

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت با طرح‌واره‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی

پیمان آرامش صدیق^{۱*}، مجید بحرینیان^۲، احمد منصوری^۳

چکیده

مقدمه: آرتروز روماتوئید شایع‌ترین بیماری خود ایمنی التهابی مزمن است. درد مستمر و محدودیت حرکتی مزمن در این بیماران می‌تواند اضطراب و افسردگی ایجاد کند. هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت، طرح‌واره‌درمانی، درمان شناختی رفتاری با دارو درمانی در کاهش درد و ابعاد درد در بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار بود.

روش پژوهش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی شهر تهران مراجعه کننده به کلینیک‌های روماتولوژی بیمارستان امام خمینی شهر تهران در سه ماهه بهار ۱۴۰۰ بودند. ۸۰ نفر داوطلب واجد شرایط طبق جدول کوهن در چهار گروه بیست نفر در هر گروه تقسیم شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ویرایش دوم پرسش‌نامه افسردگی بک، پرسش‌نامه اضطراب بک و پرسش‌نامه درد مک‌گیل، استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، روان‌درمانی‌ها در کاهش درد موثر هستند و طرح‌واره‌درمانی موثرترین روش در کاهش ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: استفاده از روان‌درمانی‌ها در کنار دارو درمانی نسبت به دارودرمانی صرف، می‌تواند موثرتر واقع شود و به کاهش درد بیماران مبتلا به روماتوئید آرتروز، از طریق درمان اضطراب و افسردگی و اصلاح راهبردهای مقابله‌ای کمک کند.

کلیدواژه: آرتروز روماتوئید، اضطراب، افسردگی، دارودرمانی، درد، روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت، طرح‌واره‌درمانی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۱۲/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۱۳

استناد: آرامش پیمان، بحرینیان مجید، منصوری احمد. مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت با طرح‌واره‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۱۴(۳): ۱۸۸-۱۶۶

^۱ دانشجوی دکتری گروه روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران d95arameshpeyman@stumail.birjand.iau.ac.ir

^۲ (نویسنده مسئول)، استاد گروه روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

tell: 09127786737, bahrainian@birjand.iau.ac.ir

a.mansouri@iau-neyshabur.ac.ir

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران



مقدمه:

بیماری‌های التهاب مفصلی از جمله شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری‌ها در همه گروه‌های سنی در جوامع مختلف بوده که باعث ناتوانی، از کار افتادگی، بازنشستگی زودرس و از دست دادن شغل می‌شود (۱). آرتريت روماتويد^۱ یا روماتیسم مفصلی^۲ یک بیماری سیستمیک و مزمن است، شیوع این بیماری در جهان حدود یک درصد است (۲) در زنان دو تا سه برابر شایع تر از مردان است (۳). بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد به علت درد^۳، خستگی، محدودیت حرکت و فعالیت روزانه دچار اختلال در عملکرد جسمانی، اجتماعی، روانی و احساسی می‌شوند و در نتیجه بیماری می‌تواند، به مشکلات اجتماعی، ارتباطی از قبیل اختلال در ایفای نقش‌های اجتماعی^۴، محدودیت شغلی و فعالیت‌های اجتماعی، مشکلات جنسی، عاطفی و بدشکلی‌های جسمی منجر گردد (۸). همچنین درد می‌تواند نشانه‌های اختلالات روانی به ویژه اضطراب و افسردگی ایجاد کند (۱۰). افسردگی^۵ و اضطراب^۶ به میزان بالایی در بیماران آرتريت روماتويد شایع است. در ایران، مطالعه عبیدی و همکاران (۱۳۸۹) روی ۱۸۰ بیمار RA معلوم کرد ۹۳/۸ درصد بیماران افسردگی داشتند. (۴) در مطالعه دیگر رضویان و منجمد (۱۳۸۶) روی ۱۹۰ بیمار RA در تهران، نشان داد ۹۳٪ اضطراب و ۸۱ درصد افسردگی داشتند (۵).

بروز افسردگی و اضطراب در بدتر کردن پیامد بالینی روان‌شناختی^۷ و زیستی آرتريت روماتويد، تأثیرگذار است (۱۲). افسردگی نشانه‌های آرتريت روماتويد به ویژه درد را تشدید کرده و منجر به اختلال در نتایج عملکردی مهم می‌شود. وجود افسردگی و اضطراب، موجب کاهش آستانه درد می‌شود و شخص نسبت به دردهای جسمی ناشی از بیماری‌های مزمن، حساس‌تر می‌شود (۱۷). همچنین ممکن است، افسردگی منجر به اختلافات زناشویی، کاهش روابط اجتماعی بیماران و جلوگیری از دریافت حمایت اجتماعی در این بیماران گردد (۱۸). از سوی دیگر بیماران افسرده مبتلا به درد مزمن کنترل کمتر بر زندگی داشتند (۱۹) و از طرف دیگر بیماران افسرده، استفاده بیشتر از راهکارهای مقابله‌ای منفعلانه - اجتنابی^۸ را نسبت به بیماران بدون افسردگی گزارش می‌دادند (۲۰). با توجه به میزان شیوع بالای افسردگی و درد در بیماران آرتريت روماتويد توصیه شده پزشکان روی کاهش افسردگی و اضطراب در این بیماران تمرکز داشته باشند (۲۳). از جمله درمان‌های دارویی که در کاهش علائم بیماران آرتريت روماتويد استفاده می‌شود شامل هیدروکسی کلروکین^۹، متوتروکسات^{۱۰}، سولفاسالازین^{۱۱} پردنیزولون^{۱۲} و مسکن‌های ضدالتهاب^{۱۳} است (۲۴). توجه به شیوع بالای آرتريت روماتويد و درمان‌های متعارف، مشاهدات کلینیکی دیگر مطالعات نیز نشان می‌دهد که درمان ترکیبی علائم بیماری را در بیماران آرتريت روماتويد تعدیل می‌کند (۲۵، ۱۱). اما در این مطالعات به تاثیر درمان روان پویشی کوتاه مدت پرداخته

¹ Rheumatoid Arthritis

² Arthritic rheumatism

³ Pain

⁴ Social roles

⁵ Depression

⁶ Anxiety

⁷ Psychological

⁸ Passive-avoidance coping strategies

⁹ Hydroxychloroquin

¹⁰ Methotrexate

¹¹ Sulfasalazin

¹² Prednisolone

¹³ Nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID)

نشده و درمقایسه سه رواندرمانی ذکر شده، تحقیقی در درمان اثربخش تر در کاهش درد انجام نشده و نیز به تاثیر انواع روان درمانی در کاهش انواع ابعاد گوناگون درد پرداخته نشده. وجود همین نقائص این مطالعه را ضروری می‌کرد.

مبنای اصلی مداخلات روان پویایی در درمان اختلالات و افزایش ظرفیت‌های روانی و تاب‌آوری گوش دادن و فراهم کردن زمینه ابراز و افشای اندیشه‌ها و احساسات است (۲۶). تحقیقات گسترده در دو دهه اخیر نشان داده اند که افشای احساسات اعم از افشای گفتاری و افشای نوشتاری، موجب ارتقای سیستم ایمنی و در نهایت منجر به افزایش سلامت جسمانی و روانی می‌شود (۲۷) محور اصلی روش درمانی روان‌پویایی فشرده و کوتاه مدت^۱ بر رابطه عمیق درمانی و افشای هیجانات سرکوب شده استوار است. موضع فعال درمانگر در اعمال درست تکنیک‌های فشار و چالش و درگیری مستقیم باعث شد که مراجع در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و ریشه افکار خود را شناسایی و هیجانات خود را لمس کرده و سلامت روانی خود را به دست آورد (۲۸). روان‌درمانی روان‌پویایی کوتاه‌مدت بر کمک فوری بیماران جهت تجربه هیجانات ناهوشیاری است که عامل مشکلات گوناگون روانی است (۲۹ و ۳۰). دوانلو، با آگاهی از مشکلات و موانعی که در مسیر روان تحلیل‌گری و روانکاوای کلاسیک فروید وجود داشت، مداخلات هیجان مدار را به منظور «فشار» برای به جنبش در آوردن و تجربه هیجانات، «چالش» با دفاع‌های بیمار و درگیری مستقیم با مقاومت بیمار، بمنظور درگیری با مقاومت سوپر ایگو، مداخلاتی نوین ایجاد کرد تا تعارض هیجانی بیمار را افزوده و مقاومت و دفاع‌هایی که مانع فرآیند تجربه احساسات سرکوب شده و ارتباطات نزدیک عاطفی بود را ضعیف کند (۳۱ و ۳۲). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که روان‌درمانی پویایی بر افسردگی، اضطراب و بهبود خلق موثر است (۳۳-۳۹) و همچنین روان‌درمانی پویایی بر کاهش اختلالات جسمی عملکردی تاثیرگذار است (۴۰).

یکی دیگر از درمان‌هایی که اثربخشی آن در زمینه شدت افسردگی و اندیشناکی دیده شده طرحواره درمانی^۳ است (۴۱-۴۶)، تاثیر طرحواره درمانی بر کاهش درد و افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید نیز اثبات شد (۴۳، ۴۷) از منظر بیماران، طرحواره‌ها واقعیتی غیر قابل انکار و مسلم پنداشته شده بودند و مانند لنز معیوب دوربین در پردازش تجربه‌های جدید مورد استفاده قرار گرفتند. طرحواره‌ها، تعیین‌کننده افکار آدمی و برداشت او از خود و دیگران اند. در این روش، بر نقش عواطف در فرآیند تغییر، به کارگیری تکنیک‌های تجربی، دلبستگی‌های اولیه و رفتارهای بین فردی تاکید شد (۴۸). رویکرد طرحواره محور به دلیل تمرکز بر اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۴ در بیماران که نگرش منفی نسبت به خود و توانایی‌های خویش داشتند در اصلاح باورها و اندیشه‌های آنان مفید است (۴۹). در بعد هیجانی، طرحواره درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی، شناخت‌واره‌هایی را که به هیجانات گره خورده را به چالش می‌کشد تا با ابراز احساسات، هیجاناتی را که به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار منجر شده را تعدیل کند. این روش درمانی، با استفاده از طریق جایگزین کردن مقابله‌های سالم، به بهبود و تعدیل طرحواره کمک کند. تعدیل طرحواره‌ها منجر به افزایش احساس ارزشمندی و کفایت‌مندی، ایجاد احساس شایستگی، بوجود آمدن واقع‌نگری و افزایش اعتماد به نفس می‌گردد. تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه موجب تغییر در باورهای فرد شده و در نتیجه نگرش او را نسبت به خود و توانایی ذاتیش متحول می‌کند (۵۰).

1. Intensive short-term dynamic psychotherapy

2. Super-ego

3. Schema Therapy

4. Early maladaptive schemes

یکی دیگر از این مداخلات در درمان علائم افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید رویکردهای شناختی-رفتاری^۱ است (۵۱) درمان شناختی-رفتاری به بیمار کمک میکند تا افکار و احساس آسیب‌رسانی را که محرک اختلال روانی است را شناسایی کرده و برای تغییر آن از بازسازی شناختی استفاده کند تا به تغییر افکار و احساسات و رفتار بیماران کمک نماید (۵۲) در همین راستا برخی پژوهشگران بر این باور بودند که شناخت درمانی در درمان افسردگی و اضطراب مؤثرتر از دارو درمانی^۲ در درمان اختلالات روان‌شناختی بود (۵۳)، (۵۴). تحقیقات دیگری تلفیق دو شیوه دارو درمانی و شناخت درمانی را در درمان افسردگی و اضطراب مؤثرتر دانسته و بیان کرده بودند که تلفیق این دو موجب تسریع پیامدهای درمان، کاهش قابل توجه علائم و کاهش احتمال عود افسردگی بوده و اثرات درمان به مدت طولانی تری باقی مانده بود (۵۵، ۵۶). نتایج پژوهش احمدی کمشچه و همکاران نشان داد که بکارگیری درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های زیستی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید جهت کسب نتایج بهتر درمانی ضرورت دارد (۵۷) همچنین نتایج پژوهش منصوریه نشان داد درمان شناختی رفتاری در کاهش درد و افسردگی زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید مؤثر بوده است (۵۸) در پژوهشی حمزه پور حقیقی و همکاران نشان دادند که درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی با تاثیر بر افکار و باورهای ناکارآمد و سوگیری‌های شناختی بر میزان ادراک بیماری و ادراک درد مؤثر است (۵۹)، در پژوهشی رضایی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی به عنوان رفتار درمانی شناختی نوظهور می‌تواند برای کاهش شدت افسردگی و اندیشناکی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی به کار رود (۴۳)، بر اساس نتایج پژوهش الین^۳ و همکاران شواهدی در مورد تأثیر ترکیب رفتار درمانی شناختی و دارو درمانی در بهبود کیفیت زندگی و کاهش آسیب‌های مرتبط در میان بزرگسالان مبتلا به آرتریت روماتوئید مقاوم به درمان وجود داشت (۶۱) و زیگیرسکا^۴ و همکاران در مطالعه ای بیان کرده بودند که ترکیب درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی بر ادراک درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تاثیر داشت (۶۲) و نتایج پژوهش‌های دیگر نیز حاکی از این بود که درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی تاثیر داشته است (۶۳، ۶۴). همچنین درمان شناختی رفتاری بر به زیستی روان‌شناختی بیماران آرتریت روماتوئید تاثیر داشته است (۶۵، ۶۶). درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن (۴۶) و بر درمان افسردگی بیماران آرتریت روماتوئید مؤثر بوده است (۵۸-۶۷).

تاکنون پژوهش جامع تری در رابطه با مقایسه اثربخشی سه نوع روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت با طرحواره درمانی، و شناخت درمانی با دارودرمانی در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مبتلا به اضطراب و افسردگی صورت نگرفته است. از این رو با توجه به اهمیت و نقش برجسته درمان‌های مکمل در بهبود این بیماری، پژوهش حاضر با هدف «مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت با طرحواره درمانی، درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبردهای مقابله ای ناسازگار» انجام گرفت.

روش پژوهش:

روش تحقیق پیش رو، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری را کلیه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی شهرتهران در بهار ۱۴۰۰ تشکیل دادند که به کلینیک‌های روماتولوژی^۵ بیمارستان امام خمینی شهر تهران مراجعه کرده بودند. طبق جدول کوهن، جهت بررسی و مقایسه چهار گروه و با در نظر گرفتن حداقل توان

¹. Cognitive-behavioral approaches

². Pharmacotherapy

³ Elin

⁴ Zgierska

⁵ Rheumatology

آزمون لازم و اندازه اثر متوسط و احتمال خطای ۰/۰۵، برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد و تقسیم افراد در چهار گروه (شامل روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت، طرحواره‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی) و همچنین گمارش نوع کاربردی در گروه‌ها نیز به صورت تصادفی صورت گرفت. لذا تعداد نمونه‌ها ۸۰ نفر داوطلب (یعنی ۲۰ نفر به ازای هر یک از گروه‌ها اختصاص داده شد. بطوری که هر گروه به تعداد مساوی از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تشکیل شدند) به شیوه نمونه‌گیری هدفمند پس از احراز شرایط ورود به تحقیق وارد مطالعه شدند. ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: قطع داروها بجز داروهای اصلی مورد پژوهش؛ بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای نمره ۲۶ تا ۶۳ در پرسشنامه اضطراب بک؛ بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای نمره ۲۹ تا ۶۳ در ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک؛ فقدان اختلال روانی^۱ شدید برای ۸۰ نفر مانند سایکوز، دوقطبی شدید و اسکیزوفرنی؛ تکمیل فرم رضایت‌نامه. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی بود.

ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک^۲: بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک را ارائه کردند (۶۸). این پرسشنامه حاوی ۲۱ ماده است که شدت افسردگی را در نوجوانان و بزرگسالان اندازه‌گیری می‌کند. ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک در سال ۱۹۹۶ بازنگری شد تا با معیارهای DSM-IV برای افسردگی سازگارتر باشد. ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک به طور گسترده‌ای به عنوان شاخص شدت افسردگی استفاده می‌شود، اما نه به عنوان یک ابزار تشخیصی (۶۸). هر ماده این پرسشنامه دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره گذاری شده و درجات مختلف افسردگی، از افسردگی خفیف تا شدید را معین می‌کند. نمره حداکثری در این تست ۶۳ و حداقل نمره در آن صفر می‌باشد (۶۸). ضریب آلفای کرونباخ ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک، نشان دهنده سازگاری درونی $\alpha=0/92$ بود. قابلیت اطمینان بازآزمایی این پرسشنامه در فاصله یک هفته، به صورت $r=0/93$ بود. روایی همگرایی این پرسشنامه با پرسشنامه اضطراب بک به صورت $r=0/56$ بود و روایی واگرایی این پرسشنامه با مقیاس اجتماعی-خودگردانی^۳ به صورت $r=-0/10$ بود (۶۸). دابسون و محمد خانی (۱۳۸۶) ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب پایایی به شیوه بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ گزارش کردند (۶۹). در پژوهش رجیبی و کارجو کسمایی برای مطالعه روایی ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک از روش همسانی درونی استفاده شد. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶، برای عامل‌های اول ۰/۸۴ و دوم ۰/۷۸ بود. بنابراین یافته‌ها حاکی از اعتبار رضایتبخش این پرسشنامه بود (۷۰).

پرسشنامه اضطراب بک^۴: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۰ توسط بک و استیر ساخته شد (۷۱). این پرسشنامه شامل ۲۱ ماده است که آزمودنی باید یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان دهنده شدت اضطراب اوست، به صورت «هرگز»، «خفیف»، «متوسط» و «شدید» پاسخ دهد. چهار گزینه هر سوال در یک طیف چهار بخشی از صفر تا سه نمره‌گذاری شده است. هر یک از ماده‌های پرسشنامه یکی از علائم شایع اضطراب (علایم ذهنی، بدنی، هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای بین صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. این پرسشنامه طوری تدوین یافته که علائم افسردگی را شامل نشود (۷۱). براساس مطالعه بک و استیر، پرسشنامه اضطراب بک سازگاری درونی عالی ($\alpha=0/92$) و پایایی بازآزمون زیاد ($r=0/75$) دارد (۷۱). براساس پژوهش دی برس و همکاران، پرسشنامه اضطراب بک سازگاری درونی خوبی دارد ($\alpha=0/81$). به دلیل ماهیت نسبتاً ناپایدار افسردگی بالینی، پایایی آزمون-آزمون

¹ Mental disorder

² Beck Depression Inventory (BDI-II)

³ Sociotropy-Autonomy Scale

⁴ Beck Anxiety Inventory (BAI)

مجدد در نمونه‌های بالینی، کمتر ارزیابی شد؛ به طوری که ضرایب $0/63$ و $0/86$ در بازه زمانی یک تا سه هفته‌ای گزارش شده است، در حالی که قابلیت اطمینان پرسشنامه در بازه زمانی قابل مقایسه در نمونه‌های غیربالینی از $0/76$ تا $0/90$ متغیر بود. روایی همگرایی این پرسشنامه با مقیاس رتبه‌بندی افسردگی همیلتون^۱ قوی و برابر با $0/72$ بود (۷۲). کایانی و موسوی روایی و پایایی مقیاس اضطراب بک در جمعیت بیمار و غیر بیمار ایرانی سنجیدند. نتایج کایانی و موسوی نشان داد که مقیاس اضطراب بک در جمعیت ایرانی دارای روایی $0/72$ ، اعتبار $0/83$ و همسانی درونی $0/92$ است (۷۳).

پرسشنامه درد مک‌گیل^۲: این پرسشنامه که کاربردی‌ترین ابزار برای ارزیابی درد است، در سال ۱۹۷۵ توسط ملزاک ساخته شد (۷۴). این پرسشنامه ۲۰ زیرگروه دارد و هدف آن سنجش درک افراد از ابعاد (خرده‌مقیاس‌ها) مختلف درد است شامل ادراک حسی درد (زیرگروه‌های ۱ تا ۱۰)، ادراک عاطفی درد (زیرگروه‌های ۱۱ تا ۱۵)، ادراک ارزیابی درد (زیرگروه ۱۶) و دردهای متنوع (زیرگروه‌های ۱۷ تا ۲۰) است. شدت درد فعلی براساس مقیاس صفر تا ۵ درجه‌بندی می‌شود؛ به طوری که در این پرسشنامه، در هر زیرگروه، شدت درد از بالا به پایین افزایش می‌یابد؛ بنابراین پایین‌ترین کلمه بیشترین امتیاز را دارد (۷۴). در مطالعه ملزاک، پایایی آزمون-بازآزمون پرسشنامه $0/70$ گزارش شد (۷۴). درباره اعتبار پرسشنامه باید گفت، ملزاک و دابیسون پاسخ‌های ۹۵ بیمار مبتلا به سندرم‌های مختلف درد به پرسشنامه درد مک‌گیل را مقایسه کردند. تجزیه و تحلیل عملکرد متمایز^۳ نشان داد که ۷۷ درصد از بیماران را می‌توان به درستی در گروه‌های تشخیصی براساس توصیف آن‌ها از درد طبقه‌بندی کرد (۷۵).

در پژوهش خسروی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر ۸۴ بیمار مبتلا به سرطان، $0/85$ و ضریب پایایی در خرده مقیاس‌های حسی، تحریکی، ارزیابی و دردهای متنوع و گوناگون به ترتیب $0/96$ ، $0/96$ ، $0/82$ و $0/81$ بود (۷۶).

بعد از انتخاب نمونه تحقیق و ثبت نتایج پیش‌آزمون میان آزمودنی‌ها، بین سه گروه آزمایش و یک گروه گواه، جایگزینی اعمال گردید. سپس مداخلات روان‌درمانی‌های پویایی، طرحواره درمانی، و شناخت درمانی در سه دسته از گروه‌های آزمایشی اعمال شد ولی گروه گواه، فقط دارو دریافت کرده بود، هیچ نوع مداخله روان‌درمانی دریافت نکرد. مداخله روان‌درمانی پویایی و طرحواره درمانی براساس کتاب روان‌درمانی پویایی دوانلو (۱۹۹۵) بررسی گردید (۳۲) طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۴۸) درمان شناختی-رفتاری براساس روش درمان شناختی-رفتاری هائون و کلارک^۴ (۷۶) طی ۸ جلسه به صورت جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه‌های آزمایش اجرا شد. گروه دارودرمانی تحت درمان با متوترکسات^۵، سولفاسالازین^۶ و ضدالتهاب به مدت ۲ ماه قرار گرفتند و هر ماه یکبار مورد بررسی دارویی قرار گرفتند. پس از تمام شدن جلسات آموزش، گروه‌های آزمایشی و گروه گواه دوباره آزمونها را به عنوان پس‌آزمون، پاسخ دادند و دو ماه بعد از اتمام آموزش مجدداً پیگیری شدند.

برای توصیف داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد. به منظور تحلیل داده‌ها آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری $0/05$ در نرم افزار SPSS-26 به کار رفت. همچنین جهت رعایت مفروضات تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضات این آزمون‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لون بررسی و مورد تایید قرار گرفت.

¹. Hamilton Depression Rating Scale

². McGill Pain Questionnaire

³. Discriminant function

⁴ Hawton & Clark

⁵ Methotrexate

⁶ Sulfasalazine

یافته ها:

جدول ۱ آماره های توصیفی درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به تفکیک گروه و مرحله آزمون نشان می دهد.

جدول ۱. آماره های توصیفی درد و مولفه های آن در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به تفکیک گروه و مرحله آزمون

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
ادراک	۲۹/۲۰	۶/۸۳	۱۴/۲۰	۴/۹۴	۱۵/۸۰	۴/۸۴
حسی درد	۳۰/۰۵	۵/۶۵	۱۴/۴۵	۵/۳۶	۱۴/۶۰	۵/۲۶
شناخت درمانی	۲۸/۰۶	۷/۰۴	۲۶/۶۰	۶/۷۶	۲۷/۰۰	۷/۲۹
دارو درمانی	۲۶/۷۵	۶/۸۴	۲۲/۵۰	۶/۸۷	۲۳/۹۰	۷/۴۸
ادراک	۱۸/۴۵	۳/۱۸	۷/۴۰	۲/۳۹	۸/۰۰	۲/۴۴
عاطفی درد	۱۸/۳۵	۳/۴۹	۸/۰۰	۲/۳۱	۹/۲۰	۲/۵۰
شناخت درمانی	۱۷/۸۰	۳/۵۰	۱۱/۹۰	۱/۹۹	۱۳/۴۰	۲/۳۰
دارو درمانی	۱۹/۴۵	۳/۳۳	۱۸/۸۰	۳/۴۱	۱۹/۹۰	۳/۳۷
ادراک	۴/۴۵	۱/۲۳	۲/۳۵	۱/۲۲	۲/۴۰	۱/۸۹
ارزیابی درد	۴/۷۰	۱/۰۳	۰/۷۰	۰/۵۷۱	۰/۹۰	۰/۷۲
شناخت درمانی	۴/۶۵	۱/۰۸	۳/۰۵	۱/۳۵	۳/۶۰	۱/۳۱
دارو درمانی	۴/۷۰	۱/۱۲	۴/۴۰	۱/۱۴	۴/۸۰	۱/۰۰۵
دردهای	۱۹/۸۵	۲/۷۹	۱۴/۸۵	۲/۷۷	۱۴/۳۰	۲/۳۴
متنوع	۱۹/۳۰	۲/۸۱	۱۱/۶۰	۱/۹۸	۱۱/۵۵	۲/۵۴
شناخت درمانی	۱۸/۸۵	۲/۹۹	۱۶/۴۵	۲/۴۱	۱۷/۳۰	۲/۵۱
دارو درمانی	۱۸/۹۵	۲/۳۵	۱۸/۴۰	۲/۲۸	۱۸/۶۵	۱/۷۵
درد کل	۷۱/۹۵	۸/۷۹	۳۸/۸۰	۵/۶۳	۴۰/۵۰	۶/۱۵
طرحواره درمانی	۷۲/۴۰	۹/۱۶	۳۴/۷۵	۶/۴۷	۳۶/۲۵	۶/۱۲
شناخت درمانی	۶۹/۳۵	۹/۹۴	۵۸/۰۰	۸/۹۲	۶۱/۳۰	۹/۱۱
دارو درمانی	۶۹/۹۵	۸/۶۹	۶۴/۱۰	۸/۷۹	۶۷/۲۵	۹/۸۸

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه شد، میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش شامل روان‌درمانی پویشی، طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری در متغیر درد و خرده مقیاس‌های آن (ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، دردهای متنوع) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون، کاهش چشمگیر و قابل ملاحظه داشت، اما میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه دارودرمانی در متغیر درد و خرده مقیاس‌های آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون، کاهش چشمگیر و قابل ملاحظه نداشت. برای دانستن این مهم که تغییرات ایجاد شده در پس‌آزمون و پیگیری از منظر آماری، آیا معنادار هستند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. نتایج آزمون چند متغیری برای اثربخشی روان‌درمانی پویشی

کوتاه‌مدت^۱ با طرحواره درمانی، درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی در کاهش درد و مولفه‌های آن در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید را نشان داد.

جدول ۲. نتایج آزمونهای چندمتغیری برای اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت، طرحواره درمانی، درمان

شناختی-رفتاری و دارودرمانی در کاهش درد و مولفه‌های آن

مقدار معناداری	F	ارزش	نام آزمون	
<0.001	۱۶/۱۱۷	۰/۸۶۰	اثر پیلایی ^۲	ادراک حسی
<0.001	۳۰/۳۵۷	۰/۲۰۴	لامبدای ویلکز ^۳	درد
<0.001	۴۴/۲۶۰	۳/۵۸۹	هوتلینگ ^۴	
<0.001	۸۸/۶۳۸	۳/۴۹۹	ریشه روی ^۵	
<0.001	۱۹/۷۰۵	۰/۸۷۵	اثر پیلایی	ادراک عاطفی
<0.001	۴۰/۶۶۱	۰/۱۴۵	لامبدای ویلکز	درد
<0.001	۷۱/۰۴۵	۵/۷۶۰	هوتلینگ	
<0.001	۱۴۵/۳۲۰	۵/۷۳۶	ریشه روی	
<0.001	۱۵/۲۴۷	۰/۷۵۱	اثر پیلایی	ادراک ارزیابی
<0.001	۲۳/۱۱۰	۰/۲۷۰	لامبدای ویلکز	درد
<0.001	۳۲/۳۶۱	۲/۶۲۴	هوتلینگ	
<0.001	۶۵/۶۹۴	۲/۵۹۳	ریشه روی	
<0.001	۱۸/۷۷۶	۰/۸۵۱	اثر پیلایی	درد های متنوع
<0.001	۲۷/۸۴۵	۰/۲۲۴	لامبدای ویلکز	
<0.001	۳۸/۶۳۳	۳/۱۳۲	هوتلینگ	
<0.001	۷۶/۵۳۸	۳/۰۲۱	ریشه روی	
<0.001	۲۰/۹۸۳	۰/۹۰۶	اثر پیلایی	درد
<0.001	۵۵/۲۹۴	۰/۰۹۷	لامبدای ویلکز	
<0.001	۱۱۴/۵۰۴	۹/۲۸۴	هوتلینگ	
<0.001	۲۳۵/۱۱۳	۹/۲۸۱	ریشه روی	

¹ intensive Short Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)

² Pillais Trace

³ wilks' lambda

⁴ hotelling's trace

⁵ Roy's Root

آزمون چند متغیری اثر پیلاپی (اولسن^۱، ۱۹۷۴)، حاکی از آن بود که حداقل بین گروه ها و درون آزمودنی ها (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) از نظر درد و مولفه های آن تفاوت معناداری وجود داشت. ($P < 0/001$).

جدول ۳. نتایج اثرات بین گروهها برای متغیر درد و مولفه های آن

اندازه	منبع اثر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	مقدار P	اثر
ادراک حسی درد	گروه	۲۴۶۱/۲۸۳	۳	۸۲۰/۴۲۸	۷/۴۹۱	<0/001	0/۲۲۸
	خطا	۸۳۲۳/۳۶۷	۷۶	۱۰۹/۵۱۸	-	-	-
ادراک عاطفی درد	گروه	۲۴۵۵/۳۴۶	۳	۸۱۸/۴۴۹	۳۹/۶۷۱	<0/001	0/۶۱۰
	خطا	۱۵۶۷/۹۵۰	۷۶	۲۰/۶۳۱	-	-	-
ادراک ارزیابی درد	گروه	۲۰۷/۳۸۳	۳	۶۹/۱۲۸	۲۴/۳۴۵	<0/001	0/۴۹۰
	خطا	۲۱۵/۸۰۰	۷۶	۲/۸۳۹	-	-	-
دردهای متنوع	گروه	۶۷۱/۷۴۶	۳	۲۲۳/۹۱۵	۱۴/۱۱۲	<0/001	0/۳۵۸
	خطا	۱۲۰۵/۹۱۷	۷۶	۱۵/۸۶۷	-	-	-
درد کل	گروه	۱۵۸۳۵/۴۸۳	۳	۵۲۷۸/۴۹۴	۲۸/۵۹۳	<0/001	0/۵۳۰
	خطا	۱۴۰۳۰/۱۰۰	۷۶	۱۸۴/۶۰۷	-	-	-

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان داد که بین گروهها تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$) به دیگر سخن میتوان گفت که " روان درمانی پویسی کوتاه مدت، طرحواره درمانی، درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبرهای مقابله ای تاثیر معنادار دارد".

مقایسه دو به دوی میانگین مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در درد و مولفه های آن در جدول ۷ آمده است. جهت تشخیص اینکه درد و مولفه های آن در کدام یک از مراحل با همدیگر تفاوت معنی داری دارند، از آزمون تعقیبی بن فرونی^۲ استفاده شد که به مقایسه دو به دوی میانگین ها می پردازد.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی درد و مولفه های آن در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین ها	مقدار P
ادراک حسی درد	پیش آزمون - پس آزمون (اثرمداخله)	۹/۰۷۵*	<0/001
	پیش آزمون - پیگیری (اثرزمان)	۸/۱۸۸*	<0/001
	پس آزمون - پیگیری (اثر ثبات مداخله)	-۰/۸۸۷*	<0/001

¹ Olsen

² Bonferroni post hoc test

ادراک عاطفی درد	پیش آزمون - پس آزمون (اثرمداخله)	*۶/۹۸۷	<۰/۰۰۱
	پیش آزمون - پیگیری (اثرزمان)	*۵/۸۸۷	<۰/۰۰۱
	پس آزمون - پیگیری (اثر ثبات مداخله)	*-۱/۱۰	<۰/۰۰۱
ادراک ارزیابی درد	پیش آزمون - پس آزمون (اثرمداخله)	*۲	<۰/۰۰۱
	پیش آزمون - پیگیری (اثرزمان)	*۱/۷۰۰	<۰/۰۰۱
	پس آزمون - پیگیری (اثر ثبات مداخله)	*-۰/۳۰۰	۰/۰۱۷
دردهای متنوع	پیش آزمون - پس آزمون (اثرمداخله)	*۳/۹۱۳	<۰/۰۰۱
	پیش آزمون - پیگیری (اثرزمان)	*۳/۷۸۸	<۰/۰۰۱
	پس آزمون - پیگیری (اثر ثبات مداخله)	*-۰/۱۲۵	۱/۰۰۰
درد کل	پیش آزمون - پس آزمون (اثرمداخله)	*۲۱/۹۷۵	<۰/۰۰۱
	پیش آزمون - پیگیری (اثرزمان)	*۱۹/۵۶۲	<۰/۰۰۱
	پس آزمون - پیگیری (اثر ثبات مداخله)	*-۲/۴۱۳	<۰/۰۰۱

جدول ۴ نشان داد که بطور کلی روان‌درمانی‌ها بر کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبرهای مقابله‌ای در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری داشته است.

نتایج جدول ۴ به وضوح بیان کرد که تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری بسی بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری بود که این نشان‌دهنده آن بود که روان‌درمانی‌ها بر درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبرهای مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون نیز تأثیر داشته است و تداوم این تأثیر در مرحله پیگیری نیز ادامه داشته است. با توجه به اینکه که نتایج حاصله معین نکرده است که تأثیر به وجود آمده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مرتبط به کدام روش درمانی بوده است یا اینکه کدام روش درمانی موثرتر بوده است، بنابر این جهت بررسی تفاوت اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت، طرحواره درمانی، درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبرهای مقابله‌ای از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شده است که نتایج در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. مقایسه زوجی با آزمون تعقیبی بن فرونی به منظور تعیین تاثیر روش موثرتر بر درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

متغیر	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین ها	مقدار p
ادراک حسی درد	روان درمانی پویشی کوتاه مدت با طرحواره درمانی	۰/۰۳۳	۱/۰۰۰
	روان درمانی پویشی کوتاه مدت با درمان شناختی_رفتاری	*-۷/۴۸۳	<۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی با درمان شناختی رفتاری	*-۷/۵۱۷	<۰/۰۰۱
	روان درمانی پویشی کوتاه مدت با دارو درمانی	-۴/۶۵۰	۰/۱۰۴
	طرحواره درمانی با دارو درمانی	-۴/۶۸۳	۰/۰۹۹
	درمان شناختی رفتاری با دارو درمانی	۲/۸۳۳	۰/۸۵۳
ادراک عاطفی درد	روان درمانی پویشی کوتاه مدت با طرحواره درمانی	-۰/۵۶۷	۱/۰۰۰
	روان درمانی پویشی کوتاه مدت با درمان شناختی_رفتاری	*-۳/۰۸۳	۰/۰۰۲
	طرحواره درمانی با درمان شناختی رفتاری	*-۲/۵۱۷	۰/۰۲۰
	روان درمانی پویشی کوتاه مدت با دارو درمانی	*-۸/۱۰۰	<۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی با دارو درمانی	*-۷/۵۳۳	<۰/۰۰۱
	درمان شناختی رفتاری با دارو درمانی	*-۵/۰۱۷	<۰/۰۰۱
ادراک ارزیابی درد	روان درمانی پویشی کوتاه مدت با طرحواره درمانی	*۰/۹۶۷	۰/۰۱۴
	روان درمانی پویشی کوتاه مدت با درمان شناختی_رفتاری	-۰/۷۰۰	۰/۱۵۴
	طرحواره درمانی با درمان شناختی رفتاری	*-۱/۶۶۷	<۰/۰۰۱
	روان درمانی پویشی کوتاه مدت با دارو درمانی	*-۱/۵۶۷	<۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی با دارو درمانی	*-۲/۵۳۳	<۰/۰۰۱
	درمان شناختی رفتاری با دارو درمانی	*-۰/۸۶۷	۰/۰۳۷
دردهای متنوع	روان درمانی پویشی کوتاه مدت با طرحواره درمانی	*۲/۱۸۳	۰/۰۲۲
	روان درمانی پویشی کوتاه مدت با درمان شناختی_رفتاری	-۱/۲۰۰	۰/۶۱۸

<۰/۰۰۱	-۳/۳۸۳*	طرحواره درمانی با درمان شناختی رفتاری	
۰/۰۱۲	-۲/۳۳۳*	روان درمانی پویشی کوتاه مدت با دارو	
		درمانی	
<۰/۰۰۱	-۴/۵۱۷*	طرحواره درمانی با دارو درمانی	
۰/۷۴۰	-۱/۱۳۳	درمان شناختی رفتاری با دارو درمانی	
۱/۰۰۰	۲/۶۱۷	روان درمانی پویشی کوتاه مدت با طرحواره	درد کل
		درمانی	
<۰/۰۰۱	-۱۲/۴۶۷*	روان درمانی پویشی کوتاه مدت با درمان	
		شناختی_رفتاری	
<۰/۰۰۱	-۱۵/۰۸۳*	طرحواره درمانی با درمان شناختی رفتاری	
<۰/۰۰۱	-۱۶/۶۵۰*	روان درمانی پویشی کوتاه مدت با دارو	
		درمانی	
<۰/۰۰۱	-۱۹/۲۶۷*	طرحواره درمانی با دارو درمانی	
۰/۵۷۵	-۴/۱۸۳	درمان شناختی رفتاری با دارو درمانی	

جدول ۵ نشان داد که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت، طرحواره‌درمانی و دارو درمانی در کاهش ادراک حسی درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تاثیر داشته است ($P < 0/001$). درمان شناختی_رفتاری در کاهش ادراک حسی درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تاثیر نداشته است ($P > 0/05$). روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت، طرحواره‌درمانی و درمان شناختی_رفتاری در کاهش ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، دردهای متنوع و نمره کلی درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تاثیر داشته است ($P < 0/001$). دارو درمانی در کاهش ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، دردهای متنوع و نمره کلی درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تاثیر نداشته است ($P < 0/001$). بین روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت با طرحواره‌درمانی در کاهش ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد و نمره کلی درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت معنادار وجود نداشت ($P < 0/001$). بین روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت با طرحواره‌درمانی در کاهش ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت معنادار وجود داشت ($P < 0/001$). به این صورت که طرحواره‌درمانی نسبت به روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت در کاهش ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید موثرتر بوده است ($P < 0/001$).

بین روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت و طرحواره‌درمانی با درمان شناختی_رفتاری در کاهش ادراک حسی درد و ادراک عاطفی درد و نمره کلی درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت معنادار وجود داشت ($P < 0/001$). به این صورت که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت و طرحواره‌درمانی نسبت به درمان شناختی_رفتاری در کاهش ادراک حسی درد و ادراک عاطفی درد و نمره کلی درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید موثرتر بوده است ($P < 0/001$). بین روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت با درمان شناختی_رفتاری در کاهش ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت معنادار وجود نداشت ($P > 0/05$). بین طرحواره‌درمانی با درمان شناختی_رفتاری در کاهش ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت معنادار وجود داشت ($P < 0/001$). به این صورت که طرحواره‌درمانی نسبت به درمان شناختی_رفتاری در کاهش ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید موثرتر بوده است ($P < 0/001$).

بین روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت و طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری با دارو درمانی در کاهش ادراک حسی درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت معنادار وجود نداشت ($P > 0/05$). بین روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت و طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری با دارو درمانی در کاهش ادراک عاطفی درد و ادراک ارزیابی درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت معنادار وجود داشت ($P < 0/001$). بین روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت و طرحواره درمانی با دارو درمانی در کاهش دردهای متنوع و نمره کلی درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت معنادار وجود داشت ($P < 0/001$). بین درمان شناختی رفتاری با دارو درمانی در کاهش دردهای متنوع و نمره کلی درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت معنادار وجود نداشت ($P > 0/05$). علاوه بر آن نتایج نشان داد که طرحواره درمانی موثرترین روش در کاهش ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار بود ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری:

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت، طرحواره درمانی، درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار بود. افسردگی و اضطراب به میزان بالایی در بیماران آرتریت روماتوئید شایع بوده است. با توجه به میزان شیوع بالای افسردگی و درد در بیماران آرتریت روماتوئید توصیه شد که تیم پزشکی توجه بیشتری به کاهش درد، از طریق افسردگی و اضطراب در این بیماران داشته باشند (۲۳، ۲۲). در واقع افسردگی نشانه‌های آرتریت روماتوئید را تشدید کرده و منجر به اختلال در نتایج عملکردی مهم شد. وجود افسردگی و اضطراب، موجب کاهش آستانه درد شده و شخص نسبت به دردهای جسمی ناشی از بیماری‌های مزمن، حساس‌تر شد (۱۷).

نتایج نشان داد که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی تاثیر داشته است و نتایج آن در مرحله پیگیری تداوم داشته است. این یافته با پژوهش‌های متعددی که نشان داده شده است روان‌درمانی پویشی بر آلکسی تایمیا^۱ در بیماران روماتوئیدی (۳۵)؛ افسردگی، اضطراب و بهبود خلق (۳۰، ۳۴-۳۸، ۷۷) و اختلالات جسمی عملکردی (۴۰) موثر بود همسویی داشت.

در تبیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت بر کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی می‌توان گفت روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت و فشرده، از آن دسته روان‌درمان‌هایی به شمار می‌آید که به بیمار کمک شایانی در بازسازی شخصیت می‌کند و فقط به کاهش سیمپتومها^۲ بسنده نمی‌کند. در این فرایند درمانی، وی با تعارض‌ها و هیجان‌های ناهشیار خود، مواجه می‌شود. هیجان‌های که محصول سرکوب و اجتناب از احساساتی است که منجر به تعارض درون روانی و آسیب‌های روان‌شناختی شده‌اند. روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت به بیماران کمک می‌کند تا بر احساسات اجتناب شده خود غلبه کنند. در این فرآیند بیمار با تجربه احساسات دردناک عملاً می‌آموزد که باید با هیجان‌های دردناک خویش مواجه شود تا بتواند احساسات دردناک ناشی از زخم‌های زندگی گذشته‌اش را سالم‌تر تحمل کند. در نتیجه این فرآیند، ظرفیت تحمل بیمار افزایش می‌یابد و همین امر موجب کاهش علائم و رفتارهای دفاعی بیمار شده و احساسات دردناک مانند شرم، احساس گناه و خشم و افسردگی و اضطراب فروکش می‌کند و در نهایت منجر به کاهش درد جسمانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی می‌شود.

نتایج دیگر پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار تاثیر داشته است و نتایج آن در مرحله پیگیری تداوم داشته است. براساس مدل طرحواره درمانی یانگ (۴۸) افرادی که طرحواره‌هایی غیر انطباقی در مورد خود و رابطه‌شان با دیگران دارند وقتی در یک موقعیت خاصی قرار بگیرند فرایندهای توجهی و شناختی را هدایت می‌کند، یانگ و همکاران (۷۸) کار بک را بسط داده و مجموعه متنوعی از طرحواره‌های

¹ Alexithymia

² Symptom

غیرانطباقی اولیه را شناسایی کردند که فرض شد اشکال غیرانطباقی اولیه به عنوان یک الگوی گسترده، بدکار و فراگستر متشکل از خاطرات، هیجانات، شناخت و حواس جسمی درباره خود و رابطه با دیگران تعریف شده است که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل می‌گیرند و در طول عمر فرد پیچیده می‌شوند (۷۸)، همسو با نظرات یانگ و همکاران و یک تحقیقات اخیر نیز وجود ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار را با درد مزمن تایید کرده‌اند. از جمله ساریاهو^۱ و همکاران (۲۰۱۱) با تحقیق روی ۲۷۱ نفر از بزرگسالان سالم و مبتلا به درد مزمن فهمیدند که بیشتر از نصف مبتلایان به درد مزمن نمرات معناداری در طرح‌واره ناسازگار به دست آوردند همچنین نشان دادند در مردان رایج‌ترین طرح‌واره معیار سرسختانه و عیب جویی افراطی و ایثار است و در زنان رایج‌ترین طرح‌واره ابتدا ایثار و سپس معیارهای سرسختانه است. در تحقیقی دیگر با بررسی ۶۰۲ بیمار بزرگسال مبتلا به درد مزمن و افراد سالم متوجه شدند که مبتلایان به درد مزمن نمرات بیشتری در طرحواره‌های ناسازگار دارند و طرح‌واره محرومیت هیجانی نمرات بیشتری را کسب کرده‌اند. در تحقیقی دیگر، آرامش با تحقیق روی ۶۰ بیمار زن مبتلا به درد مزمن آرتريت روماتوئید نشان داد که اولاً همه بیماران، دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند و ثانياً بیماران به ترتیب در طرحواره‌های رهاشدگی، ایثار، تنبیه، معیارهای سخت‌گیرانه، نمره بیشتری دارند (۷۹) همچنین پژوهش‌هایی که نشان داده است که طرح‌واره درمانی بر افسردگی و اندیشناکی (۳۶، ۴۱-۴۴)، طرحواره‌های هیجانی (۴۵) و خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن (۴۶) درد و افسردگی در بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید (۴۳، ۴۷) موثر بود همسو بود. علاوه بر آن نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرح‌واره درمانی موثرترین روش در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای بود. طرح‌واره درمانی منجر به تغییرات شناختی، احساسی و رفتاری شده بود (۸۰). این رویکرد با تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اصلاح پاسخهای ناکارآمد بیمار و جایگزینی آنها با افکار سازگار و پاسخهای مناسب و سالم‌تر اثر بخش بوده است. علاوه بر تغییرات شناختی، طرح‌واره درمانی از طریق ابراز عواطف و احساسات سرکوب شده بیماران به نظر رسید بتواند باعث کاهش درد بیماران شود. طرح‌واره‌ها عامل ایجاد سوگیری در تفسیر انسان از وقایع شدند و این سوگیری‌ها به صورت سوء تفاهم، نگرش‌های تحریف شده، فرض‌های نادرست و انتظارات غیرواقع بینانه منتهی شد. همچنین تمایل بشر به هماهنگی شناختی باعث شد که همیشه از طرحواره‌های سابق خود، موقعیت‌ها را به گونه‌ای سوء تعبیر کنند که طرح‌واره‌ها تقویت شوند، بنابراین شرکت در جلسات طرح‌واره درمانی موجب تعدیل طرح‌واره‌ها و به دنبال آن کاهش درد شد.

تبیین دیگر از یافته‌ها در کل این بود که تکنیک‌های آموزشی داده شده باعث انعطاف‌پذیری شناختی و اصلاح باورهای ناکارآمد و تغییر نگرش بیمار شده بود به طوری که آنها درد خود را پذیرفته و به طرز منطقی با پیامدهای روانی آن مواجهه شدند که با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی و ایجاد طرح‌واره مثبت توانستند درد خود را مدیریت نمایند و به طور خلاصه بر پایه یافته‌های این پژوهش بر کارایی طرح‌واره درمانی و به لحاظ کاربرد بالینی می‌توان به بیمار آموزش داد تا باورهای خود را تغییر داده و برای یک زندگی بهتر تلاش کند (۸۱)

نتیجه دیگر این تحقیق نشان داد که بین روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت با طرح‌واره درمانی در کاهش ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد و نمره کلی درد بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید تفاوت معنادار وجود نداشت. احتمالاً در دو گروه درمانی، با طی کردن فرایند درمان و با یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای جدید، خزانه شناختی و رفتاری افراد تقویت شده بود. این امر باعث افزایش توان مقابله آنها با موقعیت‌های دردناک زندگی شان و در نتیجه کاهش درد شده بود.

همچنین نتایج نشان داد که بین طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید تفاوت معنادار وجود داشت. از دلایل عمده این امر می‌تواند تفاوت دو روش در رویکرد درمانی‌شان باشد. شناخت‌درمانی در قالب سطوح شناختی، رویکرد بالا به پایین را اتخاذ کرد. ابتدا سراغ شناخت‌های سطحی سپس مفروضه‌های زیربنایی و سپس طرح‌واره‌ها رفت. اما در طرح‌واره

¹ Sarriaho TH

درمانی بالعکس، مستقیماً سراغ عمیق‌ترین سطح شناختی (طرحواره‌ها) می‌رود و رویکرد پایین به بالا را اتخاذ کرد (۴۸). نتایج دیگر پژوهش حاضر نیز نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید موثر بوده است. این یافته با پژوهش‌های احمدی کمشچه و همکاران (۱۳۹۶)، منصوریه (۱۳۹۶)، حمزه پور حقیقی و همکاران (۱۳۹۴)، رضایی (۱۳۹۲)، پاردوس-گاسکون و همکاران (۲۰۲۱) و زیگیرسکا^۱ و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای نشان دادند که ترکیب درمان شناختی- رفتاری و دارو درمانی بر ادراک درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تاثیر داشت همخوان بود (۴۳، ۵۷-۶۰، ۶۲) هم راستا با این پژوهش، پژوهش‌های دیگر نیز نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی (۶۳، ۶۴) بهزیستی روانشناختی بیماران آرتریت روماتوئید (۶۵، ۶۶)، خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد مزمن (۴۶) افسردگی بیماران آرتریت روماتوئید (۵۸، ۶۷) موثر بود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان ادعان کرد که مداخلات روان‌شناختی برای بسیاری از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید سودمند بود، بویژه هنگامی که این مداخلات باعث افزایش سطوح فعالیت جسمانی شد (۸۲). درمان شناختی رفتاری هدفمند بموقع می‌تواند باعث ارتقاء نتایج در افراد مبتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن شد (۸۳). پیامدهای روانشناختی و پزشکی تحت تاثیر باورهای بیماران در مورد علائم، علت، اثرات و پیامدها، طول مدت، کنترل یا درمان بیماری‌هایشان بود (۸۴). در مداخلات شناختی- رفتاری مورد آماج قرار دادن افکار و رفتارهای ناسازگارانه، نقش کلیدی داشت. بر این اساس، باورهای افراد در مورد بیماریشان، اغلب بر چگونگی مقابله و سازگاری آن‌ها با بیماری تاثیر داشت و درمان شناختی رفتاری به نحو فزاینده‌ای در بیماریهای روان- تنی برای کمک به کنترل بهتر واکنش‌های افراد در قبال حوادث استرس‌زای زندگی بکار رفت و مقابله موثر با استرس‌زها توانست درد را تحت تاثیر قرار دهد.

همچنین نتایج نشان داد که بین روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت و طرحواره درمانی و درمان شناختی- رفتاری با دارو درمانی در کاهش ادراک حسی درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت معنادار وجود نداشت. در نتیجه نمی‌توان گفت که کدام درمان در کاهش ادراک حسی درد ارجح‌تر است ولی مهم‌ترین نتیجه پژوهش این بود که اگر این درمان‌ها مانند هم عمل کنند پس جایگزین مناسبی برای دارودرمانی کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مبتلا به اضطراب و افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار هستند. چرا که یکی از مشکلات این بیماران مصرف دارو در مورد بیماری آرتریت روماتوئید بود و به دلیل عارضه آن بیشتر افراد مصرف آن را رها کردند. همچنین اگر بیماران آرتریت روماتوئید برای افسردگی همراه این بیماری، دارو مصرف کنند نه تنها به اجبار عوارض ناخواسته‌ای برای بیمار دارد بلکه پیگیری مصرف دارو را هم دچار مشکل می‌کند. لذا در صورت عدم درمان آن، فرد بیمار درمان دارویی را رها کرده، دچار مشکلات جسمی شده و باعث به هم خوردن روابط اجتماعی و فردی خواهد شد و احتمال گرایش به اعتیاد و خودکشی را افزایش خواهد داد.

آلن عباس (۲۹) بیان کرده، یکی از خطرات درمان روانپویایی کوتاه مدت در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، خطر عود بیماری آرتریت روماتوئید ناشی از اضطراب درمان است. این مشکل یکی از محدودیتهای درمان بود. از محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به پایین بودن روایی بیرونی و تعمیم پذیری نتایج آن به همه بیماران، به دلیل شرایط کنترل شده پژوهش و در نظر گرفتن تفاوت‌های فرهنگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به عنوان جامعه آماری، و نیز محدودیت زیاد زمان اجرای دوره آموزشی اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت، طرحواره درمانی و درمان شناختی- رفتاری به عنوان مهارت‌های مورد نیاز در کاهش درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی لحاظ شود.

از آنجا که در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای اضطراب و افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار، اختلالات روانی یکی از عوامل ایجاد درد است، مهم‌ترین نتیجه پژوهش این بود که همه این روان‌درمانی‌ها از طریق درمان اضطراب و افسردگی در کاهش درد اثر بخش هستند. بنابراین استفاده ترکیبی از روان‌درمانی‌ها در کنار دارو درمانی می‌تواند درمان اثر بخش تری نسبت به استفاده از دارو درمانی به

¹ Zgierska, A

تنهایی، در کاهش درد باشد. به این معنا که استفاده از داروهای تخصصی روماتولوژی در کاهش درد به تنهایی موثر نیست. چرا که یکی از مشکلات این بیماران یاس و ناامیدی در کاهش درد ناشی از مصرف داروهای روماتولوژی به تنهایی است. در واقع تا تعارضات روانی و اضطراب و افسردگی حل و فصل نشود، فشار روانی ناشی از آنها از طریق تحریک سیستم ایمنی بدن، درد را بازتولید میکند.

References:

1. Cunha M, Ribeiro A, André S. Anxiety, depression and stress in patients with rheumatoid arthritis. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2016;217:337-43. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.098>.
2. Noroozi M, Borzooei S, Baeis MG, Iran R. Evaluation of sexual dysfunction in patients with Rheumatoid Arthritis. *Qom Univ Med Sci J*. 2016;10(80):62-70 [Persian] <http://journal.muq.ac.ir/article-۲۷۰-۱-fa.html>.
3. Hall JE, Hall ME. Guyton and Hall textbook of medical physiology e-Book. Ghasemi, A, Mohammadi, M. (Persian translator). Tehran. Etminan. 2021. <https://etminanpub.com/index.php/shop/book/362>.
4. Obidi A, Shihoodi S, Khalatbari J, Haji Abbasi, A. Study of depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 2012; 22(85): 22-15.4.
5. Khanizadeh A-M, Karimzadeh F. Experimental models of rheumatoid arthritis: Acute and chronic pain. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2017;5(1):98-109 [Persian] <http://shefayekhatam.ir/article-1-1143-en.html>.
6. Hinkle JL, Cheever KH. Study guide for Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Lippincott Williams & Wilkins. 2013. <https://www.amazon.com/Brunner-Suddarths-Textbook-Medical-Surgical-Nursing/dp/1496347994>.
7. Kingsley G, Scott IC, Scott DL. Quality of life and the outcome of established rheumatoid arthritis. *Best practice & research Clinical rheumatology*. 2011;25(4):585-606. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2011.10.003>.
8. Ovayolu OU, Ovayolu N, Karadag G. The relationship between self-care agency, disability levels and factors regarding these situations among patients with rheumatoid arthritis. *Journal of clinical nursing*. 2012;21(1-2):101-10. <https://doi.org/10.1111/j.365-2702.011.03710.x>.
9. McBain H, Shipley M, Newman S, Collaboration AR. The impact of appearance concerns on depression and anxiety in rheumatoid arthritis. *Musculoskeletal care*. 2013;11(1):19-30. <https://doi.org/10.1002/msc.20>.
10. Fakra E, Marotte H. Rheumatoid arthritis and depression. *Joint bone spine*. 2021;88(5):105-200. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2021.105200>.
11. van Onna M, Boonen A. The challenging interplay between rheumatoid arthritis, ageing and comorbidities. *BMC musculoskeletal disorders*. 2016;17:1-9. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1038-3>.
12. Neel DS, Allegakoen DV, Olivas V, Mayekar MK, Hemmati G, Chatterjee N, et al. Differential subcellular localization regulates oncogenic signaling by ROS1 kinase fusion proteins. *Cancer research*. 2019;79(3):546-56. <https://doi.org/10.1158/0008-5472.CAN-18-1492>

13. Gerrits MM, Vogelzangs N, Van Oppen P, Van Marwijk HW, van der Horst H, Penninx BW. Impact of pain on the course of depressive and anxiety disorders. *Pain*. 2012;153(2):429-36. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.11.001>.
14. Edward D HJ, Gary SF. Clinical Feature of Rheumatoid Arthritis. In: Gray S Firestein, Ralph C Budd, Edward D Harris, Iain B McInnes, Shaun Ruddy, John S Sergent. *Kelley's Text book of Rheumatology* (8th Edition). Philadelphia: SAUNDERS ELSEVIER;970-987. 2019. https://www.researchgate.net/publication/289822539_Clinical_Features_of_Rheumatoid_Arthritis
15. Oszolak F, Milos PM. RNA sequencing: advances, challenges and opportunities. *Nature reviews genetics*. 2011;12(2):87-98. <https://DOI:10.1038/nrg2934>
16. Arnow BA, Blasey CM, Lee J, Fireman B, Hunkeler EM, Dea R, et al. Relationships among depression, chronic pain, chronic disabling pain, and medical costs. *Psychiatric Services*. 2009;60(3):344-50. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.3.344>.
17. Jain A, Bhaduria D. Evaluation of efficacy of fluoxetine in the management of major depression and arthritis in patients of Rheumatoid Arthritis. *Indian Journal of Rheumatology*. 2013;8(4):165-9. <https://doi.org/10.1016/j.injr.2013.08.001>.
18. Morris A, Yelin EH, Panopalis P, Julian L, Katz PP. Long-term patterns of depression and associations with health and function in a panel study of rheumatoid arthritis. *Journal of health psychology*. 2011;16(4):667-77. <https://doi.org/10.1177/1359105310386635>.
19. Baker TA, Buchanan NT, Small BJ, Hines RD, Whitfield KE. Identifying the relationship between chronic pain, depression, and life satisfaction in older African Americans. *Research on Aging*. 2011;33(4):426-43. <https://doi.org/10.1177/0164027511403159>.
20. Koechlin H, Coakley R, Schechter N, Werner C, Kossowsky J. The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of psychosomatic research*. 2018;107:38-45. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.02.002>.
21. Martin A, Chopra R, Nicassio PM. Nonpharmacologic pain management in inflammatory arthritis. *Rheumatic Disease Clinics*. 2021;47(2):277-95. <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2020.12.009>
22. Fu X, Li Z-J, Yang C-J, Feng L, Sun L, Yao Y, et al. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis in China: A systematic review. *Oncotarget*. 2017;8(32):53623-30. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.7323>.
23. Kaur I, Behl T, Bungau S, Kumar A, Mehta V, Setia D, et al. Exploring the therapeutic promise of targeting HMGB1 in rheumatoid arthritis. *Life Sciences*. 2020;258:118164. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2020>.
24. Khalvat A, Rostamian A, Najafzadeh S, Meisami A. The comparison between monotherapy and combination therapy in Rheumatoid Arthritis. *Tehran University of Medical Sciences Journal*. 2006;64(11):69-76. <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-876-en.html>.
25. Nell V, Machold K, Eberl G, Stamm T, Uffmann M, Smolen J. Benefit of very early referral and very early therapy with disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2004;43(7):906-14. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keh199>.
26. Ghorbani N. Intensive and short-term dynamic psychotherapy: principles and techniques. *Tehran.Samt*. 2014[Persian]. <https://esale.samt.ac.ir2014>.
27. Pennebaker JW. *Opening up: The healing power of expressing emotions*: Guilford Press; 2012.
28. Davanloo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy: Spectrum of psychoneurotic disorders. *International Journal of short Term Psychotherapy*. 1995;10:121-

56. <https://books.google.com/books?id=gHuKEAAAQBAJ&lpg=PA1&ots=t0A7Q1sqrJ&lr&pg=PA4#v=onepage&q&f=false>.
29. Allen DG, Lamb GD, Westerblad H. Skeletal muscle fatigue: cellular mechanisms. *Physiological reviews*. 2008;88(1):287-332. <https://doi.org/10.1152/physrev.00015.2007>.
30. Driessen E, Cuijpers P, de Maat SC, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJ. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2010;30(1):25-36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.010>.
31. Abbass AA, Joffres MR, Ogrodniczuk JS. A naturalistic study of intensive short-term dynamic psychotherapy trial therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2008;8(2):164. <https://doi:10.1093/brief-treatment/mhn001>.
32. Davanloo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo, MD. Khalighi Sigaroudi A (Persian translator), Tehran: Arjmand book: Nesl Farda: Arjmand.2001. <https://www.arjmandpub.com/book/2001>.
33. Zarei E, Dortaj F. Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on Alexithymia in Rheumatoid Arthritis patients. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2021;19(1):139-48. <https://DOI:10.52547/rbs.19.1.139>.
34. Taghavi F, Mirzaie P, Azandariani M, Rezaei Shojaei S. The Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy on Anxiety, Depression and Happiness in Women with Generalized Anxiety. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2019;62(December):456-66.[Persian]. https://mjms.mums.ac.ir/article_15075.html.
35. Amani N, Haji alizadeh K, Zarei E, Dortaj F. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy *Res Behav Sci* 2020; 18(3): 349-358(Persian) <http://dxdoiorg/1029252/rbs183349>. 2021.
36. Lorenzo-Luaces L, Driessen E, DeRubeis RJ, Van HL, Keefe JR, Hendriksen M, et al. Moderation of the alliance-outcome association by prior depressive episodes: Differential effects in cognitive-behavioral therapy and short-term psychodynamic supportive psychotherapy. *Behavior Therapy*. 2017;48(5):581-95. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.011>.
37. Ajilchi B, Nejati V, Town JM, Wilson R, Abbass A. Effects of intensive short-term dynamic psychotherapy on depressive symptoms and executive functioning in major depression. *The Journal of nervous and mental disease*. 2016;204(7):500-5. <https://doi:10.1097/NMD.0000000000000518>
38. Sieradzki A, Małyszczak K, Pacan P, Kiejna A. Personality traits in relation to anxiety and depressive symptoms in people who have undergone short-term psychodynamic psychotherapy in daycare conditions. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2015;24(3):119-27. <https://doi.org/10.1016/j.pin.2015.09.005>.
39. Driessen E, Hegelmaier LM, Abbass AA, Barber JP, Dekker JJ, Van HL, et al. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical psychology review*. 2015;42:1-15. <https://doi.org/0.1016/j.cpr.2015.07.004>.
40. Abbass A, Lumley MA, Town J, Holmes H, Luyten P, Cooper A, et al. Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A systematic review and meta-analysis of within-treatment effects. *Journal of Psychosomatic Research*. 2021;145:110473. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021>.
41. Mohagheghi h, kharghani p. The Effect of Schema Therapy on Anxiety, Depression, and Early Maladaptive Schemas in Individuals with Substance Use Disorder. *Research on Addiction*. 2021;15(60):299-324.[Persian] <https://doi.org:10.52547/etiadjpajohi.15.60.299>.

42. Jahangir AH. Effect of Schema Therapy on depression and anxiety in patients with obsessive-compulsive disorder. *Health Research Journal*. 2018;3(4):204-10.[Persian]<https://www.magiran.com/paper/1912993/>.
43. Rezaei M, Ghadampur E, Kazemi R. Effectiveness of emotional schema therapy on rumination and severity of depression in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2015;7(4):45-58.[Persian]<https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2217>.
44. Renner F, DeRubeis R, Arntz A, Peeters F, Lobbestael J, Huibers MJ. Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2018;58:97-105<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.10.002>.
45. Daneshmandi S, Izadikhah Z, Kazemi H, Mehrabi H. The effectiveness of emotional schema therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2014;22(5):1481-94[Persian]<http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-2652-en.html>.
46. Yousefzadeh M, Hashemi M, Talebi H, NeshatDoost HT, Taheri M, Momenzadeh S. Compare the Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy and Schema Therapy on reducing the cognitive error of pain catastrophizing and increase of pain self-efficacy in Tehranian Patients with Chronic Low Back Pain. *Journal of Anesthesiology and Pain*. 2020;11(2):26-43[Persian]<http://jap.iuums.ac.ir/article-1-5444-fa.html>.
47. Hosseini M, Ahadi H, Jomehri F, Kraskian-Mujembari A, Ahadi M. The Effectiveness of Emotional Schemas Group Therapy on Pain and Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Psychological Methods and Models*. 2019;10(35):135-19[Persian]<https://20.1001.1.22285516.1398.10.35.7.2>.
48. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide). Hamidpour H, Indoz Z. (Persian translator). first volume.Tehran.Arajmand publication2014..<https://jph.ir/>.
49. Crowther T. The perception of activity. *The Structure of Perceptual Experience*. 2015:79-101<https://doi.org/10.1111/rati.12080>.
50. Sajjadi N, Golmohammadian M, Hojatkhah M. The effectiveness of schema therapy on academic motivation amongst high school female students in Kermanshah. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2016;17(1):35-42[Persian]https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_534000_en.html.
51. Liu L, Xu N, Wang L. Moderating role of self-efficacy on the associations of social support with depressive and anxiety symptoms in Chinese patients with rheumatoid arthritis. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2017:2141-50.<https://doi.org/10.7/NDT.S137233>.
52. Hewlett S, Ambler N, Almeida C, Blair P, Choy E, Dures E, et al. Protocol for a randomised controlled trial for Reducing Arthritis Fatigue by clinical Teams (RAFT) using cognitive-behavioural approaches. *BMJ open*. 2015;5(8):e009061.<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015->.
53. Maguire P, Hopwood P, Tarrier N, Howell T. Treatment of depression in cancer patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1985;72:81-4.<http://doi:0.1111/j.600-0447.1985.tb08080.x> .
54. Reece BL. Effect of counseling on quality of life for individuals with cancer and their families. *Cancer Nursing*. 1994;17(2):101-12.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8019994/>.
55. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *Jama*. 2000;284(22):2907-11. <https://DOI:10.1177/019394590002200405>
56. Fukui S, Kugaya A, Okamura H, Kamiya M, Koike M, Nakanishi T, et al. A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma: a randomized controlled trial.

- Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society. 2000;89(5):1026-36.[https://doi.org/10.02/97-0142\(20000901\)89:5<1026::AID-CNCR12>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.02/97-0142(20000901)89:5<1026::AID-CNCR12>3.0.CO;2-5).
57. Ahmadi Kameshchek M BNM, Zakiri Z., Todhani M. The effectiveness of the combination of cognitive-behavioral therapy and drug therapy on the perception of pain in patients with rheumatoid arthritis. 12th Annual Research Congress of Eastern Medical Sciences Students 2016; Gonabad[Persian] <https://civilicom/doc/687274/2017>.
58. Mansourieh N. The effect of cognitive behavioral therapy on reducing pain and depression in women with rheumatoid arthritis. The 6th Congress of the Iranian Psychological Association 2016; Tehran<https://civilicom/doc/732469/2016>.
59. Hamzhepour Haghighi T, Dousty Y, Fakhri MK. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on illness and pain perception in patients with rheumatoid arthritis. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2015;20(3):45-57.[Persian]<http://sjku.muk.ac.ir/article-1-1848-fa.html>.
60. Pardos-Gascón EM, Narambuena L, Leal-Costa C, Van-der Hofstadt-Román CJ. Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2021;21(1):100197.<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.08.001>.
61. Øiestad BE. Critically appraised paper: Cognitive functional therapy reduced disability compared with group-based exercise and education for chronic low back pain [synopsis]. Journal of physiotherapy. 2021;67(2):141-<https://DOI:10.1016/j.jphys.2021.01.004>
62. Zgierska AE, Burzinski CA, Garland EL, Lennon RP, Jamison R, Nakamura Y, et al. Mindfulness-based therapy compared to cognitive behavioral therapy for opioid-treated chronic low back pain: Protocol for a pragmatic randomized controlled trial. Contemporary Clinical Trials. 2021;110:106548.<https://doi.org/10.1016/j.cct.2021>.
63. Vahedi Hemat A, Safaei Rad I. The Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Reducing Anxiety Symptoms (trait and state), Stress and Quality of Life in Second Grade High School Students with Rheumatoid Arthritis. Journal of Psychology New Ideas. 2020;6(10):1-13.[Persian]: <http://jnip.ir/article-1-340-fa.html>.
64. Nettet MB, Bjørngaard JH, Whittington R, Palmstierna T. Does cognitive behavioural therapy or mindfulness-based therapy improve mental health and emotion regulation among men who perpetrate intimate partner violence? A randomised controlled trial. International journal of nursing studies. 2021;113:103795.<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020>.
65. Momeni NS, Yousefi AA, Vand AK, Rostamian A. Comparison of the effectiveness of coping therapy and cognitive-behavioral therapy in cognitive immunity and psychological well-being indicators of patients with rheumatoid arthritis referring to Imam Khomeini Hospital, Tehran, Iran. Tehran Iran Qom Univ Med Sci Journal. 2020;14(8):39-49.[persian]<https://DOI:10.29252/qums.14.8.39>.
66. Blaney C, Hitchon CA, Marrie RA, Mackenzie C, Holens P, El-Gabalawy R. Support for a non-therapist assisted, Internet-based cognitive-behavioral therapy (iCBT) intervention for mental health in rheumatoid arthritis patients. Internet interventions. 2021;24:100385.<https://doi.org/10.1016/j.invent.2021>.
67. Seirafi M, Namjoo S, Sabet M. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for adherence, depression and negative illness representations in rheumatoid arthritis patients: A randomized

- controlled trial. *Journal of Inflammatory Diseases*. 2018;22(2):48-62[Persian]<http://dx.doi.org/10.29252/qums.22.2.48>.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory–II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996. <https://www.amazon.com/BDI-II-Beck-depression-inventory-Manual/product-reviews/0158018389>
69. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Archives of Rehabilitation*. 2007;8:82-6[Persian]<https://www.sid.ir/paper/404787/en>.
70. Rajabi G, Karju Kasmay S. Psychometric properties of a Persian language version of the Beck Depression Inventory second edition. *Quarterly of Educational Measurement*, 2012; 3(10): 139-158. https://jem.atu.ac.ir/article_5657.html
71. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Anxiety Inventory. The Psychological Corporation, San Antonio; 1990.
72. de Beurs E, Wilson KA, Chambless DL, Goldstein AJ, Feske U. Convergent and divergent validity of the Beck Anxiety Inventory for patients with panic disorder and agoraphobia. *Depress Anxiety*. 1997;6(4):140-6. doi: 10.1002/(sici)1520-6394(1997)6:4<140::aid-da2>3.0.co;2-g
73. Hossein Kaviani H, Mousavi A S. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal*. 2008;66(2):136-40.[Persian]<http://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-en.html>.
74. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975 Sep; 1(3):277-299. doi: 10.1016/0304-3959(75)90044-5
75. Dubuisson D, Melzack R. Classification of clinical pain descriptions by multiple group discriminant analysis. *Exp Neurol*. 1976 May; 51(2):480-7. doi: 10.1016/0014-4886(76)90271-5
76. Khosravi M, Sedighi S, Moradi Alamdari Sh, Zendedel K. Persian-McGill pain questionnaire translation, adaptation and reliability in cancer patients: a brief report. *Tehran Univ Med J*. 2013; 71(1):53-58. <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-38-fa.html>
77. Johansson S, Villamor E, Altman M, Bonamy A-KE, Granath F, Cnattingius S. Maternal overweight and obesity in early pregnancy and risk of infant mortality: a population based cohort study in Sweden. *Bmj*. 2014;349.<https://doi.org/10.1136/bmj.g6572>
78. Yang H, Yang T, Baur JA, Perez E, Matsui T, Carmona JJ, et al. Nutrient-sensitive mitochondrial NAD⁺ levels dictate cell survival. *Cell*. 2007;130(6):1095-107.[https://www.cell.com/fulltext/S0092-8674\(07\)00973-7](https://www.cell.com/fulltext/S0092-8674(07)00973-7).
79. P AS. A comparative study on the early maladaptive scheme (EMS) and coping strategies of patients suffering from rheumatoid arthritis and healthy individuals Master's Thesis, Faculty of Literature, Tarbiat Modares University 2014(Persian) <https://parsehmodaresacir/thesis/1068477>. 2014;17(3):165-82.
80. Montazeri M, Neshatdoost H, Abedi M, Abedi A. Effectiveness of schema therapy on symptoms intensify reduction and depression in a patient with obsessive compulsive personality disorder: A single case study. *Journal of Clinical Psychology*. 2013;5(1):35-45.(Persian)<https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2114>.
81. Wicksell RK, Melin L, Lekander M, Olsson GL. Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain—a randomized controlled trial. *PAIN®*. 2009;141(3):248-57.<https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.11.006>.

82. Knittle K, Maes S, De Gucht V. Psychological interventions for rheumatoid arthritis: Examining the role of self-regulation with a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis care & research*. 2010;62(10):1460-72. <https://doi.org/10.002/acr.20251>.
83. Edwards RR, Bingham III CO, Bathon J, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 2006;55(2):325-32. <https://doi.org/10.1002/art.21865>.
84. Scharloo M, Kaptein A, Weinman J, Bergman W, Vermeer B, Rooijmans H. Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *British Journal of Dermatology*. 2000;142(5):899-907. <https://doi.org/10.1046/j.365-2133.000.03469.x>.