

# اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر سوء‌هاضمه و اضطراب بیماری در بیماران مبتلا به

## سوء‌هاضمه

نازنین احدیان<sup>۱</sup>

سعیده زمردی<sup>۲</sup>

سعیده بزازیان<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر سوء‌هاضمه و اضطراب بیماری در بیماران مبتلا به سوء‌هاضمه بود. روش پژوهش حاضر از نوع تجربی و به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل صورت گرفت. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سوء‌هاضمه و اضطراب بیماری در بیمارستان خاتم‌الانبیا (ص) در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ که توسط پزشک متخصص گوارش، تشخیص بیماری سوء‌هاضمه را دریافت کرده‌اند، بود که از میان آن‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) به طریق تصادفی انتخاب شدند. گروه آزمایش طی دوازده هفته تحت درمان مبتنی بر دل‌بستگی با رویکرد ذهنی سازی قرار گرفتند و در این مدت بر گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های شدت علائم گوارشی ریویکی و همکاران (۱۹۹۸) و اضطراب بیماری سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۲) بود. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج به دست آمده از مقایسه‌ی پس‌آزمون دو گروه، نشان داد که نمرات پس‌آزمون اضطراب بیماری و سوء‌هاضمه در گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر دل‌بستگی باعث کاهش سوء‌هاضمه و اضطراب بیماری در بیماران مبتلا به سوء‌هاضمه شد. بر اساس یافته‌های پژوهش، توجه به درمان اختلالات دل‌بستگی می‌تواند بر سوء‌هاضمه و اضطراب بیماری اثر بگذارد.

**کلمات کلیدی:** سوء‌هاضمه، اضطراب بیماری، درمان مبتنی بر دل‌بستگی

<sup>۱</sup>. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. [na.ahadian2019@gmail.com](mailto:na.ahadian2019@gmail.com)

<sup>۲</sup>. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. [saeedeh.zomorody@gmail.com](mailto:saeedeh.zomorody@gmail.com)

<sup>۳</sup> دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. [sbazzazian@gmail.com](mailto:sbazzazian@gmail.com)

# The Effectiveness of Attachment-Based Therapy for Indigestion and Illness Anxiety in Patients with Indigestion

Nazanin Ahadian<sup>1</sup>, Saeedeh Zomorodi<sup>2</sup>, Saeideh Bazzazian<sup>3</sup>

## Abstract

The aim of this research was to investigate the effectiveness of attachment-based therapy on indigestion and illness Anxiety. The study was experimental pre-test-post-test with a control group. The statistical population included patients with indigestion and illness Anxiety in the Khatam ol Anbia hospital in 1400-1401, who received the diagnosis of indigestion by a gastroenterologist, and among them, 30 people (15 people in the experimental group and 15 people in the control group) were random through sampling were selected randomly and Experimental group received 12 weeks of metallization based attachment therapy and During this period, the control group did not receive any intervention. The tools used in this research included the severity of gastrointestinal symptoms questionnaire of Revicki et al (1998) and the illness anxiety questionnaire of Salkoskis et al. 2002. Data using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (analysis of covariance) were analyzed. The results obtained from the post-test comparison of the two groups showed that there is a significant difference in the post-test scores of indigestion and illness anxiety in the experimental and control groups. The research results showed that attachment-based therapy reduced of indigestion and illness anxiety in patients with indigestion. Based on the findings of the research, regarding to the treatment of attachment disorders can effect of indigestion and illness anxiety.

**Keywords:** Indigestion, Illness Anxiety, Attachment-Based Therapy.

---

<sup>1</sup> Master of Clinical Psychology, Tehran West Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. [na.ahadian2019@gmail.com](mailto:na.ahadian2019@gmail.com)

<sup>2</sup> Corresponding author: Assistant Professor, Department of Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. [saeedeh.zomorody@gmail.com](mailto:saeedeh.zomorody@gmail.com)

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. [sbazzazian@gmail.com](mailto:sbazzazian@gmail.com)

سوءهاضمه<sup>۱</sup> درد یا ناراحتی در بالای شکم یا سوزش در ناحیه پشت استخوان سینه (سوزش سر دل) است که این دو می‌توانند با هم یا به تنهایی ایجاد شوند (مهاجرانی و همکاران، ۱۴۰۱). سوءهاضمه یک بیماری رایج است که تعداد زیادی از افراد درگیر آن می‌باشند، اما در اغلب موارد، خفیف است و فقط بعضی اوقات رخ می‌دهد (مظاهری و خشوعی، ۱۳۹۱). اختلال سوءهاضمه از جمله اختلال‌های روان‌تنی<sup>۲</sup> است که آشفتگی‌های روانی در اغلب مبتلایان به آن مخصوصاً در مبتلایانی که برای درمان، مراجعه می‌کنند، دیده می‌شود (هاشمی و همکاران، ۱۴۰۲). سوءهاضمه عملکردی<sup>۳</sup>، بیانگر یک اختلال مزمن دستگاه گوارش در قسمت فوقانی است که ناشی از یک مشکل عضوی یا ناهنجاری بیوشیمیایی نیست و نشانه‌های آن، شامل درد یا ناراحتی در بخش فوقانی شکم، احساس سیری زودرس بعد از خوردن غذا، حالت تهوع، احساس نفخ، پری معده، بی‌اشتهایی و آروغ زدن مکرر است و در هنگام آندوسکوپی<sup>۴</sup>، شواهدی مبنی بر ایجاد زخم مشاهده نمی‌شود (صابری فیروزی و همکاران، ۱۳۹۱). یک زمینه پژوهشی مهم در ارتباط با سوءهاضمه، اضطراب بیماری<sup>۵</sup> است. افراد مبتلا به اضطراب بیماری، ترس غیرواقعی از این موضوع دارند که به یک بیماری جدی گرفتارند و همچنین ممکن است عملکردهای نرمال بدن را به‌عنوان علائم بیماری، برداشت کنند (نرگسی و همکاران، ۱۳۹۸). تلاش مستمر برای جستجوی اطلاعات در مورد علائم بیماری، نشانه‌ای است که به‌راحتی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری می‌توان دید. افراد مبتلا به این بیماری ممکن است به‌طور متوالی به پزشکان مراجعه کنند و به دنبال آزمایش‌های اضافی و جستجوی اطلاعات در وبگاه‌های اینترنتی و متون پزشکی باشند (درویش و تکلوی، ۲۰۲۳). یکی از عوامل مهم دیگر که در حوزه‌ی علل روان‌شناختی سوءهاضمه قابل بررسی است، اختلالات دلبستگی<sup>۶</sup> است. بالبی<sup>۷</sup> بیان می‌کند که مادر، مهم‌ترین شخصیت دلبستگی است که نوزادان به آن دلبستگی پیدا می‌کنند که در بررسی این موضوع از این ایده فروید نیز نقل کرد که رابطه با مادر به‌عنوان نمونه اولیه همه روابط عشقی بعدی برای هر دو جنس عمل می‌کند که نشان‌دهنده تأثیر توسعه دلبستگی اولیه به روابط اجتماعی بعدی است (چن<sup>۸</sup>، ۲۰۲۳). فوناگی<sup>۹</sup> در مطالعات خود بیان می‌کند تجربه‌های ارتباطی با مراقبان اولیه و نزدیکان، باعث به وجود آمدن توانایی‌های فردی می‌شود، مثلاً پاسخ‌های آینه‌ای مراقبان به احوالات درونی کودک، باعث رشد توانایی ذهنی سازی<sup>۱۰</sup> او می‌شود (قنبری و همکاران، ۱۳۹۹). ذهنی‌سازی به معنای نوعی عمل ذهنی درباره خود و دیگران و فهم و تفسیر رفتار اطرافیان و خود در وضعیت‌های ذهنی آگاهانه (مثل آرزوها، احساس‌ها، نیازها، باورها، مقاصد، اهداف و دلایل) است. درمان مبتنی بر دلبستگی با محوریت ذهنی‌سازی می‌تواند بر بهبود سوءهاضمه و اضطراب بیماری اثر بگذارد و می‌توان گفت این درمان، یک شکل مختصر و فرایندمدار از مشاوره است که در آن، ارتباط بیمار و درمانگر، مبتنی بر ایجاد یا بازسازی اعتماد بوده و بر ابراز احساسات متمرکز است (کوچکی راوندی و همکاران، ۱۳۹۴). بر اساس یک پژوهش صورت گرفته، اشخاص دارای دلبستگی ناایمن<sup>۱۱</sup>، علائم جسمی زیادتری را نسبت به افراد دارای دلبستگی ایمن<sup>۱۲</sup> گزارش می‌کنند و نیز تحقیقاتی ارتباط بین دلبستگی و اضطراب را مورد پژوهش قرار داده و بر اساس نتایج به دست آمده بیان می‌کنند اشخاصی که دلبستگی ایمنی را تجربه کرده‌اند، اضطراب کمتری را نسبت به افراد ناایمن توصیف می‌کنند (بشارت و همکاران، ۱۳۹۹). همان‌گونه که استرس از علل فعال‌ساز شاخص‌های دلبستگی است، مبتلا شدن به مشکلات پزشکی نیز شاخص‌های

<sup>1</sup> indigestion

<sup>2</sup> psychosomatic

<sup>3</sup> functional dyspepsia

<sup>4</sup> endoscopy

<sup>5</sup> illness anxiety

<sup>6</sup> attachment disorder

<sup>7</sup> Bowlby

<sup>8</sup> Chen

<sup>9</sup> Fonagy

<sup>10</sup> Mentalization

<sup>11</sup> insecure attachment

<sup>12</sup> secure attachment

دلبستگی فرد را فعال می‌کند. این شاخص‌های دلبستگی بر مکانیسم‌های سازگاری شخص با مشکلات پزشکی، پاسخ‌های زیستی - اجتماعی - روانی و مسیر بهبود و کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد (التمن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به موارد ذکر شده و با توجه به این که پژوهش‌های اندکی در ارتباط با رفتارهای دلبستگی و تأثیر آن بر اضطراب بیماری و سوءهاضمه انجام شده است، در تحقیق حاضر قصد داریم اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی را بر اضطراب بیماری و سوءهاضمه مورد بررسی قرار دهیم؛ بنابراین، سؤال اصلی پژوهش این است که آیا درمان مبتنی بر دلبستگی بر اضطراب بیماری و سوءهاضمه اثر دارد؟

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی است و روش آن کمی و تجربی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه آزمایش و گواه است. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها، تحلیل کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره است. جامعه آماری تحقیق حاضر، کلیه افراد دچار سوءهاضمه و اضطراب بیماری که در بیمارستان خاتم‌الانبیا (ص) به وسیله یک پزشک دارای تخصص، تشخیص بیماری سوءهاضمه در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ دریافت کرده‌اند می‌باشد. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده صورت گرفت و سرانجام از مرحله پیش‌آزمون، ۳۰ نفر از اشخاصی که نمرات بالایی در پرسش‌نامه اضطراب بیماری دریافت کردند و توسط پزشک متخصص گوارش، مشکلات گوارشی و سوءهاضمه آن‌ها تأیید شد انتخاب شده و به دو گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند. شرکت‌کننده‌ها در این تحقیق به طور تصادفی ساده انتخاب شده‌اند و رضایت کتبی نیز از آنان گرفته شد و اینکه در هر مرحله از تحقیق می‌توانند از ادامه‌ی آن انصراف دهند، به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل عدم دریافت روان‌درمانی دیگر به صورت هم‌زمان و کسب نمره بالا در پرسش‌نامه‌ای مربوط به تشخیص سوءهاضمه و اضطراب بیماری بود. ملاک‌های خروج شامل مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم همکاری در جلسات درمانی بود.

## ابزار پژوهش

**الف. پرسش‌نامه شدت علائم گوارشی (GSRs) رویکی<sup>۲</sup> و همکاران<sup>۳</sup>:** این پرسش‌نامه، ابزاری برای تشخیص بیماری‌های گوارشی است و بر اساس بررسی نشانه‌های روده، معده و همچنین تجربه بالینی ساخته شده است که جهت ارزیابی و سنجش نشانه‌های شایع اختلال‌های گوارش مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسش‌نامه ۱۵ سؤالی است و هر سؤال بر اساس مقیاس ۷ نقطه‌ای لیکرت از عدم ناراحتی (۰) تا ناراحتی شدید (۷) نمره گذاری شده است. این پرسش‌نامه پنج بُعد دارد که شامل: ریفلاکس<sup>۴</sup> (برگشت اسید و سوزش معده)، یبوست (احساس دفع ناقص، یبوست، مدفوع سفت)، اسهال (مدفوع شل، نیاز فوری برای دفع، اسهال)، دل‌درد (تهوع، دردهای ناشی از گرسنگی)، سوءهاضمه (نفخ شکم، آروغ، قاروقور شکم و افزایش گاز شکم). نمره کل از جمع میانگین نمرات در هر یک از زیر مقیاس‌ها به دست می‌آید که افزایش نمره بیانگر شدت علائم است. این ابزار را هم به صورت انجام مصاحبه و هم به صورت ابزار خودسنجی می‌توان تکمیل کرد. اعتبار همسانی درونی برای ۵ زیر مقیاس شدت علائم گوارشی بر حسب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۶۱، ۰/۸۳، ۰/۸۰ و ۰/۷۰ برآورد شده است (مظاهری و خشوعی، ۱۳۹۱).

**ب. پرسش‌نامه اضطراب سلامت<sup>۵</sup>:** فرم اولیه و بلند این پرسش‌نامه برای اولین بار توسط سالکوسکیس و وارویک<sup>۶</sup> در سال ۱۹۸۹ طراحی شد. فرم کوتاه ۱۸ سؤالی این پرسش‌نامه مجدداً توسط سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۲) به منظور سنجش اضطراب بیماری

<sup>1</sup> Altmann et al

<sup>2</sup> Revicki et al

<sup>3</sup> gastrointestinal syndrome rating scale

<sup>4</sup> reflux

<sup>5</sup> health anxiety inventory

<sup>6</sup> Salkovskis & Warwick

ساخته شد. این پرسش‌نامه دارای یک نمره کل (نگرانی کلی سلامتی) و دو عامل (خرده‌مقیاس) است. خرده‌مقیاس‌ها شامل: احتمال ابتلا به بیماری و پیامدهای منفی ابتلا به بیماری هستند. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه، بدین صورت است که هر آیت‌م ۴ گزینه دارد که آزمودنی بایستی یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می‌کند، انتخاب نماید. نمره‌گذاری برای هر آیت‌م از ۰ تا ۳ است و نمره بالا در آن نشانه اضطراب سلامتی است. برای محاسبه امتیاز هر زیر مقیاس، نمره تک‌تک گویه‌های مربوط به آن زیرمقیاس با هم جمع می‌شود. برای محاسبه امتیاز کلی پرسش‌نامه، نمره همه گویه‌ها با هم جمع شده و دامنه امتیاز این پرسش‌نامه بین ۰ تا ۵۴ خواهد بود. بررسی‌های متعدد نشان دادند که این مقیاس از همسانی درونی مناسبی برخوردار است. ضرایب همسانی درونی بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۵ متغیر بوده است. ضریب پایایی مقیاس از طریق باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۰ به دست آمد که نشان‌دهنده این است که مقیاس مذکور می‌تواند به‌خوبی بیماران خودبیمارانگار را از گروه‌های کنترل غیربالینی متمایز ساز (نرگسی و همکاران، ۱۳۹۶). کریمی، همایونی و همایونی (۱۳۹۳) در پژوهش خود پایایی مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه کردند و روایی همگرایی را نیز از طریق همبسته کردن آن با سلامت عمومی، اجتناب تجربی، اضطراب، استرس و افسردگی به ترتیب، ۰/۳۱، ۰/۴۲، ۰/۳۴، ۰/۳۲ و ۰/۴۷ به دست آوردند.

## روند اجرای پژوهش

ابتدا آزمودنی‌ها را به طور تصادفی به دو گروه مساوی کنترل و آزمایش تقسیم کردیم. سپس برای هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، آزمون‌ها را اجرا کردیم. سپس در گروه آزمایش، پروتکل درمان دلبستگی محور با استفاده از پروتکل درمان ذهنی سازی بتمن و فوناگی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. این در حالی بود که شرکت‌کنندگان گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. در پایان، پرسش‌نامه‌ها در مرحله پس‌آزمون دوباره روی هر دو گروه اجرا شد.

## جدول ۱. شرح جلسات درمان دلبستگی مبتنی بر پروتکل mbt بتمن و فوناگی ۱

جلسه	هدف	محتوا	فعالیت‌ها و تکالیف
اول	بدانیم برنامه درمانی در مورد چیست، بدانیم منتالیزینگ چیست و ساختار جلسات چگونه است	بیان اهداف جلسات گروهی / تأکید بر حضور فعالانه اعضا / معرفی کلیات رویکرد ذهنی‌سازی	اعضاء گروه خودشان را معرفی می‌کنند. فعالیت گروهی: اگر در شهر خودتان ببینید که سر چهارراه فردی ظاهراً خارجی در حال مطالعه یک نقشه ایستاده و با چهره‌ای که گویای پرسش است به خیابان‌های این طرف و آن طرف نگاه می‌کند، چه فکری در موردش می‌کنید؟ تکلیف: استفاده از وضعیت منتالیزینگ را تمرین کنید.
دوم	مشکل داشتن با ذهنی‌سازی یعنی چه؟	مرور بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب / مشکلات ذهنی‌سازی خود و دیگران / مشکلات تنظیم هیجان و تکانشگری / توضیح حساسیت بین فردی	فعالیت گروهی: شرکت‌کنندگان در مورد تجارب هیجانی خودشان فکر کنند و ببینند الگوی واکنش معمولشان وقتی هیجانی می‌شوند چیست؟ تکلیف: یادداشتی از یک موقعیت در طول هفته آماده کنید که در آن توانایی‌تان برای منتالیز کردن پایین بود.
سوم	شناخت هیجان‌ها	مروری بر بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / هیجان‌ات اصلی و اجتماعی / هیجان‌ات اولیه و ثانویه / توصیف انواع هیجان‌ات و تفاوت‌های فردی در کنترل هیجان‌ات	تکلیف: چه هیجان‌اتی برجسته‌ترین هیجان‌ات در هفته گذشته بوده‌اند؟

<sup>1</sup> Batman and Fonagy

چهارم	ذهنی سازی هیجانان	مرور بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / چگونگی برخورد با هیجانان و احساسات / تفسیر علامت های هیجانی درونی در خود و دیگران / خودتنظیمی احساسات و اینکه دیگران چگونه می توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند / توضیح روش های آرمیدگی	تمرین گروهی: از اعضاء خواسته می شود چشمانشان را ببندند و روی خودشان تمرکز کنند. آیا جایی در بدنتان هست که توجه شما را جلب می کند؟ چه احساسی دارید؟ اگر فعالیت هیجانی وجود دارد سعی کنید آن را احساس کنید. همچنین از اعضا می خواهیم نام هایی برای حالات هیجانی ناخوشایندشان پیشنهاد کنند و آن ها را در جدولی بنویسند. تکلیف: یادداشتی تهیه کنید از یک موقعیت در این هفته که در آن تنظیم مؤثر یک حالت هیجانی دردناک را مدیریت کردید.
پنجم	توضیح اهمیت روابط دلبستگی	مرور جلسه قبل / بررسی تکالیف / توضیح دلبستگی، الگوها و سبک های دلبستگی، چگونگی ایجاد آن و ربط آن به روابط بزرگسالی	رابطه ای با یک فرد مهم در زندگی تان فکر کنید (همسر، عضو خانواده، دوست) و در مورد اینکه آیا این رابطه امن، دوسوگرا یا اجتنابی است فکر کنید. تکلیف: یادداشتی تهیه کنید از اینکه در روابط دلبستگی تان چه رفتارهایی در شما معمول است.
ششم	توضیح چگونگی ارتباط دلبستگی و ذهنی سازی	مروری بر جلسه قبل / بررسی تکالیف / تعارض های دلبستگی چیست / تبیین اینکه چگونه رشد یافتن در یک فرهنگ هایی با سطح های ذهنی سازی مختلف، دلبستگی امن را تحت تأثیر قرار می دهد / مقدمه ای بر مشکلات گوارشی	فعالیت گروهی: از مثال های تعارضات دلبستگی خودتان یادداشتی تهیه کنید.
هفتم	آشنایی با اضطراب بیماری	چکیده جلسه پیشین / توضیح اضطراب بیماری / خودبیمارانگاری / رابطه اضطراب بیماری با مشکلات دلبستگی	رهبر گروه از اعضا می خواهد تجارب خود درباره اختلال اضطراب بیماری را با یکدیگر به اشتراک بگذارند تا شباهت های نگرانی ها درباره بیمار شدن مشخص شود.
هشتم	شناخت درمان مبتنی بر ذهنی سازی	مرور جلسه قبل / بررسی تکالیف / بیان اهداف اختصاصی درمان دلبستگی مبتنی بر ذهنی سازی / آموزش ذهنی سازی	آیا در گروه با این موارد مشکل دارید: (صحت در مورد رویدادهای زندگی خودتان، تمرکز بر رویدادها در گروه و فرض کردن یک وضعیت ذهنی سازی)
نهم	ادامه درمان مبتنی بر ذهنی سازی	مرور جلسه قبل / بررسی تکالیف / توضیح جنبه دلبستگی در درمان مبتنی بر ذهنی سازی / اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران و ایجاد روابط دلبستگی با بالینگر و دیگر اعضای گروه	فعالیت گروهی: در مورد مشکلاتی صحبت کنید که وقتی یک رابطه درمانی را با درمانگر فردی - درمانگر گروهی - یا دیگر اعضای گروه شکل می دهید، برایتان پیش می آید. وقتی توسط درمانگر، یک عضو گروه یا فردی نزدیک، مورد سوء تفاهم واقع می شوید، واکنش معمولتان چیست.
دهم	ذهنی سازی و اضطراب چگونه بر هم تأثیر می گذارند	مرور بحث جلسه قبل / بررسی تکالیف / ارائه آموزش در مورد اضطراب / انواع اختلالات اضطرابی و راهکارهای درمانی آنها / واکنش طبیعی بچه ها وقتی ترس را تجربه می کنند رفتن به سمت منبع دلبستگی شان یا هر فرد امن دیگری است که به او اعتماد دارد و این گونه هست که دلبستگی با اضطراب رابطه بنیادین دارد	فعالیت گروهی: یادداشتی تهیه کنید از اینکه چگونه افراد اثر آرام بخشی روی اضطراب های شما داشته اند. تکلیف: اگر در مورد چیزی که شما را مضطرب ساخته به فرد دیگری (درمانگر، گروه، خانواده یا دوست) در طول هفته گذشته نزدیک شدید آن موقعیت را یادداشت کنید
یازدهم	بحث نهایی درباره اضطراب بیماری، مشکلات گوارشی، دلبستگی و ذهنی سازی	مرور جلسه قبل / بررسی تکالیف / ارائه رویکرد آموزشی در مورد اضطراب بیماری / توضیحات تکمیلی در مورد اضطراب بیماری و درمان آن / بحث در مورد مشکلات گوارشی تک تک اعضا	اعضا دعوت به اشتراک گذاشتن تجربیات خود در فرایند گروه درمانی برگزار شده، می شوند
دوازدهم	جمع بندی	مرور مباحث جلسات / بررسی تکالیف / دعوت از اعضا برای بیان تجربیات خود درباره فرایند درمان / پس آزمون / تقدیر و تشکر	

## یافته‌ها

۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل شرکت کنندگان پژوهش بودند. در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان پژوهش

p	χ <sup>۲</sup>	کنترل		آزمایش		ویژگی‌های جمعیت‌شناختی
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۸۹	۰/۲۲	۲۶/۷	۴	۱۶/۷	۵	۱۸ تا ۳۰ سال
		۲۰	۶	۲۰	۶	۳۱ تا ۴۰ سال
		۱۶/۷	۵	۱۳/۳	۴	۴۱ تا ۵۰ سال
		۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل
۰/۶۲	۰/۲۴	۴۳/۳	۱۳	۴۰	۱۲	زن
		۶/۷	۲	۱۰	۳	مرد
۰/۴۵	۰/۵۵	۲۶/۷	۸	۳۳/۳	۱۰	شاغل
		۲۳/۳	۷	۱۶/۷	۵	غیر شاغل
۰/۵۴	۱/۲۴	۱۰	۳	۳/۳	۱	دیپلم
		۶/۷	۲	۱۰	۳	کارشناسی
		۳۳/۳	۱۰	۳۶/۷	۱۱	کارشناسی ارشد و دکتری

نتایج جدول ۲ و آزمون خی دو حاکی از آن است که دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای سن، جنسیت، اشتغال و تحصیلات همگن هستند ( $p > ۰/۰۵$ ). در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۳ گزارش می‌شود.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سوءهاضمه	آزمایش	۱۷/۹۳	۲/۰۲	۱۴/۵۳	۲/۴۵
	کنترل	۱۷/۵۳	۲/۴۲	۱۶/۸۰	۲/۴۸
شدت علائم	آزمایش	۶۷/۶۷	۷/۹۰	۵۹/۶۰	۷/۷۸
	کنترل	۶۶/۴۷	۶/۶۳	۶۶/۴۰	۶/۶۰
اضطراب	آزمایش	۳۷/۹۳	۴/۳۰	۳۰/۳۳	۴/۳۲
	کنترل	۳۶/۹۳	۳/۵۴	۳۷/۴۷	۴/۷۵

همچنان که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون کاهش نشان می‌دهد که در ادامه در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری گزارش می‌شود. لازم به ذکر است بررسی پیش‌فرض آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که متغیرهای پژوهش نرمال هستند و همچنین نتایج آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس نیز نشان داد که این آزمون معنادار نیست و بنابراین نتایج آزمون لامبدا و یلکز در جدول ۴ جهت بررسی چندمتغیری گزارش خواهد شد.

#### جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری سوءهاضمه و شدت علائم گوارشی و اضطراب بیماری در دو

گروه						
آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	P	اندازه اثر
لامبدای ویلکز	۰/۲۶	۲۱/۷۳	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش‌آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنادار برای درمان مبتنی بر دلبستگی وجود دارد. این اثر حاکی از آن است که حداقل بین یکی از متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ( $p = 0.26$  = لامبدا ویلکز،  $p < 0.05$ ).

#### جدول ۵. آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری

متغیر	منبع تغییر	SS	df	MS	F	P	اندازه اثر
سوءهاضمه	گروه	۴۸/۴۷	۱	۴۸/۴۷	۱۴/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	خطا	۸۱/۳۴	۲۵	۳/۲۵			
شدت علائم گوارشی	گروه	۳۶۳/۸۰	۱	۳۶۳/۸۰	۱۳/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	خطا	۶۸۵/۴۰	۲۵	۲۷/۴۲			
اضطراب بیماری	گروه	۳۲۳/۱۲	۱	۳۲۳/۱۲	۳۰/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	خطا	۲۶۰/۶۹	۲۵	۱۰/۴۳			

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر دلبستگی بر اضطراب بیماری و سوءهاضمه، شدت علائم گوارشی و اضطراب بیماری اثربخش است و تفاوت معناداری در متغیرهای حاضر بین گروه آزمایش و کنترل وجود دارد ( $p < 0.05$ ) و کاهش آن‌ها در پس‌آزمون گروه آزمایش به دلیل اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی است.

## بحث

نتایج این مطالعه مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر دلبستگی بر سوءهاضمه و اضطراب بیماری تأثیر دارد نشان داد که درمان مبتنی بر دلبستگی بر سوءهاضمه و اضطراب بیماری اثربخش است. این نتایج با یافته‌های ساتسنگی و بروگنولی<sup>۱</sup> (۲۰۱۸)، التمن و همکاران (۲۰۲۱)، لی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۰) و دالبرگ و هانتزگمیل<sup>۳</sup> (۲۰۲۲) همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت اشخاص مبتلا به

<sup>1</sup> Satsangi & Brugnoli

<sup>2</sup> Lee

<sup>3</sup> Dollberg & Hanetz-Gamliel



اضطراب سلامت در سال‌های ابتدایی زندگی خود، تجربیات نامطلوبی مانند از دست دادن عضوی از خانواده، سوء مصرف مواد والدین و بی‌توجهی داشته‌اند و در همین راستا می‌توان گفت ارتباط مثبتی میان رفتارهای والدین مضطرب، کنترل والدین و طرد آن‌ها، با نشانه‌های اختلالات اضطرابی وجود دارد (دالبرگ و هانتز گملیل، ۲۰۲۲). نتایج نشان داد استرس عاطفی در بیماری‌های مزمن، شکایت‌های موجود را بدتر می‌کند و مواردی وجود دارد که بیان می‌کند استرس عاطفی، بیماری‌هایی که معمولاً روان‌تنی تلقی نمی‌شوند (مانند سرطان، دیابت) را در افراد مستعد به آن‌ها تشدید می‌کند (ساتسنگی و پروگنولی، ۲۰۱۸). طبق پژوهش لی و همکاران (۲۰۲۰) در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی، شدت علائم گوارشی می‌تواند تحت تأثیر وضعیت روانی باشد و استرس‌های عاطفی می‌تواند عامل خطر مستقیم در سوءهاضمه عملکردی محسوب شود.

نتایج این مطالعه مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر دلبستگی بر سوءهاضمه اثر دارد نشان داد که درمان مبتنی بر دلبستگی بر سوءهاضمه اثربخش است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های ایوبانک<sup>۱</sup> (۲۰۲۲)، بشارت و همکاران (۱۳۹۹)، میکوکا والوس<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۳)، مورک<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۰) و کوان<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۲۰)، همسو است. ایوبانک (۲۰۲۲) چنین استدلال می‌کند که اشخاص دارای سبک دلبستگی ناایمن، نسبت به اشخاص دارای سبک دلبستگی ایمن، مشکلات گوارشی بیشتری نشان می‌دهند و بین اختلالات گوارشی و سلامت روان ارتباط وجود دارد و همچنین سبک‌های دلبستگی می‌توانند با اختلال گوارشی و سلامت روان، در ارتباط باشند. در همین رابطه می‌توان گفت عصب واگ و تأثیر آن بر روده نه تنها بر مغز افراد بلکه بر رفتار فیزیکی آن‌ها مانند پاسخ به استرس تأثیر می‌گذارد و همچنین استرس و اضطراب با فعال کردن حالت دفاعی به منظور محافظت در برابر خطر واقعی یا درک شده و ایجاد وضعیت جنگ یا گریز در بدن، هضم را به دلیل حفظ انرژی و منابع در پاسخ به تهدید درک شده متوقف می‌کند (کوان<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). طبق یافته‌های مورک و همکاران (۲۰۲۰) تجارب استرس‌زای زندگی به ویژه استرس طولانی‌مدت، در دوران کودکی و بزرگسالی بر ترکیب میکروبیوتای<sup>۶</sup> روده‌ی فرد در درازمدت تأثیر منفی می‌گذارد و تغییرات طولانی‌مدت در ترکیب میکروبیوتا، متعاقباً بر سلامت جسمی و روانی فرد تأثیر می‌گذارد.

نتایج این مطالعه مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر دلبستگی بر اضطراب بیماری اثر دارد نشان داد که درمان مبتنی بر دلبستگی بر اضطراب بیماری اثربخش است. این نتایج با یافته‌های ثورگارد و همکاران<sup>۷</sup> (۲۰۱۸) و پور فرج و بهروزی (۱۳۹۶)، باربک<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۲۲) و لی<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. از یافته‌های لی و همکاران (۲۰۲۱) می‌توان این گونه استنباط کرد که دلبستگی ناایمن بزرگسالان با نتایج مختلفی از علائم جسمی مشکل ساز، اضطراب بیماری و دشواری در رابطه بیمار و ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی همراه است و همچنین در پژوهش مذکور، مدل به دست آمده‌ی اضطراب سلامتی، مسیرهای مختلفی را نشان می‌دهد که از طریق آن ناملايمات دوران کودکی ممکن است از طریق ارتباط مستقیم با دلبستگی، بر بار علائم جسمی و اضطراب بیماری در بزرگسالی تأثیر بگذارد. از یافته‌های ثورگارد و همکاران (۲۰۱۸) می‌توان نتیجه گرفت که اضطراب می‌تواند توسط والدین و به‌وسیله سبک فرزندپروری و الگوهای دلبستگی در خردسالان انتقال یابد که بیانگر ارتباط میان اضطراب و سبک دلبستگی است. پور فرج و بهروزی (۱۳۹۶)، معتقدند که الگوهای دلبستگی و ناگویی خلقی می‌تواند بر خودبیمارانگاری اثر بگذارند به این گونه که سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا، به‌وسیله مشکل در شناخت احساسات و همچنین مشکل در توضیح احساسات با خودبیمارانگاری ارتباط دارند.

<sup>1</sup> Eubanks

<sup>2</sup> Mikocka-Walus

<sup>3</sup> Mörkl

<sup>4</sup> Cowan

<sup>5</sup> Cowan

<sup>6</sup> microbiota

<sup>7</sup> Thorgaard et al

<sup>8</sup> Barbek et al

<sup>9</sup> Le et al

## نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر اضطراب بیماری و سوءهاضمه انجام شد. یافته‌های پژوهش بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر اضطراب بیماری و سوءهاضمه است. همچنین، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. اول، کنترل برخی از متغیرهای مداخله‌گر در پژوهش حاضر فراهم نبود و همگن کردن اعضای نمونه به لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی و حذف اثر آن در نتایج مقدور نبود و بایستی در تعمیم نتایج جانب احتیاط رعایت شود. در راستای رفع محدودیت اول، پیشنهاد می‌شود، پژوهشی مشابه با نمونه‌ای کنترل شده و کنترل متغیرهای مداخله‌گر صورت گیرد. دوم، ابزار گردآوری اطلاعات پژوهش حاضر پرسش‌نامه خودگزارش دهی بوده است. پیشنهاد می‌گردد علاوه بر پرسش‌نامه از روش‌های مرسوم و معتبر گردآوری اطلاعات استفاده شود.

## تعارض منافع

در پژوهش حاضر هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

- بشارت، محمدعلی؛ ریسی، فاطمه و هدفمند، هادی. (۱۳۹۹). آسیب‌های دلبستگی و افسردگی: نقش واسطه‌ای احساس خشم. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۶(۲)، ۲۵-۴۰.
- پور فرج عمران، مجید و بهروزی، بنت الهدی. (۱۳۹۶). بررسی رابطه خودبیمارانگاری با سبک‌های دلبستگی، ناگویی هیجانی و اضطراب در دانشجویان. *فصلنامه علمی پژوهشنامه تربیتی دانشگاه آزاد واحد بجنورد*، ۱۲(۵۱)، ۱۹-۳۶.
- صابری فیروزی، مهدی؛ عابدیان، شیفته و مسرت، صادق. (۱۳۹۱). اپیدمیولوژی، عوامل مرتبط و تجربیات درمانی سوءهاضمه در ایران. *گوارش*، ۱۷(۴)، ۲۱۳-۲۲۷.
- قنبری، فاطمه؛ نظیری، قاسم و امیدوار، بنفشه. (۱۳۹۹). اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی/ بیش‌فعالی. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱۱(۴۰)، ۱۵۱-۱۷۲.
- کریمی، جواد؛ همایونی نجف‌آبادی، عاطفه، و همایونی نجف‌آبادی، فرشته. (۱۳۹۳). ارزشیابی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه اضطراب سلامت. *تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۱۷(۴)، ۲۹۷-۳۰۵.
- مظاهری، محمد و خشوعی، مهدیه سادات. (۱۳۹۱). مقایسه‌ی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه‌ی فارسی مقیاس شدت علائم گوارشی در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی و افراد سالم. *گوارش*، ۱۷(۱)، ۱۸-۲۴.
- مهاجرانی، سپهر؛ عیسی زادگان، علی و سلیمانی، اسماعیل. (۱۴۰۱). بررسی مدل معادلات ساختاری پریشانی روان‌شناختی با کیفیت زندگی سوءهاضمه کارکردی: با نقش میانجیگر خودکارآمد پنداری درد، حساسیت احشایی، تصاویر ذهنی مرتبط با درد و فاجعه‌آفرینی درد. *ماهنامه‌ی علوم روان‌شناختی*، ۲۱(۱۱۳)، ۹۰۳-۹۲۲.

نرگسی، فریده؛ ایزدی، فاطمه؛ کریمی نژاد، کلثوم، و رضایی شریف، علی. (۱۳۹۶). بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی. فصلنامه اندازه گیری تربیتی، ۷(۲۷)، ۱۴۷-۱۶۰.

نرگسی، فریده؛ فتحی آشتیانی، علی؛ داوودی، ایمان و اشرفی، عماد. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری در افراد دچار اختلال وسواسی اجباری. دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۲۶(۲)، ۴۹-۶۶.

هاشمی، ملیحه؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ ملیحی الذاکرینی، سعید؛ کراسکیان موجمناری، آدیس و دلاوری، علیرضا. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و الکیسی تایمیا در بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی. رویش روان‌شناسی، ۱۲(۳)، ۹۷-۱۰۶.

- Altmann, U., Nodop, S., Dinger, U., Ehrental, J., Schauenburg, H., Dymel, W., Willutzki, U., & Strauss, B. (2021). Differential effects of adult attachment in cognitive-behavioural and psychodynamic therapy in social anxiety disorder: A comparison between a self-rating and an observer rating. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(2), 373-383.
- Barbek, R. M., Makowski, A. C., & von dem Knesebeck, O. (2022). Social inequalities in health anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 153, 110706.
- Batman, P., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders*. 1st ed. United Kingdom: Oxford University Press.
- Besharat, M. A., Reeisi, F., & Farahmand, H. (2020). The relationship between attachment pathologies and depression: Mediating role of anger feeling. *Journal of Psychological Studies*, 16(2), 25-40.
- Chen, Y. (13 February 2023). Impact of Attachment History on Development of Social Relationships through Emotion Regulation. *Proceedings of the 2022 4th International Conference on Literature, Art and Human Development*. 8\_27.
- Cowan, C. S., Dinan, T. G., & Cryan, J. F. (2020). Annual Research Review: Critical windows—the microbiota–gut–brain axis in neurocognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 353-371
- Darvish, N. (2023). Taklavi, S. (2023). The Role of Early Maladaptive Schemas and Emotional Knowledge in Predicting Employees' Illness Anxiety. *International Journal of Behavior Studies in Organizations*, 9; 23-35. <https://doi.org/10.32038/JBSO>, 3, 2.
- Dollberg, D. G., & Hanetz-Gamliel, K. (2022). Mediation-moderation links between mothers' ACEs, mothers' and children's psychopathology symptoms, and maternal metallization during COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 837423.
- Eubanks, R. (2022). *The Connection between Mental Health Symptoms and Gastrointestinal Symptoms*, as Moderated by Attachment Style (Doctoral dissertation, Alliant International University).
- Ghanbari, F., Naziri, G., & Omidvar, B. (2020). The effectiveness of mentalization-based treatment on quality of life among children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychological Methods and Models*, 11(40), 151-172.
- Hashemi, M., Atef Vahid, M. K., Malihialzackerini, S., Kraskian Mojmanaree, A., & Delavari A. (2023). The effectiveness of metacognitive therapy on reducing psychological distress and alexithymia in patients with functional dyspepsia. *Rooyesh*, 12 (3), 97-106.
- Karimi, J., Homayuni Najafabadi, A., & Homayuni Najafabadi, F. (2015). Evaluation of psychometric properties of the health anxiety inventory. *Hakim Health System Research Journal*, 17, 297-305.

- Le, T. L., Geist, R., Bearss, E., & Maunder, R. G. (2021). Childhood adversity and attachment anxiety predict adult symptom severity and health anxiety. *Child Abuse & Neglect*, *120*, 105216.
- Lee, S. Y., Ryu, H. S., Choi, S. C., & Jang, S. H. (2020). A Study of Psychological Factors Associated with Functional Gastrointestinal Disorders and Use of Health Care. *Clinical psychopharmacology and neuroscience : the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, *18*(4), 580–586.
- Mazaheri, M., & Khoshouei, M. S. (2012). Comparison between Psychometric Characteristics of Persian Version of the Gastrointestinal Symptoms Rating Scale in Functional Gastrointestinal Disorders and Normal Groups, *Govaresh*, *17*(1), 18\_24.
- Mikocka-Walus, A., Evans, S., Linardon, J., Wilding, H., & Knowles, S. R. (2023). Psychotherapy appears to improve symptoms of functional dyspepsia and anxiety: systematic review with meta-analysis. *Psychology, Health & Medicine*, *28*(5), 1309-1335.
- Mohajerani, S., Issazadegan, A., & Soleimani, E. (2022). A structural equation modeling investigation of psychological distress with quality of life in functional dyspepsia: The mediating role of pain self-efficacy, visceral sensitivity, pain-related mental imagery, and pain catastrophizing. *Journal of Psychological Science*. *21*(113), 903-922
- Mörkl, S., Butler, M. I., Holl, A., Cryan, J. F., & Dinan, T. G. (2020). Probiotics and the microbiota-gut-brain axis: focus on psychiatry. *Current nutrition reports*, *9*, 171-182.
- Nargesi, F., FathiAshtiani, A., Davodi, I., & Ashrafi, E. (2019). The effect of unified transdiagnostic treatment on anxiety sensitivity, distress tolerance and obsessive-compulsive symptoms in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Psychological Achievements*, *26*(2), 49-66.
- Nargesi, F., Izadi, F., Kariminejad, K., & Rezaei Sharif, A. (2017). The investigation of the reliability and validity of Persian version of Health anxiety questionnaire in students of Lorestan University of Medical Sciences. *Quarterly of Educational Measurement*, *7*(27), 147-160.
- Porfaraj, M., & Behvarzi, B. (2017). Attachment styles, alexithymia, anxiety, and hypochondriasis. *Educational researches*, *12*(51), 19-36.
- Revicki, D. A., Wood, M., Wiklund, I., & Crawley, J. (1998). Reliability and validity of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale in patients with gastroesophageal reflux disease. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, *7*(1), 75–83.
- Saberifirozi, M., Abedian, F., & Masserrat, S. (2013). Epidemiology, associated factors, and treatment experiences with dyspepsia in Iran, *Govaresh*, *17*(4), 213-227.
- Salkovskis, P. Rimes, K. Warwick, H., & Clark, D. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, *32*(5), 843-853.
- Satsangi, A. K., & Brugnoli, M. P. (2018). Anxiety and psychosomatic symptoms in palliative care: from neuro-psychobiological response to stress, to symptoms' management with clinical hypnosis and meditative states. *Annals of Palliative Medicine*, *7*(1), 75-111.
- Thorgaard, M. V., Frostholm, L., & Rask, C. U. (2018). Childhood and family factors in the development of health anxiety: A systematic review. *Children's Health Care*, *47*(2), 198-238.