

سنخ شخصیتی D

رضا باقریان سرارودی^۱

چکیده

بسیاری از مطالعات نقش عوامل خطر ساز روانی- اجتماعی و رفتاری را در سبب شناسی و فیزیوپاتولوژی اختلالات قلبی- عروقی تایید نموده است. مطالعات قلبی ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی را نشان داده است. در سال‌های اخیر یک سازه شخصیتی جدید تحت عنوان سنخ شخصیت D مطرح شده است. این سنخ از شخصیت، از طریق تمایل همزمان به تجربه هیجانات منفی (عواطف منفی) و اجتناب از ابراز این هیجانات در تعاملات اجتماعی با دیگران (بازداری اجتماعی) مشخص می‌شود. تشخیص این سنخ شخصیتی با مقیاس‌های اندازه‌گیری ویژگی‌های مذکور امکان پذیر است. برخی شواهد نقش عوامل ارثی را در تکوین این ویژگی‌ها تأیید می‌نماید.

بررسی یافته‌های مطالعات مختلف نشان داد سنخ شخصیت D یک عامل خطر مستقل برای بروز آشفتگی‌های روان‌شناختی، بیماری‌های قلبی، پیش‌آگهی بد در بیماران قلبی و افزایش مرگ و میر است. شواهد، ارتباط بین سنخ شخصیتی D و واکنش پذیری قلبی- عروقی، بی‌نظمی در محور HPA و به دنبال آن افزایش سطح کورتیزل و فرایندهای سایکونورواپتونولوژی را تأیید می‌نماید. این تغییرات ممکن است عوامل واسطه‌ای بین سنخ شخصیت D و پیامدهای بالینی در بیماران قلبی باشد.

شناسایی بیماران قلبی با سنخ شخصیت D و استفاده از مداخلات روان‌شناختی در توانبخشی آنان ضروری به نظر می‌رسد. به علاوه، سنخ D یک سازه شخصیتی است که نه تنها می‌تواند در مورد بیماری‌های قلبی مورد توجه قرار گیرد بلکه در مورد سایر اختلالات روان-تنی نیز قابل بررسی می‌باشد.

کلید واژه: بیماری‌های قلبی، سنخ شخصیت D، استرس، عواطف منفی و بازداری اجتماعی.

نوع مقاله: مروری

دریافت مقاله: ۸۸/۲/۲۵

پذیرش مقاله: ۸۸/۴/۶

مقدمه

استرس‌های حاد و مزمن روان‌شناختی با آسیب شناسی بیماری‌های قلبی - عروقی ارتباط دارد (۲)، اما متغیرهای تعیین کننده تجربه این استرس‌ها به عنوان عامل خطر قلبی کمتر شناخته شده است (۳). متغیر شخصیت، تعیین کننده

در دهه‌های گذشته شاهد پیشرفت‌های مستمری در شناخت عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروقی و همچنین پیدایش فنون درمانی جدید در درمان این بیماری‌ها بوده‌ایم (۱).

E-mail: bagherian@med.mui.ac.ir

۱- استادیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

مستقل از عامل خطر زیست- پزشکی Biomedical سنتی بروز بیماری‌های قلبی عروقی را پیش‌بینی نماید (۷). همچنین این یافته‌ها توسط پژوهشگرانی (۵) که تحقیقاتی مستقل را در این زمینه انجام دادند نیز مورد تأیید قرار گرفت. این یافته‌ها دانشمندان علوم زیست- پزشکی و رفتاری را بر آن داشت تا به منظور ارزیابی نظریه الگوی رفتاری سنخ A، اقدام به تشکیل میزگرد علمی نمایند. در نتیجه این میزگرد الگوی رفتاری سنخ A به طور رسمی به عوامل خطر زیست- پزشکی سنتی بیماری قلبی اضافه گردید.

با این وجود، مطالعات بعدی رابطه بین الگوی رفتاری سنخ A و بروز بیماری قلبی را مورد تأیید قرار نداد. بنابراین ادعا شد که شاید نتیجه‌گیری در آن میزگرد زود هنگام بوده است. پژوهش‌های بعدی نشان داد که احتمال دارد فقط ویژگی‌های خاصی از این الگوی رفتاری موجب اثرات آسیب‌زا در آسیب‌شناسی بیماری‌های قلبی شود (۵). بررسی‌های بیشتر، مؤلفه‌های خصومت/خشم Hostility/Anger را به عنوان مهمترین جزء این الگوی رفتاری که در ابتلا به بیماری قلبی سهیم است معرفی نمود (۸).

خصومت با فعال شدن سیستم عصبی سمپاتیک (۹) افزایش فشار خون (۱۰) و رویدادهای قلبی عروقی (۳) رابطه دارد. خشم با افزایش خطر ابتلا به بیماری قلبی ارتباط دارد (۸) در حالی که بازداری خشم با پیش‌بینی فشار خون و افزایش خطر مرگ و میر در بیماران قلبی و عروقی ارتباط دارد (۳). به علاوه یک مطالعه مروری نشان داده است که در سنخ A، خصومت ممکن است در سبب شناسی و نه در پیش‌آگهی بیماری‌های قلبی نقش داشته باشد (۵). در نهایت باید توجه نمود که اگرچه الگوی رفتاری سنخ A به عنوان یک تیپ شخصیتی مورد اشاره قرار گرفته است اما تنها الگوی رفتاری سنخ A به منظور اجتناب از طرح ویژگی‌های کلی شخصیتی تدوین گردیده است (۵). مناقشه بر سر الگوی رفتاری سنخ شخصیتی A موجب اجتناب از توجه به نقش متغیرهای شخصیتی در پژوهش‌های مربوط به بیماری‌های قلبی شد.

مهمی در تجربه استرس است (۴). اگرچه صفات عمده و ثابت شخصیتی می‌توانند به خوبی اثر استرس‌ها را تبیین نمایند، اما طی سال‌های اخیر مطالعات انجام شده به منظور اکتشاف رابطه حوزه روان‌شناسی و حوزه کاردیولوژی، که شامل عوامل شخصیتی نیز باشند، کاهش یافته است. این موضوع شاید به دلیل بحث انگیز شدن الگوی رفتاری مستعد کننده بیماری قلبی تحت عنوان الگوی رفتاری سنخ A باشد. مناقشات در مورد الگوی رفتاری سنخ A موجب شد متغیرهای شخصیتی در مطالعات قلبی موضوعیت خود را از دست بدهد. با این وجود، در چند سال اخیر نظریه سنخ شخصیتی D در زمینه بیماری‌های قلبی توسط دنولت مطرح شده است که به نظر می‌رسد این سنخ شخصیتی عامل مهمی در تبیین تفاوت‌های فردی در پاسخ به استرس‌ها، همبودی‌ها، عوارض قلبی، پیامدهای روان‌شناختی و خطر مرگ و میر به دنبال بیماری‌های قلبی باشد (۴، ۵).

نظریه پردازی سنخ A و D

الگوی رفتاری سنخ A: مشاهدات بالینی و بررسی‌های فریدمن و روزنمن در مورد تأثیر احتمالی عوامل رفتاری بر سطح سرمی کورتیزول مستقل از تغذیه منجر به طرح الگوی سنخ A شد. این الگوی رفتاری با ترکیب پیچیده‌ای از الگوهای رفتاری و هیجانی تعریف شد. الگوی رفتاری سنخ A را می‌توان در فردی با احساس خصومت زیاد توأم با تلاش مستمر و مصرا نه برای دستیابی به موفقیت و پیشرفت روزافزون در فاصله زمانی کوتاه مشاهده نمود. برای این دسته از افراد، توسل به شیوه‌های رفتاری که مغایر با منافع دیگران باشد امری متداول است (۶). اعتبار الگوی رفتاری سنخ A ابتدا در دو مطالعه همه‌گیر شناختی مورد تأیید قرار گرفت که ارتباط سطح بالاتر کورتیزول و تظاهرات بالینی بیماری‌های قلبی در سنخ A را در مقایسه با سنخ B نشان داد (۵). این دو مطالعه انگیزه‌ای شد تا گروهی از پژوهشگران یک پژوهش مشترک آینده‌نگر را طراحی و اجرا نمایند. یافته‌های آن پژوهش نشان داد که الگوی رفتاری سنخ A می‌تواند

با وجود این به نظر می‌رسد علاوه بر تمرکز بر ویژگی خصوصیت/خشم به عنوان متغیر مستعدکننده، لازم است شخصیت در یک چشم انداز وسیعتر به عنوان عامل تعیین کننده بیماران در معرض خطر بالا در نظر گرفته شود. عواطف منفی و بازداری اجتماعی دو صفت کلی است که به این زمینه مربوط می‌شود (۱).

مبانی نظری سنخ شخصیتی D اساس نظری این سنخ از شخصیت حاصل یک بررسی روی بیماران قلبی در بلژیک بود که در آن نقش ویژگی‌های شخصیتی را در پیامدهای بیماری قلبی مورد مطالعه قرار گرفت (۱۱). سازه نظری سنخ D بر خلاف سازه نظری الگوی رفتاری سنخ A، از بطن نظریه شخصیت و شواهد تجربی شامل مطالعات تحلیل عاملی و تحلیل خوشه‌ای به دست آمده است. نقش آسیب‌زایی این سنخ شخصیتی در ابعاد روان شناختی و فیزیولوژیکی مبتنی بر دو ویژگی کلی و ثابت شخصیتی است. این ویژگی‌ها شامل عواطف منفی و بازداری اجتماعی است (۱۲). منظور از عواطف منفی تمایل فرد به تجربه احساسات منفی در اوقات و موقعیت‌های مختلف است؛ در حالی که بازداری اجتماعی به تمایل فرد به اجتناب از ابراز این هیجانات منفی در تعاملات اجتماعی اشاره دارد (۵، ۳). نمره بالای فرد در هر دو ویژگی مذکور معرف وی به عنوان فردی با سنخ شخصیت D می‌باشد. از نقطه نظر بالینی افراد سنخ D مستعد نگرانی، تنش، احساس ناشادی و نگاه تیره و منفی به زندگی هستند. آنها به سادگی عصبی می‌شوند و در کل کمتر احساسات مثبت را تجربه می‌کنند. این افراد در عین حال که به سادگی دچار احساسات منفی می‌شوند به دلیل ترس از طرد و یا بی‌ارزش شدن از بیان هیجانات خویش در تعامل با دیگران اجتناب می‌ورزند. به عبارت دیگر احساسات خود را در درون خویش نگه می‌دارند. به طور کلی این افراد پیوندهای بین فردی کمتری با سایرین برقرار می‌نمایند و هنگام بودن با غریبه‌ها احساس ناراحتی می‌کنند. توجه به این موضوع حائز اهمیت است که این سازه شخصیتی بیش از جنبه‌های آسیب

شناسی روانی بر ویژگی‌های عادی شخصیت تأکید دارد. بنابراین، این سنخ از شخصیت بیانگر زیر گروه همگنی است که مبانی روشن در نظریه روان شناختی دارد (۱۳). در صورتی که الگوی رفتاری سنخ A با مجموعه ناهمگنی از ویژگی‌های رفتاری همراه است (۵). با این وجود، واریسی مبانی مطالعاتی که نقش هیجانات منفی را در آسیب شناسی بیماری قلبی مورد بررسی قرار داده است، این سؤال را مطرح می‌سازد که آیا سازه سنخ D تنها بیانگر شراب کهنه در بطری جدیدی است یا یک پدیده اکتشافی نوین در طبقه بندی شخصیت؟

اگر چه در سنخ شخصیتی D هیجانات منفی اندازه‌گیری می‌شوند، اما همراهی و پیوند تمایل به تجربه هیجانات منفی و امتناع از ابراز آن هیجانات است که بیش از تجربه هیجانات منفی به تنهایی دارای آثار زیان‌بار برای سلامتی می‌باشد. به معنای دیگر ترکیب این دو ویژگی است که موجب اثرات مخرب بر سلامتی می‌شود. این موضوع در مطالعه‌ای بر روی ۳۰۳ بیمار قلبی عروقی که بین شش تا ده سال مورد پیگیری قرار گرفتند، به خوبی نشان داده شده است. نتایج این بررسی نشان داد که بین میزان مرگ و میر در بیمارانی که دارای تجربه عواطف منفی بیشتر و بازداری کمتر بودند در مقایسه با بیمارانی که تجربه عواطف منفی کمتر داشتند تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (۱۴). به عبارت دیگر نظریه سنخ D در تحقیقات مربوط به نقش استرس در بیماری‌های قلبی این معنی را در خود دارد که شیوه‌هایی که افراد در مواجهه با هیجانات منفی به کار می‌گیرند می‌تواند به اندازه تجربه هیجانات منفی اهمیت داشته باشد. با این وجود شیوه مقابله افراد با سنخ شخصیتی D در رویارویی با موقعیت‌های استرس‌آمیز از سایر سبک‌های مقابله‌ای نظیر سرکوبی (۵) متفاوت است. برای مثال سرکوبی به حذف ناخودآگاه هیجانات منفی از حیطه آگاهی توأم با تجربه کمتر استرس و ناراحتی اشاره دارد، در حالی که افراد سنخ D استرس بین فردی زیادی را تجربه می‌کنند و به طور خود آگاه سعی دارند از ابراز آن خودداری ورزند (۱۱). بنابراین جواب این سؤال که

آیا سازه نظری سنخ D تنها بیانگر شراب کهنه در بطری جدیدی است؟ یک جواب "نه" محکم است.

عواطف منفی: این مفهوم ارتباط تنگاتنگی با مفهوم روان‌نژند خوبی در نظریه‌های شخصیت دارد. مدل پنج عامل بزرگ شخصیت شامل ابعاد روان‌نژند خوبی، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری (Openness)، همسازی (Agreeableness) و وجدان بودن (Conscientiousness) می‌شود. عواطف منفی با روان‌نژند خوبی در مدل مذکور همبستگی مثبت دارد و همان گونه که پیشتر اشاره شد این ویژگی به تمایل فرد به تجربه هیجان‌ناات منفی در موقعیت‌ها و زمان‌های مختلف اشاره دارد. افراد با نمره بالا در این مؤلفه بیشتر احساس دل‌گرفتگی (Dysphoria) اضطراب و تحریک‌پذیری را تجربه می‌کنند. این افراد نسبت به خود دارای دیدگاه منفی هستند و بیشتر به دردسرها و گرفتاری‌های دنیا توجه دارند (۳). در صفات شخصیت نظیر روان‌نژند خوبی احتمال آسیب‌پذیری‌های شناختی در مقابله با استرس وجود دارد که منجر به شکل‌گیری علائم آشفتگی روان‌شناختی نظیر اضطراب و افسردگی می‌شود (۱۵).

بازداری اجتماعی: این مفهوم با درون‌گرایی در نظریه‌های شخصیت رابطه بسیار نزدیک دارد. بازداری اجتماعی با برون‌گرایی در مدل پنج عاملی بزرگ شخصیتی همبستگی منفی دارد؛ هر دو ویژگی سنخ D با مؤلفه با وجدان بودن در مدل پنج عاملی بزرگ همبستگی منفی دارد (۳). این ویژگی شخصیتی به تمایل به بازداری تجربه هیجان‌ناات و رفتارها در تعاملات اجتماعی به منظور اجتناب از عدم تأیید دیگران اشاره دارد.

افراد با نمره بالا در این ویژگی هنگام تعامل با دیگران احساس بازداشته شدن، تنش و عدم امنیت می‌کنند (۱۶، ۳). بازداری اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد شخصیتی سنخ D شامل خصوصیات کم حرف بودن، فقدان انرژی، عدم جرأت‌ورزی و عدم تمایل به برقراری ارتباطات بین فردی می‌باشد.

آیتم‌های خرده‌مقیاس این ویژگی احساس ناراحتی در تعامل اجتماعی (Social discomfort)، کم‌حرفی (Reticence) و عدم جذابیت اجتماعی را پوشش می‌دهد (۳).

افراد با نمره بالا در بازداری اجتماعی تمایل دارند رفتارها و علائم بیرونی خود را که می‌تواند نشأت گرفته از احساسات درونی باشد بازداری نمایند؛ چرا که آنها دنیای اطراف خود را تهدید آمیز می‌بینند و در حقیقت از راهبردهای اجتنابی استفاده می‌نمایند. بدین معنی که در تعاملات اجتماعی از موقعیت‌هایی که احتمال عدم تأیید و از دست دادن پاداش دیگران وجود داشته باشد، اجتناب می‌ورزند (۱۶). انزوای اجتماعی می‌تواند اثرات هیجان‌ناات منفی را تشدید نماید. به عنوان مثال پس از سکته قلبی (MI) بیماران با سطح بالایی استرس و انزوای اجتماعی در مقایسه با بیماران با سطح پایین استرس و انزوای اجتماعی چهار برابر بیشتر در خطر مرگ و میر هستند (۱۷). انزوای اجتماعی بازتابی از تفاوت‌های فردی در بازداری رفتاری است (۳). همراهی این ویژگی با ویژگی عواطف منفی موجب آسیب‌پذیری بیشتر در برابر استرس می‌شود (۱۸).

شیوع این سنخ شخصیتی در جمعیت عمومی بین ۱۳٪ تا ۳۲/۵٪ و در بیماران قلبی عروقی بین ۲۶٪ تا ۵۳٪ گزارش شده است (۲۰، ۱۹). شخصیت سنخ D با مقیاسی که عواطف منفی و بازداری اجتماعی را اندازه‌گیری نماید، قابل ارزیابی و شناسایی است (۲۲، ۲۱). مقیاس ۱۴ ماده‌ای سنخ D (DS-) 14 مقیاس رایج برای ارزیابی این سنخ شخصیتی است که به زبان‌های مختلف از جمله فارسی موجود می‌باشد.

عوامل وراثتی در تکوین سنخ شخصیتی D

در نظریه‌های شخصیت، مفهوم عواطف منفی با مفهوم روان‌نژند خوبی و مفهوم بازداری هیجانی با درون‌گرایی ارتباط تنگاتنگ دارد. همان گونه که اشاره شد عواطف منفی با روان‌نژند خوبی در مدل پنج عاملی بزرگ همبستگی مثبت دارد در حالی که مفهوم بازداری اجتماعی با برون‌گرایی در مدل مذکور همبستگی منفی دارد و هر دو ویژگی سنخ D با

به ترتیب تا ۴۶٪ و ۵۰٪ برآورد نمودند (۱۹).
به طور کلی شواهد اولیه نشان می‌دهد که تکوین دو ویژگی عواطف منفی و بازداری اجتماعی به عنوان صفات سنخ شخصیتی D تا حدودی تحت تأثیر عوامل وراثتی می‌باشند.

سنخ شخصیتی D و آشفتگی‌های روان شناختی

مطالعات قبلی نشان داده است که عوامل شخصیتی می‌توانند تغییرات خلقی را در طول زمان پیش‌بینی کنند. نتایج مطالعات شخصیت نشان داده است که نمرات حاصل از ارزیابی شخصیت از ثبات بالا برخوردار است و کمتر با گذشت زمان تغییر می‌کند در حالی که نمرات ارزیابی خلق ثبات کمتری دارد. با این وجود نمرات شخصیت تغییرات خلق را می‌تواند پیش‌بینی کند (۲۸). به عنوان مثال Cloninger و همکاران (۲۸) در مطالعه خود نشان دادند که نمرات ارزیابی شخصیت در خط پایه در افراد جمعیت عادی ۴۴ درصد واریانس تغییر در افسردگی آنان را در یک سال بعد تبیین می‌نماید.

شخصیت سنخ D می‌تواند با انواعی از مشکلات روان شناختی و اجتماعی شامل علائم افسردگی، اضطراب (۲۹)، اختلال استرس پس از ضربه روانی (۳۰)، کیفیت پایین زندگی و سطح پایین بهزیستی روانی (۳۱-۳۳)، فقدان حمایت اجتماعی ادراک شده (۳۴)، خشم، تنش مزمن، بدبینی و اعتماد به نفس پایین (۱۵، ۵) ارتباط داشته باشد. به عنوان نمونه به تازگی یک مطالعه نشان داد که سنخ شخصیت D یک عامل خطر در بروز Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) متعاقب سکتة قلبی به شمار می‌رود (۲۲). این موضوع به ویژه قابل تأمل است که بیماران سنخ D به نسبت فاقد تجربه هیجانانگیز مثبت هستند که با تأثیر مثبت کمتر، اعتماد به نفس پایین و نارضایتی کلی از زندگی مشخص می‌شود (۳۵، ۱۱).

به نظر می‌رسد علایم خستگی و فرسودگی حیاتی در بیماران قلبی با صفات سنخ D شایع‌تر باشد (۳۶). فرسودگی حیاتی کیفیتی است که با خستگی مزمن، تحریک پذیری

مؤلفه با وجدان بودن در آن مدل پنج عاملی بزرگ همبستگی منفی دارد (۳).

Farmer و همکاران (۲۳) پژوهشی را به منظور بررسی این که آیا روان‌نژند خوبی و برون‌گرایی به عنوان ویژگی‌های بنیادی و سرشتی آسیب‌پذیری در واکنش به رویدادهاست، انجام دادند. آنها ۱۰۸ آزمودنی و فرزندان آنان را از طریق مصاحبه، ارزیابی عصب - روان شناختی، تجربه رویدادهای زندگی و مقیاس آیزنک مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج آنان نشان داد، ضمن این که ویژگی روان‌نژند خوبی و برون‌گرایی با تغییرات خلق و رویدادهای زندگی ارتباط دارد دارای زمینه خانوادگی است. در یک مطالعه اخیر سهم وراثت در روان‌نژند خوبی در دامنه بین ۳۱٪ تا ۵۹٪ برآورد شده است (۲۴). نقش وراثت در بازداری اجتماعی یا ویژگی‌های نزدیک به آن به خوبی تأیید نشده است.

با این وجود مطالعات انجام شده روی کودکان نشان داده است که تفاوت‌های فردی در رفتار بازداری که به ویژگی بازداری اجتماعی بسیار نزدیک است تحت تأثیر ژن‌ها می‌باشد (۱۶). Eley و همکاران سهم وراثت در کم‌رویی/بازداری کودکان ۴ ساله را در پسران ۷۶٪ و در دختران ۶۶٪ گزارش نمودند (۲۵). Derks و همکاران (۲۶) نقش وراثت در رفتارهای انزواطلبی را حدود ۵۵٪ تا ۵۸٪ برای پسران و ۴۰٪ تا ۵۰٪ برای دختران گزارش کردند. در مطالعه دیگری سهم عوامل ژنتیکی در تبیین تفاوت‌های فردی در ویژگی شبه بازداری رفتاری تحت عنوان "ترس از ارزیابی منفی" در بزرگسالان تا ۴۸٪ گزارش شده است (۲۷).

تنها یک مطالعه به زمینه‌های وراثتی سنخ شخصیتی D پرداخته است. به تازگی Kupper و همکاران میزان تأثیر ژن‌ها و عوامل محیطی را در تکوین سنخ شخصیتی D و مؤلفه‌های آن مورد بررسی قرار دادند و شواهدی را ارائه نمودند که بیانگر اهمیت عوامل وراثتی در تفاوت‌های فردی در شخصیت سنخ D و عواطف منفی و بازداری اجتماعی به عنوان مؤلفه‌های آن می‌باشد. این محققین سهم عوامل ژنتیکی را در تکوین صفات عواطف منفی و بازداری اجتماعی

افسردگی را پس از مداخله آنژیوپلاستی عروق کرونر به طور معنی‌داری پیش‌بینی می‌کند. همچنین به تازگی یک مطالعه نشان داد که حتی عوامل شخصیتی به عنوان متغیر تعدیل‌کننده بر تأثیر حمایت اجتماعی ادراک شده در آشفتگی‌های روان‌شناختی اثر می‌گذارد (۳۰). بنابراین محققین حتی هنگام مطالعه اثر حمایت اجتماعی بر سلامتی بر اهمیت عوامل شخصیتی تأکید دارند؛ چرا که متغیرهای شخصیتی است که تعیین‌کننده پیوندها و ارتباطات اجتماعی می‌باشد (۳۹).

سنخ شخصیتی D و پیامدهای قلبی

شواهد روزافزونی نشان می‌دهد که سنخ شخصیتی D یک عامل تعیین‌کننده مهم در پیامدهای بیماری قلبی در بیماران است. بیماران قلبی با این صفات شخصیتی در معرض خطر بیشتر مرگ و میر هستند (۱).

اولین مطالعه که نشان داد سنخ شخصیتی D دارای تأثیر منفی جدی بر سلامتی بیماران است در سال ۱۹۹۵ منتشر گردید. در آن مقاله گزارش شد که ۷۳٪ مرگ و میر در بیماران با سنخ شخصیتی D بوده است. همچنین یافته‌های آن مطالعه نشان داد که در مرگ و میر ناشی از علل قلبی سنخ شخصیتی D با ۶ برابر افزایش خطر مرگ و میر ارتباط دارد (۳۸). سنخ شخصیتی D در مدل مشتمل بر عوامل خطر زیست-پزشکی قدرت پیش‌بینی مرگ و میر را به طور معنی‌داری افزایش می‌دهد (۵). این نتایج یک سال بعد نیز در ادامه مطالعه مذکور با افزایش حجم نمونه تا ۳۰۳ بیمار قلبی مورد تأیید قرار گرفت. حتی تأثیر سنخ شخصیتی D بعد از کنترل عملکرد بطن چپ، بیماری عروقی، تحمل پایین ورزش و فقدان درمان ترومبولیک بعد از سکته قلبی همچنان معنی‌دار باقی ماند (۱۴). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که مرگ و میر در بیماران با سنخ شخصیتی D در مقایسه با بیماران بدون سنخ شخصیتی D به طور قابل توجهی بالاتر است.

در سال ۲۰۰۰ نتایج مشابهی در مطالعه‌ای شامل ۳۱۹ بیمار قلبی که به منظور بررسی تأثیر سنخ شخصیتی D بر

مفرط و احساس تهی شدن (Demoralization) تعریف می‌شود (۳۷). این پدیده عامل خطری است که مشابه افزایش سطح چربی خون، مرگ و میر را تا ۴۰ ماه پس از سکته قلبی پیش‌بینی می‌کند (۵).

به علاوه مشکلات روان‌شناختی که بیماران سنخ D تجربه می‌کنند نه تنها به آشفتگی روان‌شناختی محدود نمی‌شوند بلکه شامل رفتارها و علایم روان‌شناختی نظیر استفاده مزمن از بنزودیازپین‌ها، شکایات مستمر از درد قفسه سینه و ناتوانی در بازگشت به کار می‌شوند (۳۸). به طور کلی این یافته‌ها اعتبار سازه سنخ D را به عنوان یک نیم‌رخ شخصیتی D که منجر به افزایش آسیب‌پذیری نسبت به مشکلات هیجانی و اجتماعی می‌شود، مورد تأکید قرار داده است.

شخصیت سنخ D به عنوان یک عامل خطر مرتبط با افزایش آشفتگی‌های روان‌شناختی، علائم فرسودگی (Exhaustion) مسائل بهداشتی و پیامدهای بالینی ناگوار (با وجود درمان مناسب) معرفی شده است (۱۶). شواهد پژوهشی نشان داده است که سنخ شخصیتی D افسردگی را تا پنج سال بعد در یک گروه آمیخته از بیماران قلبی پیش‌بینی می‌کند (۳۹).

Pedersen و همکاران (۳۰) در مطالعه‌ای نقش عوامل شخصیتی و حمایت اجتماعی را در آشفتگی‌های روان‌شناختی (شامل علائم اضطراب و افسردگی) روی بیماران با دستگاه شوک دهنده داخل قلبی Implantable Cardioverter Defibrillator و همسران آنان مورد مطالعه قرار دادند و مشاهده نمودند که شخصیت سنخ D با بروز علائم اضطراب و افسردگی ارتباط معنی‌دار دارد.

در مطالعه دیگری Pedersen و همکاران (۴۰) متغیرهای پیش‌بینی‌کننده از جمله سنخ D را در بروز علائم افسردگی در بیماران تحت مداخله آنژیوپلاستی عروق کرونر (PCI یا Percutaneous Coronary Intervention) بعد از ۱۲ ماه پس از مداخله مورد بررسی قرار دادند (۴۲). نتایج نشان داد که شخصیت سنخ D در ترکیب با دیابت، شروع علائم

باشد. به عنوان نمونه Williams و همکاران به تازگی نشان دادند که سنخ شخصیت D با افزایش رفتارهای پر خطر و کاهش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در بزرگسالان همراه است (۳۴). یافته‌های آنان همسو با نتایجی است که عواطف منفی را به تغییرات رفتاری در بیماران قلبی مربوط می‌سازد (۴۶). همین طور سنخ شخصیت D با فرایندهای پاتوفیزیولوژیکی ارتباط دارد که خطر بروز عوارض، پیامدهای منفی و مرگ و میر را در بیماران با این سنخ شخصیتی تبیین می‌نماید (۴۶، ۲۱). Kop و همکار (۴۷) عوامل خطر روان‌شناختی بیماری‌های قلبی-عروقی را بر اساس طول مدت یعنی مداومت یا حضور موقتی آنها به سه گروه طبقه‌بندی نموده است؛ عوامل آشکار ساز حاد (Acute triggers) نظیر استرس روان‌شناختی و طغیان خشم، عوامل دوره‌ای (Episodic Factors) با طول مدت از چند هفته تا ۲ سال، نظیر افسردگی و فرسودگی (Exhaustion) و عوامل مزمن (Chronic Factors) نظیر خصوصیات شخصیتی منفی (نظیر خصومت و تیپ D) و شرایط اجتماعی-اقتصادی پایین. همان طور که Kop و همکار اظهار داشته‌اند نتایج مطالعات این فرض را مورد تأیید قرار داده است که عوامل خطر روان‌شناختی نظیر سنخ شخصیت D ممکن است پیدایش عوامل خطر حاد و دوره‌ای نظیر افسردگی و فرسودگی حیاتی را تسهیل نمایند (۴۸).

همان طور که اشاره شد افراد سنخ D بیشتر تمایل به تجربه هیجانات منفی نظیر اضطراب، خشم، احساسات خصمانه و خلق افسرده و بازداری در ابراز این هیجانات در ارتباطات اجتماعی دارند. موقعیت‌هایی که با ترس، اضطراب، درماندگی و فقدان کنترل ارتباط دارد، می‌تواند سبب افزایش ترشح کورتیزول شود (۵). بنابراین بیش فعالی فیزیولوژیکی می‌تواند یکی از این مکانیزم‌ها باشد (۴۹).

سیستم هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) یا Hypothalamus-pituitary-Adrenal Axis در متابولیسم، تعادل حیاتی، تولید انرژی و تنظیم پاسخ‌های فیزیولوژیکی به استرس نقش دارد (۴۹). هر دو بعد سنخ D با افزایش سطح

مرگ و میر و سکتة قلبی انجام گرفت، به دست آمد (۴۱). امروزه Denollet نظریه‌پرداز این سازه شخصیتی و همکاران وی سنخ شخصیتی D را یک عامل خطر مستقل برای بروز سکتة قلبی، پیش‌آگهی بد و مرگ و میر در بیماران سکتة قلبی، بیماران پس از جراحی بای‌پاس و پیش‌بینی کننده بسیاری از درمان‌ها در بیماران قلبی می‌دانند. همچنین این محققین این سنخ شخصیت را یک عامل خطر معادل اختلال عملکرد بطن چپ در پیش‌آگهی و افزایش عوارض و مرگ و میر حاصل از بیماری قلبی در نظر می‌گیرند (۵).

امروزه شواهد بسیار زیادی به دست آمده است که نشان می‌دهد سنخ شخصیتی D یک عامل خطر قابل توجه در پیش‌آگهی بد در بیماران ایسکمیک (۱)، بیماران با نارسایی مزمن قلبی (۴۲)، افزایش ۴ تا ۸ برابر مرگ و میر در سکتة قلبی (۴۳، ۴۱)، افزایش خطر ایست قلبی (۴۴) و بروز بیماری پر فشاری خون (۱) است.

سنخ شخصیتی D عامل مهمی در ایجاد مشکلات هیجانی و اجتماعی است؛ این مشکلات می‌تواند خود اثرات منفی بر سلامتی بیماران قلبی داشته باشد و سبب افزایش عوارض و مرگ و میر در آنان گردد (۵).

سنخ شخصیتی D و مکانیزم‌های فیزیولوژیکی

سنخ شخصیتی D، چه به عنوان یک پدیده زیست شناختی یعنی ویژگی‌های مزاجی (Temperament) در نظر گرفته شود و چه به عنوان الگوی رفتاری عادت‌ی، می‌تواند برای بروز بیماری قلبی، افزایش پیامدهای منفی و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی (۴۲) و سایر بیماری‌های جسمی نظیر پر فشار خون، دیابت، پوکی استخوان و زخم‌های گوارشی عامل خطر به شمار رود (۴۵). مکانیزم‌های واسطه‌ای بین سنخ شخصیتی D و پاتوفیزیولوژی بیماری قلبی در حال بررسی و شناسایی است (۲۱). احتمال می‌رود مکانیزم‌های بالقوه‌ای که بتواند رابطه سنخ شخصیت D و افزایش پیامدهای منفی و مرگ و میر را در جمعیت بیماران قلبی توجیه نماید، شامل مکانیزم‌های رفتاری (۳۴) و مسیرهای فیزیولوژیکی (۴۶)

نتایج با نتایج حاصل از مطالعه بر بیماران قلبی هماهنگی ندارد، اما احتمال می‌رود اثر ترکیبی عواطف منفی و بازداری اجتماعی تنها از طریق سن تظاهر پیدا کند. شواهد نشان می‌دهد که سن بر نظم‌دهی HPA اثر می‌گذارد (۵۰، ۴۶، ۲۱). با این وجود نتایج مطالعات مختلف مربوط به اثر کهولت بر عملکرد HPA در افراد سالم با یکدیگر همخوانی ندارد (۵۱). به هر حال به نظر می‌رسد مطالعه بیشتر عملکرد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) در افراد سنخ D ضرورت داشته باشد.

تغییرات سیستم ایمنی یکی دیگر از مکانیزم‌های احتمالی بین ویژگی‌های سنخ D و آسیب شناسی بیماری قلبی است. در یک مطالعه مشخص شد که شخصیت سنخ D بعد از کنترل علل سبب شناختی ایسکمیک و شدت نارسایی قلبی یک متغیر پیش‌بینی کننده مستقل برای افزایش سطح سایتوکاین پیش‌التهابی (Pro inflammatory cytokine) چرخشی در خون است. این سایتوکاین عامل مرگ سلولی (Necrosis) در تومور می‌باشد (۵۲). $TNF-\alpha$ و گیرنده محلول آن با علل آسیب شناختی بیماری قلبی و عروقی ارتباط دارد. گیرنده $TNF-\alpha_1$ به عنوان قوی‌ترین و واقعی‌ترین پیش‌بینی کننده مرگ و میر مستقل از متغیرهای بالینی است (۵).

همچنین برخی محققین علاقه‌مند به ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و پیامدهای زیست شناختی، در مطالعات خود به ویژگی بازداری اجتماعی نیز توجه کرده‌اند. به عنوان نمونه Bouhuys و همکاران (۵۳) که رابطه روان‌نژند خوبی و برون‌گرایی و حمایت اجتماعی دریافت شده را با شاخص‌های سیستم ایمنی مرتبط با افسردگی نظیر تعداد لمفوسیت‌ها، CD-3، CD-8، سلول‌های کشنده طبیعی (Natural Killer Cell) یا NKT، نسبت CD-4 به CD-8 و IL-6 مورد مطالعه قرار دادند، دریافتند که با وجود کنترل سن و افسردگی، برون‌گرایی رابطه معکوس با نسبت CD-4 به CD-8 دارد. مشاهدات آنان نشان داد که آزمودنی‌ها با برون‌گرایی بیشتر و حمایت اجتماعی بالا نیز دارای میزان بیشتری از NKT هستند.

کورتیزول در پاسخ به استرس ارتباط دارد (۴۶). Molloy و همکاران در یک مطالعه اخیر تغییراتی در پروفایل روزانه کورتیزول در بیماران مبتلا به سندرم قلبی-عروقی با سنخ شخصیتی D نشان دادند و نتیجه گرفتند که این سنخ شخصیتی در دراز مدت با اختلال در عملکرد محور HPA همراه است (۴۶). بررسی نتایج پژوهشی در این زمینه نشان می‌دهد که افزایش عواطف منفی با افزایش ترشح کورتیزول همراه است. این ارتباط در مطالعات متعدد که استرس‌های آزمایشگاهی نظیر صحبت در جمع و موقعیت‌های مستلزم جرأت‌ورزی به کار رفته و مورد تأیید قرار گرفته است. تجربه استرس و همین‌طور انتظار استرس با افزایش سطح کورتیزول بزاقی ارتباط دارد. در نهایت عواطف منفی با افزایش سطح کورتیزول و عواطف مثبت با کاهش سطح کورتیزول رابطه دارد. نکته حائز اهمیت آنست که تغییرات خلقی نقش واسطه‌ای بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و ترشح کورتیزول بازی می‌کند (۴۹). از طرف دیگر سطح بالای کورتیزول می‌تواند یک عامل واسطه‌ای بین سنخ D و افزایش خطر ابتلا به بیماری قلبی عروقی و احتمالاً سایر اختلال‌های جسمی باشد. بنابراین منطقی است که فرض شود در عملکرد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) در افراد سنخ D و سایر افراد با صفات شخصیتی دیگر تفاوت وجود دارد (۴۶).

مکانیزم‌هایی که از طریق آنها بازداری اجتماعی می‌تواند بر پیش‌آگهی بیماران قلبی اثر بگذارد شامل واکنش پذیری سیستم قلبی عروقی، کاهش تغییر پذیری ضربان قلب و تشدید فرایندهای التهابی است. همین‌طور بازداری اجتماعی می‌تواند در رابطه بیمار با پزشک، پذیرش درمان و ارتقای رفتارهای سالم تأثیرگذار باشد (۱۷). در یک مطالعه در ۱۷۳ دانشجوی سالم مشاهده شد که مؤلفه بازداری اجتماعی با افزایش فشار خون ارتباط دارد (۴۹). با این وجود این نتایج در تحلیل رگرسیون معنی‌دار نشد. مطالعه بعدی نشان داد که مؤلفه‌های جداگانه سازه سنخ D بیش از اثرات ترکیبی آن مؤلفه‌ها با واکنش افزایش یافته به استرس رابطه دارد (۵۰). گرچه این

مداخلات درمانی برای سنخ شخصیتی D

افراد با شخصیت سنخ D در معرض خطر فزاینده بروز اختلالات روانپزشکی و جسمی هستند. شخصیت سنخ D می‌تواند به عنوان یکی از شرایط آسیب‌شناسی روانی در نظر گرفته شود که ممکن است بر سلامتی و طول عمر اثر گذارد. لذا درمان‌های روان‌شناختی و دارویی را ضروری می‌سازد.

آیا روش‌های مداخلات روان‌شناختی، دارویی یا طب مکمل برای کمک به افراد با سنخ شخصیتی D وجود دارد؟ در توانبخشی بیماران قلبی بر شناسایی بیماران با سنخ شخصیتی D و استفاده از مداخلات روان‌شناختی به منظور تعدیل ویژگی‌های شخصیتی آنان تأکید می‌شود. با توجه به این که این سازه نظری در سال‌های اخیر مطرح شده است، هنوز مطالعات کلاسیک در پاسخ به این سؤال انجام نگرفته است. با این وجود احتمال می‌رود درمان شناختی-رفتاری، آموزش مهارت‌های اجتماعی، روان‌درمانی بین فردی، آموزش آرام‌سازی پیشرونده عضلانی، آموزش مراقبه، تنفس شکمی، هیپنوتیزم، پس‌خوراند زیستی، ورزش و سایر درمان‌ها بتوانند در کاهش استرس در افراد سنخ D مؤثر باشند و توانایی آنان را در آمیزش اجتماعی با سایرین بهبود بخشند؛ برای مثال ورزش منظم می‌تواند سبب کاهش اضطراب و افسردگی، افزایش توانایی بیمار در کنترل استرس روزانه، افزایش طول مدت و راحتی خواب، بهبود عملکرد جنسی، بهبود تحمل کلومز و بهبود پارامترهای لیپیدی گردد. همین‌طور احتمال می‌رود داروهای ضد افسردگی بتوانند به برخی افراد سنخ D کمک کند (۵۰، ۵). درمان با SSRI می‌تواند سبب کاهش اجتناب آسیب‌دهنده (تمایل فرد به پاسخ شدید به نشانه‌های محرک‌های آزاردهنده)، افزایش اطمینان اجتماعی و کاهش خصومت شود (۵). مطالعات بیشتر در مورد جنبه‌های زیست‌شناختی و روان‌شناختی افراد سنخ D می‌تواند در خلق شیوه‌های مداخله‌ای به منظور ارتقای سلامت روان‌شناختی و جسمی افراد با شخصیت سنخ D بسیار حائز اهمیت باشد.

نتیجه‌گیری

اگر چه شواهد بسیاری نقش ویژگی‌های شخصیتی را در پیامدهای استرس تأیید نموده، اما در نظریه سنخ شخصیت D به ابعاد شخصیتی توجه گردیده است که دارای پایه‌های نظری و تجربی در نظریه‌های شخصیت می‌باشد. از طرف دیگر، این ویژگی‌ها به صور مختلف در متون علمی و تجربیات بالینی در حوزه طب روان-تنی مورد اشاره بوده است. با این وجود آن چه تلاش Denollet در این نظریه‌پردازی را حائز اهمیت می‌سازد، توجه خاص وی به همراهی دو ویژگی تجربه عواطف منفی و بازداری اجتماعی به عنوان یک سنخ شخصیتی است که می‌تواند موجبات آسیب‌پذیری روان‌شناختی و جسمی را فراهم سازد.

مدل نظری استرس-استعداد مزاجی می‌تواند برای تبیین رابطه این سنخ شخصیتی و بروز پیامدهای روان‌شناختی و جسمی به کار رود. این مدل به نقش میانجی استعداد مزاجی در بروز پیامدهای متعاقب رویارویی با استرس اشاره دارد (۴). به عنوان نمونه شواهد نشان می‌دهد که افسردگی پس از سکت قلبی اغلب در افرادی بروز نموده است که دارای استعداد یا سابقه قلبی بوده‌اند (۵۴).

امروزه شخصیت سنخ D به عنوان یک عامل خطر مستقل در بروز آشفتگی‌های روان‌شناختی، بیماری‌های قلبی، پیش‌آگهی بد در بیماران قلبی و افزایش مرگ و میر در این بیماران در نظر گرفته می‌شود. برخی شواهد، ارتباط این سنخ شخصیتی با بی‌نظمی در محور HPA و به دنبال آن افزایش سطح کورتیزول و تغییرات در سیستم ایمنی را تأیید نموده است. احتمال می‌رود این فرایندها مکانیزم‌های واسطه‌ای بین شخصیت سنخ D و بروز پاتوفیزیولوژی بیماری‌های قلبی باشد؛ بنابراین در توانبخشی بیماران قلبی شناسایی شخصیت سنخ D و استفاده از مداخلات روان‌شناختی به منظور تعدیل ویژگی‌های این سنخ شخصیتی مورد تأکید قرار می‌گیرد.

گرچه شواهد پژوهشی زیادی جنبه‌های مختلف این سنخ شخصیتی را تبیین نموده و نشان داده است که سازه نظری شخصیت سنخ D در فعالیت‌های بالینی می‌تواند کاربرد عملی

بین فرهنگی در مورد اعتبار این سازه در جوامع مختلف و پیامدهای آن توصیه می‌گردد.

به طور کلی سنخ D یک سازه شخصیتی پایدار است که نه تنها می‌تواند در رابطه با بیماری‌های قلبی مورد توجه خاص قرار گیرد بلکه در مورد سایر بیماری‌های روان-تنی نیز قابل بررسی می‌باشد. لذا بررسی ارتباط این سنخ شخصیتی با جنبه‌های آسیب شناختی سایر بیماری‌های جسمی که ماهیت روان تنی دارند پیشنهاد می‌گردد.

داشته باشد، اما وجود خلأهایی در ادبیات پژوهشی این حوزه، انجام مطالعات بیشتر را ضروری می‌سازد. به عنوان نمونه لازم است مکانیزم‌هایی که سنخ شخصیتی D را به پیامدهای بالینی مربوط می‌سازد، بیشتر مورد مطالعه قرار گیرد. چه بسا به جای آن که سنخ شخصیتی D یک عامل خطر سبب شناختی و یا عامل خطر پیش‌آگهی بد باشد، شاخص خطری است که به یک متغیر سوم مربوط می‌شود. به عبارت دیگر ممکن است متغیر سوم مطرح باشد که سبب تکوین سنخ D و پیش‌آگهی بد در بیماران قلبی شود. همچنین مطالعات

References

1. Pedersen SS, Denollet J. Is Type D Personality Here to Stay? Emerging Evidence Across Cardiovascular Disease Patient Groups. *Current Cardiology Reviews* 2006; 2(3): 205-13.
2. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999; 99(16): 2192-217.
3. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med* 2005; 67(1):89-97.
4. Bagherian R. An Exploratory Investigation of Predictors of Depression Following Myocardial Infarction. [Ph.D Dissertation]. Tehran: University of Tehran; 2007. [In Persian].
5. Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003; 10(4): 241-8.
6. Seaward BL. Stress-Prone and Stress-Resistant Personality Traits. *Managing Stress: Principles and Strategies for Health and Well-Being*. 3rd ed. New York: Jones & Bartlett Publishers; 2001. p. 115-23
7. Rosenman RH, Brand RJ, Jenkins D, Friedman M, Straus R, Wurm M. Coronary heart disease in Western Collaborative Group Study. Final follow-up experience of 8 1/2 years. *JAMA* 1975; 233(8): 872-7.
8. Dembroski TM, Costa PT, Jr. Coronary prone behavior: components of the type A pattern and hostility. *J Pers* 1987; 55(2): 211-35.
9. Suarez EC, Kuhn CM, Schanberg SM, Williams RB, Jr., Zimmermann EA. Neuroendocrine, cardiovascular, and emotional responses of hostile men: the role of interpersonal challenge. *Psychosom Med* 1998; 60(1): 78-88.
10. Yan LL, Liu K, Matthews KA, Daviglius ML, Ferguson TF, Kiefe CI. Psychosocial factors and risk of hypertension: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *JAMA* 2003; 290(16): 2138-48.
11. Denollet J. Personality and coronary heart disease: the type-D scale-16 (DS16). *Ann Behav Med* 1998; 20(3): 209-15.
12. Denollet J. Biobehavioral research on coronary heart disease: where is the person? *J Behav Med* 1993; 16(2): 115-41.
13. Denollet J. Type D personality. A potential risk factor refined. *J Psychosom Res* 2000; 49(4): 255-66.
14. Denollet J, Sys SU, Stroobant N, Rombouts H, Gillebert TC, Brutsaert DL. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet* 1996; 347(8999): 417-21.
15. Jacobs N, Kenis G, Peeters F, Derom C, Vlietinck R, van Os J. Stress-related negative affectivity and genetically altered serotonin transporter function: evidence of synergism in shaping risk of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(9): 989-96.
16. Denollet J. Negative affectivity and repressive coping: pervasive influence on self-reported mood, health, and coronary-prone behavior. *Psychosom Med* 1991; 53(5): 538-56.

17. Denollet J, Pedersen SS, Ong AT, Erdman RA, Serruys PW, van Domburg RT. Social inhibition modulates the effect of negative emotions on cardiac prognosis following percutaneous coronary intervention in the drug-eluting stent era. *Eur Heart J* 2006; 27(2): 171-7.
18. Barnett MD, Ledoux T, Garcini LM, Baker J. Type D personality and chronic pain: construct and concurrent validity of the DS14. *J Clin Psychol Med Settings* 2009; 16(2): 194-9.
19. Kupper N, Denollet J, de Geus EJ, Boomsma DI, Willemsen G. Heritability of type-D personality. *Psychosom Med* 2007; 69(7): 675-81.
20. Conraads VM, Denollet J, De Clerck LS, Stevens WJ, Bridts C, Vrints CJ. Type D personality is associated with increased levels of tumour necrosis factor (TNF)-alpha and TNF-alpha receptors in chronic heart failure. *Int J Cardiol* 2006; 113(1): 34-8.
21. Sher L. Type D personality, stress, and cortisol. *J Psychosom Res* 2004; 57(2): 117-8.
22. Pedersen SS, Denollet J. Validity of the Type D personality construct in Danish post-MI patients and healthy controls. *J Psychosom Res* 2004; 57(3): 265-72.
23. Farmer A, Redman K, Harris T, Mahmood A, Sadler S, Pickering A, et al. Neuroticism, extraversion, life events and depression. The Cardiff Depression Study. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 118-22.
24. Birley AJ, Gillespie NA, Heath AC, Sullivan PF, Boomsma DI, Martin NG. Heritability and nineteen-year stability of long and short EPQ-R Neuroticism scales. *Personality and individual differences* 2006; 40(4): 737-47.
25. Eley TC, Bolton D, O'Connor TG, Perrin S, Smith P, Plomin R. A twin study of anxiety-related behaviours in pre-school children. *J Child Psychol Psychiatry* 2003; 44(7): 945-60.
26. Derks EM, Hudziak JJ, van Beijsterveldt CE, Dolan CV, Boomsma DI. A study of genetic and environmental influences on maternal and paternal CBCL syndrome scores in a large sample of 3-year-old Dutch twins. *Behav Genet* 2004; 34(6): 571-83.
27. Stein MB, Jang KL, Livesley WJ. Heritability of social anxiety-related concerns and personality characteristics: a twin study. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190(4): 219-24.
28. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *J Affect Disord* 2006; 92(1): 344-5.
29. Spindler H, Kruse C, Zwisler AD, Pedersen SS. Increased anxiety and depression in danish cardiac patients with a type D personality: cross-validation of the Type D Scale (DS14). *Int J Behav Med* 2009; 16(2): 98-107
30. Pedersen SS, van Domburg RT, Theuns DA, Jordaens L, Erdman RA. Type D personality is associated with increased anxiety and depressive symptoms in patients with an implantable cardioverter defibrillator and their partners. *Psychosom Med* 2004; 66(5): 714-9.
31. Pelle AJ, Schiffer AA, Smith OR, Widdershoven JW, Denollet J. Inadequate consultation behavior modulates the relationship between Type D personality and impaired health status in chronic heart failure. *Int J Cardiol* 2009;. [In Press]
32. Schiffer AA, Pedersen SS, Widdershoven JW, Denollet J. Type D personality and depressive symptoms are independent predictors of impaired health status in chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2008; 10(8): 802-10.
33. Pelle AJ, Erdman RA, van Domburg RT, Spiering M, Kazemier M, Pedersen SS. Type D patients report poorer health status prior to and after cardiac rehabilitation compared to non-type D patients. *Ann Behav Med* 2008; 36(2): 167-75.
34. Williams L, O'Connor RC, Howard S, Hughes BM, Johnston DW, Hay JL, et al. Type-D personality mechanisms of effect: the role of health-related behavior and social support. *J Psychosom Res* 2008; 64(1): 63-9.
35. Pelle AJ, Pedersen SS, Szabo BM, Denollet J. Beyond Type D personality: reduced positive affect (anhedonia) predicts impaired health status in chronic heart failure. *Qual Life Res* 2009; 18(6): 689-98.
36. von Kanel R, Barth J, Kohls S, Saner H, Znoj H, Saner G, et al. Heart rate recovery after exercise in chronic heart failure: Role of vital exhaustion and type D personality. *J Cardiol* 2009; 53(2): 248-56.
37. Pedersen SS, Middel B. Increased vital exhaustion among type-D patients with ischemic heart disease. *J Psychosom Res* 2001; 51(2): 443-9.
38. Denollet J, Sys SU, Brutsaert DL. Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosom Med* 1995; 57(6): 582-91.
39. Pedersen SS, Middel B, Larsen ML. The role of personality variables and social support in distress and perceived health in patients following myocardial infarction. *J Psychosom Res* 2002 ;53(6): 1171-5.

40. Pedersen SS, Ong AT, Sonnenschein K, Serruys PW, Erdman RA, van Domburg RT. Type D personality and diabetes predict the onset of depressive symptoms in patients after percutaneous coronary intervention. *Am Heart J* 2006; 151(2): 367.
41. Denollet J, Vaes J, Brutsaert DL. 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* 2000; 102(6): 630-5.
42. Schiffer AA, Pedersen SS, Widdershoven JW, Hendriks EH, Winter JB, Denollet J. The distressed (type D) personality is independently associated with impaired health status and increased depressive symptoms in chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005; 12(4): 341-6.
43. Pedersen SS, Lemos PA, van Vooren PR, Liu TK, Daemen J, Erdman RA, et al. Type D personality predicts death or myocardial infarction after bare metal stent or sirolimus-eluting stent implantation: a Rapamycin-Eluting Stent Evaluated at Rotterdam Cardiology Hospital (RESEARCH) registry substudy. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44(5): 997-1001.
44. Appels A, Golombeck B, Gorgels A, de Vreede J, van Breukelen G. Behavioral risk factors of sudden cardiac arrest. *J Psychosom Res* 2000; 48(4-5): 463-9.
45. Brown ES, Varghese FP, McEwen BS. Association of depression with medical illness: does cortisol play a role? *Biol Psychiatry* 2004; 55(1): 1-9.
46. Molloy GJ, Perkins-Porras L, Strike PC, Steptoe A. Type-D personality and cortisol in survivors of acute coronary syndrome. *Psychosom Med* 2008; 70(8): 863-8.
47. Kop WJ, Gottdiener JS. The role of immune system parameters in the relationship between depression and coronary artery disease. *Psychosom Med* 2005; 67 (Suppl 1): S37-S41.
48. Kop WJ. The integration of cardiovascular behavioral medicine and psychoneuroimmunology: new developments based on converging research fields. *Brain Behav Immun* 2003; 17(4): 233-7.
49. Habra ME, Linden W, Anderson JC, Weinberg J. Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *J Psychosom Res* 2003; 55(3): 235-45.
50. Sher L. Type D personality: the heart, stress, and cortisol. *QJM* 2005; 98(5): 323-9.
51. Gust DA, Wilson ME, Stocker T, Conrad S, Plotsky PM, Gordon TP. Activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis is altered by aging and exposure to social stress in female rhesus monkeys. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85(7): 2556-63.
52. Denollet J, Conraads VM, Brutsaert DL, De Clerck LS, Stevens WJ, Vrints CJ. Cytokines and immune activation in systolic heart failure: the role of Type D personality. *Brain Behav Immun* 2003; 17(4): 304-9.
53. Bouhuys AL, Flentge F, Oldehinkel AJ, van den Berg MD. Potential psychosocial mechanisms linking depression to immune function in elderly subjects. *Psychiatry Res* 2004; 127(3): 237-45.
54. Bagherian R, Saneei H, Bahrami Ehsan H. Demographic and Medical Predictors of The Onset Of Post-MI Depression. *ARYA Atherosclerosis Journal* 2007; 3(2): 104-9.

Type D personality

Bagherian Sararoudi R¹

Abstract

Many studies have demonstrated the role of psychosocial and behavioral risk factors in the etiology and pathogenesis of cardiovascular disorders. Previous studies have shown relationships between some personality characteristics and the risk for coronary heart diseases. Recently, a new personality construct, the type D or 'distressed' personality, has been proposed. Type D personality is characterized by the joint tendency to experience negative emotions and to inhibit these emotions while avoiding social contacts with others. Type D personality may be identified by using the scales measuring global personality traits. Some evidences confirm the role of heritability in development of type-D personality.

The findings of various studies indicate that type-D personality is an independent risk factor of psychological distress, heart diseases, adverse clinical prognosis in cardiac patients and increased mortality. Evidence confirms the relationship between type-D personality and cardiovascular reactivity, HPA dysregulation leading to elevated serum levels of cortisol, and psycho-neuro-immunological processes. These alterations may be factors which mediate the association between type-D personality and clinical outcome in cardiac patients.

Identification of cardiac patients with type-D personality and application of psychological interventions in their rehabilitation would be needed. In addition, type-D personality may be a personality construct to be considered not only in cardiovascular diseases but also in other psychosomatic disorders.

Keywords: type-D personality, Stress, Negative Affectivity, Social Inhibition

Type of article: Review Article

Received: 15.05.2009

Accepted: 27.06.2009

1- Assistant Professor, Department of Psychiatry, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
E-mail: Bagherian@med.mui.ac.ir.