

بررسی مقایسه ای ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک، غیر سایکوتیک و افراد بهنجار

رسول حشمتی*، دکتر نیما قربانی**، دکتر رضا رستمی**، محسن احمدی***، حمید اخوان****

دریافت: ۸۸/۱۰/۲۲، پذیرش: ۸۹/۲/۲۰

چکیده:

مقدمه و هدف: مطالعات پیشین که ناگویی خلقی را در بیماران سایکوتیک بررسی کرده اند، نشان داده اند که این بیماران دشواریهای زیادی در شناسایی و اظهار احساساتشان دارند. هدف مطالعه حاضر تعیین میزان ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک، بیماران غیر سایکوتیک و افراد بهنجار است.

روش کار: در این مطالعه علی-مقایسه ای تعداد ۶۰ بیمار سایکوتیک، ۶۰ بیمار غیر سایکوتیک و ۱۴۰ فرد سالم که از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی با یکدیگر همسان شده بودند و نتایج آزمون لوین نیز حاکی از همگنی واریانس ها در سه گروه بود به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و با بهره گیری از مقیاس ناگویی خلقی تورنتو مورد مقایسه قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد در متغیر ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک و افراد بهنجار و بیماران مبتلا به اختلالات غیرسایکوتیک و افراد بهنجار تفاوت معنادار دارند ($P < 0/001$). همچنین مولفه های دشواری در شناسایی و توصیف احساسات و جهت گیری فکری بیرونی در بیماران سایکوتیک بیشتر از دو گروه دیگر بود.

نتیجه نهایی: یافته های مطالعه نشان داد که بیماران سایکوتیک دارای سطوح بالای ناگویی خلقی هستند، بنابراین لازم است که تدابیر درمانی ویژه ای از جمله درمان متمرکز بر هیجان گرینبرگ جهت کاهش ناگویی خلقی در این افراد صورت گیرد.

کلید واژه ها: اختلالات روان پریشانه / تنظیم هیجان / ناگویی خلقی

مقدمه :

در پردازش شناختی و تنظیم هیجانات می باشند. از دیدگاه علوم شناختی، هیجانها به عنوان دسته ای از طرح واره های مبتنی بر پردازش اطلاعات شناخته می شوند که شامل فرایندها و تجسمهای نمادین و غیر نمادین هستند (۵). کاهش ابراز هیجانات اساساً بیانگر نوعی فقدان یا بد تنظیمی هیجانات است (۶). به همین صورت آسیب در ظرفیت های پردازش هیجانی (processing emotional) و تنظیم هیجانی (emotional regulation) مبتنی بر ناگویی خلقی ممکن است یک عامل خطر احتمالی برای انواع بیماریهای پزشکی و روانپزشکی از جمله اختلالات

ناگویی خلقی (alexithymia) سازه ای است که برای اولین بار توسط سیفنوس (۱) مطرح شد و عبارتست از ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانات (۲،۳). این سازه متشکل است از: دشواری در شناسایی احساسات (difficulty in identifying feelings)، دشواری در توصیف احساسات (difficulty in describing feelings) و جهت گیری فکری بیرونی (thinking externally-oriented) (۴). این مشخصه ها که سازه ناگویی خلقی را تشکیل می دهند بیانگر نقایصی

* دانشجوی دوره دکتری روان شناسی سلامت دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

** دانشیار گروه روانشناسی دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

*** عضو هیأت علمی گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان (mahmadi_1362@yahoo.com)

**** کارشناس ارشد مرکز تحقیقات علوم بالینی دانشگاه علوم پزشکی همدان

خلقی در بیماران سایکوتیک، بیماران غیر سایکو تیک و افراد سالم. فرض ما بر این است که بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک در مقایسه با گروه های دیگر مشکلات بیشتری در شناسایی و توصیف احساسات خود دارند. (ب) مقایسه جنبه های ناگویی خلقی در بین دو جنس مونث و مذکر در هر سه گروه مورد مطالعه. فرض ما بر این است که مردان در هر سه گروه مشکلات بیشتری در شناسایی و توصیف احساسات خود دارند.

روش کار:

این مطالعه از نوع علی مقایسه ای به شیوه گذشته نگر می باشد. از بین کلیه بیماران (زن و مرد) سرپایی و بستری مبتلا به اختلال های سایکوتیک و غیر سایکوتیک مراجعه کننده به بخش های روانپزشکی بیمارستان های مصطفی خمینی و حضرت رسول تهران ۶۰ بیمار سایکوتیک و ۶۰ بیمار غیر سایکوتیک به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه عادی نیز متشکل از ۱۴۰ دانشجوی دانشگاه تهران بود که از نظر برخی متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنس، شغل، سواد و وضعیت تاهل) با دو گروه دیگر تا حد زیادی همتا شده بودند، به صورت داوطلب انتخاب شدند و با دو گروه دیگر مورد مقایسه قرار گرفتند. برای اجرای پژوهش به این مراکز مراجعه کرده و پرونده های بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک و بیماران روانپزشکی مبتلا به اختلالات غیر سایکوتیک مطالعه شد. ملاک انتخاب افراد در گروه بیماران، ابتلا به اختلالات سایکوتیک (در این مطالعه منظور از بیماران سایکوتیک کسانی هستند که براساس ضوابط تشخیصی DSM-IV-TR تشخیص اختلال سایکوتیک دریافت کرده اند یعنی کلیه بیماران مبتلا به انواع اسکیزوفرنی، بیماران اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنی فرم، اختلالات هذیانی و سایر بیماران سایکوتیک) و اختلالات روانپزشکی به غیر از سایکوتیک بود. تشخیص ابتلا به بیماری، براساس ملاک های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) و توسط روانپزشک و با استفاده از مصاحبه تشخیصی به انجام رسیده بود. بر اساس این مصاحبه، در گروه بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک تنها از بیمارانی استفاده شد که تشخیص یکی از بیماریهای سایکوتیک را دریافت کرده و مبتلا به اختلالات غیر سایکوتیک همایند نبودند. به همین ترتیب، در گروه بیماران غیر سایکوتیک نیز تنها از بیمارانی استفاده شد که

سایکوتیک باشد (۶). اختلالات سایکوتیک نوعاً به عنوان اختلالات شناختی - عصبی با مولفه ژنتیکی هستند. وجود آشفتگی های هیجانی در این بیماران بیانگر نابهنجاریهایی در نواحی مغزی است که برای پردازش هیجانی با اهمیت هستند (۷). به نظر می رسد که این نارسایی هیجانی در بیماران سایکوتیک، اختصاصی باشد. بدین معنا که آنها مثلاً فقط در بازشناسی هیجانات منفی مشکل داشته باشند.

مطالعات پیشین که ناگویی خلقی را در بیماران سایکوتیک بررسی کرده اند، نشان داده اند که این بیماران دشواری های زیادی در شناسایی و اظهار احساساتشان دارند (۸،۹). از جهتی مطالعاتی نیز وجود دارند که نشان داده اند بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک هیچ مشکلی در شناسایی و توصیف احساسات خود ندارند (۱۰). بنابراین پژوهشگران به توافق قابل ملاحظه در خصوص نقش ناگویی خلقی در بیماران سایکوتیک دست نیافته اند. از طرف دیگر، با وجود اینکه تاکنون تحقیقات گسترده ای در کشورمان در خصوص مشخصه ها، سبب شناسی و درمان اختلالات سایکوتیک صورت گرفته و متغیرهای روان شناختی گوناگونی روی آنها به تحقیق در آمده است، با نگاهی به ادبیات این پژوهش ها جای خالی ناگویی خلقی به عنوان متغیر احتمالی تاثیر گذار در این اختلالات احساس می شود.

پژوهش ها نشان داده اند بیماران مذکر در بازشناسی هیجانی بدتر از بیماران مونث هستند، چون شیوع و شدت ناگویی خلقی در بین مردان نسبت به زنان بیشتر است (۱۱،۱۲)، علاوه بر این مردان خطر بالاتری برای مبتلا شدن به اختلالات سایکوتیک و سیر و پیش آگهی نامطلوب تری دارند (۱۳،۱۴). بنابراین می توان فرض کرد که مردان مبتلا به اختلالات سایکوتیک در مقایسه با زنان آسیب پذیری بیشتری برای نارسایی در تنظیم هیجانات دارند. پژوهش های گذشته که ناگویی خلقی را در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک بررسی کرده اند تفاوت های جنسی را مد نظر قرار نداده اند. یکی از مزیت های مطالعه حاضر نسبت به پژوهشهای قبلی این است که تفاوت های جنسی را در این بیماران بررسی کرده است.

با توجه به این شواهد ما در این مطالعه دو هدف عمده را دنبال می کنیم: الف) مقایسه جنبه های ناگویی

خلقی کل و مقیاس های هوش هیجانی ($P < 0/001$)، $r = -0/80$ ، بهزیستی روان شناختی ($P < 0/001$)، $r = -0/78$ و درماندگی روان شناختی ($P < 0/001$)، $r = 0/44$ بررسی و مورد تایید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تاییدی (confirmatory factor analysis) نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و جهت گیری فکری بیرونی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ تایید کردند (۱۷). در پژوهش دیگری نیز قربانی و همکاران (۱۸) این مقیاس را بر روی نمونه های ایرانی و آمریکایی اعتبار یابی کرده و ضریب آلفای زیر مقیاس های DDF، DIF، EOT را در نمونه ایرانی به ترتیب $0/50$ ، $0/74$ و $0/61$ و در نمونه های آمریکایی به ترتیب $0/60$ ، $0/82$ و $0/77$ بدست آورده اند. در این تحقیق ضریب آلفا برای این مقیاس $0/77$ بدست آمد.

نتایج:

میانگین سنی و انحراف معیار برای بیماران سایکوتیک $37/01$ سال، $13/31 \pm$ سال، بیماران غیرسایکوتیک $28/23$ سال، $7/98 \pm$ سال و گروه دانشجویان $25/48$ سال، $2/18 \pm$ سال و برای کل گروه ها $28/82$ سال، $8/92 \pm$ بود.

جدول ۱ نشان می دهد که در متغیرهای ناگویی خلقی ($P < 0/001$)، $F = 40/28$ ، سه گروه از بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک، غیرسایکوتیک و افراد بهنجار تفاوت معنادار دارند. بررسی های بیشتر و آزمون تعقیبی توکی نشان می دهد که در متغیر ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک و افراد بهنجار ($P < 0/001$) و بیماران مبتلا به اختلالات غیرسایکوتیک و افراد بهنجار ($P < 0/001$) تفاوت معنادار دارند، اما تفاوت ها در بین بیماران سایکوتیک و غیرسایکوتیک معنادار نیست. بررسی میانگین ها حاکی از این است که در بین این سه گروه، سطوح بالای ناگویی خلقی در بین بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک وجود دارد و در بین بیماران مبتلا به اختلالات غیرسایکوتیک بیشتر از افراد بهنجار است

جدول ۱: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره مقایسه سه گروه در متغیره ناگویی خلقی

شاخص های آماری						
متغیر	M	SD	F	Sig	مقایسه گروهها	MD
سایکوتیک	60/46	10/94			1>2	4/10
غیر سایکوتیک	56/34	9/05	40/28	0/001	1>3	13/70
بهنجار	46/76	10/16			2>3	9/60

مبتلا به اختلالات روانپزشکی به غیر از اختلالات سایکوتیک بودند. بر مبنای پرسشنامه دموگرافیک (که در آن سابقه بیماریهای روانپزشکی پرسیده شده بود) دانشجویانی که مبتلا به اختلالات روانپزشکی بودند و یا در سابقه آنها این اختلالات وجود داشت از گروه نمونه افراد سالم کنار گذاشته می شدند. در صورت حاد و وخیم بودن وضعیت بیماری یک بیمار، او از لیست آزمودنی ها کنار گذاشته می شد و در خصوص سایر بیماران نیز تنها از آنهایی استفاده می شد که تشخیص قطعی دریافت کرده و از حالت فوریت پزشکی خارج شده و بهبود نسبی پیدا کرده و خود داوطلب و مایل به پاسخگویی به سوالات بودند. دستورالعمل نحوه پاسخ دادن به سوالات به آزمودنی ها آموزش داده می شد و از آنها خواسته می شد که به دقت سوالات را مطالعه نموده و پاسخ های موردنظر را متناسب با ویژگی های خود انتخاب نمایند و سوالی را تا حد امکان بی جواب نگذارند. از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی توکی (HSD) برای تحلیل داده ها استفاده شد.

ابزار تحقیق: مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ (TAS-20): مقیاس ناگویی خلقی تورنتو (۹) یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (DIF) شامل ۷ گویه، دشواری در توصیف احساسات (DDF) شامل ۵ گویه و جهت گیری فکری بیرونی (EOT) شامل ۸ گویه را در اندازه های پنج درجه ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره های سه زیرمقیاس برای ناگویی خلقی کلی محاسبه می شود. ویژگی های روانسنجی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ در پژوهش های متعدد بررسی و تایید شده است (۳، ۶، ۱۶). در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ (۱۷) ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و جهت گیری فکری بیرونی به ترتیب $0/85$ ، $0/82$ ، $0/75$ و $0/72$ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی (internal consistency) خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی (test-retest reliability) این مقیاس در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r = 0/80$ تا $r = 0/87$ برای ناگویی خلقی کل و زیر مقیاس های مختلف تایید شد. روایی همزمان بر اساس همبستگی (ضریب همبستگی پیرسون) بین ناگویی

بحث:

یافته ها نشان داد که سطح ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک بالاتر از بیماران غیرسایکوتیک است و در بیماران غیرسایکوتیک نیز بیشتر از افراد سالم می باشد. همچنین زیر مقیاس های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت گیری فکری بیرونی خلقی در بین این سه گروه تفاوت دارند. بدین معنا که در هر سه زیر مقیاس بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک به سطوح بالاتری مبتلا هستند. این یافته ها با سایر نتایج به دست آمده در این زمینه همخوانی دارد (۸، ۱۹، ۲۰). وجود سبب شناسی مشترک بین ناگویی خلقی و اختلالات سایکوتیک می تواند تبیینی برای این یافته باشد. بدین معنا که همان عوامل نوروبیولوژیکی که در اختلالات سایکوتیک تأثیر گذارند، در افراد دارای سطوح بالای ناگویی خلقی نیز تأثیر گذار هستند. سیستم لیمبیک، قشر پیشین مغز و نوروترانسمیتر دوپامین در سبب شناسی بیماران سایکوتیک مطرح شده است، یعنی همان نواحی مغزی که در ناگویی خلقی نیز نقش اساسی دارند.

از منطری دیگر وجود سطوح بالای ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک می تواند ناشی از توانایی محدود تجسم نمادین هیجان ها باشد. بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک به ویژه بیماران اسکیزوفرنی نقایصی در فرایند های شناختی و سیستم پردازش اطلاعات دارند و از دیدگاه علوم شناختی هیجان ها به عنوان گونه ای از طرح واره های پردازش اطلاعات شناخته می شوند که پردازش ها و تجسم های نمادین یا شبه نمادین را دربر می گیرد. در حالی که تجسم های نمادین ممکن است تصاویر یا کلمات باشند، بازنمایی های شبه نمادین الگوهایی از حس های بدنی و احشایی هستند که هنگام برانگیختگی هیجانی تجربه می شوند. سیستم های نمادین توانایی تفکر درباره ی احساسات هیجانی و دیگر تجربه ها را به ارمغان می آورند و به این ترتیب حالت های هیجانی را تعدیل می کنند. به نظر می رسد که در ناگویی خلقی توانایی محدودی برای تجسم نمادین هیجان ها وجود دارد، در نتیجه تجسم های شبه نمادین هیجان ها به شکل بسیار ضعیفی با کلمات و تصاویر ارتباط برقرار می کنند و به این صورت کنترل شناختی بر آنها بسیار اندک است (۲۱) این مسئله بارها در قالب کاهش شدید

بررسی های بیشتر یافته های این پژوهش بیانگر این نکته است که زیرمقیاس های دشواری در شناسایی احساسات ($F=26/17, P<0/001$)، دشواری در توصیف احساسات ($F=15/03, P<0/001$) و جهت گیری فکری بیرونی ($F=24/28, P<0/001$) در بین سه گروه بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک، غیرسایکوتیک و افراد بهنجار تفاوت معناداری دارند. بررسی تفاوت های دو جنس مرد و زن در این سه زیرمقیاس نشان می دهد که تفاوتها در زیر مقیاس دشواری در توصیف احساسات ($F=13/27, P<0/001$) و جهت گیری فکری بیرونی ($F=9/67, P=0/002$) معنادار است، اما در زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات معنادار نیست. بررسی میانگین ها نشان می دهد که در تمام گروه ها، مردان در مقایسه با زنان مشکلات بیشتری در توصیف احساسات خود دارند و مبتلا به سطوح بالای جهت گیری فکری بیرونی هستند. اثرات تعاملی سه گروه بیماران مبتلا به سایکوتیک، بیماران غیرسایکوتیک و افراد بهنجار و دو جنس زن و مرد (3×2) تنها در زیرمقیاس دشواری در توصیف احساسات ($F=4/56, P<0/01$) معنادار است. بدین معنا که وقتی عامل جنس در کنار عامل گروه قرار می گیرد، افراد در توصیف احساسات خود به دیگران مشکل پیدا می کنند و در زیرمقیاس های دیگر مشکلی نخواهند داشت (جدول ۲).

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی اثرات گروه، جنس و اثر تعاملی گروه × جنس

متغیر مستقل	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P
گروه						
	دشواری در شناسایی احساسات	۱۵۳۳/۳۸	۲	۷۶۶/۶۹	۲۶/۱۷	۰/۰۰۰
	دشواری در توصیف احساسات	۴۲۲/۷۸	۲	۲۱۱/۳۹	۱۵/۰۳	۰/۰۰۰
	جهت گیری فکری بیرونی	۱۰۵۹/۸۰	۲	۵۲۹/۹۰	۲۴/۲۸	۰/۰۰۰
جنس						
	دشواری در شناسایی احساسات	۷۸/۳۰	۱	۷۸/۳۰	۲/۶۷	۰/۱۰
	دشواری در توصیف احساسات	۱۸۶/۶۴	۱	۱۸۶/۶۴	۱۳/۲۷	۰/۰۰۰
	جهت گیری فکری بیرونی	۲۱۱/۱۲	۱	۲۱۱/۱۲	۹/۶۷	۰/۰۰۲
گروه × جنس						
	دشواری در شناسایی احساسات	۶۱/۸۵	۲	۳۰/۹۲	۱/۰۵	۰/۳۴
	دشواری در توصیف احساسات	۱۲۸/۴۲	۲	۶۴/۲۱	۴/۵۶	۰/۰۱
	جهت گیری فکری بیرونی	۳۱/۹۰	۲	۱۵/۹۵	۰/۷۳	۰/۴۸

ناگویی خلقی هستند در مقایسه با آنهایی که دچار سطوح بالای ناگویی خلقی نیستند از پیش آگاهی بدتری جهت درمان برخوردارند.

از جهت دیگر، با توجه به اینکه سطوح بالای ناگویی خلقی در مردان مبتلا به اختلالات سایکوتیک می تواند بر وخامت بیماری این افراد افزوده و سیر و پیش آگهی بیماری را نامطلوب سازد، لزوم ارزیابی و تشخیص ناگویی خلقی در این افراد و بکارگیری مداخلات روان شناختی برای کاهش ناگویی خلقی دارای اهمیت بسزایی است، چرا که کاهش ناگویی خلقی منجر به پیامد های مثبت درمان و بدین ترتیب سیر و پیش آگهی مطلوب تر می گردد. از جهتی نیز باید به مداخلات پیشگیرانه پرداخت. کانون و همکارانش (۲۵) و مک گوری و همکارانش (۲۶) در تحقیق خود نشان داده اند که مداخلات پیشگیرانه زود هنگام در بیماران اسکیزوفرنیک که در مراحل اولیه بیماری قرار دارند، خطر انتقال به سایکوز را در افراد جوان کاهش می دهد و احتمالاً از وقوع اسکیزوفرنی جلوگیری می کند. از جمله مداخلاتی که اثر بخشی آن در کاهش ناگویی خلقی تایید شده "درمان متمرکز بر هیجان" گرینبرگ (۲۷) است. بنابراین لازم است که این روش درمانی نیز در کنار سایر درمان های پزشکی برای بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک بالاخص بیماران مرد بکار گرفته شود.

با توجه با اینکه در این پژوهش متغیرهایی مثل مصرف دارو و شدت بیماری با توجه به ماهیت پژوهش (گذشته نگر) کنترل نشد احتمال اینکه عوامل دیگری یافته های پژوهش را تحت تاثیر قرار داده باشد وجود دارد. بنابر این، تعمیم این یافته ها پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد. از جهت دیگر، چون در این پژوهش از کلیه بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک استفاده شد و آنها با کل بیماران روانپزشکی غیر سایکوتیک مورد مقایسه قرار گرفتند، نمی توان یافته های این پژوهش را به گروه خاصی از بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک تعمیم داد. بر این اساس، پیشنهاد می شود که در تحقیقات آتی از جهتی متغیرها کنترل شوند و از جهت دیگر تنها از یک گروه از بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک مثلاً اختلال اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و یا اختلال هذیانی استفاده شود و آن گروه با طبقه دیگری از اختلال سایکوتیک مقایسه شود.

خیال پردازی ها و نا توانی در یافتن کلمات برای ابراز احساسات شخصی و گاهی با تمایل به تاکید بر حس های بدنی ناشی از برانگیختگی هیجانی و کاهش تنش در قالب رفتار های تکانشی یا وسواسی دیده شده است (۲۲).

از جمله یافته های دیگر این پژوهش این است که دو جنس مرد و زن از لحاظ متغیر ناگویی خلقی تفاوت معنادار دارند. بدین معنا که سطوح بالای ناگویی خلقی در تمام گروه های بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک، غیر سایکوتیک و دانشجویان در مردان بیشتر از زنان است. یافته های قبلی، هماهنگ با یافته های پژوهش حاضر در زمینه تفاوت های جنسی ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک است (۲۳، ۲۴، ۱۲). وجود سطوح بالای ناگویی خلقی در مردان نسبت به زنان در این پژوهش، علاوه بر بیماران سایکوتیک در بیماران مبتلا به اختلالات غیرسایکوتیک و افراد بهنجار (دانشجویان) نیز مشاهده شد. با توجه به اینکه مردان در مقایسه با زنان از لحاظ کلامی ضعیف هستند، بنابراین در توصیف احساساتشان به صورت کلامی به دیگران نیز طبعاً مشکلات بیشتری در مقایسه با زنان خواهند شد و از طرف دیگر با توجه به عاطفی تر بودن زنان نسبت به مردان، آنها به راحتی می توانند عواطف و هیجانات خود را تجربه کرده، آنها را تشخیص داده و برای دیگران توصیف کند. بنابراین ابتلای بیشتر مردان به ناگویی خلقی براساس این منطق، در یافته های محققان پیشین و یافته پژوهش حاضر قابل فهم است. همچنین دستاورد دیگر این پژوهش در خصوص معنادار بودن اثر تعاملی جنس × گروه در مؤلفه دشواری در توصیف احساسات نیز براساس این منطق قابل بیان است. بدین معنا که وقتی عامل جنس در کنار عامل گروه قرار می گیرد افراد مبتلا به هر سه گروه بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک، غیرسایکوتیک و افراد بهنجار در توصیف احساساتشان مشکلات بیشتری پیدا می کنند.

نتیجه نهایی:

با توجه به یافته های این پژوهش، ناگویی خلقی می تواند به عنوان یکی از عوامل خطر برای بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک باشد. بدین معنا افرادی که دچار سطوح بالای ناگویی خلقی هستند در خطر بیشتر ابتلا به اختلالات سایکوتیک قرار دارند و از جهت دیگر بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک که دچار سطوح بالای

منابع :

1. Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychothera Psychosom* 1973;22:255- 62.
2. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatr* 2000; 45: 134-142.
3. Taylor GJ, Bagby M. An overview of the alexithymia construct. In: Bar-On R, Parker JDA (eds). *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass, 2000 : 263-276.
4. Sifneos PE, Apfel-Savit R., Frankel FH. The phenomenon of alexithymia. Observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1977; 28:47- 57.
5. Luminet O. Alexithymia and level of processing: evidence for an overall deficit in remembering emotional words. *J Res Personal* 2006; 40: 713-733.
6. Parker DA, Taylor G, Bagby RM. The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Pers Individ Differ* 2001; 30: 107-115.
7. Phillips ML, Drevets WC, Rauch SL, Lane R. Neurobiology of emotion perception II: implications for major psychiatric disorders. *Biol Psychiatry* 2003; 54:515- 28.
8. Stanghellini G, Ricca V. Alexithymia and schizophrenias. *Psychopathology* 1995; 28: 263 -72.
9. Cedro A, Kokoszka A, Popiel A, Narkiewicz-Jodko W. Alexithymia in schizophrenia: an exploratory study. *Psychol Rep* 2001; 89:95-8.
10. Todarello O, Porcelli P, Grilletti F, Bellomo A. Is alexithymia related to negative symptoms of schizophrenia? *Psychopathology* 2005; 38: 310-4.
11. Salminen JK, Saarijarvi S, Aarela E, Toikka T, Kauhanen J. Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *J Psychosom Res* 1999; 46:75- 82.
12. Vorst HCM, Bermond B. Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia questionnaire. *Pers Individ Differ* 2001; 30: 413- 34.
13. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia-evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 565 - 71.
14. Leung A, Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 3 - 38.
15. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJA. The 20-Item Toronto-Alexithymia-Scale .1. Item Selection and Cross-Validation of the Factor Structure. *J Psychosom Res* 1994; 38: 23–32.
16. Pandley R, Mandal MK, Taylor GJ, Parker JDA. Cross-cultural alexithymia: development and validation of a Hindi translation of 20-item Toronto alexithymia scale. *J Clin Psychol* 1996; 52: 173-176.
17. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Persian version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Rep* 2007;101: 209-220.
18. Ghorbani N. Self -reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United State. *Int J Psychol* 2002; 37: 297-308.
19. Nkam I, Langlois-Thery S, Dollfus S, Petit M. Alexithymia in negative symptom and non-negative symptom schizophrenia. *Encephale* 1997;23: 358-363.
20. Serper M, Berenbaum H. The relation between emotional awareness and hallucinations and delusions in acute psychiatric inpatients. *Schizophrenia Res* 2008; 101: 195–200.
21. Bucci W. Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry* 1997a; 17: 151–172.
22. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Disorders of affect regulation alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
23. Salminen JK, Saarijarvi S, Aarela E, Toikka T, & Kauhanen J. Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *J Psychosom Res* 1999; 46: 75- 82.
24. Lane RD, Sechrest L, Riedel R. Sociodemographic correlates of alexithymia. *Compr Psychiatry* 1998; 39: 377- 85.
25. Cannon TD, Huttunen MO, Dahlstrom M, Larmo I, Rasanen A, Juriloo A. Antipsychotic drug treatment in the prodromal phase of schizophrenia. *Am J Psychiatr* 2002;159; 1230–1232.
26. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, Yuen H , Francey S, Cosgrave EM, et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch General Psychiatr* 2002; 59; 921– 928.
27. Greenberg LS. *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through feelings*. Washington DC: American Psychological Association, 2002.