

# آنسوی مقاومت

## تکنیک‌های پیشرفته روان‌درمانی

## فهرست مطالب

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

### بخش ۱: فراروان‌شناسی جدیدی برای ناخودآگاه

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

### بخش ۲: کاربرد بالینی

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

فشار: گذر از مقاومت.....	۸۸	فصل ۹
شفاف‌سازی و چالش.....	۹۵	فصل ۱۰
برخورد رودررو.....	۱۰۱	فصل ۱۱
بیمار با مقاومت کم: ورود آزاد.....	۱۱۴	فصل ۱۲
بیمار با مقاومت متوسط: سرداب محصور.....	۱۲۱	فصل ۱۳
بیمار به شدت مقاوم: قلعه دارای استحکامات.....	۱۵۵	فصل ۱۴
مقاومت شدید همراه با واپس‌رانی: زندانی فلج‌شده.....	۲۲۶	فصل ۱۵
ساختار منش شکننده: وحشت در سیاهچال.....	۲۸۷	فصل ۱۶
ساختار منش بسیار شکننده: شکسته و وحشت‌زده.....	۳۸۸	فصل ۱۷
مبانی تجربی روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده.....	۴۲۲	ضمیمه
مطالعه منابع زیر توصیه می‌شود.....	۴۲۹	
فهرست منابع مربوطه.....	۴۳۱	
معرفی مؤلف.....	۴۳۹	

## تقدیر و تشکر<sup>۱</sup>

این کتاب حاصل بیش از بیست سال پژوهش موردی و مطالعه آثار روان‌پزشک ایرانی‌الاصل، دکتر حبیب دوانلو<sup>۲</sup>، و سایر همکاران است. نخستین کسی که می‌خواهم از او قدردانی کنم دکتر دوانلو است، که من را طی بیست سال گذشته آموزش داد و روش‌هایش را طی مدتی بیش از چهل سال ابداع کرد و گسترش داد. از بین سایر پیشگامان روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت، همچنین مایل‌ام از دکتر دیوید مالان<sup>۳</sup>، به خاطر اینکه من را در مسیر تحقیقات و آموزش این روش حمایت و تشویق کرد، تشکر کنم. تشکر بعدی مربوط است به همکاران من در تحقیقات، از هر جنس و نژادی در سراسر دنیا، که افتخار همکاری و آموختن از آنها را داشته‌ام: این شبکه خانواده‌ای بزرگ، صمیمی و حمایت‌گر است.

من این افتخار را داشته‌ام که با بیماران و کارآموزان زیادی کار کنم که، هم‌زمان با پیشرفت‌های خودم، شاهد پیشرفت‌های آنها نیز بوده‌ام و به این واسطه موجبات بهره‌مندی و خوشایندی من را فراهم آورده‌اند. مایل‌ام از تک‌تک شما که به من اجازه دادید تا این سفر را با شما بگذرانم تشکر کنم. بسیاری از شاگردان من از سراسر دنیا حالا آموزگاران فاضل‌اند و من به خودم می‌بالم که جزئی از بالندگی آنها بوده‌ام: همان‌طور که زمانی دیوید مالان برایم نوشت، من "زور بیشتری به بازوهایت" می‌دهم و تو هم به دیگران.

درعین‌حال، می‌خواهم از همکاران بین‌المللی‌ام تشکر کنم که من را ترغیب کردند تا فکرم را گسترش بدهم و اهمیت برخی عوامل خاص را در روند درمان روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در نظر بگیرم. به‌طور اخص، بسیاری از همکاران مدل‌هایی را ابداع کردند که بر اهمیت احساسات مثبت و دلسوزی معطوف به خود در چارچوب درمان صحنه می‌گذارند. این اعلام نظرها و مواردی از این قبیل نحوه تدریس و تعامل من با بیماران را تغییر داد، به طوری که بازتاب آن در این کتاب مشهود است. اگرچه همواره روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و روان‌درمانی در کل را عملی عاشقانه دانسته‌ام، این حقیقت طی پانزده سال گذشته در ذهنم بیشتر شکل گرفته است.

۱. صفحه تقدیر و تشکر ترجمه پارسی با کتاب اصلی تفاوت‌هایی دارد. این تغییرات توسط مؤلف اعمال شده است. (م.)

2. Habib Davanloo

3. David Malan

مایل ام از خانواده دوست داشتنی ام تشکر کنم که به من اجازه دادند تا وقت کمتری را در کنار آنها باشم و بتوانم زمانم را به مسلط شدن بر این رویکرد و اشاعه آن اختصاص دهم. یک تشکر مخصوص هم از جان فردریکسون<sup>۱</sup> دارم که پس از انتشار موفقیت آمیز کتاب هم‌آفرینی تغییر<sup>۲</sup> راهنمایی‌های بسیاری در اختیارم گذاشت. همچنین مایل ام از کسانی که نسخه‌های اولیه این کتاب را بازبینی کردند، شامل همکارانم جیسن الیوت<sup>۳</sup>، دیان نوویسکی<sup>۴</sup>، جول تاون<sup>۵</sup> و خواهرم، نویسنده کتاب لوری گاسلین<sup>۶</sup>، تشکر کنم. در نهایت، از دکتر سیگارودی قدردانی می‌کنم که این کتاب را به فارسی ترجمه کردند.

---

1. Jon Frederickson

2. Co-creating change: (م). این کتاب توسط اینجانب ترجمه و توسط انتشارات ارجمند منتشر شده است.

3. Jasen Elliot

4. Dion Nowoweiski

5. Joel Town

6. Lori Gosselin

## سخن مترجم

آنسوی مقاومت یک کتاب سازمند است؛ به نظرم در بین کتاب‌های ISTDP بیشترین انسجام را دارد، هم به لحاظ محتوایی هم به لحاظ ساختاری. این انسجام دلگرم‌کننده و امیدبخش است: به این رویکرد اعتبار بیشتری می‌دهد.

برداشت پروفیسور آلن عباس از ISTDP تا حدودی شخصی شده و بعضاً از رویکرد دوانلویی، که حالا دوانلو آن را D-ISTDP می‌نامد، فاصله گرفته است. عمده این تغییرات به منظور دربرگرفتن طیف وسیع‌تری از بیماران و متناسب با ضعف‌های بیماران شکننده‌تر اعمال شده است. از سوی دیگر، به نظر می‌رسد که دوانلو، در حال حاضر، بیشتر در پی افزایش عمق درمان و یافتن راه‌هایی برای قفل‌گشایی‌های عمیق‌تر، سریع‌تر و مؤثرتر باشد. گرچه این دو جریان تا حدودی از هم منفک شده است، امیدوارم که در آینده نزدیک شاهد تلفیق‌های کارآمد این جریان‌ها باشیم. به هر روی، هدف نهایی کمک بیشتر به بیماران است و دسته‌بندی‌های متعصبانه و مال من - مال تو کردن‌ها، آن‌چنان که تاریخ علم گواه آن است، دیری نمی‌پاید.

در مورد انتخاب کتاب برای ترجمه، لازم است عرض کنم که این کتاب هم، نظیر هم‌آفرینی تغییر، با پیشنهاد خود مؤلف به فارسی برگردانده شد. ISTDP در ایران کم‌طرفدار نیست: بخش قابل توجهی از دوستان و دنبال‌کنندگان فعال صفحات و سایت‌های اینترنتی مؤلفان و گروه‌های معتبر این رویکرد را ایرانیان تشکیل داده‌اند؛ کارگاه‌های آموزشی تشکیل می‌شود؛ همکاری‌ها هم برای گذراندن دوره‌های آموزش محوری (core training) به اروپا و کانادا رفته‌اند. در چند سال اخیر، همراه با اقدامات جان فردریکسون و انستیتوی ISTDP، هم در فضای مجازی و هم در برنامه‌ها و تورهای آموزشی، روند رشد ISTDP در ایران شتاب بیشتری گرفته است. او بود که برای ترجمه هم‌آفرینی تغییر پیش‌قدم شد و در عین حال درخواست دکتر عباس برای ترجمه این کتاب را او اولین بار مطرح کرد. به این ترتیب، از هر دو استاد تشکر می‌کنم.

در قیاس با هم‌آفرینی تغییر، که از نظر دقت به جزئیات فن سرآمد است، این کتاب ساختار و شمای کلی رویکرد و مفهوم نهایی درمان را روشن‌تر توصیف می‌کند، کاری که از اساتید برجسته هر رشته‌ای بر می‌آید: بر قله نشستن و تماشای گوشه گوشه چشم‌اندازهای دشت. شکی نیست که ISTDP به لحاظ فنی بسیار غنی و حتی اغواگر است، اما هر درمانی هدف‌هایی دارد که بر اصول و فراروان‌شناسی آن مبتنی است. صرف دانستن فنون، دیر یا زود، در عمل به این پرسش منتهی می‌شود که "سرانجام قرار است چه بشود؟" به عبارتی، هدف بر فن مقدم است و برداشت من این است که آنسوی مقاومت با وضوح بیشتری به این پرسش پاسخ می‌دهد.

درخصوص نام کتاب لازم است توضیح دهم که مفهوم آن، در اصل، کنار زدن مقاومت و رسیدن به شخص گرفتار در پس دفاع‌هاست، مفهومی که در متن کتاب با تمثیل نجات دادن زندانی از دست فرمانروای ستمگر توصیف شده است. حقیقت این است که انتخاب عنوانی موجز که به حد کفایت بیانگر این مفهوم باشد با دشواری‌هایی همراه شد و سرانجام پس از کندوکار بسیار، به پیشنهاد جناب دکتر ارجمند، "آنسوی مقاومت" انتخاب شد؛ عنوانی که بیشتر بر هدف تکیه دارد و موجز است، گرچه ایده‌آل نیست. به علاوه، لازم است ذکر کنم که "چفت کردن" هم فن‌واژه‌ای است که بنده به جای bracing انتخاب کرده‌ام و پیش‌تر به کار نرفته است؛ البته این مورد دوم به نظرم تا حد مناسبی گویا است. به هر روی بنا بر سنت همیشگی، از پیشنهادات سازنده شما خوانندگان فرهیخته استقبال می‌کنیم؛ ما را در تصحیح و تعالی این مجلد یاری نمایید.

امید آنکه هرچه بر حق است پاینده و بالنده باد.

دکتر عنایت خلیقی سیگارودی

بهار ۱۳۹۶

## پیش‌گفتار

مفتخرم که این مجلد را تهیه دیده‌ام تا در فهم بیماران سایکونوروتیک و شکننده و همچنین درمان آنها یاری‌گرتان باشد. این بیماران به‌غایت شایع‌اند و اکثر قریب‌به‌اتفاق بیماران مقاوم به درمان در مان‌گاه‌های امراض روانی و درصد زیادی از بیمارانی را که به‌دلیل اختلالات دارای نشانه‌های روانی و فیزیکی، مدت‌های طولانی دارو دریافت می‌کنند شامل می‌شوند. بسیار خوشحال‌ام که ترجمه فارسی کتابم فراهم آمده است، چراکه علاقه و تحقیقات زیادی در زمینه ISTDP در ایران وجود دارد: این ترجمه مرزهای ناشی از تفاوت‌های زبانی را پشت‌سر می‌گذارد.

به‌دلایل متنوع، این افراد مدت‌های مدید رنج می‌کشند و در وضعیتی گرفتار می‌آیند که در آن، بین سیستم‌های از هم جدا و ناهم‌سازِ درمانِ طبی و روانی رفت‌وبرگشت می‌کنند؛ وضعیتی که هزینه‌گزافی را به جامعه تحمیل می‌کند. این رنج مدید، به‌علت ارزیابی‌های سرسری، اعمال غیرضروری طبی و ارجاع دادن‌های مکرر به سایر پزشکان، پنهان می‌شود، به‌طوری‌که هیچ‌کس، به‌جز خود بیمار و خانواده‌اش، در جریان شوربختی مزمن او قرار ندارد. چنین بیماری شاید کارش به زندان یا مرکز نگهداری بکشد یا شاید هم در غار خودش در سکوت رنج بکشد. بعد از اینکه این بیماران سال‌ها محرومیت و سوءرفتار را در کودکی تجربه کردند، سیستم هم‌اغلب تلاش‌های عقیم‌مانده آنان در جهت دل‌بستگی را بازآفرینی می‌کند و باری بر دوش ایشان می‌افزاید.

سرآخر، بیمار نزد شما فرستاده می‌شود. او با خودش یک کامیون بدبختی، نشانه و طیفی از مکانیسم‌هایی را می‌آورد که با آنها فاصله‌اش را با شما حفظ می‌کند و به خودش آسیب می‌زند. وقتی که این چمدان را کشان‌کشان به مطب شما می‌آورد، می‌توانید سنگینی‌اش را حس کنید. او خوش‌شانس است که موفق شده شما را ملاقات کند، حتی اگر فقط چند ملاقات باشد. و این‌گونه کار آغاز می‌شود. چطور می‌توانید باعث شوید دلسوزی و اصلاح را در رابطه با شما تجربه کند، تا بتوانید کمک کنید که باری از روی دوشش بردارد؟ چطور می‌توانید به آن فرد نهفته و زیرین دست پیدا کنید، فردی که بیمار، پیش از همه این مشقت‌ها، قصد داشت به آن برسد؟



در این کتاب، مبانی نظری و گام‌هایی را که برای رسیدن به فرد پنهان زیر مقاومت لازم است با جزئیات مرور خواهیم کرد. پس از چند دهه تحقیقات موردی<sup>۱</sup>، قادر هستیم نمای کلی عناصر اختصاصی درمان را که در این روند یاریتان خواهند کرد شرح دهیم.

چارچوب روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) حول محور عناصر کلیدی مشترک در انواع روان‌درمانی معاصر قرار دارد که از میان آنها می‌توان به استفاده از ویدئو جهت بهبود کیفیت، روش‌های ارزیابی سریع، بازسازی شناختی (در صورت نیاز)، پذیرندگی هیجانی<sup>۲</sup> به میزان زیاد و تمرکز بر همین‌جا و همین‌حالا اشاره کرد. به‌علاوه، این چارچوب شامل فرآیندهای نوینی همچون پایش سیگنال‌های ناخودآگاه در بدن، مدیریت کردن سریع دفاع‌ها، تجربه جسمی هیجانات، و نیروی التیام‌بخش مقتدر یا همان اتحاد درمانی ناخودآگاه<sup>۳</sup> (دوانلو، ۱۹۸۷ a) نیز هست. این عوامل مشترک در روان‌درمانی‌ها، در پیوند با عناصر اختصاصی ISTDP، به‌گونه‌ای یک‌دست درهم تنیده می‌شوند و این امکان را فراهم می‌کنند که با طیف بسیار وسیعی از مراجعین کار کنید. حدود چهل پژوهش منتشرشده نشان می‌دهند که ISTDP می‌تواند برای اکثر بیماران روان‌پزشکی بسیار تأثیرگذار باشد و اینکه فواید آن در پیگیری‌های مدت‌دار باقی می‌ماند (عباس، تاون، دريسن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲، ۲۰۱۳). بنابراین، می‌توان آن را درمانی ورای تشخیص<sup>۵</sup> دانست که احتمالاً بر نواحی‌ای از مغز تأثیر می‌گذارد که در انواع مختلفی از امراض روانی دچار کژکاری می‌شوند. این درمان در بیماران مقاوم به درمان و پیچیده بسیار خوب عمل می‌کند (وینستون<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۴؛ عباس، ۲۰۰۶؛ عباس، شلدون<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ عباس، تاون و برنیر<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳؛ سولباکین<sup>۹</sup> و عباس، ۲۰۱۴). به‌علاوه، عناصر اختصاصی آن، مثل تجربه کردن هیجان و کار روی دفاع‌ها، به پیامد درمان ربط دارند (عباس، ۲۰۰۲ a؛ تاون، عباس و برنیر، ۲۰۱۳؛ جوهانسون<sup>۱۰</sup>، تاون و عباس، ۲۰۱۴). در حال حاضر، پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهند که این درمان مقرون‌به‌صرفه است و بار سنگین هزینه‌هایی را که این بیماران بر دوش سیستم‌های طبی، شغلی و اجتماعی می‌گذرانند جبران می‌کند (عباس و کاتزمن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۳، عباس، تاون و برنیر، ۲۰۱۳).

1. case - based

3. unconscious therapeutic alliance

5. transdiagnostic

7. Sheldon

9. Solbakken

11. Katzman

2. emotional engagement

4. Driessen

6. Winston

8. Bernier

10. Johansson

اگر تازه دارید با این رویکرد آشنا می شوید، امیدوارم که قابل فهم باشد و میزان فن واره های جدید قابل تحمل باشد. اگر زمینه قبلی شناختی رفتاری دارید، ممکن است کمک کند که این رویکرد را نوعی مدل منحصر به فرد مواجهه<sup>۱</sup>، همراه با بازسازی شناختی<sup>۲</sup> و ممانعت از پاسخ<sup>۳</sup> محسوب کنید که بسته به نیاز به کار گرفته می شوند: مواجهه با هیجانات درونی صورت می گیرد و می تواند به فوایدی عمومی منجر شود. اگر از سایر مکاتب روان پویشی می آید، مطمئن ام که عناصر و فرآیندهای محوری آن قدر آشنا هستند که بتوانید به سادگی با اجزای نوظهور و رو به ازدیاد این رویکرد ارتباط برقرار کنید: درمان روان پویشی اثربخش همراه با به جنبش درآوردن سریع ناخود آگاه، از هر مکتب درمانی ای که باشد، عناصر درمانی مشترکی را که در این کتاب توصیف شده است شامل می شود.

در این کتاب انواعی از مداخلات تخصصی را که اثرات عصب زیست شناختی و روان شناختی مختلفی دارند معرفی و توصیف خواهیم کرد. مداخله هایی نظیر چفت کردن<sup>۴</sup> و جمع بندی<sup>۵</sup> جهت تقویت ظرفیت ها به کار می روند، حال آنکه شفاف سازی<sup>۶</sup>، چالش<sup>۷</sup> و برخورد رودررو<sup>۸</sup> جهت وقعه انداختن در رفتارهای دفاعی به کار بسته می شوند. مداخله اصلی، یعنی اعمال فشار<sup>۹</sup>، جهت دسترسی پی در پی به فرد نهفته در زیر مقاومت و جهت ترغیب بیشترین میزان پذیرندگی درمان و پروراندن ترحم به خود به کار گرفته می شود. این مداخلات، در ترکیب با هم، پالتی از ابزارهایی را تشکیل می دهند که می توانید با آنها به بیماران کمک کنید تا توان روانی شان را تقویت کنند، ظرفیت برقراری ارتباط به دست آورند، احساسات بغرنج را تحمل کنند و خودشان را از الگوهای خود تخریب گر مزن بیرون بکشند.

من کتاب را به دو بخش اصلی تقسیم کرده ام. اولین بخش به مرور فراروان شناسی جدیدی برای ناخود آگاه می پردازد، که از هزاران پژوهش موردی استنباط شده است، و مبانی نظری و فنی این رویکرد را با جزئیات دقیق شرح می دهد. بخش دوم بر کاربرد بالینی این فراروان شناسی تمرکز می کند. این قسمت با تشریح فرآیند آغازین، شامل ارزیابی روان سنجشی<sup>۱۰</sup>، شروع می شود و به سمت فرآیند به جنبش درآوردن ناخود آگاه و کار روی آن، در بیمارانی از هر دو طیف، پیش می رود. ضمیمه کتاب شواهد تحقیقاتی موجود در زمینه روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت و روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده را مرور می کند.

1. exposure
3. response prevention
5. recapping
7. challenge
9. pressure

2. cognitive restructuring
4. bracing
6. clarification
8. head-on collision
10. psychodiagnostic

امیدوارم که این کتاب توان شما را در مراقبت از بیمارانی که افتخار ملاقات‌شان را پیدا خواهید کرد تقویت کند. همچنین، امید دارم که چالشی حمایت‌گر فراهم کند تا بر خویشتن خودتان، به‌عنوان ابزار درمانی، تسلط پیدا کنید.

## ستایش بزرگان از کتاب آنسوی مقاومت

”آلن عباس استادانه آثار اساتیدش را با تحقیقات، نظریه و آموخته‌های بالینی‌اش تلفیق کرده و به یک رویکرد سازمند و خوش ترکیب در روان‌درمانی کوتاه‌مدت رسیده است. این یک کتاب کاربردی است و رویکرد روان‌درمانی توصیه شده در آن، که هم به لحاظ نظری و هم به واسطه تحقیقات تجربی مورد تأیید است، واضح و روشن می‌نماید. در عین حال، از لحاظ مثال‌های بالینی هم غنی است. ایده‌های دکتر عباس برای بالینگران، در هر رده‌ای که باشند، بسیار مفید است.“

- ریموند ا. لوی<sup>۱</sup> PsyD، مدیر بالینی، برنامه تحقیقاتی روان‌درمانی بیمارستان عمومی ماساچوست، دانشگاه هاروارد

”دکتر آلن عباس، این بالینگر و محقق برجسته مشهور بین‌المللی، یکی از فصیح‌ترین توصیفات نحوه اجرای روان‌درمانی فشرده را در اختیار خوانندگان قرار می‌دهد. عباس با استفاده وسیع از داده‌های موردی و توصیف روشن فن و فرآیند نشان می‌دهد که چطور ماهرانه زندگی افرادی را که از اختلالات روان‌شناختی ناتوان‌کننده رنج می‌برند تغییر دهیم. کتابی ضروری برای روان‌درمانگرانی که می‌خواهند تأثیرگذاریشان را بهبود بخشند و به مقاوم‌ترین بیماران کمک کنند.“

- جفری ج. مگناویتا<sup>۲</sup>، ABPP, PhD، ریاست سابق جمعیت پیشبرد روان‌درمانی و سردبیر مشترک مجله اتحاد روان‌درمانی و علوم بالینی

”اثر دکتر عباس از فهم روان‌کاوانه عمیق و ظریف بیمارانش برآمده و با رویکردی بسیار مبتکرانه در جهت شرکت دادن بیمار در تجارب هیجانی اصلاحی ترکیب شده است. وی در مورد نحوه جلب مشارکت بیماران و هدایت آنان به سمتی که تجارب دگرگون‌کننده پیدا کنند مثال‌های شگفت‌انگیزی ارائه می‌دهد. این کتاب انقلابی حق کسانی را که وقتشان را به مطالعه دقیق آن اختصاص دهند به خوبی ادا خواهد کرد.“

- شرود والدرون<sup>۳</sup>، MD، ریاست کنسرسيوم تحقیقات روان‌تحلیلی

1. Raymond A. Levy

2. Jeffrey J. Magnavita

3. Sherwood Waldron

"یکی از مشکلات دیرپای روان‌درمانگران موقعیت متناقضی است که در آن بیمار اغلب در برابر کمک ارایه شده توسط درمانگر مقاومت می‌کند. در این کتاب جدید و عالی، آلن عباس رویکرد سازمندی را برای برخورد با مقاومت اجتناب‌ناپذیر ارایه می‌دهد. درمانگران تازه‌کار و جاافتاده، هر دو، از خرد بالینی این کتاب سود خواهند برد."

- گلن ا. گابارد<sup>۱</sup>، MD، مؤلف روان‌درمانی روان‌پوشی طولانی‌مدت: یک کتاب مرجع پایه

"این کتابی شگفت‌انگیز است در مورد نحوه رسیدن به انسان‌ها زیر بازدارای‌هایشان و ترغیب آنها جهت مشارکت بیشینه در درمان. این کتاب مملو از ابتکارات نظری و مداخلات فراوانی است که می‌توانید با انجام آنها به بیماران کمک کنید تا قدرت روان‌شناسی‌شان را تقویت کنند، در ارتباطاتشان با کفایت تر عمل کنند و احساسات سخت را پردازش نمایند؛ و به این ترتیب به درمانگران تأثیرگذارتری بدل شوید."

- لزی س. گرینبرگ<sup>۲</sup>، استاد پژوهشی ممتاز بازنشسته، دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه یورک<sup>۳</sup>

"دکتر عباس، با استفاده از نمونه‌های بالینی مجاب‌کننده، رهنمودی را برای انجام روان‌درمانی کوتاه‌مدت فشرده شکل داده که از نظر مفهومی غنی، از نظر تجربی نیرومند و از لحاظ فنی شفاف است."

- مولین لیش<sup>۴</sup>، MD، FRCPC، استاد و ریاست موقت، دپارتمان روان‌پزشکی، دانشگاه تورنتو

"ما به این کتاب بسیار احتیاج داشتیم. این کتاب که به زبان روشن نوشته شده مملو از داده‌های تحقیقاتی و همچنین توضیحات دقیق و مثال‌هایی بالینی است که به این مفاهیم جان می‌بخشند. این کتاب مرجع پرمایه‌ای است برای درمانگرانی که، مثل خودِ عباس، تمام کوششان را وقف کمک به بیمارانی می‌کنند که مسئله‌دارترین و مقاوم‌ترین بیماران محسوب می‌شوند. مخلص کلام اینکه این کتاب، کتاب امید است."

- پاتریشیا کاگلین<sup>۵</sup>، PhD، استاد بالینی، دانشکده پزشکی UNM و مؤلف کتاب روان‌درمانی

پوشی کوتاه‌مدت فشرده و نویسنده مشترک کتاب زندگی‌ها دگرگون شد<sup>۶</sup>

1. Glen O. Gabbard  
3. York  
5. Patricia Coughlin

2. Leslie S. Greenberg  
4. Melyn Leszcz  
6. Lives Transformed

عباس، با نثری روشن و عاری از اصطلاحات خاص، رویکردی به درمان را معرفی می‌کند که برخی آن را موافق سلیقه‌شان می‌یابند و برخی چالش‌برانگیز، ولی اکثراً آن را مخلوط بسیار شورآفرینی از هردو حس تجربه می‌کنند. این کتاب غنی از ظرایف بالینی نوعی درمان روان‌پویشی فعال را معرفی می‌کند که در بوته تحقیقات سیستماتیک آزموده شده است.

- پال ل. واکتل<sup>۱</sup>، PhD، استاد برگزیده، برنامه دکترای روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهری نیویورک

آلن عباس، برای پرده برداشتن از فرآیند اجرای ISTDP خود، رهنمودهای روشن و موجزی ارائه می‌دهد که برای بالینگران تازه‌کار، متوسط و پیش‌کسوت مفید است. او تقریباً برای هر سناریویی که ممکن است هر درمانگر و بیماری، هنگام کار عمیق در زمینه هیجانات، به آن برخورد کنند مثال‌هایی از جلسات درمانی ارائه می‌دهد. این کتاب برای فراگیری هنر و علم ISTDP یک ضرورت است!

- کریستین ا. ر. آزبورن<sup>۲</sup>، LMHC, MA، دانشکده پزشکی هاروارد و ریاست انجمن بین‌المللی درمان تجربه‌گرا

آنسوی مقاومت درمان پویشی کوتاه‌مدت را بسیار خوب روزآمد کرده است ... این کتاب تجربه غنی بالینی مؤلف را وسعت می‌بخشد و پر از مثال‌های بسیار مفید از مداخلات روان‌درمانگرایانه در زمینه ISTDP است. این کتاب برای درمانگرانی که بیمارانی را با میزان و اشکال مختلف مقاومت درمان می‌کنند ضروری است.

- فالک لایشنرینگ<sup>۳</sup>، دانشگاه گیسن<sup>۴</sup>، آلمان

بسیاری از بیماران به روند مرسوم درمان پاسخ نمی‌دهند. در این کتاب، دکتر آلن عباس یک روش سیستماتیک رسیدگی به این موارد "مقاومت در برابر درمان" را توصیف می‌کند. من به‌خصوص مثال‌های بالینی مشروح را دوست داشتم که نحوه ارتباط برقرار کردن با فردی را که زیر نشانه‌های رنج می‌کشد شرح می‌دهد.

- مایکل ژیس<sup>۵</sup>، MD

---

1. Paul L. Wachtel  
3. Falk Leichsenring  
5. Michael Thase

2. Kristin A. R. Osborn  
4. Giessen

عباس رویکردی به روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت را ارایه کرده است که هم چیره‌دستانه و هم قابل فهم است. کاربرد مکرر داده‌های موردی رغبت خواننده را به خواندن کتاب افزایش می‌دهد و امکان فهم مطالب کتاب را بیشتر می‌کند.

- جورج استریکر<sup>۱</sup>، PhD، استاد، دانشکده روان‌شناسی حرفه‌ای آمریکا، دانشگاه آرگوسی<sup>۲</sup>، واشنگتن دی سی

”دکتر عباس مدلی از درک الگوهای دل‌بستگی آغازین، تروما، هیجان‌ات، اضطراب و واکنش‌های بدنی در روان‌درمانی را ارایه کرده است. به علاوه، تعدادی نقل‌قول بالینی بسیار مفصل ارایه می‌دهد که متنوع‌ترین مداخلات تکنیکی‌ای را که تاکنون دیده‌ایم تشریح می‌کند. این کار فهم بسیار روشنی از نحوه مداخله را، در مدل درمان ارایه شده، در اختیار خوانندگان قرار می‌دهد، به نحوی که این کتاب را به منبع مفیدی بدل می‌کند که برای بالینگران، با هر میزان تجربه‌ای که داشته باشند، قابل استفاده است.”

- مارک هیلسنراث<sup>۳</sup>، استاد، دانشگاه آدلفی<sup>۴</sup>

”دکتر عباس در حوزه درمان پویشی کوتاه‌مدت بسیار برجسته است و این کتاب نمایشی از استادی اوست. ترکیب مثال‌های دقیق و توضیحات مفصل، از طرف یک محقق و آموزگار سرآمد، آنسوی مقاومت را به کتابی بدل کرده است که حتماً باید آن را خواند.”

- هاوارد شوینر<sup>۵</sup>، MD، مؤلف دردت را فراموش کن؛ مدیر برنامه ذهن - بدن، بیمارستان پراویدنس<sup>۶</sup>، ساوث فیلد، میشیگان؛ و استاد بالینی، دانشگاه ایالتی وین<sup>۷</sup>

”در ادامه رسم به‌جا مانده از دوانلو و مالان، عباس دارد شیوه‌هایی را جستجو می‌کند که به سرعت مقاومت را پشت‌سر بگذارد و تعارضات محوری را تعدیل نماید. تمرکز شدید روی رابطه فعلی در مانگر و بیمار مسیری فراهم می‌سازد که در آن بتوان هم سنجش سطوح آسیب و هم اعمال تغییر را به انجام رساند.”

- جان ف. کلارکین<sup>۸</sup>، استاد بالینی روان‌شناسی در روان‌پزشکی، کالج پزشکی ویل‌کرنل<sup>۹</sup>

---

1. George Stricker  
3. Mark Hilsenroth  
5. Howard Schubiner  
7. Wayne  
9. Weill Cornell

2. Argosy  
4. Adelphi  
6. Providence  
8. Clarkin

بخش ۱

**فراروان‌شناسی جدیدی  
برای ناخودآگاه**





# فصل ۱

## ترومای دلبستگی<sup>۱</sup>، انتقال<sup>۲</sup> و انتقال متقابل<sup>۳</sup>

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

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

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

1. attachment trauma

2. transference

3. countertransference

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

کودکی که احساسات مرکبش را خاموش می‌کند ممکن است در نوجوانی دچار اجتناب از رابطه با دیگران، خودتخریب، امراض فیزیکی، افسردگی، اضطراب یا بی‌اشتهایی شود. هرچه تروما زودتر اتفاق بیافتد، درد، خشم و احساس گناه شدیدتر و برهمین منوال دفاع‌ها و خودتخریب بیشتر است. (به فصل ۳ رجوع شود). ارتباط بین این تروما و مشکلات طولانی مدت، در تحقیقات متنوعی که در زمینه حوادث ناگوار کودکی انجام گرفته، اثبات شده است (فلیتی<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۸).

اگر والدی، به هر علتی، پذیرای کودک نباشد، اشتیاق کودک به دلبستگی ناکام خواهد ماند. کودکان فاقد دلبستگی ایمن<sup>۲</sup> دچار الگوهای مرضی‌ای نظیر ساختار منش شکننده (دوانلو، ۱۹۹۵ a) و سازمان شخصیتی مرزی (کرنبرگ<sup>۳</sup>، ۱۹۷۶) خواهند شد. اینها، به خاطر بی‌نتیجه ماندن تلاش‌هایشان برای دلبستگی، دچار درد، خشم و احساس گناهی عظیم خواهند شد. آنها به دفاع‌های بدوی شامل فرافکنی<sup>۴</sup>، تفکیک<sup>۵</sup> و همانندسازی فرافکنانه<sup>۶</sup> تکیه می‌کنند که باعث ضعف در حفظ خویشتن یکپارچه می‌شود. اضطراب ناخودآگاه خودش را به صورت اختلال حواس و طیفی از نشانه‌های عصب‌شناختی نشان می‌دهد و به ضعف در تحمل اضطراب منجر می‌شود.

## انتقال

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

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

1. Felitti

3. Kernberg

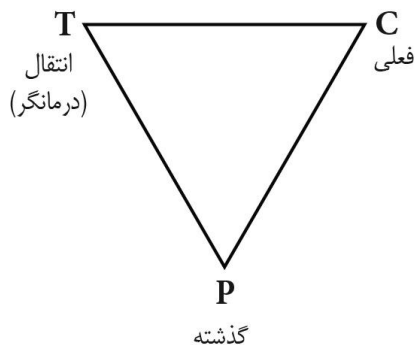
5. splitting: (م.) همچنین، شکافتن یا جداسازی

2. secure

4. projection

6. projective identification

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



شکل ۱-۱. مثلث شخص

## انتقال متقابل

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

- انتقال متقابل اِبژکتیو<sup>۳</sup>: بیمار واکنش‌های هیجانی‌ای را در درمانگر برمی‌انگیزد که مشابه آنها را اکثر افراد پیدا می‌کنند. به عنوان مثال، اگر بیمار مرتب به درمانگر بدویبراه بگوید، اکثر درمانگران، مشابه سایر افراد، در پاسخ به چنین رفتاری برآشفته می‌شوند.

1. current  
3. objective

2. past

■ انتقال متقابل سوژکتیو<sup>۱</sup>: بیمار احساساتی را در درمانگر برمی‌انگیزد که در مورد زندگی درونی بیمار مطالبی را برای درمانگر روشن می‌کند. کرنبرگ (۱۹۶۵) دو نوع انتقال متقابل سوژکتیو را توصیف می‌کند:

• انتقال متقابل موافق<sup>۲</sup> که در آن درمانگر با تجربه بیمار همانندسازی می‌کند. این فرآیند که محصول هم‌نوایی همدلانه است باعث می‌شود که درمانگر چیزی را احساس کند که بیمار دارد احساس می‌کند. ما آدیان، به‌عنوان گونه‌ای اجتماعی، می‌توانیم هیجانات سایر افراد را حس کنیم و می‌توانیم همان تجربه‌های احساسی را با برخی جزئیات تجربه نماییم. به‌عنوان نمونه، اگر درمانگر باشید، ممکن است در معده‌تان حالتی را حس کنید که به شما می‌گوید که اضطراب بیمار دارد به عضلات معده‌اش می‌رود؛ یا ممکن است احساس کنید که گرمای خشم دارد در قفسه سینه‌تان بالا می‌آید، که به شما می‌گوید که خشم بیمار دارد به سطح می‌آید.

• انتقال متقابل مکمل<sup>۳</sup> وقتی اتفاق می‌افتد که درمانگر احساسات بیمار در مقاومت انتقال بیمار را احساس می‌کند. به‌عنوان مثال، بیمار شما را طرد می‌کند، همان‌طور که خودش طرد شده بود؛ بعد، شما عصبانی می‌شوید، همان‌طور که بیمار وقتی در گذشته طرد شد عصبانی شده بود.

■ انتقال متقابل روان‌نژندانه<sup>۴</sup>: درمانگر نسبت به بیمار احساساتی دارد که مبتنی بر ترومای دلبستگی حل‌نشده خودش است. به‌طور اخص، احساسات حل‌نشده در گذشته درمانگر هنگام ارتباط برقرار کردن با بیمار فعال می‌شوند و به‌صورت ترکیبی از اضطراب و دفاع ناخودآگاه نمود می‌یابد.

درمانگرانی که درمان‌های فشرده انجام می‌دهند باید از این واکنش‌ها آگاه باشند تا از آنها بهره‌برمانی ببرند و از پیامدهای منفی این واکنش‌ها برای بیماران پرهیز کنند. پیامدهای انتقال متقابل، در رابطه با دسته‌های مختلف بیماران، در فصول ۱۳ تا ۱۷ تشریح خواهد شد.

1. subjective

2. concordant

3. complementary

4. neurotic

ترومای دلبستگی نیروی بیماری‌زای محوری طیف وسیعی از امراض است. انتقال وقتی اتفاق می‌افتد که احساسات حل‌نشده گذشته بیمار در رابطه با درمانگر و سایر افراد حاضر در زندگی فعلی بیمار فعال شوند. انتقال متقابل ابژکتیو زمانی اتفاق می‌افتد که بیمار احساساتی را در درمانگر برمی‌انگیزد که در سایر افراد هم برانگیخته می‌شود. انتقال متقابل سوپژکتیو زمانی اتفاق می‌افتد که بیمار احساساتی را در درمانگر برمی‌انگیزد که به زندگی درونی بیمار مربوط است. انتقال متقابل روان‌نژدانه زمانی اتفاق می‌افتد که درمانگر به صورت ناخودآگاه احساسات حل‌نشده‌اش را به بیمار منتقل می‌کند. واکنش‌های انتقال متقابل می‌توانند سرخ‌های مفیدی باشند و درمانگر را راهنمایی کنند.