

## مقاله اصلی

# تأثیر گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر میزان تجربه، بیان، و کنترل خشم، کیفیت زندگی، و شدت ضایعات در مبتلایان پُسوریازیس

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۲۴ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۳۰

### خلاصه

**مقدمه:** پژوهش‌های متعددی بر منشاء روان‌تنی بیماری پُسوریازیس تأکید کرده، و بازداری عواطف منفی را از عوامل عمده آغازگر و/یا تشدیدکننده روند آن دانسته‌اند. مطالعه ما با رویکرد سایکودرما‌تولوژیک و با هدف بررسی تأثیر گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر روی وجوه گوناگون خشم، نمای بالینی بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پُسوریازیس، و کشف رابطه تغییر کنترل درونی خشم و سرکوب خشم با تغییر تظاهرات بالینی این بیماری انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی بر روی ۳۰ بیمار ۱۷ تا ۶۰ ساله مبتلا به پُسوریازیس جلدی بود که طی آبان تا بهمن ۱۳۹۸ در مشهد انجام گردید. بیماران پس از کسب رضایت کتبی آگاهانه به‌روش تصادفی به دو گروه آزمون (مداخله درمانی درماتولوژی بعلاوه گروه‌درمانی شناختی رفتاری) و کنترل (فقط مداخله درمانی درماتولوژی) تقسیم گشتند. سبب‌های حالت-صفت، بیان خشم ۲، پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران پوستی و شاخص شدت و وسعت پُسوریازیس برای افراد هر دو گروه در ابتدای درمان تکمیل گردید، سپس هر دو گروه بمدت ۸ هفته پروتکل درمانی درماتولوژی را گذراندند و ۱۵ نفر بیماران گروه آزمون، ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای «گروه‌درمانی شناختی رفتاری برای بیماری پُسوریازیس» را نیز طی کردند. در پایان مطالعه، متغیرها دوباره ارزیابی گردید و داده‌ها آنالیز شد.

**نتایج:** براساس نتایج این پژوهش، گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر کاهش احساس خشم، کاهش سرکوب و درون‌ریزی خشم، کاهش کنترل بیرون‌ریزی خشم، افزایش کنترل درونی خشم، بهبود کیفیت زندگی، و کاهش وسعت شدت ضایعات پوستی در بیماران مبتلا به پُسوریازیس موثر یافته شد. همچنین در بین کل افراد جامعه پژوهش، همبستگی مثبتی بین تغییرات سرکوب و درون‌ریزی خشم با تغییرات وسعت شدت ضایعات پوستی، و همبستگی منفی بین کنترل درونی خشم با وسعت شدت ضایعات پوستی مشاهده گردید.

**نتیجه‌گیری:** این یافته‌ها نقش مهم امر روان‌تنی در درمان مبتلایان پُسوریازیس را آشکار می‌کند و نشان می‌دهد که گروه‌درمانی شناختی رفتاری روشی موثر در بهبود آنان در ابعاد جسمی و روانی و اجتماعی است.

**کلمات کلیدی:** سایکودرما‌تولوژی، گروه‌درمانی شناختی رفتاری، پُسوریازیس، خشم

نازنین زینب جابرزاده<sup>۱</sup>  
محمدحسین بیاضی<sup>۲\*</sup>  
وحید مشایخی قویونلو<sup>۳</sup>  
مجید انوشیروانی<sup>۴</sup>  
منور افضل‌آقایی<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup>دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربیت جام، ایران  
<sup>۲</sup>استادیار گروه روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربیت جام، ایران (نویسنده مسئول)  
<sup>۳</sup>دانشیار بیماری‌های پوست، گروه روانشناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربیت جام، ایران  
<sup>۴</sup>استادیار گروه طب ایرانی، دانشکده طب ایرانی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران  
<sup>۵</sup>دانشیار گروه آمار زیستی و مرکز تحقیقات عوامل موثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

Email: ayazi123@gmail.com

## مقدمه

دائماً از لایه‌های زیرین به طرف سطح حرکت کرده، در آنجا هسته‌های خود را از دست داده و بصورت پوسته‌های مرده از بدن دفع می‌شوند و این روند حدود یک ماه طول می‌کشد، اما در جریان پسوریازیس چرخه حیات سلول‌های پوست بر اثر همان اشکالات سیستم ایمنی سرعت می‌یابد، در نتیجه چندین لایه سلول مرده در سطح پوست تجمع پیدا می‌کنند و پوسته‌های پسوریازیس را تشکیل می‌دهند (۷).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که پریشانی‌های روانشناختی و وقایع استرس‌زای زندگی در شروع، تشدید و تداوم شرایط پسوریازیس نقش مهمی ایفا می‌کنند (۸) و استرس‌ها عامل آشکارکننده و تداوم‌بخش مهمی در پسوریازیس در نظر گرفته می‌شوند (۹). مطالعات متعددی بر منشاء روان‌تنی بیماری پسوریازیس تاکید کرده، از عوامل تنش‌زا به‌عنوان مهم‌ترین عوامل آغازگر و یا تشدیدکننده روند بیماری یاد کرده است (۱۰) داده‌های قدیمی‌تر نیز نشان داده که ۳۷ تا ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به پسوریازیس، تشدید علائم بیماری را بدنبال هیجان‌های عصبی و احساس افسردگی گزارش می‌کنند و این ارتباط پسوریازیس با استرس به‌اندازه‌ای روشن است که حتی برای درمان آن رویکردهایی مانند بیوفیدبک، مراقبه، و خودیاری پیشنهاد شده (۱۱) و در سال‌های اخیر، در مورد ارتباط بین عوامل روانی و ظهور یا تشدید علائم این بیماری اتفاق نظر جهانی وجود داشته است (۱۲). روند چنین یافته‌هایی منجر به ظهور دیدگاه میان‌رشته‌ای سایکودرما‌تولوژی<sup>۸</sup> یا روان‌پوست‌شناسی شده است که به رابطه تعاملی بین روان‌شناسی و اختلالات پوستی می‌پردازد.

بنا به طبقه‌بندی اختلالات سایکودرما‌تولوژیک توسط کو<sup>۹</sup> و لی در سال ۲۰۰۳، پسوریازیس از سویی یک اختلال سایکوفیزیولوژیک اولیه است یعنی یک اختلال ارگانیک و واقعی [نه بیمار ساخته] است که استرس موجب افزایشی در تواتر

سیر بالینی طیف وسیعی از بیماری‌های پوستی ناشی از تعامل پیچیده و گاهی اوقات متقابل بین عوامل زیستی، روانشناختی و اجتماعی است که می‌توانند نقش مستعدکننده، تسریع‌کننده و یا تداوم‌بخش برای اختلال پوستی بازی کنند (۱). بنا به گزارشی از جعفرانی<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۷، ۳۰ تا ۴۰ درصد بیماران در یک مطب بیماری‌های پوست، مشکلات روانشناختی را پیرامون نشانه‌های پوستی‌شان تجربه می‌کنند (۲). پسوریازیس<sup>۲</sup> نمونه‌ای از بیماری‌های پوستی شایع با این الگوی تعامل چندعاملی است. پسوریازیس یک بیماری پوستی التهابی مزمن<sup>۳</sup>، عودکننده و شایع ناشی از فرآیندهای خودایمنی<sup>۴</sup> است که با پاپول<sup>۵</sup> و پلاکهای<sup>۶</sup> قرمز با پوسته‌های نقره‌ای رنگ تظاهر می‌یابد. این بیماری بر ۲ الی ۴ درصد از جمعیت جهان تاثیر می‌گذارد (۳). نرخ پسوریازیس با توجه به سن، جنس، منطقه و قومیت متفاوت است و تصور می‌شود که ترکیبی از عوامل محیطی و ژنتیکی مسئول این تفاوت‌ها هستند. این بیماری بر هر دو جنس به‌طور مساوی تاثیر می‌گذارد و بیشتر در گروه سنی ۱۵ تا ۳۵ سال بروز می‌کند (۴). شیوع جهانی پسوریازیس در سال ۲۰۱۰، ۰/۶ تا ۴/۸ درصد بود (۵) و شیوع آن در آسیا و ایران بین ۲/۷ تا ۴/۷ درصد اعلام شده است (۶). پسوریازیس اغلب با معاینه بالینی و بر اساس علائم ظاهری تشخیص داده می‌شود. در طی این بیماری سیستم ایمنی<sup>۷</sup> با ارسال سیگنال‌های معیوب موجب تسریع رشد سلول‌های پوست می‌شود. در حالت عادی سلول‌های پوست

<sup>۱</sup>Jafferany

<sup>۲</sup>psoriasis

<sup>۳</sup>chronic inflammatory skin diseases

<sup>۴</sup>Autoimmune

<sup>۵</sup> پاپول (Papule): یک ضایعه سفت و برجسته با قطر تا ۰/۵ سانتی‌متر. پاپول‌ها ممکن است متلاشی شده و پلاک را ایجاد کنند.

<sup>۶</sup> پلاک (Plaque): یک ضایعه مدور، برجسته، سطحی و سفت با قطر بیش از ۰/۵ سانتی‌متر که اغلب در اثر تلاقی پاپول‌ها ایجاد می‌شود.

<sup>۷</sup>Immune system

<sup>۸</sup>psychodermatology

<sup>۹</sup>Koo

سرکوب این هیجان‌های منفی ثانویه نیز خود منجر به بروز اختلالات جسمی روان‌تنی می‌گردد (۲۰). مطالعه‌ای بر روی ۱۲۷ نفر از افراد مبتلا به پسوریازیس نشان داده است که در زیرگروهی از مبتلایان پسوریازیس با گزارش تشدید بیماری به‌واسطه استرس، ویژگی‌های شخصیتی خاصی مانند مشکل در ابراز احساس خشم و تمایل به تایید شدن از جانب دیگران بیشتر از سایر زیرگروه‌های مبتلایان بوده است (۲۱).

از آنجا که زیربنای یک راهبرد موفق در چیرگی بر بیماری‌های طبی مزمن پوست، توجه به عوامل زیستی و غیرزیستی دخیل در آغاز، تشدید، استمرار و عود بیماری است، و با ملاحظه کاستی پژوهش‌های میان‌رشته‌ای پوست و روان‌شناسی سلامت، در این مطالعه قصد کردیم اثربخشی گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری بر احساس، چگونگی بیان و کنترل خشم، نشانه‌های بالینی، و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس را بررسی کنیم و ارتباط اثرات روانشناختی این مداخله با نتایج بالینی را پیدا کنیم. رویکرد ما در این پژوهش مبتنی بر نتایج حاصل از مطالعات روانی عصبی‌شناختی و پژوهش‌های نظری و بالینی بوده است: نخست اینکه استرس [بویژه خشم در جامعه ما] و شیوه پردازش آن از یک سو می‌تواند بر فرایندهای روانی-عصبی-ایمنی‌شناختی که منجر به تسریع پیشرفت بیماری‌های جسمی مزمن می‌شوند تاثیر بگذارد (۲۲) و فرآیند التهابی خودایمنی و شدت ضایعات پوستی پسوریازیس را افزایش دهد، و از سوی دیگر بیماران مبتلا به پسوریازیس در سیر بیماری و درمان ممکن است بطور ثانویه دچار تنیدگی و خشم زیاد شوند که این امر خود منجر به تشدید بیماری می‌گردد. دیگر اینکه درمان شناختی‌رفتاری خشم می‌تواند با تنظیم محور روانی-عصبی-ایمنی‌شناختی، تشدید بالینی پسوریازیس را بطور اولیه کاهش دهد، و همچنین می‌تواند اثر ثانویه پسوریازیس بر حالات روانی بیماران را کاهش دهد (۲۳).

## روش کار

و شدت آن می‌شود؛ و از سوی دیگر می‌تواند به اختلالات روانپزشکی ثانویه منجر شود (۱۳). به این ترتیب بیمار در چرخه‌ای معیوب از علت و پیامد فرار می‌گیرد و احتمالاً به همین سبب بیماری تشدید و اِزمان بیشتری می‌یابد.

مطالعات نشان داده‌اند که پسوریازیس با جنبه‌های مختلف زندگی نظیر زندگی اجتماعی، ورزش، روابط بین‌فردی و زناشویی و توانایی کار کردن تداخل ایجاد می‌کند (۱۴). از آنجا که بیشتر بیماری‌های پوستی قابل‌رویت هستند، زندگی فردی و اجتماعی بیمار دچار مشکلات فراوان می‌شود و بیماران بی‌مهری‌های خانوادگی و اجتماعی بسیاری را تحمل می‌کنند. در واقع کیفیت زندگی افراد پسوریاتیک، مشابه و یا حتی نامطلوب‌تر از مبتلایان به سرطان یا بیماری‌های قلبی است (۱۵). ازین رو درمان آنها فقط بهبود طبی یک بیماری جسمی نیست بلکه بازگرداندن فرد به خانواده و جامعه و ایجاد مقبولیت برای پذیرش اجتماعی نیز می‌باشد (۱۶).

هر اختلالی که با ضایعات پوستی قابل‌رویت همراه باشد، می‌تواند پاسخ‌های روانشناختی زیر را در بیمار برانگیزد: شرم، اضطراب، خشم و حتی افسردگی (۱۷). تحقیقات باسینسکا و وزنویکر نشان داده که افراد مبتلا به پسوریازیس، نسبت به گروه کنترل میزان بالایی از عاطفه منفی (خشم و خصومت، اضطراب، افسردگی) را تجربه می‌کنند و با افزایش عاطفه منفی، شکایات جسمی آنها تا چنان حدی افزایش می‌یابد که وضعیت بالینی‌شان نگران‌کننده به نظر می‌رسد (۱۸). همچنین ون دِ کرخوف<sup>۱</sup> در فصل سوم درسامهٔ پسوریازیس به وجوه روانی-اجتماعی پسوریازیس پرداخته و نقل کرده است که افراد مبتلا به این بیماری نسبت به گروه‌های کنترل توانایی کمتری برای بیان خشم دارند (۱۹).

سرکوب خشم و دیگر هیجان‌ها می‌تواند منجر به ابتلا به انواع اختلالات جسمانی شود. از سوی دیگر، ابراز نکردن هیجان‌های منفی خود موجب خشم، رنجش و پرخاشگری خواهد شد و

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه تجربی<sup>۱</sup> بود. روش نمونه‌گیری در مرحله بیماریابی از نوع غیرتصادفی دردسترس<sup>۲</sup> و در مرحله تقسیم بیماران به گروه‌های آزمون و کنترل، تخصیص تصادفی بود. معیارهای ورود شامل ابتلا به پسوریازیس جلدی بنا به تشخیص متخصص پوست براساس معیارهای بالینی/آزمایشگاهی و سن بین ۱۷ تا ۶۰ سال، بودند. معیارهای خروج نیز شامل وقوع هرگونه اختلالات خلقی، اضطرابی، سایکوتیک که نیاز به مداخله روان‌پزشکی یا روان‌درمانی ویژه داشته باشد و نارضایتی مراجع از فرآیند گروه‌درمانی یا درمان طبی، بودند.

#### ملاحظات اخلاقی

کد اخلاق این پژوهش به شناسه IR.IAU.MSHD.REC.1398.089 در تاریخ ۱۳۹۸/۵/۳۰ کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی مشهد صادر شده است.

#### روش کار

روش کار بدین ترتیب بود که مراجعان مظنون به پسوریازیس جلدی جهت ارزیابی تخصصی به متخصصان پوست در کلینیک پوست بیمارستان امام رضا (ع) معرفی می‌شدند و اساتید متخصص در صورت ابتلای بیمار به پسوریازیس فرد را به محقق روانشناس معرفی می‌کردند. محقق ابتدا مصاحبه کوتاهی با هر بیمار انجام می‌داد و پس از بررسی معیارهای ورود و عدم ورود، بیمار پس از توضیح اهداف و شیوه کلی انجام تحقیق، مشروط به رضایت کتبی آگاهانه، به جامعه اولیه پژوهش وارد می‌شد.

در کل، تعداد ۳۴ بیمار به مطالعه وارد شدند و به دو گروه آزمون (پروتکل درمانی درماتولوژی بعلاوه مداخله گروه‌درمانی شناختی-رفتاری) و گروه کنترل (فقط پروتکل درمانی درماتولوژی) تقسیم شدند. در ابتدا افراد هر دو گروه برگه اطلاعات عمومی، سیاهه حالت-صفت، بیان خشم<sup>۲</sup>، و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران پوستی را با راهنمایی محقق تکمیل می‌کردند و نمره وسعت شدت پسوریازیس هر یک از آنها توسط دستیاران تخصصی پوست تحت نظارت متخصصان

درماتولوژی، ارزیابی و محاسبه می‌گردید. سپس هر دو گروه با تجویز متخصص پوست بمدت ۸ هفته تحت پروتکل درمان دارویی قرار می‌گرفتند. ۱۵ نفر بیماران گروه آزمون تعداد ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای «مداخله گروه‌درمانی شناختی-رفتاری برای بیماری پسوریازیس»<sup>۳</sup> را در ۵ هفته متوالی با تواتر دو روز در هفته طی کردند. پروتکل این جلسات با راهنمایی و نظارت استاد راهنمای اول این پژوهش طراحی شد و شامل یک برنامه گروه‌درمانی شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت بود که عوامل خطر قابل‌تعدیل چندگانه روانی، اجتماعی و جسمی را پیگیری می‌کرد و معطوف به کاهش استرس، اضطراب، مدیریت خشم، شناخت تیپ شخصیتی D بود و ابعاد زیستی موثر بر بیماری مانند ورزش، خواب و تاثیر غذاها بر پسوریازیس را مورد توجه قرار می‌داد. کاربرگ‌ها، بروشورها، اسلایدها، صوت‌ها، فیلم‌ها و تصاویر لازم برای اجرای جلسات بصورت حضوری ارائه می‌شد و بخشی از محتوای آموزشی بصورت مجازی نیز در اختیار افراد گروه آزمون قرار می‌گرفت.

پس از اتمام جلسات گروه‌درمانی شناختی-رفتاری، سیاهه حالت-صفت بیان خشم<sup>۲</sup>، و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران پوستی مجدداً توسط بیماران و با راهنمایی محقق تکمیل شد و نمره وسعت شدت پسوریازیس نیز توسط دستیاران تخصصی پوست و تحت نظارت متخصصان عضو هیات علمی گروه درماتولوژی ارزیابی و محاسبه گردید.

#### جامعه آماری، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

حجم نمونه با توجه به مقاله «تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر شدت بیماری و سلامت روان مبتلایان به پسوریازیس» از دکتر احمد علی‌پور، دکتر حسین زارع، دکتر سیدناصر عمادی و حسن عبدالله‌زاده (۲۴) و با استفاده از نرم‌افزار PASS، با توان ۸۰٪ و ضریب اطمینان ۹۵٪، ۱۵ نفر در هر گروه برآورد گردید که با احتمال حدود ۱۰ درصد ریزش به ۱۷ نفر افزایش یافت.

<sup>3</sup> Cognitive behavioral group intervention on psoriasis (CBGI-PSORIASIS)

<sup>1</sup> Quasi-experimental Research Method

<sup>2</sup> Convenience method

برای بررسی همبستگی بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید.

### ابزارهای پژوهش

**سیاهه حالت- صفت، بیان خشم ۲:** ابزاری که توسط اسپیلبرگر و همکارانش در سال ۱۹۸۳ برای سنجش انواع خشم معرفی شده بود، سیاهه حالت صفت خشم نام داشت که پس از بازبینی‌های متعدد (۱۹۸۶، ۱۹۸۹، ۱۹۹۵، ۱۹۹۹) اکنون با نام سیاهه حالت - صفت، بیان خشم در دسترس است. (۲۶، ۲۵) نسخه بازنگری شده سیاهه حالت- صفت، بیان خشم دارای ۵۷ عبارت است و امکان مطالعه و ارزیابی خشم را به‌عنوان یک پدیده چندوجهی فراهم می‌آورد. این آزمون به کمک ۶ مقیاس و ۵ خرده مقیاس، ارزیابی حالت خشم، صفت خشم، شیوه بیان خشم و شیوه کنترل خشم را میسر می‌دارد (۲۷). برای هنجاریابی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه حالت - صفت، بیان خشم، این سیاهه توسط اسپیلبرگر و همکاران بر روی ۱۶۴۴ نفر بزرگسال عادی و ۲۷۶ نفر بیمار روانپزشکی اجرا شد و بر مبنای داده‌های جمع‌آوری شده، میانگین، انحراف استاندارد، ضریب آلفا، رتبه‌های درصدی و نمره‌های استاندارد T برای مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌های سیاهه حالت - صفت، بیان خشم محاسبه و در راهنمای عملی آن گزارش شده است. اطلاعات خلاصه شده در راهنمای عملی آزمون نشان می‌دهد که ضرایب آلفا برای مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌های ناظر بر حالت خشم و صفت خشم برابر ۰/۸۴ یا بالاتر و برای مقیاس‌های ناظر بر بیان خشم، کنترل خشم و شاخص کلی بیان خشم برابر ۰/۷۳ یا بالاتر بوده است. بنابراین ضرایب آلفای کرونباخ به‌عنوان اندازه‌های هماهنگی درونی، عموماً برای مولفه‌های مختلف سیاهه ابراز خشم حالت - صفت رضایت‌بخش بوده و جنس و بیماری آزمودنی‌ها تاثیر معنی‌داری در ضرایب آلفا ندارد. در هیچ‌یک از مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌های حالت خشم و صفت خشم تفاوت آماری معنی‌داری بین زنان و مردان سالم مشاهده نشد (۲۵). طی

جامعه پژوهش شامل مبتلایان پسوریازیس جلدی مراجعه‌کننده به کلینیک آموزشی پوست بیمارستان امام رضا (ع) در دانشگاه علوم پزشکی مشهد بودند. نمونه‌گیری طی ماه‌های آبان و آذر ۱۳۹۸ انجام گردید و مداخلات درمان طبی از نیمه آبان ۱۳۹۸ آغاز شد و در نیمه بهمن ماه ۱۳۹۸ به پایان رسید.

از میان مجموع ۸۹ بیمار مراجعه‌کننده بعلت پسوریازیس، تعداد ۳۴ بیمار واجد شرایط ورود به پژوهش وارد شدند و در هر دوره نمونه‌گیری، بصورت تصادفی به دو گروه مساوی آزمون و کنترل تقسیم شدند. نمونه‌گیری اول بطور در دسترس و تخصیص در گروه‌ها بصورت تقسیم تصادفی بود. مجموعاً ۴ نفر بعلت دوری راه برای شرکت در جلسات، و ترک درمان بعلت عارضه دارویی، و قطع خودسرانه دارو از مطالعه خارج شدند و در نهایت، مطالعه با ۳۰ نفر به پایان رسید.

### روش تجزیه و تحلیل آماری

پس از جمع‌آوری و ورود داده‌ها به رایانه، داده‌ها با استفاده از نرم افزار IBM-SPSS v.20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی شامل شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و توزیع فراوانی استفاده شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون یک‌نمونه‌ای کولموگروف - اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت که با تایید نرمال بودن از روش‌های پارامتری مناسب مانند آزمون تی مستقل<sup>۲</sup> و تی زوجی، و در صورت نرمال نبودن از آزمون من ویتنی<sup>۱</sup> و ویلکاکسون استفاده شد. در تحلیل داده‌های با مقیاس اسمی از آزمون کای دو، و در مواردی که بیش از ۲۰ درصد فراوانی‌های مورد انتظار جداول کمتر از ۵ بوده است (کوکران) از آزمون دقیق فیشر<sup>۵</sup> استفاده شد. جهت کنترل اثر پیش از مداخله از آنالیز کوواریانس استفاده گردید. در این پژوهش سطح معنی‌داری آزمون‌ها کمتر از ۵ درصد در نظر گرفته شد.

<sup>1</sup> Kolmogorov-Smirnov

<sup>2</sup> t test

<sup>3</sup> Mann-Whitney

<sup>4</sup> Pearson Chi-Square

<sup>5</sup> Fisher's Exact Test

<sup>6</sup> State-Trait Anger Expression Inventory-II

<sup>7</sup> State - Trait Anger Inventory (STAI)

مطالعه‌ای در ایران، روایی و پایایی سیاهه حالت - صفت، بیان خشم در میان یک جمعیت دانشجویی ایرانی با نمونه ۵۷۰ نفر دختر و پسر شاغل به تحصیل در دو دانشگاه شاهد و تهران بررسی شده و نتایج حاکی از اعتبار و پایایی قابل قبول سیاهه حالت - صفت، بیان خشم در میان جمعیت مورد مطالعه بوده است (۲۷).

**پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران پوستی:** برای بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس روش‌های متعددی ارائه شده است که اگرچه طبق برخی مراجع هیچکدام به‌عنوان روش برتر ذکر نشده‌اند اما در مطالعه میز و منتر پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران پوستی بیشترین اعتبار را در سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس داشته است (۷). این پرسشنامه برای بالغان بالای ۱۶ سال طراحی شده و دارای ۱۰ سوال مربوط به یک هفته گذشته بیمار درباره علائم پوستی بیماری (خارش، ناراحتی، درد یا سوزش)، احساسات بیمار (خجالت کشیدن، دستپاچگی، عصبی شدن)، فعالیت‌های روزانه (خرید رفتن و کارهای منزل)، نوع لباس، فعالیت‌های اجتماعی، تفریحی، ورزش، کار و تحصیل، روابط بین فردی (رابطه با همسر، دوستان، خویشاوندان) می‌باشد. دامنه نمره این پرسشنامه از صفر (بدون تاثیر بر کیفیت زندگی) تا ۳۰ (تاثیر بسیار زیاد بر کیفیت زندگی) می‌باشد. روایی و پایایی نسخه فارسی استاندارد شده پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران پوستی ارزیابی شده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۷ بدست آمده است (۲۸).

**شاخص وسعت شدت پسوریازیس:** در این پژوهش برای تعیین شدت علائم بالینی بیمار از شاخص وسعت شدت پسوریازیس استفاده شد. این ابزار به‌طور گسترده برای اندازه‌گیری شدت و گستره ابتلای پوست به پسوریازیس استفاده می‌شود. شاخص وسعت شدت پسوریازیس معمولاً در مطالعات بالینی برای ارزیابی بهبود و یا پیشرفت بیماری پسوریازیس به کار می‌رود. در پرسشنامه شاخص وسعت شدت پسوریازیس امتیازدهی بر اساس درصد درگیری سطوح مختلف بدن و

همچنین میزان خارش، قرمزی، سفتی، و پوسته‌ریزی نواحی درگیر می‌باشد. در این مقیاس چهار فاکتور مختلف اندازه‌گیری می‌شود که عبارتند از ضخامت پوست، پوسته‌ریزی، اریتم (قرمزی پوست) و سطح پلاک‌های روی پوست. این فاکتورها باید در چهار قسمت بدن شامل سر، تنه، و اندام‌های فوقانی و تحتانی بیمار ثبت و اندازه‌گیری شود. در این پرسشنامه سر ۱۰ درصد از کل سطح بدن، تنه ۳۰ درصد از کل سطح بدن، اندام تحتانی ۴۰ درصد از کل سطح بدن، و اندام فوقانی ۲۰ درصد از کل سطح بدن در نظر گرفته می‌شود. دامنه نمره کلی پرسشنامه از ۰ تا ۷۲ می‌باشد. نمره صفر به‌منزله نبود بیماری و نمره ۷۲ به‌منزله حداکثر بیماری است (۲۹). برای بررسی پایایی این شاخص، در مطالعه‌ای ۲۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس از یک مرکز درمانی پسوریازیس انتخاب شدند و توسط سه ارزیاب به‌طور جداگانه، از نظر وسعت شدت علائم بیماری مورد ارزیابی قرار گرفتند که نتایج تحقیق توافق بالایی را  $ICC = 95\%$  (بین ارزیابان نشان داد (۳۰). همچنین در پژوهش فورچون و همکاران (۲۰۰۲) شدت علائم بالینی ۲۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس توسط چهار پزشک متخصص پوست به‌طور مستقل، بوسیله شاخص وسعت شدت پسوریازیس مورد ارزیابی قرار گرفت. در این تحقیق پایایی بین ارزیابان، قوی  $ICC = 95\%$  گزارش شده است (۱۰).

### نتایج

در این پژوهش ۳۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس با میانگین سنی  $51 \pm 12$  سال در دو گروه آزمون و کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. همگنی اطلاعات و شاخص‌های اولیه در دو گروه بررسی شد که نتایج آن در جداول ۱ و ۲ آمده است. طبق نتیجه در جدول ۱، آزمون تی مستقل دو گروه از نظر سن همگن هستند و اختلاف معنی‌داری ندارند ( $p=0/4$ ). طبق نتیجه آزمون کای دو و دقیق فیشر دو گروه از لحاظ متغیرهای دموگرافیک از جمله جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل و مدت بیماری همگن می‌باشند و تفاوت معنی‌داری ندارند ( $p>0/05$ ).

<sup>1</sup> dermatology life quality index (DLQI)

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار سن افراد تحت مطالعه در دو گروه

T p-value	کنترل	آزمون	گروه
	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
T=۰/۹ P=۰/۴	۴۰/۲ $\pm$ ۱۴/۷	۳۶/۱ $\pm$ ۹/۹	متغیر سن

جدول ۲- توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب متغیرهای زمینه‌ای سن، وضع تاهل، تحصیلات، و مدت بیماری در دو گروه

متغیر	گروه	آزمون	کنترل	آماره آزمون
		(%) تعداد	(%) تعداد	p-value
جنس				Chi Squire Test=۶/۲۹
مرد	۷(۴۶/۷)	۶(۴۰/۰)		p =۰/۷۳
زن	۸(۵۳/۳)	۹(۶۰/۰)		
وضعیت تأهل				Fisher's Exact Test=۰/۰۰۱
مجرد	۲(۱۳/۳)	۲(۱۳/۳)		p >۰/۹۹
متاهل	۱۳(۸۶/۷)	۱۳(۸۶/۷)		
تحصیلات				Fisher's Exact Test=۲/۹
دیپلم و پایین تر	۷(۴۶/۷)	۱۱(۷۳/۳)		p =۰/۳
فوق دیپلم و لیسانس	۶(۴۰/۰)	۲(۱۳/۳)		
بالتر از لیسانس	۲(۱۳/۳)	۲(۱۳/۳)		
مدت بیماری				Fisher's Exact Test=۲/۳
کمتر از ۵ سال	۴(۲۶/۷)	۸(۵۳/۳)		p =۰/۳
بین ۵ تا ۱۰ سال	۴(۲۶/۷)	۳(۲۰/۰)		
بیشتر از ۱۰ سال	۷(۴۶/۷)	۴(۲۶/۷)		

میانگین شاخص کیفیت زندگی در ابتدا و انتهای مطالعه از آزمون تی زوجی استفاده شد، و برای مقایسه بین گروهی هر یک از ریزمقیاس‌های یادشده و شاخص کیفیت زندگی در ابتدا و انتهای مطالعه، آزمون تی مستقل بکارگرفته شد. آنالیز کواریانس نیز برای حذف اثر تفاوت دو گروه در ابتدای مطالعه برای موارد فوق‌الذکر به کار رفت که به ترتیب به آنها می‌پردازیم.

به منظور انتخاب آزمون درست برای تحلیل داده‌ها، ابتدا باید از نرمال یا غیرنرمال بودن توزیع آماری متغیری که مورد آزمون قرار می‌گیرد اطمینان حاصل کرد که مفروضه نرمالیتی داده‌ها تایید شده است ( $P > ۰/۰۵$ ). برای همه متغیرها به جز وسعت شدت ضایعات پوستی پسوریازیس مفروضه نرمالیتی تایید شد. برای مقایسه درون گروهی میانگین زیرمقیاس‌های خشم (شامل احساس و تجربه خشم، سرکوب و درون‌ریزی خشم، کنترل بیرون‌ریزی خشم، کنترل درونی خشم) و مقایسه درون گروهی

**جدول ۳- میانگین و انحراف معیار میزان احساس و تجربه خشم در ابتدا و انتهای مطالعه در دو گروه**

T <i>p-value</i>	اختلاف	انتهای مطالعه	ابتدای مطالعه	زمان	گروه
	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین		
T=۴/۱ P=۰/۰۰۱	$4/93 \pm 4/75$	$5/33 \pm 0/89$	$10/26 \pm 4/75$	آزمون	
T=۱/۶۳ P=۰/۱۴	$5/2 \pm 2/2$	$5/11 \pm 32/66$	$4/13 \pm 52/86$	کنترل	
-	T=۱/۵ P=۰/۱۲	T=۴/۵۴ P<۰/۰۰۱	T=۲/۱ P=۰/۰۴	آزمون تی مستقل <i>p-value</i>	
	F=۱۳/۷ P=۰/۰۰۱			آنالیز کواریانس <i>p-value</i>	

احساس خشم بعد از مداخله در دو گروه اختلاف معنی داری وجود دارد ( $p < 0/001$ ). همچنین نتیجه آنالیز کواریانس با تعدیل روی مقادیر احساس خشم در ابتدای مطالعه نشان می دهد که بین میزان احساس خشم در انتهای مطالعه در گروه آزمون با گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p = 0/001$ ).

همانگونه که نتایج نشان می دهد بین میانگین احساس خشم در ابتدا و انتهای مطالعه در گروه آزمون اختلاف معنی داری وجود دارد ( $p = 0/001$ )، ولی در گروه کنترل اختلاف معنی داری وجود ندارد ( $p = 0/14$ ). دو گروه در ابتدای مطالعه از نظر میانگین احساس خشم همگن نبوده اند ( $p = 0/04$ ) و نتایج مقایسه بین گروهی با آزمون تی مستقل نشان می دهد که بین میانگین

**جدول ۴- میانگین و انحراف معیار میزان سرکوب و درون ریزی خشم در ابتدا و انتهای مطالعه در دو گروه**

T <i>p-value</i>	اختلاف	انتهای مطالعه	ابتدای مطالعه	زمان	گروه
	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین		
T=۶/۷ P<۰/۰۰۱	$6/93 \pm 3/97$	$14/80 \pm 2/78$	$21/73 \pm 3/33$	آزمون	
T=۰/۶۳ P=۰/۵۴	$3/2 \pm 0/46$	$3/23 \pm 54/86$	$4/24 \pm 23/33$	کنترل	
-	T=۴/۸۷ P<۰/۰۰۱	T=۷/۷۹ P<۰/۰۰۱	T=۱/۸ P=۰/۰۷	آزمون تی مستقل <i>p-value</i>	
	F=۵۲/۷ P<۰/۰۰۱			آنالیز کواریانس <i>p-value</i>	

معنی داری وجود دارد ( $p < 0/001$ ) ولی در گروه کنترل اختلاف معنی داری وجود ندارد ( $p = 0/54$ ). دو گروه در ابتدای

نتایج نشان داد که بین میانگین میزان سرکوب و درون ریزی خشم در ابتدا و انتهای مطالعه در گروه آزمون اختلاف



( $p < 0/001$ ). همچنین نتیجه آنالیز کواریانس با تعدیل روی مقادیر کنترل بیرون‌ریزی خشم ابتدای مطالعه نشان می‌دهد بین میزان کنترل بیرون‌ریزی خشم انتهای مطالعه در گروه آزمون با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/001$ ).

### جدول ۶- میانگین و انحراف معیار میزان کنترل درونی خشم

در ابتدا و انتهای مطالعه در دو گروه

T p-value	زمان ابتدای مطالعه			گروه
	انحراف معیار ±	انحراف معیار ±	انحراف معیار ±	
	میانگین	میانگین	میانگین	
T=۷/۹۲ P<۰/۰۰۱	۴/۹۸±۱۰/۲	۲۶/۸۰±۴/۳۷	۱۶/۶۰±۳/۸۱	آزمون
T=۰/۰۰۱ P>۰/۹۹	۵/۵۸±۱۰/۰	۵/۱۲±۰۹/۹۳	۵/۱۲±۶۸/۹۳	کنترل
-	T=۵/۳ P<۰/۰۰۱	T=۷/۹۹ P<۰/۰۰۱	T=۲/۰۹ p=۰/۰۵	آزمون تی مستقل
	F=۵۰/۳ P<۰/۰۰۱			آنالیز کواریانس p-value

نتایج آنالیز در جدول ۶ نشان می‌دهد که بین میانگین میزان کنترل درونی خشم در ابتدا و انتهای مطالعه در گروه آزمون اختلاف معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/001$ ). ولی در گروه کنترل اختلاف معنی‌داری وجود ندارد ( $p > 0/99$ ). دو گروه در ابتدای مطالعه از نظر میانگین میزان کنترل درونی خشم همگن نبوده‌اند ( $p = 0/05$ ) و نتایج مقایسه بین گروهی با آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که بین میانگین میزان کنترل درونی خشم بعد از مداخله در دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/001$ ). همچنین نتیجه آنالیز کواریانس با تعدیل روی میزان کنترل درونی خشم ابتدای مطالعه نشانگر آن است که بین میزان کنترل بیرون‌ریزی خشم انتهای مطالعه در گروه آزمون با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/001$ ).

مطالعه از نظر میانگین میزان سرکوب و درون‌ریزی خشم همگن بوده‌اند ( $p = 0/07$ ). نتایج مقایسه بین گروهی با آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین میزان سرکوب و درون‌ریزی خشم بعد از مداخله در دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/001$ ). همچنین نتیجه آنالیز کواریانس با تعدیل روی مقادیر سرکوب و درون‌ریزی خشم ابتدای مطالعه نشان داد بین میزان سرکوب و درون‌ریزی خشم انتهای مطالعه در گروه آزمون با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/001$ ).

### جدول ۵- میانگین و انحراف معیار میزان کنترل بیرون‌ریزی

خشم در ابتدا و انتهای مطالعه در دو گروه

T p-value	زمان ابتدای مطالعه			گروه
	انحراف معیار ±	انحراف معیار ±	انحراف معیار ±	
	میانگین	میانگین	میانگین	
T=۴/۱۷ P=۰/۰۰۱	۵/۷±۶/۲۰	۱۸/۰۶±۲/۰۸	۲۴/۲۶±۵/۲۳	آزمون
T=۲/۰ P=۰/۰۶۴	۲/۵۸±۱۱/۳	۳/۲۷±۲۵/۲۰	۳/۲۵±۵۶/۸۶	کنترل
-	T=۴/۶ P<۰/۰۰۱	T=۹/۷۹ P<۰/۰۰۱	T=۰/۹ P=۰/۳۳	آزمون تی مستقل p-value
	F=۸۰/۳ P<۰/۰۰۱			آنالیز کواریانس p-value

نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین میزان کنترل بیرون‌ریزی خشم در ابتدا و انتهای مطالعه در گروه آزمون اختلاف معنی‌داری وجود دارد ( $p = 0/001$ ). ولی در گروه کنترل اختلاف معنی‌داری وجود ندارد ( $p = 0/06$ ). دو گروه در ابتدای مطالعه از نظر میانگین میزان کنترل بیرون‌ریزی خشم همگن بوده‌اند ( $p = 0/33$ ) و نتایج مقایسه بین گروهی با آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که بین میانگین میزان کنترل بیرون‌ریزی خشم بعد از مداخله در دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود دارد

**جدول ۷- میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در ابتدا و انتهای مطالعه در دو گروه**

T p-value	اختلاف			زمان	گروه
	انحراف معیار ± میانگین	انتهای مطالعه انحراف معیار ± میانگین	ابتدای مطالعه انحراف معیار ± میانگین		
T=۵/۳ P<۰/۰۰۱	۷/۲۷±۱۰/۰	۴/۲۶±۲/۷۱	۱۴/۲۶±۶/۵۴	آزمون	
T=۱/۱۶ P=۰/۲۶	۲/۶۷±۰/۸	۴/۱۰±۴۶/۰۶	۵/۱۰±۱۶/۸۶	کنترل	
-	T=۴/۶ P<۰/۰۰۱	T=۴/۳ P<۰/۰۰۱	T=۱/۵ P=۰/۱۲	آزمون تی مستقل p-value	
	F=۵/۳ P<۰/۰۰۱			آنالیز کواریانس p-value	

Z=۳/۴۱ P=۰/۰۰۱	↓۳/۸(۸/۶۰)	۲/۹(۳/۹)	۷/۲(۱۱/۲)	آزمون
Z=۰/۳۲ P=۰/۷۵	↓۰/۰(۰/۰)	۵/۰(۸/۰)	۵/۰(۵/۰)	کنترل
Z=۳/۸۳ P<۰/۰۰۱	Z=۳/۸۳ P<۰/۰۰۱	Z=۰/۱۴ P=۰/۸۸	نتیجه آزمون من ویتنی	
F=۱۶/۰۳ P<۰/۰۰۱	آنالیز کواریانس p-value			

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که بین میانگین نمره کیفیت زندگی در ابتدا و انتهای مطالعه در گروه آزمون اختلاف معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0.001$ ) ولی در گروه کنترل اختلاف معنی‌داری ایجاد نشده است ( $p = 0.26$ ). دو گروه در ابتدای مطالعه از نظر میانگین نمره کیفیت زندگی همگن بوده‌اند ( $p = 0.13$ ). نتایج مقایسه بین گروهی با آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین نمره کیفیت زندگی بعد از مداخله در دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0.001$ ). همچنین نتیجه آنالیز کواریانس با تعدیل روی مقادیر نمره کیفیت زندگی ابتدای مطالعه نشانگر آن است که بین نمره کیفیت زندگی انتهای مطالعه در گروه آزمون با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0.001$ ).

باتوجه به غیرنرمال بودن توزیع این متغیر، جهت مقایسه میانه درون گروهی از آزمون ویلکاکسون استفاده شد و میانه بین گروهی این متغیر نیز با آزمون من ویتنی مقایسه گردید که در جدول ۸ نشان داده شده است:

**جدول ۸- میانه و دامنه میان چارکی وسعت شدت ضایعات**

پوستی در ابتدا و انتهای مطالعه در دو گروه			
گروه	ابتدای مطالعه	انتهای مطالعه	اختلاف
نتیجه	میان (IQR)	میان (IQR)	آزمون
ویلکاکسون	میان	میان	ویلکاکسون

نتایج جدول نشان می‌دهد که بین میانه رتبه وسعت شدت ضایعات پوستی در ابتدا و انتهای مطالعه در گروه آزمون اختلاف معنی‌داری وجود دارد ( $p = 0.001$ ) ولی در گروه کنترل اختلاف معنی‌داری وجود ندارد ( $p = 0.75$ ). دو گروه در ابتدای مطالعه از نظر میانه رتبه وسعت شدت ضایعات پوستی اختلافی نداشته و همگن بوده‌اند ( $p = 0.88$ ) و نتایج مقایسه بین گروهی با آزمون من ویتنی نشان می‌دهد که بین میانه رتبه وسعت شدت ضایعات پوستی بعد از مداخله در دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0.001$ ). همچنین نتیجه آنالیز کواریانس با تعدیل روی مقادیر وسعت شدت ضایعات پوستی ابتدای مطالعه نشان می‌دهد که بین وسعت شدت ضایعات پوستی انتهای مطالعه در گروه آزمون با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0.001$ ).

باید اشاره کنیم که کنترل برون‌ریزی خشم بدین مفهوم است که فرد برای کنترل بیان فیزیکی و کلامی خشم خود انرژی روانی زیادی مصرف می‌کند و می‌کوشد تا با پاییدن و نظارت بر خود از بروز خشم انفجاری خودداری کند در حالی که در درون آرام نشده است.

در مطالعه ما، هم کاهش معنی‌دار درون‌ریزی و سرکوب خشم، و هم افزایش معنی‌دار بیرون‌ریزی خشم در گروه آزمون رخ داده است. در حالی که در گروه کنترل، کاهش اندک و غیرمعنی‌دار سرکوب خشم در کنار کاهش غیرمعنی‌دار بیرون‌ریزی دیده می‌شود و به نظر می‌رسد گروه کنترل همچنان در کشاکش دوگانه سرکوب و بیرون‌ریزی قرار دارند.

همچنین نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که میزان کنترل درونی خشم در انتهای مطالعه در گروه کنترل افزایش بسیار ناچیزی داشته است در حالی که در گروه آزمون افزایش چشمگیر و معنی‌داری در این مقیاس رخ داده است. کنترل درونی خشم بدین مفهوم است که فرد خون‌سردی و آرامش و شکیبایی را در لحظه بروز خشم به خود القاء می‌کند. محققان این تغییر را مهم‌ترین و موثرترین عامل در بهی بخشیدن به وجوه تنی و روانی پسوریازیس قلمداد می‌کنند.

نتیجه دیگر این مطالعه نشان می‌دهد که گروه‌درمانی رفتاری‌شناختی، کیفیت زندگی را در مبتلایان پسوریازیس بطور معنی‌داری افزایش داده در حالی که در گروه کنترل افزایش بسیار ناچیز و غیرمعنی‌داری در کیفیت زندگی رخ داده است، همچنین مقایسه نتایج دو گروه در انتهای مطالعه نیز حاکی از بهبود معنی‌دار کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل می‌باشد.

فرید حسینی و همکاران در پژوهشی بر روی هشت بیمار مبتلا به پسوریازیس نشان دادند که گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری موجب بهبود کیفیت زندگی آنان براساس شاخص کیفیت زندگی بیماران پوستی شده است (۳۱). همچنین یافته ما با یافته‌های پژوهش فتحی و همکاران درباره اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی‌رفتاری بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به پسوریازیس شهر اهواز همسویی دارد (۳۲). باندی و همکاران نیز در اولین

براساس نتایج بدست آمده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون در بین کل افراد جامعه پژوهش همبستگی مستقیم و معنی‌داری بین تغییرات سرکوب و درون‌ریزی خشم با تغییرات وسعت شدت ضایعات پوستی مشاهده شد اما در گروه مداخله این همبستگی از نظر آماری معنی‌دار نبود. همچنین براساس نتایج بدست آمده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون در بین کل افراد جامعه پژوهش همبستگی معکوس و معنی‌داری بین کنترل درونی خشم با وسعت شدت ضایعات پوستی وجود دارد اما در گروه آزمون این همبستگی از نظر آماری معنی‌دار نبود. نتایج این آزمون‌ها در جدول ۹ نشان داده شده است:

#### جدول ۹- ضریب همبستگی سرکوب و درون‌ریزی خشم، و

کنترل درونی خشم با وسعت شدت ضایعات پوستی

تغییرات وسعت شدت ضایعات پوستی		
گروه آزمون	کل افراد	
r=0.43 p=0.1	r=0.58 p=0.003	تغییرات سرکوب و درون‌ریزی خشم
r=-0.2 p=0.5	r=-0.57 p=0.003	تغییرات کنترل درونی خشم

#### بحث و نتیجه گیری

برپایه نتایج مطالعه ما، پس از مداخله روانشناختی به روش گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری، احساس و تجربه خشم، میزان سرکوب و درون‌ریزی خشم، و کنترل بیرون‌ریزی خشم به طور معنی‌داری کاهش یافته در حالی که کنترل درونی خشم به طور معنی‌داری افزایش یافته است.

توضیح آنکه وجه «سرکوب و درون‌ریزی خشم» با وجه «کنترل برون‌ریزی خشم» ارتباطی مستقیم دارد یعنی اگر سرکوب و درون‌ریزی کاهش یابد انتظار می‌رود که کنترل برون‌ریزی خشم نیز کمتر شود و در واقع بیرون‌ریزی خشم افزایش پیدا کند که البته نحوه بیرون‌ریزی می‌تواند تکانه‌ای، آسیب‌زا و خشونت‌بار باشد یا آنکه به صورتی مقتدرانه و سنجیده بروز کند.

به گمان محققان می‌تواند ناشی از نقصان تعامل مستقیم و چهره به چهره درمانگر با درمانجو باشد.

محققان بر این رای بوده‌اند که بهبود بیرون‌ریزی، افزایش کنترل درونی، کاهش سرکوب خشم، و کاهش کنترل بیرون‌ریزی خشم با تاثیر بر محور روانی-عصبی-ایمنی شناختی می‌تواند موجب کاهش وسعت شدت ضایعات پوستی در بیماران مبتلا به پسوریازیس گردد. گرچه مطالعه ما به بررسی عوامل زیستی در این محور نپرداخته است اما بنا به استنباط از شواهد، می‌توان بخشی از فرآیند بهبود علایم بالینی را به بهبود وضعیت روانشناختی بیماران نسبت داد.

ذکر این نکته ضروری است که از این نتایج نمی‌توان استنباط کرد که درمان طبی بر روی کاهش علایم بالینی از جمله وسعت و شدت پسوریازیس اثربخش نیست. در حین این مطالعه دو تن از بیماران گروه کنترل دچار شعله‌وری بیماری شدند که موجب افزایش چشمگیر شاخص وسعت شدت پسوریازیس در آنها گردید و میانه رتبه این شاخص را در گروه کنترل تغییر داد درحالی که سایر افراد گروه درجاتی از بهبود را نشان داده بودند. البته این مساله نیز حاکی از آن است که توجه به متغیرهای روانشناختی و بین‌فردی در حین درمان پسوریازیس تا چه اندازه می‌تواند به ارتقاء پاسخ درمانی طب رایج کمک کند. همچنین نتایج حاصل در این مطالعه، همبستگی مستقیم و معنی‌داری بین تغییرات سرکوب و درون‌ریزی خشم با تغییرات وسعت شدت ضایعات پوستی در کل آزمودنی‌ها شامل گروه کنترل و گروه آزمون نشان می‌دهد اما همبستگی میان این تغییرات در گروه آزمون از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. این یافته نشان می‌دهد که با افزایش سرکوب خشم، وسعت شدت ضایعات پسوریاتیک نیز بیشتر می‌گردد و برعکس با کاهش سرکوب و درون‌ریزی خشم وسعت شدت ضایعات پسوریاتیک کمتر می‌شود. از سوی دیگر یافته‌های ما همبستگی معکوس و معنی‌داری بین تغییرات کنترل درونی خشم با تغییرات وسعت شدت ضایعات پوستی در کل آزمودنی‌ها شامل گروه کنترل و گروه آزمون نشان می‌دهد اما همبستگی میان این تغییرات در گروه آزمون از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. مفهوم این یافته

مداخله درمان شناختی-رفتاری بصورت آنلاین در انگلستان به مدت شش هفته بر روی ۸۵ بیمار مبتلا به پسوریازیس، بهبود معنی‌داری را در نمرات کیفیت زندگی بیماران پوستی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل گزارش دادند (۳۳).

دستاورد دیگر این پژوهش کاهش معنی‌دار شاخص وسعت شدت ضایعات پوستی در بیماران مبتلا به پسوریازیس در گروه آزمون است در حالی که در گروه کنترل اختلافی از ابتدا تا انتهای مطالعه یافته نشده است. همچنین مقایسه نتایج دو گروه در انتهای مطالعه حاکی از کاهش معنی‌دار وسعت شدت ضایعات پوستی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل می‌باشد. این یافته نیز با یافته‌های پژوهش فتحی و همکاران درباره اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر علائم بالینی براساس پرسشنامه خوداظهاری وسعت شدت پسوریازیس در زنان مبتلا به پسوریازیس شهر اهواز همسویی دارد (۳۲). همچنین این نتیجه، با یافته‌های تحقیق فورچون و همکاران، سنگ<sup>۱</sup> و همکاران، و پرایس<sup>۲</sup> و همکاران نیز همخوان است (۳۴-۳۶). یی‌شیائو و همکاران نیز در نخستین متاآنالیز گسترده بر روی مطالعات بالینی اثربخشی مداخلات روانشناختی گوناگون (شامل درمان‌های شناختی-رفتاری) بر روی بیماران پسوریازیس، نتیجه گرفته‌اند که درمان شناختی-رفتاری بر روی کاهش وسعت شدت پسوریازیس موثر است و این اثربخشی در بیماران مبتلا به پسوریازیس متوسط تا شدید، قوی‌تر می‌باشد (۲۳).

اما بنا به مطالعه علیپور و همکاران در بررسی تاثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر علایم جسمانی پسوریازیس، این روش طی ۱۲ جلسه بر روی ده بیمار، بر بهبود وسعت شدت، و میزان خارش ضایعات جلدی پسوریازیس تأثیری نداشته است (۲۴) که می‌تواند ناشی از تفاوت پروتکل‌ها، شیوه تعامل درمانگر-درمانجو، تفاوت حجم نمونه و عوامل دیگر باشد. همچنین در مطالعه بوندی و همکاران بر روی بیماران مبتلا به پسوریازیس مداخله شناختی-رفتاری غیرحضوری (آنلاین) بر میانگین شدت پسوریازیس نسبت به گروه کنترل تأثیری نداشته است (۳۳) که

<sup>1</sup> Seng

<sup>2</sup> Price

این است که هرچه کنترل درونی خشم بیشتر شود وسعت شدت ضایعات پسوریاتیک کمتر می‌گردد و برعکس با کاهش کنترل درونی خشم وسعت شدت ضایعات پسوریاتیک بیشتر می‌شود. محققان درباره همبستگی متغیرهای یادشده به مطالعه دیگری دست نیافتند تا بتوانند همسویی یا ناهمسویی آنها را با یافته‌های این پژوهش بررسی کنند.

#### سازوکارهای اثر گروه‌درمانی شناختی رفتاری

در طی جلسات اجرای پروتکل گروه‌درمانی شناختی رفتاری برای بیماران مبتلا به پسوریازیس، نگرش بیماران درباره نقش هیجان‌ات منفی بر بدن در چرخه فکر - هیجان - رفتار گسترش یافت و با برنامه مدیریت استرس و مدیریت خشم و با استفاده از راهبردهای شناختی، افکار غیرمنطقی و ناکارآمد برانگیزاننده اضطراب و خشم شناسایی شدند و بیماران نسبت به نقش این افکار آگاهی یافتند و با مشارکت درمانگر و با استفاده از تکنیک‌های شناختی سعی شد که افکار منطقی جایگزین افکار غیرمنطقی و تحریف شده گردد.

با توجه به اینکه ضایعات پوستی پسوریازیس غالباً با نازیایی همراه‌اند، اغلب این بیماران دارای تحریفات شناختی متعددی بودند که فعال شدن آنها با کاهش سلامت روان، کیفیت زندگی و احساس استرس ارتباط داشت. افکار غیرمنطقی و ناسازگارانه و تحریفات شناختی (مانند اینها: دوستانم بخاطر پسوریازیس مرا دوست ندارند/ هیچ راه درمانی برای من وجود ندارد/ نگاه دیگران چندان آزار است/ دیگران فکر می‌کنند این بیماری از رعایت نکردن بهداشت ایجاد می‌شود/ بیماری من روز به روز بدتر خواهد شد/ تا آخر عمر فقط باید بیماری را سرکوب و کنترل کنم/ من اصلاً امکان ازدواج ندارم/ بیماری حتماً به فرزندم انتقال می‌یابد/ اصلاً امکان ورزش و تفریح ندارم/ همیشه باید لباسهای پوشیده بپوشم) برانگیزنده هیجان‌ات منفی هستند و تاثیر منفی نیز بر سلامت دستگاه ایمنی می‌گذارند.

تغییر فرآیندهای فکری در پی بازسازی شناختی، پریشانی روانشناختی را کاهش می‌دهد و در نهایت به ارتقاء سلامت

روان، کیفیت زندگی و بهبود ضایعات پوستی منجر می‌گردد. قرار گرفتن در چنین شرایطی برای بیماران استرس‌زا و خشم‌برانگیز بود و بعلاوه راهبردهای مقابله‌ای آنان نیز غالباً ناکارآمد اظهار می‌شد. بیماران به واسطه آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای، با انواع شیوه‌های مقابله ناکارآمد و کارآمد آشنا شده و نسبت به شیوه‌های قدیمی‌تر مقابله و شاید ناکارآمد خود بینش جدیدی پیدا می‌کردند. این مقابله مؤثر با موقعیت‌های خشم‌برانگیز و استرس‌زا باعث افزایش احساس کارآیی و عزت نفس می‌شود. آموزش سبک‌های ارتباطی صحیح مانند سبک جرأت‌ورزانه و ابراز وجود و آموزش مهارت‌های ارتباطی مفید نظیر هنر گوش دادن و نه گفتن به این بیماران، میزان روابط اجتماعی مطلوب آنها را افزایش می‌دهد و این بیماران بهتر می‌توانند بر هراس و شرم از انگ بیماری غلبه کنند و به ارتباط با دیگران پردازند که نتیجه آن افزایش میزان حمایت اجتماعی، و بهبود کیفیت زندگی این بیماران بوده است.

همچنین می‌توان راهبردهای رفتاری از جمله تن‌آرامی را در کاهش هیجان‌های منفی این بیماران مؤثر دانست. فرد با آموختن فن آرمیدگی مؤثر می‌تواند نشانه‌های جسمانی استرس و خشم را تشخیص دهد و با تمرین آگاهانه فن تن‌آرامی می‌تواند علائم جسمانی استرس را کاهش دهد. فنون تن‌آرامی و تصویرسازی مثبت هدایت شده نه تنها باعث تغییرات مثبت جسمانی می‌گردند، بلکه با کاستن از اغتشاش فکری، ذهن را آرام می‌کنند بنابراین تمرین‌های تن‌آرامی با ایجاد تغییرات فیزیولوژیک و روانشناختی در بیماران، استرس را کاهش می‌دهند که به نوبه خود با تاثیرگذاری بر فرآیندهای سیستم ایمنی، محور هیپوتالاموس هیپوفیز - آدرنال، و نوروپپتیدها - که در تشدید علائم بالینی پسوریازیس فعال هستند - می‌توانند علائم بالینی پسوریازیس را نیز کاهش دهند. همچنین کاهش استرس می‌تواند بطور غیرمستقیم پاسخ به درمان طبی را بهبود دهد و بجز کمک به اثربخشی بیشتر دارو، احتمالاً عوارض آن را نیز کمتر کند. بنابراین بخشی از اثرات مثبت در گروه آزمون می‌تواند به پذیرش بهتر درمان طبی مربوط باشد.

یکی از دستاوردهای چشمگیر در جلسات گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری، ایجاد روحیه مثبت‌اندیشی و امیدواری است که وقتی نشانه‌های یکی از بیماران بخصوص افراد مقاوم به درمان کاهش می‌یابد همه افراد به بهبود خود و دیگر اعضای گروه امیدوارتر می‌شوند. موقعیت‌های گروهی به درمانجویان اجازه می‌دهند هنگام آموختن مهارت‌های اجتماعی بازخوردهای زیادی از دیگران درباره تغییر رفتارشان دریافت کنند. در یک گروه افراد گوناگونی در موقعیتی مشابه گرد هم می‌آیند که هنگام بارش مغزی می‌توان از تجارب و افکار آنها برای کشف راه حل‌های متنوع برای مشکلات هریک از افراد گروه بهره برد. گاهی افراد گروه تمرین‌ها و تکالیفی برای انجام در خانه به یکدیگر پیشنهاد می‌کنند که ممکن است درمانگر یا شخص مراجع به آن فکر نکرده باشد. گروه‌ها فضا و امکانی برای یادگیری تعاملی فراهم می‌کنند و درمانجویان در این فرصت می‌توانند رفتارهای سازش‌یافته‌ای را به یکدیگر سرمشوقدهی کنند و از تجارب یکدیگر درس بگیرند. از این رو، درمان گروهی فرصتی برای دریافت حمایت از افراد هم‌گروهی فراهم می‌کند که در درمانهای فردی به‌سادگی امکان‌پذیر نیست. عضوی از گروه بودن به مراجعان یادآور می‌شود که آنها در مشکلاتشان تنها نیستند. درمانجویان برای حمایت‌ها و الهام‌هایی که از دیگر افراد گروه دریافت می‌کنند ارزش زیادی قائل می‌شوند. حمایت‌شدن توسط درمانگر نیز اهمیت زیادی دارد اما حمایت‌شدن توسط افراد دیگری که مشکلی مشابه با اختلال فرد دارند، جنبه منحصر به فرد درمان گروهی است. می‌توان اظهار داشت که جلسات اجرای پروتکل گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری برای بیماران مبتلا به پسوریازیس به‌واسطه تغییر منطقی خطاهای شناختی، تنظیم چرخه فکر - هیجان - رفتار، مدیریت استرس و مدیریت خشم از طریق راهکارهایی مانند تغییر باورهای ناکارآمد منفی، جایگزینی خودگویی‌های مثبت بجای خودگویی‌های منفی، پذیرش مسوولیت در حد توان و محول کردن برخی مسوولیت‌ها به دیگران، اولویت‌بندی کارها و حذف مشغله‌های زائد، مهارت نه گفتن، آموزش ابراز وجود قاطعانه، بهره بردن از حمایت اجتماعی، آموزش سبکهای مقابله‌ای

کارآمد، توقف فکر، تکنیک‌ها و راهبردهای فنون آرمیدگی، ورزش، و .... به بهبود بیماران در وجوه طبی و روانی و اجتماعی منجر شده است. بویژه باید تاکید کنیم که این شیوه درمان به افزایش کنترل درونی خشم، بهبود بیان و برون‌ریزی خشم، کاهش کنترل بیرون‌ریزی خشم، و کاهش سرکوب و درون‌ریزی خشم بطور چشمگیر کمک کرده است که ما آن را در نیل به دستاوردهای روانشناختی و طبی این مطالعه بسیار مهم تلقی می‌کنیم.

محققان با توجه به یافته‌های این مطالعه نتیجه می‌گیرند که گروه‌درمانی شناختی رفتاری می‌تواند هم به بهبود کیفیت زندگی، و هم به کاهش علائم بالینی بیماران مبتلا به پسوریازیس بطور معنی‌دار کمک کند. این شیوه درمان همچنین به افزایش کنترل درونی خشم، بهبود بیان و برون‌ریزی خشم، کاهش کنترل بیرون‌ریزی خشم، و کاهش سرکوب و درون‌ریزی خشم بطور چشمگیر کمک می‌کند. کشف رابطه همبستگی معکوس میان تغییرات کنترل درونی با تغییرات وسعت شدت علائم بالینی، و همبستگی مستقیم میان تغییرات سرکوب و درون‌ریزی خشم با تغییرات وسعت شدت ضایعات پوستی می‌تواند سرآغازی برای مطالعات گسترده‌تر در تعامل روان-پوست باشد و در مطالعات سایکودرما‌تولوژی مورد توجه قرار گیرد. محققان در پایان این مطالعه می‌توانند اظهار کنند که گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری در بهبود جسمی و روانی و اجتماعی بیماران مبتلا به پسوریازیس بسیار سودمند است و تلفیق آن با پروتکل‌های طبی جامع مراقبت و درمان، در بهبود بیماران اثربخش است.

### تشکر و قدردانی

نگارندگان این مقاله قدرشناس همکاری و کوشش مدیریت گروه روانشناسی سلامت، معاونت پژوهشی، معاونت آموزشی و پرسنل دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، معاونت پژوهشی و فناوری، معاونت آموزشی، و حراست معاونت‌های مذکور در دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مدیر گروه، متخصصان و دستیاران درماتولوژی و پرسنل محترم بیمارستان امام رضا (ع)، ریاست دانشکده طب ایرانی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی مشهد،

پسوریازیس برای کمک به پیشبرد دانایی و بینش ما درباره پیوند ذهن و بدن و هموارتر شدن راه درمان بهتر بسیار سپاسگزار می‌باشند.

مدیریت و پرسنل کلینیک طب ایرانی واقع در بیمارستان امام رضا (ع)، و پرسنل پوست ۶۰۶ واقع در بیمارستان امام رضا (ع) می‌باشند و همچنین از همیاران ارجمند مبتلا به

## References

1. Gupta MA, Gupta AK. Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the dermatology patient. *Clinics in dermatology*. 2013 Jan 1;31(1):72-9.
2. Jafferany M. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. Primary care companion to the *Journal of clinical psychiatry*. 2007;9(3):203.
3. Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, Van Voorhees AS, Leonardi CL, Gordon KB, Lebwohl M, Koo JY, Elmets CA, Korman NJ, Beutner KR. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 1. Overview of psoriasis and guidelines of care for the treatment of psoriasis with biologics. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2008 May 1;58(5):826-50.
4. Dreyer LN, Brown GC. Oral manifestations of psoriasis. *The New York state dental journal*. 2012;p14-18.
5. Langley RG, Paller AS, Hebert AA, Creamer K, Weng HH, Jahreis A, Globe D, Patel V, Orlov SJ. Patient-reported outcomes in pediatric patients with psoriasis undergoing etanercept treatment: 12-week results from a phase III randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2011 Jan 1;64(1):64-70.
6. Fry L. *An Atlas of Psoriasis*. New jersey: USA the Parthenon publishing group Inc; 1997, 1-32.
7. Mease PJ, Menter MA. Quality-of-life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: outcome measures and therapies from a dermatological perspective. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2006 Apr 1;54(4):685-704.
8. Barrea L, Nappi F, Di Somma C, Savanelli MC, Falco A, Balato A, Balato N, Savastano S. Environmental risk factors in psoriasis: the point of view of the nutritionist. *International journal of environmental research and public health*. 2016 Jul;13(7):743.
9. Kotrulja L, Tadinac M, Jokić-Begić N, Gregurek R. A multivariate analysis of clinical severity, psychological distress and psychopathological traits in psoriatic patients. *Acta dermato-venereologica*. 2010 May 1;90(3):251-6.
10. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE, Main CJ. Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *British Journal of Clinical Psychology*. 2002 Jun;41(2):157-74.
11. Farber EM, Nall L. The natural history of psoriasis in 5,600 patients. *Dermatology*. 1974;148(1):1-8.
12. Picardi A, Abeni D. Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2001;70(3):118-36.
13. Koo JY, Lee CS. General approach to evaluating psychodermatological disorders. Koo JYM, Lee CS eds *Psychocutaneous Medicine*.
14. Wahl A, Loge JH, Wiklund I, Hanestad BR. The burden of psoriasis: a study concerning health-related quality of life among Norwegian adult patients with psoriasis compared with general population norms. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2000 Nov 1;43(5):803-8.
15. Weiss SC, Kimball AB, Liewehr DJ, Blauvelt A, Turner ML, Emanuel EJ. Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2002 Oct 1;47(4):512-8.
16. Dinulos J. Psoriasis and other papulosquamous diseases. In: Habif T, Chapman M. Sh, Zug K. *Skin Disease: Diagnosis and Treatment*. 4<sup>th</sup> ed. Elsevier, USA: 2017; 120-9.
17. Jankowiak B, Kowalewska B, Krajewska-Kułak E, Khvorik DF. Stigmatization and quality of life in patients with psoriasis. *Dermatology and therapy*. 2020 Apr;10(2):285-96.

18. Basińska MA, Woźniewicz A. The relation between type D personality and the clinical condition of patients suffering from psoriasis. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*. 2013 Dec;30(6):381.
19. Van de Kerkhof PC, editor. *Textbook of psoriasis*. John Wiley & Sons; 2nd ed. 2003.
20. Mommersteeg PM, Herr R, Bosch J, Fischer JE, Loerbroks A. Type D personality and metabolic syndrome in a 7-year prospective occupational cohort. *Journal of psychosomatic research*. 2011 Nov 1;71(5):357-63.
21. Gupta MA, Gupta AK, Watteel GN. Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychologic morbidity: an index of the stigma experience in dermatologic disorders. *Cutis*. 1998 Jun 1;61(6):339-42.
22. Langley RG, Krueger GG, Griffiths CE. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Annals of the rheumatic diseases*. 2005 Mar 1;64(suppl 2):ii18-23.
23. Xiao Y, Zhang X, Luo D, Kuang Y, Zhu W, Chen X, Shen M. The efficacy of psychological interventions on psoriasis treatment: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychology research and behavior management*. 2019;12:97.
24. Alipour A, Zare H, Naser Emadi S, Abdollahzade H. The impact of group cognitive behavioral therapy on the disease severity and mental health of psoriasis patients. *Dermatology & Cosmetic*. 2013 Dec 1;4(4).
25. Spielberger CD. *Staxi-2: state-trait anger expression inventory-2; professional manual*. PAR, Psychological Assessment Resources; 1999.
26. Khodayarifard M, GHolamali lavasani M, Akbari Zardkhaneh S, Liaghat S. Psychometric properties of spielbergers state-trait anger expression inventory-2 among of Iranian students. *Journal of rehabilitation*. 2010;11(41):47-56.
27. Asghari MA, Hakimirad E, Rezazadeh T. A preliminary validation of the psychometric characteristics of state and trait anger expression inventory-2 (STAXI-2) in a sample of university students. 2008 [April; 15 \(28\)](#): 21-34.
28. Aghaei S, Sodaifi M, Jafari P, Mazharinia N, Finlay AY. DLQI scores in vitiligo: reliability and validity of the Persian version. *BMC dermatology*. 2004 Dec;4(1):1-5.
29. Louden BA, Pearce DJ, Lang W, Feldman SR. A Simplified Psoriasis Area Severity Index (SPASI) for rating psoriasis severity in clinic patients. *Dermatology online journal*. 2004;10(2).
30. Faria JR, Araújo AR, Jimenez LM, Silva OH, Avelleira JC. Inter-rater concordance study of the PASI (Psoriasis Area and Severity Index). *Anais brasileiros de dermatologia*. 2010;85:625-9.
31. Faridhosseini F. Effectiveness of cognitive-behavioral stress management on anxiety, depression and quality of life in patients with psoriasis. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2016;59(5):337-44.
32. Fathi K, Mehrabizade Honarmand M, Zargar Y, Davoodi I, Shahba N. The Effect of Cognitive-Behavioral Stress Management on Illness Perceptions, Quality of Life, General Health and Clinical Symptoms of Women with Psoriasis. *Journal of Psychological Achievements*. 2013 Dec 22;20(2):193-216.
33. Bundy C, Pinder B, Bucci S, Reeves D, Griffiths CE, Tarrier N. A novel, web-based, psychological intervention for people with psoriasis: the electronic Targeted Intervention for Psoriasis (eTIPs) study. *British Journal of Dermatology*. 2013 Aug;169(2):329-36.
34. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, Bowcock S, Main CJ, Griffiths CE. A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *British Journal of Dermatology*. 2002 Mar;146(3):458-65.
35. Seng TK, Nee TS. Group therapy: a useful and supportive treatment for psoriasis patients. *International journal of dermatology*. 1997 Feb;36(2):110-2.
36. Price ML, Mottahedin I, Mayo PR. Can psychotherapy help patients with psoriasis?. *Clinical and Experimental Dermatology*. 1991 Mar;16(2):114-7.



*Original Article***The effect of cognitive behavioral group therapy on experienc, expression, and control of anger, quality of life, and severity of psoriasis**

Received: 16/10/2021 - Accepted: 20/01/2022

Nazanin Zeinab JaberZadeh<sup>1</sup>  
 Mohammad Hossien Bayazi\*<sup>2</sup>  
 Vahid Mashayekhi goyonlo<sup>3</sup>  
 Majid Anushiravani<sup>4</sup>  
 Monavar Afzal Aghaei<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Ph.D. student of health psychology,  
 Department of psychology, Torbat-e  
 Jam Branch, Islamic Azad University,  
 Torbat-e Jam, Iran

<sup>2</sup>Assistant professor of health  
 psychology department, Department of  
 psychology, Torbat-e Jam Branch,  
 Islamic Azad University, Torbat-e Jam,  
 Iran

<sup>3</sup>Associate professor of Dermatology,  
 Department of psychology, Torbat-e  
 Jam Branch, Islamic Azad University,  
 Torbat-e Jam, Iran

<sup>4</sup>Assistant professor, Department of  
 Persian medicine, school of Persian  
 and complementary medicine,  
 Mashhad University of Medical  
 Sciences, Mashhad, Iran

<sup>5</sup>Associate professor, Biostatistics and  
 Epidemiology Department, School of  
 health, Mashhad University of Medical  
 Sciences, Mashhad, Iran

Email: ayazi123@gmail.com

**Abstract**

**Introduction:** Numerous studies have emphasized on the psychosomatic origin of psoriasis and shown that the inhibition of negative emotions can be considered as important primary causes or accelerator factors in its course. Our study conducted with a psychodermatologic approach to investigate the effects of Cognitive Behavioral Group therapy (CBGT) on anger aspects, clinical manifestations, and quality of life in patients suffering from psoriasis, and to find the relation of the changes of inner anger control and anger suppression with the changes of clinical manifestations.

**Materials and Methods:** This quasi-experimental research was performed during October 2019 to February 2020 on 30 patients involved in cutaneous psoriasis in Mashhad. After obtaining informed consent, the patients divided into control and trial groups by randomized allocation. The State-Trait Anger Expression Inventory II (STAXI-II), dermatology life quality index (DLQI), and Psoriasis Area Severity Index (PASI) were assessed for both groups at the beginning of study. The patients in both groups received classic medication by dermatologist prescription for 8 weeks, and 10 sessions of 90 minutes CBGT were performed just for 15 patients in the trial group. At the end of the study, STAXI-II, DLQI, and PASI were assessed again and the data were analysed.

**Results:** According to the results of this study, CBGT could significantly decrease the Feeling Angry, Anger Expression-In, and Anger Control-Out, and could meaningfully increase the Anger Control-In, improve the quality of life, and decrees the PASI Score in patients with psoriasis in comparison to the control group. Also a positive correlation was found between the changes of Anger Expression-In with changes in PASI Score, and a negative correlation was found between the changes of Anger Control-In with changes in PASI Score in all the participants.

**Conclusion:** These findings points out to the major effects of mind-body concerns in treatment of psoriatic patients and shows that the CBGT is an effective method to improve their psychological, physical and social health.

**Key words:** Psychodermatology, Cognitive Behavioral Group Therapy, Psoriasis, Anger.