

## تشخیص روان تحلیلی

شناخت ساختار شخصیت در فرآیند بالینی

# فهرست

۹	قدردانی.....
۱۱	مقدمه مترجم.....
۱۳	پیش مقدمه.....
۱۹	مقدمه.....
۲۵	بخش اول: مباحث مفهومی.....
۲۷	فصل ۱ چرا تشخیص؟.....
۴۵	فصل ۲ تشخیص روان تحلیلی منش (شخصیت).....
۷۱	فصل ۳ مراحل تحولی ساختار شخصیت.....
۱۰۳	فصل ۴ الزاماتی بر سطوح تحولی سازمان شخصیت.....
۱۳۹	فصل ۵ فرآیندهای دفاعی نخستین.....
۱۷۱	فصل ۶ فرآیندهای دفاعی ثانویه.....
۲۰۱	بخش دوم: انواع ساختار شخصیت.....
۲۰۷	فصل ۷ شخصیت سایکوبات (ضداجتماع).....
۲۳۱	فصل ۸ شخصیت خودشیفته.....
۲۵۷	فصل ۹ شخصیت اسکیزوئید.....
۲۷۹	فصل ۱۰ شخصیت پارانوئید (بدگمان).....
۳۰۵	فصل ۱۱ شخصیت افسرده و شیدایی.....
۳۴۳	فصل ۱۲ شخصیت مازوخیسم (خودآسیب‌رسان).....
۳۶۹	فصل ۱۳ شخصیت وسواس فکری و عملی.....
۳۹۷	فصل ۱۴ شخصیت هیستریک (هیستریونیک).....
۴۲۳	فصل ۱۵ حالات روان‌شناختی گسستی.....
۴۵۷	ضمیمه: چارچوب پیشنهادی برای مصاحبه‌های تشخیصی.....
۴۶۱	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....
۴۶۷	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....
۴۷۲	درباره نویسنده.....



## قدردانی

در نسخه اول کتاب تشخیص در روان‌تحلیلی عمیقاً از مراجعین خود و همه همکارانم تشکر ویژه کرده بودم. اگر بگویم این کتاب حاصل «باغ آراء»<sup>۱</sup> مختلف است (توصیفی که دبلیو. اچ. اودن شاعر پرآوازه از کارهای فروید کرده است) سخن به گزافه نگفته‌ام. در کتاب قبلی خود به این نکته تأکید کرده بودم، ساختاری که از سطوح و انواع مختلف شخصیت ارائه داده‌ام طبقه‌بندی مختص «من» نبوده است، اما می‌توانم بگویم یکی از بهترین تلاش‌های من در نشان دادن مسیر تحول عقاید روان‌تحلیلی بوده است. بر همین اساس، اخیراً مشاجره‌هایی بین روان‌تحلیل‌گران بر سر اینکه آیا تشخیص به‌تنهایی ارزشمند است در گرفت (عنوان کنفرانس آنلایین ۲۰۰۹ انجمن بین‌المللی برای روان‌تحلیلی رابطه‌ای و روان‌درمانی) اما من قصد نداشتم مرکز ثقلی برای موضوع تشخیص در جنبش روان‌تحلیلی معرفی نمایم. این کتاب محدود به افکار من نبوده و در بردارنده دیدگاه‌های مختلف از نقاط مختلف جهان است. چندین سال متمادی از متخصصین خواسته بودم هر انتقادی که به هر یک از مطالب اولین نسخه کتاب دارند و یا چنانچه با تجارب بالینی آنها جور در نمی‌آید به آدرس پستی من ارسال دارند. تعداد قابل توجهی از درمانگرانی که در کشورهای مختلف کار می‌کردند و حتی متفاوت از زمینه‌ای که من کار می‌کنم، نوشته‌اند که این مفاهیم از تجارب بالینی آنها حمایت می‌کند. برخی از آنها انتقادهایی داشتند و من سعی کردم پیشنهادهای آنها را در بازنگری جدیدی که در فصل‌های مختلف داشتم به کار بگیرم.

غیر از کسانی که در سال ۱۹۹۴ از آنها یاد کرده‌ام، افراد بی‌شمار دیگری هستند که در بازنگری ویرایش دوم کتاب سهمی بوده‌اند. اما لازم می‌دانم از یکی از آنها به نام ریچارد چفتز که ساعت‌ها وقت خود را وقف تجزیه و تحلیل فصل گسست<sup>۲</sup> کرده و اطلاعات زیادی درباره یافته‌های معاصر تروماشناسی<sup>۳</sup> ارائه داد قدردانی کنم. همچنین لازم می‌دانم از *دانیل گازتمباید* (و *برنا برای*)، رییس بخش خودم) یک اسکینرشناس اصیل که همواره روان‌تحلیلی را ارج نهاده است و برای کار دانشجویی حین تحصیل نزد من معرفی شده بود) قدردانی کنم. *دانیل خلاصه‌های منظمی از تحقیقات و نظریه‌های مرتبط را برای من جمع‌آوری و ارسال می‌کرد. همچنین از دوست عزیزم کری گوردون که با خرد روان‌تحلیلی و گوش شنوایش در تحمل دیدگاه‌های مختلف مرا دلگرم می‌ساخت تشکر کنم. همچنین از نگاه تیزبینانه تیم پاترسون در شکار اشتباهات نوشتاری سپاسگزارم. در پایان از همکاری صمیمانه و خالصانه همکارانم که بعد از چاپ اولین نسخه کتاب همواره مشوق من بوده‌اند تشکر کنم:*

1- climate of opinion

2- dissociation

۳- traumatology شاخه‌ای از جراحی که موضوع آن زخم‌ها و ناتوانایی‌های ناشی از تصادفات است

نیل آلمن، ساندرابم، لوئیس برگر، غیسلاین بولانگر، مرحوم استنلی گرینسپن، جودیت هاید، دبورا لئوپنیتز، ویلیام مک گیلیورای، دیوید پینکاس، ژان رزنیک، هنری سیدن، جاناتان شدلر، مارک سیگرت، جوئیس اسلوکور، رابرت والرشتین، برایانت ولش و دریو وستن. جا دارد از بسیار کسان دیگری که به نوعی افکار و ایده‌های آنها در شکل‌گیری این کتاب نقش داشته است تشکر نمایم. اگر لغزش یا سوء برداشتی صورت گرفته باشد ایراد از جانب من بوده است.

## مقدمه مترجم

کتاب تشخیص روان‌تحلیلی یکی از منابع بسیار جامع و ارزشمند در حیطه تشخیص و درمان روان‌تحلیلی است. ادبیاتی که خانم نانسی مک ویلیامز در نگارش کتاب به کار گرفته است نشان از شخصیت متواضع و فروتن او دارد که همواره فخرفروشی و نخوت برخی درمانگران از هر گروه فکری را آفتی بزرگ بر سر راه پیشرفت علوم بهداشت روانی برشمرده است. یکی از افتخارات ایشان حضور در کشور عزیزمان و آشنایی وی با آخرین دستاوردهای علمی و پژوهشی روان‌تحلیلی در جریان کنگره روانکاوی سال ۱۳۹۳ بوده است. آثار ارزشمند این نویسنده شهیر به نام‌های: «تشخیص روان‌تحلیلی» (نسخه نخست کتاب در سال ۱۹۹۴)، «صورت‌بندی درمان‌های تحلیلی» ۱۹۹۹ - «روان‌درمانی تحلیلی» ۲۰۰۴ و ویرایش دوم کتاب «تشخیص روان‌تحلیلی» (همین کتاب در سال ۲۰۱۱) در کارنامه فعالیت‌های علمی ایشان درخشیده و به بیش از ۲۰ زبان زنده دنیا ترجمه شده است. از آنجاکه کمبود منابع فارسی درمان‌های روان‌تحلیلی، گلایه بسیاری از دانشجویان و علاقه‌مندان به این حوزه از علوم روان‌شناختی بوده است، امید آن می‌رود نشر این کتاب بتواند روزنه‌ای ولو کوچک به سوی دریای بیکران روان‌تحلیلی بگشاید. نویسنده در بخش نخست این کتاب با تقسیم مبتکرانه دفاع‌ها در دو گروه فرآیندهای دفاعی نخستین و دفاع‌های ثانوی به تفصیل درباره ۲۵ نوع مکانیسم دفاعی مهم توضیح می‌دهد. در بخش دوم کتاب انواع شخصیت‌ها را در ۹ تیپ مستقل: شخصیت سایکوپات، خودشیفته، اسکیزوئید، پارانوئید، افسرده و شیدایی، مازوخیست، و سواس فکری و عملی، هیستریک و حالات گسستی طبقه‌بندی کرده و معتقد است پیوستار هر یک از این شخصیت‌ها می‌تواند در دامنه‌ای از بهنجاری، روان‌نزدی تا سایکوتیک امتداد داشته باشد. خانم ویلیامز کالبدشکافی این تیپ‌های شخصیتی را به زیبایی در توضیح ابعاد سابق‌ها و عواطف - فرآیندهای دفاعی - الگوهای ارتباطی - حالات خویشتن - الزامات درمانی و تشخیص‌های افتراقی به اوج رسانده است. نویسنده در پایان هر فصل، منابع، مقالات، اسامی لاتین و آرشیوهای غیرقابل دسترسی را در متن اصلی با عنوان «پیشنهاداتی برای مطالعه بیشتر» گنجانده بود که تصور می‌رفت آوردن این بخش در متن اصلی حوصله خوانندگان را به سر برده و به نوعی تکرار منابعی باشد که در پایان کتاب آمده است، لذا تصمیم بر آن شد از آوردن این بخش در ترجمه صرف‌نظر کنیم. اما واژه‌نامه پایانی کتاب در متن اصلی نبوده و تلاشی در جهت معرفی اصطلاحات کلیدی و معادل‌های ترجیح داده شده در زبان مقصد بوده است. همین‌جا فرصت را غنیمت شمرده و از تلاش‌های ارزشمند انتشارات وزین ارجمند در چاپ و نشر

کتاب‌های نفیس و ماندگار به‌خصوص معرفی منابع تأثیرگذار به جامعه علوم بهداشتی و درمانی تشکر صمیمانه خود را ابراز نمایم. بازخورد منتقدین و صاحب‌نظران را با دیده‌ منت به گوش جان خریدارم و اطمینان دارم از دیدگاه و پیشنهادات آنها در کارهای بعدی بهره‌خواهم برد. تلاش داشتم ضمن وفاداری به متن اصلی، تا حد امکان از معادل‌های مشهور و جاافتاده‌تری که اساتید حوزه روان‌تحلیلی به آن تکلم و تقریر دارند، استفاده کرده و حق واژه اصلی را برای خوانندگان کنجکاو در متن و یا در پاورقی و یا در واژه‌نامه پایان کتاب محفوظ دارم.

غلامرضا جوادزاده

Javadzade11@yahoo.com

## پیش مقدمه

بعد از آنکه اولین نسخه کتاب تشخیص روان‌تحلیلی<sup>۱</sup> را نوشتم بر اساس تجاربی که به‌عنوان یک معلم داشتم متوجه شدم دانشجویان و روان‌درمانگران تازه‌کار بیش از هر چیز به یک منبع استنباطی، چندبعدی، بافتاری، زیست‌روان‌اجتماعی<sup>۲</sup> در کار تشخیص نیاز دارند که به لحاظ زمانی این ایده به سال‌ها قبل از انتشار سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-III) که در سال ۱۹۸۰ توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا چاپ شد برمی‌گشت. به‌طورکلی بر اساس چندین دهه تجارب بالینی و مباحث علمی گذشتگان تلاش داشته‌ام این حساسیت را زنده نگه‌دارم که به انسان به‌عنوان یک مجموعه کلی توجه کنم تا نشانه‌های کنار هم. چون خود در این حرفه مشغول به کارم، شاهد آن هستم که دانشجویان علاقه‌مند به روان‌پوشی با انبوهی از موضوعات گیج‌کننده مواجه بوده و سعی دارند از کلاف سردرگم‌کننده تنوع اصطلاحات، استعاره‌ها و دیدگاه‌هایی که بر آیین روان‌تحلیلی سایه افکنده است سردرآورند. نیاز برای تجمیع آراء پراکنده و گاه متناقض دیدگاه روان‌تحلیلی که هر کس به سلیقه خود در شناخت بیماران خود به کار بسته است نیازی بدیهی به شمار می‌رود.

در اوایل دهه ۱۹۹۰ کم‌کم امیدوار می‌شدم کتاب‌های متعددی که روانه بازار می‌شوند تأثیری شگرف بر سیاست‌های بهداشت روانی و شکل‌گیری فهم مشترک از روان‌درمانی خواهند داشت، اما طولی نکشید که امیدم به یاس تبدیل شد چراکه مشاهده می‌کردم بسیاری از آنها در همان آغاز به بیراهه رفته‌اند. جای خوشحالی نبود، وسعت و عمق تغییراتی که از این تاریخ به بعد ایجاد می‌شد بسیار سرسام‌آور بود. به دلایل متعددی، سبک‌هایی که روان‌پوشی (و حتی در حد وسیعی دیدگاه انسان‌گرایی نیز) (مراجعه کنید به کین، ۲۰۱۰) در شناخت و درمان بیماران به کار می‌بستند از ارزش افتادند و روزه‌روز احتمال اینکه یک بیمار با آسیب شخصیتی بارز از طریق درمان روان‌پوشی کمک‌های خالصانه و مؤثری را از سیستم بهداشت روانی امروزه دریافت کند، کاسته می‌شود. همزمان با آن چون شاهد گسترش تحولاتی در حوزه شناختی-رفتاری نیز بودیم، برخی از متخصصین این جنبش دوشادوش برخی از روان‌تحلیل‌گران از تحولاتی که در این حوزه به وجود آمده بود نگران بودند؛ اخیراً تعدادی از همکارانم که رویکرد CBT دارند از جمله میلتون اسپت (با ارسال رایانامه‌ای در ۲۸ می ۲۰۱۰) در واکنش به این تحولات گلایه می‌کرد که «ما بیماران را درمان می‌کنیم نه اختلالات را».

عوامل متعدد سیاسی و اقتصادی در بروز بسیاری از این تحولات مؤثر بوده است (برای بررسی تاریخیچه سیاسی چرخش پارادایم در حوزه بیماری‌های روانی می‌توانید به مایز و هورویتز، ۲۰۰۵،

1- *Psychoanalytic Diagnosis*

2- *inferential – dimensional – Contextual- biopsychosocial*



مراجعه کنید، "وسعت دامنه سبب‌شناسی بیماری‌ها که از پیوستار بهنجاری آغاز می‌شود، به اختلالات طبقه‌بندی شده نشانه‌محور تقلیل یافته است" [ص ۲۴۹]. حداقل در ایالات متحده، صاحبان شرکت‌ها (به‌خصوص شرکت‌های بیمه‌ای و صنعت داروسازی) با دیدگاه فله‌ای، ماهیت روان‌درمانی را تغییر داده و آن را بر مبنای منافع سازمانی خود که بر سود بیشتر استوار است تعریف مجدد می‌کنند. امروزه خدمات درمانی کوتاه‌مدت که با هدف کنترل هزینه‌ها ارائه می‌شوند جای درمان‌های بلندمدت چند دهه‌ای را که به افراد دارای اختلالات پیچیده شخصیتی ارائه می‌شد، گرفته است؛ البته نه به این دلیل که مهارت خود را در کمک به آنها از دست داده‌ایم، بلکه بیشتر به خاطر قوانین بیمه‌ای، مقاصد سودجویانه و اشرافیت کارفرمایان بر برنامه‌های مراقبتی به بهانه اینکه آنها قادرند خدمات «جامع» بهداشت روانی به افراد تحت پوشش خود ارائه دهند، اما بعداً به شکل مستبدانه‌ای از دامنه خدمات به اختلالاتی که در محور تشخیصی II<sup>۱</sup> می‌گنجد کم می‌کنند.

شرکت‌های داروسازی به‌طور یک‌طرفه جسمانی بودن منشأ بیماری را به‌عنوان یک شرط اساسی در تفسیر اختلالات روان‌شناختی وارد کرده‌اند تا بلکه از این طریق تجارت تجویز دارو را برای تمامی بیماری‌ها در مدار داشته باشند. نتیجه آن می‌شود که تمرکز بر معالجه عمیق مشکلات فراگیر کاهش یافته و برنامه‌های تغییر رفتار با مداخله‌های سطحی در محیط کار و مدرسه به حاشیه رانده شود. آن زمان که اولین نسخه کتاب حاضر را می‌نوشتیم، هنوز به اهمیت پیش‌آگهی درمان شخص‌محور<sup>۲</sup> (متضاد درمان نشانه‌محور) پی نبرده بودم و پس از گذشت سال‌ها از انتشار آن (مک ویلیامز، ۲۰۰۵) به این موضوع رسیدم.

این اواخر یعنی از سال ۱۹۹۴ به بعد فضای کاری که درمانگران در این کشور (آمریکا) به‌وجود آورده‌اند بسیار سنگدلانه بوده است. امروزه مطب همکارانم مملو از مردم رنج دیده‌ای است که نیاز به مراقبت‌های ویژه و طولانی‌مدت دارند (آیا می‌توان قانع شد اهمیت آسیب‌شناسی روانی در بستر تحولات اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فناوری، روزبه‌روز کاهش یافته است؟). آنها انتظار دارند بیمارانشان را دو هفته یک بار و حتی کمتر از آن ملاقات کنند و انبوهی از پرونده‌ها را در دست دارند که بدیهی است با چنین برنامه‌ای امکان برقراری رابطه صمیمانه با مراجع و وارد شدن به دنیای آنها غیرممکن خواهد شد. آنها غرق پرونده‌سازی و در تلاش برای توجیه درمان‌های به‌جد محافظه‌کارانه و کارگزار بی‌مزد و مواجب شرکت‌های بی‌نام و نشان بیمه‌گر هستند تا بیمارانشان را با شعار "بهبودی در رفتار هدف" به این شرکت‌ها متصل کنند. تحت فشار بودن متخصصین برای نسبت دادن یک "تشخیص" رسمی اغلب لطمه روحی سنگینی به بیماران زده و بخشی از وظایف درمانگران شده است و متخصصین اجازه دارند به ازاء دریافت هزینه‌ای ناچیز انگ‌هایی به بیماران بزنند تا مشمول حمایت

---

۱- مطابق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) محور II شامل اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی ذهنی است که وجود این محور کار درمان را سخت می‌کند.

شرکت بیمه‌گر شوند.

تعجب من از این است که سیاست‌های چند سال اخیر به روان‌درمانگران اجازه می‌دهد تا از طریق تفکر اکتشافی سریعاً به یک راه‌حل روشن برسند، اما شناخت علمی روشنگرانه از کلیت حالات روان‌شناختی بیماران را در درجه دوم اهمیت قرار می‌دهد. در چنین نظامی هرچه افراد خواهان درمان‌های کوتاه‌مدت باشند درمانگر به مبنایی آماده دسترسی دارد که بتواند به سرعت پیش‌بینی کند آیا بیمار به توضیحات دلسوزانه او با آرامش پاسخ خواهد داد یا از درمانگر بی‌ارزش‌سازی می‌کند و یا با احساسی آشفته که نشان از درک نشدن دارد واکنش نشان خواهد داد. بنابراین امروزه بیش از هر زمان دیگری ضرورت دارد تا ارزش تشخیص شخصیت را همانطور که در سال ۱۹۹۴ از جنبه استنباطی، بافتاری، چندبعدی بودن و سنجش تجارب ذهنی بیمار تأکید کرده بودم، مجدداً گوشزد کنم. نقش من در گسترش راهنمای تشخیصی روان‌پویشی (PDM، ۲۰۰۶)<sup>۱</sup> تصدیق این نگرانی‌ها بوده اما در آن سند درمانی آنچه لازم بود درباره تیپ‌ها و سطوح سازمان شخصیت بیان کنم محدود به چند پاراگراف می‌شد، حال در این کتاب فرصت آن را خواهم داشت تا در این باره به حد کافی و به تفصیل صحبت کنم.

یکی از دلایل غیرمستقیم بی‌ارزش‌سازی آیین روان‌تحلیلی که اخیراً نیز رو به گسترش گذاشته است شاید ناشی از شکاف عمیق میان سیستم دانشگاهی و درمانگران است. کم‌وبیش با بسیاری از تنش‌های میان این دو گروه از قدیم آشنا بوده‌ایم که بخش اعظمی از این اختلافات ریشه در سلیقه‌های متنوع افراد در گرایش به یک مکتب فکری خاص دارد. اما شکاف آنجا عمیق‌تر می‌شود که سیستم دانشگاهی به شدت تحت فشار است تا به دنبال ارتقاء رتبه و کثرت شمارگان تحقیقات خود باشد. در فضای آکادمیک امروزه حتی آن دسته از اساتیدی که به دنبال کارهای مختصر عملی در بیرون از دانشگاه هستند ممکن است به خاطر احتمال از دست دادن کرسی استادی خود ساده‌لوح خوانده شوند. در نتیجه معدودی از دانشگاهیان متوجه هستند که کار با افراد دارای مشکلات وخیم و پیچیده چه حس و حالی دارد. شکافی که از جدال بین دو جبهه محققین- درمانگران ایجاد شده است روزبه‌روز با رشد بی‌رویه دانشکده‌های تخصصی روان‌شناسی عمیق‌تر می‌شود، تا حدی که حتی درمانگران مشتاق نیز فرصت اندکی برای ایجاد تحولات غنی دو طرفه بین اساتید راهنما و دانشجویان درگیر با کار تحقیق پیدا می‌کنند.

نتیجه چنین شکاف عمیقی این است که به جای اینکه اصول روان‌پویشی شخصیت و آسیب‌شناسی روانی از دل تجارب بالینی و مشاهدات طبیعی بیرون کشیده شوند، بیشتر از آزمایشگاه‌های روان‌شناسی دانشگاه‌ها سر بیرون آورده و به گونه‌ای برای دانشجویان این رشته ترسیم می‌شود که گویی مکتب

---

۱- *Psychodynamic Diagnostic Manual* این راهنمای تشخیصی در ۳ محور به اجرا درمی‌آید: ۱- محور P یا محور الگوها و یا اختلالات شخصیتی: (personality patterns & disorders) ۲- محور M یا محور کارکردهای روانی: (mental functioning) ۳- محور S یا محور الگوهای نشانه‌ای: (symptoms patterns). هر درمانگر فارغ از هر نوع روش درمانی که به آن علاقه مند است می‌تواند این مدل را در فرمول بندی مشکلات بیمار به کار گیرد.

روان‌تحلیلی علمی منسوخ، بی‌ربط و در عمل فاقد هرگونه اعتباری است. وقتی چندین دهه کار تحقیقی روی مفاهیم روان‌تحلیلی به‌یک‌باره با انتقادهایی که اخیراً به قصد آرمانی نشان دادن درمان‌های مبتنی بر شواهد معین به راه افتاد، مورد غفلت قرار گرفت (به‌طور مثال فیشر و گرینبرگ بیش از ۲۵۰۰ مطالعه را در کتاب‌هایی که در سال‌های ۱۹۸۵ و ۱۹۹۶ منتشر کرده‌اند مورد بررسی قرار داده‌اند)، افت محسوس تحقیقات کنترل شده تصادفی در خصوص درمان‌های روان‌پوشی (پایان- باز) برایمان بسیار گران تمام شد. به‌علاوه کبر و نخوت برخی از روان‌تحلیل‌گران در دوران اوج شکوه این مکتب، به‌ویژه اشاعه این باور که آنچه آنها در رابطه با یک بیمار تجربه می‌کنند خیلی منحصر‌فردتر از آن است که در قالب پروژه‌های تحقیقی به آنها پرداخت، مزید بر علت بوده و سهم عمده‌ای در ارائه کلیشه‌ای منفی از روان‌پوشی توسط همکاران غیربالینی من داشته است.

هر جا هم که کارهای عملی بی‌نظیر، تأثیر خوب درمان‌های روان‌تحلیلی را نشان داده است (به‌طور مثال لچرنرینگ و رابونگ، ۲۰۰۸؛ شدلر، ۲۰۱۰) با میراثی که از قدیم در سیاست خودآسیب‌رسانی و تحقیر بسیاری از روان‌تحلیل‌گران داشته‌ایم، آنها را به خاطر تحقیق روی فرآیندهای تحلیلی از خود طرد کردیم. حرکت شتابان روان‌شناسی بالینی به سمت «علوم» اثبات‌گرا، تلاش بنگاه‌های بیمه‌گر در کم کردن هزینه‌ها، منافع اقتصادی صنایع داروسازی، واکنش تحقیرآمیز برخی روان‌تحلیل‌گران در برابر نتایج تحقیقات از هر نوع آن، «طوفان عظیمی» به پا کرده که به بی‌ارزش‌سازی روان‌شناسی و روان‌درمانی روان‌پوشی انجامیده است.

بدیاری‌های پی‌درپی روان‌تحلیلی انگیزه مرا در تجدیدنظر دوباره به این کتاب شدت بخشید. پس از انتشار اولین نسخه این کتاب، متخصصین علوم اعصاب شناختی و عاطفی تحرکاتی را در جهت برجسته نشان دادن موقعیت روان‌شناسی بر مبنای جنبه‌های ژنتیکی، فیزیولوژیک و شیمی آغاز کردند. تحقیق در مورد کودکان، به‌ویژه بر سر موضوع دلبستگی (attachment) و کودک مفهومی روان‌تحلیل‌گر مشهور جان بالبی افق نوینی را در شناخت بیشتر رشد شخصیت باز کرده است. ظهور جنبش ارتباطی الهام‌بخش تحولاتی شگرف در بخش‌های بزرگی از جامعه روان‌تحلیلی بوده است. هر اندازه که تحرکات درمان‌گران شناختی و رفتاری پخته‌تر می‌شود و هر چه متخصصین این حوزه‌ها با بیماران پیچیده‌تر کار می‌کنند در حد قابل ملاحظه‌ای به توسعه مفهوم شخصیت به آن‌گونه که پیشینان حوزه روان‌تحلیلی به آن پایبند بوده‌اند نزدیک‌تر می‌شوند. از این‌روست که یادگیری من همواره ادامه پیدا خواهد کرد. امروزه شناخت و آگاهی من درباره نظریه سالیوان، نوکلاین‌ها، و مکتب لاکان فراتر از شناختی بوده که در سال ۱۹۹۴ به آنها داشتم. من از انتقاداتی که اساتید محترم به کتاب تشخیص در روان‌تحلیلی داشته‌اند، از دانشجویانی که به دنبال فهم آن بوده‌اند و همچنین از همکارانم که آن را مطالعه کردند بهره‌ زیادی برده‌ام. این کتاب پیش از آنکه به رشته تحریر درآید حاصل بیش از بیست سال کار بالینی بوده است.

من از موفقیت اولین نسخه کتاب در آمریکای شمالی متعجب نیستم: در زمان نوشتن این کتاب تصور می‌کردم فقط من هستم که جای خالی چنین متونی را برای دانشجویان رشته روان‌درمانی احساس می‌کنم. اما وقتی پذیرش آن را در سطوح کشورهای مختلف دیدم بسیار ذوق‌زده شدم، به‌ویژه استقبال گرمی که روان‌درمانگران مختلف از اقصی نقاط جهان از آن به عمل آورده بودند از جمله در کشورهایمانند، رومانی، کره، دانمارک، ایران، پاناما، چین، نیوزلند، و آفریقای جنوبی. اقبال عمومی آن را در کشور خودم آنجا یافتم که انبوه دعوت‌نامه‌ها را جهت سخنرانی در زیرگروه‌های مختلف تخصص بهداشت روانی (از جمله روان‌پزشکان نیروی هوایی، مشاورین مذهبی مسیحی، روان‌شناسان زندان، و متخصصین اعتیاد) دریافت کردم و همین باعث شد تا آوازه من فراتر از مرزهای آمریکای شمالی و به گوش درمانگران سراسر جهان برسد و به من درس داد که پویایی شخصیت دل‌مشغولی مشترک همه ماست. در روسیه بازخورد آن برایم این بود که منش ملی اکثریت مردم منش مازوخیستی است، در کشور سوئد، اسکیزوئید؛ در لهستان، پس از سانحه؛ در استرالیا، وابستگی متقابل و در ایتالیا منش هیستریک. در ترکیه درمانگرانی که در روستاهای سنتی کار می‌کردند وضعیت بیمارانی را توصیف می‌کردند که شدیداً شبیه زنان مقید و محجوبی بودند که زمانی مشابه آنها تحت درمان فروید بودند، نسخه‌ای از شخصیت هیستریک که از جوامع امروزه فرهنگ غربی رخت بر بسته است. ظهور چنین پدیده‌هایی در روان‌درمانی در اقصی نقاط دنیا تجربه مسرت‌بخشی است که امیدوارم در این بازبینی به آن غنی بخشیده باشم.

برای تشویق همکارانم که مشتاق کار با فرهنگ‌های خیلی سنتی و اشتراکی هستند و معتقدند رنج هیجانی مردمان آنها اغلب از زبان بدنشان بیان می‌شود (به‌طور مثال، قبایل بومی آمریکا و جوامع آسیای جنوبی و غربی)، بریده‌ای را به جسمانی‌سازی اختصاص داده‌ام و کاربرد مفهومی آن را در قالب یک تیپ شخصیتی سازمان‌یافته به همراه دفاع‌هایش پیشنهاد کرده‌ام. در مورد دفاع‌ها با یک بازنگری، دفاع‌هایی نظیر جسمانی‌سازی<sup>۱</sup>، برون‌ریزی<sup>۲</sup> و جنسی‌سازی<sup>۳</sup> را که قبلاً در گروه دفاع‌های نخستین قرار داده بودم تجدیدنظر کردم. برای طولانی نشدن بحث‌ها و برای احتراز از ایجاد تمایل برای پاتولوژیک جلوه دادن برخی از فرهنگ‌هایی که در آن جوامع جسمانی‌سازی بهنجار تلقی می‌شود، تصمیم گرفتم از اختصاص فصلی کامل برای شخصیت جسمانی‌ساز صرف‌نظر کنم. خوانندگان که علاقه‌مند به کسب اطلاعات بیشتر برای درمان کسانی هستند که دائماً و به‌طور مشکوک با یک مرض جسمی سروکار دارند و همچنین سایر شخصیت‌هایی که در اینجا پوشش داده نشده‌اند (به‌طور مثال، شخصیت مازوخیست و سادومازوخیستی، هراسی و مقابله با هراس، وابسته و وابستگی متقابل، پرخاشگر انفعالی و افراد مضطرب مزمن) می‌توانند کمک‌های لازم را از PDM<sup>۴</sup> دریافت نمایند.

با اینکه قصد نداشتم دست و پای خود را در نوشتن ببندم، اما برای اینکه این اصل را نیز رعایت

1- somatization

2- acting out

3- sexualization

4- Psychoanalytic Diagnostic Manual

کرده باشم که "اگر مطلبی به درد می‌خورد انرژی خود را برای نوشتن مشابه آن هدر نده"، در برخی قسمت‌های این کتاب تغییرات بسیار اندکی ضرورت پیدا کرده است. شاید جاه‌طلبانه باشد که بگویم در بخش‌هایی از این کتاب افق تازه‌ای به‌سوی یافته‌های تجربی و دیدگاه‌های نظری اخیر گشوده‌ام. مشاهدات گسترده‌ی روان‌تحلیلی پای خود را از دامنه‌ی یافته‌های ماهلر فراتر گذاشته و مرزهای دانش علوم اعصاب معاصر را برای یافتن فرآیندهای بالینی در مغز که پیش از این در حد تمثیل به آنها می‌پرداختیم درنور دیده است. تحقیقاتی که روی دل‌بستگی انجام یافته، دانش ما را درباره‌ی روابط بین فردی توسعه داده و به ابداع اصطلاحات جدیدی (مثل، «ذهنی‌سازی»<sup>۱</sup>)، «کارکرد انعکاسی»<sup>۲</sup>) رهنمون ساخته است که همه‌ی فرآیندهای بهداشت روانی را از هسته‌ی [مغز] تا پیرامون [محیط] دربر می‌گیرد. متخصصین علوم اعصاب بسیاری از باورهای اشتباه ما را تصحیح کرده‌اند (به‌طور مثال، افکار مقدم بر عواطف یا خاطراتی که به علت ترومای شدید فراموش می‌شوند، قابل بازگشت هستند [سالمز و ترن بال، ۲۰۰۲])، و در حد وسیعی به افزایش دانش ما درباره‌ی خلق و خو، سابق، تکانه‌ها، عواطف و شناخت کمک کرده‌اند. کم‌وبیش آزمایش‌های کنترل شده و تصادفی در مورد درمان‌های مبتنی بر روان‌تحلیلی انجام یافته و تعدادی از محققین بررسی‌های فراتحلیلی تازه‌ای روی مطالعات موجود به عمل آورده‌اند.

به‌رحال برای پربارتر شدن کتاب حاضر وجود بسیاری از منابع و نوشتجات قدیمی چه بالینی و چه تجربی را مغتنم شمرده‌ام. ماهیت شخصیت به‌گونه‌ای است که پدیده‌ای نسبتاً پایدار تلقی می‌شود، بنابراین لازم دانستم منابع ارزشمندی که در چندین دهه پیش مشاهدات منظم و مفیدی را درباره‌ی شخصیت دنبال کرده بودند مورد توجه قرار داده و به‌جای نادیده گرفتن آنها، بهره‌بردن از آنها را در اینجا غنیمت بشمارم. هیچ‌وقت نتوانستم خودم را با این ضرب‌المثل مشهور آمریکایی راضی نگه‌دارم که «نو» که او مد به بازار کهنه می‌شه دل‌آزار؛ در واقع به خاطر فشارهای واقعی بر پیکر روشنفکران حال حاضر و تنگناهای زیادی که بر سر راه آموزش تخصصی حاکم است، انتظار ندارم این اثر به پای اندیشه‌ورزی و وسعت نظر نویسندگان عهد قدیم که به زندگی در فضای کم‌زرق و برق و کمتر کلافه‌کننده‌ی آن زمان عادت کرده بودند برسند.

---

۱- Mentalization (ذهنی‌سازی): توانایی هر فرد در تشخیص حالت‌های روانی خود و دیگران و اینکه فرد دریا بد حالت‌های روانی، پدیده‌های مستقل از رفتار هستند. ذهنی‌سازی، توانایی تفکر درباره‌ی افکار، هیجان‌ها، آرزوها، امیال و نیازهای خویشتن و دیگران می‌باشد. به عبارت دیگر فهمیدن این نکته که اگر حالت‌های درونی با اعمال آدمی در هم تنیده شده‌اند به این علت است که خودمان انتخاب کرده ایم، در حالی که هر دو پدیده‌ای مستقل از همدیگرند. برخی معتقدند که اختلال شخصیت مرزی نتیجه‌ی نقص در توانایی ذهنی‌سازی است. (Kistalyn Salters, 2008) منبع- (about.com)

۲- reflective functioning (کارکرد انعکاسی): این اصطلاح توسط فونایگی و دیگران (Fonagy & et.al.) ابداع شده و اشاره به ظرفیت مادر در تفکیک و حفظ حالت‌های روانی خود از کودکش دارد. این کارکرد نقش حیاتی در انتقال دل‌بستگی میان نسل‌ها دارد.

## مقدمه

آنچه در ادامه می‌خوانید تجمیعی از خرد روان‌تحلیلی است. این کتاب برداشت من از خرد روان‌تحلیلی و همچنین انعکاسی از نتیجه‌گیری‌ها، تعبیر و ندانسته‌جویی من از این خرد بوده است. استنباطی که من از دل نظریه‌ها و استعاره‌های روان‌تحلیلی در مورد شکل‌گیری شخصیت، در قالب شبکه‌ی دو محوری<sup>۱</sup> بیرون کشیده‌ام، شاید برای من از منطقی بسیار شفاف تبعیت می‌کند، اما برای تحلیلگر دیگری که به گوناگونی شخصیت از منظر و طیف دیگری نگاه می‌کند ممکن است بسیار تصنعی به نظر برسد. من فقط به بیان این نکته بسنده می‌کنم، تصویری که من از شخصیت ارائه داده‌ام در محدوده‌ی تجاربی ارزشمند است که سعی داشته‌ام در توضیح مفاهیم غامض روان‌تحلیلی که در طول بیش از یک قرن گسترش یافته است به دانشجویان تازه‌کاری که غرق در این اصطلاحات هستند اطلاع‌رسانی کنم.

هدف اصلی من از نگارش این کتاب ارتقاء کارهای عملی و نه پاسخ به انبوه پرسش‌های مفهومی و فلسفی است که در ادبیات روان‌تحلیلی موج می‌زنند. دوست داشتم به‌جای ارائه‌ی سندی خشک و بی‌چون و چرا، کتاب آموزشی مفیدی عرضه کنم. به‌طور مکرر در هر فصل ارتباط تنگاتنگ میان اصول روان‌پویشی و هنر روان‌درمانی را مورد توجه قرار داده‌ام. صرف‌نظر از اینکه سعی دارم برخی نگرش‌های اساسی معین در درمان، از جمله کنجکاوی، احترام، دلسوزی، فداکاری و اشتیاق به پذیرش اشتباهات و محدودیت‌ها را به خوانندگان انتقال دهم (مراجعه کنید به مک ویلیامز، ۲۰۰۴)، با این حال اعتقاد ندارم تکنیک‌های خاصی که روی افراد اجرا می‌کنیم می‌توانند در غیاب تلاش ما برای درک روان‌شناسی آنها مثمرتر باشند.

ممکن است خوانندگان عزیز با مباحث دیگری مواجه شوند که عقاید روان‌تحلیلی را در درمان افراد عمیقاً آشفته، افراد شکست خورده در چالش با واقعیت، اقلیت‌ها، معتادان، فقرا و سایر گروه‌های خاص بی‌تأثیر بدانند. اگر این کتاب رسالت خود را در انتقال توانمندی و پایبندی به درمان‌های روان‌تحلیلی به‌خوبی انجام داده باشد، می‌توان انتظار داشت همین منبع به رفع سوء تفاهم‌ها نیز کمک کند، هرچند محوری که من برای تشخیص شخصیت در دوسوی یک پیوستار ترسیم کرده‌ام صرفاً دربردارنده‌ی مقدار محدودی از اطلاعات است که در شناخت هر مراجع مفید است.

## نکاتی در مورد اصطلاحات

در مقاطع مختلفی اقدامات نافرجام در جهت پالایش ادبیات حاکم بر سنت روان‌تحلیلی که به

---

۱- biaxial grid محور مختصاتی که از برخورد دو محور عمودی (Y) و افقی (X) ایجاد می‌شود.

کج‌فهمی‌ها دامن زده‌اند، انجام یافته است. افرادی بسته به شرایط زمان خود در بیان مقصود اصلی، اصطلاحات معینی را ابداع و گاه از روی ناچاری برچسب‌هایی به حالت‌های خاص زده‌اند که هم‌اکنون از آن معنای ضمنی دیگری برمی‌آید. زبان اختراع شد تا به توصیف ساده مقاصد کمک کند (در واقع اختراع شد تا جایگزینی برای بار-ارزشی قبلی باشند) اما روزه‌روز از زبان در جایگاه تقریبی به کار گرفته شد و به همین نحو به رشد خود ادامه داد، به خصوص افراد غیرمتخصص خدشه بزرگی به آن وارد ساختند. به نظر می‌رسد برخی عبارات ذاتاً باعث ناراحتی و خشم مردم می‌شود، بر این اساس سعی خواهیم کرد بدون استفاده از زبان پیش‌داورانه و با رعایت دقت این عبارات را به کار گیریم، زبانی که هم‌اکنون به شکل تحقیرآمیز در مورد انسان‌ها به کار می‌گیریم میراثی است که از گذشته به ارث برده‌ایم.

به‌طور نمونه، «اختلال شخصیت ضداجتماع» (antisocial personality disorder) که امروزه به کار می‌گیریم، سال‌ها پیش (۱۸۳۵) از آن با عنوان «جنون اخلاقی» (moral insanity) یاد می‌شد. سال‌ها بعد به «روان‌پریشی» (psychopathy) و پس‌از آن نیز به عبارت «جامعه‌ستیزی» (sociopathy) تغییر یافت. هر یک از این اصطلاحات برچسبی توصیفی، بی‌پروا و سانسور نشده به یک پدیده ناراحت‌کننده می‌زد. اما توان یک پدیده در ناراحت کردن افراد باعث شده تا پای این اصطلاحات به وسط کشیده شود و اصطلاحاتی که در پی هم ابداع شدند هرکدام به نحوی خواسته است مفاهیم غیراخلاقی را از آن بزدايد. اتفاق مشابهی نیز در تغییر شکل موفقیت‌آمیز اصطلاح «وارونگی» (inversion) به «انحراف» (deviation) و پس‌از آن به «همجنس‌گرایی» (homosexuality) رخ داده و از رواج عبارات کوچ‌بازاری مثل، «gay» یا «queer» جلوگیری کرده است. با این حال هنوز افرادی هستند که به خاطر ناراحتی از تمایلات جنسی بین دو همجنس از اصطلاح «gay» و یا «queer» در تحقیر آنها استفاده می‌کنند. شاید در آینده نزدیک شاهد تحولات موفقیت‌آمیز در مورد اصطلاح «عقب‌مانده» (retarded) و تغییر آن به «چالش‌رشدی» (developmentally challenged) نیز باشیم. به نظر می‌رسد هر پدیده‌ای به هر دلیلی که باعث پریشان‌حالی افراد شده است، تبعیت از این قاعده بی‌فایده را در زبان محاوره‌ای تحریک کرده است. این اتفاق در مورد اصطلاحات غیر روان‌شناسی نیز افتاده است، به‌طور مثال، دولتمردان در مناقشه‌های سیاسی بایستی مراقب بیان برخی اصطلاحات مختص سرزمین خود باشند. یکی از دلایلی که بسیاری از تلاش محققان در زدودن زبان از آلودگی به شکست می‌انجامد به این علت است که زبان حاکم بر سنت روان‌تحلیلی، همواره بدبینانه، پیش‌داورانه و منسوخ بوده است. اطلاق بی‌ملاحظه، تحریف‌آمیز، و پیش‌داورانه برخی اصطلاحات روان‌تحلیلی به افراد، چه در چارچوب کمک‌های بهداشت روانی و چه خارج از آن، بلای جان آیین روان‌پویشی بوده است.

---

۱- اصطلاحی عامیانه و تحقیرآمیز برای همجنس‌گراها که در برخی مقالات قدیمی روان‌تحلیلی نیز دیده می‌شود (ریموند کرسینی، ۱۹۹۹).

مغایر با آنچه گفته شد، روان‌تحلیلی شهرت و اعتبار خود را مدیون جذابیت برخی از همین اصطلاحات می‌داند. وقتی مفهومی وارد فرهنگ عامه شود، نه تنها هر کسی از این مفاهیم قضاوت خاص خود را دارد بلکه این مفاهیم شکل ساده‌تری نیز به خود می‌گیرند. تصور می‌کنم خواننده‌ای که اولین بار با مفاهیم روان‌تحلیلی به‌طور مثال اصطلاح «مازوخیست» (masochist) برخورد می‌کند، نمی‌تواند این صفت را بدون برچسب زدن و پیش‌داوری به کسی که درد و رنج را دوست دارد، تجسم کند. چنین واکنشی قابل درک، اما از روی بی‌اطلاعی است؛ چراکه تاریخچه مفهوم روان‌تحلیلی مازوخیسم، واژه‌هایی مانند مهربانی، خردمندی، مفید بودن را نیز دربرداشته است، مشاهدات غیرتقلیلی<sup>۱</sup> نشان می‌دهد چرا بعضی افراد با وجود اطلاع از دردناک بودن یک رویداد بارها خود را قهرمانانه درگیر فعالیت‌های دردناک می‌کنند، درحالی‌که اختیار آن را داشته‌اند به‌گونه‌ای دیگر عمل کنند. می‌توان گفت همین بلا بر سر بسیاری از اصطلاحاتی که توسط متخصصین بالینی غیر روان‌تحلیل‌گر و همین‌طور افراد باسواد جامعه تصاحب شده، آمده که بعدها با چرب‌زبانی و فخرفروشی در مورد این اصطلاحات جنجال به راه انداخته و معنای واقعی آنها را به مسلخ کشیده‌اند.

وقتی مفاهیم کاربرد عامیانه پیدا می‌کنند، قدرت خود را از دست می‌دهند. اصطلاح "تروما" که به وفور بین عامه مردم استفاده می‌شود، شدت فاجعه‌بار بودن خود را از دست داده است و می‌توان کاربرد آن را به وفور در معنای "ناراحتی" یا "آسیب" شنید. اصطلاح «افسردگی» (depression) به مرور دیگر قابل تفکیک از دوره‌های کوتاه حزن (blues) (هورویتز و ویکفیلد، ۲۰۰۷) نیست. اصطلاح «اختلال وحشت‌زدگی» (panic disorder) برای این منظور ابداع شد تا مضامین سابق آن را برای گوش ما آشنا سازد، زیرا عبارت کاملاً مفید «نوروز اضطرابی» (anxiety neurosis) و «حمله اضطرابی» (anxiety attack)، و عبارت تکی «اضطراب» (anxiety) در مورد هر چیزی به کار گرفته شد، از احساس فرد در یک ضیافت کاری گرفته تا بیان احساسی که فرد از یک حادثه تیراندازی یاد می‌کند.

با توجه به موارد بالا، مراقب استفاده از برخی اصطلاحات در کتاب حاضر بودم. تا جایی که توانسته‌ام سعی اولویت‌هایی را که گروه‌های مختلف در معرفی اختلالات به کار بسته‌اند استفاده کنم، هرچند به اعتراض و حساسیت بیماران در برابر برچسب‌های خاص تشخیصی نیز احترام گذاشته‌ام. از آنجاکه آخرین ترمینولوژی DSM معیار مناسبی برای بحث پیرامون اختلالات معین محسوب می‌شود لذا سعی می‌کنم اصطلاحات این مرجع را به کار بگیرم، مگر آنکه این اصطلاحات مفاهیم غنی کهن را مخدوش کرده باشند. اما به نظر می‌رسد در سطح دانشگاهی، تلاش برای ادامه دادن نام‌گذاری مجدد اصطلاحات و جایگزینی نام‌هایی برای اصطلاحات موجود کار بیهوده‌ای است. به‌طور مثال جایگزینی عباراتی مثل «خودآسیب‌رسان» (self-defeating) به‌جای شخصیت «مازوخیست»، یا اصطلاح «هیستریونیک» (histerionic) به‌جای «هیستریایی» توسط افرادی صورت

۱- non reductionism (غیرتقلیل‌گرایی): بر اساس دیدگاه غیر تقلیل‌گرایی کل ویژگی‌هایی دارد که جزء فاقد آن است. در حالی که معتقدین به تقلیل‌گرایی (reductionism) باور دارند کل چیزی نیست جز ترکیبی از اجزاء.



می‌گیرد که نمی‌خواهند با به کار بردن اصطلاحات مشهور پای فرضیه‌های روان‌پویشی به میان کشیده شود، اما این تغییر اسامی خللی بر ارادهٔ کسانی چون ما که در مشی روان‌تحلیلی می‌اندیشند نخواهد گذاشت و این اقدامات را به حساب فرآیندی ناخودآگاه که برخاسته از شکل‌گیری نوعی منش است می‌گذاریم.

شاید با اندکی تناقض در الگوی زبانی که در این کتاب به کار رفته است روبرو شوید که ریشهٔ آنها به فهرست واژگان آیین روان‌تحلیلی بازمی‌گردد و ممکن است به تناوب جایگزین هم شوند، امیدوارم روزه‌روز از سنگینی بار واژه‌های بی‌معنا و معادل‌های غیردقیق تخصصی کاسته و آنها را بسیار امروزی‌تر بسازیم. از آنجاکه سعی دارم آگاهی خوانندگان خود را دربارهٔ ریشهٔ اصلی هر یک از برچسب‌هایی که اشاره به خصوصیات منشی خاص دارند ارتقا دهم، لذا بیش از هر چیز به آن زبان روان‌تحلیلی تکیه خواهم کرد که برای همگان آشنا و کاربرپسند می‌باشد. شاید برخی خوانندگان که زمینهٔ قبلی از مکتب روان‌پویشی ندارند نظم تاریخی مطالب ارائه شده در این کتاب را چندان مناسب نبینند یا حتی از برخی مطالب، استنباطی جانبدارانه به دست آید، اما از همهٔ خوانندگان تقاضا دارم موقتاً هرگونه انتقاد را کنار گذاشته و با حسن ظن به آیین روان‌تحلیلی بنگرند، زیرا تا حد امکان سعی دارم سودمندی مفاهیمی را که ارائه خواهم داد در نظر داشته باشم.

## توضیحی بر سبک نوشتار

تقریباً هر کسی می‌تواند دربارهٔ الگوها و معانی شخصیت افراد اظهارنظر کند و اگر آن شخص به لحاظ زمینهٔ کاری با کلیات رویکرد روان‌تحلیلی آشنایی داشته باشد حرف‌های زیادی برای گفتن خواهد داشت. در مورد بسیاری از مفاهیم اصلی تفکر روان‌تحلیلی نه تنها تحقیقات معتبر و نظام‌مند صورت نپذیرفته است بلکه درون‌مایهٔ این مفاهیم در برابر عملیات‌پذیری و دستکاری شدن مقاوم بوده و مشکل می‌توان تصور کرد که چگونه می‌توان آنها را به لحاظ تجربی آزمون کرد (به فیشر و گرینبرگ، ۱۹۸۵ مراجعه کنید). بسیاری از پژوهشگران ترجیح می‌دهند جایگاه روان‌تحلیلی را در بین علوم تأویلی<sup>۱</sup> و نه در کسوت یک علم تصور کنند، بخشی از علت چنین مقاومتی به خاطر این است که اجازهٔ بسیاری از عناوین پژوهشی توسط روان‌شناسان دانشگاهی معاصر صادر می‌شود که برای آزمون آن بر متدهای علمی تأکید دارند.

شاید اگر تأکید بیشتری بر ساده‌سازی بیش‌ازحد مفاهیم داشته باشم و یا در بیان برخی دیدگاه‌ها کلی‌گویی کنم بیشتر به خطا بروم لذا اجازه دهید مطالبم را همانطور که پیچیده هستند و حداقل چند متخصص صاحب‌نظر آنها را تضمین خواهند کرد ارائه دهم. متن حاضر بیشتر برای کسانی مفید است

---

۱- در همین ارتباط اصطلاح character و personality هر دو به شخصیت ترجمه شده است تا از سردرگمی خواننده جلوگیری شود.  
۲- hermeneutic: به معنای خبر دادن و ترجمه کردن و تعبیر کردن علم، یا همان نظریهٔ تاویل است. علمی که مسألهٔ فهم متون و چگونگی ادراک و فهم روند آن را بررسی می‌کند، این عنوان از قرن هفدهم کاربرد یافته است

که در آغاز راه کارهای عملی قرار دارند، بنابراین قصد ندارم اضطرابی را که ناگزیر فرآیند درمانگر شدن را در برمی گیرد، با تعریف از پیچیدگی های بی پایان روان تحلیلی افزایش دهم. به هر حال در ویرایش دوم، به خاطر نگرانی های اخیری که در جهت پرداختن افراطی به اصول بنیادی و اظهارنظرهای مطلق و مستبدانه وجود داشته است، تلاش داشته ام بر اساس علائق عامه این مفاهیم را برای همگان عمومیت بخشم. همه ما به زودی خواهیم آموخت که از حوادث غیرقابل پیش بینی در روابط درمانی چگونه می توان پلی برای افزایش مهارت هایمان ایجاد کنیم و چگونه آرام آرام تیرگی ها را کنار زده و فرمول های شبیه رمز ماهیت انسان را برای خود گشوده و آسان سازیم. بنابراین، دلم قرص است تعبیری را که به کار گرفته ام خوانندگان پروبال خواهند داد.



# بخش اول

## مباحث مفهومی

### مقدمه‌ای بر بخش اول

مطالبی که در شش فصل بعدی می‌خوانید مروری است بر: منطق تشخیص منش<sup>۱</sup>، مروری بر نظریه‌های مهم روان‌تحلیلی و سهم هر یک از این نظریه‌ها در ارائه الگوهای ساختاری شخصیت، کشف تفاوت‌های فردی که به‌طور وسیع مظهري از چالش‌های رشدی متفاوت هستند، گزارشی از مفاهیم درمانی مرتبط با این موضوع و تشریح دفاع‌هایی که در شکل‌گیری منش‌ها دخالت دارند. این فصل و همچنین فصل‌های بعدی همگی مسیری را به سمت تفکر درباره‌ی اساس رفتار ثابت فرد که شکل‌دهنده‌ی شخصیت اوست می‌گشاید.

این بخش در معرفی احتمالات تشخیصی در امتداد شبکه‌ی پیوستار دوسویه<sup>۲</sup> به کمال خود می‌رسد. اگرچه چنین مدلی شبیه بسیاری از تلاش‌ها در کلیت بخشیدن به موضوع، هم می‌تواند دلبخواهی و هم به‌شدت ساده‌سازی مفاهیم باشد، اما به‌رحال چنین روشی را در آشنا ساختن درمانگران به گنه قواعد پویایی و همچنین ارزش بالینی آنها سودمند یافته‌ام. معتقدم بسیاری از محققان روان‌تحلیلی چنین روشی را در تفسیر شخصیت تأیید خواهند کرد. گاهی ارائه‌ی یک فرمول مشابه به ساده‌سازی موضوع کمک می‌کند (به‌طور مثال ام. اچ. استون، ۱۹۸۰ یک محور طولی را در توضیح گرایش‌های ژنتیکی ارائه داده است). بر همین اساس تعدادی از روان‌تحلیل‌گران نیز نمودارهای تصویری مفیدی از احتمالات تشخیصی ارائه داده‌اند (به‌طور مثال، بلانک و بلانک، ۱۹۷۴، ص ۱۱۴ و ۱۱۷؛ گرینسپن، ۱۹۸۱، ص ۲۳۴-۲۳۷؛ هورنر، ۱۹۹۰، ص ۲۳؛ کرنبرگ، ۱۹۸۴؛ ص ۲۹؛ کوهاث، ۱۹۷۱، ص ۹).

اساساً در دو دهه‌ی گذشته پژوهشگرانی که به مطالعه‌ی کودکان، الگوهای ارتباطی، تروماها، و علوم اعصاب پرداخته‌اند، روش‌های نوینی را در مطالعه‌ی تفاوت‌های فردی معرفی کرده‌اند. نموداری که من ارائه داده‌ام ترکیبی از یافته‌های این دانشمندان است، اما برخی از مفهومی‌سازی‌هایی که از بطن مطالعات تجربی معاصر برآمده‌اند، زوایای مختلف و مهمی را از موضوع به ما می‌نمایانند. قصد نداشته‌ام

---

۱- به نظر می‌رسد نویسنده اصطلاح character و personality را معادل هم به کار برده است (مترجم). گرچه نباید از ذهن دور داشت که شخصیت به تمام حالات و رفتارهای فرد اعم از بدنی، روانی، عاطفی و اجتماعی اطلاق می‌شود در صورتی که اصطلاح منش فقط به ارزیابی اخلاقی یا جنبه‌ی فضیلت و ردیلت فرد نسبت به خود و دیگران اطلاق می‌شود (پورافکاری، ۱۳۸۶)

2- biaxial grid

سازمان‌بندی سایر محققان را در ارائه مفهومی متفاوت از نظریات تحولی، ساختاری و خلق‌وخویی زیر سؤال ببرم، اما حداقل می‌توانم برای کسانی که در آغاز راه هستند، تصویری همگون و پربازده در این حوزه ارائه دهم تا از سردرگمی بیشتر جلوگیری کند.

## چرا تشخیص؟

در نظر بسیاری از مردم، از جمله درمانگران، واژه «تشخیص»<sup>۱</sup> عبارت لوث‌شده‌ای است. همه ما به‌کارگیری غلط فرمول‌های روان‌تشخیصی را شاهد بوده‌ایم: مشکلات پیچیده‌ی افرادی که از علت ناراحتی خود مطمئن نیستند ممکن است به‌طور مضحکی از طرف مصاحبه‌گر به‌شدت ساده‌سازی شوند؛ و بسیاری از افراد رنج‌کشیده‌ای که درمانگرشان به خاطر ناتوانی در تحمل احساسات دردناک با حرف زدن زیاد از مراجع فاصله می‌گیرند؛ همچنین بسیاری از افراد غصه‌داری که با برچسب‌های بیمارکننده‌ی درمانگران بیشتر کیفر می‌شوند. دیدگاه رده‌بندی شده‌ای که از بیماری‌ها داریم باعث شده است پیش‌داوری‌های مرتبط با نژادپرستی، تبعیض جنسیتی، دگرجنس‌خواهی، تبعیض طبقاتی، و سایر تعصبات بی‌شمار به سهولت (و اغلب نیز با موفقیت) تقویت شوند. اخیراً در ایالات متحده، شرکت‌های بیمه‌ای تعداد معینی از جلسات را برای طبقات تشخیص معین اختصاص داده‌اند و اغلب در صورت سرپیچی درمانگر از این چارچوب، مراحل ارزیابی به شکلی ناروالمی براه می‌روند.

یکی از اعتراض‌ها و ناراحتی‌هایی که در اعمال تشخیص وجود دارد از این دیدگاه ناشی می‌شود که ذات اصطلاحات تشخیصی بار معنایی منفی را یدک می‌کشند. پائول و اشل (متخصص ارتباطات شخصی، ۱۴ مارس ۲۰۰۹) اخیراً از تشخیص به‌عنوان «توهینی با القاب موهوم» یاد کرده است. جین هال، می‌نویسد: «برچسب‌ها زیننده لباس‌ها هستند نه آدم‌ها» (۱۹۹۸، ص ۴۶). اغلب درمانگران کارآموده اظهارنظرهای زیادی از این دست دارند، اما شک دارم این حرف‌ها در برنامه‌های آموزشی به آنها کمک کند تا از زبانی فراگیر در تعمیم تفاوت‌های فردی و الزامات درمانی برخوردار شوند. هرگاه ببینیم الگوهای بالینی در طول چندین دهه به همان سبک و سیاق قبلی مشاهده می‌شوند، می‌توان کتاب‌ها و هر چه حکایت در مورد منحصربه‌فرد بودن بشر نوشته شده است را دور انداخت. اصطلاحات تشخیصی می‌توانند به شکل ناخوشایند و توهین‌آمیزی به کار گرفته شوند، اما اگر موفق شوم با زبان محترمانه‌ای تفاوت‌های فردی مراجعین را انتقال دهم، خوانندگان کتاب من نیز به خود اجازه نخواهند داد اصطلاحات تشخیصی را با احساس برتری جویانه در برابر دیگران به‌کار گیرند. در عوض آنها از یک زبان اصولی در ذهنی‌سازی موضوعات مختلف درونی برخوردار خواهند شد که حاوی ابعاد مهم رشد شخصی و همچنین حرفه‌ای آنها است.

سوءاستفاده‌هایی که از زبان تشخیص به عمل می‌آید به‌آسانی قابل اثبات است. اما این پذیرفتنی نیست که چون از برخی اصطلاحات سوءاستفاده می‌شود، پس بایستی آنها را کنار بگذاریم. بسیاری از اعمال شرورانه می‌تواند تحت لوای ایده‌های ارزشمند (مثل مهرورزی، میهن‌پرستی، طرفداری از مسیحیت) به وقوع بپیوندند، اما این دلیل بر آن نیست که ریشه این مفاهیم نیز اشتباه هستند، بلکه بیشتر به خاطر تحریفی است که از آنها به عمل می‌آید. سؤال مهم این است که آیا کاربرد صحیح و غیرسوءاستفاده‌گرانه از مفاهیم تشخیص‌روانی، شانس مراجع را برای دریافت کمک افزایش می‌دهد؟

دست زدن به تشخیص به شرطی که با حساسیت و آموزش کافی همراه شود، حداقل پنج مزیت مرتبط به هم را به دنبال خواهد داشت: (۱) فایده آن در طرح‌ریزی برنامه درمان، (۲) تلویحاتی که برای پیش‌آگهی به بار می‌آورد، (۳) نقش آن در حمایت از مشتری برای بهره‌مندی از خدمات مراکز بهداشت روانی، (۴) ارزش آن در توانمندسازی درمانگر برای ایجاد همدلی، (۵) نقش آن در کاستن از احتمال فرار افراد وحشت‌زده از درمان. به‌هرحال، مزایای جانبی زیادی برای تشخیص ذکر شده است که به‌طور غیرمستقیم فرآیند درمان را تسهیل می‌بخشند.

برای اینکه فرآیند تشخیص را به‌خوبی آغاز کنیم غیر از موارد بحرانی، جلسات اولیه را بایستی به جمع‌آوری اطلاعات عینی و یا ذهنی اختصاص دهیم. عادت من این است (مراجعه کنید به مک ویلیامز، ۱۹۹۹) که ملاقات اولیه با بیماران را به بررسی جزئیات مشکل فعلی بیمار و زمینه‌های ایجادکننده آن صرف می‌کنم. در پایان همان جلسه از مراجع می‌خواهم که میزان راحتی و دورنمای همکاری‌اش را با من بیان کند. سپس برای او شرح می‌دهم که اگر این اجازه را به من بدهد که مشکل او را در زمینه‌ای وسیع‌تر بررسی کنیم، شناخت بیشتر و بهتری از او پیدا خواهیم کرد و در پایان موافقت او را برای تکمیل تاریخچه کاملی از مشکل او در جلسات بعدی جلب می‌کنم. در همان جلسه تصریح می‌کنم که ممکن است سؤالات زیادی از او شود، و اگر اجازه یادداشت نکات مهم را از او بگیرم به وی اطمینان خواهم داد که این مطالب محرمانه باقی خواهند ماند، حتی به مراجع اطمینان می‌دهم، می‌تواند به سؤالاتی که ممکن است باعث رنجش خاطر او شوند، پاسخ ندهد (البته این موضوع کمتر اتفاق می‌افتد، اما به نظر می‌رسد که مراجعین با شنیدن این اظهارنظر خشنود می‌شوند).

من با این استدلال قانع نمی‌شوم که اگر اجازه بدهیم رابطه میان درمانگر و مراجع خودمانی شود آنگاه به ایجاد فضایی اطمینان‌بخش کمک کرده‌ایم زیرا در این صورت موضوعات قابل رسیدگی تا آخر کار در سطح ظاهر باقی خواهند ماند. گاهی اگر بیماری احساس نزدیکی بیشتری با درمانگر خود کند به‌جای اینکه کار راحت‌تر پیش برود ممکن است در پرداختن به جنبه‌های خاصی از رفتار و یا سوابق شخصی فرد با شرایط دشوارتری مواجه شویم. پاتوق الکلی‌های گمنام (AA)<sup>۱</sup> مملو از کسانی است که ممکن است سال‌های مدیدی را در درمان گذرانده باشند، یا با تعداد زیادی از متخصصین

حرفه‌ای جلسات مشاوره را تجربه کرده باشند، اما دریغ از اینکه سؤالی از آنها درباره مصرف مواد پرسیده شود. اجازه دهید تأکید کنم درمانگرانی که در جلسات تشخیصی تصور خودکامه‌ای از خود داشته و خود را تافته‌ای جدا بافته و یک سرو گردن از او بالاتر می‌بینند، اگر نتوانند فضای صمیمی محترمانه و برابر را ایجاد کنند هیچ‌وقت موفق به انجام مصاحبه‌ای ژرف نخواهند شد (هایت، ۱۹۹۶). بیماران معمولاً سپاسگزار جستارهای موشکافانه درمانگران خود هستند. زنی که قبلاً چندین مرحله کار با چندین درمانگر را سپری کرده بود در یکی از مصاحبه‌ها اشاره کرد که "هیچ‌کس تا این اندازه به مشکل من علاقه‌مند نبوده است".

### تشخیص روان‌تحلیلی در برابر تشخیص توصیفی روان‌پزشکی

مدت‌ها پیش از آنکه اولین ویرایش این کتاب نوشته شود بنیان تشخیص‌های توصیفی روان‌پزشکی و نظام تشخیصی DSM و ICD گذاشته شده بود و حتی ویرایش‌های متعدد و پی‌درپی از DSM (که از آن تعبیر به «انجیل» بهداشت روانی شده است) به عمل آمده بود که دانشجویان زیادی تاکنون ملزم به مطالعه نظام‌هایی شده‌اند که گویی به مسند معرفتی بی‌نیاز از اثباتی تکیه زده‌اند. هرچند تشخیص‌های همخوان استنباطی/بافتاری/چندبعدی/ذهنی نیز می‌تواند کنار تشخیص‌های توصیفی روان‌پزشکی وجود داشته باشد (گابارد، ۲۰۰۵؛ گروه کاری PDM، ۲۰۰۶) اما شیوه ارزیابی که این کتاب به توصیف آن پرداخته است روزبه‌روز کنار گذاشته شده و اجازه ورود به نظام تشخیصی روان‌پزشکی پیدا نکرده است. من نگران چنین وضعی هستم. اجازه دهید به این نکته اکتفا کنم که در ارتباط با مرجع DSM، سیاست من رعایت جوانب احتیاط در استناد به تشخیص نوع توصیفی و طبقه‌بندی است. شاید زمانی که ویرایش پنجم DSM منتشر می‌شود، مختصر مواردی هم که وجود دارند، دیگر مشاهده نشوند، اما معتقدم همه اینها نتیجه اهمال‌کاری کسانی مثل من است که از سال ۱۹۸۰ میدان را به نفع نظام طبقه‌بندی و رده‌بندی بر پایه نشانه‌ها خالی کرده‌اند.

اولین نکته مهم این است که DSM تعریف قاطعی از بهداشت روانی یا سلامت هیجانی ندارد. برعکس، درمانگران در تجارب بالینی روان‌تحلیلی جدا از آنکه سعی دارند به بیمارانشان کمک کنند تا رفتارهای مسئله‌ساز و حالت‌های روانی‌شان را تغییر دهند، سعی دارند به آنها کمک کنند تا خودشان را در کنار محدودیت‌هایشان بپذیرند و قدرت تاب‌آوری، احساس کارگزاری<sup>۱</sup>، تحمل دامنه‌های مختلف افکار و عواطف، پیوستگی خویشتن، اعتماد به نفس واقع‌گرا، ظرفیت برای صمیمی شدن، حساسیت‌های اخلاقی و آگاهی از حضور دیگران به‌عنوان افراد حائز ذهنیت‌های مستقل را در تمامی سطوح زندگی ارتقاء بخشند. افرادی که فاقد چنین ظرفیت‌هایی هستند قادر به ارائه تصویری روشن از ماهیت مشکلات خود نبوده و از طرف دیگر به‌ندرت از نبود چنین ظرفیت‌هایی شکایت می‌کنند؛ اما می‌دانند



که چیزی در این وسط جور در نمی‌آید و فقط می‌خواهند حال خوبی پیدا کنند. معمولاً آنها با شکایت از یک اختلال خاصی که صرفاً در محور I<sup>۱</sup> می‌گنجد به درمان مراجعه می‌کنند، درحالی‌که خبر ندارند مشکلات آنها شاید چیزی فراتر از یکسری نشانه‌هاست.

ثانیاً با وجود تلاش‌های صادقانه‌ای که برای بالا بردن روایی و اعتبار نظام طبقه‌بندی صورت پذیرفته است، اما می‌بینیم ویرایش‌های بعدی همان روایی و اعتبار نیم‌پند سال‌های پیش از ۱۹۸۰ را نیز از دست می‌دهند (مراجعه کنید به هرزینگ و لیچت، ۲۰۰۶). تلاش برای بازتعریف متغیرهای آسیب‌شناسی روانی تا حدودی موجب تسهیل برخی از تحقیقات شده است، اما ناخواسته به توصیفی از نشانگان بالینی انجامیده که کاملاً تصنعی و غیرمرتبط به هم بوده و اشرافیت لازم بر مجموعه مشکلات بیمار را ندارد. زمانی تلاش برای خط زدن تعصبات روان تحلیلی از نظام تشخیصی DSM-II قابل درک بود، اما هم‌اینک که روش‌های مقتدرانه‌ای در مفهوم‌سازی از آسیب‌شناسی در دسترس می‌باشد، با چشم‌پوشی از تجارب ذهنی مراجع درباره‌ی علائم مرضی به تولید روابط سطحی و تفسیری ناآشنا از تجارب دردناک روانی بیماران انجامیده و آنچنان در قالب یک پدیده‌ی بالینی عرضه می‌شود که گویی خواسته باشیم با توصیف کلیدهای پیانو، شتاب و طول زمان صدای یک قطعه موسیقی، آن را بنوازیم. این انتقاد مخصوصاً به بخش اختلالات شخصیت DSM نیز وارد است و حتی در خصوص روش درمان اضطراب و افسردگی نیز صدق می‌کند، تشخیص اینکه آیا پدیده‌ی مشاهده‌پذیر بیرونی مانند تپش قلب [در مورد اضطراب] مربوط به مسابقه بوده است یا [در مورد افسردگی] ناشی از تغییر الگوی خوردن و یا خوابیدن بوده است تا اینکه تشخیص دهیم علت اضطراب مرتبط با فرآیند جدایی یا نابودسازی بوده و یا افسردگی را از نوع اتکایی<sup>۲</sup> یا درون‌فکن بدانیم (بلات، ۲۰۰۴) - نکاتی هستند که در کمک و درک بیشتر بیمار اهمیت حیاتی دارند.

ثالثاً، اگرچه نظام تشخیصی DSM اغلب «الگوی پزشکی» آسیب‌شناسی روانی به حساب می‌آید، با این حال هیچ طبیعی بهبودی از نشانه‌های بیماری روانی را هرگز معادل با بهبودی از امراض [جسمی] دیگر نمی‌داند. جسمیت‌بخشی<sup>۳</sup> به طبقه‌بندی «اختلالات»، در تقابل با تجارب بالینی سودمند، پیامدهای منفی و پیش‌بینی‌نشده‌ای را به دنبال داشته است. این فرضیه که بهتر است مشکلات روان‌شناختی در قالب نشانگان علائم مرضی<sup>۴</sup> مجزا دیده شوند، شرکت‌های بیمه‌ای و دولتمردان را بر آن داشته تا پایین‌ترین هزینه را برای درمان آن بیماری در نظر بگیرند و اصرار دارند تنها همین عناوین هستند که

۱- اختلال‌هایی که معمولاً برای اولین بار در نوزادی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند (آسیب‌شناسی روانی کرینگ و دیگران، ترجمه شمسی پور، ج اول انتشارات ارجمند، ۱۳۸۸)

۲- anaclitic depression افسردگی اتکایی (رنه اشیپتزر) واکنشی حاد از سستی و غم و اندوهی آشکار در کودکانی که شدیداً از جانب مراقبت کنندگان خود مورد غفلت واقع شده‌اند

3- reification  
4- symptom syndromes

می‌توانند تحت پوشش خدمات بیمه‌ای قرار گیرند، حتی اگر واضح باشد که شکایت فعلی بیمار تنها تکه‌ای از یک کوه یخی هیجانی است که اگر از آن غفلت شود، در آینده نزدیک به دردرسر خواهد افتاد. رویکرد طبقه‌ای، شرکت‌های داروسازی را هم منتفع ساخته است، زیرا آنها همیشه علاقه‌مند بوده‌اند فهرست متنوعی از «اختلالات» مجزا وجود داشته باشند تا آنها بر اساس آن داروهای متعددی را روانه بازار کنند.

رابعاً، با نگاه اجمالی به نسخه‌های بعد از DSM ۱۹۸۰ متوجه می‌شویم که بسیاری از تصمیم‌ها دربارهٔ اینکه کدام بیماری در کدام طبقه قرار گیرند، خودسرانه و بسیار بی‌ثبات بوده و به نظر می‌رسد تحت تأثیر شبکه‌های وابسته به شرکت‌های داروسازی بوده است. به‌طور مثال، هر نوع مرضی که در آن آثار خلقی وجود داشته است سریعاً در قسمت اختلالات خلقی جای می‌گرفته است و زحمت آن را به خود نداده‌اند که با صرف زمان بیشتر تشخیص اختلال شخصیت افسرده را از آن جدا کنند. نتیجه آن می‌شود که بسیاری از مشکلات شخصیتی را دوره‌های مجزایی از یک اختلال خلقی در نظر بگیریم. هر شخصی که DSM را به دقت خوانده باشد برایش واضح نیست که چرا برخی از اختلالات محور I که بسیار مزمن و فراگیر هستند (به‌طور مثال اختلال اضطراب فراگیر، یا اختلال شبه‌جسمی) به‌عنوان اختلال شخصیت در نظر گرفته نشده‌اند.

به نظر می‌رسد حتی اگر وقتی توجیهی روشن و قابل دفاع برای وارد یا خارج کردن یک بیماری از یک طبقه وجود دارد، نتیجهٔ تشخیص می‌تواند از نگاه متخصصین متفاوت باشد. بر مبنای نظام تشخیصی DSM-III، هر ملاکی که برای یک اختلال معین در نظر گرفته شده است با استناد به یکسری داده‌های تحقیقی بوده است. چنین توجیهی درست به نظر می‌رسد، اما همین موضوع نتایج عجیب و غریبی به همراه داشته است. با اینکه از سال ۱۹۸۰ تحقیقات تجربی کافی در تأیید شخصیت گسستی وجود داشت که اجازهٔ درج اختلال شخصیت چندگانه را، که نهایتاً به اختلال هویت گسستی تغییر نام داد در طبقه‌بندی DSM بدهد، اما تحقیقات بسیار اندکی در مورد اختلال گسست دوران کودکی انجام پذیرفته بود. به همین روال، با وجود این واقعیت و توافق همه‌جانبهٔ اکثر درمانگرانی که عمری را به درمان بزرگسالان دارای اختلال گسست گذرانده‌اند، اتفاق نظر دارند که یک شخص نمی‌تواند اختلال هویت گسستی داشته باشد مگر اینکه یک اختلال گسستی را از دوران کودکی داشته باشد، باین حال (حداقل در سال ۲۰۱۰ که مشغول نوشتن این نسخه هستیم) DSM هیچ جایگاهی در تشخیص برای کودکان گسستی در نظر نگرفته است. از دیدگاه علمی معمولاً مشاهدات طبیعی بر فرضیه‌های قابل آزمون تقدم دارند. آسیب‌های روانی نوپدید (پدیده‌هایی مانند اعتیاد به اینترنت، به‌خصوص اعتیاد به هرزه‌نگاری، پیش از آنکه تکنولوژی اجازهٔ آن را داده باشد می‌توانند نسخه‌ای شناخته نشده از یک وسواس عملی به حساب آیند) قبل از آنکه توسط متخصصین تحقیق شود، قابل مشاهده است. به حاشیه راندن تجارب بالینی در ویرایش‌های بعد از سال ۱۹۸۰ DSM چنین وضعیت

دشواری را پیش آورده است.

جا دارد در پایان اشاره‌ای نیز به آثار اجتماعی فریبده تشخیص‌های نوع طبقه‌بندی داشته باشیم و آن اینکه، این روش ممکن است به شکل‌گیری نوعی احساس بیگانگی از خویشتن<sup>۱</sup>، یا جسمیت‌بخشی به بیماری بیانجامد تا شخص تلویحاً مسئول بیماری خود شناخته نشود. وقتی فردی می‌گوید "من به فویبای اجتماعی مبتلا شده‌ام" آنچنان بیماری را بیگانه با خود می‌سازد تا کمتر معنای عادت شخصی از آن برآید و هرگز مفهوم آن را ندهد که "از کمرویی خود شدیداً در عذابم". وقتی امتیاز داروی پروزاک<sup>۲</sup> لغو شد، شرکت الی لیلی<sup>۳</sup> همان دارو را با همان ترکیب با قرص‌های صورتی‌رنگ به بازار عرضه می‌کند و نام آن را Serafem<sup>۴</sup> می‌گذارد و البته برای «مرض»<sup>۵</sup> جدیدی که لازم بود خلق شود؛ یعنی اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD) (کاسگرو، ۲۰۱۰). خیلی از زنان در روزهای نزدیک به قاعدگی کج خلق می‌شوند و ممکن است یکی بگوید "متاسفم امروز کمی بد خلقم؛ مثل اینکه چیزی به قاعدگی‌ام نمانده"، و زن دیگری اعلام کند "من PMDD دارم". به نظر من زن اول رفتارهایش را متعلق به خودش می‌داند که در عین داشتن این ویژگی می‌تواند به گسترش روابط صمیمی با دیگران امیدوار باشد و معترف است که زندگی گاهی فراز و نشیب‌هایی دارد اما زن دوم اعلام می‌کند که من مبتلا به مرض قابل‌علاجی شده‌ام که بهتر است در این مدت دیگران از دور و بر من دور باشند و از طرف دیگر از این باور بچگانه حمایت می‌کند که جلوی هر چیزی [بیماری] را می‌توان گرفت. شاید این دیدگاه شخصی بنده باشد، اما من این تغییرات ناهویدا در تصورات عامه را، نگران کننده می‌بینم.

## طرح درمان

طرح درمان، قدیمی‌ترین منطق اقامه تشخیص است. به نظر می‌رسد همسویی آشکاری بین درمان روان‌شناختی و درمان پزشکی وجود دارد که البته (در بهترین حالت) در علم پزشکی رابطه میان تشخیص و درمان مستقیم و روبه جلو است. بستر این همسویی در روان‌درمانی گاهی فراهم می‌شود و گاهی هم نه. ارزش یک تشخیص خوب را به راحتی می‌توان در شرایطی که بین درمانگران در توافق روی یک روش درمانی واحد دارند مشاهده کرد. به‌طور مثال در مورد تشخیص سوء مصرف مواد (الزامات درمانی شامل همراه ساختن روان‌درمانی با سم‌زدایی شیمیایی و توانبخشی) یا در مورد

1- self- estrangement

2- Prozac

۳- Eli Lilly شرکت داروسازی که توسط یک داروساز به همین نام الی لیلی (۱۸۳۸-۱۸۹۸) بنیان نهاده شد و بعد از مرگش نوادگان او شرکت را می‌گردانند.

۴- نام تجاری فلوکستین (fluoxetine). این دارو همچنین در درمان اختلالات خلقی، افسردگی، وسواس فکری و عملی، حملات هراسی و مشکلات خوردن تجویز می‌شود

5- illness

6- Premenstrual Dysphoric Disorder

بیماری دو قطبی (الزامات درمانی شامل فراهم ساختن مقدمات درمان انفرادی به همراه دارودرمانی). هرچند در طول ۱۵ سال گذشته شمار زیادی از مداخله‌های درمانی متمرکز بر نشانه‌های خاص، رشد و گسترش یافته است اما همه اتفاق نظر دارند که درمان اختلالات شخصیتی هنوز مستلزم روان‌درمانی‌های طولانی‌مدت است. درمان‌های تحلیلی، از جمله روان‌تحلیلی نمی‌تواند بدون در نظر گرفتن شخصیت بیمار، متکی به روشی یک‌دست و غیرانعطاف‌پذیر باشد. یک تحلیل‌گر واقعاً سستی، با دقت فراوان جابه‌جایی مرزها را در یک بیمار هیستری، عواطف را در یک بیمار وسواسی زیر نظر دارد و در برابر سکوت‌های طولانی مراجع اسکیزوئیدی بسیار شکیبنا است. هیچ تضمینی وجود ندارد یک مراجع تلاش‌هایی را که از جانب روان‌درمانگر در ایجاد احساس همدلی صورت می‌دهد، از جنس همدلی تجربه کند - درمانگر از مجموع حالات روان‌شناختی فرد بایستی متوجه شود چطور می‌تواند به بیمار خود کمک کند تا بداند احساساتش فهمیده و پذیرفته می‌شوند. پیشرفت در شناخت اختلالات سایکوتیک (رید، موشر، و بتال، ۲۰۰۴) و حالات مرزی (به‌طور مثال، بیتمن و فوناگی، ۲۰۰۴؛ کلارکین، لوی، لزنوگر، و کرنبرگه ۲۰۰۷؛ اشتاینر، ۱۹۹۳) به گسترش رویکردهای درمانی منجر شده است که گرچه اغلب آنها جایگاهی در بین «تحلیل‌های کلاسیک» ندارند اما ریشه در باورهای روان‌پویشی داشته‌اند. قبل از اینکه یک درمانگر تصمیم بگیرد با این رویکردها کار کند، ابتدا باید تشخیص دهد که مراجع به‌طور متناوب با کدامیک از حالت‌های سایکوتیکی یا مرزی درگیری دارد و یا ترتیب شروع آنها با کدام است.

به‌طور معمول وقتی قصد انجام کار تحقیقاتی داریم، همانطور که روش درمان را در قالب روان‌تحلیلی و یا غیر از آن تعیین می‌کنیم، لازم است تکنیک‌های خاص خود را نیز معرفی کنیم. برخلاف انتظار، گاهی درمانگران [غیر از تحلیلگران] خودشان ممکن است پیشنهادهایی برای صمیمیت بیشتر مراجعینشان از طریق آموزش هیجان‌های تازه ارائه دهند، در حالی که «تکنیک» در ترمیم بالقوه روابط در درجه دوم اهمیت قرار دارد. در حالی که می‌دانیم درمان تحلیلی تکلیف اجباری نیست که به شکلی مستبدانه به هر کسی تحمیل کرد. یک قاعده تشخیصی خوب، قدرت تصمیم‌گیری درمانگر را در موقعیت‌های بحرانی برای انتخاب گزینه‌های مناسب از بین سبک‌های ارتباطی، آهنگ کلام، و تمرکز روی عناوین آغازین را بالا خواهد برد. به دنبال گسترش روش‌های درمانی شناختی-رفتاری (CBT) ما نیز در درمان اختلالات وخیم شخصیتی شروع به استفاده از رویکردهایی کرده‌ایم که اتفاقاً توسط متخصصین همان دیدگاه [شناختی-رفتاری] توسعه یافته‌اند. (مراجعه کنید به لینه هان، ۱۹۹۳؛ یونگ، کلاسکو و ویشار، ۲۰۰۳). متخصصین CBT در واکنش به تجارب بالینی که خودشان در ارتباط با موضوع فردیت و پیچیدگی انسان کسب کرده‌اند، هم‌اینک خود را ملزم به نوشتن فرمول‌های موردی می‌بینند (به‌طور مثال، پرسونز، ۲۰۰۸) که البته من نیز به همین دلیل این کار را در حد وسیع‌تری انجام می‌دهم. امیدوارم این کتاب برای طرفداران آن دیدگاه و همچنین همکاران