

آنسوی مقاومت

تکنیک‌های پیشرفته روان‌درمانی

تألیف
آلن عباس

ترجمه
دکتر عنایت خلیقی سیگارودی
روان‌پزشک



فهرست مطالب

۹	تقدیر و تشکر
۱۱	سخن مترجم
۱۳	پیش‌گفتار
۱۷	ستایش بزرگان از کتاب آنسوی مقاومت

بخش ۱: فراروان‌شناسی جدیدی برای ناخودآگاه

۲۳	فصل ۱ ترومای دلبستگی، انتقال و انتقال متقابل
۲۸	فصل ۲ اضطراب و دفاع‌های ناخودآگاه
۴۷	فصل ۳ طیف بیماران مناسب
۵۲	فصل ۴ احساسات مرکب انتقالی و اتحاد درمانی ناخودآگاه
۶۰	فصل ۵ تجربه جسمی هیجانات

بخش ۲: کاربرد بالینی

۶۵	فصل ۶ آغاز کردن درمان
۷۸	فصل ۷ چرا هیچ سیگنالی نیست؟
۸۴	فصل ۸ مقایسه افزایش خفیف، متوسط و شدید انتقال

۸۸	فشار: گذر از مقاومت.....	فصل ۹
۹۵	شفافسازی و چالش.....	فصل ۱۰
۱۰۱	برخورد رودررو.....	فصل ۱۱
۱۱۴	بیمار با مقاومت کم: ورود آزاد	فصل ۱۲
۱۲۱	بیمار با مقاومت متوسط: سرداب محصور	فصل ۱۳
۱۵۵	بیمار به شدت مقاوم: قلعه دارای استحکامات	فصل ۱۴
۲۲۶	مقاومت شدید همراه با واپس رانی: زندانی فلنج شده.....	فصل ۱۵
۲۸۷	ساختار منش شکننده: وحشت در سیاه چال	فصل ۱۶
۳۸۸	ساختار منش بسیار شکننده: شکسته و وحشت زده.....	فصل ۱۷
۴۲۲	مبانی تجربی روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت و روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده	ضمیمه
۴۲۹	مطالعه منابع زیر توصیه می شود	
۴۳۱	فهرست منابع مربوطه	
۴۳۹	معرفی مؤلف	

بخش ۱

فرا روان‌شناسی جدیدی برای ناخودآگاه

فصل ۱

ترومای دلبستگی^۱، انتقال^۲ و انتقال متقابل^۳

مادر و کودکی را در نظر بگیرید، چهره به چهره؛ کودک، در پاسخ به مادری صمیمی و به همان میزان پذیرا، "لبخندی تمام عیار" می‌زند. شما با دیدن این صحنه احساس خوبی پیدا می‌کنید. چرا؟ چیز خوبی دارد اتفاق می‌افتد: دلبستگی، با همه فواید زیست‌شناختی و روان‌شناختی‌ای که از آن ناشی می‌شود. کودکی که با این پیوند ناگسستنی با والدرشد می‌کند قادر خواهد بود بدون ترس، اضطراب یا دفاعی شدن بی‌جا با دیگران رابطه برقرار کند.

اما اگر این پیوند به دلیل بیماری، مرگ، بدرفتاری یا جدایی از والد، گستته شود، چه اتفاقی می‌افتد؟ این ترومای دلبستگی سبب‌ساز احساسات دردناکی می‌شود. اگر کودک بتواند این درد را با حضور فردی مورد علاقه پردازش کند، رشدش به صورت هنجار ادامه پیدا می‌کند و بعدها، در زندگی، روابطی نزدیک خواهد داشت. اگر قادر نباشد این احساسات را با فردی مورد علاقه پردازش کند، از احساسات و روابطی که آنها را بر می‌انگیرند دوری خواهد کرد؛ این فرد هنگام نزدیک شدن و صمیمی شدن دچار اضطراب می‌شود.

درد شدید فقدان همچنین ممکن است خشم معطوف به والد ازدست‌رفته، غایب یا بدرفتار را تحریک کند. کودک، که نمی‌تواند برای پردازش احساساتش به کمک والدش تکیه کند، با ذهن نابالغ اش چاره‌ای جز تکیه به دفاع‌هایش ندارد. از آنجایی که احساسات مملو از خشم خودآگاه باعث رنج می‌شوند، او سرانجام آنها را در ناخودآگاه دفن می‌کند، اما با این اعتقاد که احساساتش همان اعمالش هستند، طوری

1. attachment trauma

2. transference

3. countertransference

زنگی می‌کند که انگار خشمش را عملی کرده است - طوری که انگار به والدش آسیب‌زده یا او را به قتل رسانده باشد. درنتیجه، احساسات مرکب عشق، درد، خشم، اشتیاق و احساس گناه درباره خشم مدفون شده را در ذهنش نگه می‌دارد. حالا، از نزدیک شدن به احساساتش یا به افرادی که آنها را بر می‌انگیزند می‌ترسد.

کودکی که احساسات مرکبیش را خاموش می‌کند ممکن است در نوجوانی دچار اجتناب از رابطه با دیگران، خودتخریب، امراض فیزیکی، اضطرابی، افسردگی، بی‌اشتهاای شود. هرچه ترومازو در اتفاق بیافتد، درد، خشم و احساس گناه شدیدتر و برهمین منوال دفاع‌ها و خودتخریب بیشتر است. (به فصل ۳ رجوع شود). ارتباط بین این تروما و مشکلات طولانی مدت، در تحقیقات متنوعی که در زمینه حوادث ناگوار کودکی انجام گرفته، اثبات شده است (Felitti^۱ و همکاران، ۱۹۹۸).

اگر والدی، به‌هرعلتی، پذیرای کودک نباشد، اشتیاق کودک به دلبستگی ناکام خواهد ماند. کودکان فاقد دلبستگی ایمن^۲ دچار الگوهای مرضی ای نظیر ساختار منش شکننده (دونالو، ۱۹۹۵a) و سازمان شخصیتی مرزی (کرنبرگ^۳، ۱۹۷۶) خواهند شد. اینها، به‌خاطر بی‌نتیجه‌ماندن تلاش‌های ایشان برای دلبستگی، دچار درد، خشم و احساس گناهی عظیم خواهند شد. آنها به دفاع‌های بدوى شامل فرافکنی^۴، تفکیک^۵ و همانندسازی فرافکننده^۶ تکیه می‌کنند که باعث ضعف در حفظ خویشتن یکپارچه می‌شود. اضطراب ناخودآگاه خودش را به صورت اختلال حواس و طیفی از نشانه‌های عصب‌شناختی نشان می‌دهد و به ضعف در تحمل اضطراب منجر می‌شود.

انتقال

هیجانات مرکب مربوط به تروماهی دلبستگی، در روابط فعلی بیمار، به‌ویژه در روان‌درمانی، برانگیخته می‌شوند. چرا؟ شما فردی غم‌خور هستید که بالقوه نوعی دلبستگی فراهم می‌کنید و به بیمارتان احترام می‌گذارید. شما، با نگاه کردن به چشم‌هایش، دلبستگی‌های آغازین، دلبستگی‌های ازدست‌رفته و تلاش‌های شکست‌خورده دلبستگی را به یادش می‌آورید.

این فرآیند فعال کردن هیجانات، اضطراب و دفاع‌ها در رابطه درمانی انتقال نامیده می‌شود. با وجودی که انتقال نماینده کلی واکنش‌های هیجانی بیماران نیست، کانون محوری ISTDP و اکثر آشکال درمان روان‌پویشی محسوب می‌شود.

1. Felitti

2. secure

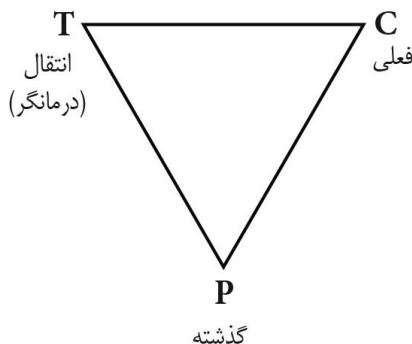
3. Kernberg

4. projection

5. splitting همچنین، شکافت‌نی یا جداسازی (م.):

6. projective identification

از نقطه‌نظر اصطلاح‌شناسی، حبیب دوانلو (۱۹۹۰) نیز اصطلاح انتقال را جهت دلالت ضمنی بر خود رابطه درمانی به کار برد. این همان T مثلث شخص کلاسیک (مالان، ۱۹۷۹) است، که در آن C نشانه [روابط] فعلی^۱ و P نشانه افراد گذشته [یا قبلی^۲] است (شکل ۱-۱).



شکل ۱-۱. مثلث شخص

انتقال متقابل

اصطلاح انتقال متقابل معانی متفاوت زیادی دارد. اتو کرنبرگ (۱۹۶۵) تعریفی از انتقال متقابل ارایه داد که به عنوان تعریف مطلق‌گرای انتقال متقابل معروف است. این تعریف همه احساساتی را که درمانگر نسبت به بیمار پیدا می‌کند شامل می‌شود. او سه نوع انتقال متقابل را پیشنهاد می‌کند که با ISTDP بسیار هماهنگ است:

- انتقال متقابل اپزکتیو^۳: بیمار واکنش‌های هیجانی‌ای را در درمانگر بر می‌انگیرد که مشابه آنها را اکثر افراد پیدا می‌کنند. به عنوان مثال، اگر بیمار مرتب به درمانگر بدوبیراه بگوید، اکثر درمانگران، مشابه سایر افراد، در پاسخ به چنین رفتاری برآشفته می‌شوند.

1. current
3. objective

2. past

- انتقال متقابل سوبژکتیو^۱: بیمار احساساتی را در درمانگر بر می‌انگیزد که در مورد زندگی درونی بیمار مطالبی را برای درمانگر روشن می‌کنند. کرنبرگ (۱۹۶۵) دو نوع انتقال متقابل سوبژکتیو را توصیف می‌کند:
 - انتقال متقابل موافق^۲ که در آن درمانگر با تجربه بیمار همانندسازی می‌کند. این فرآیند که محصول همنوایی همدلانه است باعث می‌شود که درمانگر چیزی را احساس کند که بیمار دارد احساس می‌کند. ما آدمیان، به عنوان گونه‌ای اجتماعی، می‌توانیم هیجانات سایر افراد را حس کنیم و می‌توانیم همان تجربه احساسی را با برخی جزئیات تجربه نماییم. به عنوان نمونه، اگر درمانگر باشد، ممکن است در معده‌تان حالتی را حس کنید که به شما می‌گوید که اضطراب بیمار دارد به عضلات معده‌اش می‌رود؛ یا ممکن است احساس کنید که گرمای خشم دارد در قفسهٔ سینه‌تان بالا می‌آید، که به شما می‌گوید که خشم بیمار دارد به سطح می‌آید.
 - انتقال متقابل مکمل^۳ و قتنی اتفاق می‌افتد که درمانگر احساسات بیمار در مقاومت انتقال بیمار را احساس می‌کند. به عنوان مثال، بیمار شما را طرد می‌کند، همان‌طور که خودش طرد شده بود؛ بعد، شما عصبانی می‌شوید، همان‌طور که بیمار وقتی درگذشته طرد شد عصبانی شده بود.
- انتقال متقابل روان‌ترنданه^۴: درمانگر نسبت به بیمار احساساتی دارد که مبتنی بر ترو‌مای دلپستگی حل نشده خودش است. به طور اخص، احساسات حل نشده درگذشته درمانگر هنگام ارتباط برقرار کردن با بیمار فعال می‌شوند و به صورت ترکیبی از اضطراب و دفاع ناخودآگاه نمود می‌یابد. درمانگرانی که درمان‌های فشرده انجام می‌دهند باید از این واکنش‌ها آگاه باشند تا از آنها بهره‌دار مانی ببرند و از پیامدهای منفی این واکنش‌ها برای بیماران پرهیز کنند. پیامدهای انتقال متقابل، در رابطه با دسته‌های مختلف بیماران، در فصول ۱۳ تا ۱۷ تشریح خواهد شد.

1. subjective

2. concordant

3. complementary

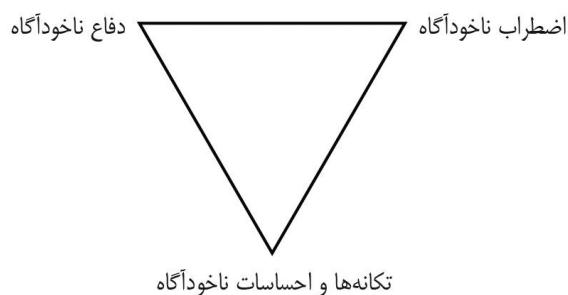
4. neurotic

ترومای دلبستگی نیروی بیماری‌زای محوری طیف وسیعی از امراض است. انتقال وقتی اتفاق می‌افتد که احساسات حل نشده گذشته بیمار در رابطه با درمانگر و سایر افراد حاضر در زندگی فعلی بیمار فعال شوند. انتقال متقابل ابژکتیو زمانی اتفاق می‌افتد که بیمار احساساتی را در درمانگر بر می‌انگیزد که در سایر افراد هم برانگیخته می‌شد. انتقال متقابل سوبژکتیو زمانی اتفاق می‌افتد که بیمار احساساتی را در درمانگر بر می‌انگیزد که به زندگی درونی بیمار مربوط است. انتقال متقابل روان‌نژنده زمانی اتفاق می‌افتد که درمانگر به صورت ناخودآگاه احساسات حل نشده‌اش را به بیمار منتقل می‌کند. واکنش‌های انتقال متقابل می‌توانند سرنخ‌های مفیدی باشند و درمانگر را راهنمایی کنند.

فصل ۲

اضطراب و دفاع‌های ناخودآگاه

درد، خشم و احساس گناه ناخودآگاه ناشی از تروماتی دلستگنی اضطراب ناخودآگاه و دفاع‌های ناخودآگاه علیه آن اضطراب را برمی‌انگیزد (شکل ۲-۱). این ارتباطات را مثلاً تعارض می‌نامند (مالان، ۱۹۷۹). به این علت است که می‌گوییم اضطراب و دفاع‌های ناخودآگاه سیگنال‌های احساسات ناخودآگاه هستند.



شکل ۲-۱. مثلث تعارض

بیایید الگوهای مختلف اضطراب ناخودآگاه و الگوهای متناظر دفاع ناخودآگاه را مرور کنیم.