

مقاله اصلی

اثر بخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر خود انتقادگری و خستگی روانی بیماران افسرده

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۰۲

خلاصه

مقدمه: اگرچه خستگی روانی دیر زمانی است که از علائم افسردگی به شمار می‌رود اما تحقیقات اندکی پیرامون آن انجام شده است. تحقیقات پیرامون خستگی روانی بیماران افسرده نشان داده است که با اینکه آنتی دپرسانت‌ها علائم خلقی بیماران افسرده را بهبود بخشیده‌اند، بسیاری از این بیماران نتوانستند انرژی خود را بازیابند. خستگی روانی یکی از علائمی است که به روان درمانی هم دیر پاسخ می‌دهد. خود-انتقادگری که ارتباط تنگاتنگی با خستگی روانی دارد، سیر درمان بیماران افسرده را کند می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر خود انتقادگری و خستگی روانی بیماران افسرده انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی کنترل شده تصادفی است که در آن از تمامی بیماران دارای اختلال افسردگی اساسی مراجعه کرده به کلینیک‌های اعصاب و روان شهر قم در زمستان ۱۴۰۲، ۶۴ آزمودنی با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و بر اساس معیارهای ورودی انتخاب شدند. آنها به طور تصادفی در یکی از گروه‌های مداخله (ISTDP) یا کنترل قرار گرفتند. از پرسشنامه چندبعدی خستگی (MFI-20) و مقیاس خود-انتقادگری گیلبرت (SCS) به منظور اندازه‌گیری پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 و از طریق آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته‌های حاصل از آزمون کوواریانس چند متغیره نشان داد که بین گروه روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت و کنترل در ترکیبی از متغیرهای خستگی روانی و خود-انتقادگری تفاوت معناداری وجود دارد ($F=36/81$ و $P < 0/05$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که میانگین گروه دریافت کننده روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت هم در متغیر خستگی روانی و هم در متغیر خود-انتقادگری از میانگین گروه کنترل به طور معناداری کوچکتر است.

نتیجه گیری: می‌توان روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت را درمانی مناسب برای کاهش خود-انتقادگری و خستگی روانی بیماران افسرده در نظر گرفت.

کلمات کلیدی: خستگی روانی، خود-انتقادگری، افسردگی، روانپویشی

حانیه عباسی^{۱*}

احمد رضا خلج^۲

سیده فاطمه حسینی^۳

فاطمه محمدیان فرد^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

Email: abasihanieh506@gmail.com

مقدمه

ارزیابی آمار بهداشت عمومی در سراسر جهان به افزایش شیوع در حوزه اختلالات جدی روانی به خصوص افسردگی اشاره دارد که افسردگی از شایع ترین آنها است (۱). افسردگی جزو اختلالات خلقی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتها و افکار مرگ و خودکشی مشخص می شود و با تغییر در سطح فعالیت منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی می شود (۲). طبق تعریف ICD-10 از افسردگی، کاهش انرژی به عنوان یکی از علائم اصلی افسردگی در کنار خلق پایین و کاهش علاقه و لذت در نظر گرفته شده است (۳). خستگی روانی با احساس بی انرژی بودن که با استراحت بهبود نمی یابد و خسته شدن سریع زیاد ذهنی و بدنی مشخص می شود (۴, ۵). کاهش فعالیت عصبی در کورتکس پریفرانتال، خصوصاً در ناحیه دورسولترال را می توان عامل خستگی ذهنی در بیماران افسرده دانست. مک هیل کاهش فعالیت مدارهای پریفرانتال می تواند با کاهش تمرکز، بی تصمیمی، کاهش قابلیت تفکر و اختلال در کارکردهای اجرایی همراه باشد (۶, ۷). خستگی روانی در بین بیماران افسرده بیشتر از افراد سالم و دیگر بیماران است (۸). در یک مطالعه اپیدمیولوژیک گسترده که بیماران افسرده ۶ کشور اروپایی را شامل می شد، ۷۳ درصد بیماران افسرده احساس خستگی را به عنوان یکی از علائم خود ابراز کردند و این در حالی بود که خلق پایین که علامت اصلی افسردگی به شمار می رود را ۷۶ درصد آنها گزارش کردند (۹). مطالعات دیگر حتی شیوع بالاتری از خستگی روانی در بین بیماران افسرده را گزارش کرده اند (۱۰). اگرچه خستگی روانی دیر زمانی است که از علائم افسردگی به شمار می رود اما تحقیقات اندکی پیرامون آن انجام شده است (۱۱).

مطابق رویکرد روانپوشی، خود-انتقادگری ارتباط تنگاتنگی با خستگی روانی دارد (۱۲). در دو دهه گذشته پژوهش ها در مشاوره و روان شناسی تجربی، گرایش فزاینده ای را به فرایندهای ارتباط با خود و تأثیر آن بر سلامت روان، نشان داده است (۱۳). شواهد بسیاری نشان داده است خود-انتقادگری که انگ زدن

به خود و قضاوت بی رحمانه نسبت به خود (۱۴, ۱۵) همراه با هیجانات منفی مثل خشم و اهانت نسبت به خود را شامل می شود (۱۶)، با آسیب پذیری نسبت به امراض روانی گوناگون، ارتباط دارد (۱۵, ۱۷). بین خود-انتقادگری و افسردگی همبستگی قوی ای وجود دارد (۱۸). طرح های طولی، اهمیت پیش بینی کنندگی خود-انتقادگری را در تشدید علائم مرضی، تصدیق می کنند. دانکلی و همکاران (۱۹) با یک نمونه بالینی و طی چهارسال، به این نکته دست یافتند که خود-انتقادگری، تشدید علائم در افسردگی را پیش بینی می کند. مطالعه ای دیگر، در یک دوره سه ماهه و در جمعیت عمومی، نشان داد که خود-انتقادگری، تشدید افکار خودکشی را پیش بینی می کند (۲۰). افراد خود-انتقادگر، درگیر یک خودارزیابی ناگوار می شوند و نسبت به تجارب شکست و انتقاد، آسیب پذیر هستند (۲۱). این افراد مستعد تجربه افسردگی همراه با احساس حقارت شدید، گناه، بی ارزشی و شکست در مطابقت با معیارهای مورد انتظار هستند (۲۲). هیجانات منفی ناشی از خود-انتقادگری در شروع و تداوم افسردگی نقش دارند (۲۳). خود-انتقادگری همچنین با تکرار دوره های افسردگی در ارتباط است (۲۴). مدل پلات برای تبیین افسردگی بر وابستگی، خود-بستگی و خود-انتقادگری تمرکز دارد (۲۵) که با نام مدل آسیب پذیری شخصیتی شناخته می شود (۲۶). در این میان نقش خود-انتقادگری از بقیه پررنگ تر است (۲۷). خود-انتقادگری پیش بین خستگی روانی است و همچنین با خستگی روانی در افسردگی ارتباط دارد و در واقع عزت نفس پایین آمده در اثر خود-انتقادگری، منجر به سیرمخرب خستگی روانی، درد و احتمالاً افسردگی می شود (۲۸). خستگی روانی افراد خود-انتقادگر با حساسیت بالا نسبت به استرس مرتبط است (۲۹). کژکاری محور این ارتباط از طریق سیستم های عصبی دخیل در استرس (محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال، اعصاب سمپاتیک و انتقال دهنده های عصبی) قابل تبیین است (۳۰-۳۲). بیمارانی که صفت خود-انتقادگری را به همراه دارند، اغلب نتایج ضعیف تری را در درمان دارند (۳۳, ۳۴). در برنامه

اثربخشی درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت را بر روی علائم بیماران افسرده نشان می‌دهند (۴۲-۴۴) همچنین اخیراً یک مطالعه شبه‌آزمایشی اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت را بر روی نمونه غیربالینی افراد خود-انتقادگر نشان داده است (۴۵). با توجه به اهمیت کار بر روی خود-انتقادگری و خستگی روانی بیماران افسرده و مسیری که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت به ما نشان داده است، لازم است تا اثربخشی این روش بر روی خود-انتقادگری و خستگی روانی بیماران افسرده در یک کارآزمایی بالینی کنترل شده آزمون شود.

روش کار

در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی کنترل شده تصادفی استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش، تمامی بیماران دارای افسردگی اساسی که در زمستان ۱۴۰۲ به کلینیک‌های اعصاب و روان شهر قم مراجعه کرده بودند را شامل می‌شد. حجم نمونه تحقیق شامل ۶۴ آزمودنی است که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و براساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش تشخیص وجود اختلال افسردگی اساسی و عدم وجود اختلال کاموربید همچنین عدم مصرف داروهای آرام‌بخش و ضد افسردگی را شامل می‌شدند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، در ابتدا پیش از اخذ فرم رضایت آگاهانه، توضیحاتی درباره فرآیندهای درمان و پژوهش به آزمودنی‌ها داده شد و تصریح شد که آنها در هر مرحله از پژوهش می‌توانند با اختیار خود به همکاری با محققان پایان دهند. همچنین به آنها اطمینان داده شد که مطالب بازگو شده در جلسات درمان و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه بوده، در اختیار هیچ شخص یا سازمانی قرار نمی‌گیرد و بدون ذکر نام مراجعان تحلیل خواهد شد. شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی در یکی از گروه‌های مداخله یا کنترل گاشته شدند و گروه مداخله، روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت دریافت کردند. از پرسشنامه چندبعدی خستگی (MFI-20) و مقیاس خود-انتقادگری گیلبرت (SCS) به منظور اندازه‌گیری پیش‌آزمون و

تحقیقاتی مشترک بر روی افسردگی (TDCRP) که به‌طور وسیعی انجام شد و اثربخشی سه درمان شناختی-رفتاری، بین‌فردی و دارودرمانی و نیز دارونما را با هم مقایسه کرد، یکی از نتایج این بود که افراد خود-انتقادگر کمتر از دیگران از درمان سود می‌برند (۳۵). چندین مورد از تحقیقات مدعی هستند که کاهش دادن خود-انتقادگری در طول درمان، نتایج درمان را به‌گونه‌ای مثبت تحت تأثیر قرار می‌دهد. در یک پژوهش معلوم شد که کاهش خود-انتقادگری در طول یک دوره درمانی شناختی-رفتاری برای اضطراب اجتماعی، به‌طور معناداری با پاسخ مثبت به درمان در ارتباط بوده است (۳۶). پژوهشی دیگر نشان داد که کاهش خود-انتقادگری در طول درمان روان‌پویشی با سرعت کاهش رنج نشانه‌های آنها در ارتباط است (۳۷). خستگی روانی نیز از ویژگی‌های چالش‌برانگیز بیماران افسرده محسوب می‌شود. تحقیقات پیرامون خستگی روانی بیماران افسرده نشان داده است که با اینکه آنتی‌دپرسانت‌ها علائم خلقی بیماران افسرده را بهبود بخشیده‌اند، بسیاری از این بیماران نتوانستند انرژی خود را بازیابند (۳۸). خستگی روانی یکی از علائمی است که به روان‌درمانی هم‌دیر پاسخ می‌دهد. یک مطالعه نشان داد که در پاسخ به مداخلات روان‌درمانی کوتاه‌مدت، خستگی روانی کمترین تغییر را نشان می‌دهد (۳۹). برخی اندیشمندان درمان روان‌پویشی را برای هدف قرار دادن خود-انتقادگری و خستگی روانی ناشی از آن به کار برد. به عقیده لویتن و همکاران در درمان افراد دارای خستگی روانی باید خود-انتقادگری را آماج قرار داد (۱۲). بلت (۴۰) نیز درمان روان‌پویشی را برای افراد خود-انتقادگر مناسب می‌داند. مطابق با دیدگاه روان‌پویشی، افراد خود-انتقادگر در هنگام تجربه مقدار غیرقابل‌تحملی از خشم، از مکانیزم‌های دفاعی واپسرانی آتی و حمله به خود استفاده می‌کنند. در این حالت آنها این خشم را به خودشان برمی‌گردانند، خودشان را مورد انتقاد قرار می‌دهند و یک حالت افسردگی، اضطراب پاراسمپاتیکی، خمودگی، بی‌ارادگی و بی‌انرژی بودن را تجربه می‌کنند (۴۱) که شواهد روان‌شناختی و عصب‌شناختی بحث شده از این فرضیه حمایت می‌کنند. کارآزمایی‌های بالینی کنترل شده پیشین

فرد احساس و بیان می کند، اندازه می گیرد. خستگی عمومی مربوط به عملکردهای کلی فرد در روز، خستگی جسمی به یک احساس بدنی که مستقیماً با خستگی در ارتباط است، خستگی ذهنی به کاهش مهارت‌های شناختی فرد، کاهش فعالیت به کاهش فعالیت‌های معمول و مفید روزانه و کاهش انگیزه به کاهش یا فقدان انگیزه برای شروع هر فعالیتی اشاره دارد. این پرسشنامه قابلیت استفاده روی جمعیت بیماران و افراد سالم را دارد و شامل ۴۸ گویه است که بر اساس مقیاس ۴ امتیازی لیکرت (از ۱ = بلی کاملاً درست است تا ۴ = خیر کاملاً غلط است) امتیازدهی می شود. نمره کل خستگی که با مجموع نمرات حیطه‌ها مشخص می شود بین ۴۸ تا ۱۸۸ خواهد بود، نمره بالاتر نشانه خستگی بیشتر است. قابل ذکر است که برای هر یک از ابعاد، چهار سؤال در نظر گرفته و در نگارش آنها نیز همزمان از جهت گیری‌های مثبت و منفی استفاده شده است تا احتمال سوگیری پاسخ دهندگان کاهش یابد (۴۷). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران تأیید شده است و برای پایایی آن $r=0/91$ و ثبات درونی $\alpha=0/93$ بدست آمده است (۴۸).

مقیاس خود-انتقادگری گیلبرت (SCS)

این مقیاس توسط گیلبرت و همکاران در سال ۲۰۰۴ تهیه شده است و دارای ۲۲ ماده است که تمایل فرد به داشتن انتظارات و توقعات بسیار بالا از خود، حمله به خود و تنفر از خود را اندازه گیری می کند. پاسخ به هر سؤال این مقیاس در یک طیف ۵ درجه ای لیکرتی از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۴) تنظیم شده و حداکثر و حداقل نمره آن به ترتیب از صفر تا ۸۸ در نوسان است (۴۹). همسانی درونی نمره کلی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش کاستیلیوو همکاران ۰/۸۶ گزارش شده است (۵۰). در ایران سعادتی و همکاران ضمن تأیید روایی مقیاس در بین نمونه‌ای از معلمان پایایی مقیاس را با استفاده از روش‌های ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب برابر با ۰/۶۹ و ۰/۸۱ گزارش کردند (۵۱).

پس آزمون خستگی روانی و خود-انتقادگری استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-26 و از طریق آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفت.

شرح مداخله: هر کدام از آزمودنی‌ها ۱۸ جلسه روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت دریافت کردند. میانگین مدت جلسه اول ۹۰ دقیقه و جلسات بعدی ۶۰ دقیقه بود. جدول ۱ (۴۶) مداخله روان پویشی فشرده کوتاه مدت برای بیمار مقاوم همراه با واپسرانی (افسرده دارای جسمانی سازی) را نشان می دهد.

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله

مرحله	تکلیف
فرآیند آغازین	درمان آزمایشی؛ ارزیابی روان سنجشی جهت شناسایی آستانه واپسرانی و تظاهرات آن
قالب مرحله به مرحله	ظرفیت سازی برای تحمل احساسات مرکب و تغییر الگوی تخلیه اضطراب و کنار گذاشتن دفاع‌های واپسرانی، جسمانی سازی و حمله به خود
قفل گشایی مکرر	نفوذهای اولیه؛ قفل گشایی‌های نسی و قفل گشایی‌های ماژور جهت بهینه سازی اتحاد درمانی ناهشیار
حل و فصل	برانگیختن و تجربه کردن باقیمانده سوگ، خشم و عذاب وجدان، و تحکیم دستاوردها
خاتمه درمان	بستن رابطه درمانی طی ۳ تا ۵ جلسه

پرسشنامه چند بعدی خستگی (MFI-20):

به عنوان یکی از جامعترین و کاملترین ابزار سنجش در این زمینه شناخته شده است. این پرسشنامه برای نخستین بار توسط اسمیتز در سال ۱۹۹۸ ارائه شد. مرور بر متون و سابقه به کارگیری پرسشنامه MFI-20 نشان می دهد که در بعد جهانی مطالعات متعددی با استفاده از آن به انجام رسیده است. این پرسشنامه با ارزیابی پنج بعد خستگی شامل خستگی عمومی، خستگی جسمانی، کاهش فعالیت، کاهش انگیزه و خستگی ذهنی، درک عمیقتر و دقیقتری از میزان خستگی فرد فراهم می کند. در واقع MFI-20 خستگی را آن طور که

یافته ها

درصد) کمترین درصد فراوانی را به خود اختصاص داده است. سن اکثر آزمودنی‌ها (۵۴ درصد) در بازه بین ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشت. همچنین جدول ۲ میانگین و انحراف معیار خستگی روانی و خود-انتقادگری گروه‌های روانپوشی فشرده کوتاه مدت و کنترل را قبل و بعد از اجرای مداخله نشان می‌دهد.

در این پژوهش ۷۵ درصد آزمودنی‌ها زن و ۲۵ درصد مرد بودند. شرکت‌کنندگان با وضعیت تحصیلی دیپلم دارای بیشترین فراوانی (۴۰ درصد) و وضعیت تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر دارای کمترین فراوانی (۳/۳ درصد) است. همچنین وضعیت شغلی کارمند/کارگر بیشترین فراوانی (۴۳/۳ درصد) و وضعیت شغلی شغل آزاد (۳ درصد) و بیکار (۱۰

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار گروه ها

خود-انتقادگری				خستگی روانی				متغیر وابسته
پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	متغیر مستقل
۴/۵	۳۱	۳	۵۸	۷	۸۷	۵	۱۳۲	گروه روانپوشی فشرده کوتاه مدت
۳	۵۶	۳	۵۴	۵	۱۳۳	۴/۴	۱۳۷	گروه کنترل

تفاوت معنی‌دار در پیش‌آزمون دو گروه با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه، بررسی خطی بودن رابطه بین متغیرها با استفاده از نمودار پراکندگی، فرض همگنی ماتریس کواریانس با استفاده از آزمون ام-باکس و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین انجام و تأیید شد.

برای بررسی اثربخشی روان درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر خود انتقادگری و خستگی روانی بیماران افسرده، از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. به این منظور مفروضه‌های تحلیل کواریانس چند متغیری شناسایی نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و آزمون شاپیرو-ویلک، پیش فرض عدم وجود

جدول ۳. نتایج آزمون کواریانس چندمتغیره

اثر	آزمونها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۶	۳۶/۸۱	۱	۶۱	۰/۰۱	۰/۶۴
	لامبدای ویلکز	۰/۳۵	۳۶/۸۱	۱	۶۱	۰/۰۱	۰/۶۴
	اثر هتلینگ	۴/۴۲	۳۶/۸۱	۱	۶۱	۰/۰۱	۰/۶۴
	بزرگترین ریشه روی	۴/۴۲	۳۶/۸۱	۱	۶۱	۰/۰۱	۰/۶۴

بررسی این مسئله که در کدام متغیرها تفاوت معنادار است و این تفاوت در چه جهتی قرار دارد، از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می گردد سطح معنی داری آماره مرتبط، آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری یعنی لامبدای ویلک، معنادار است ($p < 0/05$). بنابراین بین متغیرهای مستقل در ترکیب دو متغیر وابسته خود انتقادگری و خستگی روانی بیماران افسرده تفاوتی معنادار وجود دارد. به منظور

جدول ۴. نتایج آزمون بن فرونی

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین ها	مقایسه گروه	متغیر
۰/۰۱	۳/۹۰	-۱۵/۵۲	روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت - کنترل	خستگی روانی
۰/۰۱	۶/۶۱	-۴/۷۸	روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت - کنترل	خود-انتقادگری

به خود-خودانتقادگری-خستگی روانی که پیشتر از آن صحبت شد را هدف قرار می دهد. بیماران افسرده آموخته اند که به طور خودکار در مقابل موقعیت هایی که کنترل کردن آنها نسبتاً دشوار است، انگیزه و اراده خود را سرکوب کنند و وارد فاز درماندگی شوند (۴۶). به طور مثال اگر آنها از کسی که مافوق آنها است یا فردی که برای آنها معنادار است، خشمگین شوند، این خشم خود را یک آن سرکوب می کنند و هیچ احساسی را در سطح هشیار تجربه نمی کنند. در مرحله بعد آنها این خشم را به خودشان بر می گردانند و یک حالت شماتت خود به وجود می آید (۵۲). در این حالت فرد احساس ناتوانی، بی ارزشی، بی انگیزگی و بی انرژی بودن می کند (۵۳). کاری که روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت انجام می دهد این است که این روند خودکار را متوقف می کند. روان درمانگر پویشی مدام وضعیت اضطراب بدنی بیمار را پایش می کند و هرگاه بیمار خشم خود را واپسرانی کند یا به خودش برگرداند، او را متوجه این مکانیزم دفاعی می کند و به او در جهت تجربه هرچه بیشتر احساساتش کمک می کند (۴۳). وقتی بیمار از دفاع های واپسرانی و خود-انتقادگری استفاده می کند، اضطرابش وارد کانال اعصاب پاراسمپاتیکی می شود که این حالت با بروز علائم گوارشی، شل شدن بدن، خستگی و خمودگی نمود پیدا می کند

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که طبق آزمون تعقیبی بن فرونی در متغیر خستگی روانی میانگین گروه دریافت کننده برنامه طرحواره درمانی ذهنیت مدار از میانگین گروه کنترل به طور معناداری کوچکتر است. همچنین خود-انتقادگری در گروه روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری کوچکتر است. پس روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت هم بر خستگی روانی و هم بر خود-انتقادگری بیماران افسرده تأثیر معناداری دارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر خستگی روانی و خود-انتقادگری افراد افسرده انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت بر خستگی روانی افراد افسرده اثربخش است. این یافته با نتایج تحقیقات قبلی همگرایی دارد (۴۲-۴۴). یافته ها همچنین نشان دادند که این روش درمانی بر روی خود-انتقادگری بیماران افسرده بهبودی معناداری ایجاد می کند. این یافته نیز با نتایج پژوهش پیشین بر روی خود-انتقادگری افراد غیربالینی همگرایی دارد (۴۵).

در تبیین یافته های فوق می توان گفت که روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت، واپسرانی آبی و توالی خودکار خشم-حمله

مانند هر پژوهش دیگری، مطالعه حاضر نیز با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. نبود دوره پیگیری برای سنجش میزان پایداری اثرات، یکی از این محدودیت‌ها است. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تنها استفاده از ابزارهای خود-گزارش‌دهی که ممکن است سوگیری تایید اجتماعی و نشان دادن تصویر مورد پسند محققان از خود را در پی داشته باشد و نیز عدم سنجش دیگر متغیرهای روان‌شناختی و فیزیولوژیکی دخیل در فرآیندهای شرح داده شده اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده در این زمینه با داشتن دوره پیگیری بلند مدت، به کارگرفتن ابزارهای سنجش عینی‌تر و عمیق‌تر و نیز استفاده از دیگر متغیرهای دخیل در این فرآیند، خلأها و محدودیت‌های پژوهش حاضر را پر کنند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب سپاسگزاری خود را از شرکت کنندگان و کسانی که آنها را در انجام این تحقیق یاری کردند و همچنین اساتید محترم و همکاران عزیز، اعلام می‌دارند.

تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

(۵۴). وقتی درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا بتواند احساس خشم و اراده‌اش را مجدداً تجربه کند، با هربار برانگیختن احساس و کمک به تجربه مقدار بیشتری از آن بدون واپس‌رانی و تخلیه اضطراب در اعصاب پاراسمپاتیکی، ظرفیت تحمل هیجانی او بالا می‌رود و به میزان کمتری از خود-انتقادگری استفاده می‌کند (۴۱). در نتیجه واپس‌رانی کمتر احساسات و سرکوب کمتر اراده، بیمار بی‌انگیزگی و بی‌انرژی بودن کمتری را تجربه می‌کند (۵۲) و به بیان دیگر خستگی روانی آنها بهبود می‌یابد. درمانگر روان‌پوشی چرخه‌های بازخورد زیستی را برای بیمار مهیا می‌کند تا بیمار بتواند چرخه‌های بازخورد خود را بازیابی کند و اطلاعات مربوط به احساسات را به مناطق قشری مغز برساند و پردازش شوند. هربار که درمانگر توجه بیمار را به وجود یک مکانیزم دفاعی، اضطراب یا احساس جلب می‌کند، باعث می‌شود در نواحی قشری و زیرقشری مغز سیناپس‌های جدیدی تشکیل شوند (۵۵). تکرار این عمل باعث می‌شود که بیمار خودش بتواند احساسات، اضطراب و دفاع‌های خود را شناسایی و چرخه‌های بازخورد درونی خود را احیا کند. در نتیجه می‌توان روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت را درمانی مناسب برای کاهش خود-انتقادگری و خستگی روانی بیماران افسرده در نظر گرفت.

References

1. American Psychiatric Association D, American Psychiatric Association D. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
2. Tak YR, Brunwasser SM, Lichtwarck-Aschoff A, Engels RC. The Prospective Associations between Self-Efficacy and Depressive Symptoms from Early to Middle Adolescence: A Cross-Lagged Model. *J Youth Adolesc.* 2017;46(4):744-56.
3. Organization WH. Manual of the International classification of diseases and related health problems. Geneva, Switzerland: Author. 1992.
4. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A, Group. ICFSS. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Annals of internal medicine.* 1994;121.۹-۹۵۳:(۱۲)

5. Carruthers BM, van de Sande MI, De Meirleir KL, Klimas NG, Broderick G, Mitchell T, et al. Myalgic encephalomyelitis: international consensus criteria. *Journal of internal medicine*. 2011;270(4):327-38.
6. Callicott JH, Mattay VS, Bertolino A, Finn K, Coppola R, Frank JA, et al. Physiological characteristics of capacity constraints in working memory as revealed by functional MRI. *Cerebral cortex*. 1999;9(1):20-6.
7. Cools R, Clark L, Owen AM, Robbins TW. Defining the neural mechanisms of probabilistic reversal learning using event-related functional magnetic resonance imaging. *Journal of Neuroscience*. 2002;22(11):4563-7.
8. Baldwin DS, Papakostas GI. Symptoms of fatigue and sleepiness in major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. ۲۰۰۶;۶۷:۹.
9. Tylee A, Gastpar M, Lépine J-P, Mendlewicz J. DEPRES II (Depression Research in European Society II): a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. *International clinical psychopharmacology*. 1999;14(3):139-52.
10. Maurice-Tison S, Verdoux H, Gay B, Perez P, Salamon R, Bourgeois ML. How to improve recognition and diagnosis of depressive syndromes using international diagnostic criteria. *British Journal of General Practice*. 1998;48(430):124.
11. Swindle R, Kroenke K, Braun L. Energy and improved workplace productivity in depression. *Investing in health: The social and economic benefits of health care innovation*. 2001:323-41.
12. Luyten P, Kempke S, Van Wambeke P, Claes S, Blatt SJ, Van Houdenhove B. Self-critical perfectionism, stress generation, and stress sensitivity in patients with chronic fatigue syndrome: relationship with severity of depression. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 2011;74(1):21-30.
13. Trompetter HR, De Kleine E, Bohlmeijer ET. Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive therapy and research*. 2017;41:459-68.
14. Kannan D, Levitt HM. A review of client self-criticism in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2013;23(2):166.
15. Shahar G. *Erosion: The psychopathology of self-criticism*: Oxford University Press, USA; 2015.
16. Whelton WJ, Greenberg LS. Emotion in self-criticism. *Personality and individual differences*. 2005;38(7):1583-95.
17. Zuroff DC. Dependency, self-criticism, and maladjustment David C. Zuroff, Darcy Santor, and Myriam Mongrain. *Relatedness, self-definition and mental representation: Essays in honor of Sidney J Blatt*. 2004:75.
18. Zarei S, Javan Esmaeili A. The mediating role of self-efficacy in the relationship between self-criticism and depression symptoms in University students. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2021;8.۲۴-۱۱۳:(۲)
19. Dunkley DM, Zuroff DC, Blankstein KR. Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and individual differences*. 2006;40(4):665-76.
20. O'Connor RC, Noyce R. Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*. 2008;46(3):392-401.
21. Campos RC, Mesquita C. Testing a model of suicidality in community adolescents: a brief report. 2014.
22. Dunkley DM, Blankstein KR, Masheb RM, Grilo CM. Personal standards and evaluative concerns dimensions of "clinical" perfectionism: A reply to Shafran et al.(2002, 2003) and Hewitt et al.(2003). *Behaviour research and therapy*. 2006;44(1):63-84.

23. Pu J, Hou H, Ma R. Direct and indirect effects of self-efficacy on depression: The mediating role of dispositional optimism. *Current Psychology*. 2017;36:410-6.
24. Mongrain M, Leather F. Immature dependence and self-criticism predict the recurrence of major depression. *Journal of clinical psychology*. 2006;62(6):705-13.
25. Kotera Y, Dosedlova J, Andrzejewski D, Kaluzeviciute G, Sakai M. From stress to psychopathology: Relationship with self-reassurance and self-criticism in Czech University students. *International journal of mental health and addiction*. 2022;20(4):2321-32.
26. McIntyre R, Smith P, Rimes KA. The role of self-criticism in common mental health difficulties in students: A systematic review of prospective studies. *Mental Health & Prevention*. 2018;10:13.۲۷-
27. Porter AC, Zelkowitz RL, Cole DA. The unique associations of self-criticism and shame-proneness to symptoms of disordered eating and depression. *Eating behaviors*. 2018;29:64-7.
28. Kempke S, Luyten P, Claes S, Goossens L, Bekaert P, Van Wambeke P, Van Houdenhove B. Self-critical perfectionism and its relationship to fatigue and pain in the daily flow of life in patients with chronic fatigue syndrome. *Psychological medicine*. 2013;43(5):995-1002.
29. Wirtz PH, Elsenbruch S, Emini L, Rüdüsüli K, Groessbauer S, Ehlert U. Perfectionism and the cortisol response to psychosocial stress in men. *Psychosomatic medicine*. 2007;69(3):249-55.
30. Heim C, Newport DJ, Mletzko T, Miller AH, Nemeroff CB. The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*. 2008;33(6):693-710.
31. Tak LM, Rosmalen JG. Dysfunction of stress responsive systems as a risk factor for functional somatic syndromes. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010;68(5):461-8.
32. Van Houdenhove B, Van Den Eede F, Luyten P. Does hypothalamic–pituitary–adrenal axis hypofunction in chronic fatigue syndrome reflect a ‘crash’ in the stress system? *Medical hypotheses*. 2009;72(6):701-5.
33. Marshall MB, Zuroff DC, McBride C, Bagby RM. Self-criticism predicts differential response to treatment for major depression. *Journal of clinical psychology*. 2008;64(3):231-44.
34. Rector NA, Bagby RM, Segal ZV, Joffe RT, Levitt A. Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*. 2000;24:571-84.
35. Blatt SJ, Zuroff DC, Hawley LL, Auerbach JS. Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy research*. 2010;20(1):37-54.
36. Cox BJ, Walker JR, Enns MW, Karpinski DC. Self-criticism in generalized social phobia and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*. 2002;33(4):479-91.
37. Lowyck B, Luyten P, Vermote R, Verhaest Y, Vansteelandt K. Self-critical perfectionism, dependency, and symptomatic distress in patients with personality disorder during hospitalization-based psychodynamic treatment: A parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2017;8(3):268.
38. Demyttenaere K, De Fruyt J, Stahl SM. The many faces of fatigue in major depressive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2005;8(1):93-105.
39. Opdyke KS, Reynolds III CF, Frank E, Begley AE, Buysse DJ, Dew MA, et al. Effect of continuation treatment on residual symptoms in late-life depression: How well is "well"? *Depression and anxiety*. 1996;4(6):312-9.
40. Blatt SJ. Relatedness and self-definition in personality development: *American Psychological Association*; 2008.
41. Frederickson J. *Co-Creating Safety: Healing the Fragile Patient*: Seven Leaves Press; 2020. 568 p.
42. Abbass AA. *Intensive short-term dynamic psychotherapy of treatment-resistant depression: A pilot*

- study. *Depression and Anxiety*. 2006;23(7):449-52.
43. Hajrezaei MR, Rahbarjou SSS, Shamsaldini A. Effectiveness of Short-term Intensive Dynamic Psychotherapy on the Severity of Gastrointestinal Symptoms and Depression in Patients with the Diarrhea Subtype of Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*. 2024;6(2):۵۶-۶۳.
 44. 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.
 45. Hajrezaei MR, Hokmabady ME. Comparing the effectiveness of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) with Compassion-Focused Therapy (CFT) on Self-criticizing of postgraduate students. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2024;67(1):79-90.
 46. Abbass AA, Town JM. Key clinical processes in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*. 2013;50(3):433.
 47. Smets E, Garssen B, Bonke Bd, De Haes J. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of psychosomatic research*. 1995;39(3):315-25.
 48. Tavakoli M, Roshandel M, Zareiyan A. Evaluation of fatigue in hemodialysis patients in AJA selected hospitals. *Military Caring Sciences*. 2015;2(4):197-205.
 49. Gilbert P, Clarke M, Hempel S, Miles JN, Irons C. Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*. 2004;43(1):31-50.
 50. Castilho P, Pinto-Gouveia J, Duarte J. Two forms of self-criticism mediate differently the shame-psychopathological symptoms link. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2017;90(1):44-54.
 51. Saadati A, Mazboohi S, Marzi S. A confirmatory factor analysis and validation of the forms of self-criticism/reassurance scale among teachers. *Quarterly of educational measurement*. 2018;9(34):133-47.
 52. Frederickson J. Overcoming Unconscious Forces in Treatment-Resistant Depression: Summary of Workshop Given at the Washington School of Psychiatry, January 16-17, 2016. *Psychiatry*. 2016;79(2):190-8.
 53. Davanloo H. *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo, MD*: John Wiley & Sons; 2001.
 54. Abbass AA, Kisely SR, Town JM, Leichsenring F, Driessen E, De Maat S, et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane database of systematic reviews*. 2014.(v)
 55. Fossella JA, Sommer T, Fan J, Pfaff D, Posner MI. Synaptogenesis and heritable aspects of executive attention. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*. 2003;9(3):178-83.

Original Article

The effectiveness of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Self-Criticism and Fatigue of Depressed Patients

Received: 06/11/2024 - Accepted: 22/11/2024

Hanieh Abbasi^{1*}
Ahmadreza Khalaj²
Seyedeh Fatemeh Hosseini³
Fatemeh Mohamadian fard³

¹ M.A. student of clinical psychology, Department of Clinical Psychology, Sciences and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

² M.A. of clinical psychology, Department of Clinical Psychology, Qom medical sciences branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.

³ M.A. student of clinical psychology, Department of Clinical Psychology, Qom medical sciences branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.

Email: abasihanieh506@gmail.com

Abstract

Introduction: eventhough fatigue had been considered as one of the main symptoms of depression, few research has been conducted about it. Both antidepressants and psychotherapies has difficulty treating fatigue. Self-criticism which is highly related with fatigue, is considered as an obstacle in treating depressed patients. the present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy on fatigue and self-criticism of depressed patients.

Methods: this was a randomized controlled trial and from patients with Major Depressive disorder of neuropsychiatric clinics in Qom during winter 2023, 64 eligible individuals were selected using randomized clustered sampling and were randomly assigned into intervention (ISTDP) and control group. The data from Multidimensional Fatigue Index (MFI-20) and Self-criticism Scale (SCS) in pretest and posttest were analyzed via SPSS-26 through analyze of covariance (MANCOVA).

Results: The results of the multivariate covariance test showed that there is a significant difference between the ISTDP group and the control group in a combination of variables of fatigue and self-criticism ($F=36.81$ and $P<0.5$). Also, the results of Bonferoni's post hoc test showed that the average of the group receiving the ISTDP program is significantly less than the average of the control group in both the variable of fatigue and the variable self-criticism ($P<0/05$).

Conclusion: According to the results of the research, it can be said that the ISTDP can be an effective treatment for fatigue and self-criticism of depressed patients.

Keywords: Fatigue, Self-criticism, Depression, ISTDP