

پویش روان یا تغییر شناخت و رفتار

مقایسه روان‌درمانی شناختی-رفتاری و روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت

دکتر آناهیتا تاشک

روان‌شناس سلامت

روان‌درمانی

روان‌درمانگران پیوسته به دنبال روش‌هایی هستند که با استفاده از آن‌ها آرامش و سلامت روان و به تبع آن سلامت جسم را به افراد بازگردانند و به بیان زیباتر به بشر آرامش را هدیه کنند. در این جهت و براساس مؤلفه‌های زیربنایی مؤثر در ایجاد بیماری در هر کدام از این روش‌ها راهکارها و اصول مختلفی را به کار می‌برند که در جریان استفاده از آن‌ها، طول مدت درمان و رسیدن به نتیجه نیز متفاوت خواهد بود. آنچه در این مقوله اهمیت دارد، کاربردی بودن روش‌ها و سهولت به کارگیری آن‌ها برای درمانگر و درمانجو و ماندگاری آثار مطلوب در بیماران است. البته درباره به کارگیری روش‌های مختلف آنچه روشن‌تر است، بررسی‌ها و تحقیقاتی است که در ارزیابی کارایی درمانگری‌های مختلف انجام شده است.

الف. اصول درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت^۱ (ISTDP)

این روش درمانی بر پایه تئوری روان‌تحلیلی بنا نهاده شده است که در آن تکنیک‌هایی به کار گرفته شده که با تأکید بر روشن‌سازی و تشدید فرایند درمان ساختار تغییرات بلندمدت روان‌تحلیلی سنتی را به دوره‌های کوتاه‌تر تبدیل می‌کنند. علاوه بر این، **دوانلو**، پایه‌گذار این روش درمانی، از مثلث تعارض و زمان **دیوید مالان** استفاده کرده است. او دریافت که با کمک به بیمار در رهاسازی دفاع‌هایش در مقابل تجارب هیجانی، تغییر سریع صفات (ویژگی‌های شخصیتی)^۲ اتفاق خواهد افتاد. او این کار را از طریق اداره کردن «مقاومت» و «انتقال»، که اتحاد درمانی ناهشیار بیمار را تحریک می‌کنند، انجام داد. در نتیجه استفاده از این روش، بیمار هیجان‌ها و تعارض‌های اساسی و درونی خود را که ناشی از مشکلات شخصیتی او هستند، آشکار می‌کند. تحقیقات درباره این روش روان‌درمانی در طی ۳۵ سال گذشته ادامه داشته و درباره اختلالات مختلف به کار رفته است.

چکیده

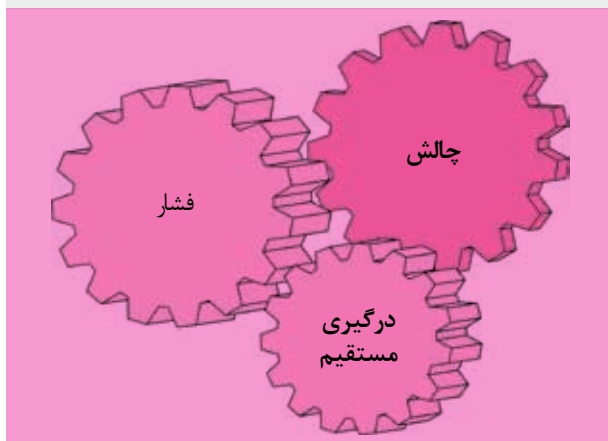
در عصر جدید، به موازات به وجود آمدن بیماری‌های روانی با عوامل زیربنایی جدید، راهکارهای درمانی متفاوتی نیز برای آن‌ها اندیشیده شده است؛ اما نکته قابل تأمل، تأثیرگذاری این راهکارها و تأثیرپذیری بیماران از آن‌هاست. روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت و روان‌درمانی شناختی-رفتاری، دو راهکار درمانی از راهکارهای مزبور هستند. روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بر اصول روان‌تحلیلی و با اجزاء فشار، چالش و درگیری مستقیم پایه‌ریزی شده است، اما روان‌درمانی شناختی-رفتاری براساس روش درمانی «آرون تی‌پک» طراحی شده و به بررسی افکار نادرست یا تحریف شده می‌پردازد و دارای اجزاء آموزش و کسب مهارت است. در هر دو روش به هیجانات توجه می‌شود اما در روش پویشی فشرده به هیجانات مدفون شده و در روش شناختی به تحریف افکار مرتبط با این هیجانات پرداخته می‌شود. تحقیقاتی درباره اثربخشی هر دو روش، در مورد اختلالات روانی، انجام شده است که نتایج آن نشانگر اثربخشی این روش‌هاست. باید توجه داشت که این نتایج نمی‌توانند نشان‌دهنده برتری یکی از این دو روش بر دیگری باشند و برای رسیدن به چنین ارزیابی‌ای باید تحقیقات علمی در شرایط مشابه و با تعداد بیشتری انجام پذیرد. قابل ذکر است که به روش روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت اختصاراً روان‌پویشی نیز گفته می‌شود.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی، روان‌پویشی کوتاه‌مدت، درمان شناختی-رفتاری

مقدمه

در سال‌های اخیر، به مباحث روان‌شناسی در همه حوزه‌ها توجه شده است؛ به‌ویژه با مطرح شدن نظریه‌هایی مبنی بر تأثیر ذهن بر تن و جسم، به این علم بیشتر پرداخته‌اند. روان‌انسان دارای قدرت بسیاری است و روان‌شناسان

شکل ۱: مدل روش‌های مداخله‌ای در روان‌پویشی (ISTDP)



دوانلو از طریق طراحی فرایند مداخله‌ای ویژه، که به درمانگر اجازه رسیدن به سطوح ناهشیار را می‌دهد، آن سطوح را کشف کرد. آن مداخلات، با روش ویژه و در زمان خاص طی فرایند درمان به کار می‌روند و هدف آن‌ها غلبه سریع و کامل بر مقاومت بیمار است تا اجازه تجربه سریع و کامل احساسات واقعی درباره زمان حال و گذشته را امکان‌پذیر سازد. این مداخلات با عنوان‌های «فشار، چالش و درگیری مستقیم» شناخته می‌شوند.

فشار

جزء اصلی روش درمانی روان‌پویشی است و به شکل‌های مختلف به کار می‌رود. ابتدا، به صورت تشویق بیمار برای توصیف علائم و مشکلات درون شخصیتی و تا جایی که امکان دارد، به صورت اختصاصی؛ بنابراین، هم بیمار و هم درمانگر تصویری واضح، دقیق و مختصر از مشکلات خواهند داشت. این قسمت، از زمان حضور بیمار در اتاق و با این سؤال از او آغاز می‌شود: «آیا سختی‌هایی را تجربه کرده‌اید که بخواهید با یکدیگر به آن نگاهی بیندازیم؟». در اینجا منظور از فشار در واقع ترغیبی است که از جانب درمانگر متوجه بیمار می‌شود. ترغیب بیمار است به انکار دفاع‌ها، تحمل اضطراب و همراه شدن او با درمانگر برای ورود به جنبه‌هایی از درون فرد که قبلاً قابل دسترس نبوده‌اند.

چالش

چالش عبارت است از روشن‌سازی^۲ یا تلاشی که از جانب درمانگر برای تأکید بر فعالیت مقاومت، و همچنین به منظور مطلع کردن بیمار از اینکه دفاع خاصی گسترده شده است صورت می‌گیرد. اغلب بیماران نسبت به دفاع‌هایشان ناآگاه‌اند. روشنگری از طریق سؤالاتی انجام می‌گیرد و طی آن هم درمانگر و هم بیمار نسبت به دفاع‌ها آگاه می‌شوند. سؤالی همانند: «آیا توجه کرده‌اید، که وقتی درباره عصبانی شدن خود نسبت به رئیس‌تان صحبت می‌کنید می‌خندید؟ آیا خندیدن چیزی است که شما گاهی آن را برای پوشاندن احساسات عمیق‌تان به کار می‌برید؟» وقتی دفاع به خوبی روشن شد، درمانگر و بیمار می‌توانند به مقابله با آن بپردازند؛ زیرا سدی که مانع رسیدن بیمار به احساسات واقعی‌اش می‌شده، شناسایی شده است. چالش نسبت به دفاع‌ها، تشویقی است برای بیمار تا دفاع را کنار بگذارد.

درگیری مستقیم

هدف از درگیری مستقیم، مداخله در تمام ساختارهای دفاعی است که در بیمار گسترش یافته‌اند. در حقیقت، نوعی درخواست از بیمار است تا حداکثر تلاش را برای غلبه بر مقاومت به کار ببرد. اظهارات خلاصه‌ای است که نتایج ادامه دادن به مقاومت را، به بیمار، نشان می‌دهد. این مداخله پیچیده به صورت هم‌زمان، هم به خواسته‌های بیمار می‌پردازد و هم تکالیف را یادآوری می‌کند

و هم اتحاد درمانی را برای به کار بردن حداکثر تلاش برای مقابله با مقاومت برمی‌انگیزد.

هدف تمام این مداخلات اعم از فشار، چالش و درگیری مستقیم، تجربه کردن احساسات واقعی در زمان حال و گذشته است و روان‌پویشی این وسعت را در زمان کوتاه برای بیماران فراهم کرده است. نتایج آن هم عمیق است و تغییرات در حوزه علائم و مشکلات درون شخصی بقای زیادی دارد. این نکته نیز در مقایسه روان‌پویشی و تحلیل روانی که نسبتاً قدیم‌تر است، اهمیت دارد در روان‌پویشی، برخلاف تحلیل روان، تا زمانی که روان ناهشیار گشوده نشده باشد، هر نوع تفسیر به تأخیر می‌افتد.

اصولی که در روان‌پویشی کوتاه‌مدت مورد توجه قرار گرفته و اجرا شده است، موارد زیر را شامل می‌شود: علائم جسمانی متفاوت ناشی از هیجان‌ها، تأکید بر مؤلفه‌های تجربه کردن واقعی احساسات، شناسایی روندهای جسمانی اضطراب، شناخت نیروهای پویشی آسیب‌شناختی و علل اختلال، تأکید بر نیروهای مثبت و منفی در درمان، تغییر موضع درمانگر و صورت‌بندی فنون مشخص و منسجم درمانی و تبیین عصب‌شناختی نوروزها و تعمیق و گسترش مرزهای مفاهیم پویشی (قربانی، ۱۳۸۲).

یکی از مهم‌ترین دلایل پیگیری برای به دست آوردن روش‌های جدید روان‌پویشی، طولانی مدت بودن این نوع درمان است؛ این روش روان‌پویشی نامیده می‌شود؛ زیرا به بررسی مؤلفه‌های اصلی نظریه تحلیل روانی یعنی «ناهیار» می‌پردازد ضمن اینکه آشنایی فرد با سازوکارهای دفاعی در زمانی کوتاه امکان‌پذیر است. به گفته حبیب دوانلو (۱۹۹۰)، ایجاد توانایی برای تجربه احساسات واقعی، خود یکی از اهداف اصلی تمامی درمانگرهای روان‌پویشی است که تنها از طریق غلبه بر مقاومت امکان‌پذیر است و بیمار باید در مورد شیوه‌هایی که به کمک آن‌ها به دفاع از خود در برابر احساسات پنهانی‌اش می‌پردازد و اضطراب‌هایی که وی را به چنین کاری وامی‌دارند، بینش پیدا کند (نقل از قربانی، ۱۳۸۱).

فرایند مصاحبه و درمان به روش روان‌پویشی از نوعی توالی برخوردار است که طی آن مداخله فعال اعمال می‌شود و پاسخ دریافت می‌گردد. به دنبال پاسخ، مداخله فعال دیگری وجود خواهد داشت و این روند ادامه می‌یابد تا آنجا که مقاومت بیمار شکسته شود و درمانگر و بیمار به ناهشیار بیمار دست یابند.

ب. اصول درمان شناختی- رفتاری

تمام رویکردهای درمان شناختی- رفتاری درباره اختلال‌های روان‌پزشکی و رفتاری و نیز بیماری‌های مزمن، در زیر چتر حمایتی نظریه عامل قرار می‌گیرند. به بیان دیگر، این نوع درمان نشان می‌دهد که تغییر در میزان پاسخ‌های رفتاری ناشی از ارائه یا حذف تقویت‌کننده مثبت یا ارائه یا اجتناب از تقویت منفی، می‌باشد (ثورندایک، ۱۹۱۳ به نقل از گچل، ۱۳۸۱). استفاده از روش‌های درمانی رفتاری به دهه ۱۹۶۰ بازمی‌گردد؛ یعنی همان زمانی که در واکنش به نظریه و فنون روان‌کاوی، جنبشی برای استفاده از روش علمی در تبیین فرایند درمان به راه افتاد (گلدنبرگ، ۱۳۸۱). امروزه استفاده محض از اصول نظریه یادگیری در درمان، جای خود را به قبول این موضوع داده است که عوامل شناختی (نگرش‌ها، افکار و انتظارات) نیز بر رفتار تأثیر می‌گذارند. در درمان شناختی- رفتاری فرض می‌شود که اگر عوامل عاطفی و شناختی مؤثر بر رفتار بیمار مورد توجه قرار گیرند، ممکن است در درمان او پیشرفت حاصل شود. به بیان دیگر، در درمان شناختی- رفتاری کوشش می‌شود تا با تأثیرگذاری بر الگوی فکری هشیار درمان‌جو، افکار و اعمال وی اصلاح شود. در حال حاضر معلوم شده است که رفتار، شناخت و عوامل شخصیتی همچون هیجان، انگیزش، فیزیولوژی و عوامل مادی همگی تأثیرگذار و دارای همپوشی‌اند (گرانولد^۳، ۱۹۹۴).

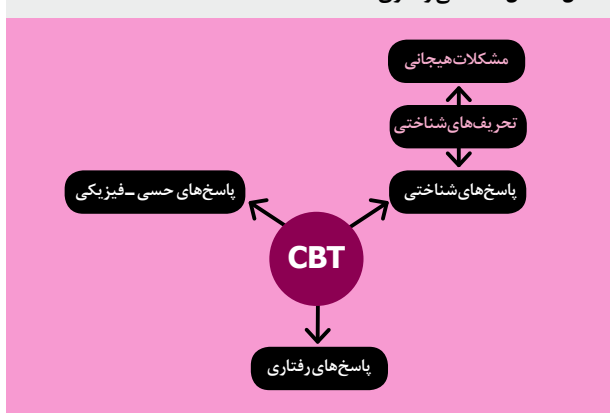
از دیدگاه رفتار درمانی شناختی (CBT)^۴ همه فعالیت‌های ادراک، یادگیری و دانستن، محصول سیستم پردازش اطلاعات است که به صورت انتخابی

به محیط و فیلترها توجه کرده و سپس اطلاعاتی را که بر ارگانیزم اعمال می‌شود، تعبیر و تفسیر می‌کند. در وضعیت آسیب‌شناسی روانی ابعاد خاصی از تخریب، سوگیری و نابه‌هنجاری در سیستم پردازش اطلاعات مشاهده می‌شود که تجربه آشفتگی هیجانی، رفتاری و ارتباطی را در پی خواهد داشت.

اصل اساسی در رویکرد رفتار درمانی شناختی این است که محتوای شناخت، فرایندها و ساختارها، هم تجارب هیجانی و هم تجارب رفتاری را تحت تأثیر قرار می‌دهند (کلارک، ۱۹۹۵؛ دابسن و بلاک، ۱۹۸۸).

درمانگرهای شناختی یا شناخت‌درمانگرها در سه سطح به هم پیوسته به هم عمل می‌کنند: ۱. در قابل حصول‌ترین سطح، یعنی افکار خودکاری (عقاید، باورها و تصورات) که آمیختن درباره یک موقعیت خاص دارند؛ ۲. در سطح عمیق‌تر یا فرض‌های زیربنایی (قواعدی که شالوده افکار خودکار را می‌سازند)؛ ۳. سطح هسته‌ای، یعنی اعتقادات اساسی یا طر حواره‌ها (باورهای غیرمشرط و انعطاف‌پذیر برای سازماندهی اطلاعات) (گلدنبرگ، ۱۳۸۲).

شکل ۲: مدل شناختی رفتاری



روش رفتار درمانی شناختی رویکردی است که مفاهیم نظری آن به‌صورت علمی بررسی شده است؛ بدین معنا که مفاهیم آن به تجربه درآمده و ارزیابی شده‌اند و این موضوع یکی از نقاط قوت این روش است. بر اساس این رویکرد، محتوای نسبی شناخت، فرایندها و ساختارهای قابل دسترس، قابل توضیح و قابل ارزیابی است. در این روش، ناهشیار، از آنجا که بیمار به آن دسترسی ندارد، مورد توجه قرار نگرفته است. حوزه مهم تحقیقات شناختی شامل فرایندهای خودکار، داوطلبانه و پیش‌هشیار است که احتمال دارد باعث ایجاد بعضی از موقعیت‌های آسیب‌روانی همانند اضطراب و افسردگی شود اما از سوی دیگر، به‌نظر می‌رسد روش روان‌پویشی به‌گونه‌ای عمیق به مشکلات بیمار می‌پردازد. بنابراین، انتظار می‌رود آثار درمانی حاصل از این روش ماندگاری و بقای بیشتری داشته باشد. هر چند استفاده از هر دو روش طی مراحل تعیین شده انجام می‌پذیرد، به‌نظر می‌رسد روش روان‌پویشی کوتاه و فشرده به تمرکز و خلاقیت بیشتر درمانگر نیاز دارد، زیرا در این فرایند به‌طور مستقیم به احساسات و هیجانات بیمار پرداخته می‌شود و این دقیقاً حوزه ممنوعه بیمار است. بنابراین، تبحر و خلاقیت در چگونگی ورود به درون شخص با وجود تمام نواقص فردی هم اثربخشی روان‌درمانی را پیشگویی می‌کند و هم پیگیری درمان جسمی را. همچنین در روش شناختی - رفتاری رابطه اولیه‌ای بین درمانگر و بیمار برقرار می‌گردد اما در مراحل بعدی نقش درمانگر و بیمار تا حدودی همانند نقش معلم و شاگرد می‌شود. البته با توجه به اینکه در تمام مراحل هر دو طرف فعال‌اند و منفعل عمل نمی‌کنند، در این نوع روان‌درمانگری به بیمار آموزش و تکالیفی در جهت آن آموزش‌ها داده می‌شود و این مورد، بیمار را بیشتر در فرایند درمان درگیر می‌کند.

روش درمان شناختی رفتاری روی افکار غیرمنطقی، به‌عنوان عوامل اصلی ایجادکننده مشکلات هیجانی، تمرکز دارد. باورهای مانند «من هر چه تلاش می‌کنم بی‌فایده است»، موقعیت‌های هیجانی خاصی، مانند افسردگی و درماندگی، ایجاد می‌کنند. درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا شناخت‌های نادرست خود را، که به‌عنوان شناخت‌های صحیح پذیرفته است، تشخیص دهد. هر دو، یعنی درمانگر و بیمار، با یکدیگر این شناخت‌ها را شناسایی

جدول ۱: مؤلفه‌های ضروری برای نائل آمدن به اهداف شناختی - رفتاری (هولزنم و همکاران، ۱۹۸۶)

۱	کمک به بیماران در جهت این باور که مشکلات آن‌ها غیرقابل حل نیست. باید به‌جای امیدواری کم، به بیماران کمک شود تا به حل‌کنندگان قدرتمند مسائل و مشکلات خود تبدیل شوند.
۲	باید بیماران را یاری داد تا بیاموزند افکار، هیجانات و رفتارهایشان را به‌منظور تعیین روابط بین عوامل و حوادث محیطی، درد، پریشانی‌های هیجانی و مشکلات روانی-اجتماعی مورد نظارت و پیگیری قرار دهند.
۳	باید به بیماران یاری رساند تا بیاموزند در زمان‌های مناسب و به‌منظور مقابله مؤثر با درد، پریشانی‌های هیجانی و مشکلات روانی-اجتماعی، اقداماتی انجام دهند.
۴	باید به بیماران کمک شود تا راه‌های مؤثر و انطباقی را برای فکر کردن، احساس کردن و پاسخ‌دادن بیابند و آن‌ها را نیز نگهداری کنند و پس از پایان درمان بتوانند از آن‌ها برای مقابله با مشکلاتی که پیش خواهند آمد، استفاده کنند.

می‌کنند و به جست‌وجوی مستنداتی بر له یا علیه آن‌ها می‌پردازند. با قرار گرفتن افکار واقعی‌تر به‌جای شناخت‌های پنهان، علائم بیماری از بین می‌رود. نشان داده شده است که روش رفتار درمانی شناختی در موقعیت‌های بسیاری به‌ویژه درباره اختلالات افسردگی و اضطراب مؤثر بوده است.

روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت نیز وجود شناخت‌های نادرست را می‌پذیرد اما رابطه علی در این رویکرد معکوس شده است. درمانگر در این روش این فرض را دارد که هیجان ناهشیار اضطراب ناهشیار را به‌وجود می‌آورد که آن خود از طریق دفاع‌های ناهشیار اداره می‌شود. این دفاع‌ها می‌توانند شامل نامیدی، درماندگی یا شناخت‌های خود - تقییح‌کننده، باشند. در هنگام آزمون مدارک موافق و یا مخالف افکاری همانند «من نمی‌توانم احساسات واقعی خودم را بشناسم»، یک درمانگر روان‌پویشی باید بگوید: «اگر تو این وضعیت را قبول کنی - که ضرورتاً یک وضعیت درماندگی است - ما

در تمام شیوه‌های درمان شناختی - رفتاری چهار جزء اساسی وجود دارد که عبارت‌اند از: آموزش، کسب مهارت‌ها، تمرین شناختی - رفتاری، و تعمیم و نگهداری.

مقایسه ویژگی‌های هر دو رویکرد

با توجه به اینکه از پیدایش روش درمانی روان‌پویشی سه دهه می‌گذرد، تاکنون تحقیقات اندکی در مورد آن انجام شده است. بهتر است گفته شود در مقایسه با رفتار درمانی شناختی، نتایج و گزارشات کمی درباره کاربرد روش روان‌پویشی، به‌خصوص در حوزه بیماری‌های مزمن جسمی، وجود دارد. به‌نظر می‌رسد هم متخصصان روان‌درمانگری به روش شناختی - رفتاری اقبال زیادی دارند و هم این روش برای بیماران ملموس‌تر و سازگارتر است که البته باید در این مورد تحقیقاتی انجام شود تا بتوان به آن‌ها استناد کرد.

نمی‌توانیم مشکلات تو را بررسی کنیم. اگر تو این درماندگی را انکار کنی، واقعاً نمی‌دانم در حال حاضر چه احساسی داری!»

درمانگران، در هر دو رفتار درمانی شناختی و روان‌پویشی، افکار را زیر سؤال می‌برند، با این هدف که در نهایت بیمار را رها سازند. تفاوت آن‌ها در این است که درمانگر روان‌پویشی شناخت اشتباه^۴ را مانعی برای دسترسی به واقعیت احساسات دفن شده می‌داند؛ در حالی که، درمانگر رفتار درمانی شناختی به شناخت اشتباه به‌عنوان عامل هیجانات دردناک، که وضعیت روان‌شناختی دردناک را به‌وجود می‌آورد، نگاه می‌کند. درباره کارایی کلینیکی هر دو روش نیز مدارک خوبی وجود دارد اما موضوع نظری اینکه «آیا احساسات افکار را به‌وجود می‌آورد یا افکار احساسات را؟»، همچنان حل نشده باقی مانده است. بهترین توضیح آن است که فکر و احساس به یکدیگر مشرفاند، و به عبارات یکدیگر با هم در تبادل دائمی‌اند؛ هنوز ابزارهای روان‌شناختی یا عصب‌شناختی مناسبی به‌وجود نیامده‌اند تا به چنین مسائلی پاسخ دهند.

در جدول زیر مشخصات دو رویکرد روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت و رفتار درمانی شناختی را ملاحظه می‌کنید.

تفاوت‌ها: ساختاری / محتوایی

جدول ۲: ویژگی‌های روان‌درمانگری فشرده و کوتاه‌مدت و درمانگری شناختی رفتاری

روان‌پویشی (روش ISTDP)	CBT (روش رفتار درمانی شناختی)
تجربه احساسات واقعی	بررسی تحریف‌ها و افکار نادرست
غلبه بر مقاومت	بررسی فرایندهای اتوماتیک، پیش‌بینی
توجه دقیق به پدیده انتقال	هشیار و داوطلبانه
نوع رابطه درمانی و ماهیت افشا	توجه به رابطه علی شناخت عامل هیجان
زمان گذشته و حال	زمان حال و تمرین برای آینده

- زمان شروع متفاوت: رفتار درمانی شناختی در سال ۱۹۶۰ با کارهای یک و روان‌پویشی با مطالعات حبیب دوانلو در دهه ۱۹۷۰ شروع شد.

- زیربنای رفتار درمانی شناختی نظریه‌های یادگیری (شرطی‌سازی عامل و یادگیری مشاهده‌ای) و زیربنای روان‌پویشی نظریه تحلیل روانی فروید و مدل تعارض و شخصی مالان است.

- در روش روان‌پویشی در همان جلسه مداخله انجام می‌گیرد و پاسخ گرفته می‌شود؛ اما در رفتار درمانی شناختی بیمار همیشه فعال است و تکالیفی هم برای منزل برای او در نظر گرفته می‌شود که در جلسات بررسی می‌شوند.

- در رفتار درمانی شناختی بیشتر به زمان حال پرداخته می‌شود، در حالی که در روان‌پویشی هیجانات مسدود شده گذشته مورد توجه است.

- همانند همه روش‌هایی که براساس تحلیل روانی پایه‌ریزی شده‌اند، در روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت، ناهشیار در مداخلات نقش ویژه‌ای ایفا می‌کند؛ در حالی که در رویکرد رفتار درمانی شناختی افکار در دسترس مدنظر قرار می‌گیرند.

شباهت‌ها

- هر دو رویکرد به نوعی با هیجان‌ها در ارتباط‌اند.

- هر دو رویکرد به نوع هیجان (تحریف، تخریب و نابه‌هنجاری) آن توجه کرده‌اند.

- هر دو رویکرد نوعی مناظره وجود دارد. همانند دیالوگ سقراطی در روش رفتار درمانی شناختی، در روش روان‌پویشی نیز به‌ویژه در قسمت فشار، نوعی

دیالوگ وجود دارد که سوالات درمانگر براساس پاسخ بیمار به او عرضه می‌شود. - نکته بسیار مهم آنکه، در روند درمان آنچه اهمیت دارد، اثربخشی درمان است و وجود روان‌درمانی‌ها با مبادی و فنون مختلف اما اثربخشی یکسان را می‌توان به تفاوت در دو بُعد نسبت داد: سبک رابطه و روایتگری (قربانی، ۱۳۸۲).

پی‌نوشت‌ها

- Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)
- Character
- clarification
- Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
- Granveld
- Clark
- Dobson & Block
- self - deprecating
- faulty cognition

منابع

- قربانی، نیما، روان‌درمانگری پویشی فشرده و کوتاه‌مدت. انتشارات سمت، ۱۳۸۲.
- گچل، رابرت ج. و دنیس سی ترک. روان‌شناسی درد رویکردهای کنترل و درمان. مترجمان: محمدعلی اصغری مقدم، بهمن نجاریان، سیدمحسن محمدی و محسن دهقانی، انتشارات رشد، ۱۳۸۱.
- گلدنبرگ، ایرنه و گلدنبرگ، هربرت. خانواده‌درمانی، مترجمان: حسین شاهی، حمیدرضا بروانی، سیامک نقشبندی و الهام ارجمند. نشر روان، چاپ اول، ۱۳۸۲.
- Alpher, V. A. (1991). Interdependence and parallel processes: a case study of structural analysis of social behavior in supervision and short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, Vol. 28, Issue 2, pp. 218-231.
- Ayers, S.; Baum, A.; McManus, Ch.; Newman, S.; Wallson, K.; Weinman, J. & West, R. (2007). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge University Press.
- Bradly, L. A. & Kay, R. (1985). *The role of cognition in behavioral medicine*. New York: academic press.
- Bradly, L. A. (1993). *Psychosocial factors and arthritis*. Atlanta: Arthritis Foundation.
- Connor, M. & Norman, P. (1995). The role of social cognition in health behavior. Open University Press.
- Davanloo, Habib (1994). *Basic Principles & Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Jason Aronson Publishers.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. Guilford press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, N.G. (1999). Acceptance and commitment therapy: an experimental approach to behavior change. Guilford.
- Holzman, A. D., Turk, D.C. & Kerns, R.D. (1986). *The cognitive-behavior approach to the management of chronic pain*. Pergamon Press.
- Leventhal, H., Nerenz, D.R. & Steele, D. F. (1984). *Illness representations and coping with health threats*. Hillsdale, NJ: Earlbaum.
- Moore, S. (1996). *When bad things happen to rational people: cognitive therapy in adverse life circumstances*. Guilford press.
- Raine, R., Hains, A., Senskey, T. et al. (2002). Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms. *British Medical Journal*, 325, 1082.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach for preventing relapse*. Guilford press.
- Sifneos, Peter (1987). *Short-Term Dynamic Psychotherapy: Evaluation and Technique*. Springer.