

Comparing the Effectiveness of Behavioral Activation and Metacognitive Therapies on Body Image Concern, Anxiety, and Depression in Patients with Psoriasis

Azad M¹, *Bagherzadeh Golmakani Z², Mansouri A², Doustkam M³

Author Address

1. PhD Student in Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran;

2. Assistant Professor in Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran;

3. Assistant Professor, Attar Institute of Higher Education, Mashhad, Iran.

Corresponding Author Email: Z.bagherzadeh@iaun-neyshabur.ac.ir

Received: 2021 November 24; Accepted: 2022 January 19

Abstract

Background & Objectives: Psoriasis has a wide range of mental health effects due to its clinical features and physical presentations. Psoriasis is associated with depression, anxiety, suicidal ideation, and negative body image. Body image includes a person's feelings about the characteristics and structure of the body. A negative body image is formed when a person experiences a negative evaluation or is ridiculed by others. High anxiety scores are always seen in patients with psoriasis. Depression is the most common mental disorder worldwide and is one of the major causes of disability. Psoriasis and depression reinforce each other. Many researchers have suggested a broader role for psychiatric and psychotherapeutic interventions to reduce the symptoms and severity of skin diseases. Therefore, this study aimed to evaluate the effectiveness of behavioral activation therapy and metacognitive therapy on body image concern, anxiety, and depression in psoriasis patients.

Methods: This research was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. The study's statistical population include all psoriasis patient referring to dermatology clinics in Razavi and Emam Reza (PBUH) hospitals in Mashhad City, Iran, in 2019. Of whom, 45 patients who obtained a higher score than the cut-off point in Body Image Concern Inventory (BICI) (Littleton et al., 2005), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) (Hamilton, 1959), and Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (Beck et al., 1996) were selected with available sampling method and randomly assigned to two experimental groups (15 in behavioral activation therapy, 15 in metacognitive therapy) and one control group. The inclusion criteria were as follows: providing informed consent to receive psychological treatment, having psoriasis, being between 15 and 45 years old, and obtaining a score higher than the cut-off point in the mentioned measurement scales. The exclusion criteria were the patient's lack of consent to receive psychological treatment, absence of more than two sessions, and not answering the questionnaires completely. The experimental groups underwent behavioral activation and metacognitive therapy in 8 sessions during 2 months, while the control group received no intervention. The participants completed Body Image Concern Inventory (BICI) (Littleton et al., 2005), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) (Hamilton, 1959), and Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (Beck et al., 1996). Descriptive statistics (frequency, percentage, mean and standard deviation) and inferential statistics (univariate analysis of covariance and Bonferroni post hoc test) were used to analyze the research data. Data were analyzed in SPSS software version 26 at a significance level of less than 0.05.

Results: After controlling the effect of the pretest, findings showed significant differences between the experimental groups and control group in body image concern ($p < 0.001$), anxiety ($p < 0.001$), and depression ($p < 0.001$). There were no significant differences between the behavioral activation and metacognitive therapy groups in depression ($p = 0.821$) and anxiety ($p = 0.192$). Still, there was a significant difference between behavioral activation and metacognitive therapy in body image concern ($p = 0.047$). Behavioral activation was more effective in body image concern.

Conclusion: According to the result, behavioral activation therapy and metacognitive therapy have a significant effect on reducing body image concern, anxiety, and depression in psoriasis patients. The use of these therapies by therapists seems essential. Also, the effectiveness of behavioral activation therapy in reducing body image concerns is more than metacognitive therapy.

Keywords: Behavioral activation therapy, Metacognitive therapy, Psoriasis, Body image concern, Anxiety, Depression.

مقایسه اثربخشی درمان‌های فعال‌سازی رفتاری و فراشناختی بر نگرانی تصویر بدنی، اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس

مهدی آزاد^۱، * زهرا باقرزاده گل‌مکانی^۲، احمد منصوری^۲، محسن دوستکام^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی عطار، مشهد، ایران.

* رایانامه نویسنده مسئول: Z.bagherzadeh@iau-nevshabur.ac.ir

تاریخ دریافت: ۳ آذر ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۲۹ دی ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: پسوریازیس به عنوان یک بیماری پوستی به سبب اثرات ظاهری و ویژگی‌های بالینی که دارد، به صورت وسیعی بر سلامت روان بیماران مبتلا تأثیر می‌گذارد؛ از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌های فعال‌سازی رفتاری و فراشناختی بر نگرانی تصویر بدنی و اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس انجام شد.

روش بررسی: مطالعه به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری را تمامی بیماران پسوریازیس مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پوست بیمارستان رضوی و بیمارستان امام‌رضا(ع) مشهد در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از این بین، ۴۵ نفر دارای نمره بیشتر از خط برش در پرسش‌نامه نگرانی از تصویر بدنی (لیتلتون و همکاران، ۲۰۰۵) و مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون (همیلتون، ۱۹۵۹) و پرسش‌نامه افسردگی بک-ویرایش دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، به روش نمونه‌گیری در دسترس به طور داوطلبانه وارد مطالعه شدند. سپس به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه (سه گروه پانزده نفره) قرار گرفتند. صرفاً هر کدام از گروه‌های آزمایش در هشت جلسه به مدت دو ماه درمان فعال‌سازی رفتاری و درمان فراشناختی را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه در نمره‌های پس‌آزمون علائم نگرانی تصویر بدنی ($p < ۰/۰۰۱$) و اضطراب ($p < ۰/۰۰۱$) و افسردگی ($p < ۰/۰۰۱$) بیماران پسوریازیس وجود داشت. تفاوت معناداری بین گروه درمان فعال‌سازی رفتاری با درمان فراشناختی در متغیرهای افسردگی ($p = ۰/۸۲۱$) و اضطراب ($p = ۰/۱۹۲$) مشاهده نشد؛ اما در متغیر نگرانی تصویر بدنی ($p = ۰/۰۴۷$) تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش وجود داشت و بیانگر برتری درمان فعال‌سازی رفتاری بود.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، درمان فعال‌سازی رفتاری و درمان فراشناختی بر نگرانی تصویر بدنی و اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس اثربخش است و اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش نگرانی تصویر بدنی بیشتر از درمان فراشناختی است.

کلیدواژه‌ها: درمان فعال‌سازی رفتاری، درمان فراشناختی، پسوریازیس، نگرانی تصویر بدنی، اضطراب، افسردگی.

پسوریازیس^۱، بیماری پوستی طولانی مدت است که هیچ درمانی ندارد (۱)؛ بیماری پوستی مزمن، التهابی و درمان نشدنی که همراه با ضایعات و تغییر شکل های پوستی مشهود و دردناک است که امکان دارد تمام قسمت های بدن را درگیر کند و به طور درخور توجهی رفاه بیماران را کاهش دهد (۲). بیماران پسوریازیس تحریفات عمیقی را به ویژه در درک بدن و تأثیرات منفی تصویر بدنی خویش نه تنها در بهزیستی روان شناختی^۲ خود، بلکه در پایداری به درمان و نتایج آن نشان می دهند (۳). بیماران پسوریازیس درمقایسه با بیمارانی که بیماری های پوستی دیگری دارند، بیشتر در معرض بیماری های بهداشت روان هستند (۴). خطر افسردگی و اضطراب و خودکشی^۳ در بیماران مبتلا به پسوریازیس بیشتر تشخیص داده شده است (۵). درمقایسه با جمعیت عمومی، بیماران پسوریازیس ۴۰ تا ۹۰ درصد بیشتر در معرض افسردگی و اضطراب قرار دارند (۶)؛ بنابراین تعجب آور نیست که بهزیستی ذهنی آن ها درمقایسه با بیماران مزمن دیگر یا حتی بیماری های تهدید کننده زندگی یکی از بدترین حالت ها است (۴).

چندین ساختار روان شناختی در نمونه های بالینی بیماران مبتلا به پسوریازیس مطالعه شده است؛ برای مثال تحقیقی که روی ۲۴۷ هزار و ۷۵۵ نفر از بیماران مبتلا به پسوریازیس درمقایسه با جمعیت عمومی انجام شد، خطر ابتلا به افسردگی را در این بیماران نشان داد (۷). در پژوهشی دیگر در زمینه اضطراب، بیماران پسوریازیس نمره بیشتری درمقایسه با سایر بیماری های پوستی و افراد سالم کسب کردند (۸). در زمینه انگ زدن^۴، در پژوهشی مشخص شد، شدت بیماری و فقدان دانش عمومی تا چه سطح بر انگ خوردن بیماران پسوریازیس مؤثر است (۹). در پژوهشی دیگر روی بیماران پسوریازیس مراجعه کننده به درمانگاه پوست، تجربه بیماران از انزوا و گوشه گیری درخور توجهی پرده برداشت (۱۰). تحقیقی که با هدف خلاصه کردن داده های منتشر شده در پنج سال گذشته در اتحادیه اروپا در رابطه با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس صورت گرفت، تأثیر منفی این بیماری را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا نشان داد (۱۱). پژوهشی با هدف تعیین رابطه بین شدت بیماری و تصویر بدنی، بیانگر همبستگی معنادار بین این دو مؤلفه بود (۱۲).

تصویر بدن^۵، مفهومی چندبُعدی است که شامل ظاهر فیزیکی و شناختی، عاطفه ای و عناصر رابطه ای می شود و بر احساس هویت فرد تأثیر می گذارد (۱۳). هرچه فرد درباره بدن خود احساس ناراضی می کند، خطر ابتلا به افسردگی و اعتماد به نفس و کیفیت زندگی ضعیف بیشتر خواهد بود (۱۴). مشخص شد که تصویر بدن عواقب روانی و اجتماعی دارد و نیز بر کیفیت عمومی زندگی بیماران تأثیر می گذارد. این پیامدها شامل میزان بیشتر افسردگی و اضطراب و مشکلات کنار آمدن می شود (۱۵).

وجه مشخصه اضطراب، نگرانی مزمن و کنترل نشدنی است (۱۶).

بیماران مبتلا به پسوریازیس درمقایسه با افراد سالم، دارای میزان درخور توجه بیشتری از اضطراب و راهبردهای هیجانی-اجتنابی^۶ هستند (۱۷). اختلالات روان پزشکی به ویژه اضطراب و افسردگی به عنوان بیماری های همبود با پسوریازیس شایع است (۱۸). عوامل روان شناختی نقش اساسی در علت شناسی، پیش آگهی و نیز مدیریت بیماری پسوریازیس دارد (۱۹)؛ همان طور که شیوع فراوان اختلالات اضطرابی نشان می دهد، پسوریازیس به وسیله اضطراب (برای مثال احساس دلهره و نبود اطمینان و ترس) مشخص می شود (۲۰). به نظر می رسد، اضطراب گزارش شده از خود در زنان مبتلا به پسوریازیس درمقایسه با مردان بیشتر باشد و با شدت بیماری ارتباط مثبت دارد (۲۱). به تازگی سطح بالایی از اضطراب و افسردگی در این بیماران مشاهده شده است؛ حتی در نمونه ای از بیماران پسوریازیس با نقص شناختی (۲۲).

افسردگی، اختلالی روانی رایج در سراسر دنیا است و با علائم طبی و شناختی مشخص می شود (۲۳). بعضی از علائم اساسی برای تشخیص آن حداقل طی دوره دوهفته ای است (۱۶). نشان داده شد که خطر ابتلا به افسردگی در بیماران مبتلا به پسوریازیس وجود دارد (شیوع ۹/۹ درصد افسردگی اساسی) (۲۰). پریشانی روان شناختی، اعتقادات منفی درباره ظاهر خود و سطوح پایین حمایت عاطفی و اجتماعی عواملی است که زمینه ساز ایجاد افسردگی در پسوریازیس به شمار می رود (۲۴). همچنین درمقایسه با بیماران مبتلا به سایر شرایط پوستی مانند آکنه^۷ یا آلوپسی آره آتا^۸، بیماران پسوریازیس نمرات بیشتری از ایده پردازی افسردگی و خودکشی دارند (۲۵).

روان درمانی می تواند فرصت بهبود طولانی تر در درمان پسوریازیس و سایر موارد بیماری های پوستی را ایجاد کند (۲۶). درمان فعال سازی رفتاری^۹ و درمان فراشناختی^{۱۰} از مداخلات روان شناختی مؤثر و شناخته شده در کاهش آسیب های روانی است. مطالعه با یگان و همکاران گویای اثربخشی درمان های فراشناختی و فعال سازی رفتاری بر افسردگی در بیماران دیابتی است (۲۷). پورمحمد قوچانی و همکاران دریافتند، درمان فعال سازی رفتاری بر کاهش نگرانی تصویر بدن دانشجویان دختر افسرده اثربخش است (۲۸). نتایج مطالعه فرناندز-رودریگز و همکاران حاکی از تأثیر فعال سازی رفتاری بر اضطراب و افسردگی در بازماندگان سرطان است (۲۹). غلام رضایی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند، درمان فراشناختی بر کاهش نگرانی تصویر بدنی دانش آموزان دختر افسرده تأثیر دارد (۳۰). کالسن و همکاران دریافتند، درمان فراشناختی بر درمان افسردگی بیماران افسرده بیشتر از هیجده سال مؤثر است (۳۱). سورسلند و همکاران در پژوهشی عنوان کردند، درمان فراشناختی بر بهبود و درمان اضطراب و افسردگی بیماران مضطرب و افسرده بزرگسال تأثیر گذار است (۳۲). یکی از روش های درمانی مؤثر برای کاهش علائم اضطراب و افسردگی، درمان فعال سازی رفتاری است (۳۳). شواهد فزاینده ای

7. Acne

8. Alopecia Areata

9. Behavioral Activation Therapy (BAT)

10. Metacognitive Therapy (MCT)

1. Psoriasis

2. Psychological well-being

3. Depression, anxiety and Suicide

4. Stigmatize

5. Body image

6. Emotional-avoidance strategies

وجود دارد که فعال‌سازی رفتاری عملکرد شبکه‌های مرتبط با پاداش را در مغز اصلاح می‌کند و این تغییرات با بهبود بالینی همراه است (۳۴). اگرچه درمان فعال‌سازی رفتاری به‌منزله مداخله‌ای مؤثر در کاهش نگرانی تصویر بدنی و اضطراب و افسردگی شناخته می‌شود (۲۹-۲۷)، تا به حال مطالعه‌ای درباره کارایی درمان فعال‌سازی بر نگرانی تصویر بدنی و اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس انجام نشده است.

درمان فراشناختی، درمانی روان‌شناختی با اثربخشی ثابت‌شده در تنظیمات بهداشت روان است. دو دسته گسترده از باورهای فراشناختی در این درمان متمایز می‌شود: باورهای فراشناختی مثبت مربوط به مزایای نگرانی، نشخوار فکری و توجه به تهدید است؛ باورهای فراشناختی منفی متمرکز بر این مفهوم است که نگرانی و نشخوار فکری، کنترل‌نشده و خطرناک است (۳۵). در درمان فراشناختی با هدف قراردادن فرایندهای روان‌شناختی خاصی که در کنترل تفکر نقش دارند، بیماران می‌توانند خود را از نشخوار فکری و نگرانی رها کنند (۳۶). شفاف‌سازی سازوکارهای تغییر در درمان فراشناختی ممکن است به گسترش و درک دقیق افسردگی کمک کرده و درمان را اصلاح کند (۳۷). اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش نگرانی تصویر بدنی و اضطراب و افسردگی مؤثر شناخته شده است (۳۲-۳۰)؛ اما تا به حال مطالعه‌ای در زمینه تفاوت دو درمان فعال‌سازی رفتاری (به‌عنوان رویکردی رفتاری) و فراشناختی (به‌عنوان رویکردی شناختی) در میزان اثربخشی بر نگرانی تصویر بدنی و اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس صورت نگرفته است. تمرکز درمان فعال‌سازی رفتاری عمدتاً بر آموزش مهارت‌ها و تکالیفی است که منجر به تغییر در سبک زندگی شود؛ درحالی‌که تمرکز درمان فراشناختی بر شناخت و تغییر تحریف‌ها و موارد لازم در آن است.

تأکید بر عوامل روان‌شناختی و اثرات عمیق آن درمقابل عوامل پزشکی در این بیماران از ضرورت‌های انجام این پژوهش بود. پژوهش حاضر با توجه به متغیرهای مذکور و نیز ضرورت مقایسه اثربخشی درمان‌های موج سوم ازجمله تفاوت‌های درمان فعال‌سازی رفتاری و درمان فراشناختی از نظر تکنیک‌های عملیاتی و راهبردهای مختلف این دو درمان بر بیماری‌های پوستی و اهمیت اثرگذاری و ماندگاری درمان‌های مذکور در مبتلایان به بیماری پسوریازیس انجام گرفت. بر همین اساس، هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان‌های فعال‌سازی رفتاری و فراشناختی بر نگرانی تصویر بدنی و اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس بود.

۲ روش بررسی

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری تحقیق را تمامی بیماران پسوریازیس شهر مشهد در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونه بررسی شده شامل ۴۵ نفر بود که براساس کتاب روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، حجم نمونه مناسب در پژوهش‌های آزمایشی حداقل پانزده نفر برای

هر گروه توصیه شده است (۳۸). افراد نمونه که داوطلب ورود به مطالعه شدند، بیماران مبتلا به پسوریازیس مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پوست بیمارستان امام‌رضا (ع) و بیمارستان رضوی بودند. از این بین، ۴۵ نفر نمونه بیشتری از خط برش در پرسش‌نامه نگرانی از تصویر بدنی^۱ (۳۹) با نمره ۵۷، مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون^۲ (۴۰) با نمره ۲۸ و پرسش‌نامه افسردگی بک-ویرایش دوم^۳ (۴۱) با نمره ۲۸، کسب کردند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: رضایت آگاهانه برای دریافت درمان روان‌شناختی؛ داشتن بیماری پسوریازیس؛ سن بین ۱۵ تا ۴۵ سال؛ نمره بیشتر از خط برش در مقیاس‌های سنجش نامبرده. ملاک‌های خروج، رضایت‌نداشتن بیمار برای دریافت درمان روان‌شناختی، غیبت بیش از دو جلسه و پاسخ‌ندادن به‌طور کامل به پرسش‌نامه‌ها بود. نمونه‌ها به‌روش نمونه‌گیری دردسترس به‌صورت داوطلبانه وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور تصادفی در سه گروه پانزده‌نفری در دو گروه آزمایش (درمان فعال‌سازی رفتاری و درمان فراشناختی) و یک گروه گواه قرار گرفتند. در ادامه برای گروه‌های آزمایش درمان مربوط ارائه شد و گروه گواه هیچ درمانی دریافت نکرد.

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی همچون اخذ رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان قبل از ورود به پژوهش، اطمینان از محرمانه‌ماندن اطلاعات و خسارت‌ندیدن یا هر نوع آسیب شرکت‌کنندگان، اطلاع شرکت‌کنندگان در موضوع و روش اجرا، توضیح اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان، هماهنگ‌بودن پژوهش با موازین دینی و فرهنگی، آزادی شرکت‌کنندگان در خروج از پژوهش و در انتها نیز قدردانی از شرکت‌کنندگان رعایت شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر قبل و بعد از اتمام مداخلات و همچنین جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

– پرسش‌نامه نگرانی از تصویر بدنی: این پرسش‌نامه توسط لیتلتون و همکاران در سال ۲۰۰۵ ساخته شد (۳۹). این پرسش‌نامه از نوع مدادکاغذی و خودگزارشی و مشتمل بر نوزده ماده است. شرکت‌کننده‌ها به هریک از ماده‌ها براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرتی پاسخ می‌دهند که در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل پرسش‌نامه بین ۱۹ تا ۹۵ متغیر است. کسب نمره بیشتر، بیانگر بیشتربودن میزان نارضایتی از تصویر بدنی یا ظاهر فرد است. لیتلتون و همکاران، پایایی پرسش‌نامه را با روش همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به‌دست آوردند و روایی را ازطریق روایی ملاکی هم‌زمان با مقیاس وسواس فکری-عملی یل‌براون^۴ تعدیل‌یافته در اختلالات بدنی^۵ (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۷) بررسی کردند. نتایج همبستگی معناداری با مقیاس یل‌براون ($r=0/60$) نشان داد (۳۹). در ایران در پژوهش پورآوری و همکاران، پایایی ازطریق همسانی درونی برای کل پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شد و روایی ازطریق روایی سازه (همگرا) به‌دست آمد. به‌همین

۴. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorders (BBD-YBOCS)

۵. Philips

۱. Body Image Concern Inventory (BICI)

۲. Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)

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

پرسش‌نامه است. افزایش نمره نشان‌دهنده شدت افسردگی است (۴۱). بک و همکاران پایایی این پرسش‌نامه را از طریق همسانی درونی برابر با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به‌دست آوردند. روایی از طریق روایی سازه در جمعیت‌های متفاوت مشخص کرد که این ابزار می‌تواند تشخیص خوبی بین افراد عادی و افسرده نشان دهد (۴۱). نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط طاهری تنجانی و همکاران بررسی شد. پایایی پرسش‌نامه از روش همسانی درونی برابر با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و از روش دونیمه‌سازی برابر با ۰/۶۴ به‌دست آمد. روایی از طریق روایی سازه همگرا با پرسش‌نامه سلامت عمومی^۷ (گلدبرگ و هیلر^۸، ۱۹۷۹) برابر با ۰/۸۰ محاسبه شد (۴۵).

جلسات درمانی هر دو رویکرد به‌شکل گروهی در هشت جلسه نود دقیقه‌ای برای درمان فعال‌سازی رفتاری و درمان فراشناختی و به‌مدت دو ماه هفته‌ای یک جلسه برای دو گروه آزمایش توسط نویسنده اول در دفتر خدمات روان‌شناختی راشا در شهر مشهد برگزار شد. پروتکل درمان فعال‌سازی رفتاری برگرفته از پروتکل ارائه‌شده توسط کانتر و همکاران (۴۶) و درمان فراشناختی برگرفته از پروتکل درمانی ولز (۳۵) بود. برای بررسی روایی محتوایی طرح‌های درمان، از ده متخصص خواسته شد تا طرح‌ها را طی چند مرحله از نظر مفهوم‌بودن مطالب، ترتیب تکنیک‌ها، روانی جملات و غیره بررسی کنند که از روایی مناسب برخوردار بود. شرح جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری (جدول ۱) و درمان فراشناختی (جدول ۲) به‌کاررفته در این مطالعه در ادامه گزارش شده است.

جدول ۱. شرح جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری

جلسه اول: معارفه، آشنایی و سازمان‌دهی گروه با اصول و قواعد درمان.
جلسه دوم: آموزش و تمرکز بر فعال‌سازی رفتاری و نیز تعامل فرد با محیط و آموزش راهبردهای مناسب فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر اصول خاموشی و ...
جلسه سوم: آموزش روانی درباره فرایندهای شفابخشی گروهی، ارائه فن تن‌آرامی.
جلسه چهارم: تمرکز بر جنبه‌های افسردگی و استفاده از تقویت کلامی مثبت.
جلسه پنجم: تمرکز مجدد بر جنبه‌های افسردگی و اضطراب و تغییر حالات خلقی و روانی از طریق استفاده از تمثیل در جریان آموزش روانی.
جلسه ششم: تمرکز بر حالات و قضاوت‌های شناختی افراد درباره ظاهر و وضع جسمی و کنترل و مدیریت تنش‌های آنها، بررسی راهکارهای رهایی از افسردگی.
جلسه هفتم: آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و بازسازی شناختی و مهارت قاطعیت در درمان و استفاده بهینه از روان‌شناس و مددکار.
جلسه هشتم: جمع‌بندی و ارائه خلاصه‌های درمانی، نظرخواهی، ارائه راهکارهای پیگیرانه و درنهایت اجرای پس‌آزمون.

جدول ۲. شرح جلسات درمان فراشناختی

جلسه اول: معارفه و مصاحبه بالینی به‌همراه تدوین فرمول‌بندی، معرفی مدل و آماده‌سازی، اجرای آزمایش سرکوب فکر، شروع چالش با باور مربوط به کنترل‌ناپذیری نگرانی، تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده، معرفی به‌تعویق انداختن نگرانی، نام‌گذاری دوره‌های نشخوار فکری (افزایش آگاهی)، تمرین تکنیک آموزش توجه، تکمیل برگه خلاصه تکنیک آموزش توجه.
تکلیف خانگی: تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده و به‌تعویق انداختن نگرانی، تمرین تکنیک آموزش توجه (دو بار در روز)، ثبت روزانه، تمرین تکنیک آموزش توجه.
جلسه دوم: بررسی تکلیف خانگی و باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری، ادامه آماده‌سازی در صورت نیاز، اسناد مجدد کلامی و رفتاری- کنترل‌ناپذیری، ادامه به‌تعویق انداختن نگرانی و معرفی آزمایش اذیت‌دادن کنترل، تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده، معرفی به‌تعویق انداختن نشخوار فکری به‌عنوان آزمایشی برای تغییر باور کنترل‌ناپذیری.
تکلیف خانگی: ادامه به‌تعویق انداختن نگرانی و معرفی آزمایش اذیت‌دادن کنترل، تمرین تکنیک آموزش توجه، به‌کارگیری ذهن‌آگاهی گسلیده و به‌تعویق

منظور، مقیاس چندبُعدی کمال‌گرایی^۱ (فراست^۲، ۱۹۹۰) و مقیاس رضایت از زندگی^۳ (هابنر^۴ و همکاران، ۱۹۹۴) به‌کار گرفته شد. نتایج نشان داد، پرسش‌نامه نگرانی تصویر بدنی با مقیاس چندبُعدی کمال‌گرایی و رضایت از زندگی دارای روایی همگرای خوبی (ضرایب همبستگی بین ۰/۲۵- و ۰/۳۴-) است (۴۲).

مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون: ابزاری چهارده‌ماده‌ای است که توسط همیلتون در سال ۱۹۵۹ برای ارزیابی شدت اضطراب ساخته شد (۴۰). این ابزار براساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از صفر (فقدان علامت) تا ۴ (شدید) نمره‌گذاری می‌شود. نمره هر فرد در این آزمون بین صفر تا ۵۶ است (۴۰). در پژوهش مایر و همکاران پایایی این مقیاس از طریق فرم‌های موازی برابر با $r=0.74$ و روایی با روش ملاک هم‌زمان با مقیاس اضطراب کووی^۵ (لیپمن^۶، ۱۹۸۲) برابر با $r=0.63$ به‌دست آمد (۴۳). اسلاتر و همکاران در پژوهشی روی نمونه ایرانی انجام دادند، پایایی مقیاس را از طریق همسانی درونی برابر با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند و روایی را نیز از طریق تحلیل عاملی تأییدی به‌دست آوردند (۴۴).

پرسش‌نامه افسردگی بک- ویرایش دوم: ابزاری ۲۱ ماده‌ای است که توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ ارائه شد (۴۱). این پرسش‌نامه ابزاری برای سنجش نشانه‌های افسردگی مانند افسردگی عاطفی، شناختی، انگیزشی و فیزیولوژیک است و طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از صفر تا ۳ را شامل می‌شود. برای به‌دست‌آوردن نمره کلی باید اعداد را با یکدیگر جمع کرد؛ بنابراین دامنه صفر تا ۶۳ محدوده نمرات

⁶. Lipman

⁷. General Health Questionnaire

⁸. Goldberg & Hillier

¹. Multidimensional perfectionism scale

². Frost

³. Life satisfaction scale

⁴. Huebner

⁵. Covi anxiety scale

انداختن نشخوار فکری.

جلسه سوم: بررسی تکلیف خانگی و باور مربوط به کنترل ناپذیری، ادامه چالش با باور کنترل ناپذیری، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه درمان، بررسی و متوقف کردن کنترل غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی، چالش با فراشناخت‌های مربوط به کنترل ناپذیری، تمرین تکنیک آموزش توجه، بررسی سطح فعالیت و مقابله اجتنابی.

تکلیف خانگی: ادامه به تعویق انداختن نگرانی، وارونه‌سازی رفتارهای اجتناب از نگرانی، تمرین تکنیک آموزش توجه، به کارگیری ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نشخوار فکری، افزایش سطح فعالیت.

جلسه چهارم: بررسی تکلیف خانگی به ویژه باورهای مربوط به کنترل ناپذیری و رفتارهای اجتنابی، ادامه چالش با باور کنترل ناپذیری در صورت نیاز، شروع چالش با باورهای مربوط به خطر، تلاش برای از دست دادن کنترل یا صدمه زدن به خود از طریق آزمایش نگرانی.

جلسه پنجم: بررسی تکلیف خانگی به ویژه مربوط به خطرناک بودن نگرانی، باورهای مثبت، سطح فعالیت و مقابله ناسازگارانه، واریسی کاربرد گسترده و پایدار ذهن آگاهی گسلیده، ادامه چالش با باور مربوط به خطرناک بودن نگرانی، اجرای آزمایش چالش با باور مربوط به خطر در جلسه درمان، بررسی سطح فعالیت و ارائه توصیه‌هایی برای بهبود آن، تمرین تکنیک آموزش توجه.

تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش مربوط به خطر، تمرین تکنیک آموزش توجه، به تعویق انداختن نشخوار فکری، افزایش سطح فعالیت.

جلسه ششم: بررسی تکلیف خانگی به ویژه باور مربوط به خطرناک بودن نگرانی و راهبردهای ناسازگارانه باقی مانده، ادامه چالش با باور مربوط به خطر، تأکید بر معکوس کردن هرگونه راهبردهای غیرانطباقی باقی مانده.

جلسه هفتم: بررسی تکلیف خانگی به ویژه باور مربوط به خطر، شروع چالش با باورهای مثبت در صورت رسیدن باورهای منفی به صفر.

جلسه هشتم: بررسی تکلیف خانگی و باورهای مثبت، ادامه چالش با باورهای مثبت، اجرای راهبرد مطابقت نداشتن در جلسه درمان. تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری.

امتحان همگنی شیب خطوط رگرسیون باید آزمون اثر متقابل پیش‌آزمون و گروه صورت گیرد. در ادامه مقدار F محاسبه شد و معنادار نبودن آن به معنای همگنی شیب خطوط رگرسیون بود (۴۷).

۳ یافته‌ها

در جدول ۳ داده‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان گزارش شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی به کار رفت. داده‌ها در نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. برای بررسی پیش فرض نرمالیتی و همگنی واریانس‌ها و شیب خطوط رگرسیون از آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لون و آزمون اثر متقابل پیش‌آزمون و گروه (نسبت F) استفاده شد. برای

جدول ۳. داده‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

گروه	جنسیت		وضعیت تأهل		تحصیلات		سن	مدت ابتلا
	زن	مرد	متاهل	مجرد	دیپلم	کارشناسی		
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)		
فعال سازی	۵	۱۰	۱۱	۴	۳	۷	۳۲/۶۷	۷/۳۱
رفتاری	(۳۳/۷)	(۶۶/۷)	(۷۳/۳)	(۲۶/۷)	(۲۰)	(۴۶/۷)		۳/۸۰
فراشناختی	۴	۱۱	۱۱	۴	۳	۹	۳۴/۸۷	۹/۳۰
	(۲۶/۷)	(۷۳/۳)	(۷۳/۳)	(۲۶/۷)	(۲۰)	(۲۰)		۴/۱۳
گواه	۵	۱۰	۹	۶	۳	۷	۳۱/۶۰	۸/۸۸
	(۳۳/۷)	(۶۶/۷)	(۶۰)	(۴۰)	(۲۰)	(۴۶/۷)		۴/۸۰

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله	گروه فراشناختی		گروه فعال سازی رفتاری		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	۲۹/۰۷	۴/۶۵	۳۰	۷/۳۲	۳۰/۵۳	۹/۱۲
	پس‌آزمون	۱۹/۶۰	۳/۷۲	۲۱/۲۰	۴/۳۹	۲۸/۹۳	۷/۷۴
اضطراب	پیش‌آزمون	۳۶/۲۷	۴/۸۹	۳۶/۱۳	۵/۷۸	۳۶/۶۰	۷/۱۹
	پس‌آزمون	۲۵/۷	۴/۲۷	۲۳/۴۷	۴/۳۷	۳۸/۳۳	۶/۰۶
نگرانی تصویر بدنی	پیش‌آزمون	۷۱	۸/۰۳	۶۳/۲۰	۶/۹۲	۶۵/۰۷	۱۶/۴۶
	پس‌آزمون	۵۵/۴۷	۹/۶۲	۵۵/۲۷	۹/۱۵	۶۹/۶۷	۱۲/۷۱

جدول ۵. نتایج مربوط به نرمالیتی و همگنی واریانس متغیرهای پژوهش

پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مقیاس‌های روان‌شناختی و هیجانی								
متغیر	نرمالیتی							همگنی واریانس
	گروه فراشناختی		گروه فعال‌سازی رفتاری		گروه گواه			
	آماره	مقدار احتمال	آماره	مقدار احتمال	آماره	مقدار احتمال	F	
افسردگی	پیش‌آزمون	۰/۹۳	۰/۳۱۷	۰/۹۵	۰/۵۷۰	۰/۹۲	۰/۱۹۷	۰/۸۰
	پس‌آزمون	۰/۹۵	۰/۵۸۷	۰/۹۵	۰/۵۶۳	۰/۹۶	۰/۶۵۴	۰/۴۵۵
اضطراب	پیش‌آزمون	۰/۹۴	۰/۳۴۸	۰/۹۵	۰/۵۵۴	۰/۹۱	۰/۱۲۳	۱/۲۶
	پس‌آزمون	۰/۹۴	۰/۳۸۳	۰/۹۶	۰/۷۲۵	۰/۹۰	۰/۱۱۰	۰/۲۹۲
نگرانی تصویر بدنی	پیش‌آزمون	۰/۹۷	۰/۸۸۰	۰/۹۷	۰/۸۳۳	۰/۹۵	۰/۵۹۴	۰/۲۷
	پس‌آزمون	۰/۹۵	۰/۷۳۳	۰/۹۴	۰/۳۳۲	۰/۹۲	۰/۲۲۰	۰/۷۶۴

میانگین و انحراف معیار متغیرهای افسردگی و اضطراب و نگرانی تصویر بدنی در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لون در جدول ۵ آورده شده است. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، توزیع متغیرهای پژوهش طبیعی بود ($p > ۰/۰۵$)؛ همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > ۰/۰۵$). نتایج آزمون اثرات متقابل مشخص کرد، پیش‌فرض شیب خطوط رگرسیون برای متغیرهای افسردگی ($F=۲/۷۱$ ، $p=۰/۰۷$) و اضطراب ($F=۰/۱۱$ ، $p=۰/۸۸$) برقرار بود. پیش‌فرض شیب خطوط رگرسیون برای متغیر نگرانی تصویر بدنی ($F=۳/۳۸$ ، $p=۰/۰۴$) برقرار نبود؛ بااین‌وجود می‌توان به سبب نزدیک بودن مقدار احتمال به مقدار ۰/۰۵ از این پیش‌فرض صرف‌نظر کرد. نتایج جدول ۶ مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره است.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره مربوط به متغیرهای افسردگی و اضطراب و نگرانی تصویر بدنی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	ضریب اتا	توان آماری
افسردگی	پیش‌آزمون	۱	۱۰۷۸/۵۷	۱۹۷/۱۰	<۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
	گروه	۲	۳۰۸/۷۸	۵۶/۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
	خطا	۴۱	۵/۴۷				
	کل	۴۵					
اضطراب	پیش‌آزمون	۱	۸۴۶/۷۱	۱۸۱/۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱
	گروه	۲	۹۵۵/۲۸	۲۰۴/۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱
	خطا	۴۱	۴/۶۶				
	کل	۴۵					
نگرانی تصویر بدنی	پیش‌آزمون	۱	۳۲۱۴/۲۲	۸۶/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱
	گروه	۲	۱۳۴۹/۹۵	۳۶/۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
	خطا	۴۱	۳۷/۰۱				
	کل	۴۵					

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، بین سه گروه حداقل در یکی از متغیرهای افسردگی و اضطراب و نگرانی تصویر بدنی تفاوت معنادار وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$)؛ ازاین‌رو، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۷ گزارش شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مربوط به مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
افسردگی	فراشناختی	۰/۹۴-	۰/۸۵	۰/۸۲۱
	فراشناختی	۸/۳۱-	۰/۸۵	<۰/۰۰۱
	فعال‌سازی رفتاری	۷/۳۶-	۰/۸۵	<۰/۰۰۱
اضطراب	فراشناختی	۱/۵۰	۰/۷۸	۰/۱۹۲
	فراشناختی	۱۳/۰۱-	۰/۷۸	<۰/۰۰۱
	فعال‌سازی رفتاری	۱۴/۵۱-	۰/۷۸	<۰/۰۰۱
نگرانی تصویر بدنی	فراشناختی	۵/۸۳-	۲/۳۱	۰/۰۴۷
	فراشناختی	۱۸/۷۹-	۲/۲۷	<۰/۰۰۱
	فعال‌سازی رفتاری	۱۲/۹۵-	۲/۲۲	<۰/۰۰۱

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد، بین گروه فراشناختی و گروه گواه در متغیرهای افسردگی ($p < 0/001$) و اضطراب ($p < 0/001$) و نگرانی تصویر بدنی ($p < 0/001$) تفاوت معنادار وجود داشت؛ همچنین، بین گروه فعال‌سازی رفتاری و گروه گواه در متغیرهای افسردگی ($p < 0/001$) و اضطراب ($p < 0/001$) و نگرانی تصویر بدنی ($p < 0/001$) تفاوت معنادار مشاهده شد. بین گروه فراشناختی و گروه فعال‌سازی رفتاری در متغیر نگرانی تصویر بدنی تفاوت معنادار وجود داشت ($p = 0/047$)؛ به‌طوری‌که اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش نگرانی تصویر بدنی بیشتر از درمان فراشناختی بود. بین دو گروه مذکور در متغیرهای افسردگی ($p = 0/821$) و اضطراب ($p = 0/192$) تفاوت معنادار دیده نشد.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌های فعال‌سازی رفتاری و فراشناختی بر نگرانی تصویر بدنی و اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس انجام شد. طبق نتایج مطالعه حاضر، درمان فعال‌سازی رفتاری موجب کاهش نگرانی تصویر بدنی و اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس شد. این یافته با نتایج پژوهش پورمحمد قوچانی و همکاران مبنی بر تأثیرگذاری درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش نگرانی تصویر بدنی دختران افسرده دبیرستانی (۲۸) همسوست. در تبیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش نگرانی از تصویر بدنی می‌توان این‌گونه اظهار کرد که در این درمان از شیوه‌های شناختی نظیر تنظیم هیجانات برای بهبود تحریفات شناختی و فراشناختی و باورهای مربوط به تصویر بدن، خطاهای شناختی و نحوه مقابله با این شناخت‌ها و نیز فنون مقابله با افکار منفی استفاده می‌شود (۲۸). در تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی، فرناندز-رودریگز و همکاران با تحقیقی بر بازماندگان سرطان، در مقایسه این درمان با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، علاوه بر اثربخشی هر دو درمان، برتری درمان فعال‌سازی رفتاری را در این تحقیق یادآور شدند (۲۹).

طبق نتایج پژوهش حاضر، درمان فراشناختی موجب کاهش نگرانی تصویر بدنی و اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی همچون بایگان و همکاران بر بیماران دیابتی (۲۷) و کالسن و همکاران بر بیماران افسرده (۳۱) مبنی بر اثربخشی این رویکرد درمانی بر کاهش افسردگی همسوست.

مطالعات نشان داد، استفاده از روش درمان فراشناختی می‌تواند به‌صورت معناداری سبب کاهش باورهای فراشناختی منفی مانند تضاد شناختی، نیاز به کنترل افکار و تضاد شناختی شود. ولز و همکاران دریافتند، درمان فراشناختی به‌موازات کاهش باورهای فراشناختی منفی باعث افزایش باورهای فراشناختی مثبتی مانند خودآگاهی شناختی و مثبت‌اندیشی می‌شود (۴۸). همچنین ولز نشان داد، درمان فراشناختی بر مبنای مدل فراشناختی او از شیوه‌های نوین درمان‌های غیردارویی است که برای تبدیل و برطرف کردن خلأهای نظریه شناختی شکل گرفته است. این رویکرد بالینی سبب تعمیق درمان می‌شود و به متخصصان بالینی کمک می‌کند به بیمارانشان بیاموزند بتوانند با شیوه‌های متفاوت، افکارشان را شکل دهند و به‌جای چالش باورهای ناکارآمد،

فراشناخت‌های ناسازگار را که باعث افزایش این باورها می‌شود، تغییر دهند (۳۵).

ناگی و همکاران در پژوهش خود دریافتند، شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که فعال‌سازی رفتاری عملکرد شبکه‌های مرتبط با پاداش را در مغز اصلاح می‌کند و این تغییرات با بهبود بالینی همراه است (۳۴). سورسلند و همکاران اثربخشی درمان فراشناختی را بر بیماران بزرگسال دارای اختلالات اضطراب و افسردگی مشخص کردند (۳۲). در تبیین اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش نگرانی تصویر بدنی و اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس، غلام‌رضایی و همکاران در تحقیقی بر دختران دبیرستانی افسرده نشان دادند، درمان فراشناختی از طریق راهبردهایی چون تمرین ذهن‌آگاهی انفصالی، تمرین به‌توقیق انداختن نشخوار ذهنی، بررسی عقاید مثبت، ادامه‌دادن به چالش با عقاید مثبت، شناسایی عقاید منفی، شناسایی باورهای فراشناختی منفی و نحوه مقابله با آن‌ها و برنامه‌های درمانی اختلال افسردگی شامل راهبردهای مقابله فراشناخت‌محور از قبیل ارائه پاسخ‌های شناختی مناسب در برابر اضطراب، افسردگی، سرزنش خود، تضاد شناخت، افکار مزاحم، خوداشتغالی و خیال‌پردازی برای تعدیل موقعیت استفاده می‌شود. همچنین در این روش به چگونگی ادراکات فرد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیزختگی، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی پرداخته می‌شود و باورهای فراشناختی به‌عنوان عامل اثرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر شناخت مرتبط با دامنه وسیعی از رفتارهای لازم در کاهش افسردگی به‌کار می‌رود (۳۰). درمجموع هر دو رویکرد در کاهش نگرانی تصویر بدنی و اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس مؤثر بود؛ اما در زمینه برتری درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش نگرانی تصویر بدنی بیماران پسوریازیس می‌توان به ماهیت این درمان اشاره کرد. این کارایی بیشتر ممکن است به‌دلیل عواملی مانند تأکید فعال‌سازی رفتاری بر فعال‌سازی و نقش اصلی آن با تجزیه و تحلیل عملکردی باشد (۲۹).

تصویر بدن، عواقب روانی و اجتماعی دارد و نیز بر کیفیت عمومی زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد. این پیامدها شامل میزان بیشتر افسردگی و اضطراب و مشکلات کنارآمدن می‌شود (۱۵). اختلالات روان‌پزشکی به‌ویژه اضطراب و افسردگی به‌عنوان بیماری‌های همبود با پسوریازیس، شایع است (۱۸). پریشانی روان‌شناختی، اعتقادات منفی درباره ظاهر خود و سطوح پایین حمایت عاطفی و اجتماعی، عواملی است که زمینه‌ساز ایجاد افسردگی در پسوریازیس به‌شمار می‌رود (۲۴). در زمینه انگ‌زدن، پژوهشی نشان داد که شدت بیماری و فقدان دانش عمومی تا چه سطح بر انگ خوردن بیماران پسوریازیس مؤثر است (۹). روان‌درمانی می‌تواند اقبال بهبود طولانی‌تر در درمان پسوریازیس و سایر موارد بیماری‌های پوستی را ایجاد کند (۲۶). بر این اساس پیشنهاد می‌شود، نهادهای مربوط در طراحی و استفاده از مداخلات و برنامه‌های آموزشی خود، از این دو رویکرد روان‌شناختی نیز به‌منظور کاهش آسیب‌های روانی بیماران پسوریازیس و گروه‌هایی با مشکلات مشابه استفاده کنند و سود جویند؛ همچنین با آموزش این بیماری و مداخلات در قالب آموزش به عموم مردم و خانواده‌های این بیماران، سطح دانش عمومی و تأثیر متقابل آن را بر زندگی این بیماران

ارتقا بخشند.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به پیگیری نشدن درمان‌ها به علت محدودیت‌های حاصل از بیماری کرونا اشاره کرد؛ به علاوه از آنجا که مطالعه و گروه نمونه محدود به شهر مشهد بود، تعمیم نتایج پژوهش با محدودیت همراه است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود، مطالعات بعدی بر جمعیت وسیع‌تر صورت پذیرد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش، درمان فعال‌سازی رفتاری و درمان فراشناختی بر نگرانی تصویر بدنی و اضطراب و افسردگی بیماران پسوریازیس اثربخش است و استفاده از این روش‌های درمانی توسط درمانگران ضروری به نظر می‌رسد. در مقام مقایسه، بین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری و درمان فراشناختی فقط در متغیر نگرانی تصویر بدنی تفاوت معنادار وجود دارد؛ به طوری که اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش نگرانی تصویر بدنی بیشتر از درمان فراشناختی است.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که محققان را در انجام پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی همچون اخذ رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان قبل از ورود به پژوهش، اطمینان از محرمانه ماندن

اطلاعات و خسارت ندیدن یا هر نوع آسیب، اطلاع شرکت‌کنندگان در موضوع و روش اجرا، توضیح اهداف پژوهش به شرکت‌کنندگان، هماهنگ بودن پژوهش با موازین دینی و فرهنگی، آزادی شرکت‌کنندگان در خروج از پژوهش و در انتها نیز قدردانی از شرکت‌کنندگان رعایت شد. این مقاله مستخرج از رساله دکتری روان‌شناسی عمومی مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد با کد اخلاق IR.IAU.MSHD.REC.1399.158 است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های این پژوهش از طریق ارسال رایانامه (Z.bagherzadeh@iau-neyshabur.ac.ir) به نویسنده مسئول در دسترس خواهد بود.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش تحت حمایت مالی نهاد یا سازمان یا دانشگاهی نبوده است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور است. نفر دوم استاد راهنمای اول، نفر سوم استاد راهنمای دوم و نفر چهارم استاد مشاور رساله بودند و همه نویسندگان دست‌نوشته‌ها را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Parisi R, Webb RT, Kleyn CE, Carr MJ, Kapur N, Griffiths CEM, et al. Psychiatric morbidity and suicidal behaviour in psoriasis: a primary care cohort study. Br J Dermatol. 2019;180(1):108–15. <https://doi.org/10.1111/bjd.17004>
2. Ali FM, Cueva AC, Vyas J, Atwan AA, Salek MS, Finlay AY, et al. A systematic review of the use of quality-of-life instruments in randomized controlled trials for psoriasis. Br J Dermatol. 2017;176(3):577–93. <https://doi.org/10.1111/bjd.14788>
3. Gündüz A, Topçuoğlu V, Usta Gündüz EB, Ergun T, Gencosmanoglu DS, Sungur MZ. Significant effects of body image on sexual functions and satisfaction in psoriasis patients. J Sex Marital Ther. 2020;46(2):160–9. <http://doi.org/10.1080/0092623x.2019.1654582>
4. Founta O, Adamzik K, Tobin AM, Kirby B, Hevey D. Psychological distress, alexithymia and alcohol misuse in patients with psoriasis: a cross-sectional study. J Clin Psychol Med Settings. 2019;26(2):200–19. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9580-9>
5. Deveci E, Kocacenk T, Şahan E, Yılmaz O, Öztürk A, Kırpınar İ. Oxidative stress and inflammatory response in patients with psoriasis; is there any relationship with psychiatric comorbidity and cognitive functions? Psychiatry and Clinical Psychopharmacology. 2019;29(4):682–95. <https://doi.org/10.1080/24750573.2019.1589176>
6. Korman AM, Hill D, Alikhan A, Feldman SR. Impact and management of depression in psoriasis patients. Expert Opin Pharmacother. 2016;17(2):147–52. <https://doi.org/10.1517/14656566.2016.1128894>
7. Egeberg A, Thyssen JP, Wu JJ, Skov L. Risk of first-time and recurrent depression in patients with psoriasis: a population-based cohort study. Br J Dermatol. 2019;180(1):116–21. <https://doi.org/10.1111/bjd.17208>
8. Erdogan H, Altinoz A, Acer E, Saracoglu Z, Bilgin M. Evaluation of anxiety sensitivity in patients with psoriasis. Dermatol Sin. 2019;37(1):28. http://dx.doi.org/10.4103/ds.ds_5_18
9. Chen A, Beck KM, Tan E, Koo J. Stigmatization in psoriasis. J Psoriasis Psoriatic Arthritis. 2018;3(3):100–6. <https://doi.org/10.1177/2475530318781339>

10. Ghorbanibirgani A, Fallahi-Khoshknab M, Zarea K, Abedi H. The lived experience of psoriasis patients from social stigma and rejection: a qualitative study. *Iran Red Crescent Med J*. 2016;18(7):e27893. <https://doi.org/10.5812/ircmj.27893>
11. Obradors M, Blanch C, Comellas M, Figueras M, Lizan L. Health-related quality of life in patients with psoriasis: a systematic review of the European literature. *Qual Life Res*. 2016;25(11):2739–54. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1321-7>
12. Rosińska M, Rzepa T, Szramka-Pawlak B, Żaba R. Body image and depressive symptoms in person suffering from psoriasis. *Psychiatr Pol*. 2017;51(6):1145–52. <https://doi.org/10.12740/PP/68948>
13. Annunziata MA, Giovannini L, Muzzatti B. Assessing the body image: relevance, application and instruments for oncological settings. *Support Care Cancer*. 2012;20(5):901–7. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1339-x>
14. Wynne C, Comiskey C, McGilloway S. The role of body mass index, weight change desires and depressive symptoms in the health-related quality of life of children living in urban disadvantage: testing mediation models. *Psychology & Health*. 2016;31(2):147–65. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1082560>
15. Teo I, Reece GP, Christie IC, Guindani M, Markey MK, Heinberg LJ, et al. Body image and quality of life of breast cancer patients: influence of timing and stage of breast reconstruction: Body image and breast reconstruction. *Psycho-Oncology*. 2016;25(9):1106–12. <https://doi.org/10.1002/pon.3952>
16. American Psychiatric Association. DSM-5. Seyed Mohammadi Y. (Persian translator). Tehran: Ravan Publication; 2019.
17. Słomian A, Łakuta P, Bergler-Czop B, Brzezińska-Wcisło L. Self-esteem is related to anxiety in psoriasis patients: a case control study. *J Psychosom Res*. 2018;114:45–9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.09.005>
18. Ferreira BI, Abreu JL, Dos Reis JP, Figueiredo AM. Psoriasis and associated psychiatric disorders: a systematic review on etiopathogenesis and clinical correlation. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2016;9(6):36–43.
19. Cvitanovic H, Jancic E. Influence of stressful life events on coping in psoriasis. *Coll Antropol*. 2014;38(4):1237–40.
20. Lamb RC, Matcham F, Turner MA, Rayner L, Simpson A, Hotopf M, et al. Screening for anxiety and depression in people with psoriasis: a cross-sectional study in a tertiary referral setting. *Br J Dermatol*. 2017;176(4):1028–34. <https://doi.org/10.1111/bjd.14833>
21. Pujol RM, Puig L, Daudén E, Sánchez-Carazo JL, Toribio J, Vanaclocha F, et al. Mental health self-assessment in patients with moderate to severe psoriasis: an observational, multicenter study of 1164 patients in Spain (the VACAP study). *Actas Dermosifiliográficas*. 2013;104(10):897–903. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2013.04.014>
22. Innamorati M, Quinto RM, Lester D, Iani L, Graceffa D, Bonifati C. Cognitive impairment in patients with psoriasis: a matched case-control study. *J Psychosom Res*. 2018;105:99–105. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.12.011>
23. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization; 2017.
24. Wojtyła E, Łakuta P, Marcinkiewicz K, Bergler-Czop B, Brzezińska-Wcisło L. Gender, body image and social support: biopsychosocial determinants of depression among patients with psoriasis. *Acta Derm Venerol*. 2017;97(1):91–7. <https://doi.org/10.2340/00015555-2483>
25. Pompili M, Innamorati M, Erbuto D, Costanzo A. Psychiatric comorbidity and suicide risk in patients with psoriasis. *European Psychiatry*. 2016;33(1):395–6. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1421>
26. Gruchała A, Marski K, Zalewska-Janowska A. Psychotherapeutic methods in psoriasis. *Our Dermatol Online*. 2020;11(2):113–9. <http://dx.doi.org/10.7241/ourd.20202.1>
27. Bayegan K, Sotodeh Asl N, Karami A, Asadzadeh Daraei H. Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and behavioral activation on depression in elderly with type 2 diabetes. *Avicenna J Neuro Psycho Physiology*. 2020;7(1):9–14. <http://dx.doi.org/10.32592/ajnpp.2020.7.1.101>
28. Pour Mohammad Ghouchani K, Madhi S, Forootan Nejad K. The effectiveness of behavioral activation therapy on metacognitive beliefs and concerns of physical image of depressed girl students. *Rooyesh*. 2020;8(10):133–42. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-1465-en.html>
29. Fernández-Rodríguez C, González-Fernández S, Coto-Lesmes R, Pedrosa I. Behavioral activation and acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety and depression in cancer survivors: a randomized clinical trial. *Behav Modif*. 2021;45(5):822–59. <https://doi.org/10.1177/0145445520916441>
30. Gholamrezaei S, Yousefvand M, Ghazanfari F, Farokhzadian AA. The effectiveness of meta cognitive therapy in meta cognitive beliefs change and body image concern (BICI) of depressed female high school students. *Instruction and Evaluation*. 2018;10(40):105–27. [Persian] https://jinev.tabriz.iau.ir/article_538062.html?lang=en
31. Callesen P, Reeves D, Heal C, Wells A. Metacognitive therapy versus cognitive behaviour therapy in adults with major depression: a parallel single-blind randomised Trial. *Sci Rep*. 2020;10(1):7878. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-64577-1>

32. Thorslund J, McEvoy PM, Anderson RA. Group metacognitive therapy for adolescents with anxiety and depressive disorders: a pilot study. *J Clin Psychol*. 2020;76(4):625–45. <https://doi.org/10.1002/jclp.22914>
33. Chu BC, Crocco ST, Esseling P, Areizaga MJ, Lindner AM, Skriner LC. Transdiagnostic group behavioral activation and exposure therapy for youth anxiety and depression: initial randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2016;76:65–75. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.005>
34. Nagy GA, Cernasov P, Pisoni A, Walsh E, Dichter GS, Smoski MJ. Reward network modulation as a mechanism of change in behavioral activation. *Behav Modif*. 2020;44(2):186–213. <https://doi.org/10.1177/0145445518805682>
35. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. Mohammadkhani SH. (Persian translator). Tehran: Ebn-e-Sina Publication; 2016.
36. Dammen T, Papageorgiou C, Wells A. An open trial of group metacognitive therapy for depression in Norway. *Nord J Psychiatry*. 2015;69(2):126–31. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.936502>
37. Hoffart A, Johnson SU, Nordahl HM, Wells A. Mechanisms of change in metacognitive and cognitive behavioral therapy for treatment-resistant anxiety: the role of metacognitive beliefs and coping strategies. *J Exp Psychopathol*. 2018;9(3):204380871878741. <https://doi.org/10.1177/2043808718787414>
38. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Pub; 2015. [Persian]
39. Littleton HL, Axsom D, Pury CLS. Development of The Body Image Concern Inventory. *Behav Res Ther*. 2005;43(2):229–41. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006>
40. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50–5. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
41. Beck A, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
42. Pooravari M, Habibi M, Abedi Parija H, Seyed Ali Tabar SH. Psychometric properties of body image concern inventory in adolescent. *Pejouhandeh*. 2014;19(4):189–99. [Persian] <http://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-1807-en.html>
43. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord*. 1988;14(1):61–8. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(88\)90072-9](https://doi.org/10.1016/0165-0327(88)90072-9)
44. Slater P, Bunting B, Hasson F, Al-Smadi AM, Gammouh OS, Ashour A, et al. An examination of factor structure of the hamilton anxiety rating scale in a non-clinical Persian sample. *Int J Res Nurs*. 2019;10(1):1–9. <https://doi.org/10.3844/ijrnsp.2019.1.9>
45. Taheri Tanjani P, Garmaroudi G, Azadbakht M, Fekrizadeh Z, Hamidi R, Fathizadeh S, et al. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly population. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015;22(1):189–98. [Persian] http://jsums.medsab.ac.ir/article_550_en.html
46. Kanter JW, Diéguez Hurtado G, Rusch LC, Busch AM, Santiago-Rivera A. Behavioral activation for Latinos with depression. *Clinical Case Studies*. 2008;7(6):491–506. <http://dx.doi.org/10.1177/1534650108319909>
47. Ferguson GA, Takane Y. Statistical analysis in psychology and education. Delavar A, Naghshbandi S. (Persian translator). Tehran: Arasbaran Publication; 2007.
48. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: a multiple-baseline study of a new treatment. *Cogn Ther Res*. 2009;33(3):291–300. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9178-2>