ارتباط ابعاد آلکسی تایمیا با افسردگی و اضطراب در مبتلایان به اختلالات گوارشی عملکردی

مینا مظاهری[1]، حمید افشار[2]، نرگس محمدی[3]، حامد دقاق‌زاده[4]، رضا باقریان[5]، پیمان ادیبی[4]

چکیده

زمینه و هدف: آلکسی تایمیا یا مهار هیجانی، عامل خطرساز مهمی برای اختلالات روان‌تنی از جمله بیماری‌های گوارشی است. هدف اصلی این پژوهش، بررسی ارتباط ابعاد آلکسی تایمیا با افسردگی و اضطراب در مبتلایان به اختلالات گوارشی عملکردی (Functional Gastrointestinal Disorders یا FGID) است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی- تحلیلی به روش همبستگی بود. در این پژوهش ۱۲۹ نفر بیمار مبتلا به FGID از بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاه گوارش بیمارستان نور اصفهان (طی ۵ ماه در سال ۱۳۸۷) انتخاب شدند و با استفاده از مقیاس آلکسی تایمیای تورنتو، معیار بیمارستانی اضطراب و افسردگی و مقیاس شدت علایم گوارشی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با روش‌های آماری توصیفی، ضریب همبستگی Pearson و رگرسیون تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که از سه بعد آلکسی تایمیا، تنها بین بعد دشواری در شناسایی احساسات با افسردگی، اضطراب و شدت علایم گوارشی در بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد و این بعد پیش‌بینی کننده‌ی تغییرات مربوط به افسردگی، اضطراب و شدت علایم گوارشی است.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان دهنده نقش آلکسی تایمیا به ویژه بعد دشواری در شناسایی احساسات و پردازش شناختی ادراک هیجانی آن در درک و فهم بهتر آسیب‌شناسی روانی اختلالات گوارشی عملکردی است. بنابراین ارزیابی و توجه به آن به عنوان یک عامل مؤثر در فرایند درمان این بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: آلکسی تایمیا، افسردگی، اضطراب، اختلالات گوارشی عملکردی.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۸۸/۵/۱۸ پذیرش مقاله: ۸۹/۲/۲

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان نور و حضرت علی اصغر (ع)، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email:mina.mazaheri@gmail.com

۲- دانشیار، گروه روان‌پزشکی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی، مرکز پزشکی نور، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴- دانشیار، گروه داخلی (گوارش)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۵- استادیار، گروه روان‌پزشکی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.2.4]

www.mui.ac.ir

مقدمه

آلکسی تایمیا (Alexithymia) به معنی ناتوانی در بیان احساسات به دلیل فقدان آگاهی هیجانی است. افراد مبتلا به آلکسی تایمیا به طور معمول قادر به شناسایی، درک و یا توصیف هیجانات خویش نیستند (۱). آلکسی تایمیا در برگیرنده ویژگی‌هایی چون دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات (Difficulty in identifying feelings)، دشواری در بیان و توصیف احساسات (Difficulty in describing feelings) و تمرکز بر تجارب بیرونی (Externally-oriented thinking) است (۳، ۲). با فرض این که این ویژگی‌ها موجب نقص در پردازش شناختی، تنظیم و تعدیل هیجانات شده، با شروع و یا تداوم برخی اختلالات روان‌پزشکی و طبی در ارتباط هستند (۲). افراد مبتلا به آلکسی تایمیا تهییج‌های بدنی بهنجار را بزرگ و نشانه‌های جسمی انگیختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند (۴). آلکسی تایمیا با افزایش برانگیختگی فیزیولوژیکی، توجه بیشتر به علایم جسمی و شکایت از این علایم و رفتارهای اجباری بیمارگونه همراه می‌شود (۲).

در تبیین این ویژگی سؤالاتی مطرح بوده است؛ از جمله این که آیا آلکسی تایمیا یک صفت شخصیتی است یا جنبه ثانویه دارد. برخی از پژوهش‌های انجام شده، آلکسی تایمیا را به عنوان یک صفت شخصیتی ثابت (Stable personality trait) که نشان دهنده ناتوانی در پردازش شناختی هیجانات است، تأیید کرده‌اند (۷-۵). برعکس، برخی دیگر از مطالعات انجام شده ثبات آلکسی تایمیا را مورد تردید قرار داده، آن را به عنوان یک علامت وابسته به حالت (State-dependent) معرفی نموده‌اند. این مطالعات بر ثانویه بودن آلکسی تایمیا تأکید دارند (۹، ۸).

نقش آلکسی تایمیا در مکانیسم‌های ایجاد و تداوم آسیب‌های روانی روز به روز توجه بیشتری را به خود جلب می‌کند؛ به خصوص که ویژگی‌های افراد آلکسی تایمیک عوامل خطر ساز مهمی برای اختلالات روان‌تنی و اختلالات خلقی هستند؛ چرا که این افراد در تنظیم احساسات خود ناتوانند (۱۰). مطالعات نشان می‌دهد که علایم آلکسی تایمیا در اختلالات روانی، بیماری‌های جسمی مزمن و اختلالات روان‌تنی وجود دارد (۱۱). یکی از بیماری‌های روان‌تنی اختلالات گوارشی عملکردی (Functional Gastrointestinal Disorder یا FGID) است.

اختلالات گوارشی عملکردی، شایع‌ترین اختلالات گوارشی هستند (۱۲) و حدود ۵۰ درصد از مراجعین به مراکز خدمات بیماری‌های گوارشی را شامل می‌شوند (۱۳). این اختلالات بخش عمده‌ای از فعالیت بالینی پزشکان عمومی و متخصصین گوارش را در برگرفته، اغلب به عنوان شکست‌های درمانی مطرح می‌شوند. علت اصلی این مشکل ناشی از این واقعیت است که آسیب‌شناسی اختلالات گوارشی عملکردی به طور کامل مشخص و قابل فهم نیست. در ضمن این اختلالات دارای ماهیت عودکننده یا مزمنی است که با ناهنجاری‌های بیوشیمیایی یا ساختاری شناخته شده، قابل توضیح و توجیه نمی‌باشد. آشفتگی‌های روانی- اجتماعی در بیشتر مبتلایان به اختلالات گوارشی عملکردی وجود دارد، به خصوص در افرادی که برای درمان مراجعه می‌کنند، اما پزشکان در این زمینه یا درست آموزش ندیده‌اند یا انگیزه بررسی این جنبه بیماران خود را ندارند (۱۴).

گر چه پاتوفیزیولوژی اختلالات گوارشی عملکردی به طور کامل مشخص نیست، اما یافته‌ها حاکی از آن است که این اختلالات چند عاملی می‌باشد. از جمله علل آن‌ها می‌توان به اختلالات روانی و مشکلات شخصیتی اشاره نمود. ویژگی‌های شخصیتی و بیان هیجانات نه تنها بر عملکرد روده، بلکه بر علایم FGID و نتیجه درمانی آن تأثیر می‌گذارند (۱۵). بررسی‌های بالینی نشان می‌دهد که آلکسی تایمیا (به عنوان یکی از این ویژگی‌های شخصیتی) بیماری‌های گوارشی را تشدید می‌کند و علایم جسمی ناخوشایند را تقویت می‌نماید (۱۶). شیوع آلکسی تایمیای بالا در بیماران FGID ۵۶ درصد است. این میزان بالا مشابه مقادیری است که در مطالعه با سایر بیماران مبتلا به اختلال پانیک، فشار خون، استرس پس از سانحه، اختلالات سوماتوفرم، اختلالات ناشی از مواد و اختلالات خوردن گزارش شده است (۱۵).

اختلالات عملکردی سیستم گوارشی اغلب با اختلالات عاطفی (افسردگی و اضطراب) همراه می‌شوند. توأم بودن

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.2.4]
www.mui.ac.ir

اختلالات گوارشی و عاطفی کم و بیش نه تنها در بیماران بلکه در افراد عادی جامعه هم دیده می‌شود که نشان دهنده ارتباط مکانیسم‌های پاتوفیزیولوژیکی عملکرد نامناسب سیستم گوارشی و برخی از اختلات عاطفی است (۱۷). یک بررسی متاآنالیز نشان داد که سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS) و سندرم‌های غیر قابل توضیح از لحاظ پزشکی با افسردگی و اضطراب در ارتباط هستند (۱۸). شیوع تشخیص‌های روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به FGID بسته به نوع جمعیت، نوع مرکز درمانی (بر حسب تخصص) و معیار تشخیصی بین ۲۵ درصد تا ۱۰۰ درصد می‌باشد (۱۳). همراهی اختلالات روان‌پزشکی و FGID برای متخصصین گوارش مشخص و محرز گردیده است (۱۲).

اکثر مطالعاتی که ارتباط آلکسی تایمیا با اضطراب (۲۳–۱۹، ۱۰) و به خصوص افسردگی (۳۰–۲۲، ۱۰، ۸، ۶) را نشان می‌دهد، بر وجود ارتباط آلکسی تایمیا و برخی از ابعاد آن با علایم افسردگی و اضطراب تأکید نموده‌اند. برای مثال، Berthoz و همکاران (۱۹) و Haviland و همکاران (۲۵) دریافتند که بین دو بعد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات با افسردگی و اضطراب، ارتباط مثبتی وجود دارد. بر این اساس در سال‌های اخیر، آلکسی تایمیا در بررسی بر روی بیماری خاصی مورد ارزیابی قرار گرفته است (۳۲، ۳۱). این ویژگی به عنوان یک فاکتور میانجی در هنگام مطالعه افسردگی و اضطراب در نظر گرفته می‌شود (۱۰). البته با توجه به پیشینه تحقیق، در رابطه با ارتباط ابعاد آلکسی تایمیا با علایم روان‌شناختی در بیماری‌های جسمی از جمله بیماری‌های روان‌تنی، پژوهش به خصوصی در ایران انجام نشده است.

ارتباط قابل توجه اختلالات گوارشی عملکردی با علایم روان‌شناختی از یک طرف، بالا بودن میزان آلکسی تایمیا در بیماران مبتلا به این اختلالات از طرف دیگر، ما را بر آن داشت که ارتباط و نقش پیش‌بینی‌کنندگی هر یک از ابعاد آلکسی تایمیا را در تغییرات مربوط به علایم روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب و همچنین در درک علایم گوارشی در بیماران FGID مورد ارزیابی قرار دهیم. از این رو ارتباط ابعاد آلکسی تایمیا با افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی بررسی شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی بود که به روش همبستگی انجام شد. جمعیت مورد مطالعه شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی، مراجعین درمانگاه گوارش بیمارستان نور و حضرت علی اصغر (ع) در سال ۱۳۸۷ بوده‌اند. از آن جایی‌که جمعیت آماری در این پژوهش محدود بود، حجم نمونه برابر با جامعه آماری در نظر گرفته شد. در نمونه‌گیری انجام شده، کل افراد در دسترس با توجه به معیارهای ورود به مطالعه در مقطع زمانی جمع‌آوری داده‌ها (به مدت ۵ ماه از ۱۳۸۷/۴/۱ تا ۱۳۸۷/۹/۱)، مورد بررسی قرار گرفتند و محاسبات آماری بر روی ۱۲۹ پرسش‌نامه تکمیل شده انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه عبارت از همکاری بیمار جهت شرکت در پژوهش، تحصیلات حداقل سیکل، سن ۶۰–۱۸ سال بود، بیماران مبتلا به FGID نیز بر اساس معیار ROME III توسط متخصص گوارش انتخاب شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از شاخص‌ها و روش‌های آماری نظیر فراوانی، درصد فراوانی، ضریب همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون استفاده شد. این کار با استفاده از نرم‌افزار $SPSS_{۱۶}$ انجام گرفت.

ابزارهای سنجش

۱) پرسش‌نامه آلکسی تایمیای تورنتو (TAS-20): پرسش‌نامه آلکسی تایمیای تورنتو که توسط Bagby و همکاران ساخته شده، یک پرسش‌نامه خودسنجی (Self-report) و ۲۰ سؤالی است که برای ارزیابی آلکسی تایمیا مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسش‌نامه دارای سه بعد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات (۷ سؤال)، دشواری در توصیف احساسات (۵ سؤال) و تمرکز بر تجارب بیرونی (۸ سؤال) می‌باشد (۳). سؤال‌ها برحسب معیار ۵ نقطه‌ای لیکرت از کامل موافقم (۱) تا کامل مخالفم (۵) نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات ۶۰ به بالا به عنوان آلکسی تایمیای بالا و نمرات ۵۲

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.2.4]
www.mui.ac.ir

به پایین به عنوان آلکسی تایمیای پایین (بدون آلکسی تایمیا) در نظر گرفته می‌شوند (۳۳). اعتبار این پرسش‌نامه بر حسب ضریب Cronbach's alpha در نمونه ایرانی برای کل مقیاس TAS-20 برابر ۰/۷۹ و برای DIF، DDF و EOT به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۶۶ گزارش گردید. اعتبار کل مقیاس TAS-20 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 به دست آمد (۳۴).

۲) پرسش‌نامه معیار بیمارستانی اضطراب و افسردگی HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale): این پرسش‌نامه معیاری حساس و مختصر برای ارزیابی افسردگی و اضطراب در بیماران جسمی، روانی و حتی افراد عادی است. پرسش‌نامه HADS شامل ۱۴ سؤال در دو زمینه افسردگی (۷ سؤال) و اضطراب (۷ سؤال) است. هر سؤال به وسیله یک معیار چهار نمره‌ای امتیازدهی می‌شود به طوری‌که حداکثر امتیاز برای هر یک از زیرمقیاس‌های افسردگی و اضطراب ۲۱ می‌باشد. امتیاز بالای ۱۱ در هر دو زمینه نشانه وجود یک اختلال روان‌پزشکی جدی، امتیاز ۱۰–۸ بینابینی و امتیاز ۷–۰ طبیعی محسوب می‌شود. اعتبار پرسش‌نامه HADS بر حسب ضریب Cronbach's alpha برای کل مقیاس و هر یک از زیر مقیاس‌های اضطراب و افسردگی در نمونه بالینی ایرانی (۱۶۷ بیمار مبتلا به سرطان سینه) به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۷۸ و ۰/۸۶ گزارش شده است (۳۵).

۳) پرسش‌نامه علایم گوارشی (GSRS یا GSRS :(Gastrointestinal Symptom Rating Scale یک ابزار سنجش بیماری است که بر اساس بررسی علایم معدی روده‌ای و تجربه بالینی ساخته شده، برای ارزیابی علایم شایع اختلالات گوارشی به کار می‌رود. این پرسش‌نامه دارای ۱۵ سؤال است که هر سؤال بر حسب مقیاس ۷ نقطه‌ای لیکرت از عدم ناراحتی (۰) تا ناراحتی شدید (۷) نمره‌گذاری می‌شود. همچنین این پرسش‌نامه شامل ۵ زیرمقیاس دل درد، سندرم ریفلاکس، سندرم اسهال، سندرم یبوست، سندرم سوء هاضمه است. نمره کل از جمع میانگین نمرات در هر زیرمقیاس به دست می‌آید و افزایش نمره در این مقیاس بیانگر شدت علایم است. این پرسش‌نامه را می‌توان با انجام مصاحبه یا به صورت خودسنجی تکمیل نمود. اعتبار ۵ زیرمقیاس GSRS بر حسب ضریب Cronbach's alpha به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۶۱، ۰/۸۳، ۰/۸۰ و ۰/۷۰ برآورد گردیده است. در این مطالعه از نسخه آمریکایی این مقیاس استفاده شد که پایایی قابل قبولی داشت (۳۶). لازم به ذکر است که این پرسش‌نامه ابتدا به فارسی ترجمه شد، سپس توسط یک متخصص گوارش که به زبان انگلیسی به شکلی کامل مسلط بود، برگردانده شد. اعتبار آن بر حسب ضریب Cronbach's alpha در نمونه بالینی ایرانی محاسبه گردید که برای کل مقیاس GSRS و ۵ زیرمقیاس آن به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۶۱، ۰/۸۷، ۰/۷۵، ۰/۸۶ و ۰/۷۵ بود.

یافته‌ها

از نظر جمعیت شناختی، از مجموع ۱۲۹ بیمار (۴۷ مرد و ۸۲ زن) مورد بررسی، ۶۳/۶ درصد از آن‌ها زن بودند. اکثریت متأهل (۶۸/۲ درصد) و اغلب دارای مدرک تحصیلی دیپلم (۳۵/۷ درصد) بودند. بالاترین درصد متعلق به گروه سنی ۴۰–۲۱ سال (۶۸/۲ درصد) و کمترین درصد مربوط به گروه سنی ۶۰–۵۱ سال (۵/۴ درصد) بود. جدول ۱ آلکسی تایمیای بالا، اختلال افسردگی و اختلال اضطرابی را در بیماران مبتلا به FGID بر حسب جنس، سن، تحصیلات و وضعیت تأهل نشان می‌دهد.

رابطه بین افسردگی و اضطراب با شدت علایم گوارشی در جدول ۲ ارایه شده است. همان طور که مشاهده می‌شود، نتایج ضرایب همبستگی Pearson، همبستگی مثبت و معنی‌داری را بین افسردگی و اضطراب با شدت علایم گوارشی در بیماران مبتلا به FGID نشان می‌دهد. این بدین معنی است که با افزایش افسردگی و اضطراب در این بیماران، شدت علایم گوارشی آن‌ها هم افزایش می‌یابد.

به منظور بررسی توانایی پیش‌بینی‌کنندگی و تأثیر ابعاد آلکسی تایمیا بر افسردگی، اضطراب و شدت علایم گوارشی، این ابعاد به عنوان متغیرهای پیش‌بین و افسردگی، اضطراب و شدت علایم گوارشی به عنوان متغیرهای ملاک در معادله‌ی رگرسیون به صورت همزمان وارد شدند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل رگرسیون در جداول ۵–۳ ارایه شده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.2.4]
www.mui.ac.ir

جدول ۱. فراوانی نسبی آلکسی تایمیای بالا، اختلال افسردگی و اختلال اضطرابی در بیماران دچار FGID

	تشخیص															
	آلکسی تایمیای بالا (نمره ≥ ۶۱)															
	جنس		سن					تحصیلات					وضعیت تأهل			
	زن	مرد	زیر ۲۰ سال	۲۱ – ۳۰ سال	۳۱ – ۴۰ سال	۴۱ – ۵۰ سال	۵۱ – ۶۰ سال	زیر دیپلم	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس	مجرد	متأهل
فراوانی	۴۰	۲۹	۱۱	۲۴	۲۴	۹	۱	۲۴	۲۹	۳	۱۴	۰	۲۰	۴۹
درصد	۳۱	۲۲/۵	۸/۵۲	۱۸/۶۰	۱۸/۶۰	۶/۹۷	۰/۷۷	۱۸/۶۰	۲۲/۴۸	۲/۳۲	۱۰/۸۵	۰	۱۵/۵۰	۳۷/۹۸
	اختلال افسردگی (نمره ≥ ۱۱)															
	جنس		سن					تحصیلات					وضعیت تأهل			
	زن	مرد	زیر ۲۰ سال	۲۱ – ۳۰ سال	۳۱ – ۴۰ سال	۴۱–۵۰ سال	۵۱ – ۶۰ سال	زیر دیپلم	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس	مجرد	متأهل
فراوانی	۳۰	۱۴	۵	۲۰	۲۰	۶	۰	۲۷	۳۱	۴	۲۰	۰	۱۵	۳۶
درصد	۳۶/۶	۲۹/۸	۳/۸۷	۱۵/۵۰	۱۵/۵۰	۴/۶۵	۰	۲۰/۹۳	۲۴/۰۳	۳/۱	۱۵/۵۰	۰	۱۱/۶۲	۲۷/۹۰
	اختلال اضطرابی (نمره ≥ ۱۱)															
	جنس		سن					تحصیلات					وضعیت تأهل			
	زن	مرد	زیر ۲۰ سال	۲۱–۳۰ سال	۳۱–۴۰ سال	۴۱–۵۰ سال	۵۱ –۶۰ سال	زیر دیپلم	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس	مجرد	متأهل
فراوانی	۱۵	۹	۹	۳۰	۳۰	۱۲	۲	۲۳	۱۷	۰	۱۱	-	۲۲	۶۱
درصد	۱۸/۳	۱۹/۱	۶/۹۷	۲۳/۲۵	۲۳/۲۵	۹/۳۰	۱/۵۵	۱۷/۸۲	۱۳/۱۷	۰	۸/۵۲	-	۱۷/۰۵	۴۲/۲۸

جدول ۲. نتایج ضرایب همبستگی Pearson بین افسردگی و اضطراب و شدت علایم گوارشی

متغیرها	فراوانی	مقدار همبستگی (r)	سطح معنی‌داری
افسردگی و شدت علایم گوارشی	۱۲۹	۰/۳۳	*۰/۰۰۱
اضطراب و شدت علایم گوارشی	۱۲۹	۰/۴۲	*۰/۰۰۱

* P < ۰/۰۱

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و نتایج ضرایب رگرسیون ابعاد آلکسی تایمیا بر افسردگی

	مدل							
شاخص	ss	df	Ms	F	P	R	R^2	SE
رگرسیون	۲۸۹/۰۷۴	۳	۶۹/۳۵۸	۷/۰۷۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸۱	۰/۱۴۵	۳/۶۹
باقیمانده	۱۷۰۲/۴۶۱	۱۲۵	۱۳/۶۲۰					
	متغیر							
شاخص	B	SEB	Beta	t	P			
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۱۴۵	۰/۰۶	۰/۲۶	۲/۵۹۳	۰/۰۱			
دشواری در توصیف احساسات	۰/۱۶۸	۰/۱۰	۰/۱۸	۱/۷۵۹	۰/۰۸			
تمرکز بر تجارب بیرونی	-۰/۰۵۸	۰/۰۷	-۰/۰۷	-۰/۸۰۱	۰/۴۲			

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.2.4]
www.mui.ac.ir

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و نتایج ضرایب رگرسیون ابعاد آلکسی تایمیا بر اضطراب

شاخص	مدل							
	ss	df	Ms	F	P	R	R^2	SE
رگرسیون	۶۱۷/۶۷۷	۳	۲۰۵/۸۹۲	۱۲/۱۸۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷۶	۰/۲۲۶	۴/۱۱
باقیمانده	۲۱۱۱/۵۴۸	۱۲۵	۱۶/۸۹۲					

شاخص	متغیر				
	B	SEB	Beta	t	P
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۲۵۳	۰/۰۶۲	۰/۳۸۱	۴/۰۵۱	۰/۰۰۱
دشواری در توصیف احساسات	۰/۱۶۴	۰/۱۰۷	۰/۱۴۷	۱/۵۳۷	۰/۱۲۷
تمرکز بر تجارب بیرونی	-۰/۰۵۸	۰/۰۸۱	-۰/۰۵۷	-۰/۷۱۴	۰/۴۷۶

جدول ۵. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و نتایج ضرایب رگرسیون ابعاد آلکسی تایمیا بر شدت علایم گوارشی

شاخص	مدل							
	ss	df	Ms	F	P	R	R^2	SE
رگرسیون	۲۸۷/۵۰۵	۳	۹۵/۸۳۵	۴/۵۴۲	۰/۰۰۵	۰/۳۱۴	۰/۰۸۹	۴/۵۹
باقی‌مانده	۲۶۳۷/۲۳	۱۲۵	۲۱/۰۹۸					

شاخص	متغیر				
	B	SEB	Beta	t	P
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۱۵	۰/۰۷	۰/۲۱۹	۲/۱۵۹	۰/۰۳
دشواری در توصیف احساسات	۰/۱۵	۰/۱۲	۰/۱۲۸	۱/۲۳۹	۰/۲۱۸
تمرکز بر تجارب بیرونی	۰/۰۳	۰/۰۹	۰/۰۳۲	۰/۳۶۶	۰/۷۱۵

ضرایب رگرسیون نشان داد که از بین ابعاد آلکسی تایمیا، تنها بعد دشواری در شناسایی احساسات، تغییرات مربوط به افسردگی را به صورت معنی‌دار تبیین می‌کند (جدول ۳).

همچنین، از بین ابعاد آلکسی تایمیا، تنها بعد دشواری در شناسایی احساسات، تغییرات مربوط به اضطراب را به صورت معنی‌دار تبیین می‌کرد (جدول ۴).

ضمن این که از بین ابعاد آلکسی تایمیا، تنها بعد دشواری در شناسایی احساسات، تغییرات مربوط به شدت علایم گوارشی را به صورت معنی‌دار تبیین می‌کند (جدول ۵).

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر ارتباط و توانایی پیش‌بینی‌کنندگی ابعاد آلکسی تایمیا در تغییرات مربوط به افسردگی و اضطراب در مبتلایان به اختلالات گوارشی عملکردی (FGID) مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های به دست آمده در این پژوهش نشان داد که از سه بعد آلکسی تایمیا، تنها بعد دشواری در شناسایی احساسات (DIF) با افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی رابطه دارد و پیش‌بینی‌کننده تغییرات مربوط به افسردگی و اضطراب در آن‌ها است. این یافته با برخی از نتایج به دست آمده از پژوهش‌های دیگر (۳۷، ۲۵، ۱۰) مطابقت داشت. این نتایج بر حسب احتمالات زیر تبیین می‌شود:

افراد مبتلا به آلکسی تایمیا، توانایی محدودی در سازگاری با شرایط استرس‌زا دارند که این ممکن است با میزان بالایی از پریشانی روانی و تشدید برانگیختگی جزء روان‌شناختی سیستم‌های ابراز هیجان همراه شود (۱۵). به نظر می‌رسد که وقتی افراد آلکسی تایمیک در معرض یک رویداد استرس‌زا و یا یک واقعه آسیب‌زا قرار می‌گیرند، به دلیل ناتوانی در پردازش شناختی و تنظیم و مدیریت احساسات خود، دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند. در چنین

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.2.4]
www.mui.ac.ir

شرایطی برای کنترل هیجانات خود از مکانیسم‌های دفاعی از جمله انکار و سرکوب استفاده کرده، احساسات خود را واپس‌رانی می‌کنند. در واقع آلکسی تایمیا به عنوان مکانیسمی در مقابل هیجانات ناشی از شرایط استرس‌زا می‌باشد، اما سرکوب احساسات و عدم ابراز آن موجب کاهش احساس خوب بودن در فرد شده، رضایت‌مندی را در وی کاهش می‌دهد. این امر درماندگی روان‌شناختی را تشدید می‌کند.

تبیین دیگر بر اساس مهار هیجانی اولیه و ثانویه این است که در مهار هیجانی اولیه که به منزله انکار تام و تمام عواطف و هیجانات است (۳۸)، افراد آلکسی تایمیک در صورت وجود یک ناراحتی هیجانی عمده بر نداشتن مشکل اصرار می‌ورزند، زندگی را خوب و مطلوب می‌دانند و تصور نمی‌کنند که چیزی نادرست یا اشتباه باشد. به نظر می‌رسد این افراد به طور معمول چیزی برای گفتن ندارند و نمی‌توانند لغت مناسبی برای بیان احساسات و مشکلات خود پیدا کنند (۳۹). در مهار هیجانی ثانویه چنین نیست که افراد آلکسی تایمیک هیچ گاه بیان احساسات و هیجانات ندارند، بلکه نمی‌توانند احساسات و عواطف خود را به درستی شناسایی کرده، آن را از حس‌های جسمی افتراق دهند، از این رو قادر نیستند هیجانات خود را به راحتی و به گونه مؤثری ابراز نمایند (۴۰). در هر حال وقتی فردی نتواند احساسات منفی خود را به درستی شناسایی کند، در تخلیه و خنثی کردن عواطف خویش دچار مشکل می‌شود و به دلیل ناتوانی در مدیریت و تنظیم احساسات منفی، این عواطف مشکل‌ساز و ناتوان‌کننده تشدید می‌گردند. ابراز احساسات یکی از مهارت‌های زندگی است و وقتی افراد نتوانند مشکلاتشان را بیان و نیازهای خود را برآورده سازند، این ناتوانی گاهی به صورت علایم جسمی و یا علایم روان‌پزشکی نشان داده می‌شود.

البته، بین یافته‌های مطالعاتی در رابطه با توانایی پیش‌بینی ابعاد آلکسی تایمیا در تغییرات مربوط به افسردگی و اضطراب، همسانی کافی وجود ندارد. Motan و Gencoz نشان دادند که هر دو بعد دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات، پیش‌بینی‌کننده علایم اضطرابی می‌باشند. تنها بعد پیش‌بینی‌کننده علایم افسردگی در آلکسی تایمیا، بعد دشواری در توصیف احساسات می‌باشد (۱۰). در صورتی که بشارت اظهار کرد که تنها بعد دشواری در شناسایی احساسات، می‌تواند تغییرات مربوط به اضطراب و افسردگی را پیش‌بینی کند (۳۷) که در راستای پژوهش حاضر است و می‌توان آن را چنین استدلال نمود:

آلکسی تایمیا دارای ثبات نسبی (۲۴) و سازه‌ای وابسته به فرهنگ است (۴۱) و الگوی تربیتی خانواده‌ها می‌تواند در شکل‌گیری این ویژگی نقش داشته باشد، بر این اساس احتمال می‌رود که برخی ناهمسانی‌های موجود در پیشینه تحقیق، در مورد ارتباط ابعاد آلکسی تایمیا و توانایی پیش‌بینی‌کننده‌گی آن‌ها، در رابطه با علایم افسردگی و اضطراب توجیه شود. مشخص است که بعد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات نقش عمده‌تری بر عهده دارد؛ چرا که به نظر می‌رسد افراد آلکسی تایمیک به علت ناتوانی در تشخیص و تمایز احساسات که در نتیجه فرآیند بازداری اتوماتیک اطلاعات و احساسات هیجانی به وجود می‌آید، توانایی بیان هیجانات خود را ندارند. اگر فردی نتواند احساسات و عواطف هیجانی خود را شناسایی کرده، آن را از حس‌های جسمی افتراق دهد که به طور معمول در بدن وی وجود دارند و گاهی تحت شرایطی شدیدتر درک می‌شوند، به طور قطع قادر به توصیفی در مورد آن‌ها نخواهد بود و نمی‌تواند هیجانات خود را به راحتی و به گونه مؤثری ابراز نماید. از این رو، احتمال می‌رود که این بعد نقش اساسی‌تری در تأثیرگذاری بر علایم روان‌شناختی داشته باشد.

بخش دیگر یافته‌ها نشان داد که بعد دشواری در شناسایی احساسات بر شدت علایم گوارشی هم نقش پیش‌بینی‌کنندگی دارد که این نیز در راستای مطالعات قبلی (۴۴، ۴۳، ۱۶) است. Kano و همکاران در بررسی ارتباط بین آلکسی تایمیا و ابعاد آن با واکنش به محرک نشان دادند که افرادی که نمره بعد دشواری در شناسایی احساسات آن‌ها بالا بود درد شدید، نیاز فوری به دفع، استرس، اضطراب و خواب آلودگی را تجربه می‌کنند (۱۶). از این رو، بعد ناتوانی در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.2.4]
www.mui.ac.ir

شناسایی احساسات، قوی‌ترین عامل مشترک بین آلکسی تایمیا و جسمانی کردن است (۴۲) و احساسات منفی همراه با بعد دشواری در شناسایی احساسات در آلکسی تایمیا پیش‌بینی‌کننده ثبات و مقاومت علایم جسمی است (۴۳). در تبیین این مسأله می‌توان چنین استدلال کرد که:

مبتلایان به آلکسی تایمیا احساسات نامتمایز دارند و این احساسات با یک برانگیختگی فیزیولوژیک همراه می‌باشد. اما به علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم احساسات، برانگیختگی فعال باقی مانده، از میان نمی‌رود. این امر باعث تشدید علایم می‌شود (۴۰). در واقع، برانگیختگی هیجانی با برانگیختگی فیزیولوژیک و ایجاد احساسات جسمی همراه است و افراد آلکسی تایمیک به دلیل ناتوانی در شناسایی و افتراق هیجانات خود از احساسات جسمی، بر این احساسات متمرکز شده، آن‌ها را بزرگ کرده، اشتباه تفسیر می‌کنند. تأکید و توجه بر احساسات جسمی موجب تشدید این علایم می‌گردد. علایم افزایش یافته ممکن است به کمک یک چرخه پس‌خوراند خودکار تشدید شده، به عنوان علایمی از یک بیماری جسمی عملکردی تجربه شوند. در نتیجه، بیماران با آلکسی تایمیای بالا علایم جسمی شدیدتری تجربه می‌کنند و پیشرفت درمان آن‌ها مطلوب نیست. این بیماران به طور معمول برای درمان به جای رجوع به روان‌پزشک به سایر پزشکان مراجعه می‌کنند.

نتایج این مطالعه و پیشینه تحقیق مبین ارتباط برخی ابعاد آلکسی تایمیا با آسیب‌شناختی روانی و شدت علایم گوارشی در بیماران مبتلا به FGID بود. البته بعد دشواری در شناسایی احساسات و پردازش شناختی ادراکات هیجانیِ آلکسی تایمیا نقش عمده‌تری را در ارتباط با افسردگی، اضطراب و شدت علایم گوارشی بر عهده دارد. هنگامی که مجموعه یافته‌های این تحقیق در زمینه بالینی مطرح و سپس ارزیابی گردید، نقش آلکسی تایمیا برای فهم و درک بهتر آسیب شناسی اختلالات گوارشی عملکردی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. بنابر این آلکسی تایمیا باید به عنوان یک عامل مؤثر در فرآیند درمان این بیماران از طرف سیستم درمانی، به خصوص متخصصین گوارش مورد توجه قرار گیرد و در صورت لزوم، بیماران برای درمان‌های دارویی و غیر دارویی جهت کارآمدتر شدن درمان به سایر متخصصین مربوطه معرفی گردند.

محدودیت‌های این پژوهش عبارت بودند از مشکلات احتمالی که در مورد اعتبار پرسش‌نامه‌های آلکسی تایمیای تورنتو و شدت علایم گوارشی که در مراحل مقدماتی قرار دارند. به دلیل محدود بودن جامعه آماری باید از تعمیم نتایج حاصل از این پژوهش به سایر بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی احتیاط نمود و فقط در محدوده معیارهای ورود به مطالعه، قابل تعمیم به جامعه می‌باشد.

پیشنهاد می‌شود که برای مشخص شدن این که آیا علایم روان‌شناختی (اضطراب و افسردگی) در بیماران گوارشی پیامد آلکسی تایمیا است و یا اختلالی توأم با اختلال گوارشی در افراد آلکسی تایمیک می‌باشد، این پژوهش تکرار گردیده، با یک گروه سالم مقایسه گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود که با توجه به اختلال شایع سوماتوفرم در FGID، این پژوهش در جامعه بزرگ‌تری انجام شده، با در نظر گرفتن یک مصاحبه بالینی اختلال سوماتوفرم کنترل شود. در آخر پیشنهاد می‌شود که از آن جایی که بین آلکسی تایمیا، اضطراب، افسردگی و علایم گوارشی ارتباط وجود داشت، چنان چه از روش‌های درمانی همچون درمان جدید متمرکز بر هیجان که آلکسی تایمیا را به عنوان یک مورد مهم در نظر می‌گیرد، به عنوان مکمل شیوه دارو درمانی استفاده شود. همچنین مداخلات بالینی اثربخشی مضاعفی خواهند داشت.

سپاسگزاری

از اعضای محترم شورای پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، همچنین از همکاری آقای دکتر رحمانی (متخصص گوارش) که در ترجمه فارسی به انگلیسی یکی از ابزارهای سنجش همکاری داشته‌اند، آقای اصغر عظیمی (مسؤول درمانگاه بیمارستان نور) و بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه، کمال تشکر را داریم.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.2.4]

www.mui.ac.ir

References

1. Brown S. The Alexithymia FAQ. [Online]. 2003. Available from: URL: http://www.emotionallystunted.co.uk/alexithymia/faq.html/
2. 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.
3. 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.
4. Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, Acklin MW. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. J Psychosom Res 1992; 36(5): 417-24.
5. Picardi A, Toni A, Caroppo E. Stability of alexithymia and its relationships with the 'big five' factors, temperament, character, and attachment style. Psychother Psychosom 2005; 74(6): 371-8.
6. Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka TB. Alexithymia and depression: a 1-year follow-up study in outpatients with major depression. J Psychosom Res 2001; 51(6): 729-33.
7. Martinez-Sanchez F, Ato-Garcia M, Ortiz-Soria B. Alexithymia--state or trait? Span J Psychol 2003; 6(1): 51-9.
8. Honkalampi K, Hintikka J, Saarinen P, Lehtonen J, Viinamaki H. Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? Results from a 6-month follow-up study. Psychother Psychosom 2000; 69(6): 303-8.
9. Haviland MG, Shaw DG, MacMurray JP, Cummings MA. Validation of the Toronto Alexithymia Scale with substance abusers. Psychother Psychosom 1988; 50(2): 81-7.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Porcelli P, Affatati V, Bellomo A, De Carne M, Todarello O, Taylor GJ. Alexithymia and psychopathology in patients with psychiatric and functional gastrointestinal disorders. Psychother Psychosom 2004; 73(2): 84-91.
14. Jones MP, Crowell MD, Olden KW, Creed F. Functional gastrointestinal disorders: an update for the psychiatrist. Psychosomatics 2007; 48(2): 93-102.
15. Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ, De Carne M, Leandro G, Todarello O. Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. Psychosom Med 2003; 65(5): 911-8.
16. 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.
17. Mayer EA, Craske M, Naliboff BD. Depression, anxiety, and the gastrointestinal system. J Clin Psychiatry 2001; 62(Suppl 8): 28-36.
18. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. Psychosom Med 2003; 65(4): 528-33.
19. Berthoz S, Consoli S, Perez-Diaz F, Jouvent R. Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. Eur Psychiatry 1999; 14(7): 372-8.
20. Cox BJ, Swinson RP, Shulman ID, Bourdeau D. Alexithymia in panic disorder and social phobia. Compr Psychiatry 1995; 36(3): 195-8.
21. Devine H, Stewart SH, Watt MC. Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample. J Psychosom Res 1999; 47(2): 145-58.
22. Hendryx MS, Haviland MG, Shaw DG. Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. J Pers Assess 1991; 56(2): 227-37.
23. Lundh LS, Broman JE. Alexithymia and insomnia. Personality and Individual Differences 2006; 40(8): 1615-24.
24. 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.
25. Haviland MG, Shaw DG, Cummings MA, MacMurray JP. Alexithymia: subscales and relationship to depression. Psychother Psychosom 1988; 50(3): 164-70.
26. Haviland MG, MacMurray JP, Cummings MA. The relationship between alexithymia and depressive symptoms in a sample of newly abstinent alcoholic inpatients. Psychother Psychosom 1988; 49(1): 37-40.
27. Honkalampi K, Saarinen P, Hintikka J, Virtanen V, Viinamaki H. Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression. Psychother Psychosom 1999; 68(5): 270-5.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.2.4]

www.mui.ac.ir

28. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamaki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. J Psychosom Res 2000; 48(1): 99-104.
29. Honkalampi K, Hintikka J, Laukkanen E, Lehtonen J, Viinamaki H. Alexithymia and depression: a prospective study of patients with major depressive disorder. Psychosomatics 2001; 42(3): 229-34.
30. Hintikka J, Honkalampi K, Lehtonen J, Viinamäki H. Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs? A study in a general population. Comprehensive Psychiatry 2001; 42(3): 234-9.
31. Jones MP, Schettler A, Olden K, Crowell MD. Alexithymia and somatosensory amplification in functional dyspepsia. Psychosomatics 2004; 45(6): 508-16.
32. Sayar K, Solmaz M, Trablus S, Ozturk M, Acar B. Alexithymia in Irritable Bowel Syndrome. Turkish Journal of Psychiatry 2000; 11(3): 190-7.
33. Muller J, Alpers GW, Reim N. Abnormal attentional bias in alexithymia. Journal of Psychosomatic Research 2010; 56(6): 617.
34. Besharat M. Psychometric Characteristics of Persian Version of the Toronto Alexithymia Scale-20 in Clinical and Non-Clinical Samples. IJMS 2008; 33(1): 1-6.
35. 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.
36. 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.
37. Beshart MA. Relation of Alexithymia with depression, anxiety, psychological helplessness and well being. Journal of Psychological of Tabriz University 2008; 10(3): 17-40.
38. Beshart MA. Relation of Alexithymia with ego defense styles. Journal of Fundamentals of Mental Health 2008; 10(39): 181-91.
39. Muller RJ. When a Patient Has No Story To Tell: Alexithymia. Psychiatric Times 2000; 17(7).
40. Shahgholian M, Moradi A, Kafi SM. Relation of Alexithymia with emotional expression styles and general health in students. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychological 2007; 13(3): 238-48.
41. Le HN, Berenbaum H, Raghavan C, Huynh-Nhu L. Culture and alexithymia: Mean levels, correlates, an the role of parental socialization of emotions. Emotion 2002; 2(4): 341-60.
42. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto AM, Mielonen RL, et al. Alexithymia and somatization in general population. Psychosom Med 2008; 70(6): 716-22.
43. DeGucht V. Neuroticism, alexithymia, negative affect and positive affect as predictors of medically unexplained symptoms in primary care. Acta Neuropsychiatrica 2002; 14(4): 181-5.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.2.4]

www.mui.ac.ir

The relation between the dimensions of alexithymia with depression and anxiety in patients with functional gastrointestinal disorders

Mazaheri M[1], Afshar H[2], Mohammadi N[3], Daghaghzadeh H[4], Bagerian R[5], Adibi P[4]

Abstract

Aim and Background: Alexithymia or emotional inhibition is an important risk factor for psychosomatic disorders such as gastrointestinal disorders. The aim of this study was to evaluate the correlation between the dimensions of alexithymia with depression and anxiety in patients with functional gastrointestinal disorders (FGID).

Methods and Materials: In a descriptive-correlation study, 129 patients were selected from patients with FGID referred to digestive clinic of the Noor hospital in Isfahan (during 5 months in 2008). They were investigated using Toronto Alexithymia scale**,** hospital anxiety and depression scale and gastrointestinal symptom rating scale. Data were analyzed using descriptive statistics, correlation coefficient and regression analysis.

Findings: Only the dimension of "difficulty in identifying feelings" has a significant positive correlation with depression, anxiety and severity of gastrointestinal symptoms in FGID patients. This dimension is predictor variance of depression, anxiety and severity of gastrointestinal symptoms.

Conclusions: The study emphasizes on the role of alexithymia especially the dimension of **"**difficulty in identifying feelings" to understand the psychopathology of FGID. So, it seems that assessment and considering it as an effective factor in the treatment of these patients is essential.

Keywords: Alexithymia**,** depression, anxiety, functional gastrointestinal disorders.

Type of article: Original

Received: 09.08.2009 *Accepted: 22.04.2010*

1. Master of Psychology, Noor Haspital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)
Email: mina.mazaheri@gmail.com
2. Associate Professor, Psychiatrist, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3. Master of Psychology, Noor Haspital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
4. Associate Professor, Gastroenterologist, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
5. Assistant Professor, Psychologist, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1389.8.2.2.4]
www.mui.ac.ir