

Intersubjective-Systems Theory: A Phenomenological-Contextualist Psychoanalytic Perspective

Robert D. Stolorow, Ph.D.

Psychoanalytic Dialogues, 23:383–389, 2013

نظریه سیستم‌های میان ذهنیتی: یک دیدگاه روانکاوانه پدیدارشناسی – زمینه‌گرا

مترجم: دکتر آرش رمضانی: پزشک متخصص و استادیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه-موسس و هیات علمی انستیتو روان‌شناسی خود ایران

www.ispsycho.com

مقدمه:

در این مقاله من اصول دیدگاه روانکاوانه پدیدارشناسی- زمینه‌گرا خود را که در طیف گسترده پدیده‌های بالینی از جمله رشد و آسیب‌شناسی، انتقال و مقاومت، انواع اشکال ناهوشیار، ترومای هیجانی، و تغییرات درمانی به کار رفته است را تشریح می‌کنم. من درمان مبتنی بر این فرمول‌ها را به عنوان نوعی مسکن هیجانی توصیف می‌کنم.

نظریه سیستم‌های میان‌ذهنیتی، نام دیدگاه روانکاوی من و همکاران من (استولورو، آتوود و اورنج ۲۰۰۲) است، که یک دیدگاه پدیدارشناسی زمینه‌ای است. از این جهت پدیدارشناسانه است که دنیای تجربه هیجانی را بررسی و روشن می‌کند و از این جهت زمینه‌گرا است که چنین ساختارهایی از تجربه هیجانی، هم از نظر رشد و هم از نظر موقعیت روانکاوی، در زمینه بین دو ذهنیت سازنده شکل می‌گیرند.

وقتی با انسان‌های دیگر ارتباط برقرار می‌کنیم، یک سری الگوهای رفتاری و احساسی بین ما شکل می‌گیرد. این الگوها مثل نقشه در ذهن ما ذخیره می‌شوند. این نقشه‌ها به ما کمک می‌کنند تا بفهمیم در موقعیت‌های مختلف چطور باید رفتار کنیم. ما به طور ناهوشیار از این الگوها استفاده می‌کنیم، حتی اگر به آنها فکر نکنیم. تعامل با دیگران و محیط اطرافمان، به صورت ناهوشیار و از طریق سیستم میان‌ذهنیتی، بلوک‌های اساسی رشد شخصیت هستند و کلیت شخصیت آن فرد را تشکیل می‌دهند.

در جلسات روانکاوی، ما ممکن است به صورت ناهوشیار هیجان‌های و رفتارهایی را نسبت به روانکاو نشان بدهیم که قبلاً نسبت به افراد دیگری مانند والدینمان داشته ایم. این اتفاق **انتقال** نام دارد. نظریه سیستم‌های میان‌ذهنیتی می‌گوید که این اتفاق به این دلیل می‌افتد که ذهن ما از طریق تعامل با دیگران شکل گرفته و این الگوهای رفتاری و احساسی در ناهوشیار ما وجود دارند و بر رفتار ما تاثیر می‌گذارند. این انتقال یک فرصت بسیار مهم برای بیمار است تا به کمک روانکاو، به عمق ناهوشیارش نفوذ کند و به ساختارهای درونی خودش که از کودکی شکل گرفته اند، پی ببرد. این ساختارهای درونی مثل یک نقشه یا الگویی هستند که رفتار و احساسات ما را شکل می‌دهند. وقتی یک بیمار به روانکاو مراجعه می‌کند، یک فرایند انتقال از سمت بیمار به روانکاو شکل می‌گیرد که به آن **انتقال بیمار** می‌گویند. اما جالب اینجا ست که روانکاو هم ممکن است ناهوشیار احساساتی را به بیمار منتقل کند، که در گذشته خودش تجربه کرده است. این را هم **انتقال تحلیلی** (انتقال متقابل) می‌نامیم. وقتی این دو انتقال با هم ترکیب می‌شوند، یک فضای خاصی بین بیمار و روانکاو ایجاد می‌شود که به آن **سیستم میان‌ذهنیتی** می‌گویند. مانند اتفاقی ست که فقط دو نفر در آن هستند و در آن احساسات و افکار به طور آزادانه جریان دارند. هرآنچه که بین دو ذهن شکل می‌گیرد، بر هر دوی آنها تاثیر می‌گذارد.

دکارت و فروید هر دو ذهن را به عنوان چیزی جدا از جهان می‌دیدند و باور داشتند که ذهن میتواند خودش را مطالعه کند و جهان اطرافش را تحلیل کند. روانکاوی سنتی هم از این دیدگاه پیروی می‌کرد. روانکاو را به عنوان یک ناظر بیرونی می‌دیدند که می‌تواند به طور عینی و بی‌طرفانه ذهن بیمار را مشاهده و تحلیل کند. این دیدگاه باعث می‌شود که روانکاو، بیمار را به عنوان یک شیء مطالعه کند و نه به عنوان یک انسان با تجربیات و احساسات پیچیده. به جای اینکه ذهن را جدا و ثابت در نظر بگیریم، باید به آن به عنوان چیزی نگاه کنیم که دائما در حال تغییر و تحت تاثیر محیط اطرافش است. هیجان‌های ما یک بخش مهم از این تجربه هستند و ما نمی‌توانیم ذهن را از دنیای اطرافمان جدا کنیم چون ما مثل یک ربات نیستیم. به این ترتیب ما نمی‌توانیم به طور کامل و دقیق جهان را بشناسیم، چون درک ما از جهان همیشه از یک زاویه خاص و محدود است. این زاویه هم به نوع خود تحت تاثیر تعاملات ما با دیگران و سوالاتی که ما از خودمان می‌پرسیم قرار می‌گیرد. هیچ کس نمی‌تواند ادعا کند که یک دیدگاه کامل و بی نقص از جهان وجود دارد زیرا ما همیشه بخشی از این جهان هستیم و دیدگاه ما به جهان تحت تاثیر تجربیات و باورهای شخصی مان شکل می‌گیرد.

هنگامی که ما از رویکرد پدیدارشناسی برای مطالعه ذهن و تجربه‌های انسانی استفاده می‌کنیم امیدوارم برای شما روشن باشد، که به این معنی نیست بخش ناهوشیار ذهن را نادیده گرفته ایم.

پدیدارشناسی- زمینه‌گرا به تجربه عاطفی و سازماندهی آن، و نه نهادهای ذهنی شیء‌شده مربوط می‌شود، و به پیروی از هایدگر (۱۹۶۲/۱۹۲۷)، ذهن منزوی دکارتی را با جهان و زمینه‌اش پیوند می‌دهد. به همین ترتیب، نظریه سیستم‌های میان‌ذهنی، معرفت‌شناسی دیدگاه‌گرا را در بر می‌گیرد و اصرار دارد که درک تحلیلی همیشه از منظری است که توسط اصول سازمان‌دهنده پرسشگر شکل می‌گیرد. بر این اساس، هیچ تحلیل‌گر عینی یا خنثی، هیچ ادراکی بی‌نقص (نیچه، ۱۹۶۶/۱۸۹۲)، هیچ دیدگاه خدایی (پاتنام، ۱۹۹۰) نسبت به کسی یا چیزی وجود ندارد.

ادموند هوسرل پدر پدیدارشناسی فلسفی ست که به دنبال ساختارهای پنهانی ذهن بود. او می‌خواست بفهمد که چه ساختارهای ذهنی و روانی ای باعث می‌شوند ما دنیا را به یک شکل خاص تجربه کنیم. این ساختارها مثل یک قالب آماده هستند که تجربه‌های ما را شکل می‌دهند. و در این راستا پدیدارشناسی هم می‌تواند به ما کمک کند تا خودمان را بهتر بشناسیم و بفهمیم چرا به دنیا به این شکل نگاه می‌کنیم.

پدیدارشناسی فلسفی به دنبال این است که ساختارهایی را پیدا کند که برای همه انسان‌ها مشترک است. یعنی می‌خواهد بفهمد چه چیزهایی باعث می‌شود که ما دنیا را به یک شکل کلی تجربه کنیم. ولی پدیدارشناسی روانکاوانه بیشتر به دنبال ساختارهایی است که برای هر فرد منحصر به فرد است. اینکه چه چیزی باعث می‌شود که ما دنیا را به یک شکل خاص تجربه کنیم و به خصوص بر ناهوشیار توجه می‌کند.

بعضی از هیجان‌های ما به دلیل‌های مختلف در طول زندگی سرکوب می‌شوند و اینکار می‌تواند تاثیرات منفی بر زندگی مان داشته باشد. هیجان‌های ما همانند یک پازل هستند که تکه‌های آن در رابطه با دیگران شکل می‌گیرند و رشد می‌کنند. اینکه ما چه هیجانی داریم، خیلی وقت‌ها به این بستگی دارد که با دیگران چه رابطه ای داریم. روابط خیلی پیچیده هستند و روی هم تاثیر می‌گذارند و از این طریق می‌توانیم به خودشناسی و درک بهتر از خودمان برسیم و می‌توانیم روابط بهتری با دیگران تشکیل دهیم.

از ذهن تا جهان: میان‌ذهنی

برای اولین بار (استولورو، آتوود، راس ۱۹۷۸) از کلمه میان‌ذهنی استفاده کردند. بعدها لوئیس آرون (۱۹۹۶) آن را بعنوان مفهوم میان‌ذهنی در گفت‌وگو روانکاوانه آمریکایی نسبت داد. در ابتدا ما تعامل بین انتقال و انتقال متقابل در درمان روانکاوانه را به عنوان یک فرآیند میان‌ذهنی که منعکس کننده تعامل متقابل بین جهان‌های ذهنی متفاوت سازمان یافته بیمار و تحلیلگر است، مفهوم سازی کردیم، و تأثیرش را روی روند درمانی بعنوان یک عامل ناشناخته از بیمار یا تحلیلگر مورد بررسی قرار دادیم.

در نهایت، ما دیدگاه میان‌ذهنیتی خود را به مجموعه وسیعی از پدیده‌های بالینی، از جمله رشد و بیماری‌زایی، انتقال و مقاومت، شکل‌گیری تعارض عاطفی، رویاها، نمایش‌ها، نشانه‌های عصبی و حالات روان‌پریشی گسترش دادیم. (استولورو، آتوود، راس ۱۹۷۸). در هر نمونه، پدیده‌هایی که به طور سنتی کانون تحقیقات روانکاوی بوده‌اند، نه به عنوان محصول مکانیسم‌های درون روانی مجزا، بلکه به عنوان شکل‌گیری در سطح مشترک جهان‌های تجربی در حال تعامل درک می‌شوند. ما مدعی شدیم که زمینه میان‌ذهنیتی نقش سازنده‌ای در همه اشکال آسیب‌شناسی روانی ایفا می‌کند، و پدیده‌های بالینی را نمی‌توان جدا از حوزه میان‌ذهنیتی که در آن متبلور می‌شود، به صورت روانکاوانه‌ای درک کرد.

تعامل بین بیمار و درمانگر یک فرایند میان‌ذهنیتی است. در روانکاوی تعامل بین بیمار و درمانگر خیلی پیچیده است و تحت تاثیر افکار و احساسات هر دوی آنها است. در این تعامل نوعی ارتباط متقابل وجود دارد که می‌تواند هم به درمان کمک کند و هم باعث ایجاد برخی از مشکلات شود. این ارتباط آنقدر مهم است که می‌توانیم متوجه این شویم که چطور مشکلات روانی در انسان‌ها ایجاد می‌شود. رابطه بین بیمار و درمانگر بر خیلی چیزها اثر می‌گذارد مانند: انتقال و مقاومت (واکنش‌هایی که بیمار در برابر درمانگر نشان می‌دهد)، احساسات پیچیده (بیمار احساسات مختلفی را تجربه می‌کند که ممکن است گاهی با هم در تضاد باشند)، رویاها، رفتارها و علائم بیماری‌های روانی شدید همه می‌توانند ریشه در این روابط داشته باشند. روانکاوان قبلاً فکر می‌کردند که مشکلات روانی فقط درون ذهن انسان‌ها اتفاق می‌افتد اما اکنون روانکاوان پی برده‌اند که این اتفاقات اغلب به دلیل تعامل انسان‌ها با هم و با دنیای اطرافشان است. یعنی وقتی انسان‌ها با هم ارتباط برقرار می‌کنند، تجربیات مشترکی پیدا می‌کنند که ممکن است باعث ایجاد مشکلات روانی شود یعنی مشکلات روانی در یک فضای میان‌ذهنیتی شکل می‌گیرند برای درک مشکلات روانی، باید به روابط بین افراد و تاثیری که روابط روی آنها می‌گذارد توجه کنیم.

از سائق تا عواطف: ترومای هیجانی

نظریه سیستم‌های میان‌ذهنیتی تغییر بزرگی در تفکر روانکاوی ایجاد کرد که باعث شد به هیجان‌های و روابط افراد توجه بیشتری داده شود. به جای اینکه فقط به درون ذهن فرد نگاه کنیم، به کل سیستم روابطی که فرد در آن قرار دارد توجه کنیم. تجربه هیجانی از سیستم میان‌ذهنیتی فرد جدا شدنی نیست و قرار دادن هیجان در مرکز انگیزش می‌تواند به ما کمک بکند که بفهمیم هیجان‌های ما بسیار به ارتباط ما با افراد مختلف بستگی دارد. هیجان‌ها مانند آینه‌ای هستند که روابط ما را نشان می‌دهند.

برخلاف انگیزه‌ها، که ادعا می‌شود از اعماق درون یک ذهن منزوی دکارتی سرچشمه می‌گیرند، عاطفه - یعنی تجربه هیجانی ذهنی - چیزی است که از بدو تولد به بعد در درون سیستم‌های رابطه‌ای مستمر تشکیل می‌شود. تجربه هیجانی از زمینه‌های میان‌ذهنیتی هماهنگ و ناهماهنگی که در آن احساس می‌شود جدایی ناپذیر است. بنابراین، قرار دادن عاطفه در مرکز انگیزشی خود به طور خودکار مستلزم زمینه‌سازی ریشه‌ای تقریباً تمام جنبه‌های زندگی روانی انسان است. این ادعا در هیچ کجا واضح‌تر از درک ترومای هیجانی مصداق ندارد.

از منظر سیستم‌های میان‌ذهنیتی، ترومای رشدی عامل آسیب‌شناسی است و نه به عنوان سیل غریزی یک ظرف دکارتی مجهز، که فروید (۱۹۵۹/۱۹۲۶) می‌گوید، بلکه به عنوان تجربه هیجانی غیرقابل تحمل در نظر گرفته می‌شود. علاوه بر این، تحمل ناپذیری یک حالت هیجانی را نمی‌توان صرفاً بر اساس کمیت یا شدت هیجانات دردناک ناشی از یک رویداد تروماتیک توضیح داد. ترومای هیجانی را می‌توان تنها بر حسب سیستم‌های رابطه‌ای که در آن احساس می‌شوند درک کرد (آتوود و استولورو، ۱۹۹۲، فصل ۴). ترومای رشدی در یک زمینه میان‌ذهنیتی که ویژگی اصلی آن ناهماهنگی با عاطفه دردناک است شکل می‌گیرد. فروپاشی سیستم تعاملی کودک و مراقب، منجر به از دست دادن ظرفیت ادغام و استحکام هیجانی کودک می‌شود که نتیجه آن عدم تحمل و عدم سازمان‌یافتگی ذهنی کودک است و عاطفه دردناک یا ترسناک زمانی آسیب‌زا می‌شود که هماهنگی مورد نیاز کودک برای کمک به تحمل و ادغام خود عمیقاً وجود نداشته باشد.

تروما در یک زمینه میان‌ذهنیتی شکل می‌گیرد که در آن درد هیجانی شدید نمی‌تواند جایگاه امن رابطه‌ای پیدا کند. لذا نتیجه می‌شود اگر کودک در یک محیط امن رابطه‌ای پاسخگو رشد کند، تجربیات ترومایی دوران کودکی موجب بیماریزایی و آسیب نمی‌شوند. درد به خود خود پاتولوژی محسوب نمی‌شود. فقدان پاسخ هماهنگ کافی با واکنش‌های هیجانی دردناک کودک است که آنها را غیرقابل تحمل می‌کند و در نتیجه منشأ حالت‌های آسیب‌زا و آسیب‌شناسی روانی می‌شود. این مفهوم‌سازی هم برای رویدادهای آسیب‌زای مجزا و دراماتیک و هم برای «آسیب‌های تجمعی» ظریف‌تر (خان، ۱۹۶۳) که به طور مداوم در دوران کودکی اتفاق می‌افتد صادق است. **یک ترومای رشدی که می‌تواند منشأ آسیب‌شناسی روانی باشد سه پیامد مهم دارد:**

اول اینکه به صورت رابطه‌ای تصور می‌شود، این است که حالت‌های تأثیرگذار معانی پایدار و تحقیرکننده به خود می‌گیرند. یعنی احساسات منفی مخربی همچون شرم و انزوا و ترس در ذهن بیمار شکل گرفته است که می‌تواند آنها را در یک رابطه روانکاوانه به تحلیلگر انتقال دهد.

دومین پیامد ترومای رشدی، انقباض شدید و باریک شدن افق تجربه هیجانی است (استولارو، اتوود و اورنج، ۲۰۰۲، فصل ۳)، به طوری که هر چیزی که در زمینه‌های میان‌ذهنیتی خاص غیرقابل قبول، غیرقابل تحمل یا بیش از حد خطرناک به نظر می‌رسد حذف شود. وقتی به تجارب هیجانی کودک به طور مداوم پاسخ داده نمی‌شود، کودک درک می‌کند که جنبه‌های زندگی عاطفی او برای مراقب غیرقابل تحمل است. لذا قسمتی از دنیای عاطفی کودک باید قربانی شوند تا پیوند مورد نیاز حفظ شود. سرکوب repression در اینجا به عنوان یک نوع اصل سازماندهی منفی درک می‌شود، که همیشه در زمینه‌های میان‌ذهنیتی جاری است، و تعیین می‌کند که کدام پیکربندی از تجربه عاطفی نباید به وجود بیاید. بنابراین تمرکز بر هیجان، مرز بین هوشیار و ناهوشیار را زمینه‌سازی می‌کند. برخلاف سد سرکوب فرویدی، که به عنوان یک ساختار درون روانی ثابت در یک ظرف دکارتی منزوی دیده می‌شود، افق‌های تجربه هیجانی در اینجا به عنوان ویژگی‌های نوظهور سیستم‌های میان‌ذهنیتی پویا مفهوم‌سازی می‌شوند.

آسیب‌های روحی کودکی فقط یک اتفاق بد نیست، بلکه یک تجربه پیچیده است که در روابط انسان با اطرافیانش شکل می‌گیرد. و اینکه این آسیب‌ها چطور روی انسان تأثیر می‌گذارند به این بستگی دارد که آن فرد چطور آن احساسات را تجربه می‌کند و اطرافیانش چطور با آن فرد و احساساتش رفتار می‌کنند. به عنوان مثال اگر بچه‌ای احساس کند که کسی او را دوست ندارد و یا به او اهمیتی نمی‌دهد، ممکن است آسیب‌های روحی عمیقی ببیند. این آسیب‌ها به این بستگی دارد که آن کودک چگونه آن اتفاق را تجربه می‌کند و محیط چگونه به او کمک می‌کند. وقتی کودک در سن کمی قرار دارد به یک فضای امن و آرامی احتیاج دارد تا رشد و نمو داشته باشد. اگر این فضای امن وجود نداشته باشد، بعدها با مشکلاتی رو به رو می‌شود.

هیجان‌های بد کودک مانند یک بیماری است که اگر درمان نشود قطعاً بدتر می‌شود. احساسات بد به خودی خود مشکل ساز نیستند. هیجان دردناک و یا ترسناک زمانی می‌تواند آسیب‌زننده باشد که کودک با اتفاق دردناک هماهنگی نداشته باشد و با آن به طور کامل کنار نیاید. مشکل زمانی شروع می‌شود که کودک نتواند با فرد بزرگتری در مورد احساساتش صحبت کند و یا کسی به او کمک نکند. اغلب هنگامی که بچه‌ها در دوران کودکی با شکست یا ناامیدی رو به رو می‌شوند، ممکن است فکر کنند که خودشان مشکل دارند و به خاطر همین است که نمی‌توانند به آن چیزی که می‌خواهند برسند. این فکر باعث می‌شود که احساسات بدی را تجربه کنند و اعتماد به نفس آنها کاهش پیدا کند. وقتی بچه‌ها از والدین خود می‌ترسند یا می‌خواهند رضایت آنها را به دست آورند، ممکن است یک تصویر خیلی خوب از خود بسازند و یا نقاب به چهره بزنند، که این نقاب باعث می‌شود که کودک بتواند با دیگران بهتر ارتباط بگیرد، اما در واقع احساسات واقعی خودش را پنهان می‌کند. بعد از مدتی، به دلیل اینکه آن کودک تلاش می‌کند تا کامل باشد ولی نمی‌تواند، باعث می‌شود که احساس بد و عجیبی داشته باشد و از خودش متنفر شود.

در وضعیت روانکاوی، وقتی یک بیمار احساس بدی نسبت به روان‌مانگر خود دارد، ممکن است این احساسات باعث شود که درمان سخت تر شود و حتی رابطه بین بیمار و درمانگر خراب شود. روان‌مانگر باید دقت کافی در فرایند درمان خود داشته باشد. وقتی فردی به

رواندرمانگر مراجعه می‌کند، یک سری احساسات و افکاری دارد که خود متوجه آنها نیست. این احساسات ممکن است باعث شود که فرد حس‌های بدی مانند ترس به رواندرمانگر خود داشته باشد اما گاهی اوقات رواندرمانگر به طور ناخواسته باعث می‌شود که فرد بیشتر در این تله گیر کند. تله ای که به آن وضعیت جذب کننده می‌گویند. یعنی اینکه بیمار و رواندرمانگر طوری با هم رفتار کنند که این احساسات بد به طور دائم تکرار شوند.

وقتی بچه‌ها در دوران کودکی احساساتشان به هر دلیلی نادیده گرفته می‌شود، یک بخشی از خود را از دست می‌دهند و دیگر نمی‌توانند همه احساساتشان را تجربه کنند. این باعث می‌شود که در بزرگسالی هم با مشکلاتی رو به رو شوند. زیرا یاد می‌گیرند که احساسات شان بد است و سعی می‌کنند که آنها را نادیده بگیرند. ممکن است این سرکوب احساسات مشکلات زیادی برایشان ایجاد کند. به عنوان مثال: ۱. احساساتشان را نشناسند و نتوانند آنها را به خوبی مدیریت کنند. ۲. در روابط شان با دیگران مشکل داشته باشند. ۳. اضطراب و افسردگی بگیرند و یا مشکلات جسمانی پیدا کنند. وقتی بچه ای احساس مهمی مانند ترس، شادی و .. را بیان نکند (عمل بیان زبانی)، اینگونه است که انگار آن احساسات را در خود دفن می‌کند و بعدها به صورت مشکلات دیگری مانند ترس یا اضطراب خود را نشان می‌دهد.

سرکوب فرویدی همانند یک دیوار سفت و محکم است که جلوی احساساتمان را می‌گیرد و تغییر دادن آن سخت است. اما افق‌های محدود تجربه عاطفی بیشتر شبیه یک حصار سبک است که به خاطر ارتباطمان با دیگران شکل می‌گیرد و قابل تغییر است. به عنوان مثال بچه ای که از بچگی یاد گرفته است که ناراحتی کار بدی است. این باعث می‌شود که در بزرگسالی همیشه سعی کند تا ناراحتی اش را پنهان کند. این یک نوع افق محدود تجربه عاطفی است اما اگر این بچه در محیطی بزرگ شود که احساساتش دیده شوند، این حصار کم کم از بین می‌رود و راحت تر احساساتش را تجربه می‌کند. احساسات ما مانند افق‌هایی هستند که گاهی تنگ و محدود، و گاهی وسیع و باز هستند. اینکه این افق‌ها چقدر تنگ یا وسیع بشوند، بسیار زیاد بستگی به محیط اطرافمان و روابطمان با انسان‌های دیگر دارد. یعنی اینکه ما چطور احساس می‌کنیم، خیلی به این بستگی دارد که ما با دیگران چطور رفتار می‌کنیم و آنها با ما چطور رفتار می‌کنند.

کلیدی که برای من معنای وجودی ترومای هیجانی را باز کرد، چیزی بود که من آن را **مطلق گرایی زندگی روزمره the absolutisms of everyday lif** می‌نامم. در شکستن مطلق‌گرایی آرامش‌بخش زندگی روزمره، آسیب‌های عاطفی ما را به شکلی فرو می‌برد که هایدگر (۱۹۲۷/۱۹۶۲) وجود اصیل حرکت به سوی مرگ می‌نامد، که در آن مرگ و فقدان به عنوان احتمالات متمایزی در نظر گرفته می‌شوند که از عدم شناخت و محدود بودن ذهن ما سرچشمه می‌گیرد. احتمالاتی که از نظر «زمان» خود هم قطعی و هم نامعین هستند و بنابراین همیشه به عنوان یک تهدید دائمی در معرض خطر هستند. دنیای روزمره که از توهّمات امنیت خود خلع شده است، اهمیت خود را از دست می‌دهد و فرد آسیب دیده احساس مضطرب و غیرعادی می‌کند و دیگر در دنیای روزمره در پناهگاه امن نیست.

«ریکاوری یا بازیابی» نام اشتباهی برای ترمیم یک جهان هیجانی گسترده است که در کنار فقدان دنیایی که در اثر تروما از هم پاشیده است، وجود دارد. بعد از اینکه ما یک اتفاق بد و آسیب زا را تجربه می‌کنیم، برگشت به حال اولیه امکان پذیر نیست. به جای اینکه بگوییم ما از این آسیب ریکاوری یا بازیابی می‌شویم، بهتر است بهتر است تلاش کنیم دنیای جدید برای خود بسازیم، این دنیای جدید ممکن است، خیلی شبیه دنیای قبلی نباشد اما یک دنیای جدید و متفاوت است. بستگی به این دارد که ما چقدر توانسته باشیم در دهیجانیمان را تجربه کرده باشیم و برایش معنا ساخته باشیم. وقتی با دیگران ارتباط می‌گیریم و در مورد احساساتمان صحبت می‌کنیم، می‌توانیم احساس بهتری داشته باشیم. وقتی از دیگران احساس همدلی و پشتیبانی بگیریم می‌توانیم دنیای جدیدمان را هم بسازیم. وقتی کسی آسیب دیده است، با گفتن جملاتی همانند «در موردش ناراحت نباش» یا «همه چیز درست میشه» اینگونه است که درد آن شخص را نادیده می‌گیریم. باید به آن شخص نشان بدهیم که درکش می‌کنیم و احساساتش را قبول داریم.

پس درمان شامل تفسیرهایی در یک فضای امن میان‌ذهنی باید شکل گیرد.

چه چیزی چنین زمینه درکی را برای ما فراهم می‌کند؟ پاسخ به این سوال را می‌توان در بعد رابطه ای از تجربه محدود خود یافت. همانطور که محدودیت برای ساختار وجودی ما بنیادی است، به همین ترتیب، وجود ما نیز این است که یکدیگر را به عنوان خواهر و برادر در تاریکی یکسان ملاقات کنیم، و به دلیل محدودیت مشترکمان عمیقاً با یکدیگر مرتبط باشیم (استولورو ۲۰۰۷ و ۲۰۱۱) بنابراین، اگرچه احتمال ترومای هیجانی همیشه وجود دارد، اما امکان شکل‌گیری پیوندهایی از درک عمیق هیجانی نیز وجود دارد که می‌توان درد هیجانی ویرانگر را در درون آن نگه داشت، قابل تحمل‌تر کرد و در نهایت ادغام کرد. نودوستی وجودی ما در همان تاریکی تروما در ۱- بافتار عمیق ترومای هیجانی و ۲- قدرت جهش‌پذیر فهم انسانی در تجربه مشترک هیجانی در لحظه شرایطی را برای بهبودی فراهم می‌کند من (استولورو) مدت‌ها مدعی بوده‌ام که یک تفسیر خوب یک فرآیند رابطه‌ای است که یکی از اجزای اصلی آن درک عمیق تجربه هیجانی و دنیای پدیدارشناسی بیمار و جز دیگر آن تجربه بیمار از درک هیجانهایش است. علاوه، این معنای انتقالی خاص تجربه درک شدن است که قدرت جهش آن را تأمین می‌کند، زیرا بیمار آن تجربه را در تابلوی اشتیاق رشدی که توسط درگیری تحلیلی روبه جلو وجود دارد را تصور می‌کند. تفسیر جدای از رابطه عاطفی بین بیمار و تحلیلگر نیست، بلکه بُعدی جدایی‌ناپذیر و به نظر من حیاتی آن رابطه است. یعنی اینکه روان‌درمانگر سعی کند که احساسات و افکار پنهان بیمار را برایش روشن کند. اما یک تفسیر خوب باید رابطه محور باشد، بیمار باید احساس کند دیده و شنیده می‌شود، تفسیر باعث می‌شود بیمار خودش را بهتر بشناسد و در مجموع افق دید بیمار وسیع تر می‌شود. برای درک اهمیت آسیب عاطفی و تأثیر آن بر زندگی، به جای اینکه فقط به خود آسیب نگاه کنیم، به کل شرایطی که آن آسیب اتفاق افتاده هم باید توجه کنیم و اینکه چطور می‌توانیم از آن چیزهای جدید یاد بگیریم. تروماهای هیجانی می‌توانند باعث بشوند که نگاه ما به دنیا تغییر کند و دیگر نتوانیم مانند قبل به دنیا نگاه کنیم. مانند بچه ای که همیشه باور داشته هیچوقت مادرش از او جدا نمی‌شود، اما وقتی مادرش یک روز به سفر می‌رود، دیگر نمی‌تواند به باور قبلیش که «مaman همیشه هست» اعتماد کند و ممکن است به او که احساس تنهایی و رها شدگی دست دهد. درک این موضوع می‌تواند به ما کمک کند که با انسانهای آسیب دیده ارتباط برقرار کنیم و به آنها کمک کنیم.

هنگامی که وضعیت آسیب دیده دیگری ما را با محدودیت و آسیب‌پذیری وجودی خودمان مواجه می‌کند، اطمینان خاطر و سخنان سخیفی را ارائه نمی‌دهیم. اگر می‌خواهیم مأمنی درک‌کننده برای یک فرد آسیب‌دیده باشیم، باید آسیب‌پذیری‌های وجودی خود را تحمل کنیم تا بتوانیم با دردهای هیجانی طاقت‌فرسا و تکرارشونده او زندگی کنیم. وقتی با دردهای غیرقابل تحمل دیگران زندگی می‌کنیم، می‌توانیم جهان هیجانی متلاشی شده آنها با نوعی تقدس و مهربانی (شفقت) ببینیم و این درک و تعامل مشفقانه تسببت به حالت های آسیب دیده می‌تواند هیجانهای دردناک را به احساسات قابل تحمل‌تری تبدیل کند. درد هیجانی و آسیب‌پذیری وجودی فرد که مأمنی میهمان‌نواز را پیدا می‌کند، می‌تواند به طور یکپارچه و اساساً با افرادی (تحلیلگر) که خود وجودی درونیشان را تجربه می‌کنند ادغام شود.