

# هم آفرینی تغییر

## فنون تأثیرگذار درمان پویشی

تألیف

جان فردریکسون  
MSW

ترجمه

دکتر عنایت خلیقی سیگارودی  
روان‌پزشک



## فهرست مطالب

---

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

### بخش اول - تعیین کانون تأثیرگذار

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

- مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود ..... 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 خودمشاهده‌گری ..... ۶۳
- نحوه ورود بیمار به اتاق مصاحبه ..... ۶۳
- پاسخ به مداخله ..... ۶۳
- هشدار ناخودآگاه ..... ۶۴
- چطور اضطراب در بدن بیمار تخلیه می‌شود ..... ۶۵
- چرا اضطراب زیاد باعث آشفتگی شناختی / ادراکی می‌شود؟ ..... ۶۷
- آستانه تحمل اضطراب ..... ۶۸
- قالب مرحله به مرحله ..... ۷۰
- سنجش مسیر تخلیه اضطراب ناخودآگاه ..... ۷۳
- به جنبش درآوردن ظرفیت خودمشاهده‌گری در بیمار مضطرب ..... ۷۹
- دفاع‌هایی که در برابر تنظیم اضطراب مانع تراشی می‌کنند ..... ۷۹
- مثال بالینی یک: نادیده گرفتن - دفاعی که مانع تنظیم اضطراب می‌شود ..... ۸۰
- مثال بالینی ۲: اجتناب از لحظه حال مانع تنظیم اضطراب می‌شود ..... ۸۱
- مداخلات تحریک کننده ظرفیت خودمشاهده‌گری ..... ۸۲
- قواعد تنظیم اضطراب ..... ۸۴
- روان‌سنجش اضطراب: چه موقع هیچ هشدار رخ نمی‌دهد ..... ۸۵
- روان‌سنجش اضطراب: اشتباهات شایع ..... ۸۸
- وقتی تنظیم اضطراب مؤثر نمی‌افتد: علل اضطراب در مقابل عوامل تداوم بخش آن ..... ۹۱
- دفاع‌هایی که اضطراب را تداوم می‌بخشند ..... ۹۲

|  |            |
|--|------------|
| چپه وقت تنظيم اضطراب به شكست مي انجامد: نقايص من، دفاعهاي پسر رفتي و تداوم يافتن اضطراب..... | ۹۴         |
| فقدان افتراق من مشاهده گر از خود تجربه گر .....  | ۹۴         |
| اضطراب فرافكنانه.....  | ۹۵         |
| فرافكني احساس.....   | ۹۵         |
| فرافكني ابر من.....  | ۹۶         |
| فرافكني اراده.....   | ۹۷         |
| يكسان پنداري نمادين.....   | ۹۷         |
| مثال باليني ۱: يكسان پنداري خاطره اي از گذشته با واقعيته حال.....                            | ۹۷         |
| مثال باليني ۲: يكسان پنداري انگاره اي از گذشته با درمانگر.....                               | ۹۸         |
| مثال باليني ۳: يكسان پنداري خيال و واقعيته.....  | ۱۰۱        |
| مثال باليني ۴: هذيان گذرا.....   | ۱۰۳        |
| خلاصه.....   | ۱۰۶        |
| مطالعه منابع زير توصيه مي شود.....   | ۱۰۸        |
| ويديوهاي توصيه شده.....  | ۱۰۸        |
| <b>فصل ۳ - دفاعها: دومين انحراف از مسير احساسات.....</b>                                     | <b>۱۰۹</b> |
| خاستگاه بين فردي دفاعها.....   | ۱۱۰        |
| كار روي دفاع.....  | ۱۱۳        |
| شناسايي دفاع.....  | ۱۱۳        |
| شفاف سازي دفاع: تاوان.....   | ۱۱۴        |
| شفاف سازي دفاع: عملكرد.....  | ۱۱۵        |
| شفاف سازي دفاعهاي منش.....   | ۱۱۵        |
| روياروبي با دفاع.....  | ۱۱۶        |
| كار روي مقاومت انتقال.....   | ۱۱۸        |
| شناسايي مقاومت انتقال.....   | ۱۱۹        |
| شفاف سازي مقاومت انتقال.....   | ۱۲۰        |
| مقاومت انتقال و فراخواندن احساساتي كه بيمار نسبت به درمانگر دارد.....                        | ۱۲۲        |
| خلاصه.....   | ۱۲۳        |
| مطالعه منابع زير توصيه مي شود.....   | ۱۲۶        |

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

|          |   |
|----------|---|
| ۱۵۳..... | واکنش‌سازی  |
| ۱۵۳..... | مه‌ار   |
| ۱۵۴..... | خلاصه   |
| ۱۵۴..... | مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود   |
| ۱۵۴..... | ویدیوهای توصیه‌شده  |
| ۱۵۵..... | <b>فصل ۵ - روان‌سنجش: هم‌آفرینی کانون تأثیرگذار</b>                     |
| ۱۵۶..... | روان‌سنجش مثلث تعارض  |
| ۱۵۷..... | روان‌سنجش اضطراب  |
| ۱۵۸..... | روان‌سنجش دفاع  |
| ۱۵۸..... | ساختار منش  |
| ۱۵۹..... | توان مشاهده دفاع‌ها و دست برداشتن از آنها                               |
| ۱۵۹..... | ظرفیت تحمل احساسات  |
| ۱۵۹..... | روان‌سنجش ظرفیت خودمشاهده‌گری   |
| ۱۶۰..... | سنجش پاسخ بیمار به مداخله   |
| ۱۶۰..... | چرخه روان‌سنجش  |
| 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 روان‌سنجش هنگام پرسش  |
| ۱۷۴..... | خلاصه   |
| ۱۷۴..... | مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود   |
| ۱۷۵..... | ویدیوهای توصیه‌شده  |
| ۱۷۶..... | <b>فصل ۶ - پرسش‌گری: هم‌آفرینی اتحاد درمانی خودآگاه</b>                 |
| ۱۷۷..... | جزء اول: اظهار مشکل هیجانی درونی  |
| ۱۷۸..... | جزء دوم: میل بیمار به انجام درمان                                       |
| ۱۷۸..... | جزء سوم: توافق بر سر تعارض درون‌روانی                                   |

|          |   |
|----------|---|
| ۱۷۹..... | جزء چهارم: توافق بر سر تکلیف درمانی                               |
| ۱۸۱..... | تکلیف درمانی  |
| ۱۸۳..... | اجزای تشکیل دهنده اتحاد درمانی خودآگاه                            |
| ۱۸۳..... | نمودار درختی تصمیم‌گیری   |
| ۱۸۶..... | موانع پیش روی تشکیل اتحاد درمانی خودآگاه                          |
| ۱۹۸..... | غیرمشکلهای شایع   |
| ۱۹۸..... | مثال بالینی: مشکل غیر روان‌شناختی                                 |
| ۱۹۹..... | مثال بالینی: افرادی که با مشکل نداشتن در پی جلب رضایت درمانگرانند |
| ۲۰۰..... | مقاومت در برابر ابراز تمایل به کار روی مشکل                       |
| ۲۰۱..... | مثال بالینی یک: بیماری که بیشتر به مشکلی اقرار کرده است           |
| ۲۰۳..... | مثال بالینی دو: بیمار شکننده‌ای که مشکلی را اظهار کرده است        |
| ۲۰۵..... | مقاومت در برابر کنکاش یک مثال خاص از مشکل هیجانی درونی            |
| ۲۰۵..... | بیمار دارای مقاومت پایین  |
| ۲۰۵..... | بیمار دارای مقاومت متوسط  |
| ۲۰۶..... | بیمار به شدت مقاوم  |
| ۲۰۷..... | بیمار شکننده  |
| ۲۰۸..... | مقاومت در برابر اظهار هدف مثبت                                    |
| ۲۱۴..... | توافق بر سر مثلث تعارض  |
| ۲۱۸..... | توافق بر سر تکلیف درمانی  |
| ۲۲۱..... | اتحاد درمانی ناخودآگاه  |
| ۲۲۲..... | خلاصه   |
| ۲۲۴..... | مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود                                     |
| ۲۲۴..... | ویدیوهای توصیه شده  |

### بخش دوم - ظرفیت‌سازی در بیماران شکننده

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

- 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 فراقکنی
- 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..... ناامیدی
- 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..... | <b>فصل هشتم - تقویت ظرفیت خودمشاهده‌گری.....</b>                                      |
| 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 می‌شود .....   |
| ۳۰۴..... | <b>فصل نهم - دفاع‌های پسرقتی .....</b>  |
| ۳۰۵..... | کنش‌ورزی: مشت کوبیدن به دیوار یا پرت کردن اشیا.....                                   |
| ۳۰۶..... | کنش‌ورزی در پاسخ به فرافکنی .....   |
| ۳۰۶..... | توهین و طعنه.....   |
| ۳۰۸..... | لججازی .....  |
| ۳۰۹..... | فعال‌کردن اراده و غیرفعال کردن لججازی: 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 خود شخص.....                        |
| ۳۳۵..... | تحریک‌آمیز رفتار کردن .....                                |
| ۳۳۶..... | جسمانی‌سازی .....  |
| ۳۳۷..... | زاری کردن .....  |
| ۳۳۷..... | خلاصه .....  |
| ۳۳۸..... | مطالعه منابع زیر توصیه می شود .....                        |
| ۳۳۸..... | ویدیوهای توصیه شده.....                                    |
| ۳۳۹..... | <b>فصل دهم - عواطف دفاعی.....</b>                          |
| 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 برونی‌سازی.....  |
| ۳۵۱..... | عصبانیت دفاعی ناشی از انکار مسئولیت..... |
| ۳۵۲..... | احساس گناه.....                          |
| ۳۵۳..... | ساختار تجربهٔ احساس.....                 |
| ۳۵۵..... | سنجش تکانش‌گری.....                      |
| ۳۵۶..... | احساسات و عملکرد نمادین.....             |
| ۳۵۷..... | خلاصه.....                               |

### بخش سوم - کمک به بیماران به شدت مقاوم

|          |  |
|----------|--|
| ۳۶۳..... | فصل یازدهم - آسیب‌شناسی ابرمن.....                             |
| ۳۶۵..... | علت تشکیل هم‌ذات‌پنداری‌ها.....                                |
| ۳۶۶..... | چگونگی ابراز هم‌ذات‌پنداری‌ها به صورت دفاع.....                |
| ۳۶۶..... | هم‌ذات‌پنداری به عنوان مشکل در ظرفیت خودمشاهده‌گری.....        |
| ۳۶۷..... | هم‌ذات‌پنداری‌ها: چرا ابرمن این قدر سخت‌گیر می‌شود.....        |
| ۳۶۸..... | هم‌ذات‌پنداری‌ها چگونه ساختاربندی می‌شوند.....                 |
| ۳۶۹..... | استانداردهای درونی.....  |
| ۳۷۰..... | من آرمانی: کسی که هستیم در برابر کسی که آرزو داشتیم باشیم..... |
| ۳۷۲..... | سطوح آسیب‌شناسی ابرمن.....                                     |
| ۳۷۳..... | روان‌سنجش آسیب‌شناسی ابرمن.....                                |
| ۳۸۹..... | طیف هم‌ذات‌پنداری: همسازی.....                                 |
| ۳۹۰..... | همسازی و ظرفیت خودمشاهده‌گری.....                              |
| ۳۹۱..... | همسازی و مشاهدهٔ علیت.....                                     |
| ۳۹۲..... | احساس گناه ناخودآگاه در برابر خودتنبیه.....                    |
| ۳۹۵..... | بازتاب دادن آسیب ابرمن.....                                    |
| ۳۹۵..... | آسیب خفیف ابرمن.....   |
| ۳۹۶..... | آسیب خفیف تا متوسط ابرمن.....                                  |
| ۳۹۶..... | آسیب متوسط ابرمن.....  |
| ۳۹۸..... | آسیب شدید ابرمن.....   |

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

|  |     |
|--|-----|
| مرحلهٔ یک: از بیمار دعوت کنید تا تکانه را به تصویر بکشد.....         | ۴۵۳ |
| مرحلهٔ دو: از بیمار دعوت کنید که با احساسات پیچیده روبه‌رو شود.....  | ۴۵۳ |
| مرحلهٔ سه: قفل‌گشایی ناخودآگاه.....                                  | ۴۵۴ |
| مشکلات قبل از مرحلهٔ به تصویر کشیدن.....                             | ۴۵۴ |
| اشتباه در تمرکز بر احساس.....  | ۴۵۴ |
| دفاع‌های ضد تجربهٔ 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 تجربهٔ احساسات پیچیدهٔ 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 |
| مطالعهٔ منابع زیر توصیه می‌شود.....                                  | ۴۷۶ |
| فصل پانزدهم - تحکیم.....   | ۴۷۷ |
| خلاصه.....   | ۴۸۳ |
| فصل شانزدهم - نتیجه‌گیری.....  | ۴۸۴ |
| منابع.....   | ۴۸۵ |
| آشنایی با مؤلف.....  | ۵۰۷ |

## سخن مترجم

جان فردریکسون در ویدیویی در یوتیوب اثر خود را این‌گونه معرفی می‌کند:  
اگر بیمارانی دارید که درجا می‌زنند و در برابر تغییر مقاومت می‌کنند، اگر مایل‌اید به آن پنجاه درصدی از بیماران که، قبل از رسیدن به فواید کامل درمان، از درمان خارج می‌شوند کمک کنید، شاید به این کتاب، هم‌آفرینی تغییر، علاقمند باشید.

ما درمانگران، برای موفق شدن، نه تنها باید بیماران را درک کنیم، بلکه باید بدانیم که چگونه چطور مداخله کنیم. کتاب پیش رو، هم‌آفرینی تغییر، برای سنجش نیازهای بیماران و نحوه مداخله جهت برآوردن آن نیازها، قدم‌های روشن و سازماندهی ارائه می‌دهد. تکنیک‌ها، با استفاده از مثال‌های بالینی، شرح داده شده‌اند. این مثال‌های بالینی صدها بن‌بست درمانی را که از جلسات واقعی درمان اخذ شده‌اند نشان می‌دهند. آنها به شما نشان می‌دهند که چه بگویید، به طوری که بتوانید، لحظه‌به‌لحظه، نیازهای بیماران را بسنجید و به آنها پاسخ دهید. به این ترتیب، می‌توانید به بیماران کمک کنید تا قانونی تأثیرگذار منتج به تغییر را ایجاد و حفظ کنند؛ به این ترتیب، می‌توانید به تنظیم اضطراب بیمار کمک کنید؛ به این ترتیب، می‌توانید به بیماران بیاموزید که دفاع‌هایشان را ببینند و از آنها دست بردارند؛ به این ترتیب، می‌توانید به بیماران کمک کنید تا دیگر مقاومت نکنند و، همیارانه، در درمان شرکت کنند؛ و می‌توانید بیمارانی را که از دفاع‌های مخرب درمان استفاده می‌کنند یاری کنید. من هم، مثل شما، در شرایط سخت بالینی کمک خواسته‌ام و، در این سال‌ها، از تجارب اساتید راهنمای فوق‌العاده‌ای بهره برده‌ام. همچنین، مطالعه کرده‌ام و مطالعه کرده‌ام... ولی، کتاب‌ها، معمولاً، فقط در مورد نظریه‌ها نوشته بودند. آنها گفته بودند که چطور بیماران را بفهمیم، اما نگفته بودند که چه بکنیم، چه بگوییم. اما، برای اینکه درمانگرانی تأثیرگذار باشیم، لازم است بدانیم که چه بکنیم. بر این اساس، هم‌آفرینی تغییر را طوری طراحی کرده‌ام که کتابی کاربردی باشد، از نوعی که همکاران و دانشجویان می‌خواستند؛ کتابی که نشان دهد چطور می‌توان نظریه را به عمل برگرداند. هم‌آفرینی تغییر، نه برای مشکلات ساده، بلکه برای مشکلاتی طراحی شده است که در هر مطب بالینی با آن برخورد می‌کنیم. وقتی این کتاب را بخوانید، پی خواهید برد که چرا دیوید مالان<sup>۱</sup> آن را یک کلاس پیشرفته خیره‌کننده نامیده است؛ در خواهید یافت که چرا لس‌گرین برگ<sup>۲</sup> آن را به غایت مفید دیده است؛ متوجه خواهید شد که چرا سوزان وارشو<sup>۳</sup> آن را نمایشی از استادی دانسته - دقیق‌ترین،

1- David Malan

2- Les Greenberg

3- Susan Warshow

واضح‌ترین و جامع‌ترین کتابی که تاکنون خوانده است. و اینکه چرا استنلی مسیر<sup>۱</sup> آن را گیراترین کاربست مثال‌های بالینی می‌داند که خواننده را، به گونه‌ای فوق‌العاده جذاب و فراخوانشی، مستقیم، به درون جلسه درمان هدایت می‌کند (۱).

هم‌آفرینی تغییر، در زمان کوتاهی که از انتشار آن می‌گذرد، بسیار مورد استقبال قرار گرفته است. این کتاب موفق شد، در ۲۲ سپتامبر ۲۰۱۴، جایزه بهترین کتاب در حوزه روان‌پزشکی را از انجمن پزشکی بریتانیا دریافت کند (۲). همچنین، نقدهای مثبت بسیاری دریافت کرده است که، با توجه به مطالب گویای آنها در مورد ویژگی‌های این کتاب، به پاره‌ای از آنها اشاره می‌کنم:

آلن عباس<sup>۲</sup>، MD، پرفسور روان‌پزشکی در دانشگاه دال هاووزی<sup>۳</sup> و از پژوهش‌گران بنام حوزه روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده، درباره این کتاب می‌نویسد، "جایی برای بحث باقی نمانده است. این کتابی شگفت‌انگیز و ارمغانی است برای حوزه روان‌شناسی و روان‌درمانی".

دیوید مالان، D. M. F. R. C. Psych، از پیشگامان روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت، کسی که مفاهیم کاربردی مثلث تعارض و مثلث شخص را به حوزه روان‌درمانی معرفی کرد، و نویسنده کتاب روان‌درمانی و علم روان‌پوشی<sup>۴</sup>، نوشته است، "این کتاب یک کلاس پیشرفته خیره‌کننده است. هم‌آفرینی تغییر نشان می‌دهد که چطور در امنیت، دلسوزانه و تأثیرگذار، همیارانه با بیمار کار کنیم تا به پیامدهای موفقیت‌آمیز دست‌یابیم. از ویژگی‌های بارز آن وضوح بسیار و احاطه بر موضوعات است که از پالوده تجارب برآمده از تحلیل جلسات درمان حاصل شده است. هر تکنیک با استفاده از مثال‌های بالینی مربوط تشریح شده است، به گونه‌ای که هم آنچه را که در بیمار اتفاق می‌افتد تحلیل می‌کند و هم منطق مداخله انجام شده را تشریح می‌نماید. ارائه رؤس قواعد و دلایل هر مداخله، و لحاظ نمودن اشتباهات شایع، علائم خطر و راه‌های پرهیز از موانع، به شدت، به ارزش کتاب افزوده است."

استفن ا. فین<sup>۵</sup>، Ph.D، بنیان‌گذار مرکز سنجش درمانی در آسیتن تگزاس، می‌گوید، "کتاب‌های زیادی در زمینه روان‌درمانی کوتاه‌مدت نوشته شده است، اما هم‌آفرینی تغییر، در این میان، برجسته است. وضوح تفکر و نوشتار فردریکسون تکان‌دهنده است، و رونوشت‌های متعدد جلسات بالینی الهام‌بخش، فایده‌مند و، اغلب، به‌غایت انگیزه‌بخش هستند. هیچ‌کس، تاکنون، نتوانسته است نحوه و زمان‌بندی تمرکز بر هیجانات، اضطراب و دفاع‌ها را بهتر از این توضیح دهد، یا در تلفیق فن روان‌درمانی با آخرین تحقیقات حوزه‌های عصب‌زیست‌شناسی، دلبستگی و هیجان بهتر از این عمل کند. شایسته است که همه روان‌درمانگران، اعم از تازه‌کار و باتجربه، این کتاب را مطالعه کنند."

استنلی ب. مسیر، Ph.D، پرفسور ممتاز و ریاست دانشکده تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی

1- Stanley Messer  
3- Dal housie  
5- Stephen E. Finn

2- Allan Abbass  
4- Psychotherapy and the Science of Psychodynamics

کاربردی و حرفه‌ای در دانشگاه راتگرز<sup>۱</sup> در مورد این کتاب این‌گونه نظر می‌دهد: "این کتاب روشن‌ترین و مفیدترین شرح مفصل بالینی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت دوانلو<sup>۲</sup> در بازار کتاب است..."

استفن و. پورجس<sup>۳</sup>، Ph.D.، نویسنده نظریه پلی واگال<sup>۴</sup>، می‌نویسد، "هم‌آفرینی تغییر راهنمایی بینش‌گر و به‌دقت‌نگاشته‌شده است که درمانگر را قادر می‌سازد همپاری‌ای تأثیرگذار بنا کند تا مراجع را به سمت آگاهی از تغییرات زیست‌رفتاری تشکیل‌دهنده احساس رهنمون شود. این کتاب نقشه‌ای است مملو از مثال‌های عالی در مورد نحوه "هم‌آفرینی" اتحاد درمانی، با هدف پایان دادن به رنج مراجع، از طریق ایجاد توان آگاهی از احساسات."

یاک پانکسپ<sup>۵</sup>، پرفسور علوم سلامت حیوانات در دانشگاه ایالتی واشنگتن و نویسنده کتب علوم اعصاب عواطف<sup>۶</sup> (۱۹۹۸) و باستان‌شناسی ذهن<sup>۷</sup> (۲۰۱۲) می‌گوید، "فردریکسون علوم در حال نمو احساسات عاطفی مغز را با پویایی‌شناسی زندگی درونی تلفیق می‌کند و، همچنین، از نحوه سامان‌دهی روابط بالینی تحلیل دقیقی ارائه می‌نماید."

جفری ج. مگناویتا<sup>۸</sup>، Ph.D. و ABPP، ریاست پیشین (۲۰۱۰) شاخه روان‌درمانی انجمن روان‌شناسی آمریکا، مدرس روان‌پزشکی در دانشگاه ییل<sup>۹</sup>، مطالعه این کتاب را برای همه روان‌درمانگران ضروری دانسته است.

مایکل استادتر<sup>۱۰</sup>، Ph.D.، از انستیتو بین‌المللی روان‌درمانی و دانشکده روان‌پزشکی واشنگتن، نویسنده کتاب وجود و موجود: رابطه و زمان در درمان روان‌پویایی معاصر<sup>۱۱</sup>، این کتاب را، هم، درسنامه‌ای رسمی و، هم، یک رهنمود بالینی برجسته قلمداد کرده است.

آنتونیو پاسکال - لئون<sup>۱۲</sup>، Clin. Psych, Ph.D.، مدیر آزمایشگاه تغییر هیجان در دانشگاه ویندزور<sup>۱۳</sup> و از نویسندگان کتاب درمان متمرکز بر هیجان در آسیب‌های روانی عارضه‌دار شده<sup>۱۴</sup> معتقد است که فردریکسون از نظریه روان‌پویایی معاصر پرده برمی‌دارد و آن را، با کلامی ساده، برای درمانگران تمامی رویکردها شرح می‌دهد. در عین حال، این کتاب را فراخوانی می‌داند که خواننده کنجکاو را به مباحث روز در زمینه تلفیق در روان‌درمانی دعوت می‌کند.

سوزان وارشو، بنیان‌گذار انستیتوی دفت<sup>۱۵</sup>، آن را نمایی از استادی دانسته و گفته است که "کاش

---

1- Rotgers

3- Stephen W. Porges

5- Jaak Panksepp

7- Archaeology of Mind

9- Yale

11- Presence and the Present: Relationship and Time in Contemporary Psychodynamic Therapy

12- Antonio Pascual-Leone

14- Emotion Focused Therapy for Complex Trauma

15- Deft Institute

2- Davanloo

4- The Polyvagal Theory

6- Affective Neuroscience

8- Jeffrey J. Magnavita

10- Michael Stadter

13- Windsor



زمانی که برای سامان‌دهی دفاع‌های سریع و سرسخت و واکنش‌های اضطرابی شدید تقلا می‌کردم، این کتاب را داشتم.."(۳)

همان طور که پیشتر ذکر کردم، نقدهای فوق‌بخشی از موارد بسیاری است که در مورد این کتاب ارائه شده است. برای مطالعه تفصیلی‌تر دیدگاه‌های صاحب‌نظران و دست‌اندرکاران روان‌درمانی می‌توانید به پایگاه اینترنتی انستیتوی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده (۳) مراجعه کنید. در اینجا لازم می‌دانم که شخصاً، از دوست و استاد گرامی، جان فردریکسون، به خاطر نگارش این اثر کلاسیک و، همچنین، به خاطر اینکه پیش از انتشار کتاب، فایل پی‌دی‌اف آن را در اختیار من گذاشتند تا مطالعه و ترجمه کنم قدردانی نمایم. ایشان، همچنین، حق‌کپی‌رایت ترجمه فارسی را، رسماً، به بنده واگذار کردند که، از این بابت، بسیار سپاسگزارم. امیدوارم که این ترجمه بتواند مقبول جامعه روان‌درمانگران ایرانی واقع شود. در صورتی که پیشنهاد و انتقادی بر ترجمه وارد است، خوشحال خواهم شد که این جانب را در بهینه‌سازی روزافزون این اثر یاری نمایید.

دکتر عنایت خلیقی سیگارودی  
روان‌پزشک

## منابع سخن مترجم

- (1) Frederickson, Jon; Video presentation of his book, Co-Creating Change: Effective Dynamic Therapy Techniques, on youtube;  
[http://www.youtube.com/watch?v=7G\\_417Vx9eE](http://www.youtube.com/watch?v=7G_417Vx9eE)
- (2) [bma.org.uk/about-the-bma/bma-library/medical-book-awards/medical-book-awards-winners-by-category](http://bma.org.uk/about-the-bma/bma-library/medical-book-awards/medical-book-awards-winners-by-category)
- (3) <http://istdpinstitute.com/co-creating-change/>

## درآمدی بر ترجمه‌پارسی

تابستان امسال، یک دانشجوی ایرانی از من پرسید، "ISTDP چه رابطه‌ای با اسلام دارد؟" من پاسخ دادم، "این درمان مبتنی بر این فرض است که بیمار با یکی شدن با حقیقت هیجانی همین لحظه تغییر شکل می‌دهد." از او پرسیدم، "معنی کلمه اسلام چیست؟" او پاسخ داد، "تسلیم شدن." من تأیید کردم: "بله. تسلیم حقیقت شدن." سپس، از عالم الهیات، سنت توماس اکویناس، جمله‌ای نقل کردم که گفته بود ما هرگز نباید تسلیم انسان دیگری شویم، چون باعث می‌شود او به گناه بیافتد. چرا؟ چون حقیقت، همیشه، فراتر از نظر هر انسانی است. همان طور که عالم الهیات، هانس اورس فون بالتازار، گفت، "معنا فراتر از تفسیر است."

چه در حوزه دین عمل کنیم، چه روان‌درمانی و چه روان‌کاوی عارفانه و یلفرد بیون، همگی داریم به نوای نی‌ای گوش فرامی‌دهیم که، در مثنوی، ما را به پیوستن به حقیقت فرامی‌خواند. این کتاب برخی از راه‌های کمک به بیماران برای پیوستن به حقیقت را توصیف خواهد کرد.

همان‌طور که شاعر بزرگ پارسی، مولوی، اشاره کرده است، جدایی از حقیقت منبع آلام ما است. در این مدل درمان، به بیماران کمک می‌کنیم تا دفاع‌هایشان را ببینند. اما، دفاع‌ها چه هستند؟ روش‌هایی که، به وسیله آنها، در مورد واقعیت و احساساتمان در مورد آن، به خودمان، دروغ می‌گوییم. کودکان یاد می‌گیرند که، برای انطباق حاصل کردن با محیط‌شان، از دفاع‌ها استفاده کنند. اما، این دفاع‌ها، که در ابتدا انطباقی بودند، بعدها، در زندگی، باعث رنج و نشانه‌های بیمار می‌شوند. وقتی به بیماران کمک می‌کنیم تا دروغ‌هایشان را ببینند و از آنها رویگردان شوند، حقیقت هیجانی می‌تواند، درونشان، بیدار شود. به عبارتی، با یکی شدن با حقیقت هر لحظه، به بیماران کمک می‌کنیم که التیام پیدا کنند.

شاید تصادفی نباشد که یک ایرانی، یعنی حبیب دوانلو، بنیان‌گذار این رویکرد، این‌قدر بر حقیقت تأکید داشته است. این جزو ارزش‌های فرهنگ ایرانی است، که قدمتی چند هزار ساله دارد. باعث افتخار بسیار است که می‌بینم این کتاب توسط عنایت سیگارودی به پارسی ترجمه شده است. بدین‌سان، گفتگوی متفکران مختلف، اعصار گوناگون و سرزمین‌های متفاوت، سوار بر کاروانی که رهسپار سرای حقیقت است، ادامه خواهد یافت.

جان فردریکسون

## تقدیر و تشکر

کتابی با این وسعت، به حق، کار یک مجموعه است، چرا که افراد زیادی مرا در طول راه یاری کردند. میل دارم از بروس آموز، جول بنت استنزل، جیم براون، توماس براد، لیندا کمپبل، ف. بارتون اوانس، جو گورین، جین ایساکسون، نت کوهن، آلن لارسن، مورین لایون، تام ماروپ، الگا و مایکل میرسون، توبیاس نیکویست، مونرو پری، آلی راسل، مونیکا اورو، سوزان وارشو و تور ونبرگ برای روخوانی و اظهارنظرهای انتقادی در مورد فصول کتاب تشکر کنم. روان بلکمون، به دلیل پیاده کردن نوارهای ویدیو و تحقیقات کتابخانه‌ای، شایسته تقدیر است. موریس جوزف، به علت همیاری در تحقیق شایسته تقدیر است. درعین حال، مایل‌ام از سوزان کونکل، به علت پیاده کردن نوارهای ویدئو، تشکر کنم. و سپاس از پنه‌لوپه برت، که برای کتاب تحقیق انجام داد و کل کتاب را نقادی کرد. از لیندا گیلبرت، کارولین آموز و دیان بیستر، که ایضاً کل کتاب را خواندند و نقد کردند، تشکر ویژه می‌کنم. و البته، مایل‌ام از شاگردانم، که پرسش‌هایشان باعث شد عمیق‌تر و دقیق‌تر فکر کنم، تشکر کنم. سؤالات آنها همیشه در رشد من مؤثر بوده است. اگر کسی از افرادی را که به من کمک کرده‌اند از قلم انداخته‌ام، لطفاً سپاس مرا بپذیرد.

بسیار خوش‌اقبال بوده‌ام که در دانشگاه روان‌پزشکی واشنگتن ماوایی روشنفکر داشته‌ام و از همه اساتید و ناظرانم در آنجا سپاس گذارم. همان‌طور که مارتین بویر گفت، «آنجا جایی است که بحث روی هر سؤالی آزاد است.» به‌ویژه، میل دارم از گوردون کیرشنر، استاد، دوست و همکارم، که مظهر آرمان کنجکاوای روشنفکرانه و کمال است، و راجل ماینر، که حمایت‌هایش در مقام استاد الگوی من بوده است، قدردانی کنم. و سپاس از آنی استفانسکی که این مدل درمان را به من معرفی کرد.

بی‌شک، این کتاب نوشته نمی‌شد، اگر نبود نظارت و آموزش‌هایی که از بنیان‌گذار روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، حبیب دوانلو، گرفتم. درعین حال، از آموزش‌ها و سخنرانی‌های همکاران و دوستانم، آلن عباس، آلن کالین، روبرت نبورسکی و جوزت تن‌هاو دولایبیج، به‌غایت، بهره برده‌ام. و اگر به خاطر ارتباطم با تری شلدون و بیاتریز وینستلی نبود، تحقیقاتم روی پردازش لحظه‌به‌لحظه، هیچ‌گاه، به چیزی که امروز هست بدل نمی‌شد. بیشترین سپاس را باید نثار دوست عزیز، استاد، ناظر و همکارم، پاتریشیا کاگلین، کنم، که نظارتش بر من، طی سال‌ها، دید من را نسبت به اینکه روان‌درمانی چه می‌تواند باشد عوض کرد.

و در آخر، از همسر، کات، عمیقاً سپاسگزارم، که بدون او ذره‌ای از این امر محقق نمی‌شد.

# مقدمه

## روان‌درمانی پویشی

وارد مطب شیک شدم و چشمم به نقاشی‌های روی دیوار دوخته بود. روانکاو با من دست داد. نشستیم و او مصاحبه را آغاز کرد. او گفت که باعث خرسندی او و همکارانش است که من برای روانکاو شدن به انستیتو درخواست داده‌ام، اما آنها فقط یک نگرانی دارند: "با توجه به حجم ضربات روانی در سابقه شما، مطمئن نیستیم که قابل تحلیل باشید."

شوکه شده بودم. بر اساس اینکه در گذشته چه به من روا شده بود مورد قضاوت قرار گرفته بودم، نه بر اساس آنچه که من، در پاسخ، انجام داده بودم. چیزی که بر من روا شده بود ربطی به من نداشت. من فقط تصادفی در مکانی قرار گرفته بودم که چیزهای بد اتفاق افتاده بود. روانکاوان داشتند به بخش غیرشخصی موضوع نگاه می‌کردند، نه به من، به شخص من.

در مصاحبه‌های بعدی، بیشتر روانکاوان در مورد ضربات روانی موجود در سابقه من سؤال کردند، اما هیچ‌یک نپرسید، "چطور به اینجایی که امروز هستید رسیدید؟" "چطور بر این مسائل غلبه کردید و این پیشرفت‌ها را به دست آوردید؟" خلاصه، هیچ‌کدام سؤال نکرد که من چه کار کردم، فقط پرسیدند که بقیه با من چه کردند.

وقتی بر مبنای چیزی که بر من روا شده بود در مورد قضاوت کردند، برای اولین بار کم‌کم به خاطر کارهایی که، با وجود آن گذشته، انجام داده بودم احساس غرور کردم. مثل هرکس دیگری، من هم باید در طول زندگی تصمیماتی می‌گرفتم تا بر موانع گذشته‌ام غلبه کنم. حالا، از قدرت اراده (رنک ۱، ۱۹۲۶)، که با آن خودمان را می‌سازیم (بردیایف<sup>۲</sup>، ۱۹۴۴) و به زندگی‌مان معنا می‌بخشیم (فرانکل<sup>۳</sup>، ۱۹۵۹)، درک جدیدی داشتم.

سرانجام اینکه، این تجربه موهبتی بود، چرا که تنش بنیادی حوزه روان‌درمانی، بین جبر و اختیار، را نمایان‌تر کرد. بیماران نزد ما می‌آیند چون اختیارشان را برای به عهده گرفتن خویش‌آفرینی از دست داده‌اند. آنها، تا حدودی، به وسیله دفاع‌هایی که از آن آگاه نیستند، به صورت جبری، هدایت می‌شوند. آنها می‌دانند که از زندگی چیز دیگری می‌خواهند، اما قادر نیستند ببینند که چه چیزی

1- Rank  
3- Frankl

2- Berdyaev

اختیارشان را مهار کرده است. تکلیف ما درمانگران این است که به آنها کمک کنیم تا اختیارشان را در عشق ورزیدن، زندگی کردن و خلق زندگی‌ای با اهمیت بازبندند. سخت نیست، اگر گذشته، تشخیص‌ها و وراثت‌شان را، به غلط، عواملی بپنداریم که کل زندگی‌شان را تعیین می‌کند. اما، آن وقت، با پندارهایی مرده طرف هستیم، نه اشخاص زنده. تکلیف اصلی ما این است که این عوامل تعیین‌کننده جبری را تشخیص دهیم و، درعین حال، ظرفیت خویش‌آفرینی بیماران را برای عاملیت داشتن به جنبش درآوریم.

اعمالی که توسط آنها زندگی و معنایمان را خلق می‌کنیم چیزی است که این کتاب به آن می‌پردازد. اعمال ما می‌تواند زندگی‌ای زیبا، مملو از معنا، خلق کند یا به زندگی‌ای یأس‌آور، مملو از رنج، منجر شود. در هر لحظه از درمان، ما با یک انتخاب مواجه هستیم: با زندگی درونی‌مان روبه‌رو شویم یا از خودمان بگریزیم، تکلیف درمان را به عهده بگیریم یا از آن اجتناب کنیم. وقتی از زندگی درونی‌مان می‌گریزیم، رنج می‌آفرینیم. معمولاً، آگاهانه دنبال رنج نیستیم، اما ممکن است به‌طور خودکار درگیر اعمالی شویم که آن را ایجاد می‌کنند. وظیفه ما درمانگران این است که به بیماران کمک کنیم ببینند که چگونه به خودشان صدمه می‌زنند تا، به این ترتیب، بتوانند رنج را متوقف کنند. برای این منظور، باید بفهمیم که چه چیزی باعث رنج می‌شود.

از بودا در هزاران سال قبل تا دانشمندان علوم اعصاب در حال حاضر، افراد سعی کرده‌اند به این سؤال پاسخ بدهند. درمانگران شناختی می‌گویند به خاطر شناخت‌های غیر انطباقی است که رنج می‌کشیم. درمانگران معطوف به هیجان می‌گویند به خاطر احساسات اجتناب‌شده است که دچار رنج می‌شویم. روانکاوان می‌گویند به علت تعارضات حل نشده و واکنش‌های انتقال در روابط است که دچار رنج می‌شویم. طبیبان بدن<sup>۱</sup> می‌گویند رنج می‌کشیم، چون گرایش به اعمال انطباقی در بدن منجمد شده است. رفتاردرمانگران می‌گویند به دلیل مجموعه‌ای از رفتارهای غیر انطباقی است که دچار رنج می‌شویم. درمانگران ذهن‌آگاهی<sup>۲</sup> می‌گویند به این خاطر رنج می‌کشیم که قادر نیستیم، در هر لحظه، به تجربه‌مان توجه کنیم. و بودا؟ او گفت رنج می‌بریم، چون در برابر واقعیت مقاومت می‌کنیم.

همه این پاسخ‌ها و درمان‌ها وجود دارند و به بیماران کمک کرده‌اند. حالا، حوزه روان‌درمانی، پس از پشت سر گذاشتن اولین سده‌اش، دارد دستخوش انقلابی علمی می‌شود (کوهن،<sup>۳</sup> ۱۹۷۰). بالینگران، در بسیاری موارد، متوجه شده‌اند که، برای درمان، نیازمند مدلی تلفیقی هستیم. این کتاب نظریه‌ای تلفیقی و مدلی از مداخله را که بر سنجش لحظه‌به‌لحظه نیازهای بیمار مبتنی است ارائه خواهد کرد.

## ماهیت رنج

برای شروع، ابتدا باید به این پرسش زیربنایی پردازیم: چرا رنج می‌کشیم؟ فقط با فهم رنج است که می‌توانیم مدل یکپارچه‌ای را برای درمان آن تکوین کنیم. و برای فهم رنج، باید فرق بین درد<sup>۱</sup> و رنج<sup>۲</sup> را بفهمیم. در زندگی، درد اجتناب‌ناپذیر است. کسانی را که دوست داریم خواهند مرد و هرچه را که داریم از دست خواهیم داد، چه قبل از مرگ و چه در لحظهٔ مرگ. می‌توانیم به درد اجتناب‌ناپذیر زندگی به دو شیوه پاسخ گوئیم. فردی که دلش شکسته و از عشق دست کشیده است، در نهایت، دلش تهی خواهد شد. فردی که دلش شکسته است و عشق ورزیدن را ادامه می‌دهد قلبی سرشار دارد، با این آگاهی که عاشق هر که باشیم، روزی، به علت مرگ یا ترک او را از دست خواهیم داد. این است که فقط دو نوع قلب داریم: قلب‌های تهی و قلب‌های عاشق. شهادت می‌خواهد که با فقدان‌های اجتناب‌ناپذیر مواجه شویم و، باین‌وجود، باز هم عاشق و پذیرای زندگی بمانیم.

واقعیت فقدان و یأس در بطن هر رابطه‌ای تنیده شده است. هریک از ما، در زندگی، از هر کس چیزی می‌خواهیم. باین‌حال، کسانی که دوستشان داریم می‌توانند یکی از این سه کار را انجام دهند: وفای به عهد، درنگ، دل شکستن. نمی‌شود که آنها همیشه همان چیزی را بخواهند که ما می‌خواهیم و حتی اگر بخواهند چیزی را که ما می‌خواهیم به ما بدهند، شاید توانش را نداشته باشند. تعارض بین امیال و واقعیت در ذات وجودی انسان ریشه دارد. بنابراین، با استفاده از دفاع‌ها، از درد زندگی دوری می‌کنیم، که باعث رنج ما می‌شود. ما به‌جای مواجه شدن با واقعیت، از آن اجتناب می‌کنیم و دیگر قادر نمی‌شویم که به شکلی تأثیرگذار با آن برخورد کنیم. این است که بودا گفت رابطهٔ ما با امیال منبع رنج است: میل به داشتن چیزی که نمی‌توانیم داشته باشیم، چیزی که در واقعیت وجود ندارد، باعث رنجمان می‌شود. وقتی امیالمان با واقعیت برخورد کرد، می‌فهمیم مردم چیزی را که ما می‌خواهیم نمی‌خواهند، آنها نمی‌توانند همیشه چیزی را که ما می‌خواهیم به ما بدهند، و خیال ما با واقعیت فرق می‌کند.

در پاسخ، ما احساسات و اضطراب را تجربه می‌کنیم. می‌توانیم با همهٔ احساسات و اضطراب برانگیخته شده توسط واقعیت مواجه شویم، به‌طوری‌که بتوانیم با آن انطباقی برخورد کنیم. یا می‌توانیم از روبه‌رو شدن با واقعیت و احساساتمان اجتناب کنیم. به هر روی، اجتناب رنج به بار می‌آورد. درد فقدان، ناخوشی و مرگ غیرقابل اجتناب است، اما رنج ناشی از دفاع‌هایمان به انتخاب ما بستگی دارد - اگر یاد گرفته باشیم که آنها را ببینیم و با آنها مقابله کنیم.

منظور ما از دفاع چیست؟ دفاع‌ها روش‌های مقاومت ما در برابر واقعیت و احساسات برخاسته در پاسخ به آن هستند. ما از طریق افکار غیر انطباقی (شناخت درمانی)، رفتارها (رفتاردرمانی)، الگوهای

رابطه‌ای (روانکاو، شناخت درمانی و رفتاردرمانی)، یا توجه نکردن (درمان ذهن‌آگاهی) از احساسات اجتناب می‌کنیم.

وقتی برای اجتناب از واقعیت از دفاع استفاده می‌کنیم، نمی‌توانیم با واقعیت، به صورت تأثیرگذار و کارآمد، برخورد کنیم. اگر با افکار خودانتقادی از احساساتمان اجتناب کنیم، افسرده می‌شویم. وقتی برای اجتناب از واقعیت و احساسات از دفاع‌ها استفاده می‌کنیم، تماسمان را با زندگی و خودمان از دست می‌دهیم. اگر از طریق رفتارهای اجتنابی از احساسات اجتناب کنیم، روابطمان به شکست می‌انجامد. مردی که به سایر افراد فرافکنی می‌کند از روابط عذاب‌آور و زندگی در تنهایی رنج می‌برد. زنی که از شوهرش، به خاطر کتک زدنش، شکایت دارد خودش را در ازدواجی آزارنده گرفتار کرده است. معلوم می‌شود که بودا راست می‌گفت. دفاع‌ها، یعنی مقاومت ما در برابر آنچه وجود دارد، موکد نشانه‌ها و مشکلاتمان هستند.

## علیت

دیدیم که در زندگی درد اجتناب‌ناپذیر است، اما رنج ناشی از دفاع‌ها در اختیار ما است. پس، بیایید علیت رنج را بررسی کنیم. اول، محرکی از دنیای واقع احساساتمان را تحریک می‌کند (داماسیو<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹، س. فروید<sup>۲</sup>، ۱۹۲۳، لِدو<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸). ما می‌توانیم با احساسات و اضطرابمان روبه‌رو شویم، تا با واقعیت به شکلی تأثیرگذار برخورد کنیم (هارتمان<sup>۴</sup>، ۱۹۶۴)؛ یا می‌توانیم، از طریق دفاع‌ها، که نشانه‌ها و مشکلات را باعث می‌شوند، از احساسات و اضطرابمان اجتناب کنیم (س. فروید، ۱۹۲۳). به‌عنوان نمونه، مردی به نامزدش حرف‌های زشتی می‌زند (محرک). در پاسخ، نامزدش احساس عصبانیت می‌کند. اما، او در میان اشخاصی رشد کرده است که ابراز خشم او را محکوم کرده‌اند. پس، به‌جای عصبانی شدن از نامزدش، مضطرب می‌شود. او، به‌جای استفاده از خشمش برای جلوگیری از بدرفتاری کلامی نامزدش، با دفاع‌ها خشمش را پس می‌زند. او این‌گونه دلیل تراشی می‌کند: "عصبانی بود، چون رئیسش بهش ترفیع نداد." او، با گفتن "حقم بود، چون کار احمقانه‌ای کردم،" خشمش را به خودش برمی‌گرداند. این دفاع‌ها نشانه‌هایش را خلق می‌کنند: او، با برگرداندن خشم به سمت خودش، افسرده می‌شود و، با دلیل تراشیدن برای احساساتش و کم اهمیت شمردن آنچه نامزدش انجام داده است، همچنان پایبند مردان بدرفتار باقی می‌ماند. گذشته از همه، به خودش می‌گوید که بدرفتاری کلامی نامزدش "خیلی هم ناجور نبود."

چطور به او کمک می‌کنیم؟ اول، باید پیدا کنیم از چه رنج می‌کشد. این کار را با پرسیدن اینکه

1- Damasio  
3- LeDoux

2- S. Freud  
4- Hartmann

می‌خواهد برای چه مشکلی به او کمک کنیم انجام می‌دهیم. بعد، در مورد مسائلش، خاستگاه و تاریخچه‌شان می‌پرسیم.

پاسخ‌هایش چیزهای زیادی به ما می‌گوید. شاید به پرسش‌هایمان به‌سادگی پاسخ بگوید. شاید، به محض اینکه زندگی درونی‌اش را با ما در میان بگذارد، در سیلاب اضطراب گرفتار آید. حتی ممکن است ادعا کند که اصلاً مشکلی ندارد! هر پاسخی بدهد خوب است. این پاسخ‌ها به ما می‌گویند که در چه زمینه‌ای به کمک نیاز دارد، و توان او برای هم‌آفرینی رابطه‌ای برای تغییر در چه حد است. وقتی مشکل بیمار را مرور کردیم و او به اراده‌اش به کندوکاو آن اقرار کرد، یک مثال خاص از مشکلش را کنکاش می‌کنیم تا تصویر واضحی از آنچه باعث مشکل شده است به دست آوریم.

هنگام کنکاش، الگوی شگفت‌آوری در درمان رخ می‌دهد. بیمار برای کمک گرفتن به مطب شما می‌آید، اما، به محض اینکه مشکلش، اراده‌اش به کنکاش آن یا یک مثال خاص را جویا می‌شوید، اغلب مضطرب می‌شود (س. فروید، ۱۹۲۶، آفریود، ۱۹۳۶) و از دفاع‌ها استفاده می‌کند (س. فروید، ۱۹۲۳). چرا؟ متأسفانه، اکثر بیمارانی که خواستار درمان هستند در روابط قبلی آسیب دیده‌اند. آنها یاد گرفته‌اند که نزدیکی و درد دل کردن باعث درد می‌شود (بولبی<sup>۱</sup>، ۱۹۷۳، ۱۹۸۰). بیماران کمک می‌خواهند، اما اضطرابشان هشدار می‌دهد که این رابطه، مثل روابط قبلی، می‌تواند باعث درد شود. بنابراین، بیماران برای اجتناب از در میان گذاشتن احساسات، امیدها و امیالشان، از دفاع‌ها استفاده می‌کنند. ما این الگوی احساس - اضطراب - دفاع را مثلث تعارض می‌نامیم (مالان<sup>۲</sup>، ۱۹۷۹) (تشریح مثلث تعارض را در فصل ۵ ببینید).

هر تعارضی که باعث نشانه‌های بیمار می‌شود به شکل زیر است: (۱) بیمار احساس درد دارد، (۲) او، به‌طور خودکار، به‌صورت فیزیکی در بدنش دچار اضطراب می‌شود، (۳) لحظه‌ای بعد برای پس زدن آن احساس از دفاع استفاده می‌کند و (۴) آن دفاع نشانه‌ها و مشکلات فعلی را خلق می‌کند. با هر جمله‌ای که بیان می‌کنید بیمار را به هم‌آفرینی رابطه‌ای برای تغییر دعوت می‌کنید. با در میان گذاشتن احساسات، بیمار جرئت کرده است که، بر مبنای نزدیکی هیجانی، رابطه‌ای برای تغییر بنا کند. با مضطرب شدن یا در میان گذاشتن دفاع، بیمار، ناخواسته، رابطه‌ای قبلی را بازآفرینی می‌کند. اضطراب و دفاع‌هایش مشکلی نیست که به درمانگر برگردد. اینها تاریخچه‌ی رنج بیمار هستند، چیزی که او تلویحاً از شما می‌خواهد علاج کنید.

اگر بیمار احساسی را بیان کند، ترغیبش می‌کنیم آن احساس را عمیق‌تر حس کند، تا به ریشه‌ی مسائلش برسیم. اگر خیلی مضطرب باشد، اضطرابش را تنظیم<sup>۳</sup> می‌کنیم و، بعد، احساسش را کندوکاو می‌کنیم. اگر از دفاع استفاده کند، به او کمک می‌کنیم دفاع و عوارضش را ببیند، به‌طوری‌که بتواند از آن



دست بردارد و با احساسش روبه‌رو شود. اینها سه اصل پایه همه مداخلات روان‌درمانی هستند. اگرچه اصول ساده‌اند، کاربردشان، همان‌طور که باقی کتاب نشان خواهد داد، می‌تواند پیچیده باشد.

وقتی بیماران با اضطراب یا دفاع پاسخ می‌دهند، ما این انحراف از مسیرها را دنبال نمی‌کنیم. در عوض، هر انحراف از مسیر را شناسایی و از بیمار دعوت می‌کنیم روی احساسش متمرکز شود. حفظ تمرکز مداوم روی احساسات یکی از مهم‌ترین مهارت‌هایی است که درمانگران باید یاد بگیرند: احساسات بیانگر انگیزه‌ها و سائق‌های اصلی ما هستند (تامکینز<sup>۱</sup>، ۱۹۶۲). بدون آنها قطب‌نمایی نداریم که به ما نشان دهد در زندگی کجا می‌خواهیم برویم (پ. کاگلین<sup>۲</sup>، مکالمه شخصی).

بیاید از یک قیاس استفاده کنیم. فرض کنید داشتیم به شما رانندگی یاد می‌دادم و شما رفتید توی نهر کنار جاده. من می‌گویم، "می‌شه فرمون بچرخونید، که برگردیم تو جاده و مسیر ادامه بدیم؟" شاید شما بگویید، "من می‌خوام برم تو نهر!" من جواب می‌دهم، "میل میل شماست، اما تا وقتی که تو نهر برویید، به مقصدتون نمی‌رسید." اگر به من بگویید که رانندگی در نهر کنار جاده تنها راه شماست، من خواهم گفت: "این راه شما نیست، بلکه مسیریست که ماشیتون توش می‌رونید. می‌گید می‌خواید ما رو ببرید شمال، سمت نیویورک، اما عادت دارید تو نهر، به سمت ساحل و بعد به اقیانوس بروید. اگه این‌جوری رانندگی کنید، گیر می‌افتیم و به نیویورک نمی‌رسید." اگر بیمار به سمت مسیر انحرافی اضطراب رفت، اضطرابش را تنظیم کنید و، بعد، به تمرکز روی احساسش برگردید. اگر بیمار به سمت مسیر انحرافی دفاع رفت، کمک کنید دفاع را ببیند، از آن دست بردارد و به تمرکز روی احساسش برگردد. اگر او تغییر مسیر به سمت اضطراب و دفاع را ادامه دهد، به اهدافش در درمان دست نخواهد یافت.

## ارتباط بین رنج و تکلیف درمانی

همان‌طور که تمرین‌های ذهن‌آگاهی نشان داده‌اند، موضوع این نیست که هرازچندگاهی از واقعیت یا احساساتمان اجتناب کنیم (سفران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). ما لحظه‌به‌لحظه، در تمام روز، رنج‌ها و نشانه‌هایمان را می‌آفرینیم. بنابراین، لحظه‌به‌لحظه، باید به بیمار کمک کنیم تا دفاع‌هایی را که موکد رنج او هستند، ببیند. شاید بتوان درمان را نوعی مراقبه ذهن‌آگاهی هدایت شده دانست. ما به بیمار کمک می‌کنیم تا به واقعیت این لحظه، تجربه درونی‌اش، توجه کند. هر بار که او، با استفاده از دفاع، زندگی درونی‌اش را نادیده می‌گیرد، به او کمک می‌کنیم دفاعش را ببیند و به احساسش برگردد. وقتی از دفاعش دست برداشت، دفاع‌ها دیگر باعث رنج‌اش نمی‌شوند و او از خودش آگاه می‌شود. هر بار که او به واقعیت

1- Tomkins  
3- Safran

2- P. Coughlin

این لحظه توجه می‌کند، بیشتر موجود<sup>۱</sup> می‌شود (آیگن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸). و با حقیقت هیجانی آن لحظه هم‌نوا می‌شود (بیون<sup>۳</sup>، ۱۹۷۰).

به این منظور، بیمار باید دفاع‌هایش را کنار بگذارد و با احساساتی که از آنها می‌ترسد و اجتناب می‌کند روبه‌رو شود. از طریق این دو گزینه، بیمار با درمانگر متحد می‌شود تا رابطه‌ای را به‌منظور تغییر هم‌آفرینی کند: اتحاد درمانی.

با چنین درکی از علیت، تکلیف درمانی مشخص می‌شود: به بیمار کمک کنید دفاع‌هایی را که باعث رنج او می‌شوند ببیند و کنار بگذارد. با حس کردن احساساتش تا عمیق‌ترین حد ممکن، او قادر خواهد بود آنها را به سمت اعمال انطباقی کانالیزه کند، و در مورد علل نخستین استفاده از این دفاع‌ها پیش‌پیدا خواهد کرد.

در هر جلسه درمان، با توالی زیر مواجه هستیم: (۱) درمانگر از بیمار دعوت می‌کند رابطه نزدیک‌تری برقرار کند، (۲) بیمار احساسی دارد، (۳) او مضطرب می‌شود، (۴) از دفاع استفاده می‌کند و (۵) نشانه یا مشکل مطرح شده را تجربه می‌کند. این توالی، هر بار که خواستار رابطه‌ای نزدیک‌تر شوید، اتفاق می‌افتد؛ هر بار، حتی تا ۱۵۰ بار در یک ساعت! با این دیدگاه، نمی‌گوییم بیمار افسردگی "دارد." در عوض، می‌گوییم دفاع‌ها، تمام روز، افسردگی‌اش را ایجاد می‌کنند و تداوم می‌بخشند.

این به ما امید می‌دهد که، اگر بتوانیم هر دفاعی را که بیمار را اذیت می‌کند متوقف کنیم، و به او کمک کنیم که آن را ببیند و کنار بگذارد، نشانه‌ها کاهش یابند و ناپدید شوند. از این نقطه‌نظر، قطع دفاع‌ها نوعی شفقت نسبت به بیمار است. (س. وارشو<sup>۴</sup>، مکالمه شخصی). همیاری با دفاع‌های بیمار او را می‌آزارد. بگذارید یک مثال بزنم.

یک روز خانمی در جلسه‌اش حاضر نشد. فکر کردم شاید توی راهرو باشد. رفتم بیرون، و البته، او آنجا بود؛ نشسته بود روی زمین و داشت با چاقو مچ دستش را می‌زد و به چکیدن قطرات خون روی کپه‌ای دستمال کاغذی روی زمین نگاه می‌کرد. چاقو را از او گرفتم و به داخل مطب هدایتش کردم. هر دفاع زخمی است بر روح. اگر این دفاع‌ها مسدود نشوند، بیمار ممکن است با هزاران زخمی که بر خود وارد می‌کند، بمیرد. در این مدل درمان، همراه با بیمار، بر علیه دفاع‌هایی که موجب رنج او می‌شوند، موضع محکمی اتخاذ می‌کنیم.

ما، با کمک به بیمار برای کنار گذاشتن دفاع‌هایش، به او کمک می‌کنیم که خودش و زندگی درونی‌اش را بپذیرا باشد. خلاصه اینکه، با نشان دادن محبت خودمان نسبت به او، به او کمک می‌کنیم به خودش محبت داشته باشد. سیگموند فروید در یکی از نامه‌هایش به کارل یونگ<sup>۵</sup> نوشت،

1- present  
3- Bion  
5- Carl Jung

2- Eigen  
4- Warshow

"روانکاوای شفا از راه عشق است" (فروید و یونگ، ۱۹۹۴). و اینکه عشق مظهر ایمان است. همان‌طور که یک‌بار بیماری به من گفت، "شما، زیر اون همه آشفتگی و دفاع، دیدید من کی هستم، قبل از اینکه بدونم اونجا یه منی هست که باید پیدا بشه." ما، با توجه مداوم به زندگی درونی بیمار و مسدود کردن دفاع‌هایی که دورش حلقه زده‌اند، زندگی درونی بیمار را در آغوش می‌کشیم و او را نیز به همین کار ترغیب می‌کنیم.

در این کتاب فنون زیادی را برای کمک به بیماران خواهید آموخت. فنون، اغلب، به روش‌هایی که با آن در شیئی دخل و تصرف می‌کنیم اطلاق می‌شوند. در مقابل، فنون روان‌درمانی شیوه‌های ارتباط برقرار کردن با بیمار برای نشان دادن عشق و محبت ما هستند. فنون، صرفاً، شیوه‌های "انجام کار" نیستند، بلکه روش‌های "با هم بودن" اند. توجه مداوم ما به احساسات بیمار مبین اعتقاد ما به این است که او حق دارد از دفاع‌هایی که باعث تداوم رنج‌اش می‌شوند خلاص شود. سپس، او می‌تواند مسیر خودآفرینی را، که خود شخصیت است، در پیش بگیرد (بردیائف، ۱۹۴۴).

برای شروع سفر روان‌درمانی، باید مشکلات مطرحه بیمار را کندوکاو کنیم تا در مورد مشکل، علل آن و تکلیف درمانی، که مشکل را حل خواهد کرد، به توافقی برسیم. اما، برای این کار لازم است درمانگر بفهمد که چطور احساسات را کندوکاو کند، اضطراب را تنظیم نماید، دفاع‌ها را شناسایی کند و بیمار را بسنجد. فقط با این ابزارهاست که درمانگر قادر می‌شود، به‌صورتی تأثیرگذار، اتحاد درمانی خودآگاه ایجاد کند. پس، بیایید با یادگرفتن نحوه کنکاش احساسات کار را شروع کنیم.

## مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود

- Abbass, A., Town, J., and Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: A systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(2), 97–108. <http://www.istdpinstitute.com/resources/>.
- Coughlin Della Selva, P. (1996). The integration of theory and technique in Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy. In *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Theory and Technique* (pp.1-25). New York: Wiley.
- Malan, D., Coughlin Della Selva, P. (2006) Empirical support for Davanloo's ISTDP. (Pp. 34–74). In *Lives Transformed: A revolutionary method of dynamic psychotherapy*. London: Karnac.
- Neborsky, R. (2001) Davanloo's method of intensive short-term dynamic psychotherapy. In M. Solomon, R. Neborsky, L. McCullough, M. Alpert, F. Shapiro, and D. Malan (Eds.) *Short-term therapy for long term change* (pp. 16-53). New York: W. W. Norton.

## ویدیوهای توصیه‌شده

برای آگاهی از نحوهٔ تکوین اتحاد درمانی، که توسط جان فردریکسون به صورت ویدیو ارائه شده است، به آدرس‌های اینترنتی زیر مراجعه کنید.

*Intensive short-term dynamic psychotherapy part 1* (October 5, 2011), <http://www.youtube.com/watch?v=cKzmk2-xnzY&feature=plcp>.

*Intensive short-term dynamic psychotherapy part 2* (October 5, 2011), <http://www.youtube.com/watch?v=dK2x906ptWA>.

*Intensive short-term dynamic psychotherapy part 3* (January 18, 2012), <http://www.youtube.com/watch?v=sDmVgokayPVkw&feature=relmfu>.

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<sup>۱</sup> نامیده می‌شوند به جنبش درمی‌آیند. (داروین<sup>۲</sup>، ۱۸۷۲، پانکسپ<sup>۳</sup>، 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<sup>۴</sup> نام بگذاریم. از نظر سوپرتکیو، آگاه شدن از احساساتمان به ما حس خویشتن<sup>۵</sup> جوهری<sup>۶</sup> می‌دهد (داماسیو، ۱۹۹۴، ۱۹۹۹)، که مبنای هویت ما است. از نظر بین سوپرتکیو، احساسات به ما امکان می‌دهند همدیگر را بشناسیم و به هم نزدیک شویم (کلی<sup>۷</sup>، ۱۹۹۶، ناتانسون<sup>۸</sup>، ۱۹۹۶). در واقع، 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<sup>۹</sup> تجمیعی<sup>۱۰</sup> نوع بشر مرتبط می‌شویم (تروارتن<sup>۱۱</sup>، 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

به طوری که 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 بر نمی‌انگیزند؛ اضطراب و دفاع این کار را انجام می‌دهد (شور<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). درمان به بیماران کمک می‌کند از دست دفاع‌هایشان خلاص شوند، به طوری که بتوانند با احساساتشان مواجه شوند. با فراگیری "احساس کردن و رفتار کردن" (فوشا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰)، آنها می‌توانند احساساتشان را، به جای هدایت کردن به سمت دفاع‌های غیر انطباقی، به سمت اعمال انطباقی هدایت کنند.

به ظاهر، هر کسی می‌داند احساسات چیست. فرض کنید از بیماری می‌پرسید، "به خاطر اینکه نامزدتون زده تو صورتتون، چه احساسی بهش دارید؟" این خانم ممکن است یکی از گفته‌های زیر را به عنوان 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."<sup>۳</sup>
- "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، جزء به جزء، 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<sup>۴</sup>. بیمار، به جای 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<sup>۵</sup> است. بیمار سعی دارد دلیل اینکه نامزدش او را زده است توضیح دهد، نه اینکه احساسش نسبت به او را به خاطر 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 نداشته‌تون 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، به طوری که 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<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۵، ۱۹۹۶). جهت دستیابی به این معرفت‌نفس<sup>۲</sup>، 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 به صورت ناخودآگاه محیط را می‌سنجد. این پیغام به سیستم لیمبیک<sup>۳</sup> 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 احساس بخوانند.

محققان هیجان<sup>۴</sup> شش احساس پایه را یافته‌اند: عصبانیت، ترس، انزجار، غم، حیرت و شادی (اکمان<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳، ایزارد<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴، تامکینز، ۱۹۶۲). این احساسات منحصر به فرد هستند، چون با حالات خاص چهره انسان در سراسر دنیا (اکمان، ۱۹۹۲، ۲۰۰۳، کِلتنر<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۳)، فعالیت‌های ویژه سیستم عصبی خودمختار (ANS) (دیویدسون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴، اکمان و دیویدسون، ۱۹۹۴، لونسون<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳) و گرایش به اعمال انطباقی خاص (فrijda<sup>۹</sup>، 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، به‌جای 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 برد. 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 دو ی 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:

دلیل‌تراشی].

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 سرخورده‌گی دارم. [دفاع: محرک را با احساس اشتباه گرفته است].

درمانگر: البته! اون سرخورده‌تون 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].<sup>۲</sup>

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<sup>۳</sup> شدم. [دفاع: کلام فرضیه‌ای].<sup>۴</sup>

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

1- uncomfortable  
3- irritated

2- vagueness  
4- hypothetical speech