

روان‌درمانی پوشی فشرده و کوتاه‌مدت

مفاهیم و فنون نوین رویکرد دوانلو

راهنمای درمانگران

فهرست مطالب

تقدیر و تشکر.....	۹
سخن مترجم.....	۱۱
درباره نویسنده و همکار.....	۱۵
مقدمه نویسنده.....	۱۷
بخش اول: اصول نظری بنیادین در روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت دوانلو: مقدمه.....	۲۱
مقدمه بخش اول.....	۲۳
فصل ۱. مروری بر فراروان‌شناسی دوانلو درباره ناخودآگاه.....	۲۵
فصل ۲. کشفیات دوانلو: مروری بر برنامه آموزشی مداربسته مونترال.....	۳۲
فصل ۳. کشفیات دوانلو، سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵: مروری بر اصطلاحات و آموزه‌های مهم.....	۳۵
بخش دوم: کاربرد مبانی نظری نوین.....	۴۳
فصل ۴. مصاحبه ارزیابی اولیه: بسیج عمده نیروی ناخودآگاه و حذف کامل مقاومت.....	۴۵
فصل ۵. نوروز انتقال: بخش اول.....	۵۵
فصل ۶. نوروز انتقال: بخش دوم.....	۶۶
فصل ۷. تغییرات ساختاری چندبعدی ناخودآگاه: بخش اول.....	۸۷
فصل ۸. مسیرهای نورویبولوژیکی خشم مرگبار و احساس گناه.....	۱۰۱
فصل ۹. نوروز انتقال: بخش سوم.....	۱۰۹
فصل ۱۰. شکل رقابتی مخرب نوروز انتقال.....	۱۱۹
فصل ۱۱. نوروز انتقال: بخش چهارم.....	۱۳۰
فصل ۱۲. ساختار دفاعی ناخودآگاه و شست‌شوی مغزی.....	۱۳۷
فصل ۱۳. سوگواری مرضی و ناخودآگاه بسیج‌یافته.....	۱۴۹
فصل ۱۴. انتقال بین‌نسلی آسیب روانی.....	۱۶۲
فصل ۱۵. نشانگان "روی‌گردانی".....	۱۷۵
فصل ۱۶. دنبال کردن رد ناخودآگاه.....	۱۸۳
فصل ۱۷. تخریب نورویبولوژیکی رحم.....	۱۹۳
فصل ۱۸. مقاومت خوی آرمانی‌سازی مخرب.....	۲۰۵
فصل ۱۹. ایفای نقش مادری برای مادر خود.....	۲۱۳

فصل ۲۰. تغییرات ساختاری چندبعدی ناخودآگاه: بخش دوم.....	۲۲۴
فصل ۲۱. نوروز انتقال: بخش پنجم.....	۲۳۱
فصل ۲۲. فراروان‌شناسی بخشایش‌گری.....	۲۳۸
فصل ۲۳. نوروز انتقال: بخش ششم.....	۲۵۱
بخش سوم: جهت‌گیری‌های آینده.....	
فصل ۲۴. مقدمه‌ای بر آموزش و پژوهش در روان‌درمانی مبتنی بر شایستگی.....	۲۶۳
فصل ۲۵. تصویربرداری عصبی و روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت: روان‌درمانی و مغز.....	۲۶۷
منابع.....	
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۲۹۵
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۲۹۹

تقدیر و تشکر

برای تدوین فصل تصویربرداری عصبی که اثری فراسوی نوشته هر روان‌پزشکی است، مدیون دکتر رابرت تارزول هستم. دکتر رابرت تارزول! از شما به دلیل خلق مفاهیم پیچیده به زبان ساده سپاسگزارم. اعضای برنامه آموزشی مداربسته مونترال به مدت هفت سال دوستان و همکاران نزدیک من بوده‌اند. صلابت و شور و اشتیاق آنها بارها و بارها الهام‌بخش من بوده است. از همگی شما دوستانم به دلیل بردباری، دل‌گرمی و فداکاری‌تان ممنونم. فیث و دارن ایسو، همچنان هدفی هستند که من به دلیلشان زندگی می‌کنم. از هر دوی آنها برای شادی و عشقی که بر قلب من نثار کردند، متشکرم. همچنین از دیوید، ژوزفین و لیزا هیکی، جینی هان و سینتیا فونتین به دلیل تالالوی پرتوی عشقی که به وجود من هدیه دادند، ممنونم. در آخر، سپاسگزار دکتر حبیب دوانلو هستم، کسی که خارق‌العاده‌ترین تجربه یادگیری را که هر روان‌درمانگری می‌تواند داشته باشد، در اختیار من گذاشت. دکتر دوانلو! به خود می‌بالم و این را فرصتی بی‌نظیر می‌دانم که ذهن انسان را با رویکرد شما آموختم.

سخن مترجم

یکی از چالش‌های بزرگ، فراروی آنان که در مسیر درمانگر شدن قرار داشته و قصد تسکین آلام بیماران با یکی از روش‌های روان‌شناختی را دارند، انتخاب رویکرد درمانی مناسب و کارآمد است. این افراد، گاهی سال‌ها در بلا تکلیفی‌اند و مانند سفال‌گری که پاره‌ای خاک رس را به اشکال متفاوت درمی‌آورد تا در نهایت شکل دل‌خواه خود را در آن ببیند، راه‌های مختلفی را می‌آزمایند. در طی این مسیر، فرد ممکن است به خطا رود و بارها و بارها، درماندگی و ناامیدی را در کار با روان بیمار تجربه کند. این موضوع خصوصاً در ایران به عللی مانند به هم ریختگی سیستم آموزشی و عدم وجود آموزش صحیح روان‌درمانی به کارآموزان، اهمیت مضاعفی پیدا کرده است. این چالش، زمانی که موضوع انتخاب درمان‌های تحلیلی و پویشی به میان می‌آید، پررنگ‌تر و برجسته‌تر می‌شود.

در ایران، برای سال‌های متمادی به عللی متفاوت در برابر درمان‌هایی که "ناخودآگاه" را مورد هدف قرار می‌دهند، "مقاومت" شدیدی وجود داشت. این درمان‌ها شامل روانکاوی، روان‌درمانی تحلیلی و روان‌درمانی پویشی است. سال‌ها بود دانشجویانی که روان‌شناسی را به‌عنوان رشته تحصیلی و روان‌درمانگری را به‌عنوان حرفه خود انتخاب کرده بودند، چنین رویکردهایی را مبهم، رمزآلود و عاری از ساختار دانسته و تمایلی به این حوزه نداشتند و گاهی این رویکردها را به باد انتقاد گرفته و به نحوی از انحا، خودآگاه و ناخودآگاه از آن می‌گریختند و می‌گریزند. به عقیده من برای این امر، علل و دلایل متفاوتی را می‌توان برشمرد:

اولین و بنیادی‌ترین دلیل، به خود انسان و ماهیت ناخودآگاه، برمی‌گردد. انسان، شدیداً از شناخت خود و خصوصاً فهم لایه‌های زیرین وجود خود گریزان است. انسان از روبرو شدن با امیال و احساسات سرکوب‌شده‌اش می‌ترسد؛ احساساتی که یادآوری و روبرو شدن با آنها همراه با درد و رنج است. بر همین اساس، انسان برای روبرو نشدن با طعم تلخ بخشی از وجود خود، به سازوکارهایی پناه می‌برد تا بتواند موقتاً با آن کنار بیاید؛ سازوکارهایی مثل کناره‌گیری، فراموشی، فرونشانی، سرکوب و برای یک روان‌شناس حتی به سخره گرفتن روانکاوی و پناه بردن به ساختار. همگی این سازوکارها، انسان را در فضا و حاشیه امنی قرار می‌دهند و اضطراب ناشی از روبرو شدن با درد را موقتاً تسکین می‌بخشند.

دومین دلیل، به وجود اندک مراکز و انستیتوهای روان‌درمانی تحلیلی و پویشی و ماهیت آموزش روان‌درمانی تحلیلی و پویشی برمی‌گردد. با اینکه در اروپا در اوایل قرن بیستم، روان‌درمانی با روانکاوی متولد شد، در ایران تنها در یک دهه اخیر یعنی اوایل قرن بیست و یکم شاهد تولد روانکاوی هستیم. همچنین، روانکاوی در اروپا تغییرات فرهنگی و اجتماعی عظیمی به راه انداخت و طبیعتاً زمینه برای پذیرش آن، هم برای روان‌درمانگر و هم بیمار فراهم شده بود. در ایران متأسفانه مراکز معتبر اندکی

وجود دارد که به آموزش و پرورش درمانگر تحلیلی و پویشی بپردازد. از جهتی ماهیت آموزش روان‌درمانی تحلیلی و پویشی کاملاً متفاوت از سایر نظام‌های درمانی است. به‌عنوان مثال آموزش روان‌درمانی تحلیلی و روانکاوی، "سه وجهی" است. بدین معنا که اولاً کارآموز بایستی خود، سال‌ها مورد تحلیل قرار گیرد و بسیاری از عقده‌ها و گره‌های شخصیتی خود را طی تحلیل، حل و فصل نماید. ثانیاً وی باید سال‌ها تئوری و فنون روان‌درمانی تحلیلی را آموزش ببیند. ثالثاً باید توسط یک سوپروایزر، سال‌ها سوپرویزن دریافت کرده و ایرادات خود حین کار با بیمار را برطرف سازد. طبیعتاً چنین فرایندی کاری بس سخت و طاقت‌فرساست و پیش‌نیاز کلیدی آن «انگیزه درونی قوی» در فرد است. در مورد روان‌درمانی پویشی نیز به همین منوال، آموزش درمان‌نیازمند سال‌ها تحقیق و تفحص و دریافت سوپرویزن است. به‌عنوان مثال در رابطه با روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت لازم است که فرد دوره‌های مربوط با برنامه آموزشی مداربسته را شرکت کرده تا بتواند صلاحیت انجام روان‌درمانی را کسب کند. طی این دوره‌ها، فرد علاوه بر آشنایی با مفاهیم نظری و فنون درمانی، خود توسط سوپروایزر یا یکی از همکاران مصاحبه می‌شود و تمامی مصاحبه‌ها ضبط و ویدئویی می‌گردد. سپس این مصاحبه‌ها پخش می‌شود و ناخودآگاه فرد از طریق فرایند واری روان‌تحلیل‌گرانه ناخودآگاه تحلیل می‌شود. به همین ترتیب فرد، هم احساسات مسدود و مدفون درون خود را حل و فصل می‌کند؛ احساساتی که در کار با بیماران خود را نشان می‌دهند و روند درمان را مختل می‌کنند، هم مفاهیم انتزاعی و فنون درمان را به شکل عملی بر روی خود لمس و تجربه می‌کند و هم اینکه می‌تواند با شناخت و حل و فصل گره‌های شخصیتی خود، از سرایت احساسات ناشی از انتقال متقابل در فرایند درمان جلوگیری کند. گذراندن چنین دوره‌هایی با اینکه برای هر درمانگری لازم است اما کاری بس سخت و دشوار است.

سومین دلیل، به عدم شناخت روانکاوی مربوط می‌شود. گاهی می‌شنویم که می‌گویند روانکاوی مبتنی بر شواهد نیست یا رمزآلود و مبهم است. این عقاید غلط توسط کسانی مطرح می‌شود که مطالعات لازم در زمینه روانکاوی و روان‌پویشی را نداشته‌اند. من بر این باورم که روانکاوی پیچیده است اما باور ندارم مبهم و رمزآلود است، چرا که روانکاوی یک علم است و کار علم روشن کردن ابهامات و ناشناخته‌هاست. روانکاوی از انسان می‌گوید و چه کسی نزدیک‌تر از انسان به خودش است. عدم وجود کتب علمی در زمینه روان‌تحلیلی و روان‌پویشی به‌ویژه کتاب‌های راهنمای بالینی درمانگران به شناخت اندک این حوزه دامن زده است.

بی‌شک در ایران طی سال‌های اخیر خصوصاً در یک دهه اخیر تحولات عظیمی در حوزه روان‌درمانی تحلیلی و پویشی شکل گرفته و در حال شکل گرفتن است. از یک طرف، شاهد تغییر نگاه بدبینانه و واکنش اجتنابی به آن هستیم. بسیاری از دانشجویان در پی تسکین زخم‌های روان خود، تشنه شناخت دنیای درونی خویش هستند و درد ناشی از روبرو شدن با ناخودآگاه، خاطرات آن و احساسات دردناک مرتبط با این خاطرات را به امید شناخت پیچیدگی‌های درون خود و تسکین آلام شان به جان می‌خرند. از طرفی، شاهد رشد مراکز و مؤسسات آموزش روان‌درمانی تحلیلی و پویشی هستیم که درمانگران کارآمد و توانمندی را تربیت می‌کنند، از طرف دیگر کتاب‌های معتبری در زمینه

راهنمای بالینی درمانگران، ترجمه و تألیف شده است که کمک بزرگی در آموزش تئوری و فن به کارآموزان ارائه می‌دهند و در شناخت و ترویج این نوع نظام‌های درمانی مؤثر خواهند بود. ترجمه کتاب حاضر از کاترین هیکی نیز به دلیل پر کردن این خلاء عظیم انجام گرفت.

کتاب حاضر به شکلی بی‌نظیر مفاهیم و فنون نوین دکتر حبیب دوانلو را از سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵ به تصویر می‌کشد. دکتر کاترین هیکی برای عملیاتی سازی مفاهیم انتزاعی و فنون درمان، قبل از هر چیز اجماًلاً به بحث نظری در ابتدای هر فصل می‌پردازد و سپس با استفاده از صحنه‌های مربوط به مصاحبه‌های زنده، عینی و واقعی با یک بیمار، آن مفاهیم و فنون را ملموس‌تر و کاربردشان را برای یک درمانگر در فضای درمان راحت‌تر می‌سازد و این می‌تواند مؤثرترین روش انتقال مفاهیم به مخاطبینی باشد که خود متخصص و درمانگر هستند. بی‌شک خواندن این کتاب جذاب و فهم عمیق مفاهیم نوین دوانلو در بافتار مصاحبه‌های کاملاً عملی، می‌تواند درک بسیار روشنی از کار با ناخودآگاه بیماران ارائه دهد.

در این کتاب با مفاهیم و اصطلاحاتی روبرو خواهید شد که شاید در ادبیات روان‌درمانی پویایی برایتان ناآشنا باشد. دلیل این موضوع آن است که دکتر دوانلو در طی سال‌ها ژرف‌نگری و تحقیق و تفحص در اعماق وجودی انسان و ناخودآگاه، به‌ویژه از سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵ به کشفیات جدیدی دست یافته است. این کتاب انعکاس‌دهنده این مفاهیم نوین رویکرد اوست. قبل از ارائه این مفاهیم، دوانلو در بسیاری از اثرات خود کوشیده بود تا فنون عملی "بازگشایی نسبی ناخودآگاه" را با استفاده از توالی پویایی مرکزی ارائه دهد و خیلی کمتر به فنون "بازگشایی عمده ناخودآگاه" و فنون "بازگشایی عمده و چندگانه" یا "بازگشایی عمده، چندگانه و گسترده ی ناخودآگاه" پرداخته بود. عدم پرداختن به بازگشایی عمده، چندگانه و گسترده ناخودآگاه سبب شده که بسیاری از درمانگران دست خود را در این زمینه خالی ببینند و گاهی دچار بدفهمی‌هایی در مورد رویکرد دوانلو شوند؛ درحالی‌که بخش اساسی کار یک روان‌درمانگر پویایی فشرده و کوتاه‌مدت به ابعاد عمده و چندگانه ناخودآگاه مربوط می‌شود. تغییرات ساختاری و چندبعدی در ناخودآگاه و به تبع آن برطرف شدن سمپتوم‌های بیمار، زمانی اتفاق می‌افتد که درمانگر بتواند کاملاً به شکل علمی و دقیق، ناخودآگاه بیمار را شکافته و زخم‌های آن را از زیر (یعنی ناخودآگاه) به سطح (یعنی خودآگاه) بکشاند و به آنها اجازه دهد تا دوباره "احساس" شوند و در سطح تحمل و ظرفیت خودآگاه به "کنترل" بیمار درآیند و این خود، کاری فوق‌العاده پیچیده و ظریف است؛ چرا که لازمه چنین کاری بالانس و مدیریت UTA (اتحاد درمانی ناخودآگاه) و TCR (مؤلفه انتقالی مقاومت) و نگه داشتن آنها در حد بهینه است. تشخیص حد بهینه UTA و TCR نیز از جمله ظرافت‌های این مدل درمانی است. همچنین، درمانگر باید بتواند به این مهارت برسد تا واریسی روان‌تحلیل‌گرانه از ناخودآگاه بیمار به عمل بیاورد. در این کتاب، هم با روش‌های عملی بازگشایی عمده، چندگانه و گسترده ناخودآگاه و هم با روش‌های تشخیص و نگه داشتن حد بهینه UTA و TCR آشنا خواهید شد.

در کتاب حاضر با برنامه آموزشی مداربسته مونترال نیز آشنا خواهید شد که در کمتر کتابی در این حد از گستردگی به این موضوع پرداخته شده است. بدون شک در تاریخ آموزش روان‌درمانی پویایی،

برنامه آموزشی مداربسته مونترال بی هم‌تاست. طی این برنامه آموزشی، شرکت‌کنندگان ضمن آشنایی با فنون و مفاهیم روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت، ناخودآگاه خود را نیز ملاقات می‌کنند و با لایه‌های پنهانی وجود خود آشنا می‌شوند.

کتاب حاضر از سه بخش کلی تشکیل شده است. بخش اول به مبانی نظری بنیادین در روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت می‌پردازد. این بخش متشکل از سه فصل است. خوانندگان در این فصول با فراروان‌شناسی ناخودآگاه، برنامه آموزشی مداربسته مونترال و کشفیات نوین دوانلو از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵ آشنا خواهند شد. بخش دوم کتاب به کاربرد اصول نظری بنیادین اختصاص دارد. این بخش متشکل از بیست فصل از کتاب است. در این فصول خوانندگان با مفاهیم و فنون نوین و اصلی دوانلو آشنا خواهند شد. برای درک عملی این فنون در فضای درمان از یک بیمار واقعی استفاده شده است. مصاحبه ارزیابی اولیه، بسیج عمده نیروی ناخودآگاه، نوروز انتقال، شکل رقابتی مخرب نوروز انتقال، فن تغییرات ساختاری و چندبعدی در ناخودآگاه (MUSC)، مسیرهای نورویبولژیکی خشم مرگبار و احساس گناه، ساختار دفاعی ناخودآگاه و شستشوی مغزی، انتقال بین نسلی آسیب روانی، سوگ مرضی، نشانگان روی‌گردانی، دنبال کردن رد ناخودآگاه، مقاومت خوی آرمانی‌سازی مخرب و فراروان‌شناسی بخشایش‌گری، مفاهیم و فنونی هستند که خوانندگان در این فصول با آنها آشنا خواهند شد. در نهایت، بخش سوم کتاب به جهت‌گیری‌های آینده روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت می‌پردازد. این بخش نیز از دو فصل تشکیل شده و به موضوعات مهم آموزش روان‌درمانی مبتنی بر شایستگی و تصویربرداری عصبی در روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت می‌پردازد.

بی‌تردید یکی از سخت‌ترین و پیچیده‌ترین کارهای علمی، انتقال یک زبان و فرهنگ به زبان و فرهنگی دیگر است. چرا که لازمه چنین کاری آشنایی عمیق با فرهنگ و زبان بومی است که قصد انتقالش را داریم. بر این اساس، مترجم ممکن است در برگرداندن اصطلاحات و مضامین مدنظر مؤلف به خطا رود. بی‌شک ترجمه اثر حاضر نیز مستثنا از این خطاها نبوده است. گرچه تمام تلاش‌مان را کردیم که ضمن حفظ اصل امانت‌داری، ترجمه‌ای سلیس و روان را در اختیار خوانندگان قرار دهیم. بدین منظور، ضمن ارتباط با مؤلف و استفاده از نظرات ارزنده ایشان در انتخاب مضامین صحیح، حین ترجمه نیز سعی کردیم بارها و بارها جملات را خوانده و صحیح‌ترین و ساده‌ترین جمله و مضمون را انتقال دهیم. با این حال، مشتاقیم که در ویراست‌های آتی از نظرات سازنده خوانندگان نیز مدد جوییم. در پایان، می‌خواهم از تمام کسانی که ذهن و قلبم را با دانش و بینش عمیق‌شان جلا دادند، تشکر نمایم؛ کسانی که من را با موجود زنده ناخودآگاه آشنا ساختند و شور عشق بی‌پایان به کار با این اقیانوس بی‌کران را در دلم پروراندند؛ کسانی که فریاد بلند ناخودآگاهم در سکوت‌شان می‌پیچد و با انعکاسش "خویشتن" ام را می‌یابم؛ آنهایی که با حضورشان به آنجایی می‌رسم که بدانم دنیا چیزی جز پژواک دنیای ما نیست و وسعت هستی از وسعت نگاه ما فراتر نیست.

دکتر رسول حشمتی

تابستان ۱۳۹۸

درباره نویسنده و همکار

نویسنده

کاترین هیکی (MD, MMed, FRCPC, ABPN) روان‌پزشکی در نیوفاندلند و استادیار دانشگاه مموریال نیوفاندلند است، جایی که مدرک پزشکی خود را از آنجا دریافت کرد. وی دوره کارآموزی روان‌پزشکی خود را در دانشگاه دالهاوزی گذراند و فلوشیپ طب روان-تنی را در دانشگاه هاروارد به پایان رساند. او دارای بورس تخصصی نورولوژی و روان‌پزشکی از آمریکا است. او همچنین دارای تأییدیه کالج سلطنتی پزشکان و جراحان کانادا در حوزه روان‌پزشکی و روان‌پزشکی سالمندان است. علائق علمی وی در زمینه روان‌پزشکی سالمندان، آموزش پزشکی و روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت دوانلو است. او یک دوره دوازده‌ساله کارآموزی را با دکتر دوانلو در دانشگاه مک‌گیل به پایان رسانده و دوره کارشناسی ارشد آموزش پزشکی را در دانشگاه داندی گذرانده است. او نویسنده چندین اثر دقیق علمی است که بسیاری از آنها بر محور IS-TDP دوانلو و آموزش روان‌درمانی مبتنی بر شایستگی است.

همکار

دکتر رابرت تارزول، دارای مدرک روان‌پزشکی و پزشکی هسته‌ای است و فعالانه در هر دو حوزه تخصصی کار می‌کند. او همچنین در زمینه تصویربرداری کارکردی مغز برای اختلالات روان‌پزشکی، تحقیقات علمی انجام می‌دهد. دکتر تارزول، نویسنده همکار بزرگ‌ترین پروژه بررسی تغییرات تصویربرداری عصبی حاصل از روان‌درمانی روان‌پویشی است. وی آموزش در زمینه IS-TDP را در طول دوره کارآموزی خود در دانشگاه دالهاوزی آغاز کرد و این آموزش را مستقیماً تحت نظارت دکتر دوانلو ادامه داد. او اکنون استادیار بالینی دانشکده پزشکی در دانشگاه بریتیش کلمبیا است.

مقدمه نویسنده

در چند دهه گذشته، شاهد حرکت تحقیقات علمی به سمت رویکردهای مبتنی بر شواهد در حوزه درمان بیماری‌ها و مشکلات روانی بوده‌ایم. در این راستا، مطالعات روزافزونی انجام شده که اثربخشی روش‌های مختلف روان‌درمانی را در بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی نشان داده‌اند (فونگی، ۲۰۱۵؛ پراجاپاتی، ۲۰۱۴). با اینکه بسیاری از افراد از این موضوع شکایت دارند که رشته روان‌پزشکی ماهیت بیولوژیکی پیدا کرده است (ورهالست، ۱۹۹۱)، نوعی رنسانس روان‌درمانی شکل گرفته که بر اثر آن، این رشته شروع به بازنگری در ارزش رویکردهای غیر دارویی در درمان بیمارهای روانی کرده است. در این زمینه، چندین نهاد آموزشی (از جمله انجمن اعتباربخشی فارغ‌التحصیلان آموزش پزشکی^۱، ۲۰۰۷، و کالج سلطنتی پزشکان و جراحان کانادا^۲، ۲۰۱۳) به شدت تقاضای آموزش روان‌درمانی برای رزیدنت‌های روان‌پزشکی را به ترتیب در کانادا و ایالات متحده افزایش داده‌اند.

همزمان با شکل‌گیری چنین رنسانسی در روان‌درمانی، شاهد ظهور روندی به سمت "آموزش مبتنی بر شایستگی"^۳ هستیم. دیگر، مریدان آموزش پزشکی از وضع موجود مدل کارآموزی راضی نیستند. در حال حاضر، در این زمینه، تمرکز اصلی روی ارزیابی فعالانه فعالیت‌های مهم بالینی و نظارتی است. مریدان آموزش روان‌درمانی در نسل فعلی بایستی از خود چندین سؤال اساسی را بپرسند که عبارت‌اند از: منظور از روان‌درمانگر شایسته چیست؟

برای یک کارآموز، دستیابی به شایستگی در هر شیوه روان‌درمانی به چه معناست؟

چگونه شایستگی کارآموز را ارزیابی کنم؟

چگونه شایستگی خودم را ارزیابی کنم؟

آیا روش‌های سنتی آموزش و نظارت کافی است؟

من بر این باورم که هیچ فردی به اندازه دکتر حبیب دوانلو، استاد ممتاز و بازنشسته روان‌پزشکی دانشگاه مک‌گیل در مونترال کانادا، آموزش روان‌درمانی مبتنی بر شایستگی را درک نکرده است. پس از ابداع و ارائه شیوه "روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت"^۴ (که تحت عنوان IS-TDP شناخته می‌شود) از سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۹۰، دوانلو در دهه اخیر به گسترش و بازبینی کشفیات خود ادامه داده است. او فهم خود از ناخودآگاه انسان را (چیزی که آن را فراروان‌شناسی ناخودآگاه می‌نامد) هر چه بیشتر

1- Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)
2- The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPC)
3- Competency-based education
4- Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (IS-TDP)

گسترش داده و در حال حاضر تمرکز خود را بر بسیج عمده نیروی ناخودآگاه و حذف کامل مقاومت عطف کرده است. او فعلا نه در سهم کردن کشفیاتش با دیگران تلاش کرده و درمانگران بی‌شماری را در برنامه آموزشی مداربسته^۱ بی‌نظیر، تجربی و مبتنی بر شایستگی مونترال آموزش داده است.

این برنامه به چند دلیل در نوع خود بی‌نظیر است. برای اولین بار است که در آموزش روان‌درمانی، تمامی مصاحبه‌های بالینی با استفاده از فناوری ویدئویی ضبط می‌شود و بارها مورد بازبینی و تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. کارآموزان از همدیگر مصاحبه‌های بالینی می‌گیرند و گاهی دکتر دوانلو خود مصاحبه‌ها را انجام می‌دهد. با اینکه دکتر دوانلو سوپروایزر رسمی جلسات است، شرکت‌کنندگان ترغیب می‌شوند تا بازخورد و ارزیابی خود را هم در مورد همکار و هم خودشان ارائه دهند. طی این برنامه آموزشی شرکت‌کنندگان فرصت پیدا می‌کنند تا گره‌های ناخودآگاه خود را بشناسند، گره‌هایی که آنها را از انجام مؤثر و کارآمد روان‌درمانی بازمی‌دارد.

این برنامه، هم با تحسین و هم انتقاد فراوانی روبرو بوده است. کسانی که آن را تحسین می‌کنند از وجود عنصر تجربی بی‌نظیر آن سخن می‌گویند که طی آن شرکت‌کنندگان نه تنها می‌توانند عناصر مهم فنون درمان را تجربه کنند، بلکه می‌توانند هیجان‌های عمیق نهفته در ناخودآگاه شان را نیز لمس و تجربه کنند. در همین راستا، آنها می‌توانند گره‌های موجود در ناخودآگاه‌شان را حل و فصل^۲ کنند، گره‌هایی که ممکن است به بن‌بست طولانی مدت حرفه‌ای منجر گردد.

باین حال، باید تأکید کرد که هدف نهایی این برنامه، درمان شرکت‌کنندگان در آن نیست. باین حال، فرد بیماری که مصاحبه‌های او در این کتاب شرح داده شده، تحت درمان واقعی قرار گرفته است. بیشتر مصاحبه‌های بیماران، خارج از برنامه آموزشی مداربسته و در فضای درمان گروهی کوچک و خصوصی صورت می‌گیرد. هرچند، برخی از آنها در داخل برنامه انجام می‌گیرد. این جلسات (صرف‌نظر از اینکه در قالب درمان گروهی کوچک‌تر و خصوصی یا در گروه آموزشی بزرگ‌تر باشد) مکرراً در داخل برنامه آموزشی مداربسته مورد بررسی و بازبینی قرار می‌گیرد. به دلیل اینکه این بیمار خارج از گروه مداربسته تحت درمان خصوصی قرار دارد، اصطلاح صحیح در مورد وی "بیمار" یا "درمانگر" است. اگر این چنین نبود، یعنی تحت درمان قرار نداشت، در این صورت اصطلاح صحیح‌تر "مصاحبه‌گر"^۳ و "مصاحبه‌شونده"^۴ بود.

هدف این کتاب، آموزش فنون دقیق و تأثیرگذار دکتر دوانلو به خواننده است. باید تأکید کرد که بسیاری از کارهای دوانلو به کاربرد فناوری ویدئویی در آموزش روان‌درمانی معطوف بوده است. او از یادداشت‌برداری در فرایند درمان به دلیل فراخوانی ذهنی ناشی از آن و سوگیری ذهنی متداعی با آنها استفاده نمی‌کند. به جای آن، او بر تحلیل دقیق هر دو ارتباط دیداری و کلامی بیمار (مصاحبه‌شونده) و درمانگر (مصاحبه‌گر) تمرکز می‌کند. ماحصل چنین فرایندی عبارت است از ارزیابی عینی و زنده از هر

1- Montreal closed circuit training programme

2- Work through

3- Interviewer

4- Interviewee

آنچه که به شکل واقعی در اتاق روان‌درمانی اتفاق می‌افتد.

آنچه در اتاق روان‌درمانی دکتر دوانلو اتفاق می‌افتد یک "گپ و گفت معمولی"^۱ پای شومینه نیست. در حقیقت، دوانلو به صرفه‌جویی در زمان اهمیت می‌دهد و معتقد است که طولانی بودن دوره درمان نه تنها غیرمنطقی بلکه مضر هم هست. توانایی او در کار روی مقاومت بیمار به شکل موفقیت‌آمیز یک ادعا یا شعار واهی نیست. او در جلسات سالانه فراروان‌شناسی خود در مونترال، همه را به واریسی موشکافانه در کارهایش دعوت می‌کند. کسانی که به‌طور مستقیم فیلم مربوط به مصاحبه‌های ضبط شده خود را مشاهده می‌کنند، اغلب اظهار می‌کنند که رویکرد او بی‌نظیر است و درعین صلابت و هدفمند بودن، معنوی، عمیق و اثرگذار نیز هست. این رویکرد، علم فراروان‌شناسی را با هنر همدلی انسانی و شفقت درهم می‌آمیزد. با این حال، از خوانندگان خواسته می‌شود تا بر اساس مشاهدات مستقیم خود نظرات‌شان را در مورد این روش درمانی ارائه دهند.

برخی برنامه آموزشی مداربسته مونترال را به دلیل نداشتن پارامترها و مرزهای درمانی کافی موردانتقاد قرار داده‌اند (فریدریکسون، ۲۰۱۶). از آنجا که شرکت‌کنندگان با یکدیگر مصاحبه می‌کنند و اغلب افکار و احساسات خصوصی خود را به دیگران فاش می‌کنند، در نتیجه بسیاری از شرکت‌کنندگان عمیقاً از دنیای یکدیگر باخبر می‌شوند. این حد از صداقت، گشودگی و بی‌پروایی با اینکه با تهدیداتی نیز همراه است، منجر به انسجام و هم‌گرایی بی‌نظیر در گروه می‌گردد. در کل، قبل از اینکه این روش به شکل غیراخلاقی موردانتقاد قرار گیرد یا رد شود، بایستی آن را تجربه کرد یا حداقل به شکل عینی شاهد آن بود.

هدف کتاب این است که به خواننده این اجازه را بدهد که تا حدودی شاهد هر آنچه که در برنامه آموزشی مداربسته اتفاق می‌افتد، باشد. دوره درمان یک بیمار واقعی با جزئیات تمام مورد بررسی قرار خواهد گرفت. جزئیات مربوط به مشخصات جمعیت‌شناختی او به دلیل محرمانه ماندن، تغییر داده شده است. با این حال، او رضایت آگاهانه و رسمی برای استفاده از مصاحبه‌هایش در این کتاب را داده است. اگرچه متن نوشتاری به تنهایی نمی‌تواند عمق احساسی که او حین فرایند درمان تجربه کرده را انتقال دهد، حداقل محتوای مصاحبه را در اختیار خواننده قرار می‌دهد، که هرکدام از آنها کشفیات، فنون و دیدگاه نوین دوانلو را انعکاس می‌دهند.

در پایان، امید است که خواننده تصمیم آگاهانه در مورد این رویکرد بگیرد. مورد مطرح شده در کتاب و این رویکرد ممکن است منجر به برانگیختن احساسات، واکنش‌ها و نتیجه‌گیری‌هایی گردد. از خواننده تقاضا می‌شود که از پیش‌داوری و نتیجه‌گیری زودهنگام بر حذر باشد و به قول دکتر دوانلو "تأنی کند و ببیندش". تنها در سایه تأنی و تأمل است که حقیقت این روش آموزشی می‌تواند آشکار گردد.

بخش اول

**اصول نظری بنیادین در
روان‌درمانی پویشی فشرده
و کوتاه‌مدت دوانلو: مقدمه**

مقدمه بخش اول

دکتر حبیب دوانلو، روش روان‌درمانی پویشی (IS-TDP)^۱ را در طول چهل سال گذشته پدید آورده است، روشی که حتی در درمان مقاوم‌ترین اختلالات روان‌رنجوری^۲ نیز اثربخشی بالایی دارد. دکتر دوانلو با استفاده از ثبت ویدئویی جلسات درمان توانسته روش خود را مورد بررسی قرار داده و برنامه آموزشی بسیار جامعی برای کسانی که تلاش می‌کنند آن را فراگیرند، فراهم کند.

دوانلو در خصوص کشفیات خود، نوشته‌های پرباری دارد. کتاب‌های اصلی وی شالوده بسیار مهمی برای دانشجویان علاقه‌مند به این روش فراهم می‌کند. باین‌حال، کشفیات دوانلو در طول پنج سال گذشته، پیشرفت چشمگیری داشته است. آموزش و پژوهش وی به‌شدت بر برنامه آموزشی مداربسته انقلابی‌اش تمرکز داشته است. شرکت‌کنندگان این برنامه، درمانگران کارورزی هستند که به کسب تجربه و تسلط بر این روش علاقه‌مندند. آنها در مونترال چندین بار در سال همدیگر را ملاقات می‌کنند. در طول دوره، شرکت‌کنندگان با یکدیگر مصاحبه می‌کنند و گاهی دکتر دوانلو خود با آنها مصاحبه می‌کند. همه مصاحبه‌ها توسط سایر شرکت‌کنندگان ثبت شده و مورد مشاهده قرار می‌گیرد. در چنین جو بی‌نظیری، مقاومت شرکت‌کنندگان بارها و بارها فرومی‌ریزد و آنها هیجان‌های ناخودآگاه خود را به‌طور عمیق تجربه می‌کنند.

هدف این کتاب، تلفیق یافته‌های پژوهشی اخیر دکتر دوانلو با کشفیات فراروان‌شناختی^۳ و فنی اوست که قبلاً انتشار یافته است. بدین منظور، ابتدا نگاهی اجمالی بر یافته‌های منتشرشده قبلی وی انداخته، سپس مروری بر کشفیات جدیدتر او در یک دهه اخیر خواهیم داشت. بیشتر این کشفیات، منتشر نشده و حاصل تحول و اجرای برنامه آموزشی مداربسته بوده است که در ادامه شرح داده خواهد شد. علاوه بر بررسی کشفیات جدید دوانلو، خوانندگان، نحوه به‌کارگیری دقیق آنها را در رابطه با یک بیمار واقعی مشاهده خواهند کرد. ابتدا مصاحبه ارزیابی اولیه با جزئیات شرح داده خواهد شد. مصاحبه‌های بعدی پشت سر هم ارائه خواهد شد. همه تلاش‌ها را به کار خواهیم گرفت تا آخرین یافته‌های دکتر دوانلو در این بافتار گنجانده شود.

1- Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (IS-TDP)

2- Psychoneurotic disorders

3- Metapsychology

فصل ۱

مروری بر فراوان‌شناسی دوانلو درباره ناخودآگاه

دکتر دوانلو با استفاده از فناوری ویدئویی، کشفیات زیادی در مورد ناخودآگاه انسان به دست آورد. او این کشفیات را بر روی طیف وسیعی از بیماران از جمله بیماران به شدت مقاوم به کار برد (دوانلو، ۲۰۰۰). این کشفیات بر پایه شواهد تجربی استوار هستند نه بر پایه نظریه یا شهود و بنیان فراوان‌شناسی ناخودآگاه دکتر دوانلو را می‌سازند (۲۰۰۱). کار وی در اوایل دهه ۱۹۸۰ عمدتاً بر روی بیماران مبتلا به ترس مرضی، وسواس، وحشت‌زدگی، افسردگی و اختلالات عملکردی متمرکز بود (دوانلو، ۱۹۸۷a، ۱۹۸۷b، ۱۹۸۹؛ زایدن، ۱۹۷۹). پس‌از آن، دکتر دوانلو تمرکز خود را بر روی درمان بیماران مبتلا به اختلالات روان-تنی و آسیب‌شناسی خوی‌های^۱ شکننده معطوف کرد. او توانست نشان دهد که با اندکی تغییر می‌توان این فن را با موفقیت در درمان چنین بیمارانی به کار برد (دوانلو، ۱۹۹۹، ۱۹۹۹b). این فن، "دستیابی مستقیم به ناخودآگاه"^۲ و به همه نیروهای پویشی آسیب‌زا را امکان‌پذیر می‌سازد، نیروهایی که در علائم و اختلالات خوی بیمار نقش دارند (اوگسبرگر^۳، ۲۰۰۰). در این کتاب، فن دستیابی سریع و مستقیم به ناخودآگاه از طریق گزارش دقیق یک بیمار واقعی، نشان داده خواهد شد.

دکتر دوانلو فن "قفل‌گشایی ناخودآگاه"^۴ خود را به‌طور مشروح معرفی کرده است (دوانلو، ۱۹۷۵، ۱۹۷۶a، ۱۹۷۶b). بیمار و درمانگر با استفاده از این فن، فرصتی منحصر به فرد برای دستیابی به دیدگاهی مستقیم درباره همه نیروهای پویشی مرضی به دست می‌آورند، نیروهایی که علائم بیماری و اختلال خوی را در بیمار حفظ می‌کنند.

1- Characters
2- Direct access to the unconscious
3- Augsburg
4- Unlocking the unconscious

عوامل دوگانه انتقال و مقاومت^۱

از چهار دهه قبل، دکتر دوانلو یک فن مداخله درمانگر مقتدر و سرسخت را پدید آورد. فن وی مقاومت بیمار را با هدف حذف کامل آن به بالاترین حد ممکن افزایش می‌دهد، بنابراین، به بیمار اجازه داده می‌شود که احساسات ناخودآگاه را به‌طور کامل تجربه کند. با انجام این کار، دکتر دوانلو ارتباط مهم بین مقاومت و احساسات انتقالی را کشف کرد. وی این ارتباط را "عوامل دوگانه انتقال و مقاومت" نامید که تبدیل به بُعد محوری فن وی شد.

یکی از کشفیات اولیه و مهم دکتر دوانلو این بود که میزان قفل‌گشایی ناخودآگاه، نسبت مستقیمی با میزان احساسات انتقالی دارد که بیمار تجربه می‌کند (دوانلو، ۱۹۹۲). یکی دیگر از کشفیات اولیه و مهم این بود که دستیابی مستقیم به ناخودآگاه نه تنها از احساسات انتقالی بلکه از تعامل بین مقاومت بیمار و یک نیروی بسیار قدرتمند دیگری به نام "اتحاد درمانی ناخودآگاه" (UTA^۲) تأثیر می‌پذیرد (دوانلو، ۱۹۸۸a، ۱۹۸۸b).

اتحاد درمانی ناخودآگاه (UTA)

درست همان‌طور که مقاومت بیمار به دنبال کارشکنی در فرایند درمان است، UTA از طریق اتحاد با درمانگر به دنبال توانمندسازی بیمار به‌منظور تجربه دردناک‌ترین احساسات سرکوب‌شده ناخودآگاه است. در فن دکتر دوانلو، به‌کارگیری نیروی بسیار توانمند UTA، در برابر نیروی مقاومت، امکان‌پذیر می‌شود (دوانلو، ۱۹۷۷). درحالی‌که UTA به تدریج تقویت می‌شود، مقاومت نیز به نسبت آن تضعیف می‌گردد و درنهایت UTA غالب می‌گردد. پس از آن مقاومت، کارکرد خود را از دست داده و دستیابی مستقیم به ناخودآگاه امکان‌پذیر می‌شود (دوانلو، ۱۹۸۵).

دکتر دوانلو نشان داد که غلبه UTA و دستیابی مستقیم به ناخودآگاه از طریق واریسی موشکافانه مقاومت بیمار و مدیریت آن امکان‌پذیر می‌شود. به‌طورکلی، هر چه بیمار مقاومت بیشتری داشته باشد، در ناخودآگاهش خشم مرگبار و احساس گناه بیشتر و شدیدتری دارد. در بیمارانی با مقاومت بالا، اغلب درجه بالایی از خشم مرگبار بدوی و احساس گناه شدید نسبت به یکی از والدین یا هردو و یا همشیره‌ها وجود دارد (دوانلو، ۲۰۰۰). اغلب در بیمارانی پاسخ‌گوتر و با مقاومت اندک، کانون تمرکز درمان، محدود و تک‌بعدی است، در چنین بیمارانی خشم مرگبار ناخودآگاه وجود ندارد و مقاومت آنها اساساً جنبه تاکتیکی (دفاع‌های تاکتیکی) دارد (دوانلو، ۱۹۹۵، ۱۹۹۶b).

1- Twin factors of transference and resistance

2- Unconscious Therapeutic Alliance (UTA)

مؤلفه انتقالی مقاومت (TCR^۱)

دکتر دوانلو نشان داده که عامل اصلی تأثیرگذار در پیش‌برد مصاحبه، درجه مقاومت بیمار و مؤلفه انتقال آن است. این مؤلفه انتقال (TCR) شاخصه درمانی مهمی است که به منظور اطمینان از قفل‌گشایی ناخودآگاه باید به‌طور دائم واریسی گردد. در IS-TDP دوانلو، رسیدن به یک TCR بسیار بالا ضروری است. متأسفانه، بسیاری از درمانگرها با اینکه ادعا دارند IS-TDP را به روش یکسانی اجرا می‌کنند، اما در دست‌یابی به یک TCR بالا موفق نیستند. برنامه آموزشی مداربسته دکتر دوانلو، برنامه زنده و واقعی است که طی آن ملاحظات فنی در رسیدن به این هدف را به درمانگران آموزش می‌دهد (دوانلو، ۲۰۱۱، ۲۰۱۳b، ۲۰۱۴b، ۲۰۱۵).

طیف اختلالات روان‌رنجوری^۲

دکتر دوانلو "طیف اختلالات روان‌رنجوری" را به شکل دقیق مشخص کرده است (دوانلو، ۱۹۹۵). در انتهای چپ طیف، بیمارانی قرار دارند که به‌شدت پاسخ‌گو هستند، کانون درمانی این افراد تک‌بعدی و مشکلشان جزئی و محدود است (برای مثال، یک فوبیای خفیف یا روان‌رنجوری وسواسی). در میانه طیف، بیمارانی قرار دارند که به‌شدت مقاوم هستند، مبتلا به اختلال خوی و آشفتگی نوروتیک می‌باشند و از خشم مرگبار و احساس گناه مرتبط با انگاره‌های بدوی رنج می‌برند. در بسیاری از این بیماران، یک هسته مرضی پیچیده و آمیختگی تمایلات جنسی با خشم مرگبار وجود دارد. در انتهای راست طیف، بیمارانی قرار دارند که مبتلا به درجه بسیار بالایی از مقاومت، علائم رنج‌آور و اختلال شدید خوی و هسته مرضی بسیار پیچیده‌ای هستند. علاوه بر این، آنها شدیداً مبتلا به خشم مرگبار بدوی، خشم مرگبار شکنجه‌گر ناخودآگاه و احساس گناه و سوگ شدید هستند. این بیماران مبتلا به درجه بالایی از صفات خوی خودآزارانه و احساسات جنسی‌اند که وقتی بالا می‌گیرد عمیقاً با خشم مرگبار بدوی ناخودآگاه آمیخته می‌شود.

طیف آسیب ساختاری^۳

علاوه بر طیف اختلالات روان‌رنجوری، طیفی از بیماران با ساختار خوی شکننده نیز وجود دارد. به این افراد بیماران مبتلا به "آسیب ساختاری" نیز گفته می‌شود. شکنندگی خوی روی یک طیف قرار دارد که می‌تواند به‌صورت خفیف، متوسط و شدید نشان داده شود. در جریان اولین مصاحبه، این

1- Transference Component of the Resistance (TCR)

2- Spectrum of psychoneurotic disorders

3- Spectrum of structural pathology

بیماران تاب رویارویی با ناخودآگاه خود را ندارند. آنها ظرفیت رویارویی با احساسات دردناک و اضطراب را ندارند و در سراسر زندگی خود از دفاع‌های بدوی استفاده می‌کنند. درمانگر حین مصاحبه می‌تواند شکنندگی را از طریق آشوب شناختی / ادراکی تشخیص دهد. آشوب شناختی / ادراکی می‌تواند به شکل تجزیه، گم‌گشتگی و تجربه توهم باشد. دکتر دوانلو این بیماران را با تغییراتی در فن، با موفقیت تحت درمان قرار می‌دهد: عمده‌ترین این تغییرات عبارت است از بازسازی ساختار دفاعی بیمار به شکل گسترده، قبل از تجربه عمیق خشم مرگبار (که اغلب بسیار ابتدایی و شکنجه‌گر است) و احساس گناه. درمان بیمارانی با ساختار خوی شکننده موضوع بسیاری از سمپوزیوم‌های بین‌المللی بوده است (دوانلو، ۱۹۹۶a، ۱۹۹۷، ۱۹۹۸).

طیف دستیابی مستقیم به ناخودآگاه^۱

دکتر دوانلو در طول دهه‌های اخیر، مجدانه و بی‌وقفه به بازبینی مصاحبه‌های بالینی و جرح و تعدیل فنون درمانی خود بر اساس مطالب ویدیوهای ضبط شده پرداخته است. در طول این مدت، او طیفی از فنون "دستیابی مستقیم به ناخودآگاه" را ابداع کرده است. چهار فن اصلی قفل‌گشایی عبارت‌اند از:

قفل‌گشایی محدود ناخودآگاه^۲،

قفل‌گشایی عمده ناخودآگاه^۳،

قفل‌گشایی عمده و گسترده ناخودآگاه^۴ و

قفل‌گشایی عمده، گسترده و چندگانه ناخودآگاه^۵ (دوانلو، ۱۹۹۷).

در قفل‌گشایی محدود، تسلط نسبی UTA بر روی مقاومت وجود دارد. در قفل‌گشایی عمده، تسلط عمده وجود دارد. در قفل‌گشایی عمده و گسترده، UTA به‌طور عمده مسلط می‌شود و مقاومت تا حد زیادی تضعیف می‌گردد. در قفل‌گشایی عمده، گسترده و چندگانه تسلط حداکثری UTA وجود دارد و مقاومت کلاً وجود ندارد. در IS-TDP فقط قفل‌گشایی محدود و عمده ایجاد می‌گردد. دو نوع دیگر قفل‌گشایی یعنی قفل‌گشایی عمده و گسترده و قفل‌گشایی عمده، گسترده و چندگانه، پیش‌تر به‌عنوان "شیوه نوین روان‌تحلیل‌گری"^۶ دوانلو نامیده می‌شدند (دوانلو، ۲۰۰۰). حال در نظریات جدید دوانلو، اصطلاح "روان‌تحلیل‌گری" کنار گذاشته شده و به‌جای آن اصطلاح "بسیج عمده نیروی ناخودآگاه"^۷ به‌کار می‌رود. بسیج گسترده نیروی ناخودآگاه طی پنج سال اخیر موضوع غالب جلسات

1- Spectrum of direct access to the unconscious

2- Partial unlocking of the unconscious

3- Major unlocking of the unconscious

4- Extended major unlocking of the unconscious

5- Extended multiple major unlocking of the unconscious

6- New form of psychoanalysis

7- Major mobilisation of the unconscious

مربوط به برنامه آموزشی مداربسته بوده است (دوانلو، ۲۰۱۳b، ۲۰۱۴b، ۲۰۱۵).

توالی پویشی مرکزی^۱

"توالی پویشی مرکزی" مرکب از مراحل برای دست‌یابی مستقیم به ناخودآگاه انجام می‌دهد. مراحل توالی پویشی مرکزی عبارت‌اند از:

پرسش‌گری^۲،

فشار^۳،

چالش^۴،

مقاومت انتقالی^۵،

دست‌یابی مستقیم به ناخودآگاه،

تحلیل نظام‌مند انتقال^۶

کاوش پویشی در ناخودآگاه^۷.

این مفاهیم به‌خوبی در مقالات علمی گوناگون بررسی شده‌اند (گوتویک، کتنر-ورکمستر و ونگر، ۲۰۰۱؛ گوتویک و اوربس، ۲۰۰۱؛ گوتویک، اوسترتاژ و ویس، ۲۰۰۱؛ گوتویک، اسگورد و ترسل-ساولی، ۲۰۰۱).

به‌طور خلاصه، درمانگر مصاحبه را با مرحله پرسش‌گری آغاز می‌کند. درمانگر در مورد مشکلاتی می‌پرسد که بیمار به دنبال راه‌چاره‌ای برای آن است. وی توانایی بیمار در پاسخ‌دهی را ارزیابی می‌کند و فرایند، کاملاً به شکل پویشی پیش می‌رود. بدین معنا که پرسش‌ها به‌سرعت شکل پویشی پیدا می‌کنند. مرحله فشار معمولاً بعد از این مرحله آغاز می‌گردد. اساساً، این مرحله شامل تمرکز درمانگر بر مواردی است که احساسات بیمار را افزایش می‌دهند. ممکن است درمانگر بر شفاف‌سازی جزئیات پاسخ‌ها (فشار بر صریح بودن) یا ماهیت احساسات (فشار بر احساساتی که مثلاً ممکن است در انتقال باشد) تمرکز کند. هدف اصلی مرحله فشار، ایجاد عوامل دوگانه احساسات مقاومت و انتقال و تشدید دفاع‌های خوی بیمار در انتقال است. این کار منجر به افزایش TCR می‌شود، اهمیت این موضوع در ادامه بررسی خواهد شد.

مرحله بعدی چالش است. در طول چهار دهه گذشته، دکتر دوانلو این مرحله را به میزان قابل توجهی

1- Central dynamic sequence

2- Enquiry

3- Pressure

4- Challenge

5- Transference resistance

6- Systematic analysis of the transference

7- Dynamic exploration into the unconscious

تعدیل کرده و گسترش داده است. در این مرحله، درمانگر باید در عین حفظ احترام بیمار، برای مقاومت وی احترامی قائل نباشد. از آنجایی که بخش عمده شخصیت^۱ بیمار در تسخیر مقاومت است، این موضع درمانگر موجب خشم بیمار می‌شود. بخش دیگری از شخصیت بیمار در اثر مداخلات درمانگر بر ضد مقاومت بسیج می‌شود و تلاش بی‌وقفه درمانگر برای رهایی وی از بار سنگین مقاومت و مشکلات وابسته به آن را تحسین می‌کند و از نظر عاطفی به درمانگر نزدیک می‌شود. درمانگر با مدد جستن از این نزدیکی عاطفی، همراه با بیمار کاملاً با دفاع‌های مخرب و مقاومت مخالفت می‌کند، دفاع‌هایی که سال‌ها بیمار را به بند کشیده و موجب رنج ابدی وی شده است.

چالش، طیفی از اشکال خفیف تا شدید دارد که در نهایت به فن "درگیری مستقیم"^۲ با مقاومت انتقالی در مرحله چهارم منتهی می‌شود. در شکل خفیف، دفاع‌های بیمار مورد هدف قرار می‌گیرد. در دو دهه اخیر، دکتر دوانلو فن درگیری مستقیم را که بر روی این طیف قرار دارد تا حد زیادی تعدیل کرده است. شاید فن درگیری مستقیم، نیرومندترین مداخله IS-TDP است. این فن سدی در برابر همه نیروهایی است که مقاومت بیمار را حفظ می‌کنند (گوتویک، اوربس، ۲۰۰۱). شفاف‌سازی مقاومت انتقالی برای انجام این مداخله ضروری است. هدف درمانگر تقویت بیشتر این شفاف‌سازی، برای تجهیز UTA در برابر نیروی مقاومت و منعطف کردن دستگاه روان است تا دستیابی مستقیم به ناخودآگاه امکان‌پذیر گردد. همان‌طور که گفته شد، دستیابی مستقیم به ناخودآگاه می‌تواند محدود، عمده، عمده و گسترده، گسترده، گسترده و چندگانه باشد. در ادامه قفل‌گشایی ناخودآگاه بسیار مهم است که تحلیل نظام‌مند انتقال صورت گیرد. اغلب، درمانگر فن تغییر ساختاری چندبعدی ناخودآگاه ("MUSC") را با این مرحله تلفیق می‌کند، اما این فرایند باید در سراسر مصاحبه به شکل کامل اجرا گردد.

دکتر دوانلو معتقد است که ارزیابی روان-تشخیصی سطحی و ظاهری مبتنی بر رویکرد پدیدارشناسی در مورد علائم، اعتبار چندانی ندارد، خصوصاً در رابطه با بیماران مبتلا به آسیب شدید خوی، این موضوع اهمیت بیشتری دارد (اوگسبرگر، ۲۰۰۰؛ دوانلو، ۱۹۹۳). در بیماری ممکن است نشانه‌های رایج وجود نداشته باشد، اما بر اساس چارچوب ارزیابی IS-TDP دوانلو، آسیب خیلی شدید تشخیص داده شود. به منظور ارزیابی روان-تشخیصی دقیق و با هدف به‌کارگیری نیروی ناخودآگاه، باید الگوی تخلیه اضطراب ناخودآگاه را در بیمار مشخص کرد.

1- Personality

2- Head-on collision

3- Multidimensional Unconscious Structural Changes (MUSC)