



# نظریه های روان درمانی و مشاوره

میشم شفیع



**خلاصه کتاب نظریه های مشاوره و روان درمانی  
(پروچاسکا و نورکراس)**

**گردآورنده:**

**میثم شفیعی**

**رتبه 4 کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## فهرست

- فصل ۱. تعریف و مقایسه روان‌درمانی‌ها..... ۴
- فصل ۲. درمان‌های روان‌کاوی..... ۱۴
- فصل ۳. درمان‌های روان‌پویشی..... ۲۴
- فصل ۴. درمان‌های وجودی..... ۳۶
- فصل ۵. درمان متمرکز بر شخص..... ۴۸
- فصل ۶. درمان‌های گشتالتی و تجربه‌ای..... ۵۸
- فصل ۷. درمان‌های میان‌فردی..... ۷۱
- فصل ۸. درمان‌های مواجهه‌ای..... ۷۸
- فصل ۹. درمان‌های رفتاری..... ۸۴
- فصل ۱۰. درمان‌های شناختی..... ۹۵
- فصل ۱۱. درمان‌های سیستمی..... ۱۰۶
- فصل ۱۲. درمان‌های معطوف به جنسیت..... ۱۱۹
- فصل ۱۳. درمان‌های چند فرهنگی..... ۱۲۷
- فصل ۱۴. درمان‌های سازه‌نگر..... ۱۳۴
- فصل ۱۵. درمان‌های یکپارچه نگر و التقاطی..... ۱۴۱
- فصل ۱۶. نتیجه‌گیری‌های مقایسه‌ای..... ۱۴۹
- فصل ۱۷. آینده روان‌درمانی..... ۱۵۹

## فصل ۱. تعریف و مقایسه روان‌درمانی‌ها

### □ ساختار یکپارچه‌نگر

برآوردهای اخیر حاکی از این است که در حال حاضر بیش از ۴۰۰ نوع نظام روان‌درمانی متمایز وجود دارد؛ با این همه نظام درمانی که ادعای موفقیت می‌کنند، کدام نظریه‌ها را باید مطالعه کرد، آموزش داد، یا مورد استفاده قرار داد؟

ما معتقدیم که با تحلیل مقایسه‌ای نظام‌های روان‌درمانی که بر شباهت‌ها در نظام‌ها تاکید می‌کند (بدون اینکه تفاوت‌های اساسی آنها را نادیده بگیرد) این گسیختگی و سردرگمی در روان‌درمانی را به بهترین وجه می‌توان کاهش داد.

هنگام مقایسه نظام‌ها برای اینکه شباهت‌ها و تفاوت‌های آنها را نشان دهیم، از مدل یکپارچه‌نگر استفاده خواهیم کرد. مدل یکپارچه‌نگر تا اندازه‌ای به دلیل حال و هوای تجدید رابطه آن انتخاب شده است، یعنی به جای اینکه دنبال آن باشد که چه چیزی در هر نظام درمانی راحت‌تر از همه مورد انتقاد قرار می‌گیرد، در جستجوی آن است که چه چیزی مفید و مودت‌آمیز است. یکپارچگی، جریان غالب در روان‌درمانی معاصر را نیز نشان می‌دهد: پژوهش همواره نشان می‌دهد که **یکپارچگی/التقاط‌گرایی** رایج‌ترین گرایش متخصصان بهداشت روانی است.

گرایش‌های نظری اصلی روان‌درمانگران در ایالات متحده به صورت زیر است:

- روان‌شناسان بالینی:

بیشترین: التقاطی/یکپارچه‌نگر، و شناختی

کمترین: آدلری، وجودی/انسان‌گرا، گشتالتی، و راجرزی/متمركز بر شخص

- روان‌شناسان مشاوره‌ای

بیشترین: التقاطی/یکپارچه‌نگر، و شناختی

کمترین: آدلری، ساختارگرا، و گشتالتی

- روان‌پزشکان

بیشترین: التقاطی/یکپارچه‌نگر (۵۳٪) و روان‌پویشی (۱۹٪) و روان‌کاوی (۱۶٪)

کمترین: ساختارگرا و متمركز بر شخص

- مددکاران اجتماعی

بیشترین: التقاطی یکپارچه‌نگر و سپس روان‌پویشی

کمترین: آدلری، گشتالتی و میان‌فردی

- مشاوران

بیشترین: التقاطی/یکپارچه نگر (۳۷٪) و وجودی/انسانگرا (۱۳٪)

کمترین: ساختار گرا و میان فردی

## □ تعریف روان‌درمانی

هیچ تعریف واحدی از روان‌درمانی مقبولیت عام نیافته است.

از دیدگاه یکپارچه‌نگر ما، تعریف قابل قبول روان‌درمانی از چند ویژگی ضروری برخوردار است:

- (۱) این تعریف باید پدیده‌های بالینی را به صورت نسبتاً عینی عملیاتی کند.
- (۲) از لحاظ نظری و تاجایی که امکان داشته باشد، از نظر معنایی باید بی طرف باشد.
- (۳) چنین تعریفی باید در نهایت نظر عمومی را جلب کند، یعنی روان‌درمانگرانی که عقاید مخالفی دارند باید با آن موافق بوده و آن را تایید کنند.
- (۴) تعریف کلی ما باید بی طرفانه باشد. یعنی باید بدون اینکه یکپارچگی هر رویکرد خاصی را فدا کند، با نظریه‌ها به طور برابر برخورد نماید.

تعریف نورکراس به شکل زیر است:

"روان‌درمانی کاربرد آگاهانه و عمدی روشهای بالینی و مواضع میان فردی به دست آمده از اصول روان‌شناختی تثبیت شده است که هدفش این است که به افراد کمک شود تا رفتارها، شناختها، هیجانها، و/یا ویژگی‌های شخصی دیگر خود را در مسیری که شرکت‌کنندگان در درمان آن را مطلوب می‌دانند، تغییر دهند."

این تعریف کلی و با این حال متعادل و از لحاظ نظریه و روش نسبتاً بی طرف است. در ضمن، این تعریف آشکارا «روشهای بالینی و مواضع میان فردی» را ذکر می‌کند. در برخی از نظام‌های درمانی، مکانیزم تغییر جاری به صورت روش درمان تعبیر شده است؛ در نظام‌های دیگر، رابطه درمانی تمرکز اصلی منبع تغییر محسوب شده است. در این تعریف، مواضع میان فردی و تجربیات درمانگر از جایگاه برابری با روش‌ها برخوردار هستند و سرانجام اینکه، ما قاطعانه معتقدیم که هر فعالیتی که به عنوان روان‌درمانی توصیف شود باید فقط «به قصد کمک کردن به افراد» و به سمت هدف‌هایی که متقابلاً درباره آنها توافق شده باشد انجام گیرد. در غیر این صورت - با اینکه امکان دارد روان‌درمانی نامیده شود - شکل ظریفی از اعمال زور یا تنبیه می‌شود.

## □ نقش نظریه

در روان‌درمانی، نظریه (یا نظام) دیدگاه‌های ثابتاتی درباره رفتار انسان، آسیب‌شناسی روانی، و مکانیزم‌های تغییردرمانی است. نظریه روان‌درمانی پدیده‌های بالینی را توصیف می‌کند، مقدار اطلاعات مربوط را محدود می‌سازد، این اطلاعات را سازمان می‌دهد، و تمام این اطلاعات را در مجموعه‌ای از دانش منسجم ادغام می‌کند که به برداشت ما اولویت داده و درمان ما را هدایت می‌کند.

مدل انسانیت که در نظریه روان‌درمانی گنجانده شده است صرفاً موضوعی فلسفی برای مشغولیت نیست. این مدل بر اینکه کدام توانایی‌های انسان بررسی و تقویت شوند، و کدام یک نادیده گرفته شوند تاثیر می‌گذارد. درمان به طور اجتناب‌ناپذیر از برداشت زیربنایی متخصص بالینی درباره آسیب‌شناسی، سلامت، واقعیت، و فرایند درمانی ناشی می‌شود. نظام‌های درمانی دیدگاه‌های مختلف درباره زندگی را در بردارند که از امکانات مختلف وجود انسان خبر می‌دهند.

متخصصان بالینی خوب انعطاف پذیر هستند و نظریه های خوب قابلیت کاربرد وسیعی دارند. بنابراین، ما با نظریه هایی روبرو می شویم که برای استفاده در انواع موقعیت ها متناسب شده اند و متخصصان بالینی از نظریه های مختلف استفاده می کنند. ترجیح دادن یک گرایش مانع از آن نمی شود که درمانگر از مفاهیم یا روش های گرایش دیگر استفاده نکند. به عبارت دیگر، مسئله اصلی، درمانگران تنگ نظر نیست، بلکه درمانگرانی است که تنگ نظری خود را بر بیماران خود تحمیل می کنند.

## □ وجوه اشتراک درمان ها

این ویژگی از عوامل مشترک یا متغیرهای غیر اختصاصی تشکیل شده که تمام شکل های روان درمانی در آن مشترک هستند و به تنهایی مخصوص هیچ یک از آنها نیست. اغلب (اما نه همیشه)، نظریه ها، این وجوه اشتراک درمانی را به عنوان چیزی که اهمیت زیادی دارد مشخص نمی کنند ولی تحقیقات دقیقا از عکس آن خبر می دهند.

متخصصان بهداشت روانی از دیرباز مشاهده کرده اند که شکل های مختلف روان درمانی در عناصر مشترک یا ویژگی های اصلی سهیم هستند. روزنزیوگ متوجه شد که تمام روان درمانی ها موجب بهبودی می شوند. او بعدا تعدادی از عوامل مشترک درمان را به عنوان توجیه احتمالی برای نتایج تقریبا برابر درمان ها مطرح کرد که تعبیر روان شناختی، پالایش روانی، و شخصیت درمانگر از آن جمله بودند. واتسون نتایج اجلاسی را گزارش داد که برای روشن ساختن زمینه های توافق در بین نظام های روان درمانی ترتیب یافته بود. شرکت کنندگان که شخصیت های گوناگونی چون روزنزیوگ، آدلر، و راجرز را شامل می شدند، هم عقیده بودند که حمایت، تعبیر، بینش، تغییر رفتار و رابطه درمانی خوب و برخی از خصوصیات درمانگر، ویژگی های مشترک روان درمانی موفق هستند.

عوامل مشترکی که تا به امروز مطرح شده اند از نظر ترکیب و ماهیت، متعدد و متغیر بوده اند. نویسندگان مختلف روی زمینه ها یا سطوح مختلف روانی - اجتماعی تاکید می کنند؛ در نتیجه، از این وجوه اشتراک، برداشتهای مختلف نمایان شده اند. مطالب مطرح شده در اینجا تحت تاثیر نتایجی که گرکانویچ و نورکراس به دست آورده اند می باشد. بررسی آنها معلوم کرد که وجوه اشتراکی که بیش از همه درباره آن اتفاق نظر وجود داشت **انتظارات مثبت درمانجویان و رابطه درمانی تسهیل کننده** بودند.

### انتظارات مثبت:

این وجه مشترک به صورت «عقدہ ساختمان»<sup>1</sup> توصیف شده است - ایمان بیمار به خود موسسه، دری که در انتهای این میعادگاه قرار دارد، اطمینان به درمانگر و درمان.

بیشتر تحقیقاتی که از تاثیر انتظار خبر می دهند، اعلام می دارند که انتظار بالا و مثبت، اثربخشی درمانهایی چون حساسیت زدایی منظم و درمان میان فردی را افزایش می دهد. بیش از یک سوم نتایج روان درمانی موفقیت آمیز را می توان به این واقعیت نسبت داد که درمانگر و بیمار عمیقا به اثر بخش بودن درمان اعتقاد دارند.

بررسی جامع تحقیقات متعدد درباره نتیجه درمان معلوم کرد که روان درمانی از شرایط عوامل مشترک موثرتر بود که این به نوبه خود از بی درمانی تاثیر بیشتری داشت. مرتبه موفقیت درمان به ترتیب از این قرار است: روان درمانی، دارونما و گواه (هیچ کاری انجام ندادن یا منتظر ماندن). در واقع، روان درمانی تقریبا دو برابر درمانهای «غیر اختصاصی» یا دارونما که به دنبال ایجاد کردن انتظارات مثبت در درمانجویان هستند، تاثیر دارد. بنابراین بر اساس پژوهش های انجام شده فرض می کنیم که انتظار عنصر فعال در تمام نظام های درمانی است.

<sup>1</sup> Edifice complex

اما انتظار مثبت به جای اینکه فرآیند اصلی تغییر باشد به صورت پیش شرط مهم برای ادامه یافتن درمان در نظر گرفته می شود. اغلب درمانجویان در فرایندی که از لحاظ وقت، پول، و انرژی برای آنها خیلی گران تمام می شود شرکت نخواهند کرد مگر اینکه انتظار داشته باشند که این فرایند به آنها کمک خواهد کرد. فرض ما بر اینست که درمانگران آگاهانه تلاش می کنند تا امیدواری ایجاد کرده و انتظارات مثبت را تقویت کنند. پژوهش روان درمانی نیازی ندارد تا ثابت کند که درمان این گونه عوامل غیر اختصاصی یا مشترک عمل می کند. در عوض، تکلیف این است که ثابت شود درمان های خاصی که تصور می رود بار تغییر درمانجو را بر دوش می کشند، از نتایجی که می توان به تنهایی به وسیله اعتبار کسب کرد، فراتر روند.

## رابطه درمانی:

روان درمانی اصولاً نوعی رابطه میان فردی است. تنها زمینه ای که روان درمانگران بیشترین اتفاق نظر را در رابطه با عوامل مشترک و توصیه های درمان دارند، برقرار کردن اتحاد درمانی نیرومند است.

این عامل از همه عوامل مشترک قویتر است و همواره یکی از عوامل تعیین کننده اصلی موفقیت روان درمانی بوده است. در انواع روان درمانی ها، حداقل ۱۲ درصد نتیجه روان درمانی - اینکه چرا بیماران در روان درمانی بهبود می یابند - به علت رابطه درمانی است. خلاصه نتایج بررسی گسترده نوشته های مربوط به روان درمانی این است: بیشترین نوسان در نتیجه درمان به علت عوامل از پیش موجود مربوط به درمانجو، مانند انتظار تغییر و شدت اختلال است. رابطه درمانی دومین سهم و متغیرهای راهکار(فنون)، سومین سهم را در تغییر بر عهده دارند.

با این حال اهمیت نسبی رابطه درمانی همچنان بحث انگیز است. در یک انتهای پیوستار، برخی از نظام های روان درمانی، مانند درمان های رفتاری رادیکال، برای رابطه بین درمانجو و درمانگر اهمیت چندانی قایل نیستند. در وسط این پیوستار، برخی از مکاتب درمانی، مانند درمانهای شناختی، رابطه بین متخصص بالینی و درمانجو را یکی از پیش شرطهای لازم برای پیش روی درمان می دانند. از این نظر، درمانجو قبل از اینکه بتواند در فرایند تغییر شرکت جوید باید به درمانگر اعتماد کرده و با او همکاری کند. در انتهای دیگر این پیوستار، درمان درمانجودمدار راجرز، رابطه درمانی را به صورت فرایند ضروری در نظر می گیرد که موجب تغییر می شود. چون کارل راجرز در توصیف آنچه که به باور او شرایط لازم برای رابطه درمانی است بسیار صریح بود، به طور مختصر ملاک های او را از نظر می گذرانیم تا بتوانیم از آنها برای مقایسه نظام ها بر اساس ماهیت رابطه درمانی استفاده کنیم.

۱. از بین دو نفر در رابطه، درمانگر باید از درمانجو همخوان تر و از لحاظ هیجانی سالم تر باشد.

۲. درمانگر باید به شیوه اصیل ارتباط برقرار کند.

۳. درمانگر باید با توجه مثبت نامشروط رابطه برقرار کند.

۴. درمانگر باید با همدلی واقعی رابطه برقرار کند.

به عقیده راجرز، این شرایط - و فقط همین شرایط - برای نتیجه مثبت ضروری و کافی هستند.

سپس آن دسته از نظام های روان درمانی مانند روان کاوی هستند که رابطه بین درمانگر و بیمار را عمدتاً به صورت منبع محتوایی در نظر می گیرند که باید در درمان بررسی شود. از این نظر، رابطه به این دلیل اهمیت دارد که محتوای درمان (یعنی رفتار میان فردی بیمار) را مستقیماً به اتاق مشاوره می آورد. بنابراین، به جای اینکه فرد مجبور باشد روی موضوعاتی تمرکز کند که خارج از اتاق مشاوره روی می دهند، محتوایی که باید تغییر کند می تواند در خلال درمان روی دهد.

## اثر هاوتورن:



روانشناسان سالهاست متوجه شده اند که خیلی از افراد می توانند رفتارهایی مانند بازدهی شغلی را صرفاً در اثر توجه خاصی که به آنها می شود بهبود بخشند. در تحقیقات کلاسیک هاوتورن درباره تاثیر نورپردازی بهتر بر تولید کارخانه، معلوم شد که آزمودنیها صرفاً به این خاطر که مورد بررسی قرار داشتند و توجه خاصی به آنها می شد، بازدهی خود را افزایش دادند.

یکی از وجوه اشتراک تمام درمانهای روانی - اجتماعی این است که درمانگر به درمانجو توجه خاصی میکند. در نتیجه، فرض شده که توجه یکی از عوامل مشترکی است که بر نتایج درمان تاثیر می گذارد.

### وجوه مشترک دیگر:

جروم فرانک معتقد است که تغییر درمانی عمدتاً حاصل عواملی است که در تمام رویکردها مشترک هستند؛ این عوامل عبارتند از: رابطه خوش نیت همراه با احساس عاطفی؛ محیط شفابخش؛ طرحی منطقی یا عقلی؛ و تشریفات درمان. وجوه مشترک دیگر عبارتند از: درمانگر صمیمی، الهام بخش، و از لحاظ اجتماعی تایید شده؛ فرصتی برای پالایش روانی؛ فراگیری و انجام دادن رفتارهای تازه؛ کاوش «دنیای درونی» بیمار؛ تلقین؛ و یادگیری میان فردی. اکنون بسیاری از مشاهده گران به این نتیجه رسیده اند که ویژگی های مشترک در تمام درمان ها، مقداری از بهبود مشاهده شده در درمانجویان را توجیه می کنند. این وجوه مشترک درمانی برای برخی از متخصصان بالینی به قدری نیرومند هستند که آشکارا درمان های عوامل مشترک مطرح شده اند.

### □ عوامل اختصاصی

درمانگران عوامل مشترک، در عین حال ارزش عوامل منحصر به فرد یا خاص را در روان درمانی های مختلف تشکیل می دهند. درمانگر نمی تواند به صورت غیر اختصاصی عمل کند؛ راهکارها و روابط خاص، جلسه یک ساعته درمان را پر می کنند. در واقع، پژوهش روان درمانی، اثربخشی متفاوت تعدادی از درمان ها برای اختلال های خاص را نشان داده است، مانند درمان شناختی - رفتاری برای نشانه های خاص، درمان سیستمی برای تعارض زوج ها. روان درمانی به عنوان یک رشته، احتمالاً با ادغام کردن نیروی عوامل مشترک در کاربردهای عوامل خاص، پیشرفت خواهد کرد.

### □ فرآیندهای تغییر

ورطه وسیعی از نظریه های روان درمانی و تعداد بی نهایتی از راهکارها یا فنون خاص وجود دارد.

مدل فرانظری<sup>۲</sup> این ورطه درمانی را به تعداد قابل کنترل فرایند تغییر کاهش می دهد. تقریباً صدها نظریه کلی روان درمانی وجود دارند و ما احتمالاً هرگز به زمینه مشترک در حیطه نظری یا فلسفی دست نخواهیم یافت. هزاران فن خاص در روان درمانی وجود دارند و ما به ندرت با استفاده کردن از مداخله های خاص و لحظه به لحظه هم عقیده خواهیم بود. در مقابل فرآیندهای تغییر، سطح متوسطی از تمایز را بین نظریه های عمده (مانند روان کاوی، رفتارگرایی و انسان گرایی) و فنون خاص (نظیر تحلیل رویا، آرمیدگی عضلانی تدریجی، و تندیس سازی از خانواده<sup>۳</sup> آرایه می دهد. جدول زیر این سطح متوسط تمایز را که فرایندهای تغییر اشکار می سازند، نشان می دهد.

سطح	تمایز	نمونه ها
بالا	نظریه های کلی	روان پویشی، گشتالت، رفتاری

<sup>2</sup> Transtheoretical model

<sup>3</sup> Family sculpting

متوسط	فرایندهای تغییر	بالا بردن آگاهی، شرطی سازی تقابلی
پایین	فنون بالینی	تعبیر، فن دوسندلی، نظارت کردن بر خود

در این سطح متوسط تحلیل - فرایندها یا اصول تغییر - است که می توان بین نظام های روان درمانی هم گرایی و اختلاف نظرهای معنی دار را پیدا کرد. در ضمن در همین سطح متوسط است که روان درمانگران خبره معمولاً برنامه های درمان خود را طرح ریزی می کنند - نه برحسب نظریه های کلی یا فنون خاص - بلکه به عنوان فرایندهای تغییر برای درمانجویانشان.

فرایندهای تغییر، فعالیتهای پنهان و آشکاری هستند که افراد برای تغییر دادن هیجان ها، افکار، رفتارها، یا روابط مرتبط با مشکلی خاص یا الگوهای کلی تر زندگی انجام می دهند. این فرایندهای تغییر در محدوده روان درمانی و مابین جلسات درمان مورد استفاده قرار می گیرند. این فرایندها به لحاظ نظری از بررسی مقایسه ای نظام های اصلی روان درمانی به دست آمده اند.

### بالا بردن آگاهی:

فروید اولین کسی بود که هدف اصلی خود را «هشیار کردن ناهشیار» می دانست و پس از آن تمام به اصطلاح روان درمانی های بینشی یا آگاهی بخش روی هشیاری کار می کنند، که غالباً آن را ویژگی انسان می دانند که با تکامل زبان پدیدار شده است. درمانهایی که سعی دارند آگاهی افراد را بالا ببرند می خواهند اطلاعاتی را که در دسترس افراد قرار دارند طوری افزایش دهند تا آنها موثرترین پاسخ ها را به محرک های موجود در زندگی خود بدهند.

رواندرمانگر در مورد هر یک از فرایندهای تغییر، می تواند روی به وجود آوردن تغییر در سطح تجربه فرد یا در سطح محیط فرد تمرکز کند. وقتی اطلاعاتی که به درمانجو داده می شود به اعمال و تجربیات خود فرد مربوط باشند، آن را **بازخورد (feedback)** می نامیم. مثال آن در مورد خانم میانسال عبوس و وارسته ای روی داد که نمی دانست چقدر عصبانی به نظر می رسید. او بعد از دیدن نوارهای ویدیویی از خودش در حال تعامل با اعضای گروه روان درمانی، شگفت زده شد. تنها چیزی که او توانست بگوید این بود: «خدای من، چقدر عصبانی به نظر می رسم.»

وقتی اطلاعاتی که به درمانجو داده می شود به رویدادهای محیطی مربوط باشند، آن را **آموزش (education)** می خوانیم. نمونه ای از اقدام درمانی برای آموزش دادن، در مورد مرد سالخورده ای روی داد که از این واقعیت ناراحت بود که ظرف چند سال گذشته، مدت زمان رسیدن به نعوظ و ارگاسم او به نحو محسوسی افزایش یافته است. وقتی او فهمید که مسترز و جانسون این تاخیر را در مردان مسن طبیعی می دانند، کاملاً آسوده خاطر شد.

یکی از مهم ترین زمینه ها برای آموزش و بازخورد در روان درمانی، اطلاعات مربوط به ساختارهای شناختی است که افراد برای دور کردن اطلاعات تهدید کننده در مورد خودشان از آنها استفاده می کنند. این ساختارهای دفاعی مانند چشم بند یا «عینک خوش خیالانه» هستند که برخی افراد از آن استفاده می کنند تا به صورت گزینشی فقط به اطلاعات خوشایند درباره خودشان و دنیا توجه کنند و اطلاعات ناخوشایند را نادیده بگیرند. چشم بند شناختی به افراد اجازه نمی دهد که بدون بازخورد یا آموزش از طرف مقابل، آگاهی خود را بالا ببرند.

### تخلیه هیجانی:

تخلیه هیجانی (catharsis) به عنوان فرایند تغییر درمانی تاریخچه ای بسیار طولانی دارد. از لحاظ تاریخی، تخلیه هیجانی بر مدل هیدرولیک هیجانها استوار بوده است که به موجب آن از ابراز مستقیم هیجان های غیر قابل قبول مانند خشم، گناه، یا اضطراب، ممانعت می شود. جلوگیری کردن از اینگونه هیجان ها باعث می شود که عواطف (یا هیجان هایی) که می خواهند به صورتی تخلیه شوند، هر چند

به طور غیر مستقیم، به فرد فشار بیاورند، مثل زمانی که خشم از لحاظ بدنی از طریق سردرد ابراز می‌شود. اگر هیجان‌ها بتوانند در روان درمانی به طور مستقیم آزاد شوند، در این صورت مخزن انرژی آنها تخلیه شده و فرد از منبع نشانه‌ها رهایی می‌یابد.

معمولاً این فرایند درمان در سطح تجربه فردی است، به طوری که محرک‌هایی که واکنش‌های تخلیه هیجانی را فراخوانی می‌کنند از درون فرد ناشی می‌شوند. ما این نوع تخلیه هیجانی را **تجربیات هیجانی اصلاحی**<sup>۴</sup> می‌نامیم.

اعتقاد به اینکه واکنش‌های تخلیه هیجانی می‌توانند با مشاهده کردن صحنه‌های هیجانی در محیط برانگیخته شوند سابقه طولانی دارد و حداقل به نوشته‌های ارسطو درباره تئاتر و موسیقی برمی‌گردد. ما این منبع تخلیه هیجانی را به افتخار این سنت، تسکین‌نمایشی<sup>۵</sup> می‌خوانیم.

### انتخاب:

اغلب دانشمندانی که دیدگاه بسیار جبرگرایانه‌ای دارند برای مفهوم انتخاب ارزش قائل نیستند.

از دیدگاه رفتاری، انتخاب تا اندازه‌ای حاصل تعدادی پاسخ‌های دیگر است که در اختیار فرد قرار دارند. اگر فقط یک پاسخ موجود باشد انتخابی وجود ندارد. از دیدگاه انسان‌گرایی، اگر نسبت به گزینه‌هایی که قبلاً در نظر گرفته ایم آگاه‌تر شویم، تعداد پاسخ‌های موجود می‌تواند خیلی افزایش یابد. بنابراین، برای تعدادی از نظام‌های روان‌درمانی، افزایش انتخاب حاصل بالا رفتن آگاهی است.

راحت‌ترین انتخاب‌ها از پردازش دقیق اطلاعات حاصل می‌شوند که لازمه آن آگاهی از پیامدهای گزینه‌های خاص است. برای مثال اگر خانم یائسه‌ای بداند که درمان با جایگزینی هورمون سرانجام در تمام زن‌ها موجب سرطان می‌شود، در این صورت بهترین گزینه او پیروی کردن از اطلاعاتی خواهد بود که به تازگی پردازش کرده است. البته در رابطه با درمان با جایگزینی هورمون، مانند بسیاری از تصمیم‌گیری‌های دیگر زندگی، از تمام پیامدهای انتخاب آگاه نیستیم، و پیامدها به ندرت مطلق هستند. در چنین موقعیت‌هایی، رهنمودهای قطعی بیرونی وجود ندارند، و ما با احتمال انتخاب کردن گزینه‌ای روبرو هستیم که ممکن است اشتباه فاحشی باشد. بنابراین توانایی ما در انتخاب کردن، بیشتر حاصل توانایی ما در پذیرفتن اضطرابی است که از قبول کردن مسئولیت در قبال آینده ما جدانشدنی است.

بنابراین، در سطح تجربی، انتخاب کردن مستلزم آن است که فرد از گزینه‌های جدید، از جمله ابداع حساب شده گزینه‌های جدید برای زندگی آگاه شود. این فرآیند همچنین تجربه کردن اضطراب را که از مسئولیت دنبال کردن گزینه انتخاب شده جدانشدنی است، دربردارد. ما این سطح تجربی انتخاب کردن را حرکتی به سمت آزادی فردی می‌خوانیم. در صورتی که تغییرات در محیط، گزینه‌های بیشتری را در اختیار افراد قرار دهد، مانند مشاغل بیشتر برای اقلیت‌ها، این را حرکتی به سمت آزادی اجتماعی می‌خوانیم. رون درمانگرانی که برای این‌گونه تغییرات اجتماعی تلاش می‌کنند معمولاً مدافع خوانده می‌شوند.

### محرک‌های شرطی:

نقطه مقابل تغییر کردن از طریق انتخاب، تغییر کردن به وسیله تغییر دادن محرک‌های شرطی است که پاسخ‌های ما را کنترل می‌کنند. تغییرات در محرک‌های شرطی زمانی ضرورت می‌یابند که رفتار فرد توسط شرطی‌سازی کلاسیک (پاولفی) فراخوانی شود. اگر پاسخ‌های مشکل‌آفرین شرطی شده باشند، در این صورت آگاه بودن از محرک‌ها موجب تغییر نخواهد شد و فقط با تصمیم به تغییر کردن نیز نمی‌توان بر شرطی‌سازی غلبه کرد. ما واقعا به تغییر دادن محیط یا رفتار نیاز داریم.

<sup>4</sup> Corrective emotional experiences

<sup>5</sup> Dramatic relief

ما دو کار می‌توانیم انجام دهیم، یا باید به نحوه ای که به محرک های خاص پاسخ می‌دهیم را تغییر دهیم یا اینکه می‌توانیم محیط را طوری تغییر دهیم که احتمال وقوع محرک ها را به حداقل برسانیم. تغییر دادن رفتارمان به محرک ها، **شرطی سازی تقابلی** نامیده می‌شود، در حالی که تغییر دادن محیط مستلزم **کنترل محرک**<sup>7</sup> است. حذف کردن نشانه های محیطی که رفتارهای مشکل آفرین را ایجاد می‌کنند یا اجتناب کردن از آنها، محور اصلی کنترل محرک است.

### کنترل وابستگی:

از نظر بسیاری از رفتاردرمانگران، تقریباً بدیهی است که رفتار توسط پیامدهایش کنترل شود. به طوری که اغلب ما آموخته ایم، اگر تقویت به پاسخ خاصی وابسته باشد، در این صورت احتمال آن پاسخ افزایش می‌یابد. از سوی دیگر، اگر تنبیه به پاسخ خاصی وابسته باشد، در این صورت کمتر احتمال دارد که آن پاسخ را صادر کنیم. همان گونه که اسکینر نشان داد، تغییر دادن وابستگی هایی که بر رفتار ما حاکم هستند غالباً به تغییر رفتار، از جمله اسیب روانی منجر می‌شود. اینکه پیامدهای تقویت کننده یا تنبیه کننده تا چه اندازه ای رفتار را کنترل کنند به چند متغیر، از جمله فوریت، برجستگی، و برنامه پیامدها بستگی دارد. از دیدگاه انسان گرایی و شناختی – رفتاری، ارزشی که فرد برای پیامدهای خاصی قائل است نیز در کنترل وابستگی اهمیت دارد.

اگر تغییرات در رفتار به وسیله تغییر دادن وابستگی‌ها در محیط صورت گیرد، آن را **مدیریت وابستگی** می‌خوانیم.

رفتاردرمانگران به ندرت گزینه دیگری را در نظر می‌گیرند، ولی روشهای موثری وجود دارند که به وسیله آنها می‌توانیم رفتار خود را بدون تغییر دادن پیامدها تغییر دهیم. تغییر دادن پاسخ های خود به پیامدها بدون تغییر دادن وابستگی ها **ارزیابی مجدد** نامیده می‌شود.

### یکپارچه کردن مقدماتی فرایندهای تغییر:

مرور اجمالی این فرایندهای تغییر در جدول زیر نشان داده شده است. فرایندهای بالا بردن آگاهی، تخلیه هیجانی، و انتخاب کردن، بیانگر محور روان درمانی های بینشی یا آگاهی بخش سنتی، از جمله روان کاوی و انسان گرایی هستند. این نظام های روان درمانی عمدتاً روی جنبه های ذهنی فرد تمرکز می‌کنند – فرایندهایی که درون وجود انسان روی می‌دهند. این دیدگاه درباره فرد، روی تغییراتی که از درون هدایت می‌شوند تاکید دارد، تغییراتی که می‌توانند برخی از فشارهای بیرونی ناشی از محیط را بی‌اثر کنند.

فرایندهای تغییر در سطح تجربی و محیطی:

درمانی های بینشی یا آگاهی بخش	درمان های کنشی یا رفتاری
بالا بردن آگاهی	محرک های شرطی
سطح تجربی: بازخورد	سطح تجربی: شرطی سازی تقابلی
سطح محیطی: آموزش	سطح محیطی: کنترل محرک
تخلیه هیجانی	کنترل وابستگی
سطح تجربی: تجربیات هیجانی اصلاحی	سطح تجربی: ارزیابی مجدد
سطح محیطی: تسکین نمایشی	سطح محیطی: مدیریت وابستگی

<sup>6</sup> counterconditioning

<sup>7</sup> Stimulus control

	انتخاب کردن سطح تجربی: آزادی فردی سطح محیطی: آزادی اجتماعی
--	--

فرایندهای محرک های شرطی و کنترل وابستگی بیانگر محور روانی های کنشی<sup>۸</sup> از جمله گرایش های رفتاری، شناختی و سیستمی هستند. این نظام های روانی درمانی عمدتاً روی نیروهای بیرونی و محیطی تمرکز می کنند که استعداد فرد را برای تغییر هدایت شده از درون محدود می کنند. این فرایندها همانهایی هستند که وجودنگرها سطح عینی تر ارگانیزم می خوانند.

مدل یکپارچه نگر فرض می کند که ترکیب فرایندهای آگاهی و کنشی، روانی درمانی متعادل تر و موثرتری را تامین می کند که در راستای ابعاد پیوسته کنترل درونی - بیرونی، عملکرد ذهنی - عینی، و تغییراتی که خود و محیط آنها را ایجاد می کند پیش می رود. این ابعاد پیوسته، با پذیرفتن استعداد ما برای تغییر درونی و در عین حال تشخیص دادن محدودیت هایی که محیط ها و وابستگی ها بر سر راه این گونه تغییر ایجاد می کنند، تصویر کامل تری را از افراد در اختیار می گذارد.

یک نکته اینکه، فرایندهای تغییر را با عناصر نظام های درمانی خاص قاطی نکنید. بالا بردن آگاهی، کنترل وابستگی، و فرایندهای دیگر، مداخله هایی نیستند که نظریه های بخصوصی آنها را توصیه کرده باشند، بلکه آنها را راهبردهای تغییر کلی میان بُر در تعدادی از نظریه ها هستند.

### □ محتوای درمان

متمایز کردن فرایند از محتوا در روان درمانی بسیار اساسی است. نظام های روانی درمانی بدون نظریه های شخصیت، عمدتاً نظریه های فرایند هستند و درباره محتوای درمان، مفاهیم از پیش تعیین شده کمی دارند. نظریه های رفتاری، التقاطی، سیستمی، و راه حل مدار سعی دارند با محدود کردن استفاده از محتوای رسمی، از جنبه های منحصر به فرد هر مورد بهره برداری کنند. نظام های دیگری مانند درمان های آدلری، وجودی و حساس نسبت به فرهنگ که فرآیندهای تغییر را از سایر نظام های درمانی اقتباس می کنند، عمدتاً درباره محتوای درمان مطالبی برای گفتن دارند. تعدادی از نظام های درمانی عمدتاً از نظر محتوا تفاوت داشته در حالی که در مورد فرایندهای تغییر اتفاق نظر دارند.

به عبارت دیگر، نظریه های شخصیت و آسیب شناسی روانی به ما می گویند که چه چیزی باید تغییر کند، در حالی که نظریه های فرایندهای به ما می گویند که چگونه تغییر روی می دهد.

ما در مدل یکپارچه نگر خود فرض می کنیم که درمانجویان مختلف کژکاریهایی دارند که از تعارض هایی در سطوح مختلف عملکرد شخصیت ناشی می شوند. برخی بیماران تعارض های درون فردی دارند، برخی تعارض های میان فردی، و دیگران با جامعه در تعارض هستند. برخی درمانجویان تعارض های اصلی خود را حل کرده و با این سوال به روان درمانی بر می گردند که چگونه می توانند به بهترین وجه وجود ارضا کننده تری را بیافرینند.

جدول زیر رایج ترین محتوای درمانی در سطوح مختلف شخصیت را خلاصه می کند.

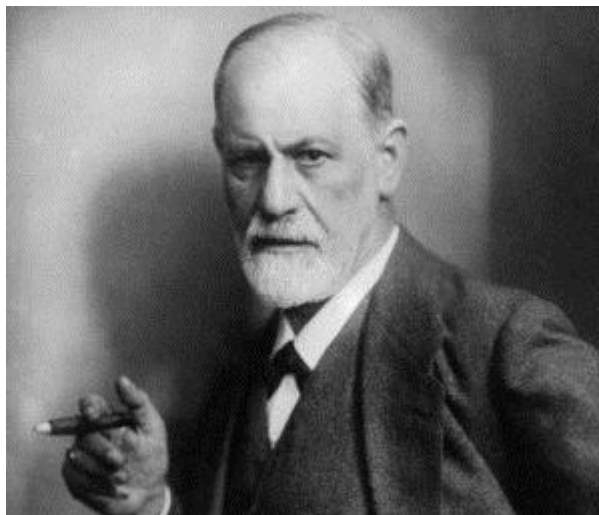
۱. تعارض های درون فردی	۳. تعارض های بین فرد و جامعه
------------------------	------------------------------

<sup>8</sup> Action psychotherapies

الف. سازگاری در برابر فراروندگی ب. کنترل تکانه	الف. اضطراب ها و دفاع ها ب. مشکلات عزت نفس ج. مسئولیت شخصی
۴. فراتر رفتن از تعارض و رسیدن به خرسندی الف. یافتن معنی در زندگی ب. فرد آرمانی	۲. تعارض های میان فردی الف. صمیمیت و امیال جنسی ب. ارتباط ج. خصومت د. کنترل دیگران

درباره اینکه آیا مشکلات خاصی مانند اختلال های اعتیادی، خُلقی و خانوادگی تعارض های درون فردی هستند یا میان فردی، اختلاف نظر زیادی وجود دارد. بنابراین، ما درباره نسبت دادن مشکلات به سطح خاصی از عملکرد شخصیت، انتظار اختلاف نظر را داریم. ما این را نیز تصدیق می کنیم که هر نظریه قابل قبول شخصیت می تواند تمام مشکلات را به یک سطح عملکرد که آن نظریه مهم می داند کاهش دهد.

## فصل ۲. درمان های روان کاوی



سگموند فروید

### □ نظریه شخصیت

فروید شخصیت را از شش دیدگاه گوناگون بررسی کرد:

۱. مکان نگاری (Topographic): شامل شیوه های کارکرد هشیار در مقابل ناهشیار است.
  ۲. پویایی (Dynamic): مستلزم تعامل نیروهای روانی است.
  ۳. تکوینی (genetic): به خاستگاه و رشد پدیده های روانی از مراحل دهانی، مقعدی، آلتی، نهفتگی و تناسلی می پردازد.
  ۴. اقتصادی (economic): شامل توزیع، تغییر شکل و مصرف انرژی است.
  ۵. ساختاری (Structural): درباره واحدهای کارکردی پیوسته نهاده خود (ego) و فرا خود (super ego) است.
  ۶. دیدگاه انطباقی (Adaption): فروید آن را به طور تلویحی بیان کرد و هارتمن آن را گسترش داد و شامل آمادگی ذاتی فرد برای تعامل با مجموعه هایی از محیط های در حال تحول عادی و پیش بینی پذیر است.
- بر اساس این دیدگاه ها، روان کاوی مدلی متکی بر تعارض است که به شکل گیری مصالحه (Compromise formation) می انجامد. ذهن گرفتار تعارض پیوسته بین نیروهای هشیار و ناهشیار است، بین چیزی که فرد بلافاصله خواستار آن است و چیزی که جامعه می پذیرد. رفتار انسان بالغ نمایانگر مصالحه بین این تعارض های مغایر است.

فروید بر این باور بود که نیروهای پویشی بنیادی برانگیزنده شخصیت، اروس (Eros) (زندگی و میل جنسی) و تاناتوس (Thanatos) (مرگ و پرخاشگری) اند. این نیروهای مکمل یکدیگر غریزه‌هایی هستند که مبنای جهانی دارند، اما در خیال پردازی‌ها، آرزوها، احساسات، افکار و به طور مستقیم در اعمال بیان می‌شوند. باید امیال جنسی و پرخاشگری که انسان همواره خواهان ارضای فوری آن‌هاست، تا حدودی کنترل شوند. برای این منظور انسان مجبور است **ساز و کارهای دفاعی** با کنترل‌های درونی ایجاد کند که از بیان تکانه‌های جنسی و پرخاشگرانه به شکل انفجارهای کنترل‌نشده جلوگیری می‌کند. شکل‌گیری ساز و کارهای دفاعی مانع از آن می‌شود که انسان‌ها از تمایلات درون بنیادی تجاوز و تخریب آگاه شوند. این دفاع‌ها فرد را از خطر تنبیه شدن بر اثر زیر پا گذاشتن قواعد اجتماعی دور نگه می‌دارد. هم‌چنین مانع از احساس اضطراب و گناهی می‌شود که ممکن است بر اثر میل به زیر پا گذاشتن قواعد والدین و اجتماع ایجاد شود. برای اینکه دفاع‌ها به طور مناسبی عمل کنند شخص باید از ساز و کارهایی که مانع از ورود تکانه‌های جنسی و پرخاشگری به آگاهی می‌شود، بی‌خبر بماند.

اساس شخصیت از دیدگاه فروید تعارض ناهشیارانه بین تکانه‌های جنسی و پرخاشگرانه فرد، قواعد اجتماعی با هدف کنترل این تکانه‌ها، و ساز و کارهای دفاعی کنترل‌کننده تکانه‌ها به شیوه‌ای است که در عین آنکه تا حدی اجازه ارضای غیر مستقیم و بی‌خطر تکانه‌ها را می‌دهد، احساس گناه و اضطراب را در کمترین حد نگه می‌دارد. **تفاوت شخصیت بهنجار و روان رنجور صرفاً در شدت یا درجه است.**

افراد از نظر تکانه‌های خاص، قواعد، اضطراب‌ها و دفاع‌های در تعارض با هم، با یکدیگر تفاوت دارند. تفاوت‌ها بستگی به مرحله خاصی از زندگی دارد که تعارض‌های فرد در آن رخ می‌دهد. مراحل زندگی عمدتاً از طریق آشکار شدن میل جنسی در مراحل دهانی، مقعدی، آلتی و تناسلی تعیین می‌شود.

### مرحله دهانی:

تمایلات جنسی نوزاد طی ۱۸ ماه نخست زندگی بر ناحیه دهان متمرکز است. بیشترین لذت کودک مکیدن چیزی ارضاء کننده مثل پستان است. امیال غریزی عبارت است از کسب ارضای دهانی نافع طی مرحله جذب دهانی و به دست آوردن فعال‌تر لذت دهانی در مرحله پرخاشگری دهانی.

کسب ارضای دهانی در کودکی: مکیدن پستان یا بطری شیر، به دهان گذاشتن انگشتان یا اسباب بازی‌ها یا حتی غان و غون کردن.

کسب ارضای دهانی در بزرگسالی: بوسیدن، قضیب‌لیسی، فرج‌لیسی، لیسیدن پستان یا سایر اندام‌های بدن.

نیازهای جنسی دهانی نوزاد شدید و فوری است، اما برای ارضای دهانی به والدین وابسته است. چگونگی پاسخ والدین به این نیازهای فوری تاثیر چشمگیری بر شخصیت کودک می‌گذارد. کودک بر اثر محرومیت و یا ارضای بیش از اندازه ممکن است در مرحله دهانی تثبیت شود. تثبیت ناشی از محرومیت و یا زیاده روی منجر به شکل‌گیری شخصیت دهانی می‌شود که شامل این ویژگی‌های دوقطبی است: بدبینی/خوش‌بینی، بدگمانی/ساده‌لوحی، خودکم‌بینی/خودبینی، نافعالی/سلطه‌جویی، غبطه/تحسین.

به علاوه تثبیت در مرحله دهانی این گرایش را در فرد ایجاد می‌کند که در مواقع تهدید یا ناکامی به دفاع‌های ابتدایی‌تر رو آورد. این دفاع‌ها شامل این موارد است:

### (۱) انکار (denial):

در سطح بدنی و عینی: چشم بستن و به خواب رفتن به عنوان راهی برای نادیده گرفتن نیازهای ارضاء نشده دهانی

در سطح شناختی: منحرف کردن توجه از جنبه‌های تهدیدکننده دنیا یا خود.



## ۲) فرافکنی (projection):

سطح بدنی: تف کردن یا بالا آوردن هر چیز بدی که نوزاد بلعیده و بازگرداندن چیزهای بد به محیط

سطح شناختی: دیدن جنبه های بد یا تهدید کننده خود در محیط

## ۳) جذب (incorporation):

سطح بدنی: خوردن غذا و مایعات و از آن خود کردن واقعی آن ها

سطح شناختی: شخص تصورات دیگران را به عنوان جزئی از تصورات خود می پذیرد.

چون کودکان در این مرحله به دیگران وابسته اند، بنابراین افراد تثبیت شده در این مرحله به ویژه نگران حمایت در برابر اضطراب جدایی اند. شخصیت دهانی که از خود به خوبی دفاع می کند، مثل همه شخصیت های پیش تناسلی بیمار گون تلقی نمی شود، بلکه شخصی نابالغ محسوب می شود.

### مرحله مقعدی:

۱۸ ماهگی تا ۳ سالگی را شامل می شود. اینک کودک باید بیاموزد که نگه دارد و بعداً رها کند. علاوه بر این، باید زمان مناسب نگه داشتن و رها کردن را هم یاد بگیرد.

مرحله مقعدی شامل همه انواع کشمکش قدرت است مثل آداب توالت رفتن، چه چیزی را باید خورد، چه موقعی باید خوابید، چگونه باید لباس پوشید. همه ی این کشمکش ها نمایانگر تلاش های کودک برای چانه زنی بر سر قواعد اجتماعی و مقررات وضع شده والدین و به منظور ابراز وجود است.

در این مرحله نیز سخت گیری و یا سهل گیری بیش از حد موجب این می شود که کودک به احتمال زیاد در مرحله مقعدی دچار تعارض یا تثبیت شود. ویژگی های دو قطبی شامل: خست/ولخرجی، مقید بودن/گشادگی، یکدنگی / سلطه پذیری، نظم/شلختگی، دقت و سواسی/ کثیف بودن، وقت شناسی/ تاخیر، دقت / ابهام.

فرض می شود که تعارض ها در این مرحله منجر به شکل گیری این دفاع ها می شود:

۱) واکنش وارونه (Reaction Formation): تجربه کردن خلاف آن چه شخص واقعاً آرزو دارد.

۲) عمل زدایی (undoing): کفاره دادن به خاطر امیال یا اعمال غیر قابل قبول، مثلاً به جای گفتن « من احساس گرم مدفوع را در شلوارم دوست دارم» امن تر است که بگویند «متأسفم که در شلوارم مدفوع کردم.»

۳) جدا سازی (Isolation): تجربه نکردن احساس های همراه افکار، در مواقعی رخ می دهد که کودک مجبور است کارکردی مقعدی را عملی مکانیکی تلقی کند نه تجربه ای غریزی.

۴) توجیه عقلی (intellectualization): فرایند خنثی کردن تجربه های سرشار از عواطف به وسیله گفتگو به زبان اصطلاحات منطقی یا روشنفکرانه. تا حدودی به تجربه هایی مثل گفتگو درباره نظم تخلیه روده به عنوان آرام بخش دستگاه معدی- روده ای مربوط می شود.

### مرحله آلتی:

۳ تا ۶ سالگی را شامل می شود. تعارض کودکان در این مرحله ناشی از تمایلات تناسلی آنان نیست، زیرا از لحاظ نظری کودکان دیگر می توانند این تمایلات آنان را ارضاء کنند. تعارض بر سر هدف تمایلات جنسی آنان است که در این مرحله والد جنسی مخالف است. میل پسر به مادر و تعارض ادیبی ناشی از این است که پدر همواره از حقوق و امتیاز لذت بردن از مادر برخوردار است. ترس پسر از این است که پدر او را اخته کند. سرانجام اضطراب اختگی موجب می شود که پسر میل به مادر را سرکوب و با پدر همانند سازی کند به این امید که با رفتار بر اساس خواست پدر از اختگی نجات یابد.

به نظر فروید میل دختر به پدر به این دلیل است که متوجه می شوند مادر با ندادن آلت مردانه به آنان فرییشان داده است. دشمن مادر می شوند و بخشی از امیال خود را به سوی پدرشان هدایت می کنند تا بتوانند دست کم در آلت او سهیم شوند.

یکی از مسائل مهم در این مرحله، چگونگی واکنش والدین به تمایلات تناسلی فرزندان است. هم آسان گیری و هم طرد بیش از اندازه منجر به تثبیت می شود که نتیجه آن شکل گیری این ویژگی های دو قطبی است: تکبر/ بیزاری از خود، غرور/ فروتنی، شیک پوشی/ سادگی، دلبری کردن/ خجالت، معاشرتی بودن/ انزوا، بی پروایی/ کمرویی.

مهمترین دفاع در مقابل تمایل به زنا با محارم، سرکوبی است.

### مرحله نهفتگی:

مرحله ای است که تمایلات پیش تناسلی عمدتاً واپس رانده می شوند. از نظر فروید این مرحله با شکل گیری شخصیت جدیدی ارتباط ندارد و شکل گیری شخصیت پیش تناسلی در مجموع در ۶ سالگی کامل می شود. این مرحله در صورت بندهای جدیدتر روان کاوی، زمان رشد خود و یادگیری قواعد اجتماعی شهروندی است.

### مرحله تناسلی:

در این مرحله لیبیدو دوباره نمایان می شود- این بار در اندام های تناسلی. نوجوان عمدتاً با به پایان رساندن چالش های مراحل آلتی و نهفتگی اینک باید هدف های مناسب برای آمیزش جنسی (عشق) و پرخاشگری (کار) پیدا کند. برخی افراد در مرحله دهانی، مقعدی یا آلتی تثبیت می شوند و سنخ شخصیتی متناسب با آن را نشان می دهند. دیگران در هر یک از این مراحل تعارض هایی را تجربه می کنند و شخصیت مختلطی را نشان می دهند که آمیزه ای از ویژگی ها و دفاع های هر مرحله است. اما هیچ کس بدون اینکه تحت تحلیل (روان درمانی) موفقیت آمیز قرار گیرد به شخصیت تناسلی کاملاً بالغ دست پیدا نمی کند.

### □ نظریه آسیب شناسی روانی

شخصیت های دهانی، مقعدی، آلتی یا مختلطی که از خود به خوبی دفاع می کنند، ممکن است هیچ گاه دچار فروپاشی نشوند، مگر اینکه در شرایط محیطی ای قرار بگیرند که موجب فشار روانی و منجر به تشدید ساز و کارهای دفاعی و شکل گیری نشانه های بیمارگون شود. هر چه تعارض ها و تثبیت ها در اوایل زندگی زودتر رخ داده باشد، آسیب پذیری ما بیشتر است، زیرا انرژی بیشتری صرف دفاع در مقابل تکانه ها می شود و انرژی کمتری برای مقابله با فشارهای روانی بزرگسالی باقی می ماند.

رویدادهای آشکار ساز- مثل مرگ یک عزیز- تکانه ای را تهدید می کند که افراد در تمام طول زندگی آن را مهار کرده اند. آنان به این رویداد فعلی در سطح ناهشیار به گونه ای پاسخ می دهند که گویی تکرار یک تجربه دوره کودکی است. این افراد همانند کودکان از این می ترسند که شخصیت بزرگسال آنان متلاشی و در نهایت غرایز کودکانه بر آنان مسلط شود. شخص در مقابل چنین تهدیدهایی به شدت برانگیخته می شود تا برای جلوگیری از ورود تکانه ها به هشیاری هر مقدار انرژی که لازم است صرف کند. این موضوع ممکن

است دفاع های قبلی را به حدی وخیم کند که بیمارگون شوند. از دیدگاه فرویدی ها آشکار است که این نشانه های بیمارگون در واقع دفاع در مقابل تکانه ها و اضطراب های کودکانه نپذیرفتنی است.

ویژگی های تفکر در فرایند نخستین (Primary-Process Thinking):

- غیر منطقی (a logical) است.
- بی زمان (a temporal) است. تمایزی بین گذشته حال و آینده قائل نیست.
- جابجایی (displacement): شامل انتقال دادن انرژی ها از اندیشه های دارای بار هیجانی زیاد به اندیشه های خنثی تر است.

## □ نظریه فرآیند های درمانی

به نظر فروید فقط یک فرآیند می توانست ناهشیار را هشیار کند. پیش از اینکه بتوانیم به رویدادهای محیطی به شیوه واقع بینانه تری پاسخ دهیم، در ابتدا باید به این موضوع آگاه شویم که پاسخ های بیمارگون ما به محیط چگونه از ناهشیار ناشی می شود، یعنی از معنی فرآیند نخستین آگاه شویم که به رویدادهای محیطی نسبت می دهیم. برای رفع نشانه های بیمارگون هم باید از مقاومتان در مقابل رها شدن نشانه ها آگاه شویم. باید به تدریج متوجه شویم که تکانه های ما آن گونه که در کودکی فکر می کردیم خطرناک نیستند و برای مهار کردن تکانه ها می توانیم از دفاع های سازنده تر استفاده کنیم و اجازه دهیم گرایز ما تا اندازه ای به شکل پخته تر نمایان شوند.

سرانجام، برای پیشگیری از برگشت های آتی باید از فرآیندهای هشیار برای رها کردن تثبیت های پیش تناسلی استفاده کنیم تا بتوانیم به رشد خود به سوی عملکرد سنجیده در سطوح تناسلی ادامه دهیم.

## افزایش آگاهی:

وظیفه درمان جو: درمانجو به تداعی آزاد می پردازد- بیان آزادانه هر چیزی که به ذهن می رسد، بدون توجه به اینکه آن فکر یا تداعی چقدر پیش پا افتاده به نظر برسد. اگر درمانجویان ذهن خود را آزاد بگذارند و بدون دفاع به تداعی بپردازند، تداعی های آنان تحت سلطه گرایز قرار می گیرد و باعث می شود که درمانجویان بلافاصله به تداعی افکار، احساسات، خیال پردازی ها و آرزوهای بیانگر گرایز بپردازند.

روان کاو به منظور کمک به درمانجو باید با خود (ego) درمانجو که خواهان رهایی از ناراحتی است و به اندازه ای منطقی است که بپذیرد رهنمودهای روان کاو منجر به چنین آرامشی می شود، رابطه کاری (Working alliance) برقرار کند.

وظیفه درمانگر: وظیفه درمانگر با ارزیابی اینکه درمانجو مورد مناسبی برای روان کاوی هست یا نه آغاز می شود. در صورت ادامه پیدا کردن درمان، درمانگر برای تحلیل مقاومت درمانجو در تداعی آزاد و انتقال، چهار روش به کار می برد: رویارویی، روشن گری (Calrification)، تفسیر و بینش یابی (working through).

**رویارویی و روشن گری:** این دو روش در اصل شیوه های بازخورد است. در رویارویی تحلیلی درمانگر اطمینان پیدا می کند که درمانجویان از اعمال یا تجربیات ویژه ای که تحلیل می شود آگاهی دارند. روشن گری، که اغلب با رویارویی آمیخته است، بازخورد روشن تر و مشروح تر درباره پدیده خاصی است که درمانجو در حال تجربه کردن آن است.

تفسیر: مهمترین شیوه تحلیل، تفسیر است. گرینس تفسیر را به گونه ای تعریف می کند که تقریباً مترادف با روان کاوی است:

«تفسیر کردن یعنی هشیار کردن پدیده های ناهشیار. به بیان دقیق تر، یعنی هشیار کردن معنی، منبع، تاریخچه، شیوه یا روند روان ناهشیار. روان کاو برای رسیدن به تفسیر از ناهشیار خود، همدلی و بینش و همچنین دانش نظری خود استفاده می کند. از طریق تفسیر کردن به فراسوی آنچه به راحتی مشاهده شدنی است گذر می کنیم و به پدیده روانی معنی و علّیت می دهیم»

با تفسیرها به درمانجویان آموزش داده می شود تا تجربیات هشیار خود را ناشی از فرآیندهای ناهشیار تلقی کنند، رفتار بزرگسالی خود را حاصل تجربیات دوره کودکی بدانند، روان کاو خود را طوری در نظر بگیرند که گویی والدین یا سایر افراد مهم گذشته آنان اند. مهمترین پاسخ برای تأیید تفسیرها این است که آیا سرانجام منجر به تغییر در جهت بهبود درمان جو می شوند یا نه؟

بینش یابی: فرآیند تدریجی و آهسته کارکردن روی بینش هایی که از تفسیر مقاومت و انتقال به دست می آید، بینش یابی نامیده می شود. درمانجویان در این مرحله پایانی و طولانی روان درمانی از بسیاری ترفندهای دفاعی خودشان، از جمله نشانه های بیمارگون آگاه می شوند.

## □ محتوای درمانی

### تعارض های درون فردی:

تعارض های بین تکانه ها، اضطراب و دفاع ها اهمیت اصلی را دارد. حتی اگر مشکلات در سطح میان فردی نمایان شود، خاستگاه و حل چنین مشکلاتی فقط از طریق تحلیل تعارض های درون روانی هر فرد به دست می آید.

### اضطراب ها و دفاع ها:

پیروان فروید اضطراب آغازین را که ناشی از ضربه تولد فرضی بر اثر فشار تحریک است بدیهی می دانند. اضطراب آغازین مبنای بدنی وحشت و منشاء تهدید ناشی از فشار تحریکات غریزی در بزرگسالی است.

اضطراب اخلاقی، یا احساس گناه تهدیدی است که از زیر پا گذاشتن قواعد درونی شده ناشی می شود. اضطراب از دلایل اصلی کندی پیشرفت درمان است.

دفاع یا مقاومت- که هنگامی که در جریان درمان رخ می دهد، دفاع نامیده می شود- نیمی از محتوای روان کاوی است. هدف روان کاری درهم شکستن دفاع ها نیست، بلکه قرار دادن دفاع های رشد یافته تر و واقع بینانه تر و ارضاء کننده تر به جای دفاع های رشد نیافته و تحریف کننده است.

### عزت نفس:

فقدان عزت نفس واقعی نتیجه مشکلات شخصیت است، نه علت چنین مشکلاتی، و روان کاوان به طور مستقیم به مشکلات عزت نفس نمی پردازند. مهمترین کار کمک به درمانجویان برای بازسازی آگاهانه شخصیت شان به سطح کارکرد تناسلی است و فقط پس از آن است که افراد می توانند احساس عزت نفس پایداری را تجربه کنند.

### مسئولیت:

فروید جبرگرا بود، اما نظریه او روان شناسی آزادی است. **جبرگرایی روانی (psychic determinism)** او معتقد است همان طور که در دنیای فیزیکی هیچ رویدادی بدون علت نیست، هیچ رویداد روانی یا حالت روانی بدون علتی هم وجود ندارد. در دنیای روانی هیچ چیز اتفاقی نیست.

### تعارض های میان فردی:

### صمیمیت و میل جنسی:

شخصیت پیش تناسلی نمی تواند با اشخاص دیگر آن گونه که واقعاً هستند، رابطه برقرار کند، بلکه آن ها را بر اساس تصورات دوره کودکی از اینکه چه نوع آدمی به نظر می رسند، تحریف می کند. در نگاه پیاژه طرح واره هایی که کودکان از اشخاص دارند برای انطباق با تجربیات جدید دگرگون می شود، اما مفهوم فرویدی تثبیت حاکی از این است که شخصیت های پیش تناسلی به گسترش طرح واره هایی که از مردم دارند ادامه نمی دهند. به بیان دقیق تر، افراد نابالغ تجربیاتشان را از مردم به گونه ای تحریف می کنند که با تصورات درونی شده آن ها هماهنگ شود.

برای افراد نابالغ روابط جنسی نیز عمدتاً روابط انتقالی است. دو فرد نابالغ فقط می توانند درگیر روابط شیئی شوند، روابطی که در آن فرد دیگر عاملی تلقی می شود که شاید سرانجام غرایز پیش تناسلی ارضاء نشده را برآورده کند.

### ارتباط:

شخصیت های نابالغ در دنیای خودمحور خویش زندانی اند، دنیایی که در آن دیگران فقط ابزارهایی برای ارضاء آنان هستند. آنان به آنچه دیگران می گویند پاسخ نمی دهند، بلکه به امیال خودشان پاسخ می دهند که می خواهند دیگران آن ها را برآورده کنند.

### خصومت:

همان طور که کردارشناسان (ethologist) نشان دادند که حیوانات غریزه هایی برای رها کردن پرخاشگری دارند، کارهای فروید هم حاکی از این بود که انسان نیز دارای غرایز پرخاشگری برای حمله و نابود کردن است. اما انسان ها همچنین می خواهند در جوامع متمدن زندگی کنند و پایداری نهادهای اجتماعی همواره در معرض تهدید فوران های خصمانه شخصیت هایی قرار دارد که دفاع های ضعیفی دارند. در مورد اشخاص روان رنجوری که بیش از اندازه مهار شده اند، بهترین انتظاری که می توان داشت هدایت خصومت در مجراهای پذیرفته شده اجتماعی مثل رقابت، ابراز وجود یا شکار است.

### کنترل:

کشمکش بر سر کنترل میان فردی اغلب مبارزه بر سر این است که دفاع های چه کسی بر رابطه میان فردی مسلط خواهد شد. هر چه دفاع های افراد انعطاف ناپذیرتر باشد بیشتر احتمال دارد که بر پیروی دیگران از جهان بینی و شیوه های عمل خودشان اصرار کنند.

افرادی که دیگران را چیزی جز وسیله ای برای ارضاء امیال کودکانه خود نمی بینند، انتظار کنترل روابط را دارند. هر سنخ شخصیت پیش تناسلی شیوه منحصر به فردی برای کنترل کردن دارد؛ شخصیت های دهانی با چسبیدن به دیگران، شخصیت های مقعدی با لجاجت شدید و شخصیت های آلتی با اغواگری کنترل می کنند. افرادی که زیاد کنترل کننده هستند به نظر می رسد شخصیت هایی مقعدی باشند که در خانواده های با کنترل افراطی تربیت شده اند.

### تعارض های فردی - اجتماعی:

### سازگاری در مقابل تعالی:

فروید اعتقاد داشت که بین نیاز جامعه سازمان یافته به قواعد و مقررات و تمایلات بنیادی فرد برای ارضاء فوری و بدون توجه به نیازهای دیگران، تعارض اساسی و غیر قابل حلی وجود دارد. این وضع به طور خلاصه نمایانگر تقابل فراخود با نهاد، اصل واقعیت در مقابل اصل لذت است.

### کنترل تکانه:

فروید معتقد بود که تکانه های جنسی و پرخاشگرانه انسان باید مهار شود. ما حیواناتی هستیم که با لایه نازکی از تمدن پوشانده شده ایم. او معتقد بود که مهمترین امید برای افراد و جامعه قرار دادن مجموعه سنجیده تری از کنترل ها به جای پوشش کودکانه انعطاف ناپذیر اما ضعیف است.

گذر از تعارض به خرسندی:

### معنی زندگی:

می توانیم در جریان تعارض به معنی زندگی دست یابیم. **زندگی در عشق و کار معنی می یابد.** کار کردن از بهترین مجاری جامعه برای والاایش غرایز ماست. **والاایش (Sublimation)** از دفاع های کمال یافته خود است که هدایت انرژی نهاد را به فعالیت های جانشین پذیرفته تر امکان پذیر می کند: مثلاً مکیدن می تواند به سیگار کشیدن تبدیل شود.

### فرد آرمانی:

از نظر فروید فرد آرمانی و هدف غایی روان کاوی، شخصی است که تثبیت ها و تعارض های پیش تناسلی اش را به اندازه کافی تحلیل کرده تا به سطح کارکرد تناسلی برسد و آن را حفظ کند. شخصیت تناسلی، فرد آرمانی است. شخصیت تناسلی لذت جنسی را بدون وابستگی مصرانه منش دهانی دوست دارد، در کارش توانمند است، بدون اینکه وسواس منش مقعدی داشته باشد و از خودش راضی است بدون اینکه تکبر منش آلتی را داشته باشد. این فرد آرمانی نوع دوست و بلند نظر است. بدون اینکه پرهیزکاری منش مقعدی را داشته باشد و کاملاً اجتماعی و سازگار است بدون اینکه از تمدن بی اندازه آسیب ببیند

### □ رابطه درمانی

رابطه کاری: مبتنی بر نگرش های نسبتاً غیر روان رنجورانه، منطقی و واقع بینانه درمانجو به روان کاو است. **این رابطه پیش شرط روان کاوی موفقیت آمیز است.**

**انتقال مهمترین منبع محتوایی در روان کاوی است.** درمانجو در واکنش های انتقال دچار احساساتی در مورد روان کاو می شود که در واقع در مورد اشخاص مهم دوره کودکی درمان جو صادق است. احساسات و دفاع های مربوط به گذشته به روان کاو جابجا می شود. این واکنش های انتقال نمایانگر تعارض بین تکانه ها و دفاع ها است و تکرار این تکانه ها و دفاع ها در رابطه با روان کاو محتوای واقعی آسیب شناسی روانی را برای تحلیل فراهم می کند. در واقع درمانجو این تعارض ها را در رابطه فعلی با روان کاو به راستی دوباره تجربه می کند.

روان کاو باید قدری صمیمیت و علاقه واقعی نشان دهد و این تصور قالبی که روان کاو فقط لوحی سفید و بنابراین بی تفاوت و سرد است، صحت ندارد. روان کاوان با راجرز هم عقیده اند که همدلی درست جزء مهمی از درمان است و در واقع همدلی منبع اصلی تفسیرهای مفید است.

روان کاو باید از فرآیندهای ناهشیار خودش در حکم منبع دیگری از تفسیرهای درست و مانند محافظی در مقابل واکنش به درمانجویان بر اساس **انتقال متقابل (Countertransference)** – تمایل روان کاو به استفاده از درمان جو در حکم وسیله ای برای ارضای تکانه های کودکان خودش – آگاه باشد.

## □ **جانشین های عمده: روان درمانی مبتنی بر روان کاوی (Psychoanalytic Psychotherapy) و روان کاوی ارتباطی (Relational Psychoanalysis)**

**آنا فروید** عمر خود را صرف انطباق روان کاوی با کودکان و نوجوانان کرد. او مبادرت به گسترش مرزهای روان کاوی با تأکید بر **کارکرد خود (ego functioning)** و بدون کنار گذاشتن اساس نظریه روان کاوی در خصوص غرایز کرد. در واقع، آنا یکی از بنیانگذاران روان شناسی خود است.

تاسیس انواع انعطاف پذیرتر درمان مبتنی بر روان کاوی در حکم جانشین های پذیرفته شده روان کاوی را معمولاً به **فرانز الکساندر (Franz Alexander)** و همکارانش نسبت می دهند. نگرش آن ها این است که درمانگران با درک کامل اصول روان درمانی از دیدگاه روان کاوی می توانند به جای اینکه سعی کنند درمان جو را با روان کاوی متعارف انطباق دهند، شروع به طراحی نوعی درمان روان کاوی کنند که با **نیازهای درمان جوی خاص** متناسب است. برای مثال، کسانی که گرفتار روان رنجوری های مزمن و اختلال های منش اند، به روان کاوی کلاسیک نیاز دارند، اما اختلال هایی که شیوع بیشتری دارد موارد مزمن خفیف تر و واکنش های روان رنجوری حاد ناشی از فروپاشی دفاع های خود بر اثر فشارهای موقعیتی است. درمانجویان گرفتار اختلال های خفیف تر و حاد را می توان با شیوه بسیار با صرفه تر از آنچه در گذشته تصور می شد با موفقیت درمان کرد. درمان مبتنی بر روان کاوی با پیروی از **اصل انعطاف پذیری** بسیار فردی شده است. معمولاً تعداد جلسات در آغاز درمان بیشتر است تا امکان شکل گیری رابطه هیجانی شدید بین درمانجو و درمانگر فراهم شود و سپس فاصله جلسات بر اساس آن چه برای شخص درمان جو مطلوب به نظر می رسد تعیین می شود.

در **مدل ارتباطی** اعتقاد بر این است که درمانگر به طور اجتناب ناپذیر جزئی از حوزه ارتباطی درمان است؛ کشش ها و احساسات درمانگر در ارتباط با پویایی های درمانجو و حاوی اطلاعات بالقوه سودمند در نظر گرفته می شود. روان کاوی ارتباطی به جای اینکه انتقال را به کل به درمان جو نسبت دهد آن را **فرآیند تعاملی بین درمانجو و درمانگر** در نظر می گیرد. روان کاوان میان فردی به جای اجتناب عمدی از انتقال متقابل آن را منبع ارزشمندی از اطلاعات درباره شخصیت درمانجو و مشکلات زندگی او می دانند.

روان کاوی ارتباطی بر آرزوها متمرکز می شود، نه سائق ها. یکی از مهمترین آرزوها روابط نزدیک و خشنود کننده است. نظریه متناظر ذهن در اینجا این است که، ذهن ساختاری اجتماعی است که از تعامل با دیگران و با دنیای خارج شکل می گیرد. هم محتوا و هم روش درمانی مهم روان کاوی ارتباطی، روابط انسانی است. کانون تغییر از نظر فروید ذهن درمانجو بود؛ اما از نگاه روان کاوان ارتباطی گرا این کانون در بین افراد است. اهمیتی که روان کاوی کلاسیک برای خوشبیننداری، بی طرفی و ناشناختگی قائل است، جای خود را در روان کاوی ارتباطی به پاسخدهی، رابطه متقابل و اشتراک می دهد.

## □ **اثربخش روان کاوی**

فروید تأیید آزمایش عقاید و درمان های روان کاوی را غیر ضروری می دانست.

یکی از مشهورترین بررسی های اولیه زمینه یابی روان کاوی را نایت (Knight) انجام داده است. بر اساس تشخیص اختلال درمانجویان، تقریباً نیمی از کسانی که روان کاوی کلاسیک را به پایان رسانده بودند ظاهراً درمان شده یا زیاد بهبود یافته بودند.

به طور کلی زمینه یابی های روان کاوان معمولاً میزان بهبودی را ۶۰ درصد یا بیشتر، بسته به اینکه بهبودی چگونه اندازه گیری شده، گزارش می دهند. احتمالاً با اطمینان معقولی می توان گفت که روان کاوی بهتر از این است که از هیچ روش درمانی استفاده نشود، اما نمی توان با اطمینان نتیجه گیری کرد که روان کاوی اثبات کرده که اثر بخش تر از نوعی درمان نمای معتبر است.

## □ انتقاد از روان کاوی

### از دیدگاه رفتاری:

روان کاوی نظریه ای بیش از اندازه ذهنی و غیر علمی است. عقاید روان کاوی درباره فرآیندهای ناهشیار، خود و ساز و کارهای دفاعی تقریباً به طور کامل ذهن گرایانه است و نمی تواند با رفتار مشاهده شدنی به گونه ای رابطه برقرار کند که امکان اندازه گیری عینی و تأیید علمی را فراهم آورد. پیروان فروید اغلب مفاهیمی مثل خود و نهاد را به جای اینکه اثبات کنند، مسلم پنداشته اند. عقاید فروید درباره شکل گیری فراخود، جنسیت در زنان، تعبیر رویاها، سایر مفاهیم خیالی، نمی تواند در مقابل بررسی علمی تاب آورد. این عقیده که «بینش» خود به خود اغلب شفابخش است، از داستان های تخیلی دیگر روان کاوی است.

### از دیدگاه وجودی:

روان کاوی از دیدگاه وجودی بر خلاف عقیده رفتارگرایان، بیش از اندازه عینی است - البته نه از لحاظ تجربی بلکه از لحاظ نظری و عملی. روان کاوی انسان ها را اشیائی در نظر می گیرد که فقط مخزنی از انرژی غریزی و دفاعی اند. همچنین روان کاوی در مورد سلیقه های ما بیش از اندازه جبرگرایانه است. آزادی، حق انتخاب، مسئولیت و تجربیات ذهنی که به انسان ها این اختیار را می دهد که با همه پدیده های جهان تفاوت داشته باشند، کجا قرار دارد؟

### از دیدگاه فرهنگی:

فروید گرایی های درون روانی نابسامان و مردمحوری را که نسل های بعد روان درمانگران در پیش گرفتند، مشروعیت بخشید.

در درمان روان کاوی در عمل به شرایط اجتماعی گسترده تر بی توجهی شده است. تمرکز صرف بر ساختار درون روانی افراد، او را در حکم زیر نظام خانواده نادیده گرفته است. اختلال ها و تثبیت ها به تعارض های درونی نسبت داده شده تا نابسامانی خانواده یا مشکلات اجتماعی.

نظریه روان کاوی چنان پدر سالارانه و اروپایی محور است که از این لحاظ انتقادهای بیشتری را می توان بر آن وارد کرد. ارزش های مردانه طبقه بالای اجتماعی، معدود بودن تعداد زنان روان کاو در محفل فروید، جهت گیری تاریخی آن، فرآیند پرهزینه و بی نتیجه آن، تمرکز آن بر بازسازی شخصیت با نادیده گرفتن تغییر رفتار، برخی از انتقادات مطرح شده است.

### از دیدگاه یکپارچه نگر:

اساس یکپارچه نگری کاوش برای دست یابی به نکات ارزشمند در هر نظام درمانی، به ویژه نظام غنی و پیچیده ای چون روان کاوی است. روان کاوی کلاسیک به عنوان نظام روان درمانی کلی بر اساس دیدگاه یکپارچه نگر به شیوه ای بسیار جزئی تبدیل شده است. همانند بسیاری از نظام ها، پیروان فروید معمولاً کمتر خلاق هستند و انعطاف پذیری کمتری نیز دارند.



### فصل ۳. درمان های روان پویایی



آلفرد آدلر

هاینز کوهنات

جانشینان مستقیم فروید سعی کردند همه مواردی را که او ناتمام گذاشته بود تکمیل کنند و توسعه دهند. این نوروکاوان یا نو-فرویدی‌ها امروزه معمولاً به درمانگران روان پویایی (psychodynamic) معروف اند. وجه مشترک آن‌ها شباهت در جهت گیری متفاوت از روان کاوی کلاسیک است که به شرح زیر می باشد:

<u>روان کاوی</u>	<u>روان پویایی</u>
نهاد	خود
درون روانی	میان فردی
دفاع	مهارت، انطباق
زیست شناختی	اجتماعی

تاکید روان کاوی کلاسیک بر نهاد (معروف به نظریه سائق (drive)) در دیدگاه روان پویشی به تاکید بر خود و کارکرد آن تغییر شکل داد و اصطلاح **روان شناسی خود (ego psychology)** بر آن گذاشته شد.

در حالی که فروید عمدتاً به تعارض های درون روانی (درون ذهن شخص) توجه داشت، جانشینان او بیشتر به **تعارض های میان فردی** (بین اشخاص) توجه می کنند. شاخه مهمی از درمان روان پویشی به **روابط شیئی (object relations)** معروف است- اشیاء در اینجا به معنی اشخاص (یا بازنمایی های ذهنی آنان) است. تاکید اولیه فروید بر نیروهای زیستی و سازوکارهای دفاعی نیز به سوی نیروهای اجتماعی و تجربیات کنار آمدن یا تحت کنترل گرفتن، تغییر جهت داد.

خط تقسیم کننده بین درمان های روان کاوانه و روان پویشی بسیار مبهم است. برخی همه انواع درمان های پسا فرویدی را روان تحلیلی می نامند، در حالی که دیگران اصطلاح روان پویشی را ترجیح می دهند. نظریه پردازان برجسته دیگری هم در تکامل درمان روان پویشی نقشی داشتند. یکی از آنان آنا فروید بود. ویلهلم رایش نیز **تحلیل منش (character analysis)** را در حکم جانشین روان کاوی کلاسیک ابداع کرد.

همچنین کارل یونگ، **روان شناسی تحلیلی** را راه اندازی کرد. یونگ برای دستیابی به **کهن الگوهای (archetypes)** درمانجویان (گرایش ها یا مدل های موروثی که بر اساس آن ها الگوسازی های مشابهی انجام می شود) مختصراً به تفسیر رویاها و نمادها تکیه کرد. وی علاوه بر ناهشیار شخصی، معتقد به **ناهشیار جمعی (collective unconscious)** بود. ناهشیار جمعی متشکل از کهن الگوهای ازلی به ارث رسیده از گذشته است که تجربیات مشترک تکراری در نسل های بی شمار را در خود دارد. این عقیده بحث انگیز همراه با **آزمون تداعی واژه ها و تمایز درون گرا- برون گرا** در حکم کمک مهم او به این رشته باقی مانده اند.

## □ درمان آدلری

### ▪ نظریه شخصیت

**تلاش برای برتری انگیزه اصلی شخصیت انسان است.** برتری یعنی فراتر رفتن از آن چه هم اکنون هستیم. تلاش برای برتری به معنی تلاش برای زندگی عالی و کامل تر است.

انسان ها برای زندگی خود هدف های خیالی می آفرینند و به گونه ای عمل می کنند که گویی هدف های مشخص آنان غایت زندگی است. این **غایت نگری خیالی (fictional finalism)** بازتاب این واقعیت است که رویدادهای روانی را بیشتر انتظارات کنونی درباره به انجام رساندن زندگی تعیین می کند تا شرایط تاریخی. انسان ها به شکل موجودات خودمختاری تکامل پیدا می کنند، که با تلاش برای دست یابی به آرمان هایی که از درون بر می خیزد بر آینده خود تاثیر می گذارند. هر کدام از ما یک **خود آرمانی (Ideal self)** ایجاد می کنیم که نمایانگر نوعی انسان کامل است و احتمالاً برای رسیدن به آن تلاش می کنیم.

**منبع تلاش برای برتری واکنش طبیعی به احساس اجتناب ناپذیر حقارت همه ی انسان هاست.** احساس حقارت- یا به طور کلی عقده حقارت- ممکن است ناشی از ضعف های روانی یا اجتماعی باشد که به طور ذهنی درک می شود یا ناشی از نقص های واقعی بدنی. احساس حقارت ناهنجار نیست، بلکه آگاهی از این موضوع است که موجودات محدودی هستیم و به اندازه کافی خردمند، سریع یا نیرومند نیستیم که بتوانیم از عهده ی همه پیشنهادهای زندگی برآییم.

عقیده آدلر درباره نرینه نمایی (**masculine protest**) در درجه اول حاکی از اعتراض زن به نقش زنانه ی خود اوست. آدلر اعلام کرد که زن مایل است آزادی مرد را داشته باشد و در آرزوی جایگاه برتر او در جامعه است.