



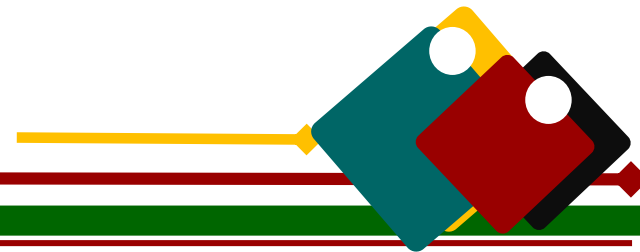
سرشناسه	لله گانی، الهام، ۱۳۶۸-
عنوان و نام پدیدآور	مبانی روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴ Gabbard G O. Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text (Core Competencies in Psychotherapy), 3th Revisedrd Edition. 2017/ محمدی بینا، دکتر سارا صادقی‌پور میبیدی، دکتر پریسا حمیدی عدل
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری	۱۳۰ص: مصور، جدول.
شابک	۳۸۷۰۰۰۰ ریال 978-622-404-066-4
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر ترجمه و تلخیصی از کتاب " Long-term psychodynamic psychotherapy : a basic text,3th ed, 2017 " اثر گلن ا. گابارد است.
موضوع	روان‌درمانی روان‌پویایی Psychodynamic psychotherapy روان‌درمانگر و بیمار Psychotherapist and patient گابارد، گلن او، ۱۹۴۹ - م. Gabbard, Glen O. RC۴۸۹
شناسه افزوده	۸۹۱۴/۶۱۶
شناسه افزوده	۹۷۰۷۲۷۶
رده بندی کنگره	فیپا
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

عنوان کتاب: مبانی روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت‌یار
خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳
Gabbard G O. Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text (Core Competencies in Psychotherapy), 3th Revisedrd Edition. 2017	تیراژ: ۵۰ نسخه
ترجمه و تلخیص: دکتر الهام لسه گانی، پاسخدهی به سوالات دکتر زهرا محمدی بینا، دکتر سارا صادقی‌پور میبیدی، دکتر پریسا حمیدی عدل	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۶۶-۴
ناشر: انتشارات کاردیا	بهاء: ۳۸۷۰۰۰ تومان
صفحه آرا: 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، ۰۲۱-۰۲۱-شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



مبانی

روان درمانی روان پویشی

درازمدت

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و مورد با پاسخ تشریحی

ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۴

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

ترجمه و تلخیص

دکتر الهام لاله گانی

متخصص اعصاب و روان

از دانشگاه علوم پزشکی ایران

پاسخدهی به سوالات

دکتر زهرا محمدی بینا

رتبه ۱۰ درصد برتر مورد تخصصی ۱۴۰۲

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر سارا صادقی پور میبدی

مورد تخصصی ۱۳۹۹

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

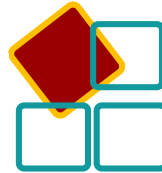
دکتر پریرسا حمیدی عدل

مورد تخصصی ۱۴۰۲

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



فهرست مطالب



- فصل ۱: مفاهیم اصلی ۹
- فصل ۲: ارزیابی، موارد کاربرد و فورمولیشن ۲۳
- فصل ۳: فوت و فن‌های روان درمانی ۳۳
- فصل ۴: مداخلات درمانی ۴۱
- فصل ۵: اهداف درمان و اقدام درمانی: (trapeutic action) ۵۱
- فصل ۶: کار کردن با مقاومت ۶۱
- فصل ۷: کاربرد رویا و فانتزی‌ها در روان درمانی پویایی ۶۷
- فصل ۸: تشخیص انتقال متقابل / کار کردن با آن ۷۳
- فصل ۹: حل و فصل و پایان درمان ۸۳
- فصل ۱۰: کاربرد نظارت ۹۳
- فصل ۱۱: ارزیابی توانمندی‌های اصلی در روان درمانی روانپویایی دراز مدت ۱۰۱
- سوالات و پاسخنامه ارتقا و مورد ۱۰۷

مفاهیم اصلی

«در آخرین جلسه از یک فرآیند ۳ ساله روان درمانی پویشی، 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 دیدن آمدم هیچ سرخی 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 پویشی 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 پویشی طولانی مدت، به طور گسترده‌ای سوء تفاهم‌هایی مانند باورهای غلط رایج زیر وجود دارد:

- ۱) درمانگر روانپویشی 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 سکشوالیته 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 روانپوشی معاصر نسبت به روانکاو عصر فروید، بیشتر به صورت فعال درگیر بیمار می‌شود، چهره سنگین ندارد، پر حرف است، ندرتاً از گذشته پر رمز و راز بیمار آگاه است.

ویژگی LTPP 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 سایزکتیویته (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 روان‌پوشی بلندمدت معاصر (LTPP) 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 روانپوشی 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 روانپوشی دراز مدت پایان نامشخصی داشت اما امروزه درمان‌هایی وجود دارند که علی‌رغم اینکه بسیاری از اصول درمان روانپوشی دراز مدت در آن به کار گرفته می‌شود اما پایان مشخص دارد و شامل ۴۰ تا ۵۲ جلسه می‌باشند.

بنابراین درمان را می‌توان به دو دسته تقسیم‌بندی کرد:

- ۱- با زمان محدود که در آن تعداد جلسات از قبل مشخص شده است و ۲- درمان با باز به گونه‌ای طراحی شده‌اند که به طور طبیعی در روند درمان در زمان خود به پایان یابند اگر مجبور باشیم مرز برای آنها در این کتاب درمان‌های ۲۴ جلسه یا ۶ ماه درمان دراز مدت در نظر گرفته می‌شود.

اصول پایه‌ای روان‌درمانی روانپوشی شامل موارد زیر می‌شود:

ارزیابی، موارد کاربرد و فورمولیشن

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 مک هیو 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 نشان دهنده‌ی تعارضات اصلی او باشد.

- **بیمار و درمانگر: دو مشارکت‌کننده 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، روان‌درمانگر 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 روان‌پویشی 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 راجع 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 روان‌پویشی 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 برون‌سازی 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 ارزش‌های 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 قرار گیرد. 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 بی‌اعتماد شده‌اید و بیمار پاسخ می‌دهد: بله اما شنیده‌ام که شما بهترین روانپزشک این شهر هستید و امیدوارم شما متفاوت با سایر زنان با من رفتار کنید. روانپزشک پاسخ می‌دهد: تنها خواسته‌ی من در اینجا این است که به شما کمک کنم خودتان را درک کنید و فکر می‌کنم می‌توانید به قابل اعتماد بودن من، ایمان داشته باشید.

در این مثال بیمار نمونه‌ای عملی از تحقق بخشی به روابط ابژه‌های درونی خود را در اینجا و اکنون نشان داده است. بیمار، مصاحبه‌گر را آرمانی کرد و مصاحبه‌گر به آسانی نقش نجات‌دهنده‌ی آرمانی شده را پذیرفت. نحوه‌ی ارتباط بیمار، انتقال متقابلی را در بالینگر ایجاد کرد که یک internal figure یا نمودگار درونی بیمار را بازنمایی می‌کند. برخلاف این درمانگر، درمانگر دیگری ممکن است در مقابل نقشی که به او تحمیل شده است یک فرم ایستادگی (stance) به خود بگیرد. مثلاً درمانگری ممکن است نگرش پرسشگر/بانه‌ایی اتخاذ کند و باعث شود که بیمار بیشتر احساس قربانی شدن داشته باشد. همچنین درمانگر دیگری ممکن است با نقش زنان طردکننده‌ی زندگی بیمار، همانند سازی کند. درمانگران بر اساس روابط ابژه‌های درونی خود و بر اساس یادآوری ابژه‌ایی در گذشته‌ی خود، پاسخ‌های متفاوتی می‌دهند. بالینگر باید نسبت به همه‌ی پاسخ‌ها با دید باز برخورد کند.

• مکانیسم‌های دفاعی

در روان‌پویشی معاصر برخلاف مدل ساختاری که معتقد بود مکانیسم‌های دفاعی فقط دفاعی در برابر فشار ناشی از drive است، دفاع‌ها را محافظی در برابر احساس شرم و آسیب‌پذیری نارسیسیستی می‌داند که زمانی که بیمار احساساتی

فوت و فن‌های روان درمانی

شروع به کار

بعضی از بیماران، روان درمانی 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 نارسایی 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 روان درمانی 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 نگویند که آزارنده باشد چون زندگی خیلی سختی داشته" 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 فرافکنی 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 نیمسازي 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 روان درمانگر 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 سازه‌گرفته‌ای 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 تأثیر 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 بین فردی کوتاه- درمان شناختی رفتاری کوتاه- دارو همراه با مدیریت بالینی - دارونما همراه با مدیریت بالینی. همچنین به این نتیجه رسیدند که اصلی‌ترین عامل تعیین‌کننده‌ی پیامد درمان، هم‌پیمانی درمانی است که نسبت به هر کدام از این ۴ مداخله‌ی درمانی موثرتر است. هم‌پیمانی مثبت واسطه‌ای مهم برای تغییر درد نشانه‌ها و شرطی لازم برای تأثیر گذار بودن تعبیر تعارض ناخودآگاه است. برای اینکه هم‌پیمانی درمانی خوب شکل بگیرد، وجود روابط بین فردی خوب و انتظارات مثبت پیش از درمان موثر است. اجزایی که با مفهوم هم‌پیمانی درمانی مرتبطاند: بیمار به درمانگر احساس دل‌بستگی دارد. بیمار حس می‌کند درمانگرش مفید است. بیمار و درمانگر دنبال دستیابی به اهداف درمانی مشترکشان، احساس هم‌کاری ۲ طرفه دارند. پژوهش‌ها نشان داده وجود هم‌پیمانی درمانی قوی در بدست آمدن نتایج خوب درمان تأثیر مهمی دارد. ارزیابی خود بیمار از این هم‌پیمانی بیشتر از ارزیابی دیگران، می‌تواند نتیجه را پیش‌بینی کند. این هم‌پیمانی در ابتدای درمان، به‌اندازه‌ی ارزیابی‌های بعدی و حتی بهتر از آن می‌تواند نتیجه‌ی درمان را پیش‌گویی کند. در تحقیقاتی که درباره‌ی نقش تعبیر انتقال در روان‌درمانی انجام شد، هم‌پیمانی به عنوان عامل واسطه‌ی پراهمیت که روی انتقال اثر می‌گذارد، شناخته شد. بین هم‌پیمانی درمانی و درد نشانه‌های افسردگی از یک جلسه تا جلسه‌ی بعد، ارتباط مستقیم وجود دارد و اگر کیفیت هم‌پیمانی بیمار- درمانگر در یک جلسه بهتر شود، احتمال دارد درد نشانه‌های افسردگی تا جلسه بعد کمتر شوند. گوش دادن با دقت و انتقال دادن حس درک و اعتماد در بهتر شدن هم‌پیمانی نقش موثر دارد. همچنین کاوش بدون قضاوت در مورد عواطف بیمار و فرایند درون جلسه هم موثرند. اگر درمانگر طوری حرف بزند که علاوه بر محتوی شناختی حالت هیجانی را هم منتقل کند، می‌تواند هم‌پیمانی درمانی را بهتر کند. اینکه درمانگر موضوعات تازه‌ای را برای رسیدن به درک بهتر تشخیص دهد، هم‌پیمانی درمانی را تقویت می‌کند. اینکه بیمار به درمانگر چگونه واکنش نشان دهد هم، علامت خوبیست برای اینکه بفهمیم هم‌پیمانی درمانی

مداخلات درمانی

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 خویشتن داری (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 گاهاً مفید است که احساس خود را اعلام کند مثلاً اگر درمانگر نسبت به ارتکاب جرم واکنش نشان ندهد 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.

خویشترن 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 خویشترن داری پیشه می‌کنند.

شکل امروزی روان‌کاوی مبتنا بر ناشناس ماندن، بی‌طرفی و خویشترن داری 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 بیمارانشان 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.

مداخلات درمانگر

مداخله‌های درمانی را می‌توان در یک طیف از بیانی تا حمایتی تعریف کرد، بیانی‌ترین مداخله که در سمت چپ شکل نشان داده شده تعبیر است.

تعبیر (interpretation)، ابزار اصلی روان‌درمانی روان‌پوششی جهت ایجاد بینش و درک در بیمارانش می‌باشد. هدف از تبیین (intent)، به آگاهی رساندن مسائلی است که در ناخودآگاه است و همچنین گاهی ارتباط بین مسائلی را نشان می‌دهد که خود بیمار قادر به دیدن آن ارتباط نمی‌باشد.

علاوه بر آن تعبیر، جنبه تبیین نیز دارد درمانگران با تبیین معناها، به بیمارانشان در ایجاد بینش کمک می‌کنند.

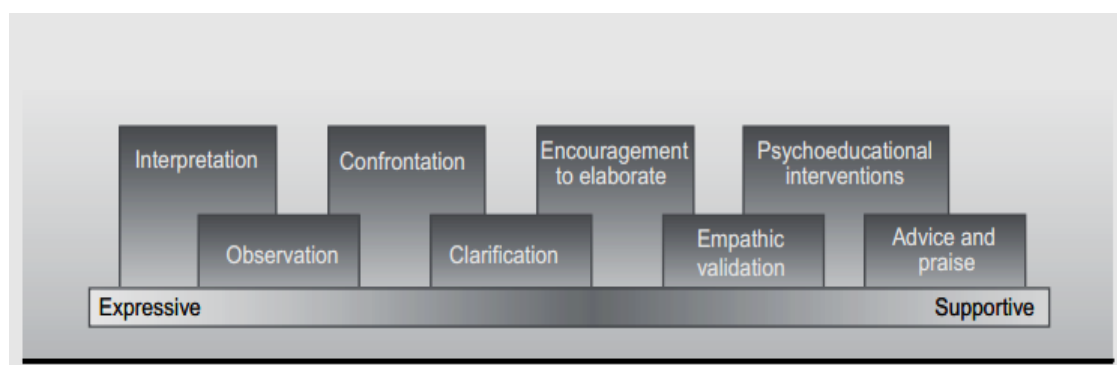


Figure 4-1. An expressive-supportive continuum of interventions

یک مورد از تعبیر در مثال زیر مشاهده می‌کنید:

اهداف درمان و اقدام درمانی: (Therapeutic Action)

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 روانکاو 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 (therapeutic 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 پوششی، 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 برایمان 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 بیمارمان 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 او حسودی می‌کند ممکن است در طی درمان بفهمد که این فانتزی و افکارش از بازنمایی درونی که از مادرش دارد منشا می‌گیرد. اینجا فرایند ادغام دوباره (reintegration) یا مالکیت دوباره (re-owning) رخ می‌دهد و نتیجه آن این است که بیمار می‌تواند بین آنچه به خودش تعلق دارد و آنچه مربوط به دیگران است تفاوت قائل شود که نتیجه این اتفاق بهبود روابط خواهد بود و همینطور بیمار می‌تواند به جای زندگی در فانتزی بیشتر در دنیای واقعی زندگی کند.

ایجاد معنا در دیالوگ درمانی: امروزه درمانگران پوششی کمتر به دنبال آن هستند که یک معنا را به عنوان تنها تعبیر درست برای رویدادها یا تجربه‌های زندگی فرد بیان کنند برعکس دو فرد در روان‌درمانی با هم کار می‌کنند تا به کمک همدیگر در فرایند درمان معنایی را بسازند. بین کشف کردن (discovering) معنایی که در ناخودآگاه فرد از قبل وجود داشته و خلق کردن (creating) معنایی حین دیالوگ درمانی تنش دیالکتیکی (dialectical tension) وجود دارد. این هدف در واقع شکلی از هدفی است که امر ناخودآگاه را به خودآگاهی بیاوریم. به این معنا که پس از درمان شخص می‌تواند درک بیشتری نسبت به معنایی که زمانی گریزنده و خارج از هوشیاری او بودند داشته باشد.

ارتقای reflective functioning: در بیمارانی که به علت تجربه‌های آسیب‌زا یا همراه با غفلت نسبت به آنان توانایی ذهنی سازی (mentalize) شان دچار مشکل شده است یکی از اهداف اصلی درمان می‌تواند بهبود پیدا کردن عملکرد تامل‌گرایانه در آنان باشد. انتظار ما در پایان درمان این است که بیمار بتواند بین بازنمایی درونی خود از یک فرد با واقعیت بیرونی آن فرد تفاوت قائل شود همچنین بیمار باید بتواند دنیای درونی سایر افراد را درک کند و بفهمد که این

کار کردن با مقاومت

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.

برون‌کنش‌نمایی درون‌کنش‌نمایی (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 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 درون‌فرایند درمان اتفاق بیفتد، acting in و اگر بیرون‌فرایند درمان رخ دهد، به آن برون‌کنش‌نمایی 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، جایجایی احساسات انتقالی بیمار بر روی فرد دیگری در زندگیش، نمونه‌ای از برون‌کنش‌نمایی اوست که این رفتار، نوعی انتقال است.

سه ویژگی درون‌کنش‌نمایی عبارتند از

۱- یک شکل غیر کلامی از action است که از طریق حرکات بدنی می‌باشد ۲- نیت مندی (intentionality) قصد و معنایی که خودآگاه یا ناخودآگاه در جستجوی دینامیک هاست ۳- خودکنش یا نتایج آن که حین جلسه درمان رخ می‌دهد و توسط درمانگر دیده می‌شود.

نمونه‌هایی از درون‌کنش‌نمایی: ترک کردن زودتر جلسه به خواب رفتن و خودداری از نگاه کردن به درمانگر. نظریه کوهوت درباره مقاومت کاملاً متفاوت با روانشناسان من (ایگو) است، او معتقد است اگر درمانگر مقاومت را حالتی دفاعی و پرخاشگرانه و ناشی از ساق جنسی در نظر بگیرد ممکن است به بیراهه برود. روانشناسان خود (ایگو) متاثر از کوهوت به جای تفسیر یا مقابله با این دفاع‌ها، این مقاومت‌ها را در قالب فعالیت‌هایی که "در خدمت بقای روانشناختی است و بیانگر تلاش بیمار برای حفظ کردن حداقل بخشی از خود هسته‌ای (nuclear self) است" می‌دانند.

به دلیل متفاوت بودن ماهیت رفتارهای درون و برون‌کنش‌نمایی نمی‌توان از یک راهکار بهینه مشترک برای همه آنها استفاده کرد. مثلاً در مورد برخی از برون‌کنش‌نمایی‌ها مثل رابطه جنسی محافظت نشده یا مشروب خوردن باید حتماً به صورت جدی رویارویی انجام شود.

کاربرد رویا و فانتزی‌ها در روان‌درمانی پویشی

مطالعه رویاها همیشه بخش ارزشمندی از روانکاوی و درمان روان پویشی بوده است. فروید (۱۹۰۰-۱۹۵۳) تعبیر خواب را به عنوان شاه راهی به ناخودآگاه می‌دانست. تعارضات اصلی ممکن است برای بیمار آنقدر آزاردهنده باشد که از افکار زمان بیداری بیمار بیرون رانده شود. با این حال، هنگامی که هوشیاری تدافعی با شروع خواب از بین می‌رود، تعارضات ممکن است در محتوای رویا ظاهر شوند. برخی می‌پرسند که آیا رویاها هنوز شاه راه هستند زیرا ما اکنون انتقال، مقاومت و رفتار غیرکلامی را راه‌های دیگری برای مسائل ناخودآگاه می‌دانیم، اما درک رویاها همچنان ابزار اصلی درمانگر پویشی است. تحقیقات علوم اعصاب در مورد خواب دیدن و حرکت سریع چشم (REM) در ۳۰ سال گذشته افزایش یافته است. اگرچه برخی از محققین (هابسون ۱۹۸۸) با تأکید بر یافته‌های نوروفیزیولوژیک سعی در به حداقل رساندن اهمیت روان پویشی رویاها داشتند، ریزر (۲۰۰۱) تأکید کرد که حوزه عصبی فیزیولوژیکی و حوزه روان پویشی قابل تعویض نیستند. یافته‌های علوم اعصاب نمی‌تواند ارزش روان پویشی رویاها را رد کند. از این رو بسیاری از اصول قدیمی تعبیر خواب روانکاوانه همچنان در کار درمانگر پویا معاصر کاربرد دارند.

رویا

درک رویاها

یکی از اصول پایه در روانکاوی این است که رویا صورت مبدل یک آرزوست. فروید به این موضوع معتقد بود که سانسور ذهن باعث تبدیل آرزوهای ناخودآگاه کودک به نمادهایی تغییر شکل یافته می‌شود، البته به طوری که بروز این آرزوهای ناخودآگاه، خواب فردی که دارد رویا می‌بیند را دچار مشکل نمی‌کند. فروید دو لایه از محتوای رویا را از هم متمایز می‌کرد: محتوای آشکار: سطح رویاست آنطور که فردی که رویا می‌بیند آن را درک می‌کند محتوای پنهان: همان آرزوها و افکار پست که فردی که دارد رویا می‌بیند را تهدید به بیدار شدن می‌کند پس باید تغییر شکل پیدا کنند. مجموعه‌ای از سازوکارهای دفاعی، درون ایگوی فردی که رویا می‌بیند عمل می‌کند تا محتوای پنهان رویا را دچار تغییر کنند و آن را به محتوای آشکار تبدیل کند رویا علاوه بر آرزوهای ناخودآگاه کودک می‌تواند فرایندهای درونی دیگری را نیز نشان دهد برای مثال ترس‌ها تعارض‌ها و تلاش‌های مکرر فرد برای تسلط پیدا کردن تجربه‌های آسیب‌زا. رویکرد فروید متمرکز بر این بود که نشان دهد که یک رویا چگونه می‌تواند بخشی از تجربه‌ها یا آرزوهای کودک فرد که واپس زده شده‌اند را ابراز کند.

امروزه نویسندگان حوزه روانکاوی معتقدند که رویا ممکن است به عنوان راهی برای به تصویر کشیدن چیزهایی باشد که فرد هرگز درباره آنها فکر نکرده یا بیانشان نکرده است یعنی چیزهایی که صورت‌بندی نشده‌اند.



سازوکارهای دفاعی که ایگوی فرد رویا بیننده به کار می‌گیرد عبارتند از:

فشرده سازی (condensation): این ساز و کار چند آرزو، احساس یا تکانه را در یک تصویر آشکار رویا با هم ترکیب می‌کند مثلاً ممکن است فرد ریش یک نفر، لباس نفر دیگر و مدل موی یک شخص را با هم داشته باشد.

جابجایی جابجایی (displacement): در این ساز و کار شور و هیجان مرتبط با یک نفر به سمت فرد دیگری منحرف می‌شود تا برای ایگوی فرد رویا بیننده قابل پذیرش تر بشود مثلاً فرد رویا بیننده ممکن است احساس کند که داشتن تمایل جنسی نسبت به درمانگر ممنوع است و این احساسات را روی شخص دیگری در زندگی بیمار جابجا کند.

بازنمایی نمادین (symbolic representation): در این روش برای بازنمایی مجموعه‌ای پیچیده از احساساتی که ممکن است بار عاطفی زیادی داشته باشند از یک تصویر حسی غیر انتزاعی ساده استفاده می‌شود. مثلاً فروید می‌گفت گل بازنمایی معمولی برای اندام تناسلی زنانه است. همچنین فروید تاکید داشت که اغلب نمادهای رویا مختص همان فرد می‌باشند و معنای ناخودآگاه آنها را فقط از طریق شنیدن تداعی‌های خود بیمار درباره آنها می‌توان فهمید.

synecdoche یا مجاز مرسل نمونه‌ای خاص از بازنمایی نمادین است در آن کلمه‌ای که به یک جز دلالت دارد برای اشاره به یک کل به کار می‌رود. مثال مانی که می‌گوییم امروز در دریا ۱۵ بادبان دیدم در واقع منظورمان ۱۵ قایق بادبانیست.

بازبینی ثانویه (secondary revision): سه ساز و کار قبلی جزو فرایندهای اولیه بودند که فروید از آنها با عنوان Primary process نام برد جنبه‌های پیشرفته‌تر و منطقی‌تر ایگو این عناصر ابتدایی را سازماندهی می‌کند تا از آنها یک چهارچوب منسجم بسازد در این فرایند که بازبینی ثانویه شناخته می‌شود فرد رویا بیننده تلاش می‌کند تا بخش‌های غیرمنطقی و عجیب رویا را به گونه‌ای تغییر دهد که از آن داستانی منطقی ساخته شود حتی زمانی که فرد بیدار می‌شود و می‌خواهد رویایش را به یاد بیاورد ممکن است تغییرات بیشتری در آن بدهد تا انسجام بیشتری پیدا کند به همین شکل رویایی که در روان‌درمانی توسط بیمار تعریف می‌شود امکان دارد به شکل قابل توجهی با چیزی که فرد واقعاً در خواب دیده متفاوت باشد.

مفهوم مهم دیگری که فروید به آن توجه کرد مفهوم باقیمانده روز (day residue) است در واقع اتفاقاتی که در روز قبل از رویا دیدن رخ داده است می‌تواند به شکل تغییر یافته‌ای در رویا پدیدار شود.

تکنیک تعبیر رویا (dream interpretation):

یک مفهوم مهم در درمان روان‌پوشی و روانکاوی این است که لازمه‌ی درک کردن یک رویا تداعی‌های خود بیمار درباره آن رویاست. روان‌درمانگر نباید تا قبل از شنیدن افکار خود بیمار درباره رویایش، بخواهد که معنای رویا را بیان کند. پس یک راه مفید برای رسیدن به فرایند تعبیر رویا این است که پس از کامل شدن تعریف بیمار درباره رویایش به او گفته شود که وقتی به رویا فکر می‌کند چه چیزی به ذهنش می‌آید.

در حین فرایند روان‌درمانی با رویاها ممکن است بیمار مقاومت‌هایی نشان دهد: مثلاً ممکن است بیمار بگوید که هیچ تداعی درباره رویایش ندارد در چنین مواردی باید به بیمار یادآوری شود که روان‌درمانی یک فرایند مشارکتی است و درمانگر نمی‌تواند به تنهایی رویا را تعبیر کند. حالت دوم مقاومت درباره بیمارانی است که شدیداً رقابت جو هستند آنها سعی می‌کنند به جای اینکه آزادانه درباره رویایشان تداعی کنند خودشان معنای رویا را تعبیر کنند این بیمار را ممکن

تشخیص انتقال متقابل – کار کردن با آن

سناریو:

دکتر Q در طی جلساتی که با دکتر R داشت متوجه شد که دکتر R تند و پراکنده صحبت می‌کند و همچنین نسبتاً نمایشی و دراماتیک است.

مراجع ذکر می‌کرد شوهرش به میزان کافی کار نمی‌کند و دو دختر بزرگش ناسپاس هستند... نزدیک پایان اولین جلسه‌ی مصاحبه دکتر Q به این فکر می‌کرد که نمی‌داند کار را از کجا شروع کند... در ادامه جلسات دکتر Q احساس می‌کرد که دکتر R فقط دنبال کسی هست که حرف‌هایش را بی‌انتقاد بپذیرد و دنبال روان‌درمانی نیست. از طرفی نسبت به دکتر R بی‌علاقه شده است. در طی صحبت‌های مراجع، دکتر Q ناگهان به ذهنش رسید حرف زدن دکتر R او را به یاد حرف زدن مادر خودش طی تماس تلفنی روز قبل می‌اندازد... البته به سرعت توجهش را به محتوای روایت دکتر R برگرداند و با خود گفت که تصورش خیلی بی‌ربط است. ..

- یکی از مفاهیم اصلی در درمان روان‌پویشی این است که در اتاق درمان دو سابژکتیویته یا به عبارتی دو بیمار حضور دارد (مراجع و درمانگر) که در تمام مدت بر هم تأثیر می‌گذارند.

- انتقال متقابل همه جا حضور دارد. همان‌طور که روانشناسی «خود» کوهورت تأیید می‌کند، پدیده نارسیسم، پدیده‌ای همگانی می‌باشد.

تعریف اولیه فروید از انتقال متقابل که به آن دیدگاه محدود (narrow view) گفته می‌شود ذکر می‌کند که «انتقال متقابل ناشی از تعارض‌های حل نشده درمانگر است»، که در واقع بار منفی به همراه دارد و در حال حاضر این دیدگاه مشروعیت ندارد.

در حال حاضر دیدگاه رایج پذیرفته این است که در انتقال متقابل، هم مراجع هم درمانگر نقش دارند به عبارتی درمانگر گذشته خودش را به اتاق درمان می‌آورد اما بیمار هم با القای احساساتی در درمانگر، در انتقال متقابل نقش دارد.

در سناریوی ذکر شده در ابتدای فصل، خانم «ط» مانند بسیاری از مراجعان دیگر با شخصیت نارسیسیستیک، بدون اینکه پذیرنده‌ای داشته باشد فقط فرستنده دارد. این نوع رفتار با فرد دیگر به عنوان سنگ صبور نشان‌دهنده حالتی است که کرنبرگ از آن با نام وجود اقماری (Satellite existence) یاد می‌کند.

از یک طرف دکتر R ابژه‌های (مادری که به او بی‌علاقه بوده و دختری که آنها هم بی‌علاقه بوده‌اند) که در درونش بازنمایی شده‌اند، را از طریق همانندسازی فرافکنانه، برون‌فکنی می‌کند و دکتر Q با این ابژه بی‌علاقه همانندسازی می‌کند و از



طرف دیگر، دکتر Q نیز روابط گذشته خود را وارد درمان کرده و متوجه می‌شود که خانم ط، هم سن و سال و از جهاتی مشابه مادرش است و همان‌طور که گاهی به مادرش توجه نمی‌کند به مراجع هم بی‌توجهی می‌کند. در واقع بازنمایی‌هایی از خود و ابژه در درونش وجود دارد که مانند قلابی برای گیر کردن به فرافکنی‌های دکتر R مناسب است.

✓ همانندسازی فرافکنانه و اجرای انتقال متقابل

همانندسازی فرافکنانه (برگرفته از دیدگاه کلاین و روانشناسی ابژه) مشابه فرآیند اجرای انتقال متقابل (برگرفته از روانشناسی «من / ایگو») می‌باشد.

روانشناسی فرافکنانه به مرور زمان و توسط چندین نظریه‌پرداز (بایون (۱۹۶۲)، گابارد (۱۹۹۵)، کلاین (۱۹۴۶ / ۱۹۷۵)، آگدن (۱۹۷۹) و روزنفلد (۱۹۵۲)، شارف (۱۹۹۲)) تحول پیدا کرده است. در رایج‌ترین تعریف، شامل ۲ مرحله است. (۱) یک بازنمایی خود یا بازنمایی ابژه (همراه با یک حالت عاطفی)، که از طریق فرافکنی به طور ناخودآگاه در فردی دیگر قرار داده می‌شود و با توجه به ناخودآگاه بودن ماهیت آن خود فرد از آن اطلاع ندارد (نوعی انتقال). (۲) فردی که فرافکنی انجام داده است با یک فشار بین فردی، نفر دوم را وادار می‌کند تا آنچه به او تحمیل شده را تجربه یا به طور ناخودآگاه با آن همانندسازی کند.

اگر مرحله ۱ و ۲ در فضای روان‌درمانی باشد مرحله سوم هم وجود دارد.

(۳) در این مرحله فرد پذیرنده فرافکنی یعنی درمانگر، بازنمایی خود و ابژه بد را که همراه با عاطفه‌اش است، نگه می‌دارد و contain می‌کند و سپس پردازش کرده و با شکلی تعدیل شده مجدداً به بیمار (فرد دهنده)، بازگردانده می‌شود و وقتی بیمار می‌بیند درمانگر تاب‌آوری در برابر این حالت درونی دارد، از او می‌آموزد. پاسخ انتقال متقابل درمانگران به یک بیمار مشابه نیست.

معنی وجود قلاب در درمانگرو تناسب بین بیمار و درمانگر: تعیین ماهیت پاسخ به انتقال بیمار، توسط دنیای درونی درمانگر.

مشاهدات آگدان: همانندسازی فرافکنانه تظاهری همگانی از برون‌سازی روابط ابژه‌ی درونی، یعنی انتقال، است. میزان نقش ابژه‌ی بیرونی، به عنوان مشارکت‌کننده در برون‌سازی روابط ابژه‌های درونی، متغیر است. گاهی انتقال درمان از یک درمانگر به دیگری وضعیت را بهتر می‌کند چون ممکن است درمانگر جدید ذهنیت متفاوتی با قبلی داشته باشد و سریعاً در پاسخ به بیمار برانگیخته نشود.

طبق مقالات روانشناسان ایگو درباره‌ی اجرای انتقال متقابل: این انتقال متقابل تدریجاً معنی مشابه همانندسازی فرافکنانه پیدا کرد. ایده‌ی اصلی این بود که: این فن زمانی اجرا می‌شود که تلاش برای تحقق بخشیدن به فانتزی انتقالی، باعث ایجاد واکنش انتقال متقابل شود. رفتن این پدیده را تحقق بخشی می‌داند به این شکل که بیمار کارهای ریزی انجام می‌دهد که درمانگر را مجبور می‌کند که به شکل خاصی عمل، یا ارتباط برقرار کند، یا نقش خاصی را در ارتباط با بیمار بپذیرد که به شکلی بی‌سر و صدا ارزی انتقالی بیمار را برآورده کند، یا برعکس در برابر آرزو دفاع کند.

انتقال متقابل نوعی درون‌کنش نمایی بوسیله‌ی بیمار است، همچنین روانشناسان ایگو باور دارند این اتفاق از طرف درمانگر هم می‌تواند رخ دهد.

حل و فصل و پایان درمان

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)، هم‌آمیزی‌ها (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.

مثلث 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.

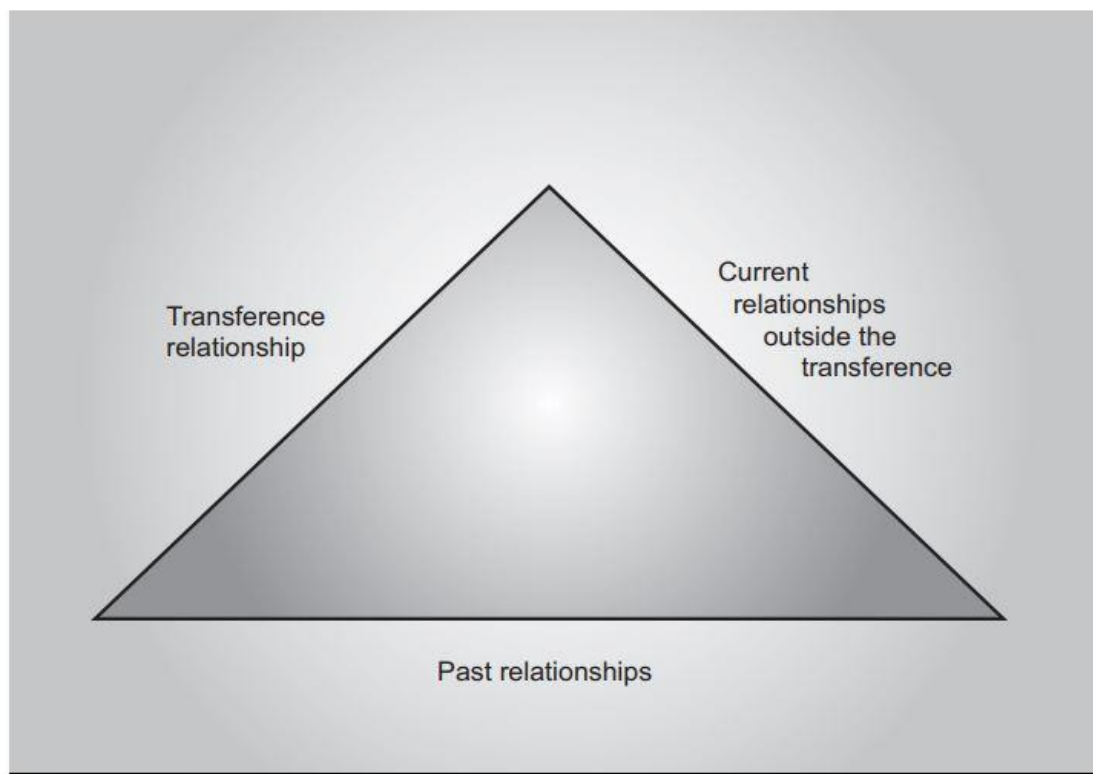


Figure 9-1. Triangle of insight (modeled after Menninger 1958). Source. Reprinted from Gabbard GO: Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, Third Edition. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000. Used with permission.

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 شفاف‌سازی 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.

همانگونه که بیمار خارج از درمان ممکن است وارد روابط نا ایمن شود در طی درمان هم ممکن است وارد رابطه ناصحیحی بشود مثلاً از درمانگرش انتظار داشته باشد مرد کاملی برای او باشد و او را از همه ابژه‌های بد گذشته نجات بدهد ممکن است در این شرایط درمانگر مجبور شود مکرراً رویارویی و تعبیر انجام دهد تا در نهایت بیمار متوجه شود که به جای اینکه منتظر یک نجات دهنده باشد، خودش باید راهی برای نجات خود پیدا کند.

کاربرد نظارت

روان درمانی روانپوشی دراز مدت در رابطه دونفره بیمار و درمانگر انجام می‌گیرد اما در رابطه سه نفره بیمار درمانگر و ناظر آموزشی یاد گرفته می‌شود درمانگران مبتدی ناظران را درونی می‌کنند به گونه‌ای که انگار با آنها همانند سازی می‌کنند و نقش آنها را بازی کنند. نظارت انفرادی معمولاً به شکل جلسات هفتگی انجام می‌شود و جز در موارد خطاهای فاحش ناظران از اینکه دقیقاً به فراگیر بگویند چه کاری انجام دهند اجتناب می‌کنند آنها روشی برای فکر درباره فرایند روان درمانی می‌آموزند. ناظر در نحوه آموزش خود بیشتر دموکراتیک عمل می‌کند تا با اتوریته.

داده‌های نظارت

داده‌هایی که در جلسات نظارت آورده می‌شود گاهی با استفاده از ضبط تصویری یا ضبط صوتی یا یادداشت می‌آید که هر کدام مزایا و معایب خود را دارند ضبط تصویری این مزیت را دارد که هم ارتباط کلامی و هم غیر کلامی را نشان می‌دهد اما این عیب را نیز دارد که وجود دوربین ویدیویی چهارچوب اصلی روان درمانی را تغییر می‌دهد و هم بیمار و هم فراگیر خودآگاه یا ناخودآگاه گزارش خود را سانسور می‌کنند چالش دیگر این است که در ابتدای درمان رضایت آگاهانه بدهد اما در درون خود احساس کند که راه دیگری نداشته است در نتیجه برای ضبط تصویری جلسات بایستی کاملاً برای بیمار روشن شود که ضبط کردن اختیاری است و انتخاب‌های دیگر نیز برای وی شرح داده شود. ضعف دیگر ضبط تصویری این است که به جای توجه به محتوای کلی بیشترین توجه به جزئیات تعامل بین درمانگر و بیمار معطوف می‌شود.

ضبط صوت نیز همین معایب تصویر را دارد با این تفاوت که داده‌های غیر کلامی را نیز حذف می‌کند اغلب در مراکز آموزشی یادداشت فرایند جلسات روش ترجیحی برای نظارت در روان درمانی دراز مدت فردی است یک مانع عمده در این روش، این است که تمام جزئیات یادداشت شود این نوشتن بیش از حد مانع از همدلی مناسب و تجربه حالات عاطفی در رابطه درمانی درمانگر با بیمار و مشاهده دقیق انتقال و انتقال متقابل می‌شود. به نظر می‌رسد یادداشت پس از جلسه، گزینه بهتری می‌باشد این یادداشت حاوی کلیت اصلی جلسه و چند نمونه از مداخله‌های درمانگر می‌باشد.

در جلسه نظارت بهترین کار شروع گزارش با جوهره عمومی درمان و مشکلات خاص فراگیر می‌باشد به عنوان مثال فراگیر ذکر می‌کند [من احساس سردرگمی می‌کنم بیمار اجازه نمی‌دهد درباره چیزی نظر بدهم، هر هفته احساس می‌کنم از جلسات می‌ترسم از شما کمک می‌خواهم این مشکل را برطرف کنم...]



بعد از مقدمه شامل مشکلات موجود در درمان، فراگیر می‌تواند جزئیات یک جلسه را برای نشان دادن جوهره اصلی ارائه کند.

همپیمانی نظارتی

همپیمانی نظارتی اشتراکات زیادی با همپیمانی درمانی دارد چرا که آسیب‌پذیری نظارت شونده در رابطه نظارتی شبیه این آسیب‌پذیری در رابطه بیمار و درمانگر است.

ناظران مسئولیت‌های متعدد تضمین اینکه

- بیمار درمان مناسبی را دریافت کند،
- مسئولیت آموزش پایه روان‌درمانی
- مسئولیت ارزیابی نقاط قوت و ضعف فراگیر و
- ایجاد محیط امن به جهت اینکه نظارت شونده بتواند در جلسات گزارش کاملاً با احساس امنیت و گشاده عمل کند را بر عهده دارند.

لومکس و همکاران برای ایجاد و حفظ همپیمانی نظارتی و ایجاد این محیط امن پیشنهاد می‌دهند: ناظران در شروع فرایند نظارت از اطلاعات پایه نظارت شونده و آموزش‌های قبلی وی در این حیطة و مشکلات آنها در تجربه‌های قبلی اطلاع پیدا کنند.

چالشی‌ترین جنبه نظارت ایجاد فضایی برای فراگیر می‌باشد که تمام مسائل ایجاد شده در فرایند درمان را به ناظرش بگوید جلسات نظارت بایستی به‌اندازه کافی منعطف باشد تا موضوعات نامرتبط با بیمار هم به شکل دوره‌ای در آن مطرح شود. گاهی فراگیران مبتدی نوعی آسیب‌پذیری نارسیستی شدید را تجربه می‌کنند که ممکن است با تمرکز مطلق بر نظرات و رفتار بیمار و چشم‌پوشی از سهم خود با این آسیب‌پذیری کنار بیایند.

جهت ایجاد یک همپیمانی نظارتی و ایجاد محیطی امن برای گشاد عمل کردن فراگیر، ناظران می‌توانند بر انتظارات تعدیل شده از فراگیران و ارزیابی بر مبنای ظرفیت فراگیر برای ارائه گشاده مشکلات، تاکید کنند.

نظارت شونده تا مدت‌ها بعد از پایان آموزش هم نیاز به مشورت با ناظران دارند.

از موارد مهم مشورت نظارت شونده با ناظران در مورد شکستن مرزهای حرفه‌ای می‌باشد

مبتدیان باید دو اصل بدیهی پایه را به خاطر داشته باشند

۱- اگر در عملکردتان طی درمان مسئله‌ای وجود داشت که نمی‌توانید آن را با یک ناظر مطرح کنید احتمالاً در آغاز یک مرز شکنی جدی می‌باشید.

۲- چیزی که بیش از هر چیزی از مطرح کردن آن در جلسه نظارت اجتناب کنید احتمالاً مهم‌ترین موضوعی است که بایستی راجع به آن صحبت کنید.

درخواست ناظر از نظارت شونده برای توصیف چهارچوب درمان، شکستن مرزهای حرفه‌ای را ممکن است مشخص کند مثلاً توضیح راجع به اینکه چرا جلسات را بیش از ۴۵ دقیقه ادامه می‌دهد.

ارزیابی توانمندی‌های اصلی در روان درمانی روانپوشی دراز مدت

منظور از توانمندی (competency) بسنده یا کافی از نظر اندازه میزان یا مقدار می‌باشد نه لزوماً خبره (expert) بودن. تعریف بر اساس principles New Shorter Oxford English Dictionary on Historical یعنی کفایت به‌اندازه کافی خوب باشیم (مشابه عبارت وینیکات برای مادری کردن) به عنوان مثال فراگیران بایستی بعد از پایان دوره دستیاری به‌اندازه کافی تسلط بر مبانی روان درمانی داشته باشند که بتوانند در در کار بالینی به کار گیرند و پس از آن دانش و مهارت خود را ارتقا بخشند. بر این اساس فراگیران سلامت روان باید بر اساس میزان آموزش و تجربه شان و بر اساس انتظارات منطقی ارزیابی شوند. بر اساس نظر کمیته بازبینی دستیاری روانپزشکی توانمند بودن در روان درمانی به سه حیطه دانش مهارت و نگرش تقسیم‌بندی می‌شود. انجمن آمریکایی مدیران برنامه‌های آموزش دستیاری روانپزشکی کمیته‌ای را با عنوان «کمیته کاری درباره موضوع توانمندی با سرپرستی یوجین برسین و لیزا ملمن تشکیل داده‌اند.

حیطه‌های توانمندی در روان‌درمانی

حیطه‌های توانمندی در روان درمانی شامل دانش مهارت و نگرش می‌باشد که با روشهای زیر قابل ارزیابی است:

- ۱- یادداشتهای تفصیلی در ارتباط با بیماران
- ۲- ارائه شفاهی در کنفرانس معرفی بیمار
- ۳- آزمون کتبی آزمون شفاهی
- ۴- ضبط تصویری و مشاهده مستقیم
- ۶- ضبط صوتی
- ۷- نظارت
- ۸- برخی از این روشها برای ارزیابی دانش مناسب‌تر و برخی دیگر برای ارزیابی مهارت و نگرش مناسب هستند

دانش

در حیطه دانش انتظار می‌رود فراگیرنده در پایان آموزش خود در زمینه موضوعات زیر فهم ابتدایی را به دست آورده باشد

- (۱) نظریه پایه‌ای رشد روانپوشی و کاربرد آن در بالین
- (۲) کارکرد ناخودآگاه ذهن در ارتباط با علوم اعصاب جدید و کاربرد آن در روان درمانی
- (۳) انتقال و انتقال متقابل و مقاومت



- ۴) مناسب بودن افراد برای روان‌درمانی
 - ۵) مولفه‌های بنیادی شخصیت
 - ۶) سلسله‌مراتب ساز و کارهای دفاعی
 - ۷) ذهنی‌سازی / عمل‌کرد تامل‌گرانه
 - ۸) تفاوت بین سطوح روان‌نژدانه و مرزی در سازمان‌یافتگی «من» (ایگو)
 - ۹) اختلالات روان‌پزشکی از نظر ویژگی‌های تناسب‌بیماران برای روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت که موارد کاربرد این نوع روان‌درمانی را تشکیل می‌دهند
 - ۱۰) اختلالات روان‌پزشکی از نظر ویژگی‌های تناسب‌بیماران برای روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت که موارد ممنوعیت کاربرد این نوع روان‌درمانی را تشکیل می‌دهند
 - ۱۱) اجزای مختلف مرزهای حرفه‌ای که چارچوب‌درمانی را مشخص می‌کنند
 - ۱۲) طیف مداخلات ابراز‌گرانه (بیانی) - حمایتی
 - ۱۳) اهداف مختلف روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت
 - ۱۴) انواع کنش‌درمانبخش در روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت
 - ۱۵) شکلهای مختلف مقاومت که در روان‌درمانی دیده می‌شوند و چگونگی تظاهر آنها
 - ۱۶) مکانیسم‌اساسی پوشاندن محتوا در رویا
 - ۱۷) اصول تکنیکهای درمانی در کار با رویا
 - ۱۸) کارکردهای روانشناختی فانتری
 - ۱۹) فرایند حل و فصل در سیر روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت
 - ۲۰) پدیده‌های بن‌بست و واکنش‌درمانی منفی
 - ۲۱) اشکال مختلف پایان‌بخشی درمان و مدیریت آنها
 - ۲۲) دانش درباره زمان ارجاع یک بیمار به درمانگر دیگر
- دانش درباره این که نامه‌های الکترونیکی پیام‌های متنی و رسانه‌های اجتماعی به چه شکل می‌توانند بر روان‌درمانی اثر بگذارند.

مهارت‌ها

- فراگیر باید در پایان دوره آموزشی خود مهارت‌های زیر را کسب کرده باشد.
- ۱) توانایی گوش دادن همدلانه به گزارش بیمار
 - ۲) توانایی ایجاد هم‌پیمانی درمانی که باعث می‌شود بیمار در فرایند درک علائم و مشکلات خود مشارکت کند
 - ۳) توانایی در به کار بردن مشاهدات خود از ارتباط غیر کلامی بیمار در ارزیابی و درمان
 - ۴) تشخیص دادن مکانیسم‌دفاعی
 - ۵) توانایی ارزیابی بیمار از نظر مناسب بودن برای روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت



سؤالات و پاسخنامه ارتقا و مورد

۱. مراجعی اظهار می‌دارد: "من ۳۸ سال دارم؛ پدرم هنگامی که من ۸ ساله بودم از مادرم جدا شد و من در دفتر طلاق شاهد این بدبختی بودم. در ۱۸ سالگی عاشق مردی شدم که ۱۸ سال از من بزرگتر بود و در نهایت مرا رها کرد. شوهرم فردی پرکار و خانواده دوست است ولی قادر به درک احساسات من نیست و دنبال پرورش اندام و خوش‌گذرانی با رفقاییش است. به نظرم هیچ مردی رفتار شایسته‌ای با من نداشته است. خواهرم از کار شما تعریف کرده است؛ شاید شما با مردان دیگر زندگی من متفاوت باشید." مناسب‌ترین نقش درمانگر در این رابطه چیست؟

الف) پذیرش نقش نجات دهنده برای استفاده و تفسیر پاسخ انتقال متقابل

ب) به چالش کشیدن نقش قربانی بیمار و فعال کردن احساس درماندگی و تفسیر انتقال متقابل

ج) اتخاذ نقش منعطف در مقابل پاسخ‌ها و عدم اصرار برای پیدا کردن یک واکنش درست

د) اتخاذ رفتار همدلانه با مهربانی برای کاهش استرس اولیه بیمار

گزینه ج

درمانگر برای درک الگوهای روابط بیمار و فضای درونی او، باید کاملاً در فضای now and here تعامل با بیمار قرار گیرد. 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 شده اید و بیمار پاسخ میدهد: بله اما شنیده‌ام که شما بهترین روانپزشک این شهر هستید و امیدوارم شما متفاوت با سایر زنان با من رفتار کنید. روانپزشک پاسخ میدهد: تنها خواسته‌ی من در اینجا این است که به شما کمک کنم خودتان را درک کنید و فکر میکنم میتوانید به قابل اعتماد بودن من، ایمان داشته باشید. در این مثال بیمار نمونه‌ای عملی از تحقق بخشی به روابط ابژه‌های درونی خود را در اینجا و اکنون نشان داده است. بیمار، مصاحبه‌گر را آرمانی کرد و مصاحبه‌گر به آسانی نقش نجات دهنده آرمانی شده را پذیرفت. نحوه ارتباط بیمار، انتقال متقابلی را در بالینگر ایجاد کرد که یک figure internal یا نمودگار درونی بیمار را بازنمایی میکند. برخلاف این درمانگر، درمانگر دیگری ممکن است در مقابل نقشی که به او تحمیل شده است یک فرم ایستادگی (stance) به خود بگیرد. مثلاً درمانگری ممکن است نگرش پرسشگرایانه‌ای اتخاذ کند و باعث شود که بیمار بیشتر احساس قربانی شدن داشته باشد. همچنین درمانگر دیگری ممکن است با نقش زنان طرد کننده



زندگی بیمار، همانند سازی کند. درمانگران بر اساس روابط ابژه‌های درونی خود و بر اساس یادآوری ابژه‌ای در گذشت‌په‌خود، پاسخهای متفاوتی میدهند. بالینگر باید نسبت به همه پاسخها با دید باز برخورد کند.

۲. همتولوژیستی به خانم ۶۷ ساله‌ای که در مراحل آخر بیماری است یک داروی جدید را پیشنهاد می‌دهد. او می‌داند که این دارو تأثیر زیادی بر سیر بیماری ندارد و شاید فقط با درصد بسیار پایین طول عمر بیمار را بیشتر کند. بیمار پیشنهاد پزشک را رد می‌کند ولی پزشک بر استفاده از دارو اصرار دارد. در مورد رابطه پزشک و بیمار کدام یک از گزینه‌های زیر مطرح می‌باشد؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) Countertransference

ب) Transference

ج) alliance Working

د) Altruism

گزینه الف

فصل ۸

انواع انتقال متقابل:

فانتری نجات بخشی

در بین درمانگران آرزو برای نجات دادن بیمار امری فراگیر است و بعضی از بیماران خاص جواری بر ما تأثیر می‌گذارند که میخواهیم به شکل فعالانه‌ای در نجات بخشی آنان نقش داشته باشیم. بعضی از انواع خاص از آرزوهای نجات بخشی ممکن است به عنوان یک طبقه انتقال متقابل نادیده گرفته شود چون ممکن است این تلاش برای نجات بخشی، در نتیجه مسائل شدید مرتبط با انتقال متقابل، از کنترل خارج شده باشد.

۳. آقای دکتر الف به تازگی دوره ۴ ساله رزیدنتی روانپزشکی را به پایان رسانده است. وی در طی دو سال آخر دوره تحصیل خود یک روش روان‌درمانی را به طور مستمر هفته‌ای دو ساعت زیر نظر یکی از اساتید خود سپری کرده و توانسته است روان‌درمانی ۴ مراجع را در این مدت با موفقیت به پایان برساند. ایشان درخواست صدور گواهی برای توانمندی اجرای این روش روان‌درمانی را دارد. مطمئن‌ترین روش برای پی بردن به میزان توانمندی جامع ایشان در این خصوص کدام مورد زیر است؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) مشاهده جلسات ضبط شده

ب) امتحان شفاهی با حضور اساتید ارزیاب

ج) امتحان کتبی جامع با سؤالات چهار گزینه‌ای

د) اتکا به نظر استاد ناظر دو ساله وی