

آلکسی تایمیا و اختلالات روان‌تنی (گوارشی)

مینا مظاهری^۱، حمید افشار^۲، نرگس محمدی^۳

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این مطالعه بررسی مقایسه آلکسی تایمیا، شدت علائم گوارشی و متغیرهای جمعیت‌شناختی در بیماران روان‌تنی گوارشی و افراد سالم بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع علی مقایسه‌ای است. در این پژوهش ۱۲۹ بیمار مبتلا به اختلال عملکردی گوارشی (Functional gastrointestinal disorders) مراجعه کننده به درمانگاه روان‌تنی گوارش و ۱۰۸ نفر گروه همتا شده سالم شرکت کردند که با استفاده از پرسش‌نامه آلکسی تایمیا تورتو و مقیاس شدت علائم گوارشی مورد ارزیابی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری، ضریب همبستگی و Fisher Z صورت گرفت.

یافته‌ها: از نظر میزان آلکسی تایمیا و شدت علائم گوارشی بین بیماران روان‌تنی گوارشی و افراد سالم تفاوت معنی‌داری وجود داشت. همچنین، در بیماران روان‌تنی گوارشی نمره کل آلکسی تایمیا و ابعاد دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات آن با میزان تحصیلات رابطه معنی‌داری داشت، اما این رابطه در مقایسه با گروه سالم معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که بیماران روان‌تنی گوارشی نسبت به افراد عادی، میزان آلکسی تایمیا بالاتر و علائم جسمی شدیدتری دارند و هر چه میزان تحصیلات افراد بالاتر باشد، ریسک آلکسی تایمیک بودن آن‌ها کمتر می‌شود، زیرا احتمال می‌رود که بهتر بتوانند هیجانات خود را شناسایی و بیان کنند.

واژه‌های کلیدی: آلکسی تایمیا، اختلالات روان‌تنی گوارشی، متغیرهای دموگرافیک.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۰/۹/۲۳

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۱

مقدمه

ویژگی‌های آلکسی تایمیا موجب نقص در پردازش شناختی و تنظیم و تعدیل هیجانات شده (۳)، عوامل خطرناک مهمی برای اختلالات روان‌تنی می‌باشند (۴). به تازگی آلکسی تایمیا انگیزه‌ای برای بررسی چگونگی ارتباط نورویولوژی هیجان با علائم فیزیکی غیر قابل توضیح (Medically unexplained physical symptoms) است (۵)، چرا که افراد مبتلا به آلکسی تایمیا احساسات بدنی

آلکسی تایمیا به معنی نبود کلمه‌ای برای بیان حالات خلقی است (۱). آلکسی تایمیا یک مفهوم چند بعدی است و برخی از ویژگی‌های آن عبارتند از: دشواری در توصیف احساسات، دشواری در تمایز و افتراق بین احساسات و حس‌های بدنی، ناتوانی در برقراری ارتباط با دیگران، کاهش خیال‌پردازی و رویاها، تمرکز بر تجرب بیرونی (۲). فرض بر این است که

۱- کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات اختلالات روان‌تنی (سایکوسوماتیک)، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

Email: afshar@med.mui.ac.ir

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤل)

۳- کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات اختلالات روان‌تنی (سایکوسوماتیک)، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

بهنجار را بزرگ نموده، نشانه‌های جسمی برانگیختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند (۶).

بررسی‌های تجربی نشان می‌دهد که ارتباط آلکسی تایمیا با علائم جسمی عملکردی قوی‌تر از بیماری‌های روان‌تنی کلاسیک از جمله بیماری التهابی روده (Inflammatory bowel disease) است. در مطالعه Porcelli و همکاران، مشخص شد که بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی بیش از بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده و افراد عادی آلکسی تایمیک می‌باشند؛ به طوری که حدود ۶۶ درصد از آن‌ها آلکسی تایمیک بودند. این یافته با گرایش این بیماران به جسمی‌سازی مطابقت دارد (۷). در پژوهش‌های دیگری این میزان ۵۶ درصد (۸) و ۷۵/۹ درصد (۹) گزارش گردیده است.

اختلالات عملکردی گوارشی (FGID) شایع‌ترین اختلالات گوارشی است. گرچه پاتوفیزیولوژی این اختلالات عملکردی گوارشی به طور کامل مشخص نیست، اما یافته‌ها حاکی از آن است که از جمله علل آن‌ها اختلالات روانی و مشکلات شخصیتی است. بیان هیجان‌ناهنجاری تنها بر عملکرد روده، بلکه بر علائم FGID و نتیجه درمان آن تأثیرگذار هستند (۱۰). Kano و همکاران نشان دادند که آلکسی تایمیا با حساسیت شدید به تحریک احشایی در ارتباط است. بنابراین، این یافته حمایت‌کننده فرضیه افزایش حس‌های بدنی در افراد آلکسی تایمیک است و برای مشخص کردن تأثیر آلکسی تایمیا بر عملکرد مغزی - روده‌ای، به ویژه برای فهم و درک آسیب‌شناسی روانی اختلالات عملکردی گوارشی اهمیت دارد (۱۱). بین آلکسی تایمیا و شدت علائم گوارشی در بیماران دچار اختلالات عملکردی گوارشی همبستگی مثبتی وجود دارد و این بدین معنی است که هر چه آلکسی تایمیا بیشتر باشد، شدت علائم گوارشی در بیماران مبتلا افزایش می‌یابد (۱۲، ۸).

جنبه‌های مختلف آلکسی تایمیا در اختلالات روان‌تنی، ممکن است که با در نظر گرفتن متغیرهای جمعیتی - اجتماعی مشخص‌تر شود. در طی یک بررسی بر روی افراد

عادی مشخص گردید که نمره کل آلکسی تایمیا و ابعاد آن با سن، جنس و سطح تحصیلات در ارتباط است. نتایج این پژوهش نشان داد که نمره کل آلکسی تایمیا و ابعاد آن به طور قابل ملاحظه‌ای در گروه‌های سنی بالاتر و در افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر بیشتر بود. تفاوت چشم‌گیری بین زنان و مردان در نمره کل آلکسی تایمیا به دست نیامد، اما زنان در دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات نمره بالاتری داشتند (۱۳).

با توجه به پیشینه تحقیق و بالا بودن میزان آلکسی تایمیا در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی و نقش این ویژگی در آسیب‌شناسی روانی و درک علائم جسمی، هدف اصلی از پژوهش حاضر بررسی مقایسه آلکسی تایمیا، شدت علائم گوارشی و متغیرهای جمعیت‌شناختی در بیماران روان‌تنی گوارشی و افراد سالم در نمونه‌های ایرانی با توجه به تفاوت‌های فرهنگی است. از این رو، جهت ارزیابی این هدف فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفت:

- بین بیماران روان‌تنی گوارشی و افراد سالم از نظر آلکسی تایمیا و شدت علائم گوارشی تفاوت وجود دارد.
- بین بیماران روان‌تنی گوارشی و افراد سالم از نظر ارتباط آلکسی تایمیا و متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت وجود دارد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع علی مقایسه‌ای است. نمونه‌گیری به صورت سرشماری انجام شد و کلیه بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه روان‌تنی گوارش (از ۸۷/۴/۱ تا ۸۷/۹/۱) که ۱۲۹ نفر بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه، تحصیلات حداقل سیکل، سن ۶۰-۱۸ سال، ابتلا به اختلال عملکردی گوارشی (بر اساس معیار ROME III توسط متخصص گوارش) و معیارهای خروج از مطالعه، عدم همکاری بیمار جهت شرکت در پژوهش بود. ۱۰۸ نفر افراد سالم (عدم وجود بیماری گوارشی در آن‌ها سؤال می‌شد)، هم انتخاب شدند. داده‌های پژوهش به کمک روش‌های آماری توصیفی، تحلیل واریانس چند متغیری، ضریب همبستگی

در کل مقیاس GSRS و ۵ زیرمقیاس آن به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۶۱، ۰/۸۷، ۰/۷۵، ۰/۸۶، ۰/۷۵ و ۰/۷۵ محاسبه شد (۱۲).

یافته‌ها

از نظر جمعیت‌شناختی، از مجموع ۱۲۹ بیمار مبتلا به FIGD (۴۷ مرد و ۸۲ زن) بیشتر آن‌ها زن (۶۳/۶ درصد) بودند. اکثریت متأهل (۶۸/۲ درصد) و اغلب دارای مدرک تحصیلی دیپلم (۳۵/۷ درصد) بودند. بالاترین درصد آن‌ها متعلق به گروه سنی ۲۱-۴۰ سال (۶۸/۲ درصد) و کمترین درصد مربوط به گروه سنی ۵۱-۶۰ سال (۵/۴ درصد) بود. ۱۰۸ نفر افراد سالم (۶۹ زن و ۳۹ مرد) از نظر سن، جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات با این بیماران هم‌تا شده بودند.

به منظور تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش، در جدول یافته‌های توصیفی مربوط به پژوهش به صورت کلی و به تفکیک دو گروه بیماران گوارشی و افراد سالم آورده شده است. بررسی میانگین دو گروه نشان می‌دهد که میزان الکسی تایمیا و ابعاد آن، شدت علائم گوارشی و مقیاس‌های آن در بیماران روان‌تنی گوارشی در مقایسه با افراد سالم بیشتر است.

نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیری در جدول ۲ و ۳، نشان داد که بین میزان کل الکسی تایمیا و ابعاد آن در بیماران روان‌تنی گوارشی و افراد سالم تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین از نظر میزان شدت علائم گوارشی و مقیاس‌های آن نیز بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$).

اطلاعات جدول ۴ نشان می‌دهد که در بیماران روان‌تنی گوارشی از بین متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات) نمره کل الکسی تایمیا، بعد ۱ (دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات) و بعد ۲ (دشواری در توصیف احساسات) با میزان تحصیلات رابطه معنی‌دار دارند ($P < 0/01$). اما نتایج همبستگی در افراد سالم نشان می‌دهد که جنس با کل الکسی تایمیا و بعد ۱

(Pearson و دو رشته‌ای نقطه‌ای) و Fisher Z تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار

پرسش‌نامه دموگرافیک در مورد ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، پرسش‌نامه الکسی تایمیا تورنتو (Toronto (TAS-20 alexithymia scale: پرسش‌نامه الکسی تایمیا تورنتو یک پرسش‌نامه ۲۰ سؤال است که دارای سه بعد است: دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات (DIF)، دشواری در توصیف احساسات (DDF)، و تمرکز بر تجارب بیرونی (EOT) (۱۴). سؤال‌ها بر حسب معیار ۵ نقطه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم = ۱ تا کاملاً مخالفم = ۵) نمره‌گذاری می‌گردند. نمرات ۶۰ به بالا به عنوان الکسی تایمیا بالا و نمرات ۵۲ به پایین به عنوان الکسی تایمیا پایین در نظر گرفته می‌شوند (۱۵). اعتبار همسانی درونی بر حسب Cronbach's alpha در نمونه سالم ایرانی برای کل مقیاس TAS-20 و ابعاد DIF، DDF و EOT به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۶۶ و اعتبار کل مقیاس TAS-20 و ابعاد DIF، DDF و EOT در نمونه بالینی ایرانی با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۶۹ و ۰/۶۵ گزارش شده است (۱۶).

پرسش‌نامه شدت علائم گوارشی (Gastrointestinal symptom rating scale: GSRS) یک ابزار سنجش بیماری است که برای ارزیابی علائم رایج اختلالات گوارشی به کار می‌رود. این پرسش‌نامه دارای ۱۵ سؤال است که بر حسب مقیاس ۷ نقطه‌ای لیکرت (از عدم ناراحتی = ۰ تا ناراحتی شدید = ۷) نمره‌گذاری می‌شوند. همچنین این پرسش‌نامه شامل ۵ زیرمقیاس است که عبارتند از: دل‌درد، سندرم ریفلاکس، سندرم اسهال، سندرم یبوست، سندرم سوء هاضمه. اعتبار همسانی درونی برای ۵ زیرمقیاس GSRS بر حسب Cronbach's alpha به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۶۱، ۰/۸۳، ۰/۸۰ و ۰/۷۰ برآورد شده است (۱۷)، در نمونه بالینی ایرانی

روان تنی گوارشی و افراد سالم، همبستگی تحصیلات با آلکسی تایمیا و ابعاد ۱ و ۲ آن می‌باشد. به منظور مقایسه این همبستگی (بین آلکسی تایمیا و ابعاد آن با تحصیلات در دو گروه) از آزمون آماری Fisher Z (در سطح معنی‌داری ۰/۰۵) استفاده شد (جدول ۵).

($P < ۰/۰۵$)، سن با بعد ۳ (تمرکز بر تجارب بیرونی) ($P < ۰/۰۵$) و میزان تحصیلات با کل آلکسی تایمیا، بعد ۱ و بعد ۲ ($P < ۰/۰۵$) ارتباط معنی‌دار دارند. همان طور که در جدول ۴ ملاحظه شد، تنها همبستگی‌های معنی‌دار مشترک در هر دو گروه بیماران

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار آلکسی تایمیا و ابعاد آن، شدت علائم گوارشی و مقیاس‌های آن در بیماران روان‌تنی گوارشی و افراد سالم

متغیر	بیماران گوارشی		افراد سالم		تعداد
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کل آلکسی تایمیا	۶۰/۲۶	۱۱/۱۸	۲۱/۶۲	۳/۲	۱۰۸
بعد ۱ (دشواری در شناسایی احساسات)	۲۴/۰۵	۶/۹۵	۳/۰۵	۱/۱۳	۱۰۸
بعد ۲ (دشواری در توصیف احساسات)	۱۴/۷۹	۴/۱۴	۲/۸۸	۱/۲۷	۱۰۸
بعد ۳ (تفکر عینی)	۲۱/۲۵	۴/۵۷	۲/۸۹	۱/۳۱	۱۰۸
شدت علائم گوارشی	۱۶/۲۷	۴/۷۸	۱/۴۹	-/۶۳	۱۰۸
مقیاس ۱ (دل درد)	۳/۷۷	۱/۴۴	۱/۸۹	۱/۰۵	۱۰۸
مقیاس ۲ (سندرم ریفلاکس)	۳/۲۵	۱/۶۶	۱/۹۳	۱/۱۶	۱۰۸
مقیاس ۳ (سندرم اسپهال)	۲/۷۰	۱/۶۷	۲/۰۴	۱/۴۵	۱۰۸
مقیاس ۴ (سندرم بیوست)	۳/۱۱	۱/۵۰	۱/۷۹	۱/۲۹	۱۰۸
مقیاس ۵ (سندرم سوء هاضمه)	۳/۴۵	۱/۴۶	۱/۶۶	۱/۱۳	۱۰۸

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره آلکسی تایمیا و شدت علائم گوارشی در بیماران روان‌تنی گوارشی و افراد سالم

آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	sig
لامبدا ویلکز	۰/۰۴۹	۱۰	۲۲۶	۴/۳۹	< ۰/۰۰۱

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره آلکسی تایمیا و ابعاد آن، شدت علائم گوارشی و مقیاس‌های آن در بیماران روان‌تنی گوارشی و افراد سالم

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	Sig	ضریب Eta	توان آماری
آلکسی تایمیا	۸۷۷۴۱/۰۹	۱	۸۷۷۴۱/۰۹	۱/۲۰	< ۰/۰۰۱	۰/۸۳۷	۱۰۰۰
بعد ۱	۲۵۹۲۰/۹۱	۱	۲۵۹۲۰/۹۱	۹۶۱/۳۵	< ۰/۰۰۱	۰/۸۰۴	۱۰۰۰
بعد ۲	۸۳۲۷/۰۴	۱	۸۳۲۷/۰۴	۸۲۳/۵۸	< ۰/۰۰۱	۰/۷۷۸	۱۰۰۰
بعد ۳	۱۹۸۱۰/۷۱	۱	۱۹۸۱۰/۷۱	۱/۶۲	< ۰/۰۰۱	۰/۸۷۴	۱۰۰۰
شدت علائم گوارشی	۱۲۸۴۵/۶۶	۱	۱۲۸۴۵/۶۶	۱/۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۸۱۲	۱۰۰۰
مقیاس ۱	۲۰۹/۰۴	۱	۲۰۹/۰۴	۱۲۶/۳۲	< ۰/۰۰۱	۰/۳۵۰	۱۰۰۰
مقیاس ۲	۱۰۲/۵۵۴	۱	۱۰۲/۵۵۴	۴۸/۲۲	۰/۰۰۲	۰/۱۷۰	۱۰۰۰
مقیاس ۳	۲۵/۱۲	۱	۲۵/۱۲	۱۰/۰۸	< ۰/۰۰۱	۰/۰۴۱	۱۰۰۰
مقیاس ۴	۱۰۱/۹۱	۱	۱۰۱/۹۱	۵۱/۰۲	< ۰/۰۰۱	۰/۱۷۸	۱۰۰۰
مقیاس ۵	۱۸۷/۷۸	۱	۱۸۷/۷۸	۱۰۷/۲۱	< ۰/۰۰۱	۰/۳۱۳	۱۰۰۰

جدول ۴. نتایج ضریب همبستگی (Pearson و دو رشته‌ای نقطه‌ای) بین الکسی تایمیا و ابعاد آن با متغیرهای جمعیت شناختی

همبستگی	متغیر	گروه گوارشی			گروه سالم			تعداد	الکسی تایمیا (کل)	تعداد	الکسی تایمیا (کل)
		بعد ۱	بعد ۲	بعد ۳	بعد ۱	بعد ۲	بعد ۳				
دو رشته‌ای نقطه‌ای	جنس	-۰/۱۳۵	-۰/۱۰۳	-۰/۱۶۷	۰/۰۳۹	۰/۰۳۹	۰/۰۳۹	۱۰۸	۰/۱۹۰*	۰/۱۹۸*	۰/۰۷۰
Pearson	وضعیت تأهل	۰/۰۸۳	۰/۱۰۱	۰/۱۴۷	-	۰/۰۹۷	۰/۰۹۷	۱۰۸	۰/۰۹۸	۰/۰۰۳	۰/۱۴۳
	سن	-۰/۰۴۶	-۰/۰۱۰	-۰/۰۸۱	-	۰/۰۴۰	۰/۰۴۰	۱۰۸	۰/۱۱۵	۰/۰۰۸	۰/۱۱۳*
	میزان تحصیلات	** -۰/۳۰۹	** -۰/۲۶۱	** -۰/۲۴۹	-	۰/۱۵۰	۰/۱۵۰	۱۰۸	** ۰/۳۷۹	** ۰/۴۲۱	* -۰/۲۱۷

* در سطح احتمال ۰/۰۵ معنی دار است.

** در سطح احتمال ۰/۰۱ معنی دار است.

جدول ۵. نتایج Fisher Z مقایسه همبستگی سطح تحصیلات با الکسی تایمیا و ابعاد آن در دو گروه بیماران روان تنی گوارشی و افراد سالم

مقدار Z	متغیر
۰/۷۳	تحصیلات و الکسی تایمیا
۱/۳۹	تحصیلات و بعد ۱ (دشواری در شناسایی احساسات)
۰/۱۲۳	تحصیلات و بعد ۲ (دشواری در توصیف احساسات)

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه، مقایسه الکسی تایمیا و شدت علائم گوارشی در بیماران روان تنی گوارشی با گروه سالم و ارتباط الکسی تایمیا با متغیرهای دموگرافیک در بیماران روان تنی گوارشی بود. یافته‌های به دست آمده در این پژوهش نشان داد که بین بیماران روان تنی گوارشی و افراد سالم از نظر میزان الکسی تایمیا و شدت علائم گوارشی تفاوت معنی داری وجود دارد و این بدین معنی است که میزان الکسی تایمیا و شدت علائم گوارشی در بیماران مبتلا به بیماری‌های عملکردی گوارشی بیشتر است. نتایج حاصله که فرضیه اول پژوهش را تأیید می‌کند، با یافته‌های اکثر پژوهش‌های قبلی مطابقت دارند. Porcelli و همکاران نشان دادند که بیماران مبتلا به اختلال عملکردی گوارشی بیش از بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده و افراد عادی، الکسی تایمیک می‌باشند؛ به طوری که حدود ۶۶ درصد از بیماران تحت مطالعه آن‌ها الکسی تایمیک بودند (۷) و حتی در پژوهشی این میزان

۷۵/۹ درصد گزارش شده است (۹). در مطالعه دیگری مشخص شد که الکسی تایمیا در ۵۶ درصد از بیماران FGID بالا است و این میزان بالای الکسی تایمیا در مطالعه با سایر بیماران مبتلا به اختلال پانیک، فشار خون، استرس پس از سانحه، اختلالات سوماتوفرم، اختلالات ناشی از مواد و اختلالات خوردن نیز وجود دارد (۸). همچنین این یافته با نتایج مطالعه‌ای دیگری که به بررسی این ویژگی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (شایع‌ترین اختلال عملکردی گوارشی) پرداخته است، همسو می‌باشد. این بیماران در شناسایی احساسات، بیان احساسات و خیال‌پردازی ناتوان بودند (۱۸).

بنابراین یافته‌های تحقیقات گذشته و نتایج پژوهش حاضر مبین بالا بودن میزان الکسی تایمیا در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی و وجود رابطه بین این ویژگی و شکایات جسمی عملکردی است. نتایج به دست آمده را می‌توان چنین تبیین کرد که از چشم‌انداز سه بعدی زیستی،

نظر این ارتباط هیچ تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود ندارد. همچنین نتایج تحقیق در بررسی دیگر متغیرهای دموگرافیک نشان داد که فقط در گروه سالم، سن با بعد تمرکز بر تجارب بیرونی و جنس با کل آلکسی تایمیا و دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات در ارتباط است.

برخی یافته‌های قبلی نشان می‌دهد که آلکسی تایمیا و ابعاد آن با سطح تحصیلات (۲۳-۲۱، ۱۳)، سن (۲۳، ۱۳)، جنس (۲۳، ۲۱) و وضعیت تأهل (۲۱) در ارتباط است. با توجه به این یافته‌ها نمره کل آلکسی تایمیا و برخی از ابعاد آن در گروه‌های سنی بالاتر، افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر و مجردها بیشتر است. اما در رابطه با جنس تناقض وجود دارد. Kauhanen و همکاران (۲۱) و Taylor و همکاران (۲۳) نشان دادند که آلکسی تایمیا در مردان بیشتر است. Pasini و همکاران (۱۳) و Bankier و همکاران (۲۲) نشان دادند که هر چند تفاوت چشم‌گیری بین زنان و مردان در نمره کل آلکسی تایمیا وجود ندارد، اما زنان در دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات نمره بالاتری دارند (۱۳). در ایران، محمد تفاوت معنی‌داری در میزان آلکسی تایمیا بین زنان و مردان مبتلا به کولیت اولسروز به دست نیاورد (۲۴). Parker و همکاران در مورد ارتباط بین آلکسی تایمیا و متغیرهای جمعیتی و اجتماعی مثل سن، جنس و سطح تحصیلات در افراد بالغ سالم ارتباط معنی‌داری را پیدا نکردند (۲۵). در تبیین برخی از نتایج و تناقض موجود شاید بتوان گفت که افزایش میزان تحصیلات در افزایش پردازش شناختی از ادراکات هیجانی تأثیرگذار است و افراد با تحصیلات بالاتر بهتر می‌توانند احساسات و عواطف خود را به درستی شناسایی کرده، آن‌ها را از حس‌های بدنی افتراق دهند. از این رو قادرند هیجانات خود را به راحتی و به گونه مؤثری ابراز نمایند.

در نظر مردم مردان نسبت به زنان کمتر می‌توانند علایم و معانی احساسات و هیجانات اجتماعی را درک کنند. زنان نسبت به احساسات دیگران حساس‌تر و شهودی‌تر (دارای درک مستقیم) می‌باشند. این ویژگی ممکن است تا حدی

روانی و اجتماعی، اختلالات عملکردی گوارشی ممکن است نتیجه اختلال در سیستم عاطفی و محور مغزی- رودهای باشد که در برگیرنده عملکردهای نوروفیزیولوژی، شناختی و هیجانی است. پس جای تعجب نیست که بیماران FGID آلکسی تایمیک‌تر هستند و با اختلالات روان‌پزشکی، روان‌شناختی و به خصوص آلکسی تایمیا همراه می‌باشند (۹). در واقع، آلکسی تایمیا یک پدیده هیجانی- شناختی است که در نتیجه فرایندهای بازداری اتوماتیک اطلاعات و احساسات هیجانی به وجود می‌آید (۱۹) و می‌تواند بیماری‌های جسمی را تشدید کند (۱۱). پیشینه تحقیقات حاکی از ارتباط آلکسی تایمیا و برخی از ابعاد آن (دشواری در تشخیص احساسات و دشواری در توصیف احساسات) با شدت علایم گوارشی در بیماران مبتلا به FGID است (۲۰، ۱۸، ۱۱، ۸). نتایج مطالعه Porcelli و همکاران نشان داد که آلکسی تایمیا قوی‌ترین پیش بین در بهبودی و کاهش کلی علایم گوارشی در بیماران مبتلا به FGID است. حتی بعد از کنترل متغیرهایی همچون، افسردگی، اضطراب و علایم گوارشی نشان داده شد که آلکسی تایمیا می‌تواند کاهش علایم گوارشی و بهبودی را در بیماران پیش‌بینی کند (۸). مبتلایان به آلکسی تیمیا احساس‌های نامتمايز دارند و این احساس‌ها همراه با یک برانگیختگی فیزیولوژیک می‌باشد. اما به علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم احساس‌ها، برانگیختگی فعال باقی‌مانده، از میان نمی‌رود و این امر باعث تشدید علایم می‌شود (۱۲).

با توجه به بررسی‌های گذشته متغیرهای جمعیتی- اجتماعی ممکن است در تبیین بیشتر آلکسی تایمیا در اختلالات روان‌تنی کمک کننده باشند. از این رو پژوهش حاضر ارتباط آلکسی تایمیا و متغیرهای جمعیت‌شناختی را در بیماران روان‌تنی گوارشی در مقایسه با گروه سالم مورد بررسی قرار داد. نتایج تحقیق حاضر نشان داد که در افراد سالم و بیماران روان‌تنی گوارشی، آلکسی تایمیا و ابعاد آن (دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات) با میزان تحصیلات در ارتباط است و از

میزان تحصیلات افراد بالاتر باشد ریسک الکسی تایمیک بودن آن‌ها کمتر می‌شود. از آن جایی که بین الکسی تایمیا و میزان تحصیلات ارتباط وجود دارد، می‌توان گفت که آموزش در فهم و درک بهتر علایم جسمی مؤثر است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که برای آموزش این بیماران اقدام شده، با استفاده از روش‌هایی مبتنی بر آگاهی هیجانی در جهت کاهش شدت علایم گوارشی گام برداشته شود.

می‌توان گفت که محدودیت اصلی پژوهش این بود که نداشتن بیماری در گروه سالم فقط بر مبنای گزارش خود آن‌ها تعیین شد و هیچ مصاحبه یا معاینه بالینی توسط متخصص در این زمینه صورت نگرفته بود، از این رو بهتر است در پژوهش‌های آینده در انتخاب افراد سالم دقت بیشتری به عمل آید.

سپاسگزاری

محققین از تمامی افراد شرکت کننده در این پژوهش قدردانی و تشکر می‌نمایند.

مربوط به نقش جنسی فرهنگی (تربیتی) یاد گرفته شده آن‌ها و تا حدی هم به واسطه تفاوت‌های جنسیتی ناشی از سیستم عصبی باشد. مردان ممکن است که در شم اجتماعی خود ضعیف باشند، ولی در توجه به احساسات خود از مهارت کافی برخوردار هستند. این ویژگی یک صفت رایج بوده، که به الزام بر نقص همراه با الکسی تایمیا اشاره نمی‌کند و به طور اتفاقی با الکسی تایمیا همراه می‌شود (۲۶). با توجه به این که الکسی تایمیا دارای ثبات نسبی (۲۷) و سازه‌ای وابسته به فرهنگ (۲۸) است و الگوی تربیتی خانواده‌ها می‌تواند در شکل‌گیری این ویژگی نقش داشته باشد، برخی ناهمسانی‌های موجود در پیشینه تحقیق در مورد ارتباط الکسی تایمیا با متغیرهای دموگرافیک را می‌تواند توجیه کند. اما در تبیین این یافته‌ها برای اظهار نظر مستدل‌تر نیاز به مطالعات بیشتری است.

در کل نتایج تحقیق بیان‌گر این است که بیماران روان‌تنی گوارشی نسبت به افراد عادی میزان الکسی تایمیایی بالاتر و به دنبال آن علایم جسمی شدیدتری دارند و هر چه

References

1. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973; 22(2): 255-62.
2. Bagby RM, Taylor GJ, Ryan D. Toronto Alexithymia Scale: relationship with personality and psychopathology measures. *Psychother Psychosom* 1986; 45(4): 207-15.
3. 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.
4. Motan I, Gencoz T]. The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety]. *Turk Psikiyatri Derg* 2007; 18(4): 333-43.
5. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD, Grotstein J. Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
6. Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, Acklin MW. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *J Psychosom Res* 1992; 36(5): 417-24.
7. Porcelli P, Taylor GJ, Bagby RM, De CM. Alexithymia and functional gastrointestinal disorders. A comparison with inflammatory bowel disease. *Psychother Psychosom* 1999; 68(5): 263-9.
8. Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ, De CM, Leandro G, Todarello O. Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosom Med* 2003; 65(5): 911-8.
9. Porcelli P, Affatati V, Bellomo A, De CM, Todarello O, Taylor GJ. Alexithymia and psychopathology in patients with psychiatric and functional gastrointestinal disorders. *Psychother Psychosom* 2004; 73(2): 84-91.
10. Drossman DA, Creed FH, Olden KW, Svedlund J, Toner BB, Whitehead WE. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45 Suppl 2: II25-II30.
11. Kano M, Hamaguchi T, Itoh M, Yanai K, Fukudo S. Correlation between alexithymia and hypersensitivity to visceral stimulation in human. *Pain* 2007; 132(3): 252-63.

12. Mazaheri M, Afshar H, Mohammadi N, Daghighzadeh H, Bagerian R, Adibi P. The relation between the dimensions of alexithymia with depression and anxiety in patients with functional gastrointestinal disorders. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2010; 8(2): 92-102. [In Persian].
13. Pasini A, Delle CR, Seripa S, Ciani N. Alexithymia as related to sex, age, and educational level: results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 normal subjects. *Compr Psychiatry* 1992; 33(1): 42-6.
14. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38(1): 23-32.
15. Müller J, Alpers GW, Reim N. Abnormal attentional bias in alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 56(6): 581-673.
16. Besharat MA. Psychometric characteristics of persian version of the toronto alexithymia scale-20 in clinical and non-clinical samples. *IJMS* 2008; 33(1): 1-6.
17. Revicki DA, Wood M, Wiklund I, Crawley J. Reliability and validity of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale in patients with gastroesophageal reflux disease. *Qual Life Res* 1998; 7(1): 75-83.
18. Sayar, Solma, M, Trablus S, Ozturk M, Acar B. Alexithymia in Irritable Bowel Syndrome. *Turkish Journal of Psychiatry* 2000; 11(3): 190-7.
19. Madadi AA, Ghaeli P. Effect of floxitin on alexithymia in patient with Major Depression Disorder. *Proceedings of the 2nd Congress of Clinical Psychology*. Available from: URL: <http://www.iranspdb.net/ViewMqlh.aspx?Cd=552>. 2002 .
20. Shahgholian M, Moradi A, Kafee SM. Relationship of alexithymia with emotional expression styles and general health among university students. *IJPCP* 2007; 13(3): 238-48.
21. Kauhanen J, Kaplan GA, Julkunen J, Wilson TW, Salonen JT. Social factors in alexithymia. *Compr Psychiatry* 1993; 34(5): 330-5.
22. Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics* 2001; 42(3): 235-40.
23. Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom* 1985; 44(4): 191-9.
24. Mohammad S. Studing personality features persons with ulcerative colitis and comparison with normal persons. [MS Thesis]. *Psychiatry institute of Tehran*; 2001. [In Persian].
25. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Compr Psychiatry* 1989; 30(5): 434-41.
26. The Alexithymia FAQ. Version 2.0. Available at: [http://www.Alexithymia.supanet. Com/faq.html](http://www.Alexithymia.supanet.Com/faq.html). Accessd July 28. 2003.
27. Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka T. Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. *Psychother Psychosom* 2006; 75(2): 107-12.
28. Le HN, Berenbaum H, Raghavan C. Culture and alexithymia: mean levels, correlates, and the role of parental socialization of emotions. *Emotion* 2002; 2(4): 341-60.

Alexithymia and functional gastrointestinal disorders

Mina Mazaheri¹, Hamid Afshar², Narges Mohammadi³

Abstract

Aim and Background: The purpose of this study was to compare patients with functional gastrointestinal disorders (FGID) and normal persons in terms of alexithymia, severity of gastrointestinal symptoms, and demographic variables.

Methods and Materials: This causal-comparative research included 129 FGID patients who were referred to a psychosomatic disorders clinic in Isfahan, Iran. A matched group of 108 healthy individuals (without digestive diagnoses) was also considered as the control group. Toronto alexithymia scale (TAS-20) and gastrointestinal symptoms rating scale (GSRS) were used to evaluate the participants. Data was analyzed using multivariate analysis of variance, correlation coefficient and Fisher's Z test.

Findings: There was a significant difference between patients with FGIDs and healthy controls in terms of number of alexithymia symptoms and severity of gastrointestinal symptoms. The results also indicated a relationship between education level and alexithymia as well as its dimensions (difficulty identifying feelings and difficulty describing feelings) in both groups. However, no significant differences were found between the two groups in this regard.

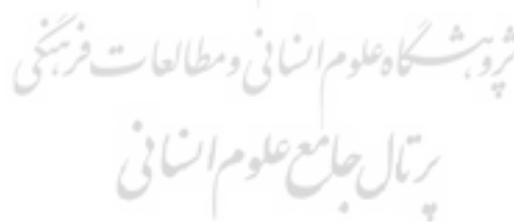
Conclusions: The findings of this study indicated that patients with FGIDs had higher scores of alexithymia and more severe somatic symptoms compared to the healthy control group. Furthermore, higher education levels were associated with lower risks of alexithymia. Such a finding might have been due to the higher ability of more educated patients in describing and identifying emotions.

Keywords: Alexithymia, Functional gastrointestinal disorders, Demographic variables.

Type of article: Original

Received: 14.12.2011

Accepted: 20.02.2012



1. Psychologist, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: afshar@med.mui.ac.ir

3. Psychologist, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.