



## The Effectiveness of Dynamic Interpersonal Psychotherapy on Psychological Symptoms, Emotion Regulation and Quality of Life of Psychodermatologic Patients

Soheila Aminizadeh<sup>1</sup>, Ghasem Askarizadeh<sup>2</sup>, Masoud Bagheri\*<sup>3</sup>


### Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of Dynamic Interpersonal Therapy on psychological symptoms, emotion regulation, and quality of life in these patients. This research was conducted in a quasi-experimental design with two experimental and control groups and pre-test and post-test stages. The statistical population included all psychodermatologic patients in Kerman who had been referred to the dermatology clinics. The diagnosis of psychodermatology disease was done by psychologist's diagnosis interview and dermatologist assessment. 30 participants were selected through convenience sampling and randomly divided into two groups of 15 experimental and control. Experimental group participants received sixteen 45-minute psychotherapy sessions. The Psychological Symptoms Questionnaire, Difficulties in Emotion Regulation Scale, and Dermatology Life Quality Index were used to collect data. Data were analyzed by analysis of covariance. Results showed that Dynamic Interpersonal Therapy was in reducing clinical psychological symptoms and improving the quality of life of patients with psychodermatologic disease and was able to reduce the emotion regulation problems of these patients. It is suggested that psychologists and dermatologists use dynamic interpersonal psychotherapy for reducing psychodermatologic symptoms.

**Keywords:** Dynamic psychotherapy, emotional regulation, psychodermatologic, psychological symptoms, quality of life

<sup>1</sup>Ph.D. Candidate in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

<sup>2</sup>Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

<sup>3</sup>Corresponding author: Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran 

## اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی پویشی بر علائم روان‌شناختی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران

### روان‌تنی پوستی

سهیلا امینی زاده<sup>۱</sup>، قاسم عسکرزاده<sup>۲</sup>، مسعود باقری<sup>۳\*</sup>


### چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی پویشی بر علائم روان‌شناختی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران روان‌تنی پوستی انجام شد. این پژوهش در قالب طرح شبه‌آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل با مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. جامعه آماری شامل تمام بیماران روان‌تنی پوستی شهر کرمان بود که به کلینیک‌های پوستی این شهر مراجعه کردند. تشخیص بیماری روان‌تنی توسط مصاحبه تشخیصی روان‌شناس و ارزیابی متخصص پوست صورت گرفت. تعداد ۳۰ نفر از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش ۱۶ جلسه درمان ۴۵ دقیقه‌ای دریافت کردند. برای جمع‌آوری داده از پرسشنامه علائم روان‌شناختی، مقیاس دشواری تنظیم هیجان و مقیاس کیفیت زندگی بیماری پوستی استفاده شد. داده‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که روان‌درمانی بین‌فردی پویشی بر کاهش علائم روان‌شناختی بالینی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری روان‌تنی پوستی تأثیرگذار بوده است و توانست مشکلات تنظیم هیجان این بیماران را کاهش دهد. روان‌درمانگران و متخصصان پوست می‌توانند از روان‌درمانی بین‌فردی پویشی برای بهبود علائم بیماران پوستی استفاده کنند.

**کلیدواژه‌ها:** تنظیم هیجانی، روان‌تنی پوستی، روان‌درمانی پویشی، علائم روان‌شناختی، کیفیت زندگی

<sup>۱</sup>دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، بخش روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران

<sup>۲</sup>دانشیار، بخش روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران

<sup>۳</sup>نویسنده مسئول: دانشیار، بخش روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران 

## مقدمه

تعداد قابل توجهی از بیماران پوستی در کنار مشکلات پوستی، نشانه‌ها و شکایات روان‌شناختی ابراز می‌کنند. همچنین موارد متعددی از بیماران پوستی مقاوم به درمان‌های معمول پزشکی وجود دارند که پس از دریافت روان‌درمانی شدت علائم پوستی‌شان کاهش یافته است. در واقع این بیماران مبتلا به اختلال روان‌تنی پوست<sup>۱</sup> هستند. اختلال روان‌تنی به معنای اختلال جسمی است که عوامل روان‌شناختی در ایجاد و شدت آن تا حد زیادی نقش دارد و نشانه‌های بدنی با وجود عوامل روان‌شناختی مرتبط است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

مهم‌ترین ویژگی ناتوان‌کننده این بیماری همراهی آن با علائم روان‌شناختی است و تاثیر عوامل روان‌شناختی در گسترش، تحول و کنترل این بیماری محرز شده است. بیماران روان‌تنی پوستی به شدت تحت تاثیر آشفتگی‌های روانی هستند و این عوامل موجب افزایش شدت بیماری و کاهش عملکرد بیماران می‌شود. شدت بیماری روان‌تنی بر شدت این علائم تاثیرگذار است و متقابلاً شدت این علائم موجب تشدید بیماری روان‌تنی می‌شود (توحید، شنفلت، برنی و عقیل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). پژوهش‌هایی که بر عوامل روان‌شناختی در بیماری‌های روان‌تنی پوستی متمرکز بوده‌اند سطوح بالای اضطراب، افسردگی، ترس‌ها، روان‌پریشی و در مجموع علائم بالینی روان‌شناختی را تایید کرده‌اند (بیدیا، دی و موهانتی<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱).

در بیشتر این بیماران اختلالات هیجانی دیده می‌شود که بر مقابله با بیماری تأثیرات منفی به جا می‌گذارد (کون، فراید، نوسری، ریچلین و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸) و هرچه بیماران در شناسایی و توصیف هیجان‌اتشان مشکل بیشتری داشته باشند، تنش و خلق منفی بیشتری تجربه می‌کنند (گریفیتز، فاوا، میلر، راسل<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). ناتوانی در شناخت هیجان‌ها با افزایش احتمال شکایات بدنی و ادراک مغشوش و نادرست وضعیت جسمی همراه است که نشان‌دهنده رابطه تنظیم هیجان با انواع بیماری پوستی است (لطفی، علیپور، ترخان، فرزاد و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷). افراد با آگاهی هیجانی کاهش یافته اغلب در تجربه برانگیختگی

- 
1. Psychodermatologic disease
  2. American Psychiatric Association
  3. Tohid, Shenefelt, Burney and Aqeel
  4. Baidya, Dey and Mohanty
  5. Kwon, Fried, Nousari and Ritchlin
  6. Griffiths, Fava, Miller and Russell
  7. Lotfi, Alipoor, Tarkhan, Farzad and Maleki

عاطفی شکست می‌خورند و این برانگیختگی در ایجاد و حفظ بیماری روان‌تنی نقش جدی دارد (کنستانتینسکو<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱؛ تورادو، اوسیبو و اواکینین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). حفظ این وضعیت در مجموع موجب کاهش کیفیت زندگی می‌گردد.

بخش مهمی از ارزیابی شدت و تاثیر بیماری بر جنبه‌های مختلف زندگی توسط قضاوت شناختی آگاهانه بیمار صورت می‌گیرد که در واقع مفهوم کیفیت زندگی را می‌سنجد. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به دنبال سنجش آثار بیماری و اثربخشی درمان بر حوزه‌های بین‌فردی، شغلی و عاطفی است و یکی از اهداف هر مداخله درمانی ارتقاء آن است. تاثیر بیماری بخصوص در ظاهر فرد و نگرانی از قضاوت دیگران، احساس ارزشمندی پایین و کاهش روابط بین‌فردی، کاهش عزت‌نفس و کناره‌گیری از جامعه احساس نارضایتی و ناخشنودی زیادی ایجاد می‌کند (صفايي و آتش‌پور<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). این مشکلات بین‌فردی و آشفتگی روان‌شناختی، هیجان‌های منفی و خلق آشفته موجب استرس و کیفیت زندگی نامناسب می‌شود، بنابراین لازم است این بیماران از مداخلات روان‌شناختی بهره ببرند (لایتن و فوناگی<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰؛ مک‌گیری، مک‌گیری و نیبیتی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸).

روان‌درمانی شناختی رفتاری و درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روند بهبودی بیماری پوستی اثرگذار بوده و موجب تنظیم هیجان، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم روان‌شناختی آن‌ها شده است (بیالوهینا، بلوگینا، آزارووا و سیاتکوفسکایا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷؛ فونتا، آدامزیک، توین، کربی و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹). یکی از رویکردهای درمانی که اخیراً برای درمان اختلالات مرتبط با بدن در سطح محدود استفاده شده، درمان بین‌فردی پویشی<sup>۸</sup> است. اعتبار این رویکرد درمانی یکپارچه در کارآزمایی‌های بالینی تایید شده است. کانون اصلی در این درمان تسریع فرایند پردازش ذهنی‌سازی و تمرکز عاطفی بین‌فردی و هدف آن رشد عملکرد انعکاسی، آگاهی از هیجان‌ها، ساختن روایتی درباره خود و افزایش آگاهی در مورد تعارض‌های روانی زیربنایی می‌باشد (لایتن و فوناگی، ۲۰۲۰). از آن‌جا که این درمان متمرکز بر کلامی‌سازی هیجان‌هایی است که بیمار آن‌ها را در سطوح عمیق‌تر روان تجربه می‌کند و با پرداختن به مسائل بین‌فردی و الگوهای روابط، برانگیختگی و آشفتگی هیجانی را کاهش می‌دهد، به نظر می‌رسد ظرفیت بالقوه مناسبی برای بهبود مشکلات اساسی بیماران روان‌تنی داشته باشد. همچنین اینکه اثربخشی آن در اختلالات جسمی بررسی شده اما در خصوص بیماری روان‌تنی پوستی مورد مطالعه قرار نگرفته است و با توجه به شیوع بالای بیماری‌های

1. Constantinescu
2. Torrado, Eusebio and Ouakinin
3. Safaei and Atashpor
4. Luyten and Fonagy
5. McGeary, McGeary and Nabity
6. Bialuhina, Belugina, Azarova and Siatkovskaia
7. Founta, Adamzik, Tobin and Kirby
8. Dynamic Interpersonal Therapy (DIT)

۱۲۲..... اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی پویشی بر علائم روان‌شناختی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی ...

روان‌تنی پوستی، اقدامات درمانی منحصر بر دارودرمانی و تاثیر زیاد این بیماری بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی این بیماران نیاز به اقدامات درمانی متمرکز بر متغیرهای روان‌شناختی ضروری می‌باشد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال بررسی این فرضیه که روان‌درمانی بین‌فردی پویشی بر علائم روان‌شناختی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران روان‌تنی پوستی اثرگذار می‌باشد اجرا شد.

## روش

این پژوهش در قالب یک طرح شبه‌آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل با مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. جامعه‌آزمایی شامل تمام بیماران روان‌تنی پوستی شهر کرمان بود که در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ به کلینیک‌های پوستی این شهر مراجعه کرده بودند. کلینیک یاس سفید (بزرگترین کلینیک پوستی شهر کرمان) از طریق نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شد. تشخیص بیماری روان‌تنی پوست مبتنی بر معاینه پزشک متخصص پوست و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بالینی بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup> برای تشخیص بیماری روان‌تنی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) صورت گرفت. از میان افرادی که این تشخیص را دریافت کرده بودند، تعداد ۳۴ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۷ نفری، یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل در انتظار درمان قرارگرفتند. ملاک‌های ورود شامل سن بالای ۱۸ سال، سابقه حداقل یک‌سال از زمان شروع بیماری، عدم دریافت درمان دارویی روانپزشکی یا مخدر، نداشتن تاریخچه اختلال‌های شدید روان‌شناختی مانند اسکیزوفرنیا یا اختلال دوقطبی (که طی فرایند مصاحبه بالینی روان‌شناختی ارزیابی شد)، عدم وجود آسیب مغزی، عدم اعتیاد به الکل، مواد یا دارو به گزارش خود فرد، داشتن توانایی خواندن و نوشتن، عدم استفاده از خدمات روان‌شناختی و روان‌درمانی همزمان با مشارکت در پژوهش و تمایل به شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات روان‌درمانی بود. کلیه بیماران منتخب از نظر هدف پژوهش توجیه، محرمانه بودن اطلاعاتشان تضمین، و مختار به خروج از پژوهش در هر زمان شدند و پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها خواسته شد تا به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌ها و بسته مداخله‌ای مبتنی بر درمان بین‌فردی پویشی بود.

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V

**پرسشنامه<sup>۱</sup> SCL-90-R**: این ابزار تشخیص علائم روان‌شناختی بالینی شامل ۹۰ گویه و دارای طیف پاسخ پنج درجه‌ای از صفر تا چهار نمره است. این پرسشنامه نه بعد شکایات جسمانی<sup>۲</sup>، وسواس فکری - عملی<sup>۳</sup>، حساسیت میان‌فردی<sup>۴</sup>، افسردگی<sup>۵</sup>، اضطراب<sup>۶</sup>، پرخاشگری<sup>۷</sup>، فوبیا<sup>۸</sup>، افکار پارانوئیدی<sup>۹</sup> و روان‌پریشی<sup>۱۰</sup> را می‌سنجد. نتایج ابزار شامل مجموع نمرات هر بعد، شاخص علایم کلی<sup>۱۱</sup>، شاخص جمع علایم مثبت<sup>۱۲</sup> و شاخص علایم مثبت ناراحتی<sup>۱۳</sup> می‌باشد. دامنه ضرایب پایایی و روایی هریک از ابعاد نه‌گانه این آزمون بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ است (دروگاتیس، و آنگر، ۲۰۱۰). در جامعه ایرانی ضرایب روایی همگرا در زیرمقیاس‌های پرسشنامه از ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ و ضرایب پایایی سازه بالاتر از ۰/۹۰ بود (اردکانی، ثقه الاسلام، هابیل، جمیعی و همکاران، ۲۰۱۶). در این مطالعه نیز ضرایب آلفا شاخص‌های نه‌گانه بین ۰/۶۷ تا ۰/۹۳ بود.

**مقیاس دشواری تنظیم هیجان (15DERS)**: این مقیاس ۳۶ گویه‌ای سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از یک تا پنج در شش زمینه تحلیل عامل شده به نام‌های عدم پذیرش هیجان‌های منفی<sup>۱۴</sup>، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند<sup>۱۵</sup>، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی<sup>۱۶</sup>، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان<sup>۱۷</sup>، فقدان آگاهی هیجانی<sup>۱۸</sup> و فقدان شفافیت هیجانی<sup>۱۹</sup> می‌سنجد. از مجموع نمره زیرمقیاس‌های آزمون، نمره کل محاسبه می‌شود. نمره بیشتر در هریک از زیرمقیاس‌ها و کل مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. ضریب همسانی درونی مقیاس ۰/۹۳ بوده است (گراتز و رومر<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۴). ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد مقیاس فارسی از ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ و میزان روایی همگرا ۰/۸۶ بود (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳). در این مطالعه نیز آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ بود.

1. Symptom Checklist-90-R
2. Somatization
3. Obsessive- compulsive
4. Interpersonal sensitivity
5. Depression
6. Anxiety
7. Hostility
8. Phobic anxiety
9. Paranoid ideation
10. Psychoticism
11. Global Severity Index (GSI)
12. Positive Symptom Total (PST)
13. Positive Symptom Distress (PSDI)
14. Derogatis and Unger
15. Difficulties in Emotion Regulation Scale
16. Nonacceptance of emotional responses
17. Difficulty engaging in goal-directed behaviour
18. Impulse control difficulties
19. Limited access to emotion regulation strategies
20. Lack of emotional awareness
21. Lack of emotional clarity
22. Gratz and Roemer

۱۲۴..... اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی پوششی بر علائم روان‌شناختی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی ...

**شاخص کیفیت زندگی در بیماری‌های پوستی (DLQI)<sup>۱</sup>:** این شاخص ده‌گویه‌ای تأثیر بیماری پوستی بر جنبه‌های مختلف زندگی بیمار را می‌سنجد. پاسخ به این ابزار در اندازه‌های چهار نمره‌ای از صفر تا سه انجام می‌شود. نمره کل از جمع نمرات گویه‌ها به دست می‌آید و نمره بالاتر در این شاخص به معنای کیفیت زندگی پایین‌تر است. این مقیاس با پایایی بازآزمایی ۰/۹۹ یکی از پرکاربردترین ابزارهای خودگزارشی است (فینلای و خان<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴). در ایران ضرایب پایایی این ابزار با روش همسانی درونی در دامنه ۰/۶۷-۰/۹۹ و ضرایب روایی همگرای آن در دامنه ۰/۵۵-۰/۹۹ گزارش شده است (آقایی، صدیقی، جعفری و مظاهری نیا، ۲۰۰۴). در این مطالعه نیز آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۱ به دست آمد.

**بسته مداخله‌ای مبتنی بر درمان بین‌فردی پوششی<sup>۳</sup>:** مجموعه‌ای برای روان‌درمانی بین‌فردی پوششی کوتاه‌مدت است که در ابتدا برای درمان بیماران افسرده تدوین شد اما عناصر اصلی درمان برای بیشتر اختلالات و بیماری‌ها قابل اجرا می‌باشد. درمان شامل سه فاز ابتدایی، میانی و پایانی است (شن، اینجنیتو، کن، نریگ و آبراهام<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹). برنامه مداخله بدون هیچگونه تغییری نسبت به بسته اصلی اجرا شد. خلاصه پروتکل مداخله‌ای به تفکیک فازهای مداخله در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه برنامه جلسات روان‌درمانی بین‌فردی پوششی

فاز درمان	اهداف	محتوی	تغییر موردانتظار
فاز ابتدایی درمان جلسات ۱-۵	درگیرکردن بیمار در فرایند درمان و گوش دادن به داستان او، یافتن الگوی روابط، مدیریت خطرات احتمالی و موارد خودآسیب رسان، تمرکز بین‌فردی -عاطفی، فرمول‌بندی و حرکت براساس فرمول بندی، استفاده از تعابیر و استعاره‌های بیمار، دخالت انتقال و انتقال متقابل در فرمول‌بندی	دادن اطلاعات در مورد اهداف درمان، بازخورد محتوای جلسات به بیمار- توضیح معنی تمرکز بین‌فردی-عاطفی و بررسی تجارب بیمار در این حوزه، دادن تعابیر ابتدایی برای به اشتراک گذاشتن الگوی بین فردی-عاطفی، به اشتراک گذاشتن فرمول‌بندی بین‌فردی-عاطفی با بیمار	معنادهی به الگوی روابط، مهار رفتارهای تکانشی یا خودآسیب رسان، کاهش برانگیختگی هیجانی و افزایش تمرکز بر تجارب عاطفی
فاز میانی درمان جلسات ۶-۱۱	کار بر روی انتقال و استفاده از انتقال به‌عنوان پلی برای تغییر، کار با مکانیزم‌های دفاعی گوش کردن با گوش سوم، توجه به موارد ضروری در جلسه در برابر حفظ سفت و سخت چهارچوب، تکنیک‌های بیانگر و کاوشگرانه، تمرکز بر عواطف، رویکرد حمایتی، تکنیک‌های ذهنی‌سازی، تکنیک‌های هدایت‌گرایانه مستقیم، کار بر روی مقاومت	پرداختن به الگوهای بین‌فردی و تمرکز بر این الگوها، فعال کردن الگوی بین فردی-عاطفی و استفاده از انتقال برای کاوش بیشتر آن، دادن تعبیر روی انتقال حمایت از بیمار برای تجربه شکل جدیدی از رفتار در روابط	افزایش توانایی ذهنی سازی و سطح خود آگاهی، آگاهی از هیجان‌ها و شناخت دفاع‌های ناسازگار

1. Dermatology Life Quality Index
2. Finlay and Khan
3. Dynamic Interpersonal Therapy (DIT)
4. Chen, Ingenito, Kehn, Nehrigh and Abraham

فاز پایانی	
روشن کردن و دادن تعبیر روی معانی که	بررسی پاسخ بیمار به پایان درمان
توانایی مدیریت روابط	آماده کردن بیمار برای پایان درمان
بین فردی و معناداری به	
روابط	
به مفاهیم روان‌شناختی بیمار برای رفتن	
از جلسات	
	۱۲-۱۶

این مطالعه با اخذ تأییدیه کمیته اخلاق با کد E.A.00.03.02.01 از دانشگاه شهید باهنر کرمان اجرا شد. بیماران پس از پاسخگویی به سوالات پرسشنامه‌ها، به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. بعد از اجرای پیش‌آزمون برای رعایت اصول اخلاق علمی به بیماران شرکت‌کننده در گروه آزمایش تأکید شد که برای جلسات روان‌درمانی آزادانه تصمیم بگیرند و در صورت وخامت علائم، موارد را اطلاع دهند تا ضمن توقف دوره برای فرد موردنظر، اقدامات درمانی انجام شود. گروه کنترل نیز در لیست انتظار قرار گرفت. جمع‌آوری داده در دو مرحله قبل از دریافت روان‌درمانی و سه ماه پس از اتمام درمان انجام شد. در طی درمان ۴ بیمار درمان را ادامه ندادند و تعداد ۳۰ نفر در نهایت باقی ماندند. درمان در کلینیک روان‌درمانی شکوفا و در بازه زمانی تیرماه تا آذرماه ۱۴۰۰ انجام شد. هرکدام از اعضای گروه آزمایش به صورت فردی ۱۶ جلسه هرهفته یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تحت روان‌درمانی بین‌فردی پوششی قرار گرفتند. فرایند و درمان مجموعاً برای هر بیمار بین ۴ تا ۵ ماه طول کشید و درمانگر حین اجرای پژوهش تحت نظارت<sup>۱</sup> روان‌درمانگری پوششی قرار داشت. تحلیل داده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از روش تحلیل کوواریانس (آنکوا و مانکوا) انجام شد.

## یافته‌ها

تحلیل داده نشان داد دو گروه از نظر سن، جنسیت، تحصیلات و وضعیت اشتغال تفاوت معناداری نداشتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۵/۶۶ بود که در سطح خطای ۰/۰۵ تحت آزمون t مستقل اختلاف معناداری بین گروه آزمایش و کنترل دیده نشد ( $p=0/750$ ). ۱۷ نفر از شرکت‌کنندگان زن (۵۷٪) و ۱۳ نفر (۴۳٪) مرد بودند و توزیع فراوانی دو گروه تحت آزمون کاسکوار همگن بود ( $p=0/713$ ). توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی نیز تحت آزمون دقیق فیشر همگن بود ( $p=0/462$ ). وضعیت اشتغال در دو گروه نیز تحت آزمون کاسکوار اختلاف معناداری را نشان نداد ( $p=0/296$ ).

نتایج یافته‌های توصیفی پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است. همانگونه که در این جدول مشاهده می‌شود اگرچه هر دو گروه در نمرات پیش‌آزمون متغیرها تفاوت قابل ملاحظه‌ای با هم ندارند اما میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرها در گروه آزمایش



۱۲۶ ..... اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی پوششی بر علائم روان‌شناختی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی ...

نسبت به پیش‌آزمون تغییر محسوس‌تری داشته است که در گروه کنترل چنین تغییری دیده نمی‌شود. جهت بررسی معنی‌داری اثربخشی نیاز به بررسی مفروضه تحلیل کوواریانس چندمتغیری و یک‌متغیری بود که نتایج بررسی نرمال بودن توزیع مقادیر متغیرها نشان داد در سطح خطای ۰/۰۵ تحت آزمون شاپیرو-ویلک این مفروضه برقرار است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آزمایش (M±sd)		کنترل (M±sd)		شاپیرو-ویلک	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
شکایت‌های جسمانی	۰/۷۲±۰/۳۴	۰/۴۳±۰/۳۰	۰/۶۹±۰/۳۱	۰/۷۵±۰/۲۷	۰/۹۳	۰/۹۵
وسواس و اجبار	۰/۷۱±۰/۴۴	۰/۴۳±۰/۲۹	۰/۷۵±۰/۲۹	۰/۸۱±۰/۲۹	۰/۹۷	۰/۹۷
حساسیت در روابط بین‌فردی	۰/۸۱±۰/۴۱	۰/۵۴±۰/۳۹	۰/۷۹±۰/۵۴	۰/۷۹±۰/۵۱	۰/۹۴	۰/۹۵
افسردگی	۰/۷۷±۰/۴۵	۰/۵۹±۰/۳۹	۰/۵۱±۰/۳۲	۰/۵۶±۰/۴۰	۰/۹۶	۰/۹۴
اضطراب	۰/۵۸±۰/۳۵	۰/۳۷±۰/۲۴	۰/۳۹±۰/۲۴	۰/۴۱±۰/۲۲	۰/۹۵	۰/۹۵
پرخاشگری	۰/۵۳±۰/۲۸	۰/۳۳±۰/۲۴	۰/۶۱±۰/۲۹	۰/۵۹±۰/۳۵	۰/۹۳	۰/۹۴
فوبیا	۰/۵۰±۰/۱۹	۰/۳۳±۰/۲۷	۰/۴۹±۰/۲۰	۰/۵۳±۰/۲۴	۰/۹۴	۰/۹۴
افکار پارانوئیدی	۰/۸۰±۰/۳۶	۰/۴۶±۰/۲۱	۰/۷۸±۰/۲۸	۰/۷۴±۰/۲۷	۰/۹۵	۰/۹۴
روان‌پریشی	۰/۵۳±۰/۲۶	۰/۳۱±۰/۲۱	۰/۴۴±۰/۲۶	۰/۴۵±۰/۲۴	۰/۹۵	۰/۹۵
GSI	۶۸/۰۷±۲۴/۵۵	۴۴/۰۰±۲۱/۴۸	۶۱/۱۱±۱۳/۲۰	۶۳/۶۳±۱۵/۰۴	۰/۹۸	۰/۹۵
PST	۳۷/۳۳±۱۴/۵۲	۳۱/۲۷±۱۳/۹۷	۳۶/۸۰±۸/۰۴	۴۲/۲۰±۹/۱۲	۰/۹۸	۰/۹۵
PSDI	۱/۸۸±۰/۴۳	۱/۳۸±۰/۲۲	۱/۶۸±۰/۲۸	۱/۵۲±۰/۲۰	۰/۹۷	۰/۹۳
عدم‌پذیرش هیجان منفی	۱۲/۴۰±۳/۵۰	۸/۷۳±۲/۶۰	۱۱/۰±۲/۶۵	۱۱/۷۲±۳/۰۸	۰/۹۴	۰/۹۴
دشواری در رفتار هدفمند	۱۳/۴۰±۲/۹۰	۱۰/۳۳±۳/۱۱	۱۲/۰±۲/۵۶	۱۲/۲۰±۲/۳۱	۰/۹۷	۰/۹۵
دشواری مهار رفتار تکانشی	۱۴/۲۷±۴/۱۵	۱۱/۰۷±۳/۷۷	۱۳/۴۷±۳/۷۲	۱۳/۳۳±۲/۹۹	۰/۹۵	۰/۹۷
فقدان آگاهی هیجانی	۲۴/۰۷±۳/۳۳	۱۷/۶۷±۳/۷۷	۲۴/۵۳±۲/۴۲	۲۳/۰۷±۲/۳۱	۰/۹۵	۰/۹۳
راهبرد تنظیم هیجان محدود	۱۸/۶۰±۴/۸۱	۱۶/۰۷±۳/۱۷	۱۶/۵۳±۳/۷۴	۱۶/۹۳±۴/۲۳	۰/۹۶	۰/۹۶
فقدان شفافیت هیجانی	۱۳/۱۳±۲/۵۳	۱۰/۸۷±۲/۶۴	۱۲/۸۰±۲/۹۶	۱۳/۰۰±۲/۶۷	۰/۹۷	۰/۹۴
دشواری تنظیم هیجان (کل)	۹۵/۹۳±۱۰/۱۳	۷۴/۷۳±۱۰/۰۰	۹۰/۳۳±۷/۳۰	۹۰/۲۷±۸/۰۶	۰/۹۷	۰/۹۶
کیفیت زندگی	۲۲/۴۷±۳/۱۱	۱۸/۴۰±۳/۲۵	۲۲/۴۰±۱/۸۸	۲۳/۲۷±۱/۸۷	۰/۹۵	۰/۹۸

فرض همگنی واریانس تحت آزمون لون و شیب خط رگرسیون به‌عنوان یکی دیگر از مفروضه‌های مهم تحلیل کوواریانس برقرار بود. همچنین مفروضه وجود رابطه خطی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از آزمون F با مقادیر احتمال ( $P < 0/05$ ) تأیید گردید و نیز تحت بررسی فاصله ماهالانوبیس در مشاهدات مقادیر پرت مشاهده نشد. نتایج آزمون M-BOX نیز دلالت

بر همگنی ماتریس کوواریانس در ابعاد SCL-90 ( $M-BOX=65/80, P=0/576$ )، در ابعاد دشواری تنظیم هیجان ( $P=0/859$ )،  $(M-BOX=15/58)$  و در متغیرهای اصلی تحقیق ( $P=0/457, M-BOX=6/46$ ) داشت. بنابراین از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد (جدول ۳). نتایج نشان داد اثربخشی همزمان روی ابعاد SCL-90 ( $\eta^2 = 0/95, P < 0/001, F_{1,11} = 21/90$ )،  $F_9$  و ابعاد دشواری تنظیم هیجان ( $\eta^2 = 0/88, P < 0/001, F_{6,17} = 21/05$ ) معنی دار بوده است. همچنین اثربخشی همزمان درمان در این سه متغیر نیز موثر بوده به طوری که می توان نتیجه گرفت ۹۰ درصد تفاوت در نمره های پس آزمون متغیرهای پژوهش مرتبط با تأثیر روان درمانی است. از طرفی توان آماری برابر با ۱ دلالت بر کفایت حجم نمونه و عدم امکان خطای نوع دوم نیز دارد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بروی میانگین نمرات پس آزمون

متغیر	شاخص ویلکز	آماره F	درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
ابعاد SCL90	۰/۰۵	۲۱/۹۰	(۹ و ۱۱)	<۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱
ابعاد دشواری تنظیم هیجان	۰/۱۱	۲۱/۰۵	(۶ و ۱۷)	<۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱
متغیرهای اصلی (SCL90، دشواری تنظیم هیجان و کیفیت زندگی)	۰/۱۰	۶۵/۱۱	(۳ و ۲۳)	<۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱

به منظور بررسی تفاوت های معنادار در هرکدام از متغیرها به تنهایی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ علائم روان شناختی، دشواری های تنظیم هیجان و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد و اثربخشی درمان در تمام متغیرهای مربوط به ابعاد روان شناختی به جز افسردگی ( $\eta^2 = 0/07, P = 0/162, F_{1,27} = 2/06$ ) ملاحظه می گردد. در واقع درمان با توجه به نسبت میانگین نمرات متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل موجب کاهش معنادار علائم روان شناختی به جز افسردگی شده است. در بین ابعاد تنظیم هیجان نیز ملاحظه شد که ۴۶ درصد از تغییرات نمره عدم پذیرش هیجان های منفی، ۳۲ درصد از نمره دشواری در رفتارهای هدفمند، ۵۰ درصد از نمره دشواری در مهار رفتار تکانشی، ۵۸ درصد از نمره فقدان آگاهی هیجانی، ۱۳ درصد از نمره محدودیت راهبردهای تنظیم هیجان، ۶۷ درصد نمره فقدان شفافیت هیجانی و ۸۱ درصد از نمره کل دشواری تنظیم هیجان ناشی از تأثیر متغیر مستقل یعنی روان درمانی بوده است. همچنین نتایج نشان داد بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت قابل ملاحظه ای وجود دارد و درمان موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران شده، به نحوی که ۶۹ درصد از نمره کیفیت زندگی تحت تأثیر روان درمانی می باشد ( $\eta^2 = 0/69, P < 0/001, F_{1,27} = 60/81$ ).

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک‌متغیری بر پس‌آزمون متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان
شکایت‌های جسمانی	۰/۸۳	۱	۰/۸۳	۱۴/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۵
وسواس و اجبار	۰/۹۷	۱	۰/۹۷	۲۱/۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹
حساسیت در روابط بین‌فردی	۰/۵۲	۱	۰/۵۲	۱۱/۸۰	۰/۰۰۲	۰/۳۰	۰/۹۱
افسردگی	۰/۱۶	۱	۰/۱۶	۲/۰۶	۰/۱۶۲	۰/۰۷	۰/۲۸
اضطراب	۰/۵۰	۱	۰/۵۰	۱۷/۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۹۸
پرخاشگری	۰/۲۶	۱	۰/۲۶	۷/۹۱	۰/۰۰۹	۰/۲۳	۰/۷۷
فوییا	۰/۳۳	۱	۰/۳۳	۹/۶۸	۰/۰۰۴	۰/۲۶	۰/۸۵
افکار پارانوئیدی	۰/۶۷	۱	۰/۶۷	۱۹/۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۹
روان‌پریشی	۰/۳۳	۱	۰/۳۳	۳۴/۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
GSI	۷۴۶۱/۵۸	۱	۷۴۶۱/۵۸	۸۰/۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰
PST	۹۷۱/۶۶	۱	۹۷۱/۶۶	۲۳/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱/۰۰
PSDI	۰/۳۲	۱	۰/۳۲	۱۳/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۴
عدم‌پذیرش هیجان منفی	۱۰۶/۲۵	۱	۱۰۶/۲۵	۲۲/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱/۰۰
دشواری در رفتار هدفمند	۵۵/۲۸	۱	۵۵/۲۸	۱۲/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۴
دشواری مهار رفتار تکانشی	۶۱/۹۳	۱	۶۱/۹۴	۲۷/۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰
فقدان آگاهی هیجانی	۱۸۹/۳۲	۱	۱۸۹/۳۲	۳۷/۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰
راهبرد تنظیم هیجان محدود	۳۱/۷۵	۱	۳۱/۷۵	۴/۲۷	۰/۰۴۹	۰/۱۴	۰/۵۱
فقدان شفای هیجانی	۴۴/۳۷	۱	۴۴/۳۷	۵۵/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
دشواری تنظیم هیجان(کل)	۲۸۲۱/۰۱	۱	۲۸۲۱/۰۱	۱۱۶/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
کیفیت زندگی	۱۸۱/۴۷	۱	۱۸۱/۴۷	۶۰/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱/۰۰

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی پویشی بر علائم روان‌شناختی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران روان‌تنی پوستی بود. نتایج بیانگر این بود که بین نمرات نهایی گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای علائم روان‌شناختی، دشواری تنظیم هیجان و کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود داشت. یعنی روان‌درمانی بین‌فردی پویشی با کاهش علائم روان‌شناختی و دشواری‌های تنظیم هیجان و همچنین افزایش کیفیت زندگی یک مداخله اثربخش در این بیماران بود.

نتایج این مطالعه با نتایج فونتا و همکاران (۲۰۱۹) که نشان داد بیماران روان‌تنی پوستی از مداخلات روان‌شناختی در کاهش

علائم روان‌شناختی بهره بردند همسو است. شکایت‌های جسمانی، وسواس و اضطراب علائم همانندی هستند که روان‌درمانی

با کاهش تمرکز فرد بر بیماری جسمی، تشخیص و تمرکز بر عوامل راه‌اندازنده یا افزایش‌دهنده علائم خلقی، کاهش تنش، به‌رسمیت شناختن رنج بیمار، توانمندسازی شناختی و تنظیم عواطف موجب کاهش آن‌ها شد. این نتیجه در اثرپذیری شاخص‌های کلی، روان‌پریشی و افکار پارانوئیدی نیز مشاهده شد که مشابه نتایج توحید و همکاران (۲۰۱۹) است. به‌نظر می‌رسد نازنده‌سازی خود و احساس عدم‌کنترل زندگی در این بیماران با بازسازی روایت زندگی و افزایش بیش در روان‌درمانی کاهش یافته است. تأثیر بیماری در ظاهر بیماران، ترس از قضاوت دیگران و طرد منجر به تشکیل الگوهای معیوب روابط، ترس و پرخاشگری می‌شود. رابطه درمانی موجب بهبود رابطه بیمار با خودش و دیگران شده و درمان با شناخت الگوهای بین‌فردی معیوب، تغییر باورهای بیمار درمورد خود و توانمندسازی شناختی موجب کاهش پرخاشگری و حساسیت بین‌فردی می‌گردد. یافته‌ها نشان داد که برای کاهش علائم افسردگی زمان بیشتری از درمان نیاز است. نتیجه عدم تأثیر درمان بر کاهش علائم افسردگی این پژوهش همسو با مطالعه گریفیتز و همکاران (۲۰۱۷) است. درمیان بیماران با علائم معنادار افسردگی احساساتی از جمله گناه، شرم و انزجار بسیار غالب هستند که مقاومت درمانی زیادی ایجاد می‌کنند (کون و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین به‌نظر می‌رسد این بیماران نیازمند جلسات بیشتر روان‌درمانی برای حصول نتیجه هستند. همچنین با کاهش روابط اجتماعی و احساس خودارزشمندی، خلق منفی پایداری در این بیماران شکل گرفته است که تغییر آن نیازمند زمان بیشتری است. همچنین می‌توان با ارزیابی اولیه افسردگی این بیماران را تشخیص داده و درمان متمرکز بر افسردگی نیز برای آن‌ها اضافه شود.

طبق یافته‌های این پژوهش، دشواری تنظیم هیجان با شدت علائم روان‌تنی تجربه‌شده در افراد ارتباط دارد. این یافته در راستای بسیاری از یافته‌های پژوهش‌های پیشین در این زمینه است (لایتن و فوناگی، ۲۰۲۰). در این پژوهش روان‌درمانی موجب بهبود تنظیم هیجان و افزایش آگاهی و شفافیت هیجانی شد. این یافته‌ها با نتیجه پژوهش لطفی و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. درواقع روان‌درمانی با تمرکز بر هیجان‌ها و شناخت هرچه بیشتر روایت‌های مربوط به آن‌ها موجب شناسایی و توصیف بهتر هیجان می‌شود. به‌هرمیزان که فرد قادر به شناسایی و ارتباط برقرارکردن با هیجان‌ات خود و تفکیک آن‌ها از تحریکات بدنی نباشد، علائم روان‌تنی بیشتری تجربه می‌کند (کنستانتینسو، ۲۰۲۱). در موقعیت بالینی دیده می‌شود که این بیماران در شناسایی موقعیت هیجانی خود و دیگران مشکل دارند و رفتارهای هیجانی ناسازگاری نشان می‌دهند. روان‌درمانی با افزایش شناخت بیمار از هیجان‌ها و دستیابی به الگوی آن‌ها و تنظیم صحیح هیجان در موقعیت‌ها موجب رفتارهای هدفمند و مهار رفتار تکانشی می‌گردد. توانایی ذهنی‌سازی احساسات بدنی این بیماران دچار نقص است، به‌ندرت علائم جسمانی خود را در ارتباط

۱۳۰..... اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی پوششی بر علائم روان‌شناختی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی ...

با حالت‌های هیجانی منفی تعبیر می‌کنند و گرایش زیادی به کنترل احساسات و عواطف خود نشان می‌دهند که این موضوع نشان‌دهنده ناتوانی در پذیرش هیجان منفی است. روان‌درمانی با پرداختن به خاطرات با بار هیجانی منفی، کمک به ایجاد پیوند بین حالات جسمانی و هیجانی و شناخت محتوای هیجانی که به کلام نمی‌آید، آگاهی هیجانی را افزایش می‌دهد. خلق بازنمایی آگاهانه از حالت هیجانی و کاهش ابراز تلویحی هیجان نشان‌دهنده افزایش پذیرش هیجان‌های منفی در این بیماران است (تورادو و همکاران، ۲۰۱۸). از طرفی تکنیک‌های آزادسازی هیجانی با تغییر شناخت بیمار در مورد هیجان‌ها و تنظیم آن‌ها موجب فراگیری راهبردهای تنظیم هیجان بیشتری می‌شود و الگوی محدود راهبردهای تنظیم هیجان را تغییر می‌دهد.

نتایج نشان داد این درمان موجب افزایش کیفیت زندگی این بیماران می‌شود که همسو با نتایج پژوهش‌های مشابه است (بیالوهینا، و همکاران، ۲۰۱۷). با تاثیر روان‌درمانی کیفیت زندگی که برابندی از میزان عاملیت و اثربخشی در حوزه‌های متفاوت زندگی است به میزان قابل توجهی ارتقا پیدا کرد. این درمان بر فضای عاطفی و بین‌فردی بیمار تمرکز دارد. اینکه درک فرد از خود، بیماری‌اش و نگاه دیگران به آن چیست و چه عواطفی این تجارب را به هم پیوند می‌زند. در تمام جلسات تمرکز بر تجربه اینچا و اکنون است که به بیمار در تمرکز بر احساسات حال حاضر در جلسات کمک می‌کند و نیازمند ردیابی حالت‌های هیجانی مرتبط با روابط بین‌فردی در طول جلسات است. بنابراین درک بیمار از ارتباط بین ناراحتی‌های موجود با الگوهای روانی ناهشیار افزایش یافته و مدیریت مسائل مربوط به بیماری و بین‌فردی تشویق می‌گردد. به این صورت با تغییر افکار و باورها، تنظیم عواطف، ایجاد امید و احساس عاملیت در روند بهبود بیماری نگرش بیمار نسبت به آن تغییر کرده و افزایش کیفیت زندگی را در پی داشته است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جامعه آماری اشاره کرد که منحصر به بیماران روان‌تنی پوستی شهر کرمان بود و ممکن است تاثیر عوامل فرهنگی در علائم روان‌شناختی یا الگوهای تنظیم هیجان بیماران در نظر گرفته نشده باشد. با اینکه رابطه تنگاتنگی بین عوامل روان‌شناختی و علائم پوستی وجود دارد اما بیماران پوستی معمولاً به روان‌درمانگران ارجاع داده نمی‌شوند. با توجه به تاثیر روان‌درمانی پوششی بین‌فردی در بهبود جنبه‌های روان‌شناختی بیماران روان‌تنی، پیشنهاد می‌گردد روان‌درمانگرانی که با بیماران پوستی کار می‌کنند از این روان‌درمانی که بر علائم بالینی و کیفیت زندگی بیماران تاثیرگذار است استفاده کنند.

**تشکر و قدردانی:** نویسندگان مراتب قدردانی خود را از تمامی شرکت‌کنندگان این پژوهش و همچنین سرکار خانم دکتر حسینی و سرکار خانم دکتر تابع که در انجام این پژوهش یاری‌گر بی‌دریغ بودند اعلام می‌دارند.

## منابع

- بشارت، محمد علی و بزازیان، سعیده. (۱۳۹۳). بررسی ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه ای از جامعه ایرانی. *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، ۲۴ (۸۴) ۶۱-۷۰.
- فلاح دوست، مژگان. (۱۳۹۹). تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال علامت جسمی و اثربخشی درمان بین فردی پویایی. پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- Aghaei, S., Sodaifi, M., Jafari, P., Mazharinia, N., & Finlay, A. Y. (2004). DLQI scores in vitiligo: Reliability and validity of the Persian version. *BioMed Central Dermatology*, 4(1), 1-5.
- American Psychiatric Association, D. S., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5)*. Washington, DC: American psychiatric association.
- Ardakani, A., Seghatoleslam, T., Habil, H., Jameei, F., Rashid, R., Zahirodin, A., & Arani, A. M. (2016). Construct validity of Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) and General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) in patients with drug addiction and diabetes, and normal population. *Iranian Journal of Public Health*, 45(4), 451.
- Baidya, S., Dey, P., & Mohanty, R. (2021). Assessment of quality of life in vitiligo patients attending a tertiary care hospital-A cross sectional study. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(1), 62.
- Besharat, M.A., & Bazzazian, S. (2015). Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian population. *Advances in Nursing & Midwifery*. 24(84), 61-70. (Text in Persian).
- Bialuhina, V., Belugina, I., Azarova, L., Siatkovskaia, N., Siatkovski, V., & Jagovdik, N. (2017). The role of psychotherapy in improving the quality of life and social rehabilitation of patients with psoriasis. *European Psychiatry*, 41(1), 773-773.
- Chen, C. K., Ingenito, C. P., Kehn, M. M., Nehrig, N., & Abraham, K. S. (2019). Implementing brief dynamic interpersonal therapy (DIT) in a VA medical center. *Journal of Mental Health*, 28(6), 613-620.
- Constantinescu, N. (2021). Attachment and emotion regulation among adults with versus without somatic symptom disorder. *International Journal of Medical and Health Sciences*, 15(12), 320-325.
- Derogatis, L. R., & Unger, R. (2010). Symptom checklist-90-revised. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, 1-2.
- Falahatdoost, M. (2021). Emotion regulation in patients with somatic symptoms and effectiveness of dynamic interpersonal therapy. A doctoral dissertation of clinical psychology. Tehran. University of Social Welfare and Rehabilitation. (Text in Persian).
- Finlay, A. Y., & Khan, G. (1994). Dermatology life quality index (DLQI)—A simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, 19(3), 210-216.
- 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(2), 200-219.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.

- Griffiths, C. E., Fava, M., Miller, A. H., Russell, J., Ball, S. G., Xu, W., & Rapaport, M. H. (2017). Impact of ixekizumab treatment on depressive symptoms and systemic inflammation in patients with moderate-to-severe psoriasis: An integrated analysis of three phase 3 clinical studies. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(5), 260-267.
- Kwon, C. W., Fried, R. G., Nousari, Y., Ritchlin, C., & Tausk, F. (2018). Psoriasis: Psychosomatic, somatopsychic, or both? *Clinics in Dermatology*, 36(6), 698-703.
- Lotfi, R., Alipoor, A., Tarkhan, M., Farzad, V. A., & Maleki, M. (2017). Relation of attachment styles and cognitive emotion regulation strategies to depression in patients with chronic skin diseases. *Journal of Research and Health*, 7(5), 1021-1029.
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2020). Psychodynamic psychotherapy for patients with functional somatic disorders and the road to recovery. *American Journal of Psychotherapy*, 73(4), 125-130.
- McGeary, D., McGeary, C., & Nabity, P. (2018). Treating patients with somatic symptom and related disorders. In D. C. Turk & R. J. Gatchel (Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook* (pp. 499–514). The Guilford Press.
- Safaei M, Atashpor H. The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on quality of Life in patients with psoriasis skin disease. *International Journal of Medical Investigation*. 2021 Dec 10;10(4):114-21.
- Tohid, H., Shenefelt, P.D., Burney, W.A. and Aqeel, N., 2019. Psychodermatology: An association of primary psychiatric disorders with skin. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed.)*, 48(1), pp.50-57.
- Torrado, M., Eusébio, S., & Ouakinin, S. (2018). Alexithymia and illness: Towards a psychosomatic perspective of emotion regulation deficits. In R. J. Teixeira, B. Bermond, & P. P. Moormann (Eds.), *Current Developments in Alexithymia: A Cognitive and Affective Deficit* (pp. 173–194). Nova Science Publishers.

