

## اثربخشی درمان فراشناختی بر نگرانی تصویر بدنی، اضطراب و افسردگی بیماران

### پسوریازیس

- مهدی آزاد<sup>۱</sup>، \* زهرا باقرزاده گلماکانی<sup>۲</sup>، احمد منصوری<sup>۳</sup>، محسن دوستکام<sup>۴</sup>  
۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.  
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.  
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.  
۴. استادیار، گروه مشاوره، موسسه آموزش عالی عطار، مشهد، ایران ن.  
(تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۰۵/۲۸ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۱۰)

## Effectiveness of Metacognitive Therapy on Body Image Concern, Anxiety and Depression in Psoriasis Patients

Mahdi Azad<sup>1</sup>, \* Zahra Bagherzadeh Golmakani<sup>2</sup>, Ahmad Mansouri<sup>3</sup>, Mohsen Doustkam<sup>4</sup>

1. PhD Student, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.  
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.  
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.  
4. Assistant Professor, Department of Counseling, Attar Institute of Higher Education, Mashhad, Iran.

Original Article

(Received: Aug. 18, 2020 - Accepted: Dec. 30, 2020)

مقاله پژوهشی

### Abstract

**Objective:** Psoriasis is a chronic skin disease that has many effects on patients' mental health. Therefore, the aim of this study was to evaluate the effectiveness of metacognitive therapy on body image concern, anxiety and depression in psoriasis patients. **Method:** This research was a quasi-experimental study with pretest-posttest and control group. Thirty people with psoriasis in Mashhad (Iran) selected by available sampling method and the randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group underwent 8 sessions to metacognitive therapy, while the control group did not receive any intervention. The participants completed Body Image Concern Inventory (BICI), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) and Beck Depression Inventory II (BDI-II). Data were analyzed by SPSS software, using multivariate analysis of covariance (MANCOVA). **Findings:** The findings showed that there was a significant difference between experimental and control groups in body image concern, anxiety and depression scores ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** The results suggested that metacognitive therapy has a significant effect on reducing body image concern, anxiety and depression in psoriasis patients. Therefore, therapist can use this method to reduce body image concern, anxiety and depression in these patients.

**Keywords:** Anxiety, Body Image Concern, Depression, Metacognitive Therapy, Psoriasis.

### چکیده

**مقدمه:** پسوریازیس یک بیماری پوستی مزمن است که اثر زیادی بر سلامت روان بیماران دارد. از این رو، هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر نگرانی تصویر بدنی، اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس بود. **روش:** این مطالعه به روش نیمه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بر روی ۳۰ نفر از افراد مبتلا به پسوریازیس شهر مشهد انجام شد. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند. گروه آزمایش تحت مداخله ۸ جلسه‌ای درمان فراشناختی قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. پرسشنامه نگرانی تصویر بدنی (BICI)، مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون (HAM-A) و پرسشنامه افسردگی بک-II (BDI-II) در مورد شرکت‌کنندگان اجرا گردید. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل در نمره‌های نگرانی تصویر بدنی، اضطراب و افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0.05$ ). **نتیجه‌گیری:** روش درمان فراشناختی تأثیر بسزایی بر کاهش نگرانی تصویر بدنی، اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس دارد و درمان‌گران می‌توانند از این روش در جهت کاهش نگرانی تصویر بدنی، اضطراب و افسردگی این بیماران استفاده نمایند. **واژگان کلیدی:** اضطراب، افسردگی، پسوریازیس، نگرانی تصویر بدنی.

\* نویسنده مسئول: زهرا باقرزاده گلماکانی

\*Corresponding Author: Zahra Bagherzadeh Golmakani

Email: z.golmakan@gmail.com

پیچیده و پویا دارد و نقش اصلی با عوامل ایمنی، شخصیتی و ژنتیکی، باکتری حاد و عفونت‌های ویروسی و التهاب مزمن است (بوانکی و برمیلا، ۲۰۱۹). پسوریازیس و اختلال‌های روانی می‌توانند یک جفت سیندمیک محسوب شوند؛ زیرا به‌طور متقابل در هر دو سطح فیزیولوژیکی و اجتماعی تأثیرگذار هستند. این نشان می‌دهد که ممکن است به‌طور هم‌زمان تشدید یا کاهش یابند. در سال‌های اخیر، چندین تلاش برای بررسی اینکه آیا مداخله روان‌شناختی هم بر تسکین پسوریازیس هم اختلال‌های روانی مؤثر است یا خیر انجام شده است (لارسن، کروگستاد، اس، موم و وال، ۲۰۱۴). این بیماری با افسردگی، اضطراب، ایده پردازی خودکشی و تصویر بدنی منفی همراه است (لاکوتا و همکاران، ۲۰۱۸).

تصویر بدنی شامل احساس فرد درباره ویژگی‌ها و ساختار بدن است و تصویر بدنی منفی وقتی شکل می‌گیرد که فرد تجربه ارزیابی منفی یا مسخره شدن داشته باشد (فگلکویست، گوستاوسون، کلاین و پارلینگ، ۲۰۲۰). نگرانی از تصویر بدنی<sup>۲</sup> یک ساختار چندبعدی شامل افکار، احساسات، اعتقادات و رفتارهای مرتبط با بدن ادراک شده است و این سازه به ارزیابی منفی از اندازه، شکل و وزن بدن اشاره دارد (سریا، باتسی، گریشام و قیسی، ۲۰۱۸). تصویر بدنی تحت تأثیر عواملی چون رشد جسمانی، تعاملات اجتماعی، سوانح، بیماری‌ها و جراحی‌های بدنی قرار دارد و نگرانی از تصویر بدنی با افسردگی، اضطراب،

پسوریازیس<sup>۱</sup> یک بیماری التهابی مزمن پوستی است که ۱ تا ۳ درصد جمعیت عمومی را درگیر می‌کند (ویلیامز، ۲۰۱۴). این بیماری از طریق ضایعه‌های پوستی پوسته و خارش مکرر مشخص می‌شود که در آن فرایندهای التهابی پوست رخ می‌دهد و با حضور لکه‌های پوستی غیرطبیعی که می‌تواند بر سلامت مرتبط با کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار باشد، همراه است (ژنگ، لوا، هوآنگ و لو، ۲۰۱۷؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶). امروزه تأیید شده است که برخی از عوامل شخصیتی و اجتماعی به میزان زیادی در تشدید و تداوم بعضی از اختلال‌های جسمانی مؤثرند. اصطلاح اختلال‌های روان‌تنی یا روان فیزیولوژیکی اشاره به آن دسته از حالت‌های جسمانی دارد که در آن‌ها حوادث پرمعنا روان‌شناختی به‌طور تنگاتنگی با نشانه‌های بدنی مرتبط هستند. یافته‌های بالینی اهمیت عوامل روان‌شناختی را در بسیاری از این اختلال‌ها نشان می‌دهد (بولمایر، پرنگر، تال و کوپپرس، ۲۰۱۰). پسوریازیس به‌عنوان یک بیماری سیستمیک، نه تنها پوست را درگیر می‌کند بلکه از نظر آسیب‌شناسی با طیف گسترده‌ای از بیماری‌های همراه از جمله آرتريت التهابی، اختلال‌های قلبی و عروقی، اختلال‌های سوخت و سازی، ضایعه‌های مخاط دهان و اختلال‌های روانی درهم‌آمیخته است و این موارد بار کلی افراد مبتلا را افزایش می‌دهند (وان و همکاران، ۲۰۱۸؛ فالر، مولر و ووت، ۲۰۱۳). پاتوفیزیولوژی پسوریازیس ماهیتی

اختلال جنسی، بیماری‌های مزمن و افت سلامت روان‌شناختی مرتبط است (الماهریک و همکاران، ۲۰۲۰). تصویر بدنی تصور، نگرش و دیدگاهی است که فرد درباره ظاهر خود دارد، به طوری که این تصویر و برداشت در صورت منفی یا مثبت بودن می‌تواند بر جنبه‌های گوناگون زندگی فرد و همچنین بر رفتار وی در مکان‌های مختلف تأثیرگذار باشد. این تصویر می‌تواند تحت تأثیر عواملی چون رشد جسمانی، سوانح، آسیب‌ها و قرار گیرد و باعث نگرانی در فرد شود. گاه این نگرانی از تصویر بدنی و ظاهر تا جایی افزایش می‌یابد که باعث ایجاد مشغله‌های ذهنی گشته و افراد وقت و هزینه زیادی را صرف ظاهر خود می‌کنند (گیلن و لفقوویتز، ۲۰۱۲).

اختلال‌های اضطرابی شامل اختلال‌هایی است که در ویژگی‌های ترس و اضطراب بیش‌ازحد و اختلال‌های رفتاری مربوط باهم سهیم هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در بیماران پسوریازیس شیوع و افزایش اختلال‌های روانی مانند اضطراب مشاهده شده است (یانگ، کلر و لین، ۲۰۱۱). ارتباط معناداری بین نشانگان پوستی و نگرانی، روان رنجوری، اختلال‌های اضطرابی و خلقی به‌دست‌آمده است. اضطراب می‌تواند یک عامل پیش‌بینی‌کننده قوی برای ظهور بیماری‌های پوستی باشد (گریفیتز، ۲۰۱۱). زمانی که اضطراب منجر به شعله‌ور شدن علائم پسوریازیس می‌شود این منجر به اضطراب بیشتر می‌شود و می‌تواند یک چرخه معیوب ایجاد کند (پررا، ۲۰۱۷). مشکلات بهداشت روان از این مفهوم که اضطراب و استرس چرخه‌ای هستند که در

پسوریازیس وجود دارد و ممکن است یکی دیگر از عوامل مؤثر در این رابطه باشند، حمایت می‌کند (کانر، لیو و فیدرویچ، ۲۰۱۵). اختلال‌های افسردگی نیز به علائمی همچون وجود غم، پوچی، خلق تحریک‌پذیر، همراه با تغییرات جسمانی و شناختی که به‌طور قابل ملاحظه‌ای بر توانایی عمل کردن فرد تأثیر می‌گذارد، اشاره دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). افسردگی شایع‌ترین اختلال روانی در سراسر جهان است و یکی از علل عمده ناتوانی می‌باشد (براستو، پتريک، استارستا و والدو، ۲۰۱۷). شیوع افسردگی در جامعه ایران ۱۳/۶ درصد است (نصیری و همکاران، ۱۳۹۵). افسردگی اثر زیادی روی کیفیت زندگی و بار اقتصادی دارد (اسکالسر، گیچ، کوهلی و سلر، ۲۰۱۶). پسوریازیس و افسردگی یکدیگر را تقویت می‌کنند، شواهد پشتیبانی سازوکار مشترک متعدد بین این دو بیماری را ثابت کرده است. همپوشانی التهابی، شواهد ژنتیکی و کمبود میزان ویتامین D3 و سطح ملاتونین در پسوریازیس و افسردگی شایع است. ترس از طرد اجتماعی و خود برچسب‌زنی به‌عنوان سوختی برای برافروختن التهاب افسردگی در بیماران مبتلا به پسوریازیس عمل می‌کند (شاهی، مسعود، داناوار، میکائیل و مالک، ۲۰۲۰). طی مطالعات روان‌شناختی انجام‌شده در مورد بیماری پسوریازیس این نتیجه به‌دست‌آمده که افراد مبتلا از کیفیت زندگی پایین و میزان افسردگی بالا رنج می‌برند (پیکاردی، آبنی و رنزی، ۲۰۱۳).

این است سبک تفکر یا سندرم شناختی-توجهی که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه متمرکز بر خود و راهبردهای خودتنظیمی و یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار است، نقش مهمی در ایجاد و تداوم همه آسیب‌های روانی دارد (ولز، ۲۰۱۱؛ نوردال و ولز، ۲۰۱۸). هدف اصلی این درمان توانا کردن افراد به گونه‌ای است که با افکارشان به گونه‌ای متفاوت ارتباط برقرار کنند و کنترل و آگاهی فراشناختی قابل‌انعطافی را گسترش دهند و از انجام پردازش به صورت نگرانی، نشخوار فکری و پایش تهدید، جلوگیری نمایند (ولز، ۲۰۱۱؛ ولز و سمی، ۲۰۰۴). این درمان به شکل فردی یا گروهی در مورد بسیاری از بیماری‌های مزمن از جمله درد مزمن (مصطفائی، زارع، علی پور و فرزاد، ۱۳۹۷)، یبوست (خوش‌لهجه صدق، ۱۳۹۶) و سرطان پستان (رحمانی، محمدپور، پیرنیا، سامخانیان و مهدوی، ۱۳۹۵) به کاررفته است.

اگرچه پژوهشی در زمینه اثر درمان فراشناختی بر نگرانی تصویر بدنی، اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس مشاهده نشد، اما پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سایر روان‌درمانی‌ها از جمله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (مدوک، هوی، دالتون و کیربای، ۲۰۱۹)، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (کابات زین و همکاران، ۱۹۹۸)، درمان شناختی رفتاری (سیجرچیچ، انیس و مانسن، ۲۰۲۰؛ علی پور و همکاران، ۱۳۹۲)، آرمیدگی (نیراکال، عبدالطیف، سوکوماراکوروپ و جعفرانی، زیر چاپ)، مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری (فرید

بسیاری از پژوهشگران نقش وسیع‌تری برای مداخله‌های روان‌پزشکی و روان‌درمانی برای کاهش علائم و شدت بیماری افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی مطرح کرده‌اند. طیف وسیعی از درمان‌های روان‌شناختی مثل هیپنوتراپی، شناختی- رفتاری و آرام‌سازی در درمان و کاهش علائم روانی بیماران پوستی اثربخش بوده‌اند (علی پور، زارع، عمادی و عبدالله زاده، ۱۳۹۲). یکی دیگر از درمان‌هایی که می‌تواند در مورد این بیماران استفاده شود، درمان فراشناختی<sup>۱</sup> است. درمان فراشناختی که کمتر از دو دهه از عمر آن می‌گذرد به انقلابی در درمان اختلال‌های هیجانی منجر شده است. فراشناخت به دانش درباره تفکر و شناخت و عوامل مؤثر بر افکار اشاره دارد. دیدگاه نظری و درمانی فراشناختی بر باورها و تفکر منفی به عنوان نتیجه کنترل فراشناختی تأکید می‌کند و بیان می‌کند که چگونه در تداوم و تغییر شناخت مؤثر است. درمان فراشناختی سطوحی از مداخله را عرضه می‌کند که بر چالش محتوای تفکر و باورهای منفی که در درمان‌های سنتی شناختی بر آن تمرکز دارد، تأکید نمی‌ورزد (ولز، ۲۰۱۱)؛ و سعی می‌کند فراشناخت‌هایی را که به شیوه ناسازگارانه‌ای تفکر منفی تکرار شونده را زیاد و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌شوند را تغییر دهد (ولز، ۲۰۰۰).

در طول ۲۰ سال گذشته، مداخلات فراشناختی به طور گسترده‌ای برای انواع اختلال‌های روانی استفاده شدند (سلا، ریدر و ویکس، ۲۰۱۵). در رویکرد فراشناختی اعتقاد بر

1. metacognitive therapy

حسینی، ترکمنی، لایق، ناهیدی و ناهیدی، (۱۳۹۵) بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد مبتلا به پسوریازیس از جمله افسردگی، اضطراب، بهزیستی روان‌شناختی، اضطراب و افسردگی بیمارستانی و کیفیت زندگی مؤثر هستند. گروچالا، مارسکی و زالوسکا-ژانوسکا (۲۰۲۰) در یک بررسی مروری دریافتند که برخی از درمان‌ها و مداخله‌های روان‌شناختی از جمله درمان شناختی رفتاری، درمان حمایتی، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، نوشتن هیجان، خانواده‌درمانی سیستمیک و روان‌پویایی بر علائم بیماری و مجموعه‌ای از علائم روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی مؤثر است. نرمن و مورینا (۲۰۱۸) در یک مطالعه مروری دریافتند که درمان فراشناختی بر اضطراب، افسردگی و سایر اختلال‌های روان‌شناختی اثر دارد. لذا با توجه به اهمیت این بیماری و تأثیرات نامطلوب آن بر سلامت روان فرد بیمار و اعضای خانواده وی، نیاز مراکز درمانی به برنامه‌های روان‌درمانی جدید و فقدان پژوهش‌های کافی در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر نگرانی تصویر بدنی، اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس انجام گردید.

## روش

این پژوهش از نظر هدف جزو مطالعات کاربردی و به لحاظ روش جمع‌آوری داده‌ها جزو پژوهش‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری آن

شامل کلیه بیماران پسوریازیس شهر مشهد در سال ۱۳۹۸ بود. نمونه‌های موردبررسی ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به پسوریازیس مراجعه‌کننده به مراکز درمانی سرپایی سطح شهر، کلینیک‌های پوست بیمارستان امام رضا (ع) و بیمارستان رضوی بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا فرد به بیماری پسوریازیس، سن ۱۵ تا ۴۵ سال، جنسیت مرد و زن، رضایت آگاهانه بود. غیبت بیشتر از دو جلسه در درمان، شرکت هم‌زمان در سایر روان‌درمانی‌ها و عدم تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه همکاری نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. ابتدا با استفاده از ابزارهای پژوهش از شرکت‌کننده‌ها پیش‌آزمون به عمل آمد، سپس مداخلات درمانی بر اساس رویکرد درمانی فراشناختی (ولز، ۲۰۱۱؛ ولز و همکاران، ۲۰۰۸). به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و به صورت هر هفته یک جلسه برای گروه آزمایش اجرا گردید و برای گروه کنترل هیچ برنامه‌ای انجام نشد. در پایان این دوره از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، بیماران گروه کنترل نیز پس از پایان پژوهش به مدت ۸ جلسه تحت درمان قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل

از اعتبار ( $r=0/73$ ) و روایی همزمان ( $r=0/63$ ) خوبی برخوردار است. آلفای کرونباخ نسخه فارسی این آزمون  $0/85$  بوده است (اصغری، محمدی و رضازاده مهرجو، ۱۳۹۶).

پرسشنامه تجدیدنظر شده افسردگی بک (BDI-II)<sup>۳</sup>: ابزاری ۲۱ ماده‌ای است که توسط بک، براون و ستیر (۲۰۰۰) برای سنجش شدت افسردگی ساخته شده است. هر یک از ماده‌های آن بر روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای و از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. آن‌ها اعتبار این آزمون را به روش همسانی درونی  $0/73$  تا  $0/92$  گزارش کردند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای گروه بیمار و غیر بیمار به ترتیب  $0/86$  و  $0/81$  گزارش کردند. دابسون و محمدخانی (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ را برای بیماران سرپایی و دانشجویان به ترتیب  $0/92$  و  $0/93$  گزارش کردند. ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته نیز  $0/93$  بوده است.

درمان فراشناختی: این درمان شامل ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای است (جدول ۱) که می‌توان از آن برای اضطراب و افسردگی به صورت جداگانه یا ترکیبی استفاده کرد (ولز، ۲۰۱۱؛ ولز و همکاران، ۲۰۰۸).

شدند. ابزارها و بسته درمانی در ادامه گزارش شده‌اند.

پرسشنامه نگرانی تصویر بدنی (BICI)<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط لیتتون و همکاران (۲۰۰۵) ساخته شده است. این پرسشنامه از نوع مداد کاغذی و خود گزارشی بوده و مشتمل بر ۱۹ ماده است. شرکت‌کننده‌ها به هر یک از ماده‌ها بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت پاسخ می‌دهند که در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره هر فرد در این پرسشنامه بین ۱۹ و ۹۵ خواهد بود. اعتبار این آزمون به روش همسانی درونی در یک نمونه دانشگاهی  $0/93$  بوده است. همبستگی پرسشنامه حاضر با آزمون اختلال بدریخت انگاری بدن  $0/83$  بوده است که نشان‌دهنده روایی همزمان این پرسشنامه دارد (لیتتون و همکاران، ۲۰۰۵). اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی به روش همسانی درونی برای دانشجویان دختر، پسر و کل دانشجویان به ترتیب  $0/93$ ،  $0/95$  و  $0/95$  گزارش شده است (پاشا، نادری و اکبری، ۱۳۸۷).

مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون (HAM-A)<sup>۲</sup>: ابزاری ۱۴ ماده‌ای است که توسط همیلتون (۱۹۵۹) برای ارزیابی شدت اضطراب ساخته شده است. این آزمون بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۰ (فقدان علامت) تا ۴ (شدید) نمره‌گذاری می‌شود. نمره هر فرد در این آزمون بین ۰ تا ۵۶ خواهد بود. مایر، بولر، فیلیپ و هوزر (۱۹۹۸) نشان دادند که این آزمون

3. Beck Depression Inventory (BDI-II)

1. Body Image Concern Inventory (BICI)  
2. Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	معارفه و مصاحبه بالینی همراه با فرمول‌بندی، معرفی مدل و آماده‌سازی، اجرای آزمایش سرکوب فکر، شروع چالش با باور مربوط به کنترل ناپذیری نگرانی، تمرین ذهن آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن نگرانی. نام‌گذاری دوره‌های نشخوار فکری، تمرین تکنیک آموزش توجه. تکلیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی، تمرین آموزش توجه.
جلسه دوم	بررسی تکالیف خانگی، ادامه به تعویق انداختن نگرانی و معرفی آزمایش از دست دادن کنترل. تمرین ذهن آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن نشخوار فکری. تکلیف خانگی: تمرین به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری، تمرین تکنیک آموزش توجه، به‌کارگیری ذهن آگاهی گسلیده.
جلسه سوم	بررسی تکالیف خانگی، ادامه چالش با باور کنترل ناپذیری، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه درمان، بررسی و متوقف کردن کنترل غیر انطباقی و رفتارهای اجتنابی، تمرین آموزش توجه، بررسی سطح فعالیت و مقابله اجتنابی. تکلیف خانگی: به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری، وارونه‌سازی رفتارهای اجتناب از نگرانی، تمرین آموزش توجه، به‌کارگیری ذهن آگاهی گسلیده، افزایش سطح فعالیت.
جلسه چهارم	بررسی تکالیف خانگی، شروع چالش با باورهای مربوط به خطر، تلاش برای از دست دادن کنترل یا صدمه زدن به خود از طریق آزمایش نگرانی. واریسی به‌کارگیری به تعویق انداختن نشخوار فکری، چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری، تمرین تکنیک آموزش توجه. تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر، تمرین آموزش توجه، گسترش کاربرد ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نشخوار فکری، برنامه‌ریزی فعالیت.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف خانگی، ادامه چالش با باورهای مربوط به خطرناک بودن نگرانی، اجرای آزمایش چالش با باورهای مربوط به خطر در جلسه درمان. بررسی سطح فعالیت و ارائه توصیه‌هایی برای بهبود آن، تمرین آموزش توجه. تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش مربوط به خطر، تمرین آموزش توجه، به تعویق انداختن نشخوار فکری، افزایش سطح فعالیت.
جلسه ششم	بررسی تکالیف خانگی، ادامه چالش با باور مربوط به خطر، تأکید بر معکوس کردن هرگونه راهبردهای غیر انطباقی باقی‌مانده. تمرین آموزش توجه. تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر، تمرین آموزش توجه، به تعویق انداختن نشخوار فکری، تداوم فعالیت‌ها.
جلسه هفتم	بررسی تکالیف خانگی، شروع چالش با باورهای مثبت در صورت رسیدن باورهای منفی به صفر. بررسی تکنیک آموزش توجه. تکلیف خانگی: اجرای راهبرد عدم مطابقت و سایر آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باورهای مثبت. تمرین آموزش توجه، اجرای برنامه جدید، شروع کار بر روی تدوین طرح کلی درمان.
جلسه هشتم	بررسی تکالیف خانگی، جلوگیری از عود، کار بر روی باورهای فراشناختی باقی‌مانده، پیش‌بینی برانگیزاننده‌های آتی و بحث درباره نحوه استفاده از برنامه جدید، برنامه‌ریزی جلسات تقویتی.

### یافته‌ها

همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ( $p > 0/05$ ). نتایج مربوط به آزمون باکس ( $p = 0/18$ ،  $F = 1/49$ ،  $df1 = 6$ ،  $df2 = 5680/30$ ) و شیب‌خط رگرسیون ( $Box's M = 10/11$ ) نشان‌دهنده رعایت پیش‌فرض همگنی واریانس-کوواریانس و همگنی رگرسیون‌ها است ( $p > 0/05$ ). نتایج آزمون لامبدای ویلکز ( $p = 0/001$ ،  $F = 0/93$ ) نشان داد که اثر متغیر گروه معنادار است. نتایج جدول ۴ مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره است.

میانگین و انحراف معیار سن گروه فراشناختی و کنترل به ترتیب ( $9/30$ ) و ( $8/88$ ) و  $34/87$  و  $31/6$  بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای افسردگی، اضطراب و نگرانی تصویر بدنی در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج آزمون‌های شاپیرو ویلک و لون نیز در جدول ۳ گزارش شده است. نتایج این جدول نشان داد که توزیع متغیرهای پژوهش طبیعی است ( $p > 0/05$ ) و پیش‌فرض

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	پیش‌آزمون	۲۹/۰۷	۴/۶۵	۳۰/۵۳	۹/۱۲
	پس‌آزمون	۱۹/۶۰	۳/۷۲	۲۸/۹۳	۷/۷۴
اضطراب	پیش‌آزمون	۳۶/۲۷	۴/۸۹	۳۶/۶۰	۷/۱۹
	پس‌آزمون	۲۵/۷	۴/۲۷	۳۸/۳۳	۶/۰۶
نگرانی تصویر بدنی	پیش‌آزمون	۷۱	۸/۰۳	۶۵/۰۷	۱۶/۴۶
	پس‌آزمون	۵۵/۴۷	۹/۶۲	۶۹/۶۷	۱۲/۷۱

جدول ۳. نتایج مربوط به طبیعی بودن و همگنی واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر	طبیعی بودن					
	گروه کنترل			گروه آزمایش		
	P	f	p	آماره	p	آماره
افسردگی	۰/۲۲	۱/۵۵	۰/۲۰	۰/۹۲	۰/۳۲	۰/۹۳
			۰/۶۵	۰/۹۶	۰/۵۹	۰/۹۵
اضطراب	۰/۳۲	۱/۰۳	۰/۱۲	۰/۹۱	۰/۳۵	۰/۹۴
			۰/۱۱	۰/۹۰	۰/۳۸	۰/۹۴
نگرانی تصویر بدنی	۰/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۵	۰/۸۸	۰/۹۷
			۰/۲۲	۰/۹۲	۰/۵۶	۰/۹۵



نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه به‌عبارت‌دیگر، درمان فراشناختی اثر معناداری در متغیرهای افسردگی، اضطراب و نگرانی تصویر بدنی تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0/05$ ).

بر کاهش این متغیرها در بیماران مبتلا به پسوریازیس داشته است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به متغیرهای افسردگی، اضطراب و نگرانی تصویر بدنی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	ضریب اتا	توان آماری
افسردگی گروه	۴۲۶/۹۵	۱	۴۲۶/۹۵	۷۴/۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵	۱
خطا	۱۴۲/۵۲	۲۵	۵/۷۰				
کل	۱۹۳۵۲	۳۰					
اضطراب گروه	۱۰۵۵/۶۶	۱	۱۰۵۵/۶۶	۲۵۱/۹۹	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱	۱
خطا	۱۰۴/۷۳	۲۵	۴/۱۹				
کل	۳۲۲۳۷	۳۰					
نگرانی تصویر بدنی گروه	۲۲۸۷/۱۸	۱	۲۲۸۷/۱۸	۵۰/۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱
خطا	۱۱۳۹/۸۱	۲۵	۴۵/۵۹				
کل	۱۲۲۵۰۹	۳۰					

### نتیجه‌گیری و بحث

در بیماران پسوریازیس می‌شود. اگرچه مطالعه‌ای در مورد اثر این درمان بر این گروه از بیماران مشاهده نگردید، مدوک و همکاران (۲۰۱۸) در یک آزمایش تصادفی دریافتند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌عنوان یکی دیگر از درمان‌های موج سوم می‌تواند یک درمان کمکی مفید برای علائم روان‌شناختی همچون افسردگی، اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی بیماران پسوریازیس باشد. نیراکال و همکاران (زیر چاپ) نشان دادند که آرمیدگی سبب کاهش شدت بیماری، اضطراب و افسردگی بیمارستانی و

بررسی درمان‌هایی که بتواند به‌تنهایی یا در ترکیب با سایر رویکردهای درمانی به درمان موفقیت‌آمیز مشکلات روان‌شناختی کمک کنند، اهمیت بسزایی دارد (خدایاری فرد، منصوری، بشارت و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۶). در همین زمینه پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر نگرانی تصویر بدنی، اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس انجام گردید.

نتایج نشان داد که این شیوه درمانی باعث کاهش نگرانی تصویر بدنی، اضطراب و افسردگی

نشان داده است که نشخوار فکری می‌تواند باعث تفکر منفی بیشتر، رفتارهای هدفمند مختل، اختلال در مسئله‌گشایی و کاهش حمایت اجتماعی شود و از این طریق سبب ایجاد، تشدید و تداوم پریشانی شود (نالن-هوکسما، ویسکو و لیومرسکی، ۲۰۰۸). نگرانی نیز به واسطه افکار تکراری درباره تهدیدهای بالقوه آینده، فجایع، بلا تکلیفی و خطرها سبب افزایش عاطفه منفی، کارکرد شناختی مختل و فرایندهای فیزیولوژیکی می‌شود (واتکینز، ۲۰۰۸).

با وجود آنچه ذکر شد، درمان فراشناختی به واسطه آموزش توجه و ذهن آگاهی گسلیده به افراد کمک می‌کند تا آگاهی‌شان از فرایندهای فراشناختی افزایش یابد و فرایند نگرانی و نشخوار فکری را به‌عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد قطع کنند. به کاهش پایش تهدید و تسهیل کنترل آن فرایندها و انعطاف‌پذیری توجهی بیشتر کمک می‌کند. همچنین باورهای فراشناختی منفی و مثبت آن‌ها درباره نشخوار فکری و نگرانی به چالش کشیده و اصلاح می‌کند؛ بنابراین این درمان با هدف قرار دادن فرایندهای نگرانی، نشخوار فکری و پایش تهدید ورود یا بازگشت به دوره‌های افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (نوردال و ولز، ۲۰۱۸؛ ولز، ۲۰۱۱؛ همدال و همکاران، ۲۰۱۹). به‌عبارت‌دیگر، این فنون با کاهش باورهای فراشناختی درباره نشخوار فکری سبب کاهش تفکر منفی، رفتارهای هدفمندتر، مسئله‌گشایی مؤثرتر و افزایش حمایت اجتماعی می‌شوند و از این طریق سبب کاهش پریشانی هیجانی افراد از جمله نگرانی تصویر بدنی،

افزایش کیفیت زندگی پوستی بیماران مبتلا به پسوریازیس می‌شود. علی‌پور و همکاران (۱۳۹۲) دریافتند که درمان شناختی رفتاری گروهی بر سلامت روان و مؤلفه‌های اضطراب، افسردگی، کارکرد اجتماعی و بی‌خوابی این بیماران مؤثر است. سیجرچیچ و همکاران (۲۰۲۰) در یک مطالعه مروری دریافتند که درمان شناختی رفتاری بر شدت بیماری، اضطراب، افسردگی و استرس افراد بیماران پسوریازیس اثر دارند. فرید حسینی و همکاران (۱۳۹۵) گزارش کردند که مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد مبتلا به پسوریازیس از جمله افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر است. با توجه به آنچه ذکر شد، نتایج پژوهش حاضر مشابه مطالعه‌های قبلی از نقش روان‌درمانی‌ها در کاهش اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به پسوریازیس حمایت می‌کند.

در رویکرد فراشناختی سبک تفکر یا سندرم شناختی - توجهی که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت‌شده متمرکز بر خود و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار است، اهمیت خاصی در ایجاد و تداوم هیجان‌های منفی، تقویت باورهای منفی و اختلال‌های روان‌شناختی دارد. این سندرم سبب کاهش خودتنظیمی و ظرفیت شناختی، کاهش یادگیری، متمرکز شدن سیستم شناختی بر تهدیدهای درونی و بیرونی، تقویت باورها و ارزیابی‌های منفی، بازداری پردازش هیجانی و همچنین ایجاد و تداوم هیجان‌های منفی می‌شود (ولز، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش‌ها نیز

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر فقدان زمان کافی و شرایط بحران کرونا برای انجام آزمون پیگیری جهت بررسی ماندگاری اثر مداخله‌ای درمانی بود، از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از دوره‌های پیگیری جهت بررسی ماندگاری این اثر استفاده گردد. محدودیت دوم این بود که به‌منظور سنجش متغیرها فقط از پرسشنامه استفاده شد که به‌نوبه خود می‌تواند نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد. در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراشناختی تأثیر بسزایی در کاهش نگرانی تصویر بدنی، اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس دارد و درمان‌گران می‌توانند از این رویکرد درمانی در جهت کاهش این مشکلات روان‌شناختی استفاده کنند.

#### سپاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول مقاله است. بدین‌وسیله از کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش تقدیر و تشکر می‌گردد.

جراحی زیبایی انجام دادند، افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد عادی شهرستان بهبهان. یافته‌های نو در روانشناسی (روانشناسی اجتماعی)، ۲(۷)، ۶۱-۸۰.

خدایاری فرد، م؛ منصوری، ا؛ بشارت، م و غلامعلی لوسانی، م. (۱۳۹۶). درمان‌های یکپارچه‌شده دینی-معنوی و اختلال اضطراب

اضطراب و افسردگی می‌شوند. همچنین با کاهش باورهای فراشناختی درباره نگرانی منجر به کاهش افکار تکراری درباره تهدیدهای بالقوه آینده، فجایع، بلا تکلیفی و خطرها و در نتیجه افزایش عاطفه مثبت و کارکرد شناختی مؤثرتر می‌شوند.

در کل، درمان فراشناختی با کاهش سندرم شناختی - توجهی و اصلاح باورهای فراشناختی ناسازگار از طریق چالش با باورهای مربوط به کنترل ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی و نشخوار فکری، چالش با باورهای مثبت درباره نگرانی و نشخوار فکری، تمرین ذهن آگاهی گسلیده و تمرین آموزش توجه و در نتیجه افزایش آگاهی از فرایندهای فراشناختی، افزایش کنترل بر پردازش، افزایش انعطاف‌پذیری توجهی، توقف نگرانی‌ها و نشخوارهای فکری و تقویت راه‌های جدید تجربه افکار (نوردال و ولز، ۲۰۱۸؛ ولز، ۲۰۱۱؛ ولز و همکاران، ۲۰۰۸؛ همدال و همکاران، ۲۰۱۹) به افراد مبتلا به آسیب‌های روانی ناشی از بیماری جسمانی از جمله پسوریازیس کمک می‌کند تا نگرانی تصویر بدنی، اضطراب و افسردگی خود را کاهش دهند.

#### منابع

اصغری، ف؛ محمدی، ن و رضازاده مهرجو، م. (۱۳۹۴). بررسی رابطه اضطراب و پرخاشگری با روانشناسی رانندگی. راهور، ۱۲(۲۹)، ۴۹-۶۱.

پاشا، غ؛ نادری، ف و اکبری، ش. (۱۳۸۷). مقایسه تصویر بدنی، شاخص حجم بدنی، سلامت عمومی و خودپنداره بین افرادی که

- فراگیر. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۱)، ۱۲۶-۱۳۴.
- خوش‌لهجه صدق، ا. (۱۳۹۶). تأثیر درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی و اضطراب در بیماران زن مبتلا به یبوست. *روانشناسی سلامت*، ۶(۲۱)، ۱۱۶-۱۲۸.
- رحمانی، س؛ محمدپور، س؛ پیرنیا، ب؛ سامخانیان، ا و مهدوی، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر افسردگی و نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان پستان. *روانشناسی سلامت*، ۵(۱۸)، ۳۴-۲۱.
- علی‌پور، ا؛ زارع، ح؛ عمادی، ن و عبدالله زاده، ح. (۱۳۹۲). تأثیر درمان شناختی رفتاری گروهی بر شدت بیماری و سلامت روانی مبتلایان به پسوریازیس. *مجله پوست و زیبایی*، ۴(۴)، ۱۹۶-۲۰۴.
- فرید حسینی، ف؛ ترکمنی، م؛ لایق، پ؛ ناهیدی، ی و ناهیدی، م. (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)، ۳۳۸-۳۴۵.
- مصطفائی، ع؛ زارع، ح؛ علی‌پور، ا و فرزاد و. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی مداخله شناختی مبتنی بر مدل فرانظری و فراشناخت درمانی بر میزان درد و درآمیختگی افکار در بیماران مبتلا به درد مزمن. *روانشناسی سلامت*، ۷(۲۵)، ۳۵-۵۵.
- نصیری، م؛ حسینی، ح؛ سخایی، ی؛ تبریزی، ن؛ یزدانی چراتی، ج؛ عابدینی، م. (۱۳۹۵). شیوع اختلالات روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مازندران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶ (۱۴۰)، ۶۰-۷۰.
- Almahariq, M. F., Quinn, T. J., Siddiqui, Z., Jawad, M. S., Chen, P. Y., Gustafson, G. S, et al. (2020). Breast conserving therapy is associated with improved overall survival compared to mastectomy in early-stage, lymph node-negative breast cancer. *Radiotherapy and Oncology*, 142, 186-194.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Beck, A., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). *Manual for the beck depression Inventory-II*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Boehncke, W. H., & Brembilla, N. C. (2019). Autoreactive Tlymphocytes in inflammatory skin diseases. *Frontiers in Immunology*, 10, 1-11.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adulte with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 539-544.
- Brostow, D. P., Petrik, M. L., Starosta, A. J., & Waldo, S. W. (2017). Depression in patients with peripheralarterial disease: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(3),

- 181-193.
- Cella, M., Reeder, C., & Wykes, T. (2015). Lessons learned the importance of metacognition and its implications for cognitive remediation in schizophrenia. *Frontiers in Psychology*, 6, 1259.
- Cerea S, Bottesi G, Grisham JR, Ghisi M. (2018). Non-weight-related body image concerns and body dysmorphic disorder prevalence in patients with Anorexia Nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 267, 120-125.
- Connor, C. J., Liu, V., & Fiedorowicz, J.G. (2015) Exploring the physiological link between psoriasis and mood disorders. *Dermatology Research and Practice*, 409637.
- Dabson, K.S., & Mohamadkhani, P. (2007). Psychometric coordinates of the Beck Inventory-II in patients with major depressive disorder in relative recovery period. *Journal of Rehabilitation*, 8(29), 80-86.
- Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image*, 32, 155-66.
- Gillen, M. M., & Lefkowitz, E. S. (2012). Gender and racial/ethnic differences in body image development among college students. *Body Image*, 9(1), 126-130.
- Griffiths, C. E. M. (2011). Psychological influences in psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*, 26(4), 338-342.
- Gruchała, A., Marski, K., & Zalewska-Janowska, A. (2020). Psychotherapeutic methods in psoriasis. *Our Dermatology Online*, 11(2), 113-119.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50-55.
- Hjemdal, O., Solem, S., Hagen, R., Kennair, L., Nordahl, H. M., & Wells, A. (2019). A randomized controlled trial of metacognitive therapy for depression: Analysis of 1-year follow-up. *Frontiers in Psychology*, 10, 1842.
- Łakuta, P., Marcinkiewicz, K., Bergler-Czop, B., Brzezińska-Wcisło, L., & Słomian, A. (2018). Associations between site of skin lesions and depression, social anxiety, body-related emotions and feelings of stigmatization in psoriasis patients. *Advances in Dermatology and Allergology*, 35(1), 60-66.
- Larsen, M. H., Krogstad, A. L., Aas, E., Moum, T., & Wahl, AK. (2014). A telephonebased motivational interviewing has positive effects on psoriasis severity and self-management: a randomized controlled trial. *British Journal of Dermatology*, 171(6), 1458-1469.
- Littleton, H. L., Axom, D., & Pury, C. L. S. (2005). Developmental of the body image concern inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 43(2), 229-241.
- Maddock, A., Hevey, D., Dalton, P., & Kirby, B. A. (2019). Randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy with psoriasis patients. *Mindfulness*, 10, 2606-2619.
- Maier, W., Buller, R., Philip, M., & Heuser, I. (1998). The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *Journal of Affect Disorder*, 14(1), 61-68.
- Neerackal, R.J., Abdul Latheef, E.N., Sukumarakurup, S., & Jafferany, M. (In press). Relaxation therapy in the management of psoriasis. *Dermatology Therapy*.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424.
- Nordahl, H., & Wells, A. (2018). Metacognitive therapy for social anxiety disorder: An A-B replication

- series across social anxiety subtypes. *Frontiers in Psychology*, 9, 540.
- Norman, N., & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 2211.
- Perera, A. (2017). Psychological factors in psoriasis management. *New Zealand Medical Student Journal*, 24, 23-26.
- Pfohler, C., Muller, C. S., & Vogt, T. (2013). Psoriasis vulgaris and psoriasis pustulosa— epidemiology, quality of life, comorbidities and treatment. *Current Rheumatology Reviews*, 9(1), 2-7.
- Picardi, A., Abeni, D., Renzi C., et al. (2013). Treatment outcome and incidence of psychiatric disorders in dermatologic out-patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 17(2), 155–159.
- Sahi, F. M., Masood, A., Danawar, N. A., Mekaiel, A., & Malik, B. H. (2020). Association between psoriasis and depression: A traditional review. *Cureus*, 12(8), e9708.
- Schlosser, R. J., Gage, S. E., Kohli, P., & Soler, Z. M. (2016). Burden of illness: A systematic review of depression in chronic rhinosinusitis. *American Journal of Rhinology & Allergy*, 30(4), 250-256.
- Sijercic, I., Ennis, N., & Monson, C.M. (2020). A systematic review of cognitive and behavioral treatments for individuals with psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*; 31(6), 631-638.
- Wan, M. T., Shin, D. B., Hubbard, R. A., Noe, M. H., Mehta, N. N., & Gelfand J. M. (2018). Psoriasis and the risk of diabetes: a prospective population-based cohort study. *Journal of The American Academy of Dermatology*, 78(2), 315-322.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163-206.
- Wells, A. (2000). Emotional disorder and metacognition Innovative cognitive therapy. *Chic Hester: Wiley*.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(4), 307-318.
- Wells, A., Welford, M., Fraser, J., King, P., Mendel, E., & Wisely, J. (2008) Chronic treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(2), 85-92.
- WHO. (2016). *Global report on psoriasis*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204417>.
- Williams, H. C. (2014). *Evidence-Based Dermatology*. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Yang, Y. W., Keller, J. J., & Lin, H. C. (2011). Medical comorbidity associated with psoriasis in adults: a population-based study. *British Journal of Dermatology*, 165(5), 1037-1043.
- Zeng, J., Luo, S., Huang, Y., & Lu, Q. (2017). Critical role of environmental factors in the pathogenesis of psoriasis. *Journal of Dermatology*, 44(8), 863-872.