

اثربخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان در ناگویی هیجانی افراد مبتلا به پسر یازیس

تاریخ دریافت: ۹۴/۰۸/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۹/۰۲

محمد مهدی ذاکری**، جعفر حسنی**، نفیسه اسماعیلی***

چکیده

مقدمه: نقش عوامل روان‌شناختی مانند تجارب هیجانی و به‌ویژه ناگویی هیجانی در سیر بالینی بسیاری از بیماری‌های پوستی مورد تأیید قرار گرفته است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان بر ناگویی هیجانی افراد مبتلا به پسر یازیس بود.

روش: در چارچوب یک طرح تک‌آزمودنی از میان بیماران مبتلا به اختلال‌های پوستی مراکز درمانی تهران، ۳ بیمار مبتلا به پسر یازیس به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس مصاحبه بالینی ساخت‌یافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I) و ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و ۱۰ جلسه ۱ ساعته آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گروس را دریافت کردند. بیماران ۶ بار به وسیله‌ی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20) طی درمان و دوره پیگیری یک و نیم ماهه ارزیابی شدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های تغییر روند، شیب، بازیابی نمودارها و برای تعیین معناداری بالینی از شاخص درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان به طور معناداری در کاهش ناگویی هیجانی و زیر مقیاس‌های آن در بیماران مبتلا به پسر یازیس موثر است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نقش عوامل هیجانی به عنوان عوامل مستعدکننده، تسریع‌کننده و تداوم‌بخش در اختلالات پوستی شامل پسر یازیس، آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان می‌تواند با کاهش ناگویی هیجانی و مدیریت هیجان‌های مثبت و منفی نقش مهمی را به عنوان درمان‌های حمایتی در کنار درمان‌های پزشکی ایفا کند.

واژه‌های کلیدی: راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان، ناگویی هیجانی، بیماری‌های پوستی، پسر یازیس.

مقدمه

اجتماعی است که می‌توانند نقش مستعد کننده، تسریع کننده و یا تداوم بخش برای اختلال پوستی بازی کنند (۱۴). در این بین نقش عوامل روان‌شناختی مورد تأیید قرار گرفته است؛ از یک سو، عوامل روان‌شناختی (نظیر تنش و احساسات منفی) می‌توانند سبب پیشرفت بیماری‌های پوستی (مانند پسوریازیس) گردد و از سوی دیگر اختلال‌های روانی می‌توانند موجب بروز برخی بیماری‌های پوستی (نظیر ویتیلیگو، پسوریازیس و درماتیت آتوپیک^۱) شوند (۱۵، ۱۶). افزون بر موارد فوق، واکنش‌های پوستی و تجلیات آن نقش مهمی در راهبردهای نظم‌جویی هیجان بازی می‌کند (۱۷). در دو دهه گذشته، تعداد فزاینده‌ای از مطالعات همه‌گیرشناختی^۲ و بالینی، وجود ارتباط معنادار بین استرس هیجانی، درگیری‌های روان‌شناختی و وجود تغییرات پوستی را برجسته ساخته‌اند (۱۸-۲۱). شرایط پوستی قابل مشاهده، اغلب یک منبع نگرانی هیجانی برای بیماران هستند. تقریباً یک سوم بیماران درمانگاه‌های پوست، درجاتی از عوامل هیجانی را نشان می‌دهند (۱۶، ۲۲). در پیشینه نظری و پژوهشی و همچنین در عمل روزانه، برخی از بیماری‌های رایج صورت تحت تأثیر و یا ناشی از عوامل هیجانی در نظر گرفته می‌شوند (۲۳). از مهم‌ترین عوامل هیجانی تأثیرگذار در بیماری‌های پوستی می‌توان به ناگویی هیجانی اشاره نمود (۲۴-۲۹). ناگویی هیجانی عبارت است از آشفتگی کنش‌های عاطفی و شناختی، همراه با ناتوانی تبدیل برانگیختگی عاطفی تجربه‌ها به احساسات و تخیل‌هایی که نماد و نشانه هیجان‌ها می‌باشد (۳۰). افراد دچار ناگویی هیجانی در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و تنظیم هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجهند. به طور کلی، ناگویی هیجانی به عنوان نقص در نظم‌جویی هیجان در نظر گرفته می‌شود (۳۱). همچنین، بروز علائم فرونشانی، وقفه آگاهی هیجانی، انکار و دشواری در برقراری ارتباطات هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال پسوریازیس بیانگر این است که سازوکارهای اختلال در نظم‌جویی هیجان با

بیماری‌های پوستی، جزء شایع‌ترین بیماری‌ها در جوامع بشری محسوب می‌شوند و با ناتوانی قابل ملاحظه‌ای همراه هستند که می‌توانند از طریق اثرات فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی، بار اضافه‌ای را بر افراد تحمیل کنند (۱). مطالعات همه‌گیرشناختی نشان می‌دهند که در گستره عمر، یک چهارم تا یک سوم افراد، مبتلا به حداقل یک بیماری پوستی هستند (۲). پسوریازیس^۱ و ویتیلیگو^۲ مثال‌هایی از بیماری‌های پوستی^۳ شایع هستند (۲-۵). پسوریازیس یک بیماری پوستی مزمن و شایع است که با پاپول و پلاک‌های پوسته‌ریز قرمز با پوسته‌های نقره‌ای رنگ تظاهر می‌یابد. پسوریازیس یک بیماری مرتبط با سیستم ایمنی بدن است. در طی این بیماری سیستم ایمنی با ارسال سیگنال‌های معیوب موجب تسریع رشد سلول‌های پوست می‌شود. در واقع در حالت عادی، سلول‌های پوست بطور دائم از لایه‌های زیرین به طرف سطح حرکت کرده، در آنجا هسته‌های خود را از دست داده و بصورت پوسته‌های مرده از بدن دفع می‌شوند. این روند بطور معمول حدود یک ماه به طول می‌انجامد، اما در جریان پسوریازیس، چرخه حیات سلول‌های پوست بر اثر همان اشکالات سیستم ایمنی، سرعت می‌یابد. در نتیجه چندین لایه سلول مرده در سطح پوست تجمع پیدا می‌کنند و پوسته‌های پسوریازیس را تشکیل می‌دهند (۶). شایع‌ترین شکل بیماری، پسوریازیس و لگاریس^۴ است که به صورت پلاک‌های حلقوی در مناطق اکستنسور^۵ بدن مثل آرنج‌ها و پایین کمر و اطراف ناف بروز می‌کند (۷). عوامل آندوژن و اگزوژن متعددی به عنوان محرک بیماری شناخته شده‌اند. از عوامل آندوژن می‌توان سیتوکین‌های پیش‌التهابی و از فاکتورهای محیطی نیز می‌توان به نور آفتاب، عفونت، تروما، داروها و استرس اشاره کرد (۶-۸). سیر بیماری غیر قابل پیش‌بینی بوده و بهبودناپذیر است (۹). شیوع جهانی این بیماری پوستی در سال ۲۰۱۰، ۰/۶ تا ۴/۸ درصد بود (۱۰، ۱۱). شیوع بیماری در آسیا و ایران بین ۲/۷ تا ۴/۷ درصد اعلام شده است (۱۲). همچنین شیوع بیماری در بین زنان و مردان مساوی است (۱۳). سیر بالینی طیف وسیعی از بیماری‌های پوستی ناشی از تعامل پیچیده و گاهی اوقات متقابل بین عوامل زیستی، روان‌پزشکی، روان‌شناختی و

- 1- psoriasis
- 2- vitiligo
- 3- dermatoses
- 4- psoriasis vulgaris
- 5- extensor
- 6- atopic dermatitis
- 7- epidemiologic

حائلی (مانع یا سدی) پوست و طیف گسترده‌ای از پارامترهای ایمنی دارند که می‌توانند به طور مستقیم روی بیماری پوستی تأثیر بگذارند. به دلیل نقش عوامل هیجانی بویژه ناگویی هیجانی در شروع، تسریع و تشدید بیماری‌های پوستی به خصوص بیماری پسوریازیس، این سوال پیش می‌آید که آیا آموزش و مداخله در زمینه‌ی نظم‌جویی هیجان می‌تواند در کاهش مشکلات بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به پسوریازیس موثر باشد. بعلاوه تا کنون در داخل و خارج از کشور در مورد اثربخشی درمان‌های و آموزش‌های روانی بر مسائل روان‌شناختی بیماران پوستی بویژه پسوریازیس پژوهشی صورت نگرفته است. لذا با توجه به اینکه مدل فرآیندی گروس^۱ (۳۶) بر روی آموزش راهبردهای نظم‌جویی سازش‌یافته تأکید دارد و مسائل هیجانی به عنوان زیربنای بخش عمده‌ای از مشکلات روان‌شناختی این بیماران هستند، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی هیجان در کاهش ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به پسوریازیس پرداخته است.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع مطالعه‌ی تجربی با طرح پژوهشی تک آزمودنی^۹ است. در این مطالعه از طرح A B که پرکاربردترین طرح تک آزمودنی است، استفاده شد. این طرح از طریق انتخاب شرکت‌کنندها برای آزمایش، یک یا چند رفتار هدف، اندازه‌های رفتارهای هدف و یک عمل آزمایشی شروع شد. سپس رفتارهای هدف به طور مکرر در خلال دوره‌ی خط پایه اندازه‌گیری شد (A). سرانجام عمل آزمایشی (B) هنگامی که پژوهشگر به اندازه‌گیری رفتار هدف ادامه می‌داد، اجرا گردید.

آزمودنی‌ها: جامعه‌ی آماری این تحقیق را افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی شهر تهران تشکیل دادند که در

حضور بیماری‌های پوستی مرتبطاند (۳۲). بنابراین، می‌توان گفت که با دستکاری و مداخله در سطح راهبردهای نظم‌جویی هیجان می‌توان گام‌های مهمی برای مشکلات پوستی برداشت.

مؤلفان نظم‌جویی هیجان را شیوه‌ای که در آن افراد تجربه و بیان خود از هیجان را در شرایط پریشانی با به کار گرفتن راهبردهایی مانند پذیرش، سرکوب، ارزیابی مجدد شناختی و ... برای دستکاری وقوع، تجربه، شدت و ابراز هیجان، کنترل می‌کنند، تعریف کرده اند (۳۳، ۳۴).

مدل‌های مختلفی در رابطه با نظم‌جویی هیجان ارائه شده است که از مهم‌ترین آنها می‌توان به مدل دو عاملی کول و همکاران (۳۵) و مدل فرآیندی گروس^۱ (۳۶) اشاره کرد. شواهد حاکی از این است که در گستره کنونی متون روان‌شناختی، برجسته‌ترین مدل نظم‌جویی هیجان، مدل فرآیندی گروس است (۳۷). این مدل شامل پنج مرحله (شروع، موقعیت، توجه، ارزیابی و پاسخ) است. به اعتقاد گروس هر مرحله از فرایند تولید هیجان، یک هدف نظم‌جویی بالقوه دارد و مهارت‌های نظم‌جویی هیجان می‌توانند در نقاط مختلف این فرایند اعمال شوند (۳۸). در این مدل بین دو راهبرد متمرکز بر پیشایندها^۲ که قبل از تجربه هیجان و راهبرد متمرکز بر پاسخ^۳ که پس از تجربه هیجان فعال می‌شوند تمایز قائل می‌شود. راهبرد متمرکز بر پیشایندها می‌تواند در چهار مرحله اول از فرایند تولید هیجان رخ دهد این چهار مرحله شامل انتخاب موقعیت^۴، اصلاح موقعیت^۵، گسترش توجه^۶ و تغییر شناختی^۷ است. درحالی‌که راهبرد متمرکز بر پاسخ که پس از برانگیختن هیجان رخ می‌دهد شامل مرحله تعدیل پاسخ^۸ است (۳۷). حضور ویژگی‌ها و خصیصه‌های ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به پسوریازیس، نشان داد که مکانیسم‌های اختلال در نظم‌جویی هیجان با بیماری‌های پوستی مرتبط اند (۱۷).

ناگویی هیجانی با نقص در تنظیم هیجانی همراه است و بدکاری نظم‌جویی هیجان یکی از هسته‌های اساسی اختلال‌های مختلف روان‌شناختی و بویژه جسمانی مانند اختلالات پوستی می‌باشد. عوامل هیجانی و به خصوص ناگویی هیجانی در ارتباط با نیاز به مقابله با یک بیماری مزمن و بیماری پوستی بدشکل که به عنوان یک تنش روانی عمده محسوب می‌شوند، تأثیر مستقیمی بر عملکرد

- 1- Gross processing model
- 2- antecedent-focused
- 3- response- focused
- 4- situation selection
- 5- situation modification
- 6- attention deployment
- 7- cognitive change
- 8- response Modulation
- 9- single-subject research design

بازآزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در نمونه‌ی ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله‌ی چهار هفته از $r = 0.70$ تا $r = 0.77$ برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شد. اعتبار همزمان مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ بر حسب همبستگی میان زیر مقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره‌های آزمودنی در مقیاس ناگویی هیجانی کل با هوش هیجانی ($r = -0.70, p < 0.001$)، بهزیستی روان‌شناختی ($r = 0.01, p < 0.001$) و درماندگی روان‌شناختی ($r = -0.68, p < 0.001$) همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیر مقیاس‌های ناگویی هیجانی و متغیرهای فوق نیز معنادار بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه‌ی فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ تأیید کردند (۴۵).

۲- مصاحبه‌ی بالینی ساخت یافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV^۲ (SCID-I): در ارزیابی اختلال‌های اصلی روان‌پزشکی (براساس تعاریف و معیارهای DSM-IV-) (TR)، SCID-I ابزار جامع معیار شده‌ای است که برای استفاده در مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است (۴۶). اجرای این ابزار به قضاوت بالینی مصاحبه‌گر درباره‌ی پاسخ‌های مصاحبه‌شونده نیاز دارد و به همین دلیل مصاحبه‌کننده باید در زمینه‌ی آسیب‌شناسی روانی دانش و تجربه‌ی کافی داشته باشد. این ابزار دو نسخه دارد: نسخه بالینی (SCID-I/CV) که بیشتر تشخیص‌های روان‌پزشکی را پوشش می‌دهد و غالباً برای استفاده در محیط‌های بالینی و پژوهش‌های بالینی طراحی شده و دیگر نسخه‌ی پژوهشی کامل‌تر و طولانی‌تر آن (SCID-I/R) است که همه تشخیص‌ها و نیز زیر نوع‌های آن‌ها و معیارهای شدت و سیر اختلال‌ها را پوشش می‌دهد. اعتبار و پایایی این ابزار در پژوهش‌های مختلف قابل قبول

فاصله‌ی زمانی اردیبهشت تا خرداد ماه ۱۳۹۴ به بیمارستان‌ها، درمانگاه‌های دولتی و خصوصی این شهر مراجعه کردند. از بین بیماران این مراکز، تعداد ۳ نفر بیمار مبتلا به اختلال پسرپزایی به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. ملاک‌های ورودی شامل موارد زیر بود: ۱. حداقل دو سال سابقه‌ی بیماری پوستی، و ۲. دامنه‌ی سنی ۱۸ تا ۴۰ سال و ۳. سطح تحصیلات حداقل دیپلم. ملاک‌های خروجی نیز عبارت بودند از: ۱. شرکت در هر گونه مداخله‌ی روان‌شناختی (دست کم از ۶ ماه قبل از ورود به پژوهش)، ۲. ابتلای همزمان به اختلال‌های همبود نظیر اختلال‌های روان‌پریشی، مصرف مواد، عقب ماندگی ذهنی و هر گونه شرایط وخیم پزشکی، ۳. مصرف داروهای روان‌پزشکی (دست کم از ۳ ماه قبل از ورود به پژوهش)، ۴. بیماری که با خطر خودکشی مواجه هستند و ۵. عدم تمایل به ادامه‌ی درمان.

ابزار

ابزارهای پژوهش که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند، عبارت بودند از:

۱- مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20): مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (۳۹) یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در طیف ۵ درجه ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره‌ی کل نیز از جمع نمره‌های سه زیر مقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود. سوال‌های ۱، ۳، ۵، ۸، ۱۱، ۱۷ و ۱۹ دشواری در شناسایی احساسات، سوالات ۲، ۶، ۹، ۱۶ و ۲۰ دشواری در توصیف احساسات و بقیه سؤال‌ها تفکر عینی را تعیین می‌کند. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (۴۰-۴۴). در نسخه‌ی فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ (۴۵)، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، دشواری در شناسایی احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه‌ی همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی

1- Toronto Alexithymia Scale-20

2- Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 4th Edition

3- subtype

$$\begin{aligned} \text{MPI} &= [(\text{Baseline Mean} - \text{Treatment Phase Mean}) / \text{Treatment phase Mean}] \times 100 \\ \text{MPR} &= [(\text{Baseline Mean} - \text{Treatment Phase Mean}) / \text{Baseline Mean}] \times 100 \\ \text{Cohen's } d &= M1 - M2 / \text{spooled} \\ \text{where spooled} &= \sqrt{[(s_1^2 + s_2^2) / 2]} \\ (\text{effect-size}) r_{Y1} &= d / \sqrt{d^2 + 4} \end{aligned}$$

در این فرمول‌ها MPI درصد بهبودی و MPR درصد کاهش نمرات را نشان می‌دهد. این شاخص‌ها به ترتیب بیانگر تغییرات روند و شیب هستند. به علاوه، روش اصلی تحلیل داده‌ها در طرح‌های تک‌آزمودنی استفاده از شکل و تحلیل دیداری آن است. واریس انفرادی نتایج تک‌آزمودنی‌ها موجب می‌شود که تغییرات در برخی آزمودنی‌ها به عنوان تغییرات گروهی تفسیر نگردد و نتایج به شکل واقع بینانه‌تری مورد تحلیل واقع شوند. در تحلیل دیداری تراز، روند و تغییرپذیری نقاط داده‌ها در مراحل مختلف مورد بررسی قرار می‌گیرد، در واقع تحلیل دیداری مستلزم بررسی این سه ویژگی در هر مرحله و در بین شرایط مختلف است (۵۱). همچنین فراز و فرودهای متغیر وابسته در نمودار اساس داوری در مورد میزان تغییر به شمار می‌آید.

گزارش شده است (۴۷). در مطالعه‌ای دیگر (۴۸) برای اکثر تشخیص‌ها، ضریب کاپای^۱ بیشتر از ۰/۷ گزارش کردند. نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه را شریفی و همکاران (۴۹) تهیه و اعتباریابی کرده و اعتبار و پایایی مطلوبی برای آن گزارش کرده‌اند.

۳- ساختار کلی آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گروس: محتوای جلسات آموزشی راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گروس در جدول ۱ ارائه شده است. بسته کامل آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گروس (۵۰) اعتباریابی گردید.

روند اجرای پژوهش: پس از بررسی سابقه بیماران و معاینه پزشک و تأیید وجود بیماری پوستی، ۳ بیمار مبتلا به بیماری پسوریازیس بر اساس مصاحبه بالینی ساخت‌یافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I) و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج به شیوه‌ی در دسترس انتخاب شدند و ۱۰ جلسه ۱ ساعته آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گروس دریافت کردند که به وسیله‌ی روان‌شناس بالینی (بر طبق پروتکل درمان خلاصه شده در جدول یک) ارائه شد. هر یک از بیماران ۶ بار به وسیله‌ی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20) طی درمان و دوره پیگیری ۴۵ روزه مورد ارزیابی قرار گرفتند. با توجه به طرح تک‌آزمودنی، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های اندازه‌ی اثر، کوهن، تغییرات روند و شیب برای هر بیمار استفاده شد و روند تغییر نمرات در طی جلسات بر روی نمودارها به صورت جداگانه نشان داده شد. همچنین از روش بازبینی دیداری نمودارها و ضرایب تأثیر داده‌ها استفاده گردید. فراز و فرود متغیر وابسته، پایه‌ی داوری میزان تغییر به شمار رفت. افزون بر این از ملاک معناداری بالینی هم برای تحلیل داده‌ها بهره گرفته شد. برای عینی‌سازی میزان بهبودی از فرمول زیر برای تعیین درصد بهبودی استفاده شد.

جدول ۱) محتوای جلسات آموزشی راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گروس

ردیف	مراحل	محتوای جلسات
۱		بیان منطق و مراحل مداخله، ضرورت نظم‌جویی هیجان، چرا باید این مهارت را بیاموزیم، دیدگاه‌های درست در مورد هیجان‌ها کدامند، مروری بر هیجان‌های اولیه و ثانویه، همه هیجان‌ها به ما کمک می‌کنند.
۲	انتخاب موقعیت	ارائه‌ی آموزش هیجانی: الف) هیجان نرمال و مشکل آفرین، ب) خودآگاهی هیجانی: ۱) آموزش و معرفی هیجان، ۲) شناسایی، نامگذاری و برجسب زدن به احساسات، ۳) تمایز هیجان‌های مختلف، ۴) شناسایی هیجان در حالت فیزیکی و روان‌شناختی و ۵) عوامل موفقیت در نظم‌جویی هیجانی
۳	انتخاب موقعیت	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا: ۱) خودارزیابی با هدف شناخت تجربه‌های هیجانی خود، ۲) خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد، ۳) خودارزیابی با هدف شناسایی از راهبردهای تنظیمی فرد، ۴) پیامدهای شناختی واکنش‌های هیجانی، ۵) پیامدهای فیزیولوژیک واکنش‌های هیجانی، ۶) پیامدهای رفتاری واکنش‌های هیجانی و رابطه این سه با هم و ۷) معرفی هیجان خشم و راه‌های غلبه بر خشم
۴	اصلاح موقعیت	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده‌ی هیجان: ۱) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب آموزش راهبرد حل مسئله آموزش مهارت‌های بین فردی (گفت و گو، اظهار وجود و حل تعارض)
۵	گسترش توجه	تغییر توجه: ۱) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی و ۲) آموزش توجه
۶	ارزیابی شناختی	تغییر ارزیابی‌های شناختی: ۱) شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجان و ۲) آموزش راهبرد باز-ارزیابی
۷	تعدیل پاسخ	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان: ۱) شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، ۲) مواجهه، ۳) آموزش ابراز هیجان، ۴) اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی و ۵) آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس
۸	ارزیابی و کاربرد	ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد: ۱) ارزیابی میزان نیل به اهداف، ۲) کاربرد مهارت‌های آموخته شده در محیط‌های طبیعی خارج از خانه و ۳) بررسی و رفع موانع انجام تکلیف
۹		مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته شده
۱۰		مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته شده

یافته‌ها

دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به وسیله‌ی جداول و نمودار نشان داده و فراز و فرود آن مورد بررسی قرار می‌گیرد.

ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران به صورت جدول ارائه شده و سپس تغییرات نمرات بیماران را در مقیاس ناگویی هیجانی و زیرمقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات،

جدول ۲) ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد مورد بررسی

بیمار	جنس	سن	وضعیت تاهل	سطح تحصیلات	نوع بیماری	مدت ابتلاء
۱	مذکر	۳۴	مجرد	کاردانی	پسوریازیس	۲ سال
۲	مذکر	۲۸	متاهل	کاردانی	پسوریازیس	۴ سال
۳	مونث	۲۴	مجرد	کارشناسی	پسوریازیس	۳ سال

مربوط به شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات بیماران در مقیاس ناگویی هیجانی و زیرمقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را نشان می‌دهد.

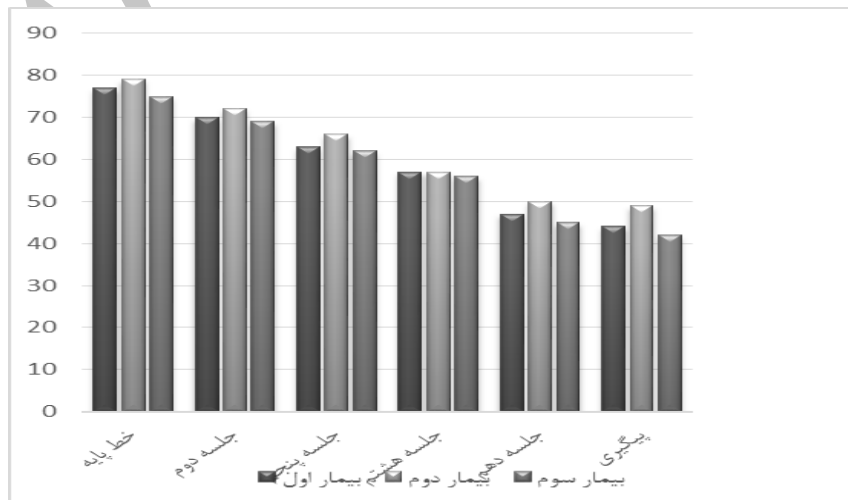
همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، دامنه‌ی سنی بیماران بین ۲۴ تا ۳۴ سال بود. سطح تحصیلات آزمودنی‌ها حداقل کاردانی و حداکثر کارشناسی بود. سابقه‌ی ابتلا به پسرپایزیس نیز بین ۲ تا ۴ سال است. جدول ۳ اطلاعات

جدول ۳) شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات بیماران در ناگویی هیجانی

شاخص کوهن	اندازه اثر	درصد کاهش نمرات (MPR) پیگیری	درصد بهبودی (MPI) پیگیری	پیگیری	شاخص کوهن	اندازه اثر	درصد کاهش نمرات (MPR) مداخله	درصد بهبودی (MPI) مداخله	انحراف استاندارد مداخله	میانگین مداخله	پیش از درمان	متغیر
بیمار اول												
۳۳	۰/۹۹	۴۲/۸۵	۷۵	۴۴	۲/۵۶	۰/۷۸	۲۳/۰۵	۲۹/۹۵	۹/۷۴	۵۹/۲۵	۷۷	ناگویی هیجانی
۱۱	۰/۹۸	۴۰/۷۴	۶۸/۷۵	۱۶	۲/۸۱	۰/۸۱	۲۳/۱۴	۳۰/۱۲	۲/۹۸	۴۰/۷۵	۲۷	دشواری در شناسایی احساسات
۱۰	۰/۹۸	۴۱/۶۶	۷۱/۴۲	۱۴	۲/۳۵	۰/۷۶	۲۳/۹۶	۳۱/۵	۳/۳	۱۸/۲۵	۲۴	دشواری در توصیف احساسات
۱۲	۰/۹۸	۴۶/۱۵	۸۵/۷۱	۱۴	۲/۲۳	۰/۷۴	۲۲/۱۱	۲۸/۳۹	۳/۵	۲۰/۲۵	۲۶	تفکر عینی
بیمار دوم												
۳۰	۰/۹۹	۳۷/۹۷	۶۱/۲۲	۴۹	۲/۵۷	۰/۷۸	۲۲/۴۶	۲۸/۹۸	۹/۷	۶۱/۲۵	۷۹	ناگویی هیجانی
۱۴	۰/۹۹	۴۳/۷۵	۷۷/۷۷	۱۸	۲/۳۱	۰/۷۵	۲۱/۰۹	۲۶/۷۳	۴/۸۵	۲۵/۲۵	۳۲	دشواری در شناسایی احساسات
۵	۰/۹۳	۲۳/۸	۳۱/۲۵	۱۶	۲/۶۸	۰/۸	۲۳/۸	۳۱/۲۵	۲/۴۴	۱۶	۲۱	دشواری در توصیف احساسات
۱۱	۰/۹۸	۴۲/۳	۷۳/۳۳	۱۵	۳/۰۶	۰/۸۳	۲۳/۰۷	۳۰	۲/۵۸	۲۰	۲۶	تفکر عینی
بیمار سوم												
۳۳	۰/۹۹	۴۴	۷۸/۵۷	۴۲	۲/۳۵	۰/۷۶	۲۲/۶۶	۲۹/۳۱	۱۰/۱۶	۵۸	۷۵	ناگویی هیجانی
۹	۰/۹۷	۴۰/۹	۶۹/۲۳	۱۳	۲/۳۶	۰/۷۶	۲۳/۸۶	۳۱/۳۴	۲/۹۸	۱۶/۷۵	۲۲	دشواری در شناسایی احساسات
۹	۰/۹۷	۴۷/۳۶	۹۰	۱۰	۲/۰۸	۰/۷۲	۲۳/۶۸	۳۱/۰۳	۲/۸۸	۱۴/۵	۱۹	دشواری در توصیف احساسات
۱۵	۰/۹۹	۴۴/۱۱	۷۸/۹۴	۱۹	۲/۳	۰/۷۵	۲۱/۳۲	۲۷/۱	۴/۳۴	۲۶/۷۵	۳۴	تفکر عینی

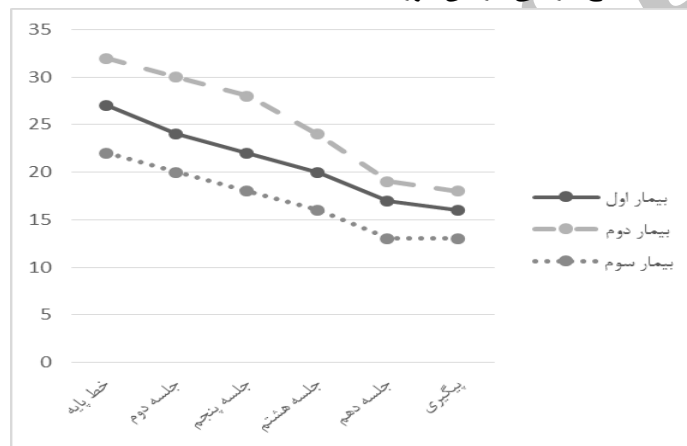
بیمار اول در انتهای درمان نسبت به آغاز درمان ۳۰ واحد افت داشته است. روند تغییر نمرات بیمار کاهشی است که در دوره‌ی پیگیری نیز ادامه دارد و نمره‌ی بیمار ۳ واحد کاهش پیدا کرده است که نشان می‌دهد بیمار توانسته نتایج درمانی را در دوره‌ی پیگیری حفظ کند. باوجود تغییرپذیری نقاط داده‌ای بسیار کم و روند کاهشی تغییرات، پیش‌بینی نمرات آتی بیمار را تسهیل می‌سازد. نمرات بیمار دوم در این مقیاس نیز روند کاهشی داشته است (۲۹ واحد). همچنین این روند کاهشی در دوره‌ی پیگیری نیز ادامه پیدا کرد (کاهش یک واحدی) که نشانگر حفظ روند کاهشی و دستاوردهای درمانی است. تغییرپذیری نقاط داده‌ای نیز ناچیز بوده و از یک الگوی قابل پیش‌بینی برخوردار است. اطلاعات این نمودار کاهش ۳۰ واحدی در این متغیر را در طی جلسات درمان برای بیمار سوم نمایش می‌دهد. روند تغییر نمرات به صورت کاهشی است و این روند تا پایان درمان و در دوره‌ی پیگیری نیز (با ۳ واحد افت) ادامه پیدا می‌کند که حاکی از حفظ دستاوردهای درمانی بعد از پایان درمان است. تغییرپذیری نقاط داده‌ای ناچیز بوده و با توجه به روند کاهشی نمرات، الگوی تغییر نمرات بعدی بیمار قابل پیش‌بینی خواهد بود. در مجموع، نمرات هر سه بیمار از یک الگوی کاهشی برخوردار بوده و همچنین تغییرپذیری داده‌ها نیز اندک است. نمرات آتی بیماران در متغیر حاضر نیز از الگوی قابل پیش‌بینی‌ای برخوردار است. به طور کلی، آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان‌توانسته سبب کاهش ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به پسروریاژیس شود.

با توجه به نتایج جدول ۳، میزان درصد بهبودی بیمار اول در دوره‌ی مداخله در سطوح متوسط به پایینی قرار دارد درحالی که این شاخص در دوره‌ی پیگیری در سطوح بالایی قرار گرفت. مقایسه‌ی اندازه‌ی اثر در این دو دوره نشان می‌دهد که در دوره‌ی پیگیری این شاخص در سطح بالاتری نسبت به دوره‌ی مداخله قرار دارد. برای بیمار دوم در دوره‌ی مداخله میزان درصد بهبودی و کاهش نمرات زیر مقیاس دشواری در توصیف احساسات در مقایسه با دیگر متغیرها بالاتر است ولی به طور کلی این شاخص‌ها در سطح متوسط به پایین قرار دارند. در دوره‌ی پیگیری نیز زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات دارای بیش‌ترین کاهش نسبت به سایر متغیرها بود که در نتیجه از درصد بهبودی بالایی برخوردار است. مقایسه اندازه‌ی اثر در دو دوره‌ی مداخله و پیگیری نشان می‌دهد که این شاخص در دوره‌ی پیگیری بالاتر بوده است. در بیمار سوم میزان درصد بهبودی و کاهش نمرات زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات در دوره‌ی مداخله نسبت به سایر متغیرها بالاتر بوده است ولی به طور کلی در این شاخص‌ها در سطح متوسط به پایینی قرار دارند. در دوره‌ی پیگیری نیز زیرمقیاس دشواری در توصیف احساسات دارای بیش‌ترین کاهش نسبت به سایر متغیرها بوده است اما در مجموع از لحاظ میزان بهبودی در سطح بالایی قرار دارند. میزان اندازه‌ی اثر در دوره‌ی مداخله و همچنین در دوره پیگیری درصد بالایی محسوب می‌شوند. متغیر ناگویی هیجانی: نمودار ۱ تغییرات نمرات بیماران را در مراحل مختلف اندازه‌گیری نشان می‌دهد. با نگاه به این نمودار ملاحظه می‌شود که نمره تراز متغیر ناگویی هیجانی



نمودار ۱) تغییرات نمرات بیماران در مقیاس ناگویی هیجانی

است. روند تغییر نمرات بیمار نیز کاهشی بود. علاوه بر روند کاهشی نمرات، تغییر پذیری داده‌ها بسیار ناچیز است و این نشانگر این است که نمرات بیمار از الگوی قابل پیش‌بینی برخوردار است. نمره‌ی بیمار سوم در زیرمقیاس حاضر پس از دریافت درمان کاهش نشان می‌دهد و این روند در مراحل پس از درمان نیز حفظ شده است (۹ واحد) ولی در دوره‌ی پیگیری در نمره‌ی بیماری تغییری ایجاد نشد. روند تغییر نمرات کاهشی است. همچنین تغییر پذیری نقاط داده‌ای بیمار نیز اندک است که حاکی از ثبات نسبی در تغییرات ایجاد شده است و نمرات بیمار از الگوی قابل پیش‌بینی برخوردار است. اطلاعات موجود در نمودار ۲ بیانگر اثر بخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی هیجانی در کاهش زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات در بیماران مبتلا به پسر یازیس است.

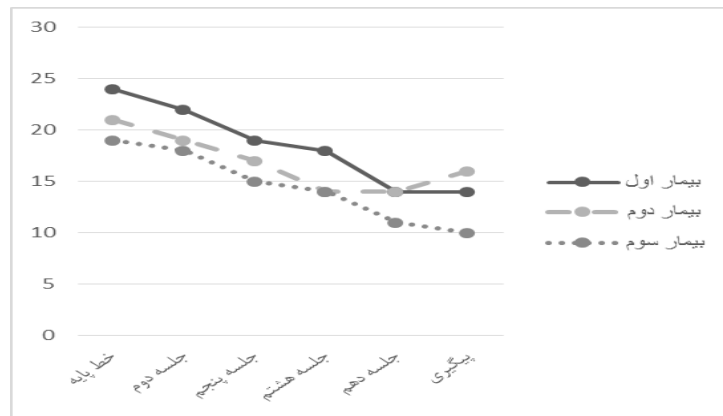


نمودار ۲) تغییرات نمرات بیماران در زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات

نمرات آتی بیمار را با مشکل مواجه می‌سازد. نمره‌ی بیمار سوم در زیرمقیاس مذکور کاهش قابل ملاحظه‌ای را در پایان درمان و دوره‌ی پیگیری نشان می‌دهد (۹ واحد) که حاکی از حفظ نتایج درمانی است. تغییر پذیری نقاط داده‌ای کم بوده که نشان‌دهنده‌ی ثبات نسبی در تغییرات ایجاد شده است که نهایتاً الگوی تغییر نمرات را قابل پیش‌بینی می‌سازد. روند تغییر نمرات بیماران در زیرمقیاس کنونی به صورت کاهشی است و تغییر پذیری داده‌ها کم بوده و نمرات از ثبات نسبی برخوردارند. به طور کلی، اطلاعات موجود در نمودار ۳ بیانگر اثر بخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی هیجانی در کاهش زیرمقیاس دشواری در توصیف احساسات در بیماران مبتلا به پسر یازیس است.

زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات: در نمودار ۲ تغییرات نمرات بیماران در زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات در مراحل پیش از درمان، جلسات درمان و دوره‌ی پیگیری ۴۵ روزه نشان داده شده است. تراز نمرات بیمار اول در انتهای درمان ۱۰ واحد افت داشته و در دوره‌ی پیگیری نیز ۱۱ واحد کاهش یافته است. ادامه‌ی روند کاهشی نمرات در دوره‌ی کاهشی نیز حاکی از حفظ نتایج درمانی در دوره‌ی پس از درمان است. تغییر پذیری نقاط داده‌ای نیز اندک است و از الگوی ثابتی برخوردار است که پیش‌بینی نمرات آتی بیمار را در آینده تسهیل می‌کند. نمره‌ی تراز بیمار دوم در این زیرمقیاس از ابتدای درمان تا پایان درمان ۱۳ واحد افت داشته است. همچنین در دوره‌ی پیگیری نیز با یک واحد کاهش همراه بود که نشانگر حفظ نتایج درمانی در این دوره

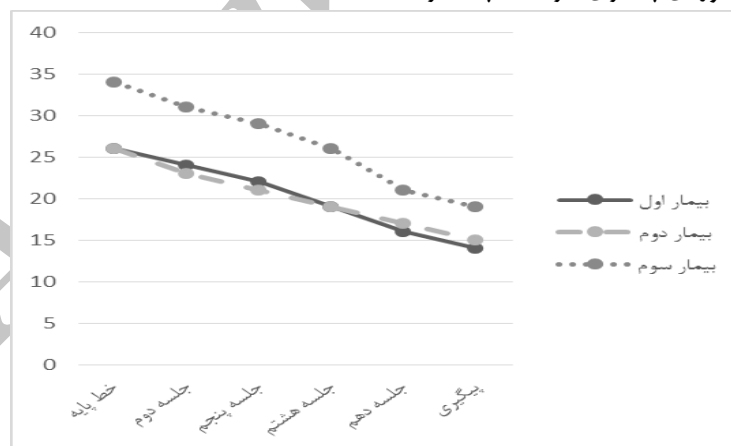
زیرمقیاس دشواری در توصیف احساسات: نمودار ۳ نشان‌دهنده‌ی تغییرات نمرات زیرمقیاس دشواری در توصیف احساسات بیماران در مراحل پیش از درمان، طی درمان و پیگیری است. تراز نمرات بیمار اول در این زیرمقیاس با کاهش ۱۰ واحدی در طول درمان همراه بوده است ولی در دوره‌ی پیگیری تغییری نداشته است. تغییر پذیری نقاط داده‌ای نیز اندک بوده و از الگوی ثابتی برخوردار است ضمن این که نمرات بیمار از الگوی قابل پیش‌بینی برخوردار است. تغییر نمرات بیمار دوم شامل ۷ واحد کاهش در مراحل درمان است. روند تغییر نمرات بیمار در طول درمان به صورت کاهشی است اما در دوره‌ی پیگیری ادامه پیدا نکرد و نمره‌ی بیمار ۲ واحد افزایش پیدا کرد. تغییر پذیری داده‌ها ناچیز است اما اندکی افزایش در دوره‌ی پیگیری پیش‌بینی



نمودار ۳) تغییرات نمرات بیماران در زیرمقیاس دشواری در توصیف احساسات

و نمره‌ی بیمار ۲ واحد افت پیدا کرد که نشانگر حفظ نتایج درمانی در این دوره است. تغییرپذیری نقاط داده‌ای ناچیز است و از یک الگوی قابل پیش بینی برخوردار است. نمره‌ی بیمار سوم در پایان درمان و دوره‌ی پیگیری کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است (۱۵ واحد) که نشان‌دهنده‌ی حفظ دستاوردهای درمانی در دوره‌ی پیگیری است. تغییرپذیری نقاط داده‌ای اندک بوده که نشان‌دهنده‌ی ثبات نسبی در تغییرات ایجاد شده است که نهایتاً الگوی تغییر نمرات را قابل پیش‌بینی می‌سازد. به طور کلی، نتایج نشان‌دهنده‌ی اثربخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان در کاهش زیرمقیاس تفکر عینی است.

زیرمقیاس تفکر عینی: در نمودار ۴ تغییرات نمره‌ی بیماران در زیرمقیاس تفکر عینی در مرحله‌ی پیش از درمان، طی مراحل درمان و مرحله‌ی پیگیری ارائه شده است. نمره‌ی بیمار اول در دوره‌ی درمان کاهش یافته و این روند کاهش در دوره‌ی پس از درمان نیز ادامه داشته و وی توانسته دستاوردهای درمانی را در دوره‌ی پیگیری حفظ کند. با توجه به تغییرپذیری داده‌ای اندک و وجود روند کاهش در نمرات بیمار، الگوی نمرات آتی بیمار قابل پیش‌بینی خواهد بود. نمره‌ی بیمار دوم در این زیرمقیاس پس از دریافت درمان کاهش پیدا کرده است و این روند پس از مراحل درمان نیز حفظ شده است. روند کاهش تغییر نمرات با شیب ثابتی تا پایان ادامه پیدا کرد که در دوره‌ی پیگیری نیز ادامه پیدا کرد



نمودار ۴) تغییرات نمرات بیماران در زیرمقیاس تفکر عینی

آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان بر مبنای مدل گروس (۵۰) در قالب ده جلسه‌ی درمانی به صورت فردی برای ۳ نفر از افراد مبتلا به بیماری پسوریازیس ارائه گردید. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از اثربخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان بر

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان بر کاهش ناگویی هیجانی افراد مبتلا به بیماری پسوریازیس بود. به همین منظور در این پژوهش، درمان بر اساس راهنمای عملی

راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان نقش اساسی در شکل‌گیری و یا تداوم اختلال‌های روانشناختی دارند (۵۵، ۵۶).

نتایج پژوهش حاضر مبنی بر وجود ناگویی هیجانی و مولفه‌های آن در بیماران پوستی همخوان با مطالعات مختلفی (۲۴-۲۹) است که حضور ناگویی هیجانی را در افراد مبتلا به اختلال‌های پوستی مورد تأیید قرار داده‌اند. افراد دچار ناگویی هیجانی در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و تنظیم هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجهند. به طور کلی، ناگویی هیجانی به عنوان نقص در نظم‌جویی هیجان در نظر گرفته می‌شود (۳۰). حضور فرونشانی، بلوکه کردن آگاهی هیجانی، انکار و دشواری در برقراری ارتباطات هیجانی در بیماران مبتلا به پسروریازیس، نشان داد که سازوکارهای اختلال در نظم‌جویی هیجان با حضور بیماری‌های پوستی مرتبطاند (۳۱). بیماران مبتلا به پسروریازیس که مبتلا به ناگویی هیجانی هستند، به این دلیل که مشکلات شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات فردی، فقر زندگی خیالی و اشتغال ذهنی بیش از حد با علائم فیزیکی و حوادث خارجی دارند، ممکن است نظم‌جویی هیجانی ضعیف‌شان منجر به تأثیر تمایز نیافته و آسیب‌شناسی فیزیکی احتمالی شود (۵۷). همچنین پژوهش‌های دیگر نشان داده‌اند تقریباً حدود یک سوم بیماران درمانگاه‌های پوست، درجاتی از عوامل هیجانی را نشان می‌دهند (۱۶، ۲۱). برخی از بیماری‌های رایج پوستی (مانند پسروریازیس) تحت تأثیر و یا ناشی از عوامل هیجانی در نظر گرفته می‌شوند (۲۹).

در برخی پژوهش‌ها نیز نشان داده شده است که مشکل نظم‌جویی هیجان منجر به مشکلات جسمانی می‌شود و نمی‌توانند به طور موثر پاسخ‌های هیجانی خود را نسبت به رویدادهای روزمره مدیریت کنند، دوره‌های شدیدتر و طولانی‌تر ناراحتی‌های جسمانی و همچنین روانی را تجربه می‌کنند (۲۲).

در پژوهش حاضر، آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان سبب کاهش نمرات مولفه دشواری در شناسایی و توصیف احساسات بیماران مبتلا به پسروریازیس شده است که همخوان با مطالعاتی است که نشان داده‌اند یکی از تاکیدات راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان، درمان

کاهش ناگویی هیجانی و مولفه‌های آن (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی) بود. این آموزش موجب کاهش چشم‌گیر نمرات ناگویی هیجانی در بیماران در دوره‌ی درمان گردید. روند کاهش نمرات در مرحله‌ی پیگیری نیز ادامه پیدا کرد که حاکی از حفظ نتایج درمانی در این دوره بود. در واقع آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان توانست تقریباً ۴۰ درصد نمرات ناگویی هیجانی را در بیماران کاهش دهد.

نتایج پژوهش حاضر از این جهت که آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان منجر به کاهش میزان ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به پسروریازیس می‌شود همخوان با مطالعاتی است که نشان می‌دهند راهبردهای نظم‌جویی هیجان علاوه بر داشتن رابطه با ناگویی هیجانی، نقش مهمی در اختلال‌های هیجانی (مانند افسردگی، اضطراب و استرس) برعهده دارند (۱۷، ۵۲، ۵۳). ناگویی هیجانی و به عبارتی ناتوانی در مدیریت عواطف، در سازمان شناخت‌ها و هیجان‌های فرد اختلال ایجاد می‌کند و احتمال استفاده از راهکارهای ناکارآمد و رشد نیافته را در شرایط استرس‌زا افزایش می‌دهد (۴۵). شرایط پوستی قابل مشاهده، اغلب یک منبع نگرانی هیجانی برای بیماران هستند. پوست، از آغاز رشد اوایل کودکی نقش مهمی در تنظیم هیجانی بازی می‌کند. به این ترتیب وجود بیماری‌های پوستی سبب تغییرات مختلفی در فرآیند تنظیم هیجانی می‌شود. ناگویی هیجانی خود به عنوان اختلالی در تنظیم هیجان شناخته می‌شود که در آن اطلاعات هیجانی به درستی دریافت نمی‌شوند و به صورت مناسب از طریق پردازش شناختی مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرند. تعریف ویژگی‌های ناگویی هیجانی در تضاد با تنظیم هیجانی موثر قرار دارد و پژوهش‌ها رابطه بین ناگویی هیجانی و سبک‌های ناکارآمد تنظیم هیجان را تأیید کرده‌اند (۵۴). برای مثال، افراد دارای ناگویی هیجانی نسبت به افراد عادی، با احتمال بیشتری از راهبردهای فرونشانی استفاده می‌کنند و کمتر از راهبردهای ارزیابی مجدد بهره می‌برند. از میان دو راهبرد ذکر شده، راهبردهای فرونشانی رابطه بیشتری با مشکلات سلامت روانی و جسمانی دارند و بنابراین راهبرد ناسازگارانه برای تنظیم هیجان‌ها محسوب می‌شوند (۱۸). راهبردهای تنظیم هیجان ممکن است انطباقی یا غیر انطباقی باشند.

برانگیختگی هیجان می‌شود. در این صورت میزان دسترسی‌پذیری حمایت بیرونی برای مدیریت انگیزتگی هیجان افزایش می‌یابد (۶۰) که می‌تواند از علل کاهش نمره در این بیماران باشد. هیجان‌های منفی و موقعیت‌هایی که آن‌ها را رشد می‌دهند، موجب جست‌وجوی رهایی از آن‌ها توسط این بیماران می‌شود. در واقع هنگامی که این بیماران دچار ناگویی هیجانی می‌شوند، مدیریت موثر هیجان‌ها میزان آن را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. بدین ترتیب، انتخاب راهبردهای مقابله‌ای کارآمد در ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری بر افزایش استفاده از مقابله‌های سازگارانه علاوه بر ارتقای سلامت روان بیماران مبتلا به پسوریازیس اثرگذار است (۶۱).

ضمن کاربرد یافته‌ها، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی از قبیل کوتاه بودن دوره‌ی پیگیری بود و همچنین از آن جایی که هم درمان و هم ارزیابی توسط یک نفر انجام شده است، این امر می‌تواند سبب سوگیری در تفسیر یافته‌ها شود که تعمیم پژوهش حاضر را با محدودیت مواجه می‌سازد. به علاوه، در طرح‌های تک آزمودنی یکی از مطمئن‌ترین روش‌های تامین اعتبار درونی مطالعه این است که نقاط داده‌ای قبل و بعد از ارائه تدبیر تجربی به دفعات اندازه‌گیری شوند. در پژوهش حاضر در مرحله خط پایه فقط یک نقطه داده‌ای ثبت شده است که سبب شده توان مطالعه در مدیریت سهم عوامل خطا به حداقل ممکن کاهش نشان دهد.

طیف بسیاری از بیماری‌های پوستی نتیجه‌ی تعامل بین عوامل مختلف زیستی، روان‌پزشکی، روان‌شناختی و اجتماعی است که نقش مستعد کننده، تسریع کننده و یا تداوم بخش برای اختلال پوستی بازی می‌کنند، که در این بین عوامل روان‌شناختی نقش قابل ملاحظه‌ای دارند که هم سبب پیشرفت بیماری‌های پوستی و نیز موجب بروز بیماری‌های مختلف پوستی می‌شوند. بیماری‌های پوستی اغلب به عنوان یکی از منابع نگرانی هیجانی برای بیماران هستند. این بیماری‌ها می‌توانند از لحاظ هیجانی و روان‌شناختی باعث مشکلات فزاینده‌ای برای فرد بیمار شوند. با توجه به حضور ناگویی هیجانی در بیماری‌های

کاهش آسیب‌پذیری شناختی است که با کاهش آن سازمان شناختی افراد بهبود می‌یابد. آموزش راهبرد ارزیابی مجدد به افراد مبتلا به پسوریازیس سبب شد که استفاده از این فن در موقعیت‌های پرخطر بتواند پریشانی روان‌شناختی آن‌ها را کاهش دهد (۳۶). موقعیت‌هایی که بالقوه برانگیزاننده‌ی هیجان هستند لزوماً منجر به پاسخ‌های هیجانی نمی‌شوند و فرد می‌تواند موقعیت را تغییر دهد. تلاش‌های مربوط به اصلاح موقعیت یکی از قوی‌ترین اشکال راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان به شمار می‌رود. در راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان فرصتی برای این بیماران فراهم می‌شود که بدون تغییر دادن واقعی محیط، هیجان‌های خود را تنظیم کنند. بیماری فرد سبب ایجاد موقعیت‌های مختلفی برای افراد مبتلا می‌شود و از آن جایی که این موقعیت‌ها ابعاد بسیاری دارند، فن گسترش توجه که به این موضوع اشاره دارد که فرد به منظور تأثیر گذاشتن روی هیجان‌هایش، چگونه توجه خود را در درون موقعیت مورد نظر تغییر می‌دهد، سبب کاهش مشکلات هیجانی و به خصوص دشواری در شناسایی و توصیف احساسات می‌شود (۳۸).

در پژوهش حاضر، آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان سبب کاهش نمرات مولفه تفکر عینی شده است که همخوان با مطالعاتی است که بیان کرده‌اند حواس‌پرتی به عنوان یکی از فنون پروتکل نظم‌جویی فرآیندی هیجان شامل کاستن از توجه به محرک‌های هیجانی درونی و بیرونی، از طریق تمرکز بر فعالیت‌ها و افکار کمتر عاطفی می‌باشد. ممکن است حواس‌پرتی تغییر در تمرکز درونی را هم شامل گردد؛ مانند زمانی که فرد افکار یا خاطرات مغایر با وضعیت هیجانی مطلوب را فرا می‌خواند (۳۶). نظم‌جویی هیجان و مخصوصاً راهبرد مثبت بازاریابی شناختی باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه افراد می‌شود (۵۸). بنابراین، بیماران مبتلا به پسوریازیس در نتیجه‌ی ارزیابی شناختی نادرست از موقعیت به دلیل کمبود اطلاعات، برداشت اشتباه یا اعتقادات بی‌منطق و نادرست، راهبرد شناختی خود را برای روبه‌رو شدن با موقعیت تنیدگی‌زا بر می‌گزینند. در این دیدگاه، به افراد در بازسازی الگوی فکری آنان از طریق بازسازی شناختی کمک می‌شود (۵۹). نظم‌جویی هیجان از طریق تسهیل دسترسی بیماران به منابع مقابله‌ای سبب مدیریت

undergoing etanercept treatment: 12-week results from a phase III randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol.* 2011; 64(1): 64-70.

12- L F. An Atlas of Psoriasis. New Jersey: USA the Parthenon publishing group Inc. 1997; 1: 1-32.

13- Schmitt J FD. Understanding the relationship between objective disease severity, psoriatic symptoms, illness-related stress, health-related quality of life and depressiven symptoms in patients with psoriasis a structural equations modeling approach. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007; 29(2): 134-40.

14- Gupta AM GK. Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the dermatology patient. *Clin Dermatol.* 2013; 31(1): 72-9.

15- Erberk-Ozen N BA, Boratav C, Kocak M. Executive dysfunctions and depression in Behçet's disease without explicit neurological involvement. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2006; 60(4): 465-72.

16- Mercan S K-AI. Psychodermatology: A collaboration between psychiatry and dermatology. *Turk Psikiyatri Derg.* 2006; 17: 305-13.

17- Ciuluvica C AP, & Fulcheri M. Emotion Regulation Strategies and Quality of Life in Dermatologic Patients. *Procedia Soc Behav Sci.* 2014; 22(127): 661-5.

18- Chen J XT, Jing J, & Chan RCK. Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach. *BMC Psychiatry.* 2011; 11(1): 33.

19- Dunn LK ONJ, & Feldman SR. Acne in adolescents: quality of life, self-esteem, mood, and psychological disorders. *Dermatol Online J.* 2011; 17(1): 1.

20- Gee NS ZL, Keuthen N, Kroshinsky D, & Kimball BA. A survey assessment of the recognition and treatment of psychocutaneous disorders in the outpatient dermatology setting: How prepared are we? *J Am Acad Dermatol.* 2013; 68(1): 47-52.

21- Margalit D B-HL, Brill S, & Vatine JJ. Complex regional pain syndrome, alexithymia, and psychological distress. *J Psychosom Res.* 2014; 77(4): 273-7.

22- Millard LG CJ. Psychocutaneous disorders. Turin: Blackwell Publishing. 2004; 61: 23-61.

23- Orion E WR. Psychologic factors in the development of facial dermatoses. *Clin Dermatol.* 2014; 32(6): 763-6.

24- Fortune DG, Helen L. Richards, and Christopher EM Griffiths. Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions. *Clin Dermatol.* 2005; 23(4): 681-94.

25- Picardi A ME, Gaetano P, Cattaruzza MS, Baliva G, Melchi CF. Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics.* 2005; 46(6): 556-64.

26- Picardi A P ,P, Cattaruzza, MS, Gaetano P, Melchi CF, Baliva G. Stressful life events, social support, attachment security and alexithymia in

پوستی به ویژه پسوریازیس، شیوع بالای اختلالات هیجانی در بیماران مبتلا به اختلالات پوستی و از آن جایی که ناگویی هیجانی، به عنوان یک عامل خطر برای ظهور و بروز و نگهداری و حفظ پریشانی است و افراد دچار ناگویی هیجانی در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و تنظیم هیجانها با دشواریهایی مواجهند، بررسی اختلالات هیجانی از جمله افسردگی و اضطراب و همچنین سازه‌ی ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به پسوریازیس به عنوان عوامل زمینه‌ساز، تشدید کننده و تسریع کننده، به برنامه ریزی و آموزش بیمار و اطرافیان وی برای مقابله با عوارض روان شناختی بیماری کمک می‌کند. از طرفی، شناخت این اختلالات در بیماران و درمان آن‌ها می‌تواند به بهبود وضعیت زندگی آن‌ها و حتی کاهش علائم بیماری کمک نماید و سبب کاهش هزینه‌های خدمات بهداشتی گردد.

منابع

- 1- Carroll CL BR, Feldman SR, Fleischer AB, Manuel CL. The burden of atopic dermatitis: impact on the patient, family, and society. *Pediatr Dermatol.* 2005; 22(3): 192-9.
- 2- Burns DA CN. Introduction and historical bibliography. Oxford: Wiley- Blackwell. 2001; 1(1):
- 3- Chen SC BA, Soon SL, Aftergut K, Cruz P, Sexton SA. A catalogue of dermatology utilities: a measure of the burden of skin diseases. *J Investig Dermatol Symp.* 2004; 9: 160-8.
- 4- Hay R BS, Chen S, Estrada R, Haddix A. Skin diseases. New York: Oxford University Press. 2006; 1(1): 707-22.
- 5- Walker N L-JM. Quality of life and acne in Scottish adolescent schoolchildren: use of the Children's Dermatology Life Quality Index [CDLQI] and the Cardiff Acne Disability Index [CADI]. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006; 20(1): 45-50.
- 6- Mease PhJ MA. Quality of life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: Outcome measures and therapies from a dermatological perspective. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 54(4): 685-704.
- 7- Gudjonss JE EJPIWK, Goldsmith LA, Katz S., Fitzpatrick's dermatology in general medicine. US: McGraw-Hill. 2008; 1: 169-206.
- 8- Bologna JL JJ, Schaffer JV. Textbook of Dermatology. Spain: Mosby Elsevier publishing. 2010; 1.
- 9- Griffiths CEM BJ. Psoriasis. USA: Blackwell publishi. 2008; 20: 1-20.
- 10- L N. Epidemiology of psoriasis. *Curr Drug Targets Inflamm Allergy.* 2004; 1(3(2)): 121-8.
- 11- Langley RG PA, Hebert AA. Patient-reported outcomes in pediatric patients with psoriasis

- factorial validity in a community population. *J Psychosom Res.* 2003; 55: 269-75.
- 44- Taylor GJ BM. An overview of the alexithymia construct. San Francisco: Jossey-Bass. 2000; 1: 263-76.
- 45- MA B. Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Re.* 2007; 101(1): 209-20.
- 46- First MB S, RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders [SCID-I] ,Clinitian Version. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1997; 1: 1.
- 47- G G-M. Handbook of psychological assessment. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons. 2009; 1: 1.
- 48- Zanarini MC VA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J. Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder [ZAN-BPD]: a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *J Pers Disord.* 2003; 17(3): 233-42.
- 49- Sharifi V AM, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, Shabani A, Shahrivar Z, Davari Ashtiani R, Hakim Shoshtari M, Seddigh A, & Jalali Roodsari M. Reliability and applicability of the Persian version of the diagnostic structured interview for DSM-IV [SCID]. *J Cognitive Neurosci.* 2003; 6(1&2): 10-22.
- 50- Hasani J HM, & Ghaedniay Jahromi A. Complete package of processing emotion regulation strategies training [PERST] based on Gross Model. unpublished. 2011.
- 51- Cooper JO HT, & Heward WL. Applied behavior analysis. 2007: 37-46.
- 52- Garnefski N BN, Kraaij V. Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Pers Individ Dif.* 2005; 38: 1317-27.
- 53- Kamphuis JH TM. Effects of distraction and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure based treatments for specific fears. *Behav Res Ther.* 2000; 38: 1163-81.
- 54- Dubey A PR, & Mishra K. Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship: An overview. *J Soc Sci Res.* 2012; 7(1): 20-31.
- 55- Aldao A N-HS, & Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review.* 2010; 30: 237-17.
- 56- Cisler JM OB, Feldner MT, & Forsyth JP. Emotion regulation and the anxiety disorders: an integrative review. *J Psychopathol Behav Assess.* 2010; 1(32): 68-82.
- 57- Garnefski N KV. Cognitive emotion regulation questionnaire development of a short 18- item version (CERQ-short). *Pers Individ Dif.* 2009; 41: 1045-53.
- vitiligo: A case-control study. *Psychother Psychosom.* 2003; 72(3): 151-8.
- 27- Picardi A PP, Cattaruzza MS, Gaetano P, Melchi CF, Baliva, G. Stressfull life events, social support, attachment security, and alexythymia in vitiligo: a case-control study. *Psychother Psychosom.* 2003; 72(3): 150-8.
- 28- Picardi A PP, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF. Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis: results from a case-control study. *J Psychosom Res.* 2003; 55(3): 189-96.
- 29- Picardi A PP, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF. Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics.* (5)44: 20-374
- 30- PE S. Alexithymia, clinical issues, politics and crime. *Psychother Psychosom.* 2000; 69(3): 113-6.
- 31- S K. The psychosemantic approach to alexithymia. *Pers Individ Dif.* 2002; 33: 393-407.
- 32- Ciuluvica C AP, & Fulcheri M. Emotion Regulation Strategies and Quality of Life in Dermatologic Patients. *Procedia Soc Behav Sci.* 2014; 127: 661-5.
- 33- Campbell-Sills L BD. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. New York: Guilford Press. 2007; 1: 542-59
- 34- JJ G. Emotion regulation: Affective, Cognitive, and Social Consequences. *J PSYCHOPATHOL BEHAV.* 2002; 26: 41-54.
- 35- Cole PM MS, Dennis TA. Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Dev.* 2004; 75(2): 317-33.
- 36- JJ G. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology.* 2003; 39: 281-91.
- 37- B M. Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clin Psychol Rev.* 2011; 31(8): 1276-90.
- 38- Gross JJ TR. Emotion Regulation, Conceptual Foundation. *Handbook of Emotion Regulation.* New York: Guilford Press. 2007; 1: 3-24.
- 39- Bagby RM PJ, & Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res.* 1994; 38(1): 23-32.
- 40- M TGB. New trends in alexithymia research. *Psychother Psychosom.* 2004; 73(1): 68-77.
- 41- Palmer BR GG, Manocha R, & Syough C. A psychometric evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. *Intelligence.* 2004; 33: 285-305.
- 42- Parker JDA TG, & Bagby RM. The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Pers Individ Dif.* 2001; 30: 107-15.
- 43- Parker JDA TG, & Bagby RM. The 20-item Toronto Alexithymia Scale: III reliability and

- 58- Grynberg D LO, Corneille O, Grezes J, & Berthoz S. Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? *Personality and Individual Differences*. 2010; 49: 845-50.
- 59- Gross JJ JO. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003; 85: 348-62.
- 60- Garnefski N KV. Relationship between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*. 2006; 40: 1659-69.
- 61- Alloy LB RJ. Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Routledge*. 2006; 1: 1.

Archive of SID

Effectiveness of Processing Emotion Regulation Strategies Training (PERST) in Alexithymia of Patient with Psoriasis

Zakeri, M.M., Hasani, J *, Esmacili, N.

Abstract

Introduction: The role of psychological factors such as emotional experiences especially Alexithymia has been approved in the clinical course of skin diseases. The aim of this study was to examine the effectiveness of processing emotion regulation strategies training (PERST) in alexithymia of patient with psoriasis.

Method: In the frame of single subject design among patients with skin disorders of treatment centers in Tehran, 3 patients with Psoriasis were recruited through convenient sampling and based on structured clinical interview for axis I disorders in DSM-IV (SCID-I) and inclusion and exclusion criteria then received processing emotion regulation strategies training for 10 sessions (each session had 1 hour length). Patients were evaluated 6 times by Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) during treatment and 1.5 month follow up. Data were analyzed by using the indices for trend changes, slope and the visual inspection of the charts; the recovery percent index and effect size were used to determine the clinical significance.

Results: The data analysis showed that processing emotion regulation strategies training is significantly effective in reducing alexithymia and its subscales in patient with psoriasis.

Conclusion: According to the role of emotional factors as predisposing, precipitating and continuation of skin disorders including psoriasis education of processing emotion regulation strategies training could reduce alexithymia and manage positive and negative emotions play an important role to support treatment with medical treatment.

Keywords: Processing Emotion Regulation Strategies, Alexithymia, Skin Diseases, Psoriasis.

*Correspondence E-mail:
hasanimehr57@khu.ac.ir