

روان‌درمانی تحلیلی
مبتنی بر روابط اُبژه‌ای

روان‌درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط اُژه‌ای

تألیف
آلن ج. فرانکلند

ترجمه
سعید کیانپور



سرشناسه: فرانکلند، آلن ج. Frankland, Allan G.
عنوان و نام پدیدآور: روان‌درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط
آبژه‌ای
مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری: ۱۴۴ ص. وزیری
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۴۱۲-۳
یادداشت: واژه‌نامه، کتابنامه: ص. ۱۲۹-۱۳۲؛ همچنین به
صورت زیرنویس.
شناسه افزوده: کیانپور، سعید، ۱۳۶۲-،
شماره کتابشناسی ملی: ۳۸۱۳۰۸۳

آلن ج. فرانکلند
روان‌درمانی تحلیلی مبتنی بر روابط آبژه‌ای
ترجمه: سعید کیانپور
فروست: ۸۳۱
ناشر: کتاب ارجمند با همکاری انتشارات ارجمند
صفحه‌آرا: پرستو قدیم‌خانی
مدیر هنری: احسان ارجمند
سرپرست تولید: پروین عبدی
ناظر چاپ: سعید خانکشلو
چاپ: سامان، صحافی: روشنگر
چاپ اول، آذر ۱۳۹۴، ۱۱۰۰ نسخه
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۴۱۲-۳

این اثر، مشمول قانون حمایت از 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

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 ۵۱-۳۸۴۴۱۰۱۶
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 ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰
شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۱۲۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۰۰۰۰ 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

۷.....	سخن مترجم.....
۱۱.....	سپاسگزاری.....
۱۳.....	پیش درآمد.....
۱۵.....	فصل اول- روابط اَبژه‌ای چیست؟.....
۱۹.....	فصل دوم- طرح کلی.....
۲۲.....	فصل سوم- ارزیابی و تدوین.....
۲۸.....	فصل چهارم- انتخاب بیمار: پریسا.....
۳۵.....	فصل پنجم- قرارداد درمان.....
۳۸.....	فصل ششم- ارزش و اهمیت قواعد و مرزها.....
۴۰.....	فصل هفتم- آغاز جلسه اول.....
۴۴.....	فصل هشتم- سطوح چهارگانه معنا.....
۵۰.....	فصل نهم- ابزار کار.....
۵۴.....	فصل دهم- همانندسازی فرافکن.....
۵۹.....	فصل یازدهم- اضطراب و موضع پارانوئید- اسکیزوئید.....
۶۴.....	فصل دوازدهم- سکوت و کسالت در درمان.....
۷۱.....	فصل سیزدهم- نیازمندی در درمان.....
۷۷.....	فصل چهاردهم- توجه به احتمال فروپاشی مکانیسم‌های دفاعی.....
۸۳.....	فصل پانزدهم- ساختار و چگونگی بهره بردن از آن در درمان.....
۸۵.....	فصل شانزدهم- حملات کلامی به درمانگر.....
۹۰.....	فصل هفدهم- ناراحتی در درمان.....

۹۲.....	فصل هجدهم - انتقال و انتقال متقابل شهوانی
۹۵.....	فصل نوزدهم - توصیه در درمان
۱۰۲.....	فصل بیستم - بی‌پرده‌گویی
۱۰۸.....	فصل بیست و یکم - هدیه در درمان
۱۱۳.....	فصل بیست و دوم - تدوین یک مدل جامع: نمونه‌ای از یک جلسه کامل
۱۱۸.....	فصل بیست و سوم - پیشروی در درمان چیست؟
۱۲۱.....	فصل بیست و چهارم - پایان درمان
۱۲۵.....	فصل بیست و پنجم - مفاهیم روابط اُبژه‌ای و درمان‌های شناختی
۱۳۰.....	فصل بیست ششم - یادآوری کلی در مفاهیم روابط اُبژه‌ای
۱۳۳.....	منابع
۱۳۷.....	فرهنگ توصیفی
۱۴۲.....	واژه‌نما

سخن مترجم

مدتی است در محافل دانشگاهی موضوع بومی‌سازی یا اسلامی‌سازی علوم انسانی مطرح است. اساتید و به‌خصوص دانشجویان، هرکدام بر اساس شنیده‌ها و مطالعاتی که ممکن است در این زمینه داشته باشند نظراتی را با چاشنی انتقاد، گاهاً شدید، ابراز می‌کنند. نهضت ترجمه سهم قابل‌توجهی را در این عرصه، یعنی فاصله گرفتن از علوم انسانی بومی و اسلامی، داشته و دارد و باعث شده متون و تفکر غالب دانشگاه‌ها چیزی جز اندیشه در تاریخ و تمدن ایران باشد. از آنجاکه اثر حاضر نیز در جریان پرتبوتاب نهضت کنونی ترجمه در ایران قرار دارد و محتوای اغلب آثار ترجمه‌ای با ریشه‌ها و بنیان‌های فلسفی شرق به‌طور عام و اسلام به‌طور خاص فاصله دارد، بد نیست اشاره‌ای کوتاه به این حوزه داشته باشیم.

با مطالعه تاریخ علم متوجه خواهیم شد که علوم جدید و دانش‌های اسلامی بر جهان‌بینی‌های متفاوتی استوار شده است. این دو، تضاد بنیادی و اساسی دارند. البته کسانی هستند که می‌کوشند این تضاد و تفاوت را ناچیز جلوه دهند و شکاف و فواصلی را که میان علم غربی و اسلامی وجود دارد نادیده بگیرند. با این کار، صورت مسئله را "بزک" می‌کنند، اما اصل مسئله بر جای خود باقی است. برای روشن ساختن این موضوع باید به تاریخ و آغاز رویارویی فکری مسلمانان و تمدن جدید غربی مراجعه کرد. بحث مفصل در این مجال نمی‌گنجد، اما به‌اختصار چنین می‌توان گفت که جریان انتقال علوم غربی به ممالک اسلامی، تحت تأثیر قدرت سیاسی و نظامی و اقتصادی غربی‌ها، به‌منظور ایجاد ملت‌های مستقل و آنچه رفع عقب‌ماندگی خوانده می‌شد صورت گرفت و فکر ستایش کورکورانه علم و تکنولوژی بر این مسیر و فرآیند حاکم شد. از این‌رو، بسیاری از مسلمانان مبانی عقلی و کلامی و معرفت اسلامی را که هویت آنها را تشکیل می‌داد، به فراموشی سپردند. و به نظر می‌رسد این روند هنوز به شدت و قوت خویش باقی است. این اتفاق برای دیگر تمدن‌های بزرگ غیر غربی، مانند چین و هند و ژاپن، که از سابقه علمی طولانی و چند هزارساله‌ای برخوردار هستند نیز به‌طور گسترده افتاده است.^۱

به نظر می‌رسد ایرانیان مسلمان برای بازگشتن به دوران اوج علمی خود باید مسیری طولانی را طی

۱- برگرفته شده از کتاب *در مسیر سنت‌گرایی: سید حسین نصر و مسائل معاصر اثر سید مسعود رضوی نشر علم.*

کنند که به‌طورقطع با دستورالعمل‌ها و برنامه‌های کوتاه‌مدت که بعضاً می‌تواند شامل حذف برخی متون علمی باشد منافات دارد. شاید ارجح آن باشد که در حین تولید علم بومی، با پیروی از قرآن^۱، از علوم دیگر نیز به‌قدر کفایت بهره‌مند شویم.

حال نکاتی چند در باب موضوع اصلی ما در کتاب حاضر:

زمانی که کتاب ارزشمند "درمان مبتنی بر خانواده‌ی اصلی: خانواده‌درمانی با رویکرد بین‌نسلی"^۲ را ترجمه می‌کردم بسیار مجذوب نوع رویکرد بین‌نسلی و کاربرد نظریه‌ی روابط اُبژه‌ای (موضوعی) در خانواده‌درمانی شده بودم. کتاب‌هایی که در باب این نظریه به فارسی ترجمه شده باشند اندک و غالباً قدیمی هستند. با پیشنهاد استاد گرامی آقای دکتر ارجمند با کتاب پیش‌رو آشنا شدم و پس از مطالعه آن برخی از اصطلاحات رایج در این نظریه و معانی آنها را به زبان ساده آموختم. لذا چنین به نظر آمد که ترجمه این کتاب می‌تواند به فهم نظریه‌ی فوق به زبان فارسی کمک کند و نیز مکملی برای کتاب *درمان مبتنی بر خانواده اصلی* باشد.^۳

همان‌طور که می‌دانید درمان مبتنی بر خانواده اصلی بر پایه‌ی جهت‌گیری سیستمی و بین‌نسلی، نظریه‌ی روابط اُبژه‌ای را به کار می‌گیرد تا به‌طور عمیق به آسیب‌شناسی، درمان، و وقوف به نقش خانواده اصلی در زندگی فرزندان و ازدواج آنها بپردازد. از این‌رو، با یک نگاه کلی، می‌توان گفت که جهت‌گیری آن با آنچه در این کتاب آمده متفاوت است. اما حلقه‌ی وصل را باید در نظریه و توصیف و تعریف اصطلاحات خاص آن جستجو کرد. کتاب حاضر مفاهیم روابط اُبژه‌ای را به زبان ساده توضیح می‌دهد و درک جامعی از برخی اصطلاحات دشوار در این رویکرد فراهم می‌کند. همچنین، روش‌هایی که نویسنده به کار می‌گیرد تا دنیای درونی مراجع و شیوه‌های برقراری ارتباط را در او شناسایی کند قابل توجه و مفید است. در این کتاب پدیده‌های نسبتاً معمول مانند انتقال و انتقال متقابل شهوانی، هدیه دادن، و توصیه کردن را خواهید دید که بالینگران اغلب در جلسات درمان با آنها مواجه می‌شوند و کمتر جایی پیرامون آنها مطلبی نوشته شده است.

مقایسه درمان فردی در قالب رویکرد روابط اُبژه‌ای و درمان سیستمی با این رویکرد در این مجال نمی‌گنجد، اما اشاره به نکاتی چند خالی از لطف نیست. در فصل بیست و دوم کتاب پیش‌رو نویسنده گفتگویی را میان درمانگر و بیمار خیالی (پریسا) ارائه می‌دهد که تفاوت میان این دو جهت‌گیری را به خوبی نشان می‌دهد. در ابتدای مکالمه، پریسا پیشرفت‌های حاصل شده از درمان و تغییراتی که درون وی به وجود آمده را شرح می‌دهد. سپس، درمانگر بعد از شنیدن

۱- سوره زمر، آیه ۱۸. «الَّذِينَ يَسْمِعُونَ الْقَوْلَ فَيَتَّبِعُونَ أَحْسَنَهُ أُولَئِكَ الَّذِينَ هَدَاهُمُ اللَّهُ وَأُولَئِكَ هُمْ أُولُوا الْأَلْبَابِ» ترجمه آیه: همان‌هایی که به سخن گوش فرا می‌دهند و بهترین آن را پیروی می‌کنند. اینانند که خدایشان هدایت کرده و هم اینانند خردمندان.

۲- برای مطالعه بیشتر درباره این نظریه می‌توانید به کتاب "درآمدی بر روابط موضوعی و روان‌شناسی خود" اثر مایکل سنت‌کلر، ترجمه‌ی علیرضا طهماسب و حامد علی‌آقایی، نشر نی، مراجعه کنید.

توضیحات و مشاهده احساسات او می‌گوید: «من احساس خوبی دارم. به نظر میرسه دوست داری من بهت افتخار کنم، خوب منم این کار را می‌کنم». در اینجا است که گویی رویدادی هیجانی درون پریسا اتفاق می‌افتد و می‌گوید: «فکر نمی‌کنم حتی پدر و مادرم، در زمان بزرگ شدنم، بهم گفته باشند که به من افتخار می‌کنن». . . . من همیشه توی مدرسه سخت درس می‌خوندم. اما هرگز به نظر نرسید این کار من به قدر کافی خوب بوده باشه. شاید همیشه به دنبال این بودم که مایه مباحثتون باشم، اما پذیرفتم که این موضوع قرار نیست هیچ وقت اتفاق بیافته. شاید دیگه دیر شده باشه. نمی‌دونم. شاید اگه مایه افتخارشون بودم آدم متفاوتی می‌شدم. اما گمان نمی‌کنم دیگه به مباحثات و افتخار اونها نیازی داشته باشم».

خوانندگانی که کتاب *درمان مبتنی بر خانواده اصلی* را مطالعه کرده‌اند می‌دانند که فریمو اجازه نمی‌دهد فرایند انتقال تا به اینجا ادامه یابد و درمانگر نقش پدر و مادر را برای مراجع بازی کند. به عبارت دیگر، همه سخنان، احساس‌ها، و هیجان‌هایی که مراجع نیاز دارد به والدین خود ابراز کند، به سوی درمانگر روانه شود. از این رو، فریمو با فراهم کردن شرایط مقتضی برای درمان مبتنی بر خانواده اصلی، از مراجع می‌خواهد تا این سخنان، و هیجان‌ها نهفته در آن، در مقابل پدر و مادر بیان شوند. همانطور که خواهید دید، بر اساس جهت‌گیری به کار گرفته شده در این کتاب، درمانگر در پاسخ به پریسا می‌گوید: «این غمناک به نظر میاد». و این واکنش باعث می‌شود پریسا در فرایند انتقال و جایگزین‌سازی جسورتر شود و لذا سعی می‌کند با سخنان بعدی خود، آنجا که می‌گوید "فکر می‌کنم یه کمی عجیبه که من احساس راحتی بیشتری با درمانگرم دارم تا با هر کدوم از والدینم"، به این فرایند شکل دهد و پروسه خاص درمان را کامل کند.

سؤالی که ممکن است در ذهن خواننده به وجود آید این است که در هر حال درمان به اتمام می‌رسد و شاید بیمار یا مراجع حتی دیگر نتواند تا آخر عمر درمانگر را ببیند و به طبع فضایی وجود نخواهد داشت تا او بتواند در مورد هرآنچه می‌خواهد صحبت کند، پس چطور این انتقال و جایگزین‌سازی می‌تواند به او کمک کند تا در آینده روابط سالم‌تری را تجربه کند؟ در حالی که به احتمال زیاد پدر و مادر خود را خواهد دید و به آنها به عنوان جزیی از وجود خود فکر خواهد کرد. شاید گفته شود که این شیوه در واقع به ثبات ابژه بیمار یا مراجع کمک می‌کند. اما به نظر می‌رسد تا وقتی که چنین فضایی میان مراجع و والدینش فراهم نشده تا او بتواند در مورد هرآنچه می‌خواهد صحبت کند، امکانات لازم و کافی برای مراجع برای داشتن روابط سالم در زندگی آتی وجود نخواهد داشت. پس آسیب‌شناسی باید در روابط میان مراجع و خانواده اصلی او انجام گیرد.

بحث و گفتگو پیرامون مطالب فوق و تطبیق آنها با رویکردهای درمانی مورد بحث و نیز به کارگیری آنها در کار بالینی مجالی فراخ‌تر از یک مقدمه می‌طلبد. اما با این حال، اشاره‌ای مجمل با ذهن بازی می‌کند. در پایان پیشنهاد می‌شود اثر حاضر همراه با کتاب *درمان مبتنی بر خانواده*

اصلی و درآمدی بر روابط موضوعی و روان‌شناسی خود مطالعه شود که هم با اصطلاحات رویکرد روابط اُبژه‌ای آشنایی بیشتری حاصل شود و هم تفاوت و قیاس در جهت‌گیری درمانی به‌طور ملموس درک شود.

سعید کیانپور

اصفهان - مردادماه ۱۳۹۲

سپاسگزاری

دوست دارم از کسانی تشکر کنم که بدون آنها نوشتن این کتاب ممکن و میسر نبود. اول از همه، دوست و استادم دکتر جیمز هیلن که ساعت‌ها برای توضیح و تشریح رازهای روان‌درمانی برای من وقت گذاشت. بعد از ظهرهای جمعه را هرگز از یاد نخواهم برد. بسیاری از دانسته‌هایم در مورد روان‌درمانی را مدیون او هستم. همچنین دوست دارم از دکتر برایان مک دونالد و دکتر لزلی فلین تشکر و قدردانی کنم، چرا که هر کدام به نوبه خود نقش مهمی را در رشد و تحول من به عنوان روان‌پزشک و روان‌درمانگر ایفا کردند. مشتاقم از همهٔ رزیدنت‌ها و سایر همکارانی که با نظرات خود در مورد این کتاب من را آماده و مهیا ساختند صمیمانه تشکر کنم. در پایان، دوست دارم از همسر، دکتر فیا ووتسیلاکوس، که به نحو شایسته‌ای این اثر را نمونه‌خوانی و تصحیح کرد تشکر و قدردانی کنم.

پیش در آمد

تصمیم من برای نوشتن این کتاب ناشی از مشاهده تعداد زیادی از دانشجویانی بود که علاقه وافر خود را برای یادگیری الفبا و اصول اولیه چگونگی انجام روان‌درمانی روان‌پوشی از منظر نظریه روابط اُبژه‌ای نشان می‌دادند. هدف من در اینجا فراهم کردن دستورالعملی روشن و عملی برای درمانگران تازه‌کار است. علاوه بر آن، امیدوارم این کتاب برای درمانگران باتجربه و کارآزموده در سایر رویکردها، که به دنبال وسعت بخشیدن به درک خود از کاربرد روزمره و عملی نظریه روابط اُبژه‌ای هستند، سودمند و مفید واقع شود. من امیدوارم که بتوانم در این اثر به این سؤال پاسخ دهم: بگو ببینم، به راستی، شما چگونه این کار را انجام می‌دهید؟ همان‌طور که روابط در معنای کلی آن موضوعی پیچیده است، درمان روابط اُبژه‌ای نیز این چنین است. به ویژه، تأسفانگیز است که بیشتر آثار پیرامون رویکرد روابط اُبژه‌ای مملو از اصطلاحات و مفاهیم سخت و دشوار است. اغلب چنین به نظر می‌رسد که واژه‌های مختلف، بسته به متن و نویسنده، معانی متفاوتی دارند. لذا، این شرایط، یادگیری نظریه روابط اُبژه‌ای را، به ویژه از کتاب، به غایت دشوار و پرزحمت می‌کند.

در این کتاب، که به صورت راهنمای مقدماتی نوشته شده است، تلاش من بر آن بوده است تا مفیدترین نکاتی را که در طی سال‌ها آموزش آموخته‌ام در آن بگنجانم. از خودم می‌پرسیدم: وقتی شروع به نوشتن کردم، ای کاش چه چیزی را بهتر می‌فهمیدم؟ ساده‌ترین راه برای توضیح و روشن ساختن مهم‌ترین مفاهیم و مهارت‌ها چه می‌توانست باشد؟ چه مقدار اطلاعات برای یک درمانگر روان‌پوشی تازه‌کار مناسب است؟

نتیجه کتابی است که امیدوارم:

- در حالی که حداقل نظریه و اصطلاحات پیچیده را حفظ می‌کند، درک و فهم از آن را افزایش دهد.
- مثال‌هایی مفید از متداول‌ترین موقعیت‌های بالینی فراهم کند.
- مجمل و مختصر باشد و به‌طور خاص بر مهم‌ترین و عملی‌ترین مطالب و اطلاعات تمرکز کند.

ضرب‌المثلی بخردانه در ورزش‌های سنتی رزمی وجود دارد که می‌گوید: بهترین راه برای آموزش به شخصی که هیچ نمی‌داند این است که همه چیز را به او بیاموزید. من معتقدم که این گفته حقیقت

دارد، به ویژه وقتی تلاش می‌کنم به شخصی کمک کنم تا یک مهارت جدید و دشوار را فرا بگیرد. از این رو، این کتاب بر آن نیست تا بحثی عمیق از تاریخچه، نظریه، یا اصطلاح‌شناسی رویکرد روابط آبژه‌ای ارائه کند، بر عکس، امیدوارم نقطه آغاز و خودآموزی آسان و عملی برای دانشجویان علاقه‌مند به روان‌درمانی روان‌پریشی باشد، گروهی که خود من نیز با افتخار به آن تعلق دارم. کتاب حاضر سعی دارد تا آموزش و دانسته‌های شما را در روان‌درمانی تکامل ببخشد. بنابراین، اگر فکر می‌کنید که این کتاب (یا در حقیقت هر کتاب دیگری) می‌تواند جایگزین نظارت و راهنمایی در روان‌درمانی و دیگر اشکال آموزش باشد، به طور قطع اشتباه می‌کنید. در انتهای کتاب اصطلاح‌نامه‌ای از لغات کلیدی (که در متن به طور برجسته نمایش داده شده‌اند) و فهرستی از کتاب‌های مختلف برای مطالعه بیشتر پیشنهاد شده است.

در بسیاری از فصول این کتاب نمونه‌هایی از گفتگو میان پریرسا، بیمار خیالی، و درمانگرش آورده شده است. برای سهولت کار، وقتی در مورد پریرسا صحبت می‌شود و یا اشاره‌ای به بیمار^۱ می‌کنم، از ضمیر مؤنث بهره می‌گیرم. این گفتگوها یا مکالمات برای توضیح مفهوم یا موضوعی خاص در نظر گرفته شده‌اند و می‌توانند در مورد نحوه اداره موقعیت‌های خاص به شما طرح و نقشه ارائه دهند، لیکن خشک و نظری هم نیستند. پر واضح است که راه‌های بسیاری برای نزدیک شدن به هر مقوله معین و مفروض وجود دارد.^۲ مضاف بر این، تعداد زیادی اصول و مبانی سبک‌شناختی و بافتاری وجود دارد که در حرفه روان‌درمانی دخیل هستند. در حقیقت، درمانگر همیشه مجموعه و آرایش وسیعی از گزینه‌های قابل حصول را در اختیار دارد. این ویژگی یکی از مهم‌ترین مضامینی است که شما هنگام بررسی و مرور این کتاب باید به خاطر داشته باشید. به طور ایده‌آل، امیدوارم که خواندن پیشنهادهای من تا پایان شما را برای تأمل در مورد موضوعاتی که به طور عادی در درمان روی می‌دهند و در نظر گرفتن راه‌های مختلف برای پرداختن به آنها برانگیزد.

۱- شما متوجه خواهید شد که من لغت بیمار را به جای کلمه امروزی و صحیح، به لحاظ راهبردی، مراجع به کار می‌گیرم. این کار تاحدودی به این خاطر است که من در طی آموزش‌های پزشکی به آن عادت کرده‌ام، و بخشی هم به خاطر این است که معتقدم این لفظ وظیفه و مسئولیت مرا در قبال آنها در کارم نشان می‌دهد.

۲- این کتاب بر آن است تا مقدمه‌ای بر روان‌درمانی روان‌پوشی، به طور برجسته از منظر روابط آبژه‌ای فراهم سازد. لیکن، تلاش نموده‌ام تا مفاهیم، اصول و شیوه‌های سودمند سایر چارچوب‌های نظری را یکپارچه کنم تا به نحو مطلوبی یک نگرش متوازن و انسجام‌یافته را به روان‌درمانی روان‌پوشی شرح دهم.

فصل اول

روابط اُبژه‌ای چیست؟

به هر روی و با تمام این اوصاف، سؤال اینجاست که روابط اُبژه‌ای چه معنایی دارد؟ روابط اُبژه‌ای یکی از چهار مدل نظری اصلی در روان‌درمانی روان‌پویشی است. سه مدل نظری دیگر عبارت است از: روان‌شناسی خود، روان‌شناسی ایگو، و نظریهٔ دلبستگی^۱. اصطلاح روابط اُبژه‌ای، در ابتدا، ممکن است تاحدی گیج‌کننده به نظر برسد. واژهٔ روابط در این اصطلاح به اندازهٔ کافی ساده و قابل فهم است: این واژه مربوط به روابط بیمار با خود^۲ و دیگران است. اما اصطلاح اُبژه چه معنایی دارد؟ و چرا به جای اینکه صرفاً روابط/انسانی نامیده شود، اُبژه نامیده می‌شود؟ اصطلاح اُبژه را زیگموند فروید در سال ۱۹۰۵ وضع کرد. این واژه برای بیان این حقیقت به کار می‌رود که برخی اوقات افراد دیگران را آن‌طور که واقعاً هستند ادراک نمی‌کنند، بلکه آنان را بر مبنای تصورات خود ادراک می‌کنند. این امر به‌گونه‌ای است که انگار آنها با یک اِبژه/شخص خیالی دو بُعدی در ذهنشان رابطه دارند تا با یک شخص واقعی چند بُعدی. شخص واقعی دارای آمیزه‌ای از خصلت‌ها و ویژگی‌های مطلوب و نامطلوب است. اِبژه خیالی ممکن است به غلط در دو انتهای پیوستار "خوب" یا "بد" در نظر گرفته شود (خوب و بد در معنای مطلق آن - کاملاً خوب و کاملاً بد). حتی می‌تواند بسته به شرایط و محیط، میان این دو به سرعت جابه‌جا شود. این اِبژه خیالی ممکن است عاملی در نظر گرفته شود که می‌تواند

۱- به اصطلاح‌نامهٔ انتهای کتاب مراجعه شود (مترجم).

۲- توجه داشته باشید همان‌طور که نویسنده در مقدمه کتاب نیز ذکر کرده تمامی نمونه‌های موردی و ضمائر به کار رفته در آنها با ضمائر مؤنث هستند (مترجم).

همه‌ی خواست‌ها و نیازهای بیمار را برآورده سازد (که می‌تواند برای بیمار وسوسه‌انگیز یا دل‌فریب تصور شود)، اما در همان حال، به گونه‌ای ظاهر می‌شود که این ویژگی مطلوب را از بیمار دریغ می‌کند (که می‌تواند طردکننده برداشت شود). بدین ترتیب، این اُبژه (که اغلب اُبژه بد نامیده می‌شود) بیشتر وقت‌ها به‌طور هم‌زمان هم وسوسه‌گر و هم طردکننده برداشت می‌شود. نمونه‌های نخستین خیالی متعلق به اُبژه خاص در هر شخص توسط بافته‌ای از تجارب "خوب" و "بد" شدید هیجانی که خیلی زود در زندگی رخ می‌دهند، حتی در سال اول زندگی، تأثیر می‌پذیرند (کرنبرگ، ۱۹۹۲).

سناریوی زیر که جاذبیت رمانتیک را در "نگاه اول" به تصویر می‌کشد، نمونه سودمندی از یک اُبژه خیالی ارائه می‌دهد. آفایی، در یک گردهمایی، خانم جذابی را از میان شلوغی در آن سوی اتاق می‌بیند. او ظاهر و حرکات این خانم را از دور دست مشاهده و برداشتی آنی از وی در ذهنش شکل می‌دهد. تلقی او از این خانم همچون الهه زندگی است که می‌تواند پنجره‌ای رو به سوی خوشبختی ابدی و کامروایی جنسی نامحدود به روی او باز کند. در نتیجه، قهرمان داستان ما این خانم را لبریز از قدرتی عظیم و ویژگی‌های دگرگون‌ساز در زندگی می‌کند. این کیفیات به وضوح عجیب و غیرممکن هستند. ما همه می‌دانیم که این خانم به احتمال زیاد، درست مثل هر فرد دیگری، آمیزه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی مطلوب و نامطلوب است. اما برای قهرمان ما موجودی سحرآمیز و ماورایی است. از این رو طبیعی است وقتی که پا پیش می‌گذارد تا خودش را معرفی کند، بی‌قرار و مضطرب، ناگهان سکندری می‌خورد و جلوی دیدگان الهه آرزوها نقش بر زمین می‌شود و خجالت‌زده فقط نگاه می‌کند. این خانم هم کِرِکِر به بدبختی او می‌خندد. قهرمان در حالی که از خجالت آب می‌شود یک پا دارد دوتای دیگر هم قرض می‌گیرد و فرار را بر قرار ترجیح می‌دهد و اینجا است که احساس ناراحتی و طردشدگی در او پدیدار می‌شود. این مثال هم نادرستی اُبژه در ذهن قهرمان داستان ما را نشان می‌دهد و هم نادرستی ویژگی‌های وسوسه‌گر و طردکننده را که توسط قهرمان ما حمل بر این خانم شده بود. اضطراب او در نتیجه ادراکی نادرست از آن زن بود. ادراکات نادرست می‌توانند به‌طور ناهشیار ارتباطات کلامی و غیرکلامی را تحت تأثیر قرار دهند و سبب برخی تعاملات خاص و حتی کل روابط را متأثر سازند. همان‌طور که زمان سپری می‌شود، خصلت‌های واقعی همسران آشکار و نادرستی تخیلات قابل رؤیت می‌شوند. بنابراین، چه بسا تعجب‌آور نباشد شخصی که شاید سالیان دراز عاشقانه به کسی علاقه‌مند بوده، روزی چنین بگوید: «من اصلاً فکر نمی‌کنم که حتی شادی را واقعاً شناخته باشم. انگار طی شش سال گذشته با یک غریبه زندگی می‌کردم». درمان این قابلیت را دارد تا به بیماران کمک کند خودشان و دیگران را به‌طور واقع‌بینانه ببینند و این فرصت را به آنها می‌دهد تا با دیگران، آن‌طور که واقعاً هستند نه آن‌طور که تصور می‌کنند، رابطه برقرار کنند.

در وهله اول این مشکلات چگونه به وجود می‌آیند؟ اتو کرنبرگ، یکی از پیشگامان نوین در نظریه روابط اُبژه‌ای، به عنوان اصل موضوع پذیرفت که کودکان الگوهایی را در نگاه به خود و دیگران در

پاسخ به تجارب عاطفی شدید اولیه شکل می‌دهند که نوعاً اولین مراقب را در بر می‌گیرد (کرنبرگ، ۱۹۹۲). این تجارب شدید شامل احساس عشق یا نفرت در واکنش به اشباع یا حرمان نیازهای کودک، توسط مراقب، است. چنین تصور می‌شود که این تجارب شدید اولیه الگوهای رو به رشد روابط کودک را از طریق نوعی نقش‌پذیری عاطفی/تجربی متأثر می‌سازند (کرنبرگ، ۱۹۸۴). اعتقاد بر این است که تجارب اغراق‌آمیز و آکنده از هیجان "کاملاً خوب" یا "کاملاً بد" می‌توانند در مفهوم‌سازی در حال رشد کودک از خود و دیگران بیش از حد بازنمایی شوند. آنها به جای آنکه زندگی عادی روزانه را منعکس کنند، موقعیت‌ها و شرایط اغراق‌آمیز و غیرمعمول را نشان می‌دهند. وقتی نگاه‌های به خود و دیگران، که پیوسته اغراق‌آمیز و قطبی شده هستند، به روابط آینده منتقل می‌شوند، در نتیجه برداشت‌ها و ادراک‌های فرد تحریف می‌شوند. با این کار شخص تمایلی را برای دیدن خود و یا دیگران به صورت کاملاً خوب یا کاملاً بد شکل می‌دهد و عواطف مشابهی (عشق یا نفرت شدید) را که با تجارب تکوینی اولیه مرتبط بوده تجربه می‌کند.

پیشرفت در فن‌آوری و روش‌های پژوهشی منجر به رشد فزاینده علوم عصب‌شناختی و دیگر مستندات شده است که به تدریج فرضیه‌ها و نظریه‌های روان‌پوشی را تأیید می‌کنند. مطالعات نشان داده‌اند که تعاملات اولیه مراقب-کودک تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر رشد مغز (چوگانی و همکاران ۲۰۰۱، گراهام و همکاران ۱۹۹۹، اسکور ۲۰۰۱) و فیزیولوژی هورمون‌های عصبی دارد (آنرت و همکاران ۲۰۰۴، آنیسن و همکاران، ۱۹۹۸، بلانت بوگنتال و همکاران ۲۰۰۳، هرتس گارد و همکاران ۱۹۹۵، گونار و همکاران ۱۹۸۹، لُد و همکاران ۱۹۹۶). این تعاملات اولیه، ارتباطات و همبستگی‌هایی را در زمینه آسیب‌شناسی روانی در مراحل بعدی زندگی نشان داده‌اند (بیتسون و تاربان ۲۰۰۳، گراهام و همکاران ۱۹۹۹، راین و همکاران ۲۰۰۳، سانچز و همکاران ۲۰۰۱). تجارب اولیه در تعاملات مراقب-کودک با جنبه‌های مختلف اثری طبع کودک ترکیب می‌شوند تا شخصیت را شکل دهند (کلونینگر و همکاران ۱۹۹۳). پیشرفت‌های صورت گرفته در مفهوم‌سازی سیستم‌های حافظه (اسکوآیر ۱۹۸۷، وستن ۱۹۹۹، وستن و گابارد ۲۰۰۲a، ۲۰۰۲b) به توصیف اشکال ناهشیار حافظه و بازیابی حافظه پرداخته‌اند که مشتمل بر الگوهای پیوند اجتماعی، استفاده ناهشیار از مکانیسم‌های دفاعی^۱، و تداعی‌های ناخودآگاه میان تجارب حال و گذشته هستند (گابارد ۲۰۰۴، صفحات ۸ تا ۱۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روان‌درمانی بر کارکرد (اتکین و همکاران ۲۰۰۵، جونگ-بیمن و همکاران ۲۰۰۴)، شیمی عصبی (ویناماک و همکاران ۱۹۹۸) و شبکه‌های عصبی مغز (گابارد و وستن ۲۰۰۳) تأثیر دارد. همچنین، زمان زیادی است که مشخص شده درمان روان‌پوشی کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد (پیر

۱- مکانیسم دفاعی: یک فرآیند روانی نوعاً ناهشیار که فرد را از تجارب اضطراب‌آور، غیرقابل قبول یا به شکلی دیگر، تجربیات روانی رنج‌آور، محافظت می‌کند. برای تعریف مکانیسم‌های دفاعی مرسوم فرهنگ توصیفی را ببینید.

و همکاران ۱۹۹۰، شفلر و همکاران ۱۹۹۵، سیگال و همکاران ۱۹۷۷، اسلون و همکاران ۱۹۷۵). در هر حال، این حرکت جدید تحقیقاتی نشان می‌دهد که روان‌درمانی تأثیرات سنجش‌پذیر و قابل مشاهده فیزیولوژی عصبی نیز دارد. با مطالعاتی مانند آنچه ذکر شد، مفاهیم قدیمی روان‌پویشی در خصوص مکانیسم‌های سبب‌شناختی و درمان آسیب‌شناسی روانی به تدریج در حال عبور از نظریه و ورود به حیطة واقعیت تجربی است.

اینک، درمان چطور به ادراکات تحریف شده خود و دیگران و مشکلات رابطه‌ای بعد از آن می‌پردازد؟ این مهم با فراهم کردن تجربه رابطه‌ای جدید برای بیمار روی می‌دهد که به او کمک می‌کند تا خودش و دیگران را واقع‌بینانه‌تر ببیند، به عبارت دقیق‌تر، به جای اینکه انسان را صرفاً بازتابی از تخیلات نادرست در نظر بگیرد، موجودی یکپارچه و چندجنبه‌ای فرض می‌کند. در جایگاه درمانگر روابط اُبژه‌ای، ما تجربه حاصل از رابطه درمانی را در اینجا و اکنون به کار می‌گیریم تا فهم و درک‌مان را از دشواری‌ها و مشکلاتی که بیمار در ارتباط با خود و دیگران دارد هدایت و پالایش کنیم. واکنش‌های عاطفی ما، اغلب، اطلاعات بسیار مهمی را در مورد آنچه در رابطه درمانی می‌گذرد فراهم می‌کند. از این رو، این سبک درمان می‌تواند برای بیمار و درمانگر، هر دو، بار عاطفی یا هیجانی داشته باشد. شما ممکن است از خودتان بپرسید: درمانگر درباره نوع مطلبی که قرار است در همه موقعیت‌های مختلف در درمان بگوید، چگونه تصمیم‌گیری می‌کند؟ خبر خوب این است که در اتاق درمان مضامین و موضوعات مشابهی تکرار می‌شوند. من تعدادی از این مضامین تکرار شونده و نیز برخی پیشنهادهایی که به شما کمک می‌کند تا این موضوعات را مورد توجه قرار دهید در فصول بعدی مورد بحث قرار خواهم داد. اول از همه باید بفهمیم که میان ما و بیمار چه می‌گذرد، سپس می‌توانیم گزینه‌هایی را برای نحوه پیشبرد کار در نظر بگیریم. لذا، مهمترین مسئله‌ای که در اینجا باید به آن توجه کرد این است که خود رابطه درمانی برای تغییری که در این سبک درمان روی می‌دهد الگو است. به منظور استفاده از این رابطه برای ایجاد مداخلات مفید و سودمند باید به دقت بیماران و خودمان را مشاهده کنیم. این کار مستلزم دیده‌بانی فکورانه واکنش‌های هیجانی است تا بفهمیم چه چیزی در حال وقوع است.

فصل دوم

طرح کلی

داشتن یک نقشه راه، به‌طور کلی، برای کسی که عزم سفر دارد امری به غایت سودمند است. از این رو، این بخش را در ابتدای کتاب قرار دادم تا تصویری ذهنی از آنچه "سفر" درمان نامیده‌ام و نیز برخی زمینه‌های احتمالی پیشرفت بیمار به شما ارائه کنم. پیش از این، تعدادی از مقولاتی را که به‌طور معمول در درمان به آنها پرداخته می‌شود مورد بحث قرار دادیم. من درمان را یک فرایند خطی خاص در نظر نمی‌گیرم؛ به بیان دیگر، هیچ‌گاه تصور نمی‌کنم که برای کامل شدن فرآیند درمان، الزاماً، یک مرحله باید پیش از مرحله بعد قرار گیرد. بر اساس تجربه شخصی، درمان اغلب میان مراحل و مقولات گوناگون نوسان دارد. به نظر می‌رسد که ضرب‌المثل "چند قدم به جلو یک قدم به عقب" گاهی درست از آب در می‌آید. به هر حال، زمینه‌های کلی پیشرفت، که پیش از این ذکر شد، در تجربه شخصی، تا حد بسیار زیادی برای بسیاری از بیمارانی که من با آنها کار کرده‌ام مشابه بوده است. از این رو باور دارم که انسان‌ها و مشکلات آنها در روابط بیش از آنکه متفاوت باشند مشابه هستند. بنابراین، مستحکم ساختن پایه‌های شناخت و درک آدمی از روابط انسانی می‌تواند دلگرم‌کننده و اطمینان‌بخش باشد. همین‌که پایه‌های شناخت بنا شد، تشخیص و سازگار کردن آن با تفاوت‌های فردی بیماران بسیار آسان‌تر می‌شود.

با این حساب، زمینه‌های احتمالی پیشرفت که بیماران از **روان‌درمانی روان‌پویشی** بلندمدت (بیش از ۲۴ جلسه) انتظار دارند چیست؟ فهرست زیر تعدادی از فواید و مزیت‌های بالقوه این سبک درمان است:

- بهبود کیفیت روابط فرد،
- گسترش احساسی مشخص و ثابت از خود/ هویت،
- گسترش قابلیت‌ها و توانایی فرد برای مشاهده افکار، احساسات، و رفتار،
- گسترش توانایی فرد برای مفهوم‌سازی صحیح تجارب عاطفی دیگران،
- گسترش آگاهی فرد از تعارضات روان‌شناختی درونی و نحوه عملکرد این تعارضات در تحریک و راه‌اندازی اضطراب‌ها و سایر هیجانات رنج‌آور،
- گسترش آگاهی فرد از مکانیسم‌های دفاعی،
- پرورش مکانیسم‌های دفاعی سالم،
- پروراندن توانایی و قابلیت فرد برای آرام ساختن خود هنگام رنج و درماندگی،
- شکل دادن به یک تصویر ذهنی ثابت، متوازن، و صحیح از دیگران، حتی در زمانی که حضور ندارند،
- گسترش قابلیت و گنجایش افراد برای ایجاد و حفظ مرزهای مقتضی و مناسب در روابط،
- تغییر تمرکز فرد از نگرش‌های منفی، خودانتقادی، و ناکامی به نگرش‌های مثبت، پذیرش خود، و عشق‌ورزی،
- گسترش قابلیت فرد برای قبول و تحمل احتیاج و نیازمندی در روابط به جای یورش بردن یا انکار کردن آن،
- پردازش/ محزون شدن برای آسیب‌هایی که حاصل از فرزندپروری سهل‌انگارانه است،
- یادگیری چگونگی تحمل و مدیریت نابرابری (برای مثال، عدم توازن قدرت) در روابط،
- پردازش و تحمل فقدان و پایان رابطه.

بسیاری از فواید و مزیت‌های روان‌درمانی در خلال تجربه و ویژگی‌های منحصر به فرد رابطه درمانی پدید می‌آید (هرواث و سیموندز، ۱۹۹۱). سایر فواید نیز در طی مداخلات درمانی خاص و مکرر ایجاد می‌شوند. تصور می‌کنم که نگاه به این فهرست طولانی (فهرست زمینه‌های پیشرفت) کمی دلهره‌آور به نظر می‌آید. به علاوه، قبول دارم که ممکن است اتفاقات زیادی در درمان رخ دهد. لذا، گرچه آگاهی نسبت به جنبه‌های متعددی که می‌توانند تغییر کنند مهم است، اما به همان اندازه ایجاد بسط کانون اصلی درمان که حاصل درک شما از بیمار است نیز از اهمیت برخوردار است (یعنی صورت بندی شما از مشکل اصلی بیمار)^۱. این مهم ما را متوجه یکی از ویژگی‌های اصلی روان‌درمانی **روابط اُبژه‌ای** می‌کند: تأکید بر درک و پرداختن به آسیب‌شناسیِ روش بیمار در برقراری رابطه.

۱- در درمان‌های کوتاه‌مدت (مثلاً کمتر از ۲۴ جلسه) حتی مهم‌تر است که صورت‌بندی و تمرکز بر تعداد کمتری از (شاید یک یا دو) اهداف اصلی درمان صورت بگیرد.