

روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت

روان‌درمانی

تعریف و مولفه‌ها

دکتر آناهیتا تاشک

روان‌شناس سلامت



شکل ۱: مدل روش‌های
مداخله‌ای در ISTDP

مقدمه

اختلالات روانی مانند مشکلات جسمانی باید به روش‌های ویژه‌ای درمان شوند. در سال‌های اخیر روش‌های روان‌درمانی جایگزین مناسب و پایداری برای دارودرمانی شده‌اند. تعدد روش‌های روان‌درمانی مشاوران و روان‌درمانگران را مجبور می‌کند که با نظریه‌ها و روش‌های روان‌درمانی البته هر متخصص روان‌درمانگر روش خاص خود را در پیش می‌گیرد. ممکن است مراجعان به روش‌های روان‌پویایی به‌دلیل طولانی و وقت‌گیر بودن اقبال نداشته باشند. این روش‌ها به‌صورت عمیق به اختلال می‌پردازند اما بسیار زمان‌برند و باید انگیزه قوی برای ادامه چندین ساله این نوع روان‌درمانی‌ها وجود داشته باشد. روان‌پویایی فشرده و کوتاه‌مدت بر اصول روان‌تحلیلی پیاپیزی شده است.

اجزای تشکیل‌دهنده این مداخله عبارت‌اند از: فشار، چالش و درگیری مستقیم. در روش

روان‌پویایی فشرده به هیجانات مدفون شده پرداخته می‌شود. مقاله حاضر اصول این نوع روان‌درمانی را به‌صورت ساده بیان می‌کند.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی، روان‌درمانی پویایی، روان‌درمانی فشرده

اصول درمان روان‌پویایی فشرده و کوتاه‌مدت^۱

این روش درمانی بر پایه تئوری روان‌تحلیلی بنا نهاده شده است و در آن تکنیک‌هایی با تأکید بر روشن‌سازی و تشدید فرایند درمان طراحی شده‌اند که ساختار تغییرات بلندمدت روان‌تحلیلی سنتی را به دوره‌های کوتاه‌تر تبدیل می‌کنند. علاوه بر آن، **دوانلو**، پایه‌گذار این روش درمانی، از مثلث تعارض و زمان **دیوید مالان** نیز استفاده کرده است. او دریافت 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 هیجان و تعارضات اساسی و درونی خود را که مسئول مشکلات شخصیتی هستند، آشکار می‌کند. طی ۳۵ سال گذشته این روش روان‌درمانی در مورد اختلالات مختلف به کار رفته و تحقیقات درباره آن نیز ادامه داشته است. دوانلو از طریق طراحی فرایند مداخله‌ای ویژه که به درمانگر اجازه رسیدن به سطوح ناهشیار را می‌داد، آن سطوح را کشف کرد. آن مداخلات، با روش ویژه و در زمان خاص در 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 کند. این مداخلات تحت عنوان‌های «فشار»، «چالش» و «درگیری مستقیم» شناخته می‌شوند.

اجزای روان‌پوشی فشرده و کوتاه مدت

درگیری مستقیم

جزء اصلی روش درمانی ISTDP است و به اشکال مختلف به کار می‌رود. ابتدا، بیمار تشویق می‌شود تا علائم و مشکلات درون شخصی را به صورت اختصاصی توصیف کند. بعد از این توصیف هم بیمار و هم درمانگر تصویری واضح، دقیق و مختصر از مشکلات خواهند داشت. این قسمت، از زمان حضور بیمار در اتاق، با این سؤال آغاز می‌شود: «آیا سختی‌هایی تجربه کرده‌اید که بخواهید با یکدیگر به آن نگاهی بیندازیم؟»

فشار اولیه نسبت به احساسات ابراز می‌شود. باز هم با یک سؤال همانند «نسبت به ریست چه احساسی داشتی، زمانی که تو را جلوی همکاریات تحقیر کرد؟ من حالت اضطراب و افسردگی را می‌بینم اما تو چه احساسی داشتی؟». فشار می‌تواند در مورد خواسته‌های بیمار اعمال شود: «آیا می‌توانیم به احساسات شما نگاهی بیندازیم؟ آیا می‌خواهید با همدیگر به احساساتتان نگاه کنیم؟». همچنین فشار می‌تواند نسبت به وظیفه، اعمال گردد: «اگر شما بخواهید، هدف ما رسیدن به ریشه، عامل به وجود آورنده مشکلات شماست؛ بنابراین آیا امکان دارد به زمان ویژه‌ای که اضطراب داشتید، نگاهی بیندازیم؟ این نگاه، تصویری روشن از مشکل ارائه کرده و باعث می‌شود، عامل را بیابیم.»

ماهیت فشار آن است که ترغیبی از جانب درمانگر برای بیمار است. ترغیبی است برای انکار دفاع‌ها، تحمل اضطراب و همراه شدن با درمانگر برای ورود به قسمت‌هایی از فرد که قبلاً غیرقابل دسترس بوده‌اند. در واقع، راهی است برای گفتن این مطلب که: «آنجا چیزی نیست، ما نمی‌توانیم با هم روبه‌رو شویم و من از خدمات شما استفاده می‌کنم تا از سختی‌های دردناک رها شوم». بیماران با مقاومت کم اغلب در مقابل استفاده از روش فشار تسلیم می‌شوند اما در مورد بیماران با سطوح مقاومت بالا فشار با استفاده از جنبه تروماتیک‌تر اولیه زندگی، باعث شکسته شدن سدهای بیمار نسبت به درمانگر می‌شود. این سدها در واقع دفاع‌های خوگیری شده نسبت به احساسات اجتنابی هستند. پیوستگی دفاع‌های آگاهانه و ناآگاهانه (عمدی و غیرعمدی) «مقاومت» نامیده می‌شود. درمانگر پیوسته به وجود آمدن اضطراب و ظهور مقاومت را ارزیابی می‌کند. زمانی که مقاومت خودش را ظاهر کرد، مداخلات جدید علاوه بر فشار، به کار می‌رود.

چالش

مرحله چالش شامل دو قسمت است. قسمت اول، روشن‌سازی^۲، که تلاشی است از جانب درمانگر برای تأکید بر فعالیت مقاومت و همچنین به منظور مطلع کردن بیمار از اینکه دفاع خاصی گسترده شده است. اغلب بیماران نسبت به دفاع‌هایشان ناآگاه‌اند. روشن‌گری از طریق سؤالاتی انجام می‌گیرد که طی آن‌ها هم درمانگر و هم بیمار نسبت به دفاع‌ها آگاه می‌شوند. سؤالی همانند: «آیا توجه کرده‌اید، زمانی که در مورد عصبانیت خود نسبت به ریست‌تان صحبت می‌کنید، می‌خندید؟ آیا خندیدن چیزی است که شما گاهی برای پوشاندن احساسات عمیق خود 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. «دوباره زمانی که در مورد تحقیر توسط رئیس صحبت کردم، لبخند زدید. اگر لبخند نزنید، احساس واقعی‌تان چیست؟» این نوع مداخله (چالش) در میان تمام روش‌های درمانگر بسیار قوی است و همانند مداخلات قوی دیگر اگر درست به کار برده نشود، نتایج سنگینی خواهد داشت؛ از جمله: از بین رفتن سریع اتحاد درمانی، بدتر شدن علائم و شکست درمان. همه این‌ها به این دلیل است که بیمار در زمانی که دفاع هنوز روشن نشده است، یک چالش رشد نیافته (نابالغ) را به کار می‌برد و این به منزله انتقاد و حمله به شخص تلقی می‌شود. یک برداشت اشتباه از ISTDP این است که نقش درمانگر، آزار بیمار در طی استفاده از مداخله چالش است، در حالی که استفاده مناسب از چالش کمکی است به اتحاد درمانی از طریق از بین بردن موانعی است که در مقابل توافقی که برای رسیدن به مرکز مشکلات بیمار، همانند احساسات پیچیده‌ای در رابطه با تجارب تروماتیک مربوط به اشکال مهم دلبستگی در دوران گذشته، به وجود می‌آیند. بیشتر بیماران قادر می‌شوند احساسات پیچیده‌شان را با ترکیب مداخله فشار و ایجاد چالشی که وضوح مناسب داشته باشد، تجربه کنند.

فشار

مداخله بعدی درگیری

مستقیم است. هدف این مداخله 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 برای بیمار نشان می‌دهد. «بیاید نگاهی به آنچه اینجا اتفاق افتاده است بیندازیم. شما با میل خودتان مراجعه کرده‌اید زیرا مشکلی را تجربه کرده‌اید که باعث درد^۴ (درماندگی) در شما شده است. ما سعی کردیم به ریشه مشکل شما پی ببریم اما هرگاه که خواستیم به آن سمت حرکت کنیم، شما این دیوار بزرگ را قرار دادید. این دیوار همان‌طور که مرا از دست یافتن به احساسات درونی شما دور نگه می‌دارد، باعث می‌شود خودتان نیز به احساسات واقعی خویش دسترسی نداشته باشید. اگر شما مرا دور نگه دارید، در واقع حضورم بی‌فایده خواهد بود. این، آن چیزی است که شما می‌خواهید؟ اولین سؤال من این است که چرا شما می‌خواهید حضور من بی‌فایده باشد؟ می‌دانید که در این صورت من نمی‌توانم به شما کمک کنم. تا چه زمانی می‌خواهید این بار سنگین را به دوش بکشید؟»

این مداخله پیچیده به صورت هم‌زمان هم به خواسته‌های بیمار می‌پردازد، هم تکالیف را یادآوری می‌کند و هم اتحاد درمانی را برای به کار بردن حداکثر تلاش برای مقابله با مقاومت برمی‌انگیزد.

هدف

تمام مداخلات،

فشار، چالش و

درگیری مستقیم، تجربه

احساسات واقعی در زمان حال و

گذشته است. ISTDP این وسعت را در

زمان کوتاه برای بیماران فراهم کرده و نتایج آن

هم عمیق بوده است و تغییرات در حوزه علائم و مشکلات

درون شخصی بقای زیادی دارد. این نکته نیز در مقایسه IST-

DP و روان‌تحلیلی سنتی اهمیت دارد که برخلاف روش سنتی

تا زمانی که ناهشیار گشوده نشده باشد، هر نوع تفسیر به تأخیر می‌افتد.

اصولی که در روان‌پویشی کوتاه‌مدت مورد توجه و اجرا قرار گرفته

است، موارد زیر را شامل می‌شود: علائم جسمانی متفاوت هیجان‌ها،

تأکید بر مؤلفه‌های تجربه واقعی احساسات، شناسایی

مسیرهای 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 عصب شناختی

نوروزها و تعمیق و گسترش

مرزهای مفاهیم پویشی

(قربانی، ۱۳۸۲).

شکل ۲: اجزای روان‌درمانگری پویشی فشرده و کوتاه‌مدت



یکی از مهم‌ترین دلایل پیگیری برای به‌دست آوردن روش‌های جدید روان‌پویشی، طولانی‌مدت بودن این نوع روان‌درمانی‌هاست. روش ISTDP روان‌پویشی نامیده می‌شود؛ زیرا به بررسی مؤلفه اصلی نظریه روان‌تحلیلگری یعنی «ناهشیار» می‌پردازد و از سوی دیگر، این بررسی و آشنایی فرد با مکانیسم‌های دفاعی در زمانی کوتاه امکان‌پذیر است. به گفته دوانلو (۱۹۹۰)، ایجاد توانایی برای تجربه احساسات واقعی خود یکی از اهداف اصلی تمامی درمانگری‌های روان‌پویشی است که تنها از طریق غلبه بر مقاومت امکان‌پذیر است و بیمار باید به شیوه‌هایی که به دفاع از خود در برابر احساسات پنهانی‌اش می‌پردازد و اضطراب‌هایی که وی را به چنین کاری وا می‌دارند، بینش بیابد. چنین بینشی رابطه با درمانگر، روابط موجود در زندگی کنونی بیمار و روابط وی در گذشته را دربرمی‌گیرد (به نقل از قربانی، ۱۳۸۲). روشی که در آن فرد در مقابل احساسات نهفته‌ای که اضطراب برانگیزند، به دفاع از خود برمی‌خیزد، توسط مالان (۱۹۷۹)، به صورت مثلث تعارض بیان شده است. احساسات می‌توانند مربوط به گذشته (دوران کودکی و وابستگی‌های خاص)، زمان حال و یا مربوط به تجربه انتقال در فرایند درمان، که در ارتباط با درمانگر به وجود می‌آید، باشند. در مدل زیر اصول و مفاهیم به کار رفته در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت در کنار یکدیگر قرار گرفته‌اند.

۴) تبلور مقاومت به برانگیختگی احساسات پیچیده انتقالی منجر می‌شود و مقاومت بیمار بر احساسات انتقالی متمرکز می‌گردد. در این مرحله نیز درمانگر با استفاده از روشن‌سازی و چالش در شکستن سیستم‌های دفاعی وابسته به انتقال می‌کوشد.

۵) بیمار در این مرحله احساسات انتقالی خود را به‌طور واقعی لمس می‌کند. این احساسات به دو صورت، اندوه و خشم نمود می‌یابند.

۶) درمانگر با استفاده از مثلث تعارض و شخص، انتقال را تحلیل می‌کند.

۷) در این مرحله، رویدادهای مسبب اختلال بیمار و احساسات ناهشیار او افشا و تجربه می‌گردند و توالی پویشی، توسط درمانگر تلخیص و تحلیل می‌شود تا بینش بیمار، که طی فرایند به‌دست آمده است، تحکیم شود (قربانی، ۱۳۸۲).

بی‌نوشت‌ها

1. Intensive Short- Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)
2. Character
3. clarification
4. pain

فرایند مصاحبه و درمان به روش ISTDP از نوعی توالی برخوردار است که در 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 مقاومت بیمار شکسته شود و درمانگر و بیمار به ناهشیار بیمار دست یابند. این توالی پویشی شامل مراحل زیر است که در مورد بیماران مختلف قابلیت انعطاف دارد؛ بدین معنا که ممکن است در فردی همه این مراحل طی نشود و در فرد دیگری گذر از یک مرحله چندین دفعه تکرار شود.

۱) توالی پویشی با پرسش درباره مشکل بیمار آغاز می‌شود. در این مرحله، توانایی بیمار در پاسخ و توضیح درباره ماهیت و عوامل مشکل مشخص می‌گردد.

۲) در این مرحله، درمانگر با درخواست شناخت دقیق و کامل تجربه درونی بیمار از احساسات خود، فشار را افزایش می‌دهد. چنین فشاری مقاومت را افزایش می‌دهد و بین مقاومت (میل به فرار از درد) و میل به رهایی از مشکل تعارضی درون روانی ایجاد می‌شود.

۳) در مرحله سوم، همچنان که دفاع‌های تاکتیکی و اصلی فعال می‌شوند، درمانگر ماهیت و پیامد آن‌ها را برای بیمار روشن می‌کند و با ایجاد تردید در دفاع‌ها، مقابله کردن و سد کردن به چالش با آن‌ها برمی‌خیزد.