

مبانی روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت

# فهرست

۹.....	توضیح مترجم.....	
۱۱.....	مقدمه مترجم.....	
۲۱.....	راه‌نمای ویدیوها.....	
۲۳.....	مقدمه نویسنده.....	
۲۷.....	مفاهیم اصلی.....	۱
۶۱.....	ارزیابی، موارد کاربرد، و صورت‌بندی.....	۲
۸۷.....	فوت‌وفن‌های روان‌درمانی.....	۳
۱۱۳.....	مداخلات درمانی.....	۴
۱۳۹.....	اهداف درمان و کنش درمان‌بخش.....	۵
۱۶۵.....	کار کردن با مقاومت.....	۶
۱۸۷.....	کاربرد رؤیا و فانتزی در روان‌درمانی پویایی.....	۷
۲۰۵.....	تشخیص انتقال متقابل و کار کردن با آن.....	۸
۲۳۱.....	حل‌وفصل و پایان درمان.....	۹
۲۵۵.....	کاربرد نظارت.....	۱۰
۲۷۳.....	ارزیابی توانمندی‌های اصلی در روان‌درمانی روان‌پویایی درازمدت.....	۱۱
۲۸۳.....	فهرست اسامی خاص فارسی به انگلیسی.....	
۲۸۹.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	
۳۰۳.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	

## راه‌نمای ویدیوها

در ویراست دوم این کتاب، با همکاری اریک آرنولد کارگردان، لوح فشرده‌ای همراه کتاب تهیه کرده بودم که روش کار من با سه بیمار مختلف را به تصویر می‌کشید. در ویراست سوم، این ویدیوها به جای آن که در لوح فشرده ارایه شوند، به طور برخط در نشانی اینترنتی [www.appi.org/Gabbard](http://www.appi.org/Gabbard) قرار داده شده‌اند، و دو ویدیوی دیگر نیز به آن اضافه کرده‌ام که آن‌ها را هم اریک آرنولد کارگردانی کرده است. اولین ویدیوی جدید پال را نشان می‌دهد که بیمار جدیدی است که تلاش می‌کند تا درمان را تحت کنترل خود بگیرد، و ویدیوی دیگر مارجری را نشان می‌دهد که بیماری است که تجربه ابتدای درمان‌اش در ویراست قبلی آمده بود و اکنون در این داستانواره<sup>۱</sup> جدید او در جایی به تصویر کشیده می‌شود که به پایان درمان نزدیک می‌شود.

من متوجه شده‌ام که فراگیران روان‌درمانی مشتاق‌اند طرز کار کردن بالینگران باتجربه را مشاهده کنند تا ببینند مفاهیم و داده‌های این حوزه چگونه در درمان‌های انفرادی به کار می‌روند. اما، الزام حفظ رازداری باعث می‌شود که برآورده کردن این درخواست برای اعضای هیأت علمی که به آنان آموزش می‌دهند کاری دشوار و بغرنج باشد. برای حفظ رازداری بیماران، تصمیم گرفتم در این داستانواره‌ها از بازیگران حرفه‌ای استفاده کنم. در داستانواره ویدیویی اول، نقش برندا را کلی کانکل بازی کرده است. در داستانواره ویدیویی دوم، نقش جورج را جان فریژر بازی کرده است. در داستانواره‌های ویدیویی سوم و پنجم، شانون امبریک نقش مارجری را بازی کرده است. در داستانواره ویدیویی چهارم، مایکل مک‌گویبرک نقش پال را بازی کرده است.

در تمام پنج ویدیوی همراه این کتاب، از بخش‌هایی واقعی از جلسات روان‌درمانی استفاده شده است که به شکلی مناسب تغییر داده شده‌اند. من به بازیگران آموزش دادم تا بیماران واقعی و وضعیت واقعی جلسه درمان را، به همان شکلی که در واقعیت اتفاق افتاده بود، به تصویر بکشند. با این کار، در نقش یک «کارگردان» با این بازیگران عمل کردم و با این ترتیب حاصل کار آنان شباهت قابل توجهی با بیماران واقعی‌ای پیدا کرده است که درمان‌شان کرده‌ام. این داستانواره‌ها را در متن اضافه کرده‌ام و پیش‌نهاد کرده‌ام که خواننده هر کدام از این موردهای بالینی را در کجای مطالعه متن ببیند، و گزارشی

هم درباره آن عرضه کرده‌ام تا برای خواننده روشن کند که در این ویدیوها کدام مطالب کتاب را مشاهده می‌کند. در طی این سال‌ها، بسیاری از فراگیران به من گفته‌اند که مشاهده کار کردن من با بیماران به آنان کمک کرده است تا بسیاری از نکاتی که در کتاب آورده‌ام را بهتر درک کنند.

---

### داستانواره ویدیویی را ببینید:

نشانه‌های ویدیو که در متن آمده است داستانواره‌ها را با عنوان و طول مدت‌شان معرفی می‌کند.

---

این ویدیوها را می‌توانید به طور برخط از نشانی [www.appi.org/Gabbard](http://www.appi.org/Gabbard) و با استفاده از اجراکننده ویدیویی همراه ببینید. ویدیوها برای نمایش توسط اغلب سیستم‌های عامل فعلی، از جمله سیستم‌های عامل گوشی‌های همراه، بهینه‌سازی شده‌اند.

### داستانواره‌های ویدیویی

#### فصل ۴: مداخلات درمانی

داستانواره ویدیویی ۱: انتقال شهوانی (۸:۳۰)

#### فصل ۶: کار کردن با مقاومت

داستانواره ویدیویی ۲: مدیریت مقاومت در درمان (۷:۴۵)

داستانواره ویدیویی ۳: خط پایان (۶:۵۷)

داستانواره ویدیویی ۴: بیماری که درمان را کنترل می‌کند (۹:۳۶)

#### فصل ۹: حل و فصل و پایان درمان

داستانواره ویدیویی ۵: موضوعات مرتبط با پایان‌بخشی (۶:۳۳)

## مقدمه نویسنده

اغلب بیماری‌هایی که برای روان‌درمانی روان‌پوشی مراجعه می‌کنند مشتاق‌اند که شنیده شوند، درک شوند، معتبر دانسته شوند<sup>۱</sup>، و به عنوان افرادی یک‌تا و همان‌طور که هستند به رسمیت شناخته شوند. هم‌چنین، آنان ممکن است احساس کنند که «چیزی» ذهن‌شان را درگیر کرده و باعث درماندگی‌شان می‌شود، اما نیاز به یک درمانگر دارند تا کمک‌شان کند بفهمند آن «چیز» چیست. روی‌کرد روان‌پوشی برای رسیدن به نیازهای این چنین بیماری‌ها کاملاً مناسب است. ویراست‌های اول و دوم این کتاب مقدماتی، که در سال‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۱۰ منتشر شدند، به عنوان راهی برای شروع به کار در زمینه روان‌درمانی روان‌پوشی، مورد پسند دستیاران روان‌پزشکی و سایر شاغلان به حرفه‌های مرتبط با سلامت روان، از جمله روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، مشاوران دارای پروانه کار، و پرستاران، قرار گرفت. در ویراست سوم این کتاب، من همان سنت خود را ادامه داده‌ام که می‌کوشم تا درمانگران تازه‌کار را با جنبه‌های بنیادین روی‌کرد روان‌پوشی مواجه کنم، و در همان حال آنان را به چالش بکشم تا به شکلی بسیار دقیق درباره پیچیدگی‌های بیماران‌شان بیاندیشند.

تمام فصل‌های این ویراست بازبینی شده‌اند تا پیش‌رفت‌های به‌دست‌آمده در این حوزه و داده‌های جدید مرتبط با درمان پوشی را در بر بگیرند. گرچه زمانی بود که درمان روان‌پوشی به شدت محتاج آن بود که اعتبار خود را به شکل تجربی و به وسیله کارآزمایی‌های شاهددار تصادفی شده نشان بدهد، اما اخیراً انتشار کارآزمایی‌های دقیقی که اثربخشی درمان روان‌پوشی را نشان می‌دهند افزایش معناداری پیدا کرده است. نوشتارگان<sup>۲</sup> مرتبط با شواهد تجربی حمایت‌کننده از این روی‌کرد را به فصل ۱، «مفاهیم اصلی»، و فصل ۲، «ارزیابی، موارد کاربرد و صورت‌بندی» اضافه کرده‌ام. فراگیر شدن ارسال پیام‌های متنی و نامه‌های الکترونیکی، رسانه‌های اجتماعی، و سایر ارتباطات فضای سایبری در کاربست روان‌درمانی نیز این ضرورت را ایجاد کرد تا در فصل ۳، «فوت‌وفن‌های روان‌درمانی» مطالبی را درباره فراخ شدن چارچوب درمان اضافه کنم.

در فصل‌های مختلف این کتاب تغییراتی داده‌ام تا پیش‌رفت‌های انجام‌شده در این حوزه را که به کار درمانگران پوشی مرتبط است در آن منعکس کنم. علاوه بر آن، مباحث نظری و تکنیکی که در

1- validated  
2- literature

ویراست اول آمده بود را هم شرح و بسط بیش تری داده‌ام. من هم چنان، به عنوان یک درمانگر، در حال رشد هستم و تفکر من را به شکل‌های مختلف بازبینی می‌کنم. این بازبینی‌ها خود را در تعدیل‌هایی که در این ویراست کتاب انجام شده نشان می‌دهند.

اغلب مطالب این کتاب از تجربه‌ام در جلسات هفتگی که در «کنفرانس موارد بالینی درمانگاه روان‌پزشکی بیلر» با فراگیرانی از تمام رشته‌های عمده سلامت روان دارم به دست آمده است. هر صبح چهارشنبه، یکی از فراگیران رشته‌های سلامت روان یک مسأله بالینی را که در روان‌درمانی به آن برخورد کرده است ارائه می‌دهد و این مسأله بالینی محملی برای تدریس در زمینه اصول تکنیک‌های خوب درمانی می‌شود. در هر یک از جلسات این کنفرانس‌های بالینی، به جای این که از پیش تصریح و مشخص کنم که چه موضوعاتی پوشش داده خواهد شد، به مشکلات و دشواری‌هایی می‌پردازم که فراگیران در عمل با آن مواجه هستند. این رویکرد آموزشی درباره دوره‌های<sup>۱</sup> شایعی که درمانگران مبتدی با آن روبه‌رو می‌شوند و نیازهایی که به عنوان یک دانش‌جو دارند، مطالب زیادی را به من آموخته است. سعی کرده‌ام این کتاب را با در نظر داشتن آن مشکلات بنویسم، طوری که درمانگران مبتدی احساس می‌کنند نمونه‌های بالینی و اصولی که در آن مثال‌های بالینی بیان شده‌اند مستقیماً در تجربه آموزشی‌ای که در زمینه روان‌درمانی دارند به کارشان می‌آید. همچنین، هنگام نوشتن این کتاب، مدیران آموزشی را هم در ذهن خود داشته‌ام، و امیدوارم که ایده‌های من درباره ارزیابی توانمندی دستیاران برای آنان در برنامه‌های آموزشی خودشان مفید باشد.

هیچ متن مختصری نمی‌تواند یک درمان پیچیده را به طور جامع پوشش بدهد. بنابراین، در فصل ۱ اصول نظری را به طور مختصر مرور کرده‌ام، و به خوانندگان توصیه می‌کنم که برای مطالعه دقیق‌تر درباره مدل‌های نظری عمده در روان‌پزشکی روان‌پوششی و رویکردهای مختلف به اختلالات روان‌پزشکی خاص، به کتاب دیگر، *روان‌پزشکی روان‌پوششی در کاربست بالینی*<sup>۲</sup>، ویراست پنجم (گابارد ۲۰۱۴)، مراجعه کنند. مطالعه این کتاب باید با آموزش تدریسی و جلسات هفتگی نظارت همراه باشد. روان‌درمانی روان‌پوششی درازمدت هنری است که نیازمند کسب آموزش و تجربه فشرده در این زمینه است، و تنها با کمک این روش‌های آموزشی اضافی است که می‌توان امیدوار بود کسی بتواند توانمندی لازم برای کاربرد این نوع درمان را به دست بیاورد.

محدودیت فضا مانع از آن شد که در این کتاب به بحث مسائل مالی سلامت روان یا مسائل موجود در انجام روان‌درمانی روان‌پوششی درازمدت در زمانه‌ای بپردازم که [پرداخت‌کنندگان] شخص ثالث به فضای خصوصی رابطه روان‌درمانی وارد می‌شوند. با وجود آن که منابع اختصاص داده‌شده به

---

1- dilemma

2- Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice

این کتاب نیز، توسط گروه مترجمان و زیر نظر مترجم همین کتاب، ترجمه شده و به زودی توسط انتشارات ارجمند منتشر خواهد شد [م].

درمان‌های روان‌پزشکی به طور کلی رو به کاهش است، اما هم‌چنان تعداد قابل توجهی از بیماران دنبال رابطه درمانی درازمدتی هستند که در فضای خصوصی آن رابطه حرفه‌ای رازدارانه احساس کنند که درک می‌شوند. به علاوه، اصولی که در کاربرد درمان پویایی درازمدت آموخته می‌شوند - هم‌دلی<sup>۱</sup>، هم‌پیمانی<sup>۲</sup> درمانی، معانی ناخودآگاه، انتقال، مقاومت، و تأثیر انتقال متقابل بالینگر - به شکلی کلی‌تر در تمام درمان‌های روان‌پزشکی، از جمله درمان‌های روان‌پزشکی بستری و ویزیت‌های دارویی، کاربرد دارند.

گرچه درمان پویایی می‌تواند به شکل گروهی، در خانواده‌درمانی یا زوج‌درمانی، و در کودکان و نوجوانان هم به کار برود، این کتاب تنها به درمان پویایی درازمدت انفرادی با بزرگسالان اختصاص داده شده است. وارد شدن به سایر این حیطه‌ها فراتر از محدودیت‌های فضایی بود که در تألیف این کتاب باید رعایت می‌کردم. هم‌چنین، در این کتاب به بحث ترکیب دارو با روان‌درمانی هم نپرداخته‌ام، چرا که این موضوع آن‌چنان گسترده است که نمی‌توانستم در قالب یک «بخش مکمل» در این کتاب به آن پردازم.

حتی خودِ درمان پویایی درازمدت انفرادی با بزرگسالان هم درمانی بسیار متنوع است. روی‌کرد نظری‌ای که درمانگر در آن آموزش دیده است، به نوبه خود، نوع مفهوم‌سازی او از مشکلات بیمار و نحوه به‌کارگیری مداخلات درمانی توسط او را تعیین می‌کند. علاوه بر آن، شخصیت درمانگر هم مؤثر خود را بر درمانی که انجام می‌دهد می‌زند. بنابراین، محال است که در یک کتاب بتوان تمام روی‌کردهای روان‌درمانی روان‌پویایی درازمدت را پوشش داد. روی‌کردی که در این کتاب ارائه شده است بر مبنای مدل‌های نظری مختلفی است که نشان‌دهنده تکرر امروزی موجود در این حوزه و سنتز خودم از این چارچوب‌های مفهومی متنوع است. نوع درمانی که در این کتاب آموزش داده شده است سبک شخصی من در درمان را نشان می‌دهد که در طی بیش از چهل سال تجربه انجام روان‌درمانی شکل گرفته و تکامل پیدا کرده است. در طی این مدت، بسیاری چیزها را از راه آزمون و خطا آموخته‌ام. برخی خوانندگان با شیوه کار من مخالفت‌هایی خواهند داشت که معتبر است، و این تفاوت‌های موجه در دیدگاه‌ها را کاملاً می‌پذیرم.

باید از همکاران و دانش‌جویانی که در این سال‌ها داشته‌ام قدردانی ویژه کنم. آنان اشتیاق‌ام برای آموزش و درمان بیماران را هر روزه زنده نگاه داشته‌اند. من شانس آن را دارم که در محیطی کار کنم که در آن حمایت متقابل، شوخ‌طبعی پسندیده، و خود را وقف مراقبت از بیماران کردن قاعده هر روزه است. هم‌چنین، مایل‌ام به طور خاص از بعضی همکاران و فراگیران برجسته‌ام تشکر کنم که مطالب برخی از داستانهای این کتاب را فراهم کردند. از جمله کسانی که این نقش را داشتند باید دکترها علی اصغر- علی، فی براون، کیم- لان چلوستا، گبریل هابیدی، کریستین کاساو، تریزا لائو، ربکا مکسول،

1- empathy  
2- therapeutic alliance

و ذنبیل راجرز را نام ببرم. علاوه بر آن، مایل‌ام مراتب قدردانی خود را به چهار بازیگر حرفه‌ای تراز اول - شنون امریک، جان فریژر، کلی کانکل و مایکل مک‌گوییرک - ابراز کنم که توانستند جان کلام را در آنچه می‌خواستم از بیماران‌ام منتقل کنم، به میزانی قابل‌توجه در تصویرگری‌شان در ویدیوهای همراه این کتاب به نمایش بگذارند. هم‌چنین، به خاطر مهارت، بردباری، و توجه دقیق به جزئیات در تهیه ویدیوها، خودم را وام‌دار آقای اریک آرنولد می‌دانم. هم‌چنین، باید از دکتر لورا رابرتز، سرویراستار «انتشارات انجمن روان‌پزشکی امریکا»، و جان مک‌دافی، ناشر همراه، برای حمایت قاطع و مشورت‌های خردمندانه‌شان در طی تهیه کتاب به طور ویژه تشکر کنم. تهیه این کتاب هم مانند اغلب پروژه‌های تألیفی حاصل کار گروهی بوده است. جیل کریگ نسخه‌های متعددی از کتاب را با اشتیاق و مهارتی تایپ کرد که انگیزه‌بخش بود. در پایان، می‌خواهم مراتب قدردانی خود را، به خاطر مشارکت اندیشمندانه درباره نحوه آموزش درمان روان‌پوشی به فراگیران مبتدی، به هالی کریپس - هن ابراز کنم که به عنوان استاد همراه در «کنفرانس موارد بالینی درمانگاه روان‌پزشکی بیلر» در کنارم بوده است.

برای روان‌درمانگران، بیماران مهم‌ترین آموزگاران‌شان هستند. بنابراین، می‌خواهم مراتب قدردانی خود را به بیماران‌ام ابراز کنم که این امتیاز را به من دادند که خصوصی‌ترین درگیری‌های زندگی‌شان را با من در میان بگذارند و در اندوه‌ها و شکست‌های شخصی‌شان به من اعتماد کردند. آنان در طی سالیان کار من بیش از هر استاد و همکارم به من آموخته‌اند. از آنان برای تحمل خطاهایی که در دقت، قضاوت، زمان‌شناسی، و تعبیر<sup>1</sup> داشته‌ام، و برای بردباری‌شان در زمانی که هنر روان‌درمانی روان‌پوشی درازمدت را می‌آموختم تشکر می‌کنم.

## منبع

Gabbard GO: Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, 5<sup>th</sup> Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2014



## مفاهیم اصلی

خانم الف، زنِ متخصص ۳۸ ساله، در آخرین ماه از فرایندِ روان‌درمانیِ پویشیِ درازمدت خود که ۴ سال و ۴ ماه طول کشیده بود، دربارهٔ تجربهٔ خود از درمان با درمانگرش حرف زد.

خانم الف: فکر می‌کنم که حالا می‌فهمم چرا درمان‌ام این‌قدر طول کشید.

درمانگر: منظورتان چیست؟

خانم الف: خوب، حالا که به گذشته نگاه می‌کنم، متوجه می‌شوم که بخش زیادی از وقت‌ام را در این‌جا صرفِ این‌کردم که از خودم و از شما فرار کنم. خجالت می‌کشتم این‌را به شما بگویم، اما احساس می‌کنم که تا حدود یک سال اول، اغلبِ وقت‌ام را صرفِ این می‌کردم که شما را تحت تأثیر قرار بدهم تا من را فردی نسبتاً سالم و دوست‌داشتنی ببینید. یک زمانی متوجه شدم که دارم این موقعیت‌طلایی را از دست می‌دهم که در آن می‌توانم کسی را داشته باشم که واقعاً، خوب و بدِ مرا، در یک رابطهٔ بدون قضاوت و پذیرنده بشناسد. نمی‌دانم در چه جای دیگری می‌توان چنین روزهایی را پیدا کرد. بالاخره سپر خودم را پایین گذاشتم و شروع کردم به این‌که همه چیز را به شما بگویم.

درمانگر: یادم هست.

خانم الف: موضوع جالب این است که آن چیزی که من فکر می‌کردم «همه چیز» است فقط شروع کار بود. وقتی فکر می‌کردم به طبقهٔ هم‌کفِ روان‌ام رسیده‌ام، کمک‌ام کردید تا بینم در زیر آن طبقهٔ هم‌کفِ زیرزمین‌ها، غارها، و مخفیگاه‌های تاریکی وجود دارد که اصلاً از وجودشان خبر نداشتم. روان‌درمانی‌مان مرا به جاهایی برد که نمی‌خواستم بروم.

درمانگر: واقعاً؟

خانم الف: خوب، آن موقع نمی‌خواستم به آن‌جا بروم، اما حالا... خوش‌حالم که این‌کار را کرده‌ام. حالا خودم را عمیقاً می‌شناسم، طوری که تا پیش از این فکر نمی‌کردم ممکن باشد، و شناختِ خودم به این علت ممکن شد که شما چیزهایی را دربارهٔ من می‌دیدید که خودم نمی‌دیدم. فکر کنم اولین بار در تمام زندگی‌ام است که

احساس می‌کنم در پوستِ خودم زندگی می‌کنم، نه این که صرفاً به مردم چیزی را بدهم که آنان از من انتظار دارند.

همان‌طور که این بیمارِ قدردان بیان کرد، اغلب نمی‌توان ارزشِ روان‌درمانی روان‌پوشی درازمدت<sup>۱</sup> (LTPP) را به‌طور کامل شناخت، مگر زمانی که درمان به پایان خود نزدیک شود و در آن زمان فرد به گذشتهٔ این فرایند نگاه کند. وارد شدن به این شکل از درمان دله‌ره‌آور است، و روند درمان اغلب برخلاف جهتی است که بخواهد به فرد احساس امنیت بدهد. هر چند بسیاری از افراد به‌طور شهودی می‌دانند که شکل‌های کوتاه‌مدت‌ترِ درمان نه به خودشان پاسخی را می‌دهد که انتظارش را دارند و نه به روان‌درمانگر متبحر وقتِ کافی می‌دهد تا بتواند آنان را عمیقاً، آن‌طور که آرزو دارند شناخته شوند، بشناسد. در واقع، با افزایشِ مدتِ درمان رضایت بیماران بیش‌تر می‌شود (گزارش‌های مصرف‌کنندگان ۱۹۹۵). در دوره و زمانهٔ «راه‌حل‌های مقطعی» و تقلیل‌گراییِ ژنتیک<sup>۲</sup>، روان‌درمانیِ پوشی درازمدت هم‌چنان ارزش خود را حفظ کرده است.

با این حال و با وجود تداوم محبوبیت این نوع درمان، برداشت‌های نادرستِ زیادی دربارهٔ آن وجود دارد. تصورات غلطِ معمول دربارهٔ این درمان شامل موارد زیر است:

۱. درمانگرِ روان‌پوشی عمدتاً ساکت است.
۲. پیش‌رفتِ درمان در نتیجهٔ پالایش‌های<sup>۳</sup> عاطفی پرسروصدا، و زمانی رخ می‌دهد که یک خاطرهٔ واپس‌زده<sup>۴</sup> ناگهان آشکار می‌شود.
۳. تمرکز اصلی این درمان بر سکسوالیتهٔ بیمار است.
۴. تمام واکنش‌های بیمار نسبت به درمانگر تحریف و وضعیت فعلی بر مبنای روابط گذشتهٔ بیمار است.
۵. این نوع درمان پایان‌ناپذیر و بی‌نتیجه است (شبیه درمان قهرمانان فیلم‌های وودی آلن).
۶. درمانگرِ روان‌پوشی مثل یک صفحهٔ سفید با صورت سنگی است که از احساس‌ها و واکنش‌های شخصی خود نسبت به بیمار هیچ چیزی را افشا نمی‌کند.
۷. درمانگرِ روان‌پوشی هرگز عقیده‌ای ابراز نمی‌کند که حامل قضاوتی دربارهٔ گفته‌های بیمار باشد.

گرچه درمان روان‌پوشی درازمدت از روان‌کاوی مشتق شده است، اما حتی نحوهٔ کار خودِ فروید هم با این سوءبرداشت‌های گوناگونی که دربارهٔ درمان روان‌پوشی وجود دارد تفاوت چشم‌گیر داشته

1- long-term psychodynamic psychotherapy

2- genetic reductionism

3- catharsis

4- repressed

است. درمانگر روان‌پویشی معاصر بیش‌تر امکان دارد که فعالانه درگیر بیمار شود، از نظر هیجانی با حالات عاطفی بیمار هم‌نوایی کند، تصویرش شبیه درمانگر منفعلی نیست که صورت سنگی دارد، وقتی مفید باشد پرحرف است، و به سهم خودش در این‌که بیمار او را چگونه ادراک می‌کند توجه دارد. هم‌چنین، به ندرت از رازگشایی‌های چشم‌گیر و پرسروصدا از گذشته عمیقاً دفن‌شده‌ی بیمار آگاه است. اگر بخواهیم ویژگی‌های روان‌درمانی روان‌پویشی درازمدت معاصر را مشخص کنیم، می‌توانیم این تعریف را برای آن ارائه بدهیم که تا حدودی مبتنی بر مفهوم‌سازی فوناگی (۲۰۱۵) است: مجموعه‌ای از روان‌درمانی‌ها که بعضی از آن‌ها به طور خاص برای اختلالات مختلف طراحی شده‌اند و بعضی دیگر شکلی عمومی‌تر دارند، و مبتنی بر درکی موشکافانه از ذهنیت (سوژکتیویته) انسان و چگونگی تعامل آن با روابط فرد با محیط بیرونی و درونی او است. این نوع درمان در طیفی از مداخلات انجام می‌شود که یک سمت آن مداخلات ابرازگرانه (بیانی)<sup>۱</sup> یا تعبیری<sup>۲</sup> است و سمت دیگر آن مداخلات حمایتی<sup>۳</sup> یا هم‌دلانه است. این نوع درمان به تعارض ناخودآگاه، بازنمایی‌های درونی رابطه‌ها<sup>۴</sup>، و معانی فردویژه<sup>۵</sup> و پیچیده‌ای که متصل به تجربه‌ها هستند می‌پردازد. هم‌چنین، این درمان به جست‌وجوی حقیقت درباره «خود» و ارتقای حس اصالت در فرد نیز می‌پردازد. مدل‌های مفهومی که در این درمان کاربرد دارند شامل روان‌شناسی «من» (ایگو)، نظریه روابط ابژه، نظریه بینادذهنیت<sup>۶</sup>، روان‌شناسی «خود» و نظریه دل‌بستگی است.

بلاگیس و هیلسن‌راث (۲۰۰۰)، در مرور خود بر مقالات تطبیقی فرایند روان‌درمانی، هفت تکنیک را مشخص کردند که روان‌درمانی روان‌پویشی را از درمان شناختی- رفتاری (CBT) متمایز می‌کند. این ویژگی‌ها در جدول ۱-۱ خلاصه شده‌اند.

#### جدول ۱-۱. ویژگی‌های متمایزکننده تکنیک‌ها در روان‌درمانی روان‌پویشی

- تمرکز بر عاطفه<sup>۱</sup> و ابراز هیجان
- کاوش کردن در تلاش‌هایی که فرد برای اجتناب از جنبه‌هایی از تجربه انجام می‌دهد
- تشخیص دادن بن‌مایه‌ها<sup>۲</sup> و الگوهای تکرارشونده
- بحث درباره تجربه‌های گذشته
- تمرکز بر روابط بین‌فردی
- تمرکز بر رابطه درمانی
- کاوش در آرزوها، رؤیاها، و فانتزی‌ها

1- expressive  
 2- interpretive  
 3- supportive  
 4- internal representations of relationships  
 5- idiosyncratic  
 6- self  
 7- intersubjective theory  
 8- affect  
 9- theme

برحسب نیاز بیماران، ممکن است برخی از این ویژگی‌ها کم‌تر یا بیش‌تر، مورد استفاده قرار بگیرند. ویژگی شاخص دیگر در روان‌درمانی روان‌پوشی تمرکز آن بر جنبه‌هایی است که برای هر بیمار یک‌تا، فردویژه، و متفاوت است. درمانگران روان‌پوشی می‌دانند که هر بیمار زندگی‌ای داشته که شبیه هیچ فرد دیگری نیست، و فنون و راه‌بردهای درمانی را برحسب ویژگی‌های فردی هر بیمار تنظیم می‌کنند.

زمانی منظور از درمان روان‌پوشی درازمدت<sup>۱</sup> فرایندی بود با پایان کاملاً باز که نقطه پایانی مشخصی نداشت، اما امروزه درمان‌هایی وجود دارند که شامل ۴۰ تا ۵۲ جلسه‌اند و از ابتدا نقطه پایانی مشخصی دارند، و با این حال بسیاری از همان اصول درمان روان‌پوشی درازمدت را به کار می‌برند (باربر و همکاران ۱۹۹۷؛ سوارتبرگ و همکاران ۲۰۰۴؛ وینستون و همکاران ۱۹۹۴). در دوره استیلیا مراقبت مدیریت شده، که ممکن است حداکثر تعداد جلسات مجاز ۸ تا ۱۲ جلسه باشد، درمان‌های با زمان محدود<sup>۲</sup> ۴۰ تا ۵۲ جلسه‌ای را قطعاً باید ذیل عنوان عمومی درمان درازمدت قرار بدهیم. بنابراین، دو طبقه درمان داریم: ۱) درمان‌های با زمان محدود، که در آن‌ها تعداد جلسه‌ها از پیش معین است، و ۲) درمان‌های با پایان باز که طوری طرح‌ریزی شده‌اند که به طور طبیعی در زمان خود پایان یابند. برای ارائه تعریفی از این درمان‌ها مجبوریم مرزی دل‌بخواهی قائل شویم. با آگاهی کامل از دل‌بخواهی بودن این نقطه قطع، من در این کتاب درمان‌هایی را که بیش از ۲۴ جلسه یا ۶ ماه طول بکشند درمان درازمدت در نظر می‌گیرم.

مجموعه‌ای از نظریه‌ها و اصول بنیادین وجود دارند که اساس درمان روان‌پوشی را تشکیل می‌دهند، و آن‌ها را در کتاب دیگر خود، با عنوان *روان‌پزشکی روان‌پوشی در کاربست بالینی*، چاپ پنجم، به طور مفصل مرور کرده‌ام (گابارد ۲۰۱۴). در این جا مروری مختصر بر آن‌ها ارایه می‌کنم تا این مفاهیم بنیادین و کاربردهای نظری‌شان را نشان دهم (جدول ۱-۲).

## جدول ۱-۲. اصول پایه‌ای روان‌درمانی روان‌پوشی

- بخش اصلی حیات ذهنی انسان ناخودآگاه است.
- تجربه‌های دوران کودکی در همراهی با عوامل وراثتی است که شخصیت فرد بزرگسال را شکل می‌دهد.
- انتقال بیمار نسبت به درمانگر یک منبع اساسی برای [کسب اطلاعات درباره بیمار و] درک او است.
- انتقال متقابل درمانگر به درک آن‌چه بیمار در دیگران القا می‌کند کمکی ارزشمند می‌کند.
- مقاومت بیمار نسبت به فرایند درمان یکی از کانون‌های اصلی است که درمان بر آن تمرکز دارد.
- دردشانه‌ها و رفتارهای بیمار کارکردهای متعددی دارند و به وسیله نیروهایی مرکب<sup>۲</sup> تعیین می‌شوند که غالباً ناخودآگاه هستند.
- درمانگر روان‌پوشی به بیمار کمک می‌کند تا به حس اصالت و یک‌تایی خود دست پیدا کند.

## مفاهیم اصلی روان‌درمانی روان‌پویشی

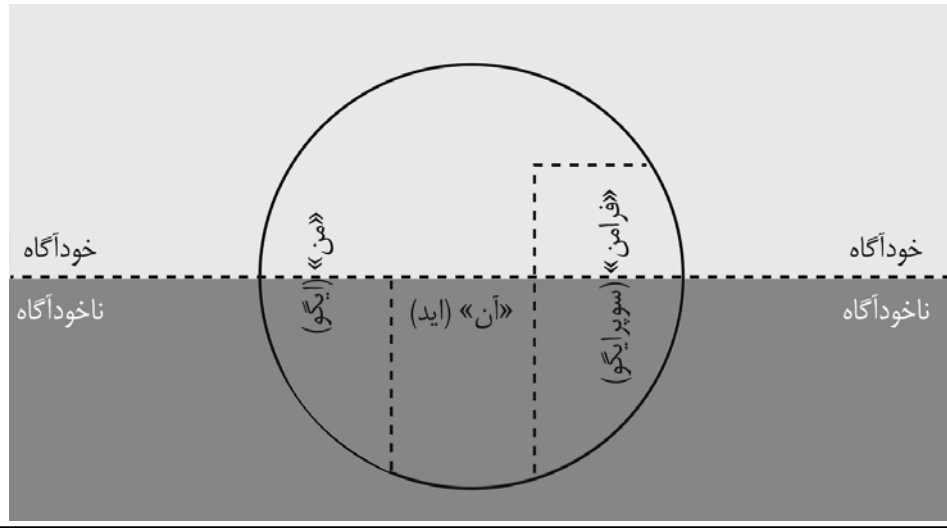
### کارکرد ذهنی ناخودآگاه

فروید ذهن ناخودآگاه را کشف نکرد، اما او بود که نظریه و تکنیکی را شرح و بسط داد که به ناخودآگاه اهمیت اساسی می‌داد. تأکید بر حیاتِ ذهنیِ ناخودآگاه هم‌چنان در مرکز روان‌کاوی یا روان‌درمانی روان‌پویشی قرار دارد. با این حال، از زمان نخستین نوشته‌های فروید تاکنون، طرز فکر ما درباره کارکردِ ذهنیِ ناخودآگاه تغییر و تکامل قابل توجه پیدا کرده است. فروید ابتدا بر مدل مکان‌نگارانه<sup>۱</sup> ذهن تمرکز کرد. بر اساس این مدل، ذهن شامل سلسله‌مراتبی از حوزه‌های لایه‌لایه خودآگاه، پیش‌آگاه و ناخودآگاه است. محتوای ناخودآگاه را نمی‌توان به سادگی به آگاهی فرد آورد، اما محتوای پیش‌آگاه، به سادگی و با متمرکز کردن توجه فرد به آن، قابل بازیابی است. بخش اصلی نوشته‌های فروید بر «ناخودآگاه» تمرکز دارد، که خزانه‌ای است حاوی محتوایی که چون می‌توانند ایجاد تعارض کنند، به شکلی پویا واپس زده شده و بیرون از آگاهی فرد نگاه داشته می‌شوند. رویکرد اولیه فروید در روان‌کاوی به این شکل بود که سعی می‌کرد محتوای ناخودآگاه را به سطح بیاورد و از سد واپس‌زنی بگذراند، تا با این کار بتوان آن محتوای ناخودآگاه را بررسی و درک کرد. فروید خیلی زود متوجه شد که [از حالت واپس‌زده در آوردن و] واپس‌زدایی<sup>۲</sup> خاطرات با استفاده از وارهاش<sup>۳</sup> های روان‌پالاینده<sup>۴</sup> باعث ایجاد تغییرات پایدار نمی‌شود.

مدل فروید به تدریج پیچیده‌تر شد، تا این که در سال ۱۹۲۳ با معرفی نظریه ساختاری<sup>۵</sup> سه‌بخشی خود برای ذهن، که شامل «من» (ایگو)، «آن» (اید)، و «فرامن» (سوپرایگو) بود، به حد نهایت خود رسید (فروید ۱۹۲۳ / ۱۹۶۱). در مدل ساختاری، «من» (ایگو) متمایز و جدا از رانه‌های پرخاشگرانه یا جنسی دانسته می‌شود. اجزای خودآگاه «من» (ایگو) شامل کارکردهای اجرایی ذهن، مانند تصمیم‌سازی، یک‌پارچه‌سازی داده‌های ادراکی، و محاسبه‌های ذهنی است. اجزای ناخودآگاه «من» (ایگو) عمدتاً شامل سازوکارهای دفاعی است که برای مقابله با رانه‌های غریزی قدرتمندی که در «آن» (اید) انباشته است تعبیه شده‌اند. سکسوالیته و پرخاشگری به عنوان رانه‌های پایه‌ای در نظر گرفته می‌شوند، و «من» (ایگو) باید به طور دفاعی تلاش زیادی کند تا جلوی مختل شدن کارکرد فرد به وسیله این رانه‌ها را بگیرد.

---

1- topographic model  
 2- derepression  
 3- abreaction  
 4- cathartic  
 5- structural theory  
 6- drive



شکل ۱-۱. مدل ساختاری.

تذکر. با هدف ساده‌سازی شکل، پیش‌آگاه در آن نشان داده نشده است.

منبع.

Reprinted from Gabbard GO: *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2014. Used with permission.

همان‌طور که در شکل ۱-۱ نشان داده شده است، «آن» (اید) به‌تمامی ناخودآگاه است و هم به وسیله اجزای ناخودآگاه «من» (ایگو) و هم به‌وسیله عامل سومی به نام «فرامن» (سوپرایگو) کنترل می‌شود. «فرامن» (سوپرایگو) غالباً ناخودآگاه است و درونی‌سازی ارزش‌های اخلاقی والدین و دیگران در محیط فرد را بازنمایی می‌کند. گاهی اوقات «فرامن» (سوپرایگو) را به آرمان «من» (آرمان ایگو)<sup>۱</sup> و وجدان اخلاقی<sup>۲</sup> تقسیم‌بندی می‌کنند. آرمان «من» (آرمان ایگو) نهی می‌کند (یعنی حکم می‌کند که فرد، بر اساس نظام ارزشی‌اش، چه کارهایی نباید بکند)، در حالی که وجدان اخلاقی یا «فرامن» (سوپرایگو) راستین<sup>۳</sup> تجویز می‌کند (یعنی حکم می‌کند که فرد چه کاری باید انجام بدهد).

مدل ساختاری زمینه را برای تبیین نظریه‌ای درباره‌ی تعارض ناخودآگاه فراهم می‌کند. این سه عامل درون‌روانی، یعنی «آن» (اید)، «من» (ایگو)، و «فرامن» (سوپرایگو)، در تعارضی مداوم با یکدیگر حول ابراز کردن و برون‌ریزی<sup>۴</sup> سکسوالیته و پرخاشگری هستند. تعارض بین این عوامل منجر به ایجاد اضطراب هشداردهنده<sup>۵</sup> می‌شود. این نوع اضطراب هشدار می‌دهد که برای مهار کردن ابراز

1- ego ideal  
2- moral conscience  
3- proper superego  
4- discharge  
5- signal anxiety