

آلکسیتیمیا و ارتباط آن با شاخص‌های توانش هیجانی و شکایت از دردهای جسمی در کودکان و نوجوانان

حبیب‌اله نصیری^۱، دکتر مرتضی لطیفیان^۲، دکتر کارولین ریف^۳

Alexithymia and its Relationship with Physical Complaints and Emotional Competency in Children and Adolescents

Habib Nasiri^{*}, Morteza Latifian^a, Carolien Rieffe^b

Abstract

Objectives: The aim of this investigation was to study alexithymia and its relationship with physical complaints, emotional competency and mood disorders in children and adolescents. **Method:** 593 (308 girls and 285 boys) elementary school children in the city of Shiraz were selected using multi-stage cluster sampling. Participants completed the Alexithymia Questionnaire for Children, Mood List for Children and Somatic Complaint List. The validity of the instruments was determined through calculating correlation between subscales with each other and the total scale, and reliability was determined using Cronbach's alpha. Results indicated a satisfactory and high reliability and validity of the instruments used in this study. Data were analyzed using analysis of variance and regression analysis. **Results:** Alexithymia showed positive association with physical complaints and negative emotions, and negative association with happiness. Gender differences were also significant, and girls had higher scores averages in comparison with boys. **Conclusion:** Difficulty in identifying feelings and external oriented thinking had the highest and lowest predictive powers respectively.

Key words: alexithymia; children; adolescents; emotions; mood disorders

[Received: 11 December 2007; Accepted: 21 July 2008]

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی آلکسیتیمیا در کودکان و نوجوانان و ارتباط آن با مشکلات خلقی، توانش‌های هیجانی و شکایت از دردهای جسمی بود. **روش:** ۵۹۳ نفر (۳۰۸ دختر و ۲۸۵ پسر) از دانش‌آموزان سال آخر دبستان و مدارس راهنمایی شهر شیراز به صورت خوشه‌ای - چند مرحله‌ای انتخاب شدند و به سه مقیاس آلکسیتیمیایی کودکان، فهرست خلقی کودکان و فهرست شکایت از دردهای جسمی پاسخ دادند. روایی ابزارهای به کار برده شده، با استفاده از روش همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها با هم و با کل مقیاس و پایایی به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که نتایج بیانگر بالابودن روایی و پایایی آنها در این بررسی است. داده‌ها به کمک تحلیل واریانس و تحلیل رگرسیون تحلیل شدند. **یافته‌ها:** ابتلا به آلکسیتیمیا با شکایت از دردهای جسمی و هیجان‌های منفی همبستگی مثبت و با شادی همبستگی منفی داشت. تفاوت‌های جنسیتی نیز معنی‌دار بودند، بدین صورت که میانگین نمرات دختران از پسران بیشتر بود. **نتیجه‌گیری:** خرده‌مقیاس اشکال در تشخیص هیجان‌ها دارای بالاترین قدرت پیش‌بینی و خرده‌مقیاس تفکر معطوف به بیرون دارای کمترین قدرت پیش‌بینی است.

کلیدواژه: آلکسیتیمیا؛ دردهای جسمی؛ مشکلات هیجانی؛ کودکان؛ نوجوانان

[دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۹/۲۰؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۴/۳۱]

^۱ دانشجوی دوره دکترای روانشناسی تربیتی دانشگاه شیراز، شیراز، میدان ارم، پردیس ارم، مجتمع دانشگاهی دانشگاه شیراز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، بخش روانشناسی تربیتی. دورنگار: ۰۷۱۱-۲۳۴۹۲۲۵ (نویسنده مسئول). E-mail: h_a_nasiri@yahoo.com؛ ^۲ دکترای روانشناسی تربیتی، دانشیار دانشگاه شیراز؛ ^۳ دکترای روانشناسی رشد، استاد دانشگاه لیدن هلند.

* Corresponding author: Postgraduate student of Educational Psychology, Shiraz University, Department of Educational Psychology, Shiraz University Complex, Eram Sq., Shiraz, Iran, IR. Fax: +98711-2349225. E-mail: h_a_nasiri@yahoo.com; ^a PhD. in Educational Psychology, Associate Prof. of Shiraz University; ^b PhD. in Developmental Psychology, Professor of Lieden University, Netherlands.

مقدمه

ارزیابی این اختلال در کودکان هنوز در آغاز راه است (یلسما و همکاران، ۲۰۰۷). برای نمونه مقیاس آلکسیثیمیا برای کودکان^{۲۵} (ASC) (فوکونی شی و همکاران، ۱۹۹۸) برای ارزیابی این اختلال در کودکان سال‌های اول تا ششم دبستان به کار برده شد. این مقیاس توسط پدران و مادران یا آموزگاران تکمیل می‌شود و دارای ۱۲ گویه است. نسخه ژاپنی آن از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار بوده، اما روایی و پایایی نسخه انگلیسی آن هنوز بررسی نشده است. مقیاس سنجش آلکسیثیمیا کودکان^{۲۶} (CAM) نیز در آمریکا برای ارزیابی این اختلال در کودکان در حال ساخت است. این مقیاس برای کودکان انگلیسی زبان شش تا ۱۴ ساله ساخته شده که به وسیله پدر یا مادر، مراقبان یا مربیان او پر می‌شود و دارای ۳۲ گویه است (ریف و همکاران، ۲۰۰۶).

به طور خلاصه، بیشتر بررسی‌های انجام شده در زمینه آلکسیثیمیا، روی بزرگسالان و نوجوانان بوده است (یلسما و همکاران، ۲۰۰۷). هدف پژوهش حاضر، بررسی علایم و میزان شیوع آلکسیثیمیا در کودکان و نوجوانان، هم‌چنین بررسی رابطه این اختلال با توانش‌های هیجانی و احساس نگرانی بود، تا با شناساندن و معرفی آلکسیثیمیا در ایران، برخی از علایم آن بررسی شود. تلاش شده است با توجه به ادبیات پژوهشی موجود، به این پرسش‌ها پاسخ داده شود:

- ۱- میزان شیوع اختلال‌های خلقی و شکایت از دردهای جسمی در کودکان و نوجوانان چه قدر است؟ ۲- آیا میان آلکسیثیمیا و مشکلات خلقی و شکایت از دردهای جسمی رابطه وجود دارد؟ ۳- آیا جنسیت می‌تواند به عنوان یک متغیر تأثیرگذار، میان دو جنس در متغیرهای مورد بررسی، تفاوت ایجاد نماید؟ ۴- قدرت پیش‌بینی خرده‌عوامل آلکسیثیمیا برای شاخص‌های سلامت هیجانی و شکایت از دردهای جسمی در دو گروه دختر و پسر و در کل آزمودنی‌ها چگونه است؟

آلکسیثیمیا^۱ به صورت نارسایی‌هایی در توانایی تشخیص، درک و فهم و ابراز هیجان‌ها و احساسات تعریف شده است. رشد توانش هیجانی^۲ در کودکان و ارتباطی که با آلکسیثیمیا دارد، سبب شکل‌گیری رویکرد پژوهشی نوینی برای شناسایی آسیب‌شناسی اختلال‌های بالینی (مانند اختلال‌های کلامی و مشکلات هیجانی) و درمان آن‌ها شده است (یلسما^۳، وی^۴، ون‌مت^۵ و بلک‌پوند^۶، ۲۰۰۷). برخی نظریه‌پردازان بر این باورند که آلکسیثیمیا پیامد یک ضربه شدید روانی یا تروما^۷ است؛ بدین صورت که تروما سبب ایجاد تغییراتی در مغز و شکل‌گیری آلکسیثیمیا می‌شود (کریستال^۸، جیلر^۹ و سیسچتی^{۱۰}، ۱۹۸۶). آلکسیثیمیا هم‌چنین دربرگیرنده نارسایی و ناتوانی در جداکردن احساسات بدنی است که ممکن است منشأ هیجانی داشته یا ناشی از آسیب به تخیلات ذهنی و یا شیوه‌های شناختی بیرونی^{۱۱} باشد (هاویلند^{۱۲} و ریس^{۱۳}، ۱۹۹۶). این سازه به این دلیل که یک عامل اساسی در اختلال‌های پزشکی و مرتبط با سلامتی است، در بزرگسالان به صورت گسترده بررسی شده است (باگی^{۱۴}، پارکر^{۱۵} و تاپلور^{۱۶}، ۱۹۹۴)، ولی با وجود این که اختلال یادشده نوعی مشکل شخصیتی است که در کودکان هم دیده می‌شود، در کودکان بسیار کم بررسی شده است. بررسی این اختلال در کودکان، می‌تواند دانش ما را در زمینه فرآیند رشد آن در جریان زندگی افزایش دهد (ریف^{۱۷}، اوستروولد^{۱۸} و میرام^{۱۹}، ۲۰۰۶). ریف و همکاران (همان‌جا) بر این باورند که با وجود اهمیت بررسی این موضوع در کودکان، تنها دو مطالعه در این زمینه انجام شده است؛ یکی پژوهشی است در ژاپن که طی آن پرسش‌نامه‌ای برای سنجش آلکسیثیمیا در کودکان ساخته شده و توسط معلمان تکمیل می‌شود (فوکونی شی^{۲۰}، یوشیدا^{۲۱} و ووگان^{۲۲}، ۱۹۹۸). دیگری پژوهشی است که در آن برای ارزیابی این اختلال، یک مقیاس خودسنجی ساخته شده است (ریف و همکاران، ۲۰۰۶). آلکسیثیمیا یک اختلال روانپزشکی نیست و در چهارمین دستنامه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^{۲۳} (DSM-IV-TR) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) نیز ذکر نشده است. به لحاظ نظری گمان می‌رود آلکسیثیمیا با رفتارهای خشن نوجوانان ارتباط داشته باشد (مارهون^{۲۴}، ۱۹۹۲، به نقل از یلسما و همکاران، ۲۰۰۷)، ولی این ارتباط به صورت تجربی در کودکان و نوجوانان بررسی نشده است.

- | | |
|--|-------------------------|
| 1- alexithymia | 2- emotional competence |
| 3- Yelsma | 4- Way |
| 5- Van Mete | 6- Black-Pond |
| 7- trauma | 8- Krystal |
| 9- Giller | 10- Cicchetti |
| 11- external cognitive style | 12- Haviland |
| 13- Reise | 14- Bogby |
| 15- Parker | 16- Taylor |
| 17- Rieffe | 18- Oosterveld |
| 19- Meerum | 20- Fukunishi |
| 21- Yoshida | 22- Wogan |
| 23- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. edition, Text Revision | |
| 24- Marhun | |
| 25- Alexithymia Scale for Children | |
| 26- Children Alexithymia Measurement Scale | |

روش

این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود و در آن ۵۹۳ دانش‌آموز (۳۰۸ دختر و ۲۸۵ پسر) کلاس پنجم ابتدایی و مقطع راهنمایی به صورت خوشه‌ای-چندمرحله‌ای از مدارس آموزش و پرورش ناحیه دو شیراز انتخاب شدند و به پرسش‌نامه تهیه شده پاسخ دادند. میانگین و انحراف معیار سن این آزمودنی‌ها به ترتیب ۱۲/۲ و ۱/۲۸ سال بود. پیش از شرکت دانش‌آموزان در پژوهش موافقت آنان و مسئولان مدرسه جلب شد.

برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر بهره گرفته شد:

مقیاس آلکسیتمیا برای کودکان (ASC): ریف و همکاران (۲۰۰۶) بر پایه مقیاس آلکسیتمیای بزرگسالان که توسط باگی و همکاران (۱۹۹۴) تهیه شده، یک مقیاس ۲۰ گویه‌ای برای ارزیابی این سازه در کودکان ساخته‌اند که در آن سه عامل مورد بررسی قرار می‌گیرد: الف) نارسایی و ناتوانی در شناسایی هیجان‌ها (هفت گویه، مانند اغلب در مورد احساساتم سردرگم هستم)، ب) نارسایی و ناتوانی در بیان هیجان‌ها (پنج گویه، مانند بیان احساسی که نسبت به دیگران دارم، برایم دشوار است) و ج) تفکر معطوف به بیرون (هشت گویه، مانند هنگامی که برای فهمیدن داستان یک فیلم، به‌دقت آن را تماشا می‌کنم، کمتر از تماشای آن لذت می‌برم).

پس از تهیه این مقیاس و به‌دست آوردن مجوز لازم برای بهره‌گیری از آن در ایران، کل مقیاس از زبان انگلیسی به زبان فارسی ترجمه و سپس این ترجمه توسط یکی از دانشجویان ایرانی دوره دکترای روانشناسی رشد دانشگاه لیدن، به زبان هلندی و انگلیسی برگردانده شد و در نهایت پس از ویرایش لازم و گنجاندن پیشنهادها داده شده توسط سازنده مقیاس، نسخه نهایی تهیه شد. گویه‌های ۶، ۱۳ و ۱۴ همان گویه‌های مقیاس بزرگسالان هستند، ولی سایر گویه‌ها برای درک آسان‌تر توسط کودکان به زبان ساده برگردانده شدند. به پرسش‌های این مقیاس به کمک سه گزینه درست (۳)، کمی درست (۲) و نادرست (۱) پاسخ داده می‌شود. ریف و همکاران (۲۰۰۶) در بررسی تحلیل عاملی این مقیاس بر روی دو گروه بزرگ آزمودنی با سنین متفاوت، از ساختار سه عاملی این مقیاس حمایت نمودند، ولی عامل سوم، یعنی تفکر معطوف به بیرون، از بار عاملی بالایی برخوردار نبود و روایی پایینی داشت. دو عامل دیگر می‌توانستند به خوبی شکایت از دردهای جسمی در کودکان را پیش‌بینی نمایند و بنابراین از ضریب روایی پیش‌بین مطلوب برخوردار بودند. همسانی درونی و تجانس گویه‌ها نیز مطلوب گزارش شد: ضریب

آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و همبستگی درونی میان گویه‌ها حدود ۰/۴۰ بود.

فهرست خلقی برای کودکان^۱ (MLC): این مقیاس برای بررسی چهار حالت خلقی کودکان، یعنی شادی، خشم، غم و ترس به کار برده شده است (ریف، میرام‌تروگت^۲ و بوش^۳، ۲۰۰۴؛ ریف و همکاران، ۲۰۰۶). این مقیاس ۲۰ گویه دارد که با سه گزینه اغلب (۳)، گاهی (۲) و به ندرت (۱) پاسخ داده می‌شود. یک نمونه از گویه‌های این مقیاس عبارت است از: «من..... احساس می‌کنم عصبانی هستم.»

فهرست شکایت‌های جسمی^۴ (SCL): این مقیاس از ضرایب همسانی درونی و روایی سازه مطلوبی برخوردار و دارای ۱۱ گویه است (ریف و همکاران، ۲۰۰۴؛ ریف و همکاران، ۲۰۰۶). با استفاده از سه گزینه اغلب (۳)، گاهی (۲) و به ندرت (۱) به این مقیاس پاسخ داده می‌شود. یک نمونه از گویه‌های این مقیاس عبارت است از: «من..... احساس سردرد می‌کنم.» دو گویه دارای جمله بندی منفی، به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند.

برای تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل واریانس و تحلیل رگرسیون بهره گرفته شد.

یافته‌ها

از ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی و از محاسبه همبستگی میان خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر و با نمره کل مقیاس برای سنجش روایی بهره گرفته شد:

الف) مقیاس آلکسیتمیا برای کودکان: ضرایب آلفای این مقیاس در دامنه ۰/۲۴ تا ۰/۶۴ به دست آمد. دو خرده‌مقیاس «نارسایی در بیان و توصیف هیجان‌ها» و «نارسایی در ابراز هیجان‌ها» از ضرایب آلفای مناسب و مطلوبی برخوردار بودند، اما در خرده‌مقیاس سوم (تفکر معطوف به بیرون) این ضریب پایین بود (۰/۲۱). همه ضریب‌های به دست آمده برای روایی نیز معنی دار و به جز خرده‌مقیاس سوم، بقیه خرده‌مقیاس‌ها از روایی مطلوبی برخوردار بودند.

ب) فهرست خلقی برای کودکان: ضرایب آلفا برای هر چهار خرده‌مقیاس این پرسش‌نامه دامنه‌ای بین ۰/۵۶ و ۰/۷۴ داشت. نتایج به دست آمده گویای مطلوب بودن ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس بود. در روایی نیز تمام خرده‌مقیاس‌ها به جز خرده‌مقیاس شادی، از ضریب بالا و مناسبی برخوردار بودند. از آن جا که سه خرده‌مقیاس

1- Mood List for Children 2- Meerum Terwogt
3- Bosch 4- Somatic Complaints List

داده‌های توصیفی هر یک از متغیرها در جدول ۱ آورده شده است. ماتریس همبستگی میان متغیرها در جدول ۲ آورده شده است.

دیگر، هیجان‌های منفی (مانند ترس، خشم و غم) را ارزیابی می‌کنند، طبیعی است که شادی که یک هیجان مثبت است، همبستگی پایینی با آن‌ها داشته باشد.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرها (n=۵۹۳)

مقیاس‌ها	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	ضریب آلفای کرونباخ	همبستگی با کل مقیاس
اشکال در بیان هیجان‌ها	۱۲/۰۱	۲/۵۳	۷	۱۹	۰/۶۴	۰/۸۲
اشکال در توصیف هیجان‌ها	۱۸/۱۲	۲/۸۳	۹	۲۷	۰/۴۷	۰/۵۸
تفکر معطوف به بیرون	۶/۸۸	۱/۴۰	۴	۱۱	۰/۲۴	۰/۲۰
شادی	۱۲/۸۴	۳/۴۵	۸	۲۴	۰/۷۴	۰/۳۰
غم	۷/۴۵	۱/۹۹	۴	۱۲	۰/۶۱	۰/۵۳
خشم	۶/۲۸	۲/۰۸	۴	۱۲	۰/۷۱	۰/۵۲
ترس	۶/۵۲	۱/۸۵	۴	۱۲	۰/۵۶	۰/۵۳
شکایت‌های جسمی	۱۸/۳۸	۳/۰۴	۱۲	۲۹	۰/۵۱	۰/۵۱
آلکسیتمیا	۴۰/۲۶	۵/۳۰	۲۵	۵۶	—	—
خلق و خو	۳۸/۱۰	۴/۱۲	۲۸	۵۲	—	—

جدول ۲- ماتریس همبستگی میان متغیرها (n=۵۹۳)

خرده‌مقیاس‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- شکایت از دردهای جسمی							
۲- غم و اندوه	۰/۳۴**						
۳- ترس و وحشت	۰/۲۷**	۰/۳۸**					
۴- خشم	۰/۲۵**	۰/۳۲**	۰/۳۷**				
۵- شادی	-۰/۱۵**	-۰/۱۰**	-۰/۳۶**	-۰/۴۱**	۱		
۶- تفکر معطوف به بیرون	۰/۰۱	۰/۱۱**	۰/۱۱**	۰/۰۴	-۰/۱۶**	۱	
۷- اشکال تشخیص هیجان‌ها	۰/۲۳**	۰/۲۲**	۰/۲۲**	۰/۲۰**	-۰/۱۴**	۰/۱۵**	۱
۸- اشکال در توصیف هیجان‌ها	۰/۲۳**	۰/۴۰**	۰/۲۹**	۰/۲۸**	-۰/۲۹**	۰/۰۸*	۰/۳۵**

* p<۰/۰۵ ; ** p<۰/۰۱

دختر، پسر و کل آزمودنی‌ها به کار برده شد. البته برای مشخص شدن پایه نظری این تحلیل آماری، نخست ضریب همبستگی این متغیرها با یکدیگر به دست آمد. نتایج این تحلیل‌ها در **جدول‌های ۳ و ۴** آورده شده است.

یافته‌ها نشان می‌دهند میان «نارسایی در تشخیص هیجان» و شاخص‌های سلامت هیجانی بالاترین میزان همبستگی و میان «تفکر معطوف به بیرون» و متغیرهای سلامت هیجانی پایین‌ترین میزان همبستگی وجود دارد.

نتایج رگرسیون چندمتغیره در **جدول ۵** آورده شده است که پس از تحلیل مسیر، برای آسان شدن فهم یافته‌ها، نتایج نهایی در سه گروه دختر، پسر و کل آزمودنی‌ها در **شکل‌های ۱، ۲ و ۳** نشان داده شده‌اند. گفتنی است مسیرهای غیرمعنی‌دار در این شکل‌ها حذف شده‌اند.

برای بررسی تفاوت‌های جنسیتی در اختلال‌های خلقی، آلکسیتمیا و شکایات جسمانی، روش تحلیل واریانس یک‌طرفه به کار برده شد. همان‌گونه که **جدول ۳** نشان می‌دهد، بین آزمودنی‌های دختر و پسر در هر سه اختلال (آلکسیتمیا، اختلال‌های خلقی و شکایت از دردهای جسمی) تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. بنابراین، جنسیت در این رابطه یک متغیر تأثیرگذار بود، به‌صورتی که میانگین هر سه اختلال در دختران بالاتر از پسران بود.

برای بررسی قدرت پیش‌بینی خرده‌عوامل آلکسیتمیا در زمینه شاخص‌های توانش هیجانی و شکایت از دردهای جسمی، از رگرسیون چندمتغیره به‌شیوه هم‌زمان استفاده شد. در این الگو، متغیر آلکسیتمیا و سه خرده‌عامل آن به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و شادی، ترس، خشم، غم و شکایت از دردهای جسمانی به‌عنوان متغیرهای ملاک در آزمودنی‌های

جدول ۳- ضرایب همبستگی میان خرده‌مقیاس‌های آلکسیتمیا با حالت‌های خلقی و شکایت از دردهای جسمی به تفکیک جنسیت (n=۲۹۸)

دردهای جسمی	خشم	ترس	غم و اندوه	شادی		
					دختر	اشکال در تشخیص هیجان‌ها
۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۳۱**	۰/۳۸**	-۰/۲۹**		
					پسر	
۰/۳۶**	۰/۳۹**	۰/۲۹**	۰/۴۱**	-۰/۲۳**		
					دختر	اشکال در توصیف هیجان‌ها
۰/۰۵	۰/۱۴**	۰/۲۱**	۰/۲۰**	-۰/۱۸**		
					پسر	
۰/۰۶	۰/۲۳**	۰/۱۳*	۰/۲۸**	-۰/۲۴**		
					دختر	تفکر معطوف به بیرون
۰/۰۸	-۰/۰۲	۰/۱۶**	۰/۰۶	-۰/۱۹**		
					پسر	
۰/۱۴*	-۰/۰۹	۰/۰۳	۰/۰۲	-۰/۱۱		

* p<۰/۰۵; ** p<۰/۰۱

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس یک طرفه روی فهرست خلقی برای کودکان، فهرست شکایت‌های جسمی و مقیاس آلکسیتیمیا برای کودکان در دانش‌آموزان دختر و پسر

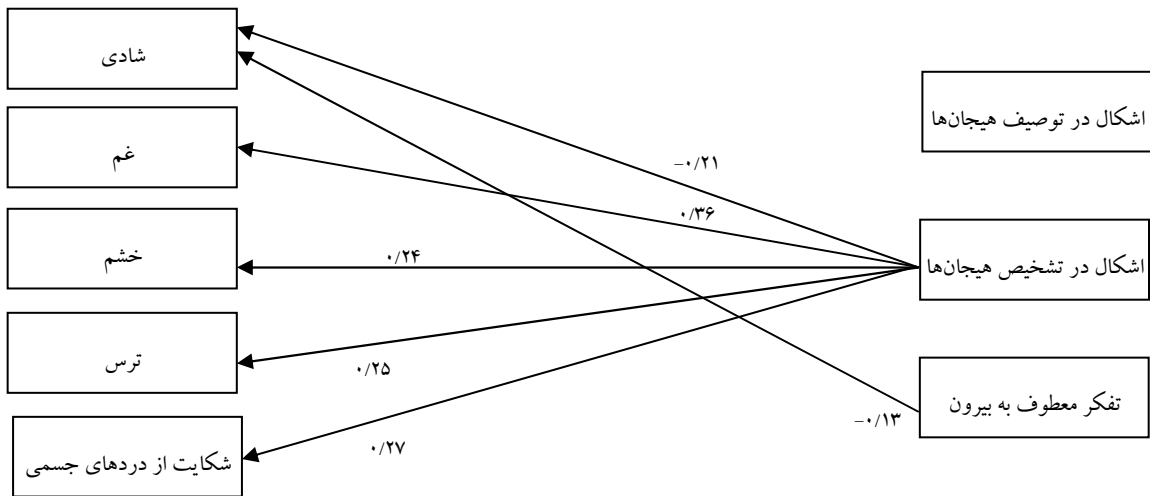
سطح معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع واریانس	خرده‌مقیاس‌ها
۰/۰۰۲	۹/۵۷	۹/۵۷	۱	۲۶۶/۰۷	بین‌گروهی	آلکسیتیمیا
		۲۷/۷۹	۵۹۱	۱۶۴۲۴/۸۹	درون‌گروهی	
			۵۹۲	۱۶۶۹۰/۹۶	کل	
۰/۰۰۰۱	۱۳/۱۱	۲۱۸/۱۶	۱	۲۱۸/۱۶	بین‌گروهی	حالت‌های خلقی
		۱۶/۶۳	۵۹۱	۹۸۳۰/۹۳	درون‌گروهی	
			۵۹۲	۱۰۰۴۹/۰۹	کل	
۰/۰۰۰۱	۱۷/۵۲	۱۵۷/۷۴	۱	۱۵۷/۷۴	بین‌گروهی	شکایت‌های جسمی
		۹/۰۰	۵۹۱	۵۳۱۸/۸۲	درون‌گروهی	
			۵۹۲	۵۴۷۶/۵۶	کل	

جدول ۵- رگرسیون همزمان سه خرده‌مقیاس آلکسیتیمیا با شاخص‌های حالت‌های خلقی و شکایت از دردهای جسمی در پسران، دختران و کل آزمودنی‌ها

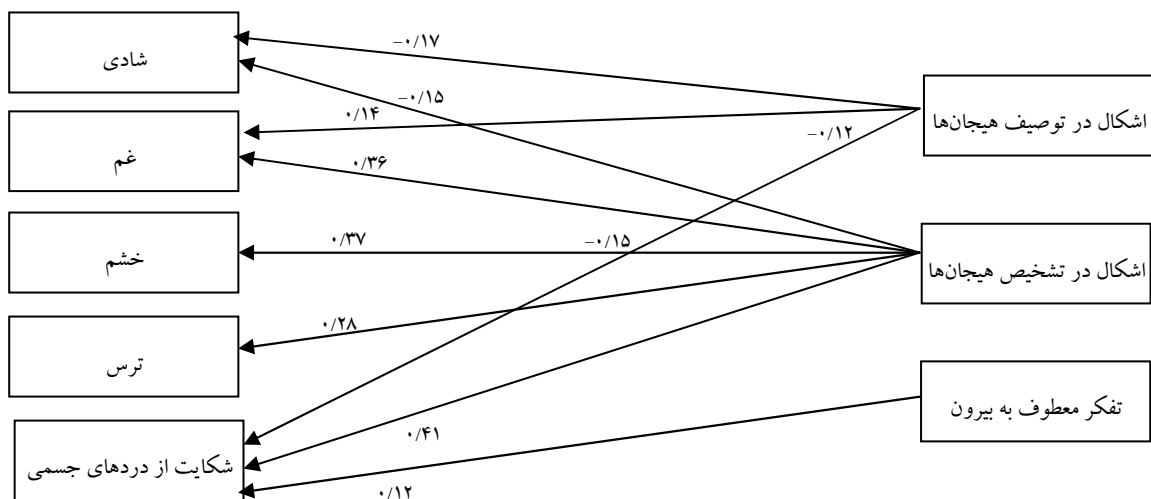
	کل			دختر			پسر				
	R ²	t	β	R ²	t	β	R ²	t	β		
		-۴/۲۹***	-۰/۱۸		-۳/۳۳***	-۰/۲۱		-۲/۵۹**	-۰/۱۵	۱	شادی
۰/۰۸		-۲/۵۶**	-۰/۱۱	۰/۰۹	-۰/۹۳	-۰/۰۵	۰/۰۵	-۲/۷۹**	-۰/۱۷	۲	
		-۲/۵۴**	-۰/۱۰		-۲/۳۳*	-۰/۱۳		-۱/۱۲	-۰/۰۶	۳	
		۹/۲۸***	۰/۳۸		۶***	۰/۳۶		۶/۳۵***	۰/۳۶	۱	غم
۰/۱۸		۲/۱۴*	۰/۰۹	۰/۰۸	۰/۷۴	۰/۰۴	۰/۱۶	۲/۳۹**	۰/۱۴	۲	
		-۱/۰۱	-۰/۰۳		-۰/۵۰	۰/۰۲		-۰/۶۱	-۰/۰۳	۳	
		۶/۹۵***	۰/۳۰		۳/۷۶***	۰/۲۴		۶/۳۷***	۰/۳۷	۱	خشیم
۰/۱۰		۱/۲۳	۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۷۹	۰/۰۵	۰/۱۶	۱/۰۸	۰/۰۶	۲	
		-۰/۵۸	-۰/۰۲		-۱/۵۰	-۰/۰۸		۰/۸۲	۰/۰۴	۳	
		۶/۸۰***	۰/۲۹		۴/۱۰***	۰/۲۵		۴/۷۲***	۰/۲۸	۱	توس
۰/۱۰		۱/۲۰	۰/۰۵	۰/۱۱	۱/۳۰	۰/۰۸	۰/۰۵	۰/۲۴	۰/۰۱	۲	
		۰/۸۲	۰/۰۳		۱/۴۶	۰/۰۸		۰	۰	۳	
		۸/۲۷***	۰/۳۵		۴/۲۷	۰/۲۷		۷/۰۰۲***	۰/۴۱	۱	شکایت از دردهای جسمی
۰/۱۱		-۲/۲۳*	-۰/۰۹	۰/۰۶	-۱/۲۱	-۰/۰۷	۰/۱۶	-۲/۱۴*	-۰/۱۲	۲	
		۱/۵۵	۰/۰۶		۰/۵۹	۰/۰۳		۲/۳۲*	۰/۱۲	۳	

۱- اشکال در تشخیص هیجان‌ها؛ ۲- اشکال در توصیف هیجان‌ها؛ ۳- تفکر معطوف به بیرون

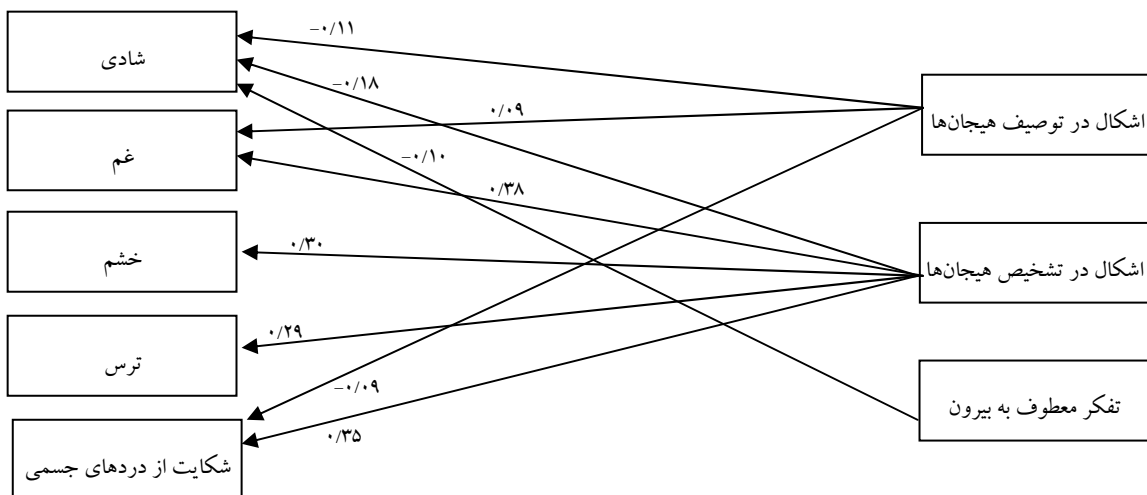
* p<۰/۰۵ ; **p<۰/۰۱ ; ***p<۰/۰۰۱



شکل ۱- رگرسیون همزمان آلکسیتمیا از روی متغیرهای حالت‌های خلقی و شکایت از دردهای جسمی در دختران



شکل ۲- رگرسیون همزمان آلکسیتمیا از روی متغیرهای حالت‌های خلقی و شکایت از دردهای جسمی در پسران



شکل ۳- رگرسیون همزمان آلکسیتمیا از روی متغیرهای حالت‌های خلقی و شکایت از دردهای جسمی در کل آزمودنی‌ها

بحث

كودكان از دردهاى جسمى (مانند سردرد، درد شكم، احساس خستگى و كوفتگى) شكايت مى‌كنند، توانش هيجانى كمترى دارند و حالت‌هاى خلقى منفى بيشترى را تجربه مى‌كنند (ريف، ۲۰۰۶).

يافته ديگر اين پژوهش نشان مى‌دهد دختران بيش از پسران از اين اختلال رنج مى‌برند. ادبيات پژوهش موجود در اين زمينه متناقض است، براى نمونه ريف (۲۰۰۶) در يك بررسى روى ۷۴۰ كودك و نوجوان هلندى به معنى داربودن تفاوت نمرات دختران و پسران در ابتلا به اختلال‌هاى خلقى، توانش‌هاى هيجانى و آلکسيتيميا اشاره نكرده است، اما در همه اين اختلال‌ها، دختران نسبت به پسران ميانگين بالاترى دارند. يلسما و همكاران (۲۰۰۷) بر اين باورند كه ميزان شيوع آلکسيتيميا در پسران بيشتر است. تيلور (۱۳۸۳) نيز بر اين باور است كه اين اختلال در مردان شايع تر از زنان است و وخامت بيشتر اين اختلال موجب مى‌شود فرد هيجان‌هاى منفى بيشترى را تجربه و بنا بر اين در آزمون‌هاى اضطراب، افسردگى و روان‌رنجورى نمرات بالاترى كسب نمايد. با توجه به موارد يادشده، بالاتر بودن ميانگين دختران نسبت به پسران در اين پژوهش را مى‌توان اين گونه تبين كرد: اضطراب و افسردگى در بين زنان و دختران بيشتر است و با توجه به آمادگى زيست‌شناختى آنان در اين زمينه، هم‌چنين مراقبت و نگرانى بيشتر مادران درباره دختران - به نسبت پسران - ميزان اين اختلال در دختران بيشتر از پسران است. نصيرى، لطيفيان و جامع‌بزرگى (۱۳۸۶) نيز در پژوهشى نشان دادند كه ميزان نگرانى و افسردگى در دانش‌آموزان دختر بيش از دانش‌آموزان پسر است.

يكى از مهم‌ترين موضوعات در زمينه بررسى آلکسيتيميا در كودكان و نوجوانان، توان اين اختلال در پيش‌بيني اختلال‌هاى خلقى است. بر پايه ضرايب استاندارد رگرسيون (بتا) به‌دست آمده در دختران، پسران و كل آزمودنى‌ها، بهترين پيش‌بين شاخص‌هاى سلامت هيجانى و شكايت از دردهاى جسمى، «نارسايى در تشخيص هيجان‌ها» است. كمترين قدرت پيش‌بيني نيز به خرده‌مقياس «تفكر معطوف به بيرون» اختصاص دارد. اين یافته با یافته‌هاى ريف و همكاران (۲۰۰۶) كه نارسايى در تشخيص و بيان هيجان‌ها و تفكر

هدف از پژوهش حاضر بررسى ارتباط آلکسيتيميا با شاخص‌هاى سلامت هيجانى و شكايت از دردهاى جسمانى در كودكان و نوجوانان بود. در زمينه موضوع «آلکسيتيميا در كودكان و نوجوانان»، بررسى‌هاى زيادى انجام نشده (ريف و همكاران، ۲۰۰۶؛ يلسما و همكاران، ۲۰۰۷) و تنها در سال‌هاى اخير تلاش‌هاى در راستاى ساخت ابزارهاى مناسب براى ارزيايى اين اختلال انجام شده است. درباره اين اختلال در بزرگسالان بررسى‌هاى بسيارى انجام شده، و جنبه‌هاى گوناگون آن، عوامل تأثيرگذار بر آن و يا عوامل مرتبط با آن مورد كنكاش قرار گرفته‌اند. ريف و همكاران (۲۰۰۶) بر اين باورند كه مى‌توان با ساخت ابزار مناسب، اين اختلال را در كودكان و نوجوانان نيز تشخيص داد. در پيشينه پژوهشى موجود، نقطه برشى براى كودكان گزارش نشده است، از سوى ديگر نمرات يك مقياس خودسنجى نمى‌تواند به تشخيص دقيق اختلالى كه اطلاعات زيادى درباره آن وجود ندارد، بيانجامد. همان‌گونه كه بيان شد از اين اختلال در DSM-IV-TR و در نسخه‌هاى پيشين آن، نامى برده نشده و براى تشخيص آن به روش‌هاى ديگرى (مانند مصاحبه بالينى) نيز نياز است (تيلور، ۲۰۰۰)، پس نمى‌توان با اين پژوهش درباره ميزان و نرخ شيوع آلکسيتيميا در كودكان و نوجوانان مورد بررسى قضاوت نمود.

يافته‌ها نشان مى‌دهند اين اختلال با شكايت از دردهاى جسمى، ترس، خشم، غم و اندوه همبستگى دارد و هر چه شدت آلکسيتيميا افزايش يابد، ميزان ابتلا به اين مشكلات جسمى و هيجانى هم بيشتر مى‌شود. اما ابتلا به اين اختلال با شادى رابطه معكوس دارد، به اين معنى كه هر چه شدت اختلال در يك فرد بيشتر باشد، شادى كمترى را تجربه مى‌كند. ادبيات پژوهشى از اين یافته، البته در آزمودنى‌هاى بزرگسال - چه در جمعيت عادى و چه بالينى - حمايت مى‌كنند. در زمينه علايم اين اختلال و متغيرهاى مرتبط با آن در كودكان و نوجوانان، در جمعيت عادى و بالينى، بررسى‌هاى كمى انجام شده است (يلسما و همكاران، ۲۰۰۷). اين اختلال در كودكان علايم ويژه خود را دارد؛ براى نمونه كودكاني كه از اين اختلال رنج مى‌برند، بيشتر از ديگر

ارایه شده برای مقیاس بزرگسالان (پارکر، تایلور و باگی، ۱۹۸۹) در مورد کودکان استفاده کرد.

پایین بودن بار عاملی برخی از گویه‌ها، ناچیز بودن ضریب آلفای کرونباخ یکی از خرده‌مقیاس‌های مقیاس آلکسیتمیا و به کار بردن آزمون‌های خودسنجی از محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر بود و بنابراین لازم است این پژوهش با بهره‌گیری از مقیاس‌های اصلاح شده و یا آزمون‌هایی که جنبه خودسنجی نداشته و با روش‌های بالینی مانند مصاحبه و گرفتن شرح حال همراه هستند، تکرار شود. بررسی اثرات افزایش سن و تغییرات رشدی بر متغیرهای بررسی شده در این پژوهش، از دیگر موضوعاتی است که می‌تواند موضوع پژوهش‌های آینده باشد.

منابع

- تایلور، جرمی (۱۳۸۳). *هوش عاطفی در زندگی روزمره*. ترجمه: حبیب‌اله نصیری و اصغر نوری. اصفهان: نشر نوشته.
- نصیری، حبیب‌اله؛ لطیفیان، مرتضی؛ جامع‌بزرگی، محبوبه (۱۳۸۶). *انحرافات جداسازی مدارس ابتدایی بر سلامت عاطفی دانش‌آموزان مدارس ابتدایی*. کنفرانس دوره ابتدایی، دوره اساسی، شیراز: اردیبهشت، ۱۳۸۶.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed.), text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Fukunishi, I. H., Yoshida, H., & Wogan, J. (1998). Development of the Alexithymia Scale for Children: A preliminary study. *Psychological Reports*, 82, 43-49.
- Haviland, M. G., & Reise, S. P. (1996). A California q-test alexithymia prototype and its relationship to ego-control and ego-resiliency. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 597-608.

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1- self- disclosure | 2- shame |
| 3- Suslow | 4- Arlot |
| 5- Donges | 6- Kooiman |
| 7- Spinliovcn | 8- Trijsburg |
| 9- Lumley | 10- Ovies |
| 11- Stettner | 12- Wehmer |
| 13- Lakey | 14- cutoff point |

معطوف به بیرون را به ترتیب دارای بالاترین توان پیش‌بینی‌کنندگی گزارش نمودند، هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که خرده‌مقیاس «نارسایی در تشخیص هیجان‌ها» می‌تواند دیگر جنبه‌های این اختلال، مانند مشکل در خودافشاسازی^۱ ناشی از شرم و خجالت^۲ را ارزیابی کند (سوسلو^۳، آرلوت^۴ و دونگز^۵، ۲۰۰۰، به نقل از ریف، ۲۰۰۶). ریف و همکاران (۲۰۰۶)، بر این باورند که همراه با افزایش سن، توان پیش‌بینی‌کنندگی این خرده‌مقیاس کاهش می‌یابد (سطح معنی‌داری پایین می‌آید). بنابراین این خرده‌مقیاس می‌تواند در سنین پایین‌تر عامل افتراقی خوبی برای تشخیص و پیش‌بینی اختلال‌های خلقی ناشی از آلکسیتمیا در کودکان و نوجوانان باشد. پژوهش‌های آینده باید این یافته را به صورت دقیق‌تر بررسی کنند و جرایب آن را بیابند.

پایین بودن توان پیش‌بینی یا عدم پیش‌بینی‌کنندگی خرده‌مقیاس سوم، تفکر معطوف به بیرون، نیز با یافته‌های به دست آمده از پژوهش‌های انجام شده روی بزرگسالان (کویمان^۶، اسپینلیون^۷ و تریجبرگ^۸، ۲۰۰۲؛ لاملی^۹، اویز^{۱۰}، استنتر^{۱۱}، و همرا^{۱۲} و لیکي^{۱۳}، ۱۹۹۶) هم‌سو است. در تبیین این مورد، ریف و همکاران (۲۰۰۶) به گویه‌های این خرده‌مقیاس اشاره می‌کنند که نشان‌دهنده ناتوانی در تجزیه و تحلیل هیجان‌ها و رهاسازی آن‌ها به صورت تحلیل نشده است. این حالت را می‌توان به انتخاب شیوه‌های نامناسب انطباق و سازگاری در بیماران مبتلا به آلکسیتمیای شدید اسناد داد. البته این نکته را هم نباید از نظر دور داشت که پرسش مستقیم درباره احساسات دیگران موجب نگرش منفی و موضع دفاعی می‌شود. به هر حال ریف و همکاران (همان‌جا) بر این باورند که بار منفی سه گویه از گویه‌های این خرده‌مقیاس می‌تواند نگرش منفی در افراد ایجاد نماید و به همین دلیل این عامل نمی‌تواند پیش‌بینی‌کننده خوب شاخص‌های سلامت هیجانی باشد.

با توجه به در دست نبودن و عدم گزارش نقطه برش^{۱۴} توسط سازندگان مقیاس، نمی‌توان راجع به میزان شیوع این اختلال در نمونه بررسی شده پژوهش حاضر نتیجه واضحی بیان کرد. هم‌چنین به دلیل تفاوت سنی نمی‌توان از نقاط برش

- Kooiman, C. G., Spinliovcn, P., & Trijsburg, R. W. (2002). The assessment of alexithymia: A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale, TAS-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1083-1090.
- Krystal, J. H., Giller, E. L., & Cicchetti, D. V. (1986). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: Introduction of a reliable measure. *Psychosomatic Medicine*, 49, 84-94.
- Lumley, M. A., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F., & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 519-530.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1989). Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. *Comparative Psychiatry*, 39, 91-99.
- Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., & Bosch, J. D. (2004). Emotional Awareness and Somatic Complaints in Children, European. *Journal of Developmental Psychology*, 1 (1), 31-47.
- Rieffe, C., Oosterveld, P., & Meerum, M. (2006). An alexithymia Questionnaire for Children: Factorial and Concurrent Validation Results. *Personality and Individual Differences*, 40, 123-133.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.
- Yelsma, P., Way, I., Van Mete, A. M., Black-Pond, C. (2007). *Understanding alexithymia and language skills in children: Implications for assessment and intervention*. Washington: American Speech-Language-Hearing Association.