

روان‌درمانی تحلیلی، راهنمای بالینی

فهرست

مقدمه مترجمان	۹
پیش‌گفتار	۱۳
استفاده از این راهنما	۱۵
مقدمه	۱۷

بخش اول: روان‌درمانی تحلیلی چیست؟

درمانی برای یک ذهن در حرکت	۲۳
روان‌درمانی تحلیلی چگونه کار می‌کند؟	۳۱

بخش دوم: ارزیابی

ایجاد یک فضای امن و شروع ارزیابی	۴۳
سنجش حوزه‌های کارکرد	۵۷
صورت‌بندی اولیه	۸۵
موارد کاربرد روان‌درمانی تحلیلی	۹۹

بخش سوم: شروع درمان

رضایت آگاهانه و هدف‌گذاری مشترک	۱۱۵
تعیین چارچوب و ایجاد مرزها	۱۲۷
ایجاد اتحاد درمانی	۱۴۵
ختی بودن درمانی	۱۵۷
اجرای یک جلسهٔ درمانی	۱۶۹
احساسات بیمار نسبت به ما و احساسات ما نسبت به بیمار	۱۸۱
گوش دادن همدلانه	۱۹۳
جست‌وجوی معنا	۲۰۵
دارو و روان‌درمانی	۲۱۱

بخش چهارم: گوش کنید/ تعمق کنید/ مداخله کنید

گوش دادن را بیاموزیم	۲۲۵
تعمق کردن را بیاموزیم	۲۳۳
مداخله کردن را بیاموزیم	۲۴۷

بخش پنجم: اجرای روان‌درمانی تحلیلی: تکنیک

عاطفه	۱۹
تداعی آزاد و مقاومت	۲۰
انتقال	۲۱
انتقال متقابل	۲۲
تعارض ناخودآگاه و دفاع	۲۳
رؤیاها	۲۴

تمرینی برای بخش پنجم - «ریزپردازش لحظه» (microprocess moment) -
درک یک لحظه از درمان

بخش ششم: تحقق اهداف درمانی

بهبود ادراک خویشتن و توانایی تنظیم عزت‌نفس	۲۵
بهبود رابطه با دیگران	۲۶
بهبود سازگاری با استرس	۲۷
بهبود کارکردهای شناختی	۲۸

بخش هفتم: حل و فصل درمانی و پایان درمان

حل و فصل درمانی	۲۹
خاتمه درمان	۳۰

تمرینی برای بخش شش و هفت: «کلان پردازش چکیده» -
درک نحوه تغییر در درمان

ادامه یادگیری	۳۱
ضمیمه اول: نحوه استفاده از روان‌درمانی تحلیلی: راهنمای بالینی برای دانش‌پژوهان	۵۱۳
ضمیمه دوم: نمونه‌ای برای ارزیابی ریزپردازش	۵۲۳
ضمیمه سوم: منبع آموزشی پس ارزیابی روان‌درمانی تحلیلی (PEPPER)	۵۲۵
منابع مطالعاتی پیشنهادی	۵۲۹
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۵۴۵
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۵۴۷

مقدمه مترجمان

"زندگی واقعاً ساده است اما ما سعی در پیچیده کردنش داریم."

کنفسیوس

"روان‌درمانی تحلیلی" کتابی ارزنده است که به نظر ما جای خالی آن در منابع محدود فارسی زبان مشهود بود. کابانیس و همکارانش با تمرکز بر کار بالینی و تکنیک، کتابی تنظیم کرده‌اند که به شکل فوق‌العاده خلاقانه‌ای کار پیچیده و عمیق روان‌درمانی تحلیلی را به‌طور شفاف در دسترس علاقه‌مندان این رشته قرار داده است. با اجازه مؤلف، تصمیم گرفتیم که نام این کتاب را به جای "روان‌درمانی پویا" یا "روان‌درمانی پویشی" که به زبان انگلیسی "سایکودینامیک سایکوتراپی" است را به "روان‌درمانی تحلیلی" که معادل "سایکوانالیتیک سایکوتراپی" است ترجمه کنیم. علت عمده این انتخاب وجود دریافتی اشتباه در تعاریف و معانی واژگان تحلیلی در ایران است.

فرهنگ غالب در جامعه روان‌درمانی، و به شکل مشخص در حوزه دانشگاهی در ایران، بین "روان‌درمانی تحلیلی" و "روان‌درمانی پویشی" تمایزی قایل است. از این منظر، "روان‌درمانی تحلیلی" مشتقی از "روانکاوی" و درمانی غیرعلمی و "روان‌درمانی پویشی"، درمانی مبتنی بر شواهد و عمدتاً متمرکز بر یک مشکل و کوتاه‌مدت است. این منظر، به باور ما، تفکری اشتباه و احتمالاً نشانگر تعارض حل‌نشده جامعه دانشگاهی ایران در مورد جایگاه "روانکاوی" و قدرت تأثیرگذاری آن در حوزه روان‌درمانی است. حقیقت امر این است که "سایکودینامیک سایکوتراپی" و "سایکوانالیتیک سایکوتراپی" عملاً واژگان یکسانی هستند که در کشورهای دیگر بدون هیچ تمایزی به کار گرفته می‌شوند. بدین ترتیب هدف اصلی ما از انتخاب واژه "روان‌درمانی تحلیلی"، تلاشی در جهت معکوس کردن این روند اشتباه است، چرا که استفاده از واژه "روان‌درمانی پویشی" می‌توانست به شکلی ناخواسته، تبانی کردن با این تمایز غالب ولی غلط باشد. با این مقدمه، لازم می‌دانیم توضیحی کوتاه در مورد تاریخچه به وجود آمدن "روان‌درمانی تحلیلی" از دل "روانکاوی" و تمایز این دو روش درمانی بدهیم.

شروع روانکاوی در اروپا به‌طور غالب در مطب خصوصی و کار بالینی سرپایی شکل گرفت. در دهه ۳۰ و ۴۰ میلادی و هم‌زمان با جنگ جهانی دوم، مهاجرت شماری از روانکاوان برجسته اروپایی به آمریکا برای حفظ جان‌شان موجب شد که روانکاوی به‌سرعت، درمان غالب در مراکز دانشگاهی شود. در بیمارستان و کلینیک‌های دانشگاهی، روانکاوان با بیمارانی روبه‌رو می‌شدند که مشکلات جدی‌تر و متنوع‌تری نسبت به مراجعان سرپایی مطب‌های خصوصی داشتند. با توجه به اینکه نیاز بسیاری از این بیماران در چارچوب تکنیکی خنثی و نسبتاً غیرفعال روانکاوا برآورده نمی‌شد، از دل روانکاوی، روان‌درمانی تحلیلی شکل گرفت. به جای ۴-۵ بار در هفته، جلسات محدود به ۲-۱ بار در هفته شد و

درمانگر نقش فعال‌تری پیدا کرد. بدین ترتیب، فرزند روان‌کاوی که وارث اصول اصلی مفاهیم روان‌کاوی بود، صاحب طیف گسترده‌ای از "روان‌درمانی حمایتی" تا "روان‌درمانی بینش‌گرا" شد و به تدریج و به شکل فزاینده‌ای هویت نسبتاً مستقلی با نام جامع‌تر "روان‌درمانی تحلیلی" یا همان "روان‌درمانی پویا" را پیدا کرد.

طی سال‌ها روان‌درمانی تحلیلی به‌عنوان درمانی کارآمد و مستقل از روان‌کاوی مسیری پرفراز و نشیب را برای به دست آوردن هویت خود طی کرده است. نگاه روان‌کاوان آمریکایی و اروپایی هم در این مورد متفاوت است، برخی این نوع درمان را درمانی کاملاً مستقل دانسته و برخی دیگر تمایز زیادی از لحاظ اصول کلی بین روان‌کاوی و روان‌درمانی تحلیلی قایل نمی‌شوند. رابطه "روان‌کاوی" و "روان‌درمانی تحلیلی" در ایران ولی شکل دیگری دارد. در حال حاضر در ایران، هیچ مؤسسه‌ای که بتواند "روان‌کاوی" به معنی خاص کلمه تربیت کند وجود ندارد و شاید به همین دلیل و یا به دلیل ناشناخته بودن "روان‌درمانی تحلیلی" برای عموم، اکثر کسانی که کار تحلیلی می‌کنند، خود را روان‌کاوی می‌نامند. این پیش‌داشت روان‌درمانگران تحلیلی ایرانی، در مقایسه با هم‌تایان فرنگی خود، پیش‌دستی واگرایانه ولی قابل درک است.

از نقطه‌نظر انجمن روان‌کاوی بین‌المللی (آی‌پی‌ای)، دوره جامع روان‌کاوی (مدل آیتینگتن) شامل حداقل ۴۰۰ ساعت کلاس‌های نظری، حدوداً ۲۴۰ ساعت سوپرویزن گروهی ادامه‌دار، داشتن ۳-۴ مورد روان‌کاوی (آنالیزند) که هر کدام حداقل ۴ بار در هفته برای ۲۰۰ ساعت روان‌کاوی دیده شده باشند و به ازای هر آنالیزند حداقل ۵۰ ساعت سوپرویزن هفتگی گرفته شده باشد. هر ۶ ماه برای هر آنالیزند باید فرایند روان‌کاوی نوشته شود و نهایتاً با تأیید سوپروایزر مربوطه و تأیید کمیته پیشرفت روان‌کاوی هر آنالیزند مورد تأیید نهایی قرار می‌گیرد. هر کاندید روان‌کاوی خود باید تحت روان‌کاوی حداقل ۴ بار در هفته باشد. با در نظر گرفتن الزامات دیگر، در عمل آموزش روان‌کاوی جامع به‌طور متوسط ۵-۷ سال طول می‌کشد. فردی که با موفقیت این دوره را سپری کند، روان‌کاوی گواهی‌دار (سرتیفاید آنالیست) نامیده می‌شود. همان‌طور که مشاهده می‌کنید، دوره جامع روان‌کاوی نیازمند سرمایه‌گذاری جدی زمانی، روانی و مالی می‌باشد.

در مورد آموزش "روان‌درمانی تحلیلی" مانند آموزش "روان‌کاوی" برنامه آموزشی مشخص و معین وجود ندارد و بسته به مرکز آموزشی دارای شرایط متفاوت است. به‌طور کلی دوره آموزشی "روان‌درمانی تحلیلی" شامل این موارد است: حدود ۲۰۰ ساعت کلاس‌های نظری به مدت دو سال، درمان شخصی به مدت بیشتر از ۲۵۰ ساعت حداقل دوبار در هفته، تجربه درمان مراجع حداقل ۷۵۰ ساعت که برای آن حداقل ۱۵۰ ساعت سوپرویزن انفرادی و ۱۰۰ ساعت سوپرویزن گروهی گرفته باشد.

پرداختن به شرح تفاوت‌های "روان‌کاوی" و "روان‌درمانی تحلیلی" کاری است که از حوصله این فضا خارج است. بسته به رویکرد و وابستگی به مرکز آموزشی یا مؤسسه خاص، روان‌کاوان مختلف،

نقطه‌نظرات متفاوت در این مورد دارند. در اینجا، تنها به چند نکته اشاره می‌کنیم:

- **تعدد جلسات در هفته:** در حال حاضر انجمن روانکاوای بین‌المللی ۴ جلسه در هفته یا بیشتر را یک شرط لازم برای تعریف روانکاوای و تمایز آن از روان‌درمانی تحلیلی می‌داند. مشخصاً مؤسسات دیگری هستند که حداقل ۳ بار در هفته را برای کار روانکاوای مناسب می‌دانند. تعداد جلسات در روان‌درمانی تحلیلی معمولاً ۱ یا ۲ بار در هفته است.

- **استفاده از کاناپه روانکاوای:** در روان‌درمانی تحلیلی به جای دراز کشیدن روی کاناپه روانکاوای، مراجع معمولاً روبه‌روی درمانگر می‌نشیند. اگرچه دراز کشیدن بر روی کاناپه و نداشتن تماس چشمی واپس‌روی (ریگرشن) را تسهیل می‌کند، ولی برای بعضی از بیماران می‌تواند ضد درمانی شود و به‌طور کلی این اتفاق‌نظر وجود دارد که در روانکاوای هم استفاده از کاناپه برای همه مراجعان لازم نیست.

- **نوع آموزش درمانگر:** تعلیم جامع و رسمی روانکاوای با استانداردهای معتبر لازمه این حرفه است. در عین حال، از میان درمانگرانی که از روانکاوایان سوپرویزن می‌گیرند، افرادی هستند که توانایی کار بالینی‌شان هم‌تراز روانکاوایان گواهی‌دار است. از آنجایی که عموماً درمانگران نمی‌توانند برای یک مراجع خود، بیش از آنچه که خود در هفته جلسات درمانی داشته‌اند، جلسات درمانی بگذارند، نوع آموزش روانکاوایان، ایشان را قادر می‌سازد که مراجعان خود را به دفعات بیشتری در هفته ببینند.

- **تجربه درمان:** با افزایش تعداد جلسات، فرایند درمانی محتملاً عمق و شدت بیشتری پیدا می‌کند. نوروز انتقالی پس‌رونده (ریگرسیو ترانسفرنس نوروزیس) تشدید یافته و به واسطه روانکاو تسهیل می‌شود. این در حالی است که درمانگر مراجع با جلسات کمتر شاید عمداً مانع شدت یافتن نوروز انتقالی شود.

- **فعالیت و تکنیک درمانگر:** در جلسات با تعدد بالا، روانکاوای بیشتر مثل یک مادر و نسبتاً خشنی است، در حالی که درمانگر تحلیلی، مثل پدر فعالانه‌تر با مراجع تعامل می‌کند. لازم به ذکر است که این تمایز صرفاً نسبی است چرا که در هر دوی درمان‌ها، هنر هر روانکاوای، پیدا کردن نقطه تعادل برای هر مراجع خاص با توجه به ویژگی‌های فردی و مختصات درمانش است. اگرچه به‌طور اصولی، تمرکز روانکاوای و درمانگر تحلیلی غالباً بر تحلیل انتقال است، در روان‌درمانی تحلیلی تمرکز تحلیل بیشتر بر حوزه بین فردی ماتریکس انتقال-انتقال متقابل است و در روانکاوای این تمرکز به‌طور پیش‌رونده‌ای به سمت لایه‌های عمیق‌تر دنیای درونی فرد حرکت می‌کند.

- **هدف درمانی:** نهایتاً در روانکاوای، هدف غالب، رشد فردی و تغییر اساسی ساختاری با یکپارچه کردن تعارضات و ارتباط‌های درونی واپس‌رانده‌شده است، حال آنکه در روان‌درمانی تحلیلی،

هدف عموماً تغییر نسبی ساختاری و مرتفع کردن علایم بیماری است.

در آخر در مورد ترجمه کتاب باید به این مطلب اشاره کنیم که با در نظر گرفتن تفاوت‌های فرهنگی لازم دانستیم - با اجازه مؤلف - تغییراتی را اعمال نماییم. در ترجمه اصطلاحات روانکاوی بیشتر سعی کردیم به فرآیند و عملی که آن واژه بدان اشاره دارد وفادار بمانیم تا به معنای لغوی واژه. پر واضح است که این کار دشوار، یعنی ترجمه برخی از اصطلاحات برای اولین بار به زبان فارسی کاری است که همپاری و همکاری گروهی از متخصصان را می‌طلبد. در اینجا و به این وسیله می‌خواهیم از همکاران متخصص دعوت کنیم تا چنانچه انتقاد یا پیشنهادی دارند با آدرس ایمیل زیر با ما تماس گرفته و ما را از نظرات خود بهره‌مند سازند. com.mmirnoosh@yahoo یا com.babakrosh@gmail

در عین حال، به خاطر استفاده شایع متخصصان از واژگان «اید»، «ایگو» و «سوپرایگو» در زبان فارسی، تصمیم گرفتیم که از این واژگان بدون برگرداندن به فارسی استفاده کنیم.

با این مقدمه، شما را دعوت می‌کنیم که از مطالعه این کتاب فوق‌العاده لذت ببرید.

دکتر بابک روشنایی مقدم

مؤسس و مدیر مرکز مطالعات روانکاوی تهران

مهرناز میرنوش

روان‌شناس و روان‌درمانگر تحلیلی

پیش‌گفتار

از چهار سال پیش که کتاب روان‌درمانی تحلیلی: راهنمای بالینی به چاپ رسید، مطالب بسیار زیادی را از دانشجویان و خوانندگان این کتاب یاد گرفتیم. با اینکه جان‌مایه شیوه «گوش دادن/ تعمق/ مداخله» عمدتاً دست‌نخورده باقی مانده است، در نگارش ویراست دوم این کتاب سخت تلاش کرده‌ایم راهنمایی بنویسیم که این نوع از درمان را به قرن ۲۱ منتقل سازد. در اینجا به مطالب جدید در این ویرایش اشاره می‌کنیم:

عوامل مشترک: مطالعات نشان می‌دهند که عوامل مشترک مانند برقراری رابطه خوب با درمانگر و انتظار نتایج خوب، دست‌کم در کارآمدی همه صحبت‌درمانی‌ها نقش دارند. این موضوع در مورد روان‌درمانی تحلیلی نیز صادق است. در این ویرایش، عوامل مشترک به عنوان نظریه اصلی اثربخشی درمان آمده و در همه کتاب به‌طور برجسته نشان داده شده‌اند.

زبان مدرن: استفاده از اصطلاحاتی مانند «کارکرد ایگو» و «سوپرایگو» نشان‌دهنده این است که هنوز روان‌شناسی ایگو شیوه غالب تفکر روان‌تحلیلی می‌باشد. در این ویرایش، ما زبان جدیدی را برای عصری جدید ارائه می‌دهیم. تفکر در مورد «حوزه‌های کارکرد» - خویشتن، روابط، سازگاری، شناخت، کار/ بازی - بازگوکننده ساختارهایی است که در مطالعات اخیر نشان داده شده‌اند.

مطالعات اخیر: این راهنما بروزترین تحقیقات موجود در حوزه‌های اپی‌ژنتیک تا سلامت عمومی را شامل می‌شود که نحوه تفکر اکنون ما را در مورد روان‌درمانی تحلیلی تغییر می‌دهد.

صورت‌بندی: نظریاتمان در مورد صورت‌بندی را از کتاب صورت‌بندی روان‌تحلیلی (wiley, ۲۰۱۳) به این ویرایش اضافه کردیم، که شامل روش «توصیف / مرور / مرتبط کردن» برای آموزش و ساختن صورت‌بندی است.

مفاهیم جدید: مفاهیم و تکنیک‌های جدید و مهم، از ذهنی‌سازی گرفته تا درمان مبتنی بر انتقال، در این ویرایش گنجانده شده است. علاوه بر این، رویکردمان نسبت به پدیده مقاومت، دفاع‌ها و رؤیاهای نیز به روز شده است.

استفاده از این راهنما: امروزه برای دانشجویان و دانش‌پژوهان مهم است که دستورالعملی برای نحوه استفاده از راهنما در اجرا و آموزش روان‌درمانی داشته باشند. بخش «کاربرد این راهنما» به این منظور آورده شده است.

راهنمای دانش‌پژوهان: در این ویرایش، مانند کتاب صورت‌بندی روان‌تحلیلی، «راهنمای دانش‌پژوهان» آورده شده است تا دانش‌پژوهان بتوانند یک برنامه درسی روان‌تحلیلی داشته باشند.

در آنجا «فعالیت‌های پیشنهادی» بیشتر برای استفاده در کلاس و همچنین ابزارهای ارزیابی آمده است.

مطالبی برای آموزش روان‌شناختی بیماران: در آخر «PEPPER» یعنی منبع آموزشی روان‌درمانی تحلیلی در مرحله بعد از ارزیابی آورده شده است تا به بیماران برای شناخت بیشتر این درمان مهم کمک کند.

امیدواریم که شما هم این کتاب را راهنمای روان‌درمانی برای امروز و فردا بدانید.

استفاده از این راهنما

روان‌درمانی تحلیلی: راهنمای بالینی، راهنمایی برای اجرای روان‌درمانی تحلیلی است و تکنیک‌هایی را برای این موارد ارائه می‌کند:

● ارزیابی

● شروع درمان

● اجرای روان‌درمانی با استفاده از تکنیک‌های حمایتی و آشکارکننده

مانند همه راهنماهای روان‌درمانی، در این راهنما نیز سعی بر این است که تکنیک‌ها به روشنی عملیاتی شوند تا بتوان این درمان را به کارآمدترین شیوه آموزش داد و مطالعه کرد. راهنمای روان‌درمانی مانند دستورالعمل آشپزی نیست بلکه راهنمای درمان است. در اینجا پیشنهادهای برای استفاده بهینه از این راهنما می‌آید:

برای دانشجویان: لازم نیست راهنمای روان‌درمانی را مانند رمان از اول تا آخر بخوانید. می‌توانید آن را فصل به فصل بخوانید. سعی کنید همه اصطلاحات و مفاهیم را یاد بگیرید و بلافاصله در جای مناسب در کار خود با بیماران از آنها استفاده کنید. با اینکه در ابتدا می‌توانید همان جملاتی را که در مثال‌ها آمده است به کار ببرید، بعدها سعی کنید مهارت‌های ذکر شده را با وضعیت بیماران سازگار کنید. در مراحل مختلف آموزش خود به فصل‌های مختلف بازگردید تا این بار به شیوه‌ای جدید و پیشرفته‌تر به مهارت‌ها نگاه کنید. از فعالیت‌های پیشنهادی برای تمرین مهارت‌هایی که به‌طور فردی، در سوپرویزن یا کلاس درس یاد گرفته‌اید استفاده کنید.

برای سوپروایزرها: چنانچه روان‌درمانی تحلیلی را از منابع دیگر آموخته‌اید، با سوپروایزری‌هایتان این راهنما را بخوانید تا به آنها بر طبق مطالب این راهنما سوپرویزن بدهید. از دستورالعمل گوش دادن/تعمق/مداخله استفاده کنید تا سوپروایزری‌هایتان بتوانند از مهارت‌های مشخصی که استفاده می‌کنند، آگاه شوند. می‌توانید فعالیت‌های پیشنهادی را به کار بگیرید و آنها را با جلسه خود سازگار کنید.

برای دانش‌پژوهان: می‌توانید از این کتاب راهنما و کتاب مکمل آن، صورت‌بندی روان‌تحلیلی، به عنوان متن اصلی‌تان در آموزش به دانش‌پژوهان مشاوره، پرستاری، روان‌پزشکی، روان‌شناسی و مددکاری اجتماعی استفاده کنید.

برای اطلاعات بیشتر در مورد استفاده از این راهنما به ضمیمه اول این کتاب یعنی «نحوه استفاده از روان‌درمانی تحلیلی: راهنمای بالینی، راهنمایی برای دانش‌پژوهان» رجوع کنید

مقدمه

چرا نمی‌تونم یه رابطه خوب پیدا کنم؟

چرا مدام سرکارم عصبانی می‌شم؟

چرا نمی‌تونم با بچه‌هام صبورتر باشم؟

چرا حس خوبی در مورد خودم ندارم؟

داشتن احساس خوب نسبت به خودمان، روابط پر مهر با دیگران و کار ارضاکنده، برای اکثریت ما هدف‌های زندگی هستند. همه ما دارای الگوهایی هستیم که راهنمای ما در دستیابی به این اهداف هستند. تا زمانی که به سن بزرگسالی می‌رسیم این الگوها نسبتاً در ما تثبیت شده‌اند و تغییر آنها کار آسانی نیست. ماهیت عادت‌گونه این الگوها مانند فروریختن آب از یک سراسیمبی است - پس از مدتی شیارهای مشخصی به وجود می‌آیند و آب همیشه در آن مجراها جاری می‌شود. اگر می‌خواهید آب در مسیر دیگری جاری شود، برای تغییر دادن مسیر، باید به سختی کار کنید. در مورد ما انسان‌ها نیز همین‌طور است - پس از سن معینی، تقریباً نحوه تفکر و رفتارمان تثبیت شده است؛ اما شیوه‌های منحصربه‌فرد تفکر بسیاری از افراد در مورد خودشان و همچنین رفتار آنها با دیگران ناسازگارانه و نیازمند راهی برای تغییر است.

مشکل اینجاست که اگرچه این افراد می‌دانند خواهان تغییر هستند، اما نمی‌دانند که خواهان تغییر دادن چه چیزی می‌باشند، به این دلیل که الگوهای عادت‌گونه، اغلب اوقات، به وسیله آرزوها، افکار، ترس‌ها و تعارض‌هایی برانگیخته می‌شوند که خارج از آگاهی هستند. برای مثال، خانمی را در نظر بگیرید که هیچ‌وقت حق خود را نمی‌گیرد و دلیل آن را نمی‌داند، اما در اعماق وجودش احساس می‌کند که مستحق تنبیه شدن است. یا مرد تنهایی که نمی‌داند ترسش از طرد شدن موجب دوری‌گزینی‌اش از دیگران شده است. آگاهی از افکار و ترس‌های ژرف درونی برای این افراد می‌تواند نیرویی بسیار قدرتمند باشد. به این طریق خانم بی‌اعتماد به نفس فوق‌الذکر می‌تواند بفهمد که خوددویرانگری‌اش شکلی از خود تنبیه‌گری در سراسر عمرش بوده است و آن مرد تنها نیز، کم‌کم می‌تواند متوجه شود که با انکار نیازش به دیگران، چنین انزوایی را برای خود فراهم آورده است. این افراد می‌توانند کم‌کم الگوهای جدید رفتاری را در خود ایجاد کنند و زندگی خود را تغییر دهند.

کار روان‌درمانی تحلیلی همین موارد است. این نوع درمان فرصتی برای خلق شیوه‌های جدید تفکر و رفتار در جهت بهبود کیفیت زندگی برای افراد فراهم می‌کند. از آنجایی که بیشتر شیوه‌های تفکر در مورد خود و رفتار با محیط‌مان طی رشد ما ایجاد شده‌اند، این فرآیند را می‌توان باز فعال‌سازی رشد در نظر گرفت. نکته‌ای بسیار جالب در مورد روان‌درمانی تحلیلی این است که از این منظر این درمان به خوبی با

دستاوردهای علم عصب‌شناسی همخوانی دارد [۴-۱]. برای مثال، امروزه می‌دانیم که همه انواع یادگیری به همراه تغییراتی در مدارهای عصبی صورت می‌گیرند - یعنی مغز یک فرد بزرگسال مدام در حال تغییر است. بنا بر گفته اریک کندل (Eric Kandel)، «اثر گذاری روان‌درمانی به این دلیل است که بر کارکردهای مغز اثر می‌گذارد؛ و این اتفاق نه برای یک سیناپس واحد، بلکه برای مجموعه‌ای از سیناپس‌ها رخ می‌دهد» [۵]. به عبارت دیگر روان‌درمانی موجب رشد جدید، ارتباطات مغزی جدید و الگوهای جدید می‌شود.

در این مدل، هر محیطی پرورش‌دهنده رشد جدید نیست، بلکه برای امکان وقوع چنین رشدی به مجموعه شرایط خاصی نیاز است که فرد بتواند در آن به اندازه کافی احساس امنیت کند. اگر تا کنون بر روی تغییر عاداتی کار کرده باشید، احتمالاً فرد دیگری مانند یک مربی، یک معلم یا یکی از والدین در این فرآیند دخیل بوده‌اند. در روان‌درمانی تحلیلی، این فرد درمانگر است. تغییر در افراد نه تنها از راه رسیدن به شناخت‌های جدیدی در مورد خود صورت می‌پذیرد، بلکه همچنین به این دلیل روی می‌دهد که برای آزمودن شیوه‌های جدید تفکر و رفتار در متن این رابطه جدید، به اندازه کافی احساس امنیت می‌کنند.

این کتاب راهنما به شما می‌آموزد که روان‌درمانی تحلیلی را اجرا کنید. از آنجایی که این کتاب در ابتدا به عنوان یک برنامه درسی برای آموزش به دستیارهای روان‌پزشکی تدوین شد، طی سال‌های متمادی در کلاس‌های درس آزمایش شده است. این کتاب به صورتی نظام‌مند با استفاده از زبانی ساده و مثال‌هایی به دقت طراحی شده شما را از مرحله ارزیابی تا خاتمه درمان پیش می‌برد. روان‌درمانی تحلیلی نوع خاصی از درمان است و ایجاد می‌کند که درمانگر به‌طور حساب‌شده و دقیق یک ارزیابی کامل انجام دهد، چارچوب درمانی را ایجاد کند، با بیمار به شیوه‌ای خاص تعامل داشته باشد و در مورد راهبردهای درمانی مناسب تصمیم بگیرد. همین‌طور که با این کتاب همسفر می‌شوید، تمام این مهارت‌های اساسی را خواهید آموخت. نقشه اصلی راه این است: بخش اول (روان‌درمانی تحلیلی چیست؟) شما را با روان‌درمانی تحلیلی و شیوه‌هایی که فرض می‌شود این درمان مؤثر است، آشنا می‌کند. قسمت دوم (ارزیابی) به شما می‌آموزد که چگونه بیماران را برای روان‌درمانی تحلیلی ارزیابی کنید. این قسمت شامل ارزیابی کارکردها و دفاع‌ها است. در بخش سوم (شروع درمان) شما موارد مهم برای شروع درمان، مانند پرورش اتحاد درمانی، تعیین چارچوب و تعیین هدف را خواهید آموخت. قسمت چهارم (گوش دادن/ تعمق/ مداخله) برای گوش دادن به بیماران، تعمق در مورد آنچه شنیده‌اید و تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه بگویید و به چه نحو آن را بیان کنید، به شما شیوه‌ای نظام‌مند را خواهد آموخت. بخش پنجم (اجرای روان‌درمانی تحلیلی: تکنیک) به شما می‌آموزد که چگونه شیوه گوش دادن/تعمق/ مداخله را در مورد عناصر اصلی تکنیک تحلیلی - یعنی عاطفه، مقاومت، انتقال، انتقال متقابل، فانتزی ناخودآگاه، تعارضات و رؤیاهای - به کار ببرید. تا اینجا شما آماده خواهید بود که این شیوه‌ها را برای تحقق اهداف درمانی به کار ببرید و در بخش ششم (تحقق اهداف درمانی) خواهید دید که چگونه این تکنیک‌ها برای پرداختن به مشکلات عزت‌نفس، رابطه با دیگران، شیوه‌های منحصر به فرد سازگاری و دیگر کارکردهای ایگو به کار می‌رود. سرانجام، در بخش هفتم (حل و فصل درمانی و پایان) این کتاب شما را به پایان

درمان می‌برد و به شیوه‌های تغییر تکنیک‌های ما در طول این مراحل می‌پردازد.

یادگیری به بهترین شکل به صورت فعال انجام می‌شود و به همین جهت در انتهای بسیاری از فصل‌های کتاب قسمتی به نام فعالیت‌های پیشنهادی آورده شده است. این فعالیت‌ها برای شما این امکان را فراهم می‌سازند که مهارت‌ها و تکنیک‌های آموخته شده در این کتاب را امتحان کنید. این تمرین‌ها را می‌توانید به تنهایی، همراه یک همکار یا به عنوان قسمتی از فعالیت کلاسی انجام دهید. «توضیحات» به عنوان راهنمایی برای تعمق و بحث عنوان شده‌اند و لزوماً به معنای پاسخ‌های قطعی و «صحیح» نیستند.

در این کتاب ما دست به انتخاب‌های آگاهانه‌ای در مورد استفاده از اصطلاحات فنی زده‌ایم. برای مثال تا قبل از معرفی کامل اصطلاحاتی مانند «انتقال» و «مقاومت» در بخش پنج، به‌طور گسترده‌ای از آنها استفاده نمی‌کنیم، زیرا مایل هستیم که اصطلاحاتمان را به دقت تعریف کنیم و می‌خواهیم که شما در شروع یادگیری این نوع درمان تا حد امکان باز و آزاد فکر کنید. همگی ما نظرات از پیش تعیین شده‌ای در مورد این مفاهیم داریم و سعی داریم تا حد امکان تأثیر برداشت‌های قبلی را کاهش دهیم. همچنین به‌طور آگاهانه تصمیم گرفتیم که از بحث در مورد مکاتب نظری خاصی در روان‌درمانی تحلیلی، مانند نظریه روابط ابژه و روان‌شناسی خویش‌شناسی اجتناب کنیم. این تصمیم نیز بازتاب این نیت ما است که تکنیک روان‌درمانی تحلیلی را به شیوه‌ای تا حد امکان همگانی و جامع آموزش دهیم.

پس بیایید از اول شروع کنیم و به سراغ بخش اول یعنی «روان‌درمانی تحلیلی چیست؟» برویم.

منابع مقدمه

1. Peterson B.S. (2005) Clinical neuroscience and imaging studies of core psychoanalytic concepts. *Clinical Neuroscience Research*, **4** (5), 349–365.
2. Rothman J.L., and Gerber A.J. (2009) Neural models of psychodynamic concepts and treatments: Implications for psychodynamic psychotherapy, in *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy* (eds R.A. Levy and J. S. Ablon), Humana Press, New York, p. 305–338.
3. Westen, D. (2002) Implications of developments in cognitive neuroscience for psychoanalytic psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, **10** (6), 369–373.
4. Westen, D., and Gabbard, G.O. (2002) Developments in cognitive neuroscience: I. Conflict, compromise, and connectionism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **50** (1), 53–98.
5. Kandel, E.R. (1979) Psychotherapy and the single synapse: the impact of psychiatric thought on neurobiologic research. *New England Journal of Medicine*, **301** (19), 1028–10.

بخش اول:

روان‌درمانی تحلیلی چیست؟

۱ درمانی برای یک ذهن در حرکت

مفاهیم کلیدی

پویایی روان به معنای ذهن در حرکت است.

بر اساس اصل پویایی روان، عناصر پویای (در حال حرکت) موجود در ناخودآگاه، افکار، احساسات و رفتارهای خودآگاه را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

نوعی از روان‌درمانی که بر اساس اصل پویایی روان بناشده باشد را روان‌درمانی پویا یا تحلیلی می‌نامند.

هدف اصلی روان‌درمانی تحلیلی کمک به رفع مشکلات و الگوهای رفتاری است که در زندگی برای افراد ناشادمانی و نارضایتی به همراه می‌آورد. روان‌درمانی تحلیلی این کار را با آشکار کردن افکار و احساسات ناخودآگاه و/یا حمایت مستقیم از کارکردهای فرد در متن رابطه‌اش با درمانگر انجام می‌دهد.

هم تکنیک‌های آشکارکننده و هم تکنیک‌های حمایت‌کننده، تقریباً در تمامی انواع روان‌درمانی‌های تحلیلی به کار می‌روند.

روان‌درمانی تحلیلی چیست؟

معنای لغوی روان‌درمانی، درمانی برای ذهن است. منشاء روان‌درمانی، روان‌کاوی - «صحبت درمانی» که اولین بار به وسیله زیگموند فروید ابداع شد [۶]- است. در نتیجه، لغت روان‌درمانی به نوعی از درمان اشاره می‌کند که مبتنی بر صحبت کردن است؛ اما منظور هر نوع صحبت کردنی نیست - برای اینکه صحبت، روان‌درمانی باشد باید:

- یک درمان باشد
- به وسیله یک فرد حرفه‌ای اجرا شود
- چارچوب مشخصی داشته باشد
- هدف از آن بهبود سلامت ذهنی و عاطفی بیمار باشد

پس اصل پویایی روان (psychodynamic) به چه معنا است؟ شما احتمالاً بارها این لغت را شنیده‌اید — اما معنای آن چیست؟ روان (psycho) از لغت یونانی (psyche) به معنای جان (soul) گرفته شده و در اینجا به معنای ذهن و روان است. کلمه پویا (dynamic) از لغت یونانی (dynamis) می‌آید که به معنای قدرت و در اینجا به معنای نیروی فیزیکی در حرکت است. به زبان ساده، لغت پویایی روان اشاره به نیروهای در حال حرکت ذهن دارد. فروید زمانی این لغت را ابداع کرد که متوجه شد، برخلاف مفهوم‌بندی پیشین مبتنی بر ایستا بودن روان، ذهن یک نظام مدام در حال تغییر و برانگیخته شده با عناصر بی‌وقفه در حال حرکت و پراثری است. این عناصر ناخودآگاه می‌توانند به داخل خودآگاه و در جهت عکس سرریز کنند. درعین حال آرزوها و بازداری‌های نیرومند می‌توانند با یکدیگر برخورد کرده و نیروی روانی معادل با برخورد ذرات ریزاتمی آزاد کنند.[۷]

فروید دریافت که نه تنها عناصر ذهنی حرکت دارند، بلکه بیشتر این فعالیت‌های ذهنی عنان‌گسیخته، خارج از حیطه آگاهی در جریان هستند. او، این فعالیت ذهنی را **ناخودآگاه** نامید و چنین فرض کرد که ناخودآگاه می‌تواند بر افکار و احساسات و رفتار خودآگاه تأثیر بگذارد. به این ترتیب، به دو تعریف می‌رسیم که اساس این کتاب راهنما می‌باشند:

۱- باور اصلی روان‌پویشی این است که فعالیت ذهنی ناخودآگاه، افکار، احساسات و رفتار خودآگاه ما را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

۲- روان‌درمانی تحلیلی به هر نوع درمانی اطلاق می‌شود که بر اساس باور اصلی روان‌پویشی باشد.

ناخودآگاه

غالباً، ما فعالیت ذهنی ناخودآگاه را ناخودآگاه می‌خوانیم. احساسات، خاطرات، تعارضات؛ شیوه‌های ارتباط با دیگران و ادراک خویشتن — همه، می‌توانند ناخودآگاه باشند و باعث بروز مشکلاتی در افکار و رفتار شوند. افکار و احساسات ناخودآگاه از دوران کودکی به وجود می‌آیند و ترکیبی منحصربه‌فرد از تجارب اولیه و عوامل سرشتی/ وراثتی هستند. ما افکار، احساسات و فانتزی‌هایمان را خارج از آگاهی نگه می‌داریم، زیرا آگاهی از آنها خطر برآشفته کردن ما را به دنبال دارند.

آنها ممکن است خیلی ترسناک یا تحریک‌کننده باشند و یا ممکن است ما را سرشار از شرم یا بیزاری کنند. به همین دلیل، آنها را به صورت ناخودآگاه درمی‌آوریم، اما آنها ناپدید نمی‌شوند بلکه پر از انرژی باقی می‌مانند و پیوسته برای رسیدن به آگاهی فشار وارد می‌کنند. مواد ناخودآگاه از مکان‌های مخفی ناخودآگاهشان بر ما اثر می‌گذارند و تأثیرشان را بر شیوه تفکر، احساس و رفتار ما اعمال می‌کنند. برای درک بهتر این موضوع به تمثیلی خوب از اسطوره‌شناسی یونانی توجه کنید:

ژئوس، خدای جوان، از حکومت پدرشاهی تیتان‌ها خسته شده بود، بنابراین آنها را در یک گودال

بزرگ به نام تارتاروس دفن کرد. در اعماق زمین آنها دیگر خطری برای حکومت زئوس نداشتند. ولی آیا واقعاً این طور بود؟ آنها در دیدرس نبودند ولی ناپدید نشده بودند و تصور می‌رفت که نعره‌هایشان موجب زمین‌لرزه و جزر و مد می‌شود.

به طریق مشابه، افکار و احساسات ناخودآگاه نیز از دیدرس پنهان هستند ولی همچنان به نعره زدن به شیوه خودشان ادامه می‌دهند و موجب ناراحتی و عذاب به شکل افکار و رفتار ناهنجار می‌شوند.

روان‌درمانی تحلیلی و ناخودآگاه

از بسیاری جهات، روان‌درمانگر تحلیلی مانند لوله‌کشی است که از او می‌خواهید تا سقف در حال چکه کردن شما را تعمیر کند. شما چکه‌های آب را می‌بینید اما قادر به دیدن منشاء آن نیستید؛ می‌توانید قطرات آب را در سطلی جمع کنید، اما این کار باعث متوقف شدن جریان آب نمی‌شود. لوله‌کش می‌داند، ترک لوله جایی پشت گچ است که فعلاً نمی‌توان آن را دید. اگرچه، لوله‌کش نسبت به روان‌درمانگر تحلیلی دارای مزیتی است - او می‌تواند با به کار بردن یک پتک، گچ را بشکند تا لوله‌ها بیرون بیایند، لوله خراب را پیدا، تعمیر و سپس سقف را مرمت کند؛ اما روان‌درمانگر تحلیلی با روان یک انسان و نه با یک سقف گچی کار می‌کند و در نتیجه برای جستجو و مرمت آنچه در زیر سطح است، به ابزاری ظریف‌تر نیاز دارد.

آشکارسازی و حمایت

مانند لوله‌کش، هدف اول روان‌درمانگر تحلیلی این است که بفهمد زیر سطح چه چیزی قرار دارد - یعنی بفهمد در ناخودآگاه بیمار چه خبر است. بسیاری از فنون روان‌درمانی تحلیلی برای انجام همین کار طراحی شده‌اند. وقتی فکر می‌کنیم که بیماران به وسیله افکار و احساساتی خارج از حیطه آگاهی‌شان، برانگیخته شده‌اند، آن وقت باید تصمیم بگیریم که چگونه از آموخته‌هایمان برای ارائه بهترین کمک به آنها استفاده کنیم.

گاهی اوقات تشخیص ما این است که آگاه کردن بیماران از آنچه در ناخودآگاهشان می‌گذرد، کمک‌کننده خواهد بود. این عمل را **آشکارسازی** می‌نامیم - فروید این عمل را «خودآگاه کردن آنچه تا به حال ناخودآگاه بوده است» نامید.^[۳] تکنیک‌های بسیاری برای کمک به بیماران در جهت آشکارسازی - یا آگاه شدن از - مطالب ناخودآگاه وجود دارد. آنچه آشکار می‌شود، افکار و احساسات درونی‌ای هستند که بیماران از خودشان پنهان می‌کنند اما با این وجود، بر ادراک خویشتن، رابطه با دیگران و شیوه‌های سازگاری و رفتارشان تأثیرگذار است.

با این حال گاهی اوقات، تشخیص می‌دهیم که آگاه کردن بیماران از مطالب ناخودآگاه کمک‌کننده نخواهد بود. به‌طورکلی، این تشخیص زمانی است که فکر می‌کنیم مواد ناخودآگاه می‌توانند برای بیمار

برآشفته‌کننده باشند. در این زمان، از آنچه در مورد ناخودآگاه آموخته‌ایم برای حمایت از فعالیت ذهنی، بدون آشکارسازی افکار و احساسات، استفاده می‌کنیم. (برای بحثی در مورد تکنیک‌های آشکارکننده و حمایت‌کننده به فصل ۱۸ رجوع کنید.)

در اینجا دو مثال می‌آوریم - در یکی از آنها انتخاب ما آشکارسازی و در دیگری حمایت است:

خانم «الف»، ۳۲ ساله، رابطه‌ای توأم با اعتماد با همسرش دارد و دارای تعداد زیادی دوست نزدیک و شغلی رضایت‌مند است. او تاکنون برای رفع دوره‌های کوتاه مدت اضطراب، از نوشتن خاطرات، آشپزی و ورزش استفاده کرده است. او با شکایت از بی‌خوابی نزد شما می‌آید و فکر می‌کند که دلیل بی‌خوابی‌اش مشاجره با خواهر کوچک‌ترش، «ب» است. خانم «الف» می‌گوید، از بابت رفتار خصومت‌آمیز «ب» «گیج و سردرگم» است. این نوع رفتارها، حدود یک ماه پیش و در آستانه فارغ‌التحصیلی «ب» شروع شد. با پیگردی بیشتر می‌فهمید که «ب» می‌خواست متخصص پوست بشود ولی موفق نمی‌شود و باید در این اثنا یک سال دوره انترنی در رشته داخلی را می‌گذراند تا می‌توانست دوباره برای تخصص پوست اقدام کند. خانم «الف» می‌گوید، در مورد این شکست، بسیار نسبت به او دلسوزی دارد و نمی‌داند چرا «ب» این همه با او خصمانه برخورد می‌کند. با پرسش در مورد روابط گذشته‌شان متوجه می‌شوید که خانم «الف» بدون زحمت در معتبرترین دانشگاه‌ها قبول‌شده، درحالی‌که «ب» از لحاظ تحصیلی همیشه باید سعی و تلاش زیادی می‌کرده است. شما فرض می‌کنید که ممکن است رفتار خصومت‌آمیز «ب» نسبت به خانم «الف» به دلیل غبطه و حسادت باشد و اینکه خانم «الف»، به صورت ناخودآگاه جلوی آگاهی خود را از این احساس به خاطر احساس گناه می‌گیرد. شما تصور می‌کنید که شناخت احساس گناه ناخودآگاه به خانم «الف» کمک می‌کند و تصمیم می‌گیرید به او کمک کنید تا این احساس گناه آشکار شود. وقتی او شروع به دست و پنجه نرم کردن با احساس گناهِش کند، می‌تواند حسادت و خصومت خواهرش را نیز تشخیص دهد. این آگاهی به او در شناخت مشکلات اخیر بین فردی آنها و برطرف شدن بی‌خوابی‌اش کمک می‌کند.

خانم «ج»، ۳۲ ساله، فردی منزوی و گوشه‌گیر است که مرتب شغلش را عوض می‌کند و اغلب در پاسخ به استرس، به پرخوری و پاکسازی مزاج روی می‌آورد. او با شکایت از بی‌خوابی نزد شما می‌آید و فکر می‌کند که دلیل بی‌خوابی او دعوائی است که با خواهر کوچک‌ترش، «د» دارد. او می‌گوید، تمام بار مراقبت از مادرشان که به بیماری مزمنی مبتلاست بر دوش او افتاده است، درحالی‌که خواهرش «د»، «فقط نشسته تو خونهٔ بالاشهری‌اش با مادرای خونه داری مثل خودش و فقط چک می‌فرسته.» خانم «ج» که در حال تلاش بسیار برای تنظیم دخل‌وخرج خانه است، خواهرش را آدمی «سطحی و مادی» می‌بیند که با مرد بسیار پولداری ازدواج کرده است و می‌گوید: «اگه ثروت دنیا رو هم به من بدین، زندگی‌ام رو باهاش عوض نمی‌کنم.» خانم «ج» می‌گوید، از

دست «د» «عصبانی» است برای اینکه کار زیادی برای کمک به مادر نمی‌کند و نشخوار ذهنی در این مورد، باعث شده که شب‌ها بیدار بماند. شما فرض می‌کنید که خشم خانم «ج»، به دلیل احساس غبطه نسبت به «د» است، اما تشخیص می‌دهید، در این زمان آگاه شدن از اینکه چگونه این احساسات ممکن است در بی‌خوابی او نقش داشته باشند، به او کمک نخواهد کرد. در عوض تصمیم می‌گیرید با همدلی با میزان کاری که برای پرستاری از مادرش انجام می‌دهد و با پیشنهاد اینکه با استفاده از بیمه سالمندان برای پرستاری از مادر سالمندش کمک بگیرید، از کارکرد خانم «ج» حمایت کنید. وقتی که احساسات خانم «ج» معتبر شمرده شوند، آرام می‌گیرد، بی‌خوابی‌اش رفع می‌شود و بهتر می‌تواند بسیاری از جنبه‌های مختلف وضعیت کنونی‌اش را درک کند.

در هر دو حالت، اولین کار روان‌درمانگر تحلیلی، شناخت نحوه تأثیرگذاری افکار و احساسات ناخودآگاه بر رفتار خودآگاه بیمار است، هرچند درمانگر در یک موقعیت، تصمیم به آشکارسازی و در موقعیت دیگر تصمیم به حمایت گرفت. به این ترتیب، می‌توانیم بگوییم که اهداف روان‌درمانی تحلیلی عبارتند از:

- ۱- شناخت شیوه‌هایی که بیمار تحت تأثیر افکار و احساساتی خارج از حیطه آگاهی، قرار می‌گیرد؛
- ۲- تشخیص اینکه در هر لحظه کدام‌یک از تکنیک‌های آشکارکننده یا حمایت‌کننده، بیشترین کمک را به بیمار خواهند کرد؛
- ۳- آشکارسازی مواد ناخودآگاه و/یا حمایت از کارکرد ذهنی به طریقی که بهترین کمک به بیمار ارائه شود.

گام بعد در تصمیم‌گیری برای اینکه کدام‌یک از تکنیک‌ها در هر لحظه از درمان، مفیدترین تکنیک خواهند بود، به ارزیابی دقیق بیمار، هم در شروع و هم در طول درمان، بستگی دارد. (رجوع شود به بخش دوم). انواع مختلف روان‌درمانی‌های تحلیلی که غالباً از تکنیک‌های آشکارکننده استفاده می‌کنند را، روان‌درمانی‌های بینش‌گرا، بیانگر، تفسیری، اکتشافی یا روان‌کاوانه می‌نامند و روان‌درمانی‌هایی که عمدتاً تکنیک‌های حمایت‌کننده را به کار می‌برند، اغلب، روان‌درمانی‌های حمایتی خوانده می‌شوند. متأسفانه اغلب این دو تکنیک، کاملاً جدا از هم دیده می‌شوند. برعکس، آشکارسازی و حمایت درمان‌های جداگانه‌ای نیستند بلکه دو نوع تکنیک هستند که در تمامی روان‌درمانی‌های تحلیلی به‌طور متناوب از آنها استفاده می‌شود.

ممکن است که یک بیمار از درمانی که تکنیک‌های آشکارسازی در آن اولویت دارند بهره‌بردار، درحالی‌که بیماری دیگر از درمانی که تکنیک‌های حمایتی در آن غالب هستند منتفع باشد، با این وجود بایستی دانست که همه درمان‌ها در مقاطع مختلف از میزانی از هر یک از این تکنیک‌ها استفاده می‌کنند. ترکیب بهینه تکنیک‌های حمایت‌کننده و آشکارکننده، از بیماری به بیمار دیگر و گاهی از لحظه‌ای

تا لحظهٔ دیگر، بسته به توانایی‌ها، مشکلات و نیازهای بیمار متفاوت خواهد بود. بعضی از بیماران تنها نیازمند نوعی حمایت ضمنی هستند که از پیش داشت همدلانه، درک و اشتیاق درمانگر برداشت می‌کنند. بعضی دیگر از بیماران در طول درمان نیاز دارند که به نحو صریح‌تری مورد حمایت قرار گیرند. اهداف عمده‌ای که در ابتدای درمان انتخاب می‌کنیم هرچه که باشد، بایستی از این آمادگی برخوردار باشیم که بسته به نیازهای متغیر بیمار، رویکرد خود را به صورت انعطاف‌پذیری تغییر دهیم.

اهمیت رابطهٔ درمانی

آشکارسازی و حمایت در خلاً به وقوع نمی‌پیوندند، بلکه در متن رابطهٔ درمانگر و بیمار اجرا می‌شوند. این رابطه اساس آن چیزی است که روان‌درمانی تحلیلی را تعریف می‌کند. این رابطه نه تنها محیط امنی به وجود می‌آورد که در آن بیماران می‌توانند در مورد مشکلاتشان حرف بزنند، بلکه به واسطهٔ تعامل با درمانگر، امکان شناخت خود و روابطشان با دیگران برایشان به وجود می‌آید. احتمالاً، رابطهٔ درمانگر و بیمار به خودی خود، هم به عنوان یک «آزمایشگاه رابطه» که بیمار می‌تواند در آن یاد بگیرد و هم به عنوان منبع مستقیم حمایت که می‌تواند رشد و تغییر را در بیمار موجب شود، عاملی برای تغییر در روان‌درمانی تحلیلی است. صحبت کردن در مورد رابطهٔ درمانی و یادگیری از آن را مبحث **انتقال** می‌نامند (رجوع کنید به فصل‌های ۱۲ و ۲۱) که اغلب، تمرکز اصلی روان‌درمانی تحلیلی را تشکیل می‌دهد.

با اضافه کردن این نکته، می‌توانیم تعریفمان را از روان‌درمانی تحلیلی کامل کنیم:

روان‌درمانی تحلیلی، نوعی از صحبت درمانی مبتنی بر این ایده است که انسان‌ها به واسطهٔ افکار و احساساتی خارج از حیطهٔ آگاهی‌شان تحت تأثیر قرار گرفته و برانگیخته می‌شوند. یاری رساندن به افراد در جهت تغییر شیوه‌های فکری و رفتاری که در آنها به صورت عادت درآمده است، به واسطهٔ ایجاد شناختی عمیق‌تر از نحوهٔ کارکردهای ذهنی و ای‌ها حمایت از این کارکردها به‌طور مستقیم، در متن رابطه با درمانگر، اهداف روان‌درمانی تحلیلی را تشکیل می‌دهد.

اما همه این موارد چطور اتفاق می‌افتند؟ بیایید به فصل ۲ برویم تا با برخی از نظریه‌هایی که این تکنیک‌ها بر آنها استوار می‌باشند بیشتر آشنا شویم.

منابع فصل اول

1. Vaughan, S.C. (1998) *The Talking Cure: The Science behind Psychotherapy*, Henry Holt, New York.
2. Moore, B.E., and Fine, B.D. (eds) (1990) *Psychoanalytic Terms and Concepts*, Yale University Press, New Haven, p. 152.
3. Freud, S. (1894) The neuro-psychoses of defense, in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (1893–1899): Early Psycho-Analytic Publications*, Vol. III, Hogarth Press, London, p. 164.
4. Winston, A., Rosenthal, R.N., and Pinsker, H. (2004) *Introduction to Supportive Psychotherapy*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.

۲ روان‌درمانی تحلیلی چگونه کار می‌کند؟

مفاهیم کلیدی

نظریهٔ اثربخشی درمانی، نظریه‌ای است که سعی دارد نحوهٔ کار روان‌درمانی را توضیح دهد. نظریه‌های اصلی اثربخشی درمانی برای روان‌درمانی تحلیلی عبارتند از:

نقش عوامل مشترک

خودآگاه کردن ناخودآگاه

حمایت از کارکردهای تضعیف‌شده

بازفعال‌سازی رشد

روان‌درمانی تحلیلی را می‌توان فرآیندی شفابخش دانست که طی آن و در متن رابطه با درمانگر، رشد بازفعال‌شده و بالندگی حاصل می‌شود.

توضیح نحوه کار درمان برای بیماران موجب کارآمدی بیشتر آن می‌شود.

نظریه‌های اثربخشی درمانی

در تصمیم‌گیری در مورد آنچه که می‌خواهیم به بیمارانمان بگوییم، باید تا اندازه‌ای از این موضوع آگاه باشیم که چرا گفته‌های ما به آنها کمک می‌کند. به این معنا که باید در مورد چگونگی مؤثر بودن درمان نظریه‌هایی داشته باشیم. نظریه‌ای که سعی دارد نحوهٔ کار روان‌درمانی را توضیح دهد، نظریهٔ اثربخشی درمانی خوانده می‌شود [۱]. در روان‌درمانی تحلیلی، نظریه‌های مختلفی در مورد اثربخشی درمانی در اختیار داریم که راهنمای ما در کار درمانی هستند.

نقش عوامل مشترک

تحقیقات نشان می‌دهند که اثربخش‌ترین اشکال روان‌درمانی - منجمله روان‌درمانی تحلیلی - عناصر مشترکی دارند که دست‌کم تا اندازه‌ای مسبب نتایج درمانی هستند [۱۰-۲]. به‌طور کلی آنها را عوامل

مشترک می‌نامیم. این عوامل رابطه‌ی نزدیکی با اتحاد درمانی بین بیمار و درمانگر دارند - یعنی اعتمادی که در بیمار متعاقب احساس امنیت، شنیده شدن و فهمیده شدن در فضایی غیرقضاوت‌کننده ایجاد می‌شود (رجوع شود به فصل ۹). عوامل مشترک شامل این موارد می‌باشند:

- رابطه‌ی محبت‌آمیز بین درمانگر و بیمار
- ایجاد انتظارات مثبت از درمان
- هدف‌گذاری مشارکتی
- آماده‌سازی نقش‌ها برای درمان
- ارائه‌ی مبنایی منطقی برای درمان

این اصول به بیماران نشان می‌دهد که درمانگر قابل اعتماد و متعهد به کمک به آنها است. او به نیازها و اهداف بیماران گوش و پاسخ می‌دهد و به این ترتیب بیماران امیدوار می‌شوند که درمان به مشکلات آنها رسیدگی می‌کند و بهبودی حاصل می‌شود.

در بخش سوم، «آغاز درمان»، به بحث در مورد عوامل مشترک باز می‌گردیم.

خودآگاه کردن ناخودآگاه

در روان‌درمانی تحلیلی یکی از کمک‌های ما به بیمارانمان، خودآگاه کردن ناخودآگاه است. این اندیشه، پایه و اساس اولین نظریه اثربخشی درمانی فروید بود. [۱۱] فروید، با استناد به کار بالینی‌اش چنین فرض کرد که در برخی بیماران علائم بیماری به دلیل افکار و احساساتی که در دسترس خودآگاه نیستند اما بر کارکرد خودآگاه اثر آسیب‌شناختی می‌گذارند، ظاهر می‌شوند. نظر فروید این بود که بسیاری از این افکار، در حقیقت خاطره هستند و بدین‌سان جمله معروف خود را گفت که «این بیماران عمدتاً از یادآوری رنج می‌برند» [۱۲]. اگرچه فروید ابتدا برای آوردن این خاطرات به ظاهر فراموش‌شده به خودآگاه از هیپنوتیزم استفاده می‌کرد، اما خیلی زود، او و بیمارانش متوجه شدند که فقط صحبت کردن آزادانه، افکار و احساسات ناخودآگاه را به سطح می‌آورد. از آن زمان تا کنون، نظرات موجود در مورد اثربخشی درمانی پیچیده‌تر شده‌اند. با این وجود این نظرات بنیادین، همچنان اصول اصلی روان‌درمانی تحلیلی هستند و عبارتند از:

- افکار و احساساتی که خارج از آگاهی هستند، می‌توانند انسان‌ها را برانگیزانند و بر آنها اثرگذار باشند و اغلب منجر به شیوه‌های عادت‌شده اما ناسازگارانه تفکر و رفتار می‌شوند؛ و
- آگاه‌شدن از این افکار و احساسات می‌تواند اثر درمانی داشته باشد.