



مقاله اصلی

اثر مداخله روان پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکته مغزی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱۲

خلاصه

مقدمه: افسردگی پس از سکته مغزی یکی از شایع ترین پیامدهای روان شناختی سکته است که می تواند بر تنظیم هیجان، کیفیت زندگی و روند بهبود بیماران تأثیر منفی بگذارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله روان پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکته مغزی انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکته مغزی مراجعه کننده به مراکز درمانی و توانبخشی منطقه ۲ شهر تهران بود. روش نمونه گیری به شیوه در دسترس بود. نمونه نهایی براساس معیارهای خروج ۲۷ نفر تجربی (۷ نفر مرد و ۶ نفر زن) و کنترل (۶ نفر مرد و ۸ نفر زن) انتخاب شدند. گروه آزمایشی برنامه روانپویشی فشرده و کوتاه مدت را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت کرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۲) و فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بود. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد که پس از کنترل اثر پیش آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد ($p \leq 0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش، مداخله روان پویشی فشرده کوتاه مدت می تواند به عنوان رویکردی مؤثر در بهبود تنظیم هیجان و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکته مغزی مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: روان پویشی فشرده کوتاه مدت، تنظیم هیجان، کیفیت زندگی، افسردگی، سکته مغزی

ساره باقری^{۱*}

گوهر آلبویه^۲

۱ گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران (نویسنده مسئول).

۲ گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

Email: sareh_bagheri@iauo.ac.ir

مقدمه

افسردگی پس از سکتة مغزی یکی از شایع‌ترین پیامدهای روان‌شناختی سکتة است که می‌تواند روند توانبخشی بیماران را مختل کند و بر عملکرد فردی، اجتماعی و هیجانی آنان تأثیر منفی بگذارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکتة، در مقایسه با سایر بیماران، کیفیت زندگی پایین‌تر، ناتوانی بیشتر و مشکلات هیجانی گسترده‌تری را تجربه می‌کنند. همچنین افسردگی می‌تواند میزان مشارکت بیماران در برنامه‌های درمانی و توانبخشی را کاهش دهد و احتمال عود مشکلات جسمانی را افزایش دهد (۱، ۲).

کیفیت زندگی در بیماران پس از سکتة مغزی تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله شدت ناتوانی جسمانی، حمایت اجتماعی و وضعیت روان‌شناختی قرار دارد. در این میان، افسردگی یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های کاهش کیفیت زندگی شناخته شده است. نتایج پژوهش‌های طولی نشان داده‌اند که حتی در صورت بهبود نسبی عملکرد جسمانی، مشکلات هیجانی و خلقی می‌توانند برای مدت طولانی باقی بمانند و ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران را مختل کنند (۳، ۴).

یکی از متغیرهای مهم در تبیین مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکتة مغزی، تنظیم هیجان است (۵). تنظیم هیجان به توانایی فرد در شناسایی، کنترل و تعدیل هیجان‌ها اشاره دارد و نقش مهمی در سازگاری روانی افراد ایفا می‌کند. نقص در تنظیم هیجان می‌تواند موجب تشدید نشانه‌های افسردگی، اضطراب و احساس درماندگی شود (۶). بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکتة معمولاً در مدیریت هیجان‌های منفی، بیان احساسات و کنترل واکنش‌های هیجانی با دشواری مواجه هستند که این امر کیفیت زندگی آنان را کاهش می‌دهد (۷).

رویکردهای روان‌درمانی معاصر، به‌ویژه درمان‌های هیجان‌محور، بر نقش پردازش هیجان‌ها در کاهش نشانه‌های روان‌شناختی تأکید دارند. یکی از این درمان‌ها، روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت (ISTDP) است که توسط دوانلو (۸) توسعه یافت. این رویکرد با تمرکز بر تعارض‌های ناهشیار، دفاع‌های روانی و تجربه هیجان‌های سرکوب‌شده، تلاش می‌کند ظرفیت فرد را برای تجربه و تنظیم هیجان‌ها افزایش دهد. در ISTDP، هیجان‌ها به‌عنوان عامل اصلی تغییر روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شوند و درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا از دفاع‌های ناکارآمد فاصله گرفته و احساسات واقعی خود را تجربه کند (۹).

پژوهش‌های متعددی اثربخشی ISTDP را در درمان اختلالات خلقی و روان‌تنی تأیید کرده‌اند (۱۰، ۱۱، ۱۲). در یک فراتحلیل جامع، عباسی، تاون و درین نشان دادند که ISTDP در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و مشکلات بین‌فردی اثربخش است و اثرات درمانی آن در پیگیری نیز حفظ می‌شود (۹). همچنین پژوهش‌های جدیدتر نشان داده‌اند که این رویکرد می‌تواند به‌طور معناداری سلامت روان و کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی را بهبود بخشد. در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران به نقش ISTDP در بهبود تنظیم هیجان افزایش یافته است. یافته‌های پژوهش‌ها حاکی از آن است که این درمان از طریق کاهش مکانیزم‌های دفاعی ناسازگار و افزایش آگاهی هیجانی، موجب بهبود توانایی تنظیم هیجان می‌شود. برای مثال، مطالعه‌ای بر بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نشان داد که ISTDP موجب بهبود تنظیم هیجان، کاهش شدت نشانه‌ها و افزایش کیفیت زندگی بیماران شد (۱۳). یکی از مزیت‌های ISTDP تأکید آن بر تجربه مستقیم هیجان‌ها و پردازش تعارض‌های هیجانی حل‌نشده است (۱۴). این ویژگی می‌تواند برای بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکتة مغزی

محدودی به بررسی اثربخشی آن در بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکتة مغزی پرداخته‌اند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر مداخله روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکتة مغزی انجام شد.

روش کار

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکتة مغزی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و توانبخشی منطقه ۲ شهر تهران بود که از میان آن‌ها ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. نمونه‌نهایی براساس معیارهای خروج ۲۷ نفر تجربی (۷ نفر مرد و ۶ نفر زن) و کنترل (۶ نفر مرد و ۸ نفر زن) باقی ماندند. ملاک‌های ورود عبارت‌اند از: ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به افسردگی پس از سکتة مغزی بر اساس تشخیص متخصص مغز و اعصاب و روان‌پزشک، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، گذشت حداقل ۶ ماه از وقوع سکتة مغزی و برخورداری از توانایی برقراری ارتباط کلامی و درک محتوای جلسات درمانی بود. همچنین شرکت‌کنندگان باید حداقل سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسشنامه‌ها را داشته و با آگاهی کامل، رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را امضا می‌کردند. علاوه بر این، افراد نباید هم‌زمان در سایر مداخلات روان‌درمانی ساختاریافته شرکت می‌داشتند و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه در فرایند درمان، عدم تمایل به ادامه همکاری، بروز مشکلات جسمانی حاد یا اختلالات شدید روان‌پزشکی مانند روان‌پریشی و اختلال دوقطبی، و نیز تغییر

اهمیت زیادی داشته باشد؛ زیرا بسیاری از این بیماران پس از سکتة با احساس‌هایی مانند خشم، ترس، غم و درماندگی مواجه می‌شوند و اغلب در بیان یا پردازش این هیجان‌ها ناتوان هستند ISTDP با کمک به شناسایی و تجربه سالم هیجان‌ها، می‌تواند زمینه کاهش افسردگی و ارتقای سازگاری روانی را فراهم کند (۱۵).

مطالعات انجام‌شده درباره افسردگی پس از سکتة نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند علاوه بر کاهش نشانه‌های افسردگی، موجب بهبود کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی بیماران شوند (۱۶، ۱۷). با این حال، بیشتر پژوهش‌ها بر درمان‌های شناختی‌رفتاری تمرکز داشته‌اند و مطالعات محدودی اثربخشی درمان‌های پویشی، به‌ویژه ISTDP، را در این گروه از بیماران بررسی کرده‌اند. این خلأ پژوهشی ضرورت انجام مطالعات بیشتر درباره کارایی ISTDP در بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکتة مغزی را نشان می‌دهد. از دیدگاه نظری، ISTDP می‌تواند از طریق افزایش بینش هیجانی، کاهش اضطراب ناهشیار و اصلاح الگوهای دفاعی ناسازگار، بر کیفیت زندگی و تنظیم هیجان بیماران تأثیر بگذارد. این درمان به بیماران کمک می‌کند تا هیجان‌های سرکوب‌شده را تجربه و پردازش کنند و در نتیجه، روابط بین‌فردی، احساس کنترل شخصی و سازگاری روانی آنان بهبود یابد. بنابراین، استفاده از این رویکرد در بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکتة می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در کنار درمان‌های پزشکی و توانبخشی مطرح شود (۱۳). با توجه به شیوع بالای افسردگی پس از سکتة مغزی و تأثیر منفی آن بر کیفیت زندگی و تنظیم هیجان، شناسایی مداخلات درمانی مؤثر اهمیت ویژه‌ای دارد. مرور پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که ISTDP در بهبود مشکلات هیجانی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات روان‌شناختی مؤثر بوده است؛ اما پژوهش‌های

اساسی در دارودرمانی روان‌پزشکی طی اجرای پژوهش بود. همچنین افرادی که دارای نقص شناختی شدید، اختلال در حافظه و توجه یا وابستگی شدید به مواد بودند و یا به صورت هم‌زمان در برنامه‌های روان‌درمانی مشابه شرکت می‌کردند، از مطالعه خارج می‌شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود.

مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان گراس و جان:

این پرسشنامه توسط گراس (۲۰۰۲) در ۱۰ سوال تهیه شده است. این پرسشنامه مشتمل بر دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد با ۶ گویه و سرکوبی با ۴ گویه می‌باشد. شرکت کنندگان در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای از به شدت مخالفم (با نمره ۱) تا به شدت موافقم (با نمره ۷) پاسخ می‌دهند. در پژوهش گراس و جان همبستگی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و سرکوبی ۰/۷۳ به دست آمده است. نمره بالاتر نشان دهنده راهبردهای تنظیم هیجان بهتر است. در ایران حسینی میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد گزارش کرده است و در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و سرکوبی ۰/۷۹ به دست آمد (بیگدلی و همکاران، ۱۳۹۲).

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی

بهداشت (WHO-QOL-BREF): سازمان بهداشت جهانی به منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی، گروهی را برای ساخت پرسشنامه مأمور کرد. حاصل کار این گروه پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سوالی بود (**WHOQOL-100**). چند سال بعد برای استفاده آسان‌تر از این پرسشنامه فرم کوتاهی از آن تهیه شد. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی (**WHOQOL-BREF**) یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است

که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیر مقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. در ایران نیز نصیری و همکاران (۱۳۸۵) این مقیاس را به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن را گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ نشان دهنده همسانی درونی مطلوب آن است. از طرف دیگر تحلیل عاملی در ۲۶ گویه این مقیاس، مشخص کرد که در این مقیاس چهار زیر مقیاس (یعنی سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی که در مقیاس اصلی وجود داشتند) وجود دارد که نشان دهنده روایی ساختاری آن است. همچنین برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد. سازگاری درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که در جدول زیر آمده است (جات و همکاران ۱۳۸۵).

شرح مداخله: آزمودنی‌های گروه آزمایش بین ۸ تا ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، تحت مداخله روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت قرار گرفتند (۱۸، ۱۹، ۲۰).

جدول ۱. مداخله روان پویایی فشرده کوتاه مدت برگرفته از (فردریکسون، ۲۰۲۰؛ عباس، ۲۰۱۵؛ فردریکسون، ۲۰۱۳)

جلسه	هدف	محتوای جلسات
اول	ارزیابی اولیه و ایجاد پیمان درمانی	درمان آزمایشی: استفاده از فنون فشار و رویارویی برای شناسایی میزان تحمل احساسات مرکب و سیستم مقاومت بیمار و همچنین مفهوم سازی مشکل برای بیمار
دوم به بعد	بازسازی دفاع ها و رخنه به ناهشیار تحکیم	فراخواندن احساسات منجر به خود-انتقاد گری بیمار، تنظیم سطح اضطراب وی و جایگزین کردن دفاع های ناسازگار بیمار با دفاع های سالم تر: به طور کلی در این روش، مداخله بر اساس نوع ساختار شخصیت فرد (شامل: با مقاومت کم تا حدودی مقاوم، شدیداً مقاوم، شدیداً مقاوم همراه با دفاع واپسرانی، شکننده و شدیداً شکننده) در مقابل واکنش فرد (احساس، اضطراب یا دفاع) نسبت به واقعه ای در زمان حال، در جلسه درمان (انتقال) و در گذشته، به منظور تجربه هیجانی اصلاحی ترومای دلبستگی اجرا می شود. به بیان جزئی تر در مورد افراد شکننده که از دفاع های بدوی استفاده می کنند و سطح اضطراب بالایی را تجربه می کنند، از بازسازی دفاع ها، تنظیم اضطراب و ظرفیت سازی تحمل احساسات استفاده می شود، اما در مورد افراد مقاوم، از فشار بیشتر برای تجربه احساسات، چالش با دفاع ها و رویارویی با مقاومت استفاده می شود.
نهایی	تحکیم	تجربه احساسات مربوط به اتمام رابطه با درمانگر و پیوند جدید با ابژه های اصلی (مراقبان اولیه)
		تجربه احساسات مربوط به اتمام رابطه با درمانگر و پیوند جدید با ابژه های اصلی (مراقبان اولیه)

روش آماری

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از تحلیل های توصیفی و تحلیل های استنباطی پارامتریک مانند آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره انجام شد.

نتایج

میانگین سنی آزمودنی ها در گروه آزمایش ۳۳/۴۳ سال با انحراف استاندارد ۵/۶۱ و در گروه کنترل ۳۲/۹۱ سال با انحراف استاندارد ۵/۵۳ بود. نتایج آزمون نرمال بودن داده ها نشان داد که توزیع متغیرها در هر دو گروه از توزیع نرمال

برخوردار است ($P > 0.05$). همچنین نتایج آزمون لون بیانگر همگنی واریانس متغیرهای تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بین دو گروه بود ($P > 0.05$). بنابراین پیش فرض برابری واریانس ها تأیید شد. افزون بر این، نتایج بررسی همگنی شیب خطوط رگرسیون نشان داد که این پیش فرض در متغیرهای وابسته برقرار است ($P > 0.05$). در مجموع، یافته های مربوط به پیش فرض های آماری نشان داد که استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری برای تحلیل داده ها مناسب و بلا مانع است.

گروه	فراوانی	جنسیت (فراوانی)	سن (میانگین)	انحراف استاندارد
تجربی	۱۳	مرد (۷)	۳۳/۴۳	۵/۶۱
		زن (۶)		
	۱۴	مرد (۶)	۳۲/۹۱	۵/۵۳
		زن (۸)		
جمع	۲۷			

جدول ۲. آمار توصیفی مؤلفه‌های تنظیم هیجان و کیفیت زندگی

متغیر	پیش‌آزمون	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	پس‌آزمون	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
تنظیم هیجان	تجربی	۱۳	۵۱/۵۱	۱/۷۰	تجربی	۱۳	۵۹/۱۹	۲/۳۶
	کنترل	۱۴	۴۸/۵۰	۱/۶۴	کنترل	۱۴	۵۰/۰۷	۱/۵۴
کیفیت زندگی	تجربی	۱۳	۵۲/۶۴	۰/۷۰	تجربی	۱۳	۷۱/۸۶	۱/۴۱
	کنترل	۱۴	۵۱/۶۴	۰/۸۷	کنترل	۱۴	۶۴/۲۹	۱/۴۱

متغیرهای وابسته پژوهش از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده می‌گردد

جدول ۲ میانگین متغیرهای تنظیم هیجان و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. جهت بررسی اثرگذاری متغیر مستقل بر

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p-value	مجذور اتا
تنظیم هیجان	گروه	۵۶۰/۷۴۳	۱	۵۶۰/۷۴۳	۱۴۲۰/۹۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۵۱
	خطا	۷۴/۷۹	۲۵	۳/۹۲۳			
کیفیت زندگی	گروه	۳۶۸/۱۳۹	۱	۳۶۸/۱۳۹	۱۹۲/۱۸۸	۰/۰۰۱	۰/۸۸۵
	خطا	۵۰/۲۲۹	۲۵	۲/۰۰۹			

نشان داد که حدود ۸۵/۱ درصد از تغییرات تنظیم هیجان ناشی از اثر مداخله درمانی بوده است که بیانگر اندازه اثر بسیار قوی مداخله می‌باشد.

همچنین نتایج تحلیل کوواریانس در متغیر کیفیت زندگی نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس یافته‌ها، اثر مداخله روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت (ISTDP) بر تنظیم هیجان معنادار بود. همچنین مقدار مجذور اتا برابر با ۰/۸۵۱

وجود دارد و مداخله **ISTDP** توانسته است کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکته مغزی را به طور معناداری بهبود بخشد. مقدار مجذور اتا برای این متغیر $0/885$ به دست آمد که نشان می‌دهد حدود $88/5$ درصد از واریانس کیفیت زندگی به اثر مداخله درمانی مربوط است. در مجموع، یافته‌های جدول بیانگر اثربخشی بالای مداخله روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر بهبود تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکته مغزی است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت (**ISTDP**) بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکته مغزی بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخله روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت (**ISTDP**) توانسته است به طور معناداری تنظیم هیجان بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکته مغزی را بهبود بخشد. نتایج این بخش از پژوهش با نتایج پژوهش‌های خنده جام و همکاران (۲۱)، شاهوردی و همکاران (۲۲) همسو بود.

این یافته با مبانی نظری **ISTDP** همسو است؛ زیرا این رویکرد بر شناسایی، تجربه و پردازش هیجان‌های سرکوب‌شده تأکید دارد و تلاش می‌کند دفاع‌های ناسازگار را کاهش دهد. از این منظر، بهبود تنظیم هیجان را می‌توان ناشی از افزایش آگاهی هیجانی و توانایی بیماران در بیان و تجربه سالم احساسات دانست (۲۳). همچنین نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های عباسی و همکاران (۲۴) همسو است که نشان دادند **ISTDP** در کاهش مشکلات هیجانی و بهبود عملکرد روان‌شناختی بیماران اثربخش است. آنان در فراتحلیل خود بیان کردند که این درمان از طریق مواجهه مستقیم با هیجان‌های اضطراب‌زا و کاهش مکانیزم‌های دفاعی

ناسازگار، موجب بهبود سازگاری روانی می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت که بیماران پس از سکته مغزی نیز با بهره‌گیری از این فرایند درمانی، توانسته‌اند کنترل بیشتری بر هیجان‌های منفی خود پیدا کنند. یکی از تبیین‌های مهم یافته‌های حاضر آن است که بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکته مغزی اغلب هیجان‌هایی مانند ترس، خشم، ناامیدی و احساس ناتوانی را سرکوب می‌کنند. تداوم این فرایند سرکوب هیجانی می‌تواند موجب افزایش تنش روانی و دشواری در تنظیم هیجان شود. **ISTDP** با تمرکز بر تجربه مستقیم هیجان‌ها و کاهش اجتناب هیجانی، به بیماران کمک می‌کند تا احساسات خود را به شیوه‌ای سالم پردازش کنند و از فشار روانی ناشی از هیجان‌های حل‌نشده بکاهند (۲۰). از سوی دیگر، نتایج این پژوهش با دیدگاه‌های نظری گراس درباره تنظیم هیجان نیز قابل تبیین است. گراس معتقد است افرادی که از راهبردهای ناسازگارانه مانند سرکوب هیجان استفاده می‌کنند، بیشتر در معرض افسردگی و مشکلات روان‌شناختی قرار دارند. **ISTDP** با کاهش استفاده از دفاع‌های ناسازگار و افزایش تجربه آگاهانه هیجان‌ها، می‌تواند زمینه استفاده از راهبردهای سازگارانه‌تر تنظیم هیجان را فراهم کند (۲۵).

بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکته مغزی معمولاً علاوه بر مشکلات جسمانی، دچار احساس از دست دادن کنترل، وابستگی و نگرانی نسبت به آینده می‌شوند (۲۶). این شرایط می‌تواند ظرفیت تنظیم هیجان آنان را کاهش دهد (۲۷). در فرایند **ISTDP** درمانگر با ایجاد رابطه‌ای ایمن و همدلانه، به بیمار کمک می‌کند تا هیجان‌های مرتبط با این تجربه‌های دشوار را شناسایی و پردازش کند. در نتیجه، بیماران توانایی بیشتری برای مدیریت هیجان‌های منفی و کاهش آشفتگی روانی پیدا می‌کنند (۲۰). یافته‌های پژوهش حاضر همچنین با مطالعه شفيعی و همکاران (۱۳) همسو است که نشان دادند **ISTDP** موجب بهبود تنظیم هیجان در افراد مبتلا به سندرم

روده تحریک پذیر می شود. افزایش آگاهی هیجانی و کاهش اجتناب از هیجان‌ها، از مهم‌ترین مکانیسم‌های تغییر در **ISTDP** است (۲۸، ۲۹). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که در بیماران افسرده پس از سکنه نیز همین مکانیسم‌ها در بهبود تنظیم هیجان نقش داشته‌اند. یکی دیگر از تبیین‌های احتمالی این یافته، نقش **ISTDP** در کاهش اضطراب ناهشیار است. بر اساس نظریه دوانلو، بسیاری از مشکلات هیجانی افراد ناشی از تعارض‌های ناهشیار و اضطراب حاصل از آن است. هنگامی که بیمار بتواند این تعارض‌ها را شناسایی و تجربه کند، شدت اضطراب کاهش یافته و تنظیم هیجان بهبود می‌یابد. از این رو، می‌توان گفت که **ISTDP** از طریق کاهش اضطراب ناهشیار و افزایش تحمل هیجانی، موجب بهبود عملکرد هیجانی بیماران شده است (۲۳). همچنین، بهبود تنظیم هیجان در بیماران می‌تواند پیامدهای گسترده‌تری بر سلامت روان آنان داشته باشد. افرادی که توانایی بیشتری در تنظیم هیجان دارند، معمولاً در مقابله با استرس، برقراری روابط بین‌فردی و سازگاری با شرایط دشوار عملکرد بهتری نشان می‌دهند (۳۰). بنابراین، ارتقای تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکنه مغزی می‌تواند به کاهش نشانه‌های افسردگی، افزایش امیدواری و بهبود مشارکت آنان در فرایند توانبخشی منجر شود.

همچنین نتایج نشان داد روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکنه مغزی اثربخش است. نتایج این بخش از پژوهش با نتایج پژوهش‌های نکت و همکاران (۳۱)، هو و همکاران (۳۲) همسو بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخله روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت (**ISTDP**) توانسته است کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکنه مغزی را به‌طور معناداری بهبود بخشد. این یافته نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر پردازش هیجانی و کاهش تعارض‌های

ناهشیار می‌تواند علاوه بر کاهش نشانه‌های روان‌شناختی، بر ابعاد مختلف زندگی بیماران نیز اثرگذار باشند. کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که سلامت جسمانی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و احساس رضایت از زندگی را در بر می‌گیرد و افسردگی پس از سکنه مغزی می‌تواند تمامی این ابعاد را تحت تأثیر قرار دهد (۱). نتایج این پژوهش با یافته‌های جاراسز و همکاران (۱) همسو است که بیان کردند افسردگی پس از سکنه مغزی یکی از مهم‌ترین عوامل کاهش کیفیت زندگی بیماران است. آنان گزارش کردند که مشکلات خلقی و هیجانی نقش تعیین‌کننده‌ای در کاهش رضایت از زندگی، مشارکت اجتماعی و عملکرد روزانه بیماران دارند. بر این اساس، کاهش نشانه‌های افسردگی و بهبود تنظیم هیجان از طریق **ISTDP** می‌تواند به ارتقای کیفیت زندگی این بیماران منجر شود (۱). یکی از تبیین‌های احتمالی یافته حاضر آن است که **ISTDP** با تمرکز بر هیجان‌های سرکوب‌شده و تعارض‌های ناهشیار، به بیماران کمک می‌کند احساسات خود را بهتر درک و بیان کنند. بسیاری از بیماران پس از سکنه مغزی دچار احساس درماندگی، ناامیدی و ترس از آینده می‌شوند و در بیان این هیجان‌ها با مشکل مواجه‌اند. درمان **ISTDP** با کاهش اجتناب هیجانی و افزایش تحمل عاطفی، موجب می‌شود بیماران احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشند و این مسئله می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آنان منجر شود (۳۳). یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج فراتحلیل عباسی و همکاران (۲۴) نیز همخوانی دارد. آنان گزارش کردند که **ISTDP** تنها در کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر است، بلکه موجب بهبود عملکرد کلی و کیفیت زندگی بیماران نیز می‌شود. از دیدگاه این پژوهشگران، زمانی که بیماران بتوانند هیجان‌های سرکوب‌شده را تجربه و پردازش کنند، سطح تنش روانی کاهش یافته و توانایی سازگاری آنان با شرایط

درمان تا چه میزان در طول زمان پایدار باقی می‌ماند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با حجم نمونه بیشتر و دوره‌های پیگیری طولانی‌تر انجام شوند. در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخله روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت می‌تواند به‌عنوان رویکردی مؤثر در بهبود تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکنه مغزی مورد استفاده قرار گیرد. این درمان با کمک به شناسایی و تجربه سالم هیجان‌ها، کاهش دفاع‌های ناسازگار و افزایش آگاهی هیجانی، زمینه بهبود سازگاری روانی بیماران را فراهم می‌کند. بر این اساس، استفاده از **ISTDP** در مراکز درمانی و توانبخشی برای بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکنه مغزی توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

نویسنده از تمامی کسانی که در این راستا با محقق همکاری نمودند کمال تشکر را دارد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

دشوار زندگی افزایش می‌یابد. از سوی دیگر، بهبود کیفیت زندگی بیماران را می‌توان بر اساس نظریه‌های مرتبط با سلامت روان نیز تبیین کرد. بر اساس دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی تحت تأثیر ادراک فرد از وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی خود قرار دارد (۳۴). بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکنه مغزی معمولاً نگرش منفی نسبت به توانایی‌ها و آینده خود دارند (۳۵). **ISTDP** با کمک به اصلاح الگوهای هیجانی ناسازگار و کاهش احساس ناامیدی، می‌تواند نگرش مثبت‌تری نسبت به زندگی در بیماران ایجاد کند (۲۳) و در نتیجه کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشد (۳۶). همچنین، رابطه درمانی ایمن و همدلانه در **ISTDP** نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دارد. درمانگر در این رویکرد با ایجاد فضایی امن، به بیمار کمک می‌کند تا احساسات دردناک و تجربه‌های دشوار خود را بدون ترس از قضاوت بیان کند. این فرایند می‌تواند احساس حمایت روانی و امنیت عاطفی را در بیماران افزایش دهد و از احساس انزوا و درماندگی آنان بکاهد (۲۰). از دیگر تبیین‌های این یافته می‌توان به تأثیر **ISTDP** بر روابط بین‌فردی اشاره کرد (۳۷). بیماران مبتلا به افسردگی پس از سکنه مغزی اغلب به دلیل مشکلات هیجانی و احساس ناتوانی، از تعاملات اجتماعی فاصله می‌گیرند و این مسئله کیفیت زندگی آنان را کاهش می‌دهد. **ISTDP** با افزایش خودآگاهی هیجانی و بهبود بیان احساسات، می‌تواند تعاملات اجتماعی بیماران را بهبود بخشد و احساس تعلق و حمایت اجتماعی بیشتری در آنان ایجاد کند (۳۸).

با وجود نتایج مثبت پژوهش حاضر، باید به برخی محدودیت‌ها نیز توجه داشت. استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن دامنه سنی مشارکت‌کنندگان ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کند. همچنین، نبود دوره پیگیری طولانی‌مدت باعث می‌شود مشخص نباشد که اثرات

References

1. Jaracz K, Jaracz J, Kozubski W, Rybakowski JK. Post-stroke quality of life and depression. *Acta Neuropsychiatrica*. 2002 Oct;14(5):219-25.
2. Rabi Žikić T, Divjak I, Jovičević M, Semnic M, Slankamenac P, Žarkov M, Žikić M. The effect of post stroke depression on functional outcome and quality of life. *Acta Clinica Croatica*. 2014 Nov 3;53(3.):294-301.
3. Ih S. Timecourse of health-related quality of life as determined 3, 6 and 12 months after stroke. *J Neurol*. 2002;249:1160-7.
4. Schwab-Malek S, Vatankhah B, Bogdahn U, Horn M, Audebert HJ. Depressive symptoms and quality of life after thrombolysis in stroke: the TEMPiS study. *Journal of neurology*. 2010 Nov;257(11):1848-54.
5. Rashid N, Clarke C, Rogish M. Post-stroke depression and expressed emotion. *Brain Injury*. 2013 Feb 1;27(2):223-38.
6. Zhou H, Wei YJ, Xie GY. Research progress on post-stroke depression. *Experimental neurology*. 2024 Mar 1;373:114660.
7. Hama S, Yamashita H, Yamawaki S, Kurisu K. Post-stroke depression and apathy: Interactions between functional recovery, lesion location, and emotional response. *Psychogeriatrics*. 2011 Mar;11(1):68-76.
8. Davanloo H. *Unlocking the unconscious: Selected papers of Habib Davanloo*. (No Title). 1990.
9. Abbass A, Town J, Driessen E. Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard review of psychiatry*. 2012 Apr 19;20(2):97-108.
10. Abbass A, Haghiri B. Intensive short-term dynamic psychotherapy for functional somatic disorders: A scoping review. *Clinical Neuropsychiatry*. 2025 Apr;22(2):111.
11. Ravari MA, Vaziri S, Sarafraz M, Rafiepoor A. The impact of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on psychological capacity, anxiety severity, and functional gastrointestinal disorders in psychosomatic patients with gastrointestinal symptoms. *International Journal of Education and Cognitive Sciences*. 2024;5(2):101-11.
12. Caldiroli A, Capuzzi E, Riva I, Russo S, Clerici M, Roustayan C, Abbass A, Buoli M. Efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy in mood disorders: A critical review. *Journal of affective disorders*. 2020 Aug 1;273:375-9.
13. Shafiei F, Dehghani M, Lavasani FF, Manouchehri M, Mokhtare M. Intensive short-term dynamic psychotherapy for irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial examining improvements in emotion regulation, defense mechanisms, quality of life, and IBS symptoms. *Frontiers in Psychology*. 2024 Mar 28;15:1293150.
14. Thoma NC, Abbass A. Intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) offers unique procedures for acceptance of emotion and may contribute to the process-based therapy movement. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2022 Jul 1;25:106-14.
15. Volz M, Mundiyanapurath S, Schauenburg H, Meuth SG, Wild B, Werheid K, Barber JP, Schäfer R, Beerbaum L, Dinger U. Integrative-interpersonal dynamic therapy for poststroke depression (INID): study protocol of a randomised controlled pilot trial. *BMJ open*. 2023 Aug 1;13(8):e077656.
16. Lei XY, Chen LH, Qian LQ, Lu XD. Psychological interventions for post-stroke anxiety and depression: Current approaches and future perspectives. *World Journal of Psychiatry*. 2025 Jun 19;15(6):103270.

17. Wijeratne T, Sales C, Wijeratne C. A narrative review on the non-pharmacologic interventions in post-stroke depression. *Psychology research and behavior management*. 2022 Jul 7:1689-706.
18. Abbass A. Bringing Character Changes with Davanloo's Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy. In Press AD HOC Bulletin of Short-term Dynamic Psychotherapy Abbass A, Bechard D,(2007) AD HOC Bulletin of Short-term Dynamic Psychotherapy 11 (2): 26-40. *Psychotherapy*. 2007;11(2):26-40
19. Frederickson JJ, Messina I, Grecucci A. Dysregulated anxiety and dysregulating defenses: Toward an emotion regulation informed dynamic psychotherapy. *Frontiers in psychology*. 2018;9:2054.
20. Frederickson J. Co-Creating Change: effective dynamic therapy techniques (E. Sigaroodi, Trans). Tehran: Arjmand. 2013.
21. Khandehjam S, Valizadeh S. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Emotion Regulation and Interpersonal Conflict in Girls with Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2025 Apr 10;11(3):122-131.
22. Shahverdi ZA, Dehghani M, Ashouri A, Manouchehri M, Mohebi N. Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for Tension-Type Headache (TTH): A randomized controlled trial of effects on emotion regulation, anger, anxiety, and TTH symptom severity. *Acta Psychologica*. 2024 Apr 1;244:104176.
23. Davanloo H. Management of tactical defenses in intensive short-term dynamic psychotherapy, Part I: Overview, tactical defenses of cover words and indirect speech. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*. 1996 Sep;11(3):129-52.
24. Abbass A, Town J, Driessen E. Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard review of psychiatry*. 2012 Apr 19;20(2):97-108.
25. Gross JJ. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*. 2015 Jan 2;26(1):1-26.
26. Kneebone II, Dunmore E. Psychological management of post-stroke depression. *British Journal of Clinical Psychology*. 2000 Mar;39(1):53-65.
27. Rashid N, Clarke C, Rogish M. Post-stroke depression and expressed emotion. *Brain Injury*. 2013 Feb 1;27(2):223-38.
28. Thoma NC, Abbass A. Intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) offers unique procedures for acceptance of emotion and may contribute to the process-based therapy movement. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2022 Jul 1;25:106-14.
29. Martling G. Changes in attachment and emotional regulation skills after a psilocybin retreat, and how psychedelics may affect therapists working with ISTDP. [Unpublished Master's thesis]. Stockholm University. 2023.
30. Menefee DS, Ledoux T, Johnston CA. The importance of emotional regulation in mental health. *American journal of lifestyle medicine*. 2022 Jan;16(1):28-31.
31. Knekt P, Heinonen E, Härkäpää K, Järvikoski A, Virtala E, Rissanen J, Lindfors O, Helsinki Psychotherapy Study Group. Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychotherapy on psychosocial functioning and quality of life during a 5-year follow-up. *Psychiatry Research*. 2015 Sep 30;229(1-2):381-8.
32. Hu QY, Chen YJ, Liu J, Zhao XP, Feng WY, Tian JB, Sun SJ, Li ZN. A cross-sectional study on post-stroke depression and the quality of life. *BMC psychology*. 2024 Nov 12;12(1):646.
33. Bahremand, M., Talebzadeh Shoushtari, M., & Marashian, F. S. (2024). The effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on distress tolerance and marital quality of life in infertile women. *Women's Health Bulletin*, 11(2), 112-119.
34. Kim S. World Health Organization quality of life (WHOQOL) assessment. In *Encyclopedia of quality of life and well-being research* 2024 Feb 11 (pp. 7866-7867). Cham: Springer International Publishing.

35. Zhao B, Wang Y, Xu N, Xu J, Yang K. Knowledge, attitude and practice of poststroke depression among patients with poststroke depression and their family members in Heilongjiang Province, China: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2024 May 1;14(5):e078276.
36. Zarani F, Mohammadifirouzeh M, MohsseniPour M, Aghaei E, SeyedAlinaghi S. The relationships between early maladaptive schemas, quality of life and self-care behaviors in a sample of persons living with HIV: The potential mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *The Open Aids Journal*. 2020 Jan 1.
37. Salehian N, Moradi S. The effect of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on reducing psychological symptoms in patients with antisocial personality disorder. *Journal of Psychology New Ideas*. 2022 Dec 10;14(18):1-20.
38. Spencer D. *Exploring Emotional Experience and Psychotherapeutic Change in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for Treatment-Resistant Anxiety* (Doctoral dissertation, Pacifica Graduate Institute).

*Original Article***The Effect of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) on Emotion Regulation and Quality of Life in Patients with Post-Stroke Depression**

Received: 13/07/2025 - Accepted: 12/01/2026

Sareh Bagheri^{1*}
Gohar Albooyeh²*1 Department of psychology, Go.C.,
Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
(Corresponding Author)**2 Department of Psychology, Se.C.,
Islamic Azad University, Semnan, Iran.*

Email: sareh_bagheri@iaiu.ac.ir

Abstract

Introduction: Post-stroke depression is one of the most common psychological consequences of stroke that can negatively affect emotion regulation, quality of life, and recovery process of patients. The present study aimed to investigate the effectiveness of intensive short-term psychodynamic intervention (ISTDP) on emotion regulation and quality of life of patients with post-stroke depression

Methods: This study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population included patients with post-stroke depression referring to treatment and rehabilitation centers in Tehran's Region 2. The sampling method was convenience sampling. The final sample was selected based on the exclusion criteria of 27 experimental subjects (7 males and 6 females) and control subjects (6 males and 8 females). The experimental group received an intensive short-term psychodynamic program in 8 90-minute sessions. The research instruments included the Gross and John Emotion Regulation Questionnaire (2002) and the short form of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire. Data were analyzed using univariate analysis of covariance.

Results: The results showed that after controlling for the pre-test effect, there was a significant difference between the experimental and control groups in the variables of emotion regulation and quality of life ($p \leq 0.05$).

Conclusion: Based on the research findings, short-term intensive psychodynamic intervention can be used as an effective approach to improve emotion regulation and enhance the quality of life of patients with post-stroke depression.

Keywords: Short-Term Intensive Psychodynamic, Emotion Regulation, Quality Of Life, Depression, Stroke.