

مروری بر اعتیاد از دیدگاه روان تحلیلی: از تثبیت در مرحله دهانی تا بدتنظیمی هیجانی

A Review on Addiction from a Psychoanalytic view, from Fixation to Emotion Dysregulation

Elham Najjarpoor Mohammadabadi

Phd student of health psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

elhamnajjarpoor@gmail.com

Dr. Reza Rostami*

Full professor, University of Tehran, Tehran, Iran.

Saeid Aslani

M. A. in general psychology, Allame Tabatabaee University, Tehran, Iran.

الهام نجاریپور محمدآبادی

دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

دکتر رضا رستمی (نویسنده مسئول)

استاد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

سعید اصلانی

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

Abstract

Addiction is a chronic and recurrent disease, which has always been the focus of various psychological perspectives. Psychoanalysis theories are fundamental in the modern treatment of addiction. As we have seen changes in the structure and process of methods during the time, they have changed in defining the concept of addiction. According to classic theories, addiction is an equivalent to masturbation and a defense mechanism against anxiety impulses or pretension of oral regression (dependency). Also, from object relations theorists' perspective, drugs are significant objects for the addicted person. New formulations of psychoanalysis are also introduced using drugs as a reflection of the defects of ego function. The research method is a review, and it aims to analyze addiction from different psychoanalysis perspectives such as classical psychoanalysis, object relations psychology, relational psychoanalysis, and short term psychodynamic psychotherapy. According to research about personality disorders in drug abusers, these individuals need unique treatment like psychoanalytic psychotherapy, which works on personality structures. However, investigations about this field of therapy are limited. Not paying attention to this issue can be a reason of attempts' failures about the treatment of drug abuse. Therefore, it can be said that addiction research literature needs to increase the application and analysis of this therapeutic approach. It is also hoped that in addiction treatment centers, better and more new findings will be used to help this population.

Keywords: addiction, classical psychoanalysis, contemporary psychoanalysis, personality disorders.

چکیده

اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است که همواره مورد توجه دیدگاه‌های مختلف روان‌شناختی بوده است. نظریه‌های روان‌تحلیلی برای درمان‌های مدرن اعتیاد، بنیادین هستند. همان‌طور که در ساختار و فرایند این نظریات، تغییراتی را در گذر زمان شاهد هستیم، آنها در تبیین مفهوم اعتیاد هم دچار تغییراتی شده‌اند. طبق نظریات کلاسیک، سوءمصرف مواد معادل خودارضایی و مکانیزمی دفاعی در مقابل تکانه‌های اضطرابی یا تظاهری از پسرقت دهانی (وابستگی) است. همچنین از دیدگاه نظریه‌پردازان روابط موضوعی، مواد، موضوع دارای اهمیتی بالا برای فرد معتاد است. فرمول‌بندی‌های روان‌تحلیلی جدید نیز مصرف مواد را بازتاب اعمال مختل ایگو معرفی می‌کنند. روش پژوهش حاضر از نوع مروری است و هدف این است که اعتیاد را از دیدگاه‌های مختلف روان‌تحلیلی همچون رویکرد روانکاوی کلاسیک، روانشناسی روابط موضوعی، روانشناسی خود، روانکاوی ارتباطی و روان‌درمانی روان‌پوشی کوتاه‌مدت مورد بررسی قرار دهد. طبق تحقیقات انجام شده در رابطه با وجود انواع اختلالات شخصیت در افراد دچار سوءمصرف مواد، این افراد نیازمند درمان‌های تخصصی همچون درمان‌های روان‌تحلیلی هستند که بر روی سازه‌های شخصیت کار می‌کنند. با این وجود، تحقیقات مربوط به این حیطه درمانی در رابطه با اعتیاد محدود هستند. عدم توجه به این موضوع می‌تواند از دلایل شکست بسیاری از تلاش‌ها در رابطه با درمان سوءمصرف مواد باشد. بنابراین می‌توان گفت ادبیات پژوهشی اعتیاد نیازمند افزایش به‌کارگیری و بررسی این رویکرد درمانی است. همچنین امید است که در مراکز درمانی اعتیاد، استفاده بهتر و بیشتری از یافته‌های جدید در این حیطه در راستای کمک به این قشر صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد، روانکاوی کلاسیک، روانکاوی معاصر، اختلالات شخصیت.

مقدمه

اعتیاد یک مشکل جدی در سطح دنیاست. امروزه برای حل این مشکل اقدامات خاصی پیش‌بینی و به لحاظ سبب‌شناسی، فرضیه‌های گوناگونی مطرح شده است؛ گرچه هیچ‌یک از این فرضیه‌ها به‌تنهایی نمی‌تواند علت اعتیاد را تشریح نماید و در اغلب موارد، مجموعه‌ای از عوامل در ایجاد آن نقش دارند که در شرایط خاص و در هر فرد خاص ممکن است نقش یک یا چند عامل، بارزتر باشد. با توجه به این مسأله، بدیهی است که تنها با اتکا به دارودرمانی و درمان علائم، درمان کامل نخواهد شد. تحقیقات نشان داده است که درصد بالایی از بیماران اعتیاد دچار حداقل یک اختلال شخصیت هستند (بودن-جونز^۱ و همکاران، ۲۰۰۴؛ کیناست، استوفرز، برمپول، لیب^۲، ۲۰۱۴؛ فردریکسون، مسینا و گرسوسی^۳، ۲۰۱۸). بر همین اساس و با توجه به اهمیت اختلالات شخصیت در تبیین اعتیاد، با استفاده از نظریه‌های روان‌تحلیلی، در این مقاله قصد بر این است که مروری بر اهمیت شکل‌گیری شخصیت و همچنین اختلالات شخصیت از دیدگاه روان‌تحلیلی و ارتباط آن با وابستگی به مواد انجام شود.

فروید^۴ (۱۹۱۵) در نظریه اولیه روانکاوی درباره انگیزش^۵ سائق‌های بیولوژیکی را اساس تمام فعالیت‌های انسانی می‌دانست. بر این اساس عقیده بر این بود که علت اضطراب، تجمع انرژی لیبیدویی است (به نقل از بیتمن و هلمز^۶، ۲۰۰۲). ظهور روانشناسی ایگو^۷ این نظریه را اصلاح کرد و بعضی کارکردهای خودمختار ایگو را دربرگرفت. دیدگاه سائق‌محور در مورد انگیزه انسانی به دلایلی برای شمار فزاینده‌ای از تحلیل‌گران بی‌اعتبار شده است. نظریه‌پردازان روابط موضوعی^۸، روانشناسان خود^۹، نظریه‌پردازان بین‌فردی و تحلیل‌گران ارتباطی^{۱۰} با وجود تفاوت‌هایی که در جزئیات دارند، همگی در کار بالینی از مدل سائق‌محور و کلاسیک به سمت مفاهیم «خود» و دیگران، یا موضوع^{۱۱} تغییر جهت داده‌اند (سامرز^{۱۲}، ۱۹۹۴). تحقیقات فراوان و شواهد بالینی نشان داده‌اند که سرچشمه انگیزه انسان کاهش تنش نبوده و روابط بین‌فردی را نمی‌توان تا حد ارضای غریزی نیاز تنزل داد. افراد به‌صورت خودانگیخته به دنبال ارتباط با دیگران هستند، نه اینکه برای کاهش تنش به سمت آن‌ها کشیده شوند. ماهیت ذاتاً ارتباطی انسان، پایه‌ای برای رویکردهای تحلیلی معاصر است که با نام تحلیل‌گران ارتباطی مشخص شده‌اند. این تغییر جهت از مدل روانشناسی یک نفره^{۱۳} به مدل روانشناسی دوفره^{۱۴} شروعی برای مفهوم-بندی‌های جدیدی در دنیای روان‌تحلیل‌گری شد (سامرز، ۲۰۱۱).

نظریات روانکاوی کلاسیک در رابطه با اعتیاد

همان‌طور که در ساختار و فرایند روان‌تحلیلی، تغییراتی را در گذر زمان شاهد هستیم، در تبیین مفهوم اعتیاد هم تبیین‌های روانشناختی دچار تغییراتی شده‌اند. در ابتدای شروع روانکاوی، روانکاوان حوزه سوءاستفاده از مواد را از دامنه وضعیت‌های درمان‌پذیرشان بیرون گذاشته بودند. فروید، صریحاً تردید خود را در رابطه با اینکه آیا اعتیاد قابل‌درمان است یا اینکه روانکاوی باید در اینجا توقف کند اعلام نمود (به نقل از رزچایلد و جلمن^{۱۵}، ۲۰۰۹). با توجه به فعالیت‌های آن زمان، احتمالاً حق با او بود. تکنیک فروید تداعی آزاد بود. در این تکنیک بیمار هر آنچه به ذهنش می‌رسد را بدون سانسور بیان می‌کند و روانکاو منتظر می‌ماند تا او موضوعی بیاورد و سپس راجع به آن بحث کند. با توجه به این تکنیک، احتمال اینکه فرد معتاد، موضوع سوءاستفاده از مواد را حتی زمانی که اعتیاد شدید است، به میان

¹ Bowden-Jones

² Kienast, Stoffers, Bermphol, & Lieb

³ Frederickson, Messina, & Grecucci

⁴ Freud

⁵ motivation

⁶ Bateman, & Holmes

⁷ ego psychology

⁸ object relations

⁹ self psychology

¹ relational psychoanalysts 0

¹ object 1

¹ Summers 2

¹ one-person psychology 3

¹ two-person psychology 4

¹ Rothschild & Gellman 5

آورد، پایین است. از دیدگاه فروید، مواد جایگزین و بازسازی اعتیاد به خودارضایی است. او تشخیص داد که مشابه با خودارضایی، مواد راهی است برای لذت‌جویی بدون اینکه نیاز به فرد دیگری وجود داشته باشد (به نقل از وچتین کیویچ، ۲۰۱۸). از دیگر نظریه‌پردازان کلاسیک که به موضوع اعتیاد پرداخته‌اند می‌توان رادو را نام برد. رادو (۱۹۳۳) تمرکز خود را از مواد بر فرد مصرف‌کننده برگرداند و نوشت: «مطالعه روانکاوانه مشکل اعتیاد با درک این حقیقت شروع می‌شود که نه عامل سمی، بلکه تکانه برای مصرف آن است که فرد معتاد را مشخص می‌سازد». از دیدگاه او، دو نوع ماده وجود دارد، هدف اولی، کاهش درد است که شامل مواد تسکین‌دهنده و خواب‌آور است. دومی ماده‌ای است که تأثیرات لذت‌بخش دارد و شامل محرک و سرخوشی‌آور می‌شود؛ هرچند، این دو در فرایند هیجانی با یکدیگر درهم می‌آمیزند. در حالت سرخوشی، ایگو درجه خودشیفته ابتدایی خودش را بازمی‌یابد. در سرخوشی بسیار بالا، علاقه به واقعیت ناپدید می‌شود و تمام ابزار ایگو که در خدمت واقعیت و بازدارنده‌ی غرایز است، مورد غفلت قرار می‌گیرند (جونز، ۲۰۰۹).

روابط موضوعی

علی‌رغم نظر فروید در رابطه با اینکه روانکاوی ممکن است برای درمان اعتیاد مناسب نباشد، صداهای روانکاوانه دیگری در دهه ۱۹۴۰ ظاهر شدند (رزچاپلد و جلمن، ۲۰۰۹). در اوایل این دهه، جامعه روانکاوی بریتانیا، به سه گروه تقسیم شد. گروه اول گروهی بودند که ابداعات ملانی کلاین در نظریه و تکنیک را پذیرفتند. گروه دوم به مفاهیم سنتی‌تر فرویدی وفادار ماندند و رهبری آن‌ها را آنا فروید بر عهده داشت که به روانشناسی ایگو گسترش پیدا کردند. گروه سوم نیز گروهی بودند که گروه مستقل یا میانه نام گرفتند که نسخه‌های غیرکلاسیک نظریه‌های روابط موضوعی را به وجود آورده و گسترش دادند (میچل و مارگارت، ۱۹۹۵). نقطه شروع تفکر روابط موضوعی، نیاز فرد برای رابطه است. انسان‌ها در شرایطی رشدنیافته به دنیا می‌آیند که نیازمند فرد دیگری برای بقای فیزیکی و روانشناختی خود هستند؛ بنابراین یک حقیقت بنیادی در خصوص وجود انسان، وابستگی به دیگری است که در ابتدا برای بقای فیزیکی و روانشناختی است و بعدتر برای سلامت روانشناختی (استادتر، ۲۰۰۹). نظریه‌پردازان روابط موضوعی وجوه اشتراک مختلفی دارند؛ همه آن‌ها بر تأثیر مراحل رشدی اولیه بر شکل‌گیری دستگاه روانی تمرکز می‌کنند، به رشد بهنجار و آسیب‌شناختی خود و شکل‌گیری هویت علاقه‌مند هستند و یک جهان درونی شده روابط موضوعی را به‌عنوان بخشی از مفهوم‌سازی‌شان از دستگاه روانی پذیرفته‌اند (پرسون، کوپر، گبارد، ۲۰۰۵). کار بالینی با افراد معتاد، این مسأله را می‌آموزد که مواد، موضوع بسیار مهمی برای آنها است؛ چیزی که فرد معتاد با آن روابط موضوعی خاصی دارد. از این‌رو ایده‌هایی که از دیدگاه روابط موضوعی نشأت می‌گیرند، ممکن است مفهوم‌سازی حاوی تجربه نزدیک اصیل از پدیده پیچیده اعتیاد فراهم کنند (پوتیک، ۲۰۱۸). در جهت تبیین اعتیاد، نظریه‌پردازان مختلف روابط موضوعی تفسیرهای مختلفی ارائه داده‌اند. از جمله آنها می‌توان به وینی‌کات اشاره کرد. وینی‌کات اعتیاد به مواد، الکل، غذا و سکس را تلاشی در جهت دوباره پیدا کردن موضوع گمشده با استفاده از ارضای مستقیم فیزیکی می‌بیند. به این معنا، اعتیادها شبیه پدیده انتقالی هستند زیرا نمایانگر مادر هستند حال آنکه خود مادر نیستند (وینی‌کات، ۱۹۷۱)؛ بنابراین، می‌توان اعتیاد را از زاویه واپس‌روی به مرحله‌ای که در آن موضوع انتقالی باقی مانده است، توضیح داد (وینی‌کات، ۱۹۵۳). برخلاف دارایی‌های انتقالی یک کودک، اعتیادها کنار گذاشته نمی‌شوند زیرا پاسخ‌های مبتنی بر واپس‌روی^۱ به محرومیت هستند و تلاش دارند تا رابطه اولیه با مادر قبل از محرومیت را دوباره به دست آورند. در نتیجه به جای جلو بردن رشد، اعتیادها گرایش به تثبیت شدن دارند (پوتیک، ادلسون، شریبر، ۲۰۰۷). برخی نظریه‌پردازان دیگر، بر اساس مفاهیم نظریه وینی‌کات، سعی در تبیین اعتیاد داشته‌اند. مثلاً ایگن^۲ (۲۰۱۱) توجه خود را به سمت رابطه بین اعتیاد و تجربه تنهایی اصیل در مرحله وابستگی مطلق برد. او اظهار کرد که نوزادان و بزرگسالان نیاز به تجربه تنهایی، سکوت و تداوم بدون آگاهی از محیط حمایتگری دارند که به آن‌ها اجازه چنین حالتی از بودن را می‌دهد. این نوع از تنهایی نیاز به پیش‌زمینه‌ای حمایتگر و حضور مراقبت‌گرانی دارد که به تجربه نوزاد تجاوز

¹ Wojtynkiewicz

² Rado

³ Jones

⁴ Mitchell, & Margaret

⁵ Stadter

⁶ Person, Cooper, & Gabbard

⁷ Potik

⁸ Winnicott

⁹ transitional phenomenon

¹ regression 0

¹ Adelson, & Schreiber 1

¹ Eigen 2

A Review on Addiction from a Psychoanalytic view, from Fixation to Emotion Dysregulation

نمی‌کنند. تجربه این نوع تنهایی منجر به رشد ذهنیت می‌گردد. شباهت آشکاری بین اعتیاد به مواد و وابستگی مطلق در کودکان وجود دارد؛ یعنی زمانی که کودک از حضور مادر که نیازهایش را برآورده می‌سازد آگاه نیست و در دنیایی جادویی زندگی می‌کند، احساس همه‌توانی می‌کند و همه فعالیت‌هایش در جهت ارضای نیازها است. جملاتی مانند (هر زمان بخواهم می‌توانم ترک کنم) یا (من معتاد نیستم)، موازی با انکار در کودکان است (دایرکتور، ۲۰۰۲؛ پوتیک، ادلشون، شریبر، ۲۰۰۷؛ جانسون، ۱۹۹۹). همچنین فرد معتاد همچون دنیای ابتدایی یک نوزاد، در تلاش است تا دنیایی عاری از رنج و درد خلق کند. محرومیت از مواد نیز فرد را با تهدید روبرو شدن با دنیای واقعی روبرو می‌کند و این چیزی شبیه اضطراب ازهم فروپاشیدگی است (فاسینو و همکاران، ۲۰۰۴).

از نظریه ملانی کلاین نیز در جهت تبیین اعتیاد استفاده شده است، کلاین دو موضع تجربه را مطرح کرد؛ موضع پارانویید-اسکیزوئید^۴ و موضع افسرده‌ساز^۵. پارانویید به اضطراب گزند و آسیب مرکزی، ترس از شرارت و حمله بیرونی و اسکیزوئید به دفاع مرکزی دوطرفه‌سازی^۶ (جداسازی پستان خوب از پستان بد) اشاره دارد. از دیدگاه کلاین، گرایشی ذاتی به سمت یکپارچگی وجود دارد که نوزاد را به حس کردن موضوع به‌صورتی کامل (نه کاملاً خوب و نه کاملاً بد) ترغیب می‌کند. کلاین این حالت از تجربه را موضع افسرده‌ساز نامید. در این موضع، اضطراب پارانویید تقلیل می‌یابد؛ ناکامی و درد فرد نیز توسط یک شیطان خالص اتفاق نمی‌افتد، بلکه به خاطر جای‌الخطا بودن و ناپایداری رخ می‌دهد (میچل و مارگارت، ۱۹۹۵). از نظر رزنفیلد^۸ (۱۹۶۰)، فرد معتاد از موضع افسرده‌ساز به موضع پارانویید-اسکیزوئید برمی‌گردد. همچنین، پوتیک (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای در راستای مفهوم‌سازی اعتیاد از دیدگاه کلاین، بر شباهت‌های بین موقعیت پارانویید-اسکیزوئید و اعتیاد به هروئین می‌پردازد. از نظر او، افراد معتاد از مکانیسم‌های دفاعی مشابه با مکانیسم‌های دفاعی نوزادان در مقابله با اضطراب استفاده می‌کنند؛ اضطرابی که از درگیری با واقعیت بیرونی و درونی پر از گزند و آسیب برمی‌خیزد. فرد معتاد مواد را با بدنش می‌آمیزد تا هیجان مثبت را از بیرون دریافت کند. طبق نظر کلاین، نوزاد نیز لذت را از یک موضوع بیرونی دریافت می‌کند. از نظر او، نزدیکی فیزیکی و ذهنی نوزاد به پستان مادر، برای او حس یکپارچگی و اتحاد ایجاد می‌کند. بعضی از معتادان می‌گویند که تجربه هروئین برای بار اول بهترین تجربه آن‌ها بوده است و تا همیشه، به دنبال تکرار آن هستند. کلاین نیز عنوان می‌کند که یک میل عمومی در انسان‌ها برای بازگشت به حالت جنینی وجود دارد. فانتزی نهایی نوزاد برای معلق ماندن در حالتی که تغذیه شدن مداوم از پستان وجود دارد، شبیه فانتزی فرد معتاد به استفاده مداوم از مواد است. پوتیک همچنین به این موضوع می‌پردازد که همان‌طور که کودکان در ابتدا قادر به درک این مسأله نیستند که تجارب منفی و تجارب مثبت هر دو از یک موضوع دریافت می‌شوند، این دوطرفه‌سازی در درک فرد معتاد از موضوعها نیز صدق می‌کند. واسکا^۹ (۲۰۰۶) نیز از برخی ایده‌های کلاین در بحث خود راجع به روابط موضوعی درونی و بیرونی افراد معتاد استفاده کرد. او دریافت که بیماران معتاد از جانب یک موضوع خودشیفته، میزان زیادی رهاشدگی و شکنجه تجربه کرده‌اند. از دیدگاه او یک فرم از به عمل درآوردن روابط موضوعی، اعتیاد است، اعتیاد به الکل، قمار، مواد، سکس و دیگر انواع آن. این در رابطه با درمانگر نیز به‌صورت انتقال خودش را نشان می‌دهد. همچنین بیمار در انتقال با درمانگر، پویایی‌های سادومازوخیستیک^{۱۰}، همانندسازی فرافکنانه^{۱۱} و فانتزی‌های گزند و آسیب^{۱۲} و از دست دادن را تجربه می‌کند.

آسیب‌شناسی مرزی و خودشیفته در اعتیاد به الکل مورد بحث قرار گرفته‌اند (کرنبرگ، ۱۹۸۵^{۱۴}؛ کوهاث، ۱۹۷۱^{۱۵}). کرنبرگ (۱۹۸۵) پویایی‌های روابط موضوعی مختلفی را در رابطه با اعتیاد ارائه می‌دهد. از نظر او اعتیاد ممکن است جایگزین یک تصویر والدینی در افسردگی و یا یک مادر کاملاً خوب در شخصیت مرزی یا سوخت‌دهنده^{۱۶} مجدد یک خود بزرگ‌بین در خودشیفتگی باشد. او بر ضعف ایگو در

¹ Director

² Johnson

³ Fassino

⁴ paranoid – Schizoid position

⁵ depressive position

⁶ splitting

⁷ whole object

⁸ Rosenfeld

⁹ Waska

¹⁰ acting out 0

¹¹ sadomasochistic 1

¹² projective identification 2

¹³ persecutory 3

¹⁴ Kernberg 4

¹⁵ Kohut 5

شرایط مرزی، تأکید و در رابطه با عدم تحمل اضطراب، عدم کنترل تکانه، دفاع‌های ابتدایی شامل جداسازی درون‌فکنی‌های خوب و بد و دویاره‌سازی و انکار در خدمت جلوگیری از اضطراب مربوط به پرخاشگری، صحبت کرده است. استفاده از اعتیاد، به تعریف کرنبرگ از اختلالات شخصیت خودشیفته و مرزی شباهت دارد. در خودشیفتگی، ناتوانی برای تحمل تنهایی با استفاده از اتکا بر فانتزی‌های درونی ساختاریافته حل می‌گردد که به فرد اجازه می‌دهند نسبت به رفت‌وبرگشت‌های روابط واقعی بی‌تفاوت بماند (ولکان، ۱۹۷۳). در فردی که شخصیت مرزی دارد، بی‌ثباتی عاطفی به‌وسیله نیاز برای اطمینان از یک فرد آرمانی شده پاسخ داده می‌شود. در اعتیاد، رابطه نه با فانتزی‌های درونی آرمانی شده یا افراد آرمانی شده، بلکه با یک رفتار اعتیادی آرمانی شده است (جانسون، ۱۹۹۳).

روانشناسی خود

مهم‌ترین فردی که در نظریه‌پردازان روان‌تحلیلی، به مسأله خود پرداخته است هاینز کوهات است. او خود را به‌عنوان مرکز شهود و دریافت‌کننده تأثیرات در نظر گرفت؛ یک ساختار منسجم که از نظر مکانی و زمانی پایدار است؛ بنابراین خود در دیدگاه کوهات هسته سازمان‌یافته تجارب انسانی است که هویت و حس بودن ما را تشکیل می‌دهد (کوهات، ۱۹۷۱). دلایل زیادی وجود دارد که بتوان اعتیاد را به‌عنوان یک اختلال خود در نظر گرفت. واژه «خودشیفتگی» و «اعتیاد» (نارکوتیک^۱ و نارکوسیس^۲ به‌عنوان هم‌معنی‌های آن کلمه) از ریشه‌ای یونانی گرفته شده است: نارکه^۳ که می‌تواند به‌صورت «گیج شدن» یا «گیج کردن»^۴، «کمبود حس»^۵ ترجمه شود که توسط نویسندگان به‌عنوان این اصل فهمیده می‌شود که هدف هر دو نوع آسیب‌شناسی روانی، تسکین ادراک‌ها یا احساس‌های کند^۶ است (اولمن و پاول، ۲۰۱۳). از نظر روانشناسان خود، مواد، تنها موضوع عشقی فرد معتاد در نظر گرفته می‌شود و به‌صورت بخشی از خود او درمی‌آید. چهار نوع آسیب‌شناسی خود را که بیماران تجربه می‌کنند، می‌توان در رابطه با اعتیاد مطرح کرد: (۱) آن‌ها خودتخریب‌گر هستند. (۲) آن‌ها بسیار در خودفرورفته هستند. (۳) آن‌ها فاقد جنبه‌هایی از خود هستند که خودمراقبتی^۷ و عزت‌نفس را تنظیم می‌کند. (۴) مفهوم خود، شکننده و درخطر ازهم‌پاشیدگی است (ون اسکور، ۱۹۹۲). کوهات اختلال خودشیفتگی را هسته آسیب‌شناسی اعتیاد می‌داند. از نظر کوهات، مشکل اساسی در این شخصیت‌های خودشیفته کمبود ساختار روانشناختی درونی برای این است که خودتنظیمی تنش، خودآرام-سازی و عزت‌نفس را میسر سازد. کوهات اعتیاد را تلاشی در جهت جبران این ساختار گمشده می‌بیند؛ که بنابراین کارکرد کاهش تنش و تنظیم عزت‌نفس را داشته باشد. از این دیدگاه، اعتیاد تلاشی نومیدانه برای درمان درونی‌سازی شکست‌خورده کارکردهای موضوع خود^۸ است (کوهات، ۱۹۷۷). طبق نظر کوهات، وقتی از دست‌دادن موضوع خود آرمانی، ناگهانی، شدید و نامتناسب با دوره رشدی باشد، کودک، ساختار درونی لازم را کسب نمی‌کند. به همین دلیل، بعدها در طول زندگی، روان بر موضوع‌های بیرونی خاص برای تنظیم این کارکردها وابسته می‌ماند. زمانی که شکست‌های همدلانه مادر، ناگهانی و شدید نیست و متناسب با دوره رشدی است، کارکردهای موضوع خود در خود، در طول فرایندی به نام درونی‌سازی دگرگون‌ساز^۹، یکپارچه می‌گردد. درونی‌سازی دگرگون‌ساز برای ظرفیت آرام‌کننده، دقیقاً همان چیزی است که معتاد به آن نیاز دارد، اما از دست داده است. کمبود در توانایی آرام‌سازی خود، باعث می‌شود که فرد معتاد بر برون‌سازی دگرگون‌ساز^{۱۰} تکیه کند. در این فرایند، فرد تلاش می‌کند تا راحتی را به وسیله یکپارچه کردن یک موضوع بیرونی با خود به دست آورد، چیزی که کارکردهای از دست‌رفته در ساختار روان را فراهم می‌آورد (گراهام و گلیکاف هاگس، ۱۹۹۳).

¹ Volkan

² narcotic

³ narcosis

⁴ Narke

⁵ stupefying

⁶ making stupefied

⁷ depriving of sensing

⁸ Blunt

⁹ Ulman, & Paul

¹ self-care

¹ Van Schoor

¹ self-object

¹ transmuting internalization

¹ transmuting externalization

¹ Graham, & Glickauf-Hughes

0

1

2

3

4

5

A Review on Addiction from a Psychoanalytic view, from Fixation to Emotion Dysregulation

لوین^۱ (۱۹۸۷) با تأثیرپذیری از مفاهیمی که توسط کوهات مطرح گردیده است، مفهوم اعتیاد به الکل را از جنبه روانشناسی خود، گسترش داد. لوین مدعی بود که اعتیاد به الکل، دفاعی است علیه فروپاشی مکانیسم‌های دفاعی و از هم‌پاشیدگی خود که به معنی انهدام روانشناختی است. او باور داشت مواد روان‌گردان، تلاشی هستند در جهت تأمین بیرونی چیزی که از لحاظ درونی از بین رفته است. همچنین، فرضیه خوددرمانی^۲ خانتزیان^۳ (۱۹۸۲) که زیربنای نظریه تنظیم عاطفه است، بسط این نظریه کوهات است که سوء‌مصرف مواد یک رفتار جبرانی است که از رشد ناکافی ساختار روانی نشأت می‌گیرد. او طرحی از اعتیاد به مواد روان‌گردان را بر اساس این فرض که افراد معتاد برخی کمبودها را در خصوص خود و ایگو نشان می‌دهند، خلق کرده است. این کمبودها منجر می‌شوند که فرد از مواد به‌عنوان راهی برای خوددرمانی استفاده کند. او همچنین بیان کرده است که انتخاب الکل ممکن است با حس دفاعی عمیق در برابر تجربه ترس و ناراحتی ناشی از نزدیکی افراد به وابستگی و صمیمیت، ارتباط داشته باشد (خانتزیان، ۲۰۰۷).

روانکاوی ارتباطی

گرینبرگ و میچل^۴ (۱۹۸۳) مدل ارتباطی را به‌عنوان دیدگاهی پایه‌گذاری کردند که روابط با دیگران، نه سائق‌ها را به‌عنوان موضوع مهم زندگی روانشناختی در نظر گرفتند. طیف متنوعی از نظریه‌های ارتباطی وجود دارند، اما همگی نگاهی مشترک دارند؛ این که واحد مبنایی پژوهش، فرد به‌عنوان یک موجودیت مستقل نیست که خواسته‌هایش با واقعیتی بیرونی برخورد می‌کند؛ بلکه زمینه‌های تعاملی است که در آن فرد تلاش می‌کند تا ارتباط برقرار کند و خودش را توضیح دهد. در واقع، بافت ارتباط‌مندی^۵، معنی را مشخص می‌کند (وارشا و اسکولنیک^۶، ۱۹۹۲). درحالی‌که تاریخچه دو حوزه روانکاوی و اعتیاد نشان‌دهنده دنیاهای کاملاً متفاوتی است که به یکدیگر اعتماد کمی داشتند، امروزه تغییر و تعدیل‌هایی در هر کدام از این حوزه‌ها رخ داده که آن‌ها را به هم نزدیک‌تر کرده است. روانکاوی معاصر به‌طور فزاینده‌ای یک موضع ارتباطی اتخاذ کرده و درمان سوء‌استفاده از مواد، بسیار تحت تأثیر رویکرد کاهش آسیب است. به دلیل این تغییرات، هریک از این رویکردها بیشتر تمایل پیدا کرده‌اند که به یکدیگر گوش داده و از دیگری بیاموزند (رزچایلد، ۲۰۰۷). در روانکاوی ارتباطی، ارتباط بین بیمار و دیگران در دنیای بیرون، همچنین درون بیمار، تصاویر دیگرانی که فرد آن‌ها را در ذهنش حمل می‌کند و روابط بین جنبه‌های مختلف شخصیت یا خود فرد در نظر گرفته می‌شود. به‌نظر می‌رسد در عمل، این درمان، فراز و نشیب‌های رابطه روانکاو-بیمار را نه‌تنها به‌عنوان منبع اطلاعات، بلکه مکانیسمی برای تغییر درمانی در نظر می‌گیرد. در روانکاوی ارتباطی، الگوهای درونی شده ارتباطی تکرار می‌شوند و مورد واکاوی قرار می‌گیرند. روانکاوان ارتباطی، آگاهی بیمار از جنبه‌های از هم گسسته وجودش را تسهیل می‌کنند و بیمار می‌تواند شناخت کامل‌تری از خود پیدا کند. فرایند ارتباطی، خود یک وسیله تغییر است (میچل، ۱۹۸۸؛ بولاس^۷، ۲۰۱۷).

چرخش ارتباطی روانکاوی منجر به انعطاف‌پذیری بیشتر در کار بالینی گردیده که باعث شده است برای درمان اعتیاد مناسب‌تر باشد. هدف یک روانکاوی ارتباطی این است که بیمار را از طریق انتقال و انتقال متقابل^۸ بشناسد و کشف کند چگونه ماده مصرفی نقشی ارتباطی و خوددرمانگر برای مصرف‌کننده دارد. یکی از جنبه‌های مهم درمان، تحلیل معناهای ارتباطی و نمادین استفاده از ماده است. کلید این است که کاوش کنیم و هرگز فرض را بر این نگذاریم که می‌دانیم استفاده از ماده چه معنا و کارکردی برای یک فرد خاص دارد (رزچایلد و جلمن، ۲۰۰۹). فرد مصرف‌کننده تمایل دارد عمل‌کننده باشد. در واقع مواد، تنها منبع او برای نشان دادن نیازهای رابطه‌ای متعارض است که این نقطه، هدف درمان است (دایرکتور، ۲۰۰۲). اتکا به عمل، سنگ بنای شخصیت فرد مصرف‌کننده است (ورمسر^۹، ۱۹۷۸). در دیدگاه ورمسر، عمل مصرف‌کننده مواد، جایگزینی قدرتمند برای فرار از عواطف دردناک و ابزاری ناکافی برای نمادین‌سازی است. ورمسر مشکلات آن‌ها را کمبود نمادین‌سازی نامیده است؛ این اصطلاح، نقیصی را توصیف می‌کند که دامنه‌ای از ناتوانی در تشخیص و نام‌گذاری احساسات تا شکست در به‌کارگیری فانتزی یا کشف دنیای درونی را در برمی‌گیرد. در این دیدگاه، عمل، شکل خاصی از برونی‌سازی است که به فرد ویژگی‌های معجزه‌آسای حل‌کننده مشکلات خود را نشان می‌دهد (ورمسر، ۱۹۷۷). به‌هرحال، هر درمانگری که ارتباطی فکر می‌کند چنین

¹ Levin

² self medication

³ Khantzian

⁴ Greenberg, & Mitchell

⁵ relatedness context

⁶ Warshaw, S. C., & Skolnick, N. J.

⁷ Bollas

⁸ transference & countertransference

⁹ Wurmser

¹ hyposymbolization

روایت‌هایی را می‌شنود و درباره چگونگی تظاهر پویایی‌های آن‌ها در درمان تفکر می‌کند؛ نه تنها در رفتار بیمار بلکه در رابطه‌اش با درمانگر. این موضوع زمانی به‌درستی پیش می‌رود که بیمار قادر به عمل کردن است و این امید وجود دارد که تا حدودی تعارض‌های نسبی خود را در رابطه با درمانگر که سابقاً به استفاده‌اش از مواد منتقل می‌شد، حل کند (دایرکتور، ۲۰۰۲). درمانگر نیز باید کاملاً انسان بوده و تا حد ممکن نسبت به چیزهایی که به رابطه می‌آورد و چیزهایی که برانگیخته می‌شوند، هوشیار باشد. در این بافت ارتباطی باز و محترمانه، فضایی گشوده می‌شود که نمی‌تواند در رابطه با شیء بی‌جان یا متخصصی مستبد گشوده شود (رزچایلد، ۲۰۰۷).

نقص عملکرد ایگو

بر اساس نظر خانتزین (۲۰۱۵) در افراد معتاد، ایگو در دو بخش از جنبه‌های عملکردی خود شامل خودمراقبتی و نظم‌دهی هیجانی^۱ دچار اختلال شده است. در نتیجه آسیب به بخش خودمراقبتی ایگو، علی‌رغم وجود نشانه‌های آسیب به خود خطرناک، در این افراد ما شاهد گرایش‌های تکراری و اصرار به مصرف هستیم. جنبه دوم از اختلال در بخش عملکردی ایگو، ناتوانی در نظم‌دهی هیجانی است. بر این اساس، این افراد اغلب از مکانیسم دفاعی انکار استفاده کرده یا نمی‌توانند احساسات خود را شناسایی کنند و به کلام در آورند. همچنین احساسات ناشناخته‌ای از ترس را تجربه می‌کنند و ممکن است از افسردگی مبهمی که همراه با تجربه‌های طاقت‌فرسا و اجتناب‌ناپذیر است، در رنج باشند (خانتزین، ۲۰۱۵). خودمراقبتی یک عملکرد جهانی و عمومی است و با عملکرد ایگو، همچون علامت‌دهی اضطراب^۲، واقعیت‌سنجی^۳، قضاوت^۴ و استنتاج^۵ مرتبط است. زمانی که خودمراقبتی آسیب می‌بیند بخش‌های خاصی از سازوکارهای دفاعی ایگو مانند فرافکنی یا عقلانی‌سازی، دچار افراط می‌شوند. رفتارهای خودتخریبی مشهود در افراد الکلی ناشی از آسیب‌ها و نقص‌هایی در عملکردهای ایگو است که به‌موجب آن افراد نمی‌توانند به‌اندازه کافی آگاه باشند، احتیاط کنند و یا بترسند و از رفتارهایی که مخرب هستند اجتناب کنند. این عملکرد خودمراقبتی ایگو، نشأت گرفته از رابطه اولیه کودک-مادر است؛ زمانی که عملکردهای مراقبت‌گرایانه و محافظتی مادر به‌صورت تدریجی در روان کودک درونی شده و در نهایت او می‌تواند در موقعیت‌های آسیب‌رسان به‌قدر کافی از خود مراقبت کند (خانتزین، ۱۹۷۸). درحالی‌که خودمراقبتی در خدمت آگاهی‌بخشی/هشدار دادن و مراقبت در برابر خطرات بیرونی و عواقب رفتارهای پرخطر است، نظم‌دهی هیجانی، هشداردهنده و راهنمای ما در مدیریت زندگی هیجانی درونی‌مان است. بسیاری از فرایندهای شکل‌گیری خودمراقبتی در رابطه مادر-کودک در مورد نظم‌دهی هیجانی نیز صادق است. در اثر آسیب دیدن بخش تنظیم احساسات ایگو، شاهد اشکالی از ناتوانی در شناسایی و کلامی کردن احساسات، ناتوانی در تحمل احساسات دردناک مانند؛ اضطراب، افسردگی، ناتوانی در تعدیل کردن احساسات، مشکلاتی در کنش‌وری و ابتکار و گرایش به نمایش تظاهرات احساسات مفرط شامل؛ هیپومانیا^۶، حالت‌های تشویشی-اضطرابی^۷، حمله‌های ترس^۸ و فوران‌های هیجانی ناپایدار، هستیم (خانتزین، ۲۰۱۵). اخیراً در روان‌درمانی و روانشناسی سلامت به توانایی تنظیم هیجان‌ات به روشی کارآمد و انطباقی پرداخته می‌شود (کونتاردی^۹ و همکاران، ۲۰۱۶؛ گرکیوچی، جاب و فردریکسون، ۲۰۱۷؛ فردریکسون، مسینا، گرکیوچی، ۲۰۱۸^{۱۰}). امروزه روش‌های درمانی مختلفی به هیجان‌ات و نقش آن‌ها در نشانگان اختلالات روانی/جسمانی می‌پردازند. روان-درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) نیز از جمله این رویکردها است. در این روش دوانلو از نوعی مصاحبه خاص استفاده می‌کند ولی به‌شدت به اصول بنیادین روان‌تحلیلی پایبند است: آزاد کردن احساسات نهفته بیمار، تفسیر مقاومت، توجه به رابطه انتقالی و ارتباط دادن آن به روابط جاری و گذشته. در روش دوانلو درمانگر در برابر مقاومت موضع منفعلانه‌ای ندارد، بلکه با قدرت هرچه بیشتر با مقاومت و دفاع چالش می‌کند. این امر، ناگزیر خشم بیمار را برمی‌انگیزد و به دنبال آن بیمار تلاش می‌کند تا به طریق خاصی که در خارج از اتاق

¹ regulation of feelings

² signal anxiety

³ reality testing

⁴ judgment

⁵ synthesis

⁶ hypomania

⁷ phobic-anxiety

⁸ panic attacks

⁹ Contardi

¹⁰ Grecucci, Job, & Fredrickson

¹ Fredrickson, Messina, & Grecudci

¹ Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy

A Review on Addiction from a Psychoanalytic view, from Fixation to Emotion Dysregulation

درمان عادت دارد، از آن عامل اجتناب و آن را پنهان کند (قربانی، ۱۳۹۰). به‌منظور کاهش حالات عاطفی بدتنظیم‌شده، سه اصل بنیادین در ISTDP مدنظر قرار می‌گیرد: (۱) تنظیم در برابر ابراز؛ یعنی تنظیم اضطراب و غیرفعال‌سازی دفاع‌ها و سپس برانگیختن و ابراز احساسات واقعی (زیرین؛ ۲) تمرکز روی تجربه هیجانی؛ یعنی تمرکز مداوم روی احساسات و پردازش آن‌ها و مکانیزم‌های کژتنظیمی هیجان طی جلسه؛ (۳) استفاده از راهبردهای تجربی؛ یعنی بیمار تشویق می‌شود که به جای اجتناب از احساسات خود از طریق استراتژی‌های شناختی و انحراف توجه، آن‌ها را کامل تجربه کند. این سه اصل بنیادین در چند مرحله طی درمان به اجرا درمی‌آیند؛ در فاز اول، احساسات از طریق ارائه مثال‌های روشن از موقعیت‌ها برانگیخته می‌شوند. در فاز دوم، مکانیزم‌های تنظیم‌کننده هیجان تقویت می‌گردند؛ یعنی شناسایی موقعیت‌های پراضطراب، دانستن اینکه چه زمان احساسات با اضطراب دچار کژتنظیمی می‌شوند، تمایز بین علائم فعال شدن احساس از اضطراب و ارزیابی میزان اضطراب بیمار. در فاز سوم، مکانیزم‌های کژتنظیمی بیمار کاهش داده می‌شوند یا مسدود می‌گردند؛ یعنی احساس، اضطراب، دفاع و محرک تفکیک داده می‌شوند، دفاع‌ها مسدود می‌گردند و به بیمار در جهت تمیز دادن احساس اصیل از احساس دفاعی کمک می‌شود. در فاز چهارم، تجربه و ابراز کامل هیجان و جزئیات آن از جمله تجارب بدنی و تکانه‌های مرتبط با احساس هرچه عمیق‌تر تجربه می‌گردد. در نهایت بیمار ظرفیتی پیدا می‌کند که احساسات خود را بدون این‌که دچار کژتنظیمی شده باشند تجربه نماید (فردریکسون و همکاران، ۲۰۱۸).

اگرچه افراد معتاد در تاریخچه تروماتیک و مشکلات دل‌بستگی با یکدیگر تفاوت زیادی دارند، آن‌ها مدام نمی‌توانند با تجربه هیجانی‌شان ارتباط برقرار کنند. اعتیاد تقریباً همیشه در اجتناب شدید از خود خلاصه می‌شود. پژوهش در این زمینه دشوار است؛ زیرا شرایط محرومیت با اضطراب ترکیب شده است. اگر جوانب پزشکی اعتیاد را کنار بگذاریم و بر درمان روانشناختی افراد معتاد تمرکز کنیم، اول از همه، مثلث بحران عبارت است از: آن‌ها عواطف را تجربه می‌کنند، عواطف سطوح بالایی از اضطراب را برمی‌انگیزد و در میان دفاع‌هایشان، از مواد برای بی‌حس کردن عواطف و اضطراب استفاده می‌کنند. تأثیر تحمل کم آن‌ها در رفتارها دیده می‌شود؛ صحبت تکانشی، تخلیه هیجانی، صحبت سریع. البته این‌ها دفاع‌های کاهنده‌اند. در جلسه، بیمار ممکن است به‌طور تکانشی به‌محض اینکه احساسی داشت، صحبت کند. بیمار که احساسش را به‌سختی تحمل می‌کند، ممکن است از صندلی برخیزد و دور اتاق راه برود. او به‌محض اینکه حسی دارد، مضطرب می‌شود و گفتارش سرعت می‌گیرد. تحمل کم آن‌ها در دفاع‌هایشان نیز دیده می‌شود؛ فراقنی، طرد و دوپاره‌سازی. زمانی که دفاع‌های کاهنده گفتار سریع، تخلیه روانی، صحبت تکانشی، فراقنی، طرد و دوپاره‌سازی به قدر کافی برای کمک به بیمار برای جلوگیری از تجربه عواطف و اضطراب کمک نکرد، او از مواد برای بی‌حس کردن عواطف و اضطرابش کمک می‌گیرد (فردریکسون، ۲۰۱۴).

پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه تأثیر درمان‌های روانکاوانه بر اعتیاد محدود است. از طرفی، این پژوهش‌ها اکثراً به‌صورت موردی انجام شده‌اند. از جمله پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه تأثیر درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت بر اعتیاد می‌توان به مطالعه فردریکسون و همکاران (۲۰۱۹) اشاره کرد. آن‌ها در یک مطالعه پایلوت، به‌منظور اجرای یک برنامه توان‌بخشی دارویی در بیمارستان، بر اساس روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، از طرح آزمایش تصادفی کنترل‌شده و شش ماه پیگیری هم برای گروه کنترل و هم برای گروه آزمایشی استفاده کردند. در این مطالعه، برنامه درمانی بیمارستانی ۳۰ روزه‌ای با استفاده از رویکرد روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده برای بیماران تعبیه شده بود که ویژگی‌های اساسی آن عبارت بود از تنظیم اضطراب، بازشناخت هیجان، مدیریت پاسخ‌های ترس، فرایندهای فراقنه. گروه کنترل ۲۰ نفر و گروه آزمایشی ۴۰ نفر بودند که از میان این‌ها ۴۰ درصد افراد گروه کنترل و ۲۳/۸ درصد درمان را ترک کردند. در طول شش ماه، ۱۷/۶ درصد افراد گروه کنترل و ۴۸/۸ درصد افراد گروه آزمایش نتایج درمانی را حفظ کردند.

بحث و نتیجه‌گیری

اعتیاد مسأله‌ای چندبعدی است که عوامل بسیاری در سبب‌شناسی آن نقش دارند. دادز^۱ (۲۰۱۱) از این فرضیه حمایت کرده است که درک اعتیاد، نباید از بقیه آسیب‌شناسی روانی فرد و تاریخچه زندگی‌اش جدا شود. برای مدتی طولانی، درمان روان‌تحلیلی به علت نادیده گرفتن رفتار اخیر بیمار راجع به الکل، برای اعتیاد نامؤثر، مخرب یا غیرضروری تلقی می‌شد. با این‌وجود به تدریج بیشتر رویکردهای رفتاری یا انگیزشی این‌طور در نظر گرفته می‌شدند که تأکید زیادی بر توقف مصرف ماده دارند و فردیت بیماران را نادیده می‌گیرند. این یک موضوع بنیادی در روان‌تحلیلی است که توجه زیادی به فرد و اینکه مصرف ماده از شخصیت او غیرقابل تفکیک است، دارد (وچتین کیویچ،

^۱ Dodes

۲۰۱۸). از طرفی به تدریج با بروز تغییراتی در روند شکل‌گیری رویکردهای معاصر روانکاوی، این حیطه از درمان، موفق شده تا کمک بیشتری به درمان اعتیاد نماید. در این مقاله، ابتدا مقدمه‌ای از سیر تکاملی روانکاوی از گذشته تاکنون ارائه شد. در همین راستا، این مسأله مورد بررسی قرار گرفت که به موازات تغییرات اعمال شده در سیر تکامل روانکاوی، تبیین اعتیاد و میزان اثربخشی این رویکرد درمانی بر اعتیاد نیز دچار تغییراتی شده است. ابتدا از دیدگاه روانکاوی کلاسیک به تبیین اعتیاد پرداخته شد، سپس دیدگاه‌های روانشناسی روابط موضوعی، روانشناسی خود، روانکاوی ارتباطی و روان‌پوشی کوتاه‌مدت و ارتباط آن‌ها با اعتیاد مورد بررسی قرار گرفتند. نکته قابل توجه این است که با وجود اهمیت ساختار شخصیت در رابطه با اعتیاد و همچنین تمرکز رویکردهای روان‌تحلیلی بر رشد و آسیب‌شناسی شخصیت و اثربخشی آنها در این زمینه، پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه اثربخشی این درمان‌ها بر اعتیاد محدود بوده و بیشتر بر پایه مطالعات موردی هستند. در زمینه روان‌پوشی کوتاه‌مدت نیز این مطالعات محدود هستند. شواهد تجربی از اثربخشی روان‌درمانی‌های پویایی حمایت می‌کنند؛ اندازه اثر این نوع درمان‌ها به اندازه دیگر درمان‌ها بالا است و همچنین مبتنی بر شواهد و از نظر تجربی حمایت‌شده هستند (شدلر، ۲۰۱۰). با وجود این شواهد و با توجه به ظرفیت این نوع درمان‌ها در جهت انجام پژوهش‌های آزمایشی کنترل‌شده و از طرفی دیگر، با توجه به اینکه این درمان‌ها، برای ساختار شخصیت و فردیت افراد معتاد اهمیت زیادی قائل می‌شوند، محدودیت پژوهش‌ها در این زمینه موضوعی قابل توجه است. این محدودیت می‌تواند دلایل متعددی داشته باشد؛ از جمله این دلایل می‌توان به عدم آشنایی با دیدگاه‌های معاصر روان‌تحلیلی و به دنبال آن عدم آگاهی نسبت به ظرفیت این دیدگاه‌ها در جهت تأثیرگذاری بر اعتیاد اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات بعدی اثربخشی این دیدگاه‌ها مورد بررسی قرار گیرد. همچنین امید است که در مراکز درمانی اعتیاد، استفاده بهتر و بیشتری از یافته‌های جدید در این حیطه در راستای کمک به این قشر صورت گیرد.

منابع

- قربانی، ن. (۱۳۹۰). *روان‌درمانگری پویایی فشرده کوتاه‌مدت: مبادی و فنون*. تهران: سمت.
- Bateman, A., & Holmes, J. (2002). *Introduction to psychoanalysis: Contemporary theory and practice*. London: Routledge.
- Bollas, C. (2017). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. London: Routledge.
- Bowden-Jones, O., Iqbal, M. Z., Tyrer, P., Seivewright, N., Cooper, S., Judd, A., ... & Cosmic Study Team. (2004). Prevalence of personality disorder in alcohol and drug services and associated comorbidity. *Addiction*, 99(10), 1306-1314.
- Contardi, A., Imperatori, C., Penzo, I., Del, C. G., & Farina, B. (2016). The Association among Difficulties in Emotion Regulation, Hostility, and Empathy in a Sample of Young Italian Adults. *Frontiers in psychology*, 7, 1068-1068.
- Director, L. (2002). The value of relational psychoanalysis in the treatment of chronic drug and alcohol use. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(4), 551-579.
- Dodes, L. M. (2011). *Breaking addiction: A 7-step handbook for ending any addiction*. New York, NY: Harper Collins.
- Eigen, M. (2011). *Contact with the Depths*. London: Karnac Books.
- Fassino, S., Daga, G. A., Delsedime, N., Rogna, L., & Boggio, S. (2004). Quality of life and personality disorders in heroin abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(1), 73-80.
- Frederickson, J. (2013). *Co-creating change*. Kansas City, Missouri: Seven Leaves Press.
- Frederickson, J. J., Messina, I., & Grecucci, A. (2018). Dysregulated Anxiety and Dysregulating Defenses: Toward an Emotion Regulation Informed Dynamic Psychotherapy. *Frontiers in psychology*, 9, 2054-2054.
- Frederickson, J., DenDooven, B., Abbass, A., Solbakken, O. A., & Rousmaniere, T. (2019). Pilot study: An inpatient drug rehabilitation program based on intensive short-term dynamic psychotherapy. *Journal of addictive diseases*, 1-7.
- Frederickson, Jon. (2014, June 3). *ISTDP and Addictions*. Retrieved from <https://istdpinstitute.com/2014/istdp-and-addictions/>.
- Graham, A., & Glickauf-Hughes, C. (1992). Object relations and addiction: The role of "transmuting externalizations". *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 22(1), 21-33.
- Grecucci, A., Job, R., & Frederickson, J. J. (Eds.). (2017). *Advances in Emotion Regulation: From Neuroscience to Psychotherapy*. Lausanne: Frontiers Media SA.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Psychoanalysis and object relations theory*. New York: Basic Books.
- Johnson, B. (1993). A developmental model of addictions, and its relationship to the twelve step program of Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(1), 23-34.
- Johnson, B. (1999). Three perspectives on addiction. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47(3), 791-815.
- Jones, D. B. (2009). Addiction and pathological accommodation: An intersubjective look at impediments to the utilization of Alcoholics Anonymous. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 4(2), 212-234.
- Kernberg, O. F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield.

A Review on Addiction from a Psychoanalytic view, from Fixation to Emotion Dysregulation

- Khantzian, E. J. (1978). The ego, the self and opiate addiction: Theoretical and treatment considerations. *International Review of Psycho-Analysis*, 5, 189-198.
- Khantzian, E. J. (1982). Psychological (structural) vulnerabilities and the specific appeal of narcotics. *Ann NY Acad Sci*, 398(24-32), 13.
- Khantzian, E. J. (1994). Some treatment implications of the ego and self disturbances in alcoholism. In J. D. Levin & R. H. Weiss (Eds.), *The dynamics and treatment of alcoholism: Essential papers* (p. 232-255). Jason Aronson. (Reprinted from M. Bean et al, "Dynamic Approaches to the Understanding and Treatment of Alcoholism," The Free Press, 1981)
- Khantzian, E. J. (2007). *Treating addiction as a human process*. Lanham, Maryland: Jason Aronson.
- Khantzian, E. J. (2015). Psychodynamic Psychotherapy for the Treatment of Substance Use Disorders. In: N. el-Guebaly, G. Carrà, & M. Galanter (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (pp. 811-819). Milano: Springer Milan.
- Kienast, T., Stoffers, J., Bempohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(16), 280-280.
- Knight, R. P. (1937). *The dynamics and treatment of chronic alcohol addiction*. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1(7), 233-233.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. Chicago, Illinois: University of Chicago Press.
- Kohut, H. (1977). Preface to psychodynamics of drug dependence (NIDA Treatment Research Monograph# 12). *Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse*.
- Levin, J. D. (1987). *Treatment of alcoholism and other addictions: A self-psychology approach*. Lanham, Maryland: Jason Aronson.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A., & Black, M. J. (1995). *Freud and Beyond: A History of Modern Psychoanalytic Thought*. New York, NY: Basic Books.
- Person, E. S., Cooper, A. M., & Gabbard, G. O. (Eds.). (2005). *The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc..
- Potik, D. (2018). Kleinian Conceptualization of Heroin Addiction, Part 1: The Paranoid-Schizoid Position. *Clinical Social Work Journal*, 46(1), 34-41.
- Potik, D., Adelson, M., & Schreiber, S. (2007). Drug addiction from a psychodynamic perspective: methadone maintenance treatment (MMT) as transitional phenomena. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(2), 311-325.
- Rado, S. (1933). The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction). *The Psychoanalytic Quarterly*, 2(1), 1-23.
- Rosenfeld, H. A. (1960). On drug addiction. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 467-475.
- Rothschild, D. (2007). Bringing the pieces together: Relational psychoanalysis and harm reduction therapy in treatment with substance abusers. *Psychoanalytic Perspectives*, 5(1), 69-94.
- Rothschild, D., & Gellman, M. (2009). Finding the common ground: Contemporary psychoanalysis and substance abuse treatment. *Journal of addictive diseases*, 28(1), 28-38.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist*, 65(2), 98.
- Stadter, M. (2009). *Object relations brief therapy: The therapeutic relationship in short-term work*. Lanham, Maryland: Jason Aronson.
- Summers, F. (1994). *Object relations theories and psychopathology: A comprehensive text*. Hillsdale, New Jersey: Analytic Press, Inc.
- Summers, F. (2011). *Transcending the self: An object relations model of psychoanalytic therapy*. New York, NY: Routledge.
- Ulman, R. B., & Paul, H. (2013). *The self psychology of addiction and its treatment: Narcissus in wonderland*. New York, NY: Routledge.
- Van Schoor, E. (1992). Pathological narcissism and addiction: A self-psychology perspective. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 6(3), 205-212.
- Volkan, V. D. (1973). Transitional Fantasies in the Analysis of a Narcissistic Personality. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 21(2), 351-376.
- Warshaw, S. C., & Skolnick, N. J. (Eds.). (1992). *Relational perspectives in psychoanalysis*. Hillsdale, New Jersey: Analytic Press.
- Waska, R. (2006). Addictions and the quest to control the object. *The American journal of psychoanalysis*, 66(1), 43-62.
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena—a study of the first not-me possession. *International journal of psycho-analysis*, 34, 89-97.
- Winnicott, D. W. (1971). Playing and Reality. In *Playing and Reality* (pp. 1-156). London: Tavistock Publications.
- Wojtynkiewicz, E. (2018). ALCOHOL ADDICTION IN THE VIEW OF PSYCHODYNAMIC THEORIES. PART I. REVIEW OF CLASSICAL THEORIES. *PSYCHOTERAPIA*, (1), 31-39.
- Wurmser, L. (1977). Mr. Pecksniff's horse? (Psychodynamics in compulsive drug use). In: Blaine, J. D., & Julius, D. A. (Eds.), *Psychodynamics of drug dependence* (Vol. 12) (pp. 36-72). Washington, D.C.: US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration.
- Wurmser, L. (1978). *The hidden dimension: Psychodynamics in compulsive drug use*. Lanham, Maryland: Jason Aronson.