

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری و گروه‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش علائم بیماری پسوریازیس، پریشانی روان‌شناختی و ادراک از تصویر بدن

محبوبه دهقان نیری
محمدحسین بیاضی*

گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی،
واحد تربت جام، تربت جام، ایران

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری و گروه‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش علائم بیماری پسوریازیس، پریشانی روان‌شناختی و ادراک از تصویر بدن انجام شد.

روش اجرا: این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیمارانی بود که در بهار ۱۴۰۱ با مراجعه به متخصصان درماتولوژی شهر مشهد تشخیص پسوریازیس دریافت کردند. ۴۵ بیمار پسوریازیس به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری و هیجان‌مدار) و کنترل (گروه‌های ۱۵ نفره) جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش ۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پیش از آغاز و پس از پایان جلسات درمان، بیماران مقیاس پریشانی روان‌شناختی، پرسش‌نامه نگرانی از تصویر بدنی و پرسش‌نامه علائم جسمانی با شاخص شدت و سطح پسوریازیس را کامل کردند. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس یک‌متغیری تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد گروه‌درمانی شناختی رفتاری و گروه‌درمانی هیجان‌مدار در کاهش پریشانی روان‌شناختی ($F(1, 41) = 21.06, P < 0.01$)، بهبود ادراک از تصویر بدن ($F(1, 41) = 33.65, P < 0.01$) و کاهش شدت علائم پسوریازیس ($F(1, 41) = 12.67, P < 0.01$) اثربخش هستند. همچنین گروه‌درمانی شناختی رفتاری، روش مؤثرتری برای کاهش پریشانی روان‌شناختی و بهبود ادراک از تصویر بدن ($P < 0.01$) است؛ اما بین اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری و گروه‌درمانی هیجان‌مدار در کاهش علائم پسوریازیس مبتلایان تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار می‌توانند در کنترل علائم بیماری پسوریازیس نقش کلیدی و مؤثری ایفا کنند.

کلیدواژه‌ها: علائم پسوریازیس، پریشانی روان‌شناختی، تصویر بدن، درمان شناختی رفتاری، درمان هیجان‌مدار

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۱/۰۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۱/۲۰

پوست و زیبایی؛ بهار ۱۴۰۲، دوره ۱۴ (۱): ۲۹-۴۱

نویسنده مسئول:
محمدحسین بیاضی

خراسان جنوبی، تربت جام، کیلومتر شش
جاده تربت جام - فریمان
پست الکترونیک:

bayazi123@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

علائم رایج پسوریازیس به‌شمار می‌رود. روی پوست مبتلایان لکه‌های سفید و نقره‌ای با ضایعات قرمز رنگ وجود دارد و ضایعات آن بیشتر به شکل تکه‌های پوسته‌ای و خارش‌دار در نواحی سر، سطوح تاندون‌ها،

پسوریازیس یک بیماری مزمن و خودآیمنی غیرمسری است که تقریباً ۲ تا ۳ درصد از جمعیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در هر سن و جنسی مشهود است. به دلیل پاسخ التهابی، دردناکی و خارش پوست از

کف دست و پا و ناخن مشاهده می‌شود.^۱

تظاهرات بیماری، شدت علائم و دوره‌های بهبود و عود در مبتلایان به پسوریازیس متغیر است^۲ و گستردگی و شدت بیماری تنوع گسترده‌ای را نشان می‌دهد.^۳ در مقایسه با دیگر بیماری‌های پزشکی، بیماری‌های پوستی بیشتر مورد توجه سایر افراد قرار می‌گیرد^۴ بنابراین، تغییر در ظاهر جسمانی بیماران پوستی، از جمله بیماران مبتلا به پسوریازیس آن‌ها را با چالش‌های فراوانی روبه‌رو می‌کند.^۵

حداقل یک‌سوم از بیماران پوستی به‌دلیل این بیماری مشکلاتی هم‌چون پریشانی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند که بر زندگی شخصی، روابط بین‌فردی و زندگی حرفه‌ای آن‌ها تأثیر چشم‌گیری می‌گذارد.^۶ پریشانی روان‌شناختی به‌عنوان حالت‌های ذهنی ناخوشایند با دامنه گسترده‌ای از علائم روان‌شناختی (مانند افسردگی، اضطراب و استرس) و پیامدهای فیزیولوژیکی همراه است^۷ و در راه‌اندازی، تشدید و ماندگاری علائم پسوریازیس نقش مهمی ایفا می‌کند.^{۸،۹} از این‌رو، اضطراب، استرس ادراک‌شده و افسردگی ناشی از مواجهه با درد و رنج ناشی از بیماری، از مهم‌ترین مسائلی است که بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند.^۹

پسوریازیس می‌تواند منجر به افزایش هیجانات منفی مرتبط با ظاهر جسمانی^{۱۰}، همانند ناراضایتی بدنی شود و ادراک از تصویر بدنی بیماران را در معرض خطر قرار دهد. تصویر بدنی منفی با افزایش ناراضایتی و نگرانی در مورد ظاهر، منجر به تشدید پریشانی از تصویر بدن می‌شود.^{۱۱} افراد مبتلا به اختلال یا بدشکلی بدنی مشهود، اغلب با واکنش‌های منفی دیگران مانند نگاه‌های خیره و حتی اظهارنظرهای توهین‌آمیز روبه‌رو می‌شوند.^{۱۱}

با توجه به ظرفیت تأثیرگذاری چشم‌گیر پسوریازیس بر ظاهر جسمانی، این بیماران به احتمال بیشتری با تصور منفی از خود، عزت نفس ضعیف و

استرس ناشی از آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند.^{۱۲} آن‌ها در مقایسه با دیگران شرم^۶، مشکلات ارتباطی و تبعیض بیشتری را تجربه می‌کنند، در ابراز وجود و رفتار جرأت‌مندانه مشکل دارند^{۱۳}، به احتمال بیشتری در معرض انگ و طرد اجتماعی قرار می‌گیرند و با رفتارهای اجتنابی بیشتری مواجه می‌شوند.^{۱۱}

عامل ناراضایتی از تصویر بدنی، ترس از ارزیابی دیگران، تجربه هیجانات ناخوشایند و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد هم‌چون کناره‌گیری از فعالیت‌های اجتماعی، می‌تواند مشکلات بیماران را وخیم‌تر کند و آن‌ها را در معرض ابتلا به بیماری‌های دیگری هم‌چون چاقی، دیابت، فشار خون بالا و بیماری‌های قلبی عروقی قرار دهد^{۱۴} و در نتیجه رنج آن‌ها را دوچندان سازد.

به باور پژوهشگران پسوریازیس را به‌عنوان مدلی از بیماری‌های روان‌تنی معرفی کرده‌اند که در آن تعامل بین عوامل فیزیولوژیکی و روان‌شناختی به ایجاد و تداوم پسوریازیس کمک می‌کنند.^{۱۵} آن‌ها ممکن است تحت تأثیر استرس و اضطراب ادراک‌شده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمدی استفاده کنند که بر شدت و وخامت علائم آن‌ها بیفزاید.

شدت پیامدهای روان‌شناختی ناشی از بیماری پسوریازیس و نقش استرس در تشدید علائم این بیماری و تأثیر آن بر جنبه‌های مختلف زندگی مبتلایان لزوم پیگیری و تعیین درمان‌های روان‌شناختی مؤثر برای کاهش و تعدیل مشکلات در این بیماران را مطرح می‌سازد. درمان شناختی رفتاری یکی از درمان‌هایی است که اثربخشی آن در کمک به بسیاری از مشکلات روان‌شناختی همبود با بیماری‌های مزمن فیزیولوژیک تأیید شده است.

به باور این افکار و باورهای ناکارآمد هستند که به هیجانات، عواطف و رفتارهای مشکل‌آفرین دامن می‌زنند.^{۱۶} پژوهشگران نشان داده‌اند درمان شناختی رفتاری در کاهش شدت خارش^۸ و بهبود

پیشانی روان‌شناختی و ادراک از تصویر بدن در ایران بررسی نشده است بنابراین، پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این پرسش است که آیا بین اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری و گروه‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش علائم بیماری پُوریزیس، پیشانی روان‌شناختی و ادراک از تصویر بدن تفاوت وجود دارد؟

روش اجرا

پژوهش حاضر از لحاظ هدف تحقیق کاربردی بود. تحقیق حاضر طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۷۵ برابر با ۱۵ نفر برای هر گروه برآورد شد.^{۲۴} جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران بود که در بهار ۱۴۰۱ با شکایت مشکلات پوستی به مراکز و کلینیک‌های درماتولوژی (کلینیک پوست بیمارستان امام رضا(ع))، شهر رضوی و کلینیک پوست بیمارستان امام رضا(ع))، شهر مشهد مراجعه کرده و براساس نتایج معاینات و آزمایش‌های بالینی توسط متخصص مبتلا به پُوریزیس تشخیص‌گذاری شدند.

پس از مراجعه به مراکز و کلینیک‌های درماتولوژی، موضوع و هدف پژوهش با مدیریت و سپس بیمارانی در میان گذاشته شد که از پزشک معالج خود تشخیص پُوریزیس دریافت کرده بودند. از بین بیماران مبتلا به پُوریزیس که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند و برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی و رضایت کردند، افراد واجد شرایط با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌روش تصادفی در دو گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری، درمان هیجان‌مدار) و گروه کنترل ۱۵ نفره جایگزین شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل عدم ابتلا به اختلالات شدید روان‌شناختی و بیماری‌های جسمانی مزمن مانند سرطان (براساس خودگزارشی شرکت‌کنندگان)، گذشت حداقل یک‌سال از دریافت

توان کنترل علائم در بیماران پُوریزیس^{۱۲} مؤثر است، به کاهش پیشانی‌های عاطفی بیماران آرتریت روماتوئید^{۱۳} و بهبود علائم اضطراب و افسردگی بیماران پُوریزیس^۵ و پارکینسون کمک می‌کند^۹ و در کاهش نارضایتی تصویر بدنی، علائم اختلالات خوردن^{۱۱} مؤثر است. درمان شناختی رفتاری به افراد کمک می‌کند تا با شناسایی موقعیت‌های راه‌انداز استرس و اضطراب و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب در مواجهه با این موقعیت‌ها به موفقیت دست یابند.

در این فرایند بیماران می‌آموزند که با استفاده از راهبردهای گوناگون از شدت و فراوانی افکار ناکارآمد و خطاهای شناختی‌شان (مانند بزرگ‌نمایی، تعمیم افراطی و ...) بکاهد و به افکار، رفتار و هیجانات خود نظم دوباره‌ای بیخشند.^{۱۸}

با توجه به تأیید نقش هیجانات در تشدید بیماری‌های فیزیولوژیک^{۱۹}، به‌نظر می‌رسد استفاده از درمان هیجان‌مدار بتواند به بیماران پُوریزیس در کنار آمدن بهتر با مشکلات‌شان کمک کند. این رویکرد نوانسان‌گرا و تجربی بر دو پایه خودسازی و رشد شخصیتی استوار بوده و کلید آن «خودنظم‌بخشی» فرد است. از دیدگاه درمان هیجان‌مدار، شیوه سازماندهی و پردازش تجارب هیجانی و الگوهای تعاملی که افراد خود ایجاد و تقویت می‌کنند، منجر به درماندگی آن‌ها می‌شود^{۲۰} بنابراین، افراد با هدف سازماندهی مجدد و دستیابی به پردازش هیجانی درست به مواجهه، شناسایی و تجربه هیجانات سرکوب‌شده تشویق می‌شوند^{۲۱}. پژوهش‌ها از اثربخشی درمان هیجان‌مدار در کاهش علائم پُوریزیس^۸ بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی^{۲۲، ۱۹} و بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه^{۲۳}، کاهش نارضایتی بدنی^{۱۰، ۱۱} حمایت می‌کنند.

مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تاکنون مقایسه و اثربخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری و گروه‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش علائم بیماری پُوریزیس،

پرسش‌نامه پریشانی روان‌شناختی: این پرسش‌نامه با هدف شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی توسط Kessler و همکاران به دو صورت ۱۰ سؤالی و ۶ سؤالی تدوین شده است. با اینکه فرم ۱۰ سؤالی بدون هدف قراردادن اختلال روان‌شناختی خاصی، سطح اضطراب و علائم افسردگی تجربه‌شده توسط فرد را طی چند هفته اخیر مشخص می‌کند، سؤالات این پرسش‌نامه تک‌عاملی به صورت لیکرتی از هیچ‌وقت تا همیشه است؛ از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و حداکثر نمره ۴۰ را دربرمی‌گیرد.^{۲۶} در این مطالعه از فرم ۱۰ سؤالی استفاده شد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که این پرسش‌نامه اعتبار و پایایی مطلوبی دارد.^{۲۷}

پژوهش‌های انجام‌شده رابطه قوی میان نمرات بالا در پرسش‌نامه پریشانی روان‌شناختی کسلر و تشخیص بیماری‌های خلقی و اضطرابی توسط فرم مصاحبه تشخیصی بین‌المللی (CIDI) را تأیید کرده‌اند. علاوه بر این، ارتباط کمتر اما معناداری میان نمرات پرسش‌نامه پریشانی روان‌شناختی کسلر و بیماری‌های روانی دیگر وجود دارد. همچنین پرسش‌نامه روان‌شناختی کسلر، حساسیت و ویژگی مناسبی برای غربالگری افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی دارد و برای کنترل و نظارت‌های بعد از درمان ابزار مناسبی به‌شمار می‌رود.

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه با تحلیل عاملی، مقادیر بار عاملی را برای سنجش عامل اصلی در ایران ۰/۸۴-۰/۶۵ را گزارش کرد که تک‌عاملی بودن آن را تأیید کرد. حساسیت، ویژگی و خطای کلی طبقه‌بندی برای بهترین نقطه برش پرسش‌نامه پریشانی روان‌شناختی^۸ بود که به ترتیب ۸۱، ۸۰/۵ و ۱۶/۵ درصد به‌دست آمد. همچنین نقطه برش با احتساب حساسیت حداکثری (۱۰۰ درصدی) نمره ۱ و ویژگی حداکثری (۱۰۰ درصدی) نمره ۲۷ به‌دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۹۳ و ضریب پایایی تصنیف و اسپیرمن - براون ۰/۹۱ به‌دست

تشخیص پسرهای یازده ساله، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، اعلام رضایت آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش و معیارهای خروج شامل غیبت بیش از ۱ جلسه در فرایند درمان، دریافت خدمات روان‌درمانی به‌طور موازی، داشتن تجربه یکی از روان‌درمانی‌های مورد بررسی در پژوهش حاضر و تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها بود.

مشارکت‌کنندگان گروه‌های آزمایشی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در معرض گروه‌درمانی شناختی رفتاری و گروه‌درمانی هیجان‌مدار قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ نوع کاربندی آزمایشی را دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات گروهی، به‌منظور ارزیابی نتیجه جلسات، اعضای هر سه گروه پرسش‌نامه‌ها را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۱ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

پرسش‌نامه علائم جسمانی با شاخص شدت و سطح پسرهای یازده ساله: این پرسش‌نامه توسط ماتئو و میکائیل کورتی در سال‌های ۲۰۱۳-۲۰۰۹ ساخته شد. در این شاخص چهار قسمت بدن شامل سر و گردن، اندام‌های فوقانی و تحتانی براساس سه معیار قرمزی، سفتی با ضخامت و پوسته‌ریزی نمره‌گذاری می‌شود. برای این سه معیار، نمره‌گذاری از صفر تا چهار انجام می‌شود؛ هرچه شدت در هر یک از معیارها بیشتر باشد، امتیاز بالاتری لحاظ می‌شود.

درباره سطح ابتلا در اعضای چهارگانه ذکرشده براساس درصد امتیاز داده می‌شود و این درصد به شش امتیاز تبدیل می‌شود. نمره یک برای کمتر از ۱۰ درصد، نمره دو برای ۱-۲۹ درصد، نمره سه برای ۳۰-۴۹ درصد، نمره چهار برای ۵۰-۶۹ درصد، نمره پنج برای ۷۰-۸۹ درصد و نمره شش برای ۹۰-۱۰۰ درصد لحاظ می‌شود. نمرات افراد در دامنه‌ای بین ۰-۷۲ قرار می‌گیرد، هرچند اغلب بیماران نمراتی در دامنه ۰-۱۵ را به‌دست می‌آورند.^{۲۵} پژوهشگران ضریب پایایی برای این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۸۶/۰ گزارش دادند.^{۲۵}

۹۵-۱۹ متغیر بوده که کسب نمره بیشتر، نشانگر بالابودن میزان نارضایتی از تصویر بدنی یا ظاهر فرد است. آن‌ها پایایی این پرسش‌نامه را به‌روش همسانی درونی بررسی کرده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ را به‌دست آوردند.

ضریب همبستگی هر یک از سؤالات با نمره کل پرسش‌نامه، از ۰/۷۲-۰/۳۲ با میانگین ۰/۶۲ بوده است.

جدول ۲: پروتکل جلسات درمان هیجان‌مدار (Greenberg, ۲۰۱۰).

جلسه	محتوای جلسه
اول	معارفه و توضیح هدف از این طرح، گوش‌دادن به حرف‌های مراجع و فهمیدن درگیری ذهنی او. آشنایی با درمان آموزش هیجان‌مدار انجام پیش‌آزمون.
دوم	انتخاب موقعیت: شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه‌مدت و بلندمدت هیجان‌ها.
سوم	انتخاب موقعیت، راجع به عملکرد هیجان‌ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آن‌ها.
چهارم	نقش هیجان‌ها در برقرار کردن ارتباط با دیگران و تأثیرگذاری روی آن‌ها، هم‌چنین جهت سازمان‌دهی و برانگیزاندن رفتار انسان بین اعضا، گفت‌وگویی صورت گرفت و مثال‌هایی از تجربه‌های واقعی آن‌ها مطرح شد.
پنجم	اصلاح موقعیت؛ الف) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب، ب) آموزش راهبرد حل مسئله و ج) آموزش مهارت‌های بین‌فردی (گفت‌وگو، اظهار وجود و حل تعارض)
ششم	گسترش توجه، دستور جلسه: الف) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی، ب) آموزش توجه.
هفتم	ارزیابی شناختی، الف) شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی، ب) آموزش راهبرد باز ارزیابی.
هشتم	تعدیل پاسخ، ۱) شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، ۲) مواجهه، ۳) آموزش ابراز هیجان، ۴) اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی و ۵) آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس.

آمد^{۲۸}. در ایران پژوهشگران پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ گزارش کردند^{۲۹}.

پرسش‌نامه نگرانی از تصویر بدنی: این پرسش‌نامه ۱۹ ماده‌ای با هدف بررسی نارضایتی و نگرانی فرد از ظاهرش توسط Littleton و همکاران در سال ۲۰۰۵ ساخته‌شد. پژوهشگران ساختار عاملی پرسش‌نامه را نیز بررسی کرده‌اند. نتایج، نشانگر دو عامل مهم و معنی‌دار بود؛ عامل اول شامل نارضایتی فرد از ظاهر خود، واریسی کردن و مخفی کردن نقایص ادراک‌شده بود و عامل دوم، که میزان تداخل نگرانی درباره ظاهر را در عملکرد اجتماعی فرد بررسی می‌کند. در این ابزار از آزمودنی خواسته می‌شود در مورد هر یک از ماده‌ها، میزانی که آن ماده احساسات یا رفتارش را نشان می‌دهد، روی مقیاسی از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافقم) درجه‌بندی کند. نمره کل پرسش‌نامه، بین

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری (Dobson, ۲۰۱۰).

جلسه	محتوای جلسه
اول	معارفه و توضیح هدف این طرح، گوش‌دادن به حرف‌های مراجع و فهمیدن درگیری ذهنی او
دوم	صحبت درباره بیماری پسوریازیس و درمان‌های آن
سوم	نقش بیماری پسوریازیس بر تولید استرس و تأثیر آن بر کل سیستم بدن، بازپس‌گیری تکلیف جلسه قبل و آموزش تکنیک تنفسی و تن‌آرامی (Relaxation)
چهارم	آموزش حل مسئله، تعریف مسئله یا مشکل توسط مددجو
پنجم	ارائه راه‌حل‌های بدیل، ارزیابی راه‌حل‌ها و انتخاب و به‌کاربردن بهترین راهبرد
ششم	استفاده از تکنیک مراقبه (Meditation) و بازپس‌گیری تمرینات جلسات قبل
هفتم	بازپس‌گیری تکلیف جلسه قبل و تکنیک نوسازی معنی و تفکر
هشتم	تکنیک خودگویی و بازپس‌گیری تمرینات جلسات قبل
هشتم	بررسی اثربخشی راه‌حل‌های اجراشده و تنظیم مجدد و بازپس‌گیری تکالیف و تست‌گیری مجدد

جدول ۳: میانگین±انحراف استاندارد مربوط به پریشانی روان‌شناختی، ادراک از تصویر بدن و علائم بیماری پسوریازیس در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
علائم بیماری پسوریازیس	درمان شناختی‌رفتاری	۳/۱۱±۹/۶۰	۲/۰۵±۵/۷۳
	درمان هیجان‌مدار	۳/۵۲±۱۰/۶۶	۲/۱۹±۷/۳۱
	کنترل	۳/۲۳±۹/۱۳	۲/۷۷±۹/۶۰
پریشانی روان‌شناختی	درمان شناختی‌رفتاری	۴/۴۲±۱۹/۸۷	۲/۷۹±۱۲/۳۳
	درمان هیجان‌مدار	۴/۱۲±۲۳/۴۰	۲/۴۷±۱۶/۸۷
	کنترل	۴/۸۴±۲۱/۳۷	۴/۷۰±۲۰/۲۳
ادراک از تصویر بدن	درمان شناختی‌رفتاری	۱۱/۴۳±۶۵/۲۷	۶/۴۹±۴۲/۲۰
	درمان هیجان‌مدار	۱۰/۵۹±۶۳/۳۳	۷/۶۵±۴۹/۷۳
	کنترل	۱۱/۷۳±۶۲/۵۳	۸/۷۲±۶۳/۶۸

که ارزش شاپیرو - ویلک مربوط به هر سه متغیر در هر سه گروه و در هر دو مرحله پیش و پس‌آزمون در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار است. برای آزمون برقراری/عدم برقراری مفروضه همگنی واریانس خطای پس‌آزمون‌های پریشانی‌روان‌شناختی، ادراک از تصویر بدن و علائم بیماری پسوریازیس در بین گروه‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج حاکی از برقراری مفروضه برابری واریانس‌های خطا بود.

نتایج نشان می‌دهد که اجرای متغیرهای مستقل در سطح معناداری ۰/۰۱ علائم بیماری پسوریازیس ($P < 0.01$)، پریشانی روان‌شناختی ($F(1, 41) = 12.67$)، ادراک از تصویر بدن ($F(1, 41) = 21.06$)، ادراک از تصویر بدن ($P < 0.01$)، ادراک از تصویر بدن ($F(1, 41) = 33.65$) را در شرکت‌کنندگان تحت تأثیر قرار داده است. به‌منظور تعیین جهت تفاوت در گروه‌ها، آزمون بن‌فرونی به‌کار گرفته شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده‌است.

هم‌چنین ضریب آلفای کرونباخ عامل اول و دوم را به‌ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۶ و ضریب همبستگی بین دو عامل ۰/۶۹ گزارش کرد. روایی همگرایی این مقیاس از طریق محاسبه ضریب همبستگی آن با پرسش‌نامه وسواس اجباری پادوا و پرسش‌نامه اختلالات خوردن بررسی شده و ضرایب همبستگی آن با این ابزارها به‌ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۴ به‌دست آمد ($P < 0.01$)^{۳۰}. پژوهشی در ایران میزان آلفای کرونباخ کلی ۰/۸۴ را از این پرسش‌نامه گزارش کرد. در مجموع از ۱۹ سؤال، دو عامل نارضایتی از بدن و تداخل درباره عملکرد اجتماعی شناسایی شد. میزان آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۸۴ و برای عامل دوم ۰/۷۴ محاسبه شد^{۳۱}.

یافته‌ها

در گروه‌درمانی شناختی رفتاری ۱۰ زن و ۵ مرد، در گروه درمانی هیجان‌مدار ۱۱ زن و ۴ مرد و در گروه کنترل ۹ نفر زن و ۶ مرد حضور داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه درمانی شناختی رفتاری به‌ترتیب ۳۵/۶۷ و ۶/۷۷ سال، در گروه‌درمانی هیجان‌مدار به‌ترتیب برابر با ۳۷/۹۳ و ۸/۴۵ سال و در گروه کنترل به‌ترتیب برابر با ۳۶/۲۰ و ۶/۳۲ سال بود.

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد هر یک از متغیرهای پژوهش شامل پریشانی روان‌شناختی، ادراک از تصویر بدن و علائم بیماری پسوریازیس را در گروه‌های آزمایش و کنترل و در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل میانگین نمرات متغیرهای پریشانی روان‌شناختی، ادراک از تصویر بدن و علائم بیماری پسوریازیس در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است. به‌منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقادیر شاپیرو - ویلک برای هر سه گروه بررسی شد و نتایج نشان داد

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره در آزمون اثر اجرای متغیرهای مستقل

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	η^2
مدل اصلاح شده	۱۴۸/۶۴	۳	۴۹/۵۵	۱۰/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲۸
مقدار ثابت	۹۹/۵۶	۱	۹۹/۵۶	۲۰/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۳۴
پیش‌آزمون	۳۵/۴۰	۱	۳۵/۴۰	۷/۳۱	۰/۰۱۰	۰/۱۵۱
گروه	۱۲۳/۵۴	۱	۱۲۳/۵۴	۱۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸۴
خطا	۱۹۸/۴۷	۴۱	۴/۸۴			
کل	۲۹۱۶/۰۰	۴۵				
مدل اصلاح شده	۵۸۹/۲۳	۳	۱۹۶/۴۱	۲۰/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۵
مقدار ثابت	۱۱۸/۵۴	۱	۱۱۸/۵۴	۱۲/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۲۳۶
پیش‌آزمون	۱۲۱/۵۰	۱	۱۲۱/۵۰	۱۲/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۲۴۰
گروه	۳۹۴/۴۵	۱	۳۹۴/۴۵	۲۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۰۷
خطا	۳۸۳/۹۷	۴۱	۹/۳۷			
کل	۱۳۱۷۵/۰۰	۴۵				
مدل اصلاح شده	۳۷۸۷/۴۸	۳	۱۲۶۲/۴۹	۲۲/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲۶
مقدار ثابت	۱۹۷۷/۱۹	۱	۱۹۷۷/۱۹	۳۵/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶۲
پیش‌آزمون	۲۰۵/۳۰	۱	۲۰۵/۳۰	۳/۷۲	۰/۰۶۱	۰/۰۸۳
گروه	۳۷۱۵/۵۱	۱	۳۷۱۵/۵۱	۳۳/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۱
خطا	۲۲۶۲/۹۷	۴۱	۵۵/۱۹			
کل	۱۲۷۲۱۱/۰۰	۴۵				

به صورت معنادار بیشتر کاهش یافته است. بر این اساس درمان شناختی رفتاری در مقایسه با درمان هیجان مدار، روش مؤثرتری برای کاهش پریشانی روان شناختی و ادراک از تصویر بدن در بیماران مبتلا به پسوریازیس است.

بحث

یافته‌ها نشان داد بین اثربخشی درمان شناختی

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت میانگین‌های تعدیل شده علائم بیماری پسوریازیس در دو گروه درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار معنادار نیست ($P > 0.05$, $SE = 0.181$, $\Delta x^- = -1.30$). در گروه درمان شناختی رفتاری در مقایسه با درمان هیجان مدار میانگین تعدیل شده نمرات پریشانی روان شناختی ($P < 0.01$, $SE = 1.118$, $\Delta x^- = -3.19$) و ادراک از تصویر بدن ($P < 0.01$, $SE = 2.72$, $\Delta x^- = -7.91$)

جدول ۵: آزمون بن‌فرونی برای مقایسه بین گروه‌ها

گروه‌ها	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
شناختی رفتاری	درمان هیجان مدار	-۱/۳۰	۰/۳۴۸
شناختی رفتاری	کنترل	-۴/۰۰	۰/۰۰۱
درمان هیجان مدار	کنترل	-۲/۷۰	۰/۰۰۶
شناختی رفتاری	درمان هیجان مدار	-۳/۱۹	۱/۱۸
شناختی رفتاری	کنترل	-۷/۲۸	۰/۰۰۱
درمان هیجان مدار	کنترل	-۴/۰۹	۱/۱۴
شناختی رفتاری	درمان هیجان مدار	-۷/۹۱	۰/۰۱۷
شناختی رفتاری	کنترل	-۲۲/۰۷	۰/۰۰۱
درمان هیجان مدار	کنترل	-۱۴/۱۶	۲/۷۱

رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر علائم بیماری پسوریازیس تفاوت معنادار وجود ندارد و هر دو درمان علائم بیماری پسوریازیس را به‌طور معناداری کاهش می‌دهند. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشی دیگر^۸ همسو است. در تبیین اثربخشی مشابه درمان شناختی‌رفتاری و درمان هیجان‌مدار می‌توان به مفاهیم اساسی این دو رویکرد مراجعه کرد. هر دو رویکرد هدف یکسانی را دنبال می‌کنند؛ ایجاد آگاهی شناختی و هیجانی که به کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی و بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی افراد می‌انجامد. همدلی با ماهیت خسته‌کننده و ناکام‌کننده علائم پسوریازیس؛ مانند سرخی و خارش پوست و میل شدید بیماران به خاراندن، اهمیت فراوانی دارد.

بیماران باید بفهمند که درمانگر، ماهیت دردناک بیماری و رنج روانی آن‌ها را درک می‌کنند^{۱۴}. هر رویکرد بر این باور است که التیام درد و رنج هیجانی می‌تواند از شدت علائم و مشکلات بیماران مبتلا به پسوریازیس بکاهد درحالی که درمان شناختی‌رفتاری با استفاده از تکنیک‌های گوناگون شناختی و رفتاری برای کاهش رفتارهای ناخوشایندی مانند تعداد دفعات خاراندن و شدت آن و افزایش فراوانی رفتارها و هیجانات خوشایند برنامه‌ریزی می‌کند، درمان هیجان‌مدار از طریق هموارسازی راه دستیابی به هیجانات می‌کوشد تا با کار بر روی طرح‌های هیجانی بیماران احساس کنترل و خودکارآمدی بیماران را افزایش دهد.

انتظار می‌رود اثربخشی هر دو درمان از بی‌کفایتی ادراک‌شده و احساس بی‌لیاقتی بیماران بکاهد، احساس خودکارآمدی آن‌ها در مواجهه با علائم بیماری و پیامدهای روان‌شناختی آن و احساس کنترل بر علائم و عوارض بیماری را ارتقا دهد، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه و کنارآمدن بهتر با الزامات محیطی را تسهیل کند و در نتیجه منجر به سازگاری بهتر بیمار با شرایط منحصر به فرد خودش شود و کیفیت زندگی

آن‌ها را بهبود بخشد.

یافته‌ها نشان داد هر دو گروه درمانی شناختی‌رفتاری و هیجان‌مدار، پریشانی روان‌شناختی را در بیماران پسوریازیس به‌طور معناداری کاهش می‌دهند؛ اما درمان شناختی‌رفتاری روش مؤثرتری برای کاهش پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به پسوریازیس است. مرور پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که تاکنون هیچ پژوهشی اثربخشی گروه درمانی شناختی‌رفتاری با گروه درمانی هیجان‌مدار در کاهش پریشانی روان‌شناختی را مورد مقایسه قرار نداده است؛ اما یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر پریشانی روان‌شناختی با یافته‌های پژوهش‌هایی^{۱۲،۹،۵} همسو است که نشان داده‌اند درمان شناختی‌رفتاری، از شدت پریشانی روان‌شناختی و علائم اضطراب و افسردگی بیماران می‌کاهد. هم‌چنین یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر پریشانی روان‌شناختی با یافته‌های پژوهشی دیگری همسو است^{۶،۲۳،۲۲،۱۹}.

به‌نظر می‌رسد در این پژوهش، درمان شناختی رفتاری از طریق کار بر روی شناخت و تعدیل افکار و رفتار بیمار، تا حدودی راه دسترسی به هیجانات ناخوشایند و پردازش هیجانی پریشانی‌های روان‌شناختی را به‌روش مؤثرتری تسهیل کرده است. شاید این اثربخشی بیشتر را بتوان به‌واسطه استفاده از راهبردهای نظام‌مندی هم‌چون تعدیل افکار ناکارآمد، ارزیابی مجدد شناختی و اصلاح الگوهای رفتاری تبیین کرد. پسوریازیس و پیامدهای جسمانی آن سازگاری با مسائل درون فردی و روابط بین‌فردی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد^۵.

احساس شرم، خشم و غم از ابتلا به بیماری و ترس از قضاوت دیگران می‌تواند به وابستگی به نزدیکان در انجام کارهای شخصی، کنارگیری و کاهش فعالیت اجتماعی در جامعه بینجامد. تلاش برای سرکوب افکار و انکار مشکلات منجر به شکل‌گیری چرخه معیوبی

اجتماعی، جرأت‌مندی لازم را ندارند^{۱۳}. درمان شناختی‌رفتاری با استفاده از تکنیک‌های گوناگون و تمرین‌هایی مانند حمله به شرم به بیماران کمک می‌کند تا با تعدیل ادراک از تصویر بدنی، تعامل بیشتری با دیگران و پیرامون‌شان برقرار کنند. فرض بر این است که درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند با کاهش بایدها و نبایدها، باورهای غیرمنطقی، معیارهای سختگیرانه و سوءتعبیرها، بیماران را در دستیابی به تعادل و تغییراتی کاربردی کمک کند و از بار آشفتگی‌های شناختی و هیجانی آن‌ها بکاهد.

به‌طور خلاصه، مداخلات درمانی هم‌چون درمان شناختی‌رفتاری و درمان هیجان‌مدار می‌توانند با هدف قراردادن پریشانی‌های روان‌شناختی و استرس‌های روانی که به‌عنوان راه‌اندازی برای بروز علائم پسوریازیس به‌شمار می‌روند، در کنترل و بروز علائم این بیماری نقشی کلیدی و مؤثری ایفا کنند.

به‌دلیل محدودبودن جامعه پژوهش به بیماران مبتلا به پسوریازیس در شهر مشهد، انجام پژوهش در زمان همه‌گیری کرونا، عدم همکاری شرکت‌کنندگان به‌دلیل شیوع کرونا برای بررسی ماندگاری مداخلات روان‌درمانی در طول زمان و عدم کنترل اثر انتظار در گروه کنترل، در تعمیم نتایج پژوهش به سایر افراد جامعه باید با احتیاط عمل کرد از این‌رو، انجام پژوهش بر روی سایر افراد جامعه، پیگیری نتایج درمانی در طول زمان و اجرای برنامه‌های شبه‌درمان (اثر پلاسیبو) در گروه کنترل برای کنترل اثر انتظار با هدف بهبود در تعمیم نتایج درمان پیشنهاد می‌شود. هم‌چنین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر استفاده از این رویکردهای درمانی برای مشکلات روان‌شناختی بیماران پسوریازیس و برگزاری جلسات حمایتی هر چند ماه یکبار پس از پایان درمان پیشنهاد می‌شود.

در انتها از تمامی متخصصان و شرکت‌کنندگانی که در انجام پژوهش کمک کردند، صمیمانه تشکر می‌نماییم.

می‌شود که به نگرانی‌ها و افکار منفی فرد دامن می‌زند و نشخوارهای فکری او را افزایش می‌دهد^{۳۴}. پیامد این تجربه‌های منفی و ناخواسته، افزایش برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی بیشتر است که نه‌تنها منجر به تشدید و عود علائم پسوریازیس می‌شود^{۱۶}، بلکه احتمال ابتلا به اختلالات روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب و وسواس را در آن‌ها افزایش می‌دهد. درمان شناختی‌رفتاری برای کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی می‌کوشد تا با کاهش افکار خودآیند و خطاهای شناختی به بیماران پسوریازیس کمک کند تا خودپنداره و مسائل شخصی، روابط بین‌فردی و فعالیت‌های اجتماعی‌شان تحت تأثیر بیماری‌شان قرار نگیرد و از فاصله‌گیری آن‌ها با خود و پیرامون‌شان بکاهد.

فعال‌سازی رفتاری ناشی از این تغییرات و اصلاح آموزش راهبردهای رفتاری هم‌چون یادگیری راهبردهای کنترل فکر، راهبردهای مقابله‌ای کارآمد، مواجهه‌سازی و استفاده از تکنیک‌های تن‌آرامی و ... می‌تواند با پیامدهای مثبتی در سطح خلقی و هیجانی همراه باشد. کاهش رفتارهای اجتنابی و انجام فعالیت‌های مهم، لذت‌بخش و خوشایند نیز می‌توانند از بار تجربه هیجان‌های منفی و پریشانی روان‌شناختی بکاهند.

یافته‌ها ضمن تأیید اثربخشی یکسان هر دو روش درمانی نشان داد درمان شناختی‌رفتاری در مقایسه با درمان هیجان‌مدار روش مؤثرتری برای اصلاح ادراک از تصویر بدن در بیماران مبتلا به پسوریازیس است. این یافته هم‌سو با یافته‌های پژوهشی دیگر بود^{۱۱،۱۰}. دلایل اثربخشی بیشتر درمان شناختی‌رفتاری را می‌توان در کار بر روی تحریفات شناختی، واری‌تعبیرهای بیمار از رویدادها، کاوش افکار ناکارآمد و خودآیند منفی جست که منجر به اغراق و بزرگ‌نمایی در ارزیابی ویژگی‌های ظاهری ناشی از بیماری پسوریازیس شده است. بسیاری از بیماران مبتلا به پسوریازیس به‌دلیل ویژگی‌های ظاهری ناشی از بیماری‌شان در تعاملات

References

1. Skwira S, Gras-Ozimek A, Kozińska I, et al. Topical treatment of psoriasis. *J Educ Health Sport* 2023;13:75-80.
2. Kowalewska B, Krajewska-Kula E, Sobolewski M. The Impact of stress-coping strategies and the severity of psoriasis on self-esteem, illness acceptance and life satisfaction. *Dermatol Ther* 2022;12:529-43.
3. Bundy C, Pinder B, Bucci S, et al. A novel, web-based, psychological intervention for people with psoriasis: The electronic targeted intervention for psoriasis (e TIP s) study. *Br J Dermatol* 2013;169:329-36.
4. Deveci E, Kocacenk T, Şahan E, et al. Oxidative stress and inflammatory response in patients with psoriasis; is there any relationship with psychiatric comorbidity and cognitive functions?. *Psychiatr Clin Psychopharmacol* 2019;29:682-95.
5. Alipour A, Hossein Z, Seyyed Naser E, et al. The impact of group cognitive behavioral therapy on the disease severity and mental health of psoriasis patients. *Journal of Dermatology and Cosmetic* 2013; 4: 196-204. (Persian)
6. Homayoon D, Hiebler-Ragger M, Zenker M, et al. Relationship between skin shame, psychological distress and quality of life in patients with psoriasis: A pilot study. *Acta Derm Venereol* 2020;100: 15555-3563.
7. Jeppu AK, Azam SF. Comparing the psychological distress among the medical students at different levels of training. *Indian J Public Health Res Develop* 2023; 14:47-52.
8. Mehdizadeh A, Nilforoushzadeh MA, Aliakbari M, et al. Comparison of the effectiveness of Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (ECBT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on C-Reactive Protein (CRP) Level in Patients with Psoriasis. *Iran J Health Psychol* 2019 1;2:103-14. (Persian)
9. Zhang Q, Yang X, Song H, Jin Y. Cognitive behavioral therapy for depression and anxiety of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Ther Clin Pract* 2020;39:101-111.
10. Yari M, Shafiabady A, Hasani J. Comparing the efficacy of emotion-focused cognitive-behavioral therapy with mindfulness based cognitive therapy on body image and cognitive fusion in adolescent girls interested in cosmetic surgery. *J Dermatol Cosm* 2020; 11:107-118. (Persian)
11. Rezaee M, Mohammadkhani P, Jafari Roshan M. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and emotion-based therapy on body image dissatisfaction in people with eating disorder symptoms. *J Psychol Stud* 2021; 17: 95-114. (Persian)
12. Blaney C, Hitchon CA, Marrie RA, et al. Support for a non-therapist assisted, Internet-based cognitive-behavioral therapy (iCBT) intervention for mental health in rheumatoid arthritis patients. *Internet Interv* 2021;24:100-385.
13. Iranmanesh S I, Sabet M, Belyad M, et al. The effectiveness of "assertiveness and effective communication skills" training on self-esteem and body self-relations in people with chronic skin diseases *J Promot Manag* 2022; 11:84-97. (Persian)
14. Connor CJ, Liu V, Fiedorowicz JG. Exploring the physiological link between psoriasis and mood disorders. *Dermatol Res Pract* 2015; 15:2015.
15. Kwan Z, Bong YB, Tan LL, et al. Socioeconomic and sociocultural determinants of psychological distress and quality of life among patients with psoriasis in a selected multi-ethnic Malaysian population. *Psychol Health Med* 2017; 22:184-95.

16. White CA. Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: A guide to assessment and treatment in practice. *J Cogn Psychother* 2002;16:4.
17. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE, et al. Targeting cognitive-behaviour therapy to patients' implicit model of psoriasis: Results from a patient preference controlled trial. *Br J Clin Psychol* 2004;43:65-82.
18. Hawton KE, Salkovskis PM, Kirk JE, et al. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide. Oxford Univers Pres 1989.
19. Abedi Noghondar M, Marghzari M, Taleghani A. The effect of emotion-focused therapy on action flexibility and death anxiety in patient with coronary artery disease *J Psychol New Idea* 2022;12:1-15. (Persian)
20. Timulak L, Keogh D. Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *J Cont Psychother* 2020;50:1-3.
21. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings (2nd ed.). American Psychol Associ; 2015.
22. Gili S, Sadeghi Zavareh V, Haghayegh SA, et al. The comparison of effectiveness of emotion-focused therapy and transcranial direct current stimulation on anxiety and depression of patients with coronary artery disease. *Quarter J Health Psychol* 2021; 9: 45-62 (Persian).
23. Sanagavi Moharrar G, Shirazi M, Mohammadi, R, Maghsoodloo F. Effectiveness of emotional therapy on reducing anxiety and depression in patients with multiple sclerosis. *Medical Journal of Mashhad Uni Med Sci* 2019; 61:190-200 (Persian).
24. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 7th ed. New York; Routledge 2013.
25. Aliakbaridehkordi M, Ghafoori S, Jaffary F, Mohtashami T. The effect of acceptance and commitment therapy (ACT) on physical symptoms, psychosocial flexibility and social health of patients with psoriasis. *J Know Res App Psychol* 2021;21:118-32 (Persian).
26. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *J Psychol Med* 2002; 32: 959-76.
27. Furukawa TA, Kessler RC, Slade T, Andrews G. The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *J Psychol Med* 2003; 33: 357-62.
28. Yaghubi H. Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale. *Journal of Applied Psychological Research* 2016; 6: 45-57 (Persian).
29. Arabi A, Hasani J, Akbari M, et al. Effectiveness of self-compassion therapy on psychological distress and quality of life of psoriasis skin patients. *J Res Behaviour Sci* 2021; 18: 605-15 (Persian).
30. Littleton HL, Axsom D, Pury CL. Development of the body image concern inventory. *Behaviour Res Ther* 2005; 43: 229-41.
31. Mohammadi N, Sajadinejad M. The relationship among body image concern, fear of negative evaluation and self-esteem with social anxiety. *J M Psychol Res* 2007; 2: 55-70. (Persian)
32. Dobson KS. Handbook of cognitive-behavioral therapies. 3rd New York, 2010.
33. Greenberg LS, Auszra L, Herrmann IR. The relationship among emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychotherapy research* 2007; 17: 482-93.

34. Bishop LS, Ameral VE, Palm Reed KM. The impact of experiential avoidance and event centrality in trauma-related rumination and posttraumatic stress. Behavior Modification 2018; 42: 815-37.

Comparing the effectiveness of cognitive behavioral and emotion-oriented group therapy on reducing the symptoms of Psoriasis, psychological distress and perception of body image

Mahbobeh Dehghan Nayeri
Mohammadhossein Bayazi, PhD*

Department of Psychology, Islamic Azad
University, Torbat Jam Branch, Torbat
Jam, Iran

Received: Mar 21, 2023
Accepted: Apr 09, 2023
Pages: 29-41

Corresponding Author:
Mohammad Hossein Bayazi, PhD

6th km of Torbat Jam to Fariman Road,
Torbat Jam, North Khorasan, Iran
Email: bayazi123@gmail.com

Conflict of interest: None to declare

Background and Aim: The purpose of this research was to compare the effectiveness of cognitive behavioral and emotion-focused group therapy on reducing the symptoms of psoriasis, psychological distress and perception of body image.

Methods: This was a semi-experimental research of pretest posttest type with a control group. The statistical population of this research included all patients who were diagnosed with psoriasis in spring of 2022 by referring to dermatologists in Mashhad. 45 psoriasis patients were selected by available sampling method and replaced randomly in two experimental groups (CBT and EFT) and control group (each groups 15). The experimental groups was treated for 8 sessions, one session of 90 minutes per week. The control group received no intervention. Parents completed the Psychological Distress Scale, Body Image Concern Inventory and the Physical Symptoms Questionnaire with Psoriasis Area Severity Index before and after the treatment sessions. The data were analyzed by Analysis of covariance.

Results: The findings showed that cognitive-behavioral and emotion-focused reduced psychological distress ($P<0.01$, $F=21.06$), improved perception of body image ($P<0.01$, $F=33.65$) and reducing the severity of psoriasis symptoms ($P>0.01$, $F=12.67$) are effective. Also, cognitive behavioral therapy is more effective method to reduce psychological distress and improve perception of body image ($P<0.01$). However, there is no significant difference between the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotion-focused therapy in reducing psoriasis symptoms of patients ($P<0.05$).

Conclusion: Both therapies can play a key and effective role in controlling the symptoms of psoriasis.

Keywords: psoriasis symptoms, psychological distress, body image, cognitive behavioral therapy, emotion-focused therapy

