تفاوت‌های بالقوه در ساختار هیجانی و روان‌شناختی این بیماران است. با این حال، بخش زیادی از ادبیات پژوهشی موجود

همچنان فاقد یک چارچوب روان‌تحلیلی یکپارچه است که بتواند این تفاوت‌ها را به‌صورت منسجم و مبتنی بر مفاهیم روان‌کاوی توضیح دهد. به‌ویژه، ترکیب رویکردهای روان‌کاوی با شواهد زیستی حاصل از روان‌عصب‌ایمنی‌شناسی می‌تواند بینش‌های تازه‌ای درباره مکانیسم‌های هیجانی و بدنی این اختلالات ارائه دهد. چنین رویکردی می‌تواند به درک بهتر مرزهای روان‌شناختی و زیستی میان بیماری‌های با آسیب ساختاری، بیماری‌های خودایمنی و اختلالات عملکردی کمک کند و مبنایی برای طراحی مداخلات بالینی هدفمند فراهم آورد (۴).

بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه چهار متغیر روان‌شناختی کلیدی شامل آلکسیتمیا، عواطف مثبت و منفی آشکار، عواطف مثبت و منفی ضمنی، و خشم حالتی-صفتی در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال، بیماری کرون، سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد سالم است. یافته‌های این پژوهش می‌تواند با تبیین تفاوت‌های هیجانی زیرساختی بین این گروه‌ها، مسیرهای تازه‌ای برای فهم و درمان اختلالات روان‌تنی بگشاید.

روش کار

این مطالعه به‌صورت مقطعی و با طرح مقایسه‌ای بین گروهی انجام شد و هدف آن بررسی تفاوت‌های روان‌شناختی میان بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال، بیماری کرون، سندرم روده تحریک‌پذیر و افراد سالم بود. پرسش اصلی پژوهش این بود که آیا این سه گروه بیماران روان‌تنی از نظر ویژگی‌های هیجانی و روان‌شناختی متمایز از یکدیگر و از افراد سالم هستند یا خیر. ضرورت انجام این مطالعه از آنجا ناشی می‌شود که اغلب پژوهش‌های پیشین، اختلالات روان‌تنی را یک گروه همگن در نظر گرفته‌اند و به تفاوت‌های روان‌شناختی زیربنایی بین بیماری‌های ساختاری، خودایمنی و عملکردی کمتر توجه شده است. بنابراین، این پژوهش تلاش کرد با بررسی چهار متغیر کلیدی شامل آلکسیتمیا، عواطف مثبت و منفی (آشکار و ضمنی) و خشم حالتی-صفتی، به طبقه‌بندی دقیق‌تر و مبتنی بر هیجان در اختلالات روان‌تنی کمک کند. جامعه پژوهش شامل ۵۶ شرکت‌کننده بود که

برای سنجش آلکسیتیمیا از پرسش‌نامه‌ای ۲۰ سؤالی شامل سه زیرمقیاس «دشواری در شناسایی احساسات»، «دشواری در توصیف احساسات» و «تفکر عینی و بیرونی» استفاده شد. نمره‌دهی در مقیاس پنج‌درجه‌ای و نمره بالاتر بیانگر آلکسیتیمی بالاتر است. ضریب پایایی این ابزار در مطالعات داخلی حدود ۰.۸۳ گزارش شده است (۵ و ۶). عواطف مثبت و منفی آشکار با پرسش‌نامه‌ای ۲۰ سؤالی در دو بُعد مثبت (مانند اشتیاق و الهام) و منفی (مانند اضطراب و خشم) اندازه‌گیری شد. پایایی این ابزار برای هر دو بُعد بین ۰.۸۴ تا ۰.۸۸ بوده است (۷ و ۸). برای سنجش عواطف مثبت و منفی ضمنی از پرسش‌نامه‌ای با کلمات خنثی استفاده شد که همسانی درونی بالایی (۰.۸۹ تا ۰.۹۲) نشان داده است (۹ و ۱۰). همچنین خشم حالتی-صفتی با پرسش‌نامه‌ای ۴۴ سؤالی شامل سه بخش «خشم آنی»، «خشم پلیدار» و «نحوه بیان یا مهار خشم» ارزیابی شد. پایایی این ابزار بین ۰.۸۰ تا ۰.۸۶ گزارش شده است (۱۱ و ۱۲). داده‌ها با نرم‌افزار آماری نسخه ۲۶ تحلیل شد. آزمون تعقیبی توکی و تحلیل ممیز واریانس یک‌طرفه، آزمون تعقیبی توکی و تحلیل ممیز بود و سطح معناداری در همه آزمون‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۸.۲ سال (دامنه ۲۵-۵۵) بود و ۵۰٪ زن و ۵۰٪ مرد بودند. در جدول ۱، ویژگی‌های توصیفی متغیرهای روان‌شناختی در چهار گروه مطالعه ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بیماران سرطان روده بزرگ (Colorectal cancer -) و بیماری کرون (Crohn's disease - CD) سطح بالاتری از آلکسیتیمیا نسبت به سندرم روده تحریک پذیر (Irritable bowel syndrome - IBS) و گروه سالم دارند. همچنین، گروه IBS بالاترین میزان عاطفه منفی ضمنی را نشان داد.

تحلیل تشخیصی (جدول ۲) نشان داد که متغیرهای آلکسیتیمیا، عاطفه منفی ضمنی و خشم صفت توانستند ۸۵٪ از شرکت‌کنندگان را به‌درستی در

به‌صورت هدفمند و براساس تشخیص‌های پزشکی معتبر در چهار گروه مساوی قرار گرفتند: بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال، بیماری کرون، سندرم روده تحریک‌پذیر و گروه سالم (هر گروه ۱۴ نفر). ملاک‌های ورود شامل سن بین ۲۵ تا ۵۵ سال، داشتن تشخیص قطعی برای حداقل شش ماه پیش از پژوهش و نداشتن اختلالات شدید روان‌پزشکی بود. ملاک‌های خروج شامل ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن مانند دیابت، بیماری‌های قلبی - عروقی یا التهابی، دریافت درمان‌های سنگین در سه ماه گذشته مانند شیمی‌درمانی، جراحی گسترده یا مصرف دوز بالای داروهای کورتونی، مصرف داروهای سرکوب‌کننده ایمنی و سابقه بیماری‌های شدید جسمانی بود. یک پرسشنامه غربالگری ده‌سؤالی برای اطمینان از رعایت این ملاک‌ها توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد.

نمونه‌ها از طریق ارجاع از کلینیک‌های گوارش، بیمارستان‌ها، گروه‌های حمایتی بیماران و مطب‌های پزشکان متخصص انتخاب شدند. ارزیابی‌ها در محیطی آرام و استاندارد در مطب پزشکان انجام شد. گردآوری داده‌ها با همکاری متخصصان سرطان، بیماری‌های گوارشی و اختلالات عملکردی صورت گرفت. متغیرهای روان‌شناختی با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد که روایی و پایایی آن‌ها در مطالعات قبلی تأیید شده بود، شامل مقیاس آلکسیتیمیا تورنتو، مقیاس عواطف مثبت و منفی، آزمون عواطف مثبت و منفی ضمنی و پرسشنامه خشم حالت - صفت سنجیده شدند. تمامی ابزارها دارای ضرایب پایایی بین ۰.۸۱ تا ۰.۹۰ بودند.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اسپاس نسخه ۲۶ انجام شد. ابتدا آمار توصیفی و آزمون‌های تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین‌ها در گروه‌ها اجرا شد. در ادامه، تحلیل تشخیصی برای بررسی توان تمایزبخشی متغیرهای روان‌شناختی بین گروه‌ها به‌کار گرفته شد.

ابزار سنجش: برای ارزیابی متغیرهای روان‌شناختی از چهار پرسش‌نامه معتبر استفاده شد که پیش‌تر در ایران هنجاریابی و از نظر روایی و پایایی تأیید شده‌اند.

جدول ۱- آمار توصیفی متغیرهای روان‌شناختی در گروه‌های مورد مطالعه

گروه	الکسی	الکسی	عاطفه	عاطفه	عاطفه	عاطفه	عاطفه	عاطفه	عاطفه	عاطفه
	تیمیا	تیمیا	منفی	منفی	منفی	منفی	منفی	منفی	منفی	منفی
	(میانگین)	(میانگین)	ضمنی	ضمنی	ضمنی	ضمنی	ضمنی	ضمنی	ضمنی	ضمنی
	معیار	معیار	(میانگین)	(میانگین)	(میانگین)	(میانگین)	(میانگین)	(میانگین)	(میانگین)	(میانگین)
	سرطان	کرون خود	ایمنی	سالم	سندرم	روده	تحریک	پذیر		
۲۰۰	۱۸۵۰	۳۱۰	۱۸۴	۳۵۰	۹۲۳	۴۰۰	۱۰۴	۶۰۶	۶۷۰۱	
۱۶۷	۱۷۲۰	۳۶۰	۳۵۴	۴۰۰	۰۱۴	۴۵۰	۰۹۴	۳۸۱	۵۹۲۴	
۹۵۱	۲۲۱۲	۲۸۰	۸۹۳	۳۲۰	۶۸۳	۲۹۰	۶۰۳	۴۶۴	۵۳۴۶	
۰۵۱	۷۸۱۵	۳۴۰	۰۵۴	۳۸۰	۸۵۳	۴۰۰	۷۰۴	۴۹۶	۵۴۵۵	

جدول ۲- نتایج تحلیل تشخیصی برای متغیرهای روان‌شناختی

تابع	مقدار لامبدا و یلکس	خی دو	df	سطح معناداری
تابع ۱	۰.۳۷	۴۸.۲۱	۶	۰.۰۰۱ (معنادار)
تابع ۲	۰.۶۸	۲۱.۷۴	۶	۰.۰۲۹ (معنادار)

سرطان کولورکتال، بیماری کرون و سندرم روده تحریک پذیر نقش معناداری دارند. این یافته‌ها فرضیه اصلی پژوهش را مبنی بر وجود تفاوت‌های علی و ساختاری در این اختلالات روان‌تنی تأیید می‌کند.

بیشترین میزان آلکسیتمیا در بیماران سرطانی مشاهده شد که با نتایج مطالعات مشابه همخوان است و نشان می‌دهد که فقدان ظرفیت برای نمادسازی هیجانات، ویژگی شاخص این بیماران است (۲ و ۴). طبق نظر مارتی و آیزنشتاین، این افراد به جای بیان روانی، هیجانات خود را از طریق بدن تجربه می‌کنند (۵). همچنین، بالاتر بودن خشم صفت در بیماران کرون با یافته‌های پژوهش‌های پیشین در زمینه نقش هیجانات سرکوب‌شده و تشدید واکنش‌های ایمنی در بیماری‌های خودایمنی مطابقت دارد (۱ و ۲). این الگو می‌تواند شدت و مزمن بودن علائم در این بیماران را تبیین کند.

در مقابل، بالاترین میزان عاطفه منفی ضمنی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مشاهده شد. این یافته نیز با نظریه‌های مکتب روابط ابژه و

گروه‌ها طبقه‌بندی کنند. از میان این متغیرها، آلکسیتمیا بیشترین نقش افتراقی را داشت ($\lambda=0.76$, $p > 0.001$), در حالی که عاطفه منفی ضمنی و خشم صفت نیز معنادار بودند.

آزمون تعقیبی توکی (جدول ۳) نشان داد که بیماران CRC و CD به‌طور معناداری در آلکسیتمیا و خشم صفت با گروه سالم تفاوت دارند و بیماران IBS در عاطفه منفی ضمنی بالاتر از سایر گروه‌ها بودند.

در جدول ۴، درصد صحت پیش‌بینی هر گروه توسط مدل تحلیل تشخیصی نشان داده شده است که نشان‌دهنده دقت بالای طبقه‌بندی است.

در نهایت، ضرایب استاندارد شده تحلیل تشخیصی (جدول ۵) نشان داد که آلکسیتمیا بیشترین اثر را در تفکیک گروه‌ها داشته است.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که متغیرهای روان‌شناختی شامل آلکسیتمیا، عاطفه منفی ضمنی و خشم صفت، در تمایز میان سه گروه بیماران مبتلا به

جدول ۳- نتایج آزمون تعقیبی توکی برای متغیرهای روان‌شناختی

متغیر	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	مقدار P	معنادار
آلکسیمیا	سرطان در مقابل کرون ایمنی	-۷.۷۷	۰.۲۵	خیر
آلکسیمیا	سرطان در مقابل سالم	۱۲.۷۱	۰.۰۰۱	بله
آلکسیمیا	سرطان در مقابل سندرم روده تحریک پذیر	۳.۷۰	۰.۰۱	بله
آلکسیمیا	کرون در مقابل سالم	۲۰.۴۸	۰.۰۰۱	بله
آلکسیمیا	کرون در مقابل سندرم روده تحریک پذیر	۱۱.۴۷	۰.۰۰۱	بله
آلکسیمیا	سالم در مقابل سندرم روده تحریک پذیر	-۹.۰۱	۰.۰۴	بله
عاطفه منفی ضمنی	سرطان در مقابل کرون ایمنی	-۰.۰۱	۰.۸۵	خیر
عاطفه منفی ضمنی	سرطان در مقابل سالم	۰.۴۹	۰.۰۱	خیر
عاطفه منفی ضمنی	سرطان در مقابل سندرم روده تحریک پذیر	-۰.۶۱	۰.۰۱	بله
عاطفه منفی ضمنی	کرون در مقابل سالم	۰.۵۰	۰.۰۱	بله
عاطفه منفی ضمنی	کرون در مقابل سندرم روده تحریک پذیر	-۰.۶۰	۰.۰۱	بله
عاطفه منفی ضمنی	سالم در مقابل سندرم روده تحریک پذیر	-۱.۱۰	۰.۰۱	بله
خشم صفت	سرطان در مقابل کرون ایمنی	-۱.۳۰	۰.۰۳	بله
خشم صفت	سرطان در مقابل سالم	۴.۹۸	۰.۰۰۱	بله
خشم صفت	سرطان در مقابل سندرم روده تحریک پذیر	۱.۴۲	۰.۰۱	بله
خشم صفت	کرون در مقابل سالم	۶.۲۸	۰.۰۰۱	بله
خشم صفت	کرون در مقابل سندرم روده تحریک پذیر	۲.۷۲	۰.۰۱	بله
خشم صفت	سالم در مقابل سندرم روده تحریک پذیر	-۳.۵۵	۰.۰۲	بله

جدول ۴- نتایج پیش بینی گروه‌ها بر اساس تحلیل تشخیصی

پیش بینی شده (درصد صحت طبقه بندی)	گروه واقعی
٪۸۵.۷	سرطان کولورکتال (CRC)
٪۷۸.۶	بیماری کرون (CD)
٪۷۱.۴	سندرم روده تحریک پذیر (IBS)
٪۹۲.۹	گروه سالم
٪۸۲.۲	کل نمونه

جدول ۵- جدول ضرایب استاندارد شده تحلیل تشخیصی

متغیر روان‌شناختی	ضریب استاندارد شده (λ)	مقدار P	میزان اثر
آلکسیتیمیا	۰.۷۶	<۰/۰۰۱	قوی
عاطفه منفی ضمنی	۰.۶۸	<۰/۰۱	متوسط
خشم صفت	۰.۶۲	<۰/۰۵	متوسط

گذشته، جنبه‌های نوآورانه‌ای نیز دارد. برای نخستین بار سه اختلال روان‌تنی شایع در یک مدل یکپارچه از منظر روان‌تحلیلی و روان‌عصبایمنی‌شناسی مقایسه شدند. از نظر تئوریک، این یافته‌ها تأییدی است بر متمایز بودن ساختار روانی در اختلالات ساختاری، خودایمنی و عملکردی. از نظر بالینی، این نتایج بر ضرورت تدوین مداخلات درمانی متناسب با ویژگی‌های هیجانی هر گروه تأکید دارد.

پژوهش‌های مشابه همخوانی دارد و نشان می‌دهد که در این بیماران هیجانات ناهشیار باقی می‌مانند اما همچنان قابلیت بیان ذهنی دارند (۱ و ۲). بنابراین، به نظر می‌رسد در بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر، خشم سرکوب‌شده در سطحی ناهشیار باقی می‌ماند، در حالی که در بیماران سرطانی و کرون یا به‌طور کامل به بدن منتقل می‌شود یا به شکلی حل‌نشده باقی می‌ماند.

نتایج این پژوهش علاوه بر همسویی با یافته‌های

محدودیت‌ها

با این وجود، این پژوهش دارای محدودیت‌هایی نیز هست. یکی از محدودیت‌های اصلی این مطالعه استفاده از ابزارهای خودگزارشی است که ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های شناختی و هیجانی شرکت‌کنندگان قرار بگیرد. علاوه بر این، نمونه پژوهش حاضر نسبتاً کوچک است و این امر تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌کند. انجام مطالعات آتی با حجم نمونه بزرگ‌تر و استفاده از روش‌های ارزیابی چندوجهی، مانند مصاحبه‌های عمیق بالینی یا بررسی‌های بیولوژیکی، می‌تواند به تقویت یافته‌های این پژوهش کمک کند. همچنین، بررسی اثرات مداخلات روان‌درمانی متناسب با نوع بیماری می‌تواند گام مهمی در جهت درک بهتر تعاملات روان‌شناختی و فیزیولوژیکی در این بیماران باشد.

پیشنهادهای

پیشنهاد می‌شود که تحقیقات آینده با در نظر گرفتن این تمایزات، راهکارهای درمانی خاص‌تری برای هر یک از گروه‌های بیماران تدوین کنند. همچنین، مطالعات طولی که تغییرات روان‌شناختی این بیماران را در طول زمان بررسی می‌کنند، می‌توانند دیدگاه عمیق‌تری درباره تأثیر پردازش هیجانی بر مسیر پیشرفت بیماری ارائه دهند. یافته‌های این پژوهش می‌تواند به شکل‌گیری مدل‌های درمانی جدید بر پایه نظریات روان‌پویشی و سایکونورواپیمونولوژی کمک کند و در نهایت، راه را برای مداخلات درمانی مؤثرتر در حوزه روان‌تنی هموار سازد.

نتیجه‌گیری

در مجموع، یافته‌های این مطالعه تأیید می‌کند که اختلالات روان‌تنی را نمی‌توان به‌عنوان یک طبقه یکنواخت در نظر گرفت، بلکه باید بر اساس ویژگی‌های علی، هیجانی و روان‌تحلیلی آن‌ها متمایز شوند. این رویکرد می‌تواند راهگشای بازتعریف طبقه‌بندی تشخیصی و طراحی مداخلات بالینی هدفمند در حیطه روان‌تنی باشد. همچنین، نتایج نشان می‌دهد که

آلکسیتمیا در سرطان، خشم پردازش‌نشده در کرون و عاطفه منفی ضمنی در سندرم روده تحریک‌پذیر، الگوهای هیجانی شاخص هر یک از این اختلالات است.

تقدیر و تشکر

نگارندگان مقله از همکاری صمیمانه پزشکان و مراکز درمانی در فرایند نمونه‌گیری و نیز راهنمایی‌های علمی ارزشمند اساتید گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز قدردانی می‌کنند. همچنین، نگارنده اول مقاله از خانم دکتر ماریلیا آیزنشتاین به سبب همراهی علمی، حمایت نظری، و مکاتبات آموزنده‌ای که در مراحل تدوین این مقاله با ایشان صورت گرفت، عمیقاً سپاسگزار است. با نهایت تأسف، این مقاله تنها چند روز پیش از درگذشت نابهنگام ایشان نهایی شد. یاد و نام ایشان برای جامعه روان‌کاوی زنده خواهد ماند. همچنین از خانم دکتر کتالینا برونستاین به سبب سخاوت علمی، راهنمایی نظری، و حمایت‌های بی‌دریغ ایشان در شکل‌گیری مباحث نظری این پژوهش، صمیمانه قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

تمامی مراحل پژوهش با رعایت اصول اخلاق در پژوهش و محرمانگی اطلاعات انجام شد و پژوهش دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه شیراز بود (شماره کد اخلاق: SEP/14043/48/161).

مشارکت نویسندگان

محسن سعادت (نویسنده اول): طراحی مطالعه، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری و نگارش مقاله؛ دکتر مهدی‌رضا سرافراز (استاد راهنما): راهنمایی علمی، نظارت کلی بر پژوهش و بازبینی نهایی مقاله؛ دکتر حبیب هادیان‌فرد (مشاور اول): مشاوره تخصصی در طراحی پژوهش و تحلیل داده‌ها، اصلاح محتوایی؛ و دکتر مهدی ایمانی (مشاور دوم): مشاوره در تحلیل آماری و مشارکت در ویرایش نسخه نهایی.

References

1. Aisenstein M. The dead mother in psychosomatic illness. *Int J Psychoanal*. 2010;91(1):141–159.
2. Marty P. The psychology of the psychosomatic phenomenon. *J Psychol Norm Pathol*. 1963;60:1–19.
3. Bronstein C. The body as object and as subject: Understanding the bodily aspects of mental life. *Int J Psychoanal*. 2011;92(5):1183–1207.
4. Ader R, Cohen N. Psychoneuroimmunology: Interactions between the nervous system and the immune system. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 1995;35(1):361–387.
5. Sharifi H. Adaptation and standardization of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) in Iran. *Iran J Psychiatry*. 2004;10(2):123–134. (Persian)
6. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): Factorial structure and psychometric properties. *Health Psychol*. 2020;35(2):147–158.
7. Kaivani H. Validation of the Persian version of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2005;11(3):215–223. (Persian)
8. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *J Pers Soc Psychol*. 1988;54(6):1063–1070.
9. Molavi H. Validation and adaptation of the Implicit Positive and Negative Affect Test (IPANAT) in Iranian population. *J Psychol Assess*. 2023;29(4):456–472. (Persian)
10. Quirin M, Kazén A, Kuhl J. When nonsense sounds happy or sad: Affectivity of subliminally presented words influences implicit but not explicit affective self-ratings. *J Exp Psychol*. 2009;45(2):198–212.
11. Hatami H. The role of emotional regulation in psychosomatic disorders. *Iran J Psychol Behav Sci*. 2018;14(2):45–62. (Persian)
12. Spielberger CD. State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2): Conceptual and psychometric properties. *J Clin Psychol Pers Assess*. 1988;23(1):31–45.