

فهرست

۹	مقدمه
۱۴	سخن مترجم
۱۷	پیشگفتار
۲۱	بخش ۱: تاریخچه
۲۳	فصل ۱: ریشه‌های تاریخی
۲۳	فروید و درمان کوتاه‌مدت
۲۴	فرنیزی و درمان فعال
۲۵	آتو رنک و اراده درمانی
۲۶	فرانتس الکساندر و تجربه هیجانی اصلاحی
۲۸	کار اخیر
۳۲	فصل ۲: مهمترین پیشرفت در روان‌درمانی از زمان کشف ناخودآگاه
۳۳	کوشش‌های قبلی در جهت رفع مشکل
۳۳	اقدامات بعدی
۳۴	تکلیف چیست؟
۳۴	رؤیای کام‌بخش
۳۵	سه همایش بین‌المللی
۳۷	شواهد
۳۸	طرح تحقیقاتی: یک پژوهش شاهددار شده
۳۹	پیامدها
۴۲	فصل ۳: سهم فرانتس الکساندر
۴۳	فرنیزی و رنک
۴۴	تداعی آزاد و انتقال
۴۵	تجربه هیجانی اصلاحی
۴۶	خاتمه درمان
۴۷	پس‌رفت
۴۸	انتقال معکوس
۴۹	قدرت من
۴۹	محتوای وراثتی
۴۹	رویکرد فعال
۵۳	متمرکز کردن درمان و اعمال محدودیت

آموزش درمانگران شیوه مختصر	۵۴
فصل ۴: یک روش روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت	۵۷
بخش ۲: انتخاب بیماران	۸۳
فصل ۵: پاسخ به تفسیر	۸۵
پاسخ به تفسیر با پیامد موفقیت‌آمیز، همبستگی دارد	۸۵
دسته‌بندی تفاسیر	۸۷
فصل ۶: انگیزه برای تغییر	۱۰۰
همبستگی انگیزه و بهبودی	۱۰۲
بحث	۱۰۳
فصل ۷: درمان آزمایشی	۱۰۶
بحث	۱۳۳
فصل ۸: روان‌درمانی برانگیزنده اضطراب کوتاه‌مدت	۱۳۵
پسر مورد ضرب و شتم قرار گرفته	۱۳۵
بحث	۱۴۸
فصل ۹: ارزیابی و انتخاب	۱۵۲
فصل ۱۰: معیارهای انتخاب	۱۷۱
منشی منفعل	۱۷۱
بخش ۳: خانواده	۱۹۴
فصل ۱۱: خانواده درمانی پویایی	۱۹۶
اختصار در خانواده درمانی	۱۹۸
نیاز به نظریه	۲۰۰
انتقال و نظریه سیستم‌ها در یک مصاحبه	۲۰۰
روند باطنی خانواده درمانگر	۲۰۴
تسهیل رشد	۲۰۷
فصل ۱۲: خانواده در بحران	۲۱۰
نظر عقل سلیم درباره خانواده‌ها و بحران	۲۱۰
افتراق مصاحبه‌های خانوادگی از خانواده‌درمانی	۲۱۱
پی بردن بالینگر به ارزش مصاحبه خانوادگی	۲۱۴

۲۱۵	نظریه سیستم‌های خانواده و بحران
۲۱۷	خلاصه
۲۲۰	بخش ۴: مداخله بحران
۲۲۲	فصل ۱۳: نظری اجمالی
۲۲۲	تاریخچه
۲۲۶	تعریف بحران و اهداف مداخله
۲۲۷	آسیب‌شناسی روانی پیدایش بحران
۲۲۸	مدل‌هایی برای مداخله بحران
۲۳۰	مراحل درمان در مداخله بحران
۲۳۲	خاتمه و پیامد
۲۳۶	فصل ۱۴: مداخله بحران و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت
۲۳۷	تشابهات مداخله بحران و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت
۲۳۷	تفاوت‌های بین مداخله بحران و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت
۲۴۲	فصل ۱۵: فن ارزیابی بحران و مداخله
۲۴۲	مفهوم بحران
۲۴۳	سوغ و سوگواری
۲۴۴	ویژگی‌های فرآیند سوگواری هنجار
۲۴۶	واکنش سوگ بیمارگونه
۲۴۷	امراض روان‌پزشکی و روان‌تنی به عنوان واکنش به مرگ
۲۴۷	واکنش سوگواری هنجار و واکنش سوگواری بیمارگونه
۲۴۹	عوامل دخیل در پیدایش سوگواری بیمارگونه
۲۵۰	ارزیابی بحران
۲۷۳	خلاصه
۲۷۷	فصل ۱۶: فن حمایت بحران
۲۷۷	ارزیابی بحران
۲۷۹	حمایت بحران
۲۷۹	ملزومات فنی
۲۹۵	فصل ۱۷: خطر مداوم خودکشی
۲۹۵	تاریخچه
۲۹۷	بعضی جنبه‌های کلی خودکشی
۲۹۸	خطر مداوم خودکشی
۳۰۱	درمان
۳۰۴	بحث

۳۰۸	بخش ۵: ارزیابی پیامد
۳۱۰	فصل ۱۸: ماهیت علم و روایی روان‌درمانی
۳۱۱	ماهیت واقعی علم
۳۲۲	اعتبار روان‌درمانی
۳۲۴	شواهد برگرفته از پژوهش‌های روان‌درمانی مختصر
۳۳۴	رؤیای یک محقق روان‌درمانی
۳۳۷	فصل ۱۹: اصول بنیادین و فن مصاحبه پیگیری
۳۳۷	مصاحبه‌کننده باید آماده باشد
۳۳۸	بهبودی به این معنی است که هر اختلال با چیزی مثبت جایگزین شود
۳۳۸	چالش با پاسخ‌ها و انجام تفسیر
۳۶۴	مرور معیارها
۳۶۶	فصل ۲۰: مشکلات تحقیق
۳۶۶	روان‌درمانی کوتاه‌مدت، جنبش آینده است
۳۷۸	منابع

مقدمه

گفتمان روان‌کاوی و همه روان‌درمانی‌های برخاسته از آن، در پایان دهه آغازین قرن بیست و یکم، با عمری افزون بر یک قرن، همچنان زنده و پویاست؛ و نه تنها در حوزه درمان، بلکه در دیگر ساحت‌های فرهنگ و تمدن امروز جهان، به نقش تأثیرگذار خود ادامه می‌دهد. البته از همان بدو تولد، روان‌کاوی همواره با فشارها و چالش‌های جدی درگیر بوده، که حضور و ادامه‌ی حیاتی‌اش را مورد تهدید قرار می‌داده است.

شاید چون سرشت تابوشکن و نقاب برانداز آن تحمل نمی‌شود یا به این دلیل که تمامی فرهنگ مسلط مدرنیته بر «آگاهی» دکارتی بنا شده بود؛ و روان‌کاوی با ارایه امر «ناخودآگاه» طرحی دگرگونه برای فرهنگ و تمدن مدرن پیشنهاد می‌کرد که با اصول دکارتی بنیادین آن، در تعارض بود. از این‌ها گذشته، روان‌کاوی، دیالوگ بسیار متفاوتی را به کار می‌گرفت که بین مردمان معمولی به «مداوای گفتاری» "Talking cure" شهرت یافته بود، ولی با دیالوگ‌های مرسوم در جامعه غرب تفاوت چشمگیر داشت. دیالوگی بین سوژه و ابژه‌ای که در آن، سوژه سخنگو - برخلاف معمول - جای ابژه را می‌گرفت. بنابراین نقش روان‌کاو به مثابه‌ی اتوریت‌های فعال، مقتدر، و القاء‌کننده، آن گونه که در هیپنوتیزم مرسوم بود، تغییر کرد؛ و از جایگاه یک پزشک، استاد، فرمانفرما و یا هر اتوریت‌شناخته شده دیگری که بمانند مرشد و آقا (Master) ایفای نقش می‌کرد، به نقش منفعل و بازتابنده یک آینه کاهش یافت. آینه‌ای که دیگر نه چندان برای دیدن و دریافت کردن، بلکه برای بازتاب دادن چیزهایی بود که بیمار بر آن می‌تاباند. گرچه این روان‌کاو ابداعی فروید باید نقش شنونده و مشاهده‌گری دقیق و مفسری عمیق را نیز، در عین حال، ایفا می‌کرد. در آن سوی این دیالوگ روان‌کاوانه، سوژه سخنگویی بود که هم درد دل می‌گفت و سرگذشت خود را روایت می‌کرد، و هم به مثابه یک بیمار (هیستریک)، بدنش علایمی داشت که روان‌کاو را به شنیدن و دیدن برمی‌انگیخت؛ علایمی که معمای بزرگ علم پزشکی از زمان جالینوس تاکنون بوده و داناترین پزشکان تاریخ از حل آن ناتوان بودند. مانند معمایی که اسفینکس (Sphinx) هیولای دروازه شهر «تیب» به اودیپ خردمند ارایه کرد تا پاسخش را بیابد؛ بخشی از تراژدی اودیپ شهریار که ژاک لکان هشیارانه اهمیت آن را درمی‌یابد تا الگوی رابطه روان‌کاو و بیمار را به گونه متفاوتی تفسیر و تعریف کند. اما، در حقیقت این فروید بود که هم رابطه سوژه و ابژه دکارتی، و هم رابطه «خداایگان و بنده» هگلی را به چالش کشیده

بود، تا رابطه دیگری را به صورت دیالوگ روان‌کاوانه تعریف کند. دیالوگی بین روان‌کاو و روان‌کاوی شونده (Analyzand) که در آن هر یک در رابطه با دیگری - هر کدام با نقش‌های دوگانه خود - درگیر رابطه‌ای پیچیده، اما منصفانه‌تر می‌شوند، و هر کدام «گهی زین به پشت و گهی پشت به زین» را تجربه می‌کنند. رابطه‌ای که در چهارچوب‌های پذیرفته شده مدرنیته، تا آغاز قرن بیستم، نمی‌گنجید. همان‌گونه که امر «ناخودآگاه» و صله ناهم‌رنگ تلقی می‌شد.

بنابراین گفتمان روان‌کاوانه، هم مفهوم پذیرفته شده ذهن را دگرگونه تعریف کرده بود، و هم مفهوم سنتی رابطه سوژه و ابژه را - علاوه بر این که، با رهاسازی امر «واپس‌زده»، وارد منطقه ممنوعه‌ای می‌شد تا نقش تابوشکن خود را نیز متحقق سازد. این چالش‌ها و تهدیدهایی که طی یک قرن گذشته، روان‌کاوی را هدف قرار می‌دادند، تا حدود زیادی قابل پیش‌بینی بودند. اما منتقدین روان‌کاوی در حوزه بالینی، گذشته از بنیان‌های فلسفی آن، به روش و تکنیک، طولانی بودن و گرانی روان‌کاوی نیز معترض بوده‌اند. با این حال می‌دانیم که در یک صد و پنجاهمین زادروز فروید «معمار فرهنگ»، روان‌درمانی، قدرت‌گریزناپذیری است. با این که بارها مرگ او و مرگ روان‌کاوی را اعلام کرده بودند، ولی روان‌کاوی با تحولات گسترده خود، انواع گوناگونی از روان‌درمانی‌ها را به وجود آورد که هنوز هم در حیطه درمان، جایگزین دارویی ندارد. بدین سبب مجله نیوزویک در بخش ساینس (۲۰۰۳) و در زادروز او نوشت «فروید نمرده است ... تخت روان‌درمانی (couch) کنار گذاشته شده، ولی فرهنگ روان‌درمانی همه جا هست».

پروفسور اریک کندل (Eric Kandel) برنده جایزه نوبل، به خاطر پژوهش‌هایش در حافظه و یادگیری، یکی از پیشگامان ادغام نوروساینس با روانشناسی، معتقد است: «فکر می‌کنم فروید غولی است، بی‌نهایت متفکر، بصیرت‌مند، با تخیلی خارق‌العاده» که «تابلویی غنی از پیچیدگی‌های زندگی روانی را به ما اعطا کرد». و بالاخره فروید همیشه می‌گفت که در «آینده یک روز نیاز داریم روان‌کاوی و زیست‌شناسی ذهن را یک کاسه کنیم»؛ و این یکی از آخرین تحولات گفتمان روان‌کاوی است که در ویراست هشتم کتاب روانپزشکی جامع کاپلان و سادوک تحت عنوان روان‌پزشک آینده به آن اشاره شده که «بحث برخی این است که نوروساینس قرن ۲۱ در نهایت به سمت همگرایی بین روایت روان‌پویایی و سنت نوروبیولوژی خواهد بود».

* * *

روان‌کاوی، اما، در زمینه تکنیک و روش درمان نیز بسیار تحول‌پذیر بوده است؛ گذشته از رویکردهای روان‌درمانی که گرچه از دل همین «فرهنگ روان‌درمانی» پدید آمده‌اند، ولی رابطه خود را با روان‌کاوی انکار می‌کنند، گروه دیگری از روان‌درمانی‌ها، آشکارا تحت تأثیر یافته‌های همین نظام فکری بوده ولی به صورت‌های دیگری، خدمات بالینی خود را ارایه می‌دهند؛ و

بالاخره گروه بسیار گسترده‌ای از رویکردها و مکاتب روان‌کاوی و روان‌درمانی تحلیلی که با وجود گوناگونی نظریه‌ها، همه، واژه روان‌کاوی و روان‌پویایی را با خود دارند و طیف وسیعی از خدمات درمانی را به ویژه برای اختلالات شخصیت، جسمی شکل (somatoform)، تجزیه‌ای (dissociative)، سازگاری (adjustment) و نیز اختلالات افسردگی، اضطرابی، جنسی و... ارایه می‌دهند.

گرچه روان‌کاوی پیش از شناخت درمانی به سراغ اختلالات پسیکوتیک نیز رفته است، ولی انتظارات خود فروید در حیطه درمان محدودتر بود. آنا فروید اظهار می‌دارد که پدرش همواره از افراط و تفریط آمریکایی با اعتقادات غیر واقع بینانه‌ای که درمان‌های روان‌کاوانه می‌توانند به طیف بسیار وسیعی از اختلالات روانپزشکی یاری دهند، هراس داشته است. پدیده انتظارات اغراق‌آمیز در تاریخ روان‌پزشکی بارها تکرار شده است. در امکانات درمان بخش داروها هم اغراق می‌شود؛ همان‌گونه که امید برای درمان بیماران مزمن روانی در مراکز سلامت روانی جامعه‌گستر...؛ و اخیراً انتظار این که تحقیقات مغز برای درمان بیماری روانی، یک انفجار جادویی فراهم خواهد کرد... (Kaplan-Sadock, P:2801)

دامنه این افراط و تفریط‌ها در آمریکا - که روزی هدفش درمان تمامی اختلالات روانپزشکی و جامعه‌شناختی بود، از دهه ۱۹۸۰ به بعد، به جنبش مقابله با روان‌کاوی رسید. همان چیزی که فروید را به هراس وامی داشت. این جنبش با حمایت بیمه‌های سلامت و سازمان‌های نگهدارنده سلامت (HMOs)، و البته کمپانی‌های بزرگ دارویی - که بخش عمده هزینه‌های پژوهشی و مراکز تحقیقاتی، انتشار ژورنال‌ها، برگزاری کنگره‌ها و سمینارهای روان‌پزشکی را تأمین می‌کنند - از سال ۱۹۹۳ وارد مرحله تازه‌ای شد تا بتواند روان‌درمانی‌های تحلیلی را که هنوز هم در آمریکا بسیار گسترده مورد استفاده بود، محدود کند.

از سال ۱۹۹۵ - زمانی که ویراست ششم روان‌پزشکی جامع کاپلان و سادوک منتشر شد - تحت عنوان «بحران در آینده روان‌پزشکی» مطلبی گنجانده شد که تا سال ۲۰۰۵ - در ویراست هشتم - نیز به دلیل «عدم تغییر در وضعیت روان‌پزشکی»، چاپ آن ادامه یافت، بدین گونه که: «ارایه لایحه امنیت سلامت آمریکا در ۱۹۹۳ به مثابه یک کاتالیست برای تغییری چشمگیر در ارایه مراقبت‌های بهداشتی آمریکا عمل کرد، هر چند که این لایحه به مرحله قانونی نرسید. طلایه‌داران این تغییر، کمپانی‌های بیمه و سازمان‌های نگهدارنده سلامت (HMOs) بودند که عمدتاً برنامه‌های مراقبتی مدیریت شده‌ای هستند که توسط تراست‌های سودجوی بزرگ اداره می‌شوند. این برنامه‌های مراقبتی مدیریت شده، اثرات سوء فراوان بر کار روان‌پزشکی داشته‌اند. برای مثال، غالب برنامه‌های مراقبت از سلامت روانی مدیریت شده (MMHC) تعداد

مراجعات سرپایی برای روان‌درمانی را به جلسات اندک و غیر قابل پیش‌بینی، معمولاً ۵ الی ۲۰ جلسه در سال محدود کرده است. هر چند که برخی از روان‌درمانی‌ها می‌توانند در چنین چهارچوبی عمل کنند، ولی انواع دیگر مانند روان‌درمانی بصیرت‌بخش، به مراجعات فراوان طی دوره طولانی‌تر نیاز دارند.

از این گذشته مقرر شد که برای ارجاع به روان‌پزشک یا روان‌درمانگر، بیمار ابتدا باید یک پزشک عمومی (پزشک دروازه‌بان) را ببیند؛ و قبل از مراجعه به متخصص، برای چند هفته دارو درمانی شود. بنابراین دارو، به جای روان‌درمانی، درمان انتخابی شده است؛ در حالی که بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد که روان‌درمانی همراه با دارو، در اکثر بیماران روان‌پزشکی ارجح است - به خصوص که نتایج روان‌درمانی در دراز مدت، کل هزینه‌های درمانی را کاهش می‌دهد. این ویراستاران در ادامه می‌نویسند که «اکنون آینده درمان روان‌پزشکی نگران‌کننده شده است». روان‌پزشکی و طب بر سر دوراهی است. تراژدی دردناکی خواهد بود اگر بر راهی قدم گذاریم که اومانیزی که روان‌پزشکی به حیطة طب آورده، و پیشرفت‌هایی که توسط فروید و دیگر روان‌پزشکان بزرگ طی یک قرن بدست آمده، حذف یا نفی شود».

البته رویدادهایی که طی ۳ - ۲ سال گذشته در حیطة تحقیقات روان‌پزشکی، و به ویژه آنچه مربوط به بحران «تضاد علایق» (conflict of interests) پژوهشگران در حوزه داروهای جدید روان‌پزشکی می‌شد، رسوایی غیر منتظره‌ای را به بار آورد که به کنگره آمریکا کشیده شد. در پی آن با متاآنالیزهایی که در مورد تأثیر داروهای SSRI در افسردگی انتشار یافت (تحقیقات در دانشگاه Hull - 2008)، بار دیگر توجه به روان‌درمانی معطوف شد؛ به ویژه روان‌درمانی‌های کوتاه مدت و مبتنی بر شواهد عینی.

در این راستاست که ارزش کار دکتر حبیب دوانلو، دیوید مالن، سینفنیوز و مارمور، پیشقروان روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت متأخر آشکار می‌شود. حداقل آن، تلاشی است تا هم بتوانند با کوتاه کردن دوره‌ی درمان و متمرکز شدن بر اختلال‌های معینی، اصول روان‌درمانی‌های تحلیلی را - در کنار داروها و دیگر روان‌درمانی‌های کوتاه‌مدت - با روش‌های پژوهشی مبتنی بر شواهد (evidence-based) قابل پژوهش کنند؛ و هم اینکه روان‌درمانی در برابر تهدیدهای جدی بیمه‌ها و سازمان‌های نگهدارنده سلامت (HMOs)، دوام آورد.

روان‌درمانی‌های تحلیلی کوتاه‌مدت، ریشه در کارهای بالینی خود فروید دارد. او توانست گوستاو ماehler و برونو والتر را طی جلساتی محدود (۴ تا ۶ جلسه) با موفقیت درمان کند. پس از او تلاشهای ساندور فرنزی و ویلهلم استکل با درمان‌های فعال، و به خصوص نظرات اتورنک (اراده درمانی) در دهه ۳۰، و نیز کوشش ناموفق فرانتس الکساندر و «تجربه هیجانی اصلاح

کننده» او، اشتیاق روان‌کاوان برای کوتاه کردن مدت روان‌درمانی‌های پویشی را، طی یک قرن گذشته نشان می‌دهد. آرزویی که بالاخره در ۲-۳ دهه پایانی قرن با کارهای دوانلو و دیگران برآورده می‌شود؛ البته شاید اگر فشارها و چالش‌هایی که از طرف بیمه‌ها و سازمان‌های نگهدارنده سلامت در زمانه‌ی ما به روانپزشکی وارد می‌شود، در عصر فریزی، استکل، و رنک وجود داشت، کار آنها نیز با استقبال روبرو می‌شد؛ و روان‌درمانی‌های پویشی کوتاه‌مدت، یک قرن تجربه موفق را پشت سر داشتند. ولی به هر حال، همیشه اندیشه‌های تازه، در زمینه فرهنگی - اجتماعی مناسب و پذیرنده می‌توانند شکوفا شوند. شرایط با آن پیشگامان یار نبود، ولی به دوانلو و همفکرانش کمک کرد. گرچه روان‌درمانگران، روان‌کاوان، بیمه‌ها و سازمان‌های نگهدارنده سلامت را در مقابل خود می‌بینند، ولی انگار این عدو سبب خیر شده است؛ و گرنه ممکن بود دوستان روان‌کاو جلوی موفقیت روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت را بگیرند، همان گونه که تلاش‌های فرانتس الکساندر را عقیم ساختند. گاه دشمنان بیش از دوستان می‌توانند سبب خیر شوند! همان گونه که اتورنک باور داشت، انگار هراس از مرگ و نابودی است که انسان را برمی‌انگیزد تا فرهنگ و تمدن خویش را بر پاساخته و آن را شکوفا تر کند.

به هر تقدیر، کارایی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت، به دست حبیب دوانلو، یک روان‌کاو کانادایی ایرانی تبار به اثبات رسیده؛ و امروزه توسط بسیاری از درمانگران در روان‌پزشکی برای درمان بیماران به کار گرفته می‌شود. از این نظر می‌توان درک کرد که این رویداد چرا برای دیوید مالن آنقدر هیجان‌انگیز بود، که بنویسد «فروید ناخودآگاه را کشف کرد، دوانلو دریافت که آن را چگونه برای درمان به کار گیرد». گزاره‌ای که بی‌مهری به تمامی روان‌کاوانی است که طی یک قرن گذشته روان‌کاوی را برای درمان بیماران به کار می‌بردند؛ و نیز انکار همه تلاش‌های آنها - شاید بهتر بود که می‌نوشت فروید ناخودآگاه را کشف کرد و دوانلو دریافت که آن را به گونه‌ای دیگر برای درمان به کار گیرد.

فکر می‌کنم بیش از ده سال است که مقدمه‌ای بر ترجمه کتاب «هنر روان‌درمانی» آنتونی استور نوشتم که توسط انتشارات ارجمند منتشر شد. در همان زمان بود که کتاب دوانلو را به آقای دکتر ارجمند دادم تا ترجمه شود. جا داشت که خیلی زودتر به جامعه ما معرفی می‌شد. شاید برای روان‌کاوی نیز طی نیم قرن که از انتشار کتاب فرویدسم امیرحسین آریان‌پور می‌گذرد، شرایط مساعد نبوده است؛ ولی خوشحالم که امروز ترجمه آن را می‌بینم و امیدوارم که مفید واقع شود.

دکتر محمد صنعتی

سخن مترجم

روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت، اثر حبیب دوانلو، کتاب برجسته‌ای است که نگاهی کلی به حقانیت، ضروریات، گستره، اهداف، و تکنیک‌های این حوزه از درمان روان‌پویشی دارد. مطالعه دقیق این کتاب - به خصوص اگر با تجربه بالینی همراه باشد - علاوه بر ترسیم خطوط کلی درمان‌های روان‌پویشی کوتاه‌مدت، نکات ظریف بسیاری را در هر دو جنبه نظریه و عمل در اختیار خواننده قرار می‌دهد. در عین حال، در بسیاری موارد، حس اشتیاق به فراگیری این درمان‌ها را در افرادی که پیشتر آشنایی چندانی با آن نداشته‌اند، برمی‌انگیزد. این امر به ویژه از طریق تلفیق علم و عمل - که نه در کتب نظری روان‌کاوی، و نه در راهنماهای عملی درمان مهیا نیست - صورت می‌گیرد. مضاف بر این، اهداف درمانی در بسیاری موارد از مرزهای محدوده تحت پوشش رویکرد کاهنده‌ی صرفاً زیست‌شناختی عبور می‌کند، و معضلاتی را نشانه می‌رود که درمان‌های زیست‌شناختی امروزی در سامان‌دهی آنها به وضوح قاصرند - یعنی آشفتگی‌های منشی؛ حوزه‌ای که بستر ظهور علائم و نشانه‌ها در سطح پدیدارشناختی‌اند؛ جایی که بی‌توجهی به آن یا ناتوانی در سامان‌دهی آن، هرگونه مداخله در رخداد‌های نشانه‌ای را به چالشی نفس‌گیر و نهایتاً بی‌فایده بدل می‌سازد.

طی مدتی که چاپ اول کتاب در دسترس خوانندگان قرار داشت، بازخوردهای سازنده‌ای را از طرف همکاران صدیق و دلسوز دریافت کردم. این، در کنار بازخوانی مکرر کتاب توسط این جانب، مرا بر آن داشت تا تغییرات وسیعی را هم از نظر ترجمه، و هم از نظر ویرایش اعمال کنم. از این رو، کتاب حاضر با ترجمه‌ای صحیح‌تر و روان‌تر ارائه می‌شود.

در همین راستا، **فصل‌گشایی ناخودآگاه** نیز توسط این جانب، ترجمه، و به اهتمام نشر ارجمند و نسل فردا چاپ و منتشر شده است. این کتاب مجموعه‌ای از مقالات حبیب دوانلو است که به طور اخص، و به تفصیل، به روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) می‌پردازد؛ فصول کتاب بر مثال‌های بالینی واقعی مبتنی است که از آغاز تا پایان جلسات درمانی را کلمه به کلمه، و در عین حال، با ذکر حالات و ارتباطات غیرکلامی بیمار نقل می‌کند. همین خصیصه، در کنار حفظ ساختار علمی، ظاهری روایتی نیز به کتاب می‌دهد، که مطالعه آن را تسهیل، و لذت‌بخش می‌سازد.

علاوه بر دو کتاب فوق‌الذکر، هم اکنون در حال جمع‌آوری و ترجمه‌ی برخی مباحث تکمیلی ISTDP هستم؛ تا فرا‌هایی از آخرین رویکردها و اطلاعات این حوزه، در کتاب سوم در اختیار علاقمندان قرار گیرد.

در پایان از دوست و همکار عزیز، آقای دکتر ارجمند - مدیر نشر ارجمند و نسل فردا - به

خاطر موافقت با اعمال اصلاحات وسیع در چاپ دوم کمال تشکر را دارم؛ در عین حال، لازم می‌دانم از دوست و استاد گرامی خانم دکتر هما ضرابی که با راهنمایی‌ها و بازخوردهای سازنده و موشکافانه، در ایجاد اشتیاق بازنگری وسیع چاپ اول، نقش مهمی بر عهده داشتند، سپاس‌گذاری نمایم.

با آرزوی شادی و موفقیت
دکتر عنایت خلیقی سیگارودی
مرداد ۱۳۹۱

"فروید ناخودآگاه را کشف کرد؛ دوانلو دریافت که چگونه آن را در درمان به کار گیریم."

دیوید مالان

کاملاً منطقی است

براساس فصول متعددی از این کتاب، شکّی نیست و بسیار روشن است که به کارگیری نقشی فعال‌تر از سوی درمانگر دارای رویکرد روان‌تحلیلی، به منظور مؤثرتر و کارآتر کردن درمان، هم از جنبه نظری و هم از جنبه بالینی کاملاً منطقی است. به عبارتی، زمانه کاملاً عوض شده است. می‌دانیم که درمان‌های روان‌تحلیلی اولیّه، همان‌گونه که توسط فروید اجرا می‌شد، دوره نسبتاً مختصری داشتند. بعدها همان‌طور که از مقاله‌اش با نام «تحلیل پایان‌پذیر و پایان‌ناپذیر» برمی‌آید، وی متوجه شد که درمان می‌تواند تا مدّت زیادی ادامه پیدا کند؛ در واقع اگر اهداف درمان در حد افراطی جاه‌طلبانه شوند - یعنی نه فقط حل نشانه‌ها و به دست آوردن بینش، بلکه دستیابی به «هنجار روانی مطلق» - می‌توان آن را تا ابد ادامه داد.

«دستاورد اصلی طرفداران روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدّت، این باور است که با معیارهای انتخاب مناسب، و فنون درمانی اختصاصی شده، این رویکرد، هم عملی و هم بالقوه ارزشمند است. مشکل، نحوه تعیین دقیق این معیارها و فنون است. در بخش دوم کتاب، چهار نفر از شناخته شده‌ترین چهره‌های این رشته - دوانلو^۱، مالان، سیفنیوس^۲، و مارمر^۳ - به مسئله مناسبیت درمان^۴ پرداخته‌اند. آنها با اظهارنظر در مورد معیارهای انتخاب یکدیگر، بعضی از اختلاف نظرهای مهم‌شان را آشکار می‌کنند. همین موشکافی را می‌توان در مورد فنون درمانی‌شان هم انجام داد روان‌درمانگران پویشی کوتاه‌مدّت در بحثی آزاد و باز درباره نمونه‌های بالینی‌شان شرکت می‌کنند؛ به علاوه، تأکید زیادی بر نمایش مصاحبه‌های ضبط شده روی نوار ویدئو برای یکدیگر دارند. این فرآیند همکاری سازنده به خوبی در این مجلد فراهم آمده است. روان‌پزشکان راغب به دانستن مطالب بیشتر درباره وضعیّت روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدّت، این کتاب را جالب و مفید خواهند یافت».

سیدنی بلاچ^۵، دکترای پزشکی

مجله روان‌پزشکی بریتانیا

-
- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. Davanloo | 2. Sifneos |
| 3. Marmor | 4. suitability |
| 5. Sidney Bloch | |

پیشگفتار

طی سال‌های اخیر، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت اقبال عمومی زیادی کسب کرده است. عوامل زیادی در این امر دخیل بوده‌اند. یکی از مهمترین عوامل، افزایش تعداد طرح‌های تحقیقاتی سازمان یافته است که به روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت اعتبار علمی بخشیده است. در همین راستا، قریب الوقوع بودن شکلی از بیمه سلامت جهانی دارای پوشش محدود ۲۰ تا ۳۰ جلسه‌ای، روان‌درمانگران را برای یافتن شکلی کوتاه‌تر و مؤثرتر از روان‌درمانی تحت فشار قرار داده است. دو همایش بین‌المللی اول (مونت‌رال ۱۹۷۵، مونت‌رال ۱۹۷۶)، کارهای دیوید مالان (تاویستوک^۱)، پیتر سیفنیوس (هاروارد^۲)، و خود من (مک‌گیل^۳) را گرد هم آورد. تحت تأثیر اشتیاق زایدالوصف ناشی از این گردهمایی‌های بزرگ، این جانب سوّمین همایش بین‌المللی را در لس‌آنجلس بر پا کردم (نوامبر ۱۹۷۷)، که توسط انجمن روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت بخش روان‌پزشکی بیمارستان عمومی مونت‌رال و دانشگاه مک‌گیل، بخش روان‌پزشکی دانشگاه کالیفرنیا جنوبی، و خدمات روان‌پزشکی بیمارستان بث اسرائیل^۴ مدرسه پزشکی هاروارد هم حمایت مالی شد. این همایش با توسعه هیئت علمی اش به بیش از پنجاه نفر، تقریباً هزار روان‌پزشک، روان‌کاو، روان‌شناس، و سایر متخصصان بهداشت روانی را از نقاط مختلف دنیا گرد هم آورد. این همایش سمعی بصری پنج‌روزه که دارای تعدادی کارگاه‌های فوق برنامه هم بود، موضوعات وسیعی را پوشش داد: ارزیابی، انتخاب بیماران، فنون، ارزیابی پیامد، تحقیقات، آموزش و نظارت. بحث‌های زیادی پیرامون تشابهات و تفاوت‌های کارهای سیفنیوس، مالان، و خود من انجام شد. در عین حال نقش بسیاری از محققان دیگر، شامل جود مارمر (یو.اس.سی.)، سول براون^۵ (یو.سی.ال.ای)، هنس استراپ^۶ (واندربیلت)، ساموئل آیزنشتاین^۷ (یو.سی.ال.ای)، ماردی هورو ویتس^۸ (دانشگاه کالیفرنیا، سن فرانسیسکو)، مانوئل استراکر^۹ (یو.سی.ال.ای)، ژرژ دلاتوره^{۱۰} (یوستن)، جوزف زایدن^{۱۱} (نیویورک)، رولاند پیرلوت^{۱۲} و همکارانش (لووین، بلژیک)، دانیل لومینت^{۱۳} (لیژ، بلژیک)، و پیر اشنایدر^{۱۴} (لوزان) نیز مورد توجه قرار گرفت.

علاوه بر این سه رویداد بین‌المللی، طی دهه گذشته همایش‌های سمعی بصری بسیاری را در سطوح ملی و ناحیه‌ای بر پا کرده‌ایم؛ تقاضا برای آنها همواره در حال افزایش است که باز هم نشان

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1. Tavistock | 2. Harvard |
| 3. McGill | 4. Beth Israel |
| 5. Saul Brown | 6. Hans Strupp |
| 7. Samuel Eisenstein | 8. Mardi Horowitz |
| 9. Manuel Straker | 10. Jorge de la Torre |
| 11. Joseph Zaiden | 12. Roland Pierloot |
| 13. Daniel Luminet | 14. Pierre Schneider |

می‌دهد که جامعه روان‌درمانی دارد بیشتر و بیشتر به این روش درمان علاقمند می‌شود. آیا می‌توانیم بگوییم که پاسخ قاطع دهه هفتاد نشانه این است که جامعه روان‌درمانی، که در سال‌های ۱۹۴۰ پاسخی آنچنان خصمانه به گروه الکساندر^۱ داده بود، موضع خود را تغییر داده است؟ به هر حال، این طرح‌های تحقیقاتی سازمان یافته و همایش‌های سمعی بصری، تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت در جهان داشته‌اند. همان‌طور که مالان، در کتاب روان‌درمانی فردی و علم روان‌پوشی (۱۹۷۹) خود می‌گوید، «هرکسی که این نوارها را دیده باشد، نمی‌تواند هیچ‌یک از دو مورد اثربخشی روان‌درمانی پویایی و حقیقت داشتن نظریه روان‌پوشی پایه را قبول نکند». تحقیقات سازمان یافته در حال تداومی که در همایش‌های مختلفی در سال‌های ۱۹۷۰ ارائه شده و مورد بحث قرار گرفته است، اعتبار بعضی از عقاید سنتی روان‌تحلیلی را مورد چالش جدی قرار داده است.

۱. اینکه نتایج روان‌درمانی به دست آمده در تعداد محدودی مصاحبه، سطحی و موقتی هستند و نتایج به دست آمده در درمان طولانی‌تر، عمیق و ماندگار هستند، عقیده‌ای است که تأیید نمی‌شود. این عقیده که عمق درمان، با طول مدت آن و تواتر جلسات متناسب است، معتبر نیست. محققان نشان داده‌اند که نتایج قابل ملاحظه‌ای از روان‌درمانی با تعداد محدودی مصاحبه به دست آمده است که نه سطحی هستند و نه موقتی؛ بلکه عمیق و ماندگار هستند. در عین حال، این ادعا که روان‌کاوی - با شاخص‌هایی که آن را از سایر اشکال روان‌درمانی پویایی متمایز می‌کند - تغییرات ترمیمی شخصیتی عمیق ایجاد می‌کند، در هیچ تحقیق سازمان یافته‌ای اثبات نشده است.

۲. اینکه روان‌درمانی پویایی مختصر تنها در مشکلات روان‌نژدانه خفیف با شروع اخیر مؤثر است، در هیچ یک از تحقیقات تأیید نشده است؛ نسبت بالایی از بیماران ما که نتایج موفقیت‌آمیزی از درمان‌شان به دست آورده‌ایم، از اختلالات پسikonوروتیک دارای سابقه چندساله رنج می‌برده‌اند.

۳. طولانی کردن دوره درمان بر این اساس که در نهایت مقاومت بیمار را بشکنند، معتبر دانسته نشده است. ما توانسته‌ایم با درمان بیماران به شدت مقاومی که دچار آسیب روان‌نژدانه شدید بودند، بارها نشان دهیم که طولانی کردن دوره درمان لازم نیست و می‌توان با به کارگیری فنونی خاص در یک دوره زمانی کوتاه به نتایجی دست یافت؛ فنونی که کاملاً مبتنی بر اصول روان‌تحلیلی هستند، و واکنش آنها در قبال افزایش مقاومت بیمار، افزایش انفعال از سوی درمانگر نیست.

۴. اینکه روان‌درمانی کوتاه‌مدت بهترین جایگزین (پس از روان‌کاوی) است، روایتی غیرعلمی است. تحقیقات ما ثابت می‌کند که این درمان، در گروه خاصی از بیماران مبتلا به اختلالات پسikonوروتیک، روان‌درمانی انتخابی است. محدوده این گروه، به طور کامل بررسی نشده است.

1. Alexander

سه تحقیق سازمان یافته خود ما نشان می‌دهد که طیفی از بیماران را می‌توان با روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت درمان کرد. در یک انتهای طیف، گروه سالم‌تری از بیماران دچار مشکلات محدود^۱ مبتنی بر عقده‌آدیپ حل نشده عارضه‌دار نشده قرار دارد، که به طور کلی بسیار پاسخ‌گو و به شدت باانگیزه هستند. در انتهای دیگر طیف بیمارانی قرار دارند که به شدت مقاومند و از اختلالات پسیکونوروتیک طولانی‌مدت و مشکلات منشی^۲ رنج می‌برند - [مثل] بعضی بیماران مقاوم به روان‌کاوی و رفتار درمانی. الزامات فنی در این بیماران و آنهایی که از اختلالات ناتوان‌کننده فوبی^۳ و وسواس رنج می‌برند، از بیماران انتهای دیگر طیف متفاوت است. می‌دانیم که انواعی از مداخله‌های روان‌درمانی دارای مدّت کوتاه و مبتنی بر اصول روان‌تحلیلی وجود دارند.

در این مجلد ما سعی می‌کنیم که بعضی از اصول روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت را معرفی کنیم، و آرای بعضی از دست‌اندرکاران این رشته و دیدگاه‌های نظری و بالینی ایشان را گرد هم آوریم. این مجلد در اصل بالینی است و بر ویژگی‌های بیماران، ویژگی‌های فن، و فن ارزیابی پیامد تأکید دارد. ما از مصاحبه‌های بالینی واقعی استفاده وسیعی کرده‌ایم و شرح‌حال‌های بالینی زیادی را کلمه به کلمه روایت می‌کنیم تا ملزومات فنی را به روشنی هرچه بیشتر نشان دهیم. تعدادی از فصول بر صورت‌جلسات سوّمین همایش بین‌المللی مبتنی هستند. بخش اول به دورنمای تاریخی و بعضی پیشرفت‌های رایج در این رشته می‌پردازد. فصل یک، مقاله یادبود فرانکس الکساندر است که توسط جاد مارمر در همایش معرفی شد. بخش دوم اساساً به ارزیابی و انتخاب بیماران می‌پردازد، و در فصل مربوط به درمان آزمایشی، بعضی از ملزومات فنی مصاحبه اولیه را، با ارائه یادداشت‌های یک مصاحبه اولیه به همراه تحلیل فنون و محتوا، به طور خلاصه بیان کرده‌ام. در آن فصل دیوید مالان من را در تحلیل فن یاری نمود، که مراتب سپاس خود را اعلام می‌دارم. در بخش پنجم اصول پایه و فنون مصاحبه پیگیری بیماری که توسط یکی از دانشجویان ما درمان شده بود، ارائه می‌شود، تا نمونه‌ای از ملزومات فنی ارزیابی پیامد در مصاحبه پیگیری ارایه شده باشد.

می‌خواهم تا سپاس قلبی خود را از همه بیمارانی که در کمال سخاوت‌مندی به ما اجازه دادند تا درمان‌شان را به صورت سمعی بصری ضبط کنیم، ابراز کنم؛ آنها به تحقیق ما، به فهم فرآیند و پیامد روان‌درمانی، آموزش و نظارت، و بیش از همه به اعتبار علمی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت، کمک عمده‌ای کرده‌اند؛ من از همه آنها به خاطر اعطای اجازه انتشار مصاحبه‌های بالینی واقعی شان تشکر می‌کنم. می‌خواهم که آنها و خوانندگان مان را مطمئن کنم که برای حفظ محرمانه بودن^۴ آنها دقت زیادی شده، و در عین حال تغییری در حقایق ضروری داده نشده است. از همسرم دوریس^۵ سپاسگزارم که وقت، انرژی، و فکر زیادی برای آماده‌سازی این نوشتار گذاشت و در عین حال در سازماندهی سوّمین همایش بین‌المللی مشارکت عمده‌ای داشت.

1. circumscribed
3. phobia
5. Doris

2. characterological
4. confidentiality

از همکارانم سول براون، سام آیزنشتاین، دیوید مالان، جود مارمر، کاترین مارمر، برت مول^۱، جان نمیا، پیتر سیفنیوس، مانی استراکر، و جو زایدن به خاطر یاری رساندن در سازماندهی سوّمین همایش بین‌المللی و به خاطر نظرات و پیشنهاداتشان درباره کارهای خود من در زمینه روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت، متشکرم. از سیبیل استراکر^۲ که بزرگوارانه ما را در سازماندهی همایش یاری کرد، کمال امتنان را دارم.

از آلن مان^۳، رئیس بخش روان‌پزشکی بیمارستان عمومی مونترال، به خاطر حمایت‌های صمیمی و مداوم و علاقه به کار من بسیار ممنون هستم. از موریس دونزیه^۴ ریاست بخش روان‌پزشکی مک‌ژیل، به خاطر تشویق‌های گرم و علاقه مداوم به روش من، متشکرم.

از آقای پیتر کیربی^۵، مدیر رسانه قبلی ما که با تمام وجود در همایش بین‌المللی سوّم مشارکت داشتند، تشکر خالصانه دارم. به خصوص از آقای جک روت^۶، ریاست ستاد مرکزی مؤسسه سمعی بصری لوس‌آنجلس و همکارانش، به خاطر اجرای عالی خدمات سمعی بصری همایش سوّم و ضبط صورت جلسات، که تا حدودی در تهیه این کتاب به کار گرفته شده‌اند، تشکر می‌کنم. در عین حال از آقای ریچارد زوروسکی^۷، مدیر رسانه فعلی ما که بسیاری از تعطیلاتش را برای تدوین و تهیه این نوارهای ویدئویی، بسیار سخاوتمندانه در اختیار ما گذاشت، خیلی متشکرم؛ و در آخر، اما مطمئناً نه کم‌اهمیت‌تر از موارد قبلی، از خانم سیل پیلسوف^۸ از لس‌آنجلس به خاطر مشارکت‌های عالی‌اش در سازماندهی، از خانم مارگارت بارنز^۹، خانم هولی بوش^{۱۰}، خانم پاتریشیا دولاقیه^{۱۱}، خانم دیان لاند^{۱۲}، و خانم ژاکلین پیچت^{۱۳} که همگی در وقت آزادشان، نه تنها در سازماندهی همایش سوّم، بلکه در تهیه نسخه ابتدایی این کتاب مرا یاری رساندند، تشکر بسیار دارم.

هدف این مجلد، جمع‌آوری بعضی کارهای عمده‌ای است که در مراکز سراسر دنیا انجام گرفته است. تعدادی طرح‌های تحقیقاتی در دو دهه گذشته انجام شده‌اند که هم‌اکنون برای انتشار تحت بررسی هستند؛ و در حال حاضر نیز مراکزی مشغول انجام تحقیقات بالینی در این زمینه هستند. امید داریم که مجموعه کتاب‌های طراحی شده در این زمینه - که این مجلد اولین مورد آنها محسوب می‌شود - مشارکت افراد علاقمند و کسانی که اعتبار روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت را قوت می‌بخشند، گرد هم آورد.

حبیب دوانلو

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| 1. Bert Moll | \. John Nemiah |
| 2. Sybil Straker | 3. Alan Mann |
| 4. Maurice Dongier | 5. Peter Kirby |
| 6. Jack Root | 7. Richard Zurowski |
| 8. Ciel Pilosof | 9. Margaret Barnes |
| 10. Holly Bush | 11. Patricia Deslauriers |
| 12. Diane Lund | 13. Jacqueline Pichette |

بخش ۱

تاریخچه

۱

ریشه‌های تاریخی

دکتر جود مارمر

مادر نیمه‌دوم قرن بیستم، در میانه انقلابی عظیم در روان‌درمانی به سر می‌بریم. درمان‌های جدید از انواع مختلف و به تعدادی قابل توجه، بعضی مبتنی بر اصول علمی، و بعضی دیگر با رجعت به اشکال جادویی، عرفانی، و دینی سربرآورده‌اند؛ که [موارد اخیر، خود] پیشگامان روان‌درمانی علمی بودند. به علاوه، در پیش بودن بعضی اشکال بیمه سلامت ملی، روان‌درمانگران را تحت فشار زیادی می‌گذارد تا فنون کوتاه‌تر و مؤثرتری برای درمان پیداکنند، یا در غیر این صورت، به علل مالی از این برنامه کنار گذاشته شوند. در نتیجه، اشکال متنوع گروه درمانی، رفتار درمانی، و خانواده درمانی، یعنی فنونی که می‌توانند برای بخش قابل توجهی از جمعیت بیمار به کار روند، ممکن است در سال‌های آینده، با شدت بیشتری تکوین یابند. به هر حال، حقیقت این است که بخش عمده روان‌پزشکان آمریکایی، هنوز به مدل شخص در مقابل شخص^۱ روان‌درمانی پویشی پای بند هستند. بنابراین، می‌توانیم انتظار داشته باشیم که بیشترین فشار برای دست‌یابی به فنون کوتاه‌مدت‌تر، در این بخش اعمال شود.

فروید و درمان کوتاه‌مدت

روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت، ریشه در سنت روان‌تحلیلی دارد. بینش‌های بنیادین و قوانین فرضی پایه‌ای آن - مشتمل بر تأکید زیاد بر تفسیر انتقال^۲ - بدون کشفیات تاریخ‌ساز زیگموند

1. one-to-one

2. transference

فروید^۱، میسر نمی‌شد.

جالب است ذکر کنیم که اولین درمان‌های روان‌تحلیلی انجام شده توسط فروید، به دوره‌ی درمانی نسبتاً کوتاه، گرایش داشتند. برونو والتر^۲ (۱۹۴۶) در مورد درمان موفقیت‌آمیز خود توسط فروید در شش جلسه، در سال ۱۹۰۸، مطالبی نوشته است؛ و ارنست جونز^۳ گزارش می‌دهد که گوستاو ماهلر^۴ در سال ۱۹۰۸، پس از چهار جلسه درمان توسط فروید از مشکل ناتوانی جنسی، رهایی یافت (جونز ۱۹۵۵، صفحه‌های ۷۹-۸۰). البته، از وقتی که هدف‌های روان‌کاوی جاه‌طلبانه‌تر، و فراساختار فرضیه‌های آن پیچیده‌تر شد، درمان‌های تحلیلی رفته رفته طولانی‌تر شدند؛ به اندازه‌ای که فروید در سال‌های آخر زندگی اش، بدبینانه نتیجه‌گرفت که بعضی از آنها پایان‌ناپذیر هستند (فروید، ۱۹۳۷).

فرنتزی^۵ و درمان فعال^۶

بسیاری از تحلیل‌گران اولیه از این تمایل، آگاه، و با آن دست به گریبان بودند، اما اولین پیشگام روان‌کاوی که به منظور کوتاه‌تر کردن مدت تحلیل کلاسیک، به بررسی تغییراتی در فن روان‌کاوی پرداخت، ساندور فرنتزی بود که در حدود سال ۱۹۱۸ شروع به تجربه روشی نمود که آن را «درمان فعال» می‌نامید (چند سال بعد، پیشگام اولیه دیگری به نام ویلهلم استیکل^۷، روند مشابهی را اتخاذ کرد). فرنتزی ادعا کرد که در این روش فقط از الگوی فروید تبعیت می‌کند و به بیانیه‌ای که فروید در همایش بین‌المللی بوداپست در سال ۱۹۱۸، ارائه کرده بود، اشاره کرد؛ این بیانیه اذعان می‌نمود که در بعضی موارد فوبی یا روان‌نژندی و سواسی^۸، ممکن است لازم شود تا برای پیشرفت درمان، جهت تحریک بیمار برای روبرو شدن با ترس مرضی یا اضطراب، روش‌های فعال به کار گرفته شوند. فرنتزی، در عین حال خاطر نشان کرد که به کارگیری درمان فعال، در واقع در خود روند روان‌کاوی نهادینه است: در هر زمان که تفسیری ارائه می‌شود، دخالتی فعال در عملکرد روانی بیمار صورت می‌گیرد و ظهور افکاری که ممکن بود در غیر این صورت ناخودآگاه باقی بمانند، تسهیل می‌شود. در سال‌های بعدی، فرنتزی به تجربه انواع متنوع فعالیت در شرایط روان‌تحلیلی ادامه داد، که بعضی تشویقی و بقیه، بازدارنده بودند. او در مقالات خود پذیرفت که بعضی از این فنون، موفق بودند و بعضی دیگر، خیر. یکی از جالب‌ترین مثال‌های فعالیت ناموفق او، تلاش برای عرضه خود به عنوان جانشین والد مورد علاقه به بیمارانش بود. این به عنوان روشی برای ترمیم طردها و ضربه‌هایی که ممکن بود بیمار از والدین واقعی خود دیده باشند، در نظر گرفته شده بود. این تلاش‌های ترمیمی از طرف فرنتزی عبارت بودند از بغل کردن، بوسیدن، و نوازش غیرشهوانی^۹ بیمار. وقتی فروید این را شنید، نامه مشهوری به فرنتزی نوشت (جونز ۱۹۵۷، صفحه‌های ۱۶۴-۱۶۳) که در آن موضع بسیار مبهمی در برابر این فعالیت‌ها اتخاذ نمود و پیامبراً بانه پیش‌بینی کرد که این [روش‌ها]

1. Sigmund Freud

2. Bruno Walter

3. Ernest Jones

4. Gustav Mahler

5. Sandor Ferenczi

6. Active therapy

7. Wilhelm Stekel

8. Obsessional neurosis

9. non-erotic

در نهایت به زیاده‌روی‌های بیشتری از سوی سایر درمانگران خواهد انجامید. فرنتزی بعداً این فنون را کنار گذاشت، اما هیچ‌وقت از تلاش در جهت تداوم نوع فعال‌تری از درمان تحلیلی دست برنداشت.

آتورنک^۱ و اراده درمانی^۲

تصادفی نبود که این تلاش‌ها، فرنتزی را به همکاری با اتورنک واداشت که خود، کوشش‌های مشابهی را به صورت مستقل دنبال می‌کرد. آنها چندین سال به صورتی فشرده، روی ایجاد تغییرات مختلفی در فن [روان‌کاوی] با هم کار کردند، که در سال ۱۹۲۴ به انتشار مجلّدی مهم با عنوان پیدایش روان‌کاوی منتهی شد (فرنتزی و رنک ۱۹۲۵).

به راستی، اتورنک می‌تواند از بعضی جهات، مهمترین پیشگام نظریه‌پردازی جنبش روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت باشد. بدبختانه، شیوه پیچیده و مبالغه‌آمیز نوشتار وی، خوانش متن را مشکل کرد. اگر او شیوه واضح و مستدل فروید را در پیش می‌گرفت، بی‌تردید، تأثیر بسیار بیشتری می‌داشت. نظر رنک در مورد ضربه تولد، اگرچه از نظر زیست‌شناختی مبهم بود، ولی زمینه‌کار را برای شناخت بعدی اهمیت غالب رشد شخصیت در سال‌های پیش تناسلی و رابطه مادر-کودک پایه‌ریزی کرد. در آن دوره از تاریخ جنبش روان‌تحلیلی، تأکید اصلی بر دوره ادیپی^۳ و اضطراب‌های اختگی^۴ همراه آن بود. بنابراین روان‌کاوان معاصر فروید به شدت به نظرات رنک حمله کردند، چون به درستی آن را تهدیدی برای هسته مرکزی نظریات فروید می‌پنداشتند. بدبختانه این موضوع عدم وفاداری به فروید، سایه سنگینی بر دست‌آوردهای رنک انداخت. به هر حال وقتی که از موضع دانش‌آخرتر، به اهمیت روابط پیش‌ادیپی در رشد شخصیت و در عین حال اهمیت محوری جدایی و تفرّد در بلوغ هیجانی بنگریم، می‌توانیم ببینیم که رنک پیشگام اصلی نظریه‌پردازی در این پیشرفت‌ها بوده است، بدون آنکه به هیچ وجه مشارکت خلاق افرادی چون رنه اسپیتس^۵، مارگارت ماهلر^۶ و جان بولبی^۷ را بی‌اعتبار کرده باشیم.

طی چند سال، خود رنک به کم‌اهمیت جلوه دادن اهمیت روان‌شناختی ضربه تولد، پرداخت. او دریافت که موضوع جدایی و تفرّد، در واقع مشکل اصلی است، و کار بر روی آن راهسته مرکزی روش روان‌درمانی خود قرار داد. بنابراین، شگفت‌آور نخواهد بود اگر بگوییم که او پیش از سایرین بر اهمیت تعیین محدوده زمانی برای فرآیند تحلیلی، به منظور دستیابی به تمرکز زودتر درمان بر مشکل جدایی، تأکید نمود. در واقع فروید اولین تحلیل‌گری بود که فن تعیین محدوده زمانی را به کار بست. او در «نکاتی از شرح حال یک روان‌نژندی شیرخوارگی» (۱۹۱۸) به فایده‌مندی آن پی برد، اما هیچ‌گاه آن را به موضوعی اساسی در رویکرد درمانی بدل نساخت. اما رنک نه تنها در کار درمانی،

1. Otto Rank

2. Will therapy

3. Odepal

4. castration anxiety

5. René Spitz

6. Margaret Mahler

7. John Bowlby

بلکه در روند سازگاری و بلوغ همه جنبه‌های وجود آدمی، آن را امری محوری دانست. بنابراین، در مرحله‌ای بسیار زودرس از درمان رنکی، عملکرد تحلیلی بر اضطراب‌ها و تعارض‌های پیرامون جدایی و خاتمه درمان متمرکز شد. این روشی است که دکتر جیمز مان^۱ (۱۹۷۳) در سال‌های اخیر، محور اصلی رویکردش به روان‌درمانی با زمان محدود^۲ قرار داده است؛ اما او در کتابش، تنها اشاره‌ای کوتاه و گذرا بر کار رنک دارد.

در عین حال جالب است که در پرتو پیشرفت‌های جاری، نگاه دیگری به مفهوم «اراده درمانی»^۳ رنک بیاندازیم (۱۹۴۷). رنک بر عقیده به تحرک و اداشتن «اراده» بیمار در روند درمانی تأکید نمود و ادعا کرد که قادر است با این کار مدت درمان را کوتاه کند. اگر می‌بایست واژه اراده را با اصطلاح امروزی ترانگیزه برای تغییر^۴ جایگزین کنیم، درمی‌یافتیم که رنک بر چیزی تأکید داشت که توسط همه نظریه پردازان روان‌درمانی پویایی بر آن تأکید شده است، یعنی همان اهمیت غالب انگیزه شدید برای تغییر از طرف بیمار، برای رسیدن به یک نتیجه درمانی مطلوب، و در عین حال، فراهم آوردن امکان کوتاه‌تر کردن روش‌های روان‌درمانی.

به عنوان مثال، در چهار مورد از هفت معیار انگیزه برای تغییر به کار رفته توسط سیفنیوس (۱۹۷۲)، از مفهوم «اشتیاق»^۵ استفاده شده است: اشتیاق به مشارکت فعال در موقعیت درمان، اشتیاق به فهم خویشتن، اشتیاق برای تغییر، و اشتیاق به صرف منطقی زمان و هزینه. در این بافتار، اشتیاق به جز توانایی به تحرک و اداشتن اراده شخص به سمت یک هدف خاص، چه می‌تواند باشد؟ فرنتزی و رنک، در عین حال، بر اهمیت کاربرد تفاسیر انتقال اینجا و حالا^۶ در روند درمان تأکید کردند. آنها بدون انکار اهمیت موضوعات گذشته، نسبت به اکثر دیگر نظریه پردازان روان‌کاوی زمان خود، بر حوادث و واکنش‌های فعلی و بازتاب آنها در موقعیت انتقال تأکید بیشتری داشتند. آنها توصیه کردند که بر تجارب هیجانی بیمار در رابطه انتقال تأکید شود، نه بر اعاده خاطرات و بازساخت‌های عقلانی که مشخصه رویکردهای روان‌تحلیلی طولانی مدت بودند.

فرانتس الکساندر و تجربه هیجانی اصلاحی^۷

حدود بیست سال بعد، زمانی که الکساندر و فرنچ^۸، با مجلد بنیادین خود در مورد درمان روان‌تحلیلی، معرفی شدند (۱۹۴۶)، به سادگی پذیرفتند که کارشان «تداوم و تحقق عقایدی بود که اول بار توسط فرنتزی و رنک مطرح شد». با این حال، کار الکساندر و فرنچ به خودی خود ارزشمند است. مجلد آنها نتیجه هفت سال پژوهش و بررسی درباره توسعه رویکردهای کوتاه‌تر به روان‌درمانی بود که در مؤسسه روان‌کاوی شیکاگو انجام گرفته بود. الکساندر که نخستین بنیان‌گذار

1. Dr. James Mann

2. time-limited psychotherapy

3. Will therapy

4. motivation to change

5. willingness

6. here and now

7. corrective emotional experience

8. French

این پژوهش بود، سال‌ها در مورد آنچه «ناهم‌خوانی گیج‌کننده» بین مدّت و شدّت درمان روان‌تحلیلی [از یک سو]، و میزان موفقیت درمانی [از سوی دیگر] می‌نامید، اندیشید. او پژوهش را با طرح سؤال درباره اعتبار بعضی باورداشت‌های سنتی روان‌کاوی آغاز کرد: (۱) اینکه عمق درمان، لزوماً با طول درمان و تواتر مصاحبه‌ها متناسب است؛ (۲) اینکه نتایج درمانی به دست آمده از تعداد نسبتاً کمی مصاحبه، لزوماً سطحی و موقتی هستند، حال آنکه نتایج درمان‌های طولانی‌تر، لزوماً ثابت‌تر و عمیق‌تر هستند؛ و (۳) اینکه به درازا کشاندن یک تحلیل، وقتی موجه است که در نهایت بر مقاومت بیمار فائق آید و نتایج درمانی مطلوب حاصل شود. اولین و مهمترین اصلی که توسط الکساندر معرفی شد، انعطاف‌پذیری^۱ بود که امروزه پیش و پا افتاده به نظر می‌رسد، اما در دوره‌ای که تحت سیطره این باور قرار داشت که روش استاندارد روان‌کاوی، روشی بهینه برای درمان اکثر بیماران روان‌نژند است، [اصلی] انقلابی بود. الکساندر تأکید کرد که در روان‌درمانی، نظیر همه درمان‌های طبی، پزشک باید روش خود را با نیازهای بیمار انطباق دهد. او گفت، «تنها طبیعت هر فرد می‌تواند تعیین کند که کدام روش برای دستیابی به روندهای درمانی، بهترین انتخاب است.» «الکساندر و همکارانش در جستجوی رویکردهای انعطاف‌پذیر، تواتر مصاحبه‌ها، کاربرد بهینه صندلی یا کاناپه، وقفه طولانی مدّت یا کوتاه مدّت جهت آمادگی برای خاتمه دادن به درمان، و ترکیب روان‌درمانی با دارو یا درمان‌های دیگر را مورد آزمایش قرار دادند. آنها در عین حال، برای پی بردن به چگونگی کنترل و اداره رابطه انتقال، به گونه‌ای که با روان‌پویایی خاص هر بیمار سازگار باشد، تلاش کردند.

الکساندر اولین کسی بود که اشاره کرد که در بسیاری موارد مشخص است که مصاحبه‌های روزانه، ضدّ درمان هستند، چون نیازهای وابستگی بیمار را بیش از میزان موردنظر، ارضاء می‌کنند. او ارزش درمانی القای پس‌رفت^۲ را زیر سؤال برد و استدلال کرد که این باید «یک اصل کلی در همه روان‌درمانی‌ها باشد که در همان ابتدای درمان، تمایل به پس‌رفت بررسی شود»؛ این روشی بود که به شدّت توسط ساندور رادو^۳ هم توصیه می‌شد (۱۹۶۵). الکساندر پیشنهاد کرد که جهت بالا بردن شور هیجانی مصاحبه با بیماران، [درمانگر] از قصد تواتر ملاقات‌ها را تغییر دهد. او دریافت که این کار، روشی مؤثر برای کنترل رابطه انتقال، محدود کردن پس‌رفت، پیش‌گیری از وابستگی بیش از حد به درمانگر، و پرورش خودمختاری است. او در عین حال وقفه درمان را به عنوان راه دیگر افزایش شور هیجانی و اثربخشی روند درمانی، پیشنهاد کرد. وقفه‌ها می‌توانند به واسطه توانایی شان در آزمودن ظرفیت بیمار برای اتکا به نفس^۴ و تطابق مؤثرتر با وضعیت زندگی اش، به عنوان شاخصی مقدماتی به کار گرفته شوند، تا هم درمانگر و هم بیمار را برای ورود به زمان خاتمه درمان - که با هم روی آن توافق کرده‌اند - آماده کنند.

شاید شناخته شده‌ترین سهم الکساندر در نظریه روان‌درمانی، و کاری که به طور انحصاری با نام

1. Flexibility

2. regression: واپس‌روی

3. Sandor Rado

4. Self-reliance

او همراه است، مفهوم تجربه هیجانی اصلاحی است. او این را به صورت تکرار مواجهه بیمار در شرایط مطلوب تر، با موقعیت‌های هیجانی‌ای که در گذشته نتوانسته بود آنها را مهار کند، تعریف کرد. از نظر الکساندر یکی از مهمترین جنبه‌های فرآیند روان‌درمانی، تفاوت بین موقعیت واقعی تعارض با موقعیت درمانی است. «از آنجایی که برخورد درمانگر [در این موقعیت]، با شخص مقتدر در گذشته متفاوت است، او به بیمار فرصت می‌دهد تا در شرایط مطلوب تری با آن موقعیت‌های هیجانی که قبلاً غیر قابل تحمل بودند، بارها مواجه شود، و به شیوه‌ای متفاوت با گذشته با آنها کنار بیاید...» (الکساندر و فرنچ ۱۹۴۶). الکساندر تأکید کرد که این تنها از راه تجربه واقعی، در رابطه بیمار با درمانگر قابل انجام است؛ بینش عقلانی به تنهایی کافی نیست.

الکساندر تصریح کرد به منظور دانستن اینکه چه تجارب هیجانی‌ای برای رسیدن به نتایج درمانی ضروری هستند، درمانگر باید نه تنها روان پویایی بیمار، بلکه در عین حال پیدایش وراثتی مشکلاتش را هم درک کند. از این نظر، روش او بی‌تردید با روش رنک متفاوت است. هر چقدر این درک، دقیق‌تر باشد، درمانگر با کفایت بیشتری می‌تواند تجربه اصلاحی مناسب را فراهم کند. الکساندر اعتقاد داشت که بر این اساس، واکنش‌های درمانگر باید بر پایه بینش‌های پویا طرح‌ریزی شوند.

با وجودی که نظرات الکساندر به شدت مورد حمله اکثر روان‌کاوان کلاسیک آن روزگار قرار گرفت، اصولی که وی توضیح داد امروزه به بخشی از ابزار کاری روزمره تقریباً هر روان‌پزشک و روان‌کاوی بدل شده است. منصفانه است اگر بگوییم که الکساندر بیش از هر روان‌کاو و مُدرن دیگری، رهبری این جریان را به سوی کاربرد اصول روان‌تحلیلی در روان‌درمانی پویای کوتاه‌مدت به عهده داشته است.

مهم است ذکر کنیم که کتاب الکساندر و فرنچ درباره درمان روان‌تحلیلی در سال ۱۹۴۶، درست پس از پایان جنگ جهانی دوم منتشر شد. یکی از تغییرات بزرگ تاریخی ناشی از جنگ، افزایش آگاهی از ارزش روان‌پزشکی با رویکرد روان‌تحلیلی بود؛ زیرا این رویکرد قادر بود از راه درمان اختلالات روانی و هیجانی سربازان جنگی، به آنها کمک کند. در نتیجه این افزایش آگاهی، جهش عظیمی در مقبولیت عام روان‌کاوی و درمان‌های دارای رویکرد روان‌تحلیلی ایجاد شد. تقاضا برای چنین درمان‌هایی به شدت افزایش یافت، و روان‌کاوانی که پیش از جنگ به سختی می‌توانستند ساعت‌های کاری‌شان را پُر کنند، حالا خود را در سیلی از بیماران، که زمان کافی برای آنها نداشتند، گرفتار می‌دیدند. پیامد طبیعی این تقاضای در حال رشد، افزایش تمایل روان‌کاوان به دیدن بیماران به تعداد یک، دو و سه بار در هفته، به جای چهار و پنج بار بود. البته طول مدت درمان در اکثر موارد، به نسبت طولانی باقی ماند.

کار اخیر

در سال‌های اخیر که تقاضای روان‌درمانی زیاد شده است و بخش‌های بزرگتر و بزرگتری از جامعه را

شامل می‌شود، و با وجود نامشخص بودن موضع تردیدهای بیمه سلامت ملی در پس‌کار، فشار برای تبیین نظریات و تقویت مهارت‌ها در کاربرد نظریه روان تحلیلی در آشکال کوتاه‌تر روان‌درمانی، افزایش یافته است. تعددی از روان‌کاوان، هم در اینجا و هم در سایر جاها، با ادامه راه الکساندر و فرنچ، به این چالش پاسخ داده‌اند. بالینت^۱، مالان، و همکارانش در در مانگاه تاویستوک لندن، وُلبرگ^۲ در مرکز تحصیلات تکمیلی سلامت روانی نیویورک، مان و سیفیوس در بوستون، و دوانلو و استراکر در مونترال، و اشخاص دیگر، بعضی از افرادی هستند که به طور قابل ملاحظه‌ای در این جنبش، مشارکت داشته‌اند یا در حال مشارکت هستند. دو همایش بین‌المللی اول درباره موضوع روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت در مونترال (۱۹۷۶، ۱۹۷۵)، و سومین همایش بین‌المللی (لس آنجلس ۱۹۷۷)، بازتاب‌های این گرایش در حال رشد هستند.

من قصد ندارم که در این مجال، مشارکت‌های خاص این گروه اخیر را شرح دهم. دیوید مالان به گونه‌ای عالی، در کتاب جدید بسیار عالی اش [با نام] سردمداران روان‌درمانی کوتاه‌مدت به مرور آنها پرداخته است (۱۹۷۶). هم جنبه‌های نظری و هم جنبه‌های عملی روش‌های کوتاه‌مدت، هنوز در وضعیت ناپایداری قرار دارند، اما در مورد اثربخشی و اعتبار رویکرد کلی، اختلاف نظری بین این پژوهشگران وجود ندارد.

در جنبش روان تحلیلی هنوز افرادی هستند که پیدایش روش‌های کوتاه‌مدت روان‌درمانی پویایی را، نزول تأسف بار منزلت طلای ناب روان‌کاوی، و به عنوان روندی می‌شناسند که اگر اصلاً تأثیری داشته باشد، تنها می‌تواند به نتایج سطحی یا موقتی دست یابد. این کتاب دیدگاه متفاوتی رادر مورد این روش‌ها ارائه می‌کند که به نقل از بارتن^۳ (۱۹۷۱) مشتمل است بر " رویکردهای نوآورانه و عمل‌گرای در حال رشدی که ممکن است دریافت ما از ماهیت، اهداف، امکانات و محدودیت‌های روان‌درمانی را دگرگون سازد".

در واقع، یک دلیل عمده دید منفی راجع به روش‌های کوتاه‌مدت، این حقیقت بود که روان‌کاوان کلاسیک گرایش داشتند به شخصیت به عنوان سیستمی بسته، نگاه کنند. بنابراین، تعدیل تنها بخشی از آن، بقیه را دست‌نخورده باقی می‌گذارد، و تنها بر تداوم یا عود مشکلات درون سیستم در آینده دلالت دارد. برای دستیابی واقعی به تغییر دائمی یا پُردوام، چیزی کمتر از مرور کامل تمامی سرکوب‌ها و تعارض‌های ناخودآگاه آفاقه نخواهد کرد. هر چیزی کمتر از این، به معنای درمان ناکامل است. بنابراین «شفای مبتنی بر انتقال»^۴ یا «گریز به سوی سلامتی»^۵ بی‌اعتبار هستند. البته، اگر ما شخصیت را براساس دیدگاه‌های مدرن و باز - سیستم^۶ درک کنیم، آنگاه تعدیل یک ناحیه محدود تعارض می‌تواند هم با بازخورد مثبت درونی از طریق ارتقای عزت‌نفس، و هم با بازخورد مثبت بیرونی از طریق بهبود روابط بین فردی، به تغییر کل سیستم منجر شود. در نتیجه، حتی یک مداخله مختصر در موارد مناسب می‌تواند تغییرات شخصیتی طولانی مدتی را القاء کند. چگونگی ارزیابی،

1. Balint

2. Wolberg

3. Barton

4. transference cures

5. flight into health

6. open - system

انتخاب، و درمان چنین مواردی، هدف این کتاب است. کشفیات تاریخی فروید، مرزهای گسترده‌فهم ماهیت ناخودآگاه آدمی و فراز و نشیب‌های تکامل شخصیت و آسیب روانی را بر ما گشود؛ اما روشی که او ارائه کرد، در وهله اول برای جستجوی رازهای نهان ذهن آدمی، و در وهله بعد برای درمان طراحی شده بود. امروزه، با قدردانی از همه آنچه که ما از آن تحقیقات و تبعات آن آموخته‌ایم، امکان این فراهم شده است که به طور مستقیم‌تری، تنها بر روش‌های درمان متمرکز شویم، و رویکردهای جدیدی را بر پایه درک روان‌تحلیلی ارائه دهیم که در موارد انتخاب شده، کارآتر، و به احتمال زیاد مؤثرتر از روان‌کاوی استاندارد طولانی‌مدت کلاسیک هستند. از این نظر، حرکت به سوی اشکال کوتاه‌مدت‌تر روان‌درمانی پویشی که این کتاب تجلی آن است، یک حرکت تاریخی بسیار پراهمیت است، و به سمتی می‌رود که روان‌درمانی‌های منطقی آینده حرکت خواهند کرد.

منابع

- Alexander, F., and French, T. (1946). *Psychoanalytic Therapy*. New York: Ronald Press.
- Barten, H. H. (1971). *Brief Therapies*. New York: Behavioral Publications.
- Ferenczi, S., and Rank, O. (1925). *The Development of Psychoanalysis*. New York: Nervous and Mental Disease Publishing Co.
- Freud, S. (1918). From the history of an infantile neurosis. *Standard Edition* 17:7-122.
- (1937). Analysis terminable and interminable. *Standard Edition* 23:216-253.
- Jones, E. (1955). *The Life and Work of Sigmund Freud*. Vol. 2. New York: Basic Books.
- (1957). *The Life and Work of Sigmund Freud*. Vol. 3. New York: Basic Books.
- Malan, D. (1976). *The Frontier of Brief Psychotherapy*. New York: Plenum.
- Mann, J. (1973). *Time-Limited Psychotherapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Rado, S. (1956). Recent advances in psychoanalytic therapy. In *Psychoanalysis of Behavior*. New York: Grune and Stratton.
- Rank, O. (1947). *Will Therapy*. New York: Knopf.
- Sifneos, P. (1972). *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Walter, B. (1946). *Theme and Variation*. New York: Knopf.

۲

مهمترین پیشرفت در روان‌درمانی از زمان کشف ناخود آگاه

دکتر دیوید اچ مالان

لازم است به طور قاطع اذغان شود که در اوایل قرن، فروید، نادانسته چرخشی نادرست انجام داد که به پیامدهای فاجعه‌آمیزی در آینده روان‌درمانی، منجر شد. این چرخش عبارت بود از پاسخ به مقاومت در حال افزایش، با افزایش انفعال - [و] در نهایت، در پیش گرفتن روش تداعی آزاد^۱ برای بیمار؛ و نقش مشاور منفعل^۲، توجه کاملاً شناور^۳، و صبر بی‌نهایت، برای درمانگر. این پیامدها، با سرسختی توسط چند نسل از تحلیل‌گران و روان‌درمانگران پویشی، نادیده گرفته، یا انکار شدند؛ اما به وضوح وجود دارند. واضح‌ترین تأثیر آن، افزایش شدید طول مدت درمان، از چند هفته یا چند ماه به چند سال بوده است. یک پیامد کمتر مشهود، حداقل این است که اثربخشی این روش مورد تردید قرار گرفته است، موضوعی که توجه و بررسی‌های درخور کمی دریافت کرده است. یک نتیجه عملی دیگر، ناتوانی اکثر مؤسسات روان‌درمانی در ارائه خدمات کافی است؛ از آنجایی که اکثر وقت‌های ملاقات توسط بیماران طولانی مدت پُر می‌شد، جای کمی برای بیماران جدیدی که برای رهایی از ناراحتی‌هایشان مراجعه می‌کردند، باقی می‌ماند. بنابراین نوعی سرخوردگی پنهان نسبت به این روش درمانی وجود دارد، که یک نتیجه آن را می‌توان «گریز به

1. free association

2. passive sounding board

3. Free-Floating attention