

درمان تک‌جلسه‌ای و آینده آن

نظر پیشگامان درمان تک‌جلسه‌ای

تألیف
دکتر ویندی درایدن

ترجمه
دکتر شیرین سلیمی
اکبر روحی



سپاسگزاری	۹
مقدمه	۱۱
مقدمه‌ای بر درمان تک‌جلسه‌ای (SST)	۱۴
آینده درمان تک‌جلسه‌ای: مصاحبه با موشه تالمون	۴۳
به سوی آینده درمان تک‌جلسه‌ای: مصاحبه با مایکل اف. هویت	۴۹
درمان تک‌جلسه‌ای؛ گذشته و آینده: مصاحبه با جف یانگ	۶۶
آینده درمان تک‌جلسه‌ای: ترکیبی از دیدگاه‌ها	۸۷
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۹۱
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۹۳

مقدمه‌ای بر درمان تک‌جلسه‌ای (SST)

مرور کلی

در این فصل مقدمه‌ای بر اصول اساسی درمان تک‌جلسه‌ای و راهکار مناسبی از این رشته^۱ در اختیار شما می‌گذارم. به‌ویژه، نشان می‌دهم هنگامی که تقاضای خدمات فراتر از عرضه می‌شود، SST چگونه برای رفع نیاز درمان‌جو به‌کار می‌رود. قبل از اینکه اساس SST را بیان کنم با چند تعریف مرتبط شروع می‌کنم. سپس، ویژگی‌های یاری در موقع نیاز را با ویژگی‌های آن در موقع دسترسی مقایسه می‌کنم. از این مقایسه مشخص است که SST مطابق با مورد اول است. با این سؤال ادامه می‌دهم که SST ذهنیت است، شیوه‌ای از ارائه خدمات است یا رویکرد درمانی مجزایی است و دلیل می‌آورم که دو مورد اول است، نه مورد آخر. سپس، قبل از اینکه موارد به‌کارگیری SST و منع به‌کارگیری آن را در نظر بگیرم، درباره اهداف آن بحث می‌کنم. در ادامه، قبل از اینکه نمونه‌ای از ساختار تک‌جلسه مؤثر را بیاورم، مباحث جامعی درباره بایدها و نبایدهای SST خوب خواهم داشت. این فصل را با ذکر تصورات رایج نادرستی که درباره SST وجود دارد و پاسخ به آنها تمام می‌کنم.

۱. در این فصل اصطلاح درمان تک‌جلسه‌ای را برای درمان جلسه‌به‌جلسه (OAATT) نیز به‌کار برده‌ام و در صورتی مورد دوم را نام برده‌ام که انجام آن مناسب باشد.

مقدمه

این وضعیت را در نظر بگیرید. چند ماهی است که سامانتا اسمیت با اضطراب دست‌وپنجه نرم می‌کند و به تشویق خانواده‌اش تصمیم می‌گیرد که پزشک عمومی GP را ببیند. هنگامی که برای ملاقات تماس می‌گیرد، برای هفت روز بعد به او نوبت می‌دهند. پزشک او بعد از مشاوره به این نتیجه می‌رسد که «گفت‌وگودرمانی» برای سامانتا مفید است و جزئیات خدمات محلی بهبود دسترسی به درمان‌های روان‌شناختی IAPT را به او می‌دهد و از او می‌خواهد که تماس بگیرد. او همان روز با خدمات IAPT تماس می‌گیرد و مسئول پذیرش با پزشک به‌زیستی روان‌شناختی (PWP) هماهنگ می‌کند تا از سامانتا ارزیابی تلفنی داشته باشد و این کار ده روز بعد انجام می‌شود.

این ارزیابی انجام می‌شود و PWP نتیجه‌گیری می‌کند که سامانتا دچار اختلال اضطراب فراگیر (GAD) خفیف تا ملایم است و برای او رفتاردرمانی شناختی (CBT) با شدت کم تجویز می‌کند که به شکل خودیاری هدایت‌شده یا در گروه آموزش روان‌شناختی انجام می‌شود. چنین کمکی چهار هفته انتظار به‌دنبال دارد. اگر پس از ارزیابی GAD سامانتا در محدوده شدید قرار گرفت، به CBT با شدت زیاد ارجاع داده می‌شود که در موقعیت یک‌به‌یک انجام می‌شود و برای این مورد هشت هفته انتظار لازم است. سامانتا تمایلی به انتخاب خودیاری هدایت‌شده نداشت و نمی‌خواست به گروهی ملحق شود. او ترجیح می‌داد با درمانگر ملاقات یک‌به‌یک داشته باشد. PWP به سامانتا گفت که باید در این مورد ویژه با سرپرستش هماهنگ شود و یک هفته دیگر با او تماس می‌گیرد. او این کار را انجام داد و به سامانتا گفت تقاضای او برای درمان یک‌به‌یک پذیرفته شد و هشت هفته دیگر قرار ملاقات دارد. یازده و نیم هفته طول کشید تا اولین جلسه درمانی سامانتا پس از دیدار او با GP انجام شود.

این جریان را با این مورد مقایسه کنید که اگر سامانتا به دفتری بدون وقت قبلی مراجعه می‌کرد، چه اتفاقی می‌افتاد. او تصمیم می‌گرفت که می‌خواهد با متخصص سلامت روان صحبت کند، به دفتر «وارد می‌شد»، فرم مختصر یک تا دو صفحه‌ای

پذیرش را تکمیل می‌کرد و بعد به‌طور معمول، پس از رسیدن به دفتر، در مدتی کمتر از یک ساعت جلسه درمانی داشت. این فصل طبق همین رویکرد دوم خدمات‌رسانی است تا رویکرد اول.

چند تعریف

بگذارید با تعریف چند اصطلاح مهم شروع کنم.

درمان تک‌جلسه‌ای

سه رویکرد اصلی در تعریف درمان تک‌جلسه‌ای وجود دارد. هر یک را جداگانه تعریف می‌کنم.

تعریف «رونسیل»

شاید به‌نظر برسد که چپستی درمان تک‌جلسه‌ای (SST) مشخص است. درمانی است که یک جلسه طول می‌کشد. من به این تعریف SST، «رونسیل» می‌گویم. با استفاده از تعریف «رونسیل» دو نوع از SST را تشخیص می‌دهیم. درابتدا، درمانی است که برای یک جلسه طراحی شده است و در ادبیات SST، درمان تک‌جلسه‌ای «طراحی‌شده» نامیده می‌شود. دیگری درمانی است که یک جلسه طول می‌کشد، زیرا درمان‌جو یک‌طرفه تصمیم می‌گیرد که فقط یک جلسه حضور داشته باشد. این مورد در ادبیات SST، درمان تک‌جلسه‌ای «به‌صورت پیش‌فرض» نامیده می‌شود.

تعریف موشه تالمون

درمان تک‌جلسه‌ای مفهوم جدیدی در ادبیات روان‌درمانی نیست. درحقیقت، زیگموند فروید دو درمان تک‌جلسه‌ای انجام داده بود و جزئیات آنها را منتشر کرد. یکی از آنها اورلیا اهم کرونیچ بود که بیشتر به نام کاترینا معروف بود (فروید و بروئر، ۱۸۹۵) و دیگری گوستاو مالر بود (کوهن، ۱۹۶۵). بااین‌حال، علاقه‌مندی اخیر به SST را می‌توان در انتشار کتابی از موشه تالمون (۱۹۹۰)، روان‌شناس بالینی اسرائیلی دنبال کرد. این کتاب با عنوان *درمان تک‌جلسه‌ای: حداکثر تأثیرگذاری در اولین (و تنها)*

مواجهه درمانی بر اساس پژوهشی بود که تالمون حین کار در کالیفرنیا شمالی انجام داد.

تالمون (۱۹۹۰:۱۵) در کتابش درمان تک‌جلسه‌ای را چنین تعریف می‌کند: «ملاقات رودرروی درمانگر و بیمار، بی‌آنکه طی یک سال، جلسه قبلی یا بعدی وجود داشته باشد.» طبق این تعریف فرض بر این است که تلفن اولیه و پی‌گیری در صورتی که رودررو نباشد، قسمتی از SST است. بیست‌وهشت سال بعد هویت، بوبله، اسلایو، یانگ و تالمون (۲۰۱۸:۱۸ الف) گزارش کردند: «البته، این تعریف SST بدون جلسه قبل یا بعد، در طول یک سال به دلخواه است و برای هدف پژوهشی به کار رفته است.»

یک جلسه، شاید هم بیشتر

شاید مقبول‌ترین دیدگاه درمان تک‌جلسه‌ای را ویر، ویلس، یانگ و پرلش (۲۰۰۸:۱۲) به‌طور خلاصه مطرح کرده باشند. از نظر آنها «SST درمان یک‌باره نیست، بلکه اولین جلسه ساختاریافته‌ای است که سعی دارد اولین مواجهه درمانی درمان‌جو به حداکثر برسد، با توجه به اینکه، شاید از نظر درمان‌جو این تنها قرار ملاقاتی باشد که حضور دارد، درحالی‌که امکان تداوم کار را می‌پذیرد.» در اینجا عوامل مهم عبارت‌اند از: (۱) درمانگر و درمان‌جو هر دو سعی می‌کنند که کار در جلسه اول انجام شود و (۲) توافق می‌شود که در صورت نیاز درمان‌جو امکان درمان بیشتر نیز وجود داشته باشد. این تعریف بر ماهیت تعمدی SST تأکید می‌کند. این چیزی است که درمانگر و درمان‌جو از قبل در مورد آن توافق می‌کنند. چنان‌که هیمن، استاکر و کیت (۲۰۱۳:۶۱) نوشته‌اند: «SST به رویکردی آگاهانه اشاره دارد که بیشترین نتیجه از جلسه اول به دست می‌آید، با علم براینکه شاید این تنها جلسه‌ای باشد که درمان‌جو تصمیم گرفته است در آن حضور یابد؛ نه در موقعیتی که انتظار می‌رود درمان‌جو چندین جلسه شرکت کند، اما به انتخاب خودش فقط در یک جلسه حاضر می‌شود.» صرف نظر از تعریف، واضح است که کاربرد بین‌المللی SST روبه‌افزایش است و در سطح وسیع‌تری از مشکلات اعمال می‌شود (هویت و درایدن، ۲۰۱۸).

درمان جلسه‌به‌جلسه (OAATT)

درمان جلسه‌به‌جلسه (OAATT) اصطلاحی است که مایکل هویت (۲۰۱۱) آن را ابداع کرد و اسلایو و بوبله جزئیات آن را به‌دقت برای شرح موقعیتی توضیح دادند که هر بار درمان با یک تماس انجام می‌شود و ممکن است کل زمان مورد نیاز همان یک تماس باشد. درحالی‌که، ممکن است در صورت نیاز جلسات بیشتری در دسترس باشد، OAATT از امکان رزرو پیشاپیش چندین جلسه برای درمان‌جو ممانعت می‌کند. من تأکید کرده‌ام، برای اینکه به درمان‌جو کمک کنیم تا از جلسه اول OAATT بیشترین نتیجه را به‌دست آورد، باید درمانگر او را ترغیب کند تا برود و به نتایج این جلسه فکر کند، در حد امکان آن را هضم کند، مطابق با چیزی که یاد گرفته است، عمل کند و بگذارد زمان سپری شود و بعد تصمیم بگیرد، آیا جلسه دیگری را برای درمان رزرو کند یا خیر. از نظر من این فرایند «بازتاب-هضم-عمل-گذر زمان» اساس OAATT است (درایدن، ۲۰۱۹ الف).

اساس SST

هر رویکرد درمانی و ارائه خدمات بر اساس مجموعه‌ای از فرضیات و/یا مفاهیم است. در این قسمت، برخی از موارد اساسی درمان تک‌جلسه‌ای را به‌طور اجمالی توضیح می‌دهم.

اساس «سه یافته» جف یانگ

جف یانگ (۲۰۱۸)، از گسترش‌دهندگان SST در استرالیا، چنین بیان می‌کند که اصطلاح «درمان تک‌جلسه‌ای» (SST) دقیق نیست، اما موردی است که باید حفظ شود، زیرا موجب غافل‌گیری و ایجاد انگیزه در بحث می‌شود. بنابراین، SST به‌طور کلی باورهایی را دربارهٔ درمان به چالش می‌کشد، مانند: (۱) «بیشتر و بهتر»، (۲) تغییر واقعی آهسته و به تدریج رخ می‌دهد و (۳) درمان مؤثر بر اساس ارتباط درمانی است که پیشرفت آن زمان می‌برد.

باین حال، یانگ (۲۰۱۸) به جز تعریف SST سه یافته را به‌طور خلاصه بیان می‌کند

که بخش اساسی آن را تشکیل می‌دهند. این یافته‌ها عبارت‌اند از:

یافته #۱: بیشترین تعداد تماس از مرکز خدمات با درمان‌جو یک بار است که صرف نظر از تشخیص، پیچیدگی یا شدت مشکل با دومین بار، سومین بار ... تماس ادامه می‌یابد (تالمون، ۱۹۹۰).

یافته #۲: اکثر (اغلب در حدود ۷۰-۸۰٪) آن افرادی که فقط یک جلسه حاضر می‌شوند، در طیفی از درمان گزارش می‌کنند که یک جلسه برای ایجاد شرایط فعلی‌شان کافی بود (تالمون، ۱۹۹۰؛ بلوم، ۲۰۰۱؛ کمبل، ۲۰۱۲).

یافته #۳: پیش‌بینی دقیق این مورد که کدام فرد فقط یک جلسه حاضر می‌شود و چه کسی بیش از یک جلسه حضور می‌یابد، غیرممکن به نظر می‌رسد. موضوعی که تبعات بالینی و سازمانی مهمی دربردارد. اگر نمی‌توان پیش‌بینی کرد چه کسی تنها یک جلسه و چه کسی بیشتر از یک جلسه حاضر می‌شود، یعنی لازم است مددکار و مرکز خدمات‌رسانی هم‌زمان هر دو احتمال را بپذیرند. به عبارت دیگر، به‌طور منطقی، جلسه اول باید طوری برگزار شود «مثل این‌که» شاید آخرین جلسه نیز باشد.

(یانگ، ۲۰۱۸:۴۴)

موارد اساسی دیگر

علاوه بر سه یافته فوق، موارد زیر نیز اساس SST قلمداد می‌شوند.

حتی ممکن است یک برخورد مختصر، تأثیر درمانی داشته باشد

در زندگی افراد زیادی را ملاقات می‌کنیم و بیشتر آنها را دوباره نمی‌بینیم. گاهی، ممکن است چنین «برخوردهای مختصری» تأثیر درمانی بر ما داشته باشند و حتی در طول زندگی باقی بمانند. «برخورد مختصر» من گوش کردن به مصاحبه رادیویی مایکل بتین، کم‌دین بریتانیایی، و در دوران نوجوانی بود. بتین هم مانند من لکنت داشت و در آن مصاحبه از او سؤال کردند که چگونه بر لکنت غلبه کرده است. او پاسخ داد که آموخته است این نگرش را ایجاد کند «اگر لکنت داشته باشم، لکنت دارم. چه حیف!» و

این نگرش در مورد اضطراب سخنرانی به او کمک کرد. من به شدت با این نگرش همسو شدم و در حدود ۵۰ سال است که آن را به کار می‌برم. بنابراین، نیم قرن پیش یک بخش ۳۰ ثانیه‌ای از مصاحبه رادیویی تأثیر بی‌وقفه‌ای بر من گذاشت. این واقعیت که امکان دارد یک برخورد مختصر درمانی اثر مثبتی بر درمان‌جو داشته باشد، بنیان مهمی از SST است.

طول درمان قابلیت افزایش دارد

قانون روان‌درمانی پارکینسون می‌گوید که درمان طول می‌کشد و کوتاه می‌شود تا زمانی که به آن اختصاص داده شده است، پر کند (اپلبام، ۱۹۷۵). تالمون (۱۳۵:۱۹۹۳) با توجه به این قانون مشاهده کرد که: «اگر درمانگر و درمان‌جو انتظار داشته باشند که تغییر هم‌اکنون رخ دهد، به‌طور معمول اتفاق می‌افتد.» این اصل بنیانی مهمی از SST است.

انسان این توانایی را دارد که در شرایط خاصی با سرعت به خودش کمک کند

اگر انسان فقط به آرامی تغییر می‌کرد، آن‌گاه درمان تک‌جلسه‌ای و درمان جلسه‌به‌جلسه ایجاد نمی‌شد، چه برسد به اینکه پیشرفت کند. برای اینکه تغییر به سرعت رخ دهد، لازم است سه شرط وجود داشته باشد: (۱) آگاهی داشته باشیم که برای ایجاد تغییر چه کاری انجام دهیم، (۲) دلیل حتمی برای ایجاد تغییر داشته باشیم و (۳) آمادگی داشته باشیم که بهای تغییر را بپذیریم.

یک بار آلبرت ایس در سمینار بالینی خود به مورد «ویرا» اشاره کرد. «ویرا» برای هراس از آسانسور کمک می‌خواست و چون نمی‌توانست هزینه درمان فردی را پرداخت کند، به یکی از گروه‌های ایس ملحق شد. پس از چند سال، با وجود اینکه می‌دانستند چه کاری باید انجام دهد تا مشکل ویرا رفع شود (شرط ۱)، مشکل او رفع نشد، زیرا او دلیل بسنده‌ای برای تغییر نداشت (شرط ۲). سپس، یک روز بعد از ظهر، «ویرا» جلسه‌ای با ایس رزرو کرد که کار بی‌سابقه‌ای بود. او به ایس گفت دفتری که در آن کار می‌کند، صبح روز دوشنبه از طبقه پنجم که می‌توانست با پله به آنجا برود به طبقه ۱۰۵ منتقل می‌شود و معلوم است که دیگر نمی‌تواند از پله استفاده کند! چون ویرا به کارش احتیاج داشت، اکنون دلیل حتمی برای تغییر فوری داشت. لازم بود تا

صبح دوشنبه بر هراس خود غلبه کند! ایس پاسخ داد که او می‌داند چه کاری باید انجام دهد، آخر هفته به‌طور مکرر سوار آسانسور شود و ناراحتی زیاد این کار را تحمل کند (شرط ۳). این دقیقاً همان چیزی بود که «ویرا» انجام داد و تا یک‌شنبه شب بر هراس خود غلبه کرد. او تغییر کرد، زیرا با هر سه شرط ذکر شده در بالا مواجه شد.

اگر شرایط خاصی وجود داشته باشد، موفقیت‌های بیشتری حاصل می‌شود

این شرایط عبارت‌اند از:

درمان جو آماده تغییر است و درمانگر از آمادگی او بهره‌برداری می‌کند. همانطور که در بالا دیدید، اگر درمان‌جو آمادگی تغییر داشته باشد، موفقیت‌های بیشتری حاصل می‌شود. با این حال، این موضوع نیز اهمیت دارد که درمانگر بتواند به آن حالت آمادگی پاسخ بدهد و به درمان‌جو کمک کند تا از آن مورد بهره‌برداری کند. ضرب المثل قدیمی «یک دست صدا ندارد» به‌طور خاصی مناسب اینجا است.

درمانگر و درمان‌جو هر دو انتظارات واقع‌گرایانه‌ای برای تغییر درمان‌جو دارند. زوج درمانی نباید منتظر تغییر ناگهانی باشند (مانند دگرگونی ناگهانی، هیجان‌انگیز و ماندگاری که بر طیف وسیعی از هیجان‌ات، شناخت و رفتار فردی اثر می‌گذارد) یا اینکه انتظار هیچ تغییری نداشته باشند. در SST انتظارات واقع‌گرایانه در تغییر، ره‌اشدن و برداشتن چند قدم برای رسیدن به هدف و برنامه‌ریزی برای ماندگاری این تغییر را شامل می‌شود (قسمت مربوط به اهداف SST را در زیر ببینید).

درمانگر و درمان‌جو SST را آگاهانه شروع می‌کنند. در ابتدا، تالمون (۱۹۹۰)

موقعیتی را گزارش کرد که در آن ۲۰۰ مورد کاری خود را در کلینیک کایزر پرمنته واقع در کالیفرنیا شمالی پی‌گیری می‌کرد. آنها درمان‌جویانی بودند که تنها یک جلسه حضور داشتند، اگرچه تالمون فکر می‌کرد جلسات بیشتری خواهند آمد. همان‌طور که دیدیم، این مورد درمان تک‌جلسه‌ای به‌صورت پیش‌فرض نامیده می‌شود. اما، به احتمال زیاد، بیشتر منافع درمان‌جو زمانی به‌دست می‌آید که درمانگر و درمان‌جو از روی عمد برای SST اقدام می‌کنند. چنان‌که پیش‌تر بیان شد، این مورد درمان تک‌جلسه‌ای طراحی شده نام دارد.