

نقش تعدیل کننده ناگویی هیجانی بر رابطه بین پریشانی روانشناختی و شدت بیماری و میزان خارش پوستی در بیماران مبتلا به پسوریازیس

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۲۰

خلاصه

مقدمه: پسوریازیس یکی از شایع‌ترین بیماری‌های خودایمنی، روان تنی پوست است که با آسیب‌پذیری به استرس، اختلالات هیجانی، و مشکل در بیان احساسات منفی همراه است. نقش عوامل روان‌شناختی مانند تجارب هیجانی و به ویژه ناگویی هیجانی در سیر بالینی بسیاری از بیماری‌های پوستی مورد تأیید قرار گرفته است. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش ناگویی هیجانی و پریشانی روانشناختی در پیش بینی میزان خارش و شدت بیماری افراد مبتلا به پسوریازیس بود.

روش کار: جامعه آماری پژوهش مبتلایان به پسوریازیس شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. بدین منظور با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۱۸۷ فرد مبتلا به بیماری پسوریازیس که در انجمن پسوریازیس ایران عضو بودند به صورت آنلاین در پژوهش مشارکت کردند. پرسشنامه‌های ناگویی هیجانی تورنتو (TAS)، مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر، شاخص اندازه‌گیری سطح و شدت پسوریازیس (PASI) و اندازه‌گیری شدت خارش خود گزارش دهی را تکمیل نمودند.

نتایج: نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که بین ناگویی هیجانی، پریشانی روانشناختی با شدت خارش و شدت بیماری همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. برای بررسی نقش تعدیل کننده ناگویی هیجانی بین پریشانی روانشناختی و شدت خارش از رگرسیون گام به گام استفاده شد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد بنای مربوط به تعامل ناگویی هیجانی و پریشانی روانشناختی در پیش بینی ۳۴ درصد خارش در بیماری پسوریازیس معنادار است. اما این نتایج برای پیش بینی شدت بیماری توسط ناگویی هیجانی و پریشانی روانشناختی معنادار نبود.

کلمات کلیدی: پسوریازیس، ناگویی هیجانی، پریشانی روانشناختی، خارش

بی‌نوشته: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

میترا کامران^۱

عباس رحیمی نژاد^{۲*}

نیما قربانی^۳

محمد رضا ناظم زاده^۴

رضا رستمی^۵

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، تهران، ایران.

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

^۴ پژوهشگر ارشد، گروه علوم اعصاب، دانشگاه موناخ، ملبورن، استرالیا.

^۵ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

Email: arahimi@ut.ac.ir

مقدمه

پسوریازیس^۱ یکی از شایع ترین بیماری های مزمن و خودایمنی^۲ پوستی است که ۱ تا ۳ درصد جمعیت جهان به آن مبتلا هستند (چیو و همکاران^۳، ۲۰۱۸). شروع بیماری از ۱۰ تا ۳۵ سالگی است ولی ممکن است در هر سنی اتفاق بیافتد (گارشیگ و کیمبال^۴، ۲۰۱۵). بیماری پسوریازیس غیر قابل درمان و همراه با دوره های عود و خاموشی است. علامت واضح پسوریازیس، خارش^۵، پلاک های پوستی^۶ و خشکی است که منجر به خارش شدید، ایجاد خونریزی، اضطراب^۷ و پریشانی روانشناختی^۸ می شود (ایناموراتی و همکاران^۹، ۲۰۱۶). عوامل بسیاری مانند حساسیت ژنتیکی، سیگار کشیدن، چاقی، مصرف الکل، رژیم غذایی، عفونت ها، داروها، و رویدادهای استرس زای زندگی و عوامل هیجانی و روانی در تحریک یا تشدید پسوریازیس دخیل هستند (لی و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۳). اکثر بیماران مبتلا به پسوریازیس، خارش را به عنوان آزار دهنده ترین علامت بیماری بیان می کنند، زیرا عملکرد روزانه و بهزیستی روانی-اجتماعی را به میزان قابل توجهی تغییر می دهد. مطالعات اخیر، با نشان دادن اهمیت بعد روانی و هیجانی در شدت بیماری و میزان خارش، نشان داده اند، خارش مزمن با میزان بالای استرس، افسردگی^{۱۱}، اضطراب و افکار خودکشی^{۱۲} همراه است (موواک و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۳؛ کیپک و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۲). مطالعات متعدد نشان داده اند عوامل روانی و هیجانی، ادراک خارش، شدت و عود پسوریازیس را تعدیل می کند و بر نتایج درمانی تأثیری می گذارد (ناتارلی و همکاران^{۱۵}، ۲۰۲۴). هم چنین، محققان پریشانی روانشناختی را به عنوان یکی از مهمترین عوامل خطر در بیماری

های پوستی بیان می کنند. از هر چهار بیمار مبتلا به بیماری پسوریازیس یک نفر مشکلاتی هم چون پریشانی روانشناختی را تجربه می کند که بر زندگی آنها تأثیر بسزایی می گذارد (کوینتینو و همکاران^{۱۶}، ۲۰۲۱).

ماهیت عود شونده تظاهرات پوستی و محل آنها نیز منبع ناراحتی و پریشانی است که به نوبه خود یکی از عوامل اصلی تشدید ضایعات پوستی در این بیماران است و سبب افزایش پریشانی در بین این بیماران می گردد (سیوری و همکاران^{۱۷}، ۲۰۲۲؛ لی و همکاران، ۲۰۲۳). پریشانی روانشناختی و استرس از عواملی هستند که مانع بهبود زخم ها و تأثیر مثبت درمان های متفاوت می شوند (فوکس - چکالسکا و همکاران^{۱۸}، ۲۰۲۳). پریشانی روانشناختی را می توان هم به عنوان یک عامل تشدید کننده و هم به عنوان پیامد بیماری های پوستی در نظر گرفت. محققان نشان می دهند ارتباط بین بیماری های پوستی مانند کهیر، آتوپیک درماتیت و پسوریازیس و پریشانی روانی، که می تواند علائم پوستی را تشدید کند، بر واسطه های عصبی غدد مختلف تأثیر بگذارد (رمورد و همکاران^{۱۹}، ۲۰۱۵) و به طور بالقوه التهاب عصبی موضعی را فعال کند و عملکرد پوست را مختل کند (وینترمن و همکاران^{۲۰}، ۲۰۲۴؛ تی و همکاران^{۲۱}، ۲۰۱۳). از سوی دیگر، افراد مبتلا به بیماری های پوستی سطوح بالاتری از پریشانی روانشناختی را در مقایسه با افراد بدون این شرایط تجربه می کنند که بسیاری از بیماری های مزمن دیگر از نظر تأثیر آن بر بهزیستی روانی پیشی می گیرد (چنگ و سیلوربرگ^{۲۲}، ۲۰۱۹). مسیرهای اصلی تأثیر پریشانی روانشناختی بر تغییرات پوستی شامل اختلال در تنظیم محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-

12. suicide

13. Maiouak

14. Capec

15. Natarelli

16. Quinto

17. Tsiori.

18. Foks-Ciekalska

19. Remröd

20. Wintermann

21. Tey

22. Cheng & Silverberg

1. psoriasis

2. autoimmune

3. Chiu

4. Garshik & Kimball

5. itch

6. skin plaques

7. anxiety

8. psychological distress

9. Inamorati

10. Lee

11. depression

پالما و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۱). در نتیجه، بیماران اغلب این احساسات را به دلایل بیولوژیکی نسبت می دهند تا روانی (لاملی و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۲؛ مایلز و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۱). چندین مطالعه شیوع بالای ناگویی هیجانی را در بیماران مبتلا به بیماری های پوستی از جمله پسوریازیس و ارتباط بین ناگویی هیجانی و نمرات شدت بیماری پسوریازیس^{۱۳} را نشان دادند (سمپگنا و همکاران^{۱۴}، ۲۰۱۹؛ کوینتینو و همکاران، ۲۰۲۱؛ نامدار و آریکان^{۱۵}، ۲۰۲۰). از طرفی در مطالعه نامدار و آریکان (۲۰۲۰)؛ ناگویی هیجانی بین گروه کنترل و گروه مبتلا به پسوریازیس تفاوتی نداشت. علاوه بر این، ناگویی هیجانی و پریشانی روانشناختی (به عنوان مثال، اضطراب و افسردگی) شدت بیماری را نیز پیش بینی می کند (فونتا و همکاران^{۱۶}، ۲۰۱۹). وجود ناگویی هیجانی در پیدایش و حفظ پسوریازیس که در زمره بیماری های روان تنی و ارتباط آن با پریشانی روانشناختی تایید شده است، اما پیش بینی کننده شدت بیماری نبود (کورکولیاکو و همکاران^{۱۷}، ۲۰۱۴). در مطالعه تالامونتی و همکاران^{۱۸} (۲۰۱۷)، تفاوت ناگویی هیجانی در دو گروه سالم و بیمار معنادار بود اما ناگویی هیجانی با شدت بیماری رابطه معنادار نداشت. خارش نیز مانند درد، یک احساس ناخوشایند جسمی است که مسیرهای آناتومیک و فیزیولوژیکی مشترک دارد و به عنوان محافظ در برابر آسیب عمل می کند (یوسپوویچ و همکاران^{۱۹}، ۲۰۰۷). هر دو منعکس کننده تعامل با حالات هیجانی پیشنهاد شده اند. ناگویی هیجانی که تجربه ذهنی از شدت درد همراه است، همچنین می تواند با خارش مرتبط باشد (لاملی و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعه آیهان و همکاران^{۲۰} (۲۰۱۹) نشان داد ناگویی هیجانی با شدت خارش عمومی ایدیوپاتیک^{۲۱} رابطه معنادار دارد.

آدرنال ناشی از استرس، تعدیل سیستم ایمنی ناشی از استرس و پاسخ التهابی (توحید و همکاران^۱، ۲۰۱۶)، عدم تعادل نوروپپتید پوستی فعال شده عصبی (ریچ و همکاران^۲، ۲۰۰۷)، است (وون و همکاران^۳، ۲۰۱۸). برخی از مطالعات نیز نشان داده اند هیچ ارتباطی بین شدت پسوریازیس و پریشانی روانشناختی وجود ندارد (فینزی و همکاران^۴، ۲۰۰۷).

ناگویی هیجانی یک عامل خطر مهم برای آسیب شناسی روانی و از مهمترین عوامل هیجانی تأثیرگذار در بیماریهای پوستی و افزایش پریشانی روانشناختی است (ایناموراتی و همکاران، ۲۰۱۶؛ الفهد و همکاران^۵، ۲۰۲۳). توانایی های تنظیم هیجان را مختل می کند و افراد را مستعد احساسات آشفته می کند (پریک و همکاران^۶، ۲۰۲۲). کاهش توانایی در تشخیص و توصیف هیجانات درونی و مشکل در شناسایی هیجانات و تمایز آنها از هیجانات بدنی ویژگی ناگویی هیجانی است (باگی و تیلور^۷، ۱۹۹۷). مطالعات نشان داده اند بیماران مبتلا به ناگویی هیجانی، در مقیاس های آسیب شناسی روانی، شش برابر بیشتر امتیاز کسب می کنند و عامل مهمی در ایجاد آسیب شناسی روانی و پریشانی روانشناختی در بیماران پسوریازیس و دوره های عود بیشتر در آنان است (سیوری و همکاران، ۲۰۲۲). هم چنین، به عنوان یک عامل خطر برای ظهور و بروز و نگهداری مشکلات روانپزشکی و رفتاری و همچنین برای ایجاد، حفظ یا تشدید مشکلات پزشکی یا جسمانی است (کوینتینو و همکاران، ۲۰۲۱؛ لازارویک^۸، ۲۰۲۳). بسیاری از مطالعات نشان داده اند که افراد ناگو هیجان، هوشیاری بدنی بالایی دارند که آنها را به درک احساسات جسمانی و تمرکز بر روی آنها، بزرگ نمایی و ایجاد یک حلقه بازخورد سوق می دهد (برمودز و همکاران^۹، ۲۰۲۱؛

12. Myles

13. Psoriasis Area Severity Index (PASI)

14. Sampogna

15. Namdar & ARIKAN

16. Founta

17. Korkoliakou

18. Talamonti

19. Yosipovitch

20. Ayhan

21. Idiopathic

1. Tohid

2. REiCh

3. Kwon

4. Finzi

5. Alfahaad

6. Preece

7. Bagby & Taylor

8. Lazarević, M.

9. Bermúdez

10. Palma-Álvarez.

11. Lumley

ناگویی هیجانی می تواند زمینه ساز تشدید خارش و عود بیماری از طریق افزایش آسیب شناسی روانی شود. با این حال، تعداد مطالعات کنترل شده برای حمایت از این دیدگاه در بیماران مبتلا به خارش و پسوریازیس کافی نیست. لذا با توجه به نقشی که هیجانانگیز در پاسخ به درمان و بهبود خارش و عود بیماری دارند و هم چنین با توجه به تناقض مطالعات در مورد رابطه ناگویی هیجانی و پریشانی روانشناختی با شدت بیماری پسوریازیس و کمبود مطالعاتی که هر دو متغیر را به طور مستقیم بر خارش و شدت بیماری، بیماران مبتلا به پسوریازیس بررسی کنند، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش تعدیل کننده ناگویی هیجانی بر رابطه بین پریشانی روانشناختی و شدت و میزان خارش پوستی در پسوریازیس است. این مطالعه علاوه بر افزایش دانش روانشناختی در زمینه عوامل موثر در شدت و میزان خارش بیماران مبتلا به پسوریازیس، زمینه ای برای ایجاد مداخله های درمانی موثر در بیماران مبتلا به پسوریازیس فراهم می سازد. بر این اساس، رابطه ناگویی هیجانی و پریشانی روانشناختی با میزان خارش و شدت بیماری تعیین می شود و فرضیه اصلی پژوهش به شرح زیر مورد بررسی و آزمون قرار می گیرد: فرضیه اول: بین ناگویی هیجانی و خارش و شدت بیماری رابطه مثبت معنادار وجود دارد. ناگویی هیجانی رابطه بین پریشانی روانشناختی و میزان خارش را تعدیل می کند. فرضیه سوم: ناگویی هیجانی رابطه بین پریشانی روانشناختی و شدت بیماری را تعدیل می کند.

روش کار

پژوهش حاضر از لحاظ هدف جزء پژوهش های کاربردی و از لحاظ روش از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری مطالعه حاضر، بیماران مبتلا به پسوریازیس شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که تعداد ۲۰۰ فرد بیمار (۹۸ زن، ۸۹ مرد) در انجمن پسوریازیس ایران به شیوه در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. از بین ۲۰۰ فرد شرکت کننده تعداد ۱۳ تن به سوالات ناقص پاسخ داده بودند که به صورت کلی حذف شدند. شرکت کنندگان که به صورت داوطلبانه و در شرایط آنلاین به فرم

اینترنتی اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه های ذکر شده در ابزار سنجش پاسخ دادند. توضیحات لازم در ارتباط با روند کار و محرمانه بودن اطلاعات شخصی شان به آنها داده شد. شرکت کنندگان در صورت تمایل نداشتن به مشارکت در پژوهش، آزاد بودند در هر مرحله از پژوهش همکاری خود پایان دهند. داده های این پژوهش به دو روش توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفتند. مقیاس شدت بیماری از تشخیص پزشک از فرد شرکت کننده پرسیده شد. برای تحلیل توصیفی از شاخصه های میانگین، انحراف استاندارد و درصد فراوانی و برای تحلیل استنباطی از رگرسیون چندگانه استفاده شد. معیارهای ورود، ابتلا به بیماری پسوریازیس با تشخیص پزشک، سن ۱۸ تا ۶۰ سال و معیار خروج عدم تمایل برای شرکت در طرح پژوهش، داشتن بیماری خود ایمنی دیگر و ابتلا به اختلال افسردگی و اضطراب بود. میانگین سنی کل آزمودنیها ۳۴/۳۶ سال بادامنه ۱۸ تا ۶۰ سال وانحراف استاندارد ۱۰/۶۰، از میان آزمودنی ها ۵۲/۲ درصد خانم و ۴۷/۸ درصد آقا بودند. تحلیل های آماری با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شده است.

ابزار سنجش

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۱ (۲۰-TAS):

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو که توسط باگی و همکاران^۲ (۱۹۹۴) طراحی شده است، یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات^۳، دشواری در توصیف احساسات^۴ و تفکر عینی^۵ را در مقیاس پنج درجه ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می سنجد. یک نمره کل در دامنه ۱۰۰-۲۰ نیز از جمع نمرات سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می شود. ویژگی های روانسنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهش های متعدد بررسی و تأیید شده است (پارکر و همکاران^۶، ۱۹۹۳) در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (بشارت، ۲۰۰۷)، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر

^۵. externally oriented thinking

^۶. Parker & et al

^۱. toronto Alexithymia Scale

^۲. Bagby

^۳. difficulty identifying feelings

^۴. difficulty describing feelings

آمده با یکدیگر ترکیب و نمره نهایی PASI کل را تشکیل می‌دهند. برای هر ناحیه درصدی از مساحت پوست که درگیر است، تخمین زده می‌شود و سپس به شکل زیر به درجه ای از ۰ تا ۶ تبدیل می‌شود: ۰ درصد از منطقه درگیر باشد، درجه: ۰ کمتر از ۱۰ درصد از منطقه درگیر باشد، درجه: ۱ ۱۰ تا ۲۹ درصد از منطقه درگیر باشد، درجه: ۲ ۳۰ تا ۴۹ درصد از منطقه درگیر باشد، درجه: ۳ ۵۰ تا ۶۹ درصد از منطقه درگیر باشد، درجه: ۴ ۷۰ تا ۸۹ درصد از منطقه درگیر باشد، درجه: ۵ ۹۰ تا ۱۰۰ درصد از منطقه درگیر باشد، درجه: ۶

پرسشنامه استاندارد پریشانی روانشناختی کسلر فرم

۱۰ سوالی^۸ (k-۱۰): پرسشنامه پریشانی روانشناختی توسط کسلر^۹ و همکاران (۲۰۰۲) به منظور سنجش اختلالات روانی طراحی و تدوین شده است. در ایران نیز توسط یعقوبی و همکاران (۱۳۹۴) اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۰ سوال و سه مولفه حضور آموزشی، حضور اجتماعی و حضور شناختی است و بر اساس طیف چهار گزینه ای لیکرت به سنجش پریشانی روانشناختی می‌پردازد. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه را با هم جمع کنید. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۰ تا ۴۰ خواهد بود. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر پریشانی روانشناختی خواهد بود و بالعکس. در پروژهایش ملکوتی روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. تحلیل عاملی تاییدی انجام شده تاییدکننده تک عاملی بودن است. حساسیت، ویژگی ۰/۸۴ تا ۰/۶۵. عامل اصلی بین و خطای کلی طبقه بندی برای بهترین نقطه برش پرسشنامه که ۸ بود به ترتیب ۸۱ درصد، ۸۰/۵ درصد و ۱۶/۵ درصد به دست آمد. همچنین نقطه برش با احتساب حساسیت حداکثری (۱۰۰ درصدی) نمره ۱ و ویژگی حداکثری (۱۰۰ درصدی) نمره ۲۷ به

عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی^۱ خوب می‌باشد. پایایی بازآزمایی^۲ مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r = 0.70$ تا $r = 0.77$ برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تایید شد. روایی همزمان^۳ مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی^۴، بهزیستی روانشناختی^۵ و درماندگی روانشناختی^۶ بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی هیجانی کل با هوش هیجانی ($r = 0.70, P < 0.001$)، بهزیستی روانشناختی ($r = -0.68, P < 0.001$) و درماندگی روانشناختی ($r = 0.44, P < 0.001$) همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی و متغیرهای فوق نیز معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی تاییدی^۷ نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ تأیید کردند.

شاخص اندازه گیری سطح و شدت پسروریزیس: این شاخص ترکیبی است از ارزیابی شدت ضایعات و گستردگی سطح مبتلا که به صورت نمره ای بین ۰ (بدون بیماری) و ۷۲ (حداکثر بیماری) محاسبه می‌شود. محاسبه PASI در دو مرحله عمده انجام می‌شود: در مرحله اول برای محاسبه BSA یا سطحی از بدن که با ضایعات پوشیده شده، بدن را به چهار بخش به شرح زیر تقسیم می‌کنیم: سر و گردن (Head) که معادل ده درصد پوست بدن فرد است. دست‌ها (Arms) که معادل بیست درصد پوست بدن فرد است. تنه (Trunk) که معادل سی درصد پوست بدن فرد است. پاها (Legs) که معادل چهل درصد پوست بدن افراد است. در ابتدا PASI برای هر یک از این نواحی به صورت جداگانه محاسبه می‌شود و سپس ۴ نمره بدست

6. psychological distress

7. confirmatory factor analysis

8. kessler psychological distress scale

9. Kessler

1. internal consistency

2. test-retest reliability

3. concurrent validity

4. motional intelligence

5. psychological well-being

دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۳. و ضریب پایایی تصنیف و اسپیرمن- براون ۰/۹۱. به دست آمده است.

نتایج

یافته های جمعیت شناختی نشان داد که از مجموع ۱۸۷ نفر نمونه مورد بررسی (۹۸) ۵۲/۲ درصد (۸۹مرد) ۴۶/۲ درصد بودند. ۱۴ نفر ۶/۹ درصد در مقطع دکتری، ۳۲ نفر ۱۶٫۹ درصد در مقطع کارشناسی ارشد، ۵۵ نفر ۳۰/۲ درصد در مقطع کارشناسی و ۳۱ نفر ۱۷ درصد در مقطع کاردانی و ۵۴ نفر ۲۸/۴ درصد در مقطع دیپلم و پایینتر مشغول به تحصیل بودند. ۱۰۰ نفر از شرکت کنندگان، متاهل و ۸۷ نفر مجرد بودند. به لحاظ شغلی، ۲۶ نفر از شرکت کنندگان ۱۳/۷ بیکار، ۳۶ نفر ۱۹/۲ خانه دار، ۵۳ نفر ۲۸/۶ کارمند، ۵۱ نفر ۲۷/۵ آزاد و ۲۱ نفر ۱۱ درصد دانشجو بودند.

میانگین و انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی ناگوی هیجانی، پریشانی روانشناختی و شدت خارش و بیماری در جدول

جدول ۱. ضرایب همبستگی متغیرهای شدت بیماری، خارش، ناگوی هیجانی، پریشانی روانشناختی

شدت بیماری	خارش	ناگوی هیجانی	پریشانی روانشناختی
۱			
خارش	۱		
ناگوی هیجانی	***۰,۶۰	۱	
پریشانی روانشناختی	***۰,۴۱۳	***۰,۴۹۰	۱
میانگین	۵,۹۶	۲۰,۹۶	۱,۶۶
انحراف استاندارد	۲,۴۰	۷,۷۵	۰,۴۷

*p<0.05

**p<0.01

متغیرهای پیش بین و میزان خارش و شدت بیماری به عنوان متغیر ملاک وارد تحلیل شدند. یکی از روش های سنجش اثر تعدیل کنندگی، بررسی تعامل متغیر مستقل یا پیش بین با متغیر تعدیل کننده است (کوهن و همکاران^۱، ۲۰۰۳). برای بررسی این مدل اثر تعاملی دو متغیر ناگوی هیجانی و پریشانی روانشناختی بر

با توجه به معنادار بودن ضریب همبستگی متغیرهای یادشده، از تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام برای تعیین نقش پیش بینی کنندگی ناگوی هیجانی و پریشانی روانشناختی در تغییرات خارش و شدت بیماری استفاده شد (جدول ۲ و ۳). در این مدل رگرسیونی پریشانی روانشناختی و ناگوی هیجانی به عنوان

^۱. Cohen

متغیرهای پیش بین و حاصل ضرب آنها از نمره های استاندارد متغیرها استفاده شد.

خارش و شدت بیماری ارزیابی می شود. جهت بررسی اثر تعاملی، ابتدا اثرات منفرد، محاسبه و از تعامل دو متغیره کنار گذاشته می شود. به منظور اجتناب از هم خطی چندگانه میان

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام خارش بر اساس ناگویی هیجانی و پریشانی روانشناختی

Sig	F	β	AdjR2	R ²	R	
۰,۰۰	۹۵,۹۰	۰,۵۸۴	۰,۳۳۸	۰,۳۴۱	۰,۵۸۴	۱- ناگویی هیجانی *
۰,۰۰۱	۵۴,۳۰	۰,۵۰۴	۰,۳۶۴	۰,۳۷۱	۰,۶۰۹	۲- ناگویی هیجانی و پریشانی روانشناختی *
۰,۰۳	۳۸,۳۶	۰,۱۴	۰,۳۷۶	۰,۴۲۲	۰,۶۵۰	۳- تعامل دو متغیر

*p<0.05

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام شدت بیماری بر اساس ناگویی هیجانی و پریشانی روانشناختی

s i g	F	β	Adj R ²	R ²	R	
۰,۰۰	۲۴,۹۰	۰,۳۴۴	۰,۱۱۴	۰,۱۱۹	۰,۳۴۴	۱- ناگویی هیجانی *
۰,۰۲	۱۵,۳۰	۰,۲۶۳	۰,۱۳۳	۰,۱۴۳	۰,۳۷۸	۲- ناگویی هیجانی و پریشانی روانشناختی *
۰,۳	-	-	-	-	۰,۱۸۹	۳- تعامل دو متغیر

*p<0.05

واریانس شدت بیماری را به طور معنادار تبیین می کند. در مدل ۳ میزان رابطه ناگویی هیجانی، پریشانی روانشناختی و شدت بیماری، پس از ورود اثر تعدیل کننده ناگویی هیجانی نشان می دهد که این میزان (۰,۱۸۹) معنادار نیست. نگاهی به ضرایب استاندارد تحلیل رگرسیون که در جدول ۲ و ۳ آمده است نشان می دهد بتای مربوط به تعامل ناگویی هیجانی و پریشانی روانشناختی در تبیین میزان خارش در بیماری پسوریازیس معنادار است ($\beta = ۰,۱۴$, $p = ۰,۰۳$). این نتیجه فرضیه پژوهش را مبنی بر تشدید خارش بیماری از طریق تاثیر ناگویی هیجانی بر پریشانی روانشناختی تایید می کند. یعنی با افزایش ناگویی هیجانی میزان خارش افزایش می یابد. اما میزان ضریب بتای اثر تعدیل کننده ناگویی هیجانی بر رابطه بین شدت بیماری و پریشانی روانشناختی معنادار نیست ($p = ۰,۳$).

نتایج تحلیل رگرسیون در (جدول ۲) نشان می دهد ناگویی هیجانی به تنهایی $F = ۰,۵۸$ و $T = ۳۴$ درصد از واریانس میزان خارش را به طور معنادار تبیین می کند. در مدل ۲ رابطه بین ناگویی هیجانی و پریشانی روانشناختی $F = ۰,۶۰$ و $T = ۳۷$ درصد از واریانس میزان خارش و بعد از وارد شدن اثر تعدیل کننده ناگویی هیجانی رابطه بین متغیرهای پیش بین $F = ۰,۶۵$ است و $T = ۴۲$ درصد از متغیر ملاک به طور معنادار تبیین می شود. با مقایسه مدل های ۲ و ۳ مشخص می شود که ناگویی هیجانی تقریباً T^2 را به میزان ۰,۰۵ افزایش داده است. مدل نشان می دهد حدود ۰,۰۵ از واریانس میزان خارش توسط اثر تعدیل کننده ی ناگویی هیجانی تبیین می شود.

نتایج جدول ۳ نشان می دهد ناگویی هیجانی به تنهایی $F = ۰,۳۴$ ، $T = ۱۱$ درصد از واریانس شدت بیماری را تبیین می کند. در مدل ۲ رابطه بین ناگویی هیجانی و پریشانی روانشناختی با شدت بیماری $F = ۰,۳۷$ است و $T = ۱۴$ درصد از

بحث و نتیجه گیری

توحید و همکاران، ۲۰۱۶) و افراد در یک چرخه بازخورد منفی قرار گیرند. با افزایش شدت خارش، پلاک های پوستی و زخم ها نیز بدتر می شوند. همسو با نتایج پژوهش رمورد و همکاران (۲۰۱۵) و تی و همکاران (۲۰۱۱)، پریشانی روانشناختی مانند افسردگی با شدت خارش بیماری پسوریازیس، کپهر و درمانیت آتوپیک همراه است.

مکانیسم عصبی فیزیولوژیکی زیربنای شروع خارش، یک تعامل دو طرفه نورو-حسی - ماست سل است که شامل مواد درون زای مختلف، از جمله سائیتوکین ها و نوروپپتیدها، مانند ماده P است (ریچ و همکاران، ۲۰۰۷). نوروپپتیدها همچنین در افسردگی و اضطراب تغییر می کنند. از این رو، این ممکن است یک مبنای فیزیولوژیکی برای روشی که در آن حالات روانشناختی ممکن است بر ادراک خارش تأثیر بگذارد، فراهم کند. نتایج مطالعات حاکی از آن است که تعدیل کننده های روانشناختی پیشنهاد شده برای تجربه ی خارش ممکن است مسئول تفاوت های شخصیتی در گزارش تجربیات باشد. ویژگی های شخصیتی از طریق تأثیرگذاری بر میزان اضطراب و افسردگی و پریشانی روانشناختی فرد می توانند ارتباط غیر مستقیمی نیز با خارش داشته باشند (رمورد و همکاران، ۲۰۱۵).

ناگویی هیجانی از طریق افزایش مولفه های پریشانی روانشناختی بر میزان خارش در پسوریازیس تأثیر می گذارد و مهارت هایی را که رویداد استرس زای بیماری مزمن و عواقب آن را تنظیم و با آن مقابله می کند، مختل می کند و بیماران مبتلا به پسوریازیس را مستعد یک ظرفیت هیجانی منفی می کند، که به نوبه خود بر عملکرد روانی تأثیر منفی می گذارد. بنابراین، هیجان های منفی به عنوان پیامد صفات ناگویی هیجانی می تواند یکی از مکانیسم های کلیدی باشد که پریشانی روانشناختی را در بیماران مبتلا به پسوریازیس توضیح می دهد. نتایج ما همچنین با فرضیه استعداد سازگاری دارد، که بیان می کند ناگویی هیجانی یک ویژگی شخصیتی پایدار است (یعنی ناگویی هیجانی اولیه) و به طور علی با آسیب شناسی روانی مرتبط است (کوینتینو و همکاران، ۲۰۲۲). ممکن است سطوح بالای ناگویی هیجانی یا پریشانی روانشناختی، واکنشی به موقعیت های استرس زا (مثلاً وجود علائم پسوریازیس) را منعکس

نتایج این پژوهش نشان داد که ناگویی هیجانی با میزان خارش (لاملی و همکاران، ۲۰۰۲؛ آیهان و همکاران، ۲۰۱۹) و شدت بیماری (فونتا و همکاران، ۲۰۱۹؛ کوینتینو و همکاران، ۲۰۲۲) و پریشانی روانشناختی با خارش و شدت بیماری (گوپتا و همکاران، ۱۹۸۷؛ نامدار و آرکیان، ۲۰۱۹) رابطه مثبت و معنادار دارد. از طرفی این یافته ها مخالف مطالعات فیزی و همکاران، (۲۰۰۷)؛ تالاموتی و همکاران، (۲۰۱۷)؛ نامدار و آرکیان، (۲۰۱۹) و کورکیالو و همکاران، (۲۰۱۴) بود.

هیجان نامتماز در بیماران پسوریازیس با ناگویی هیجانی، با برانگیختگی فیزیولوژیک، سیستم سمپاتیک و کاهش پاسخ محور HPA (وون و همکاران، ۲۰۱۸) همراه است، به علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم هیجان، برانگیختگی فیزیولوژیک فعال باقی می ماند و از بین نمی رود؛ این امر باعث تشدید علائم جسمی مانند خارش می شود (مایلز و همکاران، ۲۰۲۱). علائم افزایش یافته ممکن است به کمک یک چرخه پسخوراند خودکار تشدید شده، به عنوان علائمی از یک بیماری جسمی عملکردی تجربه شوند. در نتیجه، بیماران با ناگویی هیجانی بالا علائم جسمی شدیدتری تجربه می کنند و پیشرفت درمان آنها مطلوب نیست (ایناموراتی و همکاران، ۲۰۱۶، پانایوتو و همکاران، ۲۰۱۵). ناگویی هیجانی، به دلیل ممانعت از تنظیم موثر هیجان با افزایش خطر علائم منفی روانی، جسمی و پریشانی روانشناختی همراه است (پانایوتو و همکاران، ۲۰۱۵). این نکته در تبیین نقش تعدیل کنندگی ناگویی هیجانی بین پریشانی روانشناختی و خارش در بیماران مبتلا به پسوریازیس که همسو با مطالعات (آیهان و همکاران، ۲۰۱۹؛ لاملی و همکاران، ۲۰۰۲) است، قابل توجه است.

پریشانی روانشناختی نقش مهمی در شروع / تشدید پسوریازیس ایفا می کند، از یک سو، عوامل استرس زای روان شناختی از طریق فعال سازی بیش از حد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و در نتیجه افزایش انتشار سائیتوکین های پیش التهابی، نقش مهمی در اتیولوژی و تشدید پسوریازیس دارند (وون و همکاران، ۲۰۱۸). از سوی دیگر، پاسخ التهابی پوستی ممکن است از طریق تغییر شکل بدن و انگک ادراک شده، علائم اضطراب و افسردگی را تحریک کند

کند که به نوبه خود ممکن است بر میزان خارش و اضطراب بیماری تأثیر بگذارد (یعنی فرضیه واکنش پذیری).

از طرفی، ارتباط کلامی و ابراز هیجانی در پریشانی های روانشناختی، با شکست در کمک گرفتن از افراد دیگر محدود می شود که می تواند انزوا و احساس درک نشدن را افزایش دهد و اثر پریشانی روانشناختی بر میزان خارش را تشدید کند. بیماران مبتلا به پسوریازیس با ناگویی هیجانی بالا در مقایسه با بیماران بدون ناگویی هیجانی نمرات جسمانی سازی بالاتری در مطالعات داشتند. براساس فرضیه روان تی، هیجان ها از طریق علایم جسمانی به ویژه ضایعات پوستی در پسوریازیس بیان می شود. در مواقع هیجانی و استرس نمی توانند با ابراز هیجانی میزان فشار استرس را کاهش دهند و در برابر استرس آسیب پذیرترند. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، حس های بدنی بهنجار را بزرگ نمایی می کنند، نشانه های بدنی انگیزندگی هیجانی را بد تفسیر می کنند و درماندگی هیجانی را از طریق شکایت های بدنی نشان می دهند (برمودز و همکاران، ۲۰۲۱). از دیدگاه روانپوشی، وقتی افراد ناگو هیجان در معرض یک رویداد استرس زا قرار می گیرند، به دلیل ناتوانی در پردازش شناختی و تنظیم و مدیریت احساسات خود دچار پریشانی روانشناختی می شوند (پالما و همکاران، ۲۰۲۱). لازارویک (۲۰۲۳) نشان می دهد که بیمارانی که مهارت های تنظیم هیجان کمی دارند، ممکن است راهی جز ایجاد علائم پزشکی غیر قابل توضیح برای تنظیم حالات هیجانی خود نداشته باشند. این یافته نشان می دهد که پسوریازیس می تواند در بین بیماری های مرتبط با تنظیم زدایی احساسات رتبه بندی شود، در حالی که عدم شناخت و بیان احساسات ممکن است یک عامل تشدید کننده مهم در ظاهر بیماری باشد. از طرفی ناگویی هیجانی و پریشانی روانشناختی بر شدت بیماری به صورت تعاملی تأثیر گذار نیست. با توجه به نتایج و سطح معناداری ۰٫۳ برای اثر تعاملی دو متغیر، فرضیه مبنی بر اثر تعدیل کنندگی ناگویی هیجانی بر رابطه بین پریشانی روانشناختی و شدت بیماری رد می شود. شدت بالینی پسوریازیس ممکن است میزان تأثیر هیجانی بیماری را منعکس نکند. بنظر می رسد ضایعات پسوریازیس که نواحی قابل مشاهده بدن و/یا نواحی تناسلی را تحت

تأثیر قرار می دهند، با ویژگی های ناگویی هیجانی مرتبط هستند (تالامونی و همکاران، ۲۰۱۷). ممکن است ناگویی هیجانی یک صفت نسبتاً پایدار باشد و واکنشی به بیماری مزمن تحت تأثیر طول مدت یا شدت آن نباشد (ناگویی ثانویه). در طول معاینه فیزیکی، باید به درگیری ناحیه حساس توجه ویژه ای شود که می تواند به عنوان یک معیار در تصمیم گیری برای درمان در نظر گرفته شود.

ماهیت مقطعی مطالعه اجازه استنباط در مورد روابط علی بین متغیرها را نمی دهد. مطالعات آینده نگر می تواند رابطه بین ناگویی هیجانی، خارش و پریشانی روانشناختی و روند آن را در طول زمان روشن کند. علاوه بر این، استفاده از یک معیار خود گزارشی (-TAS ۲۰) برای ارزیابی ناگویی هیجانی ممکن است این سازه را به درستی بررسی نکرده باشد، زیرا نیاز دارد تا هیجان ها را شناسایی و توصیف کنند، که ممکن در افراد با ناگویی هیجانی با اشکال مواجه شود. پژوهش آتی می تواند از مصاحبه بالینی برای ارزیابی ناگویی هیجانی استفاده کند. علاوه بر این، استفاده از یک نمونه کوچک امکان تعمیم نتایج به جمعیت بیماران پسوریازیس را فراهم نمی کند. ناگویی هیجانی عامل مهمی در ایجاد و حفظ بیماری های روان تی مانند پسوریازیس و افزایش اختلالات روانی در بیماران مبتلا به پسوریازیس است. کادر درمان برای درمان و کنترل همه جانبه پسوریازیس، نیاز است به جنبه های متغیرهای روانشناختی مانند ناگویی هیجانی توجه کنند و در کنار درمان های پوستی از روان درمانی بهره ببرند. غربالگری ناگویی هیجانی در معاینات بالینی معمول و ارزیابی همبستگی های بالینی باید در برنامه های مدیریت پسوریازیس، از جمله مداخلات درمانی، گنجانده شود.

تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول در دانشگاه تهران، تهران، ایران می باشد."

و دارای کد اخلاق به شماره

IR.IUMS.REC.1401.578 از کمیته اخلاق در پژوهش

دانشگاه علوم پزشکی ایران می باشد.

در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال

تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافعی در

مورد این مقاله وجود ندارد.

یعقوبی، حمید (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر، فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۴(۶): ۴۵-۵۷.

- Alfahaad, H. (2023). Alexithymia prevalence among patients with chronic dermatological diseases in a tertiary hospital, Saudi Arabia. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, 40. <https://doi.org/10.5114/ada.2023.129944>
- AYHAN, M. G., Kurku, Z. T., & İbrahim, E. R. E. N. (2019). Alexithymia, anxiety and depression in patients with idiopathic generalized pruritus. *Ankara Medical Journal*, 19(3), 648-657. <https://doi.org/10.17098/amj.624491>
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38, 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1).
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological reports*, 101(1), 209-220. <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>
- Bermúdez, A. M., Méndez, I., & García-Munuera, I. (2021). Emotional intelligence, quality of life and alexithymia in elders of an institutionalized center. [10.30552/ejhr.v3i1.52](https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i1.52)
- Capec, S., Petrek, M., Capec, G., Yaremkevych, R., & Andrashko, Y. (2022). Psychologic interventions in patients with the chronic dermatologic itch in atopic dermatitis and psoriasis: A step forward with family constellations seminars. *Frontiers in medicine*, 9, 965133. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.965133>
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences* (Third Edition ed.). London: LAWRENCE ERLBAUM ASSOCIATES. <https://doi.org/10.4324/9780203774441>
- Chiu, H. Y., Wang, T. S., Chen, P. H., Hsu, S. H., Tsai, Y. C., & Tsai, T. F. (2018). Psoriasis in Taiwan: From epidemiology to new treatments. *Dermatologica sinica*, 36, 115-123. <https://doi.org/10.1016/j.dsi.2018.06.001>
- Cheng, B. T., & Silverberg, J. I. (2019). Depression and psychological distress in US adults with atopic dermatitis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 123, 179-185. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2019.06.002>
- Foks-Ciekalska, A., Jarzab, J., Bożek, A., Hadas, E., Ziółkowska-Banasik, D., Gumieniak, K., & Ciekalski, W. (2023). The vicious circle effect: stress as effect and cause in patients with psoriasis. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, 40, 362-367. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2019.06.002>
- Founta, O., Adamzik, K., Tobin, A. M., Kirby, B., & Hevey, D. (2019). Psychological distress, alexithymia and alcohol misuse in patients with psoriasis: A cross-sectional study. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 26, 200-219. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9580-9>
- Finzi, A., Colombo, D., Caputo, A., Andreassi, L., Chimenti, S., Vena, G., ... & PSYCHAE Study Group. (2007). Psychological distress and coping strategies in patients with psoriasis: the PSYCHAE Study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 21, 1161-1169. DOI: 10.1111/j.1468-3083.2007.02079.x
- Garshick, M. K., & Kimball, A. B. (2015). Psoriasis and the life cycle of persistent life effects. *Dermatologic clinics*, 33, 25-39. <https://doi.org/10.1016/j.det.2014.09.003>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.08.001>
- Korkoliakou, P., Christodoulou, C., Kouris, A., Porichi, E., Efstathiou, V., Kaloudi, E., ... & Douzenis, A. (2014). Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study. *Annals of general psychiatry*, 13, 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12991-014-0038-7>
- Lazarević, M. (2023). Connection between alexithymia and chronic diseases of the hearth and lungs. *Acta facultatis medicae Naissensis*, 40(2), 171-178. DOI: 10.5937/afmna140-41356
- Lee, L. L., Huo, A. P., & Chen, S. L. (2023). Experiences and coping behaviors of patients with psoriasis: a qualitative study. *Journal of Dermatological Treatment*, 34, 219-661. <https://doi.org/10.1080/09546634.2023.2193661>
- Lumley, M.A. Alexithymia and negative emotional conditions. *J. Psychosom. Res.* 2000, 49, 51-54. [CrossRef] 26. Freyberger, H. Supportive psychotherapy techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychother. Psychosom.* 1977, 28, 337-342. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0022-3999\(00\)00161-6](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0022-3999(00)00161-6)
- Maiouak, M., El Harch, I., Chakri, I., Benmaamar, S., Bay, H. B., El Otmani, N., ... & El Fakir, S. (2023). Depression, Anxiety, and Quality of Life among Patients with Psoriasis: Prevalence, and Associated Factors. *Open Access Library Journal*, 10, 1-14. <https://doi.org/10.4236/oalib.1109989>

- Myles, L. A. M., Merlo, E. M., & Obele, A. (2021). Desire for control moderates the relationship between perceived control and depressive symptomology. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 8, 299-305. <https://doi.org/10.22543/7674.82.P299305>
- Natarelli, N., Bobby, A., Aflatooni, S., & Krenitsky, A. (2024). Psychosocial Burden and Psychological Interventions for Patients with Psoriasis. [DOI: 10.5772/intechopen.1003807](https://doi.org/10.5772/intechopen.1003807)
- Namdar, N. D., & ARIKAN, İ. (2020). The relationship between alexithymia, anxiety, depression, and severity of the disease in psoriasis patients. *Journal of Surgery and Medicine*, 4, 226-229. <https://doi.org/10.28982/josam.693222>
- Palma-Álvarez, R. F., Ros-Cucurull, E., Daigre, C., Perea-Ortueta, M., Martínez-Luna, N., Serrano-Pérez, P., ... & Roncero, C. (2021). Is alexithymia related to retention and relapses in patients with substance use disorders?: A one year follow-up study. *Addictive behaviors*, 113, 106681. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106681>
- Parker, J. D., Michael Bagby, R., Taylor, G. J., Endler, N. S., & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of personality*, 7(4), 221-232. <https://doi.org/10.1002/per.2410070403>
- Preece, D. A., Mehta, A., Becerra, R., Chen, W., Allan, A., Robinson, K., ... & Gross, J. J. (2022). Why is alexithymia a risk factor for affective disorder symptoms? The role of emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 296, 337-341. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.085>
- Quinto, R. M., Sampogna, F., Fania, L., Ciccone, D., Fusari, R., Mastroeni, S., ... & Abeni, D. (2021). Alexithymia, psychological distress, and social impairment in patients with hidradenitis suppurativa. *Dermatology*, 237, 103-110. <https://doi.org/10.1159/000503319>
- Remröd, C., Sjöström, K., & Svensson, Å. (2015). Pruritus in psoriasis: a study of personality traits, depression and anxiety. *Acta dermato-venereologica*, 95, 439-443. <https://doi.org/10.2340/00015555-1975>
- REiCh, A., Orda, A., Wisnicka, B., & Szepietowski, J. C. (2007). Plasma neuropeptides and perception of pruritus in psoriasis. *Acta dermato-venereologica*, 87, 299-304. [doi: 10.2340/00015555-0265](https://doi.org/10.2340/00015555-0265)
- Sampogna, F., Puig, L., Spuls, P., Girolomoni, G., Radtke, M. A., Kirby, B., ... & Ziv, M. (2017). Prevalence of alexithymia in patients with psoriasis and its association with disease burden: a multicentre observational study. *British Journal of Dermatology*, 176, 1195-1203. <https://doi.org/10.1111/bjd.15243>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Tsiori, S., Rompoti, N., Kontoangelos, K., Papageorgiou, C., Papageorgiou, C., Stratigos, A., & Rigopoulos, D. (2022). Psychopathology and alexithymia in patients with moderate-to-severe psoriasis: development of a novel index with prognostic value. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 4029. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074029>
- Tohid, H., Aleem, D., & Jackson, C. (2016). Major depression and psoriasis: a psychodermatological phenomenon. *Skin pharmacology and physiology*, 29, 220-230. <https://doi.org/10.1159/000448122>
- Tey, H. L., Wallengren, J., & Yosipovitch, G. (2013). Psychosomatic factors in pruritus. *Clinics in dermatology*, 31, 31-40. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2011.11.004>
- Talamonti, M., Galluzzo, M., Servoli, S., D'Adamio, S., & Bianchi, L. (2017). Alexithymia and plaque psoriasis: preliminary investigation in a clinical sample of 250 patients. *Dermatology*, 232, 648-654. <https://doi.org/10.1159/000453661>
- Wintermann, G. B., Bierling, A. L., Peters, E. M., Abraham, S., Beissert, S., & Weidner, K. (2024). Psychosocial stress affects the change of mental distress under dermatological treatment—A prospective cohort study in patients with psoriasis. *Stress and Health*, 40, e3263. <https://doi.org/10.1002/smi.3263>
- Yosipovitch, G., Carstens, E., & McGlone, F. (2007). Chronic itch and chronic pain: analogous mechanisms. *Pain*, 131, 4-7. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.04.017>

Original Article

The moderating role of alexithymia on the relationship between psychological distress and disease severity and skin itching in patients with psoriasis

Received: 13/12/2023 - Accepted: 10/07/2024

Mitra Kamran¹
Abbas Rahiminezhad^{2*}
Nima Ghorbani³
Mohammadreza nazemzadeh⁴
Reza Rostami⁵

¹ Ph.D Student of Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

² Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. (Corresponding author)

³ Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

⁴ Senior Research Fellow, Neuroscience Department, Monash University, Melbourne, Australia.

⁵ Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

Email: arahimi@ut.ac.ir

Abstract

Introduction: Psoriasis is one of the most common autoimmune, psychosomatic skin diseases that is accompanied by vulnerability to stress, emotional disorders, and difficulty expressing negative feelings. The role of psychological factors such as emotional experiences and especially emotional ataxia in the clinical course of many skin diseases has been confirmed. The aim of the present study was to investigate the role of emotional ataxia and psychological distress in predicting the degree of itching and the severity of the disease in people with psoriasis.

Methodology: The statistical population of the research was psoriasis sufferers in Tehran in 1401. For this purpose, with the available sampling method, 187 people with psoriasis who were members of the Iranian Psoriasis Association participated in the research online. Toronto Ataxia Questionnaire (TAS), Kessler's Psychological Distress Scale, Psoriasis Level and Severity Index (PASI) and self-report itch intensity measurement were completed.

Results: The results of the correlation analysis showed that there is a positive and significant correlation between emotional dyslexia, psychological distress, the severity of itching and the severity of the disease. Stepwise regression was used to investigate the moderating role of alexithymia between psychological distress and itching intensity.

Conclusion: The findings show that the beta related to the interaction of emotional ataxia and psychological distress is significant in predicting 34% of itching in psoriasis. But these results were not significant for predicting the severity of the disease by emotional ataxia and psychological distress

Key words: psoriasis, alexithymia, psychological distress, itch

Acknowledgement: There is no conflict of interest