

راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی در افراد مبتلا به پسوریازیس و افراد غیرمبتلا

کبری سلامی اصل^۱، سیدعلی مرعشی^۲، نجمه حمید^۳
و مهناز مهربابی زاده هنرمند^۴

تنظیم هیجان را می‌توان به عنوان فرایندی در نظر گرفت که به واسطه‌ی آن فرد بر شکلی از هیجانی که در حال حاضر دارد تاثیر می‌گذارد و مشخص می‌کند فرد چگونه هیجانان خود را تجربه و ابراز می‌کند. وجود الگوهای مختل در تنظیم هیجان بیماران پوستی می‌تواند باعث تشدید و تدوام وضعیت پوستی آنان شود. هدف این پژوهش مقایسه‌ی راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی (سازگار و ناسازگار) در بیماران مبتلا و غیرمبتلا به پسوریازیس در شهر اهواز بود. برای این منظور، طی یک پژوهش علی-مقایسه‌ای، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر بیمار مبتلا به پسوریازیس و ۵۰ فرد غیرمبتلا) به عنوان نمونه انتخاب و از نظر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی (سازگار و ناسازگار) مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که بین بیماران مبتلا به پسوریازیس و افراد غیرمبتلا از لحاظ راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی (سازگار و ناسازگار) تفاوت معناداری وجود دارد و بیماران مبتلا به پسوریازیس در مقایسه با گروه غیرمبتلا کمتر از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی سازگار و بیشتر از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی ناسازگار استفاده می‌کنند. این احتمال وجود دارد که مشکلات تنظیم شناختی هیجان در تشدید پسوریازیس نقش داشته باشند و بیماران مبتلا به پسوریازیس مانند دیگر بیماران پوستی بیشتر از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی ناسازگار استفاده می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: پسوریازیس، تنظیم شناختی هیجانی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی ناسازگار

مقدمه

پسوریازیس یک بیماری مزمن التهابی عودکننده و علاج ناپذیر پوستی است که در حدود ۲ درصد کل جمعیت اروپا و امریکای شمالی را در برمی‌گیرد (اشمیت-اوت و بوم، ۲۰۱۲). پسوریازیس در واقع

۱. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران نویسنده‌ی مسوول kobra_salami@yahoo.com

۲. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۳. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۴. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

یک بیماری مزمن ناتوان‌کننده پوست و مفاصل است که می‌تواند باعث اختلالات جسمی قابل توجه شود (شارچمیت، اشمیدر، عمر و همکاران، ۲۰۱۱). علایم مشخصه ظاهری پسوریازیس و لگاریس که رایج‌ترین شکل آن است قرمزی، التهاب، پوسته ریزی و سفتی یا پلاک پوست است. بیماران همچنان احساس ناراحت‌کننده خارش و سوزش را تجربه می‌کنند (اشمیت-اوت و بوم، ۲۰۱۲). پسوریازیس تمام جنبه‌های زندگی بیمار را متأثر می‌کند. علایم ظاهری و ناخوشایند آن باعث اختلال در کارکرد طبیعی فرد در بسیاری از زمینه‌ها از جمله تعاملات اجتماعی، شغل و روابط جنسی و... می‌شود (مگین، آدامز، لدینگ و همکاران، ۲۰۰۹). گریفیت و ریچارد برمنشاً روان‌تنی بیماری تاکید کرده و عوامل تنش‌زا را مهم‌ترین ماشه چکان و تشدیدکننده روند بیماری دانسته‌اند (۲۰۰۱). جنبه‌های روان‌شناختی و درمان جسمانی بیماری پسوریازیس تعامل دوطرفه‌ای با یکدیگر دارند. جنبه‌های روانی منفی پسوریازیس تاثیر مستقیم بر سلامت روان دارد. بسیاری از متخصصان اعتقاد دارند که اختلالات روانی از جمله مشکلات شایع در بیماران پوستی (مانند بیماران مبتلا به پسوریازیس) می‌باشد (حاجی حیدری، ضرغامی، محمدپور و همکاران، ۲۰۰۵).

یکی دیگر از مشکلات افراد مبتلا به پسوریازیس مشکل در تنظیم حالات درونی و مشکل در تنظیم هیجان است (ایناموراتی، کوینتو، ایمراتوری و همکاران، ۲۰۱۶). تنظیم شناختی-هیجانی در واقع نوعی راهبرد مقابله‌ای شناختی است. در اصل، در تنظیم هیجان به تعامل بینه‌ای از شناخت و هیجان جهت مقابله با شرایط منفی نیاز است؛ زیرا انسان‌ها با هر رویدادی مواجه می‌شوند، آن را تفسیر می‌کنند و تفسیرهای شناختی تعیین‌کننده واکنش‌های افراد است (ورنر، گولدین، بار و همکاران، ۲۰۱۱) تنظیم هیجان به صورت فرآیندهایی که از طریق آن افراد می‌توانند براین که چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آن‌ها را تجربه یا ابراز کنند توصیف شده است (گارنفسکی، واندن کمار، کریج و همکاران، ۲۰۰۲). تنظیم هیجان به عنوان تلاش‌هایی تعریف می‌شود که از سوی افراد برای حفظ، مهار و افزایش تجربه و ابراز هیجان به کار برده می‌شود (رابرتون، دافن و باکس، ۲۰۱۲) و یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش‌وری موفق بوده و نقش مهمی در سازگاری با وقایع تنیدگی‌زای زندگی ایفا می‌کند (آلداو، نولن-هاکسیما و شوایزر، ۲۰۱۰). تنظیم هیجان فرایندی درونی و تبادل‌ی است که فرد از طریق آن هیجان‌های جاری خود را به صورت هشیار یا ناهشیار مدیریت و مهار می‌کند و مسوول نظارت، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های فرد است و به فرد در دستیابی به اهدافش یاری می‌دهد (برکینگ و همکاران، ۲۰۱۲).

در تحقیقی که کنراد و همکارانش (۲۰۰۸) انجام دادند، ۴۱ بیمار مبتلا به کهیر مزمن ناشناخته^۱ و ۴۴ بیمار مبتلا به پسوریازیس - که در بیمارستان دانشگاه بن تحت درمان بودند - با گروه کنترل که مشکل از ۴۹ فرد سالم بود، از نظر وجود ویژگی‌های الکسی تیمیا، پریشانی هیجانی، افسردگی، اضطراب و خشم حالت مقایسه شدند. نتایج نشان داد که بیماری کهیر مزمن ناشناخته و پسوریازیس با مشکلات شخصیتی در تنظیم هیجان بخصوص در ارتباط با احساس خشم، همراه اند. این نقص در آگاهی هیجانی ممکن است باعث شوند که هیجان‌ها بیشتر به صورت سمپتوم‌های بدنی از جمله خارش (کهیر) تجربه شوند. همچنین در ارزیابی چند بعدی راهبردهای هیجانی که به منظور تبیین رابطه مکانیزم‌های تنظیم هیجانی و کیفیت زندگی در بیماران پوستی انجام شد، نتایج نشان داد که حضور عواطف مثبت با برخی از راهبردهای تنظیم هیجانی (مانند سرکوبی) رابطه‌ای منفی و با برخی دیگر (مانند ارزیابی مجدد) رابطه‌ای مثبت دارند. در این پژوهش ۴۱ بیمار پوستی که شامل ۲۳ بیمار مبتلا به پسوریازیس و ۱۸ بیمار پوستی دیگر (آکنه، درماتیت^۲، ویتیلیگو^۳ و کهیر) بود با گروه کنترل مشکل از ۲۷ فرد سالم مقایسه شدند. وجود الگوهای مختل در تنظیم هیجان در بیماران پوستی می‌تواند باعث تشدید و تداوم وضعیت پوستی آنان شود و همچنین بر کیفیت زندگی بیماران تأثیری منفی می‌گذارد. سرکوبی، انسداد آگاهی هیجانی، انکار و مشکل در ارتباط هیجان ثابت می‌کند که مشکل در راهبردهای تنظیم هیجان با وقوع بیماری پوستی ارتباط دارد (سیلوویکا، امریو، فالچری و همکاران، ۲۰۰۸). همان‌طور که گفته شد پسوریازیس را در زمره اختلالات سایکوفیزیولوژیک طبقه‌بندی کرده اند (کو و لی، ۲۰۰۳). تلاش برای درک این نقایص روان‌شناختی ممکن است در جهت کشف عوامل روانی دخیل در ایجاد، تشدید یا تداوم پسوریازیس و در درجه بعد کمک به درمان این بیماران مفید باشد. با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال بود آیا بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی بیماران مبتلا به پسوریازیس و افراد غیر مبتلا به پسوریازیس تفاوتی وجود دارد.

روش

طرح تحقیق حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به پسوریازیس (زن و مرد) مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها و مراکز درمانی و افراد غیر مبتلا به پسوریازیس در شهر اهواز بود. از این جامعه، ۵۰ بیمار و ۵۰ نفر از افراد غیرمبتلا (پرسنل درمانگاه‌ها و مطب‌های

1. Chronic Idiopathic Urticaria (CIU)

2. Vitiligo

3. dermatitis

متخصصین در دسترس و همراهان بیمار) بود. آزمودنی‌ها بعد از دریافت توضیح کامل پژوهش و اخذ رضایت با پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی^۱ مورد آزمون قرار گرفتند. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهون ساخته شده است. این پرسشنامه ۳۶ عبارت دارد که پاسخگویی به هر یک از آن‌ها به صورت مقیاس لیکرت پنج درجه ای (۱= تقریباً هرگز، تا ۵= همیشه) است. این پرسش‌نامه دارای ۲ راهبرد تنظیم شناختی هیجانی سازگار و ناسازگار و ۹ زیر مقیاس است، پنج زیر مقیاس این پرسش‌نامه راهبردهای شناختی هیجانی سازگار و چهار زیر مقیاس دیگر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی ناسازگار هستند (کارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). در بررسی مشخصات روان‌سنجی آزمون، گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱ و ۰/۸۷ به دست آوردند. عبدی (۲۰۰۷) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از خورده مقیاس‌ها بین ۶۴/۰ تا ۸۴/۰ گزارش داده است. هم‌چنین در پژوهشی توسط که بنی‌هاشمیان (۲۰۱۵) انجام شد، پایایی تنظیم شناختی - هیجانی توسط سه روش آلفای کرونباخ، تنصیف و گاتمن مورد بررسی قرار گرفت. در پژوهش حاضر پایایی تنظیم شناختی - هیجانی بر اساس آلفای کرونباخ برای راهبردهای تنظیم شناختی سازگار ۰/۷۳ و راهبردهای تنظیم شناختی ناسازگار ۰/۷۱ به دست آمد. هم‌چنین آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها ۵۵ تا ۷۰ درصد گزارش شد. امین‌آبادی، دهقانی و خداپناهی (۲۰۱۱)، برای بررسی روایی همگرا و واگرایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در ایران از مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس استفاده کردند، که ضرایب به دست آمده معنادار بودند.

یافته‌ها

در جدول ۱ آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی سازگار ارائه شده است.

شاخص لامبدای ($p < .001$) $F(5,94) = 4.19$ نشان داد که حداقل از لحاظ یکی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای مشخص ساختن منبع معنی‌داری آماری اثر چند متغیری از تحلیل واریانس یک راه در متن مانوا استفاده شد. جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس یک‌راه در متن مانوا برای مقایسه‌ی میانگین‌های دو گروه در راهبردهای مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان سازگار را نشان می‌دهند.

1. Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

جدول ۱. مولفه‌های توصیفی راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی سازگار در دو گروه

متغیر	افراد سالم		مبتلا به پسوریازیس	
	sd	M	sd	M
پذیرش	۶/۲	۳۳/۱۲	۳۲/۲	۳۸/۱۳
تمرکز مجدد مثبت	۴۸/۲	۱۱/۱۳	۰۰/۲	۰۶/۱۲
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۳۹/۲	۳۸/۱۳	۲۰/۲	۰۴/۱۲
ارزیابی مجدد مثبت	۲۵/۲	۴۲/۱۳	۱۶/۲	۸۰/۱۱
اتخاذ دیدگاه	۸۶/۱	۳۷/۱۲	۷۳/۱	۸۴/۱۱
سرزنش خود	۲/۱۹	۱۱/۰۷	۲/۲۰	۱۲/۳
سرزنش دیگران	۲/۲۱	۱۱/۱۰	۲/۰۹	۱۱/۸۲
نشخوارفکری	۱/۹۶	۱۲/۴۰	۱/۹۲	۱۲/۸۰
فاجعه انگاری	۲/۲۲	۱۰/۹۵	۱/۸۱	۱۱/۶۴

جدول ۲. خلاصه‌ی تحلیل واریانس یکراهه در متن مانوا روی نمره‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار در دو گروه

متغیر وابسته	SS	df	MS	F	Sig.
پذیرش	۲۷/۳۴	۱	۲۷/۳۴	۵/۶۷	<۰/۰۱۹
تمرکز مجدد مثبت	۲۷/۶۸	۱	۲۷/۶۸	۵/۴۵	۰/۰۲۲
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۲۳/۵۳	۱	۲۳/۵۳	۴/۴۱	<۰/۰۳۸
ارزیابی مجدد	۶۶/۴۰	۱	۶۶/۴۰	۱۳/۵۵	≤۰/۰۰۱
دیدگاه	۷/۱۹	۱	۷/۱۹	۲/۲۲	<۰/۱۳۹

باتوجه به جدول ۲ در خرده مقیاس‌های پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و ارزیابی میان افراد مبتلا و غیر مبتلا به پسوریازیس تفاوت معنی داری ($p < ۰/۰۵$) وجود دارد. هرچند افراد مبتلا به پسوریازیس در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار نمرات پایین تری نسبت به افراد غیر مبتلا کسب کردند، اما بین دو گروه در راهبردهای اتخاذ دیدگاه، تفاوت معناداری مشاهده نشد. در بررسی تحلیل واریانس چند متغیری بر روی نمرات راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار، شاخص لامبدای ویلکز ($p < ۰/۰۵$) $F(۴ و ۹۵) = ۴۵/۲$ نشان داد که حداقل از لحاظ یکی از خرده مقیاس‌های

تنظیم شناختی هیجان ناسازگار، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای مشخص ساختن منبع معنی‌داری آماری اثر چند متغیری از تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا استفاده شد. جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس یکراهه در متن مانوا برای مقایسه‌ی میانگین‌های دو گروه در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار را نشان می‌دهند. بینیم که از نظر خرده مقیاس‌های سرزنش دیگران، نشخوارفکری و فاجعه سازی در میان افراد مبتلا به پسوریازیس و افراد غیرمبتلا تفاوت معنی‌داری ($p > 0.05$) وجود ندارد. اما در راهبرد مقیاس سرزنش خود معنی‌داری است. بر اساس جدول ۳ افراد مبتلا به پسوریازیس نمرات بالاتری نسبت به افراد غیرمبتلا کسب کردند.

جدول ۳. خلاصه‌ی نتایج تحلیل واریانس یکراهه در متن مانوا روی نمره‌های

متغیر وابسته	SS	df	MS	F	Sig.
سرزنش دیگران	۱۲/۱۶	۱	۱۲/۱۶	۲/۸۳	<۰/۰۹۵
نشخوارفکری	۱۷/۳۷	۱	۱۷/۳۷	۳/۶۴	۰/۰۵۹
سرزنش خود	۳۷/۷۶	۱	۳۷/۷۶	۷/۷۸	<۰/۰۰۶
فاجعه سازی	۱۱/۸۵	۱	۱۱/۸۵	۲/۸۸	<۰/۰۹۳

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار در بیماران مبتلا به پسوریازیس و افراد غیرمبتلا بود. بر اساس یافته‌های این پژوهش بیشتر در راهبردهای تنظیم هیجان سازگار بین دو گروه تفاوت مشاهده شد. اما در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار به غیر از سرزنش خود، بین افراد مبتلا به پسوریازیس و افراد غیرمبتلا، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در واقع افراد غیرمبتلا نمرات کمتری در این خرده مقیاس نسبت به افراد مبتلا به پسوریازیس کسب کردند.

یافته‌ها نشان می‌دهند، بیماران پسوریازیس بیش از افراد غیر مبتلا در تنظیم شناختی هیجان مشکل دارند. این یافته با پژوهش‌های بوتیزی، سریا، ویمیت، سیکا، گیسو (۲۰۱۶)، ایناموراتی و همکارانش (۲۰۱۶)، سی‌یویکا و همکاران (۲۰۱۴) و کنراد و همکارانش (۲۰۰۸) همسو بوده است.

در پژوهش حاضر از لحاظ راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و ارزیابی مجدد مثبت بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده شد اما در راهبرد کنار آمدن با دیدگاه

تفاوتی مشاهده نشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت؛ بیماران مبتلا به پوریزیس نگرانی از ارزیابی دیگران دارند، آن‌ها ممکن است به علت ظاهرعلایم دچار انزوای اجتماعی شوند و بر روی بیماریشان متمرکز شوند، که این خود می‌تواند منجر به کاهش به کارگیری راهبرد ارزیابی مجدد مثبت شود که در آن فرد روی جنبه‌های مثبت واقعه متمرکز می‌شود. شدت بیماری با درجه پذیرش بیماری ارتباط مستقیم دارد، عدم پذیرش بیماری در این افراد باعث شدت گرفتن بیماری می‌شود، به نظر می‌رسد بیمارانی که مراحل حادثی از بیماری را سپری می‌کنند، توانایی کمتری در استفاده از راهبرد سازگار پذیرش دارند. عدم پذیرش بیماری منجر به افزایش تنش، اضطراب، افسردگی، افکار و سواسی، احساس ناتوانی، عدم جذابیت در برقراری ارتباط با دیگران، انزوا، فاصله گرفتن از احساسات و عدم توانایی در احساس لذت می‌شود. هم‌چنین، در این بیماران اضطراب بسیار شایع است و علائم اضطرابی در آن‌ها رایج است. این بیماران معمولاً به طور مداوم درگیر افکار منفی نسبت به بیماری هستند، اغلب از افسردگی رنج می‌برند و نتیجتاً باعث کاهش راهبرد سازگار ارزیابی مجدد می‌گردد و فرد قادر نیست به جنبه‌های مثبت واقعه توجه کند. به طور کلی برای کنار آمدن با هیجانات ناخوشایندشان از راهبردهای سازگار کمتری استفاده می‌کنند، که به نوبه خود باعث تشدید بیماری می‌شود. در ارزیابی چند بعدی راهبردهای هیجانی که به منظور تبیین رابطه مکانیزم‌های تنظیم هیجانی و کیفیت زندگی در بیماران پوستی انجام شد، نتایج نشان داد که حضور عواطف مثبت با برخی از راهبردهای تنظیم هیجانی (مانند سرکوبی) رابطه ای منفی و بابرخی دیگر (مانند ارزیابی مجدد) رابطه ای مثبت دارند (سیلوویکا و همکاران، ۲۰۱۴). در واقع کسانی که از راهبرد ارزیابی مجدد استفاده می‌کنند، هیجانات مثبت بیشتر و هیجانات منفی کمتری تجربه می‌کنند؛ به گونه‌ای که استفاده از این راهبرد با عملکرد بهتر و سلامت بین فردی همراه است (واری، ویلوتی، زاواتینی و همکاران، ۲۰۱۴). در واقع این یافته‌ها همسو با نتایج این پژوهش است که تفاوت معنی داری در این دو راهبرد بین دو گروه وجود دارد

به‌علاوه همان طور در پژوهش‌های مختلف مشاهده شده (لارینا، دپورا، ۲۰۱۶)، بیماران مبتلا به پوریزیس سطوح بالایی از الکسی تیمیا دارند. الکسی تیمیاها از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناکارآمد و ناسازگار استفاده می‌کنند، در واقع این افراد قادر به بروز هیجان‌اتشان به گونه‌ای سالم نیستند، در نتیجه مشکلات هیجانی آن‌ها به صورت بیماری‌های روان‌تنی مانند پوریزیس نمود می‌یابد. این بیماران اغلب از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند. معمولاً در افسردگی فرد تمرکز بیش از حد و منفعل بر افکار، احساسات و مشکلات مرتبط با عواطف منفی دارد، بدون تمرکز بر روش

حل مساله فعال یا توجه برگردانی. بنابراین افراده افسرده توانایی کمتری در استفاده از راهبرد تمرکز مجدد بر برنامه ریزی دارند که شامل فکر کردن درباره مراحل فائق آمدن به واقعه منفی یا تغییر آن است، چرا که این راهبرد نیاز تمرکز بر حل مساله است.

تنظیم شناختی - هیجانی ناسازگار شامل راهبردهای مقابله‌ای شناختی است که نابهنجار هستند و سازگاری فرد با شرایط فعلی را کاهش می‌دهد که شامل سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه انگاری و سرزنش دیگران است (جرمن، واندرلیدن، ریشتا، و همکاران، ۲۰۱۴). نتایج به دست آمده در پژوهش عباسقلی‌زاده قانع، خسروی و عاملی (عباسقلی‌زادگان، ناخسقمشره و امیری، ۲۰۱۲) نشان داد که افراد مبتلا به پسوریازیس نسبت به افراد غیر مبتلا طرحواره‌های اولیه ناسازگار بیشتری دارند. طرحواره‌های اطاعت، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، آسیب پذیری به ضرر و بیماری، شکست و ایثار، انزوای اجتماعی، بیگانگی، نقص/شرم، گوش بزنگی بیش از حد، بازداری خودگردانی، بریدگی و طرد و عملکرد مختل و خودانضباطی ناکافی و عملکرد مختل در این بیماران بیشتر است. افراد به منظور انطباق با طرحواره‌ها پاسخ‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگاری را به وجود می‌آورند تا مجبور نشوند هیجانات شدید و استیصال‌کننده را تجربه کنند. سبک‌های مقابله‌ای می‌توانند به صورت شناختی - عاطفی یا رفتاری بروز می‌کنند که از طرحواره نشات می‌گیرد. افراد دارای طرحواره بازداری هیجانی، رفتار، احساسات و روابط بین فردی خودانگیخته‌اشان را محدود می‌کنند. هم‌چنین نتایج نشان داد که وجود الگوهای مختل در تنظیم هیجان در بیماران پوستی می‌تواند باعث تشدید و تداوم وضعیت پوستی آنان شود و هم‌چنین بر کیفیت زندگی بیماران تأثیری منفی می‌گذارد.

هم‌چنین افراد افسرده، معمولاً افرادی خودانتقادگرند و تمایل دارند شکست‌هایشان را به صفات درونی و پایدار نسبت دهند، که همه‌ی اینها منجر به افزایش به کارگیری راهبرد سرزنش خود در پسوریازیس می‌شود که یکی از شایعترین اختلالات همراه افسردگی است، افسردگی در واقع نوعی پرخاشگری به درون برگشته می‌باشد و فرد افسرده به علت خشمی که نسبت به خود دارد بیشتر گرایش دارد به سرزنش خود بپردازد تا سرزنش دیگران، از طرفی همان‌طور که گفته شد پژوهش‌ها مؤید وجود طرحواره‌های ناسازگار در بیماران مبتلا به پسوریازیس است و همان‌گونه که می‌دانیم افراد برای انطباق با این طرحواره‌ها پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگاری را به وجود می‌آورند. از جمله طرحواره طرد/شرم که می‌تواند منجر به شکل‌گیری راهبرد ناسازگار سرزنش خود گردد، بنابراین بیشتر تمایل دارند از راهبرد سرزنش خود و کمتر از راهبرد سرزنش دیگران استفاده کنند.

در پایان پیشنهاد می‌شود که پژوهشی یا همین عنوان بر روی دو جنس به تفکیک انجام شود و نتایج مقایسه شوند. نقش عوامل هیجانی در بیماری‌های پوستی بسیار پراهمیت است؛ در پسونیازیس نیز، ریسک وجود مشکل در تنظیم هیجان در مبتلایان به آن زیاد است و راهبردهای هیجانی مناسب به این بیماران برای غلبه بر مشکلات جسمانی و روانی کمک می‌کند. بنابراین توصیه می‌شود در پژوهش‌های مداخله‌ای اثر آموزش و به کارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر علائم بیماری پسونیازیس بررسی شود. در نهایت پزشکان و متخصصین بیماری‌های پوستی وضعیت روانی بیماران مبتلا به پسونیازیس را از لحاظ راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و کاربرد مناسب آن‌ها مورد توجه قرار دهند و در صورت لزوم این بیماران را به روان‌شناس و یا روانپزشک ارجاع دهند. در اشاره به محدودیت‌های این پژوهش باید گفت که در این پژوهش به دلیل علی - مقایسه‌ای بودن طرح تحقیق نتیجه‌گیری علی می‌بایست با احتیاط انجام شود. همچنین به دلیل اینکه این پژوهش در شهر اهواز انجام شده در تعمیم نتایج این پژوهش به سایر شهرها باید جانب احتیاط رعایت نمود.

References

- Abbasgholi zade ghane M, Kosravi Z, Ameri F. (2012). Comparing of early maladaptive schemas and their parental origins and coping strategies in psoriasis patient, diabetes type 1 patients and healthy people. *J Studies in Psychology*; 5(18): 23-74.
- Abdi, S. (2007). Causal relation of perspective taking, emotional comparing, sex role orientation, self monitoring, and emotion regulation with emotional empathy of university students. *Unpublished Master's thesis, University of Tabriz, Iran.*
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*.
- Bani hashemian K. (2015). *The causal relationship between personality traits and post-traumatic growth with cognitive-emotional adjustment mediators in patients with hepatitis B in the Shiraz Hepatitis Research Center.* (Dissertation). Ahwaz: Shahid Chamran University; (Persian).
- Berking, M., Poppe, C., Luhmann, M., Wupperman, P., Jaggi, V., & Seifritz, E. (2012). Is the association between various emotion-regulation skills and mental health mediated by the ability to modify emotions? Results from two cross-sectional studies. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(3), 931-937.
- Bottesi G, Cerea S, Ouimet AJ, Sica C, Ghisi M. Affective correlates of trichotillomania across the pulling cycle: Findings from an Italian sample of self-identified hair pullers. *Psychiatry Research*. 2016 Dec 30;246:606-11.
- Ciuluvica, C., Amerio, P., & Fulcheri, M. (2014). Emotion regulation strategies and quality of life in dermatologic patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 127, 661-665.
- Conrad, R., Geiser, F., Haidl, G., Hutmacher, M., Liedtke, R., & Wermter, F. (2008). Relationship between anger and pruritus perception in patients with chronic idiopathic urticaria and psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22(9), 1062-1069.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327.
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European journal of personality*, 16(5), 403-420.
- Innamorati, M., Quinto, R. M., Imperatori, C., Lora, V., Graceffa, D., Fabbriatore, M., ... & Bonifati, C. (2016). Health-related quality of life and its association with alexithymia and difficulties in emotion regulation in patients with psoriasis. *Comprehensive psychiatry*, 70, 200-208.

- Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., & Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 126-131.
- Larina K, Deborah Roth L. (2016). Concise guides to mental health anxiety disorders. Translated by Gorji Y, Hosseini F. Tehran: Arjmand.
- Lee, C. S., & Koo, J. Y. (2003). General approach to evaluating psychodermatological disorders. In *Psychocutaneous medicine* (pp. 17-26). CRC Press.
- Magin, P., Adams, J., Heading, G., Pond, D., & Smith, W. (2009). The psychological sequelae of psoriasis: results of a qualitative study. *Psychology, health & medicine*, 14(2), 150-161.
- Richards, H. L. (2001). Psychological influences in psoriasis. *Clin Exp Dermatol*, 26, 338-342.
- Roberton, T., Daffern, M., & Bucks, R. S. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression and violent behavior*, 17(1), 72-82.
- Schaarschmidt, M. L., Schmieder, A., Umar, N., Terris, D., Goebeler, M., Goerd, S., & Peitsch, W. K. (2011). Patient preferences for psoriasis treatments: process characteristics can outweigh outcome attributes. *Archives of dermatology*, 147(11), 1285-1294.
- Schmid-Ott, G., Böhm, D., & Stock Gissendanner, S. (2012). Patient considerations in the management of mental stress in psoriasis. *Patient Intelligence*, 4, 41-50.
- Vari, C., Velotti, P., Zavattini, G. C., Richetta, A. G., & Calvieri, S. (2014). Multimethod and interpersonal assessment in medical settings: a case study from the dermatology unit. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1(3).
- Werner, K. H., Goldin, P. R., Ball, T. M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 346-354.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 12 (No. 48), pp. 47-56, 2018

Emotional Regulation Cognitive Strategies in Psoriasis Patients and Non-Psoriasis Individuals

Salami Asal, Kobra

Psychology department, Shahid Chamran University of Ahvaz , Ahvaz, Iran
Marashi, Seyed Ali

Psychology department, Shahid Chamran University of Ahvaz , Ahvaz, Iran
Hamid, Najmeh

Psychology department, Shahid Chamran University of Ahvaz , Ahvaz, Iran
Mehrabizadeh Honarmand, Mahnaz

Psychology department, Shahid Chamran University of Ahvaz , Ahvaz, Iran

Received: 31.12.2017

Accepted: 17.02.2018

Emotion regulation can be assumed as a process which by the individual affects the emotion that is currently being experienced and determines how the person experiences and expresses the emotions. Dysfunctional patterns of emotion regulation in skin patients could intensify and maintain their condition. The aim of this research was to compare the cognitive emotion regulation strategies (adaptive and maladaptive) in psoriasis patients and non-psoriasis individuals in Ahvaz city. To gain this purpose, by using convenience sampling method, 100 individuals (50 psoriasis patients and 50 non-psoriasis) were selected as the sample to conduct a casual- comparative research and emotion regulation strategies (adaptive and maladaptive) were assessed. The results of multivariate analysis of variance (MANOVA) indicated that there was a significant difference between psoriasis patient and non-psoriasis individuals in emotional regulation cognitive strategies (adaptive and maladaptive) and the psoriasis patients use less adaptive and more non-adaptive emotion regulation strategies in comparison to non-psoriasis individuals. It is possible that the emotional cognitive regulation problems could be considered in increasing psoriasis, and patients with psoriasis, like other skin diseases use more non-adaptive emotional regulation cognitive strategies.

Keywords: psoriasis, emotional regulation cognitive, non- adaptive emotional regulation cognitive strategies.

Electronic mail may be sent to: kobra_salami@yahoo.com