

درمان کوتاه‌مدت برای تغییر بلندمدت

تألیف

ماریون اف. سولومون

رابرت جی. نبورسکی

لی مک‌کالو

مایکل آلپرت

فرانسیس شاپیرو

دیوید مالان

ترجمه

احمد ولیخانی

حسین مؤمنی

فهرست مطالب

پیشگفتار مترجم	۵
پیشگفتار	۱۳
مقدمه	۱۷
سپاسگزاری	۲۳
۱ چالش روان‌درمانگری کوتاه‌مدت	۲۵
۲ روان‌درمانگری پویشی فشرده کوتاه‌مدت دوانلو	۴۷
۳ حساسیت‌زدایی هراس از عواطف	۱۰۰
۴ درمان همدلانه تسریع‌شده	۱۴۳
۵ ضربه روانی و پردازش اطلاعات انطباقی	۱۸۷
۶ شکستن نقاط کور در سازگاری زناشویی	۲۱۴
۷ پیوندهای دل‌بستگی و صمیمیت	۲۵۰
۸ مسیر پیش‌رو	۲۹۵
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۳۱۳
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۳۱۹
درباره مؤلفان	۳۲۵

پیشگفتار مترجم

امروزه حرفه روان‌درمانگری دستخوش تغییرات بسیار گسترده‌ای شده است. متخصصان بالینی و محققان در این حوزه تأکید بر مداخلات مبتنی بر شواهد دارند. سیستم سلامت و مراقبت بهداشتی کشورها نیز به دنبال مداخلات سریع و مؤثری هستند که در چند جلسه محدود بتوانند نیازهای مراجعان را تا حد زیادی پاسخ‌گو باشند (البته این مداخلات بیشتر متکی بر آموزش [آموزش روانی] هستند تا درمان). در واقع، نه تنها سیاست‌گذاران حوزه بهداشت بلکه متخصصان بالینی نیز به دنبال فنون و مداخلاتی هستند که با ارائه آموزش و راهنمایی‌های خاص مرتبط به مشکل هر مراجع، این امکان را برای آنها فراهم آورند تا بتوانند این مداخلات را به‌عنوان یک نوع تکلیف خانگی در منزل تمرین کنند تا به تدریج نتایج مؤثر آنها را در زندگی خود مشاهده نمایند. برخی از درمان‌ها و مداخلات پرکاربرد و شواهد محور که امروزه مورد استفاده قرار می‌گیرند شامل درمان‌های شناختی و رفتاری، درمان‌های موج سوم (برای مثال، درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی) و مداخلاتی همچون تمرین‌های ذهن‌آگاهی (به هوشیاری)، نوشتن احساسات و افکار، تقویت و بهبود مهارت‌های زندگی (برای مثال، مدیریت زمان، مدیریت خشم و استرس) و همچنین افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی. اگرچه این نوع مداخلات به‌ظاهر ساده به نظر می‌رسند ولی از پشتوانه علمی بسیار قوی برخوردارند و اثربخشی آنها در تغییر و اصلاح رفتارهای بیرونی و حالات مراجعان و همچنین بالا بردن کیفیت زندگی آنان به اثبات رسیده است. با وجود این، سؤالی که ممکن است به ذهن خواننده خطور کند این است که آیا این روش‌ها می‌توانند **تغییر واقعی** را برای مراجعان به ارمغان آورند؟ پاسخ به این پرسش هم آری است و هم خیر. در حقیقت، پاسخ به این پرسش مستلزم بررسی این موضوع است که بدانیم

منظور از تغییر چیست؟

اگر تغییر را هدف درمان در نظر بگیریم، با توجه به رویکردهای درمانی موجود به‌طور کلی سه نوع تغییر را در روان‌درمانگری می‌توان متصور شد: ۱) تغییر رفتار که در رفتاردرمانی بر آن تأکید می‌شود، ۲) تغییر در شناخت و باورها که درمان شناختی به دنبال آن است و در نهایت ۳) تغییر منش که در رویکردهای روان‌تحلیلگری و روان‌پویشی مورد توجه است. با وجود اینکه هر کدام از این رویکردها جنبه‌های متفاوت فرد را هدف گرفته‌اند، این جنبه‌ها به‌طور متقابل از یکدیگر تأثیر پذیرفته و بر هم تأثیر می‌گذارند. در واقع، زمانی که یک رفتاردرمانگر، افسردگی یک مراجع را ناشی از کمبود یا نقص در مهارت‌های ارتباطی وی در نظر می‌گیرد، تنها بر تقویت این مهارت‌ها به‌وسیله آموزش و تمرین تأکید خواهد داشت و زمانی که بتواند رفتار (مهارت‌های ارتباطی) او را تغییر دهد دیگر به دنبال تغییر شناخت مراجع نخواهد بود و این مسئله را خارج از هدف اصلی خود می‌داند؛ حال چه این تغییر رفتار مراجع منجر به تغییر در شناخت و نگرش وی (برای مثال، تغییر باور منفی به باور مثبت نسبت به خود) شده باشد یا خیر. در همین راستا، یک درمانگر شناختی سعی در تغییر نگرش و شناخت‌های معیوب (برای مثال، دوست‌داشتنی نبودن) فرد مبتلا به افسردگی خواهد کرد و در پی تغییر باورهای فرد، هم‌زمان تغییر رفتارهایش را نیز در نظر می‌گیرد و به آن نیز می‌پردازد. اما سایر جنبه‌های فرد را خارج از هدف واقعی درمان خود می‌داند و تغییر باور و شناخت و نیز رفتار مربوطه را مساوی تغییر کامل فرد می‌داند.* شاید درست به همین دلیل است که طرفداران رویکردهای روان‌تحلیلگری و روان‌پویشی این درمان‌ها را سطحی در نظر می‌گیرند، چرا که معتقدند مهم‌ترین جنبه فرد-منش یا شخصیت-نادیده گرفته می‌شود. هدف اصلی رویکردهای روان‌پویشی گذر از رفع نشانه‌های مرضی بیمار و تغییر منش وی است؛ به‌طوری‌که در پی این تغییر نه تنها رفتار، شناخت‌ها و باورهای بیمار بلکه هیجانات و هستی خود/دیگری نیز دچار دگرگونی می‌شود. این تغییر در بیمار همانند تغییرات صورت گرفته در رفتاردرمانی و درمان شناختی نیست که ممکن است بیمار در آنها به شرایط قبل از درمان خود

* البته در تمامی رویکردها فرض بر این است که تغییر در یک جنبه از فرد منجر به تغییر در جنبه‌های دیگر وی نیز می‌شود (برای مثال، بهبود مهارت‌های ارتباطی به مرور منجر به احساس خودارزشمندی در فرد افسرده می‌شود).

بازگردد، بلکه در طول زمان این بهبودی بیشتر و بیشتر می‌شود،* چرا که این تغییر بر یک فرایند خودشناسی مبتنی است که اصل پذیرش خود جایگزین سرزنش و انتقاد از خود می‌شود و هم‌زمان با پاسخ متفاوت فرد به محیط، متقابلاً محیط هم واکنش متفاوتی نسبت به فرد نشان می‌دهد که این امر منجر به این برداشت در مراجع می‌شود که نه تنها خود تغییر کرده است، بلکه دیگران نیز تغییر کرده‌اند و دیگر آن آدم‌های سابق نیستند. پرسشی که اینجا مطرح می‌شود این است که چرا با وجود اثربخشی عمیق و پایدار درمان‌های پویشی، این نوع از درمان‌ها در بسیاری از جوامع همانند درمان‌های شناختی و رفتاری متداول نیستند؟

امروزه سه مسئله اساسی در سیستم سلامت و مراقبت‌های بهداشتی به‌طورکلی و حرفه روان‌درمانگری به‌طور خاص مطرح است: زمان، هزینه و شواهد علمی. اثربخشی درمان‌های مختلف با توجه به این سه اصل مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و درمانی به‌منزله یک درمان ایده‌آل فرض می‌شود که در زمان محدود، با هزینه‌ای اندک و لسی برخوردار از پشتوانه علمی و تحقیقاتی قوی باشد. رویکردهای درمانی شناختی، رفتاری و موج سوم به‌طور نظری از آنجایی که آموزش محور هستند (بیمار می‌تواند در فواصل بین جلسات درمان به تمرین فنون و توصیه‌های درمانگر بپردازد)، از لحاظ زمانی دارای محدودیت بوده و به‌طور میانگین ۲۰ جلسه یا کمتر (در مقابل رویکردهای روان‌پویشی که ۴۰ جلسه خط فرضی بین درمان کوتاه‌مدت و بلندمدت محسوب می‌شود) را برای مراجعین حتی نسبتاً دشوار هم مناسب می‌دانند و با توجه به تعداد جلسات کم، به تبع هزینه درمان نه تنها برای مراجع بلکه برای سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی بیمه و سیستم سلامت و مراقبت‌های بهداشتی نیز در مقایسه با درمان‌های روان‌پویشی کاهش می‌یابد. رویکردهای روان‌پویشی تغییر را در منش فرد جست‌وجو می‌کنند، لذا روشی که برای این مهم به‌کار می‌برند نیازمند زمان نسبتاً طولانی‌تری در مقایسه با درمان‌های شناختی و رفتاری و آنچه که مراقبان سلامت انتظار دارند می‌باشد. همچنین رویکردهای شناختی و رفتاری نیز از پشتوانه علمی و تحقیقاتی زیادی نسبت به

* این ادعا بر اساس مطالعات تجربی مورد حمایت قرار گرفته است.

رویکردهای روان‌پوشی برخوردارند. البته این مهم صرفاً به دلیل اثربخشی بالای این نوع درمان‌ها نیست، بلکه دو عامل در این رابطه سهم هستند. اول اینکه تعداد زیادی از محققین و متخصصان بالینی امروزه طرفدار رویکردهای شناختی و رفتاری هستند و سازمان‌ها و پژوهشگاه‌ها نیز با توجه به سه اصل فوق بیشتر روی این نوع رویکردها سرمایه‌گذاری می‌کنند، در نتیجه می‌توان انتظار داشت که تحقیقات زیادی در این حوزه‌ها صورت گیرد و به تبع شاهد مقالات علمی فراوان در حمایت از این رویکردها نسبت به رویکرد روان‌پوشی باشیم؛ درحالی‌که تعداد محققین و متخصصین که در حوزه روان‌پوشی فعالیت می‌کنند نسبت به رویکردهای شناختی و رفتاری اندک بوده و در ضمن آنها بیشتر ترجیح می‌دهند زمان خود را صرف فعالیت بالینی نمایند تا تحقیق. عامل دوم و اساسی‌تر این است که رویکردهای شناختی و رفتاری و درمان‌های موج سوم غالباً درمان‌ها و مداخلاتی عینی هستند و می‌توان در طول جلسه درمانی تغییر در مراجع را به‌واسطه مداخله درمانگر مشاهده نمود، ارزیابی بیمار از آن مداخله را سنجید و اثربخشی مداخله خاص درمانگر روی رفتار بیمار را نیز به‌صورت علمی مورد سنجش قرار داد. درواقع، عینی بودن و قابلیت اندازه‌گیری مداخلات ویژگی مهم رویکردهای شناختی و رفتاری هستند که آنها را به لحاظ علمی از رویکردهای روان-پوشی متمایز می‌سازد. مداخلات روان‌پوشی از آنجایی که برخاسته از رویکردهای نظری نسبتاً پیچیده و دارای فرایندهای درمانی کاملاً پویا هستند، در نتیجه عینی بودن و قابلیت سنجش مداخلات و تکنیک‌ها به‌طور خاص در این نوع از درمان‌ها کم‌رنگ می‌شود. درست به همین دلیل است که طرفداران سایر رویکردهای درمانی بر علمی بودن یافته‌های رویکردهای درمانی روان‌پوشی اشکال وارد می‌کنند و عدم پشتوانه علمی از این درمان‌ها منجر به عدم سرمایه‌گذاری برای تحقیق و پژوهش در این حوزه شده است.

درواقع، مهم‌ترین دلیل برای اینکه سیاست‌گذاران و مراقبان سلامت و بهداشت عمومی جایگاهی برای رویکردهای روان‌پوشی در سیستم مراقبت بهداشتی در کشور خود در نظر نگیرند، فرایند نسبتاً طولانی مدت جلسات درمان است. اگر متخصصان بالینی در حوزه روان‌پوشی قصد بقای رویکرد خود در مقابل سایر رویکردهای روان-درمانگری را دارند باید این نکته را مورد توجه قرار دهند. مسئله جدی دیگری که

روان‌درمانگران رویکردهای پویشی با آن مواجه هستند، بررسی علمی فرضیات، نظرات و اثرات مداخلات آنها است. تبعیضی که در دنیا برای رویکردهای روان‌پویشی وجود دارد اغلب اوقات نه متعصبانه بلکه عالمانه است. ما در دنیایی زندگی می‌کنیم که علم در بیشتر مواقع حرف اول و آخر را می‌زند. پس مفهومی که آزمون‌پذیر نباشد، مخالفت‌های زیادی را به دنبال خواهد داشت. بررسی علمی درمان‌های روان‌پویشی کوتاه‌مدت از مدت‌ها پیش آغاز شده است، ولی متأسفانه بیشتر در حد بررسی اثربخشی این درمان‌ها باقی مانده است؛ درحالی‌که شکاکان به این حوزه از این نیز فراتر رفته و به واقع نه تنها خواستار بررسی اثربخشی درمان به‌طورکلی، بلکه خواستار بررسی اثربخشی هر مداخله به‌صورت جزئی هستند (برای مثال، مداخله برخورد مستقیم). این مسئله برای محققان و متخصصان حوزه پویشی مشکل ایجاد کرده است، چرا که این مداخلات مبتنی بر تعاملات پیچیده و در سطح ناهشیار بین مراجع و درمانگر است که باعث می‌شود مطالعه علمی آنها دشوار به نظر برسد.

با در نظر گرفتن موارد فوق، سؤالی که امروزه با توجه به سیستم بهداشتی کشورها و توسعه قابل توجه داروشناسی روانی و از همه مهم‌تر پیشرفت چشمگیر مداخلات درمانی علوم اعصاب (فنون تحریک مغزی) که در پی کوتاه کردن هر چه بیشتر فرایند درمان هستند مطرح می‌شود این است که چرا با وجود این همه محدودیت و پیشرفت‌ها در سایر حوزه‌ها، رویکردهای روان‌پویشی هنوز هم بیش‌ازپیش و با قوت به مسیر خود در جهت تکامل ادامه می‌دهند و از محبوبیت زیادی بین متخصصان و مراجعان برخوردارند؟ یک پاسخ سطحی می‌تواند این باشد که وجود و استمرار این رویکردها تنها وابسته به درمانگرانی است که برای ادامه حیات این نوع از درمان‌ها به‌شدت مقاومت می‌کنند و بر این امر سماجت می‌ورزند. اما پاسخ عمیق‌تر و احتمالاً نزدیک به واقعیت به این پرسش را باید در نظام روانی بشر جست‌وجو کرد، در عمق ذهن او، جایی در تاریکی مطلق که برنامه‌ریزی انسان را از کودکی تا مرگ بر عهده دارد، جایی که وجود خارجی ندارد ولی قدرتمندترین اثر را روی نگرش و رفتار فرد بر جای می‌گذارد: ناهشیار. تغییری که در درمان‌های مبتنی بر روان‌پویشی صورت می‌گیرد صرفاً تغییر رفتار یا نگرش فرد نیست، بلکه بیشتر به‌مثابه یک «حَلَق» و «تولد

دوباره» است، جایی که فرد در آن دوباره متولد می‌شود، فردی که ناگهان مجهز به مهارت‌های زندگی و ارتباطی می‌شود بدون اینکه درمانگر سعی در انتقال این مهارت‌ها به فرد داشته باشد، چیزی که در درمان‌های شناختی و رفتاری شاهد آن هستیم. این تغییر منش فرد تنها با کاوش مخزن اسرار فرد (ناهییار) حاصل می‌گردد. این تحول شگرف منش در درمان‌های روان‌پوشی از بطن به سطح حاصل می‌شود، درحالی‌که در رویکردهای دیگر از سطح شروع شده و احتمالاً در همان سطح نیز باقی می‌ماند. لذا ویژگی هسته‌ای و منحصر به فرد درمان‌های پوشی تحول منش فرد به وسیله روش مهندسی معکوس است که رویکردهای دیگر حتی نمی‌توانند به این هدف نزدیک شوند. این تعریف عاشقانه از رویکرد روان‌پوشی شاید در ظاهر اغراق‌آمیز و یک جانبه باشد، ولی کشش موجود در جوامع (در هر دو سطح بیماران و متخصصان) برای رفتن زیر تیغ این گونه درمان‌ها خود گویای این موضوع است.

تغییر یا به عبارت بهتر تحول رویکردهای درمانی روان‌پوشی کوتاه‌مدت نباید صرفاً به تبحر افراد خاص (برای مثال، فرنزی یا دونلو) نسبت داده شود، بلکه این توسعه و پیشرفت از نظریه‌های محض و پیچیده به مداخلات و درمان‌های پوشی کوتاه‌مدت اثربخش زمانی شکل گرفت که جامعه به آن نیاز پیدا کرد و این گرایش به سازگاری با نیازهای جامعه را می‌توان دلیل پیشرفت رویکردهای پوشی کوتاه‌مدت و بالطبع عقب‌ماندگی روان‌تحلیلگری کلاسیک دانست که اکنون بسان مجسمه گران‌قیمت و شکلی است که در گوشه خانه خاک می‌خورد. بقای هر چیزی مستلزم تطابق و سازگاری است و درمان‌هایی که این کیفیت را در ذات خود ندارند محکوم به نابودی هستند و پیشرفت و توسعه مستلزم پاسخ دادن به نیازهای روز جامعه به شیوه‌ای مناسب است. از این رو، این عقب‌افتادگی در رویکردهای پوشی نسبت به درمان‌های موج سوم که به خوبی توانسته‌اند به نیازهای بخش بزرگی از افراد پاسخ دهند تنها با تغییر در نظریه و فرایند درمان قابل جبران است، نه تغییر در ذهنیت افراد چنانکه بسیاری از متخصصان متعصب در این حوزه می‌اندیشند.

در این کتاب، شش تن از بزرگان حوزه رویکرد روان‌پوشی و EMDR بر آن شدند که تجارب و تحقیقات علمی خود را به منظور رسیدن به یک درمان پوشی یکپارچه مبتنی بر شواهد به اشتراک بگذارند. هر یک از آنها که اغلب خود پایه‌گذار

شیوه درمانی مشهوری هستند در ابتدا به توصیف روش و فنون درمانی خود می‌پردازند و در این مسیر سعی دارند با ارائه مثال‌ها و نمونه‌های متعدد، مفاهیم بعضاً پیچیده را برای خوانندگان قابل هضم نمایند. اما آنچه این کتاب را از سایر کتاب‌ها در این حوزه متمایز می‌سازد، دید علمی مؤلفان آن برای تبیین کارآیی انواع مختلف روش‌های درمانی پویشی است و هر یک از آنها سعی دارند با استفاده از آنچه به‌طور علمی ثابت شده و تحقیقات تجربی از آنها حمایت کرده است نظریه واحد و منسجمی ارائه دهند که مبتنی بر یافته‌های علمی باشد. البته محققان و متخصصان بالینی این حوزه برای رسیدن به این هدف غایی یعنی تأیید نظریه‌ها، فرضیات و مداخلات روان‌پویشی از طریق روش‌های علمی راه طولانی در پیش خواهند داشت.

احمد ولیخانی

آذر ۱۳۹۹

پیشگفتار

لویس ال. جود

در اوایل قرن بیستم، گروه کوچکی از پزشکان گزارش دادند که صحبت و تعامل به شیوه مشخص با بیمارانی که از لحاظ هیجانی دچار مشکل هستند می‌تواند نشانه‌های مرضی آسیب‌شناختی روانی^۱ آنان را بهبود بخشد. همین محدود گزارش‌های بالینی و تجربی اولیه منجر به تلاش گسترده در زمینه مراقبت‌های بهداشتی شد که روان‌درمانگری‌ها را نیز دربرمی‌گرفتند. امروزه ده‌ها هزار متخصص بالینی روان‌درمانگری مسئول درمان میلیون‌ها بیمار در سرتاسر دنیا هستند. اهداف متقاعدکننده و متقن محققان و متخصصان بالینی همواره بر نحوه افزایش کارایی روان‌درمانگری و هم‌زمان کاهش مدت زمان درمان مورد نیاز برای دستیابی به «معالجه کامل»^۲، تمرکز یافته است. این کتاب در اصل نظریه و روش‌هایی را که برای افزایش اثربخشی روان‌درمانگری در یک دوره زمانی در حد امکان کوتاه توسعه یافته‌اند، توصیف می‌کند. بنابراین، مطالعه این کتاب برای محققان روان‌درمانگری، متخصصان، کارآموزان و دانشجویان بسیار توصیه می‌شود.

با وجود کاربرد گسترده، روان‌درمانگری به‌جای اینکه به‌منزله یک علم بالینی مسلم تجلی یابد، در اصل به‌عنوان یک هنر بالینی باقی‌مانده است. تا همین اواخر بیشتر تکنیک‌های روان‌درمانگری در معرض هیچ‌گونه آزمون علمی تجربی دقیق قرار نگرفته بودند. این مسئله به‌ویژه برای کاربرد روان‌درمانگری پویشی تفهیم اتهام می‌شد. با این حال، با تلاش‌های پیشگامانی همچون حبیب دوانلو و دیوید مالان همراه با یک گروه در حال ظهور از محققان روان‌درمانگری پویشی که بسیاری از آنان مؤلفان این کتاب

1. psychopathological symptoms

2. cure

هستند، اقدامات نظام‌دار به منظور رفع این مسئله اساسی صورت گرفت. آشنایی اولیه من با روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت به زمانی برمی‌گردد که همسر من را که او نیز یک روان‌درمانگر است در یکی از نشست‌های بین‌المللی اولیه که توسط دوانلو در اواسط دهه ۱۹۷۰ برگزار شد، همراهی کردم. این نشست یک جلسه معمولی برای من نبود، چرا که من یک دانشمند بالینی بودم که به صورت تجربی آموزش دیده بود و بر ریشه‌های زیست‌شناختی بیماری‌های روانی تمرکز داشت. با وجود این، تحت تأثیر تلاش‌ها برای کوتاه کردن و افزایش اثربخشی روان‌درمانگری بین‌فردی از آن جلسه بازگشتم. به‌خصوص، با مشاهده تمایل و گشودگی دوانلو و مالان در به اشتراک گذاشتن ایده‌ها و تکنیک‌های خود که از طریق استفاده روشن‌فکرانه از فیلم‌هایی که از جلسات روان‌درمانگری ضبط شده بودند و همچنین تأکید آنان بر اینکه نتایج باید از لحاظ علمی مستند شوند، به روش کاری آنها علاقه‌مند شدم.

درحالی‌که وظیفه سازمان‌دهی و رهبری یکی از مهم‌ترین دپارتمان‌های علمی مدرن روان‌پزشکی در کشور را بر عهده داشتم، چند سال بعد دوانلو و مالان را برای اداره نشست سالانه در سن‌دیاگو دعوت کردم. این نشست‌ها، جایی که آنها ایده‌ها و تکنیک‌هایشان را در اختیار اعضای هیئت علمی و به‌طور کلی انجمن سلامت روان قرار می‌دادند، هیجان و اشتیاق وافری را در میان برخی از متخصصان بالینی در انجمن ما ایجاد کرد و باعث شد تا گروه بتواند مطالعه روان‌درمانگری پویشی فشرده کوتاه‌مدت خود را تحت نظر دوانلو سازمان دهد. از این گروه مطالعاتی، یکی از مؤلفان این کتاب (نبورسکی) به دوانلو معرفی شد تا تکنیک او را فرا بگیرد و در حال حاضر نبورسکی در خصوص این تکنیک بسیار مطالعه داشته، کار کرده و نوشته است.

در طول سال‌ها، به دلیل ازدیاد مسئولیت‌ها از جمله خدمت به‌عنوان رئیس موسسه ملی سلامت روان (۱۹۹۰-۱۹۸۷) با جنبش درمان کوتاه‌مدت ارتباط کمی داشتم. با وجود این، در این بین و به موازات آن تحقیق در حوزه روان‌درمانگری فی‌نفسه به‌عنوان علم تجربی مسلم شروع به تکامل کرد، البته تا حدی با تمرکز متفاوت نسبت به روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت. دانشمندان بالینی توسعه روان‌درمانگری‌های

مختص اختلال^۱ از قبیل مدیریت رفتاری شناختی وحشت‌زدگی و روان‌درمانگری بین-فردی افسردگی را آغاز کردند. روان‌درمانگری‌های مختص اختلال که به منظور درمان اختلالات روانی خاص طراحی شده‌اند در مقابل رویکردهای طیف گسترده که یک رویکرد برای تمامی انواع مختلف اختلالات را شامل می‌شوند، قرار گرفته‌اند. این روان‌درمانگری‌های جدیدتر با جزئیات کامل در کتابچه‌های راهنما توصیف شده‌اند و برنامه‌های آموزشی ویژه‌ای به منظور حفظ کنترل کیفیت کاربرد آنان در نظر گرفته شده است. مهم‌تر اینکه به منظور تعیین اثربخشی آنها، این روان‌درمانگری‌های جدید مختص اختلال در معرض مطالعات به دقت طراحی شده^۲ پیامدی^۲ قرار داده می‌شوند. این کار منتج به تعداد زیادی از مطالعات بالینی در مقیاسی بزرگ شده است که روی این تکنیک‌ها به تنهایی، در مقایسه با داروهای روان‌پزشکی، یا در ترکیب با آنها تمرکز دارند که اثربخشی آنها به شیوه علمی قابل‌پذیرش در حال اثبات است.

در یازدهم و دوازدهم ماه مارس سال ۲۰۰۰، با تعدادی از مؤلفان این کتاب در نشست شرکت کردم که پس از حدود ۲۰ سال فرصتی برایم فراهم آورد تا بتوانم وضعیت جاری روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت را ارزیابی کنم. یکی از سؤالات اساسی من درباره روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت که توسط دوانلو به‌کار گرفته می‌شود، این است که آیا این درمان توسط سایر متخصصان بالینی به غیر از دوانلو می‌تواند با درجه بالایی از اثربخشی به‌کار برده شود و به‌طور موفقیت‌آمیز عمومیت پیدا کند. شکی نیست که دوانلو یک روان‌درمانگر نخبه، خلاق و به‌طور منحصربه‌فردی مؤثر است، اما آیا دیگران نیز می‌توانند این تکنیک را به همان خوبی و با همان نتایج استاد آن فرا بگیرند و به کار برند؟ به‌علاوه، آیا این تکنیک می‌تواند به منظور آموزش آسان‌تر و درمان مؤثرتر بیماران به دقت شرح داده و تعدیل شود؟ با خواندن این کتاب می‌توانم بگویم که جواب به این سؤال‌ها بلی است، البته تحت شرایط لازم.

شواهد تجربی معتبر و رو به گسترشی از شایستگی روان‌درمانگری‌های کوتاه‌مدت مبتنی بر اصول روان‌پویشی وجود دارد. معتقدم که قبل از پذیرش و کاربرد گسترده این

1. disorder-specific psychotherapies
2. outcome studies

رویکردها باید تعدادی از مسائل مرتفع شوند. دوره کارآموزی بلندمدت است و دانشجو باید انگیزه یا تمایل قوی داشته باشد تا بتواند آموزش طولانی مدت را تحمل کند. مفاهیم روان‌درمانگری پویشی کوتاه‌مدت باید به فرضیه‌های قابل اندازه‌گیری ساده‌تر تقسیم شوند تا بتوان آنها را از لحاظ تجربی آزمود. در این حوزه ملان و دوانلو پیشرو بودند. مک‌کالو و شاپیرو مشارکت علمی مهمی در شناسایی، تجزیه و آزمون عوامل درمانی خاص در رویکردهای خود داشتند. با وجود این، قبل از آنکه بتوان با دقت زیاد علمی نشان داد که (۱) روان‌درمانگری‌های پویشی کوتاه‌مدت می‌توانند نتایج بهتری نسبت به درمان‌های مختص بیماری تولید کنند یا (۲) درمانگران می‌توانند این تکنیک‌ها را به همان آسانی رویکردهای مختص بیماری آموزش ببینند، اقدامات بسیاری باید صورت گیرد.

این فصول مختصر که درمان‌های کوتاه‌مدت مبتنی بر اصول روان‌پویشی را پوشش می‌دهند، شروعی خوب و نیز گواهی بر این واقعیت است که محققان در حال پاسخ‌گویی به این مسائل هستند که این خود به‌خوبی زمینه را برای آینده روان‌درمانگری کوتاه‌مدت آماده می‌کند. مشتاقانه انتظار کارهای بیشتری را از این گروه فاخر و پربار دارم.

مقدمه

ماريون اف. سولومون و رابرت جی. نیورسکی

اکنون زمان تغییر سریع انتظارات از درمان روان‌شناختی فرا رسیده است. به‌جای مطرح کردن این ادعا که تنها یک مسیر درست برای شفای روان‌شناختی^۱ وجود دارد، مؤلفان این کتاب تلاش قابل‌توجهی به منظور یکپارچه کردن دیدگاه‌های مختلف انجام داده و نظریهٔ منسجمی از درمان مؤثر را توسعه داده‌اند.

این کتاب مشتق از مجموعه کنفرانس‌هایی است که مؤسسه یادگیری طول عمر در کالیفرنیا، جنوبی بانی آنها بوده است. مؤسسه طول عمر که توسط متیو و ماریون اف. سولومون تأسیس شده، ارگانی است که به آموزش روان‌درمانگری برای جامعهٔ حرفه‌ای اختصاص دارد. در سال ۱۹۹۴ اعضای کمیته، حبیب دوانلو را به لس‌آنجلس دعوت کردند. در سال بعد دوانلو یکی از شاگردان سابق خود به نام رابرت جی. نیورسکی را از سن‌دیاگو فراخواند تا دربارهٔ نحوهٔ فعالیتش گزارش دهد. این کار اشتیاق قابل‌توجهی را در بین اعضا برانگیخت و در نتیجه نیورسکی گروه مطالعاتی لس‌آنجلس را به منظور آموزش تکنیک روان‌درمانگری پوششی فشردهٔ کوتاه‌مدت (IS-TDP) دوانلو پایه‌ریزی کرد. زمانی که علاقهٔ عموم اعضا به حوزهٔ روان‌درمانگری پوششی کوتاه‌مدت گسترش یافت، مؤسسه طول عمر مجموعه کنفرانس‌هایی را در ارتباط با تکنیک دوانلو که توسط نیورسکی ارائه می‌شد مورد حمایت قرار داد. اعضای انجمن به‌شدت تحت تأثیر نتایج درمانی نمونه‌های ارائه شده در کنفرانس قرار گرفتند. به منظور برآوردن تقاضا برای آموزش در روان‌درمانگری پوششی کوتاه‌مدت، سولومون از خانم لی مک‌کالو از بوستن دعوت به عمل آورد تا رویکردش را برای

1. psychological healing

اعضا تشریح کند. کارهای مک‌کالو نیز در بین اعضا شور خاصی ایجاد کرد، لذا طبیعی بود که کنفرانسی از متخصصان کوتاه‌مدت فعال تشکیل شود. سولومون از دیوید مالان از انگلستان و مایکل آلپرت از نیویورک درخواست کرد تا در کنار نورسکی و مک‌کالو سخنرانی کنند. در نتیجه این سخنرانی‌ها، تقارب‌ها و تباین‌ها در تکنیک‌ها ظاهر شدند و در نهایت ایده نگارش این کتاب متولد شد.

پس از آن، در کنفرانس مؤسسه طول عمر در زمینه ضربه روانی^۱ و دلبستگی‌های آسیب‌زا^۲ فرانسین شاپیرو از درمان خود با یک قربانی زمین‌لرزه که در کودکی مورد تجاوز قرار گرفته بود، گزارش سمعی - بصری عالی ارائه کرد و ما در خصوص تقارب‌ها و تباین‌های بین دیدگاه پویشی از ناهشیار و دیدگاه پردازش اطلاعات شاپیرو از سیستم حافظه بحث کردیم. به هر حال، منظور از ناهشیار - جز اینکه حافظه‌ای است خارج از دسترس - چیست؟ شباهت طبیعی بود و در نتیجه مفاهیم جدید آسیب‌شناسی روانی و تکنیک تکامل یافتند.

در این کتاب شش نفر از متخصصان بالینی ارشد با ایده‌های همپوشانی که بر علل زیربنایی اختلالات روان‌نزدی^۳ و آسیب‌شناسی منش^۴ تمرکز دارند، گرد هم آمدند. هر یک از مؤلفان روش‌های دقیقی را که برای بیماران خود به منظور ایجاد انسجام مجدد هیجانی به کار می‌برند، توضیح دادند.

هر یک از ما سال‌ها در حال جست‌وجوی بهترین شیوه برای پرداختن به بیمارانی بوده‌ایم که با وجود اقدامات زیاد در درمان پیشین، درد و رنج‌شان همچنان ادامه داشته است. دیوید مالان که در حال حاضر در انگلستان به فعالیت بالینی اشتغال دارد، در بخشی از جست‌وجوی اولیه برای درمان‌های پویشی کوتاه‌مدت نقش مؤثری داشت. وی یکی از دوستان و همکاران حبيب دوانلو بود که در حین اینکه بر اعتبار علمی درمان‌ها تأکید داشت، نسبت به ایده‌های جدید در این زمینه نیز گشوده بود. نورسکی به مدت بیش از بیست سال در تمامی آموزش‌هایی که توسط دوانلو ارائه می‌شد، حضور داشت. لی مک‌کالو که ابتدا در مدل‌های شناختی و رفتاری درمان آموزش دیده

1. trauma
2. traumatic attachments
3. neurotic disorders
4. character pathology

بود، IS-TDP را با دوانلو فراگرفت و اکنون به مدت بیش از بیست سال در حال تحقیق روی اثربخشی روش‌های مختلف روان‌درمانگری است. تحقیق جاری وی در دانشگاه هاروارد که در دو کنفرانس در UCLA ارائه شد، پیشرو افراد مبتکر درمان کوتاه‌مدت در کشف اثرات درمان روی مغز گردید. در فصل مربوط به مک‌کالو، به مانند کتابش به نام تغییر منش، وی درمان نظم‌دهی اضطراب^۱ را که برای غلبه بر مقاومت بیمار نسبت به حقیقت هیجانی طراحی شده است، شرح می‌دهد. مایکل آلپرت پس از آموزش زیر نظر دوانلو، روشی از درمان تسریع‌شده را توسعه داد که همسو با نظریه‌های هاینز کوهوت از همسویی همدلانه^۲ بود. آلپرت در کشف خود از واکنش‌های بیمار به پاسخ‌های مراقبتی درمانگر مصمم است. فرانسین شاپیرو به‌طور مستقل مدل جدیدی از درمان به نام EMDR را توسعه داد که حرکت چشم را به منظور پردازش ارتباط بین بخش‌های مختلف مغز به‌کار می‌برد. سولومون از نظریه‌های درمان پویایی در زمینه روابط در زندگی بیمار، ازدواج و سایر روابط صمیمی بهره می‌برد.

وقتی ما شش نفر در طول دوره چندین ساله گرد هم آمدیم تا به یکدیگر و شرکت‌کنندگان کنفرانس‌ها در خصوص مدل‌های مختلف درمان گزارش دهیم، از آزمودن نظریه در برابر نظریه امتناع کردیم. در عوض، بیشتر به مشاهده این نکته علاقه‌مند بودیم که چگونه نظریه‌های مختلف، درمان‌های مستقیم با بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهند. با استفاده از فیلم‌های جلسات درمان، از یکدیگر و درمانگران حاضر در کنفرانس بازخوردهایی دریافت کردیم و روند منسجمی را که منتج به نگارش این کتاب شد آغاز کردیم.

با گسترش دامنه سخنرانان، ما در مورد اینکه مغز چگونه رشد می‌کند، دلبستگی اولیه چگونه بر رشد ذهن تأثیر می‌گذارد، ضربه روانی چگونه پردازش هیجان‌ها را مسدود می‌کند و پردازش مجدد هیجانی چگونه ممکن است تسریع‌شده و گسترش یابد دانش جدیدی کسب کردیم تا ما را قادر سازد به اهدافی که برگرفته از اهداف

1. anxiety-regulating therapy
2. attunement

درمانی اولیهٔ زیگموند فروید است، دست یابیم. ما در این فرایند، به سبک فروید ادامه می‌دهیم که اظهار داشت: «ما باید محدودیت‌های دانش جاری را بشناسیم، برای یادگیری مداوم مفاهیم جدید آماده باشیم و روش‌های درمانی را به هر نحوی که می‌توان آنها را بهبود بخشید تغییر دهیم» (۱۹۱۸).

چندین نکتهٔ مهم به‌عنوان مشترکات در طول گفتگوها پدید آمد. همهٔ ما این نکته را می‌دانیم که ضربهٔ روانی اولیه می‌تواند منجر به انسداد هیجانی مادام‌العمر شود. تمامی مدل‌ها به واکنش‌های شدید در رابطهٔ دلبستگی اولیه و اثرات مخرب شکست چهره‌های دلبستگی مهم که منجر به تجربهٔ هیجانانگیز دردناک و هراسناک توسط کودک در حال رشد می‌شود، اذعان دارند. این شکست منجر به عاطفهٔ شدید، شرم، گناه و اضطراب واکنشی و دفاع‌های محافظ می‌شود. ما همچنین توافق داریم که فهم و تمرکز روی انتقال، بخش مهمی از درمان مؤثر اختلالات روان‌نژندی و آسیب‌شناسی منش است. آنچه که کودک در ابتدا تجربه می‌کند، بعدها در انتقال و در موقعیت‌های مختلف زندگی جاری بیمار بزرگسال بازآفرینی می‌شود.

ما بر این امر توافق داریم که افزایش ظرفیت برای نزدیکی هیجانی^۱ از طریق التیام پیوندهای دلبستگی آسیب‌دیده، مرکز تلاش‌های درمانی است. با وجود تأکیدات مختلف، همگی از رابطهٔ درمانی هم در زمینهٔ ارزیابی و هم به منظور پرداختن به انسدادهای هیجانی و نیز دستیابی به ظرفیت بیشتر برای نزدیکی بهره می‌بریم.

همان‌طور که هر بیماری منحصربه‌فرد است، هر متخصص بالینی ویژگی‌ها، آموزش بالینی و حوزه‌های تخصصی منحصربه‌فردی دارد. می‌دانیم که راه‌های مختلفی برای دستیابی به هدف غلبه بر مقاومت به منظور آگاهی از عاطفهٔ دردناک و سوق دادن بیماران در جهت انسجام مجدد هیجانی وجود دارد که به‌موجب آن، آزادی برای تجربهٔ هیجان در خود^۲ افزایش می‌یابد و نشانه‌های مرضی کاهش می‌یابند و توانایی حفظ مرزها نیز توسعه پیدا می‌کند. نتیجهٔ آن، افزایش شفقت خودگردان، همدلی و همسویی با دیگران و شکوفایی ظرفیت برای صمیمیت خواهد بود. در این رابطه، شاپیرو دربارهٔ پردازش مجدد هیجانی صحبت می‌کند، مک‌کالو حساسیت‌زدایی هراس

1. emotional closeness
2. self

از عواطف و آلپرت همسویی همدلانه تسریع شده را توصیف می کنند، مالان و نبورسکی دسترسی به احساس سرکوب شده واقعی را خاطر نشان می کنند و سولومون بر همدلی و اتکای متقابل^۱ در دل بستگی های صمیمی تأکید می کند. هر یک از این موارد قطعه ای از مدل در حال ظهور درمان هستند که می تواند ADP یا روان درمانگری پوششی تسریع شده^۲ نامیده شود. این مدل تغییرات اجتماعی از زمان فروید تاکنون را از جمله تحولات در ساختارهای خانواده و اثرات آنها روی رشد کودک که شکست های دل بستگی را در فرهنگ ما متداول کرده است، در نظر می گیرد. این مدل بر اختلالات و تعارض های هسته ای که برای بسیاری از کودکان ناشی از فقدان پیوندهای هیجانی ایمن است توجه دارد. همچنین این مدل تصدیق می کند که پاسخ هایی که به منظور مقابله با حالت دردناک ضربه روانی ناشی از شکست دل بستگی در طول دو سال نخست زندگی به کار گرفته می شوند، در مغز، ذهن و بدن کودک حک می شوند. این حالت دردناک به دفاع های سختی منجر می شود که در برابر تغییر مقاوم هستند. روش ما بدین منظور طراحی شده است تا شیوه ای را که این دفاع ها باعث فلج شدن افراد بزرگسال می شوند و به تأثیر خود روی کودک درون هر فرد بالغ ادامه می دهند، تغییر دهد.

هر یک از ما شش نفر درگیر روند درمان های در حال توسعه ای شده ایم که از لحاظ علمی اعتبار آنها قابل اثبات است، قابل آموزش به دیگران بوده و به طور قابل اطمینانی توسط روان درمانگران مجرب با طیف گسترده ای از بیماران باز تولید می شوند. هدف ما فراهم کردن روش های تسریع شده از روان درمانگری پوششی است که در حد امکان مؤثر باشند. این مدل، تحقیقات تحولی و عصب زیست شناختی را که شواهدی برای تأثیر محرومیت ها و آسیب های روانی اولیه بر رشد مغز فراهم می کنند در نظر می گیرد. در نهایت، این مدل بر اساس تحقیقات پنجاه سال اخیر است که تأیید کننده این مطلب مهم هستند که درمان روان درمانگری مؤثر تابع طول زمان نیست، بلکه همبستگی مستقیمی با تجربه هیجانی عمیق دارد.

1. interdependency

2. Accelerated Dynamic Psychotherapy (ADP)

این یک اقدام در حال پیشرفت است و ما امیدواریم که در ادامه، تحقیقات علمی جدید سال‌های آتی در حیطه‌های مختلف را یکپارچه سازیم. کمک‌های سخاوتمندانه به بنیاد موسسه یادگیری طول عمر برای تحقیق و آموزش در سرعت بخشیدن به این روند و گسترش بالقوه دانش ما ضروری بوده است. موسسه یادگیری طول عمر تلاش می‌کند تا جهت‌گیری درمان روان‌درمانگری در قرن بیست‌ویکم را شکل دهد و بر آن تأثیر بگذارد. این کتاب نخستین گام در این راستا است که منعکس‌کننده سرزندگی در حال ظهور است. حمایت بنیاد فرصتی را برای متخصصان بالینی از نقاط مختلف دنیا فراهم می‌آورد تا مجموعه جلسات و گفت‌وگوهای مداومی را در تلاش برای ارتقا و ارزیابی علمی کارآیی درمان روان‌درمانگری پویشی تسریع شده ادامه دهند.

منابع

Freud, S. (1918). From the history of an infantile neurosis. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 17). New York: Norton, 1995.

سپاسگزاری

افراد زیادی با حمایت خود امکان نگارش این کتاب را میسر ساختند. در ابتدا ما از حبیب دوانلو سپاسگزاریم که نبوغ منحصر به فرد او مسیری را پیش روی ما گشود که سفر ما را ممکن ساخت. سپس، از لویس جود تشکر می‌کنیم که دوانلو را به UCSD دعوت و از روش‌شناسی وی حمایت کرد و بیست سال بعد مؤلفان این کتاب را نیز در UCSD دور هم جمع کرد.

از بیماران و خانواده‌های خود تشکر می‌کنیم. نگارش این کتاب بدون تشریک مساعی بیمارانی که همراه ما با برای یافتن راه‌حل مشکلاتشان تلاش می‌کردند ممکن نمی‌شد. ما همچنین به خانواده خود به‌خاطر ترغیب و نیز صبوری‌شان در مواقعی که به دلیل نگارش کتاب در کنار آنان نبودیم، مدیون هستیم. ما به‌ویژه از متیو سولومون برای حمایت مداوم و توانایی‌اش در جهت عملی کردن ایده‌های اولیه و جوآنا نیورسکی برای رونوشت ماهرانه بخش «زنی که خود را سرزنش می‌کرد» تشکر می‌کنیم.

ما صمیمانه از ویراستارمان سوزان مونرو کمال تشکر را داریم که بر ایجاد متنی منسجم در یک کتاب چند مؤلفی اصرار داشت. او در کنار دانش عمیقش در این زمینه، توجه شایانی نیز به جزئیات این کتاب داشت که باعث شد این کتاب تمامی معیارهای یک کتاب واقعاً خوب را دارا باشد. ما همچنین از کار رون برویدی برای خواندن نسخه دست‌نویس اولیه کتاب و دادن بازخورد که کمک کرد تا ایده‌های پیچیده را روشن سازیم و همچنین امانوئل پلوسو برای توصیه‌های روشن‌گرانه‌اش سپاسگزاریم.

ایده‌های فصل ۲ از آموزش روش IS-TDP دوانلو در نشست‌های موسسه طول عمر و در کار گروه مطالعاتی لس‌آنجلس استخراج شده است. از دکتر ریمر، کاپر، کوخ، گیلبرت، تیتس، وایت، کارمالت، گرین پی، کی، براد و دوباره امانوئل پلوسو

برای مشارکت و ارائه سؤالاتشان تشکر می‌کنیم.
ایده‌های فصل ۷ به‌شدت بر نوشته‌های آلن شور و دانیل جی. سیگل تکیه دارد. ما
از آنان به‌خاطر تمایلشان نه‌تنها برای به اشتراک گذاشتن ایده‌هایشان، بلکه برای
توصیه‌های ویراستاری دقیق‌شان نیز تشکر می‌کنیم.
در پایان، از روث استیکداب به‌خاطر از خود گذشتگی و شکیبایی‌اش در گردآوری
این اثر چند مؤلفی سپاسگزاریم.

چالش روان‌درمانگری کوتاه‌مدت

رابرت جی. نیورسکی و ماریون اف. سولومون

درمان ایده‌آل

در سال ۱۹۸۰، دیوید مالان آرزوی رسیدن به چهار هدف اصلی در روان‌درمانگری کوتاه‌مدت^۱ مبتنی بر اصول کاملاً روان‌پویشی^۲ را تحت عنوان *خیال تحقق آرزو* بیان کرد:

۱. این روش می‌تواند برای نسبت بالایی از جمعیت وابسته به روان‌درمانگری به‌کار برده شود.
۲. اثرات درمانی در همان نخستین جلسات اولیه نمود می‌یابند.
۳. در انتها هیچ ردی از اختلالات اصلی باقی نمی‌ماند و این حالت در دوره پیگیری نیز حفظ می‌شود.
۴. پدیده‌های مضر که درمان معمولی را پیچیده می‌کنند_ مانند انتقال جنسی یا وابستگی، برون‌ریزی و دشواری‌های خاتمه‌ درمان_ ظاهر نمی‌شوند.

هدف این کتاب توصیف کارش متخصص بالینی درمان کوتاه‌مدت است که آرزوی رسیدن به این اهداف رفیع را دارند. مؤلفان این کتاب حرفه خود را وقف این هدف کرده‌اند که نتایج نویدبخش روان‌درمانگری پویشی را به شیوه‌ای در حد امکان مؤثر به بیمارانشان ارائه دهند.

1. brief psychotherapy
2. psychodynamic