

تسلط بر روان‌درمانی پویایی  
کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP)

# فهرست

درباره مؤلفان ..... ۱۱

پیشگفتار ..... ۱۲

## فصل یکم

روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده دوانلو (ISTDP)، روان‌رنجوری، و اهمیت ترومای دلبستگی ..... ۱۷

## فصل دوم

تنظیم نورویبولوژیک هیجان و اضطراب ..... ۳۱

## فصل سوم

تنظیم هیجان و نقش دفاع‌ها ..... ۴۱

## فصل چهارم

سنجش اضطراب بیمار ..... ۷۱

## فصل پنجم

مقاومت، انتقال، ظرفیت سازشی من، و ساختار محوری چندکانونی روان‌رنجوری ..... ۱۲۵

## فصل ششم

یادگیری مشاهده‌ای و آموزش درمانجویان برای غلبه بر مشکلاتشان ..... ۱۴۳

## فصل هفتم

مسیر ناهشیار درمانجو و پیمان کاری ..... ۱۵۱

## فصل هشتم

متغیرهای مستقل: فنون ISTDP برای تغییر چراغ قرمز به چراغ سبز ..... ۱۹۱

## فصل نهم

مصاحبه آغازین با درمانجوی مبتلا به هراس از حمل‌ونقل ..... ۲۲۱

## فصل دهم

گام‌ها در نقشه راه ناهشیار و کاربرد آن در مورد درمانجویان دچار اختلال افسردگی ..... ۲۴۹

## فصل یازدهم

گام‌ها در نقشه راه ناهشیار و کاربرد آن در درمانجویان دچار جسمانی‌سازی ..... ۳۲۹

## فصل دوازده

گام‌ها در نقشه راه ناهشيار در درمان‌جویی با مقاومت انتقالی ..... ۳۸۳

## فصل سیزده

خروج از نقشه راه ناهشيار در مرحله پایان درمان ..... ۴۳۹

## ضمیمه

فرم‌های سنجش ..... ۴۷۷

واژه‌نامه توصیفی ..... ۴۸۳

منابع ..... ۴۹۰

## فهرست شکل‌ها

- شکل ۱. دیدگاه دوانلو دربارهٔ پدیدآیی روان‌رنجوری ..... ۱۸
- شکل ۲. طیف اختلالات روان‌رنجوری ..... ۳۷
- شکل ۳. تنظیم عصب-زیستی اضطراب ..... ۳۷
- شکل ۴. تغییر شدت هیجان با و بدون دفاع ..... ۴۵
- شکل ۵. اطاعت من از فرامن: دفاع‌ها ..... ۶۲
- شکل ۶. درمانجوی مضطرب ۱: مسیر ناهشیار ۱ ..... ۸۷
- شکل ۷. درمانجوی مضطرب ۱: مسیر ناهشیار ۲ ..... ۹۰
- شکل ۸. درمانجوی مضطرب ۱: مسیر ناهشیار ۳ ..... ۹۲
- شکل ۹. درمانجوی مضطرب ۲: مسیر ناهشیار ۱ ..... ۹۴
- شکل ۱۰. درمانجوی مضطرب ۲: مسیر ناهشیار ۲ ..... ۹۹
- شکل ۱۱. درمانجوی مضطرب ۲: مسیر ناهشیار ۳ ..... ۱۰۱
- شکل ۱۲. درمانجوی مضطرب ۳: مسیر ناهشیار ۱ ..... ۱۰۵
- شکل ۱۳. درمانجوی مضطرب ۳: مسیر ناهشیار ۲ ..... ۱۰۸
- شکل ۱۴. درمانجوی مضطرب ۴: مسیر ناهشیار ۱ ..... ۱۱۱
- شکل ۱۵. درمانجوی مضطرب ۴: مسیر ناهشیار ۲ ..... ۱۱۵
- شکل ۱۶. درمانجوی مضطرب ۵: مسیر ناهشیار ۱ ..... ۱۱۸
- شکل ۱۷. درمانجوی مضطرب ۵: مسیر ناهشیار ۲ ..... ۱۲۰
- شکل ۱۸. درمانجوی مضطرب ۵: مسیر ناهشیار ۳ ..... ۱۲۳
- شکل ۱۹. ویژگی‌های متغیر دفاع ..... ۱۳۷
- شکل ۲۱. درمانجوی دچار هراس از حمل‌ونقل: مسیر ناهشیار ۱ ..... ۲۲۷
- شکل ۲۲. درمانجوی دچار هراس از حمل‌ونقل: مسیر ناهشیار ۲ ..... ۲۳۳
- شکل ۲۳. درمانجوی دچار هراس از حمل‌ونقل: مسیر ناهشیار ۳ ..... ۲۴۰
- شکل ۲۴. درمانجوی دچار هراس از حمل‌ونقل: مسیر ناهشیار ۴ ..... ۲۴۵
- شکل ۲۵. اثرات هم‌پوشان نورآدرنالین، سروتونین، و دوپامین روی خلق، هیجان، کشاننده، و شناخت ..... ۲۵۴
- شکل ۲۶. فرضیهٔ کولینرژیک ژانوفسکی و دیویس دربارهٔ شیدایی و افسردگی ..... ۲۵۵
- شکل ۲۷. درمانجوی افسردهٔ ۱: مسیر ناهشیار ۱ ..... ۲۶۳
- شکل ۲۸. درمانجوی افسردهٔ ۱: مسیر ناهشیار ۲ ..... ۲۶۸
- شکل ۲۹. درمانجوی افسردهٔ ۱: مسیر ناهشیار ۳ ..... ۲۷۸
- شکل ۳۰. درمانجوی افسردهٔ ۱: مسیر ناهشیار ۴ ..... ۲۸۱
- شکل ۳۱. درمانجوی افسردهٔ ۱: مسیر ناهشیار ۵ ..... ۳۰۰
- شکل ۳۲. درمانجوی افسردهٔ ۲: مسیر ناهشیار ۱ ..... ۳۰۴
- شکل ۳۳. درمانجوی افسردهٔ ۲: مسیر ناهشیار ۲ ..... ۳۰۹

شکل ۳۴.	درمانجوی افسرده ۲: مسیر ناهشیار ۳	۳۱۰
شکل ۳۵.	درمانجوی افسرده ۲: مسیر ناهشیار ۴	۳۱۴
شکل ۳۶.	درمانجوی افسرده ۲: مسیر ناهشیار ۵	۳۲۱
شکل ۳۷.	درمانجوی افسرده ۲: مسیر ناهشیار ۶	۳۲۶
شکل ۳۸.	درمانجوی دچار جسمانی سازی ۱: مسیر ناهشیار ۱	۳۳۵
شکل ۳۹.	درمانجوی دچار جسمانی سازی ۱: مسیر ناهشیار ۲	۳۳۹
شکل ۴۰.	درمانجوی دچار جسمانی سازی ۱: مسیر ناهشیار ۳	۳۴۱
شکل ۴۱.	درمانجوی دچار جسمانی سازی ۱: مسیر ناهشیار ۴	۳۴۳
شکل ۴۲.	درمانجوی دچار جسمانی سازی ۱: مسیر ناهشیار ۵	۳۴۸
شکل ۴۳.	درمانجوی دچار جسمانی سازی ۱: مسیر ناهشیار ۶	۳۵۵
شکل ۴۴.	درمانجوی دچار جسمانی سازی ۱: مسیر ناهشیار ۷	۳۶۱
شکل ۴۵.	درمانجوی دچار جسمانی سازی ۲: مسیر ناهشیار ۱	۳۶۴
شکل ۴۶.	درمانجوی دچار جسمانی سازی ۲: مسیر ناهشیار ۲	۳۶۹
شکل ۴۷.	درمانجوی دچار جسمانی سازی ۲: مسیر ناهشیار ۳	۳۷۴
شکل ۴۸.	درمانجوی دچار جسمانی سازی ۲: مسیر ناهشیار ۴	۳۷۶
شکل ۴۹.	درمانجوی دچار جسمانی سازی ۲: مسیر ناهشیار ۵	۳۸۰
شکل ۵۰.	ساختار خوی بسیار مقاوم همراه با دفاع‌های واپس‌رونده. مسیر ناهشیار ۱	۳۸۹
شکل ۵۱.	ساختار خوی به شدت مقاوم همراه با دفاع‌های واپس‌رونده. مسیر ناهشیار ۲	۳۹۳
شکل ۵۲.	ساختار خوی بسیار مقاوم همراه با دفاع‌های واپس‌رونده. مسیر ناهشیار ۳	۳۹۴
شکل ۵۳.	ساختار خوی بسیار مقاوم همراه با دفاع‌های واپس‌رونده. مسیر ناهشیار ۴	۳۹۹
شکل ۵۴.	ساختار خوی بسیار مقاوم همراه با دفاع‌های واپس‌رونده. مسیر ناهشیار ۵	۴۰۳
شکل ۵۵.	ساختار خوی بسیار مقاوم همراه با دفاع‌های واپس‌رونده. مسیر ناهشیار ۶	۴۰۹
شکل ۵۶.	ساختار خوی بسیار مقاوم همراه با دفاع‌های واپس‌رونده. مسیر ناهشیار ۷	۴۳۳

## فهرست جدول‌ها

- جدول ۱. تجارب تروماتیک: رابطه بین متجاوز و قربانی می‌تواند در محدوده‌ای از غیر شخصی تا صمیمی قرار گیرد. .... ۲۵
- جدول ۲. دفاع‌های کلامی ..... ۶۲
- جدول ۳. دفاع‌هایی که به طور آبی پردازش شناختی/ ادراکی اطلاعات را مسدود می‌کنند. .... ۶۸
- جدول ۴. هر یک از فنون دوانلو بر کدام اهداف و پیامدهای درون‌جلسه اثر می‌گذارد. .... ۱۹۲
- جدول ۵. انواع افسردگی ..... ۲۵۰
- جدول ۶. دوره افسردگی بر اساس ICD-10 (مشابه DSM- IV). .... ۲۵۱
- جدول ۷. افسرده‌خویی بر اساس ICD-10 ..... ۲۵۲
- جدول ۸. نشانه‌های ورود به مرحله پایان درمان و خداحافظی سازنده. .... ۴۴۰

## درباره مؤلفان

ژوزت تن هاوه دلایه، روان‌شناس- روان‌درمانگر آموزش دیده و روان‌شناس بالینی است که در دانشگاه‌های خرونینگن و آمستردام (در مؤسسه پژوهش مغز در هلند) تحصیل کرده است. وی کار حرفه‌ای خود را در سال ۱۹۷۲ در بخش نورو- سایکوفیزیولوژی دانشگاه آزاد بروکسل بلژیک آغاز کرد. سپس در هلند و در مرکز سلامت روانی عمومی برای بیماران سرپایی (غیر بستری) به عنوان هماهنگ‌کننده بخش رفتاردرمانی و عضو هیئت تشخیص به فعالیت مشغول بوده است. از سال ۱۹۹۰ در حرفه شخصی فعالیت داشته است. به عنوان روان‌شناس بالینی و روان‌درمانگر واجد صلاحیت تحت عنوان درمانگری رفتاری شناختی (فردی و گروهی)، زوج‌درمانگری، درمانگری در زمینه روان‌درمانگری روان‌پوشی گروهی آموزش دیده است و به عنوان روان‌درمانگر پوشی فشرده کوتاه مدت توسط دوانلو آموزش دیده و سوپرویزن دریافت کرده است. دلایه سردبیر Ad Hoc Bulletin of Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy: Practice and Theory و عضو بورد مدیران انجمن بین‌المللی روان‌درمانی پوشی تجربه‌ای است.

رابرت جی. نبورسکی، MD، روانپزشکی است که به حرفه خصوصی در دل‌مار کالیفرنیا مشغول است و استاد بالینی روان‌پزشکی در دانشکده پزشکی UCSD و دانشکده پزشکی UCLA (Hon) است. وی عضو بورد مدیران و قائم مقام انجمن بین‌المللی درمان‌های پوشی تجربه‌ای و عضو مؤسس بورد سردبیری مجله بین‌المللی روان‌درمانگری پوشی کوتاه‌مدت (wiley) است و اخیراً به عنوان سردبیر مهمان Ad Hoc Bulletin of Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy: Practice and Theory خدمت می‌کند. دکتر نبورسکی در سال ۲۰۰۳ توسط دانشکده پزشکی UCLA و انجمن دانشکده بالینی مفتخر به دریافت عنوان سخنران برجسته روان‌پزشکی سال ۲۰۰۲ شد. در سال ۲۰۰۳ به تاسیس مجمع IS-TDP کالیفرنیا جنوبی کمک کرد و به عنوان رئیس مجمع انتخاب شد. در سال ۲۰۱۱ به عنوان عضو زندگانی برجسته در انجمن روان‌پزشکی آمریکا منصوب شد.

## پیشگفتار

### همکاران عزیز،

شما به خاطر علاقه به آشنایی با روان‌درمانگری پوششی فشرده کوتاه‌مدت این کتاب را مطالعه می‌کنید. شاید به خاطر آرزوی ورود به آموزش گروه هسته‌ای ISTDP برای درمانگر شدن در ISTDP این کتاب را تهیه کرده باشید. ممکن است درمانگر ISTDP نیز باشید، اما هنوز درگیر برخی مفاهیم/ فنون ISTDP باشید.

تبدیل شدن به یک درمانگر شایسته و کارکشته کاری دشوار و همیشگی است. چرا؟ به خاطر اینکه فارغ از نوع مکتب روان‌درمانگری، بنا است که کل روان‌درمانگری متناسب با مشکلات و متغیرهایی که هر بیمار خاص برای آن کمک می‌خواهد ارائه شود. برای درمانگر شایسته و باتجربه شدن، تجربه درمانی فراوانی لازم است و دلیل عمده آن این است که هیچکدام از بیماران مثل هم نیستند- با وجود اینکه، مثلاً، هر دو با مشکلات مشابهی در محورهای I و II در DSM-IV مراجعه می‌کنند. بعلاوه فراموش نکنیم که ما روان‌درمانگران در همان جهان ناکاملی زندگی می‌کنیم که بیماران مان زندگی می‌کنند. فقط بیمار نیست که شخصیت، تجارب گذشته و مشکلاتش را به جلسه درمان می‌آورد. اجازه دهید امیدوار باشیم که درمانگر- دست‌کم- از پوشش‌ها و تعارضات درون روانی خود که او را از انجام مداخلات مناسب در زمان مناسب و با دوام مناسب منع می‌کند، آگاه است. و بگذارید صادق باشیم که ساده نیست همزمان انگیزش خود را برای فهم و سنجش پوشش‌های درون روانی و بین فردی خود و بیمار بالا نگه داریم. روان‌درمانگری یک شغل غریب است. در جایی که تمرکز اساساً روی نیازهای فرد دیگر است یک شغل است. اما، صرف‌نظر از تفاوت‌های نظری با همکاران دیگر، مهم است که همکارانی داشته باشیم که بتوانیم نظرات، شکست‌ها، موفقیت‌ها، نگرانی‌ها، شک‌ها، اشک‌ها، خشم‌ها و خنده‌هایمان را در میان بگذاریم.

یادگیری به طور کلی، و بویژه یادگیری اجرایی عملی ISTDP به عنوان درمانگر و بیمار در کنار بسیاری نکات دیگر به دانشجویی (درمانگر و بیمار) نیاز دارد که بتواند یک چارچوب مفهومی ایجاد کند که سازماندهی و یکپارچه‌سازی دانش جدید را در قالب یک ساختار منسجم امکان‌پذیر کند. از این رو برای برانگیختن یادگیری عمیق و واقعی، ابتدا لازم است به خود/ دانشجویان / بیمارانمان کمک کنیم که نوعی کنجکاوی عقلانی با انگیزه ذاتی (من دقیق) در خود پرورش دهند. در این میان، باید ضمن فهم عناصر ساختارهای مفهومی جدید، تفکر و بیان گذشته خود را از ذهن کنار بگذاریم. با انجام این کار باید آن عناصر را در این ساختارهای مفهومی جدید یکپارچه کنیم و در آخر، البته نه به عنوان کم‌اهمیت‌ترین



موضوع، باید بتوانیم ساختارهای مفهومی جدید را در الگوهای معنی‌دار بزرگتر قرار دهیم. کنجکاوی عقلانی می‌تواند ما را وادار کند که شیوه‌های پرداختن به مشکلات، جستجوی روش‌ها و فنون جدید و تسلط بر آنها را بهبود داده و کامل کنیم. تلاش برای درک مفاهیم جدید و جستجو یا گوش کردن به شیوه‌ای جدید می‌تواند جذابیت فراوانی داشته باشد- به‌ویژه زمانی که بتوان این فرایند را با دیگران به اشتراک گذاشت.

فراموش نکنیم که شکست جزء طبیعی فرایند یادگیری است. احتمال شکست جزء ذاتی کل فرایند یادگیری است و هر قدر یادگیری پیش می‌رود، خطر شکست افزایش می‌یابد. کنجکاوی عقلانی ضمن اینکه برای جستجوی کمال لذت‌بخش است (و با آگاهی کامل از اینکه کمال هرگز به پایان نمی‌رسد)، مبنای درک عمیق واقعی نیز هست. به خاطر اینکه کمال هرگز به دست نمی‌آید، شکست جزء طبیعی و واقع‌گرایانه تلاش مشتاقانه برای کمال است و خودبه‌خود می‌تواند برای تغذیه کنجکاوی عقلانی و افزایش و عمیق‌تر کردن فهم ما از اینکه چرا یک مسیر/ گام خاص ما را به نتیجه مطلوب نمی‌رساند، مورد استفاده قرار گیرد.

در مسیر تسلط بر روان‌درمانگری یقیناً به کنجکاوی عقلانی نیاز داریم و بخصوص تسلط بر ISTDP کاری سخت و چالش‌برانگیز است.

دلیل چالش‌برانگیز بودن آن این است که ISTDP دقت لحظه به لحظه را از سوی درمانگر طلب می‌کند. این امر نیاز به دقت لحظه به لحظه در سنجش متغیرهای بیمار، تصمیم به مداخله، سنجش مداخلات و مانند آن دارد.

درمانگران اغلب آموزش می‌بینند که به محتوای مشکلات بیمارشان گوش کنند. برای اینکه درمانگر شایسته‌ای در ISTDP شویم، باید بیاموزیم از چشم‌هایمان نیز استفاده کنیم: چه جلوه‌هایی از اضطراب را کشف می‌کنیم؟ این تغییر را در چه زمانی مشاهده می‌کنیم؟ چه موقع کاهش و چه موقع افزایش علائم اضطراب را می‌بینیم؟ چه موقع متوجه کدام دفاع‌های غیرکلامی می‌شویم؟ کی شاهد علائم برانگیختگی احساس هستیم؟ باید استفاده از گوش‌هایمان را نیز یاد بگیریم. اوه، اندازه صدای مراجع تغییر می‌کند. آیا علامت اضطراب است یا اضطراب و درماندگی؟ بین یک لبخند ظریف یا اخم کردن و بیان کلامی عشق یا خشم یا هر احساس دیگری طیف وسیعی از علائم قرار می‌گیرد که واکنش‌های ما را شکل داده و کنترل می‌کنند.

این کتاب از اولین نشست بین‌المللی انجمن روان‌درمانگری پویایی تجربه‌ای که از ۱۰ تا ۱۲ می ۲۰۰۱ در میلان ایتالیا و سمپوزیوم‌ها، کارگاه‌ها، دوره‌های آموزشی، و سوپرویزن‌های ISTDP که توسط ژوزت تن هاوه دلایبه و نبورسکی در کنار هم برگزار شده است، و نیز از تماس‌های گوناگون مؤلفان با همکاران با جهت‌گیری‌های نظری دیگر بیرون آمده است.

از همکاران غیر ISTDP آموختیم که نظریه و روش ISTDP گاهی به خاطر پیش داوری/ سوگیری مورد سوء تعبیرهای متعددی از جمله موارد زیر قرار گرفته است: "ISTDP نوع خشنی از روان‌درمانگری است که درمانگر باید مقاومت بیمار را بشکند. ISTDP فقط برای بیماران آسیب‌های فرامن و خوی شدید مناسب است. هدف ISTDP رخنه به خشم آزارگر است. ISTDP فقط در مورد تجربه هیجان است".

از همکاران و دانشجویان/ کارورزانمان آموخته‌ایم که بسیاری از مفاهیم روان‌درمانگری پویایی و ISTDP دوانلو بسیار انتزاعی باقی مانده‌اند و از این رو این مسئله به عامل اساسی دلسردی در تسلط یافتن بر نظریه و تکنیک تبدیل شده است. برای مثال، اگرچه دانشجویان ظاهراً اغلب از اصطلاحات روان‌پویایی مناسب استفاده می‌کنند یا اغلب قادرند تعریف نظری درستی از مفاهیمی مانند انتقال، مقاومت، دفاع‌ها، فرامن، ظرفیت‌سازی من، پیمان کاری هشیار/ ناهشیار ارائه دهند، اما معنای دقیق، اهمیت و کاربرد آنها را نمی‌فهمند. یکی از پیامدهای آن این است که بسیاری از صورت‌های این مفاهیم اصلاً شناخته نمی‌شوند، بد فهمیده می‌شوند یا در اجرای ISTDP بد ارزیابی می‌شوند که منجر به مداخلات غلط یا کاربرد غلط مداخلات می‌شود. علاوه بر این شاهد بوده‌ایم که کارورزانمان اغلب چنان دلمشغول حصول نتیجه مطلوب بوده‌اند که هدف سنجش لحظه به لحظه پاسخ بیمار به آن مداخله خاص درمانگر و از این رو سنجش لحظه به لحظه وضع فعلی پیمان کاری هشیار/ ناهشیار با بیمار را از دست می‌دهند. و البته، بدون پیمان کاری هشیار/ ناهشیار بهینه، درمان به شکست منتهی می‌شود.

برقراری پیمان کاری هشیار/ ناهشیار با بیمار و حفظ این پیمان کاری در حد بهینه- جلسه به جلسه و لحظه به لحظه- مبنای یک ISTDP موفق است. از آنجا که این درمانگر است که چنین پیمان کاری را با بیمارش برقرار می‌کند، ضروری است که درمانگر هر لحظه بتواند ارزیابی کند که کدام متغیر(های) بیمار مانع برقراری این پیمان می‌شوند و کدام متغیر(های) بیمار به عنوان عامل تسهیل‌کننده این پیمان مشاهده می‌شوند. از لحظه به لحظه وضع این پیمان کاری هشیار/ ناهشیار کانون و تکلیف درمانگر و کانون و تکلیف مطلوب بیمار مشخص می‌شود. این ارزیابی لحظه به لحظه در طی جلسات و مراحل درمان است که نشان‌دهنده چالش و جذابیت ISTDP است و تصمیمات لحظه به لحظه‌ای را تعیین می‌کند که باید کدام مداخله را انتخاب کرد و با چه زمان‌بندی، دوام و "میزانی" به کار برد.

این تصمیمات و ارزیابی لحظه به لحظه مبنای کمیت و کیفیت موفقیت‌های درمانگر و بیمار است. مؤلفان مانند بسیاری از روان‌درمانگران و نیز مانند دانشجویان خود معمولاً جلسات را (با رضایت بیماران به صورت صوتی و تصویری ضبط می‌کنند. پیش از هر چیز، این کار برای تضمین کیفیت بهینه پیمان کاری با بیمار به کار می‌رود. همچنین شانس دیگری برای ارزیابی فرایندهای پویایی که توسط بیمار به کار گرفته می‌شوند، و ارزیابی اینکه هر لحظه کدام یک از متغیرهای بیمار هدف مداخلات درمانگر قرار گرفته است، در اختیار ما قرار می‌دهد. آیا هدف به درستی انتخاب شده است؟ چرا؟ آیا درمانگر مداخله درستی به کار برده است؟ آیا زمان‌بندی مداخله صحیح است؟ دوام- "مقدار" مداخله چگونه است؟ آیا مداخله

منجر به پاسخ مطلوب از سوی بیمار شده است؟

ضبط صوتی و تصویری به درمانگر این شانس را نیز می‌دهد که ارزیابی کند چرا مداخلات آنطور که امید می‌رفت اثر نداشته است. آیا این عدم توفیق به دلیل مشکلات نظری/ تکنیکی درمانگر یا به خاطر مشکلات شخصی از قبیل ناتوانی درمانگر در تشخیص یک دفاع خاص بوده است؟ شاید به خاطر همساز بودن دفاع‌های خود درمانگر یا به خاطر دیگر مشکلات انتقال متقابل؟

سوپرویزن دانشجوی و سوپرویزن همکاران زمانی پرثمر می‌شوند که بتوانیم از جلسات صوتی و تصویری ضبط شده با بیمارانمان استفاده کنیم.

این یک واقعیت تجربی است که حوزه‌هایی که کارورزان به بیشترین کمک نیاز دارند همان حوزه‌های خاصی هستند که از آن آگاه نیستند و باعث می‌شود نتوانند اطلاعات مربوطه در فرایند درمان و مشکل در برقراری/ حفظ پیمان کاری را برای راهنمایان بیان کنند.

به عنوان آخرین، اما نه کم اهمیت‌ترین مورد، این جلسات ضبط شده صوتی و تصویری ما را برای اجرای روان‌درمانگری به عنوان مطالعه‌ای با  $N=1$  در وضعیت بهتری قرار می‌دهد و از این رو امیدوارانه نقطه حرکتی برای فرایند پژوهی و نتیجه‌پژوهی ISTDP فراهم می‌کند.

برخی از مطالب این کتاب از جلسات با بیمارانمان گرفته شده است. از بیماران سپاسگزاریم که همکاری، درگیر شدن و دل و جرأت خود را به ما داده‌اند. برای به اشتراک گذاشتن مشکلات، تردیدها، اضطراب‌ها، اشک‌ها، خشم، ناشادمانی، شادمانی، شکست، موفقیت، خنده‌ها و امکاناتی که برای یادگیری، فروتنی و رشد بیشتر به ما داده‌اند از آنها قدردانی می‌کنیم.

از دانشجویان و کارورزانمان برای اتخاذ موضعی پذیرا و مشتاق، و اینکه به ما اجازه دادند فراموش نکنیم که موقع شروع ما نیز چنین اشتباهاتی داشتیم، سپاسگزاریم. برای اینکه ما را هوشیار و گوش به زنگ نگه داشتند، برای همکاری و وفاداری، برای تحملشان در ادامه دادن با ما قدردان آنها هستیم. سرانجام از آنهایی تشکر می‌کنیم که به ما یاد دادند درمانگران و سوپروایزهای بهتری باشیم.

به نظر ما این نکته می‌تواند کمک‌کننده باشد که هر فصل این کتاب را با بخش "موضوعات اصلی این فصل" به پایان ببریم. شما می‌توانید هر گام را همچون موضوعی برای "عنوان دادن" به خلاصه خود تفسیر کنید. امیدواریم چنین خلاصه‌ای کنجکاوای شما را برای مطالعه فصل بعد تغذیه کند و در این صورت نتیجه - دست کم برای ما - مطلوب خواهد بود.

امیدواریم این کتاب در نقاب‌زدایی از آسیب فرامان بیمار، سنجش کیفیت و میزان ظرفیت مشاهده‌گری من بیمار (و شما) و به وجود آوردن یک من دقیق کمک‌کننده باشد.

امید داریم این کتاب به شما کمک کند که پیمان کاری هشیار با بیمار را به کار گیرید تا بخش ناهشیار پیمان کاری را برقرار کرده و افزایش دهید. امیدواریم به همکاران کمک کند درک کنند که چه موقع ظرفیت سازشی من بیمار در مسیر ناهشیار نیاز به تقویت دارد. امیدواریم در غلبه بر فرامان آزارگر بیمار

(و درمانگر؟) به منظور گشودن و فهم احساسات، تکانه‌ها، اشتیاق‌ها، ارزش‌ها، نظرات، با عشق، دقت و صداقت علمی کمک کند. امیدواریم به همکاران کمک کند این فرایند را بارها و بارها تکرار کنند. همکار گرامی، امیدواریم این کتاب دوست شما شود و به شما کمک کند که برای تسلط یافتن باانگیزه باقی بمانید و ناکامل بودن را روا بدانید.

ژوزت تن هاوه دلاییه، Psy D ، هلند  
رابرت جی. نیورسکی، MD، ایالات متحده امریکا

# روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده دوانلو (ISTDP)، روان‌رنجوری، و اهمیت ترومای دل‌بستگی

دوانلو در آغاز دهه ۱۹۶۰ بر آن شد که از رویکرد روان‌تحلیلی کلاسیک فاصله بگیرد. وی در سال ۱۹۸۰ در فصلی با عنوان «روش روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت» روش ISTDP خود را که بر پایه سه مطالعه نظام‌مند (شامل روان‌درمانگری به ترتیب روی ۱۳۰، ۲۴، و ۱۸ درمانجوی روان‌رنجور) بود، به اختصار ارائه کرد. با کار وی که از آغاز به طور کامل به صورت صوتی و تصویری ضبط می‌شد با شور و اشتیاق و نیز بدگمانی و انتقاد برخورد شد. اکنون که بیش از ۳۰ سال گذشته است، بررسی‌های بالینی و نتیجه‌پژوهی‌های<sup>۱</sup> بسیاری داریم که اثربخشی این روش را تأیید می‌کنند.

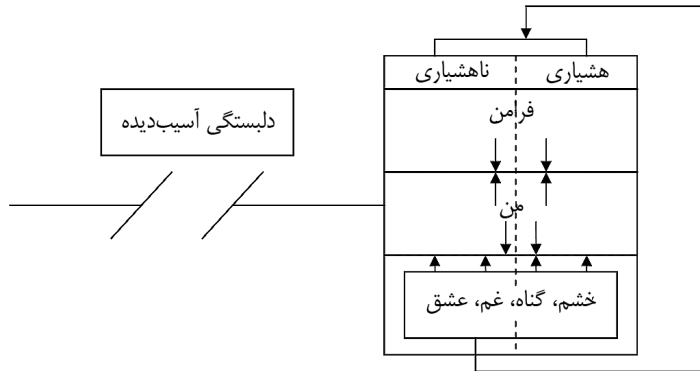
### تغییر نظریه تحلیلی توسط دوانلو

دوانلو (۱۹۹۰) شرح می‌دهد که به باور فروید، فرامن<sup>۲</sup> در تاریخچه تحولی، خود را به نسبت دیر مستقر می‌کند و بعد از انحلال عقده ادیپ وارد عمل می‌شود. شواهد کار با بیماران و موردپژوهی‌های بالینی، دوانلو را به تغییر نظریه تحلیلی از لحاظ تأکید بر نقش فعال فرامن در علیت و استمرار روان‌رنجوری در ماه‌های آغازین زندگی وادار کرد. اختلالات روان‌رنجوری در نتیجه گستره‌ای از تجارب تروماتیک احتمالی شامل آسیب یا وقفه در پیوند محبت‌آمیز بین کودک و مراقبانش ظاهر می‌شود. کودک به طور ناهشیار به این آسیب/وقفه با خشم مرگبار و آزارگرانه واکنش نشان می‌دهد. این خشم مرگبار و آزارگرانه، و فقدان برآمده از آن (مردن شخص یا اشخاص محبوب)، منجر به احساس گناه و غم و نیز

---

1. outcome research

2. superego



شکل ۱. دیدگاه دونلو دربارهٔ پدیدآیی روان‌رنجوری

واکنشهای آزارگرانه و تنبیه‌گر فرامن به من<sup>۱</sup> کودک می‌شود. تجربهٔ (تجارب) تروماتیک، خشم مرگبار، و نتیجهٔ (نتایج) آن، یعنی احساسات گناه و غم، به درون ناهشیار سرکوب می‌شوند. الگوهای نشانه‌ای گوناگون و آسیب‌خوی<sup>۲</sup> زمانی ایجاد می‌شود که من<sup>۳</sup> کودک در حال رشد زیر سلطهٔ فرامن آزارگر/تنبیه‌گر سعی می‌کند به گونه‌ای عملکرد خود را حفظ کند که در خودِ تکانه‌ها و احساسات، اضطراب، و دفاع‌ها غرق نشود. هر چه تجارب تروماتیک زودتر، شدیدتر، و بیشتر رخ دهند، تکانه‌ها آزارگرانه‌تر است و من بیشتر بین آزارگری نهاد<sup>۳</sup> و آزارگری فرامن به دام می‌افتد و در اداره کردن مقاومت سرکوبی و مقاومت با دستور فرامن بیشتر فلج می‌شود. دیدگاه دونلو دربارهٔ پدیدآیی روان‌رنجوری در شکل ۱ ترسیم شده است.

### پیوند دلبستگی و سلامت روانی

هرچند دونلو به روشنی به اهمیت ماهیت و کیفیت پیوند دلبستگی بین کودک و مراقب در اثرگذاری بر ماهیت و کیفیت سلامت روانی اشاره می‌کند، به جزئیات این رابطه نمی‌پردازد.

به همت آینس‌ورث (۱۹۷۸)، بالبی (۱۹۶۹، ۱۹۸۰، ۱۹۸۸)، و شمار بسیاری از سایر دانشمندان و همکاران، همهٔ ما می‌دانیم که پیوند هیجانی، یا دلبستگی، بین نوزاد (پیش از تولد/ پس از تولد) و مراقب (مراقبان) اثر قابل ملاحظه‌ای بر ساختار و کارکرد مغز نوزاد در حال رشد و کارکرد فرد در رابطه با خود و دیگران دارد.

در ادبیات این حوزه، اغلب چهار الگوی دلبستگی از هم متمایز می‌شود: دلبستگی ایمن، دلبستگی

1. ego

2. character pathology

3. id

ناایمن-اجتنابی، دل‌بستگی ناایمن-مقاوم/دوسوگرا، و دل‌بستگی سازمان‌نیافته (برای مثال، نگاه کنید به هسه، ماین، آبرامز، و ریفکین، ۲۰۰۳).

دل‌بستگی ایمن و پایدار مبنایی برای تکالیف تحولی تمایز، تفرد، و ساختار درونی ثبات ابژه<sup>۱</sup> فراهم می‌کند که فهم ما از خود<sup>۲</sup> از آن پدید می‌آید. از این رو، دل‌بستگی ایمن و پایدار اثری مثبت بر ساختار و کارکرد مغز می‌گذارد و از این طریق ملزومات اساسی را فراهم می‌کند تا:

۱. آرزوها، احساسات، هنجارها، ارزشها، نظرات و رفتار خود و دیگران را با عشق و توجه درک کنیم،
۲. به گونه‌ای سازنده به کاوش در دنیای بیرونی بپردازیم،
۳. وارد روابط بین فردی معنی‌دار شویم، و
۴. به گونه‌ای سازنده به رویدادهای دردناک/زیانبار روابط بین فردی گوناگون بپردازیم.

اگرچه نیاز بنیادی همیشگی به دل‌بستگی‌های ایمن وجود دارد، شاید واضح باشد که این پیوندهای دل‌بستگی در دوره تحول خود، از لحاظ ابژه، ماهیت، کیفیت، و شدت تغییراتی پیدا می‌کنند. گذشته از این، ممکن است پیوندهای دل‌بستگی با دیگران مانند همشیره‌ها، خانواده گسترده، معلمان، دوستان، همکاران، عشاق/همسران، و حیوانات خانگی نیز پدید بیاید.

دل‌بستگی ناایمن، بی‌ثبات، یا سازمان‌نیافته، خواه ناشی از بدرفتاری بدنی/هیجانی یا بی‌توجهی باشد، و خواه ناشی از بی‌احساسی مراقب، اثر منفی بر ساختار و کارکرد مغز گذاشته و زمینه‌های اساسی را برای اختلالات روان رنجوری و اختلالات تحولی فراهم می‌کند (البته برعکس آن نیز درست است: کژتنظیمی عصب‌شناختی، برای مثال در اثر تولد، نیز می‌تواند مانع پیوند دل‌بستگی شود). رابطه بین الف) ویژگی‌های یک پیوند دل‌بستگی خاص، ب) مرحله خاص تحول فرد و ج) ظرفیت بعدی در فرد برای تنظیم سازنده هیجانات، سازش با موقعیت‌های جدید، و یادگیری، نتیجه این واقعیت است که محیط اجتماعی آغازین/مراقبان، بر ساختارهای عصب‌شناختی میانجی تنظیم اضطراب و هیجانات اثر مستقیم دارند. برای مثال، دو سال نخست زندگی برای رشد نواحی زیرقشری لیمبیک حیاتی است، و به خاطر اینکه ساختارهای متفاوت نظام لیمبیک در بقیه عمر فرد در اضطراب و هیجانات دخالت دارند، رویدادهای آغازین مخرب برای دل‌بستگی طی چنین دوره حساسی می‌توانند اثرات طولانی‌مدت برجای بگذارند.

علامت ترومای (دل‌بستگی) درمان نشده با گذر زمان بدتر و پیچیده‌تر می‌شود، و ارتباط برقرار کردن بین رفتارهای کنونی و ترومای (دل‌بستگی) آغازین دشوارتر می‌شود. احساسات و رفتارهای مرتبط با تجارب (دل‌بستگی) تروماتیک گذشته در اثر تجارب (دل‌بستگی) تروماتیک جدید تقویت می‌شوند و

1. object constancy  
2. self

نشانه‌های اختلال و رفتارهای مقابله‌ای مخرب شدیدتر می‌شوند. با گذر زمان، برون‌ریزی، اجبار تکرار<sup>۱</sup>، و دوره‌های گسست<sup>۲</sup> می‌توانند به شدت ناتوان‌کننده شوند.

همان‌طور که در بالا گفته شد، در تعامل با مراقبان است که یاد می‌گیریم چگونه به خود و دیگران بنگریم، و آرزوها، احساسات، و رفتارهای خود و دیگران را درک کنیم. این حاکی از آن است که:

۱. ویژگی‌های خاص پیوند مخرب / تروماتیک دلبستگی،
۲. مراحل تحولی خاصی که تجربه شده است، و
۳. بی‌نظمی عصبی پسین و خاطرات تعاملات تروماتیک با هر یک از مراقبان، پایه‌ای برای شیوه‌های خاص مخربی خواهد شد که شخص بزرگسال در خصوص موارد زیر به کار خواهد بست
  - الف) انتظارات از خود و دنیای بیرونی،
  - ب) درک آرزوها، احساسات، هنجارها، ارزشها، و رفتارهای خود و دیگران، و
  - ج) الگوهای تعامل در روابط صمیمانه و اجتماعی.

### اثر عصبی- تحولی خشونت در کودکی

به عقیده پری (۲۰۰۱) و شور (۲۰۰۳)، شواهد فزاینده حاکی از این است که مواجهه با خشونت یا تروما، مغز در حال رشد را با تغییر دادن فرایندهای عصبی- تحولی بهنجار، دگرگون می‌کند. پژوهش بالینی بروس. دی. پری (۲۰۰۱) نشان داده است که تروما بر الگو، شدت و ماهیت تجارب حسی-ادراکی و عاطفی رویدادها در دوره کودکی اثر می‌گذارد. مغز انسان رشد می‌کند و زمانی که رشد کرد، به سبک «وابسته به استفاده»<sup>۳</sup> تغییر می‌کند. نظام‌های عصبی که به طور مکرر فعال می‌شوند می‌توانند به طور ماندگار دگرگون شوند و ریزمعماری و شمار سیناپسی و تراکم دندریتی و ظهور انبوهی از عناصر سلولی ساختاری و کارکردی مهم همچون آنزیم‌ها یا گیرنده‌های ناقل‌های عصبی را تغییر دهند. یک دستگاه عصبی هر چه بیشتر فعال شود، ظرفیت‌های کارکردی مرتبط با آن نوع فعال‌سازی را بیشتر افزایش داده و مستحکم‌تر می‌کند. هر چه دستگاه‌های عصبی مربوط به تهدید در جریان تحول بیشتر فعال شوند، مستحکم‌تر خواهند شد.

از همین رو،

- مواجهه با خشونت مجموعه‌ای از پاسخ‌های تهدید را در مغز در حال رشد کودک فعال می‌کند،
- فعالیت بیش از اندازه دستگاه‌های عصبی درگیر در پاسخ‌های تهدید، به نوبه خود می‌تواند مغز در حال رشد را دگرگون کند،

1. repetition compulsion  
2. dissociation  
3. use-dependent



● این دگرگونی‌ها می‌توانند به صورت تغییرات کارکردی در کارکرد شناختی، رفتاری و هیجانی نمایان شوند.

درجه و ماهیت پاسخی خاص به تهدید، از فردی به فرد دیگر در برابر یک رویداد، و برای هر فرد خاص از رویدادی به رویداد دیگر متغیر است.

در حیوانات و انسان‌ها دو الگوی پاسخ نخستین اما تعاملی، توصیف شده است: الگوهای پاسخ بیش‌برانگیختگی (پاسخ‌های جنگ یا گریز) و الگوهای پاسخ گسستی<sup>۱</sup>. گسست یک اصطلاح توصیفی وسیع است که شامل انواع مکانیسم‌های روانی درگیر در جدا شدن از دنیای بیرونی و توجه به محرک‌های دنیای درونی است. این مکانیسم‌ها می‌توانند شامل حواس‌پرتی، اجتناب، بهت‌زدگی، رؤیاپردازی<sup>۲</sup>، گریز<sup>۳</sup>، تخیل<sup>۴</sup>، دگرسان‌بینی واقعیت<sup>۵</sup>، دگرسان‌بینی خود<sup>۶</sup>، و در حالت‌های افراطی، غش یا کاتاتونی باشند. (همچنین نگاه کنید به فصل سوم در مورد تنظیم هیجان و فصل چهارم درباره‌ی اضطراب).

اگر کودک در پاسخ به یک ترومای شدید دچار گسست شود و به اندازه کافی در حالت گسست بماند، این حالت، تعادل حیاتی نظام‌های مرتبط با پاسخ گسستی (یعنی، شبه‌افیونی، دوپامینرژیک، محور HPA) را تغییر خواهد داد. در نتیجه، نوروبیولوژی حساس شده‌ی گسست ایجاد می‌شود و ممکن است نشانگان پایدار مرتبط با گسست (برای مثال، گوشه‌گیری، شکایات جسمی، گسستگی، اضطراب، درماندگی، وابستگی) و اختلالات مرتبط (برای مثال، اختلالات گسستی، اختلالات بدنی شکل، اختلالات اضطرابی، افسردگی اساسی) در کودک به وجود بیاید. اگر کودکی که در معرض خشونت قرار گرفته، از پاسخ بیش‌برانگیختگی غالب استفاده کند، تغییر تعادل حیاتی، در نظام‌های نوروشیمیایی مختلف (برای مثال، آدرنرژیک، نورآدرنرژیک، محور HPA) خواهد بود. این کودک مستعد دچار شدن به علائم پایدار مرتبط با بیش‌برانگیختگی و اختلالات مرتبط (برای مثال، PTSD، ADHD، اختلال سلوک<sup>۷</sup>) خواهد شد (پری، ۲۰۰۱).

البته، ترومای آغازین فقط به معنی خشونت فیزیکی نیست. در مورد بی‌توجهی هیجانی یا انواع دیگر خشونت هیجانی چه فکر می‌کنید؟ ترومای بی‌توجهی اغلب تراکمی است و زمانی که نوزاد بی‌توجهی بدنی و/ یا هیجانی مزمن را تجربه می‌کند (و ما اغلب، این بی‌توجهی را به همراه بدرفتاری بدنی می‌بینیم)، نه تنها به عملکرد روان‌شناختی آسیب می‌زند، بلکه - همان‌طور که در مورد بدرفتاری بدنی درست است - تغییرات کارکرد مغز را هم در پی دارد (شور، ۲۰۰۳).

- 
1. dissociative
  2. daydreaming
  3. fugue
  4. fantasy
  5. derealization
  6. depersonalization
  7. conduct disorder

ما انسان‌ها می‌توانیم شکبیا باشیم و عشق بورزیم. اما همچنین می‌توانیم تحقیر کنیم، بی‌توجهی کنیم، نادیده بگیریم، نفرت بورزیم، تخریب کنیم و بکشیم. در سراسر تاریخ و در فرهنگ‌های گوناگون خشونت وجود دارد. به کمک پیشرفت‌های فناوری، دنیای ما کوچک شده است و همه ما جنبه‌های وحشتناک خشونت را تجربه کرده یا شاهد بوده‌ایم (برای مثال از طریق روزنامه‌ها، نشریات، تلویزیون) و با وجود تمایل بسیاری از ما، هرگز نتوانسته‌ایم برای همیشه از خشونتی که ما را احاطه کرده است و خشونتی که ما بخشی از آن هستیم رها شویم.

متأسفانه واقعیت تاریخ ما، و نیز واقعیت زمان حاضر به ما می‌آموزد که برای آنکه هر روز با وقایع آسیب‌زا روبه‌رو شویم، به خشونت جنگ‌ها، بلایای طبیعی و مانند آن نیاز نداریم. با وجود این، بسیاری از افراد، از جمله بسیاری از درمانگران، ممکن است ناهمگنی و پیچیدگی خشونت را کمتر از آنچه هست برآورد کنند، و شیوع خشونت بدنی و/یا هیجانی در خانه را کمتر از آنچه هست برآورد کنند. خشونت هیجانی ممکن است برای مثال، شکل تحقیر، خوار کردن، تهدید، بی‌توجهی، نادیده گرفتن، تهدید به رها کردن یا برخورد بدنی، ارعاب و مانند آن به خود بگیرد. والد بودن تنها در این خلاصه نمی‌شود که مراقب باشیم کودک به طور مناسب تغذیه کند، لباس بپوشد، و مدرسه برود! مدارس نیز ساختار و ایمنی لازم را در مقابل خشونت هیجانی/بدنی که در مدرسه یا خانه‌های دانش‌آموزان اعمال می‌شود، فراهم نمی‌کنند.

خشونتی وجود دارد که خشونت در نظر گرفته نمی‌شود، ترومایی وجود دارد که نه تروما شناخته می‌شود و نه سایر اعضای خانواده آن را خشونت یا تروما قلمداد می‌کنند. همسایگان، مدارس، درمانگران، سازمان‌های سلامت، دولت‌ها و سازمان ملل نیز آن را تروما نمی‌دانند (نگاه کنید به جدول ۱). همه می‌دانیم که زیر فشار ترومای حل‌نشده ممکن است در قالب ناتوانی در تنظیم اضطراب، تنظیم هیجانات، و ناتوانی از ایجاد و حفظ روابط سالم «منجمد» شویم، و حتی بدتر از آن، با افرادی که زمانی خودمان قربانی آنها بوده‌ایم، همان رفتار بهره‌کشانه را در پیش بگیریم.

بنابراین، از دید ما مهم است که در اینجا بر برخی جنبه‌های خشونت تمرکز کنیم که باید اثر خشونت بر سلامت روانی بر پایه آنها بررسی شود.

### **طبقه‌بندی رویدادهای بالقوه تروماتیک**

مفهوم ترومای روانی به وضعیت آسیب‌دیده روان‌شناختی و فیزیولوژیایی فرد اشاره دارد که در نتیجه تجربه وقایع بسیار تهدیدکننده و زیانبار ایجاد می‌شود.

در ادبیات علمی، وقایع تروماتیک اغلب به عنوان درجاتی بر روی یک پیوستار طبقه‌بندی می‌شوند: ترومای بزرگ، ترومای کوچک، و ترومای تراکمی (که استرس بی‌وقفه مزمن نیز نامیده می‌شود).