

آشنایی با رویکرد D-ISTDP

روان‌درمانی دوانلویی

تألیف

سعید امدادی

روان‌درمانگر

بر اساس آموزه‌های مرحوم دکتر حبیب دوانلو

و تحت آموزش و سوپروایزری آقای مسعود لئو عمادن

شناسنامه‌ی کتاب

عنوان:	آشنایی با رویکرد D-ISTDP – روان‌درمانی دوانلویی
نویسنده:	سعید امدادی
سال انتشار:	۲۰۲۶
وبسایت:	saeedemdadi.com

تقدیم به:

مسعود لئو عمادن

درمانگری که با عشق، علم و تجربه‌ی بی‌نظیرش موجب تولد دوباره‌ی من شد.

و به یاد

مرحوم دکتر حبیب دوانلو

(۱۹۲۷-۲۰۲۳)

پسر ایران، استاد مونترال، کاوشگر ناهشیار

📖 مجوز انتشار – اثر آزاد

این کتاب به صورت رایگان در اختیار عموم قرار می‌گیرد. شما مجاز هستید:

- این کتاب را به صورت چاپی یا دیجیتال **کپی، تکثیر و توزیع** نمایید.
- از طریق وبسایت، شبکه‌های اجتماعی، تلگرام، ایمیل یا هر رسانه‌ی دیگری آن را **به اشتراک بگذارید**.
- نسخه‌ی چاپی رایگان آن را در اختیار دیگران قرار دهید.

تنها شرط: هنگام بازنشر، نام نویسنده (**سعید امدادی**) ذکر شود و محتوا بدون اجازه تغییر داده نشود.

⚠️ یادداشت مهم

این کتاب یک اثر معرفی‌کننده و آموزشی است و جایگزین آموزش عملی، سوپروایزری بالینی و درمان شخصی نمی‌باشد. استفاده از تکنیک‌های D-ISTDP بدون آموزش رسمی و سوپروایزری مداوم توسط درمانگر صلاحیت‌دار، توصیه نمی‌شود و می‌تواند برای بیمار آسیب‌رسان باشد.

سلب مسئولیت: محتوای این کتاب صرفاً جنبه‌ی اطلاع‌رسانی و آموزشی دارد و نباید به‌عنوان مشاوره‌ی پزشکی، روان‌پزشکی یا روان‌درمانی تلقی شود. نویسنده مسئولیتی در قبال استفاده‌ی نادرست از محتوای این کتاب ندارد.

فهرست مطالب

پیش‌گفتار

مقدمه

بخش اول: مرد و مسیر

فصل ۱ – از ایران تا هاروارد

فصل ۲ – مونترال و آغاز یک انقلاب

فصل ۳ – سمپوزیوم‌های بین‌المللی

بخش دوم: ریشه‌ها و بسترها

فصل ۴ – تاریخ روان‌پزشکی پویا

بخش سوم: قلب روش

فصل ۵ – مثلث تعارض، مثلث شخص و CDS

فصل ۶ – مقاومت، اضطراب و باز کردن ناهشیار

بخش چهارم: تحول و گسترش

فصل ۷ – از ISTDP به D-ISTDP و D-NISTDP

بخش پنجم: شواهد پژوهشی

فصل ۸ – آیا D-ISTDP مؤثر است؟

بخش ششم: آموزش، میراث و آینده

فصل ۹ – درگذشت یک پیشگام، تداوم یک میراث

پس‌گفتار

واژه‌نامه‌ی تخصصی

خط زمانی

فهرست منابع

آشنایی با رویکرد D-ISTDP

روان‌درمانی دوانلویی

پیش‌گفتار

نخستین بار که نام حبیب دوانلو را شنیدم، هنوز نمی‌دانستم که این آشنایی مسیر حرفه‌ای و شخصی‌ام را بنیاداً دگرگون خواهد کرد.

دوانلو روان‌پزشکی ایرانی‌تبار بود که در مونترال کانادا، طی بیش از شش دهه پژوهش بالینی بی‌وقفه، روشی را بنا نهاد که امروز به نام «روان‌درمانی پویایی فشرده‌ی کوتاه‌مدت» (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy – ISTDP) شناخته می‌شود. اما آنچه دوانلو به جهان عرضه کرد، صرفاً یک «روش درمانی» نبود. او نگاهی تازه به ناهشیار انسان گشود – نگاهی که ریشه‌هایش در روان‌کاوی فروید بود، اما در جایی که فروید متوقف شده بود، دوانلو به پیش رفت.

من، سعید امدادی، به‌عنوان روان‌درمانگر، افتخار دارم که این روش را از مسیری اصیل و مستقیم فراگرفته‌ام. استاد و سوپروایزر من، **آقای مسعود لئو عمادن**، بیش از یازده سال تحت آموزش، درمان و سوپروایزری مستقیم خود مرحوم دکتر دوانلو بودند. ایشان از معدود شاگردان نزدیک دوانلو هستند که تا سال‌های آخر عمر استاد در کنارش بودند و نه تنها روش استاندارد ISTDP، بلکه روش پیشرفته‌تر D-ISTDP و سرانجام متد نهایی کار دوانلو – یعنی **D-NISTDP** (عصب‌روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده‌ی دوانلویی / Davanloo's Neuro-Intensive / Short-Term Dynamic Psychotherapy) – را مستقیماً از او آموختند. آقای عمادن، که مقیم سوئد هستند، تنها شاگرد و همکار ایرانی دکتر دوانلو که به درمانگران ایرانی رویکرد نهایی دوانلویی را آموزش می‌دهد هستند و از طریق **کلینیک خانگی خورشید** (با مدیریت دکتر فاطمه زم – وبسایت: neuro-distdp.com) درمانگران ایرانی را تحت آموزش و سوپروایزری قرار می‌دهند.

من بیش از دو سال است که زیر نظر آقای عمادن کار می‌کنم – و مهم‌تر از آن، خود نیز توسط ایشان و با همین تکنیک درمان شده‌ام. این نکته‌ی اخیر اهمیتی بنیادین دارد. دوانلو همواره تأکید داشت که D-ISTDP همانند یک **جراحی دقیق و عمیق** است. همان‌طور که جراح پیش از ورود به اتاق عمل باید دستانش را از هرگونه آلودگی بشوید، درمانگر این روش نیز باید **ناهشیار خودش را**

پاک کرده باشد. درمانگری که خود درمان نشده باشد، نمی‌تواند بیمار را به اعماق ناهشیارش ببرد – زیرا تعارضات حل‌نشده‌ی خود درمانگر، کورسوهایی خواهند بود که مسیر درمان را منحرف می‌کنند. از همین روست که سنت آموزشی دوانلو، درمان شخصی درمانگر (self-experience) را نه یک توصیه، بلکه یک **ضرورت** می‌داند.

چرا این کتاب؟

سه انگیزه مرا به نوشتن این کتاب واداشت:

نخست، خلأ منابع فارسی. علی‌رغم آنکه بنیان‌گذار این روش، یک ایرانی‌تبار بود، منابع فارسی‌زبان درباره‌ی D-ISTDP بسیار اندک و پراکنده‌اند. اکثر آثار مرجع به زبان انگلیسی و در دسترس مخاطب ایرانی قرار ندارند. این کتاب تلاش می‌کند این خلأ را پر کند و مرجعی جامع به زبان فارسی فراهم آورد.

دوم، معرفی دوانلو به هموطنانش. حبیب دوانلو در جهان روان‌درمانی نامی شناخته‌شده است. کتاب‌هایش در برنامه‌ی درسی دانشگاه‌ها قرار دارد. پژوهش‌های مستقل، اثربخشی روش او را تأیید کرده‌اند. اما در ایران – زادگاه خود او – این نام آن‌چنان که باید شناخته نیست. نوشتن این کتاب، ادای دینی است به مردی که از ایران برخاست و یکی از تأثیرگذارترین روان‌درمانگران تاریخ معاصر شد.

سوم، نیاز بالینی. درمانگران ایرانی باید این روش را بشناسند – نه فقط به‌عنوان یک دانش نظری، بلکه به‌عنوان ابزاری عملی و مؤثر برای کمک به بیمارانشان. D-ISTDP توانسته است به بیمارانی کمک کند که سال‌ها در درمان‌های دیگر پیشرفتی نداشته‌اند: بیمارانی با اختلالات جسمانی‌شکل، افسردگی مزمن، اضطراب مقاوم، و مشکلات شخصیتی عمیق.

سیر تکامل روش دوانلو

برای درک کامل‌تر این کتاب، لازم است خواننده با سیر تکاملی روش دوانلو آشنا باشد. کار دوانلو یکباره و ایستا نبود – بلکه فرایندی زنده و تکامل‌یابنده بود که بیش از شش دهه ادامه داشت:

مرحله اول – ISTDP (روان‌درمانی پویشی فشرده‌ی کوتاه‌مدت): روش اولیه‌ی دوانلو که از دهه‌ی ۱۹۶۰ آغاز شد و تمرکز اصلی‌اش بر «باز کردن ناهشیار» (Unlocking the Unconscious) در بیماران با ساختار دفاعی نسبتاً بالغ بود.

مرحله دوم – D-ISTDP (روان‌درمانی پویشی فشرده‌ی کوتاه‌مدت دوانلویی): روش پیشرفته‌تر که دوانلو در آن مفاهیم «همجوشی» (Fusion)، «جداسازی» (Defusion)، «مقاومت عمده» (Major Resistance)، «تغییرات ساختاری چندبُعدی در ناهشیار»، «نوروز انتقالی بین‌نسلی» و «جزء انتقالی مقاومت» (TCR) را توسعه داد. این مرحله، دامنه‌ی درمان را به بیماران بسیار مقاوم‌تر و پیچیده‌تر گسترش داد.

مرحله سوم – D-NISTDP (عصب‌روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده‌ی دوانلویی): متد نهایی کار دوانلو که در آن یافته‌های عصب‌زیستی (neurobiological) به‌طور کامل در چارچوب نظری و فنی درمان ادغام شدند. این مرحله، اوج تکامل اندیشه‌ی دوانلو بود – مرحله‌ای که آقای عمادن مستقیماً از خود دوانلو فراگرفته و اکنون به درمانگران آموزش می‌دهند.

ساختار این کتاب

این کتاب می‌کوشد نقشه‌ای جامع از جهان فکری و بالینی دوانلو ارائه دهد. ساختار آن به‌گونه‌ای طراحی شده که خواننده – چه متخصص بالینی باشد و چه دانشجو یا علاقه‌مند عمومی – بتواند گام‌به‌گام با این روش آشنا شود:

ابتدا با زندگی و مسیر فکری دوانلو آشنا می‌شویم. سپس ریشه‌های تاریخی روان‌درمانی پویا و جایگاه دوانلو در این سنت را بررسی می‌کنیم. آنگاه به قلب روش می‌رسیم: مفاهیم کلیدی، تکنیک‌ها، و مکانیزم‌های تغییر. در ادامه، سیر تکامل روش از ISTDP به D-ISTDP و D-NISTDP

را دنبال می‌کنیم. شواهد پژوهشی مستقل را مرور می‌کنیم. و سرانجام، به میراث دوانلو و آینده‌ی این رویکرد می‌پردازیم.

اصطلاحات تخصصی به فارسی ترجمه شده و معادل انگلیسی آنها در پرانتز آمده است. واژه‌نامه‌ی تخصصی در انتهای کتاب برای مراجعه‌ی سریع فراهم شده است.

سپاس

سپاسگزار استادم، آقای مسعود لئو عمادن هستم – کسی که نه تنها D-ISTDP را به من آموخت، بلکه با درمان من، نشانم داد که این روش چگونه زندگی یک انسان را دگرگون می‌کند. او با صبر و دقت، مسیر آموزش و سوپروایزری مرا هدایت کرده و پل ارتباطی بین میراث دوانلو و نسل تازه‌ی درمانگران ایرانی است.

و سپاسگزار مرحوم دکتر حبیب دوانلو – مردی که از ایران برآمد، اقیانوس ناهشیار را کاوید، و راهی گشود که انسان‌ها بتوانند با شجاعت با دردهای‌شان روبرو شوند و از آن سوی رنج، به آرامش برسند.

سعید امدادی روان‌درمانگر

مقدمه

ناهنشيار: اقيانوسى عميق و پهناور

دوانلو ناهنشيار انسان را به اقيانوسى عميق و پهناور تشبيه مى‌كرد - جهانى پنهان با نيروها و تعاملات گوناگون. ورود به اين اقيانوس بدون طناب راهنما، به معنای گم شدن است. درمانگر بايد حس جهت‌يابى مطمئنى داشته باشد تا بتواند خود و بيمارش را در اين كاوش عميق هدايت كند (Schmitt, 2024).

اين تشبيه، در ورود مناسبى به موضوع اين كتاب است. كتابى كه در دست داريد، تلاشى است براى نقشه‌برداری از همين اقيانوس - آن‌گونه كه حبيب دوانلو (-1927, Habib Davanloo, 2023)، روان‌پزشك و پژوهشگر بالينى ايرانى‌تبار كانادايى، طى بيش از شش دهه كاوش بي‌وقفه آن را شناسايى كرد.

مسئله‌اى كه دوانلو با آن روبرو شد

در اوایل دهه‌ی ۱۹۶۰ میلادی، حبيب دوانلو كه به‌تازگی به هيئت‌علمی دانشگاه مك‌گیل (McGill University) در مونترال پيوسته بود، با واقعیتی دشوار مواجه شد: تعداد بسيار كمی از بيماران به روان‌درمانی پويا راه مى‌يافتند. ليست‌هاى انتظار طولانى بود. درمان‌هاى كه ارائه مى‌شد، عمدتاً حمايتى، کوتاه (معمولاً نيم‌ساعته) و فاقد تمرکز بود. و آن دسته از بيمارانی كه وارد فرایند روان‌كاوى مى‌شدند، اغلب سال‌ها در درمانى بي‌پايان گرفتار مى‌ماندند (Beeber, 2018; Beeber, 2025). (Gottwik & Rossetti, 2025).

این مشکل منحصر به مونترال نبود. خود زیگموند فروید در اواخر عمرش، در مقاله‌ی «تحلیل پایان‌پذیر و پایان‌ناپذیر» (Analysis Terminable and Interminable, 1937)، بدبینی عمیق خود را نسبت به توانایی روان‌کاوی در حل و فصل نوروز ابراز کرده بود. او به‌ویژه درباره‌ی «مقاومت‌های فراخود» (super-ego resistance) – مواردی که بیمار گویی از رنج خود بهره‌ای ناهشیار می‌برد – احساس ناتوانی می‌کرد (Freud, 1937).

دوانلو این بدبینی را نپذیرفت. او سؤالی بنیادین مطرح کرد: آیا مشکل در ماهیت نوروز است، یا در محدودیت تکنیک؟

از روان‌کاوی کلاسیک تا روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت

پاسخ دوانلو به این سؤال، یک عمر پژوهش بالینی بود. اما برای درک عمق نوآوری او، لازم است ابتدا بدانیم در چه بستری فکری و تاریخی کار می‌کرد.

ریشه‌ها

مفهوم ناهشیار پیش از فروید نیز وجود داشت. از تراژدی‌های یونان باستان تا آثار شکسپیر، از فلسفه‌ی لایبنیتس و شوپنهاور تا شعر گوته، ردپای شناخت نیروهای ناآگاهانه‌ی ذهن قابل ردیابی است (Beeber, 2018). اما ورود این مفهوم به پزشکی و درمان، به فرانتس آنتون مسمر (Franz Anton Mesmer, 1734-1815) و سپس به مکاتب هیپنوتیزم بازمی‌گردد. الینبرگر (Ellenberger, 1970) دوره‌ی ۱۷۷۵ تا ۱۹۰۰ را «روان‌پزشکی پویایی نخستین» (First Dynamic Psychiatry) و سال ۱۹۰۰ را سرآغاز «روان‌پزشکی پویایی نوین» می‌نامد – دوره‌ای که با کار فروید آغاز شد.

فروید و محدودیت‌هایش

فروید، تحت تأثیر ژانه (Janet)، پرنه‌ایم (Bernheim) و شارکو (Charcot)، و در همکاری با بروئر (Breuer)، بنیان روان‌کاوی را بر پایه‌ی تداوی آزاد (free association)، تفسیر مقاومت، تحلیل رؤیا و پدیده‌ی انتقال (transference) گذاشت. هدف او آشکارسازی مقاومت‌ها و سپس «درهم شکستن» آنها از طریق تفسیر بود. اما در عمل، انفعال درمانگر و وابستگی به تداوی آزاد اغلب به درمان‌های بسیار طولانی و گاه پایان‌ناپذیر منجر می‌شد (Beeber, 2018).

تلاش‌های اولیه برای کوتاه‌سازی

تاریخ تلاش برای کوتاه‌تر کردن روان‌کاوی به شاندر فرنتسی (Ferenczi) و اتو رنک (Rank) بازمی‌گردد. فرانتس الکساندر (Alexander) و توماس فرنچ (French) در مؤسسه‌ی روان‌کاوی شیکاگو مفهوم «تجربه‌ی عاطفی اصلاحی» (Corrective Emotional Experience) را مطرح کردند. در دهه‌ی ۱۹۶۰، پژوهشگران بالینی متعددی مستقلاً شروع به توسعه‌ی تکنیک‌های کوتاه‌مدت کردند: مالان (Malan) در لندن، سیفنیوس (Sifneos) در بوستون، من (Mann) و ولبرگ (Wolberg) در نیویورک، و دوانلو (Davanloo) در مونترال (Beeber, 2018).

اما همه‌ی این پیشگامان یک ویژگی مشترک داشتند: **بیماران را بسیار گزینشی انتخاب می‌کردند.** فقط بیمارانی با انگیزه‌ی بالا، مقاومت پایین، تصویر بالینی ساده و ظرفیت بالای تحمل اضطراب واجد شرایط بودند. در عمل، اکثریت بیماران – یعنی همان‌هایی که بیشتر از همه به کمک نیاز داشتند – از دسترسی به درمان مؤثر محروم می‌ماندند.

تولد یک رویکرد نوین: از STDP تا D-NISTDP

اینجاست که دوانلو مسیر متفاوتی را انتخاب کرد. او نمی‌خواست بیماران مقاوم را کنار بگذارد – بلکه می‌خواست راهی بیابد که مقاومت آنها را برطرف کند.

روش پژوهش

ابزار پژوهشی دوانلو ساده اما بی‌سابقه بود: او جلسات درمانی خود را **ویدئو ضبط** می‌کرد – عملی که در دهه‌ی ۱۹۶۰ بسیار نامتعارف بود – و سپس ساعت‌ها هر ضبط را با دقت و سواسی بازبینی می‌کرد. هر مداخله تحلیل می‌شد: چه گفته شد؟ بیمار چه واکنشی نشان داد؟ کدام مداخله مؤثر بود و کدام نه؟ (Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025). این فرایند موشکافانه، پایه‌ی «پژوهش بالینی» دوانلو بود – پژوهشی نه در آزمایشگاه، بلکه در اتاق درمان.

کشفیات بنیادین

از درون همین پژوهش بالینی بود که دوانلو به کشفیاتی رسید که روان‌درمانی پویا را دگرگون ساخت:

توالی پویای مرکزی (Central Dynamic Sequence): دوانلو توانست فرایند درمان را در قالب توالی‌ای مشخص از فازها صورت‌بندی کند – از فاز فشار و چالش گرفته تا رویارویی سر به سر با مقاومت، ورود انتقال و سرانجام باز شدن ناهشیار (Beeber, 2018; Davanloo, 1990).

الگوی تخلیه‌ی اضطراب ناهشیار: دوانلو کشف کرد که اضطراب ناهشیار خود را در سه حوزه نشان می‌دهد: تنش در عضلات ارادی (striated muscles)، تخلیه‌ی سیستم عصبی خودمختار (autonomic discharge)، و تغییرات شناختی-ادراکی (cognitive-perceptual disruption). این کشف پیامدهای بالینی عظیمی داشت – زیرا به درمانگر اجازه می‌داد سریعاً ظرفیت بیمار را ارزیابی کند و سرعت و شیوه‌ی دسترسی به ناهشیار را تعیین نماید (Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025).

باز کردن ناهشیار (Unlocking the Unconscious): مهم‌ترین کشف دوانلو. او دریافت که اگر درمانگر به‌طور هم‌زمان بر هیجانات، مقاومت و رابطه‌ی انتقالی تمرکز کند، می‌تواند ناهشیار بیمار را سریعاً بسیج کند. وقتی «ائتلاف درمانی ناهشیار» (Unconscious Therapeutic Alliance) بر

«نیروهای مخرب مقاومت» غلبه کند، یک تغییر روانی (psychic shift) رخ می‌دهد و مواد ناهشیار – خاطرات، تصاویر، هیجان‌ها سرکوب‌شده – به سطح آگاهی می‌آیند (Davanloo, 1990, 2001; Town, Abbass & Bernier, 2013).

سه مرحله‌ی تکامل

این کشفیات در طول دهه‌ها تکامل یافتند و سه مرحله‌ی مشخص را طی کردند:

مرحله‌ی اول – ISTDP: روان‌درمانی پویایی فشرده‌ی کوتاه‌مدت (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy). روش اولیه‌ی دوانلو که از دهه‌ی ۱۹۶۰ آغاز شد. در این مرحله، دوانلو تمرکز اصلی‌اش بر حذف مقاومت و باز کردن ناهشیار در بیماران روان‌عصبی (psychoneurotic) با ساختار دفاعی نسبتاً بالغ بود. ISTDP در مقایسه با روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت (STDP) سایر پیشگامان، یک گام پیشرفته‌تر بود و دوانلو نظریه‌ی زیربنایی آن را «متاروانشناسی جدید ناهشیار» (New Metapsychology of the Unconscious) نامید (Davanloo, 1990).

مرحله‌ی دوم – D-ISTDP: روان‌درمانی پویایی فشرده‌ی کوتاه‌مدت دوانلویی (Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy primitive). در دهه‌های ۲۰۰۰ و بعد از آن، دوانلو مفاهیم نوینی را توسعه داد: **همجوشی** (Fusion) – درهم‌آمیختگی خشم مرگبار بدوی (murderous rage) با احساس گناه در ناهشیار بیمارانی که پیش از سن سه سالگی آسیب دیده‌اند؛ **مقاومت عمده** (Major Resistance) – نیروی مخرب و بیماری‌زای ناشی از این همجوشی؛ **جداسازی** (Defusion) – فرایند تفکیک خشم و گناه؛ **نوروز انتقالی بین‌نسلی ویرانگر** (Intergenerational Destructive Competitive Transference Neurosis – IDCTN)؛ و **جزء انتقالی مقاومت** (Transference Component of the Resistance – TCR) که جایگزین مفهوم قبلی «احساسات پیچیده‌ی انتقالی» شد. این مرحله دامن‌دهی درمان را به شکل چشمگیری گسترش داد و دوانلو نام D-ISTDP را برای تمایز از نسخه‌های متعدد ISTDP که دیگران آموزش می‌دادند، انتخاب کرد (Beeber, 2018; Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025; Schmitt, 2024).

مرحله‌ی سوم – D-NISTDP: عصب‌روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده‌ی دوانلویی (Davanloo's Neuro-Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy). متد نهایی کار دوانلو که در آن یافته‌های عصب‌زیستی (neurobiological) به‌طور کامل در چارچوب نظری و بالینی ادغام شدند. در این مرحله، دوانلو تأکید ویژه‌ای بر «مسیرهای سوماتیک عصب‌زیستی» (neurobiological somatic pathways) احساسات بدوی – شامل مسیرهای خشم، گناه، اضطراب، حافظه و جنسیت – گذاشت. او نشان داد که بسیج بهینه‌ی این مسیرها برای حل و فصل هسته‌ی بیماری‌زای ناهشیار ضروری است (Schmitt, 2024).

جایگاه دوانلو: پلی میان روان‌کاوی و علوم اعصاب

کار دوانلو را می‌توان پلی میان سنت روان‌کاوی کلاسیک و یافته‌های نوین علوم اعصاب دانست. او از یک سو ریشه‌هایش را در روان‌کاوی فروید داشت – در مفاهیم ناهشیار، مقاومت، انتقال و ساختار نوروپیک. اما از سوی دیگر، با ابزار مشاهده‌ی ریزبینانه‌ی ویدئویی و با دقت در واکنش‌های عصب‌زیستی بدن بیمار (فعال‌سازی روان‌حرکتی عضلات صورت، بازو و دست‌ها؛ تخلیه‌ی سیستم خودمختار؛ مدولاسیون صدا و گفتار؛ تماس چشمی)، درمان را از سطح صرفاً کلامی به سطح تجربی-بدنی ارتقا داد (Schmitt, 2024).

آنجلا اشمیت (Schmitt, 2024) توضیح می‌دهد که در کاربرد عملی تکنیک‌های دوانلو، درمانگر نه‌فقط بیان کلامی مقاومت، اضطراب، خشم و گناه را تحلیل می‌کند، بلکه **فعالیت روان‌حرکتی** (psychomotor activation) و مدولاسیون صدا و تماس چشمی را نیز به‌عنوان شاخص‌های عصب‌زیستی رصد می‌نماید. وقتی خشم بدوی ناهشیار بسیج می‌شود، شبکه‌های عصب‌زیستی سیستم لیمبیک فعال شده و ظرف کسری از ثانیه، عضلات صورت، فک، تنه، شانه‌ها، بازوها و دست‌ها درگیر می‌شوند. این فعال‌سازی روان‌حرکتی، فعال‌سازی ناهشیار قشر حرکتی (motor cortex) است که پیش از بیان چهره‌ای خشم یا حمله‌ی فیزیکی رخ می‌دهد.

پژوهش بالینی دوانلو: ۹۵ درصد بیماران مقاوم‌اند

یکی از یافته‌های پژوهشی بنیادین دوانلو – که بر اساس مشاهده‌ی بالینی صدها مورد مستند به دست آمده – این بود که **۹۵ درصد بیماران که به درمانگران مراجعه می‌کنند، مقاومت بالا یا بسیار بالایی دارند** (Bilski-Piotrowski, 2011). این یافته، فهم ما از واقعیت بالینی را دگرگون می‌کند: اکثریت غالب بیماران، «بیماران آسان» نیستند. آنها نیروهای دفاعی قدرتمندی دارند که دسترسی به هسته‌ی آسیب‌شناسی ناهشیارشان را مسدود می‌کند. هر روش درمانی‌ای که تنها برای بیماران کم‌مقاوم طراحی شده باشد، در عمل فقط بخش کوچکی از جمعیت بالینی را پوشش خواهد داد.

هدف استاندارد D-ISTDP، حذف مقاومت – ترجیحاً در مصاحبه‌های ارزیابی اولیه – برای دسترسی به سازمان بیماری‌زای هسته‌ای ناهشیار بیمار است. بُعد مرکزی عملیاتی در حذف مقاومت، **جزء انتقالی مقاومت (TCR)**، بسیج و تشدید آن، و حذف احساس گناه است (Bilski-Piotrowski, 2011).

شواهد پژوهشی مستقل

کار دوانلو صرفاً بر مطالعات موردی استوار نماند. پژوهشگران مستقل – به‌ویژه در مرکز هیجان‌ات و سلامت دانشگاه دالهوزی (Centre for Emotions and Health, Dalhousie University) – شواهد تجربی قابل‌توجهی در تأیید اثربخشی این رویکرد فراهم کرده‌اند:

- در مطالعه‌ای با **۴۱۲ بیمار** در یک خدمات روان‌درمانی سطح سوم، یوهانسون، تاون و آبس (Johansson, Town & Abbass, 2014) نشان دادند که ISTDP دوانلو با **اندازه‌ی اثر بزرگ** ($d > 0.80$) بر شاخص‌های علائم و مشکلات بین‌فردی مؤثر است – حتی وقتی توسط درمانگران در حال آموزش اجرا شود.

- تاون، اَبَس و برنیر (Town, Abbass & Bernier, 2013) نشان دادند که بیمارانی که تجربه‌ی باز شدن عمده‌ی ناهشیار در طول درمان داشتند، در مقایسه با بیمارانی که این تجربه را نداشتند، کاهش بیشتر علائم، بهبود بیشتر عملکرد بین‌فردی، و کاهش بیشتر هزینه‌های بهداشتی نشان دادند.
- مرور نظام‌مند اَبَس، تاون و دریسِن (Abbass, Town & Driessen, 2012) بیست‌ویک مطالعه‌ی نتایج و دوازده مطالعه‌ی تجربی دیگر را شناسایی کرد که مجموعاً از اثربخشی و مقرون‌به‌صرفه بودن ISTDP حمایت می‌کردند.

تشبیه جراحی و ضرورت پاک‌ی ناهشیار درمانگر

دوانلو همواره تأکید می‌کرد که D-ISTDP یک **جراحی دقیق و عمیق روانی** است. همان‌طور که جراح باید پیش از ورود به اتاق عمل دستانش را کاملاً ضدعفونی کند، درمانگر این روش نیز باید **ناهشیار خودش را «پاک» کرده باشد**. تعارضات حل‌نشده‌ی درمانگر – خشم ناهشیار، احساس گناه، مقاومت‌های شخصیتی – می‌توانند مسیر درمان بیمار را منحرف کنند.

از همین روست که در سنت آموزشی دوانلو، **درمان شخصی درمانگر** (self-experience) و **سوپروایزری مداوم** دو ضرورت مطلق محسوب می‌شوند – نه لوازم اختیاری. در کارگاه‌های مدار بسته‌ی مونترال (Closed-Circuit Training Workshops – CCTWs)، شرکت‌کنندگان نه فقط ناظر بودند، بلکه خود تجربه‌ی درمانی داشتند. دوانلو مشاهده کرده بود که درمانگرانی که خود به بسیج بالایی از ناهشیارشان دست یافته بودند، با موفقیت بیشتری از تکنیک‌های او بهره می‌بردند (Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025).

او رابطه‌ی درمانگر و بیمار را به رابطه‌ی **خلبان و کمک‌خلبان** تشبیه می‌کرد:

«در ابتدا، درمانگر خلبان است و بیمار کمک‌خلبان. در جریان یک فرایند درمانی موفق، نقش‌ها معکوس می‌شوند: بیمار خلبان می‌شود. بیمار خودمختاری (autonomy) در برخورد با احساساتش پیدا می‌کند.» – دوانلو (نقل از Schmitt, 2024)

ساختار این کتاب

این کتاب در شش بخش و بیست‌وپنج فصل سازمان‌دهی شده است:

بخش اول (مرد و مسیر) به زندگی‌نامه‌ی دوانلو اختصاص دارد: از تولد در ایران تا آموزش در هاروارد، از ورود به مک‌گیل تا برگزاری سمپوزیوم‌های بین‌المللی.

بخش دوم (ریشه‌ها و بسترها) بافت تاریخی را ترسیم می‌کند: تاریخ روان‌پزشکی پویا از مسمر و فروید تا تلاش‌های الکساندر، فرنچ، سیفنیوس و مالان برای کوتاه‌سازی درمان.

بخش سوم (روش: D-ISTDP چیست؟) هسته‌ی فنی کتاب است: توالی پویای مرکزی، مثلث تعارض و مثلث شخص، مقاومت و مکانیزم‌های دفاعی، الگوی تخلیه‌ی اضطراب، باز کردن ناهشیار، و ائتلاف درمانی ناهشیار.

بخش چهارم (تحول و گسترش) سیر تکاملی روش را دنبال می‌کند: از ISTDP به D-ISTDP و D-NISTDP – شامل مفاهیم همجوشی و جداسازی، مقاومت عمده، نروز انتقالی بین‌نسلی، جزء انتقالی مقاومت و حذف کامل مقاومت.

بخش پنجم (شواهد پژوهشی) مروری نظام‌مند بر پژوهش‌های اثربخشی و مقرون‌به‌صرفه بودن ارائه می‌دهد.

بخش ششم (آموزش و میراث) به شیوه‌های آموزشی نوآورانه‌ی دوانلو، رویکردهای مرتبط، و میراث ماندگار او می‌پردازد.

کلیدواژه‌های راهنما

در سراسر این کتاب، اصطلاحات تخصصی به **فارسی** ترجمه شده و **معادل انگلیسی** در پرانتز آورده شده است. دلیل این انتخاب آن است که ادبیات اصلی این حوزه به زبان انگلیسی است و خواننده‌ی فارسی‌زبان برای مراجعه به منابع اصلی، نیاز به آشنایی با اصطلاحات انگلیسی دارد. واژه‌نامه‌ی جامع فارسی-انگلیسی در انتهای کتاب فراهم شده است.

به‌سوی فصل نخست

دوانلو یک بار گفته بود: «جستجوی مقاومت» (Search for the Resistance). این عبارت، نه تنها شعار پژوهشی او بود، بلکه فلسفه‌ی زندگی حرفه‌ای‌اش بود. او مقاومت را نه دشمن، بلکه **نشانه‌ی راهنما** می‌دانست: هر جا مقاومت قوی‌تر باشد، احساسات پنهان‌شده قدرتمندترند – و بنابراین، جهتی که باید پیش رفت، روشن‌تر است.

حال، خواننده را دعوت می‌کنیم به فصل نخست – جایی که سفر این مرد از ایران آغاز می‌شود.

بخش اول

مرد و مسیر

فصل ۱

از ایران تا هاروارد: زندگی‌نامه و شکل‌گیری یک اندیشه

۱.۱ زادگاه

حبیب دوانلو در دهم اکتبر ۱۹۲۷ در ایران متولد شد (Davanloo, Wikipedia; Beeber, 2018). درباره‌ی سال‌های کودکی و نوجوانی او اطلاعات منتشرشده‌ی اندکی در دست است. دوانلو مردی بود که از خودش کمتر می‌گفت و کارش را بیشتر نشان می‌داد. در نوشته‌ها و سخنرانی‌هایش، به‌جای بازگویی خاطرات شخصی، ویدئوهای جلسات درمانی‌اش را پخش می‌کرد. او ترجیح می‌داد کارش به جای خودش سخن بگوید.

اما آنچه مسلم است، ریشه‌های ایرانی دوانلو بخشی جدایی‌ناپذیر از هویت او بود. او از فرهنگی برخاسته بود با سنتی کهن در شناخت پیچیدگی‌های روح انسان – از حکمت عرفانی گرفته تا شعر حافظ و مولانا. هرچند دوانلو خود هرگز ارتباط صریحی بین میراث فرهنگی ایرانی‌اش و رویکرد درمانی‌اش ترسیم نکرد، نمی‌توان نادیده گرفت که حساسیت عمیق او به لایه‌های پنهان تجربه‌ی انسانی – لایه‌هایی که در ورای کلمات و نقاب‌ها پنهان‌اند – با همین میراث فرهنگی هم‌خوانی دارد.

دوانلو پس از تحصیل پزشکی در ایران، تصمیمی گرفت که زندگی‌اش را بنیاداً تغییر داد: عازم ایالات متحده شد.

۱.۲ هاروارد: از جراحی مغز به جراحی روان

مقصد دوانلو، دانشگاه هاروارد بود – یکی از معتبرترین دانشگاه‌های جهان. اما انتخاب رشته‌اش شگفت‌آور است: او ابتدا وارد رشته‌ی **جراحی مغز و اعصاب** (Neurosurgery) شد (istdp-) (schweiz.com; drlsmoore.com).

این انتخاب اولیه، نکته‌ی مهمی درباره‌ی دوانلو آشکار می‌کند: او از همان آغاز، فردی بود که به مغز و سیستم عصبی علاقه داشت – به مکانیزم‌های زیستی ذهن، به آناتومی و فیزیولوژی. این علاقه بعدها، دهه‌ها بعد، در تأکید او بر **مسیرهای عصب‌زیستی** (neurobiological pathways) هیجانات و در تکامل نهایی روش‌اش به‌سوی **D-NISTDP** (عصب‌روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده‌ی دوانلویی) بازتاب یافت. خط مستقیمی وجود دارد بین جوانی که جراحی مغز را برگزید و استاد پیری که بر فعال‌سازی روان‌حرکتی (psychomotor activation) قشر حرکتی و شبکه‌های عصب‌زیستی سیستم لیمبیک تأکید می‌کرد.

اما دوانلو در مسیر جراحی مغز باقی نماند. چیزی در او بود که جسم به‌تنهایی برایش کافی نبود. او نیاز داشت به چیزی فراتر از بافت و عصب و خون – به جهان درونی انسان، به ناهشیار، به رنج و شفا. مسیروش را به‌سوی **روان‌پزشکی** تغییر داد.

۱.۳ بیمارستان عمومی ماساچوست: مهد آموزش

دوانلو دوره‌ی تخصص روان‌پزشکی خود را در دهه‌ی ۱۹۵۰ در **بیمارستان عمومی ماساچوست** (Massachusetts General Hospital – MGH) در بوستون گذراند (Beeber, 2018). MGH وابسته به دانشگاه هاروارد و یکی از مهم‌ترین مراکز آموزش روان‌پزشکی در آمریکای شمالی بود.

آنچه این دوره را برای دوانلو سرنوشت‌ساز کرد، نه فقط آموزش رسمی، بلکه **استادانی** بود که با آنها کار کرد. هر یک از این استادان، جنبه‌ای خاص از دنیای روان‌درمانی را به دوانلو نشان داد – جنبه‌هایی که بعدها در ترکیبی منحصربه‌فرد در رویکرد خود او گرد هم آمدند.

۱.۴ استادان: سه چراغ راهنما

اریش لیندمان (Erich Lindemann, 1900-1974)

لیندمان روان‌پزشک آلمانی‌تباری بود که ریاست بخش روان‌پزشکی MGH را بر عهده داشت. او به‌ویژه به خاطر پژوهش‌های بنیادینش درباره‌ی **واکنش‌های حاد سوگ** شناخته می‌شود. پس از فاجعه‌ی آتش‌سوزی باشگاه شبانه‌ی کوکانات‌گرو (Cocoanut Grove) در بوستون در سال ۱۹۴۲ – که ۴۹۲ نفر در آن جان باختند – لیندمان بازماندگان و خانواده‌های قربانیان را مورد مطالعه قرار داد و مقاله‌ی کلاسیک «علائم‌شناسی و مدیریت سوگ حاد» (Symptomatology and Management of Acute Grief, 1944) را منتشر کرد.

دوانلو دستیار (resident) لیندمان بود (Beeber, 2018; Wikipedia). کار با لیندمان، دوانلو را با چند مفهوم کلیدی آشنا ساخت که بعدها در رویکردش محوری شدند:

- **اهمیت تروما** در شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی
- **نقش از دست دادن و سوگ** در رنج انسانی
- **ضرورت رویارویی مستقیم با درد عاطفی** – لیندمان نشان داده بود که اجتناب از سوگ به مشکلات مزمن‌تری منجر می‌شود
- اهمیت مداخله‌ی فعال و زودهنگام

الیزابت زتزل (Elizabeth Zetzel, 1907-1970)

زتزل روان‌کاو برجسته‌ای بود که در MGH تدریس می‌کرد. مهم‌ترین مشارکت نظری او، مفهوم «**اتحاد درمانی**» (Therapeutic Alliance) بود – این ایده که موفقیت درمان، تا حد زیادی به کیفیت رابطه‌ی همکاریانه بین درمانگر و بیمار وابسته است.

تأثیر زتزل بر دوانلو را می‌توان در مفهوم بعدی «**ائتلاف درمانی ناهشیار**» (Unconscious Therapeutic Alliance – UTA) ردیابی کرد. اما دوانلو فراتر از زتزل رفت: او نه فقط از اتحاد آگاهانه‌ی بیمار و درمانگر، بلکه از یک نیروی **ناهییاری** شفابخش در درون بیمار سخن گفت –

نیرویی که می‌خواهد بهبود یابد، حتی وقتی بیمار در سطح آگاهانه مقاومت می‌کند.

هلن دویچ (Helene Deutsch, 1884-1982)

هلن دویچ یکی از نخستین شاگردان زن فروید و از پیشگامان روان‌کاوی بود. او در وین آموزش دیده بود، تحلیل شخصی‌اش را نزد خود فروید گذرانده بود، و سپس به آمریکا مهاجرت کرده بود. دویچ به‌ویژه به خاطر پژوهش‌هایش درباره‌ی روان‌شناسی زنان و مفهوم «شخصیت گویی» (as-if personality) شناخته می‌شد.

دوانلو نزد هلن دویچ **تحلیل آموزشی** (Training Analysis) گذراند (istdp-schweiz.com). تحلیل آموزشی – یعنی آنکه درمانگر آینده خود تحت درمان روان‌کاوانه قرار بگیرد – یکی از ارکان آموزش روان‌کاوی بود. این تجربه، دوانلو را از درون با فرایند روان‌کاوی آشنا ساخت: نه به‌عنوان ناظر بیرونی، بلکه به‌عنوان کسی که خود روی تخت تحلیل دراز کشیده و با ناهشیار خودش روبرو شده است.

این تجربه‌ی شخصی احتمالاً یکی از ریشه‌های تأکید بعدی دوانلو بر **ضرورت درمان شخصی درمانگر** بود – تأکیدی که در تشبیه جراحی‌اش تجلی می‌یابد: درمانگر باید ناهشیار خود را پاک کرده باشد.

۱.۵ آنا فروید و لندن

علاوه بر آموزش در بوستون، دوانلو در لندن نیز دوره‌هایی را نزد **آنا فروید** (Anna Freud, 1895-) (1982) گذراند (istdp-schweiz.com). آنا فروید – دختر زیگموند فروید – بنیان‌گذار **روان‌شناسی ایگو** (Ego Psychology) و نویسنده‌ی اثر کلاسیک «ایگو و مکانیزم‌های دفاعی» (The Ego and the Mechanisms of Defence, 1936) بود.

کار آنا فروید بر **شناسایی و طبقه‌بندی مکانیزم‌های دفاعی** تمرکز داشت. او نشان داد که ایگو (خود) از طیف وسیعی از دفاع‌ها برای محافظت در برابر اضطراب استفاده می‌کند: سرکوب، فرافکنی، واکنش‌سازی، جابه‌جایی، والایش و غیره.

تأثیر آنا فروید بر دوانلو آشکار است: محور اصلی رویکرد دوانلو، **کار با مقاومت و دفاعها** است. اما بار دیگر، دوانلو فراتر از استادش رفت: آنا فروید دفاعها را **تفسیر** می‌کرد؛ دوانلو با آنها **رویارو** می‌شد.

۱.۶ ترکیبی منحصربه‌فرد

آموزش دوانلو ترکیبی بود از چندین سنت فکری:

استاد / سنت	مفهوم کلیدی	بازتاب در کار دوانلو
لیندمان	تروما، سوگ، مداخله‌ی فعال	تأکید بر تروما و چهره‌های دلبستگی اولیه
زتزل	اتحاد درمانی	ائتلاف درمانی ناهشیار (UTA)
دویچ / فروید	روان‌کاوی کلاسیک، تداعی آزاد، انتقال	پایه‌ی نظری + تجربه‌ی شخصی تحلیل
آنا فروید	مکانیزم‌های دفاعی، روان‌شناسی ایگو	محوریت کار با مقاومت و دفاع
جراحی مغز	آناتومی و فیزیولوژی عصبی	تأکید بر مسیرهای عصب‌زیستی

اما دوانلو هرگز به هیچ‌یک از این سنت‌ها **وابسته** نشد. او از هر یک آموخت، اما خود را به هیچ‌کدام محدود نکرد. استقلال فکری او – توانایی‌اش در گرفتن بهترین عناصر از سنت‌های مختلف و ترکیب آنها در چیزی کاملاً نو – یکی از ویژگی‌های تعیین‌کننده‌ی شخصیت علمی‌اش بود.

۱.۷ تجربه‌ی روان‌کاوی کلاسیک و رشد نارضایتی

دوانلو خود سال‌ها **روان‌کاوی کلاسیک** را تمرین کرد. او با تکنیک تداعی آزاد، تفسیر مقاومت، تحلیل رؤیا و کار با پدیده‌ی انتقال به‌خوبی آشنا بود – نه به‌عنوان تماشاگر، بلکه به‌عنوان کاربر فعال این روش‌ها.

اما به تدریج، نارضایتی عمیقی در او شکل گرفت. این نارضایتی چند لایه داشت:

لایه اول: طول درمان. روان‌کاوی، آن‌گونه که در آمریکا و بریتانیا تمرین می‌شد، به شکل روزافزونی طولانی‌تر می‌شد. درمان‌های پنج تا ده ساله غیرمعمول نبود. بسیاری از موارد عملاً «پایان‌ناپذیر» می‌شدند – همان مشکلی که فروید خود نسبت به آن هشدار داده بود (Beeber, 2018).

لایه دوم: انحصاری بودن. معیارهای سخت‌گیرانه‌ی پذیرش در روان‌کاوی و حتی در روان‌درمانی پویای کوتاه‌مدت، باعث می‌شد تنها بخش کوچکی از بیماران از درمان مؤثر بهره‌مند شوند. بقیه – اکثریت – یا در لیست انتظار می‌ماندند، یا به جلسات حمایتی کوتاه و بی‌تمرکز ارجاع داده می‌شدند.

لایه سوم: انفعال درمانگر. در سنت روان‌کاوی کلاسیک، درمانگر موظف بود «خنثا» (neutral) و نسبتاً منفعل بماند. فروید معتقد بود این انفعال، شرایط را برای ظهور خودبه‌خودی مواد ناهشیار فراهم می‌کند. اما دوانلو مشاهده کرد که در بسیاری از موارد، انفعال درمانگر نه تنها مقاومت را کاهش نمی‌دهد، بلکه آن را **تثبیت** و تقویت می‌کند.

لایه چهارم: عدم تمرکز. بسیاری از درمان‌ها از تمرکز مشخصی برخوردار نبودند. جلسات از موضوعی به موضوع دیگر می‌پرید بدون آنکه به عمق هیچ‌یک برسد.

این نارضایتی چهارلایه – طولانی بودن، انحصاری بودن، انفعال درمانگر و بی‌تمرکزی – بذره‌ای یک انقلاب را در ذهن دوانلو کاشت. او هنوز نمی‌دانست این بذرها به چه درختی تبدیل خواهند شد، اما یک چیز می‌دانست: باید راه بهتری وجود داشته باشد.

۱.۸ رفتن به مونترال: آغاز فصلی نو

پس از اتمام دوره‌ی تخصص و تحلیل آموزشی، دوانلو تصمیم گرفت به کانادا برود. او به هیئت‌علمی **دانشگاه مگیل** (McGill University) در مونترال پیوست و به‌عنوان **استاد روان‌پزشکی** مشغول به کار شد. همچنین مدیریت «مؤسسه‌ی آموزش و پژوهش در روان‌درمانی

کوتاهمدت و پویا» (Institute for Teaching and Research in Short-Term and Dynamic Psychotherapy) را در بیمارستان عمومی مونترال (Montreal General Hospital) بر عهده گرفت (Beeber, 2018; Wikipedia).

مک‌گیل یکی از معتبرترین دانشگاه‌های کانادا بود و فضای آکادمیک آزادی فراهم می‌کرد. مونترال در دهه‌ی ۱۹۶۰ – دوران «انقلاب آرام» (Quiet Revolution) کبک – شهری بود در حال دگرگونی فرهنگی و فکری، پذیرای ایده‌های نو و نگاه‌های تازه.

دوانلو در مونترال دقیقاً با همان مشکلاتی روبرو شد که در بوستون تجربه کرده بود: لیست‌های انتظار طولانی بیماران، تعداد اندک پذیرش‌ها در روان‌درمانی پویا، جلسات کوتاه و حمایتی بدون تمرکز (Beeber, 2018). اما این بار، او آمده بود تا چیزی را تغییر دهد.

سال ۱۹۶۲ نزدیک بود – سالی که دوانلو برنامه‌ی روان‌درمانی کوتاهمدت خود را راه‌اندازی کرد و نخستین گام‌های انقلابش را برداشت.

۱.۹ ویژگی‌های شخصیتی و سبک کار

پیش از آنکه وارد فصل بعد شویم و داستان شکل‌گیری عملی رویکرد دوانلو را دنبال کنیم، شایسته است تصویری از ویژگی‌های شخصیتی این مرد ترسیم کنیم – ویژگی‌هایی که از نوشته‌ها و گزارش‌های همکاران و شاگردانش برمی‌آید:

دقت و سواسی در مشاهده: دوانلو ساعت‌ها ویدئوهای جلسات درمانی‌اش را بازبینی می‌کرد. هر تغییر در حالت چهره‌ی بیمار، هر تکان دست، هر مکث در گفتار ثبت و تحلیل می‌شد. اشمیت (Schmitt, 2024) نقل می‌کند که دوانلو در کاربرد تکنیک‌هایش، نه فقط بیان کلامی مقاومت و هیجانات را رصد می‌کرد، بلکه **فعالیت روان‌حرکتی**، مدولاسیون صدا و گفتار، و تماس چشمی بیمار را نیز لحظه‌به‌لحظه تحلیل می‌نمود.

شجاعت بالینی: دوانلو جرأت داشت مستقیماً با مقاومت بیمار رویارو شود. در زمانی که نرّم حاکم بر روان‌کاوی، سکوت و انفعال درمانگر بود، او فعالانه مقاومت را به چالش می‌کشید – و این شجاعت، هم تحسین و هم انتقاد برانگیخت.

تعهد بی‌وقفه به مستندسازی: او از نخستین روان‌درمانگرانی بود که تمام جلسات درمانی‌اش را ویدئو ضبط می‌کرد. این کار در دهه‌ی ۱۹۶۰ بسیار غیرمعارف بود و نشان‌دهنده‌ی اعتقاد عمیق او به لزوم شفافیت و قابلیت بازبینی فرایند درمان بود (Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025).

تحسین نسبت به بیماران: مقاله‌ی کیدینگ و مارکوئیز (Kieding & Marquis, 2024) به نکته‌ای کمتر شناخته‌شده اشاره می‌کند: دوانلو **احترام و تحسین عمیقی** نسبت به شجاعت بیمارانش داشت. او از آنها به خاطر جرأتشان در رویارویی با دردهای درونی قدردانی می‌کرد. این نگاه تحسین‌آمیز، نشان می‌دهد که رویکرد فعال و چالش‌گرانه‌ی دوانلو از جنس حمله نبود – بلکه از جنس **مراقبت عمیق** بود.

استقلال فکری بی‌چون‌وچرا: دوانلو هرگز خود را به یک مکتب، سازمان یا جریان وابسته نکرد. او عضو هیچ انجمن روان‌کاوی رسمی نشد. بر اساس مشاهدات بالینی خودش پیش رفت – حتی وقتی این مشاهدات او را به جاهایی می‌برد که دیگران جرأت رفتن به آنجا را نداشتند.

پشتکار شگفت‌آور: دوانلو بیش از شصت سال – از اوایل دهه‌ی ۱۹۶۰ تا اوایل دهه‌ی ۲۰۲۰ – بدون وقفه پژوهش، درمان و آموزش داد. حتی پس از شروع همه‌گیری کووید-۱۹ و مختل شدن کارگاه‌هایش، با کاهش شدت پاندمی فعالیت‌هایش را با انرژی بیشتری از سر گرفت. او تا ۹۶ سالگی فعال بود (Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025).

جمع‌بندی فصل

فصل نخست، ریشه‌های شکل‌گیری یک اندیشه را ردیابی کرد:

- جوانی ایرانی که پزشکی خوانده بود و به هاروارد رفت
- ابتدا جراحی مغز را برگزید – نشانه‌ای از علاقه‌ی اولیه به مکانیزم‌های زیستی

- سپس به روان‌پزشکی تغییر مسیر داد
 - در MGH بوستون، از سه استاد کلیدی آموخت: لیندمان (تروما)، زتزل (اتحاد درمانی)، دویچ (روان‌کاوی کلاسیک)
 - نزد آنا فروید در لندن، مکانیزم‌های دفاعی را آموخت
 - سال‌ها روان‌کاوی کلاسیک تمرین کرد و به نارضایتی عمیقی رسید
 - به مونترال رفت، مسلح به ترکیبی منحصربه‌فرد از آموزش‌ها
 - ویژگی‌های شخصیتی‌اش – دقت، شجاعت، استقلال، تحسین بیمار، پشتکار – زمینه‌ی ذهنی انقلاب بعدی را فراهم کرد
- اکنون، در فصل دوم، به سال ۱۹۶۲ و آغاز عملی این انقلاب می‌پردازیم.

۱.۱۰ دوانلو در آینده‌ی تاریخ: یک ایرانی در جهان

برای درک کامل‌تر جایگاه دوانلو، شایسته است لحظه‌ای بایستیم و به معنای عمیق‌تر مسیر زندگی او بیندیشیم. او جوانی بود از ایران – کشوری که در دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ خود در حال تحولات عظیم سیاسی و اجتماعی بود – که به آمریکا رفت، ابتدا جراحی مغز خواند و سپس مسیروش را به‌کلی تغییر داد، نزد برخی از مهم‌ترین روان‌کاوان قرن بیستم آموزش دید، به کانادا رفت، و از آنجا، دنیای روان‌درمانی را متحول ساخت.

این مسیر، مسیر یک **مهاجر** است – کسی که باید در فرهنگی غیر از فرهنگ مادری‌اش ریشه بدواند، به زبان دیگری فکر کند، و جایگاه خود را در ساختاری آکادمیک بیابد که اغلب نسبت به «غریبه‌ها» مقاوم است. اینکه دوانلو نه‌تنها در این محیط دوام آورد، بلکه به یکی از تأثیرگذارترین چهره‌هایش تبدیل شد، گواهی بر ترکیبی از استعداد، سخت‌کوشی و استقلال فکری است که در تاریخ علم کم‌نظیر است.

همچنین باید توجه کنیم که دوانلو در دوره‌ای به آمریکا رفت که روان‌کاوی در اوج قدرت نهادی خود بود. انجمن‌های روان‌کاوی آمریکا ساختارهای بسته و سلسله‌مراتبی‌ای داشتند. ورود به حلقه‌ی درونی این ساختارها برای هر کسی دشوار بود – چه رسد به یک پزشک مهاجر ایرانی‌تبار. دوانلو هرگز عضو رسمی این ساختارها نشد – و شاید همین استقلال از ساختار نهادی بود که آزادی فکری‌اش را تضمین کرد. او مدیون هیچ نهادی نبود و بنابراین، نیازی نداشت افکارش را با انتظارات نهادی هم‌خوان سازد.

در فرهنگ ایرانی، مفهوم «غربت» (بودن در سرزمین بیگانه) بار عاطفی سنگینی دارد. دوانلو بیش از شش دهه در «غربت» زیست – اما غربتش را به خلاقیت تبدیل کرد. شاید همین تجربه‌ی «بیرون بودن» – نه کاملاً متعلق به سنت روان‌کاوی آمریکایی، نه کاملاً بریده از ریشه‌های ایرانی‌اش – بود که به او اجازه داد هر دو سنت را با فاصله ببیند و چیزی بسازد که به هیچ‌کدام تعلق کامل ندارد اما از هر دو تغذیه شده است.

۱.۱۱ از جراحی مغز تا D-NISTDP: یک خط مستقیم

در نگاه اول، تغییر مسیر از جراحی مغز به روان‌پزشکی ممکن است یک «انقطاع» به نظر برسد – گویی دوانلو یک رشته را رها کرد و رشته‌ای کاملاً متفاوت را انتخاب نمود. اما با نگاهی دقیق‌تر، می‌بینیم که این تغییر مسیر نه یک انقطاع، بلکه یک **تعمیق** بود.

جراح مغز با **ساختار فیزیکی** مغز کار می‌کند – با مسیرهای عصبی، با بافت‌ها، با نقشه‌ی آناتومیک سیستم عصبی. دوانلو وقتی به روان‌پزشکی تغییر مسیر داد، همان علاقه‌ی اولیه‌اش را حفظ کرد اما بُعد دیگری به آن افزود: او می‌خواست بفهمد این ساختارهای فیزیکی چگونه **تجربه‌ی ذهنی** تولید می‌کنند – و مهم‌تر، چگونه تجربه‌ی ذهنی می‌تواند این ساختارها را **تغییر** دهد.

این خط فکری، دهه‌ها بعد، در D-NISTDP به ثمر نشست. وقتی دوانلو از «مسیرهای عصب‌زیستی خشم مرگبار» یا «فعال‌سازی روان‌حرکتی قشر حرکتی» سخن می‌گفت، او زبانی را به‌کار می‌برد که ریشه‌هایش در همان آناتومی عصبی‌ای بود که در هاروارد آموخته بود. D-

NISTDP را می‌توان به‌نوعی «جراحی مغز بدون چاقو» دانست – روشی که از طریق تجربه‌ی هیجانی، مسیرهای عصب‌زیستی مغز را بازسازی می‌کند.

اشمیت (Schmitt, 2024) تأکید می‌کند که دوانلو نه‌فقط بر بیان کلامی بیمار، بلکه بر واکنش‌های بدنی او تمرکز داشت: تنش عضلانی، حرکات صورت، مدولاسیون صدا، تماس چشمی. این‌ها همان «نشانه‌های عصب‌زیستی» هستند که یک جراح مغز نیز به آنها توجه می‌کند – اما دوانلو آنها را نه با اسکالپل، بلکه با سؤال «الان چه احساسی نسبت به من دارید؟» مورد مداخله قرار می‌داد.

فصل ۲

مونترال و آغاز یک انقلاب: ۱۹۶۲

۲.۱ سال ۱۹۶۲: تصمیمی سرنوشت‌ساز

در سال ۱۹۶۲، حبیب دوانلو – که اکنون استاد روان‌پزشکی در دانشگاه مک‌گیل بود و خدمات سرپایی روان‌پزشکی بیمارستان عمومی مونترال را اداره می‌کرد – به نقطه‌ای رسید که دیگر نمی‌توانست وضع موجود را تحمل کند.

او چه می‌دید؟ ببیر (Beeber, 2018) گزارش می‌دهد:

- لیست‌های انتظار طولانی بیمارانی که نیاز به کمک داشتند
- تعداد بسیار اندکی از بیماران به روان‌درمانی پویا پذیرفته می‌شدند
- اکثریت بیماران در جلسات کوتاه – معمولاً نیم‌ساعته – دیده می‌شدند
- این جلسات عمدتاً ماهیت حمایتی (supportive) داشتند
- درمان‌ها فاقد تمرکز (focus) بودند

دوانلو در این وضعیت، تصمیمی گرفت که ساده به نظر می‌رسد اما پیامدهای تاریخی داشت: او یک «برنامه‌ی روان‌درمانی کوتاه‌مدت» (Short-Duration Psychotherapy Program) در کلینیک خود راه‌اندازی کرد (Beeber, 2018; Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025).

۲.۲ سه ویژگی برنامه‌ی نوین

این برنامه سه ویژگی داشت که هر یک به‌تنهایی مهم بود، اما ترکیبشان انقلابی بود:

ویژگی اول: دوانلو شخصاً بیماران را درمان می‌کرد.

این نکته‌ای است که شاید بدیهی به نظر برسد، اما در بافت آکادمیک آن زمان اصلاً بدیهی نبود. بسیاری از استادان دانشگاه، صرفاً نقش نظارتی داشتند و خود بالین بیمار نمی‌رفتند. دوانلو اما پزشکی بود که در خط مقدم بالین می‌ایستاد. او نه فقط درباره‌ی درمان حرف می‌زد – بلکه درمان می‌کرد. و از همان ابتدا، تفاوت بین «دانستن درباره‌ی درمان» و «انجام دادن درمان» برایش بنیادین بود.

ویژگی دوم: او به‌طور هم‌زمان دستیاران و دانشجویان را آموزش می‌داد.

دوانلو یک سمینار هفتگی روان‌درمانی برای دستیاران روان‌پزشکی (residents) و دانشجویان پزشکی برگزار می‌کرد. در این سمینار، او نه فقط نظریه تدریس می‌کرد، بلکه ویدئوهای جلسات درمانی‌اش را پخش و تحلیل می‌کرد. این شیوه‌ی آموزش – یادگیری از طریق مشاهده‌ی مستقیم فرایند درمان – بعدها به یکی از ستون‌های سنت آموزشی دوانلو تبدیل شد (Beeber, 2018).

ویژگی سوم – و مهم‌ترین: او شروع به ویدئو ضبط کردن جلسات درمانی‌اش کرد.

۲.۳ انقلاب ویدئویی

ضبط ویدئویی جلسات درمانی در دهه‌ی ۱۹۶۰ عملی بسیار **نامتعارف** بود. در فرهنگ روان‌کاوی آن زمان، جلسه‌ی درمانی محفلی خصوصی و تقریباً مقدس تلقی می‌شد. ایده‌ی قرار دادن یک دوربین در اتاق درمان، برای بسیاری از همکاران دوانلو نه فقط عجیب، بلکه نگران‌کننده بود.

اما دوانلو فهمیده بود چیزی که بسیاری هنوز درنیافته بودند: **بدون مستندسازی عینی، نمی‌توان فرایند درمان را به‌درستی تحلیل کرد.** روان‌درمانگران در آن زمان – و حتی امروز – عمدتاً بر اساس حافظه‌ی خود از جلسه گزارش می‌دهند. اما حافظه‌ی انسان انتخابی، ناقص و مستعد تحریف است. درمانگر ممکن است لحظات کلیدی را فراموش کند، واکنش‌های ظریف بیمار را نادیده بگیرد، یا مداخلات خود را بهتر از آنچه بوده‌اند به یاد آورد.

دوانلو می‌خواست از **واقعیت** جلسه‌ی درمانی شروع کند، نه از بازسازی ذهنی آن.

بیر، گوتویک و روستی (Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025) تأکید می‌کنند که دوانلو از **نخستین افرادی** بود که جلسات درمانی‌اش را به شکل نظام‌مند فیلم‌برداری کرد. او موارد ضبط‌شده‌ی خود – شامل مصاحبه‌های اولیه، کل روند درمان و ارزیابی نتایج – را بعدها در سمپوزیوم‌های بین‌المللی به نمایش گذاشت. این فیلم‌ها پایه‌ی انتشار دو کتاب بنیادین او شدند.

اشمیت (Schmitt, 2024) نیز تأکید می‌کند که مستندسازی صوتی-تصویری (audiovisual documentation) بخش جدایی‌ناپذیر کاربرد تکنیک‌های دوانلو است:

«جلسات درمانی فیلم‌برداری می‌شوند و سپس ویدئوها به صورت مشترک بازبینی و تحلیل می‌شوند. هدف آن است که بیماران هرچه سریع‌تر خودمختاری (autonomy) و «خودآگاهی» (self-awareness) در برخورد با ناهشیار خودشان پیدا کنند. تحلیل مشترک ویدئو ابزاری ضروری برای دستیابی به این هدف است.»

۲.۴ روش پژوهش بالینی: ریزبینی وسواسی

روش پژوهشی دوانلو ساده اما سخت‌گیرانه بود. بیبر (Beeber, 2018) آن را چنین توصیف می‌کند:

گام ۱: ضبط ویدئویی هر جلسه‌ی درمانی.

گام ۲: بازبینی دقیق و موشکافانه (painstaking review) هر ضبط.

گام ۳: مشاهده‌ی اثرات هر مداخله – چه گفته شد؟ بیمار چگونه واکنش نشان داد؟

گام ۴: آزمایش اصلاحاتی در تکنیک – بر اساس آنچه مشاهده شده.

گام ۵: تکرار فرایند.

این چرخه‌ی بی‌پایان **مشاهده** → **تحلیل** → **اصلاح** → **آزمایش** → **مشاهده** جوهره‌ی پژوهش بالینی دوانلو بود. بیبر تأکید می‌کند که متاروانشناسی دوانلو «نه بر شهود یا حدس و گمان، بلکه مستحکم بر مشاهدات موارد بالینی واقعی استوار بود» (Beeber, 2018).

دوانلو خود در اتاق درمان پژوهش می‌کرد. ابزار پژوهش‌اش نه پرسش‌نامه‌ی استاندارد یا آزمون آماری، بلکه **چشم تیزبین، گوش شنوا و ذهن تحلیلگر** خودش بود – البته با پشتوانه‌ی صدها ساعت ویدئوی مستند.

۲.۵ نخستین مشاهدات: مقاومت، نه محتوا

در جریان همین بازبینی‌های دقیق بود که دوانلو به نخستین بینش‌های کلیدی‌اش رسید – بینش‌هایی که مسیر حرفه‌ای‌اش و تاریخ روان‌درمانی پویا را دگرگون ساخت.

بینش اول: مقاومت، نه محتوا، کلید درمان است.

روان‌کاوی کلاسیک تمرکز اصلی‌اش بر **محتوای** ناهشیار بود – خاطرات سرکوب‌شده، رؤیاهای تداعی‌ها. فروید امیدوار بود از طریق تداعی آزاد به این محتوا دست یابد. اما دوانلو دریافت که آنچه **مانع** دسترسی به محتوا می‌شود – یعنی **مقاومت** – باید ابتدا مورد توجه قرار بگیرد. تا مقاومت سر جایش هست، هر تلاشی برای رسیدن به محتوای ناهشیار بیهوده یا سطحی خواهد بود.

بینش دوم: مقاومت خود را در رابطه‌ی انتقالی نشان می‌دهد.

بیمار همان الگوهای دفاعی‌ای را که در زندگی روزمره و در روابط نزدیکش به‌کار می‌برد، در رابطه با درمانگر نیز تکرار می‌کند. اتاق درمان، نمونه‌ی کوچکی از جهان بیرونی بیمار است – و بنابراین، بهترین آزمایشگاه برای مشاهده و تغییر الگوهای دفاعی.

بینش سوم: انفعال درمانگر، مقاومت را تقویت می‌کند.

این شاید جسورانه‌ترین بینش دوانلو بود. در سنت روان‌کاوی کلاسیک، درمانگر باید خنثا و نسبتاً منفعل بماند تا شرایط برای ظهور خودبه‌خودی مواد ناهشیار فراهم شود. اما دوانلو مشاهده کرد که در بسیاری از موارد – به‌ویژه با بیماران بسیار مقاوم – سکوت درمانگر نه‌تنها مقاومت را کاهش نمی‌دهد، بلکه آن را **تثبیت و تقویت** می‌کند. بیمار مقاوم، سکوت درمانگر را به‌عنوان مجوز ادامه‌ی دفاع‌هایش تعبیر می‌کند.

بینش چهارم: فعالیت درمانگر، مقاومت را آشکار می‌سازد.

دوانلو دریافت که وقتی درمانگر **فعالانه** درباره‌ی احساسات بیمار می‌پرسد و مقاومت را به چالش می‌کشد، اتفاق جالبی رخ می‌دهد: مقاومت نه‌تنها پنهان نمی‌ماند، بلکه به‌شکل **آشکار و قابل مشاهده** ظاهر می‌شود. و تنها مقاومتی که دیده شود، قابل رسیدگی است.

۲.۶ «درمان آزمایشی» (Trial Therapy)

یکی از نوآوری‌های عملی مهم دوانلو در این دوره، مفهوم **«درمان آزمایشی»** (Trial Therapy) بود.

در سنت‌های پیشین، ارزیابی بیمار عمدتاً بر اساس **مصاحبه‌ی تشخیصی** (diagnostic interview) صورت می‌گرفت – یعنی پرسش درباره‌ی علائم، تاریخچه و وضعیت فعلی. دوانلو رویکرد متفاوتی را پیشنهاد کرد: در همان جلسه‌ی اول، او تکنیک‌های خود – فشار، چالش – را به‌کار می‌برد و **واکنش بیمار** به این مداخلات را مشاهده می‌کرد.

درمان آزمایشی دو هدف داشت:

هدف اول – ارزیابی: آیا بیمار توانایی پاسخ‌دهی به این روش درمانی را دارد؟ اضطراب در کدام مسیر تخلیه می‌شود؟ بیمار چه ظرفیتی برای تحمل هیجانات شدید دارد؟ آیا موانعی مانند سابقه‌ی روان‌پریشی، اقدام جدی به خودکشی، یا کنترل ضعیف تکانه وجود دارد؟

هدف دوم – درمان: درمان آزمایشی صرفاً یک آزمون نبود – بلکه خود بخشی از فرایند درمانی بود. اگر بیمار پاسخ مناسبی نشان می‌داد، شکستن اولیه‌ی مقاومت می‌توانست همان جلسه‌ی اول آغاز شود.

بیبِر (Beeber, 2018) با اشاره به «مورد دختر کوچک هلندی» (Case of the Little Dutch Girl) توضیح می‌دهد که دوانلو چگونه از درمان آزمایشی برای رد کردن موارد منع (contraindications) استفاده می‌کرد.

۲.۷ ارقام: دوازده سال نخست

دوانلو داده‌های دقیقی از کار بالینی‌اش نگه می‌داشت. بیبِر (Beeber, 2018) ارقام زیر را گزارش می‌کند:

دوره‌ی زمانی	
تعداد بیماران ارزیابی‌شده	۵۷۵ نفر
واجدین شرایط (معیارهای ۱۹۶۵)	۱۳۰ نفر
بیماران با درمان موفق	۱۱۵ نفر
میانگین تعداد جلسات	۲۰ جلسه
مدت پیگیری	۲ تا ۷ سال
مستندسازی	تمام موارد صوتی-تصویری ضبط شده

این ارقام در بافت زمانی خود بسیار قابل‌توجه‌اند:

- **۲۰ جلسه** در مقایسه با صدها جلسه‌ی روان‌کاوی کلاسیک، تحولی چشمگیر بود
- نرخ موفقیت بالا: ۱۱۵ از ۱۳۰ (حدود ۸۸ درصد)
- پیگیری بلندمدت (تا ۷ سال) نشان‌دهنده‌ی تعهد دوانلو به بررسی دوام نتایج
- مستندسازی کامل، امکان بازبینی و تأیید مستقل را فراهم می‌کرد

البته باید توجه داشت که در این دوره‌ی اولیه، دوانلو هنوز بیماران را **گزینشی** انتخاب می‌کرد – از ۵۷۵ بیمار ارزیابی‌شده، فقط ۱۳۰ نفر واجد شرایط بودند. گسترش دامنه‌ی بیماران به مقاوم‌ترها و پیچیده‌ترها، پروژه‌ی دهه‌های بعدی بود.

۲.۸ سمینار هفتگی: آزمایشگاه آموزشی

سمینار هفتگی دوانلو برای دستیاران و دانشجویان، نقش مهمی در تکامل روش او ایفا کرد. در این سمینار:

- ویدئوهای جلسات درمانی پخش می‌شد
- هر مداخله و هر واکنش بیمار مورد بحث قرار می‌گرفت

- دانشجویان و دستیاران یاد می‌گرفتند چگونه ببینند – نه فقط بشنوند

این «یادگیری از طریق مشاهده» (learning by observation) روشی بود که در آن، تئوری و عمل از هم جدا نبودند. دانشجو درمان واقعی را می‌دید – با تمام پیچیدگی‌ها، شکست‌ها و موفقیت‌هایش – و یاد می‌گرفت که به ریزه‌کاری‌ها توجه کند: تغییر حالت چهره‌ی بیمار، تنش در عضلات، تغییر تَن صدا، لحظه‌ای که نگاه بیمار از درمانگر منحرف می‌شود.

بیبِر (Beeber, 2018) گزارش می‌دهد که در همین برنامه بود که دوانلو متقاعد شد یک شکل کوتاه‌تر روان‌درمانی می‌تواند درمان انتخابی (treatment of choice) برای تعداد بزرگ‌تری از بیماران باشد.

۲.۹ دوانلو در مقایسه با فضای حاکم

برای درک عمق نوآوری دوانلو، لازم است تصویری از فضای حاکم بر روان‌درمانی دهه‌ی ۱۹۶۰ داشته باشیم:

ویژگی	روان‌کاوی کلاسیک (دهه‌ی ۱۹۶۰)	رویکرد نوپای دوانلو
نقش درمانگر	خنثا، منفعل، ساکت	فعال، مستقیم، چالش‌گر
ابزار اصلی	تداعی آزاد، تفسیر	فشار، چالش، مشاهده‌ی مقاومت
مستندسازی	یادداشت‌های پس از جلسه	ضبط ویدئویی کامل
طول درمان	سال‌ها	هفته‌ها تا ماه‌ها
انتخاب بیمار	بسیار گزینشی	در حال گسترش
هدف	بینش (insight)	باز کردن ناهشیار + تغییر ساختاری
آموزش	سوپروایزری کلامی	مشاهده‌ی ویدئویی مشترک
شفافیت	جلسه خصوصی و بسته	جلسه قابل مشاهده و قابل نقد

تقریباً در هر بُعدی، دوانلو در مسیری متفاوت حرکت می‌کرد.

۲.۱۰ تنهایی پیشگام

اما در این دوره – از ۱۹۶۲ تا اوایل دهه‌ی ۱۹۷۰ – دوانلو هنوز تنها بود. او در مونترال کار می‌کرد، بیمارانش را درمان می‌کرد، ویدئوهایش را بازبینی می‌کرد، دانشجویانش را آموزش می‌داد – اما جامعه‌ی بین‌المللی روان‌درمانی از کار او اطلاع چندانی نداشت.

هیچ‌کس هنوز «باز کردن ناهشیار» نشنیده بود. هیچ‌کس «توالی پویای مرکزی» نمی‌شناخت. مفاهیمی مانند «روپارویی سر به سر با مقاومت» یا «ائتلاف درمانی ناهشیار» هنوز نام نداشتند.

دوانلو مانند کاوشگری بود که به‌تنهایی وارد سرزمینی ناشناخته شده – و داشت نقشه‌ای ترسیم می‌کرد که هنوز کسی ندیده بود.

اما این تنهایی قرار بود در سال ۱۹۷۳ شکسته شود – با دیداری دوباره در اسلو.

جمع‌بندی فصل

فصل دوم، آغاز عملی انقلاب دوانلو را روایت کرد:

- در سال ۱۹۶۲، برنامه‌ی روان‌درمانی کوتاه‌مدت خود را راه‌اندازی کرد
- شخصاً بیماران را درمان کرد – در خط مقدم بالین
- سمینار هفتگی برای دستیاران و دانشجویان برگزار کرد
- ضبط ویدئویی نظام‌مند جلسات را آغاز کرد – اقدامی بی‌سابقه
- روش پژوهش بالینی منحصربه‌فرد خود را پایه‌ریزی کرد: چرخه‌ی مشاهده → تحلیل → اصلاح → آزمایش

- به چهار بینش کلیدی رسید: محوریت مقاومت، نقش انتقال، ناکارآمدی انفعال، و قدرت فعالیت درمانگر
- مفهوم «درمان آزمایشی» را توسعه داد
- در دوازده سال نخست، ۵۷۵ بیمار را ارزیابی و ۱۱۵ نفر را با میانگین ۲۰ جلسه موفقانه درمان کرد
- اما هنوز تنها بود – جهان از کار او بی‌خبر بود

در فصل سوم، دیدار دوانلو با سیفنیوس در اسلو و سمپوزیوم‌های بین‌المللی تاریخ‌ساز را دنبال خواهیم کرد.

۲.۱۱ چرا ویدئو؟ عمق فلسفی یک تصمیم عملی

تصمیم دوانلو به ویدئو ضبط کردن جلسات درمانی، ظاهراً یک تصمیم عملی و فنی بود. اما در عمق، یک **موضع فلسفی** را نمایندگی می‌کرد – موضعی درباره‌ی ماهیت دانش بالینی.

در سنت روان‌کاوی کلاسیک، دانش بالینی عمدتاً **روایتی** (narrative) بود. درمانگر در جلسه حضور داشت، تجربه می‌کرد، و سپس آن تجربه را در قالب یادداشت‌ها، گزارش‌های موردی یا ارائه‌های شفاهی بازگو می‌کرد. این بازگویی ناگزیر از فیلتر ذهنی درمانگر عبور می‌کرد – با تمام تعصبات، نقاط کور و بازسازی‌های ناهشیارانه‌ای که هر ذهن انسانی دارد.

دوانلو این مدل را بنیاداً رد کرد. او معتقد بود دانش بالینی باید بر **مشاهده‌ی عینی** استوار باشد – نه بر بازسازی ذهنی. ویدئو این امکان را فراهم می‌کرد. با ویدئو، می‌توان:

- همان لحظه را **بارها و بارها** بازبینی کرد
- **جزئیاتی** را دید که در لحظه از دست رفته بودند – یک تغییر ظریف در حالت چهره، یک مکث نامحسوس، یک تنش لحظه‌ای در دست‌ها
- مداخلات درمانگر را **ارزیابی عینی** کرد – آیا واقعاً آن‌قدر مؤثر بود که درمانگر فکر می‌کند؟

- فرایند درمان را به **دیگران نشان داد** – نه تعریف کرد، بلکه نشان داد

این موضع فلسفی – اولویت مشاهده‌ی عینی بر روایت ذهنی – دوانلو را به پیشگام **شفافیت بالینی** (clinical transparency) تبدیل کرد. در زمانی که اکثر درمانگران پشت درهای بسته‌ی اتاق درمان کار می‌کردند و هیچ‌کس جز خودشان نمی‌دانست واقعاً چه اتفاقی می‌افتد، دوانلو درهایش را (از طریق ویدئو) باز کرد.

این شفافیت هزینه هم داشت. ویدئو نه فقط موفقیت‌ها، بلکه **اشتباهات** را هم ثبت می‌کند. درمانگری که ویدئو ضبط می‌کند، باید آماده باشد که لحظات ضعفش، مداخلات نادرستش و واکنش‌های ناهشیارانه‌اش نیز دیده شود. دوانلو این آسیب‌پذیری را پذیرفت – و شاید همین پذیرش آسیب‌پذیری بود که به او اجازه داد از اشتباهاتش بیاموزد و تکنیک‌اش را مدام اصلاح کند.

۲.۱۲ سمینار هفتگی: بذرهای یک فرهنگ

سمینار هفتگی دوانلو صرفاً یک کلاس نبود – بلکه محل تولد یک **فرهنگ** بود. فرهنگ «دیدن» (seeing) در مقابل فرهنگ «شنیدن» (hearing).

در مدل آموزشی سنتی روان‌کاوی، سوپروایزری (supervision) بر اساس **بازگویی شفاهی** انجام می‌شد: کارآموز جلسه را از حافظه‌اش تعریف می‌کرد و سوپروایزر بر اساس این بازگویی نظر می‌داد. مشکل این بود که سوپروایزر نه بیمار را می‌دید، نه درمانگر را. فقط **روایت** درمانگر از جلسه را می‌شنید – روایتی که ممکن بود ناقص، تحریف‌شده یا خودفریبانه باشد.

در سمینار دوانلو، وضعیت متفاوت بود. دانشجویان و دستیاران **ویدئوی واقعی** جلسه را می‌دیدند. آنها نه بر روایت درمانگر، بلکه بر **واقعیت** جلسه تکیه می‌کردند. می‌توانستند با چشم خودشان ببینند:

- درمانگر چه گفت – و بیمار چگونه واکنش نشان داد
- آیا مداخله‌ی درمانگر مقاومت را کاهش داد یا افزایش داد
- آیا اضطراب بیمار در عضلات ارادی تخلیه شد یا در سیستم خودمختار

- لحظه‌ی دقیقی که باز شدن ناهشیار رخ داد – اگر رخ داد

این تغییر از «شنیدن» به «دیدن»، تأثیر عمیقی بر نسل‌های بعدی درمانگران گذاشت. آنها یاد گرفتند به **ریزه‌کاری‌ها** توجه کنند – به‌ویژه به نشانه‌های بدنی (body signals) که در مدل شفاهی سنتی قابل انتقال نبودند. چگونه می‌توان تنش فک بیمار را «تعریف» کرد؟ چگونه می‌توان لرزش ظریف دست‌ها یا رطوبت چشم‌ها را در قالب کلمات منتقل کرد؟ ویدئو این نشانه‌ها را **مستقیماً** قابل مشاهده می‌ساخت.

فصل ۳

سمپوزیوم‌های بین‌المللی و گردهمایی بزرگان: دهه‌ی ۱۹۷۰

۳.۱ اسلو، ۱۹۷۳: دیداری که تاریخ‌ساز شد

ده سالی از آغاز برنامه‌ی روان‌درمانی کوتاه‌مدت دوانلو در مونترال گذشته بود. او در سکوت نسبی، صدها بیمار را ارزیابی و درمان کرده بود، صدها ساعت ویدئو ضبط کرده بود، و به بینش‌هایی رسیده بود که هنوز کسی جز خودش و شاگردان نزدیکش نمی‌شناخت.

در سال ۱۹۷۳، یک کنفرانس بین‌المللی روان‌درمانی در **اسلو**، نروژ برگزار شد. دوانلو به این کنفرانس رفت و در آنجا بار دیگر با **پیتر سیفنیوس** (Peter Sifneos) روبرو شد – روان‌پزشک یونانی‌تبار دانشگاه هاروارد که او نیز مستقلاً در حوزه‌ی روان‌درمانی پویای کوتاه‌مدت کار می‌کرد. آنها نخستین بار در بوستون، در بیمارستان عمومی ماساچوست با هم آشنا شده بودند (Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025).

این دیدار دوباره، جرقه‌ای بود. سیفنیوس روش خود – «روان‌درمانی کوتاه‌مدت اضطراب‌زا» (Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy – STAPP) – را توسعه داده بود. دوانلو نیز رویکرد خاص خودش را داشت. دو مرد دریافتند که هرچند مسیرهایشان متفاوت است، هر دو به دنبال پاسخ به سؤالی واحد هستند: **آیا می‌توان روان‌درمانی پویا را کوتاه‌تر و مؤثرتر کرد؟**

آنها شروع به مکاتبه کردند. دوانلو سیفنیوس را به همکاری در یک سمپوزیوم در مونترال دعوت کرد. در مارس ۱۹۷۴، این سمپوزیوم مشترک برگزار شد (Beeber, 2018).

۳.۲ نخستین سمپوزیوم بین‌المللی: مارس ۱۹۷۵

یک سال پس از سمپوزیوم مشترک با سیفنیوس، دوانلو اقدامی بزرگ‌تر کرد. در مارس ۱۹۷۵، او **نخستین سمپوزیوم بین‌المللی روان‌درمانی پویای کوتاه‌مدت** (First International Symposium on Short-Term Dynamic Psychotherapy) را در مونترال سازمان‌دهی کرد (Beeber, 2018; Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025).

این رویداد یکی از لحظات تاریخی در تحول روان‌درمانی پویا بود – و دلایلش روشن‌اند.

گردهمایی بزرگان

دوانلو توانسته بود گروهی از **برجسته‌ترین** پژوهشگران و بالینگران حوزه‌ی روان‌درمانی کوتاه‌مدت را گرد هم آورد. حضور هم‌زمان این افراد در یک کنفرانس، پیش از آن سابقه نداشت:

حبیب دوانلو – میزبان و سازمان‌دهنده، با ارائه‌ی موارد بالینی ویدئویی بیماران بسیار مقاوم.

پیتر سیفنیوس (Peter Sifneos) – از دانشگاه هاروارد، توسعه‌دهنده‌ی STAPP. روش سیفنیوس بر تعارضات ادیپی تمرکز داشت و بیماران با انگیزه‌ی بالا و مقاومت پایین را هدف می‌گرفت. رویکرد او عمداً «اضطراب‌زا» بود – یعنی درمانگر آگاهانه اضطراب بیمار را برمی‌انگیخت تا به مواد ناهشیار دسترسی پیدا کند.

دیوید مالان (David Malan) – از کلینیک تاولستاک (Tavistock Clinic) لندن، یکی از معتبرترین مراکز روان‌درمانی پویا در جهان. مالان نقش مهمی در نظام‌مند کردن روان‌درمانی کوتاه‌مدت داشت. او مفاهیم «مثلث تعارض» (Triangle of Conflict) و «مثلث شخص» (Triangle of Person) را صورت‌بندی کرده بود – مفاهیمی که بعدها در رویکرد دوانلو نیز جایگاه محوری یافتند. مالان همچنین بر انتخاب دقیق «تمرکز» (focus) درمانی تأکید داشت.

جاد مارمور (Judd Marmor) – رئیس سابق انجمن روان‌پزشکی آمریکا (American Psychiatric Association) و چهره‌ای بسیار معتبر در روان‌پزشکی. حضور مارمور به سمپوزیوم اعتبار نهادی می‌بخشید.

ماردی هورویتز (Mardi Horowitz) – پژوهشگر برجسته‌ی استرس، تروما و واکنش‌های سوگ. کار هورویتز پلی بین پژوهش تجربی و عمل بالینی بود.

ساموئل آیزنستاین (Samuel Eisenstein) – متخصص روان‌درمانی کوتاه‌مدت.

سول براون (Saul Brown) – روان‌پزشک و پژوهشگر.

جیمز من (James Mann) – توسعه‌دهنده‌ی «روان‌درمانی محدود به زمان» (Time-Limited Psychotherapy) با ساختاری دقیقاً ۱۲ جلسه‌ای، متمرکز بر مسائل جدایی و از دست دادن. و دیگران.

۳.۳ آنچه جهان ندیده بود: درمان زنده روی صفحه

ویژگی انقلابی این سمپوزیوم، محتوای ارائه‌ها نبود – بلکه **شکل** آنها بود.

بیبیر (Beeber, 2018) گزارش می‌دهد که سمپوزیوم شامل **کارگاه‌های متعددی** (workshops) بود که در آنها **جلسات ضبط‌شده‌ی صوتی-تصویری** با بیماران واقعی پخش و تحلیل می‌شد. این ویدئوها شامل:

- مصاحبه‌های تشخیصی اولیه (initial diagnostic evaluations)
- فرایند کار عمیق (working through) در طول درمان
- خاتمه‌ی درمان (termination)
- ارزیابی نتایج پیگیری (follow-up outcome evaluations)

تا پیش از این، روان‌درمانگران درباره‌ی کارشان **حرف می‌زدند** – در کنفرانس‌ها مقاله می‌خواندند، نمونه‌های بالینی را از حافظه روایت می‌کردند، رونوشت (transcript) جلسات را بازگو می‌کردند. اما هیچ‌کس درمان واقعی را **ندیده** بود. فاصله‌ای بود بین آنچه درمانگر می‌گفت انجام داده و آنچه واقعاً در اتاق درمان اتفاق افتاده بود – و هیچ‌کس امکان پر کردن این فاصله را نداشت.

دوانلو این فاصله را از بین برد. او ویدئوهای جلسات واقعی‌اش را – با تمام لحظات دشوار، مقاومت‌ها، شکست‌ها و موفقیت‌ها – روی صفحه آورد و در معرض دید و نقد همکاران قرار داد. این شفافیت، بی‌سابقه بود. و واکنش‌ها نیز بی‌سابقه بود.

۳.۴ موارد کلاسیک: نام‌هایی که در تاریخ ماندند

بیبِر (Beeber, 2018) فهرستی از موارد بالینی کلاسیک دوانلو را ارائه می‌دهد که در همین سمپوزیوم‌های اولیه معرفی شدند و بعدها در کتاب بنیادین «اصول و تکنیک‌های پایه در روان‌درمانی پویای کوتاه‌مدت» (Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy, 1978) منتشر شدند:

«زن دندان‌قروچه‌کن» (The Teeth-Grinding Woman) – نمونه‌ای از کار مستقیم با مقاومت و جسمانی‌سازی.

«زن خشمگین و کودک‌وار» (The Angry, Childlike Woman) – در رونوشت این مورد، بیبِر اشاره می‌کند که می‌توان نخستین ردپای آنچه بعدها دوانلو «رویارویی سر به سر» (Head-on Collision) نامید را مشاهده کرد.

«مردی با تکانه‌ی قتل ناپدری‌اش» (The Man with the Impulse to Murder His Stepfather) – نمونه‌ای از کار با خشم مرگبار ناهشیار.

«زنی با ترس از دست دادن شوهرش» (The Woman with the Fear of Losing Her Husband) – ارتباط بین اضطراب فعلی و تروماهای گذشته.

«مرد بتن‌ساز» (The Cement-Mixer Man) – نمونه‌ای از ساختار شخصیتی سخت و مقاوم.

«مردی وسواسی درباره‌ی اندام تناسلی‌اش» (The Man Obsessed with the Size of His Genitals) – ارتباط بین وسواس علامتی و تعارضات عمیق‌تر.

هر یک از این موارد، نه یک داستان نظری، بلکه یک **درمان واقعی ضبط‌شده** بود – با بیماری حقیقی، درد حقیقی، مقاومت حقیقی و تغییر حقیقی. حصار می‌توانستند ببینند دوانلو دقیقاً چه می‌گوید، بیمار دقیقاً چگونه واکنش نشان می‌دهد، و چگونه مقاومت به‌تدریج یا ناگهان فرو می‌ریزد.

۳.۵ آنچه دوانلو متفاوت نشان داد

بیبِر (Beeber, 2018) تأکید می‌کند که دوانلو در این سمپوزیوم‌ها، کار خود را با کار سیفنیوس و مالان مقایسه و مقابله کرد. تفاوت‌ها عمیق بودند:

اول – «روان‌درمانی پویای کوتاه‌مدت با تمرکز گسترده»: در حالی که سایر همکاران هر یک تمرکز درمانی واحد و ساده‌ای داشتند (مثلاً یک تعارض اُدیپی مشخص)، دوانلو آنچه را «**روان‌درمانی پویای کوتاه‌مدت با تمرکز گسترده**» (Broad-Focused Short-Term Dynamic Psychotherapy) می‌نامید ارائه داد – روشی که برای طیف وسیع‌تری از بیماران و مسائل پیچیده‌تر قابل استفاده بود.

دوم – کار با بیماران بسیار مقاوم: در حالی که سایر بالینگران بیماران پیچیده و مقاوم را کنار می‌گذاشتند، دوانلو در ویدئوهایش نشان داد که تکنیک‌اش در حذف مقاومت حتی در بیماران بسیار مقاوم مؤثر است.

سوم – فعالیت بالای درمانگر: دوانلو بر فعالیت شدید درمانگر، تمرکز سنگین بر رابطه‌ی انتقالی، و توجه ویژه به مقاومت در انتقال تأکید داشت.

چهارم – دو مداخله‌ی بنیادین: «فشار» و «چالش»: دوانلو دو مداخله‌ی اصلی خود را که «فشار» (Pressure) و «چالش» (Challenge) به ساختار دفاعی بیمار نامید، معرفی کرد. بیبر تأکید می‌کند که این دو مداخله **سنگ بنای** (cornerstone) تکنیک دوانلو را تشکیل می‌دهند و کاربرد صحیح آنها به استفاده‌ی **سنجیده و به‌موقع** وابسته است (Beeber, 2018).

پنجم – معیارهای انتخاب متاروانشناختی: دوانلو معیارهای انتخاب بیمار را نه صرفاً بر پایه‌ی پدیده‌شناختی (phenomenological) – یعنی علائم قابل مشاهده – بلکه از دیدگاه **متاروانشناختی** (metapsychological) مطرح کرد. یعنی ارزیابی بر اساس ساختار دفاعی ناهشیار بیمار، نه صرفاً تشخیص DSM او.

۳.۶ لوزان، ۱۹۷۶: جستجوی مقاومت

در سال ۱۹۷۶، در **کنگره‌ی بین‌المللی فرانسوی‌زبان درمان‌های تحلیلی کوتاه‌مدت** در لوزان، سوئیس، دوانلو دو مورد کلاسیک دیگر خود را ارائه داد:

- «**معمار آلمانی**» (The German Architect)

و مهم‌تر از همه، مقاله‌ای ارائه کرد با عنوانی که برنامه‌ی پژوهشی کل عمرش را خلاصه می‌کرد:

«**جستجوی مقاومت و تکنیک حذف کامل مقاومت**» (The Search for Resistance)
(and the Technique of Total Removal of Resistance)

این عنوان، شعار علمی دوانلو بود: **جستجوی مقاومت** (Search for the Resistance). نه جستجوی محتوای ناهشیار، نه جستجوی خاطرات سرکوب‌شده، نه جستجوی رؤیایها – بلکه جستجوی آن نیرویی که مانع دسترسی به همه‌ی اینهاست. مقاومت را پیدا کن، با آن رویارو شو، آن را حذف کن – و ناهشیار خود را باز خواهد کرد.

۳.۷ سمپوزیوم سوم و تکمیل فاز اولیه: نوامبر ۱۹۷۷

ببیر (Beeber, 2018) معتقد است فاز اولیه‌ی کار دوانلو با **سمپوزیوم سوم بین‌المللی** در مونترال، نوامبر ۱۹۷۷، به نقطه‌ی اوج خود رسید.

بسیاری از ارائه‌های این سمپوزیوم در کتاب دوم دوانلو منتشر شدند:

«**روان‌درمانی پویای کوتاه‌مدت**» (Short-Term Dynamic Psychotherapy, ویراسته‌ی

دوانلو، ۱۹۸۰)

در این کتاب، دوانلو روش فعلی‌اش را شرح داد. در مقایسه با همکارانش، او طیف بیماران قابل درمان با تکنیک‌اش را گسترش داده بود تا شامل **بیماران بسیار مقاوم با آسیب‌شناسی شخصیتی پیچیده** شود. این بیماران:

- با مشکلاتشان **هم‌نوا** (syntonic) بودند – یعنی الگوهای ناسازگارشان را بخشی از هویتشان می‌دانستند
- اغلب گرایش‌های **خودآزارگرانه** (masochistic) و **خودتخریب‌گرانه** (self-defeating) در شخصیتشان داشتند
- آنچه دوانلو در آن زمان «**مقاومت‌های فراخود**» (resistances of the superego) می‌نامید را نشان می‌دادند

بیبِر تأکید می‌کند که دقیقاً همین گروه از بیماران بود که بیشترین مشکل را برای روان‌کاوی و سایر رویکردهای کوتاه‌مدت ایجاد کرده بود (Beeber, 2018). فروید خود درباره‌ی همین بیماران – آنهایی که «مقاومت فراخود» دارند – ابراز ناامیدی کرده بود.

دوانلو همچنین تکنیک «درمان آزمایشی» (Trial Therapy) را به تفصیل شرح داد. با استفاده از «مورد دختر کوچک هلندی» (Case of the Little Dutch Girl) نشان داد چگونه موانع (contraindications) درمان – مانند سابقه‌ی روان‌پریشی، اقدام جدی به خودکشی، یا کنترل ضعیف تکانه – را شناسایی و غربال می‌کند.

۳.۸ کتاب‌های بنیادین

سمپوزیوم‌های دهه‌ی ۱۹۷۰ پایه‌ی انتشار دو کتاب بنیادین دوانلو شدند:

سال	عنوان	اهمیت
۱۹۷۸	Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy	شامل موارد کلاسیک، معرفی «فشار» و «چالش»، مفهوم درمان آزمایشی
۱۹۸۰	Short-Term Dynamic Psychotherapy	شرح روش فعلی، گسترش طیف بیماران، تکنیک‌های کار با بیماران بسیار مقاوم

این دو کتاب، به همراه ویدئوهای جلسات درمانی که دوانلو در سمپوزیوم‌ها و دوره‌های آموزشی به نمایش می‌گذاشت، هسته‌ی اولیه‌ی ادبیات D-ISTDP را تشکیل دادند.

۳.۹ واکنش‌ها: تحسین و جدل

واکنش‌ها به کار دوانلو، از همان ابتدا، دو قطبی بود:

حامیان مشتاق:

دیوید مالان از کلینیک تاویستاک، یکی از نخستین کسانی بود که اهمیت کار دوانلو را شناخت. مالان خود پژوهشگری باتجربه در روان‌درمانی کوتاه‌مدت بود و ارزش علمی مستندسازی ویدئویی دوانلو و نتایج بالینی‌اش را درک کرد. همکاری فکری مالان و دوانلو سال‌ها ادامه یافت و مالان تأثیر عمیقی بر شناخت بین‌المللی کار دوانلو گذاشت.

منتقدان سرسخت:

بسیاری از روان‌کاوان سنتی، رویکرد فعال و رویارویی‌گرانه‌ی دوانلو را مشکل‌ساز می‌دانستند. انتقادات عمدتاً حول چند محور بود:

- **نگرانی اخلاقی:** آیا فشار مستقیم بر بیمار اخلاقی است؟ آیا ممکن است آسیب‌رسان باشد؟
- **چالش با سنت:** رویکرد دوانلو در تضاد با اصول بنیادین روان‌کاوی کلاسیک بود – به‌ویژه اصل خنثی بودن و انفعال درمانگر
- **مقاومت نهادی:** جریان اصلی روان‌کاوی، ساختاری نهادی داشت (انجمن‌ها، مؤسسات آموزشی، ساختار صلاحیت‌سنجی) و ورود یک روش بنیاداً متفاوت، این ساختار را تهدید می‌کرد

این تنش بین حامیان و منتقدان، دهه‌ها ادامه یافت – و در واقع هرگز کاملاً حل نشد.

۳.۱۰ ورود به عرصه‌ی عمومی: نیویورک‌تایمز، ۱۹۸۲

شهرت دوانلو از حلقه‌ی تخصصی فراتر رفت. در **نوامبر ۱۹۸۲**، مجله‌ی **نیویورک‌تایمز** (The New York Times Magazine) مقاله‌ی مفصلی منتشر کرد با عنوان:

«یک روان‌درمانی کوتاه‌مدت جدید و بحث‌برانگیز» (A New and Controversial Short-Term Psychotherapy)

این مقاله، کار دوانلو را به **مخاطب عمومی** آمریکا معرفی کرد. واژه‌ی «**بحث‌برانگیز**» (controversial) در عنوان، گویای فضای آن زمان بود: روش دوانلو هم تحسین‌برانگیز بود و هم جنجال‌آفرین.

یک ماه بعد، در **دسامبر ۱۹۸۲**، همان مجله نامه‌هایی از خوانندگان درباره‌ی این موضوع منتشر کرد. حجم و شدت واکنش‌ها – هم موافق و هم مخالف – نشان‌دهنده‌ی آن بود که دوانلو سیمی حساس را لمس کرده بود.

۳.۱۱ از سمپوزیوم تا مؤسسه

در پی موفقیت سمپوزیوم‌ها، دوانلو ساختار آموزشی رسمی‌تری ایجاد کرد. «**مؤسسه‌ی بین‌المللی روان‌درمانی پویای کوتاه‌مدت**» (International Institute for Short-Term Dynamic Psychotherapy) تأسیس شد و کارگاه‌ها و دوره‌های متاروانشناسی سالانه را برگزار می‌کرد (Beeber, 2018).

از سال ۱۹۸۳، دوانلو **دوره‌های سالانه‌ی متاروانشناسی** را آغاز کرد – دوره‌هایی فشرده که در آنها، موارد بالینی جدید با تکنیک‌های در حال تکامل ارائه می‌شد. این دوره‌ها تا دهه‌ی ۲۰۱۰ ادامه یافت و نام‌هایی مانند «سمپوزیوم سالانه‌ی صوتی-تصویری درباره‌ی علم متاروانشناسی ناهشیار» (Annual Audiovisual Symposium on the Science of the Metapsychology of the Unconscious) به خود گرفت (Firouz Pétermann, 2014).

جمع‌بندی فصل

فصل سوم، دوره‌ی شکوفایی و شناخته شدن بین‌المللی دوانلو را روایت کرد:

- **۱۹۷۳:** دیدار دوباره با سیفنیوس در اسلو – جرقه‌ی همکاری
- **۱۹۷۴:** سمپوزیوم مشترک با سیفنیوس در مونترال

- **۱۹۷۵:** نخستین سمپوزیوم بین‌المللی – گردهمایی بی‌سابقه‌ی بزرگان (سیفنیوس، مالان، مارمور، هورویتز، من و دیگران)
- **نمایش ویدئوهای درمان واقعی** – شفافیتی بی‌سابقه در تاریخ روان‌درمانی
- **موارد کلاسیک** که در تاریخ ماندند: زن دندان‌قروچه‌کن، معمار آلمانی و...
- **۱۹۷۶:** ارائه در لوزان – «جستجوی مقاومت و تکنیک حذف کامل مقاومت»
- **۱۹۷۷:** سمپوزیوم سوم – نقطه‌ی اوج فاز اولیه
- **دو کتاب بنیادین (۱۹۷۸ و ۱۹۸۰)** – هسته‌ی ادبیات ISTDP
- **واکنش‌های دوقطبی:** حمایت مالان، مقاومت جریان اصلی روان‌کاوی
- **۱۹۸۲:** مقاله‌ی نیویورک‌تایمز – ورود به عرصه‌ی عمومی
- تأسیس ساختار آموزشی رسمی و آغاز دوره‌های سالانه‌ی متاروانشناسی

با پایان دهه‌ی ۱۹۷۰ و آغاز دهه‌ی ۱۹۸۰، دوانلو دیگر تنها نبود. اما بهترین کارهایش هنوز در پیش بود. در بخش دوم کتاب، پیش از آنکه به دهه‌ی ۱۹۸۰ و کشف «باز کردن ناهشیار» برسیم، ابتدا ریشه‌های تاریخی‌ای را بررسی خواهیم کرد که کار دوانلو بر بستر آنها رشد کرد – از مسمر و فروید تا الکساندر و فرنچ.

۳.۱۲ مالان و دوانلو: یک رابطه‌ی فکری تعیین‌کننده

از میان همه‌ی هم‌عصران دوانلو، **دیوید مالان** (David Malan) نقش ویژه‌ای در داستان D-ISTDP دارد. رابطه‌ی فکری مالان و دوانلو، رابطه‌ای بود مبتنی بر احترام متقابل و تکمیل متقابل.

مالان خود روان‌درمانگر و پژوهشگر برجسته‌ای بود. او در کلینیک تاویستاک لندن – یکی از معتبرترین مراکز روان‌درمانی پویا در جهان – کار می‌کرد. کتاب مهم او «**روان‌درمانی فردی و دانش روان‌پویشی**» (Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics, 1979) یکی از بهترین مقدمه‌ها بر روان‌درمانی پویای کوتاه‌مدت است.

مالان دو مشارکت مفهومی مهم داشت: **مثلث تعارض** (Triangle of Conflict) و **مثلث شخص** (Triangle of Person). این دو مفهوم، چارچوبی ساده اما قدرتمند فراهم می‌کردند برای فهم ساختار تعارض روانی و نحوه‌ی تکرار آن در حوزه‌های مختلف ارتباطی. دوانلو این مفاهیم را پذیرفت و در رویکرد خودش به‌کار بست – اما آنها را با تأکید بسیار بیشتر بر **رأس T** (درمانگر) و بر **تجربه‌ی مستقیم** (نه صرفاً بینش) غنی‌تر ساخت.

مالان از نخستین کسانی بود که ارزش علمی کار دوانلو را شناخت. او – به‌عنوان یک بریتانیایی با سابقه در سنت روان‌کاوی بریتانیایی – اعتبار و مشروعیت خاصی به کار دوانلو بخشید. حمایت مالان به‌ویژه در اروپا تأثیرگذار بود و به شناخته شدن ISTDP در محافل آکادمیک اروپایی کمک کرد.

۳.۱۳ واکنش جریان اصلی روان‌کاوی: ترس از تغییر

واکنش منفی بخشی از جامعه‌ی روان‌کاوی به کار دوانلو، صرفاً اختلاف نظر علمی نبود – بلکه ابعاد **نهادی و حتی روان‌شناختی** داشت.

بعد نهادی: روان‌کاوی در آمریکا یک **ساختار قدرت** بود. انجمن‌های روان‌کاوی، مؤسسات آموزشی، معیارهای صلاحیت‌سنجی و مسیرهای ارتقای شغلی، همه به یکدیگر وابسته بودند. ورود روشی بنیاداً متفاوت – که ادعا می‌کرد در چند جلسه کاری انجام می‌دهد که روان‌کاوی در چند سال نمی‌تواند – این ساختار را تهدید می‌کرد. اگر ISTDP واقعاً مؤثر بود، پس سال‌ها آموزش روان‌کاوی کلاسیک، صدها ساعت تحلیل شخصی و هزاران ساعت سوپروایزری – آیا همه بیهوده بودند؟ این سؤال، برای کسانی که عمرشان را وقف روان‌کاوی کلاسیک کرده بودند، تهدیدآمیز بود.

بعد روان‌شناختی: و اینجا به یک پارادوکس جالب می‌رسیم: روان‌کاوان – کسانی که حرفه‌شان کار با مقاومت ناهشیار بیماران بود – خودشان نیز در برابر تغییر **مقاومت** نشان می‌دادند. همان مکانیزم‌هایی که بیمار برای حفظ وضع موجود به‌کار می‌برد – انکار، عقلانی‌سازی، بی‌ارزش‌سازی – توسط بخشی از جامعه‌ی حرفه‌ای در مواجهه با کار دوانلو به‌کار گرفته می‌شد.

دوانلو خود نیز این پارادوکس را می‌شناخت. در واقع، بخش مهمی از کار متأخر او – به‌ویژه در کارگاه‌های مدار بسته – بر **مقاومت درمانگران** تمرکز داشت. او دریافته بود که درمانگرانی که خود درمان نشده‌اند، نه‌تنها نمی‌توانند مؤثر باشند، بلکه ممکن است **مقاومت حرفه‌ای** (professional resistance) نشان دهند – یعنی تحت لوای نقد علمی، از رویارویی با تعارضات حل‌نشده‌ی خودشان فرار کنند.

۳.۱۴ ویدئو به‌عنوان انقلاب اخلاقی

نکته‌ای که کمتر به آن پرداخته شده، **بُعد اخلاقی** تصمیم دوانلو به ضبط ویدئویی جلسات است. در عصری که روان‌درمانی پشت درهای بسته انجام می‌شد – و درمانگر عملاً هیچ پاسخگویی‌ای نسبت به آنچه در اتاق درمان اتفاق می‌افتاد نداشت – ضبط ویدئویی یک **اقدام شفافیت اخلاقی** بود. ویدئو:

- از بیمار محافظت می‌کرد – چون هر مداخله‌ای قابل بازبینی بود
- از درمانگر محافظت می‌کرد – چون ادعاهای بی‌اساس قابل رد بود
- از حرفه محافظت می‌کرد – چون استانداردها قابل سنجش بودند

امروزه، در عصر پزشکی مبتنی بر شواهد، ایده‌ی شفافیت بالینی بدیهی به نظر می‌رسد. اما در دهه‌ی ۱۹۶۰، این یک **انقلاب اخلاقی** بود – و دوانلو پیشگام آن بود.

بخش دوم

ریشه‌ها و بسترها

فصل ۴

تاریخ روان‌پزشکی پویا: از دیوزدگی تا ناهشیار

۴.۱ چرا تاریخ؟

برای درک عمق نوآوری دوانلو، لازم است بدانیم او از کجا آمده – نه از نظر جغرافیایی، بلکه از نظر فکری. هر نوآوری علمی، واکنشی به وضع موجود است. و وضع موجود خود محصول قرن‌ها تحول تدریجی است.

دوانلو بنیان‌گذار ISTDP و بعدها D-ISTDP و D-NISTDP بود – اما او در خلأ کار نمی‌کرد. ریشه‌هایش در سنتی طولانی و پرپیچ‌وخم بود: سنت **روان‌پزشکی پویا** (Dynamic Psychiatry). در این فصل، این سنت را از آغاز ردیابی می‌کنیم تا ببینیم دوانلو دقیقاً در چه نقطه‌ای وارد شد و چرا ورودش تحول‌آفرین بود.

۴.۲ پیش از پزشکی: ناهشیار در ادبیات و فلسفه

مفهوم فرایندهای روانی ناهشیار، بسیار پیش‌تر از روان‌کاوی و حتی پیش‌تر از پزشکی مدرن وجود داشته است.

بیبیر (Beeber, 2018) با اشاره به کاردان (Kardaun) یادآور می‌شود که ناهشیار در **تراژدی‌های یونان باستان** به‌وضوح حضور دارد. اودیپوس بدون آنکه بداند، پدرش را می‌کشد و با مادرش ازدواج می‌کند. این جهل نسبت به انگیزه‌های خود – و این سرنوشت محتومی که از ناآگاهی سرچشمه می‌گیرد – جوهره‌ی تراژدی یونانی و در عین حال پیش‌درآمدی بر مفهوم ناهشیار فروید است.

واژه‌ی ناهشیار (Unbewusst / unconscious) در یک پیش‌نویس شعر «به ماه» (An den Mond) اثر **گوته** در سال ۱۷۷۷ ظاهر می‌شود. در فلسفه نیز، **لایبنیتس** (Leibniz) از «ادراکات خُرد» (petites perceptions) سخن گفته بود – ادراکاتی آن‌قدر ضعیف که به آگاهی نمی‌رسند اما بر رفتار تأثیر می‌گذارند. **کانت** (Kant) بر محدودیت‌های شناخت آگاهانه تأکید کرد. **شوپنهاور** (Schopenhauer) از «اراده» (Will) به‌عنوان نیروی کور و ناآگاه سخن گفت که ژرف‌تر از عقل عمل می‌کند. و **نیچه** (Nietzsche) با صراحتی شگفت‌آور نوشت: «آگاهی فقط سطح است» (Beeber, 2018).

شکسپیر نیز درک عمیقی از امیال و ترس‌های ناهشیار داشت. هملت، مکبث، لیرشاه و اتللو هر یک اسیر نیروهایی هستند که خود از آنها بی‌خبرند – حسادت، جاه‌طلبی، احساس گناه، خشم. این شخصیت‌ها، قرن‌ها پیش از فروید، الگوهای بالینی‌ای را به نمایش می‌گذارند که بعدها در اتاق‌های درمان بازشناخته شدند (Beeber, 2018).

اما تمام این شناخت فلسفی و ادبی، به **پزشکی و درمان راه نیافته** بود. بیماران روانی هنوز «دیورده» (possessed) محسوب می‌شدند، نه «بیمار».

۴.۳ قرون تاریکی درمان: دیوردگی و جن‌گیری

بیبیر (Beeber, 2018) یادآور می‌شود که از قرن پانزدهم تا قرن هجدهم، نوروز و سایر اختلالات روانی عموماً به‌عنوان **تسخیر شیطانی** (demonic possession) تلقی می‌شدند. طبقه‌بندی این اختلالات بسیار مفصل بود – انواع مختلفی از دیوها و شیاطین برای علائم مختلف شناسایی شده بودند – اما درمان عمدتاً محدود بود به دو گزینه:

• جن‌گیری (exorcism)

• مرگ – اعدام یا سوزاندن بیمار به اتهام جادوگری

تا عصر روشنگری (Enlightenment) بود که پزشکی شروع به دیدن این اختلالات به‌عنوان چیزی غیر از تسخیر شیطانی کرد.

این زمینه‌ی تاریخی مهم است. وقتی دوانلو در قرن بیستم از «باز کردن ناهشیار» سخن می‌گوید، او وارث سنتی چندصدساله است که در آن، پیش‌تر، همین ناهشیار «دیو» نامیده می‌شد و «درمان‌اش» نابودی بیمار بود. فاصله‌ی بین جن‌گیری و D-ISTDP، تاریخ تحول فهم بشر از خودش است.

۴.۴ «روان‌پزشکی پویای نخستین»: ۱۷۷۵–۱۹۰۰

الِنبرگر (Ellenberger) در اثر بنیادین خود «کشف ناهشیار» (The Discovery of the Unconscious, 1970) – کتابی که هر پژوهشگر تاریخ روان‌درمانی باید بخواند – دوره‌ی ۱۷۷۵ تا ۱۹۰۰ را «روان‌پزشکی پویای نخستین» (First Dynamic Psychiatry) می‌نامد (Beeber, 2018).

فرانتس آنتون مسمر (Franz Anton Mesmer, 1734-1815)

الِنبرگر مسمر را **نخستین روان‌درمانگر پویا** (first dynamic psychotherapist) معرفی می‌کند. مسمر پزشک اتریشی بود که نظریه‌ای به نام «**مغناطیس حیوانی**» (Animal Magnetism) مطرح کرد. او معتقد بود نیرویی نامرئی – شبیه مغناطیس – بین موجودات زنده جریان دارد و اختلال در این جریان، عامل بیماری‌های عصبی است. مسمر ادعا می‌کرد قدرت خاصی دارد که می‌تواند از طریق تکنیکی که «**رابطه**» (rapport) می‌نامید – تماس فیزیکی با بیمار – این جریان را اصلاح و نوروژ را شفا دهد (Beeber, 2018).

واژه‌ی «**رابطه**» (rapport) که مسمر به‌کار می‌برد، توجه ما را جلب می‌کند: این واژه بعدها – با معنایی کاملاً متفاوت – در ادبیات روان‌درمانی جایگاه محوری یافت. در D-ISTDP دوانلو نیز، «رابطه» – اگرچه نه رابطه‌ی فیزیکی مسمر، بلکه رابطه‌ی عاطفی عمیق درمانگر و بیمار – عنصر بنیادین درمان است.

روش مسمر بحث‌برانگیز بود و سرانجام جایش را به تکنیک‌های **هیپنوتیزم** داد:

- **مکتب نانسی** (Nancy School): پرنه‌ایم (Bernheim, 1840-1919) و لیبو (Liébeault) از هیپنوتیزم به‌عنوان ابزار درمانی استفاده می‌کردند. آنها نشان دادند که «تلقین» (suggestion) در حالت هیپنوتیک می‌تواند علائم هیستری را برطرف کند.
- **ژان-مارتن شارکو** (Jean-Martin Charcot, 1835-1893) در بیمارستان سالپترییر (Salpêtrière) پاریس، هیپنوتیزم را برای مطالعه و درمان هیستری به‌کار می‌برد. شارکو نشان داد که علائم هیستری ریشه‌ی ارگانیک ندارند – بلکه **روان‌زاد** (psychogenic) هستند. این بینش، زمینه‌ساز کار فروید شد.

۴.۵ «سال بزرگ»: ۱۹۰۰ و تولد روان‌کاوی

الِنبرگر سال ۱۹۰۰ را «**سال بزرگ**» (The Great Year) می‌نامد – سرآغاز «**روان‌پزشکی پویای نوین**» (New Dynamic Psychiatry). در این سال، فروید اثر بنیادین خود «**تعبیر خواب**» (The Interpretation of Dreams) را منتشر کرد (Beeber, 2018).

زیگموند فروید (Sigmund Freud, 1856-1939)

فروید، تحت تأثیر ژانه (Pierre Janet)، پرنه‌ایم و شارکو، و در همکاری با یوزف بروئر (Josef Breuer)، درمان هیستری را توسعه داد. سیر تکاملی تکنیک فروید چنین بود:

ابتدا هیپنوتیزم و تلقین: فروید و بروئر ابتدا از هیپنوتیزم برای دسترسی به خاطرات سرکوب‌شده استفاده کردند. آنها دریافتند که وقتی بیمار در حالت هیپنوتیک خاطره‌ی تروماتیکی را بازگو می‌کند و هیجان همراه آن را **تخلیه** (abreaction) می‌کند، علائم کاهش می‌یابد. آنها این فرایند را «**کاتارسیس**» (catharsis) نامیدند.

سپس تداعی آزاد: فروید به تدریج هیپنوتیزم را کنار گذاشت و تکنیک **تداعی آزاد** (free association) را جایگزین کرد: بیمار روی تخت تحلیل دراز می‌کشد و هر چه به ذهنش می‌رسد – بدون سانسور، بدون ترتیب منطقی، بدون حذف – بیان می‌کند. فرض فروید آن بود که در جریان تداعی آزاد، مواد ناهشیار به تدریج خود را آشکار می‌کنند (Beeber, 2018).

مفاهیم کلیدی فروید

فروید مفاهیمی بنیادین ساخت که هنوز – پس از بیش از یک قرن – هسته‌ی زبان روان‌درمانی پویا هستند:

مقاومت (Resistance): فروید دریافت که بیمار، حتی در تداعی آزاد، در نقاط خاصی «گیر می‌کند» – سکوت می‌کند، موضوع را عوض می‌کند، یا ادعا می‌کند چیزی به ذهنش نمی‌رسد. فروید این پدیده را **مقاومت** نامید: نیرویی ناهشیار که مانع ظهور مواد سرکوب‌شده به آگاهی می‌شود. او امیدوار بود از طریق تداعی آزاد بتواند مقاومت‌ها را **آشکار** و سپس با تفسیر آنها را **ناپود** کند.

نکته‌ی مقایسه‌ای: دوانلو نیز مقاومت را محور اصلی کارش قرار داد – اما با تفاوتی بنیادین: فروید می‌خواست مقاومت را **تفسیر** کند؛ دوانلو می‌خواست با آن **رویاری** شود.

انتقال (Transference): فروید مشاهده کرد که بیمار احساساتی را که ریشه در گذشته دارند – در رابطه با والدین یا چهره‌های مهم کودکی – به شخص درمانگر در زمان حال **منتقل** می‌کند. این پدیده‌ی «انتقال»، سنگ بنای تکنیک روان‌کاوانه شد. تداعی آزاد، همراه با انفعال و خنثی بودن نسبی درمانگر، شرایط را برای رشد انتقال فراهم می‌کرد. تحلیل پدیده‌های انتقالی، هسته‌ی اصلی فرایند روان‌کاوی بود (Beeber, 2018).

نکته‌ی مقایسه‌ای: دوانلو نیز انتقال را محوری می‌دانست – اما به‌جای آنکه صبر کند تا انتقال «خودبه‌خود» رشد کند، فعالانه آن را بسیج می‌کرد.

نوروز انتقالی (Transference Neurosis): فروید حتی فراتر رفت و مدعی شد که درمانگر باید شرایطی فراهم کند که بیمار یک **نوروز جدید** – «نوروز انتقالی» – در رابطه با درمانگر بسازد. به عبارت دیگر، یک نوروز جدید روی نوروز اصلی. فروید معتقد بود این نوروز انتقالی از طریق تفسیر قابل حل است و حل آن، منجر به حل نوروز اصلی خواهد شد. نوروز انتقالی آن‌قدر در روان‌کاوی مرکزیت داشت که ارائه‌ی مورد تحلیل نوروز انتقالی، از الزامات دریافت گواهی‌نامه‌ی روان‌کاوی در آمریکا بود (Beeber, 2018).

نکته‌ی مقایسه‌ای: اینجاست که تفاوت بنیادین دوانلو با فروید آشکار می‌شود. فروید نوروز انتقالی را **هدف** درمان می‌دانست – باید ساخته شود تا سپس حل شود. دوانلو بالعکس: از همان ابتدای کارش تلاش کرد از **شکل‌گیری** نوروز انتقالی – به‌ویژه از نوع وابسته – جلوگیری کند. و بعدها، وقتی دریافت نوروز انتقالی در برخی بیماران وجود دارد، **تکنیک‌های مشخصی** برای حذف آن ابداع کرد – نه از طریق تفسیر، بلکه از طریق بسیج فشرده‌ی جزء انتقالی مقاومت (TCR).

۴.۶ بدبینی فروید: «تحلیل پایان‌پذیر و پایان‌ناپذیر»

فروید در اواخر عمرش، با صداقت و شجاعت فکری قابل‌تقدیری، محدودیت‌های روش خود را پذیرفت. در مقاله‌ی «**تحلیل پایان‌پذیر و پایان‌ناپذیر**» (Analysis Terminable and Interminable, 1937)، او نوشت که درباره‌ی دو نوع مورد بسیار بدبین است (Beeber, 2018):

اول – مقاومت‌های فراخود (Super-ego Resistance): بیمارانی که فراخود (super-ego) سختگیر و عذاب‌دهنده‌ای دارند. این بیماران گویی از رنج خود **بهره‌ی ناهشیار** می‌برند – آنچه فروید مازوخیسم (masochism) می‌نامید. تلاش درمانگر برای بهبود آنها، با مقاومتی از درون مواجه می‌شود که از جنس احساس گناه و خودتنبیهی است. فروید احساس می‌کرد روشش در این موارد ناتوان است.

دوم – نوروز انتقالی مقاوم: مواردی که نوروز انتقالی به‌جای آنکه حل شود، به گره‌ای لاینحل تبدیل می‌شد و درمان را در دور باطل فرو می‌برد.

نکته‌ی تاریخی حیاتی: دقیقاً همین دو مشکل – «مقاومت فراخود» و «نوروز انتقالی مقاوم» – همان مشکلاتی هستند که دوانلو، دهه‌ها بعد، با تکنیک‌های D-ISTDP و D-NISTDP برایشان **راه‌حل عملی** ارائه داد. آنچه فروید «احساس گناه ناهشیار ویرانگر» می‌نامید، همان چیزی است که دوانلو «همجوشی خشم بدوی و گناه» (Fusion) نامید. و تکنیک «جداسازی» (Defusion) دوانلو، دقیقاً پاسخی به همان بن‌بست فروید بود.

بیبیر (Beeber, 2018) تأکید می‌کند که مفهوم نوروز انتقالی پس از فروید، مورد مناقشه قرار گرفت. برنر (Brenner) و کوپر (Cooper) هر دو معتقد بودند این اصطلاح فاقد تعریف دقیق است و صرفاً نشان‌دهنده‌ی پدیده‌های انتقالی شدید است. کوپر حتی خواستار «**بازنشستگی**» (retirement) این اصطلاح شد. یافتن مورد نوروز انتقالی برای کاندیداهای روان‌کاوی هرچه دشوارتر شد و سرانجام، این الزام از برنامه‌ی آموزشی حذف گردید. روان‌کاوی مدرن اهمیت نوروز انتقالی را کم‌رنگ کرد – اما دوانلو، برعکس جریان غالب، آن را دوباره **زنده** کرد و درکی عمیق‌تر و تکنیکی مؤثرتر برای حل آن ارائه داد.

۴.۷ جانشینان فروید: ادامه‌ی راه یا انحراف از آن؟

پس از صورت‌بندی‌های اولیه‌ی فروید، مکاتب متعددی در روان‌کاوی ظهور کردند. هر یک جنبه‌ای از نظریه‌ی فروید را اصلاح، گسترش یا به چالش کشید (Beeber, 2018):

روانشناسی ایگو (Ego Psychology)

آنا فروید (Anna Freud) با اثر کلاسیک «ایگو و مکانیزم‌های دفاعی» (1936) و **هارتمن، کریس** و **لوونشتاین** (Hartman, Kris & Lowenstein)، مکتب روان‌شناسی ایگو را بنا نهادند. تمرکز این مکتب بر **کارکردهای تطبیقی ایگو** و بر **شناسایی و تحلیل مکانیزم‌های دفاعی** بود – یعنی همان حوزه‌ای که بعدها قلب تپنده‌ی کار دوانلو شد.

نوفرویدی‌ها

کارن هورنای (Karen Horney) و **هری استک سالیوان** (Harry Stack Sullivan) تأثیر فرهنگ و **روابط بین‌فردی** را بر نظریه‌ی روان‌کاوی افزودند. آنها نشان دادند که نوروز صرفاً محصول غرایز زیستی نیست – بلکه در بافت روابط و فرهنگ شکل می‌گیرد.

نظریه‌ی روابط ابژه (Object Relations)

مهم‌ترین تحول پس از فروید در سنت بریتانیایی رخ داد. **ملانی کلاین** (Melanie Klein)، **رونالد فربرن** (Ronald Fairbairn)، **دانالد وینیکات** (Donald Winnicott) و **مایکل بالینت** (Michael Balint) – که توسط **هری گانتریپ** (Harry Guntrip) ترکیب شدند – مکتب «روابط ابژه» را بنیان نهادند. بعدها **اتو کرنبرگ** (Otto Kernberg) و **هاینتس کوهوت** (Heinz Kohut) این سنت را ادامه دادند.

مکتب روابط ابژه، تأکید را از **غریزه** (instinct) به **دلبستگی اولیه** (early attachment) و **ارتباط با دیگران** منتقل کرد. این تحول نظری مهمی بود – و دوانلو نیز بعدها بر نقش حیاتی **تروما در رابطه با چهره‌های دلبستگی اولیه** تأکید بسیار کرد.

بیبیر (Beeber, 2018) نکته‌ی حیاتی‌ای را مطرح می‌کند: **هیچ‌یک از این تحولات نظری، مشکل اصلی روان‌کاوی را حل نکرد** – یعنی اینک:

«روان‌کاوی، آن‌گونه که در آمریکا و بریتانیا تمرین می‌شد، به شکل فزاینده‌ای طولانی – اگر نه پایان‌ناپذیر – شده بود و برای بخش بزرگی از جمعیتی که از اختلالات عصبی و مشکلات شخصیتی رنج می‌بردند، قابل دسترسی نبود.»

کلاین و وینیکات و کوهوت، هر یک نظریه‌های ارزشمندی ساختند – اما بیمارانی که ماه‌ها در لیست انتظار بودند و درمان‌گرانی که با موارد بی‌پایان دست‌وپنجه نرم می‌کردند، از این نظریه‌ها بهره‌ی عملی چندانی نمی‌بردند.

۴.۸ تلاش‌های اولیه برای کوتاه‌سازی: فرننتسی، رنک، الکساندر

مشکل طولانی بودن درمان، از همان زمان فروید دغدغه‌ای بود. جالب آنکه بسیاری از موارد خود فروید کوتاه بودند: گفته می‌شود **گوستاو مالر (Gustav Mahler)**، آهنگساز بزرگ، در **یک جلسه‌ی طولانی** با موفقیت درمان شد و **برونو والتر (Bruno Walter)**، رهبر ارکستر، در **شش جلسه** (Beeber, 2018). اما این موارد استثنایی بودند.

فرننتسی و رنک

از نزدیک‌ترین همکاران فروید، **شاندور فرننتسی (Sándor Ferenczi)** و **اتو رنک (Otto Rank)** نخستین کسانی بودند که به‌طور جدی به کوتاه‌سازی درمان اندیشیدند. در کتاب مشترکشان «**تحول روان‌کاوی**» (The Development of Psychoanalysis, 1925)، آنها بر «**تکنیک فعال**» (active technique) و بر اهمیت **تجربه‌ی رابطه‌ی انتقالی** – نه صرفاً تفسیر آن – تأکید کردند (Beeber, 2018).

نکته‌ی مقایسه‌ای: تأکید فرنتسی بر «تجربه» در مقابل «تفسیر»، یکی از نخستین پیشایندهای فکری رویکرد دوانلو بود. D-ISTDP اساساً یک روش **تجربی** (experiential) است – هدف آن نه بینش عقلانی، بلکه **تجربه‌ی مستقیم هیجانات** است.

الکساندر و فرنچ

فرانتس الکساندر (Franz Alexander) و **توماس فرنچ** (Thomas French) در مؤسسه‌ی روان‌کاوی شیکاگو، جدی‌ترین تلاش اولیه را انجام دادند. آنها در کتاب «**روان‌درمانی تحلیلی**» (Psychoanalytic Therapy, 1946) چند پیشنهاد مشخص مطرح کردند (Beeber, 2018):

- شناسایی یک **تمرکز درمانی مشخص** (specific psychotherapeutic focus)
- استفاده از **تکنیک فعال**
- تمرکز بر تفسیر دفاع‌ها و بر **اتصال** (linking) روابط بیمار در زندگی فعلی با روابط گذشته
- مفهوم «**تجربه‌ی عاطفی اصلاحی**» (Corrective Emotional Experience – CEE): بیمار باید تجربه‌ی عاطفی‌ای داشته باشد – چه در رابطه‌ی انتقالی با درمانگر و چه در زندگی فعلی – که اثر آسیب‌زای تجربیات دوران کودکی را **ترمیم** کند

آنها در چند صد مورد گزارش کردند که ترکیب انگیزه‌ی بالا، پاسخ مطلوب به تفسیر همراه با بینش، و فضای عاطفی مثبت، اغلب به بهبود سریع مشکل کانونی منجر می‌شود.

اما واکنش جامعه‌ی روان‌کاوی مثبت نبود. کار الکساندر و فرنچ مورد **پذیرش گسترده قرار نگرفت** (Beeber, 2018). روان‌کاوان سنتی، مفهوم «تجربه‌ی عاطفی اصلاحی» را سطحی و غیرتحلیلی می‌دانستند.

نکته‌ی مقایسه‌ای: مفهوم CEE الکساندر، از جهاتی پیش‌درآمد مفهوم «باز کردن ناهشیار» دوانلو بود – هر دو بر **تجربه‌ی عاطفی** (نه صرفاً بینش عقلانی) به‌عنوان عامل تغییر تأکید دارند. اما دوانلو بسیار دقیق‌تر و ساختارمندتر از الکساندر بود: او دقیقاً مشخص کرد **چه نوع** تجربه‌ی عاطفی لازم است (تجربه‌ی مستقیم خشم، گناه، اندوه و عشق)، **از چه مسیری** (غلبه‌ی ائتلاف درمانی ناهشیار بر مقاومت)، و **با چه شاخص‌هایی** سنجیده می‌شود (درجات مختلف باز شدن ناهشیار).

۴.۹ پنج پیشگام دهه‌ی ۱۹۶۰: زمین مشترک و مرزهای متفاوت

تا دهه‌ی ۱۹۶۰ بود که چندین پژوهشگر بالینی – مستقل از هم – شروع به توسعه‌ی تکنیک‌های روان‌درمانی پویای کوتاه‌مدت کردند. بیبر (Beeber, 2018) مهم‌ترین آنها را چنین فهرست می‌کند:

پیشگام	مرکز	تأکید اصلی
دیوید مالان	کلینیک تاویستاک، لندن	مثلث تعارض، مثلث شخص، تمرکز ادیپی
جیمز من	بوستون	۱۲ جلسه‌ی دقیق، تمرکز بر جدایی و از دست دادن
لوئیس ولبرگ	نیویورک	رویکرد انعطاف‌پذیرتر
پیتر سیفنیوس	هاروارد، بوستون	STAPP – اضطراب‌زا، تعارضات ادیپی
حبیب دوانلو	مک‌گیل، مونترال	تمرکز بر مقاومت، فعالیت بالای درمانگر

آنچه این پنج نفر مشترک داشتند: - همه در چارچوب روان‌کاوی کار می‌کردند - همه می‌خواستند مدت درمان را به‌شکل چشمگیر کوتاه کنند - همه مانند الکساندر و فرنچ، به‌دنبال تکنیک فعال‌تر بودند

محدودیت مشترک: انتخاب گزینشی بیمار

اما همه‌ی آنها – همه‌ی آنها به جز دوانلو – یک محدودیت بنیادین مشترک داشتند: بیماران خود را بسیار گزینشی انتخاب می‌کردند. معیارهای پذیرش شامل (Beeber, 2018):

- انگیزه‌ی بالا برای درمان
- تصویر بالینی ساده و غیرپیچیده
- اغلب یک تمرکز درمانی واحد
- مقاومت کم یا غایب
- پاسخ‌دهی به تفسیر
- ظرفیت بالا برای تحمل اضطراب و عواطف دردناک

این معیارها در عمل به معنای آن بود که اکثریت بیماران از درمان مؤثر محروم می‌ماندند.

۴.۱۰ تفاوت بنیادین دوانلو: «من بیمار مقاوم را کنار نمی‌گذارم»

اینجاست که دوانلو از همه‌ی پیشینیان و هم‌عصرانش جدا شد.

ببیر (Beeber, 2018) تأکید می‌کند که دوانلو، برخلاف دیگران، آنچه «روان‌درمانی پویای کوتاه‌مدت با تمرکز گسترده» (Broad-Focused Short-Term Dynamic Psychotherapy) نامید، برای طیف وسیع‌تری از بیماران طراحی کرد. در حالی که سایر بالینگران بیماران پیچیده را کنار می‌گذاشتند، دوانلو در جلسات ضبط‌شده‌ی صوتی-تصویری نشان داد که تکنیک‌اش در حذف مقاومت، حتی در بیماران بسیار مقاوم، مؤثر است.

این تفاوت، صرفاً یک تفاوت تکنیکی نبود. بلکه تفاوتی بنیادین در نگاه بود:

- مالان، سیفنیوس و من می‌پرسیدند: «آیا این بیمار برای روش من مناسب است؟»
- دوانلو می‌پرسید: «آیا روش من برای این بیمار کافی است؟ اگر نه، روش را تغییر می‌دهم.»

این تغییر جهت – از انتخاب بیمار برای روش به توسعه‌ی روش برای بیمار – موتور محرک تمام نوآوری‌های بعدی دوانلو بود. و همین تغییر جهت بود که STDP را به ISTDP تبدیل کرد، و سپس ISTDP را به D-ISTDP، و سرانجام D-ISTDP را به D-NISTDP.

جمع‌بندی فصل

در این فصل، مسیری طولانی را طی کردیم:

- از تراژدی‌های یونانی و فلسفه‌ی لایب‌نیتس و شوپنهاور – که ناهشیار را پیش از فروید شناسایی کردند
- از قرون تاریک جن‌گیری – که بیماران روانی را «دیورده» می‌دانستند
- از مسمر و مفهوم «رابطه» – نخستین روان‌درمانگر پویا
- از شارکو و پرنهایم – که هیپنوتیزم را به خدمت درمان درآوردند
- از فروید – بنیان‌گذار روان‌کاوی، با تداعی آزاد، مقاومت، انتقال، و نوروز انتقالی – و بدبینی نهایی‌اش
- از جانشینان فروید – روان‌شناسی ایگو، نوفروردی‌ها، روابط ابژه – که نظریه را غنی کردند اما مشکل عملی را حل نکردند
- از فرنتسی و الکساندر – اولین تلاش‌ها برای فعال‌تر و کوتاه‌تر کردن درمان
- از پنج پیشگام دهه‌ی ۱۹۶۰ – مالان، سیفنیوس، من، ولبرگ، و دوانلو
- و سرانجام، از تفاوت بنیادین دوانلو: او بیمار مقاوم را کنار نگذاشت – بلکه روشش را تغییر داد

این بستر تاریخی اکنون فراهم است. در بخش سوم کتاب، به قلب تپنده‌ی روش دوانلو می‌رسیم: مفاهیم کلیدی، تکنیک‌ها و مکانیزم‌های تغییر در D-ISTDP.

۴.۱۱ روان‌کاوی و خاورمیانه: یک ارتباط فراموش‌شده

نکته‌ای که به‌ندرت در تاریخ روان‌کاوی مطرح می‌شود، ارتباط عمیق بین مفاهیم فرویدی و سنت‌های حکمی **خاورمیانه** و به‌ویژه **ایران** است.

مفهوم ناهشیار – این ایده که بخش عظیمی از زندگی ذهنی انسان در ورای آگاهی جریان دارد – در سنت فلسفی و عرفانی ایران سابقه‌ای کهن دارد. ابن‌سینا (۹۸۰–۱۰۳۷) در کتاب «**شفا**» و «**قانون**» از فرایندهای ذهنی‌ای سخن گفت که بر رفتار و سلامت تأثیر می‌گذارند بدون آنکه فرد از آنها آگاه باشد. او حتی از **ارتباط بین حالات عاطفی و بیماری‌های جسمی** سخن گفت – مفهومی که قرن‌ها بعد، در قالب «جسمانی‌سازی»، در D-ISTDP محوریت یافت.

غزالی (۱۰۵۸–۱۱۱۱) در «**کیمیای سعادت**» از «**نفس**» سخن گفت – نیرویی درونی که انسان را از شناخت حقیقت خود باز می‌دارد. او معتقد بود انسان باید با «نفس» مبارزه کند تا به «معرفت» برسد. آیا این «نفس» غزالی، شباهتی با «مقاومت» دوانلو ندارد؟

مولانا (۱۲۰۷–۱۲۷۳) در **مثنوی** بارها از لایه‌های پنهان روان انسان سخن گفت. داستان‌های مثنوی – از شیر و خرگوش گرفته تا طوطی و بازرگان – همگی درباره‌ی نیروهایی هستند که پنهان‌اند اما بر سرنوشت انسان حکم می‌رانند. مولانا حتی از **تأثیر کودکی بر بزرگسالی** سخن گفت:

«هر که او از همنشینی شد جدا / بی‌نصیب آمد ز گفت مصطفا»

این آگاهی از تأثیر روابط اولیه بر شکل‌گیری شخصیت، قرن‌ها پیش از نظریه‌ی دلبستگی (attachment theory) و پیش از تأکید دوانلو بر تروما در رابطه با چهره‌های دلبستگی اولیه، در سنت ایرانی حضور داشت.

البته باید با احتیاط از این هم‌خوانی‌ها سخن گفت. حکمت عرفانی ایرانی و روان‌درمانی علمی مدرن، دو سنت کاملاً متفاوت با روش‌شناسی‌های مجزا هستند. هدف ما مساوی قرار دادن آنها نیست – بلکه نشان دادن آن است که **حساسیت به لایه‌های پنهان تجربه‌ی انسانی** ریشه‌ای کهن

در فرهنگ ایرانی دارد. و شاید این حساسیت فرهنگی، یکی از عواملی بوده که زمین ذهنی دوانلو را برای کشفیات بعدی‌اش آماده ساخته است.

۴.۱۲ فروید و دوانلو: پدر و پسرِ فکری

رابطه‌ی فکری دوانلو با فروید، رابطه‌ای پیچیده و چندلایه است – رابطه‌ای که شاید بتوان آن را به رابطه‌ی پدر و پسر تشبیه کرد.

آنچه دوانلو از فروید گرفت: - مفهوم ناهشیار و اهمیت آن - مفاهیم مقاومت، انتقال و تعارض درونی - ایده‌ی اینکه ریشه‌ی اختلالات روانی در تجربیات اولیه‌ی زندگی نهفته است - سنت مشاهده‌ی بالینی دقیق - تعهد به ساختن نظریه بر اساس عمل بالینی

آنجا که دوانلو از فروید فراتر رفت: - فروید مقاومت را **تفسیر** می‌کرد → دوانلو با آن **رویاری** می‌شد - فروید از انفعال درمانگر دفاع می‌کرد → دوانلو **فعالیت** را محور قرار داد - فروید نوروز انتقالی را **هدف** می‌دانست → دوانلو از آن **جلوگیری** و آن را **حذف** می‌کرد - فروید درباره‌ی مقاومت فراخود **نامید** بود → دوانلو با مفاهیم همجوشی و جداسازی **راه‌حل** ارائه داد - فروید بر تداعی آزاد تکیه داشت → دوانلو ابزاری بسیار دقیق‌تر ساخت: CDS با فازهای مشخص - فروید رؤیا را «شاهراه به ناهشیار» می‌دانست → دوانلو تکنیک رسیدگی به مقاومت و تجربه‌ی مستقیم احساسات انتقالی را شاهراه واقعی دانست

دوانلو فروید را رد نکرد – بلکه بر شانه‌هایش ایستاد و **دورتر** دید. او بن‌بست‌هایی را که فروید شناسایی کرده بود، به **گذرگاه** تبدیل کرد. و این دقیقاً همان کاری است که یک «پسرِ فکری» بزرگ می‌کند: میراث پدر را می‌گیرد، حرمتش را نگه می‌دارد، اما فراتر از آن می‌رود.

بخش سوم

قلب روش: D-ISTDP چیست؟

فصل ۵

ابزارهای مفهومی: مثلث تعارض، مثلث شخص و توالی پویای مرکزی

۵.۱ از تاریخ به تکنیک

در بخش‌های پیشین، مسیر فکری و تاریخی‌ای را ردیابی کردیم که دوانلو را از ایران به هاروارد، از هاروارد به مونترال، و از مونترال به صحنه‌ی بین‌المللی رساند. دیدیم که او از سنت فروید برخاست اما در جایی که فروید متوقف شده بود، به پیش رفت.

اکنون زمان آن رسیده که وارد **قلب تپنده‌ی روش** شویم: آن ابزارهای مفهومی و تکنیکی‌ای که درمانگر D-ISTDP با آنها کار می‌کند. این فصل به سه ابزار بنیادین اختصاص دارد: **مثلث تعارض**، **مثلث شخص**، و **توالی پویای مرکزی**.

۵.۲ مثلث تعارض (Triangle of Conflict)

تعریف

مثلث تعارض مدلی است برای فهم ساختار هر تعارض روانی. ریشه‌ی این مفهوم به کار مالان (Malan, 1979) و اِزریل (Ezriel, 1950) بازمی‌گردد، اما دوانلو آن را به‌شکلی متفاوت و عمیق‌تر به‌کار بست (Beeber, 2018).

هر تعارض روانی شامل سه ضلع است:

ضلع اول – احساس / تکانه (Feeling / Impulse): هیجان واقعی و عمیقی که بیمار از تجربه‌ی آن اجتناب می‌کند. این هیجان ممکن است خشم باشد – خشمی مرگبار نسبت به یک والد، اندوه عمیق از دست دادن، محبت شدید نسبت به کسی که آسیب رسانده، احساس گناه ناشی از تکانه‌های ویرانگر، یا میل جنسی‌ای که مایه‌ی شرم است. این احساسات «واقعی» هستند – یعنی آنچه بیمار در اعماق واقعاً حس می‌کند، نه آنچه فکر می‌کند باید حس کند.

ضلع دوم – اضطراب (Anxiety): سیگنال خطری که وقتی احساس واقعی نزدیک به آگاهی می‌شود، فعال می‌شود. اضطراب مانند زنگ خطری عمل می‌کند: «اگر این احساس را تجربه کنی، فاجعه رخ خواهد داد!» این فاجعه‌ی خیالی ممکن است شامل از دست دادن کنترل، ویران کردن رابطه، دیوانه شدن، یا از هم پاشیدن باشد.

ضلع سوم – دفاع (Defense): مکانیزمی که بیمار – به‌طور ناهشیار – برای اجتناب از تجربه‌ی احساس و اضطراب به‌کار می‌گیرد. دفاع‌ها طیف گسترده‌ای دارند: از دفاع‌های بالغ‌تر (مانند عقلانی‌سازی، والایش، طنز) تا دفاع‌های بدوی‌تر (مانند فرافکنی، شقاق، انکار).

مکانیزم عمل

مکانیزم به این شکل عمل می‌کند:

1. یک احساس واقعی نزدیک به آگاهی می‌شود
2. بلافاصله اضطراب فعال می‌شود (زنگ خطر)
3. بلافاصله دفاع وارد عمل می‌شود تا احساس را مسدود کند

این توالی – احساس → اضطراب → دفاع – به‌شکل خودکار و ناهشیار در کسری از ثانیه رخ می‌دهد. بیمار معمولاً از هیچ‌یک از این سه مرحله آگاه نیست. او نمی‌داند چه احساسی دارد (احساس سرکوب شده)، نمی‌داند چرا مضطرب است (اضطراب بدون دلیل ظاهری)، و نمی‌داند چگونه از خودش محافظت می‌کند (دفاع ناهشیار است).

کار درمانگر D-ISTDP، آشکارسازی این مثلث برای بیمار و سپس کمک به عبور از آن است:

- به بیمار نشان می‌دهد که در این لحظه دفاع می‌کند (مثلاً: «متوجه شدید که وقتی از احساسات پرسیدم، موضوع را عوض کردید؟»)
- به بیمار نشان می‌دهد که این دفاع به خاطر اضطراب است (مثلاً: «این اجتناب نشانه‌ی آن است که احساسی هست که از آن می‌ترسید»)
- و سرانجام، بیمار را به سمت تجربه‌ی مستقیم احساس هدایت می‌کند

۵.۳ مثلث شخص (Triangle of Person)

تعریف

مثلث شخص نشان می‌دهد که هر تعارض هیجانی در سه حوزه‌ی ارتباطی تکرار می‌شود:

رأس T – درمانگر (Therapist): الگوهای هیجانی و دفاعی بیمار در رابطه با درمانگر. بیمار همان احساسات و همان دفاع‌هایی را که در زندگی روزمره‌اش به کار می‌برد، در اتاق درمان هم تکرار می‌کند. اتاق درمان، نمونه‌ی کوچکی از جهان ارتباطی بیمار است.

رأس C – افراد فعلی (Current Figures): همین الگوها در روابط فعلی بیمار – با همسر، دوستان، همکاران. بیمار ممکن است در هر رابطه‌ی نزدیکی همان مقاومت، همان اجتناب از صمیمیت، و همان ترس از آسیب‌پذیری را تکرار کند.

رأس P – افراد گذشته (Past Figures): ریشه‌ی این الگوها در روابط دوران کودکی – با والدین، مراقبان، خواهران و برادران، و سایر چهره‌های دلبستگی اولیه. اینجا خاستگاه تعارض است: تروما، از دست دادن، بی‌توجهی، آزار، یا فقدان عاطفی در رابطه با این چهره‌ها، الگوهای دفاعی‌ای ایجاد کرده که بیمار هنوز – دهه‌ها بعد – از آنها استفاده می‌کند.

اتصال سه رأس: کار بنیادین درمان

کار درمانگر، نشان دادن **اتصال** بین این سه رأس به بیمار است:

«همان دیواری که الان بین من و شما کشیده‌اید – همان دیواری نیست که بین خودتان و همسرتان هست؟ و این همان دیواری نیست که وقتی کودک بودید، بین خودتان و پدرتان ساختید – چون نزدیک شدن به او خطرناک بود؟»

تأکید ویژه‌ی دوانلو بر رأس T

دوانلو تأکید ویژه‌ای بر رأس T (درمانگر) داشت. او معتقد بود که مستقیم‌ترین و سریع‌ترین مسیر به ناهشیار، از طریق کار با احساسات بیمار نسبت به درمانگر در لحظه‌ی حال (here and now) است – نه از طریق صحبت درباره‌ی مشکلات با دیگران یا تحلیل خاطرات گذشته.

اشمیت (Schmitt, 2024) نقل می‌کند که سؤال محوری دوانلو از بیمار این بود:

«الان، در همین لحظه، چه احساسی نسبت به من دارید؟» (How do you feel towards me?)

این سؤال ساده، اما عمیقاً شخصی، بیمار را در موقعیتی قرار می‌دهد که باید تصمیم بگیرد: آیا به نزدیکی عاطفی تن می‌دهد، یا از آن فرار می‌کند؟ اگر فرار کند – مقاومت آشکار می‌شود. و مقاومتی که دیده شود، قابل رسیدگی است.

۵.۴ توالی پویای مرکزی (Central Dynamic Sequence – CDS)

زمینه‌ی کشف

توالی پویای مرکزی یکی از بزرگ‌ترین دستاوردهای مفهومی دوانلو بود. بیبر (Beeber, 2018) گزارش می‌دهد که دوانلو در مورد «وکیل شرکتی» (Corporate Lawyer) برای نخستین بار نشان داد که فرایند مصاحبه‌ی اولیه را می‌توان در قالب توالی‌ای از **فازهای مشخص** توصیف کرد. او سپس CDS را در مقالات متعددی – از جمله با استفاده از مورد «زن به اصطلاح شکننده» (So-called Fragile Woman) – بسط داد. دوانلو در دهه‌ی ۱۹۹۰، هر یک از فازهای CDS را با جزئیات بسیار و با نمونه‌های بالینی غنی تشریح کرد: فاز فشار (Davanloo, 1999a)، فاز چالش (Davanloo, 1999b) و رویارویی سر به سر با مقاومت (Davanloo, 1999c).

فازهای CDS

توالی پویای مرکزی، نقشه‌ی راهی است که درمانگر D-ISTDP آن را لحظه‌به‌لحظه در جلسه دنبال می‌کند. هر فاز به‌طور طبیعی به فاز بعدی منتهی می‌شود – مشروط بر آنکه درمانگر مداخلات مناسب را در زمان مناسب به‌کار برد.

فاز اول: فشار (Phase of Pressure)

درمانگر با پرسش‌های مستقیم درباره‌ی احساسات بیمار، **فشار** ملایم اما مداوم و پیگیرانه‌ای وارد می‌کند. هدف، ایجاد **تماس هیجانی** و بسیج احساسات واقعی بیمار است:

- «الان، در همین لحظه، چه احساسی نسبت به من دارید؟»
- «این احساس را در بدنتان کجا حس می‌کنید؟»
- «احساساتتان را انکار نکنید. صادق باشید.»

فشار سنگ بنای تکنیک دوانلو است. بیبر (Beeber, 2018) تأکید می‌کند که دوانلو «فشار» و «چالش» را دو مداخله‌ی بنیادین خود معرفی کرد و بر استفاده‌ی **سنجیده و به‌موقع** (judicious and timely) از آنها تأکید نمود.

فشار، مقاومت بیمار را آشکار می‌سازد. وقتی درمانگر از احساسات می‌پرسد، بیمار ناگزیر باید یا به نزدیکی عاطفی تن دهد، یا از آن فرار کند. اگر فرار کند – دفاع‌هایش مرئی می‌شوند.

فاز دوم: چالش (Phase of Challenge)

درمانگر مقاومت آشکارشده را شناسایی و به **چالش** می‌کشد. هدف، آگاه‌سازی بیمار از دفاع‌هایش و نشان دادن **هزینه‌ی** این دفاع‌ها در زندگی‌اش است:

- «متوجه شدید که وقتی از احساساتتان پرسیدم، نگاهتان را از من برگردانید؟»
- «این فاصله‌گذاری، همان‌الگویی نیست که در رابطه‌هایتان هم اتفاق می‌افتد؟»
- «ببینید چگونه خودتان را از تجربه‌ی احساساتتان محروم می‌کنید.»

بیبر (Beeber, 2018) توضیح می‌دهد که دوانلو در مورد «**معمار آلمانی**» نشان داد که با تکنیک فعالانه‌ی برانگیختن مقاومت از طریق «فشار» بر احساسات اجتناب‌شده و «چالش» با مقاومت، می‌توان بیمار را سریعاً **علیه مقاومت خودش** برگرداند. یعنی بیمار به‌جای آنکه از دفاع‌هایش دفاع کند، شروع به دیدن آنها به‌عنوان **مشکل** – نه راه‌حل – می‌کند.

در زبان فنی دوانلو: دفاع‌هایی که پیش‌تر **هم‌نوا** (syntonic) بودند – یعنی بیمار آنها را بخشی از هویتش می‌دانست – اکنون **ناهم‌نوا** (dystonic) می‌شوند – یعنی بیمار آنها را بیگانه و مخرب می‌بیند.

فاز سوم: رویارویی سر به سر با مقاومت (Head-on Collision with Resistance)

اگر مقاومت بیمار علی‌رغم فشار و چالش ادامه یابد، درمانگر وارد مواجهه‌ای مستقیم‌تر و شدیدتر می‌شود. بیبر (Beeber, 2018) این مداخله را **قوی‌ترین ابزار** (most powerful intervention) دوانلو می‌نامد.

رویاری سر به سر نه یک حمله‌ی شخصی، بلکه مواجهه‌ای **صمیمانه و بی‌پرده** با نیروهای خودتخریب‌گر بیمار است. درمانگر با مهربانی اما بی‌تعارف، بیمار را با واقعیت رویارو می‌کند:

• «من اینجا هستم تا به شما کمک کنم. اما شما تمام انرژی‌تان را صرف جنگیدن با من می‌کنید – همان‌طور که در زندگی‌تان با هرکسی که خواسته نزدیکتان شود جنگیده‌اید. این زندگی شماست. آیا می‌خواهید ببینید این الگو از کجا آمده؟»

در مورد «**معمار آلمانی**» (German Architect)، دوانلو بیمار را با این واقعیت رویارو کرد که **دیواری** بین خود و درمانگر بالا می‌کشد – دیواری که مانع هرگونه نزدیکی عاطفی می‌شود. دوانلو بیمار را **چهره‌به‌چهره** (face to face) با ماهیت خودتخریب‌گرانه‌ی این مقاومت قرار داد. بیمار سپس سرشار از احساس شد وقتی تشخیص داد که در تمام عمرش در نشان دادن هر نوع احساسی به هرکسی مشکل داشته – مشکلی ریشه‌دار در رابطه‌ی اولیه‌اش با پدرش (Beeber, 2018).

دوانلو این بسیج احساسات را «**نخستین شکافت**» (first breakthrough) به ناهشیار نامید.

فاز چهارم: ورود انتقال و بسیج ائتلاف درمانی ناهشیار

وقتی مقاومت – از طریق فشار، چالش و رویاری سر به سر – کاهش می‌یابد و دفاع‌ها **خسته** (exhausted) می‌شوند، اتفاق مهمی رخ می‌دهد: بیبر (Beeber, 2018) توضیح می‌دهد که دوانلو مشاهده کرد وقتی دفاع‌های پیش‌تر هم‌نوا، ناهم‌نوا می‌شوند و دفاع‌ها تحلیل می‌روند، یک **نیروی جدید** در ناهشیار وارد عمل می‌شود – نیرویی که دوانلو آن را «**ائتلاف درمانی ناهشیار**» (Unconscious Therapeutic Alliance – UTA) نامید.

UTA نیروی ذاتی سازنده، خلاق و شفابخش ناهشیار است. وقتی این نیرو بر مقاومت غلبه کند:

- بیمار شروع به تجربه‌ی مستقیم احساسات انتقالی - هم مثبت و هم منفی - می‌کند
- این احساسات انتقالی، **ماشه‌ی** دسترسی مستقیم به تجربه‌ی احساسات در رابطه با **چهره‌های کلیدی گذشته** را می‌کشد
- فضای کل رابطه‌ی درمانی تغییر می‌کند - از مقابله و مقاومت به **نزدیکی و صمیمیت**

فاز پنجم: باز شدن ناهشیار (Unlocking of the Unconscious)

در نقطه‌ی اوج توالی پویای مرکزی، وقتی UTA به اندازه‌ی کافی بر مقاومت غلبه کرده باشد، «باز شدن ناهشیار» رخ می‌دهد. دوانلو (به نقل از Beeber, 2018) اعلام کرد:

«تکنیک من می‌تواند با هر بیماری که از نوروژ شخصیتی رنج می‌برد و در حالت مقاومت بالا به مصاحبه می‌آید، یک شکافت عمده به ناهشیار ایجاد کند.»

«کار من روشن ساخته است که در هر چنین بیماری، شاهراه به ناهشیار بر پایه‌ی تکنیکی است که من برای رسیدگی به مقاومت کشف کرده‌ام، و بر تجربه‌ی مستقیم بیمار از احساسات انتقالی‌اش.»

در لحظه‌ی باز شدن ناهشیار: - اضطراب و دفاع‌ها به‌طور چشمگیری **ساکت** می‌شوند - بیمار می‌تواند نسبتاً آرام از میان هیجان‌ات شدید عبور کند - **خاطرات** سرکوب‌شده، **تصاویر بصری** و **هیجان‌ات** مرتبط با تروماهای اولیه به سطح آگاهی می‌آیند - بیمار با هیجان‌اتی روبرو می‌شود که تا آن لحظه از آنها اجتناب کرده بود: **درد تروما، خشم، احساس گناه، اندوه، عشق و بخشش** (Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025)

فصل‌های آینده به تفصیل به باز شدن ناهشیار و درجات آن می‌پردازند.

۵.۵ CDS به مثابه‌ی یک نقشه‌ی راه

مهم است تأکید شود که CDS یک **توالی خطی مکانیکی** نیست – بلکه یک **نقشه‌ی راه زنده** است. در یک جلسه‌ی واقعی، درمانگر ممکن است چندین بار بین فازهای مختلف حرکت کند:

- فشار می‌آورد → مقاومت ظاهر می‌شود → چالش می‌کند → مقاومت کاهش می‌یابد → فشار بیشتر → مقاومت شدیدتر → رویارویی سر به سر → بسیج احساسات → باز شدن ناهشیار

یا ممکن است مقاومت بسیار قوی باشد و چندین دور فشار-چالش-رویارویی لازم باشد تا سرانجام باز شدنی رخ دهد.

همچنین، واکنش عصب‌زیستی بدن بیمار – نوع تخلیه‌ی اضطراب، فعال‌سازی روان‌حرکتی، مدولاسیون صدا – در هر لحظه به درمانگر اطلاعاتی می‌دهد که مسیرش را تعیین می‌کند. اشمیت (Schmitt, 2024) تأکید می‌کند که درمانگر در کاربرد تکنیک‌های دوانلو، واکنش‌های عصب‌زیستی را **لحظه‌به‌لحظه** رصد و تفسیر می‌کند.

۵.۶ رابطه‌ی بین دو مثلث و CDS

دو مثلث و CDS سه ابزار جداگانه نیستند – بلکه سه **لنز** هستند که درمانگر هم‌زمان از آنها استفاده می‌کند:

- **مثلث تعارض** به درمانگر می‌گوید **چه اتفاقی** در درون بیمار می‌افتد: کدام احساس، کدام اضطراب، کدام دفاع
- **مثلث شخص** به درمانگر می‌گوید **کجا** این الگو تکرار می‌شود: با من (T)، با دیگران (C)، با گذشته (P)
- **CDS** به درمانگر می‌گوید **الان کجای فرایند** هستیم و **قدم بعدی** چیست

ترکیب همزمان این سه لنز، به درمانگر امکان می‌دهد لحظه‌به‌لحظه بداند: - بیمار الان چه دارد
حس می‌کند (یا از حس کردن آن اجتناب می‌کند) - این احساس از کجا آمده - اکنون در کدام فاز
از فرایند درمان هستیم - چه مداخله‌ای لازم است

۵.۷ «شاهراه به ناهشیار»

دوانلو (به نقل از Beeber, 2018) از تعبیر «شاهراه به ناهشیار» (Royal Road to the Unconscious) استفاده کرد - تعبیری که آگاهانه به فروید ارجاع می‌دهد. فروید رؤیا را «شاهراه به ناهشیار» نامیده بود. دوانلو اما معتقد بود شاهراه واقعی به ناهشیار، نه رؤیا، بلکه تکنیک رسیدگی به مقاومت و تجربه‌ی مستقیم احساسات انتقالی است.

هر کسی که مقالات دوانلو را بخواند - یا بهتر از آن، ویدئوهای موارد بالینی‌اش را ببیند - ناگزیر خواهد پذیرفت، همان‌طور که بیبر (Beeber, 2018) نیز تأکید می‌کند، که شکافت به ناهشیار می‌تواند کاملاً و در زمان کوتاهی حاصل شود و تکنیک دوانلو حتی برای بیماران بسیار مقاوم مبتلا به نورو شخصیتی نیز قابل اجرا است.

جمع‌بندی فصل

در این فصل، سه ابزار مفهومی بنیادین D-ISTDP را شناختیم:

- **مثلث تعارض:** ساختار هر تعارض روانی - احساس، اضطراب، دفاع
- **مثلث شخص:** سه حوزه‌ی تکرار الگو - درمانگر (T)، افراد فعلی (C)، افراد گذشته (P)
- **توالی پویای مرکزی (CDS):** نقشه‌ی راه درمان - از فشار و چالش تا رویارویی سر به سر، بسیج UTA و باز شدن ناهشیار

در فصل بعد، به عمق مفهوم **مقاومت و مکانیزم‌های دفاعی** می‌رویم – قلب تپنده‌ی تمام کار دوانلو. و سپس **الگوی تخلیه‌ی اضطراب و باز کردن ناهشیار** را با جزئیات کامل بررسی خواهیم کرد.

۵.۸ CDS در عمل: روایت یک جلسه‌ی فرضی

برای آنکه خواننده «ببیند» توالی پویای مرکزی چگونه در عمل کار می‌کند، بیا یک مثال فرضی – اما بر اساس الگوهای واقعی بالینی – را دنبال کنیم. (توجه: این مثال صرفاً آموزشی است و جایگزین مشاهده‌ی ویدئوهای واقعی نیست.)

زمینه: مردی ۳۸ ساله، مهندس، به خاطر سردردهای مزمن و مشکلات در رابطه‌ی زناشویی مراجعه کرده. درمان‌های قبلی (دارویی و شناختی-رفتاری) مؤثر نبوده‌اند.

فاز فشار:

درمانگر: «الان، در همین لحظه که اینجا نشسته‌اید و با من صحبت می‌کنید، چه احساسی نسبت به من دارید؟»

بیمار: (مکث – نگاه را از درمانگر برمی‌گرداند) «خب... فکر می‌کنم... شاید یک کمی ناراحتم.»

درمانگر متوجه می‌شود: بیمار به‌جای بیان صریح احساس، از **کلمات پوشاننده** استفاده کرد («فکر می‌کنم»، «شاید»، «یک کمی»). نگاهش را برگرداند (اجتناب از تماس چشمی). و از «ناراحتی» صحبت کرد – نه از احساس مشخص‌تری مانند خشم یا اندوه. اینها همه **دفاع‌های تاکتیکی** هستند.

درمانگر: «متوجه شدید که وقتی از احساساتان پرسیدم، نگاهتان را از من برگرداندید؟ و به جای اینکه بگویید چه حسی دارید، گفتید "فکر می‌کنم شاید یک کمی ناراحتم." این پنج لایه فاصله‌گذاری است بین شما و احساس واقعی‌تان. آیا همین الگو در رابطه با همسرتان هم وجود دارد؟»

بیمار: (سفت شدن شانه‌ها – اولین نشانه‌ی تخلیه‌ی اضطراب در عضلات ارادی)
«خب... بله، همسر من همیشه می‌گوید من احساساتم را بیان نمی‌کنم.»

درمانگر اکنون **مثلث شخص** را در عمل می‌بیند: همان الگوی اجتناب از صمیمیت عاطفی که در رابطه با درمانگر (T) ظاهر شد، در رابطه با همسر (C) نیز تکرار می‌شود. و درمانگر شانه‌های سفت بیمار را می‌بیند – نشانه‌ی آنکه اضطراب در عضلات ارادی تخلیه می‌شود، یعنی بیمار ظرفیت تحمل دارد و می‌تواند پیش رفت.

ادامه‌ی چالش و تشدید:

درمانگر: «پس شما با من هم همین کار را می‌کنید – همان دیواری که بین خودتان و همسرتان هست، الان بین ما هم بالا کشیده‌اید. ببینید چه اتفاقی می‌افتد: شما به خاطر سردرد و مشکلات زناشویی اینجا آمده‌اید، اما وقتی می‌خواهم به احساساتتان نزدیک شوم، فوراً فاصله می‌گیرید. آیا این همان مشکلی نیست که زندگی‌تان را مختل کرده؟»

بیمار: (مشت کردن دست‌ها – تشدید تخلیه در عضلات ارادی) «... بله. من همیشه فرار می‌کنم.»

بیمار شروع به دیدن دفاع‌هایش به‌عنوان **مشکل** می‌کند – نه بخشی از هویتش. دفاع‌ها دارند از **هم‌نوا** (syntonic) به **ناهم‌نوا** (dystonic) تبدیل می‌شوند.

فاز رویارویی سر به سر:

درمانگر: «من اینجا هستم تا به شما کمک کنم. اما شما تمام انرژی‌تان را صرف جنگیدن با من می‌کنید – با همین فاصله‌گذاری، همین فرار از احساسات. این زندگی شماست. سردردهایتان ادامه دارند. رابطه‌تان آسیب می‌بیند. و شما اینجا نشسته‌اید و با همان مکانیزمی که مشکل‌ساز شده، با من هم رفتار می‌کنید. آیا می‌خواهید ببینید پشت این دیوار چه هست؟ یا ترجیح می‌دهید با سردردهایتان به خانه برگردید؟»

بیمار: (چشمان پر از اشک – لرزش فک) «... می‌خواهم ببینم.»

بسیج UTA و ورود انتقال:

اکنون مقاومت تضعیف شده. دفاع‌ها خسته شده‌اند. بیمار با نگاه مستقیم به درمانگر نگاه می‌کند – شاید برای اولین بار. و احساسات واقعی شروع به ظهور می‌کنند:

بیمار: «من... عصبانی‌ام. نه از شما. از... نمی‌دانم. عصبانی‌ام.»

درمانگر: «این خشم را در بدنتان کجا حس می‌کنید؟»

بیمار: «در دست‌هایم. در شکمم. انگار می‌خواهم... منفجر شوم.»

باز شدن ناهشیار:

بیمار: (چشم‌ها بسته - تصویری ظاهر می‌شود) «... پدرم را می‌بینم. وقتی بچه بودم... او هرگز... او هیچ‌وقت نگاهم نکرد. هیچ‌وقت. من هر کاری کردم... مهندس شدم... همه‌چیز برای اینکه او ببیند... اما او...»

(اشک - اندوه عمیق - و سپس خشم)

«من از او متنفرم! چرا نگاهم نکرد؟ چرا من برایش مهم نبودم؟»

(و سپس - گناه)

«اما او پدرم بود... چگونه می‌توانم از پدرم متنفر باشم؟»

اینجا، درمانگر شاهد **باز شدن ناهشیار** است: تصویر بصری پدر ظاهر شده، خاطرات سرکوب‌شده بازگشته‌اند، و بیمار با ترکیب خشم، اندوه و گناه - همان هیجاناتی که تا آن لحظه از آنها فرار کرده بود - روبرو شده است.

و سردردهای مزمن او؟ آنها بازتاب جسمانی همین خشم و اندوه سرکوب‌شده بودند - هیجاناتی که چون راه بیانی نداشتند، از طریق بدن بیان می‌شدند.

نکته‌ی مهم: این مثال بسیار ساده‌شده است. در واقعیت بالینی، فرایند معمولاً پیچیده‌تر، طولانی‌تر و با پیچ‌وخم‌های بیشتری همراه است. این مثال صرفاً برای **تصویرسازی** الگوی کلی CDS ارائه شده و نباید به‌عنوان دستورالعمل بالینی تلقی شود.

مقاومت، الگوی تخلیه‌ی اضطراب، و باز کردن ناهشیار

۶.۱ مقاومت: دشمن یا راهنما؟

اگر بخواهیم کل رویکرد دوانلو را در یک کلمه خلاصه کنیم، آن کلمه «مقاومت» (Resistance) است. مقاومت، نقطه‌ی شروع، موضوع محوری و نشانه‌ی راهنمای هر لحظه از فرایند درمان D-ISTDP است.

دوانلو پژوهش بالینی‌اش را «جستجوی مقاومت» (Search for the Resistance) نامید (Beeber, 2018). این نام‌گذاری فلسفه‌ی عمیقی را بازتاب می‌دهد: مقاومت دشمن درمان نیست – بلکه نشانه‌ی راهنمای آن است. اشمیت (Schmitt, 2024) می‌نویسد:

«هدف، به سطح آوردن مقاومت، افشای آن و سپس بی‌اثر کردن آن از طریق بسیج جزء انتقالی مقاومت (TCR) است. درمانگر می‌داند که پشت یک مقاومت انتقالی قوی، احساسات پنهان بیمار به شدت بسیج شده‌اند.»

به عبارت دیگر: **هرجا مقاومت قوی‌تر باشد، احساسات سرکوب‌شده عمیق‌ترند** – و بنابراین، جهتی که باید پیش رفت، روشن‌تر است. مقاومت مانند ردپاست: آن را دنبال کن و به گنج خواهی رسید.

۶.۲ تعریف مقاومت در D-ISTDP

از نظر دوانلو، مقاومت هر **دفاع ناهشیار یا پیش‌تر ناهشیاری** است که در رابطه‌ی درمانی فعال می‌شود. اشمیت (Schmitt, 2024) توضیح می‌دهد:

«در کار روان‌درمانی، مقاومت زمانی رخ می‌دهد که درمانگر و بیمار به نواحی‌ای از ناهشیار نزدیک شوند که مملو از اضطراب است. سؤال درباره‌ی احساسات، سؤال بسیار محرمانه است که مستلزم آن است که بیمار اجازه‌ی نزدیکی عاطفی بدهد.»

وقتی درمانگر می‌پرسد: «الان چه احساسی نسبت به من دارید؟»، بیمار با یک انتخاب اساسی روبرو می‌شود: نزدیکی عاطفی یا فرار. برای اجتناب از این مواجهه‌ی صمیمانه و پیش‌بینی‌ناپذیر، بیمار از **مکانیزم‌های دفاعی** استفاده می‌کند:

- نگاهش را از درمانگر برمی‌گرداند
- «خاموش» (shut down) می‌شود
- طفره می‌رود
- خود را سردرگم نشان می‌دهد
- به‌جای احساس، از **فکر** صحبت می‌کند
- موضوع را عوض می‌کند
- لجبازی می‌کند
- منجمد می‌شود
- یا مکانیزم‌های دفاعی دیگری نشان می‌دهد

۶.۳ انواع دفاع‌ها

دوانلو دفاع‌ها را در چند سطح طبقه‌بندی کرد:

دفاع‌های تاکتیکی (Tactical Defenses)

بیبیر (Beeber, 2018) تأکید می‌کند که دوانلو بحث مفصلی درباره‌ی **طیف دفاع‌های تاکتیکی** ارائه داد – دفاع‌هایی که بیمار لحظه‌به‌لحظه برای مقاومت در برابر تلاش‌های درمانگر به‌کار می‌گیرد. این دفاع‌ها شامل:

- **کلمات پوشاننده (cover words):** استفاده از واژه‌های مبهم و غیردقیق به‌جای بیان صریح احساس
- **گفتار غیرمستقیم (indirect speech):** صحبت کردن در مورد احساسات به‌جای تجربه‌ی آنها
- **عوض کردن موضوع:** پرش از یک موضوع به موضوع دیگر وقتی اوضاع هیجانی می‌شود
- **کلی‌گویی:** صحبت در سطح انتزاعی به‌جای مشخص و شخصی
- **عقلانی‌سازی (intellectualization):** تحلیل عقلانی احساسات به‌جای تجربه‌ی آنها
- **طنز (humor):** استفاده از شوخی برای اجتناب از جدیت هیجانی
- **وراجی (verboesity):** صحبت زیاد بدون محتوای عاطفی واقعی

دوانلو معتقد بود درک و مدیریت این دفاع‌های تاکتیکی «برای هر درمانگری که می‌خواهد بر روان‌درمانی پویایی فشرده‌ی کوتاه‌مدت مسلط شود، ضروری است» (Beeber, 2018).

دفاع‌های شخصیتی (Character Defenses)

سطح عمیق‌تر دفاع‌ها، الگوهای سخت و تثبیت‌شده‌ای از رفتار هستند که بیمار آنها را **بخشی از هویتش** می‌داند – نه یک مشکل. این همان «هم‌نوایی» (syntony) است: بیمار نمی‌گوید «من مقاومت می‌کنم»؛ بلکه می‌گوید «من همینم». الگوهایی مانند:

- رفتار **منفعل-پرخاشگرانه (passive-aggressive)**
- **خودآزارگری (masochism)** و **خودتنبیهی**
- **لجبازی و سرکشی (defiance)**

- سرزنش و اتهام‌زنی (accusation)
- آرمان‌سازی (idealization) یا بی‌ارزش‌سازی (devaluation)
- رقابت ویرانگر (destructive competitiveness)

دفاع‌های بدوی (Primitive Defenses)

در بیماران با ساختار دفاعی آسیب‌دیده (گروه‌های ۲ و ۳ طبقه‌بندی دوانلو)، دفاع‌های بدوی‌تری مشاهده می‌شود:

- فرافکنی (projection): نسبت دادن احساسات خود به طرف مقابل
- همانندسازی فرافکنانه (projective identification)
- شقاق (splitting): دیدن خود یا دیگران به شکل کاملاً خوب یا کاملاً بد
- انکار (denial)
- تجزیه (dissociation)

اشمیت (Schmitt, 2024) فهرست مفصل‌تری از دفاع‌های بدخیم ارائه می‌دهد: «لجبازی بدخیم، طرد، رفتار مخالف‌خوانانه، سرزنش، اتهام‌زنی، آرمان‌سازی، فرافکنی، قربانی‌نمایی، اهمال‌کاری، طعنه، رئیس‌بازی، حق‌به‌جان‌بازی، بدخواهی، سلطه‌طلبی و تسلیم‌شدگی.»

۹۵.۴ درصد: یافته‌ای تکان‌دهنده

بیلسکی-پیوتروفسکی (Bilski-Piotrowski, 2011) یکی از یافته‌های مهم پژوهش بالینی دوانلو را نقل می‌کند:

۹۵ درصد بیماران که به درمانگران مراجعه می‌کنند، مقاومت بالا یا بسیار بالایی دارند.

این یافته تأمل‌برانگیز است: اگر تنها ۵ درصد بیماران مقاومت پایینی دارند، پس هر روش درمانی‌ای که فقط برای بیماران کم‌مقاوم طراحی شده باشد، در عمل فقط بخش ناچیزی از جمعیت بالینی را پوشش می‌دهد. این ارقام توضیح می‌دهد چرا دوانلو تمام حرفه‌اش را وقف یافتن راهی برای عبور از مقاومت کرد – نه کنار گذاشتن بیماران مقاوم.

۶.۵ الگوی تخلیه‌ی اضطراب ناهشیار: کشفی بنیادین

یکی از منحصربه‌فردترین مشاهدات دوانلو، شناسایی الگوی تخلیه‌ی اضطراب ناهشیار بود. بیبر، گوتویک و روسیتی (Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025) تأکید می‌کنند که دوانلو کشف کرد اضطراب ناهشیار خود را در سه حوزه نشان می‌دهد. این کشف پیامدهای مهمی داشت برای اینکه درمانگر بداند چقدر سریع و به چه شیوه‌ای می‌تواند به ناهشیار دسترسی پیدا کند.

مسیر اول: عضلات ارادی (Striated / Voluntary Muscles)

- تنش در شانه‌ها، گردن، فک
- مشت کردن دست‌ها
- سفت شدن عضلات شکم و تنه
- تغییر در حالت چهره

اشمیت (Schmitt, 2024) توضیح می‌دهد که وقتی خشم بدوی ناهشیار بسیج می‌شود، شبکه‌های عصب‌زیستی سیستم لیمبیک در پیرامون بدن فعال شده و ظرف کسری از ثانیه، عضلات صورت، فک، تنه، شانه‌ها، بازوها و دست‌ها درگیر می‌شوند. این فعال‌سازی روان‌حرکتی (psychomotor activation)، فعال‌سازی ناهشیار قشر حرکتی (motor cortex) است.

اهمیت بالینی: تخلیه‌ی اضطراب در عضلات ارادی، **مطلوب‌ترین** مسیر است. وقتی اضطراب بیمار در این مسیر تخلیه شود، نشان‌دهنده‌ی آن است که بیمار **ظرفیت تحمل** (capacity to tolerate) اضطراب و هیجانات شدید را دارد و درمانگر می‌تواند مستقیماً و سریعاً پیش برود.

مسیر دوم: سیستم عصبی خودمختار (Autonomic / Smooth Muscle Discharge)

- تعریق
- تپش قلب
- تهوع
- اسهال
- تنگی نفس
- سرگیجه
- افت فشار خون
- اسپاسم برونش (bronchospasm)
- فوریت ادراری (urge to urinate)

اشمیت (Schmitt, 2024) یادآور می‌شود که واکنش‌های عضلات صاف (smooth muscles) – مانند شکایات آسمی، فوریت ادراری، اسهال و سرگیجه – نقش بسیار مهمی در تشخیص و مداخله دارند.

اهمیت بالینی: تخلیه‌ی اضطراب در سیستم خودمختار، نشان‌دهنده‌ی ظرفیت **کمتر** برای تحمل اضطراب است. درمانگر باید اول **اضطراب را تنظیم کند** (regulate) – مثلاً از طریق «بازسازی» (restructuring) – و سپس به تدریج به سمت مواد ناهشیار حرکت کند.

مسیر سوم: حوزه‌ی شناختی-ادراکی (Cognitive-Perceptual Disruption)

- اختلال در تمرکز و توجه
- اختلال در جریان فکر
- گیجی ذهنی
- احساس غیرواقعی بودن (derealization)
- احساس بیگانگی از خود (depersonalization)
- در موارد شدید، اختلالات ادراکی

اشمیت (Schmitt, 2024) توضیح می‌دهد که در بیماران گروه‌های ۲ و ۳، وقتی درمانگر فشار روی احساسات انتقالی وارد می‌کند، افزایش اولیه‌ی اضطراب می‌تواند عملکردهای شناختی را مختل سازد: «گفتار، جریان فکر، ادراک و توجه، وقفه‌هایی نشان می‌دهند. عملکردهای حرکتی و گفتاری نیز ممکن است آسیب ببینند – مثلاً عملکردهای حرکتی سفت می‌شوند و صدا ضعیف یا خشن می‌شود.»

اهمیت بالینی: تخلیه‌ی اضطراب در حوزه‌ی شناختی-ادراکی، **خطرناک‌ترین** مسیر است و نشان‌دهنده‌ی **ساختار شکننده** (fragile character structure) بیمار است. درمانگر باید فوراً فشار را کاهش دهد و به فرمت تدریجی (graded format) و بازسازی روی آورد. فشار مستقیم بر مقاومت در این بیماران، نه‌تنها بی‌فایده بلکه بالقوه **آسیب‌رسان** است.

مسیر تخلیه	ظرفیت بیمار	رویکرد درمانی
عضلات ارادی	بالا	استاندارد D-ISTDP – فشار، چالش، رویارویی
سیستم خودمختار	متوسط تا پایین	ابتدا بازسازی، سپس فشار تدریجی
شناختی-ادراکی	پایین (شکونده)	فرمت تدریجی، بازسازی مداوم

۶.۶ باز کردن ناهشیار (Unlocking the Unconscious): مهم‌ترین کشف

مفهوم «باز کردن ناهشیار» که دوانلو در دهه‌ی ۱۹۸۰ مطرح کرد، خود آن را مهم‌ترین دستاورد پژوهشی‌اش می‌دانست. بیبر، گوت‌ویک و روسیتی (Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025) می‌نویسند:

«دوانلو دریافت که اگر درمانگر روی هیجان‌ها، مقاومت بیمار و رابطه‌ی انتقالی تمرکز کند، می‌تواند ناهشیار بیمار را به سرعت بسیج کند – منظورش غلبه‌ی ائتلاف درمانی ناهشیار بر نیروهای مخرب مقاومت بود. این مسیر مستقیم، درمانگر را به موتور محرک مشکلات بیمار هدایت می‌کرد. او این فرایند را "باز کردن ناهشیار" نامید.»

فرایند باز شدن

باز شدن ناهشیار زمانی رخ می‌دهد که:

1. ائتلاف درمانی ناهشیار (UTA) بر نیروهای مقاومت غلبه کند
2. یک تغییر روانی (psychic shift) اتفاق بیفتد
3. احساسات دردناک و پیش‌تر اجتناب‌شده به سطح آگاهی بیایند

بیبیر (Beeber, 2018) توضیح می‌دهد که دوانلو در تمام موارد بالینی‌اش – از نخستین شکافت‌ها گرفته تا بازگشایی‌های عمده و گسترده‌ی بعدی – یک الگوی ثابت مشاهده کرد: «مقاومت، شکافت به ناهشیار، باز شدن ناهشیار – همه وجه مشترکی داشتند: غلبه‌ی پاسخ‌های عاطفی بر پاسخ‌های شناختی از سوی بیمار، و غلبه‌ی ائتلاف درمانی ناهشیار بر نیروهای مقاومت.»

درجات باز شدن ناهشیار

دوانلو درجات مختلفی از باز شدن ناهشیار را تعریف کرد (Davanloo, 1995; Johansson, Town) (& Abbass, 2014):

درجه‌ی ۱ – افزایش کم در احساسات پیچیده‌ی انتقالی: بیمار شروع به تجربه‌ی مبهم احساسات نسبت به درمانگر می‌کند، اما دفاع‌ها هنوز قوی‌اند.

درجه‌ی ۲ – افزایش زیاد در احساسات پیچیده‌ی انتقالی: احساسات شدیدتر می‌شوند. دفاع‌ها شروع به تضعیف می‌کنند. تنش عاطفی در رابطه با درمانگر بالا می‌رود.

درجه‌ی ۳ – باز شدن جزئی ناهشیار (Partial Unlocking): برخی خاطرات و تصاویر گذشته ظاهر می‌شوند، اما فرایند ناقص است. دفاع‌ها هنوز کاملاً تسلیم نشده‌اند.

درجه‌ی ۴ – باز شدن عمده‌ی ناهشیار (Major Unlocking): این لحظه‌ی کلیدی است. تاون، اَبس و برنیر (Town, Abbass & Bernier, 2013) آن را چنین تعریف می‌کنند:

در جریان تجربه‌ی احساسات شدید نسبت به درمانگر یا شخص فعلی دیگر، **تصویر بصری فرد گذشته** (past figure) بر تصویر فرد فعلی منتقل شده و **جایگزین** آن می‌شود. با این تصویر بصری، **خاطرات هیجان‌بار** درباره‌ی احساسات دردناک، موقعیت‌ها و رویدادهای گذشته ظاهر می‌شوند. اضطراب و دفاع‌ها به‌طور چشمگیری ساکت می‌شوند و بیمار می‌تواند نسبتاً آرام از میان هیجان‌ات شدید پیش‌تر اجتناب‌شده عبور کند.

درجه‌ی ۵ – باز شدن عمده‌ی گسترده‌ی ناهشیار (Extended Major Unlocking): فرایندی عمیق‌تر و گسترده‌تر. بیبر (Beeber, 2018) توضیح می‌دهد که دوانلو در اوایل دهه‌ی ۱۹۹۰ تکنیک «دسترسی مستقیم عمده‌ی گسترده به ناهشیار» (Extended Major Direct Access to the Unconscious) را ابداع کرد – که شامل «باز شدن عمده‌ی گسترده» همراه با «بسیج گسترده‌ی ائتلاف درمانی ناهشیار» و «باز شدن‌های عمده‌ی متعدد و گسترده» بود. این روش‌های «گسترده»، پایه‌ی آنچه دوانلو «روش نوین روان‌کاوی» نامید، را تشکیل دادند.

چه اتفاقی در لحظه‌ی باز شدن می‌افتد؟

بیبر، گوتویک و روسیتی (Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025) توصیف زنده‌ای از این فرایند ارائه می‌دهند. از طریق تکرار «باز شدن‌ها» و کار مداوم روی آنها در فرایند عمیق‌سازی (working through)، دوانلو توانست به بیماران کمک کند تا با هیجان‌ات شدیدی که تا آن لحظه از آنها اجتناب کرده بودند روبرو شوند:

- **درد ناشی از تروما** – رنج خالص از دست دادن، بی‌توجهی یا آزار
- **خشم** – و گاه خشم مرگبار (murderous rage) نسبت به چهره‌های دلبستگی
- **احساس گناه** – گناه عمیق ناشی از همین خشم ویرانگر
- **اندوه** – سوگ بر آنچه از دست رفته یا هرگز وجود نداشته
- **عشق و محبت** – محبت واقعی نسبت به همان کسانی که موجب درد شده‌اند
- **بخشش** – رها شدن از بند خشم و کینه

و در نهایت، بیمار می‌توانست در رابطه با تروما یا تعارضاتش – به‌ویژه در ارتباط با افراد نزدیک دوران کودکی – به آرامش (peace) برسد.

احساس گناه: مهم‌ترین عامل

بیبر، گوتویک و روسیتی (Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025) تأکید می‌کنند:

«از نظر دوانلو، تجربه‌ی احساس گناه ناهشیار، **مهم‌ترین عامل** در فرایند [شفا] بود.»

این نکته بسیار مهم است و دوانلو را از بسیاری از رویکردهای دیگر متمایز می‌سازد. در حالی که بسیاری از درمانگران تمرکز اصلی‌شان بر خشم، اندوه یا تروما است، دوانلو معتقد بود **گناه ناهشیار** – گناه ناشی از خشم مرگبار نسبت به عزیزان – کلید نهایی شفاست. تا این گناه تجربه نشود، درمان ناقص است.

توصیف بیماران

بیمارانی که تجربه‌ی باز شدن ناهشیار و مواجهه با هیجانات شدید را داشته‌اند، این فرایند را چنین توصیف کرده‌اند (Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025):

- «گویی بار سنگینی را زمین گذاشته‌ام»
- «احساس رهایی از درد تروما و گناه»
- «رسیدن به صلح درونی نسبت به چهره‌های دلبستگی اولیه»

۶.۷ ائتلاف درمانی ناهشیار: نیروی شفابخش درونی

بیبیر (Beeber, 2018) شرح می‌دهد که دوانلو مشاهده کرد وقتی دفاع‌های بیمار – از طریق فشار، چالش و رویارویی سر به سر – **خسته** و **ناهم‌نوا** (dystonic) می‌شوند، یک **نیروی جدید** در ناهشیار وارد عمل می‌شود. دوانلو این نیرو را «**ائتلاف درمانی ناهشیار**» (Unconscious Therapeutic Alliance – UTA) نامید.

بیبیر (Beeber, 2018) همچنین تأکید می‌کند که دوانلو در معرفی اولیه‌ی مفهوم ISTDP، از «**نیروهای ذاتی سازنده، خلاق و شفابخش ناهشیار**» (innate constructive, creative and healing forces of the unconscious) سخن گفت.

UTA بخشی از ناهشیار بیمار است که: - **می‌خواهد** بهبود یابد - به درمان **تمایل** دارد - آماده‌ی رویارویی با حقیقت است - حتی وقتی بیمار در سطح آگاهانه مقاومت می‌کند، این نیرو در عمق **به سمت شفا می‌کشد**

وقتی UTA بر مقاومت غلبه کند: - بیمار مواد جدیدی گزارش می‌کند - خاطرات، تصاویر و احساسات سرکوب‌شده آشکار می‌شوند - **فضای کل رابطه‌ی درمانی** تغییر می‌کند

اشمیت (Schmitt, 2024) این فرایند را به‌زیبایی توصیف می‌کند:

«اگر اضطراب فرافکنانه برای مدت معینی حذف شود و دیگر سیستم روانی را مهار نکند، عملکرد سالم سازمان دفاعی ناهشیار به‌طور موقت حاضر می‌شود. مقاومت بدخیم برای مدت کوتاهی غلبه می‌شود. خشم مرگبار پیش‌تر ناهشیار اکنون می‌تواند تجربه و نسبت به درمانگر ابراز شود. تجربه‌ی خشم مرگبار کودکانه/سادسیم کودکانه، با احساسات گناه و احساسات محبت‌آمیز دنبال می‌شود که آنها نیز به‌شدت تجربه می‌شوند. در این لحظه، جداسازی احساسات پیش‌تر درهم‌آمیخته رخ داده است.»

جمع‌بندی فصل

این فصل سه ستون بنیادین D-ISTDP را شرح داد:

- **مقاومت** – نه دشمن، بلکه راهنما. دوانلو ۹۵ درصد بیماران را مقاوم یافت و تکنیکی برای عبور از مقاومت ابداع کرد. مقاومت در سه سطح عمل می‌کند: تاکتیکی، شخصیتی و بدوی.
- **الگوی تخلیه‌ی اضطراب** – کشف بنیادین دوانلو: اضطراب در سه مسیر تخلیه می‌شود (عضلات ارادی، سیستم خودمختار، شناختی-ادراکی). نوع تخلیه، نقشه‌ی راه درمانگر را تعیین می‌کند.

• **باز کردن ناهشیار** – مهم‌ترین کشف. وقتی UTA بر مقاومت غلبه کند، ناهشیار «باز» می‌شود و بیمار با درد، خشم، گناه، اندوه، عشق و بخشش روبرو می‌شود. گناه ناهشیار مهم‌ترین عامل شفاست.

در فصل بعد، سیر تکامل روش از ISTDP به D-ISTDP و D-NISTDP را دنبال خواهیم کرد – شامل مفاهیم همجوشی، جداسازی، مقاومت عمده و سه گروه بزرگ بیماران.

۶.۸ گناه ناهشیار: عمیق‌ترین لایه

در میان تمام هیجاناتی که در فرایند باز شدن ناهشیار ظاهر می‌شوند – خشم، اندوه، عشق، بخشش – دوانلو بر یکی بیش از همه تأکید داشت: **گناه ناهشیار**.

چرا گناه این‌قدر مرکزی است؟ برای فهم این مسئله، باید به پویایی درونی کودکی که آسیب دیده نگاه کنیم.

کودکی که توسط والدین یا چهره‌های دلبستگی‌اش آزار می‌بیند – چه آزار فیزیکی، چه عاطفی، چه بی‌توجهی – واکنشی طبیعی دارد: **خشم**. این خشم کاملاً قابل فهم و حتی سالم است. اما مشکل اینجاست: کودک **عاشق** همان کسی است که به او آسیب می‌رساند. مادر یا پدری که آزار می‌دهد، همان مادر یا پدری است که کودک برای بقا و ایمنی به او وابسته است.

بنابراین، کودک در موقعیتی غیرممکن قرار می‌گیرد: او هم **عاشق** والدش است و هم **خشمگین** از او – و شدت این خشم، در ناهشیار بدوی کودک، تا حد **خشم مرگبار** (murderous rage) می‌رسد. کودک – به صورت ناهشیار – تکانه‌ی نابودی همان کسی را دارد که بیش از همه دوستش دارد.

و اینجاست که **گناه** وارد می‌شود. خشم مرگبار نسبت به عزیزترین فرد زندگی، احساس گناه عمیقی تولید می‌کند. این گناه، خودتنبیهی، خودآزاری و الگوهای خودتخریب‌گرانه ایجاد می‌کند. بیمار ناهشیارانه خود را **مجازات** می‌کند – به خاطر تکانه‌هایی که هرگز عمل نکرده اما از وجودشان احساس گناه می‌کند.

دوانلو دریافت که تا این گناه ناهشیار **مستقیماً تجربه** نشود – نه فقط درباره‌اش صحبت شود، بلکه واقعاً در بدن و روان حس شود – درمان ناقص خواهد بود. خشم ممکن است تجربه شود، اندوه ممکن است بیان شود، اما اگر گناه لمس نشود، هسته‌ی مشکل دست‌نخورده باقی می‌ماند.

اشمیت (Schmitt, 2024) تأکید می‌کند:

«اصطلاح "گناه" به احساس گناه انباشته‌شده‌ی ناهشیار کودک اشاره دارد. "گناه اخلاقی" که کودک به صورت ذهنی تجربه می‌کند، به رفتار خودتخریب‌گرانه و رابطه‌ویرانگرانه منجر می‌شود.»

این تمایز مهم است: گناه ناهشیار از جنس «اخلاق» نیست – از جنس **ساختار روانی** است. کودک «بد» نیست – بلکه در موقعیتی غیرممکن قرار گرفته و روانش بهترین راه‌حلی را که می‌توانسته پیدا کرده: سرکوب خشم و تنبیه خود.

۶.۹ جسمانی‌سازی: وقتی روان از طریق بدن فریاد می‌زند

یکی از حوزه‌هایی که D-ISTDP در آن بسیار مؤثر بوده، **اختلالات جسمانی‌شکل (Somatoform Disorders)** و **جسمانی‌سازی (Somatization)** است.

جسمانی‌سازی پدیده‌ای است که در آن، تعارضات روانی حل‌نشده – به‌ویژه هیجانات سرکوب‌شده – خود را به‌شکل **علائم جسمانی** بیان می‌کنند: سردرد مزمن، درد شکم، تنگی نفس، تپش قلب، سندروم روده‌ی تحریک‌پذیر (IBS)، فیبرومیالژیا، و بسیاری علائم دیگر.

در مطالعه‌ی یوهانسون و همکاران (2014)، **۵۸.۷ درصد** بیماران اختلال جسمانی‌شکل داشتند. این بیماران معمولاً سال‌ها از پزشک به پزشک رفته‌اند، آزمایشات متعدد انجام داده‌اند، داروهای مختلف مصرف کرده‌اند – بدون نتیجه. زیرا مشکل آنها «جسمانی» به‌معنای متعارف نیست – بلکه **روان‌زاد (psychogenic)** است.

از دیدگاه D-ISTDP، جسمانی‌سازی تخلیه‌ی اضطراب در سیستم عصبی خودمختار است. هیجاناتی که نمی‌توانند از طریق عضلات ارادی (بیان، حرکت، اقدام) تخلیه شوند، از طریق عضلات صاف (گوارش، تنفس، قلب و عروق) تخلیه می‌شوند. سردرد مزمن، تجلی جسمانی خشمی است که هرگز ابراز نشده. درد شکم، بازتاب اندوهی است که هرگز سوگواری نشده.

وقتی در فرایند D-ISTDP، بیمار بتواند هیجانات سرکوب‌شده‌اش را مستقیماً تجربه و ابراز کند – خشمش را بشناسد، اندوهش را بگرید، گنااهش را احساس کند – نیاز بدن به «فریاد زدن» از طریق علائم جسمانی کاهش می‌یابد یا از بین می‌رود.

این یکی از قانع‌کننده‌ترین جنبه‌های D-ISTDP است: بیمارانی که سال‌ها با سردرد مقاوم به درمان یا IBS مزمن دست‌وپنجه نرم می‌کردند، پس از تجربه‌ی باز شدن ناهشیار و مواجهه با هیجانات سرکوب‌شده، بهبود قابل‌توجهی می‌یابند.

۶.۱۰ فرایند عمیق‌سازی (Working Through): فراتر از شکافت اول

یک نکته‌ی مهم که باید تأکید شود: باز شدن ناهشیار، پایان درمان نیست – بلکه آغاز فاز جدیدی است.

بیر (Beeber, 2018) توضیح می‌دهد که پس از نخستین شکافت به ناهشیار، فرایندی لازم است که دوانلو آن را «عمیق‌سازی» (Working Through) نامید. در این فرایند:

- شکافت‌های مکرر به ناهشیار انجام می‌شود
- هر بار لایه‌ی عمیق‌تری از تعارضات آشکار می‌شود
- الگوهای دفاعی بیمار در زندگی روزمره‌اش بررسی و تغییر داده می‌شوند
- بیمار «خودآگاهی» (self-awareness) فزاینده‌ای نسبت به ناهشیارش پیدا می‌کند
- تغییرات ساختاری در ناهشیار تثبیت و پایدار می‌شوند

اشمیت (Schmitt, 2024) نکته‌ی مهمی اضافه می‌کند: پس از شکافت‌های اولیه به ناهشیار، **مقاومت همیشه بازمی‌گردد**. در ابتدا، ناهشیار فقط برای مدت کوتاهی «باز» است و سپس اضطراب و مقاومت بازمی‌گردند. اما با پیشرفت فرایند درمانی، این **فواصل باز بودن طولانی‌تر** و ناهشیار **منعطف‌تر** (more fluid) می‌شود.

دوانلو این فرایند را در موارد بالینی متعددی مستند کرده است – از جمله مورد «**بیوهی سیاه**» (The Black Widow) که درمانش از اواخر دهه‌ی ۱۹۸۰ آغاز شد و کل مسیر درمان‌اش – با تأکید بر فرایند عمیق‌سازی – در سمپوزیوم‌های ۱۹۹۳ و ۱۹۹۴ ارائه گردید (Beeber, 2018).

بخش چهارم

تحول و گسترش

فصل ۷

از ISTDP به D-ISTDP و D-NISTDP: سیر تکامل روش دوانلو

۷.۱ یک روش زنده، نه یک فسیل

اگر تصور کنیم ISTDP روشی بود که دوانلو در دهه‌ی ۱۹۸۰ کامل کرد و سپس دست از تغییر آن برداشت، سخت در اشتباهیم. کار دوانلو مانند یک موجود زنده بود – همواره در حال رشد، تحول و عمیق‌تر شدن. بیبر (Beeber, 2018) تأکید می‌کند:

«دوانلو در خط مقدم روان‌درمانی پویا باقی ماند – همواره در حال کوتاه‌تر کردن مسیر، عمیق‌تر کردن دسترسی و گسترش دامنه‌ی این شیوه‌ی درمانی قدرتمند.»

بیش از شش دهه، از اوایل ۱۹۶۰ تا اوایل ۲۰۲۰، دوانلو متوقف نشد. هر دهه، مفاهیم تازه‌ای کشف کرد، تکنیک‌های نوینی ابداع کرد، و دامنه‌ی بیمارانی که می‌توانست درمان کند را گسترش داد. این فصل، سیر این تکامل عظیم را دنبال می‌کند.

۷.۲ مرحله‌ی اول: ISTDP – باز کردن ناهشیار (دهه‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۸۰)

ISTDP (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy) روش اولیه‌ی دوانلو بود. ما در فصل‌های پیشین آن را به تفصیل شرح دادیم. خلاصه‌ی ویژگی‌هایش:

- تمرکز بر **حذف مقاومت** از طریق فشار، چالش و رویارویی سر به سر
- هدف: **باز کردن ناهشیار** (Unlocking the Unconscious)
- بیماران هدف: عمدتاً بیماران با ساختار دفاعی نسبتاً **بالغ** (روان‌عصبی)
- کشف توالی پویای مرکزی (CDS)، الگوی تخلیه‌ی اضطراب و ائتلاف درمانی ناهشیار (UTA)

اشمیت (Schmitt, 2024) تأکید می‌کند:

«ISTDP دوانلو، بر اساس خود دوانلو، فقط برای بیمارانی مناسب است که ساختار دفاعی روان‌شناختی بالغی دارند.»

این نکته حیاتی است: ISTDP **نقطه‌ی شروع** بود، نه **نقطه‌ی پایان**. دوانلو خود فراتر رفت.

۷.۳ گسترش طیف در دهه‌ی ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰: بازسازی و بیماران شکننده

بیبِر (Beeber, 2018) گزارش می‌دهد که در دهه‌ی ۱۹۸۰، دوانلو متعهد بود به این ایده که روان‌درمانی‌های پویای کوتاه‌مدت آن زمان **بیش از حد محدودکننده** هستند. او تمام تلاشش را وقف گسترش طیف بیماران قابل درمان کرد.

کار بالینی او در این دوره بر بیمارانی متمرکز شد که پیش‌تر قابل دسترس نبودند: - بیماران مبتلا به **افسردگی اساسی** (Major Depression) - **افسردگی شخصیتی** (Characterological Depression) - **اختلالات عملکردی و روان‌تنی** (Functional and Psychosomatic Disorders) - **اختلال جسمانی‌سازی** (Somatization Disorder) - **اختلال هراس** (Panic Disorder)

او اصلاحاتی را بر تکنیک استاندارد لازم دید و آنها را «بازسازی» (Restructuring) سیستم‌های دفاعی واپس‌رونده (regressive defensive systems) نامید (Beeber, 2018).

در اواخر دهه‌ی ۱۹۸۰، دوانلو تکنیک‌اش را بر بیمارانی با شکنندگی در ساختار شخصیت (fragility in character structure) – یعنی ظرفیت بسیار پایین برای تحمل اضطراب و عواطف دردناک – نیز به‌کار بست. برای این بیماران، فشار مستقیم بر مقاومت مناسب نبود. به‌جای آن، ابتدا باید ظرفیت بیمار برای تحمل هیجانات **تقویت** (restructured) می‌شد.

در دهه‌ی ۱۹۹۰ او طیف کامل اختلالات روان‌عصبی و ساختار شکننده‌ی شخصیت قابل درمان با تکنیکش را توصیف کرد – از بیمار بسیار پاسخ‌ده با مقاومت پایین در یک سمت، تا بیمار بسیار مقاوم با آسیب‌شناسی شخصیتی منتشر و پیچیدگی بالا در سمت دیگر (Beeber, 2018).

۷.۴ مرحله‌ی دوم: D-ISTDP – کشف همجوشی و مقاومت عمده (دهه‌ی ۲۰۰۰)

ورود به دهه‌ی ۲۰۰۰ نقطه‌ی عطفی در تکامل اندیشه‌ی دوانلو بود. در این دوره، او از طریق کار بالینی عمیق – به‌ویژه با درمانگرانی که خود تحت آموزش و درمان بودند – به بینش‌های تازه‌ای رسید.

۷.۴.۱ کشف همجوشی (Fusion)

اشمیت (Schmitt, 2024) تعریف دقیقی ارائه می‌دهد:

«منظور دوانلو از "همجوشی"، احساسات بدوی-کودکانه‌ای است که سرکوب شده، در ناهشیار حبس شده و به‌هم‌آمیخته باقی مانده‌اند. همجوشی احساسات سرکوب‌شده‌ی اولیه‌ی کودکی، باعث آسیب‌شناسی شخصیتی می‌شود که بر روابط بین‌فردی و رابطه‌ی فرد با خودش اثر منفی می‌گذارد.»

بیبِر (Beeber, 2018) جزئیات بالینی بیشتری ارائه می‌دهد. دوانلو ابتدا مشاهده کرده بود که در ناهشیار بیماران مقاوم، **خشم مرگبار و جنسیت** به هم آمیخته‌اند (fused). در حالی که بیمار می‌توانست نسبتاً راحت‌تر خشم مرگبار را در انتقال تجربه کند، احساسات جنسی به سختی قابل دسترس بودند. تنها پس از تغییرات ساختاری کافی در سیستم دفاعی و تجربه‌ی کافی احساسات آغشته به گناه، جنسیت از خشم **جدا** (de-fused) می‌شد و قابل تجربه می‌گشت.

سپس دوانلو این مفهوم «همجوشی» را به ترکیب **خشم و گناه** نیز بسط داد - و اینجا بود که کشف مهمی رخ داد:

۷.۴.۲ دو تروما، دو سرنوشت

بیبِر، گوت‌ویک و روسِتی (Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025) این مشاهده‌ی حیاتی دوانلو را نقل می‌کنند:

تروما پس از سن ۴ سالگی: - خشم و گناه از هم **قابل تفکیک** هستند - شکل مخرب و زیان‌باری از احساس گناه ناهشیار وجود ندارد - درمان با روش استاندارد ISTDP ممکن است - فرایند جداسازی نسبتاً ساده و سریع است

تروما پیش از سن ۳ سالگی: - خشم مرگبار و گناه در ناهشیار **درهم‌تنیده** (fused) باقی مانده‌اند - احساس گناه ناهشیار **به شکل مستقیم قابل تجربه نیست** - نه خشم مرگبار و نه گناه در مصاحبه‌ی اولیه قابل دسترس مستقیم هستند - فرایند جداسازی **بسیار پیچیده‌تر** است

فیروز پترمان (Firouz Pétermann, 2014) نکته‌ی مهمی اضافه می‌کند: سن ۴ سالگی یک مرز دقیق نیست - بلکه یک **پیوستار** (continuum) است. کودکی ۲ ساله ممکن است رشد عصب‌زیستی کودک ۴ ساله را داشته باشد و بالعکس. اما سن ۴ سالگی، کمابیش، نقطه‌ی یک **تغییر کیفی** در رشد عصب‌زیستی کودک را نشان می‌دهد - نقطه‌ای که مسیرهای عصب‌زیستی **کاملاً فعال** (completely functional) شده‌اند.

۷.۴.۳ «مقاومت عمده» (Major Resistance)

دوانلو تأکید کرد (به نقل از Beeber, 2018):

«همجوشی خشم بدوی و گناه، یک سیستم آسیب‌زای ویرانگر در ناهشیار است که ما آن را مقاومت عمده می‌نامیم.»

مقاومت عمده یک مفهوم متفاوت از مقاومت معمولی است. مقاومت معمولی – دفاع‌های تاکتیکی و شخصیتی – پوسته‌ی بیرونی است. مقاومت عمده، هسته‌ی ساختاری آسیب‌شناسی ناهشیار است: آمیختگی نیروهای متضاد (خشم و گناه، و گاه جنسیت) که نه می‌گذارد خشم واقعاً تجربه شود، نه گناه.

حضور گناه در ناهشیار بود که به مقاومت عمده می‌انجامید. و گناه تنها زمانی قابل تجربه بود که از خشم جدا شود – فرایندی که دوانلو «جداسازی» (Defusion) نامید.

۷.۵ جداسازی (Defusion): تکنیک شکستن هسته

اشمیت (Schmitt, 2024) هدف تکنیک‌های دوانلو را چنین خلاصه می‌کند:

«هدف تکنیک‌های دوانلو برای بسیج ناهشیار، حل کردن همجوشی‌ها است – تا "پس‌بلوغ شخصیت" (post-maturation of the personality) ممکن شود، تحرک (fluidity) و ثبات پایدار در ساختار شخصیت ایجاد شود.»

جداسازی نیاز به: - سطح بسیار بالایی از بسیج جزء انتقالی مقاومت (TCR) - بسیج مسیرهای عصبزیستی خشم مرگبار و تجربه‌ی واقعی خشم در انتقال - بسیج مسیرهای عصبزیستی گناه و تجربه‌ی واقعی گناه - بسیج مسیرهای عصبزیستی حافظه - بازگشت خاطرات - بسیج مسیرهای عصبزیستی جنسیت

بیبِر (Beeber, 2018) توضیح می‌دهد: در مواردی با تروما بعد از سن ۴، جداسازی نسبتاً ساده و سریع بود. اما در مواردی با تروما پیش از سن ۳، جداسازی پیچیده‌تر بود - نیاز به افزایش بسیار بالاتری در TCR و احساسات انتقالی داشت و غالباً به دوره‌ی طولانی‌ای از تغییرات ساختاری چندبُعدی نیاز بود.

تغییرات ساختاری چندبُعدی (Multidimensional Unconscious Structural Change)

جداسازی بخشی از فرایند بزرگ‌تری است که دوانلو آن را «تغییرات ساختاری چندبُعدی در ناهشیار» نامید. اشمیت (Schmitt, 2024) توضیح می‌دهد:

«بسیج گسترده‌ی ناهشیار، تغییرات ساختاری درون‌روانی ناهشیار ایجاد می‌کند، به طوری که مقاومت بدخیم به یک سیستم دفاعی روانی مختار و شایسته بازسازی می‌شود.»

به عبارت دیگر: هدف نهایی نه فقط حذف مقاومت، بلکه ساختن دوباره سیستم دفاعی ناهشیار است - از یک سیستم آسیب‌دیده و بدخیم، به یک سیستم سالم، مختار و منعطف.

۷.۶ سه گروه بزرگ بیماران

در تکامل بعدی اندیشه‌اش، دوانلو بیماران را به سه گروه بزرگ تقسیم کرد. اشمیت (Schmitt, 2024) و فیروز پترمان (Firouz Pétermann, 2014) هر دو این طبقه‌بندی را به تفصیل شرح می‌دهند:

گروه اول: تروما پس از سن ۴ سالگی

- بیماران بسیار مقاوم با اختلالات علامتی و شخصیتی
- جسمانی‌سازی چندگانه و اختلالات عملکردی
- همجوشی خشم مرگبار بدوی و گناه – اما مربوط به **بعد از سن ۴ سالگی**
- **ناهشیار چندان بدوی نیست**
- در تجسم خشم مرگبار، استفاده‌ی بسیار کم یا صفر از ابزار تهاجمی یا سلاح کشنده
- خشم مرگبار شکنجه‌گرانه‌ی سادیستی وجود **ندارد**
- **نوروز انتقالی ندارند**
- ISTDP درمان انتخابی آنهاست
- سیستم دفاعی مختار بالغ دارند اما به‌علت تروما دچار اختلال عملکرد شده
- فرایند جداسازی نسبتاً سریع

گروه دوم: تروما از بدو تولد تا سن ۴ سالگی (بین‌نسلی)

- گروه بین‌نسلی اختلالات روان‌عصبی – با یا بدون نوروز انتقالی
- ناهشیار **پیچیده** با همجوشی خشم مرگبار، شکنجه‌گرانه یا سادیستی، جنسیت و گناه
- تروما به **سال اول زندگی** بازمی‌گردد
- **نوروز انتقالی ویرانگر رقابتی بین‌نسلی (IDCTN)** وجود دارد – از نسلی به نسل دیگر منتقل شده
- سیستم دفاعی ناهشیار **آسیب‌دیده** و نابالغ

- مقاومت بدخیم: لجبازی، سرکشی، سرزنش، آرمان‌سازی، فرافکنی، قربانی‌نمایی
- به حذف مقاومت خوب پاسخ می‌دهند اما مقاومت برمی‌گردد
- نیاز به تکنیک ایجاد تغییر ساختاری و درون‌روانی ناهشیار – یعنی بازسازی مسیرهای عصب‌زیستی سن ۰ تا ۱ به مسیرهای سن ۴ به بعد
- بسیج به‌تنهایی تغییر ساختاری ایجاد نمی‌کند – نیاز به کاوش روان‌تحلیلی و شکافت‌های عمده‌ی مکرر

گروه سوم: نوروز انتقالی بر نوروز انتقالی

- بیماران گروه ۲ که به‌علت سیستم دفاعی آسیب‌دیده، در بزرگسالی یا نوجوانی دچار **نوروزهای انتقالی اضافی** شده‌اند
- نوروز انتقالی بین‌نسلی ویرانگر **همجوش** با نوروزهای انتقالی ناشی از درمان‌های قبلی، روابط حرفه‌ای یا درمانی
- شامل روان‌پزشکانی که آسیب‌شناسی‌شان با آسیب‌شناسی بیمارانشان **درهم‌آمیخته** شده
- پیچیده‌ترین و مقاوم‌ترین گروه

فیروز پترمان (Firouz Pétermann, 2014) نکته‌ای کلیدی درباره‌ی معیار تفکیک گروه‌ها اضافه می‌کند:

«گروه‌ها بر اساس **درجه‌ی مقاومت** بیمار و **نوع دفاع‌ها** مقیاس‌بندی می‌شوند. نوع دفاع‌ها به **سن تروما** مرتبط است. این به‌نوبه‌ی خود بر **درجه‌ی آسیب‌دیدگی سازمان دفاعی** ناهشیار تأثیر می‌گذارد. سلامت یا آسیب‌دیدگی سازمان دفاعی ناهشیار از طریق درجه‌ی هوشیاری و واکنش‌پذیری سیستم دفاعی سن‌جیده می‌شود – از دفاع‌های تاکتیکی سریع و هدف‌مند تا دفاع‌های فرافکنانه‌ی بدوی و بدخیم. **هرچه تروما زودتر باشد، سازمان دفاعی آسیب‌دیده‌تر و بدوی‌تر است.**»

۷.۷ نوز انتقالی بین‌نسلی ویرانگر (IDCTN)

یکی از عمیق‌ترین کشفیات دوانلو در دهه‌ی ۲۰۰۰، مفهوم **نوز انتقالی بین‌نسلی ویرانگر رقابتی** (Intergenerational Destructive Competitive Transference Neurosis – IDCTN) بود.

ببیر (Beeber, 2018) مثالی ارائه می‌دهد:

«یک زن رابطه‌ی آسیب‌شناختی‌ای با پدرش دارد. ازدواج می‌کند و دختری به دنیا می‌آورد. سپس دخترش را **علیه پدر خود** دختر برمی‌گرداند. دختر اکنون هم نوز اصلی خودش را در ناهشیار با پدرش دارد – با سیستم بیماری‌زای گناه مختص خودش – و روی آن، سیستم گناه ناشی از خشمش نسبت به پدرش که از **نوز مادرش با پدر خود مادر** سرچشمه می‌گیرد. این سیستم **گناه روی گناه** به‌ویژه بدخیم است.»

اشمیت (Schmitt, 2024) این فرایند بین‌نسلی را با بیان دیگری توضیح می‌دهد:

«کودکی که در محیطی پر از اضطراب فرافکنانه متولد شود، اضطراب فرافکنانه‌ی والدین یا یکی از والدین را **جذب** می‌کند. کودک نمی‌تواند از اضطراب فرافکنانه‌ی ناهشیار فرار کند. رشد کودک مهار، سرکوب و محدود می‌شود. کودک مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرد تا بزرگسالان بتوانند چرخه‌ی ویرانگر گناه، خودتنبیهی، اضطراب و آزار را حفظ کنند. بزرگسالان خودشان را آزار می‌دهند و کودکشان را هم. همه‌ی اینها **ناهِشیار** رخ می‌دهد. این به‌طور واکنشی خشم مرگبار را در کودک برمی‌انگیزد، که به‌نوبه‌ی خود احساس گناه را شعله‌ور می‌سازد. و یک **چرخه‌ی ویرانگر جدید** ایجاد می‌شود.»

۷.۸ جزء انتقالی مقاومت (TCR): ابزار نهایی

جزء انتقالی مقاومت (Transference Component of the Resistance – TCR) مفهومی بود که جایگزین مفهوم قبلی «احساسات پیچیده‌ی انتقالی» (Complex Transference Feelings) شد (Firouz Pétermann, 2014).

اشمیت (Schmitt, 2024) آن را چنین تعریف می‌کند:

«TCR به مجموع احساسات انتقالی بسیج‌شده اما هم‌زمان کنترل‌شده‌ای اشاره دارد که در رابطه با درمانگر تجربه، گسترش داده و سرانجام به شکل منظم بیان می‌شوند. TCR با عملکردهای قشر پیش‌پیشانی (prefrontal cortex) ارتباط نزدیک دارد.»

TCR مهم‌ترین و ضروری‌ترین عامل راهنما برای مسیر مستقیم به ناهشیار است. اشمیت تأکید می‌کند:

«تنها TCR حذف اضطراب فرافکنانه و مقاومت بدخیم را ممکن می‌سازد. تنها TCR تغییرات ساختاری درون‌روانی چندبُعدی را ممکن می‌سازد. این تغییرات، پایه‌ی ساختن یک دفاع روانی مختار سالم هستند.»

۷.۹ مرحله‌ی سوم: D-NISTDP – ادغام عصب‌زیست‌شناسی

آخرین و عمیق‌ترین مرحله‌ی تکامل روش دوانلو، D-NISTDP (Davanloo's Neuro-Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy / عصب‌روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده‌ی دوانلویی) بود.

در این مرحله، دوانلو یافته‌های عصب‌زیستی را به‌طور کامل در چارچوب نظری و بالینی ادغام کرد. تکنیک‌های نهایی او – آن‌گونه که اشمیت (Schmitt, 2024) فهرست می‌کند – شامل شش مسیر عصب‌زیستی بود:

1. بسیج بزرگ و فشرده‌ی TCR

2. حذف بهینه‌ی مسیر عصب‌زیستی اضطراب

3. بسیج بهینه‌ی مسیر عصب‌زیستی و سوماتیک خشم مرگبار و تجربه‌ی واقعی خشم در انتقال

4. بسیج بهینه‌ی مسیر عصب‌زیستی گناه و تجربه‌ی واقعی گناه در انتقال

5. بسیج بهینه‌ی مسیر عصب‌زیستی حافظه

6. بسیج بهینه‌ی مسیر عصب‌زیستی و سوماتیک جنسیت

اشمیت توضیح می‌دهد که از دیدگاه فیزیولوژی عصبی، بیماران گروه اول ارتباطات خوبی بین سیستم لیمبیک و قشر مخ دارند – این کانال‌ها توسط شبکه‌های اضطراب مسدود **نشده‌اند**. اما در بیماران گروه‌های ۲ و ۳، ارتباط بین سیستم لیمبیک و قشر مخ **مختل** است – شبکه‌های اضطراب این ارتباطات را مسدود کرده‌اند. D-NISTDP هدفش بازسازی همین ارتباطات است.

انتقال D-NISTDP به نسل بعد: کتاب آقای عماد

در این میان، شایان ذکر است که **آقای مسعود لئو عماد** – تنها شاگرد و همکار ایرانی مرحوم دکتر دوانلو که به درمانگران ایرانی رویکرد نهایی دوانلویی را آموزش می‌دهد که بیش از یازده سال تحت آموزش و سوپروایزری مستقیم او بود و تا سال‌های آخر عمر استاد در کنارش ماند – در حال تألیف **کتابی جامع درباره‌ی D-NISTDP** است. این کتاب، حاصل بیش از **بیست سال** تجربه‌ی بالینی و آموزشی ایشان و چکیده‌ی آموزه‌هایی است که مستقیماً از دوانلو فراگرفته‌اند. انتشار نسخه‌ی انگلیسی این اثر احتمالاً تا سال ۲۰۲۷ میلادی صورت خواهد گرفت. آقای عماد همچنین

اعلام کرده‌اند که نسخه‌ی فارسی کتاب را به‌رایگان در اختیار فارسی‌زبانان قرار خواهند داد – اقدامی که می‌تواند نقش مهمی در دسترسی درمانگران و پژوهشگران ایرانی به این رویکرد پیشرفته ایفا کند.

انتشار این کتاب از آن جهت اهمیت ویژه‌ای دارد که D-NISTDP – به‌عنوان آخرین و عمیق‌ترین مرحله‌ی تکامل روش دوانلو – تاکنون عمدتاً از طریق کارگاه‌های مدار بسته و آموزش‌های حضوری انتقال یافته و مستندات مکتوب جامعی از آن در دسترس نبوده است. کتاب آقای عماد می‌تواند این خلأ را پر کند و میراث نهایی دوانلو را برای نسل‌های آینده‌ی درمانگران ثبت و حفظ نماید.

۷.۱۰ نام‌گذاری و تمایز

ببیر، گوتویک و روستی (Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025) توضیح می‌دهند:

«این پیشرفت‌های فنی و متاروانشناختی بر پایه‌ی همان روش استاندارد ISTDP ساخته شدند. برای برجسته کردن این نوآوری‌ها، دوانلو روش خود را "روان‌درمانی پویایی فشرده‌ی کوتاه‌مدت دوانلو" (D-ISTDP) نامید.»

اشمیت (Schmitt, 2024) نکته‌ی مهمی اضافه می‌کند: دوانلو هرگز نام ISTDP را از نظر حقوقی ثبت نکرد. در نتیجه، امروز مؤسسات آموزشی بی‌شماری تحت نام ISTDP آموزش می‌دهند – اما دوانلو خود از این مؤسسات فاصله گرفت. آنچه در بیست سال آخر عمرش آموزش می‌داد – در کارگاه‌های مدار بسته‌ی مونترال – فراتر از ISTDP اولیه بود: «تکنیک‌های دوانلو» (Davanloo's Techniques)، یعنی D-ISTDP و سرانجام D-NISTDP.

مرحله	دوره	ویژگی اصلی	بیماران هدف
ISTDP	دهه‌های ۶۰-۸۰	باز کردن ناهشیار	روان‌عصبی، مقاومت بالا
D-ISTDP	دهه‌های ۹۰-۲۰۰۰	همجوشی، جداسازی، مقاومت عمده، DCTN، TCR، تغییرات ساختاری	سه گروه بزرگ شامل شکننده و بین‌نسلی
D-NISTDP	دهه‌ی ۲۰۱۰ به بعد	ادغام کامل عصب‌زیست‌شناسی، ۶ مسیر عصب‌زیستی	همه‌ی بیماران - عمیق‌ترین سطح

سیر تکاملی دوانلو نشان‌دهنده‌ی تعهدی بی‌نظیر به **عمیق‌تر رفتن** است: از باز کردن ناهشیار → به حل همجوشی → به حذف نورو انتقالی بین‌نسلی → به بازسازی مسیرهای عصب‌زیستی. هر مرحله، پاسخی بود به سؤالی که مرحله‌ی قبل مطرح کرده بود - و هر پاسخ، سؤال عمیق‌تری را آشکار می‌ساخت.

در فصل بعد، به شواهد پژوهشی مستقلی می‌پردازیم که اثربخشی این رویکرد را تأیید کرده‌اند.

۷.۱۱ اضطراب فرافکنانه: دشمن پنهان

یکی از مفاهیمی که دوانلو در دوره‌ی متأخر کارش بر آن تأکید فراوان کرد و اشمیت (Schmitt, 2024) به تفصیل شرح می‌دهد، **اضطراب فرافکنانه** (Projective Anxiety) است.

اضطراب فرافکنانه، اضطرابی ناهشیار است که **فقط** در بیماران با دفاع ناهشیار آسیب‌دیده (گروه‌های ۲ و ۳) وجود دارد. این اضطراب ناشی از مکانیزم دفاعی بدوی **فرافکنی** (projection) است.

مکانیزم به این شکل عمل می‌کند:

1. بیمار خشم شدیدی در ناهشیاراش حمل می‌کند

2. این خشم آن‌قدر ترسناک است که بیمار نمی‌تواند آن را به‌عنوان **مالِ خودش** بشناسد

3. بنابراین، خشم را ناهشیارانه به **طرف مقابل** نسبت می‌دهد (فرافکنی)

4. اکنون بیمار طرف مقابل را **خشمگین و خطرناک** می‌بیند

5. و از او **می‌ترسد** – اضطراب فرافکنانه

اشمیت (Schmitt, 2024) تشبیه دوانلو را نقل می‌کند: بیمار درمانگر را «**ببر خشمگین**» می‌بیند و خود احساس «**خرگوشی**» می‌کند که در معرض خطر است. در حالی‌که در واقعیت:

- «ببر» درون **خود بیمار** است – خشم مرگبار سرکوب‌شده
- «خرگوش» بودن، نتیجه‌ی **همین فرافکنی** است – بیمار خود را از قدرت واقعی‌اش محروم کرده

اهمیت بالینی اضطراب فرافکنانه بسیار بالاست:

اول: بیمارانی با اضطراب فرافکنانه، درمانگر را به‌عنوان تهدید درک می‌کنند – نه به‌عنوان کمک‌کننده. هر تلاش درمانگر برای نزدیکی عاطفی، اضطراب بیمار را **بیشتر** می‌کند (چون نزدیک شدن به «ببر» خطرناک‌تر به نظر می‌رسد).

دوم: این بیماران در معرض خطر بسیار بالای **شکل‌گیری نورو انتقالی بدخیم** با درمانگر هستند. اگر درمانگر خودش تعارضات حل‌نشده داشته باشد، احتمال آنکه آسیب‌شناسی بیمار و درمانگر **درهم‌آمیزد**، بالاست.

سوم: حذف اضطراب فرافکنانه **فقط** از طریق بسیج بالای **جزء انتقالی مقاومت (TCR)** ممکن است – نه از طریق تفسیر، نه از طریق حمایت، نه از طریق دارو.

اشمیت (Schmitt, 2024) از قول دوانلو (۲۰۱۲) نقل می‌کند:

«همجوشی خشم مرگبار بدوی و سادیسم مرگبار بدوی، همچنین خشم جنسیت‌آلود با گناه واکنشی، نمایانگر سازمان پویایی ویرانگر در ناهشیار است که از نزدیکی انسانی و همدلی جلوگیری می‌کند یا آن را مختل می‌سازد.»

به عبارت دیگر: اضطراب فرافکنانه نه فقط مشکلی «بالینی» است – بلکه مشکلی **وجودی** است. این اضطراب مانع **نزدیکی انسانی** می‌شود – مانع اینکه بیمار بتواند عشق بدهد و عشق بگیرد، اعتماد کند و مورد اعتماد باشد، آسیب‌پذیر باشد و در آسیب‌پذیری‌اش احساس ایمنی کند.

۷.۱۲ انتقال بین‌نسلی: وقتی تاریخ تکرار می‌شود

مفهوم **انتقال بین‌نسلی** (Intergenerational Transmission) آسیب‌شناسی، یکی از عمیق‌ترین و در عین حال غم‌انگیزترین بینش‌های دوانلو است.

اشمیت (Schmitt, 2024) فرایند را چنین توضیح می‌دهد:

کودک از والدینش یاد می‌گیرد **چگونه با احساسات برخورد کند**. اگر والدین بتوانند احساساتشان را به شکلی بالغ، آرام و روشن بیان کنند، کودک نیز یاد می‌گیرد از احساساتش آگاه باشد و آنها را بیان کند. اما اگر والدین خود از اضطراب فرافکنانه رنج ببرند:

- کودک **اضطراب فرافکنانه‌ی والدین** را جذب می‌کند
- کودک نمی‌تواند از این اضطراب فرار کند – زیرا کاملاً به والدین وابسته است
- رشد عاطفی کودک **مهار، سرکوب و محدود** می‌شود
- کودک همان **مکانیزم‌های دفاعی** والدین را می‌آموزد – فرافکنی، انکار، سرکوب
- و بعدها، وقتی خود والد شود، **همین الگوها را به فرزندش منتقل** می‌کند

این چرخه ممکن است نسل‌ها ادامه یابد. مادر بزرگی که خود در کودکی آزار دیده و خشمش سرکوب شده، دختری بزرگ می‌کند که از همدلی عاطفی ناتوان است. آن دختر مادر می‌شود و کودکش را – ناهشیار – در همان الگوی محرومیت عاطفی بزرگ می‌کند. و کودک سوم نیز خشم و گناهی انباشته می‌کند که ریشه‌هایش نه فقط در تجربه‌ی خودش، بلکه در تجربه‌ی مادرش و مادر بزرگش است.

دوانلو نشان داد که در فرایند بسیج گسترده‌ی ناهشیار – به‌ویژه در کارگاه‌های مدار بسته – می‌توان این لایه‌های بین‌نسلی را شناسایی و از هم تفکیک کرد. بیمار می‌تواند ببیند کدام بخش از رنجش **مال خودش** است و کدام **بخش از نسل‌های قبل به ارث رسیده**. و با این شناسایی، امکان **قطع چرخه** فراهم می‌شود – تا دیگر به نسل بعد منتقل نشود.

۷.۱۳ D-ISTDP و درمان‌های دیگر: جایگاه در نقشه‌ی درمان‌ها

خواننده ممکن است بپرسد: D-ISTDP چه تفاوتی با سایر رویکردهای درمانی رایج دارد؟

ویژگی	D-ISTDP / D-NISTDP	CBT (شناختی-رفتاری)	روان‌کاوی کلاسیک	DBT (رفتاردرمانی دیالکتیکی)
تمرکز	هیجان‌ناهنشیار و مقاومت	افکار و رفتار	ناهنشیار (تداعی آزاد)	تنظیم هیجان و مهارت‌ها
نقش درمانگر	بسیار فعال، چالش‌گر	آموزش‌دهنده، همکار	منفعل، خنثا	حمایتی، آموزشی
طول درمان	کوتاه تا متوسط	کوتاه تا متوسط	بسیار بلند	متوسط تا بلند
هدف	تغییر ناهشیار ساختاری	تغییر افکار و رفتار	بینش (insight)	کاهش رفتارهای خودآزارانه
کار با بدن	محوری (مسیرهای عصب‌زیستی)	حداقل	حداقل	حداقل
کار با مقاومت	محور اصلی	تقریباً غایب	تفسیری	تقریباً غایب
مستندسازی	ویدئو ضبط	خودگزارشی	یادداشت	خودگزارشی

این جدول به معنای برتری یک رویکرد بر دیگری نیست – هر رویکرد جایگاه و کاربرد خود را دارد. اما نشان می‌دهد که D-ISTDP جایگاهی **منحصربه‌فرد** در نقشه‌ی درمان‌ها دارد: ترکیبی از عمق روان‌کاوی، سرعت رویکرد کوتاه‌مدت، تمرکز بر بدن و عصب‌زیست‌شناسی، و تعهد به شفافیت بالینی.

بخش پنجم

شواهد پژوهشی

فصل ۸

آیا D-ISTDP مؤثر است؟ مروری بر شواهد تجربی

۸.۱ از بالین به پژوهش: ضرورت اعتبارسنجی مستقل

دوانلو خود صدها مورد بالینی مستند داشت – همه ویدئو ضبط شده، همه با پیگیری بلندمدت. اما در دنیای پزشکی مبتنی بر شواهد (Evidence-Based Medicine)، مطالعات موردی یک پژوهشگر – هر قدر هم دقیق باشند – به تنهایی کافی نیستند. لازم است پژوهشگران **مستقل**، با روش‌شناسی‌های معتبر، اثربخشی یک روش درمانی را بررسی کنند.

از دهه‌ی ۲۰۰۰ به بعد، این اتفاق افتاد. پژوهشگرانی خارج از حلقه‌ی نزدیک دوانلو – به‌ویژه در مرکز هیجان‌ات و سلامت (Centre for Emotions and Health) دانشگاه دالهوزی (Dalhousie University) در هالیفاکس، کانادا – شروع به بررسی نظام‌مند اثربخشی ISTDP کردند. نتایج، قابل‌توجه بودند.

۸.۲ مرور نظام‌مند و فراتحلیل: آبس، تاون و دريسن (۲۰۱۲)

نخستین مرور نظام‌مند و فراتحلیل (systematic review and meta-analysis) جامع ISTDP توسط آلن آبس (Allan Abbass)، جوئل تاون (Joel Town) و اِلِن دريسن (Ellen Driessen) انجام شد و در (2012) **Harvard Review of Psychiatry** منتشر گردید (Abbass, Town & Driessen, 2012).

یافته‌ها

این مرور نظام‌مند: - ۲۱ مطالعه‌ی نتایج درمان (outcome study) شناسایی کرد - ۱۲ مطالعه‌ی تجربی (empirical study) دیگر شناسایی کرد - در مجموع، ۳۳ مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند

نتیجه‌گیری

با درجات مختلف سخت‌گیری روش‌شناختی (methodological rigor)، مجموعه‌ی شواهد از اثربخشی مدل و مقرون‌به‌صرفه بودن آن در محیط‌های واقعی بالینی (real-world settings) حمایت کردند. پژوهش فرایندی (process research) موجود نیز حمایت اولیه‌ای از چندین اصل زیربنایی متاروانشناسی و تکنیک دوانلو ارائه داد (Town, Abbass & Bernier, 2013).

اهمیت

انتشار در Harvard Review of Psychiatry - یکی از معتبرترین مجلات روان‌پزشکی جهان - اعتبار علمی قابل‌توجهی به ISTDP بخشید و نشان داد این رویکرد مورد توجه جامعه‌ی علمی جریان اصلی (mainstream) قرار گرفته است.

۸.۳ اثربخشی و مقرون به صرفه بودن: تاون، اَبس و برنیر (۲۰۱۳)

یکی از مهم‌ترین و خلاقانه‌ترین پژوهش‌ها در این حوزه، مطالعه‌ی جوئل تاون (Joel Town)، آلن اَبس (Allan Abbass) و دنیز برنیر (Denise Bernier) بود که در *American Journal of Psychotherapy* (2013) با عنوان تحریک‌آمیزی منتشر شد:

«اثربخشی و مقرون به صرفه بودن ISTDP دوانلو: آیا باز کردن ناهشیار تفاوت ایجاد می‌کند؟» (Effectiveness and Cost Effectiveness of Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Does Unlocking the Unconscious Make a Difference?)

سؤال پژوهشی

بیش از بیست سال پیش، دوانلو اصطلاح «باز کردن ناهشیار» را ابداع کرده بود تا توصیف کند چگونه مفهوم روان‌پویشی ناهشیار انسان می‌تواند با تکنیک ISTDP قابل دسترس شود. اما آیا شواهد تجربی از این ادعا حمایت می‌کنند؟ آیا بیمارانی که تجربه‌ی باز شدن عمده‌ی ناهشیار دارند، واقعاً نتایج بهتری کسب می‌کنند؟

طرح پژوهش

پژوهشگران از مجموعه داده‌ای (dataset) استفاده کردند که در آن رابطه‌ی علی (causal relationship) بین درمان و نتایج بیمار پیش‌تر اثبات شده بود (Abbass, 2002). آنها نتایج درمان را بین دو گروه مقایسه کردند:

- گروه ۱: ۵۷ بیمار که تجربه‌ی یک یا چند باز شدن عمده‌ی ناهشیار (major unlocking) در طول درمان ISTDP داشتند
- گروه ۲: ۳۲ بیمار که این تجربه را نداشتند

تفاوت‌های معنادار و گسترده (significant and widespread) بین دو گروه مشاهده شد:

شاخص	گروه با باز شدن عمده (n=57)	گروه بدون باز شدن عمده (n=32)
کاهش علائم	بیشتر ✓	کمتر
بهبود عملکرد بین فردی	بیشتر ✓	کمتر
کاهش هزینه‌های بهداشتی	بیشتر ✓	کمتر

تفسیر

این یافته‌ها چند نکته‌ی مهم را نشان دادند:

اول – اعتبار تجربی مفهوم «باز کردن ناهشیار»: مفهومی که دوانلو بر اساس مشاهدات بالینی‌اش ساخته بود، اکنون حمایت تجربی مستقل یافت. باز شدن عمده‌ی ناهشیار صرفاً یک ساختار نظری نیست – بلکه یک رویداد بالینی قابل اندازه‌گیری با پیامدهای قابل سنجش است.

دوم – عوامل اختصاصی، نه فقط عوامل مشترک: در ادبیات پژوهشی روان‌درمانی، بحث طولانی‌ای وجود دارد بین «مدل عوامل مشترک» (Common Factors Model) – که معتقد است همه‌ی روان‌درمانی‌ها از طریق مکانیزم‌های مشابهی مانند اتحاد درمانی عمل می‌کنند – و «مدل عوامل اختصاصی» (Specific Factors Model) – که معتقد است تکنیک‌های ویژه‌ی هر رویکرد، نقش مستقلی در اثربخشی دارند. یافته‌ی تاون و همکاران نشان می‌دهد که **یک فرایند درمانی خاص** (باز شدن ناهشیار) – فراتر از عوامل مشترک – در اثربخشی ISTDP نقش دارد.

سوم – کاهش هزینه‌ها: این یافته به‌ویژه برای سیاست‌گذاران بهداشتی اهمیت دارد. اگر درمانی بتواند نه فقط علائم را کاهش دهد بلکه **مراجعات پزشکی، آزمایشات غیرضروری، بستری‌ها و مصرف دارو** را نیز کم کند، ارزش سرمایه‌گذاری بسیار بالایی دارد.

۸.۴ مطالعه‌ی بزرگ‌مقیاس: یوهانسون، تاون و آبس (۲۰۱۴)

مهم‌ترین مطالعه‌ی اثربخشی ISTDP از نظر حجم نمونه و طراحی، پژوهش رابرت یوهانسون (Robert Johansson)، جوئل تاون (Joel Town) و آلن آبس (Allan Abbass) بود که در مجله‌ی (2014) PeerJ منتشر شد (Johansson, Town & Abbass, 2014).

ویژگی‌های طراحی

این مطالعه چندین ویژگی مهم داشت که آن را از مطالعات قبلی متمایز می‌کرد:

حجم نمونه‌ی بزرگ: مجموعاً ۱۰۱۰ بیمار به کلینیک ارجاع شدند. از این تعداد، ۵۰۰ نفر درمان آزمایشی (trial therapy) دریافت کردند و ارزیابی پایه (baseline assessment) را تکمیل نمودند. ۴۱۲ بیمار حداقل یک جلسه پس از درمان آزمایشی داشتند و در تحلیل اثربخشی گنجانده شدند – بزرگ‌ترین نمونه‌ی ISTDP تا آن زمان.

محیط واقعی: درمان در یک خدمات روان‌درمانی سطح سوم (tertiary psychotherapy service) انجام شد – نه در شرایط آزمایشگاهی ایده‌آل. بیماران این سطح معمولاً پیچیده‌ترین و مقاوم‌ترین موارد هستند – کسانی که از سطوح اول و دوم ارجاع شده‌اند زیرا درمان‌های قبلی مؤثر نبوده.

درمانگران با تجربه‌ی متنوع: حدود نیمی از بیماران توسط درمانگران در حال آموزش (therapists in training) و نیم دیگر توسط درمانگران باتجربه‌تر درمان شدند. این طراحی نشان می‌دهد آیا اثربخشی ISTDP محدود به درمانگران متخصص است یا درمانگران در حال آموزش نیز می‌توانند نتایج معناداری ایجاد کنند.

مشخصات جمعیت بالینی

ویژگی	مقدار
میانگین سن	۴۱.۵ سال (SD = 12.7)
جنسیت	۵۹.۰% زن
میانگین طول درمان	۱۰.۲ جلسه (SD = 13.3)

پروفایل تشخیصی

درصد	تشخیص (DSM-IV)
۵۸.۷%	اختلال جسمانی شکل (Somatoform Disorder)
۵۳.۴%	اختلالات اضطرابی (Anxiety Disorders)
۳۹.۳%	افسردگی اساسی (Major Depression)
۳۶.۷%	اختلال شخصیت خوشه‌ی C
۱۸.۲%	اختلال شخصیت خوشه‌ی B
۴۵.۶%	سر درد مزمن یا عودکننده
۳۱.۳%	اختلال درد (Pain Disorder)
۲۳.۵%	سندروم روده‌ی تحریک‌پذیر (IBS)
۱۴.۱%	فیبرومیالژیا (Fibromyalgia)

این پروفایل تشخیصی نشان‌دهنده‌ی جمعیت بالینی‌ای بسیار پیچیده است - بیمارانی با هم‌ابتلائی (comorbidity) بالا و اختلالات جسمانی‌شکل شایع که اغلب به درمان‌های پزشکی رایج پاسخ نمی‌دهند.

روش تحلیل

پژوهشگران از **مدلسازی منحنی رشد چندسطحی** (Multilevel Growth Curve Modeling) استفاده کردند - روشی آماری پیشرفته که: - از تمام داده‌های موجود استفاده می‌کند (intention-to-treat analysis) - تغییرات فردی در مسیر بهبود را لحاظ می‌کند - داده‌های ناقص (missing data) را با حداقل تورش مدیریت می‌نماید

ابزارهای اندازه‌گیری: - **BSI** (Brief Symptom Inventory / پرسش‌نامه‌ی مختصر علائم): شاخص علائم روان‌شناختی - **IIP** (Inventory of Interpersonal Problems / پرسش‌نامه‌ی مشکلات بین‌فردی): شاخص عملکرد ارتباطی

نتایج اصلی

اول - اثربخشی کلی:

تحلیل‌های منحنی رشد با استفاده از **نمونه‌ی کامل intention-to-treat** نشان داد: - اثرات درون‌گروهی (within-group effects) **معنادار** بر هر دو شاخص BSI و IIP - **اندازه‌ی اثر بزرگ** (Cohen's $d > 0.80$) - طبق معیار کوهن، اندازه‌ی اثر بزرگ به معنای تغییر بالینی **قابل‌توجه و معنادار** است

دوم - نقش باز شدن ناهشیار:

«باز شدن ناهشیار در طول درمان با نتایج درمانی به‌طور معناداری بزرگ‌تر همراه بود.»

بیمارانی که در طول ISTDP تجربه‌ی **باز شدن عمده‌ی ناهشیار** (major unlocking) داشتند، نتایج **بهتری** کسب کردند.

سوم - نقش تعدیل‌کننده‌ی نوع مقاومت:

این رابطه هم‌چنین توسط **نوع مقاومت درمانی** (type of treatment resistance) **تعدیل** (moderated) می‌شد. یعنی اثر باز شدن ناهشیار بر نتایج درمان، بسته به نوع ساختار دفاعی بیمار (روان‌عصبی در مقابل شکننده) متفاوت بود.

نتیجه‌گیری پژوهشگران

یوهانسون، تاون و اَبس نتیجه گرفتند:

«این مطالعه به پایگاه تجربی ISTDP دوانلو اضافه می‌کند – با تأیید اثربخشی درمان در یک نمونه‌ی بزرگ‌مقیاس از بیماران، وقتی ISTDP توسط درمانگرانی با طیف وسیعی از تجربه ارائه شد. هم‌چنین، بسیج عاطفی در قالب باز شدن ناهشیار به‌عنوان یک عامل فرایندی که اثربخشی ISTDP را افزایش می‌دهد، تأیید شد.»

۸.۵ سایر شواهد

علاوه بر مطالعات فوق، شواهد دیگری نیز در دسترس‌اند:

اَبس و همکاران (۲۰۰۶): مرور نظام‌مند کاکرین (Cochrane) درباره‌ی روان‌درمانی‌های پویای کوتاه‌مدت برای اختلالات روانی رایج – شامل ISTDP در کنار سایر رویکردها – که حمایت کلی از اثربخشی این دسته درمان‌ها ارائه داد (Abbass, Hancock, Henderson & Kisely, 2006).

اَبس (۲۰۰۹): مرور نظام‌مند و فراتحلیل کارآزمایی‌های بالینی روان‌درمانی پویای کوتاه‌مدت برای **اختلالات جسمانی** (somatic disorders)، منتشرشده در Psychotherapy and Psychosomatics – که نشان داد این رویکردها در کاهش علائم جسمانی‌شکل مؤثرند (Abbass, 2009).

بیلسکی-پیوتروفسکی (۲۰۱۱): ارائه‌ی اصول نظری و فنی D-ISTDP استاندارد با نمونه‌ی بالینی از تمرین شخصی نویسنده، منتشرشده در Archives of Psychiatry and Psychotherapy – که تأیید عملی فرمول‌بندی‌های دوانلو را ارائه داد (Bilski-Piotrowski, 2011).

۸.۶ خلاصه‌ی شواهد: چه می‌دانیم؟

سؤال	پاسخ شواهد
آیا ISTDP اثربخش است؟	بله – اندازه‌ی اثر بزرگ ($d > 0.80$) در نمونه‌ی ۴۱۲ نفره
آیا باز شدن ناهشیار تفاوت ایجاد می‌کند؟	بله – بیماران با باز شدن عمده، نتایج بهتری دارند
آیا هزینه‌ها کاهش می‌یابد؟	بله – کاهش معنادار هزینه‌های بهداشتی
آیا فقط درمانگران متخصص مؤثرند؟	خیر – درمانگران در حال آموزش نیز نتایج معنادار تولید کردند
آیا برای اختلالات جسمانی‌شکل مؤثر است؟	بله – شواهد خاص برای اختلالات جسمانی‌شکل و درد
آیا نوع مقاومت بیمار مهم است؟	بله – نوع مقاومت، رابطه‌ی باز شدن ناهشیار با نتایج را تعدیل می‌کند

۸.۷ محدودیت‌ها و مسیر پیش رو

علی‌رغم این شواهد مثبت و رو به رشد، محدودیت‌هایی نیز وجود دارد که باید با صداقت علمی به آنها اشاره شود:

اول – فقدان کارآزمایی‌های تصادفی‌شده‌ی کنترل‌شده‌ی بزرگ (Large-Scale RCTs): بسیاری از مطالعات موجود، طرح‌های باز (open design) بدون گروه کنترل هستند. برای ارتقای سطح شواهد، نیاز به کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌شده (Randomized Controlled Trials – RCTs)

با نمونه‌های بزرگ، مقایسه با درمان‌های فعال دیگر (مانند CBT) و پیگیری بلندمدت وجود دارد.

دوم – تمرکز جغرافیایی: اکثر مطالعات از مراکز محدودی – به‌ویژه دانشگاه دالهوری – آمده‌اند. تکرار (replication) نتایج در مراکز مختلف و کشورهای مختلف ضروری است.

سوم – تعمیم‌پذیری فرهنگی: آیا ISTDP در فرهنگ‌های غیرغربی – از جمله ایران – به همان اندازه مؤثر است؟ این سؤال هنوز پاسخ تجربی ندارد و نیاز به پژوهش‌های بومی دارد.

چهارم – شواهد درباره‌ی D-ISTDP و D-NISTDP: اکثر مطالعات موجود، ISTDP «عمومی» را بررسی کرده‌اند – نه لزوماً D-ISTDP یا D-NISTDP به‌شکل اختصاصی دوانلو. آیا تکنیک‌های متأخر دوانلو (همجوشی، جداسازی، TCR، حذف نورو انتقالی) نتایج بهتری از روش استاندارد ایجاد می‌کنند؟ این سؤال هنوز به‌طور مستقیم مورد بررسی تجربی قرار نگرفته است.

پنجم – پژوهش فرایندی: تاون، آبس و برنیر (Town, Abbass & Bernier, 2013) خود تأکید کرده‌اند که «آزمون تجربی مبتنی بر نظریه ضروری است، زیرا هنوز جای سؤال دارد که تغییر دقیقاً چگونه رخ می‌دهد.» نیاز به مطالعات فرایندی (process studies) بیشتری وجود دارد که مکانیزم‌های دقیق تغییر در ISTDP را شناسایی کنند.

۸.۸ جایگاه ISTDP در منابع مرجع

یکی از نشانه‌های پذیرش یک رویکرد درمانی در جریان اصلی روان‌پزشکی، گنجاندن آن در **منابع مرجع** (reference textbooks) است.

دوانلو فصل مفصلی در **Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry** – مهم‌ترین مرجع روان‌پزشکی جهان – نوشت. این فصل، با عنوان «Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy»، در ویرایش‌های چهارم (۱۹۸۴) و هشتم (۲۰۰۵) این کتاب مرجع درج شده است (Davanloo, 1984, 2005). گنجاندن ISTDP در کنار سایر رویکردهای معتبر روان‌درمانی در این مرجع سنگین، نشان‌دهنده‌ی جایگاه علمی این رویکرد است.

۸.۹ پل بین پژوهش و بالین: پیام برای درمانگر ایرانی

شواهد پژوهشی چه پیامی برای درمانگر ایرانی دارند؟

اول: ISTDP یک روش **اثربخش و مستند** است – نه یک شهود شخصی بدون پشتوانه‌ی علمی.

دوم: اثربخشی آن حتی وقتی توسط **درمانگران در حال آموزش** اجرا می‌شود، معنادار است – هرچند تسلط بیشتر نتایج بهتری تولید می‌کند.

سوم: برای طیف گسترده‌ای از اختلالات – شامل اختلالات جسمانی‌شکل که در ایران بسیار شایع‌اند و اغلب پاسخی به درمان‌های رایج نمی‌دهند – شواهد وجود دارد.

چهارم: باز شدن **ناهشیار** نه فقط یک مفهوم نظری، بلکه یک عامل فرایندی قابل اندازه‌گیری با پیامدهای بالینی واقعی است.

پنجم: اما درمانگر ایرانی باید با **تواضع علمی** نیز آگاه باشد که هنوز RCT‌های بزرگ و مطالعات بومی در ایران انجام نشده – و این فضایی است برای پژوهش‌های آینده.

جمع‌بندی فصل

شواهد پژوهشی موجود، تصویر روشنی ارائه می‌دهند:

- **مرور نظام‌مند** (Abbass et al., 2012): ۳۳ مطالعه از اثربخشی حمایت می‌کنند
- **مطالعه‌ی فرایندی** (Town et al., 2013): باز شدن عمده‌ی ناهشیار با نتایج بهتر و هزینه‌ی کمتر همراه است
- **مطالعه‌ی بزرگ‌مقیاس** (Johansson et al., 2014): ۴۱۲ بیمار، اندازه‌ی اثر بزرگ، تأیید نقش باز شدن ناهشیار
- **منابع مرجع:** گنجاندن ISTDP در Kaplan & Sadock

اما هنوز راه زیادی در پیش است: RCT‌های بزرگ، مطالعات بومی در فرهنگ‌های مختلف، و به‌ویژه بررسی مستقل تکنیک‌های متأخر D-ISTDP و D-NISTDP.

در فصل بعد – فصل پایانی کتاب – به میراث دوانلو، روش‌های نوآورانه‌ی آموزشی، و آینده‌ی این رویکرد می‌پردازیم.

۸.۱۰ پژوهش فرایندی: چگونه تغییر رخ می‌دهد؟

یکی از مهم‌ترین حوزه‌های پژوهشی آینده در ISTDP، **پژوهش فرایندی** (Process Research) است – یعنی مطالعه‌ی آنچه **لحظه‌به‌لحظه** در جلسه‌ی درمان اتفاق می‌افتد و چگونه این اتفاقات به تغییر بالینی منجر می‌شوند.

تاون، آبس و برنیر (Town, Abbass & Bernier, 2013) تأکید کرده‌اند که «آزمون تجربی مبتنی بر نظریه ضروری است، زیرا هنوز جای سؤال دارد که تغییر دقیقاً چگونه رخ می‌دهد.» این سؤال چندین زیرسؤال مهم دارد:

سؤال ۱: مکانیزم دقیق باز شدن ناهشیار چیست؟ ما می‌دانیم که باز شدن عمده‌ی ناهشیار با نتایج بهتر همراه است. اما دقیقاً چه اتفاقی در مغز و ذهن بیمار در لحظه‌ی باز شدن می‌افتد؟ آیا مسیرهای عصبی خاصی فعال یا غیرفعال می‌شوند؟ آیا الگوهای فعالیت مغزی تغییر می‌کنند؟ پاسخ به این سؤالات نیازمند ترکیب پژوهش‌های روان‌درمانی با ابزارهای **تصویربرداری مغزی** (neuroimaging) مانند fMRI است.

سؤال ۲: نقش دقیق TCR چیست؟ دوانلو TCR را مهم‌ترین عامل تغییر دانست. اما آیا می‌توان TCR را به شکل عینی اندازه‌گیری کرد؟ آیا شاخص‌های فیزیولوژیک (مانند ضربان قلب، هدایت پوستی، یا فعال‌سازی عضلانی) وجود دارند که همبسته‌ی TCR باشند؟

سؤال ۳: چرا برخی بیماران به باز شدن ناهشیار دست می‌یابند و برخی نه؟ در مطالعه‌ی یوهانسون و همکاران (2014)، همه‌ی بیماران تجربه‌ی باز شدن عمده نداشتند. چه عواملی – در بیمار، در درمانگر، یا در تعامل آنها – تعیین می‌کنند که باز شدن رخ دهد یا نه؟

سؤال ۴: آیا تغییرات ساختاری ناهشیار «واقعی» هستند؟ دوانلو از «تغییرات ساختاری چندبُعدی در ناهشیار» سخن می‌گفت. آیا این تغییرات با تغییرات قابل اندازه‌گیری در ساختار یا عملکرد مغز همراه‌اند؟ آیا می‌توان نشان داد که پس از D-ISTDP، ارتباط بین سیستم لیمبیک و قشر پیش‌پیشانی واقعاً تغییر کرده؟

این سؤالات، مرز دانش فعلی هستند – و پاسخ به آنها، D-ISTDP را از سطح یک «تکنیک بالینی مؤثر» به سطح یک «مدل عصب‌زیستی تغییر روان‌درمانی» ارتقا خواهد داد.

۸.۱۱ مقایسه با سایر رویکردها: شواهد تطبیقی

خواننده‌ی آگاه ممکن است بپرسد: آیا ISTDP مؤثرتر از سایر رویکردهاست؟

پاسخ صادقانه این است: **هنوز نمی‌دانیم**. مطالعات تطبیقی (comparative studies) بین ISTDP و رویکردهای دیگر مانند CBT بسیار اندک‌اند. آنچه می‌دانیم:

- ISTDP مؤثر است – این با شواهد محکمی حمایت می‌شود
- اندازه‌ی اثر آن **بزرگ** ($d > 0.80$) است – قابل مقایسه با بهترین درمان‌های روان‌شناختی
- اثربخشی آن حتی در **بیماران پیچیده** (جسمانی‌شکل، شخصیتی، مقاوم) نشان داده شده
- **هزینه‌ها** را کاهش می‌دهد

اما ادعای «**برتری**» بر سایر رویکردها، نیازمند کارآزمایی‌های تصادفی‌شده‌ی مقایسه‌ای (head-to-head RCTs) است – که هنوز به اندازه‌ی کافی انجام نشده‌اند.

این صداقت علمی مهم است: بخشی از میراث دوانلو، **تعهد به واقعیت** بود – حتی وقتی واقعیت خوشایند نباشد. او هرگز ادعای بی‌پشتوانه نکرد. هر مفهومی که مطرح کرد، بر اساس مشاهده‌ی بالینی مستند بود. ما نیز باید به همین سنت وفادار بمانیم: آنچه شواهد نشان می‌دهد را بپذیریم، و آنچه هنوز اثبات نشده را به‌عنوان **فرضیه‌ی قابل آزمون** – نه حقیقت مسلم – معرفی کنیم.

۸.۱۲ نقش اَبس و تاون: پلی بین بالین و پژوهش

شایسته است لحظه‌ای به جایگاه پژوهشگرانی که شواهد مستقل تأیید ISTDP را فراهم کرده‌اند اشاره کنیم.

آلن اَبس (Allan Abbass) روان‌پزشک و پژوهشگر در دانشگاه دالهوزی، هالیفاکس، کانادا، نقش محوری‌ای در ارتقای سطح شواهد ISTDP ایفا کرده است. او هم یک بالینگر فعال است (نویسنده‌ی Reaching Through Resistance) و هم یک پژوهشگر با انتشارات فراوان در مجلات معتبر. مرکز هیجان‌ات و سلامت (Centre for Emotions and Health) که او و **جوئل تاون** (Joel Town) هدایت می‌کنند، به مهم‌ترین مرکز پژوهشی ISTDP در جهان تبدیل شده.

تاون – با پیشینه‌ی روان‌شناسی بالینی و روش‌شناسی پژوهش – توانسته است طرح‌های پژوهشی پیشرفته‌ای مانند مدل‌سازی منحنی رشد چندسطحی (Multilevel Growth Curve Modeling) را به‌کار بگیرد و سؤالات فرایندی مهمی مانند «آیا باز شدن ناهشیار تفاوت ایجاد می‌کند؟» را به‌شکل تجربی پاسخ دهد.

کار اَبس و تاون نشان می‌دهد که D-ISTDP نه فقط یک «سنت بالینی» است، بلکه یک **حوزه‌ی پژوهشی فعال** با ظرفیت تولید دانش نوین است.

بخش ششم

آموزش، میراث و آینده

فصل ۹

درگذشت یک پیشگام، تداوم یک میراث

۹.۱ بیش از هزار برنامه‌ی آموزشی

ببیر (Beeber, 2018) رقمی ارائه می‌دهد که خود گویای همه‌چیز است: دوانلو از سال ۱۹۷۷ تا زمان نگارش مقاله‌ی ببیر، بیش از ۱۰۰۰ برنامه‌ی آموزشی – شامل سمپوزیوم‌ها، کارگاه‌ها، دوره‌های فشرده و نشست‌های سوپروایزری – ارائه داده بود. این رقم، بیش از چهل سال تلاش مداوم آموزشی را نشان می‌دهد – از مونترال تا اروپا، از آمریکای شمالی تا سوئیس و آلمان و ایتالیا.

اما دوانلو صرفاً «تعداد» برنامه‌ها را هدف نداشت. او **شکل** آموزش را نیز بنیاداً تغییر داد. در طول دهه‌ها، چندین قالب نوآورانه‌ی آموزشی توسعه داد – هر یک عمیق‌تر از قبلی.

۹.۲ سیر تکامل روش‌های آموزشی

سمینار هفتگی (دهه‌ی ۱۹۶۰ به بعد)

ساده‌ترین و قدیمی‌ترین شکل آموزش: سمینار هفتگی برای دستیاران روان‌پزشکی و دانشجویان پزشکی در بیمارستان عمومی مونترال. پخش ویدئو و تحلیل مشترک جلسات درمانی (Beeber, 2018).

آموزش هسته‌ای (Core Training)

بیبیر (Beeber, 2018) توضیح می‌دهد که دوانلو قالبی از سوپروایزری گروهی به نام «آموزش هسته‌ای» (Core Training) ایجاد کرد. در این قالب، بالینگران جلسات ضبط‌شده‌ی خود با بیمارانشان را در یک محیط گروهی تحت نظارت دوانلو ارائه می‌دادند. دوانلو آموزش نظری و ارائه‌ی موارد بالینی خودش را نیز به این فرایند اضافه می‌کرد. این برنامه به تأسیس مراکز آموزشی متعدد تحت هدایت او منجر شد – از جمله مؤسسه‌ی ایتالیایی D-ISTDP دوانلو (۱۹۹۷) و انجمن آلمانی D-ISTDP دوانلو (۱۹۹۸).

سوپروایزری مدار بسته (Closed-Circuit Supervision)

در برنامه‌های مدار بسته، کارآموزان بیماراران واقعی را **زنده** (live) مصاحبه می‌کردند، در حالی که دوانلو و سایر کارآموزان آنها را **هم‌زمان** (real-time) از اتاق دیگری مشاهده می‌کردند. بیبیر (Beeber, 2018) تأکید می‌کند این قالب چندین مزیت داشت:

- سوپروایزر هم بیمار و هم درمانگر را مشاهده می‌کرد
- کارآموز سوپروایزری **فوری و درجا** (on the spot) دریافت می‌کرد
- مسائل **انتقال متقابل** (countertransference) درمانگر – اگر حاضر بودند – آشکار و فوراً قابل رسیدگی بودند

کارگاه‌های مدار بسته‌ی تجربی مونترال (CCTWs) – از ۲۰۰۷

نوآورانه‌ترین و عمیق‌ترین قالب آموزشی دوانلو. بیبر (Beeber, 2018) توضیح می‌دهد که دوانلو در سال ۲۰۰۷ برنامه‌ای منحصربه‌فرد به نام «کارگاه‌های آموزشی تجربی مدار بسته‌ی مونترال» (Montreal Closed-Circuit Experiential Training Workshops) را آغاز کرد. این کارگاه‌ها عمدتاً برای **درمانگران پیشرفته** طراحی شده بودند – کسانی که آموزش ISTDP دیده بودند و خواهان آموزش عمیق‌تر در بسیج ناهشیار بودند.

تفاوت حیاتی CCTWs با سایر قالب‌ها: وجود **مؤلفه‌ی تجربی** (experiential component). شرکت‌کنندگان نه فقط ناظر بودند، بلکه خود **تجربه‌ی درمانی** (self-experience) داشتند. اشمیت (Schmitt, 2024) که پانزده سال در ۳۶ کارگاه مدار بسته شرکت کرد، اهداف CCTWs را چنین فهرست می‌کند:

- حذف کامل **اضطراب فرافکنانه** (projective anxiety) شرکت‌کنندگان
- حذف **مقاومت بدخیم** و حل همجوشی احساسات بدوی کودکانه در ناهشیار شرکت‌کنندگان
- بسیج بهینه‌ی مسیرهای عصب‌زیستی **خشم، سادیسیم و گناه** شرکت‌کنندگان
- بسیج بهینه‌ی مسیرهای عصب‌زیستی **حافظه**
- کاوش تحلیلی ناهشیار پس از حذف کامل مقاومت بدخیم
- بازسازی چندبُعدی ناهشیار شرکت‌کنندگان: از سلطه‌ی مقاومت بدخیم به حضور دائمی TCR
- حذف دائمی آسیب ساختاری سیستم دفاعی ناهشیار و ایجاد **تحرك و ثبات پایدار**

اشمیت همچنین نکته‌ی تکان‌دهنده‌ای نقل می‌کند: بر اساس ارزیابی دوانلو، **دو سوم** شرکت‌کنندگان CCTWs به گروه سوم طبقه‌بندی اختلالات روان‌عصبی تعلق داشتند – یعنی خود درمانگران نیز از آسیب‌شناسی بین‌نسلی و نوروهای انتقالی بدخیم رنج می‌بردند. دوانلو به آنها فرصتی بی‌نظیر داد تا نوروهای انتقالی بدخیم خودشان را کشف و حل کنند – و بدین ترتیب، از انتقال آسیب‌شناسی خود به بیمارانشان جلوگیری نمایند.

۹.۳ تشبیه جراحی: چرا درمان شخصی درمانگر ضروری است

دوانلو همواره بر یک اصل تأکید داشت – اصلی که اکنون، پس از آشنایی با مفاهیم همجوشی، اضطراب فرافکنانه و نوروز انتقالی بدخیم، عمق واقعی‌اش درک می‌شود:

D-ISTDP یک جراحی دقیق و عمیق است. همان‌طور که جراح باید پیش از ورود به اتاق عمل دستانش را از هرگونه آلودگی بشوید، درمانگر این روش نیز باید ناهشیار خودش را پاک کرده باشد.

اشمیت (Schmitt, 2024) از قول دوانلو نقل می‌کند:

«در روان‌درمانی پویایی، درمانگر مسئولیت پزشکی، اخلاقی و قانونی دارد تا بیمارانش را از شکل‌گیری نوروز انتقالی محافظت کند. به‌همان اندازه مهم، مسئولیت درمانگر در محافظت از خود و خانواده‌اش در برابر شکل‌گیری نوروز انتقالی است.»

این هشدار جدی است: درمانگری که تعارضات حل‌نشده‌ی خود را وارد رابطه‌ی درمانی کند، نه‌تنها به بیمار کمک نمی‌کند، بلکه ممکن است یک **نوروز انتقالی جدید** بر نوروز اصلی بیمار اضافه کند – و بیمار را بدتر از قبل رها سازد.

کیدینگ و مارکوئیز (Kieding & Marquis, 2024) نیز هشدار مشابهی می‌دهند: شدت هیجانی و پیچیدگی D-ISTDP ممکن است **اضطراب خود درمانگر** را برانگیزد و او را به **استفاده‌ی دفاعی** از تکنیک‌ها وادارد – که به مخدوش شدن کیفیت رابطه‌ی درمانی و تضعیف نزدیکی هیجانی – محور D-ISTDP – منجر می‌شود.

۹.۴ فرمت بلوکی: درمان فشرده

یکی دیگر از نوآوری‌های دوانلو، **فرمت درمان بلوکی** (Block Therapy) بود. بیبر (Beeber, 2018) و بیبر، گوتویک و روسیتی (Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025) توضیح می‌دهند:

- جلسات در **بلوک‌هایی** ترتیب داده می‌شدند: مثلاً **۳ روز** متوالی
- هر روز شامل **۵ تا ۷ جلسه** با استراحت بین آنها
- بلوک‌ها هر **۱ تا ۳ ماه** تکرار می‌شدند
- شکاف‌های مکرر به ناهشیار در طول هر روز
- تأکید گسترده بر **تغییرات ساختاری چندبُعدی ناهشیار** – فرایندی که به **تحرك دائمی** (permanent fluidity) در ساختار شخصیت منجر می‌شود

این قالب با در نظر گرفتن واقعیت‌های عملی طراحی شده بود: بسیاری از کارآموزان از راه دور سفر می‌کردند و امکان جلسات هفتگی یک‌ساعته نداشتند (Beeber, 2018).

قالب دیگر، **درمان آزمایشی گسترده** (Extended Trial Therapy) بود: درمان آزمایشی در سه بخش، در یک روز یا روزهای متوالی، به مدت **۴ تا ۵ ساعت**.

۹.۵ تأسیس مراکز بین‌المللی

فعالیت‌های آموزشی دوانلو به تأسیس مراکز رسمی در سراسر جهان منجر شد:

مرکز	سال تأسیس	مکان
برنامه‌ی آموزش هسته‌ای مونترال	دهه‌ی ۱۹۸۰	مونترال، کانادا
مؤسسه‌ی ایتالیایی D-ISTDP دوانلو	۱۹۹۷	ایتالیا
انجمن آلمانی D-ISTDP دوانلو	۱۹۹۸	آلمان
برنامه‌ی مونترال برای بسیج ناهشیار (CCTWs)	۲۰۰۷	مونترال، کانادا
کلینیک خانگی خورشید (آموزش فارسی‌زبانان)	–	سوئد – مدیریت: دکتر فاطمه زم (neuro-distdp.com)

۹.۶ سال‌های پایانی: کووید و بازگشت

بیبِر، گوتویک و روسِتی (Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025) گزارش می‌دهند که با شروع همه‌گیری کووید-۱۹ در ۲۰۲۰، کارگاه‌های دوانلو – که مستلزم سفرهای بین‌المللی بود – مختل شد. آخرین کارگاه مدار بسته‌ی پیش از پاندمی در **فوریه ۲۰۲۰** برگزار شد.

اما دوانلو حتی در سن بالای نود سالگی تسلیم نشد. پس از کاهش شدت پاندمی، او با **انرژی و جدیت بیشتری** فعالیت‌های آموزشی‌اش را از سر گرفت و تا دهه‌ی ۲۰۲۰ همچنان کارگاه‌هایش را برگزار می‌کرد. اشmitt (2024) آخرین یادداشت‌هایش را از یک جلسه‌ی خصوصی در سال ۲۰۲۲ گزارش می‌دهد.

۹.۷ درگذشت

در نوامبر ۲۰۲۳، دکتر حبیب دوانلو پس از یک بیماری کوتاه، در خانه‌ی خود در مونترال درگذشت. او ۹۶ سال داشت. خبر درگذشتش در ۱۸ آوریل ۲۰۲۴ رسماً اعلام شد (Beeber, Gottwik & Rossetti, 2025).

بیبِر، گوتویک و روسِتی – از سه کشور مختلف (آمریکا، آلمان و ایتالیا) – یادنامه‌ای در *American Journal of Psychotherapy* (2025) منتشر کردند:

«دکتر حبیب دوانلو پیشگام در عرصه‌ی روان‌درمانی پویا بود... او در طی سالیان طولانی، صدها متخصص را در سراسر جهان آموزش داد. کار پیشگامانه‌ی او که بر مطالعات موردی دقیق و مستند استوار بود، به شکل مستقل مورد تأیید قرار گرفته و نشان داده است که درمان او هم اثربخش و هم مقرون‌به‌صرفه برای طیف گسترده‌ای از بیماران است.»

۹.۸ میراث: پنج لایه

میراث دوانلو چندلایه است و هر لایه‌اش اهمیت مستقلی دارد:

لایه‌ی اول: میراث نظری

دوانلو یک **متاروانشناسی جدید ناهشیار** ساخت. مفاهیمی که او ابداع یا بازتعریف کرد – باز کردن ناهشیار، توالی پویای مرکزی، الگوی تخلیه‌ی اضطراب، ائتلاف درمانی ناهشیار، همجوشی و جداسازی، مقاومت عمده، جزء انتقالی مقاومت (TCR)، نورو انتقالی بین‌نسلی ویرانگر (IDCTN)، تغییرات ساختاری چندبُعدی و مسیرهای عصب‌زیستی – مجموعه‌ای منسجم تشکیل می‌دهند که فهم ما از ناهشیار و از فرایند درمان را بنیاداً تغییر داده‌اند.

لایه‌ی دوم: میراث تکنیکی

دوانلو تکنیک‌هایی مشخص، قابل آموزش و قابل بازبینی ساخت: فشار، چالش، رویارویی سر به سر، درمان آزمایشی، بازسازی، بسیج گسترده، حذف کامل مقاومت، و جداسازی. این تکنیک‌ها بر خلاف بسیاری از رویکردهای پیشین، مبهم و شهودی نیستند – بلکه **ساختارمند و قابل تدریس** هستند.

لایه‌ی سوم: میراث پژوهشی

سنت **ویدئو ضبط کردن جلسات درمانی** که دوانلو در دهه‌ی ۱۹۶۰ آغاز کرد، الگویی برای شفافیت بالینی شد. او نشان داد که روان‌درمانی می‌تواند و باید **قابل مشاهده، قابل بازبینی و قابل نقد** باشد. پژوهش‌های مستقل بعدی – در دانشگاه دالهورزی و جاهای دیگر – بر شانه‌ی همین سنت مستندسازی ایستاده‌اند.

لایه‌ی چهارم: میراث آموزشی

دوانلو روش‌های آموزشی نوآورانه‌ای ابداع کرد – از سمینار هفتگی و آموزش هسته‌ای تا سوپروایزری مدار بسته و کارگاه‌های تجربی مونترال. مهم‌ترین اصل آموزشی او: **درمانگر باید خودش درمان شده باشد**. آموزش D-ISTDP، آموزش صرفاً ذهنی نیست – بلکه **تجربه‌ای وجودی** است.

لایه‌ی پنجم: میراث انسانی

دوانلو نشان داد که: - یک **مهاجر ایرانی‌تبار** می‌تواند یکی از تأثیرگذارترین روان‌درمانگران تاریخ معاصر باشد - **شصت سال** پژوهش مداوم بدون وقفه، ممکن است – اگر تعهد و عشق به کار وجود داشته باشد - شجاعت در رفتن **راهی که دیگران نرفته‌اند**، ممکن است با مقاومت روبرو شود اما سرانجام ثمر می‌دهد - **تحسین بیمار** و احترام به شجاعتش در رویارویی با دردهای درونی، با چالش‌گری و فعالیت درمانگر تضادی ندارد – بلکه دو روی یک سکه‌اند

۹.۹ آینده: تداوم میراث

دوانلو درگذشت، اما کارش زنده است – و در دستان نسل بعدی ادامه دارد.

در سطح بین‌المللی: مراکز آموزشی در ایتالیا، آلمان، سوئیس، کانادا و سوئد فعال‌اند. پژوهشگران مستقل همچنان شواهد تجربی تولید می‌کنند. کتاب‌هایی مانند اثر اشمیت (Schmitt, 2024) و هیکی (Hickey, 2017) مستندات مکتوب را غنی‌تر می‌سازند.

در سطح ایران: آقای مسعود لئو عمادن – تنها شاگرد و همکار ایرانی دکتر دوانلو که به درمانگران ایرانی رویکرد نهایی دوانلویی را آموزش می‌دهد – از طریق کلینیک خانه‌ی خورشید (با مدیریت دکتر فاطمه زم – neuro-distdp.com)، درمانگران ایرانی را با اصیل‌ترین نسخه‌ی روش دوانلو (D-NISTDP) آشنا می‌سازد. کتاب ایشان – حاصل بیست سال تجربه‌ی بالینی – در دست تألیف است و نسخه‌ی فارسی آن به‌رایگان در اختیار فارسی‌زبانان قرار خواهد گرفت. و کتاب حاضر – «رویکرد D-ISTDP: روان‌درمانی دوانلویی» – نیز تلاشی است برای پر کردن خلأ منابع فارسی در این حوزه.

سؤال‌هایی که در پیش است: - آیا D-NISTDP – به‌عنوان آخرین تکامل روش – می‌تواند به‌شکل مستقل مورد بررسی پژوهشی قرار بگیرد؟ - آیا پژوهش‌های بومی در ایران و سایر فرهنگ‌های غیرغربی، اثربخشی این رویکرد را تأیید خواهند کرد؟ - آیا نسل بعدی درمانگران خواهند توانست عمق و دقت کار دوانلو را حفظ کنند – بدون حضور فیزیکی استاد؟

پاسخ به این سؤال‌ها، مسئولیت نسل ماست.

۹.۱۰ سخن آخر

دوانلو مردی بود که ناهشیار را به اقیانوسی عمیق تشبیه کرد – و عمر خود را صرف کاوش آن کرد. او طنابی ساخت – تکنیک‌هایش – تا درمانگران بتوانند بدون گم شدن وارد این اقیانوس شوند. او نشان داد که پشت دیوارهای مقاومت، چیزی جز رنج و عشق نهفته نیست – و اگر انسان شجاعت رویارویی با رنج را داشته باشد، عشق آزاد خواهد شد.

بیمارانش آن را چنین توصیف کردند:

«گویی بار سنگینی را زمین گذاشته‌ام.»

«احساس رهایی از درد تروما و گناه.»

«رسیدن به صلح درونی نسبت به نزدیک‌ترین افراد زندگی‌ام.»

این همان هدیه‌ای است که حبیب دوانلو – پسر ایران، استاد مونترال، کاوشگر ناهشیار – به جهان عرضه کرد.

۹.۱۱ دوانلو و ایران: ریشه‌ای که بازنگشت

حبیب دوانلو بیش از شش دهه در کانادا زیست – اما ایرانی بود و ایرانی ماند. او از فرهنگی برخاسته بود که شاید بیش از هر فرهنگ دیگری، به رنج انسانی و لایه‌های پنهان تجربه‌ی درونی حساس بوده است.

در سنت عرفانی ایران، مفهوم «نفس» – آن نیروی درونی‌ای که انسان را از رویارویی با حقیقت باز می‌دارد – شباهتی تکان‌دهنده با مفهوم «مقاومت» در D-ISTDP دارد. مولانا می‌سراید:

«ای برادر تو همان اندیشه‌ای / مابقی تو استخوان و ریشه‌ای»

دوانلو نیز معتقد بود آنچه انسان واقعاً هست – احساسات عمیقش، عشقش، خشمش، اندوهش – پشت دیوارهای مقاومت پنهان شده. و کار درمانگر، یاری رساندن به بیمار برای عبور از این دیوارها و رسیدن به خود واقعی‌اش است.

حافظ نیز از «پرده» سخن می‌گوید – پرده‌ای بین انسان و حقیقت:

«دلا دیدی که آن فرزانه فرزند / چه دید اندر خم این طاق رنگین»

آیا مقاومت ناهشیار، همان «پرده»ی حافظ نیست؟ و آیا باز شدن ناهشیار، همان «کشف حجاب» نیست – لحظه‌ای که پرده کنار می‌رود و انسان خودش را – با تمام زیبایی و زشتی، عشق و خشم – می‌بیند؟

البته دوانلو هرگز چنین ارتباطی را صراحتاً ترسیم نکرد. او یک دانشمند تجربی بود، نه یک عارف. اما این هم‌خوانی‌ها – بین ژرف‌ترین بینش‌های سنت عرفانی ایرانی و کشفیات بالینی دوانلو – نمی‌تواند تصادفی باشد. شاید ریشه‌های فرهنگی‌ای که در خاک ایران نهاده شده بود، در مونترال به میوه نشست – میوه‌ای که طعم علم داشت اما عطر حکمت ایرانی.

۹.۱۲ پیام به نسل آینده: مسئولیتی سنگین

این کتاب را با نگاهی به آینده به پایان می‌بریم.

دوانلو رفته است. اما آنچه ساخته – مفاهیم، تکنیک‌ها، بینش‌ها – باقی مانده. اکنون مسئولیت **حفظ، انتقال و توسعه‌ی** این میراث بر عهده‌ی نسل بعدی است.

این مسئولیت سه بُعد دارد:

بُعد اول – حفظ اصالت: خطر بزرگ آن است که D-ISTDP – مانند بسیاری از روش‌های درمانی دیگر – به تدریج رقیق (diluted) شود. درمانگرانی که آموزش ناقص دیده‌اند ممکن است تکنیک‌ها را سطحی به‌کار ببرند، عمق متاروانشناختی را نادیده بگیرند، یا مهم‌ترین اصل – ضرورت درمان شخصی درمانگر – را کنار بگذارند. حفظ اصالت، نیازمند آموزش دقیق، سوپروایزری مداوم و تعهد به استانداردهای بالاست.

بُعد دوم – مستندسازی: بسیاری از آموزه‌های متأخر دوانلو – به‌ویژه مفاهیم D-NISTDP – هنوز به‌شکل مکتوب جامع در دسترس نیستند. آنها عمدتاً از طریق کارگاه‌های حضوری و سوپروایزری مستقیم انتقال یافته‌اند. کتاب‌هایی مانند اثر اشmitt (2024) و کتاب آینده‌ی آقای عماد، گام‌های مهمی در جهت مستندسازی هستند – اما هنوز کار زیادی باقی مانده. هر درمانگری که تجربه‌ی مستقیم کارگاه‌های دوانلو را داشته، مسئولیت ثبت و انتقال آن تجربه را دارد.

بُعد سوم – پژوهش: پایگاه شواهد ISTDP رو به رشد است، اما هنوز کافی نیست. به‌ویژه: - D-ISTDP و D-NISTDP به‌طور مستقل بررسی نشده‌اند – آیا تکنیک‌های متأخر دوانلو نتایج بهتری از روش استاندارد ایجاد می‌کنند؟ - **مطالعات بومی در ایران** وجود ندارد – آیا این رویکرد در فرهنگ ایرانی به همان اندازه مؤثر است؟ - **مکانیزم‌های عصب‌زیستی** تغییر در D-ISTDP هنوز به‌طور کامل شناسایی نشده‌اند – آیا می‌توان با تصویربرداری مغزی (neuroimaging) نشان داد که باز شدن ناهشیار واقعاً مسیرهای عصبی مغز را تغییر می‌دهد؟

این سؤال‌ها، فرصت‌هایی برای نسل بعدی هستند.

۹.۱۳ D-ISTDP در ایران: فرصت‌ها و چالش‌ها

معرفی و گسترش D-ISTDP در ایران هم فرصت‌هایی دارد و هم با چالش‌هایی روبروست:

فرصت‌ها: - خلأ درمانی: بسیاری از بیماران ایرانی – به‌ویژه با اختلالات جسمانی‌شکل و درد مزمن – از درمان‌های رایج بهره نمی‌برند. D-ISTDP می‌تواند این خلأ را پر کند. - زمینه‌ی فرهنگی: حساسیت فرهنگ ایرانی به عمق تجربه‌ی درونی و لایه‌های پنهان، با فلسفه‌ی D-ISTDP هم‌خوان است. - استاد ایرانی: حضور آقای عماد به‌عنوان تنها شاگرد و همکار ایرانی دکتر دوانلو که به درمانگران ایرانی رویکرد نهایی دوانلویی را آموزش می‌دهد، دسترسی مستقیم به اصیل‌ترین نسخه‌ی روش را برای فارسی‌زبانان فراهم می‌کند. - نیروی انسانی جوان: نسل جدید درمانگران ایرانی، مشتاق و آماده‌ی یادگیری‌اند.

چالش‌ها: - دسترسی به آموزش: آموزش D-ISTDP نیازمند سوپروایزری ویدئویی و تجربه‌ی شخصی است - که دسترسی به آن در ایران محدود است. - موانع زبانی: اکثر منابع به زبان انگلیسی است. - مقاومت نهادی: سیستم بهداشت و آموزش ایران ممکن است نسبت به رویکردهای نامتعارف محتاط باشد. - ضرورت پژوهش بومی: بدون پژوهش‌های انجام‌شده در ایران، ادعای اثربخشی در بافت فرهنگی ایرانی ناتمام خواهد بود.

این چالش‌ها حل‌شدنی هستند - اما نیازمند تلاش جمعی، سرمایه‌گذاری آموزشی و پژوهشی، و مهم‌تر از همه، **تعهد به کیفیت و اصالت** هستند.

پس‌گفتار

این کتاب به پایان رسید – اما سفری که دوانلو آغاز کرد، پایانی ندارد.

من، سعید امدادی، وقتی نگارش این کتاب را آغاز کردم، تصور می‌کردم دارم کتابی «درباره‌ی» دوانلو و روشش می‌نویسم. اما در طول مسیر، چیز دیگری اتفاق افتاد: نوشتن این کتاب خود تبدیل به فرایندی از رویارویی شد – رویارویی با عمق و گستره‌ی اندیشه‌ای که تا پیش از این، فقط بخشی از آن را درک کرده بودم.

هرچه بیشتر در منابع غوطه‌ور شدم – در مقالات بیبر، در یادداشت‌های اشمیت از کارگاه‌های مونترال، در پژوهش‌های تاون و آبس، در ارائه‌ی فیروز پترمان، در یادنامه‌ی سه‌گانه‌ی پس از درگذشت استاد – بیشتر فهمیدم که دوانلو نه صرفاً یک تکنیک درمانی، بلکه یک **نگاه به انسان** به جهان عرضه کرده است.

این نگاه چند بُعد دارد:

بُعد اول – صداقت بی‌رحمانه با واقعیت. دوانلو از حقیقت فرار نکرد. نه از حقیقت بیمار، نه از حقیقت خودش، نه از حقیقت محدودیت‌های روش‌اش. وقتی دید روش اولیه‌اش (ISTDP) برای بیماران پیچیده‌تر کافی نیست، روشش را تغییر داد – نه بیمار را کنار گذاشت. وقتی دید درمانگران خود بیمارند، شرط ورود به آموزش را **درمان شخصی** قرار داد. وقتی فهمید نوروژ می‌تواند از نسلی به نسل دیگر منتقل شود، مفهوم IDCTN را ساخت. هر بار که واقعیت پیچیده‌تر از نظریه بود، نظریه را عوض کرد – نه واقعیت را.

بُعد دوم – احترام عمیق به رنج. دوانلو رنج انسانی را نه بیماری‌ای که باید سرکوب شود، بلکه **سیگنالی** می‌دانست که باید شنیده شود. مقاومت، از نظر او، نه دشمن بلکه نشانه‌ی راهنما بود: هر جا مقاومت قوی‌تر، درد عمیق‌تر – و بنابراین، ضرورت رسیدگی بیشتر. او بیمارانش را تحسین

می‌کرد – نه به خاطر تسلیم شدنشان، بلکه به خاطر شجاعتشان در رویارویی با آنچه تا آن لحظه از آن فرار کرده بودند.

بُعد سوم – شجاعت در تنهایی. دوانلو بیش از یک دهه در تنهایی کار کرد قبل از آنکه جهان از کارش باخبر شود. او در دهه‌ی ۱۹۶۰ ویدئو ضبط می‌کرد وقتی هیچ‌کس این کار را نمی‌کرد. او با مقاومت بیمار رویارو می‌شد وقتی نُرْم حاکم سکوت بود. او بیماران مقاوم را می‌پذیرفت وقتی همه‌ی همکارانش آنها را رد می‌کردند. و او نام ISTDP را ثبت حقوقی نکرد – گویی برایش مالکیت بر ایده مهم نبود، بلکه **حقیقت** ایده مهم بود.

پلی به ایران

یک جنبه‌ی این کتاب برای من شخصاً بسیار پراهمیت است: حبیب دوانلو ایرانی بود. او از همین خاک برخاست. و با وجود آنکه عمرش را در کانادا گذراند، میراثش حق دارد به زادگاهش بازگردد.

استاد من، آقای مسعود لئو عماد، این پل را ساخته است. او به‌عنوان تنها شاگرد و همکار ایرانی دکتر دوانلو که به درمانگران ایرانی رویکرد نهایی دوانلویی را آموزش می‌دهد، اصیل‌ترین نسخه‌ی روش – D-NISTDP – را مستقیماً از استاد فراگرفته و اکنون به درمانگران ایرانی منتقل می‌کند. من خود از طریق همین پل، هم درمان شده‌ام و هم آموزش دیده‌ام. و این کتاب، تلاشی است برای گسترده‌تر کردن همین پل – تا درمانگران و پژوهشگران و دانشجویان ایرانی بیشتری بتوانند با این میراث غنی آشنا شوند.

آنچه این کتاب نیست

این کتاب **جایگزین آموزش و سوپروایزری** نیست. خواندن درباره‌ی D-ISTDP با **تمرین و تجربه‌ی** آن تفاوت بنیادین دارد. دوانلو خود بارها تأکید کرد که این روش را نمی‌توان صرفاً از کتاب آموخت – بلکه نیاز به مشاهده‌ی ویدئویی، تمرین تحت سوپروایزری، و مهم‌تر از همه، **درمان شخصی** درمانگر دارد.

این کتاب **نقشه‌ای** است – نه خود سرزمین. نقشه می‌تواند جهت‌یابی را آسان‌تر کند، اما سفر واقعی باید با قدم گذاشتن در مسیر آغاز شود.

دعوت

از خواننده‌ای که تا اینجا آمده، دعوت می‌کنم:

اگر درمانگر هستید – این روش را جدی بگیرید. آموزش ببینید. سوپروایزری بگیرید. و مهم‌تر از همه، خودتان درمان شوید. ناهشیار شما نیز اقیانوسی عمیق است – و اگر آن را شناسید، نمی‌توانید بیمارتان را در اقیانوس خودش همراهی کنید.

اگر دانشجو هستید – بدانید که روان‌درمانی پویا مرده نیست. دوانلو نشان داد که با شجاعت و دقت علمی، می‌توان از سنت فروید فراتر رفت بدون آنکه ریشه‌ها را فراموش کرد.

اگر بیمار هستید یا عزیزی دارید که رنج می‌برد – بدانید که راهی هست. رنج، سرنوشت نیست. آنچه در ناهشیار حبس شده، قابل آزادسازی است. و آرامش – آن صلح درونی که بیماران دوانلو توصیف کرده‌اند – دست‌یافتنی است.

و اگر صرفاً یک انسان کنجکاو هستید – امیدوارم این کتاب شما را به ناهشیار خودتان کنجکاوتر کرده باشد. زیرا آنچه دوانلو بیش از هر چیز آموخت، این بود:

آنچه ما از آن فرار می‌کنیم – درد، خشم، گناه، اندوه – اگر با شجاعت با آن روبرو شویم، به شفا تبدیل می‌شود. و در آن سوی رنج، عشق منتظر است.

سعید امدادی روان‌درمانگر

واژه‌نامه‌ی تخصصی فارسی – انگلیسی

این واژه‌نامه شامل اصطلاحات کلیدی‌ای است که در کتاب حاضر به‌کار رفته‌اند. اصطلاحات بر اساس حروف الفبای فارسی مرتب شده‌اند. برای هر اصطلاح: (۱) عنوان فارسی، (۲) معادل انگلیسی، (۳) اختصار (در صورت وجود)، و (۴) توضیح مختصر ارائه شده است.

الف

اتحاد درمانی | Therapeutic Alliance رابطه‌ی همکاری و مبتنی بر اعتماد بین درمانگر و بیمار. مفهومی که ابتدا توسط الیزابت زتزل (Zetzel) مطرح شد. دوانلو آن را به سطح ناهشیار گسترش داد (← ائتلاف درمانی ناهشیار).

اختلال جسمانی‌سازی | Somatization Disorder اختلالی که در آن رنج روانی به‌شکل علائم جسمانی متعدد و مزمن (مانند درد، تهوع، سردرد مزمن) بروز می‌کند، بدون توجیه پزشکی کافی. یکی از شایع‌ترین تشخیص‌ها در جمعیت بالینی ISTDP (۵۸.۷٪) در مطالعه‌ی یوهانسون و همکاران).

اختلال جسمانی‌شکل | Somatoform Disorder طبقه‌ی تشخیصی (DSM-IV) شامل اختلالاتی که علائم جسمانی بدون علت ارگانیک کافی دارند. در DSM-5 به «اختلال علائم جسمانی» (Somatic Symptom Disorder) تغییر نام داده.

اضطراب فرافکنانه | Projective Anxiety اضطراب ناهشیار ویژه‌ی بیماران با دفاع ناهشیار آسیب‌دیده (گروه‌های ۲ و ۳). بیمار احساسات خشمگینانه‌ی خود را ناهشیارانه به طرف مقابل نسبت می‌دهد (فرافکنی) و سپس از او می‌ترسد. مثال دوانلو: بیمار درمانگر را «ببر خشمگین» می‌بیند و خود احساس «خرگوش» می‌کند – در حالی‌که «ببر» در واقع درون خود بیمار است.

ائتلاف درمانی ناهشیار | UTA | Unconscious Therapeutic Alliance نیروی ذاتی سازنده، خلاق و شفابخش ناهشیار بیمار. بخشی از ناهشیار که به سمت شفا و بهبود تمایل دارد، حتی وقتی بیمار در سطح آگاهانه مقاومت می‌کند. غلبه‌ی UTA بر نیروهای مقاومت، پیش‌شرط «باز شدن ناهشیار» است.

انتقال | Transference فرایند ناهشیار انتقال احساسات، الگوهای ارتباطی و تعارضات مربوط به چهره‌های دلبستگی گذشته (به‌ویژه والدین) به افراد فعلی – از جمله درمانگر. دوانلو تمرکز ویژه‌ای بر کار مستقیم با انتقال در لحظه‌ی حال (here and now) داشت.

انتقال متقابل | Countertransference واکنش‌های هیجانی ناهشیار درمانگر نسبت به بیمار، ریشه‌دار در تعارضات حل‌نشده‌ی خود درمانگر. دلیل اصلی تأکید دوانلو بر ضرورت درمان شخصی درمانگر.

انکار | Denial مکانیزم دفاعی بدوی: انکار واقعیتی دردناک یا تهدیدآمیز.

ب

باز کردن ناهشیار | Unlocking the Unconscious فرایند کلیدی D-ISTDP و مهم‌ترین کشف دوانلو. از طریق غلبه‌ی ائتلاف درمانی ناهشیار (UTA) بر نیروهای مقاومت، یک تغییر روانی (psychic shift) رخ می‌دهد و مواد ناهشیار – خاطرات، تصاویر، هیجان‌ات سرکوب‌شده – به سطح آگاهی می‌آیند.

باز شدن جزئی ناهشیار | Partial Unlocking of the Unconscious | درجه‌ی سوم باز شدن ناهشیار. برخی خاطرات و تصاویر گذشته ظاهر می‌شوند اما دفاع‌ها هنوز کاملاً تسلیم نشده‌اند و فرایند ناقص است.

باز شدن عمده‌ی ناهشیار | Major Unlocking of the Unconscious | درجه‌ی چهارم و لحظه‌ی کلیدی: در جریان تجربه‌ی احساسات شدید نسبت به درمانگر، تصویر بصری فرد گذشته بر تصویر فرد فعلی منتقل و جایگزین آن می‌شود. خاطرات هیجان‌بار گذشته ظاهر می‌شوند. اضطراب و دفاع‌ها ساکت می‌شوند.

باز شدن عمده‌ی گسترده‌ی ناهشیار | Extended Major Unlocking of the Unconscious | درجه‌ی پنجم. فرایندی عمیق‌تر و گسترده‌تر، با شکافت‌های متعدد و بسیج گسترده‌ی UTA. پایه‌ی آنچه دوانلو «روش نوین روان‌کاوی» نامید.

بازسازی | Restructuring | فرایند تقویت ظرفیت بیمار – به‌ویژه بیماران با ساختار شکننده – برای تحمل اضطراب و هیجانات شدید، پیش از اعمال فشار مستقیم بر مقاومت. شامل تغییرات چندبُعدی ناهشیار: افزایش ظرفیت تحمل اضطراب، تغییر مسیر تخلیه‌ی اضطراب به عضلات ارادی، تغییر سازمان دفاعی از دفاع‌های بدوی به دفاع‌های بالغ‌تر.

بسیج ناهشیار | Mobilization of the Unconscious | فعال‌سازی نیروها و محتویات ناهشیار از طریق تکنیک‌های دوانلو. هدف نهایی: غلبه‌ی UTA بر مقاومت.

بسیج گسترده و ممتد ناهشیار | Major Extended Mobilization of the Unconscious | تکنیک پیشرفته‌ی دوانلو (از اواسط دهه‌ی ۱۹۹۰) برای عمیق‌تر کردن دسترسی به ناهشیار. عمدتاً با درمانگران در حال آموزش و متخصصان حرفه‌ای به‌کار گرفته شد.

پ

پس بلوغ شخصیت | Post-Maturation of the Personality | فرایند بلوغ تأخیری شخصیت که از طریق جداسازی (defusion) و تغییرات ساختاری چندبُعدی در ناهشیار حاصل می‌شود. هدف: بازسازی آنچه در کودکی فرصت رشد طبیعی نداشته.

ت

تجربه‌ی عاطفی اصلاحی | CEE | Corrective Emotional Experience | مفهوم الکساندر و فرنچ (۱۹۴۶): بیمار باید تجربه‌ی عاطفی‌ای داشته باشد که اثر آسیب‌زای تجربیات دوران کودکی را ترمیم کند. پیشابند فکری مفهوم «باز کردن ناهشیار» دوانلو، اما دوانلو بسیار دقیق‌تر و ساختارمندتر بود.

تجزیه | Dissociation | مکانیزم دفاعی بدوی: قطع ارتباط بین بخش‌های مختلف تجربه‌ی ذهنی (فکر، احساس، حافظه، هویت).

تحلیل آموزشی | Training Analysis | فرایند روان‌کاوی یا درمان شخصی که درمانگر آینده خود به‌عنوان بیمار طی می‌کند. دوانلو نزد هلن دویچ (Helene Deutsch) تحلیل آموزشی گذراند. در سنت دوانلو، درمان شخصی درمانگر ضرورتی مطلق است.

تخلیه‌ی اضطراب | Anxiety Discharge | نحوه‌ی بروز جسمانی اضطراب ناهشیار. دوانلو سه مسیر شناسایی کرد: (۱) عضلات ارادی (مطلوب‌ترین)، (۲) سیستم عصبی خودمختار (ظرفیت کمتر)، (۳) حوزه‌ی شناختی-ادراکی (خطرناک‌ترین – نشانه‌ی ساختار شکننده).

تداعی آزاد | Free Association | تکنیک بنیادین فروید: بیمار هر چه به ذهنش می‌رسد بدون سانسور بیان می‌کند. دوانلو از این تکنیک فراتر رفت و تمرکز را بر رویارویی فعال با مقاومت گذاشت.

تغییر روانی | Psychic Shift | لحظه‌ی تحول در جلسه‌ی درمانی: وقتی UTA بر مقاومت غلبه کند و ناهشیار «باز» شود.

تغییرات ساختاری چندبُعدی | Multidimensional Unconscious Structural Change | تغییرات عمیق و پایدار در ساختار ناهشیار: حل همجوشی، بازسازی سیستم دفاعی از بدخیم به سالم و مختار، ایجاد تحرک (fluidity) و ثبات پایدار. مقصد نهایی درمان.

تکانه | Impulse هر میل یا سائقه‌ی ناهشیار – از جمله خشم، میل جنسی، محبت. ضلع اول مثلث تعارض.

توالی پویای مرکزی | CDS | Central Dynamic Sequence نقشه‌ی راه فرایند درمان D-ISTDP. پنج فاز: (۱ فشار، ۲ چالش، ۳ رویارویی سر به سر، ۴ بسیج UTA و ورود انتقال، ۵ باز شدن ناهشیار. نخستین بار در مورد «وکیل شرکتی» صورت‌بندی شد.

ج

جداسازی | Defusion فرایند تفکیک خشم مرگبار بدوی و احساس گناه (و گاه جنسیت) از حالت درهم‌آمیختگی (← همجوشی) در ناهشیار. پیش‌نیاز تجربه‌ی مستقیم گناه ناهشیار. نیازمند سطح بسیار بالای بسیج TCR.

جستجوی مقاومت | Search for the Resistance شعار پژوهشی دوانلو. فلسفه‌ی بنیادین: مقاومت را پیدا کن، به سطح بیاور، افشا کن و بی‌اثر ساز. هر جا مقاومت قوی‌تر، احساسات پنهان‌شده عمیق‌تر – پس مسیر روشن‌تر.

جزء انتقالی مقاومت | TCR | Transference Component of the Resistance مجموع احساسات انتقالی بسیج‌شده اما هم‌زمان **کنترل‌شده** که در رابطه با درمانگر تجربه، گسترش داده و به شکل منظم ابراز می‌شوند. جایگزین مفهوم قبلی «احساسات پیچیده‌ی انتقالی» (Complex Transference Feelings). ارتباط نزدیک با عملکردهای قشر پیش‌پیشانی. ضروری‌ترین عامل برای حذف اضطراب فرافکنانه، مقاومت بدخیم و ایجاد تغییرات ساختاری.

جسمانی‌سازی | Somatization بروز تعارضات روانی به شکل علائم جسمانی. دوانلو نشان داد ISTDP در درمان این علائم بسیار مؤثر است.

ج

چالش | Challenge (Phase of Challenge) دومین فاز توالی پویای مرکزی. درمانگر مقاومت آشکارشده را شناسایی و به چالش می‌کشد: هزینه‌ی دفاع‌ها در زندگی بیمار را نشان می‌دهد. هدف: تبدیل دفاع‌های هم‌نوا به ناهم‌نوا.

ح

حذف کامل مقاومت | Total Removal of Resistance فرایند نهایی برطرف کردن تمام سطوح مقاومت – از تاکتیکی تا شخصیتی تا مقاومت عمده – از طریق بسیج بهینه‌ی TCR و شش مسیر عصب‌زیستی. دوانلو نخستین بار در کنگره‌ی لوزان (۱۹۷۶) مقاله‌ای با عنوان «جستجوی مقاومت و تکنیک حذف کامل مقاومت» ارائه داد.

خ

خشم مرگبار بدوی | Primitive Murderous Rage خشم شدید و ویرانگر ناهشیار با ریشه‌ی کودکانه، نسبت به چهره‌های دلبستگی اولیه. تجربه‌ی مستقیم این خشم در انتقال (نسبت به درمانگر)، بخشی حیاتی از فرایند درمان. در بیماران گروه‌های ۲ و ۳، خشم مرگبار با گناه و گناه جنسیت درهم‌آمیخته (fused) است.

خشم مرگبار شکنجه‌گرانه/سادیستی | Primitive Murderous Torturous/Sadistic Rage شکل شدیدتر خشم بدوی، مختص بیماران گروه‌های ۲ و ۳ (تروما پیش از سن ۴). شامل تکانه‌های شکنجه و آزار و استفاده از ابزار تهاجمی در تصویرسازی ناهشیار.

Extended Major Direct Access to the | **دسترس مستقیم عمده‌ی گسترده به ناهشیار** | Unconscious تکنیک پیشرفته‌ی دوانلو شامل: باز شدن عمده‌ی گسترده + بسیج گسترده‌ی UTA + باز شدن‌های عمده‌ی متعدد و گسترده. پایه‌ی «روش نوین روان‌کاوی» دوانلو.

دفاع | Defense / Defense Mechanism مکانیزم ناهشیاری که روان برای اجتناب از تجربه‌ی احساسات دردناک و اضطراب به‌کار می‌گیرد. ضلع سوم مثلث تعارض.

دفاع بدخیم | Malignant Defense دفاع‌های آسیب‌شناختی عمیق مختص بیماران با سیستم دفاعی آسیب‌دیده (گروه‌های ۲ و ۳): لجبازی بدخیم، سرکشی، سرزنش، اتهام‌زنی، آرمان‌سازی، فرافکنی، قربانی‌نمایی، اهمال‌کاری، طعنه، رئیس‌بازی، حق‌به‌جانبی، بدخواهی، سلطه‌طلبی و تسلیم‌شدگی.

دفاع تاکتیکی | Tactical Defense دفاع‌های لحظه‌ای و سطحی که بیمار برای مقاومت در برابر تلاش‌های درمانگر به‌کار می‌گیرد: کلمات پوشاننده (cover words)، گفتار غیرمستقیم (indirect speech)، عوض کردن موضوع، کلی‌گویی، عقلانی‌سازی (intellectualization)، طنز (humor)، وراجی (verbosity)، حداقل‌سازی (minimization).

دفاع شخصیتی | Character Defense الگوهای دفاعی سخت و تثبیت‌شده در شخصیت که بیمار آنها را بخشی از هویتش می‌داند (← هم‌نوا). شامل: منفعل-پرخاشگرانه، خودآزارگرانه، لجبازی، سرزنش‌گری، آرمان‌سازی، بی‌ارزش‌سازی، رقابت ویرانگر.

درمان آزمایشی | Trial Therapy جلسه‌ی ارزیابی-درمانی اولیه‌ای که دوانلو ابداع کرد. دو هدف هم‌زمان: (۱) ارزیابی ظرفیت بیمار (نوع تخلیه‌ی اضطراب، موانع، پاسخ‌دهی)، (۲) آغاز فرایند شکستن مقاومت در همان جلسه‌ی نخست. نخستین بار در «مورد دختر کوچک هلندی» تشریح شد.

درمان شخصی درمانگر | Therapist's Self-Experience فرایندی که در آن درمانگر آینده خود تحت درمان قرار می‌گیرد. در سنت دوانلو، ضرورتی مطلق – نه اختیاری. تشبیه دوانلو: جراح باید دستانش را ضد‌فونی کند؛ درمانگر باید ناهشیارش را پاک کند.

رویارویی سر به سر | Head-on Collision (with the Resistance) سومین فاز CDS و قوی‌ترین مداخله‌ی دوانلو. مواجهه‌ی مستقیم، صمیمانه و بی‌پرده با ماهیت خودتخریب‌گرانه‌ی مقاومت بیمار. نه حمله‌ی شخصی، بلکه اقدامی از سر مراقبت عمیق. نخستین ردپا در «مورد زن خشمگین کودک‌وار».

روان‌درمانی پویشی فشرده‌ی کوتاه‌مدت | Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy | ISTDP روش اولیه‌ی دوانلو (دهه‌های ۱۹۶۰-۱۹۸۰). تمرکز بر حذف مقاومت و باز کردن ناهشیار در بیماران روان‌عصبی.

روان‌درمانی پویشی فشرده‌ی کوتاه‌مدت دوانلویی | Davanloo's ISTDP | D-ISTDP مرحله‌ی دوم تکامل روش (دهه‌های ۱۹۹۰-۲۰۰۰). افزودن مفاهیم همجوشی، جداسازی، IDCTN، TCR، مقاومت عمده و تغییرات ساختاری چندبُعدی. نام‌گذاری توسط دوانلو برای تمایز از نسخه‌های دیگر ISTDP.

روان‌درمانی پویای کوتاه‌مدت | STDP | Short-Term Dynamic Psychotherapy اصطلاح عمومی برای رویکردهای مختلف روان‌درمانی پویا با مدت محدود. شامل روش‌های سیفنیوس، مالان، من و ولبرگ. ISTDP دوانلو یک گام پیشرفته‌تر از STDP عمومی بود.

روان‌شناسی ایگو | Ego Psychology مکتبی در روان‌کاوی (آنا فروید، هارتمن، کریس، لوونشتاین) با تمرکز بر کارکردهای تطبیقی ایگو و شناسایی مکانیزم‌های دفاعی. تأثیر مهم بر محوریت کار با دفاع‌ها در رویکرد دوانلو.

س

ساختار شکننده | Fragile Character Structure بیمارانی با ظرفیت بسیار پایین تحمل اضطراب و هیجانات. تخلیه‌ی اضطراب عمدتاً در سیستم خودمختار یا حوزه‌ی شناختی-ادراکی. دفاع‌های بدوی (فرافکنی، شقاق، تجزیه). نیاز به رویکرد تدریجی (← فرمت تدریجی) و بازسازی.

سوپروایزری | Supervision / Clinical Supervision نظارت بالینی بر کار درمانگر توسط درمانگر باتجربه‌تر. در سنت دوانلو، سوپروایزری مداوم (نه فقط اولیه) ضروری است.

سیستم دفاعی ناهشیار | Unconscious Defensive Organization مجموعه‌ی مکانیزم‌های دفاعی ناهشیار که از روان بیمار محافظت می‌کنند. در بیماران سالم‌تر (گروه ۱): بالغ، منعطف و مؤثر. در بیماران آسیب‌دیده (گروه‌های ۲ و ۳): نابالغ، آسیب‌دیده، سفت و بدخیم.

سیستم لیمبیک | Limbic System ساختارهای مغزی زیرقشری مسئول پردازش هیجانات، حافظه‌ی هیجانی و واکنش‌های غریزی. بسیار قدیمی از نظر تکاملی. ارتباط سالم بین سیستم لیمبیک و قشر مخ، شاخص سلامت دفاعی ناهشیار. در بیماران گروه‌های ۲ و ۳، شبکه‌های اضطراب این ارتباط را مسدود کرده‌اند.

ش

شاهراه به ناهشیار | Royal Road to the Unconscious تعبیر دوانلو – ارجاع آگاهانه به فروید. فروید رؤیا را شاهراه به ناهشیار نامیده بود. دوانلو معتقد بود شاهراه واقعی، تکنیک رسیدگی به مقاومت و تجربه‌ی مستقیم احساسات انتقالی است.

شقاق | Splitting مکانیزم دفاعی بدوی: دیدن خود یا دیگران به شکل کاملاً خوب یا کاملاً بد، بدون توانایی ادغام جنبه‌های متضاد.

ط

طیف روان‌عصبی | Psychoneurotic Spectrum طیف بیماری‌ها با دفاع‌های بالغ‌تر (سرکوب، عقلانی‌سازی، واکنش‌سازی) و ظرفیت نسبتاً بالا برای تحمل هیجان‌ها. اضطراب عمدتاً در عضلات ارادی تخلیه می‌شود. قابل درمان با ISTDP استاندارد.

ع

عقلانی‌سازی | Intellectualization دفاع تاکتیکی: تحلیل عقلانی و ذهنی احساسات به جای تجربه‌ی مستقیم آنها. «درباره‌ی» احساسات فکر کردن به جای «حس کردن» آنها.

عصب‌روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده‌ی دوانلویی | Davanloo's Neuro-Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy | D-NISTDP دوانلو (دهه‌ی ۲۰۱۰ به بعد). ادغام کامل یافته‌های عصب‌زیستی (neurobiological) در چارچوب نظری و بالینی. تأکید بر شش مسیر عصب‌زیستی: (۱) TCR، (۲) اضطراب، (۳) خشم مرگبار، (۴) گناه، (۵) حافظه، (۶) جنسیت.

ف

فرافکنی | Projection مکانیزم دفاعی بدوی: نسبت دادن احساسات ناپذیرفتنی خود (مانند خشم) به طرف مقابل. پایه‌ی اضطراب فرافکنانه.

فرمت بلوکی | Block Therapy قالب درمانی فشرده‌ی دوانلو: جلسات ۵ تا ۷ در هر روز، برای ۳ تا ۴ روز متوالی، با فاصله‌ی ۱ تا ۳ ماه بین بلوک‌ها. شکافت‌های مکرر و تأکید بر تغییرات ساختاری چندبُعدی.

فرمت تدریجی | Graded Format رویکرد گام‌به‌گام برای بیماران شکننده: ابتدا بازسازی ظرفیت تحمل اضطراب و هیجان‌ها، سپس فشار تدریجی. در تقابل با رویکرد مستقیم ISTDP استاندارد.

فشار | Pressure (Phase of Pressure) نخستین فاز توالی پویای مرکزی و سنگ بنای تکنیک دوانلو. درمانگر با پرسش‌های مستقیم و مداوم درباره‌ی احساسات بیمار – به‌ویژه «الان چه احساسی نسبت به من دارید؟» – فشار ملایم اما پیگیرانه وارد می‌کند.

فعال‌سازی روان‌حرکتی | Psychomotor Activation فعال‌سازی ناهشیار قشر حرکتی (motor cortex) مغز هنگام بسیج خشم بدوی. ظرف کسری از ثانیه، عضلات صورت، فک، تنه، شانه‌ها، بازوها و دست‌ها درگیر می‌شوند. شاخص عصب‌زیستی بسیج خشم در ناهشیار.

ق

قشر پیش‌پیشانی | Prefrontal Cortex بخشی از قشر مخ مسئول تفکر آگاهانه، برنامه‌ریزی، ارزیابی هیجانی، کنترل تکانه و تصمیم‌گیری. جوان‌ترین بخش مغز از نظر تکاملی. TCR با عملکردهای این ناحیه ارتباط نزدیک دارد – TCR بیانگر خودکنترلی ناهشیار مختار است.

قشر حرکتی | Motor Cortex بخشی از قشر مخ مسئول کنترل حرکات ارادی. فعال‌سازی ناهشیار آن هنگام بسیج خشم بدوی، شاخص بالینی مهمی در D-ISTDP است.

ک

کارگاه مدار بسته | CCTW | Closed-Circuit Training Workshop نوآورانه‌ترین روش آموزشی دوانلو (از ۲۰۰۷). ویژگی‌ها: گروه‌های کوچک (۳-۵ نفر)، فرکانس بالا (۲-۵ بار در سال)، مؤلفه‌ی تجربی (درمان شخصی شرکت‌کنندگان)، مستندسازی ویدئویی، هدف بسیج ناهشیار خود درمانگران.

کاتارسیس | Catharsis تخلیه‌ی هیجانی. مفهوم اولیه‌ی فروید و بروئر: تخلیه‌ی هیجان مرتبط با خاطره‌ی تروماتیک. دوانلو فراتر از کاتارسیس صرف رفت – هدف او نه فقط تخلیه بلکه **تغییر ساختاری** ناهشیار بود.

کلینیک خانهای خورشید | Khaneh Khorshid Clinic مرکز آموزش و سوپروایزری D-NISTDP برای درمانگران ایرانی، با مدیریت دکتر فاطمه زم و تحت نظارت آقای مسعود لئو عمادن (تنها شاگرد و همکار ایرانی دکتر دوانلو که به درمانگران ایرانی رویکرد نهایی دوانلویی را آموزش می‌دهد).
وبسایت: neuro-distdp.com

گ

گناه ناهشیار | Unconscious Guilt احساس گناه عمیق و ناهشیار ناشی از تکانه‌های ویرانگر (به‌ویژه خشم مرگبار) نسبت به عزیزان و چهره‌های دلبستگی. از نظر دوانلو، **مهم‌ترین عامل بیماری‌زا** در ناهشیار و **مهم‌ترین عامل در فرایند شفا**. تا گناه تجربه نشود، درمان ناقص است.

گروه‌های سه‌گانه‌ی بیماران | Three Major Patient Groups طبقه‌بندی دوانلو: **گروه ۱:** تروما پس از سن ۴، بدون نوروز انتقالی، ISTDP استاندارد مؤثر. **گروه ۲:** تروما پیش از سن ۴، بین‌نسلی، با IDCTN، نیاز به تغییرات ساختاری عمیق. **گروه ۳:** گروه ۲ + نوروزهای انتقالی اضافی از بزرگسالی – پیچیده‌ترین.

م

متاروانشناسی جدید ناهشیار | New Metapsychology of the Unconscious نظریه‌ی جامع دوانلو درباره‌ی ساختار، عملکرد و آسیب‌شناسی ناهشیار و فرایند درمان. متمایز از متاروانشناسی فرویدی و از سایر نظریه‌های روان‌پویشی.

مثلث تعارض | Triangle of Conflict مدل سه‌ضلعی ساختار تعارض روانی: احساس/تکانه (F/I) – اضطراب (A) – دفاع (D). ریشه در کار مالان و ایزریل (Ezriel)، توسعه‌یافته توسط دوانلو.

مثلث شخص | Triangle of Person سه حوزه‌ی تکرار الگوی هیجانی-دفاعی: درمانگر (T) – افراد فعلی (C) – افراد گذشته (P). دوانلو تأکید ویژه‌ای بر رأس T (درمانگر) داشت.

مسیر سوماتیک عصب‌زیستی | Neurobiological Somatic Pathway مسیرهای بدنی تجربه‌ی هیجان‌ات. شش مسیر در ۲ TCR، (۱: D-NISTDP) اضطراب، (۳) خشم مرگبار، (۴) گناه، (۵) حافظه، (۶) جنسیت. بسیج بهینه‌ی این مسیرها برای حل هسته‌ی بیماری‌زای ناهشیار ضروری است.

مغناطیس حیوانی | Animal Magnetism نظریه‌ی فرانتس آنتون مسمر (قرن هجدهم): وجود نیرویی نامرئی بین موجودات زنده. مسمر اولین روان‌درمانگر پویا محسوب می‌شود.

مقاومت | Resistance هر دفاع ناهشیار یا پیش‌تر ناهشیاری که در رابطه‌ی درمانی فعال شود و مانع دسترسی به ناهشیار گردد. محور اصلی تمام کار دوانلو. ۹۵٪ بیماران مقاومت بالا یا بسیار بالا دارند.

مقاومت عمده | Major Resistance همجوشی خشم بدوی و گناه (و گناه جنسیت) در ناهشیار. نیروی مخرب و بیماری‌زایی که هسته‌ی ساختاری آسیب‌شناسی ناهشیار است. دوانلو: «همجوشی خشم بدوی و گناه، سیستمی آسیب‌زا و ویرانگر در ناهشیار است که ما آن را مقاومت عمده می‌نامیم.»

مقاومت فراخود | Super-ego Resistance مفهوم فرویدی: مقاومتی که از فراخود (super-ego) سختگیر و عذاب‌دهنده ناشی می‌شود. فروید درباره‌ی توانایی‌اش در حل این نوع مقاومت بدبین بود. دوانلو با مفاهیم همجوشی و جداسازی، راه‌حل عملی ارائه داد.

ن

ناهم‌نوا | Dystonic (Ego-Dystonic) حالتی که بیمار دفاع‌هایش را بیگانه و مخرب می‌بیند – نه بخشی از هویتش. هدف فشار و چالش: تبدیل دفاع‌های هم‌نوا (syntonic) به ناهم‌نوا. وقتی بیمار دفاع‌هایش را مشکل ببیند (نه راه‌حل)، انگیزه‌ی تغییر ایجاد می‌شود.

نوروز | Neurosis اصطلاح کلاسیک برای اختلالات روانی ناشی از تعارضات ناهشیار. در متروانشناسی دوانلو: نتیجه‌ی همجوشی خشم مرگبار، گناه و جنسیت در ناهشیار.

نوروز انتقالی | Transference Neurosis شکل‌گیری یک نوروز جدید در رابطه‌ی انتقالی. فروید آن را هدف درمان می‌دانست (باید ساخته شود تا سپس حل شود). دوانلو بالعکس: از شکل‌گیری آن جلوگیری می‌کرد و تکنیک حذفش را ابداع نمود. حضور نوروز انتقالی دسترسی به نوروز اصلی را بسیار دشوار می‌سازد.

نوروز انتقالی بین‌نسلی ویرانگر رقابتی | Intergenerational Destructive Competitive Transference Neurosis | IDCTN آسیب‌شناسی‌ای که از نسلی به نسل دیگر – از والدین و اجداد به فرزند – منتقل می‌شود. کودک از بدو تولد در معرض پیوندهای دلبستگی آسیب‌زا و اضطراب فرافکنانه‌ی والدین قرار می‌گیرد. سیستم «گناه روی گناه» (guilt on top of guilt) ایجاد می‌شود. مختص گروه‌های ۲ و ۳.

نوروز اصلی | Original Neurosis نوروز بنیادین بیمار ریشه‌دار در تعارضات اولیه با چهره‌های دلبستگی کودکی. هدف نهایی درمان: دسترسی مستقیم به نوروز اصلی و حل آن. نوروزهای انتقالی (بین‌نسلی یا ناشی از درمان‌های قبلی) روی نوروز اصلی می‌نشینند و آن را محافظت می‌کنند.

9

واکنش‌سازی | Reaction Formation مکانیزم دفاعی: بروز رفتار یا احساسی دقیقاً متضاد با تکانه‌ی ناهشیار واقعی (مثلاً مهربانی اغراق‌آمیز به‌جای خشم).

والایش | Sublimation مکانیزم دفاعی بالغ: جهت‌دهی تکانه‌های ناپذیرفتنی به فعالیت‌های اجتماعاً پذیرفتنی (مثلاً هنر، ورزش).

5

هم‌ابتلائی | Comorbidity وجود هم‌زمان دو یا چند اختلال در یک بیمار. در جمعیت بالینی ISTDP بسیار شایع.

هم‌نوا | Syntonic (Ego-Syntonic) حالتی که بیمار دفاع‌هایش را بخشی طبیعی از هویتش می‌داند و آنها را مشکل نمی‌بیند: «من همینم.» متضاد ← ناهم‌نوا.

هماندسازی فرافکنانه | Projective Identification مکانیزم دفاعی بدوی: بیمار نه‌تنها احساساتش را به دیگری فرافکنی می‌کند، بلکه طوری رفتار می‌کند که طرف مقابل نیز واقعاً آن احساسات را تجربه کند.

همجوشی | Fusion درهم‌آمیختگی احساسات بدوی-کودکانه‌ی سرکوب‌شده (خشم مرگبار + گناه ± جنسیت) در ناهشیار. عامل اصلی مقاومت عمده و آسیب‌شناسی شخصیتی. تروماهای پیش از سن ۳-۴ سالگی بیشتر به همجوشی شدید منجر می‌شوند. دوانلو: همجوشی، مرکز مقاومت است. حل همجوشی ← جداسازی (defusion).

نشانه‌ها و اختصارات

معنا	اختصار
Brief Symptom Inventory – پرسش‌نامه‌ی مختصر علائم	BSI
Cognitive Behavioral Therapy – درمان شناختی-رفتاری	CBT
Central Dynamic Sequence – توالی پویای مرکزی	CDS
Corrective Emotional Experience – تجربه‌ی عاطفی اصلاحی	CEE
Closed-Circuit Training Workshop – کارگاه مدار بسته	CCTW
Davanloo's ISTDP – روان‌درمانی پویایی فشرده‌ی کوتاه‌مدت دوانلوویی	D-ISTDP
Davanloo's Neuro-ISTDP – عصب‌روان‌درمانی پویایی فشرده‌ی دوانلوویی	D-NISTDP
Diagnostic and Statistical Manual – راهنمای تشخیصی و آماری	DSM
Intergenerational Destructive Competitive Transference Neurosis – نوروژ انتقالی بین‌نسلی ویرانگر	IDCTN
Inventory of Interpersonal Problems – پرسش‌نامه‌ی مشکلات بین‌فردی	IIP
Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy – روان‌درمانی پویایی فشرده‌ی کوتاه‌مدت	ISTDP
Massachusetts General Hospital – بیمارستان عمومی ماساچوست	MGH
Randomized Controlled Trial – کارآزمایی تصادفی‌شده‌ی کنترل‌شده	RCT
Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy (سیفنیوس) – روان‌درمانی کوتاه‌مدت اضطراب‌زا	STAPP
Short-Term Dynamic Psychotherapy – روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت	STDP

معنا	اختصار
Transference Component of the Resistance – جزء انتقالی مقاومت	TCR
Unconscious Therapeutic Alliance – ائتلاف درمانی ناهشیار	UTA

خط زمانی: زندگی و کار حبیب دوانلو (۱۹۲۷-۲۰۲۳)

سال	رویداد
۱۹۲۷	تولد حبیب دونلو در ایران (۱۰ اکتبر)
دهه‌ی ۱۹۴۰	تحصیل پزشکی در ایران
دهه‌ی ۱۹۵۰	مهاجرت به آمریکا – ورود به رشته‌ی جراحی مغز و اعصاب در هاروارد
	تغییر مسیر به روان‌پزشکی – دستیاری در بیمارستان عمومی ماساچوست (MGH)
	آموزش نزد لیندمان، زتزل و دویچ
	تحلیل آموزشی نزد هلن دویچ
	دوره‌های آموزشی نزد آنا فروید در لندن
	پیوستن به هیئت‌علمی دانشگاه مک‌گیل، مونترال
۱۹۶۲	راه‌اندازی برنامه‌ی روان‌درمانی کوتاه‌مدت در بیمارستان عمومی مونترال
	آغاز ضبط ویدئویی نظام‌مند جلسات درمانی
	آغاز سمینار هفتگی برای دستیاران و دانشجویان
۱۹۶۳- ۱۹۷۴	ارزیابی ۵۷۵ بیمار – درمان موفق ۱۱۵ نفر با میانگین ۲۰ جلسه
۱۹۷۳	دیدار دوباره با پیتر سیفنیوس در اسلو، نروژ
۱۹۷۴	سمپوزیوم مشترک با سیفنیوس در مونترال
۱۹۷۵	نخستین سمپوزیوم بین‌المللی روان‌درمانی پویای کوتاه‌مدت – مونترال
	گردهمایی سیفنیوس، مالان، مارمور، هورویتز، آیزنستاین، من و دیگران
۱۹۷۶	ارائه در کنگره‌ی لوزان – «جستجوی مقاومت و تکنیک حذف کامل مقاومت»

سال	رویداد
۱۹۷۷	سمپوزیوم سوم بین‌المللی – نقطه‌ی اوج فاز اولیه
۱۹۷۸	انتشار Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy
۱۹۸۰	انتشار Short-Term Dynamic Psychotherapy
	آغاز کارگاه‌های آموزشی در نشست‌های سالانه‌ی انجمن روان‌پزشکی آمریکا (تا ۱۹۹۷)
دهه‌ی ۱۹۸۰	کشف «باز کردن ناهشیار» (Unlocking the Unconscious)
	صورت‌بندی توالی پویای مرکزی (CDS)
	کشف الگوی تخلیه‌ی اضطراب ناهشیار (سه مسیر)
	کشف ائتلاف درمانی ناهشیار (UTA)
	نام‌گذاری روش به ISTDP
	شروع کار با بیماران با ساختار شکننده
	انتشار مقالات متعدد درباره‌ی تکنیک باز کردن ناهشیار
۱۹۸۲	مقاله‌ی نیویورک‌تایمز: «یک روان‌درمانی کوتاه‌مدت جدید و بحث‌برانگیز»
۱۹۸۳	آغاز دوره‌های سالانه‌ی متاروانشناسی
۱۹۸۵	نخستین کنگره‌ی اروپایی در بدراگاتس، سوئیس
۱۹۹۰	انتشار Unlocking the Unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo, MD
اوایل ۱۹۹۰	بازنشستگی از مک‌گیل – ادامه‌ی فعالیت بالینی و آموزشی
	ابداع تکنیک «دسترس‌ی مستقیم عمده‌ی گسترده به ناهشیار»
	ابداع فرمت درمان بلوکی (Block Therapy)

سال	رویداد
اواسط ۱۹۹۰	توسعه‌ی تکنیک «بسیج گسترده و ممتد ناهشیار»
	شرح تفصیلی فازهای CDS: فشار، چالش، رویارویی سر به سر
	توصیف طیف کامل اختلالات قابل درمان
۱۹۹۷	تأسیس مؤسسه‌ی ایتالیایی D-ISTDP دوانلو
۱۹۹۸	تأسیس انجمن آلمانی D-ISTDP دوانلو
۲۰۰۰	انتشار Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Selected Papers
دهه‌ی ۲۰۰۰	کشف مفهوم همجوشی (Fusion) خشم بدوی و گناه
	صورت‌بندی مقاومت عمده (Major Resistance)
	توسعه‌ی مفهوم جداسازی (Defusion)
	کشف نوروز انتقالی بین‌نسلی ویرانگر (IDCTN)
	توسعه‌ی مفهوم جزء انتقالی مقاومت (TCR)
	نام‌گذاری روش به D-ISTDP
۲۰۰۱	انتشار مقاله‌ی «دسترسی مستقیم عمده‌ی گسترده به ناهشیار» در European Psychotherapy
۲۰۰۵	فصل ISTDP در Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (ویرایش هشتم)
۲۰۰۷	آغاز کارگاه‌های مدار بسته‌ی تجربی مونترال (CCTWs)
دهه‌ی ۲۰۱۰	تمرکز بر تغییرات ساختاری چندبُعدی ناهشیار

سال	رویداد
	توسعه‌ی تکنیک حذف کامل مقاومت و حذف نوروز انتقالی
	ادغام یافته‌های عصب‌زیستی – تکامل به D-NISTDP
	تأکید بر شش مسیر عصب‌زیستی
	تمرکز بر بسیج ناهشیار درمانگران
۲۰۱۲	مرور نظام‌مند و فراتحلیل ISTDP در (Abbass, Town & Driessen) Harvard Review of Psychiatry
۲۰۱۳	مطالعه‌ی اثربخشی «باز کردن ناهشیار» (Town, Abbass & Bernier)
۲۰۱۴	مطالعه‌ی بزرگ‌مقیاس با ۴۱۲ بیمار (Johansson, Town & Abbass)
فوریه ۲۰۲۰	آخرین کارگاه مدار بسته پیش از همه‌گیری کووید-۱۹
۲۰۲۰- ۲۰۲۲	ادامه‌ی فعالیت پس از کاهش پاندمی – جلسات خصوصی و کارگاه‌ها
نوامبر ۲۰۲۳	درگذشت دکتر حبیب دوانلو در مونترال – در سن ۹۶ سالگی
آوریل ۲۰۲۴	اعلام رسمی درگذشت
مارس ۲۰۲۵	انتشار یادنامه در (Beeber, Gottwik & Rossetti) American Journal of Psychotherapy

فهرست منابع و مآخذ

منابع بر اساس حروف الفبای لاتین (نام خانوادگی نویسنده‌ی اول) مرتب شده‌اند. منابعی که مستقیماً در متن کتاب ارجاع داده شده‌اند با علامت ★ مشخص شده‌اند. سایر منابع، آثار تکمیلی و زمینه‌ای‌اند که برای مطالعه‌ی بیشتر توصیه می‌شوند.

الف | A

Abbass, A. (2002). Intensive short-term dynamic psychotherapy in a private ★ psychiatric office: Clinical and cost-effectiveness. *American Journal of Psychotherapy*, 56(2), 225–232.

Abbass, A. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic ★ disorders: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 265–274.

Abbass, A. (2015). *Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques*. Kansas City, MO: Seven Leaves Press.

Abbass, A. (2021). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Methods, evidence, indications and limitations. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 58(10), 874–879.

Abbass, A., Hancock, J., Henderson, J., & Kisely, S. (2006). Short-term ★
psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane
Database of Systematic Reviews*, (4), CD004687. doi:
.10.1002/14651858.CD004687.pub3

Abbass, A., & Town, J. M. (2013). Key clinical processes in intensive short-term
.dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 50(3), 433–437

Abbass, A., Town, J. M., & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic ★
psychotherapy: A systematic review and meta-analysis of outcome research.
.Harvard Review of Psychiatry, 20(2), 97–108

Alexander, F., & French, T. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and
.application*. New York: Ronald Press

B | ب

Beeber, A. R. (2015). Davanloo's technique of total removal of resistance and ★
optimum mobilization of the transference component of the resistance.
.Psychodynamic Psychiatry, 43(4), 571–594

Beeber, A. R. (2016). Transference neurosis: Contributions of Habib Davanloo. In D.
Brewer (Ed.), *Psychotherapy: Methods, outcomes and future directions* (pp. 109–
.132). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers

Beeber, A. R. (2018). A brief history of Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic ★
Psychotherapy. *Current Psychiatry Reviews*, 14(3), 131–140. doi:
.10.2174/1573400514666180816113754

Beeber, A. R., Gottwik, G., & Rossetti, S. (2025). A tribute: Habib Davanloo, M.D. ★
.American Journal of Psychotherapy. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.20240055

Beeber, A. R., & Hickey, C. (2016). Transference neurosis in Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy. In D. Brewer (Ed.), *Psychotherapy: Methods, outcomes and future directions*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers

Bilski-Piotrowski, M. (2011). Davanloo's Intensive Short-term Dynamic ★
Psychotherapy: Application and understanding the theoretical and technical principles of this method in treatment of resistant patients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 13(4), 51–57

.Brenner, C. (1982). *The mind in conflict*. New York: International Universities Press

C | ك

Cooper, A. M. (1987). The transference neurosis: A concept ready for retirement.
.Psychoanalytic Inquiry, 7(4), 569–585

Coughlin Della Selva, P. (2004). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Theory and technique*. New York: Routledge

Coughlin, P. (2017). *Maximizing effectiveness in dynamic psychotherapy*. New York: Routledge

Coughlin, P. (2023). *Facilitating the process of working through in psychotherapy: Mastering the middle game*. New York: Routledge

-
- Davanloo, H. (Ed.) (1978). Basic principles and techniques in short-term ★
.dynamic psychotherapy. New York: Jason Aronson
- Davanloo, H. (Ed.) (1980). Short-term dynamic psychotherapy. New York: Jason ★
.Aronson
- Davanloo, H. (1984). Intensive short-term dynamic psychotherapy. In H. Kaplan ★
& B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (4th ed., pp. 1460–
.1467). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Davanloo, H. (1986). Intensive short-term dynamic psychotherapy with highly
resistant patients: I. Handling resistance. *International Journal of Short-Term*
.Psychotherapy, 1(2), 107–133
- Davanloo, H. (1986). Intensive short-term dynamic psychotherapy with highly
resistant patients: II. The course of an interview after the initial breakthrough.
.International Journal of Short-Term Psychotherapy, 1(3), 239–253
- Davanloo, H. (1987). Intensive short-term dynamic psychotherapy with highly
resistant depressed patients. Part I: Restructuring the ego's regressive defenses.
.International Journal of Short-Term Psychotherapy, 2(2), 99–132
- Davanloo, H. (1987). Intensive short-term dynamic psychotherapy with highly
resistant depressed patients. Part II: Royal road to the dynamic unconscious.
.International Journal of Short-Term Psychotherapy, 2(3), 167–185
- Davanloo, H. (1988). The technique of unlocking the unconscious, Part I.
.International Journal of Short-Term Psychotherapy, 3(2), 99–121

Davanloo, H. (1988). The technique of unlocking the unconscious, Part II: Partial unlocking of the unconscious. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 3(2), 123–159

Davanloo, H. (1988). The central dynamic sequence in unlocking the unconscious and the comprehensive trial therapy. Part I: Major unlocking. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 4(1), 1–33

Davanloo, H. (1988). The central dynamic sequence in unlocking the unconscious and the comprehensive trial therapy. Part II: Major de-repression of the unconscious. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 4(1), 35–66

Davanloo, H. (1989). The technique of unlocking the unconscious in patients suffering from functional disorders. Part I: Restructuring ego's defenses. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 4(2), 93–116

Davanloo, H. (1989). The technique of unlocking the unconscious in patients suffering from functional disorders. Part II: Direct view of the dynamic unconscious. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 4(2), 117–148

Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious: Selected papers of Habib ★*
.Davanloo, MD. Chichester: John Wiley & Sons

Davanloo, H. (1995). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Spectrum of ★*
psychoneurotic disorders. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 10(3), 121–155

Davanloo, H. (1995). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Technique of partial and major unlocking of the unconscious with a highly resistant patient*. Part I: Partial unlocking. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 10(3), 157–

Davanloo, H. (1995). Intensive short-term dynamic psychotherapy: Major unlocking of the unconscious. Part II. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 10(3), 183–230

Davanloo, H. (1996). Management of tactical defenses in intensive short-term dynamic psychotherapy. Part I: Overview, tactical defenses of cover words and indirect speech. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 11(3), 129–152

Davanloo, H. (1996). Management of tactical defenses in intensive short-term dynamic psychotherapy. Part II: Spectrum of tactical defenses. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 11(3), 153–199

Davanloo, H. (1999a). Intensive short-term dynamic psychotherapy – Central dynamic sequence: Phase of pressure. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 13(4), 211–236

Davanloo, H. (1999b). Intensive short-term dynamic psychotherapy – Central dynamic sequence: Phase of challenge. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 13(4), 237–262

Davanloo, H. (1999c). Intensive short-term dynamic psychotherapy – Central dynamic sequence: Phase of head-on collision with resistance. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 13(4), 263–282

Davanloo, H. (2000). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo, MD*. Chichester: John Wiley & Sons

Davanloo, H. (2001). Intensive short-term dynamic psychotherapy: Extended ★
.major direct access to the unconscious. *European Psychotherapy*, 2(1), 25–70

Davanloo, H. (2005). Intensive short-term dynamic psychotherapy. In B. J. ★
Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of
.psychiatry* (8th ed., pp. 2628–2652). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

E | I

Ellenberger, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and ★
.evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books

Ezriel, H. (1950). A psychoanalytic approach to group treatment. *British Journal of
.Medical Psychology*, 23(1–2), 59–74

F | ف

Ferenczi, S., & Rank, O. (1925). *The development of psychoanalysis*. New York:
.Nervous and Mental Disease Publishing

Firouz Pétermann, A. (2014). The technique of major mobilization of the ★
unconscious; the technique of uplifting the transference neurosis and the
technique of direct access to the original neurosis. Presentation at the 35th
International Audio-Visual Symposium on the Science of the Metapsychology of
.the Unconscious, Montreal, Canada, October 6–10

Fosha, D. (2000). The transforming power of affect: A model for accelerated
.change. New York: Basic Books

Frederickson, J. (2013). Co-creating change: Effective dynamic therapy techniques.
.Kansas City, MO: Seven Leaves Press

.Freud, A. (1936). The ego and the mechanisms of defence. London: Hogarth Press

Freud, S. (1937). Analysis terminable and interminable. Standard Edition, 23, ★
.209–254. London: Hogarth Press

G | گ

Gottwik, G., Ostertag, I., & Weiss, M. (2001). Technical and metapsychological ★
roots of Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Part I: Central
.dynamic sequence: Phase of pressure. *European Psychotherapy*, 2(1), 71–88

Gottwik, G., Sporer, U., & Tressel-Savelli, F. (2001). Technical and
metapsychological roots of Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic
Psychotherapy: Part II: Central dynamic sequence: Phase of challenge. *European
.Psychotherapy*, 2(1), 89–102

Gottwik, G., & Orbes, I. (2001). Technical and metapsychological roots of
Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Part III: Head-on
.collision with the resistance. *European Psychotherapy*, 2(1), 103–117

Gottwik, G., Kettner-Werkmeister, I., & Wagner, G. (2001). Technical and metapsychological roots of Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Part IV: The entry of the transference. *European Psychotherapy*, .2(1), 118–134

H | 5

Hickey, C. (2015). The major mobilization of the unconscious and the total removal of resistance in Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy. Part I: An introduction. *American Journal of Psychotherapy*, 69(4), 423–439

Hickey, C. (2015). The major mobilization of the unconscious and the total removal of resistance in Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy. Part II: Treating the transference neurosis. *American Journal of Psychotherapy*, 69(4), .441–454

Hickey, C. (2017). *Understanding Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic ★
Psychotherapy: A guide for clinicians*. London: Karnac

J | 5

Johansson, R., Town, J. M., & Abbass, A. (2014). Davanloo's Intensive Short- ★
Term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: Overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *PeerJ*, 2, e548. doi: 10.7717/peerj.548

Kieding, J., & Marquis, A. (2024). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy ★ with a person-centered emphasis: Habib Davanloo meets Carl Rogers. *Journal of Contemporary ISTDP*, 2. doi: 10.70839/g1418238

Kuhn, N. (2014). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: A reference*. North Charleston, SC: Experient Publications

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101(2), 141–148

Malan, D. H. (1979). *Individual psychotherapy and the science of ★ psychodynamics*. London: Butterworth

Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press

McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. New York: Basic Books

Schmitt, A. (2024). Davanloo's psychotherapeutic techniques: Mobilization of the ★ unconscious. Notes from Montreal: 1. Fusion and defusion. German first edition. .Agentur

Sifneos, P. E. (1979). Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and .technique. New York: Plenum Press

Town, J. M., Abbass, A., & Bernier, D. (2013). Effectiveness and cost ★ effectiveness of Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Does unlocking the unconscious make a difference? American Journal of Psychotherapy, .67(1), 89–108

Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. Psychological Bulletin, 124(3), .333–371

.Wolberg, L. R. (1965). Short-term psychotherapy. New York: Grune & Stratton

مقاله‌ی مجله‌ی نیویورک تایمز

A new and controversial short-term psychotherapy. (1982, November 21). The New York Times Magazine

Letters: Short-term psychotherapy. (1982, December 19). The New York Times Magazine

وبسایت‌ها

Davanloo, H. Official website. Retrieved from davanloo.ca

ISTDP Schweiz. Method – Habib Davanloo biography. Retrieved from istdp-schweiz.com/en/method

Moore, L. S. About IS-TDP. Retrieved from drlsmoore.com/AboutISTDP.en.html

Wikipedia. Habib Davanloo. Retrieved from en.wikipedia.org/wiki/Habib_Davanloo
