

قفل‌گشایی ناخودآگاه

مقالات منتخب حبیب دوانلو

فهرست مطالب



فصل اول: روان‌درمانی کوتاه‌مدت فشرده در بیماران به شدت مقاوم	۲۱
۱. مهار مقاومت	۲۱
فصل دوم: روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در بیماران به شدت مقاوم	۶۰
۲. سیر مصاحبه پس از نفوذ اولیه	۶۰
فصل سوم: روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در بیماران افسرده به شدت مقاوم	۸۴
بخش ۱- بازسازی دفاع‌های واپس‌رونده من	۸۴
فصل چهارم: روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در بیماران افسرده به شدت مقاوم	۱۳۰
بخش ۲. شاهراه ناخودآگاه پویشی	۱۳۰
فصل پنجم: فن قفل‌گشایی ناخودآگاه	۱۵۷
بخش ۱	۱۵۷
فصل ششم: فن قفل‌گشایی ناخودآگاه	۱۸۵
بخش ۲: قفل‌گشایی نسبی ناخودآگاه	۱۸۵
فصل هفتم: تظاهرات بالینی آسیب‌شناسی من برتر	۲۳۲
فصل هشتم: تظاهرات بالینی آسیب‌شناسی من برتر	۲۷۱
بخش ۲. مقاومت من برتر و آزاد کردن من فلج شده	۲۷۱
فصل نهم: توالی پویشی محوری در قفل‌گشایی ناخودآگاه و درمان آزمایشی جامع	۳۰۳
بخش ۱. قفل‌گشایی عمده	۳۰۳
فصل دهم: توالی پویشی محوری در قفل‌گشایی عمده ناخودآگاه و درمان آزمایشی جامع	۳۴۶
بخش ۲. سیر درمان آزمایشی پس از نفوذ اولیه	۳۴۶
فصل یازدهم: فن قفل‌گشایی ناخودآگاه در بیماران دچار اختلالات عملکردی	۳۸۴
بخش ۱. بازسازی دفاع‌های من	۳۸۴
فصل دوازدهم: فن قفل‌گشایی ناخودآگاه در بیماران دچار اختلالات عملکردی	۴۱۶
بخش ۲. مشاهده مستقیم ناخودآگاه پویشی	۴۱۶



کتاب حاضر دومین مجلد از مجموعه کتب حبیب دوانلو است که توسط این جانب ترجمه، و به همت انتشارات ارجمند منتشر شده است. کتاب اول - روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت^(۱)، در عین اتخاذ رویکردی جامع به حوزه درمان‌های پویشی کوتاه مدت، مباحثی عملی در قالب نقل قول مصاحبه‌های روان‌درمانی، فرمول‌بندی و تبادل نظر متخصصان فن ارائه کرده، و در ۵ بخش تحت عناوین تاریخچه، انتخاب بیماران، خانواده (شامل خانواده درمانی پویشی و سامان‌دهی بحران‌های خانوادگی)، مداخله در بحران و ارزیابی پیامد (نتایج درمان)، سازمان‌دهی شده است. در گردآوری این مباحث صاحب‌نظرانی چون Marmor, MD؛ Peter E.؛ Habib Davanloo, MD؛ David H. Malan, MD؛ Samuel Eisenstein, MD؛ Jud Hans؛ Katherina Marmor, PHD؛ Manuel Straker, MD؛ Saul L. Brown, MD؛ Sifneos, Strupp, PHD نقش داشتند. در مقاله‌ای که در فصل هجدهم این کتاب، توسط مالان و با عنوان «ماهیت علم و روایی^(۲) روان‌درمانی» آمده است، حقانیت گفتمان روان تحلیل با استناد به تاریخ علوم و روند تکوین علوم تجربی مورد تأکید و تأیید قرار گرفته و در نهایت بر روش‌های نوآورانه دوانلو و همکارانش در آزمون پیامدهای روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت (فشرده) و بررسی رابطه آنها با عوامل تأثیرگذار - عمومی و اختصاصی - درمان روان‌پویشی صحه گذاشته شده است.

تا سالیانتمادی پس از ظهور حوزه روان‌تحلیلی، تحقیقات دقیق با رعایت روش‌شناسی علمی^۱ در این زمینه صورت نگرفت. یک عامل تعیین‌کننده، موضع تحقیرآمیز انجمن‌های اصلی روان‌کاوی جهان، از جمله انجمن روان‌کاوی آمریکا نسبت به تحقیقات بود. در عین حال، ممانعت این انجمن‌ها از آموزش غیر پزشکان (نظیر روان‌شناسان یا مددکاران اجتماعی) بخش قابل ملاحظه‌ای از ظرفیت تحقیقاتی را از گردونه روان‌تحلیلی، خارج، و حتی نسبت به آن بدبین کرد. برج عاج روان‌کاوی خودپسند و خودمختار، موضع‌گیری اکراه‌آمیز دست‌اندرکاران بهداشت روان را نیز در پی داشت. نتیجه آنکه جهت تحقیقات به سمت درمان‌های غیرروان‌پویشی معطوف شد. پس از تأیید علمی اثربخشی و تأثیرگذاری درمان‌های غیرروان‌پویشی، بسیاری از دانش‌پژوهان که خواستار روش‌های مبتنی بر شواهد^(۳) بودند، با اشتیاق از آن‌ها استقبال کردند و تمایل شدیدی به بسط و انتشار آنها نشان دادند. از سوی دیگر، وقتی شواهد تجربی، مفاهیم و درمان‌های روان‌پویشی را تأیید کرد، توجه چندانی به آن نشد و به این ترتیب، رفته‌رفته این باور تقویت شد که مفاهیم و درمان‌های روان‌پویشی فاقد تأیید تجربی^(۴) است، یا براساس شواهد علمی، سایر اشکال درمان مؤثرتر هستند. تداوم این عقیده طی سالیان‌تمادی چنان ثباتی به آن بخشید که دیگر نیازی به

1 - Short-Term Dynamic Psychotherapy
3- evidence-based

2- validity
4- empirical

زیر سؤال بردن یا بازنگری آن احساس نمی‌شد، چون چیزی بود که همه می‌دانستند^(۱). در چنین شرایطی، توجه اهالی روانکاوی و درمان‌های روان‌پویشی به تحقیقات تجربی و رعایت استانداردهای علمی معطوف شد. تحقیقات تجربی در این زمینه، تاکنون به چند مقاله مروری و متاآنالیز منجر شده است، اگرچه هنوز در مقایسه با سایر درمان‌های روان‌شناختی که اثربخشی و تأثیرگذاری تأیید شده دارند، اندک است. با توجه به اهمیت موضوع و با در نظر گرفتن اینکه کمبود اطلاع‌رسانی در این زمینه تا حد زیادی باعث تداوم اندیشه‌های فوق‌الذکر شده است، لازم می‌دانم تا به دو سؤال محوری زیر پاسخ گویم: (۱) آیا درمان‌های روان‌پویشی دارای اثربخشی^(۲) و تأثیرگذاری^(۳) تجربی تأیید شده هستند؟ و (۲) آیا درمان‌های روان‌پویشی از نظر اقتصادی مقرون به صرفه‌اند؟

در پاسخ به سؤال اول باید گفت که شواهد تجربی، اثربخشی درمان روان‌پویشی را تأیید می‌کند. اندازه اثر^(۴) درمان‌های روان‌پویشی به اندازه سایر درمان‌هایی است که با عنوان «دارای تأیید تجربی^(۵)» و «مبتنی بر شواهد» فعالانه ترویج می‌شوند. جهت روشن‌تر شدن مطلب به برخی متاآنالیزها و مرورهایی که در این حوزه صورت پذیرفته، اشاره می‌شود:

Crits-Cristoph (۱۹۹۲) متاآنالیزی بر روی ۱۱ پژوهش بالینی شاهددار^(۶) مربوط به سنجش اثربخشی روان‌درمانی پویشی مختصر انجام داد. پژوهش‌هایی به کار گرفته شدند که دارای خصوصیات زیر بودند: (الف) استفاده از شیوه خاصی از روان‌درمانی پویشی کوتاه مدّت که در کتابچه راهنمای درمانی یا رهنمودهای مشابه کتابچه راهنما ارایه شده باشد؛ (ب) مقایسه درمان‌های پویشی مختصر با گروه شاهد (فهرست انتظار، درمان غیرروان‌پزشکی، سایر روان‌درمانی‌ها، دارودرمانی و سایر اشکال درمان پویشی) انجام شده باشد؛ (ج) اطلاعات لازم برای محاسبه اندازه اثر پیش‌بینی شده باشد؛ (د) حداقل ۱۲ جلسه درمان انجام شده باشد؛ و (ه) درمانگران آموزش دیده و با تجربه در زمینه درمان روان‌پویشی مختصر به کار گرفته شده باشند - به عبارتی دقت شده بود تا پژوهش‌های دارای اعتبار علمی بالا انتخاب شوند. نتایج نشان داد که روان‌درمانی پویشی مختصر نسبت به گروه شاهد فهرست انتظار، اندازه اثر بزرگ دارد، اما نسبت به درمان‌های غیر روان‌پزشکی، اندازه اثر، اندک^(۷) است. اثرات این درمان‌ها معادل سایر روان‌درمانی‌ها و دارو درمانی بود.

Anderson و Lambert (۱۹۹۵) ۲۶ پژوهش تأثیرگذاری درمان پویشی کوتاه مدّت را با دو روش متاآنالیز کردند. اندازه‌های اثر به دست آمده از هر دو روش، مشابه بود. میانگین اثر درمان‌های پویشی کوتاه مدّت در مقایسه با فهرست انتظار و درمان کمینه^(۷)، به ترتیب، ۷۱ و ۳۴ بود. وقتی پژوهش‌های شامل آزمودنی‌های دچار اختلالات روان‌تنی حذف شد، اندازه اثر گروه درمان نسبت به فهرست انتظار به ۸۵ رسید. شواهدی مبنی بر اینکه درمان‌های پویشی کوتاه مدّت نسبت به سایر اشکال درمان ضعیف‌تر یا قوی‌تر باشند، یافت نشد، اما سنجش‌های انجام گرفته در پیگیری طولانی مدّت، برتری اندکی نشان داد. به علاوه،

1- Common Sense
3- effectiveness
5- empirically supported
7- minimal

2- efficacy
4- effect size
6- slight

معلوم شد پژوهش‌هایی که از کتابچه‌های راهنما یا درمانگران آموزش دیده در درمان‌های پویشی کوتاه مدّت بهره می‌برند، اندازه‌های اثر بزرگ‌تری دارند [این یافته بر اهمیّت رعایت دقیق فنون، و تبخّر درمانگر در تأثیرگذاری درمان تأکید دارد].

Leichsenring (۲۰۰۱) در یک متاآنالیز، اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدّت در درمان افسردگی را با اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مقایسه کرد. در ۵۸ مورد از ۶۰ (۹۷٪) مقایسه انجام شده در ۶ پژوهش برگزیده و دوره پیگیری آنها، هیچ‌گونه تفاوت معناداری بین درمان پویشی کوتاه مدّت و درمان شناختی رفتاری / رفتاری در زمینه تأثیر بر نشانه‌های افسردگی، نشانه‌های عمومی روان‌پزشکی، و عملکرد اجتماعی یافت نشد. این دو درمان از نظر تعداد بیمارانی که بهبود یافته تلقی می‌شدند، تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشتند. بنابراین اینگونه نتیجه گرفته شد که هر دو درمان به یک نسبت در درمان افسردگی مؤثر است.

Leibing و Leichsenring (۲۰۰۳) در یک متاآنالیز دیگر، اثربخشی روان‌درمانی روان پویشی (۱۴ پژوهش)، و همچنین درمان شناختی - رفتاری (۱۱ پژوهش) را در اختلالات شخصیتی بررسی کردند. اندازه اثر به دست آمده از مقایسه پیش از درمان (با میانگین طول درمان ۳۷ هفته) با پس از درمان (با میانگین پیگیری یک و نیم ساله)، در مورد روان‌درمانی پویشی ۱/۴۶ بود. میانگین طول مدّت درمان شناختی - رفتاری، ۱۶ هفته، میانگین دوره پیگیری، ۱۳ هفته، و اندازه اثر ۱/۰ بود. محققان هر دو درمان را مؤثر تشخیص دادند، اما چند برابر بودن مدّت پیگیری در پژوهش‌های درمان پویشی، بر پایداری اثرات این نوع درمان صحّه می‌گذاشت.

Leichsenring و همکاران (۲۰۰۴) با به کار گرفتن ۱۷ کارآزمایی تصادفی شاهددار دارای کیفیت بالا، اندازه اثر درمان روان پویشی کوتاه مدّت (میانگین ۲۱ جلسه) را در مقایسه با گروه شاهد، ۱/۱۷ تعیین کردند. مقایسه قبل و بعد از درمان، اندازه اثر ۱/۳۹ را نشان داد که در پیگیری طولانی مدّت به ۱/۵۷ رسید. به زبان درصدی، مشکلات هدف بیماران درمان شده با روان‌درمانی پویشی کوتاه مدّت، نسبت به مشکلات هدف ۹۲٪ بیماران قبل از درمان، بهبودی نشان می‌داد.

Higgitt و Roth, Fonagy (۲۰۰۵) در مروری نظام‌مند در زمینه پیامد روان‌درمانی‌های روان پویشی شامل کوتاه مدّت و بلند مدّت - دریافتند که براساس شواهد موجود، تأثیرگذاری روان‌درمانی روان پویشی مختصر در اختلالات خلقی (به خصوص افسردگی)، بی‌اشتهایی عصبی، و برخی اختلالات شخصیتی، قابل مقایسه با درمان‌های دارای تأیید تجربی است، اما هیچ یک از کارآزمایی‌ها، برتری آن را نسبت به درمان‌های جایگزین نشان نداده است. آنها تأکید کردند که نیاز به مداخلات درمانی نوآورانه مبتنی بر مدل‌های روان تحلیلی عملکرد ذهن، و مختص مشکلات بالینی خاص، به شدّت و هر چه سریع‌تر احساس می‌شود.

Abbass و همکاران (۲۰۰۶) با متاآنالیز ۲۳ کارآزمایی تصادفی شاهددار (شامل ۱۴۳۱ بیمار) نشان دادند که اندازه اثر کلی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدّت (کمتر از ۴۰ جلسه) در مقایسه با فهرست انتظار،

درمان کمینه، یا «درمان معمول»، در زمینه بهبود کلی نشانه‌ها، ۰/۹۷ بود. این میزان پس از گذشت حداقل ۹ ماه از پایان درمان، به ۱/۵۱ ارتقا یافت. اندازه اثر تغییر در نشانه‌های جسمانی، ۰/۸۱ بود که در پیگیری طولانی مدّت به ۲/۲۱ افزایش یافت. اندازه اثر برای اضطراب ۱/۰۸ بود که در پیگیری به ۱/۳۵ رسید. این میزان برای نشانه‌های افسردگی ۰/۵۹ بود که در پیگیری به ۰/۹۸ رسید [همان‌طور که دیده می‌شود، همه اندازه اثرها - به جز نشانه‌های افسردگی - در محدوده اندازه بزرگ قرار داشت و با گذشت زمان به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافت. اندازه اثر بهبود نشانه‌های افسردگی نیز در پیگیری به محدوده بزرگ رسید.]

Bond (۲۰۰۶) در یک مقاله مروری، پژوهش‌های اخیر روان‌درمانی پویشی در زمینه اختلالات خلقی را جمع‌بندی کرد. شواهد مآخوذ از پژوهش‌های طبیعت‌گرا^{(۱)۵} و اثربخشی بر این دلالت داشت که روان‌درمانی پویشی - با یا بدون دارودرمانی - با بهبود نشانه‌ها و برخی خصایص مینشی همراه است. داده‌ای مبنی بر اینکه درمان روان‌پویشی نسبت به سایر اشکال [دارای تأیید تجربی] روان‌درمانی، اثربخشی کمتر یا بیشتری داشته باشد، وجود نداشت.

Abbass و همکارانش (۲۰۰۹) در یک متاآنالیز، اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه مدّت را در اختلالات جسمانی مورد بررسی قرار دادند. این پژوهش، ۲۳ مطالعه، شامل ۱۸۷۰ بیمار مبتلا به طیف وسیعی از بیماری‌های جسمی (پوستی، عصب شناختی، قلبی - عروقی، تنفسی، معدی - روده‌ای، عضلانی - اسکلتی، ادراری - تناسلی، ایمنی شناختی) را به کار گرفت. اندازه اثر برای بهبود نشانه‌های کلی روان‌پزشکی، ۰/۶۹، و برای بهبود نشانه‌های جسمی، ۰/۵۹ بود.

Driessen و همکارانش (۲۰۱۰) در یک متاآنالیز بر روی ۲۳ پژوهش (شامل ۱۳۶۵ آزمودنی) در زمینه درمان افسردگی با STPP، اندازه‌های اثر ۰/۶۹ و ۱/۳۴ را به ترتیب در مقایسه پس از درمان گروه‌های آزمودنی و شاهد، و مقایسه پیش از درمان و پس از درمان افراد درمان شده با روان‌درمانی پویشی کوتاه مدّت معلوم کردند. این تغییرات تا یک سال از زمان پیگیری همچنان باقی ماند. اندازه اثر مقایسه پیش و پس از درمان STPP در گروه (d = ۰/۸۳)، نسبت به شکل فردی آن (d = ۱/۴۸) به‌طور قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر بود [البته هر دو شکل درمان، مؤثر، و دارای اندازه اثر بزرگ هستند]. انواع حمایتی و بیانی STPP به یک میزان مؤثر بود (اندازه اثر به ترتیب ۱/۳۶ و ۱/۳۰). در کل، STPP در درمان افسردگی در بزرگسالان مؤثر دانسته شد.

متاآنالیز اخیر Messer و Abbass (هنوز به طور رسمی چاپ نشده است) اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدّت را در ۷ کارآزمایی تصادفی شاهددار انجام شده در مبتلایان به اختلالات شخصیتی بررسی کرد. این پژوهش پیامدها را در طولانی‌ترین دوره پیگیری موجود (به طور متوسط ۱۸/۹ ماه پس از درمان) مورد سنجش قرار داد و اندازه اثر ۰/۹۱ را برای بهبود نشانه‌های عمومی، و ۰/۹۷ را برای بهبود عملکرد بین فردی گزارش کرد.

توجه داشته باشید که پژوهش‌های متعدّد تأیید کرده‌اند که فواید درمان روان‌پویشی، نه تنها باقی

می‌مانند، بلکه با گذشت زمان افزایش پیدا می‌کند. این یافته تاکنون حداقل در ۵ متاآنالیز، به‌طور جداگانه معلوم شده است (Abbass و همکاران، ۲۰۰۶؛ Anderson و Lambert، ۱۹۹۵؛ de Maat و همکاران، ۲۰۰۹؛ Leichsenring و Rabung، ۲۰۰۸؛ Leichsenring و همکاران، ۲۰۰۴). در عوض، فواید سایر درمان‌های (غیر روان‌پویشی) دارای تأیید تجربی، در اکثر اختلالات شایع (نظیر افسردگی و اضطراب فراگیر) تمایل به تحلیل رفتن در طی زمان دارد (de Maat، Schoevers، Dekker، Jonghe، de، ۲۰۰۶؛ Gloaguen، Cottraux، Cucharet، Blackburn، Hollon، ۱۹۹۸؛ و همکاران، ۲۰۰۵؛ Novotny، Westen و Thompson-Brenner، ۲۰۰۴).

در کل باید گفت این فرض که درمان‌های روان‌پویشی فاقد تأیید تجربی هستند، با شواهد علمی موجود همخوانی ندارد. البته، نیاز به کارآزمایی‌های تصادفی شاهددار بیشتری احساس می‌شود؛ پژوهش‌هایی که در تعریف و گزینش نمونه، تعیین و پایش شیوه و فن، و بهینه‌سازی شرایط کنترل دقت زیادی به خرج دهند. اهالی روان‌کاوی نیز باید آماده و مشتاق پاسخ‌گویی به چالش‌های همکاران شواهد - محور، دانشجویان، و سیاست‌گذاران باشند و بیش از پیش با جریان‌های روش‌شناختی علمی رایج همگام شوند، تا زمینه تبادل نظر و اطلاع‌رسانی بیشتر فراهم آید. در عین حال تلاش شود مقالات به گونه‌ای عملیاتی‌تر و آسان‌فهم‌تر عرضه گردد تا درمانگران بالینی نیز بتوانند همانند پژوهش‌گران روان‌درمانی بهره‌کافی را ببرند.

از جمله مسایل دیگری که در زمینه روان‌درمانی و بالاختصاص درمان‌های روان‌پویشی مطرح است، مسئله هزینه درمان و مقرون به صرفه بودن آن است - (سؤال دوم) - مسئله‌ای که در پی‌ریزی سیاست‌های بهداشتی درمانی و پوشش اقتصادی شرکت‌های بیمه بسیار تأثیرگذار است. حتی باید گفت یکی از محرک‌های محوری پدید آمدن روش‌های کوتاه‌مدت درمان پویشی، کاهش قابل ملاحظه هزینه‌های درمانی بوده است. در این راستا، پژوهش‌هایی انجام شده است که در زیر به بعضی از آنها اشاره می‌شود:

Guthrie و همکارانش (۱۹۹۹) ۱۱۰ آزمودنی دچار اختلالات غیرروان‌پویشی - ۷۵/۵٪ آنها دچار افسردگی بودند - را که پس از ۶ ماه درمان معمول متخصصان بهداشت روانی بهبود نیافته بودند، وارد یک کارآزمایی تصادفی شاهددار کردند. گروه مداخله، ۸ جلسه هفتگی روان‌درمانی روان‌پویشی - بین فردی دریافت کردند، و گروه شاهد درمان معمول روان‌پزشکی را تحت نظارت روان‌پزشکان خودشان گذاردند. مقیاس‌های پیامد شامل رتبه‌بندی ملال^(۱) روان‌شناختی، وضعیت سلامتی، و یک ارزیابی دقیق اقتصادی بود. ۶ ماه پس از کارآزمایی، نتایج نشان داد که آزمودنی‌های گروه مداخله نسبت به گروه شاهد، هم از نظر دیسترس روان‌شناختی و هم از نظر عملکرد اجتماعی، بهبودی قابل توجهی یافتند. در عین حال کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی در مقایسه با گروه شاهد قابل توجه بود. هزینه خود روان‌درمانی هم با کاهش هزینه‌های مراقبت بهداشتی جبران شد.

Abbass (۲۰۰۲) در یک کارآزمایی بالینی غیر شاهددار، ۸۹ بیمار متوالی ارجاع شده به مطب به

منظور روان‌درمانی پویشی کوتاه مدّت فشرده^(۱) را مورد بررسی قرار داد. شایع‌ترین اختلالات محور یک، اختلال افسردگی عمده (۴۲/۷٪)، اختلال جسمی شکل (۳۷/۱٪)، اختلال وحشتزدگی (۲۹/۲٪)، و اختلال افسرده‌خویی (۲۳/۵٪) بود. میانگین امتیازات خود - گزارشی بیماران پس از متوسط ۱۴/۹ ساعت درمان، از محدوده ناهنجار به محدوده هنجار رسید. بازگشت به کار، کاهش استفاده از مراقبت‌های بهداشتی، و قطع دارو (۷۱٪) باعث کاهش هزینه‌ها به مقدار بیش از ۴۰۰۰۰۰ دلار کانادا در مقطع زمانی یک سال پس از درمان شد. بنابراین به نظر می‌رسد ISTDP - اگر توسط روان‌پزشک متبحر در مطب انجام شود [شرایط مطالعه] - مداخله‌ای مقرون به صرفه و مؤثر باشد.

بار دیگر Abbass (۲۰۰۳) در یک مقاله مروری به بررسی مقرون به صرفه بودن روان‌درمانی پویشی کوتاه مدّت پرداخت. معلوم شد که هزینه اختلالات مبتنی بر هیجان برای سیستم‌های بهداشتی و اجتماعی بسیار زیاد است. عمده برآوردها نشان می‌داد که روان‌درمانی پویشی کوتاه مدّت با صرفه‌جویی مالی قابل ملاحظه‌ای همراه بود و هیچ داده‌ای مبنی بر افزایش هزینه‌های بهداشتی - درمانی در این گروه مشاهده نشد. به عبارتی فواید مالی طویل المدّت STDP در مقایسه با هزینه‌های روان‌درمانی، در حد قابل ملاحظه‌ای بیشتر است.

در متاآنالیزی که توسط Abbass و همکارانش (۲۰۰۹) جهت بررسی اثربخشی روان‌درمانی روان پویشی کوتاه مدّت انجام گرفت، برآوردهای مالی پژوهش‌هایی که داده‌های مربوط به استفاده از خدمات مراقبت‌های بهداشتی را گزارش کرده بودند، بررسی شد. معلوم شد که درمان روان پویشی در ۷۷/۸٪ موارد با کاهش چشمگیر هزینه‌های بهداشتی همراه بوده است.

با وجودی که هنوز نیاز به تحقیقات بیشتری در این زمینه احساس می‌شود، براساس داده‌های موجود می‌توان ادعا نمود که روان‌درمانی پویشی کوتاه مدّت در قیاس با وضعیت پیش از درمان، سایر درمان‌ها، و درمان معمول (Treatment As Usual [TAU]) مقرون به صرفه‌تر است. به عبارتی، این برداشت حاصل می‌شود که اگر مدیران بهداشت و درمان، و پرداخت‌کنندگان هزینه‌های درمانی، امکانات درمان پویشی کوتاه مدّت گروه‌های هدف (عمدتاً افراد دچار اختلالات اضطرابی، افسردگی، جسمانی‌سازی، و برخی اختلالات شخصیتی) را فراهم کنند، هم به نفع سلامت بیماران و هم به نفع کاهش هزینه‌های مالی بهداشتی درمانی گام برداشته‌اند.

روان‌درمانی پویشی کوتاه مدّت (Short-Term Dynamic Psychotherapy [STDTP])

روان‌درمانی پویشی کوتاه مدّت عمدتاً به درمان‌هایی اطلاق می‌شود که ضمن پایبندی به اصول روان‌تحلیلی - عمدتاً آمیزه‌ای از انواع رویکردهای تحلیلی نظیر ساختاری، من^(۲)، خود^(۳)، روابط شیئی، بین فردی، دلبستگی، ... - کمتر از یک سال یا کمتر از ۴۰ جلسه طول می‌کشند. اگرچه خود فروید نیز نمونه‌هایی از درمان کوتاه مدّت را در اوایل تجربه کاری خویش داشت، اما اولین روان‌کاوانی که خواسته

1- ISTDP
3- Self

2- ego

و دانسته فنون فعال تر و کوتاه مدت تر را آزمودند، Ferenczi و Rank بودند. در آن زمان - دهه ۱۹۲۰ - روان‌کاوی هنوز دوران تکوین خود را می‌پیمود و نظرات آنان با مخالفت شدید جامعه روان‌کاوی و در رأس آنها فروید مواجه شد. در کتاب آنان تحت عنوان «پیدایش روان‌کاوی»^(۱)، موقعیت درمانی به گونه‌ای تصویر شد که در آن نقش فعال تر درمانگر، تعیین کانون درمانی، و تعیین محدوده زمانی ترویج می‌شد - سه گانه‌ای که بعدها محور پیشنهادات تکنیکی نوآرانی چون David Peter Sifneos و Habib Davanloo را تشکیل داد. آنها همچنین به این باور رسیدند که دانش عقلایی بدون عواطف تلفیق شده با آن، می‌تواند در جهت مقاومت باشد؛ پس تمرکز فعال بر عواطف حین جلسه درمان را توصیه کردند.

پس از آن، در دهه ۱۹۴۰، French و Alexander سمپوزیوم‌ها و کارگاه‌هایی را در زمینه روان‌درمانی مختصر ترتیب دادند. حاصل کارگاه شیکاگو، کتاب روان‌درمانی تحلیلی^(۲) بود که آن هم با خصوصیت جامعه روان‌کاوی کلاسیک مواجه شد. این کتاب برای اولین بار چارچوبی مبتنی بر رویکرد روان‌تحلیلی ارائه کرد که براساس آن، جایگزین کردن روان‌کاوی کلاسیک با روش‌های منعطف و کوتاه مدت میسر می‌شد. بر این اساس درمانگر پویشی از یک گوش دهنده منفعل به یک مشاهده‌گر مشارکت جوی فعال^(۳) بدل می‌شد و امکان کنترل و اداره انتقال^(۴) - بسته به نیازهای روان‌پویشی هر بیمار - را می‌یافت. از همین اثربنیادین، مبانی درمان‌های مداخله در بحران و سایر روان‌درمانی‌های پویشی کوتاه مدت استخراج شد. این اثر ادعا می‌کرد که با فنون کم عمق تر و کوتاه مدت تر - حداقل در بیماران معین - نه تنها می‌توان به تغییرات نشانه‌ای رسید، بلکه می‌توان تغییرات منشی^(۵) هم ایجاد کرد. تأکید آنان بر «تجربه هیجانی اصلاحی»^(۶) به عنوان جزء ضروری هر درمان موفق، همسو با نظرات Ferenczi و Rank بود.

از دهه ۱۹۷۰ به تدریج شیوه‌های مختلفی از درمان پویشی کوتاه مدت شکل گرفت. این شیوه‌ها برای اثبات تأثیرگذاری، و تعیین پیامد و اجزای مؤثر درمان، به تدریج به روش‌های مبتنی بر شواهد روی آوردند. به این ترتیب زمینه برای پذیرش همگانی تر درمان‌های تحلیلی فراهم شد. از جمله مهم‌ترین این شیوه‌ها می‌توان به روان‌درمانی اضطراب‌انگیز کوتاه مدت^(۷)، روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت^(۸)، روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده^(۹)، روان‌درمانی پویشی تجربی پرشتاب^(۱۰)، روان‌درمانی تحلیلی برای اختلالات وحشتزدگی^(۱۱) و گروه دانشگاه (Cornell)، STDP برای اختلالات خودشیفتگی و سایر اختلالات خود^(۱۲) اشاره نمود.

1- The Development of Psychoanalysis

2- Psychoanalytic Therapy

3- Active Participant Observer

4- Transference

5- characterological

6- Corrective Emotional Experience

7- Short - Term Anxiety - Provoking Psychotherapy (Sifneos Peter)

8- Short - Term Dynamic Psychotherapy (David Malan)

9- Intensive Short - Term Dynamic Psychotherapy (Habib Davanloo)

10- Psychotherapy Accelerated Experiential Dynamic (Diana Fosha)

11- Psychotherapy for Panic Disorders Psychoanalytic (Barbara Milrod)

12- Manuel Trujillo

الگوهای مشترک به کار گرفته شده در این درمان‌های روان‌پویشی را می‌توان در موارد زیر خلاصه نمود:

تأکید و توجه به عواطف و تجربه هیجان - به ویژه هیجاناتی که به نظر بیمار ناپذیرفتنی هستند (مثل خشم، حسادت، هیجان‌زدگی، صمیمیت هیجانی،...)، اشاره به مانورها و ترفندهای دفاعی، شناسایی تم‌ها و الگوهای تکرار شونده در زندگی و تجارب بیمار، تفسیر امیال، احساسات، و عقاید واپس‌زده شده یا ناخودآگاه، تمرکز بر روابط بین فردی، تمرکز بر رابطه درمانی، ارتباط دادن احساسات و ادراکات انتقالی و جاری با تجارب گذشته (کانون رشدی)، کنکاش در خیالات و رؤیاهای، تأکید بر کوتاه مدت بودن با ذکر تعداد جلسات درمان، و تعیین کانون (یا کانون‌های) مشخص درمان در مصاحبه‌های اولیه. روش‌های فوق از نظر موضوعات نظری، تکنیک‌ها، اهداف درمان و پیامدها، جمعیت هدف، موارد منع کاربرد، محدودیت‌ها و عوارض با هم تفاوت‌هایی دارند که بحث پیرامون آنها از حوصله این گفتار خارج است، اما به طور مختصر در مورد روش دوانلو^(۱) - که کتاب حاضر بر آن مبتنی است - توضیحاتی ارائه می‌شود.

روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP)



حبیب دوانلو، بنیان‌گذار ISTDP، روان‌پزشکی زاده ایران است. او ابتدا در رشته جراحی آموزش دید و سپس در دانشگاه هاروارد، و در مکتب روان‌کاوی کلاسیک، به تحصیل در رشته روان‌پزشکی پرداخت. کار آموزشی و تحقیقاتی وی در سال‌های ۱۹۶۰ آغاز شد. این دانشمند نوآور و استاد تحقیقات بالینی دانشگاه McGill در مونترال کانادا، یکی از پیشگامان به حق، و دهه‌ها جلوتر از زمان خود بود. نوآوری‌ها و کشفیات دوانلو را می‌توان به صورت زیر خلاصه کرد:

- او اولین کسی بود که به ثبت شنیداری - دیداری و تحلیل نظام‌مند فرآیند درمان پرداخت.
 - او از اولین کسانی بود که نقش آسیب وارد شده به پیوندهای دلبستگی اولیه را در پیدایش الگوهای مادام‌العمر عذاب‌آور و تشکیل نشانه‌ها شناسایی کرد.
 - او مجموعه‌ای نظام‌مند از فنون درمانی انقلابی را برای دستیابی سریع به لایه‌های عمیق ذهن ناخودآگاه، و رسیدن به تغییرات سریع و ماندگار ابداع نمود و بسط داد.
 - وی فراروانشناسی^(۲) جدیدی از ذهن ناخودآگاه را کشف کرد، و دانش عمیقی از ساختارهای زیر بنایی و عملکردهای ذهن ناخودآگاه پویشی ارائه نمود.
- برآیند یافته‌ها و تحقیقات وی در ISTDP نمود می‌یابد. ISTDP مجموعه‌ای از دانش نظری، فراروانشناختی و فنی است که در جهت غلبه سریع بر مقاومت - خودآگاه، ناخودآگاه، و من برتر - و

1- ISTDP

2- Metapsychology

آشکار کردن لایه‌های عمیق ناخودآگاه مسئول روان‌نژندی محوری به کار گرفته می‌شود. در این روش با استفاده از «فشار» و «چالش»، مقاومت بیمار در برابر تجربه هیجان در انتقال شکسته می‌شود، هیجان‌ات زیرین و عمقی ناخودآگاه، ظاهر و تجربه می‌گردد و از ساختار روان‌نژندی محوری چندگانه پرده برداشته می‌شود. بینش و تفسیر حاصل، تجربه انتقال را با تجارب فعلی^(۱) و گذشته بیمار پیوند می‌دهد و به این ترتیب الگوهای را مشخص می‌کند که در طول زندگی بیمار منشأ رنج و پیدایش نشانه‌ها بوده‌اند. به طور خلاصه هدف ISTDP حل نشانه‌ها و دفاع‌های مشکل‌ساز است. چنین‌ساز و کارهایی برای اجتناب از تجربه احساسات نسبت به سایر افراد مهم زندگی فعلی و گذشته بیمار ایجاد می‌شوند. تجربه این احساسات، نیاز به اجتناب - از طریق انفصال، حالت تدافعی، و تشکیل نشانه - را برطرف می‌کند. جالب است بدانید که در اغلب اوقات این کار تنها در یک جلسه حدوداً سه ساعته درمان امکان‌پذیر است. تأثیر ISTDP در پاره‌ای موارد بسیار شگرف است، به طوری که David Malan می‌گوید: «فروید ناخودآگاه را کشف کرد، و دوانلو چگونگی بهره‌گرفتن از آن برای درمان را».

دوانلو از اوایل دهه ۱۹۶۰ تا اواخر دهه ۱۹۸۰ به تدریج گستره بیماران منتخب ISTDP را گسترش داد، به صورتی که این روش نسبت به سایر روش‌های کوتاه‌مدت، توانایی پوشش طیف بسیار وسیع‌تری از بیماران را پیدا کرد - به خصوص بیماران به شدت مقاومی که سایر درمان‌ها قادر به سامان‌دهی آنها نبودند. این روند از بیماران پذیرا^(۲) با یک کانون روان‌درمانی منفرد آغاز شد و به ترتیب به سمت اختلالات شدید هراس و وسواسی و بیماران به شدت مقاوم دچار روان‌نژندی منشی طولانی‌مدت، و سپس اختلالات افسردگی، عملکردی، جسمانی‌سازی و وحشتزدگی^(۳)، و در نهایت بیماران دچار ساختار شکننده من^(۴) پیش رفت.

راهبرد نهایی ISTDP را می‌توان به چهار دسته تقسیم کرد: (۱) قفل‌گشایی نسبی^(۵) ناخودآگاه که غلبه نسبی ائت‌حاد درمانی ناخودآگاه بر نیروهای مقاومت را شامل می‌شود؛ (۲) قفل‌گشایی عمده^(۶) ناخودآگاه که شامل غلبه عمده ائت‌حاد درمانی ناخودآگاه است. (۳) قفل‌گشایی عمده وسیع^(۷) ناخودآگاه که در آن به جنبش درآمدن عمده ائت‌حاد درمانی ناخودآگاه، و تضعیف شدید نیروهای مقاومت وجود دارد؛ و (۴) قفل‌گشایی عمده متعدد وسیع^(۸) ناخودآگاه، که در آن حداکثر تحرک ائت‌حاد درمانی ناخودآگاه دیده می‌شود. از این میان، موارد (۱) و (۲) به تفصیل در این کتاب مورد بحث قرار می‌گیرد و برای آشنایی با موارد (۳) و (۴) لازم است به سایر مقالات دوانلو مراجعه شود.

قف‌گشایی ناخودآگاه

«قف‌گشایی ناخودآگاه» مجموعه‌ای منتخب از مقالات دوانلو است که در ۱۲ فصل سازمان‌دهی شده است و برخی از عمده‌ترین مباحث ISTDP را پوشش می‌دهد.

1- current
3- Panic
5- partial
7- extended major

2- responsive
4- fragile ego
6- major
8- extended multiple major

فصل اول به تشریح چگونگی مهار مقاومت در بیماران به شدت مقاوم می‌پردازد - ظرفیتی که اصلی‌ترین وجه تمایز ISTDP دوانلو از سایر روش‌های کوتاه مدت است. در این فصل فنون چالش با دفاع‌ها، آزاد کردن احساسات شدید انتقالی و قادر ساختن بیمار به تجربه آنها، نشان دادن شباهت آن با الگوهای مشابه در سایر روابط - هم‌فعالی و هم‌گذشته-، دستیابی مستقیم به ناخودآگاه و رونمایی روان‌نژندی محوری، در قالب نقل قول کلمه به کلمه مراحل آغازین یک مصاحبه ارزیابی اولیه توضیح داده می‌شود.

در فصل دوم، کار آغاز شده در فصل اول پی‌گرفته می‌شود و در حوزه‌های مختلف روابط بین فردی بسط و گسترش داده می‌شود. پس از قفل‌گشایی اولیه، امکان تجربه و روایت صادقانه احساسات مختلط - اعم از مثبت و منفی - به گونه‌ای کارآمد و تأثیرگذار فراهم می‌شود و جنبه‌های مهمی از سیر تکوینی نشانه‌ها و رنج بیمار افشا می‌گردد. فرمول‌بندی پویای آسیب‌شناسی روانی بیمار و تأکید بر نکات مهم و معنی‌دار مصاحبه، در انتهای فصل، از نقطه نظر آموزشی بسیار ارزشمند است.

فصول سوم و چهارم، کاربرد روان‌درمانی پویای کوتاه مدت فشرده در بیماران افسرده به شدت مقاوم را تشریح می‌کند. همان‌طور که خواهیم دید این بیماران یکی از اندیکاسیون‌های فن تعدیل شده هستند. سایر موارد شامل مبتلایان به اختلالات عملکردی، اختلالات روان‌تنی، و اختلال وحشتزدگی است. این بیماران از ناتوانی عمیق در تجربه جزء تکانه / احساس مثلث تعارض⁶ رنج می‌برند و تظاهرات دفاعی مختلف را با تکانه اشتباه می‌گیرند. اگر با آنها خیلی شدید چالش شود، اضطرابشان افزایش می‌یابد و بدتر می‌شوند. در فصل سوم نشان داده شده است که چگونه می‌توان با فشار و چالش به دقت درجه‌بندی شده و در یک مسیر ماریچی، ساز و کار دفاعی آنها را بازسازی نمود و آنگاه - همان‌طور که در فصل چهارم نشان داده شده - با چالش بی‌وقفه به ناخودآگاه نفوذ کرد. فصل پنجم، مراحل قفل‌گشایی ناخودآگاه یا همان ترتیب پویای محوری⁽¹⁾ را تشریح می‌کند. در عین حال اندیکاسیون‌ها و موارد منع ISTDP را معرفی می‌نماید. سپس، در فصل ششم، قفل‌گشایی نسبی ناخودآگاه با نقل قول کلمه به کلمه یک مصاحبه کامل توصیف می‌شود. به علاوه، در این فصل با تفاوت‌های فنون قفل‌گشایی نسبی و عمده، و ضرورت‌های کاربرد هر یک آشنا خواهید شد. در عین حال در این مصاحبه، نحوه سامان‌دهی سوگ عارضه‌دار - به عنوان بخشی از آسیب‌شناسی روان‌نژندی بیمار - به گونه‌ای عملی تشریح می‌شود.

در فصل هفتم، مؤلف همراه با بازنگری مفاهیم رویکرد ساختاری - نهاد، من، من برتر - تظاهرات بالینی آسیب‌شناسی من برتر را با مقایسه پنج بیمار قبلاً تحلیل شده، از نظر رفتار خود - تخریب‌گر، تکانه‌های زیربنایی خشونت‌آمیز و قتل خواهانه، احساسات گناه و سوگ عمیق، و ضعف شخصیت نشان می‌دهد. در این مقاله ناتوانی روان‌کاوی کلاسیک در فایق آمدن بر نیروهای مقاومت من برتر و توانمندی فنون ISTDP در انجام این مهم تشریح می‌شود و در عین حال، بخشی از فراروان‌شناسی دوانلو، یعنی احساس نیاز به تنبیه شدن به علت تکانه‌های واپس‌رانده شده خشونت‌آمیز و قتل خواهانه تشریح

می‌گردد. این نیاز به طُرُقی نظیر امیال، احساسات، و رفتارهای خود - تخریب‌گر، خود - کارشکنانه، و خود - مغلوب‌کننده (آزارطلبی) تظاهر پیدا می‌کند و خواسته و/یا ناخواسته تکرار می‌شود.

در فصل هشتم نحوهٔ ادارهٔ مقاومت در بیماران دچار آسیب شدید مَنش و مَن برتر، و آزاد کردن مَن بیمار، با مثال‌هایی بالینی تشریح شده است. مؤلف بر تأثیر مستقیم‌تر درمانگر بر تعادل بین اتحاد درمانی و مقاومت - در جهت تقویت اتحاد درمانی و تضعیف مقاومت - تأکید می‌نماید، و بر کارایی فن فشار و چالش در مغلوب کردن مقاومت مَن برتر صحنه می‌گذارد.

فصول نهم و دهم، ترتیب‌پویشی محوری، قفل‌گشایی عمدهٔ ناخودآگاه، و سیر درمان آزمایشی یک بیمار دچار آسیب‌شناسی مَنشی آزارطلبانه را توصیف و تشریح می‌نماید. این مصاحبهٔ اولیّه، مثال کاملی از این نوع درمان ارایه می‌کند و به کارگیری مفاهیم و فنون ISTDP را به صورت عملی نمایش می‌دهد.

فصول یازدهم و دوازدهم، فن قفل‌گشایی ناخودآگاه در بیماران دچار اختلالات عملکردی را در دو بخش بازسازی دفاع‌های مَن و مشاهدهٔ مستقیم ناخودآگاه پویشی تشریح می‌کند. همان‌گونه که قبلاً ذکر شد این بیماران هم نیاز دارند تا قبل از اِعمال فنون چالشی بی‌آمان، توانایی تجربه احساس / تکانه، و افتراق رئوس مثلث تعارض را پیدا کنند. این امر با استفاده از فن مدرّج و آموزش شناختی میسر می‌گردد. در این راستا، بخش اول درمان آزمایشی یک بیمار دچار میگردن و افسردگی مزمن، با دوره‌های افسردگی بالینی عمده و آسیب‌شناسی مَنشی آزارطلبانهٔ شدید نشان داده می‌شود.

دو کتاب «روان‌درمانی پویشی کوتاه مدّت» و «قفل‌گشایی ناخودآگاه» روی هم رفته دانش مناسبی در مورد فن قدرتمند ISTDP فراهم می‌کنند که می‌تواند در سطح عملیاتی نیز کارساز و راهگشا باشد. البته شایان ذکر است که تعالیم و کشفیات دوانلو به آموزه‌های این دو کتاب محدود نیست. علاوه بر این، ISTDP با راه‌اندازی تشکیلات و دوره‌های آموزشی در آمریکا و اروپا، گسترش زیادی پیدا کرده است. و محققان و مؤلفان زیادی در این خصوص مقالات و کتب ارزشمندی به رشته تحریر درآورده‌اند که مطالعهٔ آنها نیز به علاقمندان توصیه می‌شود. در عین حال، همان‌طور که پیش‌تر ذکر شد ISTDP هم نظیر سایر درمان‌های پویشی کوتاه مدّت، بر بنیان‌های روان تحلیل‌تکیه زده است. لذا اطلاع صرف و حتّی مکفی از فن، بدون آگاهی از مبانی و مفاهیم بنیادین روان تحلیل، کوشش درمانی را حدّ اقل در مرحلهٔ تفسیری با مشکلات جدّی مواجه خواهد کرد. به عبارتی - گرچه دوانلو فراروان‌شناسی خاص خود را ارایه می‌کند - لازم است که هر درمانگر ISTDP اطلاعات و درک کافی از مکاتب روان تحلیل پایه - شامل مکاتب فرویدی، روان‌شناسی مَن، روان‌شناسی روابط شیئی، روان‌شناسی خود، روان‌شناسی بین فردی، و نظریهٔ دلبستگی - داشته باشد تا بتواند به گونه‌ای کارآمد و بی‌خطر عمل کند.

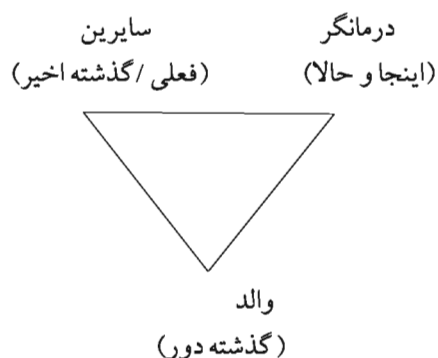
در پایان، امیدوارم ترجمهٔ این کتاب و کتب مشابه بتواند اهالی سلامت روان را بیش از پیش با درمان‌های پویشی آشتی دهد و زمینه‌ی مشارکت فعال‌تر آنان را در این حوزه فراهم آورد.

ع.خ.س
پاییز ۱۳۸۹

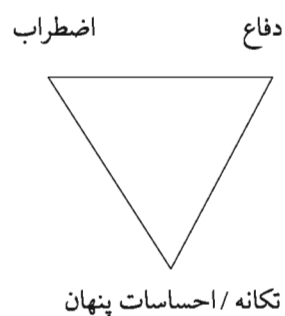
پی‌نوشت

- ۱- براساس معیارهای کارگروه ارتقاء و گسترش رویه‌های روان‌شناختی، شاخه ۱۲ (روان‌شناسی بالینی) انجمن روان‌شناسی آمریکا، تأیید تجربی روش‌های روان‌شناختی تنها زمانی امکان‌پذیر است که از کارآزمایی‌های تصادفی شاهددار (RCT) - که در آنها از گروه درمان که با یک گروه شاهد (فهرست انتظار یا گروه دارونما) یا با یک درمان قبلاً اثبات شده مقایسه شده باشد - استفاده شود. به علاوه، کاربرد کتابچه راهنمای درمان و در نظر داشتن یک اختلال خاص ضرورت دارد.
- ۲- رایج‌ترین تعریف طبابت مبتنی بر شواهد (EBP) از دکتر David Sackett - پیشگام EBP - اخذ شده است. EBP کاربرد وظیفه‌شناسانه، صریح و معقول بهترین شواهد موجود، در تصمیم‌گیری برای مراقبت از هر بیمار است. این به معنای تلفیق تجربه بالینی فردی، با بهترین شواهد بالینی بیرونی موجود برگرفته از تحقیقات سیستماتیک است.
- ۳- Efficacy ظرفیت یک عامل خاص در ایجاد یک اثر است، اما Effectiveness به تغییرات ایجاد شده تحت شرایط زندگی واقعی - با وجود متغیرهای مستقل متعدد - مربوط می‌شود. Efficacy نشانه اعتبار درونی (internal validity)، و Effectiveness نشانه اعتبار بیرونی (external validity) است. مطالعه Effectiveness پابندی مطالعات Efficacy به معیارهای خروج از مطالعه (exclusion criteria) را ندارند، اما قابلیت تعمیم Effectiveness در مقیاسی وسیع و در سطحی عملی و واقعی بیشتر است.
- ۴- مفهوم کلی اندازه اثر به هر مقیاسی که میزان بزرگی (Magnitude) یک یافته تحقیقاتی را نشان می‌دهد، اطلاق می‌گردد. در کارآزمایی‌های تصادفی شاهددار معمولاً از تفاوت استاندارد شده میانگین (تفاوت بین گروه‌های درمان و شاهد براساس واحدهای انحراف معیار) برای نشان دادن میزان تفاوت بهره گرفته می‌شود. اندازه اثر ۱/۰ به این معنی است که میانگین بیمار درمان شده، روی منحنی توزیع هنجار (Normal Distribution Curve)، یک انحراف معیار از میانگین بیمار درمان نشده سالم‌تر است. اندازه اثر ۰/۸ در تحقیقات روان‌شناختی و پزشکی، بزرگ (large) محسوب می‌شود و مقادیر ۰/۵ و ۰/۲، به ترتیب، متوسط (moderate) و کوچک (small) در نظر گرفته می‌شوند.
- ۵- پژوهش طبیعت‌گرا به پژوهشی گفته می‌شود که در آن محقق با دقت زیاد - و گاهی به مدت طولانی - به مشاهده و ثبت برخی رفتارها یا پدیده‌ها در شرایط طبیعی خودشان می‌پردازد، در حالی که سعی می‌کند حداقل مداخله ممکن را در آزمودنی‌ها یا پدیده‌ها داشته باشد. از مثال‌های شاخص این نوع پژوهش می‌توان به کار پیازه برای تعیین مراحل رشد تفکر در کودکان اشاره نمود. RCTها و پژوهش‌های طبیعت‌گرا از نظر اعتبار درونی و بیرونی متفاوت نیستند؛ پژوهش‌های طبیعت‌گرا الزاماً شواهدی نازل‌تر از RCTها ارائه نمی‌دهند؛ شواهد مأخوذ از RCTها را نمی‌توان به اجرای روان‌درمانی در شرایط بالینی انتقال داد؛ برای تعیین کارآیی یک درمان در شرایط بالینی، به پژوهش‌های طبیعت‌گرا نیاز هست.
- ۶- اصطلاحات مثلث تعارض و مثلث شخص، اولین بار توسط David Malan ابداع شد و سپس در سایر شاخه‌های درمان پویایی - از جمله ISTDP - به کار گرفته شد.

مثلث شخص



مثلث تعارض



همان‌طور که در شکل بالا دیده می‌شود سه رأس مثلث تعارض را تکانه / احساسات پنهان (I/F)، اضطراب (A)، و دفاع (D) تشکیل می‌دهد. فرض بر این است که حضور هر تکانه / احساس باعث تهدید و در نتیجه اضطراب می‌شود؛ شخص دفاع‌هایی را برای اجتناب از اضطراب (درد روانی) و در نتیجه تکانه / احساس به کار می‌گیرد. این رویه از نظر زمانی در سه حوزه انتقال (حالا و اینجا) (T)، ارتباط با سایرین در گذشته نزدیک (C)، و ارتباطات گذشته دور بیمار (P) - که سه رأس مثلث شخص را تشکیل می‌دهند - اتفاق می‌افتد. روان‌درمانگر باید به بیمار کمک کند تا با کنار زدن دفاع‌ها، احساسات یا تکانه‌های واپس‌رانده شده در این سه حوزه را تجربه کند و آنها را از اضطراب افتراق دهد. آنگاه تشابه این احساسات / تکانه‌ها در دو یا سه رأس مثلث شخص خاطر نشان می‌شود، که بسته به مورد، به آن تفسیر T-C، T-P، C-P، یا T-C-P اطلاق می‌گردد. این کار ضمن برطرف کردن اضطراب (نشانه)، الگوهای پایدار و تکرار شونده ناکارآمد را آشکار و خنثی می‌کند.

منابع

1. Abbass A.A. (2003). The Cost Effectiveness of short-term Dynamic Psychotherapy. Expert Review of Pharmacoeconomics outcomes Research. 3(5):535-539.
2. Abbas A.A. (2002). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a Private Practice Office: Clinical and Cost-Effectiveness, American Journal of Psychotherapy. 56(2): 225-232.
3. Abbass A.A., Kisely S., Kroenke K. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials. Psychotherapy and Psychosomatics. 78:265-274.
4. Abbass A.A., Hancock J.T., Henderson J., Kisely S. (2006). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Common Mental Disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue4, Article No, CD004687. doi: 10. 1002/14651858. CD004687.pub3.
5. Anderson E., Lambert M. (1995). Short-Term Dynamically Oriented Psychotherapy: A Review and Meta-Analysis. Clinical Psychology Review. 15(6): 503-514.
6. Bond M. (2006). Psychodynamic Psychotherapy in the Treatment of Mood Disorders. Current Opinions in Psychiatry. 19(1): 40-43.
7. Crits-Cristoph P. (1992). The Efficacy of Brief Dynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis. American Journal of psychiatry. 149: 151-158.
8. Davanloo H. (1992). Short-Term Dynamic Psychotherapy. Northvale, New Jersey. Jason Aronson.
9. Davanloo H. (1994). Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy. Jason Aronson Inc.
10. Davanloo H. (2000). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy Chichester, England. John Wiley and Sons.
11. Davanloo H. (2001). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Extended Major Access to the Unconscious. European Psychotherapy. 2(1): 25-70.
12. Driessen E., Cuijpers P., de Mat S.C.M., Abbass A.A., De Jonghe F., Dekker J.J.M. (2010). The Efficacy of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Depression. Clinical Psychology Review. 30:25-36.
13. Fonagy P., Roth A., Higgitt A. (2005). The Outcome of Psychodynamic Psychotherapy for Psychological Disorders. Clinical Neuroscience Research. 4:367-377.

14. Guthrie E., Moorey J., Margison F., Barker H., Palmer S., MC Grath G., Tomenson B., Creed F. (1999). Cost-Effectiveness of Brief Psychodynamic-Interpersonal Therapy in High Utilizers of Psychiatric Services. *Archive of General Psychiatry*. 56:519-526.
15. Leichsenring F. (2001). Comparative Effects of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Depression: A Meta-Analytic Approach. *Clinical Psychology Review*. 21(3):401-4019.
16. Leichsenring F., Leibling E. (2003). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*. 160:1223-1232.
17. Leichsenring F., Rabung S., Leibling E. (2004). The Efficacy of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis. *Archives of General Psychiatry*. 61:1208-1216.
18. Leichsenring F. (2004). Randomized Controlled vs. Naturalistic Studies: A New Research Agenda. *Bulletin of Meninger Clinic*. 68(2): 137-151.
19. Messer S.B., Abbass A.A. (in Press). Evidence Based Psychodynamic Psychotherapy with Personality Disorders: In J. Magnavita (Ed.): *Evidence-Based Treatment of Personality Dysfunction: Principles, Methods and Processes*, Washington D.C.: American Psychological Association.
20. Sackett D.L., (1996). Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Haynes R.B., Richardson W.S. Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't. *British Medical Journal*. 312:71.
21. Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. (2009). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (9th Edition)*. Philadelphia, PA. Lippincott Williams & Wilkins. Vol. 2:2895-2911.
22. Shedler J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*. 65(2):98-109.
23. Shiel W.C.J., Stoppler M.C. (2008). *Webster's New World Medical Dictionary (3rd Ed.) (Paperback)*. Hoboken, New Jersey. Wiley Publishing Inc.
24. Summerfelt W.T., Meltzer H. (1998). Efficacy vs. Effectiveness in Psychiatric Research. *Psychiatric Services*. 49:834.
25. Wampold B.E., Mondin G.W., Moody M., Stich F., Bensonk K., Ahn H.A. (1997). Meta-Analysis of Outcome of Bona Fide Psychotherapies: Empirically, "All Must Have Prizes". *Psychology Bulletin*. 122:203-215.
26. [www.drIsmoore.com/About ISTDP.en.html#Davanloo](http://www.drIsmoore.com/About%20ISTDP.en.html#Davanloo).