

## روان درمانی افسردگی‌ها

دکتر ولی اله اخوت

از پشت‌میز، می‌آورد و شریک و همباز و همنوای بیمار می‌سازد، روان‌درمانگر بر اساس پشتوانه‌های متقن پژوهشی دارودرمانی را در همه موارد، حتی در موارد واکنشی و زودگذر افسردگی یک ضرورت درمانی می‌داند و روان‌درمانی نیز با مفهومی وسیع‌تر و مردمی‌تر از آنچه در شکل سنتی آن دیده‌ایم مورد تأیید گروه مقابل قرار می‌گیرد. بخصوص که در بسیاری از موارد آماده‌سازی بیمار برای دارو درمانی خود نیاز به کاربرد روش‌های روان‌درمانی را محسوس می‌دارد.

در همه افسردگی‌ها ماهیت ارتباط بیمار با افراد و پدیده‌های محیطی تغییر می‌یابد. در افسردگی‌های خفیف بیمار قادر به ایجاد رابطه با دیگران می‌باشد و می‌تواند در مواجهه با شرایط موجود و موقعیت‌ها تا حدودی موفق باشد. این گروه از بیماران بر راحتی با درمانگر و حتی با سایر بیماران ارتباط برقرار می‌کنند و گاه بر راحتی انتقال نیز تشکیل می‌شود. اشکال و خطری که در این قبیل موارد در کمین می‌باشد آنستکه تشدید انتقال ممکن است به تشدید افسردگی و احتمالاً "بروز گرایش‌های خودآزارانه" بیانجامد.

در افسردگی‌های عمیق تر دکتر قادر به ایجاد رابطه درمانی نمی‌باشد زیرا گوشه‌گیری و استعفا و بخصوص در بعضی موارد هذیان و افکار غیر منطقی در سیمای بالینی بیمار دیده

می‌دانیم در باره پویایی‌های مترتب بر افسردگی‌ها اتفاق نظر وجود ندارد. این عدم توافق راحتی در بین آن عده از صاحب‌نظرانی که افسردگی را یک اختلال ناشی از حل ناموفق تعارضات گوناگون در دوره‌های مهم زندگی دانسته‌اند نیز مشاهده می‌کنیم. بهمین دلیل آن عده از متخصصانی که افسردگی را یک اختلال زیستی و ارثی می‌دانند ارزشی برای روان‌درمانی جز بعضی از انواع حمایتی آن قائل نیستند و آن عده که عوامل کنشی بیماری اعتبار می‌دهند به ارزش بدون چون و چرای روان‌درمانی معتقدند. اگر دامنه وسیع روش‌ها و فعالیت‌های معمول در روان‌درمانیها را از چهار چوب خشک و متحجر، سنتی و فرهنگ بسته جلسات روان‌کاوی خارج سازیم و راهنمایی و جهت‌بخشی، ایجاد تغییرات لازم در محیط بیمار، برون‌ریزی، اطمینان بخشی و حتی بسیاری از روش‌هایی که از آداب و سنن و ارزش‌های جامعه منشآت می‌گیرند بکار گیریم می‌توانیم این تضاد را بدانگونه که در بحث‌های این سمپوزیوم مشاهده کردیم از میان برداریم و خیر و صلاح بیمار دردمندی را که یا عوامل بیولوژیک و ژنتیک زندگی وی را مختل ساخته و یا شرایط نامطلوب و بیماری‌زای محیطی نظام‌زیستی، شخصیتی و عاطفی وی را دستخوش اختلال ساخته است مقدم بر هر دید و مکتبی بدانیم. با این دید انسان دوستانه، دیدیکه ما را

- 
- |                        |                           |
|------------------------|---------------------------|
| 1- Masochistic         | 2- Differential diagnosis |
| 3- Arbitrary inference | 4- Selected Abstraction   |
| 5- Overgeneralization  |                           |

۱- بیمار افسرده طرد شدگی را بنحودردناکی تجربه می‌کند. رابطه درمانی باید آنچنان باشد که وی خود را پذیرفته و مقبول از طرف روان‌درمانگر احساس کند. لازم بیادآوری است که در رعایت این نکته هیچگاه پذیرش و قبول بدون قید و شرط را جایز نمی‌دانیم. این پذیرش باید من غیر مستقیم و موکول بقبول بعضی از پیشنهادات درمانی از سوی بیمار باشد.

۲- درمانگر نباید در رها سازی چشم‌ها و پر خاشگربیهای بیمار عجله نشان دهد. این شتاب خطوط مقاومت<sup>۳</sup> را تقویت می‌کند، ایجاد رابطه درمانی را دشوار می‌سازد و در بعضی موارد ممکنست خطر خودکشی را مطرح سازد.

۳- بیمار افسرده احساس شکست، عدم موفقیت و ناامیدی را در درمانگر برمی‌انگیزد و لذا در مانگر باید تمامی فنون و تکنیکهای موجود را برای احتراز از چنین احساسی بکار دارد و اگر قادر نیست انعطاف پذیریهای دیدگاهی را به تناسب شرایط موجود در لحظات درمان نشان دهد، کار درمان را به‌دار و درمانی و یا بعضی از درمانهای حمایتی موکول دارد.

۴- درجه معینی از حمایت و اطمینان بخشی<sup>۴</sup> بخصوص در افسردگیهای عمیق به تسهیل ایجاد رابطه دومانی انجامیده است.

۵- چون ما افراد را به تنهایی بیمار ندانسته او را بیانگرو منعکس کننده بیمارگونگیهای موجود در کنشهای درون خانوادگی و روابط فرد با نزدیکان وی می‌دانیم، ایجاد ارتباط با بیمار را کافی نمی‌دانیم و ارتباط با افراد خانواده و نزدیکان و ارتباط با فرهنگ وی را نیز همزمان پراهمیت و واجد ارزش درمانی می‌دانیم.

گرچه حل مساله مقاومت و ایجاد رابطه درمانی خود مستلزم کاربرد روشهای روان‌درمانی می‌باشد، با وجود این در افسردگیها زمانی روان‌درمانی را آغاز کرده‌ایم که توانسته باشیم بیمار را عملاً "در مواجهه با دامنه وسیعی از موقعیتها و شرایط موجود زندگی او بارائه پاسخهای مناسب کشانده باشیم. در بیماریهایی که ما آنها سروکار داشته ایم انواع مدلهائی که

می‌شود، عدم تشخیص این درجه از عمق بیماری و بخصوص عدم تشخیص افتراقی<sup>۲</sup> بمنظور تمیز و تفکیک این گروه از بیماران با سایر گروههای مرضی اشکالاتی را در کاربرد و کارآئی روشهای روان‌درمانی ایجاد می‌نماید. بعنوان مثال می‌توان از کاربرد نابجای گروه درمانی با این قبیل بیماران نام برد که بعلت احیاء روابط گذشته آنها با نزدیکان و لزوم برقراری روابط جدید ممکن است مشکلات درمانی و خطراتی را بدنبال داشته باشد. بخصوص در ایران، با آن ساخت خانواده و پیوندهای نسبتاً "مستحکم خانوادگی باید به احتمال بروز تضادها و تعارض هائیکه بهنگام مواجهه با ارزشهای مورد تأیید و تصویب گروهها انتظار می‌رود توجه داشته باشیم. مضافاً به اینکه هیچگاه بیماران افسرده با این درجه از بیمار گونگی که بدان اشاره کردیم توان تحمل جلسات طولانی گروه درمانیها را از خود نشان نداده اند.

بطور کلی در ایجاد رابطه درمانی با افراد افسرده در گروههای مختلف تشخیصی، باید شکل و ساخت قدرتهای کلامی و تفکر و محتوای آن توجه شود. در افسردگیهای خفیف اختلالی در تکلم دیده نشده و عقب ماندگی بارزی در این مورد مشهود نبوده است. اما در افسردگیهای عمیق که افکار غیر منطقی را بعنوان زیربنای افکار هذیانی باسانی مشاهده می‌کنیم، بیمار بسطی برگشت کرده است که قادر به ادراک و برداشت صحیح از رفتار و گفتار دیگران نمی‌باشد. در این قبیل موارد استنتاج اختیاری<sup>۳</sup>، انتزاع اختیاری<sup>۴</sup>، نتیجه‌گیری از موقعیتهای غشی و غیر شخصی، تعمیم خارج از حد<sup>۵</sup>، تحریف در ارزیابی، بزرگتر کردن و یا کوچکتر کردن مسائل<sup>۱</sup> و کاربرد برجسبهای ناقص و نارسا<sup>۲</sup> منجر به ارتباط غلط بین تجربیات عینی و ملموس و پاسخهای عاطفی فرد شده کار ایجاد رابطه درمانی را نیز در شمول می‌آورد. ایجاد رابطه درمانی با این قبیل بیماران افسرده که قدرتهای دفاعی و سازشی آنان نیز درهم شکسته است، قبل از دار و درمانیهای لازم بسیار دشوار و گاه غیر ممکن می‌باشد. با در نظر داشتن اصول بالا، در ایجاد رابطه درمانی با بیماران افسرده باید نکات زیر را در ذهن داشته باشیم:

- |                              |                     |
|------------------------------|---------------------|
| 1- Maximization-Minimization | 2- Inexact Labeling |
| 3- Resistance                | 4- Assurance        |
| 6- Griep Reaction            | 7- Inhibition       |
| 9- Guided Mourning           | 10- Repression      |
|                              | 5- Assertion        |
|                              | 8- Cathexis         |

تا آن درجه افزایش دهیم که خطر خودکشی را موجب گردند. در مورد روشهایی که نافع‌ترین درمانگر توصیه و فعالیت‌های درمانی را مبتنی بر دید، شناخت وجهت‌گیری‌های درمانجو<sup>۳</sup> می‌دانند ذکر این نکته را لازم می‌دانیم که اولاً " اصول و روش‌های پیشنهادی صاحب‌نظرانی چون را جرز<sup>۴</sup>، به عنوان مکتب درمانجوداری<sup>۵</sup> نمی‌توانند دارای کاربرد و ارزش درمانی قانع‌کننده در بیماری‌های روانی باشند و ثانیاً " در سایر موارد نیز باید بر اساس ساخت خانواده، آداب و رسوم، ماهیت روابط اجتماعی و نظام ارزش‌های ایرانی، درمانجوداری را در جهتی درست برعکس آنچه در جوامع غربی بکار رفته است در نظر داشته باشیم. وقتی راهنمایی و مشاوره و در بعضی موارد نادر درمان را، بردید، برداشت و شناخت در مانجو مبتنی می‌سازیم ناگزیر باید قبول کنیم که این دید، برداشت و شناخت در جامعه و خانواده‌ای شکل گرفته است که خطوط مشخص قدرتمندیها وابستگی را تقویت کرده در طول رشد و تکوین شخصیت آدمی بفرناوری جهت داده است. مدار درمانجوی ایرانی رنگ و ماهی‌ای از جهت‌گیری و برخوردار می‌باشد. در مانجوداری بی‌رهبری<sup>۶</sup>؟ آمریکائی شاید برای افرادی که ابتکاء و وابستگی از نشانه‌های بهداشت روانی آنها است، رنگ نوعی درمان بارهبری را بخود بپذیرد.

تلاش در جهت مواجهه با واقعیتها بعنوان یکی از تدابیر درمانی در مکاتب یادگیری نیز اقبال یافته است. وقتی افسردگی را بر اساس محرک و پاسخ و رابطه بین این دو در الگوهای پیشنهادی مکاتب رفتار گزائی تبیین می‌کنیم، برای کاهش چشمگیر حساسیت در برابر محرکهای محیطی چه از لحاظ سبب‌شناسی و چه از لحاظ آسیب‌شناسی اعتبار قائل هستیم. حتی بعضی از رفتار گزایان و اکنشهای مانیک را برعکس آنچه در باره افسردگیها اندیشیده‌اند عبارت می‌دانند از افزایش ظرفیت آدمی برای پاسخدهی باین محرکها. بهر حال با این دید، تقویت پاسخهای مناسب به محرکها، بعنوان یکی از روشهای مواجهه ساختن بیمار با شرایط موجود، به تعادل سطح حساسیت و پاسخدهی به محرکها می‌انجامد. این روش، نظریه فقدان

برای کنش ورزشی<sup>۵</sup> و ارائه پاسخهایی که پاداشهای اجتماعی را بدنبال داشته باشند بیشتر توانسته‌اند واحد ارزش و اعتبار درمانی باشند. این مدلها را هم در مورد سوگها و ماتمزدگیها<sup>۶</sup> و اجدارزش می‌دانیم و هم در انواع افسردگیها و مواردیکه حتی وقوف و آگاهی بر شرایط و واقعیتها کاهش یافته است. وقتی فرد افسرده کمبودها، نادرستیها و نافع‌لیهای خود را در جهت کاهش حرمت نفس و احترام بخود بکار می‌دارد، به کمک کنش ورزشی می‌توان بیان آگاهانه خاطرات و رویا پردازیهای مربوط به این شرایط را تسهیل نمود و جهت بهنچار و مناسب را برای احساسات و عواطف مشخص ساخت. این بخصوص زمانی واجد ارزش درمانی است که قبول کنیم افسردگیها بهر صورت بازداري<sup>۷</sup> هائی را در نیروگذاری<sup>۸</sup> انرژیهای حیاتی ایجاد می‌نمایند. در سوگها نیز این روش می‌تواند با مایه‌گیری بیشتر از روشهای پیشنهادی رفتارگرایان واجد ارزش درمانی باشد. روش درمانی سوگواری رهبری شده<sup>۹</sup> لزوم این جهت بخشی و شروع فعالیت‌هایی که مواجهه مستقیم یا غیرمستقیم فرد را با شرایط و موقعیت‌های ماتمزا تسهیل می‌نماید نشان می‌دهد.

در انواع خفیف تر افسردگی، تماس و مواجهه بیمار با شرایط افسردگی را آسانتر می‌نماید. در این افسردگیها که از لحاظ سازگاری آدمی با محیط واجد ارزش هستند مکانیزم‌هایی در کار هستند که بیمار را از برگشت<sup>۹</sup> کامل باز می‌دارند. احتراز بیمار از مواجهه با واقعیتها و اجتناب از بعضی از نیروگذاریها را بخصوص در فرهنگ خودمان نباید به مثابه یک عجز و ناتوانی درون زاید دانیم. این توهین آمیز است که کنترلها، بازداریها و بعضی سرکوبیهای آگاهانه، مقبول و فرهنگ بسته را که منزلت والای بسیاری از انسانها را در جامعه ما نشان می‌دهد بعنوان واپس‌زنی<sup>۱۰</sup> ناخودآگاه در ذهن داشته باشیم. بهر حال احتراز بیمار از مواجهه با واقعیتها را باید تلاشی بدانیم که فرد برای تحقق اطمینان بخشی از سوی دیگران بکار می‌دارد. لذا در این قبیل موارد اگر الگویهای نافع‌لی و سکوت را در جلسات درمان بکار گیریم و اطمینان بخشیهای لازم را در نظر نداشته باشیم ممکن است ناشیانه بوخامت وضع بیمار و ایجا دگرآزاییهای<sup>۱</sup> روان پیرشانه<sup>۲</sup> دامن زنی و یا پرخاشگریها را

1- Sadistic

2- Psychotic

3- Client

4- Rogers

5- Client-Centered

6- Non-directive

7- Desensitization

8- Reciprocal Inhibition

9- Hypnotherapy

تقویت‌های لازم را که وسیله عده‌ای از رفتار گرایان مطرح است به ذهن می‌آورد. این عده به‌تاریخچه تقویت‌ها و پاداش‌هایی که در تشکل ادراک از خود و دیگران دخیل بوده‌اند اشاره می‌کنند و گرایش خودکم‌بینی و احساس بی‌ارزشی در افسردگیها را عبارت می‌دانند از تقویتها و پاداشهای متناوب برای پاسخهایی که نسبت بایستارهای مشابه ارائه گردیده است. در این مورد نیز روشهای کنش‌ورزی را برای آموزش پاسخهای مناسب و تفکیکی بمرکزها بکار بسته‌ایم و آن را واجد ارزش درمانی دانسته‌ایم.

گروهی از رفتار گرایان معتقدند که بیماران افسرده بیشتر از افراد غیر افسرده بمرکزهای اجتنابی حساسیت‌نشان می‌دهند. رویدادهای نامطلوب مانند بیماریهای شدید، بحرانهای حرفه‌ای، مرگ عزیزان، جدایی از افراد مورد علاقه، طلاق و مشکلات مالی نیز ممکن است با باراجتنابی خود به این حساسیت دامن بزنند. در این قبیل موارد، یعنی زمانی که استعفا از درگیریها و احتراز از موقعیتهای نامطلوب را در تابلوی بالینی می‌بینیم، علاوه بر بویا همزمان با کاربرد کنش‌ورزی، با شناخت کامل مرکزهای اجتنابی می‌توان از روشهای رفع حساسیت<sup>۷</sup> و بازداري متقابل<sup>۸</sup> نیز سود برد. وقتی افراد افسرده علاوه بر حساسیت نسبت بمرکزهای اجتنابی، نسبت بقطع یا توقف مرکزهای مثبت و تقویتی نیز شدیداً "حساس" باشند، رفع حساسیت و هیپنوتراپی<sup>۹</sup>، تا آنجا که بکار برد اصول رفتار درمانی کمک کند می‌توانند دارای ارزش باشد.

در رابطه با آنچه در مورد مرکزهای اجتنابی گفتیم باید یادآور شویم که رویدادهای نامطلوب مادی و بیماریها و حوادثی که دارای بار عاطفی سنگین باشند می‌توانند در کاهش ارزش تقویتی موثر بوده به حساسیت، احساس کلی ناخوشحالی، برداشتهای منفی از خود و پاسخهای غیر شرطی گوناگونی منجر گردند. روان‌درمانیهای حمایتی با توجه با انتخاب تقویت‌کننده‌های مثبت متناسب، توانسته‌اند فرد افسرده را در انتخاب و تشکیل نظام مشخصی بمنظور کنترل حالات مزبور یاری دهند. در این مورد درمانگر باید احتیاط لازم را در انتخاب این تقویت‌کننده‌ها رعایت نماید زیرا پاداشهای نامتناسب خود نیز ممکن است به ایجاد افسردگی موفقیت<sup>۱</sup> منجر گردد. این افسردگی نمونه بارز واکنشهای ناشی از عدم تناسب پاداشها

با پاسخها رانشان می‌دهد. هرگاه پاسخها نتوانند متناسب با پاداشها بوده آنها را در کنترل آورند و بالعکس، هرگاه پاداشها جدا و مستقل از کوششهای آدمی باشند بهمان درجه افسردگی را هستند که مجازات و یاقطع و توقف پاداش. در این قبیل موارد مفهوم ناتوانی، بی‌پارویاوری و بیچارگی آموخته شده، که وسیله سلیمان<sup>۲</sup> پیشنهاد شده است اعتبار می‌یابد. کلیه روشهایی که این کنترل را تسهیل نمایند نه تنها می‌توانند دارای ارزش درمانی باشند بلکه در پیشگیری افسردگیها نیز موثر می‌افتند. درمان حمایتی، یعنی ایجاد تغییرات لازم در شرایط محیطی بمنظور انتخاب پاداشهای متناسب برای پاسخهای سالم و مطلوب می‌تواند در این مورد دارای کاروری باشد. در رابطه با کاربرد رفتار درمانی در ایران، باید به کلیت‌نگری و تفکر انتزاعی ایرانی بعنوان یک پدیده ذهنی - فرهنگی توجه داشت. این کلی‌گرائی و تفکر انتزاعی را در طول تاریخ در علوم و فلسفه و بخصوص در قالب اشعار و ادبیات خود شاهد بوده‌ایم. کلی‌نگری و تفکر انتزاعی در جامعه ما ظاهراً "بیش از جزئی‌گرائی و عینیت‌برفناهای ما شکل می‌دهد. این مساله ای بود که چند سال قبل با راهنمی در رابطه با هوش نمونه‌ای از افراد ایرانی آنطور که از طریق پاسخ بکارتهای رورشاخ مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد مورد بررسی و تایید قرار دادیم. کلی‌گرائی، تفکر انتزاعی و دید فلسفی یک فرد ایرانی را شاید نتوان به پاره‌های قابل سنجش به معنای عینیتی که در رفتار گرائی مطرح است تقسیم کرد. این تجزی نه تنها ممکنست تخریب و اختلال الگوهای ذهنی - فرهنگی فرد را موجب گردد بلکه با نکانشوری ایرانی که بخصوص در روابط دکتر و بیمار نیز متجلی است تباین کامل دارد. این تجزی و سپس ارائه و بازسازی آن بر اساس سلسله مراتب مرکزها با بار عاطفی فزاینده نتوانسته است تا آنجا که من در عمل آزموده‌ام واجد ارزش درمانی باشد. به تجربه دیده‌ایم که روشهای سریع تر رفتار درمانی ولو آنکه بصورت ناگهانی بیمار را در مواجهه با کلیتی نظام یافته از اضطراب آفرینی‌ها قرار دهد بیشتر با ناشکیبائی و بی‌صبری ایرانی موانست دارد.

درمانهای مبتنی بر دیدگاههای شناختی موضوع سخن من نیست اما چون روش ابتکاری خود من در هیپنوتراپی<sup>۳</sup> که بزودی تحت عنوان هیپنوسایت<sup>۴</sup> انتشار می‌یابد آمیزه‌ای

1- Success depression

2- Seligman

3- Hypnotherapy

4- Hypnosight

ویژگیهای هر بیمار بپردازد، نحوه تحلی علائم بیمارگونه را دروی ارزشیابی نماید، واکنشهای بیمار و نزدیکان وی را نسبت باین علائم و ویژگیها بشناسد و سپس با توجه به یو بائیهای فردی و خانوادگی و اجتماعی مرتب برای این ویژگیها بطرح کلی درمان پرداخته بدانگونه که اشاره کردیم تاکتیکهای لازم را در لحظات گوناگون جلسات درمان انتخاب و بکار دارد.

در مورد نحوه تحلی علائم افسردگی معمولاً "به اختلال خلق، کاهش کارآئی ذهنی، اختلال وضع ظاهر و اختلالات جسمی و اضطراب اشاره شده است.

اختلال خلق که بیشتر بصورت اندوهگینی و ناخوشحال مشحور می گردد، زیربنای احساس بیبودگی، پوچی و بی شعری را نیز در بیماران افسرده بنیان می نهد. عده ای از متخصصان این احساس را معلول و قایع مشخص و معینی می دانند که سعی کردیم بهنگام بحث مختصر در باره دیدگاههای رفتارگرایانه به آن اشاره ای داشته باشیم. گروهی دیگر این اختلال را ناشی از ناتوانی بیمار در شناخت عوامل محیطی دانسته و حتی یک نظام پیچیده هذیانی را که بیمار از بیان و توضیح آن عاجز است دخیل می دانند. در صورت اول یعنی در صورت وقوف و آگاهی بر عوامل و وقایع مشخص و معین، مدل های تشکل یافته رفتارگرائی بمنظور رفع حساسیت نسبت بمحرکها و در صورت دوم آنچه درباره جنبه های شناختی پاسخهای عاطفی آموخته ایم واحد ارزش درمانی می باشد.

می دانیم همراه و همزمان با پیشرفت بیماری، بیمار بطور فزاینده ای کارآئی فکری خود را از دست می دهد. این کاستی بخصوص بصورت کاهش قدرت تمرکز در انجام امور مشهود می گردد که خود بکاهش چشمگیر کارآئی کنشهای ذهنی می انجامد و اندیشناکی<sup>۱</sup> در مورد بی ارزشی خود و شکستها را بدنبال می آورد. این احساس، گاه تا آن درجه افزایش می یابد که حتی اگر موفقیت های گذشته بیمار را بطور عینی و ملموس احیاء کنیم وی آنها را نامربوط، غریبه و مردود می داند. ما درمانهای حمایتی را بدنبال یک رشته تمرینهای منظم بمنظور ایجاد آرامش عمیق عضلانی<sup>۲</sup> و تمرکز دارای ارزش می دانیم. درمانهای حمایتی که بیشتر بصورت ایجاد تغییرات محیطی بکار می روند فرصتهایی

از دیدگاههای شناختی، گشتالت، تجربه ای - احساسی و رفتارگرائی را نشان می دهد، لازم به یادآوری است که افسردگی بعنوان یک اختلال شناختی نیز مطرح می باشد. بر اساس نظریه های شناختی<sup>۳</sup>، پاسخهای عاطفی فرد و از جمله افسردگی را بعنوان یکی از اشکال بیمارگونه آن، مبتنی می دانند بر شیوه ای که فرد به تجربیات خود ساخت و سازمان می بخشد. بنابراین اگر تشکل مفاهیم ذهنی و تفکر و برداشت فرد از تجربیات و موقعیتها و واکنشهای تصویری وی بدانها ناخوشایند باشد باید پاسخهای عاطفی ناخوشایند را از وی انتظار داشته باشیم. شعاعی که افراد از برداشتها و تجربیات خود دارند و بدانسان که خود آنها را تجربه می کنند تعیین کننده شیوه پاسخهای آنها بموقعیتها می باشد. عدم احترام به خود، احساس محرومیت و انتقاد و سرزنش از خود، بصورت الگوهای منفی ذهنی و شناختی، تحریف ادراک، خودپنداری منفی و پاسخهای عاطفی ناخوشایند را موجب می گردند. هیپنوسایت نه تنها در تریبیر این خودپنداری موثر بوده است بلکه تا آنجا که نتیجه بررسی بر روی ۲۷ بیمار افسرده نشان داده است، فرد را در تجربه همه جانبه احساسات و عواطف ناخوشایند، روشن سازی احساسات و عواطف مبهم، تملک آنها وجهت بخشی مناسب به الگوهای ذهنی و رفتاری یاری می دهد.

ساده اندیشی است اگر باور کنیم با یک روش درمانی و یا با تبعیت از یک دیدگاه بتوانیم بروان درمانی افسردگیها بپردازیم و یاروشهای جداگانه ای را در موارد گوناگون بکار داریم. روان درمانگر به اقتضای لحظاتی که با بیمار است و بر اساس نیازی که در هر جلسه احساس می شود باید روشهای مناسب را انتخاب و بکار دارد و بر اساس نوع برداشتها و بازخوردها و واکنشهایی که در آن جلسه مطرح است تدابیر لازم درمانی را اتخاذ نماید. لذا روان درمانگر بهیچوجه نباید به یک تشخیص کلی بر اساس طبقه بندیهای رایج اکتفا کند. در مورد افسردگیها نیز مانند سایر اختلالات روانی، وی باید با استفاده از روشهای متداول ارزشیابی شخصیت<sup>۴</sup> و روانشناسی تشخیصی همزمان با کاربرد مجموعه روشهایی که به تشخیص کمک می کند، علاوه بر تایید و یا عدم تایید نشانه های مرضی به شناخت

1- Personality assessment

3- Deep Muscle Relaxation

5- Derealization

7- Awareness Generating Techniques

2- Preoccupation

4- Cognitive Triad

6- Body Image

لازم‌را از نظر دوربیدارد. در بعضی موارد از روشهایی که فرد را در شرایطی خالی از تهدید و دلهره درجهت این دردها قراردهد دارای ارزش درمانی بوده‌اند. هیپنوتراپی با کاربرد هیپنوسایت در مورد اختلالات جنسی نیز مفید بوده است.

اضطراب‌رابه‌اشکال گوناگون بصورت‌تنشها، ترسهای مبهم و نامشخص و بیقراری در بیماران افسرده مشاهده می‌کنیم. گرچه درمانهای دارویی در این قبیل موارد بیش از هر مدل درمانی دیگری واجد ارزش هستند با وجود این کلیه روشهایی که فرد را در مواجهه با محیط‌یاری دهد و در شرایطی خالی از تهدید وی را بشناخت ماهیت و چگونگی این تجربیات کمک کند موثر می‌باشد. ناگفته نماند که با وجود همه ناگواریها و خطراتی که بحرانهای اضطرابی موجود در تابلوی افسردگیها به ذهن می‌آوردند، مابروز اضطراب و صورگوناگون آنرا در طول دوره روان‌درمانی بعنوان نشانه‌تماس بیشتر بیمار با واقعیتها و بعنوان یک ملاک بهبود دارای اعتبار می‌دانیم.

در روان‌درمانی افسردگیها، علاوه بر علائم بیماری به‌علل احتمالی مترتب بر بیماری نیز توجه می‌شود. این توجه البته نباید بدانصورت باشد که درمانگر با پیروی از یک دیدگاه خاص، سبب شناسی پیشنهادی وسیله آن راتنها علت افسردگی بداند. ارزشیابی‌مقدماتی، جلسات مصاحبه تشخیصی و دوره لازم مشاهده می‌تواند ما را در شناخت علل احتمالی یاری دهد. در این مورد معمولاً "مساله وابستگی، جدائی و فقدان، پرخاشگری و احساس گناه بعنوان علل احتمالی مطرح می‌گردند. نقش پراهمیت و وابستگی بمنظور ارضاء نیاز بحمایت، مهر و محبت، اطمینان بخشی و جلب توجه را بخصوص در بیماران ایرانی فراوان شاهد بوده‌ایم. گاه به‌وضوح در موارد گوناگون رابطه‌بین حالت بیمار، نوسان آن و تغییر درجه و وابستگی و حمایت وسیله دیگران را مشاهده می‌کنیم و می‌بینیم که رویدادهای مکرر افسردگی با درمان حمایتی التیام می‌یابند. ازدیرباز، جدائی از فرد مورد علاقه و یافقدان وی بعنوان یکی از عوامل افسردگی مورد بحث بوده است. وقوع هریک از این دو وضع در دوران کودکی و ابتلاء به افسردگی در سالهای بعدی زندگی را در تاریخچه عده چشمگیری از بیماران افسرده می‌بینیم. در مراحل خاصی از بیماری اگر درمانگری خود بتواند با عاطفی یک رابطه درمانی و شکل پیشرفته‌تر

را برای بازآزمایی تواناییها به بیمار ارزانی می‌دارند. در اینصورت پیرواضح است که روان‌درمانی از چهاردیواری کلینیک خارج می‌شود و بسیج همه‌آنها را که نقشی را در زندگی بیمار ایفا می‌کنند ایجاب می‌دارد. در مواردیکه این بی‌ارزشی و شکست‌ها از خودپنداری منفی تجاوز کند و تفسیر غلط از خود، دنیا و آینده یعنی اختلالات سه‌گانه شناختی<sup>۴</sup> را در تابلوی بالینی بارز سازد و هذیانهای احساس تغییر در محیط و خود (ناباوری<sup>۵</sup>)، هذیان بی‌ارزشی، هذیان نیستی، هذیان فقر و بدبختی و هذیانهای جسمی را بدنبال آورد، بهترین روان‌درمانی قطع روان‌درمانی خواهد بود.

اختلال وضع ظاهر بصورت سهل‌انگاری در آرایش، طرز لباس پوشیدن و رعایت بهداشت فردی را تقریباً "در همه افسردگیها می‌توان دید. در این قبیل موارد بهیچوجه نباید و نمی‌توان ترمیم این جنبه از بودن بیمار را موقوف به بهبود وی داشت. ما به تجربه آموخته‌ایم و باور داریم که بهبود وضع ظاهر و کلیه تدابیری که باین تغییر بینجامد می‌تواند در ایجاد تغییرات لازم در تن پنداری<sup>۶</sup> بیمار و بهبود وی موثر باشد. علاوه بر آنچه مادرآئین، آداب و رسوم و ارزشهای خود در این مورد داریم، یکی از موثرترین اقداماتی که تجربه شده است فنونی است که بتواند از دیداد و قوف و آگاهی بیمار را برابرگانیزم و فرآیندهای آن تسهیل نماید. این تلاش که با فنون پیشنهادی دیدگاه گشتالتی میسر است، به‌تجدید مجدد مرزهای وجود فرد می‌انجامد و در عین حال وی را در ازدیاد تمرکز و کارآئی ذهنی یاری می‌دهد. این فنون که به فنون ایجاد کننده قوف و آگاهی<sup>۷</sup> معروفند، همراه و همزمان با کاربرد روشهای رفتار درمانی بصورت انتخاب‌پاداشهای مناسب برای پاسخهای سالم مشهود در این مورد در حل و درمان اختلال وضع ظاهر موثر می‌باشد. من‌شخصاً "هیچوقت از طریق تمجید وضع آرایش و ظاهر بیمار به او رشوه نداده‌ام. این به آسانی می‌تواند وی را به سنگر مقاومت بازگرداند.

اختلالات جسمی بصورت بی‌اشتهایی، بی‌بوست، اختلال خواب و ناراحتیهای مانند سردرد، گرفتگی نفس، احساس فشار در سینه، خشکی دهان، اختلال قاعدگی و بی‌اشتهایی جنسی متجلی می‌شوند همزمان با درمان بهبود می‌یابند. اما روان‌درمانگر در این مورد نیز مانند سایر موارد نباید نظارت مداوم روانپزشک معالج و ارزش درمانی داروهای

و آگاهی و بینشهای جسمی-عاطفی بدانگونه که در هیپنوسایت پیشنهاد می‌شود دارای ارزش بوده‌اند.

با توجه به فوریتی که در بعضی از موارد افسردگی محسوس می‌گردد، بسیاری از درمانگران درمانهای کوتاه‌مدت را نیز توصیه کرده‌اند. در این قبیل درمانها که ما آنها را متناسب با فرهنگ و نیازهای بیماران ایرانی تشخیص داده‌ایم نکاتی مانند حفاظت‌جدی بیمار، بررسی امکانات و تسهیلاتی که همکاری بیمار را تقویت نماید، جلوگیری از دورباطل‌بعضی از خیال‌پردازیها، دارودرمانی، تغییر بازخوردها و برداشتهای بیمار، همکاری و هم‌آهنگی سایر امکانات و فعالیتهای درمانی سفارش شده است.

عده‌ای رعایت اصول زیر را نیز در درمانهای کوتاه مدت توصیه کرده‌اند:

- ۱- افزایش مناعت طبع بیمار و درجه احترام وی بخود.
- ۲- اطمینان بخشی بخصوص در جهت افزایش احترام بخود یا استفاده از تواناییهای ملموس بیمار.
- ۳- برون‌ریزی پرخاشگریهاییکه بخود برگشته‌اند.
- ۴- ایجاد بینش در فهم ارتباط بین پویاییهای درونی و واکنشهای بیمار بشرایطی که با آن مواجه است.
- ۵- مواجهه سریع و صریح با فرآیندها انتقال.
- ۶- تضمین حمایت با اعلام آمادگی شبانه‌روزی کادر درمانی.
- ۷- راهنمایی در هر موردی که بیمار را از خطر احتمالی خودکشی مصون دارد.
- ۸- دارو درمانی به‌عنوان پرارزش‌ترین و حیاتی‌ترین روش درمان.

آن یعنی انتقال را تحمل کند و بخصوص آنرا برای ارضاء نیازهای خود ایجاد ننماید و تدابیر لازم را در ایجاد، تشدید، کاهش، حل و تفسیر متناسب و بجای آن بیندیشد و در طول این تلاش ارزش دارو درمانی را برای کنترل بحرانهای احتمالی از ذهن خارج نسازد می‌تواند دارای نقش موثری در ترمیم تجربیات تلخ و ناگواری که در نتیجه یکی از این دورویدها ایجاد شده است باشد.

عده‌ای از صاحب‌نظران عدم توانایی فرد در مواجهه آگاهانه با پرخاشگری و یا ترس از تسلط این احساس بر خود را که منجر به انکار و درونی ساختن آن می‌گردد از مایه‌های اساسی بروز افسردگی می‌دانند - ناگفته نماند که در بعضی موارد این درونی ساختن خود معلول افسردگی است نه عامل آن - وقتی افسردگی را با این سبب‌شناسی عبارت بدانیم از تلاش انتقام‌جویانه‌آدمی برای ایداء و آزار اطرافیان و آنرا در ارزشیابی خود از کنشهای متقابل بیمار با آنها مشاهده کنیم. خانواده درمانی با رعایت ساخت خانواده و حفظ حرمت و حریم آن در فرهنگ ایرانی می‌تواند موثر باشد. گروه درمانیها نیز در بعضی موارد بخصوص در مواردیکه کنش ورزی به تقویت و پاداشهای جمعی نیاز داشته باشد مفید بوده است.

با وجود فراوانی و رواج احساس گناه در بیماران افسرده باید در عمومیت و ارزش تشخیصی آن شک و تردید رواداریم. بسیاری از بیماران افسرده را می‌بینیم که فشار و ناراحتی در این مورد احساس نمی‌کنند و عده‌ای نیز دیده‌می‌شوند که این احساس یعنی اندیشناکی با گذشته و آینده را بعنوان یک مسئله ثانوی بیان می‌دارند. گاه بی‌ارزشی و عدم توانایی برای قبول مسئولیتها در بعضی بیماران شکل اعراق آمیز و تحریف شده‌ای می‌گیرد و باعث استنباط وجود احساس گناه وسیله دیگران می‌شود. روشهای تجربه‌ای برای ایجاد وقوف

## منابع

- اخوت، ولی‌الله، روان‌درمان و چند مقاله دیگر، تهران، پیام ۱۳۵۵
- اخوت، ولی‌الله، روان‌درمانی، مجله روانپزشکی، سال پنجم، شماره ۵، ۱۳۵۲

اخوت، ولی‌الله، رابطه‌درمانی‌وتکنیک‌درهیینوتیزم (ترجمه)،  
 مجله‌روانپزشکی سال هشتم، شماره ۱ و ۲، ۱۳۵۵  
 اخوت، ولی‌الله، اصول‌نظری‌وعملی‌روان‌درمانی، پسیکو‌ترایی"  
 آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی ۱۳۵۶  
 اخوت، ولی‌الله و براهنی، محمدنقی، تحقیق‌درامکان‌برآورد  
 هوش‌برمبنای‌شاخصهای‌آزمون‌سئوال‌شاخ، تازه‌های  
 روانپزشکی، سال دوم، شماره ۴ دی‌ماه ۱۳۵۲  
 اخوت، ولی‌الله و دانشمند، لقمان، ارزشیابی‌شخصیت،  
 انتشارات دانشگاه تهران ۱۳۵۶

Beck, A.T. Thinking and Depression, Archives of General Psychiatry, 1963, 9, 324-333

Beck, A.T., Cognitive Therapy and Emotional Disorders, New York, International University Press, Inc. 1967.

Lazarus, A.A., Learning Theory and The Treatment of Deression, Behavior Research \$Therapy, 1968, 6, 83-89.

Lewinsohn, P.M. The Behavioral Study and Treatment of Depression, Prog. Behav. Modification, 1975, 1, 19-65.

Seligman, M.E.P. Fall Into Helplessness, Psychology Today, 1973, 7(1), 43-48.

Wolpe, J. The Practice of Behavioral Therapy, Pergamon Press, 1969.