

گزارش از یک مورد درمان روان‌پویشی اختلال وحشت‌زدگی با گرایش

روابط موضوعی و روان‌شناسی خود

دکتر محمد خدایاری فرد

روان‌شناس بالینی کودک و دانشیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

یاسمین عابدینی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

چکیده

در حالی که یافته‌های مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده است که اختلالات اضطرابی از جمله اختلالات رایج در بزرگسالی‌اند که ناهمگونند و در حدود ۷/۲٪ از افراد جامعه به این اختلالات مبتلا هستند، اما فقط در حدود یک چهارم از این افراد برای درمان اقدام می‌کنند. اختلال وحشت‌زدگی نیز از جمله اختلالات اضطرابی شایع، مزمن و ناتوان‌کننده است که میزان بروز آن در طول زندگی بین ۱/۵ تا ۳ درصد است و درمان آن مستلزم صرف هزینه‌های بالایی است. اگرچه دیده شده است که درمان‌های دارویی منجر به درمان کوتاه مدت این اختلال می‌شوند اما نتایج بلندمدت این مداخلات درمانی به هیچ وجه روشن و شفاف نمی‌باشند. به علاوه برخی از مبتلایان به این اختلال هیچ‌گونه تمایلی به دارو درمانی نداشته و نمی‌توانند عوارض جانبی داروها را تحمل نمایند. لذا پژوهشگران، علاقمند به طراحی و توسعه‌ی درمان‌های مبتنی بر الگوهای روان‌پویشی برای این اختلال شده‌اند. بر این اساس **هدف** از پژوهش حاضر ارائه گزارشی از یک مورد درمان موفقیت‌آمیز اختلال وحشت‌زدگی با استفاده از **روش** روان‌پویشی مبتنی بر روابط موضوعی و روان‌شناسی خود است. بدین منظور یک دختر دانشجوی ۲۳ ساله که بر اساس مصاحبه بالینی، ملاک‌های تشخیصی **DSM-IV-TR**، آزمون **MMPI** و نظر روانپزشک مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بود با استفاده از روان‌درمانگری مبتنی بر الگوی روان‌پویشی مورد مطالعه و درمان قرار گرفت. در این روش درمانی از فن‌تداعی آزاد، تأکید بر ناهشیار و تحلیل پدیده انتقال استفاده شده است. **نتایج** نشان دهنده کارایی بالای این روش درمانی در درمان اختلال وحشت‌زدگی است؛ مراجع در طول درمان احساس منسجم‌تری از خود به دست آورد و ساختارهای شخصیتی خود از جمله «من» را مورد واریسی، مشاهده و بازبینی قرار داد و یاد گرفت که با دیگران به حالتی رفتار کند که تناسب بهتری با واقعیت‌های کنونی داشته باشد. هم‌سوئی و عدم هم‌سوئی یافته‌ها در پایان مورد **بحث** واقع شده و پیشنهادهایی نیز ارائه شده است.

کلید واژه‌ها: اختلالات اضطرابی، حملات وحشت‌زدگی، روان‌پوشی، روابط موضوعی، روان‌شناسی خود، درمانگری.

اختلال وحشت‌زدگی^۱ یکی از اختلالات اضطرابی بسیار شایع است که میزان بروز ماهیانه آن بین صفر تا پنج درصد و میزان بروز آن در طول دوران زندگی ۱/۶ درصد است (رجیر، نرو و رای^۲، ۱۹۹۰) و در صورت عدم درمان به صورت مزمن درآمد و فرد را ناتوان می‌کند.

طبق چهارمین مجموعه تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، DSM-IV-TR^۳ (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) علامت اساسی اختلال وحشت‌زدگی، وجود حملات وحشت‌زدگی^۴ عود کننده و غیر منتظره است که حداقل یک ماه نگرانی مستمر در مورد ابتلا به یک حمله وحشت‌زدگی دیگر، یا نگرانی در مورد تلویحات یا پیامدهای حملات وحشت‌زدگی یا تغییر رفتاری قابل ملاحظه مرتبط با حملات را به دنبال داشته باشد. این حملات وحشت‌زدگی ناشی از تأثیر فیزیولوژیکی مستقیم یک ماده یا یک حالت طبی عمومی نمی‌باشد و از طریق اختلالات روانی دیگر نظیر هراس خاص، اختلال وسواس جبری و اختلال اضطراب جدایی قابل توضیح نیست. میزان شیوع مادام‌العمر این اختلال در حدود ۱/۵ تا ۳/۵ درصد و میزان شیوع یک ساله آن در حدود ۱ تا ۲ درصد است. این اختلال اغلب با هراس از مکان‌های عمومی^۵ همراه بوده و با اختلال اضطراب جدایی در کودکی در ارتباط است. ملاک‌های تشخیصی حملات وحشت‌زدگی طبق DSM-IV-TR، به شرح زیر می‌باشد:

یک حمله وحشت‌زدگی دوره مجزایی است که با ترس، بیم و وحشت شدید و ناگهانی شروع می‌شود و طی آن ۴ نشانه یا بیشتر از نشانه‌های زیر به‌طور ناگهانی و حداکثر به مدت ده دقیقه ظهور و ادامه می‌یابد:

1. panic disorder

2. Regier, Narrow & Rae

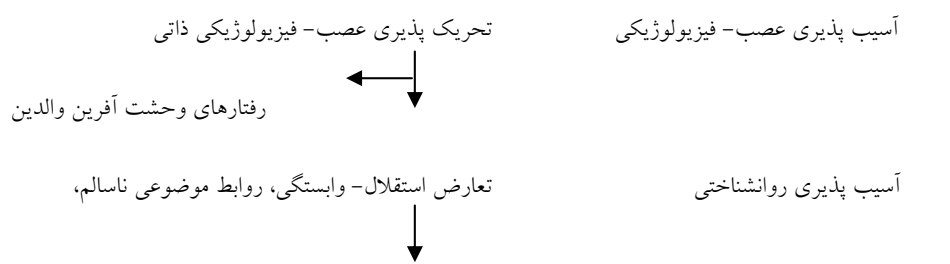
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Forth Edition Text Revision

4. Panic attacks

5. agoraphobia

۱) تپش قلب، ضربان شدید قلب و تند شدن ضربان قلب، ۲) عر کردن؛ ۳) لرزیدن یا لرزش شدید؛ ۴) احساس نفس تنگی و بریدگی و قطع تنفس؛ ۵) احساس خفگی؛ ۶) درد و ناراحتی شدیدی در قفسه سینه؛ ۷) حالت تهوع، استفراغ یا درد شکمی؛ ۸) احساس سرگیجه، عدم تعادل، مگ بودن و سبک مغزی؛ ۹) احساس خوددگرسان بینی^۱ یا دگرسان بینی محیط^۲؛ ۱۰) ترس از دیوانگی یا از دست دادن کنترل؛ ۱۱) ترس از مردن؛ ۱۲) احساس بهت زدگی، کرخی، فلج شدن و خشک شدن بدن و ۱۳) احساس سردی یا گرمای شدید.

اگر چه اکثر تحقیقات روانپزشکی انجام شده در مورد اختلال وحشت زدگی تحت تأثیرالگوهای عصب - زیست شناختی^۳ و شناختی - رفتاری بوده است، اما دیده شده است که هیچ یک از این الگوها نمی توانند بطور کامل آسیب شناسی روانی، سبب شناسی و عوامل ایجاد کننده این اختلال را تبیین کنند. لذا پژوهشگران، علاقمند به طراحی الگوهای روان پویشی^۴ جهت تبیین سبب شناسی، آسیب شناسی روانی و درمان این اختلال شده اند. در الگوی روان پویشی فرض بر این است که بین عملکردهای روان شناختی کنونی (از جمله نشانگان بیماری) و تجارب اخیر فرد رابطه وجود دارد و ویژگی ها و صفات روان شناختی شکل گرفته بصورت تدریجی، عوامل بیولوژیکی و روان شناختی از جمله عوامل مؤثر در شکل گیری نشانگان مورد نظر در اختلال وحشت زدگی هستند (شیر^۵ و همکاران، ۱۹۹۳). در زیر الگوی روان پویشی اختلال وحشت زدگی دیده می شود.



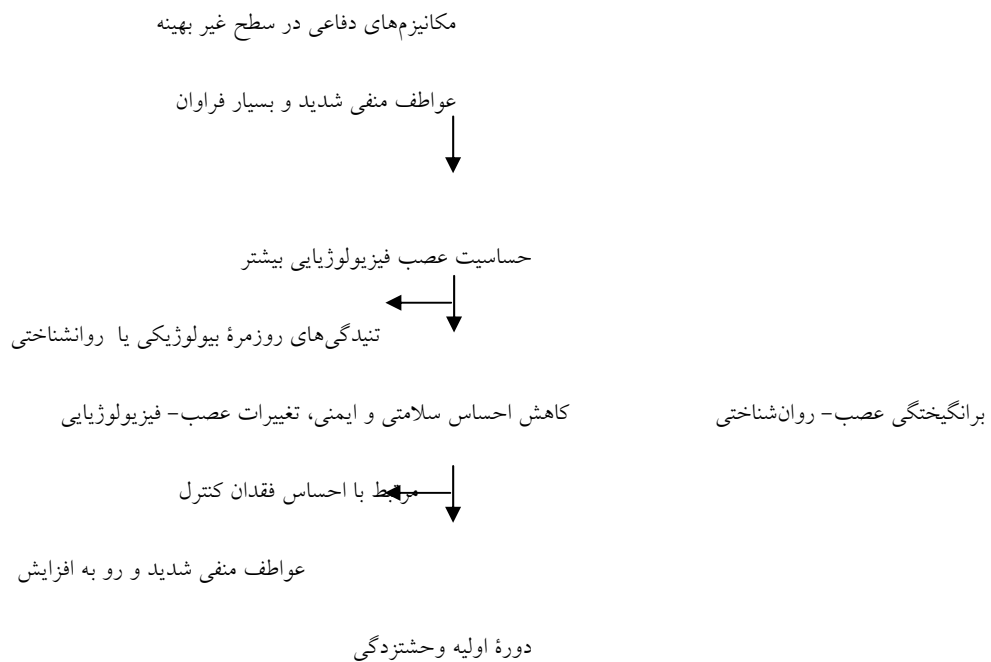
1. depersonalization

2. dereality

3. neurobiological models

4. psychodynamic models

5. Shear



تصویر ۱. الگوی روان پویشی اختلال وحشتزدگی (اقتباس از شیر و همکاران، ۱۹۹۳)

همان‌گونه که مشاهده می‌شود در این الگو فرض بر این است که ترس از موقعیت‌های ناآشنا و تحریک‌پذیری عصب - فیزیولوژیکی ذاتی، به همراه رفتارهای وحشت‌آفرین والدین بیش از حد کنترل‌کننده، زمینه‌ساز حل‌ناکافی و غیر کارآمد تعارض وابستگی - استقلال، روابط موضوعی^۱ ناسالم و مکانیزم‌های دفاعی در سطح غیر بهینه بوده و به شکل‌گیری و مشکلاتی می‌انجامد که به‌طور نظام‌مند در بیماران وحشت‌زده مشاهده می‌شوند. علایم و نشانه‌های تعارض استقلال - وابستگی بسیار متنوع و متغیر هستند، اما این تعارض نشان‌دهنده روابط موضوعی است که یا نمایانگر بازنمایی ضعیف از خود و یا بازنمایی از دیگران به‌صورت قدرتمند است و بیشتر راهبردهای مقابله‌ای رشد نیافته به استفاده از مکانیزم‌های دفاعی در سطح غیر بهینه و در نتیجه عواطف منفی شدید و فراوان منجر می‌شود. این عواطف منفی شدید با حساسیت عصب

¹ object relation

فیزیولوژیایی و تنیدگی‌های روزمره همراه شده و به شکل‌گیری احساس عدم کنترل منتهی می‌شود که خود زمینه‌ساز دوره‌های اولیه وحشت‌زدگی است (شیر و همکاران، ۱۹۹۳).

به تازگی روان‌درمانگری مبتنی بر الگوی روان‌پویشی به عنوان یک روش درمانی کارآمد برای اختلال وحشت‌زدگی، مطالعات و پژوهش‌های زیادی را به خود اختصاص داده است (ویبورگ و داهل^۱، ۱۹۹۶؛ میلرود و شیر^۲، ۱۹۹۷)؛ به طوری که مشاهده شده است که روان‌درمانگری مبتنی بر روان‌پویشی و روان‌تحلیل‌گری در عملکرد ذهن افراد مبتلا به این اختلال تغییر ایجاد می‌کند و منجر به بهبودی آنان می‌گردد (گابارد^۳، ۱۹۹۷). هم‌چنین مطالعات نشان داده‌اند که اگر چه مداخلات درمانی نظیر دارودرمانی و شناخت - رفتار درمانگری کارایی و تأثیر کوتاه مدتی در درمان اختلال وحشت‌زدگی دارا هستند، اما نتایج بلندمدت این مداخله‌ها مبهم و غیرواضح است (میلرود و بوش^۴، ۱۹۹۶). زیرا یک درمان خوب نه تنها شامل درمان نشانگان اختلال است، بلکه شامل اصلاح و بهبود عواملی است که آسیب‌پذیری نسبت به این بیماری را موجب می‌شوند. در روان‌درمانگری مبتنی بر روان‌پویشی با تأکید بر نقش عوامل، افکار و تکانه‌های ناهشیار، تداعی آزاد^۵ و انتقال^۶، بطور موفقیت‌آمیزی می‌توان نشانگان اختلال وحشت‌زدگی را کنترل و درمان کرد. در واقع در این روش درمانی، درمانگر جهت کنترل آسیب‌پذیری نسبت به وحشت‌زدگی با تأکید بر افکار ناهشیار پویایی‌های مهم را درک کرده و درمان می‌کند. تعارضات مشترک و رایج در اختلال وحشت‌زدگی شامل مشکلات در زمینه استقلال - وابستگی، اضطراب جدایی، کنترل خشم و تکانه‌های نهاد است (میلرود، بوش و لئون^۷، ۲۰۰۰).

¹. Wiborg & Dahl

². Milrod & Sher

³. Gabbard

⁴. Busch

⁵. Free association

⁶. transference

⁷. Leon

میلرود و شیر (۱۹۹۱) با مروری بر گزارش‌ها و مطالعات موردی روان تحلیل‌گری و روان‌پویشی در این زمینه دریافتند که درمان جویان در این نوع مداخلات درمانی با تأکید بر انتقال، می‌آموزند که چگونه تعارضات مهم خود را کشف کرده، احساسات خشم خود را در حملات وحشت‌زدگی بازشناسی و کنترل کنند و عواطف منفی و شدید واپس‌رانده شده‌ی خویش را کاهش دهند؛ این امر به‌نوبه‌ی خود منجر به کاهش نشانگان روان‌شناختی در آنان می‌شود. نظریه‌های روابط موضوعی^۱ (گرین برگ و میتشل^۲، ۱۹۸۳) و روان‌شناسی خود^۳ (کوهوت^۴، ۱۹۷۷) از جمله رویکردهای روان‌پویشی هستند که بر نیاز به ارتباط و حرمت خود استوارند. گزاره‌های مشترک مورد تأکید در این دو رویکرد شامل موارد زیر است: (۱) اهمیت فرایندهای ناهشیار در حیات ذهنی انسان از جمله افکار، احساسات، انگیزه‌ها و اعمال ناهشیار؛ (۲) تعارض، دوسوگرایی و مصالحه؛ (۳) پایداری شخصیت و اهمیت تجارب دوران کودکی؛ (۴) تأکید بر نقش تجسم از خود، دیگران و روابط و (۵) مسیرهای تحولی.

در نظریه‌ی روابط موضوعی اعتقاد بر این است که شخصیت یک فرد توسط تعاملات او با دیگران معنادار و مهم در محیط شکل گرفته است، تعامل با دیگران به ویژه در دوره‌ها و مراحل حساس و بحرانی تحول اهمیت زیادی دارد، چنان‌که تکالیف تحولی مهمی نظیر اعتماد اساسی، خودمختاری و جدایی - فردیت ناشی از کیفیت تجارب فرد با دیگران است. بر این اساس هدف درمان مبتنی بر روابط موضوعی شکل‌گیری تجربه‌های اصلاحی در ارتباط با دیگران مهم و در نتیجه بینش اصلاحی در مراجع است.

بر اساس آنچه ذکر شد پژوهش حاضر در پی آن است که گزارشی از یک مورد درمان موفق اختلال وحشت‌زدگی را با استفاده از درمان روان‌پویشی با گرایش روابط موضوعی و روان‌شناسی خود ارائه کند.

¹.object relations

². Greenberg & Mitchell

³ Self-psychology

⁴. Kohut

پیشینه پژوهش

تا یک دهه قبل بیشتر پژوهش‌های انجام گرفته در مورد سبب‌شناسی و درمان اختلال وحشت‌زدگی متمرکز بر الگوهای عصب - زیست‌شناختی و شناختی - رفتاری بوده (میلرود و همکاران، ۲۰۰۰) و درمان روان‌پویشی به عنوان یک روش درمانی مفید مدنظر قرار نگرفته بود. اما هم‌اکنون پژوهشگران دریافته‌اند که روان‌درمانگری‌های غیرشناختی - رفتاری نیز همانند روش‌های شناخت - رفتاردرمانگری در درمان اختلال وحشت‌زدگی مؤثرند. این پژوهشگران با پیروی از این اعتقاد فروید^۱ (۱۹۶۲) که هر دو عامل بیولوژیکی (زیست‌شناختی) و روان‌شناختی در پیدایش و رشد اضطراب نقش دارند به طراحی الگوهای درمانی روان‌پویشی پرداخته‌اند و میزان تأثیر و کارایی این روش درمانی را به‌طور گسترده‌ای مورد مطالعه و بررسی قرار داده‌اند که به برخی از این پژوهش‌ها اشاره خواهد شد.

کلین^۲ و همکاران (۲۰۰۳) ضمن تشریح فرایندهای روان‌درمانگری مرتبط با بهبود و درمان اختلال وحشت‌زدگی و با مروری بر ادبیات پژوهش بر کارایی بالای روان‌درمانگری روان‌پویشی در درمان این اختلال تأکید کرده‌اند. میلرود و همکاران (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای تعداد ۲۱ فرد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی را با استفاده از روان‌درمانی کوتاه‌مدت مبتنی بر روان‌پویشی مورد درمان قرار دادند. این افراد دوبار در هفته در جلسات روان‌درمانگری ۲۴ جلسه‌ای شرکت کردند. نتایج نشان داد که ۱۶ نفر از ۲۱ نفر مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی درمان شدند و در یک پیگیری ۶ ماهه هیچ‌گونه نشانه‌ای از اختلال از خود نشان ندادند. میلرود و همکاران (۲۰۰۰) در مطالعه‌ای ۱۴ فرد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی را مورد ارزیابی و بررسی قرار دادند. آن‌ها نشانگان این اختلال را براساس ملاک‌های DSM-IV یک بار در خط پایه، یعنی قبل از درمان، یک بار در پایان جلسات درمانی و ۶ ماه پس از درمان ارزیابی کردند. سپس این افراد را در جلسات روان‌درمانگری روان‌پویشی که برای مدت ۲۴ جلسه و هر هفته دو بار تشکیل می‌شد شرکت دادند. در نهایت

¹. Freud

². Klein

مشاهده شد که ۱۳ نفر از مبتلایان به این اختلال بهبودی کامل پیدا کردند و در یک پی‌گیری شش ماهه هیچ گونه نشانه‌ای از اختلال از خود نشان ندادند. آنها نتیجه گرفتند که این روش درمانی، درمان کارآمدی برای اختلال وحشت‌زدگی می‌باشد.

میلرود و همکاران (۱۹۹۶) در مطالعه موردی خود، گزارشی از درمان موفقیت‌آمیز یک زن ۲۳ ساله مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی با استفاده از روان‌درمانگری روان‌پوشی ارائه کرده‌اند. آنان دریافتند که در یک پی‌گیری ۲ ساله هیچگونه نشانه‌ای از اختلال را در فرد مذکور مشاهده نکردند. باندلو^۱ و همکاران (۱۹۹۵) با بازنگری و مرور پرونده ۱۰۰ فرد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV برای این اختلال دریافتند که ۳۱/۴٪ از این افراد از درمان‌های غیردارویی نظیر شناخت رفتار درمانگری (۲۰٪)، درمانگری روان‌پوشی (۳۳٪) و کارآموزی خودزاد^۲ (۴۳٪) استفاده می‌کرده‌اند. آنان طی مصاحبه انفرادی با این افراد دریافتند که آن‌ها بیشترین رضایت را از درمان‌های روان‌پوشی و شناخت - رفتار درمانگری دارند. میلرود (۱۹۹۵) نیز در مطالعه‌ای موردی، یک نوجوان ۱۸ ساله مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی توأم با اختلال وسواس جبری را با استفاده از روان‌درمانگری روان‌پوشی و فنون روان‌تحلیل‌گری مورد مطالعه و درمان قرار داد. شیر و همکاران (۱۹۹۳) برای ارائه الگوی روان‌پوشی اختلال وحشت‌زدگی، به مصاحبه با ۹ فرد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی پرداختند. نتایج مصاحبه نشان داد که تمام این افراد دارای عزت نفس پایین، ترس و وحشت بوده، خود را عصبی و پرخاشگر دانسته و از داشتن والدین بسیار کنترل‌کننده و دارای رفتارهای وحشت‌آفرین رنج می‌برده‌اند.

میلرود و شیر (۱۹۹۱) ضمن مروری بر ادبیات پژوهش و گزارش‌های موردی دریافتند که ۳۵ مورد درمان موفق اختلال وحشت‌زدگی با استفاده از روان‌درمانگری روان‌پوشی گزارش شده است. آن‌ها نتیجه گرفتند که روان‌درمانگری روان‌پوشی درمان کارآمدی برای اختلال وحشت‌زدگی می‌باشد.

¹ Bandelow

² autogenic training

روش پژوهش

در پژوهش حاضر یک آزمودنی دانشجویی که براساس نتایج مصاحبه بالینی، ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR، آزمون MMPI¹ و نظر روان‌پزشک مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بوده مورد مطالعه و درمان قرار گرفته است. طی جلسات روان‌درمانگری برای آزمودنی دوبار آزمون MMPI اجرا و تفسیر شد، یک بار قبل و یک بار پس از درمان. پس از اجرای آزمون MMPI اولیه و تشخیص PD²، آزمودنی با استفاده از درمان روان‌پویشی مبتنی بر اصول روابط موضوعی و روان‌شناسی خود مورد درمان قرار گرفت.

در این روش درمانی، درمانگر طی جلساتی با استفاده از فن تداوی آزاد، تأکید بر ناهشیار و تمرکز بر اهمیت انتقال، پویایی‌های مهم و محوری را درک و درمان نمود. در تحلیل پدیده انتقال، درمانجو به بازشناسی خشم خود در هنگام حملات وحشت‌زدگی پرداخت و عواطف واپس‌رانده خود را کشف و شناسایی کرد.

از این رو هدف اصلی پژوهش حاضر نه تنها کمک به درمانجو برای تغییر دادن تجارب آسیب‌زای دوران کودکی بود بلکه اصلاح و تجدید نظر در موضوعات و مسیرهای تحولی او از طریق ارتباط صحیح با درمانگر بوده است. لذا با استفاده از روش تداوی آزاد و طی مراحل به درمانجو کمک شد تا اولاً الگوی روانی خود را در مورد خود و دیگران مهم (به‌خصوص پدر خود) تغییر داده و اصلاح نمود، احساس منسجم‌تری از خود به‌دست آورد و ساختارهای شخصیتی خود از جمله "من"³ را مورد واریسی، مشاهده و بازبینی قرار داد و یاد گرفت که با دیگران به حالتی رفتار کند که تناسب بهتری با واقعیت‌های کنونی داشته باشد. این کار از طریق شناخت دقیق مکانیزم‌های دفاعی مهم مورد استفاده توسط او، شیوه‌های "من" و "فرامن"⁴ در او و اضطراب‌های مهم او صورت گرفته است.

1. Minnesota Multiphase Inventory

2. Panic Disorder(PD)

3. ego

4. super-ego

لازم به توضیح است که علت انتخاب این روش درمانی برای آزمودنی، عدم تمایل آزمودنی به استفاده از دارودرمانی و تأکید آزمودنی بر تنفر از پدر به دلیل دارا بودن رفتارهای وحشت‌زا و ترس آفرین دوران کودکی بوده است.

یافته‌های پژوهش

مشخصات آزمودنی: خانم م-م، ۲۴ ساله، مجرد، دانشجوی رشته زبان انگلیسی، دارای یک خواهر و برادر که به ترتیب ۲۱ ساله و ۱۹ ساله هستند.

روش درمانی: روان‌درمانگری مبتنی بر روان‌پویشی

طول درمان: ۴۷ جلسه با مراجعه هر هفته یک بار

مراجع در اولین جلسه درمان اظهار کرد: "تا آنجا که به یاد دارم از دوران کودکی از تاریکی وحشت داشته‌ام و از تنهایی به شدت می‌ترسم، به خصوص در شب‌ها، حتی از خواهرم هم در تنهایی و در شب وحشت دارم، همیشه از رنگ سبز می‌ترسم، از چمن و هر چیز دیگری که به رنگ سبز باشد دچار وحشت می‌شوم. اخیراً دچار ضعف در حافظه شده‌ام، به طوری که نمی‌توانم دروس دانشگاهی را حفظ کنم، شب‌ها همیشه قبل از خواب دچار حالت خاصی می‌شوم، ضربان قلبم تند می‌شود، سرم گیج می‌رود، بدنم به شدت می‌لرزد، احساس خفگی می‌کنم به طوری که احساس می‌کنم جسمم سنگین شده، بدنم خشک شده است و زبانم بند آمده است و کرخ و فلج شده‌ام. هیچ حرکتی نمی‌توانم بکنم و دچار وحشت شدید می‌شوم و نگرانم که مبادا بدنم دو قسمت شود و ناگهان در چاهی سقوط کنم که انتهایی ندارد و بمیرم. به شدت عری می‌کنم و احساس می‌کنم نفسم قطع می‌شود، دچار تپش قلب می‌شوم و شروع به لرزیدن می‌کنم. حتی گاهی احساس می‌کنم که به اطراف پرتاب می‌شوم و فقط شب‌ها هنگام خواب دچار این حالات می‌شوم و در روز مشکلی ندارم، گاهی اوقات صفحه‌ای سفید جلو چشمانم ظاهر می‌شود که نقطه‌ای در وسط آن صفحه رو به افزایش است که سپس سراسر وجودم را همان نقطه پر می‌کند ضمناً دو چشم وحشتناک همیشه مرا دنبال می‌کنند."

مراجع در مورد زمان شروع این حالات اظهار کرد که شروع اختلال مربوط به سن ۱۱ سالگی او است، یعنی زمانی که همبازی او در بیمارستان بستری می‌شود و مراجع قبل از بستری شدن همبازی‌اش یک شب موقع خواب احساس می‌کند که وزنه‌ای سنگین روی او افتاده و بعد کم‌کم جسمش سنگین شده و به دو نیمه تقسیم شده است و روح از بدنش جدا شده؛ به طوری که روح او جسمش را که به صورت سرد و بی‌جان روی تخت افتاده بوده است نظاره می‌کرده است و سپس روح او وارد جایی مانند بیمارستان می‌شود و همبازی‌اش را می‌بیند که در بخش CCU بیمارستان بستری شده است و در همان زمان فردی در گوش + او فریاد می‌زند که همبازی تو خواهد مرد. مراجع در این حالت بقدری وحشت زده می‌شود که به حال طبیعی برمی‌گردد و پس از سه روز همبازی او، درست به همان حالتی که او دیده بوده است، می‌میرد.

مراجع قبل از رجوع به روان‌شناس، به چندین روان‌پزشک مراجعه کرده و دارو دریافت کرده بود؛ اما داروها بی‌تأثیر بودند. آخرین بار نیز یک سال قبل به روان‌پزشک مراجعه داشته است که روان‌پزشک برای وی دارو تجویز کرده اما مراجع از داروها استفاده نکرده بود؛ زیرا قبلاً انواع و اقسام داروها را مصرف کرده و نتیجه‌ای نگرفته بوده است.

تدابیر تشخیصی: برای تشخیص نوع اختلالات همراه با اختلال وحشت‌زدگی در آزمودنی پس از مصاحبه بالینی آزمون‌های اندریافت موضوع (TAT)^۱ و MMPI اجرا شد. نتایج (TAT) نشان دهنده نفرت از پدر، وحشت از خواهر، احساس تنهایی، انزوا، بی‌ارزشی و وحشت‌زدگی در مراجع بود. نتایج آزمون MMPI در نمودار ۱ آمده است. چنان‌که ملاحظه می‌شود بالا بودن نمره آزمودنی در میزان PT^۲ نشان دهنده علایم مرضی اضطراب، تشویش، ترس و دلهره‌های بی‌جا است و بیانگر این موضوع است که آزمودنی از پدیده‌ها به شدت وحشت دارد. علاوه بر اجرای آزمون‌های فوالذکر، به منظور بررسی بیشتر، مراجع به روان‌پزشک ارجاع داده شد و روان‌پزشک نیز وجود اختلال وحشت‌زدگی را تأیید کرد.

¹ Thematic Apperception Test

² Pasychasthenia

تدابیر درمانی: طی جلسات درمانی، ابتدا نتایج آزمون‌های انجام شده برای مراجع تفسیر شد و سپس با توجه به تأکید مراجع در مورد رفتارهای نادرست، پرخاشگرانه، وحشت‌آفرین و نفرت‌انگیز پدرش با او و سایر اعضای خانواده تصمیم گرفته شد که از روش روان‌درمانگری پویایی، مبتنی بر اصول روابط موضوعی و روان‌شناسی خود برای درمان استفاده شود. بدین منظور طی جلسات درمانی با استفاده از تکنیک تداعی آزاد از مراجع خواسته می‌شد که به حالتی کاملاً آرام بر روی صندلی بنشیند و پس از احساس آرامش کامل و بدون تمرکز و توجه به تنیدگی‌های خود با چشمان بسته احساسات خود را بیان کند. مراجع اظهار کرد: "عامل تمام ناراحتی‌هایم پدرم است و از او تنفر شدیدی دارم چون پدرم اصلاً انسان نیست و معنای محبت را نمی‌فهمد و تنها چیزی که برایش مهم است زندگی شغلی و کاری‌اش است. وقتی در خانه است فقط فحش و ناسزا می‌گوید، کتک‌کاری می‌کند و باعث رعب و وحشت افراد خانواده می‌شود. یک بار وقتی ۶ ساله بودم پدرم با چکش محکم روی دستم کوبید به طوری که ناخنم کنده شد. او همیشه همین‌طور بوده است. ضمناً خواهرم را خیلی دوست دارم اما همیشه ترس شدید و عجیبی از او دارم و شب‌ها درباره او خواب‌های بد می‌بینم".

در این مرحله از مراجع خواسته شد تا این ترس و وحشت را به وضوح در ذهن خود مجسم کند و تا آن‌جا که می‌تواند آن را با جزئیات و به تفصیل بیان کند. مراجع اظهار کرد: "گاهی اوقات فکر می‌کنم که یک جن در جسم خواهرم حلول کرده و می‌خواهد به‌طور ناخواسته و در خواب مرا اذیت کند، پدرم هم در خواب خیلی مرا ناراحت می‌کند و گاهی به‌صورت یک غول ترسناک در می‌آید و مایه نفرت و تنفر من است. در واقع، پدرم برای من یک نقطه سیاه و تاریک است او صفر مطلق است".

با توجه به نقش ناهشیار و تجارب و افکار موجود در آن در جلسات بعد، از مراجع خواسته شد تا سعی کند یک یا دو بار به همان حالت‌های ناراحت‌کننده برود، تصاویر را مجسم کند و منبع ترس را پیدا کند و سپس در حالت آرامش کامل تصاویر را دور کرده و به آن نیناندد. مراجع اظهار کرد شب‌ها که تنها هستم، اگر جایی تاریک باشد مثلاً حتی گوشه‌ای تاریک باشد، فکر می‌کنم که یک موجود دیگری هم در اطراف است، یک موجود وحشتناک با دو چشم سبز رنگ که می‌خواهد مرا بکشد. طی جلسات بعدی مراجع اظهار کرد که راحت‌تر می‌خوابد، اما دائماً فکر

می‌کند که همه اعضای خانواده‌اش و به‌خصوص خواهرش، یک چهره دیگری هم دارند که خیلی وحشتناک است و همین چهره وحشتناک آن‌ها در خواب او را آزار و اذیت می‌کند. وقتی از مراجع خواسته شد تا در مورد گذشته خواهرش صحبت کند، اظهار کرد که هیچ چیزی را بخاطر نمی‌آورد و خواهرش برایش یک صفحه سفید است (در حالی که پدر برایش یک نقطه سیاه). با این حال، هنوز هم نمی‌داند که چرا از خواهرش وحشت دارد، در حالی که او را بسیار دوست دارد و او نیز مراجع را بسیار دوست دارد. در جلسه بعد مراجع در یک حالت عمیق تداعی آزاد قرار گرفته بود اظهار کرد: "چندین سال قبل که مریم دو ساله بود، پدر و مادرم به شدت اختلاف پیدا کردند. چون بابا با منشی‌اش رابطه خصوصی برقرار کرده بود مامان به او اعتراض کرده بود و بابا با فریادهای عجیبی مامان را به شدت کتک می‌زد. در اوج عصبانیت مامان را رها کرد و به سمت آشپزخانه دوید، کارد آشپزخانه را برداشت، مریم را بغل گرفت و با چشمان از حدقه درآمده به سمت حیاط رفت و می‌خواست سر مریم را ببرد". در جلسات بعد، مراجع به این هشیاری دست یافت که ترس و وحشت از صحنه درگیری پدر و مادر و عصبانیت شدید پدر و ترس از دست دادن خواهر از یک طرف و رنگ چشمان مریم که مانند چشمان پدرش سبز است از طرف دیگر باعث وحشت او از خواهرش شده است. در یکی از جلسات مراجع اظهار کرد که یکی از علت‌های پیدایش این حالات در او مربوط به کارهایی است که خودش انجام می‌دهد و باعث عذاب وجدان او می‌شود، از جمله این که با پسری دوست است که بسیار عصبی است و الان هیچ علاقه‌ای به او ندارد؛ و نمی‌خواهد با او ازدواج کند؛ اگر چه آن پسر اظهار علاقه زیادی به او می‌کند. وقتی در مورد علت عدم علاقه به آن پسر سؤال شد، مراجع اظهار کرد: "این پسر از نظر اخلاقی شبیه بابا است و احساس می‌کنم دیوانه است و از رفتارهایش وحشت دارم". در جلسات بعد مراجع به این هشیاری رسید که نمی‌تواند با این پسر ازدواج کند، زیرا اگر با او ازدواج کند احساس می‌کند با پدرش ازدواج کرده است. مراجع اظهار کرد از دو ماه قبل که این موضوع را فهمیدم، تصمیم گرفتم از او جدا شوم و با او ازدواج نکنم که البته سخت در تعارض هستم. از طرفی، او را بسیار دوست دارم و با او رابطه جنسی کامل داشته‌ام ولی اعمال، افکار و رفتارهای او شبیه به پدرم است و در من وحشت ایجاد می‌کند. این موضوع باعث عذاب وجدان من می‌شود. درمانگر طی این جلسه درمانی، متوجه شد که مراجع بطور فراوانی از مکانیزم دفاعی جابه جایی، یعنی جابه جایی خشم

خود از پدر به دوست پسر خود استفاده می‌کند و براین اساس از مراجع خواست تا به دلایل ازدواج و عدم ازدواج با آن پسر فکر کرده و آن‌ها را مورد بررسی

عمیق قرار دهد و فهرست کند. در جلسه بعد مراجع اظهار کرد. خود واقعی آن پسر شبیه به پدرم است، او عصبی است و داد و فریاد می‌کند، دعوا راه می‌اندازد و مانند بابا مرا کتک خواهد زد و اگر با او ازدواج کنم منجر به طلاق می‌شود. او دائماً دستور می‌دهد، پرخاشگر است او کپی بابا است و من نمی‌خواهم با او زندگی کنم.

در این جلسه با توجه به استفاده مکرر مراجع از مکانیزم جابه‌جایی، درمانگر پس از تشریح این نوع مکانیزم و نقش آن در ایجاد افکار، احساسات و رفتارهای غیرمنطقی نسبت به پسری که او را دوست دارد، از مراجع خواست تا به بررسی بیشتر این نوع دفاع‌ها بپردازد و پیامدهای منفی آن را مورد بازبینی قرار دهد. مراجع اظهار کرد: "گاهی اوقات احساس می‌کنم همان نفرتی را که به پدرم دارم به این پسر هم دارم، در حالی که او هیچ کار بدی انجام نداده است. در واقع من خودم عصبی، بی‌ارزش، پوچ، بی‌تفاوت، سنگدل و بلاتصمیم هستم". بر این اساس در این مرحله درمانگر از فنون تقویت "من" استفاده کرد و به مراجع کمک کرد تا بتواند وقایع و روابط اطراف خود را به‌طور واقع‌بینانه‌تری ارزیابی کند. طی جلسه‌های بعد مراجع اظهار کرد از میزان حملات وحشت‌زدگی او کاسته شده است اما این حملات بکلی از بین نرفته است و شب قبل بسیار بد خوابیده است. به‌طوری که یک باره احساس کرده است بدنش دراز شده و دارد از پرتگاه سقوط می‌کند و به شدت ترسیده، به‌طوری که بدنش کاملاً بی‌حس شده و زبانش بند آمده است. ولی بعد که حالش طبیعی شده، با کمی فکر متوجه شده که علت ترس‌های او واقعی نیست و همه فکر و خیال است و مربوط به ذهن او است. مثلاً آن دو چشم وحشتناکی که همیشه او را دنبال می‌کنند، خیال است نه واقعیت، اما الان ترس او از این است که این افکار زمانی واقعیت پیدا کنند.

در این مرحله از مراجع خواسته شد تا هر روز، به آن چیزهایی که واقعیت دارند و نیز به چیزهایی که غیرواقعی هستند فکر کرده و آن‌ها را به خاطر بسپارد تا بعداً آن‌ها را تعریف کند. در یکی از جلسات مراجع گفت مدتهاست که بسیار عصبی، پرخاشگر و خشمگین هستم و تمایل شدیدی به گرفتن انتقام از افرادی را دارم که مرا اذیت می‌کنند، از جمله انتقام از پدر، دوستان و

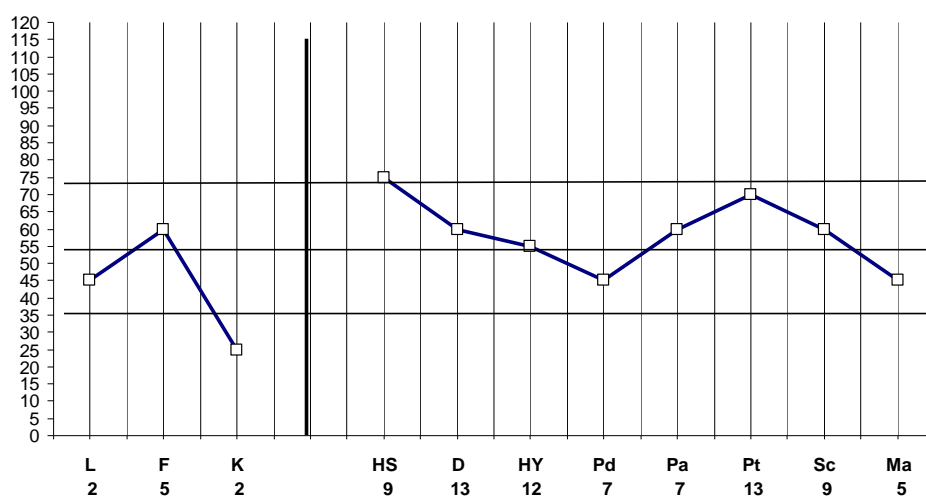
مسئولان دانشگاه. او اظهار کرد: "همه در پی آزار و اذیت من هستند، اما بیشتر از همه دلم می‌خواهد از بابا انتقام بگیرم، چون همیشه از او وحشت داشتم، از داد کشیدن‌های او و از کتک زدن‌هایش خیلی ناراحتم. یک‌بار وقتی شش ساله بودم پایم را گاز گرفت و یک بار هم غذای داغ را به سوی من پرتاب کرد که روی من ریخت و سوختم. همیشه از بابا می‌ترسیدم و وحشت داشتم". در این جلسه درمانگر دریافت که مراجع از مکانیزم دفاعی فرافکنی استفاده کرده و خشم و کینه از خود را به دوستان و مسئولان دانشگاه فرافکنی می‌کند. لذا به درمانجو کمک کرد تا بتواند روابط خود با دوستان دانشگاهی خود و مسئولین دانشگاه را مورد ارزیابی واقع بینانه قرار دهد. در این مرحله مراجع اظهار کرد که همیشه کینه و نفرت عجیبی نسبت به همکلاسی‌های خود دارم و از این که آن‌ها زندگی راحت و پدر و مادری دلسوز دارند احساس حسادت می‌کنم. در جلسات بعد مراجع به این هوشیاری رسید که بین کابوس‌های شبانه و ترس از پدر ارتباطی وجود دارد. زیرا همیشه در خواب پدر را به شکل هیولا می‌دیده است. در جلسات بعدی درمانگر با توجه به روابط نادرست پدر در دوران کودکی با مراجع، به او کمک کرد تا بتواند روابط بهتر و مثبت‌تری با پدر برقرار کند، لذا با احتیاط کامل کم‌کم از مراجع خواست تا به ویژگی‌های مثبت پدرش فکر کند و ویژگی‌های مثبت او را بگوید. مراجع اظهار کرد شما هم مثل پدرم هستید و می‌خواهید از او دفاع کنید و این باعث تنفر من است. درمانگر با توجه به نقش انتقال و مقاومت، با تقویت واقع‌نگری در مراجع سعی در کنترل این احساس کرد. بعد از چندین جلسه مراجع اظهار کرد که پدرم ویژگی‌های خوبی هم دارد، از جمله این که او امکانات رفاهی و اقتصادی خوبی برای آن‌ها فراهم کرده است و فقط از نظر عاطفی نسبت به آن‌ها بی‌محبت بوده است که این هم قابل جبران است. مراجع اظهار کرد که تصمیم دارد این بی‌محبتی پدر را ببخشد و با محبت کردن به او آن را جبران کند. روابطش با پدرش کمی بهتر شده است و سعی کرده است که شرایط پدرش را درک کند و با او ارتباط صمیمانه‌تر و بیشتری داشته باشد. هم‌چنین مراجع اظهار کرد که شب‌ها راحت‌تر می‌خوابد و طی هفته‌های گذشته حتی یک‌بار هم دچار وحشت زدگی و کابوس نشده است و علت این آرامش را مربوط به این می‌داند که دیگر مثل گذشته از این که از پدرش تنفر دارد دچار عذاب وجدان و احساس گناه نمی‌شود و ضمناً می‌تواند با پدرش همکاری کند. با این حال هنوز هم از رنگ سبز وحشت دارد و علت آن برایش روشن نیست. در یکی از جلسات تداعی آزاد که مراجع در آرمیدگی عمیقی فرو رفته بود، مجدداً از مراجع خواسته شد که به دوران کودکی خود

برگردد و به اولین خاطرات خود که به رنگ سبز مربوط می‌شود فکر کند مراجع اظهار کرد: "همیشه از چشمان پدرم که سبز است می‌ترسیدم و وحشت داشتم. یک بار هم به خارج از کشور رفته بودیم سوار اتوبوسی شدم که زنی پالتوی سبز رنگ قشنگی پوشیده بود و در حال سوار شدن به اتوبوس بود. پالتوی او را از پایین به بالا به آهستگی نگاه می‌کردم که یک باره چشمم به چهره بسیار کریه و وحشتناک او افتاد. خیلی ترسیدم و گریه کردم و پای مادرم را چسبیدم و هیچ کس نفهمید که من چرا گریه می‌کنم." در یکی دیگر از جلسات تداعی آزاد در ارتباط با رنگ سبز مراجع اظهار کرد: "پدرم یک آزمایشگاه در زیرزمین منزلمان داشت. هشت ساله بودم که یک شب پدرم از من خواست که یک ابزار آزمایشگاه برای او بیاورم. وقتی وارد زیرزمین شدم، در را که باز کردم از ترس جیغی کشیدم و برگشتم. وقتی پدرم صدای جیغ مرا شنید و رنگ پریده‌ام را دید علتش را پرسید. به او گفتم که یک کله سبز از پشت پنجره زیرزمین که به سمت کوچه راه داشت را دیدم که میخواست وارد زیرزمین شود و من که او را دیدم فرار کردم. پدرم با عصبانیت گفت خیالاتی شده‌ای و خودش رفت و ابزار را آورد. فردای آن روز مشخص شد که نردبانی پشت دیوار زیرزمین بوده و دزدی که پارچه سبزی روی سر و صورتش انداخته بود می‌خواسته وارد زیرزمین شود که با دیدن من فرار کرده است. در یکی دیگر از جلسات تداعی آزاد، مراجع در ارتباط با رنگ سبز گفت که در دوران کودکی فیلم جن‌گیر را دیده است که وقتی جن را می‌خواستند از بدن دختر بیرون بیاورند، او استفراغ می‌کند که رنگش سبز بوده است. مراجع در آن سن به طور وحشتناکی ترسیده بود. مراجع طی جلسات متعدد نسبت به بخش اعظمی از ناهشیاری، هشیاری پیدا کرد و بینش بسیار مناسبی نسبت به دلایل وحشت زدگی خود کسب کرد. بدین منظور با استفاده از تکنیک تداعی آزاد و یادآوری خاطرات گذشته طی درمان، با انعکاس آنچه در کودکی به او گذشته و احساس‌هایی که متعاقباً تجدید کرده روشن شد که بین زمان‌ها، مکان‌ها و افراد مختلف در زندگی او پیوندهایی برقرار شده تا او بتواند خاطره‌ها و عواطفی را که سرکوب شده‌اند را باز یابد، آن‌ها را در موقعیتی که در کودکی تجربه کرده درک کند، مکانیزم‌های دفاعی و منابعی را که در آن موقعیت در دسترس داشته و مورد استفاده قرار داده بشناسد و با درک نیازهای برآورده نشده‌ی آن کودک به تدریج بیاموزد که چه‌طور با او رفتار کند که همان الگوی درونی شده‌ی رفتارهایی را که زمانی دیگران با او داشته‌اند را در برخورد با خود تکرار نکند. طی جلسات بعدی مراجع اظهار کرد که نه تنها حالش بسیار خوب شده است و شب‌ها بدون هیچ مشکلی می‌خوابد و از عدم تمرکز،

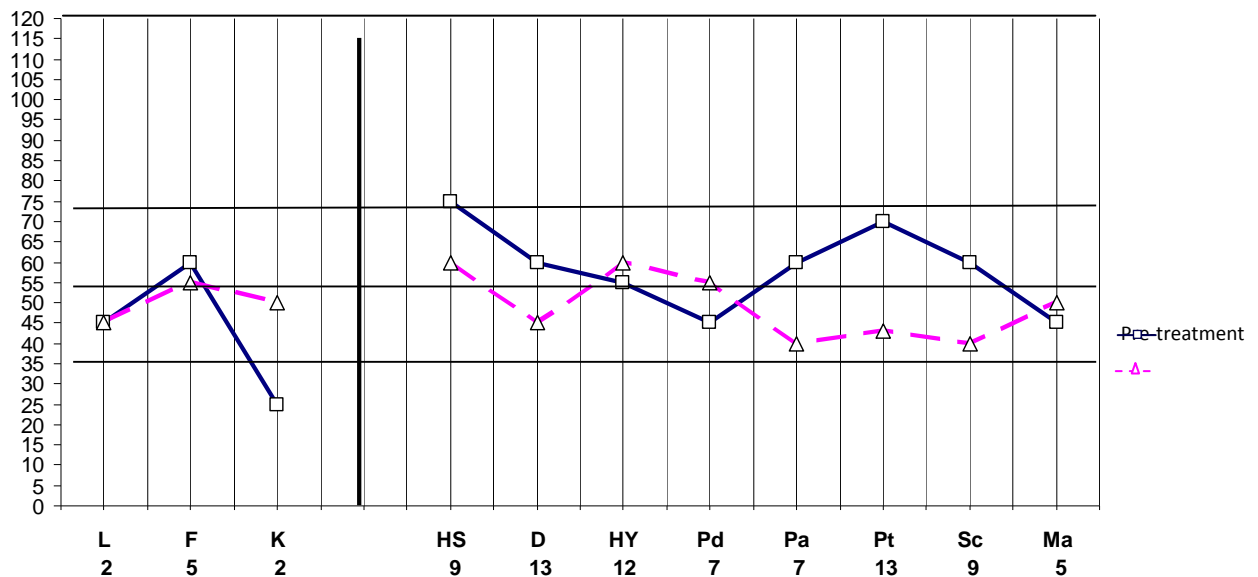
تنهایی و ضعف در حافظه نیز رنج نمی‌برد، بلکه کاملاً دریافته است که یکی از علت‌های اصلی ترس‌هایش مربوط به تضادها و تعارضات درونی خودش بوده است که منجر به احساس عذاب وجدان و گناه در او می‌شده است. درمانگر در این مرحله با توجه به بهبودی کامل مراجع بر اساس مصاحبه بالینی و طبق نظر روانپزشک، آزمون MMPI را برای او اجرا و تفسیر کرد. نتایج آزمون MMPI (نمودار ۲) نیز نشان دهنده سلامت کامل آزمودنی بود. بالاخره در جلسات پایانی مراجع ضمن تشکر از درمانگر اظهار داشت:

"وقتی خودم را با دو سال قبل مقایسه می‌کنم که به شدت افسرده، تنها، وحشت زده و نگران بودم و شبها نمی‌توانستم خوب بخوابم، احساس شادی و سلامتی می‌کنم. زیرا اکنون از هیچ چیز وحشتی ندارم، نه از تنهایی و نه از تاریکی. هنگام خواب دچار حملات وحشت‌زدگی نمی‌شوم، از پدرم تنفری ندارم و او را دوست دارم، با دوستانم روابط سالم‌تر و صمیمانه‌تری دارم، کمتر خشمگین می‌شوم و می‌توانم خشم خود را کنترل کنم و از همه مهم‌تر این‌که در تصمیم‌گیری‌هایم وضعی ندارم و با قضا یا به صورت واقع‌گرایانه و منطقی برخورد می‌کنم، خلاصه غمگین نیستم و از زندگی لذت می‌برم."

لازم به ذکر است که مراجع تا دو سال مورد پیگیری پس از درمان قرار گرفته است و تاکنون هیچ‌گونه نشانه‌ای از عود اختلال در او مشاهده نشده است.



نمودار ۱. نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون MMPI قبل از درمان



با مقایسه نمودارهای ۱ و ۲ می‌توان دریافت که نیمرخ روانی آزمودنی پس از درمان به صورت کاملاً بهنجاری درآمده است که این موضوع نشانگر کارایی و تأثیر روان درمانگری روان پوشی در کاهش و بهبود نشانگان اختلال وحشت‌زدگی در آزمودنی است.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که روان درمانگری پوشی مبتنی بر اصول روابط موضوعی و روان‌شناسی خود از جمله روش‌های درمانی کارآمد و مؤثر برای درمان اختلال

وحشت‌زدگی است؛ به ویژه برای درمانجویانی که تمایلی به استفاده از دارودرمانی ندارند. این نتایج با نتایج پژوهش‌های کلین و همکاران (۲۰۰۳)؛ میلرود و همکاران (۲۰۰۱)؛ میلرود و همکاران (۲۰۰۰)؛ باندلو و همکاران (۱۹۹۵) همخوان است.

کلین و همکاران (۲۰۰۳) با مروری بر ادبیات پژوهش دریافتند که درمان روان‌پویشی یکی از روش‌های درمانی کارآمد برای اختلال وحشت‌زدگی است هم‌چنین میلرود و همکاران (۲۰۰۱) تعداد ۲۱ فرد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی را مورد مطالعه و درمان قرار دادند، این افراد به‌صورت هفتگی در جلسات روان‌درمانی روان‌پویشی شرکت کردند و پس از ۲۴ جلسه به بهبودی کامل دست پیدا کردند. هم‌چنین میلرود و همکاران (۲۰۰۰) نیز با مطالعه ۱۴ فرد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی دریافتند که درمان روان‌پویشی یکی از کارآمدترین روش‌های درمانی برای مبتلایان به این اختلال است. ضمناً باندلو و همکاران (۱۹۹۵) با بازنگری و مرور پرونده ۱۰۰ فرد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی مشاهده کردند که ۳۳٪ از این افراد با استفاده از درمان روان‌پویشی به بهبودی کامل دست یافته و در یک پیگیری یکساله پس از درمان هیچ‌گونه نشانه‌ای از عودت بیماری در آنها مشاهده نشده است.

به طور کلی طی جلسات روان‌درمانگری با استفاده از تداعی آزاد مشاهده شد که اختلال آزمودنی با رفتارهای وحشت‌آفرین و نادرست پدر در محیط خانواده رابطه بالایی داشته است، بطوری که وحشت آزمودنی از رنگ سبز نیز علاوه بر عوامل دیگر با رنگ سبز چشمان پدر در رابطه بوده است. هم‌چنین مشاهده شد که آزمودنی دارای "من" ضعیف و "فرامن" قدرتمندی بوده است که موجب احساس گناه و عذاب وجدان وی شده بود. بنابراین در وهله اول، درمان با استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر روابط موضوعی بر پیچیدگی‌هایی متمرکز شد که در ارتباط مراجع با پدر و خواهرش شکل گرفته بود، تا از این طریق فشار حاصل از تعارض‌هایی که در ارتباط با افراد مهم زندگی مراجع در کودکی وی را دچار اضطراب کرده و مکانیزم‌های دفاعی مانند جابه‌جایی، فرافکنی، بازگشت علیه خود و نارزنده‌سازی را به راه انداخته بودند، کاهش یابد و بستر درمان برای تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی خود و مقابله با مکانیزم‌های دفاعی آماده شد. طی جلسات روان‌پویشی با تقویت "من" در آزمودنی؛ توانایی او برای برخورد با قضایا و رخ داده‌های زندگی افزایش یافت و سعی کرد تا برای حل مسایل و مشکلات خود از راه‌های منطقی و درست بهره

بگیرد و هنگام رویارویی با مشکلات کمتر هیجانی برخورد کند، لذا قدرت تصمیم‌گیری بهتر و منطقی‌تری نیز کسب نمود.

چنانچه پیشتر آمد، طی مصاحبه‌های بالینی مشاهده شد که آزمودنی دارای عزت نفس پایین، ترس و وحشت زیاد بوده، خود را عصبی و پرخاشگر می‌دانسته و پدر خود را به عنوان فردی که دارای رفتارها و اعمال وحشت‌انگیز و ترسناک بوده معرفی کرده است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش شیر و همکاران (۱۹۹۳) همخوان است. شیر و همکاران (۱۹۹۳) نیز طی مصاحبه با ۹ فرد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی دریافتند که تمام این افراد عزت نفس پایین داشته و کنترل بر خشم و هیجانات خود نداشتند و از دارا بودن والدین پرخاشگر و دارای رفتارهای وحشت‌آفرین رنج می‌برده‌اند.

نکته قابل بحث دیگر دریافتی‌های مراجع در دوره کودکی بوده است. با تولد خواهر کوچک‌تر، پدر، مادر و سایر اعضای خانواده او را مورد طرد و بی‌توجهی قرار دادند. بدین ترتیب، علاوه بر برآورده نشدن نیازهای طبیعی او به محبت و توجه، خشم عمیقی، خصوصاً نسبت به پدر، در وی شکل گرفت. لذا، او به ناچار برای این که طرد نشود و محبت مورد نیازش را دریافت کند، از سوی، از یازده سالگی نقش کودکی بیمار، نیازمند و وابسته را در پیش گرفت؛ و از سوی دیگر خشم خود نسبت به پدر را که موضوع عشق است، در سطحی به خواهرش و در سطح کلی‌تری به نامزدش جابه‌جا کرد تا تعارضی که نسبت به پدر احساس می‌کرده را به نفع وابستگی حل کند.

واکنش‌های مراجع نسبت به پدر و هم‌چنین نسبت به خودش فریادهای خشن و طردکننده پدر که طی مراحل تحول درونی شده بودند، پس از سال‌ها ناهشیارانه بازخوانی شده و از درون همان پیغام‌ها را به وی می‌دهند. به طوری که خود او هم از آن کودک نیازمند و ضعیف و وابسته، یعنی خودش بیزار شده و با خود همان‌کاری را می‌کرد که محیط با او کرده است. لذا، درمانگر به واسطه تکنیک‌های متمرکز بر محور خویشتن به مراجع کمک می‌کرد تا او بتواند نیازهای این کودک را درک کند و در جهت تأمین آن‌ها بکوشد. هنگامی که این نیازهای روانی باقی مانده از مراحل قبلی رفع شدند، مکانیزم دفاعی الگوهای رفتاری به منبع باقی ماندن آن نیازها ضرورت خود را از دست دادند و مراجع آموخت که می‌تواند از مکانیزم‌های دفاعی پخته‌تری استفاده کند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بررسی و مطالعهٔ یک آزمودنی است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی جهت دستیابی به نتایج دقیق و معتبرتر از چندین آزمودنی استفاده شود و ضمن در نظر گرفتن گروه کنترل شیوه‌های مختلف درمانی از جمله شناخت- رفتاردرمانگری و رفتار درمانی به تنهایی و یا به صورت ترکیبی با دارو درمانی با یکدیگر مقایسه گردند.

فهرست منابع

treatments Bandelow.B; Sievert. k; Rothemeyer.M; Hajak.G; & Ruther. E.(1995). What *Archieve of psychiatry Europian*.?do patients with panic disorder and agoraphobiaget
Clinical Neuroscience, ۲۴۵(۳), ۱۶۵-۱۷۱.

American Psychiatric Association(2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision. Wshangton D.S, American Psychiatric Press.

Freud, S.(1962). *On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description "anxiety neurosis"*. (1895[1894]), in Complete psychological works, standard ed, vol3, London, Hogarth press.

Gabbard. Go.(1997). Dynamic therapy in the decade of the brain. *Conn Med*, 61(9), 537-542.

Greenberg, J.R., & Mitchell, S.(1983). *Object relationas in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University press.

Klein. C.; Milrod. B; Busch. F.; levy. KN; & Shapiro.T.(2003). A preliminary study of clinical process in relation to outcome in psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(2), 308-320.

Kohut,H.(1977). *The relation of the self*. Madison, CT: International University press.

Milrod, B.(1995). The conticued usefulness of psychoanalysis in the Treatment armamentarium for panic disorder. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 43(1) , 15-26.

Milrod, B.; & Shear, M.K.(1991). Dynamic treatmet of Panic disorder. A review, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 741-743.

Milrod, B.; & Busch, F.(1996). *A manual for panic focused Psychotherapy*. Washington, DC, American Psychiatric Press.

Milrod, B., & Shear, M.K. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1571-1575.

Milrod, B; Busch, F, Leon, A.C, Shapiro, T; Aronson, A; Roiphe, J; Rudden, M; Singer, M; Goldman, H; Richter, D; & Shear, M.K.(2000). Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1878-1880.

Milrod. B; Busch, F; Leon, A.C; Aronson, A; Roiphe, J; Rudden, M; Singer, M; Shapiro, T; Goldman, H; Richter, D; & Shear, M.K.(2001). A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *Journal of Psychotherapy practice Research*, 10(4), 239-245.

Milrod, B; Busch, F.N.; Hollander, E, Arenson, A, & Siever,L. (1996). A 23-year-old woman with panic disorder treated with Psychodynamic Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 153(5), 698-703.

Regier, D.A., Narrow, W.E., & Rac, D.S.(1990). The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area(ECA) experience. *Journal of Psychiatric Research*, 24(2), 3-14.

Shear, M,K.; Cooper, A; Klerman, ; Busch, F; & Shapiro, T.(1993). A Psychodynamic model of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(5), 786-789.

Wiborg. I; & Dahl, A.(1996). Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Archieve Gen Psychiatry*, 53, 689-694.

**Psychodynamic Therapy of Panic Disorder Focusing on
Object Relations And Ego Psychology: A Case Study**

Mohammad Khodayarifard, Ph.D.

Child Clinical Psychologist, And Associate Professor,
Faculty of Psychology and Educational Sciences,
University of Tehran

Yasamin Abedini, Ph.D Candidate

Faculty of Psychology and Educational Sciences
University of Tehran

Abstract

The findings of epidemiological studies demonstrate that anxiety disorders are among the most common and heterogeneous disorders in adults. About 7.2% of people suffer from disorder is one Panic . such disorders, whereas only about one fourth of them seek treatment life-time occurrence rate of of the common chronic and debilitating anxiety disorders, with a course, has proved to be helpful 1.5% to 3%, that its treatment is very costly. Medication, of long-term consequences and complications in the short-term treatment of the disorder, but its suffering from this disorder show no interest in are not clear. Moreover, many of those side-effects of it. Researchers have thus developed an medication and cannot tolerate the promoting psychodynamic models for treating the disorder. Based interest in designing and of the present case study was to treat panic disorder through **purpose** on the above, the psychodynamic approach. The client was a 23 year old female university application of the was diagnosed with panic disorder, according to clinical interview, DSM-IV-TR student who consisted of exposing her to **method** MMPI results and the psychiatrist, view. The ,criteria techniques psychodynamic therapy focusing on object relations and ego psychology. The analysis of used in this method were free association, emphasis on the unconscious and the treatment of the technique is highly efficient in , **results** transference. According to the herself by reviewing, the panic disorder. The client developed a more integrated feeling of ego", and by learning to " observing and examining her personality construct, including the Finally consistency of the .treat others in ways more appropriate to the existing realities . **discussed** suggestions are results with the literature, limitation of the study, and future

Key words: anxiety disorders, panic attacks, psychodynamism, object relations, ego
psychology, therapy