

مبانی روان درمانی روان پویشی درازمدت

ویراست سوم

تألیف

دکتر گلن اُگابارد

استاد بالینی روان پزشکی

دانشکده پزشکی پیلر؛

روان کاو آموزش دهنده و ناظر

مرکز مطالعات روان کاوی

هیوستون، تگزاس

ویراستار مجموعه

دکتر گلن اُگابارد

ترجمه

دکتر سامان توکلی

رئیس سکشن روان کاوی در روان پزشکی، انجمن جهانی روان پزشکی

عضو سکشن روان درمانی، انجمن جهانی روان پزشکی

عضو هیأت مشاوران بین المللی مجله‌ی *Psychodynamic Psychiatry*

رئیس سابق انجمن روان درمانی ایران

American Psychiatric Publishing

(با مجوز رسمی ترجمه)



فهرست

۱۳	توضیح مترجم
۱۵	مقدمه مترجم
۲۳	راه‌نمای ویدیوها
۲۵	مقدمه نویسنده
۲۹	۱ مفاهیم اصلی
۶۳	۲ ارزیابی، موارد کاربرد، و صورت‌بندی
۸۷	۳ فوت‌وفن‌های روان‌درمانی
۱۱۱	۴ مداخلات درمانی
۱۳۷	۵ اهداف درمان و کنش درمان‌بخش
۱۶۱	۶ کار کردن با مقاومت
۱۸۱	۷ کاربرد رؤیا و فانتزی در روان‌درمانی پویایی
۱۹۹	۸ تشخیص انتقال متقابل و کار کردن با آن
۲۲۳	۹ حل‌وفصل و پایان درمان
۲۴۵	۱۰ کاربرد نظارت
۲۶۱	۱۱ ارزیابی توانمندی‌های اصلی در روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت
۲۷۱	فهرست نام‌ها (فارسی به انگلیسی)
۲۷۹	واژه‌نامه (انگلیسی به فارسی)
۲۹۹	واژه‌نامه (فارسی به انگلیسی)

توضیح مترجم

الف.

در ترجمه متون روان‌درمانی به زبان فارسی، معمولاً برای dynamic psychotherapy از معادل «روان‌درمانی پویایی» و گاهی «روان‌درمانی پویا»، و برای psychodynamic از معادل «روان‌پویایی» و گاهی «روان‌پویا» استفاده می‌شود.

فروید اصطلاح dynamic را تحت تأثیر علوم قرن نوزدهم و به ویژه فیزیک، دینامیک و ترمودینامیک آن روز به کار برد. در واقع، علم دینامیک (dynamics) یا پویایی‌شناسی شاخه‌ای از علم فیزیک است که به شناسایی پویایی بین نیروهای مختلف می‌پردازد. نیمه دوم قرن نوزدهم میلادی تحت تأثیر پیشرفت‌های علم فیزیک و به ویژه اصل پایداری انرژی^۱ بود که توسط هرمان فن هلمهولتز صورت‌بندی شده بود. بر مبنای این اصل، میزان کل انرژی در هر سیستم فیزیکی همواره ثابت است، از بین نمی‌رود و فقط می‌تواند از شکلی به شکل دیگر تبدیل یا از جایی به جای دیگر منتقل شود. ارنست فُن بروکه، که فروید تحت نظر او آموزش دیده بود، در سال ۱۸۷۴ «گفتارهایی در باب فیزیولوژی» را منتشر کرد که مبنای‌اش این اندیشه بود که تمام ارگانیسم‌های زنده، و از جمله انسان، سیستم‌های انرژی‌ای هستند که اصل پایداری انرژی بر آن‌ها حاکم است.

فروید، که تحت تأثیر بروکه و فضای علمی غالب در آن دوره بود، تلاش کرد تا طرح خود برای شناخت پدیده‌های ذهنی را بر این مبنا قرار دهد که روان، ذهن و شخصیت انسان نیز سیستمی از انرژی روانی است که همان اصول و قوانین موجود در دیگر سیستم‌های انرژی، مانند اصل پایداری انرژی، بر آن حاکم است. این دیدگاه در تلاش اولیه فروید در «طرحی برای روان‌شناسی علمی» صورت‌بندی شد و در آن برای تبیین پدیده‌های ذهنی و روانی از مفاهیمی مانند انتروپی، ثبات^۲، لختی نوروئی^۳، پایداری، تحریک، و تنش استفاده کرده بود. گرچه فروید بعدها از ادامه این راه منصرف شد، اما هم‌چنان مفاهیم برگرفته از آن دیدگاه، مانند انرژی روانی، مایه‌گذاری روانی^۴،

1- conservation of energy

2- constancy

3- neuronal inertia

4- cathexis

تش، جابه‌جایی و واپس‌زنی، در واژگان روان‌کاوی باقی ماندند.
 با این توضیحات، psychodynamics هم حوزه‌ای از دانش است که هدف‌اش شناسایی رابطه و برهم‌کنش نیروهای روانی بر یک‌دیگر است. بنابراین، برای اصطلاحات مرتبط با آن معادل‌های زیر مناسب‌تر به نظر می‌رسند:

dynamics	dynamics
[علم] پویایی‌شناسی، [علم] پویه‌شناسی	[علم] پویایی‌شناسی، [علم] پویه‌شناسی
psychodynamic	psychodynamics
روان‌پویایی‌شناختی، روان‌پویه‌شناختی	[علم] پویایی‌شناسی روان، [علم] پویه‌شناسی روان
	[علم] روان‌پویایی‌شناسی، [علم] روان‌پویه‌شناسی

با این ترتیب، به نظر مترجم، ترجمه‌ی دقیق‌تر عنوان کتاب «روان‌درمانی پویه‌شناختی یا پویایی‌شناختی درازمدت» است اما، به دلیل مصطلح بودن معادل‌های «پویشی» و «روان‌پویشی»، که بیش از «پویا» و «روان‌پویا» مفهوم اصلی را می‌رساند، فعلاً و در این کتاب از این معادل‌ها، اما در معنای ذکرشده در این یادداشت، استفاده شده است.

ب.

مشکلی که در نوشتار معادل فارسی بعضی واژگان تخصصی به‌کاررفته در کتاب —مانند «آن» برای id، «من» برای ego و «خود» برای self— وجود داشت آن بود که این کلمات فارسی در متن به معنای عمومی خود هم کاربرد داشتند؛ بنابراین، افتراق دادن کاربرد تخصصی‌شان از کاربردشان در زبان عمومی مشکل می‌شد. برای حل این مشکل، به طور قراردادی، هر جا که این واژگان کاربرد تخصصی دارند، در درون علامت « » قرار گرفته‌اند. بنابراین، «من» در معنای ego از من در کاربرد معمول زبانی به عنوان ضمیر جدا شده است.

پ.

در پاره‌ای موارد که به نظر می‌رسید افزودن توضیحاتی می‌تواند به درک متن کتاب کمک کند، مترجم توضیحاتی را در پاورقی اضافه کرده است. این توضیحات در درون [] و با علامت (م) در پایان خود مشخص شده‌اند. در مواردی که توضیحات از یک منبع منفرد بوده‌اند، آن منبع ذکر شده است. در مواردی که از بیش از یک منبع استفاده شده است، به ناچار و برای حفظ چارچوب متن، از ذکر منابع چشم‌پوشی شده است.

مقدمه مترجم

جایگاه روان درمانی در روان پزشکی معاصر^۱

از قدیم، روان درمانی بخشی اصلی از روان پزشکی بالینی بوده است و بسیاری از پزشکان جوان آموزش در برنامه های دستیاری روان پزشکی را به این دلیل انتخاب می کنند که می خواهند دانش و مهارت های لازم را کسب کنند تا روان درمانگرانی توانمند بشوند. پیشرفت های اخیر در حوزه روان داروشناسی و علوم اعصاب، و غلبه فزاینده مراقبت مدیریت شده و پزشکی مبتنی بر شواهد بر نظام های رایج مراقبت های سلامت و کار بالینی در روان پزشکی تأثیراتی عمده داشته است. علی رغم این تغییرات در عرصه سلامت روان، روان درمانی هم چنان قسمتی اصلی از روان پزشکی بالینی را تشکیل می دهد و بخشی عمده از کار بالینی روان پزشکان را به خود اختصاص می دهد. با توجه به این امر، سازمان های اعتباربخشی^۲ و نهادهای نظارتی حداقلی ضروریات آموزشی را برای برنامه های دستیاری تعیین کرده اند تا اطمینان حاصل شود که دستیاران روان پزشکی، در پایان آموزش تخصصی خود، توانمندی لازم برای مدیریت بیماران خود را، با رایج رویکردهای مختلف روان درمانی، کسب می کنند.

در آغاز سده بیستم میلادی، زیگموند فروید، پزشک برجسته اتریشی متخصص اعصاب، روان کاوی را به عنوان «روشی برای بررسی فرایندهای ذهنی»، «روشی برای درمان اختلالات روان نژدانه»، و «مجموعه ای از دانش روان شناختی که در این مسیرها به دست آمده است» پایه گذاری کرد (فروید ۱۹۲۳). در نیمه نخست سده بیستم، روان کاوی به پارادایم غالب در روان پزشکی و رویکرد اصلی در درمان اختلالات روان پزشکی تبدیل شد. اما در

۱- این مقدمه قبلاً در قالب سرمقاله ای در مجله *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* منتشر شده است و ترجمه فارسی آن، با اجازه آن مجله، به عنوان مقدمه مترجم بازنشر می شود:

Tavakoli S: The place of psychotherapy in contemporary psychiatry. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 8(4): 1-6, 2014
2- accreditation

دهه‌های بعد، و به دنبال عرضه داروهای روان‌پزشکی، این وضعیت تغییر کرد. در طی کم‌تر از یک دهه بعد از سال ۱۹۴۹، که جان کُید متوجه اثرات آرامش‌بخش لیتیوم و اثربخشی‌اش در درمان بیماران دچار شیدایی شد، پیش‌نمونه‌های^۱ دارویی برای درمان سایر اختلالات روانی نیز کشف شدند. کلروپرومازین (داروی ضدروان‌پریشی)، ایپرونیازید (داروی مهارکننده منوآمین اکسیداز)، ایمی‌پرامین (ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای) و کلردیازپوکساید (داروی بنزودیازپینی) همگی‌شان در دوره‌ای کوتاه‌تر از ۱۰ سال کشف شدند. درمان‌های دارویی برای اختلالات عمده روان‌پریشی، خلّقی و اضطرابی تا پایان دهه ۱۹۵۰ کشف شدند (هایمن ۲۰۱۲). پیش‌رفت‌های به‌دست‌آمده در سال‌های ۱۹۵۷-۱۹۴۵، نه‌تنها انقلابی در درمان اختلالات روان‌پزشکی ایجاد کرد، بلکه توجه را به نقش انتقال‌دهنده‌های عصبی در سبب‌شناسی این اختلالات جلب کرد. به دنبال دست‌یافت‌های ذکرشده، به ویژه در طی نیمه دوم سده بیستم، تلاش شد تا برای تبیین اختلالات روان‌پزشکی مدل‌های زیست‌شناختی ارائه شود و بر این مبنا، داروهای روان‌پزشکی نوینی تهیه و عرضه شوند. به بیان دیگر، روان‌پزشکی که تا آن زمان مبانی «نرم» روابط بین فردی را برای درک مشکلات به کار می‌برد، اکنون به سمت استفاده از رویکرد «سخت» علمی روی آورد که در آن سعی می‌شد اختلالات روان‌پزشکی با استفاده از مدل‌های فیزیکی-شیمیایی تبیین شوند. در رویکرد «سخت» علمی فرض می‌شود که به راحتی می‌توان این مدل‌ها را با استفاده از روش‌های علمی و تجربی سنجید و بنابراین، از مدل‌هایی که مبانی «نرم» را به کار می‌برند، پایاتر^۲ و قابل‌اعتمادترند. این رویکرد هم‌چنین ادعا می‌کند که در نهایت فیزیک و شیمی کاربردی می‌توانند تمام مشکلات دنیا، و از جمله اختلالات روان‌پزشکی، را تبیین و حل کنند (شی ۲۰۰۰). بنابراین، برای این که دانشی را بتوانیم علمی و قابل‌اعتماد و پایا تلقی کنیم، یا برای این که روش درمانی خاصی را برای اختلالات روان‌پزشکی به کار ببریم، باید با استفاده از روش‌شناسی پژوهشی دقیق، اعتبار آن دانش را بسنجیم یا اثربخشی آن روش‌های درمانی را تعیین کنیم. در این بافتار، درک موقعیت و جایگاه روان‌درمانی در روان‌پزشکی معاصر دشوارتر می‌شود. در تلاش برای حل کردن مشکل نبود شواهد بالینی برای روان‌درمانی‌ها، مطالعات متعددی با استفاده از روش‌شناسی‌های دقیق و معتبر انجام شده‌اند که اثربخشی برخی از درمان‌های کوتاه‌مدت مبتنی بر دست‌نامه^۳، مانند درمان شناختی-رفتاری، را در درمان اختلالات روان‌پزشکی مختلف نشان دادند. با این حال، روش‌های پژوهش معمول در پزشکی و کارآزمایی‌های بالینی شاهددار تصادفی شده‌را، که در شواهد تجربی به عنوان استاندارد طلایی شناخته می‌شوند، نمی‌توان به سادگی برای ارزیابی روان‌درمانی‌ها، به ویژه روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت یا درمان‌هایی که به طیف وسیعی از دردناک‌ها^۴ و مشکلات می‌پردازند (مانند درمان اختلالات شخصیت) به کار برد. برخی دانشوران معتقدند که گرچه انجام پژوهش در زمینه اثربخشی روش‌های روان‌درمانی چالش‌برانگیزتر و پیچیده‌تر است، اما در ذات خود ناممکن‌تر از حوزه‌های دیگر پزشکی

1- prototype

2- reliable

3- manualized

4- symptom

نیست. پیچیدگی‌های روش‌شناختی، زمان و هزینه لازم برای انجام این پژوهش‌ها، و امتناع شرکت‌های دارویی از سرمایه‌گذاری در پژوهش‌های مربوط به روان‌درمانی باعث شده‌اند تعداد مطالعاتی که در زمینه اثربخشی روان‌درمانی‌ها انجام می‌شوند، به ویژه درباره روان‌درمانی‌های درازمدت و پویشی، محدود باشند (هولمز ۲۰۰۰؛ گابارد و همکاران ۲۰۰۲). گروهی دیگر از دانشوران این حوزه معتقدند که اگر روان‌درمانی می‌خواهد، در دوره غلبه پزشکی مبتنی بر شواهد، جایگاه خود را در طبابت روان‌پزشکی حفظ کند، پژوهشگران باید اصرار داشته باشند که روش‌های معمول برای ارزیابی اثربخشی درمان و کارآزمایی‌های بالینی شاهددار تصادفی‌شده در روان‌درمانی نمی‌توانند کاربرد داشته باشند؛ و باید برای ارزیابی فایده‌مندی روان‌درمانی‌ها معیارها و روش‌های مناسب دیگری تعریف شود (استارسیوچ ۲۰۰۳).

اما با وجود ساخت و عرضه داروهای مختلف و دسته‌های دارویی گوناگون در دهه‌های اخیر، به نظر نمی‌رسد که این داروهای جدید از نسل‌های قبلی خود اثر بیش‌تری داشته باشند. در واقع، هیچ کدام از داروهای ضدافسردگی جدید مؤثرتر از ضدافسردگی‌های نسل اول (مانند ایمی‌پرامین و مهارکننده‌های منوآمین اکسیداز که در دهه ۱۹۵۰ معرفی و عرضه شدند) نیستند. در نتیجه، بسیاری از بیماران از داروهای جدید فایده کمی می‌برند یا هیچ فایده‌ای نمی‌برند. به طور مشابه، هنوز اثرات ضدروان‌پریشی هیچ یک از داروهای جدید بیش‌تر از کلوزاپین (که در سال ۱۹۶۰ کشف شد) نیست. گرچه در سال‌های گذشته دسته‌های مختلفی از داروهای تثبیت‌کننده خلق عرضه شده‌اند، هم‌چنان لیتیوم درمان استاندارد اختلال دوقطبی است (هایمن ۲۰۱۲). در عین حال، هنوز هیچ درمان دارویی‌ای وجود ندارد که اثربخشی‌اش برای دردنشانه‌های هسته‌ای و روان‌آسیب‌شناسی برخی اختلالات مانند نقصان‌های اجتماعی و زبانی در اوتیسم، دردنشانه‌های منفی در اسکیزوفرنیا، و عناصر روان‌آسیب‌شناختی مرکزی در اختلالات شخصیت نشان داده شده باشد. به عبارت دیگر، علی‌رغم پیش‌رفت‌های حوزه روان‌داروشناسی، هم‌چنان نمی‌توان بر نقش روان‌درمانی در درک سبب‌شناسی و درمان اختلالات روان‌پزشکی چشم پوشید. علاوه بر آن، راه‌نماهای بالینی، برای بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی، روان‌درمانی را به عنوان درمان منفرد یا همراه با درمان‌های دیگر توصیه می‌کنند (مجتبایی و آلفسان ۲۰۰۸).

گابارد و همکاران‌اش در مقدمه «درس‌نامه روان‌پزشکی بالینی انتشارات روان‌پزشکی امریکا»^۱ به این اشاره می‌کنند که نگاه‌های متعارض در روان‌پزشکی باعث شکل گرفتن نوعی دوگانه‌انگاری در این حوزه شده است (گابارد و همکاران ۲۰۰۲). بر اساس این دیدگاه دوگانه‌انگار، روان‌درمانی برای مشکلاتی کاربرد دارد که منشأ و خاستگاه روان‌شناختی دارند، و اختلالات و بیماری‌هایی را که از مغز انسان نشأت می‌گیرند باید با درمان‌های زیستی و دارویی درمان کرد (سینگ و سینگ ۲۰۰۴). اما بر اساس مطالعات بعدی، به ویژه تحقیقاتی که اریک گندل انجام داده است، روان‌درمانی‌ها در مغز و در سطح سیناپسی عمل می‌کنند و فرایند روان‌درمانی را می‌توان تجربه‌ای محیطی دانست که بر بروز ژن‌ها در بیماران تأثیر می‌گذارد (سینگ و سینگ ۲۰۰۴). به عبارت دیگر،

روان‌درمانی‌ها هم، مانند درمان‌های دارویی، با اثری که بر مغز می‌گذارند به بیماران کمک می‌کنند. آن طور که لیپووسکی می‌گوید «بعد از دوره‌ای از روان‌پزشکی^۱ مغز-دوده^۲، که فقط بر عوامل روان‌پویشی و اجتماعی تمرکز داشت، توجه به سمت ایده‌های مخالف آن، مانند زیستمان‌باوری^۳ رادیکال و روان‌پزشکی^۴ ذهن-دوده^۳، معطوف شد» (پری و لوین ۲۰۱۲). اخیراً این دیدگاه‌های دوگانه‌انگار جای خود را به دیدگاهی متعادل‌تر داده‌اند که بر اساس آن، روان‌درمانی مانند بیوشیمی و آناتومی یکی از علوم پایه‌ای است که در تمام حوزه‌های روان‌پزشکی کاربرد دارد (پری و لوین ۲۰۱۲). با این ترتیب، روان‌درمانی را می‌توان درمانی زیست‌شناختی دانست که با ایجاد تغییراتی خاص در مغز بیماران به آنان کمک می‌کند.

روان‌درمانی در کار روان‌پزشکی

علی‌رغم پیش‌رفت قابل توجه در عرضه و کاربرد درمان‌های دارویی برای اختلالات روان‌پزشکی، روان‌درمانی هم‌چنان در درمان بیماران روان‌پزشکی نقشی اصلی دارد. در هر سال حدود ۳ درصد از مردم آمریکا توسط روان‌پزشکان، روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی روان‌درمانی می‌شوند (وایسمن و همکاران ۲۰۰۶). با این حال، روان‌پزشکان در درمان بیماران روان‌پزشکی جایگاهی منحصربه‌فرد دارند، چرا که تنها گروه از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت روان‌اند که می‌توانند دارو هم تجویز کنند و درمان یک‌پارچه^۵ دارودرمانی و روان‌درمانی را انجام بدهند. با توجه به این که ترکیب کردن تجویز دارو با انجام روان‌درمانی مشخصه عمده طبابت در روان‌پزشکی کنونی است، توانمندی در زمینه انجام چنین خدمتی یکی از توانمندی‌هایی است که روان‌پزشکان باید در طی آموزش خود کسب کنند. پیمایش‌هایی که در کشورهایی مانند آمریکا و کانادا انجام شده‌اند نشان می‌دهند که روان‌پزشکان بخشی عمده از کار بالینی خود را به انجام روان‌درمانی اختصاص می‌دهند (پاپیر ۲۰۰۴). آلفسان و همکارانش در مطالعه خود مشاهده کرده‌اند که «برای ۷۰ درصد از بیمارانی که توسط روان‌پزشک ویزیت می‌شوند روان‌درمانی انجام می‌شود» (پاپیر ۲۰۰۴). به طور مشابه، مطالعه دیگری نشان داده است که ۹۲ درصد از روان‌پزشکان حدود نیمی از زمان کار بالینی‌شان را به انجام روان‌درمانی اختصاص می‌دهند (پاپیر ۲۰۰۴). به دنبال تغییرات اخیر در سیاست‌های پرداخت و تمایل شرکت‌های بیمه به این که ویزیت‌های دارویی کوتاه‌مدت را پوشش بدهند، به ویژه در آمریکا، پژوهشگران به طور فزاینده‌ای بر روند و سیر انجام روان‌درمانی توسط روان‌پزشکان تمرکز کرده‌اند. مجتبیایی و آلفسان روندهای رایج روان‌درمانی توسط روان‌پزشکان را در مطب‌های‌شان در آمریکا در سطح ملی بررسی کردند. آنان گزارش کرده‌اند که در فاصله سال‌های ۱۹۹۷-۱۹۹۶ تا ۲۰۰۵-۲۰۰۴، ویزیت‌های روان‌پزشکان که شامل روان‌درمانی بوده از ۴۴/۴ درصد به ۲۸/۹ درصد کاهش یافته است (مجتبیایی و آلفسان ۲۰۰۸).

به عبارت دیگر، گرچه انجام روان‌درمانی هنوز بخشی عمده از وقت روان‌پزشکان را به خود اختصاص

1- brainless
2- biologism
3- mindless

می‌دهد، عواملی مانند در دسترس بودن داروهایی با عوارض جانبی کم، مدیریت مراقبت‌شده، سیاست‌های پرداخت و تمایل شرکت‌های بیمه برای این که فقط ویزیت‌های دارویی مختصر را پوشش بدهند باعث شده که در سال‌های اخیر میزان آرایه روان‌درمانی توسط روان‌پزشکان کاهش پیدا کند (مجتبایی و آلفسان ۲۰۰۸). به علاوه، افزایش تعداد بیمارانی که نیاز به خدمات سلامت روان دارند، در کنار تعداد محدود روان‌پزشکان باعث شده است که برای ملاقات با روان‌پزشکان فهرست انتظار طولانی وجود داشته باشد. عوامل مالی هم در این روند کاهش آرایه روان‌درمانی توسط روان‌پزشکان نقش داشته‌اند. در واقع، روان‌پزشکان از انجام ویزیت‌های مختصر دارویی درآمد بیشتری می‌توانند به دست بیاورند، تا از راه انجام روان‌درمانی. برای مثال، در امریکا، یک روان‌پزشک می‌تواند در مدت ۴۵-۵۰ دقیقه سه ویزیت مختصر دارویی انجام بدهد و ۱۵۰ دلار درآمد داشته باشد، در حالی که اگر همان زمان را به روان‌درمانی اختصاص بدهد، ۹۰ دلار درآمد خواهد داشت (مجتبایی و آلفسان ۲۰۰۸). مطالعات نشان می‌دهند بیمارانی که هزینه درمان را از جیب خودشان پرداخت می‌کنند بیش‌ترین شانس را دارند برای این که خدمت روان‌درمانی دریافت کنند. بیمارانی که از بیمه‌های خصوصی استفاده می‌کنند هم بیش‌تر از بیمارانی که از بیمه همگانی استفاده می‌کنند ممکن است روان‌درمانی بگیرند (مجتبایی و آلفسان ۲۰۰۸). یکی از یافته‌های جالب در این مطالعه آن بود که بیش از ۴۰ درصد از روان‌پزشکان یا برای تمام بیماران خود روان‌درمانی انجام می‌دادند یا برای هیچ کدام انجام نمی‌دادند. این یافته نشان‌دهنده نوعی دوگانه‌انگاری ایدئولوژیک در روان‌پزشکی معاصر است، یعنی گروه بزرگی از روان‌پزشکان هستند که یا به «اردوگاه روان‌درمانی» تعلق دارند یا به «اردوگاه دارودرمانی» (مجتبایی و آلفسان ۲۰۰۸).

بر اساس پیمایش‌هایی که درباره کار روان‌پزشکی انجام شده است، می‌توان نتیجه گرفت که علی‌رغم کاهش اخیر در آرایه روان‌درمانی توسط روان‌پزشکان، این روش درمانی هم چنان بخشی عمده از روان‌پزشکی بالینی را به خود اختصاص می‌دهد. بنابراین، کسب توانمندی در زمینه انجام روان‌درمانی باید بخشی جدایی‌ناپذیر از آموزش روان‌پزشکی در نظر گرفته شود.

روان‌درمانی در آموزش روان‌پزشکی

همان‌طور که پیش از این گفته شد، روان‌درمانی یکی از ویژگی‌های تعریف‌کننده کار روان‌پزشکان است (هولمز ۲۰۰۰). پیمایش‌ها نشان می‌دهند که روان‌پزشکان بخشی قابل‌توجه از زمان کار بالینی‌شان را به روان‌درمانی اختصاص می‌دهند (پایپر ۲۰۰۴). از سوی دیگر، به دست آوردن دانش و مهارت لازم برای روان‌درمانی یکی از دلایل اصلی است که باعث می‌شود پزشکان جوان رشته روان‌پزشکی را انتخاب کنند (بیتمن و هولمز ۲۰۰۱). در مطالعه‌ای که هاجیپاولو و اگُردنیچوک انجام داده‌اند، بخشی عمده از دستیاران روان‌پزشکی یادگیری و انجام روان‌درمانی را یکی از عوامل مهم در انتخاب روان‌پزشکی به عنوان شغل آینده‌شان ذکر کرده‌اند. علاوه بر این، آنان توانمندی خود در روان‌درمانی را بخشی اصلی از هویت حرفه‌ای خود می‌دانستند (هاجیپاولو و اگُردنیچوک).

۲۰۰۷). در زمانه اصلاحات نظام مراقبت‌های سلامت و غلبه مراقبت مدیریت‌شده، پزشکی مبتنی بر شواهد و نظام‌های پرداخت مبتنی بر ویزیت‌های مختصر دارویی، برنامه‌های دستیاری روان‌پزشکی تغییراتی در خود ایجاد کرده‌اند تا روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت و روان‌درمانی‌های مبتنی بر شواهد کوتاه‌مدت را پوشش بدهند (راویتز و سیلور ۲۰۰۴). گرچه آموزش در زمینه روان‌درمانی پویشی بخشی اصلی از آموزش روان‌پزشکی باقی مانده است، کسب توانمندی در سایر روی‌کردها نیز جزیی ضروری از آموزش روان‌پزشکان است. بنابراین، سازمان‌ها و نهادهای اعتباربخشی عموماً برنامه‌های دستیاری روان‌پزشکی را ملزم می‌کنند شرایطی برای دستیاران خود فراهم کنند که بتوانند در زمینه روی‌کردهای مختلف روان‌درمانی توانمند شوند (راویتز و سیلور ۲۰۰۴). بر اساس آخرین ویراست «ضروریات آموزش تخصصی در رشته روان‌پزشکی» که «شورای اعتباربخشی آموزش پزشکی تخصصی [ایالات متحد]» تصویب کرده است (لازم‌الاجرا از اول جولای ۲۰۱۴)، آموزش دستیاران روان‌پزشکی باید به گونه‌ای باشد که در زمینه «کاربرد روان‌درمانی‌های حمایتی، روان‌پویشی، و شناختی-رفتاری هم به شکل کوتاه‌مدت و هم درازمدت» توانمندی کسب کنند و نیز «با روان‌درمانی‌های خانواده، زوج، گروه، و سایر روان‌درمانی‌های انفرادی مبتنی بر شواهد مواجهه کافی داشته باشند» (شورای اعتباربخشی آموزش پزشکی تخصصی ۲۰۱۴). در انگلیس هم «کالج سلطنتی روان‌پزشکان» یادگیری انواع مختلف روان‌درمانی شامل «درمان کوتاه‌مدت، درمان شناختی-رفتاری، درمان روان‌پویشی، روان‌درمانی همراه با دارودرمانی، و درمان حمایتی را در تمام عرصه‌های اراییه روان‌درمانی (یعنی انفرادی، گروهی و خانوادگی)» برای فراگیران روان‌پزشکی ضروری می‌داند (کالج سلطنتی روان‌پزشکان ۲۰۰۹ الف). علاوه بر آن، کسانی که آموزش پایه روان‌پزشکی را تمام کرده‌اند می‌توانند در دوره‌های آموزش پیش‌رفته شرکت کنند که یکی از این دوره‌ها روان‌درمانی است. کسانی که در دوره آموزش پیش‌رفته روان‌درمانی شرکت کرده‌اند، بعد از کسب توانمندی‌های لازم، به عنوان «متخصص در روان‌درمانی» شناخته می‌شوند (کالج سلطنتی روان‌پزشکان ۲۰۰۹ ب).

در بسیاری از کشورهای دیگر نیز مدل‌های آموزشی مشابه این‌ها وجود دارد. بر اساس برنامه‌های آموزشی روان‌پزشکی در کشورهای مختلف، عمل‌کرد واقعی روان‌پزشکان و توانمندی‌های لازم برای روان‌پزشکان، آموزش روان‌درمانی را می‌توان بخشی انفکاک‌ناپذیر از آموزش دستیاری روان‌پزشکی در نظر گرفت. در واقع، دستیاران روان‌پزشکی، از ابتدای آموزش تخصصی‌شان، درک روان‌درمانگرانه از بیماران‌شان را در عرصه‌های بستری و سرپایی می‌آموزند، و فرصت استفاده از درمان‌های یک‌پارچه روان‌درمانی و دارودرمانی را برای کمک به بیماران‌شان دارند. علاوه بر آن، در طی دوره آموزش خود در زمینه روان‌درمانی موظف‌اند در دوره‌های نظری خاص شرکت کنند و تجربه بالینی مستقیم کار با بیماران را تحت نظارت دقیق اعضای هیأت علمی باتجربه کسب می‌کنند. این آموزش تجربه‌های بالینی لازم را برای دستیاران فراهم می‌کند و به آنان کمک می‌کند تا توانمندی‌های لازم برای انواع روی‌کردهای روان‌درمانی، شامل درمان‌های شناختی-رفتاری، روان‌پویشی و حمایتی، را کسب کنند. این روی‌کردها در عرصه‌ها و شرایط درمانی مختلف، مانند درمان‌های انفرادی، گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی، به کار

می‌روند. اما برای توانمندیِ موردانتظار از دستیاران سطوح مختلفی تعیین شده است؛ باید در بعضی حوزه‌ها مانند درمانِ انفرادیِ بیماران غیر پیچیده توانمندی انجام رویکردهای مختلف را کسب کنند، در حالی که ممکن است، بر حسب امکانات برنامه‌های دستیاری، در زمینه گروه‌درمانی و خانواده‌درمانی فقط به شکل مشاهده‌گر آموزش ببینند. دستیاری که علاقهٔ بیشتری به روان‌درمانی دارند راه این را پیدا می‌کنند که بیش‌ترین بهره را از امکاناتی که در دسترس‌شان است ببرند.

نتیجه‌گیری

روان‌درمانی بخشی اساسی از هویت حرفه‌ای روان‌پزشکان است. بسیاری از پزشکان جوان به این دلیل رشتهٔ روان‌پزشکی را برای تخصص خود انتخاب می‌کنند که بتوانند روان‌درمانی بیاموزند و در آینده حرفه‌ای‌شان به کار ببرند. با وجود پیشرفت‌هایی که در زمینه‌های روان‌پزشکی زیست‌شناختی، علوم اعصاب و دارودرمانی انجام شده است، هنوز راه‌نماهای بالینی برای اختلالات مختلف انجام روان‌درمانی را توصیه می‌کنند. به علاوه، علی‌رغم فراز و نشیب‌هایی که در رابطهٔ بین روان‌پزشکی و روان‌درمانی وجود داشته است، هم‌چنان بخش زیادی از وقتِ روان‌پزشکان به انجام روان‌درمانی اختصاص پیدا می‌کند. با در نظر گرفتن غلبهٔ روان‌پزشکی زیست‌شناختی و علوم اعصاب، عرضهٔ داروهای روان‌پزشکی گوناگون، بحث‌هایی که دربارهٔ هزینه‌اثربخشی روش‌های درمانی مختلف وجود دارد، و تأکید بر درمان‌های مبتنی بر شواهد در نظام‌های ارائهٔ خدمات که خود مبتنی بر مراقبت مدیریت‌شده‌اند، روان‌درمانی معاصر باید بین مفاهیم و روش‌های خود با یافته‌های نوین به ویژه در حوزهٔ علوم اعصاب ارتباط برقرار کند. هم‌چنین، به انجام مطالعات بیش‌تر با روش‌شناسی دقیق نیاز است تا اثربخشی انواع رویکردهای روان‌درمانی در درمان اختلالات روان‌پزشکی مختلف نشان داده شود.

در ایران، در نبود اطلاعات نظام‌مند کافی دربارهٔ الگوی آموزش و طبابت روان‌پزشکی، مطالعات متعددی لازم است تا سطح و الگوی انجام روان‌درمانی توسط روان‌پزشکان در مطب‌ها و بیمارستان‌ها را تعیین کنند. بر اساس آخرین برنامهٔ کشوری مصوب آموزش رشتهٔ روان‌پزشکی (شورای آموزش پزشکی و تخصصی ۲۰۰۷ و ۲۰۱۳)، بخشی عمده از آموزش دستیاری روان‌پزشکی به آموزش روان‌درمانی اختصاص دارد و انتظار می‌رود که دستیاران بعد از پایان دورهٔ دستیاری‌شان در زمینه انجام رویکردهای مختلف روان‌درمانی توانمند شده باشند. با این حال، برای به دست آوردن اطلاعات نظام‌مند در زمینه حوزه‌ها، روش‌ها و عمق آموزش روان‌درمانی، و نیز سطح توانمندی موردانتظار در پایان دورهٔ دستیاری در برنامه‌ها و مراکز مختلف کشور نیاز به مطالعات بیش‌تر وجود دارد. بی‌شک، وجود این اطلاعات در زمینه میزان ارائهٔ روان‌درمانی توسط روان‌پزشکان و سایر گروه‌های ارائه‌دهندهٔ خدمات سلامت روان در کار بالینی‌شان، همراه با اطلاعاتی دربارهٔ وضعیت فعلی آموزش روان‌درمانی در این گروه‌ها، برای برنامه‌ریزی‌های آینده مفید و لازم‌اند.

- Accreditation Council for Graduate Medical Education: ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Psychiatry. Effective July 1, 2014. Last Access Date: 1/3/2015. http://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/400_psychiatry_07012014.pdf.
- Bateman A, Holmes J: Psychotherapy training for psychiatrists: hope, resistance and reality. *Psychiatric Bulletin* 25: 124-125, 2001
- Freud S: Two encyclopaedia articles (1923), in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume 18 (1920-1922): *Beyond the Pleasure Principle*, *Group Psychology and Other Works*, 233-260
- Gabbard GO, Gunderson JG, Fonagy P: The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 59(6):505-10, 2002
- Hadjipavlou G, Ogrodniczuk JS: A national survey of Canadian psychiatry residents' perceptions of psychotherapy training. *Can J Psychiatry* 52(11):710-7, 2007
- Holmes J: Fitting the biopsychosocial jigsaw together. *Br J Psychiatry* 177:93-4, 2000
- Hyman SE: Psychiatric drug discovery: revolution stalled. *Sci Transl Med* 10;4(155), 2012
- Iranian Council on Graduate Medical Education. Residency Program and Requirements for Psychiatric residency Training (in Farsi). (2008). Last Access Date: 1/5/2015. http://cgme.behdasht.gov.ir/uploads/264_920_CurriculumTakh_Ravanpezeshki.pdf.
- Iranian Council on Graduate Medical Education. Residency Program and Requirements for Psychiatric residency Training (in Farsi). (2013). Last Access Date: 1/5/2015. http://cgme.behdasht.gov.ir/uploads/CurriculumTakh_Ravanpezeshki92.pdf.
- Mojtabai R, Olfson M: National trends in psychotherapy by office-based psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry* 65(8):962-70, 2008
- Parry PI, Levin EC: Pediatric bipolar disorder in an era of "mindless psychiatry". *J Trauma Dissociation* 13(1):51-68, 2012
- Piper WE: Implications of psychotherapy research for psychotherapy training. *Can J Psychiatry* 49(4):221-9, 2004
- Ravitz P, Silver I: Advances in psychotherapy education. *Can J Psychiatry* 49(4):230-7, 2004
- Royal College of Psychiatrists. A Competency-Based Curriculum for Specialist Training in Psychiatry: Core Module. January 2009. Last Access Date: 1/3/2015. http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Core_February09.pdf.
- Royal College of Psychiatrists. A Competency-Based Curriculum for Specialist Training in Psychiatry: Specialist Module in Psychotherapy. January 2009. Last Access Date: 1/3/2015. http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/1Psychotherapy_Feb09.pdf.
- Shea P: Psychiatry and the Scientific Method. *Australasian Psychiatry* 8;226-229, 2000
- Singh A, Singh S: Resolution of the polarisation of ideologies and approaches in psychiatry. *Mens Sana Monogr* 2(2):5-32, 2004
- Starcevic V: Psychotherapy in the era of evidence-based medicine. *Australas Psychiatry* September 11:278-281, 2003
- Weissman MM, Verdelli H, Gaineroff MJ, Bledsoe SE, Betts K, Mufson L, Fitterling H, Wickramaratne P: National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. *Arch Gen Psychiatry* 63(8):925-34, 2006

راه‌نمای ویدیوها

در ویراست دوم این کتاب، با همکاری اریک آرنولد کارگردان، لوح فشرده‌ای همراه کتاب تهیه کرده بودم که سبک کار من با سه بیمار مختلف را به تصویر می‌کشید. در ویراست سوم، این ویدیوها، به جای آن که در لوح فشرده ارایه شوند، به طور برخط در نشانی اینترنتی www.appi.org/Gabbard قرار داده شده‌اند و دو ویدیوی دیگر نیز به آن اضافه کرده‌ام که آن‌ها را هم اریک آرنولد کارگردانی کرده است. اولین ویدیوی جدید پال را نشان می‌دهد که بیمار جدیدی است که تلاش می‌کند درمان را در کنترل خود بگیرد؛ ویدیوی دیگر مارجری را نشان می‌دهد، بیماری که تجربه ابتدای درمان‌اش در ویراست قبلی آمده بود و اکنون، در این داستانواره^۱ جدید، در جایی به تصویر کشیده می‌شود که به پایان درمان نزدیک می‌شود.

متوجه شده‌ام که فراگیران روان‌درمانی مشتاق‌اند طرز کار کردن بالینگران باتجربه را مشاهده کنند تا ببینند مفاهیم و داده‌های این حوزه چگونه در درمان‌های انفرادی به کار می‌روند. اما، الزام حفظ رازداری باعث می‌شود برآورده کردن این درخواست برای اعضای هیأت علمی که به آنان آموزش می‌دهند کاری دشوار و بغرنج باشد. برای حفظ رازداری بیماران، تصمیم گرفتم در این داستانواره‌ها از بازیگران حرفه‌ای استفاده کنم. در داستانواره ویدیویی اول، نقش برندا را کلی کانکل بازی کرده است. در داستانواره ویدیویی دوم، نقش جورج را جان فریزر بازی کرده است. در داستانواره‌های ویدیویی سوم و پنجم، شانون امیریک نقش مارجری را بازی کرده است. در داستانواره ویدیویی چهارم، مایکل مک‌گویبرک نقش پال را بازی کرده است.

در تمام پنج ویدیوی همراه این کتاب، از بخش‌هایی واقعی از جلسات روان‌درمانی استفاده شده است که به شکلی مناسب تغییر داده شده‌اند. به بازیگران آموزش دادم تا بیماران واقعی و وضعیت واقعی جلسه درمان را به همان شکلی به تصویر بکشند که در واقعیت اتفاق افتاده است. با این کار، در نقش یک «کارگردان» با این بازیگران عمل کردم و با این ترتیب حاصل کار آنان شباهت قابل‌توجهی با بیماران واقعی‌ای پیدا کرده است که درمان‌شان کرده‌ام. این داستانواره‌ها را در متن اضافه کرده‌ام و پیش‌نهاد کرده‌ام که خواننده هر کدام از این مورد‌های بالینی را در کجای مطالعه متن ببیند، و گزارشی هم درباره آن ارایه کرده‌ام تا برای خواننده روشن شود در این ویدیوها کدام مطالب کتاب را مشاهده می‌کند. در طی این سال‌ها، بسیاری از فراگیران گفته‌اند که مشاهده کار کردن با بیماران

به آنان کمک کرده تا بسیاری از نکاتی که در کتاب آورده‌ام را بهتر درک کنند.

داستانواره ویدیویی را ببینید:

نشانه‌های ویدیو که در متن آمده است داستانواره‌ها را با عنوان و طول مدت‌شان معرفی می‌کند.

این ویدیوها را می‌توانید به طور برخط از نشانی www.appi.org/Gabbard و با استفاده از اجراکننده ویدیویی همراه ببینید. ویدیوها برای نمایش توسط اغلب سیستم‌های عامل فعلی، از جمله سیستم‌های عامل گوشی‌های همراه، بهینه‌سازی شده‌اند.

داستانواره‌های ویدیویی

فصل ۴: مداخلات درمانی

داستانواره ویدیویی ۱: انتقال شهوانی (۸:۳۰)

فصل ۶: کار کردن با مقاومت

داستانواره ویدیویی ۲: پرداختن به مقاومت در درمان (۷:۴۵)

داستانواره ویدیویی ۳: خط پایان (۶:۵۷)

داستانواره ویدیویی ۴: بیماری که درمان را کنترل می‌کند (۹:۳۶)

فصل ۹: حل و فصل و پایان درمان

داستانواره ویدیویی ۵: موضوعات مرتبط با پایان‌بخشی (۶:۳۳)

مقدمه نویسنده

اغلبِ بیمارانی که برای روان‌درمانی روان‌پویشی مراجعه می‌کنند مشتاق‌اند شنیده شوند، درک شوند، معتبر دانسته شوند^۱، و به عنوان افرادی یک‌تا و همان‌طور که هستند به رسمیت شناخته شوند. هم‌چنین، ممکن است احساس کنند «چیزی» ذهن‌شان را درگیر کرده و باعث درماندگی‌شان می‌شود اما به درمانگر نیاز دارند تا کمک‌شان کند بفهمند آن «چیز» چیست. روی‌کرد روان‌پویشی برای رسیدن به نیازهای این چنین بیمارانی کاملاً مناسب است. ویراست‌های اول و دوم این کتاب مقدماتی، که در سال‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۱۰ منتشر شده بودند، به عنوان راهی برای شروع به کار در زمینه روان‌درمانی روان‌پویشی، مورد پسند دستیاران روان‌پزشکی و سایر شاغلان به حرفه‌های مرتبط با سلامت روان، از جمله روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، مشاوران دارای پروانه کار و پرستاران، قرار گرفت. در ویراست سوم این کتاب، من همان سنت خود را ادامه داده‌ام و می‌کوشم درمانگران تازه‌کار را با جنبه‌های بنیادین روی‌کرد روان‌پویشی مواجه کنم، و در همان حال آنان را به چالش بکشم تا به شکلی بسیار دقیق درباره پیچیدگی‌های بیمارانشان بیاندیشند.

تمام فصل‌های این ویراست بازبینی شده‌اند تا پیش‌رفت‌های به‌دست‌آمده در این حوزه و داده‌های جدید مرتبط با درمان پویشی را در بر بگیرند. گرچه زمانی درمان روان‌پویشی به شدت محتاج آن بود که اعتبار خود را به شکل تجربی و به وسیله کارآزمایی‌های شاهددار تصادفی شده نشان بدهد اما اخیراً انتشار کارآزمایی‌های دقیقی که اثربخشی درمان روان‌پویشی را نشان می‌دهند افزایش معناداری پیدا کرده است. نوشتارگان^۲ مرتبط با شواهد تجربی حمایت‌کننده از این روی‌کرد را به فصل ۱، «مفاهیم اصلی»، و فصل ۲، «ارزیابی، موارد کاربرد و صورت‌بندی»، اضافه کرده‌ام. فراگیر شدن ارسال پیام‌های متنی و نامه‌های الکترونیکی، رسانه‌های اجتماعی، و سایر ارتباطات فضای سایبری در کاربست روان‌درمانی نیز این ضرورت را ایجاد کرد که در فصل ۳، «فوت‌وفن‌های روان‌درمانی»، مطالبی را درباره فراخ شدن چارچوب درمان اضافه کنم.

در فصل‌های مختلف کتاب تغییراتی داده‌ام تا پیش‌رفت‌های انجام‌شده در این حوزه را که به کار درمانگران پویشی مرتبط است در آن منعکس کنم. علاوه بر آن، مباحث نظری و تکنیکی که در ویراست اول آمده بود را هم

1- validated

2- literature

شرح و بسط بیش‌تری داده‌ام. من هم‌چنان، به عنوان درمانگر، در حال رشد و تفکر و به شکل‌های مختلف بازبینی می‌کنم. این بازبینی‌ها خود را در تعدیل‌هایی که در این ویراست کتاب انجام شده نشان می‌دهند.

اغلب مطالب این کتاب از تجربه‌ام در جلسات هفتگی‌ای که در «کنفرانس موارد بالینی درمانگاه روان‌پزشکی بیلر» با فراگیرانی از تمام رشته‌های عمده سلامت روان دارم به دست آمده است. هر صبح چهارشنبه، یکی از فراگیران رشته‌های سلامت روان یک مسأله بالینی را که در روان‌درمانی به آن برخورد کرده است ارائه می‌دهد و این مسأله بالینی محملی برای تدریس در زمینه اصول تکنیک‌های درمانی مناسب می‌شود. در هر یک از جلسات این کنفرانس‌های بالینی، به جای این که از پیش تصریح و مشخص کنم چه موضوعاتی پوشش داده خواهند شد، به مشکلات و دشواری‌هایی می‌پردازم که فراگیران در عمل با آن مواجه شده‌اند. این روی‌کرد آموزشی درباره دوره‌های^۱ شایعی که درمانگران مبتدی با آن روبه‌رو می‌شوند و نیازهایی که به عنوان دانش‌جو دارند مطالب زیادی به من آموخته است. سعی کرده‌ام این کتاب را با در نظر داشتن آن مشکلات بنویسم، طوری که درمانگران مبتدی احساس کنند نمونه‌های بالینی و اصولی که در مثال‌های بالینی بیان شده‌اند مستقیماً در تجربه آموزشی‌ای که در زمینه روان‌درمانی دارند به کارشان می‌آید. هم‌چنین، هنگام نوشتن این کتاب، مدیران آموزشی را هم در ذهن داشته‌ام و امیدوارم ایده‌های ام درباره ارزیابی توانمندی دستیاران برای آنان در برنامه‌های آموزشی خودشان مفید باشد.

هیچ متن مختصری نمی‌تواند یک درمان پیچیده را به طور جامع پوشش بدهد. بنابراین، در فصل ۱ اصول نظری را به طور مختصر مرور کرده‌ام و به خوانندگان توصیه می‌کنم برای مطالعه دقیق‌تر درباره مدل‌های نظری عمده در روان‌پزشکی روان‌پویشی و روی‌کردهای مختلف به اختلالات روان‌پزشکی خاص به کتاب دیگرم، «روان‌پزشکی روان‌پویشی در کاربست بالینی»^۲، ویراست پنجم، مراجعه کنند (گابارد ۲۰۱۴). مطالعه این کتاب باید با آموزش تدریسی و جلسات نظارت هفتگی همراه باشد. روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت هنری است که نیازمند کسب آموزش و تجربه فشرده در این زمینه است و تنها با کمک این روش‌های آموزشی اضافی است که می‌توان امیدوار بود توانمندی لازم برای کاربرد این نوع درمان به دست بیاید.

محدودیت فضا مانع از آن شد که در این کتاب به بحث مسائل مالی سلامت روان یا مسائل موجود در انجام روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت در زمانه‌ای پردازم که پرداخت‌کنندگان شخص ثالث به فضای خصوصی رابطه روان‌درمانی وارد می‌شوند. با وجود آن که منابع اختصاص داده‌شده به درمان‌های روان‌پزشکی به طور کلی رو به کاهش است اما هم‌چنان تعداد قابل‌توجهی از بیماران دنبال رابطه درمانی درازمدتی هستند که در فضای خصوصی آن رابطه حرفه‌ای رازدارانه احساس کنند درک می‌شوند. به علاوه، اصولی که در کاربرد درمان پویشی درازمدت آموخته می‌شوند هم‌دلی^۳، هم‌پیمانی درمانی^۴، معانی ناخودآگاه، انتقال، مقاومت و تأثیر انتقال متقابل بالینگر-به

1- dilemma

2- Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice

[این کتاب نیز، توسط گروه مترجمان و زیر نظر مترجم همین کتاب، ترجمه شده و توسط انتشارات ارجمند منتشر خواهد شد. (م)]

3- empathy

4- therapeutic alliance

شکلی کلی‌تر در تمام درمان‌های روان‌پزشکی، از جمله درمان‌های روان‌پزشکی بستری و ویزیت‌های دارویی، کاربرد دارند.

گرچه درمان پویشی می‌تواند به شکل گروهی، در خانواده‌درمانی یا زوج‌درمانی، و در کودکان و نوجوانان هم به کار برود، این کتاب تنها به درمان پویشی درازمدتِ انفرادی با بزرگسالان اختصاص داده شده است. وارد شدن به سایر این حیطه‌ها فراتر از محدودیت‌های فضایی بود که در تألیف این کتاب باید رعایت می‌کردم. هم‌چنین، در این کتاب به بحث ترکیب دارو با روان‌درمانی هم نپرداختم، چرا که این موضوع آن چنان گسترده است که نمی‌توانستم در قالب یک «بخش مکمل» در این کتاب به آن بپردازم.

حتی خودِ درمان پویشی درازمدت انفرادی با بزرگسالان هم درمانی بسیار متنوع است. روی‌کرد نظری‌ای که درمانگر در آن آموزش دیده است، به نوبه خود، نوع مفهوم‌سازی او از مشکلات بیمار و نحوه به‌کارگیری مداخلات درمانی توسط او را تعیین می‌کند. علاوه بر آن، شخصیت درمانگر هم مُهر خود را بر درمانی که انجام می‌دهد می‌زند. بنابراین، محال است که در یک کتاب بتوان تمام روی‌کردهای روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت را پوشش داد. روی‌کردی که در این کتاب اتخاذ شده است بر مبنای مدل‌های نظری مختلفی است که نشان‌دهندهٔ تکثر امروزی موجود در این حوزه و سنتز خودم از این چارچوب‌های مفهومی متنوع است. نوع درمانی که در این کتاب آموزش داده شده است سبک شخصی من در درمان را نشان می‌دهد که در طی بیش از چهل سال تجربهٔ انجام روان‌درمانی شکل گرفته و تکامل پیدا کرده است. در طی این مدت، بسیاری چیزها را از راه آزمون و خطا آموختم. برخی خوانندگان با شیوه کار من مخالفت‌هایی خواهند داشت که معتبر است و این تفاوت‌های موجه در دیدگاه‌ها را کاملاً می‌پذیرم.

باید از همکاران و دانش‌جویانی که در این سال‌ها داشته‌ام قدردانی ویژه کنم. آنان اشتیاق‌آمیز برای آموزش و درمان بیماران را هر روزه زنده نگاه داشته‌اند. من شانس آن را دارم که در محیطی کار کنم که در آن حمایت متقابل، شوخ‌طبعی پسندیده و خود را وقف مراقبت از بیماران کردنِ قاعدهٔ هر روزه است. هم‌چنین، مایل‌ام به طور خاص از بعضی همکاران و فراگیران برجسته‌ام تشکر کنم که مطالب برخی از داستانواره‌های این کتاب را فراهم کردند. از جمله کسانی که این نقش را داشتند باید دکترها علی اصغر علی، فی براون، کیم‌لان سلوستا، گبریل هابیدی، کریستین کاساو، تریزا لانو، ریکا مک‌سول و دانیل راجرز را نام ببرم. علاوه بر آن، مایل‌ام مراتب قدردانی خود را به چهار بازیگر حرفه‌ای تراز اول‌شنونِ اِمِریک، جان فریئر، کلی کانیکل و مایکل مک‌گویریک-ابراز کنم که در تصویرگری‌شان در ویدیوهای همراه این کتاب توانستند جان کلام را در آن چه می‌خواستم از بیماران‌ام منتقل کنم، به میزانی قابل توجه، به نمایش بگذارند. هم‌چنین، به خاطر مهارت، بردباری و توجه دقیق به جزئیات در تهیهٔ ویدیوها، خود را وام‌دار آقای اریک آرنولد می‌دانم. هم‌چنین، باید از دکتر لورا رابرتز، سرپرستارِ «انتشارات انجمن روان‌پزشکی آمریکا»، و جان مک‌دافی، ناشر همراه، برای حمایت قاطع و مشورت‌های خردمندانه‌شان در طی تهیهٔ کتاب به طور ویژه تشکر کنم. تهیهٔ این کتاب هم، مانند اغلب پروژه‌های تألیفی، حاصل کارِ گروهی بوده است.

جیل کریگ نسخه‌های متعددی از کتاب را با اشتیاق و مهارتی تایپ کرد که انگیزه‌بخش بود. در پایان، می‌خواهم مراتب قدردانی خود را، به خاطر مشارکت اندیشمندانه درباره نحوه آموزش درمان روان‌پویشی به فراگیران مبتدی، به هالی کریسپ‌هن ابراز کنم که به عنوان استاد همراه در «کنفرانس موارد بالینی درمانگاه روان‌پزشکی بیلر» در کنارم بوده است.

برای روان‌درمانگران، بیماران مهم‌ترین آموزگاران‌شان هستند. بنابراین، مایل‌ام مراتب قدردانی خود را به بیماران‌ام ابراز کنم که این امتیاز را به من دادند که خصوصی‌ترین درگیری‌های زندگی‌شان را با من در میان بگذارند و در اندوه‌ها و شکست‌های شخصی‌شان به من اعتماد کردند. آنان در طی سالیان کارم بیش از هر استاد و همکارم به من آموخته‌اند. از آنان برای تحمل خطاهایی که در دقت، قضاوت، زمان‌شناسی و تعبیر^۱ داشته‌ام، و برای بردباری‌شان در زمانی که هنر روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت را می‌آموختم تشکر می‌کنم.

منبع

Gabbard GO: Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2014

مفاهیم اصلی

خانم الف، زن متخصص ۳۸ ساله، در آخرین ماه از فرایند روان‌درمانی پویشی درازمدت‌اش که ۴ سال و ۴ ماه طول کشیده بود، دربارهٔ تجربهٔ خود از درمان با درمانگرش حرف زد.

خانم الف: فکر می‌کنم حالا می‌فهمم چرا درمان‌ام این‌قدر طول کشید.

درمانگر: منظورتان چیست؟

خانم الف: خوب، حالا که به گذشته نگاه می‌کنم، متوجه می‌شوم بخش زیادی از وقت‌ام را در این‌جا صرف این کردم که از خودم و از شما فرار کنم. خجالت می‌کشم این را به شما بگویم اما احساس می‌کنم، تا حدود یک سال اول، اغلب وقت‌ام را صرف این می‌کردم که شما را تحت تأثیر قرار بدهم تا من را فردی نسبتاً سالم و دوست‌داشتنی ببینید. یک وقت متوجه شدم دارم این موقعیت طلایی را از دست می‌دهم که در آن می‌توانم کسی را داشته باشم که واقعاً خوب و بد مرا، در یک رابطهٔ بدون قضاوت و پذیرنده بشناسد. نمی‌دانم در چه جای دیگری می‌توان چنین فرصتی را پیدا کرد. بالاخره سپر خودم را پایین گذاشتم و شروع کردم به این که همه چیز را به شما بگویم.

درمانگر: یادم هست.

خانم الف: موضوع جالب این است که آن چیزی که من فکر می‌کردم «همه چیز» است فقط شروع کار بود. وقتی فکر می‌کردم به طبقهٔ هم‌کف روان‌ام رسیده‌ام، کمک‌ام کردید ببینم در زیر آن طبقهٔ هم‌کف زیرزمین‌ها، غارها و مخفیگاه‌های تاریکی وجود دارد که اصلاً از وجودشان خبر نداشتم. روان‌درمانی‌مان مرا به جاهایی برد که نمی‌خواستم بروم.

درمانگر: واقعاً؟

خانم الف: خوب، آن موقع نمی‌خواستم به آن‌جا بروم اما حالا ... خوش‌حالم که این کار را کرده‌ام. حالا خودم را عمیقاً می‌شناسم، طوری که تا پیش از این فکر نمی‌کردم ممکن باشد و شناختِ خودم به این علت ممکن شد که شما چیزهایی را درباره‌ی من می‌دیدید که خودم نمی‌دیدم. فکر کنم اولین بار در تمام زندگی‌ام است که احساس می‌کنم در پوستِ خودم زندگی می‌کنم، نه این که صرفاً به مردم چیزی را بدهم که آنان از من انتظار دارند.

همان‌طور که این بیمارِ قدردار بیان کرد، اغلب نمی‌توان ارزشِ روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت^۱ (LTTP) را به‌طور کامل شناخت، مگر زمانی که درمان به پایان خود نزدیک شده باشد و در آن زمان فرد به گذشته این فرایند نگاه کند. وارد شدن به این شکل از درمان دله‌ره‌آور است و روند درمان اغلب برخلاف جهتی است که بخواهد به فرد احساس امنیت بدهد. هر چند بسیاری از افراد به‌طور شهودی می‌دانند که شکل‌های کوتاه‌مدت‌تر درمان نه به خودشان پاسخی را می‌دهد که انتظارش را دارند و نه به روان‌درمانگر متبخر وقتِ کافی می‌دهد تا بتواند آنان را عمیقاً، آن‌طور که آرزو دارند شناخته شوند، بشناسد. در واقع، با افزایش مدتِ درمان رضایت بیماران بیش‌تر می‌شود (گزارش‌های مصرف‌کنندگان ۱۹۹۵). در دوره و زمانه «راه‌حل‌های مقطعی» و تقلیل‌گرایی ژنتیک^۲، روان‌درمانی پویشی درازمدت هم‌چنان ارزش خود را حفظ کرده است.

با این حال و با وجود تداوم محبوبیت این نوع درمان، برداشت‌های نادرستِ زیادی درباره‌ی آن وجود دارد. تصورات غلطِ معمول درباره‌ی این درمان شامل موارد زیر است:

۱. درمانگرِ روان‌پویشی عمدتاً ساکت است.
۲. پیش‌رفتِ درمان در نتیجه‌ی پالایش‌های^۳ عاطفی پرسروصدا و زمانی رخ می‌دهد که یک خاطره واپس‌زده^۴ ناگهان آشکار می‌شود.
۳. تمرکز اصلی این درمان بر سکسوالیته بیمار است.
۴. تمام واکنش‌های بیمار نسبت به درمانگر تحریف وضعیت فعلی بر مبنای روابط گذشته بیمار است.
۵. این نوع درمان پایان‌ناپذیر و بی‌نتیجه است (شبیه درمان قهرمانان فیلم‌های وودی آلن).
۶. درمانگرِ روان‌پویشی مثل یک صفحه سفید با صورت سنگی است که از احساس‌ها و واکنش‌های شخصی خود نسبت به بیمار هیچ چیزی را افشا نمی‌کند.
۷. درمانگرِ روان‌پویشی هرگز عقیده‌ای ابراز نمی‌کند که حامل قضاوتی درباره‌ی گفته‌های بیمار باشد.

1- long-term psychodynamic psychotherapy
 2- genetic reductionism
 3- catharsis
 4- repressed

گرچه درمان روان‌پویشی درازمدت از روان‌کاوی مشتق شده است اما حتی نحوه کار خود فروید هم با این سوءبرداشت‌های گوناگون که درباره درمان روان‌پویشی وجود دارد تفاوت چشم‌گیر داشته است. درمانگر روان‌پویشی معاصر بیش‌تر امکان دارد که فعالانه درگیر بیمار شود، از نظر هیجانی با حالات عاطفی بیمار هم‌نوایی کند، تصویرش شبیه درمانگر منفعلی نیست که صورت سنگی دارد، وقتی مفید باشد پرحرف است، و به سهم خودش در این که بیمار او را چگونه ادراک می‌کند توجه دارد. هم‌چنین، به ندرت از رازگشایی‌های چشم‌گیر و پرسروصدا از گذشته عمیقاً دفن‌شده‌ی بیمار آگاه است.

اگر بخواهیم ویژگی‌های روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت معاصر را مشخص کنیم، می‌توانیم این تعریف را برای آن ارائه بدهیم که تا حدودی مبتنی بر مفهوم‌سازی فوناگی (۲۰۱۵) است: مجموعه‌ای از روان‌درمانی‌ها که بعضی از آن‌ها به طور خاص برای اختلالات مختلف طراحی شده‌اند و بعضی دیگر شکلی عمومی‌تر دارند، و مبتنی بر درک موشکافانه ذهنیت [سوبژکتیویته] انسان و چگونگی تعامل آن با روابط فرد با محیط بیرونی و درونی او است. این نوع درمان با استفاده از طیفی از مداخلات انجام می‌شود که یک سمت آن مداخلات بیانی^۱ یا تعبیری^۲ است، و سمت دیگرش مداخلات حمایتی^۳ یا هم‌دلانه است. این نوع درمان به تعارض ناخودآگاه، بازنمایی‌های درونی رابطه‌ها، و معانی فردویژه^۴ و پیچیده‌ای که به تجربه‌ها متصل‌اند می‌پردازد. هم‌چنین، این درمان به جست‌وجوی حقیقت درباره «خود»^۵ و ارتقای حس اصالت در فرد نیز می‌پردازد. مدل‌های مفهومی که در این درمان کاربرد دارند شامل روان‌شناسی «من» [ایگو]، نظریه روابط ابژه، نظریه بیناسوژگی^۶، روان‌شناسی «خود» و نظریه دل‌بستگی است.

بلاگیس و هیلزثروث (۲۰۰۰)، در مرور خود بر مقالات تطبیقی فرایند روان‌درمانی، هفت تکنیک را مشخص کرده‌اند که روان‌درمانی روان‌پویشی را از درمان شناختی-رفتاری (CBT) متمایز می‌کند. این ویژگی‌ها در جدول ۱-۱ خلاصه شده‌اند.

بر حسب نیاز بیماران، ممکن است از برخی از این ویژگی‌ها کم‌تر یا بیش‌تر استفاده شود. ویژگی شاخص دیگر روان‌درمانی روان‌پویشی تمرکز آن بر جنبه‌هایی است که برای هر بیمار خاص یک‌تا، فردویژه و متفاوت است. درمانگران روان‌پویشی می‌دانند که هر بیمار زندگی‌ای داشته که شبیه هیچ فرد دیگری نیست، و تکنیک‌ها و راه‌بردهای درمانی را برحسب ویژگی‌های فردی هر بیمار تنظیم می‌کنند.

1- expressive

2- interpretive

3- supportive

4- internal representations of relationships

5- idiosyncratic

6- self

7- intersubjective theory

جدول ۱-۱. ویژگی‌های متمایزکننده تکنیک‌های روان‌درمانی روان‌پویشی

- تمرکز بر عاطفه^۱ و ابراز هیجان
- کاوش کردن در تلاش‌هایی که فرد برای اجتناب از جنبه‌هایی از تجربه انجام می‌دهد
- تشخیص دادن درون‌مایه‌ها^۲ و الگوهای تکرارشونده
- بحث درباره تجربه‌های گذشته
- تمرکز بر روابط بین‌فردی
- تمرکز بر رابطه درمانی
- کاوش در آرزوها، رؤیاها، و فانتزی‌ها

زمانی منظور از درمان روان‌پویشی درازمدت فرایندی بود با پایان کاملاً باز که نقطه پایانی مشخصی نداشت اما امروزه درمان‌هایی وجود دارند که ۴۰ تا ۵۲ جلسه طول می‌کشند و از ابتدا نقطه پایانی مشخصی دارند، با این حال بسیاری از همان اصول درمان روان‌پویشی درازمدت را به کار می‌برند (باربر و همکاران ۱۹۹۷؛ سوارتبرگ و همکاران ۲۰۰۴؛ وینستون و همکاران ۱۹۹۴). در دوره استیلای مراقبت مدیریت‌شده که ممکن است حداکثر تعداد جلسات مجاز ۸ تا ۱۲ جلسه باشد، درمان‌های با زمان محدود^۳ ۴۰ تا ۵۲ جلسه‌ای را قطعاً باید ذیل عنوان عمومی درمان درازمدت قرار بدهیم. بنابراین، دو طبقه درمان داریم: ۱) درمان‌های با زمان محدود که در آن‌ها تعداد جلسه‌ها از پیش معین است، و ۲) درمان‌های با پایان باز که طوری طراحی شده‌اند که به طور طبیعی در زمان خود پایان یابند. برای ارائه تعریفی از این درمان‌ها مجبوریم مرزی دل‌خواهی قائل شویم. با آگاهی کامل از دل‌خواهی بودن این نقطه قطع، در این کتاب درمان‌هایی را که بیش از ۲۴ جلسه یا ۶ ماه طول بکشند درمان درازمدت در نظر می‌گیریم.

مجموعه‌ای از نظریه‌ها و اصول بنیادین وجود دارند که اساس درمان روان‌پویشی را تشکیل می‌دهند و آن‌ها را در کتاب دیگر خود، با عنوان «روان‌پزشکی روان‌پویشی در کاربست بالینی»، چاپ پنجم، به طور مفصل مرور کرده‌ام (گابارد ۲۰۱۴). در این جا مروری مختصر بر آن‌ها ارایه می‌کنم تا این مفاهیم بنیادین و کاربردهای نظری‌شان را نشان دهم (جدول ۱-۲).

مفاهیم اصلی روان‌درمانی روان‌پویشی

کارکرد ذهنی ناخودآگاه

فریود ذهن ناخودآگاه را کشف نکرد اما او بود که نظریه و تکنیکی را شرح و بسط داد که به ناخودآگاه اهمیتی اساسی می‌داد. تأکید بر حیات ذهنی ناخودآگاه هم‌چنان در مرکز روان‌کاوی یا روان‌درمانی روان‌پویشی قرار دارد. با این

1- affect

2- theme

3- time-limited

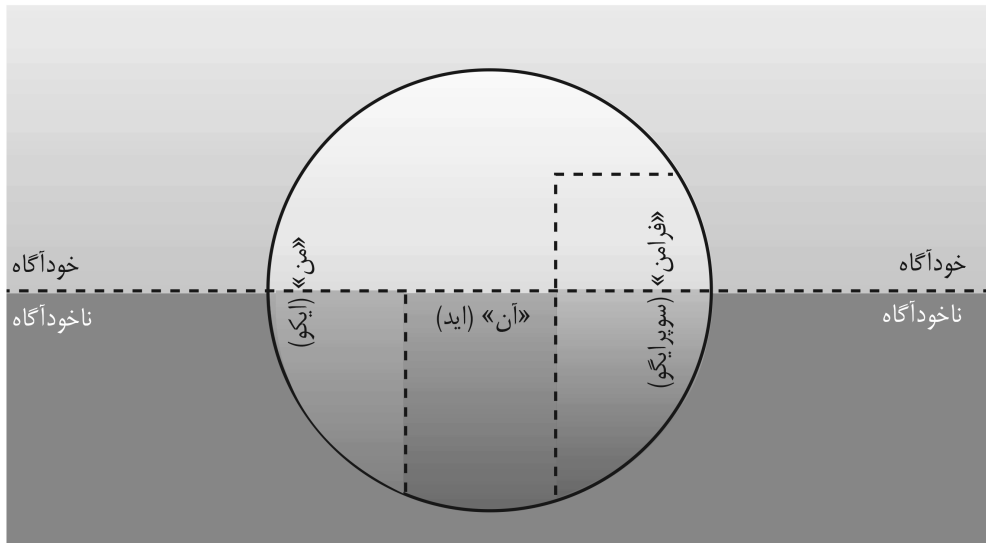
جدول ۲-۱. اصول پایه‌ای روان‌درمانی روان‌پویشی

- بخش اصلی حیات ذهنی انسان ناخودآگاه است.
- تجربه‌های دوران کودکی در همراهی با عوامل وراثتی است که شخصیت فرد بزرگسال را شکل می‌دهد.
- انتقال بیمار نسبت به درمانگر یک منبع اساسی برای [کسب اطلاعات دربارهٔ بیمار و] درک او است.
- انتقال متقابل درمانگر به درک آن‌چه بیمار در دیگران القا می‌کند کمکی ارزشمند می‌کند.
- مقاومت بیمار نسبت به فرایند درمان یکی از کانون‌های اصلی است که درمان بر آن تمرکز دارد.
- دردشنه‌ها و رفتارهای بیمار کارکردهای متعددی دارند و به وسیلهٔ نیروهای مرکب^۱ تعیین می‌شوند که غالباً ناخودآگاه‌اند.
- درمانگر روان‌پویشی به بیمار کمک می‌کند که به حس اصالت و یک‌تایی خود دست پیدا کند.

حال، از زمان نخستین نوشته‌های فروید تاکنون، طرز فکرمان دربارهٔ کارکرد ذهنی ناخودآگاه تغییر و تکامل قابل توجه پیدا کرده است. فروید ابتدا بر مدل مکان‌نگارانه^۲ ذهن تمرکز کرد. بر اساس این مدل، ذهن شامل سلسله‌مراتبی از حوزه‌های لایه‌لایهٔ خودآگاه، پیش‌آگاه و ناخودآگاه است. محتوای ناخودآگاه را نمی‌توان به سادگی به آگاهی فرد آورد اما محتوای پیش‌آگاه را، به سادگی و با متمرکز کردن توجه فرد به آن، می‌توان بازیابی کرد. بخش اصلی نوشته‌های فروید بر «ناخودآگاه» تمرکز دارد که خزانه‌ای است حاوی محتوایی که چون می‌توانند ایجاد تعارض کنند، به شکلی پویا، واپس زده شده و بیرون از آگاهی فرد نگاه داشته می‌شوند. روی‌کرد اولیهٔ فروید در روان‌کاوی به این شکل بود که سعی می‌کرد محتوای ناخودآگاه را به سطح بیاورد و از سد واپس‌زنی بگذراند، تا با این کار بتوان آن محتوای ناخودآگاه را بررسی و درک کرد. فروید خیلی زود متوجه شد که [از حالت واپس‌زده در آوردن و] واپس‌زدایی^۳ خاطرات با استفاده از وارهانش^۴ های روان‌پالاینده^۵ باعث ایجاد تغییرات پایدار نمی‌شود.

مدل فروید به تدریج پیچیده‌تر شد، تا این که در سال ۱۹۲۳ با معرفی نظریهٔ ساختاری^۶ سه‌بخشی خود برای ذهن، که شامل «من» [ایگو]، «آن» [اید]، و «فرامن» [سوپرایگو] بود، به حد نهایت خود رسید (فروید ۱۹۶۱/۱۹۲۳). در مدل ساختاری، «من» [ایگو] متمایز و جدا از رانه^۷ های پرخاشگرانه یا جنسی دانسته می‌شود. اجزای خودآگاه «من» [ایگو] شامل کارکردهای اجرایی ذهن مانند تصمیم‌سازی، یک‌پارچه‌سازی داده‌های ادراکی و محاسبه‌های ذهنی است. اجزای ناخودآگاه «من» [ایگو] عمدتاً شامل سازوکارهای دفاعی است که برای مقابله با رانه‌های غریزی قدرتمندی که در «آن» [اید] انباشته است تعبیه شده‌اند. سکسوالیته و پرخاشگری رانه‌های پایه‌ای در نظر گرفته می‌شوند، و «من» [ایگو] باید به طور دفاعی تلاش زیادی کند تا جلوی مختل شدن کارکرد فرد به وسیلهٔ این رانه‌ها را بگیرد.

1- complex
2- topographic model
3- derepression
4- abreaction
5- cathartic
6- structural theory
7- drive



شکل ۱-۱. مدل ساختاری.

تذکر. با هدف ساده‌سازی شکل، پیش‌آگاه در آن نشان داده نشده است.

Reprinted from: Gabbard GO: *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2014. Used with permission.

همان‌طور که در شکل ۱-۱ نشان داده شده است، «آن» [اید] به‌تمامی ناخودآگاه است، و هم به وسیله اجزای ناخودآگاه «من» [ایگو] و هم به وسیله عامل سوم به نام «فرامن» [سوپرایگو] کنترل می‌شود. «فرامن» [سوپرایگو] عمدتاً ناخودآگاه است و درونی‌سازی ارزش‌های اخلاقی والدین و دیگران در محیط فرد را بازنمایی می‌کند. گاهی اوقات «فرامن» [سوپرایگو] را به آرمان «من» [آرمان ایگو]^۱ و وجدان اخلاقی^۲ تقسیم‌بندی می‌کنند. آرمان «من» [آرمان ایگو] تجویز می‌کند (یعنی حکم می‌کند فرد چه کاری باید انجام بدهد)، در حالی که وجدان اخلاقی یا «فرامن» [سوپرایگو] راستین^۳ نهی می‌کند (یعنی حکم می‌کند که فرد، بر اساس نظام ارزشی‌اش، چه کارهایی نباید بکند).^۴

مدل ساختاری زمینه را برای تبیین نظریه‌ای درباره‌ی تعارض ناخودآگاه فراهم می‌کند. این سه عامل درون‌روانی، یعنی «آن» [اید]، «من» [ایگو]، و «فرامن» [سوپرایگو]، به‌طور مداوم با یک‌دیگر حول ابراز کردن و

1- ego ideal

2- moral conscience

3- proper superego

۴- [در متن اصلی کتاب، تعریف آرمان «من» [آرمان ایگو] و «فرامن» راستین [سوپرایگو راستین] دقیقاً برعکس ذکر شده است. در این ویراست ترجمه‌ی فارسی و بعد از تأیید نویسنده (گابارد، ۲۷ اکتبر ۲۰۱۹، مکاتبه‌ی شخصی) این اشتباه اصلاح شده است. از دکتر ارشیا کیانی سپاس‌گزارم که این خطا را به من یادآوری کردند. (م)]

برون‌ریزی^۱ سکسوالیته و پرخاشگری در تعارض‌اند. تعارض بین این عامل‌ها منجر به ایجاد اضطراب هشداردهنده^۲ می‌شود. این نوع اضطراب هشدار می‌دهد که برای مهار کردنِ ابراز پرخاشگری یا سکسوالیته، که به نظر ممنوع می‌رسد، نیاز به استفاده از سازوکارهای دفاعی وجود دارد. دردنشانه‌های مرتبط با تعارض روان‌نژدانه به این شکل ایجاد می‌شوند. به عبارت دیگر، تعارض باعث ایجاد اضطراب هشداردهنده می‌شود که سپس منجر به استفاده از دفاع می‌شود که خود در نهایت به ایجاد مصالحه‌ای بین «آن» [اید] و «من» [ایگو]، یا بین «آن» [اید] و «فرامن» [سوپرایگو] منتهی می‌شود. با این ترتیب، دردنشانه را می‌توان نوعی مصالحه‌سازی در نظر گرفت که از سویی در برابر [ابراز] یک آرزو دفاع می‌کند و در همان حال، آن آرزو را در شکلی مبدل و تغییرشکل‌یافته ارضا می‌کند.

گرچه هم‌چنان در درمان روان‌پویشی به تعارض ناخودآگاه به عنوان پدیده‌ای فراگیر پرداخته می‌شود اما در طی یک قرن که از زمان صورت‌بندی این نظریه‌ها توسط فروید می‌گذرد، درک‌مان از فعالیت ذهنی ناخودآگاه دست‌خوش تغییر شده است. پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه روان‌شناسی تجربی فرض پایه‌ای فروید را، یعنی این که بخش اصلی حیات ذهنی ناخودآگاه است، به طور گسترده تأیید کرده‌اند (اتکین و همکاران ۲۰۱۵؛ گراس ۲۰۱۳؛ گیوراک و همکاران ۲۰۱۱؛ رایس و هافمن ۲۰۱۴؛ وستن ۱۹۹۹). اما اغلب تحقیقات در این حوزه طوری بوده‌اند که باعث می‌شود، بیش‌تر از آن که به ناحیه خاصی از ذهن یا مغز [به عنوان جایگاه ناخودآگاه] بیاندیشیم، آن را به شکل نظام‌های حافظه‌ای درک کنیم. حافظه گزاره‌ای^۳ شامل دانش فرد دربارهٔ واقعیت‌ها و روی‌دادها است که برخی از آن‌ها ممکن است به دلیل وجود تعارض واپس زده شده باشند. حافظه رَوَندی^۴ دانش دربارهٔ «چگونه انجام دادن»-مثل راندن دوچرخه-یا «چگونگی» رابطه‌مندی^۵ با انسان‌ها است (گابارد ۲۰۱۴). طرحواره‌های ناخودآگاهی را که از آن‌ها با عنوان روابط ابژه درونی یاد می‌شود تقریباً می‌توان حافظه‌های رَوَندی‌ای دانست که بارها و بارها در موقعیت‌های بین‌فردی گوناگون تکرار می‌شوند. نوع دیگری از حافظه ضمنی^۶ ماهیت تداعی‌آمیز^۷ دارد و شامل پیوند بین واژه‌ها، احساس‌ها، ایده‌ها، روی‌دادها و واقعیات است.

بخش عمده پژوهش دربارهٔ حافظه که با اندیشهٔ روان‌پویشی مرتبط است از دلِ تمایز بین حافظهٔ صریح و حافظهٔ ضمنی بیرون آمده است (گابارد ۲۰۱۴؛ گراس ۲۰۱۳؛ گیوراک و همکاران ۲۰۱۱؛ رایس و هافمن ۲۰۱۴). بر مبنای آن پژوهش‌ها، این دو نوع حافظه را می‌توان روش‌های مختلفی در روی‌کرد به تنظیم هیجانی دانست. فرایندهای سرکوب هیجان که توأم با تلاش‌اند صریح و آشکارند، در حالی که سازوکارهای دفاعی

1- discharge

2- signal anxiety

3- declarative memory

4- procedural memory

5- relatedness

6- implicit memory

7- associative