

## شانس ابتلا به بیماری روان‌تنی با توجه به ابعاد آلکسی تایمیا

محسن معروفی<sup>۱</sup>، وجیهه حاجی حسینی<sup>۲</sup>، مریم معروفی<sup>۳</sup>، محمدرضا مرآئی<sup>۴</sup>، نصراله علیمحمدی<sup>۵</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**زمینه و هدف:** نتایج مطالعات حاکی از آن است که آلکسی تایمیا می‌تواند عامل خطرزا برای طیف وسیعی از بیماری‌های جسمی و اختلالات روانی باشد. این پژوهش، به منظور ارزیابی پیش‌بینی شانس ابتلا به بیماری روان‌تنی با توجه به ابعاد مختلف آلکسی تایمیا انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع مورد-شاهدی بر روی ۱۴۶ نمونه انجام شد که به روش سرشماری از بین مراجعان به درمانگاه روان‌تنی شهر اصفهان انتخاب شدند. شرکت کنندگان در پژوهش حاضر، به مقیاس آلکسی تایمیا تورتو جواب دادند و داده‌ها با روش آماری رگرسیون لجستیک و با استفاده از نرم‌افزار SPSS، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** به ازای هر یک واحد افزایش نمره کلی آلکسی تایمیا، شانس ابتلا به بیماری روان‌تنی به میزان پنج درصد افزایش معنی‌داری پیدا کرد ( $P < 0/008$ ). از طرف دیگر، به ازای هر واحد افزایش نمره دشواری در شناسایی احساس‌ها، شانس ابتلا به بیماری روان‌تنی به میزان یازده درصد افزایش داشت.

**نتیجه‌گیری:** شدت آلکسی تایمیا و به ویژه یکی از زیرمجموعه‌های آن یعنی «دشواری در شناخت احساسات» می‌تواند شانس ابتلا به بیماری‌های روان‌تنی را به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش دهد. از این رو، بر اساس یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر، می‌توان آلکسی تایمیا را به عنوان یک ابزار پیش‌بین برای بیماری‌های روان‌تنی معرفی نمود.

**واژه‌های کلیدی:** بیماری روان‌تنی، آلکسی تایمیا، شانس ابتلا

**ارجاع:** معروفی محسن، حاجی حسینی وجیهه، معروفی مریم، مرآئی محمدرضا، علیمحمدی نصراله. **شانس ابتلا به بیماری روان‌تنی با توجه به ابعاد آلکسی تایمیا.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۱): ۱-۶.

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۲۷

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۱۳

### مقدمه

سیستم‌های عصبی خودکار، دستگاه ایمنی بدن و گذرگاه هیپوفیز-آدرنال، اثر تخریبی دارد. این افراد به دلیل عدم آگاهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی احساسات خود، اغلب قادر به شناسایی، درک و یا توصیف هیجان‌های خویش نیستند و توانایی محدودی در سازگاری با شرایط تنش‌زا دارند. یکی از روش‌های کنترل تنش، به خصوص در مورد هیجان‌های منفی، تخلیه و بیان هیجان ناشی از تنش است؛ در صورتی که این هیجان‌ها تخلیه نگردد و فرد نتواند احساسات منفی خود را به صورت کلامی بیان کند، روان شناختی سیستم‌های ابراز هیجان و پریشانی روانی از جمله افسردگی و اضطراب افزایش می‌یابد (۷).

در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) یا DSM-IV-TR) مفاهیم طب روان‌تنی در طبقه تشخیصی "عوامل روان شناختی مؤثر بر بیماری‌های طبی" منظور شده‌اند. این طبقه حاوی اختلالات جسمانی هستند که عوامل هیجانی یا روان‌شناختی به نحو بارزی در شروع، تشدید یا عود آن تأثیر دارد (۲). به بیان دیگر، تشخیص اختلال روان‌تنی،

آلکسی تایمیا یا ناگویی هیجانی یک ساختار شخصیتی است که نشان دهنده دشواری در تنظیم هیجان‌ها می‌باشد (۱) و به معنی ناتوانی یا اشکال در آگاهی و یا توصیف شخص از هیجان‌ها یا خلقیات خود و بسط خیال‌پردازی‌ها است (۲). آلکسی تایمیا در برگرفته ویژگی‌هایی چون اشکال در تشخیص و توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون است (۳). این خصوصیات به نظر نشانگر ضعف در پردازش شناختی و تنظیم هیجان‌ها می‌باشد که به شروع یا نگهداری اختلالات جسمی و روانی کمک می‌کند (۴).

از دیدگاه علوم شناختی، هیجان‌ها به عنوان دسته‌ای از طرح‌واره‌های مبتنی بر پردازش اطلاعات شناختی، شامل فرایندها و تجسم‌های نمادین و غیر نمادین است (۵). افراد مبتلا به این نارسایی، تحت فشار همیسته‌های جسمانی و هیجانی هستند که به کلام در نمی‌آید، ولی مانع تنظیم هیجان‌ها شده و سازگاری فرد را مشکل می‌سازد (۶). محدود بودن آگاهی هیجانی و معیوب بودن فرایندهای شناختی به برانگیختگی فیزیولوژیک طولانی، واکنش‌های عصبی و فشارهای روانی منجر می‌شود و این عوامل به صورت بالقوه بر

۱- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- کارشناس ارشد، گروه پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تحقیقات واحد اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۵- استادیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: maroufi@med.mui.ac.ir

نویسنده مسؤول: محسن معروفی

آزمودنی‌ها شامل ۱۴۶ نفر (۸۰ نفر بیمار روان‌تنی به عنوان گروه آزمایش و ۶۶ نفر از بستگان درجه اول آنان به عنوان گروه شاهد جهت کنترل نقش عامل ژنتیکی) بودند که به روش نمونه‌گیری آسان تداومی از بین مراجعان دارای معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند و پس از توضیح اهداف پژوهش و با کسب رضایت‌نامه کتبی، از آنان درخواست گردید تا پرسش‌نامه مقیاس آلکسی تایمیای تورنتو (FTAS-20) را پاسخ دهند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بین ۶۰-۱۸ سال، حداقل سواد خواندن، نوشتن و تشخیص اختلال روان‌تنی (ابتلا به بیماری‌های گوارشی مثل IBS (Irritable bowel syndrome)، پوستی مثل کهیر مزمن، میگرن، دیابت و فشار خون) توسط متخصص پزشکی و روان‌پزشکی بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی، آزمون‌های  $t$  مستقل،  $\chi^2$ ، Mann-Whitney و رگرسیون لجستیک با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۴ (SPSS Inc., Chicago, IL, version 14) استفاده شد.

در مطالعه حاضر، از مقیاس آلکسی تایمیای تورنتو (FTAS-20) نسخه فارسی که یک آزمون ۲۰ سؤالی است، جهت سنجش سه زیرمقیاس "دشواری در شناسایی احساسات" شامل ۷ سؤال، "دشواری در توصیف احساسات" شامل ۵ سؤال و "تفکر عینی" شامل ۸ سؤال مورد استفاده قرار گرفت و از پاسخ دهندگان درخواست شد تا در قالب مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) به آن پاسخ دهند. در ضمن، مقیاس در یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس یاد شده حاصل گردید (۷).

ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس آلکسی تایمیای تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (۲۰). در نسخه فارسی آن، ضریب Cronbach's alpha برای آلکسی تایمیای کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی (Internal consistency) قابل قبول این مقیاس می‌باشد (۲۱). پایایی (بازآزمایی یا Test-retest reliability) مقیاس آلکسی تایمیای تورنتو-۲۰ توسط بشارت، در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۸۰ تا  $r = -0/87$  برای نمره کل و زیرمقیاس‌های مختلف در جامعه ایرانی تأیید شد (۲۲). روایی همزمان (Concurrent validity) آن بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی (Emotional intelligence) و درماندگی روان‌شناختی (Psychological well-being) بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس آلکسی تایمیای کل با هوش هیجانی ( $r = -0/80, P < 0/001$ )، بهزیستی روان‌شناختی ( $r = -0/78, P < 0/001$ ) و درماندگی روان‌شناختی ( $r = 0/44, P < 0/001$ ) همبستگی معنی‌دار وجود داشت. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس آلکسی تایمیای تورنتو-۲۰ تأیید نمود و نیز اعتبار کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش دو نیمه کردن و بازآزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ و روایی مقیاس ۰/۸۵ مشخص گردید. در این مقیاس، نمره بالاتر نشان دهنده شدت بیشتر ناگویی هیجانی است (۲۳). همچنین، نمرات ۶۰ به بالا را به عنوان آلکسی تایمیای بالا و نمرات ۵۲ به پایین را به عنوان آلکسی تایمیای پایین در نظر گرفته‌اند (۲۴).

زمانی صورت می‌گیرد که یک اختلال با آسیب جسمانی شناخته شده وجود داشته باشد و رویدادهایی که از نظر روان‌شناختی معنی‌دار است، قبل از اختلال واقع شده و به شروع یا وخیم‌تر شدن آن کمک کند. زمانی که عوامل روان‌شناختی بر بیماری جسمانی تأثیر می‌گذارد، اغلب فرد انکار می‌کند که بیمار است، از مصرف دارو خودداری می‌کند و می‌تواند وجود عوامل خطر را که حالت جسمانی را وخیم‌تر می‌کند، نادیده بگیرد.

عوامل روانی می‌تواند شرایط جسمانی متعددی را در تعداد زیادی از دستگاه‌های بدن نظیر پوست، سیستم عضلانی مخطط، تنفسی، قلبی-عروقی، گردش خون و لنفاوی، مدی-روده‌ای، تناسلی-ادراری، غدد درون‌ریز و با اندام‌های حسی تحت تأثیر قرار دهد. البته در هر فرد ممکن است که یک یا چند دستگاه عضوی در برابر تأثیرات روانی آسیب‌پذیرتر باشد (۸).

رابطه بین آلکسی تایمیای با شماری دیگر از اختلالات روانی و جسمی در پژوهش‌های بسیاری مورد تأیید قرار گرفته است (۳، ۶، ۱۱-۹). برای مثال، Lumley و همکاران دریافتند که آلکسی تایمیای با برانگیختگی بالای فیزیولوژیکی، توجه به علائم فیزیکی و رفتارهای اجباری ناسالم مرتبط است (۴). Kerkhoven و همکاران بیان کردند که در بیماران با آلکسی تایمیای بالا، نشانه‌های شدیدتر و بیشتری از بیماری‌های گوارشی وجود دارد (۱۲). Porcelli و همکاران دریافتند که آلکسی تایمیای در یک سوم موارد با شکل‌های مختلفی از شکایات جسمانی و رفتارهای بیمارگونه مرتبط است (۱۳). مطالعه دیگر مبین آن بود که افراد با آلکسی تایمیای بالا مستعد نشانه‌های جسمانی-عملکردی (کنشی) هستند (۱۴).

برخی پژوهش‌ها نشان داده است که آلکسی تایمیای با بیماری‌های جسمی مشخصی مانند التهاب مفاصل، درد، انواع دیابت، فشار خون بالا و بیماری قلبی رابطه دارد (۱۵). همچنین، بیماران مبتلا به آسم، آلکسی تایمیای بیشتری نسبت به افراد عادی دارند (۱۶). به نظر می‌رسد که آلکسی تایمیای، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های روان‌تنی را تشدید می‌کند. این نظریه که ناتوانی در روند هیجانی و شناختی، استعداد ابتلا به بیماری را تشدید می‌کند، با اساس طب روان‌تنی مطابقت دارد و مدعی است که هیجان‌ها و شخصیت می‌تواند به طور قابل توجهی بر عملکرد بدن و سلامت جسمی اثر گذارد (۱۷).

از طرفی، همزمانی ابتلا به یک بیماری جسمی و یک اختلال روانی موجب طولانی شدن مدت بیماری، اقامت بیشتر در بیمارستان، عدم پاسخ‌دهی مناسب به درمان‌های رایج و افزایش هزینه‌های درمانی می‌گردد (۱۸، ۱۹). بنابراین، به لحاظ نظری و نتایج مطالعات موجود، بدون شک آلکسی تایمیای در بیماری و سلامت نقش کلیدی دارد. از این رو، برای به روز رسانی شواهد و روشن کردن ارزش پیش‌بینی آن به عنوان تعیین کننده سلامت، مطالعه حاضر با هدف بررسی توان پیش‌بینی مقیاس آلکسی تایمیای تورنتو (FTAS-20) یا (Farsi version of the Toronto alexithymia scale-20) در شانس ابتلا به بیماری روان‌تنی پرداخت.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، به صورت مورد-شاهدی با هدف بررسی شانس ابتلا به بیماری روان‌تنی با توجه به ابعاد آلکسی تایمیای (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی) انجام گرفت. جمعیت مورد مطالعه را کلیه بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی که در سال ۱۳۹۲ به درمانگاه روان‌تنی استان اصفهان مراجعه داشته‌اند و نیز بستگان سالم آن‌ها تشکیل دادند.

جدول ۱. توزیع فراوانی دموگرافیک افراد مورد مطالعه (بیماران روان تنی و گروه شاهد سالم)

متغیرها	گروه‌ها	
	بیماران روان تنی فراوانی (درصد فراوانی)	شاهد فراوانی (درصد فراوانی)
سن	۳۶/۷ (۱۰/۸)	۳۴/۶ (۱۲/۱)
جنس	زن ۶۵ (۸۱/۳)	۴۶ (۶۹/۷)
	مرد ۱۵ (۱۸/۸)	۲۰ (۳۰/۳)
تأهل	مجرد ۳۰ (۳۷/۵)	۳۴ (۳۶/۴)
	متأهل ۵۰ (۶۲/۵)	۴۲ (۶۳/۶)
تحصیلات	ابتدایی ۹ (۱۱/۳)	۹ (۱۳/۶)
	دیپلم و فوق دیپلم ۵۰ (۶۲/۵)	۳۶ (۵۴/۵)
	لیسانس و فوق لیسانس ۲۱ (۲۶/۳)	۲۱ (۳۱/۸)

\* با استفاده از آزمون t مستقل محاسبه شده است؛ \*\* با استفاده از آزمون  $\chi^2$  محاسبه شده است؛ \*\*\* با استفاده از آزمون Mann-Whitney محاسبه شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، شانس ابتلا به بیماری روان تنی با توجه به ابعاد آلکسی تایمیا مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که اختلال در ابعاد آلکسی تایمیا شانس ابتلا به بیماری‌های روان تنی را افزایش می‌دهد. بدین معنی که به ازای یک واحد افزایش آلکسی تایمیا، پنج درصد شانس ابتلا به بیماری روان تنی افزایش پیدا می‌کند. این یافته‌ها با برخی از نتایج به دست آمده از پژوهش‌های دیگر مطابقت داشت (۲۷-۲۵، ۱۶، ۱۵، ۱۳).

آلکسی تایمیا، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های جسمی را تشدید می‌کند. این نظریه که ناتوانی در روند هیجان و شناخت، استعداد ابتلا به بیماری را تشدید می‌کند، بر اساس طب روان تنی با این ادعا که هیجان‌ات و شخصیت می‌تواند به طور قابل توجهی بر عملکرد بدن و سلامت جسم تأثیر گذارد، به طور کامل همسان است (۲۸). آلکسی تایمیا یک ویژگی شناختی-عاطفی است و فرد مبتلا به آن در تنظیم و فهم هیجان‌های خود ناتوان است. زمانی که اطلاعات هیجانی نتواند در فرایند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی گردد، افراد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی شده و این ناتوانی می‌تواند سازمان عواطف و شناخت‌های آنان را مختل سازد. افرادی که توانایی شناخت احساسات خود را دارند و حالت‌های هیجانی خود را به گونه مؤثری ابراز می‌کنند، بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی روبه‌رو شوند و در سازگاری با محیط و دیگران موفق‌تر هستند که در نتیجه، این افراد از سلامت روانی بیشتری برخوردار خواهند بود (۷).

### یافته‌ها

از نظر جمعیت شناختی، از مجموع ۸۰ بیمار مورد بررسی، ۸۱/۳ درصد زن بودند. اکثریت متأهل (۶۲/۵ درصد) و اغلب مدرک تحصیلی دیپلم و فوق دیپلم (۶۲/۵ درصد) داشتند. جدول ۱ توزیع فراوانی دو گروه (بیماران روان تنی و شاهد) را بر اساس سن، جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات نشان می‌دهد. به منظور بررسی شانس ابتلا به بیماری روان تنی با توجه به آلکسی تایمیا و ابعاد آن، خلاصه نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک مرتبط با آلکسی تایمیا، سن و جنس دو گروه در جدول ۲ و خلاصه نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک مرتبط با ابعاد سه‌گانه آلکسی تایمیا در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین، متغیرهای سن و جنس با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک کنترل گردید.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد، به ازای یک واحد افزایش نمره آلکسی تایمیا، ۵ درصد شانس ابتلا به بیماری روان تنی افزایش یافت که این اختلاف به لحاظ آماری معنی‌دار بود ( $P < 0/001$ ). همچنین، زنان نسبت به مردان ۲/۷ برابر شانس ابتلای بیشتری به بیماری روان تنی داشتند ( $P = 0/02$ ). از طرفی، نتایج جدول ۳ نشان داد که از بین ابعاد آلکسی تایمیا، تنها بعد دشواری در شناسایی احساسات، شانس ابتلا به بیماری روان تنی را پیش‌بینی می‌کند. بدین معنی که به ازای یک واحد افزایش نمره دشواری در شناسایی احساسات، ۱۱ درصد شانس ابتلا به بیماری روان تنی افزایش یافته است که اختلاف معنی‌داری بود.

جدول ۲. خلاصه نتایج عوامل مرتبط با گروه روان تنی و گروه شاهد مورد مطالعه با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک

متغیرها	نسبت شانس (۹۵ درصد فاصله اطمینان)	سطح معنی‌داری	B
آلکسی تایمیا	۱/۰۵ (۱/۰۱-۱/۰۹)	۰/۰۰۸	۰/۰۵۲
سن	۱/۰۳ (۰/۹۹-۱/۰۷)	۰/۱۳۵	۰/۰۲۹
جنس	مرد (مرجع) ۱	۰/۰۳۱	۱/۰۰۵
	زن ۲/۷ (۱/۱-۶/۸)		

جدول ۳. خلاصه نتایج ابعاد سه‌گانه آلکسی تایمیا مرتبط با گروه روان‌تنی و گروه شاهد با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک آورده شده است.

B	سطح معنی داری	نسبت شانس (۹۵ درصد فاصله اطمینان)	دشواری در شناسایی احساس‌ها	زیرمقیاس‌های آلکسی تایمیا
۰/۱۰۵	۰/۰۲۴	۱/۱۱ (۰/۰۱-۱/۲۲)	دشواری در توصیف احساس‌ها	
-۰/۰۳۷	۰/۵۴۴	۰/۹۶ (۰/۸۵۴-۱/۰۹)	تفکر عینی	
۰/۰۱۴	۰/۸۰۷	۰/۰۱ (۰/۹۰۶-۱/۱۴)		

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که آلکسی تایمیا هم به عنوان یک عامل خطر ساز و هم به عنوان یک عامل پیش‌بینی کننده در بروز بیماری‌های روان‌تنی مطرح است. البته بعد «دشواری در شناسایی احساسات» آلکسی تایمیا نقش عمده‌تری نسبت به دو بعد دیگر در بروز و شدت بیماری‌های روان‌تنی بر عهده دارد. بنابراین، هر چند جامعه آماری، نوع پژوهش و نیز حجم نمونه محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها مطرح می‌کند، ولی پیشنهاد می‌شود که در درمان بیماری‌های روان‌تنی به تنظیم هیجانات آن‌ها نیز توجه شود. از محدودیت‌های این مطالعه، انجام پژوهش در یک مرکز درمانگاهی روان‌تنی بود. از این رو، با توجه به شیوع بالای اختلالات روان‌تنی، پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در جامعه بزرگ‌تری و در سایر مراکز درمانی نیز انجام شود. همچنین، سیستم‌های رسانه‌ای و آموزشی، در زمینه اطلاع‌رسانی مناسب در مورد ماهیت، سبب‌شناسی و جنبه‌های مختلف این بیماری و درمان آن، برنامه‌های اجرایی مناسبی را طراحی نمایند. از سوی دیگر، در مراکز درمانی، امکاناتی از جمله برگزاری کارگاه‌های مقابله با استرس، روش‌های سازگاری، افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس جهت مراجعان فراهم شود تا ایشان بتوانند از خدمات روان‌پزشکی و روان‌شناسی نیز بهره‌مند گردند.

### سپاسگزاری

از اعضای محترم شورای پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، همچنین، از همکاری آقای دکتر افشار (مسئول درمانگاه روان‌تنی اصفهان) و بیماران مراجعه کننده به درمانگاه روان‌تنی و خانواده محترم ایشان به خاطر همکاری و صبوریشان، کمال تشکر را داریم.

همچنین، نتایج نشان داد که از بین خرده مقیاس‌های آلکسی تایمیا، خرده مقیاس "دشواری در شناسایی احساس‌ها" دارای نقش پیش‌بین بیشتری در ایجاد بیماری‌های روان‌تنی است. بدین معنی که به ازای یک واحد افزایش نمره "دشواری در شناسایی احساس‌ها" یازده درصد شانس ابتلا به بیماری روان‌تنی افزایش می‌یابد. این یافته با برخی از نتایج به دست آمده از پژوهش‌های دیگر مطابقت داشت (۳، ۳۹) و به صورت زیر تبیین می‌شود. مبتلایان به آلکسی تایمیا احساس‌های نامتمايز دارند و این احساس‌ها با یک برانگیختگی فیزیولوژیک همراه است، اما به علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم احساسات، برانگیختگی فعال باقی مانده و از بین نمی‌رود. این امر باعث اختلال در دستگاه عصبی خودکار و دستگاه ایمنی می‌شود (۲۵). این افراد هیجان ناشی از احساسات جسمی خود را نشناخته و تنها بر حس جسمی تمرکز می‌کنند. تأکید و تمرکز بر حس‌های جسمی موجب تشدید این علائم شده و در یک چرخه پس‌خوراندی معیوب، بیماری جسمی - عملکردی بروز می‌نماید (۲۴). به بیان دیگر، افراد آلکسی تایمیک به دلیل ناتوانی در شناسایی و افتراق هیجانات خود از احساسات جسمی، بر احساسات جسمی متمرکز شده، آن‌ها را بزرگ کرده و اشتباه تفسیر می‌کنند. تأکید و توجه بر احساسات جسمی موجب تشدید این علائم می‌گردد. علائم افزایش یافته می‌تواند به کمک یک چرخه پس‌خوراند خودکار تشدید شده، به عنوان علائمی از یک بیماری جسمی عملکردی تجربه شود. در نتیجه، بیماران با آلکسی تایمیای بالا علائم جسمی شدیدتری را تجربه می‌کنند و پیشرفت درمان آن‌ها مطلوب نیست. این بیماران به طور معمول برای درمان به جای رجوع به روان‌پزشک یا روان‌شناس، به سایر پزشکان مراجعه می‌کنند (۳).

### References

1. Kojima M. Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: a brief review of epidemiological studies. *Biopsychosoc Med* 2012; 6(1): 21.
2. Sadock BJ, Kaplan H, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
3. Mazaheri M, Afshar H, Mohammadi M, Daghighzadeh H, Bagerian R, Adibi P. The relation between the dimensions of alexithymia with depression and anxiety in patients with functional gastrointestinal disorders. *J Res Behav Sci* 2010; 8(2): 92-102. [In Persian].
4. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *J Pers Assess* 2007; 89(3): 230-46.
5. Luminet O, Vermeulen N, Demaret C, Taylor GJ, Bagby RM. Alexithymia and levels of processing: evidence for an overall deficit in remembering emotion words. *Journal of Research in Personality* 2006; 40(5): 713-33.
6. Zakiei A, Karami J, Alikhani M, Ghasemi SR, Rajabi Gilan N. The relationship between alexithymia, irrational beliefs, positive and negative emotions with mental disorders. *Hormozgan Med J* 2014; 18(5): 435-46. [In Persian].
7. Karami J, Zakiei A, Mohebi Z. Relationship between alexithymia and beliefs about emotion with renal patient's mental health. *Health Psychology* 2012; 1(4): 19-29. [In Persian].
8. Seligman M, Rosenhan D. *Abnormal psychology*. Trans. Seyed Mohammadi Y. Tehran, Iran: Savalan Publications; 2009. [In Persian].
9. Mikaeli N, Karimnejad F, Irani F, Pimabikhah N. Alexithymia and psychometric indexes in prediction of general health of substance

- abusers. Proceedings of the 4<sup>th</sup> International Congress on Psychosomatic; 2012 Oct 17-19; Isfahan, Iran. [In Persian].
10. Dubey A, Pandey R, Mishra K. Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia - health relationship: an overview. *Indian Journal of Social Science Researches* 2010; 7: 20-31.
  11. Parruti G, Vadini F, Sozio F, Mazzott E, Ursini T, Polill E, et al. Psychological factors, including alexithymia, in the prediction of cardiovascular risk in HIV infected patients: results of a cohort study. *PLoS One* 2013; 8(1): e54555.
  12. van Kerkhoven LA, van Rossum LG, van Oijen MG, Tan AC, Witteman EM, Laheij RJ, et al. Alexithymia is associated with gastrointestinal symptoms, but does not predict endoscopy outcome in patients with gastrointestinal symptoms. *J Clin Gastroenterol* 2006; 40(3): 195-9.
  13. Porcelli P, Guidi J, Sirri L, Grandi S, Grassi L, Ottolini F, et al. Alexithymia in the medically ill. Analysis of 1190 patients in gastroenterology, cardiology, oncology and dermatology. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35(5): 521-7.
  14. Ahadi B. Role of alexithymic personality features in predicting psychopathological symptoms in patients with major depression. *J Res Behav Sci* 2009; 7(1): 25-32. [In Persian].
  15. Beyrami M, Hashemi T, Ghahramanzadeh A, Alaie P. The relationship between mental health and emotional intelligence with job burnout in nurses of Tabriz state hospitals. *J Res Behav Sci* 2011; 9(2): 141-7. [In Persian].
  16. Amirpour B, Zakie A, Kalthornia Golkar M. Relationship between balanced emotional empathy and life satisfaction, and alexithymia in nurses, midwives and operating room technicians. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery* 2015; 12(2): 1-8. [In Persian].
  17. Martin BAS. The influence of gender on mood effects in advertising. *Psychology & Marketing* 2003; 20(3): 249-73.
  18. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA* 1992; 267(11): 1478-83.
  19. Koenig HG, Shelp F, Goli V, Cohen HJ, Blazer DG. Survival and health care utilization in elderly medical inpatients with major depression. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37(7): 599-606.
  20. Palmer BR, Gignac G, Manocha R, Stough C. A psychometric evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test version 2.0. *Intelligence* 2005; 33(3): 285-305.
  21. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto alexithymia scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep* 2007; 101(1): 209-20.
  22. Besharat MA. The relations between personality dimensions and alexithymia. *Contemporary Psychology* 2007; 2(2): 55-66. [In Persian].
  23. Ghorbani N, Davison HK, Bing MN, Watson PJ, Mack DA. Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of Psychology* 2002; 37(5): 297-308.
  24. Shahgholian M, Moradi A, Kafee M. Relationship of alexithymia with emotional expression styles and general health among university students. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2007; 13(3): 238-48. [In Persian].
  25. Alizadefard S. Relationship between alexithymia and peptic ulcer disease: does aggression is a mediator variable between them? *Journal of Health Psychology* 2012; 1(4): 71-83. [In Persian].
  26. Baeza-Velasco C, Carton S, Almohsen C, Blotman F, Gely-Nargeot MC. Alexithymia and emotional awareness in females with Painful Rheumatic Conditions. *J Psychosom Res* 2012; 73(5): 398-400.
  27. Han D, Zhang Y, Li B, Lv Z, Huo X, Li Y, et al. Alexithymia in Chinese chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients: the prevalence and related factors of alexithymia. *Psychiatry Res* 2012; 198(2): 274-8.
  28. Makvandi B, Heidari AR, Shehni Yailagh M, Najarian B, Asgari P. The relation between alexithymia with emotional intelligence, anxiety and depression in boys students of Islamic Azad University, Ahvaz Branch. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2012; 13(47): 83-91. [In Persian].
  29. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto AM, Mielonen RL, et al. Alexithymia and somatization in general population. *Psychosom Med* 2008; 70(6): 716-22.

## Risk of Psychosomatic Disease Incidence According to the Dimensions of Alexithymia

Mohsen Maroufi<sup>1</sup>, Vajiheh Haji-Hosseini<sup>2</sup>, Maryam Maroufi<sup>3</sup>, Mohammad Reza Merasi<sup>4</sup>, Nasrollah Alimohammadi<sup>5</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** A large number of studies show that alexithymia may be a risk factor for many physical and mental illnesses. This study was conducted to evaluate the predictive value of different dimensions of alexithymia for assessing vulnerability to psychosomatic diseases.

**Methods and Materials:** This case-control survey was conducted on 146 individuals. The subjects were selected through census method from among patients referred to the Psychosomatic Clinic of Isfahan University of Medical Sciences, Iran. The participants completed the Toronto Alexithymia Scale. The obtained data were analyzed using logistic regression in SPSS software.

**Findings:** The results showed that for every one unit increase in total score of alexithymia, the chance of psychosomatic disease incidence increased by 5% ( $P < 0.008$ ). On the other hand, for every one unit increase in the subscale of difficulty in identifying feelings, the chance of psychosomatic disease incidence increases by 11%.

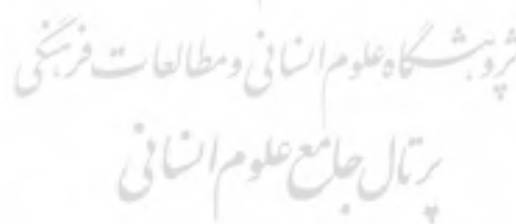
**Conclusions:** This study demonstrated that alexithymia, and especially the subscale of difficulty in identifying feelings can significantly increase the risk of psychosomatic diseases. Therefore, alexithymia can be introduced as a predictive tool for psychosomatic diseases.

**Keywords:** Psychosomatic diseases, Alexithymia, Risk of incidence

**Citation:** Maroufi M, Haji-Hosseini V, Maroufi M, Merasi MR, Alimohammadi N. Risk of Psychosomatic Disease Incidence According to the Dimensions of Alexithymia. J Res Behav Sci 2016; 14(1): 1-6.

Received: 13.01.2016

Accepted: 17.03.2016



- 1- Associate Professor, Department of Psychiatry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
- 2- MSc, Department of Nursing and Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
- 3- MSc, Department of Clinical Psychology, Investigations Unit of Isfahan University, Isfahan, Iran
- 4- Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
- 5- Assistant Professor, Department of Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Mohsen Maroufi, Email: maroufi@med.mui.ac.ir