



تسهیل فرایند حل و فصل مشکلات بیمار در روان درمانی

تسلط یافتن بر مراحل میانی درمان

فهرست

- ۱۱..... سپاس‌گزاری
بخش ۱
- ۱۳..... حل‌وفصل مشکلات بیمار از ایجاد بینش تا تغییر پایدار
بخش ۲
- ۲۹..... حل‌وفصل مشکلات بیمار از ابتدا، اهمیت محوری ملاقات اولیه
بخش ۳
- ۶۳..... پیچیدگی و چندگانگی علت‌ها
بخش ۴
- ۱۰۳..... اجبار به تکرار
بخش ۵
- ۱۳۴..... تجربهٔ هیجانی اصلاحی
بخش ۶
- ۱۵۷..... آسیب و ترمیم
بخش ۷
- ۱۸۴..... خودمختاری و دل‌بستگی

بخش ۸

- ۲۰۸..... یک خداحافظی خوب.....
- ۲۳۳..... فهرست منابع.....
- ۲۴۳..... واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....
- ۲۴۵..... واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....

حل و فصل مشکلات بیمار

از ایجاد بینش تا تغییر پایدار

مقدمه

در روان‌درمانی هم مانند زندگی، این ادامه دادن و به پایان رساندن است که تمام تفاوت‌ها را بین موفقیت و شکست و بین افرادی که به طور کامل و با موفقیت زندگی می‌کنند و افرادی که صرفاً در زندگی تلاش می‌کنند اما تلاش‌شان نتیجه‌ای ندارد ایجاد می‌کند. به نظر می‌رسد همه ما دوست داریم یک بینش ناگهانی در ما شکل بگیرد که بی برو برگشت همه چیز را تغییر دهد و تغییر کردن را برایمان آسان کند. با این حال، واقعیت این است که لازمه ایجاد پایدارترین تغییر، تمرکز، اراده محکم و پشتکار است. همچنین، لازمه تغییر پایدار شجاعتی است که به ما کمک کند ریسک‌ها را بپذیریم و برای اینکه رشد کنیم، اضطراب را تاب بیاوریم. چنین فرایندی برای افراد کم دل و جرأت نیست. این موضوع به همان اندازه که برای درمانگر صادق است در مورد بیمار نیز صدق می‌کند.

چرا در مورد فرایند حل و فصل مشکلات بیمار یک کتاب بنویسیم (یا بخوانیم؟) با وجود اینکه مرحله حل و فصل مشکلات بیمار به عنوان مهمترین مرحله در تعیین نتیجه درمان در نظر گرفته می‌شود، در عین حال، این مرحله از درمان در رشته ما بیش از همه نادیده گرفته شده است (آرون، ۱۹۹۱؛ جیوواچینی، ۱۹۷۵؛ واکتل، ۲۰۱۱). در واقع، حتی یک اثر مکتوب هم به این فرایند حیاتی اختصاص داده نشده و منتشر نشده است. کتاب حاضر تلاشی در جهت پر کردن این شکاف است. در این کتاب در مورد فرایندهای درمانی مختلفی توضیحات گسترده‌ای داده شده است. این فرایندها لازمه تبدیل بینش هیجانی به تغییرات پایدار در بیمار هستند.

تحقیقات و تجربه بالینی نشان می‌دهند که نه بینش عقلانی و نه تخلیه هیجانی هیچ یک به تنهایی برای ایجاد تغییر عمیق و پایدار در علائم و اختلالات شخصیت کافی نیستند. تغییر یک فرایند است؛

نه یک رویداد واحد. انجام این کار چند وجه دارد و ما را ملزم می‌کند تا به بیماران کمک کنیم احساسات، آرزوها و خیال‌پردازی‌هایی را که از آنها اجتناب کرده بودند تجربه کنند، با حقایق دردناک و دشوار روبه‌رو شوند، بینش‌هایشان را در یک درک محکم و منسجم از خود ادغام کنند، باورهای تحریف‌شده و بیمارگونه خود را بررسی کنند و به وضوح درک کنند که تعارضات درونی آنها از چه راه‌هایی در روابطشان با دیگران نقش بازی کرده‌اند. فرایندی را که از طریق آن دفاع‌ها شکسته می‌شوند، اضطراب برانگیخته می‌شود، مواجهه با احساسات و تجربه آنها اتفاق می‌افتد و بینش بیمار به گونه‌ای تثبیت می‌شود که تغییر پایدار حاصل می‌شود «حل‌وفصل مشکلات بیمار» نامیده می‌شود.

حل‌وفصل مشکلات بیمار و برطرف کردن تعارضات هسته‌ای او به گونه‌ای که از رنج رها شود و بتواند یک زندگی معنادار و رضایت‌بخش برای خود بسازد یک هدف بلندپروازانه است و هدف مشترک همه درمانگران نیست. برخی از درمانگران به کاهش یا از بین بردن علائم بیماری یا ایجاد تغییرات رفتاری در بیمار بسنده می‌کنند.

اگر شما هم جزء این دسته از درمانگران هستید، این کتاب احتمالاً برای شما مناسب نیست. با این حال، اگر درمانگری هستید که تلاش می‌کنید تا در حوزه خود متخصص شوید و می‌خواهید به نتایج بهتر و پایدارتر از متوسط نتایج دست پیدا کنید، به نظر می‌رسد که لازم باشد خودتان و بیماران‌تان را به این ترغیب کنید که به اهداف بلندپروازانه دست پیدا کنید (وامپلد و همکاران، ۲۰۱۷). پذیرفتن چنین اهدافی همیشه تضمینی برای دستیابی به آنها نیست؛ اما داشتن چنین اهدافی باعث می‌شود تا تمام تلاش خود را به کار گیرید و این تلاش را با توسعه مداوم مهارت‌هایتان و کسب دانش تقویت کنید. انجام این کارها برای افزایش اثربخشی درمانی ضروری است. به همین منظور، ما تاریخچه و سیر تکاملی مفهوم حل‌وفصل مشکلات بیمار را بررسی می‌کنیم و اجزای تشکیل‌دهنده آن را مورد بررسی قرار می‌دهیم. این اجزا عبارت‌اند از: مفهوم علل چندگانه، وسواس تکرار، درک پیچیدگی و تحمل عدم قطعیت، متعادل کردن دو قطب دلبستگی و خودمختاری، تسهیل تجربه هیجانی اصلاحی، ایجاد و حفظ یک اتحاد درمانی هشیارانه و ناهشیارانه قوی (از جمله رسیدگی به شکاف‌های ایجاد شده در رابطه بین بیمار و درمانگر)، توجه به معنا و انسجام، بازبینی و تحکیم یک خودپنداره یکپارچه و منسجم و پرداختن به مسائل و نگرانی‌های معنوی در صورت بروز این نگرانی‌ها. در سرتاسر متن این کتاب مثال‌های موردی زیادی به‌منظور تشریح و بسط نکات مطرح شده استفاده خواهند شد.

در روزهای اولیه‌ای که روان‌کاوی مطرح شده بود، فروید دوست داشت به بیماران کمک کند تا با تکانه‌های بدوی و تهدیدکننده نهاد روبه‌رو شوند و آنها را تجربه کنند. او فکر می‌کرد که سرکوب کردن این تکانه‌ها علت اصلی علائم و رنج بیمار است. در نتیجه، او در کارهای اولیه خود تلاش

می‌کرد تا راه‌هایی پیدا کند که از طریق آنها مقاومت بیمار را دور بزند. او با این کار در تلاش بود تا هیجانانگیز و خاطرات سرکوب‌شده بیمار را که مرتبط با تکانه‌های نهاد بودند کشف کند. فروید در طی زمان دریافت که در پی چنین تخلیه هیجانی‌ای اتفاقی که می‌افتد اغلب این است که «مواد سرکوب‌شده دوباره بازمی‌گردند». همین موضوع او را بر آن داشت تا به جای تمرکز بر کشف تکانه‌های نهاد، ایگوی بیمار را تقویت کند. به این ترتیب، احساسات و خاطرات ناهشیار قبلی را می‌توان تاب آورد، بر احساسات و خاطرات تسلط یافت و آنها را در یک درک فرارونده^۱ از خود ادغام کرد.

به‌علاوه، فروید متوجه شد که بیماران به‌جای یادآوری تعارضات هیجانی اضطراب‌آور و سرشار از احساس گناه خود، داشتند این تعارضات را تکرار می‌کردند. این اتفاق هم در زندگی کنونی بیماران و هم در انتقال رخ می‌داد. بروئر این انتقال تعارضات حل نشده از گذشته به زمان حال با درمانگر را شخصاً پریشان‌کننده می‌دانست و آن را مانعی بر سر راه فرایند درمانی می‌دانست. در عوض، فروید دریافت که انتقال تعارضات حل نشده بیمار به شخص درمانگر اگر به درستی مدیریت شود، می‌تواند قوی‌ترین ابزار درمانی باشد. «روان‌کاو تنها زمانی که مقاومت بیمار به اوج خود رسیده باشد می‌تواند با همکاری بیمار تکانه‌های غریزی سرکوب‌شده‌ای را که مقاومت را تغذیه می‌کنند کشف کند» (فروید، ۱۹۱۴، ص. ۱۵۵). فقط چنین تجربه‌ای با درمانگر در اینجا و اکنون است که بیمار در طی آن به قدرت ناهشیار خود پی می‌برد. از طریق انتقال، گذشته فراموش‌شده بیمار نزد درمانگر پدیدار می‌شود. در انتقال است که می‌توان با این گذشته مواجه شد، آن را درک کرد و آن را در خودپنداره بیمار تحکیم و یکپارچه کرد. تخیل کردن این تکانه‌ها و خیال‌پردازی‌های اضطراب‌آور، مرز باریکی بین سرکوب و برون‌ریزی ایجاد می‌کند که هر دو مخرب هستند. با ایجاد این مرز باریک که شفافبخش است و تأثیر درمانی دارد، برای تکانه‌های بیمار نوعی «زمین بازی ایجاد می‌کنیم که در آن به آنها اجازه داده می‌شود تا تقریباً با آزادی کامل خودشان را بروز دهند» (فروید، ۱۹۱۴، ص. ۱۵۴). بسیاری از اوقات چنین تجربه‌ای در کنار درمانگر با اشخاص مهمی ارتباط پیدا می‌کند که در گذشته بیمار حضور داشتند و بیمار از نسل آنهاست (والدین). این تجربه در بیمار منجر به ایجاد بینش در مورد منبع اصلی آسیب می‌شود. اینکه تشویق شویم تا تکانه‌ها و خیال‌پردازی‌های ممنوعه قبلی خود را به طور مستقیم نسبت به درمانگر تجربه و ابراز کنیم آن هم بدون اینکه انجام چنین کاری برایمان عواقب نامطلوبی داشته باشد اغلب به شدت اصلاح‌کننده و شفافبخش است. به این ترتیب، گذشته‌مان در زمان حال ترمیم می‌شود.

فروید (۱۹۳۷) در اواخر عمر خود به نقش مقاومت سوپرایگو در بهبودی و شفافبخشی پی برد. او متوجه شد که رنج بیماران صرفاً به خاطر به کار بردن مکانیسم‌های دفاعی در برابر احساسات

اضطراب برانگیز و دردناک نیست. علاوه بر این، بیماران به این خاطر رنج می‌برند که در مورد این احساسات و آرزوهای ممنوعه به صورت ناهشیار احساس گناه می‌کنند و فکر می‌کنند که باید به خاطر داشتن چنین احساسات و آرزوهایی تنبیه شوند. همچنین، فریود متوجه شد که برخی از بیماران از علائم خود نفع ثانویه زیادی می‌بردند و از کنار گذاشتن آن دفاع‌ها بیزار بودند. برای اینکه تغییر پایدار ایجاد شود، باید به هر دوی این عوامل رسیدگی کرد.

ما در اینجا شروع به درک این مفهوم می‌کنیم که بسیاری از اوقات عوامل متعددی مسئول ایجاد و حفظ اختلال در بیماران هستند. از جمله این عوامل عبارت‌اند از اضطراب و مقاومت در برابر رویارویی با تکانه‌های بدوی‌شان، تکرار به جای به یاد آوردن، نیاز ناهشیار به رنج کشیدن و نفع ثانویه بیماری برای بیماران؛ چون بیمار بودن باعث می‌شود که مسئولیت و بار زندگی از روی دوش بیمار برداشته شود. ماهیت پیچیده و دشوار پرده برداری و از میان بردن تمام عواملی که مسئول ایجاد آسیب در بیمار بودند دشوارترین، زمان‌برترین و خسته‌کننده‌ترین بخش کار در نظر گرفته می‌شد. با این حال، حل و فصل مشکلات بیمار از احساس کردن تا سرکوبی‌زدایی و تا ایجاد بینش و تغییر مهم‌ترین عامل در دستیابی به تغییر پایدار تلقی شده است (فریود، ۱۹۱۴). عجیب نیست که بسیاری از افرادی که در حوزه ما کار می‌کنند در مورد این موضوع توافق دارند که حل و فصل مشکلات بیمار دشوارترین و زمان‌برترین تکلیف ما در روان‌درمانی است. جیوواچینی (۱۹۷۵) می‌نویسد: «پیچیده‌ترین واژه‌ها در روان‌کاوی عبارت‌اند از حل و فصل مشکلات بیمار».

حل و فصل مشکلات بیمار چگونه انجام می‌شود؟

گرچه در مورد مرحله شروع درمان و همچنین مرحله به پایان رساندن درمان مطالب زیادی نوشته شده است، دستورالعمل‌های بسیار کمی برای حفظ تمرکز، عمیق‌تر کردن فرآیند و تحکیم تغییرات در مرحله میانی درمان وجود دارد. در نتیجه، اثربخشی درمانی اغلب آسیب می‌بیند. در روان‌درمانی هم مانند مراحل میانی بازی شطرنج، هیچ کتاب راهنمایی برای هدایت ما وجود ندارد. برای اینکه بر بازی تسلط پیدا کنید، باید اصول زیربنایی مربوط به بازی را درک کنید تا بتوانید هم به صورت از پیش برنامه‌ریزی شده و هم به صورت بی‌مقدمه و بدون برنامه‌ریزی قبلی، به آنچه در اینجا و اکنون در جلسه درمان رخ می‌دهد پاسخ دهید. در عین حال، باید همچنان نگاهتان رو به سوی هدف‌تان باشد. درست همانطور که هیچ‌یک از دو بازی شطرنج دقیقاً شبیه هم نیستند، هیچ‌یک از جلسات روان‌درمانی هم خط سیر مشابهی را دنبال نمی‌کنند. درمانگر موفق کسی است که به رویکرد درمانی خود علاقه دارد و در اجرای آن به شیوه‌ای ساختاریافته اما انعطاف‌پذیر مهارت دارد. همچنین، یک بالینگر موفق برای به حداکثر رساندن اثربخشی درمان عوامل زیادی را در نظر می‌گیرد (کاگلین، ۲۰۱۷).

فرایند حل و فصل مشکلات بیمار دقیقاً چگونه انجام می‌شود؟ فریود (۱۹۱۴) در مقاله خود با نام

«به یاد آوردن، تکرار کردن و حل و فصل مشکلات بیمار» بیان می‌کند که در روان‌درمانی تقسیم کار کردن بین بیمار و درمانگر ضروری است. طبق نظر فروید در آن مقاله کار درمانگر این است که مقاومت بیمار در برابر به یاد آوردن و تجربه هیجان‌ات اضطراب‌آور را شناسایی و شفاف‌سازی کند. از نظر او غلبه بر این مقاومت‌ها بر عهده بیمار بود. فروید در کارهای اولیه خود از تکنیک فشار استفاده می‌کرد. او کاملاً به طور مستقیم بیمارانش را به این تشویق می‌کرد که برای غلبه بر مقاومت شان در برابر فرآیند درمانی نقش فعالی ایفا کنند. او با گذشت زمان به طور فزاینده‌ای نسبت به این فرآیند منفعل و بدبین شد و به ما پیشنهاد کرد که «در برابر قدرت بالاتر مقاومت سوپرایگو تسلیم شویم». دوانلو (۱۹۹۰) این کار فروید را یک عقب‌گرد اشتباه می‌دانست. او به محض بروز مقاومت به موضع اولیه و فعال‌تری بازمی‌گشت که فروید در ابتدا در مقابله با مقاومت این موضع را می‌گرفت.

درمان کاری نیست که با بیمار انجام شود؛ درمان تنها در صورتی می‌تواند موفقیت‌آمیز باشد که بیمار به طور فعال با درمانگر در دستیابی به اهداف درمانی همکاری کند. درمانگر می‌تواند بیمار را در مسیر تلاش برای دستیابی به این اهداف راهنمایی و تشویق کند؛ اما کار تبدیل این بینش‌ها به عمل باید کاملاً به عهده بیمار قرار بگیرد. بیمار پیش از هر چیزی باید ابتدا نگرش هشیارانه خود را نسبت به بیماری‌اش تغییر دهد. «بیمار معمولاً به تأسف خوردن بابت بیماری خود بسنده کرده است، از بیماری خود بیزار بوده است و اهمیت آن را دست کم گرفته است...» (فروید، ۱۹۱۴، ص. ۱۵۲). پس، بیمار باید شهامت روبه‌رو شدن با «دشمنی را بیابد که متناسب با جریزه‌اش باشد. بخشی از شخصیت بیمار که زمینه‌ای محکم برای وجود بیماری را ایجاد می‌کند باید به واسطه چیزهای ارزشمندی که بیمار برای زندگی آینده‌اش می‌خواهد از وجودش خارج شود» (فروید، ۱۹۱۴، ص. ۱۵۲).

علاوه بر این، فروید داشت به عوامل متعددی اشاره می‌کرد؛ از جمله اراده و شجاعت بیمار که برای انجام کار روان‌درمانی لازم بود. همچنین، فروید به نیاز به درک فایده، هدف و هزینه‌ای که علائم بیماری برای بیمار به بار می‌آورند نیز اشاره می‌کرد. در نهایت، فروید به یکپارچه کردن بخش‌های به ظاهر ناهم‌خوان و حتی نفرت‌انگیز وجود بیمار با دیگر بخش‌های وجودی‌اش اشاره کرد. هدف از این کار این بود که بیمار به یک خود منسجم و یکپارچه دست پیدا کند و زندگی با معنا و هدفمندی داشته باشد. این فرآیند یک فرآیند چند وجهی است که مراحل زیادی را در برمی‌گیرد. این فرآیند اغلب باید چندین بار تکرار شود تا مطمئن شویم که تغییرات ایجاد شده پایدار می‌مانند. سرانجام، «حل و فصل مشکلات بیمار» نام نبردی است که باید انجام بگیرد و زحمتی است که باید کشیده شود اما تنها کاری که روان‌رنجوری کرده است این است که این کار را برای مدتی طولانی به تعویق انداخته است. حل و فصل مشکلات بیمار یک کشمکش درونی است «تقلاً برای ایجاد دگرگونی است که به ما این امکان را می‌دهد که روان‌رنجوری و علائم فریب‌دهنده‌اش را پس بزنیم تا به یک شیوه زندگی جدید و احتمالاً سالم‌تر دست پیدا کنیم (سدلر، ۱۹۸۳، ص. ۷۵).

برای دست یافتن به چنین اهداف درمانی بلندپروازانه‌ای، «بدیهی است پیش از اینکه فردی بتواند در مورد مناسب‌ترین و مقرون به صرفه‌ترین مدل درمان برای هر کسی قضاوت کند باید در مورد پیچیدگی‌های متعدد رفتار انسان دانش بیشتری کسب کند نه کمتر (الکساندر و فرنج، ۱۹۴۶). آن‌ها در پایان به این موضوع پی بردند که «تجربهٔ مجدد تعارضات قدیمی و حل نشده با سرانجامی متفاوت از آنچه در گذشته داشته راز هر نتیجهٔ درمانی زیرکانه است». علاوه بر این، «تنها تجربهٔ واقعی یک راه حل جدید در انتقال یا زندگی روزمرهٔ بیمار است که به او این اطمینان را می‌دهد که راه حل جدید امکان‌پذیر است و او را برمی‌انگیزد تا الگوی روان‌رنجور قدیمی را کنار بگذارد». بنابراین، بیمار باید برای دست یافتن به یک پایان جدید و رضایت‌بخش‌تر، تعارضات قدیمی خود را زندگی کند؛ نه اینکه صرفاً آنها را حل‌وفصل کند. ما نیز به عنوان روان‌درمانگر باید در تسهیل چنین تجربه‌ای برای بیمار ماهر شویم.

خودپندارهٔ تغییر یافته

فروید (۱۹۱۴) بر اهمیت غلبه بر مقاومت و از جمله برطرف کردن انتقال تأکید می‌کرد. او معتقد بود که این کار باعث کشف و حل تعارضاتی در بیمار می‌شود که با خاطراتی آسیب‌زا مرتبط بودند. با این حال، روانشناسان روانشناسی ایگو که بعد از فروید روی کار آمدند بر نیاز به یکپارچه کردن خاطرات فراموش شدهٔ گذشته و احساسات سرکوب شدهٔ بیمار در خودپندارهٔ جاری او تأکید می‌کردند. در کنار این اندیشه‌ها، ولشتاین (۱۹۸۲) بیان کرد که حل‌وفصل مشکلات بیمار یا غلبه بر گذشتهٔ او کافی نیست. علاوه بر این‌ها، باید «در جهت رسیدن به» آینده‌ای جدید و رو به رشد تلاش کنیم. در فرآیند دست کشیدن از دفاع و مقاومت برای مواجهه با احساسات متعارضی که بیمار نسبت به گذشتهٔ خود دارد و تجربهٔ این احساسات، رشد بیمار که متوقف شده بود از سر گرفته می‌شود (کوهوت، ۱۹۸۴). از آنجایی که مدل‌های کاری درونی خود و دیگری در روزهای بسیار آغازین زندگی ایجاد می‌شوند و اغلب اوقات دور از چشم ما عمل می‌کنند، باید با جذب اطلاعات جدید و عمیق‌تر شدن و افزایش یافتن تجربهٔ فرد به‌روزرسانی شوند و گسترش پیدا کنند.

به عنوان مثال، برخی از افرادی که وزن خود را کم کرده‌اند و ده‌ها سال این کاهش وزن را حفظ کرده‌اند همچنان خود را فردی «چاق» می‌پندارند؛ درست مثل افرادی که ده‌ها سال از اعتیاد پاک بوده‌اند اما ممکن است همچنان خودشان را «معتاد» بدانند.

تغییرات رفتاری چگونه منجر به تغییر در هویت و خودپنداره می‌شوند؟ برای اینکه تغییر تا این سطح اتفاق بیافتد، باید داستان یا روایت زندگی خود را بازبینی کنیم و آن را دوباره سازماندهی کنیم.

اینکه در داستان زندگی خود قربانی هستیم یا قهرمان تأثیر بسیار زیادی بر سلامت، بهزیستی و عملکرد کلی مان دارد. این موضوع صرفاً در مورد کارهایی که فرد انجام می‌دهد یا انجام نمی‌دهد نیست. آنچه بیش از همه اهمیت دارد این است که ما خودمان را چگونه می‌بینیم و تعریف می‌کنیم. برای انجام این کار اغلب لازم است که رویدادهای گذشته را به هشیاری کنونی مان بیاوریم و بر اساس واقعیت حال حاضر موقعیت‌ها و باورهای خود را بازرزایی کنیم؛ نه بر اساس خاطراتی که از گذشته داریم. همچنین برای انجام این کار باید ابزارها و دانش کنونی مان را به کار ببریم؛ نه باورها و ظرفیت‌های منسوخ شده و بررسی نشده. گفته می‌شود که افراد روان‌رنجور در یک زمان وجودی^۱ گیر افتاده‌اند و به طریقی احساس می‌کنند که انگار از همیشه آسیب دیده‌اند و تا همیشه آسیب دیده خواهند ماند. زمانی که به تعارضات و مشکلات بیمار رسیدگی می‌شود و برطرف می‌شوند، مفاهیم مرتبط با این مشکلات و تعارضات نیز باید همراه با خودپنداره بیمار دوباره مورد ارزیابی قرار بگیرند و بازبینی شوند.

دستیابی به بینش و آزادی هیجانی همیشه هم برای تضمین تغییر پایدار کافی نیستند. برای اینکه تغییرات پایدار بمانند، این عوامل باید در یک خودپنداره باثبات و فرارونده ادغام شوند. روایت‌های زندگی بیمار باید بازبینی شوند و هویت بیمار باید تغییر کند تا با یک خودپنداره جدید و گسترش یافته وفق پیدا کند. انسان‌ها موجوداتی داستان‌سرا هستند و به دنبال ایجاد معنا در زندگی خود هستند. اغلب اوقات برای اینکه تغییرات عمیق و پایدار در بیمار تحکیم شوند، باید در ذهن بیمار یک معنای شخصی جدید شکل بگیرد. این فرایند ذهنی و «نمادسازی از تجربه هیجانی مراجع در بافت داستان‌هایی که برجسته و شخصی هستند به عنوان یک راهبرد مداخلاتی کلیدی در نظر گرفته می‌شود که مراجعان را قادر می‌کند تا به طور معناداری داستان زندگی خود و زندگی هیجانی‌شان را یکپارچه کنند...» (انگوس و همکاران، ۲۰۱۲، ص. ۵۵).

نقش درمانگر

نقش درمانگر در ترویج چنین مواجهه درمانی‌ای کلیدی است. برای کمک به بیمار به این شیوه، درمانگر باید با احساسات و امیال شدید و اغلب آزاردهنده بیمار نیز مانند احساسات و امیال خود راحت باشد. «مهارت تخصصی درمانگر و رویدادهایی که در انتقال رخ می‌دهد جزء ضروریات فرایند کلی درمان هستند (لووالد، ۱۹۶۰). پژوهش‌ها اهمیت محوری نقش درمانگر در نتیجه درمان را تأیید کرده‌اند. مهارت و ممارست، مهارت‌های فراشناختی برتر، دانش عمیق در حوزه تخصصی خود و هوش هیجانی درمانگر نسبت به متغیرهای مربوط به بیمار یا مدل درمانی به کار رفته، تأثیر خیلی

بیشتری بر نتیجه درمان می‌گذارد (دانکن و همکاران، ۲۰۰۹؛ کاپلوویتز، سافران و موران، ۲۰۱۱). همه این موارد بیانگر رشد خود ما به عنوان درمانگر است؛ از جمله افزایش توانایی‌مان برای شناسایی علل چندگانه رنج بیمار و در عین حال، تحمل پیچیدگی و عدم قطعیت در طول مسیر حل مشکلات بیمار. بهترین درمانگران برای کار درمانگری خود از نظریه و روشی استفاده می‌کنند که به آن اشتیاق زیادی دارند و در اجرای آن برای طیف وسیعی از بیماران مهارت دارند. نظریه و تکنیکی که راهنمای کار نویسنده این کتاب است روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) است. این مدل درمانی یک مدل چند وجهی است. شواهد تجربی فزاینده‌ای نشان می‌دهند که ISTDP هم به لحاظ بالینی و هم به لحاظ مقرون به صرفه بودن برای انواع گسترده‌ای از بیماران کارآمد است (عباس، ۲۰۰۳، ۲۰۱۵؛ شدلر، ۲۰۱۰). مشخص شده است که ISTDP در درمان اضطراب، اختلال پانیک، افسردگی (از جمله افسردگی مقاوم به درمان)، اختلالات شخصیت و تبدیلی و همچنین اختلالات جسمی و علائم پزشکی ناشناخته مؤثر است.

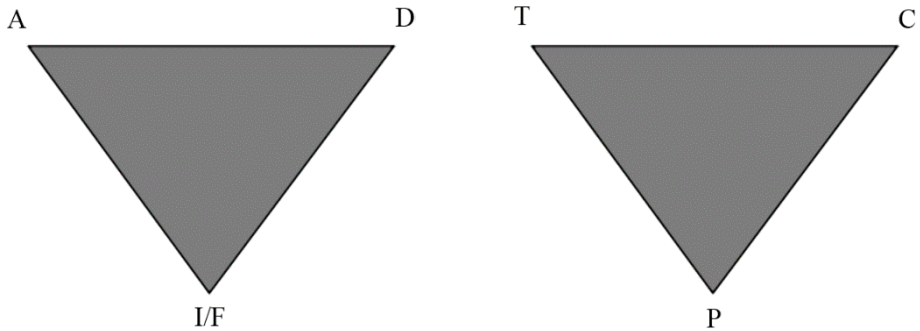
ISTDP: یک مدل درمانی چندوجهی

مدل درمانی به کار رفته توسط نویسنده این کتاب ISTDP است که توسط دکتر حبیب دوانلو تدوین شده است. بررسی کامل این مدل درمانی فراتر از چارچوب این بخش از کتاب است. با این حال، خلاصه‌ای از این مدل درمانی در این بخش از کتاب آورده شده است. برای کسب اطلاعات دقیق‌تر در مورد روش درمانی ISTDP، از آثار قبلی نویسنده این کتاب (کاگلین دلا سلوا، ۱۹۹۱، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳، ۱۹۹۶، ۲۰۰۶، ۲۰۰۷، ۲۰۱۷) و همچنین آثار دوانلو (۱۹۷۸، ۱۹۸۰، ۱۹۹۰، ۲۰۰۰)، عباس (۲۰۱۵) و فردریکسون (۲۰۱۳) کمک بگیرید.

دوانلو (۱۹۷۸، ۱۹۸۰) ابتدا در کنار لیندمان در خط مقدم با بیمارانی کار می‌کرد که به خاطر شرایط بیرونی دچار بحران شده بودند. سپس، او شروع به تدوین یک تکنیک درمانی کرد. این تکنیک طراحی شده بود تا بحران درون روانی را در بیماران مبتلا به مشکلات مزمن تحریک کند. او توانست با فشار آوردن به بیمار برای تجربه کردن احساساتی که مدت‌ها از آنها اجتناب کرده بود و با به چالش کشیدن بیمار برای دست برداشتن از دفاع‌هایی که محکم به آنها چسبیده بود در بیمار یک بحران درون‌روانی ایجاد کند. این کار به شکل پایایی^۱ باعث بازگشایی ناهشیار بیمار شد و روند ایجاد تغییر در بیمار را سرعت بخشید. دوانلو که درک عمیقی از نظریه روان‌کاوی داشت و در مورد ناهشیار نیز درک شهودی قوی‌ای داشت شروع به آزمایش با تکنیک‌های فعالانه‌تر و دقیق‌تر کرد. علاوه بر این، او از تمام جلسات درمان خود فیلم گرفت تا میزان اثربخشی تکنیک‌های خود را پیگیری کند. او سرانجام توالی

1. reliably

دو مثلث



مثلث تعارض

مثلث شخص

A: اضطراب

T: انتقال

D: دفاع

C: اشخاص مهمی که در زندگی کنونی بیمار حضور دارند

I/F: تکانه / احساس

P: اشخاص مهمی که در گذشته بیمار حضور داشتند

و بیمار از نسل آنهاست (والدین)

شکل ۱-۱. دو مثلث

پویشی مرکزی (CDS) را تدوین کرد. توالی پویشی مرکزی (CDS) روشی ساختاریافته اما انعطاف پذیر برای دستیابی مطمئن به اهداف درمانی بلندپروازانه در کار با طیف وسیعی از بیماران و در یک دوره زمانی نسبتاً کوتاه است (دوانلو، ۱۹۷۸، ۱۹۸۰، ۱۹۹۰، ۲۰۰۰).

وقتی مالان (دوانلو، ۱۹۷۸، ۱۹۸۰) برای اولین بار این کار دوانلو را در فیلمی که او از جلسات درمانش گرفته بود مشاهده کرد، متوجه راه هایی شد که دوانلو داشت از طریق آنها از دو مثلث برای هدایت فرایند درمانی استفاده می کرد (شکل ۱-۱). تمام مداخلات خاصی که دوانلو تدوین کرده بود در یک فرایند ارزیابی پویشی ادغام شد (دوانلو این فرایند را «درمان آزمایشی» نامید). درمان آزمایشی طراحی شده است تا در طی آن در مورد مشکلاتی که باید به آنها پرداخته شود اطلاعات خاصی جمع آوری شود. سپس از این اطلاعات برای فرمول بندی و امتحان کردن فرضیه ای در مورد ماهیت تعارضاتی استفاده شد که مسئول این مشکلات بودند. در نهایت، پاسخی که بیمار به مداخله درمانگر می داد به عنوان ابزار تشخیصی اولیه و راهنمایی برای مداخلات بعدی به کار می رفت. همچنین، این روش ارزیابی برای ارزیابی ظرفیت فعلی بیمار جهت شرکت در این شکل فشرده از درمان طراحی شده بود.

مرحله ۱: کاوش

دوانلو (۱۹۷۸، ۱۹۸۰، ۱۹۹۰) در مورد نحوه کاوش کردن در روان‌درمانی، طرفدار رویکردی پدیدار شناختی بود. طبق این رویکرد، تمرکز اصلی بر روی بررسی دقیق و مفصل مشکلات کنونی بیمار است. اولین گام در این فرایند درک ماهیت، تاریخچه و شدت مشکلاتی است که باید به آنها پرداخته شود. بررسی موقعیت‌ها و محرک‌هایی که علائم و مشکلات کنونی را ایجاد می‌کنند با تأکید ویژه بر حادثه‌ای که بیمار را برمی‌انگیزد تا به دنبال درمان باشد جزئی از این فرایند است.

از همان ابتدا باید حواس مان به ایجاد اتحاد درمانی باشد. در این مرحله از کار تلاش می‌کنیم تا در مورد مشکلات بیمار و اهداف درمان با او به توافق برسیم. توافق بر سر تکلیف درمانی مؤلفه ضروری دیگری است که در ایجاد اتحاد درمانی هشیارانه نقش دارد. این توافق اغلب در مراحل بعدی فرایند کاوش و بعد از اینکه دفاع‌ها کنار رفته باشند شکل می‌گیرد. لازم به ذکر است که در ابتدای مرحله کاوش، فقط به دفاع‌هایی رسیدگی می‌کنیم که برای فرایند کسب این اطلاعات مهم مانع ایجاد می‌کنند. وقتی دفاع‌هایی مانند مبهم سخن گفتن، بیرونی‌سازی یا سرکشی به هر طریق معناداری مانع از انجام مرحله کاوش می‌شوند، فرایند درمان باید وارد مرحله دوم یعنی کار بر روی دفاع‌ها شود.

مرحله ۲: کار بر روی دفاع‌ها

دوانلو (۱۹۹۰) بسیاری از مفاهیم و فرایندهای پویایی از جمله کار کردن بر روی دفاع‌ها را به صورت عملیاتی تعریف کرد. این فرآیند شامل (۱) شناسایی و (۲) شفاف‌سازی مکانیسم‌های دفاعی و همچنین (۳) بررسی سود و زیان‌های مکانیسم‌های دفاعی مورد نظر می‌شود. بسیار ضروری است که به بیمار کمک شود تا ببیند که استفاده از مکانیسم‌های دفاعی که در او به شکل عادت در آمده علائم و مشکلات کنونی‌اش را ایجاد و یا تشدید می‌کند. وقتی بیمار به وضوح ببیند که اجتناب او از احساسات حقیقی‌اش عامل تداوم یافتن مشکلاتش است و بتواند پیامدهای منفی چنین اجتنابی را برشمارد، می‌تواند انتخاب کند که به رنج کشیدن ادامه دهد یا با احساسات حقیقی‌اش روبه‌رو شود تا شفا یابد و از رنج رها شود.

بسیاری از اوقات کار کردن بر روی دفاع‌ها احساسات شدیدی را در بیمار برمی‌انگیزد. این احساسات یا شامل غمی است که بیمار به خاطر توانی که برای دفاع‌هایش پرداخته احساس می‌کند و یا احساس خشمی است که نسبت به درمانگر پیدا می‌کند؛ چون درمانگر به دفاع‌های او اشاره می‌کند. در اینجا بازهم بیمار در یک دو راهی قرار می‌گیرد؛ اینکه با احساساتی که اینجا و اکنون درون او بیدار می‌شوند مواجه شود یا از آنها اجتناب کند.

ارزیابی و تنظیم اضطراب

یکی از رایج‌ترین اشتباهاتی که درمانگران مرتکب می‌شوند این است که آنقدر اضطراب بیمار را پایین نگه می‌دارند که تغییری در بیمار ایجاد نمی‌شود. این درمانگران به محض اینکه بیمار احساس ناراحتی می‌کند، پا پس می‌کشند. در عوض، دوانلو (ارتباطات شخصی، ۱۹۹۱-۱۹۸۸) ما را به این تشویق می‌کند که پیش برویم و روی تعارضات و احساساتی که باعث ایجاد اضطراب در بیمار می‌شوند تمرکز کنیم. روش درمانی دوانلو بر پایه نظریه دوم فروید در مورد اضطراب بنا شده است. فروید در نظریه دوم خود در مورد اضطراب می‌گوید اضطراب علامتی است که درمانگر را متوجه این موضوع می‌کند که بیمار در چه حوزه‌ای درد می‌کشد و آشفته است و نیاز به بررسی دارد.

دوانلو (۱۹۹۰) سه کانال تخلیه اضطراب را شناسایی کرد. شناسایی این کانال‌ها اهمیت تشخیصی بالایی دارند. وقتی بیماران اضطراب خود را از طریق کانال عضلات مخطط که حرکاتشان ارادی است تخلیه می‌کنند، نشانه این است که بیمار ظرفیت خوبی دارد. همچنین، تخلیه اضطراب در این کانال به ما می‌گوید که احساسات، تکانه‌ها و خیال‌پردازی‌های تهدیدآمیز به سطح نزدیک هستند و می‌توان به شکلی ایمن از آنها پرده برداشت. تنش عضلانی، آه کشیدن و به هم فشردن دست‌ها نشانه‌های اصلی تخلیه اضطراب در عضلات مخطط هستند و «چراغ سبزی» هستند که نشان می‌دهند بیمار در جلسه درمان فعال و آماده کار است. همچنین، در علوم اعصاب شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد برای ایجاد تغییر در مغز و رفتار بزرگسالان، باید سطح متوسطی از اضطراب وجود داشته باشد. وقتی اضطراب خیلی پایین باشد، تغییر رخ نمی‌دهد. اگر اضطراب بیش از اندازه بالا باشد و سیستم بیمار را به هم بریزد، تغییر درمانی نمی‌تواند اتفاق بیافتد. برای پیش‌روی ایمن اما مؤثر به سمت تغییر در درمان، باید با بیمار در محدوده مناسبی از اضطراب کار کنیم که برای او قابل تحمل باشد.

ما انتظار داریم که وقتی بیماران با یک درمانگر صحبت می‌کنند مضطرب باشند. آن‌ها باید به علائم بیدار شدن اضطراب در بدن خود توجه کنند. اگر هیچ علامتی از اضطراب در بیمار وجود ندارد، باید بیشتر بررسی کنیم تا ببینیم اضطراب در کجای بدن بیمار است. در چنین مواردی یا اضطراب دارد از طریق کانال عضلات صاف تخلیه می‌شود (از طریق سردرد، سندرم روده تحریک‌پذیر و سایر نشانه‌های جسمی اضطراب) و یا به کانال آشوب شناختی / ادراکی راه پیدا کرده است (علائمی مانند سرگیجه، تجزیه، تاری دید و زنگ زدن گوش‌ها). از سوی دیگر، ممکن است بیمار از شما فاصله گرفته باشد و درگیر فرایند درمان نشده باشد؛ حتی شاید به اجبار به شما مراجعه کرده باشد. برای اینکه مداخله مناسب برای هر بیمار (کاستن از اضطرابی که از خط قرمز رد شده یا رسیدگی به دفاع‌ها) را پیدا کنیم، ابتدا باید ببینیم که چرا در عضلات بیمار هیچ فعالیتی وجود ندارد؟ آیا این عدم فعالیت به خاطر اضطراب بالا و تنظیم نشده بیمار است یا دفاع و مقاومت بیمار باعث شده است که در بیمار هیچ علامت بدنی‌ای وجود نداشته باشد.

مرحله ۳: رخنه در احساسات

طی جلسات درمان ممکن است در بیمار احساساتی نسبت به درمانگر یا شخصی در زندگی کنونی اش بیدار شود که مشکلاتی را که بیمار مطرح کرده در رابطه اش با آن فرد می‌توان مشاهده کرد. در چنین مواقعی، درمانگر به بیمار فشار می‌آورد تا این احساسات را در اینجا و اکنون به طور مستقیم تجربه کند و علائم فیزیولوژیک این احساسات را نیز در بدن خود حس کند. این فرایند یک فرایند سه مرحله‌ای است و شامل این مراحل می‌شود: (۱) بیان واضح احساس نسبت به یک فرد خاص (۲) فعالیت فیزیولوژیکی و تجربه احساس مورد نظر در بدن و (۳) تحریک تکانه یا تمایل به انجام یک رفتار همراه با احساس بیان شده. دوانلو (۱۹۹۰) دریافت که تجربه کردن احساساتی که بیمار قبلاً از آنها اجتناب می‌کرده در بدن، به خصوص در انتقال کلید بازگشایی یا قفل‌گشایی سریع از ناهشیار است. سرکوبی‌زدایی از خاطرات، رویاها و تداعی‌های بیمار در پی بازگشایی ناهشیار رخ می‌دهد. این اتفاق باعث روشن شدن منشأ تعارضات بیمار می‌شود.

به نظر می‌رسد این فرایند یک نیروی شفافبخش درونی را در بیمار آزاد می‌کند. دوانلو از آن نیرو به عنوان اتحاد درمانی ناهشیار (UTA) یاد کرده است. اتحاد درمانی ناهشیار (UTA) زمانی اتفاق می‌افتد که بدون اینکه بیمار آگاهی هشیارانه داشته باشد یا عمدی داشته باشد، ناهشیارش اطلاعاتی را برای درمانگر فراهم می‌کند و به او کمک می‌کند تا به ماهیت و سرچشمه مشکلاتش پی ببرد. این پدیده می‌تواند در قالب لغزش‌های زبانی، خاطراتی که ناگهان به ذهن می‌آیند و تداعی‌ها و تصاویری از ناهشیار پدیدار می‌شوند و منشأ تعارضات بیمار را روشن می‌کنند ظاهر شود. درمانگر باید در تمام طول جلسات درمان اول از همه حواسش به مدیریت دو نیروی اتحاد درمانی و مقاومت باشد؛ چه به شکل هشیارانه بروز یابند و چه ناهشیارانه.

وقتی بیمار به وضوح می‌داند که نسبت به چه شخصی چه احساسی دارد، علائم فیزیولوژیکی مربوط به تجربه آن احساس را در بدنش حس می‌کند و شواهدی از تحریک تکانه در او مشاهده می‌کنیم (مشت کردن دست‌ها، تکان دادن پاها و غیره) دوانلو با استفاده از تجسم به بیمار کمک می‌کرد تا تکانه‌های ممنوعه‌ای را که تجربه می‌شوند در ذهن خود «تصویرسازی» کند. درون خود ریختن این تکانه‌ها برون‌ریزی آنها هر دو دفاع‌های بسیار مخربی هستند. در عوض، استفاده از قوه تخیل افراد برای مواجهه با احساسات و تکانه‌های اضطراب‌برانگیز و سرشار از احساس گناه آن‌هم بدون اینکه کسی آسیبی ببیند تکلیف درمانی این مرحله از درمان است. وقتی که بیمار در نهایت با احساسات متعارض خود (نسبت به درمانگر یا فردی در زندگی کنونی‌اش که در جلسه درمان روی او تمرکز شده است) روبه‌رو می‌شود، اغلب در ذهن بیمار به صورت خود به خود تصاویری انتقالی از فردی در گذشته اش پدیدار می‌شود که با او رابطه دلبستگی داشته (فردی که در زندگی کنونی بیمار وجود دارد و در جلسه درمان روی او تمرکز شده است نماینده این فرد است). این تجربه