DOI: *10.29252/rbs.18.3.349*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2020, Volume 18, Issue 3

Effectiveness of Intensive Short- Term Dynamic Psychotherapy on Anxiety in Rheumatoid Arthritis Patients

Najmeh Amani[1], **Kobra Haji Alizadeh**[2], **Eghbal Zarei**[3], **Fariborz Dortaj**[4]

1. Ph.D. Student in General Psychology, Department of psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas. Iran.
2. (Corresponding author)* Associated Professor, Department of psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.
3. Associate Professor, Department of Counseling and Psychology, Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran.
4. Professor, Department of Educational Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Abstract

Aim and Background: Rheumatoid arthritis is the most common inflammatory rheumatic disease. In most communities, its prevalence is approximately 3%. Anxiety has been reported as one of the most common displeasing psychological experiences in rheumatoid arthritis patients. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on reducing anxiety in rheumatoid patients.

Methods and Materials: This study was a quasi-experimental study with pre-test and post-test design along with a control group. The statistical population of the study included patients with rheumatoid arthritis who had visited rheumatology clinics in Kerman during the research. We purposefully selected 40 males and females patients with rheumatoid arthritis as a statistical sample. Then the members of the sample group were randomly divided into two 20-memebr parts as experimental and control groups. For the experimental group, 15 one-and-a-half-hour sessions of intensive short-term dynamic psychotherapy was performed once a week and individually. Research data was analyzed using analysis of covariance and SPSS 19 software.

Findings: After reviewing the pre-test scores between the experimental and control groups, the results of the study indicated that intensive short-term dynamic psychotherapy is effective in reducing anxiety scores in rheumatoid patients (p<0.05).

Conclusions: The use of psychodynamic concepts and techniques in understanding anxiety disorders, seems to be very important. Intensive short-term dynamic psychotherapy considerably helps to reduce anxiety as well as clinical symptoms in rheumatoid patients by affecting the discharge path of anxiety and careful control and moment-by-moment monitoring of anxiety, emotions, and defenses.

Keywords: Intensive short-term dynamic psychotherapy, anxiety, rheumatoid patients.

Citation: Amani N, Haji alizadeh K, Zarei E, Dortaj F. **Effectiveness of Intensive Short- Term Dynamic Psychotherapy on Anxiety in Rheumatoid Arthriti Patients**. Res Behav Sci 2020; 18(3): 349-358.

*** Kobra Haji Alizadeh,**
Email: ph_alizadeh@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.12.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.349]

تأثیر روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر اضطراب در بیماران روماتوئیدی

نجمه امانی[۱]، کبری حاجی علی‌زاده[۲]، اقبال زارعی[۳]، فریبرز درتاج[۴]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* دانشیار گروه روانشناسی، گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

۳- دانشیار گروه مشاوره روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران.

۴- استاد، گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: آرتریت روماتوئید شایع‌ترین بیماری التهابی روماتیسمی است. در اکثر جوامع شیوع تقریبی ۳ درصد دارد. اضطراب یکی از شایع‌ترین تجارب ناخوشایند روان‌شناختی است که در بیماران روماتوئیدی گزارش شده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) بر کاهش اضطراب بیماران روماتوئیدی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران آرتریت روماتوئیدی بود که در طول مدت پژوهش به کلینیک‌های روماتولوژی شهر کرمان مراجعه کرده بودند متخصصان روماتولوژی بر اساس ملاک‌های انجمن روماتولوژی امریکا و ملاک‌های ورود و خروج، ۴۰ نفر از بیماران زن و مرد به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. سپس اعضا گروه نمونه به‌صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و گواه تقسیم شدند. برای گروه آزمایشی ۱۵ جلسه یک و نیم‌ساعته روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت انجام شد که به‌صورت هفته‌ای یک‌بار و به‌صورت فردی برگزار شد. پس از ۱۵ جلسه مداخله، گروه آزمایشی و گواه مجدداً پرسشنامه‌های مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان را پر کردند. اطلاعات پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس و به‌وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS 19 مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های تحقیق پس از بررسی نمرات پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و گواه بیانگر این مطلب بود که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نمره اضطراب در بیماران روماتوئیدی مؤثر است ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد به‌کارگیری مفاهیم و فنون روان‌پویشی در درک اختلالات اضطرابی، بسیار مهم هستند. روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده با تأثیر بر مسیر تخلیه اضطراب و کنترل دقیق و پایش لحظه‌به‌لحظه اضطراب، احساس و دفاع‌ها کمک شایانی به کاهش اضطراب و کاهش نشانه‌های بالینی در بیماران روماتوئیدی می‌کند.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت، اضطراب، بیماران روماتوئیدی.

ارجاع: امانی نجمه، حاجی علی‌زاده کبری، زارعی اقبال، درتاج فریبرز. **تأثیر روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر اضطراب در بیماران روماتوئیدی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۳): ۳۵۸-۳۴۹.

*- **کبری حاجی علی‌زاده**

رایان نامه: ph_alizadeh@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.12.6]

[DOI: 10.52547/rbs.18.3.349]

مقدمه

درد مفاصل از عمده‌ترین علل ایجاد درد مزمن هستند. یک از انواع بیماری‌های درد مفصل، آرتریت روماتوئید[1] است. آرتریت روماتید شایع‌ترین بیماری التهابی روماتیسمی است (۱) و در اکثر جوامع شیوع تقریبی ۳ درصد دارد. شیوع این بیماری در زنان دو تا سه برابر بیش از مردان است. در ایران فراوانی این بیماری در نواحی شهری ۰/۱۹ درصد و در نواحی روستایی ۰/۳۳ درصد برآورده شده است. آرتریت روماتوئیدی بیماری التهابی، سیستمی مزمن، ناتوان‌کننده و با سبب‌شناسی ناشناخته است که علائم عمده آن مفصلی بوده و شامل خشکی صبحگاهی، تورم مفاصل مبتلا و درنهایت تغییر شکل مفاصل است. از سوی دیگر این بیماری تظاهر خارج مفصلی متعددی نیز دارد که از آن جمله می‌توان به نوروپاتی، خستگی و آنمی اشاره کرد. آرتریت روماتوئید، بیماری مزمنی است که باعث درد، تورم، خشکی و محدودیت در حرکات مفاصل می‌شود. مفصل‌ها محل‌هایی هستند است گرفتار شوند و یا در بعضی بیماران خستگی، کاهش وزن و تب دیده شود. به همین علت به آن بیماری روماتوئید هم گفته می‌شود (۲). در یک‌سوم افراد، آرتریت روماتوئید ناگهان در چند روز یا چند هفته شروع می‌شود و در مورد بیشتر افراد (دوسوم بقیه) شروع بیماری به‌آرامی و در طول چند هفته تا چند ماه روی می‌دهد و در ۵ درصد افراد بیمار ظرف ۴ تا ۸ هفته ناپدید می‌شود. ۱۰ درصد افراد ممکن است با دوره‌های موقت روبرو شوند و در موارد نامکن است تا چندین سال طول بکشد. برای بیشتر افراد (۸۵ درصد) آرتریت روماتوئید به‌صورت مزمن بروز می‌کند که ممکن است با دوره‌هایی با بهبود نسبی همراه شود. اما معالجه نکردن یا معالجه ناقص، در طولانی‌مدت، پیشرفت بیماری و افزایش خسارت‌ها و محدودیت‌هایی برای اقدام‌های درمانی به دنبال می‌آورد که شخص علاقه به انجام آن‌ها ندارد. آتریت روماتوئید در هر سنی دیده می‌شود، ولی سن شروع بیماری معمولاً در سنین متوسط عمر می‌باشد. کودکان و افراد جوان نیز ممکن است به این بیماری مبتلا شوند. آرتریت روماتوئید دارای خصوصیاتی است که آن را از سایر بیماری‌های مفصلی متمایز می‌کند. به‌طور مثال این بیماری بیشتر مفاصل کوچک دست‌ها و پاها را مبتلا می‌کند، و این مفاصل معمولاً به‌صورت قرینه درگیر می‌شود، به این معنی که اگر مفصل مچ دست یا زانوی بیمار مبتلا شود، مچ دست و زانوی دیگر بیمار هم مبتلا به بیماری می‌گردد (۳).

در بیشتر بیماران آرتریت روماتوئید سیر مزمنی دارد به این معنی که برای سالیان طولانی باقی می‌ماند. دوره‌های متناوب بدتر شدن و بهبودی علائم را دورهای شعله‌ور شدن و خاموش شدن بیماری می‌نامند. در تعداد کمتری از بیماران، علائم بیماری همیشه وجود دارد و بیماری به‌سرعت پیشرفت می‌کند (۳). در آرتریت روماتوئید به دلایل نامشخص، سیستم ایمنی بدن که در حالت عادی به عوامل خارجی همانند میکروب‌ها و ویروس‌ها مقابله می‌کند، به سلول‌های خودی موجود در غشای مفصلی حمله می‌کند و باعث التهاب در غشای مفصلی می‌شود. غشای مفصلی که به‌طور طبیعی یک لایه‌ی نازک است کلفت شده و در محل مفصل مبتلا، تورم، گرمی و گاهی قرمزی دیده می‌شود. این علائم همگی درنتیجه التهاب به وجود می‌آیند و علائم اولیه آرتریت روماتوئید را تشکیل می‌دهند. با پیشرفت بیماری، بافت‌های ملتهب بر غضروف و استخوان‌های اطراف اثر کرده و باعث تخریب آن‌ها می‌شوند. رباط‌ها و تاندون‌های اطراف مفصل هم ضعیف شده و دیگر قادر به محافظت از مفصل در مقابل فشارهای روزمره بر مفصل نمی‌باشند. درنهایت، تورم و تغییر شکل مفصل در طول زمان ایجاد خواهد شد. مطالعات نشان داده است که بیشترین صدمات وارده به استخوان‌ها و مفاصل در طی یکی دو سال اول بیماری رخ می‌دهد و این موضوع یکی از دلایل اهمیت تشخیص سریع و شروع به‌موقع درمان مناسب، می‌باشد (۴).

اضطراب پدیده شایع عصر ما و درعین‌حال با پیشینه‌ای به طول تمامی تاریخ همواره مورد توجه بشر بوده است. اصولاً بشر از دیرباز خود را با دو پدیده ترس و اضطراب همراه دیده و همواره درصدد یافتن راه‌هایی جهت فائق آمدن بر این مشکلات و تسکین در برابر آن‌ها بوده و در این راه به نتایج شگرفی نیز رسیده، اما هنوز به موفقیت کامل دست نیافته است .اضطراب که واکنش طبیعی به فشار روانی است دارای مؤلفه‌های رفتاری، هیجانی و شناختی است و همچنین نوعی تصور است که وجود خارجی و عینی ندارد. عقیده بر این است که اضطراب کم برای حیات و زندگی روزمره لازم است، اما اضطراب زیاد نیز زیان‌های جدی بر جسم، روان، روابط اجتماعی، حرفه و تحصیلات وارد می‌آورد و فرد را از دارا بودن یک سلامت کیفی قابل‌قبول در زندگی محروم می‌نماید (۵). اضطراب زیاد و طولانی‌مدت معمولاً همراه با پاسخ‌های فیزیولوژیک ازجمله افزایش

1- rheumatoid arthritis

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.12.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.349]

متابولیسم، کاهش ایمنی بدن و افزایش کار دستگاه قلب و عروق بوده، همچنین رابطه مهمی بین اضطراب و مرگ‌ومیرهای بعدازآن وجود دارد که حاکی از اهمیت این اختلال به‌عنوان مسئله‌ای در بهداشت و تندرستی عمومی است. به نظر می‌رسد افسردگی ثانویه شایع‌ترین و احتمالاً جدی‌ترین عارضه اضطراب باشد و درواقع افسردگی بیش از خود اضطراب باعث می‌شود بیمار در جستجوی درمان برآید. اضطراب یکی از شایع‌ترین تجارب ناخوشایند روان‌شناختی است و بررسی اضطراب و راه‌های کاهش و کنترل آن برای بسیاری از متخصصان حوزه‌ی روان‌شناسی به یک موضوع بسیار مهم تبدیل شده است. اضطراب امروزه به‌عنوان یک بیماری مهم مطرح است. اضطراب، پاسخ به تهدیدی درونی یا بیرونی، ناشناخته و مبهم است. بروز و شدت اضطراب در افراد متفاوت است و با نشانه‌های خاصی ازجمله تعریق، تپش قلب، بی‌قراری، ناتوانی در نشستن یا ایستادن طولانی‌مدت، سردرد و ناراحتی‌های گوارشی مشخص می‌شود (۶). اضطراب را می‌توان ترسی دانست که هشدار می‌دهد، احساسات دردناکی در درون ما در حال فعال شدن هستند. این احساسات بر اساس تجارب کودکی اگر به عمل درآیند، مبنای آسیب می‌شوند و به همین علت است که باید با سازوکارهای دفاعی سرکوب شوند و همین مسئله عمدتاً عامل بیماری‌های روانی می‌شود (۷) .اضطراب بر اساس روان‌درمانی پویشی در سه کانال عضلات مخطط، صاف یا آشوب شناختی تجربه می‌شود (۳). در درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و فشرده به بیمار کمک می‌شود تا مشکلاتش را بر این اساس حل کند که چگونه با هیجانات یا تعارض‌ها روبه‌رو می‌شود. این تعارضات و هیجان‌ها محصول فقدان‌ها و آسیب‌های اولیه در زندگی هستند. وقتی‌که این هیجانات توسط یک رویداد استرس‌زای کنونی فعال می‌شوند، اضطراب و دفاع‌ها بسیج می‌شوند. نتیجه نهایی، ترکیب اضطراب، جسمانی سازی، افسردگی، اجتناب، الگوهای خود شکست‌دهنده[1] و مشکلات بین فردی است (۸).

دیدگاه روان پویشی کوتاه‌مدت و فشرده منبعث از الگوی روانکاوی فروید است که توسط دانشمندان ایرانی به نام دوانلو در دانشگاه مک گیل طراحی و توسعه یافت که در آن روش بلندمدت، کم اثر، سازمان نایافته و نامشخص روان تحلیلی به یک روش کوتاه‌مدت، اثربخش، سازمان‌یافته و روشن تبدیل شده است (۹). در این درمان به بیماران کمک می‌شود تا اضطرابشان را تنظیم و بر ضد دفاع‌هایشان تغییر دهند تا این‌که بتوانند با احساساتی روبه‌رو شوند که از آن‌ها اجتناب کرده‌اند (۱۰).

بیمار در این رویکرد با رفع تعارضات ناهشیار خویش، شیوه‌های رضایت‌بخش‌تری برای رفع مشکلات می‌یابد (۱۱)، شواهد تجربی نیز نه‌تنها از اثربخش بودن این رویکرد درمانی در حل تعارضات بین فردی حمایت می‌کند، بلکه حتی نشان می‌دهد که افراد بعد از اتمام درمان نیز به پیشرفت و بهبودی ادامه می‌دهند (۱۲). برتری مداخله‌ی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر سایر مداخلات روان‌درمانی، تجربه هیجان‌های عمیق حین جلسه‌ی درمان، سطوح بالای فعالیت درمانگر، تشویق مراجع به همکاری و توجه فعال به محدودیت زمانی و همین‌طور داشتن تمرکز درمانی و معیارهای انتخاب ویژه و تلاش پیوسته‌ی درمانگر برای تجربه عمیق عاطفی/ هیجانی به‌عنوان عنصری شفابخش است (۱۳).

روان‌درمانی پویشی فشرده پیونده تجربه و تأمل است، نه تعقل صرف. درواقع درمانگر با خنثی کردن دفاع‌های بیمار و جلب‌توجه بیمار به بدنش، علائم احساسی را برای او نمایان می‌کند و این تأمل بعد از تجربه احساس است که منجر به تغییر و شفا می‌شود (۱۳). تعقل همان عقلانی سازی، دلیل‌تراشی و وسواس فکری است که منجر به نشخوار و فرار از تجربه، نه «زندگی تجربه» می‌شود. حال این تجربه‌شده در اینجا و اکنون به همراه درمانگر، نوعی رویداد راه‌انداز و تحریک‌کننده است که به آزادسازی احساسات و خاطراتی از گذشته می‌انجامد و امکان تجزیه و حل‌وفصل آن‌ها را فراهم می‌کند، این فرایند گاه به‌شدت بر انعطاف‌پذیری و جریان سیال ناهشیار بیمار می‌افزاید. گاه پس از تجربه احساسات دفن شده سیل تصاویر، خاطرات و رؤیاها بر بیمار هجوم می‌آورند و از منشأ ماهیت تعارضات هسته‌ای آن‌ها پرده برمی‌دارند. ازاین‌رو بعد از درمان، بیماران بایستی توانایی صمیمی شدن و تجربه احساسات را بدون واکنش مرضی آن‌ها را داشته باشند. همچنین در این فرایند درمانی، خود تنبیهی به خود مراقبتی تغییر می‌یابد (۱۴). فردریکسون (۱۱) خلاصه روند درمان را این‌گونه شرح می‌دهد: درمانگر هر عبارت و حس‌های بدنی بیمار را ارزیابی می‌کند که آیا انعکاسی از احساس هستند، اضطراب یا دفاع؟ اگر بیمار در حال بیان احساس باشد به او گوش می‌کند و او را ترغیب

1- self- defeating patterns

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.12.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.349]

می‌کند که احساسش را ابزار کند. اگر اضطراب بیمار بالا باشد، بلافاصله اضطراب او را تنظیم و برای مواجهه با احساساتش ترغیب می‌کند. اگر شما درمانگران قادر به شناسایی اضطراب بیمار در لحظه نباشید، نباید به‌سوی احساسات او حرکت کنید. اگر بیمار در حال به‌کارگیری دفاع است، او را یاری می‌کنید تا دفاعش را ببیند، آن را کنار بگذارد تا احساسش را ببیند. ازاین‌رو این درمان دربرگیرنده مداخلات فشرده و متعددی است که بسیار بیش از اشکال دیگر روان‌درمانی است؛ این مداخلات در راستای نزدیک کردن بیمار به هسته اصلی احساسات ناهشیارش عمل می‌کند، هدف درمانگر، احساسات بیمار می‌باشد و تجربه این احساسات نیازمند افزایش ظرفیت روانی و بدنی بیمار است. درک عمیق‌تر این روش درمانی، نیازمند شناسایی انواع دفاع، اضطراب و احساسات است (۱۵). اندرسون و لامبرت (۱۶) در یک مطالعه فراتحلیلی اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت را موردبررسی قرار دادند. در این مطالعه اثربخشی درمان بر اختلالات افسردگی، اضطرابی، شخصیت، جسمانی سازی و اختلالات تغذیه‌ای بود. نتایج مطالعه نشان داد که درمان نسبت به گروه کنترل اثربخشی بیشتر و اندازه اثر بزرگ‌تری دارد. همچنین در مطالعه مشخص شد اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت به‌اندازه سایر درمان‌های استاندارد مثل درمان شناختی رفتاری است. آلن عباس و همکاران (۱۷) در یک مطالعه فراتحلیلی ۳۲ مطالعه کنترل‌شده تصادفی را در مورد اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت برای اختلالات جسمانی سازی، اضطراب، افسردگی، سازگاری اجتماعی موردبررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که این درمان در مورد بیشتر اختلالات نسبت به گروه کنترل اثربخش است و اثرات آن در پیگیری‌های انجام‌شده کوتاه‌مدت و بلندمدت است.

به‌طورکلی درد مسئله‌ای شایع و پرهزینه است. علیرغم پیشرفت‌های عصب‌شناسی و ظهور درمان‌های جدید و مداخلات درمانی پیچیده، به نظر می‌رسد که هیچ سیر درمانی برای شرایط مختلف دردهای مزمن و مقاوم وجود ندارد. در حال حاضر درمان‌های غالب برای بیماری آرتریت روماتوئید محدود به درمان‌های دارویی شده است. این‌گونه درمان‌ها چندان به نگرانی‌ها و اشتغالات ذهنی بیماران توجه ندارند و به بهبود مشکلات روان‌شناختی و کیفیت زندگی آسیب‌دیده بیماران نیز نمی‌پردازند. با عنایت به اینکه رویکردهای جدید در سبب‌شناسی، کنترل و درمان بیماری‌های غیر واگیردار، تعاملات جنبه‌های روانی– اجتماعی و جسمانی را مورد تأکید قرار می‌دهند، به نظر می‌رسد که ادغام جنبه‌های روان‌شناختی در مداخلات طبی سنتی جهت ارتقای کیفیت و بهبود بخشیدن سازگاری با بیماری آرتریت روماتوئید لازم است. هدف از انجام این پژوهش بررسی ویژگی روان‌شناختی اضطراب در بین افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید و سپس بررسی اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش اضطراب بیماران بوده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش-آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش در بخش اول شامل کلیه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بوده‌اند که به کلینیک‌های تخصصی روماتولوژی در شهر کرمان مراجعه کردند که بر اساس ملاک‌های انجمن روماتولوژی آمریکا و تشخیص متخصص روماتولوژی مبتلا به این بیماری تشخیص داده شده‌اند. در مرحله اول پژوهش، جهت انتخاب نمونه ابتدا از بین کلینیک‌های دولتی شهر کرمان، چند کلینیک به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس بیماران آرتریت روماتوئیدی که به‌صورت تصادفی در طول مدت پژوهش مراجعه کرده بودند، توسط متخصصان روماتولوژی مورد ارزیابی قرار گرفتند و بر اساس ملاک‌های انجمن روماتولوژی آمریکا و تشخیص متخصص روماتولوژی و ملاک‌های ورود و خروج، ۴۰ نفر از بیماران زن و مرد مبتلا به آرتریت روماتوئید به‌عنوان نمونه آماری به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. در بخش دوم این پژوهش ۴۰ نفر بیمار آرتریت روماتوئیدی به‌صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. هدف از انجام این پژوهش بررسی ویژگی روان‌شناختی اضطراب در بین افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید و سپس بررسی اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش اضطراب بیماران بود. ۴۰ نفر از کسانی که توسط متخصصین روماتولوژی و بر اساس معیارهای انجمن روماتولوژی آمریکا تشخیص آرتریت روماتوئید را دریافت نموده‌اند، پس از بررسی اولیه و داشتن سایر ملاک‌های ورود، پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی و مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان را تکمیل کردند. در گام بعدی برای همه آزمودنی‌ها جلسه توجیهی برگزار شد و اطلاعات اولیه‌ای راجع به نقش و سهم عوامل روان‌شناختی در بیماری آرتریت روماتوئید و ضرورت درمان‌های روان‌شناختی به‌عنوان درمان‌های مکمل لازم و همچنین تعداد جلسات و کسب رضایت شرکت در تحقیق به بیماران داده شد. چهل نفر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.12.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.349]

بیمار آرتریت روماتوئید بعد از مرحله اول به‌صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری جای گرفتند. ۲۰ نفر گروه آزمایش که بر روی آن‌ها مداخله درمانی (روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت) انجام شد و ۲۰ نفر گروه شاهد (بدون مداخله درمانی روان‌شناختی). برای گروه ۲۰ نفره آزمایشی ۱۵ جلسه یک تا یک و نیم ساعته روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت انجام شد که به‌صورت هفته‌ای یک‌بار و به‌صورت فردی برگزار و ضبط شد. جلسات مداخله روان‌درمانی کوتاه‌مدت فشرده در مطب اعصاب و روان تحت نظارت روان‌پزشک اجرا شد. لازم به ذکر است که همه بیماران تحت نظر پزشک متخصص روماتولوژی درمان دارویی به‌عنوان درمان طبی مرسوم قرار داشتند و گروه مداخله علاوه بر درمان طبی مرسوم مداخلات روان‌درمانی را دریافت کردند. پس از ۱۵ جلسه مداخله، گروه آزمایشی مجدداً پرسشنامه‌های مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان را پر کردند.

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در بخش اثربخشی از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. در تحلیل آماری داده‌های این پژوهش با نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان[1]: سنجش اضطراب و افسردگی در بیمارانی که علائم جسمی دارند بسیار خاص و ویژه می‌باشد، چون پرسشنامه‌های مربوط به این حالت‌ها، عموماً بر نشانه‌های جسمی تأکید دارند. به‌منظور رفع این مشکل زیگموند و اسنیت در سال ۱۹۸۳ مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS) را بعنوان یک ابزار خود گزارشی بسیار مناسب و کاربردی جهت بررسی اضطراب و افسردگی در بیماران دارای مشکل جسمی و ذهنی طرّاحی کردند. این مقیاس توسط زیگموند و اسنیت در سال ۱۹۸۳ به‌عنوان ابزاری برای غربالگری اختلالات روان‌پزشکی در درمانگاه‌های سرپایی بیمارستان‌های عمومی معرفی شد و یک ابزار خودگزارشی ۱۴ گویه‌ای است که برای غربال وجود و شدت نشانه‌های افسردگی و اضطراب در طی هفته گذشته، در بیماران طراحی شده است. این ابزار می‌تواند در بخش‌های مختلف خدمات اولیه بیمارستان کاربرد وسیعی داشته باشد و موجب تمایز جنبه‌های روان‌شناختی از جنبه‌ای جسمانی بیمارانی گردد که با علائم جسمانی به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند. این مقیاس یک زیرمقیاس افسردگی ۷ سؤالی و یک زیر مقیاس اضطرابی ۷ سؤالی دارد، که در هردوی آن‌ها برای کاستن احتمالی تشخیص‌های مثبت کاذب، نشانه‌های جسمی را حذف کرده‌اند. به‌این‌ترتیب این پرسشنامه یک ابزار غربالگری مفید و مختصر برای نشانه‌های افسردگی و اضطرابی در بیماران با مشکل جسمی ارائه می‌کند.

از مزیّت‌های این پرسشنامه کوتاه بودن، نمره‌گذاری آسان و حساسیت نسبی به تغییر است. این پرسشنامه دارای ۱۴ سؤال و شامل دو قسمت است که ۷ سؤال آن عامل اضطراب و ۷ سؤال دیگر عامل افسردگی را می‌سنجند. هر سؤال دارای ۴ گزینه است که آزمودنی بر اساس نوع احساس خود یکی از آن‌ها را برمی‌گزینند. به هرکدام از این گزینه‌ها، وزنی بین ۳-۰ تخصیص می‌یابد. وزن‌های نمره‌گذاری، برای عباراتی که حضور اضطراب یا افسردگی را نشان می‌دهند به صورتی است که نمره ۳ نشان‌دهنده حضور بالای اضطراب یا افسردگی و نمره صفر برای حداقل حضور اضطراب یا افسردگی است، وزن‌های نمره‌گذاری، برای عباراتی که عدم اضطراب یا افسردگی را نشان می‌دهند، به‌صورت معکوس است، عباراتی که نشان‌دهنده عدم وجود اضطراب یا افسردگی هستند و در هنگام نمره‌گذاری به‌صورت معکوس وزن داده می‌شوند عبارت‌اند از سؤالات ۱۴- ۱۲- ۹ - ۷ - ۴ - ۲. مجموع امتیازات هر یک از ۲ مقیاس اضطراب یا افسردگی در دامنه‌ای بین ۲۱ - ۰ قرار می‌گیرد که امتیازات ۲۱- ۱۱ در هر یک از دو مقیاس ازنظر بالینی، مشکوک به اختلال، امتیازهای ۸ تا ۱۰ بینابینی و غیر نرمال و امتیاز صفر تا ۷ سالم در نظر گرفته می‌شود. بر اساس مطالعات اگر پرسشنامه‌ای دارای حداقل همسانی درونی اندازه‌گیری شده با ضریب آلفای کرونباخ حدود ۰/۷۰ باشد پایایی لازم را به‌عنوان یک ابزار خودگزارشی دارد. همچنین اگر پرسشنامه‌ای، دارای حداقل همسانی درونی اندازه‌گیری شده با ضریب آلفای کرونباخ حدود ۰/۸۰ باشد پایایی لازم را به‌عنوان یک «ابزار غربالگری» را دارد. مطالعات متعددی به‌طور دقیق نشان داده‌اند که مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی با توجه به آلفای کرونباخ محاسبه شده برای مقیاس اضطراب (۰/۹۳- ۰/۷۸= HAD-A) و مقیاس افسردگی (۰/۹۰-۰/۸۲= HAD-D) این معیارها را به‌عنوان یک ابزار خودگزارشی و غربالگری دارد. علاوه بر این، همبستگی داخلی دو مقیاس افسردگی و اضطراب بر اساس ضریب همبستگی پیرسون بین ۰/۶۳- ۰/۴۹ گزارش شده است.

1- Hospital anxiety and depression Scale (HADS)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.12.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.349]

این پرسشنامه در سال ۱۳۸۲ در ایران توسط دکتر منتظر و همکاران به فارسی ترجمه و استانداردسازی شده است. دکتر منتظر و همکاران جهت بررسی پایایی از همسانی درونی اندازه‌گیری شده از طریق فرمول آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند که آلفای کرونباخ محاسبه شده برابر یا بیشتر از ۰/۷۰ بود. روایی آزمون را نیز با مقایسه و محاسبه همگرایی گروه‌ها انجام دادند (۱۷).

محتوای جلسات روان‌درمانی روانپویشی کوتاه‌مدت

جلسه‌ی اول: در جلسه اول به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پویشی، که درمانگری آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل بیماران پرداخته شد.

جلسه‌ی دوم: در جلسه دوم در صورت پاسخ مناسب دادن به درمان آزمایشی پیگیری انجام شده است. از این لحظه، یعنی جلسه دوم به بعد با توجه به نوع دفاع‌های (یازده‌گانه) بیماران، مداخلات مناسب و مؤثر مربوط به هرکدام به اجرا درآمده است. انواع دفاع‌های تاکتیکی متداول و مداخلات مؤثر مربوط به هرکدام به‌طور خلاصه در زیر ارائه می‌شوند.

جلسه‌ی سوم: کار با دفاع‌های تاکتیکی واژه‌های سربسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه‌های فراگیر- پوششی، مداخله مؤثر: شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع.

جلسه‌ی چهارم: بررسی واژه‌های تخصصی مورداستفاده بیماران، دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیرمستقیم، و افکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر: چالش با دفاع‌های بیماران و مشخص کردن گفتار، چالش با دفاع، و تردید در دفاع.

جلسه‌ی پنجم: بررسی دفاع نشخوار ذهنی و دلیل‌تراشی. مداخله‌های مؤثر به ترتیب: روشن کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع، چالش، مسدود کردن دفاع.

جلسه‌ی ششم: دفاع‌های عقلی‌سازی و کلی‌گویی و تعمیم دادن. مداخله‌های مؤثر: روشن‌سازی، سدکردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع.

جلسه‌ی هفتم: تاکتیک‌های منحرف‌سازی و فراموش کردن. مداخلات مؤثر: مسدود کردن دفاع و تردید در دفاع، چالش با دفاع.

جلسه‌ی هشتم: انکار و تکذیب کردن، مداخلات مؤثر: روشن کردن، تردید در دفاع، و چالش به دفاع.

جلسه‌ی نهم: بیرونی‌سازی و ابهام. مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع.

جلسه‌ی دهم: طفره رفتن، تردید وسواسی. مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع.

جلسه‌ی یازدهم: بدن‌سازی و عمل کردن به‌عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله مؤثر: روشن‌سازی.

جلسه‌ی دوازدهم: سرکشی، نافرمانی. مقدمه‌چینی، و گریه دفاعی و طیف دفاع‌های واپس رونده. مداخلات مؤثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی.

جلسه‌ی سیزدهم: صحبت کردن به‌جای لمس کردن احساسات. علائم غیرکلامی. تبعیت- انفعال. مداخلات مؤثر: روشن کردن. تردید در دفاع، چالش با دفاع. روشن کردن، چالش. در پایان جلسه آخر، برنامه پیگیری و به‌خصوص زمان انجام پس‌آزمون اعلام و ضمن تشکر از بیماران، پایان جلسات اعلام شد.

یافته‌ها

در این قسمت به تحلیل توصیفی نمونه‌های پژوهش می‌پردازیم. جدول ۱ نتایج آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیر اضطراب را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار اضطراب گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	سنجش	روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۵/۲۵	۳/۵۱	۱۵/۳۵	۴/۰۴
	پس‌آزمون	۱۱/۸	۳/۵۲	۱۴/۶	۳/۶۸

اطلاعات جدول ۱ نشان داد در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون متغیر اضطراب دارای میانگین ۱۵/۳۵ با بازه تغییرات ۸ تا ۲۲ می‌باشد. در مرحله پس‌آزمون متغیر اضطراب دارای میانگین ۱۴/۶ با بازه تغییرات ۸ تا ۱۹ می‌باشد. همچنین در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون متغیر اضطراب دارای میانگین ۱۲/۲۵ با بازه تغییرات ۷ تا ۱۸ می‌باشد. در مرحله

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.12.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.349]

پس‌آزمون متغیر اضطراب دارای میانگین ۱۱/۸ با بازه تغییرات ۷ تا ۱۸ می‌باشد.

جدول ۲. تحلیل کوواریانس روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش اضطراب

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	*p*	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۰/۰۸	۱/۰	۰/۰۸	۰/۱۳۲	۰/۷۱۸	۰/۱۰۳
عضویت گروهی	۰/۷۲	۱/۰	۰/۷۲	۲/۹۵	۰/۰۳۴	۰/۳۱۹
خطا	۲۹/۰۲۲	۴۸/۰	۰/۶۰۵			

با توجه به اینکه سطح معنی‌داری مربوط به آزمون درون‌گروهی بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد نشان‌دهنده این است که تفاوت معنی‌داری در بین شاخص‌ها وجود ندارد. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری مربوط به آزمون بین گروهی کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد نشان‌دهنده این است که تفاوت معنی‌داری در گروه‌های کنترل و آزمایش وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش اضطراب بیماران روماتوئیدی در شهر کرمان انجام شد. یافته‌های تحقیق بیانگر این مطلب بود که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش اضطراب در بیماران روماتوئیدی مؤثر است. نتایج نشان داده مفاهیم و تکنیک‌های روان‌پویشی در درک اختلالات اضطرابی، مهم هستند. برتری مداخله‌ی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر سایر مداخلات روان‌درمانی، تجربه هیجان‌های عمیق حین جلسه‌ی درمان، سطوح بالای فعالیت درمانگر، تشویق مراجع به همکاری و توجه فعال در محدوده زمانی جلسات و همین‌طور داشتن تمرکز درمانی و معیارهای انتخاب ویژه و تلاش پیوسته‌ی درمانگر برای تجربه عمیق عاطفی/ هیجانی به‌عنوان عنصری شفابخش است (۱۳). درواقع اضطراب در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت، زمانی در فرد شکل می‌گیرد که احساسات و افکار ممنوعه برانگیخته شده‌اند؛ و فرد از احساسات ناهشیار زیربنایی آن ناآگاه است و این کاهش و تنظیم اضطراب با تأثیر بر مسیر تخلیه اضطراب و کنترل دقیق و پایش لحظه‌به‌لحظه اضطراب، احساس و دفاع‌ها کمک شایانی به کاهش اضطراب و کاهش نشانه‌های بالینی در بیماران می‌کند. درواقع بیمار یاد می‌گیرد به‌جای فرار از اضطراب و احساسات ناهشیار به آن‌ها آگاهی پیدا کند. روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت با شناسایی و تأکید بر علائم جسمانی متمایز هیجان‌ها و تأکید بر مؤلفه‌های تجربه واقعی احساسات و همچنین شناسایی مسیرهای جسمانی اضطراب به شناخت نیروهای پویشی آسیب‌شناختی و علل اختلال در بیماران کمک می‌کند. و آن‌ها را یاری می‌کند تا اضطراب‌های پیوند خورده با احساسات متعارض که باعث تعارضات هیجانی می‌شود را شناسایی کنند و این فرایند به نظم‌بخشی هیجانات کمک می‌کند. در این روند پژوهشی با افزایش تعداد جلسات شاهد استفاده بیشتر بیماران از مکانیسم‌های انطباقی بجای مکانیسم‌های دفاعی آسیب‌رسان مشهود بود. نوع مکانیسم‌های انطباقی در هر بیمار مختص خود بیمار بود. درواقع بر اساس مثلث تعارض بعد از شناسایی و کاهش مکانیسم‌های دفاعی بیمار در ابتدا با افزایش اضطراب روبرو هستیم و نهایتاً بعد از تجربه احساس ناهوشیار زیرین مکانیسم‌های انطباقی که از سمت بیمار انتخاب می‌شود اضطراب کاهش پیدا می‌کند. در ادامه کار بر روی مثلث تعارض، فرایندی کمک‌کننده و تکمیلی دیگر به یاد آمدن این احساس در زمان‌های گذشته، ازجمله گذشته دور (p)، گذشته اخیر (c) و احتمالاً در زمان حال و در ارتباط با درمانگر (t) که همان مثلث فرد می‌باشد به استحکام‌بخشی مکانیسم‌های انطباقی کمک می‌کند. و حتی این تغییر و استحکام‌بخشی می‌تواند بر دفاع‌هایی اصلی که سازنده صفات شخصیتی بیمار نیز هست مؤثر باشد. موضع فعال درمانگر و استفاده از مثلث شخص و تعارض سبب می‌شود تا مراجع در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید و با کاهش اضطراب سلامت روانی بیشتری را به دست آورد. ازاین‌رو استفاده از این روش درمانی در بیماران روماتوئیدی که طی سال‌های درمان آرتریت روماتوئید اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند می‌تواند کمک

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.12.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.349]

شایانی در کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی این بیماران باشد.

آلن عباس و همکارانش (۱۹) به بررسی مدیریت هیجانات با کمک روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده پرداختند و نتایج حاکی از اثربخشی با تأثیر بر مسیر تخلیه هیجان در کاهش مشکلات جسمانی‌سازی، اضطراب و افسردگی هم‌راستا با این تحقیق بود؛ و در پژوهشی دیگر آلن عباس و همکاران (۲۰) اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت را بر اختلالات جسمانی شکل موردبررسی قرار دادند. نمونه پژوهش شامل ۵۰ بیمار بودند که نشانه‌های جسمانی مثل درد قفسه سینه، تنگی نفس، و سردرد داشتند. تعداد جلسات درمانی بین ۱ تا ۲۵ جلسه بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت موجب کاهش معنی‌دار نشانه‌های بالینی بیماران شد؛ و همان‌طور (۲۱) به بررسی اثربخشی روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت در یک مقاله مروری پرداخت بررسی نتایج پژوهش‌های مختلف در این باب نشان از آن داشت که روان‌درمانی روان پویشی فشرده کوتاه‌مدت می‌تواند تأثیر معناداری بر اختلالات جسمانی‌سازی، اختلالات حرکتی کارکردی، دردهای مزمن، سندروم درد لگن، کمردرد و سردردهای مزمن، افسردگی، اضطراب و در حوزه زوجین بر روی کاهش تعارضات زناشویی، و افزایش رضایتمندی زوج‌ها و سازگاری زوجین داشته باشد. در سال ۱۹۹۱، میلورد و شیر ۳۵ بیمار را که مطابق با ملاک‌های DSM-III-R مبتلا به اختلال هراس بودند و با درمان روان‌پویشی به‌طور موفقی بهبودیافته بودند را شرح دادند. علاوه بر این سایر درمان‌های روان‌پویشی موفق در اختلال هراس نیز گزارش شده است (۲۱). این مطالعات نشان دادند که درمان روان‌پویشی به‌تنهایی باعث کاهش نشانه‌های بیماری به همان سرعت درمان‌های دارویی و شناختی- رفتاری می‌شود. موافق با همین نتایج، آلن عباس، جوفریس و اوگرودینکزوک (۲۰) اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت را در مورد ۳۰ بیمار موردبررسی قرار دادند. اختلالات آزمودنی‌ها افسردگی، دیستایمی، هراس، جسمانی سازی، اضطراب فراگیر، اختلال شخصیت وسواسی و اجتنابی بود. نتایج نشان داد که درمان به‌طور معنی‌داری موجب کاهش نشانه‌ها و مشکلات بین فردی شده است. همچنین موافق با یافته‌های تحقیق حاضر، در پژوهشی که توسط (فولادی و همکاران، ۱۳۹۷) به بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه بر اضطراب اجتماعی مادران دارای فرزندان با نشانگان آسپرگر پرداخت. نتایج با تحلیل کوواریانس بررسی شد و یافته‌ها حاکی از اثربخشی معنادار روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت بود. همچنین مصطفی محمودی (۲۳) در پژوهشی اثربخشی روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت با روش تنظیم‌کننده اضطراب در درمان مردان مبتلا به هراس اجتماعی را بررسی کردند و نتایج تحقیق حاضر را تائید می‌کند. با توجه به نتایجی که در پژوهش به دست آمد پیشنهاد می‌شود که درمانگران بالینی مراکز درمانی بیماران مزمن جسمی و سایر کلینیک‌های روان‌درمانی از روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در درمان اختلالات اضطرابی استفاده کنند.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از بیماران، پزشکان و همکاران روان‌شناسی که در این پژوهش همکاری داشتند اعلام می‌دارم. همچنین تشکر ویژه از آقای دکتر محمدرضا شکیبی فوق تخصص روماتولوژی و آقای دکتر محسن گرکانی متخصص اعصاب و روان و آقای داریوش امانی روان‌درمانگر پویشی بابت همکاری و همراهی با انجام این پژوهش را بر خود واجب می‌دانم.

References

1. Antony D, Woolf PF, Bruce PF. Burdenof Major Musculoskeletal Conditions. Bulletin of the World Health Organization. 2003 Nov14; 81(9): 646-656.
2. Harrison, T. Principles of Harrison Internal Medicine Rheumatic Diseases, translated by Maria Raesi, Tehran, Teymourzadeh Publications. 2002 Mar21.
3. Farhadi M, Ghorbani N, Bahrami Ehsan H. Discharge patterns of anxiety: Preparation, factor structure and validity of the developed scale in a sample of university students. Journal of psychoscience. 2011 Apr 22; 10(39):270-283. [inpersian]
4. Edward D. 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. 2009 Nov 12. 1087-1118.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.12.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.349]

5. David J, Kenneth A. Generalized Social Anxiety Disorder in Managed Care. American Journal of Psychiatry. 2001 Des 15; 12: 1999-2007.
6. Sadock BJ, Sadock VA, Philadelphia: Wolters Kluwer & Ruiz P, Kaplan & Sadock S. synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry;2015.
7. Ghorbani N. Intensive and short-term dynamic psychotherapy. Tehran: Samt Publications; 2003.
8. Abbass A, Town J, Driessen E. Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy: A Treatment Overview and Empirical Basis. Research in Psychotherapy Process and Outcom. 2013 Aug 17; 16(1)6: -15.
9. Ghorbani N. Intensive and short-term psychodynamic psychology: basics and techniques. Sixth edition. Tehran: Samt Publications; 2014.
10. Wolf, D. & Frederickson, J. Intensive short-term dynamic psychotherapy. Washington School of Psychiatry. 2013 April 20;20(2): 97-108.
11. Frederickson J. Co-creation of change: effective techniques of psychodynamic psychology. Translated by Enayat Khaliqi Sigaroudi; 2015.
12. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy 2010 Feb-Mar; 65(2) : 98-109.
13. Johansson R, Town JM, Abbas A. Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. Peer Journal. 2014 Aug28; 2(1): 1-20.
14. Abbass A, Bechard D. Bringing character changes with Davanloo's intensive short term dynamic psychotherapy. Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy: Practice and Theory. 2007 January; 11: 26-40.
15. Kashanki H, Aslani S .A Review of Intensive and Short-Term Psychodynamic Psychology: Principles to Practice. Journal of Psychological Development. 2018 Des 2; 7(8): 225-260.
16. Anderson E, Lambert M. Short – term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta – analysis. Clin Psychol. Rev. 1995 Dec; 15: 503- 514.
17. Abbas A. Intensive short-term psychodynamic psychotherapy of treatment-resistant depression; a pilot study. Wiley-liss, inc 2006.
18. Moradian T, Ebadi S, Abbas A, Asyabi M.Hospital Anxiety and Depression in Patients with Coronary Artery Disease. Psychiatric Nursing. 2013 ; 1 (2): 54-61.
19. Abbass AA, Kisely SR, Town JM, Leichsenring F, Driessen E, De Maat S, Gerber A, Dekker J, Rabung S, Rusalovska S, Crowe E. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jul 1; 7.
20. Abbass A, Lovas D, Purdy A. Direct diagnosis and management of emotional factors in chronic headache patients. Cephalalgia. 2008 Dec;28(12):1305-14.
21. Reasi Z. A Review of the Application of Short-Term Psychodynamic Psychology. Psychology and Educational Sciences 2016; 21(1): 51-58
22. Busch NF, Leon AC. A pilot open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder. Journal of psychotherapy practise Research. 2001 Jan1; 10:239-245.
23. Mahmoudi M, Aghamohammadian HR, Dehghani M, Hassanabadi H .The effectiveness of psychotherapy, short-term Psychodynamic Psychology with anxiety regulation method in the treatment of men with social phobia. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2014; 20 (2): 111-120.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.3.12.6]
[DOI: 10.52547/rbs.18.3.349]