رفتاردرمانی دیالکتیکی فردی

یک راهنمای جامع و کاربردی

تألیف

توماس مارا

مترجم

شیرین ایزدی

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

دکتر مهناز غیاثی

متخصص روان‌شناسی

newharbinger publications

(با مجوز رسمی ترجمه)

کتاب ارجمند

فهرست مطالب

مقدمه ۹
تقدیر و تشکر ۱۲
فصل ۱ – رفتاردرمانی: یک جهت‌گیری نظری جدید ۱۳
فصل ۲ – شواهدی در مورد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی ۲۸
فصل ۳ – بیماری‌زایی: تنظیم هیجان به‌عنوان هدف اصلی درمان ۵۸
فصل ۴ – مکان‌آسیب‌شناسی: تعارض دیالکتیک به‌عنوان یک هدف درمانی بنیادی ۸۵
فصل ۵ – روان‌درمانی دیالکتیک: تعادل بین پذیرش و تغییر ۱۰۸
فصل ۶ – رفتاردرمانی دیالکتیکی: نه فقط برای مرزی‌ها بلکه حتی بیش از آن ۱۳۳
فصل ۷ – مهارت‌های مقابله‌ای روان‌شناختی جانشین‌گریز و اجتناب می‌شوند ۱۹۱
فصل ۸ – اجرای رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت فردی ۲۳۰
پیوست ۲۷۰
منابع ۲۸۳

فهرست جداول و شکل

جدول ۱. مواجهه به عنوان درمان انتخابی برای دفاع‌های اجتناب وگریز ۳۱
جدول ۲. عملکردهای ساختارهای عصبی ۶۹
جدول ۳. انتقال‌دهنده‌های عصبی وکارکردهای آنها ۷۲
شکل ۱. بازگشت آهسته به خط پایهٔ هیجانی به دنبال تهدید ۹۰
جدول ۴. مقایسهٔ راهبردهای چارچوب‌بندی مجدد شناختی در رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیکی ۱۰۰
جدول ۵. خلاصهٔ راهبردهای رفتاردرمانی دیالکتیکی ۱۰۶
جدول ۶. دیالکتیک‌های رابطهٔ روان‌درمانی ۱۱۰
جدول ۷. موضوعات دیالکتیکی در رفتار راهبردی ۱۲۹
جدول ۸. دیالکتیک‌هایی برای اختلال‌های خلقی ۱۳۵
جدول ۹. دیالکتیک‌هایی برای اختلال‌های اضطرابی ۱۴۲
جدول ۱۰. دیالکتیک‌هایی در ارتباط با اختلال‌های خوردن ۱۴۷
جدول ۱۱. دیالکتیک‌هایی برای اختلال‌های سوءمصرف مواد ۱۵۰
جدول ۱۲. دیالکتیک‌هایی برای اختلال انفجاری متناوب ۱۵۴
جدول ۱۳. دیالکتیک‌هایی در ارتباط با اختلال شخصیت نمایشی ۱۶۴
جدول ۱۴. دیالکتیک‌هایی در ارتباط با اختلال شخصیت اجتنابی ۱۶۶
جدول ۱۵. دیالکتیک‌هایی در ارتباط با اختلال شخصیت وسواسی ـ جبری ۱۷۳
جدول ۱۶. دیالکتیک‌هایی در ارتباط با اختلال شخصیت خودشیفته ۱۷۷
جدول ۱۷. دیالکتیک‌هایی در ارتباط با اختلال شخصیت اسکیزوئید ۱۸۴
جدول ۱۸. دیالکتیک‌هایی در ارتباط با اختلال شخصیت پارانوئید ۱۸۹
جدول ۱۹. کارکرد بخش‌های مربوط به مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی ۱۹۹
جدول ۲۰. دیالکتیک‌های رفتار راهبردی ۲۲۵
شکل ۲. توجه خردمندی به همهٔ انواع دانش در دسترس ۲۲۹

جدول ۲۱. مثال هایی از مداخلات رفتاردرمانی دیالکتیکی ۲۴۶
جدول ۲۲. مثال هایی از رفتاردرمانی دیالکتیکی در مورد راهبردهای تغییر مسیر ۲۵۰
جدول ۲۳. مثال هایی از انتقال ۲۶۴
جدول ۲۴. درمان مشکلات و راه‌حل های مخرب ۲۶۶
جدول ۲۵. برنامه مهارت های مقابله‌ای روان‌شناختی در رفتاردرمانی دیالکتیکی ۲۷۲
جدول ۲۶. کاربرگ هایی برای برنامهٔ مهارت های مقابله‌ای روان‌شناختی در رفتاردرمانی دیالکتیکی ۲۷۲
جدول ۲۷. آموزش مهارت های ذهن‌آگاهی ۲۷۶
جدول ۲۸. آموزش مهارت های معنابخشی ۲۷۷
جدول ۲۹. آموزش مهارت های تنظیم هیجان ۲۷۸
جدول ۳۰. آموزش مهارت های تحمل پریشانی ۲۸۰
جدول ۳۱. مهارت های رفتار راهبردی ۲۸۰
جدول ۳۲. نکات تفکر دیالکتیکی ۲۸۲

فصل ۱

رفتاردرمانی: یک جهت‌گیری نظری جدید

این کتاب، به توسعهٔ علمی رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان (۱۹۹۳ ب، ۱۹۹۳ پ) که بـرای درمـان اخـتلال شخصیت مرزی مطرح گردیده است در حیطهٔ گسترده‌تری از روان‌درمانی و برای اختلالات حاد می‌پردازد. این کتاب، به کاربرد رفتاردرمانی دیالکتیکی در جلسات فردی می‌پردازد و راهنمای درمانی را به صورت خودیاری ارائه می‌دهد (مارا[1]، ۲۰۰۴).

در حالی‌که در ابتدا، لینهان این رویکرد را به عنوان روشی برای درمان بـیماران مـتمایل بـه خـودکشی مفهوم‌سازی کرد (کوئرنر[2] و لینهان، ۲۰۰۰؛ لینهان، آرم‌استرانگ[3]، سارز[4]، المون[5] و هیرد[6]، ۱۹۹۱؛ لیـنهان، هیرد، و آرم‌استرانگ، ۱۹۹۳؛ لینهان، توتک، هیرد و آرم‌استرانگ، ۱۹۹۴؛ شیرین[7]، لیـنهان، ۱۹۹۴؛ وسـتن[8]، ۲۰۰۰)، راهبردها و تکنیک‌هایی که او شناسایی نمود غیر از اختلال شخصیت مرزی کاربرد فراتری دارند. در حقیقت، دکتر لینهان یک رویکرد درمانی التقاطی را ایجاد کرده است کـه بـه ویـژه بـرای بـیمارانـی کـه اختلالات خلقی، اضطرابی، اعتیاد، خوردن، کنترل تکانه و شخصیت دارند مؤثر است. بنابراین، اکثر طبقات تشخیصی و نه همهٔ آنها را در برمی‌گیرد.

---

1. Marra
2. Koerner
3. Armstrong
4. Suarez
5. Allmon
6. Heard
7. Shearin
8. Westen

رفتاردرمانی دیالکتیکی فردی

این رویکرد برای بیمارانی مؤثر است که درد هیجانی شدیدی را تجربه می‌کنند یا صرف‌نظر از تشخیص، تلاش زیادی برای اجتناب یا گریز دارند. بنابراین، این کتاب بـه ایـن مـبحث مـی‌پردازد کـه رفـتاردرمانی دیالکتیکی به عنوان یک مکتب روان‌درمانی و آسیب‌شناسی جدید، کارآمد است و قابلیت کاربرد گسترده‌ای برای بسیاری از بیماران دارد.

رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند به‌جای مجموعهٔ ساده‌ای از راهبردهای درمانی، به عنوان یک مکتب روان‌شناسی جدید در نظر گرفته شود چون درک نظری از بیماری‌زایی (فصل سوم)، مکان‌شناسی آسـیب (فصل چهارم) و مداخلهٔ روان‌درمانی (فصل‌های پنجم تا هفتم) را برای تسکین دادن به رنج انسان‌ها مورد استفاده قرار می‌دهد.

در حالی‌که بسیاری از روان‌درمانگران خودشان را با رویکرد التقاطی مـعرفی مـی‌نمایند، امـا مـعمولاً نظریه‌ای نمی‌یابند که نوع رفتار مشکل‌ساز بیماران را تبیین، پیش‌بینی و کنترل کند. با این حال، حتی بـرای درمانگرانی که هیچ تحقیق یا نوشته‌ای را طرح‌ریزی نمی‌کنند، نظریه مهم است. نـظریه، آنـچه را کـه بـاید بررسی شود تعیین می‌کند، به‌جای توصیف سادهٔ مشکلات دلایلی را مطرح می‌نماید و مهم‌تر اینکه درمان‌ها را پیش‌بینی می‌کند. بدون نظریهٔ بسنده‌ای که در مورد رنج انسان‌ها باشد درمانگر طبق دیدگاهی کـه خـود بیمار در تعریفش از رنج دارد رهسپار می‌شود. اگر بیماران درک کافی و کاملی از مشکلات‌شان داشتند، اصلاً به کمک درمانگر نیاز نداشتند. در واقع، نظریه است که برای توصیف و معرفی بیمار به‌کار برده می‌شود و به رابطهٔ درمانی می‌پیوندد تا درمانگر بتواند در رفع مشکلات فرد مشارکت کند.

در حالی‌که التقاط‌گرایی مزایایی را در اختیار می‌گذارد تا درمانگر قادر شود آنچه را بـرای مشکـل یک بیمار مناسب می‌بیند انتخاب کند، اما این مکتب پیش‌آگهی و تشخیص مداخله‌ای را که یک چارچوب نظری یکپارچه پیشنهاد می‌کند ارائه نمی‌دهد. رفتاردرمانی دیالکتیکی نوعی چارچوب گسترده را بـه درمـانگران عرضه می‌کند که می‌تواند آسیب‌شناسی روان‌شناختی را به‌طور قاطعانه‌ای تعیین و مشخص کند.

رفتاردرمانی دیالکتیکی چیست؟

رفتاردرمانی دیالکتیکی، صرف‌نظر از تشخیص، چند فرضیهٔ اصلی دارد. افرادی که از نـاراحـتی هـیجانی شدید رنج می‌برند، اغلب در رفتارهای گریز و اجتناب هیجانی درگیر مـی‌شوند. بـیمارانـی کـه نـاراحـتی هیجانی شدیدی را گزارش کنند، تلاش دارند از احساسات خود بگریزند. با وجود برانگـیختگی هـیجانی

ابراز شده‌ای که ممکن است همه چیز را به هم بریزد و از جا بکند، آنها تلاش می‌کنند این احساسات را به سطوحی که مدیریت بیشتری وجود دارد انتقال دهند. بنابراین، رفتاردرمانی دیالکتیکی مثل رویکردهای پویایی فرض می‌کند که در ارتباط با آسیب هیجانی، سرکوبی احساس (گریز و اجتناب) یک عامل محوری است.

رفتاردرمانی دیالکتیکی فرض می‌کند شدت عواطف ناشی از تعارض دیالکتیکی بین خود و محیط است (فصل چهارم را ملاحظه کنید) که به عنوان سازش‌های بی‌کفایت بین نیازها و خواسته‌های رقابت‌کننده؛ دلبستگی، آسیب و تجارب فقدان (فصل سوم را ملاحظه کنید)؛ ژنتیک یا اثرات فروزش (فصل سوم) مشخص می‌شود.

شدت طولانی‌مدت عواطف منجر به افزایش خط پایهٔ برانگیختگی، تلاش‌های با شتاب و عجولانه برای کاهش برانگیختگی هیجانی (رفتار عامل ناکارآمد) و بازگشت آهسته به خط پایهٔ هیجانی می‌شود.

راهبردهای درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی، هم شامل پذیرش تجارب بیمار (تأیید درد و رنج هیجانی) و هم شامل ارائهٔ راهبردهای مقابله‌ای روان‌شناختی جدید است و این موارد را در برمی‌گیرد: تمرکز مجدد بر معنا و مفهوم زندگی، مواجهه با هیجانی که قبلاً تحمل نشده است، جلوگیری از گریز هیجانی، و شروع تمرکز بر رفتار (یک جهت‌گیری جدید که درد و رنج هیجانی را مورد تحسین و تأیید قرار می‌دهد، از آن قدردانی می‌کند و راهبردهای راه‌حل مدار جدید و مختلفی را برای برخورد با آن ارائه می‌دهد).

رفتاردرمانی دیالکتیکی فرض می‌کند بیمار تجاربش را به درستی و همان‌طور که ادراک شده است گزارش می‌کند و از طرفی، معمولاً شناخت‌های نادرست نمی‌توانند عامل علّی عمده‌ای را که در گسترش یا پایداری درد هیجانی نقش دارد بازنمایی کنند. در حقیقت، افکار معمولاً به دلیل تلاش برای تبیین رنج تجربه شده گسترش می‌یابند (جاکوبسِن و همکاران، ۱۹۹۶). به جای اینکه افکار، هیجانات را رشد دهند به احتمال زیاد هیجانات محرک افکار خاص می‌شوند. افراد به طور علمی جویای آموزش هستند. آنها در پی تبیین‌هایی هستند که چرا این‌قدر احساس برانگیختگی و بدبختی می‌کنند. راهبردهای بازسازی شناختی می‌توانند به بهبود بیمار منجر شوند و این امر، به‌طور غیرمستقیم از طریق تأیید بیمار مبنی بر اینکه درد هیجانی واقعی و قابل درک است انجام می‌شود.

بنابراین، رفتاردرمانی دیالکتیکی فرض می‌کند که هیجانات (شدت، مدت و جلوهٔ غیراختصاصی ادراک شدهٔ آنها) عامل سببی اولیه در آسیب‌شناسی روانی هستند. یافته‌های عصب‌زیست‌شناختی نشان داده‌اند که وقتی مسیرهای مربوط به درد هیجانی "شلیک می‌کنند"، فراوانی شلیک‌های بعدی در همان مسیرها افزایش می‌یابد. بنابراین، اثر "فروزش" یکی از موضوع‌های محوری مداخله توسط رویکردهای مربوط به رفتاردرمانی دیالکتیکی است. با توجه به برانگیختگی هیجانی که به صورت مزمن وجود دارد، فقط این امر طبیعی و قابل انتظار است که بیماران در گریز و اجتناب هیجانی مفرط درگیر می‌شوند.

همچنین، به‌طور متناقضی، طبق فرض رفتاردرمانی دیالکتیکی با اینکه هدف بیماران گریز و اجتناب از

احساسات است، اما تمرکز زیاد بر چنین فرآیندهایی باعث می‌شود که اتفاقاً به رنج هیجانی توجه کنند (و بنابراین، به احتمال زیاد به آن پاسخ دهند). بیشتر آنها از هیجانات می‌گریزند و اجتناب می‌کنند و در نتیجه، آن را بیشتر تجربه می‌کنند. از این‌رو، یک اصل محوری در رفتاردرمانی دیالکتیکی این است که پذیرش، درد هیجانی را کاهش می‌دهد.

رفتاردرمانی دیالکتیکی از دیدگاه‌های درمانی قبلی متفاوت است چون روان‌درمانی را همراه با تأیید درد هیجانی (پذیرش دیدگاه بیمار در مورد تجربهٔ خودش) و کمک به بیمار برای متمایز کردن درد خود از تأیید آن ارائه می‌دهد. بنابراین، بیمار دعوت می‌شود تا بین دیالکتیک پذیرش و تغییر حرکت کند (دیالکتیک‌ها شامل تعارضات یا مخمصه‌ها و گره‌های کوری که زندگی به ناچار به بار می‌آورد، جدل‌ها، تضادها، نیروهای متقابل و تناقضات است). اگر مواجهه با درد هیجانی همراه با حمایتی مثل تأیید انجام گیرد و از راهبردهای تحمل پریشانی نیز استفاده گردد، تعادل ایجاد می‌شود. این راهبردها به بیمار کمک می‌کنند مواجهه و تغییرات محیطی فزاینده‌ای را که حالت‌های احساسی جدیدی را برمی‌انگیزند تحمل کند. بنابراین، رفتاردرمانی دیالکتیکی در مورد تعادل راهبردهای درمانی است: برخی راهبردها منجر به افزایش تغییر می‌شوند، برخی باعث پذیرش تجربیات همان‌طور که هستند می‌شوند، برخی کاوش در مورد احساسات و تاریخچهٔ زندگی را ارتقا می‌دهند، برخی پرت کردن حواس و کاهش برانگیختگی را افزایش می‌دهند و برخی برای برانگیختن تعهد و مقاومتی که جهت تحمل مسیر سخت راهبردهای قبلی موردنیاز است طراحی می‌شوند.

لینهان، چارچوب دیالکتیکی را با توجه به این امر ایجاد کرد که شدت هیجان به تلاش‌های ناشی از تکانه‌ها برای گریز از درد منجر می‌شود و چنین رفتارهای گریز و اجتنابی به‌جای کاهش شدت هیجان آن را افزایش می‌دهند (۱۹۹۳ ب). بنابراین، از مسائل اساسی در رفتاردرمانی دیالکتیکی این است که به عدم تمایل افراد برای تجربهٔ احساسات پرداخته شود و در مداخلهٔ روان‌درمانی و نیز در آسیب‌شناسی روانی این امر انجام گیرد.

از این‌رو، تکنیک‌های پذیرش هیجان (هم جهت‌گیری شناختی مجدد و هم تکنیک‌های مراقبه‌ای)، شرایطی را برای کاهش اجتناب و گریز فراهم می‌آورند. راهبردهای مبتنی بر پذیرش، به نقش اساسی عوامل عصب‌شناختی در حفظ برانگیختگی بالا توجه می‌کنند. افزایش مهارت‌های تنظیم هیجان (آموزش اصول روان‌شناختی، مواجهه و مهارت‌های رفتار راهبردی) می‌توانند بیمار را کمک کنند که به نشانه‌های جدید توجه کنند و بنابراین، برانگیختگی هیجانی برطرف شود.

مهارت‌ها در برابر روان‌درمانی

در سرتاسر این کتاب، به مهارت‌های روانی‌اجتماعی یا روان‌درمانی ارجاع داده می‌شود. مهارت‌های مقابلهٔ روان‌شناختی، یعنی مواردی که روی CD است، ماهیت آموزشی دارند. در جلسات فردی یا گروهی

به آموزش، تبیین و بررسی مفاهیم پراهمیت پرداخته می‌شود. این مجموعه مهارت‌ها (معنابخشی، ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و مهارت‌های رفتار راهبردی) روی CD ارائه شده‌اند. البته، در سراسر این کتاب نیز فرآیند روان‌درمانی فردی بررسی می‌شود. در ساده‌ترین شکل درمان، یک متخصص مجموعه مهارت‌ها را آموزش می‌دهد و متخصص دیگر روان‌درمانی را ارائه می‌دهد. اما این کار غالباً در جلسات فردی، غیرعملی است. بنابراین، درمانگر باید ذهن‌آگاه باشد که یک رویکرد دوگانه الزامی است: راهبردهای مقابلهٔ روان‌شناختی باید به افرادی آموزش داده شود که در مهارت‌ها دچار مشکل هستند و ارائهٔ روان‌درمانی فردی نیز برای بیماران صورت پذیرد. هنگام جلسات فردی، درمانگر غالباً هر دو کارکرد (آموزش مهارت‌ها و روان‌درمانی) را انجام می‌دهد. همان‌طور که در فصل هفتم مطرح شده است، هر دو کارکرد برای درمانگر مهم هستند.

اثرات غیراختصاصی درمان

فرضیه‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی تبیین می‌کنند که چرا جهت‌گیری‌های نظری مختلف که راجع به مداخلات بسیار متفاوتی هستند، هنوز "عمل می‌کنند". بسیاری از تحقیقات مروری نشان داده‌اند که مداخلات درمانی مبتنی بر جهت‌گیری‌های نظری مختلف، نتایج یکسانی دارند (برادلی[1]، ۲۰۰۰؛ جاکوبسن[2] و همکاران، ۱۹۹۶؛ مسر[3] و وارن[4]، ۱۹۹۵؛ روث[5] و فوناگی[6]، ۱۹۹۶). اثرات "غیر اختصاصی" درمان (مواردی که توسط رویکردهای روان‌پویایی، وجودی، بین‌فردی و رفتاری) به‌طور گسترده‌ای ذکر شده است. در حالی‌که فرض شده است رابطه یا اثرات درمانی است که چنین نتایج ناسازگاری را به لحاظ نظری تبیین می‌کنند (بتلر[7] و هووارد[8]، ۲۰۰۳؛ بوتلر، مچادو[9]، و نئوفلت[10]، ۱۹۹۴؛ کریتس ـ کریستف[11] و همکاران، ۱۹۹۱؛ هنری[12]، ۱۹۹۸؛ لوبورسکی[13] و همکاران، ۱۹۸۶، ۱۹۹۹؛ نورکراس[14] و هیل[15]، ۲۰۰۳؛ وامپلد[16]، ۲۰۰۱). رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز رابطهٔ درمانی را به عنوان یک عامل اساسی در بهبود بیمار تأیید می‌کند. با این حال، رفتاردرمانی دیالکتیکی فرض می‌کند رویکردهای نظری مختلفی که بیمار را با هیجاناتش مواجه می‌کنند یا از گریز و اجتناب از فرآیندهای هیجانی ممانعت می‌کنند، منجر به بهبود بیشتر می‌شوند. اگر به بیمار کمک شود که به جای عدم توجه به تجاربش بتواند به تنظیم هیجان، احساسات و

---

1. Bradly
2. Jacobson
3. Messer
4. Warren
5. Roth
6. Fonagy
7. Beutler
8. Howard
9. Machado
10. Neufeldt
11. Crits-Christoph
12. Henry
13. Luborsky
14. Norcross
15. Hill
16. Wampold

پذیرش بپردازد، بیشترین اثرات درمانی حاصل خواهد شد.

رفتاردرمانی دیالکتیکی به عنوان جهت‌گیری نظری

جهت‌گیری‌های نظری فعلی در روان‌شناسی شامل روان‌تحلیل‌گری (همان‌طور که توسط فروید و پیروانش ارائه شده است)، انسان‌گرایی (همان‌طور که توسط راجرز ارائه شده است)، گشتالت (همان‌طور که توسط پرلز ارائه شده است)، رفتارگرایی شناختی (همان‌طور که توسط میچنبام ارائه شده است)، رویکردهای یادگیری اجتماعی (همان‌طور که توسط بندورا ارائه شده است) و بسیاری از نسخه‌های تکرار شده و تجدیدنظر شدهٔ التقاطی، حاصل رویکردهای ذکر شده است. رفتاردرمانی دیالکتیکی، مکتب نظری جدیدی است که بسیاری از فرضیه‌های فلسفی رویکردهای قبلی را می‌پذیرد و این فرضیه‌ها و راهبردهای درمانی را در مدل منجسمی از انسان ترکیب می‌کند. در این راستا، درد هیجانی قابل درک می‌شود و راهبردهایی نیز برای کاهش چنین دردی ارائه می‌گردد.

مقایسه با دیدگاه‌های تحلیلی

رفتاردرمانی دیالکتیکی مفاهیم شکل‌گیری سازش، اصل لذت، نیروگذاری روانی و عمل وقفه‌دهندهٔ نیروگذاری (که به عنوان دلبستگی و بیزاری تعریف مجدد شده است)، آسیب هیجانی (به همان صورتی که مستلزم مکانیزم‌های دفاعی افراطی است) و نقش انتقال را می‌پذیرد و بدین وسیله، در سنت عقلانی غنی مربوط به رویکردهای روان‌تحلیلی سهیم می‌شود. رفتاردرمانی دیالکتیکی، مفاهیم محوری روان‌شناسی پویایی (که تغییر تکانه‌ها یا هیجانات سرکوب شده و تبادلاتی را که مربوط به شخصیت هستند مانند ایگو و سوپرایگو بررسی می‌کند)، نقش بنیادین مراحل رشد ناهشیار (دهانی، مقعدی و غیره) در پیش‌بینی مشکلات مادام‌العمر و نقش اولیهٔ جنسیت در تبیین آسیب‌شناسی را رد می‌کند.

رفتاردرمانی دیالکتیکی، نقش اساسی شکل‌گیری سازش را در تعریف رنج انسان می‌پذیرد و این امر، به همان صورتی است که فروید می‌پذیرفت (هال، ۱۹۵۴). زندگی مجموعه‌ای از تفاوت‌های ناسازگار، رقیب و متضاد در ارتباط با نیازها، انتظارات و تمایلات است. دیالکتیک‌ها پیوستاری هستند که این تقاضاهای متضاد و رقیب را برای فرد مشخص و تعیین می‌کنند. برای مثال، افرادی که دچار درد هیجانی مزمن هستند غالباً در این دیالکتیک زندگی می‌کنند که هم می‌خواهند زندگی را بپذیرند و هم احساس می‌کنند که نمی‌توانند آنچه را زندگی برای آنها به ارمغان می‌آورد تحمل نمایند. آنها، هم می‌خواهند زندگی کنند و هم می‌خواهند بمیرند. این موارد، جزء تمایلات ناسازگار هستند، ولی به‌طور همزمان و در یک لحظه توسط فردی که از چنین تعارض دیالکتیکی رنج می‌برد، تجربه می‌شوند. سازش باید بین دو تقاضای رقیب شکل