

## Role of alexithymia in predicting psychological symptoms in patients with breast and prostate cancer

M. Mowlaie\*

S. Jani\*\*

N. Hajloo\*\*\*

\*Ph.D. Student of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

\*\*M.Sc. in Psychology, Islamic Azad University, Parsabad Moghan Branch, Parsabad Moghan, Iran

\*\*\*Associate Professor of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

### \*Abstract

**Background:** Identifying the psychological factors involved in psychological problems of patients with cancer is very important.

**Objective:** The aim of this study was to determine the role of alexithymia in predicting psychological symptoms in patients with cancer.

**Methods:** This cross sectional study was conducted in 102 patients with cancer selected by convenience sampling method in Ardabil during 2014. The measurement tools were the Persian version of Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Hopkins Symptom Checklist-25 (SCL-25). Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and regression analysis.

**Findings:** There was significantly positive correlation between alexithymia and all psychological symptoms. In regression analysis, alexithymia was predictor of all psychological symptoms.

**Conclusion:** With regards to the results, it seems that alexithymia is able to predict psychological symptoms. Therefore, paying more attention to psychological determinants in patients with cancer and providing appropriate treatment strategies can be effective to alleviate the mental suffering.

**Keywords:** Affect, Neoplasms, Psychological Stress, Psychology

**Citation:** Mowlaie M, Jani S, Hajloo N. Role of alexithymia in predicting psychological symptoms in patients with breast and prostate cancer. J Qazvin Univ Med Sci. 2015; 19 (5): 52-60.

**Corresponding Address:** Mehri Mowlaie, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

**Email:** mehri.molaee@yahoo.com

**Tel:** +98-914-2908144

**Received:** 27 Dec 2014

**Accepted:** 26 Apr 2015

## نقش ناگویی خلقی در پیش‌بینی نشانگان آسیب‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه و پروستات

مه‌ری مولایی\*

ستاره جانی\*\*

دکتر نادر حاجلو\*\*\*

\* دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران  
\*\* کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پارس‌آباد مغان، پارس‌آباد مغان، ایران  
\*\*\* دانشیار روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

آدرس نویسنده مسؤل: اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، تلفن ۰۹۱۴۲۹۰۸۱۴۴  
Email: mehri.molaei@yahoo.com  
تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۶ تاریخ پذیرش: ۹۴/۲/۶

### \* چکیده

**زمینه:** شناسایی عوامل روان‌شناختی دخیل در ایجاد مشکلات متعدد روحی و روانی ایجاد شده در بیماران مبتلا به سرطان بسیار مهم است.  
**هدف:** مطالعه به منظور تعیین نقش ناگویی خلقی در پیش‌بینی نشانگان آسیب‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.  
**مواد و روش‌ها:** این مطالعه همبستگی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۱۰۲ بیمار مبتلا به سرطان شهر اردبیل انجام شد که به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس ناگویی خلقی (FTAS-20) و پرسش‌نامه نشانگان اختلال روانی (SCL-25) بود. داده‌ها با آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون همزمان تحلیل شدند.  
**یافته‌ها:** با تحلیل همبستگی، بین ناگویی خلقی و تمامی نشانگان آسیب‌شناختی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. با تحلیل رگرسیون ناگویی خلقی قادر به پیش‌بینی معنی‌دار تمامی نشانگان آسیب‌شناختی بود.  
**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها، به نظر می‌رسد ناگویی خلقی قادر به تبیین معنی‌دار نشانگان آسیب‌شناختی است. لذا توجه بیش‌تر به مؤلفه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان و ارایه راهکارهای درمانی مناسب می‌تواند در کاهش رنج روانی آن‌ها مؤثر باشد.

**کلیدواژه‌ها:** خلق، سرطان‌ها، تنش روان‌شناختی، روان‌شناسی

### \* مقدمه

ناامیدی و تلاش در راستای خودکشی منجر شود.<sup>(۳)</sup> کرونیک و همکاران نشان دادند مبتلایان به این بیماری از نظر شاخص‌های افسردگی، حساسیت بین فردی، اضطراب و روان‌پریشی دارای مشکل جدی بودند و به مراقبت‌های روان‌شناختی نیاز داشتند.<sup>(۴)</sup> همچنین کراتناچر و همکاران طی مطالعه‌ای اظهار داشتند که بیماران مبتلا به سرطان از مشکلات بین فردی، حساسیت در روابط متقابل و مشکلات روانی-اجتماعی رنج می‌برند.<sup>(۵)</sup>

یکی از عوامل مرتبط با نشانه‌های روان‌شناختی، ناگویی خلقی است. این سازه متشکل است از دشواری در شناسایی احساس‌ها، دشواری در توصیف آن‌ها و

سرطان، بیماری است که با رشد کنترل نشده سلولی و تهاجم به بافت‌های موضعی سیستماتیک مشخص می‌شود. متعاقب تشخیص سرطان، فرد دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس غیرواقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می‌شود که وی را به سوی اختلال‌های روانی می‌کشاند.<sup>(۱)</sup>

سرطان سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی در این بیماران می‌شود که واکنش‌هایی نظیر پرخاش‌گری، خشم، افسردگی، تنش و احساس گناه را به دنبال دارد.<sup>(۲)</sup> مهم‌ترین عامل مربوط به سلامت روان در این بیماران خشم و اضطراب است. چنانچه خشم به وجود آمده در این بیماران به درستی ابراز نشود، ممکن است به افسردگی،

استفاده می‌کردند و افراد دارای مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی از مطالعه حذف شدند.

یکی از ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه فهرست نشانگان روان‌شناختی (SCL-25) بود. این پرسش‌نامه شکل کوتاه SCL-90 در اگاتیس (۱۹۸۴) است. این مقیاس ابعاد روان‌گسستگی، جسمانی‌سازی، وسواس-اجبار، افکار بدگمانانه، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب و ترس مرضی را می‌سنجد و در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از هیچ (صفر) تا به شدت (۴) نمره‌گذاری می‌شود. بررسی تحلیل عاملی نشان داده است که SCL-25 با وجود کاهش ۶۵ ماده از مجموع ۹۰ ماده مقیاس اصلی، همبستگی بالای ۰/۹۵ با آن را دارد. روایی SCL-25 از طریق محاسبه همسانی درونی و ضرایب بازآزمایی بررسی شده و همسانی درونی در دختران، ۰/۹۷ و در پسران، ۰/۹۸ به دست آمده است.<sup>(۱۳)</sup>

ابزار بعدی مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو بود که یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساس‌ها (۷ سؤال)، دشواری در توصیف احساس‌ها (۵ سؤال) و تفکر عینی (۸ سؤال) را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل برای ناگویی خُلقی کلی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی خُلقی-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو-۲۰، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی خُلقی-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای ناگویی خُلقی کل و زیر مقیاس‌های مختلف تأیید شد. روایی همزمان مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو-۲۰ برحسب همبستگی بین زیر مقیاس‌های این آزمون و

جهت‌گیری فکری بیرونی.<sup>(۶)</sup> عقیده بر این است که ناگویی خُلقی عاملی خطر ساز برای بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی است؛ زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار سخت تحت فشارهای جسمانی هیجان‌هایی هستند که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجان‌ها می‌شود و سازگاری موفقیت‌آمیز را مشکل می‌کند.<sup>(۷)</sup>

ارتباط ناگویی خُلقی با بسیاری از اختلال‌های روان‌تنی و روان‌پزشکی مانند افسردگی اساسی، اختلال تنش پس از سانحه، سوء مصرف و وابستگی به مواد، اختلال جسمانی کردن، اختلال خوردن و اختلال وحشت و هراس در مطالعه‌های مختلف نشان داده شده است.<sup>(۸-۱۲)</sup> بنابراین با توجه به روند رو به افزایش بروز سرطان سینه در زنان و سرطان پروستات در مردان این مطالعه با هدف تعیین نقش ناگویی خُلقی در پیش‌بینی نشانگان آسیب‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه و پروستات انجام شد.

### \* مواد و روش‌ها:

این مطالعه همبستگی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۱۰۲ بیمار مبتلا به سرطان بدخیم (۶۴ زن مبتلا به سرطان سینه و ۳۸ مرد مبتلا به سرطان پروستات) در شهر اردبیل انجام شد که به صورت در دسترس انتخاب شدند؛ پس از کسب رضایت مسوولین مراکز نگهداری و بیمارستان‌ها، از بیماران تحت پوشش دعوت به عمل آمد که در صورت تمایل در پژوهش حاضر شرکت کنند و از آن‌ها برگه رضایت‌نامه آگاهانه اخذ شد. با توجه به ملاحظات اخلاقی در این پژوهش از نوشتن نام و نام خانوادگی در پرسش‌نامه‌ها خودداری و بر محرمانه ماندن اطلاعات تأکید شد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن حداقل ۱۳ و حداکثر ۶۵ سال، تحصیلات حداقل ابتدایی به منظور توانایی پُر کردن پرسش‌نامه‌ها، گذشت حداقل یک سال از تشخیص بیماری. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: بیمارانی که از مواد مخدر یا داروهای روانگردان

### جدول ۱- میانگین نمره زیر مؤلفه‌های نشانگان آسیب‌شناختی در بیماران مورد مطالعه (۱۰۲ نفر)

متغیر	انحراف معیار $\pm$ میانگین
ناگویی خُلقی	۵۰/۴۵ $\pm$ ۱۲/۹۷
وسواسی- جبری	۶/۰۴ $\pm$ ۳/۲۰
جسمانی‌سازی	۱۱/۵۰ $\pm$ ۴/۸۰
اضطراب	۵/۱۳ $\pm$ ۳/۶۹
افسردگی	۲/۰۴ $\pm$ ۱/۹۵
افکار بدگمانانه	۲/۲۷ $\pm$ ۱/۷۲
حساسیت بین فردی	۵/۳۱ $\pm$ ۲/۹۶
روان‌پریشی	۳/۳۱ $\pm$ ۲/۷۵

با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون، بین ناگویی خُلقی با نشانگان آسیب‌شناختی همبستگی مثبت معنی‌داری وجود داشت (جدول شماره ۲).

با استفاده از تحلیل رگرسیون همزمان، متغیر ناگویی خُلقی توانست ۰/۳۷ وسواسی-جبری، ۰/۵۰ جسمانی‌سازی، ۰/۳۶ اضطراب، ۰/۳۲ افسردگی، ۰/۴۲ افکار بدگمانانه، ۰/۵۲ حساسیت بین فردی، ۰/۵۶ روان‌پریشی و ۰/۳۷ ترس مرضی را پیش‌بینی کند (جدول شماره ۳).

مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و تأیید شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در تشخیص احساس‌ها، دشواری در توصیف احساس‌ها و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خُلقی گزارش کرده است. (۱۵۱۴) برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد.

### \* یافته‌ها:

از ۱۰۲ بیمار مورد مطالعه، ۶۴ نفر (۶۳ درصد) زن و ۳۸ نفر (۳۷ درصد) مرد بودند. میانگین سنی بیماران  $43 \pm 5$  سال بود.

۲۳ نفر (۲۳ درصد) در مرحله یک، ۴۵ نفر (۴۴ درصد) در مرحله دو و ۳۴ نفر (۳۳ درصد) در مرحله سه بیماری قرار داشتند.

در بیماران مورد مطالعه زیر مؤلفه جسمانی‌سازی با میانگین نمره  $11/50 \pm 4/8$  بیش‌تر از سایر زیر مؤلفه‌ها بود و بعد از آن بیش‌ترین مقدار مربوط به متغیر وسواسی-جبری با میانگین نمره  $6/04 \pm 3/20$  بود (جدول شماره ۱).

### جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای ناگویی خُلقی و نشانگان آسیب‌شناختی

متغیر	ناگویی خُلقی	وسواسی-جبری	جسمانی-سازی	اضطراب	افسردگی	افکار بدگمانانه	حساسیت بین فردی	روان‌پریشی	ترس مرضی
ناگویی خُلقی	۱								
وسواسی-جبری	**۰/۳۷	۱							
جسمانی‌سازی	**۰/۵۰	**۰/۷۸	۱						
اضطراب	**۰/۳۶	**۰/۵۹	**۰/۵۹	۱					
افسردگی	**۰/۳۲	**۰/۳۰	**۰/۶۰	**۰/۴۹	۱				
افکار بدگمانانه	**۰/۴۲	*۰/۲۷	**۰/۴۴	**۰/۲۷	**۰/۳۵	۱			
حساسیت بین فردی	**۰/۵۲	**۰/۵۹	**۰/۶۱	**۰/۶۰	**۰/۳۵	**۰/۵۳	۱		
روان‌پریشی	**۰/۵۶	**۰/۵۹	**۰/۶۲	**۰/۴۲	**۰/۵۲	**۰/۵۸	**۰/۶۸	۱	
ترس مرضی	**۰/۳۷	۰/۲۰	**۰/۳۹	**۰/۳۹	**۰/۴۱	**۰/۴۲	**۰/۶۸	**۰/۵۳	۱

P<۰/۰۱\*\* P<۰/۰۵\*

جدول ۳ - نتایج تحلیل رگرسیون همزمان نشانگان آسیب‌شناختی بر اساس ناگویی خُلقی

متغیر پیش‌بین	R	R <sup>2</sup>	R اصلاح شده	خطای معیار تخمین	F	معنی‌داری	متغیرهای ملاک	B	خطای معیار	بتا	t	معنی‌داری
ناگویی خُلقی	۰/۳۷	-۰/۱۴	۰/۱۳	۲/۹۸	۲۵/۱۴	۰/۰۰۰	وسواسی - جبری	۰/۰۹	۰/۰۲۵	-۰/۳۷	۳/۷۷	۰/۰۰۰
	۰/۵۰	-۰/۲۵	۰/۳۴	۴/۱۶	۲۹/۴۲	۰/۰۰۰	جسمانی‌سازی	۰/۱۸	۰/۰۳۴	۰/۵۰	۵/۴۲	۰/۰۰۰
	۰/۳۶	-۰/۱۳	۰/۱۲	۳/۴۶	۱۲/۸۹	۰/۰۰۱	اضطراب	۰/۱۰	۰/۰۲۹	-۰/۳۶	۳/۵۹	۰/۰۰۱
	۰/۳۲	-۰/۱۰	۰/۰۹۶	۱/۸۵	۱۰/۲۸	۰/۰۰۲	افسردگی	۰/۰۴۹	۰/۰۱۵	-۰/۳۲	۳/۲۰	۰/۰۰۲
	۰/۴۲	-۰/۱۸	۰/۱۷	۱/۶۵	۱۹/۰۷	۰/۰۰۰	افکار بدگمانانه	۰/۰۵۷	۰/۰۱۳	-۰/۴۲	۴/۳۶	۰/۰۰۰
	۰/۵۲	-۰/۲۷	۰/۲۶	۲/۵۳	۳۲/۶۵	۰/۰۰۰	حساسیت بین	۰/۱۲	۰/۰۲۱	-۰/۵۲	۵/۷۱	۰/۰۰۰
	۰/۵۶	-۰/۳۱	۰/۳۰	۲/۲۸	۳۹/۹۵	۰/۰۰۰	روان‌پریشی	۰/۱۲	۰/۰۱۹	-۰/۵۶	۶/۳۲	۰/۰۰۰
	۰/۳۷	-۰/۱۳	۰/۱۲	۲/۱۶	۱۳/۶۶	۰/۰۰۰	ترس مرضی	۰/۰۶۶	۰/۰۱۸	-۰/۳۷	۳/۶۹	۰/۰۰۰

### \*بحث و نتیجه‌گیری:

این مطالعه نشان داد بین ناگویی خُلقی و تمامی زیر مؤلفه‌های نشانگان آسیب‌شناختی (وسواسی - جبری، جسمانی‌سازی، اضطراب، افسردگی، افکار بدگمانانه، روان‌پریشی، حساسیت بین فردی و ترس مرضی) در بیماران سرطانی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت و ناگویی خُلقی قادر به پیش‌بینی و تبیین قدرتمند نشانگان آسیب‌شناختی بود. در ارتباط با معنی‌داری ناگویی خُلقی در تبیین موفقیت‌آمیز نشانه‌های وسواسی - جبری که با برخی مطالعه‌ها همسو بود،<sup>(۲۱-۱۶)</sup> می‌توان گفت که افراد دارای علائم وسواسی - جبری از تمیز بین حوادث ذهنی تصور شده و واقعیت ناتوان هستند و یک فکر مزاحم مساوی با حادثه‌ای در نظر گرفته می‌شود که اتفاق خواهد افتاد. این مسأله می‌تواند تنشی را که همراه با افکار نامتناسب است، بزرگ‌نمایی کند و باعث درهم‌آمیختگی فکر و عمل شود. به بیانی دیگر با توجه به مشکلات جسمانی ایجاد شده در افراد مبتلا به سرطان این فرض وجود دارد که ذهن شخص در حال خالی شدن یا فاقد قدرت تمرکز است.

در مورد یافته مربوط به جسمانی‌سازی که جز بیش‌ترین مقدار تبیین‌ها بود و ارتباط بین جسمانی‌سازی و ناگویی خُلقی را نشان داد و با برخی مطالعه‌ها همسو بود،<sup>(۲۲ و ۲۳)</sup> می‌توان گفت که افراد دارای ناگویی خُلقی بالا در شناسایی فرآیندهای تنظیم هیجان با مشکل مواجه

می‌شوند و اشاره‌های بدنی خود را جسمی تفسیر می‌کنند؛ به این صورت که این افراد بیش‌تر از اشخاص دیگر دارای بیماری‌های جسمانی تشخیص داده می‌شوند. همین تفسیر را می‌توان در مورد بیماران مبتلا به سرطان به کار برد که میزان جسمانی‌سازی در آن‌ها بسیار بالاست.<sup>(۲۲)</sup> در بیماران مبتلا به سرطان، تجارب علایم جسمی می‌تواند بر درد و ادراک جسمی تأثیر بگذارد. در این بیماران تجربه جسمی ممکن است به دلیل عوامل عاطفی اغراق شود یا به دلیل جسمانی‌سازی، شکایات مربوط به درد افزایش یابد.

در مطالعه حاضر مشخص شد که ناگویی خُلقی به اختلال‌های اضطرابی و پایین آمدن بهزیستی روان‌شناختی منجر می‌شود. این یافته با یافته‌های بشارت و گریور و همکاران همسو بود.<sup>(۲۳ و ۲۴)</sup> در این زمینه می‌توان مطرح کرد که ناگویی خُلقی با تفکر عینی، قدرت تجسم محدود، کاهش خیال‌پردازی‌ها و تمرکز بر امور ساده، سطحی، عینی و خارجی مشخص می‌شود و می‌تواند به عنوان جای‌گزینی مکمل برای مکانیسم جبران تلقی شود. بر این اساس فرد در امتداد اجتناب‌گری از عواطف دردناک مبتنی بر تهییج‌های فیزیولوژیک از طریق تفکر عینی، هرچه بیش‌تر از دنیای درونی و واقعیت‌های نگران‌کننده ذهنی فاصله می‌گیرد و سدسازی خود در مقابل فشارهای ناشی از این عواطف دردناک را تکمیل

یافته‌ها نشان داد که ناگویی خلقی بالا حساسیت بین فردی بالا را پیش‌بینی می‌کند. این یافته با مطالعه‌های هاینانتیسا و مولتونو همسو بود،<sup>(۲۶،۳)</sup> در زمینه این ارتباط می‌توان این گونه استنباط کرد که در افراد مبتلا به سرطان مشکلات قابل ملاحظه‌ای در موقعیت‌های بین فردی به دلیل مسایل ایجاد شده توسط سرطان وجود دارد. به عبارتی دیگر این افراد نسبت به روابط با دیگران انتظارات منفی دارند و در مقایسه با دیگران احساس حقارت می‌کنند. لذا نسبت به خود دچار احساس تردید و بی‌کفایتی می‌شوند و دیدی انتقادگرانه به دیگران دارند. با توجه به این توضیح‌ها، معنی‌داری ناگویی خلقی در پیش‌بینی این مؤلفه قابل توجیه است؛ چرا که با توجه به مشکلات ایجاد شده در این بیماران احتمال این وجود دارد که بیماران در ابراز احساس‌ها با مشکل مواجه شوند.<sup>(۳)</sup>

یافته مربوط به روان‌پریشی نشان داد که در افرادی که میزان بالایی از ناگویی خلقی را دارند، روان‌پریشی بالاست. این یافته با سایر مطالعه‌ها همسو بود.<sup>(۳۷)</sup> عوامل زیستی عصبی که در اختلال‌های روان‌پریشی تأثیرگذارند در افراد دارای سطوح بالای ناگویی خلقی نیز تأثیرگذار هستند. سیستم لیمبیک، قشر پیشین مغز و انتقال‌دهنده دوپامین در سبب‌شناسی بیماران روان‌پریش مطرح شده‌اند، یعنی همان نواحی مغزی که در ناگویی خلقی نقش اساسی دارند.<sup>(۳۸)</sup> در نتیجه تبیین علایم روان‌پریشی از طریق ناگویی خلقی کاملاً منطبق با انتظار است. از سویی دیگر وجود سطح بالای ناگویی خلقی در عامل روان‌پریشی می‌تواند ناشی از توانایی محدود تجسم نمادین هیجان‌ها باشد. سیستم‌های نمادین، توانایی تفکر درباره احساس‌های هیجانی و دیگر تجربه‌ها را به ارمغان می‌آورند و به این ترتیب حالت‌های هیجانی را تعدیل می‌کنند.<sup>(۳۸)</sup> به نظر می‌رسد در ناگویی خلقی نیز توانایی محدودی برای تجسم نمادین هیجان‌ها وجود داشته باشد. مطالعه‌های انجام شده همگی نشان‌گر افزایش میزان ترس و وحشت در بیماران مبتلا به سرطان بوده است.<sup>(۳۹)</sup>

می‌کند. شواهد نشان می‌دهد اضطراب می‌تواند ناشی از حالت‌های واپس‌رونده رشد هیجانی باشد و بنابراین به فراخوانی ویژگی‌های ناگویی خلقی منجر شود. به عبارتی دیگر می‌توان این گونه استنباط کرد که افراد دارای علایم اضطرابی، هیجان‌های خود را کم‌تر می‌پذیرند و بیش‌تر از راهبردهای منع و سرکوب‌گری استفاده می‌کنند.<sup>(۳۴)</sup>

یافته مربوط به افسردگی که ارتباط مثبت بین افسردگی و ناگویی خلقی را نشان داد، با مطالعه‌های احدی، کیم و همکاران همسو بود.<sup>(۳۹)</sup> برخی مطالعه‌ها نشان داده‌اند که ناگویی خلقی مستقل از افسردگی است. به عبارت دیگر ارتباط علی بین این دو متغیر وجود ندارد<sup>(۲۵)</sup> همچنین در برخی از تحقیق‌ها ارتباط ابعاد ناگویی خلقی با افسردگی متفاوت بوده است. برای مثال هاویلند و هنریکس دریافتند که بین دو بُعد دشواری در تشخیص و شناسایی احساس‌ها و دشواری در توصیف احساس‌ها با افسردگی ارتباط مثبتی وجود دارد و تمرکز بر تجارب بیرونی که بُعد دیگری از ناگویی خلقی است با افسردگی در ارتباط نیست.<sup>(۲۵)</sup> از آنجا که توانایی ضعیف در شناسایی و ابراز هیجان‌ها، ظرفیت پایین خیال‌پردازی و تفکر عینی از ویژگی‌های اساسی ناگویی خلقی است، سرکوبی عواطف، توانایی کاهش یافته برای ابراز هیجانی به دیگران و خلق پایین و ناراحت نیز از ویژگی‌های اساسی در علایم افسردگی است. بنابراین بین این دو مؤلفه به لحاظ نظری می‌توان ارتباط برقرار کرد.<sup>(۱)</sup>

در ارتباط با مؤلفه اندیشه‌پردازی بدگمانانه که با ناگویی خلقی ارتباط مثبت و معنی‌داری داشت، می‌توان گفت که نمره بالا در این مؤلفه با خصومت، فرافکنی، خودبزرگ‌بینی، بدگمانی، نیاز به کنترل و ترس از دست دادن استقلال مشخص است. در بیماران مبتلا به سرطان، با توجه به وسعت مشکلات مربوط به سرطان به خصوص شیمی‌درمانی، احتمال بالا رفتن خصومت و بدگمانی افزایش پیدا می‌کند<sup>(۲۶)</sup> و در نتیجه این بیماران در برقراری ارتباط با دیگران و شناسایی احساس‌ها به مشکل برمی‌خورند.

- colorectal cancer patients' psychological distress and health-related quality of life: a one-year prospective study. *J Psychosom Res* 2011 May; 70 (5): 411-21.
2. Smailyte G, Jasilionis D, Kaceniene A, Krilaviciute A, Ambrozaitiene D, Stankuniene V. Suicides among cancer patients in Lithuania: a population-based census-linked study. *Cancer Epidemiol* 2013 Oct; 37 (5): 714-8.
3. O'Neill S, Posada-Villa J, Medina-Mora ME, Al-Hamzawi AO, Piazza M, Tachimori H, et al. Associations between DSM-IV mental disorders and subsequent self-reported diagnosis of cancer. *J Psychosom Res* 2014 Mar; 76 (3): 207-12.
4. Kroenke K, Theobald D, Wu J, Loza JK, Carpenter JS, Tu W. The association of depression and pain with health-related quality of life, disability, and health care use in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2010 Sep; 40 (3): 327-41.
5. Krattenmacher T, Kühne F, Halverscheid S, Wiegand-Grefe S, Bergelt C, Romer G, et al. Comparison of the emotional and behavioral problems of children of patients with cancer or a mental disorder and their association with parental quality of life. *J Psychosom Res* 2014 Mar; 76 (3): 213-20.
6. Aleman A. Feelings you can't imagine: Towards a cognitive neuroscience of alexithymia. *Trend Cog Sci* 2005 Dec; 9 (12): 553-5.
7. Roh D, Kim WJ, Kim CH. Alexithymia in obsessive-compulsive disorder: clinical correlates and symptom dimensions. *J Nerv Ment Dis* 2011 Sep; 199 (9): 690-5.
8. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. Effect of Alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: a programmatic review. *Psychiatry Res* 2011 Nov 30; 190 (1):

همین مسأله با ایجاد احساس ناامیدی بر میزان ابراز احساس‌ها در این بیماران تأثیر می‌گذارد.

در مجموع یافته‌های تحقیق حاضر مبین این نکته بود که ویژگی‌های ناسازگار شخصیت می‌تواند فرد را دچار اختلال‌های روان‌شناختی کند. هر چند مطالعه گریز و همکاران نشان داد جنبه دشواری در شناسایی احساس‌های ناگویی خُلقی با ابعاد آسیب‌شناسی روانی مرتبط است، ولی جنبه‌های دیگر آن نقش معنی‌داری در تبیین واریانس نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی ندارند.<sup>(۲۴)</sup>

ناگویی هیجانی به عنوان یکی از ویژگی‌های شخصیت، نقش مهمی در نشانه‌های روان‌شناختی افراد دارد و این نشانه‌ها در افراد مبتلا به سرطان (به دلیل شرایط روحی حساس ناشی از تشخیص بیماری) شدیدتر است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد توانمند از نظر هیجانی در مقایسه با افرادی که توانایی درک هیجان‌های خود را ندارند، سازگاری بهتری با محیط و دیگران دارند. بنابراین می‌توان گفت که افراد توانمند از نظر تجربه و ابراز هیجان، سلامت عمومی بالاتری نسبت به افراد ناتوان دارند.<sup>(۲۹)</sup> به نظر می‌رسد متخصصین امور سلامت جسم و روان می‌توانند با افزایش مهارت‌های ابراز و تشخیص هیجان، جهت درمان و پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان استفاده کنند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از ابزار خودگزارشی برای سنجش نشانه‌های روان‌شناختی بود؛ زیرا سوگیری در اطلاعات وجود دارد. پیشنهاد می‌شود از برنامه‌های مدیریت تنش و آرام‌سازی برای بیماران مبتلا به سرطان (به خصوص مبتلایان به سرطان سینه و پروستات که میزان شیوع بالایی دارند) جهت ارتقای کیفیت زندگی و مقابله موفقیت‌آمیز این بیماران استفاده شود.

#### \*مراجع:

1. Hyphantis T, Paika V, Almyroudi A, Kampletsas ED, Pavlidis N. Personality variables as predictors of early non-metastatic

- 43-8.
9. Aggarwal A, Pandurangi A, Smith W. Disparities in breast and cervical cancerscreening in women with mental illness: a systematic literature review. *Am J Prev Med* 2013 Apr; 44 (4): 392-8.
10. Zakiei A, Karami J. Relationship of Alexithymia, positive affect and negative affect with mental disorders. *Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 2013; 35 (4): 38-45. [In Persian]
11. Robinson LJ, Freeston MH. Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clin Psychol Rev* 2014 Apr; 34 (3): 256-71.
12. Cogle JR, Timpano KR, Fitch KE, Hawkins KA. Distress tolerance and obsessions: an integrative analysis. *Depress Anxiety* 2011 Oct 3; 28 (10): 906-14.
13. Kim JH, Lee SJ, Rim HD, Kim HW, Bae GY, Chang SM. The relationship between Alexithymia and general symptoms of patients with depressive disorders. *Psychiatry Investig* 2008 Sep; 5 (3): 179-85.
14. Zakiei A. The relationship between Alexithymia, Ellis Irrational Beliefs, positive and negative affection on psychiatric disorders in Kermanshah Razi University students. Master's thesis, Psychology Group, University of Razi Kermanshah; 2012. [In Persian]
15. Besharat MA. Reliability and factorial validity of Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep* 2007 Aug; 101 (1): 209-20.
16. Carpenter L, Chung MC. Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychol Psychother* 2011 Dec; 84 (4): 367-88.
17. Narimani M, Vahidi Z, Abolgasemi A. The comparison of alexithymia, impulsiveness, behavioral activation and inhibition in students of obsessive-compulsive, paranoid personality disorders and normal group. *J Clin Psychol* 2013; 2 (18): 55-65. [In Persian]
18. Cogle JR, Timpano KR, Sarawgi S, Smith CM, Fitch KE. A multi-modal investigation of the roles of distress tolerance and emotional reactivity in obsessive-compulsive symptoms. *Anxiety Stress Coping* 2013 Sep; 26 (5): 478-92.
19. Fernandez de la Cruz L, Landau D, Iervolino AC, Santo S, Pertusa A, Singh S, et al. Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding disorder. *J Anxiety Disord* 2013 Mar; 27 (2): 204-9.
20. Cogle JR, Timpano KR, Goetz AR. Exploring the unique and interactive roles of distress tolerance and negative urgency in obsessions. *Personality and Individual Differences*, 2012 52 (4): 515-20.
21. Huber A, Suman AL, Biasi G, Carli G. Alexithymia in fibromyalgia syndrome: associations with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behavior. *J Psychosom Res* 2009 May; 66 (5): 425-33.
22. Besharat MA, Zahedi Tajrishi K, Noorbala AA. Alexithymia and emotion regulation strategies in patients with somatization, anxiety disorders, and normal individuals: A comparative study. *Contemporary Psychology* 2013; 8 (2): 3-16. [In Persian]
23. Besharat MA. The relationship between emotion deficeiet with anxiety, depression, psychological helplessness and psychological well-being. *Tabriz J Pscol* 2008; 10: 24-46. [In Persian]
24. Greer JA, Solis JM, Temel JS, Lennes,



- IT, Prigerson HG, Maciejewski PK, et al. Anxiety disorders in long-term survivors of adult cancers. *Psychosomatics* 2011 Sep-Oct; 52 (2): 417-23.
25. Ahadi B. Role of alexithymic personality features in predicting psychopathological symptoms in patients with major depression. *Behavioral science research* 2009; 7 (1): 25-32. [In Persian]
26. Molton IR, Siegel SD, Penedo FJ, Dahn JR, Kinsinger D, Traeger LN, et al. Promoting recovery of sexual functioning after radical prostatectomy with group-based stress management: the role of interpersonal sensitivity. *J Psychosom Res* 2008 May; 64 (5): 527-36.
27. Heshmati R, Gorbani N, Rostami R, Ahmadi M, Akhavan H. Comparative examination of alexithymia in patients with psychotic and nonpsychotic with normal individuals. *J Hamdan Univ Med Sci* 2010; 17 (1): 56-61. [In Persian]
28. Serper M, Berenbaum H. The relation between motional awareness and hallucinations and delusions in acute psychiatric inpatients. *Schizophr Res* 2008 Apr; 101 (1-3): 195-200.
29. Schellekens AF, Mulder SF, van Eijndhoven PF, Smilde TJ, van Herpen CM. Psychotic symptoms in the course of sunitinib treatment for advanced renal cell cancer. Two cases. *Gen Hosp Psychiatry* 2011 Jan-Feb; 33 (1): 83.