

هم آفرینی تغییر

فنون تأثیرگذار درمان پویشی

تألیف

جان فردریکسون

MSW

ترجمه

دکتر عنایت خلیقی سیگارودی

روان‌پزشک



فهرست مطالب

سخن مترجم	۱۵
درآمدی بر ترجمهٔ پارسی	۱۹
تقدیر و تشکر	۲۰
مقدمه - روان‌درمانی پویشی	۲۱
ماهیت رنج	۲۳
علیت	۲۴
ارتباط بین رنج و تکلیف درمانی	۲۶
مطالعهٔ منابع زیر توصیه می‌شود	۲۸
ویدیوهای توصیه‌شده	۲۹

بخش اول - تعیین کانون تأثیرگذار

فصل ۱ - احساسات - نقطهٔ تمرکز ما در درمان	۳۳
چگونگی تمرکز بر احساسات	۳۳
آگاهی از احساسات	۳۶
دعوت از احساسات: حفظ کانون	۳۷
ناکامی در فراخواندن احساس	۳۹
فراخواندن احساسات	۴۰
اضطراب حین مرحلهٔ فراخواندن احساسات	۴۱
جلسه‌ای که نشان می‌دهد چطور باید تمرکز روی احساسات را ادامه داد	۴۵
مثال بالینی یک	۴۶
مثال بالینی دو (دقیقهٔ ۶ تا ۱۴)	۴۷
مثال بالینی سه (از دقیقهٔ شانزدهم تا بیستم)	۵۱
سؤالات	۵۲
خلاصه	۵۳

مطالعه منابع زیر توصیه می شود	۵۴
ویدیوهای توصیه شده	۵۴
فصل ۲ - اضطراب: اولین انحراف از مسیر احساسات	۵۵
تعاریف	۵۵
عملکرد اضطراب	۵۶
علیت اضطراب	۵۷
اضطراب محرک نیست	۵۹
اضطراب فکر نیست	۶۰
اضطراب یک الگوی فعالیت بیوفیزیولوژیک ناخودآگاه در بدن است	۶۰
سنجش مسیرهای تخلیه اضطراب ناخودآگاه	۶۱
سنجش اضطراب و توان خودمشاهده گری	۶۳
نحوه ورود بیمار به اتاق مصاحبه	۶۳
پاسخ به مداخله	۶۳
هشدار ناخودآگاه	۶۴
چطور اضطراب در بدن بیمار تخلیه می شود	۶۵
چرا اضطراب زیاد باعث آشفتگی شناختی / ادراکی می شود؟	۶۷
آستانه تحمل اضطراب	۶۸
قالب مرحله به مرحله	۷۰
سنجش مسیر تخلیه اضطراب ناخودآگاه	۷۳
به جنبش درآوردن ظرفیت خودمشاهده گری در بیمار مضطرب	۷۹
دفاعهایی که در برابر تنظیم اضطراب مانع تراشی می کنند	۷۹
مثال بالینی یک: نادیده گرفتن - دفاعی که مانع تنظیم اضطراب می شود	۸۰
مثال بالینی ۲: اجتناب از لحظه حال مانع تنظیم اضطراب می شود	۸۱
مداخلات تحریک کننده ظرفیت خودمشاهده گری	۸۲
قواعد تنظیم اضطراب	۸۴
روان سنجش اضطراب: چه موقع هیچ هشدار رخ نمی دهد	۸۵
روان سنجش اضطراب: اشتباهات شایع	۸۸
وقتی تنظیم اضطراب مؤثر نمی افتد: علل اضطراب در مقابل عوامل تداوم بخش آن	۹۱
دفاعهایی که اضطراب را تداوم می بخشد	۹۲

چپه وقت تنظيم اضطراب به شكست مي‌انجامد: نقيص من، دفاع‌هاي پسر رفتي و تداوم يافتن	
اضطراب.....	۹۴
فقدان افتراق من مشاهده‌گر از خود تجربه‌گر.....	۹۴
اضطراب فرافكنانه.....	۹۵
فرافكني احساس.....	۹۵
فرافكني ابر من.....	۹۶
فرافكني اراده.....	۹۷
يكسان پنداري نمادين.....	۹۷
مثال باليني ۱: يكسان پنداري خاطره‌اي از گذشته با واقعييت حال.....	۹۷
مثال باليني ۲: يكسان پنداري انگاره‌اي از گذشته با درمانگر.....	۹۸
مثال باليني ۳: يكسان پنداري خيال و واقعييت.....	۱۰۱
مثال باليني ۴: هذيان گذرا.....	۱۰۳
خلاصه.....	۱۰۶
مطالعه منابع زير توصيه مي‌شود.....	۱۰۸
ويديوهاي توصيه شده.....	۱۰۸
فصل ۳ - دفاع‌ها: دومين انحراف از مسير احساسات.....	۱۰۹
خاستگاه بين فردي دفاع‌ها.....	۱۱۰
كار روي دفاع.....	۱۱۳
شناسايي دفاع.....	۱۱۳
شفاف‌سازي دفاع: تاوان.....	۱۱۴
شفاف‌سازي دفاع: عملکرد.....	۱۱۵
شفاف‌سازي دفاع‌هاي منش.....	۱۱۵
روياروبي با دفاع.....	۱۱۶
كار روي مقاومت انتقال.....	۱۱۸
شناسايي مقاومت انتقال.....	۱۱۹
شفاف‌سازي مقاومت انتقال.....	۱۲۰
مقاومت انتقال و فراخواندن احساساتي كه بيمار نسبت به درمانگر دارد.....	۱۲۲
خلاصه.....	۱۲۳
مطالعه منابع زير توصيه مي‌شود.....	۱۲۶

فصل ۴ - دفاع‌های تاکتیکی و واپس‌راننده	۱۲۷
کلمات پوششی	۱۲۸
دوری کردن	۱۲۹
متنوع‌سازی	۱۲۹
طفره‌روی	۱۳۱
کلی‌گویی	۱۳۱
کلام غیرمستقیم یا فرضیه‌ای	۱۳۲
انصراف	۱۳۳
تعمق	۱۳۴
ابهام	۱۳۵
دفاع‌های واپس‌راننده	۱۳۶
اجتناب	۱۳۷
انکار	۱۳۷
دفاع‌هایی که واقعیت را انکار می‌کنند	۱۳۸
انکار به تنهایی	۱۳۹
انکار از طریق خیال پردازی	۱۴۰
انکار با کلمات	۱۴۱
انکار در عمل	۱۴۲
جابه‌جایی	۱۴۲
همانندسازی با مهاجم	۱۴۳
همانندسازی با ابژه خشم شخص	۱۴۴
واپس‌رانی فوری	۱۴۵
واپس‌رانی فوری محرک	۱۴۵
واپس‌رانی فوری احساس	۱۴۵
شناسایی دفاع‌هایی که مولد واپس‌رانی فوری هستند	۱۴۷
عقلانی‌سازی	۱۴۹
جداسازی عاطفه	۱۵۰
کوچک شماری	۱۵۱
دلیل‌تراشی	۱۵۱

۱۵۳.....	واکنش سازی
۱۵۳.....	مهار
۱۵۴.....	خلاصه
۱۵۴.....	مطالعه منابع زیر توصیه می شود
۱۵۴.....	ویدیوهای توصیه شده
۱۵۵.....	فصل ۵ - روان سنجش: هم آفرینی کانون تأثیرگذار
۱۵۶.....	روان سنجش مثلث تعارض
۱۵۷.....	روان سنجش اضطراب
۱۵۸.....	روان سنجش دفاع
۱۵۸.....	ساختار منش
۱۵۹.....	توان مشاهده دفاع ها و دست برداشتن از آنها
۱۵۹.....	ظرفیت تحمل احساسات
۱۵۹.....	روان سنجش ظرفیت خود مشاهده گری
۱۶۰.....	سنجش پاسخ بیمار به مداخله
۱۶۰.....	چرخه روان سنجش
۱۶۱.....	کلیات انحراف مسیرهای نوعی
۱۶۱.....	مداخلات مربوط به انحراف مسیر هنگام پرسیدن مشکلی که باید روی آن کار کنیم
۱۶۶.....	مداخلات مربوط به انحراف مسیر هنگام فراخواندن یک مثال خاص از مشکل
۱۶۸.....	مداخلات مربوط به انحراف مسیر هنگام فراخواندن احساسات
۱۷۲.....	مداخلات مربوط به انحراف مسیر هنگام فراخواندن تجربه فیزیکی احساس
۱۷۳.....	مرحله روان سنجش هنگام پرسش
۱۷۴.....	خلاصه
۱۷۴.....	مطالعه منابع زیر توصیه می شود
۱۷۵.....	ویدیوهای توصیه شده
۱۷۶.....	فصل ۶ - پرسش گری: هم آفرینی اتحاد درمانی خودآگاه
۱۷۷.....	جزء اول: اظهار مشکل هیجانی درونی
۱۷۸.....	جزء دوم: میل بیمار به انجام درمان
۱۷۸.....	جزء سوم: توافق بر سر تعارض درون روانی

جزء چهارم: توافق بر سر تکلیف درمانی.....	۱۷۹
تکلیف درمانی.....	۱۸۱
اجزای تشکیل دهنده اتحاد درمانی خودآگاه.....	۱۸۳
نمودار درختی تصمیم‌گیری.....	۱۸۳
موانع پیش روی تشکیل اتحاد درمانی خودآگاه.....	۱۸۶
غیرمشکلهای شایع.....	۱۹۸
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 پیشتر به مشکلی اقرار کرده است.....	۲۰۱
مثال بالینی دو: بیمار شکننده‌ای که مشکلی را اظهار کرده است.....	۲۰۳
مقاومت در برابر کنکاش یک مثال خاص از مشکل هیجانی درونی.....	۲۰۵
بیمار دارای مقاومت پایین.....	۲۰۵
بیمار دارای مقاومت متوسط.....	۲۰۵
بیمار به شدت مقاوم.....	۲۰۶
بیمار شکننده.....	۲۰۷
مقاومت در برابر اظهار هدف مثبت.....	۲۰۸
توافق بر سر مثلث تعارض.....	۲۱۴
توافق بر سر تکلیف درمانی.....	۲۱۸
اتحاد درمانی ناخودآگاه.....	۲۲۱
خلاصه.....	۲۲۲
مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود.....	۲۲۴
ویدیوهای توصیه شده.....	۲۲۴

بخش دوم - ظرفیت‌سازی در بیماران شکننده

فصل هفتم - درمان شکنندگی، افسردگی و جسمانی‌سازی.....	۲۲۷
سنجش شکنندگی: اضطراب.....	۲۲۸
سنجش شکنندگی: پایین بودن ظرفیت انطباقی خودمشاهده‌گری.....	۲۲۹
سنجش شکنندگی: دفاع‌های پسر رفتی.....	۲۳۰

۲۳۱.....	نشانه‌های ایجاد شده توسط دفاع‌های پس‌رفتی در بیماران شکننده.....
۲۳۳.....	قالب مرحله‌به‌مرحله: درمان طیف شکنندگی.....
۲۳۴.....	آستانه تحمل اضطراب.....
۲۳۵.....	بازسازی اضطراب.....
۲۳۶.....	بازسازی: جمع‌بندی شناختی.....
۲۳۶.....	بازسازی دفاع‌های پس‌رفتی.....
۲۳۸.....	پاسخ به تلفیق جداسازی و فرافکنی.....
۲۳۸.....	الزامات فنی.....
۲۴۱.....	سامان‌دهی انتقال پس‌رفتی.....
۲۴۱.....	ظهور احساسات پیچیده.....
۲۴۲.....	حفظ کانون درمانی در بیمار شکننده.....
۲۴۳.....	حفظ کانون در حوزه اراده بیمار.....
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.....
۲۴۸.....	نفوذ به ناخودآگاه در بیمار شکننده.....
۲۴۹.....	محدودیت‌های ظرفیت خودمشاهده‌گری در بیماران شکننده.....
۲۴۹.....	افسردگی.....
۲۵۲.....	احساس را فراخوانید.....
۲۵۲.....	قالب مرحله‌به‌مرحله: یک مثال.....
۲۵۷.....	نامیدی.....
۲۵۸.....	جسمانی‌سازی.....
۲۵۹.....	نشانه‌های ناشی از تخلیه ناخودآگاه اضطراب.....
۲۶۱.....	نشانه‌های ناشی از بیان تعارض ناخودآگاه.....
۲۶۳.....	نحوه ارزیابی روان‌زاد بودن یا طبی بودن نشانه‌های جسمی.....
۲۶۷.....	سرردهای تنشی.....
۲۶۸.....	سرردهای میگرنی.....
۲۶۹.....	سرردهای جسمانی‌سازی.....

۲۶۹.....	خلاصه
۲۷۰.....	مطالعه منابع زیر توصیه می شود
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 می شود
۳۰۴.....	فصل نهم - دفاع‌های پس‌رفتی
۳۰۵.....	کنش‌ورزی: مشت کوبیدن به دیوار یا پرت کردن اشیا.....
۳۰۶.....	کنش‌ورزی در پاسخ به فرافکنی.....
۳۰۶.....	توهین و طعنه.....
۳۰۸.....	لجبازی.....
۳۰۹.....	فعال‌کردن 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 پس رفتی.....
۳۱۴.....	مثال بالینی دو: تخلیه را ناهمساز کنید.....
۳۱۶.....	تخلیه: ناسزا گفتن.....
۳۱۶.....	مداخله.....
۳۱۷.....	تخلیه: صحبت کردن میان صحبت درمانگر.....
۳۱۷.....	مداخله.....
۳۱۸.....	تجزیه.....
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 می شکند.....
۳۲۶.....	فرافکنی.....
۳۲۸.....	کارکرد فرافکنی.....
۳۲۸.....	مسیر تخلیه اضطراب ناخودآگاه.....
۳۳۰.....	ظرفیت خودمشاهده‌گری.....
۳۳۰.....	طیف فرافکنی ابرمن.....
۳۳۱.....	محتوای فرافکنی - اجزای خودِ شخص.....
۳۳۵.....	تحریک‌آمیز رفتار کردن.....
۳۳۶.....	جسمانی‌سازی.....
۳۳۷.....	زاری کردن.....
۳۳۷.....	خلاصه.....
۳۳۸.....	مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود.....
۳۳۸.....	ویدیوهای توصیه شده.....
۳۳۹.....	فصل دهم - عواطف دفاعی.....
۳۴۰.....	افتراق گریه بیانی از گریه دفاعی.....
۳۴۸.....	خشم دفاعی برای پوشاندن سوگ.....
۳۴۹.....	خشم دفاعی در پاسخ به فرافکنی.....

۳۴۹.....	عصبانیت دفاعی ناشی از فرافکنی ابرمن
۳۵۰.....	عصبانیتِ دفاعی مبتنی بر برونی سازی
۳۵۱.....	عصبانیت دفاعی ناشی از انکار مسئولیت
۳۵۲.....	احساس گناه.....
۳۵۳.....	ساختار تجربه احساس.....
۳۵۵.....	سنجش تکانش گری.....
۳۵۶.....	احساسات و عملکرد نمادین.....
۳۵۷.....	خلاصه.....

بخش سوم - کمک به بیماران به شدت مقاوم

۳۶۳.....	فصل یازدهم - آسیب شناسی ابرمن
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.....
۳۶۸.....	هم ذات پنداری ها چگونه ساختار بندی می شوند.....
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: هم سازی.....
۳۹۰.....	هم سازی و ظرفیت خود مشاهده گری.....
۳۹۱.....	هم سازی 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.....

مثال بالینی: بازتاب دادن دفاع منشی	۴۰۱
درجهٔ همسازی تعارض را بازتاب دهید	۴۰۲
انتقال متقابل و آسیب ابرمن	۴۰۴
خلاصه	۴۰۶
مطالعهٔ منابع زیر توصیه می‌شود	۴۰۷
ویدیوهای توصیه شده	۴۰۷
فصل دوازدهم - آسیب ابرمن - رسیدگی به دفاع‌های منش	۴۰۸
تفکر دارای ساختار بدوی	۴۱۲
مداخلاتی که اشاره می‌کنند دفاع‌های منش اجرای هم‌ذات‌پنداری است	۴۱۲
شفاف‌سازی تاوان دفاع	۴۱۳
شفاف‌سازی: بیمار را از دفاع افتراق دهید	۴۱۴
خلاصه	۴۲۰
فصل سیزدهم - آسیب‌شناسی ابرمن - مقاومت انتقال	۴۲۱
طیف مقاومت	۴۲۳
سیر تطور مقاومت انتقال	۴۲۳
روان‌سنجش مقاومت انتقال	۴۲۹
روان‌سنجش پاسخ، و مداخلهٔ درمانگر	۴۲۹
فرآیند تغییر	۴۳۲
غیرفعال کردن مقاومت انتقال منفعل / درمانده	۴۳۳
غیرفعال کردن مقاومت انتقال مخالفت‌جو یا لجباز	۴۳۷
غیرفعال کردن مقاومت انتقال غیر مشارکت‌جو یا منفصل	۴۴۱
غیرفعال کردن مقاومت انتقال	۴۴۳
غیرفعال کردن فرافکنی آگاهی بیمار به درمانگر	۴۴۵
مشکلات زمان رسیدگی به مقاومت انتقال: رویارویی زودتر از موعد	۴۴۸
تمرکز غیر تفسیری بر مقاومت انتقال	۴۵۰
خلاصه	۴۵۰
مطالعهٔ منابع زیر توصیه می‌شود	۴۵۱
فصل چهاردهم - نفوذ به ناخودآگاه	۴۵۲

مرحله یک: از بیمار دعوت کنید تا تکانه را به تصویر بکشد.....	۴۵۳
مرحله دو: از بیمار دعوت کنید که با احساسات پیچیده روبه‌رو شود.....	۴۵۳
مرحله سه: قفل‌گشایی ناخودآگاه.....	۴۵۴
مشکلات قبل از مرحله به تصویر کشیدن.....	۴۵۴
اشتباه در تمرکز بر احساس.....	۴۵۴
دفاع‌های ضد تجربه تکانه.....	۴۵۹
دفاع بر علیه تصویرسازی تکانه.....	۴۶۱
استفاده از واقعیت به‌عنوان دفاع. "اما هرگز این کار نمی‌کردم.".....	۴۶۱
فرافکنی اراده (پیروی): "مجبورم؟".....	۴۶۲
دفاع بر علیه تجربه احساسات پیچیده مخلوط.....	۴۶۳
فراخواندن احساسات و نفوذ به احساس در بیماران دارای مقاومت متوسط.....	۴۶۷
مثال بالینی چهار (دقایق ۳۸ تا ۴۲ مصاحبه).....	۴۶۷
مثال بالینی پنج (دقایق ۶۲ تا ۷۳).....	۴۷۰
مثال بالینی شش (دقایق ۸۱ تا ۱۰۵).....	۴۷۴
خلاصه.....	۴۷۶
مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود.....	۴۷۶
فصل پانزدهم - تحکیم.....	۴۷۷
خلاصه.....	۴۸۳
فصل شانزدهم - نتیجه‌گیری.....	۴۸۴
منابع.....	۴۸۵
آشنایی با مؤلف.....	۵۰۷

بخش اول

تعیین کانون تأثیر گذار

فصل اول

احساسات - نقطه تمرکز ما در درمان

مارمولک‌ها، شیرها و انسان‌ها، همگی، به وسیله فعالیت‌های بدنی‌ای که هیجان^۱ نامیده می‌شوند به جنبش درمی‌آیند. (داروین^۲، ۱۸۷۲، پانکسپ^۳، ۱۹۹۸). این هیجانات رفتار حیوان را سازمان‌دهی می‌کنند. البته، برخلاف خزندگان و پستانداران، ما می‌توانیم از این فعالیت‌های فیزیکی در بدن خود آگاه شویم و آنها را احساسات^۴ نام بگذاریم. از نظر سوپرتکیو، آگاه شدن از احساساتمان به ما حس خویشتن^۵ جوهری^۶ می‌دهد (داماسیو، ۱۹۹۴، ۱۹۹۹)، که مبنای هویت ما است. از نظر بین سوپره‌ای، احساسات به ما امکان می‌دهند همدیگر را بشناسیم و به هم نزدیک شویم (کلی^۶، ۱۹۹۶، ناتانسون^۷، ۱۹۹۶). درواقع، احساسات به ما امکان می‌دهند ارزش‌های مشترکی داشته باشیم و آنها را از راه قوانین، ادیان و هنر بیان کنیم. احساسات امکان انتقال بین نسلی فرهنگ را فراهم می‌کنند، که توسط آن با خودآگاه تجمیعی^۸ نوع بشر مرتبط می‌شویم (تروارتن^۹، ۲۰۰۹، ۵۷).

احساسات روش بنیادین فهم دنیا است. آنها به ما می‌گویند چه می‌خواهیم و چه نمی‌خواهیم، چه باعث لذت ما می‌شود و چه باعث رنج ما. آنها ما را تحریک می‌کنند تا به سود خودمان، انطباقی، عمل کنیم و اهدافمان را در زندگی دنبال نماییم (تامکینز، ۱۹۶۲). مثل دستگاه جی‌پی‌اس، احساسات به ما می‌گویند کجا هستیم، کجا می‌خواهیم برویم و چطور باید به آنجا برسیم.

چگونگی تمرکز بر احساسات

وقتی نمی‌دانیم چه احساسی داریم، از زندگی، بدون قطب‌نمای هیجانی، گذر می‌کنیم. (پ. کاکلین، گفتگوی شخصی). تکامل احساس را در اختیار ما گذاشته است که بدن را سازمان‌دهی کند،

1- emotion

3- Panksepp

5- Core Self

7- Nathanson

9- Trevarthen

2- Darwin

4- Feelings

6- Kelly

8- accumulated consciousness

به‌طوری‌که بتوانیم انطباقی عمل کنیم. بیمارانی که برای نادیده گرفتن احساساتشان از دفاع‌ها استفاده می‌کنند اطلاعاتی را که احساسات فراهم می‌کنند از دست می‌دهند. احساسات و امیال، دیگر، اعمال‌شان را برنمی‌انگیزند؛ اضطراب و دفاع این کار را انجام می‌دهد (شور^۱، ۲۰۰۹). درمان به بیمار کمک می‌کند از دست دفاع‌هایشان خلاص شوند، به‌طوری‌که بتوانند با احساساتشان مواجه شوند. با فراگیری "احساس کردن و رفتار کردن" (فوشا^۲، ۲۰۰۰)، آنها می‌توانند احساساتشان را، به‌جای هدایت کردن به سمت دفاع‌های غیر انطباقی، به سمت اعمال انطباقی هدایت کنند.

به‌ظاهر، هر کسی می‌داند احساسات چیست. فرض کنید از بیماری می‌پرسید، "به‌خاطر اینکه نامزدتون زده تو صورتتون، چه احساسی بهش دارید؟" این خانم ممکن است یکی از گفته‌های زیر را به‌عنوان توصیف احساسش ارائه دهد:

- "احساس می‌کنم نباید این کار می‌کرد."
- "احساس می‌کنم این کار کرد چون این جوری تربیت شده."
- "احساس می‌کنم بهم بی‌وفایی کرده."
- "احساس می‌کنم بهش هیچ حسی ندارم."^۳
- "احساس می‌کنم می‌خوام ترکش کنم."
- "احساس تنش دارم."
- "احساس غم دارم."
- "احساس عصبانیت دارم."

فقط آخرین جمله احساس او نسبت به نامزدش است. بیایید این پاسخ‌ها را، جزءبه‌جزء، بررسی کنیم تا بفهمیم احساسات چه هستند.

- "احساس می‌کنم نباید این کار می‌کرد." / این احساس نیست، بلکه روش اجتناب بیمار از احساس است: دفاع عقلانی‌سازی^۴. بیمار، به‌جای احساس، فکرش را بیان می‌کند. او فکرش را از احساسش نسبت به نامزدش افتراق نمی‌دهد. درمانگر می‌تواند این پاسخ را بدهد: "خُب، این فکرتونه، اما فکرتون احساس نیست. اگه احساستون با فکر نپوشونید، احساستون نسبت به اون، که زده تو صورتتون، چیه؟"

- "احساس می‌کنم این کار کرد، چون این جوری تربیت شده." / این احساس نیست، بلکه دفاع دلیل‌تراشی^۵ است. بیمار سعی دارد دلیل اینکه نامزدش او را زده است توضیح دهد، نه اینکه احساسش نسبت به او را به‌خاطر انجام این عمل. او توضیح را از احساسش افتراق

1- Schore

2- Fosha

3- detached: منفصل

4- intellectualization

5- rationalization: توجیه

نمی‌دهد. درمانگر می‌تواند این پاسخ را بدهد: "خب، این دلیل اینه که شما رو زده، اما این معلوم نمی‌کنه که احساستون نسبت به اون، به‌خاطر اینکه شما رو زده، چیه. اگر دلایل بگذاریم کنار، احساستون نسبت به اون، که زده تو صورتتون، چیه؟"

■ "احساس می‌کنم بهم بی‌وفایی کرده." / این احساس نیست، بلکه محرک است. او، با زدن بیمار، به او بی‌وفایی کرده است (محرک). طبیعتاً، بیمار هم، در پاسخ، احساسی پیدا کرده است. او فرق بین محرک (سیلی، عمل بی‌وفایی) و احساسش نسبت به نامزدش را نمی‌داند. درمانگر می‌تواند، با این پاسخ، محرک را از احساس افتراق دهد: "البته! بهتون بی‌وفایی کرده، این کاریه که اون با زدن شما انجام داده. پس، حالا که بی‌وفایی کرده، احساستون نسبت به اون چیه؟"

■ "احساس می‌کنم بهش هیچ حسی ندارم." / این احساس نیست، بلکه نحوه اجتناب او از احساسش، با استفاده از دفاع انفصال، است. بیمار متوجه تفاوت احساسش با نحوه دور کردن آن نیست. درمانگر می‌تواند، با این پاسخ، دفاع را از احساس جدا کند: "حس نداشته احساس شما نیست. حس نداشته رو اجتناب شما از احساسه. منفصل می‌شید. اگه منفصل نشید، می‌شه ببینیم احساستون نسبت به اون، که زده تو صورتتون، چیه؟"

■ "احساس می‌کنم می‌خوام ترکش کنم." / این احساس نیست، بلکه عملی است که توسط احساسش برانگیخته شده است. او احساسش را از تکانه، عملی که قصد انجام آن را دارد، افتراق نمی‌دهد. درمانگر می‌تواند این‌گونه پاسخ بدهد: "قابل فهمه که بخواید ترکش کنید. چه احساسی نسبت به اون دارید که باعث می‌شه بخواید ترکش کنید؟"

■ "احساس تنش دارم." / این احساس نیست، بلکه اضطرابی است که توسط احساسش تحریک شده است. او احساسش را از اضطراب افتراق نمی‌دهد. درمانگر می‌تواند، با این پاسخ، اضطراب را از احساس جدا کند: "این اضطرابونه، اما اضطراب احساستون نسبت به اون نیست. اگه احساس با اضطراب و تنش نپوشونیم، چه احساسی نسبت به اون دارید که شما رو دچار تنش می‌کنه؟"

■ "احساس غم دارم." / غم احساس است، اما احساس نسبت به نامزد نیست. او احساس واکنشی‌اش نسبت به او را از غمی که آن را می‌پوشاند افتراق نمی‌دهد. درمانگر می‌تواند این‌گونه پاسخ دهد: "این غم یه احساسیه بین شما و شما. اگه اون یکی احساس با غم نپوشونیم، می‌شه ببینیم چه احساسی نسبت به اون دارید که زد تو صورتتون؟" در این مورد، می‌توانیم غم را عاطفه‌ای دفاعی محسوب کنیم، چون به‌عنوان دفاعی برای پوشاندن عصبانیت عمل می‌کند.

■ "احساس عصبانیت دارم." / این احساس بیمار نسبت به فردی است که او را زده است. شاید

او احساس غم کند که نامزدش او را زده است. شاید از اینکه دوباره در آینده به او نزدیک شود بترسد، اما عصبانیت احساس واکنشی‌ای است نسبت به کسی که او را زده. در طبابت بالینی، بیماران، اغلب، غم یا اضطرابشان را توصیف می‌کنند، نه احساس واکنشی عصبانیت را.

در این مثال‌ها، بیمار نمی‌تواند احساسش را از دفاع، محرک، اضطراب، تکانه یا عاطفه دفاعی افتراق دهد. ما باید به بیماران کمک کنیم تا این افتراق را انجام دهند، به‌طوری‌که بتوانند از احساساتشان آگاه شوند.

آگاهی از احساسات

ما با آگاه شدن از احساساتمان می‌توانیم آنها را ادراک کنیم، در آنها تأمل کنیم، ابرازشان کنیم و به سمت اعمال سالم هدایتشان نماییم. (مونسن^۱ و همکاران، ۱۹۹۵، ۱۹۹۶). جهت دستیابی به این معرفت‌نفس^۲، باید در بدنمان به این هیجانات توجه کنیم، نه اینکه با استفاده از دفاع‌ها از آنها اجتناب نماییم. ما باید تجربه هیجان را در بدن، به مدت کافی، تحمل کنیم تا بتوانیم احساساتمان را نام ببریم و بفهمیم. بیمارانی که نمی‌دانند چه احساسی دارند نمی‌دانند چه می‌خواهند.

در بالا از دو کلمه استفاده کردیم: هیجان و احساس. مغز به‌صورت ناخودآگاه محیط را می‌سنجد. این پیغام به سیستم لیمبیک^۳ مغز می‌رود و واکنش‌های بدنی‌ای را تحریک می‌کند که با عنوان هیجان شناخته می‌شوند (داماسیو، ۱۹۹۹). انسان‌ها می‌توانند از هیجانات بدنی آگاه شوند و آنها را/حساس بخوانند.

محققان هیجان شش احساس پایه را یافته‌اند: عصبانیت، ترس، انزجار، غم، حیرت و شادی (اکمان^۴، ۲۰۰۳، ایزارد^۵، ۱۹۹۴، تامکینز، ۱۹۶۲). این احساسات منحصر به فرد هستند، چون با حالات خاص چهره انسان در سراسر دنیا (اکمان، ۱۹۹۲، ۲۰۰۳، کِلتنر^۶ و همکاران، ۲۰۰۳)، فعالیت‌های ویژه سیستم عصبی خودمختار (ANS) (دیویدسون^۷، ۲۰۰۴، اکمان و دیویدسون، ۱۹۹۴، لونسون^۸، ۲۰۰۳) و گرایش به اعمال انطباقی خاص (فریجدا^۹، ۱۹۸۶) (رویه‌های حرکتی فعال شده توسط احساسات) شناسایی می‌شوند. سایر احساسات که به نام هیجانات/اجتماعی معروف هستند بیشتر با شناخت همراه هستند و شاخص زیست‌شناختی خاصی ندارند. ما فقط به شش احساس اصلی به اضافه احساس گناه

1- Monsen
3- limbic system
5- Izard
7- Davidson
9- Frijda

2- self-knowledge
4- Ekman
6- Keltner
8- Levenson

و شرم خواهیم پرداخت، چرا که آنها مولدهای اصلی تعارض هستند. بر اساس آنچه تاکنون آموخته‌ایم، باید به بیمار کمک کنیم: (۱) به احساساتش توجه کند، (۲) احساساتش را، به‌طور صحیح، نام‌گذاری کند، (۳) احساساتش را در بدن تجربه کند و (۴) گرایش‌های عملی کردن احساساتش را تجربه کند. برای این منظور، او باید اضطراب و دفاع‌هایی را که مانع آگاهی وی از احساساتش می‌شوند ببیند و از آنها رویگردان شود.

دعوت از احساسات: حفظ کانون

ما احساسات را در کل روز حس می‌کنیم. گاهی این احساسات می‌توانند، بسته به تجارب پیشین، اضطراب را برانگیزند. اگر در میان گذاشتن احساس در رابطه قبلی خطرناک بوده است، بدن طوری واکنش نشان می‌دهد که انگار هنوز هم خطرناک است. بیماری که در گذشته یاد گرفته است احساساتش را پنهان کند شاید امروز هم همین کار را بکند. شاید پنهان کردن احساسات در آن زمان انطباقی بوده است، اما حالا باعث مشکلات مطرح شده و نشانه‌ها می‌شود. بنابراین، تکلیف درمان کمک به بیماران برای دیدن و کنار گذاشتن دفاع‌هایشان است، به‌طوری‌که بتوانند با احساساتشان روبه‌رو شوند.

به این منظور، از بیمار می‌خواهیم مشکلاتی را که برایشان کمک می‌خواهد به ما بگوید. با اجازه او، یک مثال خاص را کنکاش می‌کنیم تا احساسات او و دفاع‌هایی را که برای اجتناب از آنها به کار می‌برد پیدا کنیم. فرض کنید از رئیسی صحبت می‌کند که او را تحقیر کرده است. برای کنکاش یک موقعیت خاص، می‌پرسیم، "نسبت به رئیستون، برای کاری که کرده، چه احساسی دارید؟" به این ترتیب، مرحله فراخواندن احساس آغاز می‌شود.

باید مدام روی احساس تمرکز کنیم و، در همین حال، به اضطراب و دفاع‌ها به‌عنوان مسیرهای انحرافی توجه کنیم. این باعث کج فهمی شایعی در مورد "تداعی آزاد" می‌شود. فروید، در ابتدا، فکر می‌کرد که اگر از بیمار بخواهد آنچه را که به ذهنش می‌رسد بگوید، احساسات ناخودآگاه ظاهر خواهند شد. اما، او کشف کرد که بیماران، به جای تداعی آزاد در جهت موضوعات دشوار، اغلب، با استفاده از دفاع‌ها، در جهت دور شدن از آنها تداعی می‌کنند (س. فروید، ۱۹۲۳). این است که ما باید به‌طور سازمان یافته به دفاع‌های بیمار اشاره کنیم و آنها را مسدود نماییم.

درمانگر باید فعال باشد. دفاع‌ها صرفاً یکی دو بار در طول جلسه اتفاق نمی‌افتند. هر بیمار بسیار مقاوم می‌تواند در یک جلسه ۵۰ دقیقه‌ای ۱۵۰ دفاع به کار ببرد. با این همه دفاع، هیچ نوع دسترسی به احساسات و هیچ اتحاد درمانی‌ای ممکن نخواهد بود. دفاع‌ها باعث دلبستگی نایمن، نشانه‌ها و مشکلات حاضر می‌شوند. ما باید با مسدود کردن تک‌تک دفاع‌هایی که جلوی درمان را می‌گیرند

شفقت خود را نشان دهیم. هیچ‌وقت احساسات بیمار، برون‌ریز زندگی درونی‌اش، را قطع نکنید. همیشه دفاع‌هایی را که زندگی درونی‌اش را مسدود می‌کنند قطع کنید.

به محض اینکه بیمار با اضطراب یا دفاع پاسخ داد، کمک کنید: (۱) فرق بین احساس و محرک را ببیند و، بعد، احساس را فرابخوانید، (۲) فرق بین احساس و اضطراب را ببیند، و بعد، احساس را فرابخوانید یا (۳) فرق بین احساس و دفاع را ببیند و، بعد، احساس را فرابخوانید. همیشه به "انحراف از مسیر" اشاره کنید و، بعد، احساس را کنکاش نمایید. بیماران، معمولاً، یا با اضطراب یا با دفاع پاسخ می‌دهند. برای کمک به بیمار، انحراف مسیر به سمت اضطراب یا دفاع را متذکر شوید. سپس، از او دعوت کنید که، در عوض، با احساسش روبه‌رو شود. با این کار، رابطهٔ بهتری را هم‌آفرینی می‌کنیم که در آن هر دوی ما، خیلی دقیق، به زندگی درونی‌اش توجه می‌کنیم. در مثال بالینی زیر، یک بیمار (مذکر) نسبتاً مقاوم، درست پیش از مکالمهٔ زیر، گفته است که نامزدش در حالت خشم حلقهٔ نامزدی‌اش را درون جوی آب انداخته است.

درمانگر: برای این کار، چه احساسی بهش دارید؟ / احساس را فرابخوانید.

بیمار: فکر کنم علت این کارش این بود که نمی‌خواستم برم رستورانی که اون می‌خواست. / دفاع: دلیل تراشی.

درمانگر: این علت، اما علت این کار احساس شما نسبت به اون نیست. اگه علت بگذاریم کنار، می‌شه ببینیم احساستون نسبت به اون چیه، که حلقه رو انداخت تو جوب؟ / به دفاع اشاره کنید، دفاع را از احساس افتراق دهید، بیمار را ترغیب کنید از دفاع رویگردان شود و، سپس، احساس را فرابخوانید.

بیمار: احساس سرخوردگی دارم. / دفاع: محرک را با احساس اشتباه گرفته است.

درمانگر: البته! اون سرخورده تون کرده. این کاریه که اون کرده. برای این کارش چه احساسی نسبت به اون دارید؟ / محرک را متذکر شوید، محرک را از احساس افتراق دهید و، بعد، احساس را فرابخوانید.

بیمار: نسبت به کل ماجرا، اینکه به کجا می‌رسه و چی باید بکنیم، ناراحت‌ام، می‌دونید؟ / دفاع: ابهام.^۲

درمانگر: ناراحت مبهمه. معلوم نمی‌کنه، برای اینکه حلقه رو انداخت تو جوب، چه احساسی نسبت بهش دارید. احساستون نسبت به اون چیه؟ / دفاع را متذکر شوید، دفاع را از احساس افتراق دهید و، بعد، احساس را فرابخوانید.

بیمار: فکر کنم احتمالاً برآشفته^۳ شدم. / دفاع: کلام فرضیه‌ای.^۴

درمانگر: فکر می‌کنید؟ یا برآشفته هستید یا نه. به نظرتون کدوم یکیه؟ / دفاع را متذکر شوید و آن

را مسدود کنید. سپس، احساس را فرابخوانید.]

بیمار: احساس عصبانیت ندارم. [دفاع: نفی^۱.]

درمانگر: می‌گید احساس عصبانیت ندارید. این معلوم می‌کند چه احساسی ندارید. اما، هنوز نمی‌دونیم چه احساسی دارید. برای اینکه حلقه‌رو انداخت تو خوب، چه احساسی بهش دارید؟ [نفی را متذکر شوید و، بعد، احساس را فرابخوانید.]

بیمار: [اشک در چشمانش جمع شده است.] احساس غم دارم. [دفاع: اشک عصبانیت را مخفی می‌کند.]

درمانگر: دقت می‌کنید چطور این اشک‌ها او ملند وسط و احساستون نسبت به اون مخفی کردند؟ اگه اشک‌ها رو بگذاریم کنار، می‌شه ببینیم احساستون نسبت به اون که حلقه نامزدی پرت کرد تو خوب چیه؟ [دفاع را متذکر شوید، بیمار را ترغیب کنید به دفاعش پشت کند و، بعد، احساس را فرابخوانید.]

بیمار: عینکم زدم زمین و شکستم. [دفاع: جابه‌جایی^۲.]

درمانگر: اما عینک که با شما کاری نکرده بود، کرده بود؟ بیمار: نه.

درمانگر: اگه احساستون سر عینک خالی نکنید، احساستون نسبت به نامزدتون چیه؟ [به دفاع جابه‌جایی اشاره کنید و از بیمار دعوت کنید که به دفاعش پشت کند و، در عوض، با احساسش روبه‌رو شود.]

بیمار: عصبانی‌ام. [بیمار می‌تواند احساسش را توصیف کند. پس، وارد مرحله بعد می‌شویم و می‌پرسیم، "این خشم، به‌صورت فیزیکی، تو بدنتون چطور تجربه می‌کنید؟]

هر بار، به دفاع یا اضطراب بیمار اشاره می‌کنیم و، سپس، بر احساس متمرکز می‌شویم. بنابراین، فراخواندن احساس مداخله‌ای بی‌هدف نیست. فراخواندن به ما امکان می‌دهد پاسخ‌های بیمار را بسنجیم و بدانیم که چه چیزی نیاز به درمان دارد.

بیایید برخی از اشتباهات شایع درمانگران در این مرحله را مرور کنیم.

ناکامی در فراخواندن احساس

برای تمرکز دقیق روی احساس واکنشی، بپرسید، "برای اینکه حلقه‌رو دور انداخت، چه احساسی نسبت به اون دارید؟"

دقت کنید که چطور و چرا سؤالات زیر نمی‌توانند کانون توجه تأثیرگذاری فراهم کنند.

- "احساساتون در این مورد چیه؟" درمانگر روی یک احساس خاص تمرکز نکرد. بیمار می‌توانست بگوید "غمگین" یا "مضطرب". اما درمانگر نمی‌تواند به بیمار نشان دهد که غم چطور احساس واکنشی عصبانیت را می‌پوشاند. درمانگر، به‌جای اینکه دقیقاً محرک را ذکر کند ("برای اینکه حلقه‌رو انداخت تو خوب")، مبهم حرف می‌زند ("در این مورد").
- "احساستون چیه؟" این سؤال اختصاصی نیست. بیمار می‌تواند بگوید، "عصبانیت"، "غم" یا "اضطراب"، که هرکدام می‌تواند پاسخ سؤال درمانگر باشد. پرسش خیلی بهتر می‌توانست این باشد: "برای انداختن حلقه تو خوب، احساستون نسبت به اون چیه؟" روی احساس واکنشی تمرکز کنید.
- "در این مورد احساسی دارید؟" بیمار می‌تواند بگوید "نه". البته که او احساسی دارد. نرسید آیا احساسی دارد. پرسید، "برای انداختن حلقه تو خوب، احساستون نسبت به اون چیه؟"
- "افکارتون در این مورد چیه؟" این پرسش بیمار را دعوت می‌کند تا، با استفاده از دفاع عقلانی‌سازی، در مورد افکارش صحبت کند، نه احساساتش.
- "چرا این کار کرد؟" درمانگر از بیمار دعوت می‌کند در مورد یک نفر دیگر گمانه‌زنی کند. این پرسش بیمار را فرامی‌خواند که به دیگران فرافکنی کند، نه اینکه بر احساساتش متمرکز شود.
- "مثل چی می‌مونه؟" این سؤال مبهم فکر را فرامی‌خواند، نه احساس را.
- "در اون مورد چه احساسی دارید؟" این سؤال مبهم است. بیمار می‌تواند با احساس، اضطراب یا دفاع پاسخ گوید، اما شما قادر نخواهید شد به او کمک کنید تا با احساسی که از آن اجتناب می‌کند روبه‌رو شود.
- "اون موقع چه احساسی داشتید؟" این پرسش از بیمار می‌خواهد از زمان حال فاصله بگیرد و در مورد گذشته فکر کند. روی احساسات بیمار، در همین لحظه، تمرکز کنید. محرک را به یادش بیاورید تا احساسش، حالا، برانگیخته شود: "برای انداختن حلقه تو خوب، چه احساسی بهش دارید؟"

فراخواندن احساسات

اگر بیمار با اضطراب و دفاع پاسخ داد، مأیوس نشوید. این پاسخ‌ها معلوم می‌کنند چه چیز را باید درمان کنیم: اضطراب بیش‌ازحد یا دفاع بیش‌ازحد. هر بار، به اضطراب یا دفاع اشاره کنید و، سپس، دوباره احساس را فرابخوانید. بیمار، درحالی‌که دچار مشکلات و نشانه‌های ناشی از اضطراب بیش‌ازحد یا دفاع بیش‌ازحد است، نزد شما می‌آید. پس، ظاهر شدن آنها در درمان فوق‌العاده است!

حالا، شما می‌توانید به بیمار کمک کنید تا فوراً بر علل مشکلاتش غلبه کند. فراخواندن احساس سه مرحله دارد که هر کدام می‌تواند به وسیله اضطراب یا دفاع مسدود شود. همیشه این توالی را دنبال کنید: به بیمار کمک کنید (۱) احساس را نام‌گذاری کند، (۲) احساس را تجربه کند و (۳) تکانه را تجربه کند.

مرحله یک (نام‌گذاری احساس): "احساستون نسبت به اون چیه؟" ممکن است بیمار از دفاع‌های زیادی استفاده کند تا از اظهار کردن احساسش اجتناب نماید. هر بار، به دفاع اشاره کنید و، سپس، احساس را فراخوانید. بعد از کمی اعمال دفاعی، بیمار سرانجام می‌گوید چه احساسی دارد. بعد، وارد مرحله بعد می‌شویم.

مرحله دو (تجربه احساس): "این عصبانیت (یا به احساس دیگر)، به صورت فیزیکی، تو بدنتون چطور حس می‌کنید؟" ممکن است بیمار از دفاع‌های زیادی استفاده کند تا اظهار نکند که چطور این عصبانیت را، به صورت فیزیکی، در بدنش تجربه می‌کند. هر بار، به دفاع اشاره کنید، و، سپس، تجربه احساسش را فراخوانید: "این عصبانیت، به صورت فیزیکی، تو بدنتون چطور تجربه می‌کنید؟" پس از اعمال دفاعی بیشتر، بیمار در نهایت اعلام می‌کند که چطور عصبانیتش را، به صورت فیزیکی، در بدنش تجربه می‌کند. سپس، وارد مرحله بعدی می‌شویم.

مرحله سه (تجربه تکانه): "تکانه‌ای که با این خشم همراهه چیه؟" این تکانه‌رو، به صورت فیزیکی، تو بدنتون چطور تجربه می‌کنید؟" شاید بیمار تجربه تکانه‌ای را که با احساسش همراه است از خود دور کند. به هر دفاع اشاره کنید و، سپس، بپرسید: "این تکانه‌رو، به صورت فیزیکی، تو بدنتون چطور تجربه می‌کنید؟" وقتی بیمار بتواند تکانه‌اش را، به صورت فیزیکی، در بدنش تجربه کند، آماده نفوذ به ناخودآگاه است.

اضطراب حین مرحله فراخواندن احساسات

اشاره به دفاع‌ها عمده کار ما را تشکیل می‌دهد، اما بحث اضطراب هم شایسته توضیح مختصری است. اضطراب علامت خوبی است که نشان می‌دهد احساسات ناخودآگاه در حال افزایش‌اند. فراگیری در درمان، به منظور رشد، نیازمند آن است که سطح بهینه‌ای از اضطراب را تحمل کنیم. اگر اضطراب خیلی بالا باشد، مغز نمی‌تواند درست کار کند و یادگیری جدید غیرممکن می‌شود. وقتی اضطراب در سطح ایده‌آل یادگیری باشد، بیمار با آنچه که معمولاً از آن اجتناب می‌کند روبه‌رو می‌شود و اضطراب را در عضلات منحط تجربه می‌کند. (به فصل ۲ در مورد اضطراب مراجعه کنید).

وقتی اضطراب خیلی پایین است، بیمار دارد از احساساتش اجتناب می‌کند. او نخواهد فهمید که چه چیزی اضطرابش را برمی‌انگیزد. درمانگرانی که از موضوعات اضطراب‌آور پرهیز می‌کنند به بیماران

کمک می‌کنند تا، به‌جای تسلط بر مشکلاتشان، از آنها اجتناب کنند.

فراخواندن احساسات و اشاره به دفاع‌ها احساسات ناخودآگاه را تحریک می‌کند، که اضطراب ناخودآگاه را در عضلات ارادی (مخطط) برمی‌انگیزد. آه کشیدن و سفت کردن عضلات علامت تشدید یافتن احساسات ناخودآگاهی است که بیمار معمولاً از آنها اجتناب می‌کرده است. این تشدید اضطراب در عضلات مخطط علامت پیشرفت است، نه باعث نگرانی. با اضطراب به مثابه دفاع برخورد کنید و، سپس، احساس را فراخوانید.

درمانگر: به‌خاطر اینکه شما رو زد، چه احساسی به اون دارید؟

بیمار: احساس تنش دارم. [اضطراب در عضلات مخطط.]

درمانگر: این اضطراب‌تونه. اگه این لایه اضطراب کنار بزنیم، می‌شه ببینیم احساس زیرش چیه؟/به اضطراب، به مثابه دفاع، اشاره کنید و، سپس، احساس را فراخوانید.]

هر مداخله‌ای که اضطراب ناخودآگاه در عضلات مخطط را برانگیزد در مسیر درست قرار دارد: به سمت احساسات. تشدید اضطراب پس از مداخله را هشدار دهی ناخودآگاه^۱ می‌نامیم. اگر اضطراب در بدن افزایش نیافت، مداخله احساسات را تحریک نکرده است؛ شاید مداخله بر احساسات متمرکز نیست یا دفاع اشتباه را خطاب قرار داده است. هر مداخله مفیدی باید احساسات و اضطراب ناخودآگاه را تحریک کند.

بیمارانی که برای رسیدن به اهدافشان مشتاق تحمل اضطراب‌اند در درمان بهبود خواهند یافت. بیمارانی که میلی به تحمل اضطراب ندارند بهبود نخواهند یافت. ما باید نشان دهیم که چطور اجتناب از اضطراب آنها را در بند می‌کشد و اهدافشان را ناکام می‌گذارد. سپس، آنها با دفاع‌هایشان ضدیت پیدا می‌کنند.

بیمار: این خیلی ناراحت‌کننده‌ست.

درمانگر: ظاهراً، این عصبانیت ناراحتون می‌کنه. وگرنه، سال‌ها پیش باهاش روبه‌رو می‌شدید. اما اگه همین‌جور از این عصبانیتی که ناراحتون می‌کنه اجتناب کنید، اینجا چه اتفاقی می‌افته؟

بیمار: فکر کنم بهتر نمی‌شم.

درمانگر: درسته. باید انتخاب کنیم. می‌تونید از چیزی که ناراحتون می‌کنه اجتناب کنید و این نشانه‌ها رو داشته باشید، یا می‌تونید با چیزی که ناراحتون می‌کنه روبه‌رو بشید و بتونید به اهدافتون برسید. فکر می‌کنید کدوم یکی به نفع‌تونه؟

بیمار: فکر کنم مجبورم با این عصبانیت روبه‌رو بشم.

درمانگر: مجبور نیستید. انتخاب با شماست. می‌تونید باز هم از این عصبانیتی که ناراحتون می‌کنه

اجتناب کنید و حق دارید این کار بکنید.

بیمار: اما نمی‌تونم این جوری ادامه بدم.

درمانگر: صحیح نیست. بیست ساله که همین جوری زندگی کردید، با اجتناب از هر چیزی که ناراحتون می‌کنه، و اگه داره اون‌طوری که می‌خواید نتیجه می‌ده، می‌تونید همین کار ادامه

بدید.

بیمار: موضوع همینه. دیگه فایده نداره.

قبل از اینکه برویم سراغ رونوشت جلسات بالینی، بیایید اهداف و اصول فراخواندن احساسات را مرور کنیم. هدف از فراخواندن احساسات کمک به بیمار برای روبه‌رو شدن با احساسات قبلاً اجتناب شده و تجربه آنهاست، طوری که مجبور نباشد برای اجتناب از آنها از اضطراب و دفاع‌ها استفاده کند. وقتی که او، دیگر، از دفاع‌هایش بر علیه احساسات استفاده نکرد، نشانه‌ها و مشکلات فعلی‌اش برطرف خواهند شد. برای دستیابی به این هدف، ما سه اصل را دنبال می‌کنیم:

(۱) اگر بیمار با احساس جواب داد، احساس را کنکاش کنید، (۲) اگر بیمار با اضطراب بیش‌ازحد جواب داد، اضطراب را تنظیم کنید و، سپس، احساس را کنکاش نمایید، (۳) اگر بیمار با دفاع جواب داد، به او کمک کنید دفاع را ببیند و از آن دست بردارد و، سپس، احساس را کنکاش کنید. همه پاسخ‌های بیمار را بسنجید تا ببینید که احساس است یا اضطراب یا دفاع. این پاسخ مداخله بعدی شما را تعیین خواهد کرد.

بیماران کم‌مقاومت با احساسات پاسخ می‌دهند. احساساتشان را کنکاش کنید.

بیماران شکننده^۱ با اضطراب بیش‌ازحد پاسخ می‌دهند. اضطراب بیش‌ازحد را تنظیم کنید و، سپس، روی احساساتشان تمرکز نمایید. بیماران نسبتاً مقاوم و بسیار مقاوم با دفاع پاسخ می‌دهند. به این بیماران کمک کنید دفاع‌هایشان را ببینند و از آنها دست بردارند و، سپس، بر احساسات تمرکز کنید. برای فهم این سه گزینه اصلی در هنگام مداخله به شکل ۱-۱ توجه کنید.