

مقایسه الکسی تایمیا، اضطراب، افسردگی و شدت علائم گوارشی در مبتلایان به اختلالات عملکردی گوارشی و بیماران روانپزشکی

مینا مظاهری^۱، حمید افشار^۲، شکوفه نیک نشان^۱

^۱پژوهشگر، مرکز تحقیقات روان تنی (سایکوسوماتیک)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان نور و حضرت علی (ع)، اصفهان، ^۲دانشیار، مرکز تحقیقات روان تنی (سایکوسوماتیک)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

هدف از این پژوهش بررسی مقایسه‌ای الکسی تایمیا، اضطراب، افسردگی و شدت علائم گوارشی در مبتلایان به اختلالات عملکردی گوارشی و بیماران روانپزشکی بود.

روش بررسی:

این پژوهش یک تحقیق مقایسه‌ای از نوع پس رویدادی است. نمونه‌ی مورد مطالعه شامل ۲۱۰ نفر بود که ۱۲۹ نفر آنها بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی مراجعه کننده به درمانگاه روان تنی (گوارش) و ۸۱ نفر بیماران روان پزشکی مراجعه کننده به درمانگاه اختلالات خلقی بیمارستان نور در شهر اصفهان در سال ۱۳۸۷ بودند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ی الکسی تایمیای تورنتو (TAS-20)، پرسشنامه‌ی معیار بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS) و پرسشنامه‌ی علائم گوارشی (GSRS) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری صورت گرفت.

یافته‌ها:

نتایج نشان داد که بین دو گروه بیماران گوارشی و روان پزشکی از نظر میزان الکسی تایمیا، اضطراب، افسردگی و شدت علائم گوارشی تفاوت معنی داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری:

پژوهش نشان داد میزان الکسی تایمیا، اضطراب، افسردگی و شدت علائم گوارشی در بیماران گوارشی در مقایسه با بیماران روان پزشکی بیشتر است. به نظر می رسد که الکسی تایمیا در این میان نقش اصلی و میانجی را برای درک علائم و مراجعه به مطب پزشکان بازی می کند و صرف نظر از درمانی که بیماران انتخاب می کنند، نسبت بالایی از بیماران، علائم روانپزشکی و علائم جسمی فاندکشنال را با هم تجربه می کنند. بنابراین، ارزیابی و توجه به این فاکتور به عنوان عامل موثر در فرآیند درمان بیماران روان تنی ضروری به نظر می رسد.

کلیدواژه: الکسی تایمیا، اضطراب، افسردگی، شدت علائم گوارشی، اختلالات عملکردی گوارشی (FGID)، بیماران روان پزشکی

گوارش/ دوره ۱۶، شماره ۱/ بهار ۱۳۹۰/ ۱۴-۲۱

نویسنده مسئول:

اصفهان، خیابان استانداری، مرکز تحقیقات روان تنی (سایکوسوماتیک)

تلفن و نامبر: ۰۳۱۱-۲۲۲۲۲۵۵

پست الکترونیک: mina.mazaheri@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۱۲

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۰/۳/۱

تاریخ پذیرش: ۹۰/۳/۲

زمینه و هدف:

اختلالات عملکردی گوارشی (FGID)^۱ شایع ترین اختلالات گوارشی هستند (۱) که حدود ۵۰٪ از مراجعین به مراکز خدمات بیماریهای گوارشی را شامل می شوند. (۲)، گرچه این اختلالات بخش عمده ای از فعالیت بالینی پزشکان عمومی و متخصصین گوارش را در بر می گیرد، اما اغلب به عنوان چالش ها و شکست های درمان مطرح هستند. علت اصلی این مشکل ناشی از این حقیقت

1. Functional Gastrointestinal Disorders

الکسی تایمیا به معنای نبود واژه‌ای برای بیان وضعیت خلقی است. این کلمه برای اولین بار توسط سیفنز^۵ در سال ۱۹۷۳ برای طرح یک دسته از ویژگی‌های عاطفی و شناختی که در بین بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی مشاهده گردید، معرفی شد.^(۷) الکسی تایمیا ویژگی شخصیتی افرادی است که آسیب پذیری بالایی برای اختلالات جسمی و اختلالات خلقی دارند^(۸) و در سال‌های اخیر الکسی تایمیا در مطالعاتی که بر روی بیماری خاصی انجام می‌شود، مورد ارزیابی قرار گرفته و به عنوان یک فاکتور میانجی در هنگام مطالعه‌ی افسردگی و اضطراب در نظر گرفته می‌شود.^(۹) این واژه یک مفهوم چند بعدی است که دارای ویژگی‌های زیر است: دشواری در توصیف احساسات، دشواری در تمایز و افتراق بین احساسات و حس‌های بدنی^۹، ناتوانی در برقراری ارتباط با دیگران^۷، کاهش خیال پردازی و رویاها^{۱۰} و تمرکز بر تجارب بیرونی (تفکر عینی).^(۱۰)

بررسی‌های بالینی نشان می‌دهد الکسی تایمیا بیماری‌های جسمی را تشدید می‌کند و فرضیه‌ای که در این زمینه مطرح است این است که الکسی تایمیا علایم داخلی ناخوشایند را تقویت می‌کند. در پژوهشی چگونگی تأثیر الکسی تایمیا بر حساسیت نسبت به تحریک احشایی، مورد بررسی قرار گرفت و ارتباط بین واکنش به محرک و میزان الکسی تایمیا و ابعاد آن ارزیابی شد. افرادی که نمره‌ی بعد دشواری در شناسایی احساسات آنها بالا بود درد شدید، نیاز فوری به دفع، استرس، اضطراب و خواب آلودگی را تجربه کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که الکسی تایمیا با حساسیت شدید به تحریک احشایی در ارتباط است. بنابراین، این یافته حمایت کننده‌ی فرضیه‌ی افزایش حس‌های بدنی در افراد الکسی تایمیک است و برای مشخص کردن تأثیر الکسی تایمیا بر عملکرد مغزی- روده ای، به ویژه برای فهم و درک آسیب‌شناسی روانی اختلالات عملکردی گوارشی اهمیت دارد.^(۱۱) سیار^۹ و همکاران^(۲۰۰۰) با بررسی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر نشان دادند که این بیماران در شناسایی احساسات، بیان احساسات و خیال پردازی ناتوان هستند. دشواری در شناسایی و بیان احساسات بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر را مستعد ابتلا به اختلالات سوماتوفرم از جمله جسمی‌سازی و هیپوکندریاز می‌کند و الکسی تایمیا احساسات جسمانی را در این بیماران افزایش می‌دهد.^(۱۲)

گرچه مشخص شده که بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی که به مطب متخصصین گوارش مراجعه می‌کنند دارای اختلالات روانپزشکی همراه می‌باشند، اما درباره ویژگی‌های متفاوتی که بین این بیماران گوارشی و بیماران مراجعه‌کننده به سرویس‌های درمانی روانپزشکی (روانپزشکان) وجود دارد، اطلاعات چندانی در دسترس نیست. همراهی اختلالات روانپزشکی با FGID یک کار تشخیصی مشکل برای متخصصین گوارش و روانپزشکان است. با وجود این شیوع بالایی از آسیب شناسی روانی بیماران

است که آسیب شناسی اختلالات گوارشی عملکردی به طور کامل مشخص و قابل فهم نیست. آشفتگی‌های روانی- اجتماعی در بیشتر مبتلایان به اختلالات گوارشی عملکردی به خصوص در افرادی که برای درمان مراجعه می‌کنند، وجود دارد.^(۳)

اختلالات سیستم گوارشی اغلب با اختلالات عاطفی از جمله اضطراب و افسردگی همراه می‌شوند. توأم بودن اختلالات گوارشی و عاطفی به طور کم و بیش نه تنها در بیماران بلکه در افراد عادی جامعه نیز دیده می‌شود که نشان دهنده‌ی ارتباط مکانیسم‌های پاتوفیزیولوژیکی عملکرد نامناسب سیستم گوارشی و برخی از اختلالات عاطفی است.^(۴)، گرچه هیچ اختلال روانپزشکی خاصی به اختلالات گوارشی عملکردی نسبت داده نمی‌شود^(۲) شایع‌ترین اختلالات دیده شده در بیماران ارجاعی به مراکز درمانی عبارتند از: اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی (مثل، افسردگی اساسی)، اختلالات سوماتوفرم (مثل اختلال جسمانی کردن و اختلال درد). همراهی اختلالات روانپزشکی و اختلالات گوارشی عملکردی برای متخصصین گوارش مشخص و محرز گردیده است.^(۱)

بررسی‌ها نشان می‌دهد که شیوع تشخیص‌های روانپزشکی در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی بسته به نوع جمعیت، نوع مرکز درمانی (بر حسب تخصص) و معیار تشخیصی بین ۲۵٪ تا ۱۰۰٪ می‌باشد^(۲) و در بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر (IBS) شایع‌ترین اختلال گوارشی، بین ۱۰۰-۴۰٪ است.^(۵)، برخی از مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد افرادی که علایم سندرم روده تحریک‌پذیر دارند ولی به پزشک مراجعه نمی‌کنند از لحاظ روانشناختی مشابه جمعیت عادی و بدون علامت هستند، ولی افراد مبتلا به علایم سندرم روده تحریک‌پذیر که در پی درمان هستند از نظر اضطراب، افسردگی و نگرانی‌های خود بیمارانگاری در سطح بالاتری بوده و ارتباط چندانی بین علایم خود و استرس نمی‌بینند. شیوع این اختلالات در مراکز فوق تخصصی بیشتر است.^(۶)

شواهد نشان می‌دهد که اختلالات گوارشی عملکردی ممکن است در اثر اختلال در فعالیت حسی- حرکتی روده و سیستم عصبی مرکزی که توسط مدارهای دو سویه (مغزی- روده ای)^{۱۳} در بین سیستم عصبی روده و مغز ایجاد می‌شوند، به وجود آید. در نتیجه، علایم اختلالات گوارشی عملکردی به اختلالات حرکتی، آستانه‌ی درد متغیر^{۱۴} و سایر دریافت‌های حسی از سیستم گوارشی، و یا ترکیبی از این اختلالات نسبت داده می‌شود. از چشم‌انداز سه بعدی زیستی، روانی و اجتماعی، اختلالات عملکردی گوارشی ممکن است در نتیجه اختلال سیستم عاطفی و محور مغزی- روده ای باشد که در برگرفته‌ی عملکردهای نوروفیزیولوژی، شناختی و هیجانی است. پس جای تعجب نیست که بیماران با اختلالات عملکردی گوارشی نسبت به بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده الکسی تایمیک‌تر هستند و با اختلالات روانپزشکی، روانشناختی و الکسی تایمیا همراه است.^(۲)

5. Sifneos
6. Difficulty in distinguishing feelings and bodily sensations
7. Inability to communicate with others
8. Paucity of a fantasy life and of dreams
9. Sayar

2. Irritable bowel syndrom
3. Brain-Gut
4. pain Altered

اختلالات خلقی بود. از آنجایی که جمعیت آماری در این پژوهش محدود بود، حجم نمونه برابر با جامعه آماری در نظر گرفته شد. بر این اساس، افراد بر اساس معیارهای ورود به مطالعه در مقطع زمانی جمع آوری داده ها (۵ ماه)، مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود به این پژوهش عبارت بودند از: همکاری بیمار جهت شرکت در پژوهش، مراجعه اول، تحصیلات حداقل سیکل، سن ۶۰-۱۸ سال، بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی بر اساس معیار ROME III توسط متخصص گوارش برای بیماران ارجاعی به درمانگاه روان تنی، بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی (خلقی و اضطرابی) بر اساس مصاحبه بالینی توسط روانپزشک برای بیماران مراجعه کننده به درمانگاه اختلالات خلقی.

برای جمع آوری داده‌ها از ۳ پرسشنامه استفاده شد که عبارتند از:

۱- پرسشنامه الکسی تایمیای تورنتو^{۱۰} (TAS-۲۰): پرسشنامه ی الکسی تایمیای تورنتو که توسط بگی و همکاران^{۱۱} (۱۹۹۴) یک پرسشنامه خود سنجی^{۱۲} و ۲۰ سوالی است که برای ارزیابی الکسی تایمیای مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه دارای سه بعد است: دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات (۷ سوال)، دشواری در توصیف احساسات (۵ سوال)، و تمرکز بر تجارب بیرونی (۸ سوال) (۱۳). سوال ها برحسب معیار ۵ نقطه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) نمره گذاری و نمرات ۶۰ به بالا به عنوان الکسی تایمیای بالا و نمرات ۵۲ به پایین به عنوان الکسی تایمیای پایین در نظر گرفته می‌شوند. (۵۲)، اعتبار همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی برای کل مقیاس TAS-۲۰ و ابعاد، DDF^{۱۳} و EOT^{۱۴}، DIF^{۱۵} به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۶۶ گزارش گردیده است و اعتبار کل مقیاس TAS-۲۰ و ابعاد، DIF، DDF و EOT در نمونهی بالینی ایرانی با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۶۹ و ۰/۶۵ گزارش شده است. (۱۴)

۲- پرسشنامه معیار بیمارستانی اضطراب و افسردگی^{۱۶} (HADS): این پرسشنامه معیاری حساس و مختصر برای ارزیابی افسردگی و اضطراب در بیماران جسمی، روانی و حتی افراد عادی است. پرسشنامه HADS شامل ۱۴ سوال در دو زمینه افسردگی (۷ سوال) و اضطراب (۷ سوال) است. هر سوال به وسیله‌ی یک معیار چهار نمره‌ای امتیازدهی می‌شود به طوری که حداکثر امتیاز برای هر یک از زیر مقیاس‌های افسردگی و اضطراب ۲۱ است. امتیاز بالای ۱۱ در هر دو زمینه نشانه وجود یک اختلال روانپزشکی جدی، امتیاز ۱۰-۸ بینابینی و نمره ۷-۰ طبیعی محسوب می‌شود. پایداری درونی بر حسب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های اضطراب و افسردگی در نمونهی ایرانی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۶ گزارش شده است. (۱۵)

مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی در چندین مطالعه نشان داده شده است. پرسلی نشان داد که ۶۵/۵٪ بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی حداقل به یک اختلال روانپزشکی مبتلا هستند و ۴۸٪ بیماران روانپزشکی دارای یک اختلال گوارشی عملکردی می‌باشند که حدود ۵۵٪ آنها IBS دارند. (۲)

پاتوفیزیولوژی اختلالات گوارشی عملکردی از لحاظ مفهومی نزدیک به فرایند جسمی سازی است. قاعده مستثنی کننده‌ی DSM-IV ممکن است محدودیت عمده‌ای برای تشخیص این موربیدیتی همراه ایجاد و موجب عدم تشخیص اختلالات گوارشی عملکردی در کلینیک های روانپزشکی شود. بر طبق DSM-IV اگر علایم جسمی غیر قابل توضیح از لحاظ پزشکی توجیه بهتری برای سایر اختلالات روانی به ویژه اختلال اضطرابی یا خلقی باشند، اختلالات سوماتوفرم تشخیص داده نمی‌شود. هم چنین وقتی که روانپزشکان تمام علایم گوارشی بیماران روانپزشکی را به اختلال خلقی یا اضطرابی نسبت می‌دهند، اختلالات عملکردی گوارشی ممکن است تشخیص داده نشود. انتقاداتی در مورد این قاعده مستثنی انجام شده است چون نسبت دادن علایمی از قبیل تهوع، سوزش سر دل، درد معده یا اسهال به اختلال خلقی یا اضطرابی موجود یک قضاوت ذهنی قابل توجه از طرف پزشکان است. برای مثال مشخص شده است زمانی که قاعده مستثنی در نظر گرفته نمی‌شود ۷۸٪ بیماران مبتلا به اختلال جسمی سازی دارای معیارهایی برای تشخیص بیش از یک اختلال هستند. (۲)

فرض بر این است که الکسی تایمیای و آسیب شناسی روانی دو عامل روانشناختی هستند که شیوه درک و تجربه شخصی علایم و بدنبال آن مراجعه به سرویس های درمانی روانپزشکی یا گوارشی را تحت تاثیر قرار دهد. (۲)، بر این اساس هدف اصلی از این پژوهش بررسی مقایسه الکسی تایمیای، اضطراب و افسردگی و شدت علایم گوارشی در مبتلایان به اختلالات عملکردی گوارشی و بیماران روانپزشکی است و جهت ارزیابی الکسی تایمیای، آسیب شناسی روانی و شدت علایم گوارشی در دو گروه بیماران گوارشی و روانپزشکی این فرضیه مورد بررسی قرار گرفت: بین بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی و بیماران روانپزشکی از نظر الکسی تایمیای و ابعاد آن (دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر عینی)، اضطراب، افسردگی و شدت علایم گوارشی تفاوت وجود دارد.

روش بررسی

این تحقیق یک پژوهش مقایسه‌ای از نوع پس‌رویدادی است. جامعه ی آماری این پژوهش کلیه بیماران روان تنی و روان پزشکی بودند که از ۸۷/۴/۱ تا ۸۷/۹/۱ به درمانگاه های روانپزشکی (روان تنی- گوارش و اختلالات خلقی) دولتی شهر اصفهان مراجعه کردند. تعداد این افراد ۲۱۰ نفر بود. بنابراین، نمونه آماری شامل ۱۲۹ بیمار مبتلا به اختلال عملکردی گوارشی ارجاع شده به درمانگاه روان تنی و ۸۱ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه

10. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)
11. Bagby & et al.
12. Self-report
13. Difficulty in describing feelings
14. Difficulty in identifying feelings
15. Externally-oriented Thinking
16. Hospital Anxiety and Depression Scale

آن به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۶۱، ۰/۸۷، ۰/۷۵، ۰/۸۶ و ۰/۷۵ بود. پژوهشگر برای انجام پژوهش، ابتدا خود را به افراد مورد بررسی معرفی کرده و بعد از توضیح در مورد هدف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه، به بیماران تأکید کرد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند تا آنها با رضایت تمام (رضایت شفاهی گرفته شد) پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. به منظور مقایسه میانگین نمرات الکسی تایمیا، اضطراب و افسردگی بیماران گوارشی و روان پزشکی، از آمار توصیفی: میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی: آزمون تحلیل واریانس چند متغیری^{۱۸} (یک روش آماری پارامتریک بین گروهی است و در تحقیقات آزمایشی که بیش از یک متغیر وابسته دارد، به کار می رود) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام گرفت.

یافته‌ها:

جدول ۱ نتایج میانگین و انحراف معیار الکسی تایمیا و ابعاد آن، اضطراب، افسردگی و علائم گوارشی بیماران گوارشی و روان پزشکی را نشان می‌دهد. بررسی میانگین‌های دو گروه نشان می‌دهد که در بیماران گوارشی در مقایسه با بیماران روان پزشکی میزان کل الکسی تایمیا، اضطراب، افسردگی و شدت علائم گوارشی بیشتر است. هم چنین، میانگین دو بعد ۱ و ۳ الکسی تایمیا (دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات و تفکر عینی) در بیماران

۳- پرسشنامه علائم گوارشی^{۱۷} (GSRS): GSRS یک ابزار سنجش بیماری است که بر اساس بررسی علائم معدی روده ای و تجربه بالینی ساخته شده و برای ارزیابی علائم رایج اختلالات گوارشی به کار می رود. این پرسشنامه دارای ۱۵ سوال است که هر سوال بر حسب مقیاس ۷ نقطه ای لیکرت از عدم ناراحتی (۰) تا ناراحتی شدید (۷) نمره گذاری می‌شود. هم چنین این پرسشنامه شامل ۵ زیر مقیاس است که عبارتند از: دل درد (دل درد، دردهای گرسنگی، تهوع)، سندرم ریفلاکس (سوزش معده و برگشت اسید)، سندرم اسهال (اسهال، مدفوع شل، نیاز فوری برای دفع)، سندرم یبوست (یبوست، مدفوع سفت، احساس دفع ناقص)، سندرم سوء هاضمه (قاروقور شکم، نفخ شکم، آروغ و افزایش گاز شکم). نمره کل از جمع میانگین نمرات در هر زیر مقیاس به دست می‌آید و افزایش نمره در این مقیاس بیانگر شدت علائم است. این پرسشنامه را می‌توان با انجام مصاحبه یا به صورت خودسنجی تکمیل کرد. اعتبار همسانی درونی برای ۵ زیر مقیاس GSRS بر حسب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۶۱، ۰/۸۳، ۰/۸۰ و ۰/۷۰ برآورد گردیده است. در این مطالعه از نسخه آمریکایی این مقیاس که دارای پایایی قابل قبولی است، استفاده شد. (۱۶)، لازم به ذکر است، این پرسشنامه ابتدا به فارسی ترجمه و سپس توسط یک متخصص گوارش که به زبان انگلیسی کاملاً مسلط بود، برگردان شد، و پایایی آن بر حسب آلفای کرونباخ در نمونه ی بالینی ایرانی محاسبه گردید که برای کل مقیاس GSRS و ۵ زیر مقیاس

18. MANOVA (Multivariate analysis of Variance)

17. Gastrointestinal Symptom Rating Scale

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار الکسی تایمیا و ابعاد آن، اضطراب، افسردگی و شدت علائم گوارشی بیماران گوارشی و روان پزشکی

متغیر	بیماران گوارشی		بیماران روان پزشکی		تعداد
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کل الکسی تایمیا	۶۰/۲۶	۱۱/۱۸	۲۳/۶۵	۶/۲۱	۸۱
بعد ۱ (دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات)	۲۴/۰۵	۶/۹۶	۱۵/۰۷	۴/۳۱	۸۱
بعد ۲ (دشواری در توصیف و بیان احساسات)	۱۴/۷۹	۴/۱۵	۲۱/۹۱	۵/۹۶	۸۱
بعد ۳ (تفکر عینی)	۲۱/۲۵	۴/۵۷	۳/۴۲	۱/۱۹	۸۱
اضطراب	۱۲/۰۷	۴/۶۲	۱۰/۴۱	۴/۴۶	۸۱
افسردگی	۹/۱۹	۳/۹۴	۱/۸۹	۱/۰۹	۸۱
شدت علائم گوارشی	۱۶/۲۷	۴/۷۸	۲/۸۸	۱/۴۴	۸۱

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری الکسی تایمیا، اضطراب، افسردگی و شدت علائم گوارشی در بیماران گوارشی و روان پزشکی

آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	f	sig
لامبدای ویلکز	۰/۰۷۳	۷	۲۰۲	۳/۶۵	۰/۰۰

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری الکسی تایمیا و ابعاد آن، اضطراب و افسردگی و شدت علائم گوارشی در بیماران گوارشی و روان پزشکی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	sig
الکسی تایمیا	۶۶۶۸۶/۳۵	۱	۶۶۶۸۶/۳۵	۷۲۶/۳۹	۰/۰۰۰
بعد ۱ (دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات)	۴۰۱۲/۶	۱	۴۰۱۲/۶	۱۰۸/۵۸	۰/۰۰۰
بعد ۲ (دشواری در توصیف و بیان احساسات)	۲۵۲۴/۴۵	۱	۲۵۲۴/۴۵	۱۰۴/۰۲	۰/۰۰۰
بعد ۳ (تفکر عینی)	۱۵۸۲۸/۹۹	۱	۱۵۸۲۸/۹۹	۱/۱۸	۰/۰۰۰
اضطراب	۱۳۸/۷۸	۱	۱۳۸/۷۸	۶/۶۷	۰/۰۰۰
افسردگی	۲۶۴۹/۴۹	۱	۲۶۴۹/۴۹	۲۶۳/۹۹	۰/۰۰۰
شدت علائم گوارشی	۸۹۲۳/۰۶	۱	۸۹۲۳/۰۶	۶۰۰/۲۴	۰/۰۰۰

جدول ۴: نتایج ارتباط الکسی تایمیا با افسردگی و اضطراب بر اساس ضریب همبستگی پیرسون

اضطراب		افسردگی			
سطح معنی داری	مقدار همبستگی (r)	سطح معنی داری	مقدار همبستگی (r)	الکسی تایمیا	گروه روان پزشکی
*۰/۰۰۱	۰/۳۹	*۰/۰۰۱	۰/۳۶		
*۰/۰۰۱	۰/۴۱	*۰/۰۰۱	۰/۳۳		گروه گوارشی

P<0.01*

بحث

در این پژوهش میزان الکسی تایمیا و ابعاد آن، اضطراب، افسردگی و شدت علائم گوارشی در دو گروه بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی و بیماران روان پزشکی مورد مقایسه قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین این متغیرها در دو گروه تفاوت معنی دار وجود دارد.

میزان کل الکسی تایمیا و دو بعد آن (دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات و تفکر عینی) در بیماران گوارشی شرکت کننده در این پژوهش نسبت به بیماران روان پزشکی بیشتر است. این یافته با برخی از نتایج به دست آمده که بالا بودن میزان الکسی تایمیا را در بیماران گوارشی عملکردی نشان می دهد (۲ و ۱۷ و ۱۸) مطابقت دارد و نشان دهنده شیوع بالای الکسی تایمیا در بیماران مبتلا به اختلال عملکردی گوارشی و وجود رابطه بین این ویژگی و شکایات جسمی عملکردی است. پرسلی و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که شدت الکسی تایمیا در بیماران اختلال گوارشی عملکردی بیش از بیماران روان پزشکی است. (۲)

نتایج هم چنین نشان داد که علائم گوارشی در بیماران با اختلال عملکردی گوارشی شدیدتر است و این بیماران از علائم جسمی شدیدتری رنج می‌برند. پژوهش‌ها نشان داده که بیماران با الکسی تایمیای بالا علائم جسمی شدیدتری را تجربه می‌کنند. (۱۹ و ۱۱)، در این مطالعه نیز مشخص شد که در بیماران گوارشی میزان الکسی تایمیا بالا است و به دلیل متمرکز شدن

گوارشی در مقایسه با بیماران روان پزشکی بیشتر است، اما میانگین بعد ۲ (دشواری در توصیف و بیان احساسات) الکسی تایمیا در بیماران روان پزشکی بیشتر از بیماران گوارشی است.

اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه بیماران گوارشی و بیماران روان پزشکی در سطح $p < 0/00$ در چهار متغیر الکسی تایمیا، اضطراب، افسردگی و علائم گوارشی تفاوت معنی دار وجود دارد.

اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین میزان کل الکسی تایمیا و ابعاد آن در بیماران گوارشی و روان پزشکی تفاوت معنی دار وجود دارد ($p < 0/000$). هم چنین بین دو گروه بیماران بین میزان اضطراب ($p < 0/00$)، افسردگی ($p < 0/000$) و شدت علائم گوارشی ($p < 0/000$) تفاوت معناداری وجود دارد. این نشان دهنده آن است که میزان کل الکسی تایمیا و دو بعد آن (دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات و تفکر عینی)، اضطراب، افسردگی و شدت علائم گوارشی در بیماران گوارشی (FGID) در مقایسه با بیماران روان پزشکی بیشتر است. اما بعد دشواری در توصیف و بیان احساسات در بیماران روان پزشکی بالاتر است.

جدول ۴ ارتباط الکسی تایمیا با افسردگی و اضطراب را در دو گروه گوارشی و روان پزشکی نشان می‌دهد. این ارتباط در هر دو گروه معنی دار است. اما ارتباط الکسی تایمیا با اضطراب در گروه گوارشی و ارتباط الکسی تایمیا با افسردگی در گروه روان پزشکی قوی تر است.

پزشکی است که بالاتر بودن علائم هیجانی در آنها نسبت به بیماریهای جسمی محرز و به دلیل تداوم و شدت بیماری از سطح اضطراب و افسردگی بالاتری برخوردار هستند.

هر چند که میزان علائم هیجانی در پژوهش حاضر در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی بیش از بیماران روان پزشکی بود و بالا بودن این علائم باید آنها را به سمت درمانگاه روان پزشکی سوق می‌داد ولی وجود خصوصیت الکسی تایمیای بارزتر و بروز علائم جسمی شدید تر در این بیماران مانع از ادراک احساسات هیجانی و عاطفی و در نتیجه مراجعه به کلینیک گوارش شده است. پرسلی معتقد است که بیمارانی که سطح الکسی تایمیای آنها بالا است احساسات و عواطف خود را بیشتر به صورت حس های بدنی درک می‌کنند. در نتیجه آنها ممکن است علائم جسمی شدیدتری گزارش کنند و به دلیل ناتوانی در پردازش شناختی محرک های جسمی و هیجانی پاسخ مناسبی به درمان نمی‌دهند. این بیماران برای درمان به جای رجوع به روانپزشک به سایر پزشکان مراجعه می‌کنند. (۵)

نتایج نشان داد که بعد دشواری در بیان احساسات در بیماران روان پزشکی نسبت به بیماران گوارشی بالاتر است. بالا بودن این بعد در بیماران روانپزشکی نسبت به بیماران گوارشی را می‌توان بدین گونه توجیه کرد که این بیماران برخلاف بیماران روان تنی که مشکل عمده آنها در تشخیص و تمایز احساسات است، در شناسایی احساسات خود مشکل جدی ندارند ولی قادر به بیان و توصیف آنها نیستند. در این راستا ماتن و جنکاز (۲۰۰۷) ارتباط بین بعد دشواری در بیان احساسات با علائم افسردگی را مورد تایید قرار داده اند. یافته‌های آنها نشان داد که بعد دشواری در بیان احساسات تنها بعد در الکسی تایمیا است که با علائم افسردگی در ارتباط می‌باشد و این موضوع بر اهمیت بیان احساسات در رابطه با افسردگی تاکید می‌کند. (۹)

نقش الکسی تایمیا در مکانیسم های ایجاد و تداوم آسیب‌های روانی نشان دهنده آن است که این ویژگی یکی از عوامل خطر ساز مهم برای اختلالات روان تنی و اختلالات خلقی می‌باشد. (۹)، الکسی تایمیا می‌تواند در این میان نقش اصلی و میانجی را برای درک علائم و مراجعه مکرر به مطب پزشکان غیر روانپزشک بازی کند. در واقع علائم عملکردی جسمی در هر دو گروه ممکن است وجود داشته باشد ولی الکسی تایمیا در ادراک آنها و مراجعه به پزشک تاثیر گذار است. برای تبیین این نکته می‌توان گفت: اغلب شروع بیماری روان پزشکی با شروع بیماری روده‌ای همزمان می‌شود. (۳)، تصور می‌شود که در محیط های بالینی نسبت به جمعیت عمومی اختلالات و یا علائم روان پزشکی خیلی بیشتر با علائم گوارشی روده‌ای همراه باشند. بر این اساس نورث و همکاران (۱۹۹۶) در طی پژوهشی، ارتباط علائم گوارشی عملکردی را با اختلالات روان پزشکی در جمعیت های عمومی جامعه مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد اشخاصی که مبتلا به دو یا تعداد بیشتری از علائم گوارشی غیر قابل توضیح از لحاظ پزشکی می‌باشند، به خصوص موقعی که درد شکم یکی از آن دو علامت است، دارای میزان بالایی از اختلالات روان پزشکی همراه هستند و اکثر آنها برای علائم

بر احساسات جسمی و بزرگنمایی و تفسیر اشتباه از آنها، که اغلب مانند سایر حس های جسمی نرمال با حالت های برانگیختگی هیجانی همراه می‌گردد، ممکن است مستعد علائم جسمی عملکردی شوند. آستانه‌ی درد در درک محرک‌های احساسی در بیماران مبتلا به اختلال گوارشی عملکردی پایین است، چرا که محور دو سویه‌ی مغزی- روده‌ای علائم جسمی را به دو دلیل افزایش می‌دهد: ۱- اختلالات حرکتی و تغییر در دریافت های حسی از شکم، ۲- وضعیت های کنترل نشده‌ای از برانگیختگی هیجانی و تعامل متقابل بین این وضعیت ها و سایر عوامل رفتاری (مانند رفتار غیرطبیعی بیماری). در نتیجه، بیماران با الکسی تایمیای بالا علائم جسمی شدیدتری را تجربه می‌کنند. (۱۹)، در مطالعه‌ی پرسلی و همکاران (۲۰۰۴) نیز مشخص شد که بیماران روان پزشکی هم ممکن است دارای علائم گوارشی عملکردی باشند، اما بیماران دچار اختلالات عملکردی گوارشی که میزان الکسی تایمیای بالاتری از بیماران روان پزشکی داشتند، علائم گوارشی را شدیدتر تجربه می‌کردند. (۲)

نتایج نشان داد که میزان اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی ارجاعی بیشتر از بیماران روان پزشکی است. این یافته از یافته‌های مطالعات قبلی حمایت می‌کند که نشان می‌دهند اختلالات روان پزشکی در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی بالاست. (۲ و ۱۷ و ۲۰)، نتایج به دست آمده از این مطالعات نشان می‌دهد که همراهی اضطراب و افسردگی با علائم اختلالات عملکردی گوارشی زیاد است و این ارتباط قوی بین علائم گوارشی، اختلالات اضطرابی و افسردگی صرفاً نتیجه سوگیری در انتخاب نوع بیمار نیست. (۲۱)، این یافته با نتایج به دست آمده از پژوهش پرسلی و همکاران (۲۰۰۴) که نشان داد آسیب شناسی روانی در بیماران گوارشی پایین تر از بیماران روانپزشکی است همخوان نیست. (۲)، پرسلی و همکاران وی در مطالعه‌ی خود بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی که دارای اختلالات روان پزشکی بودند و به متخصص گوارش مراجعه کرده بودند را با بیماران روان پزشکی که دارای اختلالات عملکردی گوارشی بودند و به روانپزشک مراجعه کرده بودند مورد مقایسه قرار دادند. در این مطالعه نشان داده شد که بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی الکسی تایمیک تر می‌باشند اما آسیب شناسی روانی آنها کمتر است. بالاتر بودن آسیب شناسی روانی (اضطراب و افسردگی) در بیماران گوارشی در پژوهش حاضر را می‌توان بدین صورت تبیین کرد که:

- بیماران در این پژوهش برخلاف پژوهش پرسلی از بین بیماران گوارشی مراجعه کننده به یک کلینیک بیماریهای گوارشی انتخاب نشدند بلکه از بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاه روان‌تنی انتخاب گردیدند. در واقع تفاوت در نتایج به دست آمده در دو پژوهش می‌تواند ناشی از نوع بیماری تشخیصی باشد که در بیماران پرسلی در ابتدا تنها وجود یک بیماری گوارشی عملکردی تشخیص داده شده بود ولی در این پژوهش بیماران توسط متخصص گوارش با احتمال وجود آسیب شناسی روانی به درمانگاه روان تنی ارجاع شدند. در واقع، اختلالات روان تنی یکی از بیماریهای روان

صرفنظر از درمانی که بیماران انتخاب می‌کنند، نسبت بالایی از بیماران، اختلالات روان پزشکی و اختلالات جسمی عملکردی را با هم تجربه می‌کنند و از آنجایی که بسیاری از علائم روان پزشکی خود را به صورت علائم جسمی غیر قابل توضیح از لحاظ طبی نشان می‌دهند، افتراق آنها از علائم اختلالات گوارشی عملکردی مشکل است.

در پایان محدودیت‌های پژوهش حاضر را نباید فراموش کرد که عبارتند از: ۱- بیماران مبتلا به بیماریهای روان پزشکی به متخصص گوارش جهت تشخیص احتمال وجود اختلالات عملکردی گوارشی در آنها ارجاع داده نشدند. ۲- از مصاحبه بالینی برای تشخیص آسیب‌شناسی روانی در بیماران اختلالات گوارشی عملکردی استفاده نگردید.

گوارشی خود به پزشک مراجعه می‌کنند. این یافته موید مطالعاتی است که نشان می‌دهند بیمارانی که دارای علائم گوارشی هستند اغلب به پزشک مراجعه نمی‌کنند مگر زمانی که این علائم با علائم روان پزشکی فعال همراه گردند. هم چنین نتایج این مطالعه مطابق با این فرضیه است که بیماران مبتلا به علائم عودکننده به طور روتین در پی درمان طبی بوده و میزان اختلالات روان پزشکی در آنها بالاست، اما افرادی که علائم آنها برطرف شده و یا با مداخله‌ی طبی بهبود می‌یابند دیگر به پزشک مراجعه نمی‌کنند. (۲۱)

نتیجه‌گیری

در کل یافته‌های به دست آمده از مطالعات مختلف نشان می‌دهد که

REFERENCES

- Drossman DA, Creed FH, Olden KW, Svedlund J, Toner BB, Whitehead WE. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *BMJ* 1999;45:1125-30.
- Porcelli P, Affatati V, Bellomo A, DeCarne M, Todarello O, Taylor GJ. Alexithymia and Psychopathology in Patients with Psychiatric and Functional Gastrointestinal Disorders. *Psychother Psychosom* 2004;73:84-91.
- Jones MP, Crowell MD, Olden KW, Creed F. Functional Gastrointestinal Disorders: An Update for the Psychiatrist. *Psychosomatics* 2007;48:93-102.
- Mayer EA, Craske M, Naliboff BD. Depression, anxiety, and the gastrointestinal system. *J Clin Psychiatry* 2001;62:28-36.
- Porcelli P. Psychological abnormalities in patients with irritable bowel syndrome. *Indian J Gastroenterol* 2004;23:63-9.
- Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. Does psychological distress modulate functional gastrointestinal symptoms and health care seeking? A prospective, community cohort study. *Am J Gastroenterol* 2003;98:789-93.
- Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973; 22:255-62.
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. study from Bangalore, India. *Psychopathology* 2003;36:98-103.
- Motan I, Gencoz T. The Relationship Between the Dimensions of Alexithymia and the Intensity of Depression and Anxiety. *Turk Psikiyatri Derg* 2007;18:333-43.
- Bagby RM, Taylor GJ, Ryan D. Toronto Alexithymia Scale: Relationship with Personality and Psychopathology Measures. *Psychother Psychosom* 1986;45:207-15.
- Kano M, Hamaguchi T, Itoh M, Yanai K, Fukudo S. Correlation between alexithymia and hypersensitivity to visceral stimulation in human. *Pain* 2007;132:252-63.
- Sayar K, Solmaz M, Trablus S, Ozturk M, Acar B. Alexithymia in Irritable Bowel Syndrome. *Turk J Psychiatry* 2000;11:190-7.
- Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994;38:23-32.
- Besharat M. Psychometric Characteristics of Persian Version of the Toronto Alexithymia Scale-20 in Clinical and Non-Clinical Samples. *IJMS* 2008;33:1-6.
- Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Translation and validation study of the Iranian version. *Health and quality of life outcoms* 2003;1:14.
- 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;7:75-83.
- Mazaheri M, Afshar H, Mohammadi N, Daghighzadeh H, Bagharian R, Adibi P. The Relationship the Dimensions of Alexithymia with Depression and Anxiety in patients with Functional Gastrointestinal Disorders. *J Res Behavioural Sci* 2010;16:94-104.
- Porcelli P, Taylor GJ, Bagby RM, DeCarne M. Alexithymia and Functional Gastrointestinal Disorders: A Comparison with Inflammatory Bowel Disease. *Psychother Psychosom* 1999;68:263-9.
- Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ, DeCarne M, Leandro G, Todarello O. Alexithymia as Predictor of Treatment Outcome in Patients with Functional Gastrointestinal Disorders. *Psychosom Med* 2003;65:911-8.
- Mussell M, Kroenke K, Spitzer R, Williams J, Herzog W, Lowe B. Gastrointestinal symptoms in primary care: Prevalence and association with depression and anxiety. *J Psychosom Res* 2008;64:605-12.
- North CS, Alpers DH, Thompson SJ, Spitznagel EL. Gastrointestinal symptoms and psychiatric disorders in the general population. *Dig Dis Sci* 1996;41:633-40.

Comparison of Alexithymia, Anxiety, Depression and Digestive Symptoms Between Patients with Functional Gastrointestinal Disorders and Psychiatric Patients

Mazaheri M¹, Afshar H², Nikneshan S¹

¹ Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Nour Hospital, Isfahan Iran

² Associate Professor, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan Iran

ABSTRACT

Background:

The purpose of this study was to compare alexithymia, anxiety, depression and severity of gastrointestinal symptoms in patients with functional gastrointestinal disorders and psychiatric patients.

Materials and Methods:

This was a comparative study. Study subjects consisted of 210 individuals; 129 patients with functional gastrointestinal disorders (FGID) who referred to the Psychosomatic Disorders Clinic (GI) and 81 psychiatric patients who referred to the Mood Disorders Clinic of Nour Hospital, Isfahan, Iran during 1387 (2008). Subjects' symptoms were scored according to the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Gastrointestinal Symptoms Rating Scale (GSRS). Data were analyzed using multivariate analysis of variance.

Results:

The results showed significant differences between two group of FGID and psychiatric patients in terms of alexithymia, anxiety, depression and severity of gastrointestinal symptoms.

Conclusion:

The study showed that in comparison to psychiatric patients, FGID patients have higher rates of alexithymia, anxiety, depression and more severe gastrointestinal symptoms. Alexithymia plays an important role in understanding symptoms and referrals to doctor's offices. Regardless of which treatment is selected by the patients, a high proportion experience concurrent psychiatric and functional somatic symptoms. Therefore, evaluation and attention to this factor is necessary for the treatment of psychosomatic disorders.

Keywords: Alexithymia; Anxiety; Depression; Severity of gastrointestinal symptoms; Functional gastrointestinal disorders (FGID); Psychiatric patients

Govaresh/ Vol.16, No.1, Spring 2011; 14-21

Corresponding author:

Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Nour

Hospital, Isfahan, Iran

Telefax: + 98 311 2222255

E-mai: mina.mazaheri@gmail.com

Received: 2 May 2011

Edited: 22 May 2011

Accepted: 23 May 2011