

یادمان رفته بود انسانیم

مجموعه مقالات جاناتان شدلر

مترجمان

سپهر مقصودی و رامین صبا



یادمان رفته بود انسانیم

کلیه حقوق این کتاب برای نویسنده و مترجمان محفوظ است. بازنشر یا استفاده از محتوای این کتاب، چه به صورت دیجیتال و چه به صورت فیزیکی، تنها با ذکر کامل نام نویسنده، مترجمان و منبع مجاز است.

هرگونه بهره برداری بدون ارجاع مناسب و بدون کسب اجازه از نویسنده و مترجمان ممنوع می باشد. فروش و کسب درآمد تجاری از این کتاب مجاز نیست.

یادمان رفته بود انسانیم

مجموعه مقالات جانانان شدلر

جانانان شدلر

مترجمان:

سپهر مقصودی و رامین صبا

خرداد ۱۴۰۴

در صورت تمایل به حمایت از انتشار این اثر، می‌توانید از طریق یکی از روش‌های زیر اقدام فرمایید:

برای پرداخت از داخل ایران:
شماره کارت بانک سپه به نام سیدرامین صبا
5892-1015-3519-5727

برای پرداخت از خارج از ایران:
شماره کارت بانک Revolut به نام Sepehr Maghsoudi
4165-9837-3146-8708

مبالغ پیشنهادی برای حمایت:
۱۰۰,۰۰۰ تومان یا ۵ یورو (مبلغ پایه)
۳۰۰,۰۰۰ تومان یا ۱۰ یورو (مبلغ حمایتی)

در صورت تمایل، خواهشمندیم رسید پرداخت خود را برای ما ارسال فرمایید.
راه‌های ارتباطی:

ایمیل: sepehrmaghsoudi2000@gmail.com

اینستاگرام: sepmaghs

تلگرام: sepehrmagh

سرشناسه: شدلر، جاناتان ۱۹۵۸-م. Shedler. Jonathan
عنوان و پدیدآور: یادمان رفته بود انسانیم: مجموعه مقالات جاناتان شدلر/جاناتان شدلر؛ ترجمه سپهر مقصودی و رامین صبا
مشخصات ظاهری: ۱۶۶ ص.

عنوان انگلیسی: **We Had Forgotten that We Are Human: Selected Writings of Jonathan Shedler**

موضوع: روان‌تحلیلی، روان‌درمانی روان‌پویشی، روان‌شناسی
شناسه افزوده: مقصودی، سپهر، ۱۳۷۸ - ، مترجم. صبا، رامین، ۱۳۸۰ - ، مترجم.
ویراستار: رامین صبا
ویرایش فنی و صفحه‌آرایی: علی دستورانی
طراح جلد: علی دستورانی
نقاشی دیجیتال جلد: ثمین توحیدی

فهرست مطالب

مقدمه مترجم.....	۹
مقاله یک: آشنایی با من.....	۱۱
مقاله دو: آن زمان این بود، حالا این است: مقدمه‌ای بر روان‌درمانی پویشی معاصر.....	۱۹
مقاله سه: استبداد زمان.....	۵۳
مقاله چهار: نشانگان شخصیت.....	۶۷
مقاله پنج: چرا شکاف میان دانشمند و متخصص از بین نمی‌رود؟.....	۱۰۵
مقاله شش: شواهد برای درمان‌های «مبتنی بر شواهد» کجاست؟.....	۱۱۱
مقاله هفت: علم یا ایدئولوژی؟.....	۱۲۷
مقاله هشت: تغییر موضوع، حقیقت را تغییر نمی‌دهد.....	۱۳۳
مقاله نه: زمان آن رسیده است که روان‌شناسی پیشرو باشد، نه دنباله‌رو.....	۱۳۵
مقاله ده: یک تشخیص روان‌پزشکی نشان از بیماری نیست.....	۱۳۹
مقاله یازده: چگونه یک درمانگر انتخاب کنیم؟.....	۱۴۳
مقاله دوازده: شواهد درمانی مبتنی بر علم است یا بازاریابی؟.....	۱۴۷
مقاله سیزده: داروی ضد افسردگی: دارونما یا معجزه آسا؟.....	۱۵۱
مقاله چهارده: فروش درمان بد به قربانیان تروما.....	۱۵۳
منابع.....	۱۵۹

مقدمه مترجم

فکر می‌کنم چندین سال پیش، از طریق یکی از دوستانم در دوره کارشناسی، اشکان عنبرزاده که امروز درمانگر ماهری است؛ با جاناتان شدلر آشنا شدم. او شدلر را به من معرفی کرد، چون تحت تأثیر تلاش‌های برجسته‌اش برای شواهدمحور کردن درمان‌های روان‌پویشی و روان‌تحلیلی قرار گرفته بود. مدتی بعد، دوباره با نام او به عنوان یکی از توسعه‌دهندگان آزمون سوآپ روبرو شدم.

با گذشت زمان و درگیری بیشتر من با رویکردهای مختلف روان‌درمانی، کم‌کم به مطالعه مقالات شدلر روی آوردم. آن روزها دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی در دانشگاه فردوسی مشهد بودم و وقتی نقدهای او را بر نحوه تدریس روان‌درمانی در دانشگاه‌ها می‌خواندم، کاملاً با او همدل می‌شدم. آنچه او می‌گفت، آینه‌ای بود از تجربه زیسته من با استادانی که روان‌تحلیلی را یا به درستی نمی‌شناختند یا با تعصب رد می‌کردند و فقط رویکردهای به اصطلاح علمی و شواهدمحور را می‌پذیرفتند. بعدتر، در دوران کارشناسی ارشد در دانشگاه لیدن هلند، دوباره همین فضای تعصب و تنگ‌نظری را دیدم: تعصب بی‌جان نسبت به رویکردهای مبتنی بر شواهد، خصوصاً درمان‌های تروما-محور، و گارد بسته‌ای در برابر روان‌تحلیلی. در هر دو دانشگاه، صحبت کردن از روان‌تحلیلی گویی معادل صحبت از جادو در جمع دانشمندان علوم طبیعی بود.

این نگاه محدودکننده را بعدها در بسیاری از جوامع ایرانی، چه در شبکه‌های اجتماعی و چه در جمع دانشجویان و درمانگران، هم مشاهده کردم. حتی کسانی که با جاناتان شدلر آشنا بودند، اغلب تنها اسم او را با آزمون سوآپ شنیده بودند و از مقالات و فعالیت‌هایش بی‌خبر بودند. تا اینکه روزی به این نتیجه رسیدم که صدای شدلر را در جامعه فارسی‌زبان باید بیشتر شنید. دقیقاً نمی‌دانستم باید از کجا شروع کنم. نخست همه مقالاتش را خواندم و در گفتگوها و محافل مختلف شروع به بازگو کردن دیدگاه‌هایش کردم. در نهایت، تصمیم گرفتم همراه با دوستم، رامین صبا که اکنون دانشجوی ارشد روان‌شناسی بالینی در دانشگاه علوم تحقیقات تهران است، مجموعه‌ای از مقالات او را ترجمه و منتشر کنیم. همچنین از علی دستورانی بابت زحماتش در ویرایش فنی و صفحه‌آرایی کتاب صمیمانه قدردانی می‌کنم. همچنین از شمین توحیدی سپاسگزارم که اجازه داد یکی از آثارش را برای طراحی جلد کتاب مورد استفاده قرار دهیم.

عنوان این کتاب را از سه جهت انتخاب کردیم: نخست، به این دلیل که درمان‌های دستورالعمل‌محور، به‌ویژه درمان شناختی-رفتاری، گویی فراموش کرده‌اند که با انسان‌ها سر و کار دارند، نه صرفاً با نشانه‌ها و پرسش‌نامه‌ها. دوم، به این خاطر که بخش‌هایی از جهان روان‌شناسی دانشگاهی، شرکت‌های بیمه، و حتی برخی روان‌شناسان و روان‌پزشکان، دلسوزی انسانی را فدای منافع مالی یا ایدئولوژیک کرده‌اند. و سوم، چون گاهی ما، کسانی که خود را بخشی از جامعه روان‌تحلیلی می‌دانیم، چنان در نارسیسیم جایگاه‌مان غرق شده‌ایم که از مردم فاصله گرفته‌ایم تا جایی که گویی خود، روان‌تحلیلی را از دسترس دیگران دور کرده‌ایم. به نظر می‌رسد که ما یادمان رفته بود انسانیم.

در پایان، صمیمانه از جاناتان شدلر سپاسگزارم که اجازه انتشار این مجموعه را در ایران به ما داد.

سپهر مقصودی

مقاله یک:

آشنایی با من

جفری (که نام واقعی او نام دیگری است) برای درمان مراجعه کرد و از افسردگی، اضطراب و مشکل در ارتباط با دیگران شکایت داشت. همکاری او در بخش مهندسی که او در آنجا کار می‌کرد، شکایت داشتند که او «روحیه‌ی کار گروهی ندارد» و همسرش او را فردی دور از دسترس و بسیار انتقادکننده می‌دید. علاوه بر این، او همواره یک احساس ترس و نگرانی دائمی با خود داشت، بدون توجه به اینکه اوضاع چقدر خوب پیش می‌رفت. من با جفری موافقت کردم که این احساس ترس او نسبت به آنچه واقعاً در زندگی‌اش اتفاق می‌افتاد، بی‌تناسب به نظر می‌رسد و پیشنهاد کردم ممکن است این ترس نسبت به چیزی باشد که همین حالا برای ما آشکار نیست. از او خواستم درباره خودش برایم بگوید. در میان چیزهای دیگر، فهمیدم که پدرش یک فرد الکلی بوده که بدون هشدار حمله می‌کرده و این موضوع باعث شده بود که جفری در سنین کم خانه را ترک کند.

از یک طرف موضوع این بود که جفری از گذشته‌ی ناخوشایند خود برای من صحبت کند، اما از طرف دیگر این الگوی قدیمی رابطه به زندگی واقعی آمد، زیرا جفری شروع کرد به واکنش نشان دادن به من گویی که من یک دشمن غیرقابل پیش‌بینی و خشمگین هستم. به صورت آگاهانه، او مرا به عنوان یک متحد که به رفاه او اهمیت می‌دهد می‌دید. با این حال، او به نظر می‌رسید همواره آماده‌ی محافظت از خود باشد و مرا دفع کند، گویی انتظار داشت آنچه می‌گوید علیه خودش استفاده شود. واکنش‌های او آنقدر درونی شده بودند که خودش متوجه نمی‌شد این رفتارها غیرعادی هستند.

من نگرش جفری را به عنوان یک مانع نمی‌دیدم. برعکس، بازسازی این الگوی رابطه‌ای با من بخش مرکزی فرآیند بهبودی او بود. من اغلب به او اشاره می‌کردم که گویی به من به عنوان یک دشمن واکنش نشان می‌دهد، و او به تدریج خودش نیز این موضوع را متوجه شد. در این لحظات، افکار و احساسات او اغلب به سمت پدرش می‌رفت. من به او کمک کردم که این نقاط را به هم وصل کند: «وقتی به پدرت برای کمک رجوع می‌کردی، او تو را تحقیر می‌کرد. شاید بخشی از وجودت

انتظار دارد که من نیز با تو همین رفتار را داشته باشم». جفری شروع به ارتباط با احساسات قدیمی کرد و از وحشتی که هنگام خشم‌های ناگهانی پدرش تجربه کرده بود، صحبت کرد. احساس ترس و نگرانی او شروع به منطقی شدن کرد و سپس به آرامی از بین رفت. جفری به تدریج متوجه شد، نه فقط به صورت فکری، بلکه به شیوه‌ای که عمیقاً در هیجاناتش نفوذ کرده بود؛ که آن ضرب‌وشتم‌ها دیگر به پایان رسیده‌اند. جهان برایش کمتر خطرناک به نظر رسید و شروع به خودآشنایی به دیگران به شیوه‌هایی کرد که هرگز قبلاً نکرده بود. روابط کاری‌اش بهبود یافت و او و همسرش به هم نزدیک‌تر شدند، به گونه‌ای که هیچ‌کدام قبلاً تصور نمی‌کردند ممکن باشد. او شروع به لذت بردن از زندگی‌اش کرد.

درمانی که به جفری کمک کرد، که به‌عنوان روان‌تحلیلی یا روان‌پویشی شناخته می‌شود، ریشه‌های خود را به روان‌کاوی در اتاق معروف زیگموند فروید در وین بازمی‌گرداند. اما درمان روان‌پویشی به شکلی که امروزه انجام می‌شود، شباهت چندانی به دنیای تعارض‌های ادیبی، حسادت به آلت تناسلی و اضطراب اخته شدن که بارها در کاریکاتورهای نیویورکر و فیلم‌های وودی آلن به سخره گرفته شده، ندارد. بیماران روی یک کاناپه دراز نمی‌کشند و آزادانه تداومی نمی‌کنند در حالی که یک درمانگر اسرارآمیز در سکوت نگاه می‌کند. همچنین، لازم نیست به چهار یا پنج جلسه در هفته برای سال‌های طولانی متعهد شوند.

میراث فروید یک نظریه خاص نیست، بلکه یک نوع حساسیت است: درکی از عمق و پیچیدگی و شناخت این حقیقت که ما به طور کامل خود را نمی‌شناسیم. این همچنین اذعان است به اینکه آنچه نمی‌دانیم، با این حال، در روابط ما آشکار می‌شود و می‌تواند موجب رنج شود یا در رابطه درمانی می‌توان آن را مورد بررسی قرار داد و احتمالاً بازسازی کرد.

اما مدرن‌سازی درمان روان‌پویشی تا حد زیادی نادیده گرفته شده است. روان‌تحلیل‌گران سال‌ها تلاش چندانی برای انتشار ایده‌های خود در خارج از محافل خود نکردند، و این انزوای خودخواسته از پژوهش‌های دانشگاهی خلائی ایجاد کرد که جایگزینی در آن ظهور یافت: درمان شناختی-رفتاری. در این رویکرد جدیدتر، درمانگران بر مشکلات خاص و افکار و رفتارهای قابل مشاهده تمرکز کردند، به جای پذیرش پیچیدگی‌های احساسی و درهم‌ریختگی‌های دنیای درون روانی انسان‌ها. در چند دهه گذشته، روان‌شناسان هزاران مطالعه انجام داده‌اند که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را نشان داده است. این رویکرد در ابتدا به نظر می‌رسید که درمان‌های سریعی را وعده می‌دهد؛ وعده‌ای که با منافع بیمه‌گران سلامت، که می‌خواستند هزینه‌های خدمات سلامت روانی را به حداقل برسانند، همسو بود. درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان استاندارد طلایی معرفی شد و بسیاری از متخصصان، درمان روان‌پویشی را کهنه و غیرعلمی قلمداد کردند.

اما همان‌طور که اخیراً در یک بررسی پژوهشی منتشرشده در مجله معتبر روان‌شناس

آمریکایی، نشریه پیشرو انجمن روان‌شناسی آمریکا، نشان دادم، درمان روان‌پویشی نه‌تنها به اشتباه درک شده، بلکه به‌شدت دست‌کم گرفته شده است. واقعیت این است که درمان روان‌پویشی اثربخشی خود را در مطالعات کنترل‌شده و دقیق ثابت کرده است. نه تنها این، بلکه پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افرادی که تحت درمان روان‌پویشی قرار می‌گیرند، پس از پایان درمان همچنان به بهبود خود ادامه می‌دهند. احتمالاً به این دلیل که درکی که به دست می‌آورند، جامع است و نه محدود به مشکلات خاص و موقتی. با این حال، به دلیل اطلاعات نادرست و منافع تثبیت‌شده، بخش زیادی از این پژوهش‌ها نادیده گرفته شده‌اند.

تقویت خودآگاهی

کاریکاتورهای بی‌شماری برای تمسخر روان‌کاوی وجود دارند: بابائولی که روی کاناپه اعتراف می‌کند، «دیگر به خودم ایمان ندارم». اما کاریکاتورها واقعیت نیستند. درمان روان‌پویشی عملی است و به افراد کمک می‌کند از رنج رها شوند. اما چه چیزی باعث می‌شود که درمان روان‌پویشی این قدر قدرتمند باشد؟ پژوهشگران با تحلیل نوارهای صدها ساعت از جلسات واقعی درمان، هفت ویژگی متمایز را شناسایی کرده‌اند.

کاوش در هیجانات: درمانگران روان‌پویشی بیماران را تشویق می‌کنند تا دامنه کامل هیجانات خود را بررسی کنند که شامل هیجانات متناقض، هیجاناتی که ناراحت‌کننده یا تهدیدکننده هستند، و هیجاناتی که ممکن است در ابتدا نتوانند آن‌ها را بیان کنند. یک درمانگر شناختی-رفتاری ممکن است به دشواری‌های هیجانی با تکالیف خانگی و برگه‌های کار پاسخ دهد یا تلاش کند بیماران را قانع کند که تفکر غیرمنطقی، هیجانات آن‌ها را منحرف کرده است. در مقابل، درمانگران روان‌پویشی احتمالاً بیماران را دعوت می‌کنند تا هیجانات خود را بیشتر کاوش کنند.

بررسی اجتناب‌ها: تلاش برای اجتناب از افکار و هیجانات ناراحت‌کننده یا تهدیدکننده می‌تواند آشکار باشد، مانند وقتی که بیماران در جلسات غایب می‌شوند یا سکوت می‌کنند. همچنین می‌تواند ظریف‌تر باشد، مانند زمانی که افراد بر حقایق و وقایع تمرکز می‌کنند و هیجانات را نادیده می‌گیرند یا شرایط بیرونی را برجسته می‌کنند به جای اینکه به نقش خودشان در شکل‌گیری وقایع توجه کنند. درمانگران روان‌پویشی بیماران را تشویق می‌کنند که بررسی کنند چرا و چگونه از آنچه ناراحت‌کننده است اجتناب می‌کنند.

شناسایی الگوهای تکرارشونده: گاهی افراد به‌شدت از الگوهای دردناک یا خودتخریب‌گرانه خود آگاه هستند. مانند انتخاب شریک‌های عاطفی که در دسترس نیستند یا خراب کردن موقعیت‌های خود در آستانه موفقیت اما احساس می‌کنند نمی‌توانند از این الگوها فرار کنند. گاهی نیز آن‌ها نیاز به کمک دارند تا این الگوها را شناسایی کنند.

بحث درباره تجربیات گذشته: مرتبط با شناسایی الگوهای تکرارشونده، نکته این

است که تجربیات گذشته بر تجربیات ما در زمان حال تأثیر می‌گذارند. با بررسی اینکه چگونه تجربیات اولیه درک ما از زمان حال را تحت تأثیر قرار می‌دهند، درمانگران روان‌پویشی به بیماران کمک می‌کنند تا خود را از قید و بندهای گذشته رها کرده و به شکلی کامل‌تر در زمان حال زندگی کنند.

تمرکز بر روابط: درمانگران روان‌پویشی تشخیص می‌دهند که مشکلات سلامت روان اغلب ریشه در الگوهای مشکل‌دار روابط دارند. برای مثال، برخی افراد نیازهای هیجانی خود را به دلیل ترس از طرد شدن بیان نمی‌کنند و در نتیجه نمی‌توانند این نیازها را برآورده کنند که این خود زمینه‌ای برای آسیب‌پذیری در برابر افسردگی است. **بررسی رابطه بیمار و درمانگر:** در سایر روش‌های درمانی، واکنش‌های هیجانی بیماران به درمانگر ممکن است به‌عنوان عوامل حواس‌پرتی تلقی شوند. اما در درمان روان‌پویشی، این واکنش‌ها بخش اصلی کار هستند. دلیل این امر این است که شیوه‌های عادی فرد در روابط به‌طور اجتناب‌ناپذیری در رابطه درمانی نیز ظاهر می‌شوند. درمانگران روان‌پویشی این پدیده را انتقال می‌نامند. برای مثال، فردی که با صمیمیت مشکل دارد ممکن است در افشای خود به درمانگر دچار مشکل شود، و فردی که از طرد شدن می‌ترسد ممکن است تلاش کند که یک بیمار خوب باشد. شناسایی انتقال به بیماران فرصتی منحصر به فرد می‌دهد تا الگوهای قدیمی را بازسازی کنند.

ارزش‌گذاری به دنیای فانتزی: برخلاف درمان شناختی-رفتاری، که درمانگران ممکن است از یک برنامه از پیش تعیین‌شده پیروی کنند، درمانگران روان‌پویشی بیماران را تشویق می‌کنند تا آزادانه درباره هر چیزی که در ذهنشان است، صحبت کنند. فانتزی‌ها، رویاها و خیال‌پردازی‌های روزانه منبع غنی‌ای از اطلاعات درباره امیدها، خواسته‌ها و ترس‌های بیماران فراهم می‌کنند. همه درمان‌های موفق باید نشانه‌هایی مانند اضطراب یا افسردگی را تسکین دهند. اما درمان روان‌پویشی، اهداف فراتر از این دارد: این درمان بر تقویت توانایی‌های روان‌شناختی اساسی تمرکز می‌کند؛ مانند توانایی داشتن روابط رضایت‌بخش‌تر، استفاده مؤثرتر از توانایی‌های فردی و رویارویی با چالش‌های زندگی با آزادی و انعطاف‌پذیری بیشتر.

شواهد علمی

من به پژوهش‌های حمایت‌کننده از درمان روان‌پویشی پرداختم، زیرا بارها با بیمارانی روبه‌رو شدم که از یک درمان با «راه‌حل سریع» به درمان دیگری منتقل شده بودند، بدون اینکه فایده‌ای ماندگار یا چشمگیری داشته باشد. بر اساس تجربه من، درمان‌های کوتاهی که به‌عنوان «مورد حمایت علمی» تبلیغ می‌شوند، اغلب شکست می‌خورند، با وجود ادعاهایی که می‌گویند آن‌ها به‌طور علمی ثابت شده اند. درمانگران شناختی-رفتاری نیز ممکن است برخی از هفت ویژگی توصیف‌شده در بالا را در کار خود بگنجانند، اما نه به همان اندازه که درمانگران روان‌پویشی این کار را

انجام می‌دهند. به‌جای تشویق بیماران به صحبت آزادانه، ممکن است تمرین‌ها یا مهارت‌هایی را آموزش دهند. به‌جای بررسی عمیق هیجانات، بیشتر بر افکار تمرکز می‌کنند. به‌جای بررسی ارتباط میان گذشته و حال، احتمالاً تمرکز بیشتری بر وقایع جاری دارند. این رویکردها اغلب به مشکلات ریشه‌ای نمی‌پردازند، بنابراین بیماران ممکن است به‌طور موقتی احساس بهتری داشته باشند، اما همچنان الگوهای تکراری که موجب رنج آن‌ها می‌شود را ادامه دهند.

وقتی در حال آماده کردن مقاله‌ام برای مجله روانشناس آمریکایی بودم، از اینکه شواهد علمی در حمایت از درمان روان‌پویشی چقدر قوی بود، شگفت‌زده شدم. یکی از دقیق‌ترین مطالعاتی که در مقاله‌ام توضیح دادم، توسط آلن عباس از دانشگاه دالهایوسی در نو اسکوشیا مدیریت شده بود و در سال ۲۰۰۶ در کتابخانه معتبر کوچرین منتشر شد. عباس اثربخشی درمان‌های روان‌پویشی را که کمتر از ۴۰ جلسه طول می‌کشیدند بررسی کرد. تیم او نتایج ۲۳ کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده را جمع‌آوری کرد؛ نوعی مطالعه بسیار دقیق و با برنامه‌ریزی منظم که محققان پزشکی برای آزمایش داروهای جدید استفاده می‌کنند. این کارآزمایی‌ها شامل ۱۴۳۱ بیمار بود که از افسردگی، اضطراب، بیماری‌های جسمی مرتبط با استرس و سایر مشکلات روان‌شناختی رنج می‌بردند.

این نوع پژوهش فراتحلیل نامیده می‌شود، زیرا یافته‌های بسیاری از مطالعات دیگر را گردآوری می‌کند. فراتحلیل عباس نشان داد که اندازه اثر برای بهبود کلی روان‌پزشکی برابر با ۰/۹۷ است. این یعنی چه؟ اندازه اثر میزان سودمندی درمان را اندازه‌گیری می‌کند. در این نوع مطالعه، اندازه اثر ۰/۲ کوچک، ۰/۵ متوسط و ۰/۸ بزرگ در نظر گرفته می‌شود، بنابراین سودمندی‌ای که عباس یافت، بسیار چشمگیر است. هفت فراتحلیل دیگر، که در مجموع شامل ۱۶۰ مطالعه و طیف گسترده‌ای از شرایط سلامت روان بودند، نیز مزایای قابل‌توجهی برای درمان روان‌پویشی نشان دادند. این مطالعات شامل هر دو نوع کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده که در آن گروه‌هایی از بیماران تحت درمان با گروه‌هایی که درمان نمی‌گیرند، مقایسه می‌شوند و همچنین مطالعاتی که بیماران یکسان را قبل و بعد از درمان ارزیابی می‌کنند، بودند.

در مقابل، یک فراتحلیل اخیر از ۳۳ مطالعه دقیقاً انجام‌شده درباره درمان شناختی-رفتاری برای افسردگی و اضطراب، اندازه اثر ۰/۶۸ را نشان داد.

حتی جالب‌تر اینکه، فراتحلیل عباس همچنین ارزیابی‌های بیماران را که نه ماه یا بیشتر پس از پایان درمان انجام شده بود، بررسی کرد. اندازه اثر از ۰/۹۷ به ۱/۵۱ افزایش یافت. این واقعاً شگفت‌انگیز است. در واقع، شش فراتحلیل جداگانه داده‌هایی از ارزیابی‌های پیگیری ارائه دادند، و همه نشان دادند که مزایای درمانی پس از پایان درمان همچنان رشد می‌کنند. این بهبود مداوم نشان می‌دهد که درمان روان‌پویشی فرآیندهای روان‌شناختی را به حرکت درمی‌آورد که به تغییرات پایدار و مداوم منجر می‌شوند.

رازها

درمان قرصی نیست که آن را ببلعید تا احساس بهتری داشته باشید؛ بلکه یک فرآیند ظریف و پیچیده است که ویژگی‌های منحصر به فرد شخصیتی بیمار و درمانگر و تعاملات آن‌ها را منعکس می‌کند. رابطه بین درمانگر و بیمار که درمانگران آن را «اتحاد کاری» می‌نامند، برای موفقیت درمان حیاتی است. در چند مطالعه در سال ۱۹۹۶، روان‌شناس دانشگاه ایالتی پنسیلوانیا، لوئیس کاستونگوی و همکارانش دریافتند که بیماران مبتلا به افسردگی زمانی پیشرفت بیشتری داشتند که اتحاد کاری قوی بود و زمانی که درمان، آن‌ها را در مسیری از خودکاوای عمیق‌تر قرار می‌داد که به آگاهی از هیجانات و معانی ناهوشیار قبلی منجر می‌شد که این یک اصل اساسی در درمان روان‌پویشی است. در مقابل، تلاش برای تغییر افکار منفی که یک ویژگی اساسی در درمان شناختی-رفتاری است در واقع نتایج بدتری را پیش‌بینی می‌کرد.

فراتر از گفتگو، تفاوت دو نوع اصلی درمان روان‌شناختی

درمان شناختی-رفتاری	درمان روان‌پویشی	
- آموزشی: درمانگر اطلاعات ارائه می‌دهد، مهارت‌ها را آموزش می‌دهد و تکالیف خانگی تعیین می‌کند. - درمانگر به نشانه‌ها یا تشخیص بیماری می‌پردازد. - درمان بر نتایج قابل اندازه‌گیری تأکید دارد	- کاوشی: درمانگر فرآیند خودکاوای و خودآگاهی را تسهیل می‌کند. - درمانگر به کل فرد رسیدگی می‌کند. - درمان بر زندگی مورد کاوش تأکید دارد.	رویکرد کلی

درمان شناختی-رفتاری	درمان روان‌پویشی	
- موفقیت اغلب بر اساس نتایج قابل اندازه‌گیری مانند امتیازات پرسشنامه‌ها یا فراوانی رفتارها تعریف می‌شود.	- موفقیت به معنای نه تنها بهبود نشانه‌ها، بلکه زندگی‌ای غنی‌تر و آزادتر است.	رویکرد کلی
بی‌ربط: مگر اینکه درمانگر دچار یک بیماری روانی باشد	ضروری: برای عمیق‌تر کردن درک زندگی روانی و جلوگیری از بروز مسائل هیجانی درمانگر با بیماران.	درمان شخصی درمانگر
- این فرض وجود دارد که هیجانات منفی ناشی از افکار یا باورهای غیرمنطقی هستند؛ درمان بر تغییر باورها تمرکز دارد. - درمانگر ممکن است جلسه را هدایت کند یا از یک برنامه از پیش تعیین‌شده پیروی کند. - بر موقعیت‌های زمان حال تأکید دارد. - واکنش‌های هیجانی بیمار به درمانگر ممکن است به‌عنوان عوامل حواس‌پرتی یا موانع درمان در نظر گرفته شوند.	- این فرض وجود دارد که هیجانات منفی منشأ خود را دارند، مستقل از منطق؛ این هیجانات پذیرفته می‌شوند و بر اساس شرایط خودشان با آن‌ها کار می‌شود. - بیمار تشویق می‌شود که افکار و هیجانات خود را دنبال کند و ببیند به کجا می‌رسند. - رابطه بین گذشته و حال را در نظر می‌گیرد. - واکنش‌های هیجانی بیمار به درمانگر به‌عنوان فرصتی برای بازسازی الگوهای مشکل‌دار روابط در نظر گرفته می‌شوند.	آنچه در درمان اتفاق می‌افتد

و در مطالعه‌ای که در زمان نگارش این مطلب در حال چاپ در مجله روان‌درمانی: پژوهش، نظریه، کاربرد و آموزش بود، روان‌درمانگران برجسته و پژوهشگران با همکاری یکدیگر این سؤال را مطرح کردند: در طول درمان چه اتفاقی می‌افتد که به پیشرفت

کمک می‌کند یا مانع آن می‌شود؟ در یک دوره ۱۸ ماهه، بیماران و درمانگران به‌صورت جداگانه پس از هر جلسه گزارشاتی دادند و تعاملات به‌یادماندنی‌ای را توصیف کردند. بر اساس نظر درمانگران و بیماران، مداخلاتی که بیشترین کمک را کردند، آن‌هایی بودند که به بینش هیجانی منجر شدند، نه صرفاً بینش فکری.

پژوهشی که در دهه ۱۹۹۰ توسط روان‌شناس فقید انریکو جونز از دانشگاه کالیفرنیا، برکلی انجام شد که در آن تیم او، صدها جلسه درمانی، چه روان‌پویشی و چه شناختی-رفتاری، را تحلیل کرد. آن‌ها دریافتند که هرچه درمانگران بیشتر از اصول کلیدی روان‌پویشی استفاده کردند، مانند پرداختن به اجتناب‌ها یا دفاع‌های بیماران، کاوش در هیجانات و فانتزی‌ها، شناسایی الگوهای تکرارشونده، و بحث درباره رابطه درمانی، بیماران نتایج بهتری گرفتند، چه در درمان روان‌پویشی و چه در درمان شناختی-رفتاری. در مقابل، استفاده از روش‌های پایه‌ای درمان شناختی-رفتاری مانند آموزش مهارت‌ها و استراتژی‌ها یا دادن تکالیف خانگی، هیچ فایده‌ای نشان نداد. به عبارت دیگر، زمانی که درمان شناختی-رفتاری موفق بود، این موفقیت عمدتاً به این دلیل بود که درمانگران از کتابچه راهنمای رسمی خود فاصله می‌گرفتند و کارهایی را انجام می‌دادند که درمانگران روان‌پویشی انجام می‌دهند.

در نهایت، حقایق اساسی‌ای درباره روان‌شناسی انسان وجود دارد که بیشتر افراد به صورت شهودی آن را درک می‌کنند:

ما به‌طور کامل خود را نمی‌شناسیم؛ چیزهایی که از آن‌ها آگاه نیستیم می‌توانند باعث رنج شوند؛ و خودآگاهی فواید زیادی دارد. درمان روان‌پویشی بر اساس این حقایق بنا شده است و فواید آن به‌صورت علمی اثبات شده است. اکنون زمان آن رسیده که پژوهشگران دانشگاهی مقاومت خود در برابر این حقیقت را مورد بررسی قرار دهند.

مقاله دو:

آن زمان این بود، حالا این است:

مقدمه‌ای بر روان‌درمانی پویشی معاصر

چکیده

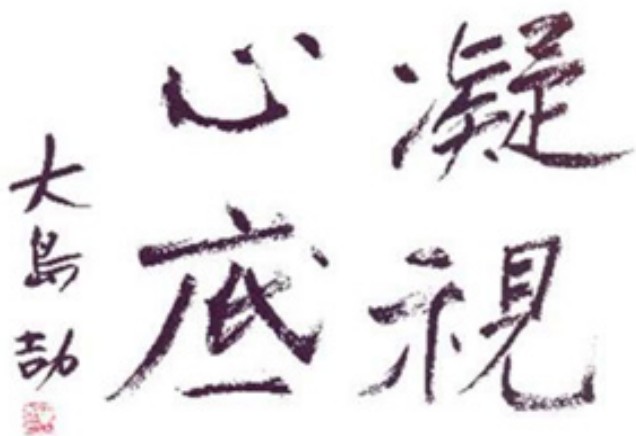
روان‌درمانی روان‌پویشی با مشکلی در تصویر عمومی خود روبه‌رو است. روایت غالب در حرفه‌های مربوط به سلامت روان این است که درمان روان‌پویشی قدیمی و بی‌اعتبار است. آنچه بیشتر مردم از این رویکرد می‌دانند، کلیشه‌های تحقیرآمیز و تصاویری کاریکاتوری است که به دوران قدیم بازمی‌گردد. این کلیشه‌ها از اطلاعات نادرست منابع بیرونی، شامل شرکت‌های خدمات درمانی مدیریت‌شده و طرفداران سایر درمان‌ها که روان‌پویشی را به‌عنوان هدف انتقاد خود انتخاب کرده‌اند، نشأت می‌گیرند. اما روان‌پویشی نیز در این مورد مسئولیت دارد. در طول تاریخ، جوامع روان‌پویشی اغلب خودمحور و به درون خود معطوف بوده‌اند. افرادی که ممکن است به رویکردهای روان‌پویشی جذب شوند، با اصطلاحات غیرقابل فهم و اختلافات گیج‌کننده میان مکاتب نظری رقیب روبرو می‌شوند. این فصل مقدمه‌ای دسترس‌پذیر، بدون اصطلاحات پیچیده، و غیرجانبدارانه درباره تفکر و درمان روان‌پویشی برای کارآموزان، متخصصانی که در سایر رویکردهای درمانی آموزش دیده‌اند، و عموم مردم ارائه می‌دهد.

یادداشت نویسندگان

این فصل مقدمه‌ای بدون اصطلاحات پیچیده راجع به تفکر روان‌پویشی معاصر است. این مقاله را نوشته‌ام چون کتاب‌های موجود نیازهای دانشجویانم را برآورده نمی‌کردند. بسیاری از مقدمات کلاسیک در روان‌درمانی روان‌تحلیلی، قدیمی هستند. آن‌ها تفکر روان‌تحلیلی چندین دهه پیش را توصیف می‌کنند، نه امروز را. برخی دیگر حاوی اصطلاحات پیچیده‌ای هستند که درک آن‌ها دشوار است یا فرض می‌کنند خواننده دانش قبلی دارد، که بسیاری از خوانندگان امروزی فاقد آن هستند. برخی دیگر با هدف جانبدارانه ترویج یک مکتب روان‌تحلیلی بر سایر مکاتب نوشته شده‌اند، اما این

برخورد به کارآموزان کمکی نمی‌کند و آن‌ها را در منازعات داخلی نظری گرفتار می‌کند. در نهایت، برخی کتاب‌های بسیار خوب فرض می‌کنند که خواننده‌ای علاقه‌مند و همدل دارند؛ فرضی که اغلب غیرموجه است. دانشجویان امروزی در معرض اطلاعات نادرست زیادی درباره تفکر روان‌تحلیلی هستند و اغلب با پیش‌فرض‌های نادرست و تحقیرآمیز به آن نزدیک می‌شوند.

عنوان این فصل یک ایهام دارد: «آن زمان این بود، حالا این است». اشاره به یکی از اهداف اصلی روان‌درمانی روان‌تحلیلی دارد که کمک به رهایی افراد از بند تجربیات گذشته است تا بتوانند آزادتر و کامل‌تر در زمان حال زندگی کنند. انسان‌ها تمایل دارند به آنچه «بود» واکنش نشان دهند، نه آنچه «هست»، و روان‌درمانی روان‌تحلیلی تلاش می‌کند در این زمینه کمک کند. این عنوان همچنین به تغییرات بنیادی در تفکر روان‌تحلیلی در طول دهه‌های اخیر اشاره دارد. برای بسیاری، اصطلاح روان‌تحلیل یادآور کلیشه‌های صد ساله‌ای است که شباهت چندانی با تفکر و عمل متخصصان معاصر ندارد.



«با صداقت و بدون ترس، به عمق ذهن‌ت بنگر و خودت را کاوش کن»
خوشنویسی از شیهان تسوتومو اوشیما، استاد هنرهای رزمی.

ریشه‌های سوءتفاهم

روان‌درمانی روان‌پویشی ممکن است بیش از هر درمان دیگری دچار سوءتفاهم باشد. من یک دوره روان‌درمانی روان‌پویشی برای دانشجویان دکترای روان‌شناسی بالینی تدریس می‌کنم که بسیاری از آن‌ها اگر اجباری نبود، در آن شرکت نمی‌کردند. کلاس را با این سؤال آغاز می‌کنم که دانشجویان باورهای خود درباره روان‌درمانی روان‌پویشی را بنویسند. بیشتر آن‌ها پیش‌فرض‌هایی بسیار نادرست را بیان می‌کنند. این پیش‌فرض‌ها نه از مواجهه مستقیم با متخصصان روان‌پویشی بلکه از طریق نمایش‌های رسانه‌ای، استادان روان‌شناسی در مقطع کارشناسی که مفاهیم روان‌پویشی را در دوره‌های خود ذکر می‌کنند اما درک کمی از آن دارند، و کتاب‌های درسی که کاریکاتوری از نظریه‌های روان‌پویشی ارائه می‌دهند که نیم قرن پیش از دور خارج شده‌اند، ناشی می‌شود. برخی از سوءتفاهمات به‌یادماندنی‌تر عبارت‌اند از اینکه مفاهیم روان‌پویشی فقط به افراد مرفه یا ثروتمند مربوط می‌شوند؛ روان‌پویشی و درمان‌های آن فاقد حمایت علمی است (برای مرور شواهد تجربی، به‌عنوان مثال به مقالات شدلر (۱) یا لایشسنرینگ و همکاران، (۲)، مراجعه کنید)؛ روان‌پویشی‌ها همه چیز را به جنسیت و پر خاشگری تقلیل می‌دهند؛ آن‌ها بیماران را برای سود مالی در درمان‌های طولانی نگه می‌دارند؛ نظریه‌های روان‌پویشی تبعیض‌آمیز، نژادپرستانه، طبقاتی و غیره هستند؛ زیگموند فروید، بنیان‌گذار روان‌تحلیلی، یک معتاد به کوکائین بود که نظریه‌هایش را تحت تأثیر آن توسعه داد؛ و اینکه اصطلاحات «روان‌تحلیلی» و «فرویدی» مترادف هستند. گویی دانش روان‌تحلیلی از دوران قدیم تاکنون تغییری نکرده است.

بسیاری از درمانگران روان‌تحلیلی نمی‌دانند چگونه به این پرسش (که در گردهمایی‌ها بسیار رایج است) پاسخ دهند: «آیا شما فرویدی هستید؟» این پرسش پاسخ معناداری ندارد و می‌ترسم هر پاسخی که بدهم تنها به سوءتفاهم منجر شود. از یک منظر ابتدایی، تمام متخصصان سلامت روان «فرویدی» هستند، زیرا بسیاری از مفاهیم فروید به‌سادگی در فرهنگ گسترده‌تر روان‌درمانی جذب شده‌اند. این مفاهیم اکنون چنان رایج، بدیهی و پذیرفته شده‌اند که مردم تشخیص نمی‌دهند منشأ آن‌ها فروید بوده و زمانی انقلابی محسوب می‌شدند. برای مثال، بیشتر مردم باور دارند که تروما می‌تواند باعث نشانه‌های عاطفی و جسمی شود؛ مراقبت‌های دوران کودکی در رشد ما تأثیرگذار است؛ انسان‌ها انگیزه‌های متضاد و گاه متناقض دارند؛ سوءاستفاده جنسی از کودکان رخ می‌دهد و می‌تواند پیامدهای فاجعه‌باری داشته باشد؛ مشکلات عاطفی از طریق گفت‌وگو قابل درمان‌اند؛ گاهی دیگران را به دلیل چیزهایی سرزنش می‌کنیم که نمی‌خواهیم در خودمان ببینیم؛ و این که داشتن روابط جنسی با بیماران برای درمانگران، استثمار و مخرب است؛ و موارد دیگر. این ایده‌ها و بسیاری دیگر که در فرهنگ روان‌درمانی رایج هستند، «فرویدی» محسوب می‌شوند. از این منظر، هر روان‌درمانگر امروزی، خواه بخواهد خواه نخواهد، فرویدی است. حتی روبه ملاقات با

بیماران در ساعات ملاقات برنامه‌ریزی شده منظم نیز توسط فروید آغاز شد. از منظر دیگر، پرسش «آیا شما فرویدی هستید؟» بی پاسخ است، زیرا هیچ درمانگر روان تحلیلی معاصر «فرویدی» نیست. منظورم این است که تفکر روان تحلیلی از زمان فروید به‌طور بنیادین تغییر کرده است؛ هرچند این را نمی‌توانید از خواندن کتاب‌های درسی روان‌شناسی بفهمید. در دهه‌های اخیر، تغییرات گسترده‌ای در نظریه و عمل روی داده است. این حوزه در جهات متنوعی رشد کرده و از نوشته‌های تاریخی فروید بسیار فاصله گرفته است. از این منظر، هیچ کس فرویدی نیست. روان تحلیلی پیوسته مدل‌ها و ابرانگاره‌های جدیدی را توسعه می‌دهد. رشد دانش روان تحلیلی با فروید پایان نیافت، همان‌طور که فیزیک با نیوتن، نجوم با کوپرنیک، یا توسعه سنت رفتاری در روان‌شناسی با جان واتسون به پایان نرسید.

در روان تحلیل مکاتب فکری متعددی وجود دارد که دیدگاه‌هایی متفاوت و گاه شدیداً متضاد دارند، و این تصور که کسی بتواند «دیدگاه روان تحلیلی» درباره چیزی را به شما بگوید، ساده لوحانه است. شاید در روان تحلیل تنوع دیدگاه‌ها بیش از هر مکتب دیگری در روان درمانی باشد، فقط به این دلیل که روان تحلیلی قدیمی‌ترین سنت درمانی است. پرسیدن از یک درمانگر روان تحلیلی درباره «دیدگاه روان تحلیلی» ممکن است به همان اندازه معنی‌دار باشد که از یک استاد فلسفه درباره «پاسخ فلسفی» به یک سؤال بپرسید. احتمالاً استاد فقط با تعجب سر تکان می‌دهد و نمی‌داند از کجا شروع کند. در روان تحلیلی نیز همین‌گونه است. روان تحلیلی یک نظریه واحد نیست، بلکه مجموعه‌ای متنوع از نظریه‌های متعدد است که هر یک تلاش می‌کنند جنبه‌ای از انسان را روشن کنند.

چه چیزی نیست

شاید گفتن اینکه روان تحلیلی چه چیزی نیست، آسان‌تر از توضیح اینکه چه چیزی هست باشد. برای شروع، روان تحلیلی معاصر نظریه‌ای درباره آید، ایگو، و سوپرایگو نیست (اصطلاحاتی که، به‌هر حال، فروید استفاده نکرد؛ بلکه توسط یک مترجم معرفی شدند). همچنین این نظریه‌ای درباره تثبیت‌ها، گرایز جنسی و پرخاش‌گرانه، خاطرات سرکوب‌شده، عقده ادیپ، حسادت به آلت مردانه، یا اضطراب اختگی نیست. می‌توان همه این مفاهیم را کنار گذاشت و جوهر تفکر و درمان روان تحلیلی همچنان دست‌نخورده باقی می‌ماند. برخی روان تحلیل‌گران همه این مفاهیم را رد می‌کنند.

اگر در دانشگاه به شما آموختند که روان تحلیل نظریه‌ای درباره آید، ایگو، و سوپرایگو است، استادان‌تان به شما ظلم کردند. لطفاً نویسنده را به خاطر گفتن این موضوع سرزنش نکنید که ممکن است کمتر از آنچه فکر می‌کردید برای درک تفکر روان تحلیلی آماده باشید. علاقه به این مدل خاص از ذهن (که نظریه ساختاری نامیده می‌شود)

مدتهاست که جای خود را به نظریه‌ها و مدل‌های دیگر داده است (۳). تقریباً هیچ اشاره‌ای به آن در نوشته‌های معاصر روان‌تحلیلی، جز در زمینه‌های تاریخی، وجود ندارد. در اواخر قرن بیستم، یکی از حامیان برجسته این نظریه در نهایت نتیجه گرفت که دیگر این مدل برای روان‌تحلیلی مرتبط نیست (۴). وقتی کتاب‌های درسی نظریه اید، ایگو، و سوپرایگو را مترادف با روان‌تحلیلی معرفی می‌کنند، نمی‌دانم باید بخندم یا گریه کنم.

این پرسش منصفانه است که چطور بسیاری از کتاب‌های درسی می‌توانند تا این حد قدیمی و اشتباه باشند. دانشجویان حق دارند انتظار داشته باشند کتاب‌های درسی‌شان دقیق و معتبر باشند. پاسخ کوتاه این است که روان‌تحلیلی خارج از دنیای دانشگاهی و عمدتاً در مؤسسات مستقل توسعه یافت. به دلایل تاریخی پیچیده، این مؤسسات گرایشی به درون‌گرایی داشتند و روان‌تحلیل‌گران تلاش کمی برای دسترس‌پذیر کردن ایده‌های خود برای افراد خارج از حلقه‌های بسته خود کردند. برخی از این مؤسسات روان‌تحلیلی نیز در بدترین معنا متکبر و انحصاری بودند و در دور کردن سایر متخصصان سلامت روان کار تحسین‌برانگیزی انجام دادند. این اتفاق در زمانی رخ داد که مؤسسات روان‌تحلیلی آمریکایی تحت سلطه یک نظام پزشکی سلسله‌مراتبی بودند (۵). مؤسسات روان‌تحلیلی تکامل یافته‌اند، اما خصومتی که در سایر حرفه‌های سلامت روان ایجاد کردند، احتمالاً سال‌ها ادامه خواهد داشت. این خصومت از طریق چندین نسل از کارآموزان منتقل شده است، به‌طوری که هر نسل نگرش‌های معلمان خود را الگو قرار داده است.

روان‌شناسی دانشگاهی نقشی مهمی در تداوم سوءتفاهم گسترده نسبت به روان‌درمانی روان‌تحلیلی ایفا کرد. فرهنگی در روان‌شناسی دانشگاهی شکل گرفت که ایده‌های روان‌تحلیلی را تحقیر می‌کرد، یا دقیق‌تر بگوییم، کلیشه‌ها و کاریکاتورهایی که آن‌ها را به اشتباه به جای ایده‌های روان‌تحلیلی می‌پنداشت. این فرهنگ تلاشی برای درک واقعی‌تر تفکر و شیوه کار روان‌درمانگران روان‌تحلیلی انجام نمی‌داد. بسیاری از روان‌شناسان دانشگاهی از استفاده از روان‌تحلیلی به عنوان وسیله‌ای برای مقابله یا هدفی ساختگی رضایت داشتند. آن‌ها به طور منظم در بحث‌هایی با نظریه‌پردازان درگذشته پیروز می‌شدند، نظریه‌پردازانی که حضور نداشتند تا دیدگاه‌های خود را توضیح دهند (برنده شدن در بحث با افراد درگذشته نسبتاً آسان است). بسیاری از روان‌شناسان دانشگاهی همچنان کاریکاتوره‌های روان‌تحلیلی و نظریه‌های منسوخ را که روان‌تحلیل مدت‌ها پیش پشت سر گذاشته است، نقد می‌کنند (۶، ۷، ۸). متأسفانه، بیشتر روان‌شناسان دانشگاهی تقریباً طی یک قرن از تحولات روان‌تحلیلی بی‌خبر بوده‌اند.

وضعیت مشابهی در بخش‌های روان‌پزشکی وجود دارد. در دهه‌های اخیر، این بخش‌ها تغییرات عمده‌ای تجربه کرده‌اند که شامل حذف گسترده اعضای هیئت‌علمی با گرایش روان‌تحلیلی بود. روان‌پزشکی تا حد زیادی به درمان دارویی

محدود شده است، به طوری که بسیاری از روان‌پزشکان دیگر نمی‌دانند چگونه به بیماران بدون تجویز دارو کمک کنند. جالب است که روان‌دارشناسی بسیاری از همان مهارت‌هایی را می‌طلبد که روان‌درمانی روان‌تحلیلی نیاز دارد؛ برای مثال، توانایی ایجاد رابطه، برقراری اتحاد کاری، استنباط درست از چیزهایی که بیماران نمی‌توانند به طور مستقیم بیان کنند، و درک فانتزی‌های هوشیار و ناهوشیار که تقریباً همیشه در اطراف مصرف داروهای روان‌پزشکی برانگیخته می‌شوند. به نظر می‌رسد که میان کارآموزان روان‌پزشکی نیاز شدیدی به روش‌های جامع‌تر برای درک بیماران و جایگزین‌هایی برای رویکردهای درمانی تقلیل‌گرایانه زیستی وجود دارد.

اینکه بفهمید معلمانان شما را همراه کرده‌اند، می‌تواند مایوس‌کننده باشد، به‌ویژه اگر آن‌ها را تحسین می‌کردید. شاید حتی همین حالا کمی تناقض شناختی را تجربه کنید (و نظریه تناقض پیش‌بینی می‌کند که ممکن است وسوسه شوید این اطلاعات را رد کنید تا تناقض را حل کنید). من به یاد می‌آورم که خودم چقدر تلاش کردم تا با این واقعیت کنار بیایم که استادانی که تحسینشان می‌کردم، مرا به اشتباه انداخته‌اند. می‌خواستم به این استادان احترام بگذارم، دیدگاه‌هایشان را بپذیرم، و یکی از آن‌ها باشم. همچنین باعث می‌شد احساس کنم بزرگ‌تر و مهم‌تر هستم اگر مثل آن‌ها فکر کنم و به آنچه آن‌ها باور داشتند، باور داشته باشم، و وقتی در نظرم کم‌رنگ شدند، احساس کردم خودم هم کوچک شدم. فکر می‌کنم در این واکنش تنها نیستم. بارها به این موضوع فکر کرده‌ام که آیا این یکی از دلایلی است که دانشجویانی که متفکر و دارای ذهن باز هستند، گاهی ایده‌هایی را که برچسب روان‌تحلیلی دارند، نادیده می‌گیرند (هرچند زمانی که این ایده‌ها با اصطلاحات جدید بسته‌بندی شوند و به شکلی تازه توصیف شوند، به راحتی آن‌ها را می‌پذیرند).

نکته‌ای درباره اصطلاحات

من اصطلاحات روان‌تحلیلی و روان‌پویشی را به صورت مترادف استفاده می‌کنم. اصطلاح روان‌پویشی پس از جنگ جهانی دوم رایج شد، زمانی که در یک کنفرانس آموزشی پزشکی به عنوان مترادفی برای روان‌تحلیلی معرفی شد. گفته می‌شود هدف از این کار، تثبیت جایگاه روان‌تحلیلی در برنامه‌های آموزشی تخصص روان‌پزشکی بود، بدون اینکه مدیران آموزشی که ممکن بود نسبت به روان‌تحلیلی نگاهی نگران‌کننده داشته باشند، بیش از حد نگران شوند (۹). به طور خلاصه، اصطلاح روان‌پویشی یک امر تدبیرانه بود. این اصطلاح در طول زمان تکامل یافته و اکنون به مجموعه‌ای از درمان‌ها اشاره دارد که بر اساس مفاهیم و روش‌های روان‌تحلیلی هستند، اما شامل دراز کشیدن روی کاناپه یا ملاقات پنج روز در هفته نمی‌شوند.

با خطر آزردن برخی روان‌تحلیل‌گران، باید چند کلمه‌ای درباره تفاوت میان روان‌تحلیلی و روان‌درمانی روان‌تحلیلی (یا روان‌پویشی) بگویم. در روان‌تحلیلی به معنای دقیق کلمه، جلسات معمولاً سه تا پنج روز در هفته برگزار می‌شوند و بیمار اغلب روی

کاناپه دراز می کشد. در روان درمانی روان تحلیلی یا روان پویشی، جلسات معمولاً یک یا دو بار در هفته برگزار می شوند و بیماران روی صندلی می نشینند. فراتر از این، تفاوت ها مبهم اند. روان تحلیلی یک فرآیند بین فردی است، نه یک موقعیت فیزیکی. این اصطلاح به نوع خاصی از تعامل بین بیمار و درمانگر اشاره دارد. ملاقات های مکرر می توانند این تعامل را تسهیل کنند، زیرا بیماران تمایل پیدا می کنند احساسات شدیدتری نسبت به درمانگر داشته باشند و این احساسات می توانند به شکلی سازنده در خدمت درک و تغییر به کار گرفته شوند. دراز کشیدن نیز می تواند برای برخی بیماران کمک کننده باشد، زیرا این وضعیت (در مقایسه با نگاه کردن مستقیم به فرد دیگر) حالتی از فانتزی را تشویق می کند که در آن افکار می توانند آزادانه تر جریان یابند. در بخش بعدی، این موضوعات را با جزئیات بیشتری بررسی می کنم.

با این حال، دراز کشیدن و ملاقات های مکرر تنها جنبه های ظاهری روان تحلیلی هستند، نه جوهره آن (۱۰). با توجه به کاناپه، روان تحلیل گران اکنون اذعان دارند که دراز کشیدن می تواند به همان اندازه که کمک کننده است، مانع انجام کار روان تحلیلی نیز باشد (۱۱، ۱۲). در مورد تعداد جلسات، مسخره است که بگوییم کسی که چهار بار در هفته ملاقات می کند در فرایند روان تحلیلی است اما کسی که سه بار ملاقات می کند نمی تواند در این فرایند باشد. به طور کلی، هرچه بیمار جلسات بیشتری داشته باشد، تجربه غنی تر و عمیق تر خواهد بود. اما بیمارانی هستند که پنج جلسه در هفته شرکت می کنند و روی کاناپه دراز می کشند، اما هیچ چیزی که شبیه یک فرایند روان تحلیلی باشد رخ نمی دهد. در مقابل، بیمارانی هم هستند که یک یا دو بار در هفته ملاقات می کنند و روی صندلی می نشینند، اما تردیدی نیست که درگیر یک فرایند روان تحلیلی هستند. این موضوع به این بستگی دارد که درمانگر چه کسی است، بیمار چه کسی است، و بین آن ها چه اتفاقی می افتد. به همین دلیل، من اصطلاحات روان تحلیلی، روان درمانی روان تحلیلی، و روان درمانی روان پویشی را به طور مترادف استفاده خواهم کرد.

در نهایت، من معمولاً از واژه بیمار به جای مراجع استفاده می کنم. واقعیت این است که هر دو واژه مشکلاتی دارند، اما بیمار به نظر من کمتر مشکل زا است. ریشه شناسی واژه بیمار به معنای کسی است که رنج می برد. اما برای برخی، این کلمه مفهوم عدم توازن قدرت سلسله مراتبی را به ذهن متبادر می کند یا تصاویری از پزشکان اقتدارگرا که خود را دانایان می دانند را به یاد می آورد. این تداعی ها ناخوشایند است، زیرا روان درمانی روان تحلیلی یک تلاش مشترک و همکارانه بین دو انسان است که هیچ کدام دسترسی ویژه ای به حقیقت تجربه دیگری ندارند. از سوی دیگر، اصطلاح مراجع به نظر نمی رسد جدیت شدید، گاهی مرگ و زندگی روان درمانی، یا عظمت مسئولیتی که روان درمانگران بر عهده می گیرند را به درستی منتقل کند. آرایشگر، حسابدار، و مربی یوگای من مراجع دارند، اما هیچ کدام به دانسته من مسئولیت

حرفه‌ای برای مراقبت از فردی که در وضعیت حاد خودکشی است، دریافت تماس تلفنی از شریک وحشت‌زده فردی که دچار روان‌پریشی شده، یا تلاش برای کمک به کسی که در حال معنا دادن به تجربه تجاوز توسط پدرش است، نداشته‌اند. هیچ‌یک از این واژه‌ها ایده‌آل نیستند و برخی همکاران محترم من یکی را ترجیح می‌دهند و برخی دیگری را. من سعی کردم دلایل ترجیح شخصی خود را توضیح دهم. خوانندگانی که نسبت به واژه بیمار حساسیت دارند می‌توانند هر جا که خواستند واژه مراجع را جایگزین کنند. انتخاب واژه کمتر از تأمل درباره معانی و پیامدهای انتخاب ما اهمیت دارد.

پایه‌ها

اگر روان‌تحلیلی نظریه‌ای درباره اید، ایگو، و سوپرایگو، یا درباره تثبیت‌ها، یا خاطرات سرکوب‌شده نیست، پس درباره چیست؟ ایده‌های زیر نقش مرکزی در تفکر بیشتر متخصصان روان‌تحلیلی دارند. این ایده‌ها به هم پیوسته و هم‌پوشان هستند؛ من آن‌ها را صرفاً به‌منظور سهولت آموزشی به‌طور جداگانه ارائه می‌کنم.

زندگی ناهوشیار

ما ذهن و قلب خود را به‌طور کامل نمی‌شناسیم، و بسیاری از چیزهای مهم خارج از آگاهی ما اتفاق می‌افتند. این مشاهده حتی برای سرسخت‌ترین تجربی‌گراها نیز دیگر بحث‌برانگیز نیست. پژوهش‌های علوم شناختی بارها نشان داده‌اند که بخش زیادی از فکر کردن و احساس کردن در خارج از آگاهی هوشیارانه اتفاق می‌افتد (۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸). معمولاً، دانشمندان علوم شناختی از واژه ناهوشیار استفاده نمی‌کنند، بلکه به فرآیندهای ذهنی ضمنی، حافظه روندی، و غیره اشاره می‌کنند. اصطلاحات چندان مهم نیستند. آنچه اهمیت دارد، این مفهوم است که فرآیندهای حیاتی حافظه، ادراک، قضاوت، عاطفه، و انگیزه به‌طور آگاهانه در دسترس نیستند. با این حال، بحث‌های روان‌تحلیلی درباره زندگی ناهوشیار بر چیزی تأکید می‌کنند که دانشمندان علوم شناختی اغلب به آن توجه نمی‌کنند: مسئله این نیست که ما ذهن خود را به‌طور کامل نمی‌شناسیم، بلکه موضوع این است که چیزهایی وجود دارند که به نظر می‌رسد نمی‌خواهیم آن‌ها را بدانیم. چیزهایی وجود دارند که تهدیدکننده، متناقض، یا به‌نوعی ما را آسیب‌پذیر می‌کنند، بنابراین تمایل داریم از آن‌ها روی برگردانیم.

در اوایل حرفه‌ام با مثالی تأثیرگذار مواجه شدم. در یک پروژه تحقیقاتی درباره رشد شخصیت از شرکت‌کنندگان مصاحبه می‌کردم و وظیفه من این بود که هر چه می‌توانستم درباره پیشینه شخصی هر فرد بیاموزم. در کل، این مصاحبه‌ها آسان بودند. اکثر مردم، با کمی تشویق، از صحبت کردن درباره خودشان با کسی که محترمانه، همدلانه، واقعاً علاقه‌مند به صحبت‌هایشان، و متعهد به رازداری است، لذت می‌برند.

اما یکی از مصاحبه‌ها به طرز گیج‌کننده‌ای خسته‌کننده بود. اگر چه مصاحبه‌شونده، که او را جیل می‌نامم، خوش‌برخورد و باهوش بود و به نظر می‌رسید به همه سؤالات من با خوش‌رویی و همکاری پاسخ می‌دهد، اما اصلاً احساس تعامل با او نداشتم. به‌آرامی متوجه شدم که پاسخ‌های جیل به سؤالات من چیزی جز مجموعه‌ای از تعمیم‌ها، کلیشه‌ها و حرف‌های سطحی نیست. به‌هیچ‌وجه نمی‌توانستم حس درستی از جیل یا افراد مهم در زندگی او پیدا کنم.

گفت‌وگوی ما چیزی شبیه به این بود:

«می‌توانید کمی بیشتر درباره خواهرتان بگویید؟ او چه جور آدمی است و چه نوع رابطه‌ای با او داشته‌اید؟»

«او عصبی است.»

«او به چه شکلی عصبی است؟»

«می‌دانید، فقط به شکل معمول عصبی.»

«من مطمئن نیستم که شکل معمول چیست. می‌توانید کمک کنید بفهمم او چگونه عصبی است؟»

«شما روان‌شناس هستید، می‌دانید عصبی یعنی چه. این بهترین کلمه برای توصیف اوست. مطمئنم افراد زیادی را مثل او دیده‌اید.»

پس از پرسش‌های فراوان، جیل در نهایت به من گفت که خواهرش کینه‌توز بوده و حرف‌های ناخوشایندی درباره پدرشان می‌زده تا او را شرم‌منده کند. جیل پدرش را مردی مهربان و دلسوز توصیف کرد که هیچ کاری نکرده بود تا مستحق داشتن دختری این‌چنین خصمانه و ناسپاس باشد. من مجبور شدم چندین بار از جیل بخواهم یک مثال مشخص از حرف‌های بدی که خواهرش گفته بود ارائه دهد. سرانجام، جیل حادثه‌ای را توصیف کرد که زمانی رخ داده بود که او پنج‌ساله و خواهرش هفت‌ساله بود. خانواده در ساحل بودند و خواهرش بداخلاق و تحریک‌کننده رفتار می‌کرد. پدر مهربان و دلسوز او کنترل خود را از دست داد و دختر هفت‌ساله‌اش را زیر آب نگه داشت تا جایی که تقریباً غرق شد. در حالی که جیل این داستان را تعریف می‌کرد، تمام تأکید او بر این بود که خواهرش چقدر تحریک‌کننده رفتار کرده بود. جیل کاملاً ناهوشیار به نظر می‌رسید که او حادثه‌ای از کودک‌آزاری را توصیف کرده است. جیل مثال‌های دیگری نیز از رفتار عصبی خواهرش تعریف کرد که همه آن‌ها با از دست دادن کنترل شدید پدرش به پایان می‌رسید.

من این احساس را نداشتم که جیل سعی دارد مرا گمراه کند یا حقیقت را پنهان کند. آنچه برجسته بود این بود که خود جیل به نظر نمی‌رسید هیچ نتیجه‌ای جز این بگیرد که خواهرش عصبی است. این نمونه‌ای آشکار از چیزی است که وقتی می‌گوییم «چیزهایی وجود دارند که به نظر می‌رسد نمی‌خواهیم بدانیم»، منظورم است.

لطفاً توجه داشته باشید که این روایت هیچ ارتباطی با خاطرات سرکوب‌شده ندارد،

موضوعی که در کتاب‌های درسی کارشناسی و رسانه‌ها توجه زیادی به آن می‌شود اما عملاً هیچ ارتباطی با روان‌درمانی روان‌تحلیلی معاصر ندارد. هدف از درمان روان‌تحلیلی کشف خاطرات سرکوب‌شده نیست و از اوایل دهه ۱۹۰۰ نیز این‌طور نبوده است. هدف گسترش آزادی و انتخاب از طریق کمک به افراد برای هوشیارتر شدن از تجربه‌شان در لحظه حال است. تا جایی که من اطلاع دارم، هیچ‌کدام از درمانگرانی که در بحث‌های جنجالی درباره خاطرات کاذب شرکت داشتند، آموزش روان‌تحلیلی ندیده بودند.

مشکل جیل این نبود که چیزی را به خاطر نمی‌آورد. برعکس، خاطرات او کاملاً واضح و روشن بودند. مشکل این بود که او به یک تفسیر خاص از رویدادها چسبیده بود و به خود اجازه نمی‌داد که هیچ احتمال دیگری را در نظر بگیرد. این دیدگاه سخت‌گیرانه بی‌شک زمانی برای جیل مفید بوده است. برای مثال، ممکن است به او اجازه داده باشد که به‌عنوان یک کودک خردسال، حس ایمنی و امنیتی که به‌شدت نیاز داشت را در خانواده‌ای که به‌طور وحشتناکی ناامن بود، حفظ کند.

این موضوع بر یک مفهوم مهم در روان‌درمانی روان‌تحلیلی تأکید می‌کند: بیشتر مشکلات روان‌شناختی زمانی راه‌حل‌های سازگارانه‌ای برای چالش‌های زندگی بودند. این راه‌حل‌ها ممکن است پرهزینه بوده باشند، اما به‌هر حال راه‌حلی بودند. مشکلات زمانی پدید می‌آیند که شرایط تغییر می‌کند و راه‌حل‌های قدیمی دیگر کارآمد نیستند یا به خود تخریبی تبدیل می‌شوند، اما ما همچنان به استفاده از آن‌ها ادامه می‌دهیم.

ذهن در تعارض

یکی دیگر از مفاهیم اساسی این است که انسان‌ها می‌توانند درباره یک موضوع دو (یا بیشتر) دیدگاه متفاوت داشته باشند. ما می‌توانیم نسبت به یک فرد هم احساسات محبت‌آمیز داشته باشیم و هم احساسات خصمانه، چیزی را بخواهیم و در عین حال از آن بترسیم، یا چیزهایی را بخواهیم که با یکدیگر متناقض هستند. درک این موضوع که افراد احساسات و انگیزه‌های پیچیده و اغلب متناقضی دارند، هیچ چیز اسرارآمیزی نیست. شاعران، نویسندگان، و افراد متفکر همیشه از این موضوع آگاه بوده‌اند. روان‌تحلیلی یک واژگان برای صحبت درباره تناقض‌های درونی و تکنیک‌هایی برای کار کردن با این تناقض‌ها به شیوه‌هایی که می‌تواند رنج را کاهش دهد، ارائه کرده است. به نقل از اف. اسکات فیتز جرالِد: «خرد توانایی نگه‌داشتن دو ایده متناقض در ذهن به‌طور همزمان و همچنان ادامه دادن عملکرد است». روان‌درمانی روان‌تحلیلی به دنبال پرورش این نوع خرد است.

اصطلاحات دوسوگرایی و تعارض به تناقض‌های درونی اشاره دارند. در این زمینه، تعارض به تقابل بین افراد اشاره نمی‌کند، بلکه به تناقض یا ناهماهنگی در ذهن خودمان مربوط است. ممکن است تلاش کنیم تناقض را با نادیده گرفتن یک یا چند

جنبه از احساسات خود حل کنیم. به این معنا که آن‌ها را از آگاهی هوشیارانه کنار بگذاریم اما احساسات نادیده گرفته شده به هر حال به نوعی خود را نشان می‌دهند. یکی از پیامدهای این وضعیت این است که ممکن است بر خلاف اهداف خودمان عمل کنیم. قیاسی که گاهی با بیمارانم استفاده می‌کنم، رانندگی با یک پا روی پدال گاز و یک پا روی ترمز است. ممکن است سرانجام به مقصد برسیم، اما نه بدون مقدار زیادی اصطکاک و فرسودگی غیرضروری.

بسیاری از افراد در زمینه صمیمیت دچار تعارض می‌شوند. به نظر می‌رسد همه ما کسی را می‌شناسیم که خواهان یک رابطه صمیمی است، اما بارها و بارها جذب افرادی می‌شود که در دسترس نیستند. این جاذبه‌ها ممکن است نشان‌دهنده یک سازش ناهوشیار بین میل به نزدیکی و ترس از وابستگی باشند. یکی از دوستانم همیشه به بیش از یک نفر به‌طور همزمان علاقه‌مند می‌شد. او در مورد اینکه کدام فرد برای او مناسب است، دچار عذاب وجدان می‌شد، اما درگیر شدن همزمان با چند نفر، باعث می‌شد که او نتواند رابطه عمیق‌تری با هیچ‌کدام از آن‌ها ایجاد کند. یکی از اولین بیمارانم نمی‌توانست تمایل خود به محبت و مراقبت را بشناسد یا بپذیرد. او این تمایلات را با ضعف برابر می‌دانست و زنانی را انتخاب می‌کرد که سرد، بی‌اعتنا و حتی خصمانه بودند. این زنان تمایلات ناراحت‌کننده او برای مراقبت و محبت را برنمی‌انگیختند. جای تعجب نیست که او از روابط صمیمی خود ناراضی بود. از طریق روان‌درمانی، او توانست تمایل خود به گرمای عاطفی را بشناسد. تنها پس از آن بود که توانست شریکی مهربان و دلسوز برای خود انتخاب کند.

وقتی هر دو عضو یک زوج در تعارض با صمیمیت دچار مشکل باشند، اغلب شاهد یک «رقص» هستیم که در آن شرکا به یکدیگر نزدیک می‌شوند و سپس دوباره از هم فاصله می‌گیرند، و این چرخه به‌طور بی‌پایان تکرار می‌شود. وقتی یکی به دیگری نزدیک می‌شود، دیگری عقب‌نشینی می‌کند و برعکس. دبورا لوپتیز (۱۹) کتابی تأثیرگذار درباره روان‌درمانی روان‌تحلیلی نوشته که دقیقاً بر این معضل تأکید دارد و عنوان آن «خارپشت‌های شوپنهاور» است. عنوان کتاب به داستانی اشاره دارد که شوپنهاور درباره خارپشت‌ها در یک شب سرد تعریف می‌کند. آن‌ها برای گرما به یکدیگر نزدیک می‌شوند، اما وقتی این کار را می‌کنند، با خارهایشان یکدیگر را زخمی می‌کنند. مجبور می‌شوند از هم فاصله بگیرند، اما به زودی احساس سرما و نیاز به گرما می‌کنند. دوباره به هم نزدیک می‌شوند، دوباره یکدیگر را زخمی می‌کنند، و این چرخه دوباره شروع می‌شود.

تعارضات مربوط به خشم نیز بسیار رایج هستند. برخی افراد، به‌ویژه کسانی که نوع خاصی از شخصیت افسرده دارند، به نظر می‌رسد قادر به شناخت یا ابراز خشم نسبت به دیگران نیستند و در عوض خود را به شکل‌های تنبیهی و خودویرانگرانه رفتار می‌کنند. در روایت اول شخص از افسردگی، تاریکی آشکار: خاطراتی از جنون، ویلیام استایرون توصیف می‌کند که پس از برنده شدن جایزه ادبی ۲۵۰۰ دلار، بلافاصله

چک را گم کرد. او بعداً متوجه شد که این اتفاق ظاهراً تصادفی، چندان هم تصادفی نبوده و بازتابی از خودانتقادی عمیق و احساس بی‌ارزشی او بوده است.

دلایل زیادی وجود دارد که باعث می‌شود افراد احساسات خشم خود را انکار کنند. ممکن است از تلافی یا انتقام بترسیم؛ ممکن است بترسیم که خشم ما به کسی که دوستش داریم آسیب برساند؛ ممکن است نگران باشیم که خشم منجر به طرد شدن یا رها شدن ما شود؛ احساسات خشم ممکن است با تصویر ما از خودمان به عنوان فردی مهربان ناسازگار باشد؛ یا ممکن است به دلیل داشتن احساسات خصمانه نسبت به کسی که برای ما اهمیت قائل بوده است، احساس گناه یا شرم کنیم.

یک‌بار مردی را درمان کردم که والدینش بازماندگان هولوکاست بودند و فداکاری‌های زیادی کرده بودند تا پسرشان زندگی بهتری داشته باشد. آن‌ها ساعت‌های طولانی در شغل‌های دشوار کار می‌کردند تا او بتواند به دانشکده پزشکی برود و فردی موفق شود. در چنین شرایطی، خشم نسبت به هر یک از والدین باعث ایجاد احساس گناه خردکننده‌ای می‌شد. بیمار من نمی‌توانست اجازه دهد احساسات خشم نسبت به والدینش شکل بگیرد، اما با دوستان، همکاران، و حتی خودش به شکل بدی رفتار می‌کرد. کار زیادی لازم بود تا او بتواند احساسات خشم خود را تشخیص دهد و بفهمد که عشق و قدردانی می‌تواند با خشم و رنجش همزیستی داشته باشند. او در نهایت متوجه شد که خشم نسبت به والدینش چیزی از عشق او به آن‌ها، غمش برای رنجی که متحمل شده بودند، یا قدردانی‌اش از فداکاری‌های آن‌ها کم نمی‌کند.

برخی افراد خشم انکارشده خود را از طریق رفتارهای منفعل-پرخاشگرانه ابراز می‌کنند (که یکی دیگر از اصطلاحات روان‌تحلیلی است که به واژگان عمومی‌تر درمان وارد شده است). برای مثال، کسی که مرتباً غذای خانواده را می‌سوزاند، ممکن است در یک عمل واحد هم محبت و وفاداری خود به خانواده‌اش را ابراز کند و هم رنجش خود را. آماده کردن غذا بیانگر عشق و وفاداری است؛ غیرقابل خوردن کردن آن، بیانگر رنجش است.

مادرم اغلب خشم خود را به شکل منفعل-پرخاشگرانه نشان می‌داد و افراد را منتظر خود می‌گذاشت. او برنامه‌ریزی می‌کرد که وقتی از دانشگاه به خانه می‌آمدم، مرا از فرودگاه بردارد، اما دو ساعت دیر می‌رسید. در ذهن او، آمدن به فرودگاه نشانه‌ای از فداکاری و عشق او به عنوان یک مادر مهربان و فداکار بود. اما دیر کردنش را نتیجه شرایط می‌دانست. متأسفانه، همین شرایط بارها و بارها تکرار می‌شد. منابع رنجش مادرم بدون شک متعدد بودند، اما باور دارم که یکی از منابع رنجش او این بود که من در وهله اول خانه را ترک کرده بودم.

مثالی دلنشین از دوسوگرایی زمانی اتفاق افتاد که مشغول ویرایش این فصل بودم و در یک کافه با لپ‌تاپم کار می‌کردم. دختری پانزده‌ماهه از میز کناری به سمت من آمد، برگه‌ی زیبا را از روی زمین برداشت و با لبخندی بزرگ آن را به من تعارف کرد. درست وقتی که گفتم متشکرم و دست دراز کردم تا آن را بگیرم، او با لذتی آشکار آن

را از دستم قاپید. من رفتار مشابهی را در بزرگسالان هم می‌بینم، اما معمولاً کمتر دلنشین است.

مثالی بالینی و آشکارتر از تعارض درونی را می‌توان در برخی از بیماران مبتلا به پرخوری عصبی مشاهده کرد. از یک سو، پرخوری می‌تواند نشان‌دهنده آرزوی شدید برای بلعیدن همه‌چیز باشد، شاید برای پر کردن یک خلأ درونی. این نشانه به نظر می‌رسد که می‌گوید: «من آن قدر نیازمند و ناامید هستم که هرگز نمی‌توانم سیر شوم». از سوی دیگر، پاک‌سازی جنبه مقابل این تعارض را بیان می‌کند و به نظر می‌رسد که می‌گوید: «من هیچ نیازی ندارم. من کنترل دارم و به هیچ چیزی نیازمند نیستم». البته، مسائل معمولاً پیچیده‌تر از این هستند و تعارض درونی (یا روانی) ممکن است چندین جنبه داشته باشد، نه فقط دو جنبه. این مثال تنها دو مورد از معانی احتمالی را که ممکن است در پس رفتارهای پرخوری و پاک‌سازی نهفته باشد، نشان می‌دهد. نشانه‌های روان‌شناختی اغلب چندین علت دارند و چندین هدف را دنبال می‌کنند. ما از اصطلاحات تعیین‌یافتگی چندگانه و کارکرد چندگانه برای توصیف این چندگانگی معانی استفاده می‌کنیم. به‌زودی به این اصطلاحات بازخواهیم گشت.

روان‌درمانگران روان‌تحلیلی اولین کسانی بودند که به‌طور صریح به نقش تعارض یا تناقض درونی در ایجاد مشکلات روان‌شناختی پرداختند. با این حال، قابل توجه است که هر سنت درمانی به نوعی به مسئله تعارض می‌پردازد. درمانگران شناختی ممکن است از باورها یا طرحواره‌های متناقض صحبت کنند؛ رفتارگرایان ممکن است از تعارض نزدیک شدن، اجتناب یا واکنش به تقویت‌کننده‌های کوتاه‌مدت در مقابل بلندمدت صحبت کنند؛ درمانگران انسان‌گرا ممکن است به سیستم‌های ارزشی متضاد اشاره کنند؛ و نظریه‌پردازان سیستم‌محور ممکن است از تعارض نقش سخن بگویند. درک عمومی این است که ناهماهنگی درونی بخشی از شرایط انسانی است. دانیل کانمن، دانشمند علوم شناختی، جایزه نوبل را برای پژوهش‌های تجربی در توصیف فرآیندهای تصمیم‌گیری رقابتی دریافت کرد که او آن‌ها را سیستم یک و سیستم دو نامید (۱۴۰۲). سیستم یک به‌صورت شهودی و خودکار عمل می‌کند و نسبت به اطلاعات جدید یا شرایط متغیر کم‌واکنش است. عملیات آن معمولاً سریع، خودکار، بدون تلاش، تداعی‌گر، ضمنی (غیرقابل دسترس برای خودآگاهی) و اغلب بار احساسی دارند. در مقابل، عملیات سیستم دو کندتر، متوالی، نیازمند تلاش، و احتمالاً آگاهانه‌تر نظارت و کنترل می‌شوند (۱۷). این سیستم‌های شناختی به‌طور همزمان کار می‌کنند و اغلب نتایج متناقضی تولید می‌کنند. چنین تناقضاتی ممکن است در ساختار مغز ریشه داشته باشند (۲۱).

یافته‌های علوم شناختی که بر اساس آزمایش‌های سخت‌گیرانه کنترل شده به‌دست آمده‌اند، شباهت‌های قابل توجهی با توصیفات فروید از فرآیندهای ذهنی هوشیار و ناهوشیار دارند. نه‌تنها این پژوهش‌ها مفروضات اصلی روان‌تحلیلی را رد نکرده‌اند،

بلکه علوم شناختی و عصب‌شناسی پایه تجربی محکمی برای بسیاری از آن مفروضات فراهم کرده‌اند. این پژوهش‌ها همچنین به متفکران روان‌تحلیلی کمک می‌کنند تا درک خود از فرآیندهای ذهنی و مداخلات مؤثر را اصلاح کنند (۱۶، ۲۲، ۲۳، ۲۴).

گذشته در حال حاضر ادامه دارد

از طریق تجربیات اولیه خود، الگوها یا سناریوهایی را یاد می‌گیریم که نشان می‌دهند جهان چگونه عمل می‌کند (یک درمانگر شناختی ممکن است آن‌ها را طرحواره بنامد). ما یاد می‌گیریم که از دیگران چه انتظاری داشته باشیم، چگونه در روابط رفتار کنیم، چگونه محبت و توجه دیگران را جلب کنیم، چگونه زمانی که کسی از ما عصبانی است رفتار کنیم، چگونه وقتی خودمان عصبانی هستیم احساساتمان را ابراز کنیم، چگونه دیگران را به خود افتخار کنیم، احساس موفقیت و شکست چگونه است، عشق ورزیدن به چه معناست و غیره. ما این الگوها یا سناریوها را در موقعیت‌های جدید به کار می‌گیریم، حتی زمانی که دیگر مناسب نیستند. به عبارت دیگر، ما حال را از دریچه تجربیات گذشته می‌بینیم و بنابراین تمایل داریم جنبه‌هایی از گذشته را تکرار و بازآفرینی کنیم. به قول ویلیام وردزورث، «کودک، پدر انسان است»

مثال‌هایی از بازآفرینی گذشته، پدر دخترچه‌ای از لحاظ عاطفی سرد و دور است. در نتیجه، تجربیات اولیه او از عشق با احساسی ظریف از محرومیت عاطفی همراه می‌شود. در بزرگسالی، او جذب مردانی می‌شود که از لحاظ عاطفی بی‌پاسخ هستند، و مردانی که از لحاظ عاطفی در دسترس‌اند، برایش جذابیتی ندارند. او ممکن است این الگو را در روان‌درمانی نیز بازآفرینی کند. وقتی درمانگر مردش بی‌حوصله یا حواس‌پرت به نظر می‌رسد، او را قدرتمند و مهم می‌بیند. وقتی درمانگر مهربان و با دقت به نظر می‌رسد، او را خسته‌کننده و بی‌فایده می‌بیند.

یا کودکی که توجه کامل مادرش را تنها زمانی دریافت می‌کند که بیمار است. در این مواقع، مادر به او توجه کامل دارد و او را آرام می‌کند. در بزرگسالی، او زمانی که احساس بی‌توجهی از سوی همسرش می‌کند، دچار علائم جسمانی می‌شود که تلاشی ناهوشیار برای جلب محبت و توجه همسرش است. متأسفانه، همسرش با توجه و محبت واکنش نشان نمی‌دهد و این او را سردرگم و خیانت‌دیده می‌کند، به شکلی که نمی‌تواند حتی در کلمات بیان کند. در روان‌درمانی، او درباره علائم جسمانی‌اش صحبت می‌کند و به نظر می‌رسد زبان لازم برای بیان احساساتش را ندارد.

فرد دیگری که قربانی آزار جسمی و جنسی در دوران کودکی بوده است، در زندگی‌اش نقش‌های شخصیت‌هایی مانند آزارگر، قربانی و نجات‌دهنده وجود دارد. در بزرگسالی، او این الگوها را با قرار گرفتن در موقعیت‌هایی که احساس خیانت و قربانی شدن می‌کند، بازآفرینی می‌کند. او به دنبال نجات‌دهنده‌ای می‌گردد که او را از این وضعیت نجات دهد و سپس نقش قربانی و آزارگر را با نجات‌دهنده‌اش بازآفرینی می‌کند. در روان‌درمانی، او ابتدا درمانگرش را ایده‌آل‌سازی می‌کند و او را به‌عنوان یک

منجی می‌بیند. درمانگر به این ایده آل‌سازی و نیاز شدید او واکنش نشان می‌دهد و جلسات اضافی برای او ترتیب می‌دهد، اجازه می‌دهد جلسات بیشتر از زمان مقرر طول بکشند، تماس‌های تلفنی شبانه را می‌پذیرد و با اکراه به درخواست او برای در آغوش گرفتن در پایان جلسات پاسخ مثبت می‌دهد. در نهایت، درمانگر احساس خستگی و تحلیل رفتگی می‌کند و سعی می‌کند محدودیت‌ها را دوباره برقرار کند. سپس بیمار احساس رها شدن، خیانت و خشم می‌کند. او شکایتی اخلاقی علیه درمانگر مطرح می‌کند و بر نبود مرزهای حرفه‌ای او تأکید می‌کند (و بدین ترتیب نقش آزارگر را بر عهده می‌گیرد و درمانگر را تبدیل به قربانی می‌کند) و سپس به دنبال درمانگری ساده لوح می‌گردد تا او را از آسیبی که درمانگر اول به او زده، نجات دهد. این سناریو ممکن است افراطی به نظر برسد، اما یک درمانگر با تجربه الگوی آشنایی را تشخیص خواهد داد (۲۵، ۲۶). این الگو مشخصه برخی از بیمارانی است که ما آن‌ها را دارای سازمان شخصیت مرزی توصیف می‌کنیم.

نمی‌توانیم رویدادها را بدون استفاده از لنزهای تجربیات گذشته درک و تفسیر کنیم. این به‌سادگی راهی است که ذهن ما آن‌گونه کار می‌کند. تجربیات گذشته زمینه‌ای برای تجربیات امروز فراهم می‌کنند و ادراکات، تفاسیر و واکنش‌های ما را شکل می‌دهند. فردی که در دوران کودکی احساس دوست داشته شدن، ارزشمندی و مراقبت داشته است، مرگ همسرش را تجربه می‌کند. او برای مدتی عمیقاً غمگین می‌شود، دوره‌ای از سوگواری را پشت سر می‌گذارد، اما در نهایت دوباره به عشق بازمی‌گردد. فرد دیگری که دوران کودکی‌اش پر از شکست، طرد شدن و از دست دادن بوده است، نیز مرگ همسرش را تجربه می‌کند. برای او، این فقدان تکرار شکست‌ها و از دست دادن‌های قبلی است و گواهی است بر اینکه تلاش‌هایش در زندگی فقط به درد و رنج منجر می‌شود. او به افسردگی تلخ و خشمگینی فرو می‌رود و بهبودی نمی‌یابد. در هر دو مورد، تجربه عینی بیرونی یکسان است، اما معانی روان‌شناختی رویداد بسیار متفاوت هستند.

هر مکتب درمانی به نوعی به تأثیر گذشته بر حال می‌پردازد. درمانگران شناختی ممکن است از ادغام تجربیات جدید با طرحواره‌های موجود صحبت کنند؛ نظریه‌پردازان سیستم‌محور ممکن است به تکرار پویایی‌های خانوادگی در طول نسل‌ها اشاره کنند؛ و رفتارگرایان ممکن است از تاریخچه شرطی‌سازی و تعمیم محرک صحبت کنند. هدف روان‌درمانی روان‌تحلیلی کاهش سلطه تجربیات گذشته برای ایجاد امکانات جدید در زندگی است.

انتقال

یک فرد هنگام شروع درمان وارد موقعیتی ناآشنا و یک رابطه جدید می‌شود و به‌طور طبیعی از الگوها، پیش‌نویس‌ها یا طرحواره‌های از پیش شکل گرفته خود برای سازمان‌دهی ادراکاتش از این فرد جدید، یعنی درمانگر، و درک موقعیت جدید استفاده

می‌کند. هیچ جایگزینی وجود ندارد جز اینکه این رابطه جدید از دریچه روابط گذشته دیده شود؛ این مسئله به انتخاب فرد بستگی ندارد. به همین دلیل، بیماران مختلف واکنش‌های کاملاً متفاوتی نسبت به همان درمانگر نشان می‌دهند.

من درمان را با همه بیماران جدید به روشی تقریباً یکسان شروع می‌کنم. از بیمار استقبال می‌کنم، از او می‌خواهم بنشینند و دعوت می‌کنم که توضیح دهد چرا آمده است. اما من در چشم بیماران، همان فرد نیستم. برخی مرا به‌عنوان یک مرجع مهربان می‌بینند که آن‌ها را راهنمایی و آرام خواهد کرد؛ برخی مرا موجودی همه‌چیزدان می‌پندارند که بلافاصله از رازهای درونی آن‌ها آگاه خواهد شد؛ برخی مرا رقیب یا حریفی می‌بینند که باید تحت تأثیر قرار گیرد یا شکست بخورد؛ برخی مرا نابلد و ناشی می‌پندارند؛ برخی مرا دشمنی خطرناک تصور می‌کنند؛ برخی مرا والد سرزنش‌گر و سخت‌گیر می‌بینند که باید خشنود شود؛ برخی مرا جذاب و فریبنده می‌پندارند؛ برخی مرا سرد و بی‌احساس می‌بینند؛ و این فهرست همچنان ادامه دارد. این پیکربندی‌ها و هزاران موارد دیگر در طول درمان پدیدار می‌شوند. هر کسی که مدتی در زمینه درمان فعالیت کرده باشد، نمی‌تواند از تنوع واکنش‌هایی که از بیماران دریافت می‌کنیم و تفاوتی که بین ادراک بیماران و ادراک ما از خودمان و ادراک دیگرانی که در زمینه‌های دیگر ما را می‌شناسند وجود دارد، شگفت‌زده نشود. عکس این موضوع هم صادق است و اغلب بسیار آزردهنده‌تر است. برخی بیماران به نظر می‌رسد حس ششم بی‌ظنری دارند که به آن‌ها اجازه می‌دهد با دقت لیزری به محدودیت‌ها، آسیب‌پذیری‌ها و ناامنی‌های واقعی ما پی ببرند. اما این موضوع برای زمانی دیگر است.

زمانی که در دوره تحصیلات تکمیلی بودم، یکی از دوستانم درمان را با مردی آغاز کرد که نام خانوادگی‌اش چیزی شبیه به «هیلر» بود. از دیدگاه تقریباً همه، دکتر هیلر مردی مهربان و دلسوز بود که نسبتاً فروتن و خویشتن‌دار به نظر می‌رسید. باین حال، برای مدت قابل توجهی در درمان، دوستم او را به‌عنوان یک شکنجه‌گر پرخاشگر می‌دید و تنها به‌طور نیمه‌جدی او را «هیتلر» می‌نامید. ادراک دوستم در طول زمان تغییر کرد، اما من معتقدم که عبور از این مرحله برای او مهم بود و تحمل این ادراک توسط درمانگرش ضروری بود. به جای تلاش برای متقاعد کردن او به دیدگاهی دیگر، درمانگر اجازه داد که او ادراک خودش را داشته باشد و با حوصله افکار، احساسات و خاطراتی که پشت این ادراک قرار داشت را بررسی کرد.

اصطلاح انتقال به‌طور خاص به فعال شدن انتظارات، الگوها، پیش‌نویس‌ها، ترس‌ها و خواسته‌های از پیش موجود در زمینه رابطه درمانی اشاره دارد، به‌طوری که بیمار درمانگر را از دریچه روابط اولیه مهم خود می‌بیند. در روان‌درمانی روان‌تحلیلی، ادراک بیماران از ما جنبه‌ای تصادفی در درمان نیست و نه مزاحمتی است و نه حواس‌پرتی از کار اصلی. این ادراک‌ها در قلب درمان قرار دارند. دقیقاً به این دلیل که الگوها، پیش‌نویس‌ها، انتظارات، خواسته‌ها و طرحواره‌های قدیمی (هر اسمی که بر آن‌ها

بگذارید) در جلسات درمان فعال و زنده می‌شوند، ما می‌توانیم به بیماران کمک کنیم تا آن‌ها را تشخیص دهند، درک کنند و دوباره بازسازی کنند.

نه چندان پیش، بیماری را درمان کردم که پدرش، که الکلی بود (و احتمالاً اختلال دوقطبی داشت)، او را از لحاظ عاطفی و جسمی مورد آزار قرار داده بود. پدرش با کمترین اتفاق، او را سرزنش می‌کرد، شرم‌نده می‌ساخت و کتک می‌زد. اینکه بیمارم به من می‌گفت به مردم با بی‌اعتمادی و سوءظن نگاه می‌کند، یک چیز بود؛ اما زمانی که این الگوی رابطه در درمان زنده شد و او شروع به واکنش نشان دادن به من کرد، گویی من یک دشمن خشمگین و غیرقابل پیش‌بینی هستم، موضوع کاملاً متفاوتی بود.

به‌طور آگاهانه، او مرا به‌عنوان یک متحد می‌دید که رفاه او برایم اهمیت دارد (و برای کمک من پول خوبی پرداخت می‌کرد). اما در عین حال، به نظر می‌رسید هر کاری که می‌توانست برای محافظت از خود در برابر من انجام دهد، انجام می‌داد: مرا کنار می‌زد و از من دوری می‌کرد، انگار هر چیزی که به من می‌گوید را به‌عنوان ابزاری برای آسیب زدن به او استفاده خواهم کرد. او به‌طور خودکار و غریزی این‌گونه واکنش نشان می‌داد؛ واکنش‌های او چنان ریشه‌دار بود که اصلاً متوجه نمی‌شد این رفتارها غیرعادی هستند.

من نگرش بیمارم نسبت به خودم را مانعی برای درمان نمی‌دانستم. برعکس، زنده کردن و بازسازی این الگوی رابطه، بخش مرکزی بهبودی او بود. بارها و بارها، تا جایی که می‌توانستم با ملایمت، اشاره می‌کردم که او به من به‌گونه‌ای واکنش نشان می‌دهد که انگار من یک دشمن خطرناک هستم. به او می‌گفتم: «وقتی به پدرت برای کمک مراجعه می‌کردی، او تو را تحقیر می‌کرد. با توجه به تجربیات، قابل‌فهم است که اکنون از من هم همین رفتار را انتظار داشته باشی». یا «داری به من نشان می‌دهی که کار ما برایت هیچ ارزشی ندارد و اصلاً برایت مهم نیست اگر هرگز مرا دوباره نبینی. شاید متقاعد شده‌ای که من تو را ناامید یا آزده خواهم کرد و پیش از آنکه این اتفاق بیفتد، داری من را کنار می‌زنی تا از خودت محافظت کنی».

با گذشت زمان، او متوجه شد، نه به‌طور صرفاً فکری، بلکه به‌گونه‌ای که از لحاظ عاطفی کاملاً درونی شد که او مرا (و دیگر افراد مهم زندگی‌اش) به شیوه‌هایی می‌بیند که بیشتر به فرد دیگری در زمان و مکان دیگری مرتبط است. به‌تدریج، او شروع به بازنگری در انتظارات، واکنش‌ها و تفسیرهای خود از وقایع کرد. علاوه بر این، من سوءظن‌ها، اتهامات و خشم‌های او را بدون تلافی و بدون کناره‌گیری تحمل کردم (حداقل در بیشتر مواقع). بنابراین، رابطه ما به‌عنوان الگویی برای نوع جدید و متفاوتی از رابطه عمل کرد. با گذشت زمان، او شروع به دیدن روابط از درچه‌ای متفاوت کرد. جهان برای او کم‌تر خطرناک به نظر می‌رسید و روابطش رضایت‌بخش‌تر شدند.

در روان‌درمانی روان‌تحلیلی، ما به‌طور عمدی شرایطی فراهم می‌کنیم که انتظارات،

الگوها یا طرحواره‌های بین فردی بیمارانمان به شکلی برجسته در درمان ظاهر شوند. به عبارت دیگر، تمام تلاش خود را می‌کنیم که انتقال‌ها باز شوند و ملموس شوند. این ویژگی برجسته روان‌درمانی روان‌تحلیلی است که ما از انتقال (و همچنین انتقال متقابل، یعنی واکنش‌های عاطفی خودمان به بیمارانمان) به‌عنوان ابزاری برای درک بیمار و ایجاد تغییر استفاده می‌کنیم. یکی از اصول اساسی روان‌درمانی روان‌تحلیلی این است که الگوهای مشکل‌دار رابطه‌ای در رابطه با درمانگر دوباره ظاهر می‌شوند. این همان جایی است که ما بیماران خود را می‌شناسیم و در نهایت مداخلات خود را هدف قرار می‌دهیم.

تحقیقات تجربی نشان می‌دهند که مؤثرترین درمانگران کسانی هستند که انتقال را تشخیص داده و به‌طور درمانی از آن استفاده می‌کنند، صرف‌نظر از نوع درمانی که فکر می‌کنند در حال انجام آن هستند. انریکو جونز و همکارانش (۲۷، ۲۸) به بررسی جلسات ضبط‌شده روان‌درمانی از «برنامه تحقیقاتی همکاری درمان افسردگی» مؤسسه ملی سلامت روان ایالات متحده پرداختند و جلسات را بر اساس صد متغیر ارزیابی کردند تا نوع مداخلات به‌کاررفته توسط درمانگران را بررسی کنند. درمانگرانی که بهترین نتایج را به دست آوردند، کسانی بودند که به‌طور مداوم واکنش‌های عاطفی بیماران نسبت به خودشان را در جلسات درمان شناسایی می‌کردند و ارتباطی میان این واکنش‌ها و واکنش‌های بیماران نسبت به دیگر افراد مهم در زندگی‌شان برقرار می‌کردند. این امر حتی برای درمانگرانی که درمان شناختی-رفتاری استاندارد شده ارائه می‌دادند نیز صادق بود، درمانی که به‌طور رسمی انتقال را به‌عنوان مکانیسمی برای ایجاد تغییر به رسمیت نمی‌شناخت. درمانگران به این دلیل مؤثر بودند که از مداخلات مشخص‌شده در کتابچه راهنمای درمان شناختی-رفتاری فاصله گرفتند.

این سؤال منطقی است که آیا چیزی خاص در روان‌درمانی وجود دارد که واکنش‌های انتقالی قوی را برمی‌انگیزد، یا اینکه انتقال در همه روابط فراگیر است. پاسخ هر دو مورد است. ما تمام روابط را از دریچه روابط اولیه مهم خود می‌بینیم. در عین حال، روان‌درمانی می‌تواند احساساتی به‌ویژه خام و عریان را برانگیزد. این به این دلیل است که درمان فقط یک رابطه دیگر نیست. این یک رابطه مداوم است بین فردی که ممکن است به شدت نیازمند باشد و فردی که برای کمک به او حضور دارد. این وضعیت ذاتاً آرزوهای قدرتمند و وابستگی‌های عمیقی را برمی‌انگیزد. در واقع، وضعیت درمان به‌طور روان‌شناختی روابط ما با اولین مراقبانمان را بازسازی می‌کند و به همین دلیل یک کشش بازگشتی ویژه ایجاد می‌کند. درمانگر به آهن‌ربایی برای آرزوها و ترس‌های حل‌نشده تبدیل می‌شود. روان‌درمانی می‌تواند هر یک از احساسات رام‌نشده‌ای را که زمانی نسبت به مراقبان اولیه خود تجربه کرده‌ایم که شامل انتظارات از همه‌دانی، اشتیاق‌های قدرتمند، عشق و نفرت است، برانگیزد. وای به حال درمانگری که قدرت ذاتی نقش درمانگر را نشناسد. جنبه‌های دیگری از وضعیت درمان نیز کشش بازگشتی ایجاد می‌کنند. جلسات

مکرر احساسات انتقالی را تشدید می‌کند. (این یکی از دلایلی است که روان‌درمانی روان‌تحلیلی می‌تواند هنگام برگزاری جلسات چند بار در هفته به دستاوردهای بیشتری برسد. به همین ترتیب، برخی بیماران با مشکلات شدیدتر نمی‌توانند شدت این جلسات را تحمل کنند و در درمان یک یا دو بار در هفته بهتر عمل می‌کنند). این واقعیت که ارتباط در درمان عمدتاً یک‌طرفه است نیز تخیلات بازگشتی را تشویق می‌کند. در تعاملات اجتماعی معمولی، افراد نوبت به نوبت اطلاعات را به اشتراک می‌گذارند، اما در درمان، بیمار بیشتر صحبت می‌کند. درمانگر چیزهای زیادی در مورد زندگی بیمار می‌آموزد، اما بیمار ممکن است اطلاعات کمی در مورد زندگی درمانگر بداند. در غیاب اطلاعات، افراد تمایل دارند شکاف‌ها را با آرزوها، ترس‌ها و انتظارات خود پر کنند (همان‌طور که شکل‌هایی که در کارت‌های رورشاخ می‌بینیم، به همان اندازه که درباره جوهر واقعی کارت‌ها می‌گویند، درباره خود ما نیز آشکار می‌کنند).

بسیاری از مکاتب درمانی اکنون در حال همگرایی بر این واقعیت هستند که افراد الگوهای مشکل‌دار روابط خود را در رابطه با درمانگرشان بازسازی می‌کنند و این می‌تواند برای اهداف درمانی مورد استفاده قرار گیرد. درمانگران شناختی به‌طور فزاینده‌ای به واکنش‌های عاطفی بیماران نسبت به درمانگر توجه می‌کنند، به جای اینکه آن‌ها را به‌عنوان مزاحمت‌هایی در مسیر کار در نظر بگیرند (۲۹،۳۰). من کمی شگفت‌زده شدم زمانی که شنیدم دانشجویانی که خود را رفتارگرایان رادیکال معرفی می‌کنند، در مورد چیزی به نام رفتار بالینی مرتبط صحبت می‌کنند که به‌عنوان نمونه‌ای از رفتار نشانه‌ای که در جلسه درمان نسبت به درمانگر بروز می‌کند تعریف شده است؛ به عبارت دیگر، انتقال. از دیدگاه رفتارگرایی رادیکال، مداخله مؤثر شامل کمک به بیماران در شناخت رفتارهای بالینی مرتبط و توسعه راه‌های جدید برای برقراری ارتباط است (۳۱).

اگر این بخش درباره انتقال را بدون تأکید بر این نکته به پایان برسانم که انتقال به دو نفر نیاز دارد، کوتاهی کرده‌ام. روان‌تحلیلی مدت‌هاست که این تصور را کنار گذاشته است که انتقال صرفاً چیزی است که تنها توسط بیمار ایجاد می‌شود. تجربه هر بیمار از درمانگر، لزوماً ترکیبی از گذشته و حال است که الگوهای از پیش موجود و تجربیات جدید در زمان حال را بازتاب می‌دهد، همان‌طور که در تمام روابط انسانی رخ می‌دهد. نظریه‌پردازان معاصر تأکید می‌کنند که انتقال به‌طور مشترک توسط دو نفر ایجاد می‌شود، به‌گونه‌ای که آن‌ها به‌طور مداوم تجربه یکدیگر را شکل می‌دهند و بر آن تأثیر می‌گذارند.

روزی در ادبیات روان‌تحلیلی بحث‌های شدیدی درباره تأثیر ویژگی‌های واقعی درمانگر بر انتقال وجود داشت، اما نیازی نیست که در اینجا به آن‌هاپردازیم. به نظر غیرقابل انکار است که بیماران تاریخچه شخصی خود را وارد تعامل درمانی می‌کنند، الگوهای رابطه‌ای اولیه آن‌ها دوباره فعال می‌شود و بازپخش می‌گردد، و آسیب‌ها و آرزوهای

حل نشده به سمت درمانگر هدایت می‌شوند. همچنین به نظر غیرقابل انکار است که شخصیت درمانگر و الگوهای واکنش او تعامل درمانی را شکل می‌دهد و بر اینکه کدام الگوها وارد عمل می‌شوند و چگونه تأثیر می‌گذارد، نه تنها بیماران، بلکه درمانگران نیز گذشته خود را به اتاق درمان می‌آورند.

دفاع

وقتی متوجه می‌شویم که چیزهایی وجود دارند که ترجیح می‌دهیم درباره آن‌ها چیزی ندانیم، شروع به فکر کردن درباره این می‌کنیم که چگونه از دانستن آن‌ها اجتناب می‌کنیم. هر کاری که یک فرد انجام می‌دهد و باعث می‌شود توجه او از چیزی ناراحت‌کننده یا ناهماهنگ منحرف شود، می‌توان گفت که کارکردی دفاعی دارد. هیچ چیز اسرارآمیزی در مورد فرایندهای دفاعی وجود ندارد. دفاع به سادگی یعنی متوجه چیزی نشدن، به چیزی فکر نکردن، کنار هم قرار ندادن قطعات اطلاعات، یا به سادگی منحرف کردن توجه خود به چیز دیگری. روان‌تحلیلگر هربرت شلسینگر (۳۲)، دفاع را در زمینه نظریه سیستم‌ها توضیح داده است. سیستم‌ها (زیستی و روان‌شناختی) برای حفظ تعادل یا هم‌ایستایی خود را تنظیم می‌کنند (برای مثال، فرایندهای تنظیمی زیستی کار می‌کنند تا دمای بدن ما را نزدیک به ۹۸.۶ درجه فارنهایت نگه دارند، علیرغم تغییرات زیاد دمای محیط). وقتی چیزی آن‌قدر با شیوه‌های معمول ما در فکر کردن، احساس کردن، و ادراک در تضاد باشد که تعادل روان‌شناختی را مختل کند، ما تمایل داریم از آن اجتناب کنیم، آن را انکار کنیم، نادیده بگیریم، کم‌اهمیت جلوه دهیم، یا به هر شکل دیگری آن را رد کنیم. درمانگران خانواده‌محور تلاش می‌کنند فرایندهای هم‌ایستایی را که الگوهای ناکارآمد خانوادگی را حفظ می‌کنند، مختل کنند، با این انتظار که سیستم به شکلی سازگارتر بازسازماندهی شود. به‌طور مشابه، درمانگران روان‌تحلیلی تلاش می‌کنند فرایندهای هم‌ایستایی را که مشکلات زندگی بیماران را حفظ می‌کنند، مختل کنند.

نوشته‌های قدیمی روان‌تحلیلی به واپسرانی افکار و احساسات اشاره می‌کنند، اما من دیگر این اصطلاح را چندان مفید نمی‌دانم و به نظرم می‌رسد نویسندگان معاصر روان‌تحلیلی نیز در جستجوی واژگان بهتر هستند. به اعتقاد من، این واژه به مرآلود جلوه دادن چیزی ساده، عادی، و رایج کمک می‌کند. برونو بتلهایم (۳۳) استدلال کرده است که واژه «واپسرانی» ممکن است ترجمه ضعیفی از واژه آلمانی باشد که فروید استفاده کرده است و پیشنهاد داده که «رد کردن» ترجمه‌ای مفیدتر است. تعریف فرهنگ لغت من از «رد کردن» چنین است: «عدم پذیرش آگاهی از چیزی، مسئولیت در قبال آن یا ارتباط با آن؛ نفی کردن؛ انکار کردن».

رد کردن تجربه امری رایج است. جیل، که در بخش «زندگی ناهشیار» به‌عنوان مثال از او استفاده کردم، آگاهی از اینکه پدرش او را مورد آزار فیزیکی قرار داده بود را رد کرد. او با نگه داشتن افکار مربوط به اعضای خانواده‌اش در سطح کلیات و عدم تمرکز بر

جزئیات، از پذیرش این واقعیت دفاع می‌کرد. افراد اغلب به‌صورت کلی و عمومی فکر می‌کنند و صحبت می‌کنند، زیرا توجه به جزئیات ممکن است باورهای عزیزشان را زیر سؤال ببرد. جیل تصمیم آگاهانه‌ای نگرفت که به‌صورت کلی و عمومی فکر کند و صحبت کند. او این کار را به‌صورت عادت‌گونه و غریزی انجام می‌داد، بدون اینکه متوجه آن باشد. این رفتار بخشی از شخصیت او شده بود. بعدتر در مصاحبه ما، جیل کم‌کم متوجه شد که پدرش به‌شدت از کنترل خارج بوده است. حتی با آشکار شدن این حقیقت تلخ، جیل تلاش کرد تا تعادل روان‌شناختی خود را با کم‌اهمیت جلوه دادن این موضوع حفظ کند. وقتی متوجه واکنش جدی من شد، زمانی که به من گفت پدرش تقریباً خواهرش را غرق کرده بود، جیل به‌سرعت سعی کرد تا خودش و مرا قانع کند که این اتفاق معنای خاصی ندارد. او دوباره بر بدرفتاری خواهرش تأکید کرد و افزود: «هر پدری ممکن بود این کار را بکند، درست است؟»

پیش‌تر به بیماری اشاره کردم که در شناخت و پذیرش تمایل خود به مراقبت و محبت دچار مشکل بود و بارها زنانی سرد و بی‌عاطفه را به‌عنوان شریک زندگی انتخاب می‌کرد. انتخاب‌های او در روابط، کارکردی دفاعی داشت زیرا به او کمک می‌کرد از احساسات دشواری که زنان مهربان و دوست‌داشتنی در او برمی‌انگیختند، اجتناب کند. او تلاش می‌کرد خود را قوی، سخت و مستقل ببیند و جنبه لطیف و مهربان‌تر خود را رد می‌کرد. او از من به‌عنوان درمانگر خوشش می‌آمد، زیرا مرا منطقی و سخت‌گیر می‌دید، برخلاف درمانگر قبلی‌اش که او را «احساساتی» و «زیادی عاطفی» توصیف می‌کرد و از او گریخته بود.

هر فکر یا احساسی می‌تواند برای دفاع در برابر فکر یا احساس دیگری به کار رود. احساسات خشم می‌توانند در برابر احساسات ترک شدن یا طرد شدن دفاع کنند، افسردگی می‌تواند در برابر خشم دفاع کند، تکبر می‌تواند برای مقابله با خودتحقیری به کار رود، سردرگمی می‌تواند به ما کمک کند تا از رویارویی با حقایق دردناک اجتناب کنیم، و چسبیدن بی‌وقفه به منطق (مانند اسپاک در پیش‌تازان فضا) می‌تواند به ما کمک کند احساسات خشم یا تحقیر را نادیده بگیریم.

ما می‌توانیم به طرز ناخوشایندی از ویژگی‌های نامطلوب خود بی‌خبر باشیم و به‌سرعت آن را به شخص دیگری نسبت دهیم: فرافکنی. می‌توانیم نگرشی را با تأکید بر خلاف آن پنهان کنیم، مانند کسی که مبارزه با پورنوگرافی را دستاویز قرار می‌دهد اما با جستجوی مداوم مواد پورنوگرافی برای محکوم کردن آن، شیفتگی خود به پورنوگرافی را آشکار می‌کند: وارونه‌سازی. می‌توانیم به‌سادگی اطلاعاتی را که درست جلوی چشم ماست نادیده بگیریم، مانند والدینی که متوجه نمی‌شود دختر مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی‌اش در حال گرسنگی کشیدن است، یا درمانگری که ارجاعات بیمار به برنامه خودکشی‌اش را نمی‌شنود: انکار. می‌توانیم درباره موضوعات پرتنش احساسی به‌طور کاملاً انتزاعی و سرد فکر کنیم، مانند بیماری که سعی می‌کند با انجام یک تحلیل هزینه-فایده تصمیم بگیرد که آیا عاشق شده است

یا نه: عقلانی سازی. می توانیم خود را متقاعد کنیم که نمی ترسیم، با بی پروا وارد موقعیتی شویم که ما را می ترساند: رفتار مقابله ای با ترس. می توانیم احساسات خود را متوجه فرد اشتباهی کنیم، مانند زنی که از خیانت همسرش غافل است اما وقتی متوجه می شود که دوست او در حال خیانت است، خشمگین می شود: جابجایی. می توانیم احساساتی را در فرد دیگری ایجاد کنیم که نمی توانیم در خود تحمل کنیم، سپس تلاش کنیم آن احساسات را در فرد مقابل مدیریت کنیم: همانندسازی فراقکنانه. می توانیم مسئولیت رفتار خود را انکار کنیم و آن را به شرایطی خارج از کنترل خود نسبت دهیم: برون سازی. ما به طرز بی پایانی خلاق هستیم در یافتن راه هایی برای اجتناب یا رد کردن آنچه ناراحت کننده است.

برخی دفاع ها تقویت خارجی قابل توجهی دریافت می کنند. گاهی اوقات، یک بیمار افسرده در یک جلسه اولیه درمان به من می گوید که مشکلاتش ناشی از «عدم تعادل شیمیایی» است. این اغلب به این معناست که بیمار تمایلی ندارد به این احتمال فکر کند که ادراکات، انتظارات، انتخاب ها، تعارض ها، الگوهای رابطه ای یا هر چیز دیگری که در توان او برای درک و تغییر باشد، ممکن است باعث، تداوم بخش یا تشدیدکننده رنج او باشد. با اصرار بر این که مشکلاتشان کاملاً ناشی از «عدم تعادل شیمیایی» است، چنین بیمارانی اغلب به ما نشان می دهند که تمایلی به بررسی خود ندارند. این یک دفاع به ویژه مضر است زیرا توسط پیام های شرکت های داروسازی (که انگیزه مالی آشکاری برای تصویرسازی از رنج عاطفی به عنوان یک بیماری زیستی دارند) و اغلب توسط پزشکان معتمد (که اطلاعات خود را از همان شرکت های داروسازی دریافت می کنند) تقویت می شود. چنین بیمارانی ممکن است هرگونه اذعان به وجود یک مؤلفه روان شناختی در رنج خود را به عنوان اعترافی غیرقابل تحمل به ضعف یا شکست شخصی تلقی کنند. قضاوت سختگیرانه از خود و شرمی که در زیر سطح این نگرش نهفته است، ممکن است دقیقاً همان چیزی باشد که افسردگی را تداوم می بخشد، اما اکراه آن ها برای بررسی خود ممکن است مانع از روان درمانی شود که می تواند منجر به تغییر گردد. در چنین مواردی، من دریافته ام که بهتر است عقاید بیمار را به طور مستقیم به چالش نکشم، بلکه سعی کنم کنجکاوی و تأمل آن ها را از راه های دیگر برانگیزم (برای شفافیت، من پیشنهاد نمی کنم که بتوانیم عوامل زیستی را نادیده بگیریم یا از گزینه های درمان دارویی استفاده نکنیم. من پیشنهاد می کنم که توجه به زیست شناسی نباید ما را نسبت به روان شناسی کور و ناشنوا کند).

کتاب های درسی روان شناسی در مقطع کارشناسی معمولاً مکانیسم های دفاعی را فهرست می کنند، اما این ارائه ها به ندرت به درک عمیق تر از روان درمانی روان تحلیلی کمک می کنند. یکی از مشکلات اصطلاح «مکانیسم دفاعی» این است که کمی مکانیکی به نظر می رسد، در حالی که زندگی ذهن، هیچ شباهتی به مکانیسم های ماشینی ندارد. علاوه بر این، استفاده از واژه «مکانیسم»، که یک اسم است، باعث

می‌شود دفاع به شکل یک چیز تصور شود. مفیدتر این است که به «دفاع کردن» به‌عنوان یک فعل فکر کنیم، چیزی که افراد انجام می‌دهند، نه چیزی که به‌صورت ایستا وجود دارد.

مشکل دیگر این است که اصطلاح «مکانیسم دفاعی» به یک فرآیند یا رویداد مجزا اشاره می‌کند، که این نیز چندان درست نیست. به جای اینکه دفاع‌ها رویدادهای جداگانه‌ای باشند، شیوه‌های دفاعی در بافت زندگی ما تنیده شده‌اند و در شیوه‌های مشخص ما برای فکر کردن، احساس کردن، عمل کردن، مقابله کردن و برقراری ارتباط منعکس می‌شوند. شیوه‌های دفاعی ما به بخشی از شخصیت یا منش پایدار ما تبدیل می‌شوند. برای مثال، برخی افراد به‌طور مداوم خود را در جزئیات غرق می‌کنند و جنگل را به خاطر درختان نمی‌بینند. تمرکز بر جزئیات عینی توجه را از احساسات دشوار منحرف می‌کند. در مقابل، برخی افراد به‌نظر می‌رسد که اصلاً قادر به تمرکز بر جزئیات نیستند. ادراک آن‌ها از خود و دیگران سطحی و گذرا به‌نظر می‌رسد. این سبک دفاعی ممکن است توجه را از حقایق ناراحت‌کننده منحرف کند. برخی افراد با احساس برتری و رفتار خودبزرگ‌بینانه تلاش می‌کنند تا احساسات دردناک پوچی یا ناکافی بودن را از آگاهی خود دور کنند. برخی دیگر به‌طور مزمین به نیازهای خود بی‌توجه هستند، اما در عوض مراقبت فراوانی از دیگران می‌کنند (الگوی رایج در میان متخصصان سلامت روان). دفاع و شخصیت جدایی‌ناپذیر هستند. روان‌درمانی روان‌تحلیلی به ما کمک می‌کند تا شیوه‌هایی را که جنبه‌هایی از تجربه خود را رد می‌کنیم، شناسایی کنیم، با هدف اینکه بتوانیم آنچه متعلق به ماست را تصاحب یا بازپس بگیریم. این فرایند باعث گسترش آزادی و انتخاب می‌شود. چیزهایی که پیش‌تر به‌نظر می‌رسید خودکار یا اجباری هستند، به اموری اختیاری تبدیل می‌شوند و گزینه‌های زندگی گسترش می‌یابند. البته، آزادی و انتخاب چالش‌های خاص خود را به همراه دارند. با انتخاب، مسئولیت نیز همراه است که گاهی می‌تواند ترسناک باشد. تمایل به انکار مسئولیت می‌تواند مانعی مهم بر سر راه تغییر باشد.

شاید اریکا جونگ (۳۴) این معضل را در ذهن داشت زمانی که نوشت:

«هیچ‌کس را سرزنش نمی‌کنید! به همین دلیل است که بیشتر مردم زندگی‌هایی را می‌گذرانند که از آن متنفرند، با افرادی که از آن‌ها متنفرند... چقدر شگفت‌انگیز است که کسی برای سرزنش داشته باشید! چقدر شگفت‌انگیز است که با دشمن سرنوشت خود زندگی کنید! ممکن است بدبخت باشید، اما همیشه احساس کنید که حق با شماست. ممکن است تکه‌تکه باشید، اما از تمام تقصیرهای آن مبرا هستید. اگر زندگی‌تان را به دست خود بگیرید، چه اتفاقی می‌افتد؟ چیزی وحشتناک، هیچ‌کس برای سرزنش کردن نیست».

در بخش مربوط به انتقال، تحقیقاتی را توصیف کردم که نشان می‌دهند مؤثرترین درمانگران در روان‌درمانی به انتقال می‌پردازند (۲۷، ۲۸). همان تحقیقات نشان دادند

که مؤثرترین درمانگران همچنین به بیماران کمک می‌کنند تا دفاع‌های خود را با جلب توجه به آن‌ها، زمانی که در طول درمان ظاهر می‌شوند، شناسایی کنند. هر دو نوع مداخله به‌طور تجربی با نتایج مثبت درمان مرتبط هستند.

اگر به دفاع‌ها از منظر سیستمی فکر کنیم، به‌عنوان تلاشی برای حفظ تعادل و هم‌ایستایی، روان‌درمانی یک تناقض ایجاد می‌کند. افراد برای تغییر به درمان مراجعه می‌کنند، اما تغییر به‌طور ذاتی تهدیدی برای تعادل و هم‌ایستایی محسوب می‌شود. بنابراین، هر بیماری نسبت به درمان احساس دوگانگی دارد و بین تمایل به تغییر و تمایل به حفظ وضعیت موجود در نوسان است. این دوگانگی در ابتدای درمان به‌وضوح قابل احساس است. از میان بیمارانی که در کلینیک دانشگاهی ما وقت ملاقات می‌گیرند، تقریباً نیمی از آن‌ها در اولین جلسه حاضر نمی‌شوند. معتقدم این موضوع در بسیاری از کلینیک‌ها رایج است. وقتی بیماران با کلینیک تماس می‌گیرند، آن‌ها در حال ابراز یک سوئه از یک تعارض درونی هستند، سوئی‌ای که به دنبال تغییر است. اما زمانی که در جلسات خود حاضر نمی‌شوند، سوئی دیگر این تعارض را بیان می‌کنند، یعنی سوئی‌ای که به دنبال حفظ هم‌ایستایی است.

من به یاد دارم زمانی که روان‌کاوی خود را شروع کردم. اولین جلسه را دو هفته زودتر برنامه‌ریزی کردم. در طول این دو هفته، روز و شب به جلسه‌ای که در پیش بود فکر می‌کردم. با این حال، در روز جلسه اصلی، کاملاً جلسه را فراموش کردم. وقتی بالاخره من و روان‌تحلیلگر موفق شدیم ملاقات کنیم، او پرسید آیا فراموش کردن قرار ملاقات‌ها عادت من است؟ با شرمندگی به او گفتم که این‌طور نیست. او شانه بالا انداخت و گفت: «پس به نظر می‌رسد که تو هم ناهوشیار داری». روان‌درمانی کشمکش مداوم است بین بخشی از ما که به دنبال تغییر است و بخشی که تلاش می‌کند امر شناخته‌شده و آشنا را، هرچند دردناک، حفظ کند. به‌عنوان درمانگر، ما طرف نیروهای را می‌گیریم که به دنبال رشد هستند.

من باور دارم فروید (۳۵) این تناقض را در نظر داشت زمانی که نوشت: «مقاومت، درمان را گام‌به‌گام همراهی می‌کند. هر تداعی فردی و هر عمل شخص تحت درمان باید با مقاومت روبه‌رو شود و نمایانگر سازشی باشد بین نیروهایی که برای بهبود تلاش می‌کنند و نیروهای مخالف آن‌ها».

اصطلاحات «دفاع» و «مقاومت» ارتباط نزدیکی با هم دارند. این اصطلاحات به تلاش‌هایی اشاره دارند که برای رد افکار، احساسات یا مسئولیت انجام می‌شوند. به‌صورت فنی‌تر، مقاومت به فرایندهای دفاعی اشاره دارد که در خود رابطه درمانی ظاهر می‌شوند و وظیفه مشترک کاوش و پرس‌وجو را مختل می‌کنند. دیدن مقاومت به‌عنوان تقابل بین درمانگر و بیمار چندان مفید نیست، بلکه مقاومت از تعارض یا ناسازگاری درونی بیمار ناشی می‌شود. این مسئله زمانی که مقاومت به شکلی بروز می‌کند که برای درمانگر ناخوشایند است، می‌تواند سخت به خاطر سپرده شود، مانند وقتی که بیماران دیر می‌آیند، قرار ملاقات‌ها را از دست می‌دهند، سکوت

می‌کنند، جلسات را با صحبت‌های بی‌اهمیت پر می‌کنند، به نظرات درمانگر توجهی نمی‌کنند و غیره. با این حال، هرچند این رفتارها برای درمانگر آزاردهنده باشد، این رفتارها بازتاب تلاش بیمار برای حفظ تعادل است. بهترین رویکرد درمانگر، همسو شدن با بخش‌هایی از بیمار است که به دنبال رشد و تغییر هستند. در حالت ایده‌آل، بیمار و درمانگر حس مشترکی از کنجکاوی نسبت به فرایندهای دفاعی ایجاد می‌کنند و آن‌ها را بدون قضاوت، تنها با هدف بررسی و درک، می‌نگرند.

مفاهیم دفاع، تعارض، و زندگی ناهوشیار به یکدیگر پیوسته‌اند. واژه «ناهوشیار» صرفاً نوعی اختصار است که به افکار، احساسات، و رفتارهایی اشاره دارد که آن‌ها را انکار، رد یا در برابرشان دفاع می‌کنیم. اغلب کشمکش فعالی بین فرایندهای دفاعی و افکار و احساساتی که آن‌ها در برابرشان دفاع می‌کنند، دیده می‌شود. هرچقدر که تلاش می‌کنیم آن‌ها را دور کنیم، به همان اندازه به نظر می‌رسد که آن‌ها در پی بازگشت و یافتن راهی برای بروز یا بیان هستند. بنابراین، نوعی تعارض یا تنش پویا وجود دارد بین آن بخش‌هایی از ما که انکار می‌کنند و آن بخش‌هایی که انکار می‌شوند. نظریه‌پردازان روان‌تحلیلی از اصطلاح «ناهوشیار پویا» استفاده می‌کنند تا به ما یادآوری کنند که افکار و احساسات ناهوشیار خنثی یا غیرفعال نیستند، بلکه به‌طور فعال در پی بیان هستند. این افکار و احساسات به‌صورت غیرمستقیم بر افکار، احساسات، و اعمال ما تأثیر می‌گذارند.

علیت روان‌شناختی

نشانه‌های روان‌شناختی اغلب بی‌معنی به نظر می‌رسند. این نشانه‌ها هدف آشکاری ندارند و اغلب برای فردی که از آن‌ها رنج می‌برد، ناشناخته احساس می‌شوند. بسیاری از بیماران افسرده به من گفته‌اند که احساس ناامیدی و غمگینی به‌طور ناگهانی و «بی‌دلیل» به سراغشان می‌آید. احساسات اضطراب یا حتی وحشت نیز می‌توانند به شکلی غیرقابل پیش‌بینی ظاهر شوند. در واقع، معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای اختلال هراس مشخص می‌کنند که حملات هراس به‌طور «غیرمنتظره» اتفاق می‌افتند، یعنی بدون هیچ علت آشکار.

با این حال، هرچقدر که نشانه‌ها ممکن است تصادفی یا بی‌معنی به نظر برسند، فرض کاری ما این است که نشانه‌ها دارای معنا هستند، به کارکردهای روان‌شناختی خدمت می‌کنند و در یک زمینه روان‌شناختی رخ می‌دهند. از آنجا که شرایط روان‌شناختی که زمینه‌ساز یک نشانه هستند ممکن است به‌طور آگاهانه در دسترس نباشند، یک نشانه ممکن است بی‌معنی یا تصادفی به نظر برسد. هنگامی که دامنه آگاهی یک فرد گسترش می‌یابد و او بهتر می‌تواند طیف وسیع‌تری از تجربیات را تشخیص دهد و بیان کند، معنا و کارکرد نشانه ممکن است آشکار شود. به‌طور کلی، وقتی این اتفاق می‌افتد، فرد قادر می‌شود راه‌حل‌های جدیدی برای مشکلات قدیمی پیدا کند و نشانه‌ها به تدریج از بین می‌رود.

هرچه بیشتر با خودمان بیگانه باشیم، تجربیات ما ممکن است تصادفی، اتفاقی و پراکنده به نظر برسند. روان درمانی روان تحلیلی به ما کمک می کند ارتباطاتی را که میان افکار، احساسات، اعمال و رویدادها وجود دارند، شناسایی کنیم. برای مثال، اگر بیماری به من بگوید: «نمی دانم چرا این کار را کردم»، ممکن است پاسخ دهم: «بیایید ببینیم آیا می توانیم فراتر از «نمی دانم» نگاه کنیم. بیایید بررسی کنیم چه چیزی قبل از آن اتفاق افتاده است.» آنچه قبل از آن رخ داده می تواند یک رویداد بیرونی یا رویدادهای درونی مانند افکار و احساسات باشد.

بیماری که در حال بهبودی از حمله قلبی بود، مدام «فراموش می کرد» داروهایش را مصرف کند. واژه «فراموش کردن» در گیومه آمده است، زیرا این بیمار، که او را استیو می نامم، فردی باهوش بود و حافظه اش برای سایر موارد کاملاً خوب کار می کرد. پزشکان استیو به این مسئله با آموزش بیشتر به بیمار پاسخ دادند و توضیح دادند که چرا مصرف دارو ضروری است. استیو می خواست از سلامتی خود مراقبت کند و تلاش می کرد برنامه درمانی پزشکانش را دنبال کند. با این حال، همچنان فراموش می کرد. به استیو پیشنهاد کردم که شاید موضوعی فراتر از آنچه به نظر می رسد در فراموش کردن او وجود داشته باشد و از او پرسیدم آیا خودش ایده ای درباره این موضوع دارد. در نهایت، استیو گفت که مصرف دارو به او احساس بدی می دهد، اما نمی تواند بگوید دقیقاً چرا. او واقعاً نمی دانست. از او خواستم هر فکر یا احساسی که به ذهنش می رسد، حتی اگر به نظرش بی ارتباط یا بی معنی بود، با من در میان بگذارد. استیو گفت نمی داند چرا این موضوع درست در آن لحظه به ذهنش رسید، اما خودش را در حال فکر کردن به برادر کوچکش یافت. استیو توضیح داد که در کودکی، او محبوب، ورزشکار و دانش آموز خوبی بود. در مقابل، برادرش ضعیف و بیمار بود و همیشه برای یک چیز یا چیز دیگر دارو مصرف می کرد. او در مدرسه عملکرد ضعیفی داشت و در ورزش ها هم موفق نبود. برای والدینشان، او یک ناامیدی محسوب می شد.

به توالی افکار استیو توجه کنید. اولین فکر او مربوط به مصرف دارو بود. تداعی بعدی او به برادر کوچک و بیمار او مربوط می شد. ما این افکار را «تداعی» می نامیم. در ظاهر، این دو موضوع به نظر بی ارتباط می آیند، اما فرض کاری ما این است که بین آن ها ارتباطی وجود دارد. در این مورد، توالی افکار یک فرضیه را مطرح می کند: در ذهن استیو، مصرف دارو به معنای شبیه شدن به برادر کوچک او است: یعنی ضعیف، بیمار و کم محبت. اگر این فرضیه درست باشد، هیچ مقدار «آموزش بیمار» کافی نبود، با وجود تمام تلاش های پزشکان او. در واقع، استیو تنها زمانی مصرف داروهایش را فراموش نکرد که توانستیم درباره ترس او از ضعیف و شکست خورده بودن و همچنین ترس مرتبط او از دست دادن عشق کسانی که برایش مهم بودند، صحبت کنیم. به طور خاص تر، استیو متوجه شد که مصرف دارو او را به برادرش تبدیل نمی کند. این یک فانتزی غیرمنطقی بود. این فانتزی در خارج از آگاهی عمل می کرد، اما بر رفتار استیو تأثیر گذاشته بود و حتی ممکن بود زندگی او را به خطر بیندازد.

بیمار دیگری که کمی اضافه وزن داشت، به صورت دوره‌ای دچار پر خوری می‌شد. او به طور مخفیانه به رستوران درایو-ترو مک دونالد می‌رفت و چیزبرگر و میلک‌شیک سفارش می‌داد. بعد از آن، از خودش متنفر می‌شد. او سال‌ها تلاش کرده بود پر خوری‌هایش را کنترل کند، اما موفقیت چندانی نداشت. پس از یکی از پر خوری‌ها، از او خواستم به هر فکری که به ذهنش می‌رسد توجه کند، حتی اگر به نظرش بی‌ارتباط با پر خوری باشد. افکار او به سمت شوهرش رفت. او گفت که شوهرش خودم‌محور و کنترل‌گر است و به نیازهای او بی‌اعتناست. همچنین گفت که شوهرش او را به عنوان یک جام قهرمانی (نماد افتخار) برای نمایش می‌بیند، نه به عنوان یک انسان با نیازها و احساسات مختص به خودش. تداعی‌های بیشتر او این بود که شوهرش زمانی خوشحال است که او لاغر باشد، زیرا در این صورت یک جام بهتر است. او همچنین احساس می‌کرد که از نظر عاطفی محروم و دوست‌داشتنی است و از نظر مالی به شوهرش وابسته و در دام گرفتار شده است.

گفتم، آیا ممکن است که پر خوری شما راهی برای انتقام گرفتن از شوهرتان باشد؟ هدف از این اظهار نظر این بود که پیوند احتمالی بین افکار، احساسات و اعمالی را که تا آن زمان ضمنی یا ناهوشیار بودند، به طور صریح یا آگاهانه آشکار کنم. بیمار من به شدت در پذیرفتن خشم خود نسبت به شوهرش مشکل داشت، حتی با اینکه مدام از او شکایت می‌کرد. برای او سخت بود که اظهار نظر من را جدی بگیرد و آن را مورد بررسی قرار دهد. با این حال، سرانجام او توانست خشم خود، فانتزی‌های انتقامی‌اش و این فکر را که شوهرش آن قدر آدم بدی است که لیاقت داشتن زنی لاغر را ندارد، بیان کند.

بیمار من پر خوری‌اش در بستری پیچیده از تداعی‌ها و معانی ریشه داشت. همان‌طور که مشخص شد، این رفتار او به طور همزمان برای تنبیه شوهرش، جبران محرومیت‌های عاطفی‌اش (زیرا غذا را با عشق مرتبط می‌دانست)، اطمینان به خودش که تحت کنترل او نیست، سرکوب فانتزی‌های مربوط به ترک کردن او (چون اضافه وزن باعث می‌شد برای مردان دیگر کمتر جذاب باشد)، و تنبیه خود برای افکار انتقام‌جویانه‌اش (چون از اضافه وزن خود متنفر بود) خدمت می‌کرد.

این تنوع علل و معانی مفاهیمی مانند تعیین‌یافتگی چندگانه و کارکرد چندگانه را که پیش‌تر ذکر کردم، نشان می‌دهد. در دنیای درون روانی، لزوماً علت و معلول ساده و یک‌به‌یک پیدا نمی‌کنیم. یک نشانه یا رفتار ممکن است علل متعددی داشته باشد (تعیین‌یافتگی چندگانه) و می‌تواند اهداف مختلفی را دنبال کند (کارکرد چندگانه). همه روان‌تحلیل‌گران ماهر، به پیچیدگی دنیای درون روانی عمیقاً هوشیار و قدر دان هستند. به همین دلیل، روان‌درمانی روان‌تحلیلی یک درمان کلیشه‌ای نیست. این نوع درمان مجموعه‌ای از تکنیک‌های استاندارد نیست و نمی‌توان آن را به یک کتابچه راهنمای گام‌به‌گام تقلیل داد. این درمان بر اساس پرسشگری همدلانه در مورد خصوصی‌ترین، شخصی‌ترین، و عمیق‌ترین جنبه‌های تجربه درونی بنا شده است. از

این نظر، هیچ دو درمانی نمی‌توانند کاملاً مشابه باشند. بیمار من به بینشی ناگهانی یا درمانی نمایشی دست نیافت، و دلیل مراجعه‌اش به درمان، بازدیدهای مخفیانه‌اش از مک‌دونالد نبود. با این حال، به مرور زمان توانستیم برخی از پیوندهای موجود در شبکه پیچیده معانی که منجر به پرخوری او شده بود را شناسایی کنیم. او به تدریج در پذیرش و بیان خشم خود راحت‌تر شد، نسبت به نیازهای عاطفی خود هوشیارتر گردید و توانست آن‌ها را بهتر به شوهرش و دیگران ابراز کند. رابطه‌اش با شوهرش بهبود یافت و پرخوری‌هایش کاهش پیدا کرد. در نهایت گزارش داد که برای اولین بار پس از سال‌ها توانسته وزن کم کند و آن را ثابت نگه دارد، بدون اینکه این موضوع برایش همچون یک مبارزه دائمی باشد. او هرگز این نبرد را به‌طور کامل نبرد. در سال‌های بعد، گهگاه پرخوری می‌کرد، اما این اتفاق همیشه زمانی رخ می‌داد که از شوهرش بسیار خشمگین بود.

این مثال‌ها نشان می‌دهند که چگونه نشانه‌های روان‌شناختی در شبکه‌های سازمان‌یافته‌ای از افکار، احساسات، ادراکات و خاطرات جای گرفته‌اند که آن‌ها را در بستر خود قرار داده و به آن‌ها معنا می‌بخشند؛ مفهومی که نه تنها به نشانه‌ها بلکه به تمام وقایع ذهنی نیز قابل تعمیم است. روان‌تحلیل‌گری بر این فرض استوار است که هیچ چیز در دنیای درون روانی تصادفی نیست؛ بلکه ذهن یک شبکه تداعی گسترده است که در آن وقایع ذهنی به شکلی معنادار و البته پیچیده به یکدیگر متصل هستند. در چارچوب پارامترهای مشخص، تمام فعالیت‌های ذهنی از منطق این شبکه تداعی پیروی می‌کنند، حتی اگر پیوندهای میان آن‌ها آشکار یا آگاهانه نباشند. این اصل نه تنها به افکار، احساسات و خاطرات بلکه به رؤیاهای خیال‌پردازی‌ها، اشتباهات و لغزش‌های زبانی (که به «لغزش فرویدی» مشهور است) نیز مربوط می‌شود. با ردیابی تداعی‌های متعدد مرتبط با هر واقعه ظاهراً تصادفی ذهنی، اغلب می‌توان آن واقعه را هنگامی که شبکه تداعی گسترده‌تر آشکار شود، درک کرد.

یک قیاس مناسب برای شبکه تداعی ذهنی، اینترنت است، جایی که صفحات وب در شبکه‌هایی به‌طور پیچیده به هم متصل هستند (۳۶). ما می‌توانیم یک صفحه وب را باز کنیم، لینکی به صفحه دیگر را دنبال کنیم و سپس لینک‌های دیگری را دنبال کنیم. تنها با چند کلیک می‌توانیم از نقطه شروع خود بسیار دور شویم. ممکن است از صفحه‌ای درباره گرمایش جهانی شروع کنیم و تنها پس از چند کلیک به صفحه‌ای درباره غزلیات شکسپیر برسیم. کسی که در همان لحظه به صفحه نمایش کامپیوتر ما نگاه می‌کند، شاید هرگز حدس نزند که چگونه به آنجا رسیده‌ایم. با این حال، اگر بخواهیم، می‌توانیم مسیر لینک‌هایی که ما را از نقطه شروع به نقطه پایان رسانده‌اند دوباره دنبال کنیم و توضیح دهیم چرا این لینک‌ها را دنبال کرده‌ایم. آنچه در قیاس اینترنتی گم شده، نقش عواطف است. برخلاف اینترنت، که لینک‌ها عمدتاً بر اساس محتوا ایجاد می‌شوند، شبکه‌های تداعی ذهنی بر اساس خطوط

عاطفی سازماندهی شده‌اند. به این معنا که چیزهایی به هم متصل هستند که احساسات مشابهی را برمی‌انگیزند. مسیرهای تداعی معمولاً به سمت چیزهایی هدایت می‌شوند که از نظر عاطفی بار دارند یا مشکل‌ساز هستند. این مسئله پیامدهای عمیقی برای تکنیک درمانی دارد: اگر به خود اجازه دهیم افکارمان را بدون ویرایش یا سانسور مشاهده کنیم و آن‌ها را دنبال کنیم، اغلب ما را به سمت آنچه که آزاردهنده است هدایت می‌کنند.

پژوهش‌های معاصر در علوم شناختی و علوم اعصاب بر مفهوم ذهن به‌عنوان یک شبکه تداعی استوار است و محققان شناختی روش‌های تجربی برای مطالعه پیوندهای تداعی (مانند آزمایش‌های پیش‌فعال‌سازی و زمان واکنش) توسعه داده‌اند. جالب اینجاست که مفهوم مسیرهای تداعی همیشه در نظریه و کاربرد روان‌تحلیلی نقش مرکزی داشته است. فروید استاد ردیابی پیوندهای تداعی برای کشف معانی روان‌شناختی بود و با دقتی همچون یک کارآگاه، این اتصالات را رمزگشایی می‌کرد. تفکرات او در تکنگاری با عنوان روان‌آسیب‌شناسی زندگی روزمره (۳۷) که آن را به همه دانشجویان و درمانگران توصیه می‌کنم، به وضوح و جذابیت دسترسی‌پذیر است. قطعاً مواردی وجود داشت که فروید تحت تأثیر هوش خود قرار گرفت و معانی مشکوکی به تداعیات بیماران نسبت داد. کسانی که قصد انتقاد دارند، در نوشته‌های فروید دلایل زیادی برای حمله پیدا خواهند کرد، اما نکته اصلی را از دست می‌دهند. برای کمک به ردیابی پیوندهای تداعی، از بیماران خود می‌خواهیم هر آنچه به ذهنشان می‌آید بدون ویرایش یا سانسور بیان کنند و آن‌ها را تشویق می‌کنیم افکار خود را به‌صورت غیر قضاوتی (مانند برخی اشکال مدیتیشن بودایی) مشاهده کنند، بدون توجه به اینکه آیا این افکار منطقی هستند یا از نظر اجتماعی مناسب به نظر می‌رسند. این روش تداعی آزاد نامیده می‌شود. هدف آن کمک به آشکار کردن پیوندهای تداعی است که در غیر این صورت ضمنی باقی می‌مانند. هر روان‌تحلیل‌گر مجموعه‌ای از عباراتی دارد که برای تشویق جریان آزاد تفکر و ارتباطات طراحی شده‌اند. ما دائماً چیزهایی مانند «می‌توانید بیشتر درباره آن بگویید؟»، «چه چیزی به ذهنتان می‌آید؟»، «چه چیز دیگری به نظرتان می‌رسد؟»، «افکارتان از آنجا به کجا می‌رود؟» و گاهی فقط «ادامه دهید» یا «اوهم» می‌گوییم.

در مکالمات روزمره اجتماعی، ما به‌طور طبیعی افکار خود را ویرایش و سانسور می‌کنیم، در موضوع باقی می‌مانیم، ایده‌های خود را به جملات منسجم تبدیل می‌کنیم و هر چیزی که ممکن است باعث خجالت یا توهین شود را حذف می‌کنیم. تداعی آزاد در مقابل، شامل تعلیق این ویرایش و سانسور معمول است و اغلب ما را به جاهای غیرمنتظره می‌برد. این فرایند می‌تواند به‌ویژه برای افرادی که به آرامش، تمرکز، و کنترل اهمیت می‌دهند، چالش‌برانگیز باشد. روان‌درمانی روان‌تحلیلی، برخلاف مکالمات معمولی، در لبه شناخته‌شده و ناشناخته انجام می‌شود و به عمق قلمروهای شخصی و کشف‌نشده می‌پردازد. هنگامی که بیماران درمان را به تخلیه

احساسات یا صحبت با یک دوست تشبیه می‌کنند، توصیفاتی که ارزش روان‌درمانی را کم جلوه می‌دهند، این نشانه‌ای واضح است که آن‌ها در یک فرایند درمانی معنادار درگیر نیستند. کسی که واقعاً تداعی آزاد را تجربه کرده باشد، آن را با یک گفت‌وگوی عادی یا تخلیه ساده احساسی اشتباه نمی‌گیرد.

یکی از بیماران مرد من، که همجنس‌گرا بود، دچار لغزش زبانی شد و مرا به نام شخص دیگری صدا زد. فرض کنیم جیمز. از او پرسیدم که درباره این لغزش چه چیزی به ذهنش می‌رسد، و او با اعتراض معمول پاسخ داد که این یک اتفاق تصادفی بوده و هیچ معنایی ندارد. پیشنهاد دادم که ببینیم افکارش ما را به کجا می‌برند. پرسیدم: «نام جیمز چه چیزی به ذهن شما می‌آورد؟» او به یاد آورد که دوستی از دوستانش به نام جیمز بوده است و با عجله توضیح داد که این شخص هیچ معنایی برایش ندارد. گفتم: «باشه، شاید او معنایی نداشته باشد. با این حال، افکارتان بعد از این به کجا می‌روند؟» بیمارم مکث کرد، سپس سرخ شد. او گفت: «جیمز به من علاقه داشت و می‌خواست مرا اغوا کند.» پرسیدم: «چرا این موضوع شما را خجالت زده می‌کند؟» چیزی که بیمارم را خجالت زده کرده بود، تلاش جیمز برای اغوا نبود. بلکه او سخت تلاش کرده بود تا چیزی را از ذهنش بیرون کند، آن چیز این بود که شاید من همجنس‌گرا باشم و بخوام او را اغوا کنم. در واقع، او در این باره یک فانتزی واضح داشت و با شریک زندگی‌اش نیز در این مورد صحبت کرده بود، که شریکش این احتمال را جالب دانسته بود. بیمارم تصمیم گرفته بود دیگر به این موضوع فکر نکند و هرگز آن را مطرح نکند، اما حالا این موضوع مطرح شده بود. تداعیات او درباره این لغزش زبانی ظاهراً تصادفی مستقیماً به چیزی هدایت شد که در آن لحظه بیشترین بار عاطفی را برایش داشت؛ چنان که در بسیاری از موارد رخ می‌دهد.

به خواننده‌ای که فکر می‌کند این مثال غیرقابل‌باور، ساختگی یا متأثر از پیش‌فرض‌های نظری است، می‌گویم: امتحان کنید. دفعه بعد که اشتباهی کردید، لغزش زبانی داشتید یا کلمه یا اسمی را فراموش کردید، سعی کنید تداعی آزاد انجام دهید و افکارتان را دنبال کنید. نوشتن افکارتان می‌تواند کمک‌کننده باشد. وقتی احساس کردید کارتان تمام شده و می‌خواهید متوقف شوید، از خودتان بپرسید که بعد از این چه چیزی به ذهن می‌آید. و پس از آن، باز هم بپرسید که بعد از این چه چیزی به ذهن می‌آید. خود را مجبور کنید از مقاومت درونی که با آن مواجه خواهید شد عبور کنید (مثل چنین حرف‌هایی که این تمرین احمقانه است، کسل‌کننده است، افکارم به جایی نمی‌رسد) و زنجیره تداعیات را دنبال کنید. حتی اگر شده به‌خاطر من، امتحانش کنید. اگر آزمایش را انجام ندهید، هرگز داده‌ها را نخواهید دید.

به‌طور رسمی، این غیرتصادفی بودن فرایندهای ذهنی «تعیین‌یافتگی روانی» نامیده می‌شود. این اصطلاح به این واقعیت اشاره دارد که افکار، احساسات، رفتارها و علائم تصادفی یا اتفاقی نیستند، بلکه تحت تأثیر یا تعیین‌شده توسط رویدادهای ذهنی

پیش از خود هستند. من ترجیح می‌دهم به جای «تعیین‌یافتگی روانی» از اصطلاح پیوستگی روانی استفاده کنم. این اصطلاح به ما یادآوری می‌کند که بین افکار ارتباطی پیوسته وجود دارد و افکار و احساسات در توالی‌های تداعی‌گرایانه معنادار به هم زنجیر شده‌اند، حتی زمانی که به‌ظاهر نامرتب یا ناپیوسته به نظر می‌رسند. اصطلاح «تعیین‌یافتگی» ریشه در فضای علمی مکانیکی و ماده‌گرایی قرن نوزدهم دارد و مطمئن نیستم که بار معنایی آن در زمان ما به همان اندازه مفید باشد. من با دانشجویانی مواجه شده‌ام که رویکردهای روان‌تحلیلی را رد می‌کنند زیرا به‌اشتباه فکر می‌کنند روان‌تحلیل‌گری اراده آزاد را نفی می‌کند و رفتار را به نیروهایی خارج از کنترل ما نسبت می‌دهد، اما حقیقت ممکن است برعکس باشد. روان‌تحلیل‌گران معتقدند که گسترش آگاهی ما از معانی و علل رفتارمان آزادی، انتخاب، و اراده آزاد بیشتری ایجاد می‌کند. انسان‌ها می‌توانند تغییر کنند و درمان روان‌تحلیلی به افراد در این راستا به شکل عمیقی کمک می‌کند. هر روان‌درمانگر متعهد، در عمق وجود خود، به ظرفیت انسانی برای رشد، تغییر، و تجربه حس بیشتر آزادی و آرامش در برابر سختی‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی باور دارد. اگر رفتار به‌طور غیرقابل‌اجتناب تعیین‌شده بود، دلیلی برای انجام روان‌درمانی روان‌تحلیلی یا به‌طور کلی هیچ نوع درمانی وجود نداشت.

چیزی که برای تو خوب است، برای دیگران هم خوب است

ممکن است خواننده متوجه شده باشد که من بخش زیادی از این فصل را با استفاده از ضمیر اول شخص جمع «ما» نوشته‌ام. این موضوع تصادفی یا صرفاً یک عمل به جهت راحتی ادبی نیست. هدف از این کار انتقال این مفهوم است که مفاهیم و بینش‌هایی که در مورد بیماران به کار می‌بریم، به همان اندازه در مورد خودمان نیز صدق می‌کنند. حساسیت روان‌تحلیلی تفاوتی بین اصول روان‌شناختی که بر بیماران اعمال می‌شود و آن‌هایی که بر درمانگران صدق می‌کنند، قائل نیست. همان‌طور که روان‌تحلیل‌گر هری استاک سالیوان (۳۸) گفته است: ما همگی بیشتر از آنکه چیزی غیر از انسان باشیم، انسان هستیم. بیمار و درمانگر هر دو خود و دیگران را از طریق لنزهای تجربه‌های گذشته می‌بینند، زندگی ناهوشیار دارند، از آنچه تهدیدکننده است دفاع می‌کنند، انتقال‌ها را شکل می‌دهند و نقش‌های رابطه‌های گذشته را بازآفرینی می‌کنند.

برخی از دانشجویان من تصورات نادرستی داشته‌اند که روان‌تحلیل‌گری را به‌عنوان یک رابطه سلسله‌مراتبی تصور می‌کنند، جایی که یک پزشک مستبد و از نظر عاطفی دور، در موقعیتی برتر قرار دارد و بیمار ناتوان در موقعیتی پایین‌تر. نمی‌توانم با وجدانی آسوده بگویم که این هرگز اتفاق نیفتاده است؛ زمانی در تاریخ این حرفه وجود داشت که برخی روان‌تحلیل‌گران رویکردی جدا و دور از بیماران اتخاذ می‌کردند. با این حال، نیم‌قرن گذشته تغییرات اساسی در نظریه و عمل روان‌تحلیل‌گری به همراه

داشته است، و خوشبختانه این مرحله از تکامل این حرفه اکنون پشت سر گذاشته شده است. روان‌درمانی روان‌تحلیلی چیزی نیست که بر روی فرد دیگری انجام شود یا به‌طور یک‌جانبه اعمال شود. این فرایندی است که با فرد دیگری انجام می‌شود. روان‌تحلیل‌گران امروزی تلاش می‌کنند گرم، پاسخ‌گو و درگیر باشند. این به این معنا نیست که روان‌درمانی روان‌تحلیلی، یا به‌طور کلی هر نوع درمانی، یک رابطه متقارن است. نمی‌توان واقعیت بنیادی را انکار کرد که یک نفر برای کمک گرفتن آمده است و نفر دیگر برای ارائه کمک؛ اینکه یک نفر به دیگری هزینه‌ای پرداخت می‌کند و این شرایط به‌طور اجتناب‌ناپذیر شامل یک تفاوت قدرت می‌شود. این مسئله در هر رابطه‌ای که در آن یک نفر نیازمند است و دیگری مسئولیت تلاش برای کمک را می‌پذیرد، صدق می‌کند. اما این به این معناست که درمان یک تلاش مشترک و همکاریانه بین دو انسان است که باید با یکدیگر برای درک تجربه‌هایشان تلاش کنند.

روان‌تحلیل‌گرانی که می‌شناسم و برایشان احترام قائلم، اشتراک صمیمانه و نزدیک در زندگی درونی و خصوصی یک فرد دیگر را امتیازی بزرگ می‌دانند. در این حرفه چیزی وجود دارد که حس عمیقی از فروتنی در آن‌ها ایجاد می‌کند، هم نسبت به آنچه می‌توانیم و نمی‌توانیم بدانیم، و هم نسبت به ظرفیت ما برای کمک کردن. شخصاً، از نظر خلق‌وخو، فردی نیستم که ذاتاً به تواضع یا فروتنی گرایش داشته باشم. با این حال، می‌توانم صادقانه بگویم که هرچه مدت بیشتری در این حرفه کار کرده‌ام و بیشتر آموخته‌ام، در کار با بیماران احساس فروتنی بیشتری کرده‌ام و احترام عمیق‌تری نسبت به آن‌ها پیدا کرده‌ام. من و بیمارانم درگیری‌ها و چالش‌های مشابهی را تجربه می‌کنیم و دردهای مشابهی را می‌شناسیم. هرگز فردی را درمان نکرده‌ام که به‌قدری دچار آشفتگی باشد که نتوانم بخشی از او را در خودم ببینم. به‌راستی، ما همگی بیشتر از آنکه چیزی غیر از انسان باشیم، انسان هستیم.

روان‌درمانی روان‌تحلیلی از درمانگر سطحی از هوش، دانش حرفه‌ای و مهارت، توانایی همدلی با دیگری، آمادگی برای غرق شدن در دنیای خصوصی و ذهنی یک فرد دیگر، تمایل بی‌رحمانه برای بررسی خودمان، و در نبود کلمه‌ای بهتر، انسانیت را طلب می‌کند. از میان تمام ویژگی‌هایی که در شکل‌گیری یک درمانگر نقش دارند، شاید همین ویژگی آخر و غیرقابل‌تعریف‌ترین باشد که در نهایت تعیین‌کننده است.

در مورد تمایل به بررسی خودمان، انجام کار روان‌تحلیلی معنادار بدون تجربه روان‌درمانی شخصی معنادار دشوار، اگر نگوئیم غیرممکن است. روان‌درمانی شخصی شاید مهم‌ترین بخش از آموزش یک روان‌درمانگر باشد. همچنین، چیزی در این کار هست که مرا به یاد دورویی می‌اندازد. اینکه از بیماران خود بخواهیم کاری را انجام دهند که خودمان حاضر نبوده‌ایم انجام دهیم، یا اینکه از آن‌ها بخواهیم افکارشان را بدون سانسور دنبال کنند، در حالی که خودمان چنین کاری نکرده‌ایم. هیچ چیزی مانند تجربه بودن در جایگاه بیمار نمی‌تواند حس همدلی نسبت به بیماران را در ما

تقویت کند و به ما کمک کند تا احساسات قوی و اغلب غیرمنطقی که روان درمانی می تواند برانگیزد را درک کنیم. ما نمی توانیم انتقال یا مقاومت را با خواندن درباره آن در یک کتاب یا مشاهده آن در شخص دیگری به درستی درک کنیم. باید آن را از نزدیک، به عنوان یک تجربه زیسته، لمس کنیم. همچنین کافی نیست که تنها برای توسعه حرفه ای وارد روان درمانی شویم. باید وارد آن شویم، دقیقاً مثل بیمارانمان، به عنوان انسان هایی که در حال تقلا و مبارزه هستند.

علاوه بر این، هر چه بیشتر در مورد تعارض ها و الگوهای رابطه ای خودمان درک کنیم، بهتر می توانیم از بازآفرینی آن ها با بیمارانمان جلوگیری کنیم. روان درمانی شخصی یا روان تحلیل گری تضمین نمی کند که در این کار موفق خواهیم شد، اما حداقل به ما فرصتی می دهد تا با این چالش روبه رو شویم. بارها شاهد بوده ام که درمانگران آسیب شناسی روانی شخصی خود را با بیمارانشان بازآفرینی کرده اند. درمانگرانی که سابقه تجربه سوءاستفاده دارند و آن را در روان درمانی شخصی خود پردازش نکرده اند، تمایل دارند به سرعت بیمارانشان را قربانی معرفی کنند و تجربه آن ها را برایشان تعریف کنند، به جای اینکه اجازه دهند خودشان آن را کشف کنند. به نظر من، درمانگرانی (اگر بتوان آن ها را درمانگر نامید) که باعث جنجال در مورد خاطرات کاذب شده اند، در این دسته قرار می گیرند. درمانگرانی که با مسائل حل نشده ای در مورد جنس مخالف دست و پنجه نرم می کنند، ممکن است به سرعت به بیمارانشان در سرزنش آن جنس بپیوندند، به جای اینکه به بیمارانشان کمک کنند تا نیازهای خود به صمیمیت و موانع روان شناختی برآورده کردن آن ها را بهتر درک کنند. درمانگرانی که با مشکلات عزت نفس دست به گریبان هستند، ممکن است به طور ضمنی بیمارانشان را تحقیر کنند یا به آن ها تأییدهای سطحی و سطح پایین ارائه دهند، به جای اینکه فرصتی برای بررسی و بازسازی حس خود در قالبی هم خوان با تاریخچه شخصی و تجربه زیسته آن ها ارائه دهند. این ها مثال های نسبتاً آشکاری هستند. در اغلب موارد، درمانگران تعارض ها و الگوهای رابطه ای خود را به روش های ظریف تر بازآفرینی می کنند.

در نهایت، روان درمانی شخصی معنادار ایمان به فرایند درمانی را تقویت می کند، و وقتی در دریای درمانی بی هدف شناوریم، به این ایمان نیاز زیادی داریم. همان طور که نانسی مک ویلیامز (۵) به زیبایی بیان کرده است:

تجربه روان درمانی یا تحلیل شخصی مؤثر، قدردانی عمیقی نسبت به قدرت این فرایند و اثربخشی درمان در ما به جا می گذارد. ما می دانیم که روان درمانی مؤثر است. قدردانی ما از این حرفه می تواند این باور را به صورت نهان به مراجعان منتقل کند، چرا که حس امید، بخش مهمی از روند رهایی مراجعین از رنج های عاطفی است.

بدون امید، درمانی وجود نخواهد داشت.

استبداد زمان^۱

مدت زیادی از آخرین مطالعه نظام‌مندی که در آن از مراجعان پرسیده شد که آیا واقعاً آنچه از روان‌درمانی نیاز داشتند را دریافت کرده‌اند یا نه، می‌گذرد. به طور دقیق، ۲۵ سال از زمانی که مجله‌ی «گزارش مصرف‌کنندگان» این مطالعه را انجام داد، گذشته است. این تحقیق که به‌مراتب بیشترین استناد را در این زمینه در ادبیات علمی دارد، داده‌های بیش از ۴۰۰۰ پاسخ‌دهنده را که در سه سال گذشته برای استرس یا مشکلات عاطفی خود به دنبال کمک بودند، جمع‌آوری کرده است.

نتایج این مطالعه برای پژوهشگران دانشگاهی که درمان‌های کوتاه‌مدت را مطالعه می‌کردند و آن را ترویج می‌دادند، شوک‌آور بود. روان‌درمانی به زمان نیاز دارد. تغییرات معنادار از حدود شش ماه بعد از شروع درمان آغاز می‌شد، و مراجعانی که یک سال در درمان باقی می‌ماندند، به طور قابل توجهی پیشرفت بیشتری داشتند. کسانی که برای دو سال در درمان ماندند، حتی بهبود بیشتری را تجربه کردند. یک رابطه‌ی خطی مقدار-پاسخ غیرقابل انکار وجود داشت: «هرچه افراد بیشتر در درمان باقی می‌ماندند، بهبود بیشتری پیدا می‌کردند.» این یافته‌ها با پژوهش‌های قبلی که رابطه‌ی خطی بین میزان درمان و میزان بهبود را نیز نشان داده بودند، همخوانی داشت.

گزارشی که تحقیق بالا از نتایج ذکر کرد این بود که «بیشتر افراد از مراقبتی که دریافت کرده بودند، بسیار راضی بودند.» و همچنین «بیشتر آن‌ها در حل مشکلاتی که منجر به درمان شده بود، پیشرفت کرده بودند و تقریباً همه اظهار داشتند که زندگی برایشان قابل مدیریت‌تر شده است. این موضوع در مورد همه شرایطی که درباره آن‌ها پرسیدیم صادق بود، حتی در میان افرادی که در ابتدا احساس بدتری داشتند.» اما نتایج ضعیف‌تری برای افرادی که نوع یا مدت درمان آن‌ها توسط طرح‌های بیمه سلامت محدود شده بود، مشاهده شد. این موضوع نشان می‌دهد که پوشش بیمه‌های سلامت روان و روند جدید در طرح‌های بیمه‌ای که بر درمان نظام یافته تأکید دارند، ممکن است نادرست باشد.

۱- این مقاله توسط جان‌اتان شدلر و انریکو نیاولاتی نوشته شده است.

یکی از ویژگی‌های قابل توجه مطالعه گزارش مصرف‌کنندگان علاوه بر اینکه توسط یک سازمان مصرف‌کننده بی‌طرف انجام شده و هیچ نفع خاصی در روان‌درمانی ندارد، این است که پیش‌دآوری درباره انتظارات افراد از درمان وجود نداشته است. سه پرسش مربوط به نتایج، این تصمیم را به عهده پاسخ‌دهندگان گذاشت تا مشخص کنند آیا آنچه نیاز داشتند را دریافت کرده‌اند یا خیر: ۱) درمان تا چه اندازه در حل مشکل خاصی که شما را به سمت روان‌درمانی کشاند کمک کرد؟ ۲) به طور کلی، چقدر از نحوه درمان مشکلات خود توسط درمانگر راضی بودید؟ ۳) وضعیت عاطفی کلی خود را نسبت به زمان شروع درمان چگونه ارزیابی می‌کنید، از «بسیار بد» (به سختی توان مدیریت امور را داشتیم) تا «بسیار خوب» (زندگی تقریباً مطابق خواسته‌هایم پیش می‌رفت؟) این روش با نحوه انجام بیشتر پژوهش‌های روان‌درمانی متفاوت است. در بیشتر موارد، پژوهشگران دانشگاهی بدون مشورت با مراجعان از پیش تصمیم می‌گیرند که هدف درمان چیست. این نکته‌ای کلیدی است و به آن باز خواهیم گشت.

یافته‌های پژوهشی زمانی بیشترین قدرت را دارند که منابع داده‌ای مستقل و متعدد به نتایج مشابهی برسند. این مطالعه اطلاعات خود را از مراجعان جمع‌آوری کرد. اما نظر درمانگران متخصص درباره مدت زمان لازم برای درمان چیست؟ جالب است که پژوهشگران دانشگاهی به ندرت این پرسش را مطرح می‌کنند. به طور کلی، پژوهشگران روان‌درمانی به طرز شگفت‌آوری علاقه‌ای به نظرات درمانگران فعال در دنیای واقعی نشان نداده‌اند. در ادبیات پژوهشی روان‌درمانی، صدای مراجعان و درمانگران به ندرت شنیده می‌شود. بلندترین صداها معمولاً متعلق به پژوهشگران حرفه‌ای دانشگاهی است که تجربه کمی در روان‌درمانی به عنوان مراجع یا درمانگر در دنیای واقعی دارند.

یک تیم پژوهشی به سرپرستی روان‌شناس و عصب‌شناس دانشگاه اموری، «درو وستن»، از نمونه‌ای متشکل از ۲۷۰ روان‌درمانگر با تجربه بالا (میانگین ۱۸ سال سابقه کار، حدود دو سوم روان‌شناس و یک سوم روان‌پزشک) خواستند که درمان‌های اخیر خود را که «مراجع و درمانگر توافق داشتند که نتیجه آن‌ها تا حد زیادی موفقیت‌آمیز بوده است» توصیف کنند. از درمانگران خواسته شد درباره درمان‌های موفقیت‌آمیز سه نوع مراجع صحبت کنند: یکی با افسردگی بالینی، یکی با حملات هراس بالینی، و دیگری با اضطراب بالینی بدون حملات هراس. این درمانگران دارای رویکردهای نظری متنوعی بودند و تقریباً به تعداد برابر رویکردهای خود را به عنوان درمان شناختی-رفتاری، روان‌پویشی یا التقاطی توصیف کردند. میانگین تعداد جلسات (از ۵۲ جلسه برای حملات هراس و برای افسردگی تا ۷۵ جلسه) متغیر بود، که معادل حدود یک سال درمان هفتگی است. تقریباً همان مدتی که مطالعه فوق برای بیشتر افراد به عنوان مفیدترین زمان توصیه کرده بود.

پژوهشگران همچنین مدت زمان درمان را به تفکیک رویکردهای نظری درمانگران بررسی کردند. جای تعجب نیست که درمانگران روان‌پویشی تمایل به درمان‌های طولانی‌تر داشتند و درمانگران شناختی-رفتاری کوتاه‌ترین زمان‌ها را گزارش کردند، در حالی که درمانگران التقاطی در میانه قرار گرفتند. اما حتی درمانگران شناختی-رفتاری نیز گزارش دادند که درمان موفقیت‌آمیز در دنیای واقعی بسیار بیشتر از ۸ تا ۱۶ جلسه رایج در مطالعات تحقیقاتی طول می‌کشد. میانگین تعداد جلسات برای شناختی-رفتاری موفقیت‌آمیز واقعی بین ۳۳ تا ۴۴ جلسه متغیر بود، کمی بیش از شش ماه درمان هفتگی تا تقریباً یک سال. این چارچوب‌های زمانی ممکن است برایتان آشنا به نظر برسند.

این نظرسنجی همچنین پرسشی دقیق‌تر از مدت زمان درمان‌های موفقیت‌آمیز مطرح کرد: «در چه زمانی تغییر بالینی قابل توجهی در نشانه‌های اصلی که بیمار با آن‌ها مراجعه کرده بود مشاهده کردید؟» به عبارت دیگر، چه مدت طول کشید تا بیماران نه اینکه کاملاً بهبود یابند، بلکه به اندازه‌ای پیشرفت کنند که تفاوتی ایجاد شود؟ میانگین تعداد جلسات بین ۱۶ تا ۲۰ جلسه متغیر بود. پژوهشگران دانشگاهی که از درمان‌های مختصر و نظام یافته حمایت می‌کنند، به ما می‌گویند که درمان در ۸ تا ۱۲ جلسه به پایان می‌رسد. اما اگر به گفته درمانگران باتجربه یعنی روان‌شناسان و روان‌پزشکانی با رویکردهای نظری متنوع و به طور متوسط ۱۸ سال تجربه کار دارند اعتماد کنیم، درمان معنادار تازه در این مدت آغاز شده است. مطالعاتی که توصیف کردیم نظرسنجی‌هایی هستند که بر گزارش‌های گذشته‌نگر مراجعان و درمانگران تکیه دارند. این یافته‌ها قابل توجه هستند، به‌ویژه به این دلیل که اطلاعات به‌دست‌آمده از مراجعان و درمانگران با یکدیگر همگرا هستند. اما نظرسنجی‌ها هر چند با دقت فراوان انجام شده باشند، قطعی نیستند.

روش دیگری برای مطالعه مدت زمان لازم برای درمان مؤثر این است که پیشرفت مراجعان را به صورت زمان واقعی و جلسه به جلسه پیگیری کنیم. به طور فرضی، این کار می‌تواند با اجرای مکرر یک ابزار ارزیابی استاندارد و معتبر در طول درمان انجام شود. چنین مطالعه‌ای می‌تواند پرسش‌های مهمی را بدون تردید به‌طور قابل توجهی حل کند: آیا واقعاً رابطه‌ای بین «مقدار» درمان و میزان بهبود وجود دارد؟ اگر چنین است، چه میزان «مقدار» لازم است تا برای تعداد قابل توجهی از افراد تفاوت معناداری ایجاد شود؟

این مطالعه فرضیه‌ای توسط تیمی به سرپرستی پژوهشگر برجسته روان‌درمانی، مایکل لمبرت از دانشگاه بریگهام یانگ انجام شد و در مجله مشاوره و روان‌شناسی بالینی منتشر شد. این مطالعه شامل نمونه‌ای ملی از بیش از ۱۰۰۰۰ مراجع درمانی بود جلسه به جلسه با استفاده از پرسشنامه نتایج، ابزاری معتبر با هنجارهای ثابت‌شده، ارزیابی شدند. این پرسشنامه شامل ۴۵ سؤال در سه حوزه بود: نشانه‌ها، روابط بین‌فردی، و کیفیت زندگی و کار. هدف اصلی این مطالعه نه رسیدن مراجعان به

بهبودی کامل، بلکه حد پایین تر «تغییر بالینی قابل توجه» بود که به صورت کمی و بر اساس هنجارهای ابزار پرسشنامه «نتایج» تعریف شده است.

مشابه مطالعه قبلی، این تحقیق نیز رابطه‌ای بین تعداد جلسات درمان و میزان بهبود پیدا کرد. در این مورد، هرچه درمان طولانی تر ادامه یافت، تعداد بیشتری از مراجعان به تغییر بالینی قابل توجه دست یافتند. اما این تغییر چقدر زمان برد؟ برای ۵۰ درصد از مراجعان، ۲۱ جلسه، یا حدود شش ماه درمان هفتگی، لازم بود تا تغییر بالینی قابل توجهی مشاهده شود. برای ۷۵ درصد از مراجعان، بیش از ۴۰ جلسه، تقریباً یک سال درمان هفتگی، نیاز بود تا به این تغییر دست یابند.

اطلاعات به دست آمده از نظرسنجی‌های مراجعان و درمانگران به طرز قابل توجهی دقیق بودند. سه منبع داده مستقل به چارچوب‌های زمانی مشابهی رسیدند. هر مراجع متفاوت است و هیچ کس نمی‌تواند پیش‌بینی کند چه مقدار درمان برای یک فرد خاص کافی خواهد بود، اما به طور میانگین، تغییر بالینی معنادار از حدود شش ماه درمان آغاز شده و از آنجا رشد می‌کند. در حالی که برخی افراد با درمان کمتر به نیازهای خود می‌رسند، دیگران ممکن است به درمان بسیار بیشتری نیاز داشته باشند. این موضوع با آنچه نظریه پردازان بالینی برای بخش عمده‌ای از یک قرن به ما گفته‌اند، سازگار است. هیچ چیز با ارزش و ماندگاری، ارزان یا آسان به دست نمی‌آید و تغییر دادن خود و مسیر زندگی شاید با ارزش‌ترین چیز باشد.

در نظر بگیرید که تسلط بر هر مهارت جدید و پیچیده‌ای، مانند یادگیری یک زبان، نواختن یک ساز موسیقی، یادگیری اسکی، یا مهارت یافتن در نجاری، چه میزان تلاش نیاز دارد. با شش ماه تمرین، شاید بتوانید به سطح مبتدی یا نوآموز برسید. اگر کسی قول بدهد که شما را در شش ماه به یک متخصص تبدیل کند، احتمالاً فکر می‌کنید در حال فروش وعده‌های واهی است. رشد شخصی معنادار نیازمند زمان و تلاش است. چرا باید روان‌درمانی متفاوت باشد؟

افسانه‌ی درمان مبتنی بر شواهد

شاید فکر کنید که پژوهشگرانی که به دنبال پیشبرد دانش علمی درباره روان‌درمانی هستند، از این اطلاعات برای طراحی تحقیقات خود استفاده می‌کنند. این یافته‌ها پارامترهای کلی را برای آنچه منطقی‌ترین موضوع برای مطالعه است مشخص می‌کنند: برای بیشتر افراد، شش ماه درمان نقطه شروعی برای تغییر معنادار است، و مطالعاتی با مدت زمان ۱۲ ماه یا بیشتر باید به عنوان استاندارد در نظر گرفته شوند. مراجعان ملزم به ادامه درمان طولانی‌تر از آنچه نیاز دارند یا می‌خواهند، برای رعایت یک پروتکل پژوهشی نخواهند بود، اما اگر واقعاً به مطالعه درمان‌هایی که بتوانند کمک معناداری به تعداد قابل توجهی از افراد ارائه دهند، متعهد باشیم، این پارامترها می‌توانند نقطه شروعی منطقی باشند.

و با این حال، بیشتر تحقیقات دانشگاهی به این صورت انجام نمی‌شوند و این پیام نیز

به بیشتر مردم درباره روان درمانی منتقل نمی‌شود. هنجارهای مربوط به مدت درمان اکنون بیشتر بر اساس اهداف کاهش هزینه شرکت‌های بیمه سلامت و پژوهش‌های دانشگاهی تنظیم شده‌اند که بر فرضیاتی استوارند که بازتاب واقع‌بینانه‌ای از عملکرد واقعی روان درمانی ندارند. در دنیای پژوهش روان درمانی، بخش عمده تحقیقات بر درمان‌های کوتاه‌مدت و با مدت‌زمان ثابت متمرکز است که با دنبال کردن دستورالعمل‌های گام‌به‌گام که به عنوان درمان نظام یافته شناخته می‌شوند، انجام می‌شوند. به جز تعداد محدودی از درمان‌های بلندمدت برای اختلال شخصیت مرزی، درمان‌های نظام یافته تقریباً همیشه کمتر از ۱۶ جلسه هستند و معمولاً بین ۸ تا ۱۲ جلسه به طول می‌انجامند.

پژوهشگران دانشگاهی ابتدا به این درمان‌های مبتنی بر دستورالعمل به عنوان «درمان‌های اثبات‌شده تجربی» اشاره می‌کردند، سپس آن‌ها را «درمان‌های حمایت‌شده بر اساس شواهد تجربی» نامیدند، و در حال حاضر به عنوان «درمان‌های مبتنی بر شواهد» شناخته می‌شوند. این اصطلاحات، به‌ویژه «درمان مبتنی بر شواهد»، مشکل‌ساز هستند زیرا گمراه‌کننده‌اند. مردم تصور می‌کنند که این اصطلاحات به معنای بهبودی مراجعان است. اما این طور نیست. در واقع، درمان مبتنی بر شواهد به این معناست که درمان به شیوه‌ای استاندارد و با پیروی از یک دستورالعمل اجرا می‌شود و با استفاده از روش‌های پژوهشی خاص مورد مطالعه قرار گرفته است. این اصطلاح به درصد افرادی که بهبود یافته‌اند، میزان پیشرفت آن‌ها، یا اینکه آیا خود مراجعان درمان را موفقیت‌آمیز می‌دانند، اشاره نمی‌کند. برای جلوگیری از ابهام ذاتی میان روش‌هایی که برای مطالعه این درمان‌ها استفاده می‌شود و مزایای واقعی آن‌ها برای مراجعان، از به کار بردن اصطلاح مبهم «درمان مبتنی بر شواهد» خودداری می‌کنیم و به جای آن، این درمان‌ها را به‌طور توصیفی «درمان‌های مبتنی بر دستورالعمل» می‌نامیم.

مسیر پیشرفت

در دنیای پژوهش روان درمانی، مطالعاتی که از طرح تحقیقاتی آزمایش‌های کنترل‌شده تصادفی استفاده می‌کنند، بالاترین تأییدیه را دریافت می‌کنند. این روش شامل تخصیص تصادفی شرکت‌کنندگان پژوهش به گروه درمان یا گروه کنترل است (معمولاً بدون مداخله، یا یک مداخله نمایشی که هدف آن رفع مشکلات مراجع نیست). درمان باید با پیروی از یک دستورالعمل انجام شود تا اطمینان حاصل شود که همه درمانگران در مطالعه، درمان را به شیوه‌ای یکنواخت ارائه می‌دهند. پژوهشگران شرکت‌کنندگانی را با یک تشخیص خاص از راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، مانند اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی اساسی یا اختلال استرس پس از سانحه انتخاب می‌کنند و این اختلال محور اصلی درمان است. نتیجه مطلوب توسط پژوهشگران تعریف می‌شود، نه مراجعان یا درمانگران، و

با نمرات در فهرست‌های بررسی نشانه‌ها که بر اساس تشخیص راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی طراحی شده‌اند، اندازه‌گیری می‌شود.

این رویکرد پزشکی محور که مشکلات مراجع را در یک دسته‌بندی تشخیصی روان‌پزشکی خاص جای می‌دهد و پیشرفت را صرفاً بر اساس نشانه‌ها تعریف می‌کند، امکان مقایسه روان‌درمانی با داروها در آزمایش‌های کنترل‌شده تصادفی را فراهم می‌کند و روان‌درمانی را طوری قلمداد می‌کند که گویی معادل مصرف دارو است. از آنجا که ارزیابی اثرات دارو در مدت کوتاه ۸ یا ۱۲ هفته معمولاً کافی در نظر گرفته می‌شود، همین فرض به درمان‌های مبتنی بر دستورالعمل نیز اعمال می‌شود.

بنابراین، بیشتر آزمایش‌های پژوهشی درمان‌هایی با مدت زمان ۸ تا ۱۲ هفته را مورد مطالعه قرار می‌دهند. این مدل‌های مختصر درمانی در حال گسترش در حوزه سلامت روان هستند. وب‌سایت انجمن روان‌شناسی بالینی، که به آگاهی‌رسانی عمومی درباره درمان‌های مبتنی بر دستورالعمل اختصاص دارد، ۸۵ درمان تأییدشده را فهرست کرده است. همه این درمان‌ها بر یک تشخیص خاص راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی متمرکز هستند و بیشتر آن‌ها دارای قالبی ۱۲ جلسه‌ای هستند، مانند درمان پردازش شناختی و مواجهه‌درمانی طولانی‌مدت برای اختلال استرس پس از سانحه.

هیچ‌کجا درمان‌های مبتنی بر دستورالعمل به اندازه وزارت امور کهنه‌سربازان ایالات متحده، که بزرگ‌ترین ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان در جهان است، تبلیغ نمی‌شود. چند سال پیش، زمانی که مقامات مؤسسه پزشکی به مرکز پزشکی کهنه‌سربازان برانکس مراجعه کردند تا کارکنان را به استفاده از درمان‌های مبتنی بر دستورالعمل مانند مواجهه‌درمانی طولانی‌مدت ترغیب کنند، ریچل یهودا، یکی از روان‌شناسان حاضر در جلسه، به یاد می‌آورد که به او گفته شد: «عدم ارائه مواجهه درمانی طولانی‌مدت برای اختلال استرس پس از سانحه مانند ارائه ندادن انسولین برای دیابت است.»

درمان‌های کوتاه‌مدت مبتنی بر دستورالعمل همچنین به سرعت در حال تبدیل شدن به استاندارد مراقبتی شرکت‌های بیمه سلامت هستند. شرکت لیرا هلس، که خدمات سلامت رفتاری برای کارکنان شرکت‌های بزرگی مانند ای-بی-امگن ارائه می‌دهد، با جسارت در وب‌سایت خود اعلام کرد: «درمان‌های مبتنی بر دستورالعمل باید به عنوان مداخله خط اول استفاده شوند، زیرا بهترین چشم‌انداز را برای کمک به مراجعان با مشکلات رایج سلامت روان جهت بهبود و بازیابی ارائه می‌دهند. استفاده از هر چیز دیگر خطر مواجهه مراجع با درمانی بالقوه مضر را به همراه دارد و او را از درمانی که به طور دقیق آزمایش و اثربخشی آن اثبات شده است، محروم می‌کند.» این موضوع ما را به پرسشی بسیار مهم می‌رساند: آیا درمان‌های کوتاه‌مدت مبتنی بر دستورالعمل کمک معناداری ارائه می‌دهند؟ پیش از ورود به بررسی پژوهش‌ها، بیایید با دیدگاه یکی از روان‌شناسانی شروع کنیم که برای این مقاله با او مصاحبه

شده است. او در زمینه ارائه درمان‌های مبتنی بر دستورالعمل به کهنه‌سربازان جنگی در یک شهر بزرگ در غرب ایالات متحده آموزش دیده است. برای محافظت از هویت او، از نام مستعار دکتر کامرون استفاده می‌کنیم، زیرا او نگران بود که اعتبار ۱۰ ساله‌اش در وزارت امور کهنه‌سربازان تحت تأثیر قرار گیرد اگر هویتش فاش شود. وقتی از او خواسته شد که یک مورد معمول اختلال استرس پس از سانحه را که با درمان مبتنی بر دستورالعمل درمان کرده بود توصیف کند، بلافاصله به یاد رایان افتاد، یک مهندس رزمی ۳۰ ساله سابق که سه بار به خاورمیانه اعزام شده بود تا بمب‌های کنار جاده‌ای را شناسایی و خنثی کند.

رایان با پشتکار ۱۲ جلسه تعیین‌شده برای درمان پردازش شناختی را برای شناسایی و اصلاح «نقاطی که در آن گیر کرده»، یا افکار خودکار و غیرمنطقی درباره یک حادثه بمب‌گذاری کنار جاده‌ای، استفاده کرد. او به مرور داستان خود را درباره آنچه اتفاق افتاده بود بازنویسی کرد. او کمتر تمایل داشت خود را به‌خاطر ناتوانی در جلوگیری از آسیب به هم‌رزمانش قضاوت کند. اما وقتی ۱۲ جلسه به پایان رسید، دکتر کامرون احساس کرد که باید به ملاقات با رایان ادامه دهد، زیرا او هنوز در وضعیت ناراحتی شدید قرار داشت. وقتی برای خرید به فروشگاه می‌رفت، گاهی یادش می‌رفت کجاست، زیرا درگیر بازسازی خاطرات وحشتناک جنگ بود. او احساس می‌کرد موجودی بیگانه است، فردی پوچ و خالی که از اطرافیانش جدا شده است. او به‌شدت می‌خواست احساس کند «بخشی از جامعه» است، «روابط بهتری با دیگران داشته باشد»، «شوهر بهتری برای همسرش باشد» و «دوباره احساس زندگی کند».

دکتر کامرون معتقد بود که مشکلات رایان به دلیل سبک دلبستگی نایمن او، که آموزش‌های نظامی‌اش نیز آن را تقویت کرده بود، تشدید شده است. او گفت: «او به شدت سبک دلبستگی اجتنابی دارد و در ابراز آسیب‌پذیری و تکیه بر دیگران احساس ناراحتی می‌کند. نیازهای او به استقلال، خوداتکایی و بودن در نقش یک «مرد قوی» بیش از حد برجسته شده‌اند. او ابراز احساسات را معادل ضعف می‌داند». در میانه مصاحبه، دکتر کامرون اظهار داشت: «با مراجعانی مانند رایان، داستان واقعی معمولاً فقط بعد از حدود یک سال جلسات هفتگی درمانی آشکار می‌شود، زیرا واقعاً باید این مدت زمان بگذرد تا اعتماد موردنیاز برای خودافشایی یک کهنه‌سرباز آسیب‌دیده آغاز شود.»

در مورد رایان، یک سال درمان طول کشید تا مقاومت او شکست و با گریه به دکتر کامرون اعتراف کند که اغلب افکار خودکشی داشته و همسرش را از اینکه چقدر ناراحت و افسرده بوده بی‌خبر نگه داشته است. دکتر کامرون دیدگاه خود را درباره درمان‌های مبتنی بر دستورالعمل برای تروما این‌گونه خلاصه کرد: «بسیاری از ما در وزارت امور کهنه‌سربازان می‌دانیم که این درمان‌ها با جمعیتی که ما با آن‌ها کار می‌کنیم سازگار نیستند، زیرا پرونده‌هایی که می‌بینیم همیشه پیچیده‌تر از این

هستند. این درمان‌ها به ندرت به پیشرفت واقعی منجر می‌شوند. شش ماه، یک سال، یا حتی دو سال پس از پایان این درمان‌ها، مراجعان دوباره به کلینیک مراجعه می‌کنند، زیرا وضعیتشان بهبود نیافته است».

مشخص شده است که مورد رایان غیرعادی نیست. پژوهشی که توسط روان‌شناس ماریا استینکمپ و همکارانش در مجله انجمن پزشکی آمریکا منتشر شده، نتایج قابل تأملی را نشان می‌دهد: دو نفر از هر سه کهنه‌سربازی که با درمان‌های به اصطلاح مبتنی بر شواهد برای اختلال استرس پس از سانحه تحت درمان قرار گرفته‌اند، پس از اتمام درمان همچنان به اختلال استرس پس از سانحه مبتلا هستند.

یافته‌های پژوهشی نیز ادعاهایی را که می‌گویند درمان‌های مبتنی بر دستورالعمل به مراجعان افسرده در بلندمدت کمک می‌کنند، زیر سؤال می‌برند. یکی از نویسندگان این مقاله، «جان‌تان شدلر» به تازگی یافته‌های پژوهش‌های مرتبط با درمان‌های مبتنی بر دستورالعمل را در مقاله‌ای با عنوان «شواهد برای درمان‌های به اصطلاح مبتنی بر شواهد کجاست؟» بررسی کرد. در پژوهش‌هایی که طی ۳۰ سال انجام شده‌اند، درصد مراجعان افسرده‌ای که بهبودی یافتند و برای مدت کوتاهی در پیگیری‌های ۱۲ تا ۱۸ ماهه همچنان بهبود یافته باقی ماندند، حدود ۲۵ درصد بود. انجمن روان‌شناسی آمریکا نیز تقریباً به همان نتیجه رسید، اگرچه برای یافتن آن باید به جزئیات بپردازید. در راهنمای عملی بالینی اخیر خود برای افسردگی، که تنها درمان‌های کوتاه‌مدت مبتنی بر دستورالعمل را توصیه می‌کند، هشدارهای زیر در متن جزئیات ۱۶۸ صفحه‌ای که ابتدا برای اظهار نظر عمومی منتشر شد، پنهان شده است: «به طور کلی، درمان‌های مبتنی بر دستورالعمل برای افسردگی تأثیر متوسطی در کاهش نشانه‌ها دارند». «بهترین روش‌های مبتنی بر شواهد همیشه با ایده شخصی بیمار از موفقیت درمانی یکسان نیستند»، که این امر منجر به ترک درمان و «احتمال ایجاد ارتباطات منفی مادام‌العمر و احساس بیگانگی از درمان» می‌شود. در عمق بیشتری از این متن، نکته‌ای شگفت‌آور پنهان شده است: «چهار دهه پژوهش درباره روان‌درمانی نشان داده است که پس از اتمام درمان، بیش از نیمی از بیماران همچنان افسرده باقی می‌مانند، و از میان کسانی که تا پایان درمان بهبود می‌یابند، حدود ۴۰ درصد دچار بازگشت بیماری می‌شوند». با یک محاسبه ساده می‌توان به نتیجه‌ای مبتنی بر شواهد رسید: ۷ نفر از هر ۱۰ نفری که تحت درمان‌های به اصطلاح مبتنی بر شواهد برای افسردگی قرار می‌گیرند، یا بهبود نمی‌یابند یا به سرعت دوباره دچار عود بیماری می‌شوند.

راز درمانگر ماهر

از دلایلی که درمان‌های کوتاه‌مدت مبتنی بر دستورالعمل در بهبود طولانی‌مدت مؤثر نیستند این است که آن‌ها از ترکیب ناامنی‌های دلبستگی، ویژگی‌های شخصیتی، و دفاع‌های روان‌شناختی که باعث اضطراب و افسردگی در بیشتر مراجعان در دنیای

واقعی بالینی می‌شوند، چشم‌پوشی می‌کنند. محدود کردن پژوهش به موارد «خالص» یک تشخیص و محدود کردن معنای نتایج به فهرست‌های نشانه‌ها، اگرچه به طراحی‌های آزمایشی منظم و دقیق منجر می‌شود، اما پیچیدگی مشکلات روان‌شناختی که بیشتر مراجعان تجربه می‌کنند را نادیده می‌گیرد. به‌ندرت پیش می‌آید که یک مراجع بنشیند و نشانه‌ها خود را دقیقاً مطابق با یک تشخیص راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی فهرست کند. در عوض، ما از شرم فردی می‌شنویم که بار دیگر کنترل خشم خود را در برابر دخترش از دست داده است؛ یا سردرگمی نسبت به حس مالکیت‌گرایی دوست‌پسرش؛ یا جذب آزاددهنده‌ای به زنان غیرقابل‌دسترس؛ یا تمایل به لغزش و بیان حرف‌هایی ناخوشایند در لحظات صمیمی که پتانسیل نزدیکی را از بین می‌برد؛ یا مشکلاتی در شناسایی و ابراز احساسات دشوار که در اشکال گوناگونی بروز می‌کنند.

در واقع، بیشتر مشکلاتی که درمانگران با آن‌ها سروکار دارند، در شخصیت فرد ریشه دارند که از او جدایی‌ناپذیر است. الگوهای مشخص و پایدار یک فرد در تفکر، احساس، فانتزی، خواستن، ترسیدن، مقابله، دفاع، دلبستگی، ارتباط، و تجربه خود و دیگران. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تا نیمی از مراجعانی که با تشخیص‌های اولیه اختلالات رایج مانند افسردگی یا اضطراب فراگیر به درمان مراجعه می‌کنند، همچنین معیارهای رسمی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای اختلالات شخصیت را دارند یا از آسیب‌شناسی شخصیت زیرآستانه‌ای برخوردارند. همه آن‌ها دارای سبک‌های شخصیتی هستند که بر درمان و بهبودی تأثیر می‌گذارند. این راز درمانگران ماهر است: تغییر روان‌شناختی معنادار و پایدار از تمرکز بر نشانه‌ها حاصل نمی‌شود، بلکه از تمرکز بر الگوهای شخصیتی که زیربنای این نشانه‌ها هستند به دست می‌آید. این تنها خرد بالینی نیست؛ بلکه یک یافته تجربی است. بر اساس پژوهشی در مجله روان‌پزشکی آمریکا، مسائلی که از سوی درمانگران با تجربه به عنوان نگرانی‌های بالینی مهم در نظر گرفته می‌شوند، شامل مشکلات در صمیمیت، ارتباط یا تعهد در روابط نزدیک؛ دشواری در ابراز قاطعیت یا خشم و پرخاشگری؛ مشکلات مربوط به جدایی، ترک‌شدگی یا طرد شدن؛ مسائل مربوط به عزت‌نفس (مانند احساس ناکافی بودن یا بی‌کفایتی)؛ مشکل در اقتدار، کم‌رویی یا دشواری در نزدیک شدن به دیگران یا دوست‌یابی و کمال‌گرایی یا انتقاد از خود به‌صورت افراطی است. ما گمان می‌کنیم که این مسائل درمانی برای بیشتر درمانگران آشنا به نظر می‌رسند.

نتیجه خوب چیست؟

یک نقص اساسی در منطق درمان‌های مبتنی بر دستورالعمل این است که فرض می‌شود مراجعان عمدتاً برای کاهش نشانه‌ها به درمان مراجعه می‌کنند. در حالی که اغلب آن‌ها به دنبال چیزی فراتر هستند. اگر از مراجعان پرسید که خودشان

یک نتیجه خوب را چگونه تعریف می‌کنند، به مواردی مانند شیوه‌های جدید ارتباط با دیگران، بهبود درک از خود، افزایش ارزشمندی شخصی، و پذیرش خود اشاره می‌کنند. این نتیجه‌گیری یک مطالعه اخیر در مجله پژوهش روان‌درمانی بود که بر اساس مصاحبه‌های پس از درمان با مراجعان انجام شد. تعریف محدود پیشرفت به کاهش نشانه‌ها، همان‌طور که بیشتر تحقیقات در درمان‌های مبتنی بر دستورالعمل انجام می‌دهند، نه تنها خواسته‌های مراجعان از درمان را نادیده می‌گیرد، بلکه به نتایج نادرست درباره موفقیت درمان منجر می‌شود.

در یک مطالعه جدید منتشر شده، پژوهشگران دانشگاه خنت بلژیک با مراجعانی که ۱۶ تا ۲۰ جلسه درمان برای افسردگی اساسی را تکمیل کرده بودند، مصاحبه کردند. حدود نیمی از مراجعانی که بر اساس نمراتشان در پرسشنامه افسردگی بک-۲ به‌عنوان بهبود یافته طبقه‌بندی شدند، گزارش دادند که به درمان بیشتری نیاز دارند: آن‌ها در زمینه‌هایی که خواهان آن بودند سود نبردند، مانند پیشرفت در تبدیل شدن به فردی که می‌خواهند باشند، مستقل‌تر شدن، مقابله با ترس‌ها و چالش‌ها، کسب بینش، یا پذیرش بیشتر خود. نویسندگان این مطالعه هشدارهایی برای روان‌درمانگرانی که ممکن است به نمرات فهرست نشانه‌ها به‌عنوان مدرکی برای پیشرفت تکیه کنند، ارائه می‌دهند: «تعریف «نتیجه خوب» بر اساس تفسیر آماری مقیاس‌های نشانه‌ها، لزوماً اثرات خوب روان‌درمانی را در تجربیات بیماران منعکس نمی‌کند.»

آنچه مراجعان از درمان انتظار دارند با نوع تغییراتی که درمانگران برای مراجعان خود آرزو دارند همخوانی دارد. روان‌شناس دیوید اورلینسکی یک نظرسنجی بین‌المللی از بیش از ۵۰۰۰ متخصص سلامت روان با پیشینه‌های نظری متنوع را هدایت کرد که از آن‌ها خواسته شد اهداف درمانی موردنظر خود برای مراجعان را اولویت‌بندی کنند. در صدر این فهرست، با اختلاف زیاد، «داشتن حس قوی از ارزشمندی و هویت شخصی» قرار داشت. مورد بعدی «بهبود کیفیت روابطشان» بود. در جایگاه سوم نزدیک به آن، «درک احساسات، انگیزه‌ها و یا رفتارشان» قرار داشت و پس از آن «یکپارچه‌سازی جنبه‌های کنارگذاشته‌شده یا تفکیک‌شده از تجربه» آمده بود. «تجربه کاهش نشانه‌ها» در جایگاه پنجم و با فاصله زیادی قرار گرفت.

وقتی آنچه مراجعان از روان‌درمانی می‌خواهند و آنچه درمانگران خبره اولویت می‌دهند را ارج می‌نهیم، ماهیت درمان تغییر می‌کند.

اظهار نظر زیرکانه دکتر کامرون: «یک سال درمان طول می‌کشد تا داستان واقعی آشکار شود» خیلی هم بی‌راه نیست. همین هفته، دبرا (یکی از مراجعان انریکو) ناگهان گفت: «من باید در درمان جدی شوم.» او، که یک بازیگر ۴۰ ساله است، حدود یک سال و نیم است که به صورت هفتگی در درمان شرکت می‌کند. مانند بیشتر مراجعان، هیچ تشخیص واحدی به‌طور کامل مشکلات او را توصیف نمی‌کند. او ترس‌های شدید از رها شدن دارد که باعث می‌شود نسبت به شوهرش حس مالکیت داشته باشد و از دست دادنش بترسد. آرزو می‌کند در برابر رؤسای سلطه‌جو

قاطع‌تر باشد. از اینکه بیش از حد به مجموعه‌ای از مدیران تجاری اعتماد کرده که تصمیماتشان به نفع مالی خودشان و به ضرر او بوده، پشیمان است. او ترس شدیدی از تعارض دارد و بیش از حد «مهربان» است تا مطمئن شود دیگران از او عصبانی نمی‌شوند.

دبرا پس از اعلام ناگهانی شوهرش مبنی بر اینکه به زمان و فاصله نیاز دارد، تلاش خود را در درمان دوچندان کرد. او معتقد بود که جدا شدن موقت می‌تواند به او فرصت دهد تا عشق خود به دبرا را دوباره کشف کند. واقعیت این است که دبرا در درمان پیشرفت‌هایی داشته است: او توانسته به درد و خشم ناشی از بی‌توجهی عاطفی دوران کودکی دست پیدا کند، متوجه شود که ترس‌هایش از رها شدن ناشی از تجربیات مکرری است که والدینش تهدید به طلاق می‌کردند و پس از مشاجره‌های شدید برای چند روز خانه را ترک می‌کردند، و به طور کلی به طیفی از احساسات دست یافته که باعث شده‌اند احساس زنده بودن بیشتری داشته باشد و کمتر دچار اضطراب و افسردگی شود.

دبرا به این بینش رسید که او اغلب از نظر عاطفی گوشه‌گیر بوده و با شوهرش بیش از حد مهربان رفتار می‌کرده است. از ترس طرد شدن، خودش را بیش از حد موافق و بی‌چالش نشان می‌داد، اما این رفتار به بی‌روح شدن عاطفی رابطه زناشویی‌اش دامن زده بود. اظهار او «من باید در درمان جدی شوم» بازتاب یک تعهد جدید بود: ایجاد فضایی برای تمام طیف احساساتش در خانه، چه احساسات عاشقانه و چه آن‌هایی که کمتر محبت‌آمیز هستند.

به تجربه ما، این نوع از موج دوباره در درمان‌های بلندمدت، یا دسترسی به فرآیندهای عمیق‌تر تغییر و انرژی تازه برای دنبال کردن اهداف زندگی، بیشتر از آنچه انتظار می‌رود رایج است. برخی پژوهش‌ها این موضوع را تأیید می‌کنند. در یک مطالعه یک‌ساله درباره روان‌درمانی روان‌پویشی با ۶۵ مراجع، رفائل یوناتان-لئوس از دانشگاه عبری اورشلیم و همکارانش دریافتند که درمان با گذشت زمان و همراهی درمانگران با تجربه به تدریج مؤثرتر می‌شود. با پیشرفت درمان، مراجعان یاد می‌گیرند با اطمینان انتظار درک و حساسیت را داشته باشند، که این امر به نوبه خود موجب بیان صادقانه‌تر احساسات و افشای بی‌پرده‌تر تجربیات می‌شود.

متأسفانه، تعداد زیادی از مراجعان پیش از اینکه بتوانند از مزایای درمان بهره‌مند شوند، آن را ترک می‌کنند. موضوع ترک زودهنگام درمان در حوزه ما نادیده گرفته شده است. مقاله‌ای در سال ۲۰۱۰ در مجله روان‌پزشکی آمریکا گزارش داد که از میان نمونه‌ای شامل ۳۰۰۰ مراجع روان‌درمانی، نزدیک به ۴۰ درصد در دو جلسه اول درمان را ترک کرده‌اند و ۸۰ درصد قبل از حضور در ۱۰ جلسه از درمان خارج شده‌اند. تنها ۹ درصد از مراجعان به ۲۰ جلسه یا بیشتر رسیده‌اند. در سیستم وزارت امور کهنه‌سربازان، نرخ ترک روان‌درمانی بسیار نگران‌کننده است. تحلیل اخیر بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در کلینیک‌های وزارت امور کهنه‌سربازان در

نیوانگلند توسط روان‌پزشک برادلی واتس نشان داد که تنها دو درصد از کهنه‌سربازان درگیر اختلال استرس پس از سانحه به اندازه «کافی» روان‌درمانی دریافت می‌کنند، که به عنوان حداقل هشت جلسه تعریف شده است.

این وسوسه وجود دارد که بپرسیم آیا نرخ‌های بالای ترک درمان نشان‌دهنده عملکرد ضعیف ما در حرفه‌ای که برایمان ارزشمند است می‌باشد؟ آیا در آموزش درمانگران برای پرورش ویژگی‌های انسانی که درمان‌معداار را ممکن می‌سازند، کوتاهی کرده‌ایم؟ ویژگی‌هایی که پشتوانه‌ای از انبوه پژوهش‌ها دارند: همدلی، درک، احترام واقعی، و مهارت در ایجاد اتحاد پیرامون وظیفه مشترک کار درمانی. مراجعان باید بدانند که درمانگرشان نه تنها به اندازه کافی اهمیت می‌دهد تا به آن‌ها گوش دهد، بلکه چنان ماهرانه گوش می‌دهد که آنچه واقعاً اهمیت دارد را بشنود. مراجعان به فضای کافی و زمانی نیاز دارند تا داستان‌های دردناک زندگی‌شان را به شیوه‌ای پراکنده و غیرخطی، همان‌طور که انسان‌های ناراحت تمایل به انجام آن دارند، بازگو کنند. سکوت‌ها فضایی ایجاد می‌کنند تا احساسات و درک‌های عمیق‌تر از درون بجوشند. تکان‌های ظریف سر، لبخندهای معنادار، و آه‌های همراه با همدلی از سوی درمانگر، به مراجعان یادآوری می‌کنند که شنیده می‌شوند.

امروزه کفه ترازو به نفع آموزش درمانگران تازه‌کار به سمت درمان‌های کوتاه‌مدت، تکنیک‌محور و مبتنی بر دستورالعمل سنگینی می‌کند؛ درمان‌هایی که باعث می‌شود درمانگران مشتاقانه بخواهند مراجعان را طبق دستورالعمل درمان «به مسیر درست بازگردانند.» وقتی درمان کوتاه‌مدت باشد و یک دستور کار سخت‌گیرانه را دنبال کند، مانند اصلاح افکار منفی، توضیح نشانه‌ها، یا روان‌آموزی درباره احساسات مراجعان، آیا منطقی نیست که بسیاری از مراجعان احساس کنند جایی برای رسیدن به قلب مسائلی که واقعاً آن‌ها را آزار می‌دهد وجود ندارد؟

ما نگران هستیم که درمان‌های مبتنی بر دستورالعمل‌های از پیش تعیین‌شده به جای جذب مراجعان به درمان، آن‌ها را دلسرد می‌کنند، آن‌هم در شرایطی که نرخ ترک درمان همین حالا هم بیش از حد بالاست. اگر قرار است یک مراجع معمولی مضطرب و افسرده که با مشکلات عزت‌نفس و مسائل بین‌فردی دست و پنجه نرم می‌کند، به اندازه لازم برای ایجاد تغییر واقعی و پایدار در درمان باقی بماند، باید به صدای حرفه‌ای‌هایی گوش دهیم که بر آموزش مهارت‌های شنیداری درمانگران تأکید می‌کنند. اسکات میلر، پژوهشگری پرشور در حوزه «آنچه در روان‌درمانی مؤثر است»، در این زمینه صراحت کامل دارد. او می‌گوید: «در روان‌درمانی، اینکه چه کسی درمان را ارائه می‌دهد، پنج تا نه برابر مهم‌تر از این است که از چه رویکرد درمانی خاصی استفاده می‌شود.» به همین دلیل، او به درمانگران تازه‌کار توصیه می‌کند که بر مهارت‌های رابطه‌ای خود کار کنند.

این توصیه‌ای خردمندانه است. در کارهای روزمره خود، ما درمانگران به خوبی به این نیاز آگاهیم که مراجعان از روان‌درمانی برای کاهش واکنش‌پذیری و افزایش اعتماد به

نفس فردی و اجتماعی استفاده کنند. ما ارزش بالایی که مراجعان برای دوری از تکرار عادت‌های خسته‌کننده و قدیمی دوران کودکی قائل هستند و درک چرایی احساسات و رفتارهایشان را درک می‌کنیم. در ابتدا، اغلب از این موضوع شگفت‌زده می‌شویم که مراجعان چقدر در مورد مدت زمانی که برای ایجاد پیشرفت واقعی در این حوزه‌ها لازم است، دیدگاه ساده‌انگارانه‌ای دارند. اما یک چیز وجود دارد که بیشتر ما از آن شگفت‌زده نمی‌شویم: وقتی سال‌ها در روان درمانی شخصی و خودآزمایی سرمایه‌گذاری می‌کنید تا به اندازه کافی در تجسم همدلی مداوم، احترام واقعی، و شنیدن با دقت و دلسوزی مهارت پیدا کنید، بیشتر مراجعان به درمان ادامه می‌دهند. برخورد با کسی که صبور است، سریعاً برای ارائه پاسخ یا حل مشکلات مداخله نمی‌کند، و به آن‌ها اجازه می‌دهد مسائل خود را با سرعت خودشان باز کنند، مراجعان را آزاد می‌گذارد تا بپذیرند که تغییر واقعی و پایدار نیازمند زمان است.

مقاله چهار:

نشانگان شخصیت

نکات کلیدی

شخصیت به الگوهای منش‌نمای فرد در افکار، احساس، رفتار، انگیزه، دفاع، عملکرد بین‌فردی و شیوه‌های تجربه خود و دیگران اشاره دارد. دانش بالینی که طی نسل‌ها جمع‌آوری شده است، به طبقه‌بندی نشانگان آشنای شخصیت منجر شده است. نشانگان شخصیت بر یک طیف عملکردی از سالم تا به‌شدت مختل قرار دارند. هیچ‌گونه گسستگی میان شخصیت طبیعی و آسیب‌شناختی وجود ندارد. درک نشانگان شخصیت نیازمند فهم فرآیندهای زیرساختی شخصیت مانند تعارض‌های درونی، دفاع‌ها و انگیزه‌ها است. یک الگوی تشخیصی برای هر نشانگان شخصیت ارائه شده است که این نشانگان را در شکل کامل یا خالص خود توصیف می‌کند. یک روش تشخیصی کاربردی مبتنی بر شناسایی الگو ارائه شده است، که در آن درمانگران شباهت کلی بین بیماران و الگوهای تشخیصی را مد نظر قرار می‌دهند. سازه‌های شخصیت چارچوب کلی تدوین موارد بالینی را فراهم می‌کنند. این سازه‌ها می‌توانند نشانه‌ها و اختلالات را توضیح داده و در بافت مناسب قرار دهند. هر نشانگان شخصیت یک مسیر متمایز به سوی افسردگی است و نیازمند نوع درمان متفاوتی است.

مقدمه

شخصیت درباره این نیست که چه اختلالاتی دارید، بلکه درباره این است که چه کسی هستید. شخصیت به الگوهای منش‌نما فرد در اندیشه، احساس، رفتار، انگیزه، دفاع، عملکرد بین‌فردی و شیوه‌های تجربه خود و دیگران اشاره دارد. همه انسان‌ها دارای شخصیت و سبک‌های شخصیت متفاوت هستند.

در حالی که به تعداد افراد، شخصیت‌های گوناگون وجود دارد، دانش بالینی که طی نسل‌ها جمع‌آوری شده است، به طبقه‌بندی سبک‌ها یا انواع آشنای شخصیت منجر

شده است. بیشتر افراد، چه سالم و چه دچار مشکلات، در جایی از این طبقه‌بندی جای می‌گیرند. پژوهش‌های تجربی طی دو دهه گذشته، انواع اصلی شخصیت و ویژگی‌های اساسی آن‌ها را تأیید کرده‌اند (۱-۵).

بیشتر نظریه‌پردازان بالینی انواع شخصیت را به‌طور ذاتی مختل نمی‌دانند. معمولاً در ادبیات بالینی سبک‌های شخصیتی به‌عنوان انواع، سبک‌ها یا نشانگان شخصیت مورد بحث قرار می‌گیرند، نه به‌عنوان «اختلال‌ها». هرکدام بر یک طیف عملکردی از سالم تا به‌شدت مختل قرار دارند. اصطلاح «اختلال» بیشتر به‌عنوان یک سهولت زبانی برای درمانگران در نظر گرفته می‌شود که در جهای از شدت یا سختی را نشان می‌دهد که باعث اختلال قابل‌توجه، محدودیت یا رنج می‌شود. برای مثال، ممکن است فردی دارای سبک شخصیت نارسیسیست باشد، بدون اینکه دچار اختلال شخصیت نارسیسیست باشد.

پویایی‌های شخصیت یکسان هم باعث ایجاد نقاط قوت می‌شوند و هم نقاط ضعف. فردی با سبک شخصیت نارسیسیست سالم، اعتمادبه‌نفس لازم برای رویاهای بزرگ و دنبال کردن آن‌ها را دارد؛ آن‌ها می‌توانند رویاپرداز، نوآور و بنیان‌گذار باشند. فردی با سبک وسواسی-جبری سالم در زمینه‌هایی که به تفکر دقیق و تحلیلی نیاز دارند، مهارت دارد؛ آن‌ها ممکن است مهندسان، دانشمندان یا دانشجویان موفق باشند. فردی با سبک پارانوئید سالم به زیر سطح امور نگاه می‌کند و چیزهایی را می‌بیند که دیگران از دست می‌دهند؛ آن‌ها ممکن است روزنامه‌نگاران تحقیقی یا پزشکان برجسته‌ای باشند. بهترین و بدترین ویژگی‌های ما اغلب از یک ساختار روان‌شناختی مشترک سرچشمه می‌گیرند.

بسیاری از درمانگران متأثر از روان‌پویشی خطوط کلی چارچوب نظری ارائه‌شده توسط اتو کربنبرگ (۶،۷) را می‌پذیرند. این چارچوب، مفهوم «نوع شخصیت» را با یک «بعد شدت» ترکیب می‌کند که سطح سازمان‌دهی شخصیت (سالم، روان‌رنجور، مرزی، روان‌پریش) را منعکس می‌کند (۸-۹). به‌عنوان مثال، می‌توان از یک بیمار با شخصیت نارسیسیست در سطح نوروتیک یا سطح مرزی سخن گفت. رویکرد مطرح‌شده در اینجا با این چارچوب سازگار است.

شناسایی سبک‌های شخصیت به‌عنوان یک پیوستار عملکردی در علم روان‌شناسی موضوعی است که به‌طور عمده توسط راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۱۰)، به‌ویژه از زمان انتشار نسخه سوم (۱۱)، مورد تغییر قرار گرفته است. این راهنما تلاش کرد سبک‌های شخصیت را که در متون بالینی مورد بحث قرار می‌گرفتند، در قالب یک دسته‌بندی اختلالات جای دهد. این فرآیند باعث شد تا این سبک‌ها به شکلی آسیب‌شناختی توصیف شوند و گاهی شدت آن‌ها اغراق‌آمیز افزایش یابد (۳،۴). علاوه بر این، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی فرآیندهای درونی شخصیت، از جمله تعارضات، دفاع‌ها و انگیزه‌ها را که در هسته سبک‌های شخصیت قرار داشتند، نادیده گرفت و تمرکز خود را به رفتارهای بیرونی و نشانه‌های

قابل مشاهده معطوف کرد. این تغییرات همچنین به استفاده از اصطلاحات و مفاهیم روان تحلیلی مانند «وسواسی-جبری»، «نارسیسیست» و «پارانوئید» منجر شد، اما آن‌ها را از زمینه غنی دانش بالینی جدا کرد.

متخصصان بالینی که در درمان شخصیت مهارت دارند، دانش عملی از نشانگان‌های شخصیت دارند که از توصیفات موجود در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی غنی‌تر، عمیق‌تر و پیچیده‌تر است (۸،۹،۱۲،۱۳) و در برخی موارد با آن تفاوت دارد (۳). این فصل یک نمای کلی از نشانگان‌های شخصیت را همان‌طور که توسط متخصصان بالینی درک شده و با تحقیقات تجربی تأیید شده است، ارائه می‌دهد. توصیفات ارائه‌شده در اینجا فراتر از رفتارها و نشانه‌های آشکار است و به فرایندهای شخصیت که در پس این موارد نهفته‌اند، می‌پردازد. برای بسیاری از بیماران، این توصیفات می‌توانند نقشه‌های راهی برای درمان مؤثر ارائه دهند.

تشخیص به عنوان شناسایی الگو

هر نشانگان شخصیت که در این فصل مورد بحث قرار گرفته است، با یک توضیح به طول یک پاراگراف که به آن نمونه تشخیصی گفته می‌شود، توصیف شده است. این نمونه تشخیصی، نشانگان شخصیت را در شکل کامل یا خالص آن توصیف می‌کند (۱۴،۱۵). این نمونه‌های تشخیصی مبتنی بر شواهد هستند و به‌صورت تجربی از یک نمونه آمریکایی شامل ۱۲۰۱ بیمار که توسط متخصصان بالینی با استفاده از روش ارزیابی شدلر-وستن (سوآپ) توصیف شده بودند، استخراج شده‌اند. این نمونه‌ها بازتاب ویژگی‌های قابل مشاهده تجربی بیماران واقعی هستند و صرفاً بر اساس حدس و گمان‌های نظری نیستند.

گروه‌بندی‌های تشخیصی طبیعی با استفاده از روش‌های خوشه‌بندی آماری شناسایی شدند که عمدتاً نشانگان‌های شخصیت توصیف‌شده در متون بالینی را تأیید کردند (۴). اقلام سوآپ (عبارات توصیفی) که به بهترین شکل هر نشانگان شخصیت را توصیف می‌کنند نیز به‌صورت تجربی شناسایی شدند و سپس به‌صورت پاراگراف‌هایی تنظیم شدند تا نمونه‌های تشخیصی را ایجاد کنند (این ابزار در وبسایت swapassessment.org در دسترس است).

نمونه‌های تشخیصی این مزیت را دارند که هم مبتنی بر شواهد تجربی هستند و هم غنا و پیچیدگی دانش بالینی انباشته‌شده را حفظ می‌کنند. برای انجام یک تشخیص شخصیتی، متخصص بالینی میزان شباهت یا تطابق کلی بین بیمار و یک نمونه تشخیصی را از ۰ (بدون تطابق) تا ۵ (تطابق بسیار بالا) ارزیابی می‌کند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده شباهت بیشتر به نمونه تشخیصی و شدت بیشتر است. نمونه‌های تشخیصی در بخش‌های ۱ تا ۱۰ ارائه شده‌اند و مقیاس ارزیابی نیز همراه با هر نمونه گنجانده شده است.

اگر تشخیص به صورت دسته‌بندی شده و برای سازگاری با سیستم‌های تشخیصی

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی یا طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها مورد نظر باشد، نمرات ۴ و ۵ نشان‌دهنده تشخیص یک اختلال شخصیت هستند و نمره ۳ نشان‌دهنده ویژگی‌ها یا خصوصیات یک اختلال است. بنابراین، اگر یک بیمار نمره ۵ برای شخصیت نارسیسیست و نمره ۳ برای شخصیت وسواسی-جبری دریافت کند، تشخیص دسته‌بندی شده در قالب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به صورت اختلال شخصیت نارسیسیست با ویژگی‌های وسواسی-جبری خواهد بود. مبنای این رویکرد این است که یک پیکربندی یا الگوی ویژگی‌های روان‌شناختی مرتبط با هم، یک نشانگان شخصیت را تعریف می‌کند، نه صرفاً حضور یا عدم حضور ویژگی‌های جداگانه. شناسایی یک نشانگان شخصیت مانند شناسایی چهره است که بر اساس تشخیص الگو انجام می‌شود، نه بر اساس فهرست کردن ویژگی‌های جداگانه (۴، ۱۴، ۱۵).

روش تطبیق نمونه تشخیصی تشخیص‌هایی قابل اعتماد و معتبر ارائه می‌دهد و با فرآیندهای تصمیم‌گیری شناختی متخصصان بالینی، که بر پایه تشخیص الگو استوار هستند، سازگار است. این روش آنچه متخصصان با تجربه در عمل انجام می‌دهند را نظام‌مند می‌کند. در یک مطالعه درباره ترجیحات مصرف‌کنندگان، روان‌شناسان و روان‌پزشکان این روش تشخیص شخصیت را به سیستم تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و مدل‌های صفات بُعدی شخصیت ترجیح دادند (۱۶).

توسعه تمرکز درمانی

در سال‌های اخیر، بسیاری از متخصصان بالینی آموزش دیده‌اند که بر مشکلات ارائه‌شده و اختلالات محور یک در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (مانند افسردگی یا اضطراب فراگیر) تمرکز کنند و آن‌ها را به‌عنوان شرایطی جدا از شخصیت در نظر بگیرند. درمان‌هایی که اختلالات خاص راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی را هدف قرار می‌دهند، به‌طور ضمنی فرض می‌کنند که همه بیماران با یک تشخیص راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی مشخص، دچار شرایط یکسان هستند و به مداخلات، مشابه پاسخ خواهند داد اما متخصصان بالینی متوجه می‌شوند که اوضاع به‌ندرت به این سادگی است.

در بیشتر موارد، مشکلاتی که افراد را به دنبال درمان سلامت روان می‌کشاند، مشکلات جداگانه و مستقل نیستند. این مشکلات در تار و پود زندگی آن‌ها تنیده شده‌اند و در الگوهای مشخص فکر، احساس، رفتار، مقابله، دفاع و نحوه ارتباط آن‌ها با دیگران جای گرفته‌اند و از این ویژگی‌ها جدایی ناپذیرند؛ به عبارت دیگر، این مشکلات ریشه در شخصیت فرد دارند. این موضوع حتی اگر فرد دارای یک اختلال شخصیت قابل تشخیص نباشد نیز صدق می‌کند. بیمار به متخصص بالینی نیاز دارد که امری سیستمی و روان‌شناختی را درباره شخصیت او درک کند، نه فقط اختلالاتی که ممکن است داشته باشد، تا بتواند بفهمد چرا به‌طور مکرر در برابر انواع خاصی از

رنج آسیب‌پذیر است و چگونه می‌تواند این وضعیت را تغییر دهد. تغییر معنادار و پایدار معمولاً نه از طریق تمرکز بر نشانه‌ها، بلکه از طریق تمرکز بر الگوهای شخصیت که در پس آن‌ها قرار دارند، حاصل می‌شود. دانش درباره سبک‌های شخصیت نقشه‌ای از چشم‌انداز شخصیت فراهم می‌کند که متخصصان بالینی با تجربه از آن برای جهت‌یابی استفاده می‌کنند. بنابراین، هر نشانگان شخصیت نه تنها یک توصیف است، بلکه یک خلاصه از ابعاد کلی فرمول‌بندی یک مورد بالینی است که می‌تواند تمرکز درمانی ارائه دهد و به علل زیربنایی رنج بسیاری از بیماران بپردازد.

نشانگان شخصیت

این بخش به توصیف نشانگان شخصیت اصلی می‌پردازد، همان‌طور که توسط نظریه‌پردازان بالینی درک شده و با تحقیقات تجربی تأیید شده است. نمونه‌های تشخیصی و مقیاس‌های ارزیابی موجود در بخش‌های ۱ تا ۱۰ می‌توانند برای تشخیص‌های بالینی روزمره مورد استفاده قرار گیرند.

شخصیت افسرده

با وجود حذف شخصیت افسرده از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، این نوع از شخصیت رایج‌ترین نشانگان شخصیت است که در کار بالینی مشاهده می‌شود (۲). این یک نشانگان شخصیت به معنای کامل کلمه است: الگویی پایدار از عملکرد روان‌شناختی که از دوران نوجوانی مشهود است و طیف کامل فرایندهای شخصیت را در بر می‌گیرد.

افراد دارای شخصیت افسرده به‌طور مزمّن در برابر عواطف دردناک آسیب‌پذیر هستند، به‌ویژه احساس‌های ناکافی بودن، غم، گناه و شرم. آن‌ها در شناسایی نیازهای خود دچار مشکل هستند، و حتی زمانی که این نیازها را شناسایی می‌کنند، در بیان آن‌ها دشواری دارند. این افراد اغلب در مورد اجازه دادن به خود برای لذت بردن دچار تعارض هستند. به نظر می‌رسد که آن‌ها تحت تأثیر یک خواسته ناهوشیار برای تنبیه خود قرار دارند، چه از طریق قرار گرفتن در موقعیت‌هایی که به‌طور اجتناب‌ناپذیر دردناک هستند و چه با محروم کردن خود از فرصت‌های لذت‌بخش. یک ناظر روان‌شناختی با بصیرت ممکن است این فرد را «دشمن اصلی خود» توصیف کند.

هر جا که دشمنی وجود دارد، اغلب خشم و پرخاشگری نیز حضور دارد. یکی از موضوعات روان‌شناختی زیربنایی در شخصیت افسرده، حملات درونی علیه خود است. این فرد خشمگین است، اما از تجربه خشم دفاع می‌کند و به‌جای آن، آن را به شکل انتقاد از خود، محروم‌سازی خود و خودتنبیهی متوجه خود می‌کند. مورد مرتبط در سوآپ این است: «در اذعان یا ابراز خشم نسبت به دیگران مشکل دارد و به‌جای آن

افسرده، خودانتقادگر، خودتنبیه‌گر و غیره می‌شود.» به‌طور خلاصه، این فرد با خود مانند کسی رفتار می‌کند که از او متنفر است.

متخصصان بالینی به‌راحتی می‌توانند خشم و پر خاشگری بیمار را نادیده بگیرند، زیرا افراد با شخصیت افسرده تمایل دارند که به‌صورت آشکار سازگار باشند و نیازهای دیگران، از جمله نیازهای درمانگر، را در اولویت قرار دهند. اگر روان‌درمانی قرار است تغییر روان‌شناختی معناداری ایجاد کند، خشم باید در رابطه درمانی شناسایی، تجربه و بررسی شود.

موضوع روان‌شناختی دوم شامل جدایی، طرد و از دست دادن است. این افراد ممکن است نسبت به مشکلات در روابط بین‌فردی مشغولیت ذهنی داشته و به‌طور دردناکی آسیب‌پذیر باشند. آن‌ها از رها شدن و بی‌پناه و بدون مراقبت ماندن می‌ترسند. در نتیجه، از تعارض‌های بین‌فردی اجتناب می‌کنند و در ابراز وجود دچار مشکل هستند. خوشایندسازی بیش از حد و کمک‌رسانی، آن‌ها را در برابر عدم تأیید یا طرد محافظت می‌کند. در روان‌درمانی، آن‌ها انتقادهای و ناراضی‌های مشروع خود را به دلیل ترس از آسیب رساندن به احساسات درمانگر یا خدشه‌دار کردن رابطه درمانی سرکوب می‌کنند. به جای بیان نیازها و خواسته‌های خود، آن‌ها به پذیرش آنچه ارائه می‌شود اکتفا کرده و با آن کنار می‌آیند. این امر می‌تواند به پویایی‌ای در رابطه درمانی منجر شود که در آن درمانگر فکر می‌کند همه چیز به‌خوبی پیش می‌رود، در حالی که بیمار از خواسته‌های خود چشم‌پوشی کرده و بدین ترتیب، الگوی ناکارآمد روابط بیمار در رابطه درمانی بازآفرینی می‌شود.

این الگو ممکن است ریشه در مشکلات رابطه‌ای یا در دسترس نبودن عاطفی کافی مراقب در دوران رشد اولیه داشته باشد، که فرد را با احساسی از خلأ عاطفی و ناتمام بودن باقی می‌گذارد و این‌ها را در او ایجاد می‌کند که محرومیتش به دلیل بدی خود او بوده است. برخی از بیماران احساس فراگیری دارند که شخص یا چیزی اساسی برای بهزیستی آن‌ها از دست رفته و هرگز نمی‌توان آن را بازیابی کرد. این احساسات می‌توانند حول تجربیات بعدی از دست دادن شکل بگیرند و تقویت شوند. پاداش‌ها و لذت‌هایی که به‌طور واقع‌بینانه در دسترس هستند، ممکن است به‌عنوان نسخه‌ای کمرنگ از آنچه از دست رفته یا می‌توانست وجود داشته باشد، تجربه شوند. چنین بیمارانی ممکن است نیاز داشته باشند که درمانگر به آن‌ها کمک کند تا برای آنچه از دست داده‌اند سوگواری کنند، پیش از آنکه بتوانند از نظر عاطفی در آنچه زندگی اکنون می‌تواند ارائه دهد سرمایه‌گذاری کنند.

برای برخی از بیماران دارای شخصیت افسرده، مضامین خشم ناهوشیار و حمله به خود غالب هستند. برای برخی دیگر، مضامین جدایی و از دست دادن غالب‌اند. این مضامین در ادبیات بالینی و پژوهشی تحت عناوین افسردگی درون‌فکنانه (خودانتقادگر) و افسردگی دلیسته (وابسته) مورد بحث قرار گرفته‌اند (۱۷، ۱۸). هر دو مضمون ممکن است به هر نسبتی با هم وجود داشته باشند.

شخصیت افسرده رایج‌ترین سبک شخصیت در میان افرادی است که به حرفه‌های سلامت روان گرایش دارند (۱۹). متخصصان بالینی بی‌پایان فرصت دارند تا به جای مراقبت از خود، از دیگران مراقبت کنند، بیش از حد کمک‌رسان باشند و خود را به دلیل کوتاهی در رسیدن به استانداردهای غیرواقع‌بینانه و خودتحمیلی سرزنش کنند.

بخش ۱: نمونه شخصیت افسرده	
افرادی که با این الگو مطابقت دارند، تمایل دارند احساس افسردگی یا ناامیدی داشته باشند و خود را ناکافی، پایین‌تر از دیگران یا شکست‌خورده ببینند. آن‌ها معمولاً از فعالیت‌های زندگی لذت یا رضایت کمی می‌برند و احساس می‌کنند زندگی معنایی ندارد. این افراد به‌طور ناکافی نگران برآوردن نیازهای خود هستند و با رد کردن یا خفه کردن امیدها و خواسته‌های خود، در برابر ناامیدی محافظت می‌کنند. آن‌ها به نظر می‌رسد که درباره تجربه لذت دچار تعارض هستند و احساساتی مانند هیجان، شادی یا افتخار را مهار می‌کنند. همچنین ممکن است درباره موفقیت یا دستاوردها دچار تعارض باشند (مثلاً از رسیدن به توانایی‌های بالقوه خود بازمانده یا خود را در آستانه موفقیت تخریب کنند). افرادی که با این الگو مطابقت دارند معمولاً خودانتقادی شدید دارند، خود را به استانداردهای غیرواقع‌بینانه پایبند می‌دانند و به دلیل اتفاقات بد، خود را مقصر و گناهکار می‌دانند. آن‌ها تمایل دارند که خود را تنبیه کنند، چه با ایجاد شرایطی که منجر به ناخوشایندی شود و چه با اجتناب از فرصت‌های لذت و رضایت. آن‌ها در اذعان یا ابراز خشم مشکل دارند و به‌جای آن، افسرده، خودانتقادگر یا خودتنبیه‌گر می‌شوند. این افراد اغلب از طرد شدن یا ترک شدن می‌ترسند، مستعد احساسات دردناک از خلأ هستند و حتی در حضور دیگران ممکن است احساس بی‌پناهی یا تنهایی شدید داشته باشند. آن‌ها ممکن است احساس فراگیری داشته باشند که کسی یا چیزی ضروری برای خوشبختی‌شان برای همیشه از دست رفته است (برای مثال، یک رابطه، جوانی، زیبایی، یا موفقیت)	
تشخیص	۵ تطابق بسیار بالا (بیمار مثال این اختلال است؛ نمونه عالی)
	۴ تطابق بالا (بیمار این اختلال را دارد؛ تشخیص می‌گیرد)
ویژگی‌ها	۳ تطابق متوسط (بیمار ویژگی‌های قابل توجهی از این اختلال دارد)
	۲ تطابق اندک (بیمار ویژگی‌های جزئی از این اختلال دارد)
	۱ بدون تطابق (توصیف اعمال نمی‌شود)

شخصیت مضطرب-اجتنابی

اصطلاح «اختلال شخصیت اجتنابی» که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به کار می‌رود، برای متخصصان بالینی آشنا تر است، اما اصطلاح «مضطرب-اجتنابی» با استفاده از خط تیره، ماهیت این نشانگان شخصیت را با دقت بیشتری منتقل می‌کند.

افراد دارای شخصیت مضطرب-اجتنابی، پیش از هر چیز، مضطرب هستند. اضطراب تجربه آن‌ها از خود و دنیای اطرافشان را فرا گرفته است. آن‌ها به‌طور مداوم درباره خطرات ادراک شده و اشتباهات گذشته فکر کرده و آن‌ها را مرور می‌کنند. احساسات غالب در آن‌ها شامل اضطراب، شرم و خجالت است. آن‌ها با اجتناب از منابع اضطراب از خود دفاع می‌کنند. مشکل اینجاست که منابع اضطراب همه‌جا هستند، حتی در درون خودشان، پاسخ‌های اجتنابی به‌مانند میله‌های یک زندان روان شناختی عمل می‌کنند که آزادی در فکر، احساس، انتخاب و عمل را محدود و محدودتر می‌کنند. در نتیجه، افراد با شخصیت مضطرب-اجتنابی زندگی محدودی دارند و به روتین‌های آشنای خود پایبند می‌مانند. با وجود دفاع‌های اجتنابی، اضطراب همچنان از طریق راه‌های مختلف بیرون می‌زند که می‌تواند شامل نشانه‌های بدنی و نگرانی‌های مرتبط با آن‌ها باشد.

افراد دارای شخصیت مضطرب-اجتنابی نه تنها از دنیای بیرونی و بین فردی با ترس اجتناب می‌کنند، بلکه از دنیای درونی خود نیز گریزان هستند. اجتناب از دنیای بیرونی در قالب اجتناب اجتماعی، خودآگاهی و ناهنجاری اجتماعی نمایان می‌شود. اجتناب از دنیای درونی در قالب مهار و محدود کردن زندگی عاطفی و خواسته‌هایشان بروز می‌کند. این افراد به دنبال خواسته‌ها و امیالشان نیستند، بلکه انگیزه اصلی آن‌ها اجتناب از آسیب‌های ادراک شده است.

چالش در روان درمانی این است که بیماران با شخصیت مضطرب-اجتنابی در درمان نیز اجتنابی هستند. آن‌ها به احتمال زیاد از موضوعات دشوار دوری می‌کنند، وقتی افکارشان به سمت موضوعات ناراحت کننده هدایت می‌شود، موضوع را تغییر می‌دهند و تلاش‌های درمانگر برای کاوش در تجربه روان شناختی فراتر از مسیرهای آشنا و تکراری را دفع می‌کنند. این مسئله یک دوراهی برای درمانگران ایجاد می‌کند: اگر از دفاع‌های اجتنابی بیمار چشم‌پوشی کنند، روان درمانی تأثیر چندانی نخواهد داشت؛ و اگر با این دفاع‌ها مقابله کنند، بیمار ممکن است درمان را رها کرده یا کاملاً گارد بگیرد. درمان مؤثر مستلزم تعادلی بین حمایت و مواجهه است. درمانگر باید به بیمار کمک کند تا احساسات و فانتزی‌هایی را که پیش‌تر بیان نشده بودند، به کلام درآورد. هنگامی که آن‌ها در مواجهه با موقعیت‌ها (هم در داخل و هم در خارج از درمان) با اجتناب همراه با ترس واکنش نشان می‌دهند، باید جزئیات خطرات ادراک شده بررسی شود («و بعد چه اتفاقی می‌افتد؟») تا در روشنی واقعیت ارزیابی شوند. وقتی یک اتحاد درمانی امن برقرار شد، درمانگر باید بیمار را تشویق کند تا با

موقعیت‌ها و تجربیات ترسناک به صورت تدریجی و مرحله به مرحله روبه‌رو شود. برای جزئیات بیشتر، به بخش ۲ درباره نمونه شخصیت مضطرب-اجتنابی مراجعه کنید.

بخش ۲: نمونه شخصیت مضطرب اجتنابی	
افرادی که با این نمونه مطابقت دارند به‌طور مزمّن مضطرب هستند. آن‌ها تمایل دارند به مشکلات فکر کرده و آن‌ها را مرور کنند یا مکالمات را در ذهن خود تکرار کنند. این افراد بیشتر نگران اجتناب از آسیب هستند تا دنبال کردن خواسته‌ها، و انتخاب‌ها و اقداماتشان به‌طور غیرمعمولی تحت تأثیر تلاش برای اجتناب از خطرات ادراک‌شده قرار می‌گیرد. آن‌ها مستعد احساس شرم و خجالت هستند. افرادی که با این نمونه مطابقت دارند معمولاً در موقعیت‌های اجتماعی خجالتی و خودهوشیار هستند و احساس می‌کنند که یک فرد طردشده یا غریبه هستند. آن‌ها اغلب از نظر اجتماعی ناهنجار بوده و به دلیل ترس از خجالت‌زدگی یا تحقیر، از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند. این افراد معمولاً مهار شده و محدود هستند و در اذعان یا ابراز خواسته‌های خود دچار مشکل می‌شوند. آن‌ها ممکن است به‌طور سختگیرانه به روتین‌های روزانه پایبند باشند، در تصمیم‌گیری مشکل داشته باشند یا هنگام مواجهه با انتخاب‌ها دچار دودلی شوند. اضطراب آن‌ها ممکن است از طریق کانال‌های مختلفی ابراز شود، از جمله حملات هراس، نگرانی‌های خودبیمارانگاران (مانند نگرانی بیش از حد درباره دردها و ناراحتی‌های طبیعی بدن) یا نشانه‌های جسمی در پاسخ به استرس (مانند سردرد، کمردرد، درد شکم، آسم)	
تشخیص	۵ تطابق بسیار بالا (بیمار مثال این اختلال است؛ نمونه عالی)
	۴ تطابق بالا (بیمار این اختلال را دارد؛ تشخیص می‌گیرد)
ویژگی‌ها	۳ تطابق متوسط (بیمار ویژگی‌های قابل توجهی از این اختلال دارد)
	۲ تطابق اندک (بیمار ویژگی‌های جزئی از این اختلال دارد)
	۱ بدون تطابق (توصیف اعمال نمی‌شود)

شخصیت وابسته-قربانی شده

اصطلاح «اختلال شخصیت وابسته» در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به کار می‌رود، اما اصطلاح «وابسته-قربانی شده» با استفاده از خط تیره، یکی از ویژگی‌های اصلی این نشانگان شخصیت را بهتر منتقل می‌کند: تمایل به قرار دادن

خود در معرض آسیب. افراد دارای این نشانگان شخصیت به سمت روابطی گرایش دارند که در آن‌ها مورد بد رفتاری، استثمار یا سوءاستفاده قرار می‌گیرند. افراد دارای شخصیت وابسته-قربانی شده با وابستگی شدید مشخص می‌شوند که آن‌ها را به زیر پا گذاشتن نیازهای خود در برابر نیازهای دیگران سوق می‌دهد تا پیوندهایی که به شدت به آن‌ها نیاز دارند را حفظ کنند. این وابستگی آن‌ها را در برابر بد رفتاری و استثمار آسیب‌پذیر می‌کند. این افراد رابطه به شکل وابستگی را برای بقای خود ضروری می‌دانند و به نظر می‌رسد که برای حفظ آن حاضرند هر کاری انجام دهند، حتی پذیرش چیزهایی که آن‌ها را ناخوشایند می‌کند و یا برای خود مخرب می‌یابند. در ظاهر، آن‌ها متملق، منفعل و مطیع هستند اما در درون، خود را نالایق، بی‌ارزش و بدون ارتباط و تأیید دیگران، و درمانده تجربه می‌کنند. در موارد شدید، زندگی خارج از رابطه ممکن است غیرقابل تصور به نظر برسد. به دلیل تجربه درونی از بی‌ارزشی عمیق، ممکن است فردی که آن‌ها را تحقیر می‌کند را تنها کسی بدانند که قادر است آن‌ها را درک کند.

فرمان برداری به خشم و دلخوری منجر می‌شود، اما خشم آشکار باید سرکوب شود زیرا تهدیدی برای رابطه است که فرد آن را به عنوان خط حیاتی خود درک می‌کند. خشم و پر خاشاگری انکار شده به شکل رفتارهای منفعل-پر خاشاگرانه بروز پیدا می‌کند، که معمولاً منجر به بد رفتاری بیشتر از سوی دیگران می‌شود. این الگوهای رابطه‌ای می‌توانند از طریق انتقال و انتقال متقابل در رابطه درمانی نیز تکرار شوند. بیمار ممکن است احساس وابستگی به درمانگر داشته باشد و در عین حال، به صورت منفعل-پر خاشاگرانه تمام تلاش‌های درمانگر برای کمک را خنثی کند. درمانگران ممکن است ابتدا به نیاز بیمار با تلاش‌های مضاعف برای ارائه مراقبت پاسخ دهند، اما پس از آن، وقتی بیمار به صورت درمانده درآمد و مکرراً همه تلاش‌های آن‌ها را خنثی کرد، خود را در موقعیتی ببینند که کنترل‌گر یا تنبیه‌گر شده‌اند. در این مرحله، رابطه درمانی شبیه سایر روابط ناکارآمد بیمار می‌شود. درک این الگوها و نحوه شکل‌گیری آن‌ها می‌تواند راهی به سوی شیوه‌های جدید ارتباط فراهم کند. برای جزئیات بیشتر، به بخش ۳ درباره نمونه شخصیت وابسته-قربانی شده مراجعه کنید.

شخصیت وسواسی-جبری

شخصیت وسواسی-جبری یکی از آشناترین و به راحتی قابل شناسایی‌ترین نشانگان شخصیت است. در ظاهر، افراد با شخصیت وسواسی-جبری دقیق، منظم، مقرراتی و عقل‌گرا به نظر می‌رسند. آن‌ها دسترسی کمی به زندگی عاطفی خود دارند و در حوزه افکار و ایده‌ها راحت‌تر از حوزه احساسات عمل می‌کنند. اگر از فردی با شخصیت وسواسی-جبری پرسید چه احساسی دارد، به احتمال زیاد به شما خواهند گفت که چه فکری می‌کنند؛ آن‌ها معمولاً با جزئیات فراوان، با بررسی دقیق مزایا و معایب، استدلال‌ها و استدلال‌های متقابل.

بخش ۳: نمونه شخصیت وابسته-قربانی شده

افرادی که با این پروتوتایپ مطابقت دارند معمولاً نیازمند و وابسته هستند، از تنها ماندن می‌ترسند و از طرد شدن یا رها شدن هراس دارند. آن‌ها تمایل دارند متملق یا مطیع باشند و اغلب برای حفظ حمایت یا تأیید، به چیزهایی رضایت می‌دهند که آن‌ها را ناخوشایند می‌یابند. این افراد معمولاً منفعل و بدون اعتمادبه‌نفس هستند و احساس درماندگی و ناتوانی می‌کنند. آن‌ها غالباً دودل، تأثیرپذیر یا به‌آسانی تحت‌تأثیر قرار می‌گیرند و ساده‌لوح یا بی‌تجربه به نظر می‌رسند، به شکلی که کمتر از آنچه انتظار می‌رود از راه و رسم دنیا آگاه هستند. آن‌ها گرایش دارند به افرادی وابسته شوند که از نظر عاطفی در دسترس نیستند و روابطی ایجاد کنند که در آن‌ها نقش مراقبت یا نجات طرف مقابل را بر عهده می‌گیرند. افرادی که با این نمونه مطابقت دارند معمولاً به روابطی کشیده می‌شوند یا در روابطی باقی می‌مانند که در آن‌ها از نظر عاطفی یا فیزیکی مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرند، یا خود را بی‌دلیل در موقعیت‌های خطرناک قرار می‌دهند (مانند تنها راه رفتن یا توافق برای ملاقات با غریبه‌ها در مکان‌های ناامن). آن‌ها به‌طور ناکافی نگران برآوردن نیازهای خود هستند و اغلب احساس بی‌ارزشی یا بی‌لیاقتی می‌کنند. این افراد در اذعان یا ابراز خشم مشکل دارند و به‌جای آن افسرده، خودانتقادگر یا خودتنبیه‌گر می‌شوند. آن‌ها تمایل دارند خشم خود را به شیوه‌های منفعل و غیرمستقیم ابراز کنند (مانند اشتباه کردن، به تعویق انداختن کارها، فراموش کردن)، که ممکن است خشم یا بدرفتاری دیگران را برانگیزد یا تحریک کند

تشخیص	۵ تطابق بسیار بالا (بیمار مثال این اختلال است؛ نمونه عالی)
	۴ تطابق بالا (بیمار این اختلال را دارد؛ تشخیص می‌گیرد)
ویژگی‌ها	۳ تطابق متوسط (بیمار ویژگی‌های قابل توجهی از این اختلال دارد)
	۲ تطابق اندک (بیمار ویژگی‌های جزئی از این اختلال دارد)
	۱ بدون تطابق (توصیف اعمال نمی‌شود)

با این حال، گفتمان عقلانی آن‌ها به یک تصمیم یا برنامه عملی منجر نمی‌شود. در عوض، ممکن است به جزئیات بی‌اهمیت بپردازند یا در انتزاعات عقلانی گرفتار شوند. فرایندهای فکری آن‌ها به شفافیت عاطفی منجر نمی‌شود زیرا کارکرد ناهوشیار آن‌ها دفاع در برابر احساسات، تکانه‌ها و خواسته‌ها است. هنگامی که با نیاز به یک انتخاب شخصی مواجه می‌شوند، به احتمال زیاد دچار دودلی و تردید خواهند شد. برای هر مزیتی، یک عیب با وزن برابر و مخالف وجود دارد.

به دلیل اینکه این افراد مانند ماشین‌های بی‌احساس و هیجان‌ناپذیر به نظر می‌رسند، یک نظریه‌پرداز سبک شخصیت و سواسی-جبری را به عنوان «ماشین‌های زنده» توصیف کرده است (۲۰). با این حال، دفاع‌ها متناسب با تکانه‌هایی هستند که در برابر آن‌ها دفاع می‌کنند. در زیر سطح هوشیاری، فرد دارای شخصیت و سواسی-جبری در حال مبارزه‌های هیجانی عظیمی است.

در هسته شخصیت و سواسی-جبری، یک تعارض میان اطاعت و نافرمانی وجود دارد (۱۲). اطاعت یعنی پیروی از قوانین و احترام به اقتدار، به عنوان تسلیم و تحقیر تجربه می‌شود. این وضعیت منجر به خشم و میل به نافرمانی و تحقیر دیگری می‌شود. نافرمانی به احساس گناه و ترس از تنبیه منجر می‌شود، که دوباره به اطاعت بازمی‌گردد. مسائل روزمره و عادی تناسب خود را از دست می‌دهند. تصمیم‌گیری برای زودتر یا دیرتر رسیدن به یک قرار ملاقات، ابعادی حماسی به خود می‌گیرد و به یک نبرد میان تسلیم و نافرمانی تبدیل می‌شود.

تسلیم شدن به ترجیح دیگری یا پافشاری بر ترجیح خود می‌تواند مانند نابود شدن یا نابود کردن احساس شود. تصمیم‌گیری‌های جزئی به لحاظ هیجانی پرتنش می‌شوند. با این حال، ترس، شرم و خشم به‌طور مداوم تهدید می‌کنند که بروز پیدا کنند.

ویژگی‌های آشکار و قابل مشاهده شخصیت و سواسی-جبری از این تعارض ناشی می‌شوند. وجدان‌گرایی و نظم‌گرایی از ترس اقتدار و تنبیه ریشه می‌گیرند. نافرمانی و خشم به شکل نگرش‌های انتقادی، رفتارهای کنترل‌گرانه، مخالفت‌ورزی، کشمکش‌های قدرت، خساست، به تعویق انداختن کارها، و در نهایت بخش‌هایی از بی‌نظمی و آشفتگی بروز پیدا می‌کنند. عقلانی‌سازی و محدود کردن عواطف برای حفظ این تعارض در خارج از آگاهی به کار می‌روند.

افراد دارای شخصیت و سواسی-جبری از روان‌درمانی اکتشافی و تفسیری بهره‌مند می‌شوند. آن‌ها از بینش نسبت به دفاع‌های خود در برابر زندگی عاطفی و هزینه بالای این دفاع‌ها در رابطه با روابطشان و ظرفیتشان برای خودانگیختگی و شادی سود می‌برند. درمانگر باید به تمایل بیمار برای عقلانی‌سازی و تلقی نظرات درمانگر به عنوان نظریه‌هایی برای تفکر، نه به عنوان مسائل هیجانی، هوشیار باشد. برای مثال، اگر بیمار بگوید که مشاهده درمانگر منطقی به نظر می‌رسد، درمانگر ممکن است بپرسد که آیا این فقط منطقی است یا آیا بیمار آن را در خود شناسایی می‌کند و آن را به عنوان یک حقیقت احساسی تجربه می‌کند. به این ترتیب، درمانگر می‌تواند توجه بیمار را به زندگی هیجانی‌اش و دفاع‌هایی که آن را سرکوب می‌کنند، جلب کند. شخصیت و سواسی-جبری با اختلال و سواسی-جبری متفاوت است، که یک پدیده مجزا بوده و به درمان متفاوتی نیاز دارد. برای جزئیات بیشتر، به بخش ۴ درباره نمونه شخصیت و سواسی-جبری مراجعه کنید.

بخش ۴: نمونه شخصیت وسواسی-جبری

افرادی که با این نمونه مطابقت دارند تمایل دارند خود را منطقی و عقلانی بدانند و از هیجانات تأثیرناپذیر تصور کنند. آن‌ها معمولاً به شیوه‌ای انتزاعی و عقلانی فکر می‌کنند، در جزئیات غرق می‌شوند (اغلب تا حدی که موضوعات مهم را از دست می‌دهند) و ترجیح می‌دهند به گونه‌ای عمل کنند که انگار هیجانات بی‌اهمیت یا بی‌ارتباط هستند. آن‌ها معمولاً به‌طور افراطی به کار و بهره‌وری اختصاص دارند، به شکلی که به ضرر تفریحات و روابطشان تمام می‌شود. این افراد معمولاً مهار شده و محدود هستند و در اذعان یا ابراز خواسته‌ها، تکانه‌ها یا خشم خود دچار مشکل‌اند. آن‌ها به شدت تمایل دارند خود را قوی، بدون مشکل و دارای کنترل روی هیجانات نشان دهند، با وجود شواهدی از ناامنی، اضطراب یا پریشانی درونی. این افراد نیاز به حمایت یا راحتی را انکار یا رد می‌کنند و اغلب چنین نیازهایی را به‌عنوان ضعف تلقی می‌کنند. آن‌ها به شدت به روتین‌های روزانه پایبندند و با تغییر آن‌ها دچار اضطراب یا ناراحتی می‌شوند. آن‌ها معمولاً بیش از حد نگران قوانین، رویه‌ها، نظم، سازماندهی، برنامه‌ها و مانند آن هستند. همچنین ممکن است به نگرانی درباره کثیفی، تمیزی یا آلودگی مشغول شوند. عقلانیت و نظم‌گرایی آن‌ها اغلب احساسات زیرین اضطراب یا خشم را پنهان می‌کند. این افراد معمولاً درباره خشم، پرخاشگری و اقتدار دچار تعارض هستند. آن‌ها تمایل دارند نسبت به خود انتقادگر باشند و از خود انتظار «کامل بودن» دارند، و همین‌طور نسبت به دیگران نیز انتقادگر هستند، چه به‌صورت آشکار و چه پنهان. آن‌ها معمولاً کنترل‌گر، مخالف و خودحق‌پندار یا اخلاقی‌گرا هستند. این افراد مستعد خساست و امتناع از ارائه دارایی‌هایشان (مانند زمان، پول، محبت) هستند. اغلب درباره اقتدار دچار تعارض‌اند و با تکانه‌های متناقض برای تسلیم شدن یا نافرمانی دست‌وپنجه نرم می‌کنند

تشخیص	۵ تطابق بسیار بالا (بیمار مثال این اختلال است؛ نمونه عالی)
	۴ تطابق بالا (بیمار این اختلال را دارد؛ تشخیص می‌گیرد)
ویژگی‌ها	۳ تطابق متوسط (بیمار ویژگی‌های قابل‌توجهی از این اختلال دارد)
	۲ تطابق اندک (بیمار ویژگی‌های جزئی از این اختلال دارد)
	۱ بدون تطابق (توصیف اعمال نمی‌شود)

شخصیت اسکیزوتایید-اسکیزوتایپال

اصطلاح «اسکیزوتایید» یکی از گیج‌کننده‌ترین اصطلاحات در ادبیات بالینی است، زیرا نویسندگان مختلف از این واژه برای توصیف انواع بسیار متفاوتی از بیماران استفاده کرده‌اند. افرادی که تا حدی دچار مشکل هستند که بتوان آن‌ها را با یک اختلال شخصیت در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تشخیص داد، دارای نقص‌های اساسی در ظرفیت‌های روان‌شناختی هستند. آن‌ها با فقر در عملکرد بین‌فردی، زندگی عاطفی، و فرآیندهای فکری مشخص می‌شوند. نمونه شخصیت اسکیزوتایید-شبه اسکیزوفرنیک که در اینجا ارائه شده است، این نشانگان مبتنی بر نقص را توصیف می‌کند.

نویسندگان روان‌تحلیلی همچنین از اصطلاح «اسکیزوتایید» برای توصیف نوعی بسیار متفاوت و بسیار سالم‌تر از بیماران استفاده کرده‌اند که دچار چنین نقص‌های اساسی نیستند و روان‌شناسی آن‌ها بیشتر مبتنی بر تعارض است. این بیماران ممکن است زندگی درونی غنی و ظرفیت عمیقی برای همدلی داشته باشند، حتی زمانی که از دیگران فاصله می‌گیرند. تعارض روان‌شناختی زیربنایی آن‌ها میان اشتیاق به نزدیکی و ترس از غرق شدن، مورد تهاجم قرار گرفتن، یا تحریک بیش از حد است.

در مورد بیماران دارای نقص‌های شدیدتر (مبتنی بر نقص)، پژوهش‌ها از تمایز راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی بین اختلالات شخصیت اسکیزوتایید و اسکیزوتایپال حمایت نمی‌کنند. تدوین‌کنندگان راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تلاش کردند تا مرزهای میان این دسته‌های تشخیصی را با تأکید بر نشانه‌های مثبت زیرآستانه‌ای اسکیزوفرنی در یکی (اسکیزوتایپال) و علائم منفی زیرآستانه‌ای در دیگری (اسکیزوتایید) شفاف‌تر کنند. با این حال، این تمایز از نظر تجربی قابل اثبات نیست. پژوهش‌هایی که با ابزار سوآپ انجام شده‌اند، به‌طور مداوم یک گروه‌بندی تشخیصی واحد را شناسایی کرده‌اند که ویژگی‌های هر دو اختلال شخصیت اسکیزوتایید و اسکیزوتایپال را شامل می‌شود، از این رو اصطلاح «اسکیزوتایید-اسکیزوتایپال» با خط تیره به کار برده شده است.

بیمارانی که با نمونه اسکیزوتایید-اسکیزوتایپال مطابقت دارند، فاقد روابط نزدیک هستند و به نظر می‌رسد که نسبت به همراهی یا ارتباط انسانی بی‌تفاوت‌اند. آن‌ها فاقد مهارت‌های اجتماعی هستند و معمولاً در تعاملات اجتماعی دست‌وپاچلفتی یا نامناسب به نظر می‌رسند. ظاهر یا رفتار آن‌ها ممکن است عجیب یا غیرعادی به نظر برسد. این افراد تمایل دارند به‌صورت کاملاً عینی فکر کنند و ظرفیت کمی برای درک استعاره، تشبیه یا ظرافت‌های معنایی دارند. آن‌ها در درک رفتار دیگران دچار مشکل‌اند و همچنین بینش کمی نسبت به رفتار خود دارند. با وجود بی‌تفاوتی ظاهری، در درون اغلب به‌شدت رنج می‌کشند، و خود را طردشده و غریبه می‌بینند. یک زیرگروه از بیماران اسکیزوتایید-اسکیزوتایپال انحرافات قابل توجهی در فکر، استدلال و ادراک نشان می‌دهند، و فرآیندهای گفتار و تفکر آن‌ها ممکن است پراکنده و

طولانی‌گویی باشد.

بخش ۵: نمونه شخصیت اسکیزوئید-اسکیزوتایپال	
افرادی که با این نمونه مطابقت دارند فاقد روابط نزدیک هستند و به نظر می‌رسد که نیاز کمی به همراهی یا ارتباط انسانی دارند، اغلب جدا و بی‌تفاوت به نظر می‌رسند. آن‌ها فاقد مهارت‌های اجتماعی هستند و معمولاً در تعاملات اجتماعی دست‌وپاچلفتی یا نامناسب به نظر می‌رسند. ظاهر یا رفتار آن‌ها ممکن است عجیب یا غیرعادی باشد (برای مثال، نظافت شخصی، حالت بدن، تماس چشمی، یا ریتم گفتار آن‌ها ممکن است عجیب یا «غیرعادی» به نظر برسد)، و گفته‌های کلامی آن‌ها ممکن است با احساسات همراه یا رفتار غیرکلامی‌شان ناسازگار باشد. آن‌ها در درک رفتار دیگران دچار مشکل هستند و به نظر می‌رسد که نمی‌توانند افراد مهم زندگی‌شان را به شکلی توصیف کنند که حس واضحی از شخصیت آن‌ها را منتقل کند. همین‌طور بینش کمی نسبت به انگیزه‌ها و رفتارهای خود دارند و در ارائه روایتی منسجم از زندگی‌شان دچار مشکل هستند. افرادی که با این نمونه مطابقت دارند دامنه هیجانی محدودی دارند و معمولاً به‌صورت کاملاً عینی فکر می‌کنند و توانایی کمی برای درک استعاره، تشبیه یا ظرافت‌های معنایی از خود نشان می‌دهند. در نتیجه، اغلب باعث احساس خستگی در دیگران می‌شوند. با وجود اینکه به ظاهر دچار فاصله‌گیری عاطفی هستند، آن‌ها اغلب از نظر احساسی رنج می‌برند: آن‌ها از فعالیت‌های زندگی رضایت کمی دارند و لذت کمی می‌برند، معمولاً احساس می‌کنند زندگی بی‌معنی است و خود را طردشده یا غریبه می‌دانند. یک زیرگروه از این افراد ویژگی‌های عجیب‌وغریبی در تفکر و ادراک خود نشان می‌دهند. گفتار و فرآیندهای فکری آن‌ها ممکن است طولانی‌گویی، پراکنده یا انحرافی باشد. فرآیندهای استدلال یا تجربیات ادراکی آن‌ها ممکن است عجیب و منحصربه‌فرد به نظر برسد و ممکن است نسبت به دیگران مشکوک باشند و نیت بدخواهانه‌ای را در کلمات یا اعمال دیگران تعبیر کنند	
تشخیص	۵ تطابق بسیار بالا (بیمار مثال این اختلال است؛ نمونه عالی)
	۴ تطابق بالا (بیمار این اختلال را دارد؛ تشخیص می‌گیرد)
ویژگی‌ها	۳ تطابق متوسط (بیمار ویژگی‌های قابل توجهی از این اختلال دارد)
	۲ تطابق اندک (بیمار ویژگی‌های جزئی از این اختلال دارد)
	۱ بدون تطابق (توصیف اعمال نمی‌شود)

شخصیت ضداجتماعی-سایکوپتیک

تشخیص اختلال شخصیت ضداجتماعی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی بر جنبه‌های مجرمانه تأکید دارد اما فرایندهای شخصیت و انگیزه‌هایی که یک نشانگان شخصیت را تعریف می‌کنند، تا حد زیادی نادیده می‌گیرد. نمونه تشخیصی که به‌صورت تجربی استخراج شده است، فرایندهای شخصیت را توصیف می‌کند و شباهت بیشتری به مفهوم تاریخی سایکوپت دارد (۲۳، ۲۱). اصطلاح «ضداجتماعی-سایکوپتیک» به‌عنوان پلی میان ساختار راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و نشانگان شخصیت بالینی عمل می‌کند.

افراد به دلایل متعددی که به آسیب‌شناسی شخصیت مربوط نیست، دست به رفتارهای ضداجتماعی و مجرمانه می‌زنند. همه افرادی که رفتارهای مجرمانه انجام می‌دهند یا معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای اختلال شخصیت ضداجتماعی را برآورده می‌کنند، شخصیت سایکوپتیک ندارند؛ و همچنین همه افرادی که شخصیت سایکوپتیک دارند، لزوماً به رفتارهای مجرمانه دست نمی‌زنند. در برخی زمینه‌های زندگی، ویژگی‌های سایکوپتیک مورد تشویق قرار می‌گیرند. افرادی با سبک شخصیت ضداجتماعی-سایکوپتیک، اگر فرصت‌های مناسبی به دست آورند، ممکن است به رهبران تجاری یا سیاسی تبدیل شوند، نه مجرمان، و برنامه‌های بی‌رحمانه خود را با تأیید اجتماعی و حتی تحسین دنبال کنند. افراد با شخصیت ضداجتماعی-سایکوپتیک فاقد یک نظام اخلاقی درونی شده هستند. از نظر آن‌ها، «درست» چیزی است که بتوانند بدون عواقب از آن بگریزند. آن‌ها به دنبال منافع شخصی خود هستند، از دیگران سوءاستفاده می‌کنند، و بدون احساس گناه یا تردید، دست به فریب و دستکاری می‌زنند. این افراد بی‌پروا به حقوق، اموال یا امنیت دیگران بی‌اعتنایی نشان می‌دهند و برای آسیبی که به دیگران وارد می‌کنند، احساس پشیمانی چندانی ندارند. برعکس، آن‌ها از تسلط بر دیگران و اعمال قدرت بر آن‌ها لذت سادیستیک می‌برند.

افراد دارای شخصیت ضداجتماعی-سایکوپتیک اضطراب کمی تجربه می‌کنند و واکنش‌پذیری خودمختار آن‌ها در پاسخ به رویدادهای ناخوشایند حداقل است. بسیاری از این افراد نیاز زیادی به تحریک دارند و به دنبال هیجان، تازگی و ماجراجویی هستند. آن‌ها مرزها را زیر پا می‌گذارند و به‌صورت تکانشی عمل می‌کنند، زیرا تکانه‌هایشان توسط اضطراب، همدلی یا یک نظام اخلاقی درونی مهار نمی‌شود. گونه‌های غیرتکانشی شخصیت ضداجتماعی-سایکوپتیک نیز وجود دارند، اما کمتر شایع هستند. در این گونه‌ها، پرخاشگری سادیستیک به‌صورت برنامه‌ریزی‌شده، عمدی و کاملاً بی‌احساس انجام می‌شود؛ به شکلی که گاه از آن به‌عنوان رفتار «خزنده‌مانند» توصیف شده است.

افراد دارای شخصیت ضداجتماعی-سایکوپتیک با انگیزه منافع شخصی، هیجان‌طلبی، و تمایل به قدرت و سلطه‌گری عمل می‌کنند. دیگران ممکن است از انگیزه این افراد

برای دستکاری یا بی‌رحمی، هنگامی که به نظر می‌رسد منفعت خاصی وجود ندارد، دچار سردرگمی شوند. دلیل این رفتار ساده است: «چون می‌توانند.» سلطه‌گری و اعمال قدرت بر دیگران، به خودی خود برای آن‌ها پاداش محسوب می‌شود. افراد دارای شخصیت ضداجتماعی-سایکوپتیک علاقه کمی به خودکاوای دارند و به‌ندرت به‌طور خودخواسته به درمان مراجعه می‌کنند. آن‌ها زمانی به درمان روی می‌آورند که در انجام این کار یک مزیت شخصی فوری ببینند (برای مثال، قانع کردن درمانگر برای میانجیگری به نفع آن‌ها یا برای خارج شدن از مشکلات قانونی یا دیگر مشکلات). این افراد در متقاعد کردن دیگران به اینکه تغییر کرده‌اند مهارت بالایی دارند، اما پس از رفع مشکل، به همان رفتارهای قبلی بازمی‌گردند. آن‌ها قدرت را درک می‌کنند، نه همدلی را، و به احتمال زیاد توجه همدلانه و دلسوزی درمانگر را به‌عنوان ضعفی برای سوءاستفاده می‌پندارند. پیش‌آگهی برای این افراد ضعیف است. اهرم درمانی، با این فرض که اصلاً وجود داشته باشد، از موقعیتی همراه با قدرت و سلطه نشأت می‌گیرد، که بیشتر درمانگران با این رویکرد احساس راحتی نمی‌کنند. برای جزئیات بیشتر، به بخش ۶ درباره نمونه شخصیت ضداجتماعی-سایکوپتیک مراجعه کنید.

شخصیت نارسیسیستیک

ویژگی بارز شخصیت نارسیسیستیک، همزیستی احساسات بزرگ‌منشی با احساسات ناکافی بودن و خلأ درونی است. بزرگ‌منشی به‌عنوان دفاعی در برابر احساسات ناکافی بودن عمل می‌کند و آن‌ها را پنهان می‌سازد. (اما برای یک استثنای احتمالی، به بخش نارسیسیسم بدخیم مراجعه کنید).

وقتی دفاع‌های نارسیسیستیک به‌خوبی عمل می‌کنند، افراد دارای شخصیت نارسیسیستیک احساس خاص بودن و برتری دارند. آن‌ها حس خودبزرگ‌بینی اغراق‌شده‌ای دارند، خود را مستحق امتیازات ویژه می‌دانند، انتظار رفتار ترجیحی دارند و به دنبال این هستند که مرکز توجه باشند. زندگی درونی آن‌ها تحت سلطه فانتزی‌هایی درباره موفقیت بی‌پایان، قدرت، شکوه، زیبایی یا استعداد است. آن‌ها معمولاً دیگران را به‌عنوان مخاطبانی برای تحسین بزرگی خود یا به‌عنوان امتداد شخصیت خود تلقی می‌کنند.

ایده‌آل‌سازی و بی‌ارزش‌سازی از دفاع‌های مرکزی شخصیت نارسیسیستیک هستند. زمانی که فردی را که با او در ارتباط هست، ایده‌آل‌سازی می‌کنند، از طریق این ارتباط احساس خاص بودن و اهمیت می‌کنند. زمانی که فردی را بی‌ارزش می‌کنند، احساس برتری می‌کنند. آن‌ها نسبت به تجربه هیجانی واقعی دیگران تا حد زیادی بی‌توجه هستند، مگر اینکه این تجربه با احساسات خودشان هم‌خوانی داشته باشد. در روابط بین‌فردی، آن‌ها اغلب به‌گونه‌ای توصیف می‌شوند که گویی فرستنده هیجانات هستند اما گیرنده‌ای برای آن ندارند.

بخش ۶: نمونه شخصیت ضداجتماعی-سایکوپتیک	
افرادی که با این نمونه مطابقت دارند از دیگران سوءاستفاده می‌کنند، تمایل به دروغ‌گویی یا فریب دارند و رفتارهای دستکاری‌کننده نشان می‌دهند. آن‌ها بی‌پروا به حقوق، اموال یا امنیت دیگران بی‌اعتنایی می‌کنند و برای نیازها و احساسات دیگران همدلی ندارند افرادی که با این نمونه مطابقت دارند، احساس پشیمانی کمی برای آسیب یا صدمه‌ای که به دیگران وارد می‌کنند، دارند. به نظر می‌رسد آن‌ها نسبت به پیامدها نفوذناپذیر هستند و نمی‌توانند یا نمی‌خواهند رفتار خود را در پاسخ به تهدیدها یا عواقب تغییر دهند. این افراد معمولاً بینش روان‌شناختی ندارند و مشکلات خود را به دیگران یا شرایط نسبت می‌دهند. آن‌ها اغلب از تحقیر یا پرخاشگری نسبت به دیگران لذت می‌برند و ممکن است تلاش کنند افراد مهم زندگی‌شان را از طریق اِرعاب یا خشونت تحت سلطه قرار دهند. افرادی که با این نمونه مطابقت دارند معمولاً تکانشی هستند، به دنبال هیجان، تازگی و ماجراجویی می‌روند و نیاز به تحریک بالایی دارند. آن‌ها تمایل دارند غیرقابل اعتماد و بی‌مسئولیت باشند و ممکن است به تعهدات شغلی یا مالی خود عمل نکنند. این افراد ممکن است درگیر رفتارهای ضداجتماعی شوند، از جمله فعالیت‌های غیرقانونی، سوءمصرف مواد، یا خشونت بین‌فردی. آن‌ها ممکن است بارها دیگران را متقاعد کنند که به تغییر متعهد هستند، به‌گونه‌ای که دیگران باور کنند «این بار واقعاً متفاوت است»، اما به رفتارهای ناسازگارانه قبلی خود بازگردند	
تشخیص	۵ تطابق بسیار بالا (بیمار مثال این اختلال است؛ نمونه عالی)
	۴ تطابق بالا (بیمار این اختلال را دارد؛ تشخیص می‌گیرد)
ویژگی‌ها	۳ تطابق متوسط (بیمار ویژگی‌های قابل توجهی از این اختلال دارد)
	۲ تطابق اندک (بیمار ویژگی‌های جزئی از این اختلال دارد)
	۱ بدون تطابق (توصیف اعمال نمی‌شود)

بزرگ‌منشی یک کارکرد دفاعی دارد که احساسات دردناک ناکافی بودن، خلأ، کوچکی، اضطراب و خشم را دفع و پنهان می‌کند. وقتی دفاع‌های نارسیسیستیک شکست می‌خورند، فرد در معرض این احساسات دردناک قرار می‌گیرد و ممکن است با خشم واکنش نشان دهد یا به افسردگی و ناامیدی فرو رود.

نارسیسیست‌های افسرده یا خسته کمتر از نارسیسیست‌های بزرگ‌منش که به‌خوبی از خود دفاع می‌کنند، قابل‌شناسایی هستند و در راهنمای تشخیصی و

آماري اختلالات رواني اصلاً شناسايي نمي‌شوند. با اين حال، آن‌ها در کار باليني رايج هستند. نارسيست‌هاي افسرده معمولاً با انواع اختلالات افسردگي تشخيص‌گذاري مي‌شوند و ممکن است با حالت شرمگين، شکست‌خورده و شکست‌پذير ظاهر شوند. وقتي درمانگران به دنياي دروني آن‌ها دسترسي پيدا مي‌کنند، درمي‌يابند که بيمار درگير فانتزي‌هايي درباره شکوه و جلال است و نسبت به جهاني که نتوانسته ارزش منحصر به فرد آن‌ها را به رسميت بشناسد يا پاداش‌هايي که شايسته آن‌ها مي‌پندارند را فراهم کند، احساس خشم دارد. در پشت يک بيمار افسرده، گاهي مي‌توان يک نارسيست افسرده را يافت.

درمان مؤثر شامل حفظ تعادلي دقيق است که با ترکيبي محتاطانه از همدلي و مقابله همراه باشد. افراد داراي شخصيت نارسيستيتيک از درک همدلانه نسبت به درد، ناامني و آسيب‌پذيري زيربنايي‌شان، زماني که اين احساسات در دسترس باشند، بهره‌مند مي‌شوند. با کمک درمانگر، آن‌ها مي‌توانند ظرفيت بيشتري براي تحمل اين احساسات بدون توسل به بزرگ‌منشي و بي‌ارزش‌سازي توسعه دهند. از سوي ديگر، آن‌ها از مقابله‌اي دقيق و نظام‌مند با دفاع‌هاي نارسيستيتيک و بررسي هزينه‌هاي قابل توجه اين دفاع‌ها در روابطشان و توانايي‌شان براي يافتن معنا و رضايت در زندگي‌شان نيز سود مي‌برند.

انتقال متقابل شامل احساس عدم درگيري، بي‌مهارتي، با رقابت با بيمار (در هنگام بي‌ارزش‌شدن توسط او)، يا وسوسه براي پيوستن به يک تحسين متقابل (در هنگام ايده‌آل‌سازي شدن توسط بيمار) است. انتقال متقابل درمانگر، دريچه‌اي به الگوهاي رابطه‌اي بيمار و پاسخ‌هايي که از ديگران دريافت مي‌کند، باز مي‌کند. مهم است که اين الگوهاي رابطه‌اي را در همان لحظه‌اي که در رابطه درمانی ظاهر مي‌شوند، شناسايي و بررسي کرد، به جاي اينکه صرفاً اين الگوها را با يک فرد جديد تکرار کرد. افراد داراي شخصيت نارسيستيتيک ممکن است در ميانه عمر يا پس از آن، زماني که فانتزي‌هاي مربوط به موفقيت خارق‌العاده و شکوه نتوانسته‌اند محقق شوند و مجبور به مواجهه با محدوديت‌هاي واقعي زندگي شده‌اند، پذيراتر به روان درمانی باشند. براي جزئيات بيشتري، به بخش ۷ درباره نمونه شخصيت نارسيستيتيک مراجعه کنيد.

نارسيسيسم بدخيم

نارسيسيسم بدخيم نوعي از شخصيت نارسيستيتيک است که در سال‌هاي اخير توجه عمومي را به خود جلب کرده است. اين در واقع نقطه تلاقي شخصيت نارسيستيتيک و شخصيت ضداجتماعي-سايکوپاتيک است که ويژگي‌هاي هر دو را ترکيب مي‌کند. نارسيسيسم بدخيم همچنين توسط نظريه‌پردازان باليني به عنوان نارسيسيسم آميخته با پرخاشگري ساديستيتيک توصيف شده است (۶). براي فرد مبتلا به نارسيسيسم بدخيم کافي نيست که احساس اهميت و خاص بودن کند؛ لازم است شخص ديگري تحقير يا شکست داده شود. اين نشانگان مي‌تواند به طور درستي «سايکوپاتيک

بخش ۷: نمونه شخصیت نارسیسیستیک

افرادی که با این نمونه مطابقت دارند، حس خودبزرگ‌بینی اغراق‌شده‌ای دارند. آن‌ها احساس می‌کنند که دارای امتیازات خاصی هستند و مستحق رفتار ترجیحی هستند و به دنبال این هستند که مرکز توجه باشند. این افراد درگیر فانتزی‌های درباره موفقیت نامحدود، قدرت، زیبایی یا استعداد هستند و تمایل دارند دیگران را عمدتاً به‌عنوان مخاطبانی ببینند که اهمیت یا درخشش آن‌ها را به رسمیت بشناسند. آن‌ها معتقدند که فقط می‌توانند توسط افراد برجسته، برتر، یا خاص درک شوند یا باید فقط با چنین افرادی ارتباط داشته باشند. این افراد معمولاً فاقد همدلی هستند و به نظر می‌رسد که نمی‌توانند نیازها و احساسات دیگران را درک کنند یا به آن‌ها پاسخ دهند، مگر اینکه این نیازها و احساسات با نیازها و احساسات خودشان هم‌خوانی داشته باشد. افرادی که با این نمونه مطابقت دارند، معمولاً تحقیرآمیز، متکبر، و مغرور به نظر می‌رسند. آن‌ها تمایل دارند انتقادگر، حسود، رقابت‌طلب با دیگران، و مستعد کشمکش‌های قدرت باشند. آن‌ها از احساس درماندگی یا افسردگی با خشمگین شدن اجتناب می‌کنند و معمولاً به توهین‌های ادراک‌شده یا انتقاد با خشم و تحقیر واکنش نشان می‌دهند. بزرگ‌منشی آشکار آن‌ها ممکن است آسیب‌پذیری زیربنایی را پنهان کند: افرادی که با این نمونه مطابقت دارند، در تلاش‌اند تا خود را به‌عنوان افرادی از نظر هیجانی قوی، بدون مشکل و دارای کنترل روی هیجانات نشان دهند، حتی زمانی که شواهد واضحی از ناامنی یا پریشانی زیربنایی وجود دارد. یک زیرمجموعه قابل توجه از افراد نارسیسیستیک معمولاً احساس ناکافی بودن یا حقارت دارند، زندگی را بی‌معنی می‌بینند و نسبت به خود انتقادگر هستند. آن‌ها نسبت به نقایص انسانی خود تحمل‌ناپذیر بوده و خود را به استانداردهای غیرواقع‌بینانه کمال‌گرایی پایبند می‌دانند.

تشخیص	۵ تطابق بسیار بالا (بیمار مثال این اختلال است؛ نمونه عالی)
	۴ تطابق بالا (بیمار این اختلال را دارد؛ تشخیص می‌گیرد)
ویژگی‌ها	۳ تطابق متوسط (بیمار ویژگی‌های قابل توجهی از این اختلال دارد)
	۲ تطابق اندک (بیمار ویژگی‌های جزئی از این اختلال دارد)
	۱ بدون تطابق (توصیف اعمال نمی‌شود)

نارسیسیستیک» یا «نارسیسیسم سایکوپتیک» نامیده شود، اما اصطلاح نارسیسیسم بدخیم از نظر تاریخی و بالینی آشنا تر است.

وقتی فریب‌کاری سایکوپتیک، سوءاستفاده، پرخاشگری سادیستی، و برون‌فکنی با بزرگ‌منشی و حس خودبزرگ‌بینی نارسیسیستیک ترکیب شوند، نتیجه می‌تواند

به شدت مخرب باشد. در غیاب یک نظام اخلاقی درونی شده برای مهار گرایش‌های بزرگ‌منشانه، نیازها، حقوق و بهزیستی دیگران بی‌اهمیت می‌شوند. دیگران به‌عنوان ابزار مورد استفاده قرار می‌گیرند و بدون احساس گناه یا پشیمانی کنار گذاشته می‌شوند. پیامدهای زیان‌بار و نتایج فاجعه‌آمیز همیشه تقصیر فرد دیگری تلقی می‌شوند.

سرزنش دیگران می‌تواند تأثیرات سمی بر آن‌ها داشته باشد و اغلب توسط غیر حرفه‌ای‌ها به‌عنوان «گسلایت کردن» مورد بحث قرار می‌گیرد. مورد مرتبط در ابزار ارزیابی سوآپ درباره برون‌فکنی چنین بیان شده است: «تمایل دارد که شکست‌ها یا کاستی‌های خود را به دیگران یا شرایط نسبت دهد و مشکلات خود را به عوامل خارجی مرتبط بداند، به‌جای اینکه مسئولیت رفتارها یا انتخاب‌های خود را بپذیرد». فرآیندهای روان‌شناختی که باعث ایجاد گسلایت کردن می‌شوند، ساده هستند. منطق زیربنایی چنین است: «دنیا برای بزرگ‌نمایی و منفعت شخصی من وجود دارد. من مسئول اعمال خود یا آسیبی که ایجاد می‌کنند نیستم. تو مسئول هستی». در شرایط شدید، افراد مبتلا به نارسیسیسم بدخیم حاد ممکن است به نظر برسد که ارتباط خود را با واقعیت از دست داده‌اند. این حالت زمانی رخ می‌دهد که رویدادهای خارجی به‌شدت با تصویر بزرگ‌منشانه و دفاعی ساخته‌شده از خود آن‌ها در تضاد باشد. گویی فرد، مجبور به انتخاب میان بازبینی تصویر خود یا بازبینی واقعیت، گزینه دوم را انتخاب می‌کند. آن‌ها ممکن است از دیگران در اطرافشان نیز بخواهند که نسخه بازبینی شده آن‌ها از واقعیت را بپذیرند.

در پژوهش‌های تجربی با استفاده از ابزار سوآپ، موارد مربوط به احساسات زیربنایی ناکافی و حقارت به‌عنوان توصیف‌کننده‌های نارسیسیسم بدخیم ظاهر نشدند (۲۴). هنوز مشخص نیست که آیا احساسات زیربنایی بی‌کفایتی جزئی از نارسیسیسم بدخیم هستند، یا این احساسات برای درمانگرانی که داده‌ها را ارائه کرده‌اند، مشهود نبوده‌اند. به نظر می‌رسد که وقتی پویایی‌های شخصیتی عمده‌تاً نارسیسیستیک هستند، ناکافی بودن زیربنایی وجود دارد، حتی اگر به‌راحتی قابل مشاهده نباشد. اما زمانی که پویایی‌های شخصیتی اساساً ضداجتماعی-سایکوپاتیک هستند، ممکن است چنین احساسی وجود نداشته باشد.

بسته به ترکیب نارسیسیسم و سایکوپتی، افراد مبتلا به نارسیسیسم بدخیم ممکن است پذیرای روان‌درمانی باشند یا نباشند. در مواردی که نارسیسیسم غالب است و ویژگی‌های سایکوپاتیک ثانویه هستند، هرچند دشوار روان‌درمانی ممکن است مفید باشد. اما زمانی که سایکوپاتی غالب باشد، پیش‌آگهی ضعیف است، به همان دلایلی که پیش‌آگهی برای شخصیت ضداجتماعی-سایکوپاتیک نیز ضعیف است. در مواردی که بیماران فاقد یک نظام ارزشی درونی شده یا ظرفیت اساسی برای تعامل متقابل هستند، اهرم درمانی اندکی وجود دارد.

شخصیت پارانوئید

بیماران دارای شخصیت پارانوئید به طور مزمّن مشکوک، عصبانی و خصمانه هستند. آن‌ها در کلمات و اعمال دیگران نیت‌های بدخواهانه می‌بینند و سریعاً فرض می‌کنند که دیگران قصد آسیب رساندن به آن‌ها را دارند. این افراد کینه‌توز هستند، به توهین‌ها و بی‌احترامی‌های ادراک‌شده فکر می‌کنند و به تهدیدهای احتمالی با خشم و پرخاشگری واکنش نشان می‌دهند. آن‌ها مشکلات خود را ناشی از عوامل خارجی می‌دانند و بینشی نسبت به نقش خود در شکل‌دهی به وقایع ندارند. در هسته شخصیت پارانوئید، مکانیزم دفاعی فرافکنی قرار دارد. افراد با شخصیت پارانوئید مملو از پرخاشگری و خشم هستند که آن‌ها را به دیگران فرافکنی می‌کنند و به اشتباه آن‌ها را منشأ گرفته از دیگران ادراک می‌کنند. این افراد دنیا را سرد، خصمانه و خطرناک تجربه می‌کنند، زیرا در هر جا که نگاه می‌کنند، خصومت خود را می‌بینند. سبک شخصیت پارانوئید در سطوح سالم و روان‌رنجور سازمان شخصیت یافت می‌شود، اما حداقل در جمعیت‌های بالینی، بیشتر در سطوح مرزی سازمان شخصیت مشاهده می‌شود. یکی از جنبه‌هایی که اغلب در ادبیات بالینی کمتر مورد توجه قرار گرفته و در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نیز نادیده گرفته شده، میزان اختلالات شناختی و ادراکی در بیماران دارای شخصیت پارانوئید است. این افراد تمایل دارند که فراتر از ایده‌های پارانوئید، اختلالاتی در تفکر داشته باشند، ادراکات و استدلال‌های آن‌ها می‌تواند عجیب و منحصر به فرد باشد و ممکن است در مواجهه با احساسات شدید، غیرمنطقی شوند. اگرچه نقش اختلالات شناختی و ادراکی در گذشته کمتر مورد توجه قرار گرفته است، این امر شاید با توجه به فراگیری فرافکنی پارانوئید چندان هم تعجب‌آور نباشد؛ زیرا فرافکنی پارانوئید به طور ذاتی نیازمند نوعی سردرگمی در تمایز بین آنچه داخلی و خارجی است و آنچه واقعیت و خیال است، می‌باشد.

واکنش‌های احساسی شدید درمانگران نسبت به بیماران دارای شخصیت پارانوئید به آن‌ها تجربه‌ای کوچک از ترس و خشمی می‌دهد که این بیماران به طور مزمّن تجربه می‌کنند و سعی دارند از طریق برون‌فکنی و فرافکنی مدیریت کنند. درمانگر باید در مواقع لازم به بیمار در آموختن واقعیت کمک کند و به او یاری رساند تا خشم و پرخاشگری خود را شناسایی کرده و روش‌های سازگارانه‌تری برای مدیریت آن بیابد. موضعی بیش از حد دوستانه یا همدلانه از سوی درمانگر احتمالاً باعث برانگیختن شک بیمار و تشدید افکار پارانوئید می‌شود. رویکردی واقع‌بینانه و حتی تا حدی خشک و بی‌پرده معمولاً مؤثرتر است. برای جزئیات بیشتر، به بخش ۸ درباره نمونه شخصیت پارانوئید مراجعه کنید.

بخش ۸ : نمونه شخصیت پارانویید

افرادی که با این نمونه مطابقت دارند به‌طور مزمّن مشکوک هستند و انتظار دارند که دیگران به آن‌ها آسیب برسانند، فریب دهند، علیه آن‌ها توطئه کنند یا به آن‌ها خیانت کنند. آن‌ها تمایل دارند مشکلات خود را به دیگران یا شرایط نسبت دهند و دشواری‌های خود را به عوامل خارجی مرتبط کنند. به‌جای شناخت نقش خود در تعارضات بین‌فردی، آن‌ها معمولاً احساس می‌کنند که مورد سوءتفاهم، بدرفتاری یا قربانی شدن قرار گرفته‌اند. افرادی که با این نمونه مطابقت دارند معمولاً عصبانی یا خصمانه هستند و مستعد دوره‌های خشم هستند. آن‌ها تمایل دارند تکانه‌های غیرقابل‌قبول خود را در دیگران ببینند، نه در خود، و بنابراین مستعد نسبت دادن نادرست خصوصیت به دیگران هستند. این افراد معمولاً کنترل‌گر، مخالف، متناقض یا سریع‌الاختلاف هستند و کینه‌توزی می‌کنند. آن‌ها معمولاً باعث ایجاد احساس ناراضی یا دشمنی در دیگران می‌شوند و از دوستی‌ها و روابط نزدیک بی‌بهره‌اند. افرادی که با این نمونه مطابقت دارند اغلب دچار اختلالات فکری فراتر از ایده‌های پارانویید هستند. ادراک و استدلال آن‌ها می‌تواند عجیب و منحصر به فرد باشد و زمانی که احساسات شدید برانگیخته می‌شوند، ممکن است غیرمنطقی شوند، تا حدی که دچار توهم به نظر برسند

تشخیص	۵ تطابق بسیار بالا (بیمار مثال این اختلال است؛ نمونه عالی)
	۴ تطابق بالا (بیمار این اختلال را دارد؛ تشخیص می‌گیرد)
ویژگی‌ها	۳ تطابق متوسط (بیمار ویژگی‌های قابل توجهی از این اختلال دارد)
	۲ تطابق اندک (بیمار ویژگی‌های جزئی از این اختلال دارد)
	۱ بدون تطابق (توصیف اعمال نمی‌شود)

شخصیت هیستریک-هیستریونیک

اصطلاحات «هیستریک» و «هیستریونیک» یادآور دوره‌ای از مردسالاری و نابرابری جنسیتی هستند و به دلایل موجه برای بسیاری از افراد توهین‌آمیز محسوب می‌شوند. با این حال، تفاوتی میان اصطلاح و پدیده وجود دارد. صرف‌نظر از برچسب، یک نشانگان شخصیت واقعی وجود دارد. این نشانگان بارها در متون بالینی توصیف شده و در پژوهش‌های تجربی که از روش‌های خوشه‌بندی آماری استفاده می‌کنند، نمایان می‌شود. اعتراض به اصطلاح‌ها نباید ما را نسبت به این پدیده بالینی کور کند. نام‌گذاری خارج از حوزه این فصل است که به مسائل بالینی می‌پردازد.

پیش از آنکه نسخه‌ی سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تشخیص اختلال شخصیت هیستریونیک را معرفی کند، اصطلاح «هیستریک» برای توصیف افرادی با عملکرد بالاتر و این سبک شخصیت به کار می‌رفت، و «هیستریونیک» برای بیماران با اختلالات شدیدتر (مانند افرادی در محدوده عملکرد مرزی) استفاده می‌شد. اصطلاح ترکیبی «هیستریک-هیستریونیک» انواع عملکرد بالا و پایین این نشانگان شخصیت را در بر می‌گیرد و پلی بین ساختار راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و متون گسترده بالینی فراهم می‌کند.

شخصیت هیستریک-هیستریونیک یک نشانگان چندوجهی است که طیف کاملی از فرایندهای شخصیت را در بر می‌گیرد. در سطح ظاهری، افرادی با سبک شخصیت هیستریک-هیستریونیک کلیشه‌های جنسیتی را به نمایش می‌گذارند. آن‌ها مانند شخصیت اصلی زن یا مرد در یک فیلم هالیوودی به نظر می‌رسند. این افراد هیجانی و دراماتیک هستند. آن‌ها از جذابیت جسمانی و جنسی خود برای جلب توجه استفاده می‌کنند. رفتارشان اغلب پر از عشوه‌گری، اغواگری و تحریک‌آمیز است. ممکن است دیگران را مجذوب خود کنند و به فتوحات عاشقانه دست یابند. آن‌ها تمایل دارند وارد مثلث‌های عاشقانه شوند که شامل رقبا می‌شود. این افراد قادرند اعضای جنس مخالف را مجذوب و شیفته خود کنند، اما ممکن است موجب آزار یا تهدید اعضای هم جنس شوند. احساسات آن‌ها می‌تواند هم‌زمان شدید و سطحی به نظر برسد. آن‌ها ممکن است شیفتگی‌های شدید را که به‌عنوان عشق توصیف می‌کنند تجربه کنند، اما به‌سرعت با ورود یک گزینه جدید علاقه خود را از دست بدهند.

برای افرادی با شخصیت هیستریک-هیستریونیک، حقایق و منطق در برابر هیجانات در اولویت پایین‌تری قرار می‌گیرند. واکنش‌های آن‌ها معمولاً بر اساس احساسات است، نه منطق. اگر از فردی با این نوع شخصیت بپرسید چه فکری می‌کند، احتمالاً به شما می‌گوید چه احساسی دارد. سبک شناختی آن‌ها معمولاً سطحی، کلی و تأثیرگذار است؛ جزئیات را نادیده می‌گیرند و تناقض‌ها را ساده‌سازی می‌کنند (۲۵). آن‌ها اغلب ساده‌لوح به نظر می‌رسند و به نظر می‌رسد که کمتر از آنچه انتظار می‌رود از پیچیدگی‌های دنیا آگاه‌اند. باورهایشان ممکن است کلیشه‌ای یا برگرفته از داستان‌ها و فیلم‌ها به نظر برسد. آن‌ها معمولاً تأثیرپذیر هستند. سبک شناختی تأثیرگذار آن‌ها با هوش ارتباطی ندارد و نقشی دفاعی ایفا می‌کند. افراد با شخصیت هیستریک-هیستریونیک به جزئیات توجه زیادی نمی‌کنند یا ارتباطات پیچیده را در ذهنشان نمی‌سازند، زیرا از دیدن و دانستن بیش از حد می‌ترسند.

در هسته شخصیت هیستریک-هیستریونیک، تعارض‌هایی پیرامون جنسیت و قدرت وجود دارد. آن‌ها به‌صورت ناهوشیار جنسیت خود را ضعیف، معیوب یا پست‌تر می‌بینند. در مقابل، جنس مخالف را قدرتمند، هیجان‌انگیز و ترسناک تلقی می‌کنند و به‌صورت ناهوشیار به آن حسادت می‌ورزند. آن‌ها از جنبه‌های جنسی به‌عنوان ابزاری برای تغییر نقش‌ها و کسب قدرت بر جنس مخالف استفاده می‌کنند. چنین

استفاده (یا سوءاستفاده‌ای) از جنبه‌های جنسی به آن‌ها کمک می‌کند تا احساس ضعف، ناتوانی و ترس را دفع کنند. آن‌ها ممکن است با به نمایش گذاشتن جنبه‌های جنسی خود به صورت نمایشی، شرم، ترس و حسادت درونی خود را جبران کنند. با این حال، دستیابی به صمیمیت و رضایت جنسی واقعی برای آن‌ها دشوار است، زیرا برقراری ارتباط عمیق در حالی که احساس شرمندگی از معیوب بودن یا ترس از شریک زندگی وجود دارد، بسیار سخت است. وقتی این تعارضات روان‌شناختی عمیق نتوانند از طریق افکار و کلمات بیان شوند، ممکن است از طریق نشانه‌های جسمانی (نشانه‌های تبدیلی) بروز کنند. در پس این نمایش‌های دراماتیک و جنسی‌سازی، ترس از رها شدن و بی‌توجهی نهفته است و همچنین اشتیاقی برای مورد محبت و محافظت قرار گرفتن وجود دارد. تراژدی آن‌ها این است که به دنبال رابطه‌ای حمایتگر و محبت‌آمیز هستند اما در عوض به روابط جنسی دست می‌یابند.

بیماران با شخصیت هیستریک-هیستریونیک به روان‌درمانی واکنش خوبی نشان می‌دهند و از جنبه‌های اکتشافی و تفسیری آن و همچنین جنبه‌های رابطه‌ای آن بهره‌مند می‌شوند. قابلیت اعتماد درمانگر و امنیت چارچوب درمانی زمینه‌ای برای خودکاوی و کسب بینش در مورد تعارضات مربوط به جنسیت، قدرت و گرایش جنسی فراهم می‌کنند. در عین حال، رابطه درمانی یک الگوی رابطه‌ای جدید و متفاوت ارائه می‌دهد: جایی که درمانگر از جنس مخالف نه اغواگر است و نه قابل اغوا شدن، و درمانگر از جنس موافق نه بی‌اثر است و نه رقابتی. درمانگران باید اجازه دهند بیمار هدایت فرایند را به دست گیرد و نیازها، احساسات، خواسته‌ها، ترس‌ها و تعارضات خود را با سرعت و زمان‌بندی خود کشف کند. بیمار نیازی به یک فرد مقتدر ندارد که تجربیات او را توضیح دهد؛ بلکه از این سود می‌برد که خودش آن‌ها را کشف و تبیین کند. رویکرد آموزشی از سوی درمانگر ممکن است احساس نقص و ناتوانی بیمار را تقویت کند.

وقتی هر دو طرف دگرجنس‌گرا باشند، بیماران با عملکرد بالای شخصیت هیستریک-هیستریونیک ممکن است درمانگران جنس مخالف را مجذوب و درمانگران جنس موافق را، حداقل در ابتدا، آزار دهند. یادآوری این نکته مفید است که بیمار به‌ناچار الگوهای رابطه‌ای خود را به رابطه درمانی وارد می‌کند و همین امر امکان کاوش در افکار، احساسات و تجربیاتی را که در پشت این الگوها قرار دارند، فراهم می‌کند. بیماران با اختلالات شدیدتر (در محدوده عملکرد مرزی) و شخصیت هیستریک-هیستریونیک ممکن است با اغواگری آشکار یا رفتارهای نمایشی به جای صحبت کردن و تأمل، درمانگران را نگران و خسته کنند. برای مشاهده نمونه‌ای از شخصیت هیستریک-هیستریونیک به بخش ۹ مراجعه کنید.

شخصیت مرزی-بی‌قاعده

اصطلاح «مرزی» به دورانی بازمی‌گردد که طبقه‌بندی روان‌پزشکی عمدتاً بین

مشکلات روان رنجوری و روان پریشی تفاوت قائل می‌شد و این تمایز بر اساس توانایی یا ناتوانی در آزمودن واقعیت بود. با گذر زمان، نویسندگان بالینی شروع به توصیف بیمارانی کردند که در «مرز» قرار داشتند و به نظر می‌رسید نه کاملاً نوروتیک هستند و نه کاملاً سایکوتیک. هر چند ساختار تشخیصی این اختلال تکامل یافته است، اما اصطلاح «مرزی» همچنان باقی مانده است. اصطلاح ترکیبی «مرزی-بی‌قاعده» هم اصطلاح آشنا را حفظ می‌کند و هم بر بی‌نظمی هیجانی که یکی از ویژگی‌های بارز این نشانگان شخصیت است، تأکید می‌کند.

افراد دارای شخصیت مرزی-بی‌قاعده به‌عنوان «ثابتاً ناپایدار» توصیف شده‌اند. یک الگوی بی‌ثباتی در زندگی عاطفی، خودپنداره و روابط وجود دارد (۲۶). ویژگی‌های اصلی شامل بی‌قاعدگی عاطفی، دوپاره‌سازی، پراکندگی هویت، فرافکنی، همانندسازی فرافکنانه و دلبستگی نایمن هستند.

افراد دارای شخصیت مرزی-بی‌قاعده در تنظیم هیجانات خود دچار مشکل هستند. احساسات آن‌ها می‌تواند به سرعت و به‌طور غیرقابل‌پیش‌بینی تغییر کند و از کنترل خارج شود، که به ناامیدی، اضطراب، بی‌قراری و خشم افراطی منجر می‌شود. آن‌ها دوره‌هایی از افسردگی عمیق را تجربه می‌کنند که در آن حتی کوچک‌ترین روزنه امید را نیز از دست می‌دهند. این افراد اغلب مملو از خشم هستند و مستعد تخریب روابط خود با خشم‌آلود و نفرت‌آمیز انفجاری می‌باشند. کنترل ضعیف بر تکانه‌ها یک مشکل مداوم است که به اقدامات نسنجیده و رفتارهای خودتخریبی منجر می‌شود. دوپاره‌سازی به جدا کردن ادراک، احساسات و تجربیات خوب و بد اشاره دارد، که باعث می‌شود فرد خود و دیگران را به‌طور کامل خوب یا کاملاً بد تجربه کند. دوپاره‌سازی به دیدگاه‌های افراطی و به‌شدت متغیر نسبت به خود و دیگران منجر می‌شود، بسته به این‌که فرد در کدام «بخش‌بندی» تجربه قرار دارد. در مواقع ناراحتی، افراد دارای شخصیت مرزی-بی‌قاعده توانایی دیدن دیگران به‌عنوان انسان‌های پیچیده و سه‌بعدی را از دست می‌دهند. در عوض، دیگران به قهرمانان، ناجیان، قربانیان، شرورها یا آزارگران یک‌بعدی تبدیل می‌شوند.

فرد ممکن است برخی افراد را کاملاً خوب («ابژه خوب») و برخی دیگر را کاملاً بد («ابژه بد») ببیند، یا تجربه او از یک شخص واحد ممکن است بین افراط‌های متناقض نوسان کند. این امر به روابطی ناپایدار و آشفته منجر می‌شود. برای مثال، فردی با شخصیت مرزی-بی‌قاعده ممکن است درمانگر را به‌عنوان یک ناجی ببیند، تا زمانی که از او ناامید شود. سپس ممکن است درمانگر را به‌عنوان «فردی بد» ببیند و او را به خاطر بی‌رحمی یا بی‌کفایتی‌اش مورد حمله قرار دهد. این تغییرات از ایده‌آل‌سازی به بی‌ارزش‌سازی اغلب به دلیل احساس انتقاد یا طرد شدن رخ می‌دهد.

دوپاره‌سازی همچنین به تجربیات متناقض و جداگانه از خود اشاره دارد. فرد ممکن است بین تجربه خود به‌عنوان یک شخص خوب و احساس اینکه فردی شرور و کاملاً فاسد است، نوسان کند. خودپنداره به این بستگی دارد که کدام‌یک از بازنمایی‌های

بخش ۹ : نمونه شخصیت هیستریک-هیستریونیک

افرادی که با این نمونه همخوانی دارند از نظر هیجانی دراماتیک هستند و تمایل دارند هیجانات خود را به شیوه‌های اغراق آمیز و تئاتری بیان کنند. واکنش‌های آن‌ها بیشتر مبتنی بر هیجانات است تا تأمل، و سبک شناختی آن‌ها معمولاً سطحی، کلی و تأثیرگذار است (مانند نادیده گرفتن جزئیات، ساده‌سازی تناقضات، یا اشتباه در تلفظ اسامی). باورها و انتظارات آن‌ها کلیشه‌ای به نظر می‌رسد، گویی از کتاب‌های داستانی یا فیلم‌ها گرفته شده است، و گاه ساده لوح یا معصوم به نظر می‌رسند، انگار که کمتر از آنچه انتظار می‌رود از دنیا آگاهی دارند. افرادی که با این نمونه مطابقت دارند معمولاً اغواگر یا تحریک‌آمیز از نظر جنسی هستند. آن‌ها از جذابیت جسمانی خود به شکلی افراطی برای جلب توجه استفاده می‌کنند و رفتارشان اغلب نماد کلیشه‌های جنسیتی است. ممکن است عشوه‌گر، درگیر در تصورات مربوط به فتوحات جنسی، یا بی‌بندوبار باشند. این افراد تمایل دارند وارد روابط عاشقانه یا جنسی پیچیده (مثلث‌های عشقی) شوند و ممکن است به افرادی جذب شوند که قبلاً درگیر رابطه با شخص دیگری هستند یا توسط فرد دیگری مورد توجه قرار گرفته‌اند.

آن‌ها به نظر می‌رسد در ایجاد تعادل بین احساسات عاطفی لطیف و احساسات جنسی نسبت به یک نفر مشکل دارند و معمولاً دیگران را به صورت دوقطبی می‌بینند: یا فضیلت‌مند و پاکدامن یا شهوات‌انگیز و جذاب از نظر جنسی، اما نه هر دو. افرادی که با این نمونه مطابقت دارند معمولاً تأثیرپذیر یا به راحتی تحت تأثیر قرار می‌گیرند و تمایل دارند دیگران تحسین‌برانگیز را ایده‌آل‌سازی کرده و تا حدی با آن‌ها همانندسازی کنند که نگرش‌ها یا رفتارهای آن‌ها را تقلید کنند. این افراد درباره عشق ایده‌آل و کامل خیال‌پردازی می‌کنند، اما معمولاً شریک‌های عاشقانه یا جنسی‌ای را انتخاب می‌کنند که از نظر عاطفی در دسترس نیستند یا نامناسب به نظر می‌رسند (مانند تفاوت‌های سنی، اجتماعی یا اقتصادی). آن‌ها ممکن است سریع و با شدت به دیگران دلبسته شوند. در زیر این ظاهر، اغلب از تنهایی، طرد شدن یا رها شدن ترس دارند.

تشخیص	۵ تطابق بسیار بالا (بیمار مثال این اختلال است؛ نمونه عالی)
	۴ تطابق بالا (بیمار این اختلال را دارد؛ تشخیص می‌گیرد)
ویژگی‌ها	۳ تطابق متوسط (بیمار ویژگی‌های قابل توجهی از این اختلال دارد)
	۲ تطابق اندک (بیمار ویژگی‌های جزئی از این اختلال دارد)
	۱ بدون تطابق (توصیف اعمال نمی‌شود)

متناقض از خود در حال تجربه باشد. تغییر بین بازنمایی‌های مختلف از خود، تغییرات مشابهی در حالت عاطفی ایجاد می‌کند و فرد را در یک وضعیت ناپایدار و پرنوسان عاطفی نگه می‌دارد. به این ترتیب، بی‌قاعدگی عاطفی و دویاره‌سازی به‌طور مستقیم به یکدیگر مرتبط هستند.

از آنجا که بازنمایی‌های مختلف از خود در یک کل منسجم ادغام نشده‌اند، افراد با شخصیت مرزی-بی‌قاعده در حفظ حس مداوم و پایدار از خود («پراکندگی هویت») دچار مشکل هستند. نگرش‌ها، ارزش‌ها و خودپنداره آن‌ها بی‌ثبات و متغیر است و ممکن است با روابط، شرایط یا حالت عاطفی تغییر کند. این افراد ممکن است در موقعیت‌های مختلف به شکل چشمگیری متفاوت عمل کنند، که اغلب باعث سردرگمی درمانگران می‌شود. اگر احساس خوبی داشته باشند، ممکن است با بی‌خیالی نگرانی از اینکه اخیراً افکار خودکشی داشته‌اند را نشان ندهند. اگر افسرده باشند، ممکن است هیچ ارتباطی با هیچ بخش مثبتی از خود که تاکنون تجربه کرده‌اند، احساس نکنند.

اشکال ابتدایی فراقکنی یکی از ویژگی‌های بارز شخصیت مرزی-بی‌قاعده است. بازنمایی‌های دویاره و انکارشده از خود و دیگران و احساسات مرتبط با آن‌ها به‌طور کامل و با اطمینان و یقین به دیگران فراقکنده می‌شوند. این فراقکنی‌ها اغلب شامل احساسات به‌شدت منفی مانند خشم، کینه، نفرت، حسادت و انزجار هستند. فرد این فراقکنی‌ها را به‌عنوان حقایق، نه ادراکات، در نظر می‌گیرد. برای دیگران، از جمله درمانگران، این تجربه که بارها و بارها به شکلی که نیستند دیده و با آن‌ها رفتار شود، می‌تواند سردرگم‌کننده و آزاردهنده باشد.

همانندسازی فراقکنانه یک گام فراتر از مکانیزم دفاعی فراقکنی است. علاوه بر فراقکنیدن بخش‌های انکارشده از خود، فرد تلاش می‌کند احساساتی را که با شدت فراقکنده است در دیگران ایجاد و برانگیزد، به‌گونه‌ای که فرد مقابل شروع به احساس و رفتار در هماهنگی با این فراقکنی کند. بیماران با شخصیت مرزی-بی‌قاعده به‌طور ماهرانه‌ای این فرایند را محقق می‌کنند، هرچند که این کار به‌صورت هوشیارانه انجام نمی‌شود. درمانگران تجربه‌هایی را توصیف می‌کنند که در آن‌ها نمی‌توانند به افکار خود فکر کنند یا احساسات خود را احساس کنند، گویی ذهن آن‌ها توسط چیزی بیگانه تحت اختیار قرار گرفته است (۲۷). تحت تأثیر همانندسازی‌های فراقکنانه، درمانگران ممکن است خود را مملو از نفرت نسبت به بیمار ببینند یا احساس کنند که به‌شدت وسوسه شده‌اند تا مرزهای حرفه‌ای را برای نجات بیمار زیر پا بگذارند. انتقال افکار و احساسات از بیمار به درمانگر که در همانندسازی فراقکنانه رخ می‌دهد، امری مرموز یا اسرارآمیز نیست. رفتارهای قابل مشاهده بیمار، درمانگر را به‌طور ناهوشیار به نقش تعیین‌شده‌اش سوق می‌دهد، تحت فشار قرار می‌دهد، تشویق می‌کند یا حتی مجبور می‌کند، هرچند درمانگر ممکن است در زمان وقوع این فرایند از آن هوشیار نباشد. به‌طور کلی، ابتدا انتقال متقابل رخ می‌دهد و درک و

آگاهی معمولاً پس از وقوع آن به دست می‌آید.

بیماران مرزی-بی‌قاعده با سابقه سوءاستفاده، مستعد بازآفرینی سناریوهایی هستند که در آن نقش‌های متغیر آزارگر، قربانی و نجات‌دهنده وجود دارد (۲۷، ۲۸). از طریق فرایندهای فراقکنی و همانندسازی فراقکنانه، درمانگر و بیمار می‌توانند هر یک از این سه نقش را تجربه کنند. یک سناریوی رایج به این صورت آغاز می‌شود که بیمار در نقش قربانی و درمانگر در نقش نجات‌دهنده قرار دارد. با تشدید نیازها و خواسته‌های بیمار، درمانگر ممکن است خود را بیش از حد درگیر کند، تا جایی که احساس کند توسط بیمار مورد آزار و سوءاستفاده قرار گرفته است (برای مثال، پاسخ دادن به تماس‌های تلفنی نیمه‌شب، طولانی کردن جلسات، یا صرف‌نظر از دریافت هزینه‌ها). در این مرحله، درمانگر ممکن است برای بازگرداندن مرزها به رفتاری کنترلی و تنبیهی روی آورد و به نقش آزارگر منتقل شود. در حالت ایده‌آل، درمانگر و بیمار می‌توانند تجربه‌های متغیر بیمار از خود و دیگران و چگونگی بازآفرینی این روابط نقشی در رابطه درمانی را بررسی کنند، به جای اینکه صرفاً این نقش‌ها را با فردی جدید تکرار کنند. در نهایت، افراد با شخصیت مرزی-بی‌قاعده دارای سبک‌های دلبستگی ناایمن یا آشفته هستند و به‌شدت نسبت به طرد شدن حساس‌اند. آن‌ها نیازمند و وابسته هستند، به‌سرعت و با شدت به دیگران وابسته می‌شوند، اما همزمان انتظار طرد و رها شدن را دارند. آن‌ها به شدت نیازمند مراقبت هستند، اما مفهوم آن‌ها از «مراقبت» شامل سطوح غیرواقعی از در دسترس بودن و هماهنگی است که هیچ‌کس نمی‌تواند آن را فراهم کند. وقتی دیگران به‌طور اجتناب‌ناپذیر در برآورده کردن این انتظارات کوتاهی می‌کنند، این افراد خشمگین می‌شوند و واکنش تند نشان می‌دهند. این پویایی به خوبی در عنوان مختصر کتابی بیان شده است: «از تو متنفرم، ترکم نکن» (۲۹).

چندین رویکرد درمانی برای شخصیت مرزی-بی‌قاعده درست شده‌اند. کار با بیماران دارای این نوع شخصیت می‌تواند سریع، پرتنش، آشفته و گیج‌کننده باشد. یکی از ناظران درمان این تجربه را به «افتادن در داخل لباسشویی» تشبیه کرده است، به‌گونه‌ای که هرگز نمی‌توان فهمید چه چیزی در راه است یا از کجا می‌آید. در مراحل اولیه درمان، نقش درمانگر ممکن است صرفاً پذیرفتن و تحمل این سردرگمی، حفظ ارتباط با بیمار و پایبندی به چارچوب درمانی باشد. داشتن یک مدل نظری روشن به درمانگر جهت می‌دهد و به کنترل اضطراب‌های او کمک می‌کند. تمام رویکردهای درمانی بر توجه به مسائل مربوط به مرزها، توجه به آنچه در رابطه درمانی رخ می‌دهد، و مدیریت فعال رفتارهایی که ممکن است به درمان و رابطه درمانی آسیب برسانند، تأکید دارند. از آنجا که بیماران مرزی-بی‌قاعده مستعد بحران هستند، درمان می‌تواند به‌راحتی از مسیر خود منحرف شود، به‌ویژه اگر به‌جای کار بر مسائل روان‌شناختی زیربنایی، تمرکز بر مدیریت بحران‌ها باشد. مدل‌های درمانی برای شخصیت مرزی-بی‌قاعده شامل جلسات منظم مشاوره و حمایت از درمانگران نیز

هستند، تا به مدیریت انتقال متقابل شدید کمک کنند.

شخصیت مرزی-بی قاعده را می توان به عنوان یک نشانگان شخصیت مستقل (زمانی که هیچ نشانگان شخصیت دیگری بر جسته نیست) یا به عنوان سطحی از سازمان شخصیت مرتبط با هر نشانگان شخصیت دیگری در نظر گرفت. برای مثال، بیماری که با توصیفات شخصیت نارسیسیست و شخصیت مرزی-بی قاعده مطابقت دارد، می تواند به عنوان فردی با شخصیت نارسیسیست در سطح مرزی توصیف شود. به همین ترتیب، بیماری که با توصیفات شخصیت پارانویید و شخصیت مرزی-بی قاعده مطابقت دارد، می تواند به عنوان فردی با شخصیت پارانویید در سطح مرزی توصیف شود؛ و این الگو برای سایر موارد نیز صادق است. این چارچوب سازمان دهنده شفافیت قابل توجهی به فرمول بندی های تشخیصی می بخشد. برای جزئیات بیشتر، به نمونه شخصیت مرزی-بی قاعده در بخش ۱۰ مراجعه کنید.

شخصیت و فرمول بندی بالینی بیماران

واضح است که نشانگان شخصیت صرفاً ساختارهای توصیفی، مانند تشخیص های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نیستند؛ بلکه توضیحی هستند. توصیفات نشانگان شخصیت فرایندهای روان شناختی زیربنایی را که افراد را در برابر طیف وسیعی از مشکلات سلامت روان آسیب پذیر می کنند، روشن می کنند. مشکلات سلامت روان در خلأ به وجود نمی آیند؛ بلکه اغلب در بستر پویایی های شخصیت بیمار شکل می گیرند.

توضیحات مربوط به نشانگان های شخصیت، نمای کلی فرمول بندی های بالینی برای بیماران را ارائه می دهند. این توضیحات می توانند تمرکز درمان را تعیین کرده و توجه درمانگر را به فرایندهای روان شناختی زیربنایی نشانه ها و تشخیص ها معطوف کنند. این نمای کلی، ساده سازی شده است، به ویژه زمانی که برای افرادی با سطوح بالاتر عملکرد (سطوح سالم و روان رنجور سالم تر) به کار می رود. افراد با سطوح بالاتر عملکرد از انعطاف پذیری روان شناختی بیشتری برخوردارند و معمولاً ترکیبی از سبک های شخصیت را نشان می دهند. با این حال، می توان حوزه هایی را شناسایی کرد که در آن ها پویایی های شخصیت خاص (مانند افسرده، و سواسی-جبری، نارسیسیست و غیره) غالب هستند. نمونه های «خالص تر» از سبک های شخصیت معمولاً در سطوح پایین تر سازمان شخصیت مشاهده می شوند.

فرمول بندی های موردی بالینی، علت و معلول را توضیح می دهند. به عنوان مثال، فردی با نشانگان شخصیت افسرده، خشم را سرکوب می کند که به طور غیرمستقیم از طریق خودانتقادی و خودتنبیهی بروز می یابد. فردی با نشانگان شخصیت نارسیسیست، خود را بزرگ جلوه می دهد تا احساسات زیربنایی ناکافی بودن و پوچی را دفع کند، اما تصویر دفاعی ای که از خود ساخته است، ارتباط اصیل با خود و دیگران را قطع می کند. فردی با نشانگان شخصیت مرزی-بی قاعده نمی تواند ادراک ها و

بخش ۱۰: نمونه شخصیت مرزی-بی‌قاعده

افرادی که با این نمونه مطابقت دارند، هیجاناتی دارند که می‌تواند به سرعت تغییر کرده و از کنترل خارج شود، و به افراط‌هایی از غم، اضطراب و خشم منجر شود. آن‌ها تمایل به «فاجعه‌سازی» دارند و مشکلات را به‌عنوان فاجعه‌بار یا غیرقابل حل می‌بینند و اغلب نمی‌توانند بدون کمک دیگران خود را آرام یا تسلی دهند. این افراد زمانی که هیجانات قوی در آن‌ها برانگیخته می‌شود، ممکن است غیرمنطقی شوند و کاهش چشمگیری در سطح معمول عملکرد خود نشان دهند. این افراد فاقد حس پایداری از خود هستند: نگرش‌ها، ارزش‌ها، اهداف و احساسات آن‌ها نسبت به خود ممکن است ناپایدار یا دائماً در حال تغییر به نظر برسد و آن‌ها مستعد احساسات دردناک تهی بودن هستند. به‌طور مشابه، آن‌ها در حفظ دیدگاه‌های پایدار و متعادل نسبت به دیگران مشکل دارند: در زمان ناراحتی، نمی‌توانند ویژگی‌های مثبت و منفی یک فرد را همزمان درک کنند و دیگران را به‌طور افراطی سیاه یا سفید می‌بینند. در نتیجه، روابط آن‌ها تمایل به ناپایداری، آشفتگی و تغییرات سریع دارد. این افراد از طرد شدن و رها شدن می‌ترسند، از تنها بودن هراس دارند و معمولاً به سرعت و با شدت به دیگران وابسته می‌شوند. آن‌ها مستعد احساس سوءتفاهم، بدرفتاری یا قربانی شدن هستند. اغلب هیجانات شدیدی در دیگران ایجاد می‌کنند و ممکن است آن‌ها را به نقش‌ها یا «پیش‌نویس‌هایی» بکشانند که برایشان بیگانه و غیرآشنا است (مثلاً بی‌رحمی غیرعادی یا تلاش‌های «قهرمانانه» برای نجات آن‌ها). به همین ترتیب، ممکن است درگیری یا خصومت بین دیگران را برانگیزند. افرادی که با این نمونه مطابقت دارند، تمایل به رفتارهای تکانشی دارند. زندگی کاری یا شرایط زندگی آن‌ها ممکن است پراشوب و ناپایدار باشد. آن‌ها ممکن است به تکانه‌های خودتخریبی عمل کنند، از جمله رفتارهای خودزنی، تهدیدها یا رُست‌های خودکشی، و خودکشی واقعی، به‌ویژه زمانی که یک رابطه مهم تهدید یا قطع شود

تشخیص	۵ تطابق بسیار بالا (بیمار مثال این اختلال است؛ نمونه عالی)
	۴ تطابق بالا (بیمار این اختلال را دارد؛ تشخیص می‌گیرد)
ویژگی‌ها	۳ تطابق متوسط (بیمار ویژگی‌های قابل توجهی از این اختلال دارد)
	۲ تطابق اندک (بیمار ویژگی‌های جزئی از این اختلال دارد)
	۱ بدون تطابق (توصیف اعمال نمی‌شود)

حالت‌های احساسی متناقض را به هم پیوند دهد و بین آن‌ها در نوسان است. فردی با نشانگان شخصیت پارانوئید، خصومت درونی خود را به دیگران افراکنی می‌کند و بنابراین دنیا را به‌عنوان مکانی سرد و بی‌رحم تجربه می‌کند.

چگونه شخصیت‌های مختلف به افسردگی منتهی می‌شوند؟

رایج‌ترین تشخیص‌های مربوط به سلامت روان، حداقل در آمریکای شمالی، اختلالات افسردگی هستند. بسیاری از بیماران افسرده تنها تسکین حداقلی از درمان‌های متمرکز بر نشانه‌ها دریافت می‌کنند یا ممکن است پس از تسکین، دوباره دچار عود شوند. افسردگی اغلب به‌عنوان یک وضعیت مزمن در نظر گرفته می‌شود. در بسیاری از موارد، این وضعیت ممکن است به‌صورت مزمن ظاهر شود زیرا فرایندهای شخصیتی که به ایجاد آن منجر می‌شوند، هرگز در روان درمانی مورد توجه قرار نگرفته‌اند.

تقریباً همه‌ی نشانگان‌های شخصیت می‌توانند مسیرهایی به سمت افسردگی باشند و هر یک نیازمند تمرکز درمانی خاص خود هستند. من به‌طور خلاصه توضیح خواهم داد که چگونه چندین نشانگان شخصیت باعث ایجاد آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی می‌شوند و به‌طور مختصر به برخی از پیامدهای درمانی آن‌ها اشاره خواهم کرد. هدف من این است که ارتباط میان فرایندهای شخصیتی و افسردگی را نشان دهم، نه ارائه دستورالعمل‌های خاص برای اجرای درمان که خود به کتابی جداگانه، یا حتی چندین کتاب، نیاز دارد.

شخصیت افسرده

شخصیت افسرده به پویایی‌های شخصیت پایدار اشاره دارد، نه به حالت خلقی. افرادی با شخصیت افسرده ممکن است دچار افسردگی بالینی شوند یا نشوند، و افرادی با افسردگی عودکننده یا مزمن ممکن است سبک شخصیت افسرده داشته باشند یا نداشته باشند.

ناتوانی در شناسایی نیازها و خواسته‌ها می‌تواند به افسردگی بالینی منجر شود. برآورده کردن نیازهای خود زمانی دشوار است که ندانید آن‌ها چه هستند. عدم برآورده‌سازی نیازهای اساسی عاطفی باعث خستگی روانی و افسردگی می‌شود. در روان درمانی، نه تنها باید بر بیان نیازهای ناشناخته و ناگفته متمرکز باشد، بلکه بر شناسایی فرایندهای روان‌شناختی که مانع شناسایی این نیازها می‌شوند نیز تأکید داشته باشد. درمانگر باید به روش‌های ظریفی که بیمار از نیازها و خواسته‌های خود فاصله می‌گیرد، آگاه باشد و به بیمار کمک کند تا ترس‌هایی را که باعث می‌شوند از این نیازها فاصله بگیرد، بیان کند.

خشم هدایت‌شده به خود می‌تواند منجر به افسردگی شود. سرزنش، تنبیه و تحقیر باعث درد می‌شود، و این حقیقت زمانی که فرد تنبیه‌کننده خود فرد باشد نیز صادق

است. برای متوقف کردن این خودآزاری، فرد باید خشم خود را که به‌طور عادت انکار می‌کند، شناسایی کرده و به‌طور آگاهانه تجربه کند. این فرایند نمی‌تواند صرفاً نظری یا فکری باشد؛ خشم باید در «اینجا و اکنون» رابطه درمانی تجربه شود. درمانگر باید به نشانه‌های غیرمستقیم تحریک‌پذیری یا ناامیدی، یا فقدان آن‌ها در مواقعی که انتظار می‌رود، توجه داشته باشد و به‌طور فعال این احساسات را به رابطه درمانی دعوت کند. به‌عنوان مثال، عبارت «بیخشد که دیر کردم» دعوتی برای بررسی ناامیدی یا خشم نیست، اما عبارت «متوجه شدم نگفتید چه احساسی داشتید وقتی من اینجا نبودم» می‌تواند دعوتی باشد برای ابراز این احساسات.

بیمارانی که مراقبت‌کننده‌ای قابل اعتماد و همیشه در دسترس را درونی نکرده‌اند، همچنان برای مراقبت عاطفی به دیگران وابسته باقی می‌مانند و هنگامی که مجبور به تکیه بر منابع درونی خود می‌شوند، در برابر افسردگی آسیب‌پذیر هستند. این بیماران از تجربه و درونی‌سازی رابطه‌ای با یک درمانگر هماهنگ و به‌طور قابل اعتماد در دسترس، بهره‌مند می‌شوند. درمان‌های کوتاه‌مدت با محدودیت‌های زمانی چند جلسه‌ای می‌توانند مخرب باشند. چنین درمان‌هایی به جای کمک به آن‌ها برای ترمیم تجربیات اولیه مشکل‌دار یا از دست دادن رابطه، ممکن است بیمار را وادار کنند که دوباره آن تجربیات را بازآفرینی کند و از نو زندگی کند.

شخصیت اجتنابی

رفاه عاطفی نیازمند درگیر شدن در جهان و حداقلی از لذت و خوشی است. افرادی با سبک شخصیت مضطرب-اجتنابی، از طریق اجتناب ترس‌آلود، خود را از منابع عاطفی محروم می‌کنند. فضای زندگی آن‌ها ممکن است به حدی محدود شود که حتی نتواند نیازهای اساسی آن‌ها را برآورده کند، که این امر به خستگی روانی و افسردگی منجر می‌شود. بدتر از آن، این افراد حتی زمانی که از موقعیت‌های ترس‌آور اجتناب می‌کنند، آرامشی از اضطراب‌های خود نمی‌یابند، زیرا خطرات ادراک شده برای آن‌ها هم درونی هستند و هم بیرونی. تلاش مداوم برای دفع اضطراب‌ها از نظر عاطفی خسته‌کننده و فرساینده است.

درمان باید به بیمار کمک کند با آنچه از آن اجتناب می‌کند، چه درونی و چه بیرونی، روبه‌رو شود. این افراد تا زمانی که زندگی‌شان بیش از حد محدود باقی بماند و نتواند نیازهای عاطفی آن‌ها را تأمین کند، و تا زمانی که انرژی خود را صرف اجتناب از آسیب به جای دنبال کردن خواسته‌ها کنند، همچنان در برابر افسردگی آسیب‌پذیر خواهند بود.

شخصیت وسواسی-جبری

افراد با شخصیت وسواسی-جبری درگیر یک تعارض درونی مداوم هستند که از

طریق محدود کردن و بازداری آگاهی و بیان هیجانی از آن دفاع می کنند. متأسفانه، بازداری انتخابی هیجانات منفی غیرممکن است. دفاع‌هایی که شرم، ترس و خشم را سرکوب می کنند، همچنین خودانگیختگی، شادی، هیجان، میل و لذت را نیز سرکوب می کنند. در نتیجه، زندگی یکنواخت، روزمره و خالی از لذت می شود.

میل‌ورزی ممنوع می شود، و زمانی که فرد تلاش می کند به دنبال خواسته‌های خود برود، احساس گناه شدیدی ایجاد می شود که لذت بردن را غیرممکن می کند. سرکوب مداوم نیازها و خواسته‌ها، و وقف بیش از حد خود به کار و تولید در ازای چشم‌پوشی از تفریح و لذت، منجر به خستگی روانی و افسردگی می شود. شرم، تحقیر و خشم نهفته به طور مداوم تهدید به بروز می کنند، که می تواند فرد را با احساسی مداوم از وقوع فاجعه آمیز در آینده مواجه کند.

روان‌درمانی مؤثر به بررسی دفاع‌های فرد در برابر زندگی هیجانی می پردازد و به بیمار این امکان را می دهد که از طریق تجربه واقعی در رابطه درمانی کشف کند که هیجانات و امیال می توانند با پذیرش و علاقه مواجه شوند، نه با وحشت. همچنین، این درمان کمک می کند فرد دریابد که بیان هیجانات و امیال بدون به همراه آوردن تنبیه، انتقام یا فاجعه ممکن است.

شخصیت نارسیسیست

افراد با شخصیت نارسیسیست ذاتاً در برابر افسردگی آسیب‌پذیر هستند. یکی از منابع این آسیب‌پذیری، فاصله‌ی مزمن بین انتظارات بزرگ‌منشانه و آن چیزی است که دنیا به آن‌ها ارائه می دهد. پاداش‌هایی که به سمت این افراد می آید، کمتر از آن چیزی است که احساس می کنند استحقاقش را دارند و در نتیجه بی ارزش تلقی می شود. به جای احساس رضایت و لذت، فرد دچار ناامیدی و احساس مظلومیت می شود. این فاصله‌ی دائمی بین انتظارات و واقعیت هرگز پر نمی شود، و منجر به افسردگی، ناامیدی و یأس می گردد.

همچنین فاصله‌ی مزمن بین انتظارات فرد از خود و توانایی‌های واقعی او وجود دارد. فرد نارسیسیست در خیالات خود درباره موفقیت نامحدود، قدرت، زیبایی، یا استعداد بی‌کران غرق می شود. به جای تجربه‌ی رضایت و افتخار نسبت به دستاوردهای واقعی و مشروع خود که می توانست پایه‌ای برای عزت‌نفس واقعی باشد، او به‌طور مداوم احساس می کند که از استانداردهای خود عقب مانده و شکست خورده است. در نهایت، تصویر دفاعی و ساختگی‌ای که از خود ساخته‌اند، مانعی برای صمیمیت واقعی ایجاد می کند و می تواند آن‌ها را از عشق و ارتباطات معنادار با دیگران جدا کند.

روان‌درمانی مؤثر می تواند به این بیماران کمک کند تا درک کنند چگونه لذت‌های زندگی را بی ارزش می دانند، توانایی‌های مشروع خود را نادیده می گیرند، و خود را از ارتباطات صمیمی که به زندگی معنا می بخشد و سختی‌های زندگی را قابل تحمل

می‌کنند (از جمله ارتباطی که می‌تواند با درمانگر ایجاد شود)، دور می‌کنند. اگر این افراد به اندازه کافی به رابطه درمانی اعتماد پیدا کنند، ممکن است اجازه دهند بخش‌هایی از خود را که به‌عنوان شرم‌آور و ناکافی تجربه کرده و پنهان کرده‌اند، آشکار کنند. آن‌ها ممکن است به تدریج دیدگاه پذیرنده‌تر و مهربانه‌تر درمانگر را نسبت به انسانیت اساسی خود درونی کنند. در نهایت، این افراد باید از دست دادن تصویر شخص کامل و دنیای کامل در خیالات خود سوگواری کنند تا بتوانند به‌عنوان کسی که واقعاً هستند، در دنیایی که وجود دارد، زندگی کنند.

شخصیت پارانوئید

افراد با شخصیت پارانوئید در برابر افسردگی آسیب‌پذیر هستند زیرا دنیا را به‌عنوان مکانی سرد، بی‌رحم و خصمانه تجربه می‌کنند. آن‌ها احساس می‌کنند که در محاصره دشمنان و خطرانی از همه طرف قرار دارند. این افراد دنیا را خصمانه می‌بینند زیرا خشم و پرخاشگری خود را فرافکنی کرده و خصومت درونی‌شان را در هر جایی که نگاه می‌کنند، می‌بینند. تجربه‌ی مزمن احساس در محاصره بودن، تحت تعقیب قرار گرفتن، و طرد شدن، منجر به حالات افسردگی می‌شود. علاوه بر این، این افراد به دلیل دور نگه داشتن دیگران و ایجاد فاصله، و همچنین به دلیل خصومت و سوءظن‌شان که باعث می‌شود دیگران نیز بخواهند از آن‌ها فاصله بگیرند، از ارتباطات معنادار و حمایت عاطفی محروم می‌مانند.

روان‌درمانی می‌تواند به این افراد کمک کند تا تشخیص دهند پرخاشگری‌ای که به‌عنوان یک عامل بیرونی تجربه می‌کنند، از درون آن‌ها نشأت می‌گیرد، منابع آن را بشناسند و نقش آن به‌عنوان محافظی در برابر آسیب‌های عمیق‌تر را درک کنند. همچنین می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا نقش خود را در ایجاد تعاملات خصمانه و متخاصم درک کنند.

شخصیت مرزی-بی‌قاعده

افراد با شخصیت مرزی-بی‌قاعده دوره‌هایی از افسردگی عمیق و تاریک را تجربه می‌کنند. این حالات شدید افسردگی به نظر می‌رسد تمام وجود آن‌ها را فرا گرفته باشد. ممکن است احساس گسترده‌ای از تاریکی و ناامیدی وجود داشته باشد که فرد تصور کند تمام جنبه‌های خود و دنیایش همیشه تاریک و ناامیدکننده بوده و خواهد بود. چنین افرادی ممکن است احساس کنند که به شکلی جبران‌ناپذیر آسیب دیده‌اند، تماماً بد و یا فاسد هستند. بازنمایی‌های مثبت از خود و تجربیات مثبت به نظر دست‌نیافتنی می‌آیند.

این حالات شدید افسردگی، ریشه در دوباره‌سازی دارند. در سطوح سالم‌تر سازمان شخصیت، بازنمایی‌های مثبت و منفی از خود و حالت‌های احساسی در یک کلیت منسجم ادغام می‌شوند و به‌طور طبیعی یکدیگر را تعدیل و تنظیم می‌کنند. اما وقتی

بازنمایی‌های خود دوپاره و جدا از هم هستند، بازنمایی فعلی از خود و حالت احساسی موجود به عنوان تمام آنچه هست، تجربه می‌شود. زمانی که حالت‌های احساسی دردناک توسط تجربیات دیگر تعدیل نمی‌شوند، در خالص‌ترین و شدیدترین شکل خود احساس می‌شوند.

عوامل دیگری نیز در ایجاد حالات شدید افسردگی نقش دارند. پراکندگی هویت یا ناتوانی در حفظ حس منسجم و پایدار از خود، منجر به احساسات دردناک پوچی می‌شود. الگوهای تکراری در روابط که فرد در آن‌ها تجربیات درماندگی و قربانی شدن را دوباره زندگی می‌کند، به افسردگی منجر می‌شود. روابط ناپایدار و واکنش‌های خشمگینانه به دیگران می‌توانند باعث شوند که فرد در مواقعی که بیشترین نیاز به حمایت عاطفی را دارد، بدون آن بماند. انتخاب‌ها و اعمال تکانشی و بدون فکر نیز می‌توانند پیامدهای دردناک و ناگوار به همراه داشته باشند.

برخی رویکردهای درمانی بر مدیریت حالت‌های عاطفی بی‌قاعده تمرکز دارند (برای مثال، از طریق یادگیری و تمرین مهارت‌های خودتنظیمی). رویکردهای دیگر به بررسی و تغییر فرایندهای روان‌شناختی زیربنایی می‌پردازند که باعث ایجاد این حالت‌های بی‌تنظیمی می‌شوند. این رویکردها نیازمند ایجاد فضایی بازتابی و پایدار هستند که در آن واکنش‌های عاطفی شدید بیمار بتوانند مهار شوند، مورد بررسی قرار گیرند و درک شوند.

نتیجه‌گیری

هدف از تشخیص، ارائه درمانی مؤثرتر و مفیدتر است. زمانی که شکایات و تشخیص‌ها در پویایی‌های شخصیت ریشه دارند، که اغلب این گونه است، ایجاد تغییر معنادار مستلزم پرداختن به همین پویایی‌های شخصیت است. از آنجا که پویایی‌های شخصیت معمولاً در الگوهای قابل‌شناسایی قرار می‌گیرند، تشخیص شخصیت عمده‌تاً به معنای تشخیص الگوها است. درمانگرانی که این الگوها را می‌شناسند، در پیمایش چشم‌انداز بالینی مزیت فوق‌العاده‌ای دارند. به عنوان مثال، آن‌ها می‌توانند فرایندهای روان‌شناختی زیربنایی را که آسیب‌پذیری نسبت به رنج را ایجاد می‌کنند، تشخیص دهند، دفاع‌هایی را که احتمالاً با آن‌ها مواجه می‌شوند بشناسند، و نقش‌هایی را که احتمالاً در طی درمان در آن‌ها قرار می‌گیرند (از طریق انتقال و انتقال متقابل) درک کنند. درمان بیماران بدون درک نشانگان شخصیت مانند پیمایش بدون نقشه است. یازده نشانگان شخصیت که در این فصل توضیح داده شده‌اند، نه تنها بازتاب دانش بالینی انباشته‌شده طی نسل‌ها تجربه عملی هستند، بلکه یافته‌های پژوهش‌های تجربی را نیز منعکس می‌کنند. خود این گونه‌شناسی، یازده گروه یا طبقه‌بندی تشخیصی، از طریق روش‌های خوشه‌بندی آماری که بر نمونه‌های بالینی بزرگ اعمال شده‌اند، استخراج شده است. ویژگی‌های اصلی تشخیصی این نشانگان، که در نمونه‌های تشخیصی خلاصه شده‌اند، نیز به صورت تجربی به دست آمده‌اند. درمانگرانی که از این سیستم تشخیصی استفاده می‌کنند، می‌توانند مطمئن باشند که از رویکردی مبتنی بر شواهد بهره می‌برند.

مقاله پنچ:

چرا شکاف میان دانشمندان و متخصص از بین نمی‌رود؟

بحث درباره‌ی شکاف میان دانشمندان و متخصصین به ندرت از سطح کلیشه‌ها فراتر می‌رود. با توجه به این بحث‌ها، به نظر می‌رسد توافق عمومی وجود دارد که این شکاف بی‌فایده و خودتخریب‌گر است. هر از گاهی یادآوری‌هایی می‌شنویم (که اغلب همزمان با انتخابات انجمن روان‌شناسی آمریکا مطرح می‌شوند) مبنی بر اینکه سرنوشت علم و عمل به هم گره خورده است. همچنین به این گفته دعوت می‌شویم که باید «همه با هم کنار بیاییم».

این توصیه‌ها احتمالاً با نیت خیر صورت می‌گیرند، اما متأسفانه ساده‌لوحانه هستند. شکاف در حال عمیق‌تر شدن است، نه کم‌تر شدن. مسائلی که متخصصین بالینی و پژوهشگران را از یکدیگر جدا می‌کنند، بیش از حد ریشه‌دار هستند که بتوان با پاسخ‌های خوشایند و سطحی آن‌ها را حل کرد.

نقش گروه‌های روان‌شناسی

در گذشته، دانشکده‌های روان‌شناسی دانشگاه‌ها شامل هر دو گروه پژوهشگران و متخصصین بالینی بودند. این گروه‌ها به طور منظم با یکدیگر در ارتباط بودند و حتی پژوهشگرانی که علاقه‌ی چندانی به مسائل بالینی نداشتند، درکی از فعالیت‌های بالینی پیدا می‌کردند. اما این وضعیت دیگر این چنین نیست. در طول ده تا پانزده سال گذشته، متخصصین بالینی از دانشگاه‌های بزرگ ناپدید شده‌اند. اعضای هیئت علمی که باقی مانده‌اند، اطلاعات کمتری درباره‌ی کارهای بالینی دارند. در بدترین حالت، آن‌ها با فعالیت‌های بالینی خصومت دارند و در بهترین حالت، آن را درک نمی‌کنند. این موضوع حتی در برنامه‌های روان‌شناسی بالینی نیز صادق است، برنامه‌هایی که اکنون تحت سلطه‌ی اعضای هیئت علمی‌ای قرار دارند که در واقع بیماران را درمان نمی‌کنند.

دلایل ساختاری برای این وضعیت وجود دارد و به نظر نمی‌رسد که به این زودی تغییر کنند. یکی از این دلایل به موضوع «تورم انتشارات» مربوط می‌شود (مشابه «تورم نمرات» در مدارس عمومی ما). تعداد مقالاتی که برای دریافت و حفظ موقعیت

هیئت علمی در دانشگاه‌های پژوهشی بزرگ مورد نیاز است، به شدت افزایش یافته است. به جز تعداد انگشت‌شماری استثنا، هیچ‌کس که زمان قابل توجهی را به مراقبت از بیماران اختصاص دهد، نمی‌تواند با نرخ مورد نیاز، مقاله منتشر کند. همچنین، گروه‌های دانشگاهی به بودجه‌های تحقیقاتی که پژوهشگران جذب می‌کنند، وابسته هستند. به همین دلیل، با بازنشسته شدن متخصصین بالینی از هیئت علمی دانشگاه‌ها، آن‌ها با پژوهشگران بالینی جایگزین می‌شوند که تجربه‌ی کمی در زمینه‌ی روان‌درمانی دارند یا اصلاً چنین تجربه‌ای ندارند. این روند به سمت ایجاد گروه‌های روان‌شناسی بالینی بدون حضور متخصصین بالینی پیش می‌رود. یکی از دانشجویان دکتری برنامه‌ی روان‌شناسی بالینی دانشگاه ییل به من گفت که علاقه دارد کار بالینی عمیق یاد بگیرد، اما نمی‌توانست علاقه خود را در گروه بیان کند، زیرا این موضوع به‌عنوان نقطه‌ی ضعف تلقی می‌شود. در برنامه‌ی بالینی او، انجام کار بالینی واقعی مورد قبول نیست. او به من اعتماد کرد و گفت که حتی نمی‌داند کجا می‌تواند آموزش بالینی عمیق پیدا کند. او ماجرای را تعریف کرد که در آن از یکی از اعضای ارشد هیئت علمی بالینی برای یافتن یک روان‌درمانگر شخصی مشورت خواسته بود. پاسخ آن عضو هیئت علمی این بود: «چرا باید دنبال چنین چیزی باشی؟ تحقیقات نشان می‌دهند که فایده‌ای ندارد.»

بیشتر متخصصین بالینی، روان‌درمانی شخصی جدی را پیش‌نیاز انجام کار بالینی عمیق می‌دانند. و البته، صدها مطالعه به فواید روان‌درمانی گواهی می‌دهند اما این استاد «بالینی» در اشتیاق خود برای بدنام کردن فعالیت‌های بالینی، صدها مطالعه‌ی منتشرشده را در نظر نگرفت. ظاهراً او به مطالعه‌ی اخیر خاصی فکر می‌کرد که نتوانسته بود تأثیر درمان را نشان دهد، و در ذهن او این مطالعه، دهه‌ها پژوهش پیشین را زیر سؤال می‌برد. به‌طور عجیبی، او همچنین یک اصل اساسی پژوهش را فراموش کرده بود. اینکه یک مطالعه نمی‌تواند فرض صفر را اثبات کند.

اگر این تنها مورد بود، ارزش اشاره کردن نداشت. اما این‌گونه نیست؛ این مسئله یک نمونه‌ی نمادین است. این استاد، پژوهشگری شناخته‌شده در حوزه‌ی روان‌شناسی بالینی در یکی از بهترین دانشگاه‌های ماست و نگرشی که او بیان می‌کند در گروه‌های دانشگاهی همه‌جا دیده می‌شود، از جمله در برنامه‌های دکتری بالینی تأییدشده توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا. اعضای هیئت علمی به روش‌های ظریف و غیرظریف انتقال می‌دهند که تجربه‌ی بالینی بی‌اهمیت است و دانشجویان می‌توانند هر آنچه نیاز دارند را از دستورالعمل و کتاب‌های راهنما یاد بگیرند. گروه‌های دانشگاهی معمولاً اجزای واقعاً بالینی برنامه‌ی درسی (مانند نظارت بر روان‌درمانی) را به اساتید مدعو می‌سپارند که تأثیر کمی بر امور گروه دارند. پژوهشگران بالینی بینش‌های انباشته‌ی نسل‌های قبل متخصصین بالینی را نادیده می‌گیرند و به جای آن مطالعاتی انجام می‌دهند که به‌طور ضمنی (یا آشکارا) وزن بیشتری به شواهد حاصل از گزارش‌های خوداظهاری دانشجویان سال اول دانشگاه می‌دهند. در واقع،

پژوهشگران اغلب متخصصین بالینی را بیش از حد دارای سوگیری می‌دانند تا بتوانند داده‌های پژوهشی مفیدی ارائه دهند. (به عنوان مثال هیچ کس ادعا نمی‌کند که دانشجویان سال اول دانشگاه در خواندن تصاویر اشعه ایکس از رادیولوژیست‌ها بهتر هستند، زیرا رادیولوژیست‌ها بیش از حد به‌خاطر نظریه‌ها و تجربه‌های قبلی‌شان دچار سوگیری شده‌اند؛ اما ما استدلال‌های مشابهی را در ادبیات روان‌شناسی به‌طور مداوم می‌بینیم.) پژوهشگران به این شیوه‌ها و روش‌های دیگر، فعالیت‌های بالینی را تضعیف می‌کنند.

با حذف تدریجی متخصصین بالینی از میان اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها، آموزش تخصصی در حوزه بالینی به‌طور فزاینده‌ای به مدارس حرفه‌ای منتقل شده است. پیامدهای این تغییر برای روان‌شناسی ناخوشایند است. در گروه‌های دانشگاهی، نظریه و پژوهش به شکلی جدا از داده‌های حیاتی مشاهده‌های بالینی توسعه می‌یابند. در مدارس حرفه‌ای مستقل، آموزش بالینی ممکن است در فضایی انجام شود که از سنت‌های علمی و فکری دانشگاهی و تفکر انتقادی‌ای که این محیط پرورش می‌دهد، جدا باشد و شکل نگیرد. در نتیجه، آموزش در هر دو نوع نهاد ضعیف‌تر شده است و شکاف میان دانشمندان و متخصصین روزبه‌روز عمیق‌تر می‌شود.

نقش پژوهش‌های پیامد محور

روان‌شناسان بالینی در محیط فعلی خدمات درمانی تحت فشار قرار دارند. برخی بر این باورند که این حوزه‌ای است که پژوهشگران به متخصصین بالینی کمک می‌کنند، از طریق انجام مطالعات پیامد محور و اثربخشی درمان‌ها که متخصصین بالینی برای پاسخ به نظام‌های مدیریت خدمات درمانی به آن‌ها نیاز دارند. با این حال، در اغلب موارد این موضوع صادق نیست. شرکت‌های مدیریت خدمات درمانی از نتایج پژوهش‌ها به‌عنوان ابزاری برای تحت فشار قرار دادن متخصصین بالینی و انکار و نقض درمان استفاده می‌کنند. آن‌ها این اقدامات را با استناد به مطالعاتی توجیه می‌کنند که مدعی هستند فراوانی و مدت زمان درمان بی‌اهمیت است. بیشتر پژوهشگران دانشگاهی از چگونگی استفاده و حتی سوءاستفاده شرکت‌های مدیریت خدمات درمانی از یافته‌های آن‌ها بی‌خبرند.

مشکل فقط این نیست که روان‌شناسان دانشگاهی با شیوه‌های مدیریت خدمات درمانی آشنا نیستند. نسل‌های متعددی از پژوهشگران تلاش کرده‌اند تا در پرده برداشتن از بی‌اعتباری روان‌درمانی از یکدیگر سبقت بگیرند. به جای تلاش برای اثبات اثربخشی آن، بسیاری از آن‌ها بی‌صبرانه به دنبال نشان دادن بی‌فایده بودن آن هستند. آن‌ها خواهان اثبات اثربخشی‌ای هستند که از هر چیزی که تا به حال از دیگر حرفه‌های حوزه خدمات درمانی خواسته شده است، فراتر می‌رود. این پژوهشگران تحقیقات بالینی را با استفاده از نمونه‌هایی انجام می‌دهند که نماینده‌ی جمعیت

واقعی بیماران نیستند، و تحقیقاتی بر روی درمان‌های کوتاه‌مدت انجام می‌دهند که تعداد کمی از متخصصین واقعاً آن‌ها را به کار می‌گیرند. سپس آن‌ها امر غیرمعتبر تجربی را با امر ابطال‌شده به‌صورت تجربی اشتباه می‌گیرند و اعلام می‌کنند که انجام هر نوع درمانی که پژوهشی روی آن نشده است، «ضد اخلاقیات» است. اگر پزشکان مجبور بودند استانداردهایی را رعایت کنند که روان‌شناسان پژوهشی به طور معمول از روان‌شناسان بالینی طلب می‌کنند، جراحان دیگر قادر به انجام جراحی قلب نبودند. (این مثال تصادفی نیست؛ اندازه‌ی اثر روان‌درمانی به طور قابل توجهی بیشتر از جراحی انحراف مسیر خون عروق قلب است.)

منصفانه است که بگوییم بسیاری از پژوهشگران به فشارهایی پاسخ می‌دهند که کاملاً تحت کنترل آن‌ها نیست، با توجه به وضعیت کنونی «تورم انتشارات»، آن‌ها تحت فشار هستند تا مطالعاتی انجام دهند که بتوانند سریعاً تکمیل و منتشر کنند. برای یک عضو هیئت علمی که هنوز به مرتبه‌ی دانشیاری نرسیده، احتمالاً مطالعه درباره‌ی روان‌درمانی‌های بلندمدت به معنای خودکشی حرفه‌ای خواهد بود، در حالی که همکارانش مقالات متعددی بر اساس درمان‌های ۱۲ تا ۱۶ جلسه‌ای منتشر می‌کنند. مشکل اینجاست که این درمان‌های کوتاه‌مدت بازتاب‌دهنده‌ی واقعیت‌های کاربردی فعالیت بالینی در دنیای واقعی نیستند.

در مطالعه‌ای که توسط درو وستن انجام شد، نمونه‌ای تصادفی از متخصصین باتجربه‌ی بالینی در سطح ملی مورد بررسی قرار گرفت. از آن‌ها خواسته شد آخرین درمانی را که انجام داده‌اند و در آن تغییر روان‌شناختی معناداری رخ داده است، به خاطر بیاورند. سپس از آن‌ها پرسیده شد که این طول درمان چقدر بوده است. صرف‌نظر از جهت‌گیری نظری، متخصصین گزارش دادند که این درمان‌ها به طور میانگین حدود یک سال به طول انجامیده است. این یافته‌ها کاملاً با نتایج مطالعه‌ی «گزارش مصرف‌کنندگان» مارتین سلینگمن که بر اساس گزارش بیماران انجام شده است، هماهنگی دارند. بنابراین ممکن است کسی تصور کند که اکثر پژوهشگران بالینی باید به بررسی درمان‌هایی با مدت‌زمان تقریبی یک سال بپردازند. اما این گونه نیست. به طور کلی، پژوهشگران بالینی هنگام طراحی تحقیقات «بالینی»، دیدگاه‌های هر دو گروه متخصصین بالینی و بیماران را نادیده می‌گیرند. نتیجه این تحقیقات، به طور اجتناب‌ناپذیر، پژوهش‌های بالینی‌ای است که ارتباط چندانی با فعالیت روان‌درمانی ندارند.

دیدگاه‌های متفاوت جهان‌بینی

برخی از دانشگاهیان ممکن است از این صحبت که آن‌ها متخصصین بالینی نیستند، ناراحت شوند. اما تفاوت‌های مهمی بین پژوهشگران بالینی و متخصصین بالینی وجود دارد. تعهد پژوهشگران بالینی به داده‌ها و آزمون فرضیات است. آن‌ها زمان بسیار کمی را با بیماران می‌گذرانند یا اصلاً زمانی نمی‌گذرانند. اگر هم بیمارانی را

درمان کنند، این کار در چارچوب یک مطالعه انجام می‌شود و به ندرت بیش از دوازده تا شانزده جلسه طول می‌کشد (اگر پس از آن بیمار همچنان دچار مشکل باشد، او را به فرد دیگری ارجاع می‌دهند).

اگر هم بیمارانی را درمان کنند، آن‌ها را بر اساس معیارهای خاص مطالعه انتخاب می‌کنند. این معمولاً به این معناست که بیماران خودکشی‌گرا کنار گذاشته می‌شوند و بیماران دارای تشخیص‌های دوگانه یا چندگانه نیز حذف می‌شوند. این موضوع باعث حذف اکثریت بیمارانی می‌شود که در دنیای واقعی بیمار دیده می‌شوند. در مقابل، تعهد متخصصین بالینی نسبت به بیمارانشان است. آن‌ها افرادی را درمان می‌کنند که واقعاً به دنبال کمک هستند، نه فقط بخشی از بیماران با مشکلات محدود و مشخص که معیارهای خاص ورود به مطالعه را دارند. آن‌ها در فرایند درمان روابط نزدیکی با بیماران ایجاد می‌کنند و تا زمانی که لازم باشد، درمان را حفظ می‌کنند. متخصصین بالینی با پزشکان مشورت می‌کنند، برخی بیماران را در بیمارستان بستری می‌کنند، و مسئولیت درمان افرادی را که قصد خودکشی دارند، می‌پذیرند. این‌ها تفاوت‌های واقعی هستند. تظاهر کردن به این موضوع که پژوهشگران و متخصصین بالینی در واقع در یک حوزه کار می‌کنند، هیچ کمکی به ما نمی‌کند.

ما باید راه‌هایی برای پر کردن شکاف بین دانشمندان و متخصصین پیدا کنیم، این کار به نفع هر دو گروه است. پژوهشگران به متخصصین بالینی نیاز دارند تا داده‌های غنی مشاهده‌ای که می‌توانند ارائه دهند را دریافت کنند. متخصصانی که در محیط حرفه‌ای خود کار می‌کنند، گاهی با چالشی مواجه می‌شوند که در آن وفاداری به شخصیت‌های کاریزماتیک یا برندها بیشتر از شواهد علمی و تفکر انتقادی مورد توجه قرار می‌گیرد. متخصصان به پژوهشگران نیاز دارند تا به تقویت تفکر انتقادی و اتکا به شواهد علمی کمک کنند. اما نکته‌ی اساسی اینجاست که متخصصین بالینی به پژوهشگرانی نیاز دارند که مشاهدات بالینی آن‌ها را جدی بگیرند. آن‌ها به پژوهشگرانی که داده‌های حاصل از اتاق درمان را با تحقیر رد می‌کنند، نیازی ندارند.

نتیجه‌گیری

تقسیم‌بندی عملی آموزش روان‌شناسی به گروه‌های دانشگاهی و مدارس حرفه‌ای مستقل، شکاف میان دانشمند و متخصص را به شکلی نهادی تثبیت کرده است. سیستم آموزشی ما تضمین می‌کند که نسل‌های آینده متخصصین بالینی ارزش چندانی برای پژوهش‌های تجربی قائل نخواهند بود و نسل‌های آینده پژوهشگران نیز درک کمی از کار بالینی خواهند داشت.

آخرین امید برای گفت‌وگوی معنادار ممکن است به سردبیران مجلات و نهادهای تأمین مالی وابسته باشد. مجلات تجربی می‌توانند متخصصین بالینی (نه فقط پژوهشگران بالینی) را به عنوان داور برای مقالات «پژوهش بالینی» بگمارند، و همچنین مؤسسه ملی سلامت روان ایالات متحده نیز می‌تواند متخصصین بالینی را به عنوان

داور برای پروژه‌های پژوهش بالینی در نظر بگیرد. این متخصصین شاید بتوانند به نوعی به وضعیت غیر واقعی اشاره کنند (درباره‌ی مداخلات بالینی‌ای که هرگز نمی‌توانند در دنیای واقعی اجرا شوند)، یا روش‌هایی که آن قدر مصنوعی هستند که یافته‌های آن‌ها هرگز نمی‌تواند به‌طور منطقی اطلاعاتی برای کار بالینی در اتاق درمان ارائه دهد.

به همین ترتیب، مجلاتی که بر عمل‌گرایی تمرکز دارند، می‌توانند پژوهشگران تجربی را به‌عنوان داوران مقالات در نظر بگیرند. داوران پژوهش محور ممکن است ادعاها و فرضیات نظری را که در واقع پرسش‌های تجربی هستند، شناسایی کنند. آن‌ها می‌توانند پژوهش‌های تجربی در این موضوعات را حمایت کنند. همچنین ممکن است نظریه‌پردازان بالینی را مجبور کنند تا در صورت وجود پژوهش‌های تجربی مرتبط، آن‌ها را در نظر بگیرند و به آن‌ها ارجاع دهند.

هدف در هر دو مورد، در نهایت به «حفظ صداقت» خلاصه می‌شود. البته، این راه حل مستلزم آن است که افرادی که قدرت و اختیار در دست دارند، بخشی از آن را به‌طور داوطلبانه برای خدمت به یک هدف بزرگ‌تر واگذار کنند. البته که این امر چندان با طبیعت انسانی سازگار به نظر نمی‌رسد.

مقاله شش:

شواهد برای درمان‌های «مبتنی بر شواهد» کجاست؟

نکات کلیدی

اصطلاح درمان مبتنی بر شواهد به‌طور ضمنی به‌عنوان یک رمز برای درمان‌های نظام‌یافته به کار می‌رود که اغلب شامل شکل‌های کوتاه‌مدت و به‌شدت از قبل برنامه‌ریزی شده درمان شناختی-رفتاری است.

به‌طور گسترده ادعا می‌شود که «درمان‌های مبتنی بر شواهد از نظر علمی اثبات شده و برتر از سایر اشکال روان‌درمانی هستند». با این حال، پژوهش‌های تجربی این ادعاها را تأیید نمی‌کنند.

پژوهش‌های تجربی نشان می‌دهند که درمان‌های مبتنی بر شواهد درمان‌های ضعیفی هستند. فواید آن‌ها جزئی است، تعداد کمی از بیماران بهبود می‌یابند و حتی فواید جزئی آن‌ها نیز پایدار نیست.

روش‌های پژوهشی تصویری گمراه‌کننده از فواید واقعی درمان‌های مبتنی بر شواهد ترسیم می‌کنند، از جمله استفاده از گروه‌های کنترل ساختگی، انتخاب گزینشی نمونه‌های بیماران و سرکوب و نادیده گرفتن نتایج منفی.

«درمان مبتنی بر شواهد» به یک کلمه مد روز در بازاریابی تبدیل شده است. اصطلاح «مبتنی بر شواهد» از پزشکی آمده است. این اصطلاح در دهه ۱۹۹۰ توجه زیادی را جلب کرد و در ابتدا یک فراخوان برای تفکر انتقادی بود. حامیان پزشکی مبتنی بر شواهد درک کردند که «ما همیشه این‌طور پیش رفته‌ایم»، توجه ضعیفی برای تصمیمات پزشکی است. تصمیمات پزشکی باید ترکیبی از تخصص بالینی فردی، ارزش‌ها و ترجیحات بیماران و پژوهش‌های علمی مرتبط باشد (۱).

اما اصطلاح مبتنی بر شواهد به معنای کاملاً متفاوتی برای روان‌درمانی تبدیل شده است. این اصطلاح به‌طور غیررسمی برای ترویج یک ایدئولوژی و دستور کار خاص استفاده شده است که اکنون از آن به‌عنوان یک کلمه مد روز برای درمان‌های نظام‌یافته استفاده می‌شود، که اغلب شامل نسخه‌های کوتاه‌مدت و یک‌شکل از درمان شناختی-رفتاری هستند. «نظام‌یافته» به این معناست که درمان بر اساس پیروی از یک دفترچه راهنما انجام می‌شود. درمان‌ها اغلب استاندارد شده یا به‌طوری که از

قبل برنامه‌ریزی شده طراحی می‌شوند که فضای کمی برای پرداختن به نیازهای بیماران فردی باقی می‌گذارند.

پشت جنبش «درمان مبتنی بر شواهد» یک روایت کلان دارد که به‌طور فزاینده‌ای بر حوزه سلامت روان سلطه پیدا کرده است. این روایت کلان چیزی شبیه به این است: «در دوران تاریکی، درمانگران از روش‌های درمانی غیرمعتبر و غیرعلمی استفاده می‌کردند. درمان‌های مبتنی بر شواهد از نظر علمی اثبات شده و برتر هستند». این روایت به توجیهی برای حملات گسترده به درمان‌های گفت‌وگومحور سنتی تبدیل شده است، همان درمان‌هایی که با هدف پرورش خودکاوی و خودفهمی در بستر یک رابطه درمانی مداوم و معنادار انجام می‌شوند.

در اینجا یک نمونه کوچک از آنچه که حامیان «درمان مبتنی بر شواهد» به‌طور عمومی می‌گویند آورده شده است: «روان‌درمانی‌های پشتیبانی‌شده از نظر تجربی، هنوز به‌طور گسترده‌ای مورد استفاده قرار نمی‌گیرند. در نتیجه، بسیاری از بیماران به درمان مناسب دسترسی ندارند» (تأکید اضافه شده) (۲). توجه کنید به جابه‌جایی زبانی: اگر درمان «مبتنی بر شواهد» نباشد (یعنی نظام یافته نباشد)، نامناسب است. سایر حامیان «درمان‌های مبتنی بر شواهد» فراتر رفته و درمان‌های مبتنی بر رابطه و متمرکز بر بینش را تحقیر می‌کنند: «فاصله میان آنچه که درمانگران انجام می‌دهند و آنچه که علم کشف کرده است، شرمساری غیرقابل تحملی وجود دارد» (۳).

رسانه‌های خبری روایت کلان را گسترش می‌دهند. واشنگتن پست مقاله‌ای منتشر کرد با عنوان «آیا درمانگر شما کمی از زمان عقب مانده است؟» که درمان سنتی گفت‌وگویی را به پزشکی پیش از علمی شدن تشبیه می‌کرد، زمانی که «شفادهندگان از روش‌های غیرموثر و اغلب آسیب‌زننده‌ای مانند زخم‌سازی، پاک‌سازی و خون‌ریزی استفاده می‌کردند». نیوزویک نیز حرف مشابهی را با مقاله‌ای به نام «نادیده گرفتن شواهد: چرا روان‌شناسان علم را رد می‌کنند؟» به زبان می‌آورد.

توجه کنید که چگونه این گفتمان به شکلی از مک‌کارتیسم منجر می‌شود. از آنجا که حامیان درمان‌های کوتاه‌مدت و نظام یافته اصطلاح «مبتنی بر شواهد» را به خود اختصاص داده‌اند، داشتن یک گفت‌وگوی منطقی درباره‌ی اینکه چه چیزی درمان خوب را تشکیل می‌دهد، تقریباً غیرممکن شده است. هرکسی که درمان «مبتنی بر شواهد» را زیر سؤال ببرد، در معرض این خطر قرار می‌گیرد که به عنوان مخالف شواهد و ضد علم برچسب بخورد.

ممکن است این‌طور فرض شود که با توجه به ادعاهای محکم درباره درمان‌های «مبتنی بر شواهد» و تحقیر عمومی سایر درمان‌ها، باید شواهد علمی بسیار قوی برای فواید آن‌ها وجود داشته باشد. اما چنین نیست. فاصله عظیمی بین آنچه که به ما گفته می‌شود پژوهش‌ها نشان می‌دهند و آنچه که در واقع پژوهش‌ها نشان می‌دهند وجود دارد.

پژوهش‌های تجربی در واقع نشان می‌دهند که درمان‌های «مبتنی بر شواهد» برای

اکثر بیماران، در بیشتر مواقع، بی اثر هستند. ابتدا به بررسی آنچه که پژوهش‌های تجربی واقعاً نشان می‌دهند می‌پردازم و سپس نگاهی دقیق‌تر به رویه‌های نگران‌کننده در پژوهش‌های مربوط به درمان‌های «مبتنی بر شواهد» خواهم داشت.

بخش اول: آنچه که پژوهش‌ها واقعاً نشان می‌دهند

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درمان‌های «مبتنی بر شواهد»، درمان‌های ضعیفی هستند و فواید آن‌ها جزئی است. بیشتر بیماران بهبود نمی‌یابند و حتی فواید جزئی آن‌ها نیز پایدار نیست. ممکن است این با آنچه که به شما آموخته شده متفاوت باشد. این با روایت کلان سازگار نیست. من از شما نمی‌خواهم که حرف من را در این مورد بپذیرید. به همین دلیل است که من به بحث و نقل قول از منابع اصلی خواهم پرداخت.

در ابتدا

استاندارد طلایی در پژوهش‌های «مبتنی بر شواهد» درمانی، آزمایش تصادفی کنترل شده است. بیماران با تشخیص روان‌پزشکی خاص به‌طور تصادفی به گروه‌های درمانی یا کنترل اختصاص داده می‌شوند و مطالعه گروه‌ها را با یکدیگر مقایسه می‌کند. مهم‌ترین کارآزمایی تصادفی کنترل شده در حوزه روان‌درمانی، «برنامه پژوهشی مشترک درمان افسردگی» وابسته به مؤسسه ملی سلامت روان است. این مطالعه اولین پژوهش گسترده و چند مکان بود که درمان‌هایی که اکنون به نام «مبتنی بر شواهد» شناخته می‌شوند را بررسی کرد. این مطالعه شامل سه درمان فعال بود: درمان شناختی-رفتاری نظام یافته، درمان بین فردی نظام یافته و داروهای ضدافسردگی. گروه کنترل یک قرص دارونما و مدیریت بالینی دریافت کردند، اما روان‌درمانی دریافت نکردند. این مطالعه در اواسط دهه ۱۹۷۰ آغاز شد و اولین یافته‌های اصلی آن در سال ۱۹۸۹ منتشر شد.

در یک ربع قرن گذشته، به ما گفته شده است که مطالعه مؤسسه ملی سلامت روان نشان داده که درمان شناختی-رفتاری، درمان بین فردی و داروهای ضدافسردگی درمان‌های «معتبر تجربی» برای افسردگی هستند. به ما گفته شده که اثربخشی این درمان‌ها ثابت شده است. من در اینجا بر روی درمان شناختی-رفتاری تمرکز می‌کنم زیرا اصطلاح درمان مبتنی بر شواهد بیشتر به درمان شناختی-رفتاری و انواع آن اشاره دارد.

شاخص اصلی ارزیابی در مطالعه مؤسسه ملی سلامت روان، مقیاس ارزیابی افسردگی هامیلتون ۵۴ امتیازی بود. تفاوت بین گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل دارونما ۱۰۲ امتیاز بود. تفاوت ۱۰۲ امتیازی بین گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل جزئی و از نظر بالینی بی‌معنی است. این پژوهش از آزمون «خب، چه تفاوتی دارد؟» سربلند بیرون نمی‌آید. از آزمون «آیا اهمیتی دارد؟» نیز عبور نمی‌کند.

همچنین، از آزمون «چرا باید برای کسی مهم باشد؟» هم نمی گذرد. چطور ممکن است چنین اختلافی بین آنچه که به ما گفته شده و آنچه که از مطالعه به دست آمده وجود داشته باشد؟ ممکن است شما فکر کنید که پژوهشگران اصلی داده ها را به وضوح ارائه نکرده اند. اما اینطور نیست. اولین گزارش پژوهشی اصلی از مطالعه مؤسسه ملی سلامت روان در سال ۱۹۸۹ در آرشیو روان پزشکی عمومی منتشر شد (۴). نویسندگان نوشتند: «شواهد محدودی از اثربخشی خاص درمان بین فردی وجود داشت و هیچ شواهدی برای درمان شناختی-رفتاری پیدا نشد» (تأکید اضافه شده). این همان چیزی است که مقاله پژوهشی اصلی گزارش می کند.

در سال ۱۹۹۴، پژوهشگر اصلی یک مرور جامع از آنچه که از مطالعه آموختیم نوشت، با عنوان «برنامه پژوهشی مشترک درمان افسردگی مؤسسه ملی سلامت روان: از کجا شروع کردیم و کجا هستیم» (۵). او در زبان علمی دقیق نوشت: «آنچه در یافته های پیگیری بیشتری توجه را جلب می کند، درصد نسبتاً کوچکی از بیماران است که در درمان باقی می ماند، به طور کامل بهبود می یابند و در طول دوره پیگیری ۱۸ ماهه به طور کامل سالم باقی می مانند». درصد آن قدر کوچک است که «سؤالاتی را مطرح می کند درباره اینکه آیا قدرت درمان های کوتاه مدت برای افسردگی بیش از حد تبلیغ شده است».

در واقع، آن درصد چقدر بود؟ مشخص شد که تنها ۲۴ درصد از بیماران بهبود یافته و بهبود خود را حفظ کردند. به عبارت دیگر، حدود ۷۵ درصد یعنی اکثریت قاطع، بهبود نیافتند. چگونه ممکن است چنین چیزی باشد؟ ما برای یک ربع قرن گذشته، دقیقاً برعکس این را شنیده ایم. به ما گفته شده که درمان شناختی-رفتاری دستی سازی شده قدرتمند و مؤثر است.

مفهوم معنی دار آماری لزوماً با مؤثر بودن یکسان نیست

واژه «معنادار» باعث ایجاد سوء تفاهم های قابل توجهی می شود. در زبان انگلیسی، «معنادار» هم معنی با «مهم» یا «دارای معنا» است. اما در آمار، «معنادار» اصطلاحی فنی با تعریفی تخصصی است که به احتمال یک یافته مشاهده شده اشاره دارد.^۱ «معناداری آماری» به این معنا نیست که یافته ها از نظر علمی حائز اهمیت هستند (نکته ای که در بیانیه اخیر انجمن آمار آمریکا نیز مورد تأکید قرار گرفته است) (۶). این واژه به هیچ وجه به این معنا نیست که بیماران بهبود می یابند یا حتی به شکلی که از نظر بالینی معنادار باشد، وضعیتشان بهتر می شود.

تفاوتی میان سؤالاتی که مطالعات مربوط به درمان «مبتنی بر شواهد» مطرح می کنند و آنچه بیماران، پزشکان و سیاست گذاران حوزه سلامت نیاز دارند بدانند، وجود دارد. این مطالعات معمولاً توسط پژوهشگران دانشگاهی انجام می شوند که

۱- به طور دقیق تر، «احتمال تحت یک مدل آماری مشخص که یک خلاصه آماری از داده ها (برای مثال، تفاوت میانگین نمونه بین دو گروه مقایسه شده) برابر یا شدیدتر از مقدار مشاهده شده ای آن باشد». (۶)

اغلب تجربه‌ای اندک یا هیچ تجربه‌ای در زمینه‌ی کار بالینی ندارند و ممکن است چالش‌ها و پیچیدگی‌هایی را که درمانگران و بیماران در دنیای واقعی با آن روبه‌رو هستند، درک نکنند. آلن کاردین، پژوهشگر برجسته‌ی درمان شناختی-رفتاری، در نشریه روان‌شناس آمریکایی می‌نویسد: «پژوهشگران اغلب نمی‌دانند که آیا مراجعانی که یک درمان مبتنی بر شواهد دریافت کرده‌اند، در زندگی روزمره بهبود یافته‌اند یا تغییری کرده‌اند که واقعاً تفاوتی ایجاد کند» (تأکید اضافه شده است). (۷).

سوءتفاهم‌های بزرگ زمانی رخ می‌دهند که پژوهشگران یافته‌های تحقیقاتی خود را به بیماران، سیاست‌گذاران و متخصصان بالینی «منتقل» می‌کنند. پژوهشگران از «مزایای معنادار» یک درمان سخن می‌گویند، در حالی که منظور آن‌ها معناداری آماری است. بیشتر افراد به‌درستی که در حقیقت اشتباه است، این عبارت را به این معنا برداشت می‌کنند که بیماران بهبود می‌یابند یا حداقل به‌طور معناداری وضعیتشان بهتر می‌شود.

تعداد کمی از حوزه‌های علمی دیگر به جای تغییر واقعی، بر «معناداری» تأکید می‌کنند. زمانی که یک درمان واقعاً مؤثر باشد، پژوهشگران بر خود اثرگذاری آن تأکید می‌کنند، نه بر «معناداری». اگر دارویی در کاهش فشار خون مؤثر باشد، میزان کاهش فشار خون را گزارش می‌کنیم. اگر یک برنامه کاهش وزن مؤثر باشد، گزارش می‌کنیم که فرد به‌طور میانگین ۲۰ کیلوگرم، ۳۰ کیلوگرم یا هر مقدار دیگری وزن کم کرده است. اگر دارویی سطح کلسترول را کاهش دهد، میزان کاهش کلسترول را گزارش می‌کنیم. ما بر معناداری آماری تمرکز نمی‌کنیم. هنگامی که پژوهشگران بر معناداری آماری تمرکز می‌کنند، نکاتی را از دست می‌دهیم.

من از این موضوع شرمسارم که وقتی برای اولین بار درباره‌ی مطالعه‌ی افسردگی مؤسسه ملی سلامت روان نوشتم، فرض کردم که تفاوت ۱.۲ امتیازی بین گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل دارونما از نظر آماری معنادار است، حتی اگر از نظر بالینی تفاوتی ایجاد نکند (۸). فرض کردم که به همین دلیل این مطالعه به‌طور گسترده به‌عنوان شواهد علمی برای درمان شناختی-رفتاری مورد استناد قرار گرفته است. اما وقتی بعدها منابع اصلی را با دقت بیشتری بررسی کردم، متوجه شدم که این تفاوت ۱.۲ امتیازی در مقیاس ارزیابی افسردگی حتی از نظر آماری نیز معنادار نبود. درک این موضوع برایم دشوار بود که ادعاهای گسترده مبنی بر اینکه این مطالعه پشتوانه‌ی علمی برای درمان شناختی-رفتاری ارائه داده است، در واقع هیچ مبنایی در داده‌های واقعی نداشت. به نظر می‌رسد این موردی باشد که در آن روایت غالب بر واقعیت‌ها غلبه کرده است.

پژوهش‌ها ادامه می‌یابند اما مزایای درمانی تحقق نمی‌یابند

یافته‌های مطالعه‌ی مؤسسه ملی سلامت روان بیش از ۲۵ سال پیش منتشر شدند. قطعاً نتایج پژوهش‌های مربوط به درمان شناختی-رفتاری در طول زمان بهبود

یافته‌اند. بیاید به جدیدترین و پیشرفته‌ترین کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده در زمینه‌ی افسردگی نگاهی بیندازیم (۹). این مطالعه شامل ۳۴۱ بیمار مبتلا به افسردگی بود که به‌طور تصادفی در یکی از دو گروه درمانی قرار گرفتند: ۱۶ جلسه درمان شناختی-رفتاری استاندارد یا ۱۶ جلسه روان‌درمانی پویشی استاندارد. نتایج نشان داد که این دو روش درمانی از نظر اثربخشی تفاوتی نداشتند. این مطالعه در سال ۲۰۱۳ در مجله‌ی آمریکایی روان‌پزشکی منتشر شد. نویسندگان نوشتند: «یکی از یافته‌های قابل توجه این بود که تنها ۲۲.۷ درصد از بیماران بهبود کامل یافتند» (۹). آن‌ها ادامه دادند: «یافته‌های ما نشان می‌دهند که بخش قابل توجهی از بیماران برای دستیابی به بهبودی کامل به درمانی فراتر از یک دوره‌ی محدود نیاز دارند.» به عبارت دیگر، حدود ۷۵ درصد از بیماران بهبود نیافتند. این یافته‌ها همان نتیجه‌ای است که در مطالعه‌ی مؤسسه ملی سلامت روان، یک چهارم قرن پیش گزارش شده بود. نتیجه‌گیری مناسب از هر دو مطالعه‌ی مهم این است که درمان‌های کوتاه‌مدت و استانداردشده برای بیشتر بیماران مبتلا به افسردگی، در اغلب مواقع، اثربخش نیستند.

من اولین مطالعه‌ی مهم و جدیدترین مطالعه را توصیف کرده‌ام اما پژوهش‌های بین این دو چه می‌گویند؟ یافته‌ها تا حد زیادی مشابه هستند. این پژوهش‌ها در یک مقاله‌ی مروری منتشرشده در نشریه‌ی روان‌شناسانه توسط درو وستن و همکارانش خلاصه شده‌اند (۱۰). این مقاله یک مرور نظام‌مند و جامع از ادبیات علمی مربوط به درمان شناختی-رفتاری استاندارد برای افسردگی و اختلالات اضطرابی ارائه می‌دهد. پژوهشگران دریافتند که بیمارانی که درمان شناختی-رفتاری استاندارد را برای افسردگی دریافت کرده بودند، پس از درمان همچنان از نظر بالینی افسرده باقی ماندند و میانگین نمره‌ی آن‌ها در مقیاس افسردگی بک بیش از ۱۰ بود. اما شرایطی غیر از افسردگی چگونه؟ به‌عنوان مثال، اختلال هراس؟ به نظر می‌رسد که اختلال هراس، بهترین نمونه‌ای باشد که درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت و استاندارد در آن بیشترین اثربخشی را دارد. باین حال، بیماران مبتلا به اختلال هراس که «درمان مبتنی بر شواهد» دریافت کردند، تقریباً هر هفته دچار حملات هراس می‌شدند، همچنان ۴ مورد از ۷ نشانه‌ی ذکرشده در نسخه‌ی چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی را گزارش می‌کردند. این بیماران نیز بهبودی کامل نیافتند.

یکی دیگر از یافته‌ها این بود که مزایای درمان‌های استاندارد و «مبتنی بر شواهد» موقتی هستند. به طور کلی، نتایج درمان در روزی که دوره‌ی درمان به پایان می‌رسد، اندازه‌گیری می‌شوند. اما زمانی که بیماران در طول زمان پیگیری می‌شوند، مزایای درمان از بین می‌روند. بیش از ۵۰ درصد از بیمارانی که یک درمان «مبتنی بر شواهد» دریافت کرده‌اند، طی ۶ تا ۱۲ ماه دوباره برای همان مشکل به دنبال درمان می‌روند. این یافته باید پژوهشگران را به تأمل وادارد. همچنین، اشتباه خواهد بود اگر نتیجه بگیریم بیمارانی که مجدداً به دنبال درمان نمی‌روند، الزاماً بهبود یافته‌اند. برخی

ممکن است واقعاً بهبود یافته باشند، اما بسیاری احتمالاً فقط از روان‌درمانی ناامید شده‌اند.

حتی سرسخت‌ترین طرفداران درمان شناختی-رفتاری نیز اذعان کرده‌اند که درمان شناختی-رفتاری استاندارد تنها برای تعداد کمی از افراد بهبودی پایدار فراهم می‌کند. استیون هالون، پژوهشگر برجسته‌ی درمان شناختی-رفتاری، در علم روان‌شناسی در منافع عمومی نوشت: «تنها حدود نیمی از بیماران به هر مداخله‌ی درمانی پاسخ می‌دهند، و تنها حدود یک‌سوم در نهایت معیارهای بهبودی کامل را برآورده می‌کنند. علاوه بر این، بیشتر بیماران پس از بهبودی پایدار نخواهند ماند، مگر اینکه درمان را به‌صورت مداوم دریافت کنند». جالب آنکه همین پژوهشگر، سایر اشکال روان‌درمانی را «ناکافی» اعلام کرده بود. متأسفانه، چنین اطلاعاتی به تعداد کمی از درمانگران و حتی به تعداد کمتری از بیماران می‌رسد. جای تأمل دارد که اگر عموم مردم و سیاست‌گذاران می‌دانستند که همین درمان‌هایی که به‌طور عمومی با عنوان «مبتنی بر شواهد»، «از نظر علمی اثبات‌شده» و «استاندارد طلایی» معرفی می‌شوند، در واقع چنین محدودیت‌هایی دارند، چه فکری می‌کردند.

بخش دوم: نگاهی دقیق‌تر به روش‌های پژوهشی

در این بخش، به برخی از روش‌های پژوهشی که پشت ادعاهای مربوط به درمان‌های استاندارد و «مبتنی بر شواهد» قرار دارند، می‌پردازم. در ابتدا این موضوع که بیشتر بیماران هرگز در آمارها لحاظ نمی‌شوند، بعد از آن گروه‌های کنترل که فریب‌ده هستند و سپس، درمان استاندارد و «مبتنی بر شواهد» برتری خود را نسبت به هیچ شکل دیگری از روان‌درمانی نشان نداده است و در انتها، داده‌های که پنهان می‌شوند را بررسی خواهیم کرد.

بیشتر بیماران هرگز شمارش نمی‌شوند

در کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده‌ی رایج برای درمان‌های «مبتنی بر شواهد»، حدود دوسوم بیماران از ابتدا از مطالعات کنار گذاشته می‌شوند (۱۰). گاهی اوقات، نرخ حذف بیماران بیش از ۸۰ درصد است. این بدین معنا که بیماران دارای تشخیص بوده و به دنبال درمان هستند، اما به دلیل معیارهای ورود و خروج مطالعه، از شرکت در آن محروم می‌شوند. هرچه نرخ حذف بیماران بالاتر باشد، نتایج به ظاهر بهتر خواهند بود (۱۱). معمولاً بیمارانی که از مطالعات حذف می‌شوند، افرادی هستند که دارای بیش از یک تشخیص روان‌پزشکی هستند، دچار مشکلات شخصیتی‌اند، بی‌ثبات محسوب می‌شوند یا ممکن است افکار خودکشی داشته باشند. به عبارت دیگر، این افراد همان بیمارانی هستند که ما در دنیای واقعی درمان می‌کنیم. بیمارانی که در این پژوهش‌ها گنجانده می‌شوند، نماینده‌ی واقعی جمعیت بالینی در دنیای واقعی نیستند.

اینجا یک محاسبه‌ی ساده وجود دارد. تقریباً دوسوم بیمارانی که به دنبال درمان هستند، از مطالعات پژوهشی کنار گذاشته می‌شوند. از یک‌سوم باقی‌مانده که تحت درمان قرار می‌گیرند، حدود نیمی از آن‌ها بهبود نشان می‌دهند. این مقدار تقریباً برابر با ۱۶ درصد از کل بیمارانی است که در ابتدا برای درمان مراجعه کرده بودند. اما این تنها بیمارانی را شامل می‌شود که «بهبود» نشان می‌دهند. اگر بیمارانی را در نظر بگیریم که واقعاً بهبود می‌یابند، این میزان به حدود ۱۱ درصد از افرادی که در ابتدا درخواست درمان داشتند، کاهش می‌یابد. اگر بیمارانی را در نظر بگیریم که هم بهبود می‌یابند و هم وضعیت پایدار باقی می‌ماند، این میزان به ۵ درصد یا کمتر می‌رسد. به عبارت دیگر، پژوهش‌های علمی نشان می‌دهند که درمان‌های «مبتنی بر شواهد» برای تقریباً ۵ درصد از بیمارانی که به دنبال درمان هستند، مؤثر بوده و مزایای پایداری دارند. یک روش دیگر برای نگاه به این موضوع (به شکل ۱) توجه کنید) کوه یخی نشان‌دهنده‌ی بیمارانی است که برای یک اختلال روان‌پزشکی مانند افسردگی، اضطراب فراگیر و غیره به دنبال درمان هستند. نوک کوه یخ نشان‌دهنده‌ی بیمارانی است که در مطالعات پژوهشی درباره‌ی درمان‌های «مبتنی بر شواهد» توصیف شده‌اند. بقیه‌ی افراد، بخش عظیمی از کوه یخ که زیر آب قرار دارد، در تحقیقات آماری لحاظ نمی‌شوند. روش‌های پژوهشی آن‌ها را نامرئی می‌سازند.

گروه‌های کنترل ساختگی هستند

نکته‌ی دوم: گروه کنترل معمولاً ساختگی است. منظورم چیست؟ منظورم این است که درمان‌های «مبتنی بر شواهد» تقریباً هیچ‌گاه با جایگزین‌های واقعی و معتبر مقایسه نمی‌شوند. گروه کنترل معمولاً یک روش جعلی است که توسط پژوهشگرانی طراحی شده که متعهد به نشان دادن مزایای درمان شناختی-رفتاری هستند. به عبارت دیگر، گروه کنترل یک درمان ساختگی است که هدف آن شکست خوردن است.

یک مطالعه‌ی پیشرفته که توسط مؤسسه ملی سلامت روان تأمین مالی شده و بر روی اختلال استرس پس از سانحه انجام شده است، نمونه‌ی خوبی از یک گروه کنترل ساختگی ارائه می‌دهد (۱۲). این مطالعه بر اختلال استرس پس از سانحه ناشی از «یک حادثه‌ی منفرد» متمرکز بود. بیماران پیش از این از نظر سلامت روانی مشکلی نداشتند و پس از تجربه‌ی یک واقعه‌ی آسیب‌زا و مشخص، دچار اختلال استرس پس از سانحه شدند. این پژوهش ادعا می‌کند که روان‌درمانی پویایی را با نوعی از درمان شناختی-رفتاری به نام مواجهه‌درمانی طولانی‌مدت مقایسه کرده است. همچنین ادعا می‌کند که درمان شناختی-رفتاری برتر از روان‌درمانی پویایی است. در بخش بحث این مطالعه آمده است: «درمان شناختی-رفتاری نسبت به روان‌درمانی پویایی

در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی، بهبود عملکرد و افزایش پیشرفت



شکل ۱. بیشتر بیماران هرگز شمارش نمی‌شوند.

کلی برتری داشت».

این همان چیزی است که به رسانه‌ها، عموم مردم و سیاست‌گذاران منتقل شد. اما اگر جزئیات را با دقت بخوانید و کمی تحقیق کنید، اوضاع کاملاً متفاوت به نظر می‌رسد. چه کسانی روان‌درمانی «پویشی» را ارائه دادند؟ آیا آن‌ها درمانگران باتجربه و واجد شرایط در زمینه‌ی روان‌درمانی پویشی بودند؟ خیر. در واقع، این درمانگران دانشجویان تحصیلات تکمیلی بودند که تنها دو روز آموزش روان‌درمانی پویشی را از یک دانشجوی تحصیلات تکمیلی دیگر دریافت کرده بودند. دانشجویی که در یک آزمایشگاه پژوهشی متعهد به درمان شناختی-رفتاری فعالیت می‌کرد. در مقابل، درمانگرانی که درمان شناختی-رفتاری را ارائه دادند، پنج روز آموزش را نزد توسعه‌دهنده‌ی این درمان، ادنا فوا، نویسنده و پژوهشگر مشهور جهانی، گذرانده بودند. این شرایط به هیچ وجه یک رقابت عادلانه را نشان نمی‌دهد.

اما این کوچک‌ترین مشکل این تحقیق بود. آنگونه که گفته می‌شد، درمانگران روان‌پویشی از صحبت درباره‌ی آسیب روانی که بیمار را به درمان کشانده بود، منع شده بودند. تصور کنید شما برای اختلال استرس پس از سانحه به دنبال درمان هستید، زیرا یک رویداد آسیب‌زا را تجربه کرده‌اید، اما درمانگر شما از صحبت درباره‌ی

آن امتناع می‌کند. در واقع، این درمانگران آموزش دیده بودند که هرگاه بیماران درباره‌ی تجربیات آسیب‌زای خود صحبت می‌کردند، موضوع را تغییر دهند. اگر یک درمانگر در دنیای واقعی به این شیوه عمل کند، ممکن است این کار قصور پزشکی تلقی شود. اما در پژوهش‌های مربوط به درمان‌های «مبتنی بر شواهد»، این روش به‌عنوان یک گروه کنترل در نظر گرفته می‌شود و مبنایی برای ادعاهایی است که درمان شناختی-رفتاری را برتر از روان‌درمانی پویایی معرفی می‌کنند،^۲ حتی با وجود این شرایط کنترل ساختگی، برتری درمان شناختی-رفتاری در پیگیری‌های بلندمدت از بین رفت. اما برای فهمیدن این موضوع، باید بخش نتایج مطالعه را با دقتی بسیار زیاد بررسی کنید.

ارجحیت درمان «مبتنی بر شواهد» یک افسانه است

اگر تصور می‌کنید که مطالعه‌ی اختلال استرس پس از سانحه یک مورد استثنا است که شاید به‌طور گزینشی انتخاب شده تا نکته‌ای را اثبات کند، این‌گونه نیست. یک مرور جامع بر ادبیات پژوهشی روان‌درمانی به همین مسئله پرداخته است (۱۵). این مرور بر کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده در زمینه‌ی اضطراب و افسردگی متمرکز بود. پژوهشگران، مطالعاتی را بررسی کردند که ادعا می‌کردند یک درمان «مبتنی بر شواهد» را با شکلی جایگزین از روان‌درمانی مقایسه کرده‌اند. آن‌ها بیش از ۲۵۰۰ چکیده‌ی پژوهشی را مورد بررسی قرار دادند و پس از ارزیابی دقیق‌تر، این تعداد را به ۱۴۹ مطالعه کاهش دادند که به نظر می‌رسید واقعاً درمان «مبتنی بر شواهد» را با یک شکل معتبر دیگر از درمان مقایسه کرده باشند. اما در نهایت، تنها ۱۴ مطالعه باقی ماند که درمان «مبتنی بر شواهد» را با گروه کنترلی که درمانی مشابه روان‌درمانی واقعی دریافت کرده بود، مقایسه کرده بودند. این مطالعات هیچ ارجحیتی برای درمان‌های «مبتنی بر شواهد» نشان ندادند.

بسیاری از مطالعات ادعا کرده بودند که از گروه‌های کنترلی استفاده کرده‌اند که «درمان معمول» را دریافت کرده بودند. اما در واقع، «درمان معمول» عمدتاً شامل «درمان‌هایی بود که هیچ‌گونه روان‌درمانی را در بر نمی‌گرفت» (۱۵). من این جمله را تفسیر یا بازنویسی نمی‌کنم؛ این یک نقل قول مستقیم از مقاله‌ی اصلی است. به عبارت دیگر، درمان‌های «مبتنی بر شواهد» با دیگر رویکردهای معتبر روان‌درمانی مقایسه نشدند. بلکه این درمان‌ها مورد مقایسه قرار گرفتند و به‌عنوان «برتر» از عدم دریافت هیچ درمانی معرفی شدند. در موارد دیگر، آن‌ها با گروه‌های کنترلی مقایسه شدند که درمان ساختگی دریافت کرده بودند، جایی که درمانگران از ارائه‌ی روان‌درمانی واقعی منع شده بودند، مانند مطالعه‌ی مطالعه‌ی اختلال استرس پس از

۲- به‌طرز شگفت‌آوری، زمانی که در نامه‌ای به سردبیر، پژوهشگران بابت این واقعیت که گروه کنترل درمان ساختگی در واقع روان‌درمانی پویایی نبود، مورد سؤال قرار گرفتند، آن‌ها نه تنها از این ادعا عقب‌نشینی نکردند، بلکه بر آن پافشاری کردند (۱۴، ۱۳).

سانحه که پیش تر توصیف شد.

این مرور ادبیات پژوهشی در یک نشریه‌ی علمی محافظه‌کار منتشر شد و نویسندگان، نتیجه‌گیری‌های خود را با زبانی دقیق و دانشگاهی بیان کردند. آن‌ها نتیجه گرفتند: «در حال حاضر، شواهد کافی وجود ندارد که نشان دهد انتقال یک درمان مبتنی بر شواهد به مراقبت‌های معمولی که پیش‌تر شامل روان‌درمانی بوده است، باعث بهبود کیفیت خدمات می‌شود». به زبانی ساده‌تر، درمان‌های «مبتنی بر شواهد» از هیچ شکل دیگری از روان‌درمانی مؤثرتر نیستند. این همان چیزی است که ادبیات علمی واقعاً نشان می‌دهد. این فقط نظر شخصی من نیست؛ بلکه نتیجه‌گیری رسمی علمی و سیاست‌گذاری انجمن روان‌شناسی آمریکا است (۱۶).

داده‌ها نادیده گرفته می‌شوند

«سوگیری انتشار» پدیده‌ای شناخته‌شده در پژوهش است. سوگیری انتشار به این واقعیت اشاره دارد که مطالعاتی که نتایج مثبت نشان می‌دهند، یعنی یافته‌هایی که مطابق انتظار پژوهشگران هستند، بیشتر احتمال دارد که منتشر شوند. در مقابل، مطالعاتی که نتوانند نتیجه‌ی مطلوب را نشان دهند، معمولاً منتشر نمی‌شوند. به همین دلیل، پژوهش‌های منتشرشده می‌توانند تصویری سوگیرانه یا تحریف‌شده از یافته‌های واقعی ارائه دهند. این پدیده را «اثر کشوی بایگانی» می‌گویند. برای هر مطالعه‌ی منتشرشده‌ای که نتایج مثبت نشان می‌دهد، چندین مطالعه‌ی دیگر با نتایج منفی ممکن است در کشورهای بایگانی پژوهشگران پنهان شده باشند. اما چگونه می‌توان ثابت کرد که چنین مطالعات پنهانی وجود دارند؟ جالب است بدانید که روش‌هایی آماری برای برآورد تعداد مطالعات منتشرنشده‌ای که نتایج منفی دارند و از دید عموم مخفی نگه داشته شده‌اند، وجود دارد.

یک تیم پژوهشی این پرسش را در مورد تحقیقات مربوط به درمان شناختی-رفتاری برای افسردگی بررسی کرد (۱۷). آن‌ها دریافتند که مزایای منتشرشده‌ی درمان شناختی-رفتاری به دلیل سوگیری انتشار، ۷۵ درصد اغراق شده است. اما چنین چیزی چگونه کشف می‌شود؟ چگونه می‌توان فهمید که چه چیزی در کشورهای بایگانی پنهان شده است؟ این کار با بررسی آنچه به‌عنوان نمودار قیفی شناخته می‌شود، انجام می‌گیرد. ایده‌ی این روش در واقع بسیار ساده است. فرض کنید که یک نظرسنجی انجام می‌دهید. برای مثال، «آیا شهروندان آمریکایی با ساخت دیوار مرزی با مکزیک موافق‌اند یا مخالف؟» و نمونه‌های بسیار کوچکی شامل تنها ۳ نفر را بررسی می‌کنید. نتایج می‌توانند کاملاً متغیر باشند. بسته به اینکه این ۳ نفر چه کسانی باشند، ممکن است به نظر برسد که ۱۰۰ درصد افراد با ساخت دیوار موافق‌اند یا ۱۰۰ درصد مخالف‌اند. در نمونه‌های کوچک، پراکندگی نتایج گسترده خواهد بود. اما با افزایش حجم نمونه، یافته‌ها تثبیت شده و به یک مقدار مشخص نزدیک می‌شوند.

اگر یافته‌ها را به‌صورت نمودار ترسیم کنید، در اینجا، رابطه‌ی بین حجم نمونه و میزان تأثیر درمان، به شکلی قیفی خواهید رسید (شکل ۲، سمت چپ). در مطالعاتی با حجم نمونه‌ی کوچک‌تر، تنوع بیشتری در نتایج مشاهده می‌شود، در حالی که مطالعات با حجم نمونه‌ی بزرگ‌تر معمولاً به مقادیر مشابهی همگرا می‌شوند. این همان چیزی است که باید مشاهده شود اگر داده‌ها پنهان نشده باشند. اما در واقعیت، نمودار به شکل دیگری ظاهر می‌شود، مشابه نمودار سمت راست (شکل ۲). نقاط داده‌ای که باید در قسمت پایین سمت چپ نمودار باشند، ناپدید شده‌اند.

«مبتنی بر شواهد» قرار است چه معنایی داشته باشد؟

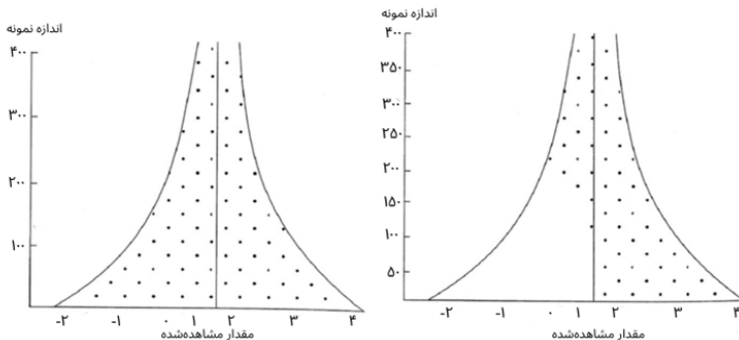
«مبتنی بر شواهد» قرار است چه معنایی داشته باشد؟ پیش‌تر اشاره کردم که این اصطلاح از پزشکی ریشه گرفته است. پزشکی مبتنی بر شواهد به معنای ادغام سه عامل زیر بود:

الف. شواهد علمی مرتبط

ب. ارزش‌ها و ترجیحات بیماران

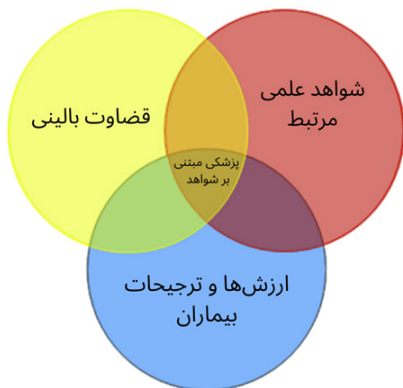
ج. تجربه‌ی فردی و قضاوت بالینی درمانگران (شکل ۳) (۱۹، ۱).

این ایده‌ها در روان‌درمانی چه سرنوشتی پیدا کرده‌اند؟ «شواهد علمی مرتبط» دیگر اعتباری ندارد، زیرا طرفداران درمان‌های «مبتنی بر شواهد» شواهد مربوط به درمان‌هایی را که استانداردسازی و دستورالعمل‌محور نیستند، نادیده می‌گیرند. در سال ۲۰۱۰، من مقاله‌ای را در نشریه روان‌شناس آمریکایی با عنوان «اثربخشی روان‌درمانی پویشی» منتشر کردم (۲۰). این مقاله نشان می‌دهد که مزایای روان‌درمانی پویشی حداقل به اندازه‌ی درمان‌هایی است که به‌عنوان «مبتنی بر شواهد» معرفی می‌شوند



شکل ۲. نمونه‌ای از نمودار قیفی.

و مهم‌تر از آن، این مزایا پایدارتر هستند^۳. پژوهش‌های بعدی این یافته‌ها را تأیید و گسترش داده‌اند. بااین‌حال، طرفداران درمان‌های «مبتنی بر شواهد» اغلب چنین شواهدی را نادیده می‌گیرند. در واقع، «مبتنی بر شواهد» به این معنا نیست که یک درمان از نظر شواهد علمی پشتیبانی شده است؛ بلکه به این معناست که آن درمان استانداردسازی شده، دستورالعمل‌محور است و روان‌پویشی نیست. آنچه با روایت غالب همخوانی نداشته باشد، در نظر گرفته نمی‌شود.



«ارزش‌ها و ترجیحات بیماران» نیز دیگر اعتباری ندارد، زیرا بیماران اطلاعات کافی دریافت نمی‌کنند و گزینه‌های معناداری به آن‌ها ارائه نمی‌شود. آن‌ها ممکن است فقط یک درمان استاندارد و کوتاه‌مدت دریافت کنند و به آن‌ها گفته شود که این درمان «استاندارد طلایی» است. این وضعیت در راستای منافع مالی شرکت‌های بیمه‌ی سلامت می‌باشد، زیرا این شرکت‌ها انگیزه‌ی اقتصادی دارند که بیماران را به سمت کوتاه‌ترین و ارزان‌ترین درمان‌ها سوق دهند. بیمارانی که هیچ اطلاعی از درمان‌هایی که بر خوداندیشی و درک

شکل ۳. پزشکی مبتنی بر شواهد چیست؟ در سمت راست (نگاه کنید به شکل ۲). نقاط داده‌ای که قرار است در ناحیه پایین چپ نمودار باشند، غایب هستند.

خویش‌تن‌تمرکز دارند، ندارند یا تنها شنیده‌اند که این درمان‌ها ناکافی یا غیرعلمی هستند، در موقعیتی قرار ندارند که بتوانند انتخابی آگاهانه انجام دهند. «قضایات بالینی» نیز دیگر اهمیتی ندارد، زیرا از درمانگران اغلب انتظار می‌رود که از دستورالعمل‌های درمانی پیروی کنند و قضایات بالینی مستقل خود را کنار بگذارند. آن‌ها به‌طور فزاینده‌ای در حال تبدیل شدن به تکنسین هستند، نه درمانگر بالینی. می‌توان استدلال کرد که «مبتنی بر شواهد»، آن‌گونه که امروزه در روان‌درمانی به کار می‌رود، تحریفی از هر یک از اصول بنیادین پزشکی مبتنی بر شواهد است.

۳- زمانی که پژوهش‌ها میزان گسترده‌ی سوگیری انتشار در کارآزمایی‌های بالینی داروهای ضدافسردگی را آشکار کردند، واکنش‌های شدید عمومی به دنبال داشت (۱۸). این سوگیری عمدتاً به نفوذ صنعت داروسازی و تضاد منافع پژوهشگرانی که روابط مالی با شرکت‌های دارویی داشتند نسبت داده شد. بااین‌حال، سوگیری انتشار در پژوهش‌های مربوط به داروهای ضدافسردگی در مقایسه با سوگیری انتشار در درمان‌های «مبتنی بر شواهد» ناچیز به نظر می‌رسد.

واقعیت‌ها و واقعیت‌های جایگزین

اطلاعات ارائه شده در این مقاله ممکن است با تقریباً تمامی منابع معتبر علمی دیگر در تضاد به نظر برسد. چرا باید حرف مرا باور کنید؟ نباید باور کنید. نباید حرف مرا یا حرف هیچ‌کس دیگری را بدون بررسی بپذیرید. من شما را با سه گام ساده تنها می‌گذارم که می‌توانند به شما کمک کنند تا حقیقت را از اغراق تشخیص دهید. هر زمان که کسی ادعایی درباره‌ی یک روش درمانی هر درمانی مطرح کرد، این سه گام را دنبال کنید:

گام ۱: بگویید: «اصل مطالعه را به من نشان بده.» یک منبع، یک ارجاع، یک فایل پی‌دی‌اف درخواست کنید. از آن‌ها بخواهید که مطالعه‌ی موردنظر را به شما ارائه دهند. گاهی اوقات، چنین مطالعه‌ای اصلاً وجود ندارد.

گام ۲: اگر مطالعه‌ای وجود دارد، آن را بخوانید. به‌ویژه جزئیات دقیق و بخش‌های کمتر مورد توجه.

گام ۳: نتیجه‌گیری خودتان را داشته باشید. از خودتان پرسید: آیا روش‌ها و یافته‌های واقعی این مطالعه، ادعایی را که شنیدم توجیه می‌کنند؟

اگر این گام‌های ساده را به‌شکل یک عادت دنبال کنید، ممکن است به کشفیات شگفت‌آوری دست یابید.^۴

۴- برای اینکه خواننده تصور نکند این یک تحریف یا اغراق است، توجه کنید که برخی از طرفداران برجسته‌ی درمان‌های استاندارد و دستورالعمل‌محور، از ارائه‌ی درمان توسط افراد کم‌تجربه و آموزش‌ندیده حمایت می‌کنند. نشریه‌ی علم روان‌شناسی در منافع عمومی، که وابسته به انجمن علوم روان‌شناختی است، این جمله را منتشر کرده است: «بسیاری از این مداخلات مبتنی بر شواهد را می‌توان بدون نیاز به متخصصان پرهزینه و بسیار آموزش‌دیده ارائه داد. درمان شناختی-رفتاری حتی زمانی که توسط درمانگران غیردکتر یا مربیان سلامت ارائه شود، که تجربه‌ی کمی در درمان شناختی-رفتاری دارند یا اصلاً تجربه‌ای ندارند و تنها سطح محدودی از آموزش را دریافت کرده‌اند، مؤثر است. دستورالعمل‌ها و کتاب‌های کار در وبسایت‌هایی با کاربری آسان در دسترس هستند» (۲۲). کاهش ارزش تخصص بالینی که در این اظهارات مشهود است، نیازی به تفسیر ندارد.

مقاله هفت:

علم یا ایدئولوژی؟

ادبیات روان‌شناسی دانشگاهی مملو از اظهارنظرهایی درباره نظریه روان‌پویشی است که اغلب به شکلی مقتدرانه بیان می‌شوند و تصویری از درمان روان‌پویشی ارائه می‌دهند که برای من و دیگر متخصصان روان‌پویشی معاصر غیرقابل تشخیص است. چندین اظهار نظر درباره مقاله من این سنت را ادامه می‌دهند و متأسفانه باید بگویم اطلاعات نادرستی را وارد صفحات مجلات علمی کرده‌اند. پیش از پرداختن به جزئیات، مایلیم چند کلمه‌ای درباره دیدگاه خود نسبت به چگونگی ورود چنین تحریفاتی به مجلات علمی و دانشگاهی بیان کنم.

روان‌کاوی خارج از دنیای دانشگاه‌ها شکل گرفت. تا اواخر دهه ۱۹۸۰، بیشتر آموزش‌های مربوط به روان‌کاوی و درمان روان‌پویشی در مؤسسات مستقل انجام می‌شد که پزشکان امکان شرکت در این جلسات را داشتند ولی روان‌شناسان خیر. بین دنیای روان‌کاوی و دانشگاهی تبادل اطلاعات کمی وجود داشت و در نتیجه، بیشتر روان‌شناسان دانشگاهی از تحولات مداوم نظریه و کاربرد روان‌پویشی بی‌اطلاع بودند. اطلاعات اندکی که از تفکر روان‌پویشی داشتند نیز اغلب بر اساس مطالعه محدود آثاری بود که نسل‌ها پیش از آن نوشته شده و خارج از زمینه مناسب خوانده شده بودند. توسعه دانش روان‌کاوی با فروید به پایان نرسید، همان‌طور که توسعه فیزیک با نیوتن یا سنت رفتاری در روان‌شناسی با واتسون پایان نیافت.

انحصار پزشکی در آموزش روان‌کاوی و تکبر برخی افراد در جامعه روان‌کاوی در زمانی که این رویکرد، الگوی غالب درمانی بود (مانند نگرش تحقیرآمیز نسبت به پژوهش‌های تجربی)، موجب ایجاد دلخوری قابل‌درک در میان حوزه‌های دانشگاهی شد. در روان‌شناسی دانشگاهی فرهنگی شکل گرفت که رویکردهای روان‌کاوی یا به عبارت دیگر، تصورات قالبی و تحریف‌شده‌ای که به اشتباه به‌عنوان روان‌کاوی تلقی می‌شدند، را بی‌اعتبار می‌کرد. انزوای خودخواسته روان‌کاوی از دنیای دانشگاهی نیز خلای ایجاد کرد که در آن جایگزین‌هایی چون درمان‌های شناختی و رفتاری به وجود آمدند.

این رویه در میان نظریه‌پردازان و پژوهشگران درمان شناختی-رفتاری رایج شد که مقالات علمی و کتاب‌های خود را با اظهاراتی درباره اینکه چگونه درمان روان‌کاوی به‌طور فرضی به یک مشکل می‌پردازد، آغاز کرده و با این استدلال رویکرد روان‌کاوی را رد کرده و نشان می‌دادند که درمان شناختی-رفتاری چقدر منطقی‌تر و مفیدتر است. از دیدگاه ما که به درمان روان‌پویشی می‌پردازیم، آن‌ها در حال رد تصوراتی بودند که خودشان ساخته بودند؛ آن‌ها در حقیقت نمی‌دانستند که متخصصان روان‌پویشی چگونه فکر یا عمل می‌کنند. پس از بیش از دو دهه از چنین نوشته‌هایی، بسیاری از افراد در داخل و خارج از حوزه سلامت روان به این باور رسیده‌اند که این روایت‌های ساختگی، که توسط افرادی که تجربه‌ای در درمان روان‌پویشی نداشتند ایجاد شده‌اند، و به‌اشتباه به‌عنوان نماینده واقعی روان‌پویشی پذیرفته شده‌اند.

من باور ندارم که این تصورات نادرست با قصد فریب دادن طراحی شده باشند؛ گمان می‌کنم اغلب واقعا این‌گونه تصور می‌شد که این تصورات بیانگر عمل روان‌پویشی هستند. باین حال، تا اواخر قرن بیستم، شکاف میان درمانگران روان‌پویشی و روان‌شناسان دانشگاهی به حدی بزرگ بود که فضایی برای گفت و گو بین این دو دیدگاه وجود نداشت. این تصورات نادرست درباره درمان روان‌پویشی به شکل جداگانه‌ای به جریان خود ادامه دادند و توسط نسل‌های متوالی اساتید دانشگاه به‌عنوان حقایق به دانشجویان منتقل شدند. همکاران روان‌پویشی من که در برنامه‌های تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی تدریس می‌کنند، می‌توانند گواهی دهند که سوء تفاهم‌هایی که به دانشجویان، به‌ویژه آن‌هایی که در رشته روان‌شناسی تحصیل کرده‌اند، به‌عنوان حقایق درباره سنت روان‌پویشی آموزش داده شده، چقدر گسترده است.

در دو دهه گذشته، یک «روایت اصلی» در دنیای دانشگاهی شکل گرفته است که بر این باور است درمان روان‌پویشی به‌نوعی بی‌اعتبار شده و درمان شناختی-رفتاری به‌صورت علمی در مقایسه با آن آزمایش شده و برتر شناخته شده است. در فضای دانشگاهی غالب، شواهد علمی فزاینده‌ای که از درمان روان‌پویشی حمایت می‌کنند بارها نادیده گرفته شده‌اند. برای دانشگاهی‌هایی که تحت تأثیر تصورات نادرست درباره رویکردهای روان‌پویشی قرار داشتند، این تصور شاید غیرقابل باور بود که مفاهیم و درمان‌های روان‌پویشی ممکن است توسط علم تأیید شوند، این موضوع به قدری غیرقابل پذیرش بود که نیازی به بررسی شواهد علمی مربوط به این درمان احساس نمی‌شد.

همچنین، این واقعیت نیز نادیده گرفته شد که درمان شناختی-رفتاری و دیگر «درمان‌های مبتنی بر شواهد» تقریباً هرگز در مقابل درمان واقعی روان‌پویشی آزمایش نشده‌اند و بیشتر تحقیقات صرفاً این درمان‌ها را با عدم درمان یا با درمان‌های حداقلی و از اساس ساختگی مقایسه کرده‌اند و در اصل طراحی نشده بودند تا به‌عنوان رویکردهای رقابتی جدی مورد بررسی قرار گیرند (شرایطی که همکارم درو

وستن آن را شرایط طراحی شده به منظور شکست می‌نامد، و اغلب در ادبیات پژوهشی به‌طور گمراه‌کننده‌ای به‌عنوان «درمان معمول» برچسب می‌خورند). علاوه بر این، مطالعاتی که مستقیماً درمان شناختی-رفتاری را با درمان‌های روان‌پویشی حقیقی مقایسه کردند، هیچ برتری برای درمان شناختی-رفتاری نشان ندادند. اما هیچ‌کس به این موضوع توجه نکرد: «روایت اصلی» شاید برای دانشجویانی که اکنون مسیر شغلی، شهرت و منابع مالی آن‌ها به درمان شناختی-رفتاری و «درمان‌های مبتنی بر شواهد» گره خورده بود، بسیار تاثیرگذار بوده است. سه مورد از چهار نظر درباره مقاله من به نظر می‌رسد قصد دارند با ایجاد ابهام و سردرگمی، «روایت اصلی» را مجدداً تثبیت کنند (۱، ۲، ۳). چه عمدی و چه غیرعمدی، این نظرات اطلاعات نادرست ارائه می‌دهند، اطلاعات حیاتی را حذف می‌کنند، یافته‌ها را گزینشی انتخاب کرده و تصویری گمراه‌کننده از ادبیات پژوهشی ایجاد می‌کنند یا استاندارد دویگانه و غیرصادقانه درباره تعریف شواهد اعمال می‌کنند. چنین تاکتیک‌هایی به نظر می‌رسد به‌طور پیش‌بینی‌پذیری زمانی ظاهر می‌شوند که «روایت اصلی» به خطر بیفتد، همان‌طور که واشتل (۴) توصیف کرده است؛ اثر او که با ظرافت به بررسی انتقادی دستگاه پژوهشی روان‌درمانی دانشجویی می‌پردازد، باید به‌عنوان مطالعه‌ای ضروری برای هر روان‌شناسی در نظر گرفته شود. برخی مثال‌ها می‌توانند این مسائل را روشن کنند. دو مورد از چهار نظر (۲، ۵) به فراتحلیلی اشاره می‌کنند که نشان می‌دهد هیچ حمایت تجربی برای مفهوم «جایگزینی نشانه‌ها» وجود ندارد. یکی از این نظرات (۲) اظهار می‌دارد که جایگزینی نشانه‌ها «یک اصل بنیادی در رویکردهای روان‌پویشی است»، می‌خواهم به‌طور قاطع و واضح بیان کنم که این مفهوم هیچ ارتباطی با نظریه یا کاربرد روان‌پویشی ندارد. این موضوع با درمان روان‌پویشی بی‌ربط است و در چارچوب مدل‌های نظری معاصر (در مقابل نظریه‌هایی که بیش از نیم قرن پیش در جامعه روان‌کاوی مطرح بودند) معنایی ندارد. اکثر متخصصان روان‌پویشی حتی نمی‌دانند این اصطلاح به چه معناست. مک کی (۲) برای حمایت از ادعای خود که بیان می‌کند تعویض نشانه‌ها یک اصل بنیادی است، به کتاب واشتل (۶) استناد کرده، اما اشاره نمی‌کند که این کتاب در واقع ابتدا در سال ۱۹۷۷ منتشر شده است، یعنی بیش از ۳۰ سال پیش (۷)؛ و اینکه واشتل، به‌عنوان یک نظریه‌پرداز روان‌کاوی، علیه این مفهوم استدلال کرده، نه به نفع آن؛ و حتی در همان زمان نیز اشاره کرده بود که این مفهوم به‌ندرت در ادبیات روان‌کاوی آن دوره ذکر شده است (۴، ۶).

در حقیقت، فراتحلیل درباره جایگزینی نشانه‌ها (۸) با این بیان صریح آغاز می‌شود که این مفهوم «نیم قرن پیش» مورد توجه بوده و مدت‌هاست که موضوع مورد بحث نیست. افزون بر این، مقاله من هیچ ارتباطی با جایگزینی نشانه‌ها نداشت. نمی‌توانم از این پرسش بگذرم که آیا مک کی (۲) واقعاً قصد دارد به‌طور صادقانه و

حرفه‌ای با استدلال‌های من درگیر شود، یا صرفاً می‌خواهد رویکردهای روان‌پویشی را بی‌اعتبار جلوه دهد، چه مربوط به مقاله من باشد یا نه.

دو مورد از نظرات (۱،۳) اشاره می‌کنند که اندازه اثر گزارش شده در فراتحلیل لیچسنرینگ و رابانگ (۹) که یکی از هشت فراتحلیلی است که در جدول شماره ۱ مقاله من (۱۰) هست که مزایای قابل توجه درمان روان‌پویشی را نشان می‌دهند، مورد انتقاد قرار گرفته و حاوی یک خطای محاسباتی است. آناستیس و همکاران و تومیس و همکاران درست می‌گویند که روش محاسبه نامنظم بوده و داده‌های به صورت غیرقابل باوری بزرگ به وجود آمده است. باین‌حال، هیچ‌یک از این نظرات اشاره نمی‌کنند که نویسندگان آن فراتحلیل بیش از یک سال و نیم پیش یک اصلاحیه (۱۱) در مجله انجمن پزشکی آمریکا و اندازه اثر اصلاح شده با عدد قابل توجه ۰.۶۵ بود منتشر کردند که قابل مقایسه با هر «درمان مبتنی بر شواهد» دیگر می‌باشد.

بنابراین، نسبت به این موضوع شک دارم که آیا هدف نویسندگان این نظرات توصیف دقیق ادبیات و اطلاع‌رسانی به خوانندگان بوده یا اینکه یافته‌ها را گزینشی انتخاب کرده‌اند تا روایت اصلی از پیش تعیین شده خود را تقویت کنند. سه مورد از نظرات (۱،۲،۳) بیان می‌کنند که روش‌های استفاده شده در مطالعات تجربی درمان‌های روان‌پویشی به نوعی نسبت به مطالعات سایر درمان‌های مبتنی بر شواهد ناکافی هستند. برای اثبات این ادعا، یکی از آن‌ها (۳) به فراتحلیلی از کوپرز، ون استراتن، بوهلمایر، هولون و آندرسون (۱۲) استناد می‌کند که نشان می‌دهد اندازه‌های اثر برای روان‌درمانی روان‌پویشی با افزایش کیفیت تحقیق کاهش می‌یابد و این محدودیت را به نوعی خاص از تحقیقات روان‌پویشی محدود می‌داند.

باین‌حال، خود کوپرز چنین نتیجه‌گیری نکرده و با این نتیجه موافق نیست؛ نتیجه‌گیری او این است که این محدودیت برای تحقیقات در تمامی اشکال روان‌درمانی، از جمله درمان شناختی-رفتاری، روان‌درمانی بین‌فردی، فعال‌سازی رفتاری و موارد دیگر صدق می‌کند (۱۲).

جامع‌ترین فراتحلیل تاکنون در مورد درمان شناختی-رفتاری برای افسردگی یک اندازه اثر بسیار چشمگیر را گزارش کرده است (۱۳) که من بدون اظهار نظر ویراستاری در مقاله خود گزارش کردم (۱۰). باین‌حال، نویسندگان آن فراتحلیل اشاره کردند که «امتیاز کلی کیفیت آزمایش‌ها به نظر می‌رسد تأثیر قابل توجهی داشته باشد، آزمایش‌هایی با امتیاز پایین تفاوتی برجسته و بسیار معنادار نشان دادند، در حالی که آزمایش‌هایی با امتیاز بالاتر هیچ تفاوت معناداری نشان ندادند» (۱۳).

به بیان ساده‌تر: مطالعاتی که با دقت بیشتری انجام شدند، هیچ مزیت آماری معناداری برای درمان شناختی-رفتاری نشان ندادند. باین‌حال، این فراتحلیل مکرراً و بدون هیچ‌گونه احتیاطی به‌عنوان مدرکی قطعی برای حمایت از درمان شناختی-رفتاری استناد شده و تأثیر عمده‌ای بر سیاست‌های مراقبت سلامت و مراقبت از بیماران هم در ایالات متحده و هم در سایر کشورها داشته است.

با فرض اینکه نویسندگان نتایج (۳) پژوهش فراتحلیلی کوپیرز را بسیار معتبر می‌دانند، آن‌ها باید از دو مطالعه فراتحلیلی دیگر که توسط کوپیرز و همکاران در همان دوره زمانی منتشر شده است نیز آگاه باشند. یکی از این مطالعات (که برای گنجاندن در مقاله من دیر منتشر شد) یک اندازه اثر بزرگ ۰.۶۹ را برای درمان روان‌پویشی در درمان افسردگی نشان داد و به ادبیات موجود در تأیید درمان روان‌پویشی به‌عنوان یک درمان مبتنی بر شواهد کمک بیشتری کرد (۱۴). مطالعه دوم سوگیری قابل توجهی در انتشار مقالات پژوهشی درباره درمان شناختی-رفتاری برای افسردگی را نشان داد (۱۵)؛ یافته‌ها نشان دادند که اندازه اثرهای گزارش شده در ادبیات علمی به دلیل سوگیری در انتشار حدود ۶۰ درصد تا ۷۵ درصد بزرگ‌نمایی شده‌اند (یعنی مطالعاتی با نتایج کمتر موفقیت‌آمیز بوده‌اند، یا رد شده‌اند یا هرگز برای انتشار ارسال نشده‌اند). چنین وضعیتی ممکن است تقریباً اجتناب‌ناپذیر باشد، به‌ویژه زمانی که همان افراد به‌طور مرتب نقش‌هایی مانند نویسندگی مقالات، ارزیاب بودجه‌های مربوطه، داور مقالات علمی و اعضای کمیته‌های استخدام و ارتقای دانشگاهی را ایفا می‌کنند.

مقاله من (۱۰) هشت فراتحلیل را گزارش کرد که همگی مزایای درمانی قابل توجه و مستمر برای درمان روان‌پویشی نشان دادند. آناستیس و همکاران (۱) مرا متهم به «نادیده گرفتن یافته‌های حیاتی که با موضع من مغایرت دارند» کردند و اشاره داشتند که من یکی از فراتحلیل‌های دو دهه پیش (۱۶) را که نتایج چندان مطلوبی نشان نداده بود، لحاظ نکردم. من آن انتشار خاص را به این دلیل لحاظ نکردم که چهار سال بعد، یک فراتحلیل دقیق‌تر جایگزین آن شد که من آن را در مقاله‌ام گنجاندم (۱۷). نویسندگان این فراتحلیل جدیدتر (که خودشان تعهدی به رویکردهای روان‌پویشی نداشتند) دریافتند که فراتحلیل قبلی به‌اشتباه درمان‌هایی مانند رویکردهای رفتاری، شناختی و روان‌آموزشی، و همچنین یک درمان ساختگی که تنها شامل هشت جلسه ۳۰ دقیقه‌ای بود، که هیچ متخصص روان‌پویشی، چه در آن زمان و چه اکنون، آن را درمان کافی نمی‌دانند، را به‌عنوان «درمان روان‌پویشی» قلمداد کرده بود که در اصل روان‌پویشی نبود. بنابراین، از این اتهام آناستیس و همکاران (۱) مبنی بر اینکه من «جزئیات کلیدی روش‌شناختی را نادیده گرفته‌ام»، بسیار ناراحت هستم. برخلاف دیگر نظرات، نظر ترایون و ترایون (۵) به نظر می‌رسد تلاشی صادقانه برای درگیر شدن با استدلال‌های من باشد. در مقاله‌ام (۱۰) اشاره کردم که هفت ویژگی متمایز درمان روان‌پویشی وجود دارد که در تحقیقات تجربی، به‌طور قابل اعتمادی این درمان را از سایر درمان‌ها متمایز می‌کند. ترایون و ترایون پیشنهاد می‌کنند که این هفت ویژگی به‌طور خاص روان‌پویشی نیستند، بلکه صرفاً عوامل مشترک در تمام درمان‌های مؤثر هستند. با این حال، پژوهش‌های تجربی شفاف و بی‌ابهام هستند. موضوع این نیست که برخی درمانگران آموزش‌دیده در رویکردهای دیگر از برخی از این ویژگی‌ها استفاده نمی‌کنند یا اینکه این ویژگی‌ها با سایر رویکردهای درمانی

ناسازگارند، بلکه مسئله این است که درمانگران روان‌پویشی این هفت ویژگی را به‌طور منظم‌تر، پیوسته‌تر و عمیق‌تر از سایر درمانگران به کار می‌گیرند. علاوه بر این، نظریه‌ها و مدل‌های درمان روان‌پویشی این ویژگی‌ها را به‌طور صریح در مرکز توجه قرار می‌دهند، به شکلی که سایر رویکردها این کار را نمی‌کنند. این ویژگی‌ها در قلب کتاب‌ها و مقالات عملی محور درباره درمان روان‌پویشی قرار دارند، درحالی که دستورالعمل‌های بسیاری از درمان‌هایی که فعلاً به‌عنوان «درمان‌های مبتنی بر شواهد» تبلیغ و بازاریابی می‌شوند، به‌ندرت به آن‌ها اشاره شده است.

آنچه مرا در مورد سه نظر دیگر ناراحت می‌کند، این نیست که نویسندگان با نتیجه‌گیری‌های من مخالف هستند، بلکه این است که خود را به‌عنوان محققانی بی‌طرف معرفی می‌کنند که تنها هدفشان ترویج علم خوب و درست است. من شکی ندارم که آن‌ها واقعاً خودشان را اینگونه می‌بینند. افرادی که از یک ابرانگاره غالب سخن می‌گویند، اغلب فرض می‌کنند که در حال بیان حقایق بدیهی هستند، درحالی که افراد در گروه‌های حاشیه‌ای‌تر، معمولاً کسانی که در قدرت هستند را خودخواه، منفعت‌طلب و ناآگاه نسبت به اطلاعات مهمی که با دیدگاه جهان‌بینی آن‌ها همخوانی ندارد، قلمداد می‌کنند (مشابه احساسی که روان‌شناسان دانشگاهی در میانه قرن بیستم نسبت به بسیاری از روان‌کاوان در حیطه پزشکی داشتند).

از دیدگاه من، نویسندگان این نظرات از اساس استدلال‌هایی جانبدارانه ارائه می‌دهند که هدف آن‌ها پیشبرد یک دستور کار ایدئولوژیک است. حتی می‌توانم بگویم که نوشته‌های آن‌ها نوعی بی‌احترامی نگران‌کننده‌ای به شواهد علمی را نشان می‌دهد. در حالی که آناستیس و همکاران (۱)، مک کی (۲) و تومبس و همکاران (۳) به‌طور ضمنی یا صریحاً بیان می‌کنند که من کسی هستم که شواهد را به‌طور گزینشی ارائه می‌کنم، از دیدگاه من، آن‌ها تنها به شواهدی که از یک دستور کار از پیش تعیین‌شده حمایت می‌کنند، ارزش می‌دهند و شواهدی که با آن همخوانی ندارد را نادیده گرفته، رد کرده یا مورد حمله قرار می‌دهند. اگر چنین باشد، این علم نیست، بلکه ایدئولوژی است که خود را به‌عنوان علم جا زده است.

مقاله هشت:

تغییر موضوع، حقیقت را تغییر نمی دهد

اسکات لیلنفلد و همکارانش در مقاله‌ای نوشته‌اند که من روان‌درمانگران را تشویق کرده‌ام که دستورالعمل‌های جدید برای درمان اختلال استرس پس از سانحه را نادیده بگیرند، زیرا این دستورالعمل‌ها بیش از حد بر کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده تکیه دارند. اما من روان‌درمانگران را تشویق نکردم که به دلیل تکیه بر کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده، این دستورالعمل‌ها را نادیده بگیرند زیرا همان تحقیقات که خودشان ستایش می‌کنند، نشان می‌دهند که درمان‌های پیشنهاد شده برای اکثر بیماران مؤثر نیستند (۱).

در این دستورالعمل‌ها، فقط درمان‌های کوتاه‌مدت (۸ تا ۱۲ جلسه‌ای) و همسان‌سازی شده بر پایه درمان شناختی-رفتاری مورد بررسی قرار گرفته‌اند که مطابق دستورالعمل‌های گام‌به‌گام اجرا می‌شوند. تحقیقات نشان می‌دهد که تعداد اندکی از بیماران با دریافت این درمان‌ها بهبود می‌یابند (۲).

بزرگ‌ترین و شاید بهترین کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده بر این دستورالعمل‌ها نشان داد که این مداخلات برای بیشتر بیماران شکست می‌خورند. این مطالعه ۲۵۵ زن کهنه‌کار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را بررسی کرد که یا درمان شناختی-رفتاری (مواجهه طولانی‌مدت) دریافت کردند یا یک درمان که به مشکلات تروما نمی‌پرداخت (گروه کنترل). تقریباً ۴۰ درصد از بیماران از درمان انصراف دادند و ۶۰ درصد هنوز مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بودند. ۱۰۰ درصد بیماران در پایان درمان همچنان افسردگی بالینی داشتند (۳). در پیگیری ۶ ماهه از وضعیت بیماران، هیچ تفاوت معناداری بین گروه درمان و کنترل مشاهده نشد. نتایج سایر کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده درباره رفتاردرمانی شناختی کوتاه‌مدت و مبتنی بر دستورالعمل نیز حتی بدتر است: تقریباً دوسوم از بیماران هنوز پس از اتمام درمان، مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بودند (۴).

مسئله اصلی در اینجا صداقت در تبلیغات است. طرفداران این درمان‌ها آن‌ها را به‌عنوان «بهترین»، «مبتنی بر شواهد»، «اثبات‌شده از نظر علم»، و «استاندارد طلایی» معرفی می‌کنند. اما شگفت‌آور است که محققانی که این درمان‌ها را به شدت تبلیغ

می‌کنند، به یافته‌های واقعی این مطالعات بی‌توجه هستند. آن‌ها درمان‌ها را فقط به دلیل اینکه با کارآزمایی تصادفی کنترل شده بررسی شده‌اند، مبتنی بر شواهد علمی می‌دانند؛ نه به این دلیل که این درمان‌ها به تعداد معناداری از بیماران کمک می‌کنند. این رویکرد بودجه تحقیقاتی را حفظ می‌کند، اما در عوض امیدهای واهی برای بیماران و خانواده‌هایشان به ارمغان می‌آورد.

یک فرضیه بی‌پایه به‌طور جادویی با بررسی در قالب کارآزمایی تصادفی کنترل شده به فرضیه‌ای صحیح تبدیل نمی‌شود. فرضیه‌ی نادرست این است که مشکلات روانی پایدار را می‌توان در ۸ تا ۱۲ جلسه درمان کرد. یک مطالعه علمی روی بیش از ۱۰۰۰۰ مورد نشان داد که درمان به یک منحنی دوز-پاسخ وابسته است (۵). برای اینکه ۵۰ درصد از بیماران بهبود معنادار بالینی نشان دهند، بیش از ۲۰ جلسه لازم است، و برای بهبود ۷۵ درصد از بیماران، به ۴۰ جلسه نیاز است. انحراف از این واقعیت‌ها به سود هیچ‌کس نیست.

زمان آن رسیده است که روان‌شناسی پیشرو باشد، نه دنباله‌رو

یکی از مفاهیم بسیار قدرتمندی که می‌شناسم، فراواری نام دارد. این مفهوم به ما کمک می‌کند درک کنیم چرا دانش در یک سطح از تحلیل می‌تواند در سطحی دیگر بی‌ارتباط باشد. برای مثال: وقتی فیلمی تماشا می‌کنید، در واقع شما آرایش پیکسل‌ها را می‌بینید. فیلم ۱۰۰ درصد وابسته به پیکسل‌ها است و نمی‌تواند بدون آن‌ها وجود داشته باشد. اما دانش درباره پیکسل‌ها برای فهم فیلم بی‌ربط است. ما می‌توانیم همه چیز را درباره پیکسل‌ها بدانیم و همچنان هیچ تصویری از شخصیت‌های مختلف در فیلم‌های معروف نداشته باشیم. فیلم از پیکسل‌ها برمی‌آید.

به همین ترتیب، ذهن از مغز برمی‌آید. ذهن به مغز وابسته است و نمی‌تواند جدا از آن وجود داشته باشد. اما دانش درباره مغز، دانش درباره دنیای درون روانی نیست. این‌ها سطوح مختلف تحلیل هستند که به مفاهیم و روش‌های متفاوتی نیاز دارند. مؤسسه ملی سلامت روان ایالات متحده تحت مدیریت تام اینسل فرض کرد که مشکلات سلامت روان بیماری مغزی هستند و نورویبولوژی راه حل همه انواع بیماری‌های ذهنی و احساسی را کشف خواهد کرد. این مؤسسه تمام منابع خود را روی این فرضیه سرمایه‌گذاری کرد و شکست سختی خورد. اکنون اینسل می‌گوید: «من ۱۳ سال در مؤسسه ملی سلامت روان ایالات متحده صرفاً روی علوم اعصاب تمرکز کردم و وقتی به گذشته نگاه می‌کنم، متوجه می‌شوم که اگر چه در انتشار مقالات جذاب توسط دانشمندان برجسته موفق بودم که هزینه آن حدود ۲۰ میلیارد دلار بود اما فکر نمی‌کنم توانسته باشم در کاهش خودکشی، کاهش بستری‌ها، یا بهبود روند بهبودی ده‌ها میلیون نفر که با بیماری‌های روانی دست‌وپنجه نرم می‌کنند، تغییری ایجاد کنم. من خود را مسئول این امر می‌دانم». و نه! آن‌ها تغییری ایجاد نکردند. این شرط‌بندی ۲۰ میلیارد دلاری با پول مالیات‌دهندگان حتی سلامت روان یک نفر را هم بهبود نداد. علی‌رغم وعده‌های بی‌پایان، هیچ تست زیستی برای هیچ اختلال روانی وجود ندارد. هیچ درمان جدید یا بهتری ارائه نشده است. اما خب، ۲۰ میلیارد دلار برای دوستان چه اهمیتی دارد؟

نورویبولوژی یک سطح از تحلیل است و دنیای درن روانی سطحی دیگر. افکار و

احساسات باید در سطح تحلیل خودشان مطالعه شوند. مغز موضوع مطالعه نورویبولوژی است و دنیای درون روانی موضوع مطالعه روان‌شناسی. البته حوزه‌هایی از تلاقی و هم‌پوشانی وجود دارد، اما هیچ کدام نمی‌تواند جای دیگری را بگیرد. مؤسسه ملی سلامت روان ایالات متحده با ساده‌سازی بیولوژیکی خام فرض کرد که نورویبولوژی پاسخ پرسش‌های مهم را هم در سطح زیستی و هم در سطح روان‌شناختی خواهد داد. این فرضیه بر اساس هیچ یافته علمی نبود. بلکه بازتاب جهان‌بینی محقق بود که حرفه خود را با کالبدشکافی مغز چونندگان بنا کرده بود. این مثل فراموش کردن فیلم‌ها به دلیل مشغول بودن مهندسان به فناوری پیکسل است.

درسی که باید بگیریم این است که روان‌شناسی باید مسیر خود را برای درمان‌های روان‌شناختی بر اساس مفاهیم و روش‌های روان‌شناختی بگشاید. نباید خود را دستیار پزشکی کند یا مفاهیم و روش‌های آن را تقلید کند. وقتی روان‌شناسی می‌خواهد مثل پزشکی باشد یا شبیه هر رشته دیگری عمل کند، به یک بن‌بست فکری، علمی و بالینی می‌رسد. روان‌شناسی نباید بیشتر شبیه پزشکی باشد. روان‌شناسی باید شبیه روان‌شناسی باشد. ما با روان‌شناس درجه یک بودن، نه با پزشک درجه دو شدن، بیشترین کمک را به درک و درمان رنج روانی می‌کنیم. به همین دلیل است که راهنماهای جدید بالینی که توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا صادر شده‌اند، که روان‌درمانی‌ها را بر اساس معیارهای مؤسسه پزشکی ارزیابی و توصیه می‌کنند، اشتباهی ترازیک می‌باشد. این معیارها برای ارزیابی مداخلات زیستی مانند دارو طراحی شده‌اند. روان‌درمانی چیزی شبیه دارو نیست.

تقلید از روش‌های تحقیقاتی داروسازی، روان‌شناسی را ارتقا نمی‌دهد. باید دست از گمراه کردن عموم مردم برداریم که رنج روانی شبیه بیماری پزشکی است و انواع مختلف روان‌درمانی شبیه انواع مختلف دارو هستند. این فرضیات در هر سطحی نادرست‌اند. روان‌درمانی شبیه دارو نیست؛ روان‌درمانی شبیه روان‌درمانی است. باید به مردم، سیاست‌گذاران، و دیگر متخصصان حوزه سلامت کمک کنیم بفهمند که درمان خوب چیست؛ زیرا آن‌ها نمی‌دانند. باید نتایج روان‌درمانی را با استفاده از مفاهیم و روش‌های روان‌شناختی مطالعه کنیم. باید مطالعه کنیم که چگونه افراد تغییر می‌کنند و چگونه زندگی‌ها تغییر می‌کنند، نه دسته‌بندی‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. باید نتایجی را مطالعه کنیم که برای بیماران و درمانگران روان‌شناسی اهمیت دارد.

روان‌شناسی مفاهیم و روش‌های خود را دارد. ویلهلم وونت اولین آزمایشگاه روان‌شناسی تجربی را در سال ۱۸۷۹ تأسیس کرد و دنیای درون روانی را به صورت علمی مطالعه کرد. در زمانی که خون‌گیری و حجامت همچنان یک روش پزشکی رایج بود. آیا می‌توان یک بار، فقط یک بار، روان‌شناسی پیشرو باشد، نه دنباله‌رو؟ آیا می‌توان سازمان‌های حرفه‌ای ما فقط یک بار از موقعیت‌دادن به روان‌شناسی به عنوان خادم پزشکی و شهروند درجه دو حوزه سلامت دست بردارند؟ آیا روان‌شناسی می‌تواند

پزشکی رایج بود. آیا می‌توان یک بار، فقط یک بار، روان‌شناسی پیشرو باشد، نه دنباله‌رو؟ آیا می‌توان سازمان‌های حرفه‌ای ما فقط یک بار از موقعیت‌دادن به روان‌شناسی به عنوان خادم پزشکی و شهروند درجه‌دو حوزه سلامت دست بردارند؟ آیا روان‌شناسی می‌تواند خودش تعریف کند که چه چیزی را درمان می‌کند و چگونه آن را درمان می‌کند، به جای اینکه خود را در قالب‌های ناقصی که توسط سیستم‌های سلامت و شرکت‌های بیمه تعریف شده‌اند، جای دهد؟ آیا می‌توانیم به عنوان روان‌شناس، با استفاده از مفاهیم و روش‌های روان‌شناختی به دنیا خدمت کنیم؟ آیا می‌توانیم دوباره به مطالعه روان‌شناسی افتخار کنیم؟

یک تشخیص روان پزشکی نشان از بیماری نیست

در اولین هفته‌ای که به عنوان هیئت علمی روان پزشکی فعالیت می‌کردم، یک دستیار سال‌های پایانی تخصص روان پزشکی راجع به وضعیت یک بیمار با من صحبت کرد. او ابتدا اطلاعات جمعیتی بیمار را ارائه کرد و سپس شروع به فهرست کردن داروهایی کرد که تجویز می‌کرد.

گفتم: «صبر کن. ما او را برای چه چیزی درمان می‌کنیم؟» پاسخ داد: «اضطراب».

گفتم: «چطور اضطراب او را درک می‌کنی؟»

او سرش را به یک طرف کج کرد و با نگاهی که انگار گیج شده است، به من نگاه کرد. سوال را طور دیگری پرسیدم: «فکر می‌کنی چه چیزی باعث اضطراب بیمار تو شده است؟»

او سرش را به سمت دیگری کج کرد.

او کمی فکر کرد، سپس خوشحال شد. «او اختلال اضطراب فراگیر دارد».

گفتم: «اختلال اضطراب فراگیر علت اضطراب نیست»، توضیح دادم. «این فقط برجستگی است که ما برای توصیف آن استفاده می‌کنیم».

مسیر دیگری را امتحان کردم. «فکر می‌کنی از نظر روان شناختی چه اتفاقی می‌افتد؟» گفت: «روان شناختی؟»

گفتم: «بله، روان شناختی».

پاسخ داد: «فکر نمی‌کنم این مسئله روان شناختی باشد. فکر می‌کنم زیستی است».

گفتم: «خب، این هم شروعی است؛ بگو چرا این طور فکر می‌کنی».

گفت: «مادرش مضطرب بود».

گفتم: «این یعنی اضطراب بیمار تو زیستی است؟»

گفت: «بله».

حالا نوبت من بود که سرم را کج کنم.

گفتم: «بیا یک آزمایش فکری انجام دهیم. فرض کن بیمار تو در بدو تولد به فرزندی پذیرفته شده و هیچ رابطه زیستی با مادری که او را بزرگ کرده ندارد. آیا فکر می‌کنی

یک مادر مضطرب که دائماً به کودک می‌گوید دنیا ناامن است، می‌تواند کودک را مضطرب کند؟».

پاسخ داد: «هیچ وقت این طور به آن فکر نکرده بودم».

میل لحظه‌ای‌ام را برای کوبیدن سرم به دیوار سرکوب کردم. سپس برنامه درمانی او برای این بیمار را امضا کردم و امیدوار بودم که حداقل بذری از کنجکاوی کاشته باشم. تشخیص‌های ذکرشده در راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، باعث هیچ چیزی نمی‌شوند. آن‌ها چیز نیستند. آن‌ها برچسب‌های توافق‌شده‌ای هستند برای توصیف نشانه‌ها. اختلال اضطراب فراگیر به این معنی است که فرد به مدت شش ماه یا بیشتر مضطرب یا نگران بوده و این اضطراب آن قدر شدید است که مشکلاتی ایجاد کرده؛ نه چیز دیگری. تشخیص، توصیفی است، نه تبیینی. گفتن اینکه اضطراب به دلیل اختلال اضطراب فراگیر ایجاد می‌شود، به همان اندازه منطقی است که بگوییم اضطراب به دلیل اضطراب ایجاد می‌شود.

همین موضوع برای سایر تشخیص‌های رایج راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی نیز صدق می‌کند. اختلال افسردگی عمده به این معنی است که فرد به طور مداوم خلق و خوی افسرده یا عدم علاقه یا لذت در فعالیت‌ها را به مدت دو هفته یا بیشتر تجربه کرده است، همراه با چندین علامت دیگر که اغلب همراه با آن هستند. اختلال افسردگی عمده باعث این نشانه‌ها نمی‌شود، بلکه اصطلاحی است که ما برای توصیف آن‌ها استفاده می‌کنیم.

این استدلال دایره‌ای است: چگونه تشخیص می‌دهیم بیمار افسردگی دارد؟ چون نشانه‌های خاص دارد. چرا این نشانه‌ها را دارد؟ چون افسردگی دارد.

ابهام از اینجا ناشی می‌شود که تشخیص‌های پزشکی اغلب به علت‌شناسی یعنی علل زیستی زیربنایی اشاره دارند. به همین دلیل «درد قفسه سینه» یک بیماری نیست؛ بلکه یک نشانه است. اما مثلاً ذات‌الریه یک بیماری هستند.

تشخیص‌های روان‌پزشکی به‌طور ماهوی متفاوت‌اند زیرا صرفاً توصیفی هستند، نه تبیینی. مسئله این نیست که هنوز علت‌های آن‌ها را نمی‌دانیم؛ بلکه موضوع این است که تشخیص‌های راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی نمی‌توانند درباره علل صحبت کنند، نه حالا و نه هرگز. تشخیص‌های رایج راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی برای صحبت درباره علل طراحی نشده‌اند، بلکه فقط به منظور توصیف‌اند.

اکثر روان‌پزشکان آگاه به یک مدل «زیستی-روان‌شناختی-اجتماعی» باور دارند، که به این معنی است که آن‌ها علل مشکلات سلامت روان را زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی یا تعاملی میان این سه می‌دانند. اما راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی بر اساس هیچ‌یک از این سه مورد سازمان‌دهی نشده است. نه به آن‌ها می‌پردازد و نه تلاش می‌کند به آن‌ها بپردازد.

فهرست همیشه در حال گسترش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی

بسیار شبیه بیماری‌های پزشکی به نظر می‌رسد، به‌ویژه با استفاده از اصطلاح نگران‌کننده‌ای مانند «اختلال» که به آن‌ها افزوده شده است؛ اما این‌ها بیماری نیستند. اگر ما از اختلال اضطراب فراگیر یا اختلال افسردگی عمده به‌گونه‌ای صحبت کنیم که انگار معادل ذات‌الریه یا دیابت هستند، مرتکب مغالطه منطقی‌ای به نام خطای مقوله‌بندی شده‌ایم. خطای مقوله‌بندی به این معناست که خاصیتی را به چیزی نسبت دهیم که نمی‌تواند آن را داشته باشد. مانند نسبت دادن احساسات به یک سنگ.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا، که راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی را منتشر می‌کند، همین نکته را بیان کرده است. تا همین اواخر، وبسایت این انجمن این هشدار کاملاً شفاف را درباره راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی شامل می‌شد: «معیارهای تشخیصی زبانی مشترک برای ارتباطات بالینی فراهم می‌کنند. بیمارانی که برچسب تشخیصی مشابهی دارند، لزوماً دچار اختلالاتی نیستند که علت‌شناسی مشترکی داشته باشد و لزوماً به درمان یکسانی پاسخ نمی‌دهند».

وقتی مؤسسه ملی سلامت روان نتیجه گرفت که دسته‌بندی‌های تشخیصی راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی نمی‌توانند با علل زیربنایی مطابقت داشته باشند و بنابراین نمی‌توانند مبنایی برای تحقیقات سلامت روان باشند، انجمن روان‌پزشکی آمریکا موافقت کرد. رئیس کارگروه راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی در پاسخ نوشت: «راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی در ذات خود یک کتاب راهنما برای کمک به توصیف توسط بالینگران است. این کتاب زبانی مشترک را در اختیار بالینگران قرار می‌دهد».

چطور ممکن است آن دانشجو چنین موضوع ساده‌ای را اشتباه درک کند؟ چطور او به این نتیجه رسید که اختلال اضطراب فراگیر یک بیماری است که باعث اضطراب می‌شود؟

دانشجویان ما، در لحظات درک ساده‌گرایانه خود، آینه‌ای از تناقضات موجود در رشته ما را نشان می‌دهند. انجمن روان‌پزشکی آمریکا می‌گوید بیماران با تشخیص یکسان لزوماً مشکلات مشابهی ندارند و به درمان‌های مشابه پاسخ نمی‌دهند. سپس پژوهشگران دستورالعمل‌های درمانی برای تشخیص‌های راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی تدوین می‌کنند. سازمان‌های حرفه‌ای دستورالعمل‌های بالینی برای تشخیص‌های راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی منتشر می‌کنند. شرکت‌های بیمه از ارائه‌دهندگان خدمات می‌خواهند از الگوریتم‌های درمانی برای تشخیص‌های راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی پیروی کنند. و شرکت‌های دارویی تبلیغات تلویزیونی پخش می‌کنند که می‌گویند: «افسردگی یک شرایط پزشکی مستقل است. این بیماری باعث علائم شدید روانی و جسمی می‌شود.» البته که چنین می‌کنند. به عبارت دیگر: ما می‌گوییم تشخیص‌های راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی ساختار هستند، نه چیزها. سپس به‌راحتی به گونه‌ای از آن‌ها صحبت می‌کنیم

که انگار چیزهایی واقعی هستند. کسی از دوگانه‌اندیشی صحبت کرده است؟ اخیراً در راهنمای مطالعاتی راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی از انجمن روان‌پزشکی آمریکا یک آزمون خودارزیابی دیدم. قالب آزمون شامل شرح حال‌های موردی است که با تشخیص‌های چندگزینه‌ای دنبال می‌شوند. یکی از شرح حال‌ها بیماری را توصیف می‌کرد که ترس از پرواز داشت و سوال این بود: «کدام یک از اختلالات زیر به احتمال زیاد علت اضطراب اوست؟» پاسخ من به صورت دستی این بود: «هیچ کدام از گزینه‌های فوق، زیرا تشخیص‌های راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی بر چسب‌های توصیفی هستند، نه علت‌ها». پاسخ راهنما این بود: «گزینه‌ی فوبیای خاص، نوع موقعیتی.» من در آن آزمون مردود می‌شدم. اما دانشجوی من، نمره کامل می‌گرفت.

پیوست: از بحث پرشوری که پس از این مطلب شکل گرفت قدردانی می‌کنم. از برخی نظرات، که ظاهراً توسط روان‌پزشکان نوشته شده و صلاحیت من را برای بحث درباره تشخیص روان‌پزشکی زیر سوال برده بودند، شگفت‌زده شدم. در ادامه، نوییتی از آلن فرانسیس، رئیس کارگروه راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، که در ۲۹ جولای ۲۰۲۴ نشر شده است، آورده شده است. من بابت کمبودهای آموزشی خود عذرخواهی می‌کنم و تنها زمانی می‌توانم آرام شوم از اینکه ویراستار ارشد آن نیز آن را به همان شکلی که من می‌فهمم درک کرده است.

«اختلالات روانی یک سری ساختار هستند، نه بیماری. آن‌ها توصیفی هستند، نه تبیینی. برای ارتباط و برنامه‌ریزی درمانی مفیدند، اما هیچ ادعایی در مورد علیت، همگنی یا مرزهای مشخص ندارند. ما این را در مقدمه ویرایش چهارم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی نوشتیم اما هیچ کس آن را نخواند».

مقاله یازده:

چگونه یک درمانگر انتخاب کنیم؟

با توجه به اینکه تدریس روان درمانی را به گروه های زیادی از روان شناسان و روان پزشکان انجام داده ام، با مدل های مختلف روان درمانی آشنا هستم و از تحمیل این مدل هایی که به آن می پردازم به بیمارانم خودداری می کنم.

مراقب درمانگرانی باشید که بیش از حد به یک «برند» درمانی وابسته اند. این افراد قبل از آنکه شما را ملاقات کنند و یا حتی درک درستی از شما داشته باشند، تصمیم گرفته اند که چگونه شما را درمان کنند. همچنین، مراقب درمانگرانی باشید که ادعای تخصص در انواع مختلف روان درمانی دارند. هیچ کس در همه چیز متخصص نیست. ممکن است با یک تازه کار روبه رو شوید، یا کسی که بیشتر به پر کردن ساعات کاری خود اهمیت می دهد تا به صداقت حرفه ای.

مواظب درمانگرانی باشید که بیش از حد بر تخصص خود در یک تشخیص یا وضعیت خاص تاکید می کنند. یک تشخیص اطلاعات کمی درباره نحوه کمک به ما ارائه می دهد. دلایل رنج روانی و احساسی معمولاً در ساختار زندگی ما تنیده شده اند؛ اینکه چگونه زندگی می کنیم، چگونه خود و دیگران را می بینیم، چگونه با دیگران ارتباط برقرار می کنیم یا نمی کنیم، چه چیزهایی را می خواهیم و از چه چیزهایی می ترسیم، و چه چیزهایی را درباره خود می دانیم و نمی خواهیم بدانیم. تخصص یک درمانگر درک نحوه تنیده شدن این بافت و امکان بازبافت آن است، نه در تشخیص ها. جلسات اولیه باید بر درک مشترک از «مسئله اصلی» متمرکز باشد. مسئله اصلی شما افسردگی، اضطراب یا اختلال خوردن نیست؛ بلکه آنچه از نظر روان شناختی در جریان است که موجب این مشکلات شده یا آن ها را ادامه می دهد، اهمیت دارد. درک مشترک از آنچه مسئله اصلی است، یک محور برای روان درمانی فراهم می کند. درمان مؤثر دارای یک محور است.

این درک مشترک ممکن است در جلسه اول شکل بگیرد یا نیاز به چند جلسه داشته باشد. این درک به مرور و با پیشرفت درمان تکامل می یابد و تغییر می کند. این یک فرایند پویا است، نه ایستا. اما از همان ابتدا باید یک محور وجود داشته باشد تا به عنوان پایه ای برای ادامه کار عمل کند. اگر هر دو طرف در اتاق درمان ندانند چرا

آنجا هستند، درمان بی‌فایده است.

بسیاری از درمانگران از «اتحاد درمانی» صحبت می‌کنند، اما تعداد کمتری واقعاً می‌دانند اتحاد درمانی به چه معناست. اتحاد درمانی تنها به معنای احساس ارتباط نیست. این اتحاد بر اساس هر چیزی شکل نمی‌گیرد. اتحاد درمانی یک اتحاد بر اساس هدف مشترک است. یعنی درک مشترک از کاری که برای انجام آن در درمان حضور دارید. اتحاد درمانی شامل سه عنصر است:

۱. یک ارتباط وجود دارد.

۲. درباره هدف درمان توافق مشترک وجود دارد.

۳. درباره روش‌هایی که برای دستیابی به آن هدف استفاده خواهند شد، توافق مشترک وجود دارد.

هر سه عنصر ضروری هستند. من اغلب مشاهده می‌کنم که عنصر اول (ارتباط) بدون دو عنصر دیگر (توافق درباره هدف و روش درمان) وجود دارد. این ممکن است به ایجاد رابطه‌ای صمیمانه و حمایت‌کننده منجر شود، اما برای تغییر روان‌شناختی معنادار کافی نیست.

درک مشترک از مسئله باید واقعاً مشترک باشد. این درک نمی‌تواند صرفاً از آن درمانگر یا بیمار باشد؛ بلکه چیزی است که شما و درمانگران با هم توسعه می‌دهید و فراتر از آن چیزی است که هر یک از شما به‌تنهایی می‌توانید بدانید. اگر می‌توانستید خودتان به این درک برسید، اگر می‌توانستید وارد جلسه شوید و بگویید مسئله اصلی چیست و چرایی آن را بدانید، احتمالاً نیازی به درمان نداشتید. وظیفه درمانگر این است که به شما کمک کند مسئله را به شکلی که به‌تنهایی قادر به انجام آن نیستید، روشن کنید. هنگامی که به یک درک مشترک و معنادار دست می‌یابید، می‌دانید که به چیزی حیاتی رسیده‌اید.

دانشجویان من اغلب می‌پرسند که وقتی بیمار نمی‌داند مسئله چیست، چه باید کرد. بیمار ممکن است بداند چیزی اشتباه است، اما نمی‌تواند بگوید دقیقاً چه چیزی مشکل اصلی است. امکان دارد احساس پوچی، گم‌گشتگی یا گیر افتادن داشته باشد، اما دلیل آن را نداند. اینجا جایی است که تخصص درمانگر اهمیت پیدا می‌کند، زیرا درمانگر دیدگاهی را ارائه می‌دهد که بیمار به‌تنهایی نمی‌تواند داشته باشد.

گاهی اوقات مشکل این است که بیمار نسبت به خودش غریبه است. ممکن است من بگویم: «به نظر می‌رسد چیزی بسیار اشتباه است، اما شما کلماتی برای آن ندارید.» اگر بیمار این توصیف را درست بداند، ممکن است پیشنهاد کنم: «ممکن است پیدا کردن کلمات برای چیزی که اشتباه است مفید باشد. اگر بتوانیم کلمات را پیدا کنیم، می‌توانیم چیزها را واضح‌تر ببینیم. وقتی واضح‌تر ببینیم، شاید بتوانیم بفهمیم چگونه شرایط بهتر شود.»

سپس می‌پرسم و این نکته مهم است، زیرا درک باید واقعاً مشترک باشد: «فکر

سپس می‌پرسم و این نکته مهم است، زیرا درک باید واقعاً مشترک باشد: «فکر می‌کنید پیدا کردن کلمات برای آنچه اشتباه است، مفید خواهد بود؟» اگر بیمار با این نظر موافق باشد، اگر او نیز احساس کند که پیدا کردن کلمات کمک می‌کند، در آن صورت، ما یک محور اولیه برای درمان خواهیم داشت. وظیفه مشترک ما این است که کلمات را پیدا کنیم. بیمار نمی‌تواند بدون کمک من کلمات مناسب را پیدا کند و من نیز نمی‌توانم بدون کمک او این کار را انجام دهم، اما احتمالاً می‌توانیم با هم این کلمات را پیدا کنیم. محور درمانی ما در طول زمان تکامل خواهد یافت، اما اکنون یک نقطه شروع داریم. در جلسه بعدی، هر دو می‌دانیم که برای چه کاری آنجا هستیم.

اگر بیمار احساس نکند که پیدا کردن کلمات کمک‌کننده خواهد بود، به جستجو ادامه می‌دهیم تا محوری پیدا کنیم که هر دو معتقد باشیم مفید است. من تا زمانی که هر دو در مورد هدف درمان به توافق نرسیم، توصیه‌ای برای ادامه درمان نمی‌کنم. من «روان‌درمانی انجام نمی‌دهم» فقط برای اینکه درمان انجام داده باشم. من وقتی درمان را انجام می‌دهم که بیمار و من هر دو بدانیم برای چه کاری آنجا هستیم و چرا. من معمولاً «بله» را به عنوان پاسخ نمی‌پذیرم. اگر بیمار با یک محور درمانی موافقت کند، اما این کار را به شکلی انجام دهد که نشان دهد صرفاً تسلیم شده است، درک مشترکی نداریم. این تنها درک من است، نه درک ما. اگر او موافقت کند چون فکر می‌کند من بهتر می‌دانم، چون من متخصص هستم، باز هم درک مشترکی نداریم. (اما در این حالت یک فرضیه جدید درباره مسئله‌ای که ممکن است وجود داشته باشد، دارم. اگر او عادت به واگذاری تصمیم‌گیری به دیگران درباره آنچه برای او درست است داشته باشد، این ممکن است توضیح دهد چرا چیزی اشتباه است که او نمی‌تواند به کلمات بیاورد. و من این موضوع را برای بررسی مشترک مطرح خواهم کرد.)

پس چگونه باید یک درمانگر انتخاب کنید؟ از پیروان سرسخت یک نظریه و افرادی که ادعا می‌کنند در همه چیز متخصص هستند دوری کنید. نیازی نیست به دنبال درمانگری بگردید که دقیقاً در افراد با مشکل مشابه شما تخصص دارد، زیرا هیچ فرد دیگری دقیقاً مشکلی مشابه شما ندارد.

هنگام ملاقات با درمانگر، توجه کنید که آیا درمانگر بیشتر به شما علاقه‌مند است یا به تشخیص شما. ببینید آیا درمانگر شما را دعوت می‌کند تا با هم درباره مسئله فکر کنید یا خیر. توجه کنید که آیا شما دو نفر می‌توانید به درک مشترکی درباره آنچه موجب دشواری‌ها شده است برسید که برای شما درست به نظر برسد و از پیش واضح نبوده است. این بخش ممکن است چند جلسه طول بکشد، اما باید از همان ابتدا در این مسیر حرکت کند.

اگر همه این عناصر وجود داشته باشند، احتمالاً درمانگر خوبی پیدا کرده‌اید.

مقاله دوازده:

شواهد درمانی مبتنی بر علم است یا بازاریابی؟

اخیراً مطالعه‌ای از یک مجله معتبر روان‌شناسی به دستم رسید. این مطالعه نشان می‌داد که درمانگرانی که از درمان شناختی-رفتاری استفاده می‌کنند، حتی باتجربه‌ترین آن‌ها، معمولاً از تکنیک‌های توضیح داده شده در راهنماهای درمانی شناختی-رفتاری فاصله می‌گیرند. نویسندگان نوشتند: «تنها نیمی از درمانگرانی که مدعی استفاده از درمان شناختی-رفتاری هستند، از رویکردی استفاده می‌کنند که حتی شباهتی به درمان شناختی-رفتاری داشته باشد» (۱).

این موضوع چندان شگفت‌آور نیست، زیرا راهنماهای درمانی بهبود نتایج را تضمین نمی‌کنند و درمانگران در دنیای واقعی به طور طبیعی رویکردهای خود را با نیازهای بیماران تطبیق می‌دهند. روش‌های کاری آن‌ها در طول زمان و با تجربیات سخت و ارزشمندی که یاد می‌گیرند، تکامل می‌یابد.

در واقع، مطالعات نشان می‌دهند که وقتی درمان شناختی-رفتاری مؤثر است، بخشی از آن به این دلیل است که درمانگران ماهر از راهنماها فاصله می‌گیرند و از روش‌هایی استفاده می‌کنند که ذاتاً روان‌پویشی هستند. این روش‌ها شامل جلسات آزاد و بدون ساختار (در مقابل دنبال کردن برنامه‌ای مشخص از یک راهنما)، کار با دفاع‌های روانی، تمرکز بر رابطه‌ی درمانی به عنوان پنجره‌ای به الگوهای مشکل‌ساز روابط، و ایجاد ارتباط میان رابطه درمانی و سایر روابط می‌شود.

بنابراین این یافته تحقیقاتی چندان تعجب‌آور نبود. اگر درمانگران باتجربه مانند مبتدیان رفتار می‌کردند و دستورالعمل‌های یک راهنما را مانند مصرف‌کننده‌ای که تلاش می‌کند یک وسیله را به هم وصل کند دنبال می‌کردند، جای نگرانی جدی بود. آنچه توجه مرا جلب کرد، نتیجه‌گیری نویسندگان بود که می‌گفت درمانگران باید آموزش ببینند تا به مداخلات درمان شناختی-رفتاری پایبند باشند «تا بهترین شانس بهبودی به بیماران داده شود».

این مطالعه نتایج درمان را اندازه‌گیری نکرده بود و نویسندگان در واقع هیچ ایده‌ای نداشتند که کدام درمانگران مؤثر بودند یا کدام بیماران بهبود یافتند. آن‌ها فقط بدون شواهد اعلام کردند که فاصله گرفتن از راهنماهای درمانی به معنای درمان ضعیف‌تر

است. این فرضیه که در تضاد با شواهد علمی واقعی است، به راحتی از نگاه داوران و ویراستاران «مدعی شواهدمحور» یک مجله معتبر تحقیقاتی عبور کرد. آن‌ها احتمالاً حتی یک لحظه هم به آن فکر نکردند.

دروغ بزرگ

پژوهشگران دانشگاهی اصطلاح «مبتنی بر شواهد» را به گروهی از درمان‌ها که طبق دستورالعمل‌ها («درمان‌های مبتنی بر راهنما») انجام می‌شوند، اختصاص داده‌اند. ویژگی مشترک این درمان‌ها این است که معمولاً کوتاه‌مدت، از پیش برنامه‌ریزی شده و تقریباً به طور انحصاری با درمان شناختی-رفتاری شناخته می‌شوند. اصطلاح «درمان مبتنی بر شواهد» همچنین به طور ضمنی کدواژه‌ای برای «غیر روان‌پویشی» است.

این موضوع که تحقیقات علمی نشان می‌دهد درمان روان‌پویشی دست‌کم به اندازه سایر روش‌ها مؤثر است، اهمیتی ندارد (به مقاله من، اثربخشی روان‌درمانی روان‌پویشی یا نسخه عمومی‌تر آن، آشنایی با خودم رجوع کنید). طرفداران «درمان مبتنی بر شواهد» اغلب درمان روان‌پویشی را تحقیر می‌کنند (یا بهتر بگوییم، برداشت‌ها و کاریکاتورهای نادرست خود از آن را). وقتی از اصطلاح «مبتنی بر شواهد» استفاده می‌کنند، غالباً با اشاره و لبخندی ضمنی و این پیام ناگفته همراه است: «درمان مبتنی بر راهنما علم است. درمان روان‌پویشی خرافه است».

این نیاز به توضیح دارد، زیرا اینگونه مسائل معمولاً در کتاب‌های درسی یا کلاس‌های دانشگاهی به تصویر کشیده نمی‌شوند. در دهه‌های گذشته، بیشتر روان‌درمانگران به درمان روان‌پویشی می‌پرداختند یا به شدت تحت تأثیر تفکر روان‌پویشی بودند. درمان‌های روان‌پویشی با هدف افزایش خودآگاهی در بستر رابطه‌ای معنادار بین درمانگر و بیمار انجام می‌شدند.

درمانگران روان‌پویشی یا روان‌تحلیلی در گذشته به طور خاص طرفدار پژوهش‌های تجربی نبودند. بسیاری از آن‌ها معتقد بودند که درمان نیاز به سطحی از حریم خصوصی دارد که مشاهده مستقل را غیرممکن می‌سازد. بسیاری نیز باور داشتند که پژوهش نمی‌تواند مزایای حیاتی درمان مانند خودآگاهی، رهایی از محدودیت‌های درونی یا روابط عمیق‌تر با دیگران را اندازه‌گیری کند. در مقابل، پژوهشگران دانشگاهی به طور منظم آزمایش‌های کنترل‌شده‌ای را انجام می‌دادند که در آن‌ها درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر راهنما با گروه‌های کنترل مقایسه می‌شد. بنابراین، این شکل‌های مبتنی بر راهنمای درمان شناختی-رفتاری به عنوان «تأییدشده تجربی» شناخته شدند (اصطلاح ترجیحی بعداً به «پشتیبانی‌شده تجربی» تغییر یافت و اخیراً به «مبتنی بر شواهد» تبدیل شد).

هیچ تحقیقی هرگز نشان نداده است که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر راهنما نسبت به درمان روان‌پویشی مؤثرتر است. تنها دلیل این بود که درمان شناختی-

رفتاری بیشتر مورد تحقیق قرار گرفته است. تفاوت زیادی وجود دارد بین این که بگوییم یک درمان کمتر مورد تحقیق قرار گرفته و این که بگوییم از نظر علمی بی اعتبار شده است. با این حال، پژوهشگران دانشگاهی اغلب این تمایز را محو کرده اند، گاهی از روی بی دقتی و گاهی عمدتاً و با نیت نادرست. فرهنگی در روان شناسی دانشگاهی شکل گرفت که افسانه ای را ترویج می کرد مبنی بر این که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر راهنما به طور علمی برتری خود را اثبات کرده است. برخی از پژوهشگران دانشگاهی، آن هایی که به شواهد علمی واقعی اهمیت کمی می دادند، حتی شروع به گفتن این موضوع کردند که انجام درمان روان پویشی «ضداخلاقیات» است زیرا تحقیقات نشان داده اند درمان شناختی-رفتاری مؤثرتر است، تنها مشکل این است که تحقیقات چیزی از این دست نشان نداده اند.

این موضوع شاید روشن کند که چرا نویسندگان مطالعه ای که قبلاً توضیح دادم، به راحتی می توانند ادعا کنند که درمانگران باید به راهنماهای درمانی درمان شناختی-رفتاری پایبند باشند «تا بهترین شانس بهبودی را به بیماران بدهند» و چگونه این ادعای نادرست به آسانی از فرایند داوری یک مجله پژوهشی معتبر عبور کرده است.

داروی ضد افسردگی: دارونما یا معجزه آسا؟

بازاریابان دارویی کار فوق العاده ای انجام داده اند تا آمریکایی ها را قانع کنند که داروی ضد افسردگی درمان اصلی افسردگی است. اما تحقیقات علمی تصویر متفاوتی ارائه می دهد. مطالعه متعدد نشان می دهد که تأثیرات داروهای ضد افسردگی به سختی قابل تمایز از دارونما هستند (۱). برای جلوگیری از انتقادات، باید بگوییم که باور دارم داروهای ضد افسردگی برای یک زیرمجموعه از افراد افسرده بسیار مؤثر هستند. من این داروها را به برخی از بیمارانشم توصیه می کنم. اما تعداد افرادی که واقعاً از این داروها بهره می برند بسیار کمتر از تعداد افرادی است که با تمام وجود معتقدند که این داروها معجزه می کنند.

یکی از دلایلی که داروهای ضد افسردگی بسیار قدرتمند به نظر می رسند، این است که یک سری مداخلات روان شناختی دیگر هم زمان با شروع مصرف این داروها اتفاق می افتند. اولین مورد حتی قبل از دریافت نسخه رخ می دهد. ناامیدی و انفعال از ویژگی های بارز افسردگی هستند. قبل از گرفتن وقت ملاقات، تغییری در درون فرد رخ می دهد؛ از حالت انفعال به حالت فعال. فرد تصمیم فعالانه ای می گیرد که کاری انجام دهد و شروع به بهتر شدن می کند. (ما این را از تحقیقات روان درمانی نیز می دانیم، که نشان می دهد نشانه های افسردگی زمانی شروع به بهبود می کنند که فرد اولین وقت ملاقات خود را تنظیم می کند، حتی قبل از شروع هر نوع درمان). سپس بیمار به پزشک می گوید که چه مشکلی دارد و تجربه خود را به کلمات تبدیل می کند. ممکن است این اولین باری باشد که برخی افراد به طور آشکار درباره میزان درد خود صحبت می کنند. همین بیان درد احساسی با کلمات، آن را تغییر می دهد. کلمات قدرتمند هستند. پزشک گوش می دهد، بیمار را جدی می گیرد و او را قضاوت یا سرزنش نمی کند. این هم یک مداخله دیگر است. در نهایت، پزشک این حس را منتقل می کند که راهی برای بهبودی وجود دارد و نشانه های را که ممکن است گیج کننده و ترسناک باشند توضیح می دهد و عادی سازی می کند. این یک زنجیره از مداخلات قدرتمند است و قبل از اینکه بیمار حتی یک قرص مصرف کند اتفاق می افتد. این فرایند باعث می شود که احساس درماندگی و ناامیدی به سمت احساس

عاملیت و امید تغییر کند. اما اینجا جایی است که سردرگمی به وجود می آید. لحظه ای که بیمار یک قرص مصرف می کند، پزشک و بیمار تمام بهبود را به دارو نسبت می دهند و زنجیره رویدادهای روان شناختی پیش از آن را نادیده می گیرند. دومین دلیل که داروهای ضد افسردگی می توانند مؤثر به نظر برسند، صرفاً مربوط به زمان بندی است. به طور متوسط، هر دوره افسردگی حدود شش ماه طول می کشند. اما افراد روز اولی که نشانه ها را تجربه می کنند به پزشک مراجعه نمی کنند. اغلب، ماه ها با افسردگی خود دست و پنجه نرم می کنند. آن ها در ناامیدکننده ترین لحظه به پزشک مراجعه می کنند، زمانی که همه چیزهای دیگر را امتحان کرده اند و نتیجه ای نگرفته اند. در این مرحله، ممکن است سه یا چهار ماه از دوره افسردگی گذشته باشد. اگر دوره افسردگی روند معمول خود را دنبال کند، افسردگی در ماه های بعد به طور طبیعی شروع به کاهش خواهد کرد. اما در این مقطع، بیمار شروع به مصرف دارو می کند و به او گفته می شود که دارو ممکن است هشت تا دوازده هفته طول بکشد تا اثر کند. جادو! در هشت تا دوازده هفته، دقیقاً طبق برنامه، بیمار شروع به بهتر شدن می کند.

این رویدادها را از منظر پزشک و بیمار در نظر بگیرید. قبل از شروع دارو، بیمار هر چیزی که به ذهنش می رسد را امتحان کرده بود، اما نتیجه ای نداشت. آن ها شروع به مصرف دارو می کنند و به موقع، افسردگی شان شروع به کاهش می کند. از آن نقطه به بعد، پزشک و بیمار متقاعد می شوند که دارو معجزه کرده است و هیچ چیزی نمی تواند آن ها را متقاعد کند که اینطور نیست.

مقاله چهارده:

فروش درمان بد به قربانیان تروما

انجمن روان‌شناسی آمریکا به‌تازگی راهنماهایی برای درمان تروما منتشر کرده است. عاقلانه‌تر آن است که بیماران و درمانگران آن‌ها را نادیده بگیرند.

این راهنماها قرار است بازتاب‌دهنده بهترین شواهد علمی باشند. اما در واقع، آن‌ها انواع شواهد علمی را نادیده می‌گیرند، مگر یک نوع خاص از مطالعه که به آن «آزمایش تصادفی کنترل‌شده» گفته می‌شود.

در آزمایش‌های تصادفی کنترل‌شده، افراد به‌صورت تصادفی به گروه درمان یا گروه کنترل اختصاص داده می‌شوند. این نوع مطالعات می‌توانند به برخی پرسش‌ها پاسخ دهند (مثلاً: آیا یک دارو مؤثرتر از یک دارونماست؟)، اما برای پاسخ به برخی دیگر مناسب نیستند (مثلاً: این دارو چگونه عمل می‌کند؟ علت بیماری چیست؟). در نبود استدلال علمی دقیق، آزمایش‌های تصادفی کنترل‌شده می‌توانند به نتیجه‌گیری‌های نادرست و ساده‌لوحانه منجر شوند.

برای نمونه: برخی افراد به‌اشتباه نتیجه گرفتند که نخ دندان کشیدن پشتمان را علمی ندارد، چون یک مرور بر آزمایش‌های تصادفی کنترل‌شده شواهد اندکی از فواید آن نشان داد. اما نخ دندان کشیدن در بلندمدت مفید است، در حالی که این آزمایش‌های تصادفی کنترل‌شده فقط برای دوره‌های کوتاهی افراد را دنبال کرده بودند. بنابراین دقیقاً همان چیزی را نشان دادند که انتظار می‌رفت: تقریباً هیچی. دانش ما درباره نخ دندان کشیدن از منابع دیگری به دست آمده است، از جمله مشاهدات دندان‌پزشکان در طول بیش از یک قرن، و همچنین شناخت سازوکار آن یعنی اینکه چگونه عمل می‌کند.

پژوهشگران مطالعه‌هایی را انجام دادند که انجام آن‌ها آسان و عملی بود، نه مطالعه‌هایی که بتوانند به پرسش‌های معناداری درباره نخ دندان کشیدن پاسخ دهند. حتی اگر می‌خواستند، نمی‌توانستند چنین مطالعه‌هایی انجام دهند. یک آزمایش تصادفی کنترل‌شده که بتواند اطلاعات معناداری ارائه کند، مستلزم آن است که برخی افراد برای سال‌ها از نخ دندان کشیدن خودداری کنند. اما هیئت‌های بازبینی اخلاق پژوهش چنین مطالعه‌ای را غیراخلاقی دانسته و رد می‌کنند.

بیشتر شاخه‌های علم به آزمایش‌های تصادفی کنترل شده متکی نیستند

علوم پایه یا سخت، مانند فیزیک، شیمی یا اخترشناسی، به آزمایش‌های تصادفی کنترل شده وابسته نیستند. هیچ اخترشناسی تاکنون آزمایش تصادفی کنترل شده انجام نداده، اما دانش در اخترشناسی همچنان پیشرفت کرده است. اخترشناسان برای پیش‌بینی زمان و مسیر خورشیدگرفتگی اخیر در آمریکای شمالی هیچ مشکلی نداشتند و آن را با دقتی تا حد میلی ثانیه پیش‌بینی کردند.

اما برخی افراد، عمدتاً در علوم اجتماعی می‌خواهند ما را قانع کنند که آزمایش‌های تصادفی کنترل شده تنها راه اصلی دانش علمی‌اند و هر نوع شواهد دیگری را می‌توان نادیده گرفت. این طرز فکر احمقانه است و برای درک دلیل آن، نیازی به مدرک علمی نیست.

هیچ آزمایش تصادفی کنترل شده‌ای هرگز نشان نداده که خورشید باعث آفتاب‌سوختگی می‌شود، رابطه جنسی منجر به بارداری می‌شود، یا محرومیت از غذا به گرسنگی می‌انجامد. ما این چیزها را می‌دانیم چون می‌توانیم روابط علت و معلولی را مشاهده کنیم و سازوکارهای آن‌ها را درک می‌کنیم. پرتو فرابنفش به سلول‌های پوست آسیب می‌زند. رابطه جنسی امکان لقاح سلول‌های تخمک و اسپرم را فراهم می‌کند. انسان بدون غذا می‌میرد. نخ دندان پلاک دندان را برمی‌دارد، که محل تجمع باکتری‌هایی است که به دندان‌ها و لثه آسیب می‌زنند.

کپرینیک، گالیل، داروین، اینشتین، نیلز بور، ماری کوری، استیون هاوکینگ، وجه اشتراک همه آن‌ها چیست؟ هیچ کدامشان هرگز آزمایش تصادفی کنترل شده‌ای انجام ندادند.

پرسش‌های اشتباه، پاسخ‌های اشتباه

نخ دندان کشیدن چه ربطی به راهنماهای جدید درمان تروما دارد؟ به نظر می‌رسد، تماماً.

روان‌درمانی زمان‌بر است. روان‌درمانی از یک «منحنی دوز-پاسخ» پیروی می‌کند. بیش از ۲۰ جلسه، یا تقریباً شش ماه درمان هفتگی لازم است تا ۵۰ درصد بیماران بهبودی معناداری را تجربه کنند. برای اینکه ۷۵ درصد بیماران بهبودی معنادار داشته باشند، بیش از ۴۰ جلسه لازم است (۱).

این یافته‌ها که بر اساس مطالعه علمی بیش از ۱۰۰۰۰ مورد درمانی به دست آمده‌اند، با گزارش‌های درمانگران از روان‌درمانی موفق (۲) و تجربه‌های خود بیماران از درمانشان (۳، ۴) کاملاً همخوانی دارند. آزمایش تصادفی کنترل شده‌هایی که مبنای راهنماهای درمان تروما قرار گرفته‌اند، تنها درمان‌هایی را در نظر گرفته‌اند که حداکثر ۱۶ جلسه داشته‌اند. بیشتر این درمان‌ها حتی کمتر از ۸ جلسه بوده‌اند. به عبارت دیگر، این راهنماها منحصراً بر اساس مطالعه‌هایی تنظیم شده‌اند که درمان‌هایی ناکافی و نابسند را بررسی کرده‌اند.

از پیش معلوم بود که این راهنماها، شکل‌های کوتاه و استاندارد شده‌ای از درمان شناختی-رفتاری را توصیه خواهند کرد که بر اساس دفترچه‌های راهنما اجرا می‌شوند. این نوع درمان‌ها انجام آزمایش تصادفی کنترل شده را ساده‌تر می‌کنند، و به همین دلیل تنها نوع درمانی‌اند که در نظر گرفته شده‌اند. اگر از راهبردهای پژوهشی دیگری استفاده می‌شد، برای مثال، مطالعه بیمارانی که واقعاً بهبود یافته‌اند و بررسی اینکه چه چیزی به آن‌ها کمک کرده، تقریباً با اطمینان می‌توان گفت که به نتایج کاملاً متفاوتی می‌رسیدند.

بیش از یک قرن پژوهش علمی و تجربه بالینی نشان می‌دهد که رویکردهای دیگری در روان درمانی مؤثرترند. به‌ویژه درمان‌های بلندمدتی که بر پایه اعتماد و رابطه میان درمانگر و بیمار بنا می‌شوند و بر آنچه از نظر هیجانی برای هر بیمار به‌طور فردی معنا دارد تمرکز می‌کنند (بر خلاف مداخلات استاندارد شده‌ای که از روی دفترچه راهنما اجرا می‌شوند). اما چون این دانش از آزمایش تصادفی کنترل شده‌ها به‌دست نیامده، نادیده گرفته شده است.

این راهنماها توسط پژوهشگران و برای پژوهشگران نوشته شده‌اند. نیازهای بیماران و درمانگران در درجه دوم اهمیت قرار دارند. این راهنماها شامل ۶۷۵ صفحه جزئیات پیچیده و فشرده درباره روش‌های پژوهشی و تحلیل‌های آماری‌اند، که ۵۳۷ صفحه از آن را جداول و فرم‌ها تشکیل می‌دهند. در این راهنماها، درمان‌ها صرفاً بر اساس روش پژوهشی‌ای که برای بررسی آن‌ها به کار رفته، «به‌شدت توصیه‌شده» تلقی می‌شوند؛ نه بر اساس اینکه آیا واقعاً حال بیماران بهتر می‌شود یا نه.

صداقت در تبلیغ

انجمن روان‌شناسی آمریکا می‌گوید: «این راهنماها مزایای متعددی را برای حوزه روان‌شناسی به همراه دارند. «برای ارائه‌دهندگان خدمات، این راهنماها توصیه‌هایی ارائه می‌دهند که به‌سرعت خلاصه می‌کنند کدام درمان‌ها برای صدها یا حتی هزاران بیمار مؤثر بوده‌اند و برای خانواده‌ها، اطلاعات روشنی درباره بهترین درمان‌ها و انتظارات واقع‌بینانه از آن‌ها فراهم می‌کنند.» (۵).

بیاید این ادعای انجمن روان‌شناسی آمریکا را بررسی کنیم و ببینیم چقدر با یافته‌های بزرگ‌ترین و شاید معتبرترین انجام آزمایش تصادفی کنترل شده پشت این راهنماها هم‌خوانی دارد. این آزمایش تصادفی کنترل شده با بودجه وزارت امور کهنه‌سربازان ایالات متحده و وزارت دفاع انجام شد و در نشریه ژورنال انجمن پزشکی آمریکا منتشر گردید (۶). در این پژوهش، ۲۵۵ کهنه‌سرباز زن مورد مطالعه قرار گرفتند. شایع‌ترین نوع تروما، تعرض جنسی بود، و پس از آن، خشونت فیزیکی قرار داشت.

بیماران یکی از دو نوع درمان را دریافت کردند: یا شکل به‌شدت توصیه‌شده‌ای از درمان شناختی-رفتاری (درمان مواجهه طولانی‌مدت) یا دارونما. در اینجا نتایج مطالعه را مرور می‌کنیم:

نزدیک به ۴۰ درصد از بیمارانی که درمان شناختی-رفتاری را آغاز کردند، آن را نیمه کاره رها کردند. یعنی خودشان به ما گفتند این درمان برایشان ارزشی ندارد. ۶۰ درصد از بیماران پس از پایان درمان همچنان دچار اختلال استرس پس از سانحه بودند. ۱۰۰ درصد از بیماران پس از پایان درمان همچنان از نظر بالینی افسرده بودند. در پیگیری شش ماهه، بیمارانی که درمان شناختی-رفتاری دریافت کرده بودند هیچ بهبودی نسبت به گروه کنترل نداشتند. در طول مطالعه، ۱۹ مورد «عارضه شدید» (از جمله اقدام به خودکشی و بستری روان پزشکی) ثبت شد. نویسندگان مقاله یادآور شدند که بیماران «ممکن است به درمان بیشتری نیاز داشته باشند نسبت به تعداد نسبتاً اندک جلساتی که معمولاً در کارآزمایی‌های بالینی ارائه می‌شود».

من این مطالعه را به عنوان نمونه انتخاب نکردم چون مطالعه ضعیفی است؛ اتفاقاً آن را انتخاب کردم چون می‌توان گفت یکی از بهترین‌هاست. در واقع، دو سوم از بیمارانی که درمان‌های «به شدت توصیه شده» انجمن روان‌شناسی آمریکا را دریافت می‌کنند، پس از پایان درمان همچنان دچار اختلال استرس پس از سانحه هستند (۴).

«اطلاعات روشن درباره بهترین درمان‌ها و آنچه باید از آن‌ها انتظار داشت.» واقعاً؟

نخست، آسیب نرسان

شرکت‌های بیمه درمانی در ایالات متحده علیه روان‌درمانی تبعیض قائل می‌شوند. کنگره قوانینی برای «برابری سلامت روان» تصویب کرده است. یعنی پوشش برابر برای شرایط جسمی و روانی اما شرکت‌های بیمه به طور معمول این قوانین را دور می‌زنند. این رفتار منجر به شکایت‌های گروهی علیه شرکت‌های بیمه شده، اما تبعیض علیه روان‌درمانی همچنان ادامه دارد.

یکی از راه‌هایی که شرکت‌های بیمه از طریق آن قوانین برابری را دور می‌زنند، سوق دادن بیماران به سمت کوتاه‌ترین و ارزان‌ترین درمان‌هاست. راه دیگر، پرداخت فقط برای درمان‌هایی است که آن قدر غیرشخصی و غیرانسانی‌اند که بیماران خیلی زود قید ادامه درمان را می‌زنند. شرکت‌های بیمه هرگز نمی‌گویند که تصمیمات درمانی‌شان از منافع مالی ناشی می‌شود. بلکه می‌گویند این درمان‌ها «از نظر علمی اثبات شده‌اند» و به راهنماهایی مانند راهنمای تازه انجمن روان‌شناسی آمریکا استناد می‌کنند.

همین قدر که اکثر آمریکایی‌ها به خدمات کافی در حوزه سلامت روان دسترسی ندارند، به تنهایی فاجعه است. این که در عین حال به آن‌ها القا شود که درمان ناکافی، همان «بهترین درمان» است، توهین به شعورشان است.

اخلاقیات انجمن روان‌شناسی آمریکا با این جمله آغاز می‌شود: «روان‌شناسان می‌کوشند به کسانی که با آن‌ها کار می‌کنند سود برسانند و مراقب‌اند که آسیبی وارد نکنند.»

انجمن روان‌شناسی آمریکا در گذشته سابقه‌ای محترم در دفاع از دسترسی بیماران به

خدمات باکیفیت درمانی داشته است. اما اکنون، انجمن روان‌شناسی آمریکا که در اثر دل‌بستگی کورکورانه به آزمایش تصادفی کنترل‌شده در قامت یک ایدئولوژی چشم‌بر واقعیت بسته، عملاً برگ برنده‌ای به دست بدترین عناصر صنعت بیمه درمانی سپرده است.

منابع

آن زمان این بود، حالا این است: مقدمه‌ای بر روان‌درمانی پویشی معاصر

1. Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65:98-109.
2. Leichsenring, F., Abbass, A., Heim, N., Keefer, J. R., Kisely, F. Luyten, P., Rabung, S., Steinert, C. (2023). The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders: An umbrella review based on updated criteria. *World Psychiatry*, 22, 286-304.
3. Persons, E. S., Cooper, A. M., & Gabbard, G. O. (2005). *Textbook of psychoanalysis*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
4. Brenner, C. (1994). The mind as conflict and compromise formation. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 3(4):473-488.
5. McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press.
6. Bornstein, R. (1995). *Psychoanalysis in the undergraduate curriculum: An agenda for the psychoanalytic researcher*. Electronic publishing.
7. Bornstein, R. (2001). The impending death of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 18:3-20.
8. Hansell, J. (2005). Writing an undergraduate textbook: An analyst's strange journey. *Psychologist-Psychoanalyst*, 24(4):37-38.
9. Whitehorn, J. C., Braceland, F. J., Lippard, V. W., & Malamud, W. (Eds.) (1953). *The psychiatrist: His training and development*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
10. Gill, M. (1983). *Psychoanalysis and psychotherapy: A revision*. *International Review of Psychoanalysis*, 11:161-179.
11. Goldberger, M. (1995). The couch as defense and as potential for

- enactment. *Psychoanalytic Quarterly*, 64(1):23-42.
12. Schacter, J. & Kächele, H. (2013). The couch in psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis*, 46(3):439-459.
 13. Bargh, J., & Barndollar, K. (1996). Automaticity in action: The unconscious as repository of chronic goals and motives. In P. M. Gollwitzer & J. Bargh (Eds.), *The Psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 457-481). New York, NY: Guilford Press.
 14. Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. New York, NY: Farrar, Straus & Giroux.
 15. Nisbett, R., & Wilson, T. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84:231-259.
 16. Weinberger, J. & Stoycheva, V. (2019). *The Unconscious*. New York, NY: Guilford Press.
 17. Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124:333-371.
 18. Wilson, T. D., Lindsey, S., & Schooler, T. Y. (2000). A model of dual attitudes. *Psychological Review*, 107:101-126.
 19. Luepnitz, D. (2002). *Schopenhauer's porcupines*. NY: Basic Books.
 20. Kahneman, D. (2003). A Perspective on judgment and choice: Mapping bounded rationality. *American Psychologist*, 58(9):697-720.
 21. Schore, A. (2012). *The Science of the art of psychotherapy*. New York, NY: W. W. Norton.
 22. Gabbard, G., & Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *International Journal of Psycho-Analysis*, 84:823-841.
 23. Westen, D., and Gabbard, G. (2002a). Developments in cognitive neuroscience, 1: Conflict, compromise, and connectionism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50:54-98.
 24. Westen, D., & Gabbard, G. (2002b). Developments in cognitive neuroscience, 2: Implications for the concept of transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50:99-133.
 25. Davies, J. M. & Frawley, M. G. (1992). Dissociative processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Psychoanalytic Dialogues*, 2(1):5-36.
 26. Gabbard, G. O. (1992). Commentary on Dissociative processes and transference-countertransference paradigms by Jody Messler Davies and Mary Gail Frawley. *Psychoanalytic Dialogues*, 2(1):37-47.

27. Ablon J. S. & Jones E. E. (1998). How expert clinicians prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8(1):71-83.
28. Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2):306-316.
29. Safran, J. D. (1998). Widening the scope of cognitive therapy: The therapeutic relationship, emotion, and the process of change. Northvale, NJ: Jason Aronson.
30. Safran, J. D. & Segal, Z. V. (1990). Interpersonal process in cognitive therapy. NY: Basic Books.
31. Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships. New York, NY: Plenum.
32. Schlessinger, H. (2003). The Texture of treatment: On the matter of psychoanalytic technique. New York, NY: The Analytic Press.
33. Bettelheim, B. (1982). Freud and man's soul: An important re-interpretation of Freudian theory. NY: Random House.
34. Jong, E. (1977). How to save your own life. Holt, Rinehart & Winston.
35. Freud, S. (1912/1958). The dynamics of transference. In J. Strachey et al. (Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. XII). Hogarth Press.
36. Peebles-Kleiger, M. J. (2002). Beginnings: The art and science of planning psychotherapy. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
37. Freud, S. (1901). The psychopathology of everyday life. In J. Strachey et al. (Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. VI). Hogarth Press.
38. Sullivan, H. S. (1954). The Psychiatric interview. New York, NY: W. W. Norton.
39. Buirski, P. & Haglund, P. (2001). Making sense together: The intersubjective approach to psychotherapy. NY: Jason Aronson.
40. Westen, D. (2005). Implications of research in cognitive neuroscience for psychodynamic psychotherapy: In G. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Eds.), Oxford concise textbook of psychotherapy. Oxford: Oxford University Press.
41. Grigsby J. & Stevens, D. (2000). Neurodynamics of personality. New York, NY: Guilford Press.

استبداد زمان

1. Consumer Reports. (1995, November). Mental health: Does therapy help? pp. 734-739.
2. Seligman, M.E. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 12, 965-74.
3. Morrison, K.H., Bradley, R., Westen, D. (2003) The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: A naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 76, 109-132.
4. Lambert, M.J., Hansen, N.B., Finch, A.E. (2001). Patient-Focused Research: Using Patient Outcome Data to Enhance Treatment Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1590-172.
5. Yehuda, R., & Hodge, C.W. (2016). Treatment options for Veterans with posttraumatic stress disorder—Reply. *JAMA Psychiatry*, 73, 758.
6. Steenkamp MM, Litz BT, Hogue CW, Marmar CR (2015). Psychotherapy for military-related PTSD: a review of randomized clinical trials. *Journal of the American Medical Association*, 314, 489-500.
7. Steenkamp MM, Litz BT, Marmar CR (2020). First-line Psychotherapies for Military-Related PTSD. *Journal of the American Medical Association*. Published online January 30, 2020.
8. Shedler, J. (2018). Where is the evidence for “evidence-based” therapy? *Psychiatric Clinics of North America*, 41, 2, 319-329.
9. Westen, D., & Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of Axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1767–1771.
10. Binder, P. E., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. (2010). What is a “good outcome” in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients’ point of view. *Psychotherapy Research*, 20, 285-294.
11. De Smet, M. M., Meganck, R., De Geest, R., Norman, U. A., Truijens, F., & Desmet, M. (2020). What “good outcome” means to patients: Understanding recovery and improvement in psychotherapy for major depression from a mixed-methods perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 67, 25-39.
12. Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2009). How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth, *American Psychological Association*. Washington, DC.
13. Olfson, M., & Marcus, S. C. (2010). National trends in outpatient

- psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1456-1463.
14. Watts, B. V., Shiner, B., Zubcoff, L., Carpenter-Song, E., Ronconi, J. M., & Coldwell, C. M. (2014). Implementation of evidence-based psychotherapies for posttraumatic stress disorder in VA specialty clinics. *Psychiatric Services*, 65, 648-653.
 15. Yonatan-Leus, R., Tishby, O., Abargil, M., & Wiseman, H. (2019). Therapist effects in yearlong psychodynamic therapy: An exploratory study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(6), 751-760.

نشانگان شخصیت

1. Westen D, Shedler J. Revising and assessing axis II, Part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *Am J Psychiatry*. 1999 Feb;156(2):258-272.
2. Westen D, Shedler J. Revising and assessing axis II, Part II: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1999 Feb;156(2):273-285.
3. Shedler J, Westen D. Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *Am J Psychiatry*. 2004 Aug;161(8):1350-1365.
4. Westen D, Shedler J, Bradley B, DeFife JA. An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: bridging science and practice in conceptualizing personality. *Am J Psychiatry*. 2012 Mar;169(3):273-284.
5. Shedler J. Integrating Clinical and Empirical Approaches to Personality: The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP). (Chapter 4, this volume).
6. Kernberg, O. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT: Yale University Press; 1984.
7. Kernberg O. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Lanham, MD: Jason Aronson; 1975.
8. McWilliams N. *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2011.
9. McWilliams N, Shedler J. Personality syndromes. In: Lingardi V, McWilliams N, eds. *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2)*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2017:15-67.
10. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed.

- Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1980.
 12. MacKinnon R, Michels R. The Psychiatric Interview in Clinical Practice. Philadelphia, PA: WB Saunders; 1971.
 13. Gabbard, GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2014.
 14. Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. *Am J Psychiatry*. 2006 May;163(5):846–856.
 15. Westen D, Shedler J. A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V. *J Pers Disord*. 2000 Summer;14(2):109–126.
 16. Spitzer RL, First MB, Shedler J, Westen D, Skodol AE. Clinical utility of five dimensional systems for personality diagnosis: a “consumer preference” study. *J Nerv Ment Dis*. 2008 May;196(5):356–374.
 17. Blatt SJ, Zuroff DC. Interpersonal relatedness and self-definition: two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*. 1992;12(5):527–562.
 18. Blatt SJ, Quinlan DM, Chevron, ES, McDonald C, Zuroff D. Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression. *J Consul Clin Psychol*. 1982;150:113–124.
 19. Hyde J. Fragile Narcissists or the Guilty Good? What Drives the Personality of the Psychotherapist? Dissertation. Macquarie University; 2009.
 20. Reich W. Character Analysis. New York, NY: Farrar, Straus & Giroux; 1972. Original work published 1933.
 21. Cleckley H. The Mask of Sanity. St. Louis, MO: Mosby; 1941.
 22. Hare RD. Psychopathy: Theory and Research. New York, NY: Wiley; 1970.
 23. Meloy R, Shiva A. A psychoanalytic view of psychopathy. In: A Felthous, H Saß, eds. *The International Handbook of Psychopathic Disorders and the Law*. Hoboken, NJ: Wiley; 2007:335–346.
 24. Russ E, Shedler J, Bradley R, Westen D. Refining the construct of narcissistic personality disorder: diagnostic criteria and subtypes. *Am J Psychiatry*. 2008;165:1473–1481.
 25. Shapiro D. Neurotic Styles. New York, NY: Basic Books; 1965.
 26. Schmideberg M. The borderline patient. In: Arieti S, ed. *American Handbook of Psychiatry*. Vol. 1. New York, NY: Basic Books; 1959:398–416.

27. Gabbard GO, Wilkinson SM. Management of Countertransference with Borderline Patients. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.
28. Davies JM, Frawley MG. Dissociative processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Psychoanal Dialogues*. 1992;2(1):5–36.
29. Kreisman JK, Straus H. I Hate You—Don't Leave Me: Understanding the Borderline Personality. New York, NY: Avon; 1991.

شواهد برای درمان‌های «مبتنی بر شواهد» کجاست؟

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71–2.
2. Hollon SD, Thase ME, Markowitz JC. Treatment and prevention of depression. *Psychol Sci Public Interest* 2002;3(2):39–77.
3. Mischel W. Connecting clinical practice to scientific progress. *Psychol Sci Public Interest* 2008;9(2):i–ii.
4. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(11):971–82 [discussion: 983].
5. Elkin I. Treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. In: Bergin A, Garfield S, editors. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th edition. New York: Wiley; 1994. p. 114–39.
6. Wasserstein RL, Lazar NA. The ASA's statement on p-values: context, process, and purpose. *Am Stat* 2016;70:129–33
7. Kazdin AE. Arbitrary metrics: implications for identifying evidence-based treatments. *Am Psychol* 2006;61(1):42–9 [discussion: 62–71].
8. Shedler J. Where is the evidence for “evidence-based” therapy? *Journal of Psychological Therapies in Primary Care* 2015;4:47–59.
9. Driessen E, Van HL, Don FJ, et al. The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *Am J Psychiatry* 2013;170(9):1041–50.

10. Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull* 2004;130(4):631–63.
11. Westen D, Morrison K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(6):875–99.
12. Gilboa-Schechtman E, Foa EB, Shafran N, et al. Prolonged exposure versus dynamic therapy for adolescent PTSD: a pilot randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49(10):1034–42.
13. Gilboa-Schechtman E, Shafran N, Foa EB, et al. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2011;50(5):522–4.
14. Wittmann L, Halpern J, Adams CB, et al. Prolonged exposure and psychodynamic treatment for posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50(5):521–2 [author reply: 522–1].
15. Wampold BE, Budge SL, Laska KM, et al. Evidence-based treatments for depression and anxiety versus treatment-as-usual: a meta-analysis of direct comparisons. *Clin Psychol Rev* 2011;31(8):1304–12.
16. American Psychological Association. Recognition of psychotherapy effectiveness: the APA resolution. *Psychotherapy* 2013;50(1):98–101.
17. Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, et al. Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatry* 2010;196(3):173–8.
18. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008;358(3):252–60.
19. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol* 2006;61(4):271–85.
20. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol* 2010; 65(2):98–109.
21. Bendat M. In name only? Mental health parity or illusory reform. *Psychodyn Psychiatry* 2014;42(3):353–75.
22. Baker TB, McFall RM, Shoham V. Current status and future prospects of clinical psychology: toward a scientifically principled approach to mental and behavioral health care. *Psychol Sci Public Interest* 2008;9(2):67–103.

علم یا ایدئولوژی؟

1. Anestis, M. D., Anestis, J. C., & Lilienfeld, S. O. (2011). When it comes to evaluating psychodynamic therapy, the devil is in the details. *American Psychologist*, 66, 149–151. doi: 10.1037/a0021190
2. McKay, D. (2011). Methods and mechanisms in the efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 66, 147–148. doi: 10.1037/a0021195
3. Thombs, B. D., Jewett, L. R., & Bassel, M. (2011). Is there room for criticism of studies of psychodynamic psychotherapy? *American Psychologist*, 66, 148–149. doi:10.1037/a0021248
4. Wachtel, P. L. (2010). Beyond “ESTs”: Problematic assumptions in the pursuit of evidence-based practice. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 251–272. doi:10.1037/a0020532
5. Tryon, W. W., & Tryon, G. S. (2011). No ownership of common factors. *American Psychologist*, 66, 151–152. doi:10.1037/a0021056
6. Wachtel, P. L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world*. Washington, DC: American Psychological Association.
7. Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York, NY: Basic Books.
8. Tryon, W. W. (2008). Whatever happened to symptom substitution? *Clinical Psychology Review*, 28, 963–968. doi:10.1016/j.cpr.2008.02.003
9. Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1551–1565. doi:10.1001/jama.300.13.1551
10. Shedler, J. K. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98–109. doi:10.1037/a0018378
11. Leichsenring, F., & Rabung, S. (2009). Analyzing effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: In reply. *Journal of the American Medical Association*, 301, 932–933. doi: 10.1001/jama.2009.181
12. Cuijpers, P., van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: A meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine*, 40, 211–223. doi:10.1017/S0033291709006114
13. Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A., & Wessely, S. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments

for depression. Health Technology Assessment, 5, 1–173.

14. Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C. M., Abbass, A. A., de Jonghe, F., & Dekker, J. J. M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 25–36. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.010

15. Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive– behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: Meta-analytic study of publication bias. *British Journal of Psychiatry*, 196, 173–178. doi: 10.1192/bjp.bp.109.066001

16. Svartberg, M., & Styles, T.C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 704 – 714. doi:10.1037/0022-006X.59.5.704

17. Anderson, E. M., & Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503–514. doi: 10.1016/0272-7358(95)00027-M

تغییر موضوع، حقیقت را تغییر نمی دهد

1. Lilienfeld SO, McKay D, Hollon SD. Why randomised controlled trials of psychological treatments are still essential. *Lancet Psychiatry* 2018; published online March 27.

2. Shedler J. Where is the evidence for “evidence-based” therapy? *Psychiatr Clin N Am* (in press).

3. Schnurr PP, Friedman MJ, Engel CC, et al. Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. *JAMA* 2007; 297: 820–30.

4. Steenkamp MM, Litz BT, Hoge CW, Martmar CR. Psychotherapy for military related PTSD: a review of randomized clinical trials. *JAMA* 2015; 314: 489–500.

5. Lambert MJ, Hansen NB, Finch AE. Patient-focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 159–72.

شواهد درمانی مبتنی بر علم است یا بازاریابی؟

1. Waller, G., Stringer, H. Meyer, C. (2012). What cognitive behavioral techniques do therapists report using when delivering cognitive behavioral therapy for the eating disorders? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 171-175.

فروش درمان بد به قربانیان تروما

1. Lambert, M.J., Hansen, N.B., Finch, A.E. (2001). Patient-Focused Research: Using Patient Outcome Data to Enhance Treatment Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1590-172.
2. Morrison, K.H., Bradley, R., Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: A naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 109-132.
3. Mental Health: Does Therapy Help (1995, November). *Consumer Reports*, 734-739.
4. Seligman, M.E.P. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 12, 965-974.
5. Deangelis, T. (2017, November). PTSD guideline ready for use. *Monitor on Psychology*, 48(10), 26-27.
6. Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Engel, C.C., et al. (2007). Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 297, 820-830.
7. Steenkamp, M.M., Litz, B.T., Hoge, C.W., Martmar, C.R. (2015). Psychotherapy for military related PTSD: a review of randomized clinical trials. *Journal of the American Medical Association*, 314, 489-500

در صورت تمایل به حمایت از انتشار این اثر، می‌توانید از طریق یکی از روش‌های زیر اقدام فرمایید:

برای پرداخت از داخل ایران:

شماره کارت بانک سپه به نام سیدرامین صبا

5892-1015-3519-5727

برای پرداخت از خارج از ایران:

شماره کارت بانک Revolut به نام Sepehr Maghsoudi

4165-9837-3146-8708

مبالغ پیشنهادی برای حمایت:

۱۰۰،۰۰۰ تومان یا ۵ یورو (مبلغ پایه)

۳۰۰،۰۰۰ تومان یا ۱۰ یورو (مبلغ حمایتی)

در صورت تمایل، خواهشمندیم رسید پرداخت خود را برای ما ارسال فرمایید.

راه‌های ارتباطی:

ایمیل: sepehrmaghsoudi2000@gmail.com

اینستاگرام: sepmaghs

تلگرام: sepehrmagh

جاناناتان شدلر استاد بالینی در دپارتمان روان‌پزشکی و علوم رفتاری دانشگاه کالیفرنیا و روان‌تحلیل‌گر آموزش‌دهنده و ناظر در مرکز روان‌کاوی سان‌فرانسیسکو است که بیش از همه برای پژوهش‌هایش در زمینه روان‌درمانی روان‌پویشی شناخته می‌شود.

کتاب یادمان رفته بود انسانیم مجموعه‌ای از مقالات جاناناتان شدلر است که برای نخستین بار به زبان فارسی در دسترس قرار گرفته‌اند. این مجموعه، روایتی از دغدغه‌های شدلر درباره فراموشی انسانیت در روان‌شناسی و درمان‌های معاصر است. مقالات کتاب، از نقد درمان‌های ظاهراً شواهدمحور گرفته تا دفاع از عمق و ظرافت روان‌درمانی روان‌پویشی، با زبانی روشن و پژوهش‌محور نوشته شده‌اند و تلاشی برای بازگرداندن انسان و رنج او به مرکزیت درمان به شمار می‌روند. این کتاب برای دانشجویان روان‌شناسی، درمانگران و همه علاقه‌مندان به درک عمیق‌تر روان انسان، متنی ارزشمند و ضروری است که رایگان در اختیار مخاطبان قرار گرفته است.

عنوان این کتاب را از سه جهت انتخاب کردیم: نخست، به این دلیل که درمان‌های دستورالعمل‌محور، به‌ویژه درمان شناختی-رفتاری، گویی فراموش کرده‌اند که با انسان‌ها سر و کار دارند، نه صرفاً با نشانه‌ها و پرسش‌نامه‌ها. دوم، به این خاطر که بخش‌هایی از جهان روان‌شناسی دانشگاهی، شرکت‌های بیمه، و حتی برخی روان‌شناسان و روان‌پزشکان، دلسوزی انسانی را فدای منافع مالی یا ایدئولوژیک کرده‌اند. و سوم، چون گاهی ما، کسانی که خود را بخشی از جامعه روان‌تحلیلی می‌دانیم، چنان در نارسایی‌هایمان غرق شده‌ایم که از مردم فاصله گرفته‌ایم تا جایی که گویی خود، روان‌تحلیلی را از دسترس دیگران دور کرده‌ایم. به نظر می‌رسد که ما یادمان رفته بود انسانیم.