

بررسی رابطه آلکسی تیمیا و بیماری زخم معده:

آیا پرخاشگری یک متغیر واسطه‌ای است؟

سوسن علیزاده فرد*

دریافت مقاله:

تیر ۱۳۹۱

پذیرش:

بهمن ۱۳۹۱

چکیده

هدف: آلکسی تیمیا به عنوان یک صفت شخصیتی با بروز مشکلاتی در تشخیص و توصیف احساسات و هیجان مطرح می‌شود که با متغیرهای روانشناختی چون هوش هیجانی، قدرت تصویرپردازی و همدلی مرتبط است. به همین سبب رابطه این ویژگی با طیف وسیعی از اختلالات روانشناختی چون افسردگی، اختلالات شخصیت و بیماری‌های روان‌تنی مانند میگرن، فشارخون و دردهای مزمن به اثبات رسیده است. هدف از پژوهش حاضر بررسی صفت شخصیتی آلکسی تیمیا با بیماری زخم معده و نقش خشم به عنوان یک متغیر واسطه‌ای است.

روش: ۱۷۴ نفر زن و مرد (۸۴ نفر بیمار مبتلا به زخم معده و ۹۰ نفر سالم) انتخاب شده و به پرسشنامه‌های آلکسی تیمیا (تورنتو، ۱۹۹۴) و مقیاس خشم (بردفورد، ۱۹۷۷) پاسخ دادند. در نهایت این نتایج در دو گروه نمونه مقایسه شد.

یافته‌ها: داده‌ها با استفاده از روش تحلیل رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین آلکسی تیمیا و زخم معده رابطه معناداری وجود دارد و همچنین پرخاشگری در رابطه میان آنها نقش واسطه‌ای دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصله نشان می‌دهد که در طراحی درمان بیماری زخم معده توجه به عوامل روانشناختی با ارزش بوده و اینکه می‌توان آموزش مهارت‌های کنترل و ابراز هیجان، و روش‌های مدیریت خشم را در برنامه‌های مداخله‌ای مد نظر قرار داد.

کلید واژه‌ها: آلکسی تیمیا، زخم معده، پرخاشگری

*استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور alizadeh@pardis.tpnu.ac.ir

- این مقاله مستخرج از طرح پژوهشی با همین عنوان است که با حمایت‌ها و اعتبارات مالی دانشگاه پیام نور به انجام رسیده است.

مقدمه

این نظریه که پزشکی و روان شناسی با هم مرتبط هستند، سابقه طولانی دارد. این موضوع با توجه به بحث بیماری‌های روان‌تنی معنای بیشتری می‌یابد. بیماری‌های روان‌تنی یا سایکوسوماتیک به بیماری‌های جسمی گفته می‌شود که عوامل روانی در شروع یا تشدید آنها موثر باشند که از مهمترین آنها می‌توان به میگرن، کولیت مزمن، آسم، فشارخون، بیماری‌های قلب و عروق کرونر و بالاخره اختلالات و زخم‌های دستگاه گوارش اشاره نمود (سارافینو، ۲۰۰۲، ترجمه میرزایی و همکاران ۱۳۸۴، ص ۴۵). در دهه ۱۹۳۰ در جهت درک و تجزیه تحلیل روانشناختی این بیماری‌ها از یک سو و درمان آنها از سوی دیگر، رشته‌ای به نام پزشکی روان‌تنی بوجود آمد (سارافینو، ۲۰۰۲، ترجمه میرزایی و همکاران ۱۳۸۴، ص ۴۶). به دنبال آن در رشته روان شناسی نیز تحولاتی بوجود آمد که به ظهور رشته‌ای جدید و کاربردی روان شناسی سلامت انجامید. این رشته بین علوم زیستی، پزشکی و روان شناسی ارتباط برقرار نموده و شامل دانش و تخصص رشته روان شناسی برای حفظ و ترویج بهداشت و تندرستی، سبب شناسی و تشخیص، و نهایتاً پیشگیری و درمان بیماری‌ها و اختلالات جسمانی است (سارافینو، ۲۰۰۲، ترجمه میرزایی و همکاران ۱۳۸۴، ص ۴۸).

در همین راستا پژوهش حاضر قصد دارد تا به بررسی روانشناختی بیماری زخم معده بپردازد. بیماری زخم معده^۱ به ضایعات مخاطی عودکننده

معده، پیلور، مری و دوازده اطلاق می‌شود که عموماً با خونریزی و انسداد معده همراه است (چاپمن^۲، ۱۹۸۴). اگرچه این بیماری مرگ و میر بالایی ندارد اما با توجه به شیوع ۱۰ تا ۱۲ درصدی آن، پیامدهای روانی-اجتماعی و اقتصادی زیادی را به دنبال دارد. در بحث علل این بیماری در کنار اشاره به عواملی چون ارث، ضعف سیستم جسمانی و الگوهای غلط تغذیه، همواره به استرس توجه خاصی شده و به همین سبب آن را یکی از انواع مهم اختلالات روان‌تنی می‌دانند (فرانسیسکو^۳ و همکاران، ۲۰۱۰).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که از جمله معروف‌ترین علل روانشناختی آن می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- تعارضات به ویژه تعارض اجتناب-گرایش
- درماندگی آموخته شده و پیش بینی ناپذیری
- کنترل ناپذیری موقعیت
- صفات شخصیتی مستعد کننده آسیب پذیری
- دیدگاه روان پویایی خشم (خشمی که متوجه خود شده است). نظریه‌های روان‌پویایی، رفتار را به عنوان نشانه هیجانات پنهان مورد توجه قرار می‌دهند. بنابراین قبل از هر چیز، مسائل روانی را در ایجاد بیماری‌های بدنی مورد توجه قرار می‌دهند (علیزاده فرد و احدی، ۱۳۸۵).

در نظریه‌های روان‌پویایی نخستین، اختلالات روان‌تنی به اختلالات رشد روانی - جنسی نسبت داده می‌شوند که در اثر تعارض‌های پنهان، آشکار می‌گردند و مثلاً زخم معده به تعارض‌های دهانی

2. Chapman

3. De Francesco

1. Peptic ulcer disease

که اغلب به فهمیدن احساسات دیگران نیز منجر می‌شود (پاویو و مک کیلوچ^۴، ۲۰۰۴). چنین افرادی به سختی می‌توانند هیجانات واقعی و اصیل را از حس‌ها یا برانگیختگی‌های بدنی خود تمیز دهند و مثلاً به جای بیان هیجان ترس به توضیح برانگیختگی‌های ترس مثل سرد شدن بدن یا خشک شدن دهان می‌پردازند (ویلیامز و وود^۵، ۲۰۱۰). دیگران حتی کسانی که دوستشان دارند، اغلب آنان را سرد و بی‌روح می‌دانند

چنین افرادی به نسبت میزان اختلالی که دارند، فاقد توانایی تجربه رویا یا فانتزی و خیال‌پردازی هستند. در عوض آنان در شیوه تفکرشان به شدت بر منطق و دلایل و شواهد حقیقی تکیه می‌کنند. آنها حتی در رویاهای خود نیز بسیار منطقی و واقع‌گرا هستند. تجارب بالینی ثابت می‌کنند که آنان ساختار رویا را بیش از اتفاقات آن به یاد می‌آوردند. ممکن است که این افراد حالات هیجانی متفاوتی را نشان دهند مثلاً گاهی به شدت بی‌قرار بوده و خود را ملامت می‌کنند و یا به صورت انفجاری گریه کرده و خشمگین می‌شوند (مک لارن^۶، ۲۰۰۶). توجه به این نکته لازم است که حتی در چنین شرایطی نیز اگر از احساساتشان سوال شود قادر به توصیف نبوده و در بیان آن گیج می‌شوند (ویلیامز و وود، ۲۰۱۰).

هسته اصلی این اختلال در ناتوانی تمایز قائل شدن بین احساسات و محدودیت شدید در بیان و توصیف آنها است. این حالت گسیختگی

نسبت داده می‌شود. لیکن دیدگاه‌های روان‌پویایی جدید، تعاملات بین فردی را به عنوان هسته اصلی سبب‌شناسی رابطه بین استرس و اختلالات روان‌تنی در نظر می‌گیرند. در این دیدگاه‌ها زخم معده نتیجه خشمی است که ابراز نشده و به جای نمود بیرونی به درون منتقل شده است (روزنهان و سلینگمن^۱، ۱۹۸۹، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۷). به عبارت دیگر به جای اینکه در اثر بروز خشم دیگران آسیب ببینند، خود فرد مورد ضربه و آسیب قرار می‌گیرد.

از سوی دیگر همانطور که اشاره شد، صفات شخصیتی نیز تبیین‌کننده (کوباسا^۲ و همکاران، ۱۹۸۵) بسیاری از بیماری‌های روان‌تنی هستند. شخصیت فرد و الگوهای رفتاری وابسته به آن، نوع و شدت احساسات و روش مقابله با استرس‌های روزمره را تعیین کرده و این مجموعه به شکل پیچیده‌ایی بر جسم ما اثر می‌گذارد. برای مثال ارتباط تیپ شخصیتی A با خصوصیات پرخاشگری، سخت‌کوشی و خصومت بالا با بیماری زخم معده (علیزاده فرد و احدی، ۱۳۸۵) به اثبات تا رسیده است.

آلکسی تیمیا^۳ نیز از دیگر صفات شخصیتی است که با نظر به ویژگی‌های خاص خود در رابطه با تجربه استرس و شیوه مقابله با آن مورد توجه قرار گرفته است.

آلکسی تیمیا بعنوان یک صفت شخصیتی به معنای فقدان یا بروز مشکلاتی در شناسایی، توصیف و درگیر شدن با احساسات فردی است

4. Paivio & McCulloch
5. Williams & Wood
6. Maclaren

1. Rosenhan & Seligman
2. Kobasa
3. alexithymia

حالت الکسی تیمیای نوع اول دیده می‌شود (هیل و فریت^۵، ۲۰۰۴). همچنین در ۴۰ درصد موارد با اختلال استرس پس از سانحه نیز اتفاق می‌افتد که با احتمال زیاد الکسی تیمیای نوع دوم رخ می‌دهد (شیپکو^۶، ۱۹۸۳).

تحقیقات نشان داده‌اند الکسی تیمیا ۶۳٪ در بی‌اشتهایی عصبی، ۵۶٪ در پرخوری عصبی (کوچرانس^۷، ۱۹۹۳)، ۴۵٪ در اختلال افسردگی (هانکالامپی^۸، ۲۰۰۱)، ۳۴٪ در اختلال هراس (کاکس^۹، ۱۹۹۵) و ۵۰٪ در سوء مصرف مواد (تیلور، ۱۹۹۰) دیده می‌شود. همچنین شواهدی از بروز الکسی تیمیا در افراد مبتلا به ضربه یا آسیب‌های مغزی نیز وجود دارد (پاویو، ۲۰۰۴). پژوهش‌ها تایید می‌کنند که الکسی تیمیا بیشترین همپوشانی را با سندروم آسیب‌گر دارد (فریت، ۲۰۰۴).

آلکسی تیمیا صفتی است که در برخی اختلالات شخصیت وجود داشته (لین، ۱۹۹۷) و احتمالاً با سطح اضطراب فرد رابطه مستقیم دارد و به همین دلیل با اختلالات اضطرابی و افسردگی همپوشانی دارد (بشارت، ۱۳۸۷). در این وضعیت فرد در تنظیم عواطف و هیجانات خود دچار ناتوانی است که سبب می‌شود تا تنش‌های ناشی از هیجانات ناخوشایند وضعیتی را از طریق رفتارهای تکانشی (تیلور، ۱۹۹۷) مثل غذا خوردن زیاد، مصرف مواد یا رفتارهای جنسی افراطی رها نمایند.

عاطفی از خود و عدم ارتباط عاطفی با دیگران سبب می‌شود که چنین افرادی نه تنها روابط بین فردی معیوبی داشته باشند بلکه رضایت از زندگی نیز در آنها کاهش یابد (مک لارن، ۲۰۰۶).

تیلور در ۱۹۹۷ چهار ویژگی اصلی برای توصیف الکسی تیمیا را به شرح زیر خلاصه و بیان نمود (تیلور، بگبی و پارکر^۱، ۱۹۹۷) که تقریباً مورد توافق همه تعاریف موجود قرار گرفته است:

۱- مشکلاتی در تشخیص احساسات و تمایز قائل شدن بین احساسات و حساسیت‌های بدنی شکلی^۲ که در واقع برانگیختگی هیجانی هستند.

۲- مشکلاتی در توصیف احساسات و هیجان خود برای دیگران.

۳- سبک شناختی وابسته به محرک^۳ با جهت‌گیری خارجی و تفکر برون‌مدار.

۴- کاهش خیال‌پردازی و محدودیت در پردازش تصویری.

پژوهش‌ها حاکی از آنند که آلکسی تیمیا با متغیرهای روانشناختی چون هوش هیجانی، قدرت تصویر پردازی، همدلی و احساس آرامش (تیلور، بگبی و پارکر^۴، ۱۹۹۷) مرتبط است.

به همین سبب رابطه این ویژگی با طیف وسیعی از اختلالات روانشناختی همراه است. در پاره‌ای موارد ایجاد کننده اختلال دیگر و در موارد دیگر در اثر اختلالات دیگر به وجود آمده است. برای مثال در ۸۵ درصد موارد با اختلال اوتیسم همراه است و به نظر می‌رسد که در این

5.Hill & Frith
6.Shipko
7.Cochrane
8.Honkalampi
9.Cox

1.Taylor, Bagby & Parker
2. bodily sensations
3. stimulus- bond
4.Taylor, Bagby & Parker

پرخاشگری در رابطه بین الکسی تیمیا و زخم معده است. برای تعیین یک متغیر واسطه باید چهار شرط وجود داشته باشد:

۱- رابطه معناداری بین متغیر مستقل و متغیر واسطه‌ای وجود داشته باشد.

۲- رابطه معناداری بین متغیر وابسته و متغیر واسطه‌ای وجود داشته باشد.

۳- رابطه معناداری بین متغیر مستقل و متغیر وابسته وجود داشته باشد.

۴- در معادله رگرسیون رابطه بین متغیر مستقل و متغیر وابسته هنگام ورود متغیر واسطه‌ای کاهش معناداری دیده شود به طوری که اگر متغیر کاملاً واسطه باشد، رابطه بین متغیر مستقل و متغیر وابسته به طرف صفر کاهش می‌یابد (سرمد، ۱۳۷۸).

جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد ساکن شهر تهران در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۰ بودند. جهت اجرای پژوهش، ابتدا از بین مناطق بیست و دوگانه شهر تهران دو منطقه چهار و هفت انتخاب و سپس از بین مراکز درمانی این دو منطقه نیز چهار مرکز به طور تصادفی برگزیده شد. بعد از مراجعه حضوری و توافق مسئولین این مراکز، از بین افرادی که توسط پزشک داخلی به عنوان بیمار مبتلا به زخم معده شناخته شده بودند، تعداد ۹۳ نفر داوطلب شرکت در پژوهش شدند که نهایتاً ۸۴ نفر انتخاب گردیدند. سپس برای گزینش نمونه غیر بیمار نیز تعداد ۹۰ نفر غیر مبتلا به زخم معده در مناطق هفت و چهار شهر تهران به صورت نمونه در دسترس انتخاب گردید. اطلاعات جمعیت شناختی این دو گروه

از سوی دیگر این ناتوانی در تعدیل شناختی هیجانان، باعث فعالیت طولانی مدت سیستم عصبی خودکار و سیستم غدد درون ریز بدن خواهد شد. در چنین حالتی است که حتی بیماری‌های روان‌تنی مانند فشارخون بالا (جولا، ۱۹۹۹)، سندورم روده تحریک‌پذیر (وریسیمو^۲، ۱۹۹۸)، سوء هاضمه (جونز^۳، ۲۰۰۴)، سردردهای میگرنی، درد پایین کمر، آسم، تهوع و انواع آلرژی رخ دهد که در اصل علت روانشناختی دارند (تیلور، ۱۹۹۷).

بنابر آنچه گفته شد سوال پژوهش حاضر این است که اولاً آیا صفت شخصیتی آلکسی تیمیا از یک سو و خشم از سوی دیگر می‌تواند ابتدا به بیماری زخم معده را پیش‌بینی نمایند و ثانیاً این مسئله که آیا این دو متغیر بطور مستقل موجب بروز بیماری می‌شوند یا اینکه خشم به عنوان یک متغیر واسطه‌ای در این رابطه نقش دارد؟

روش

در این پژوهش از روش پس رویدادی یا علی-مقایسه‌ای استفاده شده است. روش مذکور اشاره به مواردی دارد که در آنها علت از پیش رخ داده و مطالعه اینک از طریق اثری که بر متغیر دیگر گذارده و بر جا مانده، امکان پذیر است. در بخش اصلی این تحقیق نیز هدف تعیین نقش الکسی تیمیا به عنوان متغیر مستقل بر بروز بیماری زخم معده به عنوان متغیر وابسته می‌باشد. در بخش جزئی نیز هدف تعیین نقش واسطه‌ای

1. Jula
2. Verissimo
3. Jones

۲- مقیاس الکسی تیمیا تورنتو: این مقیاس در سال ۱۹۸۶ به وسیله تیلور ساخته شده و در سال ۱۹۹۴ توسط بگبی، پارکر و تیلور مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس دارای بیست ماده به صورت جملات بیانی است که در مقیاس لیکرت از ۱ تا ۵ (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) نمره‌گذاری شده است. در این مقیاس سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر برون مدار نیز علاوه بر سازه کلی الکسی تیمیا سنجیده می‌شود. اعتبار این مقیاس در نمونه ایرانی را با مقدار آلفای کرونباخ ۰/۷۴ برای تشخیص احساسات، ۰/۶۱ برای توصیف احساسات و ۰/۵۰ برای تفکر برون مدار به دست آمده (قربانی و همکاران، ۲۰۰۲) و پایایی ۰/۷۲ نیز با روش بازآزمایی در نمونه ایرانی (محمد، ۱۳۸۰) گزارش شده است.

۳- مقیاس خشم P.D.S: این آزمون در سال ۱۹۷۷ توسط بردفورد و فیلدز و به عنوان مقیاسی برای انحراف شخصیت (محمودی، ۱۳۷۶) ساخته شد. این مقیاس دارای سی و شش ماده به صورت جملات بیانی است که در مقیاس لیکرت از ۱ تا ۴ (تقریباً همیشه تا هرگز) نمره‌گذاری شده است. در این آزمون سه زیر مقیاس درون تنبیهی، برون تنبیهی و سلطه‌گری نیز علاوه بر سازه کلی پرخاشگری سنجیده می‌شود.

اعتبار این مقیاس در نمونه ایرانی را با مقدار آلفای کرونباخ ۰/۶۵ برای کل سازه، ۰/۶۱ برای درون تنبیهی، ۰/۶۹ برای برون تنبیهی و ۰/۵۱ برای

نمونه در جدول ۱ آمده است.
ملاک‌های ورود نمونه افراد بیمار برای شرکت در پژوهش به شرح زیر بود:
- سکونت در شهر تهران برای مدت حداقل ۵ سال
- دامنه سنی بین ۳۰ الی ۵۰ سال
- ابتلا به بیماری زخم معده طبق نظر پزشک متخصص
- مراجعه به مراکز درمانی
- موافقت برای شرکت در طرح پژوهشی و امضای فرم رضایت نامه
ملاک‌های ورود نمونه افراد سالم برای شرکت در پژوهش به شرح زیر بود:
- سکونت در شهر تهران برای مدت حداقل ۵ سال
- دامنه سنی بین ۳۰ الی ۵۰ سال
- عدم وجود نشانه‌های اختلالات گوارشی و ابتلا به بیماری زخم معده طبق اظهار نظر فرد
- موافقت برای شرکت در طرح پژوهشی و امضای فرم رضایت نامه
ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات فردی، پرسشنامه الکسی تیمیا و مقیاس خشم بود که به شرح آنها در ادامه اشاره می‌شود:
۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی: داده‌های جمعیت شناختی افراد به کمک پرسشنامه‌ای که توسط پژوهشگر تنظیم شده، جمع‌آوری گردید. طراحی این پرسشنامه به صورت خود اجرا و بی‌نام بوده و شامل اطلاعاتی در زمینه جنسیت، سن، وضعیت تاهل، تحصیلات و طول دوران بیماری بود.

جدول ۳. فراوانی و آزمون آماری خی برای مقایسه

جنسیت و وضعیت تاهل گروه‌های نمونه

گروه‌ها	مرد	زن	متاهل	مجرد
بیمار	۴۴	۴۰	۴۴	۴۰
سالم	۴۴	۴۶	۵۱	۳۹
کا- اسکور پیرسون	$\chi^2 = 0.212$ $P = 0.645$		$\chi^2 = 0.322$ $P = 0.570$	

سپس آمارهای توصیفی مربوط به متغیرهای زخم معده، آلکسی تیمیا و خشم استخراج گردید که در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمرات آلکسی تیمیا و

خشم در دو گروه بیمار و سالم

گروه	آلکسی تیمیا		خشم	
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
بیمار	۶۳/۳۵	۱۴/۰۱	۸۷/۶۴	۱۱/۸۵
سالم	۴۷/۵۷	۱۳/۶۳	۷۱/۵۶	۱۱/۶۱

جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای پژوهش از روش همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	زخم معده	آلکسی تیمیا	خشم
زخم معده	۱	-	-
آلکسی تیمیا	*۰/۴۸۴	۱	-
خشم	*۰/۴۸۱	*۰/۸۱۵	۱

* این مقادیر در سطح $P < 0.001$ معنی دار می‌باشند

همانگونه که در این جدول نیز مشخص است متغیر واسطه با هردو متغیر مستقل و وابسته همبستگی معنادار دارد (شرط اول و دوم). جهت بررسی دقیق‌تر و تعیین نقش این متغیرها، روش

سلطه‌گری است. همچنین با روش بازآزمایی ثبات ۰/۹۳ برای کل سازه، ۰/۹۲ برای درون تنبیهی، ۰/۸۳ برای برون تنبیهی و ۰/۸۳ برای سلطه‌گری به دست آمده است (محمودی، ۱۳۷۶).

یافته‌ها

پس از جمع‌آوری اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌های اطلاعات شخصی، این نمرات براساس متغیرهای جمعیت شناختی بررسی شدند که در جدول ۱ نمایش داده شده است.

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناسی گروه‌های نمونه

گروه	جنسیت		وضعیت تاهل		سن
	مرد	زن	متاهل	مجرد	
بیمار	۴۴	۴۰	۴۴	۴۰	۸/۷۸
سالم	۴۴	۴۶	۵۱	۳۹	۷/۶۳
کل	۸۸	۸۶	۹۵	۷۹	۸/۲۳

با توجه به تفاوت متغیرهای جمعیت شناسی در دو گروه، ابتدا تفاوت متغیر سن با روش آماری t گروه‌های مستقل و تفاوت متغیرهای جنسیت و وضعیت تاهل با روش آماری مجذور خی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آنها در جدول ۲ و ۳ آمده است. نتایج روشن نمود که تفاوت معناداری از نظر این متغیرها در بین گروه‌ها وجود ندارد.

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و آزمون t برای مقایسه سن

گروه‌های نمونه

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	df	t	P
بیمار	۳۹/۲۰	۸/۷۸	۱۷۲	۱/۴۷۰	۰/۱۴۳
سالم	۴۱/۰۳	۷/۶۳			

الکسی تیمیا و خشم به عنوان متغیر پیش بین محسوب شده‌اند. خلاصه نتایج این تحلیل در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل رگرسیون متغیرها برای پیش بینی ابتلا به زخم معده

متغیر	R	R ²	F	P	B	SEB	β	t	P
گام اول									
الکسی تیمیا	۰/۴۸۴	۰/۲۳۴	۵۲/۶۳	۰/۰۰۰	۰/۰۱۵	۰/۰۰۲	۰/۴۸۴	۷/۲۵۵	۰/۰۰۰
گام دوم									
الکسی تیمیا	۰/۵۰۷	۰/۲۵۷	۲۹/۵۱	۰/۰۰۰	۰/۸۰۰	۰/۰۰۳	۰/۲۷۴	۲/۴۱۳	۰/۰۱۷
خشم					۰/۸۰۰	۰/۰۰۳	۰/۲۵۷	۲/۲۶۴	۰/۰۲۵

آلکسی تیمیا با بیماری زخم معده و نقش خشم به عنوان یک متغیر واسطه‌ای است. نتایج نشان داد که اولاً الکسی تیمیا با بیماری زخم معده رابطه مثبت معناداری دارد. در تبیین این نتیجه می‌توان از مدل اثرگذاری استرس سود جست.

طیف وسیعی از تحقیقات به رابطه بین استرس و زخم معده اشاره نموده‌اند (لویستون^۱، ۱۹۹۹). به عبارتی تصور بر این بوده که استرس روانشناختی نقش اساسی را در پدیدآیی یا تشدید بیماری زخم معده بازی می‌کند. اما امروزه اعتقاد بر این است که استرس به تنهایی و به صورت مستقیم نمی‌تواند فرد و سلامت روانی و جسمی او را متاثر کند بلکه نوع برداشت و ارزیابی فرد از استرس و شیوه مقابله‌ای اتخاذ شده تعیین کننده خواهد بود (الیس^۲، ۲۰۰۱ و لازاروس^۳، ۱۹۶۶). بر این اساس نوع و شیوه مقابله با استرس میزان زیان‌باری آن را مشخص می‌نماید. شیوه‌های

آماری تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی مورد استفاده قرار گرفت. در گام اول این تحلیل، زخم معده متغیر ملاک و الکسی تیمیا به عنوان متغیر پیش بین و در گام دوم زخم معده متغیر ملاک و

این اطلاعات کمک می‌کنند تا رابطه زخم معده با الکسی تیمیا ابتدا به طور مستقل و سپس با همراهی و تعامل با متغیر خشم بررسی و تعیین شود. نتایج گام اول تایید می‌کنند که بین متغیر وابسته و مستقل نه تنها رابطه معنادار وجود دارد (شرط سوم) بلکه با ورود متغیر واسطه، این رابطه کاهش می‌یابد (شرط چهارم).

بر اساس اطلاعات جدول ۶، این متغیرها مدل پیش‌بینی مناسب و معناداری را شکل می‌دهند که ۲۵٪ تغییرات ابتلا به زخم معده را به حساب می‌آورد. طبق این مدل افزایش یک انحراف استاندارد در نمرات الکسی تیمیا منجر به افزایش ابتلا به زخم معده به اندازه ۰/۲۷ انحراف استاندارد و افزایش یک انحراف استاندارد در خشم منجر به افزایش ابتلا به زخم معده به اندازه ۰/۲۵ انحراف استاندارد خواهد شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی صفت شخصیتی

1. Levenstein
2. Ellis
3. Lazarus

علائم جسمی هستند (دیگاجت^۲، ۲۰۰۲).

از طرف دیگر این نتیجه را می توان بر اساس ارتباط زخم معده با اختلالات عاطفی نیز تبیین نمود. اختلالات عملکردی سیستم گوارش مانند زخم معده، اغلب با اختلالات عاطفی افسردگی و اضطراب همراه می شوند. این همراهی نشان دهنده ارتباط مکانیسم های پاتوفیزیولوژیکی عملکرد نامناسب این دو فرایند است. تحقیقات بسیاری نیز همراهی افسردگی و اضطراب را در بیماری زخم معده (مایر^۳، ۲۰۰۱) و (هنینگسن^۴، ۲۰۰۳) تایید نموده اند.

اکثر مطالعات انجام گرفته پیرامون آلکسی تیمیا نیز ارتباط و همراهی آن با اضطراب و به خصوص افسردگی را نشان می دهند. از آنجا که این افراد نمی توانند احساسات منفی خود را به درستی شناسایی کنند، در تخلیه و خنثی کردن این عواطف نیز دچار مشکل شده و به دلیل ناتوانی در مدیریت و تنظیم احساسات منفی، عواطف منفی ناتوان کننده و مشکل ساز تشدید می شوند. ابراز احساسات و به مشارکت گذاشتن آنها یکی از مهارت های زندگی است و این ناتوانی بصورت علائم اضطراب یا افسردگی (ماتون و گنسوز^۵، ۲۰۰۷) بروز می نماید.

ثانیاً نتایج این پژوهش نشان داد که خشم در رابطه بین بیماری زخم معده و آلکسی تیمیا واسطه می شود. یعنی آلکسی تیمیا موجب بروز خشم و خشم موجب بروز بیماری زخم معده می شود.

مقابله ای در دو گروه مثبت و کارآمد، و منفی و ناکارآمد قرار می گیرند. مثبت اندیشی، جستجوی حمایت عاطفی و جستجوی حمایت اجتماعی نمونه هایی از روش مقابله مثبت و عقب نشینی، فرافکنی، سرزنش خویشتن و خشم از روش های مقابله منفی و ناکارآمد است.

افراد آلکسی تیمیا توانایی محدودی در سازگاری با شرایط استرس زا دارند و هنگام رویارویی با یک رویداد آسیب زا به دلیل ناتوانی در تنظیم و مدیریت احساسات، دچار آشفتگی هیجانی می شوند. البته چنین نیست که آنان هیچگاه بیان احساس و هیجان ندارند، بلکه نمی توانند احساسات و عواطف خود را شناسایی کرده و از حس های جسمی افتراق دهند. در واقع مبتلایان به آلکسی تیمیا احساسات نامتمایزی دارند که عموماً با یک برانگیختگی فیزیولوژیک همراه است. اما به علت مشکل در تمایز و توصیف، برانگیختگی فعال باقی مانده و از بین نمی رود. این افراد هیجان ناشی از احساسات جسمی خود را نشناخته و تنها بر حس جسمی تمرکز می کنند. تاکید و تمرکز بر حس های جسمی موجب تشدید این علائم شده و در یک چرخه پس خوراندی معیوب، بیماری جسمی عملکردی بروز می نماید (شاه قلیان و همکاران، ۱۳۸۶). از این رو پژوهش ها نشان داده اند که ویژگی ناتوانی در شناسایی احساسات، قوی ترین عامل مشترک بین آلکسی تیمیا و جسمانی کردن بوده (ماتیل^۱، ۲۰۰۸) و این بُعد همراه با وجود احساسات منفی پیش بینی کننده ثبات و مقاومت

2. DeGucht
3. Mayer
4. Henningsen
5. Motan & Gencoz

1. Mattila

به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به الکسی تیمیا در شرایط کنترل هیجانات خود از مکانیسم‌های دفاعی انکار و سرکوب استفاده می‌کنند و احساسات خود را واپس رانی می‌کنند. اما سرکوب احساسات و عدم ابراز آنها موجب کاهش احساس خوب بودن شده و عدم رضایت مندی را در فرد تشدید می‌نماید (ماتون و گنسوز، ۲۰۰۷). این امر یک درماندگی روانشناختی را منجر می‌شود که به صورت خشم و در جهت جبران بروز می‌نماید. به همین علت در توصیف این افراد بیان می‌شود که آنان گاهی به شدت بی‌قرار بوده و خود را ملامت می‌کنند و یا به صورت انفجاری گریه کرده و خشمگین می‌شوند (مک لارن، ۲۰۰۶).

متأسفانه این افراد اکثراً برای بیان خشم و عواطف منفی خود تلاش نکرده و از تعارضات بین فردی اجتناب می‌ورزند (پورسلی^۱، ۲۰۰۴). در نتیجه ممکن است آسیب زدن به خود را به منزله راهی برای بیان سطوح بالای عواطف منفی خویش برگزینند.

ارتباط بین خشم و بیماری زخم معده نیز در پژوهش‌های بسیاری (دراسمن^۲، ۱۹۹۹) مورد تایید قرار گرفته است.

تبیین مکانیسم‌هایی که ویژگی روانی و رفتاری خشم را با زخم معده مرتبط می‌سازد بسیار پیچیده بوده و در واقع طیفی از مکانیسم‌ها مورد نظر قرار می‌گیرند. برخی از نظریه‌ها هورمون‌های غده فوق کلیوی مانند کورتیزول را مطرح می‌کنند

که با افزایش اسید معده و حرکات معده و روده مرتبط است و در شرایط خشم ترشح آن بیشتر می‌شود (جونز و همکاران، ۲۰۰۷).

نظریه‌های دیگر بر عملکرد اعصاب سمپاتیک و پاراسمپاتیک تاکید دارند. افراد با ویژگی خشم، نه تنها به واسطه افزایش تخلیه سمپاتیکی بلکه بر اثر فعال‌سازی‌های مکرر سیستم سمپاتیک، دچار آسیب‌های گوارشی و عملکرد نامناسب و آسیب‌زای ترشحی معده و دوازدهه (جونز و همکاران، ۲۰۰۷) می‌شوند.

به این ترتیب مشخص می‌شود که الکسی تیمیا می‌تواند به صورت غیر مستقیم و با واسطه متغیر خشم نیز موجب بروز بیماری زخم معده شود.

بنابر نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود اولاً در طرح‌های درمانی برای بیماری زخم معده، ابتلا یا عدم ابتلا به الکسی تیمیا به عنوان یک عامل خطرزا^۳ بررسی شود و ثانیاً روش‌های درمانی متمرکز بر هیجان مانند آموزش مهارت‌های کنترل و ابراز هیجان، و روش‌های مدیریت خشم، به عنوان مکمل دارو درمانی در برنامه‌های مداخله‌ای مد نظر قرار گیرد.

منابع

بشارت، محمدعلی (۱۳۸۷)، رابطه نارسایی هیجانی با اضطراب، افسردگی، درماندگی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی، پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)، ۳(۱۰): ۱۷-۴۰.

روزنهان، دیوید و سلیگمن، مارتین؛ آسیب‌شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۷۹)، تهران، ساوالان، چاپ اول، جلد ۱، ص ۴۵۲.

1. Porcelli
2. Drossma
3. risk factor

انواع پرخاشگری با بیماری زخم معده، دومین کنگره انجمن روان شناسی ایران.
 محمد، سعید (۱۳۸۰)، بررسی ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به کولیت اولسروز و مقایسه آن با افراد سالم، پایان نامه کارشناسی ارشد، انیستیتو روانپزشکی تهران.
 محمودی، غلامرضا (۱۳۷۶)، هنجاریابی مقیاس خشم بر روی زندانیان، افراد افسرده و دانشجویان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن.

سرمد، زهره (۱۳۷۸)، متغیرهای تعدیل کننده و واسطه‌ای: تمایزات مفهومی و راهبردی، پژوهش‌های روانشناختی، (۳ و ۴): ۸۱ - ۶۳.
 شاه قلیان، مهناز؛ مرادی، علیرضا و کافی، سیدموسی (۱۳۸۶)، رابطه آلکسی تیمیا با سبک‌های ابراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار) ۱۳ (۳): ۲۳۸ - ۲۴۸.
 عزیزاده فرد، سوسن و احدی، حسن (۱۳۸۵)، ارتباط

- Bagby, R.M.; Taylor, G.J. & Parker, J.D.A. (1994), "The twenty-item Toronto alexithymia scale II: convergent, discriminate, & concurrent validity", *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Chapman, C.R. (1984), "New direction in the understanding and management of pain", *Social Science and Medicine*, (19):1261-1277.
- Cochrane, C.E.; Brewerton, T.D.; Wilson, D.B.; Hodges, E.L. (1993), "Alexithymia in the eating disorders", *The international journal of eating disorder*, 14(2): 219-22.
- Cox, B.J.; Swinson, R.P.; Shulman, I. D.; Bourdeau, D. (1995), "Alexithymia in panic disorder and social phobia", *Comprehensive psychiatry*, 36 (3): 195-8.
- De Francesco, V.; Giorgio, F.; Hassan, C.; Manes, G.; Vannella, L.; Panella, C.; Ierardi, E.; Zullo, A. (2010), "Worldwide H. pylori antibiotic resistance: a systematic review", *Journal of Gastrointestinal Liver Disorder*, 19(4):409-14.
- DeGucht, V. (2002), "Neuroticism, alexithymia, negative affect and positive affect as predictors of medically unexplained symptoms in primary care", *Acta report: cognitive processing of own Neuropsychiatrica*, 14(4): 181-5.
- Drossman, D.A.; Creed, F.H.; Olden, K.W.; Svedlund, J.; Toner, B.B.; Whitehead, W.E. (1999), "Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders", *Gut*, 45(Suppl 2): II25-II30.
- Ellis, A. (2001), *Feeling better, getting better, staying better*, (1st edition) USA: Impact Publishers, 120.
- Frith, U. (2004), "Emanuel Miller lecture: confusions and controversies about Asperger syndrome", *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 45 (4): 672-86.
- Ghorbani, N.; Bing, M.; Watson, P.; Davison, H. & Mack, D. (2002) "Self-reported emotional intelligence: construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States", *International Journal of Psychology*, 37, 297-308.
- Henningsen, P.; Zimmermann, T.; Sattel, H. (2003), "Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review", *Psychosomatic Medicine*, 65(4): 528-33.
- Hill, E.B.S.; Frith, U. (2004), "Brief emotions in individuals with autistic

- spectrum disorder and in their relatives", *Journal of autism and developmental disorder*, 34 (2): 229–235.
- Honkalampi, K.; Hintikka, J.; Laukkanen, E.; Lehtonen, J.; Viinamäki, H. (2001), "Alexithymia & depression: a prospective study of patients with major depressive disorder", *Psychosomatics*, 42 (3): 229–34.
- Jones, M.P.; Crowell, M.D.; Olden, K.W.; Creed, F. (2007), "Functional gastrointestinal disorders: an update for the psychiatrist", *Psychosomatics*, 48(2): 93-102.
- Jones, M.P.; Schettler, A.; Olden, K.; Crowell, M.D. (2004), "Alexithymia and somatosensory amplification in functional dyspepsia", *Psychosomatics*, 45 (6): 508–16.
- Jula, A.; Salminen, J.K.; Saarijärvi, S. (1999), "Alexithymia: a facet of essential hypertension", *Hypertens* 33 (4): 1057–61.
- Kobasa, S. C. O.; Maddi, S. R.; Puccetti, M. C. & Zola, M. A. (1985), "Effectiveness of hardiness, exercise and social support as resources against illness", *Journal of Psychosomatic Research*, 29: 525-533.
- Lane, R.D.; Ahern, G.L.; Schwartz, G.E.; Kaszniak, A.W. (1997), "Is alexithymia the emotional equivalent of blind sight?", *Biological Psychiatry*, 42 (9): 834–44.
- Lazarus, R.S. (1966), *Psychological stress and the coping process*, 1st ed. New York: McGraw-Hill, 100 .
- Levenstein, S.; Ackermanm S.; Kiecolt-Glaser, J. K.; Dubois A. (1999), "Stress and peptic ulcer disease", *JAMA*, 281(1):10-1.
- Maclaren, K. (2006), "Emotional disorder and the mind-body problem: A case study of alexithymia", *Chiasmi International*, 8: 139–55.
- Mattila, A.K.; Kronholm, E.; Jula, A.; Salminen, J.K.; Koivisto, A.M.; Mielonen, R.L. (2008), "Alexithymia and somatization in general population", *Psychosomatic Medicine*, 70(6): 716-22.
- Mayer, E.A.; Craske, M.; Naliboff, B.D. (2001), "Depression, anxiety, and the gastrointestinal system", *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl 8): 28-36.
- Motan, I.; Gencoz, T. (2007), "The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety", *Turk Psikiyatri Derg*, 18(4): 333-43.
- Paivio, S.C.; McCulloch, C.R. (2004), "Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors", *Child abuse & neglect*, 339-354.
- Parker, J.D.A.; Taylor, G.J.; Bagby, R.M. (2001), "The relationship between emotional intelligence and alexithymia", *Personality and Individual Differences*, 30: 107–115.
- Porcelli, P.; Affatati, V.; Bellomo, A.; DeCarne, M.; Todarello, O.; Taylor, G.J. (2004), "Alexithymia and psychopathology in patients with psychiatric and functional gastrointestinal disorders", *Psychotherapy and Psychosomatics*. 73(2): 84-91.
- Shipko, S.; Alvarez, W.A.; Noviello, N. (1983), "Towards a teleological model of alexithymia: alexithymia and post-traumatic stress disorder", *Psychotherapy and psychosomatics*, 39 (2): 122–6.
- Taylor, G.J. & Bagby, R.M. (1988), "Measurement of alexithymia: Recommendations for clinical practice and future research", *Psychiatry Clinical of North America*, 11, 351-366.
- Taylor, G.J.; Bagby, R.M. & Parker,

- J.D.A. (1997), *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*, Cambridge: Cambridge University Press, pp. 29
- Taylor, G.J.; Parker, J.D.; Bagby, R.M. (1990), "A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence", *The American journal of psychiatry*, 147 (9): 1228-30.
- Taylor, G.J. & Taylor, H.S. (1997), *Alexithymia*, In M. McCallum & W.E. Piper (Eds.) *Psychological mindedness: A contemporary understanding*. Munich: Lawrence Erlbaum Associates: 1997.
- Verissimo, R.; Mota-Cardoso, R.; Taylor, G. (1998), "Relationships between alexithymia, emotional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease", *Psychotherapy and psychosomatics*, 67 (2): 75-80.
- Williams, C.; Wood, R.L. (2010), "Alexithymia and emotional empathy following traumatic brain injury", *Journal of Clinical Experience and Neuropsychology*, 32 (3):259-67.