

فهرست مطالب

مقدمه مترجم	۴
بخش یک مقدمه و بررسی اجمالی.....	۵
فصل ۱ مقدمه	۶
فصل ۲ گسترش مدل روان پویشی افسردگی	۲۱
فصل ۳ مروری بر درمان روان پویشی افسردگی	۴۷
بخش دو تکنیک‌ها در درمان روان پویشی افسردگی.....	۵۵
فصل ۴ شروع درمان روان پویشی افسردگی	۵۶
فصل ۵ مرحلهٔ میانی درمان	۸۳
فصل ۶ بررسی آسیب‌پذیری خودشیفتگی	۱۱۱
فصل ۷ بررسی واکنش‌های خصمانه در آسیب‌پذیری خودشیفتگی	۱۳۳
فصل ۸ سوپرایگوی سخت‌گیر و احساس گناه	۱۵۷
فصل ۹ آرمانی‌سازی و بی‌ارزش‌سازی	۱۸۰
فصل ۱۰ سازکارهای دفاعی در بیماران افسرده	۲۰۳
فصل ۱۱ مرحلهٔ خاتمهٔ درمان	۲۱۷
بخش سه مباحث ویژه.....	۲۳۱
فصل ۱۲ رویکردهای روان پویشی نسبت به افسردگی و اختلال شخصیت همراه	۲۳۲
فصل ۱۳ مدیریت بن‌بست‌های درمان و واکنش منفی به درمان	۲۵۰
فصل ۱۴ رویکرد روان پویشی به خودکشی	۲۶۳
فصل ۱۵ استفاده از درمان روان پویشی همراه با سایر رویکردهای درمانی	۲۸۲
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۳۰۱
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۳۰۳

مقدمه مترجم

کتابی که در دست دارید راهنمای درمان تحلیلی افسردگی است. آنچه ما را به ترجمه این کتاب تشویق کرد، نثر شیوا، منسجم و کاربردی آن بود. نویسندگان کتاب، خواننده را در مسیر درمان مراجع، قدم به قدم همراهی می‌کنند، خود را پشت جملات و عبارات پیچیده روانکاوانه پنهان نمی‌کنند و به این ترتیب فضایی مناسب برای یادگیری مطلب فراهم می‌آورند. در ترجمه کتاب سعی کردیم صدای متن اصلی را حفظ کنیم و آن را برای خواننده فارسی‌زبان به روان‌ترین شکل ممکن بازگو کنیم.

رنج بودن، در زمان‌های مختلف و به نسبت شرایط فرد، شکل‌های مختلفی به خود می‌گیرد. ملانکولی یا چیزی که امروز به نام اختلال افسردگی می‌شناسیم، یکی از شکل‌های رایج این رنج است. تجربه غم، فقدان، سوگ و ملال، سهمیه همه ما و بخشی از وضعیت بودن در جهان هستی است. اما گاهی همین تجربیات به حدی از شدت می‌رسند که جریان زندگی مختل شده و در مواردی ادامه آن غیرممکن می‌گردد. فرد در چنگال سیاه ملانکولی گیر می‌افتد و توان بازگشت به مسیر زندگی را از دست می‌دهد.

در چنین شرایطی درمان صحیح به اندازه خود زندگی اهمیت دارد. رواندرمانگر کارآمد، به مراجع کمک می‌کند تا سیاهی افسردگی را کم کند، از چنبره آن بیرون بیاید و به زندگی بازگردد. این مسیر ممکن است طولانی و پرفراز و نشیب باشد، اما درمانگر با دانش، مهارت، امید و تعهد می‌تواند مراجع را در این راه دشوار همراهی کرده و به سرمنزل مقصود برساند.

امید ما این است که خواندن این کتاب برای درمانگرانی که با مراجعان افسرده کار می‌کنند، کمک کوچکی باشد.

نهاله مشتاق

مرضیه قربانی

بهار ۱۴۰۱

بخش یک

مقدمه و بررسی اجمالی

فصل ۱

مقدمه

ارزش و محدودیت‌های رویکردهای درمانی فعلی در اختلالات افسردگی

درمان افسردگی پیشرفت‌های قابل توجهی داشته است. در حال حاضر از مداخلات و درمان‌های روان‌دارویی و روان‌درمانی متفاوتی برای درمان افسردگی استفاده می‌شود. در مطالعات کنترل‌شده با استفاده از دارونما، مؤثر بودن درمان شناختی-رفتاری، روان‌درمانی بین‌فردی و درمان‌های روان‌داروشناختی در درمان افسردگی اساسی به اثبات رسیده است (برای مثال، رجوع شود به مروری بر مطالعات درمانی انجمن روان-پزشکی آمریکا، ۲۰۱۰).

با این حال متخصصان می‌دانند که درمان افسردگی همچنان موضوعی بحث‌برانگیز است. بسیاری از مداخلات در بیماران افسرده کارایی لازم را ندارند؛ برخی از این بیماران دچار مشکلات شدید اجتماعی و شغلی هستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۰). در اختلال افسردگی اساسی احتمال بازگشت بیماری بسیار زیاد است (اتون و همکاران، ۲۰۰۸). در افسردگی مزمن دوره‌های طولانی و علائم پایدار بین دوره‌ها شایع است (جاد و همکاران، ۱۹۹۷؛ کلر و همکاران، ۱۹۹۶؛ کاسیس و کلاین، ۱۹۹۵) و میزان پاسخ به درمان در آن، نسبت به افسردگی غیرمزمن پایین‌تر است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۰). خرده‌نشانه دائمی یا علائم افسردگی جزئی می‌تواند باعث اختلال عملکرد و رنج مداوم بیمار شود (راپاپورت و همکاران، ۲۰۰۲؛ ویتا و همکاران، ۲۰۰۸)؛ بنابراین در درمان بیماران بیشتر تأکید بر بهبود بیماران از افسردگی

(یا بازگشت به عملکرد پایه) است تا پاسخ به درمان (کاهش حداقل ۵۰٪ علائم). به-طور معمول در مطالعات درمانی میزان پاسخ به درمان معیار اصلی اثربخشی درمان (کلر، ۲۰۰۳؛ تیس، ۱۹۹۹) است؛ بنابراین مهم است درمان یا ترکیبی از درمان‌ها شکل بگیرند و مسائل مربوط به فیزیولوژی عصبی و آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی به شکل کامل در آنها گنجانده شود. مسائل عصبی و روان‌شناختی می‌توانند باعث پایداری علائم یا شدت یافتن افسردگی در بیماران شود. روان‌درمانی افسردگی می‌تواند در پیشگیری از شدت یافتن بیماری مؤثر باشد. درمان روان‌پویشی باید به منزله رویکردی در جهت کاهش آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی مورد توجه قرار گیرد و بررسی شود (گابارد و همکاران ۲۰۰۲).

متخصصان تمایل دارند از رویکردهای ترکیبی استفاده کنند و تلاش می‌کنند تا برای هر بیمار مؤثرترین ترکیب درمانی را تعیین کنند و در بعضی از موارد شواهد حاکی از مزیت درمان ترکیبی است (بوش و سندبرگ، ۲۰۱۲). با این حال، عوارض جانبی دائمی و آزاردهنده داروهای ضدافسردگی باعث می‌شود تا مداخلات روان‌درمانی جایگزین داروهای ضدافسردگی شود. درست همان‌طور که بیماران پاسخ‌های متفاوتی به داروها می‌دهند، پاسخ به مداخلات درمانی خاص نیز متفاوت است. درمان روان‌پویشی به بررسی تعارضات درونی و مسائل ناهشیاری می‌پردازد که اغلب در درمان شناختی-رفتاری، درمان بین‌فردی یا درمان‌های دارویی مورد بررسی قرار نمی‌گیرد.

شواهد بنیادین در رویکرد روان‌پویشی درمان اختلالات افسردگی

به‌طرزی فزاینده، در آزمایش‌های تصادفی کنترل‌شده اثربخشی درمان پویشی نشان داده شده است (دریسن و همکاران، ۲۰۱۰؛ لایشزنرینگ و همکاران، ۲۰۱۵). اگرچه در مورد کیفیت این مطالعات نگرانی‌هایی وجود دارد (عباس و همکاران، ۲۰۱۴)، در حال حاضر این مشکلات در مطالعه انواع دیگر روان‌درمانی نیز به چشم می‌خورد و با

گذشت زمان کیفیت مطالعات نسبت به قبل پیشرفت کرده است (توما و همکاران ۲۰۱۲). برناند و همکارانش (۲۰۰۲) در یک آزمایش تصادفی کنترل‌شده بین بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، به مقایسه‌ای میان روان‌درمانی پوششی همراه با مصرف کلومیپرامین و درمان، تنها با مصرف کلومیپرامین پرداخته‌اند. آنها به این نتیجه رسیدند که درمان ترکیبی مقرون به صرفه‌تر است و گروهی که از درمان ترکیبی استفاده کرده بودند، شکست درمانی کمتر و عملکرد بهتری داشتند. در یسن و همکارانش (۲۰۱۰) در یک آزمایش تصادفی کنترل‌شده در مقیاسی بزرگ نتیجه گرفتند که اثربخشی روان‌درمانی پوششی با درمان شناختی-رفتاری برابر است. تیس (۲۰۱۳) از این مطالعه نتیجه گرفت «براساس این یافته‌ها هیچ دلیلی وجود ندارد که در درمان اختلال افسردگی اساسی تأثیر روان‌درمانی پوششی نسبت به CBT (درمان شناختی-رفتاری) کمتر باشد».

با وجود این که شواهد نشان می‌دهد در درمان افسردگی، کارایی درمان روان-پوششی بیشتر است، همچنان استفاده از آن نسبت به سایر مدل‌های روان‌درمانی کمتر است. راهنمای عملی درمان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، ویرایش سوم (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۰) مطالعات بیشتر و دقیق‌تری را دربارهٔ روان‌درمانی پوششی افسردگی توصیه می‌کند. برای ارزیابی تأثیر درمان‌های مختلف بر اختلالات درازمدت با علائم پایدار و عودکننده، لازم است میان گروه‌های منتخب مطالعات بیشتری انجام شود.

شاخص‌های درمان روان‌پوششی افسردگی

رویکرد روان‌پوششی ارائه شده در این کتاب به عوامل پوششی به‌خصوصی می‌پردازد که باعث برانگیختن علائم و نشانگان افسردگی می‌شوند. این درمان را می‌توان برای کشمکش‌های درونی در اختلالات خلقی به‌کار برد، همانطور که این کشمکش‌ها تکمیل‌کنندهٔ منبع بیولوژیکی بعضی از اختلالات افسردگی هستند؛ بنابراین ما بر این باوریم که در درمان افسردگی از جمله آسیب‌پذیری نسبت به شدت یافتن افسردگی،

درمان روان‌پویشی می‌تواند راهکار کمکی مؤثر و در بعضی موارد به تنهایی اثرگذار باشد.

از آنجا که در این روش درمانی عوامل پویشی افسردگی از جمله ضعف خودشیفتگی، خشم معطوف به خود، شرم و احساس گناه مورد بررسی قرار می‌گیرد و با احتیاط با بیمار در میان گذاشته می‌شود، شاید بتوان گفت این درمان برای طیف وسیعی از اختلالات افسردگی و علائم بالینی افسردگی کمک‌کننده است. با این حال ما نمی‌توانیم بدون تحقیقات نظام‌مند و سازمان‌یافته با قطعیت دربارهٔ ویژگی‌های این عوامل پویشی یا اثربخشی این رویکرد در تمام اختلالات افسردگی صحبت کنیم. بر اساس تجارب درمانی و طبق DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) استفاده از این روش را برای بیماران مبتلا به افسردگی اساسی خفیف یا متوسط و افسردگی دائمی مزمن (افسرده‌خوبی)، توصیه می‌کنیم. با این حال نظر ما این است که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و اختلال افسردگی اساسی شدیدتر، زمانی از درمان روان‌پویشی بهره‌مند شوند که با استفاده از دارو علائم بیماری آنها کنترل شده باشد. احتمال دارد محتوای عاطفی و فکری افسردگی بیشتر به این درمان پاسخ دهد، گرچه گاهی اوقات علائم نباتی هم به خوبی به آن پاسخ می‌دهند. در ادامه و در فصل ۱۵ (استفاده از درمان روان‌پویشی همراه با سایر رویکردهای درمانی)، مسائل مربوط به ترکیب درمان روان‌پویشی با دارو یا درمان‌های کمکی دیگر مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

علاوه بر این ما به استناد تجارب بالینی باور داریم که این رویکرد در درمان بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی و اختلال شخصیت همراه از اهمیت زیادی برخوردار است. یافته‌ها حاکی از آن است که اختلالات شخصیت همراه اثری سوء بر نتایج درمان دارد (کوروبل و همکاران، ۱۹۹۶؛ فریبرگ و همکاران، ۲۰۱۴)، از جمله کاهش پاسخ به داروهای ضدافسردگی، کاهش پایبندی به درمان و نیاز به زمان بیشتر برای بهبودی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۰). میزان همبودی بین این اختلالات بسیار بالا است و در یک مطالعهٔ همه‌گیرشناختی گسترده (حصین و همکاران، ۲۰۰۵)، ۹/۳۷٪ تخمین زده شده است؛ بنابراین در این کتاب بخشی را به بررسی برخی

اختلالات شخصیتی اختصاص داده‌ایم که با اختلالات افسردگی هم‌پوشانی دارند (رجوع شود به فصل ۱۲، رویکردهای روان‌پویشی نسبت به افسردگی و اختلال شخصیت همراه).

این کتاب در زمینه عوامل پویشی مشاهده شده در بیماران مبتلا به افسردگی، رویکردی درمانی ارائه می‌دهد که می‌تواند باعث ارتقای سطح مهارت‌های درمانی متخصصان شود. ما شرح حال بالینی بیماران مختلف را گزارش می‌دهیم تا مجموعه عوامل پویشی و فنون مورد استفاده را برای مشارکت بیمار در درمان روان‌پویشی متمرکز بر افسردگی به تصویر بکشیم. سعی می‌کنیم به جای ثبت جزء به جزء جلسات از طریق شرح حال‌های ارائه شده، فرصتی را برای نشان دادن ماهیت کار بالینی با چنین بیمارانی به وجود آوریم، البته تمام این شرح حال‌ها به‌طور کامل بر اساس کار درمانی با بیماران افسرده در جلسات درمان یا سوپرویزن است. این شرح حال‌ها نشان‌گر آن مداخلات درمانی است که مؤثر واقع شده‌اند. با این حال، لازم به ذکر است که بسیاری از مثال‌های بالینی حاکی از دوره‌هایی است که درمان، دشوار و ناامیدکننده بوده و مداخلات سودمند به‌نظر نمی‌رسیده و درمانگر در تلاش بوده تا برای رفع بن‌بست درمانی راهی بیابد. در فصل ۱۳ (مدیریت بن‌بست‌های درمان و واکنش منفی به درمان) موارد پیچیده‌تر و ناکام‌کننده درمان افسردگی مورد بررسی قرار گرفته است. برای این که اطلاعات بیماران محرمانه باشد، برخی از جزئیات تغییر داده شده‌اند، اما مسئله عوامل پویشی بیماران در اطلاعات بالینی دست نخورده باقی مانده است.

پس‌زمینه آموزشی

قصد ما این است که این کتاب مورد استفاده درمانگرانی قرار گیرد که در زمینه حرفه روان‌درمانی و تشخیص اختلالات افسردگی و اختلال شخصیت همراه با آن آموزش دیده‌اند. به متخصصانی که در زمینه تکنیک‌های روان‌پویشی آموزش ندیده‌اند توصیه می‌کنیم تحت نظارت روان‌کاوان یا درمانگران آموزش دیده در حیطه روان‌پویشی قرار گیرند. در فصل ۵ (مرحله میانی درمان) این کتاب به تفصیل درباره تشخیص عوامل

پویشی و همچنین شناسایی و کار با مدل‌های انتقال و انتقال متقابلی که در بیماران افسرده دیده می‌شود، توضیح داده‌ایم؛ به کارگیری مداخلات نیاز به کمی تجربه دارد.

ارزیابی اولیه و تعیین مناسب بودن

درمان روان‌پویشی برای بیمار

ارزیابی اولیه بیمار افسرده باید شامل سنجش علائم افسردگی و ظرفیت بیمار برای استفاده از درمان روان‌پویشی باشد. درمانگر تاریخچه عوامل رشدی، روابط، عوامل اضطراب‌آور و تعارضات بیمار را بررسی می‌کند. برای این کار او از مصاحبه‌ای نیمه‌ساختاریافته استفاده می‌کند و در طول مصاحبه باید موضوعاتی را پیگیری کند که باعث ایجاد خلق افسرده یا دفاعی شدن بیمار شده‌اند. درمانگر در تمام مدت نسبت به ارتباط تداعی‌ها، کلماتی که استفاده می‌شوند و تکرار و حذفیاتی که روایت را تأیید می‌کنند، حساس است. خلاصه موضوعات مهمی که در ارزیابی اولیه بررسی می‌شود، در جدول ۱-۱ آمده است.

به نظر می‌رسد، برخی از ویژگی‌های بیماران مانند (۱) داشتن انگیزه برای فهمیدن منشأ علائم (۲) توانایی فکر کردن از لحاظ روان‌شناختی (۳) ظرفیت فکرکردن به روابط معنادار و پیچیده با دیگران (۴) ظرفیت کنترل تکانه‌ها (۵) توانایی فهم استعاره‌ها (۶) ظرفیت تصدیق حالات هیجانی و (۷) واقعیت‌آزمایی مناسب، باعث تسهیل درمان روان‌پویشی می‌شود. در طول مصاحبه اولیه، درمانگر باید به دقت توانایی بیمار را در فهم و پاسخ به پرسش‌های مربوط به معانی علائم و همچنین تعبیرهای اولیه در مورد منشأ علائم را بررسی کند. موارد منع استفاده از این نوع درمان عبارت است از (۱) مشکل محسوس در مشاهده خود یا فکر کردن به انگیزه‌های دیگران (۲) ناتوانی بارز در تحمل ناکامی (۳) روابط مختل (۴) مشکل محسوس در ایجاد اتحاد درمانی با درمانگر (۵) هوش پایین و (۶) افسردگی شدیدی که توانایی بیمار را برای مشارکت مؤثر در روان‌درمانی مختل می‌کند.

جدول ۱-۱. موارد مهمی که در ارزیابی اولیهٔ بیماران افسرده بررسی می‌شود

ارزیابی افسردگی

- توصیف ویژگی‌های منحصر به فرد یا غیرمعمول فرد و همچنین علائم افسردگی، همان‌طور که در DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) مشخص شده است.
- بررسی عوامل اضطراب‌آور، شرایط و عواطفی که قبل از شروع افسردگی وجود داشته‌اند.
- بررسی دوره‌های پیشین افسردگی و شرایط پیرامون آن مثل رویدادها یا عوامل اضطراب‌آور تسریع‌کنندهٔ آن، با تمرکز بر عواطف و فانتزی‌هایی که حین آن تجربه شده‌اند.

تاریخچهٔ رشدی و خانوادگی

- نحوهٔ مدیریت عواطفی مانند غم، افسردگی، شرم، خشم و اضطراب طی دوران کودکی و نوجوانی در خانواده، به ویژه موارد مرتبط با تجربهٔ فقدان، بیماری یا جدایی.
- علائم افسردگی در کودکی.
- ادراکات فرد از نگرش‌ها و رفتارهای والدین.
- مشخصات و کیفیت روابط بزرگسالی شامل: تعارض موضوعات هیجانی و سطح ادراک فرد از میزان پاسخگویی دیگران.
- تاریخچهٔ خانوادگی اختلالات افسردگی و نگاه خانواده نسبت به این تاریخچه.

ارزیابی ظرفیت بیمار برای بهره‌مندی از درمان روان‌پویشی اکتشافی

- توانایی فرد در توصیف عواطف، فانتزی‌ها و روابط بین‌فردی
- وجود کنجکاوی در خصوص ریشه‌های هیجانی علائم.
- توانایی تفکر، کنجکاوی یا شکل‌گیری تداعی‌های جدید در پاسخ به تعبیر و ایجاد یک پیوند.

گرچه این ویژگی‌ها اهمیت بسیار دارد، ولی بیماران بدون داشتن آنها نیز می‌توانند به درمان روان‌پویشی پاسخ دهند (بوش و همکاران، ۱۹۹۹). طیف گسترده‌تری از بیماران می‌توانند از درمان روان‌پویشی ساختاریافته‌تر بهره‌مند شوند که بر علائم خاص و عوامل پویشی مرتبط با آن متمرکز است. رویکرد روان‌پویشی را می‌توان به بسیاری از بیماران آموخت مثل این‌که آنها یاد بگیرند نسبت به هیجانات و انگیزه‌های درونی

خود مشاهده دقیق‌تری داشته باشند و متوجه این نکته باشند که ممکن است منشأ علائم آنها ناهشیار باشد. در مواردی که این ظرفیت‌ها محدود است یا به هیچ‌وجه وجود ندارد، متخصص در ابتدا بیشتر از مداخلات مبتنی بر آموزش روان‌شناختی استفاده می‌کند.

نمونه‌ای که در ادامه آمده نشان می‌دهد ذهنیت روان‌شناختی در بیمار وجود داشته است، اما از آن جلوگیری شده بود و در مثالی دیگر ظرفیت روان‌شناختی محدود بیمار باعث اختلال در بهره‌مندی از درمان روان‌پویشی می‌شود.

مثال موردی ۱

آقای الف، وکیل برجسته ۴۰ ساله‌ای بود که تمایلی به درمان افسردگی نداشت و طی چند ماه اخیر بیماری افسردگی او شدت یافته بود. به نظر می‌رسید او نسبت به پذیرش هرگونه ضعفی احساس شرم می‌کند و اوایل درمان مشارکت در درمان روان‌پویشی برایش مشکل بود. در طول جلسات مقدماتی به تدریج برای درمانگر مشخص شد که آقای الف دوست دارد کارهای سخت و طاقت‌فرسا انجام دهد و به‌طور بی‌رحمانه‌ای خود را برای انجام این کارها تحت فشار قرار می‌دهد. به ظاهر شروع این موضوع به زمانی بازمی‌گشت که والدینش از هم جدا شدند و او با این که نوجوان بود، بخش عمده‌ای از مسئولیت تجارت خانوادگی را بر عهده گرفت. آقای الف در این سعی و تلاش طاقت‌فرسا به‌طور کامل موفق بود و بسیار مورد تحسین قرار می‌گرفت، اما به تازگی به خاطر فعالیت‌هایی که نیاز به بررسی بیشتری داشت، کاری را قبول کرده بود که نمی‌توانست به پایان برساند. شرم و گناه ناشی از این شکست اکنون داشت او را از پا درمی‌آورد و در توانایی او برای بررسی و کشف ریشه‌های علائمش مشکل ایجاد می‌کرد.

هنگامی که درمانگر به این درک ابتدایی و مختصر خود از بیمار اشاره کرد، آقای الف شروع کرد به گریه کردن. او با صدای آهسته گفت «هیچ‌کسی مثل شما به من گوش نمی‌دهد». «شاید من به آدم‌ها اجازه نمی‌دهم؛ شاید من به آنها این پیغام را می-

دهم که به من گوش ندهند. از وقتی دوست نزدیکم فوت کرد دیگر هیچ‌کس به دقت به حرف‌هایم گوش نداده است.»

اشتیاق سرکوب شده آقای الف برای فهمیدن، نیروی انگیزشی قوی در درمان او شد. گاهی میل فهمیده شدن از سوی دیگران بر آرزوی فهمیدن خود سایه می‌انداخت، اما در مرحله بعدی درمان به این موضوع پرداخته شد. هنگامی که شرم و ترس او از آسیب‌پذیری مورد بحث قرار گرفت، آقای الف توانایی فکر کردن به خود و نحوه تأثیرش بر دیگران را نشان داد. این توضیح او «شاید من به آنها اجازه نمی‌دهم...» معیار ارزشمندی بود که نشان می‌داد او می‌تواند در ارتباط با دیگران به مشاهده خود بپردازد و به تأثیر رفتارش بر واکنش‌های دیگران توجه کند. سایر بیماران نیاز به تشویق دارند تا این ظرفیت را پیدا کنند.

مثال موردی ۲

از مصاحبه‌های اولیه این‌طور به نظر می‌رسید که آقای ب نیاز دارد به شیوه‌ای به‌طور کامل عینی از درمانگر کمک بگیرد. او استاد دانشگاه بود و در دهه سوم عمر خود به سر می‌برد. اصرار داشت که درمانگر به تماس‌های تلفنی مکرر او پاسخ دهد و به تلخی از ناکامی‌هایی که در درمان‌های قبلی تجربه کرده بود، شکایت می‌کرد. مهم‌ترین چیز برای او تجربه دلستگی، ارتباط و تجربه داشتن مخاطبی بود که شاهد رفتار ناعادلانه والدین و همکارانش باشد. اما برای این نیاز از خود متنفر بود. آقای ب در ارزیابی علت افسردگی، عملکردی عینی داشت؛ به‌نظر نمی‌رسید که در هیچ مورد دیگری بتواند نسبت به خود کنجکاو داشته باشد. با وجود تلاش‌های اولیه درمانگر برای تشویق او به بررسی تأثیرش بر دیگران، این شکل تفکر برای او بسیار دشوار بود. به عنوان مثال پرسش‌های ملایم درمانگر را در مورد علت عصبانی بودن همکارش از او (چیزی که در توصیف مختصر دعوای میان آنها، برای درمانگر به وضوح دیده می‌شد) به‌طور کامل بدبینانه و پارانوئیدی تعبیر می‌کرد؛ او اصرار داشت که درمانگر با او حس هم‌دردی ندارد و خصمانه رفتار می‌کند.

مهم‌ترین انگیزه آقای ب این بود که رنجی که دیگران ایجاد کرده بودند را تعریف کند؛ او به دنبال پیدا کردن یک درمان جادویی بود. اگرچه این موضوع ممکن است بخشی از انگیزه درمانی بیماران افسرده باشد، این انگیزه باید همراه با میل به درک رفتار آسیب‌زننده دیگران و در نظر گرفتن این احتمال باشد که شاید بیمار خارج از سطح آگاهی‌اش چنین رفتاری را در دیگران برانگیخته است. این مسیر یک درمان اکتشافی، نویدبخش و امیدوارکننده است. پس از گذشت یک سال از درمان که گاهی، هم برای درمانگر و هم برای بیمار به شکلی عمیق ناامیدکننده بود، آقای ب تصدیق کرد که درباره خود چیزهای بسیاری آموخته، با این حال گفت مایل است درمان کاربردی‌تری را دنبال کند. درمانگر موافق بود که تلاش درمانی آنها برای بیمار نتایج مطلوبی در پی داشته است؛ به‌خصوص در ارتباط با به دست آوردن ظرفیت بیشتر برای همدلی، کمتر شدن اتخاذ موضع خشک و پارانوییدی و کاهش نسبی تنفر از خود. آقای ب علاقه‌ای به بررسی بیشتر تمایلات منجر به افسردگی خود نداشت و در نهایت پذیرفت که به یک متخصص رفتاردرمانگر مراجعه کند.

با توجه به توضیحات فوق، درمانگر باید متوجه باشد که محدودیت ظرفیت‌های فکری بعضی از بیماران در امکان بهره‌مندی آنها از روان‌درمانی بیش‌محور خلل ایجاد می‌کند. در چنین مواردی درمانگر باید نسبت به مداخلات درمانی جایگزین انعطاف‌پذیر باشد.

طول مدت درمان

درمان روان‌پویشی افسردگی هم می‌تواند با هدف تسکین علائم افسردگی به مثابه روان‌درمانی کوتاه‌مدت (کمابیش ۳ تا ۶ ماه) به کار برده شود و هم نظیر درمان بلندمدت (در حدود ۶ ماه تا ۲ سال) با این هدف که از آسیب‌پذیری‌های شخصیتی و درون‌روانی در دوره شدت گرفتن افسردگی بکاهد. با این حال ممکن است برخی از بیماران مبتلا به افسردگی شدت یابنده، افسردگی مزمن پایدار (افسرده‌خوبی) و شخصیت تثبیت‌شده (مانند اختلال شخصیت مرزی) نیاز به درمانی طولانی‌تر از ۲ سال

داشته باشند. درمانگران و بیماران هر دو این را تأیید می‌کنند که درمان کوتاه‌مدت با این‌که در درک تعارضات ایجادکننده علائم افسردگی مفید است ولی برای درک بیشتر مشکلات شخصیتی، تعارضات درونی و روابط مشکل‌سازی که می‌توانند موجب افزایش آسیب‌پذیری در برابر افسردگی شود، درمان طولانی‌تری نیاز است. افزون بر این چون تعارضات اغلب ناهشیار است، درمان طولانی‌مدت می‌تواند فرصتی باشد برای تعیین عواملی که خارج از سطح آگاهی بیمار عمل می‌کند. زمانی روان‌درمانی به بیمار در تغییر کمک می‌کند که این عوامل قابل درک شوند.

پیشنهاد درمان روان‌پویشی افسردگی و امکان استفاده جانبی از دارو

هنگامی که درمانگر درمان روان‌پویشی را به بیمار توصیه می‌کند، بیمار باید از خطرات و مزایای مداخلات گوناگونی که در درمان افسردگی از آنها استفاده می‌شود، مطلع باشد تا بتواند در روند تصمیم‌گیری مشارکت داشته باشد. یکی از ملاحظات مهم ضرورت استفاده از دارو همراه با درمان روان‌پویشی است. ملاک‌هایی که باید در نظر گرفته شوند عبارتند از شدت علائم افسردگی، سطح اختلال در تمرکز و انگیزه فرد. برای بحث در این‌باره به فصل ۱۵ رجوع کنید.

بسیاری از بیماران می‌خواهند بدانند ترکیب چه درمان‌هایی می‌تواند به کاهش علائم آنها کمک کند. شاید بخواهند بدانند چرا چنین مداخلات متفاوتی، مثل روان‌درمانی و دارودرمانی می‌تواند مؤثر باشد یا ممکن است تمایلی به استفاده از درمان ترکیبی نداشته باشند چرا که نسبت به مفید بودن هر دو درمان مطمئن نیستند. احتمال دارد استفاده از بعضی استعاره‌ها به درک بیمار از مداخلات مکمل کمک کند، هر چند از نظر فیزیولوژیک دقیق نباشد.

برای مثال می‌توان از شباهت فشار خون بالا با افسردگی استفاده کرد. اضطراب، رژیم غذایی نامناسب، اضافه وزن و گرانش فیزیولوژیکی ذاتی می‌تواند منجر به افزایش فشار خون شود. تغییرات در سه ویژگی اول می‌تواند منجر به کاهش فشار

خون شود و نیاز به مصرف دارو را از بین ببرد. با این حال در برخی از بیماران این مداخلات کافی نخواهد بود. اگر فشار خون بیش از حد افزایش یابد وضعیت بیمار خطرناک خواهد بود و حتی اگر تغییرات در سه ویژگی اول نیز اتفاق افتاده باشد، باز هم باید مصرف دارو تجویز شود.

درمانگر می‌تواند در استفاده از این قیاس با بیمار، روان‌درمانی افسردگی را معادل کاهش اضطراب و تغییر رژیم غذایی توصیف کند. برخی از بیماران افسرده ممکن است مانند فشار خون بالا به این مداخلات پاسخ دهند، در حالی که سایر افراد شاید به دارو نیاز داشته باشند. در بعضی موارد، افسردگی می‌تواند عملکرد فرد را مختل کند یا حتی بسیار خطرناک باشد و مصرف دارو امر ضروری باشد.

ممکن است مدل زمینه‌ وراثتی منجر به فهم بیشتر شود؛ این مدل نشان می‌دهد بیمار به لحاظ زیستی آمادگی ابتلا به اختلالات افسردگی دارد. مدل‌های روان‌پوشی می‌تواند به شناسایی عوامل درون‌روانی و بین‌فردی که این گرایش زیستی را تحریک می‌کند، کمک کند.

بررسی اجمالی کتاب

در فصولی که در ادامه خواهد آمد ابتدا به مرور پیشینه تحقیقاتی می‌پردازیم که منجر به قاعده‌بندی ما از عوامل پویایی مرتبط با اختلالات افسردگی شده است. همچنین یک مرور کلی بر درمان خواهیم داشت.

بخش میانی کتاب بر آن دسته از فنون درمان روان‌پوشی متمرکز است که در درمان بیماران مبتلا به افسردگی کاربرد دارند. به منظور کمک به بیماران در شناخت آسیب‌پذیری خود، عوامل پویایی مرتبط با هسته اصلی افسردگی شناسایی می‌شوند. در فصول جداگانه به بررسی راهکارهایی در این زمینه پرداخته و نشان داده می‌شود که چگونه باید از این روش‌ها استفاده کرد تا به بیماران در مدیریت بهتر آسیب‌پذیری‌شان یاری رساند.

در نهایت برخی از موضوعات خاص روان‌درمانی افسردگی را مورد بحث قرار