

گزیده  
آسیب شناسی روانی

## فهرست مطالب

۷	.....	مقدمه
۹	.....	فصل اول: مقدمه
۲۵	.....	فصل دوم: پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی
۴۲	.....	فصل سوم: اختلال‌های اضطرابی
۱۰۱	.....	فصل چهارم: اختلال‌های مرتبط با وسواس فکری - عملی و اختلال‌های مرتبط با آسیب
۱۴۸	.....	فصل پنجم: اختلال‌های خلق
۲۳۹	.....	فصل ششم: اسکیزوفرنی
۳۱۴	.....	فصل هفتم: اختلال‌های جنسی
۳۸۲	.....	فصل هشتم: اختلال‌های اواخر زندگی و عصبی - شناختی
۴۲۲	.....	فصل نهم: اختلال‌های شخصیت

## مقدمه

کتاب حاضر که براساس معیارهای تشخیصی **DSM-5** است یکی از کتب معتبر در زمینه آسیب‌شناسی روانی است، علی‌الخصوص جایگاه رفیع علمی نویسندگان آن.

ویراست نهم کتاب در سال ۱۳۸۲ ترجمه شد که الحمدلله با استقبال خوب اساتید و دانشجویان مواجه شد. از آنجایی که هر کتاب درسی باید تحولات جدید در رشته خود را منعکس کند. بر آن شدم که ترجمه ویراست جدید را که تغییرات گسترده و نوینی را در بر دارد، تقدیم علاقمندان کنم. شایان ذکر است که از فصول ۱ (تاریخچه بیماری‌های روانی) ۳، ۴، ۶ به منظور کاستن از حجم کتاب صرف‌نظر شد.

لازم می‌دانم از تمامی کسانی که ما را در چاپ این کتاب یاری نمودند سپاسگزاری و قدردانی به عمل آورم.

از همکاران علمی و دانشجویان عزیز تقاضا دارم که با ارائه نقطه نظرات خود، ما را در غنا بخشیدن به چاپ ویراست بعدی کتاب یاری رسانند.

دکتر مهدی دهستانی

# فصل اول

## مقدمه

### تعریف اختلال روانی

کسانی که در حوزه آسیب‌شناسی روانی کار می‌کنند، با یک تکلیف دشوار اما بنیادی طرف هستند: تعریف اختلال روانی. بهترین تعریف از اختلال روانی تعریفی است که چندین ویژگی داشته باشد. تعریف اختلال روانی که در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی انجمن روانپزشکی آمریکا به نام راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR) و چاپ پنجم آن (DSM-5) آمده است، چندین ویژگی اساسی برای مفهوم اختلال روانی را در بر می‌گیرد (استاین و همکاران، ۲۰۱۰):

- یک اختلال یا بی‌نظمی در فرد به وجود می‌آید.
- این اختلال موجب پریشانی یا ناتوانی شخص می‌شود.
- این اختلال یک واکنش ویژه فرهنگ در برابر یک رویداد (مثل مرگ عزیزان) نیست.
- این حالت نتیجه آغازین یک انحراف اجتماعی یا تعارض با یک جامعه خاص نیست.

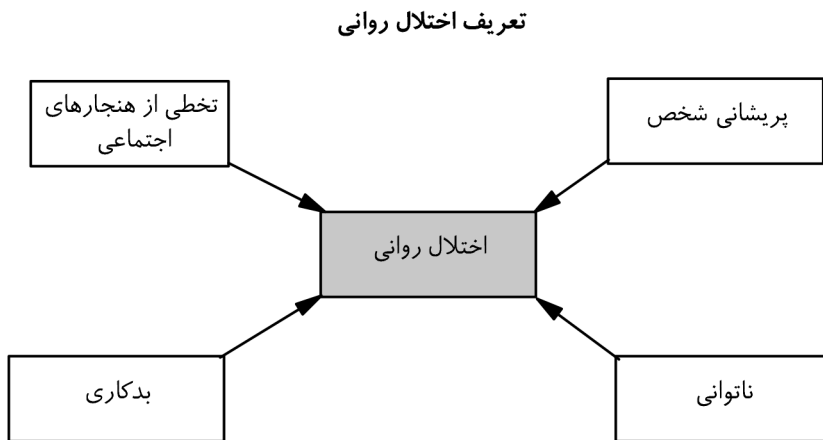
در قسمت‌های بعد، برخی از ویژگی‌های کلیدی تعریف اختلال روانی نظیر ناتوانی، پریشانی، تخطی از هنجارهای اجتماعی، و بدکاری را به صورت مفصل‌تر در نظر خواهیم گرفت. خواهیم دید که هیچ یک از آنها به تنهایی کافی نیستند، هرچند همگی امتیازاتی داشته و

قسمتی از تعریف کامل این اصطلاح را پوشش می‌دهند. در نتیجه، نابهنجاری معمولاً بر مبنای وجود چندین ویژگی همزمان در کنار هم مشخص می‌گردد، مثل چیزی که در تعریف DSM تصریح شده است. شکل ۱-۱ ویژگی‌های متفاوت تعریف اختلال روانی را نشان می‌دهد.

### پریشانی شخصی

یک ویژگی که در تعریف اختلال روانی به کار می‌رود، پریشانی شخصی<sup>۱</sup> است، یعنی اگر رفتاری باعث ناراحتی و پریشانی فراوانی در فرد شود، آن رفتار را نابهنجار می‌نامیم. فلیشیا به خاطر مشکل در توجه کردن و پیامدهای اجتماعی آن - اینکه سایر دخترهای مدرسه به او لقب‌های بد می‌دادند - احساس پریشانی می‌کرد. پریشانی شخصی ویژگی بسیاری از اختلال‌هایی است که در کتاب حاضر مطرح می‌شود - کسانی که دچار اختلال‌های اضطرابی و افسردگی هستند، درد و رنج فراوانی را متحمل می‌شوند. اما همه اختلال‌ها لزوماً توأم با

شکل ۱-۱. ویژگی‌های کلیدی در تعریف اختلال روانی



پریشانی نیستند. مثلاً، فرد جامعه‌ستیز با دیگران رفتاری سبانه دارد و ممکن است قانون را بدون احساس گناه یا پشیمانی یا اضطراب، زیر پا بگذارد و تمامی رفتارهایی که پریشانی ایجاد می‌کنند، اختلال محسوب نمی‌شوند - برای مثال، پریشانی و ناراحتی ناشی از گرسنگی در فرد روزه‌دار یا درد زایمان.

1. personal distress

## مورد بالینی: خوزه

خوزه نمی‌دانست برای کابوس‌هایش چه کاری بکند. از وقتی او از جنگ بازگشته بود، نمی‌توانست آن تصاویر خونین را از ذهنش دور کند. او تقریباً هر شب در حالی که کابوس قتل‌عام زمان استقرارش در فالوجا را می‌دید، از خواب می‌پرید. حتی در طول روز هم لحظه‌ای را که همسنگرش با یک نارنجک به دو نیم شده بود، به صورت فلاش‌بک می‌دید. تماشای مرگ دوستش که در کنارش نشسته بود، بدترین قسمت ماجرا بود؛ حتی درد ترکشی که گهگاه در شانه‌هایش تیر می‌کشید، به اندازه این خواب‌ها و فلاش‌بک‌ها ناراحت‌کننده نبود. او دائماً عرق می‌کرد، و هرگاه صدای بلندی می‌شنید، از صندلی‌اش به هوا می‌پرید. یک روز مادر بزرگش پا روی بادکنکی گذاشت که از میهمانی استقبال شب قبل مانده بود. این صدا به نظر خوزه به شلیک تفنگ شباهت داشت و او به سرعت خودش را روی زمین انداخت.

مادر بزرگش نگران او بود. او تصور می‌کرد که خوزه باید دچار حمله عصبی<sup>۱</sup> شده باشد، درست مثل پدر خودش در زمانی که به پورتوریکو بازگشته بود. مادر بزرگ می‌گفت که پدرش همیشه در هراس بود و احساس می‌کرد دارد دیوانه می‌شود. مادر بزرگ هر روز به کلیسا می‌رفت و برای خوزه دعای کرد. پزشک ارتش اظهار داشت که خوزه دچار اختلال روانی پس‌آسیبی (PTSD) شده است. قرار شد که خوزه به بیمارستان اداره کهنه‌سربازها (VA) برود و مورد ارزیابی قرار بگیرد، ولی او فکر نمی‌کرد که اصلاً مشکلی داشته باشد. اما دوستش به نام خورخه که در جلسات گروهی VA شرکت می‌کرد، گفته بود که این کار حالش را بهتر کرده است. شاید این موضوع به درد او هم می‌خورد. خوزه دوست داشت که این تصاویر از ذهنش بروند.

## ناتوانی

ناتوانی – آسیب در برخی حیطه‌های مهم زندگی (مثل، کار یا روابط شخصی) – هم می‌تواند شاخص رفتار نابهنجار باشد. مثلاً، اختلال‌های ناشی از مواد تا حدودی با توجه به ناتوانی شغلی یا اجتماعی حاصل از آن توصیف می‌شوند (مثلاً، مشاجرات شدید با همسر یا عملکرد شغلی ضعیف). طرد شدن توسط همسالان هم مصداقی از این ویژگی به شمار می‌آید (مثل مورد فلیشیا). فوبی نیز می‌تواند سبب ایجاد پریشانی و ناتوانی شود. برای مثال، وقتی ترس شدید از پرواز مانع انتخاب شغلی شود که فرد برای آن مجبور است از کالیفرنیا به نیویورک سفر کند. لیکن مثل احساس پریشانی، نمی‌توان برای تعریف اختلال روانی فقط از ناتوانی استفاده کرد، زیرا صرفاً برخی از اختلال‌ها به ناتوانی ختم می‌شوند، نه همه آنها. برای نمونه، پراشتهایی

۱. یک اختلال روانی وابسته به فرهنگ که بعداً در همین کتاب به آن اشاره خواهد شد. ویراستار

روانی شامل با ولع خوردن و بعد تخلیه غذا (استفراغ کردن) است تا وزن فرد کماکان حفظ شود؛ اما در این حالت، ناتوانی رخ نمی‌دهد. بسیاری از افراد مبتلا به پراشتهایی، تقریباً زندگی بی‌دردسری دارند و فقط در خلوت به این رفتارها می‌پردازند. سایر ویژگی‌هایی هم که در شرایط خاص می‌توانند نوعی ناتوانی به شمار آیند، در حیطه آسیب‌شناسی روانی قرار نمی‌گیرند - نظیر، کور بودن و در عین حال علاقه به رانندگی در مسابقات رالی. ما شاخصی نداریم که نشان دهد کدام ناتوانی‌ها در حوزه آسیب‌شناسی روانی قرار دارند و کدام یک چنین نیستند.

### تخطی از هنجارهای اجتماعی

در قلمرو رفتار، هنجارهای اجتماعی عبارت‌اند از معیارها (باورها و نگرش‌ها)یی که آدمیان به منظور قضاوت راجع به خوبی - بدی، درستی - نادرستی، موجه بودن - ناموجه بودن، و مقبولیت - عدم مقبولیت یک رفتار، از آنها استفاده می‌کنند. برای نمونه، تشریفات تکراری در شخص مبتلا به وسواس فکری - عملی (فصل ۵) و مکالمه بیمار روانی با صداها یا خیالی که برخی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی با آن درگیر هستند (فصل ۸) رفتارهایی هستند که هنجارهای اجتماعی را نقض می‌کنند. اینکه خوزه با شنیدن صدای ترکیدن بادکنک خودش را روی زمین بیاندازد، در خیلی از فرهنگ‌ها جایی ندارد. این نوع تعریف اختلال روانی خیلی سهل و ممتنع است. برای نمونه، جنایتکاران از هنجارها تخطی می‌کنند، اما معمولاً در آسیب‌شناسی روانی بررسی نمی‌شوند؛ در عوض، افراد بسیار مضطرب معمولاً هیچ هنجاری را زیر پا نمی‌گذارند. مضاف بر این، هنجارهای اجتماعی در گروه‌های قومی و فرهنگ‌های مختلف، فرق می‌کنند. بنابراین، رفتاری که به وضوح برای یک گروه به منزله تخطی از هنجارهای اجتماعی است، ممکن است به هیچ‌وجه نزد یک گروه دیگر چنین نباشد. برای مثال، در برخی فرهنگ‌ها، مخالفت مستقیم با دیگران هنجارشکنی به شمار می‌آید. در پورتوریکو، رفتار خوزه همان تعبیری را ندارد که در ایالات متحده تعبیر می‌شود. در سرتاسر کتاب حاضر، هر جا که در توصیف، سبب‌شناسی، و درمان اختلال‌های روانی به کار بیاید، به مبحث مهم گونه‌گونی فرهنگی و نژادی اشاره خواهیم کرد.

## بدکاری

ویکفیلد (۱۹۹۲) در یک مقاله مشهور و کاملاً بحث‌انگیز این سخن را پیش کشیده است که اختلال‌های روانی را می‌توان نوعی **بدکاری زیانبخش**<sup>۱</sup> تعریف کرد. این تعریف از دو قسمت تشکیل می‌شود: یک قضاوت ارزشی («زیانبخش») و یک مؤلفه علمی و عینی – «بدکاری». قضاوت در مورد اینکه رفتار خاصی زیانبخش است، مستلزم یک معیار است و معیار مزبور نیز احتمالاً بستگی به هنجارها و ارزش‌های اجتماعی دارد که وصف آنها در قبل رفته است. بدکاری زمانی رخ می‌دهد که یک سازوکار درونی نتواند کارکرد طبیعی خود را داشته باشد. یعنی، همان کارکردی که سازوکار مزبور برای آن ساخته شده است. ویکفیلد امیدوار بود که با ترکیب این بخش از تعریف اختلال روانی در یک نظریه تحولی، به این تعریف عینیت علمی ببخشد.

منتقدان بیشماری اظهار داشته‌اند که مؤلفه بدکاری در تعریف ویکفیلد را نمی‌توان به سادگی و با عینیت برای اختلال‌های روانی تعریف کرد (مثلاً، هوتز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱؛ لیلینفلد و مارینو، ۱۹۹۹). یک مشکل آن است که سازوکارهای درونی درگیر در اختلال‌های روانی عمدتاً ناشناخته هستند؛ لذا، دقیقاً نمی‌توان اظهار کرد که چه چیزی کارکرد درست ندارد. ویکفیلد (۱۹۹۹) سعی کرده که این ایراد را تا حدودی از طریق اشاره به بدکاری‌های محتمل و نه بدکاری‌های به اثبات رسیده، مرتفع سازد. برای نمونه، در مورد جک، توهم‌ها (شنیدن صداها) را می‌توان نوعی نارسایی ذهنی در «خاموش کردن» صداهای ناخواسته دانست. با وجود این، ما ابتدا قضاوت می‌کنیم که یک رفتار یا یک مجموعه رفتار زیانبخش هستند و بعد نتیجه می‌گیریم که رفتار مزبور معرف یک اختلال روانی است، زیرا ما معتقدیم که آن رفتار در اثر بدکاری یک سازوکار درونی ناشناخته به وجود آمده است. واضح است که مفهوم بدکاری زیانبخش ویکفیلد نیز – همچون سایر تعاریف اختلال روانی – محدودیت‌های خاص خود را دارد.

تعریف DSM مفهوم گسترده‌تری از بدکاری را پیش روی ما می‌گذارد و مجموعه شواهد ما در حال حاضر نیز مؤید آن است. به‌طور اخص، تعریف DSM از بدکاری به این واقعیت اشاره دارد که بدکاری‌های رفتاری، روانی، و زیستی در هم تنیده شده‌اند. یعنی، مغز بر رفتار تأثیر می‌گذارد و رفتار مغز را تحت الشعاع قرار می‌دهد؛ پس، بدکاری موضوعی چندبُعدی است. این گسترش تعریف باعث نمی‌شود که از مشکل ویکفیلد به‌طور کامل در امان بمانیم، لیکن به هر



حال، اقدامی است رسمی که اذعان می‌کند درک کنونی ما [درباره اختلالها] از محدودیت برخوردار است.

در حقیقت، لازم است به خاطر داشته باشیم که کتاب حاضر معرف آن دسته از مشکلات بشری است که در حال حاضر اختلال روانی محسوب می‌شوند. از آنجایی که این حوزه دائماً در حال تحول است، اختلال‌هایی که در کتاب‌هایی نظیر این ارائه می‌شوند، بی‌تردید با گذشت زمان تغییر می‌کنند، و این قضیه در مورد تعریف اختلال روانی نیز مصداق دارد. کاملاً محتمل است که هرگز نتوانیم به تعریفی دست یابیم که اختلال روانی را به‌طور کامل و برای همیشه پوشش دهد. با همه این احوال، ویژگی‌هایی که در حال حاضر در این تعریف گنجانده شده‌اند، یک تعریف نیم‌بند مفید می‌سازند که مجدداً تأکید می‌کنیم برای همه تشخیص‌ها به یک اندازه و یک میزان به کار نمی‌آیند.

### چکیده بخش

مرکز ثقل کتاب حاضر، توصیف، سبب‌شناسی، و درمان شماری از اختلال‌های روانی مختلف است. لازم است در همین آغاز خاطر نشان سازیم که تأثیر عوامل شخصی بر موضوع مورد مطالعه باعث می‌شود که برای حفظ عینیت، با هشیاری و آگاهی قبلی عمل کنیم. داغ یا برچسب هنوز هم در حوزه آسیب‌شناسی روانی مشکل محسوب می‌شود. داغ یا برچسب چهار مؤلفه دارد و باعث برچسب زدن به اختلال‌های روانی و اسناد معانی خاص به آنها می‌شود. حتی استفاده از اصطلاحات روزمره‌ای مثل **دیوانه** و **اسکیزو** می‌تواند در برچسب زدن به افراد مبتلا به اختلال روانی، نقش داشته باشد.

تعریف اختلال روانی هنوز هم دشوار است. شماری از تعاریف مختلف پیشنهاد شده‌اند، ولی هیچ کدام نمی‌توانند کل گستره اختلال‌ها را توجیه کنند. یک ویژگی اختلال روانی آن است که آیا یک رفتار باعث پریشانی شخصی می‌شود یا خیر. اما تمامی رفتارهایی که اختلال روانی محسوب می‌شوند، به احساس پریشانی ختم نمی‌شوند. رفتارهایی که ناتوانی به بار می‌آورند یا غیرمنتظره هستند، می‌توانند نوعی اختلال روانی باشند. اما در اینجا نیز برخی رفتارها ناتوانی به وجود نمی‌آورند و غیرمنتظره هم نیستند. علاوه بر این، رفتارهای هنجارشکن را هم تا حدودی می‌توان نوعی اختلال روانی محسوب کرد. ولی تمامی این رفتارها را نمی‌توان اختلال

روانی دانست و برخی رفتارهای متعلق به آسیب‌های روانی، منافاتی با هنجارهای اجتماعی ندارند. بدکاری زبانبخش دارای دو مؤلفه ارزشی و علمی است. مثل سایر تعاریف، این تعریف نیز جهان‌شمول نیست. روی هم رفته، در بررسی آسیب‌های روانی، هر یک از این تعاریف چیز مفیدی برای ارایه در چنته دارند.

### رویکردهای روانشناختی

پژوهش پیرامون علل زیستی در حوزه آسیب‌شناسی روانی، کماکان در قرن بیستم نیز یک رویکرد غالب باقی ماند. شکی نیست که بخشی از این امر ناشی از اکتشافات هیجان‌انگیزی بود که در خصوص مغز و ژنتیک به وقوع پیوست. لیکن در اواخر قرن هجدهم، نقطه‌نظرات متفاوتی ظهور کرد که اختلال‌های روانی را به کژکاری‌های روانشناختی ربط می‌داد. این نظریه‌ها ابتدا در فرانسه و اتریش و بعدها در آمریکا رواج یافتند و منجر به پیدایش مداخلات روان‌درمانی بر اساس اصول نظریه‌های فردی شدند.

**مسمر<sup>۱</sup> و شارکو<sup>۲</sup>** در قرن ۱۸، بسیاری از مردم اروپای غربی حالات هیستری نشان می‌دادند؛ آنها مبتلا به ناتوانیهای جسمی نظیر کوری یا فلج بودند که هیچ منشأ جسمی را نمی‌شد برای آن یافت. در اواخر قرن هجدهم، پزشکی اتریشی به نام فرانتر آنتون مسمر (۱۷۳۴ - ۱۸۱۵) که در وین و پاریس مشغول به کار بود، اعتقاد داشت که اختلالات هیستریایی ناشی از نحوه توزیع خاص یک مایع مغناطیسی همگانی در بدن است. علاوه بر این، او احساس می‌کرد که هر کس می‌تواند مایع مغناطیسی فرد دیگری را تحت تأثیر قرار داده و بدین وسیله رفتار وی را عوض کند. مسمر ملاقات‌های خود با بیماران را به‌طور سری و توأم با رازورزی انجام می‌داد. در این جلسات، بیماران دور یک وان یا تشت<sup>۳</sup> سرپوشیده می‌نشستند که روی آن میله‌هایی از داخل یک درپوش بیرون زده بود؛ این میله‌ها به بطریقه‌های زیر درپوش که محتوی مواد شیمیایی گوناگونی بودند، متصل بود. مسمر وارد اتاق می‌شد، میله‌های مختلف را از درون لگن برمی‌داشت و به قسمتهای از کارافتاده بدن بیمار می‌مالید. عقیده بر این بود که میله‌ها، مغناطیس حیوانی را انتقال داده و توزیع مغناطیس همگانی را تنظیم می‌کنند و در نتیجه، اختلال هیستریایی رفع می‌شود. بعدها، مسمر روش کار خود را بدین صورت تکمیل کرد که به جای استفاده از میله‌ها، صرفاً به بیمار نگاه کند. با اینکه ممکن است با توجه به دانش امروزی نتوانیم

1. Mesmer

2. Charcot

3. baquet

تبیین نظری و شیوه کار مسمر را قبول داشته باشیم، ظاهراً او به بسیاری از افراد کمک نمود تا بر مشکلات هیستریایی خویش فایق آیند.

با اینکه مسمر هیستری را دارای علل کاملاً زیستی می‌دانست، ما کارش را در این قسمت مطرح کردیم، زیرا عموماً او را یکی از اولین دست‌اندرکاران هیپنوتیز امروزی می‌دانند (واژه مسمریزه کردن<sup>۱</sup> معادل قدیمی همان هیپنوتیز کردن است، هرچند خود این پدیده در نزد مردمان باستان، و احتمالاً در تمامی فرهنگ‌ها شناخته شده بوده است و آن را قسمتی از نیروی سحر و جادویی می‌دانستند که جادوگران، دراویش، و شفادهندگان مذهبی در اختیار دارند).

هم عصرهای مسمر او را شاید می‌دانستند که از قضا پُر بیراه هم نبود، زیرا خودش قبلاً در بی‌اعتبار ساختن فرد جن‌گیری به نام **پدر یوهان گاسنر**<sup>۲</sup> که همین آیین و مراسم را به کار می‌برد، شرکت داشت (هرینگتون، ۲۰۰۸). با وجود این، هیپنوتیز به تدریج مورد توجه قرار گرفت. یکی از عصب‌شناسان بزرگ پاریس به نام ژان مارتن شارکو (۱۸۲۵-۱۸۹۳) نیز حالات هیستریایی را مورد بررسی قرار داد. با اینکه شارکو معتقد بود که هیستری نوعی مشکل در دستگاه عصبی است و علل زیستی دارد، تبیین‌های روانشناختی را هم متقاعدکننده می‌یافت. یک روز، چند نفر از دانشجویان پردل و جرأت وی زنی سالم و طبیعی را هیپنوتیز کردند و نشانه‌های خاصی را به او القا نمودند. شارکو که فریب خورده بود، فکر کرد او واقعاً بیمار است. وقتی دانشجویان به او نشان دادند که به سادگی می‌توان با بیدار کردن آن زن، نشانه‌های هیستری او را محو کرد، شارکو در مورد هیستری تغییر عقیده داد و به تفسیرهای غیرفیزیولوژیایی این قبیل پدیده‌های بسیار پیچیده، علاقمند شد. با توجه به شهرت و اعتبار شارکو در جامعه پاریس، حمایت او از ارزش درمان هیستری به کمک هیپنوتیزم کمک کرد تا این شکل از درمان در میان پزشکان متخصص آن دوران، مشروعیت پیدا کند (هرینگتون، ۲۰۰۸؛ هاست‌وت، ۲۰۱۱).

**بروئر و روش پلایشی** تقریباً در همان زمان (قرن نوزدهم) در وین، پزشکی به نام جوزف بروئر<sup>۳</sup> (۱۸۴۲ - ۱۹۲۵) زن جوانی را با نام مستعار آنا.ا.<sup>۴</sup> که از نشانه‌های متعدد هیستری زمین‌گیر شده بود، درمان کرد. پاها، و همین‌طور بازو و طرف راست بدن او لمس شده بود، بینایی و شنوایی او آسیب دیده بود، و اغلب در تکلم دچار مشکل می‌شد. همچنین گاهی اوقات، او به

1. mesmerize

2. Father Johann Gassner

3. Breuer

4. Anna. O

حالتی خواب مانند یا «غیاب»<sup>۱</sup> فرو می‌رفت و در آن زمان با خودش زمزمه می‌کرد و ظاهراً به افکار ناراحت‌کننده اشتغال ذهنی داشت. در یکی از جلسات درمان، بروئر، آن‌ا. را هیپنوتیز کرد و برخی از واژه‌هایی را که او با خود نجوا کرده بود، تکرار نمود. او موفق شد تا کاری کند که بیمار آزادانه و نهایتاً توأم با هیجان فراوان در مورد برخی از حوادث بسیار تلخ گذشته خویش صحبت کند. بارها پیش می‌آمد که او پس از بیدار شدن از هیپنوتیز حالش بهتر شود. با درمان این زن و سایر بیماران هیستریایی، بروئر دریافت که مداوا و رهایی از نشانه‌های بیماری زمانی دوام خواهند داشت که بیماران بتوانند در شرایط هیپنوتیز، حوادث آشکارساز آن علایم را یادآوری کنند و هیجانات آغازین خود را بیرون بریزند. احیای یک ضایعه عاطفی قبلی و رهاسازی تنش هیجانی ناشی از افکار فراموش‌شده یک رویداد را **پالایش** می‌نامند. روش بروئر به روش **پالایشی**<sup>۲</sup> شهرت یافت. در ۱۸۹۵، یکی از همکارانش، زیگموند فروید، برای نگارش و چاپ کتاب «بررسی‌هایی در باب هیستری» به وی ملحق شد.

مورد آن‌ا. به یکی از مشهورترین موردهای بالینی در کل ادبیات فنی مربوط به روان‌درمانی مبدل شده است. در واقع، گزارش این مورد و چهار مورد دیگر در سال ۱۸۹۵ مبنای مشارکت‌های مهم بعدی فروید قرار گرفت. عجیب آنکه پژوهش‌های بعدی معلوم ساختند که بروئر و فروید گزارش نادرستی از این مورد داده بودند. پژوهش‌های تاریخی النبرگر (۱۹۷۲) نشان می‌دهند که این خانم ظاهراً فقط به طور موقت از روش شفای کلامی بروئر منتفع شده بود. نقل شده که کارل یونگ، همکار مشهور فروید، اظهار کرده که در خلال یک کنفرانس در ۱۹۲۵ فروید به وی گفته بود آن‌ا. هرگز شفا پیدا نکرد. مدارک بیمارستانی که النبرگر به دست آورده است، تأیید می‌کنند که آن‌ا. برای از بین بردن مشکلات «هیستریکی» که بروئر به خاطر رفع آنها با روش پالایش افتخار کسب کرده بود، کماکان از مورفین استفاده می‌کرده است. در حقیقت، شواهد نشان می‌دهند که برخی از مشکلات او از نوع زیستی بوده‌اند، نه روانشناختی.

**فروید و روانکاوی** نقش آشکارا نیرومند عوامل بیرون از سطح آگاهی بیماران، فروید را به این اصل موضوع رساند که بسیاری از رفتارهای انسان توسط نیروهایی اداره می‌شوند که خارج

۱ - غیاب (absence)

الف - حالت موقت بی‌توجهی روانی، دوره‌ای کوتاه که در خلال آن، هشیاری فرد از دست می‌رود؛ یکی از نشانه‌های رایج در حمله صرع.

ب - فقدان کوتاه مدت هشیاری که معمولاً به دنبال آن، فرد نسبت به آن دوره زمانی یادزدودگی نشان می‌دهد. ویراستار

از هشیاری اوست. فرض اصلی در نظریه فروید - که غالباً به نظریه روانکاوی شهرت دارد - این است که آسیب روانی به دلیل تعارضات ناهشیار فرد است. در این قسمت به نظریه فروید نگاهی می‌اندازیم. در خصوص اندیشه‌های فروید در خصوص افسردگی، به «دستاوردهای نو ۱-۱ و ۱-۲ نگاه کنید».

**ساختار ذهن** فروید ذهن یا روان را به سه بخش اصلی **نهاد، من، و من برتر**<sup>۱</sup> تقسیم می‌کند. طبق نظر فروید، **نهاد** هنگام تولد وجود دارد و قسمتی از ذهن است که مسئولیت به راه انداختن تمامی انرژیهای لازم برای روان را بر عهده دارد. نهاد شامل تمایلات اساسی برای غذا، آب، دفع، صمیمیت، محبت، و تمایلات جنسی است. از آنجایی که فروید عصب‌شناس بود، منشأ تمام انرژی نهاد را زیستی می‌دانست و آن را **لیبیدو**<sup>۲</sup> می‌خواند. این انرژی را نمی‌توان در سطح آگاهی شناسایی کرد و تماماً در **قسمت ناهشیار** و زیر سطح آگاهی قرار دارد.

**نهاد** خواستار لذت فوری و آنی است و بر اساس **اصل لذت**<sup>۳</sup> عمل می‌کند. وقتی نهاد ارضا نمی‌شود، تنش به وجود می‌آید و نهاد سعی می‌کند این تنش را هر چه سریعتر برطرف سازد. به عنوان مثال، نوباوه احساس گرسنگی می‌کند. این سائق آزارنده وی را وادار به جنب‌وجوش و مکیدن می‌کند تا تنش ناشی از سائق ارضا نشده را کاهش دهد. همچنین ممکن است کسی از طریق خلق تصاویر ذهنی - اساساً از طریق تخیل - راجع به موضوعات مطلوب به خشنودی دست یابد. برای نمونه، طفل گرسنه صحنه مکیدن سینه مادر را تجسم کرده و از این رهگذر تا حدی به ارضای کوتاه‌مدت و جایگزین دست می‌یابد. البته، تخیل نمی‌تواند این امیال را ارضا کند. اینجاست که من (ایگو) وارد عمل می‌شود.

به نظر فروید، من (ایگو) از درون نهاد و در خلال ۶ ماه دوم زندگی پدیدار می‌شود. برخلاف محتوای نهاد، مطالب من (ایگو) اساساً هشیار هستند. نهاد در هنگام بروز یک نیاز می‌تواند به تخیل روی آورد، لیکن کار من (ایگو) آن است که طبق واقعیت عمل کند. لذا، من طبق **اصل واقعیت** عمل کرده و میان خواسته‌های واقعیت و مطالبات نهاد برای ارضای فوری دست به میانجی‌گری می‌زند.

آخرین قسمتی از روان که پدیدار می‌شود، **من برتر**<sup>۴</sup> است که عملکردش تقریباً مشابه

1. Id-Ego-superego

2. libido

3. pleasure principle

4. reality - principle