

## مقایسه ی سازگاری روانشناختی و تیپ شخصیتی D در بیماران کولیت اولسراتیو و افراد سالم

رضا باقریان سرارودی<sup>۱</sup>، پیمان ادیبی<sup>۲</sup>، کریم عسکری<sup>۳</sup>، حسن مولوی<sup>۴</sup>  
مرضیه سادات سجادی نژاد<sup>۵</sup> و فاطمه زرگر<sup>۶</sup>

دریافت مقاله 18.12.2017  
پذیرش مقاله 21.03.2018

کولیت اولسراتیو یکی از بیماری‌های التهابی روده است که عوامل روانشناختی نقش مهمی در ایجاد، سیر و تداوم آن دارند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه سازگاری روانشناختی و تیپ شخصیتی D در بیماران کولیت اولسراتیو و افراد سالم در شهر اصفهان صورت گرفت. مطالعه ی حاضر یک بررسی مورد-شاهدی بود. نمونه بیماران شامل ۶۰ بیمار مبتلا به کولیت اولسراتیو مراجعه کننده به متخصصین گوارش بیمارستان نور بود که به طور تصادفی انتخاب شدند. نمونه ی گروه کنترل از بین اعضای خانواده ی بیماران که مبتلا به بیماری گوارشی نبودند، انتخاب شدند. سپس دو گروه، پرسشنامه ی راهبردهای مقابله‌ای (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰) و تیپ شخصیتی D (دنولت، ۲۰۰۵) را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون مجذور خی، آزمون T و تحلیل واریانس چند راهه (مانوا) استفاده شد. نتایج بدست آمده نشان داد که در متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای و عاطفه‌پذیری منفی تفاوت معناداری میان دو گروه بیمار مبتلا به کولیت اولسراتیو و سالم وجود ندارد ولی مبتلایان به کولیت اولسراتیو بازداری هیجانی بیشتری نشان می‌دهند. نتایج این تحقیق نشان داد بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو در خصوص ابراز هیجانات منفی به دیگران مشکل دارند. بنابراین آموزش راهبردهای ابراز مناسب هیجانات منفی در درمان و پیشگیری این اختلال نقش مهمی دارد.

مهارت‌های مقابله، تیپ شخصیتی D، عاطفه، بازداری، کولیت اولسراتیو.

### مقدمه

بیماری‌های التهابی روده، بیماری‌های مزمن معجری معدی- روده‌ای هستند. کولیت اولسراتیو و بیماری کرون دو نوع اصلی بیماری التهابی روده هستند. در این بیماری‌ها دوره‌های خاموشی و عود به صورت

۱. دپارتمان روانشناسی سلامت و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. دپارتمان داخلی (گوارش)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. دپارتمان روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، اصفهان، ایران.
۴. دپارتمان روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، اصفهان، ایران.
۵. دپارتمان روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک ایران.
۶. دپارتمان روانشناسی سلامت و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

(نویسنده ی مسول) fatemehzargar@med.mui.ac.ir

غیرقابل پیش‌بینی تکرار می‌شوند (مادزلی و رامپتون، ۲۰۰۵). این بیماری عمدتاً مخاط کولون و رکتوم را درگیر می‌کند. علائم بیماری شامل پیچش شکمی، اسهال خونی، آنمی و سو تغذیه می‌باشد (جلسنس و همکاران، ۲۰۱۶). عوامل ژنتیکی، محیطی و نیز ایمونولوژیک در ایجاد بیماری نقش دارند. به دلیل مزمن بودن بیماری، نیاز به درمان‌های طولانی مدت با داروها بوده و گاهی اوقات جراحی ضرورت می‌یابد. میزان بروز بیماری‌های التهابی روده در مناطق مختلف جغرافیایی متفاوت است. بالاترین میزان بروز آن در آمریکای شمالی، اروپای شمالی و غربی گزارش شده است با این‌وجود مطالعات نشان می‌دهد شیوع کولیت اولسراتیو در ایران بالاتر است (فخاری، ۲۰۰۶). این بیماری معمولاً مشکلات فیزیکی، اجتماعی، روانی و اقتصادی قابل توجهی به فرد بیمار تحمیل می‌کند (مگالیس، کاسترو، کاروالو، موریرا و کاتر، ۲۰۱۴).

از دهه ی ۱۹۳۰ تحقیقات نشان دادند که وقایع استرس‌زا یا تجارب هیجانی زندگی به التهاب روده‌ای مرتبط هستند (کیفر، کشاورزبان و ماتلو، ۲۰۰۸). لازاروس و فولکمن معتقدند بخشی از تجربه استرس توسط فرد، به ارزیابی فرد از منابعی برمی‌گردد که برای مقابله با منبع خطر یا تهدید در اختیار دارد (فولکمن، لازاروس، گروئن و دلونگیس، ۱۹۸۶؛ کاست و همکاران، ۲۰۱۵). راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاشهای شناختی و رفتاری فرد است که جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنیدگی‌زا و کنار آمدن با مسایل و مشکلات به کار می‌رود و نقش اساسی و تعیین‌کننده در سلامت جسمانی و روانی ایفا می‌کند (عزیزی و بخشی پور، ۲۰۱۳). مطالعات انجام شده نشان می‌دهد بیماران مبتلا به اختلالات التهابی روده معمولاً از راهبردهای مقابله ناکارآمد و ناسازگارانه استفاده می‌کنند (گراف و همکاران، ۲۰۰۹؛ جونس، ویزینگر و کرویل، ۲۰۰۶).

از سوی دیگر ماهیت مزمن IBD، سیر غیرقابل پیش‌بینی و عدم درمان قطعی آن، خود موجد استرس و آشفتگی روانشناختی بیشتری است. این بیماران ممکن است دامنه‌ای از هیجانات منفی از جمله افسردگی و اضطراب و حالات روان‌رنجوری را بیش از جمعیت عادی تجربه کنند (گرینلی و همکاران، ۲۰۱۰؛ پراسکو، جلنوا و میهال، ۲۰۱۰). علاوه‌براین، بازداری هیجانی، ناتوانی این افراد در بیان احساسات خود به دیگران و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد اجتنابی در بیماران IBD دیده می‌شود (جونس و همکاران، ۲۰۰۶؛ مورنو، بلانکو، موناز و هرناندز، ۲۰۱۳). مطالعات حاکی از رابطه شدت UC و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار است (کالسیک، ریجکن، دکر و ونبرگ، ۲۰۰۶؛ زانتاپولوس، ۲۰۰۶؛ نولز، ویلسون، کنل و کام، ۲۰۱۱). باین‌وجود دو مطالعه نشان داده اند که رابطه ضعیف یا عدم ارتباط بین استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و وجود اختلال وجود دارد

(دوریان، دمستر و آدایر، ۲۰۰۹؛ لارسون، لوف، رونبلام و ناردین، ۲۰۰۸). جالب توجه این که تحقیقات به نقش متناقض راهبرد مقابله مساله‌مدار در شدت IBD اشاره کرده‌اند. راهبرد مقابله مساله‌مدار به عنوان یک مقابله ی سازگارانه طبقه‌بندی می‌شود. با این وجود بعضی مطالعات به تاثیر این مکانیسم مقابله در کاهش IBD (پلیسیر، دانزر، کانینی و بوناز، ۲۰۱۰). بعضی به تاثیر آن بر تشدید اختلال (ماسل، باکر، ناگل و سینگر، ۲۰۰۴؛ پتراک و همکاران، ۲۰۰۱) و تحقیقات بیشتری به عدم تاثیر آن در تشدید اختلال اشاره کرده‌اند (کالسیک و همکاران، ۲۰۰۶؛ دوریان و همکاران، ۲۰۰۹؛ لارسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ اسمولن و تاپ، ۱۹۹۸).

علی‌رغم اشاره به مشکلات روانشناختی این بیماران تا کنون تیپ شخصیتی خاصی در آنها مشخص نشده است. طی سالهای اخیر، یک ساختار جدید شخصیتی به نام تیپ شخصیتی D با دو ویژگی بارز گرایش به تجربه هیجان‌های منفی و نیز امتناع از ابراز این هیجانها در بیماران قلبی عروقی معرفی و سایر بیماریهای روان‌تنی شده است (علی اکبری، علی‌پور، عباسپور، سلیمی و صفری، ۲۰۱۶؛ پلامرز و دنولت، ۲۰۱۷). ویژگیهای این تیپ شخصیتی یعنی هیجان‌پذیری منفی و بازداری اجتماعی در بیماران IBD نیز مشاهده می‌شود (مورنو و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین تحقیقات به نقش تیپ شخصیتی D در افزایش کورتیزول و تشدید فعالیت سیستم ایمنی اشاره می‌کنند این درحالی است که یکی از فرضیات مشهور در سبب‌شناسی IBD، بدکارکردی سیستم ایمنی است و تحقیقات، بی‌نظمی ترشح هورمون کورتیزول در بیماری کولیت اولسراتیو (کیانک، تاچ و لاروج، ۲۰۱۰؛ لانگورست، ۲۰۱۰) و افزایش ترشح IL1، IL6، TNF $\alpha$  و INF7 در بیماری‌های التهابی روده نشان داده‌اند (مادزلی و رامپتون، ۲۰۰۵). بنابراین با توجه به مطالعات اولیه در خصوص احتمال وجود سازه‌های تشکیل‌دهنده تیپ شخصیتی D در بیماران التهابی روده و نیز همراهی این تیپ شخصیتی با عواملی که در سبب‌شناسی این اختلال به آن اشاره شد، مقایسه تیپ شخصیتی D و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران کولیت اولسراتیو و افراد سالم ضروری به نظر می‌رسد.

## روش

مطالعه ی حاضر یک پژوهش مورد- شاهد می‌باشد که در آن تیپ شخصیتی D و راهبردهای مقابله‌ای بیماران کولیت اولسراتیو با افراد عادی مقایسه شده است. جامعه آماری کلیه ی زنان مبتلا به کولیت اولسراتیو و افراد بدون بیماری مذکور در شهر اصفهان بود. نمونه ی این مطالعه شامل ۶۰ بیمار مراجعه‌کننده به متخصصین گوارش بیمارستان نور بود. همچنین نمونه گروه کنترل از بین اعضای

خانواده بیماران که مبتلا به بیماری گوارشی نبودند، انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در دسترس و معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از تشخیص بیماری کولیت اولسراتیو بر اساس نظر متخصص گوارش و مبتنی بر نتایج بررسی‌های آندوسکوپی، بافت‌شناسی و رادیولوژی در گروه مورد، سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، عدم مصرف داروهای روانپزشکی و عدم شرکت در جلسات مداخلات روان‌شناختی در طول ۶ ماه گذشته، رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه و ملاکهای خروج شامل عدم تکمیل بیش از ۱۰ درصد سوالات پرسشنامه‌ها بود. روش جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس<sup>۱</sup> و تیپ شخصیتی D انجام گرفت.

پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس (CISS) در سال ۱۹۹۰ توسط اندلر و پارکر به منظور سنجش شیوه‌های مقابله با استرس ساخته شد (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰). این تست شامل ۴۸ ماده است که پاسخها به روش لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص شده است. این پرسشنامه، ۳ شیوه‌ی مقابله‌ی عمده مساله مدار، هیجان مدار و اجتناب مدار را معلوم می‌کند. هر کدام از شیوه‌های مقابله‌ی ۱۶ سوال دارد و مجموع نمرات ماده‌های هر مقیاس جداگانه محاسبه می‌شود و فاقد نمره‌ی کلی است. دامنه‌ی تغییرات سه نوع مقابله به این شکل است که نمره‌ی هر یک از رفتارهای رویارویی سه گانه یعنی مساله مدار، هیجان مدار و اجتنابی از ۱۶ تا ۸۰ است. قریشی راد (۲۰۱۰) پایایی CISS را در جامعه‌ی ایرانی با استفاده از آلفای کرونباخ برای سه زیر مقیاس مساله مدار ( $\alpha = 0/86$ )، هیجان مدار ( $\alpha = 0/81$ ) و اجتناب مدار ( $\alpha = 0/79$ ) گزارش کرده است. به منظور محاسبه‌ی همبستگی عوامل پرسشنامه‌ی مقابله با استرس از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردیده و نتایج ذیل به دست آمده است. مساله مدار (۰/۵۸) هیجان مدار (۰/۵۵) و اجتنابی (۰/۹۳).

پرسشنامه‌ی سنجش تیپ شخصیتی<sup>۲</sup> D (DS14): این پرسشنامه اختصاصاً برای سنجش عاطفه منفی (تمایل به تجربه هیجانهای منفی) و بازداری اجتماعی (تمایل به عدم ابراز هیجانان در تعاملات اجتماعی) تیپ شخصیتی D توسط دنولت معرفی شد (دنولت، ۲۰۰۵). آیتم‌های این ابزار از نسخه اولیه آن (DS16) مستخرج شد ولی آیتم‌های جدیدی را نیز دربر می‌گیرد که برای غنی ساختن سنجش عاطفه منفی و بازداری اجتماعی طراحی شده‌اند و در مجموع در نسخه جدید ۱۴ سوالی، ۷ آیتم جهت پوشش دادن حیطه‌های عاطفه‌ی منفی و ۷ آیتم جهت پوشش دادن بازداری اجتماعی تعبیه شدند. پاسخهای این سوالات به روش لیکرت از هرگز (۰) تا همیشه (۴) مشخص شده است. مطالعه‌ی

1. Coping Inventory for Stressful Situations
2. D Personality Scale

دنولت آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های عاطفه منفی و بازداری اجتماعی را به ترتیب ( $\alpha = 0/88$ ) و اجتناب مدار ( $\alpha = 0/86$ ) گزارش کرده است. همچنین ضریب همبستگی عاطفه ی منفی را با مقیاس روان‌رنجوری پرسشنامه ی شخصیتی NEO ( $r = 0/88$ ) و ضریب همبستگی بازداری اجتماعی را با مقیاس برون‌گرایی پرسشنامه ی شخصیتی NEO ( $r = -0/65$ ) ذکر نمود (دنولت، ۲۰۰۵). ویژگیهای روانسنجی این پرسشنامه در مطالعه ی داخلی نیز مناسب و مطلوب گزارش شده است. پایایی این مقیاس برای هیجان‌پذیری منفی  $0/79$  و برای بازداری هیجانی  $0/77$  به دست آمد. ضریب همبستگی عاطفه ی منفی با مقیاس روان‌رنجوری پرسشنامه ی شخصیتی NEO ( $r = 0/65$ ) و ضریب همبستگی بازداری اجتماعی با مقیاس برون‌گرایی پرسشنامه ی شخصیتی آیزینگ ( $r = -0/62$ ) گزارش شده است (باقریان و بهرامی، ۲۰۱۱).

از بین ۶۰ بیمار مورد مطالعه، نتایج ۴ نفر از مطالعه خارج شد و در گروه افراد سالم نیز ۷ پرسشنامه ی شرایط تجزیه و تحلیل را نداشته که خارج شدند. در نهایت تحلیل داده‌ها بر روی ۵۶ پرسشنامه در گروه بیماران و ۵۳ پرسشنامه در گروه افراد سالم صورت گرفت. داده‌های حاصله از ابزارهای فوق با استفاده از نوزدهمین ویرایش نرم افزار SPSS و با استفاده از روش تحلیل واریانس چند راهه (مانوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته ها

نتایج تجزیه و تحلیل داده های جمعیت شناختی بیماران مبتلا به UC و افراد عادی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. ویژگیهای جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو و افراد عادی

Sig.	فراوانی (درصد فراوانی)		متغیر	
	مبتلا به کولیت	سالم		
0/46	۳۰ (۵۲/۶)	۲۷ (۴۷/۴)	زن	جنسیت
	۲۶ (۵۰)	۲۶ (۵۰)	مرد	
0/504	۱۷ (۵۸/۶)	۱۲ (۴۱/۴)	زیر دیپلم	تحصیل
	۱۷ (۴۵/۹)	۲۰ (۵۴/۱)	دیپلم	
	۴ (۳۶/۴)	۷ (۶۳/۶)	فوق دیپلم	
	۱۸ (۵۶/۳)	۱۴ (۴۳/۸)	لیسانس و بالاتر	
0/14	۲۰ (۶۰/۶)	۱۳ (۳۹/۴)	مجرد	وضعیت تاهل

	متاهل	۴۰ (۵۲/۶)	۳۶ (۴۷/۴)
	بیکار	۲۵ (۴۸/۱)	۲۷ (۵۱/۹)
۰/۹۹	شاغل	۲۶ (۴۹/۱)	۲۷ (۵۰/۹)
	بازنشسته	۲ (۵۰)	۲ (۵۰)
۰/۸۷	سن	۱۰/۶۱ ± ۳۴/۱۱	۸/۳۸ ± ۳۳/۸۲

در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد دو گروه مورد مطالعه در متغیرهای تیپ شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای نشان داده شده است

### جدول ۲. مولفه های توصیفی نمرات تیپ شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای دو گروه مورد مطالعه

Sig.	F	MS	sd	M	
۰/۳۲۱	۰/۹۹۳	۲۱/۰۷۳	۲/۰۴	۱۲/۲۴	هیجان‌پذیری سالم
			۵/۰۹	۱۴/۱۲	منفی
			۳/۹۳	۱۳/۰۵	بازداری
۰/۰۴۹	۳/۹۶۴	۶۳/۹۶۵	۴/۰۸	۱۴/۵۸	اجتماعی
			۱۰/۴	۴۳/۴۷	مساله‌مدار سالم
۰/۰۶۲	۳/۵۵۲	۴۷۳/۷۵۲	۱۲/۵	۴۷/۸۴	مبتلا به کولیت
			۸/۰۲	۵۰/۵۸	هیجان‌مدار سالم
۰/۰۷۸	۳/۱۷۳	۲۸۰/۵۵۵	۱۰/۵۴	۴۷/۳۷	مبتلا به کولیت
			۸/۱۹	۵۱/۵۰	اجتنابی سالم
۰/۳۳۳	۰/۹۴۶	۸۷/۵۸۶	۹/۸	۴۹/۸۲	مبتلا به کولیت

برای بررسی تیپ شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای در بین بیماران مبتلا به کولیت و افراد سالم از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MONOVA) استفاده شد. پیش فرض‌های MONOVA انجام شد. نتایج آزمون لوین برای تیپ شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای نشان دهنده‌ی برابری واریانس‌های تمام زیرمقیاسها (به جز راهبردهای هیجان‌مدار) دو گروه سالم و بیماران مبتلا به کولیت بود. نتایج آزمون لامبدای ویکلز برای بررسی تفاوت میانگین‌های دو گروه بیماران مبتلا به کولیت و افراد عادی نشان داد به طور کلی از نظر تیپ شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ( $F= ۲/۰۶, P= ۰/۰۷$ ) با این وجود بررسی تفکیکی نتایج حاکی از آن است که دو گروه تنها در متغیر بازداری اجتماعی با هم تفاوت معناداری دارند.

**بحث و نتیجه گیری**

تحقیق حاضر نشان داد گروه بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو و افراد عادی از نظر به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. این یافته با یافته‌های تحقیقاتی که نشان می‌دهد شدت UC با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار رابطه دارد (چالسیک و همکاران، ۲۰۰۶؛ نوول و همکاران، ۲۰۱۱؛ زانتاپولوس، ۲۰۰۶)، مغایر است. از سوی دیگر این یافته تحقیق حاضر با نتایج تحقیقاتی همراستا است که نشان می‌دهد رابطه ضعیف یا عدم ارتباط بین استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و این اختلال وجود دارد (دوریان و همکاران، ۲۰۰۹؛ دامسر و آدایر، ۲۰۰۹؛ لارسون و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین یافته‌های تحقیق حاضر همراستا با تحقیقاتی است که نشان می‌دهد راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار تأثیری بر شدت اختلال ندارد (کالسیک و همکاران، ۲۰۰۶؛ دوریان و همکاران، ۲۰۰۹؛ لارسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ اسمولن و تاب، ۱۹۹۸)..

از دیگر یافته‌های تحقیق حاضر این بود که گروه بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو بیش از افراد عادی بازداری اجتماعی نشان می‌دهند. به نظر می‌رسد بیماران UC در مطالعه‌ی حاضر بیش از آنکه از تجربه‌ی هیجانات منفی بیشتر نسبت به افراد عادی رنج ببرند، با ابراز این هیجانات در جمع مشکل دارند. این یافته با یافته‌های تحقیقاتی همراستا است که نشان می‌دهد بیماران UC در ابعاد برونگرایی نمرات پایین‌تری نسبت به افراد سالم دارند (سجادی نژاد، مولوی، عسگری، کلاتری و ادیبی، ۲۰۱۲). نتایج تحقیقات دیگر در خصوص تفاوت بیماران UC و افراد عادی از نظر تیپ شخصیتی D متفاوت است. به گونه‌ای که یک تحقیق نشان داد بیماران مبتلا به کولیت عاطفه منفی بیشتری نسبت به گروه کنترل دارند ولی از نظر بازداری اجتماعی تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند (سجادی نژاد و همکاران، ۲۰۱۲).. این یافته اگرچه با یافته‌های تحقیق ما مغایر است اما به طور کلی حاکی از غلبه تیپ شخصیتی D در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو است.

به نظر می‌رسد بیماران مبتلا به UC با افراد عادی در خصوص به کارگیری راه‌حل‌های موثر برای مشکلات و تعدیل هیجانات خود تفاوتی ندارند و فقط در خصوص درمیان گذاشتن این هیجانات با دیگران ضعیف‌تر از افراد عادی عمل می‌کنند. لازاروس و همکاران در مفهوم‌سازی مقابله یک تمایز قایل شده‌اند و آن تمایز مقابله‌ی مساله‌مدار از مقابله‌ی هیجان‌مدار است. تلاشهای مساله‌مدار معطوف به تغییر موقعیت تنیدگی‌زا می‌باشد، یعنی بر مهار عامل تنیدگی‌زا به منظور کاهش یا حذف آن توجه دارد، در حالی که تلاشهای هیجان‌مدار معطوف به تغییر واکنشهای هیجانی به عوامل تنیدگی‌زا می‌باشد، یعنی بر مهار پاسخهای هیجانی و برانگیختگی فیزیولوژیایی در جهت کاهش

تئیدگی تاکید دارد. مهم ترین این راهبردها عبارتند از مقابله رویارویانه (تلاش های ستیزه جویانه برای تغییر موقعیت)؛ جستجوی حمایت اجتماعی (تلاش ها در راستای کسب حمایت هیجانی و اطلاعاتی از دیگران) و راهبرد حل مساله با برنامه (تلاش های سنجیده مساله مدار برای حل موقعیت). از سوی دیگر، راهبردهای هیجان مدار عبارت از شیوه هایی هستند که بر پایه آن، افراد به سطح بهینه ای از تنظیم هیجانی و توانایی برخورد با موقعیت ها و احساسات شدید و بحرانی دست می یابند. مهم ترین این راهبردها عبارتند از خویشتن داری (تلاش شخص برای تنظیم و کنترل احساسات خود؛ فاصله گیری (تلاش در راستای جدا شدن از موقعیت)؛ ارزیابی دوباره/ سازگاری (تلاش برای یافتن معنای مثبت در تجربه با تاکید بر رشد شخصی)؛ و راهبرد پرهیز/گریز (تلاش برای رهایی یا پرهیز از موقعیت) (تیلور، ۱۹۹۰). یکی از دلایل عدم تفاوت افراد عادی و مبتلایان به UC می تواند در به کارگیری زیرمجموعه های متفاوتی از راهبردهای مقابله ی مساله مدار یا هیجان مدار باشد. با توجه به بازداری هیجانی بیشتر مبتلایان به UC احتمالاً حمایت اجتماعی کمتری دریافت می کنند که این کاستی را از طریق به کارگیری سایر راهبردهای مقابله مساله مدار (مانند مقابله ی رویارویانه و راهبرد حل مساله با برنامه) جبران می کنند.

به طور کلی تحقیق حاضر نشان داد افراد عادی و مبتلایان به کولیت اولسراتیو از نظر راهبردهای مقابله ای (سازگاری روانشناختی) و تجربه هیجانات منفی تفاوتی با یکدیگر ندارند ولی مبتلایان به UC بازداری هیجانی بیشتری نشان می دهند.

## References

- Aliakbari-Dehkordi, M., Alipour, A., Abaspour, P., Salimi, E., & Safari, Y. H. (2016). The Intervening Role of Psychological Well-Being in the Relationship of Meta-Cognitive Beliefs and Personality Type D with Severity of Illness Symptoms among Patients with Psoriasis. *J Res Behavioral Sci*, 14(1), 85-91.
- Azimi, Z., & Bakhshpour Roudsari, A. (2013). The relationship between coping strategies, depression, physical disability, and pain intensity in people with chronic back pain. *J Res Behav Sci*, 10(7), 709-718.
- Bagherian, R., & Bahrami Ehsan, H. (2011). Psychometric Properties of the Persian Version of Type D Personality Scale (DS14). *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 5(2), 12-17.
- Calsbeek, H., Rijken, M., Dekker, J., & van Berge Henegouwen, G. P. (2006). Disease characteristics as determinants of the labour market position of adolescents and young adults with chronic digestive disorders. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 18(2), 203-209.
- Denollet, J. (2005). DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med*, 67(1), 89-97. doi: 10.1097/01.psy.0000149256.81953.49
- Dorrian, A., Dempster, M., & Adair, P. (2009). Adjustment to inflammatory bowel disease: the relative influence of illness perceptions and coping. *Inflamm Bowel Dis*, 15(1), 47-55. doi: 10.1002/ibd.20583
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers Soc Psychol*, 58(5), 844-854.
- Fakheri, H. (2006). Inflammatory Bowel Disease in Sari. *Digestion*, 12 (3), 155-160.



- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol*, *50*(3), 571-579 .
- Ghoreyshi Rad, F. ( 2010). Validation of Endler & Parker coping scale of stressful situations. *Journal of Behavioral Sciences.*, *4*(1), 1-7 .
- Graff, L. A., Walker, J. R., Clara, I., Lix, L., Miller, N., Rogala, L. Bernstein, C. N. (2009). Stress coping, distress, and health perceptions in inflammatory bowel disease and community controls. *Am J Gastroenterol*, *104*(12), 2959-2969. doi: 10.1038/ajg.2009.529
- Greenley, R. N., Hommel, K. A., Nebel, J., Raboin, T., Li, S.-H., Simpson, P., & Mackner, L. (2010). A Meta-analytic Review of the Psychosocial Adjustment of Youth with Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Pediatric Psychology*, *35*(8), 857-869. doi: 10.1093/jpepsy/jsp120
- Jelsness-Jorgensen, L. P., Bernklev, T., Hovde, O., Prytz Berset, I., Huppertz-Hauss, G., Moum, B., & Lie Hoivik, M. (2016). Patients' perceptions of quality of care and follow-up in inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol*, *51*(4), 434-441. doi: 10.3109/00365521.2015.1102319
- Jones, M. P., Wessinger, S., & Crowell, M. D. (2006). Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*, *4*(4), 474-481. doi: 10.1016/j.cgh.2005.12.012
- Keefer, L., Keshavarzian, A., & Mutlu, E. (2008). Reconsidering the methodology of "stress" research in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*, *2*(3), 193-201.
- Kiank, C., Tache, Y., & Larauche, M. (2010). Stress-related modulation of inflammation in experimental models of bowel disease and post-infectious irritable bowel syndrome: role of corticotropin-releasing factor receptors. *Brain Behav Immun*, *24*(1), 41-48.
- Knowles, S. R., Wilson, J. L., Connell, W. R., & Kamm, M. A. (2011). Preliminary examination of the relations between disease activity, illness perceptions, coping strategies, and psychological morbidity in Crohn's disease guided by the common sense model of illness. *Inflamm Bowel Dis*, *17*(12), 2551-2557.
- Kupst, M. J., Butt, Z., Stoney, C. M., Griffith, J. W., Salsman, J. M., Folkman, S., & Cella, D. (2015). Assessment of stress and self-efficacy for the NIH Toolbox for Neurological and Behavioral Function. *Anxiety Stress Coping*, *28*(5), 531-544.
- Langhorst, J., Cobelens, P. M., Kavelaars, A., Heijnen, C. J., Benson, S., Rifaie, N., Elsenbruch, S. (2007). Stress-related peripheral neuroendocrine-immune interactions in women with ulcerative colitis. *Psychoneuroendocrinology*, *32*(8-10), 1086-1096.
- Larsson, K., Loof, L., Ronnblom, A., & Nordin, K. (2008). Quality of life for patients with exacerbation in inflammatory bowel disease and how they cope with disease activity. *J Psychosom Res*, *64*(2), 139-148. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.10.007
- Magalhaes, J., Castro, F. D., Carvalho, P. B., Moreira, M. J., & Cotter, J. (2014). Quality of life in patients with inflammatory bowel disease: importance of clinical, demographic and psychosocial factors. *Arg Gastroenterol*, *51*(3), 192-197 .
- Mawdsley, J. E., & Rampton, D. S. (2005). Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut*, *54*(10), 1481-1491. doi: 10.1136/gut.2005.064261
- Moreno-Jiménez, B., López Blanco, B., Rodríguez-Muñoz, A., & Garrosa Hernández, E. The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res*, *62*(1), 39-46. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.07.026
- Mussell, M., Böcker, U., Nagel, N., & Singer, M. V. (2004). Predictors of disease-related concerns and other aspects of health-related quality of life in outpatients with inflammatory bowel disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, *16*(12), 1273-1280 .
- Pellissier, S., Dantzer, C., Canini, F., Mathieu, N., & Bonaz, B. (2010). Psychological adjustment and autonomic disturbances in inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, *35*(5), 653-662 .
- Petrak, F., Hardt, J., Clement, T., Börner, N., Egle, U., & Hoffmann, S. (2001). Impaired health-related quality of life in inflammatory bowel diseases psychosocial impact and coping styles in a National German sample. *Scand J Gastroenterol*, *36*(4), 375-382 .
- Pluijmers, E. M., & Denollet, J. (2017). Type D personality as a predictor of poor health outcomes in patients with cardiovascular disease. *Neth Heart J*. doi: 10.1007/s12471-017-0949-4
- Prasko, J., Jelenova, D., & Mihal, V. (2010). Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, *154*(4), 307-314 .
- Sajadinejad, M. S., Molavi, H., Asgari, K., Kalantari, M., & Adibi, P. (2012). Personality dimensions and type D personality in female patients with ulcerative colitis. *J Res Med Sci*, *17*(10), 898-904 .

- Smolen, D. M., & Topp, R. (1998). Coping methods of patients with inflammatory bowel disease and prediction of perceived health, functional status, and well-being. *Gastroenterology Nursing*, 21(3), 112-118 .
- Taylor, J. (1990). Coping with the stress on carers. *Practitioner*, 234, 300-301.
- Xanthopoulos, M. S. (2006). *The relationships among psychological distress, stress, disease symptom activity, and coping in adolescents diagnosed with Crohn's disease*. Drexel University .

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 12 (No. 47), pp. 17-26, 2018

### **A comparison of psychological adjustment and type D personality between ulcerative colitis patients and normal in Isfahan city**

Bagherian-Sararoudi, Reza  
**Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran**  
Adibi, Peyman  
**Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran**  
Askari, Karim  
**Isfahan University, Isfahan, Iran**  
Molavi, Hasan  
**Isfahan University, Isfahan, Iran**  
Sajadinajad, Marzieh Sadat  
**Arak University, Arak, Iran**  
Fatemeh Zargar  
**Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran**

Received: 18. 12.2017

Accepted: 21.03.2018

ulcerative colitis (UC) is an inflammatory bowel disease in which psychological factors play an important role in creating, sustaining and exacerbating of it. This study aimed to compare the psychological adjustment and type D personality in patients with ulcerative colitis and healthy people in the city of Isfahan. This was a case-control study. The sample consisted of 60 patients with UC referred to gastroenterologists of Noor Hospital who were randomly selected. Control sample was selected from family members of UC patients who did not have gastrointestinal diseases. Then the two groups completed Coping Strategies Questionnaire (Endler and Parker, 1990) and personality type D (Denollet, 2005). To analyze the data, Chi-Square test, T-test and multi-way ANOVA (MANOVA) was used. The results showed that there were no significant differences in coping strategies and negative affectivity between two groups of patients with UC and healthy people ( $P > 0.01$ ), but patients with UC showed more emotional inhibition ( $P > 0.01$ ). This study showed that patients with UC have problems in expressing of their negative emotions with others. So training appropriate strategies for expressing negative emotions plays important role in the treatment and prevention of this disorder.

**Keywords:** Coping skills, Personality type D, affect, inhibition and ulcerative colitis

*Electronic mail may be sent to: fatemehzargar@med.mui.ac.ir*