

نقش شخصیت نوع D و دشواری تنظیم هیجان در پیش‌بینی علائم افسردگی افراد مبتلا به پُوریازیس

صادق عابدی^۱دکتر محمدحسن دوازده‌امامی^۱دکتر امیر هوشنگ احسانی^۲دکتر مهدی جعفری^۱

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم

پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. گروه پوست، بیمارستان رازی، دانشگاه

علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر محمدحسن دوازده‌امامی

تهران، بزرگراه شهید چمران، اوین، دانشگاه

علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده‌ی

پزشکی، گروه روان‌شناسی بالینی

پست الکترونیک:

davazdahemamy@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

زمینه و هدف: با توجه به شیوع نسبتاً بالای میزان افسردگی در افراد مبتلا به پُوریازیس، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش شخصیت نوع D و دشواری تنظیم هیجان در پیش‌بینی علائم افسردگی افراد مبتلا به پُوریازیس انجام شد.

روش اجرا: این مطالعه یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه از تمامی افرادی تشکیل می‌شد که طی ماه‌های آذر تا بهمن سال ۹۵ برای درمان بیماری پُوریازیس به درمانگاه پوست بیمارستان رازی شهر تهران مراجعه کرده بودند. از این بین تعداد ۶۰ نفر نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که ۳۸ نفر از آن‌ها مرد بودند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه‌ی شخصیت نوع D (DS-14)، مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان (DERS) و پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (ویراست دوم) (BDI-II) بود. در نهایت داده‌های به‌دست‌آمده از پژوهش با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین شخصیت نوع D و دشواری تنظیم هیجان با علائم افسردگی افراد مبتلا به پُوریازیس رابطه‌ی مثبت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0.01$). آنالیز رگرسیون به روش هم‌زمان (enter) نیز نشان داد که دو مؤلفه عاطفه منفی و بازداری اجتماعی شخصیت نوع D و همچنین دو خرده مقیاس فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی می‌توانند علائم افسردگی افراد مبتلا به بیماری پُوریازیس را پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری: ویژگی‌های شخصیت نوع D و دشواری‌های تنظیم هیجان می‌توانند در پیامدهای روان‌شناختی بیماری پُوریازیس از جمله افسردگی افراد مبتلا به این بیماری اثرگذار باشند.

کلیدواژه‌ها: پُوریازیس، شخصیت نوع D، دشواری تنظیم هیجان، افسردگی

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۲۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۱۴

پوست و زیبایی؛ تابستان ۱۳۹۶، دوره‌ی ۸ (۲): ۷۱-۸۲

مقدمه

می‌دهند که پریشانی‌های روان‌شناختی و وقایع استرس‌زای زندگی در شروع، تشدید و تداوم شرایط این بیماری نقش مهمی ایفا می‌کنند^{۴-۶}. سلامت پوست بخش مهمی از تصویر ذهنی بدن را تشکیل می‌دهد. متفاوت به‌نظر رسیدن، خصوصاً در بیماران با لکه‌های قابل رؤیت ممکن است باعث کاهش اعتمادبه‌نفس، احساس برچسب‌خوردن و طردشدن در

پُوریازیس یکی از بیماری‌های پوستی مزمن، التهابی و عودکننده است^۱ که حدود ۲٪ تا ۳٪ جمعیت عمومی را تحت تأثیر قرار می‌دهد^۲. علائم بیماری به‌صورت پلاک‌های پوسته‌ریز قرمز رنگ در نواحی مختلف بدن ظاهر می‌گردد^۳. این بیماری از شیوع یکسانی بین زنان و مردان برخوردار است و شروع آن ممکن است در هر سنی رخ دهد. پژوهش‌ها نشان

بیماران شود که خود این شرایط در ناتوانایی‌های روزانه بیماران دخالت دارد و به افسردگی و افکار خودکشی در بیماران منجر می‌شود.^۷

مطالعاتی که شیوع افسردگی را در افراد مبتلا به بیماری پسوریازیس مورد بررسی قرار داده‌اند، میزان نسبتاً بالای افسردگی را بین این افراد گزارش کرده‌اند.^۸ در یک مطالعه ۳۵ نفر از ۷۶ بیمار مبتلا به پسوریازیس (۴۶٪) مدعی بودند که آن‌ها «اغلب» یا «همیشه» به دلیل شرایط بیماری خود احساس افسردگی می‌کنند.^۹

در مطالعه‌ی Akay و همکاران میزان افسردگی در افراد مبتلا به پسوریازیس ۵۸٪ بود، در حالی که افسردگی در گروه کنترل ۲۰٪ گزارش شد.^{۱۰} به‌طور کلی، محققان میزان بالاتر افسردگی را در افرادی مشاهده کرده‌اند که درصد بیشتری از پوست آن‌ها تحت تأثیر پسوریازیس قرار گرفته است.^{۱۱}

Gupta و همکاران در مطالعه‌ی خود بر روی ۲۱۷ نفر از افراد مبتلا به پسوریازیس به این نتیجه رسیدند که ۹٫۷٪ از این افراد درباره‌ی مرگ فکر می‌کنند و ۵٫۵٪ از چنین افرادی به خودکشی نیز اقدام می‌کنند.^۷ علاوه بر این، برخی علائم پسوریازیس، به‌ویژه خارش، با افسردگی افراد مبتلا به پسوریازیس مرتبط است؛ با این دلالت که حالت افسرده‌مکن است از طریق افزایش میزان افیون‌های (opiates) سیستم عصبی مرکزی، آستانه‌ی ادراک خارش را در این افراد کاهش دهد.^{۱۲}

از طرفی شواهد نشان می‌دهند که صرف‌نظر از میزان ضایعات پوستی، افراد مبتلا به پسوریازیس از برچسب‌خوردن و طردشدن از سوی دیگران می‌ترسند^{۱۳} که این مسأله می‌تواند از متغیرهای شخصیتی تأثیر بپذیرد.^{۱۴} همان‌طور که در میان بیماری‌های پوستی دیگر مثل آکنه نیز این مسأله مطرح است.^{۱۵} فرض شده است که افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی ممکن است ویژگی‌های شخصیتی داشته باشند که آن‌ها را نسبت به استرس آسیب‌پذیرتر کند.^{۱۶} Gupta و

همکاران در مطالعه‌ی خود روی ۱۲۷ نفر از افراد مبتلا به پسوریازیس نشان دادند که در زیرگروهی از افراد مبتلا به پسوریازیس که گزارش شده بود بیماری آن‌ها به میزان قابل توجهی به واسطه‌ی استرس تشدید می‌یابد. مثلاً با نشان‌دادن واکنش استرس بالا، از لحاظ بین فردی بیشتر وابسته بودند و ویژگی‌های شخصیتی خاصی نظیر مشکل در ابراز احساس خشم خود و تمایل به تأییدشدن از جانب دیگران را نشان می‌دادند.^{۱۷}

از طرفی نشان داده شده است که افراد دارای تیپ شخصیتی D نیز دو ویژگی بارز شامل «عاطفه‌ی منفی و بازداری اجتماعی» دارند. عاطفه‌ی منفی تمایل افراد به تجربه‌ی احساسات منفی در موقعیت‌های مختلف و بازداری اجتماعی تمایل افراد برای اجتناب از ابراز این هیجان‌های منفی در تعاملات اجتماعی است.^{۱۸} نتایج تحقیقات انجام‌شده توسط Ogińska-Bulik و همکاران نشان داده است که مؤلفه‌ی شخصیت نوع D (عاطفه‌ی منفی) نقشی تعیین‌کننده در بیماری پسوریازیس ایفا می‌کند.^{۱۹}

هم‌چنین تحقیقات تاکنون نشان داده‌اند که افراد با شخصیت نوع D، چهار برابر بیشتر از اشخاص فاقد این نوع شخصیت، مستعد ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب هستند و هم‌چنین میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها در این گروه از افراد بالاتر است.^{۲۰} علاوه بر این پژوهش‌ها نشان داده است که وجود شخصیت نوع D در میان افراد مبتلا به پرفشاری خون در مقایسه با جمعیت عمومی بالاتر است. هم‌چنین نشان داده شده است که صفات شخصیت نوع D، اثرات توان‌بخشی را در بیماران قلبی تحت تأثیر قرار می‌دهد.^{۲۱} چیزی که بیشتر مشخص شده است این است که یکی از مؤلفه‌های شخصیت نوع D، به‌عنوان پیش‌بینی برای بیماری‌هایی از قبیل بیماری عروق کرونر قلب، فشار خون بالا، سرطان، بیماری زخم پپتیک و پسوریازیس به حساب می‌آید.^{۱۸}

عاطفه‌ی منفی ایجاد شده در اثر حوادث ناگوار زندگی در افرادی که ملاک‌های افسردگی اساسی را برآورده می‌سازند، نسبت به نمونه‌های غیربالینی دوام بیشتری دارند.^{۲۱} نتایج مطالعات هم‌چنین نشان می‌دهند وجود الگوهای بدتنظیمی هیجانی در بین افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی می‌تواند وضعیت پوستی افراد را تشدید و تداوم بخشد و نیز کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. Ciuluvica و همکاران در پژوهش خود درباره‌ی راهبردهای تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بین افراد مبتلا به پسوریازیس، نشان دادند که سرکوب هیجان‌ها به‌طور منفی با کیفیت زندگی ارتباط داشت، درحالی که ارزیابی مجدد شناختی به‌طور مثبت با بهزیستی افراد (توانایی برخورداری بیشتر از هیجان‌های مثبت در زندگی روزانه) مرتبط بود.^{۲۲}

بنابراین، مطالعه‌ی حاضر با اقتباس از شواهد پژوهشی موجود در مورد تأثیر منفی شخصیت نوع D و دشواری تنظیم هیجان بر پیش‌آگهی و سیر بیماری‌های مختلف، به‌دنبال پاسخ‌گویی به این پرسش است که آیا شخصیت نوع D و دشواری تنظیم هیجان می‌توانند علائم افسردگی افراد مبتلا به پسوریازیس را پیش‌بینی کنند یا خیر؟ نتایج این پژوهش ضمن فراهم آوردن دانش بنیادی در خصوص ارتباط ویژگی‌های شخصیتی و دشواری‌های تنظیم هیجان با افسردگی افراد مبتلا به پسوریازیس، دانش کاربردی مناسبی برای روان‌شناسان و متخصصان حوزه‌ی سلامت به‌منظور کاهش افسردگی این افراد ارائه خواهد داد.

روش اجرا

این مطالعه به‌صورت یک پژوهش توصیفی - همبستگی و به‌منظور تعیین نقش شخصیت نوع D و دشواری در تنظیم هیجان در پیش‌بینی علائم افسردگی افراد مبتلا پسوریازیس انجام شد. جامعه‌ی پژوهشی از تمامی افرادی که طی ماه‌های آذر تا بهمن

هم‌چنین تحقیقات نشان داده‌اند که آلکسی تایمیا (Alexithymia) (مشکل در توصیف یا تشخیص عواطف و ناتوانی در تمایز قائل شدن بین احساسات و حس‌های بدنی از برانگیختگی هیجانی) نیز با بیماری پسوریازیس ارتباط دارد^{۲۳ و ۲۲} و به‌عنوان یک عامل خطر آسیب‌پذیری نسبت به این بیماری در نظر گرفته شده است.^{۲۴} و به‌خصوص مشخص شده است که با افسردگی در این افراد ارتباط خاصی دارد^{۲۵ و ۲۲}. میزان بالای افسردگی و آلکسی تایمیا در افراد مبتلا به پسوریازیس این مسأله را مطرح می‌کند که آن‌ها ممکن است در فهم بدن و تنظیم کردن حالت‌های درونی و هیجان‌ها خود با مشکل مواجه باشند. تنظیم هیجان فرایندهای درونی و بیرونی را شامل می‌شود که مسؤل نظارت، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی هستند تا فرد بتواند به اهداف خود دست یابد.^{۲۶}

توانایی کنارآمدن موفقیت‌آمیز با هیجان‌های ناخوشایند مسلماً به حفظ حس کنترل در موقعیت‌های پریشان‌کننده کمک می‌کند که به‌نظر می‌رسد با پردازش اطلاعات افسردگی‌زا تداخل ایجاد می‌کند.^{۲۷} هم‌چنین می‌توان گفت که مهارت‌های مؤثر تنظیم هیجان می‌توانند به جلوگیری، تخفیف و کاهش شدت یا طول مدت حالت‌های دیسفورا کمک کنند که مشخص شده است باعث فعال‌سازی مکرر الگوهای تفکر افسردگی‌زا می‌شوند، درنتیجه به وقوع افسردگی و تداوم آن کمک می‌کنند.^{۲۸} مطابق با این فرضیه، مطالعات تجربی نشان داده‌اند که افراد افسرده در استفاده از راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان دچار مشکل هستند^{۲۹} و نسبت به افراد غیر افسرده، در پاسخ به القاء خلق منفی، با راهبردهای تنظیم هیجان کمتری واکنش نشان می‌دهند.^{۳۰}

مطالعات طولی نشان می‌دهند که نقص‌های در تنظیم هیجان می‌توانند شدت علائم افسردگی متعاقب را پیش‌بینی کنند. به‌عنوان مثال، مطالعات با استفاده از ارزیابی‌های بوم‌شناختی مقطعی نشان داده‌اند که

سال ۹۵ برای درمان بیماری پسوریازیس به درمانگاه پوست بیمارستان رازی شهر تهران مراجعه کرده بودند، تشکیل شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: دریافت تشخیص قطعی بیماری پسوریازیس توسط پزشک متخصص، سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم دریافت دارویی که اثرات روان‌شناختی داشته باشد و نداشتن سابقه‌ی اختلال روانی. درنهایت، از بین افرادی که دارای این ملاک‌ها بودند، تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که ۳۸ نفر از آن‌ها مرد و ۲۲ نفر زن بودند. سپس پرسش‌نامه‌های موردنظر به‌منظور اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش روی نمونه‌ها اجرا شد.

مقیاس شخصیت نوع D (DS-14)

مقیاس شخصیت نوع D توسط Denollet در سال ۲۰۰۳ تدوین شده است و یک ابزار ۱۴ گویه‌ای است که شخصیت نوع D را برحسب دو زیر مقیاس عاطفه‌ی منفی و بازداری اجتماعی در اندازه‌های ۵ درجه‌ای از ۰ (نادرت) تا ۴ (درست) می‌سنجد. نمره‌ی بالاتر در هر زیرمقیاس نشان‌دهنده‌ی شدت بیشتر آن ویژگی شخصیتی است.^{۳۳} ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های عاطفه‌ی منفی و بازداری اجتماعی به‌ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۶ به‌دست آمده است. ضریب اعتبار همزمان این مقیاس با شخصیت نوع A ۰/۶۳ گزارش شده است. در مطالعه‌ی ذوالجناحی و وفایی در سال ۱۳۸۵ در ایران، همسانی درونی خرده‌مقیاس عاطفه‌ی منفی ۰/۷۷ و همسانی درونی خرده‌مقیاس بازداری اجتماعی، ۰/۶۹ به‌دست آمده است.^{۳۴}

مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان (DERS)

برای سنجش دشواری در تنظیم هیجان از مقیاس DERS استفاده شد که دارای ۳۶ سؤال و ۶ خرده‌مقیاس به‌نام‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری‌های دست‌زدن به رفتار هدفمند، دشواری‌های کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود

به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجانی است. مقیاس پاسخگویی این مقیاس پنج درجه‌ای (تقریباً هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۵) است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی دشواری در مقوله‌ی تنظیم هیجان است. نتایج مربوط به بررسی پایایی این پرسش‌نامه نشان داده که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا است (آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۹۳، خرده‌مقیاس عدم پذیرش برابر با ۰/۸۵، خرده‌مقیاس اهداف برابر ۰/۸۹، خرده‌مقیاس تکانه برابر با ۰/۸۶، خرده‌مقیاس آگاهی برابر با ۰/۸۰، خرده‌مقیاس راهبردها برابر با ۰/۸۸ و خرده‌مقیاس شفافیت برابر با ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی برای نمرات کلی برابر با ۰/۸۸ است). در رابطه با روایی این مقیاس نیز بررسی‌ها نشانگر روایی سازه و پیش‌بین مطلوب برای این مقیاس است.^{۳۵} نسخه‌ای از این پرسش‌نامه در ایران بررسی شده و آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۹۲ گزارش شده است.^{۳۶}

پرسش‌نامه افسردگی بک (ویراست دوم) (BDI-II)

این پرسش‌نامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط Beck تدوین شد و در سال ۱۹۹۶ توسط Beck, Steer و Brown مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ آیتم است. هر یک از این آیتم‌ها دارای چهار جمله است که شدت افسردگی را می‌سنجد. هر جمله از نظر شدت بین صفر تا ۳ نمره می‌گیرد. هر یک از موارد این پرسش‌نامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. اغلب پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این پرسش‌نامه از ثبات درونی بالایی برخوردار است و آلفای کرونباخ این تست بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. همچنین همبستگی این تست با دیگر ابزارهای سنجش افسردگی بین ۰/۵۵ تا ۰/۹۶ می‌باشد که نشان‌دهنده‌ی اعتبار سازه‌ی بالای این تست است. مشخصات روان‌سنجی این پرسش‌نامه در ایران به این شرح است: آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۴/۳۷. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، داده‌ها با استفاده

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پیش‌بین و ملاک پژوهش

متغیرهای پژوهش	انحراف معیار	میانگین
شخصیت نوع D	۴٫۲۶	۱۳٫۲۲
عاطفه‌ی منفی	۲٫۳۵	۷٫۹۳
بازداری اجتماعی	۱٫۹۰	۵٫۲۶
دشواری تنظیم هیجان	۱۹٫۳۳	۹۲٫۱۴
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۳٫۷۸	۱۴٫۸۴
دشواری دست‌زدن به رفتار هدفمند	۳٫۳۳	۱۴٫۳۸
دشواری در کنترل تکانه	۳٫۷۳	۱۳٫۷۲
فقدان آگاهی هیجانی	۴٫۵۱	۱۵٫۸۶
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان	۵٫۶۶	۱۹٫۱۷
فقدان شفافیت هیجانی	۳٫۳۹	۱۳٫۴۸
افسردگی	۲٫۴۳	۱۶٫۰۹

در راستای آزمون فرضیه‌های اصلی پژوهش مبنی بر قابلیت پیش‌بینی علائم افسردگی افراد مبتلا به پسروریازیس براساس شخصیت نوع D و دشواری تنظیم هیجان از Multiple Regression Analysis به روش هم‌زمان (enter) استفاده شد. جداول ۴-۶ نتایج

جدول ۳: همبستگی هر یک از متغیرهای پیش‌بین و خرده‌مقیاس‌های آن‌ها با افسردگی

متغیرها	افسردگی	
	r	sig
شخصیت نوع D	۰٫۵۱**	۰٫۰۰۰۱
عاطفه‌ی منفی	۰٫۵۷**	۰٫۰۰۰۱
بازداری اجتماعی	۰٫۴۶**	۰٫۰۰۱
دشواری تنظیم هیجان	۰٫۳۵**	۰٫۰۰۲
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۰٫۳۰*	۰٫۰۰۳
دشواری دست‌زدن به رفتار هدفمند	۰٫۲۳	۰٫۱۸
دشواری در کنترل تکانه	۰٫۱۱	۰٫۴۰
فقدان آگاهی هیجانی	۰٫۳۷**	۰٫۰۰۲
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان	۰٫۲۷*	۰٫۰۰۵
فقدان شفافیت هیجانی	۰٫۳۳**	۰٫۰۰۳

** = $P < 0.01$ و * = $P < 0.05$

از روش‌های آماری به‌ویژه آنالیز رگرسیون متعدد به روش هم‌زمان enter و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۶۰ بیمار مبتلا به پسروریازیس مورد بررسی قرار گرفتند که از این بین، ۲ نفر طی مرحله‌ی پیگیری پژوهش به دلیل عدم امکان دسترسی به آن‌ها دچار ریزش از پژوهش شدند. میانگین و انحراف استاندارد سن گروه نمونه به ترتیب ۳۹٫۹۵ و ۱۰٫۳۷ بود. در جدول ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی و توصیفی افراد مورد مطالعه نشان داده شده است. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پیش‌بین و ملاک پژوهش ارائه شده است. به‌منظور بررسی ارتباط بین هر یک از متغیرهای پیش‌بین شخصیت نوع D و دشواری تنظیم هیجان با متغیر ملاک افسردگی از همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۳). بنابر نتایج جدول ۳، بیشتر متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک افسردگی ارتباط معناداری داشته‌اند. این ارتباط در مورد عاطفه‌ی منفی و بازداری اجتماعی بیشترین مقدار و در زمینه‌ی دشواری در کنترل تکانه و دشواری دست‌زدن به رفتار هدفمند کمترین مقدار بوده است.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی و توصیفی افراد مبتلا به پسروریازیس

ویژگی‌های دموگرافیک	فراوانی	درصد
جنسیت		
مرد	۳۶	۶۲٫۱
زن	۲۲	۳۷٫۹
وضعیت		
متاهل	۵۱	۸۷٫۹
تاهل	۷	۱۲٫۱
تحصیلات		
ابتدایی	۱۳	۲۲٫۴
راهنمایی	۱۶	۲۷٫۶
دیپلم	۲۵	۴۳٫۱
کارشناسی	۳	۵٫۱
کارشناسی ارشد	۱	۱٫۷

جدول ۵: شاخص‌های تحلیل واریانس یک‌راهه برای بررسی معناداری کل مدل رگرسیون تغییرات

سطح معناداری	F	میانگین		مجموع مجذورات آزادی	مجموع درجه‌ی مجذورات
		مجموع	درجه‌ی آزادی		
۰/۰۰۰۱	۲۳/۲۹۳	۳۴/۰۶۳	۸	۲۷۲/۵۰۱	رگرسیون
		۱/۶۴۲	۴۹	۷۱/۶۵۴	باقی‌مانده
			۵۷	۳۴۴/۱۵۵	کل

پیش‌بین نشان می‌دهد که عاطفه‌ی منفی ($P < 0/001$) و بازداری اجتماعی ($P < 0/004$) به‌ترتیب قادر به پیش‌بینی ۴۱٪ و ۳۵٪ از واریانس نمرات افسردگی هستند. هم‌چنین از بین خرده‌مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجان نیز دو خرده‌مقیاس فقدان آگاهی هیجانی ($P < 0/003$) و فقدان شفافیت هیجانی ($P < 0/004$) به‌ترتیب قادر به پیش‌بینی ۲۴٪ و ۱۴٪ واریانس نمرات افسردگی بودند.

بحث

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی نقش شخصیت نوع D و دشواری تنظیم هیجان در پیش‌بینی علائم افسردگی افراد مبتلا به پسوریازیس انجام گرفت. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که بین شخصیت نوع D و دشواری تنظیم هیجان با افسردگی افراد مبتلا به پسوریازیس ارتباط وجود دارد و این متغیرها، متغیرهای تعیین‌کننده‌ای در پیش‌بینی علائم افسردگی این افراد هستند. پژوهش‌های محدودی به‌طور مستقیم به بررسی نقش شخصیت نوع D و دشواری تنظیم هیجان افراد مبتلا به پسوریازیس در پیش‌بینی علائم افسردگی آن‌ها پرداخته‌اند، با این حال نتایج این پژوهش را می‌توان همسو با یافته‌های پیشین دانست^{۱۶،۱۹}.

مطابق با این یافته، Małgorzata و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به پسوریازیس، نسبت به گروه کنترل، میزان بالایی از عاطفه‌ی منفی را تجربه می‌کنند. علاوه‌بر این، آن‌ها به

آنالیز رگرسیون هم‌زمان افسردگی افراد مبتلا به پسوریازیس را براساس خرده‌مقیاس‌های شخصیت نوع D و دشواری تنظیم هیجان نشان می‌دهد.

در راستای آزمون فرضیه‌های اصلی پژوهش مبنی بر قابلیت پیش‌بینی علائم افسردگی افراد مبتلا به پسوریازیس براساس شخصیت نوع D و دشواری تنظیم هیجان از Multiple Regression Analysis به روش هم‌زمان (enter) استفاده شد. جداول ۶-۴ نتایج آنالیز رگرسیون هم‌زمان افسردگی افراد مبتلا به پسوریازیس را براساس خرده‌مقیاس‌های شخصیت نوع D و دشواری تنظیم هیجان نشان می‌دهد.

همبستگی کلی متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک حدود $R = 0/84$ و ضریب تعیین تعدیل‌شده‌ی این متغیرها برابر است با $R^2 = 0/70$ و معادله‌ی Regression روی متغیرهای پیش‌بین (خرده‌مقیاس‌های شخصیت نوع D و دشواری تنظیم هیجان) حدود ۷۰٪ از واریانس افسردگی را تبیین کرده است (جدول ۴).

در جدول ۵ معناداری کلی مدل Regression را براساس تحلیل واریانس نشان داده شده است. در جدول ۶ ضرایب مربوط به آنالیز رگرسیون هر یک از متغیرهای پیش‌بین گزارش شده است.

نتایج تحلیل واریانس جدول ۵ نشان می‌دهد که رگرسیون متغیرهای پیش‌بین به طرف میانگین متغیر ملاک از نظر آماری معنادار است زیرا F محاسبه‌شده ۲۳/۲۹ در سطح $P < 0/0001$ از نظر آماری معنادار است. در جدول ۶ ضرایب مربوط به تحلیل رگرسیون هر یک از متغیرهای پیش‌بین گزارش شده است.

براساس جدول ۶ ضریب رگرسیون متغیرهای

جدول ۴: شاخص ضریب همبستگی تعدیل‌شده‌ی متغیرهای پیش‌بین افسردگی

شاخص مدل	R	R ²	R ² تعدیلی	خطای استاندارد
۱	۰/۸۴	۰/۷۶۹	۰/۷۰	۱/۲۰

جدول ۶: نتایج تحلیل رگرسیون افسردگی براساس هر یک از متغیرهای پیش‌بین (خرده‌مقیاس‌های شخصیت نوع D و دشواری تنظیم هیجان)

Sig	T	B	S.E.	متغیر پیش‌بین
۰/۰۰۱	۳/۴۸	۰/۴۱۴	۰/۲۰۹	عاطفه‌ی منفی
۰/۰۰۴	۲/۱۸	۰/۳۵۹	۰/۱۷۶	بازداری اجتماعی
۰/۵۳	۰/۶۲۶	۰/۰۴۹	۰/۰۵۶	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی
۰/۶۴	-۰/۴۶۵	-۰/۰۳۹	۰/۰۵۳	دشواری دست‌زدن به رفتار هدفمند
۰/۵۲	۰/۶۴۳	۰/۰۴۸	۰/۰۴۶	دشواری در کنترل تکانه
۰/۰۳	۲/۰۹	۰/۲۴۱	۰/۰۵۹	فقدان آگاهی هیجانی
۰/۹۴	۰/۰۷۶	۰/۰۰۸	۰/۰۴۵	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان
۰/۰۴	۱/۹۹	۰/۱۴۸	۰/۰۵۲	فقدان شفافیت هیجانی

انواع اختلالات جسمانی شود. علاوه بر این بررسی‌های محققان نشان می‌دهد که عدم ابراز هیجان‌های منفی با خشم، رنجش و پرخاشگری همراه خواهد بود و سرکوبی این هیجان‌های منفی ثانویه نیز خود منجر به بروز اختلالات جسمی روان‌تنی می‌گردد.^{۴۰}

یافته‌ی دیگر این مطالعه آن بود که بین دشواری تنظیم هیجان و افسردگی افراد مبتلا به پسوریازیس ارتباط وجود دارد و به‌خصوص دو خرده‌مقیاس فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی توانستند نقش قابل توجهی در پیش‌بینی علائم افسردگی افراد مبتلا به پسوریازیس ایفا کنند. مطابق با این یافته، Vari و همکاران در پژوهش خود بر روی بیماری پسوریازیس به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به بیماری پسوریازیس نه تنها در فهم هیجان‌ها، بلکه در تنظیم هیجان‌های خود نیز دچار مشکل هستند.^{۴۱} علاوه بر این، یافته‌های این پژوهش را می‌توان همسو با مطالعات دیگری دانست که میزان بالای افسردگی و آلکسی تایمیا را بین افراد مبتلا به پسوریازیس گزارش کرده‌اند^{۴۲} و^{۲۲}. ناتوانی افراد مبتلا به پسوریازیس در شناسایی، درک و یا توصیف هیجان‌هایشان می‌تواند آن‌ها را نسبت به وقایع استرس‌زا آسیب‌پذیرتر کند، زیرا ابراز و درمیان گذاشتن هیجان‌ها با دیگران همواره با احساسات مثبت، مزایای ذهنی، بهبود عملکرد

این نتیجه رسیدند که با افزایش عاطفه‌ی منفی، شکایات بیماران تا حدی افزایش می‌یافت که وضعیت بالینی آنها نگران‌کننده به‌نظر می‌رسید^{۱۹}. هم‌سو با میزان بالای بازداری اجتماعی مشاهده‌شده در این پژوهش، نتایج مطالعه‌ی Fortune و همکاران نیز نشان داده است که افراد مبتلا به بیماری پسوریازیس به کوچکترین علائم طردشدن از جانب دیگران واکنش نشان می‌دهند^{۳۸}. علاوه بر این مطالعات دیگر نیز گزارش کرده‌اند که کیفیت زندگی کاهش یافته‌ی افراد مبتلا به پسوریازیس بیش از اینکه مربوط به خصوصیات فیزیکی، محل یا شدت ضایعات پوستی آن‌ها باشد، بیشتر ناشی از ترس افراد مبتلا به این بیماری از طردشدن است.^{۳۹}

درحقیقت دو مؤلفه‌ی شخصیت نوع D یعنی عاطفه‌ی منفی و بازداری اجتماعی (منع ابراز هیجان‌ها در روابط اجتماعی و اجتناب از ارتباط‌های کلامی و غیرکلامی با اطرافیان) زمینه تجربه‌ی هیجان‌های ناخوشایند و در عین حال عدم ابراز آن‌ها را فراهم می‌آورند و ازطرفی به‌دلیل تأثیرپذیری بیماری پسوریازیس از پریشانی‌های روان‌شناختی، این امر می‌تواند باعث تشدید سیر بیماری و پیامدهای آن بر زندگی افراد مبتلا به این بیماری شود^۶. هم‌چنین سرکوبی هیجان‌های منفی می‌تواند منجر به ابتلا به

بنابراین ویژگی‌های شخصیت نوع D و دشواری‌های تنظیم هیجان می‌توانند در پیامدهای روان‌شناختی بیماری پسوریازیس از جمله افسردگی افراد مبتلا به این بیماری اثرگذار باشند. از این‌رو توجه به درمان‌های روان‌شناختی با هدف افزایش آگاهی هیجانی افراد مبتلا به این بیماری، تقویت احساس ایمنی آن‌ها در روابط بین‌فردی نزدیک و افزایش حمایت اجتماعی از آن‌ها در کنار درمان‌های پزشکی رایج، می‌تواند امکان درمان جامع‌تری را برای افراد مبتلا به این بیماری فراهم کند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر حاصل بخشی از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با همکاری بخش پوست بیمارستان رازی تهران می‌باشد. بدین ترتیب از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ریاست محترم بیمارستان پوست رازی تهران، مسئولین و هم‌چنین بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه پوست که در اجرای این پژوهش مشارکت نمودند، تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید.

سیستم ایمنی و سلامت جسمی و روان‌شناختی همراه است.^{۴۳} همانطور که نتایج مطالعات نیز نشان داده است، تغییرات ایجادشده در خلق به دنبال افشای هیجانی، می‌تواند بهبود در کیفیت زندگی و شدت بیماری افراد مبتلا به پسوریازیس را پیش‌بینی نماید.^{۴۴} درخصوص سازوکارهای فیزیولوژیکی ممکن که تعامل بین هیجان‌ها، شخصیت و پسوریازیس را میانجیگری می‌کنند، یک شبکه‌ی پیچیده‌ی عصبی - ایمنی - پوستی - درون‌ریز فرض شده است که ممکن است به ارتباط ذهن - بدن در پوست مرتبط باشد.^{۴۵} در افراد آسیب‌پذیر نسبت به پریشانی‌های روان‌شناختی، استرس باعث آزادسازی مواد ایمنی عصبی از جمله نوروپپتیدها می‌شود^{۴۶} که ممکن است به‌طور منفی همئوستازی پوست را از طریق فعال‌سازی فرایندهای التهابی در لایه‌های عمیق‌تر پوست تحت تأثیر قرار دهد.^{۴۷} استرس هم‌چنین ممکن است نفوذپذیری مانع اپی‌درمی را تغییر دهد و ناپهنجاری در مانع اپی‌درمی می‌تواند از طریق فعال‌سازی آبشار سیتوکین منشأ گرفته از اپیدرمی به رشد یا تداوم بیماری‌های التهابی پوست کمک کند.^{۴۸}

References

1. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE. Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions. *Dermatol Clin* 2005; 23: 681-94.
2. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet* 2007; 370 9583: 263-71.
3. Rieder E, Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *Int J Dermatol* 2012; 51: 12-26.
4. Ginsburg IH. Psychological and psychophysiological aspects of psoriasis. *Dermatol Clin* 1995; 13: 793-804.
5. Harvima R, Viinamäki H, Harvima I, et al. Association of psychic stress with clinical severity and symptoms of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol* 1996; 76: 467-71.
6. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, et al. Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. *Arch Dermatol* 2003; 139: 752-6.
7. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, et al. Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol* 1993; 32: 188-90.

8. Hayes J, Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatol Ther* 2010; 23: 174-80.
9. Weiss SC, Kimball AB, Liewehr DJ, et al. Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: 512-8.
10. Akay A PA, Bozdogan KE, et al. Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. *JEADV* 2002; 16: 347-52.
11. Scharloo M KA, Weinman J, et al. Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *Br J Dermatol* 2000; 142: 899-907.
12. Gupta MA, Gupta AK. Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis and chronic idiopathic urticaria. *Ann N Y Acad Sci* 1999; 885: 35-94.
13. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, et al. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res* 2001; 50: 11-5.
14. Schmid-Ott G, Boehm D, Stock Gissendanner S. Patient considerations in the management of mental stress in psoriasis. *Patient Intelligence* 2012; 4: 41-50.
15. Krejci-Manwaring J, Kerchner K, Feldman SR. Social sensitivity and acne: the role of personality in negative social consequences and quality of life. *Int J Psychiatry Med* 2006; 36: 121-30.
16. Martín-Brufau R, Redondo CB, Berná F-JC, Ulnik JC. Personality in patients with psoriasis. 2012: 209-11 (available at www.intechopen.com).
17. Gupta MA GA, Wateel GN. Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychologic morbidity. an index of the stigma experience in dermatologic disorders. *Cutis* 1998; 61: 339-42.
18. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Type D personality in Poland: Validity and application of the Polish DS14. *Polish Psychological Bulletin* 2009; 40: 130-6.
19. Basińska MA, Woźniewicz A. The relation between type D personality and the clinical condition of patients suffering from psoriasis. *Postępy Dermatol Allergol* 2013; 7: 381.
20. Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003; 10: 241-8.
21. Ogińska-Bulik N JZ. Work-related stress in social services. Ogińska-Bulik N. Work-related stress in social services. Sources - consequences - prevention, Warsaw. 2006.
22. Korkoliakou P, Christodoulou C, Kouris A, et al. Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study. *Ann Gen Psychiatry* 2014; 13: 1.
23. Allegranti I, Gon T, Magaton-Rizzi G, Aguglia E. Prevalence of alexithymic characteristics in psoriatic patients. *Acta Derm Venereol (Suppl)* 1994 ; 186: 146-7
24. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza M, et al. Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics* 2003; 44: 374-81.
25. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, et al. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res* 2000; 48: 99-104.
26. Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of definition. *Soc Res Child Dev* 1994; 59: 25-22.
27. Teasdale JD, Barnard PJ. Affect, cognition, and change: Remodeling depressive thought. Canada: Psychology Press. 1st ed: 2009: 150-60.

28. Berking M, Wirtz CM, Svaldi J, Hofmann SG. Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behav Res Ther* 2014; 57: 13-20.
29. Liverant GI, Brown TA, Barlow DH, Roemer L. Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behav Res Ther* 2008; 46: 1201-9.
30. Ehring T, Tuschen-Caffier B, Schnulle J, et al. Emotion regulation and vulnerability to depression: spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion* 2010; 10: 563.
31. Peeters F, Nicolson NA, Berkhof J, et al. Effects of daily events on mood states in major depressive disorder. *J Abnorm Psychol* 2003; 112: 203.
32. Ciuluvica C, Amerio P, Fulcheri M. Emotion regulation strategies and quality of life in dermatologic patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2014; 127: 661-5.
33. Denollet J, Conraads VM, Brutsaert DL, et al. Cytokines and immune activation in systolic heart failure: the role of Type D personality. *Brain Behav Immun* 2003; 17: 304-9.
34. Zoljanahi E, Vafaie M. Relationship between Type-D personality and behavioral inhibition and activation system. *Journal of Psychology* 2006; 123-144 (Persian).
35. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2004; 26: 41-54.
36. Eskian p AA, Changizi F. The correlation between codependency and differentiation in undergraduate students in Tehran University. 4TH Seminar on Student Mental Health. 2008. (in Persian)
37. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, et al. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depress Anxiety* 2005; 21: 185-92.
38. Fortune DG, Richards HL, Corrin A, et al. Attentional bias for psoriasis-specific and psychosocial threat in patients with psoriasis. *J Behav Med* 2003; 26: 211-24.
39. Fortune DG, Main CJ, O'sullivan TM, et al. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *Br J Dermatol* 1997; 137: 755-60.
40. Mommersteeg PM, Herr R, Bosch J, et al. Type D personality and metabolic syndrome in a 7-year prospective occupational cohort. *J Psychosom Res* 2011; 71: 357-63.
41. Vari C, Velotti P, Zavattini G, Richetta A, Calvieri S. Emotion regulation strategies in patients with psoriasis. *J Psychosom Res* 2013; 74: 560.
42. Lakshmy S BS, Sarkar S, Audhya M. A cross-sectional study of prevalence and implications of depression and anxiety in psoriasis. *Psychol Med* 2015: 434-40.
43. Pennebaker JW, Zech E, Rimé B. Disclosing and sharing emotion: Psychological, social, and health consequences. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. 2001: 517-43.
44. Vedhara K, Morris RM, Booth R, et al. Changes in mood predict disease activity and quality of life in patients with psoriasis following emotional disclosure. *J Psychosom Res* 2007; 62: 611-9.
45. O'sullivan RL, Lipper G, Lerner EA. The neuro-immuno-cutaneous-endocrine network: relationship of mind and skin. *Arch Dermatol* 1998; 134: 1431-5.

46. Harvima IT, Viinamäki H, Naukkarinen A, et al. Association of cutaneous mast cells and sensory nerves with psychic stress in psoriasis. *Psychother Psychosom* 1993; 60: 168-76.
47. Panconesi E, Hautmann G. Psychophysiology of stress in dermatology. *Dermatol Clin* 1996; 14: 399-422.
48. Elias PM, Wood LC, Feingold KR. Epidermal pathogenesis of inflammatory dermatoses. *Am J Contact Dermat* 1999; 10: 119-26.

The role of type D personality and difficulties in emotion regulation in the prediction of depressive symptoms in patients with psoriasis

Sadegh Abedi, MSc¹
 Mohammad Hassan
 Dvazdahemami, PhD¹
 Amir Houshang Ehsani, MD²
 Mehdi Jafari, PhD¹

1. Department of Clinical Psychology,
 Faculty of Medicine, Shahid Beheshti
 University of Medical Sciences, Tehran,
 Iran
2. Department of Dermatology, Razi
 Hospital, Tehran University of Medical
 Sciences, Tehran, Iran

Background and Aim: Regarding the relatively high prevalence of depression in people with psoriasis, the present study was conducted to determine the role of type D personality and difficulties in emotion regulation in predicting the symptoms of depression in patients with psoriasis.

Methods: This study was a descriptive correlational study. Among patients referred to the Dermatology Clinic of Razi Hospital in Tehran from November to January 2016, 60 patients with psoriasis were selected using available sampling method. The research instruments included type D Personality Questionnaire (DS-14 scale), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), and Beck Depression Inventory (Second Edition) (BDI-II). Finally, the data were analyzed using Pearson correlation coefficient and multiple regression tests.

Results: The results of this study showed that there is a significant positive correlation between type D personality and difficulties in emotion regulation with symptoms of depression in patients with psoriasis ($P < 0/01$). Regression analysis with enter method also showed that the two components of type D personality (negative affect and social inhibition), as well as two subscales (lack of emotional awareness and lack of emotional clarity) in difficulties in emotion regulation scale can predict the symptoms of depression in psoriasis.

Conclusion: Type D personality traits and difficulties in emotion regulation can affect the psychological consequences of psoriasis, including depression in people with this disease.

Keywords: psoriasis, type D personality, emotion regulation, depression

Received: Aug 12, 2017 Accepted: Sep 05, 2017

Dermatology and Cosmetic 2017; 8 (2): 71-82

Corresponding Author:
 Mohammad Hassan Dvazdahemami

Faculty of Medicine, Shahid Beheshti
 University of Medical Sciences, Shahid
 Chamran Highway, Tehran, Iran
 Email: davazdahemamy@gmail.com

Conflict of interest: None to declare