

## مقایسه اثربخشی درمان بازسازی شناختی معنایی و درمان خود دلگرم‌سازی بر

### بهبودی روان‌شناختی در افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی

مینا مسیبی<sup>۱</sup>، \*حسینعلی قنادزادگان<sup>۲</sup>، بهرام میرزائیان<sup>۲</sup>  
۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.  
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.  
(تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۰۸/۰۴ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۰۷)

## Comparison of The Effectiveness of Semantic Cognitive Reconstruction Therapy and Self-Encouragement Therapy on Psychological Well-Being in People with Psychosomatic Skin

Mina Mosayebi<sup>1</sup>, \* Hosseinali Ghanadzadegan<sup>2</sup>, Bahram Mirzaian<sup>2</sup>

1. Ph.D Student, Department of Psychology, Sari branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.  
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Original Article

(Received: Oct. 25, 2020 - Accepted: Aug. 29, 2021)

مقاله پژوهشی

### Abstract

**Objective:** The present research was conducted by the aim of comparing the effectiveness of Semantic Cognitive Reconstruction Therapy and Self-Encouragement Therapy on Psychological Well-Being in people with psychosomatic skin. **Method:** The research method was quasi-experimental study with pretest-posttest design with control group. The statistical population included people with psychosomatic skin in fall 2019. 45 people were selected by purposive sampling method, they were assigned to two experimental groups and one control group by randomly (each group consisting of 15 people). Participated in group Semantic Cognitive Reconstruction Therapy (Salimi, 2011) in 12 sessions and Self-Encouragement Therapy (Shoenaker, 1980) in 10 sessions, and control group was not under any intervention. Data were collected based on the standard questionnaire of Psychological Well-Being (Riff, 1989) Data were analyzed using one-variable covariance analysis and SPSS21 software. **Findings:** Results indicated that the Semantic Cognitive Reconstruction and Self-Encouragement methods have been effective on improving Psychological Well-Being in the posttest stage ( $p < 0.05$ ). Findings affirmed that the effectiveness of Self-Encouragement on improving Psychological Well-Being was greater. **Conclusion:** Following the development of psychosomatic skin, people experience decrease in Psychological Well-Being, and Semantic Cognitive Reconstruction Therapy and Self-Encouragement Therapy are effective in increasing Psychological Well-Being on patients with psychosomatic skin.

**Keywords:** Semantic Cognitive Reconstruction, Self-Encouragement, Psychological Well-Being, Psychosomatic Skin.

### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان بازسازی شناختی معنایی و درمان خود دلگرم‌سازی بر بهبود روان‌شناختی در افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی در شهر تهران انجام شد. روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه مراجعه‌کنندگان مبتلا به روان‌تنی پوستی که در پائیز ۱۳۹۸ به بیمارستان بانک ملی شهر تهران مراجعه کرده بودند. برای انتخاب نمونه آماری، به روش هدفمند تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه شامل ۱۵ نفر) گمارش شدند. گروه آزمایش بازسازی شناختی معنایی در ۱۲ جلسه درمان بازسازی شناختی معنایی (سلیمی، ۱۳۸۸) و گروه آزمایش خود دلگرم‌سازی در ۱۰ جلسه درمان خود دلگرم‌سازی (شوناکر، ۱۹۸۰) شرکت کردند. گروه کنترل تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. ابزار مورد استفاده پرسشنامه استاندارد بهبود روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) بود. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس تک متغیره و با استفاده از نرم‌افزار SPSS۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که درمان بازسازی شناختی معنایی و درمان خود دلگرم‌سازی بر بهبود روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده‌اند ( $p < 0.05$ ). یافته‌ها اثربخشی بیشتر خود دلگرم‌سازی را در بهبود بهبود روان‌شناختی را تأیید کردند. نتیجه‌گیری: به دنبال ابتلا به روان‌تنی پوستی، افراد دچار کاهش در بهبود روان‌شناختی می‌شوند و درمان‌های روان‌شناختی بازسازی شناختی معنایی و خود دلگرم‌سازی در افزایش بهبود روان‌شناختی افراد مبتلا به روان‌تنی پوست سودمند هستند.

**واژگان کلیدی:** بازسازی شناختی معنایی، خود دلگرم‌سازی، بهبود روان‌شناختی، روان‌تنی پوستی.

\*نویسنده مسئول: حسینعلی قنادزادگان

\*Corresponding Author: Hosseinali Ghanadzadegan

Email: ghanad.hamid@gmail.com

## مقدمه

دارای اهمیت بوده و مراقبت و درمان بیماری‌های مرتبط با پوست هزینه‌های چشمگیری را برای فرد مبتلا و جامعه تحمیل می‌کند (فیلائی، ۲۰۰۹). برخی از بیماری‌های پوستی خودایمنی منفی با سبب‌شناسی مشابه هستند که در اثر حمله ایمنی توسط سلول‌های سیتوتوکسیک بر پلاک‌های پوست، لامپ فولیکول مو و ملانوسیت‌های اپیدرمی بالغ ایجاد می‌شوند (بیرلیا، سروتا و نوریس، ۲۰۲۰). پسوریازیس<sup>۲</sup> یکی از انواع بیماری‌های پوستی است که تحت تاثیر دستگاه ایمنی بدن بوده و دستگاه ایمنی با بازخورد معیوبی که می‌دهد، سرعت بیشتری به رشد سلول‌های مرده سطح پوست می‌دهد (فونتاز آیالا، سولر و مک کورمیک، ۲۰۱۶). در حالت معمول، سلول‌هایی که در لایه زیرین پوست وجود دارند، به سمت لایه‌هایی که در سطوح بالاتر قرار دارند، تغییر مکان داده و با از دست دادن هسته به شکل پوسته مرده از بدن انسان خارج می‌شوند. این مدت زمان برای افراد عادی حدود یک ماه است، اما در بدن فرد مبتلا به پسوریازیس، این فرآیند سرعت بیشتری دارد (کامپا، ریان و بوکوک، ۲۰۱۷). یکی از بیماری‌های پوستی دیگر که بر اثر استرس ایجاد می‌شود، ویتیلیگو<sup>۳</sup> نام دارد. توسط این بیماری، اختلال در تولید رنگ‌دانه‌های پوستی ایجاد شده و قسمت‌های زیادی از پوست با لکه‌های سفیدرنگ پوشانده می‌شوند. حتی موهای قسمت‌هایی از پوست که به پیسی مبتلا است به رنگ سفید درآمده و رشد می‌کنند (مانگا و آرواجولو، ۲۰۱۴). بیماری

روان‌تنی<sup>۱</sup>، از جمله اختلال‌های روانی فیزیولوژیکی است که به صورت بدنی نمایان می‌شوند. یکی از دلایل به وجود آمدن آن‌ها، مشکلات هیجانی فرد مبتلاست که بر عملکرد دستگاه عصبی خودکار، غدد درون‌ریز و نیز جریان‌های فیزیولوژیکی بدن اثر می‌گذارد و با مشکلات بدنی آشکاری همراه هستند (نصری و یلان، ۱۳۹۴). پاسخ فرد مبتلا به اختلال‌های روان‌تنی از فردی به فرد دیگر متفاوت است و علت تفاوت پاسخ‌ها نوع نگرش افراد، شیوه برخورد با مشکلات، تجربه‌های فردی و نیز حمایت‌های اجتماعی است. در مجموع افراد با قدرت انطباق بالاتر و سبک زندگی سالم‌تر در برخورد با مسائل هیجانی ایجاد شده در زندگی، تنها مدت زمان کوتاهی با این بیماری دست‌وپنجه نرم خواهند کرد (تلوزاد، ۱۳۸۵). لذا بهتر آن است که سبب‌شناسی و به دنبال آن درمان اختلال روان‌تنی در افراد، از جنبه‌های گوناگونی مورد بررسی قرار گیرد. در این بین، سابقه خانوادگی از اهمیت بالایی برخوردار است. اگر فردی سابقه ابتلا به اضطراب، افسردگی و سایر بیماری‌های روانی دارد، باید نسبت به بررسی نشانه‌های بیماری در خود حساس‌تر باشد. اختلال‌های پوستی تأثیرات منفی بر سلامت روانی و نیز عاطفه بیماران مبتلا دارد و از آنجاکه پوست نقش مهمی در زیبایی ظاهری افراد دارد، تظاهرات و مشکلات پوستی مشکلات متعددی را برای افراد مبتلا به وجود می‌آورد و اعتماد به نفس آن‌ها را نیز کاهش می‌دهد. در حال حاضر محافظت و بهداشت پوست بیش‌ازپیش

2. Psoriasis  
3. Vitiligo

1. Psychosomatic

دیگر که به نام طاسی سکه‌ای یا منطقه‌ای شناخته شده است، آلوپسیا آر‌اتا<sup>۱</sup> نام دارد که در این بیماری، موهای سر فرد به شکل بیضی در مناطقی از سر شروع به ریزش می‌کند. این بیماری بسیار شایع بوده و در نتیجه نقص دستگاه ایمنی و حمله سلول‌های ایمنی به فولیکول‌های مو و به‌طور ناگهانی رخ می‌دهد. به‌طوری‌که فولیکول‌های مو را از بین برده و رشد مو متوقف می‌شود (آریزو و توستی، ۲۰۱۹). بدشکلی ناشی از ضایعات پوستی یکی از مهم‌ترین عواملی است که در فرد مبتلا ایجاد مشکلات و حساسیت‌های روانی می‌کند که این واکنش‌ها با توجه به نوع ضایعه، در افراد متفاوت است (ترکاشوند و همکاران، ۱۳۹۴). در افراد مبتلا به ویتیلیگو مشاهده شده است که این افراد از سلامت روان کمتری نسبت به افراد عادی به سر می‌برند (نسائیان و همکاران، ۱۳۹۶). از جمله در افراد مبتلا به آکنه و پسوریازیس نشان داده‌شده که آن‌ها از تعاملات اجتماعی و در معرض قرار گرفتن در جمع، خودداری می‌کنند و ضایعات پوستی خود را پنهان می‌کنند و از راهبردهای ناکارآمدی برای مدیریت تصویری که درباره دیگران دارند، استفاده می‌کنند (ایرانمنش، ثابت، بلیاد و تاجری، ۱۳۹۹). پژوهش فریدحسینی و همکاران نیز نشان داد که بیماران مبتلا به پسوریازیس، از اضطراب و افسردگی رنج می‌برند و کیفیت زندگی پایینی را تجربه می‌کنند (فریدحسینی و همکاران، ۱۳۹۵). در مجموع می‌توان بیان کرد که مشکلات پوستی قابل مشاهده، معمولاً به‌عنوان یک منبع نگران‌کننده هیجانی برای مبتلایان به شمار می‌رود و

حدود یک‌سوم از مراجعه‌کنندگان به مراکز پوست، درجاتی از عوامل هیجانی بالاتری را نسبت به افراد عادی را نشان می‌دهند (اوربون و ولف، ۲۰۱۴). از طرفی بهزیستی روان‌شناختی<sup>۲</sup> در یک تعامل دوطرفه از سویی از نتایج انتخاب و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و متناسب با تغییر و تنش محسوب می‌شود و از سوی دیگر خود زمینه‌ساز فضای روانی سالمی است که در پرتو آن شناخت صحیح و ارزیابی درست موقعیت تنش‌زا جهت انتخاب راهکار مقابله‌ای مؤثر میسر می‌شود (سدیدی و یمینی، ۱۳۹۷). به‌عبارت‌دیگر، بهزیستی روان‌شناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی خود می‌دانند (شفیعی و نصیری، ۱۳۹۹). یافته‌های حاصل از پژوهش نصری و یلان نشان داد که بیماران دچار ضایعات پوستی از در معرض قرار گرفتن در اجتماع، اجتناب می‌کنند و سعی در پنهان کردن ضایعات پوستی خود دارند (نصری و یلان، ۱۳۹۴). عبدی زتاب و همکارانش نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بدشکلی ناشی از بیماری پوستی منجر به کاهش کیفیت زندگی و بروز اختلال‌های روانی در این بیماران شود (عبدی زتاب، بشارت و داوودی، ۱۳۹۶). بیماری‌های پوستی سبب ترس از ارزیابی منفی در بیماران مبتلا می‌شود (لیاری و همکاران، ۱۹۹۸) و از میزان جرئت‌مندی آنها در موقعیت‌های اجتماعی می‌کاهد (پروثی و بابو، ۲۰۱۲). یکی از اهداف مشاوره‌های شناختی، آموزش است که مراجعان قادر باشند پس از شناسایی شناخته‌های ناکارآمد خود، شناخت‌های کارآمد را جایگزین

و خوشایندی را در بردارند، فرا گرفته و برای مشکلات پیش‌رو به نحو مؤثرتر برنامه‌ریزی می‌کنند. همچنین باعث افزایش اعتمادبه‌نفس در فرد می‌شود. در این رویکرد، در فرد حس تعلقی ایجاد شده که کمک می‌کند فرد از سودمندی در جامعه، احساس رضایت کند. در دلگرم‌سازی این واقعیت وجود دارد که اگرچه در دنیای ما هیجان‌های مثبت و منفی فراوانی وجود دارند ولی ادراک شخص از این هیجان‌هاست که رویکرد او را در زندگی نشان می‌دهد (فتحی و علیزاده، ۱۳۹۱). آقاییوسفی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که دلگرم‌سازی به‌عنوان یک مهارت می‌تواند موجب افزایش استفاده از راهبردهای شناختی پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری و نیز کاهش استفاده از راهبردهای شناختی ملامت خویش و نشخوارگری گردد (آقاییوسفی، مهمان‌نوازان و دهستانی، ۱۳۹۴). همچنین در پژوهشی دیگر مشخص شد که خوددلگرم‌سازی می‌تواند باعث افزایش سلامت روان گردد (سلیمی بجزستانی، فرکوروند و یونسی، ۱۳۹۴).

با توجه به پژوهش‌های روان‌شناختی که تاکنون صورت گرفته است می‌توان اذعان داشت که واکنش‌های زیستی قادرند نقشی تعیین‌کننده در بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی بازی کنند. با توجه به تأثیرپذیری نقش بهزیستی روان‌شناختی در شروع، تسریع و تشدید بیماری‌های روان‌تنی پوستی، شیوع بالای مشکلات هیجانی در این مبتلایان و این‌که پاسخ‌های هیجانی نامناسب منجر به پدیداری

آن‌ها نموده و افراد بتوانند با وقایع ناخوشایند زندگی خود کنار بیایند (آتش‌فراز، ۱۳۹۰). برانگیختن هیجان، ایجاد انگیزه و فنون تجربه‌گرایانه که فعال‌کننده تجارب پدیدار شناختی و احساس‌های تازه هستند، می‌توانند در فرآیند تغییر نقش مهمی داشته باشند. ممکن است بیمار با کمک افکار و رفتارهای تازه‌ای با واقعیت روبرو شود تا بتواند در سطح هیجانی طرز تفکر جدیدی را تجربه کند. سلیمی (۱۳۸۸) بیان می‌کند که همه رویکردهای شناختی - رفتاری در صورت‌بندی شناخت‌واره‌های مراجعین بر اشکال گزاره‌هایی نظیر خودگویی‌های افکار خودآیند و باورهای غیرمنطقی متکی هستند، این در حالی است که بحث منطقی و ارائه اطلاعات تصحیح‌کننده حتی وقتی مراجع به لحاظ عقلانی شواهد منطقی را بپذیرد، اغلب در تغییر واکنش‌های عاطفی مؤثر نیست چون معانی در سطح اختصاصی خود پردازش می‌شوند اما به نظر می‌رسد در سطح بازنمایی (ضمنی)، معانی با هیجان ارتباط پیدا می‌کنند (آتش‌افروز، ۱۳۹۰). در روش بازسازی شناختی معنایی<sup>۱</sup>، به فرد کمک می‌شود که از خودگویی‌ها، انتظارات و یا باورهایی که منعکس‌کننده شیوه‌های ناموثر تفکر درباره خود، دیگران و آینده است، آگاه شود. سپس او را راهنمایی می‌کند که ارتباط بین این باورهای منفی و تجارب هیجانی خود را دریابد و نهایتاً درمانگر و مراجع به شیوه‌های گوناگون برای شناسایی، خلق و ارزیابی راهکارهای ایجاد تفکرات سازگارانه با یکدیگر همکاری می‌کنند (سلیمی، ۱۳۸۸). همچنین در دلگرم‌سازی<sup>۲</sup>، افراد رفتارهایی که احساس مثبت

1. Semantic Cognitive Reconstruction Therapy  
2. Self-Encouragement

بازسازی شناختی معنایی بر بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی اثربخش است. ۲- درمان خود دلگرم سازی بر بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی اثربخش است. ۳- اثربخشی درمان بازسازی شناختی معنایی و درمان خود دلگرم سازی بر بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی متفاوت است.

### روش

پژوهش حاضر از نظر روش‌شناسی جزء طرح‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی بودند که از تاریخ ۹۸/۷/۱ الی ۹۸/۹/۳۰ جهت دریافت خدمات به بیمارستان بانک ملی شهر تهران مراجعه کرده بودند و ابتلای آن‌ها به روان‌تنی پوستی توسط متخصص پوست تأیید شده بود و دارای پرونده پزشکی و مراجعات در بیمارستان بانک ملی بودند. تعداد آن‌ها که در محدوده سنی ۲۵ الی ۴۵ سال و از تحصیلات لیسانس به بالا بودند، ۸۹ نفر توسط پژوهشگر، محاسبه شد. برای انتخاب نمونه آماری ابتدا همه ۸۹ نفر، به پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی پاسخ دادند و کسب امتیاز نمره کمتر از برش در پرسشنامه (۶۳) که نشان‌دهنده کاهش بهزیستی روان‌شناختی فرد بود، دلیلی بر قرار گرفتن آن‌ها در لیست افراد نمونه بود، لیکن با توجه به تعداد کم نمونه مورد نظر با بهزیستی پایین، پژوهشگران نمره ۶۵ را که نشان‌دهنده نمرات بهزیستی متوسط رو به پایین بود را ملاک

اشکال مختلف آسیب‌شناسی (به‌خصوص افسردگی، اضطراب و استرس) می‌شوند و از آنجایی که در پژوهشی بیان شد که کاهش استرس‌ها و مشکلات روان‌شناختی در بهبود بیماری پوستی بیمار تأثیرگذار است (آرندنت، اسمیت و تاسک، ۲۰۰۸)، لذا آموزش و مداخله در مبتلایان به روان‌تنی پوستی قادر خواهد بود با افزایش بهزیستی روان‌شناختی در مبتلایان، در کاهش عود مجدد، افزایش طول مدت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا تأثیرگذار باشد. اگرچه در ارتباط با متغیر بهزیستی روان‌شناختی در جوامع گوناگون و با روش‌های درمان متفاوت کار شده است، لیکن با وجود اهمیت این متغیر در افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی پژوهش اندکی صورت گرفته است. همچنین هیچ‌گونه مقایسه‌ای بین دو روش بازسازی شناختی معنایی و خوددلگرم‌سازی و انتخاب روش مناسب‌تر جهت افزایش بهزیستی روان‌شناختی در این بیماران صورت نگرفته است. نتایج حاصل از پژوهش حاضر در مراکز درمانی و بیمارستان‌ها قابل استفاده است. یافتن تفاوت در زمینه اثربخشی آن‌ها نیز در نمونه‌های ایرانی و بر روی متغیر بهزیستی روان‌شناختی، تلویحات نظری و کاربردی مهمی خواهد داشت و می‌تواند به متخصصان حوزه بهداشت روانی کمک کند تا اثربخش‌ترین درمان را انتخاب کرده و به کار برند. در این راستا، محقق به دنبال بررسی اثربخشی درمان بازسازی شناختی معنایی و درمان خود دلگرم سازی بر بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی است که در راستای این هدف سه فرضیه بررسی شده است: ۱- درمان

هفته دوبر، تحت روش درمانی بازسازی شناختی معنایی قرار گرفتند. همچنین نمونه‌های گروه آزمایش دوم نیز طی ۱۰ جلسه، دو بار در هفته و به مدت ۹۰ دقیقه، تحت روش درمانی خوددلگرم‌سازی شوناکر (۱۹۸۰) قرار گرفتند. پس از اتمام اجرای دو روش درمانی، مجدداً پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی توسط هر سه گروه مورد اندازه‌گیری قرار گرفت (پس‌آزمون) تا تاثیر مداخله‌ها در بهزیستی روان‌شناختی افراد مشخص گردد.

(۱) پرسشنامه جمعیت‌شناختی: شامل سؤالات جمعیت‌شناختی نظیر سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، سابقه ابتلا به بیماری بود.

(۲) پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB)<sup>۱</sup>: که توسط ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی شد و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. فرم کوتاه آن دارای ۱۸ سؤال است و نمره‌گذاری این پرسشنامه به‌صورت طیف لیکرت شش‌درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است. همچنین دارای ۶ زیرمقیاس خودمختاری، ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است. نمره برش پرسشنامه، کسب نمره ۶۳ است. ریف (۱۹۸۹) ضریب همسانی درونی زیر مقیاس‌های این پرسشنامه را بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی باز آزمایی بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ گزارش کرده است. در ایران ضریب پایایی به روش باز آزمایی این پرسشنامه ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ به‌دست‌آمده که

قرار دادند. تعداد افرادی که امتیاز موردنظر را جهت ورود به پژوهش حاضر کسب نمودند، ۷۳ نفر بود. سپس با توجه به مطالعات پیشین، از جامعه آماری، با در نظر گرفتن افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش نشان دادند، ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به شیوه تصادفی آن‌ها در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه شامل ۱۵ نفر) گمارش شدند. از جمله ملاک‌های ورود به پژوهش، تشخیص روان‌تنی پوستی بر اساس نظر متخصص پوست، عدم سابقه به بیماری روانی جدی مانند اختلال‌های سایکوتیک، دوقطبی و ...، عدم ابتلا به بیماری صعب‌العلاج از قبیل سرطان، وجود سلامت جسمانی در حد انجام آزمون (نداشتن مشکل شنوایی و بینایی و عملکرد دست)، تحصیلات حداقل لیسانس و محدوده سنی ۲۵ الی ۴۵ سال بود و عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش و یا داشتن غیبت بیش از دو جلسه متوالی، استفاده از سایر انواع روش‌های طب مکمل و جایگزین و نیز عود بیماری در طول یک ماه قبل از شروع مطالعه و یا در طی دوره مداخله که موجب بستری شدن بیمار در بیمارستان شود، نیز از جمله ملاک‌های خروج از پژوهش بود. خوشبختانه هیچ ریزش نمونه‌ای در گروه‌های طرح پژوهش وجود نداشت. روش کار به این صورت بود که پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از هر ۴۵ نمونه، ابتدا به هر سه گروه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی داده شد و هر ۴۵ نفر به سؤالات پرسشنامه پاسخ دادند. سپس اعضای گروه آزمایشی اول ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هر

1. Ryff Scale of Psychological Well-Being

از نظر آماری معنادار است. همچنین در پژوهشی با نام ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه‌ی روان‌درمانی مثبت‌نگر، میزان همسانی درونی فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی را به دست آمده است.

با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۸ به دست آوردند (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ۰/۸۳ به دست آمده است.

**جدول ۱.** ساختار جلسات آموزش بازسازی شناختی معنایی به اقتباس از پروتکل اجرایی سلیمی (۱۳۸۸)

جلسه	محتوای جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی با اهداف و ساختار و قواعد گروه، ایجاد ارتباط مؤثر با اعضا و معرفی اعضا به یکدیگر
دوم	شناسایی افکار به‌عنوان عوامل ناراحتی و شناسایی توالی میان شناخت‌ها، انگیزه‌ها و رفتارها
سوم	شناسایی افکار و نیز چگونگی کنار آمدن با هیجان‌های دردسرساز
چهارم	بررسی توالی میان شناخت‌ها و انگیزه‌ها بررسی، ارزیابی و اصلاح شناخت‌ها ارائه اطلاعات راجع به نقش شناخت و معرفی فرمول ABC
پنجم	بازبینی فهم مراجعین از نتایج الگوی ABC ایجاد بینش در اعضا درباره نقش مؤثر باورها (B)
ششم	سنجش افکار خودکار و تحریف‌های شناختی، ایجاد بینش نسبت به تکرار افکار نامعقول و ادامه آشفته‌گی در فرد
هفتم	ساخت پادزهر در مقابل خطاهای شناختی
هشتم	شناخت و ردیابی خطاهای شناختی مهم در افکار توسط اعضای گروه
نهم	شناخت و ردیابی باورهای غیرمنطقی
دهم	شناخت و چالش با باورهای غیرمنطقی از طریق ایفای نقش اعضا و تقسیم آن‌ها به گروه‌های پنج‌نفری و به چالش کشیدن باورهای غیرمنطقی خود
یازدهم	شناخت و چالش با باورهای غیرمنطقی از طریق ایفای نقش
دوازدهم	توضیح و بازبینی انواع بینش‌ها در مراجع جمع‌بندی، اجرای پس‌آزمون

**جدول ۲.** ساختار جلسات آموزش خوددلگرمی شوناکر (۱۹۸۰؛ نقل از باهلمن و دیتتر، ۲۰۰۱)

جلسه	محتوای جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون، معرفی مفهوم دلگرمی و آموزش رفتارها و ویژگی‌های دلگرم‌کننده
دوم	آموزش مفهوم هدف‌گرایی رفتار انسان
سوم	آموزش دلگرم‌سازی، پذیرش اشتباهات و جرأت پذیرش ناکامل بودن
چهارم	یادگیری تفکر محبت‌آمیز و دلگرم کردن
پنجم	بیان تأثیر بدگویی در غیاب دیگران و غیب کردن بر روابط افراد با یکدیگر
ششم	چگونگی ایجاد روابط مثبت
هفتم	ایجاد روابط به همراه گفتگوهای دلگرم‌سازی
هشتم	بررسی نقش خود در موقعیت‌های دشوار
نهم	بررسی تصور خود از عشق و حس تعلق به دیگران
دهم	ارزیابی کلی از جلسات پیشین، اجرای پس‌آزمون

### یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی متغیرهای گروه‌های آزمایشی در طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون در متغیر بهزیستی روان‌شناختی در جدول ۳ مشاهده می‌شود. با توجه به نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، مشاهده شد که متغیر پژوهش نرمال بود. همچنین نتایج حاصله از آزمون لون نیز نشان داد که متغیر پژوهش از همگنی واریانس‌ها برخوردار بود. از طرفی داده پرت در میان داده‌ها وجود نداشت و نتایج حاصل از همگنی شیب خط رگرسیون نیز نشان داد که مقدار بتاهای رگرسیونی مشابه یکدیگر است، لذا دو خط رگرسیونی موازی یکدیگر و در نهایت شیب خط‌های رگرسیون همگن بودند و پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون نیز تایید شد. بعد از تایید پیش‌فرض‌های فوق، برای معنادار بودن هر یک از مداخلات انجام شده بر روی گروه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده گردید که نتایج در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

۳) پروتکل‌های آموزشی: جهت آموزش مهارت‌ها جهت دو گروه آزمایش، از پروتکل‌های درمان بازسازی شناختی معنایی (سلیمی، ۱۳۸۸) و درمان خوددلگرم‌سازی (شوناکر، ۱۹۸۰) استفاده شد که خلاصه جلسات در جداول (۱ و ۲) آمده است.

پروتکل‌های درمانی برای هر دو گروه آزمایش در بیمارستان بانک ملی شهر تهران انجام شد. به‌منظور رعایت کردن اصول اخلاقی، پس از اتمام پژوهش، گروه گواه نیز مداخله خوددلگرم‌سازی را دریافت کردند. دلیل انتخاب آموزش خوددلگرم‌سازی در گروه گواه، اختلاف بیشتر حاصله از میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش این روش نسبت به اختلاف حاصله از میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در روش بازسازی شناختی معنایی در پژوهش حاضر بود.

جدول ۳. آمار توصیفی متغیرهای گروه‌های آزمایشی در طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون در متغیر بهزیستی روان‌شناختی

گروه	بازسازی شناختی معنایی		خوددلگرم‌سازی		گواه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
پیش‌آزمون	۳/۴۶	۶۳/۵۳	۳/۱۳	۶۱/۶۶	۳/۲۸
پس‌آزمون	۳/۵	۶۶/۸	۴/۲۸	۶۵/۷۳	۳/۸۸

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل آنکوا برای تعیین تفاوت اثربخشی بازسازی شناختی معنایی و خوددلگرم‌سازی بر بهزیستی روان‌شناختی

گروه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره	سطح معناداری
گروه	۱۹۴/۴۳	۲	۹۷/۲۱		
خطا	۴۲۸/۸۹	۴۱	۱۰/۴۶	۹/۲۹	۰/۰۰۰۴
کل	۹۳۳/۲۴	۴۴			



همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، سه گروه در افزایش بهزیستی روان‌شناختی با هم تفاوت معنادار دارند ( $p < 0/05$ ). همچنین در جدول ۵، نتایج بیانگر آن است که در بهزیستی روان‌شناختی میان نمرات گروه کنترل با هر یک از

میانگین در گروه خوددلدلگرم‌سازی (۴/۵۷۳) بیشتر از بازسازی شناختی معنایی (۴/۳۶۹) است، لذا درمان خوددلدلگرم‌سازی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی اثربخش‌تر بود.

گروه (I)	گروه (J)	MD(I-J)	SE	سطح معناداری
بازسازی شناختی معنایی	خوددلدلگرم‌سازی	-۰/۲۰۴	۱/۲۱	۰/۸۶۸
خوددلدلگرم‌سازی	کنترل	۴/۳۶۹*	۱/۲۲	۰/۰۰۱
خوددلدلگرم‌سازی	بازسازی شناختی معنایی	۰/۲۰۴	۱/۲۱	۰/۸۶۸
کنترل	کنترل	۴/۵۷۳*	۱/۱۸	۰/۰۰۰۳
کنترل	بازسازی شناختی معنایی	-۴/۳۶۹	۱/۲۲	۰/۰۰۱
خوددلدلگرم‌سازی	خوددلدلگرم‌سازی	-۴/۵۷۳*	۱/۱۸	۰/۰۰۰۳

\* $P < 0/05$

نتیجه‌گیری و بحث

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که درمان بازسازی شناختی معنایی و درمان خوددلدلگرم‌سازی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی مؤثر بود.

نتایج حاصل از پژوهش با نتایج حاصل از پژوهش آفایوسفی و همکاران (۱۳۹۴) که به این نتیجه رسیدند که خوددلدلگرم‌سازی به‌عنوان یک مهارت موجب استفاده از راهبردهای شناختی پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری و نیز کاهش استفاده از راهبردهای شناختی ملامت خویش و نشخوارگری می‌گردد، همسوست. همچنین این یافته‌ها، با نتایج حاصل از پژوهش سلیمی بجستانی و همکاران (۱۳۹۴) دو گروه آزمایش تفاوت معنادار وجود دارد

که به این نتیجه رسیدند که خوددلدلگرم‌سازی باعث افزایش سلامت روان می‌شود نیز همخوان است. در حقیقت، تمامی این پژوهشگران نشان دادند که آموزش مهارت‌های روان‌شناختی منجر به افزایش استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی سازش یافته و کاهش استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی سازش نایافته شده و همچنین نشان‌دهنده تأثیر درمان بازسازی شناختی معنایی و خوددلدلگرم‌سازی بر افزایش و بهبود توانمندی‌های روان‌شناختی افراد به‌صورت ارتباطات اجتماعی، تنظیم هیجان، افزایش عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس، خوش‌بینی و روبرو شدن با مشکلات با دید مثبت‌تر و دوستانه‌تر و کاهش احساسات منفی از جمله افسردگی و احساس کهنتری است که این احساس طبق نظریه آدلر نیز شخص را به سمت

رفتار ضعیف و مشکلات هیجانی سوق می‌دهد (آقایوسفی و همکاران، ۱۳۹۴). نتایج حاصل از پژوهش حاضر نیز نشان‌دهنده افزایش بهزیستی روان‌شناختی توسط بازسازی شناختی معنایی و خوددلگرم‌سازی بود. هم‌چنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین هر دو روش مداخله درمان بازسازی شناختی معنایی و خوددلگرم‌سازی بر روی مبتلایان به روان‌تنی پوستی تفاوت معناداری وجود دارد. در جلسات خوددلگرم‌سازی بر تفکر مثبت، هدف‌گرایی، بررسی نقش خود در شرایط دشوار، شناخت و مبارزه با اشتباهات اساسی زندگی پرداخته شد (سلیمی بجزستانی و عسلی طالکویی، ۱۳۹۲). لذا افراد موفق شدند در هر جلسه خود را در شناسایی مسائل و ایجاد چالش‌های پیش‌رو مقاوم‌تر کنند. لازمه بهزیستی روان‌شناسی، درک چالش‌های وجودی زندگی است. متغیر بهزیستی روان‌شناختی، از مؤلفه‌های مختلفی نشأت گرفته است و اجزای اصلی آن شامل معنویت، رشد و بالندگی فردی، شادی، رضایت از زندگی، روابط مثبت با دیگران، خویشتن‌پذیری، معناداری، سازگاری و تسلط بر محیط، خود-پیروی، خوش‌بینی و هدف در زندگی است. از طرف دیگر، بیماری‌های «روان‌تنی» بیماری‌های جسمی هستند که عوامل روانی در شروع و تشدید آن‌ها تأثیر دارند و به‌صورت تسهیل‌کننده عمل می‌کنند. در مجموع این افراد معمولاً از اعتمادبه‌نفس کمتری برخوردارند و از موقعیت اجتماعی خود اطمینان کافی ندارند. بازسازی شناختی روشی

است که نوعی بازنگری و بازسازی تفکر را در دل خود دارد و به تسهیل، شناسایی و مواجهه خطاهای فکری، باورهای غیرمنطقی، تحریف‌های شناختی و افکار خود آیند کمک می‌کنند. از طرفی، از آنجا که در جلسات درمان خود دلگرم‌سازی یکی از هدف‌های درمان، پذیرش اشتباهات و جرات‌پذیری اینکه فرد ناکامل است و نیز فرد چگونه می‌تواند روابط مثبت با خود و دیگران ایجاد نماید به فرد مبتلا به روان‌تنی پوستی کمک کرد تا در جهت ارتقای بهزیستی روان‌شناختی خود تلاش کند. بهزیستی روان‌شناختی یکی از عوامل مهم در ارزیابی سلامت بیماران مبتلا به روان‌تنی بوده و بهبود بهزیستی روان‌شناختی، یکی از هدف‌های مهم درمان آن‌هاست. ارزیابی بهزیستی روان‌شناختی، در واقع نشان می‌دهد که بیماری و درمان چه تأثیری بر زندگی مبتلایان گذاشته و تشخیص آنکه کدامیک از حیطه‌های زندگی این افراد بیشتر تحت تأثیر بیماری قرار گرفته برای پزشکان و سیاست‌گذاران برنامه‌های سلامت اهمیت بسیاری دارد. بحران‌های ناشی از روان‌تنی پوستی سبب عدم تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روان می‌شود. بیشترین حالت در این دوره برای بیماران احساس یاس و اضطراب است. بیماری روان‌تنی پوستی یکی از وقایع استرس‌زاست که فرد مبتلا را از نظر هیجانی، شناختی و فیزیولوژیکی تحت تأثیر قرار می‌دهد، ولی افراد مبتلا می‌توانند با درمان‌های روان‌شناختی سودمند از قبیل بازسازی شناختی معنایی و خود دلگرم‌سازی با اتخاذ

سبب افزایش بهزیستی، استفاده بهتر و کارآمدتر از راهبردهای رویارویی و ... بیماران شود، بلکه می‌تواند روند درمان را تسریع بخشیده و باعث کاهش هزینه‌های درمان و استفاده از خدمات درمانی گردد.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به انتخاب هدفمند افراد مبتلا به بیماری سایکوسوماتیک پوستی در بیمارستان بانک ملی شهر تهران اشاره کرد که تعمیم نتایج به سایر مناطق باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود جهت مشخص شدن پایداری اثربخشی در طول زمان، زمان‌های پیگیری صورت گیرد تا پایداری اثربخش بودن درمان‌ها در طول زمان مشخص شود.

#### سپاسگزاری

در پایان از عوامل بیمارستان بانک ملی و تمامی آزمودنی‌هایی که در اجرای این پژوهش یاریگر ما بوده‌اند، کمال تشکر داریم.

#### منابع مالی

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول مقاله بوده که بدون حمایت مالی صورت گرفته است

تمثیلی بر کاهش سطح اعتیادپذیری نوجوانان پسر منطقه متوسطه». پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران،: دانشگاه علامه طباطبایی.

راهبردهای انطباقی درست، میزان مشکلات مربوطه را تا حد چشمگیری مرتفع کنند. هر دو درمان مفید واقع شد اما در این بین درمان خوددلدلگرم‌سازی کارآمدتر شناخته شد و این شاید به دلیل شناسایی و بررسی افکار فرد مبتلا به روان‌تنی پوستی به‌عنوان علل ناراحتی و آشفتگی و شناسایی توالی میان شناخت‌ها و انگیزه‌ها، رفتارها و احساس‌های آن‌ها بود. سنجش افکار اتوماتیک و تحریفات شناختی نیز باعث شد فرد مبتلا متوجه شود که خودش با تکرار افکار نامعقول باعث آشفتگی خود می‌شود. در مجموع هر دو روش درمان بازسازی شناختی و خوددلدلگرم‌سازی برای افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی آنان سودمند و اثرگذار بود.

بنابراین، استفاده از پروتکل‌های درمان بازسازی شناختی معنایی و نیز خوددلدلگرم‌سازی می‌توانند نقش مؤثری در افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی ایفا کند. از آن‌جا که عوامل روانی و به‌ویژه کاهش بهزیستی روان‌شناختی نقش مهمی در بیماری‌های جسمی و به‌ویژه بیماری‌های پوستی بازی می‌کنند، ارائه آموزش‌های بازسازی شناختی معنایی و خوددلدلگرم‌سازی به بیماران پوستی نه تنها می‌تواند به‌عنوان یک درمان کمکی و حمایتی

#### منابع

آتش‌فراز، س. (۱۳۹۰). «مقایسه اثربخشی مداخله بازسازی شناختی معنایی و بازسازی شناختی

- آقایوسفی، ع؛ مهمان‌نوازان، ا؛ و دهستانی، م. (۱۳۹۴). «اثربخشی آموزش خوددلگرم‌سازی شوناکر مبتنی بر نظریه آدلر بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان سرپرست خانوار». *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*. ۲(۳)، ۱-۱۵.
- ایرانمنش، ا؛ ثابت، م؛ بلیاد، م؛ و تاجری، ب. (۱۳۹۹). «بررسی اثربخشی آموزش مهارت جرئت‌مندی و ارتباط مؤثر بر ترس از ارزیابی منفی در بیماران مزمن پوستی». *مطالعات ناتوانی*، ۱۰، ۱۶۱-۸-۱.
- رکاشوند، ف؛ رضائیان، م؛ شیخ فتح‌اللهی، م؛ محمدرضا خانی‌نژاد، س؛ حاتمی، پ؛ و بیدکی، ر. (۱۳۹۳). «بررسی شیوع برخی اختلالات روان‌پزشکی در افراد بهبودیافته از بیماری لیشمانیوز جلدی در شهرستان رفسنجان». *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۴، ۸۹۴-۸۷۹.
- تلوزاد، م. (۱۳۸۵). «اختلال‌های روان‌تنی». *نشریه بهداشت و تندرستی*، ۱۸ (۲)، ۲۳-۳۸.
- خانجانی، م؛ شهیدی، ش؛ فتح‌آبادی، ج؛ مظاهری، م؛ و شگری، ا. (۱۳۹۳). «ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر». *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*. ۳۲ (۹)، ۲۷-۳۶.
- سدیدی، م؛ و یمینی، م. (۱۳۹۷). «پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی روان‌شناختی بر اساس راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی». *مطالعات روان‌شناختی روان‌شناختی*. ۱۴ (۲)، ۱۲۵-۱۴۲.
- سلیمی بجستانی، ح. (۱۳۸۸). «پروتکل مشاوره گروهی آدلری». *مجله رشد مشاور مدرسه*، ۶ (۲)، ۶۲-۷۴.
- سلیمی بجستانی، ح؛ فرکوراوند، پ؛ و یونسی، ج. (۱۳۹۴). «اثربخشی آموزش خوددلگرم‌سازی بر سلامت روان زنان دارای همسر معتاد». *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۹ (۳۴)، ۶۷-۷۸.
- سلیمی بجستانی، ح؛ و عسلی طالکوئی، س. (۱۳۹۲). «خوددلگرم‌سازی». *رشد آموزش مشاور مدرسه*، ۳۳، ۶۱-۵۶.
- شفیعی، ح؛ و نصیری، ش. (۱۳۹۹). «نقش سواد سلامت، بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲». *روانشناسی سلامت*، ۱ (۳۳)، ۲۲-۷.
- فتحی، ر؛ و علیزاده، ح. (۱۳۹۱). «بررسی اثربخشی آموزش خوددلگرم‌سازی شوناکر بر

- سلامت روانی و رضایت از زناشویی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف». فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۱۹، ۱۲۱-۱۰۳.
- فریدحسینی، ف؛ ترکمانی، م؛ لایق، پ؛ ناهیدی، ی؛ و ناهیدی، م. (۱۳۹۵). «اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس». مجله دانشکده علوم پزشکی مشهد، ۵ (۵۹)، ۳۳۷-۳۴۴.
- عبدی زنا، م؛ بشارت، م؛ و داوودی، م. (۱۳۹۶). «مقایسه شدت نشانه‌های افسردگی، اضطراب، وسواس، نوروزگرایی و برون‌گرایی
- در بیماران با بیماری پوستی و افراد عادی». دومین کنفرانس سراسری پژوهش‌های نوین در روانشناسی و علوم اجتماعی، کیش، شرکت هم‌اندیشان نوآور علم.
- نسائیان، ع؛ جنیدی، م؛ اسدی گندمانی، ر و امیری، م. (۱۳۹۶). «مقایسه اختلال‌های روانی و سلامت عمومی در افراد با و بدون ویتیلیگو». مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۹ (۲)، ۲۷۸-۲۷۱.
- نصری، ص؛ و یلان، م. (۱۳۹۴). «مقایسه استرسورها و شیوه‌های مقابله در بیماران مبتلا به اختلال‌های پوستی و افراد بهنجار». روانشناسی سلامت، ۳ (۱۵)، ۱۱۴-۱۰۱.
- Arndt, J., Smith, N., & Tausk, F. (2008). Stress and atopic dermatitis. *Curr Allergy Asthma Rep*, 8, 312-317.
- Birlea, S.A., Serota, M., Norris, D.A. (2020). Nonbullous skin diseases: alopecia areata, vitiligo, psoriasis, and urticaria. In: Rose NR, Mackay IR, editors. *The autoimmune diseases*. 6th ed. Academic Press, 1211-34.
- Campa, M., Ryan, C., Bowcock, A.M., Menter, A. (2017). Psoriasis. In: *Reference module in life sciences*.
- Elsevier, doi: 10.1016/B978-0-12-809633-8.06977-6
- Finlay, A.Y. (2009). The burden of skin disease: quality of life, economic aspects and social issues. *Clin Med (Lond)*. 9(6), 592- 604.
- Iorizzo, M., Tosti, A. (2019). alopecia areata and alopecia areata incognita. In: Miteva M, editor. *Alopecia*. Elsevier, 59-66
- Leary, M.R., Rapp, S.R., Herbst, K.C., Exum ML, Feldman, S.R. (1998). *Interpersonal concerns and*

- psychological difficulties of psoriasis patients: effects of disease severity and fear of negative evaluation. *Health Psychol.* 17(6), 530–6.
- Manga, P., Arowojolu, O.A. (2014). Vitiligo. In: Reference module in biomedical sciences. Elsevier, doi: 10.1016/B978-0-12-801238-3.05403-9
- Orion, E., & Wolf, R. (2014). Psychologic factors in the development of facial dermatoses. *Clinics in Dermatology*, 32(6), 763-766.
- Pruthi, G.K., Babu, N. (2012). Physical and psychosocial impact of acne in adult females. *Indian J Dermatol.* 57(1), 26–9.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (2007). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of life satisfaction*. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology*, 63-73.