

روان‌درمانی بین فردی

روان‌درمانی بین‌فردی

راهنمای سریع برای درمانگر

تألیف

میرنا وایس‌من

جان مارکوویتز

جرالد کلرمن

ترجمه

مهدی داداشی

محمد مهدی عقیلی

محسن داداشی

ویراستار

محمد مهدی عقیلی

با مقدمه

دکتر بهروز بیرشک

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران



| | |
|---|---|
| <p>سرشناسه: وایس من، میرنا ام. ۱۹۳۵ - م. Weissman, Myrna عنوان و نام‌پدیدآورنده: روان‌درمانی بین فردی / مؤلف میرنا وایس من، جان مارکوویتز، جerald کلرمن؛ مترجمان مهدی داداشی، محمدمهدی عقیلی، محسن داداشی؛ ویراستار محمدمهدی عقیلی. مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۹۰ مشخصات ظاهری: ۲۶۴ ص، رقعی شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۰۷۱-۲ عنوان اصلی: Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy, 2007 موضوع: روان‌درمانی بین‌فردی، روان‌درمانی - روش‌ها، روابط بین اشخاص. شناسه افزوده: مارکوویتز، جان سی.، ۱۹۵۴ - م.، Markowitz, John C.، کلرمن، جerald ال.، ۱۹۲۸ - ۱۹۹۲ م.، Klerman, Gerald L. داداشی، مهدی، ۱۳۵۷ - مترجم، عقیلی، محمدمهدی، ۱۳۶۲ - مترجم، داداشی، محسن، ۱۳۶۲ - مترجم، عقیلی، محمدمهدی ویراستار. رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۰ ۲/۹۶۶/۴۸۹ RC رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴ شماره کتابشناسی ملی: ۲۳۱۵۷۶۶</p> | <p>میرنا وایس من، جان مارکوویتز جerald کلرمن روان‌درمانی بین فردی ترجمه: مهدی داداشی، محمدمهدی عقیلی محسن داداشی ویراستار: محمدمهدی عقیلی فروست: ۴۳ ناشر: انتشارات کتاب ارجمند صفحه‌آرا: پرستو قدیم‌خانی طراح جلد: احسان ارجمند چاپ: سامان صحافی: روش‌نک چاپ: اول، مهر ۱۳۹۱، ۱۶۵۰ نسخه www.arjmandpub.com این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.</p> |
|---|---|

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۸۲۰۴۰
 شعبه اصفهان: خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب، تلفن ۶۲۸۱۵۷۴-۰۳۱۱
 شعبه مشهد: پاساژ امیر، طبقه پایین، انتشارات مجد دانش، تلفن ۸۴۴۱۰۱۶-۰۵۱۱
 شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۲۲۲۷۷۶۴-۰۱۱۱
 شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۳۲۳۲۸۷۶-۰۱۳۱
 شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست، تلفن: ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

بها: ۹۵۰۰ تومان

فهرست مطالب

| | |
|--|----|
| بخش اول: چگونگی اجرای روان‌درمانی بین‌فردی..... | ۲۷ |
| فصل ۱: روان‌درمانی بین‌فردی (IPT) چیست؟..... | ۲۹ |
| مفهوم افسردگی در روان‌درمانی بین‌فردی..... | ۳۱ |
| ژن‌ها و روان‌درمانی بین‌فردی..... | ۳۳ |
| اهداف روان‌درمانی بین‌فردی..... | ۳۴ |
| پی‌بردن به چگونگی آغاز افسردگی..... | ۳۶ |
| واقعیت‌هایی درباره افسردگی..... | ۳۷ |
| اختلال افسردگی اساسی..... | ۳۸ |
| انواع اختلال افسردگی اساسی..... | ۳۹ |
| افسردگی خفیف..... | ۳۹ |
| اختلال افسرده‌خویی..... | ۴۰ |
| فصل ۲: شروع روان‌درمانی بین‌فردی..... | ۴۱ |
| تکالیف چند جلسه اول..... | ۴۱ |
| مرور نشانه‌ها و تشخیص‌گذاری..... | ۴۲ |
| اضطراب، الکل یا مواد اعتیادآور..... | ۴۳ |
| ارزیابی نیاز به دارودرمانی..... | ۴۹ |
| مرور مشکلات جاری بیمار در ارتباط با افسردگی..... | ۵۰ |
| ارائه فرمول‌بندی..... | ۵۵ |
| قرارداد درمان و تشریح توقعات..... | ۵۶ |
| نقش بیمار..... | ۵۷ |
| شیوه‌های کلی جهت ورود به جلسه میانی..... | ۵۹ |
| شرکت دادن دیگران..... | ۶۲ |
| فصل ۳: سوگ..... | ۶۳ |
| تعریف..... | ۶۳ |
| سوگ بهنجار..... | ۶۳ |
| سوگ بغرنج (پیچیده)..... | ۶۴ |
| اهداف درمان در سوگ پیچیده..... | ۶۵ |

| | |
|------------|--|
| ٦٨ | تخلیه هیجانی |
| ٦٩ | تثبیت علایق و روابط |
| ٧٠ | نمونه موردی: مرگ شوهر |
| ٧٣ | فصل ٤: مشاجرات (تعارضات) بین فردی |
| ٧٣ | تعریف |
| ٧٤ | اهداف درمان |
| ٧٥ | مذاکره مجدد |
| ٧٥ | بن بست |
| ٧٥ | فروپاشی |
| ٨٠ | نمونه موردی: مسئولیت بیش از حد و قدرشناسی |
| ٨٢ | فصل ٥: گذار نقش |
| ٨٢ | تعریف |
| ٨٤ | اهداف و راهبردها |
| ٨٦ | مهارت‌های شغلی و اجتماعی جدید |
| ٨٧ | نمونه موردی: یک خانه رویایی |
| ٨٩ | نمونه موردی: بازنشستگی |
| ٩٠ | نمونه موردی: مشکل در کار |
| ٩١ | نمونه موردی: دوباره مجرد شدن |
| ٩٣ | فصل ٦: نواقص بین فردی |
| ٩٣ | تعریف |
| ٩٥ | اهداف و راهبردها |
| ١٠٠ | نمونه موردی: "قادر به ایجاد روابط دوستانه نیستم" |
| ١٠٢ | نمونه موردی: "روابط هیچگاه دوام نمی‌پذیرد" |
| ١٠٤ | فصل ٧: خاتمه درمان |
| ١٠٩ | فصل ٨: روش‌های درمان بین فردی و نقش درمانگر |
| ١٠٩ | اکتشاف غیرهدایتگرانه |
| ١١٠ | فراخوانی هدایتگرانه |
| ١١٠ | ترغیب بیان احساس |
| ١١٢ | تصریح |

| | |
|---|-----|
| تحلیل ارتباط | ۱۱۲ |
| تحلیل تصمیم‌گیری | ۱۱۴ |
| ایفای نقش | ۱۱۴ |
| رابطه‌ی درمانی | ۱۱۴ |
| نقش درمانگر | ۱۱۵ |
| فصل ۹: موضوعات درمانی اصلی و سؤالات بیمار | ۱۱۸ |
| موضوعات درمانی | ۱۱۸ |
| سؤال‌های بیمار | ۱۳۰ |
| بخش ۲: انطباق‌های درمان بین‌فردی برای اختلالات خلق | ۱۴۱ |
| فصل ۱۰: مرور انطباق‌های درمان بین‌فردی | ۱۴۳ |
| زمان | ۱۴۳ |
| تجربه | ۱۴۴ |
| حمایت تجربی | ۱۴۴ |
| فصل ۱۱: درمان نگهدارنده برای افسردگی | ۱۴۶ |
| انطباق | ۱۴۸ |
| مثال موردی: صحبت کردن زمان می‌برد | ۱۴۹ |
| فصل ۱۲: افسردگی‌های دوران حاملگی، سقط و پس از زایمان | ۱۵۳ |
| مرور | ۱۵۳ |
| انطباق | ۱۵۵ |
| حوزه‌های مشکل | ۱۵۷ |
| فصل ۱۳: افسردگی در نوجوانان و کودکان | ۱۵۹ |
| نوجوانان | ۱۵۹ |
| افسردگی قبل از بلوغ | ۱۶۵ |
| فصل ۱۴: افسردگی در سالمندان | ۱۶۷ |
| مرور | ۱۶۷ |
| انطباق | ۱۶۹ |
| حوزه‌های مشکل | ۱۷۰ |
| مثال موردی: من همسرم و زندگیم را از دست دادم | ۱۷۴ |

| | |
|----------|--|
| ۱۷۷..... | فصل ۱۵: افسردگی در بیماران جسمی |
| ۱۷۷..... | مقدمه |
| ۱۷۹..... | انطباق |
| ۱۸۰..... | مراقبت اولیه و افراد سالمند |
| ۱۸۱..... | مثال موردی: مشکل صرفاً دیابت نیست |
| ۱۸۳..... | مشاوره بین فردی |
| ۱۸۵..... | فصل ۱۶: اختلال افسرده‌خویی |
| ۱۸۵..... | تشخیص |
| ۱۸۹..... | انطباق |
| ۱۹۱..... | مثال موردی: همه تقصیرها را به عهده خود انداختن |
| ۱۹۵..... | فصل ۱۷: اختلال دو قطبی |
| ۱۹۵..... | تشخیص |
| ۱۹۷..... | انطباق |
| ۱۹۸..... | مثال موردی: رام کردن کشتی چرخان |
| ۲۰۱..... | بخش ۳: انطباق درمان بین فردی برای اختلالات غیرخلقی |
| ۲۰۳..... | فصل ۱۸: سوء مصرف مواد |
| ۲۰۴..... | انطباق |
| ۲۰۷..... | فصل ۱۹: اختلالات خوردن |
| ۲۰۷..... | تشخیص |
| ۲۰۸..... | انطباق |
| ۲۰۹..... | مثال موردی: فکر چاق بودن |
| ۲۱۲..... | فصل ۲۰: اختلالات اضطرابی |
| ۲۱۲..... | زمینه |
| ۲۱۳..... | انطباق |
| ۲۱۳..... | اختلال اضطراب اجتماعی (فوبیای اجتماعی) |
| ۲۱۴..... | مثال موردی: ترس از صحبت کردن |
| ۲۱۶..... | اختلال استرس پس از سانحه |
| ۲۱۷..... | مثال موردی: سرقت در مترو |
| ۲۱۹..... | اختلال هراس |

| | |
|-----|--|
| ۲۲۰ | فصل ۲۱: اختلال شخصیت مرزی |
| ۲۲۰ | تشخیص |
| ۲۲۱ | انطباق |
| ۲۲۲ | مفهوم پردازی |
| ۲۲۳ | ۵- مثال موردی: فراسوی خشم |
| ۲۲۵ | بخش ۴: موضوعات خاص، آموزش و منابع |
| | فصل ۲۲: درمان بین فردی در همه فرهنگ‌ها و در کشورهای در حال توسعه |
| ۲۲۷ | توسعه |
| ۲۲۷ | مرور |
| ۲۲۸ | اصول انطباق فرهنگی |
| ۲۳۰ | تجربه اوگاندایی |
| ۲۳۵ | تجارب اتیوپی |
| ۲۳۶ | انطباق‌ها |
| ۲۳۸ | فصل ۲۳: ساختار گروهی، زوجی و تلفنی درمان بین فردی |
| ۲۳۸ | درمان بین فردی گروهی |
| ۲۴۰ | توصیه‌ها |
| ۲۴۰ | درمان بین فردی در مورد زوجین |
| ۲۴۱ | درمان بین فردی تلفنی |
| ۲۴۳ | فصل ۲۴: آموزش و منابع |
| ۲۴۴ | کتاب راهنمای درمان بین فردی را بخوانید |
| ۲۴۴ | در کارگاه‌های آموزشی درمان بین فردی شرکت کنید |
| ۲۴۴ | تحت نظارت بالینی یک درمانگر مجرب بین فردی باشید |
| ۲۴۷ | ضمیمه A |
| ۲۵۴ | ضمیمه B |
| ۲۵۶ | منابع |

سخن مترجم

درمان بین‌فردی که جرال د کلرمن مبدع آن بود، بر یک یا چند مشکل بین‌فردی فعلی بیمار تأکید می‌کند. این نوع درمان بر دو فرض مبتنی است: ۱- مشکلات بین‌فردی فعلی بیمار به احتمال زیاد ریشه در کژکاری‌های روابط دوران کودکی او دارند، ۲- این مشکلات به احتمال زیاد در تسریع و دوام علائم افسردگی فعلی بیمار نیز نقش دارند. مطابق پژوهش‌های به عمل آمده، آزمایش‌ها حاکی از آن بوده که درمان بین‌فردی، درمان مؤثری برای اختلال افسردگی عمده است و به ویژه در رفع مشکلات بین‌فردی کمک‌کننده است. داده‌های مربوط به اثربخشی درمان بین‌فردی حاکی از آن است که اگر روان‌درمانی به تنهایی روش انتخابی برای درمان باشد، درمان بین‌فردی مؤثرترین روش روان‌درمانی برای حمله‌های شدید افسردگی عمده است. این کتاب از مطالب جامع تئوریک و زمینه‌های جامع تجربی روان‌درمانی بین‌فردی صرف‌نظر می‌کند، جنبه عملی دارد و به تشریح چگونگی تعامل بالینی با بیماران و چگونگی تمرکز درمان و کنار آمدن با مشکلات درمانی می‌پردازد، نمونه‌های بالینی و نمونه نوشته‌های درمان‌گر در سرتاسر این کتاب ارائه شده است.

روان‌درمانی بین‌فردی از رویکردهای جدید در زمینه درمان افسردگی است که از معیارهای لازم برای درمان‌های دارای پشتوانه تجربی (ESTs) Criteria for Empirically Supported Treatment برخوردار است. در روان‌درمانی بین‌فردی به پدیده‌های درون روانی نظیر ساز و کارهای دفاعی و تعارض‌های درونی پرداخته نمی‌شود و به رفتارهای مشخص و معینی از قبیل فقدان جرات مندی، مختل بودن مهارت‌های اجتماعی می‌توان پرداخت. این نوع درمان مبتنی بر بافت و وابسته به فرهنگ می‌باشد و سنجش انطباق یافته آن برای سایر اختلال‌های روانپزشکی در سطح جهان در حال توسعه و انجام

است. این کتاب برای روانپزشکان، پزشکان، روانشناسان بالینی، مشاوران، مددکاران اجتماعی، پرستاران و سایر متخصصان بهداشت روان که می‌خواهند روان‌درمانی مبتنی بر شواهد را در آموزش‌هایشان بگنجانند، مفید واقع خواهد شد.

مترجمان از راهنمایی‌های دقیق و دلسوزانه جناب آقای دکتر محسن ارجمند، آقای دکتر حسن حمیدپور، خانم عزیزه افخم ابراهیمی، خانم الهام اشتاد، آقای ذکریا اسکندری به خاطر بازخوردهای سازنده و خانم طاهری که در زمینه تایپ این کتاب زحمت کشیده‌اند نهایت تشکر را دارند. از خانم وایسمن، استاد برجسته روانپزشکی و اپیدمیولوژی دانشکده پزشکی و جراحی کلمبیا، در زمینه ترجمه و برگزاری کارگاه‌های آموزشی در این حوزه ما را راهنمایی نمودند، نهایت قدردانی و تشکر را داریم. همچنین از خانم مینا کاظمی (همسر آقای داداشی) که در زمینه ترجمه این کتاب ما را یاری نموده‌اند کمال تشکر را داریم.

از خوانندگان عزیز، اساتید محترم و دانشجویان گرامی تقاضا داریم پیشنهادهای مفید و ارزنده خود را با ما در میان بگذارند.

مترجمان

مقدمه

روان‌درمانی بین‌فردی^۱ (IPT)، نوعی روان‌درمانی کوتاه‌مدت است که تمرکز اصلی آن به ساختار، زمینه و مهارت‌های بین‌فردی است. این نظریه بر این اعتقاد و باور است که عوامل بین‌فردی تأثیر بسیاری بر مشکلات روان‌شناختی دارند. تفاوت اساسی این دیدگاه با دیگر نظریه‌های روان‌درمانی در این است که در این دیدگاه تأکید بر فرایندهای بین‌فردی است، تا فرایندهای درون‌روانی که در دیدگاه‌های دیگر مطرح است. اهداف عمده، تغییر رفتار بین‌فردی مراجع و با به کارگیری پرورش نقش‌ها و موقعیت‌های بین‌فردی جاری است.

سرچشمه روان‌درمانی بین‌فردی را باید در دیدگاه روان‌تحلیلی بین‌فردی و آثار هاری استاک سالیوان در دهه ۱۹۳۰ جستجو کرد که خود از یک سابقه روان‌تحلیلی و تأثیر بسیار جامعه‌شناسی و روان‌شناسی اجتماعی برخوردار بود. سالیوان بر این باور بود که ماشه‌چکان مهم‌ترین عوامل واکنش‌های عاطفی در افراد، روابط بین‌فردی است.

این نظریه در ابتدا به صورت نظریه دارونما (پلاسیبو) در پژوهش‌های روان‌درمانی و توسط جerald کلرمان^۲، میرنا وایسمن^۳ و همکاران مطرح شد. نتایج حاصل از پژوهش‌ها نشان داد که این نظریه در درمان بسیاری از مشکلات روان‌شناختی بسیار مؤثر است. لذا از دهه ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، این روش درمانی به عنوان درمان سرپایی برای افرادی که برای آنان تشخیص افسردگی بالینی نه‌چندان عمیق و توهّمات مطرح شده بود، کاربرد پیدا کرد. ساختار این شیوه، از روان‌درمانی تحلیلی و نیز نگرش‌های شناختی - رفتاری گرفته شده است و نوعی درمان محدود از نظر زمانی و با به کارگیری مصاحبه‌های ساختاری و ابزار ارزیابی است.

1- Interpersonal Psychotherapy
2 - Gerald Klerman
3 - Myrna Weissman

در کل، درمان بین فردی به هیچ مکتب درمانی تعلق ندارد، اما مبتنی بر کارهای تجربی بالینگران فردی است. تمرکز درمان، کاهش نشانگان افسردگی و بهبود تعامل بین فردی بیمار یا فرد با دیگران است.

این شیوه درمانی بر جنبه‌هایی که می‌تواند موجب افسردگی شود، از جمله اختلافات نوجوانان با والدین، فشارهای روابط با دوستان، روابط جنسی و مشکلاتی از قبیل سوء مصرف مواد، دوری‌گزینی و تنهایی، طلاق، اختلالات خوردن، بازنشستگی، مشکلات افسرده‌خوئی، اختلالات دوقطبی و افسردگی پس از زایمان تمرکز دارد که می‌تواند به صورت فردی یا گروهی انجام شود.

این درمان بر نقش اجتماعی گذشته و حال و تعامل‌های بین‌فردی می‌پردازد. در طول درمان، درمانگر بین‌فردی با انتخاب یک یا دو جنبه از مشکلات جاری بیمار، به درمان آن می‌پردازد. این شیوه درمانی سعی ندارد که به طور عمیق به شکل‌گیری مشکلات بپردازد، بلکه سعی می‌کند که فرد را یاری دهد که بتواند به شیوه‌های بهتری با مشکلات فعلی خود مواجه شود.

به طور معمول شیوه درمان بین فردی به دو نوع انجام می‌شود. نوع اول به صورت درمان کوتاه‌مدت دوره‌های افسردگی است که غالباً حدود ۲۰ جلسه و به صورت جلسات هفتگی صورت می‌گیرد. نوع دوم، درمان نگهدارنده است که به صورت درمان طولانی‌مدت و با هدف کاهش یا بازداری دوره‌های متعدد افسردگی است که می‌تواند در جلساتی در طول مدت ۲ تا ۳ سال انجام شود. چهار مشکل عمده‌ای که توسط درمانگران بین فردی شناخته و مورد توجه و درمان قرار می‌گیرد عبارتند از:

- سوگ حل نشده، که بیمار عواطف ناشی از فقدان زندگی را با تأخیر بسیار انجام داده است یا برون‌ریزی نکرده است.
- نقش‌تریدها و زیر سؤال بردن‌ها - زمانی که بیمار و افراد مهم و یکسوی در زندگی او انتظارات و توقعات متفاوتی از یکدیگر دارند.
- نقش‌گذارها - افسردگی می‌تواند در طول گذار زندگی و تغییر نقش و موقعیت فرد و زمانی که وی نمی‌داند چگونه با تغییر کنار آید، شکل گیرد.

- کمبودها یا نقص‌های بین فردی - که می‌تواند زمینه یا تمرکزی باشد، اگر فرد در شکل دادن و حفظ یک رابطه خوب و مؤثر احساس کمبود یا نقص کند.

روان‌درمانی بین فردی به طور معمول در چندین مرحله انجام می‌شود:

- در مراحل ابتدایی، اهداف درمانی شامل تشخیص، تکمیل ارزیابی‌های لازم، شناخت مشکلات اصلی مراجع و ایجاد قرارداد درمانی است که معمولاً چند جلسه ابتدایی را به خود اختصاص می‌دهد.
- در مراحل میانی درمانگر و بیمار تمرکز را بر زمان حال قرار می‌دهند و کار را بر روی مشکلات زمینه‌ای که شناخته شده است، معطوف می‌سازند.
- در مراحل پایانی، درمانگر بر دستیابی مراجع، بحث در زمینه‌هایی که هنوز نیاز به کار و توجه دارد، بحث درباره جلوگیری از عود فرایندهای آن و دیگر عواطف مربوط به پایان درمان، تأکید می‌کند.

روان‌درمانی بین فردی را به نوعی می‌توان جزو عوامل مشترک در روان‌درمانی دانست، درمانی که در آن درمانگر با همدلی با بیمار، به وی کمک می‌کند تا احساس درک شدن، برانگیختگی عاطفی و در نتیجه ارائه منطق شفاف و آیین و تشریفات درمان را تجربه کند که در نهایت به تجربیات موفق منجر می‌شود. در این شیوه، درمانگر متخصص فردی حمایتگر و آرام است و هدف او هم‌پیمان شدن با بیمار است. تکلیف خانگی خاصی مطرح نمی‌شود، اما هدف رفع مشکل بین فردی و زمینه‌های مربوط و نیاز به فعالیت کلی را می‌طلبد و محیط زندگی فرد مدنظر است نه فقط محیط درمانی. این شیوه درمانی به عنوان یک درمان کوتاه عمل می‌کند و می‌تواند به عنوان یک درمان الحاقی یا مکمل در اختلافات عاطفی به کار برود.

با توجه به رشد و گرایش جامعه به بحث‌های روانشناختی، مشاوره، و روان‌درمانی در دو دهه اخیر و آشنایی درمانگران با شیوه‌ها و مکاتب جدید روان‌درمانی، فقدان کتاب در خصوص روان‌درمانی بین فردی محسوس بود - هرچند پژوهش‌هایی بر این اساس در ایران صورت گرفته است.

کتاب «روان‌درمانی بین‌فردی» ضمن معرفی بسیار جامع این مکتب، به صورت گسترده‌تر از زمینه‌های مطرح در روان‌درمانی بین‌فردی، به تعامل بین درمانگر و بیمار و شیوه‌های حل مشکل یا کنار آمدن با مشکلات می‌پردازد. با تشکر از مترجمین محترم این اثر، آقایان محمدمهدی عقیلی، محسن داداشی و مهدی داداشی و اقدام ایشان به معرفی این دیدگاه مطرح به صورت گسترده و طرح این دیدگاه برای درمان اختلالاتی که درمان با این شیوه درمانی در کاهش و رفع آن بسیار مؤثر بوده و می‌باشد، و نیز تشکر از انتشارات ارجمند که با نشر آثار ارزشمند در زمینه روان‌شناسی و روان‌پزشکی و روان‌درمانی در چند ساله اخیر در گسترش این خدمات نقش به‌سزایی داشته است، امید است در آینده شاهد نشر کتاب‌های ارزشمند دیگر و گسترش این زمینه در جامعه باشیم.

دکتر بهروز بیرشک

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

پیشگفتار

این کتاب مخصوص درمانگران بالینی پر مشغله‌ای است که می‌خواهند روان‌درمانی بین‌فردی، که یک روان‌درمانی مبتنی بر شواهد بالینی است، را یاد بگیرند، ولی وقت کافی برای مطالعه تفصیلی یا حضور در یک دوره آموزشی را ندارند. این کتاب همچنین مختص درمانگران بالینی است که با روان‌درمانی بین‌فردی در کارگاه‌ها و جلسات نظارتی آشنایی داشته‌اند و برای انجام کارشان به یک کتاب مرجع نیاز دارند.

در ابتدا روان‌درمانی بین‌فردی برای درمان افسردگی اساسی شکل گرفت. انبوهی از آزمون‌های بالینی کارایی آن را تأیید کرده و افزون بر آن، به طور فزاینده‌ای با ایجاد تغییرات متناسب برای دیگر اختلالات روانپزشکی نیز به کار رفته است. این شیوه درمانی از جمله شیوه‌های رسمی درمان در کشورهای ایالات متحده، بریتانیا و هلند به شمار می‌آید. آزمایش‌های بالینی و کتابچه روان‌درمانی بین‌فردی برای درمان اختلال افسردگی اساسی در نوجوانان، بزرگسالان، سالمندان، زنان افسرده باردار، افسردگی پس از زایمان، بیماران مبتلا به اختلال افسرده‌خویی و دوقطبی اجرا و به شکل گروه‌درمانی و غیره منتشر شده است. این کتابچه‌ها تخصصی و طولانی هستند و ممکن است برای کاربرد حرفه‌ای روزمره مناسب نباشند. بسیاری از روانشناسان بالینی در مورد روان‌درمانی بین‌فردی مطالعه کرده و یا شنیده‌اند، اما در مورد ماهیت و چگونگی کاربرد آن زیاد مطمئن نیستند، زیرا برنامه‌های روانپزشکی، روانشناسی، مددکاری اجتماعی و دیگر حرفه‌های بهداشت روان در گنجاندن روان‌درمانی مبتنی بر شواهد در آموزش‌های خود به‌کندی عمل می‌کنند. اکثر روان‌درمانگران بالینی، آموزشی رسمی در روان‌درمانی بین‌فردی ندیده‌اند. تنها در طی دهه گذشته یادگیری روان‌درمانی بین‌فردی عمدتاً از طریق کارگاه‌های آموزشی یا برنامه درسی برای دوره‌های فوق لیسانس یا از طریق مطالعه آثار

وایسمن^۱، مارکوویتز و کلرمن (۲۰۰۰) شروع شده است.

ما چکیده‌ای از روان‌درمانی بین‌فردی را به صورت یک راهنمای ساده در اختیار روان‌درمان‌گران بالینی دست‌اندرکار قرار می‌دهیم. بر این اساس، کتاب حاضر از مطالب جامع نظری و زمینه‌های جامع تجربی روان‌درمانی بین‌فردی فراتر می‌رود. این کتاب کاربردی است و به تشریح چگونگی تعامل بالینی با بیماران و چگونگی تمرکز درمان و چگونگی کنار آمدن با مشکلات درمانی می‌پردازد. مثال‌های بالینی و نمونه‌هایی از یادداشت‌های درمان‌گران در سرتاسر این کتاب ارائه شده است.

در بخش اول کتاب (فصل‌های یک تا نه) چگونگی انجام روان‌درمانی بین‌فردی برای اختلال افسردگی اساسی به طور مفصل مورد بررسی قرار گرفته است. برای آشنایی با مقدمات روان‌درمانی بین‌فردی شما باید این قسمت از کتاب را مطالعه کنید. اگر علاقه‌مندید از شیوه‌های اصلاح شده روان‌درمانی بین‌فردی برای اختلالات خلقی در جمعیت‌ها و شرایط خاص اطلاع پیدا کنید، به بخش دوم (فصل‌های ده تا هفده) و برای اختلالات غیرخلقی به بخش سوم (فصل‌های هجده تا بیست و یک) مراجعه کنید. بخش چهارم به شیوه‌های ساختارمند روان‌درمانی بین‌فردی (برای کار با گروه‌ها، زوج‌ها یا به صورت تلفنی) می‌پردازد که بعضی از آنها در فصل‌های قبلی گنجانیده شده است. در بخش چهارم همچنین یافته‌های بیشتری در مورد روان‌درمانی بین‌فردی و آموزش آن مورد بحث قرار می‌گیرد.

فصل‌ها نسبتاً خلاصه هستند تا درمان‌گران بتوانند سریع به موضوعات مورد علاقه بپردازند. هر فصل تغییرات روان‌درمانی بین‌فردی برای یک تشخیص خاص، نشانه‌های آن اختلال و همچنین اصلاحات خاص روان‌درمانی بین‌فردی برای آن اختلال و نتایج داده‌ها در مورد تأیید کاربرد آن را توصیف می‌کند. به جای پیچیده کردن متن بالینی با توصیف مطالعات، ما خوانندگان علاقه‌مند را به وب‌سایت انجمن بین‌المللی روان‌درمانی بین‌فردی ارجاع می‌دهیم که فهرست مطالعات آن به طور دوره‌ای روزآمد می‌شوند.

(<http://www.interpersonalpsychotherapy.org/>)

روان‌درمانگر بالینی واقعاً پرکار باید نمودار گردش را مطالعه کرده و

1- Weisman

مستقیماً به فصل دوم مراجعه کند.

هر اثری خواه ناخواه در ارائه آنچه می‌خواهد با محدودیت‌هایی روبروست و در بهترین حالت دستورالعملی را پیشنهاد می‌کند که مهارت‌های روان‌درمانگر بالینی را افزایش می‌دهد. این کتاب در اصل یک کتاب چگونگی درمان کردن است که فرض را بر این می‌گذارد که بالینگری که از آن استفاده می‌کند اساس روان‌درمانی را درک کرده است و دارای تجربه کافی در درمان بیماری‌ها و درمان گروه‌های سنی مختلف می‌باشد. این کتاب مکمل دستورالعمل رسمی درمان است (وایسمن و دیگران، ۲۰۰۰) و نیاز به آموزش بالینی در روان‌درمانی بین‌فردی از جمله دوره‌ها و نظارت‌های تخصصی را برطرف نمی‌سازد (همچنان که در فصل ۲۴ ذکر شده است).

این کتاب با تمرکز بر مداخله‌های روان‌درمانی نه در سطح کلان بلکه در سطح خرد، شکاف موجود در ادبیات بالینی را پر می‌کند. این کتاب برای طیفی از متخصصان حرفه‌ای بهداشت روان از جمله روانپزشکان، روانشناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران، مشاوران مدرسه همچنین افراد شاغل در مناطق فقیرنشین که به خدمات درمانی دسترسی کمی دارند، در نظر گرفته شده است. ما این کتاب را به مرحوم جerald L. klarman^۶، پزشک و دانشمند بالینی توانمند تقدیم می‌کنیم که دستورالعمل اصلی روان‌درمانی بین‌فردی را به کمک همسرش دکتر وایسمن و همکارانش ابداع نمود، ولی متأسفانه عمرش کفاف نداد تا گسترش کنونی آن را ببیند. ما از بسیاری از همکارانی که در این سال‌ها با ایجاد اصلاحات و به کار بردن آن مرزهای روان‌درمانی بین‌فردی را گسترش داده‌اند، تشکر می‌کنیم. کارهای این محققان در سرتاسر این کتاب ذکر شده است. همچنین از دکتر متخصص کارلوس بلانکو به خاطر نظرات هوشمندانه‌اش در پیش‌نویس اولیه این کتاب سپاسگزاریم و همچنین از دکتر هربرت شولبرگ به خاطر مورد ذکر شده در فصل ۱۴، دکتر پولا راویتز به خاطر توصیف تجربه‌اش در آموزش روان‌درمانی بین‌فردی در اتیوپی (فصل ۲۲) و هیدی فیتز لینگ به خاطر گردآوری این کتاب تشکر می‌کنیم. تمام مطالب مربوط به بیماران برای رعایت اصل محرمانه بودن تغییر داده شده است.

6- Gerald L, klarman

رئوس کلی مطالب IPT

روان‌درمانی بین‌فردی (IPT) سه مرحله دارد: مرحله شروع درمان، ادامه درمان و خاتمه درمان. هر مرحله درمان شامل چندین جلسه است و تکالیف خاصی دارد. درمان ممکن است با مرحله چهارم که درمان نگهدارنده است و در آن درمانگر و بیمار قرار دارد جداگانه‌ای می‌بندند تا دوام یابد (فصل ۱۱ را ببینید). جدول ۱-۱ سرخط مراحل و راهبردهای IPT و افسردگی عمده را که در فصل‌های ۹-۱ مطرح شده ارائه می‌دهد. اکثر این انطباق‌ها بعد از رئوس کلی با انطباق‌های ارائه شده در هر فصل، پیگیری می‌شوند.

اطلاعات بیشتر

جلسات اولیه

در طول این جلسات، درمانگر تلاش می‌کند یک اتحاد درمانی مثبت ایجاد کند که عبارت است از: گوش کردن دقیق، برانگیختن عاطفه، کمک به بیمار در جهت شناسایی و بهنجارسازی احساسات، فراهم ساختن حمایت، تشویق و آموزش روانی اجتماعی در مورد افسردگی.

به منظور تشخیص افسردگی، نشانه‌ها و علائم افسردگی را بررسی کنید. علائم بیماری و شدت آن را ارزیابی کنید. به کمک DSM-IV به بیمار کمک کنید تا تشخیص را بفهمد. با استفاده از مقیاس‌هایی نظیر مقیاس افسردگی همیلتون یا پرسشنامه افسردگی بک به بیمار کمک کنید تا شدت و ماهیت نشانه‌هایش را درک کند و آنچه را که مقیاس بیان می‌کند توضیح دهید و به بیمار متذکر شوید که به منظور بررسی پیشرفت درمان و روند بهبودی به طور منظم مقیاس را تکرار خواهید کرد.

افسردگی را یک بیماری پزشکی بنامید و درمانش را توضیح دهید. افسردگی یک بیماری است، این بیماری قابل درمان است و بیمار مقصر نیست.

علیرغم نشانه‌های ناامیدی، افسردگی پیش‌آگهی خوبی دارد. مقیاس سنجش افسردگی را به طور متناوب تکرار کنید تا هم شما و هم بیمار بتوانید پیشرفت درمان را ارزیابی کنید.

IPT، یک درمان کوتاه مدت است که به ارتباط بین تعامل با دیگر افراد و نحوه احساس‌های بیمار درباره‌ی این تعامل‌ها می‌پردازد. شما به مدت چند جلسه هفتگی قرار درمان می‌گذارید و بیمار شانس احساس بهتر داشتن را به زودی تجربه می‌کند.

به بیمار نقش مریض بدهید: اگر چیزهایی وجود دارد که نمی‌توانید انجام دهید به دلیل افسردگی‌تان است و خودتان را سرزنش نکنید. شما بیمارید. با این وجود بیمار مسئولیت دارد به عنوان یک فرد بیمار تلاش کند بهتر شود، نیاز بیمار برای دارو را ارزیابی کنید. با بررسی روابط بین فردی گذشته و کنونی بیمار، افسردگی را به بافت بین‌فردی ارتباط دهید. ارتباط آن را با نشانه‌های افسردگی کنونی توضیح دهید و به وسیله پرسشنامه بین فردی بیمار را دقیقاً ارزیابی کنید:

- ماهیت تعامل با اشخاص مهم زندگی
- انتظارات بیمار و اشخاص مهم
- جنبه‌های خوشایند و ناخوشایند در روابط بین فردی
- تغییراتی که بیمار تمایل دارد در روابط ایجاد کند.
- حوزه‌های اصلی مشکل نظیر سوگ، مشاخره نقش، گذار نقش یا نواقص بین فردی را شناسایی کنید.
- حوزه‌ی مشکل اصلی مربوط به افسردگی کنونی را مشخص کنید و اهداف درمانی را تعیین کنید.
- تعیین کنید که کدام رابطه و یا کدام جنبه از رابطه به افسردگی مربوط است و چه چیزهایی می‌تواند تغییر کند.

جدول ۱-۱ رئوس کلی مطالب IPT

| نقش درمانگر | | | | |
|--|--|--|--|---|
| حمایت‌کننده باشید | | | | |
| فعال باشید نه منفعل | | | | |
| ارتباط درمانی به عنوان انتقال تفسیر نشود | | | | |
| ارتباط درمانی دوستانه نباشد. | | | | |
| جلسه‌های اولیه | | | | |
| ۱- افسردگی و بافت بین فردی را تشخیص دهید. | | | | |
| ۲- چارچوب و ساختار درمان را تعریف کنید. | | | | |
| ۳- علایم اولیه را تسکین دهید. | | | | |
| جلسه‌های میانی | | | | |
| اهداف | سوگ/ داغدیدگی بغرنج | مشاهده‌های نقش | گذار نقش | نواقص بین فردی |
| ۱- فرایند سوگواری را تسهیل کنید. | ۱- مشاهده را مشخص کنید. | ۱- سوگواری را تسهیل کنید و به بیمار کمک کنید تا غلایق و روابط را دوباره ایجاد کند. | ۱- سوگواری را تسهیل کنید و به بیمار کمک کنید تا غلایق و روابط جدید را شکل دهد. | ۱- انزوای اجتماعی را کاهش دهید. |
| ۲- به بیمار کمک کنید تا غلایق و روابط را دوباره ایجاد کند. | ۲- بررسی کنید و یک طرح عملی را انتخاب کنید. | ۲- به نقش جدید دیدگاه مثبت داشته باشید. | ۲- تا فقدان نقش قدیم را بپذیرد. | ۲- به بیمار کمک کنید تا روابط جدید را شکل دهد. |
| ۳- تغییر دهید یا ارتباط ناقص را به راه‌حل رضایتبخش تبدیل کنید. | ۳- انتظارات را تغییر دهید یا ارتباط ناقص را به راه‌حل رضایتبخش تبدیل کنید. | ۳- به بیمار کمک کنید عزت نفس‌اش را بازیابی کند. | ۳- به نقش جدید دیدگاه مثبت داشته باشید. | ۳- به بیمار کمک کنید عزت نفس‌اش را بازیابی کند. |
| راهبردها | نشانه‌ها و سندرم افسردگی را مرور کنید. | نشانه‌ها و سندرم افسردگی را مرور کنید. | علایم و سندرم افسردگی را مرور کنید. | علایم و نشانه‌ها را مرور کنید. |
| شروع علایم را به مرگ فرد مهم ارتباط دهید. | شروع علایم را به یک مشاجره آشکار و یا پنهان اخیر بیمار ارتباط دهید. | شروع علایم را به یک مشاجره آشکار و یا پنهان اخیر بیمار ارتباط دهید. | علایم افسردگی را به مشکل در مواجهه با تغییرات زندگی ارتباط دهید. | علایم افسردگی را به مسائل انزوای اجتماعی یا ناخشنودی ارتباط دهید. |
| توالی و پیامدهای | تعیین کنید: ۱- مذاکره مجدد | تعیین کنید: ۱- مذاکره مجدد | جنبه‌های منفی و مثبت | گذشته که شامل جنبه‌های مثبت |

جدول ۱-۱- رؤس کلی مطالب IPT (ادامه)

| | | | |
|--|---|---|--|
| رویدادهای قبل، در خلال و بعد از مرگ را توضیح دهید. | (شرکت کننده را آرام کنید تا راه حل ها تسهیل شود) | نقش های جدید و قدیم را مرور کنید. احساسات بیمار در مورد چیزی که از دست داده را بررسی کنید. احساسات مثبت و منفی بیمار نسبت به درمانگر بحث کنید و بیمار را ترغیب کنید تا احساس های مشابه در سایر روابط را ببیند. | و منفی است را مرور کنید. الگوهای تکراری در روابط را مرور کنید. در مورد احساسات مثبت و منفی بیمار نسبت به درمانگر بحث کنید و بیمار را ترغیب کنید تا احساس های مشابه در سایر روابط را ببیند. |
| احساسات مرتبط را بررسی کنید. (هم احساسات مثبت و هم احساسات منفی) | ۲- بن بست (عدم هماهنگی به منظور شروع مذاکره مجدد) | نقش های جدید و قدیم را مرور کنید. احساسات بیمار در مورد تغییراتش را بررسی کنید. فرصت ها را در نقش جدید بررسی کنید. به طور واقعا گرایانه آن چیزی که از دست داده اید را ارزیابی کنید. بیمار را ترغیب کنید به طور مناسب عواطف اش را بیان کند. به توسعه سیستم حمایتی اجتماعی و ایجاد مهارت های جدید مورد نیاز در نقش جدید کمک کنید. | احساسات مرتبط را بررسی کنید. (هم احساسات مثبت و هم احساسات منفی) |
| زمانیکه عواطف ظاهر می شوند تحمل کنید. | ۳- حل و فصل (کمک به سوگواری) | تغییراتش را بررسی کنید. فرصت ها را در نقش جدید بررسی کنید. به طور واقعا گرایانه آن چیزی که از دست داده اید را ارزیابی کنید. بیمار را ترغیب کنید به طور مناسب عواطف اش را بیان کند. به توسعه سیستم حمایتی اجتماعی و ایجاد مهارت های جدید مورد نیاز در نقش جدید کمک کنید. | احساسات مرتبط را بررسی کنید. (هم احساسات مثبت و هم احساسات منفی) |
| | مسائلی که در مشاجره وجود دارند کدامند؟ تفاوت ها بین انتظارات و ارزش ها کدامند؟ گزینه ها یا راه حل - ها کدامند؟ احتمال یافتن راه چاره های جایگزین چقدر است؟ برای ایجاد تغییر در رابطه کدام راه حل ها در دسترسند؟ منفعت بیمار در چه چیزی است؟ | تغییراتش را بررسی کنید. فرصت ها را در نقش جدید بررسی کنید. به طور واقعا گرایانه آن چیزی که از دست داده اید را ارزیابی کنید. بیمار را ترغیب کنید به طور مناسب عواطف اش را بیان کند. به توسعه سیستم حمایتی اجتماعی و ایجاد مهارت های جدید مورد نیاز در نقش جدید کمک کنید. | احساسات مرتبط را بررسی کنید. (هم احساسات مثبت و هم احساسات منفی) |

جدول ۱-۱ رئوس کلی مطالب IPT (ادامه)

چه مفروضه‌های
ضمنی‌ای در پشت
رفتار بیمار قرار
دارد؟
چگونه مشاجره
ادامه
می‌یابد؟

مرحله خاتمه درمان

- ۱- به طور شفاف خاتمه درمان را مورد بحث قرار دهید.
- ۲- تصدیق کنید که خاتمه درمان یک زمان غمگین‌ساز گذار نقش می‌باشد.
- ۳- بیمار را به سمت شناختن قدرت گذار سوق دهید.
- ۴- در صورت عدم درمان، به بررسی مسئله عدم پاسخ به درمان بپردازید.
 - با انتقاد از درمان، خود انتقادی بیمار را به حداقل برسانید.
 - بر گزینه‌های درمانی دیگر تأکید کنید.
- ۵- نیاز برای درمان نگهدارنده را ارزیابی کنید.
 - مذاکره مجدد درباره‌ی قرارداد درمانی را دوباره از سر بگیرید.

مفاهیم IPT و قرارداد درمانی را توضیح دهید. با ربط دادن بیماری به شرایط زندگی، فهم خود از مشکل را برای بیمار جمع‌بندی کنید:
شما مبتلا به افسردگی هستید و این بیماری ظاهراً با آنچه در زندگی شما جریان دارد مرتبط است. ما آن را (سوک پیچیده یا مشاجره نقش و غیره) می‌نامیم و پیشنهاد می‌کنم چند هفته بعد را به حل این مشکل بحرانی زندگی اختصاص دهیم. اگر بتوانید آن مشکل را حل کنید، افسردگی شما نیز احتمالاً بهبود می‌یابد. آیا این برای شما قابل درک است؟

بر سر اهداف درمان به توافق برسید و مشخص کنید به کدام حوزه مشکل خواهید پرداخت. توافق آشکار بیمار بر سر حوزه مشکل را بدست آورید.
روش‌های IPT را توضیح دهید. بر مسائل کنونی و نیاز بیمار برای بحث درباره‌ی نگرانی‌های مهم تأکید کنید. ارتباط‌های بین‌فردی کنونی بیمار را مرور کنید و به جنبه‌های عملی درمان بپردازید (طول دوره، فراوانی، دفعات، حق الزحمه، تدابیری برای جلسات لغو شده).

جلسه‌های میانی: حوزه‌های مشکل

با توافق بیمار بر سر فرمول‌بندی، شما وارد فاز میانی درمان خواهید شد و همه جلسات به غیر از چند جلسه پایانی را به یکی از چهار حوزه‌ی مشکل IPT اختصاص خواهید داد. که عبارتند از: سوگ، مشاجره نقش، نواقص بین‌فردی و یا گذار نقش، در طول این مدت به یاد داشته باشید:

- یک اتحاد درمان حمایتی ایجاد کنید: گوش دهید و همدردی کنید.
- درمان را بر حوزه مشکل اصلی متمرکز کنید.
- آموزش روانی اجتماعی در مورد افسردگی فراهم سازید و تا جایی که امکان دارد بیمار را به خاطر انرژی کم، احساس گناه و غیره مقصر ندانید.
- عواطف بیمار را بر انگیزید (از بروز عواطف بیمار در جلسات درمان نترسید).
- به تعاملات بین فردی و چگونگی کنترل آنها از طرف بیمار بپردازید.
- آنچه که بیمار احساس کرده.
- آنچه که بیمار گفته.
- اگر اوضاع خوب پیش رفت، به بیمار تبریک بگویید و کارکرد اجتماعی انطباقی را تقویت کنید.
- اگر مشکلی پیش آمد، همدردی کنید و انتخاب‌های دیگر را جستجو کنید.
- در هر دو مورد خلق بیمار را با پیامد بین‌فردی ارتباط دهید.
- به ایفای نقش انتخاب‌های بین‌فردی بپردازید.
- جلسات را در انتها خلاصه کنید.
- به طور منظم (هر سه تا چهار هفته) مقیاس افسردگی را تکرار کنید تا شدت نشانه‌ها را ارزیابی کنید.

خاتمه درمان

سومین مرحله IPT خاتمه درمان می‌باشد. که در آن پیشرفت جلسه‌های پیشین مرور می‌شود. آنچه را که به دست آمده و آنچه را که باقی مانده با بیمار در

میان بگذارید. خاتمه درمان را چندین هفته قبل از آن یادآوری کنید. اگر همچنان نشانه ها در بیمار به قوت خود باقی می ماند، یک گزینه درمانی دیگر نظیر IPT نگهدارنده، تجویز دارو، یک دارو درمانی متفاوت یا یک نوع روان درمانی دیگر را در پیش بگیرید.

