

گروه روانشناسی بالینی
دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه

نام درس : روان درمانی تحلیلی

استاد : دکتر کریم افشاری نیا

رابطه روان‌درمانی: انتقال

انتقال جابه‌جا کردن احساسات، نگرش‌ها یا تکانه‌های تجربه شده نسبت به چهره‌های قبلی زندگی فرد به چهره‌هایی فعلی است که این احساسات، نگرش‌ها یا تکانه‌ها در واقعیت در مورد آنها صدق نمی‌کند. در این صورت، انتقال بخشی از همه روابط انسانی است، چون واکنش‌های یک فرد نسبت به فرد دیگر، همیشه، تحت تأثیر تجارب بین فردی قبلی قرار می‌گیرد. روابط قبلی مثل شابلن (یا اوزالید) عمل می‌کنند و افراد از آنها برای تفسیر روابط فعلی بهره می‌برند؛ پژوهش‌ها نشان داده‌اند که طیف وسیعی از تعاملات (شامل روابط دوستانه و رومانتیک و روابط با همکاران و رؤسا در محل کار) تحت تأثیر انتقال قرار می‌گیرد (به آندرسن و ساری بی^۱، ۲۰۰۵، بورن اشتاین، ۱۹۹۳، ۱۹۹۹، میراندا^۲ و آندرسن، ۲۰۰۷ رجوع شود). اگرچه انتقال بخش همیشه حاضر روابط انسانی است، اما، مثل مقاومت، در شرایط روان‌درمانی و پویایی‌های منحصر به فرد تعامل بیمار/ درمانگر تشدید می‌شود.

نقش انتقال در روان‌درمانی اولین بار توسط زیکمونت فروید (۱۹۱۲/۱۹۵۸b، ۱۹۰۵/۱۹۵۳d، ۱۹۱۵/۱۹۵۸d) توضیح داده شد. به نظر او، واکنش‌های انتقالی هم منبع مفید اطلاعات هستند و هم مانعی بالقوه در برابر پیشرفت درمان. انتقال، به عنوان یک جنبه فرآیندی روان‌درمانی، در مورد ماهیت روابط گذشته و فعلی بیمار سرنخ‌های روشنی به دست می‌دهد و، به عنوان منبع مقاومت، می‌تواند تعهد بیمار به قرارداد درمانی را عمیقاً تحت تأثیر قرار دهد.

این فصل نقش انتقال در درمان بینش محور را تشریح می‌کند و به (۱) خاستگاه‌ها و نمو انتقال در روان‌درمانی، (۲) تنوع شدت، رنگ مایه احساسی و ابراز واکنش‌های انتقالی و (۳) ملاحظات فنی کنکاش و تفسیر پدیده‌های انتقالی می‌پردازد.

مفهوم سازی انتقال

فرآیندهای روان‌شناختی‌ای که زیربنای انتقال هستند پیچیده‌اند. اکثر واکنش‌های انتقالی، علاوه بر

1. Saribay

2. Miranda

جابه‌جایی احساسات، نگرش‌ها و تکانه‌های مانخود از روابط گذشته به روابط فعلی، درجاتی از فرافکنی را نیز شامل می‌شوند. هر زمان بیماران، براساس تجارب روابط قبلی خود، در مورد احساسات، نگرش‌ها، افکار یا انگیزه‌های درمانگرشان نتیجه‌گیری کنند، برحسب تعریف، دارند برخی جنبه‌های دنیای درونی‌شان را به درمانگر فرافکنی می‌کنند. از آنجایی که فرافکنی‌های مشخصه انتقال، تقریباً همیشه، حاکی از تحریف ادراکات بیمار از درمانگر هستند، می‌توان آنها را نوعی فرآیند سوء اسناد یا نظر گرفت که، در آن، بیمار جنبه‌هایی از درمانگر و رابطه بیمار/ درمانگر را سوء ادراک می‌کند.

مفهوم سازی واکنش‌های انتقال به صورتی که جابه‌جایی، فرافکنی و سوء اسناد را شامل شود با تفهیم روان تحلیلی سنتی انتقال، یعنی ابراز غیرمستقیم خاطرات، امیال و ترس‌های ناخودآگاه بیمار، هم‌انگ است. در این خصوص، زیگمونت فروید (۱۹۵۶/۱۹۱۴، صفحه ۲۲۲) خاطر نشان کرد که وقتی انتقال اتفاق می‌افتد:

بیمار چیزی در مورد آنچه فراموش یا واپس رانی کرده است به خاطر نمی‌آورد، بلکه کنش‌روزی می‌کند. او آن را، نه به صورت خاطره، بلکه در عمل باز تولید می‌کند؛ یعنی، بدون آنکه بداند، آن را تکرار می‌کند... تا وقتی که بیمار در درمان است، نمی‌تواند از این اجبار به تکرار فرار کند و در آخر می‌فهمیم که این روش یادآوری اوست.

توصیف فروید، پویایی‌های زیربنایی انتقال و مسیرهایی را که واکنش‌های انتقال از طریق آنها چهره‌های ارتباطی گذشته را به درمانگر و موقعیت درمانی جابه‌جایی کنند به زیبایی در بر می‌گیرد. البته، توصیف فروید، با وجود پیشگویانه بودن، در یک جنبه مهم ناکامل است: این توصیف بر جنبه‌های ناخودآگاه انتقال تأکید می‌ورزد، در حالی که از خصایص خودآگاه‌تر و دردسترس‌تر آن غافل است. همان‌طور که در بحث بعدی تشریح می‌شود، بیماران در میزان آگاهی از واکنش‌های انتقالی‌شان تفاوت‌های چشمگیری دارند. علاوه بر این، حتی در یک بیمار، آگاهی از واکنش‌های انتقالی می‌تواند از یک جلسه تا جلسه بعد و یا، حتی، در زمان‌های مختلف روند یک جلسه درمان خیلی متفاوت باشد.

انتقال، واقعیت و اتحاد کاری

جهت درک اهمیت خاص واکنش‌های انتقالی، لازم است که آنها را در بافتار وسیع‌تر رابطه روان‌درمانی درک کنیم. **رابطه انتقالی** تنها بخشی از احساسات و نگرش‌های بیماران نسبت به درمانگران‌شان را شامل می‌شود؛ رابطه روان‌درمانی از پاسخ‌های واقع‌گرایانه بیمار به درمانگر به عنوان یک شخص (رابطه واقعی) و از پایبندی آنها به مفاد قرارداد درمانی (اتحاد کاری) هم تشکیل می‌شود. رابطه بیماران روان‌درمانی با درمانگران‌شان، به طور همزمان، در هر یک از این سه سطح پیش می‌رود و این سه جزء

رابطه بیمار/ درمانگر در نحوه بروز و نحوه تأثیرگذاری بر روند درمان متفاوت هستند (به گلدشتاین و گلدبرگ^۱، ۲۰۰۴ و مایسنر، ۲۰۰۷ رجوع شود). بسیاری از جنبه‌های رفتار بیمار در روان‌درمانی بر این اساس تعیین می‌شود که کدام یک از اجزای رابطه، در هر برهه از زمان، در اولویت قرار دارد.

انتقال

از آنجایی که وجه تمایز انتقال جابه‌جایی احساسات، نگرش‌ها یا تکانه‌ها از یک شخص به شخص دیگر است، واکنش‌های انتقال همیشه با شرایط واقعی موقعیت درمانی نامتناسب هستند. برخی واکنش‌های انتقالی اصولاً از نظر نوع یا کیفیت ناموجه هستند و برخی دیگر از شدت غیرموجهی برخوردارند؛ در هر دو مورد، انتقال «از حدی که بتوان بر مبنای عقلانی یا منطقی آن را توجیه کرد، فراتر می‌رود» (زیکمونت فروید، ۱۹۱۲/۱۹۵۸b، صفحه ۱۰۰)

مثال واکنش دارای کیفیت نامتناسب بیماری‌ست که وسط یادآوری یک واقعه، ناگهان، از خشم برافروخته می‌شود و فریاد می‌زند «این دیگه واقعاً کفرم رو در می‌آره، اینکه این جور نشستی اونجا و به هرچی که من می‌گم اخم می‌کنید، انگار دلتون می‌خواد هیچ وقت وقتتون رو نمی‌گرفتم». چرا بیمار خشمگین است؟ فرض کنید درمانگر کاری نکرده باشد که خشم بیمار را تحریک کند، جز اینکه نشسته و گوش کرده باشد، همان‌طور که قرارداد درمان تعیین کرده و همان‌طور که درمانگر در مصاحبه‌های قبلی انجام داده است و خشمی هم تحریک نشده بود. پس چرا بیمار چهره درمانگر را اخمو و درهم رفته حس کرده است و حس می‌کند که درمانگر تعهدات درمانی را به جا نمی‌آورد؟ چون نمی‌توان براساس واقعیت شرایط به این سؤالات پاسخ داد، رفتار بیمار، با در نظر گرفتن شرایطی که در آن اتفاق افتاده، حاکی از واکنش انتقالی غیرموجه از نظر کیفی است.

به عنوان نمونه، برای واکنش دارای شدت نامتناسب، موقعیتی را در نظر بگیرید که درمانگر در شروع مصاحبه ۵ دقیقه دیر کرده باشد. در این شرایط ممکن است بیمار به طور موجه تا حدودی عصبانی یا دلسرد باشد، چون تأخیر درمانگر از زمانی که بهایش پرداخته شده است می‌کاهد و، در عین حال، به منزله این است که اجازه داده شده است تا موضوعات دیگری بر تعهد درمانگر به قرارداد درمان فایق آیند. با در نظر گرفتن این‌گونه ملاحظات واقع‌گرایانه، درمانگرانی که دیر شروع می‌کنند، یک عذرخواهی به بیمار بدهکارند و معمولاً باید جلسه را تا مدت مقرر ادامه دهند. به هر حال، فرض کنید این بیمار، به جای یک واکنش خفیف متناسب، از کوره در برود و درمانگر را به خاطر طبابت غیراخلاقی سرزنش کند یا آنقدر گرفته و افسرده شود که نتواند در مورد هیچ چیزی به غیر از بی‌علاقگی «واضح» درمانگر صحبت کند. نوع واکنش این بیمار می‌تواند با توجه به شرایط واقعی کاملاً متناسب باشد، اما، از نظر شدت، غیرموجه و، بنابراین، تظاهری از انتقال است.

در هر دوی این مثال‌ها، این مفهوم ضمنی وجود دارد که انتقال حاکی از ادراک تحریف شده یا سوء اسناد نگرش‌ها و رفتار درمانگر است، که قبلاً هم به آن اشاره شد. اخمو دیدن درمانگر، در حالی که نیست، یا بی‌علاقه و مخالف پنداشتن درمانگر، وقتی چنین احساسی نداشته باشد، یا احساس قصور در وجدان کاری، در حالی که واقعاً دارد با وجدان و به نفع بیمار کار می‌کند، همه مواردی از ادراک ناصحیح است. سالیوان (۱۹۵۴، صفحات ۲۷ - ۲۵) برای نامیدن فرآیندی که در آن برخی روابط بین فردی فعلی شخص، تحت تأثیر تعمیم نامتناسب تجارب بین فردی پیشین وی قرار می‌گیرد اصطلاح پاراتاکیسک^۱ را ابداع نمود. با وجودی که تحریف پاراتاکیسک به یک اصطلاح شایع بدل نشد، اما نقشی را که سوء ادراک شدن درمانگر در ایجاد و شکل‌دهی واکنش‌های انتقال بازی می‌کند به دقت توصیف می‌نماید.

واقعیت

روابط واقعی بیماران با درمانگر مشتمل است بر پاسخ‌های متناسب و منطقی به آنچه درمانگر هست، می‌گوید یا انجام می‌دهد. بیماران ممکن است به درمانگران به خاطر دستاوردهای تحصیلی و حرفه‌ای‌شان احترام بگذارند؛ آنها ممکن است وقتی که درمانگر مصاحبه را قطع می‌کند و تلفن را جواب می‌دهد یا برخی اطلاعات مهم یک جلسه قبلی را از خاطر می‌برد، عصبانی شوند. بسته به زائقه‌شان، ممکن است از نحوه چیدن مبلمان، انتخاب لباس، نمایش دیپلم‌ها یا هر چیز دیگر درمانگر خوش‌شان بیاید یا نیاید. اگر این نوع واکنش‌ها در حد غیرواقعی‌گرایانه‌ای شدید شود (یعنی اگر احترام به درمانگر باعث کمرویی خفقان‌آور شود یا یک وقفه زمانی کوتاه خشم را برانگیزد)، آنگاه، حاکی از انتقال خواهد بود. به هر حال، تا وقتی که آنها در محدوده پاسخ متناسب یک فرد به دیگری باشند، بخشی از رابطه درمانی واقعی هستند.

مرز بین واکنش‌های انتقالی و رابطه درمانی واقعی رهنمود مفیدی است برای انتخاب اینکه کدام یک از ارتباطات متقابل بیمار/درمانگر باید تفسیر شود. از آنجایی که واکنش‌های انتقالی، اغلب، شامل سرخ‌هایی در مورد مشکلات بین فردی بیمار هستند که از راه دیگری قابل دسترسی نیست و، در عین حال، ممکن است در مقاومت دخیل باشند، کنکاش در آنها راه را در جهت ارتقای فهم خویشتن و، همچنین، غلبه بر موانع درمان هموار می‌کند. به هر حال، رابطه واقعی به ندرت مانع ارتباط در روان‌درمانی می‌شود و ورای آنچه که کاملاً آشکار است اطلاعات کمی در مورد بیمار به دست می‌دهد. بنابراین، تلاش در جهت تفسیر رفتار واقع‌گرایانه بیمار نسبت به درمانگر نقش چندانی در کار درمان بازی نمی‌کند.

انتقال و واقعیت با وجود تفاوت‌هایشان، به ندرت، در رابطه بیمار/درمانگر کاملاً مجزا هستند. واکنش‌های انتقال معمولاً توسط برخی حوادث واقعی برانگیخته می‌شوند و واکنش‌های واقع‌گرایانه،

اغلب، آراسته به نگرش های انتقالی اند. بیماری که به خاطر تلفن زدن درمانگر عصبانی شده، بالاخره، در جلسه اش وقفه ایجاد شده است و بیماری که به درمانگر جوان تهمت می زند که با این سن و سال نمی تواند کفایت داشته باشد سن درمانگر و بی تجربه گی نسبی او را به درستی درک کرده است. بیمارانی که واقعاً ظاهر درمانگر یا نحوه چیدمان مطب را می پسندند می توانند تا همین حد بسنده کنند، اما اگر این نظرات را با جملاتی نظیر «شما مرد خوش تیپی هستید» یا «سلیقه تون تو دکوراسیون رو تحسین می کنم» بیان کنند، برخی عناصر انتقال، مثل میل به خودشیرینی کردن برای درمانگر، احتمالاً دارد بر رفتارشان تأثیر می گذارد.

لازم است درمانگران تعیین کنند که تراز بین انتقال و واقعیت در واکنش های بیمار نسبت به آنها کجا قرار می گیرد و توجه شان را روی واکنش هایی که به نظر می رسد بیشتر توسط انتقال تعیین شده اند متمرکز کنند. غیر از اینکه دنبال کردن انتقال با دستاوردهای بیشتری همراه است، کندوکاو رابطه واقعی به عوارض خاصی منجر می شود. مثلاً، در نظر بگیری بیماری آخرین جلسه قبل از سال نو را با جمله «سال نو مبارک» تمام می کند یا به درمانگری که آشکارا دچار سرماخوردگی شدید است می گوید «امیدوارم زودتر خوب بشید». اگرچه این صحبت ها ممکن است شامل عناصر انتقالی باشد، حاکی از لطافت اجتماعی معمول که در روابط شخصی روزمره بین مردم رد و بدل می شود نیز هست.

بهترین شیوه پاسخ به این لطافت های اجتماعی در روان درمانی توجه به ارزش صوری آنهاست. اقدام برای کنکاش رفتار مرسوم (مثل «نمی دونم چه افکاری دارید که این رو به من گفتید؟»)، غیر از اینکه اطلاعات اندکی به بار می آورد، با این خطر همراه است که بیماران احساس کنند بیشتر موضوعی برای بررسی هستند، نه کسی که شایسته احترام باشد. اگر فرصت رابطه واقعی با درمانگر از بیماران دریغ شود، به طوری که نتوانند برای درمانگرشان آرزوی سلامتی کنند یا تعطیلات خوشی برایش آرزو کنند، شاید حس کنند در موقعیت درمانی تحقیر شده اند و بر این اساس کمتر مایل باشند از آن بهره ببرند (به فصل ۳ رجوع شود). به جز مواقعی که گفتار اجتماعی مرسوم به رشد مقاومت بیانجامد و مانع گفتگوهای بیماران در مورد خودشان و مشکلات شان بشود شایسته است عیناً پاسخ داده شود: «سال نو مبارک»، پاسخ «برای شما هم» و «امیدوارم زودتر خوب بشید»، پاسخ «ممنون» را می طلبد. همان طور که شافر (۱۹۸۳) به درستی ذکر می کند، «در درمان تحلیلی همیشه جای سپاس، تعارفات، ملایمت، مشارکت همدلانه خالصانه و سایر اشکال رابطه شخصی، البته نه روابط اجتماعی نزدیک، هست» (صفحه ۹). [۱]

اتحاد کاری

اتحاد کاری شامل جنبه هایی از رابطه بیمار/ درمانگر است که بر اساس قرارداد درمان تعیین می شود، یعنی بر اساس توافق بر سر کار با یکدیگر با بعضی روش های خاص توصیه شده، در جهت تسکین

مشکلات بیمار (به سفران^۱ و موران^۲، ۲۰۰۰ رجوع شود). هر زمان بیمار افکار و احساساتش را بی‌پرده گزارش کند و با درمانگر در مشاهده آنها همراه شود، اتحاد درمانی مورد توجه قرار گرفته است. با وجودی که اتحاد کاری هم تحت تأثیر انتقال و هم تحت تأثیر واقعیت قرار می‌گیرد، از این دو جزء دیگر رابطه درمانی جداست.

اتحاد کاری با انتقال فرق دارد، چون حاکی از درک صحیح موقعیت درمان و سر سپردن به مفاد قرارداد درمانی است. وقتی اتحاد کاری نفوذ خود را اعمال کرده باشد، بیماران نه ذات وظیفه خود یا نقش درمانگر را، آن‌طور که در ابتدا بر سر آن توافق شده بود، «از یاد می‌برند» و نه به دنبال یک رابطه بیش از حد صمیمی با درمانگر یا تحریف معنای رفتار درمانگر هستند؛ بلکه، بدون جابه‌جایی و بدون تلاش در جهت قراردادن درمانگر در هر نقش دیگری غیر از نقش مقرر شده (یعنی گوش دهنده و تسهیل‌کننده؛ فهم خویشتن)، وظیفه توصیف و نگاه کردن به خودشان را دنبال می‌کنند. از این نظر، جزء اتحاد کاری رابطه درمانی من مشاهده‌گر بیمار را به خدمت می‌گیرد، حال آنکه واکنش‌های انتقال در محدوده‌ی من تجربه‌گر قرار می‌گیرند.

اگرچه اتحاد کاری معطوف به واقعیت و عاری از تحریف ادراکی است، اما در عین حال کیفیتی ساختگی و نامقابل دارد که آن را از رابطه واقعی متمایز می‌سازد. روابط بین فردی در جهان واقعی براساس ارتباط متقابل تداوم می‌یابند، به این معنی که افراد تا زمانی با یکدیگر تعامل دارند که نیازهای یکدیگر را برآورده سازند. اما، در رابطه‌ای که توسط اتحاد کاری در روان‌درمانی شکل می‌گیرد یک فرد (بیمار) توافق می‌کند از برآورده کردن نیازها صرف‌نظر کند تا این امکان فراهم شود که شخص دیگر (درمانگر) فهم بیشتر این نیازها را تسهیل نماید. (به مایسنر، ۲۰۰۷ رجوع شود). در یک رابطه واقعی، وقتی فردی به دوستش می‌گوید «واقعاً لازمه یکی این کار رو برام انجام بده»، در پاسخ می‌شنود «نگران نباش، می‌تونم رو من حساب کنی»، اما در روان‌درمانی ترغیب می‌شود بررسی کنند که چرا خودش نمی‌تواند آن را انجام دهد. در یک رابطه واقعی، اگر افراد از دیگران بپرسند که ازدواج کرده‌اند یا نه، انتظار دارند پاسخ «بله»، «خیر» یا «به شما مربوط نیست» بشنوند؛ در روان‌درمانی از آنها پرسیده می‌شود «افکار شما در این مورد چیه؟» یا «دوست دارید چطور باشه؟» یا «نمی‌دونم چطور شد حالا این سؤال رو مطرح کردید؟».

این مثال‌ها کافی است تا نشان دهد که اگرچه اتحادکاری به صورت واقع‌گرایانه و بر مبنای قرارداد درمان پیش می‌رود با روابط بین فردی موجود در جهان واقعی خارج از روان‌درمانی، صرفاً، شباهتی گذرا دارد. پرداختن به یک شخص به عنوان گوینده و دیگری به عنوان شنونده، تأکید بر فهم بیماران، نه ارضای نیازهای آنان و فن کنکاش، نه پاسخ دادن به نظرات و سؤالات، همگی هویت اتحادکاری را به عنوان موقعیتی تصنعی که جهت خدمت به اهداف درمان خلق شده است تعیین می‌کنند. [۲]

واکنش‌های انتقال عام و خاص

جزء انتقالی ارتباط درمانی تحت تأثیر پاسخ‌های نوعی بیماران به نقش درمانگر و احساسات هر بیمار نسبت به افراد مهم زندگی‌اش قرار دارد. پاسخ‌های نوعی به نقش درمانگر باعث واکنش‌های انتقالی عام می‌شود، حال آنکه نگرش‌های خاص هر بیمار به واکنش‌های انتقالی خاص منجر می‌گردد. این افتراق به شناخت خاستگاه‌ها و اهمیت رفتار انتقالی کمک می‌کند.

واکنش‌های انتقالی عام

واکنش‌های انتقالی عام شامل روش‌های ویژه‌ای است که تقریباً همه بیماران به آن وسیله به انجام وظیفه درمانگران پاسخ می‌دهند (به کورادی^۱، ۲۰۰۶، پینکوس، فریمن^۲ و مودل^۳، ۲۰۰۷ رجوع شود). در انتقال عام، اکثر بیماران، در ابتدا، دچار احساسات غیرواقعی گرایانه مثبت و، بعداً، دچار احساسات غیرواقعی گرایانه منفی نسبت به درمانگرشان می‌شوند. همان‌گونه که در فصول ۴ و ۹ به اختصار ذکر شد، بیماران روان‌درمانی تمایل دارند که، در ابتدا، با حسن نیت، تحت تأثیر جایگاه حرفه‌ای درمانگران، تحمل و خود-کنترل، دقت روان‌شناختی و از خودگذشتگی آنها برای مفید بودن قرار بگیرند. این تأثیرات در یک انگاره آرمانی شده از درمانگر جمع می‌شود و با اشتیاق به دوست داشته شدن یا ستوده شدن توسط او و لذت بردن از یک رابطه شخصی عمیق‌تر از آنچه توسط قرارداد درمان دیکته شده است همراه می‌گردد. با گذشت زمان، چون درمانگران از ابراز عشق و ستایش سرباز می‌زنند و رابطه واقعی را درون مرزهای قرارداد درمان نگاه می‌دارند، احساس آزردگی و طرد شدن در بیماران آغاز می‌شود. بیماران که از فقدان پاسخ متقابل درمانگر به احساسات مثبت‌شان سرخورده و مأیوس شده‌اند، شروع می‌کنند به دیدن درمانگر از نظر گاهی متفاوت. آنها به جای اینکه درمانگر را دقیق، علاقمند و مفید ببینند، او را سنگدل، بی‌احساس و بی‌ملاحظه می‌پندارند - چطور می‌شود این قدر بی‌روح و بی‌تفاوت و موجب این همه غم بود؟

حالا می‌توانیم این توصیف احساسات مثبت و منفی در انتقال عام را از بُعد افتراق ارتباط واقعی و انتقال بسط دهیم، چرا که نگرش‌های مثبت و منفی عام بیماران نسبت به درمانگر، نوعاً، علاوه بر انتقال، واقعیت را هم در بر می‌گیرد. نگرش‌های عام نسبت به درمانگر تنها زمانی واکنش انتقالی در نظر گرفته می‌شوند که نامتناسب باشند، مثل زمانی که بیماران پایبندی بی‌طرفانه درمانگر به اتحاد کاری را مبنایی برای آرمانی سازی آنها به عنوان افراد کامل یا تحقیر کردن آنها به عنوان آدم ماشینی بی‌احساس به کار می‌گیرند. وقتی نگرش‌های عام نسبت به درمانگر با شرایط متناسب باشد، حاکی از واقعیت است، نه انتقال و ممکن است مستقل از واکنش‌های انتقال یا همزمان با آنها اتفاق بیافتد.

1. Coradi

2. Freeman

3. Modell

به عنوان مثال، بیمارانی که درمانگرشان را به خاطر اینکه شنونده خوب و مشاهده‌گر دقیق و حساسی است ارج می‌نهند، اما، به این دلیل، در ارزشمندی درمانگر به عنوان یک فرد مبالغه نمی‌کنند، احساس مثبتی نسبت به درمانگر دارند که بر تأثیر واقع‌گرایانه درمانگر (یعنی شخصی که دارد نقش مقرر خود در درمان را به جا می‌آورد) مبتنی است. [۳] این‌گونه پاسخ‌های واقع‌گرایانه به کفایت و ازخودگذشتگی درمانگر می‌تواند بدون آب و تاب دادن واکنش‌های انتقالی مثبت وجود داشته باشد و می‌تواند در زمینه واکنش‌های منفی مبتنی بر انتقال هم تداوم یابد. بیمارانی که واکنش انتقالی منفی را مورد کنکاش قرار می‌دهند، عموماً، نظراتی از نوع زیر را مطرح می‌نمایند:

نمی‌دونم چرا چون زیاد حرف نمی‌زنید از تون عصبانی هستم. تو ذهنم می‌دونم که دارید همون‌طور که قرار بود کارتون رو انجام می‌دید (اشاره به اتحادکاری) و متشکرم که تلاش می‌کنید مفید باشید (اشاره به احساسات مثبت واقع‌گرایانه)، اما هنوزم از دستتون عصبانی‌ام و فکر کنم تا وقتی که بازخورد بیشتری از طرف شما نگیرم که در مورد من چه نظری دارید، همین‌طور عصبانی باقی می‌مونم (انتقال منفی).

احساسات منفی عام نسبت به درمانگر نیز می‌تواند به صورت واقعی یا به صورت واکنش‌های انتقالی وجود داشته باشد، اما احتمال مبتنی بودن آنها بر واقعیت، از احساسات مثبت، کمتر است و، بر این اساس، احتمال اینکه حاکی از انتقال باشند بیشتر است. با وجودی که امکان دارد وقایع واقعی واکنش‌های انتقالی منفی را برانگیزد، درمانگرانی که دارند کارشان را با کفایت انجام می‌دهند نباید دلایل زیادی برای عصبانی شدن بیمار از خود فراهم کرده باشند. اگر درمانگران مکرراً جلسات را لغو کنند یا با تأخیر حاضر شوند، نسبت به آنچه به آنها گفته می‌شود از نظر روان‌شناختی دقیق و حساس نباشند یا با تفاسیر ناپخته، بی‌موقع یا بیش از حد انتقادی بیماران را آزار دهند، بیماران حق دارند از آنها دلخور شوند. البته، درمانگران وظیفه‌شناس و به قدر کفایت آموزش دیده، به ندرت، مرتکب این‌گونه بی‌مسئولیتی، بلاهت و اشتباهات تکنیکی می‌شوند.

شناخت نقش عناصر واقعی در نگرش‌های عام بیماران نسبت به درمانگر باعث می‌شود بهتر بتوانیم سیر عادی حال و هوای احساسی رابطه درمانی را تشریح کنیم. از آنجایی که اکثر بیماران، صرفاً، پس از اینکه تا حدودی برای کفایت درمانگر ارزش قایل شدند و توان وی را برای کمک کردن مثبت تشخیص دادند وارد قرارداد درمانی می‌شوند، روان‌درمانی معمولاً در بافتار نگرش‌های واقع‌گرایانه مثبت نسبت به درمانگر آغاز می‌شود. وقتی، بعداً، بیماران آرمانی‌سازی درمانگرشان را شروع می‌کنند، احساسات انتقالی مثبت عام شکل می‌گیرد که با احساسات مثبتی که از قبل بر مبنای واقعیت شکل گرفته بود همراه می‌شود. با گذشت زمان، احساسات انتقالی منفی عام در پاسخ به ماهیت غیرمتقابل اتحادکاری ظهور می‌کند. این احساسات انتقالی منفی احساسات انتقالی مثبت را به زیر می‌کشد، اما الزاماً نگرش‌های مثبت

واقع‌گرایانه نسبت به درمانگر را از بین نمی‌برد. به این دلیل است که بیمارانی که به خاطر نگرفتن پاسخ متقابل به احساسات شخصی صمیمی‌شان از درمانگر عصبانی هستند (انتقال) هنوز می‌توانند از تلاش‌های درمانگر برای فایده‌مند بودن تقدیر کنند (واقعیت)، همان‌طور که در مثال به آن اشاره شد. به علاوه، فرآیند کنکاش و تفسیر واکنش‌های انتقالی منفی می‌تواند نگرش‌های مثبت واقع‌گرایانه بیمار را نسبت به درمانگرشان را تقویت کند، چون این فرآیند ظرفیت همدلی درمانگر و اشتیاق وی برای بهره‌وری از این ظرفیت به نفع بیمار را بیشتر اثبات می‌کند.

احساسات انتقالی مثبت و منفی عام، نه تنها با نگرش‌های واقع‌گرایانه نسبت به درمانگر، بلکه با یکدیگر، به تناوب به کار گرفته می‌شوند یا همزمان وجود دارند. با در نظر گرفتن این تناوب، باید بگوییم انتقال عام به ندرت تنها در یک جاده یک‌سویه، از مثبت به منفی، پیش می‌رود. کشش بیمار به سوی احساسات از جلسه‌ای تا جلسه‌ی دیگر تغییر می‌کند و جلسات از نظر شدت ایجاد حس مثبت یا منفی در بیمار متفاوت‌اند. در نتیجه، اگرچه واکنش‌های انتقالی مثبت عام تقریباً همیشه زودتر از احساسات منفی عام در درمان ظاهر می‌شود، هر دو تمایل دارند که، در چرخه‌های متناوب، طی مرحله‌ی میانی روان‌درمانی تکرار شوند.

مثل همزیستی انتقال مثبت و منفی، دودلی هم ویژگی هیجانات انسانی محسوب می‌شود. همان‌طور که یک شخص می‌تواند، در یک زمان، هم شخص دیگری را دوست بدارد و هم از او متنفر باشد، بیمار در روان‌درمانی می‌تواند به طور همزمان نگرش‌های مثبت و منفی غیرواقع‌گرایانه‌ای نسبت به درمانگرشان پیدا کند. به طور معمول، مجموعه نگرش‌هایی که قوی‌تر یا خودآگاه‌تر هستند جوّ ظاهری واکنش انتقالی عام را تعیین می‌کنند؛ البته، گاهی ممکن است رفتار انتقالی بیمار بازتاب مخلوط کم و بیش متعادلی از نگرش‌های مثبت و منفی باشد (به بروم^۱ و فرالی، ۲۰۰۶، ۲۰۰۷ و هاگلند، ۲۰۰۴ رجوع شود).

نکته‌ی آخری که باید در مورد واکنش‌های انتقالی عام ذکر شود این است که، نسبت به واکنش‌های انتقالی خاص، کمتر به صورت خاص تحت تأثیر جابه‌جایی احساسات، نگرش‌ها و تکانه‌ها به درمانگر قرار می‌گیرند. نقش جابه‌جایی در انتقال عام نسبتاً قابل پیش‌بینی و بر خصایص متحدالشکل نحوه‌ی پاسخ بیمار به نقش یاری‌رسان، اما خنثای، درمانگران در اتحاد کاری مبتنی است. اما، در واکنش‌های انتقالی خاص، جابه‌جایی بازتاب منحصر به فرد تجربه‌ی بین فردی پیشین همان بیمار است و بیشتر تحت تأثیر این قرار دارد که درمانگر چگونه به نظر می‌رسد، نه تحت تأثیر نحوه‌ی اجرای نقش مقررش.

واکنش‌های انتقالی خاص

واکنش‌های انتقالی خاص شامل جابه‌جایی افکار، احساسات و تکانه‌هایی به درمانگر است که بیماران در طول زندگی خود نسبت به برخی افراد مهم داشته‌اند. این جابه‌جایی‌ها همان شکل کلاسیک واکنش انتقال است که، در ابتدا، توسط زیکمونت فروید (۱۹۵۳/۱۹۰۵، صفحه ۱۱۶) تکرار یا بازاجرای روابط بین فردی قبلی در درمان توصیف شد. بر این اساس، واکنش‌های انتقالی خاص عناصر فرافکنی بارزتری از واکنش‌های انتقالی عام را در بر می‌گیرد. اغلب اوقات، فرافکنی‌هایی که واکنش‌های انتقالی خاص را تشکیل می‌دهد، بازتاب روابط بیماران با والدین‌شان است، که اصولاً به این خاطر است که چهره‌های والدی افرادی هستند که بیشترین سهم را در تعارضات روان‌شناختی بنیادین فرد دارند و انگاره‌هایی محو‌نشده را بر ذهن او حک می‌کنند (اندرسن، چن^۱ و میراندا، ۲۰۰۲، اندرسن و ساری‌بی، ۲۰۰۵، برتا^۲ و همکاران، ۲۰۰۷). وقتی بیمارانی که این‌گونه واکنش‌های انتقالی خاص را تجربه می‌کنند قادر می‌شوند آنها را به زبان بیاورند و درموردشان اظهارنظر کنند، احتمال دارد خویش‌ننگری‌هایی نظیر آنچه در پایین آمده است اتفاق بیافتد:

گاهی وقتاً موقع صحبت حس می‌کنم خیلی راحت نیستم. فکر کنم به خاطر این باشه که هر از چندگاهی گلوتون رو صاف می‌کنید. مادرم عادت داشت این جووری گلوش رو صاف کنه، معمولاً درست قبل از اینکه بخواد درمورد یه چیزی برام سخنرانی کنه.

حس می‌کنم ته دلتون دارید من رو مسخره می‌کنید، درست مثل کاری که پدرم همیشه می‌کرد. ارباب منشی‌اش واقعاً کلافه‌کننده بود. یه جور حالت استهزا و ادا درآوردن تو چهره‌ش بود. شما هم دارید همون کار لعنتی رو می‌کنید.

شاید شما نفهمید، اما وقتی موقع اومدن به اینجا دیدم یه بیمار دیگه داره از مطبتون بیرون می‌ره، ناراحت شدم. می‌دونم نمی‌شه، اما یه جووری حس می‌کنم نمی‌خوام مریض دیگه‌ای داشته باشید. می‌خوام فقط مال خودم باشید، مثل موقعی که بچه بودم و پدر و مادرم همش چسبیده بودن به برادر و خواهرام و انگار هیچ وقت زمان کافی برای من نداشتند.

گفتنش خجالت‌آور، اما همین حالا داشتم فکر می‌کردم چه خوب می‌شد پیام طرفتون و بچپم تو بغلتون. وقتی یه دختر کوچولو بودم عادت داشتم بچپم تو بغل بابام. این یکی از شادترین لحظات زندگیم بود.

بنابراین، با این شیوه، امیدها، ترس‌ها، دلخوری‌ها و آرزوهای مداومی که، در سال‌های شکل‌گیری، نسبت به والدین وجود داشته ممکن است طی دوره درمان به درمانگر منتقل شود. در برخی موارد، جانشین‌های والدی، مثل یک عمه، عمو یا همشیر بزرگ‌تر که در سنین پایین برای شخص نقش والد را

بازی کرده‌اند می‌توانند چهره کلیدی واکنش‌های انتقالی خاص باشند. متشابهاً، بیماران می‌توانند احساسات و نگرش‌هایشان نسبت به افرادی که در حال حاضر در زندگی‌شان اهمیت دارند را (مثل همسر یا کارفرما) به درمانگر جابه‌جا کنند. البته، چون احساسات و نگرش‌های فعلی نسبت به افراد حاضر در زندگی کنونی شخص، نسبت به احساسات و نگرش‌های مأخوذ از گذشته، بیشتر امکان ابراز مستقیم دارند، احتمالاً کمتر از احساسات و نگرش‌های گذشته در جابه‌جایی ابراز می‌شوند.

به هر روی، روابط بین فردی فعلی، اغلب، روی جابه‌جا کردن احساسات و نگرش‌های فرد نسبت به عموم افراد به درمانگر تأثیر می‌گذارد. این نوع واکنش‌های انتقالی اولین بار توسط سالیوان توصیف شد؛ وی آنها را پیامد گریزناپذیر تحریف‌های پاراکسیک می‌دانست و معتقد بود که همه مردم در معرض آن قرار دارند. سالیوان متوجه شد که همه بیماران با برخی خصیلت‌های بین فردی تعیین شده توسط تجارب قبلی به روان‌درمانی پا می‌گذارند (مثلاً ترس از دلخوری چهره‌های صاحب اختیار، نیازهای وابستگی یا ضد وابستگی، آمادگی یا بی‌رغبتی نسبت به فاش کردن نگرانی‌های خصوصی، اعتماد یا بی‌اعتمادی به انگیزه‌های سایرین و از این قبیل). از طریق تحریف پاراکسیک، درمانگران، به غلط، یکی مثل عموم افراد انگاشته می‌شوند و آنگاه بیماران ممکن است احساسات، نگرش‌ها و تکانه‌های معطوف به سایرین را، که جهت‌گیری بین فردی آنان را تشکیل می‌دهد، به آنها منتقل کنند. [۴]

وقتی بیماران بتوانند نگرش‌های انتقالی خود نسبت به عموم افراد را به زبان بیاورند، احتمال ظهور این‌گونه نظرات وجود دارد:

متوجه‌ام که بی‌هیچ دلیل موجهی از شما عصبانی شدم، لاقلاً شما کاری نکردید که باعث عصبانیت من شده باشم. فقط به این دلیل که به نظرم تو کارتون موفقید و ازش لذت می‌برید و من از هر کسی که تو زندگیش از من موفق‌تر باشم بیزارم. حالا که بهش فکر می‌کنم، احتمالاً به همه افراد این‌جوری نگاه می‌کنم و شاید این باشه که باعث می‌شه دوره بگردم و از هر کسی بیزار بشم.

این باید سومین یا چهارمین باری باشه که اشاره کردید من طوری عمل می‌کنم که انگار شما علاقه‌ای به شنیدن چیزهایی که من باید بگم ندارید. فکر کنم دقیقاً همین طوریم؛ همیشه فکر می‌کنم برای مردم جالب نیستم یا اونها بهم توجه زیادی نمی‌کنند و اگه چیزی نگم، حداقل این شانس رو بهشون ندم که من رو نادیده بگیرند یا بهم بی‌اعتنایی کنند.

فکر کنم برام مسجل شده که می‌تونم بهتون اعتماد کنم، اما راحت حرف زدن هنوز برام اونقدر ساده نیست. همیشه می‌ترسم که اگه بگذارم مردم احساساتم رو بدونند، اصطلاحاً من رو تو مشتتون بگیرند و ازم استفاده کنند. اینه که همش حواسم جمعه که دستم رو نشه.

همون‌طوره که می‌گید، باید یه علتی داشته باشه که اینقدر از شما سؤال‌های شخصی می‌پرسم و اینکه سعی کردم تا جایی که بتونم در مورد زندگی شما خارج از مطب چیزهایی بفهمم. تنها دلیلش اینه که

می‌توانیم با مردم دوردور آشنا باشیم. وقتی افراد رو می‌شناسیم، باید همه چیز رو در موردشون بدونیم. این جوریه که می‌تونم واقعا خودم رو بهشون نزدیک حس کنم. فکر کنم برای اینه که هنوزم بقیه من رو متهم می‌کنند که فضول و انحصار طلبم.

این مثال‌ها روش‌هایی را نشان می‌دهد که از طریق آنها حسادت و دلخوری، احساس حقارت و انتظار طرف، بی‌اعتمادی و ترس از استثمار شدن و نیاز بیش از حد به صمیمیت - همه به عنوان نگرش‌هایی که بیمار نسبت به عامه مردم دارد - می‌تواند به درمانگر جابه‌جا شود. وقتی واکنش‌های انتقال بیمار بگذارد که این نگرش‌ها در آزمون سخت رابطه درمانی مورد بررسی قرار گیرد، می‌توان به بیماران برای شناخت انگیزه‌هایی که بر رفتار بین فردی‌شان مؤثر است بسیار بیشتر کمک کرد.

برای پایان دادن به بحث واکنش‌های انتقالی خاص، ذکر دو نکته دیگر ضروری است. اول، اینکه بیشتر تفکرات فروید در مورد این جنبه از رابطه روان‌درمانی در مجموعه‌هایی از پژوهش‌های تحقیقاتی انجام شده توسط لوبورسکی، کریس - کریستوف و سایرین، به طور تجربی، مورد تأیید قرار گرفته است (به پرتا و همکاران، ۲۰۰۷، گلسو، کیولیگان^۱، واین^۲ و جونز، ۱۹۹۷، لوی و همکاران، ۲۰۰۶، لوبورسکی و کریتس - کریستوف، ۱۹۹۱، لوبورسکی، کریتس - کریستوف و باربر، ۱۹۹۱ رجوع شود). این مطالعات، آنچه را که، به صورت بالینی، از سیر نگرش‌های انتقالی حین روان‌درمانی انتظار می‌رود تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که: (۱) انتقال نوعاً طی سه چهارم ابتدای هر رابطه درمانی موفق به حداکثر خود می‌رسد و، سپس، به تدریج کاهش می‌یابد و (۲) نگرش‌های انتقالی پدید آمده حین درمان موفق، حتی وقتی تخفیف می‌یابد، نیز، نوعاً و رای خاتمه درمان باقی می‌ماند و به ندرت [در طول درمان] به طور کامل حل می‌شود، تا زمانی که بیماران مدتی را دور از درمانگر سپری و آنها را حل و فصل کنند. برعکس، در موارد درمان ناموفق، نگرش‌های انتقالی همچنان در طول درمان افزایش می‌یابد و از مسیر رسیدن به حداکثر شدت و سپس کاهش عبور نمی‌کند (هاگلند، ۲۰۰۴، هاگلند و همکاران، ۲۰۰۶).

نکته دوم به نظرات بات^۳ و دیویس^۴ (۲۰۰۷) و کوماس - دیاز^۵ و جاکوبسون (۱۹۹۱) در باب اثرات شباهت‌ها و تفاوت‌های قومی - فرهنگی بیمار و درمانگر بر واکنش‌های انتقالی مربوط می‌شود. یافته‌های تحقیقاتی نشان می‌دهد بیمارانی که توسط درمانگرانی با پیشینه قومی متفاوت با آنها درمان می‌شوند، ممکن است نگرش‌های انتقالی خاصی نشان دهند که از پیروی بیش از حد و رفاقت، تا شک اندیشی و خصومت متغیر است؛ هنگام ملاقات با یک درمانگر دارای پیشینه قومی مشابه، بیماران ممکن است، در برخی موارد، آرمانی سازی درمانگر و، در سایر موارد، بی‌ارزش شمردن، پیش داوری و دودلی نشان دهند (بات و دیویس، ۲۰۰۷). کوماس - دیاز و جاکوبسون (۱۹۹۱) تأثیرات درمانی متنوع این‌گونه واکنش‌های انتقالی تأثیر پذیرفته از مبانی قومی - فرهنگی را تشریح کرده‌اند.