

رویکرد روانکاوی کلینی در عصر حاضر:
نظریه، کاربردی و مشکلات عملی

فهرست

پیشگفتار.....	۱۱
بخش اول: رویکرد.....	۱۷
فصل ۱: نگاهی کوتاه به روش روان کاوی.....	۱۹
فصل ۲: ملانی کلاین و رویکرد کلاینی.....	۳۰
فصل ۳: کلاینی‌های نوین.....	۳۸
بخش دوم: بیماران، کمک به مردم در دورنمایی تحلیلی.....	۴۳
فصل ۴: بیماران دشوار و رویکرد روان کاوانه.....	۴۵
فصل ۵: حفظ تمرکز در تحلیل.....	۵۵
فصل ۶: دشوار اما ارزشمند.....	۷۶
فصل ۷: مجموعه‌ای نامتجانس.....	۹۰
فصل ۸: گذشته در یادمانده.....	۱۰۰
بخش سوم: کلاینی‌ها در دنیای واقعی.....	۱۱۷
فصل ۹: کار کردن بر مبنای دیدگاه کلاینی.....	۱۱۹
فصل ۱۰: بیمار ایده‌آل و واقعیت‌های کار بالینی.....	۱۳۸
فصل ۱۱: برخوردهای کوتاه و غیرمعمول.....	۱۵۸
بخش چهارم: دیدگاه‌های بالینی درباره پارادایم‌های نظری و آموزشی.....	۱۷۵
فصل ۱۲: برشی از زندگی یک روان کاو.....	۱۷۷
فصل ۱۳: شیوه کار روان کاوی و چرایی اهمیت آن.....	۱۹۷

۲۱۱ جمع‌بندی
۲۲۱ منابع
۲۲۶ واژه‌نامهٔ انگلیسی به فارسی
۲۲۸ واژه‌نامهٔ فارسی به انگلیسی

این کتاب با خلاصه‌ای از روش روان‌کاوی آغاز می‌شود؛ ابتدا به رویکرد فرویدی می‌پردازد و سپس نگاهی اجمالی به دیدگاه کلاینی دارد. لونسون (۱۹۸۳) توصیف می‌کند که چگونه مکاتب متعدد روان‌کاوی از اصلی مشترک پیروی می‌کنند. روان‌کاو می‌کوشد با سیر در نشانه‌های بیماری، تداعی‌ها و واکنش‌های انتقالی^۱ بیمار، به تجربه‌های او نظم ببخشد. این نظم‌دهی به تجربه‌های بیمار، به شکل تفسیر انتقال^۲ به او منتقل می‌شود. چنانچه این روند موفقیت‌آمیز باشد، مطالب و دانسته‌های جدیدی حاصل می‌شوند که بار دیگر در بستر نظریه روابط ابژه‌ای^۳، نظمی دوباره می‌یابند.

در فصل ۱، خواننده با مبانی رویکرد فرویدی و نقش این دیدگاه در کمک به بیمار برای فهم و پردازش تجربه‌های درونی خود آشنا می‌شود. در این فصل تکنیک‌های اصلی روان‌کاوی فرویدی بررسی می‌شوند.

در فصل ۲، نگاهی کوتاه داریم به پیشینه ملانی کلاین و جنبش روان‌کاوانه‌ای که به دست او پیریزی شده است. دیدگاه‌های او درباره ذهن به‌طور خلاصه ارائه و با نظریات فروید مقایسه می‌شوند. همچنین رویکردهای کلاینی معاصر به روان‌کاوی بررسی می‌شوند که شامل برداشت کلاینی از ابژه و ایگو^۴ است.

خواننده در فصل ۳، با نقش روان‌کاو کلاینی معاصر آشنا می‌شود. هرچند بسیاری از مبانی اصلی نظریه کلاسیک و تکنیک‌های بالینی بدون تغییر مانده‌اند، یک کلاینی مدرن، تحلیلگری است که روی برخی از روش‌ها تأکید بیشتری دارد. برای تشریح جزئیات ویژگی‌های درمانگر کلاینی معاصر، پژوهش‌های اخیر در این زمینه مرور می‌شوند.

در فصل ۴، کاربرد دیدگاه روان‌کاوانه به‌عنوان ابزاری برای نظریه‌پردازی و روشی برای تشخیص و درمان تشریح می‌شود. آن‌دسته از درمان‌های روان‌شناختی‌ای که از روش روان‌کاوانه متأثر شده‌اند، کیفیتی بهتر و تأثیری عمیق‌تر دارند. این روش‌ها بیشتر مناسب بیمارانی هستند که به‌دلیل فروپاشی

1. Transference reactions
2. Transference interpretation
3. Object-relational context
4. Ego

زندگی درونی، نیاز بیشتری به درمان در خود احساس می‌کنند. در این فصل وضعیت پیچیده و دشوار این بیماران از دیدگاه فرویدی و سپس از دیدگاه کلاینی بررسی می‌شود. جهت کاوش بیشتر در حالات درونی‌ای که این افراد در ذهن خود با آنها دست‌وپنجه نرم می‌کنند و انواع موقعیت‌های غالباً پویا و آشوبناکی که در فضای تحلیلی بروز می‌دهند، از مطالعات موردی بهره گرفته می‌شود.

به دلیل آرمانی نبودن شرایط درمانی، بسیاری از درمان‌ها به‌نظر هرگز آغاز نمی‌شوند. آنها پیش از آغاز، پایان می‌یابند. از منظر تشخیصی، این بیماران معمولاً مرزی، نارس‌سیستیک یا روان‌پیش هستند. هرچند شاید بتوان این موردها را به‌عنوان پرونده‌هایی شکست‌خورده، ناموفق یا تحلیل‌ناپذیر کنار گذاشت، اما مطالعه آنها ارزش قابل‌توجهی دارد. در مطب‌های خصوصی، روان‌کاو به این دست تجربه‌های کوتاه، گسسته و ناپیوسته با بیماران عادت دارد که طی آنها بیماران توانایی روان‌کاو را برای فهم، سازمان‌دهی و تحول عناصر مرضی خویش می‌آزمایند.

در فصل ۵، برای تشریح شرایط پیچیده‌ای که معمولاً با حاضر نشدن مرتب در جلسات، کنش‌نمایی شدید و پیچیده تعارض‌ها و خیال‌پردازی‌ها و اتمام ناموفق درمانی کوتاه‌مدت همراه است، از بررسی‌های موردی بهره می‌گیریم.

در فصل ۶، درمان روان‌کاوانه به‌عنوان روندی موردبررسی قرار می‌گیرد که در آن تحلیلگر با استفاده از تفسیر به بیمار کمک می‌کند به احساسات و خیال‌پردازی‌های ناخودآگاه خود پی ببرد. بزرگ‌ترین مانع در این روند، کنش‌نمایی^۱ انتقال توسط بیمار درون محیط بالینی و بیرون از آن است. این کنش‌نمایی گاه کنشی فیزیکی است، اما در بیشتر موارد به‌صورت فرافکنی‌های شدید و مکانیسم‌های همانندسازی فرافکنانه^۲ بروز می‌یابد. بسیاری از بیماران پس از شروع درمان روان‌کاو، با روی آوردن به این نوع از کنش‌نمایی باعث ناکامی سریع این روند می‌شوند. درحالی‌که توجه به تعداد جلسات، استفاده از کاناپه^۳، شیوه خاتمه درمان^۴ و دیگر روش‌ها مفید هستند، تحلیل انتقال و همچنین تحلیل مقاومت (کنش‌نمایی) در برابر تحلیل انتقال، اجزای اصلی درمان به‌شمار می‌روند. در این فصل، ضمن بررسی نقش دیدگاه‌های ملانی کلاین در این زمینه، نمونه‌هایی از کنش‌نمایی ارائه می‌شود.

بنا به دلایل متعدد، آموزش روان‌کاو در خلأ اتفاق می‌افتد. در فصل ۷ می‌بینیم چگونه آموزش روان‌کاو غالباً نظریه و شیوه‌ای از درمان را آموزش می‌دهد که متناسب با کار درمان هرروزه در مطب نیست. واقعیت‌های بالینی کار روان‌کاو نشان می‌دهد، این روش در مقایسه با آنچه برنامه‌های آموزشی روان‌کاو کلاسیک ارائه می‌دهند، به طیف گسترده‌تری از مراجعان کمک می‌کند. رویکرد

-
1. Acting out
 2. Projective identification
 3. Couch
 4. Termination

روان‌کاوانه فرصت‌های خاصی را در اختیار روان‌تحلیلگر می‌گذارد که می‌تواند روی آنها کار کند و برای بیمارانی با شرایط گوناگون مفید باشد. تحلیلگرانی که ضمن پذیرش محدودیت‌ها، به کاربردهای گسترده و مزایای متعدد رویکرد روان‌کاوانه آگاهی دارند، به تجربه‌ای فراتر از تجربه‌های حاصل از دوره‌های آموزشی دست پیدا می‌کنند. درعین حال، سطح مهارت درمانی تحلیلگر، تشخیص بیماری و بسیاری از عوامل بیرونی دیگر، محدودیت‌های متفاوتی در کار عملی و نتیجه درمان روان‌کاوی ایجاد می‌کنند.

از این رو، در فصل ۷، با بهره‌گیری گسترده از موردهای روان‌کاوی نشان می‌دهیم، چه طیف گسترده‌ای از بیماران از این روش سود می‌برند. مستندات بالینی نیز نشان می‌دهند، این موردهای دشوار که به شدت آشفته هستند، با وجود مطلوب نبودن، نتایجی دارند که به اندازه کافی مفید هستند. در فصل ۸، نگاهی دقیق داریم به ساختار ذهنی بیمارانی که به‌طور معمول بزرگ‌ترین چالش پیش روی ما محسوب می‌شوند. ابعاد درون‌روانی^۱ و بین‌فردی بیماران پارانوئیدی-اسکیزوئیدی (کلاین، ۱۹۴۶) از دیدگاه کلینی بررسی می‌شوند. همچنین درباره آسیب‌های بیرونی اوایل زندگی، با توجه به شرایط بهینه موردنیاز برای رشد در دوران کودکی، بحث می‌شود. جهت اثبات مزایای بهره‌گیری از روش تحلیلی برای بیماری با وضعیت وخیم که توانایی رهایی از خیال‌پردازی‌ها و ترس‌های گزندوآسیب را ندارد، موردکاوی مبسوطی درخصوص یک بیمار روان‌پریش ارائه می‌شود.

همان‌گونه که در فصول پیشین دیدم، موردهای زیادی با دوره درمانی کوتاه، سخت و ناموفق وجود دارند که کسی درباره آنها مطلبی نمی‌نویسد. به‌هرحال، هر روان‌کاو یا روان‌درمانگر تحلیلی تجربه‌های زیادی از این برخوردهای کوتاه‌مدت و شدید با بیماران به‌شدت آشفته‌تر دارد. این موردها می‌تواند اطلاعات بیشتری درباره ذهن و کارکرد آن به ما بدهند و از این رو، نباید به‌عنوان موردهای غیرتحلیلی و غیرآموزنده، نادیده گرفته شوند. به‌علاوه، غیرواقع‌بینانه است اگر فکر کنیم، همیشه می‌توانیم به شخص خیلی مضطرب یا نگران کمک کنیم تا وارد فرایند درمان شود و در مدتی کوتاه با موفقیت درمان شود. رویکرد سازنده‌تر این است که از روش تحلیلی استفاده کنیم، هرآنچه توان انجامش را داریم به بیمار ارائه دهیم و تلاش کنیم تحلیلگر و بیمار از زمانی که با یکدیگر سپری می‌کنند، بیشترین بهره را ببرند.

در فصل ۹، با استفاده از موردکاوی می‌کوشیم به ابعاد تکنیکی و نظری این حوزه جان ببخشیم. خواننده در این فصل بیشتر با رویکرد کلینی در تحلیل این بیماران دشوار آشنا خواهد شد. تحلیلگر کلینی، خواه بر انتقال تأکید داشته باشد و خواه تمرکزش بر فرانتقال^۲ باشد، خیال‌پردازی‌ها و اضطراب‌های درونی بیمار را با نگاه به سلف و ابژه‌های مهم آن تفسیر می‌کند. این

1. Intrapsychic
2. Extra-transference

موضع تحلیلی باعث می‌شود اضطراب آنی بیمار کاهش یابد و زمینه برای خوداندیشی و شروع فرایندهای اصلی درمان فراهم شود.

به‌عنوان تحلیلگران در حال آموزش و کسانی که در آینده مشغول این کار می‌شویم، نگاه به بیمار، تحلیلگر و فرایند تحلیل از دید ایگوی ایده‌آلمان را تعدیل می‌کنیم. متون موجود با پرداختن بیشتر به انگاره‌های نظری، این تصویر را بیش‌ازپیش مخدوش کرده‌اند. درنهایت، غالباً پیدا کردن بیمار ایده‌آلی که با معیارهای تحلیل‌پذیری ارائه‌شده توسط مؤسسات آموزشی، سوپروایزرهایمان، استادانمان و سوپرایگویِ پرتوقعِ خودمان مطابقت داشته باشد، باعث سردرگمی ما می‌شود.

در فصل ۱۰، به بررسی چند نمونه بالینی خواهیم پرداخت که ازهرنظر با بیمار مطلوب فاصله زیادی دارند. باوجوداین، این تصاویر واقع‌بینانه از کار هرروزه بالینی آن‌قدر اهمیت دارند که نمی‌توان به‌راحتی به‌عنوان موردهای شکست‌خورده بیماران تحلیل‌ناپذیر به آنها توجه نکرد. غالباً، حتی کوتاه‌ترین برخورد بالینی، به تحلیلگر کمک می‌کند کارکرد انسان را بهتر بفهمد؛ این وضعیت گاه به نفع بیمار هم هست. اگر تحلیلگر برای همه بیمارانش از دیدگاه تحلیلی استفاده کند، ممکن است با برخی از آنها گفتمان مفیدی شکل بگیرد. این دست موردها در زمره درمان‌های به‌اصطلاح استاندارد یا کاملاً تحلیلی قرار نمی‌گیرند، اما نتایج آنها غالباً برای درمانگران و احتمالاً برای بیمارانشان مفید است.

بنابراین، در فصل ۱۱، بازهم به بررسی بیمارانشان می‌پردازیم که پس از شروع درمان، برای مدت کوتاهی آن را ادامه می‌دهند. هرچند تحلیلگر شاید به‌دنبال درمانی بلندمدت و جامع با چند بار ملاقات در هفته و تأکید بر انتقال، رؤیایها و تداعی‌های آزاد باشد، اما برخی بیمارانش چنین چیزی را ناممکن می‌سازند. این بیمارانش ماهیت فرایند تحلیل را با کنش‌نمایی‌شان، مشکلات مالی و آشفتگی‌های بیرونی‌شان و خیال‌پردازی‌های خاص سلف-ابژه، تعریف می‌کنند که معمولاً ماهیتی آسیب‌رسان دارند. برخی از این موردها، مفید به نظر می‌رسند و دسته‌ای دیگر به‌ظاهر فقط به تداوم شرایط موجود منجر شده‌اند.

با بهره‌گیری از مطالعه موردی، چند نمونه درمانی بررسی می‌شود و نشان داده می‌شود روش روان‌کاوی می‌تواند تاحدودی برای بسیاری از این موردها مفید باشد. هرچند برخوردهای کوتاه‌مدت و غالباً آشفته با بیمارانش دشوار در مطب، امری رایج است، اما مطالب چندانی در این باره نگاشته نمی‌شود (واسکا، ۲۰۰۳). به نظر می‌رسد بی‌توجهی به این موردها، از این باور نشئت می‌گیرد که آنها به‌دلیل رعایت نکردن قواعد رایج واقعاً موردی تحلیلی نیستند. روش تحلیلی قدرتمندتر از آن است که به‌دلیل عدم تبعیت از قواعدی مشخص یا معیارهایی محیطی کنار گذاشته شود. تحلیلگر حتی در شرایط غیربهبوده یا موارد نامعمول و نابهنجار می‌تواند تاحدی به بیمار در رسیدن به انسجام درونی بیشتر کمک کند. داشتن هدف تحلیلی در قبال موردها، چارچوب سنتی را گسترش می‌دهد.

در فصل ۱۲، برداشت عمومی از روان‌کاوی و نقش او در کمک به بیمارانش بررسی می‌شود. این برداشت، مبهم، تاحدی سردرگم‌کننده و غالباً منفی است. این کج‌فهمی از آنچه یک تحلیلگر معمولی

در مطبش انجام می‌دهد، در متون تخصصی پیچیده‌تر هم می‌شود. این متون معمولاً چهره‌ای آرمانی از شخصی را به نمایش می‌گذارند که در حال انجام روان‌کاوی «ناب» با بیمارانی غربال‌شده و واجد شرایط یا همان «تحلیل‌پذیر» است، درحالی‌که از اصلاح تکنیک‌ها، مشکلات انتقال‌متقابل^۱ و بیماران به‌ظاهر نفوذناپذیر صحبتی به میان نمی‌آورند. این روند، تصویری نادرست از کار تحلیلگران در محیط بالینی ارائه می‌دهد و برداشتی دور از ذهن و غیرقابل فهم در ذهن عموم ایجاد می‌کند. حوزه روان‌کاوی برای تداوم حیات خود، که در دوران کنونی چندان مطلوب به نظر نمی‌رسد، باید در مواجهه با مردم و همچنین در محافل تخصصی، در توضیح کار واقعی یک روان‌کاو، صداقت و گشودگی بیشتری نشان دهد. در این فصل، ضمن بحث در این باره، جهت تشریح بیشتر این موضوع، که از موضوعات روز محسوب می‌شود، چند نمونه از کارهای روزمره یک تحلیلگر بررسی می‌شود.

در فصل ۱۳، بررسی واقعیت‌های بالینی کار هرروزه روان‌کاوان در بخش خصوصی ادامه می‌یابد. تفاوت‌های روان‌کاوی عملی، انواع بیماران و ماهیت واقعی کار روان‌کاوان با آنچه در مؤسسات آموزشی روان‌کاوی ارائه می‌شود، مورد بحث قرار خواهد گرفت. همچنین، پیشنهادهایی برای پر کردن این شکاف ارائه خواهد شد. در کنار بحث درباره دیدگاه منفی عمومی به روان‌کاوی می‌بینیم این رشته تخصصی چگونه تصویری آرمانی، غیرواقعی و کاریکاتورگونه از روان‌کاوی به وجود آورده است. در پایان، برای تشریح تفاوت بین روش‌های عملی در درمان‌های روان‌کاوی در جهان واقعی و تصویر آرمانی و انعطاف‌ناپذیر روان‌کاوی در دوره‌های آموزشی، دو نمونه ارائه می‌شود.

بخش اول

رویکرد

نگاهی کوتاه به روش روان کاوی

مدل فرویدی

کار روان کاوان به نوعی با کار سایر حرفه‌ها تفاوت دارد. دوستان ممکن است توصیه و پیشنهاد ارائه دهند. مددکاران اجتماعی به تغییر محیط اطراف بیمار، نظام اجتماعی و تعدیل فشارهای روانی هرروزه کمک می‌کنند. متخصصان مشاوره در بحران^۱، از مداخلات رفتاری و پیشنهاد مستقیم استفاده می‌کنند. پیشوایان دینی، احکامی را بر پایه قواعد معنوی و اصول مذهبی ارائه می‌دهند. مشاورها راه‌حل‌هایی عملی برای مشکلات زندگی روزمره با بهره‌گیری از منطق و عقل سلیم پیشنهاد می‌دهند. این متخصصان به عنوان نوعی مربی، دوستی متخصص یا راهنما عمل می‌کنند. روان‌پزشکان و پزشکان برای افزایش یا تخفیف خلیات خاص و کاهش برخی نشانه‌ها، دارو تجویز می‌کنند. روان‌کاوان در صورت لزوم از این رویکردها استفاده می‌کنند. اما در بیشتر مواقع، تکنیک‌ها و اهداف آنها کاملاً متفاوت است.

درمان روان‌کاوی، بر پایه نظریات زیگموند فروید و پیروانش، با سایر حوزه‌های تخصصی مربوط به کمک به بیماران، تفاوت‌هایی بنیادین دارد. فروید نظریه و تکنیکی را مطرح کرد که منشأ سایر رویکردهای روان‌درمانی گردید (مایر، ۱۹۸۹). مبانی فروید در مورد ناخودآگاه پویا و اهمیت رشد شخصیت که تحت تأثیر تجربه‌های والدگری در سال‌های اولیه زندگی شخص است، امروزه در بسیاری از رویکردهای درمانی، بدون توجه به ارزش واقعی این مبانی، به کار گرفته می‌شوند.

ویژگی اصلی درمان روان‌کاوانه، بررسی روابط میان‌فردی و درون‌روانی بیمار با روان‌کاو و همچنین اشخاص دیگر، خیال‌بافی‌های روزانه و رؤیاهای شبانه بیمار و تلاش برای گفتن همه‌چیز یا تداعی آزاد است. روان‌کاو از این معیارها برای فهم افکار درونی بیمار و احساسات او در قبال خود (روانکاو) و دیگران بهره می‌گیرد. بر اساس نظریه روان‌کاوی، همه رفتارها و نشانه‌ها دارای معانی عمیق‌تری هستند که دراصل شکل ناخودآگاه دارند. افکار، احساسات و خیال‌بافی‌های بیمار، هرچند غیرمنطقی یا

تحریف‌شده، به‌عنوان شاه‌راهی به انگیزه‌های ذهن ناخودآگاه بیمار، به‌دقت بررسی می‌شوند. همان‌طور که رؤیاها به‌جای نادیده‌انگاشته شدن، تحلیل می‌شوند، نشانه‌ها نیز به‌جای حذف سریع، مورد بررسی قرار می‌گیرند. نشانه‌ها در نگاه متخصصان متبحر پزشکی، سرنخ‌هایی از کارکرد بدن انسان در لایه‌های عمیق‌تر به دست می‌دهند. بنابراین، نشانه‌های روان‌پزشکی نیز در نگاه روان‌کاو چنین معنایی دارند. روان‌کاو به بیمار کمک می‌کند تا انگاره‌های ناخودآگاهش دربارهٔ افراد مهم در زندگی‌اش و تمایلات و احساساتش در قبال آنها را واکاوی کند. به‌تدریج ترس‌ها، اضطراب‌ها و علایق فروخوردهٔ بیمار شناخته می‌شوند و به آنها پرداخته می‌شود. رابطهٔ روان‌کاو و بیمار ابزار اصلی در فهم طرز کار ذهن بیمار است.

احساسات پرخاشگرانه و عاشقانهٔ بیمار تنها به دایرهٔ خانواده و دوستان فعلی او معطوف نمی‌شوند و بر تصاویر آنها در ذهن بیمار نیز اعمال می‌شوند. افکار و احساسات شدید بیمار، این تصاویر را تحریف می‌کنند. از این رو، درمان هیچ‌گاه نوعی پردازش خطی و ساده نیست. این کار نیاز به بررسی برداشت‌های متغیر، تأثیرگذار و متناقض بیمار از خویشتن و افراد مهم زندگی‌اش دارد. رویکرد روان‌کاوانه در پی فهم تأثیر گذشته بر حال است و اینکه چگونه این تأثیر در زندگی فعلی بیمار بازتولید می‌شود. باید تأکید شود، این رویکرد صرفاً به‌دنبال مقصر شمردن والدین به‌دلیل تربیت نامناسب فرزندان نیست. روان‌کاو به‌خوبی می‌داند والدین و کودک بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند و خیال‌پردازی‌های کودک به اندازهٔ واقعیت‌های بیرونی در شکل‌گیری مراحل اولیه رشد و خاطرات فرد نقش دارند.

در روان‌کاوی عمیق‌ترین آرزوها، اضطراب‌ها و دفاع‌ها در برابر اضطراب با استفاده از ابزار انتقال-انتقال متقابل تحلیل می‌شوند. در این روند، تفسیر نقشی اساسی ایفا می‌کند. منظور از انتقال، شیوهٔ ارتباطی انعطاف‌ناپذیر و تکراری بیمار با تحلیلگر و دیگران بر پایهٔ ترس‌ها و تمایلات ناخودآگاه است. انتقال متقابل، به احساس تحلیلگر در پاسخ به این ارتباط اطلاق می‌شود. تفسیر درواقع همان چیزهایی است که تحلیلگر در این باره به بیمار می‌گوید. تحلیلگر می‌کوشد احساسات و افکار تغییرشکل‌یافته و تحریف‌شدهٔ بیمار که انتقال را تشکیل می‌دهند، سازمان‌دهی و به‌شکل کلامی ترجمه کند. تحلیلگر از بیمار می‌خواهد افکار و احساسات خود را به آشکارترین شکل ممکن بیان کند. منظور این است که هیچ‌چیز سانسور نشود. همهٔ موضوعات از ارزش یکسانی برخوردارند. البته تحقق این درخواست شدنی نیست، چراکه ذهن به‌طبع، خود را سانسور می‌کند. بنابراین، چگونگی برخورد بیمار با درخواست تحلیلگر مبنی بر بیان همه‌چیز، اطلاعات مهمی به دست می‌دهد. تحلیلگر تلاش بیمار برای سانسور کردن برخی مطالب و درعین‌حال تشریح برخی دیگر را مشاهده و بررسی می‌کند.

اصل جامع نظری در درمان روان‌کاوی، مفهوم ناخودآگاه پویا و نقش آن در تعیین بیشتر کنش‌ها و واکنش‌های بیمار است. اصل اساسی بالینی، کمک به بیمار برای پرداختن به جهان درونی خویش است تا از این طریق روی کشمکش‌ها و اضطراب‌های اساسی خود کار کند. به گفته تیسر (۱۹۸۸)، وظیفه اصلی درمانگر کمک به بیمار در مسیر دشوار گذار از سرزنش دیگران به سمت مسئولیت‌پذیری در قبال مشکلات خویش است. به دنبال آن، منشأ حل مشکلات از دیگران به خود فرد (از منابع بیرونی به درونی) منتقل می‌شود. در مراحل اولیه درمان، بیمار معمولاً دیگران را مقصر می‌داند و معتقد است دیگران باید خود را تغییر دهند. بیمار باید به تدریج به این فرافکنی پی ببرد و آن را به‌عنوان بخشی از خود بپذیرد تا بتواند روی آن کار کند.

این نوع سرزنش کردن دیگران به‌ویژه در بیمارانی دیده می‌شود که در وضعیت پسرفت یا حالت بدوی قرار دارند و به‌صورت پارانوئیدی-اسکیزوئیدی عمل می‌کنند (کلاین، ۱۹۴۶). در حالت پارانوئیدی-اسکیزوئیدی که یک تجربه درونی ساده‌انگارانه است، بیمار به فرافکنی روی می‌آورد و منشأ همه مشکلات به بیرون نسبت داده می‌شود. از سوی دیگر، بیمارانی که در سطح کارکردی بالاتر و در وضعیت افسرده‌ساز^۱ قرار دارند (کلاین، ۱۹۳۵)، بیشتر به درون‌فکنی روی می‌آورند و با احساس گناه و خودسرزنی شدید و ناتوانی در اعتراف به داشتن احساسات شدید در قبال دیگران، درمان را شروع می‌کنند.

گاه دشواری روند انتقال متقابل باعث می‌شود تحلیلگر، بیمار را به سوی برون‌فکنی مشکلات سوق دهد. هرچه بیمار و تحلیلگر بیشتر دیگران را مقصر بدانند، روند درمان بیشتر به احساس «ما» در مقابل «دیگران» دامن می‌زند. سرزنش دیگران، از راه دادن احساسات پیچیده و پررنگ به رابطه درمانی بسیار آسان‌تر است. در واقع، به همین دلیل است که بسیاری از روان‌درمانگران از انتقال دوری می‌کنند. فعال کردن انتقال به‌صورت کامل، نیازمند معطوف کردن کانون توجه بیمار به درون است که غالباً به این معنی است که حالا مقصر درمانگر است. در صورت هم‌دست شدن بیمار و درمانگر در اجتناب از انتقال، روند درمان بیشتر شبیه نوعی گفتگوی دوستانه و ارائه توصیه‌های دوستانه می‌شود. در این شرایط، درمانگرها به آموزش، اطمینان‌بخشی، توضیح شرایط و حتی خودافشاگری روی می‌آورند. سخن گفتن از اینکه درمانگر چگونه زندگی‌اش را مدیریت می‌کند، خود شیوه‌ای بسیار عالی برای منحرف کردن ذهن بیمار از کاوش و فهم تجربه‌ها و واکنش‌هایش به خود و دیگران، از جمله درمانگر است.

ذهن از محرک‌های متضادی همچون عشق و نفرت، مرگ و حیات و لیبیدو^۲ و خشم تشکیل شده است

1. Depressive position

2. Libido

(اورسانو و سونبرگ، ۱۹۹۱). این کشمکش‌ها باعث ایجاد آشفتگی‌های درونی و نشانه‌های بیرونی می‌شوند. درمان روان‌کاوانه می‌کوشد به این کشمکش‌های ناخودآگاه دست یابد و به بیمار نشان دهد چگونه آنها در بروز مشکلات و تداوم درد و رنجشان نقش دارند. به این ترتیب، بیمار رفته‌رفته احساس آزادی می‌کند و استقلالش بیشتر می‌شود و قادر به یافتن راه‌حل برای زندگی پیچیده خود می‌شود.

از طریق کار کردن روی کشمکش‌های درونی شامل نیازها، عشق، ترس و نفرت، که به افراد، مکان‌ها و اشیا برون‌فکنی می‌شوند، به تدریج انسجامی درونی شکل می‌گیرد. ناتوانی در تصمیم‌گیری یا انکار احساسات واقعی، جای خود را به انگاره‌ها و احساساتی می‌دهند که طیفی مفید از واکنش‌ها به واقعیت را در پی دارند. این احساسات گوناگون می‌توانند به عنوان یک نقشه یا راهبرد خلاقانه برای چگونگی فهم بهتر خود و ارزیابی محیط عمل کنند، نه اینکه فرد آنها را به عنوان نشانه‌ای برای فرار یا مبارزه در نظر بگیرد. به بیان دیگر، هرچقدر تحریف واقعیت توسط شخص کمتر باشد، توانایی کنار آمدن با واقعیت بیشتر می‌شود.

مشاوره، در مقایسه با درمان روان‌کاوانه، بیشتر بر ابعاد میان‌فردی زندگی بیرونی بیمار (ارتباط بیمار با مافوق، خانواده و دوستان) تمرکز می‌کند. بنابراین، مشاور می‌کوشد با بهره‌گیری از تلقین یا مداخله، در این الگوهای میان‌فردی تغییری رفتاری ایجاد کند.

همچنین، یکی از موضوعاتی که درمان روان‌کاوانه، در کنار موضوعات دیگر، روی آن تمرکز دارد، الگوهای میان‌فردی بیمار در ارتباط با درمانگر و دیگران است. با این حال، از این اطلاعات به عنوان یک سرنخ یا معبر برای راه‌یابی به سازمان درون‌روانی بیمار استفاده می‌شود. از طریق تحلیل محتویات درون‌روانی، تغییرات ماندگار میان‌فردی امکان‌پذیر می‌شود.

بهترین شکل درمان روان‌کاوانه با تعداد جلسات بیشتر مشخص می‌شود. برای رسیدن به این هدف دست‌کم یک یا دو جلسه در هفته نیاز است. درغیراین صورت، بیشتر گفتگوها تبدیل به گپ‌وگفتی درباره رخدادهای بیرونی می‌شود. بهترین حالت این است که بیمار سه تا پنج بار در هفته به روان‌کاو مراجعه کند، اما بسیاری از درمان‌های موفق طی یک تا دو جلسه در هفته انجام می‌شوند.

بیرینگ (۱۹۵۴) پنج تکنیک پایه را که یک تحلیلگر می‌تواند به کار گیرد به صورت خلاصه معرفی می‌کند: تلقین، کنش‌نمایی هیجانی^۱، مداخله^۲، شفاف‌سازی^۳ و تفسیر. هدف اصلی در درمان روان‌کاوانه یافتن بینش به کشمکش‌های ناخودآگاه است که با استفاده از شفاف‌سازی و تفسیر تحقق می‌یابد. تمام درمان‌های روان‌شناختی از هر پنج تکنیک استفاده می‌کنند. با این حال، درمان روان‌کاوی بر تفسیر و

1. Abreactive
2. Manipulative
3. Clarifying

شفاف‌سازی تأکید می‌کند.

تلقین به معنی تحمیل باورهایی خاص به بیمار است. درمانگر با بهره‌گیری از قدرت و نفوذ خود و جهت‌دهی نامحسوس یا نه‌چندان نامحسوس، به بیمار می‌گوید چه کاری انجام دهد. این تکنیک برگرفته از مدل هیپنوتیزم است و اجازه نمی‌دهد استقلال بیمار نقش چندانی در روند درمان ایفا کند. درخواست از بیمار برای بهره‌بردن از رؤیاهایش یا درخواست از او برای خودداری از مشاخره با همسر خود یا خودداری از نوشیدن مشروبات الکلی، همگی بخشی از قدرت نفوذ درمانگر هستند که با استفاده از آن به افکار و کنش‌های بیمار شکل می‌دهد.

کنش‌نمایی هیجانی به استفاده از تخلیه هیجانی به‌عنوان ابزاری درمانی اشاره دارد. در این روش، بر اساس اولین مدلی که فروید از ذهن به دست داد به نام مدل مکان‌نگاری^۱، بیمار به تخلیه هیجانات فروخورده ترغیب می‌شود. از این روش در تمرین‌های «گزارش‌دهی»^۲ استفاده می‌شود و بیماران آن را به‌عنوان نوعی «درددل کردن» و سبک کردن خود می‌شناسند. تخلیه هیجانات و رهایی از احساسات فروخورده معمولاً بخشی از فرایند هر درمانی است، اما در درمان‌های مبتنی بر مشاوره، غالباً به‌تنهایی به‌عنوان ابزار یا هدف اصلی به کار گرفته می‌شود. یافتن یک خروجی برای تخلیه احساسات و افکار مدفون‌شده اهمیت زیادی دارد، اما اگر در کنار روش‌های دیگر به کار گرفته نشود، معمولاً فقط به آرامش موقت منجر می‌شود.

روش مداخله‌ای از برخی جهات شبیه تلقین است. این روش شامل شیوه‌هایی برای پیشبرد زندگی بیمار از طریق توصیه، راهنمایی و مانند آن است. بازسازی نگاه بیمار به مسائل منفی و تبدیل آن به نگاهی مثبت (مثلاً، نگاه به اخراج از محل کار به‌عنوان فرصتی برای دنبال کردن علایق واقعی) نوعی مداخله در دیدگاه فرد است. همچنین، یکی دیگر از نتایج معمول روش مداخله، ترغیب نامحسوس بیمار به فرایند روان‌شناختی دواپاره‌سازی^۳ است. دواپاره‌سازی زمانی رخ می‌دهد که مشاور یا درمانگر، درمان را به‌عنوان امری مطلوب در برابر امری نامطلوب قرار می‌دهد. مشاوره دادن به زنی آسیب‌دیده برای گریز از دست شوهر بدرفتار خود، نوعی استفاده از روش تلقین و مداخله است که در آن درمانگر به بیمار می‌گوید برای رهایی از این شرایط چه کاری انجام دهد و خودشان را در جایگاه خوب و خردمند و شوهر را در جایگاه بد و خطاکار قرار می‌دهد. در این فرایند، استقلال بیمار تقویت و رابطه اجحاف‌آمیز در فضایی درمانی بازآفرینی می‌شود. قطعاً زمان‌های مناسبی پیش می‌آید که ضرورت دارد به بیمار بگوییم چه بکند، اما این نوع شرایط اضطراری به‌ندرت پیش می‌آید.

1. Topographic model
2. Debrief
3. Splitting

در ادامه به نمونه‌ای از مداخله و دویاره‌سازی اشاره می‌کنیم که به‌جای تحلیل آسیب، به کنش‌نمایی آن منجر شده است. بیماری داشتیم که در خانواده‌ای بزرگ شده بود که احساس می‌کرد مادرش به‌شدت او را تحت‌کنترل دارد و با او همانند یک بچه رفتار می‌کند. این دختر بزرگ شد و با مردی ازدواج کرد که خیلی شدید او را کنترل می‌کرد و با او به‌گونه‌ای رفتار می‌کرد که گویی فاقد عقل سلیم است. در برهه‌ای از زمان، آشفتگی شدید ناشی از این رفتار زورگویانه باعث شده بود به‌دنبال یک درمانگر خاص باشد. چند سال برای درمان نزد آن درمانگر رفته بود. به گفته بیمار، درمانگر به او گفته بود چه کنشی داشته باشد و چطور با شوهرش رفتار کند و او را مجبور کرده بود که حتماً به دانشگاه برگردد. درمانگر هر هفته در خانه با این زن تماس می‌گرفت تا مطمئن شود حالش خوب است و توصیه‌های او را رعایت می‌کند. بیمار این روش را مفید و همراه با مراقبت لازم می‌دانست. این بیمار پس از جلسه دومی که با من داشت، تماس گرفت و گفت، به‌صورت اتفاقی درمانگر قبلی‌اش را دیده است و به او گفته است برای درمان به من مراجعه می‌کند. درمانگر به او گفته بود می‌تواند این جلسات را متوقف کند، درمانش را با او از سر بگیرد و هزینه‌های درمان را با تخفیف و به‌صورت «اقساطی» پرداخت کند. بیمار می‌گفت نمی‌تواند این پیشنهاد خوب را رد کند. تصمیم گرفتم چیزی نگویم، چون فکر می‌کردم در این بازی بازنده می‌شوم و بخشی از روند دویاره‌سازی خواهم شد. درنهایت مجبور می‌شدم درمانگر دیگر را به‌عنوان درمانگر «بد» نکوهش کنم و از او بخواهم برای درمان بازهم به من، یعنی درمانگر «خوب» داستان، مراجعه کند. درواقع، «درمان» این بیمار به‌صورت بازآفرینی رابطه مادری/درمانگری کنترلگر و زورگو با دختری/بیماری مطیع و فرمان‌بردار بود. این‌دو به‌عنوان یک ابژه مطلوب دست به دست هم می‌دادند تا با ابژه شوهر بدرفتار مقابله کنند. متأسفانه، بروز چنین شرایطی بسیار رایج است.

این بیمار هیچ‌وقت حق‌الزحمه مرا هم پرداخت نکرد. حس می‌کردم این رفتار نوعی انتقام‌عامدانه است که این احساس را در بیمار ایجاد می‌کرد که نباید در برابر این ابژه تسلیم شود یا بخشی از خود را با او به اشتراک بگذارد. درواقع، این زن با کنش‌هایش می‌خواست بدون هیچ هزینه‌ای درمانش کنم. درنهایت، آشکال آشکارتری از مداخله در امور بیمار و محیط او وجود دارد که نمونه آن بستری کردن و تجویز دارو است. معمولاً هدف از مداخله، ایجاد تغییرات مثبت درمانی از طریق تأثیرگذاری بر تجربه بیمار است. این بازآموزی هیجانی یا بازوالدگری، محور اصلی بسیاری از روش‌های درمانی غیرتحلیلی است. به‌طور کلی، برخی مکاتب مشاوره و درمان، مداخله مستقیم و «ترویج اتحاد مثبت درمانی» را ترجیح می‌دهند، درحالی‌که دیگران از مداخله اجتناب می‌کنند و به‌جای آن می‌کوشند ابعاد مثبت و منفی انتقال را تحلیل کنند. رویکردهای کلاینی و فرویدی طرفدار کاوش همه‌جانبه تمام احساسات، افکار و خیال‌پردازی‌های مثبت و منفی هستند.