



Clinical Psychology: Research and Practice Innovations

Online ISSN: 3115-9508

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>



The Mediating Role of Alexithymia in the Relationship between Cognitive Flexibility with Quality of Life and Obsessive–Compulsive Disorder of Patients with Psoriasis

Faezeh Mahmodian Fard¹ , Hosein Eskandari² 

1. M.Sc student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail: fmahmudian2231@gmail.com

2. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: sknd@atu.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received: 03 January 2025

Received in revised form: 03 June 2025

Accepted: 06 June 2025

Published Online: 31 December 2025

Keywords:

Alexithymia,
Cognitive Flexibility,
Obsessive–Compulsive
Disorder,
Psoriasis,
Quality of Life

ABSTRACT

Background: The purpose of the present study was to investigate mediating role of alexithymia in the relationship between cognitive flexibility with quality of life and obsessive–compulsive disorder of patients with psoriasis. This was descriptive-correlation research.

Method: The statistical population of the study was patients with psoriasis of Tehran city in year 2024. The sample size was selected based on Klein's model and with subjectivw sampling of 200 patients with psoriasis. Data collection tools include the dermatology life quality index (DLQI), the Maudsley obsessive–compulsive inventory (MOCI), cognitive flexibility inventory (CFI) and Toronto alexithymia scale (TAS). Data were analyzed using Pearson correlation and structural equations modeling.

Results: The results showed direct effect of cognitive flexibility on quality of life ($\beta = -0.84$ and $\text{sig} = 0.001$) and obsessive–compulsive disorder ($\beta = -0.73$). Also, the final research model had a good fit ($\text{RMSEA} = 0.03$, $p < 0.05$) and 98% of the variance of obsessive–compulsive disorder and 98% of the variance of quality of life is explained by cognitive flexibility with mediating role of alexithymia.

Conclusion: This study deepened our understanding of the possible mechanisms of of quality of life and obsessive–compulsive disorder in patients with psoriasis. For those suffering from low quality of life and obsessive–compulsive disorder, cognitive inflexibility and alexithymia may be a coping strategy that predisposes people with psoriasis to a less quality of life and obsessive–compulsive disorder.

Citation: Mahmodian Fard, F., & Eskandari, H. (2025). The Mediating Role of Alexithymia in the Relationship between Cognitive Flexibility with Quality of Life and Obsessive–Compulsive Disorder of Patients with Psoriasis. *Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*, 17(4), 53-70.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.36277.3080>



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Hosein Eskandari, Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
E-mail: sknd@atu.ac.ir, Tel: (+98) 9122109583

Extended Abstract

Introduction

Based on the research background, both quality of life and obsessive-compulsive disorder can be affected by cognitive flexibility, but what is important is to address the role of mediating variables in the relationships between cognitive flexibility and quality of life and obsessive-compulsive disorder, which in this study has examined the mediating role of alexithymia, because alexithymia can be affected by the antecedents of this study, namely cognitive flexibility, and can also affect the outcomes of this study, namely quality of life and obsessive-compulsive disorder. Therefore, alexithymia can be a suitable mediating variable for the present study. Alexithymia is a subclinical condition characterized by a low degree of emotional self-awareness and is a multifaceted construct that includes difficulties in identifying and describing one's own emotions and distinguishing emotional experiences from internal body signals, and a thinking style that focuses more on external aspects of reality and less on internal experiences, especially emotions. A lack of imagination or fantasy world, along with a lack of positive emotions and a high prevalence of negative emotions, have been described as characteristics of alexithymia. The purpose of the present study was to investigate mediating role of alexithymia in the relationship between cognitive flexibility with quality of life and obsessive-compulsive disorder of patients with psoriasis.

Method

This was descriptive-correlation research. The statistical population of the study was patients with psoriasis of Tehran city in year 2024. The sample size was selected based on Klein's model (2023) and with subjective sampling of 200 patients with psoriasis. The age range of 20 to 50 years, diagnosis of psoriasis by a specialist physician, at least 6 to 12 months of illness, having at least a high school diploma, no other chronic physical

illnesses, and no psychiatric disorders (based on self-report) were the criteria for inclusion in the study. Substance abuse and psychiatric medication, failure to cooperate in answering all research questions, and simultaneous receipt of psychotherapy were the criteria for exclusion from the study. After being informed about the purpose of the study, the method of implementation, the principle of confidentiality, the right to choose to cooperate, and the right to withdraw while answering the questions, the patients with psoriasis were given questionnaires to answer. Data collection tools include the dermatology life quality index (DLQI) of Finlay & Khan (1994), the Maudsley obsessive-compulsive inventory (MOCI) of Hodgson and Rachman (1977), cognitive flexibility inventory (CFI) of Dennis and Vander Wal (2010) and Toronto alexithymia scale (TAS) of Bagby and et al (1994). At the descriptive level, mean and standard deviation were used to measure the research variables. Pearson correlation coefficient and structural equation modeling were used to analyze the data. The data analysis software was SPSS and AMOS version 28.

Results

The number of respondents was 220, and no outliers or outliers were identified in this study. In terms of age, the mean and standard deviation were 34.54 and 8.78, respectively. 24 people (12%) had a low-level diploma, 56 people (28%) had a diploma, 40 people (20%) had a bachelor's degree, 56 people (28%) had a master's degree, and 24 people (12%) had a doctorate. Also, 48 people (24%) were male and 152 people (76%) were female. In addition, 32 people (32%) were employees, 24 people (12%) were freelancers, and 112 people (56%) were housewives. To measure the univariate normality of the data, the values of skewness and kurtosis are used, the values of which should be in the range of -2 to +2, which indicates the univariate normality of the score distribution, which in this study, the values of skewness and kurtosis were in the

range of -2 to +2. Also, to examine the multivariate normality of the data, the "standardized Merdia coefficient of kurtosis" is used, the value obtained for the Merdia coefficient should be less than 4. Based on the results, the Merdia coefficient value was 2.63, which indicates the multivariate normality of the score distribution. Another assumption of structural equation modeling is the assumption of independence of errors. The value of the Durbin-Watson statistic was between 1.5 and 2.5, so the independence of errors can be accepted. The assumption of multiple collinearity was also examined and none of the tolerance statistic values were smaller than the permissible limit of 0.1 and none of the variance inflation factor values were larger than the permissible limit of 10. Therefore, there was no multiple collinearity. The results showed that the standardized and direct coefficient of cognitive flexibility ($\beta = -0.84$ and $\text{sig} = 0.001$) and alexithymia ($\beta = 0.81$ and $\text{sig} = 0.001$) were significant on quality of life. The standardized and direct coefficient of cognitive flexibility ($\beta = -0.73$ and $\text{sig} = 0.001$) and alexithymia ($\beta = 0.86$ and $\text{sig} = 0.001$) were significant on obsessive-compulsive disorder. The standardized and direct coefficient of cognitive flexibility ($\beta = -0.67$ and $\text{sig} = 0.001$) was significant on alexithymia. Also, alexithymia also plays a mediating role in the relationship between psychological flexibility, quality of life, and obsessive-compulsive disorder and 98% of the variance of obsessive-compulsive disorder and 99% of the variance of quality of life is explained by cognitive flexibility with mediating role of alexithymia.

Conclusion

When people experience more positive psychological well-being and mental health, they are better able to manage their emotions, better able to describe and identify their feelings, and when they describe and identify their feelings, they are less likely to suffer from emotional alexithymia. Therefore, it can be said that people with

emotional alexithymia, for various reasons such as personality traits, have problems regulating emotions, especially in conflict-filled psychological situations, which directly predisposes the person to the inability to regulate obsessive-compulsive disorder. Also, psychological flexibility makes people use adaptive strategies when facing problems, become aware of their problems, try to eliminate those problems, respond appropriately to the demands of the environment, and move towards personal and social values, which creates a sense of constructiveness in the person and ultimately improves the management of emotions and the ability of the person to describe and identify their feelings. Therefore, a person who suffers from less emotional alexithymia has a greater ability to identify feelings and describe emotional states, and this condition causes them to experience better psychological and emotional functions and their quality of life becomes better than others. According to the findings of this research and the role of cognitive flexibility and alexithymia, the use of emotion regulation training and acceptance and commitment therapy, to improve the quality of life and obsessive-compulsive disorder of patients with psoriasis.

Ethical Considerations

Ethics Code: The Ethics Committee of Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran approved this study (IR.IAU.SRB.REC.1402.112).

Financial support: This study did not have any funds.

Authors' Contributions: The conceptualization, methodology, data collection, formal analysis, writing – original draft, writing – review & editing was done by the first author as a master's student and the supervision and project administration: was done by the second author as a supervisor.

Conflict of Interest: None declared.

Acknowledgments: We thank and appreciate all the people and participants (patients with psoriasis of Tehran city) who helped us in conducting this research.



روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل

شاپا الکترونیک: 3115-9508

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>

دانشگاه سمنان

نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی با کیفیت زندگی و اختلال وسواس فکری-عملی در بیماران مبتلا به پسوریازیس

فائزه محمودیان فرد^۱، حسین اسکندری^{۲✉}۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ایمیل: fmahmudian2231@gmail.com۲. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. ایمیل: sknd@atu.ac.ir

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۴

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳/۱۳

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۱۶

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۱۰/۱۰

کلیدواژه‌ها:

اختلال وسواس فکری-عملی،

انعطاف‌پذیری شناختی،

پسوریازیس،

کیفیت زندگی،

ناگویی هیجانی

زمینه: هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی با کیفیت زندگی و اختلال وسواس فکری-عملی در بیماران مبتلا به پسوریازیس بود.

روش: روش این مطالعه توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش بیماران مبتلا به پسوریازیس شهر تهران در نیمه اول سال ۱۴۰۳ بودند. حجم نمونه بر اساس مدل کلاین و با روش نمونه‌گیری هدفمند ۲۰۰ نفر انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌های پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماری‌های پوستی (DLQI)، سیاهه وسواس فکری-عملی مادزلی (MOCI)، سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI) و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS) بود. داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که اثرات مستقیم انعطاف‌پذیری شناختی بر کیفیت زندگی $\beta = -0.084$ و $\text{sig} = 0.001$ و وسواس فکری-عملی $\beta = -0.073$ و $\text{sig} = 0.001$ معنادار است. همچنین نتایج نشان داد که ناگویی هیجانی در رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی با کیفیت زندگی و وسواس فکری-عملی نقش میانجی و معنادار دارد. همچنین مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود ($\text{RMSEA} = 0.03$ و $p < 0.05$) و ۹۸ درصد از واریانس وسواس فکری-عملی و ۹۹ درصد از واریانس کیفیت زندگی بر اساس انعطاف‌پذیری روانشناختی با نقش میانجی ناگویی هیجانی تبیین می‌شود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه درک ما را از مکانیسم‌های احتمالی کیفیت زندگی و اختلال وسواس فکری-عملی بیماران پسوریازیس عمیق‌تر کرد. برای افرادی که از پایین بودن کیفیت زندگی و سطوح بالایی وسواس فکری-عملی رنج می‌برند، انعطاف‌ناپذیری شناختی و ناگویی هیجانی ممکن است یک راهبرد مقابله‌ای باشد که افراد مبتلا به پسوریازیس را به سمت کیفیت زندگی ضعیف‌تر کمتر و وسواس فکری-عملی سوق می‌دهد.

استناد: محمودیان فرد، فائزه؛ و اسکندری، حسین (۱۴۰۴). نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی با کیفیت زندگی و اختلال وسواس فکری-عملی در بیماران مبتلا به پسوریازیس. روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل، ۱۷(۴)، ۵۳-۷۰.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.36277.3080>

© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ نویسنده مسئول: حسین اسکندری، استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

رایانامه: sknd@atu.ac.ir تلفن: ۰۹۱۲۲۱۰۹۵۸۳

مقدمه

پسوریازیس^۱ یک بیماری پوستی التهابی مزمن است که شیوع آن بسته به منطقه جغرافیایی از ۱/۰ تا ۸ درصد متغیر است و بیش از ۱۲۵ میلیون نفر در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). همچنین می‌توان گفت که پسوریازیس یک التهاب (اگزما)^۲ مزمن با علت نامشخص است که بر اساس جدیدترین تحقیقات به عنوان یک بیماری سیستمیک طبقه بندی می‌شود (۲). این بیماری عمدتاً بزرگسالان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به نظر می‌رسد در کشورهای آسیایی شایع‌تر باشد (۳) و به دلیل بار و شدت علائم، بیماری‌های همراه و کمبود درمان‌های مناسب، می‌تواند تأثیرات عمیق منفی و آسیب‌زایی بر کیفیت زندگی^۳ داشته باشد (۴ و ۵). کیفیت زندگی به عنوان ادراک افراد از موقعیت‌شان در زندگی از نظر بافت فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است و موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (۶). اختلال در کیفیت زندگی در میان بیماران مبتلا به پسوریازیس اغلب شدید است (۷)، و بهبود در شدت پسوریازیس با بهزیستی عمومی بهتر همراه است (۸ و ۹). همچنین می‌توان گفت که شیوع پسوریازیس به دلیل تغییرات خاص کشور و تنوع روش شناختی مطالعات اپیدمیولوژیک متفاوت است، اما در یک تجزیه و تحلیل جهانی، مشخص شده است که از ۴ دهم درصد تا تقریباً ۳ درصد متغیر است (۱۰). با توجه به رشد و پیری جمعیت در سراسر جهان و این واقعیت که پسوریازیس عمدتاً بزرگسالان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بار مرتبط با پسوریازیس ممکن است همچنان افزایش یابد (۱) و در میان بیماران مبتلا، با درگیری پوست، ناخن‌ها، استخوان‌ها، تاندون‌ها، رباط‌ها، غشای سینوویال و مفاصل متغیر است (۱۱) و (۱۲) و این شرایط می‌تواند تأثیرات منفی بر کیفیت زندگی بیماران بگذارد و آنان کیفیت زندگی مرتبط به سلامت پایین تر و ضعیف‌تری را نسبت به افراد دیگر تجربه کنند (۱۳ و ۱۴). افزون بر این، بین بروز بیماری‌های خودایمنی و اختلال وسواس فکری-عملی^۴ روابط معناداری وجود دارد، اما با این حال، ارتباط بین اختلال وسواس فکری-عملی و بیماری‌های

پوستی به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته است (۱۵). اختلال وسواس فکری-عملی یک اختلال عصبی روان‌پزشکی با ویژگی‌های اصلی بالینی وسواس و/یا اجبار است و رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی برای جلوگیری یا کاهش ناراحتی یا پیامدهای بالقوه ترسناک انجام می‌شود (۱۶). افراد دارای وسواس فکری-عملی و اختلالات مرتبط - عمدتاً اختلال موکنی^۵، اختلال بدشکلی بدن و اختلال برداشت پوست - اغلب به دلیل علائم مرتبط با مو و پوست به متخصصان پوست مراجعه می‌کنند و بسیار مهم است که متخصصان پوست با این اختلالات آشنا باشند (۱۷). این شرایط می‌تواند با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین‌تر همراه باشد، به طوری که تحقیقات نشان داده‌اند که اختلال وسواس فکری-عملی یک وضعیت ناتوان‌کننده جدی است که تأثیر منفی قابل توجهی بر افراد و خانواده‌ها دارد و باعث اختلال عملکردی مشخص و کیفیت زندگی پایین می‌شود (۱۸). مطالعات قبلی گزارش کرده‌اند که افراد دارای اختلال وسواس فکری و عملی در مقایسه با جمعیت عمومی و سایر اختلالات روان‌پزشکی و اختلالات پزشکی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ضعیف‌تری دارند (۱۹). عوامل مختلفی می‌توانند با کیفیت زندگی در ارتباط باشند، که از جمله آن‌ها می‌توان به انعطاف‌پذیری شناختی^۶ اشاره کرد (۲۰، ۲۱ و ۲۲). انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی ذهنی اشاره دارد که افراد را قادر می‌سازد به طور مؤثری با تغییر وظایف و/یا خواسته‌های محیطی سازگار شویم و تصور می‌شود که از تعامل بین عملکردهای اجرایی مرتبه بالاتر ناشی می‌شود (۲۳). علاوه بر این، انعطاف‌پذیری شناختی یک عملکرد شناختی حیاتی است که به فرد اجازه می‌دهد راهبردهای شناختی خود را تغییر دهد، دو یا چند جنبه از یک شی، ایده یا موقعیت پیچیده را به طور همزمان در نظر بگیرد و راهبردهای رفتاری را به طور مناسب تطبیق دهد (۲۴). تحقیقات نشان داده‌اند انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند با میزان کیفیت زندگی در ارتباط باشد، به طوری که افراد با انعطاف‌پذیری شناختی نسبتاً کم، عملکرد ضعیف‌تری دارند، که این باعث می‌شود کیفیت زندگی آن‌ها تحت تأثیر قرار گیرد (۲۵).

4. obsessive-compulsive disorder
5. trichotillomania
6. cognitive flexibility

1. psoriasis
2. dermatosis
3. quality of life

مؤثر بر کیفیت زندگی و وسواس فکری-عملی بیماران مبتلا به پسوریازیس مورد مطالعه قرار گیرد. لذا انجام این گونه تحقیقات اهمیت دارد و نتایج آن برای روانشناسان و مشاورانی که در زمینه مشکلات جسمانی و بیماری‌های پوستی فعالیت می‌کنند از نتایج این پژوهش در راستای اهداف خود استفاده کنند. بنابراین با توجه به آنچه گفته شد سؤال پژوهش آن است که آیا میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی با کیفیت زندگی و اختلال وسواس فکری-عملی در بیماران مبتلا به پسوریازیس نقش میانجی ایفا می‌کند؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است و با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری^۳ انجام شد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به پسوریازیس مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. با وجود آن که در مورد حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی و مدل‌یابی معادلات ساختاری توافق کلی وجود ندارد، اما به زعم بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم ۲۰۰ می‌باشد. کلاین (۴۲) نیز معتقد است برای هر متغیر ۲۰ نمونه لازم است، بنابراین، در پژوهش حاضر بر مبنای پیشنهاد کلاین و با احتساب احتمال ریزش برخی پاسخنامه‌ها، حجم نمونه ۲۰۰ نفر انتخاب شد. برای انتخاب افراد بیمار از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد به این صورت که با مراجعه به مراجعه به کلینیک‌ها و بیمارستان‌های شهر تهران تعداد نمونه لازم انتخاب شد و پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار داده شد و به سؤالات پاسخ دادند. دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، تشخیص ابتلا به بیماری پوستی پسوریازیس توسط پزشک متخصص، گذشت حداقل ۶ تا ۱۲ ماه از بیماری، داشتن حداقل میزان تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمانی دیگر و عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی (براساس خودگزارش‌دهی) از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. سوء مصرف مواد و داروهای روان‌پزشکی، عدم همکاری در پاسخگویی به تمامی سؤالات پژوهش دریافت همزمان روان‌درمانی از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. پس از دادن آگاهی در مورد هدف پژوهش، نحوه

با توجه به آنچه گفته شد هم کیفیت زندگی (۲۰، ۲۱ و ۲۲) و هم اختلال وسواس فکری-عملی (۲۶ و ۲۷) می‌تواند تحت تأثیر انعطاف‌پذیری شناختی باشد، اما آنچه اهمیت دارد، پرداختن به نقش متغیرهای میانجی در روابط بین انعطاف‌پذیری شناختی با کیفیت زندگی و اختلال وسواس فکری-عملی است، که در این پژوهش به بررسی نقش میانجی‌کننده ناگویی هیجانی^۱ پرداخته شده است، چرا که ناگویی هیجانی می‌تواند از پیشایندهای این پژوهش یعنی انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر بپذیرد (۲۸) و هم بر پیامدهای این پژوهش یعنی کیفیت زندگی (۲۹) و اختلال وسواس فکری-عملی (۳۰) تأثیر بگذارد. به همین دلیل ناگویی هیجانی می‌تواند یک متغیر میانجی مناسب برای پژوهش حاضر باشد. ناگویی هیجانی^۲ به عنوان وضعیتی توصیف شده است که با درجه پایینی از خودآگاهی عاطفی مشخص می‌شود (۳۱) و یک ساختار چند وجهی است که شامل مشکلاتی در شناسایی و توصیف احساسات خود و تشخیص تجربیات عاطفی از سیگنال‌های درونی بدن، و یک سبک تفکر است که بیشتر بر جنبه‌های بیرونی واقعیت تمرکز می‌کند و کمتر بر روی تجربیات درونی به‌ویژه احساسات تمرکز می‌کند (۳۲). فقر تخیل یا دنیای فانتزی در کنار فقدان احساسات مثبت و شیوع بالای احساسات منفی به عنوان مشخصه ناگویی هیجانی توصیف شده است (۳۳).

بر اساس آنچه گفته شد در اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش می‌توان گفت که پسوریازیس، 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 تأثیر قرار می‌دهد و بار بیماری قابل‌توجهی را ایجاد می‌کند (۳۴). در طول ۳ دهه گذشته، شیوع پسوریازیس روند افزایشی ملایمی را بدون توضیح واضح نشان داده است (۳۵ و ۳۶). افزون بر این، بر اساس تحقیقات این بیماران به طور قابل توجهی افسردگی و اضطراب بیشتر (۳۷)، نقصان در عملکرد جنسی (۳۸) و کیفیت زندگی (۳۹)، سطوح انعطاف‌پذیری روانشناختی کمتر از افراد سالم (۴۰)، تصویر بدنی منفی ضعیف‌تری دارند (۴۱) را تجربه می‌کنند که چنین شرایطی اهمیت و ضرورت پیدا می‌کند که در یک پژوهش عوامل

3. structural equation model (SEM)

1. alexithymia

2. alexithymia

اجرای تحلیل عاملی داشت. همچنین معناداری آزمون کروییت بارتلت ($1758/842$ و $sig = 0/001$)، نشان داد که سؤالات مقیاس توانایی عامل شدن را دارا هستند و در مجموع $49/58$ از واریانس کل را تبیین می‌کند و پایایی آن بررسی و ضریب آلفای کرونباخ در دامنه $0/89$ تا $0/90$ به دست آمده است و روایی سازه آن از طریق محاسبه همبستگی بین نمرات کل و سؤالات آن محاسبه و ضرایب همبستگی پیرسون در دامنه $0/47$ تا $0/83$ به دست آمده است (۴۴). در پژوهش حاضر پایایی آن محاسبه و ضریب آلفای کرونباخ کل سؤالات $0/80$ به دست آمد.

۲. سیاهه وسواس فکری-عملی مادزلی^۴ (MOCI): این سیاهه توسط هاجسون و راجمن (۴۶) تدوین شده است که دارای ۳۰ بوده که ۴ خرده مقیاس چک کردن، شست‌وشو، کندی و تردید را اندازه‌گیری می‌کند. سؤالات به صورت درست و غلط است و هر پاسخ که با کلید همخوانی دارد نمره ۱ دریافت می‌کند و در غیر این صورت نمره آن صفر است. این سیاهه طوری طراحی شده است که یک فرد کاملاً وسواس دقیقاً به نیمی از سؤالات پاسخ مثبت و به نیم دیگر پاسخ منفی می‌دهد و دامنه نمره کل آن بین ۰ تا ۳۰ است و کسب نمره بیشتر نشان‌دهنده وسواس فکری-عملی بیشتر است. سازندگان سیاهه آلفای کرونباخ آن را بررسی و ضرایب برای چک کردن $0/70$ ، شست‌وشو $0/70$ ، کندی $0/80$ و تردید $0/70$ به دست آورده‌اند (۴۶). در ایران روایی و پایایی آن بررسی و برای محاسبه پایایی از روش کودر ریچاردسون استفاده شده است که ضریب $0/81$ گزارش شده است (۴۷) و روایی ملاکی (همزمان) آن با مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۵ (TAS) بگبی و همکاران (۴۸) تدوین محاسبه و ضریب همبستگی پیرسون $0/13$ تا $0/14$ و معنادار در سطح $0/01$ به دست آمده است (۳۰). در پژوهش حاضر پایایی آن محاسبه و ضریب آلفای کرونباخ کل سؤالات $0/92$ به دست آمد.

۳. سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی^۶ (CFI): این سیاهه توسط دنیس و وندروال (۴۹) تدوین شده است و شامل ۲۰ سؤال است که دو مؤلفه پردازش حل مسئله با سؤالات ۱، ۳، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸ و ۱۹؛ ادراک کنترل‌پذیری با

اجرا، اصل رازداری، حق انتخاب برای همکاری و حق انصراف در حین پاسخ به سؤالات پرسشنامه‌ها برای پاسخگویی به بیماران مبتلا به بیماری پسوریازیس داده شد. همچنین توضیح هدف پژوهش، دادن اطمینان از اینکه پاسخنامه آن‌ها به صورت گروهی تحلیل می‌شود از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. علاوه بر این، 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. همچنین این پژوهش دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.SRB.REC.1402.112 می‌باشد. در سطح توصیفی جهت سنجش متغیرهای پژوهش از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و مدلیابی معادلات ساختاری استفاده شده است. نرم‌افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS و AMOS نسخه ۲۸ بود.

ابزار

۱. پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماری‌های پوستی^۱ (DLQI): این مقیاس توسط فینلای و خان (۴۳) تدوین شده است و شامل ۱۰ سؤال است که تأثیر بیماری پوستی بر جنبه‌های مختلف زندگی بیمار را می‌سنجد. پاسخ به این پرسشنامه در اندازه‌های چهار نمره‌ای از صفر تا سه انجام می‌شود. به این صورت که خیلی زیاد ۳ نمره، زیاد ۲ نمره، کمی ۱ نمره و اصلاً ۰ نمره تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۳۰ است و نمره بالاتر در این پرسشنامه به معنای کیفیت زندگی پایین‌تر است. نقطه برش آن نمره ۲۱ و بالاتر است (۴۴). سازنده پرسشنامه برای بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند که ضریب $0/99$ گزارش کرده‌اند (۴۳). در یک پژوهش در ایران برای بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل سؤالات $0/91$ به دست آمده است (۴۵). در سایر پژوهش‌ها برای اجرای تحلیل عاملی اکتشافی، قابلیت این روش با آزمون کایزر-مایر-اولکین^۲ و آزمون کروییت بارتلت^۳ مورد بررسی قرار گرفت. مقدار آزمون کایزر-مایر-اولکین ($0/92$) نشان از کفایت حجم نمونه برای

4. The Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI)
5. Toronto Alexithymia Scale (TAS)
6. Cognitive Flexibility Inventory (CFI)

1. Dermatology life quality index (DLQI)
2. Kaiser- Meyer- Olkin Test
3. bartlett spherical test

سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷ را اندازه‌گیری می‌کند. سؤال شماره ۲۰ در هیچ کدام از مؤلفه‌ها قرار نمی‌گیرد، لذا در نمره‌گذاری سؤال مورد نظر لحاظ نمی‌شود. نمره‌گذاری سیاهه بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود، به این صورت که به خیلی مخالفم ۱ نمره، مخالفم ۲ نمره، کمی موافقم ۳ نمره، خنثی ۴ نمره، تا حدودی موافقم ۵ نمره، موافقم ۶ نمره و کاملاً موافقم ۷ نمره نمره‌گذاری می‌شود. سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. سازندگان سیاهه پایایی آن را با آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب برای پردازش حل مسئله ۰/۸۴، ادراک کنترل‌پذیری ۰/۹۱ و کل مقیاس ۰/۹۱ به دست آمده است و برای بررسی روایی آن ضرایب همبستگی پیرسون بین آن با سیاهه تجدیدنظر شده افسردگی^۱ (BDI-II) یک و همکاران (۵۰) بررسی و ضرایب همبستگی پیرسون ۰/۳۹- و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است که نشان دهنده روایی ملاکی (همزمان) است (۴۹). این سیاهه در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است که برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب برای پردازش حل مسئله ۰/۸۹، ادراک کنترل‌پذیری ۰/۷۸ و کل سیاهه ۰/۸۱ به دست آمده است و برای بررسی روایی از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شده است که بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی عوامل آن می‌توانند ۵۴ درصد از واریانس کل را تبیین کنند و نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان داد که مقادیر نسبت کای اسکوتر به درجه آزادی X^2/d شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب^۲ (RMSEA) به ترتیب ۲/۰۵۹، ۰/۸۵۴، ۰/۸۸۵ و ۰/۰۶۶ به دست آمده است (۵۱). در پژوهش حاضر پایایی آن محاسبه و ضرایب آلفای کرونباخ کل سؤالات ۰/۷۶ به دست آمد.

۴. مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۳ (TAS): این مقیاس توسط بگبی و همکاران (۴۸) تدوین شده است و ۲۰ سؤال دارد و سه زیر مؤلفه دشواری در شناسایی احساسات با سؤالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴، دشواری در توصیف احساسات با سؤالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷، تفکر عینی با سؤالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری آن در در یک

مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت به این صورت که کاملاً مخالفم نمره ۱، مخالفم (تا حدودی مخالفم) نمره ۲، نظری ندارم (نه مخالف و نه موافق) نمره ۳، موافقم (تا حدودی موافق) نمره ۴ و کاملاً موافقم ۵ نمره صورت می‌گیرد (۵۲). سؤالات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. به این صورت کاملاً مخالفم نمره ۵، مخالفم نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، موافقم نمره ۲ و کاملاً موافقم ۱ نمره داده می‌شود (۵۳). نمره بالاتر از ۶۱ به عنوان نقطه برش مقیاس در نظر گرفته شده است (۵۴). در ایران برای بررسی همسانی درونی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمده است (۵۵) و روایی همگرایی مقیاس ناگویی با مقیاس دلدگی زناشویی پانیز (۵۶) ضریب همبستگی ۰/۵۷ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده است (۵۷). در خارج از کشور ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ تا ۰/۸۹ به دست آمده است (۵۸). در یک پژوهش دیگر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش شده است که نشان دهنده پایایی بسیار خوب است (۵۹). در پژوهش حاضر پایایی آن محاسبه و ضریب آلفای کرونباخ کل سؤالات ۰/۹۰ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: به همه بیماران مبتلا به پسوریازیس مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و بیمارستان‌های شهر تهران شرکت کننده در مطالعه هزینه‌ای پرداخت نشد، بنابراین کسب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در اولویت بود. پس از امضای فرم رضایت‌نامه آگاهانه از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا به سؤالات پرسشنامه پاسخ بدهند. در این نظر سنجی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جمع‌آوری شد. جمع‌آوری داده‌ها ۱ ماه به طول انجامید. تکمیل پرسشنامه‌ها به طور متوسط برای هر شرکت کننده ۲۵ دقیقه طول کشید. همچنین روند اجرای پژوهش و کلیه مراحل انجام مطالعه مطابق با دستورالعمل‌ها و مقررات اجرای آزمون صورت گرفت.

یافته‌ها

تعداد پاسخ‌دهندگان ۲۰۰ نفر بودند که در این پژوهش داده پرت و انتهایی شناسایی نشد. از نظر سن میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۳۴/۵۴ و ۸/۷۸ بود. ۲۴ نفر (۱۲ درصد) زیر دیپلم، ۵۶ نفر (۲۸ درصد) دیپلم، ۴۰ نفر (۲۰ درصد) لیسانس، ۵۶ نفر (۲۸ درصد) فوق لیسانس و ۲۴ نفر (۱۲ درصد) دکترا

3. Toronto Alexithymia Scale (TAS)

1. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

2. root mean square error of approximation (RMSEA)

بود. افزون بر این، ۳۲ نفر (۳۲ درصد) کارمند، ۲۴ نفر (۱۲ درصد) شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و نرمال بودن تک متغیره و چندمتغیره متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
پردازش حل مسئله	۲۱/۶۱	۶/۳۸	۰/۸۳	-۰/۵۱
ادراک کنترل‌پذیری	۱۱/۵۲	۷/۵۰	۱/۱۷	-۰/۵۶
نمره کل انعطاف‌پذیری شناختی	۳۳/۱۳	۱۳/۵۲	۱/۱۳	-۰/۵۵
چک کردن	۴/۸۱	۲/۵۵	-۰/۱۵	-۱/۱۷
شست و شو	۵/۸۴	۳/۵۷	۰/۰۵	-۱/۷۲
کندی	۴/۳۱	۲/۱۷	-۰/۲۴	-۱/۳۷
تردید	۴/۲۳	۲/۱۳	-۰/۰۳	-۱/۵۲
نمره کل اختلال وسواس فکری-عملی	۱۹/۱۸	۱۰/۱۵	-۰/۰۶	-۱/۵۸
علائم و احساسات	۲/۱۶	۱/۵۵	۰/۲۳	-۱/۱۴
فعالیت‌های روزانه	۲/۴۶	۱/۳۹	-۰/۲۰	-۱/۴۲
میزان آسودگی	۲/۵۲	۱/۷۵	۰/۰۸	-۱/۳۴
کار و تحصیل	۱/۳۸	۰/۸۳	۰/۰۵	-۰/۵۷
ارتباطات شخصی	۲/۵۹	۱/۷۷	۰/۱۷	-۱/۰۱
درمان	۱/۳۰	۰/۹۹	۰/۱۳	-۱/۰۸
نمره کل کیفیت زندگی	۱۲/۴۱	۷/۱۹	-۰/۰۴	-۱/۶۶
دشواری در شناسایی احساسات	۱۵/۹۸	۴/۹۳	-۰/۳۸	-۱/۳۶
دشواری در توصیف احساسات	۱۱/۵۵	۳/۰۳	-۰/۲۳	-۱/۱۶
تفکر عینی	۲۳/۳۶	۸/۰۹	-۰/۳۰	-۰/۹۹
نمره کل ناگویی هیجانی	۵۰/۸۸	۱۵/۰۹	-۰/۱۶	-۱/۲۹
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)		ضریب کشیدگی استاندارد شده مردیا: ۲/۶۳		

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده‌ها از مقادیر چولگی و کشیدگی استفاده می‌شود که مقادیر آن باید در بازه -۲ تا +۲ باشد که نشان‌دهنده نرمال بودن تک‌متغیره توزیع نرمال باشد (۴۲ و ۶۰)، که در این پژوهش مقادیر چولگی و کشیدگی در بازه -۲ تا +۲ قرار داشت. همچنین برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده‌ها از «ضریب کشیدگی استاندارد شده مردیا»^۱ استفاده می‌شود که مقدار به دست آمده برای ضریب مردیا باید کمتر از ۴ باشد (۴۲ و ۶۰) که بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱ مقدار ضریب مردیا ۲/۶۳ است که نشان‌دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نرمال است. از دیگر مفروضات مدل‌یابی معادلات ساختاری مفروضه استقلال خطاهاست مقدار آماره‌ی دوربین واتسون^۲ بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت، لذا می‌توان استقلال

خطاها را پذیرفت. مفروضه همخطی چندگانه^۳ نیز بررسی و هیچ‌کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ‌کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ‌تر از حد مجاز ۱۰ نبود. لذا همخطی چندگانه وجود نداشت. در جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش آمده است. جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بین انعطاف‌پذیری شناختی ($r = -0.66, p < 0.01$) با وسواس فکری-عملی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. بین انعطاف‌پذیری شناختی ($r = -0.57, p < 0.01$) با کیفیت زندگی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. بین متغیر انعطاف‌پذیری شناختی ($r = -0.60, p < 0.01$) با ناگویی هیجانی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. در جدول ۳ شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش آمده است.

3. multicollinearity

1. Mardia's normalized multivariate kurtosis value

2. durbin-watson

جدول ۲) ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴
۱- وسواس فکری-عملی	۱			
۲- کیفیت زندگی	۰/۷۸**	۱		
۳- ناگویی هیجانی	۰/۶۳**	۰/۶۱**	۱	
۴- انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۶۶**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱

جدول ۳) شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش

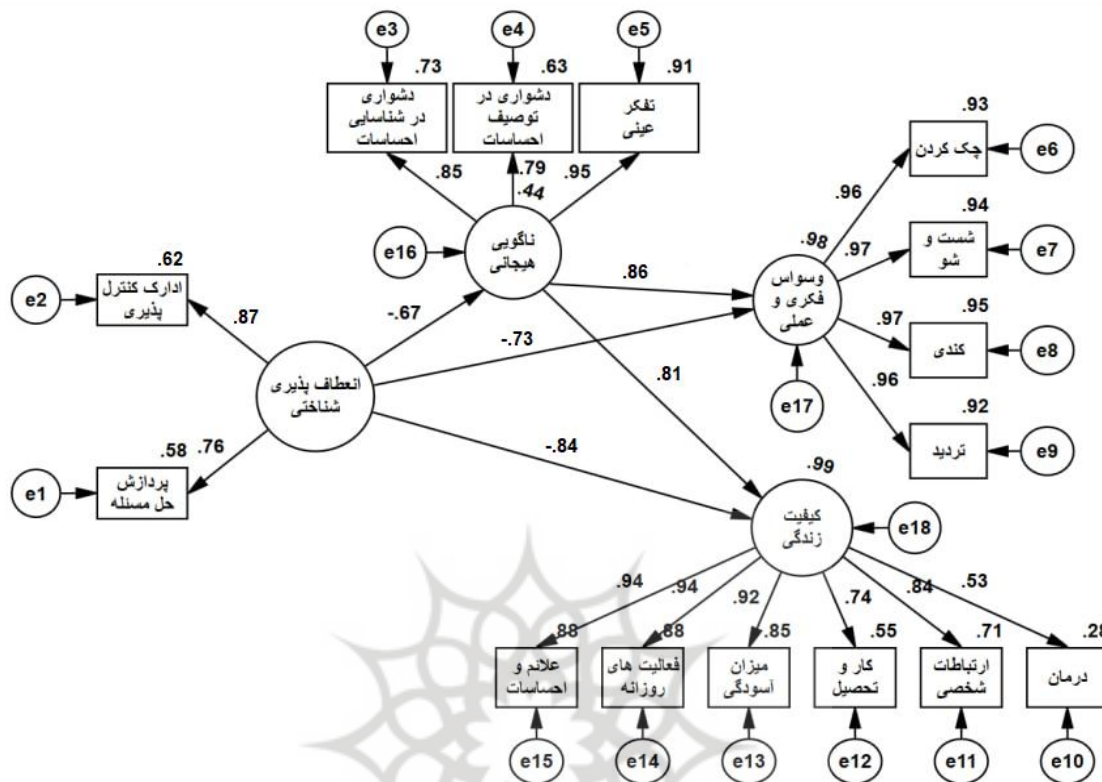
نوع شاخص	شاخص‌ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص‌های مطلق	کای اسکوتر هنجار شده (CMIN)	۹۵/۵۳	-
	درجه آزادی	۸۵	
	CMIN/DF	۱/۱۲	کمتر از ۳
	سطح معناداری	۰/۰۰۱	-
شاخص‌های نسبی	خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۳	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	-
	شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۲	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI)	۰/۹۶	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش مقتصد (PCFI)	۰/۷۳	بیشتر از ۰/۶۰
	شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI)	۰/۷۱	بیشتر از ۰/۶۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۲	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۸	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۱	بیشتر از ۰/۹۰

۳) ممکن است به ایجاد فاصله اطمینان در اطراف RMSEA بیانجامد. شاخص RMSEA مقدار خطای احتمالی در جمعیت را تحلیل نموده و این پرسش را مطرح می‌کند که چگونه یک مدل با پارامترهای ناشناخته و مقادیر بهینه انتخاب شده برای آن مطلوب تشخیص داده می‌شود و با ماتریس کوواریانس جمعیت- در صورت وجود- منطبق می‌باشد؛ بنابراین برای حساس ساختن آن نسبت به اعداد پارامترهای تخمین زده شده در یک مدل کامل، مقادیر کمتر از ۰/۰۵ نشان‌دهنده تناسب خوب و مقادیر بالاتر از ۰/۰۵ نمایانگر خطاهای احتمالی در تخمین جمعیت می‌باشند. مطابق با جدول ۳ میزان شاخص RMSEA معادل ۰/۰۳ به دست آمده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مدل با داده‌ها برازش بسیار خوبی داشته و متناسب است. در شکل ۱ مدل پیشنهادی و برازش شده پژوهش آمده است.

در این پژوهش روش برآورد پارامتر، روش حداکثر درست نمایی (MLE) بوده است. بنا به پیشنهاد میرز و همکاران (۶۱) زیر مجموعه شاخص‌های برازش کلی شامل خی دو، شاخص برازش هنجار شده (NFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص برازندگی فزاینده (IFI)، شاخص توکر-لویس (TLI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI) و ریشه دوم میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) مهمترین شاخص‌های برازش هستند. برای پژوهش حاضر، نتایج شاخص‌های برازش مدل از برازش مطلوبی برخوردار است. همچنین شاخص RMSEA باید زیر ۰/۰۸ باشد. آزمون RMSEA که در زمینه شاخص‌ها و معیارهای نیکویی برازش مدل از اهمیت چشمگیری برخوردار است، به سه دلیل پیشنهاد می‌شود. ۱) به میزان کافی نسبت به مدل نادرست حساس است، ۲) دستورالعمل‌های تفسیری استفاده شده در آن معمولاً نتیجه‌گیری مناسبی را در مورد کیفیت مدل ارائه می‌دهند و

روانشناختی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی تبیین می‌شود. در ادامه در جدول ۴ ضرایب استاندارد و مستقیم آمده است.

شکل ۱ مدل ساختاری برازش شده پژوهش را نشان می‌دهد که این مدل پژوهش ۹۸ درصد از اختلال وسواس فکری-عملی و ۹۹ درصد از کیفیت زندگی توسط انعطاف‌پذیری



شکل (۱) مدل نهایی پژوهش

جدول ۴) ضرایب مستقیم و استاندارد مدل پژوهش

ضرایب غیراستاندارد				ضریب استاندارد	مسیرهای مستقیم
Sig	T	خطای معیار	ضریب b	ضریب بتا	
۰/۰۰۱	۶/۱۵	۰/۰۲	-۰/۸۱	-۰/۸۴	انعطاف‌پذیری شناختی ← کیفیت زندگی
۰/۰۰۱	۸/۰۵	۰/۰۲	۰/۷۵	۰/۸۱	ناگویی هیجانی ← کیفیت زندگی
۰/۰۰۱	۵/۶۲	۰/۰۹	-۰/۷۱	-۰/۷۳	انعطاف‌پذیری شناختی ← اختلال وسواس
۰/۰۰۱	۱۹/۵۹	۰/۳۰	۰/۸۹	۰/۸۶	ناگویی هیجانی ← اختلال وسواس
۰/۰۰۱	۱۰/۴۲	۰/۰۶	-۰/۵۸	-۰/۶۷	انعطاف‌پذیری شناختی ← ناگویی هیجانی

جدول ۵) نتایج بوت استروپ مسیرهای میانجی (غیرمستقیم)

معناداری	فاصله اطمینان		اثر استاندارد غیرمستقیم	مسیرهای غیرمستقیم
	حد بالا	حد پایین		
۰/۰۰۲	-۰/۷۵	-۰/۵۶	-۰/۵۲	انعطاف‌پذیری شناختی ← ناگویی هیجانی ← اختلال وسواس فکری-عملی
۰/۰۰۱	-۰/۷۳	-۰/۵۴	-۰/۶۳	انعطاف‌پذیری شناختی ← ناگویی هیجانی ← کیفیت زندگی

معنادار بود. ضریب استاندارد و مستقیم انعطاف‌پذیری شناختی و ناگویی هیجانی ($\beta = -0/73$ و $\text{sig} = 0/001$) و ناگویی هیجانی ($\beta = 0/86$ و $\text{sig} = 0/001$) بر اختلال وسواس فکری-عملی معنادار بود.

بر اساس آنچه در جدول ۴ آمده است، ضریب استاندارد و مستقیم انعطاف‌پذیری شناختی ($\beta = -0/84$ و $\text{sig} = 0/001$) و ناگویی هیجانی ($\beta = 0/81$ و $\text{sig} = 0/001$) بر کیفیت زندگی

ضریب استاندارد و مستقیم انعطاف‌پذیری شناختی ($\beta = -0.67$) و $\text{sig} = 0.001$) بر ناگویی هیجانی معنادار بود. در جدول ۵ نتایج بوت استروپ نتایج بوت استروپ انعطاف‌پذیری شناختی با نقش میانجی ناگویی هیجانی بر کیفیت زندگی و اختلال وسواس فکری-عملی آمده است.

برای آزمون معناداری اثر میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی با کیفیت زندگی و اختلال وسواس فکری-عملی از روش بوت استروپ با ۱۰۰۰ نمونه‌گیری مجدد در فاصله اطمینان ۰/۹۵ استفاده شد. هرچقدر تعداد نمونه‌گیری‌ها بیشتر باشد، دقت پیش‌بینی نیز بالاتر می‌رود (۴۲ و ۶۰). همچنین بر اساس نظر کلاین (۴۲) که اظهار می‌دارد اگر دامنه برآوردهای حد پایین و حد بالا از صفر عبور نکند، اثر غیرمستقیم در نظر گرفته می‌شود. بر این اساس، نتایج جدول ۵ نشان داد که ناگویی هیجانی در رابطه بین انعطاف‌پذیری روانشناختی با کیفیت زندگی و اختلال وسواس فکری-عملی نقش میانجی دارد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی با کیفیت زندگی و اختلال وسواس فکری-عملی در بیماران مبتلا به پُرسوریازیس بود. نتایج نشان داد که انعطاف‌پذیری شناختی بر کیفیت زندگی اثر مستقیم و معنادار دارد. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات رودنیک و همکاران (۲۰)، خانی‌زاده و همکاران (۲۱) و ویسمردی و همکاران (۲۲) همسویی دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که انعطاف‌پذیری شناختی به میزان تجربه‌پذیری فرد در مقابل تجارب درونی و بیرونی اطلاق می‌شود. این ویژگی شخصیتی در افراد مختلف به درجات متفاوتی وجود دارد و نوع واکنش افراد را در مقابل تجارب جدید معین می‌کند. انعطاف‌پذیری شناختی بیان می‌کند که انعطاف‌پذیری مستلزم توانایی برقراری ارتباط با لحظه حال و قدرت متمایزسازی خود از افکار و تجارب درون روانی است. افراد انعطاف‌پذیر درباره دنیای درونی و بیرونی کنج‌گاو هستند و زندگی آن‌ها از لحاظ تجربه غنی است. چون تجارب جدید را می‌پسندند و خواهان تجربه بیشتر هستند. آن‌ها نه تنها از مواجهه با تجارب درونی و بیرونی اجتناب نمی‌کنند، بلکه حتی گاهی به دنبال کسب تجربیات جدید می‌روند (۶۲). انعطاف‌پذیری شناختی همچنین به عنوان توانایی فرد در

بازداری از یک پاسخ غالب اما ناکارآمد و نامناسب و توانایی دستیابی به پاسخ‌های جایگزین دوردست‌تر تعریف می‌شود، بنابراین تصور می‌شود که شامل دو زیر شاخه مهار موارد نامربوط و انتقال توجه و تمرکز به تکالیف یا آمایه‌های ذهنی متفاوت باشد. انعطاف‌پذیری شناختی که اثرات مثبتی روی توان فرد در مقابله با استرس‌زاهای درونی و بیرونی و نیز اثرات مثبتی روی رفاه و آسایش افراد در محیط تعاملی خانواده دارد، نقشی کلیدی در شکل‌گیری و تحول توانمندی‌های مختلف در افراد ایفاء می‌کند. افرادی که انعطاف‌پذیری شناختی دارند می‌توانند مشکلات و موقعیت‌های جدید را در سطوح مختلف بررسی کرده و گزینه‌ها و ایده‌های جایگزین را ارائه کنند و تحمل تعارض در آن‌ها بیشتر است. افرادی که از انعطاف‌پذیری کمتری برخوردارند، به سختی می‌توانند یادگیری‌های اولیه خود را فراموش کنند، آن‌ها بر یادگیری‌های قبلی خود که پیامدهای منفی برایشان دارد پافشاری می‌کنند و این پافشاری به سازگاری آن‌ها با شرایط و موقعیت‌های جدید آسیب می‌رساند (۶۳). بنابراین زمانی که افراد انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری دارند می‌توانند مشکلات و موقعیت‌های جدید را در سطوح مختلف بررسی کرده و گزینه‌ها و ایده‌های جایگزین را ارائه کنند و تحمل تعارض در آن‌ها بیشتر است و به همین خاطر وقتی که چنین ویژگی‌هایی که در آنان بیشتر باشد مشکلات کمتری روانشناختی و شناختی تجربه می‌کنند به همین علت کیفیت زندگی آن‌ها نیز بیشتر از افرادی است که انعطاف‌ناپذیری شناختی دارند. بنابر آنچه گفته شد می‌توان این نتیجه را منطقی دانست که متغیر انعطاف‌پذیری شناختی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پُرسوریازیس رابطه معنادار داشته باشد.

از سوی دیگر، نتایج نشان داد که انعطاف‌پذیری شناختی بر اختلال وسواس فکری-عملی اثر مستقیم و معنادار دارد. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات پلیگرینی و فینبرگ (۲۷) و چامبرلین و همکاران (۲۶) همسویی دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که انعطاف‌پذیری شناختی به معنای مجموعه رفتارها و اعمالی است که فرد در راستای ارزش‌هایش انجام می‌دهد. روی هم رفته نبود رفتارهایی که در راستای ارزش‌های فرد باشند، باعث می‌شود که فرد احساس کند زندگی‌اش بدون معنا و هدف است و یا زندگی‌اش را سراسر درد و رنج احساس کند، به طوری که گفته شده است

انعطاف‌پذیری شناختی نقش مهمی در بهبود روابط افراد با دیگران دارد (۶۴). همچنین دارا بودن انعطاف‌پذیری شناختی سبب می‌شود که فرد علاوه بر رفتارهای ارزشمندانه، دارای تعهد در عمل نیز باشد (۶۵). انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی و ظرفیت انتخاب پاسخ عملی در بین گزینه‌های موجود و مناسب و استفاده از خلاقیت اشاره می‌کند (۶۶). افزون بر این، انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (۶۷). همچنین انعطاف‌پذیری شناختی با بهزیستی روانی (۶۸) و آسیب‌پذیری در طیف گسترده‌ای از ناراحتی که شامل افسردگی (۶۹)، اضطراب (۷۰) و ناراحتی‌های روانی عمومی می‌شود، رابطه دارد، به طوری که انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند بر سلامت روان افراد تأثیر بگذارد (۷۱). اما اینکه چگونه این انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند بر اختلال وسواس فکری-عملی تأثیر می‌گذارد می‌توان گفت که انعطاف‌ناپذیری تجربه شده نه تنها در گروه‌های بیمار در مقایسه با گروه سالم بسیار بالاتر است، بلکه همچنین سطوح بالاتر عدم انعطاف‌پذیری تجربه شده با شدت بیشتر بیماری مرتبط است (۷۲). در واقع، تصور می‌شود که افراد دارای علائم وسواس فکری-عملی دارای سطوح بالایی از احساسات منفی در کنار مشکلات تنظیم هیجان هستند (۷۳). همچنین می‌توان تصور کرد که افکار منفی مانند نگرانی‌ها و افکار وسواسی، هر دو مربوط به اختلال وسواس فکری-عملی، ممکن است به سادگی فضای شناختی موجود برای بیماران را پر کنند که منجر به ابزارهای شناختی کمتر در دسترس برای هدایت موقعیت‌هایی می‌شود که نیاز به انعطاف دارند. بنابر آنچه گفته شد می‌توان این نتیجه را منطقی دانست که انعطاف‌پذیری شناختی با اختلال وسواس فکری-عملی در بیماران مبتلا به پسوریازیس رابطه داشته باشد.

همچنین نتایج نشان داد که ناگویی هیجانی در رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی با اختلال وسواس فکری-عملی بیماران مبتلا به پسوریازیس نقش میانجی دارد. پژوهشی وجود ندارد که نشان داده باشد ناگویی هیجانی در رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی با اختلال وسواس فکری-عملی در بیماران مبتلا به پسوریازیس نقش میانجی دارد. لذا همسویی و ناهمسویی این نتیجه به دست آمده با نتایج قبلی مشخص نیست. در تبیین نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین

انعطاف‌پذیری شناختی با اختلال وسواس فکری-عملی می‌توان گفت که افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند، چارچوب فکری خود را به صورت مثبتی بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا و تنش‌آور را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند، از نظر روانشناختی بهزیستی بیشتری دارند (۷۴). ویژگی و نیمرخ شخصیت افراد منعطف به گونه‌ای است که واقعیت را می‌پذیرند، باور عمیق دارند که زندگی با معنی است و توانایی بهبود و سازگاری معنادار با تغییرات دارند و می‌توانند در راه خودکوفایی مسیر خود را ادامه دهند و این خصایص می‌تواند به بهزیستی روانشناختی و سلامت‌روان مثبت آنان کمک کند (۷۴). وقتی افراد بهزیستی روانشناختی و سلامت‌روان مثبت بیشتری را تجربه کنند، بهتر می‌توانند هیجانات خود را مدیریت کنند، بهتر می‌توانند احساسات خود را توصیف و شناسایی کنند، و زمانی که احساسات خود را توصیف و شناسایی کنند کمتر دچار ناگویی هیجانی می‌شود. بنابراین می‌توان گفت افراد دارای ناگویی هیجانی به دلایل مختلف مانند خصیصه‌های شخصیتی، مشکلاتی در تنظیم احساسات، به ویژه در موقعیت‌های روانشناختی سرشار از تعارض هستند، که به طور مستقیم فرد را مستعد مربوط به ناتوانی در تنظیم اختلال وسواسی می‌کند. لذا منطقی است گفته شود که ناگویی هیجانی در رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی با اختلال وسواس فکری-عملی نقش میانجی داشته باشد.

در نهایت نتایج نشان داد که ناگویی هیجانی در رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس نقش میانجی دارد. پژوهشی وجود ندارد که نشان داده باشد ناگویی هیجانی در رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پسوریازیس نقش میانجی دارد. لذا همسویی و ناهمسویی این نتیجه به دست آمده با نتایج قبلی مشخص نیست. در تبیین نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی با کیفیت زندگی می‌توان گفت که افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی به افراد کمک می‌کند از طریق افزایش ذهن‌آگاهی و تماس با رویدادها به جای کنترل کردن و به چالش کشیدن افکار و احساسات، آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای را کاهش دهند و افراد را ترغیب می‌کند انرژی خود را از کنترل هیجانات

به سمت اعمال ارزشمند تغییر دهند و با وجود مشکلات شخصی و رنج‌ها اعمال مناسبی را انتخاب کنند (۷۵). در مجموع می‌توان گفت انعطاف‌پذیری روانشناختی باعث می‌شود که افراد در مواجهه با مشکلات از راهبردهای سازگاران استفاده کنند، به مشکلات خود آگاهی پیدا کنند، برای حذف آن مشکلات تلاش کرده و پاسخ مناسبی به خواسته‌های محیط بدهند و در جهت ارزش‌های شخصی و اجتماعی حرکت کنند، که این امر احساس سازنده بودن را در فرد ایجاد می‌کند و در نهایت باعث بهبود مدیریت هیجانات و بهبود توانایی فرد در توصیف و شناسایی احساساتش می‌شود. بنابراین فردی که دچار ناگویی هیجانی کمتری است در شناسایی احساسات و توصیف حالات هیجانی توانایی بیشتری دارد و همین شرایط باعث می‌شود که کارکردهای روانشناختی و هیجانی بهتری را تجربه کند و کیفیت زندگی وی بهتر از دیگران می‌شود. لذا منطقی است گفته شود که ناگویی هیجانی در رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی با کیفیت زندگی نقش میانجی داشته باشد.

با توجه به اینکه پژوهش در شهر تهران انجام پذیرفت، محدود بودن جامعه پژوهش به بیماران مبتلا به پسوریازیس مراجعه کننده به کلینیک‌ها و بیمارستان‌های شهر تهران از محدودیت های پژوهش می‌باشد و در تعمیم نتایج به شهرهای دیگر باید محتاط بود. در این پژوهش برای جمع آوری داده‌ها صرفاً از پرسشنامه استفاده شده است، بنابراین محدود بودن ابزار پژوهش به پرسشنامه از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است. سوگیری افراد پاسخ دهنده در پاسخگویی به پرسش‌ها از محدودیت‌های این پژوهش است، چرا که برخی سؤالات راجع به خصوصی‌ترین مسائل است و ممکن است آزمودنی‌ها با صداقت پاسخ ندهند و سعی کنند خود را بهتر از آنچه هستند نشان دهند و این امر ممکن است نتیجه آزمون را تحت تأثیر قرار داده باشند. این پژوهش تنها بر روی بیماران مبتلا به پسوریازیس صورت پذیرفت و قابل تعمیم به دیگر بیماران و همچنین افراد سالم نیست. با توجه به اینکه این پژوهش در شهر تهران صورت پذیرفته است، پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه در سایر شهرها صورت پذیرد و نتیجه آن با نتیجه پژوهش حاضر مقایسه گردد. پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه در جوامع غیر بیمار و همچنین بر روی دیگر بیماران مانند بیماران مبتلا به اسکروزیس چندانگانه، بیماران سرطانی،

بیماران دیابتی، بیماران کلیوی، بیماران مبتلا به تصلب بافت چندانگانه صورت پذیرد و نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی با اختلال وسواس فکری-عملی و کیفیت زندگی در اینگونه بیماران نیز مطالعه شود. بر اساس نتایج، به مشاوران و روانشناسان بالینی که در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی در زمینه کاهش مشکلات روانشناختی بیماران پسوریازیس فعالیت می‌کنند پیشنهاد می‌شود که در جهت بهبود وسواس فکری-عملی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس به نقش انعطاف‌پذیری شناختی این بیماران توجه کنند. چرا که انعطاف‌پذیری شناختی از طریق درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد قابل ارتقاء و افزایش است، که بر این اساس روانشناسان و مشاوران که در زمینه بهبود مشکلات ناشی از اختلال وسواس فکری-عملی و کیفیت زندگی این بیماران فعالیت می‌کنند در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی با در نظر گرفتن کارگاه‌های ویژه این بیماران می‌توانند از نتایج این پژوهش برای کاهش اختلال وسواس فکری-عملی و کیفیت زندگی نامطلوب آن استفاده کنند.

منابع

1. Parisi R, Iskandar IY, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CE, Ashcroft DM. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ*, 2020; 28(1): 369-379. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1590>
2. Nowowiejska J, Karny A, Nesterowicz M, Purpurowicz P, Baran A, Kaminski TW, Flisiak I. Sexual dysfunctions in psoriatic patients. *Frontiers in Public Health*, 2024; 12(1): 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1339196>
3. Choon SE, De La Cruz C, Wolf P, Jha RK, Fischer KI, Goncalves-Bradley DC, Gottlieb AB. Health-related quality of life in patients with generalized pustular psoriasis: A systematic literature review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2024; 38(2): 265-280. <https://doi.org/10.1111/jdv.19530>
4. Wei W, Zhang B, Liu T, Lu T. Effect of psychological intervention on quality of life among patients with psoriasis: a meta-analysis. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2024; 31(1): 911-922. <https://doi.org/10.1007/s12529-024-10315-0>
5. Pérez-Chada LM, Hopkins ZH, Balak DM, Rashid S, Creadore A, Chu B, Barbieri JS. Patient-reported outcome measures for health-related quality of life in patients with psoriasis: a systematic review. *JAMA dermatology*, 2024; 1(1): 1-10. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2023.5439>

- spectrums, 2023; 28(2): 157-163. <https://doi.org/10.1017/S1092852921000973>
16. Adam Y, Meinlschmidt G, Gloster AT, Lieb R. Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2012; 47(1):339-349. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0337-5>
17. Mavrogiorgou P, Bader A, Stockfleth E, Juckel G. Obsessive-compulsive disorder in dermatology. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 2015; 13(10): 991-999. <https://doi.org/10.1111/ddg.12781>
18. Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder compared to the general population. *Psychiatrische Praxis*, 2006; 33(7): 350-352. <https://doi.org/10.1055/s-2006-940145>
19. Subramaniam M, Soh P, Vaingankar JA, Picco L, Chong SA. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: impact of the disorder and of treatment. *CNS drugs*, 2013; 27(1): 367-383. <https://doi.org/10.1007/s40263-013-0056-z>
20. Rudnik A, Piotrowicz G, Basińska MA, Rashedi V. The importance of cognitive flexibility and flexibility in coping with stress for the quality of life in inflammatory bowel disease patients during biological therapy. A preliminary report. *Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny*, 14(2): 121-128. <https://doi.org/10.5114/pg.2018.81081>
21. Khanizadeh T, Bagherian-Sararoudi R, Ebrahimi A, Feizi A, Sanei H. The role of psychological flexibility on quality of life in patients with coronary artery disease mediated by illness perception: Structural equation model. *Journal of Isfahan Medical School*, 2022; 40(662): 115-123. (In Persian) <https://doi.org/10.48305/jims.v40.i662.0115>
22. Veismoradi M, Borjali A, Rafezi Z. Predicting Nurses' Quality of Life Based on Coronavirus-Induced Anxiety and Cognitive Flexibility. *Clinical Psychology and Personality*, 2023; 21(1): 171-180. (In Persian) <https://doi.org/10.22070/cpap.2023.16350.1237>
23. Miles S, Howlett CA, Berryman C, Nedeljkovic M, Moseley GL, Phillipou A. Considerations for using the Wisconsin Card Sorting Test to assess cognitive flexibility. *Behavior research methods*, 2021; 53(5): 2083-2091. <https://doi.org/10.3758/s13428-021-01551-3>
24. Hohl K, Dolcos S. Measuring cognitive flexibility: A brief review of neuropsychological, self-report, and neuroscientific approaches. *Frontiers in Human Neuroscience*, 2024; 18(1): 1-10. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2024.1331960>
25. Brockmeyer T, Febry H, Leiteritz-Rausch A, Wünsch-Leiteritz W, Leiteritz A, Friederich HC. Cognitive flexibility, central coherence, and quality
6. Chung KC, Muthutantri A, Goldsmith GG, Watts MR, Brown AE, Patrick DL. Symptom impact and health-related quality of life (HRQoL) assessment by cancer stage: a narrative literature review. *BMC cancer*, 2024; 24(1): 884-896. <https://doi.org/10.1186/s12885-024-12612-z>
7. Maul JT, Navarini AA, Sommer R, Anzengruber F, Sorbe C, Mrowietz U, Augustin M. Gender and age significantly determine patient needs and treatment goals in psoriasis—a lesson for practice. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2019; 33(4): 700-708. <https://doi.org/10.1111/jdv.15324>
8. Blome C, Gosau R, Radtke MA, Reich K, Rustenbach SJ, Spehr C, Augustin M. Patient-relevant treatment goals in psoriasis. *Archives of dermatological research*, 2016; 308(2): 69-78. <https://doi.org/10.1007/s00403-015-1613-8>
9. Maul JT, Augustin M, Sorbe C, Conrad C, Anzengruber F, Mrowietz U, Navarini AA. Association of sex and systemic therapy treatment outcomes in psoriasis: a two-country, multicentre, prospective, noninterventional registry study. *British Journal of Dermatology*, 2021; 185(6): 1160-1168. <https://doi.org/10.1111/bjd.20387>
10. Costa AA, Cota OM, Esteves Lima RP, Oliveira SD, Cortelli SC, Cortelli JR, Costa FO. The association between periodontitis and the impact of oral health on the quality of life of individuals with psoriasis and psoriatic arthritis. *PloS one*, 2024; 19(6): 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301158>
11. Shah K, Mellars L, Changolkar A, Feldman SR. Real-world burden of comorbidities in US patients with psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2017; 77(2): 287-292. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.03.037>
12. Scotti L, Franchi M, Marchesoni A, Corrao G. Prevalence and incidence of psoriatic arthritis: a systematic review and meta-analysis. In *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 2018; 48(1): 28-34. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2018.01.003>
13. Daudén E, Vidal D, Romero A, Bordel MT, Rivera R, Márquez J, Zulaica A. Psoriasis severity, health-related quality of life, work productivity, and activity impairments among patients with moderate to severe psoriasis receiving systemic treatment: Real-world data from clinical practice in Spain. *Actas dermo-sifiliograficas*, 2024; 115(1): 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.07.001>
14. Di Spirito F, Raimondo A, Di Palo MP, Martina S, Fordellone M, Rosa D, Lembo S. Oral lesions and oral health-related quality of life in adult patients with psoriasis: A Retrospective Chart Review. *Life*, 2024; 14(3): 347-357. <https://doi.org/10.3390/life14030347>
15. Chou Y, Tai YH, Dai YX, Lee DD, Chang YT, Chen TJ, Chen MH. Obsessive-compulsive disorder and the associated risk of autoimmune skin diseases: a nationwide population-based cohort study. *CNS*

36. Feng JN, Guo JZ, Zhang Q, Zhuo L, Xu L, Liu, LL, Wang SF. Higher prevalence of generalized pustular psoriasis in Asia? A population-based study using claim data in China and a systematic review. *Dermatology*, 2023; 239(2): 195-205. <https://doi.org/10.1159/000528850>
37. Cipolla S, Catapano P, Bonamico AF, De Santis V, Murolo, R, Romano F, Catapano F. Factors associated with anxiety, depression, and quality of life in patients with psoriasis: A cross-sectional study. *Brain Sciences*, 2024; 14(9): 865-875. <https://doi.org/10.3390/brainsci14090865>
38. Iocca F, Burlando M, Angelo NL, Ragucci F, Pugi D, Parodi A, Pozza A. Sexual functioning in patients with psoriasis: the role of body dissatisfaction and cognitive biases toward sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2024; 50(4): 439-455. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2024.2302959>
39. Shah S, Merchant SA, Shah SA. Female sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review and meta-analysis using the Female Sexual Function Index. *International Journal of Impotence Research*, 2024; 36(3): 232-241. <https://doi.org/10.1038/s41443-022-00650-9>
40. Kahraman BB, Karatepe HT, Karadağ AS, Çıtak S. Psychological flexibility, stigma, and quality of life in psoriasis patients. *Psychother Res*, 2024; 13(1): 1-10. <http://dx.doi.org/10.5455/JCBPR.146290>
41. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications. 2023. <https://www.guilford.com/books/Principles-and-Practice-of-Structural-Equation-Modeling/Rex-Kline/9781462551910>
42. Wu CL, Chang YC, Yao WT, Chiang TI. Exploring the effectiveness of biological therapy in patients with psoriasis: body image and quality of life. *Medicina*, 2024; 60(1): 160-170. <https://doi.org/10.3390/medicina60010160>
43. Finlay AY, Khan G. Dermatology life quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and experimental dermatology*, 1994; 19(3): 210-216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x>
44. Zou Q, Luo Y, Hao D, Li M, Jihui C. Validation and application of the dermatology life quality index score, a modification of the DLQI score, in psoriasis patients. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 43(1): 92-100. <https://doi.org/10.1186/s41043-024-00587-3>
45. Aminizadeh S, Askarizadeh G, Bagheri M. The effectiveness of dynamic interpersonal psychotherapy on psychological symptoms, emotion regulation and quality of life of psychodermatologic patients. *Journal of Psychological Studies*, 2022; 18(2): 119-132. (In Persian) <https://doi.org/10.22051/psy.2022.39950.2599>
46. Hodgson J, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour research and therapy*, 1977; of life in anorexia nervosa. *Journal of eating disorders*, 2022; 10(1): 22-32. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00547-4>
26. Chamberlain SR, Fineberg, NA, Blackwell AD, Robbins TW, Sahakian BJ. Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *American journal of psychiatry*, 2006; 163(7): 1282-1284. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.7.1282>
27. Pellegrini L, Fineberg NA. Cognitive inflexibility, obsessive-compulsive symptoms and traits and poor post-pandemic adjustment. *Neuroscience Applied*, 2024; 1(2): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.nsa.2024.104073>
28. Karakuş S, Akbay SE. The mediating role of psychological flexibility in explaining authenticity and life satisfaction with alexithymia. *Participatory Educational Research*, 2022; 9(1): 285-302. <https://doi.org/10.17275/per.22.16.9.1>
29. Franco P, Tesio V, Bertholet J, Gasnier A, Del Portillo EG, Spalek M, Castelli L. The role of alexithymia and empathy on radiation therapists' professional quality of life. *Technical innovations & patient support in radiation oncology*, 2020; 15(1): 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.tipsro.2020.07.001>
30. Yousefi N, Monirpoor N. The role of alexithymia and irrational beliefs in predicting obsessive-compulsive disorder in people with obsessive-compulsive disorder. *Rooyesh*. 2022; 10(12): 159-168. (In Persian) <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.12.10.2>
31. Ditzer J, Wong EY, Modi RN, Behnke M, Gross JJ, Talmon A. Child maltreatment and alexithymia: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 2023; 149(5-6): 311-320. <https://doi.org/10.1037/bul0000391>
32. Mendia J, Zumeta LN, Cusi O, Pascual A, Alonso-Arbiol I, Díaz V, Páez D. Gender differences in alexithymia: Insights from an Updated Meta-Analysis. *Personality and Individual Differences*, 2024; 227(1): 1-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2024.112710>
33. Taylor GJ, Bagby RM. Examining proposed changes to the conceptualization of the alexithymia construct: The way forward tilts to the past. *Psychotherapy and psychosomatics*, 2021; 90(3): 145-155. <https://doi.org/10.1159/000511988>
34. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review. *Jama*, 2020; 323(19): 1945-1960. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4006>
35. Prinz JC, Choon SE, Griffiths CE, Merola JF, Morita A, Ashcroft DM, Viguier M. Prevalence, comorbidities and mortality of generalized pustular psoriasis: a literature review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2023; 37(2): 256-273. <https://doi.org/10.1111/jdv.18720>

- relationship between alexithymia and couple burnout in incompatible women. *Quarterly Journal of Education, Counseling and Psychotherapy*, 2019; 8(29): 52-64. (In Persian) https://journals.iau.ir/article_667020.html
58. Chan J, Becerra R, Weinborn M, Preece D. Assessing alexithymia across Asian and western cultures: psychometric properties of the perth alexithymia questionnaire and Toronto alexithymia scale-20 in Singaporean and Australian samples. *Journal of Personality Assessment*, 2023; 105(3): 396-412. <https://doi.org/10.1080/00223891.2022.2095641>
59. Muzi S, Di Trani M, Renzi A, Pace CS. Can alexithymia be assessed through an interview in adolescents? The Toronto Structured Interview for Alexithymia: Reliability, concurrent validity, discriminant validity, and relationships with emotional-behavioral symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 2023; 13(1): 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1055946>
60. Veisi S, Kashefi F, Imani S. Fitness the Causal-Structural Relationships of Successful Intelligence with Wisdom with the Mediation of Musical Intelligence in Piano Players. *Social Psychology Research*, 2024; 14(54): 1-14. (In Persian) <https://doi.org/10.22034/spr.2024.424119.1877>
61. Kordnoghi R, Veisi S. Developing a Model of Wisdom Based on Successful Intelligence and Psychological Well-Being in Students: The Mediating Role of Creativity. *Positive Psychology Research*, 2024; 10(3): 29-50. <https://doi.org/10.22108/ppls.2025.139681.2473>
62. Wallace DP, McCracken LM, Weiss KE, Harbeck-Weber C. The role of parent psychological flexibility in relation to adolescent chronic pain: Further instrument development. *The Journal of Pain*, 2015; 16(3): 235-246. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.11.013>
63. Eskandari H, Pajouhinia S, Abavisan Y. Explanation of Psychological Problems Based on Cognitive Flexibility and Self Differentiation. *Shefaye Khatam* 2016; 4 (3): 18-27 <http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.shefa.4.3.18>
64. Daks JS, Rogge RD. Examining the correlates of psychological flexibility in romantic relationship and family dynamics: A meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2020; 1(1): 1-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.010>
65. Twohig P, Vilardaga J, Levin ME, Hayes SC. Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2015; 4(3): 196-202. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.07.001>
66. Wu Y, Koutstaal W. Charting the contributions of cognitive flexibility to creativity: Self-guided transitions as a process-based index of creativity-15(5): 389-395. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90042-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0)
47. Mosavi SZ, Syiad Tabaei SR. Prediction of obsessive compulsive disorder based on rumination and distress tolerance in the corona epidemic. *Rooyesh*, 2023; 12(4): 159-166. (In Persian) <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1402.12.4.16.6>
48. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 1994; 38 (1): 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
49. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*, 20210; 34(3): 241-253. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
50. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation 1996. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t00742-000>
51. Kohandani M, Abolmaali Alhosseini K. Factor structure and psychometric properties of Persian version of cognitive flexibility of Dennis, Vander Wal and Jillon. *Psychological Models and Methods*, 2017; 8(29): 53-70. (In Persian) <https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285516.1396.8.29.3.2>
52. Chimenti MS, Fonti GL, Conigliaro P, Hitaj J, Triggianese P, Teoli M, Perricone R. Evaluation of alexithymia in patients affected by rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis: A cross-sectional study. *Medicine*, 2019; 98(4): 1-10. <https://doi.org/10.1097%2FMD.00000000000013955>
53. Kafetsios K, Hess U. Seeing mixed emotions: Alexithymia, emotion perception bias, and quality in dyadic interactions. *Personality and Individual Differences*, 2019; 137(1): 80-85. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.paid.2018.08.014>
54. Kinnaird E, Stewart C, Tchanturia K.. Investigating alexithymia in autism: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 2019; 55(1): 80-89. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.09.004>
55. Faramarzirad B, Robatmili S, Abolmali K, Zarehbaramabadi M. A structural model for predicting alexithymia based on early maladaptive schemas with the mediation of emotional self-disclosure. *Journal of Psychological Science*, 2023; 22(123), 539-556. (In Persian) <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.22.123.539>
56. Pines AM. The female entrepreneur: Burnout treated using a psychodynamic existential approach. *Clinical Case Studies*, 2003; 1(2), 170-180. <http://dx.doi.org/10.1177/1534650102001002005>
57. Zakeri F, Safarain Tosi M, Nejat H. Investigating the role of self-compassion moderator on the

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.23222840.1398.9.0.13.5>

- related adaptivity. Plos one, 2020; 15(6): 1-10.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234473>
67. Berghoff CR, McDermott MJ, Dixon-Gordon KL. Psychological flexibility moderates the relation between PTSD symptoms and daily pain interference. *Personality and Individual Differences*, 2018; 124(1): 130-134.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2017.12.012>
68. Grégoire S, Chénier C, Doucerain M, Lachance L, Shankland R. Ecological momentary assessment of stress, well-being, and psychological flexibility among college and university students during acceptance and commitment therapy. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 2020; 52(3): 231–243.
<https://doi.org/10.1037/cbs0000175>
69. Fonseca S, Trindade IA, Mendes AL, Ferreira C. The buffer role of psychological flexibility against the impact of major life events on depression symptoms. *Clinical Psychologist*, 2020; 24(1): 82-90.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/cp.12194>
70. Østergaard T, Lundgren T, Zettle RD, Landrø N. I, Haaland VØ. Psychological flexibility in depression relapse prevention: processes of change and positive mental health in group-based ACT for residual symptoms. *Frontiers in psychology*, 2020; 27(11): 528-538.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00528>
71. Pakenham KI, Landi G, Bocolini G, Furlani A, Grandi S, Tossani E. The moderating roles of psychological flexibility and inflexibility on the mental health impacts of COVID-19 pandemic and lockdown in Italy. *Journal of contextual behavioral science*, 2020; 17(1): 109-118.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.003>
72. Sternheim LC, van Passel B, Dingemans A, Cath D, Danner UN. Cognitive and experienced flexibility in patients with anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 2022; 13(1): 1-10.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.868921>
73. Puttevils L, Vanderhasselt MA, Horczak P, Vervaeke M. Differences in the use of emotion regulation strategies between anorexia and bulimia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 2021; 109(1): 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152262>
74. Asghari Ebrahimabad M, Mamizade M. An Investigation into the role of psychological flexibility and hardiness in explaining soldiers' psychological well-being. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 2018; 8(1): 37-51. (In Persian)
<https://doi.org/10.22067/ijap.v8i1.67658>
- Safari Mousavi S S, Nadri M, Amiri M, Radfar F, Farokhcheh M. The predictive role of psychological flexibility and cognitive emotion regulation strategies on depression, anxiety and stress in type 2 diabetic patients. *Journal of Disability Studies*, 2019; 9(1): 39-50. (In Persian)