

## تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر ناراحتی فیزیولوژیکی افراد

### مبتلا به پسوریازیس

#### مجتبی ریاحی راد<sup>۱</sup> و مهرا ن سرداری پور<sup>۲</sup>

۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

۲ استادیار روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

#### چکیده

هدف از مطالعه حاضر، تعیین اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر ناراحتی فیزیولوژیکی افراد مبتلا به پسوریازیس بود. مطالعه حاضر یک مطالعه تجربی با دو گروه آزمایش و کنترل و همچنین انجام پیش آزمون- پس آزمون بود. در این پژوهش ۲۰ نفر از بین تمام ۱۲۴۸ نفر اعضاء انجمن پسوریازیس بودند که بطور تصادفی انتخاب شدند و در ۲ گروه شناختی- رفتاری و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۰ نفر). آزمودنی ها با پرسشنامه هراس اجتماعی کانور<sup>۱</sup> (SPIN) مورد ارزشیابی قرار گرفتند. براساس نتایج آزمون های اجرا شده، میانگین نمره های افراد مبتلا به پسوریازیس در ناراحتی فیزیولوژیکی به طور همزمان بین اعضای دو گروه کنترل و گروه درمانی شناختی- رفتاری متفاوت بود. همچنین نتایج تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و شیب خط رگرسیون تفاوت معناداری بین دو گروه برای ناراحتی فیزیولوژیکی ( $P < 0/05$ ) نشان داد. شیوه ی درمانی شناختی- رفتاری باعث تغییر معناداری در ناراحتی فیزیولوژیکی افراد مبتلا به پسوریازیس شده است. با توجه به شواهد جمع آوری شده در این تحقیق می توان نتیجه گرفت که، درمان شناختی رفتاری بر ناراحتی فیزیولوژیکی افراد مبتلا به پسوریازیس اثر معنی داری دارد.

واژه های کلیدی: درمانی شناختی - رفتاری، پسوریازیس، ناراحتی فیزیولوژیکی،

<sup>1</sup> -Social phobia inventory

## مقدمه:

تجربهای معمولی بین متخصصان پوست وجود دارد که تعداد قابل توجهی از بیمارانشان در کنار مشکلات پوستی، نشانه ها و شکایات روانشناختی ابراز می کنند. پسوریازیس یک بیماری غیرمصری، مزمن و التهابی است که باعث بدشکلی و ناتوانیهای در بیمار می شود. این بیماری درمان مشخصی ندارد، بلکه بیماری سیستمیک است که روی پوست به صورت قرمزی، پوسته ریزی همراه با خارش که در موارد بسیار شدید باعث خراش و خونریزی می شود. در برخی موارد، پسوریازیس به مداخلات پزشکی پیچیده نیاز دارد. درباره ی عوامل مؤثر بر این بیماری به ویژه عوامل روانشناختی و اجتماعی مرتبط با پسوریازیس اطلاعات کمی وجود دارد. این بیماری در حدود ۲٪ از افراد جامعه، در هر دو جنس و در همه ی سنین شیوع دارد. محققان تأکید دارند که در درمانها و تحقیقات مرتبط با پسوریازیس به عوامل اجتماعی و روانشناختی توجه کمی می شود (Wahl and Hanestad, 2002). یکی از ارکان اساسی زندگی بشر حضور در اجتماع و ایجاد ارتباط با افراد دیگر است. تنها حضور صرف در جمع به انسان رضایت خاطر نمی دهد، برای رسیدن به چنین رضایتی، فرد باید بتواند بدون نگرانی در مورد ارزیابی افراد دیگر عمل کند و خود را به عنوان یک انسان ارزشمند بداند. بعضی افراد در حضور دیگران و یا در موقعیت های جمعی قادر به عملکرد مناسب نبوده و نشانه های فیزیولوژیک، رفتاری و شناختی خاصی از خود نشان می دهند. در اثر این نشانه ها و همین طور به خاطر نگرانی از باب موشکافی شدن از سوی دیگران به رفتارهای اجتماعی متعددی از جمله چشم پوشی از خواست ها و یا فعالیت های لذت بخش، دست می زنند. در نهایت چنین افرادی حضور خود را در اجتماعات مختلف محدود می کنند و در صورت نیاز مبرم به حضور در چنین اجتماعاتی با اضطراب شدید وارد جمع شده و آن احساس لذت و شادی را که چنین موقعیتی به فرد دست می دهد، تجربه نخواهند کرد (۱). کردا 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 (۲) علائم جسمی که معمولاً همراه اضطراب هستند شامل سرخ شدن، تعریق زیاد، لرزش، تپش قلب، احساس دل آشوب و لکنت زبان می شود. در موارد نگرانی و ترس شدید حملات اضطرابی<sup>۲</sup> نیز ممکن است اتفاق بیفتد. تشخیص و دخالت زودهنگام در این اختلال می تواند به حداقل شدن علائم و کند شدن پیشرفت آن کمک قابل توجهی کند و از بروز عوارض بعدی نظیر افسردگی شدید جلوگیری نماید. بعضی از مبتلایان از الکل یا مواد مخدر و روانگردان برای کاهش ترس، افزایش اعتماد به نفس و عملکرد اجتماعی بهتر استفاده می کنند. عامل دیگری که در این مسئله مؤثر است پرهیز مبتلایان از مراجعه به پزشک به علت خود اختلال است. این مسایل احتمال اعتیاد به مواد مخدر، روانگردان و تداخلات خطرناک دارویی را افزایش می دهد. فرد مبتلا را می توان به روشهای دارویی یا روان درمانی یا هر دو درمان کرد. تحقیقات نشان داده رفتار درمانی شناختی<sup>۳</sup> به صورت فردی یا گروهی در درمان ناراحتی فیزیولوژیک اضطراب مؤثر است. هدف این روش تغییر الگوهای فکری و واکنشهای فیزیکی فرد در موقعیتهای اضطراب زا است. با وجود اینکه این روشها امروزه به طور گسترده ای مورد استفاده قرار می گیرد بسیاری از مبتلایان به اضطراب شدید معتقدند این روشها در موارد شدیدتر به تنهایی تأثیرگذار نیست و درمانهای دارویی معمولاً نتایج بهتری به دنبال دارد (۳). تأثیر انواع راهبردهایی که افراد مضطرب برای تنظیم افکار و احساساتشان در موقعیت هایی که ارزیابی می شوند، می تواند نشانه های جسمی، باورهای منفی در مورد خود و دنیای اجتماعی و همچنین تغییرات رفتاری را در پی داشته باشد. وجود باورهای شناختی منفی در مورد خویشتن می تواند به عنوان عامل خطر<sup>۴</sup> در جهت ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک افراد مستعد به اضطراب در ورود به موقعیت های اضطراب زا باشد (۴).

---

۱ Kurd

۲panic attack

۳cognitive behavior therapy

۴risk factor

## روش تحقیق:

هدف پژوهش حاضر کاربردی می باشد. روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی و از نوع طرحهای پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه است. در ابتدای اعضای انجمن پسونریازیس<sup>۱</sup> لیست شدند (۱۲۴۸ عضو) و سپس با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی از بین افراد مبتلا به پسونریازیس، اعضاء نمونه به تعداد ۲۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس به شکل تصادفی آنها را به دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) تقسیم شدند. ابزار گرد آوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه هراس اجتماعی کانور (SPIN) به صورت خود اجراست و دارای ۱۷ ماده است. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۰ توسط کانور و همکارانش به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی طراحی شد. این پرسشنامه برای ارزیابی طیف گسترده ای از علائم اختلال اضطراب اجتماعی طراحی شده است. SPIN دارای سه زیر مقیاس است که عبارتند از: ترس در موقعیت های اجتماعی (۶ ماده)، اجتناب از عملکرد در موقعیت اجتماعی (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی در موقعیت اجتماعی (۴ ماده)، از آزمودنی خواسته می شود که میزان رنج خود در هریک از علائم را در طول هفته اخیر به ترتیب زیر درجه بندی کند: ۰ (به هیچ وجه)، ۱ (کم)، ۲ (تا حدی)، ۳ (زیاد)، ۴ (خیلی زیاد). جمع نمرات کل پرسشنامه از ۰ تا ۶۸ خواهد بود. این پرسشنامه از روایی و پایایی بالایی برخوردار است. پایایی آن با روش بازآزمایی در گروه های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن به روش آلفای کرونباخ در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است و برای مقیاس فرعی ترس ۰/۸۹ اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است (۵)

## یافته ها:

شرکت کنندگان در این پژوهش ۲۰ نفر بودند که، در ۲ گروه شناختی - رفتاری و گروه کنترل به روش هم‌تاسازی از نظر ویژگی های (سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل) در هر گروه ۱۰ نفر جایگزین شدند. میانگین سن شرکت کنندگان در گروه کنترل برابر ۲۵/۶۰ سال و در گروه شناختی - رفتاری برابر ۲۶/۲۰ بود. حداقل سن شرکت کنندگان ۲۰ سال و حداکثر ۴۱ سال بود. اطلاعات مربوط به جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل شرکت کنندگان در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل شرکت کنندگان در دو گروه

گروهها	جنسیت		وضعیت تحصیلی		وضعیت تأهل		
	زن	مرد	دیپلم و کمتر	فوق دیپلم و دانشجویان	لیسانس و بیشتر	مجرد	متأهل
گروه کنترل	۶	۴	۳	۳	۴	۴	۶
گروه شناختی - رفتاری	۶	۴	۳	۲	۵	۴	۶
کل	۱۲	۸	۶	۵	۹	۸	۲۱

برای پاسخ به این فرضیه در صورت برقراری مفروضه ها از تحلیل کوواریانس استفاده می شود. برای بررسی دو مفروضه اصلی تحلیل کوواریانس یعنی، معنادار بودن اثر پیش آزمون برپس آزمون و همگنی شیب خط رگرسیون در دو گروه محاسبات در جدول ۲ آورده شده است

جدول ۲: بررسی مفروضه های تحلیل کوواریانس

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اثر پیش آزمون	۲۳,۶۹۶	۱	۲۳,۶۹۶	۱۲,۵۸۹	۰,۰۳
اثر تعاملی پیش آزمون و درمان شناختی رفتاری	۶,۹۲۶	۱	۶,۹۲۶	۳,۶۸	۷,۳

<sup>۱</sup> <http://www.pesoriasistalk.ir>

		۱,۸۸۲	۱۶	۳۰,۱۱۷	مقدارخطا
--	--	-------	----	--------	----------

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که اثرپیش آزمون بر پس آزمون معنادار است چون سطح معناداری آن کمتر از ۰/۰۵ است. پس کنترل اثر آن با تحلیل کوواریانس منطقی به نظر می رسد. کنش متقابل پیش آزمون و درمان معنادار نیست. بنابراین شیب خط رگرسیون دردوگروه یکسان است. شیب های برابر حاکی از این است که تعاملی بین پیش آزمون و مداخله (درمان شناختی رفتاری) وجود ندارد. پس برای پاسخ به فرضیه فوق چون پیش فرضهای توزیع نرمال بودن نمرات، تساوی واریانس ها برقرار بود و اثرپیش آزمون بر پس آزمون معنادار و تعامل بین مداخله و پیش آزمون معنادار نبود می توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد. نتایج تحلیل کوواریانس برای اثر درمان شناختی رفتاری بر ناراحتی فیزیولوژیکی در جدول ۲ ارائه شده است.

### جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری (آنکوا) روی نمرات (پیش آزمون - پس آزمون) گروه آزمایش و

#### کنترل

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ایستا
اثر پیش آزمون	۲۲.۶۵۷	۱	۲۲.۶۵۷	۱۰.۳۹۸	.۰۰۵	.۳۸۰
اثر درمان شناختی رفتاری	۱۳۵.۴۶۷	۱	۱۳۵.۴۶۷	۶۲.۱۶۹	.۰۰۰	.۷۸۵
مقدارخطا	۳۷.۰۴۳	۱۷	۲.۱۷۹			

همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می شود بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ نمرات ناراحتی فیزیولوژیکی تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=62/169$ ،  $P<0/05$ ). در واقع، پس از تعدیل نمره های پس آزمون، درمان شناختی رفتاری بر ناراحتی فیزیولوژیکی گروه آزمایش تغییر معنادار ایجاد کرده است. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می گردد. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری بر کاهش ناراحتی فیزیولوژیکی افراد مبتلا به پسوریازیس موثر بود. آخرین ستون این جدول، یعنی مجذور ایستا ضریب تبیین را نشان می دهد. ملاحظه می شود که ۷۸/۵ درصد ( $0/785$ ) واریانس ناراحتی فیزیولوژیکی افراد مبتلا به پسوریازیس به وسیله ی متغیر مستقل یعنی، درمان شناختی رفتاری تبیین می شود. در نهایت، با توجه به شواهد جمع آوری شده در این تحقیق می توان نتیجه گرفت که، درمان شناختی رفتاری بر ناراحتی فیزیولوژیکی افراد مبتلا به پسوریازیس اثر معنی داری دارد.

#### بحث و نتیجه گیری:

در این پژوهش بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ نمرات ناراحتی فیزیولوژیکی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P<0/05$ ،  $F=62/169$ ). در واقع، پس از تعدیل نمره های پس آزمون، درمان شناختی رفتاری بر ناراحتی فیزیولوژیکی گروه آزمایش تغییر معنادار ایجاد کرده است. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می گردد. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری بر کاهش ناراحتی فیزیولوژیکی افراد مبتلا به پسوریازیس موثر بود. آخرین ستون این جدول، یعنی مجذور ایستا ضریب تبیین را نشان می دهد. ملاحظه می شود که ۷۸/۵ درصد ( $0/785$ ) واریانس ناراحتی فیزیولوژیکی افراد مبتلا به پسوریازیس به وسیله ی متغیر مستقل یعنی، درمان شناختی رفتاری تبیین می شود. در نهایت، با توجه به شواهد جمع آوری شده در این تحقیق می توان نتیجه گرفت که، درمان شناختی رفتاری بر ناراحتی فیزیولوژیکی افراد مبتلا به پسوریازیس اثر معنی داری دارد. نتیجه این پژوهش با پژوهش های (۶)، (۷)، (۸)، (۹) و (۱۰) همسو می باشد. واکنشهای فیزیولوژیکی همانند دیگر اختلالهای اضطرابی در اضطراب اجتماعی هم دیده می شود. در زمان مواجهه با موقعیتهای اضطراب زا کودکان مبتلا ممکن است علائمی مثل کج خلقی، گریه، چسبیدن به والدین یا سکوت از خود نشان دهند. در بزرگسالان چشمان اشکی، تعریق زیاد، دل آشوب، لرزش و تپش قلب دیده می شود که در نتیجه پاسخ فیزیولوژیکی استرس بوجود می آید. سرخ شدن هم معمولاً در این افراد دیده می شود. این واکنشهای قابل مشاهده باعث افزایش اضطراب شخص می شود. تحقیقات اخیر نشان می دهد که قسمتی از مغز

که آمیگدالا نامیده می‌شود و بخشی از سیستم لیمبیک می‌باشد در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در زمان رویارویی با چهره‌های خشمگین یا موقعیتهای ترسناک بیش از حد طبیعی فعال است. این تحقیقات نشان می‌دهد که شدت این واکنش با شدت اضطراب اجتماعی رابطه مستقیم دارد (۱۱).

#### منابع:

- 1- Dadsetan P. *Developmental Psychology from Childhood to Adult*. Tehran: Publication of the Side. 2011.
- 2- OLIVIER C, ROBERT PD, Daihung DO, URBÀ G, CATALIN MP, HYWEL W, Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, Gelfand JM. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Archives of dermatology*. 2010 Aug 16;146(8):891-5.
- 3- Lim ST, Dragull K, Tang CS, Bittenbender HC, Efird JT, Nerurkar PV. Effects of kava alkaloid, pipermethystine, and kavalactones on oxidative stress and cytochrome P450 in F-344 rats. *Toxicological sciences*. 2007 Feb 27; 97(1):214-21.
- 4- Taylor CT, Bomyea J, Amir N. Attentional bias away from positive social information mediates the link between social anxiety and anxiety vulnerability to a social stressor. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010 May 31; 24(4):403-8.
- 5- Jafari, N. & Fatehizadeh, M. (2012). Investigating the relationship between internet addiction and depression, anxiety, psychological stress and social phobia in students of Isfahan University. *Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2012; 17(2):9-1.
- 6- Wells A, Carter K. Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior therapy*. 2001 Dec 1;32(1):85-102.
- 7- Vaziri Sh, Mosavinik M. The Relationship Between Negative Meta-Cognitive Beliefs and Over-Excitement with Fobi. *Journal of Thought and Behavior (Applied Psychology)*. 2008; 3(10): 59-70.
- 8- Higa CK, Daleiden EL. Social anxiety and cognitive biases in non-referred children: The interaction of self-focused attention and threat interpretation biases. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008 Apr 30;22(3):441-52.
- 9- Barahmand U. Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Research*. 2009 Oct 30;169(3):240-3.
- 10- Hasonvand, A. M., Roshanjasli, R., & Hasonvand, A. M. (2013). The relationship between metacognitive beliefs and social anxiety symptoms (avoidance, fear and physiological discomfort) in non-clinical population. *Journal of Cognitive and Behavioral Sciences*. 2013; 2(5): 70-55.
- 11- Furmark T. *Social phobia. From epidemiology to brain function* (Doctoral dissertation, Acta Universitatis Upsaliensis).