

تأثیر درمان شناختی رفتاری گروهی بر شدت بیماری و سلامت روان مبتلایان به پسوریازیس

دکتر احمد علی پور^۱
دکتر حسین زارع^۱
دکتر سیدناصر عمادی^۲
حسن عبدالله زاده^۱

۱. گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور تهران، تهران، ایران.
۲. گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

زمینه و هدف: پسوریازیس یک بیماری مزمن است که باعث بدشکلی و ناتوانی‌هایی در بیمار می‌شود. درباره‌ی مداخلات روان‌شناختی تأثیرگذار بر این بیماری اطلاعات کمی وجود دارد. هدف این تحقیق بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری گروهی بر علائم جسمانی (شدت، سطح بیماری و میزان خارش) و سلامت روان بیماران پسوریازیس است.

روش اجرا: روش تحقیق نیمه‌تجربی به‌صورت پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه شاهد و دوره‌ی پیگیری است. بیست بیمار پسوریازیس در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. روی ده بیمار پسوریازیس به‌عنوان گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری گروهی در ۱۲ جلسه اجرا شد. بیماران دو گروه ابزارهای Psoriasis Area Severity Index (PASI) برای ارزیابی شدت پسوریازیس، سلامت عمومی (GHQ) و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به خارش (ItchyQoL) را پر کردند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که روش درمان شناختی رفتاری گروهی در بهبود علائم جسمانی پسوریازیس (شدت، وسعت و میزان خارش) تأثیری نداشته است، اما این روش درمانی در بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران تأثیرگذار است. درمان، رفتاری شناختی سلامت عمومی بیماران را بهبود بخشیده است. تفاوت دو گروه در تحلیل کوواریانس چند متغیری برای ابعاد سلامت عمومی شامل اضطراب و بی‌خوابی (اندازه‌ی اثر: $0/45$ و $0/04$ ، $P=0/04$)، افسردگی (اندازه‌ی اثر: $0/25$ و $0/44$ ، $P=0/044$)، نشانه‌های جسمانی (اندازه‌ی اثر: $0/28$ و معناداری: $P=0/033$) و کارکرد اجتماعی (اندازه‌ی اثر: $0/41$ و معناداری: $P=0/03$) معنادار است.

نتیجه‌گیری: هرچند براساس نتایج درمان شناختی رفتاری به‌طور مستقیم تأثیری بر کاهش علائم جسمانی پسوریازیس نداشته، اما تأثیرگذاری این روش بر علائم روان‌شناختی بیماران به‌عنوان نقش میانجی در شروع، تشدید و عود بیماری قابل توجه است.

کلیدواژه‌ها: پسوریازیس، سلامت عمومی، خارش

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۸/۱۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۰۱

پوست و زیبایی؛ زمستان ۱۳۹۲، دوره‌ی ۴ (۴): ۱۹۶-۲۰۴

نویسنده‌ی مسئول:
دکتر سیدناصر عمادی

تهران، میدان راه‌آهن، خیابان بهداری، بیمارستان بهارلو، پست الکترونیک: naseremad@yahoo.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

این بیماری درمان مشخصی ندارد، بلکه بیماری سیستمیک است که روی پوست به‌صورت قرمزی، پوسته‌ریزی همراه با خارش که در موارد بسیار شدید باعث خراش و خون‌ریزی می‌شود، تظاهر می‌کند. در برخی موارد، پسوریازیس به مداخلات پزشکی پیچیده نیاز دارد^۱. درباره‌ی عوامل مؤثر بر این بیماری به‌ویژه عوامل روان‌شناختی و اجتماعی مرتبط با پسوریازیس

مقدمه

تجربه‌ای معمولی بین متخصصان پوست وجود دارد که تعداد قابل توجهی از بیماران شان در کنار مشکلات پوستی، نشانه‌ها و شکایات روان‌شناختی ابراز می‌کنند. پسوریازیس یک بیماری غیرمصری، مزمن و التهابی است که باعث بدشکلی و ناتوانی‌هایی در بیمار می‌شود.

می کند.^۵

جنبه‌های روان‌شناختی و درمان جسمانی بیماری پسوریازیس تعامل دوطرفه‌ای با هم دارند. از طرفی جنبه‌های منفی سلامت روان پسوریازیس علاوه بر این که تأثیر مستقیم بر سلامت روان بیمار دارد، به طور بالقوه در وخامت بیماری نیز تأثیر می‌گذارد. این وضعیت روانی بر انگیزه‌ی درمان و امید به بهبودی بیماری تأثیر می‌گذارد و در درمان، تداخل ایجاد می‌کند. از طرفی دیگر، کنترل یا بهبود علائم پسوریازیس در بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران نیز نقش مهمی دارد. هدف این تحقیق بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری گروهی بر علائم جسمانی و سلامت روانی بیماران پسوریازیس است.

روش اجرا

روش این تحقیق نیمه‌تجربی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه شاهد و دوره‌ی پی‌گیری است. گروه آزمایش هر هفته یک جلسه (حداقل ۵۵ و حداکثر ۷۵ دقیقه) و در مجموع ۱۲ جلسه تحت درمان رفتاری شناختی گروهی قرار گرفتند. برای گروه شاهد این دوره برگزار نشد. برنامه‌ی مورد استفاده براساس پروتکل گرین برگر و پدسکی استفاده شد. بعد از تشخیص بیماری پسوریازیس براساس توضیحات ذکر شده در ابزار، ۲۰ بیمار براساس شرایط ورود و خروج انتخاب شدند و بیماران به طور تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره قرار گرفتند. برای حذف اثر سن، جنسیت، مدت ابتلا، تحصیلات، سابقه‌ی بیماری جسمی مهم و سابقه‌ی اختلال روانی، این متغیرها در گروه مداخله و شاهد هم‌تاسازی شدند. آزمودنی‌ها فقط از مردان انتخاب شدند. بیماران طی انجام تحقیق تحت دیگر روش‌های درمانی پزشکی، روان‌درمانی و آموزش‌های خارج مداخله قرار نگرفتند. بعد از اجرای پیش‌آزمون برای رعایت اصول اخلاق علمی به آزمودنی‌ها تأکید شد در صورت وخامت علائم بیماری،

اطلاعات کمی وجود دارد. این بیماری در حدود ۲٪ از افراد جامعه، در هر دو جنس و در همه‌ی سنین شیوع دارد. محققان تأکید دارند که در درمان‌ها و تحقیقات مرتبط با پسوریازیس به عوامل اجتماعی و روان‌شناختی توجه کمی می‌شود.^۲

Kurd و همکاران به بررسی خطر افسردگی، اضطراب و خودکشی بیماران پسوریازیس در مقایسه با افراد غیربیمار پرداختند. بیماران پسوریازیس خطر بالایی از نظر ابتلا به افسردگی، اضطراب و خودکشی نشان دادند.^۳

این عوامل روان‌شناختی علاقه به بررسی تأثیر مداخلات روان‌شناختی در بیماران پوستی را افزایش داده است. یکی از معروف‌ترین این مداخلات، درمان شناختی رفتاری است.

به‌طور معمول در پروتکل‌های شناخت رفتاری درمانگری برای بیماری‌های خاص، در اولین گام، به افراد گروه، مدلی از مشکلات‌شان ارائه می‌شود که بر امکان تغییر تأکید دارد. در شناخت رفتاری درمانگری به موازات آشکارشدن باورهای مرتبط با معنای موقعیت‌ها، با استفاده از راهبردهای مشابهی باورهای مشکل‌آفرین و خودتخریب‌گرایانه در مورد دیگر افراد نیز کشف می‌شوند.^۴

واکنش‌های رفتاری در بیماران مزمن پزشکی طیف بسیار گسترده‌ای دارد. واکنش اطرافیان در زندگی بیمار بر سازگاری روانی بیمار و خودمدیریتی مشکلات پزشکی‌اش تأثیر دارد. راهبردهای رفتاری درمانی بر این فرض استوار است که عناصر رفتاری مشکلات کنونی، در نتیجه‌ی فرایندهای یادگیری گذشته و کنونی و رویارویی با موقعیت‌های خاص ایجاد شده‌اند. رویکرد شناختی رفتاری به بیماری‌های پوستی بر اهمیت شناخت واکنش‌های رفتاری و هیجانی به مشکلات پوستی، مفهوم‌پردازی نحوه‌ی ارتباط این واکنش‌ها با ماهیت و روند بیماری‌های پوستی و ارتباط این واکنش‌ها با پیامدهای روانی مشکل پوستی تأکید

سؤال‌ی پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی Goldeberg General Health Questionnaire تدوین شده، استفاده شد. این پرسش‌نامه از چهار خرده‌آزمون تشکیل شده است که هرکدام شامل ۷ سؤال است. سؤالات ۱ تا ۷ مربوط به خرده‌آزمون نشانه‌های جسمانی، سؤالات ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده‌آزمون اضطراب و بی‌خوابی، سؤالات ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده‌آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و سؤالات ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده‌آزمون افسردگی است، که کلاً وضعیت روانی - جسمانی فرد را در یک ماه اخیر نشان می‌دهد. تمام سؤالات شامل ۴ گزینه هستند. روش نمره‌گذاری برای این پرسش‌نامه به صورت (۳، ۲، ۱، ۰) می‌باشد؛ بدین صورت که نمره‌ی کمتر بیانگر سلامت عمومی بالاتر می‌باشد. بنابراین نمره‌ی فرد از ۰ تا ۸۴ متغیر خواهد بود. بررسی پایایی این پرسش‌نامه در تحقیق تقوی^۷ با سه روش دوباره‌سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی گردید که به ترتیب، ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. هم‌چنین برای مطالعه‌ی روایی پرسش‌نامه، از روش هم‌بستگی خرده‌آزمون‌های این پرسش‌نامه با نمره‌ی کل و تحلیل عوامل استفاده شد. ضرایب هم‌بستگی بین خرده‌آزمون‌های این پرسش‌نامه با نمره‌ی کل بین ۰/۷۲ و ۰/۸۷ متغیر بود. نتیجه‌ی تحلیل عوامل بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی در این پرسش‌نامه بود. روایی هم‌زمان پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی از طریق اجرای هم‌زمان با پرسش‌نامه‌ی بیمارستان میدلسکس (Meddlesex Hospital Questionnaire) انجام گردید که ضریب هم‌بستگی ۰/۵۵ حاصل آن بود.

برای سنجش میزان خارش از محور اول پرسش‌نامه‌ی «کیفیت زندگی بیماران مبتلا به خارش (Quality of life in patients with pruritus) (ItchyQoL) questionnaire) که خارش بیمار را از بُعد «علائم» بررسی می‌کند، استفاده شده است.

موارد را اطلاع دهند تا ضمن توقف دوره برای فرد مورد نظر، اقدامات درمانی انجام شود. دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، تحصیلات سیکل به بالا، عدم ابتلا به بیماری جسمانی دیگر و عدم ابتلا به اختلال روانی در این تحقیق مدنظر قرار گرفت. عوامل جسمانی پسوریازیس در سه مرحله قبل از اجرای روش درمانی، پایان دوره و یک ماه بعد از دوره (پی‌گیری) ثبت شدند. همین ارزیابی برای میزان سلامت عمومی نیز در سه مرحله انجام شد.

ابزار گردآوری اطلاعات

برای سنجش شدت بیماری پسوریازیس علاوه‌بر مشاهدات و معاینات بالینی توسط متخصص پوست و اظهارات بیمار از شاخص شدت و سطح پسوریازیس یا Psoriasis Area Severity Index (PASI) استفاده شد. در این شاخص چهار قسمت بدن شامل سر و گردن، اندام‌های فوقانی تن و اندام‌های پایینی، براساس سه معیار قرمزی یا (erythema)، سفتی یا ضخامت (induration) و پوسته‌ریزی، نمره‌گذاری می‌شود. برای این سه معیار، نمره‌گذاری از صفر تا چهار انجام می‌شود. هر چه شدت در هر یک از معیارها بیشتر باشد امتیاز بالاتری لحاظ می‌شود. درباره‌ی سطح ابتلا در اعضای چهارگانه ذکرشده براساس درصد امتیاز داده می‌شود. این درصد به شش امتیاز تبدیل می‌شود. نمره‌ی یک برای کمتر از ۱۰٪، نمره‌ی دو برای ۱۰٪ تا ۲۹٪، نمره‌ی سه برای ۳۰٪ تا ۴۹٪، نمره‌ی چهار برای ۵۰٪ تا ۶۹٪، نمره‌ی پنج برای ۷۰٪ تا ۸۹٪ و نمره‌ی شش برای ۹۰٪ تا ۱۰۰٪ لحاظ می‌شود. نمرات افراد در دامنه‌ای بین صفر تا ۷۲ قرار می‌گیرد، هرچند اغلب بیماران نمراتی در دامنه‌ی ۰ تا ۱۵ را به‌دست می‌آورند. برای دقت بیشتر در محاسبه‌ی نمره‌ی کلی PASI از نرم‌افزار آنلاین محاسبه (<http://pasi.corti.li>) نیز استفاده شد.

برای سنجش میزان سلامت عمومی از فرم ۲۸

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرها در دو گروه

متغیر گروه‌ها	درمان شناختی رفتاری	شاهد
PASI پیش‌آزمون	۶,۵۰±۴,۵۵	۶,۴۴±۱,۷۲
PASI پس‌آزمون	۵,۹۵±۴,۴۳	۵,۸۲±۲,۴۰
PASI پی‌گیری	۵,۹۹±۴,۲۱	۶,۰۲±۱,۸۴
سلامت عمومی پیش‌آزمون	۲۱,۲۰±۷,۶۵	۱۹,۵۰±۸,۱۵
سلامت عمومی پس‌آزمون	۱۲,۷۰±۴,۴۹	۱۹,۰۰±۸,۴۴
سلامت عمومی پی‌گیری	۱۲,۸۰±۳,۲۲	۱۸,۳۰±۴,۶۹

به‌عنوان متغیر همراه وارد تحلیل شده است تا تأثیر خالص روش درمانی ملاحظه گردد.

براساس جدول ۲، نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای مقایسه‌ی گروه‌ها از لحاظ نمره‌ی PASI - پس از کنترل واریانس وابسته به پیش‌آزمون - هم در مرحله‌ی پس‌آزمون و هم در مرحله‌ی پی‌گیری، بیانگر این است که بین دو گروه شاهد و درمان شناختی رفتاری تفاوت معنادار به‌دست نیامده است. در جدول ۲ نتایج حاصل در مرحله‌ی پی‌گیری گزارش می‌شود.

از آن‌جا که می‌توان سطح بیماری پس‌وریزیس و شدت بیماری را در آزمون PASI دو بعد از یک‌سازه‌ی واحد در نظر گرفت، اثر درمان شناختی و رفتاری بر آن‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام

جدول ۲: تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای مقایسه‌ی گروه‌ها از لحاظ نمره‌ی کلی PASI

منبع	میانگین	F	اندازه‌ی اثر	سطح معناداری
نمره‌ی کلی				
PASI در پیش‌آزمون	۱۷۷,۷۹	۲۴۰,۳۹	۰,۹۳	۰,۰۰۱
گروه	۰,۰۳۶	۰,۰۴۹	۰,۰۰۳	۰,۸۲۸
خطا	۰,۷۴۰			

پرسش‌نامه توسط Desai و همکاران طراحی شده است. این پرسش‌نامه برای اولین بار در ایران توسط طاری و همکاران به فارسی برگردان شد و مورد بررسی روان‌سنجی قرار گرفت. نسخه‌ی فارسی ItchyQoL دارای هم‌بستگی درونی و تکرارپذیری است. هم‌چنین پایایی پرسش‌نامه از طریق روش آزمون - بازآزمون بررسی شد که معنی‌دار بود^۸.

روش آماری مورد استفاده در این تحقیق تحلیل کواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری می‌باشد. از این روش قبل از استفاده از این روش آماری پیش‌فرض‌های این آزمون آماری مورد بررسی قرار گرفت. برای تحلیل از نسخه‌ی ۱۷ نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) استفاده شده است. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی بعد از توضیح مراحل کامل تحقیق، رضایت شرکت‌کنندگان گرفته شد. هم‌چنین مقرر گردید در صورت تأثیر مثبت روش درمانی مورد استفاده برای گروه آزمایش، این روش درمانی برای گروه شاهد نیز اجرا شود.

یافته‌ها

همگنی واریانس متغیر وابسته بین گروه‌ها در تحلیل کواریانس تک‌متغیری، همگنی ماتریس‌های کواریانس در تحلیل کواریانس چندمتغیری و همگون بودن شیب خط رگرسیون متغیر وابسته بر متغیر همراه، بعد از بررسی آماری بیانگر این است که استفاده از تحلیل کواریانس برای این نتایج مناسب است. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار دو گروه در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری گزارش شده است. در این آزمون‌ها، نمره‌ی کلی با استفاده از تحلیل کواریانس تک‌متغیری و نیم‌رخ خرده‌مقیاس‌های هر آزمون با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری مقایسه شده است. در هر مورد، مقایسه یک‌بار بین نمرات پس‌آزمون و یک‌بار بین نمرات پی‌گیری صورت پذیرفته است و در هر دو مورد، نمرات پیش‌آزمون

جدول ۴: مقایسه‌های طرح‌ریزی‌شده بین گروه‌ها از لحاظ نمره کلی سلامت عمومی در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری

معناداری	خطای استاندارد	تفاضل میانگین‌های تعدیل‌شده	گروه‌ها و دوره‌ی روان‌درمانی
۰/۰۱۹	۲/۸۳۷	-۶/۹۶۱	شناختی - رفتاری با شاهد (پس‌آزمون)
۰/۰۱۷	۲/۳۸۱	-۵/۸۵۹	شناختی - رفتاری با شاهد (پی‌گیری)

در جدول ۵ مشخص است درمان شناختی رفتاری تأثیر مثبتی بر چهار مؤلفه‌ی سلامت عمومی داشته است. این تأثیر به ترتیب در مؤلفه‌های اضطراب، کارکرد اجتماعی، نشانه‌های جسمانی و افسردگی بیشتر می‌باشد.

بحث

محققان، روش‌ها و داروهای مختلفی را برای بهبود شرایط بیماران پسوریازیس مورد بررسی قرار داده‌اند، با این حال درمان مشخص و مطمئنی برای این بیماری پیدا نشده است. تمرکز درمانی روی عوامل جسمانی و درمان‌های دارویی بوده است. توجه

جدول ۵: تحلیل کواریانس چندمتغیری برای مقایسه‌ی گروه‌ها از لحاظ مؤلفه‌های سلامت عمومی در پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون‌ها

متغیر وابسته	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	سطح معناداری
نشانه‌های جسمانی	۱۷/۵۹	۵/۶۰	۰/۲۸۶	۰/۰۳۳
اضطراب و بی‌خوابی	۲۱/۹۰	۱۱/۸۲	۰/۴۵۸	۰/۰۰۴
اختلال کارکرد اجتماعی	۱۵/۴۲	۱۰/۰۶	۰/۴۱۸	۰/۰۰۷
افسردگی	۹/۹۴	۴/۸۸	۰/۲۵۹	۰/۰۴۴

پذیرفت که نتایج حاصل نیز، تفاوت معناداری بین دو گروه نشان نمی‌داد.

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای مقایسه‌ی گروه‌ها از لحاظ نمره‌ی خارش - پس از کنترل واریانس وابسته به پیش‌آزمون - در جدول ۳ گزارش شده است.

طبق نتایج جدول ۳ هم در مرحله‌ی پس‌آزمون و هم در مرحله‌ی پی‌گیری، بیانگر این است که بین دو گروه تفاوت معنادار به‌دست نیامده است.

نتایج به‌دست آمده در جدول ۴ برای تأثیر درمان شناختی رفتاری بر سلامت عمومی بیماران پسوریازیس بیانگر این است که تفاوت دو گروه از لحاظ نمره‌ی کلی متغیر سلامت عمومی در مرحله‌ی پس‌آزمون معنادار است. از این‌رو می‌توان این نتیجه را با مقایسه‌های طرح‌ریزی‌شده بین گروه‌ها، پی‌گرفت. در مرحله‌ی پی‌گیری نیز تفاوت دو گروه در نمره‌ی کلی سلامت عمومی معنادار است.

با توجه به این که سلامت عمومی چهار مؤلفه دارد، پی‌گیری نتایج به‌وسیله‌ی تحلیل کواریانس چندمتغیری (جدول ۵) انجام شد.

روش درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه کنترل نمره‌ی کلی سلامت عمومی را کاهش داده است. شایان ذکر است کاهش نمره در پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی به معنای افزایش سلامت عمومی است و این تأثیر تا مرحله‌ی پی‌گیری نیز تداوم داشته است. همان‌طور که

جدول ۳: تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای مقایسه‌ی گروه‌ها از لحاظ میزان خارش

منبع واریانس	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	سطح معناداری
نمره‌ی خارش در پس‌آزمون گروه	۴۶/۴۶	۸۲/۱۶	۰/۸۲۹	۰/۰۰۱
خطا	۱/۴۵	۱/۸۴	۰/۰۹	۰/۱۹
	۰/۷۸۵			

مدیریت نشانگان شناختی رفتاری پسوریازیس استفاده کردند کاهش بیشتری در شدت بالینی عوامل روان‌شناختی (اضطراب، افسردگی، استرس مرتبط با پسوریازیس و ناتوانی) ($P=0.001$) در مقایسه با گروه شاهد که درمان‌های معمول پزشکی را دریافت می‌کردند، پس از یک دوره‌ی پی‌گیری ۶ ماهه گزارش کردند.^{۱۰} نتایج این تحقیق به‌ویژه در دو متغیر اضطراب و افسردگی با نتایج به‌دست‌آمده در تحقیق حاضر هم‌خوان است.

در پژوهش دیگری، Fortune و همکاران به بررسی اثرات برنامه‌ی درمان رفتاری شناختی بر ادراک بیماری در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای و آلکسی‌تیمی بیماران پسوریازیس پرداختند. بیماران با درمان شناختی رفتاری، ادراک بیماری در شدت علائم بیماران پسوریازیس و توان کنترل علائم هیجانی بیماری را بهبود بخشید اما درمان شناختی رفتاری تأثیری در بهبودی آلکسی‌تیمی بیماران پسوریازیس نداشت.^{۱۱}

Sampogna و همکاران گزارش کردند که هم‌بودی روان‌پزشکی در اختلالات پوستی اغلب یکی از مهم‌ترین شاخص‌های مهم ناتوانی‌های گسترده در ارتباط با بیماری‌های پوستی است.^{۱۲}

در بین اختلالات روان‌شناختی و علائم شناخته‌شده، اضطراب و افسردگی همواره نقش مهمی ایفا می‌کنند.

Gupta و همکاران نیز در تحقیقی به نقش میانجی واسطه‌ای افسردگی در خارش بیماران پوستی به‌ویژه پسوریازیس پرداخته‌اند که در آن، افسردگی رابطه‌ی مستقیمی با میزان خارش در بیماران پسوریازیس داشت.^{۱۳} در تحقیق حاضر هرچند درمان شناختی رفتاری افسردگی بیماران را کاهش داده است اما این کاهش با بهبود علائم خارش آن‌ها همراه نشده است. علت این عدم هم‌خوانی را می‌توان به عدم تمرکز روش درمانی اجراشده در این تحقیق بر افسردگی اسناد داد.

به عوامل روان‌شناختی در سال‌های اخیر روش‌های جدیدی برای بهبود شرایط این بیماران ایجاد کرده است. هر چند نتایج به‌دست‌آمده از این حیثه نیز با محدودیت‌های زیادی مواجه است.

نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که روش درمان شناختی رفتاری گروهی در بهبود علائم جسمانی پسوریازیس (شدت، وسعت و میزان خارش) تأثیری نداشته است، اما این روش درمانی در بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران تأثیرگذار بوده است. درمان رفتاری شناختی، سلامت عمومی بیماران را بهبود بخشیده است. با توجه به این‌که این متغیر دامنه‌ای وسیع در چهار حوزه اضطراب و بی‌خوابی، علائم جسمانی، افسردگی و کارکردهای اجتماعی دارد نتایج به‌دست‌آمده قابل توجه است.

Bundy و همکاران تأثیر مداخلات شناختی رفتاری را بر شاخص سطح و شدت پسوریازیس (PASI)، میزان افسردگی و اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد مداخلات شناختی رفتاری میزان اضطراب گروه آزمایش را به‌طور معناداری کاهش داده است اما تأثیر معناداری روی افسردگی گروه مورد مداخله نداشته است. شدت پسوریازیس نیز در گروه مداخله هرچند مقداری کاهش داشته است اما معنادار نمی‌باشد. مداخلات شناختی رفتاری کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشیده است.^۹ نتایج این محققان با تحقیق حاضر در متغیرهای اضطراب و عوامل جسمانی پسوریازیس در تأثیرپذیری از درمان شناختی رفتاری هم‌خوانی دارد. این‌که در تحقیق Bundy و همکاران روش درمانی تأثیری روی افسردگی نداشته و در تحقیق حاضر این تأثیر معنادار بوده، این عدم هم‌خوانی در نتایج را می‌توان به پروتکل‌های مورد استفاده و ویژگی‌های متفاوت بیماران (مثل جنسیت) در دو تحقیق اشاره کرد. در تحقیق Fortune و همکاران نیز نتایج مشابهی به‌دست آمده است، یعنی گروهی که از برنامه‌ی

رفتاری به‌طور مستقیم تأثیری بر کاهش علائم جسمانی بیماران پسوریازیس نداشته است اما تأثیرگذاری این روش بر علائم روان‌شناختی بیماران حائز اهمیت است. این موضوع با توجه به نقش میانجی و غیرمستقیم عوامل روان‌شناختی در بیماران پسوریازیس لزوم توجه به جنبه‌های روان‌شناختی و اجتماعی را در کنار توجه به عوامل جسمانی را گوشزد می‌کند. برای تعمیم نتایج به گروه‌های بزرگ‌تر و با توجه به نبودن این موضوع در تحقیقات ایرانی پیشنهاد می‌شود تحقیقات مشابه با نمونه‌ی بالاتر در بیماران پسوریازیس و دیگر بیماری‌های پوستی به‌ویژه آکنه، آلوپسی‌آره‌آتا و درماتیت آتوپیک انجام شود. بررسی این عوامل در کودکان مبتلا به پسوریازیس و در نظر گرفتن عوامل خانوادگی نیز از پیشنهادات محققان در این زمینه‌ی تحقیق است. عوامل مهم روانی اجتماعی مثل برچسب‌زدن یا انگ اجتماعی از موضوعات قابل بررسی در بیماران پوستی به‌ویژه پسوریازیس می‌باشد.

تقدیر و تشکر

از همکاری صمیمانه‌ی جناب آقای دکتر اکبر موسی‌زاده حلیم متخصص پوست در انتخاب بیماران سپاس‌گزاری می‌شود.

این نتایج پیشنهاددهنده‌ی موضوع جدیدی در تحقیق با تمرکز بر افسردگی و خارش بیماران پسوریازیس و دیگر بیماری‌های پوستی است.

پریشانی‌های روانی باعث مختل‌شدن درمان پسوریازیس با نور شیمی‌درمانی (photochemotherapy) می‌شود. یک برنامه‌ی ساخت‌یافته در مدیریت پریشانی روانی به‌وسیله‌ی درمان شناختی رفتاری باعث کاهش عود بیماری می‌شود. این شواهد غیرمستقیم نشان می‌دهند که مکانیسم استرس و پریشانی‌های روان‌شناختی دارای اهمیت بالینی می‌باشد.^{۱۴}

عدم درمان اختلالات روان‌پزشکی ممکن است اثر نامطلوبی بر پاسخ اختلالات پوستی به درمان‌های رایج پوستی داشته باشد.^{۱۵} Fried و Koo گزارش کرده‌اند که مدیریت غیردارویی بیماری‌های پوست می‌تواند پریشانی روانی را کاهش دهد و به بهبود عملکرد بیماران کمک کند.^{۱۶،۱۷} از این رو بهبود شرایط روانی بیماران پوستی هرچند به‌طور غیرمستقیم و میانجی، در بهبود علائم بیماران پوستی اثرگذار است. از آنجایی که استرس‌های روانی نقش ماشه‌چکان (trigger) را در بروز علائم بیماری‌های پوستی ایفا می‌کنند تلاش برای بهبود این وضعیت باعث پیش‌گیری و جلوگیری از عود بیماری پوستی می‌شود. هرچند براساس نتایج به‌دست‌آمده درمان شناختی

References

1. Kurd SK, Gelfand JM. The prevalence of previously diagnosed and undiagnosed psoriasis in US adults: Results from NHANES 2003-2004. *J Am Acad Dermatol* 2008; 60: 218-24.
2. Wahl AK, Gjengedal E, Hanestad BR. The bodily suffering of living with severe psoriasis: in-depth interviews with 22 hospitalized patients with psoriasis. *Qual Health Res* 2002; 12: 250-61.
3. Kurd Sk, Troxel AB, Crits-Christop P, and Gelfand JM. The risk of depression, anxiety and suicidality in patient with psoriasis: a population-based cohort study. *Arch Dermatol* 2010; 146: 891-5.
4. Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM. Cognitive-Behavioral therapy in groups. *Trans Khodayarifard M, Abedini Y. Tehran University Press* 2010 (Persian).
5. White CA. Cognitive behavioral therapy for chronic medical problems. *Trans Moloudi R, Fatahi K. Tehran. Arjmand Press, 2010* (Persian).

6. Faria JRC, Araújo AR, Jimenez LMZ, et al. Interrater concordance study of the PASI (Psoriasis Area and Severity Index). *An Bras Dermatol* 2010; 85: 625-28.
7. Taghavi MR. Validity and reliability of the General Health Questionnaire. *Psychology Journal* 2000; 20: 381-98 (Persian).
8. Tari N, Mahmoodi H, Hosseini S, et al. Structural reliability and validity of Persian translation of "Quality of life in patients with pruritus (ItchyQol)" questionnaire. *Dermatology and Cosmetic* 2012; 3: 92-99 (Persian).
9. Bundy C, Pinder B, Bucci S, et al. A novel, web-based, psychological intervention for people with psoriasis: the electronic Targeted Intervention for Psoriasis (eTIPs) study. *Br J Dermatol* 2013; 169: 329-36.
10. Fortune DG, Richards HL, Kirby B. A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *Br J Dermatol* 2002; 146: 458-65.
11. Fortune DC, Richards HC, Griffith CE, Main CJ. Targeting cognitive behavior therapy to patients' implicit model of psoriasis: Results from a patient preference controlled trial. *Br J Clin Psychol* 2010; 43: 65-82.
12. Sampogna F, Picardi A, Chren MM, et al. Association between poorer quality of life and psychiatric morbidity in patients with different dermatological conditions. *Psychosom Med* 2004; 66: 620-40.
13. Gupta MA, Gupta AK, Schork. Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosom Med* 1994; 56: 36-40.
14. Fortune DC, Richards HC, Griffiths CE, Main CJ. Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis. *Br J Clin Psychol* 2002; 2:157-74.
15. Picardi A, Abeni D, Renzi C, et al. Treatment outcome and incidence of psychiatric disorders in dermatologic out-patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 17: 155-59.
16. Fried RG. Nonpharmacologic Management of psychodermatologic conditions. *Semin Cutan Med Surg* 2013; 32:119-25.
17. Koo JY. Psychodermatology: a practical manual for clinicians. *Curr Probl Dermatol* 1995; 6: 204-32.

The impact of group cognitive behavioral therapy on the disease severity and mental health of psoriasis patients

Ahmad Alipour, PhD¹
 Hossein Zare, PhD¹
 Seyyed Naser Emadi, MD²
 Hassan Abdollahzade, MSc¹

1. Department of Psychology, PayameNoor University of Tehran, Tehran, Iran.
2. Department of Dermatology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Background and Aim: Psoriasis is a chronic disease that causes deformity and disability in patients. There is little information about the impact of psychological interventions upon this disease. The purpose of this study was to evaluate the impact of group cognitive behavioral therapy upon physical factors such as severity and level of disease and extent of itching, and mental health of psoriasis patients.

Methods: This research was conducted as a semi-experimental study using pre-test and post-test with a control group and the follow-up period. Twenty Psoriasis patients were allocated into experimental and control groups. The group cognitive behavioral therapy was administered to 10 psoriasis patients allocated into the experimental group for 12 sessions. The members of both groups filled in the Psoriasis Area Severity Index (PASI) for the assessment of severity of psoriasis, general health questionnaire (GHQ), and the Quality of life in patients with pruritus (ItchyQoL) questionnaires.

Results: The results indicated that the group cognitive-behavioral therapy did not have any impact upon the improvement of physical symptoms (severity and level of disease and extent of itching), but it was effective on improving the patients' psychological status. Cognitive behavioral therapy has improved the patients' general health. There is a significant difference between the two groups in terms of multiple covariance analysis for different aspects of general health, including anxiety and insomnia (effect size 0.45 and $P=0.004$), depression (effect size: 0.25 and $P=0.044$), physical symptoms (effect size 0.28 and $P=0.033$), and social functioning (effect size 0.41 and $P=0.003$).

Conclusion: Although, based on the results, the group cognitive behavioral therapy does not directly affect reduction of physical symptoms of psoriasis; the effectiveness of this method on patients' psychological symptoms is considerable as a mediator in the onset, exacerbation, and relapse of the disease.

Keywords: psoriasis, general health, itching.

Corresponding Author:
 Seyyed Naser Emadi, MD

Baharlou Hospital, Behdari St. Rahahan Sq, Tehran, Iran
 Email: naseremad@yahoo.com

Conflict of interest: None to declare

Received: Nov 10, 2013 Accepted: Dec 22, 2013

Dermatology and Cosmetic 2013; 4 (4): 196-204