

تشخیص روان تحلیلی

شناخت ساختار شخصیت در فرآیند بالینی

تألیف

نانسی مک ویلیامز

ترجمه

غلامرضا جوادزاده

دانشجوی دکتری روان شناسی



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.....
۲۰۲	بخش دوم: انواع ساختار شخصیت.....
۲۰۸	فصل ۷ شخصیت سایکوپات (ضد اجتماع).....
۲۳۲	فصل ۸ شخصیت خودشیفته.....
۲۵۸	فصل ۹ شخصیت اسکیزوئید.....
۲۸۰	فصل ۱۰ شخصیت پارانوئید (بدگمان).....
۳۰۶	فصل ۱۱ شخصیت افسرده و شیدایی.....
۳۴۴	فصل ۱۲ شخصیت مازوخیسم (خود آسیب رسان).....
۳۷۱	فصل ۱۳ شخصیت وسواس فکری و عملی.....
۴۰۰	فصل ۱۴ شخصیت هیستریک (هیستریونیک).....
۴۲۶	فصل ۱۵ حالات روان شناختی گسستی.....
۴۶۱	ضمیمه: چارچوب پیشنهادی برای مصاحبه های تشخیصی.....
۴۶۱	واژه نامه انگلیسی به فارسی.....
۴۶۷	واژه نامه فارسی به انگلیسی.....
۴۷۲	درباره نویسنده.....

پیش مقدمه

بعد از آنکه اولین نسخه کتاب تشخیص روان‌تحلیلی^۱ 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^۲ 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. به‌طور کلی بر اساس چندین دهه تجارب بالینی و مباحث علمی گذشته‌گان 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 روان‌پویشی 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 روان‌پویشی (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 روان‌پویشی 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 می‌شد، 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^۱ 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^۲ (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 به جد محافظه‌کارانه و کارگزار بی‌مزد و موجب 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.

2- person-oriented

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)^۱ 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 کارکرهای 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 پیشینیان 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 یافتیم 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 بازننگری، دفاع‌هایی نظیر جسمانی‌سازی^۱، برون‌ریزی^۲ و جنسی‌سازی^۳ 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. خوانندگانی 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^۴ 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 گسترده روان‌تحلیلی پای خود را از دامنه یافته‌های ماهر فراتر گذاشته و مرزهای دانش علوم اعصاب معاصر را برای یافتن فرایندهای بالینی در مغز که پیش از این در حد تمثیل به آنها می‌پرداختیم درنورده است. تحقیقاتی که روی دلبستگی انجام یافته، دانش ما را درباره روابط بین فردی توسعه داده و به ابداع اصطلاحات جدیدی (مثل، «ذهنی‌سازی»^۱)، «کارکرد انعکاسی»^۲) رهنمون ساخته است که همه فرایندهای بهداشت روانی را از هسته [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 درباره 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.

به‌هرحال 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 درباره شخصیت دنبال کرده بودند مورد توجه قرار داده و به‌جای نادیده گرفتن آنها، بهره بردن از آنها را در اینجا غنیمت بشمارم. هیچ‌وقت نتوانستم خودم را با این ضرب‌المثل مشهور آمریکایی راضی نگه‌دارم که «نو» که اومد 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 کم زرق و برق و کمتر کلافه‌کننده آن زمان عادت کرده بودند برسند.

۱- Mentalization (ذهنی‌سازی): توانایی هر فرد در تشخیص حالت‌های روانی خود و دیگران و اینکه فرد دریابد حالت‌های روانی، پدیده‌های مستقل از رفتار هستند. ذهنی‌سازی، توانایی تفکر درباره افکار، هیجان‌ها، آرزوها، امیال و نیازهای خویش 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 نتیجه نقص در توانایی ذهنی‌سازی است. (Kistalyn Salters, 2008) منبع- (about.com)

۲- reflective functioning (کارکرد انعکاسی): این اصطلاح توسط فونای 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، تعابیر و ندانسته‌جویی من از این خرد بوده است. استنباطی که من از دل نظریه‌ها و استعاره‌های روان‌تحلیلی در مورد شکل‌گیری شخصیت، در قالب شبکه دو محوری^۱ 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 محدوده 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 به جای ارائه 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)، باین 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 دربردارنده 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، به‌خصوص 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 کوچه بازاری مثل، «gay» یا «queer»^۱ 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 «چالش رشدی» (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^۱ 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) به جای شخصیت «مازوخیست»، یا اصطلاح «هیستریونیک» (histerionic) به جای «هیستریایی» توسط افرادی صورت

۱- non reductionism (غیرتقلیل گرایی): بر اساس دیدگاه غیر تقلیل گرایی کل ویژگی‌هایی دارد که جزء فاقد آن است. در حالی که معتقدین به تقلیل گرایی (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^۱، 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 اظهار نظر 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 پذیرفته 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^۲ 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

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

متخصص صاحب نظر آنها را تضمین خواهند کرد ارائه دهم. متن حاضر بیشتر برای کسانی مفید 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 داشتم بر اساس علایق 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^۱، 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 دربارهٔ اساس رفتار ثابت فرد که شکل‌دهندهٔ شخصیت اوست می‌گشاید.

این بخش در معرفی احتمالات تشخیصی در امتداد شبکهٔ پیوستار دوسویه^۲ 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 ارائهٔ 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 دههٔ گذشته پژوهشگرانی که به مطالعهٔ کودکان، الگوهای ارتباطی، تروماها، و علوم اعصاب پرداخته‌اند، روش‌های نوینی را در مطالعهٔ تفاوت‌های فردی معرفی کرده‌اند. نموداری که من ارائه داده‌ام ترکیبی از یافته‌های این دانشمندان است، اما برخی از مفهوم‌سازی‌هایی 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 جنبهٔ 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»^۱ 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 ناروال به بیراهه 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 واشل (متخصص ارتباطات شخصی، ۱۴ مارس ۲۰۰۹) اخیراً از تشخیص به‌عنوان «توهینی با القاب موهوم» یاد کرده است. جین هال، می‌نویسد: «برچسب‌ها زینده‌ی لباس‌ها هستند نه آدم‌ها» (۱۹۹۸، ص ۴۶). اغلب درمانگران کارآزموده 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 برتری‌جویانه 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 خواهم 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)^۱ 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^۱، تحمل دامنه‌های مختلف افکار و عواطف، پیوستگی خویشتن، اعتماد به نفس واقع‌گرا، ظرفیت برای صمیمی شدن، حساسیت‌های اخلاقی و آگاهی از حضور دیگران به عنوان 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^۱ 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 درباره علائم مرضی به تولید روابط سطحی و تفسیری ناآشنا از تجارب دردناک روانی بیماران انجامیده و آنچنان در قالب یک پدیده 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 پدیده 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^۲ 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^۳ 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^۴ 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- anaelitic depression افسردگی اتکایی (رنه اشپیتر) 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-III ۱۹۸۰ متوجه می‌شویم که بسیاری از تصمیم‌ها درباره 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، نتیجه 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 اجازه 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 همه‌جانبه 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 هستم) 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 اجازه 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