

شدت نارسایی هیجانی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به اختلالات پوستی

دکتر حمید افشار^۱، دکتر ندا ادیبی^۲، افروز افشاری^۳، ستاره روحانی^۴، فائزه صابری^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: توانمند بودن افراد از نظر هیجانی، رو به رو شدن آن‌ها را با چالش‌های زندگی آسان می‌کند و در نتیجه آن‌ها را از سلامت روان بیشتری برخوردار می‌نماید. نارسایی هیجانی در برگیرنده‌ی ویژگی‌هایی چون دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات، دشواری در بیان و توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی است که به لحاظ ایجاد واماندگی هیجانی در فرد، می‌تواند با بروز بیماری‌های مختلف روانی و طبی همراه شود.

روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود. ۱۲۶ نفر در گروه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال مورد مطالعه قرار گرفتند. ۶۳ نفر از افراد مورد مطالعه مبتلا به اختلالات پوستی با تشخیص متخصص پوست و ۶۳ نفر دیگر سالم بودند. دو گروه از نظر نارسایی هیجانی (Alexithymia) و راهبردهای مقابله‌ای و سلامت عمومی از طریق پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نمره‌ی نارسایی هیجانی بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری داشت، در حالی که اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر نمره‌ی سلامت عمومی و راهبردهای مقابله‌ای وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: به متخصصین پوست پیشنهاد می‌شود که در درمان بیماران پوستی علاوه بر درمان اختلال پوستی عوامل سایکولوژیک و سلامت روانی بیمار را در نظر بگیرند و در صورت لزوم با ارجاع بیماران به روان‌پزشک اقدام مؤثری در جهت بهبود کیفیت زندگی بیمار ایفا کنند.

واژگان کلیدی: نارسایی هیجانی، راهبردهای مقابله‌ای، سلامت عمومی

ارجاع: افشار حمید، ادیبی ندا، افشاری افروز، روحانی ستاره، صابری فائزه. شدت نارسایی هیجانی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به اختلالات پوستی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۲؛ ۳۱ (۲۴۲): ۹۵۳-۹۴۴

مقدمه

بررسی‌ها نشان داده‌اند که توانمند بودن افراد از نظر هیجانی، رو به رو شدن آن‌ها را با چالش‌های زندگی آسان می‌کند و در نتیجه آن‌ها را از سلامت روان بیشتری برخوردار می‌نماید (۱). افراد توانمند از نظر

هیجانی احساس‌های خود را تشخیص می‌دهند، مفاهیم ضمنی آن را درک می‌کنند و به گونه‌ی مؤثرتری حالت‌های هیجانی خود را برای دیگران بیان می‌کنند. این افراد در مقایسه با افرادی که توانایی درک و بیان حالت‌های هیجانی را ندارند، در کنار

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای مرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است.

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- پژوهشگر، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دانشجوی پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌تنی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری و کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: nedaadibi705@gmail.com

نویسنده‌ی مسؤؤل: دکتر ندا ادیبی

شناخته شده است (۱۰). ظهور و بروز اختلالات روان‌تنی نیازمند آن است که عوامل روان‌شناختی و نشانه‌های جسمی به طور هم‌زمان با یکدیگر پیوند و نزدیکی دایم داشته باشند (۱۱). از این رو در این بیماری‌ها فشارهای روانی به عنوان میانجی بین ارگانسیم فرد و عوامل تنش‌زا عمل می‌کند و بر حسب توانایی‌ها و شرایط افراد تحت فشار اختلالات جسمانی گوناگونی را برای فرد به همراه می‌آورد (۱۲).

مغز و پوست از یک لایه‌ی جنینی اکتودرم منشأ می‌گیرند. تأثیر این دو ارگان بر یکدیگر در دوره‌های مختلف زندگی در مطالعات مختلفی مورد بحث قرار گرفته است. با توجه به این که حدود یک سوم بیماران درمانگاه‌های پوست در جاتی از عوامل هیجانی را نشان می‌دهند، رشته‌ی جدیدی به نام سایکودرماتولوژی به وجود آمده است (۱۳-۱۴). در حقیقت لزوم ارتباط بین روان‌پزشکان و متخصصین بیماری‌های پوست در بسیاری از بیماران پیش از این تأیید شده است. این وابستگی بین دو رشته‌ی علمی، موفقیت درمان و حمایت روانی را در بیماران مبتلا به بیماری روانی اولیه با تظاهر بیماری پوستی و نیز بیماران مبتلا به مشکل اولیه‌ی پوست و مسأله‌ی ثانویه‌ی روانی افزایش می‌دهد (۱۵). در مجموع ناآگاهی و مسایل روانی منجر به درمان ناقص بیماران با بیماری‌های پوستی می‌شود (۱۶-۲۰). مطالعات مختلفی در زمینه‌ی ارتباط بین بیماری‌های مختلف جسمی با عوامل سایکولوژیک انجام شده است.

در مطالعه‌ای که روی افراد مبتلا به اختلال عملکردی گوارشی انجام شد، نشان داده شد که نارسایی هیجانی به ویژه بعد دشواری آن در شناسایی احساسات و پردازش شناختی ادراک هیجانی، در

آمدن با تجربه‌های منفی از موفقیت بیشتری برخوردار هستند و سازگاری مناسب‌تری را در ارتباط با محیط و دیگران نشان می‌دهند (۲).

نارسایی هیجانی (Alexithymia) به دشواری در خودتنظیم‌گری هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها گفته می‌شود (۳-۶). نارسایی هیجانی در برگیرنده‌ی ویژگی‌هایی چون دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات، دشواری در بیان و توصیف احساسات و تمرکز بر روی تجارب بیرونی است (۷-۸). با فرض این که این ویژگی‌ها موجب نقص در پردازش شناختی و تنظیم و تعدیل هیجان‌ها شود، می‌توان گفت با شروع و تداوم برخی علائم روان‌پزشکی و طبی در ارتباط هستند (۸).

نقش نارسایی هیجانی در تبیین مکانیسم ایجاد و تداوم آسیب‌های روانی روز به روز توجه بیشتری را به خود جلب می‌کند، به خصوص که ویژگی‌های افراد مبتلا به نارسایی هیجانی عوامل خطرناک مهمی برای اختلالات جسمی و اختلالات خلقی است؛ چرا که این افراد در تنظیم احساسات خود ناتوان هستند (۹). مطالعات نشان می‌دهد که علائم نارسایی هیجانی در اختلالات روانی، بیماری‌های جسمی مزمن، اختلالات روان‌تنی، سوء مصرف مواد و وابستگی به آن‌ها و اختلالات جسمانی وجود دارد. یکی از این اختلالات روان‌تنی اختلالات پوستی روان‌تنی است.

اختلال روان‌تنی زمانی به کار می‌رود که شخص دارای نشانه‌های فیزیکی و جسمی است که به نظر می‌رسد به طور عمد به وسیله‌ی عوامل روان‌شناختی ایجاد و تشدید می‌شوند. تأثیر روان بر تن از دیرباز

درک و فهم بهتر آسیب‌شناسی روانی اختلالات عملکردی گوارشی نقش دارد (۲۱).

ارتباط بیماری‌های مختلف پوستی از جمله پسوریازیس (۲۲)، آکنه وولگاریس (۲۳)، ویتیلیگو (۲۴)، هرپس جنیتالیا (۲۵)، آلپسی اراهاتا (۲۶-۲۷) و هیرسوتیسم (۲۸) با عوامل سایکولوژیک در مطالعات مختلفی انجام شده است.

بنا بر اطلاعات در دسترس این اولین پژوهشی است که به طور هم‌زمان نقش شدت نارسایی هیجانی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به اختلالات پوستی را مورد بررسی قرار داد تا بتواند نقش و میزان تأثیر نارسایی هیجانی را در این بیماران روشن سازد. بنابراین به جهت کمبود مطالعات صورت گرفته در این حوزه و اهمیت این مسأله در میان بیماران پوستی و تأثیر آن بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی آن‌ها، پژوهش حاضر در نظر دارد برخی از متغیرهای تأثیرگذار بر شکل‌گیری و تداوم اختلالات روان‌تنی را در بیماران مبتلا به اختلالات پوستی و افراد سالم مقایسه کند و به این وسیله به فهم هر چه بیشتر این مسأله کمک کند و امکان انجام اقدامات پیشگیرانه و تشخیصی بهتر را فراهم آورد.

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مقطعی و توصیفی-تحلیلی بود، که در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰ بر روی بیماران مبتلا به اختلالات پوستی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های پوست وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان صورت گرفت. نمونه‌ی مورد مطالعه شامل ۱۲۶ نفر در گروه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال بود. افراد مورد مطالعه در دو گروه ۶۳ نفری مبتلایان به بیماری‌های پوستی

و افراد سالم قرار داشتند. تشخیص بیماری در بیماران مبتلا به اختلالات پوستی توسط متخصص پوست داده شده بود. نمونه‌گیری به روش در دسترس از بین بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های گفته شده، انجام شد. افراد سالم افرادی بودند که به بیماری شناخته شده‌ی پوستی و بیماری سیستمیک مؤثر بر اختلالات پوستی مبتلا نبودند و تحت هیچ گونه درمان دارویی مداوم قرار نداشتند. این افراد از نظر خصوصیات دموگرافیک با گروه مورد همسان‌سازی شدند. افراد دو گروه از نظر نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای و سلامت عمومی از طریق پرسشنامه بررسی شدند.

برای بررسی نارسایی هیجانی از پرسشنامه‌ی TAS-20 (Toronto alexithymia scale) استفاده شد. این پرسشنامه که توسط Bagby و همکاران در سال ۱۹۹۴ ساخته شد، یک پرسشنامه‌ی خودسنجی ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (Difficulties identifying feelings یا DIF)، دشواری در توصیف احساسات (DDF یا Difficulty describing feelings) و جهت‌گیری فکری بیرونی (Externally oriented thinking یا EOT) را شامل می‌شود (۲۹). در این مقیاس نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی شدت بیشتر نارسایی هیجانی است. Cronbach's alpha این مقیاس در یک نمونه‌ی ایرانی برای دشواری در شناسایی احساسات ها ۰/۷۴ و برای دشواری در توصیف احساسات ها ۰/۶۱ و برای تفکر متوجه بیرون ۰/۵۰ به دست آمد. اعتبار کل مقیاس در نمونه‌ی ایرانی با استفاده از روش دو نیمه کردن و بازآزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ و روایی مقیاس ۰/۸۵ گزارش شد (۳۰). در نمره‌گذاری مقیاس

داده‌ها پس از جمع‌آوری در مورد هر بیمار در پروفایل مخصوص هر بیمار ثبت شد. سپس در پایان اطلاعات به دست‌آمده از طریق آنالیز آماری مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه از آماره‌های توصیفی فراوانی و میانگین و آزمون‌های تحلیلی Student-t، ضریب همبستگی Pearson و Mann-Whitney جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج آماری نشان داد که میانگین سنی در گروه مورد و شاهد به ترتیب $35/6 \pm 6/5$ و $36/1 \pm 5/8$ سال بود ($P = 0/83$). در بین دو گروه همچنین تفاوت معنی‌داری از نظر جنسیت و تحصیلات وجود نداشت (جدول ۱).

میانگین نمره‌ی TAS-20 در گروه بیمار و سالم به ترتیب $9/99 \pm 50/68$ و $10/69 \pm 60/67$ بود که با توجه به $P < 0/001$ ، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه دیده شد. کلیه‌ی مؤلفه‌های نارسایی هیجانی نیز به صورت مجزا بین دو گروه مقایسه شد که همگی از اختلاف معنی‌داری برخوردار بودند.

میانگین نمره‌ی راهبردهای مقابله‌ای در گروه مورد $28/91 \pm 7/25$ و در گروه شاهد $30/38 \pm 7/14$ بود که از نظر آماری معنی‌دار نبود.

میانگین نمره‌ی سلامت عمومی در گروه مورد و شاهد به ترتیب $13/01 \pm 27/01$ و $21/73 \pm 14/02$ بود که تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند. (جدول ۲).

TAS-20 نمرات ۶۰ به بالا را به عنوان مبتلا به نارسایی هیجانی و نمرات ۵۲ به پایین را به عنوان غیر مبتلا در نظر می‌گیرند.

پرسشنامه‌ی راهبردهای مقابله‌ای (CRI) یا Cognitive reserve index) یک پرسشنامه‌ی ۳۲ ماده‌ای است که در آن از مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر این پرسشنامه با اندکی دخل و تصرف به طور مجدد تنظیم شد و ۵ نوع راهبرد مقابله‌ای را می‌سنجد: مقابله‌ی مبتنی بر حل مسأله، مقابله‌ی مبتنی بر مهار هیجانی، مقابله‌ی مبتنی بر ارزیابی شناختی، مقابله‌ی مبتنی بر مهار هیجانی مشکلات و مقابله‌ی مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی. ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه ۷۹ درصد است (۳۱). ولی هیچ‌گونه گزارشی از روایی این پرسشنامه گزارش نشده است.

فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (General health questionnaire-28 یا GHQ-28)، لب‌ز لر دیگری بود که در این مطالعه استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۴ مقیاس فرعی است که هر مقیاس ۷ سؤال دارد. مقیاس‌های فرعی پرسشنامه عبارت هستند از: نشانگان جسمانی، نشانگان اضطرابی و بی‌خوابی، نشانگان اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی. نمره‌ی کلی هر فرد از حاصل جمع نمره‌های ۴ مقیاس فرعی به دست می‌آید. در صورتی که نمره‌ی کسب‌شده بین ۰ تا ۲۲ باشد هیچ اختلالی وجود ندارد. نمره‌ی ۲۳ تا ۴۰ اختلال خفیف، نمره‌ی ۴۱ تا ۶۰ با اختلال متوسط و نمره‌ی ۶۱ تا ۸۴ نشان‌دهنده‌ی اختلال روانی شدید می‌باشد. میزان اعتبار پرسشنامه ۰/۸۳ و پایایی آن ۰/۸۸ گزارش شده است (۳۲-۳۳).

جدول ۱. مقایسه‌ی ویژگی‌های دموگرافیک در دو گروه

متغیر	شاهد	مورد	مقدار P
سن (سال)*	۳۶/۱ ± ۵/۸	۳۵/۶ ± ۶/۵	۰/۸۳
جنسیت**			۰/۹۴
مرد	۳۶ (۵۷/۱)	۴۰ (۶۳/۵)	
زن	۲۷ (۴۲/۹)	۲۳ (۳۶/۵)	
سطح تحصیلات**			۰/۹۱
ابتدایی	۳۴ (۵۴/۰)	۳۶ (۵۷/۱۴)	
متوسطه	۲۴ (۳۸/۱)	۲۰ (۳۱/۷۴)	
دانشگاهی	۵ (۷/۹)	۷ (۱۱/۱۲)	

*: انحراف معیار ± میانگین

**: (درصد) تعداد

جدول ۲. مقایسه‌ی نمرات نارسایی هیجانی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت عمومی بین دو گروه

متغیر	شاهد	مورد	مقدار P
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
نمره‌ی سلامت عمومی	۲۱/۷۳ ± ۱۴/۰۲	۲۷/۰۱ ± ۱۳/۰۱	۰/۰۷۸
نمره‌ی نارسایی هیجانی			
نمره‌ی کل	۵۰/۶۸ ± ۹/۹۹	۶۰/۶۷ ± ۱۰/۶۹	< ۰/۰۰۱
TAS-DIF	۱۴/۹۹ ± ۵/۶۵	۱۹/۷۸ ± ۵/۵۱	< ۰/۰۰۱
TAS-DDF	۱۲/۶۶ ± ۳/۶۰	۱۴/۸۴ ± ۴/۰۰	۰/۰۰۵
TAS-EOT	۲۲/۸۳ ± ۴/۳۱	۲۶/۱۸ ± ۳/۵۸	< ۰/۰۰۱
نمره‌ی راهکارهای مقابله‌ای	۳۰/۳۸ ± ۷/۱۴	۲۸/۹۱ ± ۷/۲۵	۰/۱۷۸

TAS-DIF: Difficulty in identifying feelings; TAS-DDF: Difficulty in describing feelings;

TAS-EOT: Externally oriented thinking

مقابله‌ای ارتباط معکوسی وجود داشت (جدول ۴).

جدول ۳. فراوانی شدت‌های مختلف اختلال سلامت عمومی

در دو گروه

سلامت عمومی	شاهد (درصد) تعداد	مورد (درصد) تعداد
طبیعی	۴۰ (۶۲/۸)	۳۳ (۵۱/۲)
اختلال خفیف	۱۴ (۲۳/۳)	۱۵ (۲۴/۴)
اختلال متوسط	۹ (۱۴/۰)	۱۵ (۲۴/۴)
جمع کل	۶۳ (۱۰۰)	۶۳ (۱۰۰)

داده‌ها همچنین بیانگر آن بود که ۵۱/۲ درصد از گروه مورد و ۶۲/۸ درصد از گروه شاهد از نظر سلامت عمومی هیچ اختلالی نداشتند، ۲۴/۴ درصد افراد از گروه مورد و ۲۳/۳ درصد از گروه شاهد اختلال روانی خفیف و ۲۴/۴ درصد از گروه مورد و ۱۴ درصد از گروه شاهد اختلال روانی متوسطی داشتند (جدول ۳).

ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین نمرات نارسایی هیجانی و سلامت عمومی ارتباط مستقیم و بین نمرات سلامت عمومی و راهبردهای

جدول ۴. همبستگی میان نمرات GHQ, TAS, CRI

نمره‌ی GHQ		نمره‌ی TAS		نمره‌ی CRI		
مقدار P	مقدار r	مقدار P	مقدار r	مقدار P	مقدار r	
		< ۰/۰۰۱	۰/۵۷۶	۰/۰۰۲	-۰/۳۲۲	نمره‌ی GHQ
< ۰/۰۰۱	۰/۵۷۶			۰/۰۶۰	-۰/۱۷۴	نمره‌ی TAS
۰/۰۰۲	-۰/۳۲۲	۰/۰۶۰	-۰/۷۴			نمره‌ی CRI

GHQ: General health questionnaire; TAS: Toronto alexithymia scale; CRI: Coping response index

بود، در حالی که در مطالعات دیگر تفاوت معنی‌داری از نظر نمره‌ی نارسای هیجانی بین افراد پسوریاتیک و گروه شاهد دیده نشد (۳۵).

شیوع نارسای هیجانی در بیماران مبتلا به آلوپسی آره‌اتا توسط افراد مختلفی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که نمره‌ی نارسای هیجانی در مبتلایان به آلوپسی آره‌اتا به صورت معنی‌داری بالاتر از افراد سالم بود (۳۴-۳۶، ۳۴).

همچنین ارتباط بین آکنه و نارسای هیجانی توسط Sunay و همکاران مورد بررسی قرار گرفت ولی ارتباط معنی‌داری دیده نشد (۳۸).

بر اساس مطالعه‌ای که توسط Hughes و همکاران بر روی بیماران بستری و سرپایی پوست انجام شد، ۳۰ درصد بیماران سرپایی و ۶۰ درصد بیماران بستری نمره‌ی بالایی را در GHQ کسب کردند (۳۹). در مطالعه‌ای که توسط گلپور و همکاران انجام شد، نشان داده شد که تعداد قابل ملاحظه‌ای از افراد مبتلا به ویتیلیگو از نظر سایکولوژیک دچار مشکل بودند (۴۰).

از آن جا که افراد الکسی‌تایمیک در شناسایی، توصیف و انتقال احساسات خود ناتوان هستند، نمی‌توانند ارتباط‌های اجتماعی مؤثری با دیگران برقرار کنند. آن‌ها این درماندگی هیجانی خود را به وسیله‌ی شکایت‌های بدنی مختلفی و از جمله

بحث

هدف از مطالعه‌ی حاضر بررسی ارتباط بین بیماری‌های پوستی و نارسای هیجانی، سلامت عمومی و راهبردهای مقابله‌ای بود.

نمره‌ی نارسای هیجانی به طور بارزی در گروه بیمار بیشتر از افراد سالم بود در حالی که نمره‌ی سلامت عمومی و راهبردهای مقابله‌ای تفاوت معنی‌داری نداشت. این بدین معنی است که نارسای هیجانی و تمام مقیاس‌های فرعی آن با بیماری‌های پوستی ارتباط دارد. به عبارت دیگر در افراد با نمره‌ی بالاتر نارسای هیجانی بیماری‌های پوستی شایع‌تر است.

نتایج مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی Picardi و همکاران مطابقت داشت. آن‌ها نمره‌ی نارسای هیجانی را در افراد مبتلا به بیماری ویتیلیگو و افراد سالم بررسی کردند. نتایج مطالعه‌ی آن‌ها نشان داد که نمره‌ی نارسای هیجانی در افراد مبتلا به ویتیلیگو به طور چشمگیری بالاتر از افراد سالم بود و تعداد بیماران مبتلا به تارسای هیجانی و نارسای هیجانی مرزی در مبتلایان به ویتیلیگو حدود دو برابر افراد سالم بود (۳۴).

ارتباط نارسای هیجانی و پسوریازیس در مطالعات مختلفی مورد بررسی قرار گرفت. Allegranti و همکاران نشان دادند که شیوع مشخصه‌های نارسای هیجانی در بیماران پسوریاتیک بیشتر از گروه شاهد

گرفته شوند.

در مجموع می‌توان گفت دلایل مختلفی مبنی بر وجود ارتباط بین پوست و روان وجود دارد. یک بیماری پوستی می‌تواند به صورت اولیه به دلیل ظاهر ناخوشایندی که در فرد ایجاد می‌کند در وی مشکلات سایکولوژیک ایجاد کند. از سوی دیگر برخی از مشکلات سایکولوژیک می‌توانند تظاهر پوستی مانند دیس مورفوبییا یا تریکوتیلومانیا پیدا کنند. در حالتی دیگر این دو می‌توانند تظاهر یک بیماری زمینه‌ای سیستمیک مانند لوپوس اریتروماتوز باشند (۴۱-۴۲).

نتیجه‌گیری

به متخصصین پوست پیشنهاد می‌شود که در درمان بیماران پوستی علاوه بر درمان اختلال پوستی عوامل سایکولوژیک و سلامت روانی بیمار را در نظر بگیرند و در صورت لزوم با ارجاع بیماران به روان‌پزشک اقدام مؤثری در جهت بهبود کیفیت زندگی بیمار ایفا کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل اجرای پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای حرفه‌ای در مراکز تحقیقاتی روان‌تنی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود.

شکایت‌های پوستی نشان می‌دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه‌های جسمانی خود هستند. این بیماری با افزایش برانگیختگی فیزیولوژیکی، توجه بیشتر به علائم جسمی و شکایت از این علائم و رفتارهای اجتماعی بیمارگونه همراه می‌شود (۸).

از سوی دیگر بیماران پوستی که جنبه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی آن‌ها تحت تأثیر مشکل پوستی قرار گرفته است، راهبردهای مقابله‌ای در برخورد با مشکلات را به کار می‌گیرند و به مرور زمان توانایی رویارویی بهتر با مسایل و مشکلات را پیدا می‌کنند.

در توضیح عدم هم‌خوانی با سایر مطالعات می‌توان به حجم کم نمونه‌ی مورد مطالعه و بررسی متغیرهای مذکور در محدوده‌ی وسیعی از بیماران پوستی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های پوست صرف نظر از نوع بیماری پوستی، شدت و مدت زمان آن اشاره کرد.

با توجه به این موارد امید می‌رود مطالعات وسیع‌تری در زمینه‌ی بررسی ارتباط بین متغیرهای سایکولوژیک و بیماری‌های پوستی انجام شود که در آن‌ها انواع مختلف بیماری‌های پوستی به صورت تفکیکی و با انتخاب حجم بالای نمونه در نظر

References

1. King LA, Emmons RA. Conflict over emotional expression: psychological and physical correlates. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58(5): 864-77.
2. Goleman D. Emotional intelligence. New York, NY: Bantam Books; 1995.
3. Bagby RM, Taylor GJ. Affect dysregulation and alexithymia. In: Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD, editors. Disorders of Affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. New York, NY: Cambridge University Press; 1997. p. 26-45.
4. Lane RD, Ahern GL, Schwartz GE, Kaszniak AW. Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biol Psychiatry* 1997; 42(9): 834-44.
5. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry* 2000; 45(2): 134-42.

6. Taylor GJ, Bagby RM. An overview of the alexithymia construct. In: Bar-On R, Parker JDA, editors. The handbook of emotional intelligence. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2000. p. 40-67.
7. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38(1): 23-32.
8. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *J Pers Assess* 2007; 89(3): 230-46.
9. Motan I, Gencoz T. The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Turk Psikiyatri Derg* 2007; 18(4): 333-43. [In Turkish].
10. Louis DS, Doro C, Hayden RJ. Factitious disorders. *Clin Occup Environ Med* 2006; 5(2): 435-43, x.
11. Aruna P, Puviarasan N, Palaniappan B. An investigation of neuro-fuzzy systems in psychosomatic disorders. *Expert Systems with Applications* 2005; 28(4): 673-9.
12. Wolman B. Psychosomatic disorders. Trans. Najarian B, Dehghani M, Dabagh B. Tehran, Iran: Roshd; 1996.
13. Mercan S, Kivanc A, I. Psychodermatology: a collaboration between psychiatry and dermatology. *Turk Psikiyatri Derg* 2006; 17(4): 305-13.
14. Millard LG, Millard J. Psychocutaneous Disorders. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths Ch, editors. *Rook's Textbook of Dermatology*. 7th ed. Malden, MA: Blackwell; 2004. p. 1-41.
15. Turel EA, Temeltas G, Deveci A, Dinc G, Guler HB, Ozturkcan S. Sexual dysfunction in patients with psoriasis. *J Dermatol* 2006; 33(11): 772-8.
16. Berrino AM, Voltolini S, Fiaschi D, Pellegrini S, Bignardi D, Minale P, et al. Chronic urticaria: importance of a medical-psychological approach. *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2006; 38(5): 149-52.
17. Long D, Long RA, Grillo MP, Marshman G. Development of a psychological treatment service for pruritic skin conditions. *Australas J Dermatol* 2006; 47(4): 237-41.
18. Poot F, Sampogna F, Onnis L. Basic knowledge in psychodermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21(2): 227-34.
19. Schneider G, Driesch G, Heuft G, Evers S, Luger TA, Stander S. Psychosomatic cofactors and psychiatric comorbidity in patients with chronic itch. *Clin Exp Dermatol* 2006; 31(6): 762-7.
20. Pasaoglu G, Bavbek S, Tugcu H, Abadoglu O, Misirligil Z. Psychological status of patients with chronic urticaria. *J Dermatol* 2006; 33(11): 765-71.
21. Mazaheri M, Afshar H, Mohammadi N, Daghighzadeh H, Bagerian R, Adibi P. The relation between the dimensions of alexithymia with depression and anxiety in patients with functional gastrointestinal disorders. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2010; 8(2): 92-102. [In Persian].
22. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998; 139(5): 846-50.
23. van der Meeren HL, van der Schaar WW, van den Hurk CM. The psychological impact of severe acne. *Cutis* 1985; 36(1): 84-6.
24. Kent G, Al'Abadie M. Psychologic effects of vitiligo: a critical incident analysis. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35(6): 895-8.
25. Carney O, Ross E, Bunker C, Ikkos G, Mindel A. A prospective study of the psychological impact on patients with a first episode of genital herpes. *Genitourin Med* 1994; 70(1): 40-5.
26. Colon EA, Popkin MK, Callies AL, Dessert NJ, Hordinsky MK. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. *Compr Psychiatry* 1991; 32(3): 245-51.
27. Koo JY, Shellow WV, Hallman CP, Edwards JE. Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol* 1994; 33(12): 849-50.
28. Barth JH, Catalan J, Cherry CA, Day A. Psychological morbidity in women referred for treatment of hirsutism. *J Psychosom Res* 1993; 37(6): 615-9.
29. Tull MT, Medaglia E, Roemer L. An investigation of the construct validity of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale through the use of a verbalization task. *J Psychosom Res* 2005; 59(2): 77-84.
30. Besharat MA. Psychometric characteristics of persian version of the toronto alexithymia scale-20 in clinical and non-clinical samples. *IJMS* 2008; 33(1): 1-6.
31. Hosseini Ghadamgahi J. Quality of social relations, stress and coping strategies in patients with coronary heart disease [MSc Thesis]. Mashhad, Iran: Ferdowsi University of Mashhad; 1997. [In Persian].
32. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 70-3.
33. Malakouti SK, Moulavi Nojumi M, Posht Mashhadi M, Hakim Shoushtari M,

- Asgharzadeh A, Bou Alhari J, et al. The Study of Suicidal Behaviors Rates in the Community Sample of Karaj City in 2005. *Sci J Hamdan Univ Med Sci* 2008; 15(1(SN 47)): 5-10. [In Persian].
34. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Melchi CF, Baliva G, et al. Stressful life events, social support, attachment security and alexithymia in vitiligo. A case-control study. *Psychother Psychosom* 2003; 72(3): 150-8.
35. Allegranti I, Gon T, Magaton-Rizzi G, Aguglia E. Prevalence of alexithymic characteristics in psoriatic patients. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 1994; 186: 146-7.
36. Sayar K, Ko"se O, Ebrinç S, Setin M. Hopelessness, Depression and Alexithymia in Young Turkish Soldiers Suffering from Alopecia areata. *Dermatol Psychosom* 2001; 2: 12-5.
37. Cordan YA, Basterzi A, Tot AS, Ustunsoy D, Ikizoglu G, Demirseren D, et al. Alopecia areata and alexithymia. *Turk Psikiyatri Derg* 2006; 17(2): 101-6.
38. Sunay D, Baykir M, Ates G, Eksioglu M. Alexithymia and acne vulgaris: a case control study. *Psychiatry Investig* 2011; 8(4): 327-33.
39. Hughes JE, Barraclough BM, Hamblin LG, White JE. Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatry* 1983; 143: 51-4.
40. Golpour M, Hosseini SH, Khademloo M, Mokhmi H. Mental Health and Suicidal Ideation in Patients with Dermatologic Disorders. *World Applied Sciences Journa* 2010; 11(5): 573-7.
41. Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000; 143(5): 983-91.
42. Hajheydari Z, Zarghami M, Mohamadpour R, Khajeh A. Evaluation of psychological problem based on GHQ-28 Questionnaires in patients attending the dermatological clinics of Sari, Iran, 2004. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2006; 15(50): 105-12. [In Persian].

Comparison of Alexithymia, General Health and Coping Strategies between Patients with Dermatologic Diseases and Control Group

Hamid Afshar MD¹, Neda Adibi MD², Afrooz Afshari MSc³, Setareh Rohani⁴, Faezeh Saberi⁴

Original Article

Abstract

Background: People, who can identify, understand and express their inner feelings well, cope with negative experiences and adapt with environment and other people successfully. Alexithymia is a personality trait characterized by difficulty in identifying, describing and regulating feelings. Patients with alexithymia, who cannot cope with stress, somatize their emotional disturbance in a variety of medical disorders, particularly dermatologic diseases.

Methods: In this prospective case-control study, 63 eligible subjects referring to dermatology clinics of Isfahan University of Medical sciences (Isfahan, Iran) were selected by convenience sampling method and implied case group. Control group was selected from normal population without any skin problem. The General health questionnaire (GHQ), Toronto alexithymia scale (TAS-20) and Coping response index (CRI) were used to compare the variables between the groups.

Findings: Alexithymia had association with dermatologic diseases while CRI and GHQ scores showed no significant difference between the groups of case and control.

Conclusion: Present research suggests that in the treatment of dermatologic diseases, psychological problems should be considered. Dermatologist should be aware of alexithymia association with an underlying dermatologic disease.

Keywords: Alexithymia, Coping strategies, General health

Citation: Afshar H, Adibi N, Afshari A, Rohani S, Saberi F. **Comparison of Alexithymia, General Health and Coping Strategies between Patients with Dermatologic Diseases and Control Group.** J Isfahan Med Sch 2013; 31(242): 944-53

* This paper is derived from a medical doctorate thesis in Isfahan University of Medical Sciences.

1- Associate Professor, Psychosomatic Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Researcher, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- PhD Student, Department of Psychology, School of Psychology and Education Science, University of Isfahan, Isfahan, Iran

4- Student of Medicine, Psychosomatic Research Center AND Behavioral Sciences Research Center AND Student Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Neda Adibi MD, Email: nedaadibi705@gmail.com