

Research Paper



Effectiveness of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy on Psychological Distress of Patients with Atopic Dermatitis



Seyedeh Hamideh Naghibi¹, Reza Pourhosein^{2*}, Mehdi Reza Sarafraz³, Ali Sadeghinia⁴

1. PhD candidate in health psychology, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Shiraz, Shiraz, Iran
4. Associate Professor, Department of Dermatology, Razi Dermatology Hospital, , Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15341

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.68.18.2](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.15341)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15341.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Atopic dermatitis,
Intensive short-term
dynamic psychotherapy,
Psychological distress

Received: 2022/07/29
Accepted: 2022/08/14
Available: 2023/02/09

ABSTRACT

Atopic dermatitis as a common and chronic inflammatory skin disease can lead to mental distress in the patient. The aim of the present study was to determine the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on the psychological distress of patients with atopic dermatitis. The present study is a semi-experimental design of single subject type. The statistical population of this study included patients with atopic dermatitis who referred to Razi Hospital in Tehran in 2019, and among them, 5 people were selected through available sampling. These people underwent 10 individual sessions of intensive short-term psychodynamic therapy. The subjects completed the depression, anxiety and stress scale at the baseline stage, during the intervention and follow-up. In order to analyze the data, visual analysis and calculation of recovery percentage were used. According to the scores of the patients in depression, anxiety and stress and the graphs of the changes, all patients showed an acceptable reduction in depression, anxiety and stress. The overall improvement rate of patients in depression, anxiety and stress at the end of the intervention was 61%, 57%, 62.4%, respectively, which indicates the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy in reducing these variables. Intensive short-term dynamic psychotherapy can help reduce the psychological distress of patients with atopic dermatitis as an effective intervention.



* Corresponding Author: Reza Pourhosein

E-mail: prhosein@ut.ac.ir

مقاله پژوهشی



اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به درمانیت اتوپیک



سیده حمیده نقیبی^۱، رضا پورحسین^{۲*}، مهدی رضا سرافراز^۳، علی صادقی نیا^۴

۱. کاندیدای دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۴. دانشیار، گروه پوست، بیمارستان پوست رازی، دانشکده پزشکی دانشگاه تهران، تهران، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15341

DOR: 20.1001.1.27173852.1401.17.68.18.2

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15341.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

درمانیت اتوپیک، روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت، پریشانی روان‌شناختی

درمانیت اتوپیک به عنوان یک بیماری التهای مزمن و شایع پوستی می‌تواند منجر به پریشانی روانی در فرد بیمار شود. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به درمانیت اتوپیک بود. پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع تک آزمودنی است. جامعه آماری این مطالعه شامل مبتلابان به بیماری درمانیت اتوپیک مراجعه کننده به بیمارستان فوق تخصصی پوست رازی تهران در سال ۱۳۹۹ بود که از بین آنها، ۵ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این افراد تحت ۱۰ جلسه فردی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده فردی قرار گرفتند. آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه، در طول مداخله و پیگیری پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی را تکمیل کردند. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری و محاسبه درصد بهبودی استفاده شد. طبق نمرات بیماران در افسردگی، اضطراب و استرس و نمودارهای روند تغییرات، همه بیماران کاهش قابل قبولی در افسردگی، اضطراب و استرس نشان دادند. میزان بهبود کلی بیماران در افسردگی، اضطراب و استرس در پایان مداخله به ترتیب ۶۱، ۵۷ و ۶۲/۴ درصد بود که بیانگر اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در کاهش این متغیرها است. روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده می‌تواند به عنوان یک مداخله موثر به کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به درمانیت اتوپیک کمک کند.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۵/۰۷

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۵/۲۳

منتشر شده: ۱۴۰۱/۱۱/۲۰

* نویسنده مسئول: رضا پورحسین

رایانامه: prhosein@ut.ac.ir

مقدمه

درماتیت/اگزما^۱ واژه‌ای است که برای اشکال مختلفی از التهاب پوست به کار می‌رود که شامل خارش، قرمزی و خشکی پوست هستند. اگزما انواع مختلفی دارد که یکی از انواع شایع آن، درماتیت آتوپیک است (چو، هسیه، چان، تانگ و چو^۲، ۲۰۲۰). درماتیت آتوپیک^۳ یک بیماری التهابی مزمن و شایع پوستی است که با خارش، درد پوست، اختلالات خواب و بیماری‌های همراه متعدد مشخص می‌شود که همگی می‌توانند منجر به اختلالات روانی و اجتماعی مانند ناامیدی، کاهش اعتماد به نفس و پریشانی روانی در فرد شوند (تلامنتی، گلزو، سیلوآگیو، لامباردو، تارتاگلیا و بینچی^۴، ۲۰۲۱). پریشانی روان‌شناختی حالات ذهنی ناخوشایند افسردگی، اضطراب و استرس است که توسط افراد به‌طور موقت یا دائم در پاسخ به استرس‌های آسیب‌زا تجربه می‌شود (چنگ و سیلوربرگ^۵، ۲۰۱۹). ویژگی‌های مشخص‌کننده افراد مبتلا به پریشانی روان‌شناختی شامل ناتوانی درک شده برای کنار آمدن با مشکلات، تغییر در وضعیت هیجانی خود و ناتوانی در برقراری ارتباط بین ناراحتی و آسیب است (کلس، مککری و گریش^۶، ۲۰۲۰). این افراد از بدبینی نسبت به آینده، اضطراب و استرس، دست کم گرفتن خود، کناره‌گیری و انزوای اجتماعی و علائم جسمانی‌سازی رنج می‌برند (شارپ و تیلر^۷، ۲۰۱۸). به‌طور کلی و طبق یافته‌های مطالعات، افراد با پریشانی روانی بالا بیشتر از نشانه‌های بیماری جسمی و افت کارکرد جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی خبر می‌دهند (ارویسداتر، مرکلاند، کیلن، تافت و اکمن^۸، ۲۰۱۸). همچنین پریشانی روان‌شناختی سبب می‌شود که به مرور زمان تحمل پریشانی افراد نیز کاهش یافته و رفتارهای ناسازگارانه بیشتری را از خود نشان دهند (متاد، بشکارت و ایبازن^۹، ۲۰۱۵). نشان داده شده است که افراد دچار اگزما از جمله بیماران مبتلا به درماتیت آتوپیک از سطوح بالاتر پریشانی روان‌شناختی نسبت به افراد با سایر بیماری‌های مزمن خبر می‌دهند (ان و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۹؛ لطفی، علیپور، ترخان، فرزاد و ملکی، ۱۳۹۴). از سوی دیگر، استرس‌های هیجانی از عوامل مؤثر بر تشدید بیماری درماتیت آتوپیک شناخته شده است، به طوری که ۳۰ تا ۴۰ درصد افراد مبتلا به دنبال استرس، دچار عود بیماری می‌شوند (گلیپولی و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۱). مطالعات اخیر نشان داده‌اند که استرس می‌تواند باعث افت عملکرد سیستم ایمنی در بیماران مبتلا به درماتیت آتوپیک و در نتیجه تشدید بیماری شود (کاسترو، اندراد، پیرس و پیرس^{۱۲}، ۲۰۲۱). بنابراین تعدیل پریشانی روانی شامل استرس، اضطراب و افسردگی در این بیماران مسئله‌ای حیاتی است و بر همین اساس باید به دنبال شناسایی مداخلاتی مؤثر در این زمینه بود. روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت^{۱۳} از جمله مداخلاتی است که می‌تواند در کاهش علائم روان‌شناختی مؤثر عمل کند.

مداخله روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر تجربه هیجانات عمیق متمرکز است. دیدگاه روان‌پویشی بر این اندیشه استوار است که افکار و هیجان‌های ناخودآگاه علل مهم رفتار هستند (دلسلوا و مالان^{۱۴}، ۲۰۱۸). رویکرد روان‌پویشی به رفتار به درجات مختلف بر این فرض استوار است که رفتار قابل مشاهده تابعی از فرایندهای روانی داخلی و رویدادهای پنهان است (اباس، کیسلی، رسیک، تاون و جانسون^{۱۵}، ۲۰۱۵). الگوی عملیاتی روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت به صورت کار بر مثلث تعارض در سه گوشه مثلث شخص است و بیمار در این رویکرد با رفع تعارضات ناهشیار خویش، شیوه‌های رضایت‌بخش‌تری برای رفع مشکلات خود می‌یابد (تاون، اباس، استرید و برنیر^{۱۶}، ۲۰۱۷). در روان‌درمانی پویشی، تعارضات هیجانی به عنوان ریشه اختلالات روانی فرض می‌شود که از تجربیات اولیه فرد برمی‌خیزد؛ بنابراین درمانگر به شناسایی احساسات و فرآیندهای ناخودآگاه می‌پردازد که منجر به طیف وسیعی از علائم می‌شود (دوانلو^{۱۷}، ۱۹۹۶). با شناخت این فرآیندها و کار بر روی هیجانات، بیمار می‌تواند از تأثیرات گذشته رها شود، توانایی برقراری ارتباط سالم و کاهش علائم روان‌شناختی را تجربه کند (پاسبانی اردبیلی، برجعلی و پزیشک، ۱۳۹۷). دوانلو (۱۹۹۶)، مجموعه‌ای از مداخلات هیجان‌مدار را به منظور فشار برای بسیج هیجانات و چالش با دفاع‌ها وجود آورد و مداخلاتی خلق کرد تا درگیری هیجانی بیمار را پیشینه و مقاومت و دفاع‌هایی که مانع فرآیند تجربه هیجانی و روابط صمیمی است را تضعیف و متزلزل گرداند. هیجانات تجربه شده در اینجا و اکنون نوعی رویداد راه‌انداز است که به آزادسازی احساسات و خاطراتی از گذشته می‌انجامد و امکان تجربه و حل و فصل آن‌ها را فراهم می‌کند و این فرآیند گاه بر انعطاف‌پذیری و جریان سیال ناهشیار بیمار می‌افزاید. موضع فعال درمانگر به با کارگیری صحیح فنون سبب می‌شود تا مراجعه‌کننده در کوتاه‌ترین زمان، هیجانات ناهشیار خود را که موجب اضطراب، بروز نشانه‌های اختلال و دفاع‌های گوناگون شده است را شناسایی و تجربه نماید و سلامت روان خود را بهبود بخشد (کنی، ارتی و اباس^{۱۸}، ۲۰۱۴). یافته‌های مطالعات نشان داده است که افشاء، چه گفتاری چه نوشتاری به بهبود سلامت جسمانی، روانی و عملکرد سیستم ایمنی کمک می‌کند. تقوی، میرزائی، ازندریانی و رضائی شجاعی (۱۳۹۸) در مطالعه خود نشان دادند که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت بر کاهش شدت اضطراب و افسردگی و افزایش سطح شادکامی در زنان مبتلا به اضطراب فراگیر مؤثر است. پاسبانی اردبیلی و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه خود به این یافته دست پیدا کردند که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت بر بهبود رابطه متعارض والد-فرزند اثربخش است. مرادزاده خراسانی، میرزاییان و حسن زاده (۱۳۹۹) در مطالعه خود نشان دادند که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده دوانلو بر بهبود میزان ذهنی‌سازی در افراد دارای رفتارهای

10. Ahn et al
11. Gilhooley et al
12. Castro, Andrade, Pires, & Pires
13. Intensive short-term dynamic psychotherapy
14. Della Selva & Malan
15. Abbass, Kisely, Rasic, Town & Johansson
16. Town, Abbass, A., Stride & Bernier
17. Davanloo
18. Kenny, Arthey & Abbass

1. dermatitis/eczema
2. Cho, Hsieh, Chan, Tang & Chu
3. atopic dermatitis
4. Talamonti, Galluzzo, Silvaggio, Lombardo, Tartaglia & Bianchi
5. Cheng & Silverberg
6. Keles, McCrae & Grealish
7. Sharp & Theiler
8. Arvidsdotter, Marklund, Kylén, Taft & Ekman
9. Matud, Bethencourt, & Ibáñez

می‌گیرند، هنگامی است که شرکت کنندگان مطالعه از گروه و یا جمعیتی نادر هستند (به‌عنوان مثال مبتلایان به اختلال خاص). بدین منظور و برای دستیابی به نمونه مورد نیاز، در طی فراخوانی و ارائه توضیحاتی درباره عنوان و موضوع طرح درمانی، افراد واجد شرایط برای شرکت در مطالعه و اطلاعات تماس، از افراد برای شرکت در مطالعه دعوت شد. از بین ۱۲ متقاضی، ۶ نفر به دلایل مختلفی مثل عدم شرایط حضور در جلسات درمان و نداشتن معیار-های ورود به پژوهش، وارد مرحله اجرای طرح مطالعه نشدند و با ۶ نفر باقی‌مانده، جلسات درمان شروع شد. این افراد قبل از شروع جلسه اول درمان، پرسشنامه پریشانی روانشناختی را در دو مرحله با فاصله زمانی دو هفته تکمیل کردند و سپس تحت درمان روان‌پوشی کوتاه‌مدت فشرده قرار گرفتند و در طول مداخله نیز ۵ بار پرسشنامه پریشانی روانشناختی را تکمیل کردند. این درمان شامل ۱۰ جلسه یک ساعته بود که به صورت فردی و هفته‌ای یکبار اجرا شد. جلسات پیگیری نیز بعد از یک ماه و سه ماه از تمام شدن آخرین جلسه انجام شد و شرکت کنندگان در این دو مرحله پرسشنامه را تکمیل کردند. به دلیل شرایط نابسامان کرونا، جلسات به‌صورت آنلاین و از طریق ویدئوکنال برگزار شد. در نهایت از ۶ فرد شرکت کننده، یک نفر به دلیل عدم مشارکت در جلسات درمان حذف شد و داده‌های مربوط به ۵ نفر وارد مرحله آنالیز شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از: حداقل دو سال سابقه‌ی بیماری درمان‌ناپذیر، رضایت شرکت‌کنندگان برای شرکت در جلسات مداخله روان‌پوشی فشرده کوتاه مدت، دامنه‌ی سنی ۲۵ تا ۳۵ سال، سطح تحصیلات حداقل دیپلم. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلای هم‌زمان به اختلال‌های همبسته نظیر اختلال‌های روان‌پریشی، عدم همکاری فرد و یا وقوع یک پیشامد ناگوار همچون بیماری یا مسائل خانوادگی در حین پژوهش که مانع از ادامه شرکت در جلسات می‌شود. از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در اجرای این مطالعه شامل رضایت افراد و پزشک معالج از حضور بیماران در طرح پژوهش، آگاه‌سازی بیماران از تمامی جوانب پژوهش، اطمینان دادن به افراد شرکت کننده در مورد رازداری و حفظ اسرار آنها، خودداری از القاء احساس منفی به بیماران در مورد نوع و پیامد بیماری‌شان و بلامانع بودن ترک جلسات در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری بود.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۲: این مقیاس توسط لایباند و لایباند (۱۹۹۵) برای ارزیابی پریشانی روانشناختی شامل افسردگی، اضطراب و استرس (در طی یک هفته گذشته) طراحی شده است. این مقیاس شامل ۲۱ گویه می‌باشد که به هر کدام از خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس، ۷ گویه تعلق می‌گیرد. برای نمره‌گذاری این مواد از مقیاس لیکرت (صفر= اصلاً درباره من صدق نمی‌کند تا ۳= کاملاً درباره من صادق) استفاده می‌شود و برای کسب نمره نهایی، نمره به دست آمده در هر خرده مقیاس در دو ضرب می‌شود. بنابراین مجموع نمرات هر خرده مقیاس ۴۲-۰ و نمره کل پرسشنامه ۱۲۶-۰ می‌باشد و نمرات بالاتر نشان دهنده پریشانی روانشناختی بیشتر در فرد است. لایباند و لایباند (۱۹۹۵) در مطالعه خود

خودآسیب‌رسان به قصد غیرخودکشی اثربخشی معنادار دارد. مامی، صفرنیا، تردست و عباسی (۱۳۹۹) در بررسی خود بر روی زنان متقاضی طلاق نشان دادند که روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده در کاهش نارسایی هیجانی در این افراد اثربخش است. کنی و همکاران (۲۰۱۴) در بررسی خود بر روی نوازندگان ارکستر نشان دادند که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت در کاهش میزان اضطراب در این افراد و افزایش سطح عملکرد آنها مؤثر است. تاون و همکاران (۲۰۱۷) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت می‌تواند مداخله‌ای اثربخش در کاهش علائم افسردگی در افراد دارای افسردگی مقاوم به درمان باشد.

شیوع درمان‌ناپذیری به ویژه در چند سال اخیر با توجه به تغییر سبک زندگی روند افزایشی داشته و سبب شده است این بیماری به یک مسأله بهداشت جهانی تبدیل شود (رونبارگ و همکاران^۱، ۲۰۲۱). پریشانی روان-شناختی از جمله عوامل تشدید کننده این بیماری و همچنین از جمله پیامدهای ناشی از آن است؛ بنابراین بکارگیری مداخلاتی که این بیماران را در کاهش شدت پریشانی روان‌شناختی یاری برساند از اهمیت خاصی برخوردار است. روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده مداخله‌ای است که به دلیل تأکیدی که بر تجربه عمیق هیجانی در رابطه درمانی دارد، به نظر می‌رسد که می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد و بر همین اساس، مطالعه حاضر به دنبال بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به درمان‌ناپذیری است.

روش

پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع تک آزمودنی است. در این طرح امکان کنترل شرایط وجود دارد و خود آزمودنی به عنوان کنترل خود عمل می‌کند. این طرح‌ها شبیه طرح‌های گروهی آزمایشی است که با دستکاری فعالانه متغیر مستقل امکان نتیجه‌گیری علت و معلولی را فراهم می‌سازد. در طرح خط پایه چندگانه، پس از اطمینان از ثبات سطح و جهت روند، متغیر وابسته اعمال می‌گردد. طرح پژوهش حاضر در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری انجام شد؛ به طوری که رفتارهای هدف به طور مکرر در خلال دوره‌ی خط پایه اندازه‌گیری شد و آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه، پرسشنامه پریشانی روانشناختی را در دو مرحله با فاصله زمانی دو هفته جهت ارزیابی ثبات داده‌ها تکمیل کردند و پس از ترسیم خط پایه متغیرها، مداخله روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت اجرا شد و متغیرها در طول مداخله نیز ۵ بار اندازه‌گیری و ثبت شدند. مرحله پیگیری نیز بعد از یک ماه و سه ماه از تمام شدن آخرین جلسه انجام شد.

جامعه‌ی آماری این مطالعه شامل افراد مبتلا به بیماری درمان‌ناپذیری است که در سال ۱۳۹۹ به بیمارستان فوق تخصصی پوست رازی تهران مراجعه نمودند. این پژوهش دارای مجوز از کمیته اخلاق دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران با شناسه IR.UT.PSYEDU.REC.1401.022 بود. از بین این بیماران، تعداد ۵ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از جمله موقعیت‌هایی که طرح‌های N کوچک مورد استفاده قرار

جدول ۱. محتوای جلسات روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده (دوانلو، ۱۹۹۶)

جلسات	محتوای درمان	تکالیف
جلسه اول (جلسه مصاحبه و ارزیابی)	بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه به منظور ارزیابی اولیه	پرسش‌گری به منظور درون‌سازی روانی مشکل فشار، چالش، تنظیم اضطراب
جلسه دوم به بعد	از این جلسه به بعد با توجه به مثلث‌های تعارض و شخص و همچنین میزان مقاومت و شکنندگی بیمار مداخلات متناسب به شرح زیر ارائه می‌گردد. بیان مشکل هیجانی، مطرح کردن مثال روشن برای مشخص کردن احساسات و دفاع‌هایی که برای اجتناب از احساسات به کار می‌برد.	پرسش‌گری و واری مشکل فشار، چالش با دفاع، تنظیم اضطراب، مدل تعدیل‌شده پویشی
	تمرکز روی احساس و توجه به اضطراب و دفاع‌ها، در صورت پایین بودن مقاومت و ظرفیت تحمل اضطراب بیمار، تسهیل فرآیند تجربه احساسات	تعدیل‌شده فشار، چالش برخورد رودررو
	در صورت ارزیابی بیمار و تشخیص بیمار شکننده استفاده از مدل مرحله مرحله کار روی دفاع‌ها در صورت منحرف شدن بیمار از تجربه احساسات از طریق دفاع‌ها	شناسایی، روشن‌سازی، مواجهه
	تجربه احساسات انتقالی نسبت به درمانگر هنگام ورود بیمار به مرحله مقاومت انتقالی احتمال قفل‌گشایی ناهشیار بیمار پس از تجربه احساسات انتقالی و در صورت منحرف شدن بیمار از تجربه احساساتش تکرار مراحل قبل	تنظیم اضطراب، فشار، چالش با دفاع، تجربه کامل احساس (شناختی، فیزیولوژی و تکانه رفتاری)
	تجربه تمام احساسات متعارض خشم، گناه، غم و عشق در فرآیند تجربه احساسات برای رسیدن به انسجام از طریق تاویل توسط درمانگر	متنوع‌سازی، مواجهه

نشان دادند که نتایج تحلیل عاملی شامل سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس با ارزش ویژه‌ی به ترتیب ۰/۰۷، ۲/۸۹ و ۱/۲۳ است و ضرایب آلفای کرونباخ این سه خرده مقیاس به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود (آنتونی و بیلینگ^۱، ۱۹۹۸). سامانی و جوکار (۱۳۸۶) در نسخه‌ی فارسی این مقیاس، پایایی بازآزمایی سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را به همان ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش دادند. همچنین آنها نشان دادند که ضرایب همبستگی بین گویه‌ها ۰/۷۲ است که نشان دهنده روایی همگرای این مقیاس بود.

مداخله روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده

توالی پویشی مرکزی (معروف به درمان آزمایشی) نقشه راه برای جلسه آغازین درمان است. توالی پویشی مرکزی، نمای کلی از مداخلاتی متوالی است که اهدافی همزمان را دنبال می‌کنند. این مداخلات اطلاعات تشخیصی را برمی‌انگیزند و به طور همزمان دارای اثراتی هستند که بخشی از مکانیزم درمانی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده است. این مداخله درمانی و بازخورد تشخیصی درهم آمیخته و لحظه به لحظه حتی در جلسات بعدی، شاخص روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده است. پاسخ به مداخله، براساس فاکتورهایی که درمانگر زیر نظر دارد، راهنمای کلیدی برای مداخلات بعدی است. بنابراین، توالی پویشی مرکزی تنها درمان آزمایشی را هدایت نمی‌کند، بلکه چهارچوبی احتمالی نیز برای جلسات بعدی فراهم می‌آورد. آن چه در ادامه آمده است خلاصه‌ای از شرح دوانلو (۱۹۹۶) از مراحل این تکنیک است:

۱. مرحله واری: شناسایی یک مشکل درونی
۲. مرحله فشار: تشویق بیمار برای بررسی آن چه از آن اجتناب می‌کند. فشار منجر به افزایش در انتقال و مقاومت در قالب یک سری دفاع می‌شود.
۳. مرحله چالش: آگاه کردن بیمار از دفاع‌ها/ مقاومت؛ ترغیب بیمار به قیام علیه آن‌ها. چالش منجر به تبلور شدید دفاع شخصیت بیمار در انتقال می‌شود.
۴. مرحله مقاومت انتقالی: تشدید و چالش بیشتر با مقاومت در انتقال
۵. بحران درون‌روانی/ بازگشایی/ دسترسی مستقیم نسبی یا عمده به ناهشیار
۶. تحلیل انتقال: فرموله کردن نقش احساسات پیچیده در پیدایش مشکلات بیمار.
۷. واری بیشتر در جزئیات گذشته/ کاوش پویشی در ناهشیار: جمع‌آوری بیشتر تاریخچه و کاوش بیشتر در ناهشیار بازگشایی شده.
۸. مرحله تحکیم: مرور مجدد و مداوم فرآیند و طرح‌ریزی درمان آتی چشم‌گیرترین واقعیت در کل این تحول، سازماندهی مجدد ناخودآگاه و بهینه سازی اتحاد درمانی ناخودآگاه قبل از قفل‌گشایی ناهشیار است. با تجربه مستقیم و بهینه احساس انتقالی و تحرک بهینه اتحاد درمانی ناخودآگاه شاهد عبور خشم قتل خواهانه یا خشم قتل خواهانه بدوی در انتقال هستیم. انتقال جسد مقتول درمانگر به جسد مقتول مادر، پدر یا برادر و ...؛ با گذشت آنی از احساس گناه شدید ناخودآگاه؛ در کل این فرآیند بیمار در ارتباط مستقیم با شکل اولیه بیولوژیکی خود است (دوانلو، ۱۹۹۶). در جدول ۱ به گزارش خلاصه جلسات پرداخته شده است.

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده از تحلیل دیداری استفاده شد و موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری هر آزمودنی روی نمودار رسم شد. همچنین برای محاسبه اندازه اثر یا درصد بهبودی از روش " میانگین کاهش از خط پایه"^۲ استفاده شد؛ در این روش میانگین مشاهدات مرحله درمان یا پیگیری از میانگین مشاهدات خط پایه کم می‌شود؛ سپس تقسیم بر میانگین مشاهدات خط پایه شده و حاصل در ۱۰۰ ضرب می‌شود.

نتایج

میانگین سنی مراجعین ۳۱/۶ سال بود. جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هریک از بیماران را نشان می‌دهد.

جدول ۲: ویژگی جمعیت‌شناختی مراجعین

ویژگی جمعیت-شناختی	مراجع ۱	مراجع ۲	مراجع ۳	مراجع ۴	مراجع ۵
سن	۳۵	۳۰	۳۳	۳۵	۲۵
جنسیت	خانم	خانم	آقا	خانم	آقا
وضعیت تأهل	متاهل	متاهل	مجرد	مجرد	مجرد
تحصیلات	دیپلم	لیسانس	لیسانس	فوق لیسانس	لیسانس
شغل	خانه‌دار	ساخت	معمار	کارمند	برنامه‌نویس
مدت ابتلا به بیماری	۲۳ سال	۱۰ سال	۱۲ سال	۵ سال	۵ سال

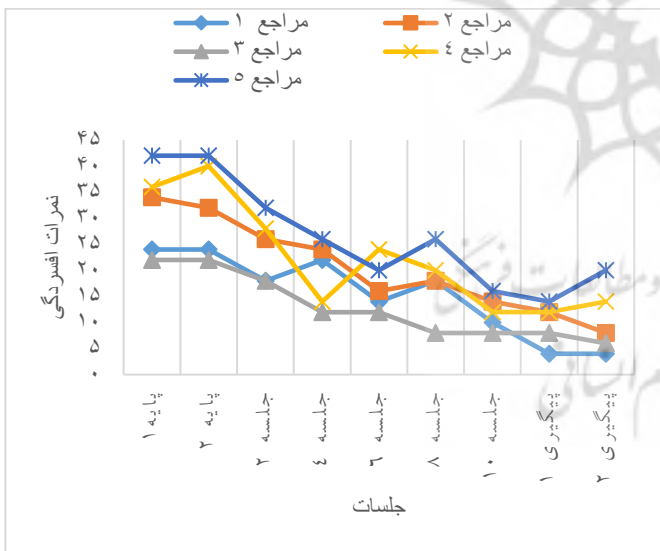
نمرات مؤلفه‌های افسردگی، اضطراب و استرس در مورد هر بیمار در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری و درصد بهبودی در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین با استفاده از تحلیل دیداری، نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در مورد هر بیمار در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در نمودارهای ۱ تا ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳: نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری

مرحله سنجش	متغیر	مراجع اول	مراجع دوم	مراجع سوم	مراجع چهارم	مراجع پنجم
خط پایه اول	افسردگی	۲۴	۳۴	۲۲	۳۶	۴۲
	اضطراب	۲۴	۳۴	۳۲	۴۰	۳۶
	استرس	۳۲	۲۲	۲۶	۴۰	۴۲
	افسردگی	۲۴	۳۲	۲۲	۴۰	۴۲
	اضطراب	۲۲	۳۴	۳۴	۴۰	۳۰
خط پایه دوم	افسردگی	۱۸	۲۶	۱۸	۲۸	۳۲
	اضطراب	۱۸	۳۲	۲۸	۲۴	۴۲
	استرس	۲۴	۱۸	۲۰	۲۰	۳۸
	افسردگی	۲۲	۲۴	۱۲	۱۴	۲۶
	اضطراب	۲۶	۲۶	۲۲	۲۸	۲۸
خط پایه چهارم	افسردگی	۱۴	۱۶	۱۲	۲۴	۲۰
	اضطراب	۱۶	۱۲	۱۸	۳۶	۲۲
	استرس	۲۰	۱۰	۱۶	۲۴	۲۰
	افسردگی	۱۸	۱۸	۸	۲۰	۲۶
	اضطراب	۱۸	۱۸	۸	۲۰	۲۶

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، دوره ۱۷، شماره ۶۸، زمستان ۱۴۰۱

بهبودی	بهبودی کلی	پیگیری یک‌ماهه	پیگیری سه‌ماهه	درصد بهبودی	درصد کلی
جلسه ۱۸	۱۲	۱۲	۱۲	۲۲	۱۴
جلسه ۲۲	۱۰	۱۰	۱۰	۱۸	۲۶
جلسه ۱۰	۸	۸	۸	۱۴	۱۶
جلسه ۶	۸	۶	۶	۸	۱۸
جلسه ۱۴	۸	۶	۶	۸	۱۸
افسردگی ۵۸٪	۵۷٪	۵۷٪	۵۷٪	۵۷٪	۶۱٪
اضطراب ۷۳٪	۷۴٪	۷۴٪	۷۴٪	۷۴٪	۴۵٪
استرس ۵۴٪	۶۳٪	۶۳٪	۶۳٪	۶۳٪	۵۲٪
افسردگی ۴	۱۲	۸	۸	۴	۱۴
اضطراب ۴	۶	۶	۶	۴	۱۲
استرس ۱۶	۱۰	۱۰	۱۰	۱۶	۱۲
افسردگی ۴	۸	۶	۶	۴	۲۰
اضطراب ۱۰	۶	۶	۶	۱۰	۱۸
استرس ۸	۸	۸	۸	۸	۱۶
افسردگی ۸۳٪	۷۵٪	۷۲٪	۷۲٪	۷۵٪	۵۲٪
اضطراب ۵۶٪	۸۲٪	۸۱٪	۸۱٪	۸۲٪	۴۵٪
استرس ۷۴٪	۶۳٪	۶۳٪	۶۳٪	۶۳٪	۵۷٪
افسردگی ۶۹٪	۶۹٪	۶۹٪	۶۹٪	۶۹٪	۶۹٪
اضطراب ۶۶٪	۶۶٪	۶۶٪	۶۶٪	۶۶٪	۶۶٪
استرس ۶۴٪	۶۴٪	۶۴٪	۶۴٪	۶۴٪	۶۴٪



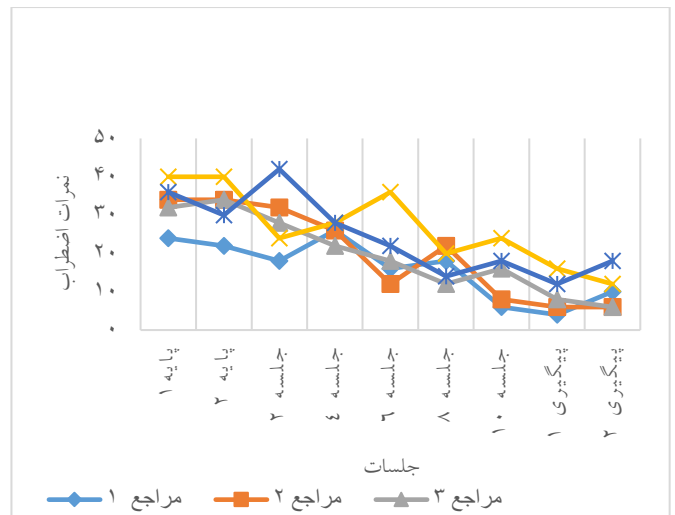
نمودار ۱: روند تغییر نمرات افسردگی در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری

پنج بیمار در اضطراب در پایان مداخله ۵۷٪ و در دوره پیگیری سه ماهه ۶۶٪ است که نشان دهنده اثربخشی روش درمانی اعمال شده است. نمرات بیماران در استرس نشان دهنده این است که همه بیماران، کاهش قابل قبولی در استرس نشان دادند و این کاهش برای مراجع پنجم در مرحله پیگیری افزایش مختصری را به همراه داشته است ولی این میزان در حدی نیست که به میزان اولیه استرس نزدیک شود. با در نظر گرفتن شاخص درصد بهبودی، میزان بهبود کلی هر پنج بیمار در استرس در پایان مداخله ۶۲٪ و در دوره پیگیری سه ماهه ۶۴٪ است که بیانگر روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده است.

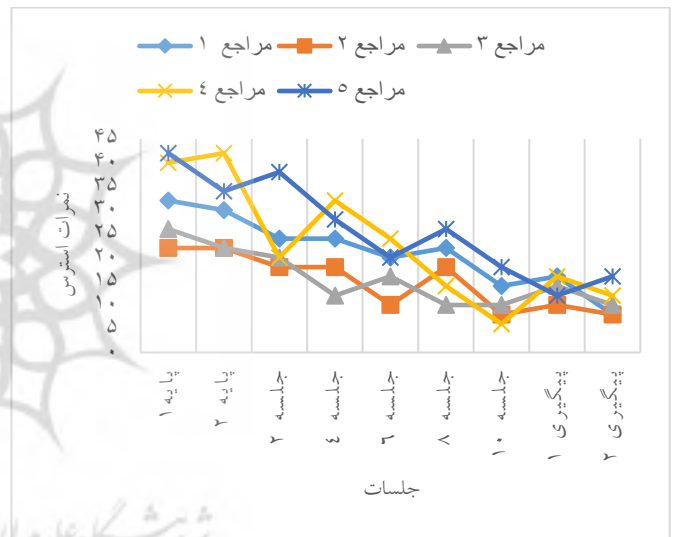
بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به درماتیت آتوپیک انجام شد. نتایج نشان داد روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر کاهش شدت پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به درماتیت آتوپیک دارای اثربخشی معنی‌دار است. این نتایج همسو با یافته مطالعات قبلی است که نشان دادند روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت بر کاهش شدت اضطراب و افسردگی و نارسایی هیجانی و افزایش سطح شادکامی موثر است (تقوی و همکاران، ۱۳۹۸؛ پاسبانی اردبیلی و همکاران، ۱۳۹۷؛ مرادزاده خراسانی و همکاران، ۱۳۹۹؛ مامی و همکاران، ۱۳۹۹؛ کنی و همکاران (۲۰۱۴) و تاوان و همکاران (۲۰۱۷)).

در تبیین این یافته باید بیان داشت که در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، هیجانات سرکوب شده و ابعاد متعارض آن به عنوان عامل ایجاد و تداوم بسیاری از نشانه‌های روانی شناخته می‌شوند و از این حیث، این درمان در زمینه بهبودی نشانه و درمان مؤثر بیماران، بر تجربه هیجانات در رابطه انتقالی تاکید دارد. محورهای این روش درمانی بر نوع رابطه درمانی و ماهیت افشا استوار است. موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا بیمار در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید (مامی و همکاران، ۱۳۹۹). فرایند فشار به بیمار، برای تجربه و ابراز هیجان‌های بازداری شده‌اش در رابطه اینجا و اکنونی با درمانگر، با توجه به ریشه‌دار بودن چنین رفتاری یعنی سرکوب هیجانات، دفاع و مقاومت‌هایی را در بیمار برمی‌انگیزد که به نوعی نقش تنظیم‌کنندگی برای بیمار دارد تا از این طریق از رویارویی با احساسات دردناک حذر کند و آنها را به آگاهی خود راه ندهد، اما درمانگر از سر دلسوزی و رویکردی همدلانه با هر مانعی که مانع فرآیند پردازش هیجانی باشد و قصدش تاخیر یا تخریب تحقق اهداف درمانی باشد، به چالش برمی‌خیزد و مسیر تجربه و ابراز هیجانی را باز می‌دارد (تقوی و همکاران، ۱۳۹۸). استفاده از راهکار فشار برای تجربه کامل هیجانی و چالش با دفاع‌هایی که علیه تجربه هیجانی بسیج می‌شود و مقاومتی که در رابطه انتقالی رخ می‌دهد، منجر به برانگیختن احساسات انتقالی به ویژه خشم می‌شود و به نوعی در مورد این احساس بازداری شده، سرکوب‌زدایی صورت می‌گیرد و فرد با ابراز هیجانات سرکوب شده می‌تواند از سایه احساس گناه، دردی که «فرامن» سخت‌گیر موجب پیدایی آن است، رهایی یابد و دوری جویی از دیگران که پیامد داشتن چنین احساسی است



نمودار ۲: روند تغییر نمرات اضطراب در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری



نمودار ۳: روند تغییر نمرات استرس در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری

نمرات بیماران در افسردگی، اضطراب و استرس در جدول ۳ و نمودارهای روند تغییرات نمرات ۱، ۲ و ۳ ارایه شده است. همان‌طور که مشخص است، همه بیماران، کاهش قابل قبولی در افسردگی نشان دادند که این کاهش برای مراجع چهارم و پنجم در مرحله پیگیری افزایش مختصری را به همراه داشته است ولی این افزایش در حدی نیست که به میزان اولیه افسردگی نزدیک شود. با در نظر گرفتن شاخص درصد بهبودی، میزان بهبود کلی هر پنج بیمار در افسردگی در پایان مداخله ۶۱٪ و در دوره پیگیری سه ماهه ۶۹٪ است که بیانگر اثربخشی روش درمانی اعمال شده است. طبق نمرات بیماران در اضطراب، همه بیماران با کاهش قابل قبولی در اضطراب ظاهر شدند و گرچه این کاهش برای مراجع اول و پنجم در مرحله پیگیری افزایش مختصری داشته است ولی این افزایش در حدی نیست که به مقدار اولیه نزدیک شود. با در نظر گرفتن شاخص درصد بهبودی، میزان بهبود کلی هر

منابع

- تقوی، فرشته، میرزائی، پروین، ازندریانی، مه‌ری و رضائی شجاعی، سولماز. (۱۳۹۸). اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت بر اضطراب، افسردگی و شادکامی زنان مبتلا به اضطراب فراگیر. *مجله دانشکده پزشکی، ۶۲*(۱)، ۴۶۵-۴۵۵.
- پاسبانی اردبیلی، محسن؛ برجلی، احمد و پزشک، شهلا. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی روان‌پویایی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) بر بهبود رابطه متعارض مادر-فرزند. *مطالعات روانشناسی بالینی، ۸*(۴)، ۱۶۲-۱۳۹.
- سامانی، سیامک و جوکار، بهرام. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. *علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، ۲۶*(۳)، ۷۶-۶۵.
- صفرنیا، افشین؛ احمدی، وحید و مامی، شهرام. (۱۳۹۸). بررسی و مقایسه اثربخشی روان‌پویایی فشرده و کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر درد ذهنی زلزله زدگان شهر سرپل ذهاب. *فصلنامه آموزش، مشاوره و روان‌درمانی، ۸*(۲)، ۳۹-۲۹.
- لطفی، راضیه؛ علیپور، احمد؛ ترخان، مرتضی؛ فرزاد، ولی اله و ملکی، مسعود. (۱۳۹۴). پیش‌بینی تغییرات ادراک خارش در بیماریهای مزمن پوستی بر اساس ویژگیهای شخصیتی، اضطراب و افسردگی. *مجله اصول بهداشت روانی، ۱۷*(۶)، ۸۳-۲۷۸.
- مرادزاده خراسانی، لاله؛ میرزاییان، بهرام و حسن زاده، رمضان. (۱۳۹۹). اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده دوانلو بر ذهنی سازی در افراد دارای رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیرخودکشی. *روان پرستاری، ۸*(۳)، ۳۵-۲۲.
- مامی، شهرام، صفرنیا، افشین، تردست، لیلی و عباسی، بیتا. (۱۳۹۹). اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) بر کاهش نارسایی هیجانی زنان متقاضی طلاق. *مطالعات روانشناختی، ۱۶*(۴)، ۱۴۵-۱۲۷.

را به حداقل برساند (تاوان و همکاران، ۲۰۱۷). تجربه عمیق هیجانی و بیان آن می‌تواند از طریق کاهش بازداری، فرآیندهای شناختی و نیز برانگیختگی را تنظیم نماید و درکی واقعی از فرد و توانمندی‌هایش بوجود آورد و به بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و روابط میان فردی و در نهایت کاهش پریشانی روانشناختی در فرد کمک کند. گرچه در مراحل اولیه درمان، علائم اضطراب و افسردگی به علت مواجهه فرد با احساسات ناخواسته افزایش می‌یابد، اما پس از چند جلسه که احساسات برون‌ریزی شده و مورد پردازش و کنترل قرار می‌گیرند، علائم اضطراب و افسردگی رو به کاهش می‌گذارند (دوانلو، ۱۹۹۶).

اغلب بیماران مبتلا به درماتیت آتوپیک به دلیل مواجهه با محدودیت‌ها و ناتوانی‌های ناشی از بیماری خود و فرایند سخت درمان دچار علائم اضطراب و افسردگی هستند (تلامانتي و همکاران، ۲۰۲۱) ولی وقتی در فرایند جلسات روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده قرار می‌گیرند، با بازگشایی ناهشیار و برون‌ریزی احساسات، به‌طور چشمگیری احساسات سرکوب شده اعم از خشم و نفرت و ترس در آنها کاهش می‌یابد و این همراه با کاهش شدت اضطراب و افسردگی است. همچنین روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بیماران بر بهوشیاری تأکید دارد (اباس و همکاران، ۲۰۱۵). بهوشیاری به عنوان فرایندی که دربردارنده توجه کردن به زمان حال به صورت هدفمند و خالی از قضاوت است می‌تواند نقش مؤثری در بهبود علائم اضطراب و افسردگی داشته باشد. در فرایند بهوشیاری فرد با نگرشی به دور از قضاوت یا سرزنش به این موضوع پی می‌برد که هیجان‌ات مرکب از افکار، حس‌های بدنی، احساسات خام و تکانه هستند که می‌توانند منشأ بسیاری از مشکلات روانی و ارتباطی باشند (دلسوا و مالان، ۲۰۱۸). به این ترتیب در بهوشیاری با آموزش نگرش بدون قضاوت به هیجان‌ات و مشاهده ابعاد مختلف جسمی، ذهنی و تکانه‌ای آنها، افراد یاد می‌گیرند که به شکل عادت‌وار درگیر تجارب درونی خود نشوند و به‌گونه‌ای دیگر به آن توجه کرده و واکنش نشان دهند. در واقع، آنها یاد گرفتند که وقتی ذهن خود را در عمل مورد مشاهده و توجه قرار دهند افکار و هیجان‌ات خودبه خود ناپدید می‌شوند و این با کاهش شدت اضطراب، استرس و افسردگی همراه است (تاوان و همکاران، ۲۰۱۷).

در مجموع یافته این پژوهش نشان دهنده اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر کاهش پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به درماتیت آتوپیک بود. این نتایج را می‌توان در طراحی مداخلات درمانی برای بیماران مبتلا به درماتیت آتوپیک مورد استفاده قرار داد و آنها در راستای بهبود سطح سلامت روان یاری رساند. محدود بودن جامعه آماری مطالعه به افراد مبتلا به بیماری درماتیت آتوپیک مراجعه کننده به بیمارستان فوق تخصصی پوست رازی تهران، کوچک بودن حجم نمونه و عدم کنترل اثر متغیرهای مزاحم مانند سن و جنسیت و تحصیلات از محدودیت‌های این پژوهش است. بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی بر روی گروه وسیع‌تری از افراد مبتلا به بیماری درماتیت آتوپیک انجام شوند و اثرات متغیرهای مزاحم را نیز در نظر داشته باشند.

- Abbass, A., Kisely, S., Rasic, D., Town, J. M., & Johansson, R. (2015). Long-term healthcare cost reduction with intensive short-term dynamic psychotherapy in a tertiary psychiatric service. *Journal of psychiatric research*, 64, 114-120.
- Ahn, H. J., Shin, M. K., Seo, J. K., Jeong, S. J., Cho, A. R., Choi, S. H., & Lew, B. L. (2019). Cross-sectional study of psychiatric comorbidities in patients with atopic dermatitis and nonatopic eczema, urticaria, and psoriasis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 1469.
- Arvidsdotter, T., Marklund, B., Kylén, S., Taft, C., & Ekman, I. (2016). Understanding persons with psychological distress in primary health care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(4), 687-694.
- Castro, C. R. D., Andrade, M. E. B., Pires, R. M. G., & Pires, M. C. (2021). Evaluation of depression, stress and quality of life indexes in patients with atopic dermatitis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 96, 627-629.
- Cheng, B. T., & Silverberg, J. I. (2019). Depression and psychological distress in US adults with atopic dermatitis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 123(2), 179-185.
- Cho, Y. T., Hsieh, W. T., Chan, T. C., Tang, C. H., & Chu, C. Y. (2020). Prevalence of baseline comorbidities in patients with atopic dermatitis: a population-based cohort study in Taiwan. *JAAD international*, 1(1), 50-58.
- Davanloo, H. (1996). Management of tactical defenses in intensive short term dynamic psychotherapy, Part I: Overview, tactical defenses of cover words and indirect speech. *International Journal of Short Term Dynamic Psychotherapy*, 11(3), 129-152.
- Della Selva, P. C., & Malan, D. (2018). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Theory and technique*. Routledge.
- Gilhooley, E., O'Grady, C., Roche, D., Mac Mahon, J., Hambly, R., Kelly, A., ... & Ryan, C. (2021). High Levels of Psychological Distress, Sleep Disturbance, and Alcohol Use Disorder in Adults With Atopic Dermatitis. *Dermatitis*, 32(1S), S33-S38.
- Keles, B., McCrae, N., & Grealish, A. (2020). A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 79-93.
- Kenny, D. T., Arthey, S., & Abbass, A. (2014). Intensive short-term dynamic psychotherapy for severe music performance anxiety: assessment, process, and outcome of psychotherapy with a professional orchestral musician. *Medical Problems of performing artists*, 29(1), 3-7.
- Matud, M. P., Bethencourt, J. M., & Ibáñez, I. (2015). Gender differences in psychological distress in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(6), 560-568.
- Ravnborg, N., Ambikaibalan, D., Agnihotri, G., Price, S., Rastogi, S., Patel, K. R., ... & Thyssen, J. P. (2021). Prevalence of asthma in patients with atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 84(2), 471-478.
- Sharp, J., & Theiler, S. (2018). A review of psychological distress among university students: Pervasiveness, implications and potential points of intervention. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 40(3), 193-212.
- Talamonti, M., Galluzzo, M., Silvaggio, D., Lombardo, P., Tartaglia, C., & Bianchi, L. (2021). Quality of life and psychological impact in patients with atopic dermatitis. *Journal of Clinical Medicine*, 10(6), 1298.
- Town, J. M., Abbass, A., Stride, C., & Bernier, D. (2017). A randomised controlled trial of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for treatment resistant depression: the Halifax Depression Study. *Journal of affective disorders*, 214, 15-25.