



سرشناسه	لله گانی، الهام ۱۳۶۸
عنوان و نام پدیدآور	مبانی روان درمانی روان پویشی درازمدت / ترجمه و تلخیص: دکتر الهام لله گانی
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۳
مشخصات ظاهری	۱۳۴ ص: مصور، جدول، نمودار.
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۸۷-۰
وضعیت فهرست نویسی	فیبیا
یادداشت	این کتاب گزیده‌ای از کتاب Gabbard G O. Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text (Core Competencies in Psychotherapy), 3th Revisedrd Edition. 2017.
موضوع	روان پزشکی Psychiatry
رده‌بندی کنگره	۵۳۱RC
رده‌بندی دیویی	۸۵۲۲۰۶/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	۸۸۳۴۶۲۶
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیبیا

مبانی روان درمانی روان پویشی درازمدت	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت‌یار
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳	تیراژ: ۲۰ نسخه
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۸۷-۰	به‌اء: ۳۴۵۰۰۰ تومان
Gabbard G O. Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text (Core Competencies in Psychotherapy), 3th Revisedrd Edition. 2017	ترجمه و تلخیص: دکتر الهام لله گانی
ناشر: انتشارات کاردیا	صفحه‌آرا: رزیدنت‌یار - منیره امیری مقدم
	طراح و گرافیسیت: رزیدنت‌یار - مهرداد فیضی

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ / www.residenttvar.com

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مبانی روان درمانی روان پویشی درازمدت

**Gabbard G O. Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text
(Core Competencies in Psychotherapy), 3th Revisedrd Edition. 2017.**

ترجمه و تلخیص

دکتر الهام لاله گانی

متخصص اعصاب و روان

از دانشگاه علوم پزشکی ایران



فهرست مطالب

فصل ۱: مفاهیم اصلی.....	۹
فصل ۲: ارزیابی، موارد کاربرد و فورمولیشن.....	۲۷
فصل ۳: فوت و فن‌های روان درمانی.....	۴۱
فصل ۴: مداخلات درمانی.....	۵۳
فصل ۵: اهداف درمان و اقدام درمانی: (trapeutic action).....	۶۵
فصل ۶: کار کردن با مقاومت.....	۷۹
فصل ۷: کاربرد رویا و فانتزی‌ها در روان درمانی پویایی.....	۸۵
فصل ۸: تشخیص انتقال متقابل / کار کردن با آن.....	۹۳
فصل ۹: حل و فصل و پایان درمان.....	۱۰۷
فصل ۱۰: کاربرد نظارت.....	۱۱۹
فصل ۱۱: ارزیابی توانمندی‌های اصلی در روان درمانی روانپویایی دراز مدت.....	۱۲۵

«در آخرین جلسه از یک فرآیند ۳ ساله روان درمانی پویایی، بیمار که یک مرد حرفه‌ای ۳۱ ساله بود، برای چند دقیقه سکوت کرد. سپس به درمانگر خود نگاه کرد و شروع به صحبت کرد: «گفتن آنچه امروز در ذهنم است دشوار است. من به خاطر تمام کارهایی که انجام داده‌اید، این چنین مدیون شما هستم. وقتی برای اولین بار به دیدنت آمدم هیچ سرنخی از آنچه در درونم می‌گذرد نداشتم. تنها چیزی که می‌دانستم این بود که حالم خراب است. اکنون، برای اولین بار در زندگی‌ام، در واقع این احساس را دارم که چه کسی هستم و از دیگران به دنبال چه چیزی هستم. من بیمار آسانی نبودم من برای مدت طولانی از شما پنهان شدم. من با شما بازی کردم تا به خودم نگاه نکنم. اما تو بالاخره من را پیدا کردی. شما فوق العاده صبور و پیگیر بودید. من نمی‌توانم به اندازه کافی از شما برای آن تشکر کنم. من چیزی به شما می‌گویم - با وجود اینکه شما چیزهای زیادی در مورد خود نگفته‌اید، احساس می‌کنم شما را از نزدیک می‌شناسم و هرگز شما را فراموش نخواهم کرد.»

در این مکالمه، یک بیمار سپاسگزار، نگاهی اجمالی به دلایل محبوبیت روان درمانی روان پویایی طولانی مدت را ارائه می‌دهد. عطش «شناخت خود»، علیرغم پیشرفت چشمگیر در دارودرمانی، ادامه دارد. نظرسنجی‌ها نشان می‌دهد که با افزایش مدت درمان، رضایت بیمار افزایش می‌یابد. بیمارانی که به دنبال دانش عمیق درباره خود هستند ممکن است هزینه درمان طولانی مدت را با اختیار خود بپردازند. با این حال، علیرغم محبوبیت پایدار درمان پویایی طولانی مدت، به طور گسترده‌ای سوء تفاهم‌هایی مانند باورهای غلط رایج زیر وجود دارد:

- (۱) درمانگر روانپویایی اغلب مواقع ساکت می‌باشد.
- (۲) پیشرفت درمان حاصل پالایش (catharsis) های عاطفی پر سر و صدا می‌باشد و زمانی اتفاق می‌افتد که یک خاطره رپرس شده، به طور ناگهانی آشکار شود.



- ۳) تمرکز اصلی این نوع درمان بر مسئله سکسوالیته می‌باشد.
- ۴) همه واکنش‌های بیمار نسبت به درمانگر تحریف وضعیت کنونی بر اساس روابط گذشته بیمار باشد.
- ۵) این نوع درمان پایان ناپذیر و بی حاصل است (مثل درمان قهرمانان در فیلم‌های وودی آلن).
- ۶) روان پویشی مثل یک صفحه سفید و چهره سنگی است و هیچ احساسی نسبت به بیمار بروز نمی‌دهد.
- ۷) درمانگر روانپویشی هرگز قضاوتی راجع به بیمار انجام نمی‌دهد.
- در واقع درمانگر روانپویشی معاصر نسبت به روانکاو عصر فروید، بیشتر به صورت فعال درگیر بیمار می‌شود، چهره سنگین ندارد، پرحرف است، ندرتاً از گذشته پر رمز و راز بیمار آگاه است.
- ویژگی LTTP معاصر بر اساس مفهوم سازی فوناگی عبارت است از مجموعه‌ای از روان‌درمانی‌ها که بعضاً برای اختلالات ویژه طراحی شده و بعضی شکل عمومی‌تر دارند و مبتنی بر درکی عمیق از سابژکتیویته (ذهنیت) انسان و چگونگی تعامل آن با روابط فرد با دنیای درون و بیرون او می‌باشد.
- این نوع درمان در یک طیف می‌باشد که یک سمت آن مداخلات کاملاً بیانی (expressive) یا تعبیری (interpretive) و سمت دیگر آن مداخلات کاملاً حمایتی و همدلانه (supportive) است.
- این نوع درمان به تعارضات ناخودآگاه، بازنمودهای درونی رابطه‌ها (internal representations of relationship) و معانی ایدیو سینکراتیک و پیچیده‌ای که همراه تجربه‌ها هستند، و همچنین به کاوش حقیقت درباره خود (self) و افزایش اصالت در فرد می‌پردازد.
- مدل‌های مفهومی که در این درمان کاربرد دارند شامل روانشناسی ایگو یا من، نظریه اینتر ساجکتیو، روانشناسی خود یا self و نظریه دل‌بستگی است.
- اگر بخواهیم روان‌درمانی روان پویشی بلندمدت معاصر (LTTP) را مشخص کنیم، ممکن است از تعریف زیر استفاده کنیم: «درمانی که شامل توجه دقیق به تعامل درمانگر و بیمار، با تفسیر به موقع انتقال و مقاومت در رابطه دوتایی بیمار و درمانگر است.
- ویژگی شاخص روان‌درمانی روانپویشی توجه ویژه به جنبه‌هاییست که برای هر بیمار ایدیوسینکراتیک و متفاوت است و بر حسب ویژگی‌های متفاوت بیماران از این تکنیک‌ها به صورت متفاوت استفاده می‌شود.
- در گذشته درمان روانپویشی دراز مدت پایان نامشخصی داشت اما امروزه درمان‌هایی وجود دارند که علی‌رغم اینکه بسیاری از اصول درمان روانپویشی دراز مدت در آن به کار گرفته می‌شود اما پایان مشخص دارد و شامل ۴۰ تا ۵۲ جلسه می‌باشند.

ارزیابی، موارد کاربرد و فورمولیشن

فصل ۲

Section 2

میزان موفقیت در روان‌درمانی روان‌پویشی وابسته به این است که بیمار انتخاب شده کاملاً مناسب این درمان باشد. درمان برای هر فرد متناسب با ویژگی‌های فرد، متفاوت است. بررسی مناسب بودن بیمار انتخاب شده با یک جلسه‌ی ارزیابی، انجام می‌شود. در این جلسه دو مسئله‌ی اصلی اهمیت دارد:

یک: اینکه آیا مشکل اصلی بیمار به این نوع درمان پاسخ می‌دهد یا خیر.

دو: آیا بیمار ذهنیت روانشناختی مناسب این نوع درمان را دارد یا خیر.

بسیاری از درمانگران مبتدی تصور می‌کنند که بیمار یک درمان فوری دارویی را بر جلسات روان‌درمانی ترجیح می‌دهند. اما مک‌هیو در مطالعه‌ای نشان داد که ۷۵ درصد بیماران، روان‌درمانی را به دارو ترجیح می‌دهند. آموزش راجع به کاربردهای روان‌درمانی در جلسه‌ی ارزیابی، جزئی از وظایف درمانگر است.

در جلسه‌ی ارزیابی درمانگر باید به بیمار این آگاهی را بدهد که برای یک تشخیص دقیق ممکن است نیاز به بیش از یک جلسه ارزیابی باشد.

ارزیابی

• مصاحبه‌ی روان‌پویشی

مصاحبه‌ی روان‌پویشی با مصاحبه‌ی کلاسیک در پزشکی متفاوت است. در این مصاحبه بیمار سناریو خود را به شیوه‌ی خود تعریف کرده و درمانگر بایستی بتواند اطلاعات مورد نیاز را استخراج و مسیر مستقیم نشانه‌ها به تشخیص را پیش ببرد. اگر بیمار مقاومت کند می‌تواند نشان‌دهنده‌ی تعارضات اصلی او باشد.



• بیمار و درمانگر: دو مشارکت کننده و همکار

درمانگر باید اجازه دهد که بیمار به عنوان یک همکار در مصاحبه به او کمک کند. مثلاً زمانی که بیمار از تشدید اضطرابش حرف می‌زند، روان درمانگر می‌تواند با این پرسش که "به نظر خودتان چه اتفاقی ممکن است باعث این تشدید شده باشد" در پیشبرد مصاحبه از او طلب همکاری کند.

دیدگاه روان پویشی از نگاه علوم اعصاب، به ارتباط غیر کلامی توجه زیادی می‌کند. نحوه‌ی رابطه بین افراد، ریشه در حافظه‌ی روندی (procedural memory) دارد و از دل‌بستگی دوران کودکی فرد ناشی می‌شود. فروید از سال ۱۹۱۴ معتقد بود که آنچه بیمار به خاطر نمی‌آورد یا راجب آن صحبت نمی‌کند، در اتاق درمان به صورت عملی تکرار می‌شود. تظاهرات ناخودآگاه مرتبط با حافظه‌ی روندی حین مصاحبه به صورت کامل در نحوه‌ی حرکات، حرف زدن و غیره‌ی بیمار تظاهر می‌یابد. انتقال و انتقال متقابل حتی قبل از مصاحبه شکل می‌گیرد و در طی مصاحبه ادامه می‌یابد. ارزیابی شخصیت بیمار بخش اساسی یک ارزیابی روان پویشی است و آنچه طی مصاحبه از انتقال و انتقال متقابل بدست می‌آید به این ارزیابی بسیار کمک می‌کند در دیدگاه معاصر شخصیت شامل ۵ جز اصلی است:

- ۱) مزاج (temperament) که براساس عوامل بیوسایکولوژی می‌باشد.
- ۲) یک پیکربندی از بازنمایی‌های درونی (خود) و دیگری به همراه عواطف همراه آنها که در روابط بین فردی برونی سازی شده‌اند.
- ۳) یک احساس فراگیر و پایدار از خود
- ۴) مجموعه‌ای مکانیسم‌های دفاعی
- ۵) یک سبک شناختی مرتبط با هم

ارزشمند است که بالینگر بتواند متوجه شود که بیمار به طور ناخودآگاه الگوهای خاصی را در رابطه به عمل در می‌آورد که بازتاب ارزشوهای ناخودآگاه او هستند و هر بیمار سبکی ویژه از پاسخ و عمل را به درمانگر تحمیل می‌کند و به این شکل character trait یا ویژگی‌های منشی بیمار در عملی شدن روابط ابژه‌های درونی مبتنی بر انتقال و انتقال متقابل، نقش دارد. درمانگر برای درک الگوهای روابط بیمار و فضای درونی او، باید کاملاً در فضای here and now تعامل با بیمار قرارگیرد. مثال: یک بیمار مرد که در تمام روابط خود با زنان دچار نوعی آسیب شده است در سخن با درمانگر از این احساس خود صحبت می‌کند. درمانگر به بیمار می‌گوید، گمان می‌کنم به همه‌ی زنان بی اعتماد شده‌اید و بیمار پاسخ می‌دهد: بله اما شنیده‌ام که شما بهترین روانپزشک این شهر هستید و امیدوارم شما متفاوت با سایر زنان با من

فوت و فن‌های روان‌درمانی

فصل ۳

Section 3

شروع به کار

بعضی از بیماران، روان‌درمانی را با همان بالین‌گری آغاز می‌کنند که مشاوره اولیه را برایشان انجام داده است. بقیه ممکن است به فرد دیگری ارجاع داده شوند سخنان بالینگر ارجاع دهنده می‌توان داده‌های مفید زیادی درباره پویایی شناسی بالقوه انتقال - انتقال متقابل در رابطه با بیمار به دست آورد. مثلاً بیماری با یادداشتی در این رابطه که هیچ تشخیص روانپزشکی یا حتی مشکل هیجانی خاصی ندارد ارجاع داده شده است، بعداً مشخص شد که این بیمار دچار اختلال شخصیت نارسیسیستی است و دنبال این است که تایید بگیرد از نظر سلامت روانی وضعیت بسیار خوبی دارد و نمی‌خواهد بفهمد که چرا نیاز دارد خودش را جوری نشان دهد که انگار فراتر از آن است که بخواهد مشکل هیجانی داشته باشد. در کیس دیگری درمانگر بیمار را با این جمله ارجاع داده بود: "بیمار احتمالاً بهترین نامزد برای روان‌درمانی و پرنگیزه‌ترین بیماری است که تا به حال دیده‌ام علت اینکه خودم او را درمان نمی‌کنم این است که توانایی پرداخت هزینه درمان با من را ندارد. خیلی مهم است که با مراقبت فراوان با او برخورد کنید هرگز برای او رویارویی انجام ندهید یا چیزی نگویید که آزارنده باشد چون زندگی خیلی سختی داشته‌ها" هر وقت ارجاع دهنده بگوید که بیمار در چیزی بیشترین یا بهترین است، درمانگر جدید باید محتاط باشد. اینکه بیمار را به عنوان فردی خاص بدانند غالباً نشان دهنده آرمانی سازی بیمار است که ناشی از انتقال متقابل ارجاع دهنده می‌باشد و نشان می‌دهد که با والد تماماً عشق ورزنده یا تماماً حفاظت کننده‌ای که بیمار در او فراقنی کرده همانند سازی کرده است. بخشی از این پیکربندی انتقال - انتقال متقابل ناشی از توافقی است که برای آنکه احساسات پرخاشگرانه و منفی کاملاً از دوتایی (dyad) جدا نگه داشته شوند، ایجاد شده است. همچنین این توافق زمینه را برای دو نیمسازی بین پزشک ارجاع دهنده و درمانگر جدید فراهم می‌کند. در واقع بعید است که درمانگر جدید بتواند انتظار ارجاع دهنده را تامین کند و به



همین علت ممکن است باعث شکست خوردن بیمار شود. یکی از کارهایی که در جلسات اول با درمانگر جدید باید انجام شود این است که احساسات بیمار در مورد این ارجاع داده شدن، مورد کاوش قرار بگیرد که آیا بیمار احساس می‌کند دورانداخته شده یا خیر. همچنین باید بررسی شود که آیا بیمار مشکل یا اطلاعات خاصی داشته که به بالینگر قبلی خود نگفته است چون آن موضوع یا مشکل آنقدر برایش شرم‌آور بوده که فقط می‌توانسته به درمانگری بگوید که درمانش را بر عهده خواهد گرفت. در هر صورت چه بیمار توسط بالینگر دیگری ارجاع شود و چه توسط خود روان‌درمانگر ارزیابی شده باشد بیمار و درمانگر فرایندی را برای آشنایی با هم طی می‌کنند.

اگر درمان صورت بگیرد غالباً به خاطر فعل و انفعالاتی است که بین دو طرف این رابطه رخ داده است. این فعل و انفعالات همان مفهوم یا سازه گریزنده‌ای است که با عنوان متناسب بودن درمانگر (therapist-patient match) بیمار بیان می‌شود. برقراری یک دلگی (rapport) با بیمار هنریست که می‌توان آن را یاد گرفت. درمانگری که صادقانه کنار بیمار حضور داشته باشد و به صورت پذیرنده به حرف‌های بیمار گوش بدهد باعث اعتبار به این موضوع می‌شود که زندگی بیمار با معنی و ارزشمند است.

بیمار در حسرت شخصی است که بفهمد که چه تجاربی را پشت سر گذاشته و درکش کند. پولند ۲۰۰۰ درباره‌ی نقش شاهد می‌گوید:

کسی است که بی‌واسطه و در لحظه تاثیر هیجانی را که کاوش درخویشتن بر بیمار می‌گذارد را تشخیص داده و درک می‌کند، بدون آنکه بخواهد خردمندی مفروضی را تحمیل کند. یکی از کارکردهای روان‌درمانگر که به ندرت به آن پرداخته شده، این است که زندگی بیمار را ببیند و معناهای خاص آن برای بیمار را بفهمد. گوش دادن با علاقه و هم‌دلی باعث بهتر شدن هم‌پیمانی درمانی بین بیمار و درمانگر می‌شود. این هم‌پیمانی مفهومی بنیادی است که در همه‌ی انواع روان‌درمانی کاربرد دارد. برای دستیابی به نتایج مثبت درمان نقش رابطه‌ی درمانی از هر تکنیکی مهم‌تر است. هم‌پیمانی درمانی عاملی مهم در تعیین پی‌آمد روان‌درمانی است. طبق تحلیلی که در برنامه‌ی پژوهشی مشارکتی در مورد درمان افسردگی در موسسه‌ی ملی سلامت روان، انجام شده، پیامدهای درمان را در ۴ ضلع بررسی کردند که عبارتند از: درمان بین‌فردی کوتاه- درمان شناختی رفتاری کوتاه- دارو همراه با مدیریت بالینی - دارونما همراه با مدیریت بالینی.

درمانگر چه می‌گوید و چه کار می‌کند؟

سناریوی محتمل این است که درمانگران مبتدی به دلیل نگرانی از اینکه بیش از حد به طور خودانگیخته واکنش نشان دهند و در ارتباط با بیمار بیش از حد فعال باشند، بیش از حد خشک و رسمی رفتار می‌کنند.

بی طرفی (Neutrality)، ناشناس ماندن (Anonymity) و خویشنازایی (Abstinence)

فریود از این جهت که شاگردانش به روانکاوی افسار گسیخته (wild analysis) نپردازند این سه اصل را به آنها گوشزد می‌کرده است.

اینکه درمانگر مثل پرده سفید باشد در روانکاوی باستانی وجود داشته است.

در واقع این سه اصل به صورت نسبی صادق هستند منظور از بی‌طرفی، سردی یا دوری‌گزینی نمی‌باشد. پذیرفته شدن‌ترین تعریف برای آن اینست که درمانگر نسبت به اید، ایگو و سوپر ایگو و واقعیت خارجی تعادل برقرار کند. اصل کلی این است که درمانگر روانپوشی برای درک بیماران بایستی نسبت به آرزوها و رفتارهای بیمار غیر قضاوتگرانه بماند. اما درمانگر همیشه به طور ضمنی و ناخواسته قضاوت‌هایی را به بیماران انتقال می‌دهند اما در عین حال درمانگران معمولاً این اصل را مد نظر قرار می‌دهند که بیمار بایستی در تصمیم‌گیری‌ها خودمختار باشد و مهمتر اینکه درمان اجبار گرایانه نباشد.

با همه این حال خوشبختانه درمانگر در اغلب موارد دیدگاه غیر قضاوتی خود را می‌تواند حفظ کند.

مثلاً در مسیله طلاق درمانگر ممکن است جنبه‌های مثبت و منفی طلاق را ببیند و موضعی بی‌طرفانه داشته باشد تا بیمار خود در نهایت تصمیم بگیرد. اما در موضوعات دیگری مانند سوء رفتار با کودکان،



ارتکاب جرم یا عدم پرداخت هزینه درمان، درمانگر ممکن است واکنش واضح و روشنی داشته باشد و حتی گاهی مفید است که احساس خود را اعلام کند مثلاً اگر درمانگر نسبت به ارتکاب جرم واکنش نشان دهد ممکن است معنای حمایت از رفتار بیمار را به خود بگیرد.

موضوع بی‌طرفی مستقیماً به مفهوم ناشناس ماندن منتهی می‌گردد در حال حاضر دیدگاه پذیرفته شده این است که عموماً درمانگران به شکل‌های مختلف در حال خودافشاگری هستند به عنوان مثال محیط درمان یا حالات چهره درمانگر و غیره همگی اطلاعاتی را در مورد درمانگر بیان می‌کنند. اما به جهت اینکه تمرکز اصلی جلسات بر مسائل بیمار باشد درمانگران در مورد زندگی شخصی خود صحبت نمی‌کنند. دیدگاه قبلی درباره ناشناس ماندن مبنی بر اینکه ویژگی‌های واقعی درمانگر باید از بیمار پوشیده بماند تا انتقال بیمار آلوده نگردد در حال حاضر عموماً پذیرفته شده نیست. چرا که در عمل اجتناب کامل از تاثیرگذاری بر انتقال بیمار غیر ممکن است.

باید توجه گردد که همه انتقال بیمار برگرفته از روابط گذشته بیمار نیست و بخشی از آن شامل درک بیمار از نحوه برخورد درمانگر است.

خویشتن داری، اجتناب از ارضای بیش از حد آرزوهای انتقالی بیمار می‌باشد اما فقدان کامل نیز ممکن است باعث قطع درمان گردد. همین که درمانگران به شکلی گرم و انسانی به نگرانی‌های بیمار گوش دهند تا حد قابل قبولی بیمار را ارضا می‌کند. اما قطعاً در خصوص بهره‌کشی از بیمار خویشتن داری پیشه می‌کنند.

شکل امروزی روانکاوی مبتنا بر ناشناس ماندن، بی‌طرفی و خویشتن‌داری چیزی است که از آن به عنوان نگرش restraint یا محدود شده یاد می‌شود بر اساس این نگرش درمانگران در حالی که درجاتی از خودانگیختگی دارند اما اجازه می‌دهند بیماران خودشان تصمیم بگیرند.

همانطور که گابارد و ویلکینسون (۱۹۹۴) اشاره کرده‌اند بهترین حالت ذهنی درمانگران زمانی است که درمانگر در عین اینکه به خودش اجازه می‌دهد در دنیای بیمار فرو رود اما توانایی مشاهده وقایع بیرونی را نیز حفظ می‌کند در چنین حالتی درمانگر گرچه تا حدی تحت تاثیر بیمار است اما در واقع بر اساس افکار خود می‌اندیشد.

اهداف درمان و اقدام

درمانی:

(Trapeutic Action)

فصل ۵

Section 5

یکی از مواردی که در پژوهش‌های پیگیری درمان به دست آمده نشان می‌دهد که بیماران اهمیت زیادی برای مداخلات تعبیری قائل نیستند و حتی تعبیرهای خاصی که به آنان داده شده است را به یاد نمی‌آورند. زمانی که درمانگر پس از مدتی بیماران خود را می‌بیند عمدتاً متوجه می‌شود که مهمترین خاطراتی که آنها از درمان خود به یاد دارند مربوط به رویدادهایی مثل زمانی است که درمانگر لطیفه‌ای تعریف کرده است. اکنون بیشتر بالینگران اعتقاد دارند که نگاهی که روانکاوی به کسب بصیرت از طریق ارائه تعبیر داشته است بیش از حد آرمانی بوده و علاوه بر نقشی که کسب بصیرت دارد تجربه نوعی جدید از رابطه طی روان درمانی هم در تغییرات آن نقش دارد. در سالهای گذشته این نگاه دو قطبی 'این یا آن' درباره بصیرت در مقابل رابطه جای خود را به دیدگاه دیگری داده است که بر اساس آن این دو ساز و کار تغییر در اغلب موارد به صورت هم افزاینده با همدیگر کار می‌کنند. امروزه دیگر روان درمانی به دنبال این موضوع نیست که مرز مشخصی را بین جنبه‌های رابطه‌ای یا تعبیری اقدام درمانی (trapeutic action) تعیین کند. آگاهی نسبت به جنبه‌های اصلاح کننده‌ای که خود رابطه دارد می‌تواند تغییرات بیشتر را آسان کند و گاهی ممکن است محتوای تعبیرهای ارائه شده اهمیت کمتری نسبت به معانی رابطه شان داشته باشد که این رابطه طی فرایند ارائه تعبیر منتقل می‌شود.

اهداف درمان

نسبت اهداف درمان به کنش درمان بخش را می‌توان مانند نسبت مقصد سفر به وسیله‌ای که برای رسیدن به آن مقصد انتخاب می‌کنیم در نظر بگیریم. اگر روان درمانی را یک سفر در نظر بگیریم این سفر بر حسب شخص بیمار و دیدگاه نظری درمانگر مقصدهای مختلفی می‌تواند داشته باشد. عاملی که اهداف درمان را تعیین می‌کند نظریه روان درمانگر درباره نحوه عملکرد درمان می‌باشد.



برخی اهداف روان درمانی روان پویشی:

حل تعارض: روانشناسان ایگو، تعارض را نتیجه مصالحه سازی می‌دانند. پس هدف درمان پویشی کاوش در ماهیت تعارضهای ناخودآگاه و از بین بردن درد نشانه‌های ناشی از آن می‌باشد در این دیدگاه ممکن است درباره مرد جوانی که دچار فروبستگی نویسنده (writer's block) شده است اینگونه در نظر گرفته شود که او می‌ترسد موفقیتش او را در رقابت خطرناکی با پدرش قرار دهد این مرد جوان تنها در صورتی قادر به نوشتن می‌شود که این تعارض بررسی و درک شود چرا که با درک کردن ریشه اضطرابش آن اضطراب کاهش می‌یابد. بر اساس این دیدگاه در واقع قرار نیست تعارضها کاملاً برطرف شود بلکه در طی درمان، بیمار روشهایی موثرتر برای مصالحه سازی به دست می‌آورد.

جست و جوی حقیقت: بعضی از درمانگران پویشی، هدف از فرایند درمان را می‌دانند. آنها بر اساس پند کهن «خود را بشناس»، بیمارشان را به این سمت هدایت می‌کنند که خود را آنچنان که هست و نه آنطور که میخواهند باشند به رسمیت بشناسند. طبق گفته وینیکات این کار ممکن است در واقع به معنی تمایز قائل شدن بین خود واقعی و خود کاذب باشد.

در این دیدگاه درمان باید باعث این شود که بیمار احساس کند در پوست خود زندگی می‌کند و تجربه زندگی خود را اصیل بداند.

ارتقای توانایی فرد برای جستجوی خود ایزه‌های (selfobjects) مناسب: کوهوت طبق دیدگاه روانشناسی خود می‌گوید که نیازهای ما به دیگران برای اینکه کارهای خاصی مثل انعکاس دهی (mirroring)، تصدیق کردن (affirmation)، اعتباردهی (validation)، و آرمان سازی (idealization)، را برآیمان انجام دهند، رفع نمی‌شود. کوهوت این موارد را (selfobject functions) نامید و معتقد بود که این کارها برای ادامه‌ی زندگی ما به اندازه اکسیژن هوا لازم‌اند. در این دیدگاه هدف درمان این است: کمک کردن به بیمار برای اینکه به سمتی برود که به جای استفاده نادرست از خود ایزه‌ها بتواند از آنها به شکلی مناسب‌تر و درخورتر استفاده کند.

بهبود روابط در نتیجه دستیابی فرد به درکی درباره روابط ایزه‌های درونی خود: درمانگرانی که رویکرد روابط ایزه یا رابطه‌ای دارند هدف اصلی درمانشان را این می‌دانند که بیماران درباره این آگاهی کسب کنند که بازنمایی درونی که از خود و دیگری دارند در دنیای واقعی چگونه روی روابطشان با مردم اثر می‌گذارد. در واقع درمانگر می‌خواهد بیمار جنبه‌هایی از خودش را که همیشه بر دیگران فرافکنی می‌کند را دوباره در خودش ادغام کند. برای مثال بیمار زنی که نسبت به درمانگرش این حس را دارد که درمانگر به هر موفقیت

کار کردن با مقاومت

فصل ۶

Section 6

نظریه‌ی فروید در این باره این است که مقاومت همواره همراه درمان است و هر تداعی و عمل فرد تحت درمان را باید مقاومت در نظر بگیریم. در واقع به این معناست که نیروهایی که در تلاش برای بهبودی هستند با نیروهایی که با آن مقابله می‌کنند در حال انجام مصالحه هستند.

مقاومت بیماران در برابر درمان شکل‌های مختلفی دارد. شایع‌ترین شکل مقاومت خودداری بیمار از حفظ کردن پیوستگی بین موضوعاتی است که در جلسات مختلف در مورد آن بحث شده.

شکلهای دیگر دیر آمدن به جلسه، مخفی کاری، سکوت کردن و عدم پرداخت هزینه ویزیت می‌باشد برخورد مستقیم به مقاومت بیمار غالباً باعث تقویت شدن آن می‌شود پس درمانگر باید مقاومت بیمار را به عنوان رازگشایی آگاهی بخش و روشننگری درباره ماهیت وجود بیمار در نظر بگیرد.

انتقال، اطلاعات زیادی را به درمانگر می‌دهد از جمله روابط ابژه درونی بیمار و نحوه تداعی گذشته بیمار در زمان حال. البته انتقال می‌تواند حالت مقاومتی داشته و باعث توقف روانکاوی شود.

نظریه فرید من انتقال نوعی مقاومت کامل و بی نقص است که باعث می‌شود گزارش دادن بیمار ادامه نیابد و از طرفی دیگر وسیله‌ای مهم برای منتقل کردن موضوعات ناخودآگاه بیمار حین روانکاوی می‌باشد.

نتیجه: مقاومت نباید به عنوان ایستایی (stoppage) در درمان باشد.

وظیفه درمانگر کمک به بیمار تا خودآگاهی بخش را ایجاد کند divided consciousness شده‌ای نه اینکه سعی کند مقاومت را کنار بزند تا خاطرات نمایان شوند. با این دیدگاه مقاومت به شکل ترجیح دادن کنش غیر تعملگرانه به جای دستیابی به این حالت مطلوب خودآگاهی بخش شده تعریف شده است. مثال بیماری را در نظر بگیرید که در جلسه به طور ناگهانی ساکت می‌شود اصرار به بیمار برای گفتن چیزی که نمیخواهد آنرا بگوید مفید نیست اگر سکوت طولانی شود درمانگر چند انتخاب دارد مثلاً



نظر بیمار در مورد موضوعی که پس از به میان آمدن حرف آن سکوت کرد را بپرسد یا اینکه درمانگر تصمیم بگیرد به مرور زمان اطلاعاتی را جمع کند که نشان دهنده این است که ساکت شدن بیمار با یک الگوی خاص ارتباط دارد.

مقاومت با همدلی قابل درک است سکوت می‌تواند معنی‌های مختلفی داشته باشد با گذر زمان معنای آنها مشخص می‌شود. مقاومت را می‌توان پدیده‌ای در نظر گرفت که بیشتر از آنکه باعث مخفی کردن مسئله شود آن را برای ما آشکار می‌کند.

بن بست در درمان شامل اجرا کردن پرشدت انتقال انتقال متقابل است باعث پیدایش راهی برای رسیدن به مشکلات بیمار می‌شود. مثال بیمار به شکل قابل توجهی منفعل به نظر می‌رسد همچنین در حین روان‌درمانی با مقاومتش به روان‌درمان نشان می‌دهد که چه کسی است و با گذشت زمان فاش می‌کند که همین مقاومتی که نسبت به درمانگر خود دارد را با همسرش هم دارد.

برون کنش‌نمایی درون کنش‌نمایی (Acting Out/Acting In)

تعریف طبق نظریه فروید: حل و فصل کردن، به یاد آوردن، تکرار کردن (remembering, repeating, working through) در تعریف کنش‌نمایی می‌توان گفت، بیمار آنچه را فراموش کرده یا واپس زده را به یاد نمی‌آورد ولی به آن عمل می‌کند.

کنش‌نمایی در واقع زمانیست که بیمار به جای به یاد آوردن و سخن گفتن در مورد موضوع از تکرارهای ناخودآگاه استفاده می‌کند. در افرادی که دچار اختلالات شخصیت خوشه B هستند کنش‌نمایی برای توصیف مکانیسم دفاعیشان استفاده می‌شود.

. در درمان تحلیلی اگر این اتفاق درون فرایند درمان اتفاق بیفتد، acting in و اگر بیرون فرایند درمان رخ دهد، به آن برون کنش‌نمایی acting out می‌گویند. مثلاً بیماری آقا با خانم دکتری که در یک موقعیت اجتماعی او را ملاقات کرده بود وارد رابطه می‌شود که در واقع این کار برای او نمونه‌ای از acting out احساسات انتقالی‌اش نسبت به درمانگرش است.

Acting out نوعی مقاومت است چرا که بیمار به جای verbalize کردن و فهمیدن، پروسس کردن آن در فضای درمان و در حضور تراپیست، به آن act میکند که ممکن است این کنش، برای خود یا دیگری مخرب باشد. در واقع در مثال ذکر شده، جابجایی احساسات انتقالی بیمار بر روی فرد دیگری در زندگی، نمونه‌ای از برون کنش‌نمایی اوست که این رفتار، نوعی انتقال است.

حل و فصل و پایان درمان

فصل ۹

Section 9

از دید فروید حل و فصل فرایندی است که پس از طی کردن مسیر خود به طور طبیعی به پایان فرایند درمان منتهی می‌گردد در واقع از نظر او حل و فصل فرایندی است که در آن الگوها و روابط ابژه‌های درونی آنقدر تکرار می‌شوند و مشاهده و مواجهه و شفاف سازی بر رویشان انجام می‌شود که بیمار از مقاومت در برابر پذیرش تعبیر دست بکشد.

بخش عمده کار با مقاومت را می‌توان هسته فرایند حل و فصل در نظر گرفت شیفر، حل و فصل را تحلیل صبورانه و مکرر مقاومت‌ها از طریق زنجیره‌ای نامحدود از تکرارها، جای گشت‌ها (permutation)، هم‌امیزی‌ها (combination) و دگرگشت‌ها (variation) می‌پنداشت و معتقد بود بخشی از فرایند حل و فصل مقاومت‌ها شامل این است که بیمار خودش را مسئول مقاومت‌ها یا دفاع‌های خود بداند.

از عوامل اصلی حل و فصل و آمادگی برای پایان درمان این است که مراجع خود را عامل و خالق زندگی خود بداند.

حل و فصل در واقع شامل این می‌شود که مشخص کند رابطه با درمانگر چگونه روابط کودکی فرد و روابط برون انتقالی کنونی او را نشان می‌دهد.

مثلت بصیرت منینگر (۱۹۵۸) از سه ضلع روابط گذشته، روابط کنونی برون انتقالی و رابطه انتقالی می‌باشد. این مثلث که الگوهای روابط فرد را نشان می‌دهد نقشی عمده در فرایند حل و فصل دارد، در واقع درمانگر الگوهای تکراری روابط بیمار را به وی نشان می‌دهد.

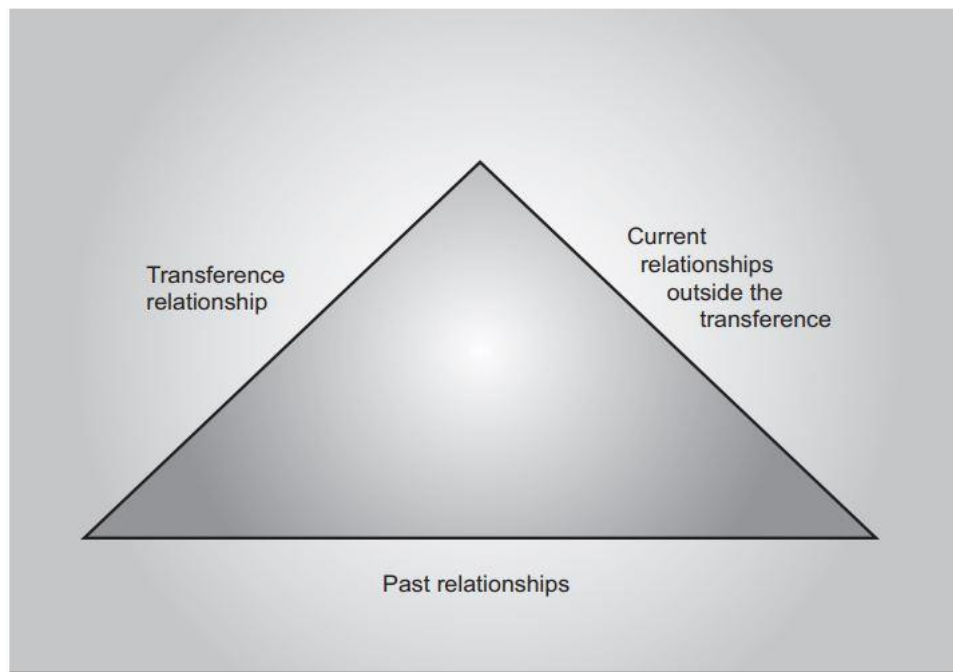


Figure 9-1. Triangle of insight (modeled after Menninger 1958). Source. Reprinted from Gabbard GO: Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, Third Edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000. Used with permission.

لوبورسکی مفهومی به نام (جوهره رابطه‌ای متعارض اصلی) را تعریف کرده که خود روشی دیگر برای پرداختن به این الگوهای تکراریست که نحوه واکنشی که بیمار از دیگران انتظار دارد و پاسخ دفاعی بیمار به آنها مکرراً در رابطه بیمار با درمانگر و در روابط او در خارج از درمان نشان داده می‌شود. از طریق رویارویی و شفاف سازی الگوی روابط بیمار با ابژه‌ها درمانگر می‌تواند دلبستگی بیمار به ابژه‌های بد گذشته را مورد بررسی قرار دهد، مثلاً در طی درمان به این نتیجه برسد که دلبستگی به ابژه‌های بد گذشته بیمار، باعث می‌شود شرایطی آشنا برای وی ایجاد کند نه یک رابطه جدید و نا آشنا یا مراجع یک ابژه بد را به اینکه هیچ ابژه‌ای نداشته باشد ترجیح بدهد. مثلاً زنی مکرراً با مردانی غیر قابل اعتماد وارد رابطه می‌شود تا بتواند دلبستگی بنیادین به مادرش را که به او یادآوری می‌کرد نباید به مردان اعتماد کند حفظ کند همچنین زن ممکن است با این فانتزی زندگی کند که مرد بد را تبدیل به مرد خوب کند.