

هم آفرینی تغییر

فنون تأثیرگذار درمان پویشی

تألیف

جان فردریکسون
MSW

انتشارات سیون لیووز
واشنگتن دی سی

ترجمه

دکتر عنایت خلیقی سیگارودی
روان‌پزشک



Copyright © 2013 by Seven Leaves Press.

مجوز رسمی کپی‌رایت ترجمه فارسی این کتاب از سوی Seven Leaves Press
به انتشارات کتاب ارجمند واگذار شده است.



<p>سرشناسه: فردریکسون، جان Jon Frederickson عنوان و نام پدیدآور: هم‌آفرینی تغییر: فنون تأثیرگذار درمان پویایی مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۹۴. مشخصات ظاهری: ۵۰۴ ص: قطع: وزیری. وضعیت فهرست‌نویسی: فیبای مختصر شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۴۱۱-۶ عنوان اصلی: Co-Creating Change: Effective Dynamic Therapy Techniques شناسه افزوده: خلیقی سیگارودی، عنایت، ۱۳۵۱-، مترجم. شماره کتابشناسی ملی: ۳۸۰۵۵۲۷</p>	<p>جان فردریکسون هم‌آفرینی تغییر: فنون تأثیرگذار درمان پویایی ترجمه: دکتر عنایت خلیقی سیگارودی فروست: ۸۹۱ ناشر: کتاب ارجمند با همکاری انتشارات ارجمند صفحه‌آرایی: معصومه دلنواز مدیر هنری: احسان ارجمند ناظر چاپ: سعید خانکشلو چاپ: سامان، صحافی: روشنگر چاپ اول، تیر ۱۳۹۴، ۱۱۰۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۴۱۱-۶ این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است. هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت. www.arjmandpub.com</p>
--	---

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن: ۸۸۹۸۲۰۴۰
شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۴۱۰۱۶
شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن: ۰۱۳-۳۳۳۳۲۸۷۶
شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن: ۰۱۱-۳۲۲۲۷۷۶۴
شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست، تلفن: ۰۹۱۱-۸۰۲۰۰۹۰
شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتاب‌فروشی دانشمند، تلفن: ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۳۰۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۰۰۰ ۱۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:
ارسال عدد ۱: دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک
ارسال عدد ۲: دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک
ارسال ایمیل: دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

فهرست مطالب

۱۳	مقدمه مترجم
۱۶	منابع مقدمه مترجم
۱۷	درآمدی بر ترجمه پارسی
۱۸	تقدیر و تشکر
۱۹	مقدمه - روان‌درمانی پویایی
۲۰	ماهیت رنج
۲۲	علیت
۲۴	ارتباط بین رنج و تکلیف درمانی
۲۶	مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود
۲۶	ویدیوهای توصیه شده

بخش اول - تعیین کانون تأثیرگذار

۳۱	فصل ۱- احساسات - نقطه تمرکز ما در درمان
۳۱	چگونگی تمرکز بر احساسات
۳۴	آگاهی از احساسات
۳۵	دعوت از احساسات: حفظ کانون
۳۷	ناکامی در فراخواندن احساس
۳۸	فراخواندن احساسات
۳۹	اضطراب حین مرحله فراخواندن احساسات
۴۳	جلسه‌ای که نشان می‌دهد چطور باید تمرکز روی احساسات را ادامه داد
۴۴	مثال بالینی یک
۴۵	مثال بالینی دو (دقیقه ۶ تا ۱۴)
۴۹	مثال بالینی سه (از دقیقه شانزدهم تا بیستم)
۵۰	سوالات
۵۱	خلاصه
۵۲	مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود
۵۲	ویدیوهای توصیه شده
۵۳	فصل ۲- اضطراب: اولین انحراف از مسیر احساسات
۵۳	تعاریف

۵۴	عملکرد اضطراب
۵۵	علیت اضطراب
۵۷	اضطراب محرک نیست
۵۸	اضطراب فکر نیست
۵۸	اضطراب یک الگوی فعالیت بیوفیزیولوژیک ناخودآگاه در بدن است
۵۹	سنجش مسیرهای تخلیه اضطراب ناخودآگاه
۶۱	سنجش اضطراب و توان خودمشاهده‌گری
۶۱	نحوه ورود بیمار به اتاق مصاحبه
۶۱	پاسخ به مداخله
۶۲	هشدار ناخودآگاه
۶۳	چطور اضطراب در بدن بیمار تخلیه می‌شود
۶۵	چرا اضطراب زیاد باعث آشفتگی شناختی / ادراکی می‌شود؟
۶۶	آستانه تحمل اضطراب
۶۸	قالب مرحله‌به‌مرحله
۷۱	سنجش مسیر تخلیه اضطراب ناخودآگاه
۷۷	به جنبش درآوردن ظرفیت خودمشاهده‌گری در بیمار مضطرب
۷۸	دفاع‌هایی که در برابر تنظیم اضطراب مانع‌تراشی می‌کنند
۷۹	مثال بالینی ۲: اجتناب از لحظه حال مانع تنظیم اضطراب می‌شود
۸۱	مداخلات تحریک‌کننده ظرفیت خودمشاهده‌گری
۸۲	قواعد تنظیم اضطراب
۸۳	روان‌سنجش اضطراب: چه موقع هیچ هشدار رخ نمی‌دهد
۸۶	روان‌سنجش اضطراب: اشتباهات شایع
۸۹	وقتی تنظیم اضطراب مؤثر نمی‌افتد: علل اضطراب در مقابل عوامل تداوم‌بخش آن
۹۰	دفاع‌هایی که اضطراب را تداوم می‌بخشند
۹۲	چه وقت تنظیم اضطراب به شکست می‌انجامد: نقایص من، دفاع‌های پس‌رفتی و تداوم یافتن اضطراب
۹۲	فقدان افتراق من مشاهده‌گر از خود تجربه‌گر
۹۳	اضطراب فرافکنانه
۹۵	فرافکنی اراده
۹۵	یکسان‌پنداری نمادین
۱۰۵	خلاصه
۱۰۷	مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود
۱۰۷	ویدیوهای توصیه‌شده
۱۰۸	فصل ۳- دفاع‌ها: دومین انحراف از مسیر احساسات
۱۰۹	خاستگاه بین فردی دفاع‌ها
۱۱۲	کار روی دفاع

۱۱۲	شناسایی دفاع
۱۱۳	شفاف‌سازی دفاع: تاوان
۱۱۴	شفاف‌سازی دفاع: عملکرد
۱۱۵	رویارویی با دفاع
۱۱۷	کار روی مقاومت انتقال
۱۱۸	شناسایی مقاومت انتقال
۱۱۹	شفاف‌سازی مقاومت انتقال
۱۲۱	مقاومت انتقال و فراخواندن احساساتی که بیمار نسبت به درمانگر دارد
۱۲۲	خلاصه
۱۲۵	مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود
۱۲۶	فصل ۴- دفاع‌های تاکتیکی و واپس‌راننده
۱۲۶	دفاع‌های تاکتیکی
۱۲۷	کلمات پوششی
۱۲۷	دوری کردن
۱۲۸	متنوع سازی
۱۲۹	ظفره‌روی
۱۳۰	کلی گویی
۱۳۱	کلام غیرمستقیم یا فرضیه‌ای
۱۳۲	انصراف
۱۳۳	تعمق
۱۳۴	ابهام
۱۳۵	دفاع‌های واپس‌راننده
۱۳۵	اجتناب
۱۳۶	انکار
۱۴۱	جابه‌جایی
۱۴۲	هماندسازی با مهاجم
۱۴۳	هماندسازی با ابژه خشم شخص
۱۴۴	واپس‌رانی فوری
۱۴۸	عقلانی‌گری
۱۴۹	جداسازی عاطفه
۱۵۰	کوچک شماری
۱۵۰	دلیل تراشی
۱۵۱	واکنش‌سازی
۱۵۲	مهار
۱۵۳	خلاصه

۱۵۳	مطالعه منابع زیر توصیه می شود.....
۱۵۳	ویدیوهای توصیه شده.....
۱۵۴	فصل ۵- روان‌سنجش: هم‌آفرینی کانون تأثیرگذار.....
	Error! Bookmark not defined. روان‌سنجش
۱۵۵	روان‌سنجش مثلث تعارض.....
۱۵۶	روان‌سنجش اضطراب.....
۱۵۶	روان‌سنجش دفاع.....
۱۵۸	روان‌سنجش ظرفیت خودمشاهده‌گری.....
۱۵۹	سنجش پاسخ بیمار به مداخله.....
۱۵۹	چرخه روان‌سنجش.....
۱۶۰	کلیات انحراف مسیرهای نوعی.....
۱۶۰	مداخلات مربوط به انحراف مسیر هنگام پرسیدن مشکلی که باید روی آن کار کنیم.....
۱۶۵	مداخلات مربوط به انحراف مسیر هنگام فراخواندن یک مثال خاص از مشکل.....
۱۶۷	مداخلات مربوط به انحراف مسیر هنگام فراخواندن احساسات.....
۱۷۱	مداخلات مربوط به انحراف مسیر هنگام فراخواندن تجربه فیزیکی احساس.....
۱۷۲	مرحله روان‌سنجش هنگام پرسش.....
۱۷۳	خلاصه.....
۱۷۳	مطالعه منابع زیر توصیه می شود.....
۱۷۳	ویدیوهای توصیه شده.....
۱۷۵	فصل ۶- پرسش‌گری: هم‌آفرینی اتحاد درمانی خودآگاه.....
۱۷۶	جزء اول: اظهار مشکل هیجانی درونی.....
۱۷۷	جزء دوم: میل بیمار به انجام درمان.....
۱۷۷	جزء سوم: توافق بر سر تعارض درون‌روانی.....
۱۷۸	جزء چهارم: توافق بر سر تکلیف درمانی.....
۱۸۰	تکلیف درمانی.....
۱۸۲	اجزای تشکیل‌دهنده اتحاد درمانی خودآگاه.....
۱۸۲	نمودار درختی تصمیم‌گیری.....
۱۸۵	موانع پیش‌روی تشکیل اتحاد درمانی خودآگاه.....
۱۸۵	مقاومت در برابر اظهار مشکل هیجانی درونی.....
۱۹۷	غیرمشکلهای شایع.....
۱۹۷	مثال بالینی: مشکل غیر روان‌شناختی.....
۱۹۸	مثال بالینی: افرادی که با مشکل نداشتن در پی جلب رضایت درمان‌گرانند.....
۱۹۹	مقاومت در برابر ابراز تمایل به کار روی مشکل.....

۲۰۰	مثال بالینی یک: بیماری که بیشتر به مشکلی اقرار کرده است
۲۰۲	مثال بالینی دو: بیمار شکننده‌ای که مشکلی را اظهار کرده است
۲۰۴	مقاومت در برابر کنکاش یک مثال خاص از مشکل هیجانی درونی
۲۰۴	بیمار دارای مقاومت پایین
۲۰۴	بیمار دارای مقاومت متوسط
۲۰۵	بیمار به شدت مقاوم
۲۰۶	بیمار شکننده
۲۰۷	مقاومت در برابر اظهار هدف مثبت
۲۱۴	توافق بر سر مثلث تعارض
۲۱۷	توافق بر سر تکلیف درمانی
۲۲۰	اتحاد درمانی ناخودآگاه
۲۲۱	خلاصه
۲۲۳	مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود
۲۲۴	ویدیوهای توصیه شده

بخش دوم- ظرفیت‌سازی در بیماران شکننده

۲۲۷	فصل هفتم- درمان شکنندگی، افسردگی و جسمانی‌سازی
۲۲۸	سنجش شکنندگی: اضطراب
۲۲۹	سنجش شکنندگی: پایین بودن ظرفیت انطباقی خودمشاهده‌گری
۲۳۰	سنجش شکنندگی: دفاع‌های پس‌رفتی
۲۳۱	نشانه‌های ایجاد شده توسط دفاع‌های پس‌رفتی در بیماران شکننده
۲۳۳	قالب مرحله‌به‌مرحله: درمان طیف شکنندگی
۲۳۴	آستانه تحمل اضطراب
۲۳۴	بازسازی اضطراب
۲۳۵	بازسازی: جمع‌بندی شناختی
۲۳۶	بازسازی دفاع‌های پس‌رفتی
۲۳۸	الزامات فنی
۲۴۱	سامان‌دهی انتقال پس‌رفتی
۲۴۱	ظهور احساسات پیچیده
۲۴۲	حفظ کانون درمانی در بیمار شکننده
۲۴۵	ساختار جلسه: فراخواندن احساسات در قالب مرحله‌به‌مرحله
۲۴۷	چه زمان دعوت به کنکاش در احساسات را کاهش می‌دهیم
۲۴۸	زمان از سر گرفتن فراخوانی احساس
۲۴۸	بازسازی مسیر تخلیه اضطراب ناخودآگاه
۲۴۹	نفوذ به ناخودآگاه در بیمار شکننده

۲۴۹	محدودیت‌های ظرفیت خودمشاهده‌گری در بیماران شکننده
۲۵۰	افسردگی
۲۵۲	احساس را فرابخوانید
۲۵۷	ناامیدی
۲۵۸	جسمانی‌سازی
۲۵۹	نشانه‌های ناشی از تخلیه ناخودآگاه اضطراب
۲۶۱	نشانه‌های ناشی از بیان تعارض ناخودآگاه
۲۶۲	نحوه ارزیابی روانزاد بودن یا طبی بودن نشانه‌های جسمی
۲۶۷	سرردهای تنش
۲۶۸	سرردهای میگرنی
۲۶۸	سرردهای جسمانی‌سازی
۲۶۹	خلاصه
۲۷۰	مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود
۲۷۱	ویدیوهای توصیه شده
۲۷۲	فصل هشتم - تقویت ظرفیت خودمشاهده‌گری
۲۷۳	اجزای ظرفیت خودمشاهده‌گری
۲۷۴	مشاهده
۲۷۶	طیف توان مشاهده دفاع در بیماران افسرده
۲۷۸	توجه
۲۸۳	افتراق دادن گوشه‌های مثلث
۲۸۷	علیت
۲۹۳	علیت: دفاع‌ها باعث مشکلات فعلی و نشانه‌ها هستند
۲۹۳	همسازی
۲۹۴	طیف ناهمسازی تا همسازی
۲۹۵	افتراق دادن بیمار از دفاعش
۲۹۸	شکست در افتراق دادن بیمار از دفاع‌هایش باعث چالش زودتر از موعد با دفاع‌ها می‌شود
۲۹۸	بیمار افسرده را از دفاع‌هایش افتراق دهید
۳۰۰	علیت را به بیمار یادآوری کنید
۳۰۱	وقتی بیمار می‌گوید "نمی‌دونم"
۳۰۳	خلاصه
۳۰۳	مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود
۳۰۴	فصل نهم - دفاع‌های پس‌رفتی
۳۰۵	کنش‌ورزی: مشت کوبیدن به دیوار یا پرت کردن اشیا
۳۰۵	مثال بالینی یک: ناهم‌ساز کردن دفاع

۳۰۵	.....	مثال بالینی دو: افتراق دادن احساس از دفاع کنش‌ورزی
۳۰۶	.....	کنش‌ورزی در پاسخ به فرافکنی
۳۰۶	.....	توهین و طعنه
۳۰۸	.....	لجبازی
۳۰۹	.....	فعال کردن اراده و غیرفعال کردن لجبازی: مداخلات
۳۱۱	.....	با بازتاب دادن مقاومت بیمار، فرافکنی را غیرفعال کنید
۳۱۲	.....	با بازتاب دادن انکار بیمار، فرافکنی را غیرفعال کنید
۳۱۲	.....	تخلیه: کلام سریع
۳۱۳	.....	تخلیه: بلند حرف زدن و فریاد کشیدن
۳۱۳	.....	مثال بالینی یک: مسدود کردن دفاع پس‌رفتی
۳۱۴	.....	مثال بالینی دو: تخلیه را ناهمساز کنید
۳۱۶	.....	تخلیه: ناسزا گفتن
۳۱۶	.....	مداخله
۳۱۷	.....	تخلیه: صحبت کردن هنگام صحبت درمانگر
۳۱۷	.....	مداخله
۳۱۸	.....	تجزیه
	.....	Error! Bookmark not defined.
	.....	برونی‌سازی
۳۱۹	.....	مثال بالینی یک: خاطرنشان کردن علیت در برونی‌سازی
۳۲۱	.....	مثال بالینی دو: غیرفعال کردن فرافکنی در برونی‌سازی
۳۲۲	.....	درماندگی و انفعال
۳۲۳	.....	مثال بالینی یک: اشاره به واقعیت
۳۲۴	.....	مثال بالینی دو: غیرفعال کردن فرافکنی
۳۲۵	.....	مثال بالینی سه: ناامیدی در زمانی که انکار فرو می‌شکند
۳۲۶	.....	فرافکنی
۳۲۸	.....	کارکرد فرافکنی
۳۲۸	.....	مسیر تخلیه اضطراب ناخودآگاه
۳۳۰	.....	ظرفیت خودمشاهده‌گری
۳۳۰	.....	طیف فرافکنی ایبرمن
۳۳۱	.....	محتوای فرافکنی - اجزای خود شخص
۳۳۶	.....	تحریک‌آمیز رفتار کردن
۳۳۷	.....	جسمانی‌سازی
۳۳۸	.....	زاری کردن
۳۳۸	.....	خلاصه
۳۳۹	.....	مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود

۳۳۹	.....	ویدیوهای توصیه شده
۳۴۰	.....	فصل دهم - عواطف دفاعی
۳۴۱	.....	افتراق گریه بیانی از گریه دفاعی
۳۴۳	.....	زاری: مداخله
۳۴۴	.....	زاری دفاعی در پاسخ به حمله به خود
۳۴۵	.....	زاری در پاسخ به فرافکنی ابرمن
۳۴۶	.....	خشم دفاعی
۳۴۸	.....	افتراق دادن خشم هنجار از خشم دفاعی
۳۴۹	.....	خشم دفاعی برای پوشاندن سوگ
۳۵۰	.....	خشم دفاعی در پاسخ به فرافکنی
۳۵۰	.....	عصبانیت دفاعی ناشی از فرافکنی ابرمن
۳۵۱	.....	عصبانیت دفاعی مبتنی بر برونی سازی
۳۵۳	.....	عصبانیت دفاعی ناشی از انکار مسئولیت
۳۵۳	.....	احساس گناه
۳۵۵	.....	ساختار تجربه احساس
۳۵۶	.....	سنجش تکانش گری
۳۵۷	.....	احساسات و عملکرد نمادین
۳۵۹	.....	خلاصه

بخش سوم - کمک به بیماران به شدت مقاوم

۳۶۳	.....	فصل یازدهم - آسیب شناسی ابرمن
۳۶۴	.....	نحوه شکل گرفتن هم ذات پنداری ها
۳۶۵	.....	علت تشکیل هم ذات پنداری ها
۳۶۶	.....	چگونگی ابراز هم ذات پنداری ها به صورت دفاع
۳۶۶	.....	هم ذات پنداری به عنوان مشکل در ظرفیت خود مشاهده گری
۳۶۷	.....	هم ذات پنداری ها: چرا ابرمن این قدر سخت گیر می شود
۳۶۹	.....	استانداردهای درونی
۳۷۰	.....	من آرمانی: کسی که هستیم در برابر کسی که آرزو داشتیم باشیم
۳۷۲	.....	سطوح آسیب شناسی ابرمن
۳۷۳	.....	روان سنجش آسیب شناسی ابرمن
۳۸۹	.....	طیف هم ذات پنداری: همسازی
۳۹۰	.....	همسازی و ظرفیت خود مشاهده گری
۳۹۱	.....	همسازی و مشاهده علیت
۳۹۲	.....	احساس گناه ناخود آگاه در برابر خود تنبیه

۳۹۵	بازتاب دادن آسیب ابرمن
۳۹۵	آسیب خفیف ابرمن
۳۹۶	آسیب خفیف تا متوسط ابرمن
۳۹۶	آسیب متوسط ابرمن
۳۹۸	آسیب شدید ابرمن
۴۰۲	درجه همسازی تعارض را بازتاب دهید
۴۰۴	انتقال متقابل و آسیب ابرمن
۴۰۶	خلاصه
۴۰۷	مطالعه منابع زیر توصیه می شود
۴۰۷	ویدیوهای توصیه شده
۴۰۸	فصل دوازدهم - آسیب ابرمن - رسیدگی به دفاع‌های منش
۴۱۰	مراحل رسیدگی به دفاع‌های منش
۴۱۲	تفکر دارای ساختار بدوی
۴۱۲	مداخلاتی که اشاره می کنند دفاع‌های منش اجرای هم‌ذات‌پنداری است
۴۱۳	شفاف‌سازی تاوان دفاع
۴۱۴	شفاف‌سازی: بیمار را از دفاع افتراق دهید
۴۲۰	خلاصه
۴۲۱	فصل سیزدهم - آسیب‌شناسی ابرمن - مقاومت انتقال
۴۲۱	مقاومت انتقال چیست؟
۴۲۳	سیر تطور مقاومت انتقال
۴۲۸	روان‌سنجش مقاومت انتقال
۴۲۸	روان‌سنجش پاسخ، و مداخله درمانگر
۴۳۱	فرآیند تغییر
۴۳۲	غیرفعال کردن مقاومت انتقال منفعل / درمانده
۴۳۶	غیرفعال کردن مقاومت انتقال مخالفت‌جو یا لجباز
۴۴۰	غیرفعال کردن مقاومت انتقال غیر مشارکت‌جو یا منفصل
۴۴۲	غیرفعال کردن مقاومت انتقال
۴۴۴	غیرفعال کردن فرافکنی آگاهی بیمار به درمانگر
۴۴۷	مشکلات زمان رسیدگی به مقاومت انتقال: رویارویی زودتر از موعد
۴۴۹	تمرکز غیر تفسیری بر مقاومت انتقال
۴۴۹	خلاصه
۴۵۰	مطالعه منابع زیر توصیه می شود
۴۵۱	فصل چهاردهم - نفوذ به ناخودآگاه
۴۵۲	مراحل فاز به تصویر کشیدن

۴۵۲	مرحله یک: از بیمار دعوت کنید تا تکانه را به تصویر بکشد.....
۴۵۲	مرحله دو: از بیمار دعوت کنید که با احساسات پیچیده روبه‌رو شود.....
۴۵۳	مرحله سه: قفل‌گشایی ناخودآگاه.....
۴۵۳	مشکلات قبل از مرحله به تصویر کشیدن.....
۴۵۳	اشتباه در تمرکز بر احساس.....
۴۵۷	اشتباهاتی که هنگام تمرکز بر دفاع اتفاق می‌افتند.....
۴۵۷	دفاع‌های ضد تجربه تکانه.....
۴۶۰	دفاع بر علیه تصویرسازی تکانه.....
۴۶۰	فراقنی اراده (پیروی): "مجبورم؟".....
۴۶۲	دفاع بر علیه تجربه احساسات پیچیده مخلوط.....
۴۶۶	فراخواندن احساسات و نفوذ به احساس در بیماران دارای مقاومت متوسط.....
۴۶۶	مثال بالینی چهار (دقایق ۳۸ تا ۴۲ مصاحبه).....
۴۶۹	مثال بالینی پنج (دقایق ۶۲ تا ۷۳).....
۴۷۳	مثال بالینی شش (دقایق ۸۱ تا ۱۰۵).....
۴۷۴	خلاصه.....
۴۷۵	مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود.....
۴۷۶	فصل پانزدهم - تحکیم
۴۸۱	پیامد و سیر درمان.....
۴۸۲	خلاصه.....
۴۸۳	فصل شانزدهم - نتیجه‌گیری
۴۸۶	منابع
۵۰۵	آشنایی با مؤلف

مقدمه مترجم

جان فردریکسون در ویدیوئی در یوتیوب اثر خود را این‌گونه معرفی می‌کند: اگر بیمارانی دارید که درجا می‌زنند و در برابر تغییر مقاومت می‌کنند، اگر مایل‌اید به آن پنجاه درصدی از بیماران که، قبل از رسیدن به فواید کامل درمان، از درمان خارج می‌شوند کمک کنید، شاید به این کتاب، هم‌آفرینی تغییر، علاقمند باشید.

ما درمانگران، برای موفق شدن، نه تنها باید بیماران را درک کنیم، بلکه باید بدانیم که چطور مداخله کنیم. کتاب پیش رو، هم‌آفرینی تغییر، برای سنجش نیازهای بیماران و نحوه مداخله جهت برآوردن آن نیازها، قدم‌های روشن و سازمان‌یافته می‌دهد. تکنیک‌ها، با استفاده از مثال‌های بالینی، شرح داده شده‌اند. این مثال‌های بالینی صدها بن‌بست درمانی را که از جلسات واقعی درمان اخذ شده‌اند نشان می‌دهند. آنها به شما نشان می‌دهند که چه بگویید، به طوری که بتوانید، لحظه‌به‌لحظه، نیازهای بیماران را بسنجید و به آنها پاسخ گوید. به این ترتیب، می‌توانید به بیماران کمک کنید تا قانونی تأثیرگذار منتج به تغییر را ایجاد و حفظ کنند؛ به این ترتیب، می‌توانید به تنظیم اضطراب بیمار کمک کنید؛ به این ترتیب، می‌توانید به بیماران کمک کنید تا دیگر مقاومت نکنند و، همیارانه، در درمان شرکت کنند؛ و می‌توانید بیمارانی را که از دفاع‌های مخرب درمان استفاده می‌کنند یاری کنید. من هم، مثل شما، در شرایط سخت بالینی کمک خواسته‌ام و، در این سال‌ها، از تجارب اساتید راهنمای فوق‌العاده‌ای بهره برده‌ام. همچنین، مطالعه کرده‌ام و مطالعه کرده‌ام... ولی، کتاب‌ها، معمولاً، فقط در مورد نظریه‌ها نوشته بودند. آنها گفته بودند که چطور بیماران را بفهمیم، اما نگفته بودند که چه بکنیم، چه بگوییم. اما، برای اینکه درمانگرانی تأثیرگذار باشیم، لازم است بدانیم که چه بکنیم. بر این اساس، هم‌آفرینی تغییر را طوری طراحی کرده‌ام که کتابی کاربردی باشد، از نوعی که همکاران و دانشجویان می‌خواستند؛ کتابی که نشان دهد چطور می‌توان نظریه را به عمل برگرداند. هم‌آفرینی تغییر، نه برای مشکلات ساده، بلکه برای مشکلاتی طراحی شده است که در هر مطب بالینی با آن برخورد می‌کنیم. وقتی این کتاب را بخوانید، پی خواهید برد که چرا دیوید مالان¹ آن را یک کلاس پیشرفته خیره‌کننده نامیده است؛ در خواهید یافت که چرا لس‌گرین‌برگ² آن را به غایت مفید دیده است؛ متوجه خواهید شد که چرا سوزان وارشو³ آن را نمایشی از استادی دانسته - دقیق‌ترین،

1- David Malan
3- Susan Warshow

2- Les Greenberg

واضح‌ترین و جامع‌ترین کتابی که تاکنون خواننده است. و اینکه چرا استنلی مسیر^۱ آن را گیراترین کاربست مثال‌های بالینی می‌داند که خواننده را، به گونه‌ای فوق‌العاده جذاب و فراخوانشی، مستقیم، به درون جلسه درمان هدایت می‌کند (۱).

هم‌آفرینی تغییر، در زمان کوتاهی که از انتشار آن می‌گذرد، بسیار مورد استقبال قرار گرفته است. این کتاب موفق شد، در ۲۲ سپتامبر ۲۰۱۴، جایزه بهترین کتاب در حوزه روان‌پزشکی را از انجمن پزشکی بریتانیا دریافت کند (۲). همچنین، نقدهای مثبت بسیاری دریافت کرده است که، با توجه به مطالب گویای آنها در مورد ویژگی‌های این کتاب، به پاره‌ای از آنها اشاره می‌کنم:

آلن عباس^۲، MD، پرفسور روان‌پزشکی در دانشگاه دال‌هاووزی^۳ و از پژوهش‌گران بنام حوزه روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده، درباره این کتاب می‌نویسد، "جایی برای بحث باقی نمانده است. این کتابی شگفت‌انگیز و ارمغانی است برای حوزه روان‌شناسی و روان‌درمانی".

دیوید مالان، D. M. F. R. C. Psych، از پیشگامان روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت، کسی که مفاهیم کاربردی مثلث تعارض و مثلث شخص را به حوزه روان‌درمانی معرفی کرد، و نویسنده کتاب روان‌درمانی و علم روان‌پویایی^۴، نوشته است، "این کتاب یک کلاس پیشرفته خیره‌کننده است. هم‌آفرینی تغییر نشان می‌دهد که چطور در امنیت، دلسوزانه و تأثیرگذار، همیارانه با بیمار کار کنیم تا به پیامدهای موفقیت‌آمیز دست‌یابیم. از ویژگی‌های بارز آن وضوح بسیار و احاطه بر موضوعات است که از پالوده تجارب برآمده از تحلیل جلسات درمان حاصل شده است. هر تکنیک با استفاده از مثال‌های بالینی مربوط تشریح شده است، به گونه‌ای که هم آنچه را که در بیمار اتفاق می‌افتد تحلیل می‌کند و هم منطق مداخله انجام شده را تصریح می‌نماید. ارائه رؤس قواعد و دلایل هر مداخله، و لحاظ نمودن اشتباهات شایع، علائم خطر و راه‌های پرهیز از موانع، به شدت، به ارزش کتاب افزوده است."

استفن ا. فین^۵، Ph.D، بنیان‌گذار مرکز سنجش درمانی در آسپن تگزاس، می‌گوید، "کتاب‌های زیادی در زمینه روان‌درمانی کوتاه‌مدت نوشته شده است، اما هم‌آفرینی تغییر، در این میان، برجسته است. وضوح تفکر و نوشتار فردریکسون تکان‌دهنده است، و رونوشت‌های متعدد جلسات بالینی الهام‌بخش، فایده‌مند و اغلب، به غایت انگیزه‌بخش هستند. هیچ‌کس، تاکنون، نتوانسته است نحوه و زمان‌بندی تمرکز بر هیجانات، اضطراب و دفاع‌ها را بهتر از این توضیح دهد، یا در تلفیق فن روان‌درمانی با آخرین تحقیقات حوزه‌های عصب زیست‌شناسی، دلبستگی و هیجان بهتر از این عمل کند. شایسته است که همه روان‌درمانگران، اعم از تازه‌کار و باتجربه، این کتاب را مطالعه کنند."

استنلی ب. مسیر، Ph.D، پرفسور ممتاز و ریاست دانشکده تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی

1- Stanley Messer
3- Dalhousie
5- Stephen E. Finn

2- Allan Abbass
4- Psychotherapy and the Science of Psychodynamics

کاربردی و حرفه‌ای در دانشگاه راتگرز^۱ در مورد این کتاب این‌گونه نظر می‌دهد: "این کتاب روشن‌ترین و مفیدترین شرح مفصل بالینی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت دوانلو^۲ در بازار کتاب است..."

استفن و. پورجس^۳، Ph.D.، نویسنده نظریه پُلی واگال^۴، می‌نویسد، "هم‌آفرینی تغییر راهنمایی بینش‌گر و به‌دقت‌نگاشته‌شده است که درمانگر را قادر می‌سازد همپاری‌ای تأثیرگذار بنا کند تا مراجع را به سمت آگاهی از تغییرات زیست رفتاری تشکیل‌دهنده احساس رهنمون شود. این کتاب نقشه‌ای است مملو از مثال‌های عالی در مورد نحوه "هم‌آفرینی" اتحاد درمانی، با هدف پایان دادن به رنج مراجع، از طریق ایجاد توان آگاهی از احساسات."

یاک پانکسپ^۵، پرفسور علوم سلامت حیوانات در دانشگاه ایالتی واشنگتن و نویسنده کتب علوم اعصاب عواطف^۶ (۱۹۹۸) و باستان‌شناسی ذهن^۷ (۲۰۱۲) می‌گوید، "فردریکسون علوم در حال نمو احساسات عاطفی مغز را با پویایی‌شناسی زندگی درونی تلفیق می‌کند و، همچنین، از نحوه سامان‌دهی روابط بالینی تحلیل دقیقی ارائه می‌نماید."

جفری ج. مگناویتا^۸، Ph.D. و ABPP، ریاست پیشین (۲۰۱۰) شاخه روان‌درمانی انجمن روان‌شناسی امریکا، مدرس روان‌پزشکی در دانشگاه ییل^۹، مطالعه این کتاب را برای همه روان‌درمانگران ضروری دانسته است.

مایکل استادتر^{۱۰}، Ph.D.، از انستیتو بین‌المللی روان‌درمانی و دانشکده روان‌پزشکی واشنگتن، نویسنده کتاب وجود و موجود: رابطه و زمان در درمان روان‌پویایی معاصر^{۱۱}، این کتاب را، هم، درسنامه‌ای رسمی و، هم، یک رهنمود بالینی برجسته قلمداد کرده است.

آنتونیو پاسکال - لئون^{۱۲}، Clin. Psych, Ph.D.، مدیر آزمایشگاه تغییر هیجان در دانشگاه ویندزور^{۱۳} و از نویسندگان کتاب درمان متمرکز بر هیجان در آسیب‌های روانی عارضه‌دار شده^{۱۴} معتقد است که فردریکسون از نظریه روان‌پویایی معاصر پرده برمی‌دارد و آن را، با کلامی ساده، برای درمانگران تمامی رویکردها شرح می‌دهد. در عین حال، این کتاب را فراخوانی می‌داند که خواننده کنجکاو را به مباحث روز در زمینه تلفیق در روان‌درمانی دعوت می‌کند.

سوزان وارشو، بنیان‌گذار انستیتوی دفت^{۱۵}، آن را نمایشی از استادی دانسته و گفته است که "کاش

1- Rotgers

3- Stephen W. Porges

5- Jaak Panksepp

7- Archaeology of Mind

9- Yale

11- Presence and the Present: Relationship and Time in Contemporary Psychodynamic Therapy

12- Antonio Pascual-Leone

14- Emotion Focused Therapy for Complex Trauma

2- Davanloo

4- The Polyvagal Theory

6- Affective Neuroscience

8- Jeffrey J. Magnavita

10- Michael Stadter

13- Windsor

15- Deft Institute

زمانی که برای سامان‌دهی دفاع‌های سریع و سرسخت و واکنش‌های اضطرابی شدید تقلا می‌کردم، این کتاب را داشتم.."(۳)

همان‌طور که پیشتر ذکر کردم، نقدهای فوق‌بخشی از موارد بسیاری است که در مورد این کتاب ارائه شده است. برای مطالعه تفصیلی‌تر دیدگاه‌های صاحب‌نظران و دست‌اندرکاران روان‌درمانی می‌توانید به پایگاه اینترنتی انستیتوی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده (۳) مراجعه کنید. در اینجا لازم می‌دانم که شخصاً، از دوست و استاد گرامی، جان فردریکسون، به خاطر نگارش این اثر کلاسیک و، همچنین، به خاطر اینکه پیش از انتشار کتاب، فایل پی‌دی‌اف آن را در اختیار من گذاشتند تا مطالعه و ترجمه کنم قدردانی نمایم. ایشان، همچنین، حق‌کپی‌رایت ترجمه فارسی را، رسماً، به بنده واگذار کردند که، از این بابت، بسیار سپاسگزارم. امیدوارم که این ترجمه بتواند مقبول جامعه روان‌درمانگران ایرانی واقع شود. در صورتی که پیشنهاد و انتقادی بر ترجمه وارد است، خوشحال خواهم شد که این جانب را در بهینه‌سازی روزافزون این اثر یاری نمایید.

دکتر عنایت خلیقی سیگارودی
روان‌پزشک

منابع مقدمه مترجم

- (1) Frederickson, Jon; Video presentation of his book, Co-Creating Change: Effective Dynamic Therapy Techniques, on youtube;
http://www.youtube.com/watch?v=7G_417Vx9eE
- (2) bma.org.uk/about-the-bma/bma-library/medical-book-awards/medical-book-awards-winners-by-category
- (3) <http://istdpinstitute.com/co-creating-change/>

درآمدی بر ترجمهٔ پارسی

تابستان امسال، یک دانشجوی ایرانی از من پرسید، "ISTDP چه رابطه‌ای با اسلام دارد؟" من پاسخ دادم، "این درمان مبتنی بر این فرض است که بیمار با یکی شدن با حقیقت هیجانی همین لحظه تغییر شکل می‌دهد. "از او پرسیدم، "معنی کلمهٔ اسلام چیست؟" او پاسخ داد، "تسلیم شدن." من تأیید کردم: "بله. تسلیم حقیقت شدن." سپس، از عالم الهیات، سنت توماس اکویناس، جمله‌ای نقل کردم که گفته بود ما هرگز نباید تسلیم انسان دیگری شویم، چون باعث می‌شود او به گناه بیافتد. چرا؟ چون حقیقت، همیشه، فراتر از نظر هر انسانی است. همان طور که عالم الهیات، هانس اورس فون بالتازار، گفت، "معنا فراتر از تفسیر است."

چه در حوزهٔ دین عمل کنیم، چه روان‌درمانی و چه روان‌کاوی عارفانهٔ ویلفرد بیون، همگی داریم به نوای نی‌ای گوش فرامی‌دهیم که، در مثنوی، ما را به پیوستن به حقیقت فرامی‌خواند. این کتاب برخی از راه‌های کمک به بیماران برای پیوستن به حقیقت را توصیف خواهد کرد.

همان‌طور که شاعر بزرگ پارسی، مولوی، اشاره کرده است، جدایی از حقیقت منبع آلام ما است. در این مدل درمان، به بیماران کمک می‌کنیم تا دفاع‌هایشان را ببینند. اما، دفاع‌ها چه هستند؟ روش‌هایی که، به وسیلهٔ آنها، در مورد واقعیت و احساساتمان در مورد آن، به خودمان، دروغ می‌گوییم. کودکان یاد می‌گیرند که، برای انطباق حاصل کردن با محیط‌شان، از دفاع‌ها استفاده کنند. اما، این دفاع‌ها، که در ابتدا انطباقی بودند، بعدها، در زندگی، باعث رنج و نشانه‌های بیمار می‌شوند. وقتی به بیماران کمک می‌کنیم تا دروغ‌هایشان را ببینند و از آنها رویگردان شوند، حقیقت هیجانی می‌تواند، درونشان، بیدار شود. به عبارتی، با یکی شدن با حقیقت هر لحظه، به بیماران کمک می‌کنیم که التیام پیدا کنند.

شاید تصادفی نباشد که یک ایرانی، یعنی حبیب دوانلو، بنیان‌گذار این رویکرد، این قدر بر حقیقت تأکید داشته است. این جزو ارزش‌های فرهنگ ایرانی است، که قدمتی چند هزار ساله دارد. باعث افتخار بسیار است که می‌بینم این کتاب توسط عنایت سیگارودی به پارسی ترجمه شده است. بدین‌سان، گفتگوی متفکران مختلف، اعصار گوناگون و سرزمین‌های متفاوت، سوار بر کاروانی که رهسپار سرای حقیقت است، ادامه خواهد یافت.

جان فردریکسون

تقدیر و تشکر

کتابی با این وسعت، به‌حق، کار یک مجموعه است، چرا که افراد زیادی مرا در طول راه یاری کردند. میل دارم از بروس آموز، جول بنت استنزل، جیم براون، توماس براد، لیندا کمپبل، ف. بارتون اوانس، جو گورین، جین ایساکسون، نت کوهن، آلن لارسن، مورین لایون، تام ماروپ، الگا و مایکل میرسون، تویاس نیکویست، مونرو پری، آلی راسل، مونیکا اورو، سوزان وارشو و تور ونبرگ برای روخوانی و اظهارنظرهای انتقادی در مورد فصول کتاب تشکر کنم. روان بلکمون، به دلیل پیاده کردن نوارهای ویدیو و تحقیقات کتابخانه‌ای، شایسته تقدیر است. موریس جوزف، به علت همیاری در تحقیق شایسته تقدیر است. درعین حال، مایل‌ام از سوزان کونکل، به علت پیاده کردن نوارهای ویدئو، تشکر کنم. و سپاس از پنه‌لویه برت، که برای کتاب تحقیق انجام داد و کل کتاب را نقادی کرد. از لیندا گیلبرت، کارولین آموز و دیان بیستر، که ایضاً کل کتاب را خواندند و نقد کردند، تشکر ویژه می‌کنم. و البته، مایل‌ام از شاگردانم، که پرسش‌هایشان باعث شد عمیق‌تر و دقیق‌تر فکر کنم، تشکر کنم. سؤالات آنها همیشه در رشد من مؤثر بوده است. اگر کسی از افرادی را که به من کمک کرده‌اند از قلم انداخته‌ام، لطفاً سپاس مرا بپذیرد.

بسیار خوش‌اقبال بوده‌ام که در دانشگاه روان‌پزشکی واشنگتن مأوایی روشنفکر داشته‌ام و از همه اساتید و ناظرانم در آنجا سپاس گذارم. همان‌طور که مارتین بویر گفت، «آنجا جایی است که بحث روی هر سؤالی آزاد است.» به‌ویژه، میل دارم از گوردون کیرشنر، استاد، دوست و همکارم، که مظهر آرمان کنجکاوی روشنفکرانه و کمال است، و راجل ماینر، که حمایت‌هایش در مقام استاد الگوی من بوده است، قدردانی کنم. و سپاس از آنی استفانسکی که این مدل درمان را به من معرفی کرد.

بی‌شک، این کتاب نوشته نمی‌شد، اگر نبود نظارت و آموزش‌هایی که از بنیان‌گذار روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، حبیب دوانلو، گرفتم. درعین حال، از آموزش‌ها و سخنرانی‌های همکاران و دوستانم، آلن عباس، آلن کالپین، روبرت نبورسکی و جوزت تن‌هاو دولایبیچ، به‌غایت، بهره برده‌ام. و اگر به خاطر ارتباطم با تری شلدون و بیاتریز وینستلی نبود، تحقیقاتم روی پردازش لحظه‌به‌لحظه، هیچ‌گاه، به چیزی که امروز هست بدل نمی‌شد. بیشترین سپاس را باید نثار دوست عزیز، استاد، ناظر و همکارم، پاتریشیا کاگلین، کنم، که نظارتش بر من، طی سال‌ها، دید من را نسبت به اینکه روان‌درمانی چه می‌تواند باشد عوض کرد.

و در آخر، از همسر، کات، عمیقاً سپاسگزارم، که بدون او ذره‌ای از این امر محقق نمی‌شد.

روان‌درمانی پویایی

وارد مطب شیک شدم و چشمم به نقاشی‌های روی دیوار دوخته بود. روانکاو با من دست داد. نشستیم و او مصاحبه را آغاز کرد. او گفت که باعث خرسندی او و همکارانش است که من برای روانکاو شدن به انستیتو درخواست داده‌ام، اما آنها فقط یک نگرانی دارند: "با توجه به حجم ضربات روانی در سابقه شما، مطمئن نیستیم که قابل تحلیل باشید."

شوکه شده بودم. بر اساس اینکه در گذشته چه به من روا شده بود مورد قضاوت قرار گرفته بودم، نه بر اساس آنچه که من، در پاسخ، انجام داده بودم. چیزی که بر من روا شده بود ربطی به من نداشت. من فقط تصادفی در مکانی قرار گرفته بودم که چیزهای بد اتفاق افتاده بود. روانکاوان داشتند به بخش غیرشخصی موضوع نگاه می‌کردند، نه به من، به شخص من.

در مصاحبه‌های بعدی، بیشتر روانکاوان در مورد ضربات روانی موجود در سابقه من سؤال کردند، اما هیچ‌یک نپرسید، "چطور به اینجا می‌رسید که امروز هستید رسیدید؟" "چطور بر این مسائل غلبه کردید و این پیشرفت‌ها را به دست آوردید؟" خلاصه، هیچ‌کدام سؤال نکرد که من چه کار کردم، فقط پرسیدند که بقیه با من چه کردند.

وقتی بر مبنای چیزی که بر من روا شده بود در مورد قضاوت کردند، برای اولین بار کم‌کم به خاطر کارهایی که، با وجود آن گذشته، انجام داده بودم احساس غرور کردم. مثل هرکس دیگری، من هم باید در طول زندگی تصمیماتی می‌گرفتم تا بر موانع گذشته‌ام غلبه کنم. حالا، از قدرت اراده (رتک^۱، ۱۹۲۶)، که با آن خودمان را می‌سازیم (بردیایف^۲، ۱۹۴۴) و به زندگی مان معنا می‌بخشیم (فرانکل^۳، ۱۹۵۹)، درک جدیدی داشتم.

سرانجام اینکه، این تجربه موهبتی بود، چرا که تنش بنیادی حوزه روان‌درمانی، بین جبر و اختیار، را نمایان‌تر کرد. بیماران نزد ما می‌آیند چون اختیارشان را برای به عهده گرفتن خویش‌آفرینی از دست داده‌اند. آنها، تا حدودی، به وسیله دفاع‌هایی که از آن آگاه نیستند، به صورت جبری، هدایت می‌شوند. آنها می‌دانند که از زندگی چیز دیگری می‌خواهند، اما قادر نیستند ببینند که چه چیزی اختیارشان را مهار کرده است. تکلیف ما درمانگران این است که به آنها کمک کنیم تا اختیارشان را در عشق ورزیدن، زندگی کردن و خلق زندگی‌ای با اهمیت بازیابند. سخت نیست، اگر گذشته،

1- Rank
3- Frankl

2- Berdyaev

تشخیص‌ها و وراثت‌شان را، به‌غلط، عواملی بپنداریم که کل زندگی‌شان را تعیین می‌کند. اما، آن وقت، با پندارهایی مرده طرف هستیم، نه اشخاص زنده. تکلیف اصلی ما این است که این عوامل تعیین‌کننده جبری را تشخیص دهیم و، درعین حال، ظرفیت خویش‌آفرینی بیماران را برای عاملیت داشتن به جنبش درآوریم.

اعمالی که توسط آنها زندگی و معنای‌مان را خلق می‌کنیم چیزی است که این کتاب به آن می‌پردازد. اعمال ما می‌تواند زندگی‌ای زیبا، مملو از معنا، خلق کند یا به زندگی‌ای یأس‌آور، مملو از رنج، منجر شود. در هر لحظه از درمان، ما با یک انتخاب مواجه هستیم: با زندگی درونی‌مان روبه‌رو شویم یا از خودمان بگریزیم، تکلیف درمان را به عهده بگیریم یا از آن اجتناب کنیم. وقتی از زندگی درونی‌مان می‌گریزیم، رنج می‌آفرینیم. معمولاً، آگاهانه دنبال رنج نیستیم، اما ممکن است به‌طور خودکار درگیر اعمالی شویم که آن را ایجاد می‌کنند. وظیفه ما درمانگران این است که به بیماران کمک کنیم ببینند که چطور به خودشان صدمه می‌زنند تا، به‌این ترتیب، بتوانند رنج را متوقف کنند. برای این منظور، باید بفهمیم که چه چیزی باعث رنج می‌شود.

از بودا در هزاران سال قبل تا دانشمندان علوم اعصاب در حال حاضر، افراد سعی کرده‌اند به این سؤال پاسخ بدهند. درمانگران شناختی می‌گویند به خاطر شناخت‌های غیر انطباقی است که رنج می‌کشیم. درمانگران معطوف به هیجان می‌گویند به خاطر احساسات اجتناب‌شده است که دچار رنج می‌شویم. روانکاوان می‌گویند به علت تعارضات حل نشده و واکنش‌های انتقال در روابط است که دچار رنج می‌شویم. طبیبان بدن^۱ می‌گویند رنج می‌کشیم، چون گرایش به اعمال انطباقی در بدن منجمد شده است. رفتاردرمانگران می‌گویند به دلیل مجموعه‌ای از رفتارهای غیر انطباقی است که دچار رنج می‌شویم. درمانگران ذهن‌آگاهی^۲ می‌گویند به این خاطر رنج می‌کشیم که قادر نیستیم، در هر لحظه، به تجربه‌مان توجه کنیم. و بودا؟ او گفت رنج می‌بریم، چون در برابر واقعیت مقاومت می‌کنیم.

همه این پاسخ‌ها و درمان‌ها وجود دارند و به بیماران کمک کرده‌اند. حالا، حوزه روان‌درمانی، پس از پشت سر گذاشتن اولین سده‌اش، دارد دستخوش انقلابی علمی می‌شود (کوهن^۳، ۱۹۷۰). بالینگران، در بسیاری موارد، متوجه شده‌اند که، برای درمان، نیازمند مدلی تلفیقی هستیم. این کتاب نظریه‌ای تلفیقی و مدلی از مداخله را که بر سنجش لحظه‌به‌لحظه نیازهای بیمار مبتنی است ارائه خواهد کرد.

ماهیت رنج

برای شروع، ابتدا باید به این پرسش زیربنایی پردازیم: چرا رنج می‌کشیم؟ فقط با فهم رنج است که

1- body workers
3- Kuhn

2- mindfulness

می‌توانیم مدل یکپارچه‌ای را برای درمان آن تکوین کنیم. و برای فهم رنج، باید فرق بین درد^۱ و رنج^۲ را بفهمیم. در زندگی، درد اجتناب‌ناپذیر است. کسانی را که دوست داریم خواهند مرد و هرچه را که داریم از دست خواهیم داد، چه قبل از مرگ و چه در لحظه مرگ. می‌توانیم به درد اجتناب‌ناپذیر زندگی به دو شیوه پاسخ گوئیم. فردی که دلش شکسته و از عشق دست کشیده است، در نهایت، دلش تهی خواهد شد. فردی که دلش شکسته است و عشق ورزیدن را ادامه می‌دهد قلبی سرشار دارد، با این آگاهی که عاشق هر که باشیم، روزی، به علت مرگ یا ترک او را از دست خواهیم داد. این است که فقط دو نوع قلب داریم: قلب‌های تهی و قلب‌های عاشق. شهامت می‌خواهد که با فقدان‌های اجتناب‌ناپذیر مواجه شویم و، با این وجود، باز هم عاشق و پذیرای زندگی بمانیم.

واقعیت فقدان و یأس در بطن هر رابطه‌ای تنیده شده است. هریک از ما، در زندگی، از هر کس چیزی می‌خواهیم. با این حال، کسانی که دوستشان داریم می‌توانند یکی از این سه کار را انجام دهند: وفای به عهد، درنگ، دل شکستن نمی‌شود که آنها همیشه همان چیزی را بخواهند که ما می‌خواهیم و حتی اگر بخواهند چیزی را که ما می‌خواهیم به ما بدهند، شاید توانش را نداشته باشند. تعارض بین امیال و واقعیت در ذات وجودی انسان ریشه دارد. بنابراین، با استفاده از دفاع‌ها، از درد زندگی دوری می‌کنیم، که باعث رنج ما می‌شود. ما به جای مواجه شدن با واقعیت، از آن اجتناب می‌کنیم و دیگر قادر نمی‌شویم که به شکلی تأثیرگذار با آن برخورد کنیم. این است که بودا گفت رابطه ما با امیال منبع رنج است: میل به داشتن چیزی که نمی‌توانیم داشته باشیم، چیزی که در واقعیت وجود ندارد، باعث رنجمان می‌شود. وقتی امیالمان با واقعیت برخورد کرد، می‌فهمیم مردم چیزی را که ما می‌خواهیم نمی‌خواهند، آنها نمی‌توانند همیشه چیزی را که ما می‌خواهیم به ما بدهند، و خیال ما با واقعیت فرق می‌کند.

در پاسخ، ما احساسات و اضطراب را تجربه می‌کنیم. می‌توانیم با همه احساسات و اضطراب برانگیخته شده توسط واقعیت مواجه شویم، به طوری که بتوانیم با آن انطباقی برخورد کنیم. یا می‌توانیم از روبه‌رو شدن با واقعیت و احساساتمان اجتناب کنیم. به هر روی، اجتناب رنج به بار می‌آورد. درد فقدان، ناخوشی و مرگ غیرقابل اجتناب است، اما رنج ناشی از دفاع‌هایمان به انتخاب ما بستگی دارد - اگر یاد گرفته باشیم که آنها را ببینیم و با آنها مقابله کنیم.

منظور ما از دفاع چیست؟ دفاع‌ها روش‌های مقاومت ما در برابر واقعیت و احساسات برخاسته در پاسخ به آن هستند. ما از طریق افکار غیر انطباقی (شناخت درمانی)، رفتارها (رفتاردرمانی)، الگوهای رابطه‌ای (روانکاوی، شناخت درمانی و رفتاردرمانی)، یا توجه نکردن (درمان ذهن آگاهی) از احساسات اجتناب می‌کنیم.

وقتی برای اجتناب از واقعیت از دفاع استفاده می‌کنیم، نمی‌توانیم با واقعیت، تأثیرگذار و کارآمد،

برخورد کنیم. اگر با افکار خودانتقادی از احساساتمان اجتناب کنیم، افسرده می‌شویم. وقتی برای اجتناب از واقعیت و احساسات از دفاع‌ها استفاده می‌کنیم، تماسمان را با زندگی و خودمان از دست می‌دهیم. اگر از طریق رفتارهای اجتنابی از احساسات اجتناب کنیم، روابطمان به شکست می‌انجامد. مردی که به سایر افراد فرافکنی می‌کند از روابط عذاب‌آور و زندگی در تنهایی رنج می‌برد. زنی که از شوهرش، به خاطر کتک زدنش، شکایت دارد خودش را در ازدواجی آزارنده گرفتار کرده است. معلوم می‌شود که بودا راست می‌گفت. دفاع‌ها، یعنی مقاومت ما در برابر آنچه وجود دارد، مولد نشانه‌ها و مشکلاتمان هستند.

علیت

دیدیم که در زندگی درد اجتناب‌ناپذیر است، اما رنج ناشی از دفاع‌ها در اختیار ما است. پس، بیایید علیت رنج را بررسی کنیم. اول، محرکی از دنیای واقع احساساتمان را تحریک می‌کند (داماسیو^۱، ۱۹۹۹، س. فروید^۲، ۱۹۲۳، ۱۹۲۶، لِدو^۳، ۱۹۹۸). ما می‌توانیم با احساسات و اضطرابمان روبه‌رو شویم، تا با واقعیت به شکلی تأثیرگذار برخورد کنیم (هارتمان^۴، ۱۹۶۴). یا می‌توانیم، از طریق دفاع‌ها، که نشانه‌ها و مشکلات را باعث می‌شوند، از احساسات و اضطرابمان اجتناب کنیم (س. فروید، ۱۹۲۳). به‌عنوان نمونه، مردی به نامزدش حرف‌های زشتی می‌زند (محرک). در پاسخ، نامزدش احساس عصبانیت می‌کند. اما، او در میان اشخاصی رشد کرده است که ابراز خشم او را محکوم کرده‌اند. پس، به‌جای عصبانی شدن از نامزدش، مضطرب می‌شود. او، به‌جای استفاده از خشمش برای جلوگیری از بدرفتاری کلامی نامزدش، با دفاع‌ها خشمش را پس می‌زند. او این‌گونه دلیل تراشی می‌کند: "عصبانی بود، چون رئیسش بهش ترفیع نداد." او، با گفتن "حقم بود، چون کار احمقانه‌ای کردم"، خشمش را به خودش برمی‌گرداند. این دفاع‌ها نشانه‌هایش را خلق می‌کنند: او، با برگرداندن خشم به سمت خودش، افسرده می‌شود و، با دلیل تراشیدن برای احساساتش و کم اهمیت شمردن آنچه نامزدش انجام داده است، همچنان پایبند مردان بدرفتار باقی می‌ماند. گذشته از همه، به خودش می‌گوید که بدرفتاری کلامی نامزدش "خیلی هم ناجور نبود."

چطور به او کمک می‌کنیم؟ اول، باید پیدا کنیم از چه رنج می‌کشد. این کار را با پرسیدن اینکه می‌خواهد برای چه مشکلی به او کمک کنیم انجام می‌دهیم. بعد، در مورد مسائلس، خاستگاه و تاریخچه‌شان می‌پرسیم.

پاسخ‌هایش چیزهای زیادی به ما می‌گوید. شاید به پرسش‌هایمان به‌سادگی پاسخ بگوید. شاید،

1- Damasio
3- LeDoux

2- S. Freud
4- Hartmann

به محض اینکه زندگی درونی‌اش را با ما در میان بگذارد، در سیلاب اضطراب گرفتار آید. حتی ممکن است ادعا کند که اصلاً مشکلی ندارد! هر پاسخی بدهد خوب است. این پاسخ‌ها به ما می‌گویند که در چه زمینه‌ای به کمک نیاز دارد، و توان او برای هم‌آفرینی رابطه‌ای برای تغییر در چه حد است. وقتی مشکل بیمار را مرور کردیم و او به اراده‌اش به کندوکاو آن اقرار کرد، یک مثال خاص از مشکلش را کنکاش می‌کنیم تا تصویر واضحی از آنچه باعث مشکل شده است به دست آوریم.

هنگام کنکاش، الگوی شگفت‌آوری در درمان رخ می‌دهد. بیمار برای کمک گرفتن به مطب شما می‌آید، اما، به محض اینکه مشکلش، اراده‌اش به کنکاش آن یا یک مثال خاص را جویا می‌شوید، اغلب مضطرب می‌شود (س. فروید، ۱۹۲۶، آفریود، ۱۹۳۶) و از دفاع‌ها استفاده می‌کند (س. فروید، ۱۹۲۳). چرا؟ متأسفانه، اکثر بیمارانی که خواستار درمان هستند در روابط قبلی آسیب دیده‌اند. آنها یاد گرفته‌اند که نزدیکی و درد دل کردن باعث درد می‌شود (بولبی^۱، ۱۹۷۳، ۱۹۸۰). بیماران کمک می‌خواهند، اما اضطرابشان هشدار می‌دهد که این رابطه، مثل روابط قبلی، می‌تواند باعث درد شود. بنابراین، بیماران برای اجتناب از در میان گذاشتن احساسات، امیدها و امیالشان، از دفاع‌ها استفاده می‌کنند. ما این الگوی احساس - اضطراب - دفاع را مثلث تعارض می‌نامیم (مالان^۲، ۱۹۷۹) (تشریح مثلث تعارض را در فصل ۵ ببینید).

هر تعارضی که باعث نشانه‌های بیمار می‌شود به شکل زیر است: (۱) بیمار احساس درد دارد، (۲) او، به طور خودکار، به صورت فیزیکی در بدنش دچار اضطراب می‌شود، (۳) لحظه‌ای بعد برای پس زدن آن احساس از دفاع استفاده می‌کند و (۴) آن دفاع نشانه‌ها و مشکلات فعلی را خلق می‌کند. با هر جمله‌ای که بیان می‌کنید بیمار را به هم‌آفرینی رابطه‌ای برای تغییر دعوت می‌کنید. با در میان گذاشتن احساسات، بیمار جرئت کرده است که، بر مبنای نزدیکی هیجانی، رابطه‌ای برای تغییر بنا کند. با مضطرب شدن یا در میان گذاشتن دفاع، بیمار، ناخواسته، رابطه‌ای قبلی را بازآفرینی می‌کند. اضطراب و دفاع‌هایش مشکلی نیست که به درمانگر برگردد. اینها تاریخچه رنج بیمار هستند، چیزی که او تلویحاً از شما می‌خواهد علاج کنید.

اگر بیمار احساسی را بیان کند، ترغیبش می‌کنیم آن احساس را عمیق‌تر حس کند، تا به ریشه مسائلش برسیم. اگر خیلی مضطرب باشد، اضطرابش را تنظیم^۳ می‌کنیم و، بعد، احساسش را کندوکاو می‌کنیم. اگر از دفاع استفاده کند، به او کمک می‌کنیم دفاع و عوارضش را ببیند، به طوری که بتواند از آن دست بردارد و با احساسش روبه‌رو شود. اینها سه پایه همه مداخلات روان‌درمانی هستند. اگرچه اصول ساده‌اند، کاربردشان، همان‌طور که باقی کتاب نشان خواهد داد، می‌تواند پیچیده باشد. وقتی بیماران با اضطراب یا دفاع پاسخ می‌دهند، ما این انحراف از مسیرها را دنبال نمی‌کنیم. در

1- Bowlby
3- regulate

2- Malan

عوض، هر انحراف از مسیر را شناسایی و از بیمار دعوت می‌کنیم روی احساسش متمرکز شود. حفظ تمرکز مداوم روی احساسات یکی از مهم‌ترین مهارت‌هایی است که درمانگران باید یاد بگیرند: احساسات بیانگر انگیزه‌ها و سائق‌های اصلی ما هستند (تامکینز^۱، ۱۹۶۲). بدون آنها قطب‌نمایی نداریم که به ما نشان دهد در زندگی کجا می‌خواهیم برویم (پ. کاگلین^۲، مکالمه شخصی).

بیایید از یک قیاس استفاده کنیم. فرض کنید داشتیم به شما رانندگی یاد می‌دادم و شما رفتید توی نهر کنار جاده. من می‌گویم، "می‌شه فرمون بچرخونید، که برگردیم تو جاده و مسیر ادامه بدیم؟" شاید شما بگویید، "من می‌خوام برم تو نهر!" من جواب می‌دهم، "میل میل شماست، اما تا وقتی که تو نهر برویید، به مقصدتون نمی‌رسید." اگر به من بگویید که رانندگی در نهر کنار جاده تنها راه شماست، من خواهم گفت: "این راه شما نیست، بلکه مسیری که ماشیتون توش می‌روید. می‌گید می‌خواید ما رو ببرید شمال، سمت نیویورک، اما عادت دارید تو نهر، به سمت ساحل و بعد به اقیانوس بروید. اگه این‌جوری رانندگی کنید، گیر می‌افتیم و به نیویورک نمی‌رسید." اگر بیمار به سمت مسیر انحرافی اضطراب رفت، اضطرابش را تنظیم کنید و، بعد، به تمرکز روی احساسش برگردید. اگر بیمار به سمت مسیر انحرافی دفاع رفت، کمک کنید دفاع را ببیند، از آن دست بردارد و به تمرکز روی احساسش برگردد. اگر او تغییر مسیر به سمت اضطراب و دفاع را ادامه دهد، به اهدافش در درمان دست نخواهد یافت.

ارتباط بین رنج و تکلیف درمانی

همان‌طور که تمرین‌های ذهن آگاهی نشان داده‌اند، موضوع این نیست که هرازچندگاهی از واقعیت یا احساساتمان اجتناب کنیم (سفران^۳، ۲۰۰۳). ما لحظه‌به‌لحظه، در تمام روز، رنج‌ها و نشانه‌هایمان را می‌آفرینیم. بنابراین، لحظه‌به‌لحظه، باید به بیمار کمک کنیم تا دفاع‌هایی را که مولد رنج او هستند، ببیند. شاید بتوان درمان را نوعی مراقبه ذهن آگاهی هدایت شده دانست. ما به بیمار کمک می‌کنیم تا به واقعیت این لحظه، تجربه درونی‌اش، توجه کند. هر بار که او، با استفاده از دفاع، زندگی درونی‌اش را نادیده می‌گیرد، به او کمک می‌کنیم دفاعش را ببیند و به احساسش برگردد. وقتی از دفاعش دست برداشت، دفاع‌ها دیگر باعث رنج‌اش نمی‌شوند و او از خودش آگاه می‌شود. هر بار که او به واقعیت این لحظه توجه می‌کند، بیشتر موجود^۴ می‌شود (آیگن^۵، ۱۹۹۸). و با حقیقت هیجانی آن لحظه هم‌نوا می‌شود (بیون^۶، ۱۹۷۰).

به این منظور، بیمار باید دفاع‌هایش را کنار بگذارد و با احساساتی که از آنها می‌ترسد و اجتناب

1- Tomkins
3- Saffran
5- Eigen

2- P. Coughlin
4- persent
6- Bion

می‌کند روبه‌رو شود. از طریق این دو گزینه، بیمار با درمانگر متحد می‌شود تا رابطه‌ای را به‌منظور تغییر هم‌آفرینی کند: اتحاد درمانی.

با چنین درکی از علیت، تکلیف درمانی مشخص می‌شود: به بیمار کمک کنید دفاع‌هایی را که باعث رنج او می‌شوند ببیند و کنار بگذارد. با حس کردن احساساتش تا عمیق‌ترین حد ممکن، او قادر خواهد بود آنها را به سمت اعمال انطباقی کانالیزه کند، و در مورد علل نخستین استفاده از این دفاع‌ها پیش پیدا خواهد کرد.

در هر جلسه درمان، با توالی زیر مواجه هستیم: (۱) درمانگر از بیمار دعوت می‌کند رابطه نزدیک‌تری برقرار کند، (۲) بیمار احساسی دارد، (۳) او مضطرب می‌شود، (۴) از دفاع استفاده می‌کند و (۵) نشانه یا مشکل مطرح شده را تجربه می‌کند. این توالی، هر بار که خواستار رابطه‌ای نزدیک‌تر شوید، اتفاق می‌افتد؛ هر بار، حتی تا ۱۵۰ بار در یک ساعت! با این دیدگاه، نمی‌گوییم بیمار افسردگی "دارد." در عوض، می‌گوییم دفاع‌ها، تمام روز، افسردگی‌اش را ایجاد می‌کنند و تداوم می‌بخشند.

این به ما امید می‌دهد که، اگر بتوانیم هر دفاعی را که بیمار را اذیت می‌کند متوقف کنیم، و به او کمک کنیم که آن را ببیند و کنار بگذارد، نشانه‌ها کاهش یابند و ناپدید شوند. از این نقطه‌نظر، قطع دفاع‌ها نوعی شفقت نسبت به بیمار است. (س. وارشو^۱، مکالمه شخصی). همیاری با دفاع‌های بیمار او را می‌آزارد. بگذارید یک مثال بزنم.

یک روز خانمی در جلسه‌اش حاضر نشد. فکر کردم شاید توی راهرو باشد. رفتم بیرون، و البته، او آنجا بود؛ نشسته بود روی زمین و داشت با چاقو مچ دستش را می‌زد و به چکیدن قطرات خون روی کپه‌ای دستمال کاغذی روی زمین نگاه می‌کرد. چاقو را از او گرفتم و به داخل مطب هدایتش کردم. هر دفاع زخمی است بر روح. اگر این دفاع‌ها مسدود نشوند، بیمار ممکن است با هزاران زخمی که بر خود وارد می‌کند، بمیرد. در این مدل درمان، همراه با بیمار، بر علیه دفاع‌هایی که موجب رنج او می‌شوند، موضع محکمی اتخاذ می‌کنیم.

ما، با کمک به بیمار برای کنار گذاشتن دفاع‌هایش، به او کمک می‌کنیم که خودش و زندگی درونی‌اش را پذیرا باشد. خلاصه اینکه، با نشان دادن محبت خودمان نسبت به او، به او کمک می‌کنیم به خودش محبت داشته باشد. سیگموند فروید در یکی از نامه‌هایش به کارل یونگ^۲ نوشت، "روانکاوی شفا از راه عشق است" (فروید و یونگ، ۱۹۹۴). و اینکه عشق مظهر ایمان است. همان‌طور که یک‌بار بیماری به من گفت، "شما، زیر اون همه آشفتگی و دفاع، دیدید من کی هستم، قبل از اینکه بدونم اونجا به منی هست که باید پیدا بشه." ما، با توجه مداوم به زندگی درونی بیمار و مسدود کردن دفاع‌هایی که دورش حلقه زده‌اند، زندگی درونی بیمار را در آغوش می‌کشیم و او را نیز به همین کار ترغیب می‌کنیم.

1- Warshow

2- Carl Jung

در این کتاب فنون زیادی را برای کمک به بیماران خواهید آموخت. فنون، اغلب، به روش‌هایی که با آن در شیئی دخل و تصرف می‌کنیم اطلاق می‌شوند. در مقابل، فنون روان‌درمانی شیوه‌های ارتباط برقرار کردن با بیمار برای نشان دادن عشق و محبت ما هستند. فنون، صرفاً، شیوه‌های "انجام کار" نیستند، بلکه روش‌های "با هم بودن" اند. توجه مداوم ما به احساسات بیمار مبین اعتقاد ما به این است که او حق دارد از دفاع‌هایی که باعث تداوم رنج‌اش می‌شوند خلاص شود. سپس، او می‌تواند مسیر خودآفرینی را، که خود شخصیت است، در پیش بگیرد (بردیائف، ۱۹۴۴).

برای شروع سفر روان‌درمانی، باید مشکلات مطرحه بیمار را کندوکاو کنیم تا در مورد مشکل، علل آن و تکلیف درمانی، که مشکل را حل خواهد کرد، به توافقی برسیم. اما، برای این کار لازم است درمانگر بفهمد که چگونه احساسات را کندوکاو کند، اضطراب را تنظیم نماید، دفاع‌ها را شناسایی کند و بیمار را بسنجد. فقط با این ابزارهاست که درمانگر قادر می‌شود، به صورتی تأثیرگذار، اتحاد درمانی خودآگاه را ایجاد کند. پس، بیایید با یادگرفتن نحوه کنکاش احساسات کار را شروع کنیم.

مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود

- Abbass, A., Town, J., and Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: A systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(2), 97–108. <http://www.istdpinstitute.com/resources/>.
- Coughlin Della Selva, P. (1996). The integration of theory and technique in Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy. In *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Theory and Technique* (pp.1-25). New York: Wiley.
- Malan, D., Coughlin Della Selva, P. (2006) Empirical support for Davanloo's ISTDP. (Pp. 34–74). In *Lives Transformed: A revolutionary method of dynamic psychotherapy*. London: Karnac.
- Neborsky, R. (2001) Davanloo's method of intensive short-term dynamic psychotherapy. In M. Solomon, R. Neborsky, L. McCullough, M. Alpert, F. Shapiro, and D. Malan (Eds.) *Short-term therapy for long term change* (pp. 16-53). New York: W. W. Norton.

ویدیوهای توصیه شده

برای آگاهی از نحوه تکوین اتحاد درمانی، که توسط جان فردریکسون به صورت ویدیو ارائه شده است، به آدرس‌های اینترنتی زیر مراجعه کنید.

Intensive short-term dynamic psychotherapy part 1 (October 5, 2011), <http://www.youtube.com/watch?v=cKzmk2-xnzY&feature=plcp>.

Intensive short-term dynamic psychotherapy part 2 (October 5, 2011), <http://www.youtube.com/watch?v=dK2x906ptWA>.

Intensive short-term dynamic psychotherapy part 3 (January 18, 2012), <http://www.youtube.com/watch?v=sDmVgokayPVkw&feature=relmfu>.

بخش اول

تعیین کانون تأثیر گذار
