

## بررسی اثربخشی درمان گروهی طرحواره‌های هیجانی بر میزان درد و افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

ماریه حسینی<sup>۱</sup>، حسن احدی<sup>۲\*</sup>، فرهاد جمهری<sup>۳</sup>، آدیس کراسکیان موجمباری<sup>۴</sup>، مروارید احدی<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۱/۱۸

### چکیده

هدف این مطالعه بررسی اثربخشی درمان گروهی طرحواره‌های هیجانی بر میزان درد و افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بوده است. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روماتولوژی و بخش‌های روماتولوژی بیمارستان‌های شهر شیراز بود. ۴۵ بیمار مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید که مبتلا به افسردگی هم بودند، به صورت تصادفی در ۳ گروه آزمایشی، پلاسیبو و کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این مطالعه، پرسشنامه‌های درد مک‌گیل و افسردگی بک بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل کوواریانس و واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. نتایج نشان داد که درمان گروهی طرحواره‌های هیجانی بر میزان درد (مولفه‌های حسی، عاطفی، شناختی و نمره کل) و افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید اثر معناداری داشت و موجب کاهش آنها گردید و این اثر پس از پیگیری ۳ ماهه ماندگاری داشت ( $p < 0/05$ ). با استناد به یافته‌ها میتوان نتیجه گرفت که درمان گروهی طرحواره‌های هیجانی میتواند یک مداخله روانشناختی اثربخش جهت کاهش درد و افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید باشد.

واژه‌های کلیدی: آرتریت روماتوئید، درمان طرحواره‌های هیجانی، درد، افسردگی.

ژورنال علم‌انسانی و مطالعات فرهنگی

- ۱- دانشجوی دکترا، روانشناسی سلامت، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.
  - ۲- استاد و مدیر گروه روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی کرج، البرز، ایران.
  - ۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
  - ۴- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی کرج، البرز، ایران.
  - ۵- متخصص اعصاب و روان، بیمارستان معتمدی، تهران، ایران.
- \* نویسنده‌ی مسئول مقاله، ahadi@aut.ac.ir

## مقدمه

آرتریت روماتوئید<sup>۱</sup> یک اختلال التهابی سیستمیک مزمن است که علت بروز آن شناخته شده نیست. مشخصه آن درد و تورم قرینه چند مفصلی، سفتی صبحگاهی و خستگی می باشد (Longo, Kasper, Jameson, Fauci, 2015). آرتریت روماتوئید یک بیماری پر استرس و پیشرونده است که یکی از مشخصه های آن درد مزمن مفاصل است (Klareskog, Catrina, 2009). برای میلیون ها آمریکایی که با آرتریت روماتوئید زندگی می کنند، درد مزمن اغلب به عنوان بزرگترین مانع برای سلامتی آنها گزارش شده است (Minnock, Fitz Gerald, 2018). افسردگی و اضطراب به میزان بالایی در بیماران آرتریت روماتوئید شایع است و با پیامدهای بدتر آرتریت روماتوئید ارتباط دارد. به خصوص شیوع افسردگی در بیماران آرتریت روماتوئید به طور قابل توجهی بالاتر است. در یک تحقیق متاآنالیز که شامل ۱۳۱۸۹ بیمار آرتریت روماتوئید از ۷۲ مطالعه بود، میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی ۱۶/۸٪ گزارش گردید (Matcham, et al., 2013, VanOnna, Boonen, 2016). با توجه به میزان شیوع بالای افسردگی در بیماران آرتریت روماتوئید توصیه گردید که تیم پزشکی توجه بیشتری به افسردگی در این بیماران داشته باشند (FU, JunLi, Yang, Feng, Sun et al., 2017). یکی از این مداخلات رویکردهای شناختی- رفتاری بوده اند (Marks et al., 2005). Liu et al., 2017). درمان شناختی- رفتاری به بیمار کمک می کند تا افکار و احساساتی را که محرک رفتار می شوند را درک کرده و از بازسازی شناختی استفاده می کند تا به بیماران جهت تغییر رفتار کمک نماید (Sage et al., 2008, Hewlett, Ambler, Almeida, Blair, 2015). (Choy et al., 2015).

طرحواره درمانی هیجانی شکل هیجان محور درمان شناختی- رفتاری است. این درمان در موارد زیر به بیمار کمک می کند: شناسایی انواع گوناگونی از هیجانها و نام گذاری آنها، بهنجارسازی تجربه هیجانی و از جمله هیجانهای دشوار و دردناک، مرتبط ساختن هیجانها با نیازهای شخصی و با ارتباطات بین فردی، شناسایی باورهای دردسرساز و راهبردهایی (طرحواره های) که بیمار برای تغییر، قضاوت، کنترل و اقدام درباره هیجان از آنها استفاده می کند، گردآوری اطلاعات با استفاده از تکنیکهای تجربی و ترتیب دادن آزمایشهای هیجانی جهت ارائه پاسخهایی مفیدتر نسبت به هیجانهای بیمار و ایجاد راهبردها و باورهای جدید، انعطاف پذیرتر و سازگارانه درباره تجربه هیجانی شخص. طرحواره درمانی هیجانی می کوشد تا معنی و مفهومی را برای هیجان ارائه دهد، هیجان را در ساختار یک زندگی معنی دار و ارزشهایی قرار دهد که شایسته زندگی باشند،

هیجان‌ها را بهنجارسازی کرده و به افراد کمک کند تا به کاوش احتمالات هیجانی بپردازند (Leahy, 2002, 2009).

یافته‌های مطالعات بیانگر اثربخشی درمان طرحواره‌های هیجانی بر افسردگی بوده است (Leahy, 2012, Kolyaie, Badri, Bahrami, Hosseini, 2016, Rezaei, Ghadam pour, Rezaei, Erfan, Noorbala, Mohammadi, Adibi, 2018). همچنین یافته‌های مطالعات حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان‌ات و مداخلات مبتنی بر پذیرش بر کاهش درد بوده است (Rezaei, 2013, Majeed, Ali, Sudak, 2018, Davis, Zautra, Wolf, et al., 2015). از طرف دیگر بسیاری از عوامل درمانی در گروه درمانی از قبیل همگانی بودن، امید، نودوستی، همزبان داشتن، شجاعت دادن و ... با بیماران دچار بیماری جسمی، کارایی دارند (Fawzy, Fawzy, 1996, Yalom, 2005).

با توجه به میزان شیوع بالای آرتريت روماتويد و هزینه مالی بالای که بر بیماران و جامعه اعمال می‌شود و باتوجه به اینکه تاکنون تحقیقی درباره اثربخشی درمان طرحواره‌های هیجانی بر بیماران آرتريت روماتويد در ایران صورت نگرفته است، این تحقیق با هدف بررسی اثربخشی درمان طرحواره‌های هیجانی بر درد و افسردگی در بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد صورت گرفته است.

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

جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روماتولوژی و بخش‌های روماتولوژی بیمارستان‌های شهر شیراز بود. از میان این بیماران، بیمارانی که براساس تست افسردگی بک دارای درجاتی از افسردگی بودند ۴۵ نفر بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در سه گروه آزمایش، پلاسیبو و کنترل قرار گرفتند. به نحوی که طرحواره درمانی هیجانی بر روی گروه آزمایشی اعمال شد. گروه پلاسیبو تنها در جلسات گروهی بدون هیچگونه آموزشی قرار گرفته و گروه کنترل که هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکردند. میانگین سنی برای هر کدام از گروه‌های آزمایش، پلاسیبو و گواه به ترتیب  $۹/۸ \pm ۴۲/۰۷$  ،  $۱۳/۱ \pm ۴۴/۲۷$  ،  $۵/۶ \pm ۳۸/۱۳$  سال می‌باشد. متوسط مدت زمان ابتلا به بیماری در همه افراد  $۴/۱۴ \pm ۵/۴$  سال می‌باشد.

#### ابزار

ابزار گردآوری اطلاعات: جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های ذیل قبل از اجرای درمان گروهی طرحواره‌های هیجانی پس از اجرای آن و ۳ ماه پس از اتمام درمان گروهی طرحواره‌های هیجانی استفاده گردید.

### پرسشنامه درد مک گیل<sup>۱</sup>

پرسشنامه درد مک گیل (MPQ)، دارای ۲۰ مجموعه عبارت بوده و هدف آن سنجش درک افراد از درد از ابعاد مختلف (سه بعد ادراک حس درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون) می باشد (Melzack, 1975). پرسشنامه درد مک گیل از برجسته ترین ابزارهای اندازه گیری درد است که برای اولین بار توسط ملزاک و بر روی ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف دردها رنج می بردند، مورد استفاده قرار گرفت (همان منبع). روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط دورکین و همکاران مورد بررسی قرار گرفت (Dworkin et al., 2009). یافته های این پژوهش پایایی و روایی بالایی را برای این پرسشنامه نشان دادند. نتایج تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی حاکی از وجود چهار خرده مقیاس درد پیوسته، درد متنوع، درد نوروپاتی و درد عاطفی بود. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. (Khosravi, Sedighi, Moradi, Alamdari, Zendedel, 2012) به ترجمه، بومی سازی و بررسی پایایی پرسشنامه درد مک گیل به زبان فارسی پرداخته و بیان کرده اند که پرسشنامه فارسی درد مک گیل از انطباق فرهنگی و پایایی کافی برای استفاده در مطالعات اپیدمیولوژیک درد مزمن برخوردار است. در مطالعه آنها (نمونه=۸۴) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۵ و ضریب پایایی در تمام حیطه ها (حسی، عاطفی، ارزیابی یا شناختی و متفرقه) بالای ۰/۸۰ محاسبه شد.

### پرسشنامه افسردگی بک<sup>۲</sup> (BDI-II)

پرسشنامه افسردگی بک برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکارانش ساخته شد. در این پرسشنامه از آزمودنی خواسته می شود که احساس خود را در دو هفته اخیر در نظر بگیرد و به سوالات پاسخ دهد. این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا طراحی شده است و دارای ۲۱ گویه است. هر گویه متشکل از ۴ جمله است که فرد باید دور یکی از آنها خط بکشد و احساس و رفتار خود را نشان دهد. هر گویه از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود و بنابراین فرد در این پرسشنامه می تواند نمره ای بین ۰ تا ۶۳ کسب کند (Marnatt, 2015). جهت سنجش پایایی پرسشنامه افسردگی بک، یک تحلیل سطح بالا از کوشش های مختلف برای تعیین همسانی درونی نشان داده است که ضرایب به دست آمده از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ بوده است (همان منبع). پایایی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران به شرح زیر بوده

1- Mc Gill pain Questionnaire

2- Beck Depression Inventory

است: ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب همبستگی بین دو نیمه آزمون ۰/۸۹ و ضریب باز آزمایی ۰/۹۴ (Fata, 2003).

### روش اجرا

از آنجا که نمونه بر اساس نمونه‌گیری در دسترس بوده است، روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح پژوهش به صورت پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه گواه گسترش یافته می‌باشد. ملاک‌های ذکر شده برای ورود و خروج بیماران به صورت مکتوب در اختیار پزشکان متخصص روماتولوژی قرار گرفت و از آنها تقاضا گردید در صورتی که بیماری مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه نمود، با توضیح اهداف طرح و در صورت موافقت بیمار برای شرکت در طرح به روانشناسی که در همان مکان (درمانگاه روماتولوژی و یا بخش روماتولوژی بیمارستان) حضور داشت، مراجعه نماید. سپس بیماران توسط روانشناس در جریان پژوهش قرار گرفته تست افسردگی یک را پر می‌کردند و در صورت داشتن افسردگی و تمایل به شرکت در پژوهش فرم رضایت آگاهانه در اختیارشان قرار داده می‌شد و در صورت اعلام موافقت و امضای فرم مذکور، بیمار به عنوان نمونه پژوهش انتخاب می‌گردید. سپس پرسشنامه‌های درد مک گیل و خودکارآمدی شرر توسط آزمودنی‌ها پر شد. پس از آن آزمودنی‌ها به طور تصادفی در سه گروه شامل گروه درمانی طرحواره‌های هیجانی به اضافه دارودرمانی که از قبل تحت نظر پزشک متخصص روماتولوژی انجام می‌دادند، گروه پلاسبو به اضافه دارو درمانی که از قبل تحت نظر پزشک متخصص روماتولوژی انجام می‌دادند و گروه گواه که هیچ درمانی جز دارو درمانی که از قبل تحت نظر پزشک متخصص روماتولوژی انجام می‌دادند، دریافت نمی‌کردند، قرار گرفتند. علت تشکیل گروه پلاسبو (گروه درمانی بدون آموزش)، کنترل اثر گروه درمانی برای بررسی اثربخشی گروه درمانی طرحواره‌های هیجانی بوده است. چون خود گروه درمانی بدون هیچ آموزشی نیز می‌تواند اثرات درمانی داشته باشد.

در گروه طرحواره درمانی هیجانی برنامه درمان به مدت ۱۶ جلسه ۲ ساعت و نیم به صورت هفتگی برگزار گردید که بر اساس مدل درمانی طرحواره‌های هیجانی (Leahy, 2011) تدوین گردید و مطابق عناوین زیر اجرا گردید.

جلسه اول: آموزش مدل درمانی طرحواره‌های هیجانی.

جلسه دوم: بررسی طرحواره‌های هیجانی اعضای گروه.

جلسه سوم: آموزش شناسایی هیجانات.

جلسه چهارم: آموزش جایگزینی هیجانات در دسرساز با هیجانات کارآمد.

جلسه پنجم: آموزش نحوه به چالش کشیدن افکار و فن وکیل مدافع.

جلسه ششم: آموزش نحوه بهنجارسازی تجربه‌های هیجانی.

جلسه هفتم: آموزش اینکه هیجانات گذرا هستند.

جلسه هشتم: آموزش پذیرش هیجانات..

جلسه نهم: آموزش تمرینات ذهن آگاهی.

جلسه دهم: آموزش تحمل هیجانات مختلط.

جلسه یازدهم: آموزش بررسی هیجان به عنوان هدف.

جلسه دوازدهم: آموزش مهارت‌های مدیریت استرس.

جلسه سیزدهم: آموزش تمرینات ذهن دلسوز.

جلسه چهاردهم: آموزش مفاهیم دیگر در زندگی.

جلسه پانزدهم: آموزش بالا رفتن از نردبان مفاهیم برتر.

جلسه شانزدهم: مرور و جمع بندی مطالب آموزشی جلسات.

#### یافته‌های تحقیق

میانگین و انحراف معیار متغیرهای درد(و زیرمقیاس‌های آن) و افسردگی در سه گروه آزمایش، پلاسبو(گروه درمانی بدون آزمایش) و گواه در جدول ۱ آمده است.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد داده‌های پژوهش (n=۱۵)

گواه		پلاسیبو		درمان طرحواره‌های هیجانی		نوبت اجرا	مولفه	متغیر
control		placebo		EST				
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین			
۷/۶۵	۱۶/۶۷	۷/۷۰	۱۶/۵۳	۶/۴۶	۱۹/۰۰	پیش آزمون	حسی	درد
۸/۴۲	۱۹/۶۰	۵/۰۶	۱۳/۰۷	۶/۳۹	۹/۶۰	پس آزمون		
۶/۰۰	۱۹/۶۰	۶/۱۶	۱۵/۲۰	۵/۲۲	۱۱/۰۷	پیگیری		
۲/۵۱	۵/۰۰	۲/۴۶	۳/۸۰	۲/۰۶	۴/۶۰	پیش آزمون	عاطفی	
۲/۸۱	۵/۲۰	۱/۹۷	۳/۲۰	۲/۰۹	۲/۲۷	پس آزمون		
۲/۰۳	۵/۱۳	۱/۵۰	۳/۴۰	۲/۳۸	۲/۶۷	پیگیری		
۲/۰۷	۲/۱۳	۱/۸۴	۲/۶۷	۲/۲۳	۲/۱۳	پیش آزمون	شناختی	درد
۱/۸۷	۳/۰۷	۱/۶۲	۱/۲۷	۱/۱۶	۰/۹۳	پس آزمون		
۲/۱۰	۲/۴۷	۱/۶۷	۲/۰۷	۱/۹۵	۱/۶۷	پیگیری	متفرقه	
۴/۴۱	۶/۵۳	۳/۶۵	۵/۷۳	۳/۱۹	۷/۲۰	پیش آزمون		
۴/۲۳	۵/۲۰	۳/۰۰	۳/۵۳	۳/۰۱	۳/۷۳	پس آزمون		
۴/۷۸	۶/۳۳	۳/۲۰	۵/۶۰	۳/۱۷	۳/۸۰	پیگیری		
۱۴/۹۰	۳۰/۳۳	۱۲/۶۱	۲۸/۷۳	۱۰/۶۸	۳۲/۹۳	پیش آزمون	نمره کل	
۱۴/۹۹	۳۳/۰۷	۸/۵۶	۲۱/۰۷	۹/۸۰	۱۶/۵۳	پس آزمون		
۱۲/۱۵	۳۳/۵۳	۹/۶۷	۲۶/۲۷	۱۰/۶۴	۱۹/۲۰	پیگیری		
۵/۹۸	۲۴/۱۳	۷/۲۵	۲۶/۶۰	۷/۵۹	۳۰/۰۷	پیش آزمون	افسردگی	
۶/۰۷	۲۳/۱۳	۷/۴۵	۱۸/۲۰	۴/۳۸	۱۶/۷۳	پس آزمون		
۵/۱۴	۲۱/۶۷	۷/۹۹	۲۱/۱۳	۴/۱۶	۱۷/۱۳	پیگیری		

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش و پاسخ به پرسش‌های پژوهش از روش‌های آماری تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل (تحلیل واریانس آمیخته)، تحلیل کوواریانس یک راهه تک متغیری، آزمون تعقیبی بنفرونی و آزمون میانگین دو گروه وابسته (با استفاده از تفاوت زوج نمره‌ها) استفاده شده است.

میانگین نمره‌های تعدیل شده پس آزمون‌ها (پس آزمون با حذف اثر پیش آزمون)، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه دو به دو میانگین‌های تعدیل شده در سه گروه پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲- مقایسه میانگین دو به دو پس از آزمون های تعدیل شده در سه گروه پژوهشی [درد]

Control	placebo	EST	پس از آزمون های تعدیل شده	گروه	درد
**۲/۷۴-	-۱/۳۱	-----	۸/۷۷	EST	حسی
-۱/۴۳	-----	۱/۳۱	۱۳/۵۲	placebo	
-----	۱/۴۳	**۲/۷۴	۱۹/۹۸	control	
**۱۱/۲۱-	-۴/۷۴	-----	۲/۲۰	EST	عاطفی
**۶/۴۶-	-----	۴/۷۴	۳/۵۲	placebo	
-----	**۶/۴۶	**۱۱/۲۱	۴/۹۵	control	
**۲/۱۳-	-۰/۱۱	-----	۱/۰۱	EST	شناختی
**۲/۰۲-	-----	۰/۱۱	۱/۱۲	placebo	
-----	**۲/۰۲	**۲/۱۳	۳/۱۴	control	
-۱/۷۸	-۰/۵۰	-----	۳/۴۰	EST	متفرقه
-۱/۲۹	-----	۰/۵۰	۳/۸۹	placebo	
-----	۱/۲۹	۱/۷۸	۵/۱۸	control	
**۱۸/۰۲-	-۶/۹۳	-----	۱۵/۲۴	EST	نمره کل درد
**۱۱/۰۹-	-----	۶/۹۳	۲۲/۱۷	placebo	
-----	**۱۱/۰۹	**۱۱/۰۲	۳۳/۲۶	control	

\*\*  $P < 0.01$ 

نتایج جدول ۲ که به مقایسه میانگین دو به دو پس از آزمون های تعدیل شده در سه گروه پژوهشی متغیر درد پرداخته است، نشان می دهد که درمان طرحواره های هیجانی بر میزان درد (مولفه های حسی، عاطفی، شناختی و نمره کل) در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید موثر است (بر اساس داده های پژوهش موجب کاهش آنها می شود). همچنین گروه درمانی بدون آموزش (پلاسیبو) بر میزان درد (مولفه های عاطفی، شناختی و نمره کل) در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید موثر است (بر اساس داده های پژوهش موجب کاهش آنها می شود) و اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و گروه درمانی بدون آموزش (پلاسیبو) بر میزان درد (مولفه های عاطفی، شناختی و نمره کل) در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در یک سطح است.

نتایج آزمون میانگین دو گروه وابسته برای مقایسه نمره های پس از آزمون و پیگیری به منظور بررسی ماندگاری اثربخشی ها در جدول ۳ گزارش شده است.



جدول ۳- نتایج آزمون میانگین دو گروه وابسته برای مقایسه نمره‌های پس آزمون و پیگیری (n=۱۵) [درد]

آزمون میانگین دو گروه وابسته				انحراف استاندارد	میانگین	نوبت اجرا	مولفه	گروه آزمایشی
df=۱۱۴)	خطای استاندارد	انحراف استاندارد تفاوت‌ها	میانگین تفاوت‌ها					
۱/۶۶۱	۰/۸۸۳	۳/۴۲۰	۱/۴۶۷	۶/۳۹	۹/۶۰	پس آزمون	درد - حسی	درمان طرحواره‌های هیجانی (EST)
				۵/۲۲	۱۱/۰۷	پیگیری		
۰/۸۷۸	۰/۴۵۶	۱/۷۶۵	۰/۴۰۰	۲/۰۹	۲/۲۷	پس آزمون	درد - عاطفی	
				۲/۳۸	۲/۶۷	پیگیری		
۲/۱۲۸	۰/۳۴۵	۱/۳۳۵	۰/۷۳۳	۱/۱۶	۰/۹۳	پس آزمون	درد- شناختی	
				۱/۹۵	۱/۶۷	پیگیری		
۲/۱۳۶	۱/۲۴۸	۴/۸۳۵	۲/۶۶۷	۹/۸۰	۱۶/۵۳	پس آزمون	نمره کل درد	
				۱۰/۶۴	۱۹/۲۰	پیگیری		
۰/۴۶۸	۰/۴۲۸	۱/۶۵۶	۰/۲۰۰	۱/۹۷	۳/۲۰	پس آزمون	درد - عاطفی	پلاسبو (placebo)
				۱/۵۰	۳/۴۰	پیگیری		
*۲/۷۰۳	۰/۲۹۶	۱/۱۴۶	۰/۸۰۰	۱/۶۲	۱/۲۷	پس آزمون	درد- شناختی	
				۱/۶۷	۲/۰۷	پیگیری		
**۳/۴۲۴	۱/۵۱۹	۵/۸۸۲	۵/۲۰۰	۸/۵۶	۲۱/۰۷	پس آزمون	نمره کل درد	
				۹/۶۷	۲۶/۲۷	پیگیری		

\*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$

جدول ۳ که نتایج آزمون میانگین دو گروه وابسته برای مقایسه نمره‌های پس آزمون و پیگیری متغیر درد است، نیز نشان می‌دهد که اثربخشی درمان طرحواره‌های هیجانی در کاهش میزان درد (مولفه‌های حسی، عاطفی، شناختی و نمره کل) در بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد در طول زمان دارای ماندگاری اثر است. همچنین اثربخشی گروه درمانی بدون آموزش (پلاسیبو) بر میزان مولفه درد عاطفی در بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد در طول زمان دارای ماندگاری اثر است. علاوه بر این اثربخشی گروه درمانی بدون آموزش (پلاسیبو) بر میزان مولفه درد شناختی و نمره کل درد در بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد در طول زمان دارای ماندگاری اثر نیست. همچنین درمان طرحواره‌های هیجانی بر میزان مولفه درد متفرقه در بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد موثر نیست و گروه درمانی بدون آموزش (پلاسیبو) بر میزان مولفه‌های درد حسی و درد متفرقه در بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد موثر نیست.

میانگین نمره‌های تعدیل شده پس آزمون (پس آزمون با حذف اثر پیش آزمون)، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه دو به دو میانگین‌های تعدیل شده در سه گروه پژوهش و همچنین زیرگروه‌های همگن در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴- مقایسه میانگین دو به دو پس از آزمون های تعدیل شده در سه گروه پژوهشی [افسردگی]

control	placebo	EST	پس آزمون های تعدیل شده	گروه	
**۱۰/۴۹	**۳/۸۶	-----	۱۴/۵۷	EST	افسردگی
**۶/۶۴	-----	**۳/۸۶	۱۸/۴۳	placebo	
-----	**۶/۶۴	**۱۰/۴۹	۲۵/۰۶	control	

\*\*  $P < 0.01$ 

جدول ۴ که به مقایسه میانگین دو به دو پس از آزمون های تعدیل شده در سه گروه پژوهشی در متغیر افسردگی پرداخته است، نشان می دهد که درمان طرحواره های هیجانی بر میزان افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید موثر است (بر اساس داده های پژوهش موجب کاهش آن می شود). همچنین گروه درمانی بدون آموزش (پلاسیبو) بر میزان افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید موثر است. (بر اساس داده های پژوهش موجب کاهش آن می شود) و اثربخشی درمان طرحواره های هیجانی بر میزان افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بیشتر از اثربخشی گروه درمانی بدون آموزش (پلاسیبو) است.

نتایج آزمون میانگین دو گروه وابسته برای مقایسه نمره های پس آزمون و پیگیری به منظور بررسی ماندگاری اثربخشی ها در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵- نتایج آزمون میانگین دو گروه وابسته

برای مقایسه نمره های پس آزمون و پیگیری ( $n=15$ ) [افسردگی]

آزمون میانگین دو گروه وابسته				انحراف استاندارد	میانگین	نوبت اجرا	گروه آزمایشی
$t(df=14)$	خطای استاندارد	انحراف استاندارد تفاوت ها	میانگین تفاوت ها				
۰/۷۹۲	۰/۵۰۵	۱/۹۵۷	۰/۴۰	۴/۳۸	۱۶/۷۳	پس آزمون	درمان طرحواره های هیجانی (EST)
				۴/۱۶	۱۷/۱۳	پیگیری	
*۲/۷۶۲	۱/۰۶۲	۴/۱۱۴	۲/۹۳	۷/۴۵	۱۸/۲۰	پس آزمون	پلاسیبو (placebo)
				۷/۹۹	۲۱/۱۳	پیگیری	

\*  $P < 0.05$ 

جدول ۵ که نتایج آزمون میانگین دو گروه وابسته برای مقایسه نمره های پس آزمون و پیگیری متغیر افسردگی است، نشان می دهد که اثربخشی درمان طرحواره های هیجانی در کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در طول زمان دارای ماندگاری اثر است.

### بحث و نتیجه‌گیری

در تحقیق حاضر به بررسی اثربخشی درمان گروهی طرحواره‌های هیجانی بر درد و افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پرداخته شد. نتایج بیانگر اثربخشی درمان گروهی طرحواره‌های هیجانی بر میزان درد، زیرمقیاس‌های مولفه‌های حسی، عاطفی، شناختی و نمره کل در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بود و موجب کاهش آنها گردید. همچنین نتایج نشان داد که این اثر پس از پیگیری ۳ ماهه نیز ماندگاری داشت.

از طرف دیگر درمان گروهی طرحواره‌های هیجانی بر میزان مولفه درد متفرقه در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید موثر نبود.

از آنجا که تاکنون تحقیقات اندکی در خصوص تاثیر درمان طرحواره‌های هیجانی بر میزان درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام پذیرفته است و از طرفی درمان طرحواره‌های هیجانی شکل هیجان محور درمان شناختی- رفتاری است و همانند سایر درمان‌های موج سوم درمان شناختی- رفتاری، بر مبنای تاکید بر اعتبار بخشی، پذیرش و پردازش هیجانی است و از تکنیک‌های مختلف ذهن آگاهی<sup>۱</sup>، درمان مبتنی بر شفقت درمانی<sup>۲</sup>، بازسازی شناختی و مدیریت استرس و... استفاده می‌کند (Leahy, 2012) و به مقایسه این مطالعه با سایر پژوهش‌های مبتنی بر درمان شناختی- رفتاری و درمان‌های مبتنی بر پذیرش و درمان‌های مبتنی بر مدیریت هیجان پرداخته ایم. این یافته همسو با نتایج تحقیقات Davis, Zautra, Wolf, Tennen, Yeung, Hall, ; Fogarty, Booth, Gamble, Delbeth, Consedine, (2015) ; Row, Wuensch, Godley, (2013) بود که نشان داده‌اند مداخلات مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی، رویکردهایی موثر در کاهش شدت درد بوده است. همچنین نتایج تحقیقات Koechlin, Coakley, Schechter, Werner, Kossowsky, (2018); Sharpe, (2016); Eccleston, Morley, Williams (2013) نیز با یافته تحقیق حاضر همسو بود که نشان داد که درمان شناختی- رفتاری و درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجان<sup>۳</sup> و درمان‌های مبتنی بر پذیرش مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۴</sup> بر بهبود درد مزمن و درد مرتبط با ناتوانی و مدیریت درد موثر بوده‌اند. همچنین نتایج پژوهش‌های Rezaei, Taher Neshat Doost, Molavi, Abedi, Karimifar (2014); Hamzhepour Haghghi, Dousty, Mirzaian, Fakhri(2015) نیز با یافته تحقیق حاضر همسو بود که نشان داد که درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر هیجان‌ات و طرحواره درمانی بر بهبود میزان درد موثر است.

- 
- 1- Mindfulness
  - 2- Compassion focused therapy
  - 3- Emotion regulation
  - 4- Acceptance and commitment

برای تبیین این یافته‌ها (Leahy, 2002) معتقد است که طرحواره‌های هیجانی باعث اجتناب هیجانی می‌گردد و اغلب اجتناب از هیجانات دردناک باعث استقرار آن می‌گردد. اجتناب یک تلاش فعال برای کنترل یا از بین بردن تجربه یک رویداد منفی درونی مانند تفکر منفی، احساسات، حافظه و یا حس‌های فیزیکی مانند درد است. هنگامی که بیمار عقاید غلطی در مورد نحوه برخورد با رویدادهای درونی ناخوشایند مانند افکار، احساسات، خاطرات و حس‌های فیزیکی دارد، این باعث نگرانی در مورد تغییر الگوی رفتاری می‌شود. بنابراین بیمار می‌تواند از طریق مداخلات مرتبط با پذیرش به‌وسیله درمانگر با رویدادهای درونی ناخوشایند مواجه شود. درمان طرحواره‌های هیجانی کمک می‌کند تا فرد هیجانات خود را درک کند، هیجانات خود را به نحو صحیحی بیان یا تجربه کند، هیجانات مختلف خود را بدون صرف انرژی زیاد جهت اجتناب، تجربه کند و هیجانات پیچیده و غیر قابل قبول را با روش‌های مبتنی بر پذیرش بپذیرد. ذهن آگاهی، تکنیک دیگری از درمان طرحواره‌های هیجانی است که یک نقش زیربنایی در ایجاد و نگهداری آگاهی انطباقی و انعطاف پذیر در برابر تجارب هیجانی دارد. مهم‌ترین هدف از ذهن آگاهی توانایی کنترل توجه است. ناتوانی در کنترل توجه باعث مشکلات مختلفی شامل ناتوانی در متوقف کردن تفکر درباره مسایل گذشته، حال و آینده و عدم توانایی تمرکز بر وظایف مهم است، می‌شود. مهارت‌های ذهن آگاهی می‌تواند به کاهش علائم درد و نشخوار فکری کمک کنند. علاوه بر این بازسازی شناختی به‌عنوان یکی از تکنیک‌های موجود در درمان طرحواره‌های هیجانی به بیمار اجازه می‌دهد تا یاد بگیرد که تغییر تفسیر رویدادها می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را تغییر دهد. در طول درمان طرحواره‌های هیجانی، بیمار با استفاده از تکنیک‌های بازسازی شناختی، یاد می‌گیرد که دیگران نیز هیجانات مشابه با آنها را احساس می‌کنند. در درمان طرحواره‌های هیجانی از انواع تکنیک‌های مختلفی استفاده می‌شود تا بیمار بتواند از راهبردهای انطباقی‌تری جهت تفسیر، ارزیابی و استراتژی‌های کارآمدتر برای کنار آمدن با هیجانات منفی از قبیل درد و موقعیت‌های استرس‌آور استفاده نماید.

همچنین نتایج نشان داد که گروه درمانی بدون آموزش (پلاسیبو) بر میزان درد، زیرمقیاس‌های مولفه‌های عاطفی، شناختی و نمره کل در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید موثر بود. اما اثر این مداخله بر میزان مولفه‌های درد شناختی و نمره کل درد پس از پیگیری ۳ ماهه دارای ماندگاری اثر نبود و فقط بر میزان مولفه درد عاطفی ماندگاری اثر داشت.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان به تاثیرات مثبت گروه درمانی شامل افشای هیجانات، همگانی بودن تجارب انسانی، فراهم کردن اطلاعات، یادگیری بین فردی، ایجاد تکنیک‌های اجتماعی شدن و نوع دوستی (اینکه وجودشان برای دیگران مفید است). (Yalom, 2005) بر کاهش درد پس از اتمام

این مداخله اشاره کرد که البته اثر این مداخله تنها بر مولفه عاطفی درد پس از پیگیری ۳ ماهه ماندگاری داشت.

این یافته با مطالعه (Keefe, Somers, 2010) همسو است که بیان می‌کنند بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید که هیجانانشان را بیشتر ابراز می‌کنند، درد کمتر و سلامتی بیشتری را گزارش کرده و لذا پروتکل‌های درمانی افزایش هیجانان را برای افراد با درد مزمن سودمند گزارش کرده‌اند. علاوه بر این یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان گروهی طرحواره‌های هیجانی بیشتر از گروه درمانی بدون آموزش (پلاسیبو) بر میزان افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید موثر بود و براساس داده‌های پژوهش حاضر موجب کاهش آن گردید. لازم به ذکر است که تنها اثر درمان گروهی طرحواره‌های هیجانی پس از ۳ ماه پیگیری ماندگاری داشت. این یافته همسو با نتایج مطالعه Leahy (2012) بود که نشان داد درمان طرحواره‌های هیجانی در کاهش افسردگی موثر است. همچنین نتایج تحقیق (Rezaei, Ghadam pour, Rezaei, Kazemi (2015) نیز با نتایج این تحقیق همسو است که نشان داده‌اند درمان طرحواره‌های هیجانی به‌طور معناداری منجر به کاهش شدت افسردگی گردید و این اثر در دوره پیگیری نیز پایدار بود و بیان کرده‌اند که درمان طرحواره‌های هیجانی به‌عنوان رفتار درمانی شناختی نوظهور می‌تواند برای کاهش شدت افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی به‌کار رود. همچنین این یافته با نتایج تحقیق Prothero, Barley, Galloway, Georgopoulou, Sturt (2018), Tajeri, Ahadi, Jomehri (2010)، همسو بود که نشان داد هم درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی و هم درمان شناختی- رفتاری کلاسیک در درمان افسردگی موثر هستند.

در مطالعه (Montero-Marín et al, (2017 نیز گزارش گردید که شفقت درمانی مبتنی بر دلبستگی<sup>۱</sup> در بهبود افسردگی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا<sup>۲</sup> موثر بود که با توجه به اینکه از این درمان نیز در درمان طرحواره‌های هیجانی استفاده می‌گردد، نتایج این مطالعه نیز با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

برای تبیین این یافته‌ها براساس مدل نظری (Leahy (2009 می‌توان گفت که طرحواره‌های هیجانی، تفسیر هیجانان و استراتژی‌های فعال شده توسط یک فرد را برای مقابله با هیجانان نشان می‌دهند. از این رو براساس این مدل اگر هیجانان به‌صورت منفی تفسیر شوند، احساس گناه، شرم، تنهایی و عدم پذیرش یا نادیده گرفتن هیجانان منفی مانند ناامیدی و غم و اندوه تجربه می‌شوند. با این حال اگر احساسات برچسب‌گذاری شده و طبیعی در نظر گرفته شوند، نتیجه پذیرش، بیان و

1- Attachment-based compassion therapy

2- Fibromyalgia

اعتبار بخشی شرایط هیجانی خواهد بود (Leahy, Tirch, Melwani, 2012). بنابراین می توان بیان کرد که بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید که افسردگی داشته اند با انجام تکنیک های مختلف درمان طرحواره های هیجانی، توانستند احساسات خود را بیان، مدیریت و تنظیم کنند و در نتیجه افسردگی آنها کاهش یافت. در واقع درمان طرحواره های هیجانی به آنها کمک کرد تا هیجانات خود را پذیرفته و به طور موثری بیان کنند، کمک بیشتری درخواست کنند و از هیجانات خود برای دستیابی به اهدافشان و بهبود ارزش های زندگی و روابط اجتماعی استفاده نمایند. همچنین نظریه پردازان بر این باورند افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجاناتشان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه های تشخیص اختلالات درونی سازی از قبیل اضطراب و افسردگی را نشان می دهند (Garnefski, Kraaij, 2009, Nolen-Hoeksema et al., 2008, Laborde, Parsamanesh, Kraskian, Hokmi et al., 2014). بنابراین درمان طرحواره های هیجانی با آموزش مدیریت صحیح هیجانات باعث کاهش افسردگی در این بیماران گردیده است. همچنین نتایج نشان داد که گروه درمانی بدون آموزش (پلاسیبو) نیز بر کاهش افسردگی در بیماران آرتریت روماتوئید اثر معناداری داشت. اما این اثر در پیگیری ۳ ماهه ماندگاری نداشت. در تبیین این یافته ها می توان به این موضوع اشاره کرد که گروه درمانی فرصتی را فراهم می کند تا در آن تک تک اعضا بتوانند مشکلات مرتبط با بیماری خود را آزادانه مطرح و آموزش های لازم را دریافت نمایند. اغلب افراد شرکت کننده در گروه ها بر این باورند که مشکلاتشان منحصر به فرد است و دیگران هرگز گرفتار چنین مشکلاتی نیستند و همین شیوه پردازش شناختی سبب می شود تا آنها توان کنار آمدن و مقابله با مشکلات خود را از دست بدهند، گروه به آنها کمک می کند تا این باورشان اصلاح شود (Hamzhepour Haghighi, Dousty, Mirzaian, Fakhri, 2015). همچنین در گروه درمانی افراد به افشای هیجانی می پردازند. پژوهش ها نشان داده اند که افشای هیجانات با از بین بردن عواطف منفی ناشی از افکار منجر به کاهش نشانه های افسردگی می گردد (Kacewicz, Slatcher, Pannebaker, 2007, Garsion, Kahn, 2009, Adineh, Hasani, 2016) که این اثرات گروه منجر به کاهش افسردگی گردید. این اثرات به دلیل عدم یادگیری و انجام تکنیک های موجود در درمان طرحواره های هیجانی، پس از اتمام گروه درمانی بدون آموزش (پلاسیبو)، ماندگاری نداشت.

#### محدودیت ها و پیشنهادات

این پژوهش دارای محدودیت هایی بود. از جمله اینکه از آنجا که نمونه در دسترس بوده است، نتوانستیم متغیرهای دموگرافیک نظیر سن، میزان تحصیلات، وضعیت اجتماعی اقتصادی، میزان بهره هوشی و .... را کنترل کنیم. در حالی که این متغیرها در نتایج تاثیرگذار بوده اند. همچنین

به دلیل آنکه درد بار فرهنگی دارد و در فرهنگ‌های مختلف میزان تحمل و واکنش به درد متفاوت می‌باشد، لذا تعمیم‌پذیری نتایج این تحقیق به فرهنگ‌های دیگر از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بوده است.

پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی، اثربخشی این درمان با کنترل متغیرهای شخصیتی و متغیرهای دموگرافیک صورت پذیرد تا تاثیر این متغیرها در اثرگذاری این مداخله بررسی گردد.

#### تقدیر و تشکر

از تمامی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید که در این پژوهش همکاری نموده‌اند، صمیمانه سپاسگزاری می‌نماییم.

#### References

- Adineh, M, Hasani, J. (2016). The Effect of Written Emotional Disclosure in Interpersonal Problems of Children with Oppositional Defiant Disorder: A Single Subject Study, *Quarterly Journal of Psychological Methods and Models*, Volume 7, Issue 23, pp. 1-18.
- Dworkin, R.H., Turk, D.C., Revicki, D.A., Harding, G., Coyne, K.S., Peirce-Sandner, S., Melzack, R. (2009). Development and initial validation of an expanded and revised version of the short-form Mc Gill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2), *PAIN*, 144(1):35-42.
- Davis, M.C., Zautra, A.J., Wolf, L.D., Tennen, H., Yeung, E.W. (2015). Mindfulness and cognitive – behavioral Interventions for chronic pain: differential effects on daily pain reactivity and stress reactivity, *JConsult ClinPsychol*, 83 (1):24-35.
- Eccleston, C., Morley, S., and Williams, A.C.D. (2013). Psychological approaches to chronic pain management: evidence and challenges, *British journal of anaesthesia*, 111 (1): 59-63.
- Erfan, A., Noorbala, A.A. Mohammadi, A., Adibi, P. (2018). The effectiveness of emotional schema therapy on psychological symptoms of patients with irritable Bowel syndrome, *Int J Educ Psychol Res*, 4:26-32.
- Fata, L. (2003). Meaning assignment structure/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks, PhD thesis of clinical psychology, Tehran Psychiatric Institute.
- Fogarty, F.A., Booth, R.J., Gamble, G.D., Delbeth, N., and Consedine, N.S. (2015). The effect of mindfulness-based stress reduction on disease activity in people with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial, *Ann Rheum Dis*, 74(2): 472-474.
- Fu, x., Jun Li, z., Yang, C., Feng, L., Sun, L., Yao, Y., Ting Huang, Y. (2017). The prevalence of depression in rheumatoid arthritis in china: A systematic review, *Oncotarget*. V.8 (32): 53623-53630.
- Groth-Marnat, Gray, (2015). *Handbook of Psychology Assessment: For Clinical Psychologists, Advisers and Psychiatrists (Vol. 2)*, Translated by Pasha Sharifi, Hassan, Nikkhoo, Mohammad Reza, Roshd Publications, Tehran.

- Hall, C.W., Row, K.A., Wuensch, K.I., Godley, K.R. (2013). The role of self-compassion in physical and psychological well-being. *JPsychology*, 147:311-23.
- Hamzhepour Haghghi T, Dousty Y, Fakhri M K. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on illness and pain perception in patients with rheumatoid arthritis. *SJKU*. 2015; 20 (3) :45-57.
- Hewlett, S., Ambler, N., Almeida, C., Blair, P.S., choy, E., Dures, E., Hammond, A., Hollingworth, W., Kirwan, J., Plummer, z., Rooke, C., Thorn, J., Tomkinson, K., Pollock, J. (2015). Protocol for a randomized Controlled trial for Reducing Arthritis Fatigue by clinical Teams (RAFT) using cognitive- behavioral approaches, DoI: 10.1136/bmjopen-009061.
- Keefe, F J. Somers, TJ. Psychological approaches to understanding and treating arthritis pain. *J. Nat. Rev. Rheumatoi*. (2010); 6: 210-216.
- Khosravi, M, Sedigh, S, Moradi Alamdar, Sh, Zendedel, K. (2012). McGill pain Persian Questionnaire, Translated, Conformity and Reliability in Cancer Patients: A Short Report of journal of Medical school, Tehran University of Medical Sciences 71, (1): 53-58.
- Klareskog, L., Catrina, A.I., Paget, S. (2009). Rheumatoid arthritis. *Lancet*, 373:659-672.
- Koehlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review, *Journal of psychosomatic Research*, 107: 38-45.
- Kolyaie, L., Badri, R., Bahrami, M., Hosseini, S.A. (2016). The effect of emotional schema therapy on reduction of depression in high school students. *International Journal of humanities and cultural studies*, pp 680-689.
- Leahy, Robert L, Tirch, Dennis, Napolitano, Lisa A, Emotion regulation in psychotherapy: a practitioner's guide, c2011. Translated by Mansouri Rad, Abdolreza, Arjmand Publications, Tehran.
- Leahy, R.L., Tirch, D.D., Melwani, p.s. (2012). Processes underlying deperession: Risk aversion, emotional schemas, and psychological Flexibility. *International journal of Cognitive Therapy*, 5(4),362-379.
- Liu, L., Xu, N., Wang, L. (2017). Moderating role of self-efficacy on the associations of social support with depressive and anxiety symptoms in Chinese patients with rheumatoid arthritis, *Neuro psychiatr Dis Treat*, 13: 2141-2150.
- Longo, D, Kasper, D, Jameson, Fauci. *Harrison's principles of internal medicine*, 19th ed, c2015. With introduction and under supervision of Masoumeh Akhlaghi, Translation by Farzaneh Mohammadi, Mohaddeseh Ardestani, Andisheh Rafi, Tehran.
- Majeed, M.H., Ail, A.A., Sudak, D.M. (2018). Mindfulness-based interventions for chronic pain: Evidence and applications, *Asian Journal of psychiatry*, 32:79- 83.
- . Matcham, F., Rayner, L., Steer, S., Hotopf, M. (2013). The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis, *Rheumatolog*, 52:2136-2148.



- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods, *Pain*, 1(3): 277-299.
- Montero–Marin, J.M. et.al; (2017). efficacy of attachment-based compassion therapy in the Treatment of Fibromyalgia: A randomized controlled Trial, *Front, Psychiatry*, 8:307. doi: 10.3389/fpsyt.00307.
- Parsamanesh, F, Kraskian, A, Hakami, M, Ahadi, H. (2018). Effectiveness of Gross emotion regulation model on emotional distress and emotional eating behavior, *Quarterly Journal of Psychological Methods and Models*, Volume 8, Issue29, pp. 23-52.
- Prothero, L., Barley, E., Galloway, J., Georgopoulou, S., Sturt, J. (2018). The evidence base for psychological interventions for rheumatoid arthritis: A systematic review of reviews, *International Journal of Nursing studies*, 82: 20-29.
- Rezaei, F., Taher Neshat Doost , H., Molavi, H., Abedi, M.R., Karimifar, M. (2014). Comparative study of early maladaptive schemas in rheumatoid arthritis patients and normal adults. *International Journal of Basic and Applied science*, 2 (3): 53-58.
- Rezaei M, Ghadampur E, Rezaei M, Kaemi R. (2015). Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Rumination and Severity of Depression in Patients with Major Depressive Disorder, *JCP*; 7(4): 45-58.
- Sharp, L. (2016). Psychological management of chronic pain in patients with rheumatoid arthritis: challenges and solutions, *Journal of pain Research*, 9:137-146.
- Tajeri, B, Ahadi, H, Jomehri, F. (2010). Studying Effectiveness of Cognitive- behavior Skills Training on Attitude, Depression & Mood Addicts in Methamphetamine Addicts, *Quarterly Journal of Psychological Methods and Models*, Volume 2, Issue 5, pp. 81-99.
- Van Onna, M., Boonen, A. (2016). The challenging interplay between rheumatoid arthritis, aging and comorbidities, *BMC Musculo Skeletal Disorders*, 17:184.
- Yalom, I.D., *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*; fifth Edition, Basic Books, May, 2005, New York.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی