

اصول روان‌درمانی معطوف به انتقال

تألیف

ریچارد جی. هرش

ایو کالیگور

فرانک ای. یومانس

ترجمه

دکتر فرزین رضاعی

استاد روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر مریم معصومی

روانپزشک و روان‌درمانگر تحلیلی



فهرست

پیشگفتار.....	۷
فصل ۱: روان‌درمانی معطوف به انتقال (TFP) و کاربردهای آن: آشنایی با TFP و نقش مصاحبه ساختاری، تعیین هدف و فرایند قرارداد.....	۹
فصل ۲: روان‌درمانی معطوف به انتقال (TFP) و کاربردهای آن: مرحله اولیه درمان، تکرار و اصلاح مداخلات و آنچه در طول زمان در این مدل درمانی اتفاق می‌افتد.....	۳۴
فصل ۳: اصول روان‌درمانی معطوف به انتقال در مدیریت بحران‌های بالینی.....	۵۳
فصل ۴: اصول روان‌درمانی معطوف به انتقال (TFP) در ارتباط با خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلال شخصیت شدید.....	۷۷
فصل ۵: اصول روان‌درمانی معطوف به انتقال (TFP) در بیماران بستری روان‌پزشکی.....	۱۰۰
فصل ۶: اصول روان‌درمانی معطوف به انتقال در درمان دارویی اختلالات شخصیت.....	۱۲۸
فصل ۷: اصول روان‌درمانی معطوف به انتقال در مدیریت علائم بیماری‌های طبی همزمان با اختلال شخصیت.....	۱۵۰
فصل ۸: اصول روان‌درمانی معطوف به انتقال در آموزش دستیاری روان‌پزشکی.....	۱۸۵
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۲۱۲
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۲۱۴

فصل ۱

روان‌درمانی معطوف به انتقال (TFP) و کاربردهای آن: آشنایی با TFP و نقش مصاحبه ساختاری، تعیین هدف و فرایند قرارداد

۱. TFP از نظریه روابط ابژه^۱ روانکاوی سنتی نشئت گرفته است، اما مفاهیم کلیدی آن می‌توانند برای متخصصان بالینی معاصر، از جمله آنهایی که آموزش تخصصی نداشته‌اند، در موقعیت‌های درمانی مختلف جالب باشند.
۲. مصاحبه ساختاری که سنگ بنای رویکرد TFP است، به منزله گامی ضروری برای TFP به منزله نوعی روان‌درمانی انفرادی و نیز به مثابه نوعی فرایند ارزیابی که می‌تواند کاربردهای گسترده‌تری داشته باشد، است.
۳. TFP بر شناسایی آگاهانه و دقیق اهداف شخصی بیمار و اهداف درمانی تأکید دارد که نوعی مداخله راهنما برای بیمار و درمانگر است و پیش‌نیاز اثربخشی در این روش درمانی خاص محسوب می‌شود.
۴. TFP قرارداد درمانی را در اولویت قرار می‌دهد. در این رویکرد قرارداد سنگ‌بنای چارچوب درمان و ستونی غیرقابل حذف این فرایند درمانی محسوب می‌شود و مستلزم مشارکت مداوم درمانگر و بیمار در طول زمان است.

۱.۱ مقدمه

روان‌درمانی معطوف به انتقال (TFP) روش درمانی اختصاصی است که طی سالیان متمادی برای جمعیتی خاص از بیماران، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (BPD)، شکل گرفته است. TFP

1. Object relation

درمانی دارای کتاب راهنما (به این معنی که متخصصان بالینی با کتابچه‌ای راهنما که به‌طور مفصل رؤس درمان را مشخص می‌کند هدایت می‌شوند) و مبتنی بر شواهد است (به این معنی که مورد مطالعه قرار گرفته و با سایر مداخلات درمانی برای جمعیت بیماران مشابه مقایسه شده است). TFP در حوزه‌های مختلف مؤثر نشان داده شده است از جمله پایبندی به درمان (بیماران به جای ترک زودهنگام درمان، درمان را ادامه می‌دهند)، رفتارهای آسیب به خود و خودکشی (شامل تعداد دفعات اقدام و شدت بالینی این اقدام‌ها)، گزارش‌های فردی از علائم (کاهش افکار خودکشی، افسردگی و اضطراب) و سازگاری اجتماعی (تغییرات مثبت در روابط و سرکار) [1-3]. این داده‌های تجمعی اثربخشی TFP را به‌منزله روش درمانی فردی برای گروهی خاصی از بیماران به خوبی نشان می‌دهد؛ مطالعات و درس‌نامه‌های متعددی در این زمینه منتشر شده است. هدف از این کتاب افزایش نفوذ نظریه TFP از طریق معرفی این شیوه به منزله رویکردی برای اندیشیدن و درمان بیماران فراتر از گروه خاصی (بیماران مبتلا به BPD بر اساس معیارهای DSM-5) و فراتر از روش درمانی خاص (روان‌درمانی فردی) است که این شیوه درمانی در ابتدا برای آن طراحی شد.

کدام دسته از متخصصان بالینی می‌توانند از اصول TFP در کار خود استفاده کنند؟ در کدام موقعیت‌های بالینی اصول TFP در مراقبت از بیمار مفید خواهد بود؟ برای پاسخ به این سؤال ابتدا باید بدانیم که کدام متخصصان بالینی در حوزه بهداشت روان و حوزه پزشکی در درمان بیماران دچار اختلال شخصیت (PD) نقش دارند. پاسخ این است که تقریباً همه متخصصان بالینی که بیماران نوجوان و بزرگ‌سال را ویزیت می‌کنند. آیا در این زمینه استثنایی هم وجود دارد؟ می‌توان گفت متخصصان بالینی که صرفاً کودکان خردسال، بیماران با اختلالات روان‌پریشی اولیه یا دمانس را درمان می‌کنند در این دسته قرار نمی‌گیرند. با این حال، بیماران دچار اختلال شخصیت تقریباً در تمام محیط‌های سلامت روان و در بسیاری از مراکز پزشکی به چشم می‌خورند. [۵، ۴] مطمئناً بسیاری از روان‌پزشکان، روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی، در کار خود با این بیماران مواجه خواهند شد. همه متخصصان بالینی که در مراکز بستری روان‌پزشکی بزرگ‌سالان و بخش‌های اورژانس کار می‌کنند، تجربه ارزیابی و درمان بیماران دچار اختلال شخصیت را خواهند داشت. بر اساس مطالعات، متخصصان با تخصص‌های مختلف که به‌طور مستقیم با بیمار در ارتباط هستند، به میزان نسبتاً زیادی با این بیماران مواجه خواهند شد. [۶] نتیجه نهایی این است که بیماران دچار اختلال شخصیت به دلایل مختلف (که به شکایات PD محدود نمی‌شود) برای مراقبت و درمان به طیف گسترده‌ای از متخصصان بالینی مراجعه می‌کنند.

کاربرد اصول TFP با فرایند ارزیابی بالینی آغاز می‌شود. در این روش به‌منزله یک روان‌درمانی فردی بر فواید مصاحبه ساختاریافته که ارزیابی جامع و شهودی بیماران است، تأکید می‌شود. [۸، ۷]

واضح است که همه متخصصان بالینی وقت یا علاقه کافی برای تکمیل به طوری که طراحی شده است ندارند؛ اما عناصر کلیدی مصاحبه ساختاریافته را می‌توان حتی در کوتاه‌ترین ارزیابی بیمار نیز گنجاند. مصاحبه ساختاریافته نه تنها تشخیص یا تشخیص‌های مطرح‌شده برای بیمار را ارزیابی می‌کند، بلکه به طور کلی‌تر به بررسی عملکرد او در حیطه‌های اصلی زندگی‌اش نیز می‌پردازد و همچنین متخصصان بالینی را ترغیب به طرح پرسش‌هایی می‌کند که به روشن‌سازی (۱) بهترین درمان برای مشکل فعلی بیمار چیست، (۲) پیش‌آگهی احتمالی بیمار چگونه خواهد بود و (۳) چگونه می‌توان به بهترین وجه با بیمار تعامل داشت، خواهد پرداخت.

درمان انفرادی TFP با گفت‌وگوی واضح و شفاف پیرامون اهداف بیمار و اهداف درمان پایه‌گذاری می‌شود. شاید تأکید بر این نکته غیرضروری به نظر برسد؛ مگر همه درمان‌ها مبتنی بر اهداف مشخص شده‌ای نیستند؟ باین‌حال، تجربه روبروسازی با بیماران دچار اختلال شخصیت شدید نشان می‌دهد برای بیمار و درمانگر راحت‌تر است که بدون در نظر گرفتن هدف درمانی مشخص در الگویی بی‌قاعده قرار بگیرند؛ در این حالت صرف حضور در درمان از مقصد درمان اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. رویکرد TFP می‌پرسد: «اهداف شخصی بیمار در تحصیل، کار یا روابط چیست؟ از نظر اهداف درمانی، این سؤال به بررسی این موضوع می‌پردازد که چگونه هر روان‌درمانی خاص به بیماری با علائم مشخص کمک می‌کند. درحالی‌که TFP مبتنی بر یک سری اهداف شخصی و درمانی مشخص است، ممکن است یکی از پیامدهای احتمالی ارزیابی با مصاحبه ساختاریافته پیشنهاد درمانی حمایتی‌تر و کمتر اکتشافی (نسبت به TFP) باشد. سؤال پرسیدن از بیمار در مورد اهداف شخصی و درمانی می‌تواند پادزهر قدرتمندی برای پدیده‌ای رایج باشد، تجربه درمان برای بیمار دچار اختلال شخصیت، آگاهانه یا ناخودآگاه چیزی است که توسط شخصی دیگر برای او انجام می‌شود و نه به صورت یک تجربه مشارکتی که به خواست بیمار شروع شده و ادامه یافته است.

TFP بر اهمیت چارچوب درمان تأکید دارد. این چارچوب مجموعه‌ای از جزئیات مربوط به زمان‌بندی و هزینه‌های درمان گرفته تا حوزه‌های حساس‌تری مانند مدیریت بحران یا بستری‌شدن در بیمارستان است که توافق دوجانبه در مورد آن صورت گرفته است. در TFP چارچوب درمان نتیجه نهایی فرایند شفاف و هدفمند عقد قرارداد محسوب می‌شود. قرارداد فرایندی عجولانه و فوری نیست و تا هرزمانی که لازم باشد به طول می‌انجامد؛ فرایندی که درجاتی از اختلاف یا پس‌زدن توسط بیمار را نداشته باشد، احتمالاً امری سطحی و بدون درگیری عمیق و متفکرانه بیمار است. قرارداد هم‌زمان چندین هدف را دنبال می‌کند، نظیر ایجاد موقعیت درمانی امن و راحت برای بیمار و درمانگر و تمرینی برای پیش‌بینی آنچه در درمان پیش می‌آید. تمرین برای چیست؟ «انتقال» در روان‌درمانی معطوف به انتقال عبارت است از تجربه کلی بیمار از درمانگر که از فیلتر سابقه بیمار، تجربه ارتباط با

دیگران و وضعیت حال حاضر ذهن او می‌گذرد. این دیدگاه بر این تفکر استوار است که شخصیت اساساً روش پردازش داده‌هایی است که از دنیای اطراف به فرد می‌رسند و «سیستم پردازش» بیمار را می‌توان در تعامل با درمانگر مشاهده کرد. درمانگر با ارائه قرارداد، انتظار دارد واکنش‌هایی آشکارساز از جانب بیمار را مشاهده کند، واکنش‌های پارانوئید و خشمگین یا واکنش‌های دلپذیر و توأم با ایده‌آل‌سازی دو پاسخ محتمل در میان بسیاری از واکنش‌ها هستند. هدف از فرایند قرارداد و چهارچوب درمانی حاصل از آن تسهیل تظاهر این انتقال و همکاری بیمار و درمانگر برای کالبدشکافی این انتقال در طول زمان است. ارائه فرایند قرارداد و برپاداشتن چارچوب درمانی طبق تعریف محدود به روان‌درمانی انفرادی نیست. متخصصان بالینی با رویکردهای مختلف می‌توانند از برقراری قوانین پایه در شروع هر رابطه درمانی بهره‌مند شوند. درنهایت باید توجه داشت که اگر متخصص بالینی احساس راحتی یا امنیت نکند، چگونه می‌تواند خدمات درمانی باکیفیتی ارائه دهد؟

۱.۲ مروری بر درمان TFP

- TFP درمانی است که ریشه در سنت روانکاوی و نظریه روابط ابژه دارد، اما برای تطابق با گروه خاصی از بیماران دچار اختلال شدید شخصیت دستخوش اصلاحات مهمی شده است.
- TFP توسط کتابچه راهنمای درمانی به‌طور دقیق آموزش داده می‌شود و تحقیقات روزافزون از آن به‌منزله درمانی مبتنی بر شواهد برای BPD حمایت می‌کنند.
- چارچوب نظری جامع و مداخلات بالینی TFP تفاوت‌های اساسی مشخصی با رویکردهای آشناتر حمایتی و شناختی - رفتاری دارد.
- «TFP کاربردی» از مفاهیم و مداخلات اساسی TFP در موقعیت‌های بالینی مختلف، متمایز از روان‌درمانی فردی که در ابتدا مورد بررسی قرار گرفته بود، استفاده می‌کند.

ممکن است اصطلاح «روان‌درمانی معطوف به انتقال» برای برخی از متخصصان سلامت روان یا پزشکان امروزی، به‌ویژه آنهایی که با روانکاوی معاصر آشنا نیستند، «مکتبی قدیمی» یا حتی روش درمانی کهنه تلقی شود که برای دوران گذشته مناسب بوده و در حال حاضر غیرقابل دسترس یا نامناسب است. این نتیجه‌گیری تأسف بار و نادرست است. از دورانی که تفکر روانکاوی در درمان افراد دچار اختلالات شخصیت تسلط داشت و میزان توفیق درمانی بشدت متغیر بود سالیان متمادی گذشته است. زیادی گذشته است؛ TFP را نباید در جایگاه آخرین بقایای این دوران دید. در واقع، TFP روان‌درمانی فردی پیشرفته‌ای، دارای کتاب راهنما و مبتنی بر مفاهیم روان‌پویشی، برای بیماران مبتلا به

اختلال شخصیت مرزی (BPD) است که شواهد تجربی اثربخشی آن را تأیید می‌کنند و کارآمدی آن برای این جمعیت از بیماران با نرخ بسیار بالای مرگ‌ومیر و عوارض ثابت‌شده است. [9] همانطور که اشاره شد، TFP به منزلهٔ درمانی برای BPD تدوین شد و مطالعات TFP منحصراً روی این بیماران متمرکز شده است. BPD اختلال شایع روان‌پزشکی‌ای است (با نرخ شیوع تقریباً ۲٪ درصد جمعیت که به‌طور قابل‌توجهی بیشتر از اسکیزوفرنیا است) به‌وضوح در بیماران بستری و سرپایی دیده می‌شود (بر اساس پژوهش‌ها ۲۰٪ بیماران بستری و ۱۰٪ بیماران سرپایی روان‌پزشکی دارای معیارهای BPD هستند) و احتمالاً تا حد زیادی نیز تشخیص داده نشده‌اند (مطالعات نشان می‌دهند متخصصان بالینی که بیماران را با مصاحبهٔ ساختاریافته ارزیابی می‌کنند در مقایسه با آنهایی که بیماران را بدون ابزار خاصی مورد ارزیابی قرار می‌دهند به احتمال بسیار بیشتری به تشخیص BPD برای بیماران می‌رسند) [10-14]؛ بنابراین BPD (۱) شایع است، (۲) احتمالاً کمتر تشخیص داده می‌شود و (۳) به‌وضوح با استفاده زیاد از تقریباً تمام خدمات روان‌پزشکی، از جمله بستری‌شدن در بیمارستان، روان‌درمانی سرپایی و دارودرمانی ارتباط دارد [15]. مهم‌تر از همه، BPD دارای نرخ نسبتاً بالایی از خودکشی موفق است (حدود ۶ تا ۱۰ درصد) که در نتیجه باعث شده درمان این بیماران برای اکثر درمانگران به منبع نگرانی مبدل شود [16].

TFP یکی از مجموعه درمان‌های مبتنی بر شواهد برای BPD است که شامل، رفتاردرمانی دیالکتیک^۱ (DBT)، مدیریت روان‌پزشکی خوب^۲ (GPM)، روان‌درمانی حمایتی^۳ (SPT)، درمان مبتنی بر ذهنیت‌سازی (MBT)، درمان متمرکز بر طرحواره (SFT) و مداخله STEPPS است [۱۷]. حتی با وجود گسترش درمان‌های مبتنی بر شواهد برای BPD، نیاز به متخصصان بالینی که بتوانند این بیماران و سایر اختلالات شخصیت شدید را درمان کنند، احتمالاً برای سال‌ها، اگر نگوئیم دهه‌های آینده، از ظرفیت فعلی افراد آموزش‌دیده مناسب پیشی خواهد گرفت که این امر در تشدید بحران‌های سلامت عمومی که کمتر شناخته‌شده‌اند مؤثر خواهد بود [۱۸]. بدین ترتیب، دو فصل اول این کتاب حاضر به این موضوعات می‌پردازد، (۱) اصول TFP که به منزلهٔ روان‌درمانی فردی برای بیماران با اختلال شخصیت شدید (از جمله اختلال شخصیت مرزی) ارائه شده است و (۲) آشنایی با «TFP کاربردی» یا مجموعه‌ای از مشاهده‌های مفید و مداخله‌های کاربردی مبتنی بر TFP که برای متخصصان بالینی با سطوح مختلف آموزش که در حیطه‌های متعدد فعالیت دارند و بیماران گوناگونی را درمان می‌کنند، مناسب است. جان گاندرسون، یکی از پیشتازان این عرصه، TFP را «دشوارترین» درمان مبتنی بر شواهد BPD «ازلحاظ یادگیری» توصیف می‌کند که حتی در دشوارترین موارد مؤثر بوده است؛

1. Dialectical Behavior Therapy
2. Good Psychiatric Management
3. Supportive Psychotherapy

ممکن است این ادعا درست باشد، اما اصول «TFP کاربردی» باید برای متخصصان بالینی با سطوح مختلف آموزش و تجربه کاملاً در دسترس و به‌آسانی قابل استفاده باشد [۱۹].

از آنجایی که اکثر بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی در محیط‌های بالینی زنان هستند، اغلب پژوهش‌ها روی زنان مبتلا به این اختلال انجام شده است. به دلیل نیاز جدی به استفاده از درمان‌های مبتنی بر شواهد برای افرادی که علائم بارزتری دارند، درمان‌های فوق‌شکل گرفتند. به همین منوال TFP برای کمک به متخصصان بالینی که درمان این گروه از آسیب‌دیده‌ترین بیماران را انجام می‌دهند، طراحی شد و می‌توان آن را جزو این فهرست درمان‌های مبتنی بر شواهد در نظر گرفت، چراکه ویژگی‌های مشترک زیادی دارند، مثل چهارچوب درمانی مشخص، توجه به عواطف، تمرکز بر رابطه درمانی، استفاده از مداخله‌های اکتشافی و فعال‌بودن درمانگر [20]. TFP همچنین می‌تواند، به‌منزله روشی برای تفکر در مورد بیماران مختلف به کار برود، حتی فراتر از آنهایی که بر اساس معیارهای DSM-5 تشخیص اختلال شخصیت مرزی می‌گیرند. اگرچه هنوز هم مطالعات بیشتری در ارتباط با BPD باید انجام شود، سؤال این است که در این گروه گسترده‌تر بیماران کدام دسته می‌توانند از رویکرد TFP بهره‌مند شوند؟ در این فصل به مفهوم سازمان مرزی می‌پردازیم، گروهی که بیماران مبتلا به BPD و افرادی که معیارهای تشخیصی DSM-5 برای اختلال‌های شخصیت وابسته، خودشیفته، نمایشی، اسکیزوئید یا اسکیزوتایپال و نیز بیماران مبتلا به اختلال شخصیت، با ویژگی توأمان سادو مازوخیسم، خودبیمارانگاری یا هایپومانیا بدون معیارهای DSM-5 را در برمی‌گیرد. TFP راهی را در اختیار متخصصان بالینی می‌گذارد تا به گروه بزرگ‌تر و ناهمگن‌تری از بیماران فکر کنند و آنها را درمان کنند؛ بیمارانی که به احتمال زیاد می‌توانند از یکی از درمان‌های مبتنی بر شواهد برای BPD سود ببرند.

TFP بر اساس کار اوتو کرنبرگ و همکارانش در مؤسسه اختلالات شخصیت کالج پزشکی ویل کورنل^۱ شکل گرفت؛ این گروه به انتشار متون معتبر علمی درباره‌ی رویکرد درمانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت بر اساس نظریه‌ی روابط ابژه می‌پرداخت. همانطور که اشاره شد، کرنبرگ و همکارانش مقالات و متون مهمی را تألیف کرده‌اند، از جمله کتابچه‌ی راهنمای TFP (روان‌درمانی معطوف به انتقال برای اختلال شخصیت مرزی: راهنمایی بالینی به نگارش Yeomans و همکاران) و کتابی همراه در مورد درمان بزرگ‌سالان با سطح بالاتری از پاتولوژی شخصیت (روان‌درمانی پویا برای بیماران با سطح بالاتر اختلال شخصیت به نگارش Caligor و همکاران [۲۱]) همراه با انتشار کتابی درباره‌ی درمان نوجوانان مبتلا به BPD [۲۲]؛ هدف این کتاب‌ها تشریح عناصر اصلی درمان برای متخصصان بالینی بود که می‌خواستند از این رویکرد در روان‌درمانی فردی استفاده کنند. هدف از انتشار کتاب حاضر

ارائه جایگزینی برای کتابچه راهنمای TFP و کتب همراه آن نیست، بلکه هدف گسترش اصول بنیادین ارائه‌شده TFP برای استفاده‌ی طیف گسترده‌تری از متخصصان بالینی در حوزه‌های مختلف بوده است. هدف از فصل‌های مقدماتی این کتاب، ارزیابی سیستماتیک و جدا از هم عناصر کلیدی این درمان به نحوی است که این مؤلفه‌ها برای همه‌ی متخصصان بالینی در دسترس و قابل درک باشد و همچنین نشان دهد چه تعداد از این عناصر به‌تنهایی می‌تواند برای متخصصان بالینی مفید باشند که روان‌درمانی فردی/انجام نمی‌دهند، اما با این حال می‌توانند از کاربست مفاهیم TFP در کارشان بهره ببرند. این فصل شامل فهرستی از اصطلاحات است که اغلب در متون TFP استفاده می‌شود. اصطلاحات زیر که پررنگ شده‌اند در میان اصطلاحاتی هستند که در این فهرست قرار دارند. TFP به‌منزله‌ی درمانی فردی نظام‌مند دارای رویکردی مشخص است. مراحل ضروری آن عبارت‌اند از:

شروع

۱. فرایند ارزیابی کامل با استفاده از **مصاحبه‌ی ساختاری**
۲. درک عملکرد فرد در زمینه‌های مختلف با در نظر گرفتن **سطح سازمان شخصیت** و پیش‌آگهی بیمار.
۳. **پایش فعال سه کانال ارتباطی توسط متخصص بالینی**: آنچه بیمار می‌گوید، نحوه‌ی رفتار بیمار و احساس درمانگر.
۴. شناسایی و فهمیدن **دفاع‌های مبتنی بر واپس‌زنی و دفاع‌های مبتنی بر دوباره‌سازی** که بیمار نشان می‌دهد.
۵. تعیین اهداف درمان و اهداف شخصی بیمار.
۶. گسترش فرایند تنظیم قرارداد که منجر به ایجاد **چارچوب درمانی** پابرجایی متناسب با آسیب‌شناسی و چالش‌های مورد انتظار از هر بیمار می‌شود.

وقتی که درمان شروع می‌شود

۷. مدیریت سردرگمی احتمالی اولیه مرتبط با آسیب‌شناسی اختلال شخصیت شدید، توسط «**نام‌گذاری بازیگران**» درگیر در تعامل لحظه‌به‌لحظه بیمار و درمانگر، برای کمک به دربرگیری بیمار و جهت دادن به درمانگر. به زبانی فنی‌تر، این کار شامل شناسایی **دوتایی‌های روابط ابژه‌ای** است که در درمان ظاهر می‌شوند.
۸. شناسایی لحظاتی که نقش‌ها در **دوتایی روابط ابژه غالب** وارونه می‌شوند یا همان **وارونگی**

نقش‌ها. این کار به بیماران کمک می‌کند تا متوجه جنبه‌هایی از خود شوند که تمایل دارند در دیگران ببینند نه در خودشان.

۹. تلاش‌های درمانگر برای حفظ موضع دلسوزانه‌ای که نشان‌دهنده **بی‌طرفی فنی در قبال** تعارضات درونی که بیمار با آنها درگیر است، همراه یا فاصله گرفتن از این موضع در صورت لزوم.

۱۰. توجه مداوم به چارچوب درمان و در صورت نیاز، این چارچوب به صورت دوره‌ای منطبق با چالش‌های احتمالی بیمار اصلاح می‌شود.

هر لحظه چه اتفاقی می‌افتد؟

۱۱. درمانگر در جلسه برای پیدا کردن محتوایی با بار عاطفی تلاش می‌کند (مطالبی که بیشترین بار هیجانی را دارند).

۱۲. درمانگر از آنچه بیشتر در دسترس آگاهی بیمار است به سمت آنچه کمتر در دسترس است حرکت می‌کند (رویکرد حرکت از سطح به عمق).

۱۳. از فنون اختصاصی **شفاف‌سازی، مواجهه‌سازی و تفسیر** به‌طور مکرر استفاده می‌شود.

۱۴. توجه درمانگر به انتقال مزمن و پایه‌ای (معمولاً پارانویید یا ترس از دیگران) در مراحل اولیه درمان.

۱۵. بررسی پاسخ بیمار به تفسیرهای درمانگر و معنای این رفت‌و برگشت در رابطه درمانی.

آنچه در طول زمان روی می‌دهد

۱۶. کاهش هرج‌ومرج در زندگی بیرونی بیمار و همزمان افزایش هیجان و عاطفه در درمان.

۱۷. در صورت نیاز قرارداد یا چارچوب اصلاح شود.

۱۸. تغییر از انتقال پارانوئید مزمن به انتقالی که بازتاب تجربه پیچیده‌تری از درمانگر (و سایر افراد زندگی بیمار) همراه با افزایش اعتماد بیشتر است.

۱۹. شناسایی تعامل بین دوتایی‌ها (الگوهای ارتباطی توأم با هیجان‌ات مختلف) از سوی درمانگر.

۲۰. حرکت تدریجی بیمار از **وضعیت پارانوئید** (فراکنی هیجان‌ات منفی) به **وضعیت افسرده** (پس گرفتن احساسات منفی همراه با ظرفیت تجربه احساس گناه) که منعکس‌کننده یکپارچه شدن بازنمودهایی از خود و دیگری است که قبلاً «دونیم» شده بودند و حالت کاملاً خوب یا بد داشتند.