

اثربخشی آموزش نظم جویی فرآیندی هیجان بر پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به ویتیلیگو

* محمد مهدی ذاکری^۱، جعفر حسنی^۲، نفیسه اسماعیلی^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی تهران، ۲. دانشیار روانشناسی دانشگاه خوارزمی تهران، ۳. دانشیار پوست دانشگاه علوم پزشکی تهران.

(تاریخ وصول: ۹۵/۰۷/۱۴ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۵/۰۱)

Effectiveness of processing emotion regulation strategies training (PERST) in psychological distress (PD) of patient with vitiligo

* Mohammad Mahdi Zakeri¹, Jafar Hasani², Nafiseh Esmaeili³

1. M.A. in Clinical Psychology, Kharazmi University of Tehran, 2. Associate Professor in Psychology, Kharazmi University of Tehran 3. Associate Professor in Dermatology, Tehran University of Medical Sciences.

(Received: Oct. 05, 2016 - Accepted: Jul. 23, 2017)

Abstract

چکیده

Introduction: The role of psychological distress has been approved in the clinical course of skin diseases which can lead to the development and incidence of some skin diseases. The aim of this study was to examine the effectiveness of processing emotion regulation strategies training (PERST) in psychological distress (PD) of patient with vitiligo. **Method:** This study is an experimental study with a single subject in which design A B were used. The study measured 6 times (once as a baseline, four times, once during treatment and in the follow up) was performed. Among patients with skin disorders treatment centers, 3 patients with vitiligo disease were recruited through convenient sampling. The instruments of research were include the complete package of PERST based on Gross Model, Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS) and structured clinical interview for axis I disorders in DSM-IV (SCID-I). **Results:** The results showed a stable downward trend for PD scale scores and the components of depression, anxiety and stress that reflects the effectiveness of PERST in these variables. **Conclusion:** Psychological distress role in predisposing, precipitating and continuation of skin diseases, including vitiligo and subsequently in other aspects of their lives and PERST can play an important role by reducing PD as adjunctive and Rehabilitation therapies with medical treatment.

Keywords: processing emotion regulation strategies, psychological distress, vitiligo.

مقدمه: نقش پریشانی روان‌شناختی در سیر بالینی بسیاری از بیماری‌های پوستی مورد تأیید قرار گرفته است که می‌تواند سبب پیشرفت و بروز برخی بیماری‌های پوستی شود. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش نظم‌جویی فرآیندی هیجان (PERST) بر پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به ویتیلیگو بود. روش: پژوهش حاضر از نوع مطالعه‌ی تجربی با طرح تک آزمودنی است که در آن از طرح A B استفاده شد. در این پژوهش ۶ بار اندازه‌گیری (یک‌بار به عنوان خط پایه، چهار بار طی درمان و یک‌بار نیز در مرحله‌ی پیگیری) به عمل آمد. از بین بیمارانی مبتلا به اختلال‌های پوستی به مراکز درمانی، تعداد ۳ بیمار مبتلا به ویتیلیگو به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای به‌کار رفته در این پژوهش شامل بسته کامل درمان آموزش راهبردهای خود نظم‌جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گروس، مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS) و مصاحبه‌ی بالینی ساخت‌یافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I) بود. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش حاکی از روند کاهشی پایدار نمرات مقیاس پریشانی روان‌شناختی و مؤلفه‌های افسردگی، اضطراب و استرس بیمارانی بود که بیانگر اثربخشی آموزش PERST در کاهش متغیرهای مذکور است. **نتیجه‌گیری:** پریشانی روان‌شناختی نقش مستعد کننده، تسریع‌کننده و تداوم‌بخش را در بیماری‌های پوستی مانند ویتیلیگو و متعاقباً جنبه‌های دیگر زندگی‌شان بازی می‌کند و آموزش PERST می‌تواند با کاهش آن نقش مهمی را به عنوان درمان‌های کمکی و توان‌بخشی در کنار درمان‌های پزشکی ایفا کند.

واژگان کلیدی: نظم جویی فرآیندی هیجان، پریشانی روان‌شناختی، ویتیلیگو.

مقدمه

بیماری تقریباً ۲۰ سال است (بلونیا، جوریزو و شافری، ۲۰۱۰).

سیر بالینی طیف وسیعی از بیماری‌های پوستی ناشی از تعامل پیچیده و گاهی اوقات متقابل بین عوامل زیستی، روان‌پزشکی، روان‌شناختی و اجتماعی است که می‌توانند نقش مستعد کننده، تسریع کننده و یا تداوم بخش برای اختلال پوستی بازی کنند. 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 خارش و ویتیلیگو) گردد و از سوی دیگر اختلال‌های روانی می‌توانند موجب بروز برخی بیماری‌های پوستی (نظیر ویتیلیگو، پسوریازیس و درماتیت آتوپیک) شوند (گوپتا و گوپتا، ۲۰۱۳). برآورد شده که شیوع همبودی اختلال‌های روان‌پزشکی در بیماران سرپایی دچار اختلال‌های پوستی بین ۲۵٪ تا ۶۰٪ باشد (جافری، وندر-استوپ، دامیترسکو و هورنانگ، ۲۰۱۰). تجربه‌ی علائم شدید مخصوصاً خارش، درد، احساس ناراحتی و به دنبال آن مشکلات روحی و روانی از جمله مواردی است که بیماران پوستی با آن دست به گریبان می‌باشند و جنبه‌های معمول زندگی تا فعالیت‌های اجتماعی، تفریحی و آموزشی ممکن است تحت تأثیر قرار بگیرند. به همین دلیل وجود پریشانی روان‌شناختی در بیماران پوستی در بسیاری از پژوهش‌ها (پیکاردی و همکاران، ۲۰۰۴) مورد تأیید قرار گرفته است.

پریشانی روان‌شناختی حالات ذهنی ناخوشایند افسردگی، اضطراب و استرس است که هر سه علائم هیجانی و فیزیولوژیکی را دارند. مطابق با پژوهش‌های اخیر، افراد با پریشانی روانی بالا بیش‌تر از نشانه‌های بیماری جسمی شکایت می‌کنند و

پوست از سدهای مؤثر در برابر تهاجم میکروارگانیسم‌ها و عوامل شیمیایی و زیستی هست. اختلال در این سد که به صورت بیماری‌های مختلف پوستی تظاهر پیدا می‌کند می‌تواند باعث درگیری فرد با میکروارگانیسم‌های مختلف و در نتیجه ابتلا به بیماری‌های گوناگون گردد. اغلب بیماری‌های پوست برای کسانی که به آن‌ها دچار می‌شوند بسیار ناتوان کننده هستند (لورنس-اسمیت، ۲۰۰۹). به طور کلی بیماری‌های پوستی حاوی شش زیر رده هستند که عبارت‌اند از: (۱) اختلالات رنگ‌دانه‌ای، (۲) اریتماها، (۳) بیماری‌های پوستی ناشی از خطاهای متابولیسمی، (۴) بیماری‌های زائده‌ی پوستی، (۵) خال‌ها، نئوپلاسم‌ها و کیست‌های پوستی و (۶) درماتیت. یکی از مهم‌ترین زیرمجموعه‌های بیماری‌های پوستی مربوط به اختلالات رنگ‌دانه‌ای است و در این بین بیماری ویتیلیگو یکی از شایع‌ترین اختلالات رنگ‌دانه‌ای محسوب می‌شود (برنز و کوکس، ۲۰۱۰). ویتیلیگو (پسی یا برص) یک بیماری پوستی خود ایمنی است که سلول‌های رنگ‌ساز پوست و مو را درگیر می‌کند. این سلول‌ها به عللی از بین می‌روند و رنگ ایجاد نمی‌کنند و در نتیجه لکه‌های سفید رنگ به دلیل از دست رفتن رنگدانه پوست به وجود می‌آیند. این ضایعات در هر جایی از بدن ممکن است دیده شوند. شایع‌ترین مناطق درگیری پوستی عبارت‌اند از: صورت، لب‌ها، دست‌ها، بازوها، پاها و نواحی تناسلی. ویتیلیگو تقریباً ۲-۵٪ جامعه عمومی جهانی را فرا می‌گیرد و ممکن است در هر زمانی از دوره‌ی کوتاهی بعد از تولد تا بزرگسالی ظاهر شود. میانگین سنی شروع

برقراری ارتباطات هیجانی در بیماران مبتلا به اختلالات پوستی، نشان داد که مکانیسم‌های اختلال در نظم‌جویی هیجان با حضور بیماری‌های پوستی مرتبط‌اند (چیوولیکا، آمیرو و فولچری، ۲۰۱۴). همچنین شواهد حاکی از این است که راهبردهای نظم‌جویی هیجان سازش‌نیافته نقش مهمی در ایجاد پریشانی روان‌شناختی ایفا می‌کنند (مارکووین، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش‌ها بیانگر این است که نظم‌جویی هیجان نقش مهمی را در اختلال‌های هیجانی از جمله افسردگی، اضطرابی بر عهده دارد.

نظم‌جویی هیجان به فرآیندهای درونی و بیرونی که مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی هستند اشاره دارد. همچنین، نظم‌جویی هیجان مهارتی است که با توجه به اهداف فرد هیجان را تعدیل، تشدید یا حفظ می‌کند (گروس و تامپسون، ۲۰۰۷).

مدل‌های مختلفی در رابطه با نظم‌جویی هیجان ارائه شده است که در این بین می‌توان به مدل استنسبری و گانر، مدل کمپوس، فرانکل و کمرز، مدل دو عاملی کول، مارتین و دنیس (۲۰۰۴) و مدل فرآیندی گروس (۲۰۰۲) اشاره کرد. شواهد حاکی از این است که برجسته‌ترین مدل نظم‌جویی هیجان، مدل فرآیندی گروس است (مارکووین، ۲۰۱۱). 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 (گروس و تامپسون، ۲۰۰۷). در این مدل بین دو راهبرد متمرکز بر پیش‌اند^۱ که قبل از تجربه هیجان و راهبرد متمرکز بر پاسخ^۲ که پس از تجربه هیجان فعال می‌شوند تمایز قائل می‌شود. راهبرد متمرکز بر پیش‌اند می‌تواند در چهار مرحله

فراوانی بیماری‌های جسمی، پیش‌بینی کننده‌ی قدرتمند وقوع آسیب در کارکرد جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی می‌باشد (مارچند و بلانس، ۲۰۱۰). پریشانی روان‌شناختی به عنوان مهم‌ترین و یا دومین عامل خطر برای تعداد زیادی از بیماری‌ها مانند نارسایی قلبی (هامر، مالوی و استاماتاکیس، ۲۰۰۸)، سرطان (ویس و همکاران، ۲۰۱۲)، در نظر گرفته می‌شود. گرچه برآوردها متغیرند، به طور کلی از هر چهار بیمار مبتلا به بیماری‌های پوستی، یکی از آن‌ها پریشانی روان‌شناختی قابل توجهی را تجربه می‌کند. در پژوهشی (اوربون و ولف، ۲۰۱۳)، سطح قابل توجهی از اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلالات پوستی مشاهده شد، به طوری که قابل مقایسه با اثرات روان‌شناختی و هیجانی ایجاد شده به وسیله‌ی ورم مفاصل، کمردرد، دیابت، صرع و آسم بود (اوربون و ولف، ۲۰۱۴ a) و با عوارض یا پیامدهای جانبی همچون کیفیت زندگی پایین علائم جسمانی بیشتر (کیتون، لین و کروئنگه، ۲۰۰۷)، کاهش پیروی از درمان، افزایش مرگ و میر و افزایش استفاده از خدمات (بولانگر، ژائو، بائو و راسل، ۲۰۰۹) همراه می‌شد.

شرایط پوستی قابل مشاهده، اغلب یک منبع نگرانی هیجانی برای بیماران هستند. تقریباً حدود یک سوم بیماران درمانگاه‌های پوست، درجاتی از فاکتورهای هیجانی را نشان می‌دهند. در ادبیات پزشکی و همچنین در عمل روزانه، برخی از بیماری‌های رایج صورت تحت تأثیر و یا ناشی از عوامل هیجانی در نظر گرفته می‌شوند (اوربون و ولف، ۲۰۱۴ b). در دو دهه‌ی گذشته، تعداد فزاینده‌ای از مطالعات همه‌گیرشناختی و بالینی، وجود ارتباط معنادار بین استرس هیجانی، درگیری‌های روان‌شناختی و وجود تغییرات پوستی را پیشنهاد کرده‌اند. حضور فرونشانی، بلوکه کردن آگاهی هیجانی، انکار و دشواری در

1. Antecedent-focused
2. Response-focused

اضطراب و استرس) می‌شوند، و از آنجایی که در پژوهشی (آرندنت، اسمیت و تاسک، ۲۰۰۸) عنوان شد که کاستن از استرس‌ها و مسائل روان‌شناختی می‌تواند منجر به بهبود بیماری پوستی بیمار گردد، لذا آموزش و مداخله در زمینه‌ی نظم‌جویی هیجان می‌تواند در کاهش مشکلات بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و تنظیم هیجانی برای کاهش طول مدت درمان، کاهش احتمال درمان ناقص، کاهش استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی، کاهش عود مجدد، افزایش طول مدت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو مؤثر باشد. به‌علاوه، با توجه به اینکه آموزش نظم‌جویی فرآیندی هیجان بر روی آموزش راهبردهای نظم‌جویی سازش‌یافته تأکید دارد منطقی است که فرض کرد اجرای آموزش نظم‌جویی هیجان منجر به کاهش پریشانی روان‌شناختی شود. بنابراین پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی آموزش نظم‌جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گروس (۲۰۰۲) بر متغیر پریشانی روان‌شناختی در افراد مبتلا به ویتیلیگو پرداخته است.

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعه‌ی نیمه تجربی با طرح تک آزمودنی است. در این مطالعه از طرح A B که پرکاربردترین طرح تک آزمودنی است، استفاده شد. این طرح از طریق انتخاب شرکت‌کننده‌ها 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. در این پژوهش از یک خط پایه، ادامه خط پایه در چهار مرحله در مراحل درمان و پایان مداخله و یک خط پایه در مرحله پیگیری استفاده شد؛ بنابراین، متغیرهای وابسته پیش از اجرای

اول از فرایند تولید هیجان رخ دهد این چهار مرحله شامل انتخاب موقعیت^۱، اصلاح موقعیت^۲، گسترش توجه^۳ و تغییر شناختی^۴ است. درحالی‌که راهبرد متمرکز بر پاسخ که پس از برانگیختن هیجان رخ می‌دهد شامل مرحله تعدیل پاسخ^۵ است (مارکووین، ۲۰۱۱). در این راستا، شواهد بیانگر این است که ارتباط بین استفاده از راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان خاص و علائم افسردگی و اضطراب حاکی از این است که بروز علائم افسردگی و اضطراب نشان‌دهنده‌ی استفاده از راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان سازش‌نیافته است. به‌علاوه، توانایی مقابله موفق با هیجان‌های آزارنده مسلماً به حفظ احساس کنترل در موقعیت‌های ناراحت‌کننده کمک می‌کند. همچنین، می‌توان گفت مهارت‌های نظم‌جویی هیجان سازش‌یافته به جلوگیری، کاهش یا کوتاه شدن شدت و مدت حالت‌های پریشانی که منجر به فعال شدن الگوهای تفکر افسردگی و در نتیجه بروز افسردگی می‌شود کمک می‌کند (برکینگ، ویتز، اسوالدی و هافمن، ۲۰۱۴).

در گستره‌ی فعلی پژوهش‌های روان‌شناختی، تجارب هیجانی نقش محوری در تعیین واکنش‌های بهنجار و مرضی به خصوص در واکنش‌های زیستی دارند. همچنین در اختلال‌های روان‌تنی ردپای راهبردهای نظم‌جویی هیجان ناکارآمد در پژوهش‌های مختلف مورد واکای قرار گرفته است. به دلیل نقش عوامل هیجانی در شروع، تسریع و تشدید بیماری‌های پوستی به ویژه بیماری ویتیلیگو، شیوع بالای پریشانی روان‌شناختی و هیجانی در این بیماران و این‌که پاسخ‌های هیجانی نامناسب منجر به پدیداری اشکال مختلف آسیب‌شناسی (به خصوص افسردگی،

1. Situation selection
2. Situation modification
3. Attention deployment
4. Cognitive change
5. Response Modulation

آموزشی راهبردهای خود نظم‌جویی فرآیندی هیجان و ۳. دامنه‌ی سنی ۱۸ تا ۴۰ سال و 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، عقب‌ماندگی ذهنی و هر گونه شرایط وخیم پزشکی، ۳. مصرف داروهای روان‌پزشکی (دست کم از ۳ ماه قبل از ورود به پژوهش)، ۴. بیمارانی که با خطر خودکشی مواجه هستند و ۵. عدم تمایل به ادامه‌ی درمان.

۱) ساختار کلی درمان آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گروس: محتوای جلسات آموزشی راهبردهای خود نظم‌جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گروس در جدول زیر ارائه شده است. بسته کامل درمان آموزش راهبردهای خود نظم‌جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گروس توسط حسنی، حاتمی و قائدینا (منتشر نشده) اعتباریابی گردید.

متغیر آزمایشی، به منظور اندازه‌گیری خطوط پایه مورد اندازه‌گیری قرار گرفت و نتایج آن با چهار مرحله‌ی اندازه‌گیری در فرآیند درمان و پایان مداخله و سرانجام مرحله‌ی پیگیری مورد سنجش قرار گرفت.

جامعه‌ی آماری این تحقیق را افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی تشکیل دادند که در فاصله‌ی زمانی اردیبهشت تا خرداد ماه ۱۳۹۴ به بیمارستان‌ها، درمانگاه‌های دولتی و خصوصی شهر تهران مراجعه کردند. از بین بیماران مبتلا به اختلال‌های پوستی به این مراکز، تعداد ۳ نفر بیمار مبتلا به اختلال ویتیلیگو به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از جمله موقعیت‌هایی که طرح‌های N کوچک بسیار مورد استفاده قرار می‌گیرند، هنگامی است که شرکت کنندگان مطالعه از گروه و یا جمعیتی نادر هستند (به عنوان مثال مبتلایان به اختلال خاص) و یا زمانی که ملاحظات عملی (مانند هزینه و وقت) اجرای طرح‌های N بزرگ را غیر ممکن می‌سازد (گودوین، ۲۰۰۹). همچنین یکی دیگر از دلایل استفاده از طرح‌های N کوچک، قوی بودن اعتبار فرد-آزمون^۱ (میزانی که نتایج تحقیقات در مورد افراد شرکت کننده به کار می‌رود)، است در حالی که در طرح‌های N بزرگ، داده‌های تعداد زیادی از افراد خلاصه می‌شود اعتبار فرد-آزمون ضعیف است. این موضوع در برخی از تحقیقات یادگیری مفهوم رخ می‌دهد، برای مثال، داده‌های تحلیل شده بر یادگیری تدریجی دلالت دارند، در حالی که بررسی رفتارهای فردی آزمودنی‌ها بر تغییر سریع در یادگیری آن‌ها تأکید دارد (گودوین، ۲۰۰۹).

ملاک‌های ورودی شامل موارد زیر بود: ۱. حداقل دو سال سابقه‌ی بیماری پوستی، ۲. رضایت و موافقت شرکت‌کنندگان به منظور شرکت در جلسات برنامه‌ی

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

| جلسه | مراحل | محتوای جلسات |
|-------|---------------------|--|
| اول | | بیان منطق و مراحل مداخله، ضرورت خود 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. |
| دوم | 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 خود نظم‌جویی هیجانی |
| سوم | 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 |
| چهارم | اصلاح موقعیت | ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده‌ی هیجان: ۱) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب آموزش راهبرد حل مسئله آموزش مهارت‌های بین فردی (گفت‌وگو، اظهار وجود و حل تعارض) |
| پنجم | گسترش توجه | تغییر توجه: ۱) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی و ۲) آموزش توجه |
| ششم | ارزیابی شناختی | تغییر ارزیابی‌های شناختی: ۱) شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجان و ۲) آموزش راهبرد باز-ارزیابی |
| هفتم | تعدیل پاسخ | تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان: ۱) شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازدارنده 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 |
| هشتم | 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 |
| نهم | | مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته شده |
| دهم | | مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته شده |

است. همچنین ارزش ویژه‌ی استرس، افسردگی و اضطراب به ترتیب ۹/۰۷، ۲/۸۹ و ۱/۲۳ و ضرایب آلفای کرونباخ به همان ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ گزارش شده است (آنتونی و بیلینگ، ۱۹۹۸). در نسخه‌ی فارسی، پایایی بازآزمایی سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و

۲) مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)^۱: این مقیاس برای ارزیابی حالت‌های عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس (در طی یک هفته‌ی گذشته) طراحی شده است. تحلیل عاملی، سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را تأیید کرده

گروس (۲۰۰۲) به مدت ده جلسه به صورت فردی قرار گرفتند. این آموزش به وسیله‌ی روان‌شناس بالینی (بر طبق پروتکل درمان خلاصه شده در جدول یک) انجام شد. هر یک از بیماران شش دفعه (یک بار خط پایه، چهار بار در طول درمان و یک بار بعد از پیگیری ۴۵ روزه) مورد ارزیابی قرار گرفتند. با توجه به طرح تک آزمودنی، 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.

$$1) \text{MPI} = [(\text{Baseline Mean} - \text{Treatment Phase Mean}) / \text{Treatment phase Mean}] \times 100$$

$$2) \text{MPR} = [(\text{Baseline Mean} - \text{Treatment Phase Mean}) / \text{Baseline Mean}] \times 100$$

$$3) \text{Cohen's } d = M1 - M2 / \text{spooled}$$

$$4) \text{where spooled} = \sqrt{[(s1^2 + s2^2) / 2]}$$

$$5) (\text{effect-size}) rY1 = d / \sqrt{d^2 + 4}$$

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. واریانس انفرادی نتایج تک‌آزمودنی‌ها موجب می‌شود که تغییرات شگرف در برخی آزمودنی‌ها به عنوان تغییرات گروهی تفسیر نگردد و نتایج به شکل واقع بینانه‌تری مورد تحلیل واقع شوند. در تحلیل

آلفای کرونباخ به همان ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۴ و ۰/۸۱ گزارش شده است (سامانی و جوکار، ۲۰۰۷).

۳) مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های

محور I در DSM-IV (SCID-I)^۱: در ارزیابی اختلال‌های اصلی روان‌پزشکی (بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-IV-TR)، SCID-I ابزار جامع معیار شده‌ای است که برای استفاده در مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است. 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. روایی و پایایی این ابزار در پژوهش‌های مختلف قابل قبول گزارش شده است (گروث-مارنات، ۲۰۰۹). اسمیت و تران (۲۰۰۴) ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیاب‌ها برای این مصاحبه گزارش کرده‌اند. نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه را شریفی و همکاران (۱۳۸۳) تهیه و اعتباریابی کرده و روایی و پایایی مطلوبی برای آن گزارش کرده‌اند.

۳ بیمار مبتلا به بیماری ویتیلیگو که با توجه به معیارهای ورود به پژوهش، واجد شرایط لازم بودند به شیوه‌ی در دسترس انتخاب شده و تحت آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل

1. structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID)

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران به صورت جدول ارائه شده و سپس تغییرات نمرات بیماران را در هر یک از مقیاس‌های پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی را به وسیله‌ی جداول و نمودار نشان داده و فراز و فرود آن مورد بررسی قرار می‌گیرد.

دیداری طراز، 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 (کوپر، هرون و هوارد، ۲۰۰۷). هم‌چنین فراز و فرودهای متغیر وابسته در نمودار اساس داوری در مورد میزان تغییر به شمار می‌آید.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد مورد بررسی

| بیماران | جنس | سن | وضعیت تاهل | سطح تحصیلات | نوع بیماری | مدت ابتلا |
|---------------|------|----|------------|-------------|------------|-----------|
| بیمار شماره ۱ | مذکر | ۲۹ | مجرد | کاردانی | ویتیلیگو | ۳ سال |
| بیمار شماره ۲ | مؤنث | ۲۵ | متاهل | دیپلم | ویتیلیگو | ۴ سال |
| بیمار شماره ۳ | مؤنث | ۲۰ | مجرد | دیپلم | ویتیلیگو | ۳ سال |

هم‌چنین میزان اندازه اثر طی دوره پیگیری نیز بسیار بالاست (به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۸ و ۰/۹۹). میزان درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات بیمار دوم در دوره درمان (جز زیرمقیاس افسردگی که در سطح متوسطی قرار دارد) در سطح متوسط به پایین و در دوره‌ی پیگیری درصد کاهش نمرات در سطح متوسط و درصد بهبودی (جز در مقیاس استرس که در سطح متوسط به بالا قرار دارد) نسبتاً بالاست. هم‌چنین اندازه‌ی اثر در طی دوره‌ی درمان و پیگیری از سطح نسبتاً بالایی برخوردار است. هم‌چنین میزان درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات بیمار سوم در دوره درمان در سطح متوسطی قرار دارد. میزان اندازه‌ی اثر برای متغیر پریشانی روان‌شناختی و زیرمقیاس‌هایش از سطح خوبی برخوردار است. هم‌چنین در دوره‌ی پیگیری درصد کاهش نمرات در سطح متوسطی قرار داشته و از طرفی درصد بهبودی جز در زیرمقیاس اضطراب که در سطح میانه قرار دارد، نسبتاً بالا هستند. میزان اندازه‌ی اثر برای متغیرهای حاضر در دوره‌ی پیگیری به ترتیب ۰/۹۹،

همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، دامنه‌ی سنی بیماران بین ۲۰ تا ۲۹ سال است. سطح تحصیلات آزمودنی‌ها حداقل دیپلم و حداکثر کاردانی بود. سابقه‌ی ابتلای به بیماری تقریباً مشابهی نیز دارند.

در جدول ۳، اطلاعات مربوط به شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات بیماران در زیر مقیاس پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس ۹ در طی جلسات درمان و دوره پیگیری ۴۵ روزه ارائه شده است. اطلاعات نشان می‌دهند که میزان درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات بیمار اول در دوره درمان (جز زیرمقیاس افسردگی) در سطح متوسطی قرار دارد. میزان اندازه اثر طی مداخله برای ایشان در متغیرهای مذکور به ترتیب ۰/۸، ۰/۷۸، ۰/۸۸ و ۰/۷۷ است که اندازه‌های اثر بالایی محسوب می‌شوند. هم‌چنین درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات این بیمار در دوره پیگیری (به استثناء زیرمقیاس افسردگی که در سطح متوسط به بالا قرار دارد) نسبتاً بالا است.

۰/۹۹، ۰/۹۲ و ۰/۹۸ است که سطوح بالایی محسوب

می‌شوند.

جدول ۳. شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات بیماران در مقیاس پریشانی روان‌شناختی و

زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس

| متغیر | پیش از درمان | میانگین | انحراف | درصد | درصد | اندازه | شاخص | پیگیری | درصد | درصد | اندازه | شاخص |
|------------------|--------------|---------|-----------|--------|--------|--------|------|--------|--------|-------|--------|-------|
| | از | مداخله | استاندارد | بهبودی | کاهش | اثر | کوهن | بهبودی | پیگیری | کاهش | اثر | کوهن |
| | درمان | مداخله | مداخله | (MPI) | مداخله | (MPI) | | (MPI) | | (MPI) | | (MPR) |
| بیمار اول | | | | | | | | | | | | |
| افسردگی | ۱۹ | ۱۵ | ۲ | ۲۶/۶۶ | ۲۱/۰۵ | ۰/۷۸ | ۲/۵۳ | ۱۱ | ۷۲/۷۲ | ۴۲/۱ | ۰/۹۷ | ۸ |
| اضطراب | ۱۷ | ۱۱ | ۲ | ۵۴/۵۴ | ۳۵/۳ | ۰/۸۸ | ۳/۷۹ | ۷ | ۱۴۲/۸۵ | ۵۸/۸۲ | ۰/۹۸ | ۱۰ |
| استرس | ۳۱ | ۲۰/۵ | ۶ | ۵۱/۲۲ | ۳۳/۸۷ | ۰/۷۷ | ۲/۴۴ | ۱۱ | ۱۸۱/۸۱ | ۶۴/۵۱ | ۰/۹۹ | ۲۰ |
| بیمار دوم | | | | | | | | | | | | |
| افسردگی | ۲۳ | ۱۵/۷۵ | ۴ | ۴۶/۰۳ | ۳۱/۵۲ | ۰/۷۸ | ۲/۴۸ | ۱۱ | ۱۰۹/۰۹ | ۵۲/۱۷ | ۰/۹۸ | ۱۲ |
| اضطراب | ۱۷ | ۱۲/۵ | ۲ | ۳۶ | ۲۶/۴۷ | ۰/۸۱ | ۲/۸۴ | ۸ | ۱۱۲/۵ | ۵۲/۹۴ | ۰/۹۷ | ۹ |
| استرس | ۲۳ | ۱۸/۵ | ۲ | ۲۴/۳۲ | ۱۹/۵۶ | ۰/۸۱ | ۲/۸۴ | ۱۴ | ۶۴/۲۸ | ۳۹/۱۳ | ۰/۹۷ | ۹ |
| بیمار سوم | | | | | | | | | | | | |
| افسردگی | ۲۶ | ۱۸/۵ | ۴/۶۵ | ۴۰/۵۴ | ۲۸/۸۴ | ۰/۷۴ | ۲/۲۳ | ۱۲ | ۱۱۶/۶۶ | ۵۳/۸۴ | ۹۹ | ۱۴ |
| اضطراب | ۱۴ | ۱۰/۵ | ۲/۰۸ | ۳۳/۳۳ | ۲۵ | ۰/۷۳ | ۲/۱۴ | ۹ | ۵۵/۵۵ | ۳۵/۷۱ | ۰/۹۲ | ۵ |
| استرس | ۲۴ | ۱۷/۷۵ | ۲/۹۸ | ۳۵/۲۱ | ۲۶/۰۴ | ۰/۸۱ | ۲/۸۱ | ۱۳ | ۸۴/۶۱ | ۴۵/۸۳ | ۰/۹۸ | ۱۱ |

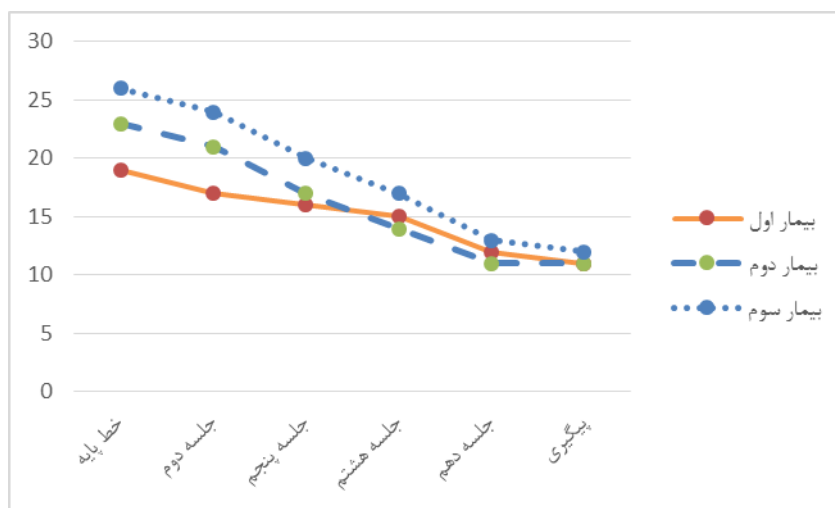
تسهیل می‌سازد. نمره‌ی طراز بیمار دوم نیز در پایان جلسه‌ی دهم نسبت به دوره‌ی پیش از درمان ۱۲ واحد افت داشته است. روند نمرات بیمار کاهش‌ی است. تغییرپذیری نقاط داده‌ای نیز ناچیز بوده و با توجه به روند کاهش‌ی نمرات می‌توان بیان کرد که نمرات بیمار از الگوی قابل پیش‌بینی برخوردار است. نمره‌ی بیمار سوم در پایان جلسات پنجم و هشتم بیش‌ترین افت را (۴ واحد) داشته و در انتهای درمان نیز نسبت به آغاز درمان ۱۳ واحد و در دوره‌ی پیگیری با یک واحد افت همراه بوده است. روند تغییر نمرات بیمار نیز کاهش‌ی است و با شیب ملایمی

زیرمقیاس افسردگی: شکل ۱ تغییرات نمرات بیماران در زیرمقیاس افسردگی را در مراحل مختلف اندازه‌گیری نشان می‌دهد. با نگاه به این شکل ملاحظه می‌شود که نمره‌ی زیرمقیاس افسردگی بیمار اول در پایان جلسه‌ی دهم بیش‌ترین افت را (۳ واحد) داشته و در انتهای درمان نسبت به آغاز درمان ۷ واحد و در دوره‌ی پیگیری نیز با یک واحد افت همراه بوده است. روند تغییر نمرات بیمار در دو دوره‌ی درمان و پیگیری کاهش‌ی است. تغییرپذیری نقاط داده‌ای نیز بسیار کم بوده و با توجه به روند کاهش‌ی نمرات، الگوی پیش‌بینی نمرات را در آینده

محمد مهدی ذاکری و همکاران: اثربخشی آموزش نظم جویی فرآیندی هیجان بر پریشانی روان‌شناختی افراد ...

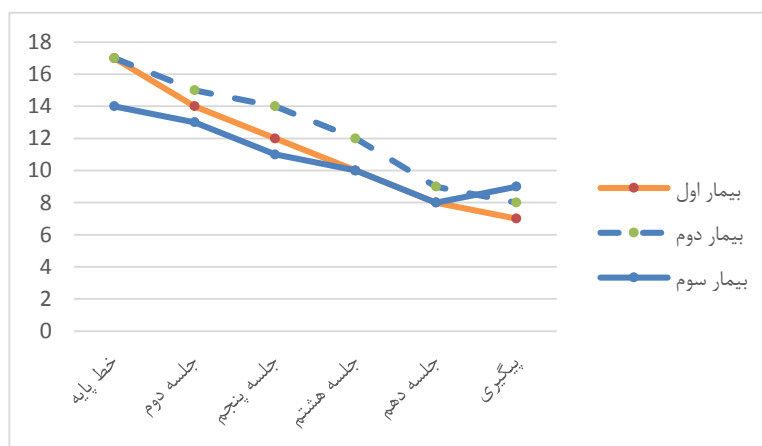
این موضوع است که بیماران توانسته‌اند دستاوردهای به‌دست آمده در طی درمان را حفظ کند. به طور کلی، با توجه به اطلاعات شکل ۱، آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان توانسته سبب کاهش نمرات آزمودنی‌ها در زیرمقیاس افسردگی گردد.

تا پایان درمان همراه است. تغییرپذیری نقاط داده‌ای نیز اندک است و بیمار از روند کاهشی ثابتی برخوردار است که قابل پیش‌بینی است. روند تغییر نمرات هر سه بیمار از الگوی کاهشی برخوردار است و این روند نیز تا دوره‌ی پیگیری ادامه دارد که بیانگر



شکل ۱. تغییرات نمرات بیماران در زیرمقیاس افسردگی

زیرمقیاس اضطراب: در شکل ۲ اطلاعات مربوط به زیرمقیاس اضطراب در مراحل سه‌گانه‌ی پیش از درمان، طی درمان و دوره‌ی پیگیری نمایش داده شده است.

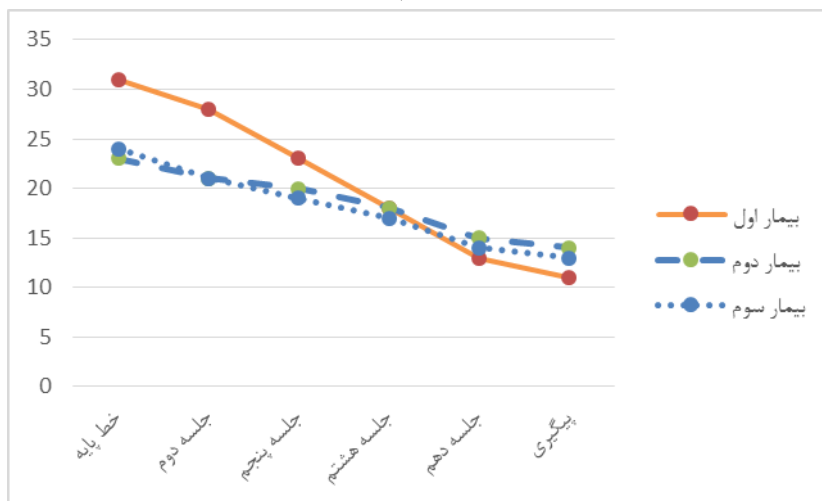


شکل ۲. تغییرات نمرات بیماران در زیرمقیاس اضطراب

جلسات درمان و یک بار در دوره‌ی پیگیری ۴۵ روزه ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود طراز نمرات بیمار اول در این زیرمقیاس افت قابل توجهی داشته است (۱۸ واحد در انتهای درمان و ۲ واحد در دوره‌ی پیگیری). روند تغییر نمرات بیمار کاهش است. تغییرپذیری نمرات بیمار نیز ناچیز است و از الگوی ثابتی برخوردار است. طراز نمرات بیمار دوم در این زیرمقیاس ۸ واحد کاهش یافته است. وجود روند کاهش و تغییرپذیری داده‌ای ناچیز در نمرات بیمار، بیانگر این مطلب است که نمرات بیمار از الگوی قابل پیش‌بینی برخوردار است. نمرات زیرمقیاس حاضر در بیمار سوم کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است به‌طوری که از ۲۴ در دوره‌ی پیش از درمان به ۱۴ در جلسه‌ی دهم افت کرده است. شیب کاهش نمرات تقریباً یکنواخت است و تا پایان درمان ادامه پیدا می‌کند و در دوره‌ی پیگیری نیز با افت یک واحدی همراه است. روند کاهش و تغییر نمرات و تغییرپذیری نقاط داده‌ای اندک، پیش‌بینی نمرات آتی بیمار را در این زیرمقیاس تسهیل می‌سازد. الگوی تغییر نمرات هر سه بیمار در زیرمقیاس استرس کاهش یافته و حداقل تغییرپذیری داده‌ای در نمرات آن‌ها وجود دارد. الگوی نمرات آتی بیماران نیز از روند قابل پیش‌بینی برخوردار است. به‌طور کلی، اطلاعات شکل ۳ بیان می‌کند که کاهش معنادار نمرات آزمودنی‌ها در زیرمقیاس استرس بعد از دریافت درمان بیانگر اثربخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان است.

همان‌طور که در شکل بالا مشاهده می‌شود طراز نمرات زیرمقیاس اضطراب در بیمار اول از روند کاهش برخوردار است (۹ واحد تا پایان درمان). روند کاهش تغییر نمرات در دوره‌ی پیگیری نیز ادامه داشت (یک واحد افت). تغییرپذیری داده‌ها نیز اندک بوده و روند کاهش نمرات حاکی از الگوی قابل پیش‌بینی بیمار در این زیرمقیاس است. طراز نمرات بیمار دوم در این زیرمقیاس تا پایان درمان ۸ واحد و در دوره‌ی پیگیری نیز یک واحد افت داشته است. روند تغییر نمرات نیز کاهش است. تغییرپذیری نقاط داده‌ای ناچیز است و با توجه به روند کاهش ثابت در نمرات بیمار، از الگوی قابل پیش‌بینی برخوردار است. نمرات بیمار سوم نیز با افت ۶ واحدی در دوره‌ی درمان و افزایش یک واحدی در دوره‌ی پیگیری همراه بوده است. روند نمرات بیمار نیز کاهش است و با شیب ملایمی تا پایان درمان همراه است. تغییرپذیری نقاط داده‌ای نیز ناچیز است اما با توجه به افزایش نمره در دوره‌ی پیگیری الگوی پیش‌بینی نمرات در آینده را دشوار می‌سازد. با توجه به تغییرپذیری داده‌ای اندک و روند کاهش تغییر نمرات، نمرات آتی بیماران از الگوی قابل پیش‌بینی برخوردار است. در مجموع اطلاعات شکل ۲ حاکی از تأثیر آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان در کاهش اضطراب بیماران است.

زیرمقیاس استرس: در شکل ۳ روند تغییرات نمرات بیماران مبتلا به ویتیلیگو در زیرمقیاس استرس طی یک‌بار اندازه‌گیری قبل از درمان، ۴ بار در طی



شکل ۳. تغییرات نمرات بیماران در زیرمقیاس استرس

نتیجه‌گیری و بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای نظم جویی فرآیندی هیجان بر کاهش پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری ویتیلیگو بود. به همین منظور در این پژوهش، درمان بر اساس راهنمای عملی آموزش راهبردهای نظم جویی فرآیندی هیجان بر مبنای مدل گروس (۲۰۰۲) در قالب ده جلسه‌ی درمانی به صورت فردی برای ۳ نفر از افراد مبتلا به بیماری ویتیلیگو ارائه گردید. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از اثربخشی آموزش مهارت نظم جویی هیجان بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن (افسردگی، اضطراب و استرس) بود. این آموزش موجب کاهش چشم‌گیر نمرات پریشانی روان‌شناختی در بیماران در دوره‌ی درمان گردید. روند کاهش نمرات در مرحله‌ی پیگیری ۴۵ روزه نیز ادامه پیدا کرد که حاکی از حفظ نتایج درمانی در این دوره بود. در واقع آموزش راهبردهای نظم جویی فرآیندی هیجان توانست نزدیک به ۵۰ درصد نمرات پریشانی روان‌شناختی را در بیماران کاهش دهد. بیماری‌های پوستی همچون ویتیلیگو با پریشانی روان‌شناختی

قابل توجه و اختلال‌های همبود روان‌پزشکی (پیکاردی و همکاران، ۲۰۰۴) همراه هستند. به طور کلی از هر چهار بیمار یکی از آن‌ها پریشانی روان‌شناختی قابل توجهی را تجربه می‌کند (اوربون و ولف، ۲۰۱۳).

نتایج پژوهش حاضر از این جهت که آموزش نظم جویی فرآیندی هیجان منجر به کاهش میزان پریشانی روان‌شناختی می‌شود همخوان با مطالعاتی است که نشان می‌دهند راهبردهای نظم جویی هیجان علاوه بر داشتن رابطه با پریشانی روان‌شناختی، نقش مهمی در اختلال‌های هیجانی (مانند افسردگی، اضطراب و استرس) برعهده دارند (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۹). هم‌چنین شواهد نشان داده است که بین استفاده از راهبردهای نظم جویی هیجان سازش‌نا یافته با علائم افسردگی ارتباط مثبتی وجود دارد و بین استفاده از راهبردهای سازش یافته و مثبت با افسردگی رابطه معکوسی وجود دارد (مارکووین، ۲۰۱۱). همچنین، برخی از مطالعات بیانگر این هستند که بروز علائم اضطراب با افزایش استفاده از ملامت خویش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و کاهش استفاده از ارزیابی مجدد مثبت ارتباط دارد. علاوه بر این، شواهد نشان

داده است که استرس توسط استفاده از ارزیابی مجدد مثبت پایین، نشخوارگری و ملامت خویش پیش‌بینی شده است. بنابراین می‌توان گفت نحوه استفاده از راهبردهای نظم‌جویی هیجان از عوامل تاثیرگذار در پریشانی روان‌شناختی است. از طرفی دیگر، بر اساس پژوهش جان و گروس (۲۰۰۴) تنظیم هیجان علاوه بر تأثیرات مثبت بر بهزیستی ذهنی، موجب بهبودی سلامت جسمانی نیز می‌شود و در برخی پژوهش‌ها نیز نشان داده شده است که مشکل تنظیم هیجان منجر به مشکلات جسمانی می‌شود (گروس، ۲۰۰۲). هیجان‌های منفی سبب تغییر و تحولاتی در سازمان شناختی فرد می‌گردند. به همین دلیل، افراد به هنگام تجربه‌ی رخداد‌های تهدید کننده یا تنش‌زای زندگی، قبل از انجام هر کاری، به لحاظ شناختی از راهبردهایی برای تنظیم هیجان‌ات خود استفاده می‌کنند (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۹). یکی از تأکیدات راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان، درمان کاهش آسیب‌پذیری شناختی است که با کاهش آن سازمان شناختی افراد بهبود می‌یابد. آموزش راهبرد ارزیابی مجدد به آزمودنی‌ها سبب می‌شود که استفاده از این تکنیک در موقعیت‌های پرخطر بتواند پریشانی روان‌شناختی را کاهش دهد. هم‌چنین در راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان، بر تمرینات و مهارت‌هایی تأکید می‌شود که می‌توان کاهش قابل ملاحظه شدت پریشانی روان‌شناختی در میان آزمودنی‌های این پژوهش را با آن مرتبط دانست. آموزش و تمرین مهارت توقف نشخوار فکری (تکنیک‌های توجه برگردانی فعال، انحراف فکر، تأخیر فکر و توقف فکر) سبب می‌شود افکار پریشان کننده در افراد متوقف شود. نظم‌جویی هیجان و مخصوصاً راهبرد مثبت بازاریابی شناختی باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و

رفتار سازگارانه افراد می‌شود (گروس، ۲۰۰۲). بنابراین، در نتیجه‌ی ارزیابی شناختی نادرست از موقعیت به دلیل کمبود اطلاعات، برداشت اشتباه یا اعتقادات بی‌منطق و نادرست، فرد راهبرد شناختی خود را برای روبه‌رو شدن با موقعیت تنیدگی‌زا برمی‌گزیند. در این دیدگاه، به افراد در بازسازی الگوی فکری آنان از طریق بازسازی شناختی کمک می‌شود (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، پاسخ‌های شناختی به وقایع فراخواننده‌ی هیجان هستند که به صورت هشیار یا ناهشیار سعی در تعدیل شدت و یا نوع تجربه‌ی هیجانی یا خود واقعه دارند (کمپل-سیلز و بارلو، ۲۰۰۷)؛ بنابراین افزایش استفاده از راهبردهای سازگارانه در افراد سبب می‌شود که علائم پریشانی روان‌شناختی بیماران تحت درمان آموزش راهبردهای نظم‌جویی در پایان جلسات مداخله‌ی آموزشی بهبود قابل ملاحظه‌ای یابد.

نظم‌جویی هیجان از طریق تسهیل دسترسی فرد به منابع مقابله‌ای سبب مدیریت برانگیختگی هیجان می‌شود. در این صورت میزان دسترسی‌پذیری حمایت بیرونی برای مدیریت انگیزتگی هیجان افزایش می‌یابد که می‌تواند از علل کاهش نمره باشد. اصطلاح نظم‌جویی هیجان به پدیده‌ی واحدی اشاره ندارد، بلکه این پدیده تحت عنوان مفهوم گسترده‌ای است که حوزه‌هایی از فرآیندهای به نسبت مرتبط را شامل می‌شود (تامپسون، ۱۹۹۴). در نقطه‌ی ثقل این فرآیندها، سازمان‌دهی سیستم عصبی قرار دارد که درگیر نظم‌جویی برانگیختگی هیجانی از طریق فعل و انفعالات درونی و بیرونی است. در واقع، فرآیندهای عصبی-فیزیولوژیکی زیرساخت انگیزتگی هیجانی و مدیریتی، بخشی از آن‌چه که نظم‌جویی می‌شود؛ بنابراین با نظم‌جویی فرآیندی هیجان، استفاده از

چالش‌ها، استرس‌ها و مشکلات زندگی عمل می‌کنند. شواهد قبلی با نتایج پژوهش حاضر مبنی بر کاهش میزان پریشانی روان‌شناختی در نتیجه آموزش نظم-جویی هیجان همخوان است. با توجه به این مطالب می‌توان گفت راهبردهای نظم‌جویی هیجان افراد را قادر می‌سازد که برای مقابل با هیجان‌های منفی از راهبردهای سازش‌یافته استفاده کنند و استفاده از این راهبردهای سازش‌یافته منجر به کاهش مشکلات پریشانی روان‌شناختی می‌شود. آموزش تنظیم هیجان می‌تواند با آگاه نمودن فرد از هیجان‌ات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها، نقش مهمی در کاهش علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی، استرس و اختلال در عملکرد اجتماعی (سطوح سلامت روانی) داشته باشد. هم‌چنین می‌توان گفت که آموزش تنظیم هیجان به دلیل برخوردار بودن از تکنیک‌هایی نظیر آگاهی از هیجان‌ات، پذیرش هیجان‌ات، بازاریابی و ابراز هیجان‌ات مناسب می‌تواند موجب تعدیل هیجان‌ات مثبت و منفی و به دنبال آن تعدیل قضاوت و ادراک مثبت از خویش شود (کوپپر، مک‌کی، کازاریان و اولینگر، ۲۰۰۹). هم‌چنین، می‌توان گفت بهبود در توانایی برای تغییر در شرایط، پذیرش و تحمل هیجان‌های منفی از پیش‌بینی‌کننده‌های کاهش میزان پریشانی روان‌شناختی است. بنابراین، نظم‌جویی هیجان منجر به کاهش و مدیریت هیجان‌های منفی می‌شود هم‌چنین، نظم‌جویی هیجان در نحوه انتخاب راهبردهای سازش‌یافته برای کاهش این هیجان‌ها تأثیر می‌گذارد و در نهایت منجر به کاهش پریشانی روان‌شناختی می‌شود. لازم به ذکر است نتایج فعلی می‌تواند پیامد عملی داشته باشد با توجه به اینکه هیجان‌های منفی در ایجاد اختلال‌های هیجانی نقش دارند. توصیه می‌شود به منظور جلوگیری از این مشکلات متخصصان راهبردهای نظم‌جویی هیجان را

راهبردهای سازگار افزایش می‌یابد. هیجان‌های منفی و موقعیت‌هایی که آن‌ها را رشد می‌دهند، موجب جست‌وجوی رهایی از آن‌ها توسط افراد می‌شود. در واقع هنگامی که فرد تحت تأثیر پریشانی روان‌شناختی (شامل افسردگی، اضطراب و استرس) قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر افزایش پریشانی را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر پریشانی بالاست، 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 اثرگذار است. در واقع، انتخاب راهبرد شناختی، هیجانی و رفتاری می‌تواند بر سلامت روان بالا یا پایین تأثیر بگذارد. به طور کلی، پژوهش‌ها نشان‌دهنده‌ی این مطلب هستند که حضور راهبردهای ناسازگارانه‌ی نظم‌جویی هیجان، آسیب‌رسان‌تر از عدم حضور نسبی راهبردهای نظم‌جویی هیجان می‌باشد (آلدانو و نولن-هوکسما، ۲۰۱۰).

در زندگی انسان، تجربه‌ی هیجان‌های منفی، گریز ناپذیر است و بدیهی است که استرس روان‌شناختی با هیجان‌های منفی مرتبط است، تجربه‌ی هیجان‌های منفی، می‌تواند از طریق افزایش رفتارهای پرخطر موجب مشکلات متعددی گردد (اوریون و ولف، ۲۰۱۴b). با توجه با آن که هیجان‌ات از نظر اجتماعی مفید هستند و می‌توانند در انتقال احساسات به دیگران، تعامل اجتماعی و ایجاد، حفظ و قطع رابطه با دیگران سازنده باشند، تعدیل و تنظیم آن‌ها از طریق آموزش تنظیم هیجان‌ها می‌تواند نقش مؤثری بر سلامت روان و متغیرهای مرتبط با آن داشته باشد زیرا هیجان‌ها به عنوان راه‌حل‌هایی برای مقابله با

ارائه‌ی آموزش‌های فوق به بیماران پوستی نه‌تنها می‌تواند به عنوان یک درمان کمکی و حمایتی سبب افزایش بهزیستی، خودکارآمدی و ... و به طور کلی سلامت روانی بیماران شود، بلکه می‌تواند روند درمان را تسریع بخشیده و باعث کاهش هزینه‌های درمان و استفاده از خدمات درمانی گردد.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی بیماران و هم‌چنین از کارکنان محترم بیمارستان پوست رازی تهران به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

به افراد آموزش دهند. از آنجا که شواهد بیانگر این است که برخی از انواع درمان شناختی، افراد افسرده را به متوقف کردن افکار منفی خودکار و تولید افکار جایگزین برای آن‌ها تشویق می‌کنند (گارفنسکی و کرایچ، ۲۰۰۹).

بنابراین، استفاده از پروتکل آموزش نظم‌جویی هیجان می‌تواند نقش مؤثری در مقابله با اختلال‌های هیجانی ایفا کند. از آن‌جا که عوامل روانی و خصوصاً پریشانی روان‌شناختی نقش مهمی در بیماری‌های جسمی و خصوصاً بیماری‌های پوستی بازی می‌کنند،

منابع

- شریفی، و.؛ اسعدی، م.؛ امینی، ه.؛ کاویانی، ح.؛ سمنانی، ی.؛ شعبانی، ا.؛ شهرپور، ز.؛ داوری آشتیانی، ر.؛ حکیم شوشتری؛ م.؛ صدیق، ا. و جلالی رودسری، م. (۱۳۸۳). «پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID)». *مجله تازه‌های علوم شناختی*، ۶ (۱ و ۲)، ۲۲-۱۰.

- حسنی، ج.؛ حاتمی، م. و فائذنیای جهرمی، ع. (منتشر نشده). «بسته کامل درمان آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرآیندی هیجان مبتنی بر مدل گروس».

- سامانی، س. و جوکار، ب. (۱۳۸۶). «بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی». *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۳ (۲۶)، ۶۵-۷۶.

References

- Aldao, A. & Nolen-Hoksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behavior Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological assessment*, 10(2), 176.
- Arndt, J., Smith, N., & Tausk, F. (2008). Stress and atopic dermatitis. *Curr Allergy Asthma Rep*, 8, 312-317.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour research and therapy*, 46(11), 1230-1237.
- Bolognia, J. L., Jorizzo, J. L., & Schaffer, J. V. (2010). *Dermatology*. Third Edition, volume one. Elsevier publication.
- Boulanger, L., Zhao, Y., Bao, Y., & Russell, M. (2009). A retrospective study on the impact of comorbid depression or anxiety on healthcare resource use and costs among diabetic neuropathy patients. *BMC Health Services Research*, 9(1): 111.
- Burns, D.A., Cox, N.H. (2010). Introduction and historical bibliography. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's textbook of dermatology*. 8th edition. Oxford: Wiley-Blackwell. P1.1.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders.
- Ciuluvica, C., Amerio, P., & Fulcheri, M. (2014). Emotion Regulation Strategies and Quality of Life in Dermatologic Patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127, 661 – 665.
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child development*, 75(2), 317-333.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Applied behavior analysis*.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045-1053.

- Garnefski, N., Kraaij, V. (2009). Cognitive emotion regulation questionnaire development of a short 18-item version (CERQ-short). *Pers Individ Dif*, 41: 1045-1053.
- Goodwin, C. J. (2009). *Research in psychology: Methods and design*. John Wiley & Sons.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Gross, J. J., Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. In: Gross JJ. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 3-24.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Gupta, A. M. ,& Gupta, K. A. (2013). Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the dermatology patient. *Clinics in Dermatology* ,31, 72-79.
- Hamer, M., Molloy, G. J., & Stamatakis, E. (2008). Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events: pathophysiological and behavioral mechanisms. *Journal of the American College of Cardiology*, 52(25), 2156-2162.
- Jafferany, M., Vander- Stoep, A., Dumitrescu, A., & Hornung, R. L. (2010). The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study. *Int J Dermatol* 2010, 49, 784-789.
- John, O. O., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1334.
- Katon, W., Lin, E. H. B., & Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 29(2), 147-155.
- Kuiper, N. A., McKee, M., Kazarian, S. S., & Olinger, J. L. (2000). Social perceptions in psychiatric inpatients: Relation to positive and negative affect levels. *Personality and Individual Differences*, 29(3), 479-493.
- Lawrence-Smith ,G. (2009). Psychodermatology. *Psychological Medicine* ,6 ,185-232.
- Marchand, A., & Blanc, M. E. (2010). The Contribution of Work and Non-work Factors to the Onset of Psychological Distress: An Eight-year Prospective Study of a Representative Sample of Employees in Canada. *J Occup Health*, 52(3):176-85.
- Marroquín, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1276-1290.
- Orion, E. ,& Wolf, R. (2013). Psychological factors in skin diseases: Stress and skin: Facts and controversies. *Clinics in Dermatology* ,31, 707-711.
- Orion, E. ,& Wolf, R. (2014a). Psychologic factors in the development of facial dermatoses. *Clinics in Dermatology* , 32(6):763-766.
- Orion, E. ,& Wolf, R. (2014b). Psychologic consequences of facial dermatoses. *Clinics in Dermatology* , 32(6):767-771.
- Picardi, A., Amerio, P., Baliva, G., Barbieri, C., Teofoli, P., Bolli, S., Salvatori, V., Mazzotti, E., Pasquini, P., Abeni, D. (2004). Recognition of depressive and anxiety disorders in

dermatological outpatients. *Acta Derm Venereol*, 84(3): 213-7.

- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 25-52.

- Tran, G., & Smith, G. P. (2004). *Behavioral assessments in the measurement of treatment out-come*. In S. N. Haynes, and E.M. Heiby

(Eds). *comprehensive Hand book of psychological Assessment*. Newyork: wiley, p: 269-290.

- Weiss, T., Weinberger, M. I., Holland, J., Nelson, C., & Moadel, A. (2012). Falling through the cracks: a review of psychological distress and psychosocial service needs in older Black and Hispanic patients with cancer. *Journal of Geriatric Oncology*, 3(2), 163-173.