



# Comparison of Alexithymia and Impulsive Behaviors in Schizophrenia Patients and Healthy Individuals

## ARTICLE INFO

### Article Type

Descriptive Study

### Authors

Habibi Kaleybar R.<sup>1</sup> PhD,  
Mohammadzadegan R.\* MA,  
Afi E.<sup>2</sup> MA

### How to cite this article

Habibi Kaleybar R, Mohammadzadegan R, Afi E. Comparison of Alexithymia and Impulsive Behaviors in Schizophrenia Patients and Healthy Individuals. *Horizon of Medical Sciences*. 2017; 23(3):201-206.

\*Psychology Department, Educational Sciences & Psychology Faculty, Azerbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

<sup>1</sup>Psychology Department, Educational Sciences & Psychology Faculty, Azerbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

<sup>2</sup>Psychology Department, Educational Sciences & Psychology Faculty, Tabriz University, Tabriz, Iran

### Correspondence

Address: Shahid Madani University of Azerbaijan, Maragheh, 35km to Tabriz Road, Tabriz, East Azarbaijan Province, Iran  
Phone: +98 (44) 36338394  
Fax: +98 (41) z41492341  
reza.moh1@gmail.com

### Article History

Received: November 4, 2016  
Accepted: April 18, 2017  
ePublished: July 22, 2017

## ABSTRACT

**Aims** Several studies indicate high levels of alexithymia and impulsive behavior in schizophrenia patients. The aim of this study was to compare the aspects of alexithymia and impulsive behavior in schizophrenia patients and healthy individuals.

**Instrument & Methods** In this causal-comparative study in 2016, 30 male schizophrenia patients, which were hospitalized at Razi Psychiatric Hospital of Tabriz City, Iran were selected randomly and 30 students of Tabriz University, Iran were selected by available sampling method and finally were divided into 2 groups. The research tools were Toronto alexithymia and Barratt impulsiveness scales. Data were analyzed by SPSS 20 software using independent T, Chi-square, multivariate analysis of variance (MANOVA), and LSD post hoc tests.

**Findings** The average scores of alexithymia and its components (disruptions in describing feelings, disruptions in identifying feelings and thoughts towards the surface) and impulsive behavior and its components (cognitive impulsivity, motor impulsivity and non-planning) in schizophrenic patients were significantly more than the normal group ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion** Schizophrenic patients show high levels of alexithymia and impulsive behavior comparing to the normal individuals.

**Keywords** Alexithymia; Impulsive Behaviors; Schizophrenia

## CITATION LINKS

[1] The relationship between the five factors ... [2] Relationships between alexithymia and ... [3] Comparative study of alexithymia in patients ... [4] Strange feelings: Do amygdala abnormalities dysregulate ... [5] Neurobiology of emotion perception II ... [6] Neurobiology of emotion and high risk for ... [7] No words for feelings: Alexithymia ... [8] Alexithymia and ... [9] Alexithymia in schizophrenia ... [10] Is alexithymia related to negative ... [11] Drug addiction endophenotypes ... [12] Impulsivity and risk-taking in co-occurring ... [13] Decision-making impairments in adolescents ... [14] Psychiatric aspects of ... [15] Delay discounting in ... [16] Self-report and laboratory measures of impulsivity ... [17] P-impulsive sensation seeking and its ... [18] The hierarchical structure of self-reported ... [19] Neuropsychological and cognitive psychophysiological ... [20] Categorization of aggressive acts committed ... [21] Heterogeneity of violence in schizophrenia ... [22] Impulsivity, aggression and suicide risk ... [23] Substance abuse and suicidality in schizophrenia ... [24] Behavioral impulsivity predicts treatment ... [25] Response inhibition and impulsivity in ... [26] Sensation-seeking, social hedonia, and impulsivity in substance use disorder patients with and without schizophrenia and in ... [27] Effects of clozapine and typical antipsychotic drugs ... [28] Impulsivity and neural correlates of response ... [29] Effectiveness of conceptual map on retention ... [30] Assessing reliability and validity of the Farsi ... [31] Discriminative and construct validity ... [32] Self-discrepancy: A theory relating self ... [33] Do schizophrenic patients show a disjunctive relationship among expressive, experiential, and psychophysiological ... [34] Flat affect in schizophrenia: Relation ... [35] Clinical constructs and therapeutic ... [36] Cognitive and emotional characteristics ... [37] Feelings you can't imagine: Towards ... [38] Olfactory identification, impulsivity, and aggression ... [39] DTI and impulsivity in schizophrenia ... [40] Frontal white matter microstructure, aggression, and impulsivity ... [41] The relationship of behavioural inhibition to executive functions in young ... [42] Fronto-temporal abnormalities in ... [43] Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients ... [44] The neurobiology of violence ...

## مقایسه ناگویی خلقی و رفتارهای تکانشی در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی و افراد عادی

رامین حبیبی کلیر PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

رضا محمدزاده‌گان MA\*

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

الهه عافی MA

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

### چکیده

**اهداف:** مطالعات متعدد بیانگر سطوح بالای ناگویی خلقی و رفتارهای تکانشی در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی است. هدف مطالعه حاضر، مقایسه جنبه‌های ناگویی خلقی و رفتارهای تکانشی در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی و افراد عادی بود.

**ابزار و روش‌ها:** در این مطالعه علی-مقایسه‌ای در سال ۱۳۹۵، ۳۰ بیمار مرد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان روان‌پزشکی رازی تبریز به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده و ۳۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز به صورت در دسترس انتخاب شده و در ۲ گروه قرار گرفتند. ابزار پژوهش، مقیاس ناگویی خلقی تورنتو و مقیاس تکانشگری بارت بود. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS 20 و با استفاده از آزمون‌های T مستقل، مجذور کای، تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) و آزمون تعقیبی LSD تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین نمرات گروه بیماران اسکیزوفرنیک در ناگویی خلقی و مولفه‌های آن (اختلال در توصیف احساس، اختلال در تشخیص احساس و تفکر معطوف به سطح) و همچنین در رفتارهای تکانشی و مولفه‌های آن (تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی) به صورت معنی‌داری از گروه عادی بیشتر بود ( $P < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** بیماران اسکیزوفرنیک در مقایسه با افراد عادی سطوح بالایی از ناگویی خلقی و رفتارهای تکانشی را نشان می‌دهند. کلیدواژه‌ها: ناگویی خلقی، رفتارهای تکانشی، اسکیزوفرنی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۱/۲۵

\*نویسنده مسئول: reza.moh1@gmail.com

### مقدمه

ناگویی خلقی به نقص در شناسایی، پردازش و بیان هیجانی اشاره دارد. این پدیده اولین بار در بیماران مبتلا به اختلال جسمانی شکل مطرح شد<sup>[1]</sup> و برای نشان‌دادن مشکل افتراقی یا تمایز بین حالت‌های هیجانی خود و احساسات جسمی و همچنین یک تغییر در سبک ارتباطی که در استفاده از زبان درگیر است، در نظر گرفته شد<sup>[2]</sup>. سازه ناگویی خلقی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت‌گیری فکری بیرونی است<sup>[3]</sup>. در این میان، بدنه در حال رشد شواهد پژوهشی، اختلالات هیجانی در اسکیزوفرنیا را شامل نقص در بیان، ادراک و شناسایی هیجان‌ات گزارش می‌کنند<sup>[4]</sup>. از طرفی اسکیزوفرنیا معمولاً به‌عنوان یک اختلال عصبی-شناختی با مولفه‌های ژنتیک در نظر گرفته می‌شود. از این رو پیشنهاد شده است که اختلالات هیجانی در اسکیزوفرنیا محصول بازتابی از عملکرد نابهنجار مناطقی از مغز است که در پردازش فرآیندهای هیجانی درگیرند<sup>[5]</sup>. در واقع، علاوه بر اینکه نابهنجاری‌های هیجانی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا مشاهده شده، حتی این روند به افراد در معرض خطر ابتلا به اسکیزوفرنی و بیماری‌های مرتبط با اسکیزوفرنیا نیز گسترش یافته

است<sup>[6]</sup>.

مطالعات پیشین که ناگویی خلقی را در بیماران اسکیزوفرنیک بررسی کرده‌اند، نشان داده‌اند که این بیماران دشواری‌های زیادی در شناسایی و اظهار احساساتشان دارند. در این رابطه، ون‌تی‌ووت و همکاران<sup>[7]</sup> در مطالعه‌ای که روی بیماران اسکیزوفرن و وابستگان درجه یک آنها انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که بیماران مرد در مقایسه با گروه کنترل مشکلات بیشتری در بیان و شناسایی احساسات خود (مولفه شناختی ناگویی خلقی) نشان می‌دهند، ولی در عین حال سطح بالاتری از برانگیختگی عاطفی را تجربه می‌کنند. همچنین مطالعاتی که توسط استنگلینی و ریکا<sup>[8]</sup> و کردو و همکاران<sup>[9]</sup> روی بیماران اسکیزوفرنی در رابطه با ناگویی خلقی انجام شد، نشان داد که این بیماران مشکلاتی در رابطه با شناسایی و ابراز احساساتشان دارند. افزون بر این، حشمتی و همکاران<sup>[3]</sup> در پژوهشی مطرح کرده‌اند که سطح ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک بالاتر از بیماران غیرسایکوتیک است و در بیماران غیرسایکوتیک نیز بیشتر از افراد عادی است. همچنین زیرمقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت‌گیری فکری بیرونی در بین این سه گروه تفاوت دارند. با این حال، مطالعاتی نیز وجود دارند که نشان داده‌اند این بیماران هیچ گونه مشکلی در شناسایی و توصیف احساسات خود ندارند، به طوری که تادارو و همکاران<sup>[10]</sup> در پژوهشی گزارش کردند بیماران سایکوتیک هیچ مشکلی در شناسایی و توصیف احساسات خود ندارند. بنابراین پژوهشگران به توافق قابل ملاحظه‌ای در خصوص نقش ناگویی خلقی در بیماران اسکیزوفرنیک دست نیافته‌اند.

از سویی، علاوه بر ناگویی خلقی و اختلالات هیجانی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، مطالعات متعددی نشانگر بالابودن میزان تکانشگری در بیماران اسکیزوفرنیک هستند<sup>[11-13]</sup>. تکانشگری یک ساختار چندبعدی در نظر گرفته می‌شود و معمولاً به‌عنوان یک نوع آمادگی برای واکنش سریع بدون برنامه‌ریزی قبلی نسبت به محرک‌های درونی و بیرونی و همچنین بدون توجه به عواقب منفی آن نسبت به خود و دیگران تعریف می‌شود<sup>[14]</sup>. از طرفی، تکانشگری آسیب‌شناختی اغلب به‌عنوان ویژگی هسته‌ای و مرکزی اسکیزوفرنیا به‌شمار می‌آید<sup>[15]</sup>. همچنین این تکانشگری پاتولوژیک از طریق هر دو ارزیابی‌های رفتاری و خودگزارشی از تکانشگری به‌صورت بازدارنده پاسخ<sup>[16]</sup>، تازگی‌جویی<sup>[17]</sup> و تکانشگری انتخابی<sup>[15]</sup> گزارش شده است. با این حال ارزیابی‌های روان‌سنجی و رفتاری از تکانشگری به‌خوبی با همدیگر مرتبط نیستند<sup>[18,19]</sup>.

همچنین ادبیات گسترده در جمعیت عمومی و در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی چنین در نظر می‌گیرد که تکانشگری در خطر بروز پرخاشگری و خشونت<sup>[20, 21]</sup>، رفتارهای خودکشی<sup>[22, 23]</sup> و در رشد و نگهداری وابستگی دارویی نقش کلیدی بازی می‌کند<sup>[24]</sup>. در این رابطه، اتیکوت و همکاران<sup>[25]</sup> مطرح کردند که بیماران اسکیزوفرن تکانشگری بالاتری در زمینه بازدارنده پاسخ نشان می‌دهند. مطالعه زورنیتسکی و همکاران<sup>[26]</sup> در زمینه هیجان‌خواهی، فقدان لذت اجتماعی و تکانشگری در بیماران اسکیزوفرن مصرف‌کننده مواد مخدر و غیرمصرف‌کننده نیز حاکی از بالابودن قابل توجه تکانشگری در بیماران اسکیزوفرن، هم در گروه مصرف‌کننده مواد مخدر و هم در گروه غیرمصرف‌کننده در مقایسه با افراد عادی بود. همچنین دورسون و همکاران<sup>[27]</sup> و کالاجین و همکاران<sup>[28]</sup> در مطالعات خود نشان دادند که بیماران اسکیزوفرنیک نسبت به افراد بهنجار،

تکانشگری بالاتری را نشان می‌دهند.

با وجود اینکه تاکنون تحقیقات گسترده‌ای در ایران در خصوص مشخصه‌ها، سبب‌شناسی و درمان اختلال اسکیزوفرنی صورت گرفته و متغیرهای روان‌شناختی گوناگونی روی آنها به تحقیق در آمده است، با نگاهی به ادبیات این پژوهش‌ها جای خالی ناگویی خُلقی و به‌خصوص رفتارهای تکانشی به‌عنوان متغیر احتمالی تأثیرگذار در این اختلالات احساس می‌شود.

بنابراین با توجه به مطالب مطرح‌شده و اهمیت موضوع، هدف اصلی مطالعه حاضر مقایسه جنبه‌های ناگویی خُلقی و رفتارهای تکانشی در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی و افراد عادی بود.

## ابزار و روش‌ها

در این مطالعه علی-مقایسه‌ای در سال ۱۳۹۵، از بین کلیه بیماران مرد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان روان‌پزشکی رازی تبریز، ۳۰ نفر به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده و با ۳۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز که به‌صورت در دسترس انتخاب شده بودند بر حسب برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی همچون سن و وضعیت تاهل هم‌تا شدند. در مورد انتخاب ۶۰ نفر نمونه (۳۰ نفر برای هر گروه) باید اشاره کرد که در حیطه علوم رفتاری، حجم نمونه برای تعمیم‌پذیری نتایج اهمیت دارد و معمولاً در تحقیقات علی-مقایسه‌ای حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیرگروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است<sup>[29]</sup>.

به‌منظور اجرای پژوهش به بیمارستان روان‌پزشکی رازی تبریز مراجعه شد و پرونده بیماران مبتلا به اختلال‌های سایکوتیک مورد مطالعه قرار گرفت. ملاک انتخاب افراد در گروه بیماران اسکیزوفرنیک، کسانی بودند که براساس ضوابط پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V)، توسط روان‌پزشک بیمارستان تشخیص اختلال اسکیزوفرنی دریافت کرده بودند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل عدم همبودی سایر اختلال‌های روان‌پزشکی در گروه بیماران اسکیزوفرنیک، تحت دارودرمانی‌بودن همه بیماران اسکیزوفرن در زمان اجرای پژوهش، داشتن سن حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال و سطح تحصیلات دوم راهنمایی برای هر دو گروه، دارابودن وضعیت جسمی و روانی مطلوب برای پاسخ به سئوالات پژوهش و تمایل فرد برای همکاری بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز وجود سابقه بستری در بیمارستان روان‌پزشکی و سابقه درمان دارویی در یک سال اخیر برای افراد سالم در نظر گرفته شد. همچنین در ادامه، دستورالعمل نحوه پاسخگویی به سئوالات به آزمودنی‌ها آموزش داده شد.

به‌منظور رعایت نکات اخلاق پژوهشی، ابتدا فرم رضایت‌نامه مربوط به طرح از نظر علمی و اخلاقی در زمان اجرا در بین شرکت‌کنندگان توزیع شد تا مشارکت‌کنندگان در صورت تمایل به شرکت در پژوهش برای اعلام رضایت، آن را تکمیل کنند. در این فرم ضمن اشاره به مقوله رازداری در خصوص مسایل بیماران، تصریح شده بود که شرکت‌کنندگان این حق و اختیار را دارند که در هر مرحله از پژوهش براساس میل و اختیار کامل به همکاری خود با پژوهشگر خاتمه دهند.

ابزار پژوهش، مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو و مقیاس تکانشگری بارت بود.

مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو (TAS-20): این مقیاس یک آزمون ۲۰سئوالی است و سه زیرمقیاس؛ دشواری در شناسایی احساسات (با ۷ گویه)، دشواری در توصیف احساسات (با ۵ گویه) و جهت‌گیری فکری بیرونی (با ۸ گویه) را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای

مقایسه ناگویی خُلقی و رفتارهای تکانشی در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی و افراد عادی ۲۰۳  
لیکرت از نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سند. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی خُلقی کل محاسبه می‌شود. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خُلقی تورنتو<sup>[30]</sup>، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خُلقی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در تشخیص احساسات و جهت‌گیری فکری بیرونی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. روایی همزمان مقیاس ناگویی خُلقی بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است<sup>[30]</sup>.

پرسش‌نامه تکانشگری بارت (ویرایش یازدهم): این پرسش‌نامه، یک آزمون ۳۰سئوالی است که توسط پروفیسور/رئیس بارت ساخته شده است<sup>[19]</sup>. ساختار پرسش‌نامه نشان‌دهنده ابعادی از تصمیم‌گیری شتاب‌زده و فقدان دوراندیشی است که سه عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی را ارزیابی می‌کند. همچنین یک نمره کل برای تکانشگری نیز از جمع سه زیرمؤلفه به‌دست می‌آید. این مقیاس به‌صورت چهارگزینه‌ای تدوین شده و بالاترین نمره آن ۱۲۰ است<sup>[19]</sup>. نتایج پژوهش‌ها حاکی از وجود سه عامل با نام‌های تکانشگری عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی بود. روایی همگرای این پرسش‌نامه با محاسبه ضریب همبستگی زیرمقیاس‌های آن با یکدیگر تأیید شد و اعتبار کل پرسش‌نامه تکانشگری از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی مورد تحلیل قرار گرفت که به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به‌دست آمد<sup>[19]</sup>.

در پایان، پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 20 تجزیه و تحلیل شدند. برای مقایسه میانگین سنی در دو گروه از آزمون T مستقل، برای مقایسه وضعیت تاهل از آزمون مجذور کای و برای مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) و آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

در ابتدا برای بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد استفاده قرار گرفت که در برخی از متغیرهای مربوط به گروه‌ها از فرض نرمال‌بودن تخطی شده و شرط نرمال‌بودن برای تحلیل داده‌ها با آزمون‌های پارامتریک برقرار نبود. با وجود این، با توجه به اینکه آزمون‌های پارامتریک در مقابل تخطی‌های جزئی از نرمال‌بودن تا حدی مقاوم هستند، در صورتی که چولگی شکل توزیع بزرگ نباشد، می‌توان همچنان بدون نگرانی از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد. در این شرایط، مقدار افزایش در خطای نوع اول بر اثر نرمال‌نبودن بسیار کوچک و قابل چشم‌پوشی است<sup>[31]</sup>.

همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. آزمون لانداوی ویلکز نیز استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری را مجاز شمرد و نشان داد که بین میانگین نمرات دو گروه بیماران اسکیزوفرن و افراد عادی حداقل از نظر یکی از متغیرهای تحت بررسی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بدین ترتیب به‌منظور بررسی تفاوت‌های دو گروه در ابعاد ناگویی خُلقی و رفتارهای تکانشی از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه دوجه‌دوی میانگین گروه‌ها در متغیرهای فوق استفاده شد.

## یافته‌ها

میانگین سنی در بیماران اسکیزوفرن ۲۷/۳۰±۲/۶۰ سال و در افراد

عادی  $28/50 \pm 2/30$  سال بود. از نظر وضعیت تاهل، در گروه بیماران اسکیزوفرن ۱۴ نفر (۴۶/۷٪) مجرد و ۱۶ نفر (۵۳/۳٪) متاهل و در گروه افراد عادی ۱۰ نفر (۳۳/۳٪) مجرد و ۲۰ نفر (۶۶/۷٪) متاهل بودند. بین دو گروه از نظر این متغیرهای دموگرافیک، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و گروه‌ها کاملاً هم‌تا بودند ( $p > 0.05$ ). بین میانگین نمرات گروه بیماران اسکیزوفرنیک و گروه عادی در متغیر ناگویی خُلقی و مولفه‌های آن شامل اختلال در توصیف احساس، اختلال در تشخیص احساس و تفکر معطوف به سطح و همچنین در متغیر رفتارهای تکانشی و مولفه‌های آن شامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی تفاوت معنی‌دار وجود داشت و بیماران اسکیزوفرن در تمام متغیرها نسبت به گروه عادی نمرات بالاتری داشتند (جدول ۱).

جدول ۱) مقایسه میانگین آماری نمرات ناگویی خُلقی و رفتارهای تکانشی و مولفه‌های آنها در دو گروه (هر گروه ۳۰ نفر)

متغیرها	عادی	اسکیزوفرنیا	سطح معنی‌داری
ناگویی خُلقی			
اختلال در توصیف احساس	۱۳/۳۳±۲/۸۳	۱۵/۷۳±۳/۶۶	۰/۰۰۶
اختلال در تشخیص احساس	۱۶/۷۳±۵/۵۳	۲۱/۷۳±۴/۹۹	۰/۰۰۱
تفکر معطوف به سطح	۱۹/۸۷±۲/۹۶	۲۴/۰۲±۳/۴۵	۰/۰۰۰۱
ناگویی خُلقی کل	۵۵/۷۶±۸/۰۵	۶۴/۵۵±۹/۲۰	۰/۰۰۰۱
رفتارهای تکانشی			
تکانشگری شناختی	۱۶/۴۸±۳/۸۲	۱۹/۲۵±۵/۶۵	۰/۰۳۰
تکانشگری حرکتی	۱۹/۱۴±۴/۵۸	۲۸/۰۷±۶/۴۶	۰/۰۰۰۱
بی‌برنامگی	۲۳/۸۲±۲/۲۲	۲۶/۹۳±۶/۷۳	۰/۰۲۱
رفتارهای تکانشی کل	۶۲/۶۹±۸/۶۸	۷۴/۲۲±۱۵/۲۰	۰/۰۰۱

## بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه جنبه‌های ناگویی خُلقی و رفتارهای تکانشی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افراد عادی انجام شد. نتایج نشان داد که بیماران اسکیزوفرنیک در متغیر ناگویی خُلقی و مولفه‌های آن نسبت به افراد عادی از نمرات بالاتری برخوردارند. این یافته با یافته‌های ون‌تی‌ووت و همکاران<sup>[۱۷]</sup>، استنگلینی و ریکا<sup>[۱۸]</sup>، کردو و همکاران<sup>[۹]</sup> و حشمتی و همکاران<sup>[۳]</sup> همسو، و با یافته تودارو و همکاران<sup>[۱۰]</sup> ناهمسو است.

با توجه به این یافته، احتمال بر این است که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی از سطوح ناگویی خُلقی بالاتری نسبت به افراد عادی برخوردارند. در تبیین یافته فوق می‌توان چنین مطرح کرد که چنانچه نتایج پیش‌بینی می‌کند بیماران اسکیزوفرنیک ترجیح واضحی برای سرکوب احساسات نسبت به ارزیابی احساسات خود قایل هستند. بنابراین استفاده زیاد از راهبرد سرکوب به جای استفاده از راهبرد ارزیابی می‌تواند منجر به اختلاف بین حالات درونی و رفتار انجام‌شده شود<sup>[۳۲]</sup>. از این رو با توجه به ترجیح بیماران اسکیزوفرنیک برای استفاده از راهبرد سرکوب، ممکن است آنها عواطف سطحی یکنواختی را با وجود اینکه تجارب عاطفی ذهنی آنها مشابه افراد عادی باشد، نشان دهند. بنابراین با توجه به مطالب مطرح‌شده، الگوی حاضر قادر به توضیح این فرآیند متضاد است که بیماران اسکیزوفرنیک عواطف مثبت و منفی شدیدی را تجربه می‌کنند<sup>[۳۳، ۳۴]</sup>، ولی قادر به ابراز آنها نیستند و از عاطفه سطحی رنج می‌برند<sup>[۳۴، ۳۵]</sup>. همچنین با توجه به اساس عصب‌شناختی، الگوی حاضر ناگویی خُلقی به‌طور عمده با نقص جسم پینه‌ای یا کاهش ارتباطات بین‌نیمکره‌ای و کم‌کاری قشر فرونتال محتمل است<sup>[۳۶]</sup>. علاوه بر این، ناگویی خُلقی می‌تواند با کم‌کاری در قشر سینگولیت که در تنظیم و ادراک عاطفی موثر است

و با ناحیه اینسولا که برای آگاهی از حالت‌های درونی بدن از اهمیت خاصی برخوردار است، مرتبط باشد<sup>[۳۷]</sup>. در ارتباط با متغیر رفتارهای تکانشی و مولفه‌های آن، نتایج نشان داد که بیماران اسکیزوفرنیک از نمرات بالاتری نسبت به افراد عادی برخوردارند که این یافته با یافته‌های ارسچ و همکاران<sup>[۱۱]</sup>، دوو و همکاران<sup>[۱۲]</sup>، هیبری و همکاران<sup>[۱۵]</sup>، کستر و همکاران<sup>[۱۳]</sup> و زاکرمین<sup>[۱۷]</sup> همسو است.

با توجه به یافته به‌دست‌آمده، این امر که بیماران اسکیزوفرن از سطوح رفتارهای تکانشی بالاتری برخوردارند محتمل است. در حمایت از این یافته‌ها، مارو و همکاران<sup>[۳۸]</sup> مطرح کردند که رفتارهای تکانشی در بیماران اسکیزوفرنیک بالاتر از گروه کنترل است. احتمالاً علت این امر می‌تواند ناشی از عملکرد ساختاری متفاوت قشر اربیتوفرونتال در بیماران اسکیزوفرن نسبت به افراد عادی باشد که می‌تواند به‌عنوان توجیه مناسبی برای رفتارهای تکانشگری و پرخاشگری در این بیماران در نظر گرفته شود. افزون بر این، هوپتین و همکاران<sup>[۳۹]</sup> در مطالعه‌ای نشان دادند که بین رفتارهای تکانشی و اختلالات ماده سفید مغز در بیماران اسکیزوفرن رابطه وجود دارد. همچنین هوپتین و همکاران<sup>[۴۰]</sup> در مطالعه دیگری، تکانشگری در اسکیزوفرنی ناشی از نقص در مدار فرونتو-تمپرو-لیمبیک دانستند. از طرفی، به‌عقیده چیونگ و همکاران<sup>[۴۱]</sup> تکانشگری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است ناشی از اختلال در عملکرد اجرایی باشد. بررسی‌های کونویوت<sup>[۴۲]</sup> و ولوکا<sup>[۴۳، ۴۴]</sup> نیز نشان‌دهنده نقص در لوب تمپورال و فرونتال در خشونت و رفتارهای تکانشگری است.

از این رو با توجه به مطالب مطرح‌شده، پژوهش‌های آینده بایستی اساس عصب‌شناختی ناگویی خُلقی و رفتارهای تکانشی را در کنار سایر علل مطرح‌شده در خصوص آسیب‌شناسی این اختلال مورد پژوهش قرار دهند. علاوه بر این، تکرار یافته‌های حاضر برای روشن‌شدن رابطه خاص بین ناگویی خُلقی و رفتارهای تکانشی در آسیب‌شناسی روانی بیماران اسکیزوفرنیک شدید ضروری است و اینکه آیا ناگویی خُلقی و رفتارهای تکانشی را می‌توان به‌عنوان نشانگر آسیب‌پذیری نسبت به اسکیزوفرنی در نظر گرفت.

عدم کنترل برخی متغیرهای مداخله‌گر (مانند داروهای مصرفی، شدت و طول مدت بیماری) به‌علت ماهیت گذشته‌نگر مطالعه و اجرا روی بیماران مرد برای کنترل اثر جنسیت، از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی، متغیرهای فوق را با در نظر گرفتن شرایط مطرح‌شده مورد بررسی قرار دهند.

## نتیجه‌گیری

بیماران اسکیزوفرنیک در مقایسه با افراد عادی سطوح بالایی از ناگویی خُلقی و رفتارهای تکانشی را نشان می‌دهند.

تشکر و قدردانی: از تمامی کارکنان و بیماران بیمارستان روان‌پزشکی رازی تبریز، دانشجویان دانشگاه تبریز و کسانی که در این پژوهش ما را یاری کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود. تاییدیه اخلاقی: به‌منظور رعایت نکات اخلاق پژوهشی، ابتدا فرم رضایت‌نامه مربوط به طرح از نظر علمی و اخلاقی در زمان اجرا در بین شرکت‌کنندگان توزیع شد تا مشارکت‌کنندگان در صورت تمایل به شرکت در پژوهش برای اعلام رضایت، آن را تکمیل کنند. در این فرم ضمن اشاره به مقوله رازداری در خصوص مسایل بیماران تصریح شده بود که شرکت‌کنندگان این حق و اختیار را دارند که در

Delay discounting in schizophrenia. *Cogn Neuropsychiatry*. 2007;12(3):213-21.

16- Nolan KA, D'Angelo D, Hoptman MJ. Self-report and laboratory measures of impulsivity in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder and healthy controls. *Psychiatry Res*. 2011;187(1-2):301-3.

17- Zuckerman M. P-impulsive sensation seeking and its behavioral, psychophysiological, and biochemical correlates. *Neuropsychobiology*. 1993;28(1-2):30-6.

18- Kirby KN, Finch JC. The hierarchical structure of self-reported impulsivity. *Pers Individ Dif*. 2010;48(6):704-13.

19- Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Felthous AR. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biol Psychiatry*. 1997;41(10):1045-61.

20- Quanbeck CD, McDermott BE, Lam J, Eisenstark H, Sokolov G, Scott CL. Categorization of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatr Serv*. 2007;58(4):521-8.

21- Volavka J, Citrome L. Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment. *Int J Clin Pract*. 2008;62(8):1237-45.

22- Iancu I, Bodner E, Roitman S, Piccone Sapir A, Poreh A, Kotler M. Impulsivity, aggression and suicide risk among male schizophrenia patients. *Psychopathology*. 2010;43(4):223-9.

23- Gut-Fayand A, Dervaux A, Olié JP, Llo H, Poirier MF, Krebs MO. Substance abuse and suicidality in schizophrenia: A common risk factor linked to impulsivity. *Psychiatry Res*. 2001;102(1):65-72.

24- Krishnan-Sarin S, Reynolds B, Duhig AM, Smith A, Liss T, Mcfetridge A, Et Al. Behavioral impulsivity predicts treatment outcome in a smoking cessation program for adolescent smokers. *Drug Alcohol Depend*. 2007;88(1):79-82.

25- Enticott PG, Ogloff JR, Bradshaw JL. Response inhibition and impulsivity in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2008;157(1-3):251-4.

26- Zhornitsky S, Rizkallah E, Pampoulova T, Chiasson JP, Lipp O, Stip E, et al. Sensation-seeking, social a hedonia, and impulsivity in substance use disorder patients with and without schizophrenia and in non-abusing schizophrenia patients. *Psychiatry Res*. 2012;200(2-3):237-41.

27- Dursun SM, Szemis A, Andrews H, Whitaker P, Reveley MA. Effects of clozapine and typical antipsychotic drugs on plasma 5-ht turnover and impulsivity in patients with schizophrenia: A cross-sectional study. *J Psychiatry Neurosci*. 2000;25(4):347-52.

28- Kaladjian A, Jeanningros R, Azorin JM, Anton JL, Mazzola-Pomietto P. Impulsivity and neural correlates of response inhibition in schizophrenia. *Psychol Med*. 2011;41(2):291-9.

29- Mesrabadi J, Alilou A. Effectiveness of conceptual map on retention and understanding and application of science concepts. *Educ Psychol*. 2016;12(40):151-71. [Persian]

30- Besharat MA. Assessing reliability and validity of the Farsi version of the Toronto alexithymia scale in a sample of substance-using patients. *Psychological Rep*. 2008;102(1):209-20.

31- Mesrabadi J, Jafariyan S, Ostovar N. Discriminative and construct validity of meaning in life questionnaire for Iranian students. *Journal of Behavioral Sciences*.

هر مرحله از پژوهش براساس میل و اختیار کامل به همکاری خود با پژوهشگر خاتمه دهند.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان: رامین حبیبی کلیبر (نویسنده اول)، روش‌شناس/نگارنده بحث (۴۰٪)؛ رضا محمدزاده‌گان (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه/تحلیل‌گر آماری (۳۰٪)؛ الهه عافی (نویسنده سوم)، پژوهشگر اصلی (۳۰٪)

منابع مالی: تمامی هزینه‌های پژوهش توسط نویسندگان تأمین شده است.

## منابع

1- Irani Barghi Z, Bakhti M, Baghyan MJ, Karami S. The relationship between the five factors of personality and alexithymia with mental health in MS patients. *Sci J Manag Sys*. 2014;3(10):64-79. [Persian]

2- Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, Bourke MP. Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *J Psychosom Res*. 1996;41(1):561-8.

3- Heshmati R, Ghorbani N, Rostami R, Ahmadi M, Akhavan H. Comparative study of alexithymia in patients with psychotic disorders, non-psychotic and normal people. *Sci J Hamadan Univ Med Sci*. 2010;17(1):56-61. [Persian]

4- Aleman A, Kahn RS. Strange feelings: Do amygdala abnormalities dysregulate the emotional brain in schizophrenia?. *Prog Neurobiol*. 2005;77(5):283-98.

5- Phillips ML, Drevets WC, Rauch SL, Lane R. Neurobiology of emotion perception II: Implications for major psychiatric disorders. *Biol Psychiatry*. 2003;54(5):515-28.

6- van Rijn S, Aleman A, Swaab H, Kahn RS. Neurobiology of emotion and high risk for schizophrenia: Role of the amygdala and the x-chromosome. *Neurosci Biobehav*. 2005;29(3):385-97.

7- van 'T Wout M, Aleman A, Bermond B, Kahn RS. No words for feelings: Alexithymia in schizophrenia patients and first-degree relatives. *Compr Psychiatry*. 2007;48(1):27-33.

8- Stanghellini G, Ricca V. Alexithymia and schizophrenias. *Psychopathol*. 1995;28(5):263-72.

9- Cedro A, Kokoszka A, Popiel A, Narkiewicz-Jodko W. Alexithymia in schizophrenia: An exploratory study. *Psychol Rep*. 2001;89(1):95-8.

10- Todarello O, Porcelli P, Grilletti F, Bellomo A. Is alexithymia related to negative symptoms of schizophrenia?. *Psychopathology*. 2005;38(6):310-4.

11- Ersche KD, Turton AJ, Pradhan S, Bullmore ET, Robbins TW. Drug addiction endopheno types: Impulsive versus sensation-seeking personality traits. *Biol Psychiatry*. 2010;68(8):770-3.

12- Duva SM, Silverstein SM, Spiga R. Impulsivity and risk-taking in co-occurring psychotic disorders and substance abuse. *Psychiatry Res*. 2011;186(2-3):351-5.

13- Kester HM, Sevy S, Yechiam E, Burdick KE, Cervellione KL, Kumra S. Decision-making impairments in adolescents with early-onset schizophrenia. *Schizophr Res*. 2006;1(3):113-23.

14- Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*. 2001;158(11):1783-93.

15- Heerey EA, Robinson BM, McMahon RP, Gold JM.

- identification, impulsivity, and aggression in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2008;102(1-3):177-8.
- 39- Hoptman MJ, Ardekani BA, Butler PD, Nierenberg J, Javitt DC, Lim KO. DTI and impulsivity in schizophrenia: A first voxelwise correlational analysis. *Neuroreport.* 2004;(15):2467-70.
- 40- Hoptman MJ, Volavka J, Johnson G, Weiss E, Bilder RM, Lim KO. Frontal white matter microstructure, aggression, and impulsivity in men with schizophrenia: a preliminary study. *Biol Psychiatry.* 2002;52(1):9-14.
- 41- Cheung AM, Mitsis EM, Halperin JM. The relationship of behavioural inhibition to executive functions in young adults. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2004;26(3):393-404.
- 42- Convit A, Douyon R, Yates K, Smith G, Volavka J, Czobor P, et al. Fronto-temporal abnormalities in violence. In: Stoff D, Cairns R, editors. *Aggression and violence: Genetic, neurobiological, and biosocial perspectives.* Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1996. pp. 169-94.
- 43- Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti F, Lundgren E, Esposito W, et al. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: Clinical study. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2008;62(3):247-55.
- 44- Volavka J. The neurobiology of violence: An update. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1999;11(3):307-14.
- 2013;7(1):83-90. [Persian]
- 32- Higgins ET. Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychol Rev.* 1987;94(3):319-40.
- 33- Kring AM, Neale JM. Do schizophrenic patients show a disjunctive relationship among expressive, experiential, and psychophysiological components of emotion?. *J Abnorm Psychol.* 1996;105(2):249-57.
- 34- Gur RE, Kohler CG, Ragland JD, Siegel SJ, Lesko K, Bilker WB, Gur RC. Flat affect in schizophrenia: Relation to emotion processing and neurocognitive measures. *Schizophr Bull.* 2006;32(2):279-87.
- 35- Carpenter WT Jr. Clinical constructs and therapeutic discovery. *Schizophr Res.* 2004;72(1):69-73.
- 36- Larsen JK, Brand N, Bermond B, Hijman R. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: A review of neurobiological studies. *J Psychosom Res.* 2003;54(6):533-41.
- 37- Aleman A. Feelings you can't imagine: Towards a cognitive neuroscience of alexithymia. *Trends Cogn Sci.* 2005;9(12):553-5.
- 38- Maro CJ, Angelo DD, Hoptman MJ. Olfactory