فرهنگ جامع روان‌درمانی پویشی فشردهٔ کوتاه‌مدت

تألیف

دکتر نات کوهن

ترجمه

دکتر سمیه قیاسی

دکترای روان‌شناسی عمومی

دکتر مهدی‌رضا سرافراز

عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز

کتاب ارجمند

تقدیم به

تسلی‌بخش خاطر دردمند . . .

فهرست مطالب

پیشگفتار ۹

در مورد نویسنده ۱۳

A **۱۵**

B **۲۹**

C **۳۳**

D **۶۹**

E **۹۱**

F **۱۰۱**

G **۱۰۷**

H **۱۱۷**

I **۱۲۷**

J **۱۳۹**

L **۱۴۱**

M **۱۴۳**

N **۱۵۳**

O **۱۵۹**

P **۱۶۳**

Q **۲۰۷**

R **۲۰۹**

S **۲۲۷**

T ۲۶۱
U ۲۸۹
V ۲۹۷
W ۲۹۹

پیشگفتار

احتمالاً به این دلیل کتاب را می‌خوانید که علاقه‌مند به یادگیری بیشتر دربارهٔ روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت (ISTDP) حبیب دوانلو هستید. وقتی ISTDP به خوبی اجرا شود، درمانی فوق‌العاده قوی، دقیق، ظریف و مؤثر خواهد بود. یادگیری روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت مثل یک سفر است و هدف این کتاب کمک به کسانی است که این سفر را آغاز کرده‌اند.

اگر این اولین کتابی است که در زمینهٔ ISTDP می‌خوانید، توصیه می‌کنم آن را کنار بگذارید و با یکی از کتاب‌های عالی و در عین حال سادهٔ موجود از قبیل، کتاب «*هم‌آفرینی تغییر: تکنیک‌های درمان پویشی مؤثر*» نوشتهٔ جان فردریکسون (۲۰۱۳) یا کتاب «*روان‌درمانی‌پویشی فشردهٔ کوتاه‌مدت: نظریه و تکنیک*» نوشتهٔ پاتریشیا کافلین (۱۹۹۶) شروع کنید. البته مطالعهٔ این کتاب حتی به عنوان نخستین کتاب در این حوزه، برایتان مفید است، اگرچه استفاده از این کتاب به عنوان مرجعی در کنار سایر کتب و مقالات به مراتب ارزشمندتر خواهد بود. وقتی خودم شروع به یادگیری و مطالعه این روش درمانی کردم دوست داشتم چنین کتاب مرجعی داشته باشم، از این رو سعی کردم چنین کتابی بنویسم و اگر شما در حال حاضر دانشجوی ISTDP هستید- که من هم تا آخر عمر خواهم بود- این کتاب برای شما نیز مفید خواهد بود.

اگرچه روش ISTDP، تفاوتی عمده با رویکرد تحلیلی دارد، اما ریشه‌هایش همه در بستر روان‌تحلیلگری قرار دارد. برای افرادی که آموزش روان‌پویشی ندیده‌اند، هدف من تعریف اصطلاحات تخصصی بوده است اما برای کسانی که پیشینهٔ مطالعاتی روان‌پویشی دارند، سعی بر شفاف‌سازی تفاوت اصطلاح‌شناسی ISTDP با کاربرد استاندارد خود در روان‌تحلیلی، داشته‌ام که این کار را با استفاده از *فرهنگ لغت جامع روانکاوی* اختر (۲۰۰۹) انجام داده‌ام.

در این کتاب اصطلاحات رایج ISTDP به ترتیب الفبایی سازماندهی شده‌است. در بیشتر مدخل‌ها علاوه بر تعاریف، بحث و مثال‌هایی ارائه کرده‌ام. این مثال‌ها (به جز مواردی که ذکر کرده باشم)، حاصل مکتوب کردن جلسات درمانی نیستند بلکه ترکیباتی مبتنی بر تجربهٔ من با بیماران هستند. مدخل‌ها دارای ارجاعات متقابل زیادی هستند. اصطلاحی که جداگانه در کتاب به آن پرداخته شده باشد، اولین بار در هر مدخل به صورت «**برجسته**» نوشته شده است. دنبال کردن هر یک از این ارجاعات به‌ویژه برای کسانی که قبلاً با ISTDP آشنا شده‌اند، خسته‌کننده خواهد بود. به همین دلیل، سعی کرده‌ام زمانی که یک مدخل خاص، توضیحات کامل در آن خصوص دارد، با جملاتی مانند «برای اطلاعات بیشتر، به مدخل... نگاه کنید» اشارهٔ صریحی به آن داشته باشم.

اگر چه شکیبایی کسی که از اول تا آخر کتاب را می‌خواند، تحسین می‌کنم ولی این روش، هرگز کاربرد اصلی آن نیست. در عوض، به نظرم بهتر است خوانندگان کتاب، از آن‌به عنوان مرجعی سریع استفاده کنند یا زمانی که به اصطلاحی برخورد می‌کنند، از مدخلی به مدخل دیگر بروند. اگر نمی‌دانید از کجا شروع کنید، مدخل **آسیب دلبستگی** و **مکانیسم درمانی ISTDP** را امتحان کنید.

در نهایت وب سایت www.istdp-reference.org را برای منابع، تصحیحات و دیگر موارد مهم راه‌اندازی کرده‌ام.

چه خوش‌اقبال بوده‌ام که آلن عباس و جان فردریکسون که هر دوی آنها به عنوان اولین استادان ISTDP و سوپروایزر بنده، تحت تعلیم دکتر دوانلو بوده‌اند را در کنار خود داشته‌ام. آنها در نشر این درمان انسانیت عمیق را با دقت و شفافیت بی‌مثالی ترکیب کرده‌اند، ترکیبی که تحسینش می‌کنم و اشتیاق آن را دارم. سطح این کتاب به خاطر نظرات آنها روی نسخهٔ اولیه و جواب دادن به سؤالاتی که به نظر شبیه جریانی بی‌انتها از سؤالات جزئی بی مورد بوده است، به مراتب بالاتر رفته است. همچنین قدردان لطف آنها هستم که اجازهٔ استخراج و اقتباس از کارشان را در این کتاب، به من دادند. من دِین خاصی به جان دارم: که علاوه بر نظرات اساسی و تشویق، بررسی موشکافانهٔ خط به خط کتاب توسط او، بازخورد ارزشمندی به من داد.

همچنین از افراد دیگری که نسخهٔ اولیه کتاب را مرور کردند و به سؤالات پاسخ دادند، سپاسگزارم. بازخورد آنها، کتاب را قوت بخشید و تشویق آنها، من را مصمم کرد. این افراد به ترتیب الفبا عبارتند از: بروس آمونس، توماس برود، استفان بولر، جوزف کوپر، پاتریشیا کافلین، جیسون الیوت، می ماجدالانی، روبرت نبورسکی، کریستین اوسبورن، تونی روزمانیر و جان ویتموره. افراد دیگری هم کم و بیش کمک کردند. من از زمان و تلاشی که همهٔ این افراد برای این پروژه گذاشتند سپاسگزاری می‌کنم.

در تألیف این کتاب از نوشته‌های افراد دیگری بهره برده‌ام که در رأس آنها دکتر دوانلو قرار دارد. قطعات منتخب مختصری از نوشته‌های او در کتاب با اجازهٔ انتشارات جان ویلی و پسران، گنجانده شده است. خوشحالم که در دو کنفرانس فراروان‌شناسی دکتر دوانلو حضور داشته‌ام. براساس نظر دیوید مالان، کار دکتر دوانلو «از زمان کشف ناهشیاری (۱۹۸۰)، مهم‌ترین پیشرفت در روان‌درمانی است»، که نوشتن این کتاب من را به نظر او نزدیک کرد.

برای یادگیری ISTDP هیچ جایگزینی برای دیدن ویدئوی جلسات درمانی وجود ندارد و جایی بهتر از کنفرانس‌های انجمن بین‌المللی درمان‌پویشی تجربی (www.iedta.net) برای مواجهه با انواع گوناگون سبک‌های ISTDP نیست. اولین مواجههٔ من با ISTDP در کنفرانس IEDTA در واشنگتون دی سی، سال ۲۰۰۳ بود و به دنبال آن کنفرانس سال ۲۰۰۷ در آرهوس دانمارک بود که پس از آن تصمیم گرفتم مطالعهٔ ISTDP را به‌طور جدی شروع کنم. فهرست مباحثات ایمیلی IEDTA (EDT-List)، انگیزه‌ای برای نوشتن کتاب به من داد و در تعداد کمی از مدخل‌ها، برخی از پست‌های آن را ذکر کرده‌ام. من از کسانی که این سازمان مهم را حمایت می‌کنند، کنفرانس‌های آن را برگزار می‌کنند و فهرست آن را فعال نگه می‌دارند، سپاسگزارم.

بیماران، بزرگترین آموزگاران بالینی ما هستند. آنها که تغییر رویکردم و تلاش‌های نسبتاً ناپخته‌ام را با صبر و ملاحظه تاب آوردند. قدردان‌شان هستم و خوشحالم که در عوض تحمل آنها، افراد بسیاری در نتیجهٔ تغییر من، بهبود یافته‌اند.

چطور ممکن است چنین درمان ممتازی برای ۳۰ سال در نظر عموم باشد بدون اینکه طرفداران بیشتری جذب کند؟ دلایل آن پیچیده است. یکی از دلایل دشواری یادگیری ISTDP است (نبورسکی، ۲۰۰۱، ص. ۱۶؛ مالان، ۱۹۹۶، ص،Xiii). که البته نظر کلی من این است که یادگیری این درمان آسان‌تر خواهد شد زیرا ما درمانگران به عنوان یک جامعه، در تدریس آن بهتر شده‌ایم.

یکی دیگر از دلایل این است که تسلط پیدا کردن در درمان زمانبر است. مدت‌ها دکتر دوانلو و ویدئوهای او، تنها فرصت برای یادگیری بودند و سبک تدریس او با سبک یادگیری تمامی دانشجویانش همخوانی نداشت.

علاوه بر این، زمانی که تنها نحوهٔ انجام کار یک نفر را می‌بینید، به نظرتان تنها «این روش صحیح است». با وجود این، تنها یک «راه درست» برای انجام ISTDP وجود ندارد. دکتر دوانلو در انجام ISTDP موفق است زیرا در حین کار با هر بیمار، انسانیتش نمایان است. خیلی چیزها را می‌توان بوسیلهٔ تقلید یاد گرفت ولی، انسانیت یکی از آنها نیست. برای اینکه روان‌درمانگرهای ISTDP بتوانند مؤثر باشند، باید آموزش ISTDP خود را از صافی انسانیت رد کنند و هر کدام نیاز به کشف «راه درست» خودشان را برای انجام ISTDP دارند.

ظهور و بلوغ مدرسان نسل دوم که با ایجاد تنوع در سبک‌های درمانی و روش‌های تدریس، زیر نظر دکتر دوانلو آموزش دیده‌اند، موهبتی گرانبها در جامعهٔ ISTDP است. کار آنها بقاء و رشد میراث دکتر دوانلو را ممکن خواهد کرد. مشاهدهٔ تنوع روش‌های انجام این درمان، به ما کمک می‌کند بخش‌های اساسی و ضروری درمان را از سلایق و علایق منحصر به فرد هر درمانگر جدا کنیم. بخش کلیدی آموزش ISTDP برای من، مشاهدهٔ کار آلن و جان بوده است: دو نفر که هر دو ISTDP انجام می‌دهند، و در عین حال کار هرکدامشان کاملاً متفاوت از دیگری به نظر می‌رسد.

در حالیکه این گوناگونی، جامعهٔ ISTDP را قوت بخشیده، هزینه‌هایی هم در بر داشته است. هر مدرس نسل دوم به سبک خودش با این درمان برخورد کرده است، و دربارهٔ آن با کلمات مختلفی صحبت می‌کند یا کلماتی مشابه با معانی به نسبت متفاوتی به کار می‌برد. نتیجه این است که در برخی موارد، درمانگران این حوزه یا باهم ارتباط برقرار نمی‌کنند یا به دلیل گوناگونی گویش‌ها، حرف یکدیگر را نمی‌فهمند. از این رو مدرسان نسل دوم علاوه بر اینکه در معرض خطر دور شدن از یکدیگر قرار دارند با خطر انحراف از نوشته های دوانلو هم مواجه هستند.

همچنین این کتاب ورای کمک به دانشجویان مبتدی و رو به رشد، هدف سومی هم دارد: وحدت‌بخشی به جامعهٔ گسترده، گوناگون و شکوفای درمانگرهای ISTPD. جایی که هیچ ارتباطی وجود نداشته باشد، هیچ جامعه‌ای هم وجود ندارد. وقتی درمانگران به زبان یکسانی صحبت نمی‌کنند، این خطر وجود دارد که گمان کنید با یکدیگر مخالفید، در حالیکه در واقع موافق هستید. در نتیجه جامعهٔ درمانگران وقتی قوی‌تر می‌شود که از نظرات موافق و مخالف یکدیگر به عنوان همکار آگاه باشند.

همانطور که استیو بولر می گوید، این کتاب حاوی تنشی ذاتی است: این کتاب سعی بر ارائهٔ مرور اجمالی ISTDP دارد، ولی در عین حال تصویری از سفر شخصی من در ISTDP از ماه می ۲۰۱٤ ارائه می‌دهد. با وجود اینکه کتاب حاضر اهداف بلند پروازانه‌ای داشته، هرگز آن را به عنوان راهنمای قطعی این روش نمی‌دانم. معتقدم این کتاب در به تصویر کشیدن غنای دنیای ISTDP، محدود به دانسته‌های من است. تمایل به کامل بودن، دشمن کار ماست؛ نه تنها دشمن خوب بودن آن، بلکه دشمن اصل به وجود آمدن یک اثر هم هست؛ و اگر پذیرش واقعیتِ «کامل نبودن» و «نقص داشتن» نبود، کتابی وجود نداشت که حال شما در حال مطالعهٔ آن باشید.

چیزهایی راجع به آنچه که انتظار دارم این کتاب انجام دهد گفته‌ام، باید چیزهایی هم دربارهٔ آنچه که *انجام نخواهد داد* بگویم. من به شما «انجام ISTDP را آموزش نمی‌دهم». هیچ کتاب و مقاله‌ای هم نمی‌تواند چنین کاری کند.

معلمان از دانش، مهارت و نگرش به عنوان ستون‌های آموزش حرفه‌ای سخن می‌گویند و هر سه مورد برای ISTDP از اهمیت زیادی برخوردار هستند. خبر خوش این است که این کتاب به شما در کسب دانش کمک

می‌کند. خبر بد این است که از این سه مورد، احتمالاً دانش، دارای کمترین اهمیت است.

برای یادگیری مسئولانهٔ مهارت‌های ISTDP، نیاز به یک سوپروایزر مجرب و استفاده از ضبط ویدئویی دارید. این درمان، دارای قدرت منحصر به فردی است، بدین معنا که نه تنها قدرت شفابخشی دارد، قدرت آسیب هم دارد.هرچه بیماران پیچیده‌تر باشند، خطر آسیب بسیار جدی‌تر است. هیچ کس نباید درمان ISTDP را برای بیماری که خطر آسیب به خود یا دیگران دارد امتحان کند، مگر با وجود موارد زیر: (الف) یک سوپروایزر ISTDP با تجربهٔ کافی در درمان موارد پیچیده و (ب) تجربهٔ زیاد در انجام ISTDP برای بیماران با وخامت کمتر.

از این سه مؤلفه، همانطور که آلن ذکر می‌کند و من هم با آن موافقم، نگرش مهم‌ترین مؤلفه است: حضور و فعال بودن به نفع بیمار و تشویق بیمار برای اینگونه بودن (گفتگوی شخصی، ۲۰۱۳/۱۰/۲۳). اگر این کتاب به شما این احساس را می‌دهد که ISTDP مجموعه‌ای از تکنیک‌ها و روش‌هایی است که باید روی یک بیمار انجام شود، باید بگویم اشتباه برداشت کرده‌اید. در حقیقت این کتاب می‌خواهد به شما کمک کند بدانید چه کاری قرار است بعداً انجام دهید.

نات کوهن

بلموت، ماساچوست، ایالات متحده آمریکا

در مورد نویسنده

نات کوهن، دارای مدرک پزشکی، مدرس بالینی روان‌پزشکی در دانشکدهٔ پزشکی هاروارد است. او از سال ۱۹۹۶ به کار تحقیق و تألیف و درمان و آموزش در حوزهٔ روان‌درمانی‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت مشغول بوده است؛ مصاحبت ده سالهٔ وی با لی مک‌کالو نیز از همان سال آغاز شد که حاصل آن تألیفات مشترکی از جمله کتاب *درمان عاطفه‌هراسی: کتابچهٔ راهنما برای روان‌درمانی‌پویشی فشردهٔ کوتاه‌مدت* (۲۰۰۳) است. او به عنوان دستیار مک‌کافلین در برنامهٔ تحقیقاتی روان‌درمانی در مرکز پزشکی «دکونزبث» اسرائیل متعلق به هاروارد، در توسعه و اعتبارسنجی مقیاس عینی پیشرفت درمانی (ATOS) نقش مهمی داشت. او از سال ۲۰۰۸ ISTDP دوانلو را به صورت عملی اجرا کرد و با آلن عباس و جان فردریکسون کار تحقیقاتی انجام داد. او به صورت ملی و بین‌المللی، روان‌درمان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت را، از جمله یک دورهٔ سالانه برای رزیدنت‌های برنامهٔ آموزشی دستیاری روان‌پزشکی لانگ‌وود هاروارد، تدریس می‌کند. او یکی از اعضای هیأت انجمن بین‌المللی درمان پویشی تجربی (IEDTA) است و همچنین مسئول مشترک کمیتهٔ تکنولوژی اطلاعات آنها است. او در بلموت ماساچوست مطب شخصی دارد، جایی که با خانوادهٔ خود زندگی می‌کند. پیش از اینکه به عنوان روان‌پزشک مشغول به کار شود، یک ریاضی‌دان بوده است.

A

A

این حرف مخفف کلمهٔ «Anxiety» به معنای **اضطراب** است. اضطراب برچسب گوشهٔ بالایی و سمت راست **مثلث تعارض** است. این حرف به طور ضمنی برای اشاره به مؤلفهٔ اضطرابی **تعارض** روان‌پویشی به کار می‌رود. به عنوان مثال:

بیمار: متوجه شده‌ام زمانی که دربارهٔ آمدن به اینجا فکر می کنم دلهره (A) می گیرم.

AB-ISTDP

روان‌درمانی‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت مبتنی بر دلبستگی، به Attachment-Based ISTDP نگاه کنید.

Acting Out

برون‌ریزی، به Regressive Defense نگاه کنید.

Action Tendency

تمایل رفتاری، تمایلات رفتاری، رفتارهایی هستند که توسط **احساسات** خاصی برانگیخته می‌شوند. به عنوان مثال، تمایل رفتاری خشم عبارتست از: جسور شدن، داد کشیدن و حملهٔ خشونت‌آمیز؛ بدیهی است که اغلب این تمایلات هرگز به عمل واقعی نمی‌انجامند. تمایل رفتاری احساس گناه، عبارتست از: عذرخواهی کردن، انجام کاری برای جبران و انجام اقداماتی برای جلوگیری از تکرار عمل نامناسب. برای بحث بیشتر به مدخل Impulse ـ واژه‌ای روان‌پویشی که به تمایلات رفتاری افراد اشاره داردـ نگاه کنید.

Active Role

نقش فعال، روانکاوی بر اساس روش تداعی آزاد بنا نهاده شده است که در آن درمانگر نقشی نسبتاً منفعل دارد، به این معنا که تنها به **تفسیر** مشتقات مواد ناهشیار موجود در تداعی‌های بیمار می‌پردازد. دوانلو (۲۰۰۵، ص. ۲۶۲۸) به این نتیجه رسیده‌است که روش تداعی آزاد تلاشی است در جهت دور زدن **مقاومت سوپرایگو** و به نقل از فروید در کتاب *خلاصه‌ای بر روانکاوی*، می‌گوید: «برای دفع این مقاومت مجبور هستیم خود را به هشیار کردن آن و تلاش برای تخریب تدریجی سوپرایگوی متخاصم، محدود کنیم». با تسلط چنین موضع منفعلی، طول درمان افزایش می‌یافت و گاهی هم پایانی نداشت.

آن‌طور که ویت موره (b۱۹۹۹، ص. ۷۷) می‌نویسد: «دوانلو معتقد است که ... کارکردهای سالم بیمار توسط سوپرایگو "در اختیار گرفته شده و فلج شده" است. حال اگر درمانگر نداند که چطور با آن برخورد کند و نقشی منفعل را اتخاذ کند، مقاومت سوپرایگو بر او نیز مسلط می‌شود و او را فلج می‌کند». دوانلو به منظور اجتناب از چنین وضعیتی، نقشی فعال اتخاذ می‌کند یا آنگونه که خودش می‌گوید، «برخورد مستقیم با کل سیستم پیچیدهٔ مقاومت» (۲۰۰۵، ص. ۲۶۲۹). از نظر او این برخورد مستقیم با مقاومت ناگزیر موجب برانگیخته

شدن **احساسات پیچیدهٔ انتقالی** (CTF) می‌شود. او کشف کرد که نه تنها می‌توان این احساسات را «مدیریت کرد» بلکه از آن می‌توان به عنوان مؤلفهٔ اساسی **مکانیسم درمانی** ISTDP استفاده کرد.

یکی از مشکلات عمدهٔ هر نوع روش درمانی– مخصوصاً آن درمان‌هایی که درمانگر در آنها به شدت فعال است ـ این است که بیمار وضعیتی منفعل به خود می‌گیرد. در نتیجه، درمانگر ISTDP باید توجه خاصی به ایجاد **همکاری** درمانی مشارکتی قوی داشته باشد که در آن، با پیشرفت درمان، مراجع نیز به اندازهٔ درمانگر نقشی فعال دارد. برای اطلاعات بیشتر به مدخل‌های Partnership و Pressure To Partnership نگاه کنید.

همانطور که در مدخل CounterTransference آورده شده است، مشکل دیگر نقش فعال این است که ممکن است درمانگر برای دستیابی بیمار به نتیجه‌ای خاص بیش از حد از خود مایه بگذارد؛ برای دستیابی به اطلاعات بیشتر به مدخل Neutrality نگاه کنید.

Activity

فعالیت، بسیاری از بیماران با فعالیت در مقابل احساس و اضطراب دفاع می‌کنند. گاهی اوقات این فعالیت ذهنی است: **عقلانی‌سازی** در شکل **نگرانی** یا **حل مسئله**. این فعالیت دفاعی اغلب دارای یک مؤلفهٔ فعالیت واقعی است، مانند ورزش، خوردن، کار کردن، ارتباط جنسی، کار داوطلبانه و ... . البته تمام این فعالیت‌ها در شرایطی مناسب، ارزش سازگارانه دارند. این فعالیت‌ها تنها زمانی دفاعی هستند که منجر به صدمه شوند، به عنوان مثال زمانی که از آنها برای اجتناب از احساسات مهم استفاده شود. دوانلو اعمالی مانند ناخن جویدن یا تکان مداوم پاها (**تخلیهٔ اضطراب**) و مشت کوبیدن بر میز (**تخلیهٔ خشم**) را مثال‌هایی از **دفاع‌های تاکتیکی** می‌داند (۲۰۰۰، ص. ۱۶۲–۱۶۱).

درحالیکه باید بیماران **منفعل** را برای فعال بودن تشویق کرد («می‌خوای در این خصوص چی کار کنی؟»)، بیماران فعال را باید تشویق کرد که دست از فعالیت *بردارند*: «اگر به دنبال حل مسئله نباشی، چه احساساتی بالا می‌آید؟». می‌توان از بیمار خواست ببیند هنگام آگاهی از اینکه «مشکلی جدی دارم و نمی‌دانم چطور باید آن را حل کنم»، چه احساساتی بالا می‌آید.

Advice

توصیه، بیماران اغلب از درمانگر توصیه می‌خواهند. اگرچه توصیه یا راهنمایی در ISTDP «ممنوع» نیست، ولی باید بسیار با احتیاط به آن نزدیک شد. برخی از بیماران ممکن است واقعاً از دانش درمانگر بهره ببرند، به عنوان مثال، از درمانگر راجع به چگونگی کمک گرفتن از سیستم پزشکی برای یکی از خویشاوندان خود، راهنمایی بخواهند. با این حال، خطر قابل‌ملاحظه‌ای وجود دارد که عبارتست از کشیده شدن درمانگر به «**موضع متخصص**» به عنوان بخشی از الگوی **مقاومت انتقالی** که در آن درمانگر **همه‌توان** است و بیمار **منفعل**. بهتر است راهنمایی درمانگر مختصر باشد به این منظور که تاحد ممکن **مسئولیت** با بیمار بماند و علاوه بر این درمانگر باید بداند که آیا راهنمایی خواستن بیمار بخشی از الگوی مشکل‌ساز او است یا خیر.

در واقع، ما همواره غرق در توصیه هستیم. بیماران به ندرت با کمبود نصیحت روبرو هستند، اما اغلب

دارای **سیستم‌های دفاعی** هستند که مانع از سود بردن آنها از این نصایح در خارج از جلسه می‌شود. توصیه‌های درمانگر نیز گذراست و وضعیت بهتری ندارد و بسیاری از درمانگران خیرخواه با تلاشی که برای ارائهٔ توصیه به مراجعان دارند، در **خودتخریبی** بیمار درگیر می‌شوند.

در بسیاری از این موقعیت‌ها، راهنمایی خواستن ممکن است نوعی **دفاع تاکتیکی** باشد که می‌توان به طرق مختلف آن را دور زد:

- «می‌دونید، حس من اینه که ما می‌تونیم درگیر بحث طولانی در این خصوص بشیم، اما به نظر شما این چیزیه که در این لحظه می‌تونه برای شما مفیدترین باشه؟»
- «به نظرت اگر درگیر کاری که باید «بیرون از اینجا» انجام بدی، بشیم به اجتناب از چیزی که «اینجا» ممکنه بالا بیاد، منجر نمی‌شه؟»

درمانگر می‌تواند به انفعال بیمار نیز **فشار** آورد:

- «من واقعاً مطمئن نیستم در این موقعیت چه کاری می‌تونه مفید باشه. نظر تو چیه؟» (ممکن است نیاز باشد این کار را چندبار تکرار کنید، اما ارزشش را دارد.)
- «فکر می‌کنم این سؤال مهمیه، اما شما خودت ایده یا پاسخی از خودت داری؟ الان این همون چیزیه که می‌خوای انجام بدی، می‌خوای چیزهایی رو که بهشون حسی درونی داری، به دیگران واگذار کنی؟»

در ادامه مثالی مبسوط تر آورده شده است:

بیمار: به نظر شما من باید چی کار کنم؟
درمانگر: خب، من کنجکاوم نظر تو رو راجع به اون بدونم.
بیمار: من نظری ندارم.
درمانگر: واقعاً؟ هیچ نظری؟ هیچ کاری به ذهنت نمی‌رسه که بشه انجام داد؟
بیمار: نه واقعاً.
درمانگر: خب، پس داری به من می‌گی که درمانده شدی. این الگوی تو نیست که دوست داری درمانده باشی؟
بیمار: من به ندرت می‌دونم که باید چی کار کنم.
درمانگر: پیش از اینکه بخوای به گزینهٔ خاصی فکر کنی، احساست رو در خودت خفه می‌کنی، بنابراین هرگز متوجه نمی‌شی نظر خودت چیه.
بیمار: (سکوت)
درمانگر: به نظرت درست می‌گم؟
بیمار: به گمانم.
درمانگر: اما باز داری به طور کامل اون چیزی که در درونت هست رو نادیده می‌گیری، و به فکر و تجربه‌ت توجهی نداری. این همون چیزیه که تو رو دچار مشکل کرده، چون تو رو از دنیای درون

خودت محروم کرده. هیچ کس دیگه‌ای هم نمی‌تونه دیدگاهی مثل تو داشته باشه، بنابراین چیز خیلی بزرگی رو از دست می‌دی.
بیمار: من هرگز به این مسئله اینطور نگاه نکرده بودم.

در مدخل partnership مثالی مرتبط وجود دارد.
بیماران اغلب اوقات خواستار «تخصص» درمانگر برای راهنمایی در خصوص «مدیریت احساسات‌شان» بیرون از جلسه نیز هستند:

بیمار: باشه، این خوبه که اینجا راجع به ضرب و شتم دیگران، فکر کنم، اما این همون کاریه که بیرون از اینجا وقتی برام این اتفاق می‌افته باید انجام بدم؟ وقتی عصبانی می‌شم باید چی کار کنم؟
درمانگر: آیا موقعیت خاصی به ذهنت می‌آید؟
بیمار: نه واقعاً، من فقط نیاز دارم بدونم چطور عصبانیتم رو کنترل کنم؟
درمانگر: طبق تجربهٔ من، زمانی که افراد بتوانند با هیجاناتشون در درمان روبرو بشوند، خودشون می‌تونن مسائل رو «بیرون از اینجا» کنترل کنند بدون اینکه مجبور باشند کار خاصی «انجام بدن».

از طرف دیگر، درمان نباید کاملاً از زندگی جاری بیمار جدا شود. هنگام بررسی موقعیت‌های فعلی زندگی بیمار، دفاع‌هایی را که مانع برخورد مؤثر بیمار با موقعیت‌ها می‌شود، **شفاف‌سازی** کنید. فشار به انفعال را اینگونه حفظ کنید:

- بیمار را تشویق کنید که گزینه‌های احتمالی را در نظر بگیرد؛
- **بی‌طرفی**تان را حفظ کنید، به این معنا که از گزینهٔ خاصی طرفداری نکنید؛
- بیمار را تشویق کنید که بی‌طرفانه به بررسی گزینه‌ها بپردازد؛ و
- به جای «کمک» به بیمار از طریق صحبت کردن، فقط سکوت کنید.

Affect

عاطفه، به Feeling نگاه کنید.

Afraid

ترسان، به Fear نگاه کنید.

Alliance

پیمان، به Therapeutic Alliance نگاه کنید.

Analysis of the Transference

تحلیل انتقال، «تحلیل انتقال» یا «تحلیل سیستماتیک انتقال» ششمین مرحلهٔ **توالی پویشی مرکزی** (CDS)

مطرح شده توسط دوانلو است، که درست پس از تجربهٔ **احساسات پیچیده** (**غیظ**، **احساس گناه**، **سوگ** و **احساسات مثبت** محبت‌آمیز) در یک **بازگشایی** رخ می‌دهد. این نخستین باری است که **تفسیر** نمایان می‌شود؛ پیش از این، تفسیر دستخوش **عقلانی‌سازی** می‌شود. با این حال در وضعیت بازگشایی‌شده، تفسیر، اثربخشی درمانی را بسیار زیاد می‌کند.

در حین تحلیل انتقال، درمانگر فرمول‌بندی روان‌پویشی مشکلات بیمار را در قالب **دو مثلث** مرور می‌کند: روابط بین **احساس**، **اضطراب** و **دفاع** در **مثلث تعارض**؛ و اینکه چطور این الگوها با درمانگر (T)، چهره‌های گذشته (P) و چهره‌های کنونی (C) در **مثلث شخص**، پیوند می‌خورد. برای حل مشکلات بیمار، درمانگر باید دفاع‌ها را به موارد زیر پیوند دهد:

- نشانگان (مانند افسردگی، اضطراب، نشانگان بدنی و ...)؛ و
- **مشکلات** مشخص شده (مانند خودسرزنشگری مفرط، از کوره در رفتن، دوری از روابط، سیگار کشیدن، خوردن، مصرف مواد و ...)

بعلاوه، برای کاهش قدرت **سیستم مخرب**، درمانگر باید بین **خودتخریبی** بیمار با **احساس گناه** ناهشیار ناشی از **غیظ** نسبت به **چهره‌های دلبستگی اولیه**، پیوند برقرار کند.

دوانلو بر لزوم «درونی کردن» مکرر این بینش‌ها تأکید داشت به خصوص برای بیمارانی که **مقاومت زیاد همراه با سرکوبی**، **دفاع‌های واپس‌رونده** و **شکنندگی** دارند؛ از نظر او تعداد تکرار این فرآیند به میزان فرونشانی نشانگان بستگی دارد (دوانلو، ۲۰۰۰، ص. ٤٠؛ ویت موره، b۱۹۹۹ ، ص.٥٤).

باید بدانید که «تحلیل انتقال» بسیار فراتر از «**تفسیر** سادهٔ انتقال» است. تحلیل انتقال متضمن درک موارد زیر است:

- پیوستگی بین شرایط زندگی فعلی (از جمله درمان) و احساسات فرد نسبت به **چهره‌های دلبستگی اولیه**؛
- و اثر منفی این پیوستگی بر زندگی جاری فرد.

برای کسانی که نوشته‌های نخستین دوانلو را خوانده‌اند، شایان ذکر است که او (۱۹۹۰، ص.۸) به این مرحله «تحلیل مقاومت» می‌گوید. بعلاوه، دوانلو (۱۹۹۰، UTU، ص.۱۰۲) «**سرکوب‌زدایی** نسبی یا عمدهٔ اکنون یا گذشتهٔ نزدیک (C) یا تعارضات گذشتهٔ دور (P)» را بخشی از این مرحله می‌داند که در نوشته‌های بعدی‌اش (دوانلو، ۲۰۰۰، ص.٤٠) این مرحله بخشی از مرحلهٔ هفتم یعنی **کنکاش پویشی در ناهشیار** است.

Anger

خشم، خشم هیجانی اساسی است چرا که نیروی برانگیزانندهٔ پشت خودمراقبتی، هم به صورت بدنی و هم به صورت هیجانی است. افرادی که **تعارض** درونی قابل ملاحظه‌ای درخصوص خشم دارند، در دفاع از خود و

تعیین حد و مرز با دیگران ناتوان هستند. خشم به لحاظ شدت داراری پیوستار کاملی از عصبانیت خفیف تا غیظ شدید است و **تمایلات رفتاری** مرتبط با آن می‌تواند از تکلم پرفشار یا تظاهرات چهره‌ای تا تکانه‌های خشونت‌آمیز، قتل‌خواهانه، یا شکنجه‌گرانه باشد.

خشم در ISTDP مهم است، چراکه احساس عصبانیت یا خشم در زندگی روزمره (از جمله خشم نسبت به درمانگر) می‌تواند **احساسات پیچیده** (ازجمله **غیظ** واکنشی) نسبت به **چهره‌های دلبستگی اولیه** را برانگیزاند و نیز به واسطهٔ این احساسات پیچیده تشدید شود، احساساتی که در نتیجهٔ **آسیب دلبستگی** در ناهشیار قفل شده‌اند. مادامی‌که احساسات در حصر ناهشیار است، فعال‌سازی **احساس گناه** به صف‌آرایی دفاع‌های مخرب می‌انجامد که منجر به نشانگان و **خودتخریبی** می‌شود. از طرف دیگر، **تجربهٔ** این احساسات پیچیدهٔ برانگیخته شده در درمان، جزء لاینفک **مکانیسم درمانی** ISTDP است.

مانند سایر عواطف، درمانگر باید احساس خشم واقعی و **خشم دفاعی** را درک کند و بین آنها تمایز قائل شود. عدم انجام صحیح این کار می‌تواند موجب به بن‌بست رسیدن درمان و یا تشدید نشانگان شود.

وقتی بیماران خشمگین هستند، عاقلانه است از آنها بخواهیم صراحتاً هدف خشم را مشخص کنند. اغلب اوقات، پاسخ بیماران می‌تواند درمانگر را شگفت‌زده کند. همانطور که در مدخل Self-Attack توضیح داده شده است، خشم نسبت به خود، دفاعی است.

درمانگر: وقتی به داد زدن اون فکر می‌کنی، چه احساسی پیدا می‌کنی؟
بیمار: خشم.
درمانگر: به کی؟
بیمار: به خودم.
درمانگر: واقعاً! اون سر تو داد می‌کشه اونوقت تو از خودت عصبانی می‌شی؟
بیمار: من باید بهتر بلد می‌بودم که جلوی کارش رو بگیرم.
درمانگر: می‌بینی چطور داری خودت رو سرزنش می‌کنی؟ آیا این کار تو می‌تونه راهی برای پرت کردن حواست از احساساتی باشه که داره نسبت به اون بالا میاد...

همانطور که در مدخل دفاع‌های **همخوان**، ذکر شده است، خشم نسبت به **سیستم مخرب** (درصورتیکه به‌طور دقیق، از خشم به تمامیت «خود» جدا شده باشد)، می‌تواند نشانگر سازگارانهٔ مهمی برای ناهمخوان شدن دفاع‌ها باشد.

همواره، خشم در طبقات گسترده («مردان»)، ایدئولوژی‌ها («سوسیالیزم»)، یا نهادها («مرکز بانک‌ها و سرمایه‌گذاران بورس نیویورک [Wall Street]»)، معمولاً با احساسات پیچیده‌ای که به احساسات پیچیده نسبت به چهره‌های دلبستگی اولیه پیوند می‌خورد، ارتباطی ندارد. این نوع خشم انتزاعی در جهان می‌تواند هم سازنده باشد و هم مخرب، اما زمانی که بیماران به منظور حذف احساسات دیگرشان بر این نوع خشم تمرکز می‌کنند، نوعی مقاومت است.

یک دشواری رایج دیگر در برخورد با خشم این است که بسیاری از بیماران (و بسیاری از درمانگران) *هیجان* خشم را با *رفتار* (داد زدن یا پرخاشگری کردن) یکسان می‌دانند. برای این که ISTDP مؤثر افتد، باید این