



فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره

شناسایی فرآیند بهبودی نشانه‌های افسردگی در روان‌درمانی پویایی
کوتاه‌مدت فشرده: یک مطالعه تک آزمودنی
محمدعلی عامری^۱، ابوالفضل سرلکی^۲ و سجاد خانجانی^۳

۲۵

دوره ۷، شماره ۲، پیاپی ۲۵
تابستان ۱۴۰۳

مقاله علمی

تاریخ دریافت:
۱۴۰۳/۰۲/۱۷
تاریخ پذیرش:
۱۴۰۳/۰۵/۲۱
صص: ۹۲-۵۷

شاپا چاپی: ۵۳۲۲-۲۶۷۶



Q4

چکیده

هدف پژوهش حاضر، شناسایی فرآیند بهبودی نشانه‌های افسردگی در روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) بود. طرح پژوهش از نوع آزمایشی تک آزمودنی با چند خط پایه و دوره پیگیری بود. جامعه آماری شامل سربازان وظیفه مبتلا به اختلال افسردگی اساسی یک واحد نظامی در اصفهان در بهار سال ۱۴۰۳ بود. ۳ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان پروتکل ISTDP دوانلو (۱۹۹۵) به روش فردی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی دریافت کردند. شرکت‌کنندگان، با نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک در طی ۱۲ مرحله ارزیابی شدند که شامل ۴ مرحله خط پایه (۴، ۳، ۲ و ۱ هفته پیش از اولین جلسه درمان)، ۴ مرحله مداخله (پس از اتمام جلسات درمانی دوم، چهارم، ششم و هشتم) و ۴ مرحله پیگیری (۱، ۲، ۳ و ۴ هفته پس از آخرین جلسه درمان) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل بصری نمودار، درصد بهبودی و شاخص تغییر پایدار انجام شد. نتایج نشان داد، هر سه شرکت‌کننده با شروع مداخله، روند کاهشی و رو به بهبودی را در تراز نمرات نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک نشان دادند و پایداری این نتایج تا یک ماه پس از درمان تأیید شد. بر اساس نتایج پژوهش، ISTDP با بهره‌گیری از توالی پویایی مرکزی، اتحاد درمانی ناهشیار و فرآیند تغییرات ساختاری ناخودآگاه چندبعدی به دنبال باز کردن قفل ناخودآگاه، بیش‌نسبت به پیوندهای رئوس مثلث شخص و تعارض و تجربه هیجانی اصلاحی است و از این طریق موجب کاهش نشانه‌های افسردگی می‌گردد؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود که روان‌درمانگران از ISTDP برای کاهش نشانه‌های افسردگی و بهبود خلق افسرده به‌ویژه برای بیماران مبتلا به افسردگی استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی پویایی؛ افسردگی؛ مطالعه تک آزمودنی.

۱. دکترای تخصصی پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی ناجا، تهران، ایران. m.ali.ameri.h@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
det.sarlak@gmail.com

۳. دکترای تخصصی مرکز تحقیقات علوم شناختی و رفتاری در پلیس، معاونت بهداشت، امداد و درمان انتظامی فرماندهی تهران، ایران. khanjanis23@yahoo.com

مقدمه

افسردگی وضعیت روانی است که مشخصه‌های اصلی آن خلق افسرده (خلق پایین و منفی) و کاهش محسوس علاقه نسبت به امور لذت‌بخش قبلی (آنهدونیا) است (افشار و اکبرزاده، ۲۰۲۴؛ علی‌دادی، ۲۰۲۴). در رویکردهای روان‌پویایی معاصر، افسردگی^۱ به‌عنوان واکنش به یک فقدان رابطه درونی شده شناخته می‌شود که تمرکز آن صرف از دست دادن ابژه^۲ نیست، بلکه پردازش ذهنی آن است (لیوزینگر- بوهلبر^۳، ۲۰۲۲). در همین راستا و بر اساس طبقه‌بندی افسردگی بلت^۴ و همکاران (۱۹۷۶)، افسردگی اتکایی^۵ با فقدان ابژه نمایان می‌شود که طی آن، فرد ترس شدیدی از رها شدن و کشمکشی ناامیدانه در جهت حفظ تماس فیزیکی و عاطفی با ابژه دارد. علاوه بر این افسردگی درون‌فکنانه^۶ با احساس گناه همراه بوده و عمده ترس آن‌ها از این است که توجه و تحسین ابژه را از دست بدهند (موسویان، ۱۳۹۹). یک بیمار افسرده، لیبیدو^۷ خود را به یک ابژه متصل می‌کند که فروید^۸ (۱۹۱۷) آن را انتخاب ابژه^۹ می‌نامد، اما رابطه با ابژه که در یک‌زمان برای او وجود داشته است، به دلیل مرگ یا نادیده گرفته شدن، ناکام یا ناامید شدن از ابژه، از هم می‌پاشد (فروید، ۱۹۱۷). اکنون ابژه-کاتکسیس^{۱۰} (نیرو گذاری ابژه‌ای)، نمی‌تواند پیوند با ابژه را در دنیای بیرون حفظ کند؛ بنابراین، لیبیدوی آزاد در ناخودآگاه به درون ایگو رانده می‌شود (پیرس^{۱۱}، ۲۰۲۴). در واقع، بیمار افسرده رابطه ابژه درونی خود را ایجاد می‌کند تا از احساس دردناک از دست‌دادن ابژه در دنیای بیرون اجتناب کند، به طوری که چنین درونی‌سازی در سطح ناخودآگاه، ابژه را برای همیشه اسیر بیمار افسرده نگه می‌دارد و درعین‌حال، بیمار افسرده برای همیشه اسیر آن ابژه است (اوگدن^{۱۲}،

- 1 depression
- 2 object
- 3 Leuzinger-Bohleber
- 4 Blatt
- 5 Anaclitic
- 6 Introjective
- 7 libido
- 8 Freud
- 9 object choice
- 10 Object - cathexis
- 11 Pearce
- 12 Ogden

(۲۰۰۷). به محض اینکه ابژه‌ی ازدست‌رفته، به‌طور ناخودآگاه به ایگو درون‌فکنی شود، نفرت و سرزنش نسبت به ابژه‌ی ازدست‌رفته (به دلیل فقدان یا رها شدن آن) به درون ایگو منتقل می‌شود (سامرس^۱، ۲۰۲۴). در فرآیند ناخودآگاه از دست‌دادن ابژه، ایگوی بیمار افسرده به بخش‌هایی تقسیم می‌شود: «یک بخش از ایگو، خود را در مقابل دیگری قرار می‌دهد، آن را به‌طور انتقادی قضاوت می‌کند و آن را به‌عنوان ابژه خود می‌گیرد (مک لئود^۲، ۲۰۲۴). بخشی از ایگو، عامل انتقادی (سوپر ایگو) را تشکیل می‌دهد و قسمت دیگری از ایگو را که به‌عنوان ابژه ترک شده، «ابژه رهاشده^۳» یا ایگوی بی‌ارزش شناسایی شده است، قضاوت و تضعیف می‌کند (کلارک^۴، ۲۰۲۴). سپس، ایگوی تضعیف‌شده خود را به‌صورت ایگوی تغییر یافته نشان می‌دهد که سرشار از خود سرزنشی و نفرت از خود است. فروید (۱۹۱۷) توضیح می‌دهد که «از دست‌دادن ابژه به یک از دست‌دادن ایگو تبدیل می‌شود» بنابراین، تضاد بین ایگو و ابژه ازدست‌رفته، به تضاد جدیدی بین سوپر ایگو و ایگوی تغییر یافته، تبدیل می‌شود. درون‌فکنی ناخودآگاه ابژه ازدست‌رفته، این‌همانی^۵ فرد را نسبت به ابژه ازدست‌رفته تقویت می‌کند که منجر به تبدیل به ایگوی تغییر یافته وی می‌شود. احساسات منفی نسبت به فقدان اصلی^۶، مانند غیظ^۷، خشم^۸، یا گناه^۹، به‌جای اینکه به بیرون و به سمت ابژه واقعی هدایت شوند، به سمت ابژه درون‌فکنی شده، حرکت می‌کنند (کوشویچ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). ویس و لانگ^{۱۱} (۲۰۰۰) به ارتباط قوی بین بیماران افسرده و تجربیات قبلی فقدان‌های آن‌ها اشاره می‌کنند و اظهار می‌دارند که بیماران افسرده از طریق فرآیند مداوم درونی‌سازی^{۱۲} که برای استقلال وجودی^{۱۳} ما

-
- 1 Summers
 - 2 McLeod
 - 3 forsaken object
 - 4 Clarke
 - 5 identity
 - 6 original loss
 - 7 rage
 - 8 anger
 - 9 guilt
 - 10 Kušević
 - 11 Weiss and Lang
 - 12 internalization
 - 13 existential independence

ضروری است، نمی‌تواند یک بازنمایی نمادین^۱ از ابژه ایجاد کند؛ بنابراین، آن‌ها برای حفظ هویت خود تثبیت‌کننده^۲، یک رابطه اولیه درهم‌آمیخته با خودشیفتگی^۳ با ابژه ایجاد می‌کنند. آبراهام و فروید، همانندسازی^۴ را به‌عنوان یک مکانیسم اساسی تشخیص دادند. اگر فرد مستعد افسردگی، ابژه محبوب خود را از دست بدهد، با نفرت و تحقیر به ابژه ناامیدکننده واکنش نشان می‌دهد و در یک دوره بازگشتی به مرحله دهانی - سادیستی^۵، بلافاصله به درون خود^۶ بازگردانده می‌شود. از طریق این همانندسازی، با ابژه بی‌ارزش^۷ خود ایگو^۸ بی‌ارزش می‌شود و واکنش مالیخولیایی نشان می‌دهد (لیوزینگر - بوهلبر^۹، ۲۰۲۲). پیوند بیمار افسرده با ابژه ازدست‌رفته‌اش بر احساسات دوسوگرایانه ناخودآگاه استوار است که در آن احساسات نفرت‌انگیز او نسبت به ابژه به‌طور جدایی‌ناپذیری با عشق اروتیک^{۱۰} قوی به ابژه گره خورده است؛ بنابراین ابژه‌ای که بیمار افسرده، درونی‌سازی^{۱۱} یا درون‌فکنی^{۱۲} کرده است، نه تنها توسط عشق خودشیفتگی^{۱۳} بلکه تحت تأثیر احساسات دوسوگرایانه‌اش نیز قرار دارد (ریبیرو^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۷). بیمار افسرده از فقدان ابژه محبوب، می‌ترسد؛ بنابراین، ترس از دست‌دادن باعث می‌شود نسبت به آن ابژه، عصبانی یا متنفر شود (کرایستوا^{۱۵}، ۲۰۲۴). با این حال، او قادر به رویارویی با واقعیت دردناک فقدان نیست، به تبع آن، نمی‌تواند به دلیل ترس از فقدان، مرگ یا ناامیدی، خشم خود را به سمت آن ابژه هدایت کند. بلکه ناخودآگاه، پرخاشگری خود را به سمت ایگوی خودش هدایت می‌کند؛ بنابراین، او با سرزنش خود برای دوگانگی خصمانه‌اش

-
- 1 symbolic representation
 - 2 self-stabilizing identity
 - 3 Narcissism
 - 4 identification
 - 5 oral-sadistic stage
 - 6 self
 - 7 devalued
 - 8 ego itself
 - 9 Leuzinger-Bohleber
 - 10 erotic love
 - 11 internalized
 - 12 introjected
 - 13 narcissistic love
 - 14 Ribeiro
 - 15 Kristeva

مبنی بر اینکه مرگ ابژه محبوب خود را اراده کرده است، دچار افسردگی می‌شود (بوش^۱، ۲۰۲۱). در نهایت، بیمار افسرده غرق در تعارضات ناشی از احساسات دوسوگرایانه‌اش نسبت به ابژه، در «دنیای ابژه درونی بی‌زمان، بی‌مرگ (و درعین حال مرده)» خود زندانی می‌شود (بلت^۲، ۱۹۷۴).

دوانلو (۱۹۹۵)، از پیشگامان روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP)^۳، بر این باور است که تنها ظرفیت ایجاد روابط عاطفی گرم با مراقبان اصلی^۴ است. این تلاش‌های دلبستگی ناگزیر ناکام می‌شوند که باعث درد و اندوه درونی می‌شود و خشم واکنشی را نسبت به شخصیت دلبستگی ناامیدکننده و محروم از آن (اگر نه، گاهی اوقات سوءاستفاده کننده) ایجاد می‌کند. گاهی اوقات، درد و عصبانیت آن‌قدر زیاد و غیرقابل تحمل به نظر می‌رسد که بیمار ناخودآگاه تصمیم می‌گیرد که دیگر هیچ‌کس به اندازه کافی به آن نزدیک نشود که دوباره چنین آسیبی ایجاد کند. در نتیجه، فرد یک‌لایه دفاعی در اطراف کل سیستم درون روانی ایجاد می‌کند. این لایه محافظ با دفع درد واقعی یا پیش‌بینی شده از منابع داخلی و خارجی، عملکردی دوگانه دارد. دوانلو از این امر به‌عنوان دفاع در برابر نزدیکی هیجانی^۵ یاد می‌کند (هیکی^۶، ۲۰۱۸). در یک چشم‌انداز کلی‌تر، این رویکرد روان‌درمانی معتقد است که تجربیات دلبستگی اولیه تأثیر رشدی قوی دارند و به الگوهای دلبستگی پایدار در بزرگسالی کمک می‌کنند؛ بنابراین، احساسات یا انگیزه‌هایی که ممکن است به روابط دلبستگی آسیب برساند، می‌تواند برای فرد غیرقابل قبول باشد و ممکن است از سطح خودآگاه خارج شود. ISTDP معتقد است که بسیاری از علائم پاتولوژیک با یک «مثلث تعارض^۷» توضیح داده می‌شوند (ایکر^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). در مرکز مثلث، هیجان‌ات نهفته است. هیجان‌ات یا انگیزه‌هایی که ممکن است باعث گسستگی گذشته در یک رابطه دلبستگی شده باشند، می‌توانند به منبع اضطراب تبدیل شوند و

-
- 1 Busch
 - 2 Blatt
 - 3 Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy
 - 4 innate
 - 5 defense against emotional closeness (DAEC)
 - 6 Hickey
 - 7 triangle of conflict
 - 8 Ecker

با استفاده از فرآیندهای دفاعی از آن‌ها اجتناب شود؛ بنابراین، دفاع‌ها برای محافظت از فرد در برابر هیجانات و تکانه‌های ناخودآگاه پیچیده که ممکن است باعث اختلال در دل‌بستگی شوند، عمل می‌کنند. در درازمدت، این اجتناب از تجربه هیجانی، نشانگان آسیب‌شناختی ایجاد می‌کند و الگوهای رابطه مشکل‌ساز را حفظ می‌کند (هویت دوست و همکاران، ۲۰۲۰). ISTDP به‌طور مستقیم به موانع دفاعی رسیدگی می‌کند و سپس آن‌ها را از بین می‌برد که در غیر این صورت به مقاومتی در درمان تبدیل می‌شوند (جوہانسون^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). شفاف‌سازی^۲ دفاع و مقاومت و به دنبال آن فشار و چالش با سد دفاعی بیمار باید از شروع درمان اتفاق بیفتد. این تکنیک، احساسات مختلط قوی را در انتقال، تحریک می‌کند و به دنبال آن دفاع‌های مشخصه بیمار در برابر آن ایجاد می‌شود. این تعارض به‌عنوان محرکی برای تعارض‌های مشابه از گذشته عمل می‌کند. دوانلو پارها نشان داده است که اگر بتوان در دفاع‌ها نفوذ کرد و احساسات در انتقال را مستقیماً تجربه و ابراز کرد، گشایش در ناخودآگاه تکوینی^۳ حاصل خواهد شد. وقتی بیماران آگاهانه با چیزی که قبلاً از آن اجتناب می‌کردند روبرو شوند، دیگر نیازی به تکیه بر دفاع‌های واپس‌گرا و خودمخرب نخواهند داشت. ایگو استقلال خود را دوباره به دست می‌آورد و بیماران می‌توانند در بالاترین سطح توانایی خود عمل کنند (گابارد و کریسپ^۴، ۲۰۲۲). بیماران برای رسیدن به عمق مشکلات و دستیابی به رهایی از رنج، از درمانگر کمک می‌خواهند. این بخش از بیمار برای ایجاد یک اتحاد درمانی در دسترس است. درعین حال، بخش دیگری از بیمار در مخالفت با درمانگر عمل می‌کند. این بخش می‌خواهد فرار کند، پنهان شود و از درد و اندوهی که فرآیند درمانی در پی خواهد داشت، اجتناب کند.

وظیفه درمانگر

پویایی شامل ایجاد یک تغییر در درون بیمار از مقاومت به اتحاد درمانی است. به گفته دوانلو (۱۹۹۰)، درمانگر باید فعالانه برای متمرکز کردن تعارض بیمار، تشدید درگیری عاطفی و ایجاد یک بحران درون روانی که تغییر سریع را ممکن می‌سازد، اقدام کند. درمانگر مستقیماً،

1 Johansson
2 clarification
3 genetic unconscious
4 Gabbard & Crisp

بخش سالم ایگو را که به دنبال آزادی است، فرامی‌خواند، درحالی‌که بر دفاع‌ها فشار می‌آورد. به این ترتیب، درمانگر ISTDP خنثی نیست، اما یک موضع درمانی اتخاذ می‌کند که از گشودگی^۱ و صداقت حمایت می‌کند، حتی زمانی که دردناک باشد (عباس و تاون^۲، ۲۰۲۱). چنین راهکار درمانی، احساسات مختلط قوی را در انتقال برمی‌انگیزد. تا حدی، بیمار نگران است که درمانگر می‌خواهد وارد دنیای درونی او شود، احتمالاً نزدیک‌تر از هرکسی که قبلاً آمده است. مقاومت در برابر این امر به‌عنوان پیامد اجتناب‌ناپذیر مکانیسم اساسی روان رنجوری، یعنی سرکوب احساساتی که دردناک، مملو از اضطراب، خطرناک و غیرقابل قبول هستند، بسیج می‌شود (هویت دوست و همکاران، ۲۰۲۰). از سوی دیگر، یک نیروی سالم و بالغ در درون بیمار وجود دارد که برای نوعی نزدیکی هیجانی که درمانگر ارائه می‌کند، تلاش می‌کند تا اتحاد درمانی شکل بگیرد. برقراری چنین رابطه‌ای به بیمار کمک می‌کند آشکارا با مشکلات برخورد کند و از رنج‌هایی یابد. بسیج این احساسات قوی و متعارض، یک بحران درون روانی در بیمار ایجاد می‌کند. این وضعیت، شامل تجربه مستقیم همه این احساسات متعارض در انتقال است که کلید باز کردن قفل سیستم ناخودآگاه را فراهم می‌کند (ایکر^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). تمام تکنیک‌های توسعه‌یافته توسط دوانلو با هدف به نمایش گذاشتن احساسات مدفون شده است، بنابراین بیمار می‌تواند مستقیماً با آن‌ها روبرو شود و به شیوه‌ای تطبیقی حل شود. دوانلو، نشانه‌های افسردگی را به‌عنوان دفاع یا نتیجه دفاعی در برابر تکانه‌های پرخاشگرانه، مفهوم‌سازی می‌کند (عباس و مولدر-براون^۴، ۲۰۲۴). از آنجایی که درمانگر بر روی بخش‌های مشکل‌زا در زندگی بیمار تمرکز می‌کند، به بیمار کمک می‌کند تا دفاعی را که برای اجتناب از احساسات خود مانند خشم استفاده می‌کند مشاهده کرده و آن‌ها را رها کند. سپس بیمار می‌تواند دفاع را رها کرده و با احساسات و مسائلی که معمولاً از آن اجتناب می‌کند، به‌طور سازگارانه روبرو شود (سینگ^۵، ۲۰۱۸). بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده، یک مداخله مؤثر و ایمن برای بهبود

1 openness

2 Abbass & Town

3 Ecker

4 Abbass & Moulder-Brown

5 Singh

اختلالات افسردگی می‌باشد برای مثال سرلکی و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت می‌تواند موجب بهبود روابط موضوعی، خشم و احساس گناه در زنان با اختلال افسردگی اساسی گردد. حشمتی و همکاران (۲۰۲۳) نیز به این نتیجه دست یافتند که ISTDP، عواطف منفی را در افسردگی مقاوم به درمان منفرد کاهش می‌دهد. یافته‌های مطالعه حبیبی و عرب (۲۰۲۳) نیز حاکی از آن بود که ISTDP به بیماران افسرده کمک می‌کند تا سبک‌های دفاعی خود را از رشد نایافته و روان رنجور به سبک‌های دفاعی رشد یافته تغییر دهند و اغلب از راهبردهای تنظیم هیجانات سازگاران استفاده کنند. اغلب مطالعات انجام‌شده در خصوص اثربخشی ISTDP بر افسردگی از نوع مطالعات پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. اگرچه این گروه از طرح‌های پژوهشی، به لحاظ روش‌شناسی معتبر و قوی محسوب می‌شوند، با این وجود، طرح‌های آزمایشی تک آزمودنی نیز حائز مزایای پژوهشی بسیار مهمی می‌باشند برای مثال در طرح‌های تک آزمودنی، می‌توان تأثیر مداخله را در هر فرد به‌صورت روزانه و هفتگی ارزیابی کرد و سازوکار تأثیر هر مداخله و پایداری اثرات مداخله را برای هر فرد را گزارش داد. علاوه بر این، در این طرح تأثیر مداخله با توجه به تغییرات نتایج مداخله بین مرحله خط پایه و مرحله اجرای مداخله اتفاق می‌افتد و به‌تبع آن، هر شرکت‌کننده به‌عنوان گروه کنترل خودش در نظر گرفته می‌شود (نوفرستی و حسن آبادی، ۱۳۹۷)؛ بنابراین، با توجه به فقدان پژوهشی در خصوص شناخت روند کاهش نشانه‌های افسردگی در ISTDP و مزایای طرح پژوهشی تک آزمودنی، انجام این پژوهش حائز ضرورت و اهمیت می‌باشد؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر، شناسایی فرآیند بهبودی نشانه‌های افسردگی در روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده در چهارچوب یک مطالعه تک آزمودنی بود.

روش

جامعه، نمونه و روش آماری

طرح این پژوهش، از نوع آزمایشی تک آزمودنی با چند خط پایه و دوره پیگیری بود. جامعه آماری شامل سربازان وظیفه مبتلا به اختلال افسردگی اساسی یک واحد نظامی در اصفهان در

بهار سال ۱۴۰۳ بود. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- تشخیص اختلال افسردگی اساسی توسط روان‌شناس بالینی. ۲- عدم همبودی با اختلالات روان‌شناختی دیگر ۳- عدم ابتلا به اختلالات حاد جسمانی ۴- دامنه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال ۵- رضایت کتبی و همکاری در پژوهش. معیارهای خروج از تحقیق عبارت بودند از: ۱- انصراف از پژوهش ۲- عدم حضور در بیش از ۱ جلسه درمانی ۳- دریافت دارودرمانی یا روان‌درمانی دیگر در حین پژوهش. ۵ سرباز وظیفه که بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM-5 CV نسخه بالینگر توسط روان‌شناس بالینی، تشخیص اختلال افسردگی اساسی دریافت کرده بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و ضمن تشریح کلی فرایند جلسات و اصول اخلاق در پژوهش، فرم رضایت‌نامه آگاهانه حضور در پژوهش را تکمیل کردند. شرکت‌کنندگان مطابق با جدول شماره ۱ پروتکل روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده دوانلو (۱۹۹۵) به روش فردی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی در یکی از درمانگاه‌های تخصصی شهرستان خمینی شهر دریافت کردند. شرکت‌کنندگان به‌طور مجزا، با نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک در طی ۱۲ مرحله ارزیابی شدند که شامل ۴ مرحله خط پایه (۴ هفته، ۳ هفته، ۲ هفته و ۱ هفته پیش از اولین جلسه درمان)، ۴ مرحله مداخله (پس از اتمام جلسات درمانی دوم، چهارم، ششم و هشتم) و ۴ مرحله پیگیری (۱ هفته، ۲ هفته، ۳ هفته و ۴ هفته پس از آخرین جلسه درمان) بود. با توجه به آن‌که یک سرباز در مرحله خط پایه و یک سرباز در مرحله مداخله از پژوهش خارج شدند، در نهایت، حجم نمونه، ۳ نفر بود.

شرکت‌کننده اول: یک مرد ۱۹ ساله، مجرد، با مدرک تحصیلی دیپلم و با شکایت اصلی^۱ «دست‌ودلم به هیچ کاری نمی‌ره» بود که نشانه‌های خلق پایین، انفعال، احساس خستگی مداوم، افزایش خواب، خواب‌آلودگی در طول روز و کاهش عملکرد شغلی (عدم تمایل به پیروی از دستورات ارشادان نظامی) داشت. بیمار گزارش کرد با یکی از فرماندهان خود چالش جدی دارد و توانایی تحمل وی را ندارد. بر اساس اظهار بیمار، شروع این نشانه‌ها پس از پایان تحصیلات دبیرستانی و احساس عدم آمادگی برای ورود به بازار کار و کسب درآمد بوده و با ورود به دوره سربازی، نشانه‌های وی تشدید یافته و نسبت به آینده بدبین است. بنابر خود

1 Chief complaint

اظهاری بیمار، سابقه شکست عاطفی و مصرف الکل داشته و تاکنون به روان‌شناس یا مشاور، مراجعه نکرده است.

شرکت‌کننده دوم: یک مرد ۱۸ ساله، مجرد، با مدرک تحصیلی دیپلم و با شکایت اصلی «هیچ امیدی به زندگی و آینده‌ام ندارم» بود که نشانه‌های احساس غمگینی، ناامیدی و ناکامی داشت. بیمار اظهار داشت دقیقاً نمی‌داند که از چه زمانی این نشانه‌ها شروع شده است و به دلیل تشدید این احساسات پس از مرگ یکی از دوستانش، تمایل داشته که تحت درمان قرار گیرد. بنا به اظهار بیمار، مشکلات خانوادگی و دوره خدمت موجب نشخوار فکری وی شده و احساس می‌کند بر هیچ‌یک از اتفاقات زندگی‌اش کنترل ندارد. در خلوت خود، زیاد گریه می‌کند و اخیراً، در روابط خود با دیگران، زودرنج و پرخاشگر شده است. دو سال پیش، به مدت کمتر از یک ماه، داروهای ضد افسردگی بدون تجویز پزشک مصرف کرده است.

شرکت‌کننده سوم: یک مرد ۲۳ ساله، متأهل، با مدرک تحصیلی کارشناسی و با شکایت اصلی «از زندگی بریده‌ام» بود که نشانه‌های خلق پایین، عدم لذت از امور لذت‌بخش قبلی (آنهدونیا)، احساس گناه شدید و کاهش شدید اشتها و وزن داشت. بر اساس اظهار بیمار، به دلیل مشکلات اقتصادی، فشار روانی ناشی از وظایف دوره خدمتی، عدم شایسته‌سالاری و عدم تناسب مسئولیت با سطح تحصیلات، دچار احساس استیصال و کلافگی است و از آنجاکه در دوره عقد با همسر خود به سر می‌برد، فشار ناشی از برگزاری مراسم عروسی و مستقل شدن، احساس خستگی روانی می‌کند. همچنین بیمار اظهار داشت که در به خواب رفتن مشکل جدی دارد و برای حل آن، ملاتونین استفاده می‌کند، احساس بی‌ارزشی زیادی دارد و مرگ را به زندگی ترجیح می‌دهد اما قصدی برای خودکشی ندارد.

ابزار سنجش

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM-5-CV نسخه بالینگر^۱: مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته برای تشخیص اختلالات روانی در DSM-5 توسط فایرست (۲۰۱۴) طراحی شده و مدت‌زمان این مصاحبه در حدود ۴۵ تا ۹۰ دقیقه متغیر می‌باشد (شریفی

1 The Structured Clinical Interview for DSM-5

و همکاران، ۲۰۱۷). در بررسی پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی نسخه SCID-IV، توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از ۰/۶) و توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ گزارش شد (شریفی و همکاران، ۲۰۰۴). علاوه بر این، با توجه به تشخیص روانپزشک به‌عنوان استاندارد طلایی، در اغلب تشخیص‌های اختلالات افسردگی، کاپا بالاتر از ۰/۸۰ بود که نشان‌دهنده ویژگی مطلوب این ابزار در تشخیص اختلالات افسردگی است (شعبانی و همکاران، ۲۰۲۱).

نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک^۱: این پرسشنامه خودگزارشی با هدف ارزیابی نشانه‌های افسردگی در دو هفته اخیر افراد ۱۳ سال به بالا توسط بک و همکاران (۱۹۹۶) طراحی شده و شامل ۲۱ آیتم است. شیوه نمره‌گذاری هر آیتم بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای بین صفر تا ۳ نمره می‌باشد و دامنه نمره کل آن، بین صفر تا ۶۳ است. هرچه نمره اکتسابی فرد در این پرسشنامه بیشتر باشد، شدت افسردگی نیز بیشتر است و بالعکس. پایایی به روش بازآزمایی ۱ هفته این پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). در اعتبارسنجی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی گزارش شد که نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک از ثبات داخلی مطلوب ($\alpha=0/87$) و سطح قابل قبولی از پایایی ($r=0/73$) برخوردار است (رحیمی، ۲۰۱۴). سرلکی و همکاران (۲۰۲۴) نیز پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این پرسشنامه را در جمعیت با اختلال افسردگی، ۰/۸۷ گزارش کردند.

پروتکل روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده دوانلو (۱۹۹۵): پروتکل روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده دوانلو (۱۹۹۵) به روش فردی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی اجرا شد که شرح جلسات آن در جدول شماره ۱ گزارش شده است. هسته اصلی این پروتکل، توالی پویشی مرکزی^۲ (CDS) می‌باشد که به مجموعه مراحل اشاره دارد که درمانگر برای دسترسی مستقیم به ناخودآگاه به کار می‌گیرد. توالی پویشی مرکزی شامل مراحل: پرس‌وجو،

1 Beck Depression Inventory-II

2 The Central Dynamic Sequence

فشار، چالش، مقاومت انتقال، دسترسی مستقیم به ناخودآگاه، تجزیه و تحلیل سیستماتیک انتقال و کاوش پویایی در ناخودآگاه است (دوانلو، ۱۹۹۵).

جدول ۱: پروتکل روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده دوانلو (۱۹۹۵)

جلسه	مراحل	شرح و اهداف
اول	صورت‌بندی روانپوشی و ارزیابی	صورت‌بندی روانپوشی؛ تاریخچه رشدی و خانوادگی؛ ارزیابی اولیه ظرفیت بیمار برای بهره‌مندی از درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت؛ شرح کلی روند مداخله درمانی
دوم	پرسش در خصوص مشکلات	شروع مراحل توالی پویایی؛ مشخص شدن توانایی و ظرفیت بیمار در پاسخگویی و کاوش در مشکل؛ کسب اطلاعات عمیق‌تر و دقیق‌تر؛ مشخص کردن زمان شروع و ادامه مشکل
سوم	فشار	منحرف و متمرکز کردن دفاع‌های بیمار در ارتباط انتقالی؛ بیدار کردن احساسات انتقالی، متبلور کردن مقاومت در انتقال
چهارم	مرحله سوم توالی پویایی: چالش	شناسایی و روشن کردن دفاع‌ها؛ برانگیختگی بیمار بر ضد دفاع‌های خود؛ چالش
پنجم	مقاومت انتقالی	چالش با مقاومت انتقالی؛ درگیری مستقیم با مقاومت انتقالی
ششم	تجربه مستقیم احساسات انتقالی	توصیف تجربه درونی توسط بیمار؛ تجربه ۳ مؤلفه یک احساس (شناختی، فیزیولوژیکی و حرکتی)؛ افشای احساسات انتقالی
هفتم	تحلیل انتقال	برقراری و تحلیل شباهت‌ها بین الگوی ارتباط بیمار در انتقال با دیگر روابط وی در زندگی کنونی و گذشته‌اش؛ برقراری ارتباط و تحلیل بین مثلث تعارض و مثلث شخص ^۱ و حصول بینش
هشتم	کاوش در ناهشیار	کاوش پویایی در روابط کنونی و گذشته بیمار؛ جمع‌بندی نهایی

یافته‌ها

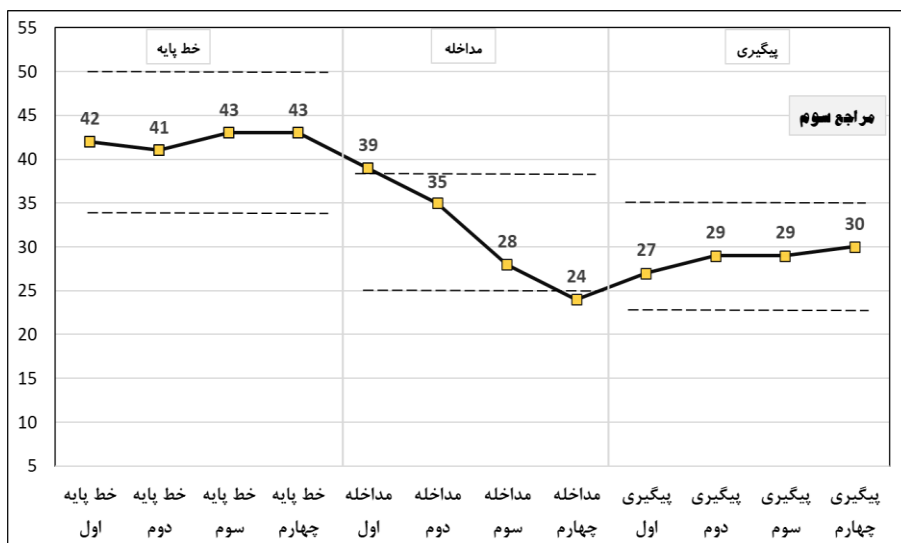
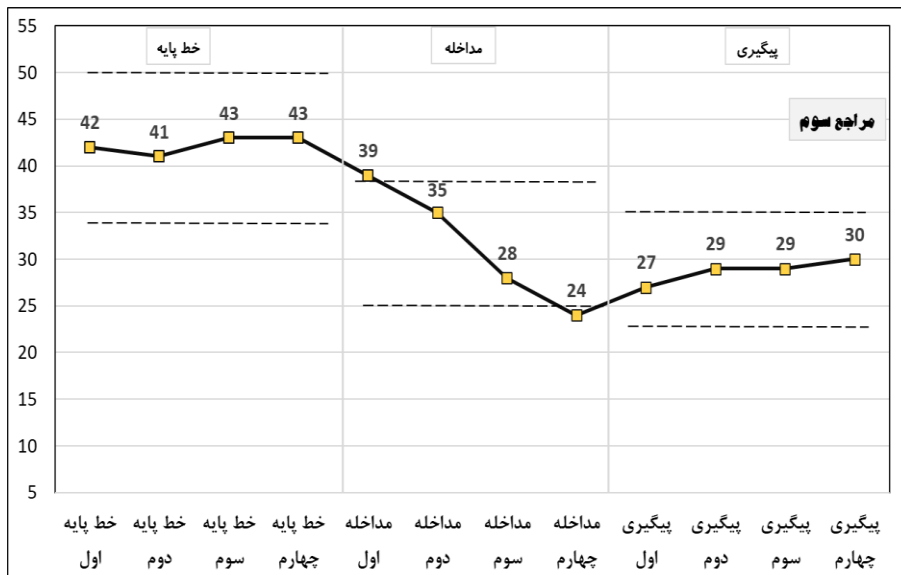
پس از به دست آمدن داده‌ها، از فنون تحلیل مناسب باید بهره گرفته شود تا تأثیر مداخله یا درمان، ارزیابی و مشخص شود. نخست، تحلیل‌های دیداری برای تعیین این‌که آیا رابطه‌ای بین متغیر مستقل و وابسته وجود دارد یا خیر صورت می‌پذیرد. دوم اگر شواهد برای وجود آن

رابطه حاصل شد، تحلیل‌های آماری برای تعیین میزان اثر مداخله همراه می‌شود و در آخر اندازه اثر برای همه شرکت‌کنندگان با هدف برآورد متوسط کلی تأثیر مداخله محاسبه می‌شود (فراهانی، ۱۳۹۹). تحلیل دیداری نمودار داده‌ها اساس تحلیل داده‌ها در مطالعات آزمایشی تک آزمودنی است (نوفرستی و حسن آبادی، ۱۳۹۷). در این پژوهش برای بررسی درون مرحله‌ای از شاخص‌های روند داده‌ها و ثبات داده‌ها استفاده شد. برای تعیین روند با رسم نمودار و پیوستن نقاط هر مرحله نشان داده می‌شود که آیا نقاط داده‌ها به‌طور یکنواختی کاهش یا افزایشی هستند یا خیر.

برای تعیین ثبات درون مرحله‌ای از ملاک ثبات یا محفظه ثبات استفاده شد که در این روش ۲۰ تا ۲۵ درصد میانه داده‌ها به میانه اضافه و از آن کم می‌شود تا اندازه محفظه ثبات در بالا و پایین میانه مشخص شود و سپس بر روی نمودار رسم می‌گردد (نوفرستی و حسن آبادی، ۱۳۹۷). برای عینی‌سازی میزان بهبود در گروه هدف، از درصد بهبودی استفاده شد. در روش درصد بهبودی میانگین زمان مداخله از میانگین خط پایه کسر می‌شود و سپس بر میانگین خط پایه تقسیم می‌شود و نمره به‌دست‌آمده در عدد ۱۰۰ ضرب می‌شود. شاخص تغییر پایدار^۱ (RCI) فرمولی است که برای ارزیابی تغییرات معنادار در نمرات یک آزمودنی در طول زمان استفاده می‌شود. این شاخص در طرح‌های آزمایشی تک آزمودنی کاربرد دارد نشان می‌دهد که آیا تغییرات مشاهده‌شده در نمرات ناشی از مداخله بوده یا صرفاً به دلیل خطای اندازه‌گیری است. در شکل‌های ۱ تا ۳ به بررسی نمرات و روند تغییرات پرداخته شد و همچنین محفظه ثبات نیز در شکل ترسیم شده است.

1 Reliable Change Index

شکل ۲: نمودار خطی نمرات شرکت‌کنندگان در مقیاس نشانه‌های افسردگی به تفکیک زمان‌ها



شکل ۲ روند تغییرات کلی و همچنین روند تغییرات در هر زمان را در شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد که بررسی کلی روندها نشان از شیب نزولی در نشانه‌های افسردگی در زمان مداخله بود که پس از هر ارزیابی در زمان مداخله میزان نشانه‌های افسردگی کاهش یافته است که این روند کاهشی در هر سه شرکت‌کننده و در تمامی چهار مرحله مداخله مشاهده شد. نمره نشانه‌های افسردگی در زمان مداخله چهارم کمتر از تمامی مداخله‌ها بود. بررسی روند کلی میانگین در زمان پیگیری نشان از ثبات نسبی نمرات دارد به طوری که با شیب خفیفی نمره زمان پیگیری افزایش را نشان می‌دهد که این افزایش نمره در زمان پیگیری روند باثباتی نداشته است؛ اما به طور کلی، شیب تغییرات نمره نشانه‌های افسردگی در زمان پیگیری نسبت به مداخله چهارم جزئی و اندک است که نشان از ماندگاری نسبی اثربخشی مداخله دارد. بررسی محفظه ثبات نشان می‌دهد که تغییرات شارپ و شدید در هیچ کدام از مراحل مشاهده نشد و به ویژه در زمان خط پایه و پیگیری ثبات داده‌ها مورد تأیید قرار گرفت. محفظه ثبات نشان داد که در زمان‌های خط پایه و پیگیری تمامی زمان‌ها در دامنه ثبات قرار داشتند که بیانگر ثبات و پایداری در نتایج بود. در ادامه به بررسی درصد بهبودی در ارتباط با نشانه‌های افسردگی پرداخته شد. مقادیر درصد بهبودی به همراه شاخص‌های آماری میانگین، میانه، دامنه تغییرات و انحراف استاندارد هر کدام از مراحل به تفکیک سه شرکت‌کننده در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی و درصد بهبودی مربوط به نشانه‌های افسردگی به تفکیک

شرکت‌کنندگان و کل

کل	شرکت‌کنندگان			شاخص	زمان
	نفر سوم	نفر دوم	نفر اول		
۳۹/۵۰	۴۲/۲۵	۳۷/۵۰	۳۸/۷۵	میانگین	خط پایه
۳۸/۵	۴۲	۳۸/۵	۳۸	میانه	
۸	۲	۴	۲	دامنه تغییرات	
۲/۳۹	۰/۸۲	۱/۵	۰/۸۲	انحراف استاندارد	
۲۸/۳۳	۳۱/۵۰	۲۵/۰۰	۲۸/۵۰	میانگین	مداخله
۲۵/۵	۳۱/۵	۲۵/۵	۳۱/۵	میانه	

کل	شرکت‌کنندگان			شاخص	زمان
	نفر سوم	نفر دوم	نفر اول		
۲۴	۱۵	۱۹	۱۶	دامنه تغییرات	
۷/۳۱	۵/۸۵	۷/۱۷	۶/۳۴	انحراف استاندارد	
۲۸/۲۷	۲۵/۴۴	۳۳/۳۳	۲۶/۴۵	درصد بهبودی	
۲۲/۰۸	۲۸/۷۵	۱۵/۵۰	۲۲/۰۰	میانگین	پیگیری
۱۴/۵	۲۹	۱۴/۵	۲۲/۵	میانه	
۱۶	۳	۳	۳	دامنه تغییرات	
۵/۷۷	۱/۰۸	۱/۱۱	۱/۲۲	انحراف استاندارد	
۴۴/۱۰	۳۱/۹۵	۵۸/۶۶	۴۳/۲۲	درصد بهبودی	

نتایج جدول ۲ نشان داد که در شرکت‌کننده اول میانگین زمان خط پایه برابر با ۳۸/۷۵ بود که در زمان مداخله با کاهش ۱۰/۲۵ نمره‌ای به ۲۸/۵۰ و در زمان پیگیری با کاهش ۱۶/۷۵ نمره‌ای به ۲۲ رسید. در شرکت‌کننده دوم نیز میانگین خط پایه از ۳۷/۵۰ در مداخله با کاهش ۱۲/۵ نمره‌ای به ۲۵ در زمان مداخله و با کاهش ۲۲ نمره‌ای به ۱۵/۵ در مرحله پیگیری رسید و در شرکت‌کننده سوم میانگین زمان پیش‌آزمون برابر با ۴۲/۲۵ بود که با کاهش ۱۰/۷۵ نمره‌ای به ۳۱/۵ در زمان مداخله و با کاهش ۱۳/۵ نمره‌ای به ۲۸/۷۵ در پیگیری رسید. میانگین خط پایه کل ۳۹/۵۰ بود که با کاهش ۱۱/۱۷ نمره‌ای در زمان مداخله به ۲۸/۳۳ و با کاهش ۱۷/۴۲ نمره‌ای در زمان پیگیری به ۲۲/۰۸ رسید. میزان درصد بهبودی در زمان مداخله در شرکت‌کننده اول برابر با ۲۶/۴۵ درصد، شرکت‌کننده دوم برابر با ۳۳/۳۳ درصد و شرکت‌کننده سوم برابر با ۲۵/۴۴ درصد بود و در زمان پیگیری درصد بهبودی شرکت‌کننده اول برابر با ۴۳/۲۲ درصد، شرکت‌کننده دوم برابر با ۵۸/۶۶ درصد و شرکت‌کننده سوم برابر با ۳۱/۹۵ درصد بود. در مجموع بررسی میانگین‌ها نشان از کاهش میانگین زمان مداخله نسبت به خط پایه داشت و میانگین پیگیری نسبت به مداخله پایین‌تر بود. میزان درصد بهبودی در زمان مداخله از ۲۵/۴۴ درصد تا ۳۳/۳۳ درصد بود اما در زمان پیگیری میزان درصد بهبودی از ۳۱/۹۵ درصد تا ۵۸/۶۶ درصد بود که نشان از اثربخشی متوسط در حین زمان مداخله و اثربخشی بالاتر از

متوسط در زمان پیگیری داشت. در مجموع نتایج نشان داد روان‌درمانی پوششی کوتاه‌مدت فشرده موجب کاهش نشانه‌های افسردگی در شرکت‌کنندگان در زمان مداخله (۱۱/۱۷ نمره) و زمان پیگیری (۱۷/۴۲ نمره) داشت و درصد بهبودی نیز در محدوده متوسط در زمان مداخله (۲۸/۲۷ درصد) و قابل قبول در زمان پیگیری (۴۴/۱۰ درصد) بود. میزان شاخص تغییر پایدار (RCI) برای شرکت‌کننده اول، دوم و سوم در مرحله مداخله به ترتیب ۲۷/۹۵-، ۱۸/۶۳-، ۲۹/۳۱- و در مرحله پیگیری به ترتیب ۲/۲۹-، ۲/۹۶- و ۱/۰۵- بود و با توجه به آن که مقدار شاخص تغییر پایدار آن‌ها از ۱.۹۶ کمتر بود (به جز مرحله پیگیری شرکت‌کننده سوم)، بیانگر آن بود که ISTDP تأثیرگذار بوده و موجب کاهش معنادار نشانه‌های افسردگی در مراحل مداخله و پیگیری شده است.

بحث

هدف از این پژوهش، شناسایی فرآیند بهبودی نشانه‌های افسردگی در روان‌درمانی پوششی کوتاه‌مدت فشرده بود. نتایج این پژوهش نشان داد که برای هر سه شرکت‌کننده، روان‌درمانی پوششی کوتاه‌مدت فشرده توانست نشانه‌های افسردگی را کاهش دهد و ماندگاری تأثیرات روان‌درمانی تا ۱ ماه پس از مداخله تأیید شد. همسو با این یافته، سرلکی و همکاران (۲۰۲۴) به این نتیجه دست یافتند که ISTDP، یک مداخله مؤثر برای بهبود روابط موضوعی، خشم، احساس گناه و نشانه‌های افسردگی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است. یافته‌های پژوهش ایگر و همکاران (۲۰۲۴) نیز حاکی از آن بود که ISTDP می‌تواند از طریق به سطح آوردن محتویات ناخودآگاه و اصلاح تجربه هیجانی، نشانه‌های افسردگی را کاهش دهد. نتایج مطالعات فراتحلیل وینسیکی^۱ و همکاران (۲۰۲۳) و کاسلی^۲ و همکاران (۲۰۲۳) نیز حاکی از آن بود که از ISTDP می‌توان به‌عنوان یک روان‌درمانی کارآمد برای کاهش نشانه‌های افسردگی بهره جست. در پژوهشی دیگر، روان‌درمانی پوششی کوتاه‌مدت فشرده یک درمان مؤثر برای بهبود اختلالات افسردگی معرفی شده است (عباس و مولدر-براون^۳، ۲۰۲۴). در

1 Wienicke

2 Caselli

3 Abbass & Moulder-Brown

تبیین این یافته می‌توان گفت یکی از مهم‌ترین پیشرفت‌ها در روان‌درمانی از زمان کشف ناخودآگاه، توسعه توالی پویایی مرکزی است که توسط دوانلو (۱۹۸۸) در راستای بازکردن قفل ناخودآگاه انجام شده است؛ بنابراین، برای شناسایی فرآیند بهبودی افسردگی در ISTDP نیاز است که ابتدا درک دقیق‌تری از توالی پویایی مرکزی داشته باشیم. توالی پویایی مرکزی از این مراحل تشکیل شده است: پرس‌وجو، فشار، چالش، مقاومت انتقال، دسترسی مستقیم به ناخودآگاه، تجزیه و تحلیل سیستماتیک انتقال و کاوش پویایی در ناخودآگاه (دوانلو، ۱۹۹۵). درمانگر مصاحبه را با مرحله پرس‌وجو آغاز می‌کند و در مورد اختلالاتی که بیمار برای آن‌ها کمک می‌خواهد جویا می‌شود. وی توانایی بیمار در پاسخگویی را ارزیابی می‌کند و این فرآیند ماهیتی پویایی می‌یابد (هیکی، ۲۰۱۵). دوانلو از رویکرد توصیفی و پدیدار شناختی برای کندوکاو استفاده می‌کند که شامل بررسی مشکلات نشانه‌های بیماری و شخصیتی بیمار، با تأکید بر ویژگی و تمرکز بر احساس است. نمونه‌های اخیر از مشکلات گزارش شده برای کمک به این روند درخواست می‌شود. به‌طور خاص، برای به دست آوردن ارزیابی دقیق از مشکلات بیمار، درمانگر باید پرس‌وجوهای خاصی را انجام دهد. در خصوص بیمار با شکایت اصلی افسردگی، درمانگر می‌پرسد، «منظور شما از افسردگی چیست؟ آیا می‌توانیم به نمونه‌ای اخیر از زمانی که احساس افسردگی می‌کردید نگاهی بیندازیم؟ در واقع چه چیزی را در درون، در سطح هیجانی، تجربه کرده‌اید که از آن به‌عنوان افسرده یاد می‌کنید؟» اگر بیمار بتواند اطلاعات دقیقی در مورد چنین تجربه‌ای ارائه دهد، باید قبل از رفتن به سایر مناطق اختلال، یک خط مقدمه و تاریخچه مختصری از مشکل ارائه شده، به دست آورد. در ادامه، درمانگر می‌پرسد: «چه مدت افسرده بودید؟ آیا دوره‌های دیگری از افسردگی در زندگی خود داشته‌اید؟ بدترین حالتی که تا به حال داشته‌اید چیست؟» پاسخ به این سؤالات ماهیت مشکل اساسی را نشان می‌دهد و همچنین اطلاعاتی در مورد ظرفیت سازگاری ایگو بیمار ارائه می‌دهد (دلا سیلوا^۱، ۲۰۱۸)، به‌عنوان مثال، اگر بیمار اخیراً در واکنش به مرگ یکی از دوستانش افسرده شده است (شرکت‌کننده دوم) و سابقه افسردگی را گزارش می‌دهد، به دنبال فقدان‌های قبلی، وجود سوگواری پاتولوژیک را نشان می‌دهد. اگر افسردگی به‌صورت غم و اندوه، بی‌حالی و

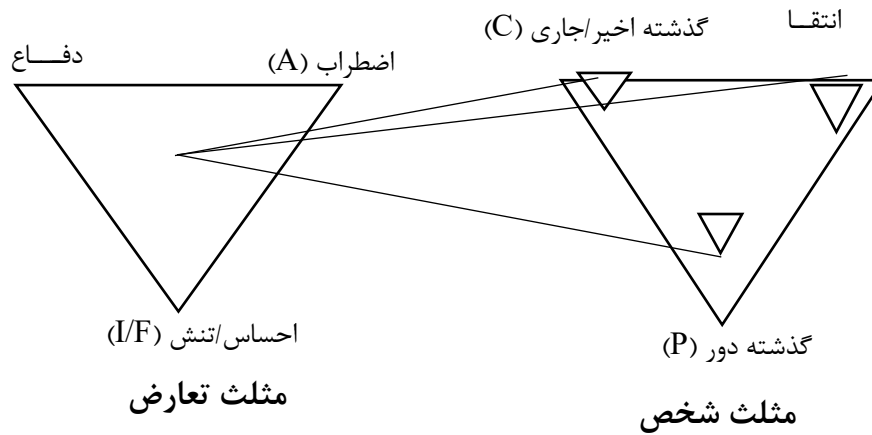
بدبینی نسبت به آینده تجربه شود (شرکت‌کننده اول)، اما شامل ناتوانی در عملکرد نباشد، احتمالاً بیمار دارای ظرفیت تطبیقی ایگو نسبتاً خوبی است که به‌طور موقت تحلیل رفته و می‌تواند به‌سرعت برای تعامل با یک‌روند حاد سوگواری فعال شود. از طرف دیگر، اگر بیمار مشکلات خواب دارد، در ماه گذشته وزن قابل‌توجهی کم کرده و بیمار بوده است (شرکت‌کننده سوم)، ایگو به‌قدری تحلیل رفته که انرژی کمی در ارگانسیم برای روان‌درمانی وجود خواهد داشت. برای ساختن ایگو تا جایی که بیمار بتواند احساسات سرکوب‌شده‌ای را که باید آشکار شوند تحمل کند، دارو یا اقدام حمایتی ضروری است. هنگامی که شکایات ارائه‌شده بررسی شد، درمانگر در مورد سایر زمینه‌های تنش‌زا می‌پرسد. در مواقعی، بیماران گزارش می‌دهند که فقط برای یک مشکل محدود به کمک نیاز دارند (دلا سیلوا، ۲۰۱۸). درمانگر ممکن است بگوید، «پس به‌غیراز تعارض با فرمانده خود، هیچ مشکل دیگری در زندگی خود ندارید؟ (درمانگر خطاب به شرکت‌کننده اول). مهم‌ترین چالشی که برای بیمار در این مرحله از توالی وجود دارد، ارائه داده‌های خاص لازم برای مشخص کردن مناطق دشوار است (چالش عدم وضوح^۱). در پاسخ به ابهام، درمانگر ممکن است بگوید، مهم است که شما صریح‌تر باشید تا بتوانم ماهیت مشکلات شمارا درک کنم. آیا می‌توانید مثالی برای من بیاورید؟» بیمار ممکن است از موضوعی به موضوع دیگر یا از زمانی به زمان دیگر، پرسش افکار داشته باشد، درمانگر باید صحبت او را با ملاحظه قطع کند و به روند اصلی بازگرداند. به‌عنوان مثال، درحالی‌که شرکت‌کننده دوم، به شرح مشکلات خانوادگی پرداخت، متذکر شویم «قبل از اینکه به این مشکل دیگر بپردازیم، مطمئن شویم که اولین مشکلی که ذکر کردید (دست‌ودلم به هیچ کاری نمی‌ره) را درک کرده‌ایم.» به‌طور مشابه، اگر بیمار با صحبت در مورد چیزی که در سنین کودکی رخ داده است شروع کند (برای مثال، شرکت‌کننده دوم، که به یادآوری دعوای پرتنش والدین با یکدیگر می‌پردازد، درمانگر، بیمار را به تحقیق درباره مشکلات فعلی هدایت می‌کند. با عبارتی مانند «مطمئنم که دعوای والدینت رویداد مهمی در زندگی تو بوده و ما به آن خواهیم رسید، اما بیایید با آنچه باعث شده، اینجا بیایی، شروع کنیم (هیچ امیدی به زندگی و آینده‌ام ندارم)». شناسایی عامل فعلی مشکلات گزارش‌شده برای

1 Challenge to Lack of Clarity

ایجاد زمینه‌ای برای درک ماهیت مشکلات بیمار ضروری است.

درمانگر پس از پرس‌وجو کافی از مشکلات بیمار، به بررسی دفاع‌های بیمار می‌پردازد. با یادآوری اینکه هدف از درمان این است که بیمار قادر به تجربه احساسات به حداکثر میزانی باشد که فرد می‌تواند تحمل کند، همه دفاع‌ها در برابر تجربه احساس باید رفع شوند. کار دفاعی را می‌توان به‌طور کلی به سه گام یا مرحله تقسیم کرد: نخست، درمانگر به شناسایی و شفاف‌سازی دفاع‌ها می‌پردازد. در حین انجام پرس‌وجو، درمانگر به انواع دفاع‌های در حین جلسه توجه دارد و برای استفاده در آینده، آن‌ها را در نظر می‌گیرد. اولین وظیفه درمانی در این مرحله، شناسایی و شفاف‌سازی دفاع‌ها است.

برای مثال، به شرکت‌کننده دوم گفته شد: «آیا زمانی که در مورد پدرتان صحبت می‌کردید، متوجه بودید که پاهایتان از پشت قلاب کردید و دست‌به‌سینه شدید و پوزخند زدید؟» در اینجا وظیفه ارزیابی این است که آیا بیمار آگاه است یا خیر؟ یا می‌تواند به راحتی از این رفتارهای تدافعی آگاه شود و بیمار بگوید، «بله اکنون می‌بینم»، پس کارکرد این رفتارها باید برای بیمار روشن شود. اگر بیمار ببیند که کاری برای اجتناب از احساس انجام می‌دهد، نشان می‌دهد که دفاع او نسبتاً ناسازگار با محیط است. در مواقع دیگر، بیماران بین آنچه احساس می‌کنند (I/F) و آنچه انجام می‌دهند (D) برای اجتناب از آن تمایزی قائل نمی‌شوند (مطابق با شکل شماره ۱)



شکل شماره ۱

آن‌ها ممکن است به شدت با دفاع همانندسازی کنند و بگویند: «من همیشه همین‌طور بوده و هستم». در این موارد، تلاش‌های مکرر برای شناسایی و شفاف‌سازی اجتناب دفاعی از احساس در تمام زمینه‌های زندگی بیمار ضروری است (که گاهی اوقات به آن «کار کردن مثلث‌ها» می‌گویند) (دلا سیلوا، ۲۰۱۸). دومین گام، تغییر روش ایگو در مقابل دفاع‌هایش است. این کار با تمرکز بر ارزش دفاع انجام می‌شود و به بیمار اشاره می‌شود که پیامدهای منفی استفاده از آن‌ها برای خود ویرانگر است. به شرکت‌کننده دوم گفته شد: «اگر با پوزخند زدن و منحرف کردن مسیر کلام، تلاش می‌کنی احساسات واقعی خود را پنهان کنی، من نمی‌توانم کمکی به تو کنم، تو همچنان رنج می‌کشی، اگر به اجتناب از موضوع و منحرف کردن مسیر کلام ادامه دهی، امروز اینجا چه اتفاقی می‌افتد و دستاورد تو چه خواهد بود؟». هنگامی که بیمار می‌گوید: «هیچ فایده‌ای» یا پاسخ‌های مشابه به آن، ایگوی بیمار شروع به فعال کردن دفاع می‌کند. سپس درمانگر در موقعیت خوبی برای رفتن به مرحله بعدی قرار می‌گیرد، یعنی فشار آوردن به بیمار برای رها کردن دفاع. هنگامی که بیماران می‌توانند ببینند که در برابر احساسات دفاع می‌کنند و با انجام این کار، در برابر کاری که درمانگر را برای کمک به آن‌ها درگیر کرده بودند، مقاومت

1 working the triangles
2 Della Selva

می‌کنند، صحنه برای مرحله فشار و چالش آماده می‌شود. برای بیماران روشن می‌شود که بینش به‌تنهایی کافی نیست. به‌محض اینکه بیماران اعلام کنند که با ماندن در موقعیت دفاعی خود را شکست می‌دهند، درمانگر آن‌ها را به چالش می‌کشد تا کارها را به‌گونه‌ای متفاوت انجام دهند. «پس چرا می‌خواهی هیچ فایده‌ای نداشته باشی؟ بیایم ببینیم در مورد این فرار از احساسات واقعی خود چه کار می‌کنی؟» این مرحله از کار دفاعی، که گاهی به‌عنوان «برخورد رودرو با مقاومت»^۱ شناخته می‌شود، تمایل دارد احساسات بسیار قوی را نسبت به درمانگر برانگیزد. درمانگر منتظر علامتی است، چه به‌صورت شفاهی (مثلاً «شرکت‌کننده دوم با عصبانیت گفت خیلی پایبند میشی» یا غیرکلامی (مثلاً شرکت‌کننده اول به‌طور مداوم پیشانی خود را فشار می‌داد و نگاه غضبناک داشت)، مبنی بر اینکه احساسات در شرف شکستن هستند و از تمرکز بر دفاع به دسترسی مستقیم به احساسات تغییر می‌کند. قبل از حرکت، باید تاکید کرد که پیش از اینکه ایگو در مقابل دفاع خود قرار گیرد، وارد مرحله فشار و چالش شود، خطای فاحشی است. در چنین مواردی، ایگو بیمار به‌جای دفاع‌هایش، احساس حمله می‌کند و یک ناهماهنگی درمانی در پی خواهد داشت. تمرکز شدید روی دفاع‌ها و اعمال فشار بر بیمار برای ترک آن‌ها، احساسات مختلط شدیدی را نسبت به درمانگر برمی‌انگیزد و یک بحران درون روانی ایجاد می‌کند. فشار تا زمانی که سیگنالی از ناخودآگاه مبنی بر نزدیک بودن احساسات و تکانه‌ها به سطح وجود داشته باشد، حفظ می‌شود. درمانگر باید برای چنین علامتی هوشیار بماند و فوراً آن را به دست آورد و تمرکز خود را از دفاع به تجربه مستقیم احساسات در انتقال تغییر دهد. درمانگر، بیماران را به چالش می‌کشد تا در مورد ماهیت واقعی احساسات و تکانه‌های خود باز و صادق باشند (دوانلو و همکاران، ۱۹۹۰). درمانگر در ابتدا و طول جلسه تاکید بر صداقت دارد. این مداخله (تاکید بر صداقت) به‌تنهایی مقاومت در انتقال را منحرف می‌کند و به ایجاد پایه‌ای برای افزایش هر چه بیشتر در مؤلفه انتقال مقاومت^۲ (TCR) کمک می‌کند. مؤلفه انتقال شامل احساسات مثبت و منفی بیماران نسبت به یک ایژه یا شخصیت‌های بنیادین ژنتیکی^۳ (افراد مهم و تاثیرگذار در دوران اولیه زندگی فرد) است و در تکنیک TCR،

1 a head-on collision with the resistance

2 transference components of the resistance

3 initial genetic figures

هردوی آن‌ها باید در صورت نیاز توسط درمانگر مورد توجه قرار گیرد. این توجه دوسویه به همه مولفه‌های انتقال، بازگشایی ناخودآگاه را محقق می‌کند (معنوی‌پور، ۲۰۲۰). هر چه احساسات و تکانه‌های ممنوعه قبلی بیشتر باشد، دفاع‌ها، مقاومت‌ها و اضطراب بیشتر است. به این ترتیب، مقاومت یک مشکل نیست، بلکه نشان‌دهنده‌ی است که احساسات نسبت به درمانگر، به عنوان کلید اصلی باز کردن قفل ناخودآگاه، در حال افزایش است. این نشان‌های برای عقب‌نشینی نیست، بلکه برای دستیابی به پیشرفت کامل احساس است، مشروط بر اینکه اضطراب بیمار در سطح قابل‌تحملی باشد. در این مرحله از کار، اصرار از طرف درمانگر واقع نتیجه می‌دهد. سپس از بیمارانی که قادر به بیان احساسات خود هستند، خواسته می‌شود تا تجربه درونی آن احساسات را شرح دهند. به این ترتیب، درمانگر می‌تواند سطح درگیری عاطفی را در فرآیند ارزیابی کند و هر ناحیه دفاعی باقی‌مانده را تشخیص دهد. برای اینکه یک پیشرفت کامل در احساس وجود داشته باشد، هر سه عنصر (شناختی، فیزیولوژیکی و حرکتی) احساس باید وجود داشته باشد. هنگامی که بیمار نشان می‌دهد که مؤلفه‌های فیزیولوژیکی عاطفه ابرازشده را تجربه می‌کنند، درمانگر در مورد انگیزه‌ای که این احساس ایجاد می‌کند، می‌پرسد. برای بیمارانی کاملاً واضح است که درمانگر از عمل بر اساس تکانه (یک دفاع واپس‌گرایانه) حمایت نمی‌کند اما نگاهی صادقانه به احساسات و تکانه‌های آن‌ها دارد، فانتزی و تجسم، که گاه «تصویرسازی تکانه»^۱ نامیده می‌شود، تکنیک‌هایی می‌باشند که برای رسیدن به ابراز کامل تکانه استفاده می‌شود. برای تسهیل فرآیند افزایش دسترسی بیمار به تجربه کامل احساسات، استفاده از تصویرسازی تکانه نیاز است. تا زمانی که احساسات خصمانه بیمار نسبت به درمانگر به طور کامل تجربه و ابراز نشود، هیچ انتقال مثبت واقعی نمی‌تواند ایجاد شود. بیمار تشویق می‌شود تا درباره ابراز خشم نسبت به درمانگر، خیال‌پردازی داشته باشد. درمانگر مطمئن می‌شود که هر نشان‌های از احساس منفی در انتقال به سرعت تجربه شده و از بین می‌رود و راه برای توسعه یک اتحاد درمانی قوی باز شده است (دلا سیلوا، ۲۰۱۸).

در معمولی‌ترین سناریو، خشم اولین لایه از احساس تجربه شده است و به دنبال آن احساس گناه، غم و اندوه و ظهور احساسات مهربانانه و محبت‌آمیز است (دوانلو، ۲۰۱۵).

1 portraying the impulse

2 Della Selva

برای مثال، شرکت‌کننده دوم گفت: «دلم می‌خواست بهت مشت بزنم» به دنبال تصویرسازی از خشم که یک تکانه خشونت‌آمیز برای حمله کردن به درمانگر را نشان می‌داد، شرکت‌کننده دوم با چشم خیس گفت: «می‌دونم این کار درست نیست، می‌دونم می‌خواهی به من کمک کنی». ضروری است که تمام احساسات مختلط نسبت به درمانگر تجربه شود و نه تنها خشم، بلکه احساس گناه و اندوهی را که به دنبال دارد، نیز بیان شود. بیمار تشویق می‌شود تا هر لایه از احساس را به صورت کامل و مستقیم تجربه کند. درمانگر در این وضعیت با غم و درد دقیقاً به همان شیوه‌ای که با خشم رفتار می‌کند، مقابله می‌کند، یعنی دفاع در برابر آن‌ها را به چالش می‌کشد تا آن‌ها را به سطح آورد. درمانگر در واکنش به شرکت‌کننده دوم گفت: «در اعماق قلبت، درد و غم ات را حس می‌کنم چرا تلاش می‌کنی آن را مخفی کنی؟». در زیر درد و اندوه، عشق و قدردانی وجود دارد. این احساسات نیز تجسم می‌شوند. درمانگر از زبانی پربار و احساسی استفاده می‌کند و تلاش می‌کند مستقیماً ناخودآگاه فرد را مخاطب قرار دهد (دوانلو، ۱۹۹۰). همان‌طور که مقاومت بیمار به دنبال شکست این فرآیند است، اتحاد درمانی ناهشیار^۱ (UTA) متحد درمانگر می‌شود و به دنبال این است که بیمار دردناک‌ترین و سرکوب‌شده‌ترین احساسات ناخودآگاه را تجربه کند. هر چه اتحاد درمانی ناهشیار به تدریج تقویت می‌شود، مقاومت ضعیف‌تر می‌شود و اتحاد درمانی ناهشیار می‌تواند فرماندهی فرآیند را بر عهده گیرد و متعاقباً، دسترسی مستقیم به ناخودآگاه ممکن می‌شود (دوانلو، ۱۹۸۵). تسلط اتحاد درمانی ناهشیار و دسترسی مستقیم به ناخودآگاه با جستجوی ماهرانه و رسیدگی به مقاومت بیمار امکان‌پذیر است. به‌طورکلی، هرچه بیمار مقاومت بالایی داشته باشد، احساسات ناخودآگاه خشم و گناه‌کشنده او شدیدتر است. در بیماران بسیار مقاوم، اغلب درجه بالایی از خشم‌کشنده اولیه^۲ و احساس گناه شدید نسبت به یک یا هر دو والدین و/یا خواهر و برادر وجود دارد (دوانلو، ۲۰۰۱). در بیماران پاسخگوتر و با مقاومت کم، اغلب یک تمرکز روان‌درمانی محدود و فقدان خشم‌کشنده در ناخودآگاه وجود دارد (دوانلو، ۱۹۹۶).

در طول این روش، درمانگر باید مهربان اما قاطع باشد. درمانگر هرگز نباید با بیمار بحث‌وجدل کند، بلکه حواسش باشد که با هدایت بیمار به مبارزه درونی که تجربه می‌شود، از

1 the unconscious therapeutic alliance

2 primary murderous rage

چنین کشمکش‌های بین فردی خارج شود. بیماران اغلب تنها یک جنبه از تعارض خود را شناسایی می‌کنند و تمایل دارند جنبه دیگر تعارض را به درمانگر فراقنی کنند، در نتیجه از تنش و ناراحتی ناشی از هر دو جنبه مبارزه اجتناب می‌کنند. در ISTDP به دنبال تشدید تضاد درونی بیمار هستیم. برای مثال مطرح کردن این پرسش، در راستای همین هدف طراحی شده است: «حالا شما می‌خواهید با من بحث کنید. تصمیم با من نیست. فقط آیا شما می‌توانید بگویید که با دلیل تراشی^۱ و عقلانی‌سازی^۲ احساسات خود را پنهان می‌کنید یا خیر؟ چه فکر می‌کنید، آیا این اتفاق می‌افتد یا نه؟» بازهم، درمانگر قاطع است، اما خشن نیست و باید آماده باشد «در لحظه‌ای که بیمار آماده است، دست‌گرمی و نزدیکی را دراز کند» (دلا سیلوا^۳، ۲۰۱۸).

پس از تنظیم لحن درمانی^۴، وظیفه درمانگر این است که دائماً به دنبال عوامل دوگانه مقاومت و انتقال باشد. درمانگر باید همیشه مقاومت را جستجو کند و مقاومت را در هر کجا و هر زمان ممکن بسیج کند. در طی فرآیند جلسه، درمانگر بیان می‌کند که منبع اصلی مقاومت چیست. همان‌طور که درمانگر برای اختصاصی بودن جزئیات شخصیت‌های بنیادین ژنتیکی بیمار فشار وارد می‌کند، مقاومت بیمار در انتقال متبلور می‌شود. درحالی‌که درمانگر به‌طور صریح برای احساسات در انتقال فشار وارد نمی‌کند، احساسات انتقالی بدون توجه به آن ایجاد می‌شود. تمرکز درمانگر بر چهره‌های گذشته بیمار، احساس عجیبی در بیمار ایجاد می‌کند. از یک‌طرف، بیمار از اینکه درمانگر مایل است این افراد آسیب‌دیده^۵ را که به شدت دوستشان داشت، کشف کند، قدردانی می‌کند. از سوی دیگر، این کاوش برای او بسیار دردناک خواهد بود. درمانگر به حقیقت زشت گذشته اشاره خواهد کرد. این وضعیت، غیظ ناخودآگاه بیمار را نسبت به درمانگر بسیج می‌کند. مسیر نورویولوژیکی خشم کشنده در سطح بهینه عملیات درمان است اما در حد حداکثری نیست. در طی ادامه جلسات درمانی، مسیر نورویولوژیکی خشم کشنده بازسازی می‌شود. بیمار به تغییرات ساختاری کافی در ناخودآگاه نیاز دارد تا امکان درمان روان رنجوری انتقالی^۶ فراهم شود. برای بیمار افسرده، این عشق و نابودی کسی

1 rationalization

2 intellectualization

3 Della Selva

4 Therapeutic Tone

5 damaged people

6 treatment of the transference neurosis

که دوستش داشت، در هسته ساختار روان رنجور مادام‌العمر او نهفته است. برخی مداخلات موردنیاز است تا بیمار مسیرهای عصبی بیولوژیکی خشم و احساس گناه را به‌طور کامل تجربه کند. با این حال، آنچه موردنیاز است، استفاده دقیق از فرآیند تغییرات ساختاری ناخودآگاه چندبعدی^۱ (MUSC) است. به بیان ساده، MUSC به استفاده درمانگر از مراحل مختلف توالی پویایی مرکزی برای دستیابی به تغییر طولانی مدت در احساسات ناخودآگاه، اضطراب و سازمان دفاعی بیمار اشاره دارد. علاوه بر این، بیماران اغلب گزارش می‌دهند که استفاده از MUSC باعث می‌شود «محتویات ناهشیار، هشیارتر^۲» شود (هیکی^۳، ۲۰۱۵). هنگامی که MUSC اعمال می‌شود، وظیفه (کار) درمانی^۴ برای بیمار واضح‌تر می‌شود و بیمار شروع به درک سازمان بیماری‌زای ناخودآگاه^۵ به روشی بسیار واضح‌تر و تقریباً ملموس می‌کند. بعدها، دوآنلو این مرحله را به «مرحله بررسی روانکاوانه ناخودآگاه^۶» تغییر نام داد (دوآنلو، ۲۰۱۵). در حالت ایده آل، MUSC باید در طول مصاحبه و از ابتدا اعمال شود. بدون استفاده فکورانه از MUSC در تمام مراحل مصاحبه، بیمار نمی‌تواند به درکی از مقاومت، میزان مخرب بودنشان و لزوم حذف آن‌ها برای تغییر در زندگی دست یابد (دلا سیلوا^۷، ۲۰۱۸).

بیان آزادانه احساسات در انتقال، کلید باز شدن قفل ناخودآگاه در نظر گرفته می‌شود. خاطرات و تداعی‌های معنادار به دنبال پیشرفت عاطفه در انتقال، به راحتی جریان پیدا می‌کنند. گاهی اوقات بیماران خودبه‌خود با گذشته ارتباط برقرار می‌کنند. در غیر این صورت، مرور مختصری از آنچه به‌تازگی در رابطه انتقال رخ داده است و سؤالی در مورد اینکه چه کسی به ذهن می‌رسد، معمولاً برای تسهیل سرکوب کردن خاطرات مهم کافی است. تجربه عاطفه شدید سه کارکرد عمده دارد: نخست، ایگو را نسبت به تجربه عواطف سمی قبلی حساسیت‌زدایی می‌کند. دوم، منجر به سست شدن سیستم درون روانی با کاهش معنادار خاطرات، رویاها و تداعی می‌شود که ماهیت تعارض‌های اصلی زیربنای روان‌رنجوری را

- 1 Multidimensional unconscious structural changes
- 2 unconscious material more conscious
- 3 Hickey
- 4 therapeutic task
- 5 pathogenic organization of the unconscious
- 6 the phase of psychoanalytic investigation of the unconscious
- 7 Della Selva

آشکار می‌کند. سوم، به بیمار و درمانگر اجازه می‌دهد تا پیوندهای معناداری بین مثلث تعارض و مثلث شخص (شکل شماره ۱) ایجاد کنند (بین و اسکالر^۱، ۱۹۸۵). اکنون که دفاع و مقاومت برداشته شده و دسترسی مستقیم به ناخودآگاه وجود دارد، زمینه برای کاوش معنادار تاریخیچه تحولی بیمار فراهم شده است. درمانگر در این وضعیت باید بسیار دقیق باشد چراکه اگر تاریخیچه قبل از پاکسازی دفاع‌ها به دست آید، ممکن است مطالب به دست آمده منحرف و نادرست باشد. هنگامی که دفاع و مقاومت شکسته شد و به دنبال آن تجربه شدید عاطفه در انتقال، با سرازیر شدن محتویات ناخودآگاه رخ داد، تفسیر^۲های معنادار امکان‌پذیر است. تقریباً تمام نوآوری‌های دوانلو در مرحله پیش تفسیری درمان بوده و راه را برای ارائه تفسیرهای دقیق و مؤثر هموار می‌کند (مالان^۳، ۱۹۸۶). تفسیر شامل پیوندهایی بین مثلث تعارض و مثلث شخص است. برای مثال درمانگر به شرکت‌کننده دوم گفت: «الان می‌توانیم ببینیم که پوزخند زدن و منحرف کردن مسیر کلام شما در ابتدای جلسات، به‌عنوان یک پوشش برای تمام احساسات خشمی که با آن‌ها وارد شدید، بود». این تحلیل مجدد فرآیند درمانی برای هدایت بینش‌های به دست آمده و تثبیت روند تغییر ضروری است؛ بنابراین، هنگامی که احساسات در سطح آگاهی بیمار قرار می‌گیرند، درمان بر حمایت از بیمار برای درک رابطه بین این احساسات و تجربیات دل‌بستگی گذشته متمرکز می‌کند، بنابراین به سطح بالاتری از بینش دست می‌یابد، که اضطراب را کاهش می‌دهد و بیمار را برای تغییر الگوهای آسیب‌شناختی توانمند می‌کند. هنگامی که این پیوندهای T-C-P (انتقال-گذشته اخیر-گذشته دور)^۴ ایجاد شد، تمایز بین افراد واضح‌تر می‌شود. در ادامه شرکت‌کننده دوم گفت: «وقتی به من فشار می‌آوردی، من احساس عصبانیت می‌کردم و فکر می‌کردم که شما دقیقاً مانند پدرم هستید؛ اما پدرم هرگز به احساسات واقعی من علاقه‌مند نبود و من احساس کردم که شما علاقه‌مند هستید». پس از تکمیل این فرآیند، می‌توان یک قرارداد درمانی معنادار منعقد کرد. درمانگر به بیمار تاکید می‌کند که این کار اولیه تنها، شروع فرآیند است و درمان، مستلزم کار سخت است. احساس تسکین و احیای امید که مکرراً با این کار اولیه همراه است، نیروی محرک قدرتمندی برای

1 Been & Sklar

2 Interpretation

3 Malan

4 Transference-current-past

بیمار است. در این فضای امیدوارانه و مشارکتی است که می‌توان یک قرارداد درمانی معنادار ایجاد کرد. غالباً درمانگر به‌طور تقریبی مدت‌زمان مورد انتظار درمان را تخمین می‌زند و درعین حال تأکید می‌کند که دستیابی به اهداف درمانی بیان‌شده، عامل تعیین‌کننده خواهد بود و نه یک محدودیت زمانی تعیین‌شده (دلا سیلوا^۱، ۲۰۱۸). تأثیر روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر نشانه‌های افسردگی ممکن است به دلیل تجربه اصلاح هیجانی^۲ نیز باشد. یکی از عناصر اصلی و پیشرو روان‌درمانی فروید، بازیابی خاطرات سرکوب شده است. الکساندر^۳ (۱۹۳۰) معتقد بود که بازیابی خاطرات علت پیشرفت درمانی نیست بلکه نتیجه آن است و یادآوری خاطرات سرکوب‌شده دوران کودکی پس از تجربه و تسلط بر همان نوع تجربه هیجانی در موقعیت درمانی رخ می‌دهد. هنگامی که خاطرات آشکار می‌شوند، فرد رویداد را متفاوت از آنچه در ابتدا تجربه کرده بود، دوباره تجربه می‌کند، زیرا رابطه با درمانگر را متفاوت از رابطه‌ای که در کودکی با مادر و پدرش تجربه می‌کرد، تجربه می‌کند. قدرت درمانی روان‌درمانی در این واقعیت نهفته است که بیمار می‌تواند پرخاشگری و آسیب‌پذیری خود را بدون تنبیه با درمانگر بیان کند و می‌تواند بدون اینکه مورد سرزنش قرار گیرد، خود را نشان دهد. واقعیت غیرقابل‌انکار این تجربه به بیمار این امکان را می‌دهد که بداند دیگر کودکی نیست که با پدری قادر مطلق روبروست. از نظر الکساندر، اساسی‌ترین اصل درمانی این است که بیمار را در شرایط مساعدتر، مجدداً در معرض موقعیت‌های عاطفی قرار دهیم که در گذشته قادر به اداره آن‌ها نبوده و ترمیم تأثیر آسیب‌زا بر تجربیات قبلی با مداخله یک تجربه هیجانی اصلاحی انجام شود، مکانیزمی که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده از آن بهره می‌گیرد (الکساندر، ۱۹۸۰).

نتایج این پژوهش نشان داد که ISTDP با بهره‌گیری از توالی پویشی مرکزی، اتحاد درمانی ناهشیار و فرآیند تغییرات ساختاری ناخودآگاه چندبعدی به دنبال باز کردن قفل ناخودآگاه، بیش‌نسبت به پیوندهای رئوس مثلث شخص و تعارض و تجربه هیجانی اصلاحی است و از این طریق موجب کاهش نشانه‌های افسردگی می‌گردد. از محدودیت‌های پژوهش

1 Della Selva
2 corrective emotional experience
3 Alexander

حاضر می‌توان به این موارد اشاره کرد که از آنجاکه این پژوهش با طرح تک آزمودنی (با ۳ نفر آزمودنی) و روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند انجام شد در خصوص تعمیم نتایج باید با احتیاط عمل شود. علاوه بر این، اگرچه طرح‌های تک آزمودنی چند خط پایه، قادرند تا حد قابل توجهی، عوامل تهدیدکننده اعتبار درونی را کنترل کنند اما نمی‌توانند، میزان سهم تأثیر ISTDP را از عوامل غیراختصاصی مؤثر بر دستاوردهای درمانی کنترل کنند. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که از طرح‌های ترکیبی (آمیخته) استفاده کنند چراکه باید به علائم و نشانه‌های بهبود کیفی نیز توجه شود و صرفاً به روش‌های آماری اکتفا نکنند. علاوه بر این، تصویربرداری مغزی به‌عنوان یک ابزار عینی، می‌تواند به اکتشاف دقیق‌تر فرایند بهبودی نشانه‌های افسردگی در ISTDP کمک کند و مبانی عصب روان‌شناختی آن را روشن‌تر سازد. با توجه به اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر نشانه‌های افسردگی، این پیشنهاد کاربردی مطرح می‌گردد که این شیوه درمانی در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی به‌عنوان یک مداخله کارآمد، مؤثر و پایدار برای افراد مبتلا به افسردگی به کار برده شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق در پژوهش

این پژوهش با رعایت کلیه اصول اخلاق در پژوهش مانند شرح اهداف پژوهشی پیش از اجرای تحقیق، کسب رضایت کتبی آگاهانه، حفظ حریم خصوصی و رازداری، کسب اجازه بابت نقل قول‌های منتشر شده و حق انصراف از پژوهش انجام شد.

مشارکت نویسندگان

دکتر محمدعلی عامری، مدیریت پروژه و تدوین نسخه نهایی مقاله؛ ابوالفضل سرلکی، مجری پژوهش و تدوین نسخه اولیه مقاله؛ دکتر سجاد خانجانی، اعتبارسنجی و نظارت بر پژوهش؛ همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را موردبررسی قرار داده و تأیید نموده‌اند.

تضاد منافع

نویسندگان اذعان می‌کنند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد. این مقاله مستخرج از پروژه پژوهشی جایگزین خدمت مرکز تحقیقات کاربردی معاونت بهداشت فراجا با راهنمایی دکتر محمدعلی عامری و با نظارت دکتر سجاد خانجانی است.

سپاسگزاری

نویسندگان مراتب تشکر خود را از شرکت کنندگان در پژوهش و اساتید متخصص در حوزه روان‌درمانی پویایی که با نقد و مشورت در تکمیل این پژوهش مؤثر بوده‌اند، اعلام می‌دارند.

- Abbass, A., & Moulder-Brown, J. (2024). Research in Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy.
- Abbass, A. A., & Town, J. M. (2021). Alliance rupture-repair processes in intensive short-term dynamic psychotherapy: Working with resistance. *Journal of clinical psychology*, 77(2), 398-413.
- Afshar, M., & Akbarzadeh, M. (2024). The effectiveness of the combined treatment of yoga and mindfulness exercises on reducing depression during pregnancy and after delivery. *Applied Research in Consulting*, (), -.
- Alexander, F.G. (1930). Concerning the genesis of the castration complex. *Psychoanalytic Review*, 1935, 22, 49-52.
- Alexander, F. (1980). *Psychoanalytic therapy: Principles and application* (Vol. 1946). U of Nebraska Press.
- alidadi, M. (2024). Determining the Effectiveness of MBSR Stress Reducing Mindfulness Based on Group Method in Reducing Anxiety, Depression and Increasing Marital Satisfaction in Infertile Women. *Applied Research in Consulting*, (), -.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II. *Psychological assessment*.
- Been, H., & Sklar, I. (1985). Transference in short-term dynamic psychotherapy. *Short-term dynamic psychotherapy*, 1-18.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The psychoanalytic study of the child*, 29(1), 107-157.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal psychology*, 85(4), 383.
- Busch, F. N. (2021). Psychodynamic Theory and Approaches to Depression. In *Depression Conceptualization and Treatment: Dialogues from Psychodynamic and Cognitive Behavioral Perspectives* (pp. 53-67). Cham: Springer International Publishing.

- Caselli, I., Ielmini, M., Bellini, A., Zizolfi, D., & Callegari, C. (2023). Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 325, 169-176.
- Clarke, B. H. (2024). "Mourning and Melancholia" Meets The Babadook: Emptiness and its Relation to Absence. *The Psychoanalytic Quarterly*, 1-27.
- Davanloo, H. (1985). Proceedings of the First Audiovisual Symposium on Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy.
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the Unconscious. Selected Papers of Habib Davanloo, MD.* Chichester: Wiley.
- Davanloo, H. (1995). Intensive short-term dynamic psychotherapy: major unlocking of the unconscious-part II. The course of the trial therapy after partial unlocking. *International Journal of Short Term Psychotherapy*, 10, 183-230.
- Davanloo, H. (1996). Management of tactical defenses in intensive short-term dynamic psychotherapy, Part I: Overview, tactical defenses of cover words and indirect speech. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 11(3), 129-152.
- Davanloo, H. (1998). Proceedings of the Sixteenth Annual European Audiovisual Symposium on Davanloo's Psychoanalytic Technique, sponsored by the German Society for Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and the Department of Psychiatry of Friedrich-Alexander University. Erlangen, Germany.
- Davanloo, H. (2001). Intensive short-term dynamic psychotherapy: extended major direct access to the unconscious. *European Psychotherapy*, 2(2), 25-70.
- Davanloo, H. (2015). *The Montreal closed circuit training programme.* Montreal.
- Davanloo, F., Juengerman, E. M., Jander, D. R., Lee, T. J., & Collins, C. B. (1990). Amorphous diamond films produced by a laser plasma source. *Journal of applied physics*, 67(4), 2081-2087.
- Delavare, Ali. (1385). *Research method in psychology and*

- educational sciences, virayesh publication. ss[Persian].
- Della Selva, P. C. (2018). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Theory and technique*. Routledge.
- Ecker, B., Ticic, R., & Hulley, L. (2024). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP). In *Unlocking the Emotional Brain* (pp. 212-225). Routledge.
- Freud, S. (1917). 1957. Mourning and melancholia. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, 14*, 243-58.
- Gabbard, G. O., & Crisp, H. (2022). Techniques of psychodynamic psychotherapy. *Gabbard's Textbook of Psychotherapeutic Treatments*, 41.
- Habiba, M., & Arab, A. (2023). The effectiveness Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in Defensive style changes and Emotional cognitive cohesion In patients with depression. *Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders, 2*(1), 26-35.
- Heshmati, R., Wienicke, F. J., & Driessen, E. (2023). The Effects of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Depressive Symptoms, Negative Affect, and Emotional Repression in Single Treatment-Resistant Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1037/pst0000500>
- Hickey, C. (2015a). Multidimensional unconscious structural changes in Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. Part I. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 1*: 45–51.
- Hickey, C. (2018). *Understanding Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Guide for Clinicians*. Routledge.
- Hoviatdoost, P., Schweitzer, R. D., Bandarian, S., & Arthey, S. (2020). Mechanisms of change in intensive short-term dynamic psychotherapy: Systematized review. *American Journal of Psychotherapy, 73*(3), 95-106.
- Johansson, R., Eriksson, K., Åberg, K., Town, J., & Abbass, A. (2024). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for

- depression: Treatment effectiveness and effects of unlocking the unconscious.
- Kristeva, J. (2024). *Black sun: Depression and melancholia*. Columbia University Press.
- Kušević, Z., Friščić, T., Babić, G., & Jurić Vukelić, D. (2020). Depression in the light of some psychoanalytic theories. *Socijalna psihijatrija*, 48(1), 72-103.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2022). Contemporary psychodynamic theories on depression. In *Etiopathogenic theories and models in depression* (pp. 91-112). Cham: Springer International Publishing.
- Malan, D. H. (1986). Beyond interpretation: Part I and 11. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 1(2), 59-82,83-106.
- Manavipour, D. (2020). Transference Component of Resistance (TCR) In Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (DISTDP). *Journal of Psychology and Psychotherapy*.10:370. doi: 10.35248/2161-0487.20.10.370
- Farahani, H. (2020). Visual and statistical analysis in Single-Case Experimental Designs (SCEDs): Best Practice. *Clinical Psychology and Personality*, 18(2), 183-195. doi: 10.22070/cpap.2020.2952 [Persian].
- McLeod, S. A. (2024). Psychoanalysis: Freud's Psychoanalytic Approach to Therapy. *Simply Psychology*.
- Moosavian E. (2020). Theoretical overview of two types of anaclitic and introjective depression with emphasis on Sidney Blatt theory. *Rooyesh*. 9(4), 191-198. [Persian].
- Noferesti A, Hassanabadi H R. (2019). Data analysis in single case experimental design studies. *Rooyesh*. 7(12), 291-306. [Persian].
- Ogden, T. H. (2007). *This art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted cries*. Routledge.
- Pearce, A. (2024). *Three characters: narcissist, borderline, manic depressive: Christopher Bollas*, Oxon, Phoenix Publishing House, 2021, 76 pp.,£ 17.99 (pb), ISBN 9781912691814.

- Rahimi, C. (2014). Application of the Beck Depression Inventory-II in Iranian University Students. *Clinical Psychology and Personality, 12*(1), 173-188. [Persian]
- Ribeiro, Â., Ribeiro, J. P., & von Doellinger, O. (2017). Depression and psychodynamic psychotherapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 40*(1), 105-109.
- Sarlaki, A., Farokhzad, M., Khanzadeh, F., Younesi Sinaki, M., Razavi Mahdian, S. Z., & Tayyar Parvin, M. (2024). Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Object Relations, Anger, and Guilt in Women with Major Depressive Disorder. *Psychological Achievements*. <https://doi.org/10.22055/psy.2024.44694.3112>
- Shabani, A., Masoumian, S., Zamirinejad, S., Hejri, M., Pirmorad, T., & Yaghmaeezadeh, H. (2021). Psychometric properties of structured clinical interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV). *Brain and Behavior, 11*(5), e01894.
- Sharifi V, Asadi S M, Mohammadi M R, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. (2004). Reliability and Feasibility of The Persian Version of The Structured Diagnostic Interview for DSM-IV (SCID). *Advances in Cognitive Sciences; 6* (1 and 2):10-22. [Persian]
- Sharifi, V., Shadloo, B., & Shahrivar, Z. (2017). Structured clinical interview for DSM-5 disorders: SCID-5-CV clinician version. Tehran: *EbneSina*.
- Singh, N. (2018). Are Depression and Anger Two Sides of the Same Coin? Exploration through the ISTDP Model. *Indian Journal of Mental Health, 5*(3).
- Summers, F. (2024). *Object relations theories and psychopathology: A comprehensive text*. Routledge.
- Weiss, H., & Lang, H. (2000). Object relations and intersubjectivity in depression. *American journal of psychotherapy, 54*(3), 317-328.
- Wienicke, F. J., Beutel, M. E., Zwerenz, R., Brähler, E., Fonagy, P., Luyten, P., ... & Driessen, E. (2023). Efficacy and moderators of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A

systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Clinical psychology review*, 101, 102269. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102269>