

بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به آلوپسی آرناتا

The Effect of Cognitive- Behavioral Stress Management Therapy on Depression and Anxiety of Females with Alopecia Areata

تاریخ پذیرش: ۸۸/۸/۱۹

تاریخ دریافت: ۸۸/۶/۱۰

Dehghani, F.*M.A., Neshat-Doust, H.T. Ph.D.,
Molavi, H. Ph.D., Nilforoushzadeh, M.A. M.D.

فهیمة دهقانی*، حمید طاهر نشاط دوست**،
حسین مولوی**، محمد علی نیلفروش زاده***

Abstract

Introduction: Prevalence of psychological disorders in patients with skin disorders was confirmed in various researches. Alopecia areata is a kind of chronic loss of hair. The purpose of this study was to consider the effectiveness of cognitive-behavioral stress management therapy on the anxiety and depression of female patients with alopecia areata.

Method: This research was an experimental study including pre-test, post-test and control group which has been carried out in Isfahan Skin Disease and Leishmaniasis Research Centre. The sample consisted of 24 alopecia areata patients diagnosed by specialists. The questionnaire was consisted of the anxiety and depression subscales of SCL-90-R which were completed by subjects before and after intervention. Cognitive-behavioral stress management therapy was carried out on the experimental group in 8 sessions over a period of two months. The data were analyzed using covariance analysis.

Results: The results of this research showed that the means of anxiety and depression in experimental group has reduced significantly in comparison with the control group.

Conclusion: According to the research findings, cognitive-behavioral stress management therapy is effective in decreasing anxiety and depression in patients with alopecia areata.

Keywords: Alopecia Areata, Cognitive-Behavioral Stress Management Therapy, Anxiety, Depression.

چکیده

مقدمه: شیوع اختلالات روانی در بیماران مبتلا به بیماریهای پوستی در تحقیقات متعددی تأیید شده است. آلوپسی آرناتا نوعی ریزش موی مزمن است. هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر اضطراب و افسردگی بیماران زن مبتلا به آلوپسی آرناتا بود.

روش: این پژوهش مطالعه‌ای تجربی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه گواه بود که در مرکز تحقیقات پوست و سالک شهر اصفهان انجام گرفت. نمونه شامل ۲۴ بیمار مبتلا به آلوپسی آرناتا با تشخیص پزشک متخصص بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها زیرمقیاس‌های اضطراب و افسردگی آزمون SCL-90-R بود که قبل و بعد از مداخله توسط افراد تکمیل گردید. درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس طی هشت جلسه و به مدت دو ماه بر روی گروه آزمایش انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین نمرات اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش به‌طور معناداری نسبت به گروه گواه کاهش پیدا کرده است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش، درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس در کاهش اضطراب و افسردگی مبتلایان به آلوپسی آرناتا مؤثر است. **واژه‌های کلیدی:** آلوپسی آرناتا، درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس، اضطراب، افسردگی.

مقدمه

شناختی بسیار مهمی باشد [۵، ۶، ۷]. آلوپسی آرئاتا نوعی ریزش موی غیر قابل پیش بینی، معمولاً موضعی و بدون به جای گذاشتن آشکار است و هر سطح حاوی مو ممکن است تحت تأثیر قرار گیرد. علایم بالینی از نقاط کوچکی که به سختی دیده می‌شوند و اغلب خود بخود برمی‌گردند تا فرم‌های طولانی مدت از ریزش موی کامل (آلویسی توتالیس) که همچنین می‌تواند کل بدن (آلویسی یونیورسالیس) را تحت تأثیر قرار دهد، متفاوت است [۸، ۹].

شانس ابتلا به بیماری آلویسی آرئاتا در طول زندگی ۱/۷ درصد است [۱۰] و در حدود ۲ درصد از مراجعین سرپایی جدید پوست را در کشورهای صنعتی تشکیل می‌دهند [۱۱]. زنان و مردان با هر نژادی به طور یکسان تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرند [۱۲]. پیشرفت این بیماری از شخصی تا شخص دیگر متفاوت است و راهی برای پیش بینی کردن آنچه اتفاق خواهد افتاد، وجود ندارد. در بعضی از افراد تعداد کمی از مناطق بدون مو گسترش می‌یابد و موها در حدود ۱ سال بعد رشد خواهد کرد و هرگز دیگر نمی‌ریزد. اما در افراد دیگر ممکن است تعداد زیادی از مناطق بدون مو گسترش یابد و رشد مجدد آن بارها و بارها و برای سالهای طولانی اتفاق بیفتد [۱۳].

سبب‌شناسی آلویسی آرئاتا به طور کامل شناخته نشده است اما این اختلال، یک بیماری خود ایمنی است که از ترکیب ژنتیک و فاکتورهای محیطی ناشی می‌شود. یکی از فاکتورهای محیطی که دارای بیشترین فراوانی در راه اندازی آلویسی آرئاتا است، استرس‌های روانشناختی می‌باشد [۱۴].

نقش عوامل روانشناختی در سبب شناسی آلویسی آرئاتا مدت طولانی مورد تردید بوده است. اگرچه نتایج تعدادی از مطالعات در این مورد منفی بوده، اما تأثیر عوامل روانی در گسترش، تحول و کنترل درمانی آلویسی آرئاتا به خوبی به تأیید رسیده است. در واقع

شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد مدت و شاید حتی وقوع بیماری‌ها می‌تواند تحت تأثیر حالت‌های روانی مبتلایان به آنها قرار گیرد. حوزه‌ای که به بررسی این اختلال‌ها می‌پردازد، در مرز بین روانشناسی و پزشکی قرار دارد و روانشناسی سلامت نامیده می‌شود [۱]. به نظر می‌رسد که بیماری‌های پوستی بیش از هر بیماری دیگر توسط عوامل عاطفی تحت تأثیر قرار می‌گیرند و بیشتر متخصصین پوست با بیمارانی روبرو می‌شوند که از ارتباط بین وجود آمدن بیماریشان و حوادث استرس‌زای زندگی صحبت می‌کنند. شروع و پیشرفت بیماری‌های پوستی ممکن است به‌طور معناداری توسط استرس، آشفتگی‌های عاطفی و اختلالات روانپزشکی تحت تأثیر قرار گیرد [۲].

اختلالات سایکودرما تولوژی^۱، شامل بیماری‌های پوستی-که به وسیله فاکتورهای روانشناختی تحت تأثیر قرار می‌گیرند- و یا بیماری‌های روانپزشکی-که در آن پوست آماج اختلالات تفکر، رفتار یا ادراک است- می‌باشد [۳].

طبق رایج‌ترین طبقه‌بندی، اختلالات سایکودرما تولوژی در سه طبقه زیر قرار می‌گیرند:

۱- اختلالات روان تنی (روانی- فیزیولوژی)

۲- اختلالات روانپزشکی اولیه

۳- اختلالات روانپزشکی ثانویه [۴]

گروهی از اختلالات پوستی، اختلالات روان تنی هستند که مستقیماً توسط عوامل روانی بوجود نمی‌آیند، اما توسط استرس‌های عاطفی، شدیدتر می‌شوند [۵]. در بیماران با اختلالات پوستی مثل کهیر^۲، اگزما^۳، پسوریازیس^۴، آکنه^۵ و آلویسی آرئاتا^۶ که در این طبقه قرار می‌گیرند، تأثیر استرس ممکن است عامل سبب

¹- Psychodermatology

²- Urticaria

³- Eczema

⁴- Psoriasis

⁵- Acne

⁶- Alopecia areata

مبهم دلواپسی که با یک یا چند احساس جسمی نظیر تنگی نفس، تپش قلب، تعریق، سردرد، بی قراری و میل به حرکت همراه می‌شود [۲۲].

از آنجایی که عوامل روانی در وخیم شدن بیماری‌های پوستی مسئول هستند، تخمین زده شده است که درمان رضایت بخش حداقل یک سوم بیمارانی که در بخش‌های پوست حضور داشتند، تا حدودی پس از تشخیص عوامل عاطفی بوده است. بنابراین، هنگام مواجه شدن با بیمارانی که از بیماری‌های پوستی مقاوم به درمان رنج می‌برند، روان درمانی به صورت مدیریت اضطراب و استرس، موسیقی درمانی و ورزش کردن اغلب می‌تواند کمک کند [۵].

درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس در درمان اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی اثر بخش بوده است. در این درمان سعی می‌شود تا به شناسایی و اصلاح افکار غیر منطقی، آموزش فن تن آرامی، آموزش مهارت‌های ابراز وجود، آموزش شیوه حل مسئله و فنون مدیریت خشم پرداخته شود [۲۴]. در حیطه پژوهش‌های داخلی خارجی، فقر پژوهشی بارزی در زمینه مداخلات روان‌درمانی در مبتلایان به بیماری‌های پوستی و از جمله بیماری آلوپسی آرئاتا به چشم می‌خورد. با توجه به شیوع گسترده اختلالات روانی در این بیماران می‌توان مشکلات روانشناختی آنها را مورد هدف قرار داد تا در ارتقای هر چه بیشتر سلامت روان این بیماران مؤثر باشد. هدف از انجام این پژوهش تعیین اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر اضطراب و افسردگی بیماران زن مبتلا به آلوپسی آرئاتا نسبت به گروه گواه می‌باشد.

روش

طرح پژوهش: طرح این پژوهش از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه است. متغیر مستقل، درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس است که در طی ۸ جلسه و به مدت دو ماه انجام شد و نمرات افسردگی و اضطراب بیماران به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد.

حوادث زندگی و استرس‌های ایجاد شده درون روانی، می‌توانند نقش مهمی را در راه اندازی تعدادی از دوره‌ها ایفا کنند [۱۵، ۱۶، ۱۷]. اگرچه این بیماری از لحاظ طبی خوش‌خیم است، اما می‌تواند باعث استرس‌های روانی-اجتماعی و عاطفی زیادی در افراد بیمار و خانواده‌هایشان شود [۱۸].

تحقیقات مختلفی به منظور بررسی شیوع اختلالات روانی مخصوصاً اضطراب و افسردگی در بین بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتا صورت گرفته است. در مطالعه‌ای که لی و همکاران توسط پرسشنامه SCL-90-R انجام دادند نتایج نشان داد که نمرات گروه بیماران آلوپسی آرئاتا در مقیاس‌های اضطراب هراسی، افسردگی، جسمی سازی و خصومت نسبت به گروه کنترل بیشتر بود [۱۹].

در بررسی دیگری که روایز-دوبلادو و همکاران نیز در سال ۲۰۰۳ با هدف بررسی اختلالات روانپزشکی در بیماران آلوپسی آرئاتا انجام دادند، نتایج نشان داد که ۶۶٪ بیماران با بیماری‌های روانپزشکی خصوصاً اختلال سازگاری، اختلال اضطراب فراگیر و دوره‌های افسردگی همراهی نشان دادند [۲۰].

شدت آلوپسی یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده پریشانی‌های روانی است. افرادی که دارای ریزش موی شدید هستند، احتمالاً تجارب پریشان‌کننده روانی بیشتری را خواهند داشت. بیشتر تحقیقات نشان داده‌اند که افراد مبتلا به آلوپسی آرئاتا درجات بالاتری از اضطراب و افسردگی را نسبت به گروه کنترل دارند [۲۱]. در اختلال افسردگی فرد دارای احساس غمگینی دائم، احساس ناامیدی نسبت به آینده و اشتغال ذهنی مداوم با افکار منفی است [۲۲]. افسردگی می‌تواند کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار دهد و او را از پیگیری درمان‌های طبی برای بیماریش دلسرد کند. علاوه بر این افسردگی بر روند سازگاری و انطباق با شرایط جدید نیز تأثیر سوء دارد [۲۳]. از طرف دیگر اضطراب نیز در این بیماران بالاست [۲۱]. اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، بسیار ناخوشایند و

مربوط به بعد روانپرسی با ۰/۷۷ بود [۲۵]. سید هاشمی (۱۳۷۹) با بررسی بر روی نمونه ایرانی، ضریب اعتبار افسردگی ۰/۹۲ و اضطراب ۰/۸۶ به دست آمد [۲۶]. در این پژوهش پرسشنامه SCL-90-R به صورت پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه اجرا شد. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از شاخص‌های آماری محاسبه میانگین، انحراف معیار و تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت.

روند اجرای پژوهش: جلسات درمانی شامل ۸ جلسه بود که هر هفته یک بار به مدت ۹۰ دقیقه در مرکز تحقیقات پوست و سالک شهر اصفهان تشکیل می‌شد. پیش از شروع درمان از بیماران خواسته شد زیر مقیاس‌های افسردگی و اضطراب آزمون SCL-90-R را پاسخ دهند و همزمان، اعضای گروه گواه نیز پرسشنامه را تکمیل کردند (پیش آزمون) و هر دو گروه مجدداً دو ماه بعد از برگزاری جلسات (پس آزمون) و دو ماه بعد به منظور ارزیابی اعتبار درمان (پیگیری) به این پرسشنامه پاسخ دادند. در جلسات درمانی که به صورت گروهی توسط روانشناس بالینی که در این زمینه آموزش دیده بود تشکیل می‌شد، جلسه اول شامل معارفه و بحث راجع به نقش استرس بر شروع، تشدید و تداوم بیماری آلپسی آرئاتا، بحث راجع به ریشه‌ها و عوامل درونی و بیرونی ایجادکننده استرس و توضیح تن آرامی به عنوان تکنیکی برای کاهش برانگیختگی جسمی در مواقع استرس بود. در جلسات دوم و سوم راجع به ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیر منطقی و توضیح درباره خطاهای پردازشی و نقش آنها در ایجاد اضطراب و افسردگی و آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش با افکار به عنوان راهکاری جهت مبارزه طلبدن افکار غیرمنطقی بیمار صحبت شد، در جلسه چهارم آموزش مدیریت خشم، جلسه پنجم آموزش شیوه حل مسأله، جلسه ششم آموزش مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود، جلسه هفتم آموزش مدیریت بر زمان و جلسه هشتم شامل مرور کلی و

آزمودنیها: جامعه آماری این پژوهش بیماران مبتلا به آلپسی آرئاتا مراجعه کننده به مرکز پوست و سالک در بهار ۸۷ بودند. جهت انتخاب نمونه، ۲۴ بیمار در دسترس که ملاک‌های ورود را دارا، و داوطلب شرکت در جلسات بودند انتخاب شدند و به طور تصادفی به تعداد برابر در دو گروه آزمایش (گروه تحت درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس) و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از ۱- بیماران زن باشند ۲- حداکثر سن بیمار ۵۰ و حداقل ۱۸ سال باشد ۳- افراد دارای حداقل مدرک سیکل باشند (با توجه به ماهیت فعال گونه و مشارکتی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس و انجام تکالیف روزانه به میزانی از انگیزه و انرژی و سطحی از توانایی افراد در شناسایی افکار و هیجان‌ها و درک رویکرد شناختی رفتاری نیاز است) ۴- افراد سابقه بیماری روانی قبل از شروع بیماری نداشته باشند.

ابزار: برای جمع آوری داده‌ها در مرحله پیش آزمون و پس آزمون، زیر مقیاس‌های آزمون SCL-90-R مورد استفاده قرار گرفت. آزمون SCL-90-R آزمون ۹۰ سوالی دانشگاه جان هاپکینز است که در زمینه روانپزشکی برای تشخیص افراد سالم از بیمار به کار می‌رود. این آزمون یک ابزار خودسنجی است که شامل فهرستی از ۹ گروه نشانه‌های بالینی می‌باشد که افراد از خود بروز می‌دهند و در گروه‌های بسیاری در جهان با اعتبار بالایی تشخیصی به کار گرفته شده است. مقوله‌های پرسشنامه شامل جسمانی سازی، وسواس- اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، اضطراب هراسی، افکار پارانویید و حالات روان پریشی می‌باشد. برای محاسبه ثبات درونی این آزمون، پرسشنامه توسط ۲۱۹ داوطلب در ایالات متحده تکمیل گردید و سپس ضریب پایایی آن با استفاده از ضریب آلفا محاسبه شد که نتیجه تمام ضرایب به دست آمده رضایت بخش بود. بیشترین ضریب همبستگی مربوط به افسردگی با ۰/۹ و کمترین

مدیریت استرس بر میزان اضطراب و افسردگی گروه آزمایش، نتایج نشان داد بین میانگین نمرات اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آلپوسی آرئاتا گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به گروه گواه، تفاوت معنادار ($P < 0.001$) وجود دارد. میزان تأثیر این مداخله در بهبود اضطراب در مرحله پس آزمون 0.54 است. یعنی 54 درصد واریانس نمرات در دو گروه، ناشی از عضویت گروهی است. از طرف دیگر میزان تأثیر این مداخله در بهبود افسردگی در مرحله پس آزمون 0.62 است. یعنی 62 درصد واریانس نمرات در دو گروه، ناشی از عضویت گروهی است.

تمرین مهارت‌های آموخته شده در جلسات قبل بود. درمانگر در هر جلسه ابتدا موارد مورد بحث را مشخص می‌ساخت. تکالیفی برای اجرا در فاصله جلسات معین می‌کرد و مهارت‌های جدید را به بیماران می‌آموخت. بیماران موظف بودند که در فاصله دو جلسه، تمرین‌های عملی تعیین شده در خانه را به طور عملی انجام داده و در هر جلسه گزارشی از روند انجام آن تکلیف را بیان کنند. در طی جلسات درمان دو نفر از اعضای هر دو گروه به همکاری خود ادامه ندادند و بیست نفر در مجموع باقی ماندند. هر دو گروه تحت درمان دارویی فوتوکموتراپی^۷ بودند اما تنها گروه آزمایش، درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس را دریافت کرد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و افسردگی بیماران در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۱ آمده است. در این پژوهش نمره پیش آزمون، به عنوان متغیر مداخله‌گر شناخته شد و تأثیر آن بر روی نمره پس آزمون و پیگیری با استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل شد. با توجه به آنکه تحلیل کوواریانس از جمله آزمون‌های پارامتریک است، پیش فرض نرمال بودن توزیع و تساوی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن صورت گرفت که نتایج نشان داد نمرات در دو گروه دارای توزیع نرمال است. همچنین آزمون لوین به منظور بررسی برابری واریانس‌ها انجام شد. نتایج نشان داد که پراکندگی نمرات پیش آزمون در دو گروه درمان و شاهد یکسان است در نتیجه پیش شرط تساوی واریانس‌ها برقرار است و با توجه به اینکه توزیع نمرات نرمال است، استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع است. با بهره‌گیری از تحلیل کوواریانس به منظور تعیین میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری

⁷ -PUVA

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و افسردگی بیماران در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیرها	پیش آزمون گروه	پس آزمون گروه	پیگیری گروه	پیش آزمون گروه	پس آزمون گروه	پیگیری گروه
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
اضطراب	(۲/۷)۱۲/۶	(۳/۶۲)۱۲/۶	(۳/۱۲)۱۲/۳	(۲/۲۷۳)۱۱/۵	(۲/۴۱)۱۰/۶	(۳/۱۷۸)۱۲/۹
افسردگی	(۴/۸)۲۳	(۳/۶)۲۳/۱	(۳/۱۹)۲۲/۳	(۵/۱۳۸)۲۰/۸	(۵/۶۸)۱۸/۶	(۳/۴۰۷)۲۲/۵

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس، تأثیر عضویت گروهی بر بهبود اضطراب و افسردگی بیماران آلپوسی آرئاتا در مرحله پس آزمون و پیگیری

متغیرها	مرحله	منبع تغییرات	درجه آزادی	ضریب F	مجذور اتا	توان آماری
اضطراب	پس آزمون	پیش آزمون	۱	*۱۱۴/۹۶۵	۰/۸۷۱	۱
		گروهها	۱	*۲۰/۲۴۵	۰/۵۴۴	۰/۹۸۸
		خطا	۱۷			
	پیگیری	پیش آزمون	۱	*۸۰/۸۹۳	۰/۸۲۶	۱
		گروهها	۱	*۹/۷۳۶	۰/۳۶۴	۰/۸۳۶
		خطا	۱۷			
افسردگی	پس آزمون	پیش آزمون	۱	*۶۷/۸۲۲	۰/۸	۱
		گروهها	۱	*۲۸/۱۹۴	۰/۶۲	۰/۹۹۹
		خطا	۱۷			
	پیگیری	پیش آزمون	۱	*۱۸۲/۶۰۳	۰/۹۱۵	۱
		گروهها	۱	*۱۶/۸۱۰	۰/۴۹۷	۰/۹۷
		خطا	۱۷			

* P < . / .۰۰۱

بحث

می‌توان یافته پژوهشی مطالعه حاضر را همخوان با نتایج تحقیقات انجام یافته مشابه قبلی دانست [۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳]. برای نمونه ویلمسن و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای که با هدف اثبات تأثیر هیپنوتیزم درمانی بر بهبود روانی و نتایج بالینی انجام گرفت، هیپنوتیزم در ۲۸ بیمار با آلپوسی آرئاتا گسترده که نسبت به درمان‌های معمولی قبلی بی‌پاسخ بودند، به تنهایی یا به عنوان درمان مکمل استفاده شد. نتایج نشان داد که همه ۲۱ بیماری که به درمان ادامه دادند، نمره معنادار پایین‌تری برای اضطراب و افسردگی داشتند [۳۰، ۳۱].

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر اضطراب و افسردگی بیماران زن مبتلا به آلپوسی آرئاتا بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس باعث کاهش نمرات افسردگی و اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. تاکنون مطالعات مختلفی انجام گرفته که نشان داده است میزان اضطراب و افسردگی در بسیاری از بیمارهای پوستی و از جمله آلپوسی آرئاتا بالاست [۱۹، ۲۰، ۲۷، ۲۸، ۲۹]. اما در مقابل، اطلاعات درباره نتایج درمان‌های روانشناختی بسیار محدود است.

کرده و با تفکر مثبت تقویت نمایند. علاوه بر این با آموزش حل مسأله، فرد می‌تواند از طریق ایجاد نظم فکری راه‌حل‌های مؤثری برای برخورد با موقعیت‌های زندگی خود پیدا کند. یکی از ابعاد دیگر، روابط بین فردی ضعیف در این بیماران بود. به دلیل ماهیت بیماری، خلق افسرده و تحریک پذیری زیاد، اغلب این بیماران از لحاظ روابط بین فردی مشکلات زیادی دارند و سبک ارتباطی غلط منجر به طرد شدن از سوی دیگران و افزایش انزوای اجتماعی و خلق منفی این بیماران می‌شود. لذا یکی از اهداف جلسات آموزش سبک ارتباطی صحیح، شجاعانه و توأم با ابراز وجود و کنترل خشم در نظر گرفته شد تا بیماران به برقراری روابط اجتماعی خوب و تقویت کننده تشویق شوند. در کل می‌توان نتیجه گرفت از آنجایی که اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به آلپوسی آرئاتا دارای شیوع فراوانی می‌باشد، بنابراین وجود درمان‌های روانشناختی در کنار درمان‌های دارویی لازم و ضروری به نظر می‌رسد. چرا که درمان‌های روانشناختی می‌توانند به طور مثبت چگونگی سازگاری بیمار با بیماری و موقعیت اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهند و شاید حتی منجر به بهبود تدریجی پوستی بهتر آلپوسی شوند. با توجه به نتایج این پژوهش، درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس می‌تواند به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی در جهت درمان اختلالات روانی همراه در این بیماران به کار گرفته شود. نمونه‌گیری در دسترس و شمار کم آزمودنی‌ها موجب کاهش توان تعمیم پذیری یافته‌های پژوهش می‌شود لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی حجم نمونه بزرگتری انتخاب شود تا نتایج با احتمال بیشتری به جامعه تعمیم داده شود و همچنین در پژوهش‌های بعدی از سایر روش‌های درمانگری که اثر بخشی آن در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران تأیید شده است به صورت مقایسه‌ای استفاده شود. در ضمن به نظر می‌رسد باید مطالعه‌ای طراحی شود که مشخص کند

نتایج فوق با در نظر گرفتن نقش راهکارهای شناختی و رفتاری به کار رفته قابل تبیین است. با استفاده از راهبردهای شناختی مدیریت استرس سعی می‌شود که افکار غیرمنطقی و ناکارآمد برانگیزاننده اضطراب و افسردگی شناسایی شوند، بیمار نسبت به نقش این افکار بینش یابد و با مشارکت سعی کند که افکار منطقی را جایگزین آنها کند و با کمک راهبردهای رفتاری از جمله تن‌آرامی می‌توان اضطراب و پریشانی را در آنها کاهش داد. آموزش یک فن آرمیدگی مؤثر به فرد این امکان را می‌دهد که نشانه‌های جسمانی استرس را تشخیص دهد و با تسلط یافتن در کسب آرامش، کنترل علائم جسمی حاصل از استرس را فرا گیرد. پژوهش‌ها ثابت کرده‌اند که علائم و نشانه‌های خودکاری که با آرامش عضلانی همراهند مغایر با علائم جسمی استرس هستند. بنابراین پذیرش این مطلب معقول است که با تمرین و به کارگیری فن تن‌آرامی فرد بتواند علائم جسمانی استرس را کاهش دهد. از جنبه شناختی، بیماران مبتلا به آلپوسی آرئاتا به دلیل غیرقابل پیش بینی بودن پیشرفت بیماریشان کم‌کم به سوی درماندگی و ناعالی کشیده می‌شوند. همچنین ترس از بیشتر شدن ریزش مویشان و نگرانی از سوء برداشت‌های دیگران، بیماران را از بسیاری از تجربه‌های مثبت باز می‌دارد. انزوا و ناعالی نیز ادراک بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و مجموعه این عوامل سبب می‌شود که بیمار احساس ناکارآمدی و درماندگی را به تمام تجربیات خود منتقل نماید و عملاً بسیاری از فرصت‌های عملکرد مؤثر را از دست بدهد. در نتیجه مداخله‌های شناختی شامل اصلاح افکار خودآیند منفی و باورهای زیر بنایی و آموزش حل مسأله به بیماران بود. از طرف دیگر از آنجا که بیماران افسرده نسبت به کوچکترین شکست‌ها حساس بوده و ادراک خود منفی آنها تقویت می‌شود، مدیریت زمان به بیمار کمک می‌کرد تا احتمال شکست در رسیدن به برنامه روزانه را به حداقل برساند. بیماران تشویق می‌شدند تا هرگونه افزایش سطح فعالیت روزانه را در خود ارزش‌گذاری

of Dermatology and Venereology. 2006; (20): 999-1032.

12. Horing C.M, Gieler U. Alopecia areata. *J Dermatology and Psychosomatics*. 2002; (3): 196-197.

13. Levy J. Alopecia areata. London: The Rosan Publishing Group. 2006.

14. Raquepaw J.M. Psychological and Behavioral effects of alopecia; Thesis for Ph.D. Degree of University of Cincinnati; 1990.

15. Garcia-Hernandez MJ, Ruiz-Doblado S, Rodriguez-Pichardo A, Camacho F. Alopecia areata, stress and psychiatric disorders: a review. *Journal of Dermatology*. 1999; 26(10):625-32.

16. Brajac I, Tkalcić M, Dragojević DM, Gruber F. Roles, of stress, stress perception and trait-anxiety in the onset and course of alopecia areata. *J Dermatol*. 2003; 30(12): 871-8.

17. Qassim Al-Rubaiy LK, Al-Rubaiy KK. Stress: A risk factor for Psoriasis, Vitiligo and Alopecia Areata. *The Internet Journal of Dermatology*. 2006; 4(2).

18. Bolduc CH. Alopecia areata; Retrieved from 2006. <http://www.emedicine.com>.

19. Lee JH, Kim YC, Park HJ, Cinn YW, Lee KG. A Study on anxiety, depression and psychological Symptoms of patients with alopecia areata. *Korean J Dermatol*. 1997; 35(5):837-846.

20. Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, Garcia-Hernandez MJ. Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *International Journal of Dermatology*. 2003; 42(6): 434-7.

21. Hunt N, McHull S. The psychological impact of alopecia. *British Medical Journal*. 2005; (331):951-3.

۲۲. پورافکاری نصرالله. فرهنگ جامع روانشناسی - روانپزشکی، انگلیسی - فارسی. تهران: انتشارات فرهنگ معاصر؛ ۱۳۸۰.

23. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and Psychological Co-Morbidity in Patients with Dermatologic Disorders: Epidemiology and Management.

کاهش اضطراب و افسردگی تا چه حد در درمان بیماری آلوپسی آرئاتا مؤثر است.

منابع

۱. روزنهان دیوید ال، سلیگمن، مارتین ای. روان شناسی نابهنجاری آسیب شناسی روانی. ترجمه: یحیی سید محمدی. تهران: نشر ساوالان؛ ۱۳۷۹.

2. Tausk F, Elenkov I, Moynihan J. Psychoneuroimmunology. *J Dermatologic Therapy*. 2008 ;(21): 22-31.

3. Levenson James L. Essentials of psychosomatic medicine. Washington: American Psychiatric publishing. 2007.

4. Jafferany M. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007; 9(3): 203-213.

5. Buljan D, Buljan M, Situm M. Psychodermatology: a brief review for clinicians. *J Psychiatria Danubina*. 2005; 17 (1-2): 76-83.

6. Kunie M. The possible relationship between stress and atopic dermatitis or urticaria. *J Prog Med*. 2003; 23(2):648-651.

7. Urpe M, Buggiani G, Lotti, T. Stress and psychoneuroimmunologic factors in dermatology. *J Dermatologic Clinics*. 2005; 23(4): 609-617.

8. Cordan Yazici A, Basterzi A, Tot Acar S, Ustunsoy D, Ikisoglu G, Demirseren D, Kanik A. Alopecia Areata and Alexithymia. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2006; 17(2):101-106.

9. Firooz A, Rashighi Firoozabadi M. Ghazisaidi, B and Dowlati, Y. Concepts of patients with alopecia areata about their disease. *BMC Dermatology*. 2005; 5(1):1-5.

10. Shapiro J. Hair loss in women. *The New England Journal of Medicine*. 2007; (357):1621-1630.

11. Ricciardi A, Ruberto A, Garcia-Hernandez MJ, Kotzalidis GD, Trevisi M, Persechino S, Tatarelli R, Ruiz-Doblado S. Alopecia areata with comorbid depression: early resolution with combined paroxetine-triamcinolon treatment. *Journal of European Academy*

28. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol*. 1998; 139(5): 846–850.
29. Koo JY, Shellow WV, Hallman CP, Edwards JE. Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorder. *International Journal of Dermatology*. 1994; 33(12): 849-50.
30. Willemsen R, Vanderlinden J. Hypnotic approaches for alopecia areata. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2008; 56(3): 318-333.
31. Willemsen R, Vanderlinden J, Deconinck A, Roseeuw D. Hypnotherapeutic management of alopecia areata. *Journal of American Academy of Dermatology*. 2006; 55(2): 233-237.
32. Teshima H, Sogawa H, Mizob K, Kuroki N, Nakagawa T. Alopecia universalis. *Psychother Psychosom Journal*. 1991; (56): 235-241.
33. Eppley S.R. Relaxation and visual imagery: Treatment for alopecia areata; Thesis for Ph.D. Degree of University of Cincinnati; 1986.
- American Journal of Clinical Dermatology*. 2003; 4(12): 833-842.
24. Smith Jonathan C. *Stress Management: A Comprehensive Handbook of Techniques and Strategies*. New York: Springer Publishing. 2002.
۲۵. مختاری ستاره. بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز (ام.اس) [پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی]. دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی؛ ۱۳۸۴.
۲۶. سید هاشمی حسین. هنجاریابی پرسشنامه‌ی SCL-90-R در دانش آموزان دوره‌ی متوسطه شهرستان زرین شهر [پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی]. دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی؛ ۱۳۷۹.
27. Poot F. Psychological consequences of chronic hair diseases; *Rev Med Brux*. 2004; 25(4): 286-8.

