



فهرست مطالب

۷	مقدمه
۹	پیشگفتار
۱۷	۲۱. روان - دارو شناسی
۵۶	۲۱-۱ داروهای ضد روان پریشی
۹۲	۲۱-۲ داروهای ضد افسردگی
۱۵۰	۲۱-۳ داروهای تثبیت کننده خلق
۱۹۵	۲۱-۴ داروهای ضد اضطراب
۲۱۸	۲۱-۵ داروهای مورد استفاده برای درمان اختلالات خواب
۲۲۵	۲۱-۶ داروهای محرک
۲۳۵	۲۱-۷ داروهای مورد استفاده در درمان اختلالات مصرف مواد
۲۶۰	۲۱-۸ داروهای مورد استفاده برای تقویت شناخت
۲۶۵	۲۱-۹ داروهای مورد مصرف برای درمان اختلالات جنسی
۲۷۱	۲۱-۱۰ داروهای مورد استفاده برای درمان عوارض جانبی داروهای روانگردان
۲۹۱	۲۱-۱۱ مکمل های غذایی و مرتبط
۳۱۹	۲۲. سایر درمان های جسمی
۳۵۵	۲۳. روان درمانی
۴۵۷	۲۴. توانبخشی روان پزشکی و سایر مداخلات
۴۷۱	۲۵. مشاوره با متخصصان سایر رشته ها
۴۷۱	۲۵-۱ روان پزشکی مشاوره-روابط
۴۸۲	۲۵-۲ روان پزشکی سالمندی
۴۹۵	۲۵-۳ اورژانس های روانی
۵۲۷	۲۶. سطح مراقبت
۵۳۳	نمایه



روان درمانی

به عنوان روشی برای کشف معنا و انگیزه رفتار، مخصوصاً عناصر ناهشیار که افکار و احساسات را آگاه می‌کنند، بر مبنای باقی می‌ماند.

روانکاوی

فرآیند روانکاوی. فرآیند روانکاوی، شامل به نمایش گذاشتن خاطرات و احساسات سرکوب شده از طریق کشف دقیق معانی پنهان مطالب بیان شده و روش‌های ناخواسته‌ای است که در آنها، بیمار از طریق فراموشی تدافعی و تکرار گذشته، درگیری‌های زمینه‌ای را از خود دور می‌کند.

فرآیند کلی تحلیل فرآیندی است که در آن تعارضات روان رنجور ناهشیار از حافظه بازیابی شده و به صورت شفاهی بیان می‌شوند، در انتقال مجدداً تجربه شده، توسط تحلیلگر بازسازی شده و در نهایت، از طریق درک آن، حل می‌شود. فروید از این فرآیندها به عنوان یادآوری، تکرار و رفع و رجوع کردن یاد می‌کند که کلیت یادآوری، در ذهن مرور کردن و کسب بینش را تشکیل می‌دهند. یادآوری، مستلزم گسترش حافظه به رویدادهای اولیه دوران کودکی است، زمانی در گذشته‌های دور که بخش اصلی عصبی ایجاد شد. بازسازی واقعی این رویدادها از طریق یادآوری خاطرات، تداعی‌ها و پیوند زندگی‌نامه‌ای رویدادهای مربوط به رشد صورت می‌گیرد. تکرار، چیزی فراتر از یادآوری

این فصل، مروری بر رویکردهای رایج روان درمانی ارائه می‌کند که طیف وسیعی از روش‌های درمانی را پوشش می‌دهند.

روانکاوی و روان درمانی روانکاوانه

درمان روانکاوانه به صورتی که امروزه به طور گسترده انجام می‌شود، طیف وسیعی از راهبردهای کشف را در بر می‌گیرد که در درجات و ترکیبات مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرند. علی‌رغم محدود شدن اجتناب‌ناپذیر مرزها در کاربرد واقعی، ما روس اصلی روانکاوی کلاسیک و شیوه‌های اصلی روان درمانی روانکاوانه (بیانی و حمایتی) را به طور جداگانه در اینجا توضیح می‌دهیم (جدول ۱-۱۳). کار تحلیلی، با تمام پیچیدگی‌هایش، بر روی یک پوستار قرار دارد. روش فردی همیشه مورد تأکید است، زیرا درمانگر هر لحظه درمان را با توجه به نیازها و توانایی‌های بیمار تنظیم می‌کند.

روانکاوی تقریباً مترادف با نام مشهور پدر بنیانگذار آن، زیگموند فروید است. همچنین از آن به عنوان روانکاوی "کلاسیک" یا "ارتدوکس" یاد می‌شود تا آن را از تغییرات اخیر که به عنوان روان درمانی روانکاوانه شناخته می‌شود، متمایز کند.

روانکاوی مبتنی بر تئوری سرکوب جنسی است و آرزوهای لیبیدویی ناخودآگاه کودک را در خاطرات ناهشیار فرد ردیابی می‌کند. این روش،

جدول ۱-۲۳

محدوده کار روان‌کاوی: یک پیوستار بالینی



ویژگی‌ها	روان‌کاوی "کلاسیک"	روش بیانی (اکتشافی)	روش حمایتی
تعداد جلسات	منظم ۴-۵ بار در هفته. "ساعت ۵۰ دقیقه‌ای"	منظم ۱-۳ بار در هفته؛ ۱/۲ ساعت کامل	به طور انعطاف‌پذیر ۱ بار در هفته یا کمتر؛ یا در صورت نیاز ۱/۲ ساعت کامل
مدت زمان	بلند مدت؛ معمولاً بالای ۵-۳ سال؛ شاید به میزان قابل توجهی طولانی‌تر	کوتاه مدت یا بلندمدت؛ چندین جلسه تا چند ماه یا چند سال	کوتاه مدت یا بلند مدت متناوب؛ یک جلسه تا جلساتی به صورت مادام‌العمر
موقعیت	بیمار عمدتاً روی کاناپه در کنار تحلیلگر که خارج از دید است	بیمار و درمانگر چهره به چهره؛ استفاده گهگاهی از کاناپه	بیمار و درمانگر چهره به چهره؛ استفاده از کاناپه ممنوع است
روش کار	تحلیل سیستماتیک کلیه انتقال‌ها و مقاومت‌های مثبت و منفی؛ تمرکز عمدتاً روی تحلیلگر و رویدادهای درون جلسه؛ روان رنجوری انتقالی تسهیل شد؛ پسرقت تشویق می‌شود	تحلیل جزئی پویاها و دفاع‌ها؛ تمرکز روی رویدادهای بین فردی فعلی و انتقال به دیگران در خارج از جلسات؛ تجزیه و تحلیل انتقال منفی؛ انتقال مثبت ناشناخته مانند به جز در مواردی که مانع پیشرفت شود؛ پسرقت محدود برزق می‌شود	تشکیل اتحاددرمانی و رابطه‌نسی، واقعی؛ تجزیه و تحلیل انتقال در مورد استتانات ممنوع است؛ تمرکز روی رویدادهای بیرونی هشیار؛ پسرقت را منع می‌کند
نقش تحلیلگر/درمانگر	بی‌طرفی مطلق؛ ناامیدی بیمار؛ نقش منعکس‌کننده/آینه	بی‌طرفی اصلاح‌دهنده؛ رضایت ضمنی بیمار و شناخت بیشتر درمانگر	بی‌طرفی به حالت تعلیق درمی‌آید؛ رضایت هدایت و افشای صریح محدود می‌شود
عوامل تغییر جهشی	بینش در محیط نسبتاً محروم غالب است	بینش در حیطه همدلانه‌تر؛ همدات پندارنده، به نسی، خیرخواه و پسر عطرخ	جایگزین موقت؛ توجه کردن به محیط زیست؛ بینش به منزلت ممکن است
جمعیت بیمار	اعصاب؛ آسیب روانی خفیف شخصیت	روان رنجوری؛ آسیب روانی خفیف تا متوسط شخصیت، مخصوصاً انتلالات خودشیفتگی و مرزی	اختلالات شدید شخصیت، روان‌پریشی‌های آشکار، بحران‌های حاد، بیماری جسمی
ملزومات بیمار	انگیزه بالا، ذهنیت روان شناختی روابط خوب قبلی با موضوع، توانایی حفظ روان رنجورهای انتقالی، تحمل خوب ناامیدی	ذهنیت روان شناختی و انگیزه متوسط بالا، توانایی تشکیل اتحاددرمانی، تحمل ناکامی	درجاتی از انگیزه و توانایی برای تشکیل اتحاددرمانی
اهداف اساسی	سازمان دهی مجدد شخصیت از نظر ساختاری؛ حل تعارضات تاخردآگاه؛ بینش به رویدادهای درون روانی؛ تسکین علائم یک نتیجه غیرمستقیم	سازمان دهی مجدد جزئی شخصیت و دفاع‌ها؛ حل و فصل مشتقات پیش هشیار و هشیار تعارضات؛ بینش نسبت به رویدادهای بین فردی فعلی؛ بهبود روابط ابژه؛ تسکین علامت یک هدف یا مقدمه‌ای برای کاوش بیشتر	ادغام مجدد خود و توانایی سازگاری؛ تسکین یا ترمیم تعادل از قبل موجود؛ تقویت نیروهای دفاعی؛ سازگاری با پذیرش بهتر آسیب شناسی؛ تسکین علائم و تجدید ساختار محیطی به عنوان اهداف اولیه
تکنیک‌های اصلی	روش تداعی آزاد غالب است؛ تفسیر پویا کامل (شامل رویارویی، شفاف‌سازی، و کار کردن)، با تأکید بر بازسازی ژنتیکی	تداعی آزاد محدود؛ رویارویی، شفاف‌سازی و تفسیر جزئی همراه با تأکید بر تفسیر اینجا و اکنون و تفسیر ژنتیکی محدود غالب است.	روش تداعی آزاد ممنوع است؛ تفسیر (مشاوره) غالب است؛ تخلیه هیجانی مفید؛ مواجهه، شفاف‌سازی و تفسیر ثانویه به تفسیر ژنتیکی در اینجا و اکنون ممنوع است
درمان کمکی	عمدتاً خودداری می‌شود؛ در صورت اعمال، تمام معانی و پیامدهای منفی و مثبت اخیراً به طور کامل تجزیه و تحلیل شده است، داروی کمکی	ممکن است لازم باشد، به عنوان مثال، داروهای روانگردان به عنوان اقدام موقت؛ در صورت اعمال، پیامدهای منفی بررسی و منتشر می‌شوند	اغلب ضروری است، به عنوان مثال داروهای روانگردان، درمان توانبخشی خانوادگی، یا بستری شدن در بیمارستان؛ اعمال شود، بر مفاهیم مثبت تأکید می‌شود

این تقسیم‌بندی مقوله‌ای نیست. تمام تمرین‌ها روی یک پیوستار بالینی قرار دارند

حداقل متوسط باشد، و مهم‌تر از همه، این که آنها باید از نظر روان‌شناختی، متفکر به این معنا باشند که بتوانند به طور انتزاعی و نمادین در مورد معانی ناهشیار رفتار خود فکر کنند.

بسیاری از موارد ممنوعیت کاربرد روان‌کاوی، جنبه معکوس موارد استفاده از آن هستند. فقدان رنج، کنترل ضعیف تکانه، ناتوانی در تحمل ناامیدی و اضطراب، و انگیزه پایین برای درک، همه موارد منع شده هستند. وجود بی‌صدافتی شدید یا اختلال شخصیت ضد اجتماعی، روان‌درمانی تحلیلی را منع می‌کند. تفکر عینی یا فقدان ذهنیت روانی، یکی دیگر از موارد منع مصرف است. بعضی از بیمارانی که معمولاً دارای ذهنیت روانی هستند، برای روان‌کاوی مناسب نیستند، زیرا در میان یک تحول بزرگ یا بحران از زندگی، مانند از دست دادن شغل یا طلاق هستند. بیماری جسمانی جدی نیز می‌تواند با توانایی فرد برای سرمایه‌گذاری در یک فرآیند درمان طولانی مدت تداخل ایجاد کند. بیماران دارای هوش پایین معمولاً این روش را درک نمی‌کنند یا در این فرآیند همکاری نمی‌کنند. سن بالاتر از ۴۰ سال زمانی به عنوان یک منع مصرف در نظر گرفته می‌شود، ولی امروزه روان‌کاوان تشخیص می‌دهند که بیماران در دهه ۶۰ یا ۷۰ خود انعطاف‌پذیر و قابل تحلیل در روان‌کاوی هستند. یکی از موارد منع مصرف نهایی، ارتباط نزدیک با تحلیلگر است. روان‌کاوان باید از تحلیل دوستان، خویشاوندان یا افرادی که با آنها برخوردهای دیگری دارند خودداری کنند.

الزامات بیمار. جدول ۲۳-۳ مهم‌ترین نیازهای بیمار برای روان‌کاوی را فهرست می‌کند.

ذهنی صرف است؛ این امر، یک بازپخش احساسی از تعاملات قبلی با افراد مهم در زندگی بیمار است. این بازپخش در چارچوب منحصر به فرد تحلیلگر به عنوان یک والد فراقلمی شده رخ می‌دهد، یک شیء خیالی از گذشته بیمار که بیمار، ناخواسته احساسات و تجربیات فراموش شده و حل نشده از دوران کودکی را با استفاده از آن بازتولید می‌کند. در نهایت، کار از طریق ادغام عاطفی و شناختی خاطرات سرکوب شده قبلی که به سطح هشیار آورده می‌شوند انجام شده و از طریق آن، بیمار به تدریج از آن مشکل رها می‌شود (اختلال روانی درمان می‌شود). دوره تحلیلی، شامل سه مرحله اصلی است (جدول ۲۳-۲).

موارد مصرف و موارد منع مصرف. به طور کلی، همه به اصطلاح اختلالات روان-عصبی برای روان‌کاوی مناسب هستند. این موارد، شامل اختلالات اضطرابی، تفکر وسواسی، رفتار اجباری، اختلال تبدیلی، اختلال عملکرد جنسی، حالت‌های افسردگی و بسیاری از بیماری‌های غیرروان‌پریشی (نرس‌مانند) اختلالات شخصیتی هستند. رنج قابل توجهی باید وجود داشته باشد که بیماران انگیزه داشته باشند تا زمان و منابع مالی مورد نیاز برای روان‌کاوی را فدا کنند. بیمارانی که وارد تحلیل و بررسی می‌شوند باید آرزوی واقعی برای درک خود و نه یک گرسنگی ناامیدکننده برای تسکین علائم داشته باشند. آنها باید بتوانند در برابر ناامیدی، اضطراب و سایر عواطف قوی که در تحلیل ظاهر می‌شوند، بدون فرار یا اعمال احساسات خود به شیوه‌ای خود-ویرانگر مقاومت کنند. آنها همچنین باید یک سوپر ایگوی معقول و بالغ داشته باشند که به آنها اجازه دهد با تحلیلگر یا روان‌کاو صادق باشند. هوش باید در حد

جدول ۲-۲۳

مراحل روانکاوای مراحل روانکاوای



مرحله اول: بیمار با روش‌ها، روال‌ها و الزامات روانکاوای آشنا می‌شود و یک اتحاد درمانی واقع بینانه بین بیمار و روانکاو شکل می‌گیرد. قوانین اساسی ایجاد می‌شوند؛ بیمار مشکلات خود را شرح می‌دهد؛ مروری بر تاریخچه انجام می‌شود و بیمار قبل از این که عمیق‌تر در مورد منبع بیماری تحقیق کند، از طریق پالایش و احساس امنیت، تسکین اولیه را به دست می‌آورد. انگیزه بیمار عمدتاً به صورت آرزوی خوب شدن است.

مرحله دوم: روان رنجوری انتقالی ظاهر می‌شود که جایگزین روان رنجوری واقعی بیمار می‌شود و در آن، آرزوی سلامتی در تضاد مستقیم با تمایل همزمان برای دریافت ارضای عاطفی از سوی روانکاو قرار می‌گیرد. تضادهای ناخودآگاه به تدریج ظاهر می‌شوند؛ دلبستگی غیرمنطقی زیاد به روانکاو، همراه با پسرقت و وابستگی به آن پیوند؛ بازگشت رشدی به اشکال قبلی رابطه (گاهی در مقایسه با مادر و نوزاد) و تکرار الگوهای دوران کودکی و یادآوری خاطرات آسیب‌زا از طریق انتقال به روانکاو با استفاده از آرزوهای مربوط به شهوت جنسی حل نشده.

مرحله سوم: مرحله پایانی با انحلال پیوند روانکاوانه مشخص می‌شود زیرا بیمار برای ترک جلسه آماده می‌شود. دلبستگی غیرمنطقی به روانکاو در روان رنجوری انتقالی فروکش کرده است، زیرا از طریق آن رفع و رجوع شده است. جنبه‌های عقلانی‌تری از روان حاکم است که تسلط بیشتر و سازگاری بالغ‌تری را با مشکلات بیمار فراهم می‌کند. مرحله پایانی یک برپا شدن سخت و سریع نیست، و بیمار همواره باید برای رفع هر مشکلی در خارج از موقعیت درمانی بدون روانکاو به کار خود ادامه دهد یا ممکن است بعد از پایان جلسات روانکاوای به صورت ادواری به کمک نیاز داشته باشد.

جدول ۳-۲۳

پیش‌نیازهای بیمار برای روانکاوای



انگیزه بالا. با توجه به سختی‌های درمان فشرده و طولانی، بیمار به انگیزه بالا برای استقامت نیاز دارد. میل به سلامتی و درک خود باید از نیاز روان رنجور به ناراحتی پیشی گیرد. بیمار باید مایل باشد که با مسائل زمانی و مالی روبرو شود و درد و ناامیدی ناشی از قضا کردن تسکین سریع را به نفع درمان آینده و در کنار آن، چشم‌پوشی از دستاوردهای ثانویه بیماری تحمل کند.

توانایی ایجاد رابطه. ظرفیت شکل‌دهی و حفظ، و همچنین جدا شدن از یک رابطه شیء قابل اعتماد ضروری است. بیمار همچنین باید در برابر یک انتقال ناامیدکننده و قهقراپی بدون جبران وابستگی بیش از حد مقاومت کند. بیمارانی با سابقه روابط بین فردی مختل شده یا موقتی که نمی‌توانند ارتباط قابل قبولی با انسان دیگری برقرار کنند، کاندیدای ضعیفی برای روانکاوای هستند.

ذهنیت روانی و ظرفیت بینش. روانکاوای به عنوان یک فرآیند درون‌نگر، مستلزم کنجکاوای در مورد خود و ظرفیت بررسی خود است. کسانی که قادر به بیان و درک افکار و احساسات درونی خود نیستند، نمی‌توانند با کلمات اصلی روانکاوای بنیادین و معانی آنها گفتگو کنند. ناتوانی در بررسی انگیزه‌ها و رفتارهای خود مانع از مزایای روش روانکاوای می‌شود.

قدرت ایگو. قدرت ایگو، ظرفیت یکپارچه برای نوسان مناسب بین دو نوع متضاد از عملکرد ایگو است: از یک سو، بیمار باید بتواند به طور موقت تأمل کند، واقعیت را به جای خیال پردازی رها کند، و وابسته و منفعل باشد. از سوی دیگر، بیمار باید بتواند قواعد کنجکاوای را بپذیرد، تفاسیر را یکپارچه کند، تصمیمات مهم را به تعویق بیندازد، دیدگاه‌ها را تغییر دهد تا ناظر فرآیندهای درون روانی خود شود و در یک رابطه بین فردی پایدار به عنوان یک مسئول بالغ عمل کند.

همجنس‌گرا داشته است، مراجعه کرد. او همچنین متوجه شد که بسیار کمتر از توانش کار کرده است و قبلاً هرگز به دنبال درمان نبوده است. او به صورت بارزی باهوش، حساس، خوداندیش و پرهیز

خانم (م)، زن ۲۹ ساله مجردی که کارمند سطح پایین در یک مجله بود، برای مشاوره با شکایت‌های اصلی مبنی بر غم و اندوه قابل توجه در مورد واکنش والدینش که متوجه شدند او رابطه