

The Comparing Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Compassion-Focused Therapy on Distress Tolerance in Women with Psoriasis

Nahid Shaban¹, Marjan Alizadeh^{2*}, Mozhgan Sepahmansour³

1- Ph.D. Student in Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0002-1126-0057

2- Assistant Professor, Department of Clinical and Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0002-1772-3518

3- Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0002-0575-4018

***Corresponding Author:** Marjan Alizadeh, Assistant Professor, Department of Clinical and Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: M.alizadeh@iau.ac.ir

Received: 18 Jan 2024

Revised: 19 Jan 2024

Accepted: 23 Jan 2024

Abstract

Introduction: Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease linked to heightened stress levels and a substantial negative impact a patient's quality of life and their ability to tolerate distress. This study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioural therapy and compassion-focused therapy in improving distress tolerance among women with psoriasis.

Methods: This semi-experimental study utilized a pretest-posttest design with a control group and included a follow-up period of two months. The research's statistical population comprised all women with psoriasis in Tehran during the autumn of 2024. A total of 45 women diagnosed by a physician were randomly assigned to three groups: 15 women in the cognitive-behavioural therapy group, 15 women in the compassion-focused therapy group, and a control group containing 15 women. The first experimental group participated in eight sessions of 90 minutes each of cognitive-behavioral therapy, while the second experimental group attended ten sessions of 90 minutes each of compassion-focused therapy. Data were collected using the Distress Tolerance Scale (DTS) developed by Simons and Gaher. For data analysis, we employed analysis of variance with repeated measures along with the Bonferroni post hoc test. The analysis was conducted using SPSS version 28.

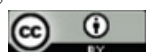
Results: The results indicated that both interventions significantly affected distress tolerance ($P < 0.05$). Furthermore, the Bonferroni post hoc test results revealed that compassion-focused therapy was more effective than cognitive-behavioral therapy in improving distress tolerance ($P < 0.05$).

Conclusion: Based on the results of this study, both cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy can be effective treatment methods for improving distress tolerance in women with psoriasis. However, compassion-focused therapy is prioritized as the more effective approach for enhancing distress tolerance in this population.

Keyword: cognitive-behavioral therapy, compassion-focused therapy, distress tolerance, psoriasis, women.

How to cite this article: Shaban N, Alizadeh M, Sepahmansour M. The Comparing Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Compassion-Focused Therapy on Distress Tolerance in Women with Psoriasis. Journal of Nursing Education (JNE). January 2025 .p77-91(in Persian)

ISSN/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به پسوریازیس

ناهید شعبان^۱، دکتر مرجان علیزاده^{۲*}، دکتر مژگان سپاه منصور^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۱۱۲۶-۰۰۵۷

۲- نویسنده مسئول، استادیار، گروه روانشناسی بالینی و تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۱۷۷۲-۳۵۱۸

۳- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۰۵۷۵-۴۰۱۸

*نویسنده مسئول: دکتر مرجان علیزاده، استادیار، گروه روانشناسی بالینی و تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

ایمیل: M.alizadeh@iaui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۹

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۳/۱۰/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۴

چکیده

مقدمه: پسوریازیس یک بیماری التهابی مزمن پوستی است که با سطوح بالای استرس و تاثیر منفی قابل توجهی بر کیفیت زندگی و تحمل پریشانی بیماران همراه است. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به پسوریازیس بود

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مبتلا به پسوریازیس شهر تهران در پاییز سال ۱۴۰۳ بودند. تعداد ۴۵ نفر بیمار به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر در درمان شناختی-رفتاری و ۱۵ نفر گروه درمان مبتنی بر شفقت) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش اول تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی-رفتاری و گروه آزمایش دوم تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفتند. از مقیاس تحمل پریشانی (DTS) (Simons & Gaher) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. برای تحلیل داده‌های به دست آمده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. نرم افزار تحلیل داده‌ها SPSS نسخه ۲۸ بود

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثربخشی معناداری بر تحمل پریشانی داشته است ($P < 0.05$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر بهبود تحمل پریشانی دارد ($P < 0.05$)

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، میتوان گفت که درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت میتوانند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای بهبود تحمل پریشانی در زنان مبتلا به پسوریازیس در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شوند و تقدم استفاده در بهبود تحمل پریشانی زنان مبتلا به پسوریازیس با درمان مبتنی بر شفقت است

کلیدواژه‌ها: پسوریازیس، تحمل پریشانی، درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر شفقت، زنان.

مقدمه

پسوریازیس یک بیماری التهابی مزمن است که تقریباً ۲ تا ۳ درصد از جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار داده است [۱]، که بیماری‌زایی (pathogen) آن پیچیده است که شامل ضعف در سیستم ایمنی بدن است که دستگاه ایمنی بدن سیگنال‌های اشتباهی می‌فرستد و این سیگنال‌ها باعث افزایش سرعت چرخه رشد سلول‌های پوست می‌شود [۲]. پسوریازیس یک التهاب پوستی (dermatitis) مزمن با علت نامشخص است که بر اساس جدیدترین تحقیقات به عنوان یک بیماری سیستمیک طبقه‌بندی می‌شود [۳]. این التهاب اغلب با سندرم متابولیک و سایر مشکلات جسمانی همراه است و به دلیل التهاب مزمن، اختلالات ایمنی، عوامل ژنتیکی و انواع مواد فعال بیولوژیکی ترشح شده از بافت چربی، بیماران پسوریازیس در معرض خطر بیشتری برای چاقی [۴]، دیابت نوع دو [۵]، فشار خون بالا و تصلب شرایین هستند [۶]. شایع‌ترین نوع پسوریازیس، پسوریازیس پلاکی [پسوریازیس و لگاریس] است که بیش از ۸۰ درصد موارد را تشکیل می‌دهد و علائم رایج شامل خارش پوست، سوزش و درد است [۷]. علاوه بر این، چندین بیماری از جمله بیماری قلبی عروقی، سندرم متابولیک، چاقی، بیماری التهابی روده، و اختلالات روانپزشکی با پسوریازیس همراه هستند [۸]. همچنین پسوریازیس بر کیفیت زندگی تأثیر منفی می‌گذارد [۹، ۱۰] و معمولاً همراه با افسردگی و اضطراب دیده می‌شود [۱۱].

تجربه سطح پایین کیفیت زندگی و سطوح بالای مشکلات روانشناختی از جمله افسردگی و اضطراب می‌تواند بر پایین آمدن میزان تحمل پریشانی بیماران مبتلا به پسوریازیس تأثیر بگذارد. تحمل پریشانی به عنوان یک حالت هیجانی منفی تعریف شده است که با تمایل به کاهش تجربه عاطفی تعریف شده است [۱۲]. تحمل پریشانی به توانایی افراد برای تجربه و تحمل حالات روانی منفی و ناراحت کننده به جای اجتناب از حالات روانی منفی [۱۳]، و همچنین توانایی تداوم در وظایف هدفمند در هنگام مواجهه با پریشانی اشاره دارد [۱۴]. تحمل پریشانی به عنوان ارزیابی‌ها و انتظارات فرد از تجربه حالات عاطفی منفی در رابطه با تحمل‌پذیری و بی‌زاری درک شده از پریشانی، ارزیابی پریشانی و قابل قبول بودن در وضعیت عاطفی منفی، توانایی عدم جذب توجه توسط این حالت، که عملکرد آن را مختل می‌

دکتر مرجان علیزاده و همکاران

کند و ظرفیت تنظیم احساسات، کنترل تمایلات به حذف احساسات منفی تعریف شده است [۱۵، ۱۶]. به دلیل چنین مشکلاتی از جمله کیفیت زندگی پایین [۱۷-۱۹] و سطح پایین تحمل پریشانی [۲۰] به کارگیری مداخلات روانشناختی برای این بیماران اهمیت دارد. بر اساس تحقیقات درمان شناختی-رفتاری [۲۱، ۲۲] و درمان مبتنی بر شفقت از مداخلات اثربخش برای بیماران مبتلا به پسوریازیس است [۲۳، ۲۴]. تمرکز درمان شناختی رفتاری بر روی حل مشکل و هدف، تغییر الگوی فکری مراجع در جهت تغییر پاسخ او به موقعیت‌های سخت است [۲۵]. بر اساس تحقیقات درمان شناختی-رفتاری می‌تواند افسردگی، اضطراب و سایر احساسات بد را در بیماران مبتلا به پسوریازیس بهبود بخشد [۲۲].

همچنین درمان شناختی-رفتاری می‌تواند منجر به نتایج مثبت در بیماران شود [۲۷] و این درمان شامل آموزش روانشناختی، خودنظارتی و بازسازی شناختی است، که همه اینها می‌تواند به کاهش مشکلات روانشناختی و هیجانی بیماران مبتلا به پسوریازیس کمک شایانی کند [۲۷]. علاوه بر درمان شناختی-رفتاری می‌تواند بر تحمل پریشانی مؤثر باشد [۳۱-۳۸]. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر شفقت در بیماریهای مزمن مؤثر بوده‌اند و باعث بهبود مشکلات روانشناختی و هیجانی افراد بیمار مبتلا به پسوریازیس می‌شود [۳۲]. درمان مبتنی بر شفقت توسط Gilbert [۳۳] توسعه یافت و هدف آن ایجاد شفقت [مهربانی کردن با خود و دیگران] در رنج انسان از طریق رویکرد فراتشخیصی آن است [۳۴]. درمان شفقت خود با هدف تسهیل توسعه سیستم تسکین دهنده از طریق آموزش ذهن مشفق است [۳۵]. همچنین تحقیقات نشان داده است که درمان مبتنی بر شفقت خود باعث بهبود پریشانی روانشناختی [۲۴] و بهبود تحمل پریشانی می‌شود [۳۱، ۳۶].

آنچه مشخص است هم درمان شناختی-رفتاری و هم درمان مبتنی بر شفقت به خود به بیماران مبتلا به پسوریازیس در کاهش مشکلات این بیماران کمک می‌کند، اما آنچه می‌تواند به عنوان یک مسئله پژوهشی از آن نام برد این است که تفاوت‌های این دو مداخله کدام‌اند و اگر بین این مداخلات تفاوت وجود دارد کدام مداخله درمانی ارجحیت بیشتری نسبت به دیگری دارد که در این پژوهش به بررسی این خلاء پژوهشی پرداخته شد. درمان، شناختی-

روش کار

روش پژوهش، نیمه تجربی و از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل است که در آن یک مرحله پیگیری ۲ ماهه نیز در نظر گرفته شده است. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به پسوریازیس مراجعه کننده به کلینیک‌های درماتولوژی (dermatology) شهر تهران در پاییز سال ۱۴۰۳ بودند. برای برآورد حجم نمونه با استفاده از جدول Cohen [۴۶] با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۷۵ برابر با ۱۵ نفر در هر گروه بود. به این صورت که ۱۵ نفر در گروه درمان شناختی-رفتاری، ۱۵ نفر در گروه درمان شفقت به خود و ۱۵ نفر در گروه کنترل بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش دو مرحله‌ای بود، به این صورت که در ابتدای پژوهش در پی فراخوان به کلینیک‌های درماتولوژی تعداد ۴۵ نفر انتخاب و سپس این تعداد در گام دوم به شیوه تصادفی ساده (یعنی با روش قرعه کشی ساده) در ۳ گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن مانند سرطان و غیره بر اساس گزارش خود فرد، گذشت حداقل یک سال از تایید تشخیص پسوریازیس و دامنه سنی ۲۰ سال به بالا و تاهل بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از ۲ جلسه در فرآیند درمان، دریافت مداخلات روانشناختی دیگر به طور موازی و همزمان، داشتن تجربه یکی از درمان‌های مورد بررسی در پژوهش حاضر و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها در مرحله پس آزمون و پیگیری بود. توضیح اهداف پژوهش برای زنان شرکت کننده و ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی مورخ ۱۴۰۳/۰۷/۱۷ به کد اخلاق شماره IR.IAU.CTB.REC.1403.192 است. در ادامه ابزارهای گردآوری داده‌های پژوهش در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری آمده است

مقیاس تحمل پریشانی (distress tolerance scale): این مقیاس توسط Simons & Gaher [۱۵] تدوین شده است و دارای ۱۵ سوال است که چهار خرده مقیاس تحمل با سوالات ۱، ۳ و ۵؛ جذب با سوالات ۲، ۴ و ۱۶؛ ارزیابی با سوالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲؛ تنظیم با سوالات ۸، ۱۳ و ۱۴

رفتاری، درمانی ساختارمند، مشکل مدار و مبتنی بر یک مدل آموزشی با تأکید بر زمان حال است، و به مراجعان آموزش می‌دهد افکار خود را ارزشیابی و تعدیل کرده و به شیوه‌های کارآمدتر، تفکر کارآمد را جایگزین افکار ناکارآمد سازند و شناخت‌های مرتبط با مشکل را در زندگی کسب کنند و بدین منظور با تمرین‌های شناختی-رفتاری، بر حل مشکلات بین فردی و مهارت‌های اجتماعی متمرکز می‌شوند. اما هدف درمان مبتنی بر شفقت کاهش سطوح بالای شرم و خودانتقادی است که هر دوی این مداخلات با هدف جایگزین کردن افکار ناکارآمد و خودانتقادگرانه با افکار آمد و مشفقانه است. در یک تحقیق نشان داده است که هر دو مداخله شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش مشکلات افراد تحت درمان موثر هستند، اما درمان مبتنی بر شفقت خود مزایای بهتری نسبت به درمان شناختی دارد [۳۷]. همچنین به مقایسه اثربخشی این دو مداخله بر کاهش مشکلات افراد دارای اختلالات اضطرابی پرداخته شده است که نشان داده شده است با وجود موثر بودن درمان شناختی-رفتاری به عنوان یک درمان مبتنی بر شواهد، زمانی که با درمان مبتنی بر شفقت ادغام می‌شود می‌تواند اثربخشی بیشتری داشته باشد [۳۸].

افزون بر این می‌توان گفت که گرچه شیوع پسوریازیس در ایران زیاد مشخص نیست، اما این بیماری در دنیا روند افزایشی واضح داشته است [۳۹-۴۱]. علاوه بر این، بر طبق تحقیقات بیماران مبتلا به پسوریازیس به طور قابل توجهی افسردگی و اضطراب بیشتر [۴۲]، نقصان بیشتر در عملکرد جنسی [۴۳] و کیفیت زندگی پایین‌تر [۴۴] و سطوح انعطاف‌پذیری روانشناختی کمتر از افراد سالم را تجربه می‌کنند [۴۵]. این شرایط باعث می‌گردد که پژوهش بر روی این بیماران اهمیت و ضرورت پیدا کنند. لذا در یک پژوهش این بیماران تحت مداخلات روانشناختی قرار گرفته تا از میزان مشکلات آنان به ویژه سطوح پایین تحمل پریشانی کاسته شود. لذا انجام این گونه تحقیقات اهمیت دارد و نتایج آن برای روانشناسان و مشاورانی که در زمینه مشکلات مربوط به تحمل پریشانی ضعیف بیماران پوستی فعالیت می‌کنند از نتایج این پژوهش در راستای اهداف خود استفاده کنند. با توجه به آنچه گفته شد هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به پسوریازیس بوده است.

آمده است و روایی همگرایی آن برابر با ۰/۵۹ به دست آمده است و همچنین روایی عاملی آن تایید و مقادیر برای کای اسکوتر بهنجار شده (CMIN/DF) ۱/۲۸۱، شاخص نیکویی برازش (GFI) ۰/۹۰، شاخص برازش تطبیقی (CFI) ۰/۹۹ و ریشه میانگین خطای برآورد (RSMEA) برابر با ۰/۰۵۸ به دست آمده است که نشان دهنده برازش مدل تحلیل عاملی تاییدی مقیاس است [۴۸]. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ مرحله پیش‌آزمون برای تحمل ۰/۷۱، جذب ۰/۸۰، ارزیابی ۰/۹۰، تنظیم ۰/۸۶ و کل سوالات ۰/۹۱ به دست آمده است.

جلسات درمان شناختی-رفتاری با اقتباس از آموزه‌های نظری درمان شناختی-رفتاری Dobson & Dobson [۴۹] شامل ۸ جلسه بود. به این صورت که گروه آزمایش اول هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه تحت مداخله با درمان شناختی-رفتاری قرار گرفتند که اثربخشی آن در تحقیقاتی همچون Rouhi و همکاران [۵۰] تایید شده است. هدف، محتوی، تغییر رفتار مورد انتظار و تمرین خانگی جلسات درمان شناختی-رفتاری در جدول ۱ آمده است.

را اندازگیری می‌کند. سوالات مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود به این صورت که کاملاً موافق ۱ نمره، اندکی موافق ۲ نمره، نه موافق و نه مخالف ۳ نمره، اندکی مخالف ۴ نمره و کاملاً مخالف ۵ نمره تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ است و کسب نمره بالا در این پرسشنامه‌ها نشان دهنده تحمل پریشانی بالا و کسب نمره پایین در آن نشان دهنده تحمل پریشانی پایین فرد است. سازندگان مقیاس ویژگی‌های روانسجی آن از جمله پایایی و روایی را بررسی کرده‌اند که برای محاسبه پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است و ضرایب آلفای کرونباخ برای تحمل ۰/۷۲، جذب ۰/۸۲، ارزیابی ۰/۷۸، تنظیم ۰/۷۰ و کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آورده‌اند و روایی ملاکی آن با مقیاس بی‌ثباتی عاطفی (ALS) Harvey و همکاران بررسی و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۵۲- و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است [۱۵]. در ایران این مقیاس ترجمه و هنجاریابی شده است و برای بررسی پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده و ضریب ۰/۹۶ محاسبه شده است و همچنین پایایی ترکیبی محاسبه و ضریب ۰/۹۰ به دست

جدول ۱. جلسات درمان شناختی-رفتاری اقتباس از Dobson & Dobson [۴۹]

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف [تمرین]
۱	آشنایی اولیه	مطرح کردن روند و هدف جلسات، آشنایی اولیه با مراجعان و ایجاد رابطه مناسب و اعتماد و پر کردن پرسشنامه‌ها بود. تشریح اهداف آموزش و معرفی درمان شناختی رفتاری به اعضا؛ تشریح چرخه فکر، احساس و رفتار، تجزیه و تحلیل الگوهای رفتاری ناپه‌نچار مانند رفتار ایمنی‌های مخرب مثل وسواس فکری و نگرانی‌های مربوط به نتیجه درمان و سلامتی افراد گروه بود.	رفع نگرانی در نتیجه درمان	یادداشت و بررسی چرخه موقعیت، افکار منفی اتوماتیک بود.
۲	چرخه افکار	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها از چرخه افکار، احساس و رفتار؛ مطرح کردن مؤلفه‌های: باورهای بنیادین، میانجی [فرض مشروط، بایدها، قواعد]، افکار خودآیند منفی، مثلث شناختی و اسنادها [خود، دنیا و آینده] بود.	غلبه بر افکار خودآیند	یادداشت و دقت کردن به افکار خودآیند منفی که به صورت اتوماتیک بر فرد عارض می‌شود بود.
۳	خطاهای شناختی	بررسی تکالیف و معرفی خطاهای شناختی رایج مانند: پیش‌گویی، فاجعه سازی، برچسپ زدن به خود، فیلتر منفی، تعمیم افراطی، شخصی سازی، مقصر دانستن، همیشه پشیمان بودن، و استدلال هیجانی خواهد بود.	شناخت خطاها	یادداشت خطاهای شناختی بیماران با توجه به وضعیت آن‌ها و ارزیابی پیامد احساسی و رفتاری آن بود.
۴	رصد افکار خودآیند	معرفی توجه انتخابی به بیماران درخصوص آینده، رصد و بررسی افکار خودآیند منفی، احساسات و رفتار و ربط آن به خطاهای شناختی رایج، آموزش تمدد اعصاب	تمدد اعصاب	شناسایی افکارآیند منفی و یادداشت بردای، انجام آموزش تمدد اعصاب در طی هفته و هر زمان که استرس و اضطراب داشته باشند.
۵	حل مسئله	آموزش روش حل مسئله برای مقابله با چالش‌های پیش‌رو در زندگی و درمان، آموزش آزمایش رفتاری بر شناسایی توالی‌های شناخت، هیجان و رفتارها مجدد و به کارگیری روش مناسب حل مسئله در مورد مشکلات مسئله محور بود.	آشنایی با حل کردن مسائل	انجام روش حل مسئله با تمرکز خاص بر تراوش ذهنی بود.

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف [تمرین]
۶	پردازش شناختی	ارزیابی خلق مشارکت‌کنندگان، مروری بر مشکلات بیماران و شیوه پردازش شناختی و به تبع آن وضعیت هیجانی و رفتاری آن‌ها، ارزیابی شناختی و باورهای بنیادین مثل "چرا برای من" و بازسازی شناختی آن با توجه به شواهد بود.	ارزیابی و پردازش شناختی	انجام آموزش تمدد اعصاب و مرور موضوع جلسه، ارزیابی شناختی خود نسبت به قبل از شروع آموزش بود.
۷	فعال سازی رفتاری	بررسی عملکرد مشارکت‌کنندگان از چرخه فکر، احساس و رفتار و تمرین عملی در کلاس، ارزیابی تصویر خودآیند منفی، مرور خطاهای شناختی، ارزیابی روش حل مسئله و فعال سازی رفتاری به جهت ارتقاء خلق و کاهش افسردگی بود.	مشخص کردن اهداف و ارزش ها	تکمیل برگ ارزیابی ارزش‌ها، انجام مدیتیشن‌های و تمام آموزش داده شده بود.
۸	اختتامیه	مرور موضوع جلسات قبل و جمع‌بندی آن‌ها به صورت خلاصه، پاسخ‌گویی به سؤالات، اجرای گروهی آموزش تمدد اعصاب، ارزیابی فعال‌سازی رفتاری و تأکید بر افزایش فعالیت‌های لذت بخش، پر کردن پرسشنامه‌های پژوهش و هماهنگی برای اجرای پرسشنامه‌ها بعد از ۲ ماه و خداحافظی و تذکر به پایبندی به فنون آموزشی بود.	مشارکت فعالانه در برنامه درمانی خود	-

Ghorbanzadeh و همکاران [۵۲] و Ghorbanzadeh و همکاران [۵۳] تایید شده است. هدف، محتوای، تغییر رفتار مورد انتظار و تمرین خانگی جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود در جدول ۲ آمده است.

جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود با اقتباس از آموزه‌های نظری شفقت به خود Gilbert [۵۱] شامل ۱۰ جلسه بود. به این صورت که گروه آزمایش دوم هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه تحت مداخله با درمان مبتنی بر شفقت خود قرار گرفتند که اثربخشی آن در تحقیقات

جدول ۲. جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود بر اساس Gilbert [۵۱]

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف [تمرین]
۱	معارفه، آشنایی با درمان و اهمیت آن در زندگی	در این جلسه از اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط یکسان پیش از آموزش به عمل آمد و آنهایی که میزان شفقت به خود پایینی داشتند به عنوان افراد گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند	رهایی از موانع	بررسی، مشاهده عملکرد خانواده با توجه به مبانی درمان مبتنی بر شفقت خود ارائه شده
۲	آشنایی با اصول کلی درمان	در این جلسه هدف برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت خود	رهایی از عملکرد ناسازگارانه خانواده بر اساس اصول درمان مبتنی بر شفقت خود	تمرین انجام آرمیدگی عضلانی
۳	شناخت مولفه‌های شفقت خود	در جلسه دوم هدف شناسایی و معرفی مولفه‌های شفقت، بررسی هر مولفه شفقت در اعضای گروه و شناسایی ویژگی‌های آن [اهمیت تربیت ذهن مهربان]	کسب حس دلسوزانه و مهربانانه نسبت به خود	تمرین مداخله تصویرسازی شفقت نسبت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران
۴	آموزش و پرورش شفقت به خود اعضا	در این جلسه هدف مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود	پذیرش افکاری که در سطح هوشیاری قرار دارد	تمرین آگاهی در رویارویی با مشکلات
۵	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» با «غیر شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت آمیز» و آموزش تصویر سازی مکانی امن	کسب احساس عمیق زندگی کردن و تصریح اهداف ارزشمند	تمرین تصویرسازی مکانی امن
۶	آموزش فن آگاهی از احساسات بدون قضاوت آنها	تمرین کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرش آنها بدون قضاوت	کسب احساسات مثبت بدون هیچ قضاوتی	تمرین بازنگری افکار مثبت و منفی، بدون قضاوت، در حالت آرمیدگی عضلانی
۷	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	تمرین عملی ایجاد تصویری مهربانانه از خود، آموزش سبکها و روش‌های ابراز شفقت [شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته] و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره	کسب توانایی شفقت نسبت به خود	به کارگیری این روش‌های موردنظر این جلسه در زندگی روزمره

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف [تمرین]
۸	فنون ابراز شفقت	آموزش نوشتن نامه‌های شفقت آمیز برای خود و دیگران،	کسب توانایی ابراز شفقت به خود و دیگران	تمرین شفقت ورزی به خود و دیگران در منزل و احساس همدلی با دیگران
۹	آموزش مورد هدف قرار دادن تعصبات منفی زندگی	تمرین تمرکز کردن بر نقاط مثبت و قوت در زندگی، تبدیل شدن به خالق اهداف و مسیرهای ارزشمند خویش	کسب حس خوشایند در محیط واقعی زندگی	جستجوی اهداف مثبت و خاتمه دادن به جنگ درونی
۱۰	جمع بندی و اجرای پس آزمون	در این جلسه مروری بر ۹ جلسه قبلی صورت گرفت و از افراد گروه قدرانی به عمل آمد و از آنها در شرایط یکسان پس آزمون به عمل آمد و برای انجام دوره پیگیری هماهنگی لازم به عمل آمد.	کسب ذهن شفقت ورزانه نسبت به خود	-

انحراف معیار سن $34/20 \pm 34/34$ در گروه کنترل بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=0/67$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماري معنادار نمی‌باشد ($sig=0/518$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه زنان از نظر سن است. از نظر تحصیلات در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۱ نفر دیپلم ($6/67$ درصد)، ۲ نفر فوق دیپلم ($13/33$ درصد)، ۶ نفر لیسانس (40 درصد) و ۶ نفر فوق لیسانس و بالاتر (40 درصد)؛ در گروه درمان شناختی-رفتاری ۲ نفر دیپلم ($13/33$ درصد)، ۴ نفر فوق دیپلم ($26/67$ درصد)، ۴ نفر لیسانس ($26/67$ درصد) و ۵ نفر فوق لیسانس و بالاتر ($33/33$ درصد) و در گروه کنترل ۲ نفر دیپلم ($13/33$ درصد)، ۳ نفر فوق دیپلم (20 درصد)، ۶ نفر لیسانس (40 درصد) و ۴ نفر فوق لیسانس و بالاتر ($26/67$ درصد) بودند. میزان آماره تحلیل کای اسکور آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۳ گروه از نظر تحصیلات برابر با $Chi-Square=1/97$ است که این میزان به لحاظ آماري معنادار نمی‌باشد ($p=0/923$) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از زنان از نظر تحصیلات است. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار تحمل پریشانی در گروههای آزمایش و گروه کنترل آمده است.

در ابتدا زنان در گروه‌های ۱۵ نفره قرار گرفتند و سپس زنان بیمار هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون به سوالات پاسخ دادند، و بعد از آن گروه‌های آزمایش توسط نویسندگان اول که مسلط به اجرای درمان‌ها بودند در کلینیک‌های درماتولوژی تحت مداخله قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش در روزهای متفاوت برای شرکت در جلسات مراجعه می‌کردند. برای همین خاطر با هم ارتباطی نداشتند. پس از اتمام مداخله، پرسشنامه تحمل پریشانی به عنوان پس‌آزمون اجرا و دو ماه بعد از اتمام جلسات درمانی، به منظور اندازه‌گیری تداوم اثر درمان اعمال شده بار دیگر پرسشنامه تحمل پریشانی بر روی زنان مبتلا به پسوریازیس هر سه گروه اجرا شد. لازم به ذکر است پژوهشگران برای جلوگیری از افت آزمودنی‌ها، تمهیداتی از قبیل اتفاقی برای استراحت موقت، اقدامات پذیرایی و همچنین در نظر گرفتن هدایایی در اتمام جلسات [از جمله مشاوره رایگان یک یا دو جلسه‌ای] برای زنان مبتلا به پسوریازیس در نظر گرفتند که همین موارد از عوامل عدم افت آزمودنی‌ها بود. بنابراین در هیچ کدام از گروه‌ها افت شرکت کنندگان وجود نداشت. بعد از جمع‌آوری داده‌های پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری اطلاعات گردآوری شده با آزمونهای آماری مناسب مورد تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شده است و ابزار تحلیل داده‌ها نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ بوده است

یافته‌ها

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار سن $34/73 \pm 2/91$ در گروه درمان شناختی-رفتاری، میانگین و انحراف معیار سن $33/40 \pm 3/27$ در گروه درمان مبتنی بر شفقت و میانگین و

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار تحمل پریشانی زنان مبتلا به پسوریازیس در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین $\pm$ انحراف معیار	شفقت	شناختی-رفتاری	کنترل
تحمل	پیش‌آزمون	۱۰/۸۷ $\pm$ ۰/۷۴	۱۰/۶۷ $\pm$ ۰/۷۲	۱۰/۷۳ $\pm$ ۰/۸۰	
	پس‌آزمون	۱۲/۴۷ $\pm$ ۰/۹۱	۱۲/۰۷ $\pm$ ۰/۸۸	۱۰/۸۰ $\pm$ ۰/۹۴	
	پیگیری	۱۲/۳۳ $\pm$ ۰/۸۲	۱۲/۰۰ $\pm$ ۰/۹۳	۱۰/۸۷ $\pm$ ۰/۹۹	
جذب	پیش‌آزمون	۱۰/۱۳ $\pm$ ۰/۷۴	۱۰/۲۰ $\pm$ ۰/۷۷	۹/۸۷ $\pm$ ۰/۶۴	
	پس‌آزمون	۱۲/۴۷ $\pm$ ۰/۹۱	۱۱/۵۳ $\pm$ ۰/۸۸	۹/۹۳ $\pm$ ۰/۵۹	
	پیگیری	۱۲/۱۳ $\pm$ ۰/۹۹	۱۱/۴۷ $\pm$ ۰/۸۸	۱۰/۰۰ $\pm$ ۰/۵۳	
ارزیابی	پیش‌آزمون	۱۷/۷۳ $\pm$ ۰/۱۶	۱۶/۸۰ $\pm$ ۰/۱۵	۱۶/۶۷ $\pm$ ۰/۲۳	
	پس‌آزمون	۲۱/۰۷ $\pm$ ۰/۸۸	۲۰/۳۳ $\pm$ ۰/۷۸	۱۶/۷۳ $\pm$ ۰/۳۳	
	پیگیری	۲۰/۸۰ $\pm$ ۰/۲۶	۲۰/۲۷ $\pm$ ۰/۰۳	۱۶/۸۰ $\pm$ ۰/۳۲	
تنظیم	پیش‌آزمون	۸/۹۳ $\pm$ ۰/۰۳	۸/۱۳ $\pm$ ۰/۹۹	۸/۸۷ $\pm$ ۰/۱۲	
	پس‌آزمون	۱۰/۹۳ $\pm$ ۰/۸۸	۱۱/۰۷ $\pm$ ۰/۲۲	۹/۰۰ $\pm$ ۰/۱۹	
	پیگیری	۱۰/۹۳ $\pm$ ۰/۹۶	۱۰/۶۷ $\pm$ ۰/۵۰	۹/۰۷ $\pm$ ۰/۲۸	
نمره کل تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۴۷/۶۷ $\pm$ ۰/۶۳	۵۸/۰۰ $\pm$ ۰/۷۴	۴۶/۱۳ $\pm$ ۰/۹۶	
	پس‌آزمون	۵۶/۹۳ $\pm$ ۰/۱۶	۵۵/۰۰ $\pm$ ۰/۸۹	۴۶/۴۷ $\pm$ ۰/۴۲	
	پیگیری	۵۶/۲۰ $\pm$ ۰/۸۶	۵۴/۴۰ $\pm$ ۰/۳۸	۴۶/۷۳ $\pm$ ۰/۴۹	

شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($P > 0.05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. با در نظر گرفتن تصحیح گرین-هاوس-گیسر در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر گزارش شده است.

بعد از بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس مکرر، از این آزمون برای تحلیل داده‌ها گردآوری شده استفاده شد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید [۵۴]. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی [تصحیح گرین-هاوس-گیسر] تحمل پریشانی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه آزادی	p-value	ضریب تاثیر	توان آماری
تحمل	زمان	۶۶/۹۶	۱/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱/۰۰
	زمان $\times$ گروه	۱۳/۸۷	۲/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۱/۰۰
	گروه	۷/۹۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۱/۰۰
جذب	زمان	۷۷/۴۲	۱/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰
	زمان $\times$ گروه	۲۰/۱۰	۳/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
	گروه	۱۸/۴۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
ارزیابی	زمان	۱۳۷/۷۰	۱/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱/۰۰
	زمان $\times$ گروه	۳۱/۸۱	۲/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰
	گروه	۴۱/۴۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه آزادی	p-value	ضریب تاثیر	توان آماری
تنظیم	زمان	۷۰/۶۰	۱/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۵/۷۸	۲/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱/۰۰
	گروه	۷/۲۶	۲	۰/۰۰۱	۰/۲۶	۰/۹۲
نمره کل تحمل پریشانی	زمان	۳۵۰/۳۲	۱/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱/۰۰
	زمان×گروه	۷۵/۱۷	۳/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
	گروه	۷۱/۲۶	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱/۰۰

میباشد، که می‌توان گفت که تفاوت میانگین نمرات تحمل پریشانی در زمان‌های مختلف (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در تحمل پریشانی در جدول ۵ آمده است

نتایج جدول ۴ نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود تحمل پریشانی اثربخشی و تاثیر معنادار دارد. تاثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات تحمل پریشانی معنادار است، بنابراین می‌توان گفت که صرف نظر از گروه‌های آزمایشی بین میانگین نمرات تحمل پریشانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثرات تعامل بین زمان و گروه نیز معنادار

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی تحمل پریشانی برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	p-value
تحمل	پیش‌آزمون	۱۰/۷۶	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۰۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۰/۷۸	پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۹۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۱/۷۳	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۴	۰/۹۴۳
جذب	پیش‌آزمون	۱۰/۰۷	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۲۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۱/۳۱	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۱۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۱/۲۰	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۱	۰/۷۵۲
ارزیابی	پیش‌آزمون	۱۷/۰۷	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۳۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۹/۳۸	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۲۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۹/۲۹	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۹	۰/۷۳۹
تنظیم	پیش‌آزمون	۸/۶۴	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۶۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۰/۳۳	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۵۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۰/۲۲	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۱	۰/۸۷۸
نمره کل تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۴۶/۵۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۶/۲۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۵۲/۸۰	پیش‌آزمون-پیگیری	۵/۹۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵۲/۴۴	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۳۶	۰/۲۸۲

میانگین گروه درمان شناختی-رفتاری با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به پسروریازیس دارد

بر اساس نتایج جدول ۵ درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و ابعاد آن در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن بعد از ۲ ماه ماندگار و پایدار بوده است. همچنین تفاوت میانگین گروه درمان مبتنی بر شفقت با گروه کنترل بیشتر از تفاوت

بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به پسوریازیس بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به پسوریازیس موثر بوده است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات Bakhtiari & Pouredel [۲۸]، Aliyari Khanshan Vatan و همکاران [۲۹] و Aliyari Vatan و همکاران [۳۰] همسویی دارد که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی را نشان داده‌اند. در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به پسوریازیس می‌توان گفت که فنون شناختی به مراجعان یاد می‌دهد که افکار اضطرابی خود را شناسایی کنند و زنان مبتلا به پسوریازیس را به طور عینی مورد آزمون قرار دهند. درمانگر سعی می‌کند که بیمار را با اطلاعات جدیدی رو به رو کند که قبلاً آنها را نادیده گرفته است. این فنون به مراجعان کمک می‌کند که تفسیرها و برداشت‌های نادرست خود از رویدادهای محیطی را تعدیل و تصحیح کنند و دیدگاه‌های جدیدی را ایجاد کنند. مراجعان یاد می‌گیرند که پیچیدگی و ابهام ویژگی اکثر موقعیت‌های زندگی است، بنابراین یاد می‌گیرند که این ابهام و عدم قطعیت را تحمل کنند و از لحاظ شناختی منعطف‌تر باشند. در نهایت مراجعان این دیدگاه‌های شناختی جدید را به عنوان پاسخ مقابله‌ای متفاوتی در برابر رویدادهای اضطراب‌زا به کار می‌برند. همچنین در به دست آمدن نتیجه فوق می‌توان گفت که روش شناختی-رفتاری فرد را به این آگاهی می‌رساند که اگرچه نمی‌تواند حوادث قطعی زندگی‌اش را تغییر دهد، می‌تواند یاد بگیرد روش مقابله با آنها را تغییر دهد. مداخله شناختی-رفتاری با آموزش فنون رفتاری مانند آرام‌سازی به بیماران کمک می‌کند با به‌کارگیری این فنون تنش‌های روانی را در خود کاهش دهند. علاوه بر این، بیماران با فراگیری مهارت‌های ارتباطی، روابط و فعالیت‌های اجتماعی خود را بهبود می‌بخشند و گسترش می‌دهند. این روابط به افزایش تحمل پریشانی بیماران کمک می‌کند. به عبارتی دیگر درمان شناختی-رفتاری به بیماران یاد می‌دهد که از تفکرات اغراق‌آمیز و فاجعه‌بار پرهیز کنند و آن را با تفکراتی مثبتی جایگزین کنند. مبارزه و به چالش کشیدن باورهای تحریف شده باعث می‌شود که آنها روحیه سرسختی را در

خود پرورش دهند و برای بهبودی خود و به چالش کشیدن بیماری مصمم‌تر شوند و در نتیجه توانایی تحمل آنان در برابر حوادث و حالات روانشناختی منفی بیشتر می‌شود [۲۹]. لذا منطقی است گفته شود که درمان شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به پسوریازیس موثر باشد. همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به پسوریازیس موثر بوده است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات Karami و همکاران [۳۱] و Gilakhakimabadi & Tajikmaeili [۳۶] همسویی دارد که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی را نشان داده‌اند. به این صورت که این تحقیقات حاکی از آن بوده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت توانسته است بر تحمل پریشانی اثربخشی معناداری داشته باشد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به پسوریازیس می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت در بازگرداندن تعادل بین سیستم‌های تنظیم هیجان [سیستم تهدید، سیستم محرک و سیستم تسکین دهنده] به افراد کمک می‌کند و همچنین درصدد است که افراد بیاموزند در پاسخ به تهدید، به سیستم خودآرام بخشی دسترسی پیدا کنند. بنابراین، پاسخ دادن به خودانتقادی با دستیابی به سیستم رضایت / خودآرام‌بخشی به افراد کمک می‌کند که در پاسخ به تجاربی همچون ابتلا به بیماری، شفقت به خود را تقویت کنند. در چارچوب درمان، از طریق انواع مداخلات، افراد می‌آموزند که ذهن شفقت‌ورزانه خود را پرورش داده و می‌آموزند که درکشان از رنجی که احساس می‌کنند، را گسترش دهند [۵۱]. همچنین می‌توان گفت که شفقت خود ترشح اکسی توسین را در بدن افزایش می‌دهد و این عامل سبب فعالیت بیشتر سیستم امنیت و تسکین می‌شود [۵۵]. با درمان مبتنی بر شفقت که میزان شفقت فرد افزایش پیدا می‌کند، این افزایش شفقت به خود نقش اساسی در سیستم تنظیم هیجان دارد. به این صورت که با فعال کردن سیستم امنیت و تسکین موجب می‌شود، افراد با پذیرش و درک بیشتری با هیجان‌های دشوارشان روبرو شوند و بهتر آن را مدیریت کنند [۵۶]. بنابراین زنان بیمار مبتلا به پسوریازیس با شفقت به خود بالاتر، مهارت بیشتری در مدیریت هیجان‌های منفی خود پیدا می‌کنند و سطح تحمل پریشانی در آنها افزایش پیدا می‌کند. لذا منطقی است گفته شود که درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی در زنان مبتلا به پسوریازیس موثر باشد

کنترل عاقلانه هیجان‌ها شده و با تعدیل هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های خوشایند سبب تنظیم هیجانات افراد می‌گردد. تلاش برای آگاهی از هیجان‌ها و توسعه چشم انداز شخصی از هیجان‌ها، خودآگاهی و ذهن‌آگاهی را افزایش می‌دهد و سبب می‌شود که افراد خودآگاهی بیشتری را به دست آورند و بر خود، کنترل مناسب‌تری داشته باشند و افکار خودسرزنشگری و احساسات ناخوشایند کمتری داشته باشند. بنابراین آموزش شفقت به خود در فرآیند درمان زنان بیمار مبتلا به پسوریازیس، می‌تواند موجب کاهش سردرگمی شناختی و مانور دادن سیستم انتقادی و سرزنشی در ذهن شده و با فعال‌سازی سیستم ارادی، غیرقضاوتی و مبتنی بر همدلی و با در نظر گرفتن بشریت ناقص انسان و ناتوانی افراد در برخی مواقع به تحمل موقعیت‌های دشوار کمک کند و در کل سطح تحمل پریشانی را بهبود بخشد. لذا منطقی است گفته شود که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر بهبود تحمل پریشانی در زنان مبتلا به پسوریازیس داشته باشد.

نتیجه‌گیری

در انجام پژوهش حاضر محدودیت‌هایی وجود داشت، انتخاب نمونه از شهر تهران ایجاب می‌کند که در تعمیم یافته‌ها جانب احتیاط را در نظر داشت. محدود بودن ابزار جمع‌آوری داده به پرسشنامه و عدم استفاده از سایر ابزار اندازه‌گیری از دیگر محدودیتها و مشکلات این پژوهش است. چرا که این احتمال وجود دارد که در پاسخ زنان مبتلا به پسوریازیس سوگیری وجود داشته باشد، چرا که ملاک انتخاب بیماری تشخیص پزشک متخصص بوده است و نوع شدت بیماری مشخص نشده است. این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی قادر به اجرای مرحله پیگیری بلندمدت‌تر برای بررسی تداوم و ماندگاری اثرات درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت نبود و تنها به یک مرحله سنجش پیگیری دو ماهه اکتفا شد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی زنان مبتلا به پسوریازیس دیگر شهرها اجرا شود تا نتایج پژوهش‌های انجام شده باهم قابل مقایسه باشد و به بتوان رفع محدودیت این پژوهش کمک کرد. در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر [بیش از شش ماه یا حتی یک سال] به بررسی تداوم

در نهایت نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر بهبود تحمل پریشانی در زنان مبتلا به پسوریازیس دارد. این نتیجه می‌تواند با نتایج تحقیقات Vrabel و همکاران [۳۷] و Baumgardner و همکاران [۳۸] همسویی داشته باشد که اثربخشی بیشتری درمان شفقت به خود نسبت به درمان شناختی-رفتاری را نشان داده‌اند. اما پژوهش کرمی و همکاران [۳۰] بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت تفاوتی پیدا نکردند. به این صورت که بین این دو درمان تفاوتی وجود نداشته است و البته متغیرهای پژوهش Karami و همکاران [۳۱] تحمل پریشانی و جامعه آماری آنان بیماران زن پسوریازیس نبودند. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که در فرآیند درمان، افراد مهارت‌های کلیدی را می‌آموزند که برای گسترش صفات شفقت‌آمیز مورد نیاز هستند [۵۷]، از جمله داشتن انگیزه برای اهمیت دادن به پریشانی و تسکین آن [اهمیت به بهزیستی]، حساسیت نسبت به پریشانی، پاسخ به رنج با همدلی، تحمل کردن هیجانات دشوار (تحمل پریشانی) و پاسخ به پریشانی بدون قضاوت‌گری [۵۶ و ۵۸]. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت که بر اساس نظریه شفقت به خود Gilbert [۵۵] شفقت به خود ریشه در روابط اولیه فرد با مراقبین خود دارد. همچنین اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت Gilbert [۵۶] به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود [۵۵]. افزون بر آن، در درمان مبتنی بر شفقت Gilbert، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند [۵۱]. علاوه بر این می‌توان اضافه نمود که بهشیاری، قرار دادن افکار و احساسات در حالت تعادل و پرهیز از همانندسازی و تخلیه افراطی و خودتنظیمی در ابعاد مختلف را موجب می‌شود. آموزش شفقت به خود در فرآیند درمان مبتنی بر شفقت به افراد تحت درمان سبب رشد هوشمندانه و توانایی به تعویق انداختن احساسات ناخوشایند، توانایی درگیر شدن یا گریز از یک هیجان منفی به صورت مناسب و توانایی

سیاسگزاری

از همه زنان مبتلا به پسوریازیس که به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در جلسات درمانی شرکت کردند و همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی نهایت تشکر و قدردانی میشود.

تضاد منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

و ماندگاری اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت پرداخته شود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، میتوان گفت که درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت میتواند به عنوان شیوههای درمانی مناسب برای بهبود تحمل پریشانی در زنان مبتلا به پسوریازیس در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شوند و تقدم استفاده در بهبود تحمل پریشانی زنان مبتلا به پسوریازیس با درمان مبتنی بر شفقت است. همچنین به مراکز بهداشت و درمان وابسته به وزارت بهداشت و درمان پیشنهاد می شود با کمک روانشناسان و با همکاری پزشکان در کنار درمان دارویی، به درمان های روانشناختی برای کاهش مشکلات هیجانی و روانشناختی بیماران توجه کنند.

References

1. Parisi R, Iskandar IY, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CE, Ashcroft DM. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *British Medical Journal*, 2020; 28(1): 369-79. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1590>
2. Sugumaran D, Yong, A CH, Stanslas J. Advances in psoriasis research: from pathogenesis to therapeutics. *Life Sciences*, 2024; 1(2): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2024.122991>
3. Nowowiejska J, Karny A, Nesterowicz M, Purpurowicz P, Baran A, Kaminski TW, Flisiak I. Sexual dysfunctions in psoriatic patients. *Frontiers in Public Health*, 2024; 12(1): 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1339196>
4. Antonatos C, Georgakilas GK, Evangelou E, Vasilopoulos Y. Transcriptomic meta-analysis characterizes molecular commonalities between psoriasis and obesity. *Genes & Immunity*, 2024; 25(3): 179-87. <https://doi.org/10.1038/s41435-024-00271-w>
5. Djohar MR, Setiyarso BR. A Study of Association of Psoriasis and Type 2 Diabetes Mellitus: A Comprehensive Systematic Review. *Jurnal Sehat Indonesia*, 2024; 6(02): 719-31. <https://doi.org/10.59141/jsi.v6i02.136>
6. Ryan C, Kirby B. Psoriasis is a systemic disease with multiple cardiovascular and metabolic comorbidities. *Dermatologic clinics*, 2015; 33(1): 41-55. <https://doi.org/10.1016/j.det.2014.09.004>
7. Wang J, Zhang C, Zhang AL, Xue CC, Lu C. Comparing Chinese herbal medicine bath therapy with topical calcipotriol for psoriasis vulgaris: a systematic review with meta-analysis and association rule analysis. *Journal of Ethnopharmacology*, 2024; 1(2): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2024.118166>
8. Takeshita J, Grewal S, Langan S. M, Mehta NN, Ogdie A, Van Voorhees AS, Gelfand JM. Psoriasis and comorbid diseases: epidemiology. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2017; 76(3): 377-90. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.07.064>
9. Daudén E, Vidal D, Romero A, Bordel MT, Rivera R, Márquez J, Zulaica A. Psoriasis severity, health-related quality of life, work productivity, and activity impairments among patients with moderate to severe psoriasis receiving systemic treatment: Real-world data from clinical practice in Spain. *Actas dermo-sifiliograficas*, 2024; 115(1): 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.07.001>
10. Di Spirito F, Raimondo A, Di Palo MP, Martina S, Fordellone M, Rosa D, Lembo S. Oral lesions and oral health-related quality of life in adult patients with psoriasis: A Retrospective Chart Review. *Life*, 2024; 14(3): 347-57. <https://doi.org/10.3390/life14030347>
11. Kahraman BB, Karatepe HT, Karadağ AS, Çıtak S. Psychological flexibility, stigma, and quality of life in psoriasis patients. *Psychother Res*, 2024; 13(1): 1-10. <http://dx.doi.org/10.5455/JCBPR.146290>
12. Labella MH, Klein N.D, Yeboah G, Bailey C, Doane AN, Kaminer D. Cross-cultural addictions

- study team. childhood bullying victimization, emotion regulation, rumination, distress tolerance, and depressive symptoms: A cross-national examination among young adults in seven countries. *Aggressive behavior*, 2024; 50(1): 1-10. <https://doi.org/10.1002/ab.22111>
13. Caiado B, Santos D, Pereira B, Góis AC, Canavarro MC, Moreira H. The factorial structure, psychometric properties and sensitivity to change of the distress tolerance scale for children with emotional disorders. *children*, 2024; 11(1): 115-25. <https://doi.org/10.3390/children11010115>
14. Siegel EY, Cassidy GP, Telch MJ. Validity of the distress tolerance inventory in predicting response to the Cold-Pressor Test. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2024; 1(1): 1-16. <https://doi.org/10.1080/16506073.2024.2333963>
15. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 2024; 29(2): 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
16. Gaher RM, Hofman NL, Simons JS, Hunsaker R. Emotion regulation deficits as mediators between trauma exposure and borderline symptoms. *Cognitive therapy and research*, 2013; 37(1): 466-75. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9515-y>
17. Choon SE, De La Cruz C, Wolf P, Jha RK, Fischer, KI, Goncalves-Bradley DC, Gottlieb AB. Health-related quality of life in patients with generalized pustular psoriasis: A systematic literature review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2024; 38(2): 265-80. <https://doi.org/10.1111/jdv.19530>
18. Wilk M, Michelsen B, Łosińska K, Kavanaugh A, Korkosz M, Haugeberg G. Exploring 5-year changes in general and skin health-related quality of life in psoriatic arthritis patients. *Rheumatology International*, 2024; 44(4): 675-85. <https://doi.org/10.1007/s00296-024-05536-1>
19. Armstrong AW, Foley P, Liu Y, Miller M, Teneralli R. E, Bewley A, Han C. Direct and indirect effect of Guselkumab on anxiety, depression, and quality of life in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: a mediation analysis. *Dermatology and Therapy*, 2024; 14(9): 2577-89. <https://doi.org/10.1007/s13555-024-01250-9>
20. Gurok MG, Gurok NG, Demir B, Atmaca M. Distress tolerance levels and its relation with clinical parameters in psoriasis disease. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 2022; 12(1): 26-31. <http://dx.doi.org/10.5455/PBS.20211118120646>
21. Shi L, Li C, Zou S, Zhang Y, Liu S, Liu F. Effects of mindfulness cognitive therapy versus cognitive behavioral therapy on negative emotions and quality of life in patients with psoriasis. *Archives of Clinical Psychiatry*, 2022; 49(5): 1-10. <https://archivespsy.com/menu-script/index.php/ACF/issue/view/135>
22. Tan C, Jiang J, Deng X, Xiang W, Hu T. Effect of cognitive behavioral therapy on anxiety and depression in patients with psoriasis: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 2021; 100(46): 1-10. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000027720>
23. Arabi A, Hasani J, Akbari M, Hatami M, Sherbafchi Zadeh M R. Effectiveness of self-compassion therapy on psychological distress and quality of life of psoriasis skin patients. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 2021; 18 (4): 605-15. <http://dx.doi.org/10.52547/rbs.18.4.605>
24. Arabi A, Hasani J, Akbari M, Hatami M, Sherbafchi Zadeh MRS. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and compassion focused therapy on psychological distress and quality of life of patients with psoriasis. *International Journal of Body, Mind & Culture*, 2023; 10(4): 1-10. <https://doi.org/10.22122/ijbmc.v10i4.339>
25. Furukawa Y, Sakata M, Yamamoto R, Nakajima S, Kikuchi S, Inoue M, Perlis M. Components and delivery formats of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in adults: a systematic review and component network meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 2024; 1(1): 1-10. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5060>
26. Sijercic I, Ennis N, Monson CM. A systematic review of cognitive and behavioral treatments for individuals with psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*, 2020; 31(6): 631-38. <https://doi.org/10.1080/09546634.2019.1690625>
27. Dewi D, Wijayanti FA, Chen S, Firmansyah R. Cognitive behavioral therapy as an adjunctive treatment for anxiety and depression in psoriasis patients. *Devotion: Journal of Research and Community Service*, 2023; 4(6): 1234-41. <http://dx.doi.org/10.59188/devotion.v4i6.481>

28. Bakhtiari M, Pouredel M. The Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on distress tolerance and resilience in women with substance-dependent incarcerated spouses. *Etiadpajohi*, 2024; 17 (70): 267-88. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.61186/etiadpajohi.17.70.267>
29. Aliyari Khanshan Vatan F, Ahadi H, Kalhornia Golkar M, Sedaghat M. The Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in anxiety and distress tolerance in patients with coronary heart diseases. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 2022; 8 (3): 54-65. (In Persian) <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.54>
30. Aliyari Khanshan Vatan F, Ahadi H, Kalhornia Golkar M, Sedaghat M. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and emotion-oriented therapy on physical self-concept and distress tolerance of women with coronary heart disease. *Rooyesh*. 2023; 12(9), 117-28. (In Persian) <http://frooyesh.ir/article-1-4614-fa.html>
31. Karami P, Ghanifar MH, Ahi G. Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Compassion-Focused Therapy in Improving Distress Tolerance and SelfCompassion in Women with Experiences of Marital Infidelity. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*, 2024; 6(2), 27-35. <http://dx.doi.org/10.61838/kman.jarac.6.2.4>
32. Meneo D, Martoni M, Giannandrea A, Tengattini V, Baglioni C. Mindfulness and self-compassion in dermatological conditions: a systematic narrative review. *Psychology & health*, 2024; 39(2): 268-300. <https://doi.org/10.1080/08870446.2022.2070619>
33. Gilbert P. Internal 'social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*, 2000; 118-50. <https://psycnet.apa.org/record/2001-16368-006>
34. Craig C, Hiskey S, Spector A. Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert review of neurotherapeutics*, 2020; 20(4): 385-400. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184>
35. Gilbert P. Compassion as a social mentality: An evolutionary approach. In P. Gilbert (Ed.): *Compassion: Concepts, research and applications* (pp. 31–68). Routledge/Taylor & Francis Group. 2017. <https://doi.org/10.4324/9781315564296-3>
36. Gilakhakimabadi M, Tajikesmaeili A. The effectiveness of compassion-based therapy on rumination, distress tolerance and sense of coherence in patients with Multiple sclerosis (MS). *Journal of Research in Psychological Health*, 2021; 15 (2): 56-67. (In Persian) <http://rph.khu.ac.ir/article-1-3997-fa.html>
37. Vrabel KR, Waller G, Goss K, Wampold B, Kopland M, Hoffart A. Cognitive behavioral therapy versus compassion focused therapy for adult patients with eating disorders with and without childhood trauma: A randomized controlled trial in an intensive treatment setting. *Behaviour Research and Therapy*, 2024; 174(1): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104480>
38. Baumgardner M, Benoit Allen K. Integrating cognitive-behavioral therapy with compassion-focused therapy for the treatment of social anxiety disorder: An evidence-based case study. *Clinical Case Studies*, 2024; 23(2): 127-45. <https://doi.org/10.1177/15346501231197403>
39. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review. *Jama*, 2020; 323(19): 1945-60. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4006>
40. Prinz JC, Choon SE, Griffiths CE, Merola JF, Morita A, Ashcroft DM, Viguier M. Prevalence, comorbidities and mortality of generalized pustular psoriasis: a literature review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2023; 37(2): 256-73. <https://doi.org/10.1111/jdv.18720>
41. Feng JN, Guo JZ, Zhang Q, Zhuo L, Xu L, Liu LL, Wang SF. Higher prevalence of generalized pustular psoriasis in Asia? A population-based study using claim data in China and a systematic review. *Dermatology*, 2023; 239(2): 195-205. <https://doi.org/10.1159/000528850>
42. Cipolla S, Catapano P, Bonamico AF, De Santis V, Murolo R, Romano F, Catapano F. Factors associated with anxiety, depression, and quality of life in patients with psoriasis: A Cross-Sectional Study. *Brain Sciences*, 2024; 14(9): 865-75. <https://doi.org/10.3390/brainsci14090865>
43. Iocca F, Burlando M, Angelo NL, Ragucci F, Pugi D, Parodi A, Pozza A. Sexual functioning in patients with psoriasis: the role of body dissatisfaction and cognitive biases toward sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2024; 50(4): 439-55. <https://doi.org/10.1080/00926479.2024.2311111>

- doi.org/10.1080/0092623X.2024.2302959
44. Shah SH, Merchant SA, Shah SA. Female sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review and meta-analysis using the Female Sexual Function Index. *International Journal of Impotence Research*, 2024; 36(3): 232-41. <https://doi.org/10.1038/s41443-022-00650-9>
 45. Shahidi S, Hasanzadeh R, Mirzaian B. The effectiveness of metacognitive therapy on psychological toughness and distress tolerance in female patients with psoriasis. *Journal of Applied Family Therapy*, 2023; 3(5): 374-88. (In Persian) <https://doi.org/10.22034/afjt.2022.331799.1422>
 46. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. routledge. 2013. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
 47. Harvey PD, Greenberg BR, Serper MR. The affective lability scales: development, reliability, and validity. *Journal of clinical psychology*, 1989; 45(5): 786-93. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198909\)45:5%3C786::AID-JCLP2270450515%3E3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198909)45:5%3C786::AID-JCLP2270450515%3E3.0.CO;2-P)
 48. Tofangchi M, Ghamarani A, Rezaei H. The psychometric properties of distress tolerance scale (DTS) in women with tension-type headaches. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 2022; 12 (4): 34-43. (In Persian) <http://jap.iuums.ac.ir/article-1-5602-fa.html>
 49. Dobson D, Dobson KS. *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Guilford publications. 2018. <https://www.guilford.com/books/>
 50. Rouhi M, Manzari Tavakoli A, Tajrobehkar M. The Effectiveness of cognitive behavioral therapy on coherent self- knowledge, emotion regulation, and quality of life of hemodialysis patients: A quasi-experimental study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 2023; 21 (10): 1055-77. <http://dx.doi.org/10.52547/jrums.21.10.1055>
 51. Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2010; 3(2): 97-112. 10.1521/ijct.2010.3.2.97
 52. Ghorbanzadeh SS, Kiamarsi A, Abolghasemi A. Comparison of effectiveness of self-compassion therapy and emotionally focused therapy on family functions of women experienced domestic violence. *Journal of Psychological Studies*, 2024; 19(4): 39-54. <https://doi.org/10.22051/psy.2023.43687.2786>
 53. Ghorbanzadeh S S, kiamarsi A, Abolghasemi A. Comparison the effectiveness of self-compassion-focused therapy and emotionally focused couple therapy on abuse experience among women victims of Domestic Violence in Interaction with self-injury. *Iranian Journal of Nursing Research*, 2024; 19 (1): 65-77. <http://dx.doi.org/10.22034/IJNR.19.1.6>
 54. Hemmatyar I, Aghayousefi A, Aghaei H, Tabatabaee SM. The comparing effectiveness of emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy on externalized and internalized shame in people with social anxiety disorder. *Journal of Modern Psychological Researches*, 2024; 19(75): 111-24. (In Persian) <https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.61502.6193>
 55. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 2014; 53(1): 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
 56. Gilbert P, Basran JK, Raven J, Gilbert H, Petrocchi N, Cheli S, McEwan K. Compassion focused group therapy for people with a diagnosis of bipolar affective disorder: A feasibility study. *Frontiers in Psychology*, 2022; 13(1): 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.841932>
 57. Gilbert P, McEwan K, Mitra R, Franks L, Richter A, Rockliff H. Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology*, 2008; 3(3): 182-91. <https://doi.org/10.1080/17439760801999461>
 58. Gilbert H. The therapeutic relationship in compassion focused therapy. In *Compassion focused therapy* (pp. 385-400). Routledge. 2022. <https://www.taylorfrancis.com/chapters>