

نقش خشم، تیپ شخصیتی D، و ناگویی هیجانی در پاتوژنز و سیر پسروربازیس: یک مرور روایتی

نازنین زینب جابرزاده^۱، محمدحسین بیاضی^۲، وحید مشایخی قویونلو^۳،

مجید انوشیروانی^۴، منور افضل آقایی^۵

سیر بالینی طیف گسترده‌ای از بیماری‌های پوستی ناشی از تعامل متقابل و پیچیده میان عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است که می‌تواند مستعد کننده، تسریع کننده و یا تداوم‌بخش آنها باشند. پسروربازیس یکی از شایع‌ترین بیماری‌های خودایمنی پوست با منشأ و پیامدهای روان‌تنی است که با آسیب‌پذیری به استرس، اختلالات عاطفی، و مشکل در بیان احساسات منفی همراه است. بسیاری از مبتلایان پسروربازیس دچار اشکالاتی در میزان تجربه خشم و چگونگی بیان و کنترل خشم هستند. دو مولفه‌ی شخصیت D یعنی عاطفه‌مندی منفی و بازداری اجتماعی، و ناگویی هیجانی در بیماری پسروربازیس مهم به نظر می‌رسند. با توجه به غفلت پژوهش‌های بالینی و اهتمام کافی و سازمان‌یافته نسبت به بررسی و بهبود عوامل روان‌شناختی این بیماری، ضروری است که متخصصان رشته‌های مرتبط با تعامل هدفمندتر و تلفیق دیدگاه‌های طبی و روان‌شناختی، به تبیین جامع‌تری از رخداد این بیماری برسند. همگرایی نظری و عملی متخصصان پوست، روان‌شناسان و روانپزشکان در حیطه‌ی میان‌رشته‌ای سایکودرمانولوژی می‌تواند منجر به حفظ خدمات بهداشتی بالاتر برای بیماران پسروربازیس و همچنین دستیابی به نتایج علمی شود.

کلیدواژه‌ها: خشم، پسروربازیس، شخصیت دی، ناگویی هیجانی، سایکودرمانولوژی

مقدمه

خردمندان و دانایان اقوام و ملل گوناگون، از دوران باستان از تاثیر متقابل روان و تن آگاه بوده‌اند،

۱. دپارتمان روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران
۲. دپارتمان روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران (نویسنده مسول) bayazil23@gmail.com
۳. دپارتمان روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران؛ و دپارتمان بیماری‌های پوست، مرکز تحقیقات سالک جلدی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. دپارتمان روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران؛ و دپارتمان طب ایرانی، دانشکده طب ایرانی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۵. دپارتمان روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران؛ و دپارتمان آمار زیستی و مرکز تحقیقات عوامل موثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

از جمله حکیمان طب ایرانی، به همبستگی وثیقی میان خصوصیات سرشتی بدنی و ویژگی های فکری و هیجانی و رفتاری افراد قائل بوده اند (انوشیروانی و جابرزاده، ۲۰۱۹) (جابرزاده، ۲۰۱۵)، اما بنا به روایت تاریخ طب مدرن، طب روان تنی در ابتدای قرن بیستم توسط فروید شکل گرفت و به عنوان اولین رقیب الگوی زیست پزشکی نشان داد که تجارب و احساسات سرکوب شده می توانند به صورتی جسمانی بیان شوند، لذا عوامل روان شناختی نه تنها ممکن است پیامد بیماری باشند بلکه می توانند علت آن نیز باشند. (اگدن، ۲۰۱۲) اختلالات روان تنی طی بیش از ۷۵ سال اخیر در محدوده ی دانش روان پزشکی به طور اختصاصی مطالعه شده و امروزه در دستنامه های معتبر روان پزشکی، شماری از بیماریهای جسمی - که تحت تاثیر عوامل روان شناختی قرار می گیرند - توصیف شده اند و در سبب شناسی آنها به درهم کنش عوامل استرس زا، پاسخ های عصب رسانه ای، پاسخ های اندوکرینی، و پاسخ های ایمنی پرداخته شده است که از جمله این بیماری ها می توان به آسم، آنژین، آریتمی ها، سردرد، بیماری های التهابی روده مانند بیماری کرون و کولیت اولسرو، و بیماری های پوستی نظیر درماتیت آتوپیک، پسوریازیس، کهیر و آنژیوادم اشاره کرد. (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵)

سیر بالینی طیف وسیعی از بیماری های پوستی ناشی از تعامل پیچیده و متقابل بین عوامل زیستی، روان شناختی و اجتماعی است که می توانند نقش مستعد کننده، تسریع کننده و یا تداوم بخش برای آنها بازی کنند (گوپتا و گوپتا، ۲۰۱۳) و در این میان، پسوریازیس را می توان نمونه ای از بیماری های پوستی شایع با این الگوی تعامل چند عاملی دانست. پسوریازیس به عنوان یکی از شایع ترین بیماری های التهابی پوستی تحت تاثیر عوامل مستعد کننده ی گوناگون از قبیل نژاد، موقعیت جغرافیایی، عوامل ژنتیکی و همچنین شرایط محیطی قرار می گیرد (کریستوفرز، ۲۰۰۱) و ارتباط آن با استرس در مطالعات مختلف بررسی شده تا جایی که حتی برای درمان آن رویکردهایی مانند بیوفیدبک، مراقبه، و خودیاری پیشنهاد شده است (فاربر و نل، ۱۹۷۴). پژوهش های متعددی بر منشاء روان تنی بیماری پسوریازیس تاکید کرده، از عوامل تنش زا به عنوان مهم ترین عوامل آغاز گر و یا تشدید کننده ی روند بیماری یاد کرده اند (ریچاردرز، فورچون، مین و همکاران، ۲۰۰۱). از جمله بنابر داده های مطالعات دهه های اخیر، ۳۷ تا ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به پسوریازیس، تشدید علایم بیماری را به دنبال هیجان های عصبی و احساس افسردگی گزارش نموده اند (فاربر و نل، ۱۹۷۴) (فورچون، مین، سالیوان و همکاران، ۱۹۹۷). در مطالعه ای به بررسی باورهای بیماران مبتلا به پسوریازیس درباره ی علل، پیامدها، ازمان، و عود پسوریازیس پرداخته

شده و مشخص گردیده که ۶۰ درصد بیماران از بین علل احتمالی بیماری (از جمله عوامل روانی، ژنتیکی، تغذیه‌ای و رفتاری)، فشار روانی را عامل ایجاد بیماری خود می‌دانستند، در حالی که ۵۵ درصد آنان عوامل ژنتیکی را موثر دانسته بودند (فورچون، ریچاردز، مین و همکاران، ۱۹۹۸).

از سوی دیگر پسونیازیس نیز می‌تواند استرس‌های روانی قابل توجهی از جمله کاهش عزت نفس ایجاد کند و بروز اختلالات خلقی و افسردگی را در مبتلایان افزایش دهد. بیماری پسونیازیس اغلب با اختلالات عاطفی، مشکلات در بیان احساسات و آسیب‌پذیری نسبت به استرس همراه است (بوسکه، ابرچ و کرن، ۲۰۰۴). یک‌چهارم از افراد دچار پسونیازیس به افسردگی مبتلا می‌شوند و از این رو در انواع شدید بیماری توجه به استراتژی‌های پیشگیرانه‌ی روانی اهمیت زیادی دارد (گلفند، نیمن، شین و همکاران، ۲۰۰۶) (توبین، وال و فیتزجرالد، ۲۰۱۰).

در توضیح این تعاملات میان بیماری‌های خودایمنی پوست و عوامل روان‌شناختی می‌توان گفت که فشار روانی و شیوه‌ی پردازش آن از یک سو می‌تواند بر فرایندهای روانی-عصبی-ایمنی‌شناختی که منجر به تسریع پیشرفت بیماری‌های جسمی مزمن می‌شوند تاثیر بگذارد (لانگلی، کروگر و گریفیتس، ۲۰۰۵) و فرآیند التهابی خودایمنی و شدت ضایعات پوستی پسونیازیس را افزایش دهد، و از سوی دیگر بیماران مبتلا به پسونیازیس در سیر بیماری و درمان ممکن است بطور ثانویه دچار تنیدگی و خشم زیاد شوند که این امر خود منجر به تشدید بیماری می‌گردد. به همین سبب است که درمان شناختی‌رفتاری خشم می‌تواند با تنظیم محور روانی-عصبی-ایمنی‌شناختی، هم تشدید بالینی پسونیازیس را بطور اولیه کاهش دهد، و هم اثر ثانویه‌ی پسونیازیس بر حالات روانی بیماران را کم کند. (شیائو، ژنگ، لو و همکاران، ۲۰۱۹)

گاهی پنداشته می‌شود که اثر استرس شدید، فقط سرکوب و تضعیف سیستم ایمنی است در حالی که در فرآیند تعامل میان سیستم‌های عصبی، اندوکراین، و ایمنی در مواجهه با استرس، ممکن است سیستم ایمنی با پاسخ‌های جبرانی مفرط، موجب اختلالات خودایمنی شود. در واقع اگر سیستم اندوکراین به عامل استرس‌زا پاسخ کافی ندهد، سیستم دیگر به‌عنوان تنظیم‌کننده وارد عمل می‌شود؛ مثلاً اگر در پاسخ به استرس، ترشح کورتیزول بیشتر امکان‌پذیر نباشد پارامترهای التهابی مانند سیتوکاین‌ها - که به‌طور معمول با کورتیزول مهار می‌شوند- برای جبران آن افزایش پیدا می‌کنند. نتیجه‌ی منفی افزایش مداوم پاسخ التهابی، امکان ابتلای بیشتر به بیماری‌های خودایمنی است. (فریچه، مک دانیل و ویرشینگ، ۲۰۱۴)

با وجود آنکه بنا به نظر برخی محققان در سال‌های اخیر اتفاق نظری جهانی در مورد ارتباط بین عوامل روانی و ظهور یا تشدید علایم این بیماری وجود داشته است (پیکاردی و ابنی، ۲۰۰۱) اما به‌زعم محققان دیگری، اطلاعات کمی درباره‌ی عوامل موثر بر این بیماری به‌ویژه عوامل روان‌شناختی و اجتماعی وجود دارد. برخی محققان تاکید دارند که در درمان‌ها و پژوهش‌های مرتبط با پسوریازیس به عوامل اجتماعی و روان‌شناختی توجه کمی می‌شود (واهل، جنگدال و هانستاد، ۲۰۰۲) و برخی مطالعات انجام‌شده حاکی از نادیده انگاشتن اختلالات روانپزشکی همراه با ضایعات پوستی، از سوی متخصصان پوست است (سمپوگنا، پیکاردی، ملچی و همکاران، ۲۰۰۳) که این وضع می‌تواند ناشی از زمان ویزیت کوتاه و شلوغی کلینیک‌های پوست باشد. (جانستون و گلدبرگ، ۱۹۷۶).

این غفلت و نادیده‌انگاری، به‌ویژه وقتی آشکار می‌شود که به روایت بیماران از درمان‌های روتین و روزمره‌ی کلینیک‌های درماتولوژی گوش می‌سپاریم. با این حال باید تاکید کرد که از دیدگاه طب کلاسیک نیز، پسوریازیس یک بیماری با دوره‌های مزمن و راجعه‌ی تشدید و تخفیف است که به‌لحاظ جسمی و عاطفی تضعیف‌کننده‌اند. اصطلاح «دل‌شکستگی ناشی از پسوریازیس» در طب پوست بیان می‌کند که پسوریازیس برای اغلب بیماران بیشتر از نظر عاطفی فلج‌کننده است تا از نظر جسمی، و با تضعیف خودانگاره قربانی خود را به یک عمر پنهان‌کاری و کمروبی وادار می‌کند. (هیف، ۲۰۰۵)

با وجود این کم‌توجهی رایج به عوامل روانی و بین‌فردی پسوریازیس، پزشکانی که با رویکرد روان‌تنی به سبب‌شناسی و تبیین بیماری می‌پردازند، می‌توانند آغازگرها یا تشدیدکننده‌های روان‌شناختی پسوریازیس را طی دریافت شرح حال و معاینه، و تعبیر نشانه‌های جسمی مختلف کشف کنند. با چنین رویکردی پسوریازیس می‌تواند حاکی از وقوع استرس هیجانی منفی شدید (به‌ویژه خشم)، مقابله‌ی ناکارآمد با آن، و خودداری مستمر و ناخواسته در بیان و ابراز آن باشد. در این شرایط، پزشک باید ضمن اهتمام به درمان‌های طبی، درمان بیمار را در تعامل با همکاران روان‌شناس و روانپزشک خود پیگیری کند. ما در این مقاله با نشان دادن نقش برخی از عوامل هیجانی، شخصیتی، و ادراکی در پسوریازیس می‌کوشیم تا به بازخوانی و یادآوری این وجوه مغفول‌بپردازیم و ضرورت رویکرد تلفیقی روان‌شناختی و طبی به شناخت و درمان پسوریازیس را گوشزد کنیم.

روش

در این مقاله برای گردآوری داده‌ها، به سرفصل‌های متناسب با موضوع مطالعه در نسخه‌های الکترونیک و کاغذی درسنامه‌های معتبر بیماری‌های پوست، و روان‌شناسی مراجعه کردیم و بنا به پیشنهادت‌های حاصل از مصاحبه‌های پرشمار با بیماران و پیگیری حالات آنان، واژگان کلیدی از جمله پسوریازیس، خشم، شخصیت تیپ دی، ناگویی هیجانی، سایکودرما‌تولوژی و معادل‌های آنها در زبان انگلیسی شامل Psoriasis, Anger, Type D personality, Alexithymia, Psychodermatology را بطور تنها و توأم در پایگاه‌های علمی PubMed, Google Scholar, SCOPUS، و نیز پایگاه‌های فارسی iranmedex, irandoc, SID در بازه‌ی زمانی سالهای ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۹ جستجو کردیم. از میان نتایج حاصل از جستجو تعداد ۸۴ مقاله شامل مطالعات بالینی و مقالات مروری و متآنالیز را که با موضوع پژوهش مرتبط‌تر بودند در اولویت قرار دادیم و پس از مرور و خوانش آنها، برخی را که کاملاً مطابقت موضوعی داشتند برگزیدیم و به جمع‌بندی و صورت‌بندی یافته‌ها و بحث‌های آنها پرداختیم.

بحث و نتیجه‌گیری

پسوریازیس از دیدگاه طبی نرخ پسوریازیس با توجه به سن، جنس، منطقه و قومیت متفاوت است. تصور می‌شود که ترکیبی از عوامل محیطی و ژنتیکی مسئول این تفاوتها باشند. این بیماری بیشتر در گروه سنی ۱۵ تا ۳۵ سال بروز می‌کند (درییر و براون، ۲۰۱۲) و بر هر دو جنس بطور مساوی تاثیر می‌گذارد. شیوع جهانی این بیماری پوستی در سال ۲۰۱۰، ۰/۶ تا ۴/۸ درصد گزارش شده است (لنگلی، پالر، هبرت و همکاران، ۲۰۱۱). علایم پسوریازیس جلدی می‌تواند بین افراد مختلف متفاوت باشد و شامل یک یا چند نشانه از فهرست زیر است:

- پلاک‌های قرمز روی پوست پوشیده‌شده با فلس‌های نقره‌ای
- پاپول‌های اریتما‌تو و اسکوامو
- پوست خشک و ترک‌خورده و گاهی همراه با خونریزی
- خارش و سوزش
- ناخن ضخیم همراه با پیتینگ

پسوریازیس اغلب با معاینه‌ی بالینی و بر اساس علایم ظاهری تشخیص داده می‌شود و هیچ تست خونی برای تشخیص آن وجود ندارد؛ هرچند گاهی اوقات انجام برخی آزمایش‌ها برای یافتن علل شعله‌ورکننده ضروری است و در موارد مشکوک می‌توان از بیوپسی پوست استفاده کرد. (بیلاک،

ارمرتکن، بیلاک، و همکاران، ۲۰۰۹). شایعترین شکل بیماری، پسوریازیس و لگاریس است که بصورت پلاک‌های گرد و چندوجهی مناطقی مثل آرنج‌ها و پایین کمر و اطراف ناف بروز می‌کند. (گودجونس، گلداسمیت، کاتز و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعه‌ی وسیعی در سال ۲۰۰۸ نشان داده است که بین پسوریازیس و بیماری‌های قلبی عروقی ارتباط وجود دارد. افراد مبتلا به پسوریازیس شدید در مقایسه با گروه کنترل ۵۸ درصد احتمال بیشتر ابتلا به یک رویداد قلبی بزرگ دارند (گلفند و همکاران ۲۰۰۶). همچنین افراد مبتلا به پسوریازیس در معرض خطر افزایش دیابت نوع ۲ می‌باشند (کوهن، دریهر، شاپیرو و همکاران، ۲۰۰۸).

وجوه روان‌شناختی پسوریازیس

فرضیه‌ی علت روانی پسوریازیس برای نخستین بار در قرن نوزدهم مطرح شد؛ ویتکاور (۱۹۴۶) با مطالعه بر روی گروهی از کارکنان نظامی، تاثیر عوامل روانی بر شروع تظاهرات بالینی پسوریازیس را در ۴۰ درصد از افراد مورد مطالعه گزارش کرد و پس از آن پژوهش‌های گوناگونی درباره‌ی ارتباط عوامل روانی به‌عنوان عامل آغازگر و یا تشدیدکننده با شدت بیماری پسوریازیس انجام گرفت و مطالعات گوناگون درباره‌ی تعامل پوست با دستگاه عصبی، هورمونی، ایمنی و عوامل روان‌شناختی سرانجام به پیدایش تخصصی فرارشته‌ای موسوم به سایکودرماتولوژی انجامید. یکی از مهم‌ترین و پرارجاع‌ترین تقسیم‌بندی‌ها در اختلالات سایکودرماتولوژیک توسط کو و لی (۲۰۰۳) بیان شده است که حالات پاتولوژیک در همکنش ذهن و پوست را در چهار گروه زیر دسته‌بندی می‌کند:

۱. اختلالات سایکوفیزیولوژیک: شامل اختلالات پوستی ارگانیک واقعی از جمله بیماری‌های اگزما، پسوریازیس، و کهیر است که در آنها اختلال پوستی با استرس بدتر می‌شود. در این دسته، استرس روان‌شناختی خالص می‌تواند موجب شود که بیماران افزایشی در تواتر و شدت بیماری پوستی را تجربه کنند. این امر، معادل درماتولوژیک شرایطی از قبیل زخم معده و میگرن است که در آنها آغاز بیماری و دوره‌ی طبیعی آن بسته به حالت عاطفی بیمار متغیر است.
۲. مشکلات پوستی ناشی از اختلالات روانپزشکی اولیه: این اختلالات در بیمارانی تشخیص داده می‌شوند که ضایعات پوستی خودساخته‌ای در غیاب سبب ارگانیک دارند و همه‌ی ضایعات پوستی توسط خود بیمار ایجاد می‌شوند اگرچه اغلب بیماران معتقدند که به یک اختلال پوستی

واقعی مبتلا هستند. اختلال موکنی، اختلال کندن ناخن، اختلال عصبی کندن پوست از این دسته هستند.

۳. اختلالات روانپزشکی ثانویه [به بیماری پوستی]: این گروه شامل مشکلات روان‌شناختی است که ثانویه به تاثیر منفی بیماری پوستی بر روی روان بیمار رخ می‌دهد. این اختلالات بیمار را دچار مشکلات چشمگیر روان‌شناختی می‌کنند که عمیقاً بر عزت نفس و تن‌انگاره بیمار تاثیر منفی دارند. افسردگی، احساس حقارت، ناامیدی، هراس اجتماعی ممکن است متعاقب اختلالات بدریختی پوست از جمله پسوریازیس رخ دهد.

۴. اختلالات حسی پوست: در این دسته، بیماران حس‌های غیرطبیعی متنوعی شامل خارش، سوزش، احساس گزش، گازگرفتگی یا خزیدن چیزی را روی پوست تجربه می‌کنند اما فاقد اختلال پوستی اولیه‌ی قابل تشخیص هستند و بررسی‌های طبی داخلی نیز منفی است. تشخیص روانپزشکی ممکن است در این بیماران وجود داشته یا نداشته باشد ولی اگر بتوان یک تشخیص برای آنها در نظر گرفت اغلب اضطراب یا افسردگی است.

همانگونه که در این طبقه‌بندی پیداست، پسوریازیس هم در دسته‌ی اول قرار دارد و هم در دسته‌ی سوم جا می‌گیرد یعنی از سویی یک اختلال سایکوفیزیولوژیک است و هم به‌عنوان یک اختلال بدشکلی پوست بطور ثانویه می‌تواند عوارض روان‌شناختی ایجاد کند؛ به این ترتیب بیمار در چرخه‌ای از علت و پیامد قرار می‌گیرد و احتمالاً به همین سبب بیماری تشدید و اِزمان بیشتری می‌یابد. ما مولفان در اینجا بنا به تجربیات حاصل از گفتگو با بیماران و آگاهی از روایت کیفی آنان از بیماری می‌توانیم بگوئیم که عوامل روان‌شناختی در پسوریازیس به این دو دسته محدود نمی‌شود و می‌توان علل - پیامدهای زیر را نیز در دینامیزم روان‌تنی بیماری کشف کرد:

- عوامل روان‌شناختی پیش از ابتلا یا پیش از شعله‌وری
- عوارض روان‌شناختی حین ابتلا شامل اثرات ثانویه‌ی اختلالات بدریختی، هزینه‌های درمان، تعارض‌های شغلی، مشکلات در تخصیص وقت برای برخی پروتکل‌های غیردارویی (فتوتراپی)
- عوارض روان‌شناختی ناشی از احساس ناامنی و تهدید از سوی عوارض دارویی
- عوارض روان‌شناختی ناشی از ادراک بیماران از پیش‌آگهی و سیر بیماری
- عوارض روان‌شناختی ناشی از پاسخ ناکافی به درمان و عودهای مکرر
- عوارض روان‌شناختی بین‌فردی و روابط نزدیک در خانواده به‌ویژه هنگامی که ضایعه مانع ارتباط بدنی شود.

- عوارض روان شناختی ناشی از آسیب های اجتماعی مانند انگ بنا به تجربه ی مولفان از روایت بیماران پسوریاتیک، مولفه های گوناگون خشم به ویژه تجربه احساس خشم، نیاز به بیان کلامی و یا فیزیکی خشم، کنترل بیرون ریزی خشم، و سرکوب و درون ریزی خشم در میان این عوارض روان شناختی به وضوح قابل شناسایی است.

خشم و پسوریازیس

نخست باید یادآوری کنیم که خشم وجوه گوناگونی دارد و تنها به احساس خشم محدود نمی شود. یعنی هم احساس و تجربه ی درونی خشم، هم نیاز به بیان آن، و هم چگونگی بیان یا کنترل خشم باید در بررسی آن ملاحظه شود. براساس پرسشنامه ی صفت-حالت خشم ۲، حالات خشم و چگونگی کنترل و بیان آن بدین ترتیب است: تجربه احساس خشم، نیاز به بیان کلامی و یا فیزیکی خشم، کنترل درونی خشم، کنترل بیرون ریزی خشم، بیان و بیرون ریزی خشم، سرکوب و درون ریزی خشم. این مقیاس ها در مطالعات گوناگونی در مبتلایان پسوریازیس بررسی شده اند از جمله در مطالعه ی آیدین، گلدهان، بلو و همکاران (۲۰۱۷) تعداد ۸۵ بیمار مبتلا به پسوریازیس و ۸۶ فرد سالم مطالعه و مقایسه شده اند. شدت پسوریازیس مبتلایان با شاخص شدت وسعت پسوریازیس محاسبه شده و برای تعیین میزان زیرمقیاس های خشم از «سیاهه ی ابراز خشم حالت-صفت اسپیلبرگر» و جهت ارزیابی عزت نفس آنان از «مقیاس عزت نفس روزبرگ» استفاده شده است. در این مطالعه صفت خشم، حالت خشم و درون ریزی خشم در افراد مبتلا به پسوریازیس بطور معنی داری بالاتر از افراد سالم بوده، درحالی که نمرات بیرون ریزی خشم و کنترل خشم در هر دو گروه مشابه بوده است. در این پژوهش، بیماران پسوریاتیک با عزت نفس کمتر، در کنترل خشم دشواری داشته اند و همبستگی ضعیف مثبت و معنی داری بین مدت زمان بیماری و میزان درون ریزی خشم در بیماران مبتلا به پسوریازیس شناسایی شده است.

محققان در پایان نتیجه گرفته اند که کاهش عزت نفس و افزایش سطح خشم در بیماران پسوریازیس قابل توجه است، و در ارزیابی بیماران و تنظیم پروتکل درمان آنان باید در نظر داشت که پسوریازیس تنها یک بیماری محدود به پوست نیست بلکه سبب کاهش عزت نفس، کاهش بهزیستی روانی- اجتماعی و افزایش سطح خشم می شود؛ بنابراین متخصصان پوست باید از رویکرد روانپزشکی نیز جهت درمان بیماران بهره ببرند. بررسی های محققان دیگری به بازتولید خشم مهار شده و چرخه ای از علت و پیامد اشاره می کند و نشان می دهد که مهار ابراز هیجانهای

منفی، خود منجر به تولید هیجان‌های منفی همچون خشم و رنجش خواهد شد که سرکوب این هیجانهای منفی ثانویه نیز خود به بروز اختلالات جسمی روان تنی منتهی می‌شود (مومرستگ، هر، بوسج، ۲۰۱۱).

بنا به مطالعات یکی از پرکارترین محققان در زمینه اختلالات روان تنی پوست، سرکوب هیجانهای منفی مانند خشم می‌تواند منجر به ابتلا به انواع اختلالات جسمانی از جمله پسوریازیس شود. گوپتا و واتل (۱۹۹۸) در مطالعه‌ی خود روی ۱۲۷ نفر از افراد مبتلا به پسوریازیس نشان داده‌اند که در گروهی از مبتلایان ویژگی‌هایی مانند تشدید چشمگیر ضایعات بدنال استرس، وابستگی بین فردی و دشواری در ابراز احساس خشم و تمایل به تایید از جانب دیگران زیادتر از دیگر مبتلایان بود. همچنین کرخوف و پتر (۲۰۰۳) در فصل سوم درنامه‌ی پسوریازیس به وجوه روانی- اجتماعی پسوریازیس پرداخته و نقل کرده است که افراد مبتلا به پسوریازیس نسبت به گروه‌های کنترل توانایی کمتری برای بیان خشم دارند.

تحقیق دیگری نشان داد که افراد مبتلا به پسوریازیس، نسبت به گروه کنترل میزان بالایی از عاطفه منفی (افسردگی، اضطراب، خشم و خصومت) را تجربه می‌کنند. بعلاوه آنها به این نتیجه رسیدند که با افزایش عاطفه‌ی منفی، شکایات بیماران چنان افزایش می‌یابد که وضعیت بالینی آنها نگران‌کننده به نظر می‌رسد. (باسینسکا و وزنیویکز، ۲۰۱۳). این مطالعات نشان می‌دهد که افراد مبتلا به پسوریازیس احساس خشم و خصومت بیشتری را تجربه می‌کنند درحالی که بخاطر الگوهای وابستگی و کاهش عزت نفس و هراس از پیامدهای ارتباطی در ابراز و بیان خشم توانایی کافی ندارند و از عوارض جسمی روانی خشم درون‌ریزی شده رنج می‌برند. جالب توجه است که الگوهای شخصیت نیز در مبتلایان پسوریازیس با این ویژگی‌های آنان در تجربه و بیان و کنترل خشم همسو است که اکنون به آن می‌پردازیم.

پسوریازیس و الگوهای شخصیت

سبک شخصیتی سازگار می‌تواند با تشخیص و پاسخ مناسب به حوادث خارجی احتمال حفظ و نگه‌داری حالت‌های فیزیولوژیک سالم را افزایش دهد و به تبع آن به پوست اجازه دهد تا به روش سالم عمل کند اما افرادی که دارای زمینه اختلال شخصیتی و مشکلات سازگاری می‌باشند، با پاسخ‌های ناسازگارانه شرایط پراسترسی ایجاد می‌کنند که بر سلامتی فیزیولوژیک و همچنین پوست آسیب می‌رساند. (ناکامورا و کو، ۲۰۱۷).

مطالعات بیانگر این نکته هستند که الگوهای رفتاری متفاوتی بین افراد سالم و بیماران پسوریازیس وجود دارد. این تفاوت‌ها نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به پسوریازیس اساساً تمایل بیشتری برای ابراز نکردن یا محدود کردن احساسات منفی نشان می‌دهند تا بتوانند به ارتباط با دیگران تداوم دهند. بنا به شواهد و قراین، فرض شده است که افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی ممکن است ویژگی‌های شخصیتی داشته باشند که آنها را نسبت به استرس آسیب‌پذیرتر کند (بروفو، اولنیک، ردوندو و همکاران، ۲۰۱۲). شواهدی وجود دارد که این بیماران ترس خود را انکار می‌کنند یا مورد ارزیابی منفی قرار می‌دهند. (کرجسی، کرجنر و فلدمن، ۲۰۰۶)

تیپ شخصیتی D و پسوریازیس

به نظر می‌رسد که تیپ شخصیتی D بیشترین استعداد ابتلا به پسوریازیس را داشته باشد. دو مولفه اصلی سنخ شخصیتی تیپ D عبارت‌اند از عاطفه‌مندی منفی، و بازداری اجتماعی. این دو مولفه، زمینه‌ی تجربه‌ی هیجانات ناخوشایند و در عین حال عدم ابراز آنها را فراهم می‌کند که فرد را مستعد ابتلا به اختلالات روان‌تنی می‌سازد (دنولت، ویز و پروتزارت، ۲۰۰۰). عاطفه‌مندی منفی در این تیپ شخصیتی تمایل افراد به تجربه‌ی احساسات منفی در موقعیتهای مختلف را بیان می‌کند و بازداری اجتماعی تمایل افراد را برای اجتناب از ابراز این هیجانهای منفی در تعاملات اجتماعی نشان می‌دهد. (اوجینسکا و جوسینکی، ۲۰۰۹).

در حقیقت دو مولفه‌ی شخصیت D یعنی عاطفه‌مندی منفی و بازداری اجتماعی (منع ابراز هیجانات در روابط اجتماعی و اجتناب از ارتباط‌های کلامی و غیر کلامی با اطرافیان) از سویی زمینه‌ی تجربه‌ی هیجانهای ناخوشایند را در عین عدم ابراز آنها فراهم می‌آورند، و از سوی دیگر به علت تاثیرپذیری بیماری پسوریازیس از پریشانی‌های روان‌شناختی می‌توانند باعث تشدید بیماری و پیامدهای آن در زندگی افراد مبتلا شوند (فورچون، ریچاردز و کیربی، ۲۰۰۳).

همچنین تیپ شخصیتی D از طریق عاطفه‌مندی منفی، بازداری اجتماعی و نداشتن حمایت عاطفی از سوی دوستان و آشنایان در مواقع استرس، موجب کاهش رضایت از زندگی و افزایش اختلالات روان‌شناختی مانند انزوای اجتماعی و افسردگی، خشم، اضطراب و افت عملکرد در فعالیتهای مختلف می‌شود (شیفر، پدرسون، وایدرشون و همکاران، ۲۰۰۸).

نتایج تحقیقات انجام‌شده توسط باسینسکا و وزنیویکز (۲۰۱۳) نشان داده است که در مولفه‌های شخصیت D، عاطفه‌مندی منفی نقش تعیین‌کننده‌تری در بیماری پسوریازیس ایفا می‌کند.

پژوهش‌های محدودی نیز به بررسی نقش شخصیت نوع D و دشواری در تنظیم هیجان مبتلایان پسوریازیس در پیش‌بینی علایم افسردگی آنها پرداخته‌اند (بروفو، اولنیک، ردوندو و همکاران، ۲۰۱۲). گفتنی است که مولفه‌های شخصیت نوع D عواملی برای پیش‌بینی بیماری‌هایی دیگر از جمله بیماری عروق کرونر، پرفشاری خون، سرطان، و زخم پپتیک نیز به حساب می‌آیند. بنابراین ویژگی‌های شخصیت نوع D و دشواری‌های تنظیم هیجان می‌تواند در شبکه‌ی عوامل سببناختی و نیز پیامدهای روان‌شناختی بیماری پسوریازیس اثرگذار باشند که در مصاحبه با رویکرد روان‌تنی با این بیماران بسیار متواتر و چشمگیر است.

الکسی تایمیا (ناگویی هیجانی) و پسوریازیس

آنچه درباره‌ی الگوی احساس و بیان و کنترل خشم، و تیپ شخصیتی مبتلایان پسوریازیس گفته شد می‌تواند در وجه چگونگی پردازش و تنظیم هیجان به شکل دیگری بازنموده شود. از مهم‌ترین عوامل هیجانی تاثیرگذار در بیماری‌های پوستی می‌توان به ناگویی هیجانی اشاره نمود (فورچون، ریچاردز و گریفیتس، ۲۰۰۵). ناگویی هیجانی عبارت است از آشفتگی کنش‌های عاطفی و شناختی همراه با ناتوانی تبدیل برانگیختگی عاطفی به احساسات و تخلیهایی که نماد و نشانه هیجانها می‌باشد (پی، ۲۰۰۰). افراد دچار ناگویی هیجانی در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و تنظیم هیجانها با دشواری‌هایی مواجه‌اند.

مطالعه‌ی یاسمی و منصور (۱۹۹۴) همسو با پژوهش کورکولیاکو، افستاتو و جیانوپولو (۲۰۱۷) بر عدم تشخیص و ابراز هیجان‌ات و الکسی تایمیا در بیماران پوستی دلالت دارد.

نتایج پژوهش افشاری، افشار، شفیعی و همکاران (۲۰۱۳) نشان داده است که شیوع ناگویی هیجانی با شدت بالا، اضطراب و افسردگی در میان بیماران روان‌تنی پوستی به ترتیب ۴۱٫۸٪، ۵۱٫۲٪ و ۴۰٪ می‌باشد و بررسی ضرایب همبستگی پیرسون بین الکسی تایمیا با اضطراب و افسردگی در بیماران روان‌تنی پوست بیانگر رابطه‌ی معنی‌دار بین این متغیرها بود. این مطالعه نتیجه می‌گیرد که ناگویی هیجانی یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی پوست است که باید در درمان همه‌جانبه‌ی این بیماران مد نظر قرار گیرد.

نتایج مطالعات همچنین نشان می‌دهند الگوهای بدتنظیمی هیجانی در بین افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی می‌تواند وضعیت پوستی افراد را تشدید و تداوم بخشند و نیز کیفیت زندگی آنها را تحت تاثیر قرار دهند.

ناگویی هیجانی با نقص در تنظیم هیجانی همراه است و این بدکاری نظم‌جویی هیجان یکی از هسته‌های اساسی اختلال‌های روان‌تنی به‌ویژه اختلالات خودایمنی پوست می‌باشد. عوامل هیجانی و بخصوص ناگویی هیجانی در مقابله با تنش روانی بیماری‌های مزمن بدریخت‌کننده‌ی پوست، تاثیر مستقیمی بر عملکرد دفاعی پوست و طیف گسترده‌های از پارامترهای ایمنی دارند که می‌توانند بطور مستقیم روی سیر بیماری پوستی تاثیر بگذارند.

با عطف به نقش عوامل هیجانی به‌ویژه ناگویی هیجانی در شروع، تسریع و تشدید بیماری‌های پوستی بخصوص بیماری پسوریازیس، آموزش نظم‌جویی هیجانی برای کاهش اختلالات بازشناسی، آشکارسازی، پردازش هیجان و نحوه تنظیم آن در بیماران مبتلا به پسوریازیس آزموده شده و نتیجه گرفته شده است که این آموزش بطور معنی‌داری در کاهش ناگویی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن در آنان موثر بوده است (ذاکری، حسنی و اسماعیلی، ۲۰۱۵).

همچنین تحقیقات دیگری نشان داده‌اند که الکسی تایمیا با بیماری پسوریازیس ارتباط دارد و بعنوان یک عامل خطر آسیب‌پذیری نسبت به این بیماری در نظر گرفته شده و بخصوص مشخص شده است که با افسردگی در این افراد ارتباط خاصی دارد (کورکولیاکو، کریستودلو و کوریس، ۲۰۱۴).

سیولوویکا و همکاران در پژوهش خود درباره الکسی تایمیا، راهبردهای تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به پسوریازیس، نشان دادند که سرکوب هیجانها بطور منفی با کیفیت زندگی ارتباط داشته است در حالی که ارزیابی مجدد شناختی بطور مثبت با بهزیستی افراد یعنی توانایی برخورداری بیشتر از هیجان‌های مثبت در زندگی روزانه مرتبط بود (سیولوویکا، آمیرو و فولچری، ۲۰۱۴).

چشم‌انداز همکاری حرفه‌ای متخصصان پوست و سلامت روان

با غلبه‌ی مدل زیست‌پزشکی و بزرگنمایی بیش از حد عوامل جسمانی، پزشکان بقدر کافی با تاثیر عوامل یا پیامدهای روان‌شناختی در سیر و درمان پسوریازیس آشنا نیستند یا دستکم در رویکرد درمانی خود به آن نمی‌پردازند و به این ترتیب در فقدان همکاری میان متخصصان پزشکی و روان‌شناسی پروتکل جامعی برای درمان شکل نمی‌گیرد و بیماران نیز در چرخه‌ی مداومی از درمان ناقص و طولانی‌مدت تا اختلالات اضطرابی و خلقی و انزوای اجتماعی قرار می‌گیرند. (بهنام، طاهری، سادات حسینی و همکاران، ۲۰۱۰).

چنان که پیشتر نیز گفته شد بیماری‌هایی که در تعامل میان پوست و روان رخ می‌دهد در حوزه میان‌رشته‌ای نوینی به نام سایکودرMATولوژی قرار می‌گیرند که متخصصان پوست، و روانپزشکی و روان‌شناسی در آن به‌طور یکپارچه فعالیت می‌کنند. سایکودرMATولوژی تلفیق سه رشته تخصصی است که بدون هر یک از آنها مراقبت کافی از بیمار محقق نخواهد شد. البته مشارکت روان‌شناس و روانپزشک ممکن است همیشه باعث کاهش بیماری پوستی نشود و اساساً در بسیاری موارد هدف از تلفیق، تکمیل درمان طبی متخصص پوست نیست بلکه توجه به وضعیت روانی - عاطفی و ذهنی بیمار است که در واقع بخشی از تابلوی بالینی بیماری وی محسوب می‌شود ولی در چنین شرایطی دستکم باید منابعی به بیمار ارایه کرد تا بتواند به‌طور خودکار و خودانگیخته بر مشکلات غلبه کند و به تعادل برسد (آزامبوجا، ۲۰۱۷).

متخصصان پوست با تلفیق درمان‌های روان‌شناختی می‌توانند به نتایج بالینی بهتری در بیماران پسوریازیس برسند زیرا بنا به پژوهش‌های اخیر، عدم درمان اختلالات روانپزشکی ممکن است اثر نامطلوبی بر پاسخ اختلالات پوستی به درمان‌های رایج داشته باشد (پیکاردی، ابنی و رنزی، ۲۰۱۳) و مدیریت غیردارویی بیماری‌های پوست می‌تواند پریشانی روانی را کاهش دهد و به بهبود عملکرد بیماران کمک کند (فراید، ۲۰۱۳) (کو، ۱۹۹۵).

این یافته‌ها و مستندات، لزوم مداخلات روان‌شناختی تلفیقی در بیماران پوستی را افزایش داده است. یکی از معروف‌ترین این مداخلات، درمان شناختی‌رفتاری است. به‌طور معمول در پروتکل‌های درمان شناختی‌رفتاری برای بیماری‌های خاص، در اولین گام به افراد گروه مدلی از مشکلاتشان ارایه می‌شود که بر امکان تغییر تاکید دارد (بایلینگ، مک کیب و آنتونی، ۲۰۱۰). ولی تحقق این امکان تغییر نیازمند آن است که متخصصان رشته‌های پوست و روان‌شناسی نیز دیدگاه محض و مطلق خود نسبت به بیماری پسوریازیس را تغییر بدهند.

در جامعه‌ی ما بیماران پسوریازیس - که از سویی در چرخه‌ی علل و پیامدهای روان‌شناختی پسوریازیس گرفتارند و از سوی دیگر با تصویری نگران‌کننده از پیش‌آگهی بیماری و درمان مواجهند - به همگرایی نظری و عملی متخصصان در حیطه‌ی فراخ سایکودرMATولوژی نیاز دارند و این همگرایی برای بهبود بیشتر و پایدارتر آنان در جنبه‌های جسمی و روانی و بین فردی و اجتماعی ضروری است.

References

- Anushiravani, M., Jaberzadeh, N.Z. (2019). An inquiry into the functional foods affecting the psychoneurocardiologic axis from the perspective of Persian Medicine . *The 7th Conference on Food and Dietary Supplements*, (p. <https://www.supplementgold.ir>; (Persian)). Tehran.

- Aydin, E., Atis, G., Bolu, A., Aydin, C. & et al. (2017). Identification of anger and self-esteem in psoriasis patients in a consultation-liaison psychiatry setting: a case control study. *Psychiatry and Clinical psychopharmacology*, 216-220.
- Azambuja, RD. (2017). The need of dermatologists, psychiatrists and psychologists joint care in psychodermatology. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 63-71.
- Basińska, MA., & Woźniewicz, A. (2013). The relation between type D personality and the clinical condition of patients suffering from psoriasis. *Postępy Dermatol Allergol*, 381 .
- Behnam, B., Taheri, R., Sadat Hashemi, M., & Nesari-Rad Motlagh, M. (2010). Frequency of psychopathological manifestations in psoriatic patients . *Journal of Fundamentals of Mental Health*, Vol. 12, No. 3(47), P.604-11. (Persian).
- Bieling, PJ., McCabe, RE., & Antony, MM. (2010). *Cognitive-Behavioral therapy in groups*. Tehran University Press. (Persian).
- Bilaç, C., Ermercan, AT., Bilaç, DB., Deveci A., & et al. (2009). The relationship between symptoms and patient characteristics among psoriasis patients. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 75(5):551.
- Buske, KA., Ebrech, M., Kern, S., & et al. (2004). Personality characteristics and their association with biological stress responses in patients with atopic dermatitis. *Dermatology and Psychosomatics*, 5(1):12-16.
- Christophers, E. (2001). Psoriasis-epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol*, 26(4):314-20.
- Ciuluvica, C., Amerio, P., & Fulcheri, M. (2014). Emotion regulation strategies and quality of life in dermatologic patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 127:661-5.
- Cohen, AD., Dreier, J., Shapiro, Y., Vidavsky, L., & Vardy, DA, Davidovici B, et al. (2008). Psoriasis and diabetes: a population-based crosssectional study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 22(5): 585-9.
- Denollet, J., Vaes, J., & Brutsaert, DL. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*, 102(6):630-5.
- Dreyer, LN., & Brown, GC. (2012). Oral manifestations of psoriasis. Clinical presentation and management. *N Y State Dent J*, 78(3):8-14.
- Farber, EM., & Nall, ML. (1974). The natural history of psoriasis in 5,600 patients. *Dermatologica*, 148(1):1-18.
- Fortune DG, Main CJ., O'Sullivan TM., & Griffiths CE. (1997). Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *Br J Dermatol*, 137(5):755-60.
- Fortune DG., Richards HL., Main CJ., & Griffiths CE. (1998). What patients with psoriasis believe about their condition? . *J Am Acad Dermatol*, 39(2 Pt1): 196-201.
- Fortune, DG., Richards, HL., & Kirby, B. (2002). A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *Br J Dermatol*, 146:458-65.
- Fortune, DG, Richards, HL., & Griffiths, CE. (2005). Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions. *Clin Dermatol.*, 23(4): 681-94.
- Fried, RG. (. (2013). Nonpharmacologic Management of psychodermatologic conditions. *Semin Cutan Med Surg*, 32:119-25.
- Fritzsche, k., McDaniel, S., Wirsching, M. (2014). *Psychosomatic Medicine An International Primer for the Primary Care Setting*. Translated by: S. Motamedee. A. Hospian. H. Shahoon. Esfahan: Dehkadehsalamat. (Persian).
- Gelfand, JM., Neimann, AL., Shin, DB., Wang, X., & et al. (2006). Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. *JAMA*, 296:1735.
- Gudjonss, JE, Goldsmith, LA., & Katz, S., Fitzpatrick's. (2008). *dermatology in general medicine*. US: McGraw-Hill.
- Gupta, AM., & Gupta, AK. (2013). Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the dermatology patient. *Clin Dermatol*, 31(1): 72-9.
- Gupta, MA GA., & Watteel, GN. (1998). Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychologic morbidity. An index of the stigma experience in dermatologic disorder. *Cutis*, 61: 339-42.
- Jaberzadeh, NZ. (. (2015). Studying the correlation between the temperaments according to the teachings of Traditional Persian Medicine with Personality types according to Big Five Superfactors. *Dissertation for the degree of M.A. in Clinical Psychology*. Islamic Azad University – Torbat Jam Branch.

- Johnstone, A., & Goldberg, D. (1976). Psychiatric screening in general practice. A controlled trial. *Lancet*, 1(7960): 605-8.
- Kerkhof, V., & Peter, C M. (2007). *Textbook of Psoriasis, 2nd Edition*. Wiley-Blackwell.
- Koo, JY. (1995). Psychodermatology: a practical manual for clinicians. *Curr Probl Dermatol*, 6:204-32.
- Koo, J., Lee CS. (2003). General approach to evaluating psychodermatological disorders. In L. C. Koo JYM, *Psychocutaneous Medicine* (pp. 1-29). New York: Marcel Dekker, Inc.
- Korkoliakou, P., Christodoulou, C., Kouris, A., & et al. (2014). Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study. *Ann Gen Psychiatry*, 13:38.
- Korkoliakou, P., Efstathiou, V., Giannopoulou, I., & et al. (2017). Psychopathology and alexithymia in patients with psoriasis. *An Bras Dermatol*, 92(4): 510-5.
- Krejci M, Kerchner K., Feldman S., & et al. (2006). Social sensitivity and acne: the role of personality in negative social consequences and quality of life. *Int J Psychiatry Med*, 36(1):10.
- Langley, RG., Krueger, G., & Griffiths, C. (2005). Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis*, 64:18-23.
- Langley, RG., Paller, AS., Hebert AA., Creamer, K., & et al. (2011). Patient-reported Outcomes in Pediatric Patients with Psoriasis Undergoing Etanercept Treatment: 12-week Results from a Phase III Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Dermatol*, Jan;64-70.
- Martin-Brufau, R., Ulnik, JC., Redondo, CB., & Berná, F-JC. (2012). *Personality in patients with psoriasis*. Intech open access books; 2012., 218. Available from: <http://www.inetopen.com/books/psoriasis>.
- Mommersteeg, PM., Herr, R., Bosch, J., & et al. (2011). Type D personality and metabolic syndrome in a 7- year prospective occupational cohort. *J Psychosom Res*, 71:357-63.
- Nakamura, M. ., & Koo, J. (2017). Personality disorders and the "difficult" dermatology patient: Maximizing patient satisfaction. *Clin Dermatol*, 35(3):312-8.
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A Textbook*. Translated by: M, Kachoei. Tehran: Arjmand. (Persian).
- Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2009). Type D personality in Poland: Validity and application of the Polish. *Polish Psychological Bulletin*, 40: 130-136.
- Picardi, A., & Abeni, D. (2001). Stressful life events and skin disease: disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom*, 70 (3): 118-36.
- Picardi, A., Abeni, D., Renzi, C., & et al. (2013). Treatment outcome and incidence of psychiatric disorders in dermatologic out-patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 17:155-59.
- Richards, HL., Fortune DG., Griffiths CE., & Main C. (2001). The contribution of perception of stigmatization to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res*, 50 (1):11-5.
- HYPERLINK "<https://www.bookdepository.com/author/Benjamin-Sadock>" Sadock, B., HYPERLINK "<https://www.bookdepository.com/author/Virginia-Alcott-Sadock>" Sadock, VA. , & HYPERLINK "<https://www.bookdepository.com/author/Pedro-Ruiz>" Ruiz, P. (2015) . *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science/Clinical Psychiatry*. Translated by: F. Rezaee .Tehran: Arjmand. (Persian).
- Sampogna, F., Picardi, A., Melchi, CF., Pasquini, P., & Abeni, D. (2003). The impact of skin diseases on patients: comparing dermatologists' opinions with research data collected on their patients. *Br J Dermatol*, 148(5):989-95.
- Schiffer, AA., Pedersen, SS., Widdershoven, JW., & Denollet J. (2008). Type D personality and depressive symptoms are independent predictors of impaired health status in chronic heart failure. *Eur J Heart*, 10(9):922-30.
- Sifneos, P. E. (2000). Alexithymia, Clinical Issues, Politics and Crime. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69:113-116 .
- Thomas, P. Habif. (2005). *A Color Guide to Diagnosis and Therapy*. Tehran: Samat. (Persian).
- Tobin, AM., Veale, DJ., & Fitzgerald O. (2010). Cardiovascular disease and risk Factors in patients with psoriasis and psoriatic arthritis. *J Rheumatol*, 37:1386-1394.
- Wahl, AK., Gjengedal E., & Hanestad BR. (2002). The bodily suffering of living with severe psoriasis: in-depth interviews with 22 hospitalized patients with psoriasis. *Qual Health Res*, 12:250-61.
- Wittkower, E. (1946). Psychiatric aspects of psoriasis. *Lancet*, 41(2):566-9.
- Xiao, Yi., Zhang, X., Luo, D., Kuang, Y., & et al. (2019). The efficacy of psychological interventions on psoriasis treatment: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychology Research and Behavior Management*. 12:97-106.
- Yasemi, M., & Mansouri, P. (1994). Personality traits and severity of depression in patients with regional hair loss. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 1 (2):65-70.

- Zakeri, MM., Hasani, J., & Esmaili, N. (2017). Effectiveness of Processing Emotion Regulation Strategies Training (PERST) in Alexithymia of Patient with Psoriasis. *Journal of Clinical Psychology*. No. 2 (34) 97-111.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 16 (No. 60), pp.25-40, 2021

The role of anger, type D personality, and alexithymia in the pathogenesis and process of psoriasis: a narrative review

JaberZadeh, Zeinab Nazanin¹., Mohammad Hossien, Bayazi²., Majid, Anushiravani,³ Vahid, Mashayekhi Goyonlo⁴., & Monavar, Afzal Aghaei,⁵

Received: 2020/06/26

Accepted: 2021/09/01

Clinical route of many dermatologic diseases is due to the mutual and complex interactions between biological, psychological, and social causes that can affect them as predisposing, accelerating, or enduring factors. Psoriasis is one of the most common autoimmune skin diseases with psychosomatic origins and consequences, which is accompanied by vulnerability to stress, emotional disorders, and difficulty in expressing negative feelings. Many psoriasis sufferers have problems in how much they experience anger and how to express and control anger. Two components of D personality including, negative emotionality, social inhibition, and emotional ataxia seem to be important in psoriasis. Due to the neglect of clinical researches and organized attention to the investigation and improvement of the psychological factors of this disease, a more comprehensive explanation of the occurrence of this disease with a more targeted interaction and integration of medical and psychological perspectives is necessary. Theoretical and practical conjunction between dermatologists, psychologists and psychiatrics in the interdisciplinary field of psychodermatology can lead to maintain higher health services for psoriatic patients as well as achieving scientific outcomes.

Keywords: Anger, Psoriasis, Type D personality, Alexithymia, Psychodermatology

-
1. Dept. of Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran
 2. Dept. of Psy., Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran (corresponding author) bayazi123@gmail.com
 3. Dept. of Psy., Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran; and Dept of Skin Diseases, Skin Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
 4. Department of Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran; and Department of Iranian Medicine, Faculty of Iranian and Complementary Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
 5. Dept. of Psy., Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran; and Department of Biostatistics and Health Factors Research Center, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran