



Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Compassion-Focused Therapy on Body Image Concerns in Women with Psoriasis

Nahid Shaban¹ , Marjan Alizadeh²  , Mozhgan Sepahmansour² 

1. PhD student in Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Marjan Alizadeh

E-mail: m.alizadeh@iau.ac.ir

Received: 05 December 2024

Revised: 19 January 2025

Accepted: 20 January 2025

Published Online: 1 July 2025

Citation: Shaban, N., Alizadeh, M. and Sepahmansour, M. (2025). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Compassion-Focused Therapy on Body Image Concerns in Women with Psoriasis. *Journal of Modern Psychological Researches*, 20(78), 116-131.
doi: [10.22034/jmpr.2025.64881.6568](https://doi.org/10.22034/jmpr.2025.64881.6568)

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Psoriasis is a chronic inflammatory disease that affects approximately 2–3% of the world's population. The pathogenesis of psoriasis is complex and involves impaired immune regulation, increased proliferation, and angiogenesis. In addition to these physical and physiological problems, people with psoriasis experience psychological and emotional issues, including body image concerns, as psoriasis leads to physiological discomfort and psychological distress that significantly affect body image.

Negative body image evaluation may impact sexual functions, avoidance, and levels of sexual attraction, as research has shown that patients with psoriasis have lower body image satisfaction and are more concerned about their body image than non-affected individuals. The results of a study have shown that the group with a positive body image did not differ from the healthy comparison group (people without psoriasis) in terms of life satisfaction, while the group with a negative body image reported lower life satisfaction. Because of such issues, the use of psychological interventions for these patients is important.

According to research, cognitive-behavioral therapy (CBT) and compassion-focused therapy (CFT) are effective interventions for patients with psoriasis. Cognitive behavioral therapy aims to modify maladaptive moods and behaviors by changing negative cognitions, using techniques such as persuasion, demonstration, relaxation training, and behavior training. Studies have suggested that cognitive behavioral therapy can improve depression, anxiety, and other negative emotions in patients with psoriasis. Research has also shown that psychological factors may be targeted by cognitive behavioral therapy, which, in turn, can reduce the severity of psoriasis.

On the other hand, compassion-focused therapy has been effective in chronic diseases and improves psychological and emotional problems in patients with psoriasis. Compassion-focused therapy was developed by Gilbert and aims

to create compassion (kindness towards oneself and others) in human suffering through its transdiagnostic approach. Compassion-focused therapy aims to facilitate the development of a soothing system through compassionate mind training. Research has also shown that compassion-focused therapy improves psychological distress and quality of life in patients with psoriasis and reduces negative body image.

Both cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy help patients with psoriasis reduce their problems. However, a pertinent research question is what the differences are between these two interventions and, if there is a difference, which therapeutic intervention is more preferable. Cognitive-behavioral therapy is a structured, problem-oriented approach based on an educational model with an emphasis on the present. It teaches clients to evaluate and adjust their thoughts, replace ineffective thoughts with more effective ones, and acquire problem-related cognitions in life. To achieve this, the therapy focuses on solving interpersonal problems and enhancing social skills through cognitive-behavioral exercises.

However, compassion-focused therapy aims to reduce high levels of shame and self-criticism, and it seeks to replace dysfunctional, self-critical thoughts with helpful, compassionate thoughts. One study found that both cognitive-behavioral interventions and compassion-focused therapy were effective in reducing problems in people undergoing treatment, but compassion-focused therapy had better benefits than cognitive therapy.

The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy on body image concerns in women with psoriasis.

Method: This quasi-experimental study utilized a pretest-posttest design with a control group and a 2-month follow-up. The statistical population of the research was all women with psoriasis who referred to the dermatology clinics of Tehran city in autumn of year 2024. Then the number of 45 women patients diagnosed by a physician was randomly divided into two groups, including a cognitive-behavioral therapy group (15 women), compassion-focused therapy group (15 women) and a control group (15 women). The first experimental group underwent 8 sessions of 90-minute cognitive-behavioral therapy, and the second experimental group underwent 10 sessions of 90-minute of compassion-focused therapy. Data were collected using the Body Image Concern Inventory (BICI) by Littleton et al. (2005). Analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc tests were used for data analysis. The data were analyzed using SPSS version 28.

Results: Based on the results, the mean (SD) ages were 34.73 (2.91) for the cognitive-behavioral therapy group, 33.40 (3.27) for the compassion-focused therapy group, and 34.20 (3.34) for the control group. The age difference among the three groups was not statistically significant ($F = 0.67$, $p = 0.518$), indicating that the 3 groups of women were similar in terms of age.

Regarding education, in the compassion-focused therapy group, 1 participant had a diploma (6.6%), 2 had an associate's degree (13.33%), 6 had a bachelor's degree (40%), and 6 had a master's degree or higher (40%). In the cognitive-behavioral therapy group, 2 participants had a diploma (13.33%), 4 had an associate's degree (26.67%), 4 had a bachelor's degree (26.67%), and 5 had a master's degree or higher (33.33%). In the control group, 2 people had a diploma (13.33%), 3 had an associate's degree (20%), 6 had a bachelor's degree (40%), and 4 people had a master's degree or higher (26.76%). Chi-square analysis showed no significant difference in education levels among the groups ($\chi^2 = 1.97$, $p = 0.923$), indicating that the three groups of women were similar in terms of education.

Table 1 shows the results of the Greenhouse-Geisser test to examine the within-subject and between-subject effects of therapeutic interventions.

Table 1. Results of Tests of Within-Subjects Effects and Tests of Within-Subjects Contrasts (Greenhouse-Geisser Correction) of Body Image Concerns

Variables	Source	F	p	Partial Eta	Observed Power
dissatisfaction	group	93.85	0.001	0.69	1.00
	factor	24.75	0.001	0.54	1.00
	factor * group	5.29	0.001	0.20	0.81
dysmorphic appearance concern	group	171.08	0.001	0.80	1.00
	factor	42.40	0.001	0.67	1.00
	factor * group	23.32	0.001	0.53	1.00
total body image concern	group	265.72	0.001	0.86	1.00
	factor	67.75	0.001	0.76	1.00
	factor * group	19.64	0.001	0.48	1.00

The results showed that both interventions had a significant effect on body image concerns ($p < 0.05$). In addition, the results of Bonferroni post hoc test showed that compassion-focused therapy is more effective than cognitive-behavioral therapy on body image concerns ($p < 0.05$).

Discussion: The results showed that compassion-focused therapy was more effective than cognitive-behavioral therapy in reducing body image concerns in women with psoriasis. In explaining this result, it can be said that compassion-focused therapy is based on the idea that feelings of satisfaction, security, reassurance, and well-being are supported by three emotion regulation systems: the threat system (focused on threat and safety-seeking), the arousal system (focused on motivation/resources), and the soothing system (related to attachment and soothing/safety). Balancing these systems through compassion-based exercises—such as compassionate imagery, loving-kindness writing, and chair work—builds a compassionate mind. The main focus of compassion-focused therapy is to develop compassion for oneself; however, emotion regulation systems are often inaccessible to those with high levels of self-criticism and shame because their threat system is overactive and suppresses the arousal and soothing systems.

Therefore, compassion-focused therapy aims to facilitate the development of the soothing system through compassionate mind training. This training requires the acquisition of six compassionate skills (i.e., imagery, attention, feeling, behavior, reasoning, and sensory skills) to be able to apply the five key characteristics of compassion to oneself and others, namely sensitivity, concern for well-being, non-judgment, empathy, and distress tolerance. The soothing system can be stimulated through mindfulness and compassionate mind training techniques such as writing letters, paying attention, thinking, and compassionate imagery. Therefore, to reduce concerns about negative body image, we need a compassionate mind that can love ourselves and have a positive attitude towards our bodies and body image. It is reasonable to say that compassion-focused therapy is more effective than cognitive-behavioral therapy in reducing concerns about body image in women with psoriasis.

There were limitations in conducting the present study, and the selection of a sample from Tehran requires caution in generalizing the findings. The limited data collection tool to a questionnaire and the lack of use of other measurement tools are other limitations and problems of this study. It's because of the possibility that there is bias in the responses of women with psoriasis, since the criterion for selecting the disease was the diagnosis of a specialist physician and the type of disease severity was not specified. Due to time constraints, this study was not able to conduct a longer-term follow-up phase to examine the continuity and durability of the effects of cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy, and was limited to only a two-month follow-up measurement phase.

It is suggested that similar studies be conducted in other cities and cultures on women with psoriasis in other cities so that the results of the studies can be compared and help overcome the limitations of this study. In future studies, by considering a longer follow-up phase (more than six months or even a year), the continuity and durability of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy should be examined. Practically, the findings suggest that both cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy are appropriate treatment methods for reducing body image concerns in women with psoriasis within counseling and psychological services. Furthermore, the results indicate a priority of using compassion-focused therapy in this context due to its greater effectiveness.

KEYWORDS

body image concerns, cognitive-behavioral therapy, compassion-focused therapy, psoriasis





فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی



مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به پسوریازیس

ناهید شعبان^۱ ، مرجان علیزاده^۲ ، مژگان سپاه منصور^۲ 

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

نویسنده مسئول: مرجان علیزاده

رایانامه: m.alizadeh@iau.ac.ir

استاددهی: شعبان، ناهید، علیزاده، مرجان و سپاه منصور، مژگان. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به پسوریازیس. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۲۰(۷۸)، ۱۱۶-۱۳۱. doi: [10.22034/jmpr.2025.64881.656](https://doi.org/10.22034/jmpr.2025.64881.656)

* این مقاله مستخرج از رساله دکتری ناهید شعبان می‌باشد.

تاریخ دریافت: ۱۵ آذر ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری: ۳۰ دی ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۰۱ بهمن ۱۴۰۳

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۰ تیر ۱۴۰۴

چکیده

مشخصات مقاله

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به پسوریازیس بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مبتلا به پسوریازیس مراجعه کننده به کلینیک‌های درماتولوژی شهر تهران در پاییز سال ۱۴۰۳ بودند. تعداد ۴۵ زن بیمار تشخیص داده شده بر اساس پزشک متخصص به صورت تصادفی ساده در دو گروه شامل گروه آزمایشی درمان شناختی-رفتاری (۱۵ زن)، گروه درمان مبتنی بر شفقت (۱۵ زن) و یک گروه کنترل (۱۵ زن) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایشی 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 سیاهه نگرانی از تصویر بدنی (BICI) لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از به‌دست‌آمده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. نرم افزار تحلیل داده‌ها SPSS نسخه ۲۸ بود. نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثربخشی معناداری بر نگرانی از تصویر بدنی داشته است ($p < 0/05$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر کاهش نگرانی از تصویر بدنی دارد ($p < 0/05$). بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت می‌توانند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای کاهش نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به پسوریازیس در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شوند و تقدم استفاده در کاهش نگرانی از تصویر بدنی زنان مبتلا به پسوریازیس با درمان مبتنی بر شفقت است.

کلیدواژه‌ها:

نگرانی از تصویر بدنی، درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر شفقت، پسوریازیس



مقدمه

پسوریازیس^۱ یک بیماری التهابی مزمن است (پاریسی^۲ و همکاران، ۲۰۲۰) که تقریباً ۲ تا ۳ درصد از جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و پاتوژنز^۳ (بیماری‌زایی) پسوریازیس پیچیده است و شامل اختلال در تنظیم ایمنی، افزایش تکثیر و رگزایی است (سوغوماران^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین می‌توان گفت که پسوریازیس یک التهاب (اگزما)^۵ مزمن با علت نامشخص است که بر اساس جدیدترین تحقیقات به عنوان یک بیماری سیستمیک طبقه‌بندی می‌شود (نوئووویجسکا^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). این التهاب اغلب با سندرم متابولیک و سایر اختلالات جدی 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 (آنتوناتوس^۷ و همکاران، ۲۰۲۴)، دیابت نوع دو (دجوهار و ستیارسو^۸، ۲۰۲۴)، فشار خون بالا و تصلب شرایین هستند (ریان و کیری^۹، ۲۰۱۵). شایع‌ترین نوع پسوریازیس، پسوریازیس پلاکی (پسوریازیس ولگاریس) است که بیش از ۸۰ درصد موارد را تشکیل می‌دهد و علائم رایج شامل خارش پوست، سوزش و درد است (وانگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴).

علاوه بر این، چندین بیماری همراه با پسوریازیس از جمله آرتریت پسوریاتیک، بیماری قلبی عروقی، سندرم متابولیک، چاقی، بیماری التهابی روده، و اختلالات روانپزشکی که با التهاب سیستمیک مرتبط هستند، مرتبط است (تاکاشیتا^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۷). علاوه بر این مشکلات جسمانی و بدنی، این افراد که مبتلا به بیماری پسوریازیس هستند، مشکلات روانشناختی و هیجانی از جمله نگرانی از تصویر بدنی^{۱۲} را تجربه می‌کنند، به طوری که بیماری پسوریازیس منجر به ناراحتی فیزیولوژیکی و ناراحتی روانی می‌شود که به طور قابل توجهی بر تصویر بدنی تأثیر می‌گذارد (وئو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۴). ارزیابی منفی تصویر بدن ممکن است بر عملکردهای جنسی، اجتناب و سطح جذابیت جنسی تأثیر بگذارد، به طوری که تحقیقات نشان داده است بیماران مبتلا به پسوریازیس در مقایسه با افراد غیرمبتلا رضایت کمتری از تصویر بدن داشتند و نگران تصویر بدنی خود هستند (گوندوز^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین نتایج یک پژوهش نشان داده است که گروهی که تصویر بدنی مثبت نسبت به خود داشتند، از نظر رضایت از زندگی تفاوتی با گروه مقایسه سالم (افراد غیرمبتلا به پسوریازیس) نداشتند و گروهی که تصویری منفی نسبت به بدن خود داشتند، رضایت از زندگی گزارش کردند (رزسزوتک^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۱). به دلیل چنین مشکلاتی، به

کارگیری مداخلات روانشناختی برای این بیماران اهمیت دارد. بر اساس تحقیقات درمان شناختی-رفتاری^{۱۶} (شی^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۲؛ تان^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۱) و درمان مبتنی بر شفقت^{۱۹} از مداخلات اثربخش برای بیماران مبتلا به پسوریازیس است (اعرابی و همکاران، ۱۳۹۹؛ اعرابی و همکاران، ۲۰۲۳).

درمان شناختی رفتاری به اصلاح خلق و رفتار بد بیماران از طریق اصلاح شناخت بد، متقاعدسازی، نمایش، آموزش آرامش، آموزش رفتار و غیره اشاره دارد (فوروکاوا^{۲۰} و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات ثابت کرده‌اند که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند افسردگی، اضطراب و سایر احساسات بد را در بیماران مبتلا به پسوریازیس بهبود بخشد (تان و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین تحقیقات نشان داده است که عوامل روانشناختی ممکن است توسط درمان شناختی-رفتاری مورد هدف قرار گیرند، که به نوبه خود ممکن است شدت پسوریازیس را کاهش دهد (سیجرسیک^{۲۱} و همکاران، ۲۰۲۰). تحقیقات نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند منجر به نتایج مثبت در ایجاد وضعیت بیمار شود، به این صورت هنگامی که درمان شناختی-رفتاری به طور منظم انجام شود، می‌تواند به طور موثر انواع شرایط سلامت روان را در افرادی که اضطراب خفیف تا متوسط را تجربه می‌کنند، درمان کند و این درمان شامل آموزش روانشناختی، خودنظارتی، بازسازی شناختی، پیشگیری از قرار گرفتن در معرض محرک‌های منفی و آموزش‌های دقیق است، که همه اینها می‌تواند به کاهش مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به پسوریازیس منجر شود (دوی^{۲۲} و همکاران، ۲۰۲۳). علاوه بر این تحقیقات نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند بر کاهش نگرانی از تصویر بدنی موثر باشد، به طوری که درمان شناختی-رفتاری با نرخ ماندگاری بالا و رضایتمندی مراجعین از آن می‌تواند به بهبود رضایت از تصویر بدن منجر شود (چورپا^{۲۳} و همکاران، ۲۰۲۳).

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 (منئو^{۲۴} و همکاران، ۲۰۲۴). درمان مبتنی بر شفقت توسط گیلبرت^{۲۵} (۲۰۰۰) توسعه یافت و هدف آن ایجاد شفقت (مهربانی کردن با خود و دیگران) در رنج انسان از طریق رویکرد فراتشخیصی آن است (کریگ^{۲۶} و همکاران، ۲۰۲۰). درمان شفقت خود با هدف تسهیل توسعه سیستم تسکین دهنده از طریق آموزش ذهن مشفق است (گیلبرت، ۲۰۱۷). همچنین تحقیقات نشان داده است که درمان مبتنی بر شفقت خود باعث بهبود پریشانی روانشناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس (اعرابی و

14. Gündüz
15. Rzeszutek
16. cognitive-behavioral therapy
17. Shi
18. Tan
19. compassion-focused therapy
20. Furukawa
21. Sijercic
22. Dewi
23. Chopra
24. Meneo
25. Gilbert
26. Craig

1. psoriasis
2. Parisi
3. pathogenesis
4. Sugumaran
5. dermatosis
6. Nowowiejska
7. Antonatos
8. Djohar & Setiyarso
9. Ryan & Kirby
10. Wang
11. Takeshita
12. body image concerns
13. Wu

مداخلات روانشناختی قرار گیرند تا از میزان مشکلات آنان به ویژه نگرانی از تصویر بدنی کاسته شود. لذا انجام این گونه تحقیقات اهمیت دارد و نتایج آن برای روانشناسان و مشاورانی که در زمینه مشکلات مربوط به تصویر بدن بیماران پوستی فعالیت می‌کنند از نتایج این پژوهش در راستای اهداف خود استفاده کنند. با توجه به آنچه گفته شد سوال پژوهش آن است که چه تفاوتی بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به پوسوریازیس وجود دارد؟

روش

روش پژوهش، نیمه آزمایشی 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 پوسوریازیس مراجعه کننده به کلینیک‌های درماتولوژی شهر تهران در پاییز سال ۱۴۰۳ بودند. برای برآورد حجم نمونه از جدول کوهن^{۱۱} (۲۰۱۳) با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۷۵ استفاده شد که بر اساس آن هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شد. 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 در ۳ گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن مانند سرطان و غیره بر اساس گزارش خود فرد، گذشت حداقل یک سال از دریافت تشخیص پوسوریازیس و دامنه سنی ۲۰ سال به بالا (به دلیل اینکه نمونه از بین زنانی انتخاب شد که متاهل بودند) از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین غیبت بیش از ۲ جلسه در فرآیند درمان، دریافت خدمات روان درمانی 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 از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و شرکت در پژوهش هیچگونه آسیب احتمالی برای شرکت‌کنندگان نداشته است. لازم به ذکر است که کسب کد اخلاق به شماره IR.IAU.CTB.REC.1403.192 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بوده است. روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی بود. نرم افزار تحلیل داده‌ها SPSS نسخه ۲۸ بوده است.

ابزار سنجش

سیاهه نگرانی از تصویر بدنی^{۱۱} (BICI): این سیاهه توسط لیتلتون^{۱۲} و همکاران (۲۰۰۵) تدوین شده است و شامل ۱۹ سوال است که دو مولفه

همکاران، ۱۳۹۹) و کاهش تصویر منفی از بدن (خلعتبری و همکاران، ۱۳۹۷؛ کیاری و همکاران، ۱۴۰۰؛ محرابی و همکاران، ۲۰۲۴؛ سیف و همکاران، ۲۰۲۴).

آنچه مشخص است هم درمان شناختی-رفتاری و هم درمان مبتنی بر شفقت به خود به بیماران مبتلا به پوسوریازیس در کاهش مشکلاتشان کمک می‌کند، اما آنچه می‌تواند به عنوان یک مسئله پژوهشی از آن نام برد این است که تفاوت‌ها این دو مداخله کدام‌اند و اگر بین آنها 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-رفتاری، درمانی ساختارمند، مشکل‌مدار 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 (ورابل^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). 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 (باؤمگاردنر^۲ و همکاران، ۲۰۲۴).

از سوی دیگر، در اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش می‌توان گفت که پوسوریازیس، یک اختلال التهابی پوستی با استعداد ژنتیکی، مرتبط با سیستم ایمنی، درهم تنیده با متابولیسم، بیش از ۱۲۵ میلیون نفر در سراسر جهان را تحت تاثیر قرار می‌دهد و بار بیماری قابل توجهی را ایجاد می‌کند (آرمسترانگ و رید^۳، ۲۰۲۰). در طول ۳ دهه گذشته، شیوع پوسوریازیس روند افزایشی ملایمی را بدون توضیح واضح نشان داده است (پرینز^۴ و همکاران، ۲۰۲۳؛ فنگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). افزون بر این، بر اساس تحقیقات این بیماران به طور قابل توجهی افسردگی و اضطراب بیشتر (سیپولا^۶ و همکاران، ۲۰۲۴)، نقصان در عملکرد جنسی (آیوکا^۷ و همکاران، ۲۰۲۴) و کیفیت زندگی (شاه^۸ و همکاران، ۲۰۲۴)، سطوح انعطاف‌پذیری روانشناختی کمتر از افراد سالم (کاهرامن^۹ و همکاران، ۲۰۲۴)، تصویر بدنی منفی ضعیف‌تری دارند (وئو و همکاران، ۲۰۲۴) را تجربه می‌کنند که چنین شرایطی اهمیت و ضرورت پیدا می‌کنند که در یک پژوهش این بیماران تحت

7. Iocca
8. Shah
9. Kahraman
10. Cohen
11. body image concern inventory (BICI)
12. Littleton

1. Vrabel
2. Baumgardner
3. Armstrong & Read
4. Prinz
5. Feng
6. Cipolla

پایایی آن با روش آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۷۲ به دست آمده است و روایی ملاکی (همزمان) با آن مقیاس توجه آگاهانه بهوشیارانه^۵ (MAAS) براون و رایان^۶ (۲۰۰۳) محاسبه و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۵۲- و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (نیافر و همکاران، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ مرحله پیش‌آزمون برای نارضایتی ۰/۷۱، تداخل ناشی از نگرانی‌های مربوط به ظاهر ۰/۸۲ و کل سوالات ۰/۹۳ به دست آمده است.

جلسات درمانی

جلسات درمان شناختی-رفتاری با اقتباس از آموزه‌های نظری درمان شناختی-رفتاری دابسون و دابسون^۷ (۲۰۱۸) شامل ۸ جلسه بود. به این صورت که هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به گروه آزمایش دوم ارائه شد که اثربخشی آن در تحقیقاتی همچون روحی و همکاران (۱۴۰۱) تایید شده است. همچنین جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود با اقتباس از آموزه‌های نظری شفقت به خود گیلبرت (۲۰۱۰) شامل ۱۰ جلسه بود. به این صورت که هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به گروه آزمایش اول ارائه شد که اثربخشی آن در تحقیقات قربانزاده و همکاران (۱۴۰۲) و قربانزاده و همکاران (۱۴۰۳) تایید شده است. هدف، محتوی، تغییر رفتار مورد انتظار و تمرین خانگی جلسات درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت خود در جدول ۱ آمده است.

نارضایتی^۱ با سوالات ۱، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۱۹؛ تداخل ناشی از نگرانی‌های مربوط به ظاهر^۲ با سوالات ۲، ۴، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۳ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری سیاهه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد. به این صورت که هرگز ۱ نمره، به ندرت ۲ نمره، گاهی ۳ نمره، اغلب ۴ نمره و تا همیشه ۵ نمره تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۱۹ تا ۹۵ است و کسب نمره بیشتر نشان دهنده بالا بودن میزان نارضایتی از تصویر بدنی یا ظاهر فرد است. سازندگان مقیاس برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند که ضریب نگرانی بدریختی ۰/۹۳، تداخل ناشی از نگرانی‌های مربوط به ظاهر ۰/۹۲ و کل سیاهه ۰/۷۶ به دست آورده‌اند و روایی ملاکی آن را نیز محاسبه و ضریب همبستگی با سیاهه وسواس پادوآ: اصلاحی دانشگاه ایالتی واشنگتن^۳ (PI-WSUR) برنیز^۴ و همکاران (۱۹۹۵) بررسی و ضریب ۰/۶۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش کرده‌اند (لیتلتون و همکاران، ۲۰۰۵). این سیاهه در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و ضرایب پایایی آن با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب نگرانی بدریختی ۰/۸۴، تداخل ناشی از نگرانی‌های مربوط به ظاهر ۰/۸۴ و کل سیاهه ۰/۷۴ به دست آورده‌اند و روایی سازه آن با استفاده از محاسبه همبستگی خرده مقیاس‌ها با نمره کل بررسی و ضریب همبستگی پیرسون خرده مقیاس نارضایتی با نمره کل ۰/۸۷ و ضریب همبستگی پیرسون خرده مقیاس تداخل ناشی از نگرانی‌های مربوط به ظاهر با نمره کل ۰/۸۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ محاسبه و به دست آمده است (محمدی و سجادی نژاد، ۱۳۸۶). در تحقیقات اخیر،

جدول ۱: جلسات درمانی

جلسات درمان شناختی-رفتاری اقتباس از دابسون و دابسون (۲۰۱۸)				
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 اعضاء؛ تشریح چرخه فکر، احساس و رفتار، تجزیه و تحلیل الگوهای رفتاری نابهنجار 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: پیش-گویی، فاجعه سازی، برجسپ 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.

4. Burns
5. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)
6. Brown & Ryan
7. Dobson & Dobson

1. dissatisfaction
2. dysmorphic appearance concern
3. Persian Version of the Padua- Washington State University Revision (PI- WSUR)

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 ^۱	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.
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 فعال‌سازی رفتاری به جهت ارتقاء خلق و کاهش افسردگی بود.	مشخص کردن اهداف و ارزش‌ها	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	-
جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود بر اساس گیلبرت (۲۰۱۰)				
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 آزمون 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 اعضاء	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 روبرویی 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 شفقت‌آمیز» 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
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 قدردانی 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	-

روند اجرای پژوهش

با توجه به اینکه روش تحقیق نیمه آزمایشی بود روش نمونه‌گیری در این پژوهش دو مرحله‌ای بود، به این صورت که در ابتدای پژوهش در پی فراخوان به کلینیک‌های درماتولوژی شهر تهران تعداد ۴۵ نفر زن انتخاب و سپس این تعداد در گام دوم به شیوه تصادفی ساده در ۳ گروه ۱۵ نفره جایگزین شد. سپس بر روی زنان مبتلا به پسوریازیس هر سه گروه در شرایط یکسان پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه آزمایش اول یعنی گروه درمان شناختی-رفتاری به صورت گروهی تحت مداخله قرار گرفت، گروه آزمایش دوم یعنی گروه درمان مبتنی بر شفقت خود به صورت گروهی تحت مداخله قرار گرفت. در این مدت گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. پس از اتمام مداخله، پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی به عنوان پس‌آزمون اجرا و دو ماه بعد از اتمام جلسات درمانی، به منظور اندازه‌گیری تداوم اثر درمان اعمال شده بار دیگر پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی بر روی زنان مبتلا به پسوریازیس هر سه گروه اجرا شد. لازم به ذکر است پژوهشگران برای جلوگیری از افت آزمودنی‌ها، تمهیداتی از قبیل اقامت موقت، 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 شرکت‌کنندگان وجود نداشت. بعد از جمع‌آوری داده‌های پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری اطلاعات گردآوری شده با آزمون‌های آماری مناسب مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان شناختی-رفتاری ۳۴/۷۳ و ۲/۹۱؛ میانگین و انحراف معیار در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۳۳/۴۰ و ۳/۲۷ و میانگین و انحراف معیار سن در گروه کنترل ۳۴/۲۰ و ۳/۳۴ 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 آماری معنادار نمی‌باشد ($p=0/518$) که نشان دهنده هم‌تایی بودن ۳ گروه زنان از نظر سن است. از نظر تحصیلات در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۱ نفر دیپلم (۶/۶۷ درصد)، ۲ نفر فوق دیپلم (۱۳/۳۳ درصد)، ۶ نفر لیسانس (۴۰ درصد) و ۶ نفر فوق لیسانس و بالاتر (۴۰ درصد)؛ در گروه درمان شناختی-رفتاری ۲ نفر دیپلم (۱۳/۳۳ درصد)، ۴ نفر فوق دیپلم (۲۶/۶۷ درصد)، ۴ نفر لیسانس (۲۶/۶۷ درصد) و ۵ نفر فوق لیسانس و بالاتر (۳۳/۳۳ درصد) و در گروه کنترل ۲ نفر دیپلم (۱۳/۳۳ درصد)، ۳ نفر فوق دیپلم (۲۰ درصد)، ۶ نفر لیسانس (۴۰ درصد) و ۴ نفر فوق لیسانس و بالاتر (۲۶/۶۷ درصد) بودند. میزان آماره تحلیل کای اسکوتر آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۳ گروه از نظر تحصیلات برابر با $\text{Chi-Square}=1/97$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($p=0/923$) که نشان دهنده هم‌تایی بودن سه گروه از زنان از نظر تحصیلات است. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نگرانی از تصویر بدنی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل آمده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نگرانی از تصویر بدنی زنان مبتلا به پُوریازیس در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

انحراف معیار		میانگین		مرحله	متغیرهای وابسته
کنترل	شناختی-رفتاری	کنترل	شناختی-رفتاری		
۱/۳۰	۱/۰۶	۳۱/۱۳	۳۱/۶۰	پیش‌آزمون	
۱/۳۹	۱/۰۹	۳۱/۰۷	۲۸/۶۷	پس‌آزمون	نارضایتی
۱/۳۶	۲/۱۹	۳۱/۱۳	۲۸/۷۳	پیگیری	
۰/۶۵	۱/۰۶	۲۵/۰۰	۲۵/۸۷	پیش‌آزمون	
۰/۸۳	۱/۴۰	۲۴/۸۷	۲۲/۳۳	پس‌آزمون	تداخل
۰/۸۸	۱/۴۱	۲۴/۹۳	۲۲/۴۰	پیگیری	
۱/۲۵	۱/۰۶	۵۶/۱۳	۵۷/۴۷	پیش‌آزمون	
۱/۴۹	۲/۷۰	۵۵/۹۳	۵۱/۰۰	پس‌آزمون	نمره کل نگرانی از تصویر بدنی
۱/۴۸	۲/۸۲	۵۶/۰۷	۵۱/۱۳	پیگیری	

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به پُوریازیس گروه‌های آزمایش (درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت) به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد. 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. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده 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. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p > 0.05$) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ($p > 0.05$). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از 0.05 بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون^۱ بود. با توجه به اینکه

پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موجلی برای نگرانی از تصویر بدنی برابر 0.01 به دست آمده است که این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت‌ها در میان سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است. پیش‌فرض تحلیل واریانس کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت سبب می‌شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F ، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر^۲ و هیون-فلدت^۳ تصحیح می‌کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، بنابر پیشنهاد استیونس^۴ (۱۹۹۶؛ به نقل از همت‌یار و همکاران، ۱۴۰۳) اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از 0.75 باشد از تصحیح هیون-فلت و اگر اپسیلون کوچکتر از 0.75 باشد یا هیچگونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر استفاده می‌شود (ویسی و کاشفی، ۱۴۰۴). در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین‌هاوس-گیسر برای نگرانی از تصویر بدنی از 0.75 کوچکتر است، لذا از اپسیلون گرین‌هاوس-گیسر استفاده شده است. بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرین‌هاوس-گیسر در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نگرانی از تصویر بدنی گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین‌هاوس-گیسر) نگرانی از تصویر بدنی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه‌آزادی	معنی‌داری	ضریب تاثیر	توان آماری
	زمان	۹۳/۸۵	۱/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
نارضایتی	زمان×گروه	۲۴/۷۵	۲/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
	گروه	۵/۲۹	۲	۰/۰۰۹	۰/۲۰	۰/۸۱
	زمان	۱۷۱/۰۸	۱/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰
تداخل	زمان×گروه	۴۲/۴۰	۲/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
	گروه	۲۳/۳۲	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
	زمان	۲۶۵/۷۲	۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱/۰۰
نمره کل نگرانی از تصویر بدنی	زمان×گروه	۶۷/۷۵	۲/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱/۰۰
	گروه	۱۹/۶۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰

3. Huynh-Feldt correction
4. Stevens

1. homogeneity of regression
2. Greenhouse-Geisser correction

گفت که تفاوت میانگین نمرات نگرانی از تصویر بدنی 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 نگرانی از تصویر بدنی در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نگرانی از تصویر بدنی برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
نارضایتی	پیش‌آزمون	۳۳/۶۷	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۳۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۹/۳۱	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۳۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۹/۳۶	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۴	۰/۹۹۴
تداخل	پیش‌آزمون	۲۵/۶۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۸۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲۲/۸۰	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۷۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۲/۸۷	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۷	۰/۲۷۲
نمره کل نگرانی از تصویر بدنی	پیش‌آزمون	۵۷/۲۷	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۵/۱۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۵۲/۱۱	پیش‌آزمون-پیگیری	۵/۰۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵۲/۲۲	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۱۱	۰/۳۰۹

است و اثرات درمانی آن بعد از ۲ ماه ماندگار و پایدار بوده است. در جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای بررسی درمان اثربخش‌تر است.

بر اساس نتایج جدول ۵ درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر نگرانی از تصویر بدنی و ابعاد آن در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی نگرانی از تصویر بدنی برای بررسی درمان اثربخش‌تر

متغیرهای وابسته	گروه‌ها	میانگین تعدیلی	تفاوت میانگین ۲ گروه	تفاوت میانگین	معناداری
نارضایتی	درمان شفقت	۲۹/۵۶	درمان شناختی/رفتاری-درمان شفقت	-۰/۱۱	۰/۹۹۹
	درمان شناختی/رفتاری	۲۹/۶۷	درمان شفقت-کنترل	-۱/۵۶	۰/۰۱۷
	کنترل	۳۱/۱۱	درمان شناختی/رفتاری-کنترل	-۱/۴۴	۰/۰۲۹
تداخل	درمان شفقت	۲۲/۸۰	درمان شناختی/رفتاری-درمان شفقت	-۰/۷۳	۰/۰۷۸
	درمان شناختی/رفتاری	۲۳/۵۳	درمان شفقت-کنترل	-۲/۱۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۴/۹۳	درمان شناختی/رفتاری-کنترل	-۱/۴۰	۰/۰۰۱
نمره کل نگرانی از تصویر بدنی	درمان شفقت	۵۲/۳۶	درمان شناختی/رفتاری-درمان شفقت	-۰/۸۴	۰/۵۳۵
	درمان شناختی/رفتاری	۵۳/۲۰	درمان شفقت-کنترل	-۳/۶۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۵۶/۰۴	درمان شناختی/رفتاری-کنترل	-۲/۸۴	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت بر نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به پوسوریازیس بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به پوسوریازیس موثر بوده است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات دوی و همکاران (۲۰۲۳) و چورپا و همکاران (۲۰۲۳) همسویی دارد. در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به پوسوریازیس می‌توان گفت که شواهد رو به رشدی وجود دارد که از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، که نوعی روان‌درمانی بدن^۱ است، در

با توجه به جدول ۵ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان مبتنی بر شفقت با گروه کنترل بیشتر از تفاوت 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 نگرانی از تصویر بدنی زنان مبتلا به پوسوریازیس دارد.

بیماری پسوریازیس می‌شود. لذا منطقی است گفته شود که درمان مبتنی بر شفقت بر نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به پسوریازیس موثر باشد. در نهایت نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر کاهش نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به پسوریازیس دارد. این نتیجه می‌تواند با نتایج تحقیقات ورابل و همکاران (۲۰۲۴) و باتومگاردنر و همکاران (۲۰۲۴) همسویی داشته باشد که اثربخشی بیشتری درمان شفقت به خود نسبت به درمان شناختی-رفتاری را نشان داده‌اند. اما پژوهش‌هایی وجود ندارد که به مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به پسوریازیس پرداخته باشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت خود بر این ایده استوار است که احساس رضایت، امنیت، اطمینان خاطر و رفاه توسط سه سیستم تنظیم هیجانی شامل سیستم تهدید^{۱۱} (متمرکز بر تهدید و جستجوی ایمنی)، سیستم محرک^{۱۲} (بر انگیزه/منابع متمرکز) و سیستم تسکین دهنده^{۱۳} (مربوط به وابستگی و تسکین دهنده/ایمنی) پشتیبانی می‌شود (گیلبرت و تریچ، ۲۰۰۹). تعادل بین سه سیستم تنظیم کننده هیجان در کنار تمرینات تجربی مبتنی بر شفقت، مانند تصویرسازی مشفقانه، نوشتن نامه محبت‌آمیز، و کار روی صندلی، ساختن یک ذهن مشفق است (گیلبرت، ۲۰۱۴). تمرکز اصلی درمان مبتنی بر شفقت خود توسعه شفقت برای خود است (کیربی^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۷)، اما با این حال، سیستم‌های تنظیم هیجانی اغلب برای کسانی که سطوح بالایی از خودانتقادی و شرم دارند غیرقابل دسترس هستند، زیرا سیستم تهدید آنها بیش از حد فعال است و سیستم‌های محرک و تسکین دهنده را سرکوب می‌کند (گیلبرت، ۲۰۱۰). بنابراین، درمان شفقت خود با هدف تسهیل توسعه سیستم تسکین دهنده از طریق آموزش ذهن مشفق است (گیلبرت، ۲۰۱۷). این آموزش مستلزم کسب شش مهارت دلسوزانه (یعنی تصویرسازی، توجه، احساس، رفتار، استدلال و مهارت‌های حسی) است تا بتوانند پنج ویژگی کلیدی شفقت را نسبت به خود و به دیگران، یعنی حساسیت^{۱۵}، مراقبت از بهزیستی^{۱۶}، عدم قضاوت^{۱۷}، همدردی^{۱۸} و تحمل پریشانی^{۱۹} به کار گیرند. سیستم تسکین دهنده را می‌توان از طریق ذهن آگاهی و فنون آموزش ذهن مشفقانه مانند نامه‌نگاری، توجه، تفکر و تصویرسازی مشفقانه تحریک کرد (میلارد^{۲۰} و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین برای کاهش نگرانی از تصویر بدنی منفی نیاز به ذهن دلسوزانه و مشفقانه داریم که بتوانیم خود را دوست بداریم و نگرش مثبتی به بدن و تصویر بدنی خود داشته باشیم. لذا منطقی است گفته شود که درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر کاهش نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به پسوریازیس داشته باشد.

رسیدگی به اختلالات تصویر بدن، همانطور که توسط کومدا-لوتز^۱ و همکاران (۲۰۰۶)؛ به نقل از میسترسکا^۲ و همکاران، (۲۰۲۴) و روحریچت^۳ و همکاران (۲۰۱۳) تاکید شده است، حمایت می‌کند. درمان شناختی-رفتاری یکی از گسترده‌ترین درمان‌ها و مبتنی بر شواهد برای اختلالات تصویر بدن است. به طور خلاصه، درمان شناختی-رفتاری بر تغییر افکار، احساسات و رفتارهای غیرمنطقی و مضر با استفاده از روش‌هایی مانند خود نظارتی^۴، حساسیت‌زدایی^۵، آموزش روانی^۶، بازسازی شناختی^۷، یا مواجهه و پیشگیری از پاسخ^۸ تمرکز دارد (گرانگ و کش^۹، ۱۹۹۵)؛ به نقل از میسترسکا و همکاران، (۲۰۲۴). بنابراین در درمان شناختی-رفتاری، افراد بر ادراک‌ها، افکار و احساسات خود در مورد تصویر ذهنی از بدن متمرکز می‌شوند و در می‌یابند که چگونه خودشان این تصویر را شکل داده‌اند. از دیدگاه شناختی-رفتاری اختلال تصویر بدن وقتی اتفاق می‌افتد که فرد، تحریفی را در ادراک، رفتار یا شناخت و عاطفه مرتبط با وزن و شکل بدن تجربه می‌کند (کش، ۲۰۱۲). لذا در این نوع درمان به تحریف‌ها به طور مبسوط پرداخته می‌شود. از سوی دیگر آنچه در این درمان به آن پرداخته می‌شود؛ تأکید به امکان ایجاد رضایتمندی از بدن است و در واقع به زنان مبتلا به بیماری پسوریازیس آموخته شد چگونه می‌توانند فرصت‌هایی را برای لذت بردن از ظاهرشان ایجاد کنند. لذا منطقی است گفته شود که درمان شناختی-رفتاری بر نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به پسوریازیس موثر باشد.

همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به پسوریازیس موثر بوده است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات محرابی و همکاران (۲۰۲۴)، سیف و همکاران (۲۰۲۴)، کیارسی و همکاران (۱۴۰۰) و خلعتبری و همکاران (۱۳۹۷) همسویی دارد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به پسوریازیس می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت با تکیه بر رویکردهای مختلف از علوم اعصاب، روانشناسی تکاملی، رشدی و اجتماعی و سنت‌های بودایی، بخشی از موج سوم درمان‌های شناختی و رفتاری در نظر گرفته می‌شود که بر ذهن آگاهی، پذیرش، فراشناخت، احساسات، ارزش‌ها و اهداف تأکید دارند (کاروالهو^۱ و همکاران، ۲۰۱۷) و هدف آن ایجاد شفقت در رنج انسان از طریق رویکرد فراتشخیصی آن است (کریگ و همکاران، ۲۰۲۰). از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش به عنوان کیفیت تماس بودن با رنج‌ها و آسیب‌های خود و احساس کمک کردن برای رفع مشکلات خود تعریف می‌شود و با مولفه‌های مثبت روانشناختی مانند نودوستی، شادی و مهربانی با خود همراه است؛ لذا این روش درمانی از طریق افزایش توجه به خود و مهربانی با خود سبب کاهش نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به

11. threat system
12. drive system
13. soothing system
14. Kirby
15. sensitivity
16. care for well-being
17. non-judgement
18. sympathy
19. distress tolerance
20. Millard

1. Koemeda-Lutz
2. Misterska
3. Röhrich
4. self-monitoring
5. desensitization
6. psychoeducation
7. cognitive restructuring
8. exposure and response prevention
9. Grant & Cash
10. Carvalho

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 و ماندگاری اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت پرداخته شود. در سطح عملی، بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر شفقت می‌توانند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای کاهش نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به پسوریازیس در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شوند و تقدم استفاده در کاهش نگرانی از تصویر بدنی زنان مبتلا به پسوریازیس با درمان مبتنی بر شفقت است.

تقدیر و تشکر

از همه شرکت‌کنندگانی که برای به ثمر رسیدن این پژوهش همکاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

این مقاله هیچ گونه تعارض منافع ندارد.

منابع مالی

این پژوهش هیچگونه حمایت مالی نداشته است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و شرکت در پژوهش هیچگونه آسیب احتمالی برای شرکت‌کنندگان نداشته است. لازم به ذکر است که کسب کد اخلاق به شماره IR.IAU.CTB.REC.1403.192 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بوده است.

دسترسی به داده‌ها

امکان اشتراک‌گذاری داده‌ها به صورت عمومی وجود ندارد. در صورت تمایل سایر پژوهشگران برای اشتراک‌گذاری داده‌ها، می‌توانند با ایمیل با نویسنده مسئول مکاتبه کنند.

References

- Antonatos, C., Georgakilas, G. K., Evangelou, E., & Vasilopoulos, Y. (2024). Transcriptomic meta-analysis characterizes molecular commonalities between psoriasis and obesity. *Genes & Immunity*, 25(3), 179-187. <https://doi.org/10.1038/s41435-024-00271-w>
- Arabi, A., Hasani, J., Akbari, M., Hatami, M., & Sherbafchi Zadeh, M.R. (2021). Effectiveness of Self-Compassion Therapy on Psychological Distress and Quality of Life of Psoriasis Skin Patients. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 18 (4), 605-615. <http://dx.doi.org/10.52547/rbs.18.4.605> (In Persian)
- Arabi, A., Hasani, J., Akbari, M., Hatami, M., & Sherbafchi Zadeh, M. R. S. (2023). 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*, 10(4), 1-10. <https://doi.org/10.22122/ijbmc.v10i4.339>
- Armstrong, A. W., & Read, C. (2020). Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review. *Jama*, 323(19), 1945-1960. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4006>
- Baumgardner, M., & Benoit Allen, K. (2024). Integrating cognitive-behavioral therapy with compassion-focused therapy for the treatment of social anxiety disorder: An evidence-based case study. *Clinical Case Studies*, 23(2), 127-145. <https://doi.org/10.1177/15346501231197403>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822-848. <https://psycnet.apa.org/buy/2003-02410-012>
- Burns, G. L., Fornea, G. M., Keortge, S., & Sternberger, L. G. (1995). The utilization of nonpatient samples in the study of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33(2), 133-144. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00039-m](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00039-m)
- Carvalho, S., Martins, C. P., Almeida, H. S., & Silva, F. (2017). The evolution of cognitive behavioural therapy—The third generation and its effectiveness. *European Psychiatry*, 41(1), 773-774. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1461>
- Cash, T. F. (2012). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, 18(3), 334-342. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00054-7>
- Chopra, D., Shinn, E., Teo, I., Bordes, M. C., Reece, G. P., Liu, J., ... & Fingeret, M. C. (2023). A cognitive behavioral therapy-based intervention to address body image in patients with facial cancers: Results from a randomized controlled trial. *Palliative & Supportive Care*, 1(2), 1-8. <https://doi.org/10.1017/S1478951523000305>
- Cipolla, S., Catapano, P., Bonamico, A. F., De Santis, V., Murolo, R., Romano, F., ... & Catapano, F. (2024). Factors Associated with Anxiety, Depression, and Quality of Life in Patients with Psoriasis: A Cross-Sectional Study. *Brain Sciences*, 14(9), 865-875. <https://doi.org/10.3390/brainsci14090865>
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert review of neurotherapeutics*, 20(4), 385-400. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184>
- Dewi, D. A. R., Wijayanti, F. A., Chen, S., & Firmansyah, R. S. P. (2023). Cognitive behavioral therapy as an adjunctive treatment for anxiety and depression in psoriasis patients. *Devotion: Journal of Research and Community Service*, 4(6), 1234-1241. <http://dx.doi.org/10.59188/devotion.v4i6.481>
- Djohar, M. S. R., & Setiyarso, B. R. (2024). A Study of Association of Psoriasis and Type 2 Diabetes Mellitus: A Comprehensive Systematic Review. *Jurnal Sehat Indonesia (JUSINDO)*, 6(02), 719-731. <https://doi.org/10.59141/jsi.v6i02.136>
- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2018). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Guilford publications. <https://www.guilford.com/books/>
- Feng, J. N., Guo, J. Z., Zhang, Q., Zhuo, L., Xu, L., Liu, L. L., ... & Wang, S. F. (2023). Higher prevalence of generalized pustular psoriasis in Asia? A population-based study using claim data in China and a systematic review. *Dermatology*, 239(2), 195-205. <https://doi.org/10.1159/000528850>
- Furukawa, Y., Sakata, M., Yamamoto, R., Nakajima, S., Kikuchi, S., Inoue, M., ... & Perlis, M. (2024). Components and delivery formats of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in adults: a systematic review and component network meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5060>
- Ghorbanzadeh, S.S., kiamarsi, A., & Abolghasemi, A. (2024). 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*, 19 (1), 65-77. <http://dx.doi.org/10.22034/IJNR.19.1.6> (In Persian)
- Ghorbanzadeh, S.S., Kiamarsi, A., & Abolghasemi, A. (2024). Comparison of Effectiveness of Self-Compassion Therapy and Emotionally Focused Therapy on Family Functions of Women Experienced Domestic Violence. *Journal of Psychological Studies*, 219(4), 39-54. <https://doi.org/10.22051/psy.2023.43687.2786> (In Persian)
- Gilbert, P. (2000). Internal 'social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*, 118-150. <https://psycnet.apa.org/record/2001-16368-006>
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112. [10.1521/ijct.2010.3.2.97](https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97)
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P. (2017). Compassion as a social mentality: An evolutionary approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Concepts, research and applications* (pp. 31–68). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315564296-3>

- Gilbert, P., & Tirsch, D. (2009). Emotional memory, mindfulness and compassion. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 99–110). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_7
- Gündüz, A., Topçuoğlu, V., Usta Gündüz, E. B., Ergun, T., Gencosmanoglu, D. S., & Sungur, M. Z. (2020). Significant effects of body image on sexual functions and satisfaction in psoriasis patients. *Journal of sex & marital therapy*, 46(2), 160-169. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2019.1654582>
- Hemmatyar, I., Aghayousefi, A., Aghaei, H., & Tabatabaee, S.M. (2024). 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*, 19(75), 111-124. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.61502.6193> (In Persian)
- Iocca, F., Burlando, M., Angelo, N. L., Ragucci, F., Pugi, D., Parodi, A., ... & Pozza, A. (2024). Sexual functioning in patients with psoriasis: the role of body dissatisfaction and cognitive biases toward sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 50(4), 439-455. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2024.2302959>
- Kahraman, B. B., Karatepe, H. T., Karadağ, A. S., & Çıtak, S. (2024). Psychological Flexibility, Stigma, and Quality of Life in Psoriasis Patients. *Psychother Res*, 13(1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.5455/JCBPR.146290>
- Khalatbari, J., Hemmati Sabet, V., & Mohammadi, H. (2018). Effect of compassion-focused therapy on body image and marital satisfaction in women with breast cancer. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 11(3), 7-20. <http://ijbd.ir/article-1-683-fa.html> (In Persian)
- Kiarasi, Z., Emadian, S. O., & Hassanzadeh, R. (2022). The effectiveness of compassion-focused therapy on posttraumatic growth and body image fear in females with breast cancer. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 10(12), 109-118. <http://dori.net/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.12.3.5> (In Persian)
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778-792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
- Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and therapy*, 43(2), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006>
- Mehrabi, N., Amiri, H., Omid, A., & Sarvizadeh, M. (2024). The Effectiveness of Group Compassion-Focused Therapy on Body Image and Interpersonal Stress among Women with Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. *IJ Psychiatry and Behavioral Sciences*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.5812/ijpbs-139764>
- Meneo, D., Martoni, M., Giannandrea, A., Tengattini, V., & Baglioni, C. (2024). Mindfulness and self-compassion in dermatological conditions: a systematic narrative review. *Psychology & health*, 39(2), 268-300. <https://doi.org/10.1080/08870446.2022.2070619>
- Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 326(1), 168-192. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.010>
- Misterska, E., Tomaszewski, M., Górski, F., Gapsa, J., Słysz, A., & Głowacki, M. (2024). Assessing the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy on Body Image in Adolescent Scoliosis Patients Using Virtual Reality. *Journal of Clinical Medicine*, 13(21), 1-20. <https://doi.org/10.3390/jcm13216422>
- Mohammadi, N., & Sajadinejad, M. S. (2007). The Evaluation of psychometric properties of Body Image Concern Inventory and examination of a model about the relationship between body mass index, body image dissatisfaction and self-esteem in adolescent girls. *Journal of psychological studies*, 3(1), 85-101. (In Persian) <https://doi.org/10.22051/psy.2007.1650>
- Niafar, G. H., Moghtader, L., Asadi Majareh, S., & Mehregan, B. (2024). The mediating role of self-criticism in the relationship between mindfulness and concern body image in students with bulimia nervosa symptom. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 13(2), 141-150. (In Persian) <http://frooyesh.ir/article-1-4989-fa.html>
- Nowowiejska, J., Karny, A., Nesterowicz, M., Purpurowicz, P., Baran, A., Kaminski, T. W., ... & Flisiak, I. (2024). Sexual dysfunctions in psoriatic patients. *Frontiers in Public Health*, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1339196>
- Parisi, R., Iskandar, I. Y., Kontopantelis, E., Augustin, M., Griffiths, C. E., & Ashcroft, D. M. (2020). National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ*, 28(1), 369-379. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1590>
- Prinz, J. C., Choon, S. E., Griffiths, C. E., Merola, J. F., Morita, A., Ashcroft, D. M., & Viguier, M. (2023). Prevalence, comorbidities and mortality of generalized pustular psoriasis: a literature review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 37(2), 256-273. <https://doi.org/10.1111/jdv.18720>
- Röhrich, F., Papadopoulou, N., & Priebe, S. (2013). An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. *Journal of affective disorders*, 151(1), 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.056>
- Rouhi, M., Manzari Tavakoli, A., & Tajrobehkar, M. (2023). 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*, 21 (10), 1055-1077. <http://dx.doi.org/10.52547/jrums.21.10.1055> (In Persian)
- Ryan, C., & Kirby, B. (2015). Psoriasis is a systemic disease with multiple cardiovascular and metabolic comorbidities. *Dermatologic clinics*, 33(1), 41-55. <https://doi.org/10.1016/j.det.2014.09.004>
- Rzeszutek, M., Podkowa, K., Pięta, M., Pankowski, D., & Cyran-Stemplewska, S. (2021). Comparative study of life satisfaction among patients with psoriasis versus healthy comparison group: the explanatory role of body image and resource profiles. *Quality of Life Research*, 30(1), 181-191. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02621-3>
- Seif, M., Golpour, R., & Abdollahzadeh, H. (2024). Comparing the Effectiveness of Compassion Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Body Image in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. *International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention*, 9(2), 1043-1050. <http://dx.doi.org/10.22034/IJMPP.9.2.1043>

- Shah, S. F. H., Merchant, S. A., & Shah, S. A. (2024). Female sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review and meta-analysis using the Female Sexual Function Index. *International Journal of Impotence Research*, 36(3), 232-241. <https://doi.org/10.1038/s41443-022-00650-9>
- Shi, L., Li, C., Zou, S., Zhang, Y., Liu, S., & Liu, F. (2022). Effects of mindfulness cognitive therapy versus cognitive behavioral therapy on negative emotions and quality of life in patients with psoriasis. *Archives of Clinical Psychiatry*, 49(5), 1-10. <https://archivespsy.com/menu-script/index.php/ACF/issue/view/135>
- Sijercic, I., Ennis, N., & Monson, C. M. (2020). A systematic review of cognitive and behavioral treatments for individuals with psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*, 31(6), 631-638. <https://doi.org/10.1080/09546634.2019.1690625>
- Sugumaran, D., Yong, A. C. H., & Stanslas, J. (2024). Advances in psoriasis research: from pathogenesis to therapeutics. *Life Sciences*, 1(2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2024.122991>
- Takeshita, J., Grewal, S., Langan, S. M., Mehta, N. N., Ogdie, A., Van Voorhees, A. S., & Gelfand, J. M. (2017). Psoriasis and comorbid diseases: epidemiology. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 76(3), 377-390. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.07.064>
- Tan, C., Jiang, J., Deng, X., Xiang, W., & Hu, T. (2021). Effect of cognitive behavioral therapy on anxiety and depression in patients with psoriasis: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 100(46), 1-10. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000027720>
- Veisi, S., & Kashefi, F. (2025). effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on executive functioning, theory of mind and mentalization in people with borderline personality disorder. *New Advances in Behavioral Sciences*, 10 (58), 340-353. <https://ijndibs.com/article-1-1164-fa.html>
- Vrabel, K. R., Waller, G., Goss, K., Wampold, B., Kopland, M., & Hoffart, A. (2024). 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*, 174(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104480>
- Wang, J., Zhang, C. S., Zhang, A. L., Xue, C. C., & Lu, C. (2024). 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*, 1(2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2024.118166>
- Wu, C. L., Chang, Y. C., Yao, W. T., & Chiang, T. I. (2024). Exploring the Effectiveness of Biological Therapy in Patients with Psoriasis: Body Image and Quality of Life. *Medicina*, 60(1), 160-170. <https://doi.org/10.3390/medicina60010160>