

# رواندرمانی کوتاه‌مدت با رویکرد روابط ابرّه

جهت متخصصین روانکاو و رواندرمانی



# فهرست

۷.....	مقدمه مترجم .....
۱۱.....	پیشگفتار نوشته دکتر دیوید ای. شارف .....
۱۵.....	پیشگفتاری بر نسخه کاغذی کتاب .....
۲۳.....	قدردانی ها .....
۲۵.....	یادداشتی برای خوانندگان .....
۲۷.....	۱: مقدمه .....
۳۸.....	۲: چرا تا این حد در برابر درمان کوتاهمدت مقاومت وجود دارد؟ .....
۵۸.....	۳: مفاهیم روابط ابژه و درمان کوتاهمدت .....
۱۰۰.....	۴: مرور تاریخی: چند نمونه .....
۱۴۱.....	۵: مروری کلی بر این رویکرد .....
۱۶۸.....	۶: آغاز .....
۱۸۸.....	۷: بخش اول: مرحله میانی .....
۲۰۸.....	۸: بخش دوم: مرحله میانی .....
۲۲۸.....	۹: پایان .....
۲۶۴.....	۱۰: درمان خیلی کوتاهمدت .....
۲۹۸.....	۱۱: درمان کوتاهمدت روابط ابژه و درمان جوان مبتلا به اختلال شخصیت: بخش ۱ .....
۳۲۵.....	۱۲: درمان کوتاهمدت روابط ابژه و درمان جوان مبتلا به اختلال شخصیت: بخش ۲ .....
۳۵۲.....	۱۳: تأملاتی درباره درمان کوتاهمدت روابط ابژه و مراقبت مدیریت شده: کوتاهی و درستکاری .....
۳۶۹.....	۱۴: کلام پایانی کوتاه .....
۳۷۳.....	منابع .....
۳۸۱.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی .....
۳۸۳.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی .....

## مقدمه

### آیا درمان‌جوی متعارفی برای درمان کوتاه‌مدت وجود دارد؟

#### سوزان

سوزان هنوز هم از مردی که دیروز در پارکینگ با او درگیر شده بود عصبانی است. سوزان مادری ۲۳ ساله و مطلقه است. دیروز که در حال خروج از پارکینگ شرکت بود با راننده دیگری به مشکل می‌خورد. او از ماشین پیاده شده و با مشت به شیشهٔ راننده کوبیده و فریاد می‌زند: «حالا میام صورت لعنتیت رو خرد می‌کنم!» جالب اینجا است که او به‌عنوان نمایندهٔ خدمات مشتریان در یک انستیتوی مالی مشغول به کار است. او از سوی سرپرست خود به‌عنوان بخشی از برنامهٔ خدمات یاری کارکنان<sup>۱</sup> (EAP) به من ارجاع شد. او در گذشته نیز در محل کار و سایر موقعیت‌ها در کنترل خشم خود با دشواری‌هایی مواجه بوده است. من او را به مدت سه جلسه ملاقات کردم؛ زیرا حداکثر تعداد جلسات مجاز بر اساس EAP، ۳ جلسه بود.

#### آلن

آلن یک دانشجوی سال اولی هجده ساله، باهوش و معذب است. او تماس چشمی اندکی را برقرار می‌کرد. آلن پس از اینکه یکی از همکلاسی‌هایش دست رد به سینه‌اش زد، در معرض خطر خودکشی قرار داشت و حتی نحوه

1. Employee assistance program

انجام آن را تمرین هم کرده بود. آلن هرگز پیش‌تر تحت روان‌درمانی قرار نگرفته بود اما در جلسه اول به وضوح بیان کرد که مایل است درمان او تا حد امکان کوتاه‌مدت باشد. اصلی‌ترین مسائل او، ترس از وابستگی و صمیمیت هستند. او به مدت ۲۰ جلسه در درمان شرکت کرده است.

### بی

بی به دفتر خصوصی من مراجعه کرد و توضیح داد که زندگی او به دنبال طلاق از همسرش در چهار سال قبل در حال فروپاشی است. بی که زنی ۴۳ ساله و با دو فرزند و دچار افسردگی خفیف بود و باورهای عمیقاً بدبینانه‌ای نسبت به توانایی‌های خود در پرداختن به زندگی خود به‌عنوان فردی مستقل داشت. علی‌رغم اینکه سال‌ها تحت درمان قرار گرفته بود، نتوانسته بود فعالانه در پی شغلی باشد و آن را پیدا کند. او به طور خاص به‌منظور درمان انفرادی و با این امید که این درمان به او کمک کند، به من ارجاع داده شده بود. بی ۱۴ جلسه در درمان حضور پیدا کرد.

### دایان

هنگامی که دایان اولین جلسه درمان خود را در ۳۲ سالگی آغاز کرد به من گفت که اگر تاکنون خود را نکشته است به این دلیل است که نمی‌تواند چنین بلایی را بر چهار فرزند خود بیاورد. او به‌شدت در دو هفته اخیر با افکار خودکشی درگیر بود زیرا او در آن زمان به دلیل اختلاس چند هزار دلاری از کارفرمای خود دستگیر شده بود. نکته عجیب اینجا بود که او با یک دادستان ازدواج کرده بود. دایان خود را فردی مسئولیت‌پذیر توصیف می‌کرد که گاهی دست به رفتارهایی بسیار تکانشی و خودتخریب‌گرانه می‌زد. او دچار مشکل مالی بود و بیمه درمانی وی حضور در جلسات من را پوشش نمی‌داد (بیمه او یکی از بیمه‌های نظام ارجاع خدمات پزشکی بود). ما ۲۵ جلسه با هم دیدار کردیم.

## فیلیپ

اولین برداشت‌هایی که از این جوان ۲۳ ساله که به تازگی فارغ‌التحصیل شده بود در ذهن من نقش بست، فردی ترشرو، انتقادگر و رئیس‌مآب بود. او از این عصبانی بود که نمی‌تواند در حوزه مالی شغلی را پیدا کند. فیلیپ در یافتن شغل ناتوان بود و در چند هفته متوالی دست به هیچ کاری نزنده بود. فیلیپ می‌گفت که فکر نمی‌کند به کمک چندانی نیاز داشته باشد و صرفاً می‌خواهد که بتواند دوباره به دنبال شغلی بگردد. او در چند جلسه اول به طور مداوم از من انتقاد می‌کرد. ما به مدت ۱۰ جلسه با هم دیدار کردیم.

## لیندا

لیندا با ۲۵ دقیقه تأخیر، شتابان به دفتر من وارد شد. او قبلاً دو بار وقت ملاقات گرفته بود، اما در جلسات حضور نیافته بود. لیندا زنی ۳۰ ساله و مطلقه بود که وکالت را به عنوان اولین شغلش انتخاب کرده بود. او دچار الگوی اهمال‌کاری مزمنی بود و این الگو به مشکلی جدی در مسیر شغلی‌اش بدل شده بود. لیندا آهی کشید و گفت: «اگر نتوانم به موقع در سر کار حاضر شوم، چگونه می‌توانم به خودم احترام بگذارم؟» او در عین حال رفتاری سرشار از سرزندگی و عشوه‌گری داشت. او پیش‌تر تحت درمان قرار گرفته بود و اظهار داشته بود که او و درمانگرش به این مشکل پی برده بودند که «من در زمینه انجام‌دادن کارها بیش از حد خوشبینم». لیندا فکر می‌کرد که این نتیجه‌گیری کاملاً درست بوده اما کمکی به او نکرده است. قرار بود که کارفرمایش او را برای چند ماه به شهری دیگر بفرستد و می‌خواست که تا آن زمان «این مشکل حل شود». ما ۱۱ جلسه با هم دیدار کردیم.

## تقاضا برای درمان کوتاه‌مدت

چیزی به اسم درمان‌جوی «متعارف» در درمان کوتاه‌مدت وجود ندارد؛ بلکه دامنه گسترده‌ای از افراد دچار علائم و ساختارهای منشی وجود دارند که می‌توانند از درمان کوتاه‌مدت بهره‌مند شوند. به طور مشابه، عوامل مختلفی باعث می‌شوند که این درمان

دارای محدودیت زمانی باشد:

۱. محدودیت انگیزه درمان‌جو
۲. ترس درمان‌جو از روابط صمیمانه
۳. جهت‌گیری درمانگر
۴. خط‌مشی‌ها و محدودیت‌های اداری یا سازمانی
۵. نقل مکان درمان‌جو یا درمانگر به یک ناحیه جغرافیایی دیگر
۶. محدودیت اهداف درمانی از سوی درمان‌جو یا درمانگر (همچون کار بر روی سوگواری غیر پیچیده)
۷. مقاومت درمان‌جو در برابر کشف و کاوش محتواهای دردناک
۸. محدودیت منابع مالی

در اینجا به آخرین نکته‌ای می‌پردازیم که احتمالاً بیشتر از همه موجب شکل‌گیری روند پرقدردت اخیر به درمان کوتاه‌مدت شده است. اجرای روان‌درمانی در ایالات متحده و در دهه ۱۹۹۰ با شرکت‌های بیمه‌ای شناخته می‌شد که از راهبردهای مراقبت مدیریت‌شده برای محدود کردن درمان استفاده می‌کردند. علت این امر حضور گسترده سازمان‌های تداوم سلامت - که معمولاً دسترسی به خدمات سلامت روان را به شدت محدود می‌کنند - و شعار محدود نگه داشتن هزینه‌ها در شوراهای قانون‌گذاری دولتی در زمینه مراقبت از سلامت بود. درمان کوتاه‌مدت صرفاً به خاطر همین دلایل هم که شده، موضوع به‌روز و مطلب مهمی بود؛ با این حال، ممکن است مسائل مرتبط با مراقبت مدیریت‌شده و محدود کردن هزینه‌ها بر عوامل دیگری که در ملاحظات مربوط به درمان کوتاه‌مدت وجود دارند، سایه بیندازند. لازم است که ما در هنگام بررسی ماهیت و محتوای درمان کوتاه‌مدت از این عوامل نیز آگاه باشیم.

### گسترش

در حقیقت، بیشتر روان‌درمانی‌های انجام‌شده در ایالات متحده از نوع کوتاه‌مدت هستند. پاردس و پینکاس (۱۹۸۱) دریافتند که میانگین جلسات کلینیک‌ها و نمایندگی‌های سلامت روان برابر با ۳/۷ جلسه است. این افراد گزارش دادند که

بیشترین درمان‌های انجام‌شده در مراکز خصوصی فراتر از بیست و شش جلسه نیستند. ساخت و استراپ (۱۹۸۹) به این نکته توجه کردند که بیشتر روان‌درمانی‌ها در مدت ۲۵ جلسه یا کوتاه‌تر انجام می‌شوند. استرن (۱۹۹۳) مطالعات مربوط به مدت روان‌درمانی‌ها را خلاصه کرده و بیان کرد که میانگین طول درمان در تمامی مراکز ۶ تا ۱۰ جلسه است و ۷۵ تا ۹۰ درصد درمان‌جویان پیش از ۲۵ جلسه به درمان خاتمه می‌دهند. او نتیجه گرفت: «بخش عمدهٔ روان‌درمانی را که در این کشور انجام می‌شود می‌توان درمان کوتاه‌مدت طبیعی نامید» (استرن، ۱۹۹۳، ص. ۱۶۹).

آیا علت این امر ناشی از مراقبت مدیریت‌شده و محدود کردن هزینه‌ها است؟ احتمالاً خیر؛ زیرا گزارش‌های اولیه نیز چنین روندهایی را نشان داده‌اند. گارفیلد (۱۹۷۸) طول درمان را از سال‌های ۱۹۴۸ تا ۱۹۷۰ مورد پژوهش قرار داد و دریافت که در بیشتر مواقع درمان تنها اندکی بیش از ۲۰ جلسه ادامه می‌یابد. روبن‌اشتاین و لار (۱۹۵۶) دریافتند که قراردادهای روان‌درمانی سرپایی معمول به مدت زیر ۱۰ جلسه تنظیم می‌شوند.

به طور خلاصه، روان‌درمانی کوتاه‌مدت هم امروزه و هم در گذشته، متداول بوده است؛ البته درمانگر انتظار ندارد که بسیاری از درمان‌های مختلف از نوع کوتاه‌مدت باشند.

## تعریف

درمان کوتاه‌مدت به شکل‌های مختلفی تعریف شده است، اما من تعریف ساده‌ای را که بودمن و گورمن (۱۹۸۸) ارائه داده‌اند دوست دارم: «در واقع آنچه در تمامی مباحث مربوط به درمان کوتاه‌مدت مطرح شده است، اشاره به درمانی است که زمان اختصاص داده به آن جیره‌بندی می‌شود» (ص. ۶-۵). آنها به این نکته توجه کردند که درمان کوتاه‌مدت را صرفاً نمی‌توان با نگاهی به تعداد جلسات برگزاشده تعریف کرد. من در فصل ۴ برخی از مدل‌های درمان کوتاه‌مدت روان‌پویشی را مرور خواهم کرد که این درمان‌ها از یک تا چهل جلسه به طول می‌انجامد. بودمن و گورمن شیوهٔ خود در نگرش به درمان کوتاه‌مدت را دارای «حساسیت زمانی»، «اثربخشی زمانی» و «صرفه‌جویی در هزینه‌ها» توصیف کرده‌اند. آنها همچنین این نکته را مطرح کردند که توجه به تمایز بین

درمانی که «بر اساس ساختار» خود کوتاه‌مدت است، با درمانی که «به طور پیش‌فرض» کوتاه‌مدت است، حائز اهمیت است. درمان پیش‌فرض فاقد برنامه‌ریزی است و درمانگر توجهی به مسئله محدودیت زمانی ندارد (این درمان‌ها اغلب- و گهگاه به طور نادرستی- از سوی درمانگر به‌عنوان درمانی ارزیابی می‌شوند که دارای «خاتمه» پیش از موعد» هستند).

بنابراین، درمان کوتاه‌مدت بیشتر به نگرش‌های درمان‌جو و درمانگر مربوط است تا تعداد جلسات. درمانگر با توجه به محدودیت‌های منحصر به فرد خود، درمان‌جو و ضرورت‌های لحظه‌ای به (میزان) کارهایی که می‌توان انجام داد می‌اندیشد. درمانگر دارای جهت‌گیری روان‌پویشی ممکن است از این دیدگاه نیز به درمان‌جو نزدیک شود: «من از اندیشه‌های پویشی استفاده خواهم کرد، به برخی از مسائل زیربنایی خواهم پرداخت و آنچه را می‌توانم انجام خواهم داد». وینیکات (۱۹۶۲) مثالی را در مورد این نگرش نسبت به درمان ذکر کرده است: «فرد در تحلیل می‌پرسد که اجازه انجام چه کارهایی را دارد؟ در مقابل، شعار کلینیک من این است: چگونه می‌توان با حداقل کار به نتیجه رسید؟» (ص. ۶۶).

## اثر بخشی

آیا درمان کوتاه‌مدت مؤثر است؟ این سؤال چنان گسترده است که دادن پاسخی معنادار به آن دشوار است. برای پاسخ به این سؤال لازم است که بدانیم منظور چه نوع درمان کوتاه‌مدتی است، منظور ما از «مؤثر بودن چیست» و کدام درمان‌جویان مدنظر ما هستند؟ باین‌حال، با معیارهایی که در ذهن داریم، می‌توانیم با اطمینان نتیجه بگیریم که بیشتر درمان‌جویانی که یک دوره از درمان کوتاه‌مدت را گذرانده‌اند، فواید معناداری را به دست آورده‌اند. کریس - کریستوف (۱۹۹۲) فراتحلیل دقیقی را در زمینه ۱۱ مطالعه دارای کنترل دقیق در زمینه درمان کوتاه‌مدت پویشی انجام داد و دریافت که این درمان در مقایسه با گروه کنترل در فهرست انتظار که درمانی را دریافت نمی‌کردند، بسیار اثربخش است. این اثربخشی در حوزه‌های زیر اتفاق می‌افتد: (۱) کاهش علائم هدف اختصاصی، (۲) کاهش سطح کلی علائم روان‌پزشکی و (۳) بهبود کارکرد اجتماعی. اسمیت و همکاران (۱۹۸۰) ۳۷۵ مطالعه اثربخشی را در حوزه روان‌درمانی مرور



کردند. اکثریت عمده این مطالعات از اثربخشی درمان خیر می‌دادند. جالب اینکه میانگین تعداد جلسات ۱۷ جلسه بود! حجم وسیعی از پژوهش‌ها وجود دارند که از اثربخشی روان‌درمانی حکایت می‌کنند و اکثر آنها تقریباً درمان کوتاه‌مدت محسوب می‌شوند. بیشتر پژوهش‌ها در زمینه پیامدهای روان‌درمانی در حقیقت، بر پیامدهای روان‌درمانی کوتاه‌مدت پرداخته‌اند. به طور حتم طراحی و اجرای پژوهشی که برای مثال ۱۵ جلسه به طول انجامد، بسیار آسان‌تر از مطالعه یک روان‌درمانی است که دو سال به طول می‌انجامد و دو بار در هفته انجام شود.

علاوه بر این، در پژوهش‌هایی که به مقایسه درمان کوتاه‌مدت و درمان بلندمدت پرداخته شده است، درمان‌های کوتاه‌مدت نتایج یکسانی با درمان‌های بلندمدت داشته‌اند. بلوم (۱۹۹۲) ۹ مطالعه را فهرست کرده و بیان می‌کند:

تقریباً بدون هیچ استثنایی این مطالعات تجربی در زمینه روان‌درمانی سرپایی کوتاه‌مدت یا خدمات روان‌پزشکی بستری کوتاه‌مدت... به‌عنوان درمان‌هایی شناخته شده‌اند که اثربخشی یکسانی با روان‌درمانی‌های کوتاه‌مدت برنامه‌ریزی شده دارند و به‌طور کل به اندازه روان‌درمانی‌های فاقد محدودیت زمانی اثربخش هستند که این یافته تقریباً بدون توجه به تشخیص یا مدت درمان حاصل شده است (کاس و بوچر، ۱۹۸۶). در واقع، شاید هیچ یافته دیگری در ادبیات پژوهشی مطرح نشده است که پرشمارتر از مطالعاتی است که نشان می‌دهند آثار روان‌درمانی‌های دارای محدودیت زمانی و فاقد محدودیت زمانی برابر هستند [ص. ۹].

با این حال، گفته فوق نیازمند اصلاحاتی است. نظر شخصی من این است که بیشتر فواید منحصر به فرد درمان بلندمدت در اکثر مطالعات پژوهشی مورد توجه قرار نگرفته‌اند؛ همچنین درمان بلندمدت کمک‌هایی را در اختیار فرد قرار می‌دهد که فراتر از آنچه است که به‌طور کلی در درمان کوتاه‌مدت انجام می‌شود.

منظور از اثربخشی درمانی چه می‌تواند باشد؟ هاوارد و همکاران (۱۹۸۶) رابطه بین اثربخشی درمانی و میزان دریافت درمان («دوز» درمان) را با مقایسه نتایج شمار زیادی از مطالعات مربوط به درمان‌های تقاطعی بررسی کردند. آنها دریافتند که علائم ۷۵

درصد از درمان‌جویان در طول ۲۶ جلسه کاهش می‌یابد. در سوی دیگر، کاپتا و همکاران (۱۹۹۴) مطالعه‌ای ممتاز را به انجام رساندند که دربرگیرنده ۶۸۵ درمان‌جو و ۱۴۱ درمانگر در ۵ مکان مختلف بود. آنها دریافتند که در مجموع ۷۵ درصد از درمان‌جویان پس از ۵۸ جلسه روان‌درمانی هفتگی بازیابی در علائم را نشان دادند. آنها تفاوت یافته‌های این دو مطالعه (۲۶ جلسه در برابر ۵۸ جلسه) را به تفاوت بین بهبود و بازیابی مربوط دانستند. هاوارد و همکاران (۱۹۸۶) به دنبال بهبود کلی علائم بودند؛ حال اینکه کاپتا و همکاران (۱۹۹۴) به مطالعه الگوهای بازیابی علائم و رسیدن به کارکرد بهنجار می‌پرداختند. این مثال خوبی است که تفاوت نگرش به روان‌درمانی را با توجه به آثار مورد نظر و آثار اندازه‌گیری‌شده نشان می‌دهد. همانطور که کاپتا و همکاران (۱۹۹۴) نتیجه گرفتند: «منطقی است که صرفاً بهبود علائم به جلسات کمتری نیازمند است اما بازیابی این‌گونه نیست» (ص. ۱۰۱۶).

به این ترتیب، شواهد بسیاری در زمینه فواید درمان کوتاه‌مدت وجود دارد. به طور قطع، بهبود علائم تنها یکی از معیارهای اندازه‌گیری اثربخشی مدل‌های روان‌درمانی روان‌پویشی است. همانطور که کریس-کریستوف (۱۹۹۲) اشاره کرده است، بسیاری از معیارهای اندازه‌گیری حوزه‌های خاصی را که ممکن است درمان‌های روان‌پویشی بهترین عملکرد را در آنها داشته باشند، مورد ارزیابی قرار نمی‌دهند. او به مواردی همچون تعارضات پویشی، مضامین انتقالی و الگوهای ارتباطی اشاره کرد. تغییر در این نواحی که درمانگران روان‌پویشی بر آن تأکید می‌کنند، ممکن است تا اندکی پس از اتمام درمان کوتاه‌مدت ظاهر نشوند و زمانی برای فرایندهای جامع‌تر مورد نیاز است. بیشتر مطالعات انجام‌شده در زمینه کارآمدی روان‌درمانی این پدیده‌ها را اندازه نمی‌گیرند. برای نتیجه‌گیری از این مطلب بسیار کوتاه درباره درمان کوتاه‌مدت، من به جمع‌بندی ساخت و استراب (۱۹۸۹) در زمینه پژوهش‌های درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت اشاره می‌کنیم:

۱. می‌توان اصول پایه‌ای درمان روان‌کاوی را در جریان مداخلات کوتاه‌مدت اجرا کرد.
۲. می‌توان مشکلات نوروتیک و منشی را در بازه‌های زمانی کوتاه‌تری نسبت به آنچه در گذشته تصور می‌شد، به طور اثربخشی درمان کرد.