

تحليل رفتار متقابل

(تحليل تبادل)

۱۰۰ نکته، ۱۰۰ تکنیک

تأليف

مارك ويدوسون

ويرايش

ويندى درايدن

ترجمه

زهرا قلخانى



سرشناسه: ویدوسون، مارک، ۱۹۷۳-م. Widdowson, Mark
 عنوان و نام پدیدآور: تحلیل رفتار متقابل (تحلیل تبادلی)
 ۱۰۰ نکته، ۱۰۰ تکنیک/ تألیف مارک ویدوسون؛ ترجمه زهرا
 قلخانی.
 مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۹۲.
 مشخصات ظاهری: ۳۱۲ ص. وزیری
 شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۳۱۹-۵
 یادداشت: عنوان اصلی: Transactional Analysis: 100 Key
 Points and Techniques, 2010.
 موضوع: رفتار متقابل، تحلیل
 شناسه افزوده: قلخانی، زهرا، ۱۳۴۹-، مترجم
 رده‌بندی کنگره: ۹۱۳۹۲ و ۷۷/۷۷/۷۷ RC۴۸۹/
 رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴۵
 شماره کتابشناسی ملی: ۳۲۱۴۹۵۱

مارک ویدوسون
تحلیل رفتار متقابل (تحلیل تبادلی)
۱۰۰ نکته، ۱۰۰ تکنیک
 ترجمه: زهرا قلخانی
 فروست: ۶۸
 ناشر: کتاب ارجمند با همکاری انتشارات ارجمند
 صفحه‌آرا: سوسن علیزاده
 مدیر هنری: احسان ارجمند
 سرپرست تولید: پروین عبدی
 ناظر چاپ: سعید خانکشلو
 چاپ: سامان، صحافی: روشک
 چاپ دوم، آذر ۱۳۹۵، ۱۱۰۰ نسخه
 شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۳۱۹-۵

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

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: ۱۳-۳۳۳۳۲۸۷۶
 شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن: ۱۱-۳۳۲۲۷۷۶۴
 شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن: ۹۱۱-۸۰۲۰۰۹۰
 شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن: ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۲۸

بها: ۲۰۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۲۱۸۸۹۸۲۰۴۰ 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

۸	..... سخن مترجم
۹	..... مقدمه مؤلفان

بخش ۱ رویکردهای موجود در TA

۱۵	..... ۱ سه الگو برای روش درمان
۱۸	..... ۲ مکتب کلاسیک: اصول بنیادین
۲۱	..... ۳ مکتب کلاسیک: روش‌ها
۲۴	..... ۴ مکتب تصمیم‌گیری مجدد: اصول بنیادین
۲۷	..... ۵ مکتب تصمیم‌گیری مجدد: روش‌ها
۳۰	..... ۶ مکتب نیروگذاری روانی: اصول بنیادین
۳۳	..... ۷ مکتب نیروگذاری روانی: روش‌ها
۳۶	..... ۸ روان‌پزشکی بنیادگرا: اصول بنیادین
۳۹	..... ۹ روان‌پزشکی بنیادگرا: روش‌ها
۴۱	..... ۱۰ تحلیل تبادلی یکپارچه: اصول بنیادین
۴۵	..... ۱۱ تحلیل تبادلی یکپارچه: روش‌ها
۴۸	..... ۱۲ تحلیل تبادلی رفتاری - شناختی: اصول بنیادین
۵۱	..... ۱۳ تحلیل تبادلی رفتاری - شناختی: روش‌ها
۵۴	..... ۱۴ تحلیل تبادلی روان‌پویایی: اصول بنیادین
۵۶	..... ۱۵ تحلیل تبادلی روان‌پویایی: روش‌ها
۵۸	..... ۱۶ تحلیل تبادلی ارتباطی: اصول بنیادین
۶۱	..... ۱۷ تحلیل تبادلی ارتباطی: روش‌ها

بخش ۲ رابطه درمانی

۶۵	۱۸ جلسات نخستین
۶۸	۱۹ پرسش درمانی
۷۰	۲۰ اهمیت همدلی
۷۳	۲۱ توجیه تأثیر تنوع در رابطه درمانی
۷۶	۲۲ مفهوم سازی رابطه درمانی
۷۹	۲۳ تقویت اتحاد کاری از طریق توجه به وظایف، اهداف و پیوندها
۸۲	۲۴ واکنش های کودک سازش یافته به عنوان نشانه های گسستگی اتحاد درمانی
۸۴	۲۵ اتحاد درمانی: گسستگی و ترمیم
۸۷	۲۶ مفاهیم کلیدی TA در رابطه با انتقال و انتقال متقابل
۹۰	۲۷ مثلث نمایش به عنوان ابزاری برای کاوش انتقال متقابل
۹۲	۲۸ انتقال و انتقال متقابل: خلاصه ای درباره مدل های TA
۹۵	۲۹ خاتمه دادن به درمان TA

بخش ۳ تشخیص

۹۹	۳۰ اهمیت مشاهده
۱۰۲	۳۱ ارزیابی مراجع و فرموله کردن مورد
۱۰۵	۳۲ ارزیابی مناسب بودن مراجع برای درمان TA
۱۰۸	۳۳ استفاده از چهار روش تشخیص برن
۱۱۱	۳۴ به کار بردن چهار روش تشخیص
۱۱۳	۳۵ توسعه تکنیک مصاحبه گفتگویی
۱۱۶	۳۶ دقت به تمام جزئیات در تحلیل ساختاری
۱۱۹	۳۷ توجه به گفتگوی حالات من جهت رسیدن به تحلیل ساختاری پویایی
۱۲۲	۳۸ توجه به والد مذهبی و فرهنگی
۱۲۵	۳۹ توجه به سرکوب
۱۲۸	۴۰ سطوح پیش نویس: پروتکل و خود پیش نویس
۱۳۰	۴۱ شناسایی سطح ساختاری
۱۳۲	۴۲ گردآوری سیستم پیش نویس
۱۳۶	۴۳ بررسی کردن ضدپیش نویس

۱۳۸	.....	۴۴ تحلیل بازی‌ها.
۱۴۰	.....	۴۵ دریچه‌های فرار به عنوان چارچوبی برای درک امنیت مراجع
۱۴۳	.....	۴۶ اندیشه خودکشی: مقدمه‌ای کوتاه
۱۴۶	.....	۴۷ فهرست تشخیصی

بخش ۴ بستن قرارداد

۱۵۳	.....	۴۸ بستن قرارداد در خصوص وظایف و اهداف درمانی.
۱۵۶	.....	۴۹ قرارداد بستن: برقراری «برخوردی ظریف»
۱۵۸	.....	۵۰ استفاده از قرارداد کاری استاندارد و مکتوب
۱۶۱	.....	۵۱ بستن قرارداد با مراجعان مردد
۱۶۳	.....	۵۲ قراردادهای رفتاری
۱۶۵	.....	۵۳ چگونگی برخورد با مقاومت یا عدم اطاعت از قراردادهای رفتاری
۱۶۷	.....	۵۴ قرارداد «به اندازه کافی خوب»
۱۶۹	.....	۵۵ قرارداد بستن: آماده شدن برای تعارض و انتقال منفی

بخش ۵ طرح درمان

۱۷۳	.....	۵۶ زنجیره‌های درمان تطبیقی
۱۷۵	.....	۵۷ تنظیم طرح‌های درمانی فردی
۱۷۸	.....	۵۸ بازنگری و پایش برنامه‌ریزی درمانی
۱۸۰	.....	۵۹ کاربرد روان‌درمانی در فرایند سوگواری
۱۸۴	.....	۶۰ توالی درمان: دیدگاهی ارتباطی
۱۸۷	.....	۶۱ آگاهی، خودآنگیختگی، صمیمیت، استقلال

بخش ۶ اجتناب از تله‌های شایع

۱۹۱	.....	۶۲ واقع بین بودن درباره طول مدت درمان
۱۹۴	.....	۶۳ اجتناب از قراردادهای شتابزده
۱۹۷	.....	۶۴ اجتناب از تله «قطعیت»
۱۹۹	.....	۶۵ کاهش ریسک شرم پزشک‌زاد
۲۰۳	.....	۶۶ اجتناب از تخریب «خوب بودن»

- ۶۷ اجتناب از نوازش بیش از حد مراجع ۲۰۷
- ۶۸ آموزش مقدار کمی از مفاهیم TA ۲۰۹

بخش ۷ ارتقاء مهارت‌های درمانی

- ۶۹ برقراری تعادل بین چالش و حمایت ۲۱۵
- ۷۰ بهینه‌سازی درمان از طریق ارزیابی اینکه کجا مراجع باز و پذیراست و کجا در لاک دفاعی فرو رفته است ۲۱۶
- ۷۱ عمیق کردن عاطفه ۲۱۸
- ۷۲ کمک به بیان سالم هیجانات ۲۲۲
- ۷۳ ارتقاء سواد هیجانی مراجعین با تکالیف خانگی ۲۲۴
- ۷۴ ترغیب مراجع به نوشتن یادداشت‌های روزانه برای افزایش خود - انعکاسی یادداشت‌های بازتابی ۲۲۷
- ۷۵ تفاوت‌های بین آلودگی زدایی و گنجی زدایی ۲۲۹
- ۷۶ چگونه مراجعان باورهای پیش‌نویسشان را در درمان تأیید می‌کنند ۲۳۲
- ۷۷ استفاده از گسستگی اتحاد درمانی و ترمیم آن برای گنجی زدایی ۲۳۵
- ۷۸ استفاده از تبدلات فرارتابی در درمان ۲۳۸
- ۷۹ درمان بازی‌ها ۲۴۰
- ۸۰ درمان امر و نهی‌ها ۲۴۳
- ۸۱ مداخلات و رویکردهای مربوط به درمان امر و نهی‌ها وجود نداشته باش ۲۴۵
- ۸۲ بازنگری بستن روزنه فرار ۲۴۸
- ۸۳ حمایت از مراجع ۲۵۲
- ۸۴ توانمندی و موافقت کردن ۲۵۵
- ۸۵ بازنگری نظریه بن بست ۲۵۷
- ۸۶ کار با حالت من والد با استفاده از روش دو - صندلی: چند دستورالعمل ۲۶۰
- ۸۷ کار با حالت من والد به شیوه دو صندلی: موارد عدم کاربرد ۲۶۳
- ۸۸ مواجهه ۲۶۵
- ۸۹ افزایش کارآمدی با ضبط کردن جلسات ۲۶۷
- ۹۰ ارزیابی مداخلات و افزایش مهارت‌ها ۲۶۹
- ۹۱ نگهداری یادداشت‌ها در درمان TA ۲۷۱

۲۷۳	ارتقا ذهنی سازی	۹۲
۲۷۶	پرورش مراقبه	۹۳
۲۷۸	توسعه پیش نویس: فرایندی مداوم	۹۴
۲۸۰	کمک به مراجعین برای تشخیص و ساختن توانمندی هایشان	۹۵
۲۸۲	بررسی انگیزه‌های درمانگران	۹۶
۲۸۵	تأمل درباره خود و خودآشکارسازی مناسب	۹۷
۲۸۹	نگاهی دوباره به حالت من بالغ	۹۸
۲۹۲	TA به‌عنوان روان‌درمانی وجودی	۹۹
۲۹۵	تحلیل تبادلات	۱۰۰
۲۹۷	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	
۲۹۹	منابع	

تقدیم به معلّم فرهیخته ام خانم زهره عسگری که تغییرات چشمگیر زندگی ام را مرهون وی هستم

در اندرون من خسته دل ندانم کیست که من خموشم و او در فغان و در غوغاست از دهه ۷۰ میلادی که اریک برن نظریه تحلیل تبدالی خود را به جهان معرفی کرد، هزاران هزار نفر با این نظریه جان تازه‌ای گرفتند.

هزاران متخصص تحت آموزش این نظام قرار گرفتند و به میلیون‌ها انسان دردمند کمک کردند تا از زندان دردهای خود رهایی یابند.

نظریه تحلیل تبدالی با شناساندن والد، بالغ و کودک، انسان ناشناخته برای خویشتن را به آگاهی بهتری می‌رساند و بدین ترتیب او می‌تواند از یوغ اسارت در گذشته، نجات یابد. به گفته توماس هریس «والد ناآزموده ارزش زیستن ندارد.»

این نظریه به ما کمک کرد تا بفهمیم درون گنگ آدمی چه صداهایی در جریان است و منبع آنها به کدامین بخش از وجود ما برمی‌گردد تا بتوانیم کنترل آگاهانه‌تری بر اندیشه‌ها و احساسات و رفتار خویش داشته باشیم و بر رنج‌های بی‌حاصل خود نقطه پایانی بگذاریم.

من خوشحالم که با ترجمه کتابی ارزشمند از نظام تحلیل تبدالی رفتار توانسته‌ام در جهت اعتلای دانش همکاران درمانگر و در نهایت یاری رساندن به انسان‌های دردمند ایرانی، گام کوچکی بردارم.

در پایان از انتشارات ارجمند و آقای دکتر محسن ارجمند سپاس ویژه‌ای دارم که با دانش و شخصیت بالغ خویش مرا یاری دادند.

همچنین از دوست گرانقدرم خانم دکتر آزاده دانشخواه سپاسگزارم که در ویراستاری این کتاب کمک‌های شایانی به من کردند.

کاستی‌های کتاب بر عهده مترجم است و اظهارنظرهای همکاران و اساتید گرامی، می‌تواند راهگشا باشد.

زهرا قلخانی

بهار ۱۳۹۲

مؤسسه بین‌المللی تحلیل رفتار متقابل از افراد پویا و فعالی تشکیل شده است که تئوری‌ها و نوآوری‌هایشان را عملاً توسعه می‌دهند. اکنون می‌توان ادعا کرد TA به درمانی تبدیل شده است که با کمال افتخار روان‌پویشی و در عین حال به شدت انسان‌گرایانه است. درمانگران TA بسیاری از روش‌هایشان را شبیه تکنیک‌های درمان شناختی - رفتاری در نظر می‌گیرند. هر چند TA به عنوان نوعی روان‌درمانی وجودی نیز تلقی می‌شود. من به معرفی برخی از مفاهیم روان‌درمانی وجودی در این کتاب می‌پردازم و از خوانندگان می‌خواهم تا بررسی کنند که چگونه ما از تحلیل رفتار متقابل استفاده می‌کنیم و اینکه چگونه در مورد مفاهیم متفاوت TA فکر می‌کنیم و مهم‌تر اینکه چگونه ما با مراجعان مان ارتباط برقرار می‌کنیم. تاریخچه TA منشأ و اصل این طیف از دیدگاه‌ها را آشکار می‌کند. برن تحلیل رفتار متقابل را براساس دانشش به عنوان یک روان‌کاو ایجاد کرد. شکل‌گیری تئوری‌اش در خصوص حالت من بالغ و مفاهیمی همچون آلودگی این امکان را به او می‌داد که دیدگاهی شناختی را برای درمان ایجاد کند که در زمان نوآوری‌های برن هنوز وجود نداشتند (سچلگل، ۱۹۹۸).

تنوع باورنکردنی در میان درمانگران TA و در چگونگی استفاده ما از TA وجود دارد. هر چند ما در بدنه مشترک تئوری با هم سهیم هستیم. این تنوع، چندمنظوره بودن شگفت‌انگیز آن را نشان داده است. برای من آنچه که تحلیلگران رفتار متقابل را متمایز می‌کند، کاری که انجام می‌دهند نیست (که ممکن است از انواع دیگر روان‌درمانی غیرقابل تشخیص باشد) بلکه چرایی آنچه که انجام می‌دهند و چگونگی تفکر آنها حائز اهمیت است. تحلیلگران رفتار متقابل در همه انواع آن از مفاهیمی مانند حالات خود و پیش‌نویس به عنوان بنیادی‌ترین ساختارهای فکری‌شان استفاده می‌کنند.

متعاقب کار تنودور و هابز (۲۰۰۷) من موضوع کاربردهای روان‌پویشی و رویکرد رفتاری - شناختی در TA را در عمل مطرح کردم که رویکردهای جدید TA مثل TA یکپارچه و TA ارتباطی را هم در برمی‌گیرد. این کتاب در تلاش است تا مهارت‌ها و دانش خوانندگان را در استفاده مؤثر از همه رویکردهای TA افزایش دهد. سخنی که درباره سطح این متن بگویم این است که این کتاب، کتاب مقدماتی نیست و تصور من بر این است که خواننده با مفاهیم و روش‌های TA آشنایی دارد. برای آن

دسته از خوانندگان که در این زمینه دانش مورد نظر را ندارند، در وهله نخست خواندن کتاب‌های زیر را توصیه می‌کنم:

- لیتر - فورد، سی. (۲۰۰۲)، مهارت‌هایی در مشاوره و روان‌درمانی TA. لندن: ساج.

- استوارت، آی. (۲۰۰۷)، مشاوره TA در عمل. لندن: ساج.

- استوارت، آی. و جوینز، وی. (۱۹۸۷)، TA امروز، نایتینگهام. لایف اسپیس.

انتظار خوانندگانی که چنین دانش زمینه‌ای را دارند، به من این امکان را می‌دهد که مستقیماً به سوی سطح متوسط گفتگو پیش بروم، بدون اینکه به توضیح مقدماتی نیاز باشد که به اندازه کافی در کتاب‌های دیگر وجود دارد. کتاب حاضر در سطح متوسطی قرار دارد یعنی پلی است بین متون مقدماتی و پیشرفته و مخصوصاً برای دانشجویان TA ای که دوره‌های مقدماتی را به اتمام رسانده‌اند، قابل استفاده خواهد بود. امید من این است که درمانگران با تجربه‌تر نیز این کتاب را جالب و برانگیزاننده بیابند.

بخش یک به فلسفه، تئوری، روش‌ها و چند نقد راجع به رویکردها و مکاتب مهم TA در عمل پرداخته است. خوانندگانی که آنقدر هم علاقه‌مند به زمینه نظری نیستند، می‌توانند مستقیماً به بخش دوم بروند. بخش دوم به ارتباط درمانی می‌پردازد. پژوهش‌های روان‌درمانی بدون تناقض نشان داده‌اند که رابطه درمانی در نتیجه درمان بسیار اهمیت دارد و پیش شرط لازم برای کار درمان مفید و مؤثر است (نورکراس، ۲۰۰۲). در راستای این تحقیقات، این بخش شامل اطلاعاتی در مورد اجزاء سازنده مؤثر در ارتباط درمانی از جمله همدلی، انتقال، انتقال متقابل و همچنین گسستگی و ترمیم اتحاد درمانی است. قصد من این است که مفاهیم پیچیده را برای تازه‌واردان قابل فهم‌تر بکنم. بخش ۳ و ۴ و ۵ خواننده را با فرایند تشخیص و بستن قرارداد و برنامه‌ریزی درمانی از دیدگاه TA آشنا می‌کند. بخش ۶ به دشواری‌های رایج در درمان به سبک TA می‌پردازد و روش‌هایی را برای اجتناب از آنها پیشنهاد می‌کند. این کتاب با بخش ۷ که طولانی‌ترین بخش است، به پایان می‌رسد که این فصل به ارتقاء مهارت‌های درمانی اختصاص یافته است. هر بخش شامل اطلاعات اصیل و جدیدی است که امیدوارم به لحاظ عملی، بی‌درنگ برای خوانندگان قابل استفاده باشد. بسیاری از نکات این کتاب به طور قطع بر پایه شواهد عملی استوار است و به وسیله پژوهش‌هایی که تحت عنوان «عناصر مؤثر در روان‌درمانی» هستند نیز مورد تأیید قرار می‌گیرد. پژوهش‌های روان‌درمانی نشان دهنده تأثیر همدلی، توجه به گسستگی و ترمیم اتحاد درمانی، تفسیر انتقال ماهرانه، در نظر گرفتن بافت فرهنگی مراجع، ارتباطات گسترده‌تر، توانمندی‌ها، اتخاذ رویکرد درمانی مناسب برای هر مراجع، اهدافی که در مورد آنها اتفاق آرا و تشریک مساعی وجود دارد، خودآشکارسازی مناسب است که به لحاظ تجربی نیز مورد تأیید قرار می‌گیرند. بحث و گفتگو در مورد چنین پژوهش‌هایی خارج از چهارچوب این کتاب است و به خوانندگان علاقه‌مند توصیه می‌شود که کتاب «روابط روان‌درمانی» که مؤثر واقع می‌شوند را بخوانند، این کتاب توسط جان نورکراس (۲۰۰۲) تدوین شده است.

قصد من به طور کلی این بوده است کتاب عملی بنویسم که سبب ارتقاء تفکر درمانگران بالینی باریک‌بین و دقیق شود. به جای ارائه کتابی که کاملاً در مورد تکنیک‌ها باشد، من بیشتر علاقه‌مند به نوشتن کتابی بوده‌ام که خواننده را تحریک و فکرش را درگیر کند.

وقتی که کسی در زمینه نظریه خیلی چیره دست و مطلع است... حتی لازم نیست که تکنیک‌های زیادی را بداند، زیرا ایده‌های مداخله که به ذهن در مانگر می‌رسد، از فهم و کاربرد تئوری برای مراجع خاص و در لحظه خاص ناشی می‌شود... وقتی که درمانگری در تئوری چیره دست است، این امکان برایش فراهم است که تئوری‌ها را با نیازهای مراجع تطبیق دهد به جای اینکه مجبور باشد مراجع را با مقتضیات تکنیک خاص وفق دهد. (2000:91, Klerman)

از جهات بسیاری این کتاب شبیه mez یونانی یا غذای Tapas اسپانیایی است. خواننده متوجه می‌شود که بعضی از این غذاها اشتها آور، خیلی خوشمزه‌اند و بیشتر از آنها می‌خواهد. من این دسته از خوانندگان را ترغیب می‌کنم که به دنبال منابعی باشند که نکات خاصی را که می‌خواهند، در اختیار آنها قرار دهد. در این منابع آنها می‌توانند اطلاعات بیشتری را سر فرصت به دست آورند. اطلاعات موجود در این کتاب براساس تجارب من جمع‌آوری شده است و تجارب من شامل کار با مراجعانم و همچنین کارهای من به عنوان مربی و ناظر روان‌درمانگران نیز بوده است که به همین دلیل می‌توانم شاهد اشتباهات رایج و برداشتهای غلط از قول دیگران باشم. یکی از امتیازات یک مربی یا ناظر این است که تا حدی از برخورد بین فردی مستقیم فاصله دارد. این فاصله، فضایی را در اختیار ما می‌گذارد که مشاهدات مان را انجام دهیم و نظرات مان را شکل دهیم. برخی از بینش‌ها یا شیوه کار کردن که در اینجا ارائه می‌دهم را خود من به سخت‌ترین روش یاد گرفته‌ام. در زندگی یادگیری به روش سخت همواره وجود دارد، اما من فکر می‌کنم این مسئله در یادگیری روان‌درمانی جایگاه کمی دارد زیرا درمانگر برای آموختن این روش‌ها باید آنها را روی مراجعین پیاده کند که این مسئله می‌تواند به مراجعین آسیب برساند. در حالی که وقتی تجربه‌ای در دسترس آنهاست و یادگیری‌شان به نحو راحت‌تری صورت می‌گیرد، می‌تواند از هر جهت روش پسندیده‌ای باشد. امیدوارم این کتاب هم به شما کمک کند که به شیوه راحتی یاد بگیرید و هم به شما خاطر نشان کند که کار یک روان‌درمانگر به هیچ وجه، آسان نیست و مستلزم داشتن افکار پیچیده و عمیق، قدرت و توان، انعطاف‌پذیری و صراحت در هیجان است. روان‌درمانی همچنین نیاز به کنجکاوی و پذیرش نسبت به تجربه، شکیبایی بی‌اندازه و رغبت به نشستن و گوش فرا دادن به رنج عمیق دیگران و وحشتی که انسان‌ها می‌توانند به یکدیگر وارد کنند، دارد و در عین حال درمانگر نباید ایمان خود را نسبت به انسانیت یا ایستادگی خود را نسبت به روح انسانی از دست بدهد.

واژه‌ای در دانش واژگان

برای آسان شدن خواندن، من هم از واژه "She" و هم از "he" به یک معنی در سراسر کتاب استفاده کردم و در این زمینه به خواننده خود اطمینان کردم تا در صورت لزوم تغییراتی انجام دهد تا برای شرایط خاص خودش مناسب گردد. من اغلب در سراسر این کتاب به واژه "You" اشاره می‌کنم و در این هنگام، روی سختم به شما یعنی خواننده است. من این سبک نوشتن محاوره‌ای را برگزیدم تا شما خوانندگان را به تفکر و تعمق فرا بخوانم.

تقدیر و تشکر

من می‌خواهم به طور خاص از الیسون ایرس برای اظهارنظرهای متفکرانه‌اش در مورد بسیاری از نسخه‌های پیش‌نویس اولیه نکات موجود در این کتاب تشکر کنم. همچنین از هلنا هارگیسدن، ری لتیل، کلود اشتاینر، یان استوارت، گوردون استامر، کیت تودور و جین ولفورد سپاسگزارم که بازخوردهای ارزشمندی را در مورد طرح‌های متفاوت این کتاب در اختیار من قرار دادند. سپاس ویژه‌ای از گلن، برای شکیبایی، درک و حمایت محکم و استوارش در زمان نوشتن این کتاب دارم. همچنین سپاسگزار دانشجویان تحت نظارت‌م و کارآموزانم و بسیاری از افرادی هستم که اظهارنظرات یا سؤالاتشان در وهله نخست سبب نوشتن این نکات شد و همین‌طور کسانی که در مورد نسخه‌های پیش‌نویس کتاب اظهار عقیده نمودند. در آخر مایلم از مراجعینم نیز تشکر کنم که در طول سالیان سال به من آموختند که چگونه روان‌درمانی را انجام دهم.

بخش ۱

رویکردهای موجود در TA



سه الگو برای روش درمان

برای شروع این خلاصه کوتاه در مورد مکاتب تحلیل تبدلی و دیدگاه‌های موجود در ارتباط با TA، به معرفی مدل مارتا استارک^۱ (۲۰۰۰) برای درک شیوه درمان و نیز به منظور تمرکز بر کار درمان، می‌پردازم. کار استارک براساس تحلیل جریانات^۲ در چهارچوب روانکاوی قرار دارد. اما مدل او چهارچوب قابل استفاده‌ای را برای تفکر درباره تفاوت‌های موجود در درون مکاتب و دیدگاه‌های در ارتباط با TA، در اختیار دیگران قرار می‌دهد. مدل او چندین موضوع مهم از جمله توجه درمانگر و چگونگی روند تغییر در مراجعین و همچنین عناصر مهم در تسهیل کردن تغییر را مورد توجه قرار می‌دهد. استارک بر این باور است که درمانگران مؤثر باید در این سه شیوه درمانی مهارت داشته باشند و با بهره‌گیری مناسب از ترکیب این دیدگاه‌ها، روش درمانی مناسب برای هر مراجع را ابداع کنند.

روانشناسی تک‌نفره^۳

این شیوه درمانی بر اهمیت دانش یا بصیرت تأکید می‌ورزد... این روش به سبب تمرکز و توجه‌اش بر بیمار و طرز کار درونی ذهن او، روانشناسی تک‌نفره نامیده می‌شود (استارک، ۳: ۲۰۰۰). از دیدگاه تحلیل تبدلی، مراجعی که دانش یا بصیرت بیشتری را در فرایندهای شخصی‌اش به کار گیرد، حالت من بالغ را در خود ایجاد می‌کند. در این حالت، من بالغ کنترل اجرایی بیشتری را بر شخصیت فرد دارد و در ضمن شخص نیز اضطراب کمتری در خود احساس می‌کند، گزینه‌های متفاوت تری را تجربه می‌کند و با آنها در ارتباط قرار می‌گیرد. در این رویکرد، حالت درمانگر همانند یک مشاهده‌گر واقعی و خنثی است و توجه‌اش بر پویایی‌های درونی بیمار معطوف است... در این شیوه، درمانگر به بیان تفاسیری می‌پردازد تا دانش مراجع را در خصوص پویایی‌های درونی‌اش افزایش دهد البته هدف نهایی، حل تعارضات ساختاری بیمار است (استارک، ۴: ۲۰۰۰).

1. Martha Stark

2. Streams

3. one-person psychology

روانشناسی یک نفر و نصفه

این مدل بر اهمیت تجربه (تجربه اصلاحی) تأکید می‌ورزد و چون تمرکز و توجه در این مدل بر بیمار و رابطه‌اش با درمانگر است، توسط برخی افراد به عنوان روانشناسی یک نفر و نصفه قلمداد شده است... برای اینها درمانگر مورد توجه نیست بلکه آنچه که ارائه می‌دهد، حائز اهمیت است (استارک، ۳: ۲۰۰۰). در این مدل، درمانگر نوعی اقدامات اصلاحی را به منظور تصدیق تجربه بیمار در اختیارش قرار می‌دهد یا به طور کلی‌تر، تجربه اصلاحی را برای بیمار فراهم می‌کند. هدف نهایی رفع کمبودهای ساختاری بیمار و تثبیت خود (self) بیمار است (استارک، ۴: ۲۰۰۰). طرز برخورد درمانگر در این مدل، همدلانه و متمرکز بر تجربه عاطفی و واقعی ذهنی مراجع است. از دید روانشناسی TA، تأیید همدلانه در خصوص تجربه ذهنی مراجع، احتمالاً سبب کاهش سطح تنش در حالت‌های متفاوت من (ego) می‌شود (مخصوصاً حالت من کودک). این کاهش در سطح تنش احتمالاً امکان حرکت زیادتری را بین حالت‌های من، میسر می‌سازد. بعد تأیید و تصدیق نیز احتمالاً عملکرد من بالغ را تقویت می‌کند. شاید پراهمیت‌ترین موضوع در این مدل این است که تجربه‌ای از درک همدلانه باثبات را برای مراجع فراهم می‌کند که شاید آنها در طول زندگی‌شان از آن محروم بوده‌اند و این نکته نیز مهم است که آنها پس از آن به دنبال پرداختن و اصلاح یا بهبود کاستی‌های رشدی‌شان هستند.

روانشناسی دو نفره

این مدل بر اهمیت روابط و روابط واقعی تأکید می‌ورزد. از آنجایی که تأکید و توجه در این مدل بر بیمار و درمانگرانی است که به عنوان افراد واقعی با هم در ارتباطند، آن را روانشناسی دو نفره می‌نامند (استارک، ۳: ۲۰۰۰).

درمانگر تمام توجه‌اش را معطوف به واکنش‌های هیجانی و انتقال متقابلی می‌کند که در طول کار درمان رخ می‌دهد و از واکنش‌های هیجانی برای افزایش درک خود و مراجعش و نیز از شیوه برقراری ارتباط مراجع با دیگران بهره می‌گیرد که در واقع شامل پروتکل مراجع هم می‌شود. از دید روانشناسی TA این موضوع همانند تشخیص اجتماعی و تحلیل تبادل‌ها و بازی‌هاست. حالت من، خود را در اتاق درمان آشکار می‌کند و انتقال هم به عنوان بخشی از پیشینه منحصراً به فرد مراجع، مورد توجه قرار می‌گیرد و رد آن دنبال می‌شود و هم‌چنین اینکه چگونه حالت من، تجربه اینجا و اکنون مراجع را در خصوص درمانگر تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. درمانگر درصدد ارتقا ظرفیت مراجع برای ایجاد صمیمیت از طریق درگیر شدن با اینجا و اکنون پرهیجان است. درمانگر خیره و مؤثر باید بتواند بر طبق نیازهای فردی و موضوعات و مسائل فعلی هر مراجع بین این ۳ مدل درمانی حرکت کند و از آنها بهره‌گیرد.

... مؤثرترین وضعیت درمانی وضعیتی است که درمانگر بتواند به تعادل مطلوب بین این ۳ حالت

دست یابد اول اینکه خودش را خارج از حوزه درمانی قرار دهد (تا بتواند به بیان تعبیری در مورد بیمار و فرایند درونی‌اش بپردازد و بدین ترتیب تعارض ساختاری بیمار حل شود) دوم اینکه تمرکزش بر تجارب شخصی‌اش نباشد (تا بتواند برخی اقدامات اصلاحی را به منظور رفع تعارض ساختاری بیمار در اختیارش قرار دهد). و سوم اینکه به صورت خیلی متمرکز در چهارچوب تجربه شخصی خودش باقی بماند (تا بتواند به صورت درستی در ارتباط واقعی با بیمار قرار گیرد و بدین صورت مشکلات ارتباطی بیمار را برطرف کند). (استارک ۱۴۷:۲۰۰۰)

مکتب کلاسیک: اصول بنیادین

پیشینه

مکتب کلاسیک تحلیل تبادلی، نسخه اصلی تحلیل تبادلی (TA) محسوب می‌شود. در واقع این مکتب به وسیله برن و اعضا سمینارهای سان فرانسیسکو ایجاد شد. تقریباً تمام هسته اصلی تئوری تحلیل تبادلی از گروهی از افراد نشأت گرفته است که شامل کلود اشتاینر^۱، استیو کارپمن^۲، جک دوسی^۳، موریل جیمز^۴، فانیتا انگلیش^۵ و فرانکلین ارنست^۶ می‌شوند. این گروه از پیشگامان تحلیلگر رفتار تبادلی به ویژه به ایجاد مفاهیمی ساده و قابل درک که در عین حال فرایندهای درونی و رفتارهای پیچیده بشر را تشریح کنند، علاقه نشان می‌دادند. هم‌چنین تأکید آنان بر این بود که مفاهیم به صورت نموداری نمایش داده شوند. هدف از این کار، تسهیل کردن تحلیل من بالغ در خصوص هر مشکل مراجع است که با خود به اتاق درمان می‌آورد در ضمن اینکه نیروهای شهودی حالت من کودک را برای کمک به حل آن مشکل برمی‌انگیزد (استوارت^۷، ۱۳۲: ۱۹۹۲).

فلسفه زیربنایی

دیدگاه کلاسیک تحلیل تبادلی (TA) بر اهمیت مشاهده در روان‌درمانی تأکید دارد. برن به صورت مکرر بر اهمیت مشاهده مستقیم مراجع به عنوان پایه‌ای برای هر فرمول‌بندی درمانی و نظری تأکید می‌کرد. هم‌چنین درمانگر کلاسیک TA از درک شهودی^۸ اش برای تشخیص و تعیین سطح روانشناختی پیام در

1. Claude Steiner

3. Jack Dusay

5. Fanita English

7. Stewart

2. Steve Karpman

4. Muriel James

6. Franklin Ernst

8. intuition

تبادلات نهفته^۱ استفاده می‌کند. مشاهده و شهود باید با منطق درمانی روشن و آشکار و با تئوری تلفیق شود. برای خود برن تشخیص و قسمت اعظم درمان صرفاً براساس تیزهوشی و مشاهده بعلاوه حساسیت شهودی بود (برن، ۳۹: ۱۹۷۲). برن هم‌چنین به بهره‌گیری مناسب و درمانی از شوخ‌طبعی^۲ به عنوان وسیله‌ای برای برانگیختن حالت من بالغ مراجع علاقه‌مند بود تا بدین وسیله به ارزیابی موقعیت و باور وی یا بقیه موارد بپردازد.

رویکرد درمان شامل یک‌سری از تحلیل‌های ساختاری، رفتار متقابل، تحلیل بازی‌ها و بالاخره تحلیل پیش‌نویس^۳ است. اکثر تحلیل‌گران تبدالی با رعایت انعطاف‌پذیری بین این مراحل متفاوت تحلیل در حرکت هستند. هدف اولیه درمان آلودگی‌زدایی^۴ از حالت من بالغ و شناسایی منشأ ساختاری باورها، احساسات و افکار متفاوت مراجع است. دقیقاً همانند رویکرد گشتالت، مکتب کلاسیک TA تأکیدش بر چگونگی حالت‌های من مراجع، پیش‌نویس‌ها و بقیه موارد، در اینجا و اکنون^۵ آشکار می‌گردد (بارنز^۶، ۱۹۷۷). مراجعین از کند و کاو در گذشته منع می‌شوند زیرا از آن به عنوان بازی باستان‌شناسی^۷ یاد می‌شود (برن، ۱۹۶۴).

P‌های سه‌گانه یعنی حمایت و پشتیبانی^۸، موافقت^۹ (کراسمن، ۱۹۶۶) و توانایی^{۱۰} (اشتاینز، ۱۹۶۸) از ویژگی اصلی رویکرد کلاسیک TA و تمامی انواع درمان‌های تحلیل تبدالی است (نکات ۸۳ و ۸۴ را ملاحظه کنید). از درمان‌گران انتظار می‌رود که بر کارشان نظارت دقیقی داشته باشند تا اطمینان حاصل کنند که حمایت، موافقت و توان کافی برای مراجع وجود دارد تا با کار درمانی درگیر شود زیرا این موضوع برای دستیابی به بهبود و شفای^{۱۱} پیش‌نویس زندگی‌ش لازم است. هرگاه P‌های سه‌گانه به گونه‌ای مناسب وجود داشته باشند، آنگاه درمان به ایجاد و وضع قراردادهای رفتاری می‌پردازد که به عنوان بُعد اساسی تغییر درمانی در TA کلاسیک محسوب می‌شوند (استوارت، ۱۹۹۲).

مکتب کلاسیک TA رویکردی تک‌نفره است (استارک، ۲۰۰۰) زیرا بر حل تعارض ساختاری و پدید آوردن قدرت انتخاب در من بالغ رشد یافته، تأکید دارد. مدل تعارض (لپورث^{۱۲} و همکاران، ۱۹۹۳) را می‌توان مدل اصلی آسیب‌شناسی روانی TA کلاسیک به شمار آورد که در این مدل، آسیب‌شناسی روانی نتیجه تعارض بین حالت‌های متفاوت من و هم‌چنین تعارض در درون آنها و همین‌طور تعارض بین انگیزه‌های^{۱۳} شخصی در حرکت به سوی خودمختاری (Physis) و پیش‌نویس زندگی فرد است (برن، ۱۹۷۲).

مفاهیم نظری کلیدی

قسمت عمده هسته تئوری TA که مکتب کلاسیک TA را شکل می‌دهد، توسط برن ایجاد شده است. این مفاهیم شامل

- | | |
|--------------------------|------------------|
| 1. ulterior transactions | 2. humour |
| 3. script | 4. Decontaminate |
| 5. here-and-now | 6. Barnes |
| 7. Archaeology | 8. Protection |
| 9. Permission | 10. Potency |
| 11. Cure | 12. Lapworth |
| 13. Drive | |

موارد ذیل هستند: حالت‌های من، تحلیل ساختاری، آلودگی، طرد، تحلیل کارکردی، تحلیل تبادلی، بازی‌ها و تحلیل بازی‌ها، پیش‌نویس و تحلیل پیش‌نویس. مفاهیم کلاسیک دیگری توسط نویسندگان دیگر تحلیل تبادلی ایجاد شد که عبارتند از: ماتریکس پیش‌نویس^۱ (اشتاینر، ۱۹۶۶)، انعقاد قرارداد (برن، ۱۹۶۶ و اشتاینر، ۱۹۷۴)، حلقه دفاعی درست^۲ (ارنست، ۱۹۷۱)، حق انتخاب‌ها (کارپمن، ۱۹۷۱)، نوازش حسابگرانه (اشتاینر، ۱۹۷۱) و نمودار حالات نفسانی خود^۳ (دوسی، ۱۹۷۲). می‌توان ادعا کرد که در برخی موارد غیرممکن است که تحلیل تبادلی را به کار گرفت بدون اینکه از مفاهیم کلاسیک TA استفاده نکنیم.

۳

مکتب کلاسیک: روش‌ها

روش‌ها

هشت عملیات درمانی (برن، ۱۹۶۶)

هسته مرکزی روش درمان تحلیل تبدلی (TA) را ۸ دسته از مداخلات^۱ درمانی یعنی (پرسش^۲، اختصاصی کردن^۳، مواجهه دادن^۴، شرح و توضیح^۵، مثال آوردن^۶، تأیید کردن^۷، تعبیر^۸ و مشخص کردن^۹) تشکیل می‌دهند (مولر و تتودور^{۱۰}، ۲۰۰۱ را ملاحظه کنید).

آلودگی زدایی^{۱۱} (برن، ۱۹۶۶ و ۱۹۶۱)

آلودگی زدایی را می‌توان روندی برای تقویت حالت من بالغ دانست که مستلزم چالش با افکار تحریف شده و گاهی اوقات نیز مستلزم فراهم نمودن اطلاعات درست و صحیح برای تسهیل واقعیت‌آزمایی است.

روش انعقاد قرارداد^{۱۲} (برن، ۱۹۶۶، جیمز و جانگوارد، ۱۹۷۱ و اشتاینر، ۱۹۷۴)

بستن قرارداد در تمام انواع درمان تحلیل تبدلی (TA) استفاده می‌شود و شیوه اصلی در این نوع درمان است که اولین بار توسط نویسندگان تحلیل تبدلی کلاسیک به وجود آمد.

-
- | | |
|---------------------|--------------------|
| 1. Interventions | 2. Interrogation |
| 3. Specification | 4. Confrontation |
| 5. Explanation | 6. Illustration |
| 7. Confirmation | 8. Interpretation |
| 9. Crystallization | 10. Muller & Tudor |
| 11. Decontamination | 12. contracting |

تبادل موافقت^۱ (برن، ۱۹۶۶، ۱۹۷۲)

درمانگر روشن می‌کند که مراجع به چه موافقت اساسی نیاز دارد تا سبب ارتقا رشدش شود، سپس درصدد برمی‌آید که در طی درمان موافقت اساسی مورد نیازش را چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیرمستقیم، ارائه دهد.

ضد پیش‌نویس^۲

ضد پیش‌نویس، مداخله‌ای حساب شده، دقیق و قاطع است (برن، ۱۹۷۲) و همانند باطل‌کننده طلسم و جادو در قصه پریان عمل می‌کند و می‌توان آن را یک تبادل هدف قلمداد کرد (ولامز و براون، ۳، ۱۹۷۸). که البته قصدش این است که در مسیر پیش‌نویس فرد مانع ایجاد کند و آنرا را وارد چالش با مضمون پیش‌نویس اصلی شخص کند.

گروه‌درمانی (برن، ۱۹۶۶)

تحلیل تبادلی کلاسیک به طور گسترده‌ای در محیط‌های درمان گروهی به وجود آمد و برخی از درمانگران تحلیل تبادلی (TA) معتقدند که به خاطر این خاستگاه‌ها، تحلیل تبادلی (TA) بهترین روش در محیط‌های گروهی است.

نقد

به رغم وقوف داشتن به نیت و هدف قابل تحسین در پشت استفاده از زبان محاوره‌ای، برخی از منتقدین این رویکرد معتقدند که تحلیل تبادلی از این ناحیه دچار لطمه و آسیب شده است زیرا افراد آن را خیلی سطحی در نظر می‌گیرند و با وجود اینکه اسامی مفاهیم این رویکرد را مشاهده می‌کنند، باز هم آشکارا آنها را کنار می‌گذارند. افزون بر این، استفاده از سبک‌های محاوره‌ای^۴، زبانی غیرمتداول و ناآشنا برای مخاطبان غیرامریکایی و امروزی است.

توانایی درمانگر از جمله مواردی است که در تحلیل تبادلی کلاسیک مورد تأکید قرار گرفته است ولی همین موضوع می‌تواند با فلسفه تحلیل تبادلی ناهماهنگ باشد. درمانگر به عنوان فردی که موافقت را ارائه می‌دهد، تجربه مراجع را مورد تعبیر و تفسیر قرار می‌دهد و تحلیلگر الگوهای زندگی مراجع با استفاده از تئوری تحلیل تبادلی است و این وضعیت شبه‌والدینی^۵ درمانگر در خصوص صدور موافقت، با این رویکرد که بر خودمختاری^۶ مراجع تأکید می‌ورزد، هماهنگی ندارد.

یک رویکرد تحلیل تبادلی کلاسیک می‌تواند اظهار کند که یکی از این دو شیوه یا شناخت داشتن درباره الگوهای شخص (از طریق کسب بینش با استفاده از تئوری TA) یا تغییر رفتاری مستقیم، برای

1. Permission transaction

2. Script antithesis

3. Wollams & Brown

4. Colloquialism

5. Quasi-parental

6. Autonomy

تغییر و دگرگونی و شفا یافتن^۱ فرد کافی است. از مفاهیم تحلیل تبادلی می‌توان برای درک و شناخت روند شخص، الگوها و شیوه‌های ارتباطی‌اش با دیگران بهره گرفت، البته همانطور که برن هشدار داد، بینش به تنهایی برای ایجاد تغییر عمیق و پایدار کافی نیست (برن، ۱۹۷۱). به طور خلاصه تغییر رفتاری لزوماً منجر به تغییر ساختاری عمیقی نمی‌گردد.

مکتب تصمیم‌گیری مجدد^۱: اصول بنیادین

پیشینه

مکتب تصمیم‌گیری مجدد در TA توسط باب و مری گولدینگ^۲ به وجود آمد. این دو نفر از اعضای اصلی سمینارهای سانفرانسیسکو اریک برن بودند که تحت نظر فریتز پرلز^۳ نیز آموزش درمان گشتالت دیده بودند. گولدینگ‌ها به ایجاد روش‌های عملی که فعالانه عمل می‌کنند و باعث ایجاد تغییر سریع در فرد می‌شوند، علاقه‌مند بودند. آنها تکنیک‌هایی از درمان گشتالت مثل تکنیک دو صندلی را با هم تلفیق کردند و به صورت رویکرد نظری TA درآوردند. آنها به این نکته پی بردند که این روش‌ها را می‌توان به صورت مستقیم برای کار بر روی تعارض‌های حالت من مورد استفاده قرار داد. گولدینگ‌ها در زمینه درمان به شیوه‌ی ماراتن متخصص بودند و گروه‌درمانی‌هایی را به سبک ماراتن به صورت بلندمدت برگزار می‌کردند که گاهی هر بار تا یک ماه طول می‌کشید.

ابتدا برن اصطلاح تصمیم‌گیری مجدد را برای اتخاذ تصمیم‌های جدید (برای زندگی جدید) در حالت من بالغ استفاده می‌کرد. درست برخلاف نظر برن، گولدینگ‌ها معتقد بودند تصمیم‌گیری مجدد به ویژه به منزله تغییر درباره تصمیمات پیش‌نویس در چهارچوب حالت من کودک است، پس این حالت من کودک است که نیاز به تغییر یا تصمیم‌گیری مجدد دارد. برای عملی کردن این کار آنها روش واپس‌روی قراردادی و افزایش شدت عاطفی را برای تسهیل در امر تصمیم‌گیری مجدد در حالت‌های من کودک مراجع به کار بردند. این فرایند شامل دسترسی به حالت من کودک و استفاده از حالت من بالغ مراجع می‌شد تا بدین صورت حمایت و تأیید را برای حالت من کودک فراهم کند.

1. Redecision School
3. Fritz Perls

2. Bob and Mary Goulding

فلسفه زیربنایی

گولدینگ‌ها به سبک روانشناسی وجودی^۱ و انسان‌گرایانه^۲ و هم‌چنین تحت تأثیر درمان گشتالت، بر مسئولیت شخصی مراجع تأکید می‌کردند. آنها به تدریج از مدل پزشکی برن تغییر مسیر دادند. در روش آنها، درمانگران بیمارانشان را معالجه می‌کردند، به موجب روش آنها، درمانگر فرایند درمان مراجع توسط خود مراجع را تسهیل می‌کند (این شعار گولدینگ‌ها بود: قدرت در درون بیمار است) (گولدینگ و گولدینگ، ۱۹۷۸). گولدینگ‌ها سبک مواجهه دادن و دقیقی در کارهایشان به وجود آوردند، برای مثال به چالش کشیدن استفاده از زبان که در آن قدرت شخص را نادیده می‌گیرند (مثل ترغیب مراجعین در تغییر عبارت نمی‌توانم به عبارت نمی‌خواهم و غیره). درمانگران تصمیم‌گیری مجدد درصدد ایجاد محیطی دلسوزانه و رشددهنده هستند که تأییدکننده و حمایتگر حالت من کودک است و این امکان را به مراجع می‌دهد به حالت من کودکی‌اش دسترسی پیدا کند تا قادر به گرفتن تصمیم ضروری باشد.

گولدینگ‌ها در کارهایشان اغلب به مراجعی که به تفکر جادویی یا محکوم بودن به شکست چسبیده بودند، توجه خاصی می‌کردند، برای مثال حفظ وضعیتی در حالت من کودک که نمی‌خواهند تغییری یابد مگر اینکه شخص دیگری تغییر کند (معمولاً یکی از والدین). آنها چنین تفکرهای جادویی را به طور جدی مورد چالش قرار می‌دادند. باورهای انتقام‌جویانه کودک^۳ مثل «من مریض می‌مانم تا دلت برایم بسوزد»^۴ مورد چالش قرار می‌گرفتند و مراجعین ترغیب می‌شدند که از شر این باورها رها شوند. این باورها مسدودکننده‌های مهمی برای درمان مراجع هستند.

گولدینگ‌ها عملاً از پدیده انتقال اجتناب می‌کردند یا از آن طفره می‌رفتند. اگر درمانگر متوجه پدیده انتقال در مراجع شود، باید او را ترغیب به اجرای گفتگو در تکنیک دو صندلی^۵ کند. در این گفتگو مراجع شکل انتقالی را به صندلی فرافکنی می‌کند و این فرافکنی را در گفتگو به کار می‌گیرد. گولدینگ‌ها بر این اعتقاد بودند که این روش مؤثرتر از برانگیختن انتقال مراجع نسبت به درمانگر است و پذیرفتن فرافکنی‌ها با فلسفه تصمیم‌گیری مجدد درباره مسئولیت‌پذیری شخصی و قبول فرافکنی‌ها و احساسات فردی، هماهنگ است (گولدینگ و گولدینگ، ۱۹۷۹).

با توجه به تأکید این مکتب بر تعارض ساختاری و نقش درمانگر به عنوان تسهیل‌کننده و نیز روش مواجهه دادن و اجتناب از کار با پدیده انتقال، می‌توان این مکتب را رویکردی یک نفره^۶ به شمار آورد (استارک، ۲۰۰۰) که براساس مدل تعارض در زمینه آسیب‌شناسی روانی^۷ قرار دارد (لپ - ورث^۸ و همکاران ۱۹۹۳). یکی از آشکارترین نمونه‌های مدل تعارض در چهارچوب روان‌درمانی TA احتمالاً تئوری بن‌یست^۹ است.

1. Existential

3. Uengeful child beliefs

5. Two-chair

7. psychopathology

9. Impasse theory

2. Humanistic

4. I'll stay sick untill you're sorry

6. one-person approach

8. lapworth

مفاهیم نظری کلیدی

- امر و نهی‌ها (گولدینگ و گولدینگ، ۱۹۷۹) (نکات ۸۰ و ۸۱ را ملاحظه نمایید).
- تصمیم‌گیری‌ها (گولدینگ و گولدینگ، ۱۹۷۹)
- تصمیم‌گیری مجدد (گولدینگ و گولدینگ، ۱۹۷۹)
- تئوری بن‌بست، روشن‌سازی بن‌بست^۱ و راه‌حل بن‌بست^۲ (گولدینگ و گولدینگ، ۱۹۷۹، ملور^۳، ۱۹۸۰) (نکته ۸۵ را ملاحظه نمایید).



مکتب تصمیم‌گیری مجدد: روش‌ها

روش‌ها

درمان تصمیم‌گیری مجدد با بستن قرارداد به صورت واضح شروع می‌شود. درمانگر با بستن قرارداد، ایجاد تغییر را تسهیل می‌کند. او با سبک گفتار منفعلانه مراجع در تصمیم‌گیری‌هایش در خصوص مشکلات/ موقعیتش یا اهداف قرارداد به شدت مقابله می‌کند و سبک گفتار مسئولانه را تشویق می‌کند (مثل تغییر واژه نمی‌توانم به نمی‌خواهم) (گولدینگ و گولدینگ^۱، ۱۹۷۹).

درمانگر مراجع را ترغیب می‌کند تا از تکنیک‌های مختلفی برای تجسم و خیال‌پردازی مثل تکنیک دو صندلی^۲ استفاده کند. در این تکنیک، یکی از حالت‌های والدینی یا تعداد بیشتری از این حالت درگیر می‌شود یا حالت من کودک مراجع را در صندلی خالی قرار می‌دهند. درمانگر گفتگویی را بین دو قسمت متفاوت خود برقرار می‌کند تا تعارض‌های حالت من را روشن سازد و سپس اقدام به حل آنها کند. تکنیک‌های خیال‌پردازی دیگری نیز مثل کار با صحنه اولیه^۳ وجود دارند که در آنها مراجع تشویق می‌شود از نظر ذهنی به زمان عقب برگردد و زمان‌هایی را به خاطر بیاورد که تصمیم‌گیرنده پیش‌نویس اولیه‌اش را گرفته است یا به خاطره اولیه‌اش («صحنه»)^۴ از رویدادی برگردد که به نحوی در آن موضوع تصمیم‌گیری پیش‌نویس مطرح است یا درباره‌ی محیطی است که در آن تصمیم‌گیری اتخاذ شده است. در مواردی که مراجع نمی‌تواند صحنه خاصی را به خاطر بیاورد، از او خواسته می‌شود خودش صحنه‌ای را خلق کند چون عقیده بر این است که صحنه تجسم شده به عنوان دستاورد روان مراجع محسوب می‌گردد و تمامی جنبه‌های مرتبط مورد نیاز برای اتخاذ تصمیم‌گیری مجدد را در خود دارد. وقتی که مراجع به بیان صحنه تجسم شده می‌پردازد، درمانگر به شدت با شیوه گفتار منفعلانه و تفکر جادویی به

1. Goulding & Goulding

2. Two-chair

3. Early scene work

4. Prototypical (screen) memory

مقابله برمی خیزد. درمانگر با استفاده از تشدیدکننده‌ها (مک نیل^۱، ۱۹۷۶) یا فنون دیگر گشتالت، مسئولیت عاطفی در مراجع ایجاد می‌کند. این فنون به منظور افزایش رنج و ناراحتی در صحنه بخصوصی به کار می‌روند تا به این ترتیب بر ماهیت محدودکننده تصمیم‌گیری تأکید شود. علاوه بر این، این موضوع باعث می‌شود واکنش تنفر لذت‌بخشی برانگیخته شود که خود سبب تجهیز شدن روان مراجع می‌گردد و به او کمک می‌کند تا تصمیم‌گیری‌های پیش‌نویس محدودکننده قدیمی‌اش را کنار بگذارد یا از شرشان خلاص شود. در این زمینه مراجع تشویق می‌شود که آگاهی من بالغ خویش و توانایی‌هایش را به روی صحنه بیاورد یا درمانگر اطلاعات جدیدی را در اختیار مراجع قرار می‌دهد تا به او در تصمیم‌گیری‌های جدیدش کمک کند.

بعد از اینکه مراجع نمونه‌ای از تصمیم‌گیری مجدد را انجام داد، درمانگر از مراجع می‌خواهد یک سری از قراردادهای رفتاری را درخصوص اینکه چگونه تصمیم‌گیری جدید را در زندگی روزمره‌شان ادامه دهد، منعقد کند (مک کورمیک و پولی بلانک^۲، ۱۹۸۵). با وجود اینکه مسئله تصمیم‌گیری مجدد، رویداد مهمی محسوب می‌شود، اما در عین حال به خودی خود فرایندی در جریان و در حال تکوین است و نیاز به تقویت دارد تا بدین صورت مراجع به جای پناه بردن به شیوه‌های سناریوی آشنا و قدیمی‌اش، شیوه‌های جدید سالم را برای زندگی حفظ کند.

نقد

مدل گولدینگ‌ها در وهله اول در درمان به شیوه شبانه‌روزی به سبک ماراتن ایجاد شد. در این نوع درمان مراجعین حداقل به مدت یک هفته و معمولاً به مدت یک ماه به صورت شبانه‌روزی در درمان حضور دارند. این محیط فشرده درمانی به شیوه ماراتن شبانه‌روزی و طولانی‌مدت و همین‌طور حمایتی که از مراجعین صورت می‌گرفت، فراهم‌کننده محیط خوبی برای کار تغییر عمیق و سریع بود. این شیوه کار کردن به طور معمول برای درمانگرانی که به صورت خصوصی با مراجعین فردی کار می‌کنند، امکان‌پذیر نیست. اکثر مراجعین شرکت‌کننده در گروه‌های ماراتن، کارآموزان درمان بودند و تمامی مراجعین شرکت‌کننده هم تحت درمان قرار داشتند و بنابراین ظاهراً از زندگی عادی منفک شده بودند و کاملاً با فرایند تغییر خودشان درگیر بودند. بنابراین این فرض که روش گولدینگ‌ها، تغییرات سریعی را بدون کار مقدماتی فراهم می‌کند، اصلاً فرض درستی نیست. تخلیه هیجانی شدیدی که از بسیاری از این روش‌ها ناشی می‌شود، می‌تواند سبب واکنش‌های ناخواسته و شدیدی شود که فقط در چنین محیط‌های درمانی شبانه‌روزی امکان‌پذیر است و در کار متعارف کلینیکی نمی‌توان چنین کارهایی را انجام داد.

تکنیک‌های درمان تصمیم‌گیری مجدد اغلب مهیج هستند و فرد را به شدت درگیر می‌کنند و هم‌اینطور می‌توانند تخلیه هیجانی عمیقی را در پی داشته باشند که این موضوع اشتباهاً تغییر واقعی فرد قلمداد می‌شود و درمانگر را گمراه می‌کند. برخی از مراجعین تظاهر به درگیر شدن با موضوع

1. Mc Neel

2. Mc Cormick & Pulley blank

تصمیم‌گیری مجدد می‌کنند که این مسئله به عنوان انطباق بیش از حد^۱ با درمانگر به شمار می‌رود، بدون اینکه واقعاً هیچ تغییری رخ دهد. شاید مراجعینی که خود را بیش از حد با درمانگر منطبق می‌سازند، پیش‌نویس‌شان ندانسته مورد تقویت قرار می‌گیرد. گولدینگ‌ها از این مشکل بالقوه کاملاً اطلاع داشتند که از تکنیک‌ها و توصیه‌هایشان برخلاف ابراز پالایشی احساسات سوءاستفاده می‌کنند در حالیکه این تکنیک‌ها صرفاً باید به خاطر خود احساسات انجام می‌شدند.

درمانگران تصمیم‌گیری مجدد عملاً از پدیده انتقال طفره می‌روند و بطور عمدی از رخ دادن نقش انتقال در رابطه درمانی دوری می‌کنند (گولدینگ و گولدینگ، ۱۹۷۹). این رویکرد برای همه مراجعین مناسب نیست و می‌تواند توسط درمانگرانی که با پذیرش احساسات انتقالی مشکل دارند یا با مراجعین دارای احساسات انتقالی قوی راحت نیستند، مورد استفاده نادرست قرار گیرد. به طور خلاصه این رویکرد برای درمانگرانی که با پذیرش مسئولیت شخصی برای اشتباه کردن دست و پنجه نرم می‌کنند، مناسب نیست. این نقد در مورد خود رویکرد تصمیم‌گیری مجدد به تنهایی نیست، بلکه این رویکرد تله‌ای ناشناخته برای کسانی است که از آن به درستی استفاده نکنند یا درمانگرانی که با درمان شخصی خودشان درگیرند.

درمانگر باید در مورد پیام‌های دوگانه‌ای که ذاتاً در برخی از روش‌های درمان تصمیم‌گیری مجدد وجود دارد، به تفکر پردازد (فرض کنید در مورد مسئولیت بیمار گفته شده است.. من به تو می‌گویم که دقیقاً چگونه، چه وقت و چرا آن کار را انجام بده) (یالوم، ۲۵۰، ۱۹۸۰).



مکتب نیروگذاری روانی^۱: اصول بنیادین

پیشینه

رویکرد نیروگذاری روانی ابتدا توسط ژاکی شیف^۲ (یکی از اولین تحلیلگران تبادل‌ی در سمینارهای برن) به وجود آمد. مدت کمی بعد از اینکه او مرد جوان مبتلا به اسکیزوفرنی را در خانه‌اش پذیرفت و اقدام به مراقبت و درمان شبانه‌روزی وی کرد، مرکز درمان شبانه‌روزی را برای مراجعان مبتلا به روان‌پریشی تأسیس نمود. مرکز آنها ابتدا در فردریکزبرگ ویرجینیا امریکا^۳ قرار داشت ولی به دلیل بحث و مشاجره‌های فراوان به اوکلند کالیفرنیا منتقل شد که در آنجا علاوه بر مرکز مراقبت شبانه‌روزی، بخشی را دایر کردند که امکان درمان روزانه را هم برای بیماران فراهم می‌کرد. متعاقب موفقیت پروژه اوکلند، شیف مرکز دیگری را هم در هالیوود^۴ افتتاح کرد. نظریه‌ها و روش‌های این رویکرد توسط ژاکی و همکارانش که بعداً در این مؤسسه به او ملحق شدند، شکل گرفت. شیف‌ها مرکز شبانه‌روزی نسبتاً محافظت‌شده‌ای را برای درمان به وجود آوردند و در آنجا به مراجعین اجازه می‌دادند واپس‌روی^۵ را تجربه کنند، کاستی‌های رشدی اولیه‌شان را دوباره احیا کنند و روی ایجاد حالت‌های من‌والد جدیدشان نیروی بیشتری صرف کنند. این برنامه مؤسسه نیروگذاری روانی با مشکلات عظیمی روبرو شد (و ژاکی از انجمن بین‌المللی تحلیل تبادل‌ی (ITAA)^۶ طرد شد). در این میان بحث و گفتگوهای زیادی مربوط به نقض اخلاقیات از جمله تنبیه جسمانی مراجعین مطرح شد. به دنبال فوت مرد جوانی که در طی دوره درمانش در این مؤسسه متحمل آسیب‌هایی شده بود، مقامات کالیفرنیا این برنامه را تعطیل کردند. به رغم وجود مشاجرات و مشکلات ذکر شده، بسیاری از بینش‌ها و روش‌های این مؤسسه، با موفقیت و با رعایت اصول اخلاقی به وسیله درمانگران TA^۷ تعدیل و در طیف وسیعی از مراجعین به کار گرفته می‌شود. به ویژه شیوه درمانی جالبی براساس درمان رفتاری - شناختی شکل گرفت که طرحواره درمانی^۷

1. Cathexis school
3. Fredericksburg, virginia, USA
5. Regress
7. Schema-based therapy

2. Jacqui schiff
4. Hollywood
6. International transactional Analysis Association