

مقایسه اثربخشی درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی - جسمانی، خارش، و شدت پسوریازیس*

آتوسا مهدی‌زاده^۱، مهناز علی‌اکبری دهکردی^۲، محمدعلی نیلفروش‌زاده^۳، احمد علی‌پور^۴، پروین منصور^۵

The comparison of the effectiveness of emotion - focused cognitive - behavioral therapy and mindfulness - based cognitive therapy on the socio - physical anxiety, itching, and psoriasis severity

Atousa Mehdizadeh¹, Mahnaz Aliakbari Dehkordi², Mohammad Ali Nilforoushzadeh³, Ahmad Alipour⁴, Parvin Mansouri⁵

چکیده

زمینه: پسوریازیس یک بیماری پوستی مزمن است که هیجان‌مدار است بر روی علائم و مشکلات مرتبط با آن تأثیر داشته باشد. اما آیا درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی علائم بیماری و مسائل مرتبط با آن مؤثر باشند؟ و کدام درمان اثربخش‌تر است؟
هدف: مقایسه اثربخشی درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی - جسمانی، خارش، و شدت پسوریازیس در بیماران پسوریازیس بود. **روش:** تحقیق حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل ۳۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات پوست دانشگاه علوم پزشکی تهران بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه گواه (۵ مرد و ۵ زن) و گروه‌های آزمایش اول (۵ مرد و ۵ زن) و دوم (۵ مرد و ۵ زن) گمارده شدند. ابزار عبارتند از: جلسات درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار سووچ و همکاران (۲۰۰۶) و مدل داتیلو (۲۰۱۰) و جلسات شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی کابات زین (۱۹۹۰) مقیاس اضطراب اجتماعی - جسمانی هارت و همکاران (۱۹۸۹)، مقیاس آنالوگ دیداری، و شاخص شدت و سطح پسوریازیس کورتی (۲۰۰۹). داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. **یافته‌ها:** هر دو درمان باعث کاهش اضطراب اجتماعی - جسمانی شدند با اثربخشی بیشتر شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی. همچنین هر دو مداخله به میزان یکسانی بر کاهش خارش اثربخش بودند. درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار، اما نه شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی، باعث کاهش شدت پسوریازیس شد. در پیگیری دو ماهه تغییرات حاصل شده در طی زمان پایدار باقی ماندند ($P < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** این دو درمان مداخلات مفیدی جهت کاهش اضطراب اجتماعی - جسمانی و علائم و شدت بیماری در بیماران پسوریازیس می‌باشند. **واژه کلیدها:** درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار، شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی، اضطراب اجتماعی - جسمانی، خارش، شدت پسوریازیس، پسوریازیس

Background: Psoriasis is a chronic skin condition that emotions can affect symptoms and related problems. But are cognitive-behavioral-emotional therapy and mindfulness-based cognitive therapy effective on symptoms and related issues? And which treatment is most effective? **Aims:** The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral-emotional therapy and cognitive-based cognitive therapy on socio-physical anxiety, itching, and severity of psoriasis in psoriasis patients. **Method:** This study was a quasi-experimental study with pre-test, post-test and two-month follow-up with control group. The population consisted of 30 patients referred to dermatology research center of Tehran University of Medical Sciences who were selected by convenience sampling and randomly assigned to control group (5 male and 5 female) and first experimental groups (5 Men and 5 women) and second (5 men and 5 women) were recruited. Tools include Emoji-Cognitive-Behavioral Cognitive-Behavioral Therapies (SDWC) (2006) and Datilio Model (2010) and Kabat's Mind-Awareness Cognitive Therapies. Zain (1990) Hart et al. (1989) Social-Physical Anxiety Scale, Visual Analogue Scale, and Severity and Level Index of Psoriasis Curtis (2009). Data were analyzed using repeated measures ANOVA. **Results:** Both treatments reduced socio-physical anxiety with greater efficacy of cognitive-based cognitive therapy. Both interventions were equally effective in reducing itching. Emotional-cognitive-behavioral therapy, but not mindfulness-based cognitive therapy, reduced the severity of psoriasis. At the two-month follow-up, changes remained stable over time ($P < 0/001$). **Conclusions:** These two treatments are useful interventions to reduce socio-physical anxiety and symptoms and severity of disease in psoriasis patients. **Key Words:** Emotional-cognitive behavioral therapy, mindfulness-based cognitive therapy, social-physical anxiety, pruritus, psoriasis severity, psoriasis

Corresponding Author: atousamaghani@yahoo.com

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۱ Ph.D Student of Health Psychology, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۲ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

^۲ Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

^۳ استاد، مرکز تحقیقات پوست و سلول‌های بنیادی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ Professor, Skin And Stem Cell Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

^۴ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

^۴ Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

^۵ استاد، مرکز تحقیقات پوست و سلول‌های بنیادی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۵ Professor, Skin And Stem Cell Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

مقدمه

خاریدن و نوعی حرکت خزشی تا سوختن و تیر کشیدن تجربه می شود. وقتی موضعی و گذرا است رنجش جزیی ایجاد می کند، اما اگر شدید و منتشر باشد تحمل ناپذیر و ناتوان کننده است (دارسو و همکاران، ۲۰۱۱). پسوریازیس که با فشار روانی و ناراحتی قابل توجهی همراه است، درمان های روانشناختی (هارت، گیلر، کاسنیر، و تاشک، ۲۰۰۸) جهت تعدیل اضطراب اجتماعی - جسمانی، خارش، و شدت پسوریازیس در این بیماران می توانند مفید باشند.

هیجانان منفی می توانند باعث تشدید ادراک خارش در افراد مبتلا به پسوریازیس شوند (لطفی، علی پور، ترخان، فرزاد، و ملکی، ۱۳۹۴). بنابراین درمان های روانشناختی متکی بر هیجان و شناختی و رفتاری می توانند مفید باشند. یکی از درمان هایی که ممکن است برای این بیماران مفید باشد، درمانگری شناختی - رفتاری هیجان مدار^۵ است. درمانگری شناختی رفتاری هیجان مدار ابتدا توسط سووچ، کاندال، کومر، و روین (۲۰۰۶) طراحی شده و سپس برای نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی به کار برده شد اما خلأ دانش در مورد اثربخشی این درمان روی بیماری هایی همچون پسوریازیس که هیجان محور اصلی آنها است انجام نشده است. این درمان در کنار فن های شناختی و رفتاری بر مهارت های شناسایی و تشخیص هیجانان خود و دیگران (آگاهی هیجانی)، نحوه صحیح ابراز هیجان با توجه به موقعیت اجتماعی (فهم هیجان)، کاهش شدت هیجانان منفی پیش از بروز پاسخ (تنظیم هیجانی)، تمرکز دارد. رویکرد شناختی - رفتاری به بیماری های پوستی بر اهمیت شناخت و کنش های رفتاری و هیجانی به مشکلات پوستی، مفهوم پردازی نحوه ارتباط این واکنش ها با ماهیت و روند بیماری های پوستی و ارتباط این واکنش ها با پیامدهای روانی مشکل پوستی تأکید می کند (وایت، ۲۰۰۱). شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی^۶ از دیگر درمان های مؤثر در بیماران پسوریازیس است (فورد هام و همکاران، ۲۰۱۵). این درمان توسط سگال، ویلیامز، و تیزدل (۲۰۰۲) طراحی شده و از مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن آگاهی کابات - زین (۱۹۹۰) اقتباس شده و اصول درمانگری شناختی بر آن اضافه شده است. در شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی، ذهن آگاهی مداخله ای

پسوریازیس^۱ به عنوان یک بیماری پوستی مزمن، غیر قابل پیش بینی و دارای دوره عودکنندگی است (پتی، بالکریشان، رپ، فلیسچر، فلدمن، ۲۰۰۳). علایم و ضایعات پسوریازیس شامل پلاک های قرمز و پوسته دار با حاشیه مشخص است. اغلب با ضایعات، درد و خارش نیز همراه است. بیماران پسوریازیس واکنش های هیجانی مختلفی از جمله اضطراب، افسردگی، احساس شرم و گناه و درماندگی، که منشأ آنها به علت اشتغال ذهنی شدید و نگرانی در مورد بیماری می باشد را تجربه می کنند (ولدت و کالای، ۲۰۱۰). از جمله متغیرهای مهم در بیماران پسوریازیس می توان به اضطراب اجتماعی - جسمانی^۲ (سلمان و همکاران، ۲۰۱۶)، خارش^۳ و شدت پسوریازیس^۴ (علی بیگی بنی، جعفری، صالحی، و سخنوری، ۱۳۹۶) اشاره کرد.

اضطراب اجتماعی - جسمانی از زیر مجموعه های اضطراب اجتماعی است که به واسطه نقطه اثر تعاملی میان بدن و جامعه اهمیت خاصی دارد. این نوع اضطراب نتیجه پاسخ به ارزیابی دیگران از فیزیک بدنی است و فرد دارای آن از موقعیت های مبتنی بر ارزیابی فیزیک بدنی پرهیز می کند (پرنیکو همکاران، ۲۰۰۶). بیماری های پوستی از جمله پسوریازیس ممکن است اثرات منفی روی تصویر بدنی داشته باشند (تامپسون، ۲۰۱۱). بیماران پسوریازیس هنگامی که در موقعیت های اجتماعی قرار می گیرند به دلیل ضایعات پوستی خود تصور می کنند که دیگران از آنان ارزیابی منفی می کنند و در نتیجه دچار اضطراب اجتماعی مرتبط با فیزیک ظاهر خود می شوند و در نتیجه این بیماران سطح اضطراب اجتماعی و اجتناب اجتماعی بالایی دارند (اشنایدر، هاف، و هاخمن، ۲۰۱۳). علائم و ضایعات پسوریازیس با خارش همراه است. خارش به عنوان احساس ناخوشایند تحریک کننده فرد برای خاراندن، پدیده شایع در بیماری های پوستی (دالگارد، سونسون، هالم، و ساندبی، ۲۰۰۴) از جمله در بیماران مبتلا به درماتیت آتوپیک، کهیر و پسوریازیس است (زوبریر و مارر، ۲۰۰۷). در بیماری پسوریازیس، خارش علامتی شایع می باشد و به صورت موضعی یا منتشر و از خیلی خفیف تا خیلی شدید یا از

5. Emotion-Focused Cognitive - Behavioral Therapy (ECBT)

6. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

1. Psoriasis

2. Socio - Physical Anxiety

3. Itching

4. Severity Of Psoriasis

بیماری در بیماران مبتلا به پسوریازیس تأثیر دارند؟ و اینکه آیا بین این دو روش درمانگری در میزان اثربخشی تفاوت وجود دارد؟

روش

تحقیق حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمام بیماران مبتلا به پسوریازیس مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات پوست دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. در این تحقیق ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به پسوریازیس که با توجه به ملاک‌های ورود و خروج به صورت داوطلبانه انتخاب شدند، به صورت تصادفی در گروه گواه (۵ مرد و ۵ زن)، گروه آزمایش اول (۵ مرد و ۵ زن) و گروه آزمایش دوم (۵ مرد و ۵ زن) گمارده شدند. گروه آزمایش ابتدا تحت ۸ جلسه هفتگی دو ساعته ۸ جلسه درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار سوچ و همکاران (۲۰۰۶) و مدل داتیلو (۲۰۱۰) قرار گرفت و گروه آزمایش دوم تحت هشت جلسه ۲ ساعته شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی کابات زین (۱۹۹۰) قرار گرفت. ملاک‌های ورود به تحقیق حاضر شامل تشخیص قطعی بیماری پسوریازیس توسط متخصص، عدم مصرف داروهای مرتبط با بیماری‌های روان‌پزشکی در زمان انجام مداخله، داشتن محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، نداشتن بیماری پوستی دیگر، نداشتن اختلال روانی مؤثر، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی دیگر، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی در طی ۳ ماه گذشته، عدم مصرف سیگار یا مواد مخدر، و تمایل به شرکت در تحقیق بود. معیارهای خروج شامل مبتلا بودن به بیماری‌های روان‌پزشکی و سایر بیماری‌های جسمی، شرکت نکردن در جلسات آموزشی بیش از دو جلسه، مصرف مواد مخدر یا سیگار، ابتلا به بیماری‌های پوستی دیگر، مایل نبودن به شرکت یا ادامه تحقیق و دریافت کردن درمان‌های روانشناختی در ۳ ماه گذشته بود. جهت رعایت اخلاق پژوهشی از شرکت‌کنندگان خواسته شد که با میل و رغبت خود در تحقیق و جلسات آموزشی شرکت کنند و شرکت در تحقیق کاملاً اختیاری است. همچنین به شرکت‌کنندگان مایل به شرکت در تحقیق گفته شد که اطلاعات آنها نزد محقق / محققان محرمانه باقی خواهد ماند. در این پژوهش از آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد، و از آماره‌های استنباطی شامل روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS-22 استفاده شد. شرح جلسات درمانی در جداول ۱ و ۲ نشان داده شده است.

است که در ترکیب با رفتار درمانگری شناختی می‌تواند استفاده شود و شامل مدیتیشن‌های مختلف، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین واریسی بدن و چند تمرین شناخت درمانگری است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدن را نشان می‌دهد (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰).

عوامل هیجانی در یک سوم بیماران پوستی مشاهده شده است (مرکان و کیوانث آلتومی، ۲۰۰۶) و این عوامل با اضطراب اجتماعی (منین، مک‌لوقلین، و فلانگان، ۲۰۰۹)، خارش (ون‌لارهون و همکاران، ۲۰۱۲؛ لطفی و همکاران، ۱۳۹۴) و شدت پسوریازیس (آلمیدا و همکاران، ۲۰۱۷) مرتبط بوده‌اند. بنابراین بررسی درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار در بیماران پسوریازیس ضروریست. مطالعات نشان داده‌اند که شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش شدت پسوریازیس (فوردهام، نلسون، گریفیث، و باندی، ۲۰۱۵؛ فوردهام و همکاران، ۲۰۱۵ ب)، بهبود کنترل رفتاری در برخورد با خارش (فوردهام و همکاران، ۲۰۱۵ ب)، کاهش افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به پسوریازیس (جمشیدی و لعلی، ۱۳۹۵) و کاهش اضطراب اجتماعی نوجوانان (بیرامی، موحدی، و عزیزاده گورادل، ۱۳۹۴) می‌شود. همچنین، آموزش ذهن آگاهی منجر به کاهش علائم جسمانی و بهبود بهزیستی هیجانی بیماران پسوریازیس می‌شود (علی بیگی بنی و همکاران، ۱۳۹۶، ۱۳۹۶). افشاری، امیری، نشاز دوست، و رضایی (۱۳۹۴) با بررسی درمانگری شناختی رفتاری هیجان‌مدار بر روی اختلال اضطراب اجتماعی و جمشیدی و لعلی (۱۳۹۵) با بررسی شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی افسردگی و اضطراب بیماران پسوریازیس، نشان دادند که اثرات این دو درمان در طول زمان ماندگار بوده‌اند. این پژوهش اولین پژوهشی است که از درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار در بیماران مبتلا به پسوریازیس استفاده می‌کند. همچنین، اثربخشی شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی به غیر از شدت پسوریازیس بر روی اضطراب اجتماعی - جسمانی و خارش در مبتلایان به پسوریازیس بررسی نشده است. بنابراین، تحقیق حاضر برای اولین بار به بررسی اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی - جسمانی، خارش و شدت پسوریازیس در بیماران مبتلا به پسوریازیس پرداخت و به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال بود که آیا این دو مداخله بر اضطراب اجتماعی - جسمانی، خارش، و شدت

جدول ۱. جلسات درمانگری شناختی رفتاری هیجانمدار (سوج و همکاران، ۲۰۰۶)

جلسات	شرح جلسات
اول	معرفه، دریافت رضایت آگاهانه، معرفی روند درمان و تعیین اهداف اصلی، ترسیم موضوعاتی که منجر به ناراضیتهای بیماران می‌شود و تمرکز بر رفع آن، مشخص کردن نگرانی‌ها و حوزه‌های دارای پتانسیل رشد در بیماران، آموزش و تمرکز بر سه بعد روان (شناخت - رفتار - هیجان) در ارتباط با خارش‌ها، التهاب‌ها و... پسوریازیس، تکمیل پرسشنامه‌های پیش‌آزمون.
دوم	دریافت و ارائه بازخورد جلسه قبل و رفع ابهامات احتمالی، آموزش مهارت‌های رفتاری و ارتباطی، افزایش تبادلات رفتاری مثبت و تقویت و کاهش تبادلات رفتاری منفی و تنبیه مرتبط با بیماری شامل شناخت الگوهای تقویت و تنبیه فردی مرتبط با بیماری، ارائه تکلیف خانگی.
سوم	دریافت و ارائه بازخورد جلسه قبل و رفع ابهامات احتمالی، تمرکز بر انتظارات، معیارهای فردی در زندگی، توجه انتخابی، اسنادها، تمرکز بر فعالیت‌های شناختی، مفروضات مرتبط با بیمار و تحریف‌های شناختی بیمار در چرخه رابطه بیماری - بیمار (استنباط و انتزاعات انتخابی، تعمیم مفرط، شخصی سازی و...)، و ارائه تکالیف خانگی.
چهارم	دریافت و ارائه بازخورد جلسه قبل و رفع ابهامات احتمالی، تمرکز بر الگو برداری‌های مقابله‌ای، تمرکز بر انواع هیجان‌ها و آموزش هیجانی، واکنش‌های هیجانی مرتبط با هیجان‌ها مؤثر بر بیماری، ارائه تمرین خانگی.
پنجم	دریافت و ارائه بازخورد جلسه قبل و رفع ابهامات احتمالی، آموزش آرمیدگی عضلانی پیشرونده و تصویرسازی، تمرکز بر طرحواره‌های هیجانی و الگوهای کارکردی درونی آن در مواجهه با بیماری و ارتباط آن با شناخت و رفتارها مرتبط با بیماری و عملکرد متقابل این سه عامل در قبال یکدیگر، کار بر روی طرحواره‌های هیجانی و رابطه آن با عود بیماری، ارائه تمرین خانگی.
ششم	دریافت و ارائه بازخورد جلسه قبل و رفع ابهامات احتمالی، شناخت علائم جسمانی هیجان‌ها و انواع هیجان‌ها اولیه و ثانویه و ترغیب بیماران به ابراز هیجان‌ها اولیه و مشاهده پیامدهای مثبت شناختی و رفتاری آن در چرخه تعامل زندگی خود با بیماری، آموزش ارتقاء آستانه تحمل هیجان‌ها در طول درگیر شدن با عود بیماری، تعیین عوامل شناختی بیماران در مورد باورهای غلط هیجانی، مرور کلی بر عوامل پردازشگر شناختی (توجه انتخابی، اسنادها، انتظارات، مفروضات معیاره)، ارائه تکالیف خانگی.
هفتم	یافت و ارائه بازخورد جلسه قبل و رفع ابهامات احتمالی، بازسازی شناختی و تکنیک‌های آن، ارائه تکالیف خانگی.
هشتم	دریافت و ارائه بازخورد جلسه قبل و رفع ابهامات احتمالی، مرور اصول درمانی و مهارت‌های رفتاری، شناختی و هیجانی برای پیشگیری از هیجان‌ها منفی مؤثر در بیماری، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک شرکت کنندگان، ارائه پرسشنامه‌های پس‌آزمون.

جدول ۲. جلسات شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی (کابات زین، ۱۹۹۰)

جلسات	شرح جلسات
اول	دعوت افراد به معرفی خود با یگدیگر، تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن زندگی شخصی افراد، هدایت خودکار، خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه و آرسی جسمانی، شکل دهی به گروه، تکلیف خانگی (معطوف کردن توجه به فعالیت‌های روزمره و پیاده کردن آنچه در خوردن یک دانه کشمش آموخته‌اند، در مورد مسواک زدن یا شستن ظروف).
دوم	مقابله با موانع و مشکلات، مراقبه و آرسی جسمانی، تمرین افکار و احساسات، تکلیف خانگی (ده دقیقه تنفس با حضور ذهن و معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه‌ای متفاوت، ثبت گزارش روزانه از تجربه یک واقعه خوشایند).
سوم	حضور ذهن بر روی تنفس، حرکت به شیوه حضور ذهن، تمرین تنفس و کشش، سه دقیقه فضای تنفس، تکلیف خانگی (تمرین تنفس و کشش و حرکت به شیوه حضور ذهن و تمرین سه دقیقه‌ای تنفس سه بار در روز).
چهارم	بودن در زمان حال، پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه نشسته با تمرکز بر آگاهی از تنفس بدن، راه رفتن با حالت حضور ذهن، تکلیف خانگی (مراقبه نشسته، فضای سه دقیقه‌ای تنفس به عنوان راهبرد مقابله‌ای (در زمان تجربه احساسات ناخوشایند).
پنجم	پذیرش و اجازه، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تأکید بر آگاهی یابی از چگونگی واکنش دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، تکلیف خانگی (مراقبه نشسته و سه دقیقه فضای تنفس).
ششم	آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها، تکلیف خانگی (توجه بر افکار و ذهن آگاهی، در هفته آتی با توجه به تمرکز روزانه بر افکار و احساسات و همچنین تمرکز روزانه بر ناراحتی و شادی).
هفتم	چگونگی مراقبت از خود، مراقبه نشسته با آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و احساسات، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، تکلیف خانگی (گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین‌های دوره برای پیاده‌سازی بعد از دوره).
هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده، مراقبه و آرسی جسمانی، به پایان رساندن مراقبه، مروری بر آنچه در دوره گذشت، تکلیف خانگی (تکلیفی به عنوان انتخاب برنامه‌ای برای تمرین خانگی که شرکت کنندگان بتوانند آن را تا ماه بعد ادامه دهند)، در نهایت اجرای پس‌آزمون از گروه آزمایش و گواه.

ابزار

منظور ارزیابی میزان مضطرب شدن افراد به هنگام مشاهده یا

ارزشیابی سایرین از بدن آنها طراحی شد. آلفای کرونباخ و اعتبار

بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۲ گزارش شده است

مقیاس اضطراب اجتماعی - جسمانی^۱: مقیاس ۱۲ گویه‌ای

اضطراب اجتماعی - جسمانی توسط هارت و همکاران (۱۹۸۹) به

^۱. Social Physique Anxiety Scale (SPAS)

گروه‌ها، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که در ادامه به آن پرداخته شد.

قبل از انجام این آزمون رعایت برخی پیش‌فرض‌ها لازم می‌باشد. نرمال بودن داده‌ها از طریق آزمون‌های شاپیرو - ویلک^۳ و کولموگروف - اسمیرنوف^۴ بررسی شد. نتایج غیرمعنی‌دار در این آزمون‌ها برای متغیرهای مورد بررسی نشان از نرمال بودن توزیع داده‌ها داشت ($p > 0/05$). پیش‌فرض‌های دیگر نظیر عدم همبستگی همپراش، همگنی شیب خط رگرسیون، و خطی بودن رگرسیون متغیرهای همپراش و وابسته مورد تأیید قرار گرفت. از سوی دیگر پیش‌فرض‌های مهم دیگری نظیر همگنی ماتریس‌های واریانس - کواریانس (از طریق آزمون ام‌باکس^۵)، همگنی واریانس‌های درون گروهی (از طریق آزمون کرویت موخلی^۶)، و همگنی واریانس بین معنادار آزمون ام‌باکس برای اضطراب اجتماعی - جسمانی ($F=4/12$)، خارش ($F=2/05$)، و شدت پسوریازیس ($F=2/20$) همگنی ماتریس‌های واریانس - کواریانس را تأیید کرد ($p > 0/05$). نتایج معنادار آزمون کرویت موخلی برای اضطراب اجتماعی - جسمانی، خارش، و شدت پسوریازیس نشان دهنده عدم کرویت بود، بنابراین برای گزارش در بخش اثرات درون گروهی از اصلاح گرین هاوس گیسر^۸ استفاده شد. نتایج غیر معنی‌دار آزمون لوین برای اضطراب اجتماعی - جسمانی، خارش، و شدت پسوریازیس در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گویای همگنی واریانس بین گروهی بود ($p > 0/05$). با توجه به تأیید این پیش‌فرض‌ها، می‌توان از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر تعامل زمان و گروه برای اضطراب اجتماعی - جسمانی ($F=42/91$)، خارش ($F=26/84$)، و شدت پسوریازیس ($F=11/66$) معنی‌دار بود ($p < 0/001$). مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که ۷۷ درصد، ۶۷ درصد، ۴۷ درصد واریانس نمرات برای این متغیرها به ترتیب ذکر شده مربوط به عضویت گروهی است. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ ارائه شده است.

(هارت و همکاران، ۱۹۸۹). دامنه نمرات این مقیاس بین ۱۲ و ۶۰ است و پاسخ‌های آزمودنی‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای تنظیم شده است. یوسفی، حسنی، و شکری (۲۰۰۹) آلفای کرونباخ ۰/۸۵ برای دانشجویان دختر و ۰/۸۱ برای دانشجویان پسر در این مقیاس به دست آوردند. همچنین روایی سازه این مقیاس با استفاده از روش تحلیل عاملی حاکی از روایی قابل قبول در جامعه ایرانی بود.

مقیاس آنالوگ دیداری^۱: در این پژوهش همچنین از این مقیاس برای سنجش شدت خارش استفاده خواهد شد. مقیاس آنالوگ دیداری شدت خارش در این مطالعه خط افقی غیر مدرج ۱۰۰ mm خواهد بود که نقطه آغاز و انتهای آن با عبارات بدون خارش و خارش بسیار شدید مشخص می‌شود. از بیماران خواسته می‌شود که شدت خارش خود را خطی عمود بر این محور مشخص نمایند.

شاخص شدت و سطح پسوریازیس^۲: این شاخص توسط کورتی (۲۰۰۹) برای سنجش شدت بیماری پسوریازیس ساخته شده است. در این شاخص چهار قسمت بدن شامل سر و گردن، اندام‌های فوقانی تن و اندام‌های پایینی، بر اساس چهار معیار قرمزی، سفتی یا ضخامت، پوسته ریزی و وسعت درگیری بدن نمره گذاری می‌شود. برای این چهار معیار، نمره‌گذاری از صفر تا چهار انجام می‌شود. هر چه شدت در هر یک از معیارها بیشتر باشد امتیاز بالاتری لحاظ می‌شود.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته در سه مرحله پیش - آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۳ ارائه شده است.

مطابق جدول ۱، اضطراب اجتماعی - جسمانی، خارش و شدت پسوریازیس در گروه‌های درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در پس‌آزمون و پیگیری نسب به پیش‌آزمون این گروه‌ها کاهش داشت ولی در گروه گواه تغییرات چندانی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون وجود ندارد. به هر حال جهت بررسی معنادار بودن و مقایسه میانگین‌های

5. M Box

6. Mauchly's Sphericity Test

7. Levene

8. Greenhouse-Geisser

1. Visual Analog Scale (VAS)

2. Psoriasis Area Severity Index (PASI)

3. Shapiro-Wilk Test

4. Kolmogorov-Smirnov Test

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر شدت پسونریزاس به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		میانگین
اضطراب اجتماعی - جسمانی	درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار	۵۰/۰۰	۲/۶۷	۲۱/۴۰	۲/۸۰	۲۲/۱۰	۲/۰۸
	شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	۴۶/۵۰	۴/۶۵	۱۳/۹۰	۱/۲۰	۱۴/۶۰	۱/۱۷
خارش	درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار	۹/۰۰	۰/۸۲	۱/۲۰	۰/۶۳	۱/۶۰	۰/۷۰
	شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	۸/۹۰	۰/۸۸	۱/۳۰	۰/۶۸	۱/۶۰	۰/۸۴
شدت پسونریزاس	درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار	۲۱/۲۰	۶/۸۰	۵/۸۰	۱/۱۴	۵/۷۰	۱/۶۴
	شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	۲۵/۶۰	۳/۳۴	۱۷/۱۰	۵/۳۰	۱۷/۵۰	۵/۱۹
	گواه	۱۷/۰۰	۵/۶۸	۱۷/۴۰	۶/۱۹	۱۶/۹۰	۵/۷۸

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

اثرات	متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
درون‌گروهی	اضطراب اجتماعی - جسمانی	زمان اندازه‌گیری	۸۴۵۹/۷۶	۲	۴۲۲۹/۸۸	۹۵۳/۵۸	۰/۰۰۰*	۰/۹۷
		زمان X گروه	۳۸۱۸/۷۱	۴	۹۵۴/۶۸	۲۱۵/۲۲	۰/۰۰۰*	۰/۹۴
بین‌گروهی	اضطراب اجتماعی - جسمانی	خطا	۲۳۹/۵۳	۵۴	۴/۴۴			
		گروه	۵۵۷۳/۷۶	۲	۲۷۸۶/۸۸	۵۷/۳۱	۰/۰۰۰*	۰/۸۱
درون‌گروهی	خارش	زمان اندازه‌گیری	۵۷۶/۶۲	۲	۲۸۸/۳۱	۵۱۴/۳۹	۰/۰۰۰*	۰/۹۵
		زمان X گروه	۱۸۷/۱۱	۴	۴۶/۷۸	۸۳/۴۶	۰/۰۰۰*	۰/۸۶
بین‌گروهی	خارش	خطا	۳۰/۲۷	۵۴	۰/۵۶			
		گروه	۳۹۹/۰۲	۲	۱۹۹/۵۱	۲۰۰/۰۱	۰/۰۰۰*	۰/۹۴
درون‌گروهی	شدت پسونریزاس	خطا	۲۶/۹۳	۲۷	۱/۰۰			
		زمان اندازه‌گیری	۱۲۳۷/۷۶	۲	۶۱۸/۸۸	۷۷/۶۴	۰/۰۰۰*	۰/۷۴
بین‌گروهی	شدت پسونریزاس	زمان X گروه	۸۱۵/۱۱	۴	۲۰۳/۷۸	۲۵/۵۶	۰/۰۰۰*	۰/۶۵
		خطا	۴۳۰/۴۷	۵۴	۷/۹۷			
		گروه	۱۳۱۲/۶۹	۲	۶۵۶/۳۴	۱۱/۴۲	۰/۰۰۰*	۰/۴۶
		خطا	۱۵۵۱/۹۳	۲۷	۵۷/۴۸			

* $p < 0.001$

جدول ۴ نتایج اثرات درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد. بر اساس این نتایج، اثرات درون‌گروهی و همچنین اثرات بین‌گروهی برای متغیر اضطراب اجتماعی - جسمانی نشان داد که تفاوت معناداری در نمرات اضطراب اجتماعی - جسمانی بین گروه-های آزمایش درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.001$). مقادیر مجذور اتا بیانگر اندازه اثر و بین‌گروهی قابل قبولی برای شدت پسونریزاس بود ($\eta^2 > 0.14$) (جدول ۴). با توجه به اینکه نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات متغیرهای وابسته بین دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد، برای بررسی تفاوت بین میزان اثربخشی دو مداخله از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۴ نتایج اثرات درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد. بر اساس این نتایج، اثرات درون‌گروهی و همچنین اثرات بین‌گروهی برای متغیر اضطراب اجتماعی - جسمانی نشان داد که تفاوت معناداری در نمرات اضطراب اجتماعی - جسمانی بین گروه-های آزمایش درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه گواه وجود دارد ($p < 0.001$). مقادیر مجذور اتا نیز بیانگر اندازه اثر درون‌گروهی و بین‌گروهی قابل قبولی است ($\eta^2 > 0.14$). اثرات درون‌گروهی و اثرات بین‌گروهی برای متغیر خارش نشان داد که در نمرات این متغیر بین دو گروه آزمایش با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.001$). مقادیر مجذور اتا نیز بیانگر اندازه اثر درون‌گروهی و

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمرات متغیرهای وابسته

متغیر	گروه مبنا	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
درمانگری شناختی - رفتاری هیجان مدار	شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	گواه	۶/۱۷	۱/۸۰	* ۰/۰۰۶
		گواه	-۱۲/۷۳	۱/۸۰	** ۰/۰۰۰
اضطراب اجتماعی - جسمانی	شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	درمانگری شناختی - رفتاری هیجان مدار	-۶/۱۷	۱/۸۰	* ۰/۰۰۶
		گواه	-۱۸/۹۰	۱/۸۰	** ۰/۰۰۰
گواه	درمانگری شناختی - رفتاری هیجان مدار	گواه	۱۲/۷۳	۱/۸۰	** ۰/۰۰۰
		شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۸/۹۰	۱/۸۰	** ۰/۰۰۰
درمانگری شناختی - رفتاری هیجان مدار	شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	گواه	۰/۰۰	۰/۲۶	۱/۰۰
		گواه	-۴/۴۷	۰/۲۶	** ۰/۰۰۰
خارش	شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	درمانگری شناختی - رفتاری هیجان مدار	۰/۰۰	۰/۲۶	۱/۰۰
		گواه	-۴/۴۷	۰/۲۶	** ۰/۰۰۰
گواه	درمانگری شناختی - رفتاری هیجان مدار	گواه	۴/۴۷	۰/۲۶	** ۰/۰۰۰
		شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	۴/۴۷	۰/۲۶	** ۰/۰۰۰
درمانگری شناختی - رفتاری هیجان مدار	شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	گواه	-۹/۱۷	۱/۹۶	** ۰/۰۰۰
		گواه	-۶/۲۰	۱/۹۶	* ۰/۰۱۱
شدت پسوریازیس	شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	درمانگری شناختی - رفتاری هیجان مدار	۹/۱۷	۱/۹۶	** ۰/۰۰۰
		گواه	۲/۹۷	۱/۹۶	۰/۴۲
گواه	درمانگری شناختی - رفتاری هیجان مدار	گواه	۶/۲۰	۱/۹۶	* ۰/۰۱۱
		شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی	-۲/۹۷	۱/۹۶	۰/۴۲

* $p < 0.01$ ** $p < 0.001$

درمانگری شناختی-رفتاری هیجان مدار با گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.01$) ولی بین میانگین نمرات شدت پسوریازیس شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه گواه تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0.05$). این نتایج نشان دهنده کاهش معنادار شدت پسوریازیس در درمانگری شناختی - رفتاری هیجان مدار در پس آزمون در مقایسه با نمرات گروه گواه بود و این تغییرات در دوره پیگیری پایدار باقی ماندند. نتایج همچنین نشان داد که بین میزان اثربخشی دو مداخله تفاوت معناداری مشاهده شد ($p < 0.001$).

بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه مقایسه اثربخشی درمانگری شناختی - رفتاری هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی - جسمانی، خارش، و شدت پسوریازیس در بیماران پسوریازیس بود. نتایج این مطالعه نشان داد که: ۱. درمانگری شناختی - رفتاری هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش اضطراب اجتماعی - جسمانی با اثربخشی بیشتر شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی شد، ۲. درمانگری شناختی - رفتاری هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن

نتایج مقایسه زوجی میانگین نمرات متغیرهای وابسته بین گروه های آزمایش و گواه در جدول ۵ نشان می دهد که بین میانگین نمرات اضطراب اجتماعی - جسمانی درمانگری شناختی - رفتاری هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.001$). به طوری که که نمرات اضطراب اجتماعی - جسمانی دو گروه مداخله در پس آزمون در مقایسه با گروه گواه کاهش معناداری داشت و این تغییرات در دوره پیگیری نیز باقی ماندند. نتایج نشان داد که شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با درمانگری شناختی رفتاری هیجان - مدار اثربخشی بیشتری بر کاهش اضطراب اجتماعی - جسمانی داشت ($p < 0.01$). بین میانگین نمرات متغیر خارش در گروه درمانگری شناختی - رفتاری هیجان مدار و گروه شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری مشاهده شد ($p < 0.001$). بدین معنی که نمرات هر دو گروه مداخله در متغیر خارش در پس آزمون در مقایسه با نمرات گروه گواه کاهش معناداری داشت و این تغییرات در دوره پیگیری نیز پایدار باقی ماندند و بین میزان اثربخشی دو مداخله هیچ تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0.05$). بین میانگین نمرات شدت پسوریازیس در

مورد بیماری‌های پوستی بر اهمیت شناخت واکنش‌های رفتاری و هیجانی به مشکلات پوستی، مفهوم پردازی نحوه ارتباط این واکنش‌ها با ماهیت و روند بیماری‌های پوستی و ارتباط این واکنش‌ها با پیامدهای روانی مشکل پوستی تأکید می‌کنند (وایت، ۲۰۰۱). درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار به بکار بردن فن‌های شناختی و رفتاری متمرکز بر آگاهی هیجانی، فهم هیجان و تنظیم هیجانی می‌تواند به کاهش هیجان‌های منفی ناشی از بیماری و ادراک فرد از ظاهر خود در بیمار پسوریازیس منجر شود و نتیجتاً باعث کاهش اضطراب اجتماعی - جسمانی و متعاقباً علائم پسوریازیس نظر خارش و شدت بیماری در این بیماران گردد. همانطور که قبلاً اشاره شد علائم جسمانی در بیماری پسوریازیس تحت تأثیر عوامل روانشناختی است، بهبود در علائم جسمانی در این تحقیق را از یک جهت می‌توان ناشی از بهبود در وضعیت پریشانی روانشناختی (اضطراب اجتماعی - جسمانی) دانست. از سوی دیگر، کاهش هیجانات منفی نیز خود به طور مستقیم منجر به بهبود علائم می‌گردد. درمانگری شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ممکن است از طریق افزایش عاطفه مثبت منجر به بهبود نشانگان اضطراب اجتماعی شود (استرج، سوین، بوچوچیو، والدسینو، و ریچی، ۲۰۱۸). در درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، پذیرش و آگاهی یافتن از مسئله از اصول زیربنایی است (کارداکیتو، ۲۰۰۵) که بر کنترل یا جنگیدن با مشکل تمرکز نمی‌کند؛ بلکه بر پذیرش مشکل تأکید دارد (وهوف، اوزکام، اسکرورز و بوهلمیجر، ۲۰۱۱). اجتناب در سه سطح هیجانی، شناختی و رفتاری می‌تواند نقش مهمی در تداوم آسیب‌شناسی روانی ایفا کند. بنابراین، درمان‌های ذهن‌آگاهی با تمرکز بر پذیرش مشکل باعث تغییر روابط افراد با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب، و افزایش رفتارهای فرد در مسیرهای ارزشمند زندگی می‌شود (زرگر، محمدی، امیدی، باقریان سرارودی، ۱۳۹۱). در بیماران مبتلا به پسوریازیس اضطراب اجتماعی - جسمانی، نشخوار فکری درباره ظاهر و چک کردن آن در سطح بالایی می‌باشد. درمانگری شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق استفاده از تکنیک‌های شناختی متمرکز بر آگاه شدن از وضعیت بدنی خود، آگاهی از ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی، و پذیرش مشکل خود (تیزدیل و همکاران، ۲۰۰۰) و آموزش ذهن‌آگاهی در جهت کاهش نشخوار فکری (برمال، صالحی فدری، و طیبی، ۱۳۹۷؛ حیدریان، زهراکار؛ محسن‌زاده، ۱۳۹۵)، کاهش افکار و نگرش‌های سازش‌نیافته

آگاهی به میزان یکسانی باعث کاهش خارش در بیماران شدند، و ۳. درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار در کاهش شدت پسوریازیس مؤثر بود ولی شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شدت پسوریازیس تأثیری نداشت. همچنین، این نتایج در طول زمان پایدار باقی ماندند. در توافق با نتایج این مطالعه، مطالعات نشان داده‌اند که مداخله شناختی رفتاری موجب بهبود پریشانی روانشناختی (اضطراب) و علائم جسمانی در بیماران پسوریازیس می‌شود (علی پور، زارع، عمادی، و عبدالله‌زاده، ۱۳۹۲؛ فریدحسینی، ترکمنی، لایق، ناهیدی، و ناهیدی، ۱۳۹۵؛ فتحی، مهرابی‌زاده هنرمند، زرگر، داودی، و شهباز، ۱۳۹۲). مطالعات دیگری نشان داده‌اند که درمانگری شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یا درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش اضطراب (جمشیدی و لعلی، ۱۳۹۵)، کاهش شدت پسوریازیس (فوردهام و همکاران، ۲۰۱۵، آ، ۲۰۱۵، ب) کاهش علائم جسمانی (علی بیگی بنی و همکاران، ۱۳۹۶، آ، ۱۳۹۶، ب) و بهبود کنترل رفتاری در برخورد با خارش در بیماران پسوریازیس (فوردهام و همکاران، ۲۰۱۵، ب) و کاهش اضطراب اجتماعی در نوجوانان (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۴) شد. ذاکری، حسنی و اسماعیلی (۱۳۹۶) نشان دادند که درمانگری مبتنی بر نظم‌جویی هیجان می‌تواند پریشانی‌های روانشناختی را در بیماران پوستی کاهش دهد. مطالعات دیگری نشان داده‌اند که درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار باعث کاهش اضطراب اجتماعی در کودکان و جوانان شد (افشاری و همکاران، ۱۳۹۴؛ سوچ و همکاران، ۲۰۱۷).

پریشانی‌های روانشناختی در شروع، تشدید و تداوم بیماری پسوریازیس نقش مهمی دارند (فورتون و همکاران، ۲۰۰۳). بیماری پسوریازیس با سطوح بالای اضطراب اجتماعی مرتبط است و اضطراب اجتماعی با انگ جسمانی مرتبط است و پسوریازیس ممکن است باعث افزایش هیجان‌های منفی مرتبط با ظاهر فیزیکی شود (لاکوتا و پرزیبلا - باسیستا، ۲۰۱۷). بیماران پسوریازیس واکنش‌های هیجانی منفی مختلفی ناشی از اشتغال ذهنی شدید و نگرانی در مورد بیماری را تجربه می‌کنند (ولدت و کالای، ۲۰۱۰). هیجانات منفی مرتبط با بدن با شدت پسوریازیس و پریشانی‌های روانشناختی در بیماران مبتلا به پسوریازیس مرتبط هستند. این واکنش‌های هیجانی می‌توانند به افزایش شدت پسوریازیس منجر شوند. تنیدگی‌های مرتبط با پسوریازیس خود باعث تشدید علائم پسوریازیس می‌شود (اشنایدر و همکاران، ۲۰۱۳). رویکردهای شناختی - رفتاری در

رفتاری نظیر تن‌آرامی سعی شد اضطراب و پریشانی را در آنها کاهش داد. آموزش آرامیدگی مؤثر به فرد کمک می‌کند که نشانه‌های جسمانی را شناسایی کند و با کنترل آنها از طریق تن‌آرامی این علائم جسمانی نظیر خارش را کاهش دهد. بنابراین، فنون شناختی - رفتاری این درمان‌ها از طریق افزایش حس کنترل بر فرآیندهای روانی - عصبی - ایمنی شناختی بیماران مؤثر واقع شده که خود باعث کاهش پریشانی در این بیماران می‌گردد (آنتونی و همکاران، ۲۰۰۹). درمان‌های شناختی - رفتاری ممکن است از طریق بهبود پریشانی‌های روانشناختی باعث بهبود بیماری پُسیوریازیس و علائم آن گردند (فورتون و همکاران، ۲۰۰۲، ۲۰۰۴).

این تحقیق با محدودیت‌های همراه است: ۱. این تحقیق بر روی یک نمونه بالینی انجام شده است و قابل تعمیم به نمونه‌های غیربالینی نمی‌باشد، و ۲. داده‌های این تحقیق با استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی جمع‌آوری شده است و ممکن است این ابزارها به سوگیری پاسخ در شرکت‌کنندگان منجر شود. با وجود این محدودیت‌ها، تحقیق حاضر نشان داد که درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پریشانی روانشناختی و علائم بیماری پُسیوریازیس مؤثر هستند. با توجه به این نتایج، به کارگیری این دو درمان روانشناختی می‌تواند در مراکز درمانی پوست توسط درمان‌گران مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

افشاری، افروز؛ امیری، شعله؛ نشار دوست، حمید طاهر و رضایی، فاطمه (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری هیجان‌مدار (ECBT) و گروه درمانی شناختی - رفتاری (CBT) بر اختلال اضطراب اجتماعی کودکان. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۶(۳): ۱۹۴-۲۰۴.

برمال، فرید؛ صالحی فدری، جواد و طیبی، زهرا (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر نشخوار ذهنی، شیوه حل مسئله، و تنظیم شناختی هیجان افراد مبتلا به افسردگی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۴(۲): ۹۱-۱۰۷.

بیرامی، منصور؛ موحدی، یزدان و علیزاده گورادل، جابر (۱۳۹۴). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش اضطراب اجتماعی و نگرش‌های ناکارآمد نوجوانان. *دوفصلنامه علمی - پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۱(۷): ۵۲-۴۱.

(کاوایی، حاتمی و جواهری، ۱۳۸۷) و خصوصاً کاهش افکار غیرمنطقی پیرامون بدشکلی بدن (پورعباس، ۱۳۹۶) می‌تواند منجر به بهبود اضطراب اجتماعی ناشی از ارزیابی از ظاهر و فیزیک خود و نتیجتاً علائم جسمانی نظیر خارش پوست در بیمار مبتلا به پُسیوریازیس گردد.

اثربخشی بیشتر درمانگری شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب اجتماعی - جسمانی نسبت به درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار گویای این نکته است که ذهن‌آگاهی در مقایسه با تنظیم هیجان نقش مهمتری در کاهش اضطراب اجتماعی - جسمانی در این بیماران دارد. به عبارت دیگر، درمانگری شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ممکن است با آگاه کردن فرد بیمار نسبت به وضعیت ظاهری خود و تعدیل کردن افکار و تصورات آنان درباره فاجعه آمیز بودن شکل ظاهری پوست آنان و متعاقباً پذیرش این موضوع توسط فرد که پوستشان آنطور که فکر می‌کنند ظاهر بد و منزجرکننده‌ای ندارد. اثربخشی بیشتری بر کاهش اضطراب اجتماعی - جسمانی دارد. همچنین، بین دو درمان، فقط درمانگری شناختی - رفتاری هیجان‌مدار بر شدت پُسیوریازیس مؤثر بود. این نتیجه گویای این نکته است که تنظیم هیجان‌ها بیشتر یا شدت پُسیوریازیس مرتبط می‌باشند و فنون شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان‌ها با افزایش تنظیم هیجانی سازگارانه می‌توانند باعث کاهش شدت پُسیوریازیس شوند.

قبل از مداخله، بیماری پوستی سبب ایجاد اضطراب اجتماعی - جسمانی در بیماران پُسیوریازیس شده بود و این به نوبه خود سبب کناره‌گیری از اجتماع و احساس غیرقابل کنترل بودن بیماری شده بود. بیماران پُسیوریازیس دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد زیادی هستند که باعث تمرکز فرد بر روی ظاهر خود و در نتیجه افزایش پریشانی روانشناختی گردد که می‌تواند باعث تشدید علائم بیماری شود. در هر دو مداخله این تحقیق علاوه بر تمرکز بر تنظیم هیجان‌ها و ذهن‌آگاهی، درمان‌ها شامل تکنیک‌های شناختی - رفتاری نیز است. در این درمان‌ها، از طریق بکار بردن تکنیک‌های شناختی سعی شد که افکار غیرمنطقی (دیگران به خاطر شکل ظاهری‌ام از من اجتناب می‌کنند و شکل ظاهری پوست من باعث انزجار دیگران می‌شود) شناسایی شوند و بیماران نسبت به نقش این افکار بر شدت بیماریشان آگاهی یابند و به آنها آموزش داده شد که افکار منطقی را جایگزین کنند (نظیر ظاهر پوستشان آنطور که تصور می‌کنند منزجر کننده نیست). همچنین، با آموزش تکنیک‌های

- پورعباس، زهرا (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار بدشکلی بدن زنان دارای اضافه وزن. چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری، ۷-۱.
- جمشیدی، منیژه و لعلی، محسن (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به بیماری پسوریازیس شهر اصفهان. اولین کنفرانس بی‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران، ۱۳-۱.
- حیدریان، آرزو؛ زهراکار، کیانوش و محسن‌زاده، فرشاد (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر میزان تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان: کارآزمایی تصادفی شده. فصلنامه علمی - پژوهشی بیماری‌های پستان ایران، ۹(۲): ۵۹-۵۲.
- ذاکری، محمدمهدی؛ حسنی، جعفر و اسماعیلی، نفیسه (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش نظم‌جویی فرآیندی هیجان بر پریشانی روانشناختی افراد مبتلا به ویتیلیگو. فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۶(۳): ۵۶-۳۹.
- زرگر، فاطمه؛ محمدی، ابوالفضل؛ امیدی، عبدالله و باقریان سرارودی، رضا (۱۳۹۱). موج سوم رفتار درمانی با تأکید بر رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰(۵): ۳۹۰-۳۸۳.
- علی بیگی بنی، الهام؛ جعفری، فریبا؛ صالحی، اعظم و سخنوری، فاطمه. (۱۳۹۶) بررسی اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، بر علائم جسمانی بیماران مبتلا به Psoriasis. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۵(۴۲۳): ۳۰۲-۲۹۷.
- علی بیگی بنی، الهام؛ صالحی، اعظم و جعفری، فریبا (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی هیجانی (استرس، اضطراب، افسردگی و ناراحتی) بیماران مبتلا به Psoriasis. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۵(۴۳۶): ۷۶۲-۷۵۶.
- علی‌پور، احمد؛ زارع، حسین؛ عمادی، سیدناصر و عبدالله‌زاده، حسن (۱۳۹۲). تأثیر درمان شناختی رفتاری گروهی بر شدت بیماری و سلامت روان مبتلایان به پسوریازیس. پوست و زیبایی، ۴(۴): ۱۹۶-۲۰۴.
- فتحی، کیهان؛ مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز؛ زرگر، یدالله؛ داودی، ایران و شهبان، نریمان (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای با عنوان "اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر ادراک بیماری، کیفیت زندگی، سلامت عمومی و علائم بالینی پسوریازیس. مجله دست آوردهای روانشناختی، ۴(۲): ۲۱۶-۱۹۳.
- فریدحسینی، فرهاد؛ ترکمنی، مرضیه؛ لایق، پوران؛ ناهیدی، یلدا و ناهیدی، مهسا (۱۳۹۵). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵۹(۵): ۳۴۵-۳۳۸.
- کاوایانی، حسین؛ حاتمی، ندا و جواهری، فروزان (۱۳۸۷). اثر کاهنده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودآیند و نگرش‌های ناکارآمد. فصلنامه علمی - پژوهشی در سلامت روانشناختی، ۲(۶): ۸۹-۷۹.
- لطفی، راضیه؛ علیپور، احمد؛ ترخان، مرتضی؛ فرزاد، ولی‌الله و ملکی، مسعود (۱۳۹۴). پیشبینی تغییرات ادراک خارش در بیماریهای مزمن پوستی بر اساس ویژگیهای شخصیتی، اضطراب و افسردگی، مجله اصول بهداشت روانی، ۱۷(۶): ۲۸۳-۲۷۸.
- Almeida, V., Taveira, S., Teixeira, M., Almeida, I., Rocha, J., & Teixeira, A. (2017). Emotion regulation in patients with psoriasis: correlates of disability, clinical dimensions, and psychopathology symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(4), 563-570.
- Antoni, M. H., Lechner, S., Diaz, A., Vargas, S., Holley, H., Phillips, K., & Blomberg, B. (2009). Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behavior and Immunity*, 23(5), 580-591.
- Cardaciotto, L. (2005). *Assessing mindfulness: The development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance*. Drexel University, Filadelfija, ZDA.
- Corti, M. (2009). *Psoriasis Area Severity Index (PASI) Calculator*. Psoriasis Area Severity Index (PASI) Calculator.
- Dalgard, F., Svensson, A., Holm, J. Ø., & Sundby, J. (2004). Self-reported skin morbidity in Oslo. Associations with sociodemographic factors among adults in a cross-sectional study. *British Journal of Dermatology*, 151(2), 452-457.
- Darsow, U., Pfab, F., Valet, M., Huss-Marp, J., Behrendt, H., Ring, J., & Ständer, S. (2011). Pruritus and atopic dermatitis. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*, 41(3), 237-244.
- Dattilio, F. M. (2010). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families: a comprehensive guide*. New York: Guilford Press.
- Fordham, B. A., Nelson, P., Griffiths, C. E. M., & Bundy, C. (2015b). The acceptability and usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for people living with psoriasis: a qualitative study. *British Journal of Dermatology*, 172(3), 823-825.
- Fordham, B., Griffiths, C. E. M., & Bundy, C. (2015a). A pilot study examining mindfulness-based cognitive

- Schneider, G., Heuft, G., & Hockmann, J. (2013). Determinants of social anxiety and social avoidance in psoriasis outpatients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 27(3), 383-386.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A new approach to preventing relapse*: Guilford Publication.
- Strege, M. V., Swain, D., Bochicchio, L., Valdespino, A., & Richey, J. A. (2018). A Pilot Study of the Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Positive Affect and Social Anxiety Symptoms. *Frontiers in Psychology*, 9(1), 866-876.
- Suveg, C., Kendall, P. C., Comer, J. S., & Robin, J. (2006). Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for anxious youth: A multiple-baseline evaluation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 77-85.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(11), 615-625.
- Thompson, A. (2011). *Body image issues in dermatology, in: T.F. Cash, L. Smolak (Eds.), Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention, Guilford Press, New York, pp. 323-332.*
- Van Laarhoven, A. I. M., Walker, A. L., Wilder-Smith, O. H., Kroeze, S., Van Riel, P. L. C. M., Van de Kerkhof, P. C. M., & Evers, A. W. M. (2012). Role of induced negative and positive emotions in sensitivity to itch and pain in women. *British Journal of Dermatology*, 167(2), 262-269.
- Veehof, M. M., Oskam, M. J., Schreurs, K. M., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533-542.
- Vladut, C. I., & Kállay, É. (2010). Psychosocial implications of psoriasis: theoretical review. *Cognition, Brain, Behavior*, 14(1), 23-35.
- White, C. A. (2001). *Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: A guide to assessment and treatment in practice*. John Wiley & Sons Ltd.
- Yousefi, B., Hassani, Z., & Shokri, O. (2009). Reliability and factor validity of the 7-item social physique anxiety scale (SPAS-7) among university students in Iran. *World Journal of Sport Sciences*, 2(3), 201-204.
- Zuberbier, T., & Maurer, M. (2007). Urticaria: current opinions about etiology, diagnosis and therapy. *Acta Dermato-venereologica*, 87(3), 196-205.
- therapy in psoriasis. *Psychology, Health & Medicine*, 20(1), 121-127.
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Griffiths, C. E., & Main, C. J. (2004). Targeting cognitive-behaviour therapy to patients' implicit model of psoriasis: Results from a patient preference controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 65-82.
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Kirby, B., Bowcock, S., Main, C. J., & Griffiths, C. E. M. (2002). A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *British Journal of Dermatology*, 146(3), 458-465.
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Kirby, B., McElhone, K., Markham, T., Rogers, S., & Griffiths, C. E. (2003). Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. *Archives of Dermatology*, 139(6), 752-756.
- Hart, E. A., Leary, M. R., & Rejeski, W. J. (1989). The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11(2), 94-104.
- Harth, W., Gieler, U., Kusnir, D., & Tausk, F. A. (2008). *Clinical management in psychodermatology*. Springer Science & Business Media.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delta Publishing
- Łakuta, P., & Przybyła-Basista, H. (2017). Toward a better understanding of social anxiety and depression in psoriasis patients: The role of determinants, mediators, and moderators. *Journal of Psychosomatic Research*, 94(21), 32-38.
- Mennin, D. S., McLaughlin, K. A., & Flanagan, T. J. (2009). Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 866-871.
- Mercan, S., & Kivanc Altunay, I. (2006). Psychodermatology: a collaborative subject of psychiatry and dermatology. *Turkish Journal of Psychiatry*, 17(4), 1-9.
- Pernick, Y., Nichols, J. F., Rauh, M. J., Kern, M., Ji, M., Lawson, M. J., & Wilfley, D. (2006). Disordered eating among a multi-racial/ethnic sample of female high-school athletes. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 689-695.
- Petty, A. A., Balkrishnan, R., Rapp, S. R., Fleischer, A. B., & Feldman, S. R. (2003). Patients with palmoplantar psoriasis have more physical disability and discomfort than patients with other forms of psoriasis: implications for clinical practice. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 49(2), 271-275.
- Salman, A., Kurt, E., Topcuoglu, V., & Demircay, Z. (2016). Social anxiety and quality of life in vitiligo and acne patients with facial involvement: a cross-sectional controlled study. *American Journal of Clinical Dermatology*, 17(3), 305-311.