

فرهنگ جامع روان‌درمانی پویشی
فشرده کوتاه مدت

فرهنگ جامع روان‌درمانی پویشی

فشرده کوتاه‌مدت

تألیف

نات کوهن

ترجمه

سمیه قیاسی

دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی

دکتر مهدی‌رضا سرافراز

عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز



فهرست مطالب

۹	پیشگفتار.....
۱۳	در مورد نویسنده.....
۱۵	A.....
۲۹	B.....
۳۳	C.....
۶۹	D.....
۹۳	E.....
۱۰۳	F.....
۱۰۹	G.....
۱۱۹	H.....
۱۲۹	I.....
۱۴۱	J.....
۱۴۳	L.....
۱۴۵	M.....
۱۵۵	N.....
۱۶۱	O.....
۱۶۵	P.....
۲۰۹	Q.....
۲۱۱	R.....
۲۳۱	S.....
۲۶۵	T.....
۲۹۳	U.....
۳۰۱	V.....
۳۰۳	W.....

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

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

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

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

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

کجا شروع کنید، مدخل آسیب دلبستگی و مکانیسم درمانی **ISTDP** را امتحان کنید.

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

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

همچنین از افراد دیگری که نسخه اولیه کتاب را مرور کردند و به سؤالات پاسخ دادند، سپاسگزارم. بازخورد آنها، کتاب را قوت بخشید و تشویق آنها، من را مصمم کرد. این افراد به ترتیب الفبا عبارتند از: بروس آمونس، توماس برو، استفان بولر، جوزف کوپر، پاتریشیا کافلین، جیسون لیوت، می ماجدالانی، روبرت نبورسکی، کریستین اوسبورن، تونی روزمانیر و جان ویتموره. افراد دیگری هم کم و بیش کمک کردند. من از زمان و تلاشی که همه این افراد برای این پروژه گذاشتند سپاسگزاری می‌کنم. در تألیف این کتاب از نوشته‌های افراد دیگری بهره برده‌ام که در رأس آنها دکتر دوانلو قرار دارد. قطعات منتخب مختصری از نوشته‌های او در کتاب با اجازه انتشارات جان ویلی و پسران، گنجانده شده است. خوشحالم که در دو کنفرانس فراروانشناسی دکتر دوانلو حضور داشته‌ام. براساس نظر دیوید مالان، کار دکتر دوانلو «از زمان کشف ناهشیاری (۱۹۸۰)، مهم‌ترین پیشرفت در روان‌درمانی است»، که نوشتن این کتاب من را به نظر او نزدیک کرد.

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

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

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

یکی دیگر از دلایل این است که تسلط پیدا کردن در درمان زمانبر است. مدت‌ها دکتر دوانلو و ویدئوهای او، تنها فرصت برای یادگیری بودند و سبک تدریس او با سبک یادگیری تمامی دانشجویانش همخوانی نداشت. علاوه بر این، زمانی که تنها نحوه انجام کار یک نفر را می‌بینید، به نظر تان تنها «این روش صحیح است». با وجود این، تنها یک «راه درست» برای انجام ISTDP وجود ندارد. دکتر دوانلو در انجام ISTDP موفق است زیرا در حین کار با هر بیمار، انسایش نمایان است. خیلی چیزها را می‌توان بوسیله تقلید یاد گرفت ولی، انسانیت یکی از آنها نیست. برای اینکه روان‌درمانگرهای ISTDP بتوانند مؤثر باشند، باید آموزش ISTDP خود را از صافی انسانیت رد کنند و هر کدام نیاز به کشف «راه درست» خودشان را برای انجام ISTDP دارند.

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

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

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

همانطور که استیو بولر می‌گوید، این کتاب حاوی تنشی ذاتی است: این کتاب سعی بر ارائه مرور اجمالی ISTDP دارد، ولی در عین حال تصویری از سفر شخصی من در ISTDP از ماه می ۲۰۱۴ ارائه می‌دهد. با وجود اینکه کتاب حاضر اهداف بلند پروازانه‌ای داشته، هرگز آن را به عنوان راهنمای قطعی

این روش نمی‌دانم. معتقدم این کتاب در به تصویر کشیدن غنای دنیای ISTDP، محدود به دانسته‌های من است. تمایل به کامل بودن، دشمن کار ماست؛ نه تنها دشمن خوب بودن آن، بلکه دشمن اصل به وجود آمدن یک اثر هم هست؛ و اگر پذیرش واقعیت «کامل نبودن» و «نقص داشتن» نبود، کتابی وجود نداشت که حال شما در حال مطالعه آن باشید.

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

معلمان از دانش، مهارت و نگرش به عنوان ستون‌های آموزش حرفه‌ای سخن می‌گویند و هر سه مورد برای ISTDP از اهمیت زیادی برخوردار هستند. خبر خوش این است که این کتاب به شما در کسب دانش کمک می‌کند. خبر بد این است که از این سه مورد، احتمالاً دانش، دارای کمترین اهمیت است. برای یادگیری مسئولانه مهارت‌های ISTDP، نیاز به یک سوپروایزر مجرب و استفاده از ضبط ویدئویی دارید. این درمان، دارای قدرت منحصر به فردی است، بدین معنا که نه تنها قدرت شفابخشی دارد، قدرت آسیب هم دارد. هرچه بیماران پیچیده‌تر باشند، خطر آسیب بسیار جدی‌تر است. هیچ کس نباید درمان ISTDP را برای بیماری که خطر آسیب به خود یا دیگران دارد امتحان کند، مگر با وجود موارد زیر: الف) یک سوپروایزر ISTDP با تجربه کافی در درمان موارد پیچیده و ب) تجربه زیاد در انجام ISTDP برای بیماران با وخامت کمتر.

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

نات کوهن

بلموت، ماساچوست، ایالات متحده آمریکا

در مورد نویسنده

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

A

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

بیمار: متوجه شده‌ام زمانی که درباره آمدن به اینجا فکر می‌کنم دلهره (A) می‌گیرم.

AB-ISTDP

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

Acting Out

برون‌ریزی، به Regressive Defense نگاه کنید.

Action Tendency

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

Active Role

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

آنطور که ویت مور (۱۹۹۹، ص. ۷۷) می‌نویسد: «دوانلو معتقد است که ... کارکردهای سالم بیمار توسط سوپرایگو "در اختیار گرفته شده و فلج شده" است. حال اگر درمانگر نداند که چطور با آن برخورد کند و نقشی منفعل را اتخاذ کند، مقاومت سوپرایگو بر او نیز مسلط می‌شود و او را فلج می‌کند». دوانلو به منظور اجتناب از چنین وضعیتی، نقشی فعال اتخاذ می‌کند یا آنگونه که خودش می‌گوید، «برخورد مستقیم با کل

سیستم پیچیده مقاومت» (۲۰۰۵، ص. ۲۶۲۹). از نظر او این برخورد مستقیم با مقاومت ناگزیر موجب برانگیخته شدن احساسات پیچیده انتقالی (CTF) می‌شود. او کشف کرد که نه تنها می‌توان این احساسات را «مدیریت کرد» بلکه از آن می‌توان به عنوان مؤلفه اساسی مکانیسم درمانی ISTDP استفاده کرد.

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

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

Activity

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

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

Advice

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

درمانگر باید بداند که آیا راهنمایی خواستن بیمار بخشی از الگوی مشکل ساز او است یا خیر. در واقع، ما همواره غرق در توصیه هستیم. بیماران به ندرت با کمبود نصیحت روبرو هستند، اما اغلب دارای سیستم‌های دفاعی هستند که مانع از سود بردن آنها از این نصایح در خارج از جلسه می‌شود. توصیه‌های درمانگر نیز گذراست و وضعیت بهتری ندارد و بسیاری از درمانگران خیرخواه با تلاشی که برای ارائه توصیه به مراجعان دارند، در خودتخریبی بیمار درگیر می‌شوند.

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

- «می‌دونید، حس من اینه که ما می‌تونیم درگیر بحث طولانی در این خصوص بشیم، اما به نظر شما این چیزیه که در این لحظه می‌تونه برای شما مفیدترین باشه؟»
 - «به نظرت اگر درگیر کاری که باید «بیرون از اینجا» انجام بدی، بشیم به اجتناب از چیزی که «اینجا» ممکنه بالا بیاد، منجر نمی‌شه؟»
- درمانگر می‌تواند به انفعال بیمار نیز فشار آورد:
- «من واقعاً مطمئن نیستم در این موقعیت چه کاری می‌تونه مفید باشه. نظر تو چیه؟» (ممکن است نیاز باشد این کار را چندبار تکرار کنید، اما ارزشش را دارد.)
 - «فکر می‌کنم این سؤال مهمیه، اما شما خودت ایده یا پاسخی از خودت داری؟ الان این همون چیزیه که می‌خوای انجام بدی، می‌خوای چیزهایی رو که بهشون حس درونی داری، به دیگران واگذار کنی؟»

در ادامه مثالی مبسوط تر آورده شده است:

- بیمار: به نظر شما من باید چی کار کنم؟
- درمانگر: خوب، من کنجکاوم نظر تو رو راجع به اون بدونم.
- بیمار: من نظری ندارم.
- درمانگر: واقعاً؟ هیچ نظری؟ هیچ کاری به ذهنت نمی‌رسه که بشه انجام داد؟
- بیمار: نه واقعاً.
- درمانگر: خوب، پس داری به من می‌گی که درمانده شدی. این الگوی تو نیست که دوست داری درمانده باشی؟
- بیمار: من به ندرت می‌دونم که باید چی کار کنم.
- درمانگر: پیش از اینکه بخوای به گزینه خاصی فکر کنی، احساسات رو در خودت خفه می‌کنی، بنابراین هرگز متوجه نمی‌شی نظر خودت چیه.
- بیمار: (سکوت)
- درمانگر: به نظرت درست می‌گم؟
- بیمار: به گمانم.

درمانگر: اما باز داری به طور کامل اون چیزی که در درونت هست رو نادیده می‌گیری، و به فکر و تجربه‌ت توجهی نداری. این همون چیزیه که تو رو دچار مشکل کرده، چون تو رو از دنیای درون خودت محروم کرده. هیچ کس دیگه‌ای هم نمی‌تونه دیدگاهی مثل تو داشته باشه، بنابراین چیز خیلی بزرگی رو از دست می‌دی.

بیمار: من هرگز به این مسئله اینطور نگاه نکرده بودم.

در مدخل partnership مثالی مرتبط وجود دارد.

بیماران اغلب اوقات خواستار «تخصص» درمانگر برای راهنمایی در خصوص «مدیریت احساسات‌شان» بیرون از جلسه نیز هستند:

بیمار: باشه، این خوبه که اینجا راجع به ضرب و شتم دیگران، فکر کنم، اما این همون کاریه که بیرون از اینجا وقتی برام این اتفاق می‌افته باید انجام بدم؟ وقتی عصبانی می‌شم باید چی کار کنم؟

درمانگر: آیا موقعیت خاصی به ذهنت می‌آید؟

بیمار: نه واقعاً، من فقط نیاز دارم بدونم چطور عصبانیت رو کنترل کنم؟

درمانگر: طبق تجربه من، زمانی که افراد بتوانند با هیجان‌اتشون در درمان روبرو بشوند، خودشون می‌تونن مسائلی رو «بیرون از اینجا» کنترل کنند بدون اینکه مجبور باشند کار خاصی «انجام بدن».

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

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

Affect

عاطفه، به Feeling نگاه کنید.

Afraid

ترسان، به Fear نگاه کنید.

Alliance

پیمان، به Therapeutic Alliance نگاه کنید.

Analysis of the Transference

تحلیل انتقال، «تحلیل انتقال» یا «تحلیل سیستماتیک انتقال» ششمین مرحله توالی پویایی مرکزی (CDS) مطرح شده توسط دوانلو است، که درست پس از تجربه احساسات پیچیده (غیظ، احساس گناه، سوگ و احساسات مثبت محبت‌آمیز) در یک بازگشایی رخ می‌دهد. این نخستین باری است که تفسیر نمایان می‌شود؛ پیش از این، تفسیر دستخوش عقلانی‌سازی می‌شود. با این حال در وضعیت بازگشایی‌شده، تفسیر، اثربخشی درمانی را بسیار زیاد می‌کند.

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

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

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

دوانلو بر لزوم «درونی کردن» مکرر این بینش‌ها تأکید داشت به خصوص برای بیمارانی که مقاومت زیاد همراه با سرکوبی، دفاع‌های واپس‌رونده و شکنندگی دارند؛ از نظر او تعداد تکرار این فرآیند به میزان فرونشانی نشانگان بستگی دارد (دوانلو، ۲۰۰۰، ص. ۴۰؛ ویت مور، ۱۹۹۹، ص. ۵۴). باید بدانید که «تحلیل انتقال» بسیار فراتر از «تفسیر ساده انتقال» است. تحلیل انتقال متضمن درک موارد زیر است:

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

برای کسانی که نوشته‌های نخستین دوانلو را خوانده‌اند، شایان ذکر است که او (۱۹۹۰، ص. ۸) به این مرحله «تحلیل مقاومت» می‌گوید. بعلاوه، دوانلو (۱۹۹۰، UTU، ص. ۱۰۲) «سرکوب‌زدایی نسبی یا عمده اکنون یا گذشته نزدیک (C) یا تعارضات گذشته دور (P)» را بخشی از این مرحله می‌داند که در نوشته‌های بعدی‌اش (دوانلو، ۲۰۰۰، ص. ۴۰) این مرحله بخشی از مرحله هفتم یعنی کنکاش پویایی در ناهشیار است.

Anger

خشم، خشم هیجانی اساسی است چرا که نیروی برانگیزاننده پشت خودمراقبتی، هم به صورت بدنی و هم به صورت هیجانی است. افرادی که **تعارض** درونی قابل ملاحظه‌ای درخصوص خشم دارند، در دفاع از خود و تعیین حد و مرز با دیگران ناتوان هستند. خشم به لحاظ شدت دارای پیوستار کاملی از عصبانیت خفیف تا غیظ شدید است و **تمایلات رفتاری** مرتبط با آن می‌تواند از تکلم پرفشار یا تظاهرات چهره‌ای تا تکانه‌های خشونت‌آمیز، قتل خواهانه، یا شکنجه‌گرانه باشد.

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

مانند سایر عواطف، درمانگر باید احساس خشم واقعی و **خشم دفاعی** را درک کند و بین آنها تمایز قائل شود. عدم انجام صحیح این کار می‌تواند موجب به بن‌بست رسیدن درمان و یا تشدید نشانگان شود. وقتی بیماران خشمگین هستند، عاقلانه است از آنها بخواهیم صراحتاً هدف خشم را مشخص کنند. اغلب اوقات، پاسخ بیماران می‌تواند درمانگر را شگفت‌زده کند. همانطور که در مدخل **Self-Attack** توضیح داده شده است، خشم نسبت به خود، دفاعی است.

درمانگر: وقتی به داد زدن اون فکر می‌کنی، چه احساسی پیدا می‌کنی؟

بیمار: خشم.

درمانگر: به کی؟

بیمار: به خودم.

درمانگر: واقعاً! اون سر تو داد می‌کشد اونوقت تو از خودت عصبانی می‌شی؟

بیمار: من باید بهتر بلد می‌بودم که جلوی کارش رو بگیرم.

درمانگر: می‌بینی چطور داری خودت رو سرزنش می‌کنی؟ آیا این کار تو می‌تونه راهی برای پرت کردن

حواست از احساساتی باشه که داره نسبت به اون بالا میاد...

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

همواره، خشم در طبقات گسترده («مردان»)، ایدئولوژی‌ها («سوسیالیزم»)، یا نهادها («مرکز بانک‌ها و سرمایه‌گذاران بورس نیویورک [Wall Street]»)، معمولاً با احساسات پیچیده‌ای که به احساسات پیچیده نسبت

به چهره‌های دلبستگی اولیه پیوند می‌خورد، ارتباطی ندارد. این نوع خشم انتزاعی در جهان می‌تواند هم سازنده باشد و هم مخرب، اما زمانی که بیماران به منظور حذف احساسات دیگرشان بر این نوع خشم تمرکز می‌کنند، نوعی مقاومت است.

یک دشواری رایج دیگر در برخورد با خشم این است که بسیاری از بیماران (و بسیاری از درمانگران) هیجان خشم را با رفتار (داد زدن یا پرخاشگری کردن) یکسان می‌دانند. برای این که ISTDP مؤثر افتد، باید این ادغام اشتباه احساس (یا تکانه) با رفتار، شفاف‌سازی شود. حتی زمانی که تفاوت بین این دو برای بیماران به لحاظ نظری کاملاً آشکار است، این وضوح ممکن است با فعال شدن مقاومت، ناپدید شود. بیمارانی با این باور که «فکر مانند عمل است» به نوعی دستور مذهبی معتقدند (از جمله کاتولیک‌ها، مسیحیان پروتستان و بودایی‌ها) که خودش می‌تواند چالشی ویژه باشد.

Anxiety

اضطراب، در ISTDP این واژه به فعال شدن سیستم بیولوژیک ترس در پاسخ به محرکی درونی اشاره دارد که در امتداد آن چیزی است که فروید «اضطراب علامتی» نامید (اختر، ۲۰۰۹). در مقابل، ترس، فعالسازی این سیستم توسط محرکی بیرونی است. هدف سیستم ترس این است که توجه ما را به سمت تهدید یا خطر جلب کند، یعنی چیزهایی که اجتناب از آنها می‌تواند مهم باشد؛ به همین علت است که تمایل رفتاری اولیه ترس و اضطراب اجتناب است.

مانند سایر عواطف، افراد ممکن است از فعال شدن این سیستم ترس، آگاه باشند یا نباشند. به عبارت دیگر، آنها ممکن است «اضطراب هشیار» داشته باشند یا «اضطراب ناهشیار». به عنوان مثالی در مورد ترس؛ اگر در حال رانندگی در خیابان باشید و ماشین‌تان به آرامی به یک سمت منحرف شود، این سیستم ترس فعال می‌شود و به منظور جلوگیری از تصادف، عملی اصلاحی انجام می‌دهید - معمولاً تغییری اندک در وضعیت فرمان. اکثر قریب به اتفاق این اعمال اصلاحی هرگز به سطح آگاهی هشیار شما نمی‌رسند. با این حال، اگر ماشین‌تان ناگهان زیاد منحرف شود، شما به صورت خودکار عمل اصلاحی را انجام می‌دهید، هشیارانه از احساس ترس یا اضطراب‌تان آگاه می‌شوید و ممکن است از جنبه‌های فیزیولوژیک فعال‌سازی سیستم ترس مانند افزایش ضربان قلب نیز آگاه شوید.

اضطراب به صورت فیزیولوژیکی از طریق مسیرهای تخلیه اضطراب ناهشیار که دوانلو شرح داده است، تجربه می‌شود. ترس، پاسخ‌های فیزیولوژیک مشابهی را راه می‌اندازد اما به دلیل اینکه در طول جلسه درمان تهدید بیرونی اندک است (یا حداقل ثابت است)، نوسانات در مسیرهای تخلیه در طول یک جلسه، از درون تحریک می‌شود؛ یعنی آن نوسانات به سبب اضطراب هستند.

از آنجاییکه اضطراب مؤلفه کلیدی تعارض روان‌پویشی است، در گوشه راست و بالای مثلث تعارض مالان با برجسب «(A) anxiety» نمایش داده می‌شود. تعارض درونی در مورد احساسات یا نزدیکی هیجانی، اضطراب را برمی‌انگیزاند که این به نوبه خود دفاع‌های اجتنابی را با هدف کاهش سطح اضطراب راه‌اندازی می‌-

کند. افراد زمانی برای درمان مراجعه می‌کنند که این دفاع‌ها پیامدهایی منفی داشته که موجب رنج آنها شده است. به منظور ختنی کردن این مکانیسم رنج‌آور، بیماران باید با تعارضات درونی‌شان بدون توسل به این دفاع‌های مضر، روبرو شوند. وقتی این کار را انجام دهند، دفاع‌ها اثر کاهنده اضطراب‌شان را از دست می‌دهند و بنابراین اضطراب زیادی بیدار می‌شود. در نتیجه، درمان مؤثر، بالذات اضطراب‌زا است. در حقیقت، این اضطراب واقعاً محصول جانبی ISTDP نیست بلکه یکی از مؤلفه‌هایی است که در نیروی محرک آن نقش دارد، همانطور که در مدخل Therapeutic Mechanism شرح داده شده است.

زمانی که اضطراب بالا می‌رود، به طور معمول به این دلیل است که در حال نزدیک شدن به ماده متعارض هستید. زمانی که اضطراب کاهش می‌یابد، اگر ناشی از اجتناب درمانگر یا مشکل تکنیک نباشد، به طور معمول به یکی از دو علت زیر است:

- احساسی که از آن اجتناب می‌شده، تجربه شده است؛ یا
- بیمار دفاعی را به کار گرفته است، خواه دفاع آشکار باشد یا نباشد.

نتیجتاً، سطح اضطراب ناهشیار نسبت به آنچه که بیمار هشیارانه می‌گوید، راهنمای قابل اعتمادتری برای درمانگر است. چراکه گفته بیمار می‌تواند محصول **عقلانی‌سازی** باشد. به همین دلیل هر درمانگر ISTDP باید به صورت طبیعی با مسیرهای تخلیه اضطراب ناهشیار که دوانلو شرح داده، آشنا باشد. درمانگر به ویژه باید همواره از حضور یا عدم حضور تنیدگی عضلات مخطط و علامت‌دهی آگاه باشد. به عنوان بخشی از این آگاهی، درمانگر باید مواظب فراتر رفتن میزان اضطراب از آستانه باشد چراکه این یک شاخص **تشخیصی** کلیدی و حاکی از این است که درمانگر باید از **روش گام‌به‌گام** به جای **شکل استاندارد درمان** استفاده کند.

از آنجاییکه یکی از کارکردهای عمده اجتناب دفاعی، بیرون نگه داشتن محرک از آگاهی هشیار است، چیزی که بیماران به صورت هشیارانه، اضطراب‌شان را به آن نسبت می‌دهند («می‌ترسم کنترلم را از دست بدهم» یا «اضطرابم فقط به خاطر این است که پیش شما آمده‌ام») معمولاً **دلیل تراشی**‌های دفاعی نادرست است. به همین دلیل، درگیر شدن در «دلایلی» که بیماران برای اضطراب‌شان می‌آورند، اغلب به **گفتگو با مقاومت** تبدیل می‌شود و تا جایی که امکان دارد باید از آن دوری کرد. بسیاری از بیماران از کلمه «اضطراب» برای اشاره به همین **نشخوارهای دفاعی یا نگرانی** استفاده می‌کنند؛ به مثالی که در صفحه بعد آورده شده است، توجه کنید. در **شفاف‌سازی** تعارضات روان‌پویایی بیماران، درمانگران باید به بیماران کمک کنند از اضطراب‌شان، نحوه راه‌اندازی اضطراب توسط احساسات یا نزدیکی هیجانی و نحوه‌ای که اضطراب به نوبه خود دفاع‌ها را راه‌اندازی می‌کند (**علیت**)، آگاه شوند. میزان این تکلیف از بیماری به بیمار دیگر به شدت فرق می‌کند. برخی از بیماران ممکن است:

- از اضطراب‌شان و احساسات زیربنایی که آن را برمی‌انگیزاند، آگاه باشند؛
- از اضطراب‌شان و اینکه نمی‌دانند چه چیزی موجب آن شده است (موضوعی که ممکن است آمادگی بررسی آن را داشته یا نداشته باشند) آگاه باشند؛
- از اضطراب‌شان آگاه باشند اما همانطور که در بالا اشاره شد، آن را به چیز نادرستی نسبت دهند؛

- از مضطرب بودن‌شان آگاه نباشند اما از تنش موجود در بدنشان آگاه باشند؛
- از مضطرب بودن‌شان آگاه نباشند و تنها زمانی از تنش موجود در بدنشان آگاه شوند که درمانگر از آنها سؤال کند؛ یا
- از مضطرب بودن‌شان آگاه نباشند و حتی زمانی که درمانگر با جزئیات از آنها سؤال می‌کند نیز از تنش موجود در بدنشان آگاه نشوند.

به عبارت دیگر، حالات مختلفی وجود دارد که بیماران نتوانند به اضطرابشان توجه کنند. این **غفلت از خود** دفاعی، آشکارا با درمان **ISTDP** مؤثر تداخل دارد، که نوعی **مقاومت** است. تن‌هودلایبژ (۲۰۰۶) تأکید کرده است که شفاف‌سازی این دفاع‌های غفلت از خود، جایگزینی برای **فشار به احساسات**، به عنوان نقطه ورود به سیستم دفاعی فرد فراهم می‌کند.

ارائه این اطلاعات به عنوان بخشی از شفاف‌سازی نقش اضطراب، برای بیماران مفید است:

- اضطراب ممکن است تا اندازه‌ای و یا کاملاً ناهشیار باشد؛
 - تقریباً هر نوع اجتنابی، تا حدی، توسط اضطراب راه‌اندازی می‌شود؛
 - از آنجا که چیزهای بسیاری هستند که بهتر است از آن‌ها دوری کنیم، اضطراب نقشی سالم و ضروری دارد؛ به این معنا که اضطراب تنها جایی مضر است که الف) موجب اجتناب از چیزهای مفید شود، یا ب) این شیوه‌های اجتناب (دفاع‌ها) یا نشانگانی که توسط اضطراب راه‌اندازی می‌شوند از آن چیزی که از آن اجتناب می‌شود، مضرتر باشد؛
- همانطور که در بالا ذکر شد، آنچه افراد اضطرابشان را به آن نسبت می‌دهند همواره بازتاب درستی از آن چیزی نیست که واقعاً مولد اضطراب است.
- به عنوان مثالی از کمک به بیمار برای متمایز کردن اضطراب از نگرانی، زن جوانی را در نظر بگیرید که نمی‌تواند ابراز وجود کند چراکه احساس خشم هم‌آیند با آن، احساسات پیچیده او را نسبت به مادرش برمی‌انگیزد. او ممکن است اکراهش را با گفتن اینکه «می‌ترسم دیگران مرا دوست نداشته باشند»، توجیه کند. در زیر نحوه پرداختن به چنین موقعیتی آورده شده است:

درمانگر: اگر اون با این کارش اذیت می‌کنه، چرا چیزی بهش نمی‌گی؟

بیمار: اوه، من خیلی عصبی می‌شم.

درمانگر: این اضطراب رو چطور تجربه می‌کنی؟

بیمار: می‌ترسم اون دیگه منو دوست نداشته باشه.

درمانگر: باشه، این نگرانی شماست، اما اضطراب رو چطور در بدنت تجربه می‌کنی؟ همین حالا که داریم

درباره اون حرف می‌زنیم چه چیزی رو تجربه می‌کنی؟

بیمار: نفسم تنگ می‌شه.

درمانگر: پس چی باعث این اضطراب می‌شه؟

بیمار: همانطور که گفتم، می‌ترسم من رو دوست نداشته باشه، اون فکر می‌کنه من یک زن هرزه هستم.

درمانگر: بله، اینها افکار تو هستن، نگرانی‌هایی که داری و دائماً تو رو آزار می‌دن، اما زیر این اضطراب و نگرانی چه احساسی نسبت به اون داری؟

زمانی که بیمار بتواند احساساتش را تجربه کند و متعاقب آن، اضطرابش کاهش یابد، می‌توان ماهیت دفاعی این نگرانی را در خلال **تحکیم آشکار** کرد:

درمانگر: بنابراین به محض اینکه واقعاً به خودت اجازه دادی که احساساتت رو تجربه کنی، اضطرابت فروکش کرد.

بیمار: بله.

درمانگر: خوب حالا به نظرت این اضطراب واقعاً به خاطر نگرانی تو از اینکه دوستت نداشته باشه «ایجاد شد» یا به خاطر احساسات؟

بیمار: قطعاً احساسات. من الان متوجه شدم.

توجه داشته باشید اگرچه از «اضطراب» و «دفاع» به گونه‌ای صحبت می‌شود که انگار به‌طور کامل از هم جدا هستند، اما اضطراب می‌تواند در اصل مانند یک دفاع عمل کند. به عنوان مثال، اضطراب به شدت علامت‌دار (مثلاً، پانیک) بسیار منحرف‌کننده است، از این رو می‌تواند شکلی از اجتناب دفاعی باشد. بعلاوه، تنش در عضلات مخطط (به عنوان مثال، دیافراگم) می‌تواند به عنوان دفاعی جسمانی در نظر گرفته شود که مسیر جسمانی غیظ را مسدود می‌کند.

در آخر، سایر درمانها «اضطراب» و «دفاع» را به چیزی متفاوت از ISTDP اطلاق می‌کنند. درمان شناختی ممکن است «اضطراب» را برای اشاره به افکار یا نگرانی‌های بیمار به کار برد که ISTDP آن را عقلانی‌سازی دفاعی می‌داند. از طرف دیگر، بسیاری از روان‌درمانگران روان‌پویشی **تخلیه عضلات صاف** (مثلاً، سندرم روده تحریک‌پذیر) را به عنوان جسمانی‌سازی دفاعی، در نظر می‌گیرند. برای آنها، برخی از نموده‌های آشوب ادراکی شناختی (به عنوان مثال، زنگ زدن گوش) زیرمجموعه جسمانی‌سازی هستند، حال آنکه دیگر تجلیات آشوب ادراکی شناختی (مانند، تفکر مه‌آلود) تحت عنوان **تجزیه** قرار دارند. برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص این نموده‌های اضطراب، به مدخل Discharge Pathways Of Unconscious Anxiety نگاه کنید.

Anxiety in the Transference

اضطراب در انتقال، «اضطراب در انتقال» به اضطرابی اشاره دارد که از برخی جنبه‌های رابطه بیمار با درمانگر ناشی می‌شود. تلاش درمانگر برای برقراری ارتباط با بیمار و کمک کردن به او، احساسات پیچیده انتقالی را راه‌اندازی می‌کند که این احساسات، احساسات پیچیده نسبت به **چهره‌های دلبستگی اولیه** را برمی‌انگیزد که خود موجب راه‌اندازی یا تشدید اضطراب و دفاع‌ها می‌شود.

گمان نکنید که **خشم** در خط مقدم این احساسات است. به عنوان مثال، رسیدگی صمیمانه درمانگر می‌تواند با رسیدگی پدربزرگ بیمار پیوند بخورد، سوگ را نسبت به مرگ پدربزرگ فعال کند، که این سوگ می‌تواند

اضطراب را در انتقال راه‌اندازی کند.

Anxiety Regulation

مدیریت اضطراب، مدیریت اضطراب به روشی اشاره دارد که اضطراب بیمار را کاهش می‌دهد. هنگامی که اضطراب بیمار فراتر از **آستانه** می‌رود، ادامه فشار و یا چالش، بی‌فایده و اغلب اوقات، ضددرمان است (به مدخل Red Light نگاه کنید). در این موقعیت، درمانگر، به عنوان بخشی از روش **گام‌به‌گام** ISTDP دوانلو، باید به مدیریت اضطراب بیمار کمک کند. درمانگر باید از فشار بکاهد، به‌طورکلی بیشتر صحبت کند، و در حین صحبت بیمار، کمتر حرف او را **قطع** کند. بعلاوه، تکنیک‌های خاصی وجود دارد که می‌توانند به مدیریت اضطراب کمک کنند (عباس، هالیفکس ایمرژن، ۲۰۱۱؛ همچنین ویتوره، ۱۹۸۸، ص. ۱۷۱ را ببینید):

- **ظرفیت خودمشاهده‌گری** را بالا ببرید، به‌طورمعمول از طریق **مرور فرآیند**: با خلاصه کردن (اغلب اوقات به‌صورت مختصر) جنبه‌های مرتبط **مثلث تعارض و شخص** که اضطراب را راه‌اندازی می‌کنند.
- به دنبال تظاهرات بدنی و ادراکی شناختی اضطراب باشید، علی‌الخصوص تنش عضلانی: به عنوان مثال، آیا بیماران تنش را در بدنشان توصیف می‌کنند و تغییراتش را مشاهده می‌کنند یا اثرات تنفس عمیق را می‌بینند.
- به گوشه دیگر **مثلث شخص** بروید: به عنوان مثال، زمانی که با کنکاش خشم بیمار نسبت به درمانگر، اضطراب وی، فراتر از حد آستانه می‌رود، از او در مورد اوقات دیگری که خشم را تجربه کرده است، سؤال کنید (به عنوان مثال، با اشخاص فعلی یا در گذشته).

فشار باید کاهش یابد اما به طور کامل حذف نشود. همانطور که در مدخل **Complex Transference Feelings** (CTF) توصیف شد، برانگیختگی CTF، در واقع میزان **اضطراب هشیار** را کاهش می‌دهد. جابجایی به یک موضوع «خنتی» و نامربوط می‌تواند باعث کاهش ناگهانی در CTF شود که این امر می‌تواند به‌صورت متناقضی موجب **افزایش اضطراب هشیار** شود. تمامی مداخلات بالا تا حدی فشار را حفظ می‌کنند، چراکه مرور فرآیند و تمرکز بر اضطراب جسمانی هر دو مثال‌هایی از **فشار به هشیار** هستند.

همانطور که در مدخل **Graded Format** ذکر شده است، «چراغ سبز» برای ادامه فشار به‌صورت امن، بازگشت **علامت‌دهی عضلات مخطط**، همراه با **ظرفیت خودمشاهده‌گری** است. توجه داشته باشید، اگرچه ممکن است عبارت «مدیریت اضطراب» از کارهای مک‌کولا (مک‌کولا وایلنت، ۱۹۹۷) گرفته شده باشد، اما تکنیک‌هایی که در اینجا مطرح شد اساساً با تکنیک‌های او که بر اضطراب هشیار تمرکز دارند، متفاوت است.

Anxiety Threshold

آستانه اضطراب، به **Threshold** نگاه کنید.