

تأثیر روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت در درمان تشنج‌های غیر صرعی روانزاد: پژوهش مورد منفرد

سعید اصلانی^۱، مهدی خانجانی^۲

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۲/۰۷

تاریخ وصول: ۹۶/۰۹/۲۸

چکیده

تشنج‌های غیرصرعی روانزاد، آشفتگی‌های دوره‌ای همراه با علائم حرکتی، حسی و رفتاری است که به تشنج‌های صرع شباهت دارد اما همبسته‌های الکتروفیزیولوژی آن متناسب با صرع نیست. این اختلال تأثیر زیادی بر فعالیت‌های روزمره افراد و کاهش کیفیت زندگی آنها دارد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت (ISTDP) بر بهبود تشنج‌های غیر صرعی روانزاد است. پژوهش حاضر یک پژوهش تجربی از نوع موردپژوهی با استفاده از طرح AB است. با استفاده از روش‌های نقشه برداری مغزی و نظر نورولوژیست و روانپزشک، تشخیص تشنج‌های غیر صرعی روانزاد در مراجع تأیید شد. پرسشنامه افسردگی بک نیز قبل و بعد از مداخلات توسط مراجع تکمیل شد. جلسات روان‌درمانی با رویکرد ISTDP در ده جلسه انفرادی و به صورت هفته‌ای یک جلسه برگزار شد. نتایج مشاهده توسط درمانگر و مراجع، نشان دهنده از بین رفتن تشنج‌های غیر صرعی بود. همچنین، مقایسه نمرات مراجع در سیاهه افسردگی بک در پیش آزمون و پس آزمون، بیانگر کاهش قابل ملاحظه میزان افسردگی او بود. با توجه به یافته‌های به دست آمده، می‌توان گفت که روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت، روش درمانی مناسبی برای کاهش تشنج‌های غیر صرعی روانزاد، و در مجموعه‌های بالینی توسط درمانگران قابل استفاده است.

واژگان کلیدی: افسردگی، تشنج‌های غیر صرعی، روانزاد، روانپویایی فشرده و کوتاه مدت، مورد پژوهی

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی تهران Saeidaslani23@yahoo.com
۲. استادیار روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی تهران (نویسنده مسؤل) Khanjani.mahdi@gmail.com

مقدمه

تشنج‌های غیر صرعی روانزاد^۱ (PNES) آشفتگی‌هایی به صورت تغییر در رفتار، ادراک، افکار یا احساسات فرد است که در یک دوره محدود زمانی اتفاق می‌افتد و با دامنه‌ای از تظاهرات حرکتی، حسی و روانی مشخص می‌شود که مشابه تشنج‌های صرعی است اما به وسیله یک فعالیت تشنجی در مغز ایجاد نشده است. الگوهای الکترو فیزیولوژیکال مربوط به تشنج‌های صرعی در آنها دیده نمی‌شود. شیوع PNES حدود ۳۳ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر تخمین زده شده است (بنبادیس، الن و هوسر^۲، ۲۰۰۰). در حدود ۷۵ درصد بیماران زن هستند. اولین حمله PNES معمولاً در بین سنین ۱۵ تا ۲۴ سالگی اتفاق می‌افتد اما ممکن است اولین تشنج حتی در کودکان ۵ ساله یا افراد مسن نیز رخ دهد (روبر، فرناندز، بوئر، هلمستادتر و الجر^۳، ۲۰۰۲). سن فرد تاثیری بر شکل بروز تشنج‌ها ندارد و در حدود یک پنجم بیمارانی که به کلینیک‌های صرع مراجعه می‌کنند، تشخیص PNES دریافت می‌کنند (انگوس - لپان^۴، ۲۰۰۸). PNES اثرات ناتوان کننده‌ای بر کیفیت زندگی افراد دارد. این اثرات شامل پیامدهای روانشناختی، اجتماعی، فیزیکی و اقتصادی است که باعث ناتوانی در کار، رانندگی و حتی انجام کارهای روزمره می‌شود (بنبادیس، ۲۰۱۳).

پیش آگهی افراد مبتلا به PNES ضعیف است. این افراد بین روانپزشک و نورولوژیست سرگردان هستند و بسیاری از بیماران نیز از خدمات سلامت روانی بهره‌مند نشده یا به آن ارجاع داده نمی‌شوند. در موقعیت‌های بالینی، تشخیص PNES بر اساس رد کردن تشخیص فیزیکی برای بیمار است (کارلسون و پری^۵، ۲۰۱۷). تمایز PNES از صرع و دیگر اختلالات پاتوفیزیولوژیکال بر اساس یک فرآیند تکراری و تشخیص اولیه اختلال بر اساس توصیف تظاهرات تشنج از زبان بیمار و همراهان او است. همچنان که جریان پیش می‌رود توصیف‌های مشاهده کنندگان دقیق‌تر می‌شود و حتی ممکن است که ضبط ویدیویی از زمان حمله تشنج بیمار داشته باشند. پزشکان از دیگر تست‌های تشخیصی مانند

1. psychogenic non-epileptic seizures
2. Benbadis, S. R., Allen, H. W., & Hauser, W. A.
3. Reuber, M., Fernandez, G., Bauer, J., Helmstaedter, C., & Elger, C. E.
4. Angus-Leppan, H.
5. Carlson, P., & Perry, K. N.

EEG نیز استفاده می‌کنند و در غیاب پارامترهای مربوط به صرع در EEG می‌توان تشخیص PNES را مطرح کرد (لافرانس، بیکر، دونسان، گلدشتاین و رابر^۱، ۲۰۱۳). زمانی که یک تشخیص PNES مطرح می‌شود، درمان با داروهای ضد تشنج معمولاً متوقف می‌شود اما گزینه‌های درمانی نامشخص است و به ندرت، درمان پیگیری می‌شود (لافرانس و همکاران، ۲۰۱۳). بر اساس پژوهش‌ها، در صورتی که PNES درمان نشود، حملات تشنجی همچنان ادامه پیدا خواهد کرد و حتی نشانه‌ها بدتر خواهد شد (متین و همکاران^۲، ۲۰۱۳). در حالی که PNES شرایطی است که به وسیله تظاهرات فیزیکی تعریف می‌شود، محققان دریافته‌اند که PNES در اصل ماهیت روانشناختی دارد (روبر و میر^۳، ۲۰۱۲). در حال حاضر بیماران مبتلا به PNES در دسته‌های مختلفی طبقه بندی می‌شوند: اکثر آنها و نه همه آنها، ملاک‌های تشخیصی اختلال نشانه نورولوژیکی عملکردی^۴ (اختلال تبدیلی) را بر اساس DSM-V دارند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۵، ۲۰۱۳). تعدادی دیگر تشخیص اختلال نشانه جسمانی^۶، گروهی دیگر تشخیص اختلال تجزیه‌ای^۷ و برخی هم تشخیص اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) را دریافت می‌کنند. در میان همه این مقوله‌ها، PNES جز در برخی از موارد مثل اختلال ساختگی و تمارض، به عنوان یک عمل ارادی دیده نشده است.

بر اساس پژوهش‌های انجام شده، PNES با برخی از اختلالات روانپزشکی همبودی دارد. به صورت خلاصه، همبودی آن ۲۲ تا ۸۴ درصد با اختلالات جسمانی شکل، ۲۲ تا ۹۱ درصد با اختلالات تجزیه‌ای، ۳۵ تا ۴۹ درصد با PTSD، ۵۷ تا ۸۵ درصد با افسردگی، ۱۱ تا ۵۰ درصد با اختلالات اضطرابی و ۲۵ تا ۶۷ درصد با اختلالات شخصیت گزارش شده است (هینگر، بیرون، الهیج و تی دوفان^۸، ۲۰۱۶). عوامل خطری که با بروز PNES ارتباط دارند شامل ترومای روانی، تجزیه روانی و اختلال در تنظیم هیجان است. مواجهه با تروماهای روانی در این افراد در برخی پژوهش‌ها تا ۹۰ درصد (و به طور میانگین ۷۵

1. LaFrance, W. C., Baker, G. A., Duncan, R., Goldstein, L. H., & Reuber, M.
2. Metin, S. Z., et al/.
3. Reuber, M., & Mayor, R.
4. functional neurological syndrome disorder
5. American Psychiatric Association
6. somatic symptom disorder
7. dissociative disorder
8. Hingray, C., Biberon, J., El-Hage, W., & de Toffol, B.

درصد) گزارش شده است (کاپلان و همکاران^۱، ۲۰۱۳). ویزمن و رابر^۲ (۲۰۱۱) نیز در پژوهش‌های خود روی PNES، PNES را در یک چهارچوب روانی-زیستی-اجتماعی توصیف کردند. آنها تعدادی عوامل روانشناختی مرتبط با PNES را مشاهده کردند که شامل ترومای دوران کودکی، کژتنظیمی عاطفی و اجتناب هیجانی است. بیماران مبتلا به PNES معمولاً تجارب و رویدادهای تروماتیک چندگانه‌ای را در دوران کودکی گزارش می‌کنند و این رخدادها در زمینه‌ای از مورد غفلت هیجانی قرار گرفتن بروز پیدا می‌کند و تا بزرگسالی نیز می‌تواند ادامه پیدا کند. همچنین بر اساس پژوهش‌ها، افراد مبتلا به PNES تاریخچه‌ای از مورد سوءاستفاده قرار گرفتن، اتفاقات ناگوار در دوران کودکی و بروز رخدادها ناخوشایند قبل از شروع نشانه‌ها گزارش می‌دهند. (سالینسکی، اورارد، استروباخ و پاگ^۳، ۲۰۱۲).

تشخیص زود هنگام PNES به منظور شروع درمان‌های مناسب و اجتناب از مصرف داروهای غیر ضروری حیاتی است. در مورد درمان PNES توافق کلی وجود ندارد و اولین مرحله تشخیص یکپارچه توسط روانپزشک، نورولوژیست و روانشناس است (راسل و همکاران^۴، ۲۰۱۶). ادبیات پژوهشی نشان داده است که مداخلات روانشناختی برای PNES، در مراحل اولیه رشد آن است. رویکردهای درمانی مختلفی برای PNES استفاده شده که اکثر آنها رویکردهای شناختی-رفتاری (گلدشتاین و همکاران^۵، ۲۰۱۰)، رویکردهای تحلیلی و درمان‌های روانی-آموزشی است. با توجه به همبودی بالای اضطراب و افسردگی با PNES، استفاده از داروهای ضدافسردگی نیز در برخی از این بیماران مفید بوده است (تاکاساکی، استرانسکی و میلر^۶، ۲۰۱۶). نتایج یک فراتحلیل نشان داد ۸۲ درصد افراد مبتلا به PNES که از مداخلات روانشناختی بهره بردند، بیش از ۵۰ درصد مشکلشان حل شد (کارلسون و پری، ۲۰۱۷). در یک پژوهش اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر آموزش روانی را به صورت گروهی در افراد مبتلا به حمله‌های غیر صرعی کارکردی سنجیدند و نتایج، حاکی از اثر گذاری آن بود (کپ، امیت، کینگ

1. Kaplan, M. J., et al.
2. Wiseman, H., & Reuber, M.
3. Salinsky, M., Evrard, C., Storzbach, D., & Pugh, M. J.
4. Russell, L. A., et al.
5. Goldstein, L. H., et al.
6. Takasaki, K., Stransky, A. D., & Miller, G.

و اگرول^۱، ۲۰۱۷). در پژوهشی دیگر، تنها نیمی از افرادی که مداخلات روانشناختی دریافت کرده بودند، علایمی از بهبودی را نشان دادند (دونسان، اندرسون، کالن و ملدرون^۲، ۲۰۱۶). بنابراین، در تحقیقات لازم است به درمان‌های روانشناختی موثر در PNES توجه بیشتری مبذول شود.

پردازش هشیار احساسات منجر به ارتقا سطح سلامت جسمانی و به کارگیری دفاع‌ها بیماری را سبب می‌شود. بنابراین روان‌درمانی می‌تواند از طریق خنثی کردن ساز و کارهای دفاعی استفاده شده از سوی بیمار، تجربه واقعی احساسات را تسهیل کند (گرینبرگ^۳، ۲۰۰۲؛ ۲۰۰۰). دوانلو^۴ (۱۹۹۰) چنین مدلی از روان‌درمانی را با نام "روان درمانی پویشی کوتاه مدت و فشرده"^۵ پایه‌ریزی کرده است. روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (ISTDP) از رویکردهای روان‌پویشی معاصر است که اثرات طولانی مدتی در درمان بیماران مبتلا به اختلالات روانی از جمله اختلالات روان تنی را نشان داده است (تاون و دريسن^۶، ۲۰۱۳). این درمان به بیمار کمک می‌کند که با تعارض‌ها و هیجان‌های ناهشیار خود که ناشی از فقدان و آسیب‌های روانشناختی زندگی است، روبرو شود (نبروسکی^۷، ۲۰۱۰).

در این رویکرد، فرض بر این است که نشانه‌های جسمانی، حاصل اجتناب ناهشیار و عادی بیمار از تجارب هیجانی و اضطراب متعاقب این اجتناب است. کژتنظیمی عاطفی و اجتناب هیجانی از ویژگی‌های اصلی بیماران PNES است و این امر پیشنهاد می‌دهد که ISTDP می‌تواند در درمان این افراد موثر باشد. در این مدل، فرض بر این است که بیماران مبتلا به PNES مجموعه‌ای از نقص‌های روانشناختی دارند که ساختار منش شکننده نامیده می‌شود و همراه با تحریف‌های شناختی، ادراکی و یا تبدیلی است (عباس^۸، ۲۰۱۵). چنین بیمارانی نسبت به احساسات فعال شده بسیار حساس هستند و از نظر هیجانی بسیار اجتناب می‌کنند. در ISTDP یک چهارچوب حمایت کننده ایجاد شده است که

1. Cope, S. R., Smith, J. G., King, T., & Agrawal, N.
2. Duncan, R., Anderson, J., Cullen, B., & Meldrum, S.
3. Greenberg
4. Davanloo
5. intensive short-term dynamic psychotherapy
6. Town, J. M., & Driessen, E.
7. Nebrosky
8. Abbass

هدف آن ساختن تحمل عاطفه، تنظیم اضطراب و بینش هیجانی است. همچنان که بیماران در مواجهه با عواطف شدید مقاوم‌تر می‌شوند، آنها قادر به ایجاد توانایی خود ابراز‌گری می‌شوند که این امر منجر به تغییرات قابل مشاهده در تظاهرات روانشناختی اضطراب است. این فرآیند از طریق بهبود عملکرد انعکاسی و تاملی و ایجاد تغییر متمایز بین عملکرد روانی و جسمانی، باعث غلبه بر اختلالات جسمانی شکل می‌شود (دوانلو، ۱۹۹۰؛ عباس، ۲۰۱۵).

پژوهش‌های گسترده آلن عباس و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که تجلی مختلف تعارضات و مسیرهای اضطراب در بدن تا حد زیادی با بیماری‌های روان‌تنی مرتبط است که در برگیرنده طیف وسیعی از بیماری‌هایی مانند آسم، انواع ورم و زخم معده، مشکلات ریوی و تنفسی، مشکلات پوستی مانند پسوریازیس^۱، مشکلات قلبی، مشکلات سیستم ایمنی مانند لوپوس^۲ و مولتیپل اسکلروزیس^۳، برخی از سرطان‌ها، انواع سردردهای تنشی و میگرن سری و شکمی، اضافه وزن و انباشت چربی ناشی از پرخوری‌های عصبی است (عباس، لوواس و پیوردی^۴، ۲۰۰۸). مطالعات متعددی اثر بخشی ISTDP را بر اختلالات جسمانی‌سازی، اختلالات حرکتی کارکردی و دردهای مزمن را نشان داده است (عباس، کیسلی و کرونک^۵، ۲۰۰۹). راسل و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود روی افراد مبتلا به PNES یک مطالعه آزمایشی انجام دادند و در آن تاثیر ISTDP را بر بهبود بهزیستی هیجانی و کاهش هزینه‌های اقتصادی خدمات بهداشتی و سلامتی در بیماران PNES نشان دادند.

برای تبیین بهتر چگونگی اثر درمان ISTDP، تقسیم بندی کانال‌های اضطرابی که توسط روانکاو ایرانی، حبیب دوانلو (۱۹۹۰) معرفی شده است، ذکر می‌گردد. مسیرهای تخلیه اضطراب در بدن به سه شکل است:

۱. عضلات مخطط: این گروه شامل عضلاتی است که افراد می‌توانند بطور ارادی آنها را برای هدفی حرکت دهند. اضطراب در این کانال ابتدا از انگشت شست شروع شده و سپس به دست، بازو، شانه و گردن منتقل می‌شود. این اضطراب سپس در مسیر قفسه سینه، شکم، ساق پا و پاها جریان می‌یابد. گره کردن دست‌ها، سردردهای تنشی،

1. psoriasis
2. lupus
3. multiple sclerosis
4. Abbass A, Lovas D, & Purdy A
5. Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K

تیک‌های کلامی و غیر کلامی، کم‌درد، درد پا و گردن، ساییدن دندان‌ها، تنش در ماهیچه‌های بین‌دنده‌ای قفسه سینه، آه کشیدن، تنش در دست‌ها، شانه‌ها گردن، پاها، گاز گرفتن لب‌ها، تنش در فک و آرواره و گرفتگی عضلانی از جمله نشانه‌های تخلیه اضطراب در عضلات مخطط است. اضطراب در این عضلات بهترین الگوی تخلیه اضطرابی است، به جز در شرایطی که بیمار درد مزمن در عضلات دارد که وی را دچار درد شدیدی می‌کند.

۲. عضلات صاف: دومین مسیر تخلیه اضطراب ناهشیار، عضلات صاف است که عضلات غیرارادی شامل مسیرهای هوایی، رگ‌های خونی و شکم را در بر می‌گیرد. تکرر ادار، اسپاسم‌های درون احشایی مانند روده تحریک پذیر، حالت تهوع و اسهال، علائم عروقی مانند میگرن و پرفشاری خون، پاهای لرزان، راه رفتن ناپایدار به دلیل نبود تنش در عضلات، علائم کسبه‌های هوایی مثل آسم، سرفه، سرخ شدن صورت، کاهش تنش با فقدان هشیاری و اسپاسم‌های وریدی از علائم تخلیه اضطراب در این کانال است (ولف و فردریکسون، ۲۰۱۲؛ به نقل از مبسم و همکاران، ۱۳۹۱).

۳. اختلال شناختی - ادراکی: اختلال شناختی - ادراکی زمانی رخ می‌دهد که اضطراب ناهشیار، توانایی تفکر و احساس بیمار را مختل می‌سازد. گسستگی ذهن، گیجی، از دست دادن مسیر تفکر، ضعف حافظه، تاری دید، دید تونلی و نابینایی، از دست دادن ناگهانی حس در بخشی از بدن، غش کردن، خشک شدن، گیجی و وزوز گوش، صرع کاذب، توهم در حس‌های پنج‌گانه و تجربه پدیده روان‌پریشی گذرا از نشانه‌های تجربه اضطراب در این مسیر است. در این فرایند ممکن است فرد بطور زودگذر فلج یا کور شود. وقتی که ذهن خالی شده و فرد هشیاریش را از دست می‌دهد تجربه غش کردن یا یک نوع صرع کاذب رخ می‌دهد. فرد همچنین ممکن است دچار توهم شده و در نتیجه پدیده روان‌پریشی گذرا متجلی شود.

همسو با تقسیم بندی کانال‌های اضطرابی، حبیب دوانلو یک تقسیم بندی سه‌گانه نیز برای مکانیزم‌های دفاعی ارائه می‌دهد. دفاع هر نوع ساز و کار برای گریز از احساسات واقعی است و مقاومت استفاده از دفاع‌های یاد شده در موقعیت‌های درمانی است (دوانلو، ۱۹۹۶). دفاع‌ها جوهر خاصی از ساخت روانی را تشکیل نمی‌دهند و از این رو به صورتی مجزا قابل درک نیستند (حیدری نسب، خوریانیان، طیبی، ۱۳۹۳). دفاع‌ها یکی از

کارکردهای من هستند و از این رو شناخت آنها از طریق کنشی که اعمال می‌کنند، صورت می‌گیرد و بدون توجه به اضطرابی که آنها را فرا می‌خوانند، قابل درک نیستند (قربانی، ۱۳۹۳). دوانلو (۱۹۹۰) دفاع‌ها را به سه دسته وسواسی^۱، سرکوبگر^۲ و واپس‌رونده^۳ تقسیم می‌کند. دفاع وسواسی به عایق‌بندی عواطف از شناخت می‌پردازد. در واقع در دفاع‌های وسواسی، فکر و احساس تهدید‌آمیز سرکوب نمی‌شود، بلکه بار احساسی مسأله، از جنبه شناختی آن مجزا و فرد در سطح فکر با آن روبه‌رو می‌شود. عقلانی‌سازی، دلیل تراشی، مجزا‌سازی، نشخوار ذهنی از جمله این دفاع‌ها هستند. دفاع‌های سرکوبگر، افکار و احساسات دردناک را در خارج از حیطه آگاهی هشیار قرار می‌دهند. سرکوبی، واکنش وارونه و جابه‌جایی در مقوله دفاع‌های سرکوبگر قرار دارند. در نهایت دفاع‌های واپس‌رونده، بازگشت به روش‌های متداول در سطح فروتر تحول است. در این گروه از دفاع‌ها، فرد از روش‌های کودکانه و بسیار ناسازش یافته برای مهار احساسات اضطراب‌آور استفاده می‌کند. فراقکنی، درون‌فکنی، جسمانی‌سازی، فعل‌پذیری، گریه دفاعی، برون‌ریزی و انکار از جمله دفاع‌های واپس‌رونده‌اند. خلاصه مسیرهای اضطرابی و دفاع‌های همایند با آنها در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. کانال‌های تخلیه اضطراب و دفاع‌های همایند آنها

| دفاع | کانال تخلیه اضطراب |
|--|-----------------------|
| وسواسی (عقلانی‌سازی، دلیل تراشی، مجزا‌سازی، نشخوار ذهنی) | عضلات مخطط |
| سرکوبگر (سرکوبی، واکنش وارونه و جابه‌جایی) | عضلات صاف |
| واپس‌رونده (فراقکنی، درون‌فکنی، جسمانی‌سازی، فعل‌پذیری، گریه دفاعی، برون‌ریزی و انکار) | آشوب ادراکی شناختی |

استفاده مزمن از دفاع‌های واپس‌رونده با تضعیف کارکرد سیستم ایمنی، بالا رفتن فشار خون، شدت یافتن درد در بیماران دچار درد مزمن و علایم سندرم روده تحریک‌پذیر ارتباط دارد (فردریکسون^۴، ۲۰۱۳). افزایش تخلیه سمپاتیک و پاراسمپاتیک کارکرد ایمنی را کاهش و افزایش فعالیت سمپاتیک، فشار خون را افزایش می‌دهد. بسیاری از بیمارانی که فکر می‌کنند دچار مشکل طبی مزمن هستند از اختلال مزمن تنظیم اضطراب

1. obsessive
2. repressive
3. regressive
4. Frederickson

رنج می‌برند. بیمارانی که از دفاع‌های سرکوبی استفاده می‌کنند، عمدتاً اضطرابشان را در سیستم‌های عصبی جسمی و سمپاتیک تخلیه می‌کنند. آنها دچار سردردهای تنشی، کم‌درد و افزایش فشار خون می‌شوند و افرادی که اضطرابشان را در سیستم‌های عصبی جسمی و پاراسمپاتیک تخلیه می‌کنند، دچار شکایات معدی- روده‌ای، سردردهای میگرنی و سندرم روده تحریک پذیر می‌شوند (فردریکسون، ۲۰۱۳).

بنابراین، می‌توان با استفاده از روش روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت، با تنظیم اضطراب و فراخواندن احساس زیرین، نشانه‌های اضطراب را کاهش داد و با کمک به بیمار برای دیدن دفاع‌ها و دست برداشتن از آنها و سپس رو به رو شدن با احساساتش، نشانه‌های جسمی را تخفیف داد. با توجه به آنچه گفته شد، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان پویشی و کوتاه مدت بر درمان حمله‌های غیر صرعی روانزاد است.

روش

از آنجایی که پژوهش حاضر، تأثیر روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت (متغیر مستقل) را بر تشنج‌های غیر صرعی روانزاد (متغیر وابسته) مطالعه می‌کند، می‌توان این پژوهش را یک تحقیق نیمه تجربی دانست. در این پژوهش از طرح تک آزمودنی تأثیر یک متغیر (مستقل) بر متغیر دیگر (وابسته) مورد مطالعه قرار می‌گیرد. در طرح A-B ابتدا شرایط محیطی (A) به دقت اندازه‌گیری می‌شود. برای این منظور به بررسی حالت اولیه یا خط پایه، شرایط محیطی و رفتار آزمودنی پرداخته می‌شود و بعد از آن، عمل آزمایشی (B) اعمال می‌شود. در مرحله بعدی که پیگیری نام دارد، رفتار آزمودنی مجدداً اندازه‌گیری می‌شود. در مطالعه حاضر، درمان یک پروتکل ده جلسه‌ای است که در قالب جلسات فردی یک و نیم ساعته به صورت هفتگی، انجام شد (نیروسکی، ۲۰۱۰). جلسات روان درمانی به صورت ویدئویی ضبط شدند و با نظارت سوپروایزر مورد بررسی قرار گرفت. جلسات پیگیری بعد از سه ماه و شش ماه از تمام شدن آخرین جلسه انجام شد.

ابزار پژوهش: با توجه به اینکه پژوهش حاضر یک طرح تک آزمودنی با طرح A-B است، مشاهده رفتار مراجع، قبل از درمان، در حین درمان و بعد از درمان، معمولاً مهم‌ترین ابزار درمانگران و پژوهشگران برای تشخیص اثر بخشی درمان در این گونه پژوهش‌ها

است. این مشاهده با استفاده از تهیه گزارش روزانه از بروز یا عدم بروز حملات تشنجی روانزاد توسط بیمار و سپس بررسی آن با درمانگر در جلسه درمان صورت گرفت. با این شیوه، تغییرات رفتاری مراجع صرفاً به صورت کیفی قابل ملاحظه است. در پژوهش حاضر از مقیاس افسردگی بک به منظور بررسی دقیق‌تر بیمار و روند درمان استفاده شد.

سیاهه افسردگی بک (BDI): این سیاهه شامل ۲۱ گروه جمله است که به صورت یک طیف لیکرت چهار گزینه‌ای درجه بندی می‌شود. از ۲۱ ماده، ۲ ماده به خلق، ۱۱ ماده به مشکلات شناختی، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به علایم بدنی و ۱ ماده به روابط بین فردی اشاره دارد. نمره‌ی هر ماده بین صفر تا ۳ و مجموع نمرات سیاهه بین صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. بک، استر و گاربین^۱ (۱۹۸۸) همسانی درونی این مقیاس را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز رجبی، عطاری و حقیقی (۱۳۸۰) به تحلیل عاملی سیاهه افسردگی بک پرداختند. همه سوال‌ها با نمره کل سیاهه همبستگی معناداری داشتند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۷، ضریب پایایی تصنیف آن ۰/۸۳ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله سه هفته ۰/۴۹ به دست آمد.

معرفی مراجع: مراجع دختری ۲۴ ساله، با تحصیلات لیسانس در رشته پرستاری، مجرد و شاغل در یک بیمارستان است که با شکایت تشنج‌های صرعی و افسردگی (بی‌حوصلگی، احساس غمگینی، مشکلات خواب، گریه، بی‌اشتهایی و ناامیدی) مراجعه کرده است. شروع نخستین تشنج در سن ۱۰ سالگی بوده و در طی این سال‌ها به متخصصان مغز و اعصاب زیادی مراجعه کرده و تشخیص‌های مختلفی دریافت کرده است. در آخرین بررسی، متخصص مغز و اعصاب، تشخیص صرع را رد کرده و بیمار را به روانپزشک ارجاع داده بود. پس از بررسی‌های دقیق روانپزشکی و انجام نقشه مغزی، روانپزشک تشخیص اختلال تبدیلی و افسردگی را مطرح کرد و درمان دارویی با داروی سیتالوپرام با دوز ۲۰ میلی گرم را آغاز و مراجع را جهت انجام روان‌درمانی به روانشناس ارجاع داده بود.

تاریخچه بیمار و ارزیابی: درمانجو نخستین بار در ۱۰ سالگی دچار حمله و حالت بیهوشی شده است. در آن زمان، او و خانواده به خاطر شغل پدر، مجبور به مهاجرت از شهرستان خود به تهران شدند و این امر در شرایطی اتفاق افتاد که او در شهرستان، محیط

1. Beck, T., Steer, A., & Garbin, G.

زندگی بسیار خوبی داشته است. در شهرستان در کنار مادر بزرگ، پدر بزرگ و سایر اقوام، محیطی صمیمی و مورد احترام داشت و درمانجو مجبور شد که ناگهان با این شرایط خوب خداحافظی کند. در تهران، به علت شاغل بودن مادر، درمانجو، نه تنها مجبور به تحمل اضطراب خود بود بلکه در این شرایط باید از برادر ۴ ساله اش هم مراقبت می‌کرد. در یکی از همان روزها برای اولین بار دچار تشنج می‌شود. دوباره پس از چند سال در سن ۱۴ سالگی به دنبال فوت مادر بزرگ دچار حمله تشنج می‌شود و پس از آن تا زمان ورود به دانشگاه دیگر حمله‌ای رخ نمی‌دهد. در سن ۲۰ سالگی در طی گذراندن دوره کارورزی در بیمارستان، هنگام مشاهده دادن شوک الکتریکی به یکی از بیماران، احساس ضعف شدید و سرگیجه همراه با سیاهی چشم داشته است، و از حال می‌رود. حمله بعدی، ۵ ماه بعد از اولین حمله است. درمانجو به یاد می‌آورد، در حالی که به دیوار تکیه داده بود ناگهان از حال می‌رود و زمانی که به هوش می‌آید همه کارمندان بخش، دور او جمع شده بودند. طبق اظهار درمانجو، با شروع کارورزی، استرس‌های او بیشتر شده بود، چرا که به رشته تحصیلی‌اش نیز علاقه‌ای نداشت و به اجبار آن را می‌گذارند.

درمانجو پس از حمله دوم، به متخصص مغز و اعصاب مراجعه می‌کند و پس از ارزیابی نوار مغزی عنوان می‌شود که مشکلی وجود ندارد و داروهای ضد اضطراب و افسردگی تجویز می‌شود و به مدت یک سال مصرف می‌کند. پس از این دوره درمانجو حمله دیگری نداشته است ولی پرش‌های عضلانی دارد. به همین دلیل به متخصص دیگری مراجعه می‌کند و با این تشخیص که پرش عضلانی نشانه تشنج است داروی ضد تشنج تجویز می‌شود که پس از شش ماه مصرف دارو به دلیل شکست در درمان به متخصص مغز و اعصاب دیگری مراجعه می‌کند، دوباره نوار مغزی انجام می‌شود و با تشخیص صرع داروهای دیگری از جمله سدیم والپروات تجویز می‌شود. درمانجو هر چهار ماه یک بار به متخصص مغز و اعصاب مراجعه می‌کرده است و هر دفعه نوار مغزی انجام می‌شده است. پس از دوره درمانی یک ساله، دندان قروچه‌اش برطرف می‌شود ولی پرش‌های عضلانی (برای مثال در حالت استراحت و بی حرکت، دست راستش پرش داشت) همچنان وجود دارد و با افزایش دوز دارو نیز تغییری حاصل نمی‌شود. همزمان درمانجو نتیجه نوارهای مغزی قبلی خود را به پزشک متخصص مغز و اعصاب دیگری که در صرع تخصص دارد

می‌برد و او بر این عقیده است که بیمار صرع دارد و نباید در نوبت شب بیمارستان کار کند.

پس از یکسال گذراندن دوره طرح بیمارستانی، یک روز صبح بعد از بیدار شدن از خواب دوباره حالت ضعف شدید دارد و به پزشک مراجعه می‌کند. پس از انجام سی تی اسکن و نوار مغزی متخصص بیان می‌کند که بر اساس آزمایش‌های انجام شده تشخیص صرع رد می‌شود و باید تست هولتر انجام شود. بعد از انجام آن بیان می‌شود که مشکل مغز و اعصاب مطرح نیست بلکه مشکل قلبی است. بنابراین آزمایش تیلت^۱ انجام می‌شود و نتیجه آن مثبت است (تست سنکوپ جوابش مثبت شد). بنابراین عنوان شد که با اینکه نوار مغزی نشان دهنده مشکل است ولی نمی‌شود تشخیص صرع گذاشت. چون صرع با تشنج متفاوت است و باید درمانجو به دور از شرایط پر استرس باشد. درمانجو به متخصص دیگری مراجعه می‌کند و اینجا نه تنها تشخیص سنکوپ بلکه صرع هم داده می‌شود. با توجه به نتایج آزمایش‌ها و وجود پرش عضلانی که در طی آن وسیله از دست بیمار پرت نمی‌شود، مشکل تیک عصبی مطرح شد. درمانجو از ادامه درمان خود داری کرد و پس از یک ماه به توصیه یکی از دوستانش به روانپزشک مراجعه می‌کند. روانپزشک با انجام نوار مغزی و مصاحبه بالینی دقیق، تشخیص صرع را رد می‌کند و آن را اختلال تبدیلی تشخیص می‌دهد. به منظور درمان، داروی ضد افسردگی سیتالوپرام با دوز ۲۰ میلی گرم تجویز و برای روان‌درمانی به روان‌شناس ارجاع داده می‌شود.

شرح جلسات روان‌درمانی: جلسه اول درمان (درمان آزمایشی): در جلسه اول ISTDP که به درمان آزمایشی^۲ معروف است در یک ارزیابی و مصاحبه سه ساعته، مشخص شد که بیمار ظرفیت پایینی برای روبرو شدن با اضطراب دارد. همان طور که اشاره شد، در این روش آنچه که مهم است دیدن لحظه به لحظه واکنش‌های جسمانی و تجلی اضطراب در بدن بیمار است. از همان جلسه اول که مصاحبه شروع می‌شود، درمانگر متوجه اضطراب بالای بیمار می‌شود. دستان بیمار بسیار سرد است، تپش قلب بالا و پاهای او حالت گزگز دارد. بسیار سریع حرف می‌زند. زانوها حالت لرزش و همچنین کمی حالت تهوع دارد و تنفس نامنظم است (نشانه‌های اضطراب بالا در دو مسیر عضلات صاف و

1. tilt test

2. trial therapy

آشوب شناختی). این حالات به توجه بیمار آورده می‌شود و بیمار برای اولین بار متوجه اضطراب بالای خود می‌شود. پس از مشخص کردن محرک اضطراب (به هم خوردن رابطه با شریک عاطفی) درمانگر به تنظیم اضطراب می‌پردازد. بدین صورت که بیمار کاملاً بدن خود را بر روی صندلی رها می‌کند، از نوک پا تا سر، نقطه به نقطه بر بدن خود متمرکز می‌شود، اضطراب و علائم آن را شناسایی و وقتی که این کار با تمرکز انجام شود اضطراب کاهش پیدا می‌کند. پس از تنظیم اضطراب بیمار متوجه می‌شود که به محض نزدیک شدن به محرک اضطراب از یعنی موضوع شریک عاطفی، اضطراب افزایش پیدا می‌کند و از اینجا مشکل بیمار درون روانی شده و بیمار متوجه این توالی می‌شود: ظرفیت پایین تحمل اضطراب، تجربه اضطراب بالا، دفاع جسمانی سازی و نزدیک شدن به علائم قبل از حمله صرعی. برای ارزیابی دقیق تجلی اضطراب بدنی توجه به نکات زیر ضروری است: بررسی تجلی اضطراب در مسیرهای عضلات مخبط، عضلات صاف و مسیر آشوب شناختی- ادراکی. همچنین بررسی میزان سرعت افزایش اضطراب، مدت زمانی که اضطراب در شرایط بالا است و سرعت کاهش اضطراب و اینکه آیا بیمار می‌تواند بین احساس اضطراب و دفاع‌ها تمایز قایل شود. بیمار معتقد است که همیشه فرد آرامی بوده است و دیگران نیز او را به عنوان فرد آرام و بدون اضطراب می‌شناسند ولی نکته مهم اینجا است که وقتی اضطراب در مسیر عضلات صاف است و به عبارتی دیگر اضطراب در سیستم پاراسمپاتیکی تخلیه می‌شود چهره فرد بسیار آرام و خونسرد به نظر می‌رسد. برای مثال، از علائم اضطراب پاراسمپاتیکی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: احساس سبکی در سر^۱، گیجی^۲، غش کردن^۳، یبوست^۴، تکرر ادرار^۵، حالت تهوع^۶، ترشح زیاد اسید هیدروکلوریک در معده و پاهای لرزان^۷.

پس از بررسی دقیق در جلسه اول درمانگر متوجه می‌شود که بیمار اکثر علائم پاراسمپاتیکی را دارد. همچنین به محض متوجه کردن بیمار به اضطرابش خنده ای دفاعی

-
1. light-headedness
 2. dizziness
 3. fainting
 4. constipation
 5. urge to urinate
 6. nausea
 7. wolly legs

در صورت وی ظاهر می‌شود که از بیرون احساس می‌شود که بیمار هیچ‌گونه اضطرابی ندارد. چرا که اضطراب ناهشیار در مسیر عضلات صاف است و به همین دلیل هیچ‌گونه تنش عضلانی آشکاری مشاهده نمی‌شود. زمانی که مکانیزم دفاعی نادیده گرفتن به توجه او آورده می‌شود بیمار به خودش اجازه می‌دهد که اضطراب خود را پنهان نکرده و آن را مشاهده کند. مشکل این‌گونه بیماران این است که سعی می‌کنند با بی‌توجهی به اضطراب از شر آن خلاص شوند، ولی همین بی‌توجهی باعث افزایش اضطراب و نهایتاً منجر به بروز علائم گسستگی ذهن، غش کردن و سایر علائم اضطراب آشوب ادراکی - شناختی می‌شود. پس به بیمار آموزش داده می‌شود که به محض شروع اضطراب به آن توجه کرده، به آن برچسب بزند و آگاه باشد.

با توجه به این که بیمار اضطراب بالایی دارد، در طبقه بندی حبیب دوانلو (۱۹۹۰) از بیماران مقاوم و شکننده، جزء بیماران شکننده محسوب می‌شود، پس نیاز است که از روش تدریجی^۱ استفاده شود تا از این طریق بیمار کم‌کم و قدم به قدم بتواند ظرفیت‌سازی کند و بازسازی رخ دهد. در ادامه برای بررسی دقیق‌تر حمله تشنجی بیمار که آیا علت درون روانی دارد یا نه، آخرین تشنج بیمار مورد کاوش قرار گرفت. بیمار اشاره کرد که یک سال با فردی در رابطه بوده است و با همدیگر قرار ازدواج گذاشته بودند. اما شریک عاطفیش بدون اینکه بیمار را در جریان بگذارد با دختر دیگری نامزد می‌کند. بیمار در محل کارش با دیدن آقای الف (شریک عاطفی سابقش) دچار حالت تشنج می‌شود. اکنون درمانگر از بیمار سوال می‌کند که چه احساسی به آقای الف داشتی وقتی که در محل کارت او را دیدی؟ و بیمار دوباره مضطرب می‌شود و درمانگر این اضطراب را به توجه بیمار می‌آورد.

درمانگر: دقت می‌کنی به محض اینکه می‌پرسم چه احساسی به آقای الف داشتی مضطرب می‌شوی؟

بیمار: آره، خیلی جالبه. تا به حال بهش توجه نکرده بودم.

درمانگر: نگاهی به اضطراب در بدنت بینداز.

(بیمار به محض نزدیک شدن به احساسش اضطراب بالایی را تحمل می‌کند)

پس از تنظیم اضطراب دوباره درمانگر سوال می‌کند: تو متوجه شدی که الف با فرد دیگری نامزد کرده و زمانی که او را دیدی چه فکری کردی؟

بیمار: فکر کردم خیلی آدم بی‌وجدانی است و مرا بازی داده (بیمار صدایش می‌لرزد، بغض کرده و اشک در چشمانش حلقه می‌زند)

درمانگر: تو چه حسی به او داشتی؟

بیمار: ازش عصبانی بودم خب.

درمانگر: تو از او عصبانی بودی ولی می‌بینی داری گریه می‌کنی؟ (گریه دفاعی که درمانگر به توجه بیمار می‌آورد)

بیمار: آره گریه می‌کنم. من عادت دارم زود اشکم دربیاد.

درمانگر: تو عصبانی هستی ولی اینجا گریه کارکردش چیه؟

بیمار: نمیدونم.

درمانگر: تو عصبانی هستی ولی گریه میاد که خشم رو بشوره و بره و تو درمانده میشی.

بیمار: آره. نمی‌خواهم گریه کنم.

درمانگر: خیلی خوبه پس بیا ببینیم چه احساسی بهش داشتی؟

بیمار: ببخشید دوباره می‌گید چی گفتید؟ (اضطراب بالا باعث تمرکز پایین در بیمار شده است).

درمانگر: به نظر میرسه اضطراب داری، صدای منو واضح می‌شنوی؟

در ادامه مشخص شد که بیمار کمی تاری دید و حالت تهوع دارد و حواسش پرت می‌شود. با تنظیم اضطراب بیمار متوجه می‌شود که ظرفیت پائینی برای تحمل اضطراب دارد و سپس توانست برای چند ثانیه خشم را در بدن خویش تجربه کند. در حالی که اضطرابش در عضلات مخطط بود بیمار احساس خوبی دارد که می‌تواند کاملاً عینی و در جلسه متوجه شود که چگونه خودش می‌تواند روی اضطرابش کنترل داشته باشد. سپس در اواخر جلسه آزمایشی تاریخچه بیماری از وی اخذ شد.

در جلسه بعدی درمانجو که در طی هفته قبل متوجه اضطراب بالای خود بوده است، بیان می‌کند که همیشه دیگران به او جوراب کادو می‌دهند (چون همیشه احساس سردی در پاهایش دارد) و این امر نشان دهنده اضطراب بالا در سیستم پاراسمپاتیک است.

همچنین درمانجو متوجه شده است که فقط زمانی صورتش جوش می‌زند که در خانه خودشان نیست. بدون استثنا هر جایی حتی به مدت یک شب بماند صورتش جوش می‌زند. همچنین در این جلسه متوجه شد که به غیر از حمله‌های صرعی و اضطرابی بالا، درمانجو دچار کابوس‌های شبانه هم است. مشکلات معدی- روده ای نیز که به خاطر آن سال‌هاست مصرف دارو دارد از دیگر مشکلات جسمانی بیمار است.

نکته قابل توجه در این بیمار و به طور کلی در بیماران شکننده، ظرفیت پایین تجربه احساسات است. درمانجو از اینکه توسط درمانگر فهمیده شده است و در طی جلسه اول نکات مجهول برایش روشن شده است، احساس مثبتی دارد. احساس مثبت نسبت به درمانگر و در عین حال ترس از روبه رو شدن با این احساس مثبت دارد. درمانجو حتی به خاطر بیماری صرع خود با افرادی روابط عاطفی برقرار می‌کرد که به لحاظ طبقه اجتماعی- اقتصادی بسیار پایین‌تر از خودش بودند. درمانجو در این جلسه همزمان دو احساس متعارض را تجربه می‌کند. از یک طرف احساس مثبت و قدردانی و از طرف دیگر ترس از نزدیکی هیجانی و صمیمی شدن و اعتماد کردن دارد. درمانگر این موضوع را به توجه بیمار می‌آورد و به محض رو به رو شدن با این تعارض، بدن درمانجو شروع به سرد شدن و اضطراب بالا می‌کند. در جلسات درمان پویایی فشرده و کوتاه مدت، بسیار مهم است که در طی جلسه بتوان مثلث تعارض را روی مثلث شخص به خصوص ضلع درمانگر دید. بدین صورت که درمانجو چگونه در ارتباط با درمانگر متوجه احساسش می‌شود، اضطرابش چگونه متجلی می‌شود و به چه دفاع‌هایی پناه می‌برد. درمانجو به محض نزدیک شدن به احساس مثبت نسبت به درمانگر دچار اضطراب شده و همان‌الگوی همیشگی بی- توجهی به اضطراب و غرق شدن در آن در حال تکرار است که در همین لحظه به توجه وی آورده می‌شود. با جلوگیری از دفاع‌های بیمار و روبه رو شدن با احساس زیرین، درمانجو احساس مثبتش را با گریه بیان می‌کند و سپس به یاد چگونگی جدا شدن و خداحافظی از دنیای خوب کودکی در جمع اعضای خانواده و پدر بزرگ و مادر بزرگ می‌افتد و با افسوس و گریه آن را تعریف می‌کند. این موضوع با مفهوم دلبستگی نایمن او که در تاریخچه‌اش مشخص است، ارتباط دارد. بدین صورت که درمانجو پس از جدا شدن از جمع خانوادگی، نخستین بار دچار حمله تشنج شده بود.

همچنین درمانجو در نوجوانی پس از فوت مادر بزرگ (منبع دل‌بستگی) و در جوانی پس از مختل شدن رابطه عاطفی اش، دچار حمله‌های تشنجی شده است و همه اینها مهر تاییدی بر علت روانشناختی حمله‌های تشنجی درمانجو است که ارتباط روشنی با به خطر افتادن دل‌بستگی او دارد. در طی درمان نیز، درمانجو دوست ندارد بین جلسات درمانی فاصله بیفتد. زمانی که درمانگر مجبور است به مدت دو هفته به مسافرت برود، اضطراب بالایی را تجربه کرده است. به طور موازی، دیدن این نکته‌ها نشان می‌دهد که حمله‌های غیرصرعی درمانجو تنها بخش کوچکی از مشکلات وی هستند. با بیان کردن این تحلیل به درمانجو، نکات مبهمی از زندگی او که مربوط به آشفتگی سبک دل‌بستگی اش است، روشن می‌شود. با پیدا کردن بینش نسبت به این مسائل، درمانجو به یاد دوران کودکی و زندگی در شهرستان می‌افتد که در آن زمان مورد توجه همه، چه در خانواده و چه در مدرسه بوده است ولی بعد ناگهان همه چیز عوض شد و با آمدن به تهران و زندگی در یک شهرک نظامی، نبود مادر در خانه و مراقبت از برادر کوچکتر مجبور به سرکوب احساساتش بوده است. او نباید گریه می‌کرده است چون برادر کوچکش ناراحت می‌شد. پس از همین جا یاد می‌گیرد که اضطراب و احساسات خود را نادیده بگیرد.

در جلسات بعدی که درمانجو از شرایط و فاصله خیلی زیاد بین وضعیت زندگی قبل از سفر به تهران و پس از آن صحبت می‌کند به پدر و احساسش به پدر رسیدیم. درمانجو و خانواده‌اش به خاطر شغل پدر مجبور به مهاجرت شدند. او می‌گوید: "هیچ وقت نشد که پدرم مرا به حالت عمودی ببیند چون همیشه وقتی به خانه می‌آمد من خواب بودم و به صورت افقی!" در این لحظه دوباره اضطراب درمانجو به خاطر خشم ناهشیار به پدر افزایش می‌یابد و به توجهش آورده می‌شود. درمانجو با حالت مثبت و از طرفی با گلایه از پدر به درمانگر می‌گوید که شما به طرز دقیقی، من و اضطرابم را در نظر دارید ولی هیچ وقت پدرم نبود و گریه می‌کند. درمانگر سوال می‌کند که چه احساسی به پدر دارد؟ و درمانجو با گریه جواب می‌دهد که دوستش دارد (اضطراب بالا و گریه دفاعی برای جلوگیری از خشم). درمانگر می‌پرسد: چه احساسی به پدر داری به خاطر این که هیچ وقت در کنارت نبود؟ درمانجو کم کم می‌تواند برای اولین بار خشمش را تجربه کند.

نکته مهم در اینجا این است که در این هنگام، درمانجو از احساس متعارض به درمانگر در زمان حال، به زمان و نقطه عطف زندگی خود در گذشته و احساساتش نسبت به پدر نزدیک شد.

درمانگر: چه احساسی به پدرت داری؟

درمانجو: دوستش ندارم.

درمانگر: دوستش ندارم به ما نمی‌گوید که چه احساسی داری؟

درمانجو: ازش عصبانیم (سریع شروع به گریه می‌کند).

درمانگر: به محض اینکه می‌خواهی احساسات را ببینی، گریه می‌آید و تو را درمانده می‌کند.

درمانجو: نمی‌خواهم درمانده باشم می‌خواهم دیگر رها شوم (اتحاد درمانی بیمار با درمانگر). من همیشه این بخش از احساساتم را مخفی کردم و فکر کنم به همین خاطر گاهی اوقات در خواب با پدرم دعوا می‌کنم (ریشه مشکلات خواب بیمار) و بعضی وقتها هم به صورت انفجاری در خانه پرخاشگری می‌کنم.

درمانگر: خیلی خوبه که متوجه هستی که چطور این احساسات رو همیشه مخفی کردی.

درمانجو: آره. آخه از طرفی تهران هم برای ما خوب بوده، چون پیشرفت کردیم (دفاع عقلانی سازی و البته دیدن جنبه‌های مثبت و دو نیمه سازی نکردن).

درمانگر: بله، درسته ولی سوال اینه که چه احساسی تو داری نسبت به پدر به خاطر اینکه به خاطر کارش هیچ وقت برای تو نبود و بعد هم مجبور به مهاجرت شدی؟

درمانجو: عصبانیم. می‌خوام که باهاش قهر کنم.

درمانگر: قهر کردن باعث میشه فقط ارتباط قطع بشه و احساسات دوباره مخفی بمونه. اگه نخوای قهر کنی چه احساسی داری؟

درمانجو: دوست دارم خشمم رو بگم ولی الان یهو سردم شد و دستم کاملاً بی‌حس شده و می‌ترسم که از حال بروم و دوست دارم پاشم برم خونه. (احساس خشم، اضطراب بالا، دفاع کناره‌گیری).

در این لحظه درمانجو دوباره مضطرب می‌شود. مثلث تعارض برایش تبیین می‌شود که چگونه با نزدیک شدن به احساس خشم، اضطراب افزایش یافته و پناه به مکانیزم‌های

دفاعی و جسمانی سازی می‌برد. در ادامه درمانجو توانست در جلسه، خشمش را نسبت به پدرش به طور درست تجربه کند و احساس خشم، گرما و قدرت را در عضلات خود به جای احساس سردی، ضعف و علایم اضطراب بالا تجربه کند و پس از آن نیز احساس گناه از خشم تجربه شده روی پدر، سپس غم و بعد از آن احساس شفقت را تجربه کرد. پس از تجربه خشم نسبت به پدر، احساس خشم درمانجو نسبت به مادرش بالا می‌آید و می‌گوید: "از مامانم هم عصبانیم. اونم هیچ وقت نبوده و به من شیر نداده. هیچ وقت خونه نبوده تا غذا درست کنه یا بعد از مدرسه دنبالم بیاد. در حالی که بقیه بچه‌ها ماماناشون می‌آمدن". تجربه خشم نسبت به مادر برای درمانجو سخت است. در این هنگام این تحلیل به وی داده می‌شود که علت این همه وابستگی تو به دیگران از جمله شهرستان، اقوام و سپس معلم‌ها و بعد رابطه عاطفی و ... به دلیل این بود که به نحوی آنها را جایگزین مادر و پدر و دلبستگی اش را تغذیه کند. همچنین درمانجو همیشه ترس از مرگ عزیزان را دارد چرا که قبلاً این مرگ را (مرگ رابطه دلبستگی با پدر و مادر) را تجربه کرده است.

در جلسه بعدی درمانجو بیان می‌کند که جلسات اخیر برایش خیلی جالب بوده است و برای اولین بار در طول زندگی در طی هفته گذشته دچار کابوس نشده، اضطرابی تجربه نکرده است و برای اولین بار پدرش را بغل کرده و پس از سال‌ها توانسته است که سرش را روی پای مادر بگذارد و با او صمیمانه صحبت کند. مادرش هم دست درمانجو را گرفته و صمیمانه فشرده است و احساس آرامش و رضامندی حقیقی را تجربه کرده است. سپس درمانجو از رابطه عاطفیش صحبت می‌کند و با نگاه آگاهانه‌تری بیان می‌کند که گویی آقای الف را جایگزین کرده بودم، چون تنها دلگرمی من در زندگی بود. بنابراین، قطع ناگهانی رابطه از سمت او برایم بسیار دشوار بود.

در جلسات پایانی درمانجو آگاهی بیشتری به اضطراب مکانیزم‌های دفاعی خود دارد. درمانجو اذعان کرد که برای تشنج‌های صرعی آمده بود ولی کلاً آن را فراموش کرده بود و در طی سه ماه گذشته دیگر تشنج‌های صرعی و پرش عضلانی رخ نداده است. همچنین از نظر علایم افسردگی و خلقی نیز بهبود قابل ملاحظه‌ای را گزارش می‌داد. جلسات پیگیری به مدت ۶ ماه پس از پایان درمان به طول انجامید که شامل موارد زیر است: استقرار شادمانی و کارآمدی به جای اضطراب و افسردگی، توانایی جایگزینی خشونت بالقوه نامناسب با خشمی واقع بینانه در موقعیت‌های مناسب و توانایی ابراز وجود به نحوی

سازنده، حل و فصل اضطراب‌های مرتبط با مسائل شغلی، از بین رفتن نشانه‌های مرضی جسمانی، کنار گذاشتن دفاع‌ها، توانا شدن به تجربه کردن هیجانات مناسب و به عمل در آوردن آنها به نحوی سازنده.

یافته‌ها

یافته‌های مربوط به سیاهه افسردگی بک: در این پژوهش نمره کل مقیاس افسردگی مورد توجه بود. نمره درمانجو در پیش آزمون ۳۲ بود که نشانگر افسردگی شدید او است. در پس آزمون نمره بیمار در پرسشنامه به ۹ کاهش پیدا کرد که نشان دهنده تغییر محسوس در وضعیت افسردگی درمانجو و موثر بودن تدابیر درمانی است.

جدول ۲. نمرات افسردگی در مقیاس بک

| زمان اندازه‌گیری | قبل از درمان | بعد از درمان |
|------------------|--------------|--------------|
| نمره افسردگی | ۳۲ | ۹ |

یافته‌های مربوط به جلسات پیگیری: درمانجو پس از تمام شدن ده جلسه درمانی در دو سری پیگیری که یکی بعد از سه ماه و دیگری پس از شش ماه صورت گرفت، ارزیابی شد. گزارش‌های درمانجو و مادرش حاکی از، از بین رفتن تشنج‌ها است و در فاصله بین اتمام جلسات درمانی و جلسات پیگیری، حمله‌ای به بیمار دست نداده است. زمان‌هایی که احساس اضطراب بیمار افزایش پیدا می‌کرد، تلاش می‌کرد تا با مشاهده اضطراب و دیدن احساس پشت آن، بر آن غلبه کند و از وقوع حمله تشنجی پیشگیری نماید. از نظر خلقی، امیدش به زندگی بیشتر شده است، بهبود خواب و از بین رفتن کابوس‌های شبانه و بهبود اشتها در این دوره نیز حفظ شده بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت بر کاهش حمله‌های غیر صرعی روانزاد در یک بیمار بود که به صورت مورد پژوهی انجام گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد که پس از ده جلسه یک ساعت و نیمه درمان پویایی فشرده و کوتاه مدت حمله‌های غیر صرعی روانزاد بیمار از بین رفت و نمره افسردگی فرد نیز به میزان قابل توجهی کاهش پیدا کرد. بعد از سه و شش ماه جلسات پیگیری برگزار شد و برگشت علائم دیده نشد. این یافته همسو با نتایج یافته‌های قبلی (راسل و همکاران،

۲۰۱۶) است که نشان دادند ISTDP بر بهبود بهزیستی هیجانی و کاهش هزینه‌های اقتصادی و درمانی خدمات بهداشتی در افراد مبتلا به PNES اثر مثبت دارد. همچنین با رویکردهای زیستی- روانی- اجتماعی موجود در علت شناسی PNES همسو است که بیان کرده‌اند متغیرهای روانشناختی مانند کژتنظیمی عواطف و اجتناب هیجانی در ایجاد PNES نقش دارند.

یافته‌های به دست آمده به صورت زیر قابل تبیین است: مطابق با نظریه دوانلو (۲۰۰۰) یکی از مسیرهای تخلیه اضطراب شدید، مسیر آشوب ادراکی- شناختی است که حمله‌های صرعی روانزاد از نشانه‌های آن است. افرادی که اضطراب را به این صورت تجربه می‌کنند از تجربه احساسات خود ناتوانند و به دنبال آن قادر به تنظیم اضطراب ناشی از احساسات نیستند. یکی از ویژگی‌های ISTDP به عنوان درمان متمرکز بر نشانه‌های عینی اضطراب و احساس، قدرتمند ساختن ظرفیت عضلات برای تحمل اضطراب و تجربه احساس است. به این صورت که بیمار با تمرکز روی نشانه‌های بدنی تجربه احساسی، مسیر تجربه هیجانی را باز می‌کند و این اتفاق در طول درمان آنقدر تکرار می‌شود تا بدن در کنترل اضطراب و تمرکز بر احساس، مهارت لازم را به طور کامل پیدا کند (تاون و دریسن، ۲۰۱۳). در فرآیند درمان، بیمار قادر خواهد بود در مواجهه شدن با هیجانی که قبلاً به دلیل عدم توانایی در کنترل اضطراب همراه با آن سرکوب و یا تبدیل به عمل می‌کرده است، کنترل آگاهانه‌ای داشته باشد و به جای تخلیه سریع اضطراب و پناه بردن به دفاع‌های جسمانی سازی، احساسات محرک این اضطراب را به طور کامل تجربه نماید (نیروسکی، ۲۰۱۰).

دوانلو (۱۹۹۰) فرآیند ظرفیت سازی یا بازسازی را به صورت جدا کردن من از فرمان، افتراق دادن گوشه‌های مثلث و جدا کردن بیمار از مقاومت شرح می‌دهد و ظرفیت خودمشاهده‌گری با تغییر ظرفیت‌هایی از ایگو که خصایص پدیدار شده واکنش‌های پیچیده‌ای هستند که بین قسمت‌های مختلف مغز اتفاق می‌افتد، صورت می‌گیرد. در طی درمان روان‌پویایی فشرده و کوتاه مدت با مشاهده لحظه به لحظه واکنش‌های بیمار به مداخلات درمانی و کاربرد مثلث تعارض (احساس، اضطراب، دفاع) روی مثلث شخص (درمانگر، زمان حال و زمان گذشته)، بیمار می‌تواند دانش شناختی به دست آمده و بیش هیجانی تجربه شده از فرآیند درمان را یکپارچه کند و بدین صورت ظرفیت انطباقی

ایگویی او افزایش یافته و این امر باعث از بین رفتن نشانه‌های بیماری (حمله‌های غیر صرعی روانزاد) می‌شود.

این یافته‌ها در گسترش ادبیات پژوهش در مورد درمان‌های روانشناختی موثر بر PNES نقش دارد و گزینه جدیدی را برای مفهوم سازی و درمان این اختلال در اختیار متخصصان سلامت قرار می‌دهد و منجر به غنی شدن دانش تجربی و نظری در این حوزه می‌شود. با توجه به موردی بودن طرح پژوهش، لازم است که تعمیم پذیری با احتیاط فراوان صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، مطالعات با تعداد افراد بیشتر و به صورت طرح‌های آزمایشی و تصادفی انجام گیرد تا بتوان نتایج حاصله را به سایر افراد نیز تعمیم داد. همچنین می‌توان در مطالعات مربوط به PNES به مقایسه درمان‌های روان‌شناختی مختلف و دارو درمانی پرداخت.

منابع

- دوانلو، حبیب. (۱۳۸۹). *قفل‌گشایی ناخودآگاه*، چاپ اول، انتشارات ارجمند، تهران.
- دوانلو، حبیب. (۱۳۹۱). *روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت و فشرده*، چاپ دوم، انتشارات ارجمند تهران.
- حیدری نسب، لیلا، خوریانان، مهدی، طیبی، زهرا. (۱۳۹۳). اثر بخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر کاهش نشانه‌ها و سبک‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۲۶(۱۴)، ۱۴۳-۱۶۸.
- قربانی، نیما. (۱۳۸۲). *روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت و فشرده*، چاپ چهارم، انتشارات سمت، تهران.
- مبسم، سولماز، دلاور، علی، کرمی، ابوالفضل، ثنایی، باقر، و شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۹۱). *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۹(۳)، ۷۷-۹۷.

- Abbass, A. (2015). *Reaching Through Resistance: Advanced Psychotherapy Techniques*. Seven Leaves Press.
- Abbass, A. (2006). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy of Treatment-Resistant Depression: A Pilot Study. *Depression and Anxiety*, 23, 449-452.
- Abbass, A. (2003). «The cost-effectiveness of short-term dynamic psychotherapy». *Journal of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 3, 535-539.

- Abbass A. (2002). «Intensive short-term dynamic psychotherapy in a private psychiatric office: clinical and cost effectiveness». *American Journal of Psychotherapy*, 56, 225–232.
- Abbass, A., & Bechard, D. (2007). «Bringing character changes with Davanloo's Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy». *Ad Hoc Bulletin of Short Term Dynamic Psychotherapy*, 11(2), 26–40.
- Abbass, A., Campbell, S., Magee, K., & Tarzwell, R. (2009). «Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms: preliminary evidence from a pre-post intervention study». *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 11(6), 529–534.
- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). «Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: systematic review and meta-analysis of clinical trials». *Psychotherapy and psychosomatics*, 78, 265–274.
- Abbass, A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S., & Crowe, E. (2014). «Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. doi: 10.1002/14651858.CD004687.pub4.
- Abbass A, Lovas D, & Purdy A. (2008). «Direct diagnosis and management of emotional factors in chronic headache patients». *Cephalalgia*, 8, 1305–1314.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Angus-Leppan, H. (2008). «Diagnosing epilepsy in neurology clinics: A prospective study». *Seizure*, 17, 431–436.
- Benbadis, S. R. (2013). «Nonepileptic behavioral disorders: diagnosis and treatment». *continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 19(3, Epilepsy), 715-729.
- Benbadis, S. R., Allen, H. W., & Hauser, W. A. (2000a). «An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures». *Seizure*, 9, 280–281.
- Bodde NMG, Brooks J. L, Baker G. A, Boon PAJM, Hendriksen JGM, Mulder OG, et al. (2009). «Psychogenic non-epileptic seizures—definition, etiology, treatment and prognostic issues: a critical review». *Seizure* 18(8):543–53.
- Carlson, P., & Perry, K. N. (2017). «Psychological interventions for psychogenic non-epileptic seizures: A meta-analysis». *Seizure*, 45, 142–150.
- Cope, S. R., Smith, J. G., King, T., & Agrawal, N. (2017). «Evaluation of a pilot innovative cognitive-behavioral therapy-based psychoeducation group treatment for functional non-epileptic attacks». *Epilepsy & Behavior*, 70, 238-244.
- Coughlin Della Selva, P. (2004). *Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy: Theory and Technique Synopsis*. Karnac Books

- Cramer, P. (2000). «Defense mechanisms in psychology today». *American Psychologist*, 55, 637– 646.
- Cramer, H., Haller, H., Lauche, R., & Dobos, G. (2012). «Mindfulness–based stress reduction for low back pain. A systematic review». *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12, 162
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious: Selected papers of Habib Davanloo*. New York: Wiley.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive short–term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo*. Chichester, England: Wiley.
- Duncan, R., Anderson, J., Cullen, B., & Meldrum, S. (2016). «Predictors of 6-month and 3-year outcomes after psychological intervention for psychogenic non epileptic seizures». *Seizure*, 36, 22-26.
- Goldstein, L. H., Chalder, T., Chigwedere, C., Khondoker, M. R., Moriarty, J., Toone, B. K., & Mellers, J. D. C. (2010). «Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures A pilot RCT». *Neurology*, 74(24), 1986-1994.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion–focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hingray, C., Biberon, J., El-Hage, W., & de Toffol, B. (2016). «Psychogenic non-epileptic seizures (PNES)». *Revue neurologique*, 172(4), 263-269.
- Frederickson, J. (2013). *Co-creating change: effective dynamic therapy*.
- Kaplan, M. J., Dwivedi, A. K., Privitera, M. D., Isaacs, K., Hughes, C., & Bowman, M. (2013). «Comparisons of childhood trauma, alexithymia, and defensive styles in patients with psychogenic non-epileptic seizures vs. epilepsy: Implications for the etiology of conversion disorder». *Journal of Psychosomatic Research*, 75(2), 142–146.
- LaFrance W, Benbadis S. (2006). «Avoiding the costs of unrecognized psychological nonepileptic seizures». *Neurology* ;66:1620–1.
- LaFrance, W. C., Baker, G. A., Duncan, R., Goldstein, L. H., & Reuber, M. (2013). «Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: a staged approach». *Epilepsia*, 54(11), 2005-2018.
- Metin, S. Z., Ozmen, M., Metin, B., Talasman, S., Yeni, S. N., & Ozkara, C. (2013). «Treatment with group psychotherapy for chronic psychogenic nonepileptic seizures». *Epilepsy & Behavior*, 28(1), 91-94.
- RJ Neborsky, J ten Have-de Labije. (2012). *Mastering intensive short-term dynamic psychotherapy, a roadmap to the unconscious*.
- Reuber, M., & Mayor, R. (2012). «Recent progress in the understanding and treatment of nonepileptic seizures». *Current opinion in psychiatry*, 25(3), 244-250.
- Reuber, M., Fernandez, G., Bauer, J., Helmstaedter, C., & Elger, C. E. (2002). «Diagnostic delay in psychogenic nonepileptic seizures». *Neurology*, 58(3), 493–495.
- Russell, L. A., Abbass, A. A., Allder, S. J., Kisely, S., Pohlmann-Eden, B., & Town, J. M. (2016). «A pilot study of reduction in healthcare costs following the application of intensive short-term dynamic

- psychotherapy for psychogenic nonepileptic seizures». *Epilepsy & Behavior*, 63, 17-19.
- Salinsky, M., Evrard, C., Storzbach, D., & Pugh, M. J. (2012). «Psychiatric comorbidity in veterans with psychogenic seizures». *Epilepsy & Behavior*, 25(3), 345-349.
- Takasaki, K., Stransky, A. D., & Miller, G. (2016). «Psychogenic Nonepileptic Seizures: Diagnosis, Management, and Bioethics». *Pediatric neurology*, 62, 3-8.
- Town, J. M., & Driessen, E. (2013). «Emerging evidence for intensive short-term dynamic psychotherapy with personality disorders and somatic disorders». *Psychiatric Annals*, 43(11), 502-507.
- Wiseman, H., & Reuber, M. (2015). «New insights into psychogenic nonepileptic seizures 2011–2014». *Seizure*, 29, 69-80.