

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/326995923>

مقایسه مزاج، «خلق و خو»، و ناگویی طبیعی در روان گسیختگان دارای نشانه های مثبت و منفی

Article · August 2018

CITATIONS

0

READS

157

4 authors, including:



Mohammad Narimani

University of Mohagheh Ardabili

406 PUBLICATIONS 451 CITATIONS

SEE PROFILE



Adel Zahed

University of Mohagheh Ardabili

36 PUBLICATIONS 284 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Treatment of mathematical disorders [View project](#)



Infectious diseases [View project](#)

مقایسه مزاج، «خلق و خو»، و ناگویی طبیعی در روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مثبت و منفی

دکتر عباس ابوالقاسمی*

محمد بهاری**

دکتر محمد نریمانی***

دکتر عادل زاهد****

چکیده

مطالعات اخیر نتایج متفاوتی در مورد تأثیر ابعاد مزاج و خلق و خو و ناگویی طبیعی بر نشانه‌های مرضی و کارکردهای روان‌گسیختگان به دست داده‌اند. هدف پژوهش حاضر مقایسه ابعاد مزاج و خلق و خو و ناگویی طبیعی در روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت و منفی بود. این پژوهش یک مطالعه علی-مقایسه‌ای است. نمونه این پژوهش ۱۰۰ مرد روان‌گسیخته دارای نشانه‌های مرضی مثبت و منفی در بیمارستان رازی شهر تبریز بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه مزاج و خلق و خوی، مقیاس ناگویی طبیعی و مقیاس نشانه‌های مرضی مثبت و منفی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات ناگویی طبیعی و اجتناب از صدمه در روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی منفی به طور معنی‌داری بیشتر است ($p < 0/001$). در صورتی که میانگین نمرات خود فراترنگری و پشتکار در روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت به طور معنی‌داری بیشتر بود ($p < 0/001$). این نتایج حاکی است که روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی منفی در اجتناب از صدمه و ناگویی طبیعی، و روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت در خودفراترنگری مشکلات بیشتری دارند. این یافته‌ها تلویحات مهمی در زمینه نشانه‌شناسی و مداخلات اولیه برای روان‌گسیختگان دارد.

واژه- کلیدها: روان‌گسیختگی (اسکیزوفرنیا)، مزاج، خلق و خو، ناگویی طبیعی، نشانه‌های مرضی.

مقدمه

روان‌گسیختگی^۱ (اسکیزوفرنیا) اختلال روانی پیچیده‌ای است که شدیدترین و مخرب‌ترین تأثیر را بر زندگی فرد بر جای می‌گذارد (کابلان و سادوک^۲، رجمه پور افکاری، ۱۳۷۴). روان‌گسیختگان را به ریخت‌های I و II تقسیم کرده‌اند. خصوصیات روان‌گسیختگی ریخت I نشانه‌های مرضی مثبت یا بیش‌کارکردی می‌باشد. این نشانه‌های مرضی شامل توهمات، هذیان‌ها، رفتارهای

*. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

** کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

*** استاد گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

**** استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

عجیب و غریب و تفکر مختل است (کین و ماردر^۳، ۱۹۹۳). روان‌گسیختگی ریخت II، نشانه‌های مرضی منفی یا نارسایی رفتاری را نشان می‌دهند. این نشانه‌های مرضی^۴ شامل عاطفه سطحی، فقر گفتار، بی‌ارادگی، بی‌انگیزگی، فقدان احساس لذت، کمبود توجه و شناخت می‌باشند (کرو^۵، ۱۹۸۴). در روان‌گسیختگان نشانه‌های مرضی مختلفی با درجات و شدت متفاوت دیده می‌شود. این نشانه‌ها در ابعاد مختلف رفتاری، عاطفی و شناختی است که بر کارکردهای آنها تأثیر جدی می‌گذارند.

آشفته‌گی‌های عاطفی مانند نارسایی در بیان، ادراک و بازشناسی عاطفی از مسایلی است که در روان‌گسیختگان وجود دارد. اگرچه بیان عاطفی در روان‌گسیختگان آسیب می‌بیند، اما شواهدی وجود دارد که تجربه عاطفی کاهش نمی‌یابد و حتی عواطف منفی شدیدتری تجربه می‌شود. ناگویی طبیعی^۶ به مشکلاتی در خیال‌پردازی، توصیف کلامی و تجزیه و تحلیل عواطف اشاره دارد (تول، مداگلیا و رومر^۷، ۲۰۰۵). ناگویی طبیعی سازه‌ای است که ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات عاطفی و تنظیم هیجانات را در بر می‌گیرد (تیلور، بگی و بارکر^۸، ۱۹۹۷). برخی معتقدند که اختلالات عاطفی در روان‌گسیختگان به دلیل وجود کمبودهایی عاطفی در توصیف، ادراک و بازشناسی عاطفی می‌باشد (آلمن، کاهن و سلتن^۹، ۲۰۰۳).

گرچه توصیف عواطف در روان‌گسیختگان آسیب می‌بیند، شواهد حاکی از آن است که تجربه عواطف منفی شدید و برانگیختگی عاطفی مثل اضطراب مقدم بر نشانه‌های مرضی مانند توهم و هذیان می‌باشند (دلیسپال، د ویرس و وان اس^{۱۰}، ۲۰۰۲). تایلر، بگی و پارکر (۱۹۹۷) آسیب در پردازش عاطفی و ظرفیت تنظیم عاطفی در ناگویی طبیعی را عامل خطری برای ابتلا به اختلالات پزشکی و روانپزشکی و احتمال روان‌گسیخته شدن می‌دانند. مطالعات نشان داده‌اند که روان‌گسیختگان مشکلات بیشتری در شناسایی و وضوح عواطف دارند که این توانایی در ویژگی‌های واقعی بیماران غیرپارانوئید وجود دارد (کردو، کوکوزاکا، پوپیل، نارکیوایز-جوکو^{۱۱}، ۲۰۰۱). استاگلینیو و ریسکا^{۱۲} (۱۹۹۵) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که روان‌گسیختگان مشکلات بیشتری در شناسایی و وضوح عاطفی نسبت به گروه گواه دارند. ووت، آلمن، برموند و کاهن^{۱۳} (۲۰۰۷a) در تحقیقی با بررسی ناگویی طبیعی در روان‌گسیختگان و خویشاوندان نسبی آنها مشاهده کردند که نقص در شناسایی عواطف با شدت نشانه‌های مرضی منفی، مثل عاطفه یکنواخت و انزوای اجتماعی همبستگی دارد. همچنین آنها نشان دادند که همشیری‌های بیماران دارای نشانه‌های مرضی روان‌گسسته‌وار دارای ناگویی طبیعی بیشتری نسبت به گروه گواه هستند که این احتمال خطر آنها را برای روان‌گسیخته شدن افزایش می‌دهد. ووت و همکاران (۲۰۰۷b) در پژوهشی نشان دادند که روان‌گسیختگان در شناسایی و توصیف عواطف‌شان مشکلات بیشتری دارند. به علاوه، آنها نشان دادند که اشکال در شناسایی عواطف واجد شدت نشانه‌های مرضی منفی مثل عاطفه سطحی، یا انزوای اجتماعی است. تارلدو، پرسلتی، گریل‌تی و بلومو^{۱۴} (۲۰۰۵) در تحقیقی رابطه بین نشانه‌های مرضی روان‌گسیختگی با ناگویی طبیعی را بررسی کردند. آنها دریافتند که بین نشانه‌های مرضی منفی و ناگویی طبیعی رابطه‌ای وجود ندارد.

برخی مطالعات اخیر نیز حاکی است که ابعاد مزاج^{۱۵} و خلق و خو^{۱۶} بر نشانه‌های مرضی روان‌گسیختگی تأثیر می‌گذارند (گلیم، بیکو، سمکوسکا و دبرییولو^{۱۷}، ۲۰۰۲). دیدگاه کلونینجر^{۱۸} با تأکید بر پارامترهای زیست‌شناسی، یک چارچوب نظری محکم در مورد شخصیت پدید آورده است. براساس این دیدگاه، شخصیت از اجزای مزاج و خلق و خو تشکیل شده است. کلونینجر (۱۹۸۷، ۱۹۹۱) در مدل عصبی-زیستی خود مطرح کرده است که سامانه‌های مزاج در مغز دارای سازمان‌یافتگی کارکردی و متشکل از سامانه‌های متفاوت و مستقل از یکدیگر برای فعال‌سازی، تداوم و بازداری رفتار در پاسخگویی به گروه‌های معینی از محرک‌ها هستند. وی چهار بعد نوجویی^{۱۹}، اجتناب از صدمه^{۲۰}، پاداش وابستگی^{۲۱} و پشتکار^{۲۲} را برای مزاج معرفی کرد. فعال‌سازی رفتاری در پاسخ به محرک‌های نو و نشانه‌های پاداشی و رهایی از تنبیه است؛ بنابراین تفاوت‌های فردی در چنین قابلیت «نوجویی» نامیده می‌شود. بازداری رفتاری در پاسخ به محرک‌های تنبیه و یا فقدان پاداش است. تفاوت‌های فردی در قابلیت وقفه یا بازداری رفتاری، اجتناب از صدمه نامیده می‌شود. از سوی

دیگر رفتاری که با پاداش تقویت می‌شود، معمولاً تا مدتی پس از قطع پاداش، ادامه می‌یابد. کلونینجر تفاوت‌های فردی در تداوم پاسخ پس از قطع پاداش را پاداش وابستگی نامگذاری کرد. بدین ترتیب کلونینجر این سه بُعد به علاوه پشتکار را در قسمت سرشت معرفی کرد (کاویانی، ۱۳۸۲).

خلق و خو شامل دریافت‌های منطقی درباره خود، دیگران و دنیا است و بیشتر ویژگی‌هایی را شامل می‌شود که تحت تأثیر عوامل محیطی در ساختار شخصیت فرد به وجود می‌آید (کاویانی، ۱۳۸۶). کلونینجر (۱۹۹۱) سه بُعد خود راهبری^{۲۳}، خود فراترنگری^{۲۴} و همکاری گری^{۲۵} را برای منش در نظر گرفته است. بعد خود راهبری بر پایه پنداشت از خویشتن به عنوان یک فرد مستقل و دارای زیرمجموعه‌های وحدت، احترام، عزت، تأثیربخشی، رهبری و امید تعریف شده است. همچنین بُعد همکاری گری بر پایه پنداشت از خویشتن به عنوان بخشی از جهان انسانی و جامعه قرار دارد که از آن حس اجتماعی، رحم و شفقت، وجدان و تمایل به انجام امور خیریه مشتق می‌شود. خود فراترنگری بر پایه مفهومی از خویشتن به عنوان بخشی از جهان و منابع آن مطرح شده است که با پندارهای حضور رازگونه، ایمان مذهبی، متانت و صبوری غیرمشروط همراه است (کلونینجر و شوراکیک^{۲۶}، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش‌ها حاکی است که مزاج و خلق و خو با نشانه‌های مرضی روان گسیختگی بیماران رابطه معنی‌داری دارند (اسمیت، کلونینجر، هارمز سرنانسکی^{۲۷}، ۲۰۰۸؛ هوری، ناگوچی، هاشیموتو، ناکابایاشی و همکاران^{۲۸}، ۲۰۰۸).

در صورتی که بوکر و همکاران^{۲۹} (۲۰۰۶) نشان داده‌اند که مزاج و خلق و خو با نشانه‌های مرضی مثبت و منفی روان گسیختگان ارتباط معنی‌داری ندارند. گیلیم و همکاران (۲۰۰۲) دریافتند که بین روان گسیختگان و گروه گواه در ابعاد مزاج و خلق و خو تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج نیز نشان داد که بین نشانه‌های مرضی مثبت و منفی روان گسیختگی و ابعاد شخصیتی رابطه وجود دارد. این نتایج حاکی است که ابعاد مزاج با نشانه‌های مرضی منفی مرتبط هستند در صورتی که نشانه‌های مرضی مثبت با نابهنجاری‌های خلق و خوی شناختی ارتباط دارند. ریتسز و سوسر^{۳۰} (۲۰۰۴) با بررسی روان گسیختگان و افراد سالم نشان دادند که روان گسیختگان در مقایسه با گروه سالم در اجتناب از صدمه نمره بالاتر و در پاداش وابستگی نمره پایین‌تر کسب می‌کنند. در مطالعه‌ای دیگر، هوری و همکاران (۲۰۰۸) به این نتیجه رسیدند که روان گسیختگان در مقایسه با گروه گواه در ابعاد نوجویی، پاداش وابستگی، خود راهبری و همکاری گری نمره پایین‌تر و در ابعاد اجتناب از صدمه و خود فراترنگری نمره بالاتری کسب کردند. اسمیت و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی مزاج و خلق و خو روان گسیختگان، همشیری‌های غیر روان گسیخته و گروه گواه را مقایسه کردند. آنها به این نتیجه رسیدند که روان گسیختگان در اجتناب از صدمه نمره بالاتر، و در ابعاد خود راهبری و همکاری گری نسبت به گروه گواه و همشیری‌های خود نمرات پایین‌تری کسب کردند. همچنین پاسکا، مورای، جاسکلاینز، ویجیولا و همکاران^{۳۱} (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان دادند که اجتناب از صدمه و پشتکار با نشانه‌های مرضی مثبت و منفی روان گسیختگی همبستگی معنی‌داری دارند.

با توجه به تحقیقات کم در این زمینه، یافته‌های گاه متناقض و متفاوت، و برجسته نشده نقش مزاج، خلق و خو و ناگویی طبعی در روان گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت و منفی، انجام این پژوهش اهمیت دارد و استفاده از نتایج این تحقیق در زمینه آسیب‌شناختی، می‌تواند سودمند باشد. هدف پژوهش حاضر مقایسه ابعاد مزاج، خلق و خو و ناگویی طبعی در روان گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت و منفی بود.

روش‌شناسی

روش پژوهش: پژوهش به صورت علی-مقایسه‌ای است. در این پژوهش ابعاد مزاج، خلق و خو و ناگویی طبعی در روان گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت مقایسه می‌شوند. در این پژوهش متغیرهای جنس و تأهل کنترل شده‌اند.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه روان گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت و منفی در بیمارستان رازی شهر

تبریز در سال ۱۳۸۸ بود. نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ بیمار مرد روان گسیخته بود که از بیمارستان رازی شهر تبریز به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ۵۴ نفر از این بیماران دارای نشانه‌های مرضی مثبت و ۴۶ نفر دارای نشانه‌های مرضی منفی بودند. مبنای انتخاب اولیه بیماران، کسب نمره بیشتر از ۶۰ درصد در یکی از شاخص‌های نشانه‌های مرضی مثبت یا منفی در مقیاس مربوطه بود. سپس با توجه به این نمره و نظر روانپزشک، روان گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت یا منفی قرار می گرفتند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه و داشتن معیارهای بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته و تشخیص روانپزشک و داشتن یک گروه از نشانه‌های مرضی مثبت یا منفی به صورت واضح مشخص بود. افرادی که دارای عقب ماندگی ذهنی یا آسیب مغزی بودند، از نمونه خارج شدند.

ابزار پژوهش: ۱. مقیاس نشانه‌های مرضی منفی و مثبت: مقیاس نشانه‌های مرضی مثبت و منفی آندرسون^{۳۲} (۱۹۹۰) دارای ۵۰ سؤال است. ضریب قابلیت اعتماد از طریق آلفای کرونباخ برای مقیاس نشانه‌های مرضی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۶۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. زاده محمدی، حیدری و مجد تیموری (۱۳۸۱) ضریب قابلیت اعتماد^{۳۳} این مقیاس را با روش باز آزمایی (بعد از یک ماه) ۰/۷۷ به دست آورده‌اند. این ضرایب برای گروه نشانه‌های مرضی منفی ۰/۷۸ و برای گروه نشانه‌های مرضی مثبت ۰/۷۷ گزارش شده است. همچنین ضریب قابلیت اعتماد از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ و برای خرده مقیاس‌های نشانه‌های مرضی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۱ به دست آمده است.

۲. مقیاس ناگویی طبیعی تورنتو: مقیاس ناگویی طبیعی تورنتو یک آزمون ۲۰ ماده‌ای است که توسط بگی و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده است و سه زیرمؤلفه دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را اندازه گیری می کند. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی طبیعی تورنتو، ضریب قابلیت اعتماد از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵، دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و تفکر عینی ۰/۷۲ گزارش شده است (بشارت، ۲۰۰۷). همچنین بشارت (۲۰۰۷) ضریب قابلیت اعتماد کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش هاس دو نیمه کردن و باز آزمایی (بعد از یک ماه) به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۷۲ به دست آورد. ضریب درستی^{۳۴} مقیاس ۰/۸۵ گزارش شده است.

۳. پرسشنامه مزاج و خلق و خو: پرسشنامه مزاج و خلق و خو توسط کلونینجر و همکاران (۱۹۹۴) برای اندازه گیری مزاج و خلق و خو ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۲۵ سؤال دارد و هر آزمودنی به این سؤالات به صورت صحیح و غلط پاسخ می دهد. در این پرسشنامه ابعاد مزاج (نوجویی، اجتناب از صدمه، وابستگی به پاداش و پشتکار) و ابعاد خلق و خو (خودراهبری، همکاری گری و خود فراترنگری) اندازه گیری می شود. در پژوهش آلن سو، باگاد، تانزی و برترام و همکاران^{۳۵} (۲۰۰۸) ضریب قابلیت اعتماد این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ بالای ۰/۶۸ گزارش شده است. کاویانی و حق شناس (۱۳۸۶) ضریب قابلیت اعتماد باز آزمایی این پرسشنامه را در مقیاس های ۷ گانه از ۰/۶۱ تا ۰/۹۶ به دست آوردند. بین مقیاس های ۴ گانه مزاج و مقیاس های ۳ گانه خلق و خو با هم همبستگی معنی داری به دست نیامد. در پژوهش حاضر ضریب قابلیت اعتماد این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

روش اجرا: در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات ابتدا روان گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت و منفی مشخص شدند. سپس پرسشنامه‌های تحقیق در اختیار بیماران قرار گرفت و از آنها خواسته شد که به دقت سؤالات را مطالعه نموده و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی های خود انتخاب نمایند و سؤالی را تا حد امکان بی جواب نگذارند. سپس داده‌های جمع آوری شده با روش تحلیل واریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ضمناً تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی و زمان اجرای آنها حدود ۳۰ دقیقه بود.

یافته‌ها

میانگین (و انحراف معیار) سنی آزمودنی‌های پژوهش ۳۵/۹ (و ۹/۶) با دامنه سنی ۵۵-۲۵ سال بود. میزان تحصیلات روان‌گسیختگان بین سوم راهنمایی و فوق دیپلم بود. ۶۲ درصد بیماران (۶۲ نفر) مجرد، ۲۴ درصد (۲۴ نفر) متأهل و ۱۴ درصد (۱۴ نفر) مطلقه بودند. در جدول شماره (۱) میانگین و انحراف معیار ابعاد مزاج، خلق و خو و ناگویی طبیعی در روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت و منفی ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین نمرات ابعاد مزاج، خلق و خو و ناگویی طبیعی در روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت و منفی

بیماران دارای نشانه‌های مرضی منفی		بیماران دارای نشانه‌های مرضی مثبت		متغیرها	ابعاد
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	شاخص	
۳/۳۳	۸/۸۳	۳/۰۸	۹/۷۳	نوجویی	ابعاد مزاج
۱/۰۹	۲/۸۹	۱/۲۹	۳/۶۰	پشتکار	
۳/۷۹	۱۲/۷۲	۳/۸۵	۱۰/۰۹	اجتناب از صدمه	
۲/۳۶	۸/۱۴	۲/۵۸	۷/۵۰	پاداش وابستگی	
۴/۴۵	۱۵/۳۱	۴/۷۶	۱۳/۸۶	همکاری گری	ابعاد خلق و خو
۵/۷۹	۹/۸۹	۴/۹۴	۹/۵۴	خودراهبری	
۳/۳۸	۸/۲۵	۳/۱۱	۱۰/۷۷	خود فراتر نگر	
۷/۲۲	۲۵/۵۳	۷/۵۳	۱۷/۷۶	دشواری در تشخیص احساسات	ناگویی طبیعی
۴/۳۲	۱۷/۵۰	۴/۵۰	۱۴/۰۸	دشواری در توصیف احساسات	
۳/۸۸	۲۲/۴۴	۴/۵۴	۱۷/۸۸	تفکر عینی	
۱۰/۶۹	۶۵/۴۷	۱۲/۸۸	۴۹/۷۲	کل	

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیری، پیش فرض همگنی واریانس با آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج پیش فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای ابعاد مزاج، خلق و خو و ناگویی طبیعی در دو گروه روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت و منفی تأیید شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنی دار نبود، در نتیجه استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلا مانع شناخته شد. همچنین برای بررسی فرض همگنی کواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی دار نیست و در نتیجه پیش فرض تفاوت بین کواریانس‌ها برقرار است ($F=1/22, P=0/17, Box=48/84$).

جدول ۳: آزمون‌های معناداری تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین نمرات ابعاد مزاج، خلق و خو و ناگویی طبیعی در روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت و منفی

شاخص	مقدار	درجه آزادی خطا	F	سطح معناداری	ضریب اتا
اثر پیلایی	۰/۴۵۶	۹۱	۹/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵۶
لامبدای ویلکز	۰/۵۴۴	۹۱	۹/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵۶
اثر هتلینگ	۰/۸۳۹	۹۱	۹/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵۶
بزرگترین ریشه خطا	۰/۸۳۹	۹۱	۹/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵۶

جدول شماره (۳) نشان می‌دهد که بین روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت و منفی حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی دار است و میزان این تفاوت ۴۶ درصد است یعنی ۴۶ درصد

واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین نمرات ابعاد مزاج، خلق و خو و ناگویی طبیعی در روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت و منفی

شاخص‌های آماری					متغیرها
P	F	MS	df	SS	
۰/۰۰۱	۲۵/۱۸	۱۳۸۸/۱۸	۱	۱۳۸۸/۱۸	دشواری در تشخیص احساسات
۰/۰۰۰۱	۱۳/۷۲	۲۶۹/۷۸	۱	۲۶۹/۷۸	دشواری در توصیف احساسات
۰/۰۰۰۱	۲۵/۷۹	۴۸۱/۰۷	۱	۴۸۱/۰۷	تفکر عینی
۰/۰۰۰۱	۳۸/۷۹	۵۷۱۷/۸۸	۱	۵۷۱۷/۸۸	کل
۰/۱۸	۱/۸۶	۱۸/۷۱	۱	۱۸/۷۱	نوجویی
۰/۰۰۶	۷/۹۹	۱۱/۶۹	۱	۱۱/۶۹	پشتکار
۰/۰۰۱	۱۰/۸۴	۱۵۹/۱۸	۱	۱۵۹/۱۸	اجتناب از صدمه
۰/۲۲	۱/۵۰	۹/۴۰	۱	۹/۴۰	پاداش وابستگی
۰/۱۴	۲/۲۳	۴۸/۱۹	۱	۴۸/۱۹	همکاری گری
۰/۷۵	۰/۱۰	۲/۷۰	۱	۲/۷۰	خودراهبری
۰/۰۰۱	۱۴/۲۰	۱۴۵/۷۱	۱	۱۴۵/۷۱	خود فراتر نگری

در جدول شماره (۴) نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نشان می‌دهد که میانگین نمرات اجتناب از صدمه روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی منفی در مقایسه با روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت به‌طور معنی‌داری بیشتر است ($p < ۰/۰۰۱$). اما میانگین نمرات خود فراتر نگری و پشتکار روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت در مقایسه با بیماران اسکیزوفرنی روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی منفی به‌طور معنی‌داری بیشتر بود ($p < ۰/۰۰۱$) همچنین نتایج نشان داد که میانگین نمرات ناگویی طبیعی در روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی منفی در مقایسه با روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت به‌طور معنی‌داری بیشتر بود ($p < ۰/۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری

به‌طور کلی هدف این پژوهش مقایسه ابعاد مزاج، خلق و خو و ناگویی طبیعی در بیماران اسکیزوفرنی دارای نشانه‌های مرضی مثبت و منفی بود.

نتایج این مطالعه نشان داد که روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی منفی در مقایسه با روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت در ناگویی طبیعی نمرات بیشتری به‌دست آوردند. این یافته با مطالعه ووت و همکاران (۲۰۰۷a) هماهنگ است. در این مطالعه نتیجه‌گیری شده است که مشکل در شناسایی عواطف با شدت نشانه‌های مرضی منفی، مثل عاطفه یکنواخت و انزوای اجتماعی همبستگی دارد. همچنین ووت و همکاران (۲۰۰۷b) به این نتیجه رسیدند که روان‌گسیختگان در شناسایی و توصیف عواطف‌شان مشکلات بیشتری دارند. به‌علاوه، آنها نشان دادند که اشکال در شناسایی عواطف با شدت نشانه‌های مرضی منفی مثل عاطفه سطحی، یا انزوای اجتماعی همبسته است. همچنین گروس و جان^{۳۶} (۲۰۰۳) به این نتیجه رسیدند افرادی که در استفاده از راهبردهای تنظیم‌گری عاطفی دچار بازداری می‌شوند، احساسات مثبت پایینی را تجربه می‌کنند و کارکرد میان‌فردی و اجتماعی آنها بیشتر آسیب می‌بیند. می‌توان بیان کرد که وقتی اطلاعات عاطفی نتوانند در فرایند پردازش شناختی ادراک و ارزشیابی شوند، فرد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شود. این ناتوانی، سازمان عواطف و شناخت‌های فرد را مختل می‌سازد و در حالات شدید به‌صورت بروز نشانه‌های مرضی مثبت و منفی در شرایط روان‌گسیختگی تنش‌آور افزایش می‌یابد. کوهن و دوکرتی^{۳۷} (۲۰۰۴) در تحقیقی نتیجه‌گیری کردند که روان‌گسیختگان واکنش‌پذیری عاطفی بیشتری در گفتار هنگام بحث در مورد موضوعات منفی از خود نشان می‌دهند. نتیجه پژوهش حاضر در راستای

پژوهش تارلدو و همکاران (۲۰۰۵) نبود. آنها نشان دادند که بین نشانه‌های مرضی منفی و ناگویی طبیعی ارتباطی وجود ندارد. اما برخلاف این یافته‌های متناقض، یک دیدگاه نظری این است افرادی که قادر به شناسایی احساسات خود نیستند و نحوه‌ی مقابله با این احساسات و تنظیم‌گری را نمی‌دانند، بیشتر مستعد انزوای عاطفی و اجتماعی خواهند شد.

نتایج پژوهش نیز نشان داد که از میان ابعاد مزاج، فقط اجتناب از صدمه در روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی منفی به‌طور معنی‌داری بیشتر بود. این نتیجه با یافته پاسکا و همکاران (۲۰۰۹) همسو است. آنها در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که بین هذیان خود بزرگ‌پنداری و تهییج‌شدگی (نشانه‌های مرضی مثبت) رابطه‌ی منفی معناداری وجود دارد. این یافته در راستای نتایج گیلیم و همکاران (۲۰۰۲)، ریتسنر و سوسر (۲۰۰۴)، بوکر و همکاران (۲۰۰۶)، اسمیت و همکاران (۲۰۰۸) و هوری و همکاران (۲۰۰۸) قرار دارد. در این پژوهش‌ها نتیجه‌گیری شده است که بالا بودن اجتناب از صدمه به‌عنوان سدی در برابر نشانه‌های مرضی خود بزرگ‌پنداری و تحریک‌پذیری عمل می‌کند. افراد دارای نشانه‌های مرضی مثبت با حرمت خود کاذب در مقابل موقعیت‌های خطرناک و عدم توجه به پیامدهای رفتاری و موقعیتی آسیب‌زا دست به عمل می‌زنند. پایین بودن ویژگی‌های اجتناب از صدمه همچون اعتماد به خود در مقابل بلا تکلیفی منجر به تلاش‌های زیاد با حداقل ناراحتی شخص می‌گردد و ضرر این حالت عدم پاسخ‌دهی به خطر و خوش‌بینی غیرواقعی است و نتایج بالقوه پرخطر آن در موقعیت‌هایی است که احتمال خطر زیاد است و کاملاً در راستای افزایش نشانه‌های مرضی چون خود بزرگ‌پنداری و تحریک‌پذیری در روان‌گسیختگان است.

این یافته که پشتکار روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت بیشتر است، در راستای یافته‌های هوری و همکاران (۲۰۰۸) و پاسکا و همکاران (۲۰۰۹) نیست. آنها نشان دادند که بین پشتکار و نشانه‌های مرضی منفی رابطه‌ی معکوس معنی‌داری وجود دارد ولی با نشانه‌های مرضی مثبت چنین رابطه‌ای به‌دست نیامد. یافته‌های گیلیم و همکاران (۲۰۰۲)، ریتسنر و سوسر (۲۰۰۴)، بوکر و همکاران (۲۰۰۶) و اسمیت و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان دادند که پشتکار با نشانه‌های مرضی مثبت و منفی رابطه‌ای ندارند. پشتکار نشان‌دهنده‌ی تمایل ارثی برای پایداری رفتار، علی‌رغم محرومیت و ناکامی، خستگی و تقویت متناوب است. انتظار می‌رود که این بعد با نشانه‌های مرضی منفی رابطه‌ی معکوس داشته باشد چرا که با کاهش پشتکار، نشانه‌های مرضی منفی در روان‌گسیختگان افزایش می‌یابد. همچنین رابطه‌ی مثبت بین نشانه‌های مرضی مثبت و بُعد پشتکار می‌تواند تحت تأثیر شدت بیماری و توهمات و هذیان‌ها قرار گرفته باشد، چرا که با افزایش این ابعاد، تحریف واقعیات و اعتماد به خود و نهایی‌خواهی‌های کاذب در روان‌گسیختگان نیز افزایش می‌یابد.

نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات نوجویی در روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت و منفی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. هوری و همکاران (۲۰۰۸) به این نتیجه رسیدند که روان‌گسیختگان در مقایسه با گروه گواه در نوجویی کسب کردند. می‌توان بیان کرد که یکی از دلایلی که روان‌گسیختگان از مکانیزم‌های دفاعی ناپخته مانند بازگشت بیشتر استفاده می‌نمایند، نوگرایی کمتر است و در نتیجه مشکلات اجتماعی و عواطف منفی خود را با روش‌های ناپخته تنظیم می‌کنند.

نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پاداش وابستگی در روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت و منفی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. ریتسنر و سوسر (۲۰۰۴) و هوری و همکاران (۲۰۰۸) به این نتیجه رسیدند که روان‌گسیختگان در مقایسه با گروه گواه در پاداش وابستگی نمره‌ی پایین‌تر کسب می‌کنند. افرادی که در پاداش وابستگی نمرات پایینی می‌گیرند دارای رفتار سرد و منزوی، شکننده و غیرمسئولانه هستند. همچنین افرادی که همکاری پایین دارند خوددین، متعصب، سرزنش‌کننده و کینه‌توز هستند.

این یافته که خود فراترنگری روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت بیشتر است، در راستای یافته‌های گیلیم و همکاران (۲۰۰۲)، هوری و همکاران (۲۰۰۸) و اسمیت و همکاران (۲۰۰۸) است. آنها در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که بین خود فراترنگری و نشانه‌های مرضی مثبت روان‌گسیختگان رابطه‌ی مثبت وجود دارد. این نتیجه، ماهیت رشدی و تطابقی نشانه‌های مرضی را نشان می‌دهد.

بنابراین، این با نظریه بلولر که معتقد بود توهم و هذیان در نتیجه تأثیرات ثانوی در جهت جبران مکانیزم‌های اولیه آسیب‌شناسی روانی در نشانه‌های مرضی منفی و سازمان‌نیافته رخ می‌دهد، سازگار است. همچنین این یافته در راستای این مطالعه است که در ۷۰ درصد روان‌گسیختگان نارسایی نشانه‌های مرضی منفی بر آشکارسازی نشانه‌های مرضی مثبت مقدم است (هافنز، ریچر، نوآرر، فتکن هور و لوفلر^{۳۸}، ۱۹۹۲). وقتی در روان‌گسیختگان ویژگی خود فراتر نگری از جمله تمایل به آرمان‌گرایی، تجربه اوج، تجربه و درهم آمیختگی با محیط و طبیعت و صلح‌طلبی بالا است، به صورت ویژگی‌های مقابله‌ای در مقابل نشانه‌های مرضی منفی از جمله انزوای اجتماعی، کمبود توجه، عاطفه یکنواخت و غیره تبدیل می‌شود و این مکانیزم باعث کاهش نشانه‌های مرضی منفی در روان‌گسیختگان می‌گردد. به عبارتی، وقتی ویژگی‌های خود فراتر نگری در روان‌گسیختگان پایین است باعث افزایش نشانه‌های مرضی منفی در آنها می‌شود.

نتایج پژوهش نیز نشان داد که بین میانگین نمرات همکاری‌گری در روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت و منفی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این نتیجه با یافته‌های گلیم و همکاران (۲۰۰۲) همسو نیست. آن‌ها نشان دادند که نشانه‌های مرضی روان‌گسیختگی با نابهنجاری‌های منشی در ارتباط است و رابطه منفی بین همکاری‌گری و توهم‌شنوایی بر اساس مدل پنج‌بُعدی نشانه‌های مرضی تومی تبیین می‌شود. ولی در تحقیقات دیگر (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۰؛ بوکر و همکاران، ۲۰۰۶)، بین همکاری‌گری و نشانه‌های مرضی مثبت و منفی، رابطه معنی‌داری به دست نیامده است. از طرف دیگر، هوری و همکاران (۲۰۰۸) بین همکاری‌گری و نشانه‌های مرضی منفی، رابطه معکوس معناداری به دست آوردند که این یافته نیز با هیچیک از تحقیقات به دست آمده همسو نیست. به خاطر تناقض نتایج، شرایط مبهمی در رابطه با این ابعاد وجود دارد و نیاز به تحقیقات بیشتری در این زمینه می‌باشد.

نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات خودراهبری در روان‌گسیختگان دارای نشانه‌های مرضی مثبت و منفی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این نتیجه با یافته‌های گلیم و همکاران (۲۰۰۲)، ریسنر و سوسر (۲۰۰۴)، بوکر و همکاران (۲۰۰۶) و اسمیت و همکاران (۲۰۰۸) که رابطه معنی‌داری بین همکاری‌گری و نشانه‌های مرضی منفی به دست نیاوردند، همسویی دارد. در حالی که هوری و همکاران (۲۰۰۸) بین همکاری‌گری و نشانه‌های مرضی منفی رابطه معکوس معنی‌داری به دست آوردند. به خاطر تناقض نتایج گذشته، شرایط مبهمی در رابطه با این ابعاد وجود دارد و نیاز به تحقیقات بیشتری در این زمینه می‌باشد.

انتخاب بیماران مرد بستری از بیمارستان رازی شهر تبریز و عدم کنترل داروهای مصرفی از محدودیت‌های این پژوهش بودند. بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان پیشنهاد کرد که برنامه‌های درمانی می‌تواند به تعدیل نشانه‌های مرضی مثبت و منفی روان‌گسیختگی کمک کند.

پی‌نوشت‌ها:

- | | |
|--|--|
| 1- Schizophrenia | 2- Kaplan & Sadok |
| 3- Kane & Marder | 4- symptoms |
| 5- Crow | 6- alexithymia |
| 7- Tull, Medaglia & Roemer | 8- Taylor, Bagby & Parker |
| 9- Aleman, Kahn & Selten | 10- Delespaul, DeVries & Van Os |
| 11- Cedro, Kokoszka, Popiel & Narkiewicz-Jodko | 12- Stanghellini & Ricca |
| 13- Wout, Aleman, Bermond & Kahn | 14- Todarello, Porcelli, Grilletti & Bellomo |
| 15- temperament | 16- character |
| 17- Guillem, Bicu, Semkovska & Debruille | 18- Cloninger |
| 19- novel stimuli | 20- harm avoidance |

- | | |
|---|--|
| 21- reward dependence | 22- persistence |
| 23- self-directiveness | 24- self-transcendence |
| 25- co-operativeness | 26- Svrakic |
| 27- Smith, Cloninger, Harms & Csernansky | 28- Hori, Noguchi, Hashimoto, Nakabayashi etal |
| 29- Boeker etal | 30- Ritsner & Susser |
| 31- Poustka, Murray, Jääskeläinen, Veijola & etal | 32- Andreson |
| 33- reliabilty | 34- validity |
| 35- Allenso, Bagade, Tanzi & Bertram | 36- Gross & John |
| 37- Cohen & Docherty | 38- Hafner, Riecher, Maurer, Fatkenheuer & Loffler |

منابع و مأخذ فارسی:

- زاده‌محمدی، ع.، حیدری، م.، و مجد‌تیموری، م. (۱۳۸۱). بررسی اثر موسیقی درمانگری بر علائم منفی و مثبت بیماران روان‌گسیخته. *مجله روانشناسی*، ۵(۳)، ۲۴۹-۲۳۱.
- سادوک، ب.، سادوک، و. (۱۳۷۴). *خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری- روان‌پزشکی*. ترجمه نصرت‌اله پور افکاری. تهران: شهر آب.
- کاویانی، ح.، پورناصح، و. (۱۳۸۶). اعتباریابی و هنجارسنجی پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر. *مجله دانشکده پزشکی*، ۶۳(۲)، ۸۹-۹۸.
- کاویانی، ح. (۱۳۸۲). *نظریه زیستی شخصیت*. چاپ اول. تهران: سنا.
- مای لی، پ. ربرتو. (۱۳۸۷). *ساخت، بدیدآبی و تحول شخصیت*. ترجمه محمود منصور. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- منصور، م.، دادستان، پ. (۱۳۷۷). *بیماری‌های روانی*. تهران: رشد.

منابع و مأخذ خارجی:

- Aleman, A., Kahn, R.S., Seltin J.P. (2003). Sex differences in the risk of schizophrenia-evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 565 - 71.
- Allenso, N.C., Bagade, S., Tanzi, R., Bertram, L. (2008). *The Schizophrenia Gene Database*. Schizophrenia Research Forum. Accessed March, 18.
- Andreasen, N. (1990). *Methods for Assessing positive and Negative Symptoms, Schizophrenia: Positive and negative Symptoms and Syndromes*. Modern Problems in Pharmacopsychiatry, Andressen N, ed, New york, NY:S. Karger Publisher. Inc, PP. 73-85.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J., Parker, J.A. (1994). The 20-Item Toronto-Alexithymia-Scale. 2. Convergent, Discriminant, and Concurrent Validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-45.
- Besharat, M.A. (2007) Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto alexithymia scale with a sample of Iranian students. *Psychol Re.*, 10, 209-20.
- Boeker, H., Kleiser, M., Lehman, D., Jaenke, L., Bogerts, B., Northoff, G. (2006). Executive dysfunction, self, and ego pathology in schizophrenia: an exploratory study of neuropsychological and personality. *Comprehensive Psychiatry*, 47(1), 7-19.
- Cloninger, C.R. (1991). *Brain networks underlying personality development*. In B.J. Carroll & J.E. Barrett (Eds.), *Psychopathology and the brain*. New York, Raven Press, PP. 183-20.
- Cloninger, C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiat*, 44(3), 573-588.
- Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M., Wetzell, R.D. (1994). *The Temperament and Character Inventory*

- (TCI): *a Guide to its Development and Use*. Center for Psychobiology of Personality, Washington University, St Louis.
- Cloninger, C.R., & Svrakic, D.M. (2005). *Personality disorders*. In B. J. Sadock, V.A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Eight Edition, pp. 2063-2105). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Cohen, A.S., Docherty, N.M. (2004). Affective reactivity of speech and emotional experience in patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, **69**, 7-14.
- Crow, T.J. (1984). The two syndrome concept: origins and current status. *Schizophrenia bulletin* **1985**; **137**, 383-386.
- Cedro, A., Kokoszka, A., Popiel, A., Narkiewicz-Jodko, W. Alexithymia in schizophrenia: an exploratory study. *Psychol Rep*, **89**, 95-8.
- Delespaul, P., DeVries, M., Van Os, J. (2002). Determinants of occurrence and recovery from hallucinations in daily life. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **37**, 97-104.
- Gross, J.J., John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol*, **85**, 348- 62.
- Guillem, F., Bicu, M., Semkowska, M., Debrulle, J.B. (2002). The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. *Schizophrenia Research*, **56(1)**, 137-147.
- Hafner, H., Riecher, A., Maurer, K., Fatkenheuer, B., Löffler, F. (1992). First onset and early symptomatology of schizophrenia. A chapter of epidemiological and neurobiological research into age sex difference. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*, **242**, 109-118.
- Hori, H., Noguchi, H., Hashimoto, R., Nakabayashi, T., Saitoh, O., Murray, R., Okabe, S., Kunugi, H. (2008). Personality in schizophrenia assessed with the Temperament and Character Inventory. *Psychiatry Research*, **160(1)**, 175-183.
- Kane, J.M., Marder, S.R. (1993). Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. *Journal Schizophrenia Bulletin*, **19**, 287-302.
- Poustka, L., Murray, G.K., Jääskeläinen, E., Veijola, J., Jones, P., Isohanni, M., Miettunen, J. (2009). *The influence of temperament on symptoms and functional outcome in people with psychosis in the Northern Finland 1966 Birth Cohort*. *European Psychiatry*.
- Ritsner, M., Susser, E. (2004). Temperament types are associated with weak self-construct, elevated distress and emotion-oriented coping in schizophrenia: evidence for a complex vulnerability marker? *Psychiatry Research*, **128(2)**, 219- 228.
- Smith, M.J., Cloninger, C.R., Harms, M.P., Csernansky, J.G. (2008). Temperament and Character as schizophrenia-related end phenotypes in non-psychotic siblings. *Schizophrenia Research*, **104(1)**, 198-205.
- Stanghellini, G., Ricca, V. (1995). Alexithymia and schizophrenia. *Psychopathology*, **28**, 263-72.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.A. (1997). *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Todarello, O., Porcelli, P., Grilletti, F., Bellomo, A. (2005). Is alexithymia related to negative symptoms of schizophrenia? *Psychopathology*, **38**, 310- 4.
- Tull, M.T., Medaglia, E., Roemer, L. (2005). An investigation of the construct validity of the 20-item Torontoalexithymia scale through the use of a verbalization task. *J Psychosom Res*, **59(2)**, 77-84.
- Wout, M., Aleman, A., Bermond, B., Kahn, R.S. (2007a). No words for feelings: alexithymia in schizophreniapatients and first-degree relatives. *Compr Psychia*, **1**, 27-33.
- Wout, M.V. & et al.(2007b). No words for feelings: alexithymia in schizophrenia patients and first- degree relatives. *comprehensive psychiatry*, **48**, 27-33.