



دانشگاه گیلان
۱۳۵۲_۱۹۷۴

چاپ اول

مشاوران و روان‌درمانگران مسلط در جلسه‌ی درمان چگونه عمل می‌کنند؟

تألیف:

لن اسپری جان کارلسون

ترجمه:

دکتر امیر قربان پور لقمجانی

استادیار دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه گیلان

اداره چاپ و انتشارات دانشگاه گیلان



مشاوران و روان‌درمانگران مسلط
در جلسه‌ی درمان چگونه عمل می‌کنند؟

لن اسپری، جان کارلسون مترجم: دکتر امیر قربان پور لقمجانی

How Master Therapists Work Effecting Change from the First Through the Last Session and Beyond

By:

Len Sperry & Jon Carlson

Translated by:

Amir Qorbanpoor Lafmejani, Ph. D

University of Guilan Press



9 786001 532399

ISBN: 978-600-153-239-9



مشاوران و روان‌درمانگرانِ مسلط در جلسه‌ی درمان چگونه عمل می‌کنند؟

تألیف:

لن اسپری جان کارلسون

ترجمه:

دکتر امیر قربان پور لقمجانی

استادیار دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه گیلان

انتشارات دانشگاه گیلان

۱۴۰۰



دانشگاه گیلان
1353-1974

شابک: ۹-۲۳۹-۱۵۳-۶۰۰-۹۷۸

سرشناسه	: اسپری، لن Sperry, Len
عنوان و نام پدیدآور	: مشاوران و روان‌درمانگران مسلط در جلسه‌ی درمان چگونه عمل می‌کنند؟/ تالیف لن اسپری، جان کارلسون؛ ترجمه امیر قربان‌پور لقمجانی؛ ویراستار علمی: علی صیادی؛ ویراستار ادبی: هوشنگ سپهری.
مشخصات نشر	: رشت: دانشگاه گیلان، ۱۳۹۹.
مشخصات ظاهری	: ۳۲۷ص: جدول.
شابک	: 978-600-153239-9
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: عنوان اصلی: How master therapists work : effecting change from the first through the last session and beyond.
یادداشت	: واژه نامه.
یادداشت	: کتابنامه.
یادداشت	: نمایه.
موضوع	: حرفه روان‌درمانی Psychotherapy – Practice
موضوع	: روان‌درمانگر و بیمار -- نمونه‌پژوهی Psychotherapist and patient -- Case studies
موضوع	: روان‌درمانگران -- آموزش Psychotherapists -- Training of
شناسه افزوده	: کارلسون، جان، ۱۹۴۵ - م.
شناسه افزوده	: Carlson, Jon
شناسه افزوده	: قربان‌پور لقمجانی، امیر، ۱۳۶۳ -، مترجم
شناسه افزوده	: صیادی، علی، ۱۳۵۴ -، ویراستار
شناسه افزوده	: دانشگاه گیلان
رده بندی کنگره	: RC۴۸۰/۵
رده بندی دیویی	: ۶۱۶/۸۹۱۴۰۰۶۸
شماره کتابشناسی ملی	: ۷۴۲۵۷۳۵
وضعیت رکورد	: فیپا

اداره چاپ و انتشارات دانشگاه گیلان

نام کتاب	: مشاوران و روان‌درمانگران مسلط در جلسه‌ی درمان چگونه عمل می‌کنند؟
مؤلفان	: لن اسپری، جان کارلسون
مترجمان	: دکتر امیر قربان‌پور لقمجانی
ویراستار علمی	: دکتر علی صیادی
ویراستار ادبی	: هوشنگ سپهری
نوبت چاپ	: اول، ۱۴۰۰
ناشر	: انتشارات دانشگاه گیلان
شمارگان	: ۱۰۰۰ نسخه

* هر گونه چاپ و تکثیر صرفاً در اختیار انتشارات دانشگاه گیلان است.*

فهرست مطالب ۶۵

عناوین	شماره صفحه
نظر متخصصان روان‌درمانی پیرامون کتاب.....	ج.....
پیش‌گفتار.....	م.....
مقدمه‌ی مؤلف.....	ف.....
مقدمه‌ی مترجم.....	ض.....
فصل اول: دستیابی به تغییر: درمانگران مسلط و خیره در عمل.....	۱.....
فصل دوم: دستیابی به تغییر: جلسه‌ی اول.....	۲۹.....
فصل سوم: دستیابی به تغییر: جلسه‌ی دوم.....	۷۳.....
فصل چهارم: دستیابی به تغییر: تمرکز بر مفهوم‌سازی‌های مراجع.....	۱۱۱.....
فصل پنجم: دستیابی به تغییر: لحاظ کردن تغییرات مرتبه‌ی دوم.....	۱۴۹.....
فصل ششم: دستیابی به تغییر: لحاظ کردن تغییرات مرتبه‌ی اول.....	۱۹۱.....
فصل هفتم: دستیابی به تغییر: لحاظ کردن تغییرات مرتبه‌ی سوم.....	۲۰۹.....
فصل هشتم: دستیابی به تغییر: نظارت، ارزشیابی و اختتام.....	۲۳۱.....
فصل نهم: دستیابی به تغییر: تبدیل شدن به یک درمانگر خیره و مجرب.....	۲۵۹.....
واژگان.....	۲۸۵.....
نمایه.....	۲۹۳.....

متخصصان روان‌درمانی درباره‌ی این کتاب چه می‌گویند؟

مؤلفان این اثر، کتابی خواندنی را برای مبتدیان و روان‌شناسان با تجربه، برای تمامی رشته‌ها (از جمله روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، مشاوران، درمانگران خانواده و ازدواج، روانپزشکان و دیگران) به رشته‌ی تحریر در آوردند. در عصر بسیار چالش‌زای حوزه‌ی روان‌درمانی کنونی، تلاش برای مدیریت تقاضای فزاینده جهت بهبودی سریع، پاسخ‌های آسان و مداخلات شواهد محور، در کنار تغییرات سریع در نظام بازپرداخت بیمه‌ای و ارائه‌ی خدمات سلامتی، فریادی مستحکم، خردمندانه و متفکرانه، به شدت مورد نیاز است. این کتاب دقیقاً همان چیزی است که یک دکتر می‌تواند بر اساس آن دستور (راهکار) بدهد. اسپری و کارلسون سال‌ها تجربه‌ی اجرای روان‌درمانی و تأمل پیرامون آن را دارند و این مهم در این کتاب به خوبی نشان داده شده است. درمان‌گران باید قدر دان آنان بابت نگارش چنین کتابی باشند. من می‌دانم که خودم همین‌گونه هستم.

دکتر توماس جی پلانت، دارای بورس امریکایی روان‌شناسی حرفه‌ای، استاد دانشگاه سانتا کلارا، استاد بالینی مدعو (کمکی) بخش علوم رفتاری و روانپزشکی دانشگاه استنفورد.

در عصری که درمانگران به طور فزاینده‌ای کاربرد مکانیکی مداخلات گام به گام را مفهوم‌سازی می‌کنند، این کتاب به ما یادآوری می‌کند که چگونه یک درمانگر می‌تواند تمامی تغییرات را در مراجع ایجاد کند. اسپری و کارلسون هر کدام خواننده را به اندیشیدن و توجه به اثرات فرآیند و پیامدهای درمان، شخصیت خود درمانگر و مداخلات شواهد محور دعوت می‌کنند. لذا خواندن این کتاب برای تمامی کارآموزان حوزه‌ی روان‌درمانی و نیز تمامی افرادی که دست اندرکار نوشتن دستورالعمل‌های درمانی هستند ضروری است.

دکتر لورا اس. براون، دارای بورس امریکایی روان‌شناسی حرفه‌ای، مدیر پروژه‌ی درمانی جامعه مدار فرمونت.

این کتاب گوهر نابی است که باید توسط هر فردی که در مورد تبدیل شدن به بهترین درمانگر دل‌مشغولی‌هایی دارد مطالعه شود. دکتر کارلسون و اسپری خوانندگان را با پشت‌صحنه‌های نادری از سفر درمانی (کاری) یک روان‌درمانگر مسلط به انضمام تفاسیر استادانه‌ی آن آشنا می‌کنند. این امر به تبیین شفاف فرآیندهای زیربنایی پیچیده کمک می‌کند و این مسأله باعث می‌شود که همگان این کار را خیلی ساده و طبیعی بدانند زیرا که این فرآیند توسط درمانگری مسلط اجرا شده است. تمام ناظران بالینی و آموزش‌دهندگان روان‌درمانی باید این کتاب و ویدئوهای مرتبط با آن را به دانشجویان و کارآموزان خویش معرفی کنند. من فکر می‌کنم هدیه‌ای بهتر از این نمی‌شود به آنها داد.

جفری ای. بارنت، روان‌شناس، دارای بورس امریکایی روان‌شناسی حرفه‌ای، استاد دپارتمان روان‌شناسی دانشگاه لایولای مریلند.

این اثر برجسته، خواننده را به دیدگاهی قوی و نادر در زمینه‌ی اینکه چگونه درمانگر مسلط تحول و تغییر اساسی و موفق را در موارد دشوار تسهیل می‌کند مجهز می‌کند. این کتاب تحقیق و تفسیر بالینی را به زیبایی تلفیق می‌کند که نتیجه‌اش خلق ابزار آموزشی بسیار ارزشمندی برای کارآموزان و بالینگران حرفه‌ای است. فارغ از همه‌ی موارد، این کتاب به خواننده طعم واقعی اینکه یک روان‌درمانگر مسلط واقعاً چگونه است را می‌چشاند. خواندن این کتاب را قویاً توصیه می‌کنم.

دکتر فرانک ام. داتیلیو، دارای برد امریکایی روان‌شناسی حرفه‌ای و استاد دانشکده‌ی پزشکی هاروارد، بوستون، ماساچوست.

به ندرت ما به اتاق درمان و اتفاقات مو به مویی که واقعاً درون آن می‌افتد نگاهی عمیق و ژرف می‌اندازیم و شاید حتی فرصت آن هم پیش نیاید که یک روان‌درمانگر مسلط را در حین انجام کار ببینیم. این کتاب این امر را برایمان مُسر کرده است. این کتاب درهای اتاق درمان را در هنگامی که یک روان‌درمانگر مسلط در آن کار می‌کند به رویمان گشوده است. در نتیجه ما می‌توانیم فرایندهای شفابخشی را آن‌گونه که اتفاق می‌افتد ملاحظه کنیم و فرایندهای ذهنی مراجع و شفا دهنده‌ی برجسته (درمانگر) هنگامی که تحول اساسی مراجع اتفاق می‌افتد در دسترس خواننده‌ی کتاب قرار می‌گیرد. خواندن این کتاب اعجاب انگیز برای هر روان‌درمانگری ضروری و واجب است. این کتاب از راز و رمز افسانه‌گونه‌ی درمان بدون تقلیل دادن آن به مجموعه‌ای از تبادلات ماهرانه پرده بر می‌دارد.

دکتر هارویل هندریکس، مؤلف کتاب‌های رسیدن به عشقی که شما می‌خواهید و دریافت عشق.

این کتاب عجیب، امید و وعده‌های بسیاری را در حرفه‌ای‌های درمان و مشاوره ایجاد کرده است. در این کتاب اسپری و کارلسون با شفاف‌سازی و روشن‌سازی مسیر تخصص‌گرایی و تسلط برای کارورزان، سردرگمی‌های طبیعی، ابهام و عدم قطعیت پیرامون اینکه چگونه می‌توان از نظر حرفه‌ای رشد کرد را مورد بررسی قرار داده‌اند. هم مبتدیان و هم افراد حرفه‌ای صفحات این کتاب را با هیجان خواهند بلعید. آفرین و درود بر اسپری و کارلسون.

دکتر تام اسکوهولت، دارای برد امریکایی روان‌شناسی حرفه‌ای، استاد دانشگاه مینه‌سوتا.

اساساً، اثر فعلی کتابی است درباره‌ی اینکه چگونه روان‌درمانی می‌تواند در قالب تعداد محدودی از جلسات تغییراتی چشمگیر ایجاد کند و اینکه چگونه می‌توان این تغییرات را تا سال‌ها بعد هم حفظ کرد. فراتر از اینها دکتر اسپری و کارلسون به واسطه‌ی اکتشاف اهمیت اساسی سهم درمانگران در ایجاد اتحاد درمانی، به طرز ظریفی ساختار عمیق روان‌درمانی ماهرانه را آشکار کردند. آنها در آن قسمت از کتاب که ۱۱ شاخصه‌ی کلیدی

و نوعی درمانگران ایده‌آل را مطرح کردند، الگوی مفیدی را برای الهام‌بخشی و تشویق درمانگران برجسته ارائه کردند و به ما خاطر نشان کردند که هیچ چیزی در قلمرو زندگی بشری به دنبال منطق و تفکر خطی رخ نمی‌دهد. در جریان تحلیل مورد آیمی، اسپری و کارلسون به خواننده اجازه می‌دهند تا با استفاده از رونوشت‌های واقعی از جلسه‌ی درمان، رویکرد نظام‌مند منعطف روان‌درمانگران برجسته را دنبال کند. با این حال، در این کتاب فقط برای خوانندگان صحبت نمی‌شود بلکه به‌طور درگیرانه‌ای مسیر تبدیل شدن به بهترین درمانگر نشان داده شده است. من می‌توانم با اطمینان این کتاب را به درمانگران مبتدی و با تجربه پیشنهاد کنم.

رونالد پاپس، استاد روانپزشکی، دانشگاه پزشکی سانی آپستیت، استاد بالینی روانپزشکی، دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه تافتس.

من به دلیل روش نظام‌مندی که مؤلفان کتاب در توصیف درمانگران مسلط به کار برده‌اند واقعاً تحت تأثیر قرار گرفته‌ام. مهم‌ترین ویژگی ارزشمند این کتاب بینش شخصی‌ای است که خواننده از خواندن کتاب کسب خواهد کرد. این اثر برای دانشجویان حرفه‌های یاورانه، بالینگرانی که در درمان با مراجعان غرق شده‌اند و ناظرانی که دیگران را در مسیر هدف نهایی‌شان یعنی تبدیل شدن به درمانگر مسلط هدایت می‌کنند کتابی است خواندنی. **دکتر روی کرن، استاد دپارتمان روان‌شناسی نظریه‌ای، دانشگاه ویتواتس مگنس، شهر کاناس لیتوانی.**

کتاب حاضر اثری است هیجان‌برانگیز که تفکر را عمیقاً تحریک می‌کند. در واقع در این کتاب چپستی درمان‌شیرخش و اینکه چگونه این درمان در جلسات، توسط درمانگران مسلط عملیاتی می‌شود، در قالب واژگان مطرح شده است. اثر حاضر کتابی است فوق‌العاده، برای متخصصان بالینی، استادان و کارورزان مبتدی رشته‌ی مشاوره و مشاورانی که در حین آموزش هستند. در عصری که الگوهای درمانی مختصر در حال تبدیل شدن به نُرْم هستند، این کتاب در زمینه‌ی نحوه‌ی فکر کردن مشاوران درباره‌ی کار بالینی‌شان و اثراتی که می‌توانند در کوتاه مدت بر زندگی مراجعان‌شان بگذارند، انقلابی به پا کرده است.

دکتر کاترین ام. هلم، استاد روان‌شناسی، مدیر برنامه تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی دانشگاه لوئیس.

کتاب حاضر نه تنها آنچه را که روان‌درمانگران مسلط انجام می‌دهند شناسایی کرده بلکه همچنین راهنمایی گام به گام را برای اجرای چنین کارهایی ارائه کرده است. کتاب حاضر راهنمایی ضروری برای دوره‌های پیش از کارورزی، کارورزی و انترنی (کارآموزی) در تمام محیط‌های متمرکز (مدارس یا دانشگاه‌ها، محیط‌های سلامت روان بالینی یا محیط‌هایی که در آن با زوجین و خانواده‌ها کار می‌شود یا محیط‌های بزرگ‌تر) محسوب می‌شود. کتاب حاضر توجه دانشجویان و اساتید را از مراقبت دائم برای اشتباه نکردن به سمت هدف متعالی تبدیل

شدن به متخصصی بسیار با صلاحیت معطوف می‌کند. وقتی رسیدن به صلاحیت واقعی هم ممکن و هم آموختنی است دیگر هیچ‌کس نباید بر اینکه صرفاً کارهایش را درست انجام دهد متمرکز شود.

جیمز روبرت بینر، استاد مشاوره دانشگاه ایالتی تنسی شرق.

دانشجویان مشتاق هستند تا کاربردهای عملی نظریه را در رابطه با بسیاری از مراجعان ببینند. این کتاب نشان می‌دهد که وقتی دکتر کارلسون با یک مراجع کار می‌کند چگونه نظریه را احیاء می‌کند (نحوه‌ی استفاده از آن را نشان می‌دهد). من تفاسیر (اظهار نظرها) ارائه شده توسط دکتر کارلسون و دکتر اسپری در فصول مختلف را جذاب و آموزنده یافته‌ام. از طریق این تفاسیر خواننده قادر خواهد شد تا نسبت به چگونگی فکر کردن و عمل کردن درمانگر در مراحل مختلف فرآیند درمان بینش کسب کند. این کتاب ترکیبی عالی است از تحقیق، نظریه و مداخلات که نشان می‌دهند تغییرات را چگونه می‌توان ایجاد کرد.

دکتر جرالند کوری، دارای بورس امریکایی روان‌شناسی حرفه‌ای، استاد ممتاز و بازنشسته‌ی مشاوره و خدمات انسانی، دانشگاه ایالتی کالیفرنیا، فولرتون.

فرآیند روان‌درمانی، تلفیق ارزشمندی از هنر و علم است. یک درمان ممکن است از نظر تجربی تأیید شود اما هنر درمان و تبدیل شدن به درمانگر مسلط به سادگی و در قالب یک کتاب دستی حاصل نمی‌شود. ظرافت درمانی جان کارلسون که در کارش با آیمی نشان داده شده یادآوری عمیقی است مبنی بر اینکه چگونه پیچیدگی‌های بسیار، به دلیل برخورداری درمانگر از خود (ایگو، شخصیت، وجود و خودیت)، به درمانی موفقیت‌آمیز تبدیل می‌شود. با نوشتن این کتاب، کارلسون و اسپری کمک بسیار بزرگی به تمام درمانگرانی کردند که شوق این را دارند که روزی درمانگری مسلط شوند.

دکتر مایکل دی. یاپکو، روان‌شناس بالینی و مؤلف کتاب حالات خلسه و افسردگی مُسری است.

این اثر کتابی بسیار خواندنی است برای تمامی کسانی که به آموزش روان‌درمانی و روان‌درمانی اثربخش علاقه‌مندند. با ارائه‌ی اطلاعات در مورد متخصصان با تجربه‌ی روان‌درمانی و نیز اطلاعاتی پیرامون تحقیقات روان‌درمانی و روان‌شناسی پایه، اطلاعات چشمگیری در رابطه با تخصص در روان‌درمانی به دست می‌آوریم، موضوعی که تحت مطالعه و بررسی است.

دکتر کلارا ای. هیل، استاد دپارتمان روان‌شناسی دانشگاه مریلند.

اگر دوست دارید شاخصه‌ها و صلاحیت‌های درمانگر مسلط و نیز فرآیند تبدیل شدن به آن را بدانید این کتاب به درد شما می‌خورد. کتاب حاضر اثری ارزشمند برای متخصصان حرفه‌های سلامت روان، علی‌رغم تفاوت در تجارب بالینی‌شان است. من خواندن این کتاب را قویاً توصیه می‌کنم.

دکتر ریچارد ای. واتس. استاد ممتاز مشاوره، مدیر مرکز مطالعات دکتری و تحقیقی در زمینه‌ی آموزش مشاوره، دانشگاه ایلینوی سام هاستون.

هر از چند گاهی کتابی به بازار عرضه می‌شود که به طور اساسی نحوه‌ی تفکر ما پیرامون کاربست روان‌درمانی را تغییر می‌دهد. این کتاب از همان جنس کتاب‌ها است. آرزو می‌کردم ای کاش زمانی که من در جریان کارورزی بودم به چنین کتابی دسترسی می‌داشتم.

ریچارد سابر، ویراستار نشریه‌ی آمریکایی خانواده‌درمانی و استاد سابق دپارتمان‌های روانپزشکی دانشگاه‌های براون، کلمبیا و پنسیلوانیا.

متن حاضر که نوشته‌ی اسپری و کارلسون است سفری عالی و درگیرانه در مسیر فرآیند روان‌درمانی است. آنها با لحاظ کردن کاربست‌های امروزی روان‌درمانی در بافت تاریخی آن و از طریق مرور تحقیقات، نشان دادند که چگونه یک درمان توسط درمانگری مسلط در جهت مدل‌های درمانی اثربخش امروزی اصلاح و تعدیل می‌شود. با روشن‌سازی موردی (مراجعی به نام آیمی) و اظهارنظرهای کارشناسانه، مؤلفان جنبه‌های ساختاری و عملی کاربست‌های امروزی روان‌درمانی را ارائه کردند. اما حتی مهم‌تر از اینها، تحلیل‌های نافذ آنها از مراجع بود که نشانگر جنبه‌های ظریف و دقیق مسلط بودن آنها در روان‌درمانی است و نتیجه‌اش هم این است که آنها به عنوان افراد هنرمندی که زندگی دیگران را متحول می‌کنند شناخته می‌شوند. کتاب حاضر برای دانشجویان مبتدی، درمانگران مسلطی که ده‌ها سال تجربه دارند و همه‌ی افرادی که در این حوزه کار می‌کنند استثنایی و قابل استفاده است.

آرتور ام. هورن، استاد ممتاز پژوهش در دانشگاه جورجیا.

در دهه‌ی گذشته تأکیدهای زیادی بر درمان‌های شواهد محور شده است و این امر به غلط منجر به فراموشی نقش روان‌درمانگران شده است. نهایتاً اینکه، مهارت و درک و فهم درمانگر است که موفقیت یا شکست درمان را تعیین می‌کند. مؤلفان کتاب، به حق و به درستی تأکید بر خود درمانگر را مجدداً احیاء کردند، پارامترهای آن را مشخص کردند و به طرز استادانه‌ای جزئیات این امر را در قالب اجرای ۶ جلسه‌ی مختصر روان‌درمانی به طرز شفاف‌ی نشان دادند به نحوی که هر کارورزی می‌تواند با خواندن کتاب (و البته مشاهده‌ی فیلم‌های درمانی) این موارد را یاد بگیرد.

دکتر نیکولاس ای. کامینگز، رئیس قبلی انجمن روان‌شناختی آمریکا، استاد ممتاز دانشگاه نوادا، رنو.

گاهی اوقات خیلی اهمیت دارد که بدانیم لن اسپری و جان کارلسون فقط درمانگرانی مسلط نیستند بلکه آنها همچنین آموزش‌دهندگانی مسلط نیز هستند. در این کتاب آنها متنی استثنایی ارائه کردند که در آن گام‌های تسهیل تغییرات مراجع به وضوح ارائه شده است. این کتاب به واسطه‌ی مجموعه مصاحبه‌های بی‌نظیر دکتر کارلسون با آیمی و تأکیدات دکتر اسپری که در قالب اظهار نظرهای نافذ وی ارائه شده، منبعی جامع، فوق‌العاده ارزشمند و صلاحیت‌پرور است که برای دانشجویان، آموزش‌دهندگان و کارورزان قابل استفاده است.

دکتر برایان ای. گراد، دانشیار دپارتمان روان‌شناسی مشاوره، دانشگاه سانفرانسیسکو.

آیا دوست دارید که یک درمانگر مسلط را حین کار ببینید، بشنوید که چرا وی فلان کار را می‌کند و راه‌های متنوع تلفیق مهارت‌ها و درس‌های ارزشمند در کار حرفه‌ای خودتان را یاد بگیرید؟ اسپری و کارلسون راهنمایی ارزشمند را برای ایجاد تغییرات مرتبه‌ی اول، دوم و سوم در مراجعان و همچنین خودمان (به عنوان مشاور) برایمان مهیا کردند. خواندن این کتاب را قویاً توصیه می‌کنم.

دکتر مایکل اف. هویت، مؤلف کتاب روان‌درمانی‌های مختصر: اصول و کاربردها، ویراستار هندبوک درمان‌های سازه‌گرایی.

در این کتاب به طور آشکاری چگونگی ایجاد تغییرات در یک مراجع توسط یک روان‌درمانگر مسلط تحلیل شده است. با این حال، این کتاب به سرعت خواننده را در بررسی روندهای عملی خویش از منظر فنون مرتبه‌ی اول، تحولات مرتبه‌ی دوم و حقایق مرتبه‌ی سوم درگیر می‌کند. نتیجه‌ی این کار کسب بینش نسبت به موارد مذکور و نهایتاً تغییر روندهای عملی خواننده خواهد بود.

مارک ال. ساویکاس، استاد دانشگاه پزشکی اوهایو نورث ایست.

کتاب حاضر، راهنمایی پر استناد، دقیق و شفاف برای کسب جهت‌گیری‌های نظری و کاربردی عملی است که توسط یک روان‌درمانگری که به تسلط شهره است یعنی دکتر جان کارلسون ارائه شده است. در این کتاب شما کشف خواهید کرد که چگونه بهترین‌ها را برای خودتان و مراجعان‌تان به ارمغان بیاورید. خواندن این کتاب برای افراد حرفه‌ای بسیار ضروری و برای افراد مبتدی نیز بسیار ارزشمند است.

دکتر جفری کی. زیگ، مدیر بنیاد میلتن اریکسون.

مشاهده‌ی چگونگی کار کردن روان‌درمانگران مسلط، نقطه‌ی مرجع بی‌نظیری را برای کشف شاخصه‌های مرتبط با روان‌درمانی اثربخش در اختیار ما قرار می‌دهد. بسط متون تخصصی به سمت تخصص‌گرایی درمانگران، نوعاً چشم‌اندازی یک‌پارچه را فراهم می‌کند که آن‌هم عبارت است از: جستجوی عناصر مشترک در بین کارهای

بسیاری از درمانگران مسلط. لن اسپری و جان کارلسون رویکردی تازه و فردنگر را ارائه کردند که در آن یک روان‌درمانگر مسلط (اسپری) به طور جزئی و مبسوط تمام درمان اجرا شده توسط درمانگر مسلط دیگر (کارلسون) را بررسی کرده است. خواننده احساس می‌کند که در تمام جلسات حاضر است و در ادامه هم هر دو درمانگر برجسته، مشاهدات و تجارب خود را مورد بحث و بررسی قرار داده‌اند. اسپری و کارلسون خواننده را برای اجرای ماهرانه و با تسلط روان‌درمانی با دوره‌ی کارآموزی مجازی (مشاهده فیلم‌های جلسات) مجهز کردند و نیز چهارچوب مفهومی نوآورانه‌ای برای درک چگونگی تسهیل فرایندهای تغییر توسط درمانگران مسلط، آن‌هم به طرز کیفی برای متخصصان بالینی بسیار خیره‌ناک تا افراد مبتدی فراهم کردند. با مطالعه‌ی این کتاب، روان‌درمانگران با هر سطح مهارتی که دارند می‌توانند درک و فهم خویش از سهم خودِ درمانگر در ایجاد تغییرات درمانی را ارتقاء دهند.

دکتر جفری ال. بیندر، دارای بورس امریکایی روان‌شناسی حرفه‌ای، استاد روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی حرفه‌ای جورجیا، آتلانتا، جورجیا.

روان‌درمانی تلفیقی است از علم و هنر. لن اسپری و جان کارلسون آناتومی ظریفی از روان‌درمانی را ارائه کردند و نیز گام‌های اساسی تبدیل شدن به درمانگر برجسته را ترسیم کردند. این کتاب اولاً برای مبتدیان و ثانیاً برای بالینگران حرفه‌ای توصیه می‌شود. احسنست بر این دو فرد برجسته.

دکتر دونالد مایکنام، مدیر پژوهش، مؤسسه‌ی پیشگیری از خشونت ملیسا، میامی، فلوریدا.

درک و فهم شاخصه‌های کلیدی درمانگران و اثرات آن بر پیامدهای درمانی حاصله برای مراجع، موضوعی داغ در تحقیقات و آموزش‌های روان‌درمانی است که کتاب حاضر به طرز زیبایی این کار را مورد توجه قرار داده است. دکتر اسپری و کارلسون در جریان یک دوره‌ی روان‌درمانی کوتاه مدت واقعی و فرآیندهای که فیلم آن در سایت انجمن روان‌شناسی امریکا موجود است، توصیف مو به مویی از جزئیات درمان با اظهار نظرهای کامل و دقیق را ارائه کردند. خواننده با مطالعه‌ی فصول این کتاب، قادر خواهد شد تا به طرز شفاف‌تری درک کند که چگونه درمانگری مسلط به سرعت و با خلوص به مراجع ملحق می‌شود و درکش می‌کند، موضوعات کلیدی را تشخیص می‌دهد و برجسته می‌سازد، طرح درمانی انرژی‌زا و معتبری را طراحی می‌کند، موانع اجتناب‌ناپذیر درمان را با دلسوزی و موقرانه می‌پذیرد و با آن مقابله می‌کند، پیشرفت‌ها را اندازه‌گیری می‌کند و تغییرات اساسی و تبدیلی (تحول در ساختار) را به واسطه‌ی آموزش مراجع برای اینکه در خودانعکاسی (تأمل در خود) سازنده‌ی خویش، استاد شود تسهیل می‌کند. نتیجه این کتاب حاضر متن اعجاب‌انگیزی است و تصویری دقیق از چگونگی آموزش به مراجع برای تبدیل شدن به درمانگر خودش فراهم می‌کند، چراکه مراجعان نه تنها در حین اجرای درمان از آن سود می‌برند بلکه پس از پایان رسمی درمان هم از آن منتفع می‌شوند. این نکته، اساس درمان ماهرانه و استادانه است.

دکتر کوری اف. نیومن، دارای بورس امریکایی روان‌شناسی حرفه‌ای، استاد روان‌شناسی، روانپزشکی، دانشکده‌ی پزشکی پرلمن، دانشگاه پنسیلوانیا و مدیر مرکز درمان شناختی.

کتاب‌های زیادی درباره‌ی روان‌درمانی از منظر الگوهای خاص نوشته شده‌اند. کتاب حاضر که درباره‌ی تسلط در درمان است تلفیقی از الگوهای مختلف است. درمانگران مبتدی و حرفه‌ای هر دو می‌توانند از کارلسون در زمینه‌ی اینکه چگونه با تمرکز، مهارت و ظرافت کار می‌کند یاد بگیرند. اینجا صحبت از فضل فروشی نیست هر آنچه که هست درمان ماهرانه است. شما نیز آیمی را دوست خواهید داشت و آرزو خواهید کرد که ای کاش کارلسون درمانگر شما هم می‌بود.

دکتر ویلیام جی. دوهرتی، استاد و مدیر پروژه‌ی زوجین مینه‌سوتا در آستانه‌ی خطر، در دانشگاه مینه‌سوتا.

اسپری و کارلسون با هم آمیختند و لحظه به لحظه‌ی فرآیند درمان را به نحوی برجسته به تصویر کشیدند و به طرز ظریفی مطالب مختلف مطرح شده توسط آیمی را یک‌پارچه کردند و در نتیجه نکات کلیدی را برجسته ساختند. اثر حاضر کتابی بسیار ارزشمند برای درمانگران در تمامی سطوح رشد حرفه‌ای است، از دانشجویی که در حال حاضر اولین مراجع خود را می‌بیند گرفته تا درمانگری که سرد و گرم روزگار را چشیده و ورزیده است.

دکتر کریگ اس. کاشول، دارای بورد ملی مشاوره، استاد دپارتمان مشاوره و رشد آموزشی، دانشگاه کارولینای شمالی در گرینسبرو.

لن اسپری و جان کارلسون کتابی عجیب و غریب نوشتند که برای تمامی افراد مشغول در این حوزه قابل استفاده است. دیدن رونوشت‌های جلسات و شنیدن اظهار نظرهای تخصصی آنها به عنوان درمانگرانی مسلط بسیار آموزنده است. این کتاب به ما نشان می‌دهد که چگونه تغییرات بادوام و اساسی در مراجع اتفاق می‌افتد. کتاب حاضر فرایندی را که بدان وسیله درمانگران مسلط تغییرات درمانی در زندگی مراجعان ایجاد می‌کنند، تحلیل و از آن پرده‌برداری می‌کند. آنچه که در این کتاب عرضه شده، شفاف و خواندنی است و در تحقیقات تجربی ریشه دارد و بر اساس خرد و تجارب دو فردی ارائه شده که دهه‌ها تجربه‌ی روان‌درمانی دارند. من قویاً خواندن این کتاب را به مبتدیان و بالینگران حرفه‌ای و تمامی افراد شاغل در این حوزه توصیه می‌کنم.

دکتر دایانا فوشا، مؤلف کتاب قدرت متحول‌کننده‌ی عاطفه و ویراستار کتاب قدرت شفابخشی عاطفه: علوم عصبی عاطفی، رشد و کاربست بالینی.

کتاب حاضر هم آموزش می‌دهد و هم الهام‌بخشی می‌کند. این کتاب جامع که به طرز شفاف هم نوشته شده است، فرآیند با شکوه تبدیل شدن به روان‌درمانگری بسیار اثربخش را به تصویر می‌کشد. کتاب حاضر با ارائه‌ی رونوشت جلسات و تفاسیر مؤلفان، خواننده را به اتاق درمان می‌برد تا جنبش‌ها و مانورهای درمانی معطوف به افزایش سلامتی و بهزیستی مراجعان را ببیند و بفهمد که تغییرات درمانی چگونه محقق می‌شود. با اتکاء به این باور که خود درمانگر و نه صرف درمان است که تغییرات درمانی را متأثر می‌سازد، مؤلفان بهترین‌ها را کشف کردند آن‌هم به

طریقی که افزایش مهارت و صلاحیت را در کارورزان رشد می‌دهد. کتاب حاضر که اثری بسیار خواندنی برای درمانگران مبتدی و حرفه‌ای است، قطعاً کاربردی‌ترین روان‌درمانی (توان کار عملی) شما را متحول خواهد کرد. دکتر جودیت وی. جوردن، دارای بورس امریکایی روان‌شناسی حرفه‌ای، بنیان‌گذار درمان فرهنگی-رابطه‌ای؛ دانشیار دانشکده‌ی پزشکی هاروارد، کمبریج، ماساچوست.

دکتر کارلسون و دکتر لن اسپری در کتاب حاضر، مطالب مربوط به روان‌درمانی و نیز رونوشت جلسات چندگانه‌ی درمانی با یک مراجع به انضمام تفاسیر مربوط به فرآیند درمانی را ارائه کرده‌اند. دیدگاه‌های مطرح شده شامل اظهاراتی مربوط به موضوعاتی از جمله اتحاد درمانی، مفهوم‌سازی موردی، کمک به مراجع برای ایجاد برخی تغییرات اولیه، تسهیل تجارب تصحیحی، توجه به تغییرات مرتبه‌ی اول و دوم و سوم و اختتام درمان است. این کتاب قابلیت آن را دارد که به دانشجویان کمک کند تا درک بهتری از فرایند درمان کسب کنند و به کارورزان نیز کمک کند تا کار عملی خویش را ارزیابی مجدد کنند و مورد بررسی مجدد قرار دهند.

جان دی. وست، استاد مشاوره و رشد انسانی، دانشگاه ایالتی کنت.

کتاب قانع‌کننده‌ی حاضر که با همکاری دو دوست صمیمی و بالینگران مسلط، به رشته‌ی تحریر در آمده دیدگاهی نزدیک از فرآیند روان‌درمانی و چگونگی ایجاد تغییر در طی دوره‌ی درمان مختصر را ارائه می‌کند. بیان عمیق مطالب مربوط به یک مراجع با رونوشت‌های گسترده از جلسات، فرآیند روان‌درمانی اثربخش و چگونگی ایجاد تغییرات ضروری مرتبه دوم و سوم را برای ایجاد اثراتی بادوام و پایدار روشن می‌کند. نظریه‌ی تغییر به طور شفاف بیان شده و موارد و تفاسیر به سبکی جذاب و بدون نقص ارائه شده است. هر فردی که دوست دارد بداند درمانگران مسلط چگونه از مهارت‌های پیچیده‌ی بازشناسی روندها، استفاده می‌کنند و فرصت‌هایی را برای تجارب تحولی اساسی خلق می‌کنند باید این کتاب را بخواند.

دکتر جفری جی. مگناویتا، دارای بورس امریکایی روان‌شناسی حرفه‌ای، درمانگر مستقل در گلاستونبری، کانتیکات؛ سخنران در زمینه‌ی روانپزشکی، دانشگاه ییل؛ بنیان‌گذار پروژه‌ی روان‌درمانی یک‌پارچه.

کتاب الهام‌بخش حاضر برای همه‌ی دانشجویان حوزه‌ی درمان فارغ از جهت‌گیری نظریه‌ای و سطح تجربه‌شان ارزشمند است. کتاب حاضر با طرح صمیمانه‌ی مشارکت واقعی مراجعی واقعاً دردمند با متخصصانی بسیار مجرب، از تلاش پیچیده‌ی روان‌درمانی پرده‌برداری کرده است، اثربخشی آن را نشان داده و خواننده را با دلسوزی عمیقی نسبت به مشارکت در این نمایش انسانی جذاب تنها می‌گذارد.

دکتر فانی مک ویلیامز، دارای بورس امریکایی روان‌شناسی حرفه‌ای، فارغ‌التحصیل دانشگاه رانگز، دانشکده‌ی روان‌شناسی حرفه‌ای و کاربردی.

اگر تا به حال دوره‌ای را برای اینکه بتوانید از این کتاب استفاده کنید نگذرانده‌اید، می‌توانید شروع کنید. مدتهاست که می‌دانیم مشاهده و الگوگیری از درمانگران مسلط می‌تواند صلاحیت بالینی ما را افزایش دهد و در حال حاضر اسپری و کارلسون چنین فرصتی را برای ما مهیا کرده‌اند. این مؤلفان به طرز ماهرانه‌ای هنر و علم ایجاد تغییر را در قالبی که هم برای تازه‌کاران و هم برای کارورزان مجرب جالب باشد ارائه کردند.

دکتر هانا لونسون، استاد مؤسسه‌ی رایت، برکلی، کالیفرنیا؛ مدیر برنامه‌ی درمان مختصر، مرکز پزشکی پاسیفیک کالیفرنیا، سان‌فرانسیسکو.

دکتر کارلسون و لن اسپری منبعی بسیار ارزشمند برای درمانگران مبتدی و کارکننده ارائه کردند. برای جلسات مشورتی و سمینارها، تمرکز بر نیاز به تحقق پیامدهای سریع در درمان، بسیار ایده‌آل و خوب است. با آموختن اصول به کار رفته در این کتاب، کارورزان مجرب و نوپا قادر خواهند بود تا مراتب تغییر را ایجاد کنند و آنها را در درمان و جلسات مشاوره‌ای خویش پیاده کنند. گفتگوهای ویژه، تبادلات مراجع - درمانگر، مباحثات عالی و حساس مؤلفان را به تصویر می‌کشد. کارورزان مبتدی و مجرب، به سمت بینش‌های جدید و اشتیاق برای اجرای مهارت‌های پیاده شده توسط مؤلفان، رهنمون خواهند شد. به علاوه، پیغام اصلی کتاب این است: مؤلفان احترام عمیقی برای خواننده کتاب قائل هستند، او که به دنبال مهارت‌هایی است که بتواند آنها را در تمام نظریه‌های عمده‌ی روان‌درمانی آموخته شده‌اش، تلفیق و یک‌پارچه کند.

دکتر رابرت وابولدینگ، مرکز واقعیت‌درمانی، سینسیناتی، اوهایو.

در عصر درمان‌های شواهد محور، اغلب فراموش می‌کنیم که روان‌درمانی هنر بسیار پیچیده‌ای است که تسلط در آن بسیار سخت است و تلاش‌های مستمر و آگاهانه‌ای نیاز است تا بتوان در آن متخصص شد. همانند هر حرفه‌ی دیگری، یک کارورز نیاز دارد تا روان‌درمانی را در عمل ببیند. در کتاب حاضر جان کارلسون به عنوان درمانگر و لن اسپری به عنوان مفسر، خواننده را با تحلیل زیبایی از یک مورد تنها آشنا می‌کنند، ترکیب نادری از نظریه، کاربست و تحلیل را ارائه می‌کنند که روان‌درمانی را به طرز کاملاً آشکار به زندگی واقعی می‌کشاند. این راهی است که می‌توان از آن طریق روان‌درمانی را یاد گرفت.

دکتر بروس ای. وامپولد، استاد روان‌شناسی مشاوره، دانشگاه ویسکانسین، مدیسن؛ مدیر مرکز روانپزشکی مادام بد، ویکرساند، نروژ.

پیش گفتار

بری ال دانکن^۱

ظاهراً این نگاه رایج شده است که برای تبدیل شدن به یک روان‌درمانگر تمام و کمال، فرد باید به خوبی در درمان‌های شواهد محور^۲ (EBTs) خبره شود و یا با مدل‌هایی که کارایی خود را در آزمایش‌های بالینی تصادفی^۳ ثابت کرده‌اند آشنا باشد تا بتواند با اختلال‌های مختلف با کارآمدی مقابله کند. ایده‌ی نهفته در اینجا این است که اعمال مداخلات روان‌شناختی باید غیرعوامانه^۴ باشد به گونه‌ای که مردم (بعضاً مراجعان و درمانگران) اساساً با این مداخلات خیلی آشنا نباشند (دانکن و ریس، ۲۰۱۲). آیا صرف انجام تشخیص، اجرای مداخلات تجویز شده و نام‌نویسی در درمان، منجر می‌شود تا رفع علائم یا بهبودی حاصل شود؟ این نگاه پزشکی به درمان، شاید پوچ‌ترین و بی‌معنی‌ترین جنبه‌ی تجربه‌گرایی مفرط درمان‌های شواهد محور (EBT) محسوب شوند، زیرا مقدار اندکی از واریانس بهبودی را توجیه می‌کند در حالی که مراجع و درمانگر و روابط آنها قسمت بیشتری از بهبودی و تغییر را توجیه می‌کنند. واقعیت موضوع این است که امروزه، روان‌درمانی قطعاً تلاشی ارتباط‌مدار است و نه پزشکی (دانکن، ۲۰۱۰) و کاملاً به مشارکت هر دو نفر (مراجع و درمانگر) و کیفیت ارتباط و پیوند بین فردی‌شان وابسته است. این بدان معنا نیست که بگوییم هر چیزی که در درمان‌های شواهدمحور مطرح می‌شود غلط است و به کارگیری آنها در درمان کاری اشتباه است. نه این‌گونه نیست، بلکه حرف این است که این برنامه تمام آن چیزی نیست که برای درمانگر مسلط شدن به آن نیاز داریم. خوب پس باید چه کار کرد؟ اولاً اجازه دهید تا به خواننده کتاب یادآوری کنم که چه چیزهایی یک روان‌درمانی را کارآمد می‌کند. ورود درمانگر به جلسه‌ی درمان (نه روش‌ها و فونونی که از آن برخوردار است) و شخصیت وی و آن چیزی که واقعاً هست، اهمیت دارد. تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که شخص (شخصیت و فردیت) درمانگر (که اثرات و تأثیرات درمانگر نامیده می‌شود) در مقایسه با روش‌های درمانی و فنون مورد استفاده به طور چشمگیری بیشترین تأثیرات را بر پیامدهای درمانی دارد (بلدوین و آیمل، ۲۰۱۳). در واقع، اثرات شخصیت درمانگر ۵ تا ۸ برابر بیشتر از روش‌های درمانی است. درمانگران از نظر قابلیت‌هایشان برای ایجاد پیامدهای مثبت خیلی با هم فرق دارند. البته سؤال اساسی و کلیدی این است که چه چیزی یک درمانگر را از دیگری بهتر می‌کند. اگرچه ما می‌دانیم که برخی از درمانگران از بقیه بهترند اما تحقیقات زیادی مبنی بر اینکه واقعاً چه چیزی بهترین درمانگران را از بقیه متمایز می‌کند انجام نشده است. البته به نظر می‌رسد که ویژگی‌های جمعیت-شناختی (جنسیت، قومیت، رشته‌ی تحصیلی و تجربه) خیلی مهم نیستند (بیوتلر و همکاران^۵، ۲۰۰۴) و اگرچه به نظر

- 1- Barry L. Duncan
- 2- Evidence-based treatments
- 3- Randomized clinical trials
- 4- Dummy-proof
- 5- Beutler et al

می‌رسد که طیفی از متغیرهای بین فردی درمانگران نیز به طور شهودی مهم هستند، اما حمایت تجربی برای این ویژگی‌ها یا صفات وجود ندارد (بلدوین و آیمل^۱، ۲۰۱۳). تکلیف چیست؟ چه چیزی آنهایی را که به صدر جدول درمانگران مسلط می‌رسند از بقیه متمایز می‌کند.

دکتر لن اسپری و جان کارلسون^۲ این سؤالات کلیدی را در این کتاب بی‌نظیر مورد بررسی قرار داده‌اند. اینکه درمانگران مسلط چگونه اقدام می‌کنند مستلزم ترکیب مواردی است از جمله: بررسی کل دوره‌ی درمان، تلفیق دقیق متون مرتبط با درمانگران متخصص و رشد حرفه‌ای، نگاهی درونی به اقداماتی که درمانگر در اجرای درمان انجام می‌دهد (دکتر کارلسون) و توصیفات یک مشاهده‌گر بیرونی (دکتر اسپری) که هر دو جزء درمانگران مسلط هستند. می‌توان گفت که این دو فرد مشهور، دنیایی از تجربه، فضیلت، بینش و انسانیت داشتن در زندگی را در صفحات این کتاب ارائه کرده‌اند، که اگر این موارد در این کتاب نبودند اعتبار این کتاب بالا نبود. این کتاب مواردی را مطرح می‌کند که خیلی فراتر از نام آن است. این کتاب نه تنها خواننده را به کاوش درباره‌ی کار بی‌نظیر دکتر کارلسون با این مراجع مستعد، هدایت می‌کند بلکه فرد را به تفکر درباره‌ی رشد و نیز تأمل مداوم درباره‌ی لازمه‌های درمانگر شدن و چگونگی بهترین بودن در این حوزه وادار می‌کند.

دلایل زیادی برای علاقه‌مند بودن به این کتاب وجود دارد. اول اینکه، در این کتاب توجه عمیقی به مراجع، منابع وی، تاب‌آوری‌ها و بافت اجتماعی وی، متغیرهای زمینه‌ساز مدل درمانی، متناسب کردن درمان با مراجع خاص و بخشی از شرایط زندگی مراجع می‌شود که همه‌ی این موارد (و هر چیز دیگری درباره‌ی وی که وقوعش ارتباطی به ما ندارد) در بهبودی مراجع (به شرط حضور وی در درمان) نقش دارند (آسای و لامبرت^۳، ۱۹۹۹). اگرچه تحقیق و بررسی این موارد به دلیل ماهیت خاص‌شان سخت است اما این عناصر قدرتمندترین عناصر عوامل مشترک هستند (مراجع، موتور محرک تغییر محسوب می‌شود) (بوهارت و تالمن^۴، ۲۰۱۰).

اگر ما سهم این عوامل بی‌نظیر مربوط به مراجع در ایجاد تغییر و بهبودی را در نظر نگیریم، احتمال شکست‌مان زیاد است و البته دکتر کارلسون در این کار شکست نخورد. او نه تنها قابلیت تخصصی خود برای تجمیع توانایی‌ها و منابع مراجع که علت تغییر نیز هستند را گسترش و بسط داد، بلکه همچنین این باور قوی را در خودش گسترش داد که مراجعان توانایی درونی و ذاتی برای صعود به قله‌های غیرقابل تصور و تبدیل شدن به بهترین درمانگر برای خودشان را دارند. او نشان داد که وقتی درمانگران به سمت تسلط حرکت می‌کنند، یاد می‌گیرند که بهترین متحد آنها برای روان‌درمانی موفقیت‌آمیز فردی است که در اتاق مشاوره در حال حاضر رو به روی آنها نشسته است، نه کتاب‌های موجود در قفسه‌ی کتابخانه که وقوع معجزه‌ی تغییر را فریاد می‌زنند.

1 -Baldwin & Imel

2- Len Sperry and Jon Carlson

3 -Asay & Lambert

4 -Bohart & Tallman

دیگر اینکه در این کتاب دائماً از متغیری (منظور اتحاد درمانی است) صحبت می‌شود که بیشترین توجیه کننده‌ی تفاوت بین درمانگران است و درمانگران مسلط را از بقیه جدا می‌کند. نگاه مراجع به اتحاد، پیش‌بینی کننده‌ی تنومندی برای پیامدهای درمانی است. در تازه‌ترین فراتحلیل، هورواث، دل ره، فلاکینگر و سیموندز^۱ (۲۰۱۱) ۲۰۱ تحقیق را بررسی کردند و دریافتند که اتحاد درمانی ۷/۵ درصد واریانس تغییر را تبیین می‌کند. این را نیز به خاطر بسپارید که میزان تغییر متناسب به اتحاد درمانی ۷ است و نیم درصد مابقی آن به روش درمانی خاص برمی‌گردد. کار بینش-مندانه‌ی دکتر کارلسون و اظهارات استادانه‌ی دکتر اسپری به خوبی پاسخ این سؤال را می‌دهد که چرا برخی از درمانگران از بقیه بهترند. البته تلاش‌هایی صورت گرفته و یکی از دلایل این تفاوت‌ها همان کیفیت اتحاد درمانی است. در این زمینه هیچ محدودیتی وجود ندارد. درمانگرانی که در مورد بیشتر مراجعان‌شان اتحاد درمانی قوی‌ای را شکل می‌دهند نتایج بهتری می‌گیرند و دوره‌ی کاری بهتری خواهند داشت. چیزهای بسیار زیادتری وجود دارند که ارزشمند هستند (مثل اهمیت استقبال از عدم حتمیت و شیوه‌ی محبوب من برای ترغیب پیامدهای مثبت یعنی نظارت مشارکتی بر پیامدها و اتحاد با مراجعان)، (دانکن، ۲۰۱۲) که خواننده می‌تواند بهترین مواردی را که در کارش بیشترین معنا را دارد گزینش کند. با این حال بحثی که من از طرح آن بسیار لذت می‌برم این است که دشوارترین مهارت درمانگر برای نیل به تسلط، قابلیت او در حفظ تمرکز جلسه نه تنها بر اهداف مراجع بلکه همچنین بر ایجاد تفاوت معنی‌دار در زندگی افرادی است که با آنها کار می‌کنند. دکتر کارلسون فرایند ماهرانه‌ی پیگیری مسیر مراجع را نشان داد و در عین حال و به طور هم‌زمان نقطه‌ای که مراجع خواهان حرکت به سمت آن بود را نیز از دست نداد. او به طور استادانه‌ای هم‌دل بودن نسبت به زمان‌های طاقت فرسای ارائه‌ی مشکلات و موضوعات را از طریق تضمین دادن به مراجع مبنی بر اینکه این موضوعات و مشکلات به نتایج پایانی یعنی ایجاد تفاوت معنی‌دار در شیوه‌ی زندگی او و تجربه کردن زندگی‌اش گره خورده است، ایجاد کرد. البته اغلب اوقات، جلسه‌ی درمان بین موضوعات ارزشمند بی‌شمار و نیز نگرانی‌های مشروعی در نوسان است و به گفتگو درباره‌ی آنچه مراجع واقعاً بین جلسات انجام خواهد داد نمی‌پردازد. نتیجه‌ی افتضاح این امر آن است که درمان به موضوعات جاری و مداومی از زندگی مراجع خواهد پرداخت که هرگز به تغییر واقعی در زندگی وی منجر نخواهد شد. البته این بدان معنا نیست که من با هر چیزی موافقم و با این حال در ادامه یکی دیگر از کمک‌های جالب این کتاب را مطرح خواهیم کرد. این امر به خواننده اجازه می‌دهد تا پشت یک آینده‌ی یک‌طرفه بنشیند و فرآیند درمان را همان‌گونه که پیش می‌رود مشاهده کند و البته فرصت می‌یابد تا دائماً نسبت به گام‌های بعدی دکتر کارلسون اندیشه کند و شما می‌توانید بفهمید که چگونه می‌خواهید به نحوی مشابه یا متفاوت جریان درمان را مدیریت کنید. همچنین خواننده می‌تواند به بحث‌های علمی دکتر کارلسون و دکتر اسپری ببیند و نسبت به مفهوم‌سازی‌های موردی آنها واکنش نشان دهد و موافقت یا مخالفت کند. این کار تفریح جالبی است و الهام‌بخش شما برای تأمل پیرامون کارتان خواهد بود. خلاصه‌ی کلام اینکه، نگاه جامع خاص این کتاب نسبت به تسلط در کار، از بینش‌ها و تفکرات دو متخصص خبره که در حوزه‌ی تجارب بالینی

1- Horvath, Del Re, Fluckinger and Symonds

ورود کرده‌اند بسیار متفاوت است. این کتاب خواننده را در دنیای درمانی خودش همراهی می‌کند، وی را به بررسی درباره‌ی کار حرفه‌ای‌اش و نیز این مسأله که چرا می‌خواهد درمانگر مسلط شود ترغیب می‌کند. این کتاب باور من را مجدداً تأیید کرد و آن هم این است که هنگامی که شما مراجعی توانمند، اتحاد درمانی قوی و درمانگری اصیل (کسی که خودیت و فردیت خویش را به صحنه می‌آورد) را کنار هم می‌گذارید شانس موفقیت و تغییر بسیار بالاست و ارزش آن را دارد که روی آن شرط‌بندی کرد و قطعاً باعث امیدواری خواهد شد و توجیه‌کننده‌ی اعتقاد راسخ من به روان‌درمانی به عنوان تلاشی شفافبخش خواهد بود.

References

- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 33–36). Washington, DC: American Psychological Association.
- Baldwin, S. A., & Imel, Z. (2013). Therapist effects. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavioral change* (6th ed., pp. 258–297). New York, NY: Wiley.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, M. T., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavioral change* (5th ed., pp. 227–306). New York, NY: Wiley.
- Bohart, A., & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor. In B. Duncan, S. Miller, B. Wampold, & M. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works* (2nd ed., pp. 83–12). Washington, DC: American Psychological Association.
- Duncan, B. (2010). *On becoming a better therapist*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Duncan, B. (2012). The partners for change outcome management system (PCOMS): The heart and soul of change project. *Canadian Psychology*, 53, 93–104.
- Duncan, B. L., & Reese, R. J. (2012). Empirically supported treatments, evidence based treatments, and evidence based practice. In G. Stricker & T. Widiger (Eds.), *Handbook of psychology: Clinical psychology* (2nd ed., pp. 977–1023). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Horvath, A., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9–16.

مقدمه‌ی مؤلف

در طی سالها، من (لن اسپری) این توفیق بزرگ را داشتم تا با تعدادی از افراد فوق‌العاده تأثیرگذار که تفاوت‌های واقعی و بزرگی را در زندگی دیگران ایجاد کردند آشنا شوم. این افراد، متخصصان حرفه‌ای سلامت روان بودند و هستند که هنر روان‌درمانی را واقعاً بلد بودند. این افراد به شیوه‌ای عمل می‌کردند که کاملاً متفاوت از بسیاری دیگر از روان‌درمانگرانی بودند که من دیده بودم، بر کارشان نظارت کرده بودم و تعلیم‌شان داده بودم. به عنوان مثال، چندین بار کار دکتر ریچارد اچ کاکس^۱ را که یک مصاحبه‌ی کامل اجرا کرد و چندین تست روان‌شناختی گزینشی را در بخشی از زمان یک ساعته‌ی جلسه اجرا کرد، دیدم. این ارزشیابی‌ها، بزرگسالان و جوانانی را شامل می‌شد که به تازگی در بخش‌های سرپایی روانپزشکی یک بیمارستان محلی پذیرش شده بودند.

آنچه که درباره‌ی این ارزیابی‌ها که در ظرف ۲۰ دقیقه در دفتر کار وی انجام شده حائز اهمیت است این است که وی یک گزارش ارزیابی اولیه‌ی کاملی تهیه کرد. این گزارش کامل، هر چیزی از جمله مشکل ارائه شده، تاریخچه‌ی رشدی، نتایج تست‌ها و مفهوم‌سازی موردی تا طرح درمان را شامل می‌شد. من متحیر بودم که چگونه یک فرد می‌تواند در ظرف ۲۰ دقیقه به سادگی تمام این اطلاعات به دست آمده از یک مصاحبه‌ی عمیق و تست‌ها را تلفیق کند و سپس آنها را در قالب یک گزارش بالینی مفید صورت‌بندی کند. در همان موقع من در حال گذراندن دوره‌ی یک‌ساله‌ی پست دکتری‌خویش در مرکز وی بودم و چندسال از اتمام دوره‌ی دکتری‌ام می‌گذشت و چیزهایی درباره‌ی کاربست روان‌درمانی و سنجش روان‌شناختی می‌دانستم. با این حال، در طی آن دوره‌ی یک‌ساله‌ی پست دکتری، سؤال من این بود که او چگونه این کار را انجام داد؟ او در کارش به عنوان یک روان‌درمانگر واقعاً محشر بود. به نظر می‌رسید که همه یا بیشتر مراجعان کلینیک وی بهبود می‌یابند. در حالی که من شانس و فرصتی برای دیدن جلسات وی با مراجعانش (جلسات فردی) را نداشتم، اما مستقیماً با وی در زوج درمانی‌اش درگیر و شریک شدم. در این جلسه‌ی مشترک، من و او با یک زوج از نظر درمانی کار کردیم. واقعاً، وی در تمام مدت درمان جادوی درمان را با زوج پیاده می‌کرد و من هر از چندگاهی یک اظهارنظر می‌کردم و معمولاً با حرفهای وی موافقت می‌کردم.

با این حال بیشتر اوقات، من فرآیند درمان و شیوه‌ی درخشان وی را که بدان طریق فرآیند درمان را تسهیل می‌کرد مشاهده می‌کردم. نظارت هم قابل توجه بود: وقتی که من گزارش کیس را می‌دادم وی گوش می‌داد، از زوج سوالات متمرکزی می‌پرسید و در ادامه از من می‌پرسید که من چگونه فکر می‌کنم و سپس به من کمک می‌کرد تا مطالب مربوط به کیس را پردازش کنم. در آن روزها، واژگان صورت‌بندی موردی^۲ (مراجع) و

1-Richard H. Cox

2- Case formulation

مفهوم‌سازی موردی^۱ هنوز بخشی از بسیاری از مباحث بالینی و نیز نظارت نبود اما رایزن من به من این مورد را یاد داد آن‌هم از طریق محور قرار دادن مفهوم‌سازی موردی در ایجاد تغییرات در درمان.

چند سال بعد، دکتر بری بلکول^۲ در طی دوره‌ی دستیاری‌ام در زمینه‌ی پزشکی رفتاری، استاد ناظر من بود. صبح‌ها در بیمارستان آموزشی دانشکده‌ی پزشکی و در بخش خدمات مشورتی با وی می‌چرخیدم. من می‌بایست در مورد بیمار خاصی که نشانگان روانپزشکی را نشان می‌داد خدمات مشورتی و گزارش‌های کاملی را ارائه می‌کردم. سپس وی از من می‌خواست تا بیرون از اتاق بیمار در بیمارستان یادداشت‌هایم را خلاصه کنم. بعد ما به اتاق می‌رفتیم و او با سبکی حمایتی با بیمار تعامل می‌کرد و بیش از سه یا چهار سؤال نمی‌پرسید. بعد از ترک اتاق، او می‌پرسید که آیا من می‌خواهم که چیزی به گزارش‌هایم اضافه کنم یا خیر. سپس، وی مفهوم‌سازی‌اش پیرامون مراجع و نیز توصیه‌های درمانی‌اش را ارائه می‌کرد. بنابراین، من به طور مکرر از خودم سؤال می‌کردم که وی چگونه می‌تواند اطلاعات بسیاری را با مشاهده و فقط پرسیدن تنها چند سؤال کسب کند. وقتی که مستقیماً در چند نوبت از وی سؤال کردم وی با شهودی بالینی یا ذکاوتی بالینی پاسخ می‌داد. بعد از ظهرها هم در کلینیک بیماران سرپایی‌اش، او خود را همچون یک درمانگر به اندازه‌ی کافی کارآمد نشان می‌داد. آموزش رسمی وی در حوزه‌ی رفتاردرمانی بود و تأکیدش بر مواجهه و مداخلات مبتنی بر حساسیت‌زدایی بود. در زمانی که وی استاد ناظر من بود و بر کارم نظارت می‌کرد در قالبی تلفیقی و بر اساس رفتاردرمانی شناختی عمل می‌کرد. من در رابطه با میزان بهبود بیماران وی که مبتلا به افسردگی و اختلال اضطرابی بودند متعجب و شگفت زده بودم. من از وی یاد گرفتم که چگونه می‌توان به بیماران کمک کرد تا به جای اجتناب از ترس‌ها و تجارب ترسناک گذشته با آنها مواجه شوند. آنها نه تنها نشانگان‌شان را کنار گذاشتند بلکه همچنین روندهای غیر انطباقی‌شان مبنی بر اجتناب را با روندهای انطباقی‌تر یعنی مواجهه‌ی مستقیم با موضوعات ترسناک زندگی و عدم اجتناب، جایگزین کردند. کوتاه کلام اینکه، آنها تحولی اساسی را تجربه کردند و هرگز دیگر واجد ملاک‌های تشخیصی بیماری نشدند. امروزه، این راهبرد تداوم یافته و به عنوان روشی عام و تحت عنوان نیل به تغییرات مرتبه‌ی دوم (تغییر و تحول اساسی) نام‌گذاری می‌شود. اگر فضا اجازه می‌داد، می‌توانستم تجاربی را که با افراد بی‌شماری که به عنوان رایزن (استاد کارورزی) داشتم برایتان بگویم. اما با این حال می‌توانم شباهت‌های بین آنها را بگویم. هر دوی آنان افرادی خیلی زودجوش (راحت با مردم آمیخته شدن)، اهل تفکر و از نظر عاطفی پخته بودند که می‌توانستند به سرعت و به راحتی با طیف وسیعی از مراجعان یا بیماران ارتباط برقرار کنند. آنها از نظر بالینی با دقتی لیزرگونه، با کمترین تلاش و به طوری شهودی به سرعت کار می‌کردند. همکاران آنها، آنان را افرادی حرفه‌ای و بسیار کارآمد می‌دانستند. با این حال هیچ‌کدام از آنها نمی‌توانستند به دقت چگونگی انجام مفهوم‌سازی موردی یا اینکه

1- Case conceptualization

2- Barry Blackwell

چرا فلان حرف را زده‌اند یا اینکه چرا در کار با فلان مراجع یا بیمار فلان کار را انجام داده‌اند را در قالب کلام بیان کنند. امروزه، این افراد را می‌توان به عنوان درمانگران مسلط نام نهاد. در طی ۶ سال گذشته، چندین مرتبه و بارها و بارها مجموعه‌ی دی‌وی‌های روان‌درمانی در وقت اضافه‌ی دکتر کارلسون با مراجعی به نام آیمی را که جزئی از برنامه‌ی کارورزی‌ام بود (که در آن من با کارآموزان روان‌درمانی کار می‌کردم) مشاهده کردم. روال معمولی کار این بود: اول مشاهده‌ی ویدئو و بعد بحث پیرامون هر یک از جلسات این درمان ۶ جلسه‌ای تکمیل شده. هر بار مرور این مجموعه ویدئوها برای من و کارآموزان روان‌درمانی‌ام متفاوت بود. پاسخ‌های کارآموزان نسبتاً مشابه بود و اگر هم تفاوتی بین آنها بود خیلی اندک بود و عمدتاً به سطح تجربه و آموزش آنها بستگی داشت. بنابراین، انترن‌ها (کارآموزان) در مقایسه با دانشجویان درس تمرین عملی، به احتمال زیادی تلاش-های آشکار معطوف به تغییر را درک می‌کردند. برای من هم، مرور چند باره‌ی این مجموعه‌ی درمانی کامل در زمان‌های متعدد این فایده را داشت که نه تنها درک من نسبت به تخصص دکتر کارلسون افزایش یافت بلکه همچنین بازشناسی من نسبت به راهبردهای تغییرزای بسیار ظریفی که تغییرات بسیار آشکار آیمی را نیز به دنبال داشت افزایش یافت. هر بار مشاهده‌ی فیلم‌ها به من اجازه داد تا به طور عمیق‌تری درباره‌ی پویایی‌های سیستمی و پویایی‌های روانی-عملیاتی مؤثر بر آیمی و پویایی‌های جلسه‌ی درمان که پیامدهای درمانی را متأثر می‌ساختند اندیشه کنم. برخی اوقات، من خودم را در قالب ذهن فردی مبتدی می‌دیدم که دارد به این فیلم‌ها نگاه می‌کند (سوزوکی و چادویک، ۲۰۱۱) و در این چشم‌انداز، دیدگاه من بیننده توسط تحقیق و نظریه‌ی روان‌درمانی هدایت نمی‌شد. این کار شبیه به روشی است که بسیاری از کارآموزان بدان طریق ویدئوهای درمانی را مشاهده می‌کنند. در مواقع دیگر، از منظر چشم‌انداز یک محقق روان‌درمانی آموزش دیده به فیلم‌ها نگاه می‌کردم. بنابراین، در موارد اولیه، چشم‌انداز من بسیار به کارآموزان مبتدی نزدیک بود و من می‌توانستم تعجب آنها را از چگونگی ایجاد اتحاد درمانی و تغییرات عمده‌ای که در درون آیمی و زندگی روزانه‌اش ایجاد شده بود ببینم.

این روش مرا به یاد روزهایی انداخت که کار روان‌درمانگران برجسته‌ای را که بر کارم نظارت می‌کردند مشاهده می‌کردم. تعجب و حیرت من از نحوه‌ی کار آنها بود و اینکه چگونه با آن قابلیت‌های محدود در آن زمان باید به دقت آنچه را که مشاهده می‌کنم بفهمم و درک کنم. با این حال، در موارد بعدی و ادامه‌ی کار، من قادر شدم تا به طور نظام‌مندی فیلم‌ها را مرور کنم و در عین حال روی مضامین متفاوت در جلسات مختلف تأمل کنم. در این وضعیت بود که من قادر شدم تا به منظور شناسایی راهبردهای خاص، جهت ایجاد مراتب مختلف تغییر، پویایی‌های عملیاتی متنوع را مفهوم‌سازی کنم. متعاقباً، بحث‌های من با کارآموزانم پیرامون دوره‌ی درمان زمانی که می‌توانستم به طور صحیح‌تری پویایی‌های متنوع، مضامین، مداخلات و پیامدها را تبیین کنم جان تازه‌ای به خود می‌گرفت. به دنبال یکی از این بحث‌ها، گفتگویی بین من و دکتر کارلسون صورت گرفت و ایده‌ی این

کتاب نیز شکل گرفت که به زعم ما می‌توانست خوانندگان را با درک، فهم و تبیینی از بسیاری از تغییرات ایجاد شده در مراجع اصلی مجهز کند.

این کتاب درباره‌ی چیست و چه ره‌آوردی برای شما خواهد داشت؟

مورد آیمی^۱ موردی اثرگذار و اکتشافی است. از این نظر اثرگذار است که نشان می‌دهد چگونه روان‌درمانی می‌تواند تغییرات چشمگیری را در ظرف تعداد محدودی از جلسات ایجاد کند و همچنین می‌تواند آن تغییرات را در چندین سال بعد نیز حفظ کند. از طرف دیگر این مورد نمونه‌ای اکتشافی است از این منظر که تعداد نسبتاً محدودی از موارد درمانی موفق را در یک ویدئو نشان می‌دهد. این مورد از این منظر بی‌نظیر است چرا که گفتگوهای درمانی بین دکتر کارلسون و آیمی را ۷ سال پس از ضبط آن جلسات نشان می‌دهد. در این گفتگوها، آیمی درباره‌ی تغییراتی که در جریان درمان در خودش ایجاد کرد و نیز چگونگی تداوم این تغییرات در حال حاضر صحبت کرد. کتاب حاضر کتابی بی‌نظیر درباره‌ی آخرین یافته‌ها در مورد درمانگران برجسته و مسلط است. این کتاب نگرانی‌هایی را که به طور فزاینده‌ای برای کاربست امروزه‌ی روان‌درمانی مطرح است مورد بررسی قرار می‌دهد. مسائلی از این دست که درمانگران مسلط چه کسانی هستند و تخصص روان‌درمانی را چگونه در خودشان ایجاد می‌کنند؟ آنها چگونه در جلسه درمان عمل می‌کنند؟ و مهم‌ترین سؤال اینکه آنها چگونه تغییراتی چشمگیر در مراجعان‌شان ایجاد می‌کنند؟

مهم‌ترین و اولین چیز این کتاب ۶ جلسه‌ی درمانی قابل توجه است که توسط روان‌درمانگری برجسته اجرا شده و زندگی یک مراجع را تغییر داده است، تغییراتی که حتی پس از ۷ سال هم ماندگار بود. در این کتاب رونوشت‌هایی واقعی از فرایند درمان ارائه شده‌اند. همچنین این کتاب خلاصه‌هایی موجز و کاربرپسند پیرامون تحقیقات اخیر در باب تخصص در روان‌درمانی و درمانگران مسلط ارائه کرده است. در بین تمام کتاب‌های روان‌درمانی که ما می‌شناسیم این کتاب کم‌نظیر و بی‌نظیر است زیرا دو مجموعه تفسیر (اظهارنظر) پیرامون بخش‌هایی از جلسات کامل درمانی و درمان موفق را در بر می‌گیرد. اولین اظهار نظر (تفسیر) که توسط محقق برجسته در حوزه‌ی روان‌درمانی-درمانگری ارائه شده، چگونگی ایجاد تغییرات چشمگیر از منظر تحقیقات روان‌درمانگری را تبیین می‌کند. تفسیر و اظهار نظر دوم توسط درمانگر مسلطی به نام دکتر کارلسون انجام شده که این تغییرات را در واقع او ایجاد کرده است. او تبیین کرد که چگونه فکر می‌کند و چرا در لحظات کلیدی در فرایند درمان فلان کار خاص را انجام داده است. پیام‌های منتج از جلسات ضبط شده (که پس از ۷ سال دیده می‌شد) دکتر کارلسون را به چشم‌انداز بسیار بی‌نظیری مجهز کرد. او می‌توانست درباره‌ی بخش‌های خاصی از جلسات توصیف شده اظهار نظر کند و مشخص سازد که آیا مداخلات خاص و فرآیندهای درمانی که وی

پرورش داده اثربخشی بلندمدتی داشته است یا خیر. در این مکالمه آیمی آشکار کرد که نه تنها تغییرات ایجاد شده در نتیجه‌ی درمان پایدار مانده بلکه همچنین وی تغییرات بیشتری را تجربه کرده است. تغییرات اضافی چه هستند؟ این تغییرات چگونه اتفاق می‌افتند؟ در واقع این تغییرات بدین صورت اتفاق می‌افتند که وی در طول دوره‌ی درمان توسط دکتر کارلسون تشویق شد تا درمانگر خودش باشد. او این کار را انجام داد و به رشد و شکوفایی خویش ادامه داد. به نظر می‌رسد که این جنبه، برای بسیاری از افراد، فواید اضافی و فوق‌العاده‌ی درمان محسوب شود. اما برای درمانگران مسلطی که ما می‌شناسیم این امر یک پیامد مورد انتظار برای درمان‌های بسیار اثربخش محسوب می‌شود. ممکن است تا الان برای شما مشخص شده باشد که درمانگران مسلط با درمانگران بسنده و با کفایت چه تفاوتی دارند. این نتیجه‌گیری درست است. تحقیقات موجود پیرامون تخصص در روان‌درمانی و تجارب ما از درمانگران مسلطی که می‌شناسیم این نتیجه‌گیری را تأیید می‌کند. این کتاب نظریه و تحقیقاتی پیرامون تخصص در روان‌درمانی، تصویری بالینی، کامل و موفق از درمان موفق و نیز توصیه‌ها و راهبردهایی را که مستلزم تبدیل شدن به درمانگری بسیار خیره می‌باشد ارائه می‌کند.

با این حال، خواننده به طور اختصاصی از این کتاب چه چیزی خواهد آموخت؟ اولین و مهم‌ترین چیز این است که خواننده خودش مستقیماً در فرآیند درمان درگیر خواهد شد و یک دوره‌ی کامل درمان را با پیامدهای بالینی مثبت خواهد دید. کارآموزان به ندرت تا به حال تجربه‌ی صحبت کردن با یک درمانگر مسلط پیرامون مراجعی خاص را داشته‌اند و بیشتر در کنار درمانگران در یک جلسه‌ی واقعی درمان با مراجع می‌نشینند. به طور ایده‌آلی، مشاهده‌ی ویدئوهای درمانی (در بخش کتاب‌های سایت انجمن روان‌شناسی آمریکا قابل دسترسی است) و سپس مطالعه‌ی فصل‌های کتاب به انضمام تفسیرها (اظهار نظرها) و رونوشت‌ها، موقعیت ایده‌آلی برای یادگیری فراهم می‌کند. با این حال، مطالعه و خواندن کتاب هم کفایت می‌کند و دسترسی به جلسات ویدئویی لازمه‌ی یادگیری چگونگی راه‌اندازی یک درمان کامل و موفق از ابتدا تا جلسات آخر نیست.

در اینجا مروری خواهیم کرد بر آنچه که در کتاب مطرح خواهد شد. فصل اول زمینه‌ی مناسبی از چشم‌انداز روان‌درمانی همان‌طور که امروزه ارائه می‌شود را فراهم می‌کند. این فصل مفهوم تخصص را به طور عام و بالخصوص در ارتباط با روان‌درمانی توصیف می‌کند. همچنین نیم‌رخ‌ی از درمانگران مسلط و اینکه چگونه تجارب زندگی اولیه و محیط کاری حرفه‌ای آنها رشد تخصص بی‌همتای آنها را متأثر می‌سازد نیز ارائه می‌کند. در ادامه و در فصل‌های دو تا هشت همین کیس مزبور (آیمی) را بسط و گسترش خواهیم داد. این فصول به شما کمک می‌کند تا تمام جنبه‌های فرایند درمان و اینکه چگونه تمام مؤلفه‌های درمان موفق (اتحاد درمانی، سنجش قابلیت‌های تغییر مراجع، اعتبار بالینی، مفهوم‌سازی موردی، مداخلاتی که تغییرات مرتبه‌ی اول، دوم و سوم را ایجاد می‌کنند، نظارت و ارزشیابی و اختتام) با هم منطبق هستند را درک کنید و بفهمید. این کتاب صحنه را برای درک بهتر بخش‌های توصیف شده‌ی درمان و دو مجموعه اظهار نظرها مهیا می‌کند. فصل نهم، هم تکالیف رشدی ضروری

و هم راهبردهای لازم برای پیشروی در مسیر رشدنگر تبدیل شدن به درمانگر مسلط را ترسیم می‌کند. یکی از شاخص‌هایی که نشان می‌دهد درمانگر در کجای مسیر تکاملی قرار دارد ارزیابی اولیه‌ی وی از مراجعان بالقوه از جمله آیمی است. او تاریخچه‌ای طولانی از رهاشدگی، بی‌توجهی و سوءاستفاده را یادک می‌کشد. یک سؤال بالینی مهم این بود: پیش‌آگهی وی برای درمان به طور خاص درمان‌زمان محدود و مختصر چگونه است؟ آیا خیلی خوب یا عالی است یا اینکه ناامیدکننده است. بسیاری از درمانگران ممکن است پیش‌آگهی ناامیدکننده را خوب تلقی کنند. در مقابل، درمانگران دیگر به ویژه درمانگران مسلط و آنانی که تخصص بالایی دارند اطلاعات لازم را استخراج می‌کنند و بر شهود و تجربه‌ی بالینی تکیه می‌کنند تا بتوانند نتیجه‌گیری کنند که آیا پیش‌آگهی‌شان کاملاً خوب است یا خیر. پیش‌آگهی دکتر کارلسون از آیمی نیز واضح بود. او به سرعت نتیجه‌گیری کرد که وی قادر است تغییرات مرتبه‌ی دوم چشمگیری را در ۶ جلسه‌ی درمان تجربه کند. برای اینکه بدانید آیا وی انتظار دارد که مراجعش برای تغییرات مرتبه‌ی سوم در جریان آخرین جلسه‌ی درمان و پس از آن توانا و مشتاق باشد نیاز است تا کل کتاب را بخوانید. شهود و ذکاوت بالینی وی، اساس و پایه‌ی خوش‌بینی وی و روش نظام‌مند بسیار دقیق وی برای حمایت از آیمی و نیز چالش با وی برای ایجاد تغییر بود. حمایت عاطفی چشمگیر در ابتدای درمان به همراه تشویق و دلگرمی فزاینده و ترغیب وی برای رشد کردن در جریان پیشروی درمان، یکی از راهبردهای دکتر کارلسون برای ایجاد تغییر بود. مجدداً یادآور می‌شود که این مطالب مروری است از آنچه که شما در فصول آتی خواهید خواند.

کوتاه کلام اینکه، این کتاب بدین جهت نوشته شده تا یک تصویر و الگوی روشنی از این که چگونه می‌توان درمان اثربخش و بسیار حرفه‌ای را آموخت و اجرا کرد ارائه کند. این کتاب سطح بالایی از درک و تبیین پیرامون عوامل متنوع و راهبردهای لازم جهت ایجاد تغییراتی عمیق و بادوام ارائه می‌کند. به عنوان یک کتاب آموزشی، این کتاب برای درک دنیای درونی و بیرونی تلاش‌های درمانگران جهت ایجاد تغییرات عمده در مراجعان آسیب دیده (البته این کتاب یک مورد از این مراجعان را به طور خلاصه مطرح می‌کند)، چشم‌اندازهای متنوعی را برای درمانگران و کارآموزان فراهم می‌کند. اولین چشم‌انداز برای درک و فهم روان‌درمانی استادانه در عمل، مستلزم تماشای کامل ویدئوی مراجع است. چشم‌انداز دوم مستلزم مطالعه‌ی دقیق و تفکر پیرامون توصیفات (رونوشت جلسات) مراجع است. چشم‌انداز سوم، مستلزم مطالعه‌ی دقیق و توجه به تبیین‌های مرتبط با تحقیقات و نظریه‌های روان‌درمانی است که در هر فصل کتاب مطرح شده است و به طور خاصی ویژگی‌های کلیدی مراجع مذکور را مورد بررسی قرار می‌دهد. این ویژگی‌های کلیدی عبارت‌اند از نقش اتحاد درمانی، تمرکز بخشی به مفهوم‌سازی موردی و اهمیت تجارب تصحیحی و تغییرات مرتبه‌ی سوم در ایجاد تغییرات بادوام و بلند مدت. چهارمین چشم‌انداز، مستلزم مطالعه‌ی هر دو اظهار نظر در هر فصل است که پیرامون بخش‌های توصیف شده‌ی جلسات

ارائه خواهند شد. اولین اظهار نظر تبیین می‌کند که با توجه به تحقیقات و نظریه‌های روان‌درمانی، چه اتفاقاتی در جلسه‌ی درمان رخ می‌دهند و اظهار نظر دوم نیز تبیین می‌کند که دنیای درونی دکتر کارلسون به عنوان یک درمانگر چگونه است آن هم هنگامی که تأملات خویش پیرامون چگونگی احساس کردن، فکر کردن و توجه کردن در جریان مرور بخش‌های توصیف شده را مطرح می‌کند. مفروض این است که هرچقدر این چشم‌اندازها دقیق‌تر پیروی شود درک، تبیین و فهم عمیق خواننده نیز بیشتر خواهد بود.

یادداشت پایانی

من در اصل در زمینه‌ی روان‌شناسی انفرادی یا آنچه که امروزه به عنوان روان‌شناسی آدلری معروف است آموزش دیده‌ام. من هرگز آلفرد آدلر را ندیده‌ام اما به نظر می‌رسد که میزان زیادی از عمرم را صرف شناسایی وی و ایده‌هایش کرده‌ام. رویکرد وی واقعاً پیش‌درآمد آن چیزی است که امروزه تحت عنوان سی‌بی‌تی^۱ یا درمان شناختی رفتاری نامیده می‌شود. بسیاری از دوران حرفه‌ای، تحقیقات و کارهای عملی‌ام مصروف روان‌شناسی آدلری بود که در آن ایده‌ی خدمت به مردم در مرکز و کانون توجه کارم قرار داشت (کارلسون، واتز و مانیچی، ۲۰۰۶؛ کارلسون و مانیچی، ۲۰۱۲). این نظام درک رفتار انسانی، تأکید عمده اش بر درک افراد در بافت اجتماعی است. آدلر معتقد بود که تمامی رفتارها معنایی اجتماعی دارد و او به طور برابر برای سطح بالای علاقه‌ی اجتماعی و نیز سلامتی روانی ارزش قائل بود. علاقه‌ی اجتماعی^۳ واژه‌ای آلمانی است که ترجمه‌ی آن داشتن تعهد به رفاه اجتماع است که متضاد آن تمرکز بر موضوعات یا نگرانی‌های شخصی زندگی است. این واژه همچنین داشتن چشم‌اندازی مثبت نسبت به زندگی به انضمام علاقه داشتن به افزایش رفاه دیگران را نیز شامل می‌شود. من بسیاری از دوران عمر حرفه‌ای خودم را در تلاش برای رشد علاقه‌ی اجتماعی در جهان پیرامونم سپری کرده‌ام. ایده‌ی علاقه‌ی اجتماعی کاملاً و به طرز زیبایی با دیگر عامل اثرگذار بر تعهد من نسبت به کاربست حرفه‌ای و خدمات رسانی منطبق بود و آن عامل اثرگذار مطالعه و تمرین پیرامون ایده‌های بودا بود که در زندگی و کار حرفه‌ای من تلفیق شده است. آئین بودا بر نشان دادن شفقت و فهم این نکته تأکید دارد که همه‌ی کارها مهم هستند و می‌توانند نوعی خدمت به اجتماع باشد.

من و دکتر کارلسون در سال ۱۹۷۲ در حالی که در جریان سپری کردن دوره‌ی پست دکترا خود در مؤسسه-ی آلفرد آدلر شیکاگو بودیم یکدیگر را ملاقات کردیم. برنامه‌های این مرکز در نوع خودش برنامه‌ی عمیقی بود و آموزش‌های روان‌درمانی روان‌کاوی پیشرفته‌ای مشابه با آنچه که در مؤسسات کارورزی روان‌تحلیلی یافت می‌شد ارائه می‌کرد. ما هم این دوره‌ی کارآموزی را تکمیل کردیم و هم اینکه به دانشکده برای دریافت مدرک

1 - CBT

2 - Carlson, Watts, & Maniaci

3 - gemeinschaftsgefühl

دکترای دیگری در رشته‌ی روان‌شناسی بالینی برگزیدیم. ما برای کارهای مان و نیز مهارت‌های حرفه‌ای مان جوایز و تقدیرهای بسیاری را دریافت کردیم. در جریان چهل سال گذشته، ما دوست و همکار صمیمی یکدیگر باقی ماندیم و در بسیاری از کتاب‌های تحقیقی، مقالات نشریه‌ها، فصول کتاب‌ها و ویدئوهای مرتبط با جنبه‌های متنوع روان‌درمانی با هم کار کرده‌ایم. این پیوند ما هنوز هم در نسل بعدی ما ادامه دارد و پسران ما جان اسپری^۱ و مت انگلر – کارلسون^۲ مشاغل مشابهی دارند. روان‌درمانی، مرکز و هسته‌ی زندگی ما دو نفر می‌باشد. تجربه‌ی ما در رابطه با درمانگران مسلط هم شخصی و هم دانشگاهی است. شخصی است از این نظر که هر دوی ما توسط همکارانمان با این مقام و منصب شناخته شده‌ایم و دانشگاهی است از این جهت که هر دوی ما در طی سالهای گذشته به عنوان درمانگران مسلط معروف شدیم. درمانگرانی که برخی از آنها الان در میان ما نیستند. هنگامی که ما در سرتاسر کتاب عبارت "درمانگران مسلطی که ما می‌شناسیم" را به کار می‌بریم، منظورمان مردان الهام‌بخش و زنان خیره‌ای است که آنها را می‌شناسیم و کماکان به لذت شناسایی چنین افرادی ادامه خواهیم داد.

References

- Carlson, J., Watts, R. E., & Maniaci, M. (2006). *Adlerian therapy*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Carlson, J., & Maniaci, M. (2012). *Alfred Adler revisited*. New York, NY: Routledge.
- Howard, K., Orlinsky, D., & Perilstein, J. (1976). Contribution of therapists to patients' experiences in psychotherapy: A components of variance model for analyzing process data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 520–526.
- Kottler, J., & Carlson, J. (2014). *On being a master therapist: Practicing what we preach*. New York, NY: Wiley.
- Kottler, J., & Carlson, J. (2002). *Bad therapy: Master therapists share their worst failures*. New York, NY: Routledge.
- Kottler, J., & Carlson, J. (2008). *Their finest hour: Master therapists share their greatest success stories*, 2nd ed. Camarhan, UK: Crown House Publishers.
- Kottler, J., & Carlson, J. (2005). *The mummy at the dining room table: Eminent therapists reveal their most unusual cases and what they teach us about human behavior*. San Francisco: Jossey Bass.
- Kottler, J., & Carlson, J. (2005). *The client who changed me*. New York, NY: Routledge.
- Kottler, J., & Carlson, J. (2007). *Moved by the spirit: Discovery and transformation in the lives of leaders*. Atascadero, California: Impact Publishers

1- Jon Sperry

2- Matt Englar-Carlson

-
- Kottler, J., & Carlson, J. (2009). *Creative breakthroughs: Tales of transformation and astonishment*. New York, NY: Wiley.
- Kottler, J., & Carlson, J. (2010). *Duped: Lies and deception in psychotherapy*. New York, NY: Routledge.
- Kottler, J., Englar-Carlson, M., & Carlson, J. (2012). *Helping beyond the fifty minute hour*. New York, NY: Routledge
- Kottler, J., Carlson, J., & Keeney, B. (2004). *The American shaman: An odyssey of global healing traditions*. New York, NY: Routledge.
- Sperry, I., Brill, P., Howard, K., & Grissom, G. (1996). *Treatment outcomes in psychotherapy and psychiatric interventions*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Suzuki, S., & Chadwick, D. (2011). *Zen mind, beginner's mind*. Boston, MA: Shambhala.

مقدمه‌ی مترجم

رشته‌های مشاوره و روان‌درمانی و روان‌شناسی و سایر حرفه‌های یاورانه در ایران و جهان رو به رشد هستند و به رشته‌هایی محبوب تبدیل شده‌اند. نگاهی به آمار و ارقام دانشجویان این رشته‌ها در کشور عزیزمان ایران خود گویای محبوبیت این رشته‌ها است. از همان آغاز ورود به دانشگاه، یکی از دغدغه‌های دانشجویان این رشته‌ها کمبود و یا فقدان کارورزی مناسب است به نحوی که دانشجویان در سال‌های اول پس از فارغ‌التحصیلی در کار عملی و واقعی در مراکز مشاوره و روان‌درمانی خیلی موفق نیستند و غالباً خودشان با آزمون و خطاهای بسیار مسیر درمانگر شدن را طی می‌کنند. در طی سال‌های تدریس در دانشگاه همواره این دغدغه را از دانشجویان در کلاس‌های درس شنیده و مشاهده کرده‌ام. آنها بارها و بارها عنوان کرده‌اند که ما درس‌های نظری را خوب می‌خوانیم اما نحوه‌ی استفاده‌ی عملی از این آموخته‌ها را نمی‌دانیم و نمی‌دانیم که اگر در جلسه‌ی مشاوره و روان‌درمانی قرار بگیریم باید چگونه عمل کنیم. یکی از علل این امر عدم انسجام و نبود برنامه‌ای مشخص در درس‌های کارورزی است که از جمله علل آن فقدان متنی قوی و معتبر در این زمینه است.

مترجم این اثر هم این دغدغه را از همان آغاز سال‌های دانشجویی تا کنون داشته است. به همین دلیل بود که به محض معرفی این کتاب توسط یکی از دوستان و همکاران خویش بعد از مطالعه‌ی اجمالی سرفصل‌ها و محتوای کتاب بدون فوت وقت شروع به ترجمه‌ی این اثر کردم تا در اولین فرصت این متن درسی قوی در اختیار دانشجویان حرفه‌های یاورانه قرار بگیرد. این کتاب در نوع خود، اولین کتاب است که در ایران ترجمه می‌شود و از جمله دلایل برجستگی این کتاب اظهار نظرهایی است که ۳۴ نفر از متخصصان بزرگ این رشته در دنیا پیرامون این کتاب مطرح کرده‌اند. مضاف بر این خود دکتر کارلسون و دکتر اسپری از جمله متخصصان برجسته‌ی این حوزه هستند که تجارب بیش از ۴۰ سال خویش در عرصه روان‌درمانی و مشاوره را در این کتاب در معرض دید دانشجویان رشته‌های یاورانه قرار داده‌اند. در کتاب حاضر رونوشت و متن جلسات روان‌درمانی برگزار شده توسط یکی از مؤلفان و نیز اظهار نظر تخصصی و فنی مؤلف دیگر پیرامون جلسه‌ی برگزار شده ارائه شده و همین امر درک و فهم مطالب عنوان شده در کتاب را آسان‌تر می‌کند. امیدوارم ترجمه‌ی این اثر گامی کوچک در اعتلای رشته‌ی مشاوره در کشور عزیزمان ایران باشد و اساتید و همکاران محترم و نیز دانشجویان رشته‌های یاورانه از این اثر ارزشمند بهره‌ی وافیه و کافی را ببرند.

فصل اول

دستیابی به تغییر: درمانگران مسلط و خبره در عمل

در دهه‌ی گذشته، مقالات مجلات و بخش‌های پر فروش مجله‌ی نیویورک تایمز از جمله "مبالغه در باب استعداد"^۱ (کولین^۲، ۲۰۰۸) و کتاب طرد شده^۳ (گلا دول^۴، ۲۰۰۸) به تحقیق پیرامون تخصص‌گرایی در زمینه‌ی حرفه‌های مختلف محبوبیت بخشیده‌اند (اریکسون، چارنس، فلتوویچ و هافمن^۵، ۲۰۰۶؛ اریکسون و لهمان^۶، ۱۹۹۶). این تمرکز بر تخصص‌گرایی، آغازی تأثیرگذار بر حرفه و کاربست روان‌درمانی بود. در چند سال گذشته، علاقه‌ی فزاینده‌ای پیرامون تخصص‌گرایی و تسلط (چیرگی) در زمینه‌ی روان‌درمانی^۷ در بین درمانگران، محققان، افراد دانشگاهی، ناظران، دانشجویان و کارورزان ایجاد شده است. سؤالاتی که عموماً پیرامون تخصص‌گرایی و تسلط (چیرگی) در روان‌درمانی پرسیده می‌شوند عبارت‌اند از: یک درمانگر مسلط و خبره کیست؟ درمانگر مسلط و خبره چگونه رفتار می‌کند (چگونه افراد را درمان می‌کند)؟ یک فرد چگونه به درمانگری مسلط و خبره تبدیل می‌شود؟ این کتاب به این

1- Talent Is Overrated

2- Colvin

3- Outliers

4- Gladwell

5- Ericsson, Charness, Feltovich, & Hoffman

6- Lehmann

7- Psychotherapy

سه سؤال پاسخ می‌دهد. این فصل به دو سؤال اول می‌پردازد و فصل نهم به سؤال سوم پاسخ می‌دهد. به‌طور ویژه‌ای این فصل با بحث پیرامون زمینه و بافتی که در حال حاضر روان‌درمانی در آن انجام می‌شود آغاز می‌شود و رغبتی را در متخصصان روان‌درمانی و درمانگران خبره (مسلط)^۱ ایجاد می‌کند. در ادامه، توصیف و نیم‌رخ از درمانگران خبره ارائه می‌شود. با این حال، فصل حاضر با بحث پیرامون این نکته که درمانگران مسلط چگونه عمل می‌کنند آغاز می‌شود و همین بحث در فصول بعدی ادامه پیدا می‌کند.

زمینه‌ی کاربست روان‌درمانی در عصر کنونی

چرا نسبت به تخصص‌گرایی در زمینه‌ی روان‌درمانی و تبدیل شدن به درمانگری مسلط و خبره این همه علاقه‌مندی وجود دارد؟ برای درک و فهم کامل پاسخ به این سؤال باید نسبت به زمینه‌ای (بافت) که امروزه کاربست روان‌درمانی در آن انجام می‌شود، اطلاعاتی داشته باشیم. در دهه‌ی گذشته شاهد تحول چشمگیر تحقیقات و کاربست روان‌درمانی بودیم. تعدادی از عوامل این تحول را تبیین می‌کنند. در عصر مسئولیت‌پذیری حاضر، کاربست روان‌درمانی به‌طور فزاینده‌ای به دلیل اثربخشی بالینی، مقرون به صرفه بودن، تحت نظارت بودن و مستند بودن مورد توجه قرار گرفته است. کاربست مستند^۲ (مبتنی بر شواهد) این‌گونه تعریف شده است: تلفیق بهترین شواهد تحقیقی با ارزش‌های بیماران و تخصص‌های بالینی (مؤسسه‌ی پزشکی، ۲۰۰۱، ص ۱۴۷). درمان مذکور از مفهوم درمان‌های تأیید شده به واسطه‌ی شواهد تجربی^۳ گسترده‌تر است بدین معنا که این درمان به‌طور صریحی ارزش‌های مراجع و تخصص‌های بالینی را (مانند: استفاده از مهارت‌های بالینی و تجارب گذشته برای شناسایی سریع وضعیت سلامتی مراجع، تشخیص‌ها، خطرها، فواید، ارزش‌ها و انتظارات شخصی) مورد توجه قرار می‌دهد. همچنین، درمانگران خبره و آگاه و باصلاحیت، اتحاد درمانی ارتقاء یافته را رشد می‌دهند و آن را حفظ می‌کنند، از بهترین اطلاعات عملی استفاده می‌کنند، درمان را با توجه به تشخیص خود از مراجع، نیازها و ترجیحات او طراحی می‌کنند و پیامدهای بالینی را نظارت می‌کنند (دی لئون، ۲۰۰۳).

این بخش، ۵ عنصر نمایانگر نظریه‌ی روان‌درمانی عصر حاضر، تحقیقات، کاربست و روند تحول آن را مرور می‌کند. این عناصر عبارت‌اند از: پیامدها، مداخلات (درمان‌ها)، اتحاد درمانی و عوامل مرتبط با مراجع و درمانگر. صلاحیت (شایستگی) و تخصص، عوامل کلیدی درمانگران هستند.

- 1- Master therapists
- 2- Evidence-based practice (EBP)
- 3- Empirically Supported treatment

پیامدها

پیامدهای (نتایج) درمانی یا مداخلاتی یکی از جنبه‌های مهم روان‌درمانی محسوب می‌شوند. در حالی که فرآیندهای درمانی مهم هستند، فرهنگ مسئولیت‌پذیری (پاسخگویی) و جنبش کاربرست مستند (شواهد محور) مرتبط، باعث شده‌اند تا پیامدهای مداخلات (درمانی)^۱ جزء ملاحظات مرکزی کاربرست روان‌درمانی امروزی قلمداد شوند. منظور از پیامدها، اثرات یا نکات پایانی مداخلات ویژه یا فرآیندهای درمانی است. دو نوع پیامد را می‌توان از هم تفکیک کرد: پیامدهای بلافصل یا تکوینی^۲ و پیامدهای نهایی یا بعد از درمان^۳. پیامدها را می‌توان قبل از درمان یا پس از درمان یا در روندی مستمر سنجید (بررسی پیامدها در هر جلسه). تحقیقات نشان داده‌اند که وقتی درمانگر در نظارت مداوم بر پیامدها درگیر شود در مقایسه با سنجش قبل و بعد درمان یا سنجش غیررسمی پیامدها، فایده‌اش بیشتر است (دانکن^۴، ۲۰۱۲؛ لامبرت و همکاران^۵، ۲۰۰۳؛ لامبرت و شیموکاوا^۶، ۲۰۱۱).

مداخله (درمان)

مداخلات تأیید شده توسط شواهد تجربی مداخلاتی هستند که تحقیقات تجربی، شواهدی را مبنی بر اثربخشی آنها فراهم کرده‌است. اغلب این مداخلات دستورالعمل‌های عملی (دست‌نامه)^۷ هستند. وقتی هزینه‌های درمان به طور ماریجی و صعودی اوج می‌گیرند، الگوهای کاربرست بالینی به عنوان عوامل اصلی پول هدر دادن، ناپختگی و تشدید هزینه‌ها قلمداد می‌شوند. در نتیجه، نظام‌های سلامتی و برنامه‌های مدیریت سلامت، به سمت استانداردسازی خدمات و اختصاصی‌سازی دستورالعمل‌ها جهت ارائه خدمات درمانی و سلامتی حرکت می‌کنند. انتظار این بود که متخصصان بالینی از جمله روان‌درمانگران در تضاد با خدمات و درمان‌های رابطه محور، تنها به ارائه خدمات و درمان‌های مواجهه‌ای پردازند و قادر شوند ثابت کنند که این خدمات مقرون به صرفه و مبتنی بر شواهد هستند. این امر در واقع آغازی بود بر آنچه در حوزه‌ی روان‌درمانی، جنبش درمان‌های تأیید شده به واسطه‌ی شواهد تجربی نامیده

1-Treatment outcomes

2-Immediate or formative outcomes

3-Final or post-treatment outcomes

4 - Duncan

5 - Lambert et al

6 - Shimokawa

7-Manual-based treatments

می‌شود (رید، مک لاگلین و نیومن^۱، ۲۰۰۲). در حالی که پیرامون استفاده از درمان مذکور مجادلاتی وجود دارد، اما به طور خاصی این توافق فزاینده وجود دارد که مداخلات مبتنی بر شواهد (مستند) به ویژه آنهایی که مبتنی بر دستورالعمل‌های عملی هستند مفید و ضروری‌اند.

اتحاد درمانی

در تحقیقات انجام شده پیرامون پیامد روان‌درمانی، رابطه‌ی درمانی به عنوان متغیری مهم و بی‌بدیل باقی می‌ماند. یک فراتحلیل^۲ انجام شده توسط لامبرت^۳ (۱۹۹۲) نشان داد که درمان‌های خاص یا تکنیک‌ها (فنون) چیزی بیش از ۱۵ درصد واریانس (پراکنش) پیامدهای درمان را توجیه نمی‌کند. به عبارت دیگر، رابطه‌ی درمانی^۴ و عوامل مشترک^۵ در درمان‌های متفاوت، ۳۰ درصد واریانس (پراکنش) پیامدهای درمانی را توجیه کرده است. اتحاد درمانی^۶ یک نوع رابطه‌ی درمانی است که سه عامل را شامل می‌شود: پیوند درمانی بین مراجع و درمانگر، اهداف مورد توافق^۷ در درمان و توافق روی روش‌های نیل به هدف یا اهداف. این موارد در فصل دوم به طور مبسوط توصیف شده‌اند. فراتحلیل لامبرت و دیگر یافته‌ها، فریاد رسای حامیان رابطه‌ی درمانی در مقابل حامیان درمان‌های تأیید شده به واسطه‌ی شواهد تجربی است. این نبرد مبتنی بر دیدگاه یا این یا آن^۸ سالها ادامه داشت تا اینکه این پذیرش فزاینده ایجاد شد که برای تحقق پیامدهای درمانی هم رابطه و هم مداخلات درمانی ضروری است.

مراجع

البته به نظر می‌رسد که از نظر بعضی‌ها این دیدگاه مبتنی بر هم این هم آن نوعی کوتاه نظری است. با این حال فراتحلیل دیگری در زمینه‌ی عوامل توجیه‌کننده‌ی تغییرات روان‌درمانی (لامبرت و بیرلی، ۲۰۰۱) نشان داد که بیشترین عنصر توجیه‌کننده‌ی تغییرات درمانی (۴۰ درصد) ناشی از عوامل فرادرمانی است که البته از این عامل تحت عنوان منابع (امکانات) مراجع یا خود مراجع یاد می‌شود. در حالی که

-
- 1 - Reed, McLaughlin, & Newman
 - 2- Meta-analysis
 - 3- Lambert
 - 4- Therapy relationship
 - 5- Factors common
 - 6- Therapeutic alliance
 - 7- Agreed-on goals
 - 8-Either-or battle

این یافته به اندازه‌ی یافته‌های گزارش‌های قبلی اساسی است (لامبرت، ۱۹۹۲) اما اهمیت آن نادیده انگاشته شده است. عنصر مراجع، تعدادی از عوامل همچون انگیزش و آمادگی‌اش برای تغییر، قابلیت او برای ایجاد و حفظ رابطه، میزان دسترسی‌اش به درمان، نظام حمایت اجتماعی و دیگر عوامل غیر تشخیصی را شامل می‌شود. فصل دوم، مبحث منابع مراجع را به تفصیل مورد بحث قرار می‌دهد.

درمانگر

اگرچه تحقیق لامبرت (۱۹۹۲) در درک و فهم عناصر دخیل در پیامدهای روان‌درمانی بسیار مفید بوده است، اما توجه مستقیمی به نقش درمانگر نکرده است. مدت‌هاست مشاهده شده است که برخی از درمانگران از برخی دیگر اثربخش‌ترند (اورلینسکی^۱ و همکاران، ۱۹۹۹). برای سال‌ها، واژه‌هایی مانند درمانگرِ خیره و مسلط و فوق تخصص اعصاب برای توصیف متخصصینی از جمله درمانگران به کار می‌رفت. به طور فزاینده‌ای تحقیقات نشان داده‌اند که عامل درمانگر به طور مثبتی بر مراجع، اتحاد درمانی و اجرای مداخلات درمانی و در نتیجه بهبود پیامدهای درمانی تأثیرگذار است.

این فصل و مابقی فصول کتاب به مبحث عوامل درمانگر تحت عنوان اثرات درمانگر^۲ می‌پردازد. آگاهی فزاینده‌ای در بین درمانگران سرتاسر دنیا (اورلینسکی، باترمنز و رنستاد^۳، ۲۰۰۱) ایجاد شده است که پیامدهای روان‌درمانی تا حد زیادی تابع درمانگری است که آن درمان را ارائه می‌کند و نه رویکرد درمانی. تحقیقات پیامدی نیز اثرات تأثیر خود درمانگر را نشان داده‌اند (کریست-کریستوف^۴ و همکاران، ۱۹۹۱؛ تایبر و مک کلر^۵، ۲۰۰۰؛ وامپولد، ۲۰۰۱). وامپولد^۶ (۲۰۰۱) در تفسیر نتایج فراتحلیل‌اش، نتیجه گرفت که درمان خاصی که درمانگر ارائه می‌کند پیامدهای درمان را متأثر نمی‌سازد، بلکه درمانگران‌اند که سهم کثیر واریانس بهبود را توجیه می‌کنند (ص ۲۰۲). به عبارت دیگر، این درمانگر و نه خود درمان است که میزان تغییرات درمانی ایجاد شده را متأثر می‌سازد. همچنین تحقیقات نشان داده‌اند که درمانگران خیره و مسلط در مقایسه با درمانگرانی که کمتر حرفه‌ای و با کفایت هستند در

-
- 1 - Orlinsky
 - 2- Therapist effect
 - 3 - Botermans, & Ronnestad
 - 4 - Crits-Christoph
 - 5 - Teyber & McClure
 - 6- Wampold

تأثیرگذاری بر تغییرات درمانی مؤثرتر هستند (اورلینسکی و همکاران، ۲۰۰۱؛ اورلینسکی و روستاد، ۲۰۰۵).

کوتاه کلام اینکه این علاقه به تخصص‌گرایی و تأکید بر پیامدهای درمانی در تعداد زیادی از مطالعات تحقیقی، مقالات، کتاب‌ها و کارگاه‌های پیرامون درمانگران خبره و مسلط انعکاس یافته‌اند. این کتاب به وضوح چنین روندی را منعکس می‌کند. علاوه بر تمرکز بر این ۵ عامل، عامل مهم دیگر، نقش صلاحیت‌ها و شایستگی‌هاست. در برنامه‌های کارورزی روان‌درمانی فعلی، صلاحیت^۱، به مثابه‌ی روح زمانه^۲ قلمداد می‌شود. صلاحیت مبین‌تغییری پارادایمیک در برنامه‌های کارورزی روان‌درمانی است و به طور نه‌چندان شگفت‌آمیزی کاربرست روان‌درمانی را متأثر می‌سازد و این تأثیرگذاری را ادامه می‌دهد.

استانداردهای لازمه باید با استانداردهای مربوط به صلاحیت، جایگزین شوند، استانداردهای هسته-ای در حال جایگزینی با برنامه‌های هسته‌ای^۳ هستند و چشم‌انداز و افق روان‌درمانی به سمت اخذ مجوزهای مبتنی بر صلاحیت می‌رود. تغییر به سمت صلاحیت در روان‌درمانگری در برنامه‌های کارورزی روانپزشکی، به یک شاخص معتبر تبدیل شده است و باعث این شده که امروزه کاروزان مجبور شوند تا در سه رویکرد روان‌درمانی با صلاحیت شوند. برنامه‌های کارورزی در روان‌شناسی بالینی به طور اساسی صلاحیت‌های خاص، درمان خانواده و زناشویی و برنامه‌های مشاوره‌ی حرفه‌ای را در بر می‌گیرند که باید به آرامی دنبال شوند. از آنجایی که صلاحیت‌ها شامل دانش، مهارت و مؤلفه‌های نگرشی می‌شوند، برنامه‌های آموزشی صلاحیت محور^۴ به طور کلی از روان‌درمانی‌هایی که قبلاً آموزش، آموخته و ارزیابی می‌شدند، متفاوت هستند.

شش صلاحیت بنیادی روان‌درمانی عبارت‌اند از: ۱- بیان شفاف یک چهارچوب مفهومی برای کاربرست روان‌درمانی ۲- ایجاد و حفظ یک اتحاد درمانی اثربخش ۳- تدوین یک مفهوم‌سازی یک پارچه پیرامون کیس و یک طرح درمان مبتنی بر سنجشی یک پارچه ۴- اجرای مداخلات خوب طراحی شده ۵- نظارت بر پیامدها و پیشرفت درمان و داشتن طرحی برای فرآیند اختتام ۶- عمل کردن

-
- 1- Competency
 - 2- Zeitgeist
 - 3- Core curriculums
 - 4-Competency-based education

در عین حساسیت نسبت به عوامل فرهنگی و قومی (اسپری، ۲۰۱۰؛ b۲۰۱۰). بر اساس تجارب ما، درمانگران مسلط و خبره سطوح بالایی از این صلاحیت‌ها را دارند و در جلسه‌ی مشاوره نشان می‌دهند.

نیم‌رخ ویژگی‌های یک درمانگر چیره دست

عنوان فرد مسلط و چیره دست به فردی اشاره دارد که با سطح بالایی از تخصص یا حرفه‌ای بودن (تبحر) آموزش می‌دهد و اقدام می‌کند. چنین تخصصی بیانگر تسلط در کاربست درمان است و شامل نوعی دانش همه شمول، خلاقانه و روندی (دارای چهارچوب) است که می‌تواند به طور رسایی برای دیگران الگوسازی شود یا به عنوان پایه‌ای برای شکل دادن نظارت بر کاربست عملی دیگران مورد استفاده قرار بگیرد (اورلینسکی، ۱۹۹۹، ص ۱۳). واژه‌ی درمانگر مسلط، در متون روان‌درمانی به منظور توصیف درمانگرانی به کار می‌رود که در بین دیگر هم‌قطاران‌شان به دلیل تسلط و تخصص در تجارب روان‌درمانی بهترین هستند (جینگز و اسکوهولت، ۱۹۹۹).

تخصص در روان‌درمانی این‌گونه تعریف می‌شود: دانستن اینکه در لحظه به لحظه‌ی جلسات درمانی چه اتفاقی می‌افتد، دقیق بودن، ظریف بودن، تیزبین بودن در کار درمانی و توانایی هدایت رشد درمانگران دیگر (اورلینسکی و همکاران، ۱۹۹۹، ص ۲۱۱). از آنجایی که مطالعه پیرامون تخصص‌گرایی در روان‌درمانگران نسبتاً تازه است، لذا تعداد کمی از نیم‌رخ‌ها پیرامون درمانگران مسلط ایجاد شده‌اند. جینگز و اسکوهولت (۱۹۹۹) الگویی را پیرامون تخصص در زمینه‌ی درمانگران مسلط پیشنهاد کرده‌اند که به طور خاصی سه بعد آگاهی یعنی بعد شناختی، هیجانی و رابطه‌ای را برای موفقیت یا شکست درمانگر حیاتی می‌داند. این مدل فرض می‌کند که یک فرد برای نیل به سطح درمانگران مسلط باید در هر سه حوزه متخصص گردد. در حالی که دیگر مدل‌های تخصص‌گرایی روی بعد شناختی تأکید می‌کنند، مدل سه بعدی یکی از اولین مدل‌های تخصص‌درمانگران است که در زمینه‌ی رشد تخصص، روی نقش ابعاد هیجانی یا رابطه‌ای تأکید می‌کند. در نتیجه این الگو در شناسایی شاخصه‌های درمانگر مسلط و رشد مسیرهایی که بدان وسیله روان‌درمانگران می‌توانند به تسلط برسند گام ابتدایی و ضروری را ارائه می‌کند.

شاخصه‌های کلیدی

در طی سه دهه‌ی گذشته، به منظور شناسایی شاخصه‌ها و سفر رشدی به سمت تبدیل شدن به یک درمانگر مسلط، تحقیقات کیفی اصیلی انجام شده است. تعدادی از این تحقیقات در ایالات متحده، کانادا، کره، سنگاپور و ژاپن (جنینگز و اسکوهولت، ۱۹۹۹؛ جنینگز، اسکوهولت، گوه و لین، ۲۰۱۳؛ اسکوهولت و جنینگز، ۲۰۰۴) انجام شده است. اولین پروژه‌ی تحقیقی در بین ده مطالعه انجام شده پیرامون درمانگران مسلطی که توسط هم‌قطاران‌شان معرفی شده بودند، ۹ شاخصه‌ی شخصیتی (شناختی، هیجانی و رابطه‌ای^۱) را شناسایی کرده است (جنینگز و اسکوهولت، ۱۹۹۹). این تحقیق نشان داد که تسلط درمانی به طور عمده‌ای چیزی بیشتر از تجاربِ تراکمی ناشی از انجام کار درمانی است. در مقابل، تسلط و چیرگی شامل تلاشی دائمی و مستمر در جهت ارتقای مهارت‌ها و صلاحیت‌ها، کسب دانش و اطلاعات جدید و گشوده ماندن نسبت به بازخورد دیگران و تجارب است. این مطالعه حمایت بیشتری برای این ایده فراهم می‌کند که اتحاد درمانی و مهارت‌های رابطه‌ای درمانگر، سنگ بنای عالی بودن در درمان را فراهم می‌کند. متأسفانه، این مطالعه، درمانگران مسلط را با نمونه‌ای از درمانگران مبتدی و با تجربه‌ی کمتر مقایسه نکرده است.

یازده شاخصی که در ادامه می‌آیند یک نمونه‌ی اصلی از درمانگران ایده‌آل را معرفی می‌کنند (جنینگز و اسکوهولت، ۱۹۹۹؛ جنینگز و همکاران، ۲۰۱۳). هر درمانگری منظومه‌ی بی‌نظیری از مواهب، شاخصه‌ها و مهارت‌ها را دارد که نیاز است به منظور تبدیل شدن به بهترین درمانگر احتمالی پرورش یابند (جنینگز و همکاران، ص ۲۳۷). این مطالعات عنوان می‌کنند که درمانگران مسلط اگر تمام این یازده ویژگی شخصیتی را نداشته باشند بسیاری از آنها را دارند.

درمانگران مسلط آموزندگان حریص هستند.

رشد حرفه‌ای مداوم، شاخص این درمانگران محسوب می‌شود. کمترین چیزی که می‌توان گفت این است که آنها به یادگیری مادام‌العمر متعهد هستند. آنها یادگیرندگان مشتاق‌اند که نه تنها می‌خواهند به طور کاملی مراجعانشان را درک کنند بلکه همچنین می‌خواهند تاجایی که امکان دارد درباره‌ی حرفه‌ی خود آگاهی کسب کنند. بنابراین، آنها دائماً متون جدید مرتبط با حوزه‌ی کاری خود را مطالعه

می‌کنند، در رابطه با تاریخچه‌ی رشته‌ی خود کنجکاو هستند و نسبت به جدیدترین پیشرفت‌ها، فنون و مطالعات مربوط به رشته‌ی خویش آگاه و پیگیر هستند.

درمانگران مسلط از تجارب تجمعی (تراکمی)^۱ خویش استفاده می‌کنند.

این درمانگران با متوسط سن بیست و نه و نیم سال تجربه‌ی حرفه‌ای، تجارب غنی خود را در رابطه با مشکلات مشابه به کار می‌گیرند. به نظر می‌رسد که این تجارب، عمیق بودن و صلاحیت آنها را به عنوان یک فرد و یک روان‌درمانگر افزایش می‌دهد. همانند دیگران، آنها نیز تردیدهای حرفه‌ای، مشکلات خانوادگی و شخصی را تجربه می‌کنند. برخلاف برخی، این درمانگران یادگرفته‌اند که مشکلات را حل کنند. به علاوه، آنها از پذیرش و تصدیق این تجارب شخصی نمی‌ترسند و از این تجارب به سوی درک بهتر و کمک به مراجعان خویش حرکت می‌کنند.

درمانگران مسلط برای ابهام و پیچیدگی شناختی ارزش قائل‌اند.

این درمانگران، به راحتی از کنار پیچیدگی و ابهام عبور نمی‌کنند، بلکه آنها دنبال این تجارب می‌گردند. آنها می‌فهمند که هیچ چیزی در قلمروی زندگی بشری به دنبال منطق و تفکر خطی رقم نمی‌خورد. در عوض، آنها می‌توانند پیچیدگی و ابهام تجارب عاطفی ذهنی را درک و تصدیق کنند. در پی این درک عمیق و گسترده، آنها قادر می‌شوند که به طور مؤثرتری به مراجعان خود کمک کنند. پیچیدگی شناختی در ادامه‌ی همین فصل به تفصیل مورد بحث قرار خواهد گرفت.

درمانگران مسلط پذیرش هیجانی دارند.

این درمانگران از نظر هیجانی گشوده‌اند، خودآگاهی دارند، اهل تأمل‌اند، غیر دفاعی هستند و به دنبال بازخورد هستند. این گشودگی عبارت است از ظرفیت پذیرش هر نوع احساسی که مراجع به جلسه‌ی مشاوره می‌آورد و نیز ظرفیت تصدیق و اشتراک‌گذاری واکنش‌های هیجانی خودشان. چنین درمانگرانی احتمالاً در فرآیند درمان خودشان نیز درگیر می‌شوند، دنبال نظارت بر کار خویش می‌روند و خود را در جلسات مشورتی با هم‌قطاران خویش درگیر می‌کنند تا از آنها بازخورد دریافت کنند تا آگاهی‌شان از خود و دیگران افزایش یابد. آنها برای در تماس بودن با احساسات خویش ارزش قائل

1- Accumulated Experiences

هستند و به طور سازنده‌ای با احساسات خویش کنار می‌آیند و به طور مؤثری این احساسات را با دیگران رد و بدل می‌کنند.

درمانگران مسلط از نظر هیجانی سالم‌اند و بهزیستی هیجانی خویش را پرورش می‌دهند.

این درمانگران از نظر هیجانی سالم و پخته هستند. آنها تلاش می‌کنند تا در زندگی شغلی و شخصی - شان به طور خالصانه‌ای رفتار کنند. آنها خود را به عنوان افرادی صادق، اصیل و خالص^۱ می‌بینند. همانند دیگران، آنها هم پریشانی هیجانی و آشفتگی و ناراحتی روانی را تجربه می‌کنند اما قادرند تا مشکلات خویش را حل و فصل کنند و قادرند تا بهزیستی معنوی^۲ و هیجانی خویش را پرورش دهند. آنها می‌توانند به ارضای نیازهای عاطفی دیگران بدون فرسوده شدن ادامه دهند زیرا آنها یاد گرفته‌اند که چگونه از خویش مراقبت کنند و نیازهای خویش را ارضا کنند. در نتیجه، آنها در الگوسازی بهزیستی هیجانی برای دیگران عالی و محشرند.

درمانگران مسلط از اینکه چگونه سلامت هیجانی‌شان کارشان را متأثر می‌سازد آگاه‌اند.

این درمانگران به طور ظریفی می‌دانند که چگونه بهزیستی هیجانی‌شان دیگران را به خصوص در بافت روان‌درمانی متأثر می‌سازد. آنها قادرند تا واکنش‌های انتقال و انتقال متقابل^۳ را تصدیق کنند و از آنها به عنوان فرآیندهای نرمالی در درمان استفاده کنند. آنها با کار کردن بر روی این موارد در جلسات روان‌درمانی شخصی (زیر نظر استاد راهنما) یا با جستجوی مشورت و راهنمایی از سوی همکاران برجسته و با تجربه، با موضوعات انتقال متقابل کنار می‌آیند. آنها همچنین از مرزهای شغلی و شخصی‌شان بسیار آگاه‌اند و مراقب‌اند تا مرزها را نقض نکنند و از مرزهای غیرضرور تخطی نکنند.

درمانگران مسلط مهارت‌های ارتباطی بسیار رشد یافته‌ای دارند.

این درمانگران، مهارت‌های رابطه‌ای مقتضی از جمله گوش دادن، پاسخ دادن، مذاکره و دلسوزی برای دیگران را از همان آغاز در خانواده‌ی مبدأ خویش رشد داده‌اند. این بدان معناست که وقتی آنان به طور رسمی برنامه‌های درمانی را شروع می‌کنند، ۱۰ تا ۱۵ سال تجربه کاری و نیز نظارت بر رشد

1-Congruent

2-Spiritual well-being

3-Transference and countertransference reactions

مهارت‌های ضروری رابطه‌ای برای یک درمانگر خوب شدن را در پرونده‌ی کاری خویش دارند. در واقع، درمانگران مسلط اغلب اساتید بالینی و اساتید ناظر خویش را شگفت زده می‌کنند زیرا اینها به گونه‌ای عمل می‌کنند که انگار به عنوان درمانگرانی ذاتی متولد شده‌اند (از بدو تولد این گونه بوده‌اند). اینها قبلاً یاد گرفته‌اند که باید در مهارت‌های ارتباطی خیره‌شده و آن را در سرتاسر برنامه‌ی کارورزی درمانی رسمی خویش گسترش دهند. در کنار استفاده از این مهارت‌های بسیار رشد یافته در ارتباط با مراجعان، از این مهارت‌ها در تعامل با اعضای خانواده، مدیران و دیگران نیز استفاده می‌کنند و برای آنها ارزش قائل‌اند.

درمانگران خیره و مسلط اتحاد کاری مستحکمی را زمینه‌سازی می‌کنند.

این درمانگران تعدادی باور مثبت پیرامون ماهیت انسان دارند که در ساختن اتحاد درمانی مستحکم کمکشان می‌کند. آنها موکداً به ارزش ایجاد و حفظ اتحاد درمانی مستحکم و قوی معتقدند. آنها همچنین به ظرفیت مراجعانشان برای تغییر و شفایافتن و به حق مراجعان‌شان برای خودتعیین‌گری^۱ اعتقاد دارند. این نشان می‌دهد که این باورها تا حدودی امید را در دل مراجعان زنده می‌کند و منابع درونی و حس خودکارآمدی^۲ مراجعان را بر می‌انگیزاند.

درمانگران مسلط در استفاده از مهارت‌های درمانی استثنایی‌شان بی‌نظیرند.

این درمانگران همچنین ظرفیت درگیر کردن کامل مراجعان در فرآیند درمان را دارند. در کنار فراهم کردن حمایت و دلگرمی، آنها می‌توانند با هدف درمانی، در موقع نیاز، مراجعان را به چالش بکشانند. آنها قادرند تا با احتیاط و به طور مناسبی موضوعات دردناک و دشوار مراجعانشان را مورد بررسی قرار دهند. از آنجایی که آنها به طور مناسبی در مهارت‌های درمانی، استفاده از قدرت شخصیت خویش و قدرت شخصی، خیره شده‌اند، می‌توانند به طور ساده‌ای با موضوعات دشوار و بسیار حساس رو به رو شوند.

1-Self-determination

2-Self-efficacy

درمانگران مسلط به مراجعان خویش اعتماد دارند.

دیده شده که درمانگران مسلط و خبره به مراجعان خویش اعتماد می‌کنند و معتقدند که آنها منابع درونی کافی برای ایجاد تغییرات مثبت را دارند. این یافته‌ها منعکس‌کننده‌ی دیدگاه مثبت آنها نسبت به طبیعت انسانی است و به این نکات مهم و مورد تأکید بر می‌گردد که اهمیت روابط، پذیرش عمیق خویش و میل شدید به یادگیری و رشد، برای مشاوران غیرقابل انکار است. این موارد در تحقیقات اخیر مطرح شده‌اند (رونستاد و اسکوهولت، ۲۰۱۳).

درمانگران مسلط از لحاظ فرهنگی با صلاحیت هستند.

تازه‌ترین تحقیقات پیرامون درمانگران مسلط، اهمیت دانش و اطلاعات درمانگران پیرامون زمینه‌های فرهنگی و داشتن صلاحیت‌های فرهنگی مقتضی برای کمک به مراجعان به منظور ایجاد تغییر اساسی در زندگی‌شان را مورد تأکید قرار داده‌اند. این مطالعات نشان داده‌اند که درمانگران مسلط چگونه از اطلاعات و آگاهی‌های فرهنگی خویش، چهارچوب‌های ادراکی خود، درک موانع فرهنگی و مداخلات حساس به فرهنگ خویش (یا ارجاع به چنین مداخلاتی) برای ارائه‌ی خدماتی که از نظر فرهنگی با جمعیت‌های متنوع همخوان باشد استفاده می‌کنند (رونستاد و اسکوهولت، ۲۰۱۳).

تجارب اولیه‌ی زندگی

در مورد زندگی شخصی درمانگران مسلط چه فکر می‌کنید؟ مصاحبه‌های عمیق با این درمانگران تعدادی از مضامین مشترک را نشان داد (رونستاد و اسکوهولت، ۲۰۱۳؛ اسکوهولت و جنینگر، ۲۰۰۴). اول اینکه، بسیاری از آنها از همان اوایل زندگی به روابط بشری و انسانی علاقه‌مند و مأنوس بوده‌اند و خود و دیگران را درک می‌کرده‌اند. برخی از آنها در خانواده‌های پیشرفت مدار^۱ و با انتظارات بالا بزرگ شده‌اند و محبت مشروطی را از والدین خویش دریافت کرده‌اند. به نظر می‌رسد که این تجارب، انتخاب اولین جهت‌گیری نظریه‌ای^۲، تعریف نقش کاری، انتخاب سبک درمانی و تمرکز نظریه‌ای، نگرش نسبت به همکاران، تجارب سخت و شیوه‌های مقابله‌ای در کاربست درمان را متأثر ساخته است (رونستاد و اسکوهولت، ۲۰۱۳؛ ص ۱۲۹-۱۳۰).

1-Achievement-oriented families

2-Theoretical orientation

در حالی که برخی از آنها آشفستگی و رنج‌های قابل توجهی را تجربه کرده‌اند، اما این تجارب توانکاه نبوده‌اند. پاسخ آنها به این آشفستگی‌ها منجر به فاصله و جدایی آنها از روابط انسانی در سالهای اولیه‌ی زندگی‌شان نشده است. این تجارب باعث نشد که آنها در مسیر انتخاب شغل، شغلی را انتخاب کنند که مستلزم جدایی از مردم و انسان‌ها باشد. این تجارب فاصله‌انداز (بین فرد و دیگر انسان‌ها)، در افرادی دیگری که به سمت علوم، ریاضیات، مهندسی، علم کامپیوتر یا دیگر مشاغل تکنولوژیک رفتند چندان هم غیر معمول نیستند. همچنین مصاحبه‌های تحقیقی نشان داد که درمانگران مسلط و خبره، در خانواده-شان نقش یک فرد یاری‌دهنده را بازی می‌کرده‌اند. به نظر می‌رسد که تجارب اولیه‌ی زندگی آنها رشد نگرش دلسوزانه و محبت آمیز، مهارت‌های یاورانه و درجات نسبتاً بالای تاب‌آوری روان‌شناختی را ترغیب کرده و باعث شده آنها این تجارب را به زندگی بزرگسالی انتقال دهند. به علاوه، تجارب اولیه‌ی مرتبط با رنج و درد باعث شده تا ارتباط برقرار کردن با رنج مراجع برای آنها ساده باشد.

در واقع، به نظر می‌رسد که این درمانگران مسلط، در مقایسه با دیگرانی که تاریخچه‌ی تحولی متفاوتی دارند کمتر اهل ترس باشند. کوتاه کلام اینکه، این درمانگران مسلط رنج‌های بشری را بخش مثبتی از زندگی عمیق و معنی دار قلمداد می‌کنند. در مجموع می‌توان گفت که سالهای رشدی اولیه، آزمایشگاهی را برای بررسی عمیق زندگی بشری و رشد اولیه‌ی درمانگران فراهم می‌کند.

شکلی از استرس قابل توجه و نه توانکاه در زندگی این افراد بوده است. این افراد به جای فاصله گرفتن و بریدن از دیگران، نقش یاری‌دهنده یا حداقل یک مشاهده‌گر زیرک رفتارهای بشری را اتخاذ کردند و رویکردشان به این حوادث، غرق شدن در احساسات بشری بوده است. این آزمایش‌های اولیه، بین حمایت و چالش در زمینه‌ی درک دیگران و کمک کردن به دیگران تعادلی ایجاد می‌کند. یک تعادل خوب بین چالش و حمایت، شیوه‌ای است برای مفهوم‌سازی شرایط بهینه برای رشد بشری (اسکووهولت و جنینگز، ۲۰۰۴، ص ۱۲۹).

پیچیدگی شناختی، فرا ارتباط و تأمل در خویشتن^۱

قبلاً گفته شد که پیچیدگی شناختی یک عنصر اساسی در متون تخصصی (اریکسون و لهمان، ۱۹۹۶) و شاخصه‌ای کلیدی برای مشاوران و درمانگران مسلط محسوب می‌شود (جنینگز و اسکووهولت، ۱۹۹۹). به دلیل اهمیت چگونگی عملکرد درمانگران مسلط به ویژه چگونگی شناسایی روندها و مفهوم

سازی مراجعان توسط آنها، این بخش به مبحث پیچیدگی شناختی و عوامل مرتبط با آن از جمله فرا ارتباط، تأمل در خویشتن و خودآگاهی به طور مبسوط و مفصل می‌پردازد.

پیچیدگی شناختی این‌گونه تعریف شده است: توانایی جذب و یک‌پارچه‌سازی چشم‌اندازهای متعدد و استفاده از آنها (گرانللو، ۲۰۱۰، ص ۹۲). اعتقاد بر این است که این مورد به عنوان حوزه‌ای خاص قلمداد شود بدین معنا که یک فرد بتواند در نتیجه‌ی برخورداری از این ویژگی دربارهی برخی موضوعات در مقایسه با دیگران به نحو پیچیده‌تری فکر کند. تمیز متخصصان از افراد مبتدی در حوزه‌های مختلف می‌تواند از طریق شیوه‌ای که آنها مشکلات را تجزیه و تحلیل می‌کنند و انواع اطلاعاتی که آنها در جریان حل مسأله مورد استفاده قرار می‌دهند انجام پذیرد (اریکسون و لهمان، ۱۹۹۶).

به عنوان مثال، متخصصان در حوزه‌هایی چون موسیقی، شطرنج و فیزیک در مقایسه با افراد مبتدی در همین حوزه‌ها به مراتب قدرت یادآوری و عملکردشان بهتر است زیرا آنها می‌توانند دانش تخصصی‌شان را در قالب الگوهای معنی‌دار طبقه‌بندی و تقطیع^۱ کنند. آنها همچنین در مقایسه با افراد مبتدی به سادگی اطلاعات مربوط را از اطلاعات نامربوط تمیز می‌دهند و تمایل دارند اساس و پایه‌ی رویکردهای حل مسأله‌شان را بر اساس جزئیات عینی پایه‌ریزی کنند (چی، گلاسر و فار، ۱۹۸۸؛ جنینگز، هانسون، اسکوهولت و گریر، ۲۰۰۵). متخصصان همچنین بر اساس سازمان و ساختاردهی دانششان، عمق فرموله کردن مسائلشان، کیفیت الگوهای ذهنی‌شان، کفایت روندهای حل مسئله‌شان، ادراک روندها در قلمروی تخصصی‌شان، خودکاری و سرعت انجام تکالیفشان، حافظه‌ی عالی‌شان در زمینه‌ی اطلاعات مرتبط با حوزه‌های خاص (حافظه‌ی رویدادی) و توانایی‌شان برای درگیر شدن در فرآیند فراشناخت در زمینه‌ی انجام تکلیف، با یکدیگر فرق می‌کنند (جنینگز و همکاران، ۲۰۰۵).

فراشناخت^۲ یک مؤلفه‌ی اساسی پیچیدگی شناختی است و برای ارتقای تخصص ضروری است. منظور از فراشناخت، فکر کردن درباره‌ی افکار خویش یعنی آنچه که فرد می‌داند، آنچه که فرد انجام می‌دهد و حالات عاطفی و شناختی است (اوون و لیندلی^۳، ۲۰۱۰). همانند پیچیدگی شناختی، فراشناخت هم برای رشد تخصص در روان‌درمانی ضروری است. بر خلاف روان‌درمانگران مسلط، کارآموزان و درمانگران مبتدی نقشه‌ی مفهومی ناکافی‌ای در زمینه‌ی مشکلات مراجعان می‌سازند و همین باعث می‌شود که آنها فرمول‌بندی (صورت‌بندی) ناپخته و ناصحیحی از مشکلات مراجعان‌شان بسازند و در نتیجه

1- Chunk

2- Metacognition

3 - Owen & Lindley

توصیه‌های نادرستی به مراجعان ارائه کنند (جنینگز و همکاران، ۲۰۱۳). در مقابل، توانایی تصدیق الگوهای پیچیده و رشد مفهوم‌سازی سطح بالا پیرامون مشکلات، نشانگر سطوح بالای پیچیدگی شناختی و فراشناخت است. همچنین ما ویژگی‌هایی را تصدیق می‌کنیم که کارآموزان و درمانگران مبتدی با استفاده از آنها می‌توانند الگوهای ناسازگار و مفهوم‌سازی موارد مرتبط با پیچیدگی تفکرشان و ظرفیت‌فرا ارتباطشان را شناسایی کنند.

همچنین تأمل در خویشتن و خودآگاهی مداوم برای رشد حرفه‌ای شدن و روابط درمانی اساسی است (رونستاد و اسکوهولت، ۲۰۱۳؛ اسکوهولت و جنینگز، ۲۰۰۴). تحقیق پیرامون درمانگران مسلط اهمیت این عوامل را نشان داده است که شامل درک درمانگر از نیازهای هیجانی خویش، درک امور (مشغله‌های) ناتمام^۱ خود، آگاهی از مرزهای صلاحیت‌های فردی، تلقی خویشتن به عنوان عامل تغییر، استفاده از قدرت خویش در محیط‌های درمانی و تصدیق ظرفیت‌های خویش برای ایجاد ارتباط با مراجعان می‌شود (جنینگز و همکاران، ۲۰۱۳). تمرین و استفاده از تأمل خویشتن، راهبردی مفید را برای افزایش پیچیدگی شناختی و نیز فرا ارتباط فراهم می‌کند. در فصل نهم به تفصیل بحث تأمل در خویشتن و دیگر راهبردهای مرتبط با تبدیل شدن به درمانگری با کفایت را مورد بحث و بررسی قرار می‌دهیم.

تأثیر عوامل موقعیتی بر رشد درمانگران

تا اینجای کتاب تمام یافته‌های مطرح شده پیرامون رشد روان‌درمانگران و درمانگران مسلط، مستخرج از مطالعات کیفی^۲ بوده است (اسکوهولت و جنینگز، ۲۰۰۴). در مقابل، داده‌های کمی قابل توجهی پیرامون رشد درمانگر به عنوان بخشی از جامعه‌ی تحقیقات روان‌درمانی (SCR)^۳ و شبکه‌ی مطالعات تحقیقی مشارکتی (CRN)^۴ جمع‌آوری شده‌اند و این روند در حال تداوم است (اورلینسکی و رونستاد، ۲۰۰۵). اولین مورد از این تحقیقات که ۵۰۰۰ درمانگر در سرتاسر دنیا در آن شرکت داشتند در کتاب اورلینسکی و رونستاد^۵ تحت این عنوان آمده است: روان‌درمانگران چگونه رشد می‌کنند: یک مطالعه درباره‌ی کار درمانی و رشد حرفه‌ای (۲۰۰۵). در حال حاضر، داده‌های جمع‌آوری شده شامل

-
- 1- Unfinished business
 - 2- Qualitative studies
 - 3- Society for Psychotherapy Research
 - 4- Collaborative Research Network studies
 - 5- Orlinsky and Ronnestad

۱۱۰۰۰ هزار درمانگر می‌شود. این مطالعه‌ی اولیه عواملی را شناسایی کرد که هم ارتقای درمانگر و هم تأخیر رشد وی را سبب می‌شد. از آنجایی که این مطالعه عوامل موقعیتی موجود در محیط کاری درمانگر را شامل می‌شود، مطالعه‌ی SCR/CRN به زیبایی و ظرافت، تحقیق کیفی پیرامون رشد روان‌درمانگران را که تأثیر عوامل موقعیتی را در نظر نمی‌گرفت، کامل کرد.

در تحقیقات مذکور، سه بعد تجارب درگیرانه در کار^۱، در کار درمانگران شناسایی شده است که عبارت‌اند از: درگیری شفابخش، درگیری پرفشار و درگیری کنترل‌گرانه (اورلینسکی و رونسداد، ۲۰۰۵). مشخص شده است که درگیری شفابخش و درگیری پرفشار^۲ زیربنای تجارب تمام درمانگران در زمینه‌ی کار درمانی‌شان قلمداد می‌شود. در تحقیقات انجام شده توسط اورلینسکی و رونسداد (۲۰۰۵)، ۵۰۰۰ درمانگر از سرتاسر دنیا شرکت کردند و داده‌های کمی جمع‌آوری و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که تمام درمانگران هم‌زمان برخی از سطوح درگیری شفابخش و نیز درگیری فشارزا (پر استرس) را تجربه کرده‌اند.

درگیری شفابخش از طریق شاخصه‌هایی همچون حس درمانگر پیرامون تبحر فعلی در کارش، دشواری حداقلی در کاربست درمانی، اتکاء بر راهبردهای مقابله‌ای سازنده هنگام وقوع مشکلات، حس خلوص شخصی، رابطه‌ی تأییدی و گرم و پذیرا با مراجعان، تجربه کردن حس سیالی در جلسات درمان و حس کلی کارایی درمان تعریف شده است. درگیری استرس‌زا هم این‌گونه تعریف شده است: دشواری‌های چندگانه در کاربست درمانی. در مقابل عوامل درگیری شفابخش، عوامل درگیری پرفشار، ماهیتاً و اساساً موقعیتی‌اند. این عوامل عبارت‌اند از: افزایش پرونده‌های کاری، فقدان یا کمبود رضایت یا حمایت و محیط کاری پرفشار مانند یک آژانس یا بیمارستان بدون مداخله در کارهای خصوصی و شخصی افراد. همچنین این عامل استفاده از راهبردهای مقابله‌ای غیرسازنده در درمان از جمله سرزنش کردن یا اجتناب یا تجربه‌ی احساس کسالت یا اضطراب در درون جلسه را نیز شامل می‌شود.

دیده شده است که درگیری پرفشار برای درمانگرانی که در محیط کاری اولیه‌ی خویش حمایت‌اندکی را تجربه کرده‌اند پر رنگ‌تر است و به نظر می‌رسد که آنها در تله‌ای تحت عنوان چرخه‌ی غیراخلاقی‌سازی^۳ گیر افتاده‌اند. ۴ الگوی کاری در زمینه‌ی درگیری‌های پرفشار و شفابخش توسط درمانگران تجربه و مطرح شده است. اکثریت عمده‌ی درمانگران یعنی بیش از ۵۰ درصد آنها، در محیط

-
- 1-Work involvement experiences
 - 2-Healing involvement and stressful involvement
 - 3-Cycle of demoralization

هایی کار کرده‌اند که شاخصه‌ی آن درگیری شفافبخش بالا و درگیری پرفشار اندک بود. تعداد ۱۰ درصد از درمانگران در موقعیت‌های کاری‌ای فعالیت کردند که شاخصه‌ی آن درگیری شفافبخش اندک و درگیری پرفشار بالا بود. تحقیقات SCR/CRN شواهد متقاعدکننده‌ای فراهم کرده‌اند مبنی بر اینکه عوامل موقعیتی می‌توانند رشد روان‌درمانگران را تسریع کند و یا اینکه رکود و پسرفت آنها را پرورش دهد.

روان‌درمانگران مسلط چگونه کار می‌کنند؟

در این لحظه و تا کنون، تحقیقات قاطعی پیرامون اینکه درمانگران مسلط واقعاً و دقیقاً چگونه تغییرات عمیق و پردوام را در مراجعان ایجاد می‌کنند، یافت نشده است. با این حال، گمانه‌زنی‌های نظریه‌ای فزاینده و نیز تحقیقات کمی و کیفی چندی با هدف شناسایی روندی که در آن درمانگران مسلط در مقایسه با درمانگران کم تجربه چگونه عمل می‌کنند، انجام شده است.

تقریباً در اوایل ۱۹۸۰، دکتر ماروین گلدفرد^۱، ۴ اصل تغییر و شیوه‌هایی که درمانگران بسیار تأثیرگذار بدان طریق عمل می‌کنند را شناسایی کرد (گلدفرد، ۱۹۸۰). تقریباً ۴۲ سال بعد، بر اساس کارهای خودش و دیگران، او متقاعد شد که این ۴ اصل نشانگان قطعی‌ای هستند که بیانگر چگونگی عملکرد درمانگران برجسته و مسلط در جلسه‌ی درمان هستند (گلدفرد، ۲۰۱۲). این ۴ شاخص عبارت‌اند از الف) ارتقای اتحاد درمانی ب) ارتقای انتظارات مثبت و انگیزش در مراجعان ج) افزایش آگاهی مراجعان و د) تسهیل تجارب اصلاحی (تصحیحی)^۲. بر اساس مشاهده‌ی درمانگران خبره و مسلط، ما دو شاخص دیگر به این فهرست اضافه می‌کنیم و آنها عبارت‌اند از: ه) شناسایی روند و تمرکز درمان و) تسهیل تغییرات مرتبه‌ی اول، دوم و سوم^۳. این بخش به توصیف تمام ۶ عامل مطرح شده می‌پردازد.

ارتقای اتحاد درمانی

اتحاد درمانی پیوندی است بین مراجع و درمانگر و نیز توافقی است دوجانبه روی اهداف درمانی و روش‌های نیل به آنها. درمان اثربخش، با اتحاد درمانی مرتبط است که در آن مراجعان مطمئن می‌شوند

1-Marvin Goldfried, PhD

2-Facilitate corrective experiences

3-Facilitate first, second, and third order change

که درمانگرشان با صلاحیت است و به بهزیستی آنها علاقه‌مند است. اتحاد درمانی از مراجعی به مراجع دیگر فرق می‌کند، چرا که در یک جلسه درمانی، درمانگر ممکن است به دلیل انگیزشی که مراجع دارد پیوند با وی را به سادگی ایجاد کند یا اینکه تلاشی مضاعف و مهارت‌های بالینی زیادی را برای ایجاد و حفظ یک اتحاد درمانی اثربخش با مراجع بی‌انگیزه یا مقاوم و تدافعی انجام دهد. صلاحیت (شایستگی) و تجربه‌ی درمانگر در ارتقای اتحاد درمانی در پیامدهای درمان منعکس می‌شود همان‌گونه که درمان اثربخش با اتحاد درمانی ثمربخش^۱ ارتباط دارد. ارتقای اتحاد درمانی صرفاً زمینه‌سازی مشارکت مراجع در درمان نیست اما ترغیب اشتیاق مراجع به درگیر شدن در فرآیند دردناک تغییر و مشکلات گاه‌گاهی جلسه‌ی درمان، جزئی از این مؤلفه است (گولدفرید، ۲۰۱۲). در فصل دوم به طور مبسوطی اهمیت اساسی اتحاد درمانی را توصیف و شرح خواهیم داد.

ارتقای انتظارات مثبت و انگیزش مراجع

مراجعاتی که وارد عرصه‌ی درمان می‌شوند، نیازمند انتظاری معقول‌اند مبنی بر اینکه درمان می‌تواند به آنها کمک کند و نیازمند مقداری انگیزش هستند تا در آن صورت، روند درمان پیشرفت داشته باشد. هر دوی این مؤلفه‌ها پیش‌نیاز وقوع تغییرات درمانی‌اند. چندین عامل می‌تواند این دو عامل را افزایش یا کاهش دهد. به عنوان مثال، صحبت کردن با دوستی که تجربه‌ی تغییرات درمانی داشته یا مطالعه‌ی کتابی پیرامون اثربخشی درمان برای حملات آسیمگی می‌تواند هم انگیزش و هم انتظارات مثبت را افزایش دهد. به همین منوال، اگر فردی نشانگانی مانند حملات وحشت‌زدگی (آسیمگی)^۲ یا نگرانی را تجربه کند، در آن صورت به احتمال زیادتری برای تغییر برانگیخته خواهد شد تا نوجوان دارای مشکل‌گذار به عمل^۳ (برون ریزی که یکی از نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در نوجوانان است) که توسط والدینش به درمان فرستاده شده است. وقتی انتظارات و انگیزش پایین است، تکلیف فوری درمانگر ارتقاء یا افزایش این دو پیش‌یاز اساسی برای تغییر است (گولدفرید، ۲۰۱۲). تعجبی ندارد که درمانگران برجسته‌ای که ما می‌شناسیم این تکلیف را انجام می‌دهند. فارغ از اینکه آنها از مصاحبه‌های انگیزشی یا دیگر مداخلات برای افزایش آمادگی و انگیزش مراجع به منظور تغییر و ایجاد این انتظار که درمان

1-Productive therapeutic alliance

2-Panic attacks

3-Acting-out

اثرگذار خواهد بود استفاده کنند یا خیر. این درمانگران همچنین اعتبار بالینی خویش را در این فرآیند افزایش می‌دهند.

افزایش آگاهی مراجع

دیگر پیش‌نیاز تغییر درمانی، افزایش آگاهی مراجعان است. بدون توجه به جهت‌گیری نظری درمانگران، برای اینکه تغییرات اثربخش اتفاق بیفتد آگاهی حتماً مورد نیاز است. با توجه به شخصیت مراجعان و ماهیت مشکل ارائه شده، میزان، نوع و درجه‌ی اعتبار آگاهی ارائه شده، متفاوت است. برخی از مراجعان ممکن است ندانند که چگونه افکارشان (نوع فکر کردن شان) احساساتشان را متأثر می‌کند، بعضی دیگر هم ممکن است ندانند که واکنش‌های هیجانی‌شان چگونه در رفتارشان متجلی می‌شود و دسته‌ی دیگر هم ممکن است ندانند که رفتارهایشان چگونه به طور منفی روی دیگران اثر می‌گذارد. با این حال، افرادی که از خشمشان و نیز تمایلشان برای گوشه‌گیری در زمان خشم بی‌اطلاع‌اند، کماکان نیز مطلع نیستند که رابطه‌ی بین عواطف و اعمالشان به طور نامطلوبی رابطه‌شان با دیگران را متأثر می‌سازد (گولدفرید، ۲۰۱۲؛ ص ۲۰).

افزایش آگاهی‌های مراجع، چند ملاحظه‌ی درمانی از جمله زمان، فراوانی و ماهیت افکار، احساسات و رفتارها را شامل می‌شود. مفهوم‌سازی دقیق و شفاف مشکل مراجع، می‌تواند پویایی‌های عملیاتی و تعیین‌کننده‌های^۱ رفتاری مراجعان را شناسایی کنند و درمانگران را به مبنایی برای کمک به مراجعان برای آگاه‌تر شدن از عوامل تأثیرگذار بر زندگی‌شان مجهز کند.

تسهیل تجارب تصحیحی (اصلاحی)

اغلب، تغییرات عمیق و بادوام، مستلزم چیزی بیشتر از ایجاد بینش^۲ یا تغییرات رفتاری ساده است. تجارب تصحیحی اموری هستند که به واسطه‌ی آن افراد رویداد یا رابطه‌ای را به گونه‌ای متفاوت و غیر منتظره تجربه می‌کنند. آنها لزوماً رویدادهای معمولی یا مفید در درمان نیستند بلکه نوعاً رویدادهایی هستند که تجارب منفی گذشته را نیز نقض می‌کنند و تأثیرات عمیقی ایجاد خواهند کرد (کاستونگای

1 -Determinants

2- Insight

و هیل^۱، ۲۰۱۲). تجاربِ تصحیحی، مبین تغییرات مرتبه‌ی دوم هستند و نقشی اساسی در فرآیندهای تبدیلی^۲ (تغییر در ساخت هر چیزی) رویکردهای روان‌درمانی متنوع بازی می‌کنند. برای اینکه چنین تغییر و تبدیلی اتفاق بیفتد، مراجعان باید خطر رفتار کردن به نحوی متفاوت آن‌هم اغلب در حضور برخی تردیدها و اندیشناکی‌ها^۳ را بپذیرند. با تجربه‌ی پیامدی مثبت، تفکر منفی (این انتظار که چیز بدی اتفاق خواهد افتاد) و هیجان منفی (مثل اضطراب) مراجع به سمت تغییری اساسی و مثبت رهنمون خواهد شد (گولدفرید، ۲۰۱۲، ص ۲۰-۲۱).

یک نشانگر واضح که مشخص می‌کند تجربه‌ی رابطه‌ای، شناختی و هیجانیِ تصحیحی اتفاق افتاده است این است: وقتی مراجع بین یکی از جلسات مشاوره، تجربه‌ای را با لحنی شگفت‌انگیز در صدایش بیان می‌کند یا اینکه به گونه‌ای رفتار می‌کند که حتی برای خودش هم غریب به نظر می‌رسد و یا اینکه به دنبال انجام برخی اعمال، پیامدهای مثبت غیرمنتظره‌ای را تجربه کند. در زمان‌های دیگر، تجاربِ تصحیحی ممکن است از تعاملات پیش‌رونده‌ی مراجع با درمانگری حامی و تأییدکننده^۴ حاصل شود (گولدفرید، ۲۰۱۲، ص ۲۱). درمانگران مسلط و خیره‌ای که ما می‌شناسیم قادرند به راحتی تجاربِ تصحیحی را تسهیل کنند. فصل سوم به تفصیل، اهمیت اساسیِ تجاربِ تصحیحی در ایجاد تغییرات درمانی را توصیف و تحلیل می‌کند.

شناسایی روندها و تمرکز درمان^۵

منظور از روند، توصیف موجزی از شیوه منشی (مشخص و قالب) مراجع^۶ جهت ادراک کردن، فکر کردن و پاسخ دادن است (اسپری، ۲۰۱۰b). روندها می‌توانند سازگارانه (انطباقی) یا ناسازگارانه (غیرانطباقی) باشند. یک روند انطباقی^۷ مبین سبک شخصیتی منعطف، سالم و اثرگذار است و صلاحیت شخصی و بین فردی شخص را منعکس می‌کند. در مقابل، یک روند غیرانطباقی، مبین شخصیتی

-
- 1 - Castonguay & Hill
 - 2- Transformative processes
 - 3- Apprehension
 - 4- A supportive and affirming therapist
 - 5- Identify Patterns and Focus Treatment
 - 6- Client's characteristic way
 - 7- An adaptive pattern

انعطاف‌ناپذیر، ناسالم و مخرب است و نوعاً باعث ایجاد نشانگان^۱، نقص در عملکرد رابطه ای و شخصی و نارضایتی مزمن^۲ می‌شود.

محققان خبره، بازنشاسی روندها (الگوها) را به عنوان شاخصی مفید در تمیز بین افراد مسلط و خبره و مبتدی ذکر کرده‌اند (چی و همکاران، ۱۹۸۸). آنها اذعان کرده‌اند که متخصصان در مقایسه با افراد مبتدی به طور مستمر (با ثبات) قادرند در حوزه‌ی کاری منتخب خود، روندهای (الگوهای) معنی دارتر و پیچیده‌تر و عظیم‌تر را شناسایی کنند. آنها می‌توانند این کار را به طور سریع، دقیق و به سهولت انجام دهند. در حوزه‌ی روان‌درمانی، این بدان معناست که درمانگران مسلط در مقایسه با کارورزان، قادرند به سهولت، به دقت و به سرعت روندهای غیرانطباقی را در مراجعانشان تشخیص دهند. جای تعجب نیست که این ظرفیت برای بازنشاسی روندهای پیچیده، مستلزم هزاران ساعت تجارب غنی و پیچیده است تا که این مهارت و تخصص رشد یابد (اریکسون و همکاران، ۲۰۰۶).

روندها، قلب مفهوم‌سازی‌های موردی^۳ توسط درمانگران مسلط محسوب می‌شوند. مفهوم‌سازی متمرکز و دقیق از وضع مراجع پیش‌نیازی ضروری برای طرح‌ریزی، جهت‌دهی و تغییرات اثربخش است (اسپری و اسپری، ۲۰۱۲). برای بسیاری از درمانگران، مفهوم‌سازی مراجعان، ممکن است یک یا دو جلسه وقت بگیرد و بر آن اساس اطلاعات قابل توجهی استخراج و مرور خواهد شد. در مقابل، درمانگران مسلط و چیره‌دست، نوعاً بسیار زود در همان مصاحبه‌ی ارزیابی اولیه، مفهوم‌سازی درباره‌ی مراجعان را انجام می‌دهند و آن را پایه‌ای برای بازنشاسی روندهای مراجعان قرار می‌دهند. آنها وقتی پرس و جو را ادامه می‌دهند و آن را اصلاح می‌کنند در واقع در حال آزمودن این مفهوم‌سازی هستند. به همین نحو، فرآیند مفهوم‌سازی، سریع و شهودی نیز هست در حالی که برای درمانگران تازه‌کار و کارورزان این فرآیند به نظر می‌رسد که کندتر و با تأمل بیشتری صورت می‌پذیرد (اسپری و اسپری، ۲۰۱۲).

تمرکز درمان به درمان جهت خاصی می‌دهد و هدفش جایگزینی روندهای ناسازگار با روندهای انطباقی‌تر است (اسپری، ۲۰۱۰b). همچنین این امر (تمرکز دادن به درمان) به عنوان نیرویی متعادل‌کننده در حفظ تمرکز و جهت تغییر عمل می‌کند. ظرفیت دنبال کردن تمرکز درمان با پیامدهای درمانی مثبت مرتبط است. عجیب نیست که درمانگران مسلط تلاش می‌کنند تا تمرکز درمان ثمربخشی را ایجاد و

-
- 1 - Symptoms
 - 2- Chronic dissatisfaction
 - 3- Case conceptualizations

حفظ کنند. در فصل چهارم، فرآیند مفهوم‌سازی مراجع را به تفصیل توصیف و تحلیل می‌کنیم. در فصل مذکور اهمیت اساسی بازشناسی روندها و تمرکز درمان مورد تأکید قرار گرفته است.

تسهیل تغییرات مرتبه‌ی اول، دوم و سوم

تعدادی راهبرد در دسترس برای مقابله با نگرانی‌های زندگی وجود دارند. این راهبردها عبارت‌اند از: مشاوره‌ی شغلی، مشاوره‌ی بحران، مشاوره‌ی شخصی، هدایت‌گری (ارشادگری)، مدیریت مورد و روان‌درمانی. به طور مفروض، روان‌درمانی راهبرد اولی است که برای ایجاد تغییرات بادوام و عمیق پیشنهاد می‌شود. برای درک کامل اثرات روان‌درمانی خیلی مفید است تا بحث تغییر و فرآیند تغییر را در قالب مراتب تغییر^۱ مفهوم‌سازی کنیم. سه مرتبه‌ی تغییر شناسایی شده است (گوود و بیتمان، ۲۰۰۶). در تغییرات مرتبه‌ی اول، به مراجعان کمک می‌شود تا تغییرات کوچک را ایجاد کنند، نشانگان مشکل را تقلیل دهند یا به ثبات برسند. مشاوره‌ی شغلی، مشاوره در بحران، مشاوره‌ی شخصی، هدایت‌گری (راهنمایی و ارشادگری) و مدیریت مورد می‌توانند به مراجع کمک کنند تا به اهدافی چون رهایی از نشانگان یا حل و فصل مشکلات کنونی زندگی برسند. این رهنمودها ثبات ایجاد می‌کنند اما شخصیت را تغییر و قلب (تبدیل و تغییر اساسی در ساختار چیزی) نمی‌کنند.

در تغییرات مرتبه‌ی دوم، به مراجعان کمک می‌شود تا روندهای غیرانطباقی را به روندهای (رویه-های) انطباقی‌تر تبدیل کنند. این مرتبه از تغییر، تبدیلی (تحول در ماهیت و ساختار یک چیز)^۲ است (فریزر و سولووی^۳، ۲۰۰۷). در تغییرات مرتبه‌ی سوم، مراجعان خودشان در مانگر بدون کمک در مانگر رویه‌ها (روندها) را تغییر می‌دهند. در اصل، مراجعان خودشان در مانگر خودشان می‌شوند. تحقق تغییرات عمیق و بادوام از طریق تغییرات مرتبه‌ی اول امکان‌پذیر نیست. در عوض، این نوع تغییرات در حوزه‌ی تغییرات مرتبه‌ی دوم و سوم قرار دارد. درمانگران مسلطی که ما می‌شناسیم، فارغ از اینکه با زبان تغییرات مرتبه‌ی اول و دوم آشنا باشند یا خیر، در ایجاد تمام این سه نوع تغییر خبره هستند.

1- Orders of change
2- Transformative
3 - Fraser & Solovey

اظهار نظر دکتر کارلسون

"تسلط (خبرگی و چیرگی) تابع قریحه و نبوغ نیست بلکه محصول زمان و تمرین متمرکز و عمیق در حوزه‌ی خاصی از دانش است" (گرین، ۲۰۱۲، ص ۲۶۹).

من در زمینه‌ی مشاوره و روان‌درمانی بیش از ۴۵ سال درگیر بوده‌ام. این حوزه، شور و شوق من، حرفه و شغل^۱ و تکلیف زندگی‌ام شده است. من از طریق مطالعه‌ی کتاب‌ها و نشریات، حضور در کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی، مشارکت در فعالیت‌های حرفه‌ای و مشاهده‌ی کار اساتید برجسته در این زمینه تجربه‌اندوژی کرده‌ام. همچنین کتاب‌ها و مقالاتی نوشته‌ام، تحقیقاتی را اجرا کرده‌ام، کتاب‌ها و مقالاتی را ویرایش کرده‌ام، ویدئوهای آموزشی زیادی را ساختم و پاداش‌ها و تقدیرنامه‌های زیادی را دریافت کرده‌ام. من در حوزه‌ی روان‌درمانی غرق شده‌ام. من هیچ وقت به این توجه نکرده‌ام که دارم چه کاری انجام می‌دهم. آنقدر شیفته‌ی این حوزه شده‌ام که بخش‌هایی از هر روز خودم را صرف جنبه‌هایی از روان‌درمانی می‌کنم. من نمی‌خواهم که خواننده‌ی این متن فکر کند که روان‌درمانی تنها کاری است که من در زندگی‌ام انجام می‌دهم، اما مطمئناً بخش اعظمی از آنچه که در روز انجام می‌دهم روان‌درمانی است.

من و همسرم لورا، ۴۵ سال است که ازدواج کرده‌ایم و ۵ فرزند داریم که بزرگ شده‌اند و ۵ نوه هم داریم. ما خانواده‌ای نزدیک و صمیمی هستیم و با سگ‌های مان و هاکسلی و هارپر^۲ خیلی درگیر و مشغول هستیم. ما دوستان زیادی داریم و طیف زیادی از کارها از جمله رفتن به سینما و مسابقات، گذراندن وقت در ویلای مان در ویسکانسین شمالی، انجام تمام ورزش‌ها و فعالیت‌های بیرون از خانه و مطالعه‌ی قصه و اسطوره‌ها جزء علاقه‌مندی‌های ماست. ما تجارب زیاد و فرهنگ‌های مختلف را دوست داریم و شانس کافی برای مسافرت‌های گسترده داشته‌ایم. من به عنوان مشاور مدرسه، روان‌شناس مدرسه، استاد دانشگاه، ویراستار و فیلم‌ساز و حتی چند فصل نیز به عنوان سرمربی تیم ملی دانشجویی دوی صحرایی فعالیت کرده‌ام. همه‌ی تجارب کاری من شامل کمک به مردم برای رشد و تغییر می‌باشد. هر کدام از تجارب کاری و زندگی من به عمیق‌تر شدن اینکه من واقعاً چه کسی هستم کمک کرده‌اند. من دو دکتری در رشته‌ی مشاوره و روان‌شناسی بالینی دارم و مورد تخصصی خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی نیز دارم. من همچنین پروانه‌ی روان‌درمانی^۳ دارم که به من اجازه می‌دهد روان‌تحلیل‌گر

1-Calling

2-Huxley and Harper

3-Certificate of psychotherapy

(روانکاو) نیز باشم. من همچنین در حوزه‌هایی همچون فرزندپروری، کار با کودکان و نوجوانان، روان‌شناسی بین‌المللی، مراقبه و مذهب‌های شرقی، معنویت، ورزش، هیپنوتیزم، زوجها و خانواده‌ها، سکس‌تراپی، عدالت اجتماعی و فرهنگ، کتاب نوشته‌ام و آموزش‌های پیشرفته را دیده‌ام. همچنین این سعادت را داشته‌ام که معلمان و اساتید ناظر بسیاری را درک کنم. کار با برخی از معلمان و اساتید ناظر جزء کارورزی رسمی من بوده است اما بسیاری از چیزها را از برنامه‌های آموزشی غیررسمی یادگرفته‌ام. از طریق مشاهده‌ی الگوهای بسیاری مانند مشاهده‌ی صدها جلسه‌ی مشاوره چیزهای بسیاری آموخته‌ام. برخی از این مشاهدات به طور زنده (از طریق آینه‌ی یک‌طرفه) و برخی دیگر صدا و ویدئوی جلسات بوده است. دکتر اسپری به مدت ۸ سال استاد ناظر رسمی من بوده که یک سال آن در کارورزی پسا دکتری بوده است. تبدیل شدن به یک درمانگر مسلط و خیره‌سفری است که برای هر کدام از ما متفاوت است. البته شور و شغف بسیاری دارد و شامل کارها و تمرین‌های بسیاری می‌شود. من تجربه‌ی ۶۰ هزار ساعت جلسه‌ی روان‌درمانی دارم. همچنین این کار مستلزم دریافت بازخوردهای سازنده و استفاده از آنها برای رشد است.

رابرت گرین^۲ (۲۰۱۲) معتقد است که مسیر تسلط و خبرگی شامل کارآموزی (کارورزی)^۳ متنوع و طولانی مدت است. امیدوارم که از طریق مطالعه‌ی تجارب و آموزش‌های من، شما بتوانید طیفی از فعالیت‌ها را که مدل خبرگی مختص به خودم را می‌سازند درک کنید. برای ارائه‌ی درمانی با کیفیت بالا به دیگران، آموزش‌های رسمی، تجارب غیررسمی و زندگی متعادل نیاز است. من عمیقاً از ویژگی‌هایی که در این کتاب برجسته شدند دچار وجد شدم و به طور ناهشیاری خودم آنها را کشف کردم بدون اینکه حتی از یک راهنمایی اندک یا نقشه‌ای بهره ببرم. کاش آن سال‌هایی که تلاش می‌کردم و متعجب بودم که دارم چه کار می‌کنم و با این سؤال مواجه بودم که آیا من واقعاً در جلسه‌ی درمان بهترین هستم، کسی این نقشه یا راهنمایی‌ها را به من ارائه می‌کرد. چند سال پیش چندین تحقیق جذاب انجام شد که در آن از روان‌درمانگرها خواسته می‌شد تا خودشان را در مقایسه با دیگر درمانگران رتبه‌بندی کنند. اکثریت آنها خودشان را در صدر جدول قرار می‌دادند و بالای متوسط می‌دانستند. روان‌درمانگران به طور معمول درباره‌ی تأثیرشان و اثربخشی فعالیت‌هایشان در مقایسه با گزارشات مراجعان و گزارشات بیرونی، مبالغه می‌کنند.

1-Psychoanalyst
2- Robert Greene
3- Apprenticeship

اظهارات پایانی

این فصل با سه سؤال شروع شد: درمانگر مسلط کیست؟ درمانگر مسلط چگونه عمل می‌کند (منظور اقدامات درمانی اوست) و یک فرد چگونه به درمانگری مسلط و خیره تبدیل می‌شود؟ بخش دوم این فصل به سؤال اول درباره‌ی نیم‌رخ‌ها و شاخصه‌های درمانگران مسلط پرداخت. بیان نتایج مطالعات انجام شده پیرامون درمانگران مسلط، نیم‌رخ‌های فوق‌العاده مفید از این درمانگران تأثیرگذار فراهم کرده است. اساساً، درمانگران مسلط، بسیاری از شاخصه‌های بعدی را دارند. آنها نسبت به یادگیری بسیار حریص هستند، به طور وسیعی تجارب تجمعی بسیاری دارند، پیچیدگی شناختی را ارزشمند می‌دانند، به طور خودکامی پذیرا و غیر تدافعی هستند، از نظر روانی سالم‌اند و افراد پخته‌ای هستند که به سلامتی و بهزیستی عاطفی‌شان اهمیت می‌دهند، می‌دانند که سلامت هیجانی‌شان چگونه کیفیت کاری‌شان را متأثر می‌سازد، مهارت‌های ارتباطی قوی دارند و در استفاده از این مهارت‌ها در درمان متخصص هستند، به مراجعین خود اعتماد می‌کنند، صلاحیت‌های چند فرهنگی را دارند و باور دارند که پایه و شالوده‌ی تغییرات درمانی، اتحاد درمانی قوی است. نهایتاً اینکه، آنها در محیط‌هایی آموزش دیده‌اند و کار کرده‌اند که درگیری شفاف‌بخش را تسهیل می‌کنند و درگیری استرس‌زا را تقلیل می‌دهد.

بخش سوم فصل، به سؤال دوم مبنی بر اینکه درمانگران مسلط چگونه عمل می‌کنند پرداخته است. ما شش شیوه که درمانگران مسلط بدان گونه عمل می‌کنند را مطرح کردیم و بدان گونه آنها را از درمانگران کم‌تجربه‌تر متمایز کردیم. اساساً، درمانگران مسلط، اتحاد درمانی را ارتقاء می‌دهند، انتظارات مثبت (پیرامون بهبودی مراجع) و انگیزش مراجع و نیز آگاهی وی را افزایش می‌دهند، تجارب تصحیحی را تسهیل می‌کنند و روندها (الگوها) و تمرکز درمان را شناسایی می‌کنند و در ادامه تغییرات مرتبه‌ی اول، دوم و سوم را تسهیل می‌کنند. فصل پنجم، اهمیت بی‌بدیل تغییرات مرتبه‌ی دوم و فرایند ایجاد تغییرات بادوام و عمیق را بیشتر مورد بررسی قرار می‌دهد. فصل ششم نقش تغییرات مرتبه‌ی اول را به تصویر می‌کشد و فصل هفتم اهمیت تغییرات مرتبه‌ی سوم در ایجاد تغییر در جلسه‌ی درمان و نیز تغییرات اضافی پس از درمان^۱ را مورد تأکید قرار می‌دهد. سؤال سوم هم در فصل نهم مطرح و مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

1- Additional change post therapy

References

- Castonguay, L., & Hill, C. (Eds.). Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamics approaches. Washington, DC: American Psychological Association.
- Chi, M., Glaser, R., & Farr, M. (Eds.). (1988). The nature of expertise. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Colvin, G. (2008). Talent is overrated: What really separates world-class performers from everybody else. New York, NY: Portfolio.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., et al. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81–91.
- DeLeon, P. H. (2003). Remembering our fundamental societal mission. *Public Service Psychology*, 28, 13.
- Duncan, B. (2012). The partners for change outcome management system (PCOMS): The heart and soul of change project. *Canadian Psychology*, 53, 93–104.
- Ericsson, K. A., Charness, N., Feltovich, P., & Hoffman, R. (Eds.). (2006). The Cambridge handbook of expertise and expert performance. New York, NY: Cambridge University Press.
- Ericsson, K. A., & Lehmann, A. C. (1996). Expert and exceptional performance: Evidence of maximal adaptation to task constraints. *Annual Review of Psychology*, 47, 273–305.
- Fraser, J., & Solovey, A. (2007). Second-order change in psychotherapy: The golden thread that unifies effective treatments. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gladwell, M. (2008). *Outliers: The story of success*. New York, NY: Little, Brown.
- Goldfried, M. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991–999.
- Goldfried, M. (2012). The corrective experiences: A core principle for therapeutic change. In L. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 13–29). Washington, DC: American Psychological Association.
- Good, G., & Beitman, B. (2006). *Counseling and psychotherapy essentials: Integrating theories, skills, and practices*. New York, NY: Norton.

- Granello, D. H. (2010). Cognitive complexity among practicing counselors: How thinking changes with experience. *Journal of Counseling and Development*, 88, 92–100.
- Greene, R. (2012). *Mastery*. New York, NY: Viking.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: Author.
- Jennings, L., Hansen, M., Skovholt, T., & Grier, T. (2005). Searching for mastery. *Journal of Mental Health Counseling*, 27, 19–31.
- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 3–11.
- Jennings, L., Skovholt, T., Goh, M., & Lian, P. (2013). Master therapists: Exploitations of expertise. In M. Ronnestad & T. Skovholt (Eds.), *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors* (pp. 213–246). New York, NY: Routledge.
- Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. Norcross & M. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy* (pp. 94–129). New York, NY: Basic Books.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 38, 357–361.
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48, 72–79.
- Lambert, M., Whipple, J., Smart, D., Vermeersch, D., Nielsen, S., & Hawkins, E. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcomes? A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 288–301.
- Orlinsky, D. E. (1999). The master therapist: Ideal character or clinical fiction? Comments and questions on Jennings and Skovholt's "The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists." *Journal of Counseling Psychology*, 46, 12–15.
- Orlinsky, D. E., Botermans, J. F., & Ronnestad, M. H. (2001). Toward an empirically grounded model of psychotherapy training: Four thousand therapists rate influences on their development. *Australian Psychologist*, 36, 1–10.
- Orlinsky, D., & Ronnestad, M. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., Ambuehl, H., Willutzki, U., Botersman, J., Cierpka, M., et al. (1999). Psychotherapists' assessments of their development at different career levels. *Psychotherapy*, 36, 203–215.
- Owen, J., & Lindley, L. D. (2010). Therapists' cognitive complexity: Review of theoretical models and development of an integrated approach for training. *Training and Education in Professional Psychology*, 4, 128–137.
- Reed, G. M., McLaughlin, C., & Newman, R. (2002). American Psychological Association policy in context: The development and evaluation of guidelines for professional practice. *American Psychologist*, 57, 1041–1047.
- Ronnestad, M., & Skovholt, T. M. (2013). *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. New York, NY: Routledge.
- Skovholt, T. M., & Jennings, L. (2004). *Master therapists: Exploring expertise in therapy and counseling*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Sperry, L. (2010a). *Highly effective therapy: Developing essential clinical competencies in counseling and psychotherapy*. New York, NY: Routledge.
- Sperry, L. (2010b). *Core competencies in counseling and psychotherapy: Becoming a highly competent and effective therapist*. New York, NY: Routledge.
- Sperry, L., & Sperry, J. (2012). *Case conceptualization: Mastering this competency with ease and confidence*. New York, NY: Routledge.
- Teyber, E., & McClure, E. (2000). Therapist variables. In C. R. Snyder & R. E. Ingrain (Eds.), *Handbook of psychological change* (pp. 62–87). New York, NY: Wiley.
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

فصل دوم

دستیابی به تغییر: جلسه اول

برای مراجعان، جلسه اول در حکم یک نقشه است (با توجه به این ضرب‌المثل که مشت نمونه خروار است) و نمونه‌ای از دوره‌ی درمان است. جلسه اول می‌تواند خوب و امیدوارکننده و یا برعکس بد و مأیوس‌کننده باشد. برای کارورزان و درمانگران تازه‌کار^۱، جلسه اول اغلب با ساختارترین بخش فرآیند درمان محسوب می‌شود. نوعاً، جلسه اول از نظر شکل، تمرکز و انتظارات با ساختار است: درمانگر سؤالات مشخصی می‌پرسد و مراجع نیز پاسخ می‌دهد. این پرسش و پاسخ نوعاً از طریق برقراری یک نظام تشخیصی و سپس تنظیم طرح درمان^۲ پیگیری می‌شود. در مورد درمانگران خبره و چیره‌دست می‌دانیم که جلسه اول مهم‌ترین جلسه در بین تمامی جلسات است. آنها احتمالاً از قالبی کمتر ساخت‌مند استفاده می‌کنند. در عوض، آنها احتمالاً بر رشد و ایجاد درکی عمیق (یعنی فراهم‌سازی مفهوم‌سازی دقیق و البته موقتی از کیس) و ارتباطی عمیق با مراجع تمرکز می‌کنند.

۵ تکلیف اصلی وجود دارد که درمانگران مسلط و برجسته انجامش می‌دهند تا بتوانند جلسه اول را پشت سر بگذرانند: ۱- برقراری اتحاد درمانی ثمربخش و پربار^۲- مشخص کردن دقیق و صریح یک مفهوم‌سازی موقتی از مراجع^۳- انجام یک سنجش اولیه و شناسایی نگرانی‌ها، منابع و نقاط ضعف و

1-Beginning therapists
2-Planning treatment

کمیوندهای مراجع ۴- برقراری اعتبار بالینی^۱ و ۵- ایجاد برخی از تغییرات اولیه. این فصل، چهار مورد از این تکالیف را مورد بررسی قرار می‌دهد. به دلیل اهمیت زیاد مفهوم‌سازی موردی در روان‌درمانی اثربخش، تکلیف تصریح و مشخص‌سازی موردی، کانون توجه فصل چهارم قرار گرفته و در آن فصل مفهوم‌سازی فردی به اسم آیمی^۲ را مطرح خواهیم ساخت. در این فصل، اطلاعات زمینه‌ای پیرامون آیمی ارائه شده است. در ادامه اطلاعات تفصیلی و کامل جلسه‌ی اول ارائه شده است که نشان می‌دهد دکتر کارلسون^۳ چگونه با تلاش بسیار این تکالیف اساسی را انجام داده است. در ادامه نیز دو اظهار نظر و تفسیر^۴ ارائه شده است.

اتحاد درمانی

درمان اثربخش نوعاً با برقراری رابطه‌ی درمانی اثربخش یا مولد و سازنده آغاز می‌شود که نوعاً از آن تحت عنوان اتحاد درمانی^۵ نام برده می‌شود. اتحاد درمانی می‌تواند اثرات عمیقی بر فرآیند درمان و پیامدهای آن داشته باشد. تحقیقات به طور ثابتی نشان داده‌اند که رابطه‌ی درمانی، بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ی پیامدهای درمانی است (هورواث و سیموندز^۶، ۱۹۹۱؛ اورلینسکی، رونستاد و ویلوتزی^۷، ۲۰۰۴). اتحاد درمانی، اساس ایجاد تغییرات بنیادی و تقلیل احتمال پایان زود هنگام و پیش از موعد درمان^۸ است (اسپری، ۲۰۱۰، a).

برقراری اتحاد درمانی سازنده و پرنمر

اتحاد درمانی با تماس اولیه‌ی مراجع و درمانگر آغاز می‌شود و تا زمانی که این تماس ادامه داشته باشد باقی می‌ماند. اگرچه تعاملات اولیه به طور خاصی مهم هستند و همان‌طور که برداشت‌های اولیه هم مهم هستند، اما ایجاد اتحاد درمانی با تمام جنبه‌های فرآیند درمان گره خورده است و در طی زمان رشد می‌کند و تغییر می‌یابد. یک اتحاد درمانی اثربخش، می‌تواند به سرعت و در جلسه‌ی اول ایجاد شود اما

-
- 1-Clinician credibility
 - 2-Aimee
 - 3-Dr. Carlson
 - 4-Commentaries
 - 5 - Therapeutic alliance
 - 6 - Horvath & Symonds
 - 7 - Willutzi
 - 8-Premature termination

اگر درمان موفقیت‌آمیز باشد می‌تواند تا جلسه‌ی سوم هم به طور با ثباتی باقی بماند (اورلینسکی و همکاران، ۲۰۰۴؛ اسپری، بریل، هووارد و گریسون، ۱۹۹۶). نیازی به گفتن نیست که هر تماس مراجع - درمانگر چه مثبت و چه منفی، بر رشد و بقای اتحاد درمانی اثرگذار است.

یک شیوه‌ی بالینی مفید نگرستن به اتحاد درمانی این است که اتحاد درمانی شامل سه عامل می‌شود: پیوند^۱، اهداف و تمرکز و رویکرد درمانی (بوردین، ۱۹۷۹). اهمیت تشکیل پیوند درمانی قوی این است که مراجعان احساس درک شدن، امنیت و امیدواری می‌کنند. چنین پیوندی این احتمال را ایجاد می‌کند که مراجعان خطر کنند و عواطف دردناک و جزئیات خصوصی زندگی‌شان را افشا کنند. آنها باید همچنین خطر کنند و به شیوه‌ای انطباقی‌تر (سازگارانه‌تر) و روش‌هایی سالم‌تر فکر، احساس و رفتار کنند. تنها در محیطی قابل اعتماد، امن و مساعد و حمایتی است که این پیوند رخ می‌دهد و این خطر کردن توسط مراجعان اتفاق می‌افتد.

در کنار پیوند درمانی، متخصصان بالینی نیاز دارند که به طور متقابلی روی اهداف درمانی و روش‌های مداخلاتی با مراجعان به اجماع برسند. این کار منجر به بازشناسی مدل تبیینی مراجع، انتظارات او از تمرکز و اهداف درمانی و شیوه درمانی می‌شود که بعدها استفاده خواهد شد (اسپری، ۲۰۱۰b، اسپری، کارلسون و کی جوس^۲، ۲۰۰۳). چنین انتظاراتی توسط عوامل و نرم‌های فرهنگی متأثر می‌شود. از آنجایی که انتظارات ناگفته‌ای معمولاً وجود دارند که اعضای خانواده در فرآیند درمان وارد می‌کنند، متخصصان بالینی بسیار توانمند در مورد چنین انتظاراتی کنکاش می‌کنند. به همین نحو، ممکن است پیرامون انواع رویکردهای مورد استفاده، انتظارات خاموشی وجود داشته باشد. بعضی اوقات، انتظارات خاموش این است که شفابخشی، مستلزم تمهیداتی همانند تماس یا تماس بدنی است. برخی مراجعان، رویکردهای عمل‌مدار^۳ را بر رویکردهای سخت‌گفتگو (صحبت) مدار^۴ ترجیح می‌دهند. کوتاه کلام اینکه، اتحاد درمانی اثربخش مستلزم ملاقات و پیوند قلب‌ها و مغزهای^۵ متخصصان بالینی و مراجعان است (اسپری، ۲۰۱۰a، ۲۰۱۰b).

1-Bond

2 - Kjos

3-Action-oriented approaches

4-Strictly talk-oriented approaches

5-Meeting of hearts and meeting of minds

درمانگر و اتحاد درمانی

درمانگران بالینی معتقدند درمانگرانی که شرایط هسته‌ای درمان اثربخش (همدلی، احترام و پذیرش^۱، راجرز، ۱۹۶۱) را ایجاد می‌کنند و گوش دادن و پاسخگویی فعال را نشان می‌دهند، رشد اتحاد درمانی را تسهیل می‌کنند. در چنین روابطی، مراجعان احساس می‌کنند پذیرفته شده‌اند، حمایت شده‌اند و ارزشمند تلقی شده‌اند و معتقدند که درمانگرانشان مراقب و دلسوز آنها هستند و لذا ارزش اعتماد کردن را دارند. در نتیجه، آنها امیدوار و مطمئن می‌شوند که درمان موفقیت‌آمیز خواهد بود. تحقیقات، برخی از ادعاهای مرتبط با سهم درمانگر در ایجاد اتحاد درمانی را تأیید کرده‌اند و برخی هم ادعای راجرز مبنی بر اینکه سه شرط هسته‌ای (درک همدلانه، خلوص و پذیرش بدون قید و شرط) عوامل کافی و ضروری تغییر درمانی هستند را تأیید نکرده‌اند (نورکراس^۲، ۲۰۰۲). با این حال، در مورد این پیش‌فرض که مجموعه‌های مهارتی و صفات خاص درمانگران به طور مثبتی با اتحاد درمانی اثربخش ارتباط دارند شواهد فزاینده‌ای وجود دارد (اورلینسکی و همکاران، ۲۰۰۴). درمانگران در جوی آکنده از اتحاد اثربخش، در قالبی دوستانه و گرم و مطمئن و با تجربه، حاضر می‌شوند. آنها با احترام و علاقه با مراجع رو به رو می‌شوند و با صداقت، گوش‌دگی و قابل اعتماد با آنها ارتباط برقرار می‌کنند. در طول درمان، آنها زیرک و منعطف باقی می‌مانند و محیط امنی ایجاد می‌کنند که در آن مراجعان می‌توانند مسائل خویش را مورد بحث قرار دهند. آنها حمایت‌کننده ظاهر می‌شوند و از گوش دادن فعال و انعکاسی استفاده می‌کنند، تجارب مراجع را تأیید می‌کنند و درک همدلانه نسبت به موقعیت هر یک از مراجعان نشان می‌دهند. به علاوه، آنها در تجارب مراجعان شریک می‌شوند و اظهار عواطف را تسهیل می‌کنند و قادرند که اکتشاف عمیقی از نگرانی‌های مراجعانشان انجام دهند. آنها تفاسیر دقیقی از رفتارهای مراجعان ارائه می‌دهند و در درمان فعال هستند و به موفقیت‌های درمانی گذشته‌شان توجه می‌کنند (آکرمن و هیلنروت^۳، ۲۰۰۳؛ اورلینسکی، گریو و پارکز^۴، ۱۹۹۴).

کوتاه کلام اینکه، رشد اتحاد درمانی خوب برای موفقیت روان‌درمانی فارغ از هر نوع رویکردی، اساسی است. توانایی درمانگر برای تلفیق نیازها، انتظارات و قابلیت‌های مراجع در طرح درمان در ایجاد این اتحاد ضروری است (اسپری، ۲۰۱۰b). از آنجایی که درمانگر و مراجع اغلب کیفیت اتحاد را به طور

1-Empathy, Respect, and Acceptance

2 - Norcross

3 - Ackerman & Hillensroth

4 - Grawe & Parks

متفاوتی قضاوت می‌کنند، نظارت فعال بر اتحاد در سرتاسر درمان ضروری است. دادن پاسخ‌های غیر تدافعی به خصومت یا بدبینی مراجعان برای برقراری و حفظ اتحاد درمانی قوی، ضروری است. نهایتاً اینکه در مقایسه با ارزشیابی درمانگر، ارزشیابی مراجع از کیفیت اتحاد درمانی بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ی پیامدهای درمان است (هورواث، دل ره، فلاکیگر و سیموندز^۱، ۲۰۱۱).

حفظ اتحاد درمانی سازنده و ثمربخش

حفظ رابطه‌ی درمانی اثربخش برای درمانگران در زمان ایجاد اتحاد درمانی ثمربخش (مولد)، چالش درمانی حساسی محسوب می‌شود. همچنین، انجام این کار، نیازمند مجموعه‌ی خاصی از صلاحیت‌ها و مهارت‌هاست. نیازی به گفتن ندارد که قابلیت‌ها و صلاحیت‌های درمانگران برای مقابله با این چالش‌ها و تنگناها برای کاربست (اعمال) با کفایت روان‌درمانی^۲ ضروری و حیاتی است. همان‌طور که عواملی درمان را ارتقاء می‌دهند، به همان نسبت عواملی نیز مخل جریان درمان هستند. عوامل مخل درمان^۳ که تحت عنوان تنگناها یا بن بست‌های^۴ درمان نام‌گذاری می‌شوند عواملی هستند که در درون جلسات و بین جلسات ظاهر می‌شوند و مانع پیشروی جریان درمان می‌شوند. عوامل مخل درمان می‌توانند مراجع، درمانگر، رابطه‌ی مراجع و درمانگر و فرآیند درمان را شامل شود. عوامل مختل‌کننده و خاص درمان عبارت‌اند از: مقاومت و دوسوگرایی^۵، گسست اتحاد درمانی و ظهور پدیده‌ی انتقال و انتقال متقابل^۶ (اسپری، ۲۰۱۰، b).

بنا بر تجربه‌ی خودمان دریافته‌ایم که درمانگران خبره و مسلط در ایجاد و حفظ اتحاد درمانی ثمربخش متخصص هستند. در حالی که کارورزان و افراد کمتر حرفه‌ای احتمال دارد که بتوانند اتحاد درمانی را با برخی از مراجعان برقرار سازند، درمانگران مسلط به احتمال بسیار زیادتری، به طور مستمر و ثابت می‌توانند این اتحاد درمانی ثمربخش را با بسیاری از مراجعان خود برقرار کنند.

-
- 1 - Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds
 - 2-Competent practice of psychotherapy
 - 3-Treatment-interfering factors
 - 4-Impasses
 - 5-Resistance and ambivalence
 - 6-Transference-countertransference

برقراری اعتبار بالینی

اعتبار بالینی (قابلیت قبول) پدیده‌ای پیچیده است که تمام صفات پیش‌گفته پیرامون درمانگران را در بر می‌گیرد. این مقوله این‌گونه تعریف شده که مراجع درک کند که درمانگر آدم تأثیرگذار و قابل اعتمادی است (سو و زین^۱، ۱۹۸۷). اولین عنصر اعتبار بالینی، قابل اعتماد بودن است. درمانگری قابل اعتماد است که دلسوز، پذیرا و محترم باشد و به نیازها و انتظارات مراجعان حساس باشد و ایمان (اعتقاد به بهبود)، اطمینان و امید را در دل مراجع روشن کند. دومین عنصر این است که مراجع درک کند درمانگر فرد تأثیرگذاری است و می‌تواند در رابطه‌ی بین فردی، شخص صاحب نفوذی باشد (مانند استفاده از تخصص و قدرت خویش برای پرورش خودآگاهی و تغییرات سازنده در مراجعان). مراجعان وقتی این ویژگی‌ها را تصدیق می‌کنند که درمانگران نشان دهند که با صلاحیت هستند، از حس روشنی برای جهت‌دهی به مسیر درمان برخوردار هستند (مراجع بفهمد که مشاور می‌داند چگونه جلسه را پیش می‌برد)، به جلسات درمان ساختار بدهند و با ایجاد دلگرمی در مراجع و زمینه‌سازی تغییرات در وی در درون جلسات و بین جلسات، مراجعان را توانمند کنند و تأییدشان کنند. اعتبار بالینی (قابلیت قبول) باید در جلسات اولیه‌ی درمان محقق شود تا مراجع به مدت لازم و تا تحقق فواید درمانی، در جلسات درمانی باقی بماند. اعتبار بالینی به طور خاص در مشاوره با مراجعان متنوع فرهنگی ضرورت دارد (پانیگوا^۲، ۲۰۰۵). خلاصه‌ی کلام اینکه، وقتی یک مراجع درک می‌کند که درمانگر قابل اعتماد و کارگشاست و به تبع آن معتقد می‌شود که درمانگر و فرآیند درمانی مفروض، می‌تواند و خواهد توانست تفاوت‌هایی را در زندگی او ایجاد کند، در اینجاست که درمانگر توانسته آن اعتبار بالینی مدنظر را ایجاد کند.

نقاط ضعف و منابع مراجع

منابع مراجع همان‌گونه که تحت عنوان عوامل فرادمانی^۳ نام‌گذاری شده‌اند، عوامل مربوط به مراجع یا عوامل بافتی‌اند که به تغییرات مراجع بدون توجه به مشارکت او در جلسه‌ی درمان کمک می‌کنند (لامبرت، ۱۹۹۲). این عوامل عبارت‌اند از استعدادها و توانایی‌های مراجع، تاب‌آوری روان‌شناختی، خودکنترلی، هوش، قدرت، موفقیت در مدرسه یا کار، انگیزش یا آمادگی برای تغییر، خودکارآمدی (باور فرد به توانایی خودش برای تحقق تغییرات)، دلبستگی ایمن یا نسبتاً ایمن با حداقل یک فرد در

1 - Sue & Zane

2 - Paniagua

3 - Extratherapeutic factors

زندگی، داشتن تاریخچه‌ی گذشته‌ی مبتنی بر حداقل یک موفقیت در رابطه با تغییری در سبک زندگی مانند توقف سیگار کشیدن، داشتن ظرفیتی ذاتی برای رشد، اعتماد به نفس، داشتن دوستی بسیار خوب و همراه در حین رشد و ظرفیت داشتن برای وصل شدن به حمایت‌های اجتماعی و استفاده از آنها. این عوامل یعنی نقاط قوت و منابع مراجع در فصل چهارم و در بحث مربوط به مفهوم سازی کیس بالینی تحت عنوان عوامل حمایتی^۱ مطرح شده است.

خودکنترلی به احتمال زیاد یکی از منابع مراجع است که بیشترین اثرات را بر درمان خواهد گذاشت. در واقع، بسیاری از کارشناسان، به خودکنترلی و هوش، به عنوان دو ویژگی شخصی که پیامدهای مثبت در زندگی فرد را پیش‌بینی می‌کنند می‌نگرند (بامیستر و تایرنی، ۲۰۱۱، ص ۱). خودکنترلی ظرفیت فرد برای تغییر رفتارها و تکانه‌های بازدارنده است. افراد دارای خودکنترلی بالا تمایل دارند که بیشتر عمل کنند و کمتر تکانشی و اهمال‌کار^۲ هستند و در زندگی موفق‌تر هستند. در مقابل، آنهایی که خودکنترلی پایین‌تری دارند، کمتر اهل عمل هستند و بیشتر تکانشی^۳ و اهمال‌کار هستند و در زندگی کمتر موفق هستند (بامیستر و تایرنی، ۲۰۱۱، ص ۴).

عوامل بافتی عبارت‌اند از دسترسی فرد به درمانگر و درمان اثربخش، داشتن اعضای خانواده‌ی حامی، شبکه‌ای از دوستان حمایتگر و رویدادهای پیش‌بینی نشده و اتفاقی که بر فرآیند تغییر تأثیر می‌گذارند. هرچقدر درمانگران بتوانند منابع چنین مراجعانی را در طرح‌ریزی و پیاده‌سازی درمان بگنجانند، در برقراری اتحاد درمانی و تحقق پیامدهای درمانی مطلوب، موفق‌ترند. منظور از نقاط ضعف مراجعان، شرایط و عوامل سرشتی هستند که مانع تحول روان‌شناختی هستند، رشد تاب‌آوری و خودکنترلی را محدود می‌کنند یا اینکه منجر به دل‌بستگی ناایمن می‌شوند (اسپری، ۲۰۱۰، ص b). مواردی از نقاط ضعف مراجعان عبارت‌اند از: تاریخچه‌ی سوءاستفاده‌ی خانوادگی، سوءاستفاده‌ی جنسی، تجارب رهاشدگی، تجارب فقدان اولیه، برخورداری از والدین یا مراقبان آشکارا مشکل‌دار، تاریخچه‌ای از تشخیص یا درمان روانپزشکی اولیه، تاریخچه‌ی اعتیادهای رفتاری یا اعتیاد به مواد، تعویض مکرر مراقبان اولیه یا مهد کودک و مواردی از این دست. هرچقدر درمانگران بیشتر بتوانند این منابع و نواقص را در طرح‌ریزی و پیاده‌سازی درمان لحاظ کنند، در ایجاد اتحاد درمانی و تحقق پیامدهای درمانی موفق‌تر خواهند بود.

1-Protective factors

2-Procrastinating

3-Impulsive

4 - Baumeister & Tierney

توسیم نیم‌رخ نقاط ضعف و نقاط قوت مراجع

برای کارورزان غالباً انجام پیش‌بینی درباره اینکه مراجعان خاص چگونه به درمان پاسخ نشان خواهند داد دشوار است (منظور همان پیش‌آگهی^۱ است). یک راه مفید برای فکر کردن پیرامون پیش‌آگهی، توجه به ضعف‌ها و قوت‌های مراجعان و تأثیرات احتمالی آنها بر دوره‌ی درمان و پیامدهای آن است. البته بدون داشتن چهارچوبی که در آن اثرات این عوامل بر زندگی خاص مراجعان مفهوم‌سازی شود، این توصیه اغلب از نظر بالینی مفید نخواهد بود. به همین دلیل، من به کارورزان نیم‌رخ چهار مراجع متفاوت را نشان می‌دهم (اسپری، ۲۰۱۰؛ b؛ اسپری و اسپری، ۲۰۱۲). این نیم‌رخ‌ها ۶ نقطه‌ی قوت (منابع) و عوامل حمایتی مراجع و نیز ضعف‌های او را در یک پیوستار از سطح عالی پیش‌آگهی و کارآمدی مراجع (نیم‌رخ یک) تا پایین‌ترین سطح از پیش‌آگهی و کارآمدی مراجع مقایسه می‌کند (نیم‌رخ ۵). به عنوان مثال، تصور کنید شما در حال ارزشیابی متوالی از ۴ مراجع خانم هستید. آنها از نظر سن، تحصیلات و سطح فرهنگ‌پذیری مشابه هستند. همه‌ی آنها از احساس غم به دنبال گسست یک رابطه‌ی صمیمی شاکی هستند. و رای این شباهت‌ها حتماً تفاوت‌هایی نیز وجود دارد.

نیم‌رخ اول: این مراجع ملاک استرس موقعیتی از جمله اختلال سازگاری به همراه خلق افسرده را دارا است. هیچ نشانی از اختلال شخصیت وجود ندارد اگر چه برخی ویژگی‌های وابستگی یا اجتناب را نشان می‌دهد. او قبلاً در حفظ روابط صمیمی و نیز حفظ شغل خویش موفق بوده است. او گزارش کرد که در طی دو سال گذشته با رژیم غذایی و تمرینات ورزشی ۲۵ پوند وزن خویش را کم کرده است و از آن زمان تا به حال وزن خویش را کنترل کرده است. سطح تاب‌آوری و خودکنترلی او به نظر می‌رسد که عالی باشد و او آماده‌ی تغییر و در مرحله‌ی اقدام قرار دارد و سطح خودکارآمدی‌اش نیز بالاست.

نیم‌رخ دوم: این مراجع ملاک اختلال افسردگی اساسی و برخی از صفات اختلال شخصیت اجتنابی را در دوره‌ای جداگانه دارد. او گزارش کرده که به طور منطقی در روابط صمیمی و نیز شغلش موفق بوده است. سطح تاب‌آوری و خودکنترلی وی متوسط بود و خودکارآمدی و میزان اشتیاق‌اش برای تغییر در مرحله‌ی آمادگی قرار دارد.

نیم‌رخ سوم: این مراجع اختلال افسردگی دارد و اختلال شخصیت اجتنابی به انضمام برخی صفات افراد دارای وسواس فکری و عملی را نیز دارد. او گزارش کرد که بی‌توجهی عاطفی اولیه و سوءاستفاده‌ی جسمی توسط والدین را تجربه کرده اما این تجارب توسط یک فامیل مراقبت‌کننده از وی تشدید

شده است. سطح تاب‌آوری و خودکنترلی وی متوسط است همان‌گونه که خودکارآمدی و اشتیاق‌اش برای تغییر در سطح آمادگی قرار دارد (الگوی چرخه‌ی تغییر ۵ مرحله دارد که عبارت‌اند از پیش از تأمل، تأمل، اقدام و نگاه‌داری. در مرحله‌ی پیش از تفکر فرد منکر وجود مشکل است و معتقد است که مشکلی ندارد. در مرحله‌ی دوم فرد به این باور می‌رسد که مشکلی وجود دارد اما معتقد است که نمی‌تواند کاری برای مشککش انجام دهد. در واقع نوعی افسردگی و بدبینی دارد. در مرحله‌ی سوم فرد عقیده دارد که می‌شود برای حل مشکل کاری کرد. در مرحله‌ی چهارم فرد دست به کار می‌شود و شروع به تغییر می‌کند. ویژگی مرحله‌ی پنجم این باور است که تغییر ایجاد شده است، اما مهم نگاه‌داری آن است. مترجم). او در طی ۷ سال گذشته سخت و مستمر کار کرده تا بتواند از فرزندانش حمایت کند اما در حفظ روابط صمیمی دشواری‌هایی دارد.

نیم‌رخ چهارم: این مراجع اختلال افسردگی اساسی دارد: اختلال شخصیت سواس فکری و عملی و اختلال شخصیت اجتنابی با نشانگان راجعه نیز تشخیص پیرامون وی است. او دشواری در حفظ روابط صمیمی را گزارش کرد و در دو سال گذشته سه شغل عوض کرده است. او تلاش کرد تا مستقل زندگی کند اما هنوز در کنار مادرش زندگی می‌کند. سطح تاب‌آوری و خودکنترلی و خودکارآمدی وی در سطح پایینی است در حالی که اشتیاق وی برای تغییر در سطح تأمل^۱ است.

نیم‌رخ پنجم: این مراجع نشانگان اختلال افسردگی اساسی دارد: اختلال شخصیت سواس فکری و عملی و اختلال شخصیت مرزی و نیز اختلال استرس پس از ضربه با نشانگان بازگشتی را نیز دارد. پزشک وی توصیه کرده که ۵۰ پوند وزنش را کم کند و سیگار را نیز ترک کند، با این حال او گزارش کرد که در ایجاد تغییرات مربوط به سبک زندگی‌اش شکست خورده است. او نه در کار و نه در روابط صمیمی موفق نبوده است و در طی ۴ سال گذشته احساس ناتوانی می‌کرده است. سطح تاب‌آوری و خودکنترلی و خودکارآمدی وی به نظر بسیار پایین و تمایل وی برای تغییر در سطح پیش از تأمل است. پیش‌آگهی برای مراجع اول بسیار عالی است. با توجه به سطح بالای خودکارآمدی، خودکنترلی و موفقیت‌های قبلی در کاهش وزن، کاملاً احتمال می‌رود که این مراجع به حمایت‌های درمانی سریع و مؤثر پاسخ بدهد. از طرف دیگر، پیش‌آگهی برای نیم‌رخ چهارم با توجه به فقدان موفقیت در زندگی و شکست‌هایی در زمینه‌ی تلاش برای تغییر شخصی از جمله کاهش وزن و توقف سیگار کشیدن، ضعیف است. مراجع نیم‌رخ سوم مانند مراجع نیم‌رخ چهارم و پنجم تاریخچه‌ی اولیه‌ی سوءاستفاده یا بی‌توجهی

عاطفی را پشت سر گذاشته است اما با این حال آنها پیش‌آگهی بهتری دارند زیرا سطوح خودکنترلی و خودکارآمدی آنها از متوسط به سمت بالا در حرکت است و موفقیت‌هایی در زندگی و تلاش‌های شخصی برای تغییر نیز داشته‌اند. پیش‌آگهی برای تغییرات درمانی، نوعاً برای مراجع نیم‌رخ دوم خوب است. البته اگر اتحاد درمانی اثربخش ایجاد شود و روندهای غیرانطباقی اولیه‌ی آنها به سمت روندهای انطباقی‌تری تغییر کند می‌توان گفت پیش‌آگهی برای نیم‌رخ سوم نیز خوب خواهد بود. مراجع دارای نیم‌رخ پنجم امکان دارد که برای مداخلات اولیه در مقایسه با روان‌درمانی، کاندید بهتری برای مدیریت مورد قلمداد شود. جدول ۱-۲ این نیم‌رخ‌ها را خلاصه کرده است.

ایجاد تغییرات در جلسه‌ی اول

مراجعاتی که درمان برای‌شان تازه و جدید است اغلب با این امید به جلسه‌ی اول می‌آیند تا از نشانگان دردسرساز مزم نشان‌های یابند، با مشکلات فشارزای زندگی مقابله کنند یا اینکه هر دو هدف را محقق کنند. مراجعاتی که قبلاً تجربه‌ی درمان داشته‌اند ممکن است انتظارات مشابه یا کاملاً متفاوتی داشته باشند. برای هر دو نوع این مراجعان، جلسه‌ی اول بسیار حیاتی است به خاطر اینکه در علاقه‌مندی و پیوند آتی آنان به درمانگر و ادامه دادن یا ندادن فرآیند درمان، تعیین‌کننده است. با فرض اینکه انتظارات درمانی مراجعان توسط مشاور استخراج می‌شود، درمانگران دو گزینه دارند: تلاش برای پرداختن به یک یا دو مورد از انتظارات مراجعان در طی جلسه‌ی اول یا بازگشت به این انتظارات بعداً و در طول دوره‌ی درمان. بسیاری از درمانگران و نه همه‌ی آنها تمایل دارند گزینه‌ی دوم را انتخاب کنند. پیامد نپرداختن به نگرانی‌های چنین مراجعاتی در جلسه‌ی اول این است که احتمالاً آنها در جلسه‌ی بعدی حاضر نخواهند شد. در مقابل، درمانگران مسلطی که ما می‌شناسیم به احتمال زیاد گزینه‌ی اول را انتخاب می‌کنند. به عبارت دیگر، آنها معتقدند که ضروری است برخی از تغییرات در جلسات اول درمان اتفاق بیفتند.

در کنار پرورش اتحاد درمانی و افزایش احتمال حضور مراجع در جلسات آتی درمان، چنین تلاش‌های معطوف به تغییرات اولیه، اعتبار و قابلیت قبول بالینی را افزایش می‌دهد. برای مراجعاتی که با امید به برخی از کمک‌های اولیه‌ی عاطفی نزد مشاوره و برای درمان می‌آیند، درمانگران خبره به احتمال زیاد برخی از تمهیدات را برای کمک به کنترل نشانگان دردسرساز یا رهایی از مشکلات زندگی پیشنهاد می‌کنند. درمانگران خبره‌ای که ما می‌شناسیم، برای مراجعاتی که قبلاً در درمان‌های کمتر موفق شرکت کرده‌اند تلاش خواهند کرد تا تغییراتی را در جلسه‌ی اول محقق کنند. به عنوان مثال، یک راهبرد تغییر

اثربخش، انجام کاری بدیع و نو در جلسه‌ی اول است مانند پیشنهاد یک تناقض^۱. این راهبرد می‌تواند به طور ویژه‌ای با مراجعان دارای اختلال شخصیت کارساز باشد (کامینگز و کامینگز، ۲۰۱۳).

جدول ۱-۲ نیم‌رخ‌های عوامل حمایتی / منابع (نقاط قوت) و نقاط ضعف مراجع

مراجع ۵	مراجع ۴	مراجع ۳	مراجع ۲	مراجع ۱	نقاط ضعف و منابع (امکانات و نقاط قوت) مراجع
+++	++-	++-	+--	---	اختلال نشانگان مزمن اساسی
+++	++-	++-	---	---	اختلال شخصیت شدید
+++	+++	++-	---	---	سوءاستفاده و بی‌توجهی (غفلت) عاطفی اولیه
+++	++-	++-	---	---	موفقیت پایین در شغل و روابط یا فقدان آن
+++	++-	++-	---	---	موفقیت پایین در ایجاد تغییرات اساسی یا فقدان آن
+++	++-	++-	---	---	آمادگی و خودکارآمدی پایین یا فقدان آن
+++	++-	++-	---	---	خودکنترلی و تاب‌آوری پایین یا فقدان آن

کلید: مثبت = حضور ویژگی، منفی = عدم حضور ویژگی، مثبت و منفی = خنثی

مورد آیمی^۲

آیمی مادر ۳۰ ساله‌ی تنهایی است که دو پسر ۱۲ و ۱۱ ساله دارد. او الان به عنوان راننده‌ی لیموزین کار می‌کند و در کلاس‌های پاره‌وقت دانشگاه نیز شرکت می‌کند. دلایل او برای حضور در درمان، یادگیری مقابله با خشم و رنجشی است که او نسبت به مادرش احساس می‌کند. او خودش را منفعل توصیف می‌کند و خشم و رنجش خود را مخفی می‌کند و این احساسات را از طریق بیان این جملات که من خودم را داغون کردم و همش به واسطه‌ی پیگیری نیازهای دیگران خودم را داغون کردم نشان می‌دهد، که بدین معناست که او دائماً بر ارضای نیازهای دیگران تمرکز کرده و بر زندگی آرام و

1-Paradoxical suggestion
2-Aimee

لذت‌بخش تمرکز نکرده است. آیمی در صحبت کردن با مادرش خیلی مراقب و مبادی آداب است و می‌ترسد که مبادا به احساسات مادرش آسیبی برساند. اساساً، آیمی وقتی که کودک بود توسط مادرش رها شده بود و مادر بزرگ مادری‌اش او را بزرگ کرده بود. او خاطر نشان کرد که به مادر بزرگش خیلی نزدیک است و نیز نسبت به پدرش در مقایسه با مادرش بسیار بیشتر از این نزدیک و صمیمی است. همچنین او گزارش کرد که همسر قبلی‌اش هم از نظر کلامی و هم از نظر جسمی از او سوءاستفاده کرده است و همچنین به زودی از زندان مرخص می‌شود. به دلیل همین آزادی وی از زندان، او نگران امنیت خود و بچه‌هایش است. آیمی گزارش کرد که به پدرش بسیار نزدیک و صمیمی خواهد ماند و از نظر عاطفی از مادرش فاصله گرفته است. در فرم پذیرش، او این‌گونه نوشت: "من احساس خشم زیادی نسبت به وی دارم". مشکلات پزشکی خاصی در حال حاضر گزارش نشد البته او عنوان کرد که بعضی از مواقع سردردهای بسیار شدید، اضطراب، افسردگی، مشکلات در خوابیدن و رویاهای بد به سراغش می‌آیند. در پرسشنامه‌ی فرم کوتاه مقیاس سبک زندگی کرن^۱، او در حیطه‌های نیاز به خشنود کردن دیگران و قربانی بودن، نمره‌ی بالایی گرفت. او گزارش کرد که بزرگ‌ترین نگرانی‌اش این است که تنهاست. البته اگر بر اساس DSM^۲ بخواهیم تشخیص بدهیم، اختلال افسردگی نامشخص با نشانگان ترکیبی و نیز اختلال شخصیت وابسته و صفات وسواس فکری و عملی، مشکلات اصلی وی خواهند بود. در مقیاس سنجش کلی کارکرد (کارآمدی)^۲ نمره‌ی او الان ۶۲ است و بالاترین کارکرد (کارآمدی) وی در سال گذشته ۶۸ بود.

هدف درمانی دکتر کارلسون این موارد بود: ۱- توانمندسازی و واداشتن وی برای دیدن خویش به شیوه‌ای مثبت تر ۲- واداشتن وی برای اینکه بفهمد که خودش منابعی دارد که برای داشتن زندگی شادتر و رضایت‌بخش تر ضروری‌اند ۳- کمک به وی برای اینکه با اعتماد به نفس تر و مستقل تر باشد ۴- واداشتن وی به اینکه بهتر از خودش مراقبت کند. این اهداف مداخلاتی مستقیماً در روندهای انطباقی تر در زمینه‌ی مراقبت از خود و دیگران متجلی می‌شود. در فرآیند نیل به این ۴ هدف، او به طور اثربخشی رفتارهای غیرانطباقی مراقبت و دلسوزی برای دیگران و فراموشی خویش را مد نظر قرار داد. چندین راهبرد مداخلاتی به طور یکدست برای نیل به این روندهای (رویه‌های) جدید و ۴ هدف درمانی با هم ترکیب شدند.

1-The Kern Lifestyle Scale

2-Global Assessment of Functioning scale

توصیف جلسه اول

به دلیل اهمیت زیاد تدوین یک چهارچوب برای مابقی جلسات، توصیف جلسه اول به طور کامل در ادامه خواهد آمد.

دکتر کارلسون: آیمی، درسته، خودت اسمتو این طوری تلفظ می کنی؟

آیمی: بله

دکتر کارلسون: من خوشحالم که شما با اراده‌ی خودتان آمدید و در فرآیند درمان مشارکت دارید.

آیمی یعنی چی؟ آیا این یک اسم غیرمتعارف نیست؟

آیمی: این اسم یک اسم فرانسوی است.

دکتر کارلسون: آیا این اسمی فرانسوی است و نشانگر اصالت فرانسوی خانواده‌ی شماست؟

آیمی: بله، این یک اسم فرانسوی و سوئدی است.

دکتر کارلسون: اوه بسیار خوب.

آیمی: معنی این اسم یعنی دوست.

دکتر کارلسون: اوه، پس این اسم به معنای دوست است.

آیمی: بله

دکتر کارلسون: آیا همین طوری آمدید اینجا یا اینکه نه، هدف خاصی از آمدن به مشاوره دارید؟ دوست

دارید اینجا با همدیگر شاهد چه تغییراتی در زندگی تان باشیم؟

آیمی: اهوم من واقعاً نیاز دارم که مقابله با احساسات خشم و رنجیدگی بسیاری را که در رابطه با

مادرم دارم یاد بگیرم.

دکتر کارلسون: اهوم..... بنابراین ما اینجا با خشم و رنجیدگی رو به رو هستیم و شما فکر می کنید اینها

معطوف به مادرتان است؟

آیمی: بله، خوب، ولی ممکنه این طوری نباشه..... نمی دانم، این ها اینجاست (مراجع به قفسه‌ی سینه‌اش

اشاره می کند). من نمی تونم اونو نشونتون بدم اما می تونم احساسش کنم. می دونید، من در تنهایی خیلی

احساس خشم دارم، من خیلی منفعلم، بنابراین نمی تونم خشمم رو به کسی نشون بدم و البته رنجش

بسیاری نسبت به مادر خودم دارم و این موارد رو با داغون کردن خودم و خودخوری کردن، نشان می دم.

دکتر کارلسون: دارم می‌بینم، بنابراین شما خودخوری می‌کنید و این کار رو خیلی زیاد هم انجام می‌دهید، درسته؟

آیمی: بله، بله، هیچ وقت آرامش ندارم، هرگز وقت ندارم یک جا بنشینم و از روز خودم لذت ببرم.

دکتر کارلسون: اگر در روز وقتی داشته باشید می‌تونید از اون روز لذت ببرید؟

آیمی: نمی‌دونم، احتمالاً به جای اینکه یک جا بنشینم کاری برای انجام دادن پیدا می‌کنم (مراجع می‌خندد). به نظرم این کاریه که من انجام می‌دم.

دکتر کارلسون: بنابراین کار کردن بزرگ‌ترین بخش زندگی‌تان است و شما این‌گونه بار آمده‌اید؟

آیمی: بله پدر من آدم سخت‌کوشی بود. او یک نوازنده‌ی موسیقی بود و در گروه‌شان طَبال بود و دو سال اول زندگی من در جاده‌ها و به همراه گروه موسیقی سپری شد. بله، او هم، تنظیم یک گروه خیلی سخت و وقت‌گیره چون پدرم مجبور بود تا آخرای شب و نیز در طول روز و همچنین هر زمانی که وقت پیدا می‌کرد حتی در قطار سخت کار کنه، من فکر نمی‌کنم که این مرد حتی وقت خوابیدن داشته باشه، یادم نیامد که پدرم رو در حال خواب یا استراحت دیده باشم، شایدم خوابیده باشه ولی من ندیدم.

دکتر کارلسون: پدرتان به طرق متعددی، همچون الگویی برای‌تان بوده است و شما در کنار او بیشتر وقتتان را سپری کردید تا مادرتان.

آیمی: بله قطعاً. من به پدرم خیلی نزدیکم. من تنها فرزند اویم. وقتی مادرم دوباره ازدواج کرد یک بچه‌ی دیگر به دنیا آورد ولی پدرم دیگر ازدواج نکرد. من تمام زندگی اویم زیرا پدرم دیگر ازدواج نکرد. بنابراین اوهم خیلی به من نزدیک است و ما رابطه‌ای بسیار صمیمی داریم.

دکتر کارلسون: نزدیکی اینجا چه معنایی داره؟

آیمی: من مراقب اویم... می‌دونید، او همسر نداره. من احساس نمی‌کنم که مجبورم این کار را بکنم اما این کار را انجام می‌دهم.

دکتر کارلسون: آیا پدرتان نزدیک شما زندگی می‌کنه؟

آیمی: همین پایین خیابان زندگی می‌کنه.

دکتر کارلسون: همین پایین خیابان، بسیار خوب. بنابراین شما خیلی به او نزدیک هستید، چند مدته که

این اتفاق افتاده؟

آیمی: من نزدیک اویم؟ فقط چند ماهه... من فقط سه مرتبه اونجا رفتم البته قبلاً نزدیک اون زندگی می‌کردم و برای مدتی از اونجا رفتم و همین باعث شد که حالم بد بشه و مریض بشم و به ناچار دوباره برگشتم پیشش.

دکتر کارلسون: گفتی که نسبت به مادرت حس رنجیده خاطری داری.

آیمی: وقتی مادرم طلاق گرفت مدتی با او زندگی کردم و مادرم طوری بود که نمی‌تونستم زیاد دور و برش باشم و لذا احساس رهاشدگی به من دست می‌داد و لذا از درون خشمگین بودم، من حدس می‌زنم این خشمی که نسبت به اون دارم به خاطر بی‌توجهی‌ای هست که نسبت به من روا داشت. البته حدس می‌زنم ولی نمی‌دونم... البته الان با اون رفتار دوستانه‌ای دارم و این مطلب رو هیچ‌وقت بهش نگفتم. هرچند این قضیه کمی عجیب و غریب هم است زیرا بعضی اوقات مادرم خاطرات قدیم رو یادآوری می‌کنه و من بهش می‌گم که احساس گناه نداشته باش چون من بعضی از این احساسات گناه را به او می‌گویم زیرا من از دستش ناراحتم و البته یک جورایی احساس گناه هم دارم و این کار برای هر دوی ما سخته.

دکتر کارلسون: بنابراین مادرت به خاطر کارهایی که کرده احساس گناه می‌کنه و تو نیز به خاطر آنچه او انجام داده احساس خشم می‌کنی اما تا به الان واقعاً پیرامون این موضوع یک‌بار هم با او صحبت نکرده‌اید؟

آیمی: نه، البته دوست دارم اما اگر به او بگویم که چه احساسی دارم ممکنه به او آسیب بزنم و او ناراحت بشه.

دکتر کارلسون: شما فکر می‌کنید در اثر طرح این موارد، این احساسِ آسیب بر او غلبه کنه؟

آیمی: اهووم من نمی‌خوام احساسات او رو جریحه‌دار کنم من حس می‌کنم اگر به او بگویم که واقعاً از دستش خشمگین هستم واقعاً اون رو ناراحت می‌کنم، می‌دونید تا حدودی این طوری حس می‌کنم. من نمی‌تونم این کار رو بکنم. بنابراین، من با این احساسات درونی‌ام کلنجار میرم تا هیچ‌وقت رو نشوند.

دکتر کارلسون: آیا طور دیگری همیشه به قضیه نگاه کرد؟ آیا این طوری با احساسات صادق هستی؟

آیمی: آه، حدس می‌زنم همین طور باشه اما زمان اظهار احساساتم نسبت به مردم لحظات خیلی سختی رو تجربه می‌کنم، مگر اینکه همه چیز خوب پیش بره، زیرا من دوست ندارم به احساسات کسی لطمه بزنم، بنابراین من به بهای داغون کردن خودم سعی می‌کنم آدم خوبی به نظر برسم... من آدم خیلی منفعلی هستم.

دکتر کارلسون: آدم خوب، ولی به نظر می‌رسد تو آدم صادقی نباشی؟
آیمی: نه (درحالی که می‌خندد).

دکتر کارلسون: در روابط ات چگونه هستی؟

آیمی: خیلی خوب نیستم (با خنده) من واقعاً با دیگران روابط خیلی زیادی نداشته‌ام که مدتی طول بکشد. من واقعاً روابط زیادی ندارم، من از آن آدم‌های تنها هستم.

دکتر کارلسون: بنابراین، خیلی شبیه پدرت هستی؟

آیمی: اهوم، بله.

دکتر کارلسون: دارم می‌بینم و آن وقت مادرت چی؟

آیمی: اون خیلی اجتماعی است. منم خیلی اجتماعی هستم اما خیلی سعی می‌کنم تا به یک رابطه بچسبم و وفادار بمانم. من یک شوfer (راننده خصوصی) هستم، من با آدم‌های زیادی صحبت می‌کنم، محاوره با مردم بخشی از کار منه، اما ایجاد یک رابطه و ساختن رابطه کار بسیار سختی برای من محسوب میشه.

دکتر کارلسون: این سختی به چه معناست؟

آیمی: سخته که به دیگران اجازه بدم تا بخش‌های متفاوت من رو به جز آن چیزی که خودم دوست دارم ببینند، مشاهده کنند چون قسمت بعدی برای من خوشایند بر عکس قسمت اول (اینکه مردم بخش‌های خوب وجود مرا ببینند بهتره تا متوجه ضعف‌های من بشن).

دکتر کارلسون: و این چیزی است که تو از مادرت یاد گرفتی؟

آیمی: بله احتمالاً... اون خیلی معاشرتی است و شخصیتی کاریزماتیک داره.

دکتر کارلسون: اما شما این ایده را یاد گرفتید که خیلی مهمه که آن چیزی باشید که دیگران می‌خواهند نه آن چیزی که واقعاً خودتان دوست دارید؟

آیمی: بله احتمالاً. من از این آدمی که هستم شرم‌منده و خجل نیستم، اما فقط نمی‌خواهم دیگران متوجه جنبه‌های بد من بشن. حدس من این است که هر آدمی یک چیزهای بدی در خودش داره.

دکتر کارلسون: اما یکی از همین جنبه‌های بد تو اینه که تو دوست نداری به احساسات کسی لطمه بزنی؟

آیمی: بله، من نسبت به یک عضو خانواده‌ام احساس خشم و رنجش دارم و به همین دلیل احساس گناه دارم. من احساس می‌کنم که باید فرزند مطیعی باشم و من فرزند مطیعی بودم و این‌گونه بزرگ شدم. از زمانی که من یادم می‌آید آدم خوبی بوده‌ام و هیچوقت دل والدینم را نشکسته‌ام و انجام این کار باعث میشه که احساس خیلی بدی نسبت به خودم داشته باشم. این کار باعث میشه من احساس کنم خیلی بد هستم.

بنابراین من برای بازیابی خودم باید دائماً در تکاپو باشم. من می‌دانم آنها منو خیلی دوست دارند اما هیچ روزنه‌ای برای شکست وجود ندارد، زیرا من همیشه برای خوشحال کردن دیگران در حال تلاش و تلاش هستم.

دکتر کارلسون: تعجبی نداره که چرا تو احساس آرامش نداری....

آیمی: نه من نمی‌دانم واقعاً چی بگم.

دکتر کارلسون: اصلاً زمانی برای آرامش برای خودت نداشتی. آیا فکر می‌کنی این راهی است که همیشه باید ادامه بدی؟

آیمی: امیدوارم که این‌طور نباشه.

دکتر کارلسون: دوست داری در آینده اوضاع چه شکلی باشه؟

آیمی: امیدوارم که بتونم یک جایی بنشینم و درمورد یک روز و کارهایی که باید در طی آن انجام دهم فکر نکنم. مثل همه‌ی مردم. شما واقعاً نمی‌تونید به طور خودکار مغزتان را از چیزهای متفاوتی که دارید به آن فکر می‌کنید و نگرانش هستید خالی و تهی بکنید. فکرش بکنید یک نوع سکوت درونی چقدر زیباست، فقط یک جا بنشینید و از روزتان لذت ببرید.

دکتر کارلسون: ولی من متعجبم که شما در طول روز چقدر وقت دارید؟

آیمی: وقت خیلی زیادی ندارم.

دکتر کارلسون: می‌دونم که شما کار می‌کنید، مدرسه می‌روید و مراقب پدرتان نیز هستید.

آیمی: بچه‌هام هم هستند.

دکتر کارلسون: دو تا بچه هم دارید که باید مراقبشان باشید.

آیمی: و مادر بزرگم.

دکتر کارلسون: و مادر بزرگتان؟

آیمی: بله، مادر بزرگم الان ۸۰ سالشه. دو هفته‌ی دیگه میشه ۸۰ ساله و من مراقب او هم هستم. من میرم خونه‌اش و خانه‌اش را تمیز می‌کنم و فقط صرف دیدن نیست می‌دونید آخه اون خیلی تنهاست.

دکتر کارلسون: و این خانم مادر پدرتان است دیگر؟

آیمی: مادر مادرمه.

دکتر کارلسون: اوه مادر مادرتان.

آیمی: بله، واقعاً اون منو بزرگ کرده، اون شبیه مادرمه زیرا مادر من خیلی قبل‌تر از این رفته بود.

دکتر کارلسون: بنابراین، اون واقعاً شبیه مادرتان نیست زیرا.....

آیمی: او خود مادرمه.

دکتر کارلسون: او مادرتان است.....

آیمی: در یک معنا، من دارم از والدینم مراقبت می‌کنم. بنابراین، من همراهی با او را دوست دارم و این کار خسته‌کننده نیست، من خیلی اونجا نمی‌روم و فکر می‌کنم دو مرتبه در هفته خانه‌اش را تمیز می‌کنم، همان زمان‌هایی که میرم پیشش.

دکتر کارلسون: اما شما یک مادر تنها هستید اینطور نیست؟

آیمی: بله همین‌طوره

دکتر کارلسون: چرا در بالا از واژه‌ی سکوت استفاده کردید؟ چه مناسبتی در این جمله وجود داشت؟ آیمی: نمی‌دونم. همین‌طوری گفتم، می‌دونید به خاطر اینکه جمله‌ام درست باشه گفتم. چون این کارها واقعاً مرا فرسوده کرده‌است. من همچنین برای خوابیدن مشکلاتی دارم. وقتی شبها به رختخواب می‌روم خیلی خسته‌ام. روی تخت دراز می‌کشم و شروع می‌کنم به فکر کردن پیرامون کارهایی که باید انجام بدم و این پروسه دائم تکرار می‌شود و لذا به نظر نمی‌رسه که من اصلاً ۵ دقیقه وقت داشته باشم تا تلویزیون ببینم و چرخی در دور و برم بزنم.

دکتر کارلسون: بنابراین خوابیدن نیز برای تان تبدیل به یک معضل شده است؟

آیمی: اوه بله، قطعاً همین‌طوره. شبها خوابیدن برای من مسئله‌ای است و نهایتاً به زور می‌خوابم و حتی اگر شب خیلی دیر وقت هم بخوابم صبح بسیار سر حال از خواب بیدار میشم. واقعاً خیلی زود از خواب بیدار می‌شم به محض اینکه خورشید طلوع می‌کنه من بیدار میشم.

دکتر کارلسون: بنابراین، همه کارهایی که انجام می‌دهید برای تان کافی نیست و لذا شما باطری تان را شب‌ها که برای خواب به رختخواب می‌روید نیز شارژ نمی‌کنید.

آیمی: چرا، گاهی اوقات کارهایی می‌کنم، البته بستگی دارد، اهووم، مثلاً گاهی اوقات قبل از خواب کمی نوشیدنی (آبجو)^۱ می‌خورم که البته ایده‌ی خوبی نیست، اما کمک می‌کند به اینکه بهتر بخوابم و شاید کمک کند تا ذهنم را از موارد حاشیه‌ای محافظت کنم (از ورود اطلاعات غیر مفید جلوگیری کنم).

۱- دقت شود که این مورد در فرهنگ غربی شایع است و در فرهنگ اسلامی کشور ما این مطلب موضوعیت ندارد و ممنوعیت شرعی دارد.

دکتر کارلسون: بله، بنابراین بهترین راه‌حلی که به شما کمک می‌کند تا بخواهید و صبح زود از خواب بلند شوید نوشیدن آبجو است.

آیمی: بله نوشیدن آبجو یکی از گزینه‌هاست. فکر نمی‌کنم این کار بهترین گزینه باشد اما برای من بهترین انتخاب است. من این کار را هر شب انجام نمی‌دم، اما برخی از شبها که خیلی خسته‌ام و نیاز شدیدی به خواب دارم این کار را می‌کنم.

دکتر کارلسون: من حدس می‌زنم اگر شما آبجو بخورید نمی‌توانید واقعاً کار دیگری انجام دهید (آبجو می‌خورید تا خوابتان ببرد که کار دیگری نکنید).

آیمی: نه، من فقط آبجو می‌خورم زیرا این کار منو خسته می‌کند و در نتیجه خوابم می‌برد. این کار منو آرمیده می‌کند و به من حالتی دست‌میده که دیگر درباره‌ی برنامه‌های فردا و اینکه چه چیزی فردا اتفاق خواهد افتاد فکر نمی‌کنم.

دکتر کارلسون: بنابراین، به کمک آبجو شما قادر خواهید شد بیشتر شبیه آن چیزی شوید که دوست دارید باشید.

آیمی: بله، اوهوم.

دکتر کارلسون: اوهوم، آیا راه دیگری نیافتید که به این حالت برسید؟

آیمی: بله راه دیگر ماشاژ است. مدت زمان زیادی نیست که با ماساژ آشنا شدم اما به نظر می‌رسد که برایم مفید است. البته موسیقی هم به آرمیدگی من کمک می‌کند. اوه من واقعاً عاشق موسیقی‌ام. دکتر کارلسون: بله، گفتمی که پدرت هم طبال گروه موسیقیه.

آیمی: بله، من خونه‌سی‌دی‌های موسیقی زیادی دارم و من موسیقی گوش می‌کنم و این کار به من کمک می‌کند تا آرمیده باشم، اما زمان‌های زیادی وجود دارد که من هم به موسیقی گوش می‌کنم و هم کارهای زیادی انجام می‌دهم. من فقط یک‌جا نمی‌شینم و به موسیقی گوش نمی‌کنم... بلکه من به موسیقی گوش می‌دهم تا بتوانم کاری انجام بدم و ظرفها را بشویم یا سرامیک‌های کف را تمیز کنم... بله باز هم من در حال انجام کاری هستم.

دکتر کارلسون: وقتی میگی موسیقی منظورت کدام نوع موسیقی است؟

آیمی: هر چیزی که باشه گوش می‌دهم جز، کلاسیک... هر چیزی که باشه. من می‌تونم به هر موسیقی‌ای گوش کنم.

دکتر کارلسون: آیا چیزی هم می‌نوازی یا اینکه تو هم با آن زمزمه می‌کنی؟

آیمی: من طبل هم می‌زنم.

دکتر کارلسون: همانند پدرت؟

آیمی: او هووم.

دکتر کارلسون: آیا در این حوزه به سطح خاصی از پیشرفت هم رسیده‌ای؟

آیمی: می‌دانید که اصلاً امکان پذیر نیست که من پیگیر امور خانواده‌ام نباشم، از طرفی هم اگر بخواهم هم خودم را انتخاب کنم و هم خانواده را و آنگاه به پیگیری موسیقی بپردازم، بنابراین هم بزرگ کردن بچه‌ها و هم تلاش برای پیشرفت در موسیقی برای من خیلی مشقت‌بار می‌شود و کنار آمدن با این قضیه برای خانواده‌ام خیلی سخته، بنابراین من بزرگ کردن بچه‌ها را انتخاب می‌کنم و هر از چندگاهی هم اگر بشود طبل می‌زنم، می‌دونید، اگر شما بخواهید در این کار خوب باشید باید تمرینات زیادی بکنید و من مطمئنم که همسایه‌های من نیز از این اتفاق استقبال نمی‌کنند.

دکتر کارلسون: باز هم تکرار شد، تو داری دوباره به دیگران فکر می‌کنی. فکر کردن به خانواده، فکر کردن به همسایه‌ها، فکر کردن به

آیمی: او هووم، بله همیشه.

دکتر کارلسون: بله البته، آیا آدم‌های دیگه‌ای هم هستند که درباره‌ی آنها فکر نکرده باشی؟

آیمی: نه نه نمی‌دانم چرا. بله من دوست دارم که شروع کنم به فکر کردن درباره‌ی خودم اما احساس می‌کنم واقعاً نمی‌دانم کی هستم. اینقدر سرم شلوغی که اصلاً وقتی ندارم تا به این فکر کنم که من به عنوان یک انسان کی هستم و بفهمم که به عنوان یک انسان واقعاً کی هستم. من در ۱۶ سالگی مادر شدم، دبیرستانی بودم که ازدواج کردم، مثل مسابقه‌ی موش‌هاست (همه چی سریع اتفاق افتاد) چون من هرگز نتوانستم بایستم و فکر کنم که واقعاً من چی می‌خوام و چه چیزی رو دوست دارم، من فقط کار می‌کنم، من نتوانستم بایستم و فکر کنم که واقعاً به عنوان یک آدم و انسان کی هستم.

دکتر کارلسون (از زبان مراجع): من نمی‌دونم کی هستم و هر کاری می‌کنم، زیرا من هر کاری می‌کنم و اینقدر خسته می‌شم که اصلاً نمی‌تونم وقتی برای فکر کردن بذارم تا بفهمم که اصلاً کی هستم (به شکل آواز و زمزمه).

آیمی: بله، به نظر می‌رسد که این تصنیف خوبی.

دکتر کارلسون: بله، تنها چیزی که تو باید به آن فکر کنی همین است شبیه به تصنیفی است که آن را می‌نویسی.

آیمی: بله قطعاً.

دکتر کارلسون: آیا تا الان شده که پدرت به دلیل اینکه سرش خیلی شلوغ از دست آن مسابقه (مسابقه‌ی موش‌ها: انجام سریع کارها بدون وقت داشتن برای فکر کردن به کارها) خلاص شده باشه؟

آیمی: بله، خوب آن گروه موسیقی نهایتاً از هم پاشید الان پدر من راننده‌ی کامیون است. این کار مناسب اونه زیرا اون دوست نداره که دور و برش آدم‌های زیادی باشن، بنابراین اون رانندگی می‌کنه، با خودش تنهاست و مردم رو هم البته اینجا و آنجا می‌بینه و البته کلاً ترجیح نمیده که در معرض عموم باشه و اون خیلی عجیب و غریبه و البته اون یک آدم هنریه و در حال حاضر که ۵۰ سالشه خیلی آدم سنت‌گریز و غیرسنتی است. اون ضد ساختاره و واقعاً از اون آدم‌هایی هست که همراه بودن با زمان براش خیلی سخته زیرا شما اصلاً نمی‌تونید به خونه‌اش برید و اندکی اونجا بشینید؛ اون در مورد عقایدش صحبت می‌کنه و از شما می‌خواد که به عقایدش وفادار بمونید، اون خیلی آدم شارژیته و از نظر هیجانی غالب اوقات و بلکه همیشه آدم شارژیته.

دکتر کارلسون: بنابراین اگر شما همیشه آنچه را که دیگران از شما می‌خوان انجام بدید، انجام بدید، آیا شما این نگرش‌ها را به مراتب بیشتر از آنچه که هست تقویت نمی‌کنید؟

آیمی: خوب نه من همیشه با اون موافق نیستم، من فقط تو خونه‌اش می‌شینم و به جای بحث کردن باهاش بیشتر به اون گوش می‌دم، چون اون از نظر سیاسی و قلمروی زندگی خیلی خیلی با من فرق می‌کنه. بنابراین اون اظهار نظرهای خیلی زیادی می‌کنه و مدام به من تذکر می‌ده که من دارم راه رو اشتباه می‌رم و در حوزه‌ی انسان بودن دچار اشتباه شدم. اما من بهش اجازه می‌دهم حرفهاش رو بزنه و تا به الان هم با اون بحث نکردم. چون بحث کردن با اون فایده نداره و بعیده که به نتیجه‌ی ای برسه، من فقط این سؤال برام مطرح میشه که آیا این بحث‌ها برای من ثمری داره یا نه؟

دکتر کارلسون: آیا با مادرت هم همین طوری و به همین شیوه مواجهه می‌کنی؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: می‌بینم، به نظر می‌رسه که این شیوه برای تو امنیت به ارمغان نیاورده و بهش خیلی ایمان نداری، همین که به مادرت چیزهایی رو بگی، حتی اگر اونم در مقابل چیزهایی بگه که معتقد باشه که این شیوه‌ی اونه.

آیمی: بله، نمی‌دونم چرا.

دکتر کارلسون: اینکه دور و بر پدرت باشی برات امنیت‌سازه، اما پدرت درباره‌ی توقضاوت می‌کنه و تو رو مورد انتقاد قرار میده.

آیمی: اوه بله، این مورد خیلی برام سخته.

دکتر کارلسون: این مورد مثل یک پازل می‌مونه. آیا طریقه‌ی کار این پازل رو می‌دونی؟

آیمی: بله این پازل توسط من داره می‌چرخه چون من بار تمامی مسئولیت‌ها رو به دوش می‌کشم، چون من واقعاً کاری به شیوه‌ی دیگر اصلاً انجام نمی‌دم، من به حرفهای پدرم گوش می‌دم، تمام مدتی که داره حرف می‌زنه فکر می‌کنم پدرم دیوونه شده اما هرگز این مطلب رو بهش نگفتم و وقتی مادرم با من حرف می‌زنه و میگه که احساس گناه می‌کنه یا اینکه میگه متأسفم که این کارها رو با تو انجام دادم، من فقط بهش می‌گم خیلی درباره‌اش نگران نباش بی‌خیال باش اتفاقیه که افتاده، می‌دونید وقتی چنین احساساتی دارم دوست دارم بهش بگم واقعاً اعصابم داغونه و از دست کارهایی که با من کردی دارم دیوونه میشم، اما همیشه به جای این کار از خانه بیرون می‌رم و قدم می‌زنم، در حالی که احساس من اینه که بازم درباره‌ی این مسأله کاری نکردم و در مجادله‌ی بین این دو آدمی که فقط حرف می‌زنند فقط تماشاچی هستم و منفعل.

دکتر کارلسون: به نظر می‌رسه این تنها گیر افتادن بین آدم‌ها باشه....

آیمی: بله

دکتر کارلسون: البته در این ماجرا هیچکس طرف شما نیست.

آیمی: بله همین طوره

دکتر کارلسون: با این وجود، شما احساس می‌کنید که با پدرتان علی‌رغم انتقادهایی که از شما می‌کند راحت‌ترید؟

آیمی: بله بالاخره پدرمه دیگه، اون توجه خیلی زیادی به من می‌کنه. اون با من مثل یک شاهزاده رفتار می‌کنه و اون خراب منه (برام می‌میره). البته خیلی به من سختگیری هم می‌کنه منتها با من بازی هم می‌کنه، اون یک پدر درجه‌ی یک محسوب میشه.

دکتر کارلسون: وقتی که در جاده یا مشغول کار نیست اینطوره؟

آیمی: بله خوب، این زمان‌ها بیشتر این طوره، وقتی ازدواج اولش از هم پاشید، به همین ترتیب گروه موسیقی‌اش هم مانند یکی دیگر از تمام تعلقات وی از هم پاشید، بنابراین پدر من فقط یک شغل منظم و ثابت داشت و من می‌تونستم فقط آخر هفته‌ها اون رو ببینم، بنابراین تمام مدتی که من کنارش بودم را

با من سپری می کرد و من فکر می کنم تنها بچه ای هستم که تمام توجه پدرش رو به خودش معطوف داشته.

دکتر کارلسون: دارم می بینم.

آیمی: بنابراین، من از اون زمانها بسیار لذت می بردم.

دکتر کارلسون: وقتی آنها از هم جدا شدند شما چند ساله بودید؟

آیمی: ۴ ساله.

دکتر کارلسون: بسیار خوب ۴ سال. بنابراین، اون آخرای هفته قطعه ای از زمان بودند که شما با پدرتان بودید.

آیمی: اوهم درسته.

دکتر کارلسون: با این حال در مابقی هفته با مادر بزرگت بودی؟

آیمی: بله، در غالب اوقات مادر من نیز ساعتی را کار می کرد و بسیاری از اوقات را هم که در خانه ی او و همچنین با او در خانه ی مادر بزرگم سپری می کردم نیز کارهای زیادی انجام می داد، گاهی اوقات من هفته ها و روزها آنجا بودم.

دکتر کارلسون: می دونی، وقتی تو شروع کردی به صحبت کردن درباره ی این مسائل، چهره ات اندکی تغییر کرد، آیا متوجه این مورد شدی؟

آیمی: نه (با خنده).

دکتر کارلسون: وقتی درباره ی این موارد فکر می کنی به نظر می رسه که احساسات متفاوتی رو تجربه می کنی.

آیمی: بله، بسیار خوب، خیلی آزارنده است چون من احساس می کردم سربار مادر بزرگم هستم چون مادر من مشغول خودش بود و یک مادر واقعی نبود... اونم با خودش درگیر بود و مست می کرد حالا بیا و درستش کن.

دکتر کارلسون: اوه، بنابراین اون بیرون از خانه کار نمی کرد؟

آیمی: چرا کار می کرد، اما مراقب کارها بود، گاهی اوقات من چند روز خونه اش می موندم و اون اصلاً نمیومد تا منو ببینه، منم منتظرش می موندم تا بیاد. همیشه میگفت که میام، منم پشت پنجره می ایستادم و ... البته من دیگرانی را نیز داشتم مثل عمه ها و عموهام که هنوز هم تو اون خونه زندگی می کنند. اون (مادر بزرگم) ۷ تا بچه داشت که چندتا شون هنوز تو اون خونه زندگی می کنند و اونها هم می تونن بگن

که اون واقعاً چه جور آدمیه، با این حال من واقعاً احساس می‌کردم که اونجا سر بار هستم چرا که مادر بزرگم با اون همه بچه درگیر بود، اما اون هیچ وقت کاری نکرد که من این حس سر بار بودن رو تجربه کنم، اون منو خیلی دوست داشت، اون واقعاً الهام بخش من بود، اون آدم نازنین و فوق‌العاده‌ای بود. با این اوصاف نمی‌دونم چرا من احساس می‌کنم که متعلق به اونجا نبودم. من فقط شبها اونجا می‌خوابیدم.

دکتر کارلسون: و البته بعضی از اوقات ذهن، سر ما رو شیره میماله (تا ما رو فریب بده) مثل همین مورد و تو الان داری تلاش می‌کنی تا این باور رو که چرا مادرت در دسترس نبود چیز مهمی نشون ندی، آیا این گونه نیست؟ چرا با این باور همراه شدی؟

آیمی: آخه اون نمی‌خواست منو ناراحت کنه، این شیوه و مشی رفتاری مادرم بود و در واقع مادرم همیشه همین طور بود. من یادمه حتی وقتی که بعضی از اوقات باهم بودیم، اون خیلی با من نمی‌جوشید. اون یه جورایی مثل آدم‌های در خود فرورفته بود. تا همین اواخر هم همین جوری بود. چند وقت پیش من بهش تلفن زدم و بهش گفتم چرا تو پیدات نیست و خبری ازت ندارم، اونم کمی احساسی شد و اندکی صحبت کرد..... این تمام حرفهای من درباره‌ی اون. من حتی مشکلات دیگه‌ای رو هم که دارم باهاش مطرح کردم. من واقعاً به خاطر بچه‌هام تحت فشارم چون اونها با من یکی به دو می‌کنند. مثلاً تایلر تو مدرسه مشکل داره و مادرم به جای درک این مسأله و صحبت کردن پیرامون آن، موضوع رو عوض می‌کنه و درباره‌ی زندگی خودش حرف می‌زنه و هرگز از من حتی یک کلمه نپرسیده که من چه احساسی دارم. منم با همین وضع کنار او مدم و می‌ذارم اوضاع همین جور ادامه پیدا کنه، می‌دونید در کنار همه‌ی این موارد مشکلات اقتصادی هم اوضاع منو بدتر کرده (خیلی ورور کردم، نه) اونم منو تنها می‌داشت و می‌رفت، طوری که من احساس می‌کردم که دارم با خودم حرف می‌زنم. بنابراین می‌بینید که اون همین طوره. من نمی‌دونم چه کار باید بکنم، من نمی‌تونم بهش بگم... شاید این کار اشتباه نباشه. من فقط احساسی این چنینی دارم. اونم آدم خیلی موثری در زندگی من نبوده که من باهاش راحت و جور باشم.

دکتر کارلسون: و به نظر می‌رسه که بخشی از باور شما اینه که اگر من آدم کامل یا همه فن حریفی باشم و کارها رو درست انجام بدم اون منو دوست خواهد داشت؟

آیمی: بله، دقیقاً و البته خواهر کوچک من یعنی خواهر ناتنی من ۱۹ سال سن داره و در مدرسه اوضاعش خرابه و دقیقاً اون متضاد منه. اون خیلی باهوش نیست، اون آدم ماتریالیستی است و به همین دلیل مادرم

با من مهربان تره تا اون، چون اون هیچ کدام از کارهایی را که مادرم ازش می‌خواد انجام نمیده، مادرم هم میگه چرا اون نمی‌تونه مثل آیمی باشه و رفتار کنه.

دکتر کارلسون: بله دارم میبینم.

آیمی: اما من نمی‌خوام اون هم شبیه من بشه چون زندگی من این طوری خیلی با نشاط نیست، نه تنها برای من بلکه برای دیگران هم همین طور خواهد بود.

دکتر کارلسون: و البته تو یاد گرفتی به جای گریه کردن بخندی؟

آیمی: بله

دکتر کارلسون: آیا تو زیاد گریه می‌کنی؟

آیمی: بله، بعضی اوقات که اتفاقاتی می‌افته، نهایتاً من به جای خیلی بدی می‌رسم، در نتیجه می‌رم تو اتاقم و به هم میریزم و بعدش یک ساعت گریه می‌کنم، بعد از اتمام گریه حس خوبی به من دست می‌ده، اما دوست دارم با این مسائل به شیوه‌های سالم‌تری مقابله کنم اما....

دکتر کارلسون: بنابراین آیا گریه کردن برات مفیده؟

آیمی: بله

دکتر کارلسون: و آیا ناراحتی و درد تو اینه که آدم‌هایی که دوستشان داری تو رو دوست ندارند؟ آیمی: من می‌دونم اون منو دوست داره. اون به من گفته که دوستم داره، تنها ایرادی که داره اینه که اون فقط یک مادر معنوی نیست، می‌دونید اون به خونگی من میاد و نوشیدنی می‌خوره (مست میکنه)، و البته دوست داره که منم باهاش نوشیدنی بخورم (منم باهاش مست کنم) بعد از خونه بیرون میره و اون شبیه مادر من نیست و بیشتر شبیه دوست منه. ولی من دوست دارم که اون مادر من باشه. منظورم اینه که اون الان در اواخر ۵۰ سالگی هست و شما فکر می‌کنید اون الان دوست داره که برام مادری کنه؟ در حالی که بیشتر تمایل داره که به گردش بره و کشته مرده‌ی این کاره. اون واقعاً دیوانه است دیوانه‌تر از اونچه فکرش را بکنید. من الان ۳۰ سالمه و اون الان وقتی باهم بیرون میریم یه جورایی منو شرمنده و خجالت زده می‌کنه. اون خیلی خُل بازی در میاره مثل چی.... باورتان میشه؟

دکتر کارلسون: چه جالب، واقعاً اون هنوز هم مثل بچه‌ها رفتار می‌کنه؟

آیمی: بله پدرم هم همین طوری بود. پدرم هم همین کارها رو می‌کرد منتها به شیوه‌ای دیگه این کار رو می‌کرد. اون خیلی مسئولیت پذیر بود البته فقط سر کار اما همون کارها رو تو خونه مثل یک بچه انجام

می‌داد. اون با این کارها از نظر هیجانی شارژ می‌شه و از هر چیزی که براش عادی و یکنواخت بشه متنفره. درست مثل یک نوجوان مجموعه‌ای از عقاید نوجوانانه داره.

دکتر کارلسون: به نظر می‌رسه که در مورد آنچه پیش آمده بینش یا تحلیل و مستمسک بسیار زیبایی داری.

آیمی: خوب، این مورد از در حال رشد بودن پدر و مادرها می‌آید. به نظر می‌رسد که مسئولیت تمام زندگی‌ام بزرگ کردن بچه‌هامه.

دکتر کارلسون: نیاز داری که چه کار کنی تا از بند و شر این باور خلاص بشی؟ به نظر من تو اطلاعات خیلی خوبی داری و می‌تونی پاسخ این سؤال رو بدی.

آیمی: نمی‌دانم. به نظر نمی‌رسه که بدونم که باید چه کار کنم.

دکتر کارلسون: منم فکر می‌کنم بتونی

آیمی: من همیشه معروف بودم به اینکه می‌دونم که باید چه کار کنم. من بسیار با کفایت و با بینش هستم.

دکتر کارلسون: به نظر می‌رسه که همین طوری باشه.

آیمی: اما به دلایلی حدس می‌زنم که این امر یک دستاویزی است که منو از اینکه خودم رو به دردسر بندازم محافظت میکنه.

دکتر کارلسون: فایده‌ی این کار چیه؟

آیمی: نمی‌دونم که آیا واقعاً این کارا برای من فایده‌ای داره یا نه.

دکتر کارلسون: ولی قاعدتاً باید این طوری باشه.

آیمی: شاید بهتر از این باشه که خطر کنی و به احساسات کس دیگه ای آسیب بزنی.

دکتر کارلسون: بنابراین من ترجیح می‌دم که اصلاً زندگی نکنم تا نکنه احتمالاً یک وقتایی به احساسات

کس دیگه‌ای آسیب بزنی درسته همین طوری فکر می‌کنی؟

آیمی: حدس می‌زنم همین طوری باشه. حدس می‌زنم که انگار مجبورم به احساسات برخی آسیب برسانم اما فقط درباره‌ی آن فکر می‌کنم.

دکتر کارلسون: خوب، نمی‌دونم آیا واقعاً قصد داری به احساسات بعضی‌ها آسیب برسونی؟

آیمی: این جور فکر می‌کنم.

دکتر کارلسون: آیا قضیه رو این طوری می‌بینی؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: الان گفتی که در ارتباط عمیق با کسی نیستی اما مگه تو بچه نداری؟

آیمی: چرا دارم.

دکتر کارلسون: بنابراین تو با کسی در ارتباط بودی (که حاصل اون بچه‌هاست)؟

آیمی: اوه بله چرا اون عشق من بود اما من به ازدواج با اون پایان دادم و فکر می‌کنم در عشق دیوانه‌وار عمل کردم.

دکتر کارلسون: همون‌طور که گفتی یک‌خورده این کارها برات زود نبود؟

آیمی: چرا بود، من ۱۸ سالم بود که ازدواج رسمی کردم اما قبل از ۱۸ سالگی بچه داشتم و والدینم راضی به این ازدواج نبودند.

دکتر کارلسون: معلومه.

آیمی: به درستی راضی نبودند چون اون مرد کاملی نبود که من بتونم با اطمینان بهش تکیه کنم.

دکتر کارلسون: و تو از اون بچه هم داری؟

آیمی: بله

دکتر کارلسون: قبل هیجده سالگی از اون بچه داشتی، ۱۸ سالگی باهاش ازدواج کردی، چطور تونستی بدون اجازه‌ی والدینت این کار رو بکنی؟

آیمی: خوب دیگه شد.

دکتر کارلسون: بله.

آیمی: خیلی طول نکشید یک‌دفعه دیدم باهاش ازدواج کردم، من ۶ سال باهاش بودم یک سال بعد از ازدواج هم ترکش کردم.

دکتر کارلسون: چطوری این اتفاقات رخ داد؟ منظورم اینکه چطور تونستی؟

آیمی: خیلی عجیب بود.

دکتر کارلسون: وقتی ترکش کردی آیا خوشحال شد؟

آیمی: اوه نه.

دکتر کارلسون: خوبه، بنابراین یک زمانی پیدا کردیم که تو در اون موقع کاری کردی. می‌دونی با اون

کار احساسات یک نفر رو جریحه‌دار کردی.

آیمی: بله این کار رو کردم ولی اون خیلی عجیب و غریب بود. می‌دونید، من فکر می‌کنم حقیقتش بود که ترکش کنم آخه اون از من خیلی سوءاستفاده می‌کرد، اون منو می‌زد، من وقتی با اون آشنا شدم بچه بودم، من ۱۴ ساله بودم و لذا خیلی بچه بودم اما با این اوصاف اون منو می‌زد و از من سوءاستفاده‌ی عاطفی می‌کرد، اون کاری با من می‌کرد که بدنم بی‌حس می‌شد، یکی از اون روزها، عجیب‌ترین اتفاق ممکن رخ داد. در عین حالی که من واقعاً عاشقش بودم و فکر می‌کردم که همیشه عاشقش می‌مونم و فکر می‌کردم مابقی عمرم رو در کنارش می‌مونم، صبح بلند شدم و دیدم که اون رفته، رفتم پیش پدرم، من می‌دونستم که پدرم از من محافظت می‌کنه و اون از پدرم می‌ترسید و من می‌دونستم اگه برم پیش پدرم و با اون زندگی کنم اون سر و کله‌اش اون طرف‌ها پیدا نمیشه... دوست نداشتم با ترس زندگی کنم اما اون اتفاق واقعاً عجیب بود زیرا من حس خاصی نسبت به اون اتفاق نداشتم، من از گسستن ازدواج عزادار نشدم، این مثل این بود که صبح از خواب بلند شی و بگی که من تو رو اصلاً دوست ندارم و اون هم رفته باشه. اما اون تا ۶ سال منو زیر نظر داشت، تلفن می‌زد، به تلفن محل کارم زنگ می‌زد. واقعاً دیوانه بود چون تا ۶ سال این کار رو ادامه داد.

دکتر کارلسون: با این اوصاف، شما طبعاً عزم و اراده‌ی خودتان را دنبال کردید؟
آیمی: اوهم بله.

دکتر کارلسون: آیا تاکنون سعی کردی که به رابطه با او برگردی؟

آیمی: خیر، من هرگز درباره‌ی این مسأله فکر هم نکردم. در واقع، عجیبه اما می‌دونید، من با این مرد ازدواج کردم، اما فقط با تلفن با او صحبت می‌کردم. همیشه فکر می‌کنم که ای خدای من اگر تا الان این رابطه را قطع نکرده بودم چی به سرم می‌اومد؟ می‌دونید، از اونجایی که اون هیچ چیزش شبیه من نبود، منم شبیه یک بچه بودم... منم برای طغیان علیه والدین و جامعه ام جذب تصویر یک پسر بد شدم.

دکتر کارلسون: آیا دوست داری به گونه‌ی دیگری به این مسأله نگاه کنی؟

آیمی: بله

دکتر کارلسون: آیا میشه این طوری نگاه کرد که جذب شدن به اون مرد به این دلیل بوده که اون خیلی شبیه مادرت بوده؟

آیمی: بله، همین طوره.

دکتر کارلسون: هر دوی آنها به نوعی، خود محورند، آنها از زندگی چه می‌خواهند؟

آیمی: اهووم.

دکتر کارلسون: آنها خیلی نگران دیگران نیستند، همین طوره؟

آیمی: بله قطعاً همین طوره.

دکتر کارلسون: و بعضی وقت‌ها ما جذب مردمی می‌شویم که با آنها تکالیف (مشغله‌ی)^۱ ناتمام داریم. آیمی: این نکته صحت داره زیرا من همیشه به همین شکل با دیگران وارد رابطه میشم و درگیر احساساتی این‌چنینی میشم، می‌دونید که، احساساتی مثل: من از این رابطه چیزی گیرم نیامد و فقط این من هستم که دارم می‌دهم (می‌بخشم).... دادن و دادن، می‌دونید، من دارم همش به دیگران می‌دم و چیزی دریافت نمی‌کنم. البته برای مدتی این وضع را تحمل می‌کنم چون دلم برای آنها می‌سوزه، چون که.... چون زمانی میاد که آنها احساس می‌کنند منو از دست داده‌اند و لذا ممکن است به گونه‌ی دیگری رفتار کنند و بگویند اوه خدای من تو نمی‌تونی و نباید منو تنها بذاری و البته من برای آنها متأسف خواهم بود و این تأسف رو برای مدتی با خودم حمل خواهم کرد اما نه ۶ سال و نه در ازدواج مجدد خودم، نهایتاً اینکه من بعد مدتی خسته و بی‌حال میشم ولی بعدش میگم که از این رابطه چیزی دستگیرم نخواهد شد و لذا رابطه را پایان خواهم داد و با آن خداحافظی می‌کنم... بالاخره، همیشه پایان‌ها زیبا نیستند و گاهی تلخ‌اند لذا آنها احتمالاً از من به دلیل پایان دادن به این وضع متنفر خواهند بود، همیشه به این فکر می‌کنم که دیگران از من چه انتظاری دارند.... خوب ... اما من چیز خیلی زیادی ندارم.

دکتر کارلسون: آنها از شما متنفر می‌شوند چون آنچه را که از شما می‌خواهند به آنها نمی‌دهید؟

آیمی: بله دقیقاً، و من این کار را می‌کنم و آنچه را که از من می‌خواهند به آنها می‌دهم تا جایی که خسته بشم و خودم بگم که کافیه. متأسفانه من دوست‌پسرهای خیلی زیادی نداشتم.

دکتر کارلسون: و تنها شیوه‌ی ماندن دوستانه در کنار مادرتان فراموش کردن خودتان است؟

آیمی: بله، فقط با موافقت با او، گوش دادن به او و عدم مداخله بین حرف‌هاش.

دکتر کارلسون: می‌دونی، نظریه‌ی زیربنایی این کار این است که شما نیاز دارید تا امور ناتمامتان را حل و فصل کنید.

آیمی: می‌دونم که باید کاری کنم چون احساسم به من اینو میگه.

دکتر کارلسون: شما مبحثی رو که گفتم شنیدید؟

آیمی: اوه بله، اما همچنین احساس کردم که ... می‌تونم اون رو در درون خودم احساس کنم... اما من آدم کاملی نیستم و قادر نخواهم بود که خودم را آنقدر رشد دهم تا بتونم بر این مانع غلبه کنم، اما این امور باعث می‌شوند من در صحنه باقی بمانم و بفهمم که اوضاع از چه قراره، من می‌تونم این رو بفهمم. دکتر کارلسون: مبینم. البته شما قبلاً چند بار امتحان کردی و به نظر می‌رسه پیامدش این بوده که روابطت رو با اون آدمها از دست دادی درسته؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: کدام یک احتمالاً محقق میشه... به هر حال تو هیچ رابطه‌ی نزدیکی نداری. آیمی: بله دقیقاً. اما می‌دونید، نمی‌دونم اگه با مادرم رابطه نداشته باشم آیا نگران و تنها خواهم بود؟ فکر نمی‌کنم اون این کار رو با من بکنه، فکر نمی‌کنم اگه احساسم رو بهش بگم منو طرد کنه، اما فکر نمی‌کنم این یک فقدان بی‌نهایت بزرگ باشه چون من به اون خیلی نزدیک نیستم، من با اون خیلی هم حرف نمی‌زنم، من تو تعطیلات مامانم رو می‌بینم و هر دو یا سه هفته باهاش حرف می‌زنم.

دکتر کارلسون: الان تو داری با خودت درباره‌ی انجام کاری حرف می‌زنی؟

آیمی: نمی‌دونم، شاید. نمی‌دونم.

دکتر کارلسون: آیا مادرت خیلی دور از شما زندگی می‌کنه؟

آیمی: حدوداً ۲۵ مایل فاصله است.

دکتر کارلسون: حدوداً نیم ساعت، خیلی نزدیک به شماست.

آیمی: بله، مادرم خیلی دور از ما زندگی نمی‌کنه.

دکتر کارلسون: بنابراین تو هر از چندگاهی به اون زنگ می‌زنی و اونو برای ناهار دعوت میکنی؟

آیمی: نمی‌دونم اما واقعیت اینه که برام خیلی سخته این کار رو بکنم، چون دائم باید به این فکر کنم که چه جور این حرف رو بهش بزنم. چند بار سعی کردم این کار رو بکنم، واقعاً به این مورد فکر می‌کنم.... چند بار با بهترین قصد و نیت پیشش رفتم و می‌خواستم بهش بگم که چه احساسی دارم اما هرگز این کار رو نکردم و در آخر من منصرف شدم.

دکتر کارلسون: بله، مبینم که نتونستی این کار رو بکنی، تو روی خودت خیلی کار کردی ولی هیچ وقت محصول و نتیجه‌ی دلخواهت را کسب نکردی.

آیمی: نه همیشه در لحظه‌ی آخر منصرف میشم یا عذرخواهی می‌کنم و مانند کبابی که داره پخته میشه، هی حرفم رو واری می‌کنم می‌دونید که چی میگم. همیشه هم راهی پیدا میکنم تا اون کاری رو که واقعاً می‌خوام انجام بدم رو انجام ندم.

دکتر کارلسون: و در تمرین ذهنی‌ات، دوست داری چی بگی؟

آیمی: اومم، خیلی ملایم به اون بگم که میدونی، من احساس می‌کنم که طرد و رهاشده‌ام، اومم، موضوع اینه که من نمی‌خوام اونو به خاطر مشکلاتم سرزنش کنم... آنچه که در زندگی من رخ داد محصول کارهای اون نبود، من به این قضیه معتقد نیستم، در عوض من احساس می‌کنم که اون در مورد من این طوری فکر می‌کنه که: تو خودت وارد این رابطه‌ی مبتنی بر سوءاستفاده شدی، تو یک مادر تنها هستی و تمام این چیزها اشتباه خودت بوده است. چیزی که من فکر می‌کنم اینه که اون چطوری به ابراز احساس من پاسخ میده؟

دکتر کارلسون: احتمالاً درست می‌گی و حق باتوئه. تو همش به فکر اونی.

آیمی: بله، تقریباً همیشه.

دکتر کارلسون: اگر این کار رو اندکی با تغییر انجام بدی و بهش بگی مامان من ناراحتم که مادری ندارم و آرزو دارم که یه مامان برای خودم داشته باشم، فکر می‌کنی چی پیش بیاد؟

آیمی: نمی‌دونم اما واقعاً برام خیلی سخته. اگه بچه‌های من این حرفها رو به من می‌زدند من واقعاً ناراحت می‌شدم چون احساسات من به راحتی آب خوردن جریحه‌دار میشن.

دکتر کارلسون: آیا به اون اندازه ناراحت میشی که کاری متفاوت انجام بدی؟

آیمی: بله قطعاً.

دکتر کارلسون: بسیار خوب این بخشی از فرآیند بازخورد دادن محسوب میشه.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: وقتی کسی رو دوست داشته باشی می‌تونی بهش بازخورد بدی که بعضی از رفتارها و کارهاش با تصویری که شما از انسان کامل دارید متناسب نیست. به عبارت دیگه، اگه من مادر خوبی باشم بچه‌هام به عنوان یک مادر به من احترام میدارن و اگه اونها حرف دیگه‌ای بزنین یعنی اینکه می‌خوان چیزی رو اصلاح کنند و چیزی عوض بشه.

آیمی: اوهوم، بله.

دکتر کارلسون: من فکر می‌کنم که آگه به مادرت بگی که من ناراحتم و مادری ندارم و دوست دارم که مادر داشته باشم، اونم احتمالاً چیزهایی میگه که مضمونش اینه که مگه من مادرت نیستم، شما در ادامه خواهی گفت منظور من اینه که و در این صورت ما یک محاوره‌ی دو طرفه خواهیم داشت. آیمی: چیزی که بهش اشاره کردید جالب و سرگرم کننده است زیرا مثل عمه‌ام حرف می‌زنید.... همان‌طور که گفتم ۷ تا بچه در خانواده ما وجود دارند که من یکی از اونها هستم.... ما واقعاً خانواده‌ی قاطی پاتی‌ای داریم و هر کسی در امورات دیگه مداخله (فضولی) می‌کنه.

دکتر کارلسون: بله ۷ تا بچه در خانواده‌ی مادری تان هستند....

آیمی: مادر من مسن‌ترین دختر اون خونواده بود.

دکتر کارلسون: بله می‌دانم و این خانواده‌ای هست که تو جوان‌ترین دختر در بین آنها هستی.

آیمی: دقیقاً، مادربزرگم منو بزرگ کرده.

دکتر کارلسون: درسته.

آیمی: و جوان‌ترین عمه‌ی من ۹ ساله بود که من به دنیا اومدم. بنابراین، ما مثل دوتا خواهریم و اون به من گفت که یک‌بار مادر منو صدا زده البته یادم نیست که چه اتفاقی افتاده بود اما مادر من اصلاً جوابش رو نداده بود، بنابراین اون به مادر من گفت که تو چرا یک‌بار هم که شده برای دخترت مادری نمی‌کنی، مادر منم بهش گفته بود که این حرف دختر من نیست و البته مادر من احساس خوبی داشت چون معتقد بود که این حرف من نیست و دیگه نیازی به تغییر چیزی نداره.

دکتر کارلسون: خوب، چیزی که باید تغییر کنه اینه که آگه تو بگی که اون حرف، نظر و پیشنهاد منه؛ این مورد تغییر کنه، حتماً شیوه‌ی بودن تو در کنار او تغییر خواهد کرد و تو صادق‌تر خواهی بود. ممکن هم هست این شیوه پاسخ‌های او را تغییر ندهد، اما این کار روشی است برای صادق بودن بدون حمله کردن به سوی او.

آیمی: من در مورد آنچه که می‌خواهم به او بگویم واقعاً تقلای بسیاری می‌کنم، چون من این‌طوری فکر می‌کنم که اون مادر منه و من اونو دوست دارم و باید بهش احترام بگذارم اما من اونو در بعضی مواقع رنجانده‌ام، برای همین واقعاً نمی‌دونم چی بهش بگم. می‌دونید، واقعاً برام سخته که این کار رو شروع کنم.

دکتر کارلسون: می‌تونی اینو بگی که من ناراحتم که مادری ندارم و آرزو دارم که یکی داشته باشم؟

آیمی: بله می‌تونم.

دکتر کارلسون: اگر بخواهی این جمله رو همین الان بگی چطوری می‌گی؟ (مشاور از مراجع می‌خواهد تا این کار را به نمایش در بیاورد).

آیمی: من احساس ناراحتی می‌کنم، من مادری ندارم واقعاً آرزو دارم که اگه میشه تو مادر من باشی...
دکتر کارلسون: اوهوم، چقدر عجیب. چقدر برات سخت بود انجام این کار؟
آیمی: خیلی سخت بود.

دکتر کارلسون: اما دیدی که این کار دو پیام برات داشت؟

آیمی: بله دیدم.

دکتر کارلسون: آیا این تمرین برات فرصتی مهیا کرد تا یاد بگیری که چگونه دو تا پیام بفرستی؟
آیمی: بله، من نیاز دارم تا این کار رو انجام بدم، نه تنها با مادرم بلکه با تمام آدم‌هایی که در زندگی روزمره با اونها مواجه میشم. من آدم خیلی مهربانی هستم.
دکتر کارلسون: بله اما اجازه بده در هر زمان یک گام را جلو ببریم (کم کم جلو ببریم).

آیمی: باشه

دکتر کارلسون: به نظر من تغییر، سفری هزار مایلی است، درسته؟

آیمی: بله قطعاً.

دکتر کارلسون: هر زمان باید یک گام را طی کرد.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: تو فکر میکنی که این کار یک گام خیلی بزرگه؟

آیمی: منظورتون شروع کار با مادرمه؟

دکتر کارلسون: بله.

آیمی: نه راستشو بخواید.

دکتر کارلسون: و به نظر می‌رسه که اگه تو بتونی روی صادق بودن کار کنی و یاد بگیری که صادق بودن به معنای منفی بودن تو نیست بلکه بدین معناست که صادق بودن و داشتن حالت مثبت و منفی نسبت به تمام موقعیت‌ها و یادگیری چگونگی رفتار کردن در این موقعیت‌ها می‌تواند روابط شما را تغییر دهد.

آیمی: بله من مطمئنم که همین طوری خواهد بود. بله تمام روابط من این طوره که من منفعلانه دیگران را آن گونه که هستند می‌پذیرم ولی آنها مرا همین گونه که هستم نمی‌پذیرند.

دکتر کارلسون: بله، معلومه که خودت رو معمولاً نشان نمیدی، خود واقعی‌ات رو رو نمی‌کنی و سعی می‌کنی هر طور که شده بخش‌های مثبت و زیبایی از خودت رو گلچین کنی و به دیگران نشون بدی. ایمی: بله همین‌طور که میگید. البته من این کار رو برای مزاح و شوخی انجام نمیدم بلکه واقعاً این‌طوری رفتار می‌کنم.

دکتر کارلسون: به نظر من تو آدم‌هایی رو برای تعامل انتخاب می‌کنی که به زیبایی خودم‌محور هستند. آیمی: بله به نظر می‌رسه که هر روز توی یک جایی شبیه به همین گیر می‌افتم. در همه‌ی این موقعیت‌ها یک فرد هستم که در موقعیت‌های مختلف به شیوه‌های مختلف و با شخصیت یکسان ظاهر می‌شوم. دکتر کارلسون: می‌دونی، بیرون آدم‌هایی هستند که تو رو دوست ندارند، البته به نظر می‌رسه که حداقل تو این‌گونه باور داری که آنها تو رو رها کردند و تو رو تنها گذاشتند. آنها...

آیمی: من می‌دونم که مامانم منو دوست داره، ولی....

دکتر کارلسون: بله. آیا در بیرون آدم‌هایی شبیه مادر بزرگت پیدا می‌شن، آدم‌هایی هم آن بیرون شبیه عمه‌هایت پیدا می‌شن که بدونن تو چقدر زیبایی؟

آیمی: بله

دکتر کارلسون: آنها همان نوع آدم‌هایی هستند که تو دوست داری.

آیمی: بله، اما نمی‌دونم.... مادرم.... من همیشه احساس می‌کنم که مادرم منو دوست داره اما اون خودش رو بیشتر از بچه‌هاش دوست داره و این دقیقاً مثل این می‌مونه که..... من به عنوان یک مادر نمی‌تونم احساس کنم که اون چطوری این‌گونه رفتار می‌کنه، می‌دونید برای من بچه‌هام همیشه در اولویت هستند. این تنها در مورد من مصداق نداره، بچه‌های منم همین احساس رو دارن اما برای مادرم هرگز این‌گونه نبوده است. اون هرگز این سائق غریزی^۱ برای محافظت کردن، تغذیه یا مراقبت کردن از بچه‌هاشو نداشته.

دکتر کارلسون: بله، اما به نظر می‌رسه مادر او برایش مادری کرده باشه.

آیمی: بله مادر بزرگ من هم مثل عمه‌ام همسایه ما بود. اون به همه کس غذا می‌داد و در خونه‌اش همیشه به روی همه باز بود و سر و کله‌ی همه‌ی بچه‌های همسایه هم اونجا پیدا می‌شد و مادر بزرگم به اونها غذا می‌داد.

1- Instinctual drive

دکتر کارلسون: به نظر می‌رسد که بعضی چیزها هست که مادرت دوست داشت که تو از اونها برخوردار باشی.

آیمی: بله قطعاً، مادرم توانایی مغرور بودن در برخی از مواقع و تحت هر شرایطی را دوست داشت و اینکه در برخی از مواقع قادر باشم که بگویم که آنچه را که شما می‌خواهید من انجام نمیدم، بلکه (بر خلاف میل تو) من این موارد را انجام میدم.

دکتر کارلسون: بله، دقیقاً زدی به هدف. این بدان معناست که اون به عنوان یک مادر واقعاً برات بی‌بخار بوده؟

آیمی: بله بله همین‌طور.

دکتر کارلسون: نمی‌فهمم آیا منظورت از این کلمه‌ی بی‌بخار یک واژه‌ی واقعاً فنی بوده، به نظر می‌رسد که اون به عنوان یک مادر هر کاری که از دستش بر می‌آمده برای تو انجام نداده است. آیمی: بله.

دکتر کارلسون: و تو به عنوان یک مادر هر کاری را که بتونی برای بچه‌ها انجام میدی. آیمی: بله.

دکتر کارلسون: تو تنها مادر بچه‌ها نیستی بلکه تو مادر والدینات و مادرِ مادر بزرگت هم هستی.

آیمی: من خیلی درگیرم... من برای بچه‌ها هر کاری که لازم باشه انجام میدم.

دکتر کارلسون: دارم میبینم تو به عنوان یک والد بسیار فوق برنامه، داری کار می‌کنی.

آیمی: من همیشه غذای آنها را درست میکنم، خانه رو تمیز می‌کنم، مطمئن می‌شم که آنها تر و تمیز هستند، من نسبت به آنها دچار وسواس فکری عملی شده‌ام. این بدان معناست که اونها دارن نوجوان می‌شن و لذا می‌تونن صبحانه‌ی خودشون رو درست کنند، اما هنوزم من این کار رو براشون انجام میدم. دکتر کارلسون: فکر می‌کنی که اگر به عنوان یک والدی که یک مقدار کمتر از حد معمول رفتار کنی چه اتفاقی می‌افته و چه چیزی یاد می‌گیری؟

آیمی: نمی‌دونم.

دکتر کارلسون: از آنجایی که تو می‌دونی که دوست نداری چه شکلی باشی، دقیقاً متضاد آن را انجام می‌دهی. تو خیلی خودت رو گرفتار کردی.

آیمی: بله، من همیشه به این موارد فکر می‌کنم. من همیشه فکر می‌کنم، من دوست ندارم که مادری شبیه به مادر خودم باشم اما می‌بینم که دارم شبیه مادرم حرف می‌زنم و به بچه‌هام دائم می‌گم که صدای موسیقی رو کم کنند.

دکتر کارلسون: چه اتفاقی می‌افته اگر شبیه مادرت نباشی و رفتار نکنی، با این حال شما واقعاً شخصی شبیه به مادرتان نیستید... چون اون خیلی مواظب خودش بود اما تو خیلی هوای خودت رو نداری و مواظب خودت نیستی.

آیمی: می‌دونم، من فکر می‌کنم بچه‌هام نیاز دارند که مسئولیت‌پذیری رو یاد بگیرند.
دکتر کارلسون: درسته.

آیمی: آنها راه‌های زیادی برای این کار دارند، من آدم شهودی‌ای هستم، آنها راه‌های زیادی برای بازی دادن و دستکاری من بلدند.
دکتر کارلسون: درسته.

آیمی: به جای اینکه کاری بکنم فقط حرف می‌زنم و می‌گم بسیار خوب شما می‌تونید این کارها رو بکنید. البته اونها هم راه‌هایی رو پیدا می‌کنند برای... من نمی‌تونم بهشون بگم که اونها منو بازی میدن اما اونها واقعاً این کار رو می‌کنن، اونها تلاش می‌کنن تا راهی پیدا کنند و کارها رو به نفع خودشون رقم بزنند.

دکتر کارلسون: اوهوم.

آیمی: من فکر نمی‌کنم که اونها بشینند و فکر کنند که یک کاری بکنند تا منو مغلوب بکنند اونها به این شیوه‌ی رفتاری عادت کرده‌اند.

دکتر کارلسون: و البته شما دوست ندارید که اوضاع به هم بخورد درسته؟

آیمی: نه دقیقاً من فوراً دست به کار می‌شم. اونها با کارهاشون یک روز افتضاح رو رقم می‌زنند.
دکتر کارلسون: وای خدای من.

آیمی: بنابراین منم شروع می‌کنم به انجام رفتارهای خودم، ولی باید زودتر از اینها این کارها رو می‌کردم. هرچند انجام با تأخیر بهتر از هرگز انجام ندادن کارهاست.

دکتر کارلسون: تو در رابطه با بچه‌هایت اشتباه کردی و در ابتدا به آنها خیلی محبت زیادی کردی.

آیمی: من دوست ندارم که اونها تو سن ۱۸ یا ۱۹ سالگی هم تو خونه‌ی من زندگی کنند، مهمانی بگیرن و هر کاری که دلشان می‌خواد انجام بدن، مدرسه نرن و کارهای مفید و ثمربخش هم انجام ندن.

دکتر کارلسون: خوب، احتمالاً هیچ زمانی برای استراحت اقوامتان که به منزل شما می‌آیند وجود نخواهد داشت.

آیمی: می‌دونم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب.

آیمی: من واقعاً از مراقبت از مادر بزرگم لذت می‌برم چون من احساس می‌کنم اونم همین کار رو برای من کرده است، من این موارد رو از یاد نمی‌برم.

دکتر کارلسون: درسته خیلی عاشقانه است.

آیمی: اون خیلی احساس گناه می‌کنه و همیشه به من می‌گه که تو مجبور نیستی این کارها رو بکنی.

دکتر کارلسون: اون یک گیرنده‌ی خوبِ محبت بود و در زمان دریافت این محبت از سوی شما اوقات سختی را سپری می‌کرد.

آیمی: بله قطعاً همین‌گونه بود.

دکتر کارلسون: آیا کس دیگری رو می‌شناسید که این‌گونه باشد؟

آیمی: بله خود من.

دکتر کارلسون: در جلسات آینده وقتی با هم صحبت کنیم درباره‌ی دریافت محبت بیشتر صحبت خواهیم کرد. زمان جلسه‌ی امروز رو به پایان است.

آیمی: بله

دکتر کارلسون: سؤالات پایانی خاصی نداری؟

آیمی: نه، چقدر وقت می‌گیره که واقعاً شروع کنم به رفتار کردن با آدم‌های واقعی و عمل کردن به آموخته‌هایم.

دکتر کارلسون: خوب، ترجیح میدم که هفته‌ی آینده چگونگی صحبت کردن با مادرتان را درک کنم و بینم.

آیمی: بله این خودش یک چالشی برای من محسوب میشه.

دکتر کارلسون: بله آیا به یادت مونده که در ضمن تمرین در جلسه چطور با مادرت صحبت می‌کردی؟

آیمی: اوهوم.

دکتر کارلسون: اگه بخوای مجدداً اون حرفها رو بزنی چطوری این کار رو میکنی؟

آیمی: من قصد دارم بگم که... من قصد دارم که اون حرفها رو اندکی متفاوت تر از اونچه شما گفتید بگم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب.

آیمی: من می‌خوام قاطعانه بهش بگم که من نیاز دارم که تو... من واقعاً دوست دارم که الان تو مادرم باشی و من الان نمی‌تونم در مورد آنچه که در گذشته اتفاق افتاده کاری بکنم من فقط می‌خوام که تو الان مادرم باشی و مادربزرگ نوه‌ها باشی.

دکتر کارلسون: بسیار خوب.

آیمی: و البته خیلی ناراحت کننده است که اگر من نخوام اون نقش را ایفا کنم. آیا گفتن این حرفها در حال حاضر مناسبه؟

دکتر کارلسون: خیلی مهمه که تو چیزی بگی، البته به عنوان گام اول.

آیمی: اون مادربزرگ خیلی خوبی نبوده، اون به هر حال همین شکلی بوده.

دکتر کارلسون: اما تا الان کسی به اون بازخوردی درباره‌ی رفتارهاش نداده.

آیمی: نه البته خیلی جالبه چون من بچه‌هام رو میبرم اونجا، اونجا شبیه به یک سالن مهمانی میشه و من دوست دارم که بدونم که اون موقع چه اتفاقی می‌افته؟ بچه‌های من در حال خوردن شیرینی هستند و منم حرفهام رو میزنم.

دکتر کارلسون: خوب، این مثال یک الگویی به شما از نحوه‌ی رفتار کردنتان می‌دهد.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، هفته‌ی آینده درباره‌ی آن صحبت می‌کنیم. متشکرم از حضورت در این جلسه.

آیمی: بسیار خوب منم ممنونم.

تفسیر جلسه

۴ شاخص اولین جلسه‌ی اثربخش در این فصل مورد بررسی قرار گرفت. آنها عبارت بودند از ایجاد اتحاد درمانی ثمربخش، اجرای سنجش اولیه و شناسایی نقاط ضعف، منابع و نگرانی‌های مراجع، برقراری اعتبار بالینی و ایجاد برخی از تغییرات اولیه. مباحث بعدی، این ۴ شاخص را در جلسه‌ی مذکور مورد بررسی قرار می‌هد. تردید اندکی وجود دارد که شروع ایجاد اتحاد درمانی ثمربخش در اولین ملاقات

محقق خواهد شد. شواهد در این زمینه حاکی از سه مؤلفه است که عبارت‌اند از: پیوندی عمیق که شاخصه‌اش اعتماد و دلسوزی است، توافق متقابل بر اهداف درمانی و توافق متقابل بر کانون توجه درمان. به علاوه، دکتر کارلسون یک مفهوم‌سازی موقتی از مشکل مراجع را نیز ارائه کرد. مرکز این مفهوم‌سازی، روندهای غیرانطباقی اصلی وی درباره‌ی ارضای نیازهای دیگران و نادیده گرفتن نیازهای خویش و رویه‌ی دوم یعنی تمامیت‌خواهی وی بود. این مفهوم‌سازی به طور مبسوط در فصل چهارم مورد بحث قرار خواهد گرفت.

دکتر کارلسون به طور استادانه‌ای نگرانی‌های آیمی و نقاط قوت و ضعفش را در اولین جلسه شناسایی کرد. در کنار نگرانی‌های مطرح شده‌ای که وی هنگام تکمیل برگه‌ی مشخصات قبل از جلسه‌ی درمان آن را پر کرده بود، دکتر کارلسون این نگرانی‌های مطرح شده را شفاف کرد و موارد اضافی تری را بیرون کشید و نیز اطلاعات تاریخچه‌ای، رشدی، فرهنگی و اجتماعی مراجع را جمع‌آوری کرد. او همچنین انتظارات مراجع از درمان را استخراج و شفاف‌سازی کرد. در این جلسه، واضح بود که علی‌رغم بی‌توجهی‌های والدینی اولیه و رهاشدگی عاطفی توسط مادرش، آیمی درجاتی از دل‌بستگی را با مادر بزرگ مادری‌اش ایجاد کرده است. او باهوش و از نظر کلامی خوش‌بین بود و مدرک لیسانس‌اش را گرفته بود و برای دوره‌ی کارشناسی ارشد نیز پذیرفته شده بود. به دلیل سوءاستفاده‌های جسمی و عاطفی بلند مدت و بادوام توسط همسر قبلی‌اش، او می‌خواست او را ترک کند و از او جدا شود. به عنوان یک مادر تنها، او عمیقاً به پرورش فرزندانش و کار کردن برای حمایت از آنها متعهد بود. دکتر کارلسون، این اطلاعات را بیرون کشید و به طرز ماهرانه‌ای نقاط قوت و ضعف وی را در فرآیند درمان وارد کرد. برای مشاوران تازه‌کار غیر معمول نیست که پیش‌آگهی آیمی را به عنوان فردی با چشم‌انداز ضعیف برای خوب شدن ترسیم کنند. به طور اجتناب‌ناپذیری، آنها به تاریخچه‌ی اولیه‌ی بی‌توجهی وی و سوءاستفاده از وی و سوءاستفاده‌های مکرر جسمی توسط همسر سابقش به عنوان دلایل پیش‌آگهی ضعیف وی اشاره خواهند کرد. در حالی که آنها تاریخچه‌ی سوءاستفاده و بی‌توجهی را به عنوان نقطه ضعف عمده مطرح می‌کنند، نوعاً در توجه به بسیاری از نقاط قوتی که وی با خودش به جلسه‌ی درمان آورده شکست می‌خورند. حداقل نقطه قوت وی، موفقیتش در ترک رابطه‌ی مبتنی بر سوءاستفاده و برنگشتن به آن رابطه بود که به عنوان یک نشانه از پیش‌آگهی مثبت توسط دکتر کارلسون شناسایی شد و تعیین می‌کرد که وی کاندیدی خوب برای یک درمان مختصر و زمان محدود محسوب می‌شود. از نظر ۴ نیم‌رخ، آیمی به نیم‌رخ سوم خیلی نزدیک‌تر است. او قطعاً نقاط ضعفی دارد اما انواعی از نقاط قوت را دارد که اگر توسط درمانگر، فعال‌سازی

و ترغیب شود، می‌تواند به طور چشمگیری فرآیند و پیامدهای درمان را تحت تأثیر قرار دهد. همان‌طور که اشاره شد، درمانگر خبره‌ای چون دکتر کارلسون، با مراجعی که در نیم‌رخ سوم قرار دارد در عرض ۶ جلسه می‌تواند به پیامدهای درمانی مثبتی برسد. اما این بدان معنا نیست که کارورزان یا درمانگر بی‌تجربه‌تر هم قادر باشند که به چنین پیامدهای درمانی‌ای در این زمان کوتاه برسند. به احتمال زیادتری، این کار برای درمانگران دیگر، تحت نظارت یک استاد ناظر، بین ۵ تا ۱۰ جلسه طول می‌کشد. دلیل این امر هم مبحث اثرات درمانگر است که در فصل اول مطرح شد.

با توجه به اعتبار بالینی، به احتمال زیاد شاید مجبور شویم که حتی قبل از جلسه‌ی اول هم کار را شروع کنیم و وقتی درمان ادامه یافت این اثرات را افزایش دهیم. آیمی قبل از اولین ملاقاتش، احتمالاً اطلاعات مختصری پیرامون شهرت دکتر کارلسون به عنوان یک درمانگر برجسته داشته است. همان‌طور که جلسه‌ی اول نشان داد، چند شاخص وجود داشت که باعث شدند تا آیمی دکتر کارلسون را به عنوان فردی اهل درک، محترم، پذیرا، دلسوز و با دانش ببیند. مشخص بود که او جلسه‌ی اول را با امیدواری و این انتظار که موقعیتش قابل بهبود است ترک کرد. این نکته از آغاز جلسه‌ی دوم مشخص شد هنگامی که وی پس از اولین جلسه‌اش احساس به مراتب بهتری داشت و به دلیل حرفهای دکتر برای تغییر برانگیخته شده بود. همه‌ی این موارد نشانگر سطح بالای اعتبار بالینی در این جلسه بوده است.

نهایتاً اینکه با توجه به اهمیت ایجاد تغییر در جلسه‌ی اول، دکتر کارلسون تمهیداتی را برای ایجاد تغییر در جلسه‌ی اول اندیشید. آیمی نشانگانی مرتبط با بی‌خوابی و نیز مشکلات زندگی و نیز ناتوانی برای مقابله و مواجهه با مادرش را مطرح کرد. او آبدو می‌نوشید تا بتواند بخوابد و دکتر کارلسون به او کمک کرد تا جایگزین‌های سالم‌تری را شناسایی کند. همچنین دکتر کارلسون به وی کمک کرد تا شیوه‌ی قاطعانه‌تر و تا حدودی ظریف‌تر را برای پاسخگویی به مادرش بسازد. جلسات بعدی تأیید کرد که این تلاش‌های معطوف به ایجاد تغییرات جلسه‌ی اول، کارگشا بوده‌اند.

اظهار نظر دکتر کارلسون

وقتی من جلسه را با آیمی شروع کردم، خیلی هیجانی بودم از اینکه کارم را در معرض دید همگان قرار بدهم. من می‌خواستم کارم را خوب انجام بدهم زیرا من در مجموعه ویدئوهای آموزشی انجمن روان‌شناسی آمریکا به عنوان کارشناس اظهار نظر می‌کنم. من به خودم مطمئن بودم زیرا من این کار را هر روز انجام می‌دهم و لذا به خودم گفتم که امروز هم یک روز مثل بقیه‌ی روزها است. من از آیمی خواستم

تا بعضی از فرم‌ها را پر کند و وقتی آنها را خواندم درباره‌ی همسرش که تازه از زندان مرخص شده بود و تلاش می‌کرد تا او را به عنوان یک مادر تنها بترساند نگران شدم. من تحت تأثیر شجاعت، هوش (از دیدن پاسخ‌هایش به فرم‌ها مشخص بود)، بینش^۱ و توانایی ارتباطی^۲ او قرار گرفتم. واکنش اولیه‌ی من پس از خواندن فرم‌های مشتمل بر اختلال استرس پس از ضربه، مشکلات مصرف الکل و موضوعات مرتبط با مادرش، احساس نگرانی درباره‌ی او بود.

همین‌طور که جلسه ادامه می‌یافت، من متوجه شدم که صحبت کردن برای او آسان‌تر می‌شود و این یک نشانه‌ی ضروری برای من محسوب می‌شد. من در جمع‌آوری اطلاعات از یک سرفصل دقیق و منظمی پیروی می‌کنم. من تلاش می‌کنم تا مشکلات او را بفهمم و اینکه در دنیای او چه چیزی در جریان است که می‌تواند به من کمک کند تا به او کمک شایانی کنم که در جلسه‌ی بعدی هم حاضر شود. اساساً، من به او امید و نیز شاید شیوه‌ای جدید برای نگرستن به زندگی و مشکلاتش دادم و اینکه بفهمد که گاهی اوقات او نیز می‌تواند به گونه‌ای متفاوت و با کفایت رفتار کند.

من با استفاده از همدلی، احترام و دلسوزی به او گوش فرا دادم و به او اجازه دادم تا بداند که من در تلاش هستم تا او را به همان شیوه‌ای که دوست دارد درک کنم. این نوع ارتباط، اتحادی را با آیمی برقرار کرد. هنگامی که نگرانی‌ها، امتیازات، منابع (امکانات) و نقاط ضعف وی را می‌سنجیدم در واقع در حال ساخت یک مفهوم‌سازی از مشکلات آیمی بودم. به‌طور ویژه‌ای بر این مورد تمرکز کردم که چه چیزی در زندگی‌اش درست اتفاق می‌افتد (اتفاقات خوب زندگی وی کدام‌اند) و چه توانمندی‌هایی دارد که او را قادر می‌کند زندگی رضایت‌بخش‌تری را برای خود خلق کند. با تمرکز بر نقاط قوت وی، او می‌تواند بگوید که من دوستش دارم و به او باور و ایمان دارم (اگر مشاور نقاط قوت مراجع را برشمارد مراجع متوجه علاقه‌مندی مشاور به خود خواهد شد. مترجم). درمانگران معمولاً در زمینه‌ی بیماری‌های روانی و تشخیص آنها یا شناسایی مشکلات، آموزش دیده‌اند و لذا بر ضعف‌ها، اشتباهات و مشکلات به‌عنوان کانون توجه درمان تمرکز می‌کنند. برای همین اغلب درمانگران بر این تمرکز می‌کنند که چه چیز اشتباه و غلط است و این مورد مراجعان را دلسرد می‌کند و خوش‌بینی آنها را نسبت به خودشان و فرآیند روان-درمانی کمتر می‌کند. درمانگران اغلب بر آسیب‌شناسی روانی و نقاط ضعف تمرکز می‌کنند و لذا شناسایی نقاط قوت مراجعان و آن‌چیزی که در زندگی مراجعان درست و خوب است برایشان دشوار است.

1-Insight

2-Communicate

سالها تجربه به من اجازه می‌دهد تا جلسه را با صمیمیت و گرمی و در قالبی دوستانه و با سرعتی آرام و مطمئن پیش ببرم. من معتقدم که آرامش من (که نتیجه‌ی چهل سال تمرین و کاربرد مدیتیشن است) آیمی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و لذا او باور می‌کند که من قبلاً هم این جلسات را دیده‌ام و تجربه کرده‌ام و خرد لازم برای کمک به وی جهت ساختن زندگی بهتر را دارم. اگر آیمی اتحاد قوی با من را احساس کند به قدر کافی احساس امنیت و امیدواری خواهد کرد و لذا درباره‌ی مشکلاتش که قبلاً دردناک، محرمانه و تابو بودند بیشتر و راحت‌تر صحبت خواهد کرد.

در کار کردن با آیمی، من متوجه صفات شخصیتی وابسته‌ی وی شدم و فهمیدم که نیاز دارم به او کمک کنم و فرآیند استقلال را در وی تسهیل کنم. او زمان سختی را پیش رو داشت زیرا می‌بایست باور کند که می‌تواند و قادر است که زندگی‌اش را مدیریت کند. پاسخ‌های من به او محترمانه و غالباً سؤال‌ی بودند که به طور زیرکانه‌ای او را در صندلی داغ (کانون توجه درمان) جلسات درمان و نیز زندگی‌اش حفظ می‌کرد (محوریت کار با مراجع است و این نوع رفتار باعث می‌شود تا این حالت برای مراجع ملموس شود). همچنین من نگران بودم، زیرا آیمی دنبال خوشحال کردن دیگران بود و به بهای حذف خودش دنبال مراقبت از دیگران بود. من ابتدا نگران نیز بودم که آیا آیمی قادر خواهد بود در پاسخ‌هایش به من صادق باشد یا اینکه آنچه را که من خواهان شنیدن آن هستم را آیا واقعاً مطرح خواهد کرد. به نظر می‌رسید که او مراقب خیلی خوبی برای بچه‌هایش، پدرش و مادر بزرگش بود، اما آگاه نبود که چقدر دارد با خودش بد رفتار می‌کند. درست از همان تعاملات اولیه، من با پرسش از آیمی درباره‌ی اسمش تلاش کردم به آیمی کمک کنم تا احساس کند که در نگاه من آدم مهم، با اهمیت و خاصی هست. من جلسه را با پرسش از اینکه آیمی دوست دارد چه تغییراتی بکند آغاز کردم. تمرکز هر جلسه بر اقدام و عمل و نقش وی، مبتنی بر مسئولیت داشتن وی در فرایند تغییر بود.

یک مشاهده یا رویارویی اولیه که نشان دهد وی صادق نیست و نمی‌خواهد در بستر یک رابطه کار کند به او اجازه خواهد داد تا بداند که این یک جلسه‌ای است که بر اقدام و عمل تمرکز دارد. این کار منجر می‌شود تا او بر روابط غیررضایت‌بخش با مادرش پردازد. همان‌طور که قبلاً هم نشان دادم، ضروری است تا برخی از تغییرات را در جلسه‌ی اول ایجاد کنیم و دنبالش باشیم و لذا صحبت کردن او با مادرش به عنوان یک گام درمانی انتخاب شد. در طی این جلسه‌ی اولیه من از آیمی سؤال‌اتی پرسیدم که او می‌توانست جواب دهد و نیز به او کمک شد تا بسیاری از مشکلاتی که او را غرق کرده بودند را نیز دقیقاً مشخص کند. او موضوعاتی مانند کمبود خواب، استفاده از الکل، ازدواج و حاملگی‌های زود هنگام،

خودمراقبتی ضعیف، صادق نبودن با دیگران یا خودش، بسیار درگیر بودن و استرس داشتن، رابطه‌اش با والدین‌اش (روابط ایزه‌ی اولیه)، فشار در روابط، مخفی کردن احساسات و واکنش‌های افراطی با پسرانش را مطرح کرد.

در مجموع، این یک جلسه‌ی اولیه‌ی کارگشا بود که در آن آیمی جلسه را با این امید و اعتقاد که امکان تغییر در زندگی‌اش وجود دارد ترک کرد. من در جلسه‌ی اول فعال بودم و به آیمی کمک کردم تا بسیاری از مشکلاتی که نیاز به بررسی دارند را کشف کند. علی‌رغم ماهیت سنگین تجاربِ تصحیحی یا مواجهه‌های درمانی، او قادر بود تا درک کند که چگونه تصمیماتش، شادکامی و رضایت‌مندی زندگی‌اش را محدود کرده‌اند.

اظهارات پایانی

این فصل، ۵ تکلیف اساسی را که درمانگران خبره نوعاً در جلسه‌ی اول اجرایش می‌کنند، توصیف کرد که عبارت‌اند از: ایجاد اتحاد درمانیِ ثمربخش و مولد، اجرای سنجش اولیه و شناسایی نگرانی‌ها، نقاط ضعف و منابع و امکانات مراجع، تصریح (مشخص‌سازی) مفهوم‌سازی موقتی از کیس (مراجع)، ایجاد و برقراری اعتبار بالینی و ایجاد برخی از تغییرات آغازین. توصیف جلسه‌ی اول مشاوره بین آیمی و دکتر کارلسون و دو تفسیر متعاقب آن همه‌ی این ۵ تکلیفی را که در جلسه‌ی اول به دنبال تحقق آن هستیم در عمل نشان داده است.

References

- Ackerman, S., & Hillensroth, M. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1–33.
- Baumeister, R., & Tierney, J. (2011). *Willpower: Rediscovering the greatest human strength*. New York, NY: Penguin.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 252–260.
- Cummings, N., & Cummings, J. (2013). *Refocused psychotherapy as the first line intervention in behavioral health*. New York, NY: Routledge.
- Horvath, A., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*, 9–16.

- Horvath, A., & Symonds, B. (1991). Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: A metaanalysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149.
- Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. Norcross & M. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy* (pp. 94–129). New York, NY: Basic Books.
- Norcross, J. (2002). Empirically supported therapy relationship. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 3–16). New York, NY: Oxford University Press.
- Orlinsky, D., Grawe, K., & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270–376). New York, NY: Wiley.
- Orlinsky, D., Ronnestad, M. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process outcome research: Continuity and change. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307–389). New York, NY: Wiley.
- Paniagua, F. (2005). *Assessing and treating culturally diverse clients: A practical guide* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston, MA: Houghton-Mifflin.
- Sperry, L. (2010a). *Highly effective therapy: Developing essential clinical skills in counseling and psychotherapy*. New York, NY: Routledge.
- Sperry, L. (2010b). *Core competencies in counseling and psychotherapy: Becoming a highly competent and effective therapist*. New York, NY: Routledge.
- Sperry, L., Brill, P., Howard, K., & Grissom, G. (1996). *Treatment outcomes in psychotherapy and psychiatric interventions*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Sperry, L., Carlson, J., & Kjos, D. (2003). *Becoming an effective therapist*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Sue, D., & Zane, N. (1987). The role of culture and cultural technique in psychotherapy: A critique and reformulation. *American Psychologist*, 59, 533–540.

فصل سوم

دستیابی به تغییر: جلسه‌ی دوم

یکی از نشانگان محسوس اثربخشی جلسه‌ی اول این است که مراجع در جلسه‌ی دوم مشاوره حاضر شود. همان‌گونه که در فصل دوم ذکر شد، یک نشانه‌ی کلیدی اثربخشی بالای درمان این است که برخی از تغییرات در مراجع در جلسه‌ی اول و جلسات بعدی اتفاق بیفتد. دکتر کارلسون، کار را با ایجاد اتحاد درمانی قوی در جلسه‌ی اول شروع کرد. با انجام این کار و نیز نشان دادن درک خودش از روند بنیادی غیرانطباقی آیمی، سطح اعتبار بالینی وی افزایش یافت. در جلسه‌ی دوم، آشکار خواهد شد که نه تنها اتحاد درمانی باید ادامه یابد بلکه دکتر کارلسون هم مفهوم‌سازی^۱ خویش را بسط خواهد داد. همان‌طور که فرآیند شناسایی روندها ادامه می‌یابد، روند ثانویه‌ی آیمی یعنی تلاش‌های کمال‌گرایانه (تمامیت‌خواهانه) و خودانتقادی‌های^۲ وی نیز بیشتر آشکار خواهند شد. این روند (رویه) مکمل رویه‌ی غیرانطباقی و بنیادی مراجع یعنی ارضای نیازهای دیگران و نادیده گرفتن نیازهای خویش است. این روندهای دوگانه در پاسخ دکتر کارلسون به آیمی خلاصه شده است: تو در راضی کردن والدینت خیلی خیلی کوشا و موفق بوده‌ای. فصل چهارم این مفهوم‌سازی بسط‌یافته را به تفصیل بیان می‌کند که این امر در تدوین مسیر برای فرآیند درمانی در مابقی جلسات اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد.

1-Conceptualization
2-Self-criticalness

این فصل نقشی که تجارب تصحیحی در درمان موفق ایفاء می‌کند را مورد تأکید قرار می‌دهد. این احتمال وجود دارد که تجارب تصحیحی شرایط کافی و ضروری را برای پیامدهای درمانی خوب برای آیمی فراهم کند. به هر صورت، این فصل با توصیف تجارب تصحیحی و انواع آن آغاز می‌شود. سپس، تحقیق پیرامون عوامل و مهارت‌های درمانی مورد نیاز جهت ایجاد تجارب تصحیحی مورد بحث قرار خواهد گرفت. در ادامه هم توصیف کامل جلسه‌ی دوم ارائه خواهد شد. دو تفسیر هم در انتهای فصل مطرح خواهند شد.

تجارب تصحیحی (اصلاحی)

راهبرد درمانی تجارب تصحیحی، مبتنی بر این فرض است که بینش (بصیرت)^۱ به تنهایی برای ایجاد تغییر در رفتار مراجع کفایت نمی‌کند. این مطلب در جمله‌ی افسانه‌ای فریدا فرام - رایچمن^۲ نیز مورد تأیید قرار گرفته و آن جمله این است که آنچه مراجع نیاز دارد تجارب تصحیحی است و نه بصیرت (لونسون، ۱۹۹۵). شواهد فزاینده‌ای وجود دارد مبنی بر اینکه تغییر واقعی به احتمال زیاد زمانی رخ می‌دهد که بصیرت (بینش) به دنبال خودش تجارب تصحیحی را به همراه داشته باشد. در سال ۲۰۰۷، گروهی از محققان روان‌درمانی دور هم جمع شدند تا پیرامون نظریه و تحقیق در باب تجارب تصحیحی با هم گفتگو کنند. آنها تجارب تصحیحی را به عنوان یکی از اصلی‌ترین پویایی‌های تغییر در روان‌درمانی قلمداد کردند. در حالی که از نظر تاریخی، تجارب تصحیحی با سنت روان‌تحلیلی تداعی می‌شود، در حال حاضر بسیاری، تجارب تصحیحی را سازه‌ای گسترده و فراتر از آن می‌دانند. این گروه تحقیقی، تجارب تصحیحی را به عنوان امری که فرد از آن طریق رویداد و نیز رابطه‌ای را به نحوی عاطفی و به شیوه‌ای متفاوت و غیرمنتظره درک و تجربه می‌کند، تعریف کرده‌اند (کاستونگای و هیل، ۲۰۱۲، ص ۵).

این رویدادها لزوماً و فقط رویدادهای نوعاً کمک‌کننده نیستند، اما آنها شگفت‌انگیزاند و تجارب گذشته را تأیید نمی‌کنند و اغلب اثرات عمیقی را به دنبال دارند (کاستونگای و هیل، ۲۰۱۲، ص ۶). به همین منوال، تجارب تصحیحی نقشی اساسی را در فرآیندهای تبدیلی^۳ (عامل تغییر و تأثیر) رویکردهای روان‌درمانی متنوع، از روان‌تحلیلی گرفته تا رویکردهای شناختی رفتاری و انسان‌گرا- تجربه‌ای ایفاء

1-Insight

2-Freida Fromm-Reichmann

3- Transformative

می‌کند. علی‌رغم نقش اساسی در درمان، تقریباً تحقیقات و توجه نظریه‌ای کمی به تجارب تصحیحی معطوف شده است. این مسئله به طور ویژه‌ای در باب شفاف‌سازی ماهیت تجارب تصحیحی، شناسایی مکانیزم‌های درمانی‌ای که آن را پرورش می‌دهند و تصریح پیامدهای آن برای پیامدهای مثبت، موضوعیت دارد. خوشبختانه، این روند رو به تغییر است و در ادامه‌ی این فصل این مورد را مشاهده خواهید کرد.

انواع تجارب تصحیحی

تجارب تصحیحی ۴ نوع هستند که عبارت‌اند از: هیجانی، شناختی، رابطه‌ای و رفتاری. نوعاً این تجارب تصحیحی، طرح‌واره‌های خودی-دیگری^۱ را در طی ارتباطات اصلاح می‌کنند (کونستانینو و وسترا، ۲۰۱۲). از بین این ۴ تجربه‌ی تصحیحی، درمانگران معمولاً با تجارب تصحیحی عاطفی آشنا ترند، که این مورد به معنای در معرض قرار دادن مجدد مراجع تحت شرایط قابل قبول‌تر و خوشایندتر با موقعیت‌های عاطفی‌ای است که در گذشته نمی‌توانسته آن را مدیریت کند (الکساندر و فرنچ، ۱۹۶۴). با این حال، بر اساس یک مرور سریع بر چندین متن که شامل درآمدی بر مشاوره و روان‌درمانی بودند، به احتمال زیادی می‌توان گفت که بسیاری از کارورزان و درمانگران ناظر، اصلاً چیزی پیرامون این مورد نمی‌دانند. دلیل این امر عبارت است از اینکه: تجارب تصحیحی تنها در یکی از این متون و تنها در چند متن مربوط به نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی (گوود و بیتمان، ۲۰۰۶) ذکر شده بود. الکساندر و فرنچ^۲ (۱۹۶۴) ابتدا تجارب تصحیحی عاطفی را این‌گونه تعریف کردند: تجربه‌ی مجدد تعارضات حل نشده و قدیمی متنها این بار با پایانی جدید و مطلوب (ص ۳۳۸). آنها اشاره کردند که درمانگران با رفتار کردن به نحوی متفاوت در مقایسه با دیگران مهم مراجع، این فرصت را خواهند داشت که به بیمار کمک کنند تا بتواند واکنش‌های عاطفی خود را از نظر عقلانی ببیند و غیرمنطقی بودن آنها را نیز احساس کند. هنگامی که یک طرف این پیوند (پاسخ والدینی) در این رابطه‌ی بین فردی به واسطه‌ی عنصر درمانگر تغییر کند، واکنش‌های قدیمی بیمار هم بی‌فایده و بی‌معنا می‌شود (الکساندر و فرنچ، ص ۶۷).

از نظر تاریخی، تجارب تصحیحی عاطفی به طور ویژه، به اثرات مثبت تجربه کردن ناهماهنگی^۳ بین این دو مورد اشاره دارد: الف) مراجع انتظار دارد که درمانگر چگونه به او در ارتباط با موضوعات یا

-
- 1- Self-other schemas
 - 2- Alexander and French
 - 3- Discrepancy

رویدادهای مهم زندگی واکنش نشان دهد. ب) درمانگر واقعاً چگونه به او پیرامون یک موضوع یا رویداد واکنش نشان می‌دهد (مثلاً واکنشی حمایتی). امروزه تجاربِ تصحیحی معنای عام‌تری پیدا کرده است. امروزه این واژه به هر جنبه‌ی فرآیند درمانی اطلاق می‌شود که به مراجعان اجازه می‌دهد تا شکل غیرمنتظره‌ای از تعامل رابطه‌ای را تجربه کنند که می‌تواند به بهبود روندهای غیرانطباقی قبلی بینجامد (بیتمن و یو، ۱۹۹۹).

درمانگران می‌توانند از هر دو نوع این درک و فهم پیرامون تجاربِ تصحیحی عاطفی در درمان استفاده کنند (آنها می‌توانند تجاربِ تصحیحی را با پرداختن فعالانه به انتظارات رابطه‌ای خاص مراجع پرورش دهند، یا به طور عام‌تری، آنها می‌توانند یک اتحاد درمانی مثبت و دلسوزانه را پرورش دهند). ارزش این برداشت عام‌تر یعنی مورد اخیر نباید دست کم گرفته شود. تجربه کردن دلسوزی، همدلی، نگرانی و پذیرش بدون قید و شرطِ درمانگر می‌تواند اولین و مهم‌ترین تجربه‌ی تصحیحی عاطفی در زندگی بسیاری از مراجعان باشد. وقتی درمانگران به مراجعان به نحوی محترمانه، پذیرا و دلسوزانه که غالباً متضاد رفتار والدین یا جانشینان آنها است واکنش نشان دهند، این تجاربِ تصحیحی در سرتاسر فرآیند درمان می‌تواند تداوم پیدا کند. به علاوه، تجاربِ تصحیحی عاطفی می‌تواند بیرون درمان نیز اتفاق بیفتند آن‌هم زمانی که مراجعان شروع می‌کنند به کشف کردن این نکته که به دلیل تجاربِ تصحیحی با درمانگران، دیگران نیز به آنها به نحو متفاوتی نسبت به گذشته پاسخ می‌دهند. خلاصه‌ی کلام اینکه، رابطه‌ی خالص بین مراجعان و درمانگران و ثبات آن اغلب به عنوان تجربه‌ی تصحیحی دائمی عمل می‌کند که می‌تواند به روابط دیگر تعمیم یابد.

تجاربِ تصحیحی رابطه‌ای

در بافت اتحاد درمانی، مراجع این فرصت را دارد تا فعالانه رفتارهای جدید را در درمان امتحان کند تا ببیند احساساتش چگونه خواهند شد و متوجه شود که درمانگران چگونه پاسخ می‌دهند. این اطلاعات، طرح‌واره‌های بین فردی مراجع مبنی بر اینکه از دیگران و خودش چه انتظاری داشته باشد را شکل می‌دهد (اکساندر و فرنچ، ۱۹۶۴، ص ۴۱). این طرح‌واره‌ها بر مشاهدات بالینی مؤلفان مبتنی است. آیا تحقیقی موجود است که از این مشاهدات حمایت کند و بگوید چه مهارت‌های درمانی و شرایطی برای پرورش این تجاربِ تصحیحی مورد نیاز است؟ تعدادی از تحقیقات قبلاً مواردی را گزارش کرده‌اند و تحقیقات بسیاری نیز در دست اجرا هستند. محققان بر اساس مروری بر آثار خود و دیگران فرض

کردند که سه مهارت عمومی برای ایجاد تجارب اصلاحی رابطه‌ای مورد نیاز است (کونستانینو و وسترا، ۲۰۱۲). اول، درمانگر باید اتحاد درمانی مطلوب و به اندازه‌ای را فراهم کند که در آن مراجع می‌تواند تجارب رابطه‌ای و عاطفی قبلی خویش را تعدیل کند. دوم، درمانگر باید قادر باشد به مراجع به شیوه‌ای واکنش نشان دهد که در مقایسه با واکنش دیگران به او متفاوت و غیرمنتظره باشد. سوم، وقتی مراجع با تجارب غیرمنتظره مواجه می‌شود، درمانگر باید محتاطانه گام بردارد و در عین حال توجه ثابتی به جو اتحاد درمانی^۱ و نیز اضطراب‌های مراجع، پاسخ‌ها و کلیشه‌های قدرتمند برای برگشت به رفتارها و الگوهای قدیمی نشان دهد (ص، ۱۲۵).

یک تحقیق کیفی بنیادی پیرامون تجارب تصحیحی رابطه‌ای توسط کونستانینو و وسترا^۲ درباره‌ی مشاهداتشان پیرامون این سه مهارت، انجام شده است. در این مطالعه، از بین عوامل ایجادکننده‌ی تجارب تصحیحی در روان‌درمانی، تجارب تصحیحی عاطفی ۱۲ مراجع و تمام درمانگران درگیر، تحلیل شدند (ناکس، هس، هیل، بارکاند و کول - لیون، ۲۰۱۲). بر اساس تحلیل‌های انجام شده، آنها به نتایجی نیز رسیدند که در ادامه می‌آید. هم مراجع و هم درمانگر نیاز است که فعالانه در فرآیند درمانی مشارکت کنند. مراجعان باید مشتاق باشند تا افکار و احساسات خویش را بررسی کنند و خودشان و عواطفشان را ابراز کنند. در اصل، آنها باید مشتاق باشند که در جریان درمان کاملاً درگیر بمانند حتی وقتی که کاری را انجام می‌دهند که بسیار دشوار یا ناخوشایند باشد (ناکس و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۲۰۶). اشتیاق آنها برای درگیر باقی ماندن در درمان بازتابی است از اتحاد درمانی، زیرا اگر درمانگر نتواند فضایی پرورشی ایجاد کند، احتمال کمی وجود دارد که مراجعان سطح آسیب‌پذیری مورد نیاز برای شفابخشی و رشد را تجربه کنند.

دیده شده است درمانگرانی که تجارب تصحیحی رابطه‌ای را پرورش می‌دهند، می‌توانند همدلی و پذیرش کافی و فضای دلسوزانه و امنی را ایجاد کنند و زمانی که آنها با مسائل درمانی درگیر می‌شوند در ارتباط کامل با مراجعانشان قرار می‌گیرند. فرض بر این است که به دلیل این عوامل و اینکه مراجعان، درمانگرانشان را غیرقضاوتی و غیرانتقادی می‌بینند، این تجارب تبدیلی و تصحیحی قادرند که شکوفا و اظهار شوند. در نتیجه، آنها نسبت به آنچه که دیگران مهم مراجع در گذشته رفتار می‌کردند، کاملاً متفاوت پاسخ می‌دهند. در چنین فضای شفابخشی، مراجعان می‌توانند شروع کنند به چالش با

1-The climate of the therapeutic alliance

2- Constantino and Westra

مفروضاتشان پیرامون بیهودگی درد و ورود به روابط نزدیک با دیگران (ناکس و همکاران، ۲۰۱۲). در این صورت نتایج چشمگیر خواهد بود.

اگر درمانگران تغییرات را در درون خود بپذیرند و بهبودی‌های زیادی را در روابط درمانی خویش، روابط با دیگران و نیز با مراجعانشان تجربه کنند، مراجعان آنها در اینجا و اکنون رابطه‌ی درمانی تغییر خواهند کرد و آنها شروع می‌کنند به اینکه به نحو ثمربخشی روندهای رابطه‌ای پردوام و قدیمی‌شان را اصلاح کنند. طرح‌واره‌های رابطه‌ای انعطاف‌پذیرتر و گسترده‌تر فعلی آنها احتمالاً به توانایی آنها برای درگیری سالم‌تر با دیگران کمک می‌کند و به آنها اجازه می‌دهد تا روندهای رفتاری مشکل‌زای خویش را به جای تکرار، حل و فصل کنند (ناکس و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۲۰۶-۲۰۷).

توصیف جلسه‌ی دوم

توصیف (رونوشت) کامل جلسه‌ی دوم به انضمام دو تفسیر در ادامه مطرح خواهند شد.

دکتر کارلسون: سلام آیمی خیلی خوشحالم که دوباره می‌بینمت. از وقتی که با هم صحبت کردیم، یک هفته گذشته.

آیمی: بله

دکتر کارلسون: قبل از اینکه شروع کنیم من ازت خواستم تا فرمی را با سه سؤال پر کنی. سوال اول این بود که چه چیزی متفاوت بود، سوال دوم این بود که چه چیزی بهبود یافت و سؤال سوم این بود که امشب دوست داری پیرامون چه چیزی صحبت کنیم؟ اجازه بده به سؤال اول پردازیم، تو گفتی که چه چیزی متفاوت بود، تو گفتی که شروع کردی به درک و فهم اینکه چرا برخی از انتخاب‌ها را که در گذشته داشتی، باز انتخاب کردی.

آیمی: خوب بله.

دکتر کارلسون: چطور بود؟

آیمی: هفته‌ی قبل وقتی که درباره‌ی مادرم صحبت کردید و اینکه من چگونه یک همراه برای برقراری ارتباط انتخاب کنم، بعد از اینکه اینجا را ترک کردم بفهمی نفهمی شروع کردم به تحلیل این موارد. خیلی عجیب و غریب بود، چون هر چیز یا هر فردِ تنهایی را که من بر می‌گزیدم مشخصات مشابه یا بهتر بگم صفات شخصیتی شبیه به مادرم را داشت.

دکتر کارلسون: کدام موارد نظر تو را جلب کرد؟

آیمی: منظور تون آدم‌ها هستند یا صفات آنها؟
 دکتر کارلسون: البته که منظورم صفات آنهاست.
 آیمی: بله، آن صفاتی که نظرم را جلب کردند عبارت بودند از غرور و خودمداری و.... بسیاری از جملاتی که خودم درباره‌ی آنها می‌دونم و نمیگم.
 دکتر کارلسون: اوه که این طور.
 آیمی: آنچه که آنها از ارتباط می‌خواستند با آنچه که من از ارتباط می‌خواستم متفاوت بودند. اگرچه، خیلی‌هاش هم شور و شوق الکی داشتند.
 دکتر کارلسون: واقعاً؟
 آیمی: به نظر می‌رسه از دست دادن من تهدیدی برایشان محسوب می‌شد، لذا آنها هم این حربه‌ها رو به کار می‌بردند و می‌گفتند که من خودم رو می‌کشم، من نمی‌دونم که بدون تو چطوری زندگی کنم، من عاشق و دلسوز تو هستم و... لذا من احساس می‌کردم که بهتره که به آنها نگم که تا الان خیلی‌ها رو تو ارتباط از دست دادم و بازنده بودم.
 دکتر کارلسون: داری میگی که هفته‌ی گذشته به نوعی به بعضی از این آدم‌ها برای مدتی چسبیدی تا اینکه اوضاع آروم بشه و سپس به رابطه پایان می‌دادی.
 آیمی: بله رابطه رو ادامه می‌دادم تا زمانی که اونها کاری می‌کردند که منو ناراحت می‌کرد. بعدش کار خیلی راحت بود. این تنها راهی بود که می‌شد اوضاع را کمی بهتر کرد.
 دکتر کارلسون: بنابراین یکی از چیزهایی که متوجه شدی همین روندهای رفتاری بوده. آیا متوجه هیچ نوع روند رفتاری دیگه‌ای نشدی؟
 آیمی: اوه که این طور. به نظر می‌رسه که من هرچقدر زیادتر به این آدم‌ها توجه می‌کنم اونها کمتر به من توجه میکنن، می‌دونید یک جورایی اونها از من دست می‌کشیدند و دل می‌بریدند. به نظر می‌رسه که اگر من از روی بی‌میلی رفتار می‌کردم که البته هرگز تو زندگی این طوری نبودم، ولی حتی اگر اندکی متفاوت تر از آنچه تا الان در زندگی ام بودم رفتار می‌کردم آنها شیفته‌ی من می‌شدند. اونها هم یکی مثل مادر من بودند. می‌دونید من هرچقدر تلاش می‌کردم تا دور و برش (مادرم) باشم اون کمتر علاقه‌مند می‌شد که با من ارتباط برقرار کنه.
 دکتر کارلسون: چقدر جالب شد. بنابراین، یعنی اگر تو از آنها فاصله می‌گرفتی آنها بیشتر دنبال تو می‌آمدند (دوری و دوستی)؟

آیمی: بله قطعاً همین‌طور بود.

دکتر کارلسون: اما آیا تو بیشتر از آنها تعقیب‌کننده‌ی رابطه نبودی؟

آیمی: اهووم. نه در ابتدا. اما وقتی من سعی می‌کردم کسی رو دوست داشته باشم و واقعاً به اونها اجازه می‌دادم تا وارد حریم شخصی من بشن اون وقت بود که من خودم دنبال‌کننده‌ی آنها و رابطه بودم. دکتر کارلسون: بسیار خوب، بنابراین به نظر می‌رسه که در این هفته کارهای هرچند کمی رو اما از روی فکر و اندیشه انجام دادی.

آیمی: اوه بله.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، یکی از کارهایی که ما با هم صحبت کردیم که شما آن را انجام بدید صحبت کردن با مادرتان بود، آیا تونستی این کار را انجام بدی؟

آیمی: اوه سعی‌ام رو کردم. ولی راستشو بخواید نتونستم این کار رو بکنم. از اینکه اینو به شما بگم حالم به هم می‌خوره زیرا من یک آدمی هستم که به دنبال رضایت دیگران هستم و تمام تلاشم رو هم کردم که اینجا بیام و به شما بگم که اون کاری رو که ازم خواستید انجام دادم اما متأسفانه نشد.

دکتر کارلسون: خوب همینه دیگه. صداقت چیز خیلی خوبیه.

آیمی: بله خوبه اما من نیاز دارم تا با مادرم هم صادق باشم این‌طور نیست؟

دکتر کارلسون: بله خیلی خوبه که تو اینجا هم صادق باشی.

آیمی: من همیشه به این نکته فکر می‌کنم لذا من می‌خوام که طور دیگه‌ای رفتار کنم. همان‌طوری که نیازه دستشویی رو هر چند وقت یک‌بار برس کشید و تمیز کرد یا هر چیز دیگه‌ای رو....

دکتر کارلسون: بله می‌بینم.

آیمی: من همیشه چیز وحشتناک‌تری رو پیدا می‌کنم که به نظرم از گفتن اون حرفها به مادرم بهتر و راحت‌تره.

دکتر کارلسون: من فکر می‌کنم که انجام این کار خیلی خیلی سخته اما سخت‌تر از اون اینه که آیا تو می‌خوای شروع کنی یا نه؟

آیمی: بله می‌خوام، این هفته مجدداً تلاش می‌کنم تا این کار رو انجام بدم.

دکتر کارلسون: خوبه، می‌دونی وقتی مردم تلاش می‌کنند کاری را انجام دهند، قبلش در مورد آن فکر می‌کنند و یک‌دفعه‌ای کاری را انجام نمی‌دهند. آیا این هفته می‌تونی این کار را انجام بدی؟

آیمی: بله اما مانند هفته‌ی گذشته انجام این کار برای من سخت و ملال‌آور است. مادرم دو روز در هفته را به خارج از شهر می‌ره. من دوست ندارم حرفه‌ام رو از پشت تلفن به اون بزنم. من فقط یک‌بار در هفته‌ی گذشته مادرم رو دیدم اونم تو خونه‌ی مادر بزرگم و شاید ۵ یا ۱۰ دقیقه برای صحبت کردن وقت داشتم که خیلی کم بود چون هفته‌ی پیش تولد مادر بزرگم بود و همه می‌خواستند بهش تبریک بگن. بنابراین من خیلی نمی‌تونستم کارم رو انجام بدم.

دکتر کارلسون: البته که آن روز وقت خوبی برای این کار نبود.

آیمی: بله درسته. واضحه که زمان مناسبی برای من نبود بنابراین من امیدوارم که زمان دیگه‌ای ایجاد بشه مثل همین هفته تا من بتونم حرفه‌ام رو بزنم.

دکتر کارلسون: خیلی خوبه امیدوارم که زمانی برای این کار پیش بیاد البته نمی‌خوام روی اون شرط‌بندی کنم.

آیمی: خوبه.

دکتر کارلسون: چطوری می‌تونی به من کمک کنی تا نسبت به حرفه‌ای تو مطمئن‌تر بشم چون این انتخاب توه درسته؟

آیمی: خوبه، این هفته خوبه. من اونجا میرم یا اینکه اون به خانه‌ی من میاد. اون به احتمال زیاد شنبه میاد خونه‌ی من بنابراین شنبه زمان خوبییه.

دکتر کارلسون: و تو دوباره تلاش خواهی کرد تا حرفه‌ایت را به اون بزنی؟

آیمی: من فکر می‌کنم که این هفته بتونم حرفه‌ام رو بزنم.

دکتر کارلسون: من **فکر می‌کنم** بتونم حرفه‌ام رو به اون بزنم (تکرار حرفه‌ای مراجع)؟

آیمی: خوبه، من راجع به چیزهایی که می‌خواهیم صحبت کنیم، فکر می‌کنم و نیز پیرامون کارهایی که انجام خواهیم داد و سپس مجدداً اون موارد رو اصلاح می‌کنم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب. به نظر می‌رسه که تو هفته‌ی گذشته پیرامون این مسأله فکر نکردی، درسته؟

آیمی: نه این طوری نیست من پیرامون این مسأله خیلی فکر کردم، هر روز این مسأله دغدغه‌ی فکری من بود.

دکتر کارلسون: بسیار خوب.

آیمی: بله من معتقدم که این بار می‌تونم به مادرم بگم که من تا کنون مادری نداشته‌ام... بله، شما به من گفتی که چگونه فکر کنم... من وقتی جوان بودم مادری نداشتم، اما الان دیگر می‌خواهم مادری داشته باشم.

دکتر کارلسون: خوب، خیلی خوبه اگه این کار رو بکنی. زیبا و جالبه مگه نه؟

آیمی: نمی‌دونم... فکر نکنم خیلی سخت و طاقت فرسا باشه.

دکتر کارلسون: بله.

آیمی: نمی‌دونم.

دکتر کارلسون: تو گفتی که وقتی جوان تر بودی مادرت به اندازه‌ی کافی برات مادر نبوده درسته؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: و تو هم با اون مقابله به مثل کردی؟

آیمی: بله می‌تونه این طور باشه.

دکتر کارلسون: اوه، فکر می‌کنم خیلی جالب و عجیبه. ارزش داره که منتظرش بمونی...

آیمی: این مثل اینه که گناه رو به گردن اون بندازیم. اما الان دیگه می‌خوام بهش بگم که چه احساسی دارم.

دکتر کارلسون: بله البته الان تمرکز تو اون جایی نیست که ما الان قرار داریم بلکه جایی هست که قراره

به آنجا برسیم.

آیمی: بله درسته.

دکتر کارلسون: وای خدای من.

آیمی: بله این یعنی اینکه من خیلی درباره‌ی این قضیه فکر کردم.

دکتر کارلسون: خیلی خوبه.

آیمی: واقعاً یک مدتی رو پیرامون رفتن به اونجا فکر کردم، همان طور که گفتم همیشه فعالیت‌های

دیگری رو که انجامش به نحو عادی برام نفرت‌انگیزه رو جای این کار پیدا می‌کنم.

دکتر کارلسون: خوب، اجازه بده ببینیم این هفته چه اتفاقی می‌افته ما نمی‌خواهیم یک گام خیلی بزرگ

برداریم.

آیمی: اوهوم.

دکتر کارلسون: به نظر می‌رسه که واقعاً برای انجام این کار در هفته‌ی جاری کار کرده‌ای.

آیمی: بله

دکتر کارلسون: و اگر بتوانی یک روز در این هفته این کار را انجام بدی، آیا آن روز در مقایسه با دیگر روزهایی که نتوانستی این کار را انجام بدی بهتر نخواهد بود؟

آیمی: چرا و البته فکر می‌کنم شنبه‌ای که داره میاد همون روز برای این کار خوب باشه، انجام فوری و همین الان این کار برام اندکی سخته و لذا اجازه بدید یک مقدار آهسته بریم جلو این طوری این کار برام مثل یک تعطیلات آخر هفته، لذت بخش خواهد بود. من اکثر اوقات موقع شام خونه هستم. اون در طول روز کار می‌کنه، اما شنبه من یک مهمانی برای پسر من می‌خوام بگیرم بنابراین فکر می‌کنم شنبه‌ای که داره میاد روز خوبی باشه. چون اونم میاد خونمون تا در برپایی مهمانی به من کمک کنه، خیلی از افراد هم دور و برم نخواهند بود چون تو مهمانی هر کسی کار خودش رو می‌کنه.

دکتر کارلسون: خوب با این اوصاف تو این کار رو قبل از شروع مهمانی انجام خواهی داد؟

آیمی: بله، اما فکر نمی‌کنم.. فکر می‌کنم همه چیز به نحو رضایت بخشی پیش بره.

دکتر کارلسون: به ویژه شیوه‌ای که آن حرف را می‌زنی مهم است. به نظر من واقعاً بیانت باید دوستانه و عاشقانه باشد.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: و لذا نشانگر توجه تو به اون هم خواهد بود.

آیمی: بله دقیقاً. بنابراین من در کل مهمانی کلاً حواسم به اون معطوف نیست زیرا منم باید از خودم محافظت کنم و کارهامو بکنم، البته می‌دونم اگر حرفهامو بهش نزنم، کل مهمانی باید درباره‌اش فکر کنم... خوب به هر حال اون هم در مهمانی حاضره، چون دقیقاً در مهمانی مادربزرگم هم مادرم حاضر بود، منم دیدمش. من از اینکه مادرم اونجا بود خوشحال بودم اما انگار آب یخ روی من ریخته بودند و من نمی‌خوام اون اتفاق مثل دفعه‌ی قبل دوباره تکرار بشه.

دکتر کارلسون: بسیار خوب. الان گفتمی که حالت ذهنی‌ات را ارتقاء دادی و این هفته احساس بهتری داشتی.

آیمی: بله، من واقعاً خیلی آسوده شدم. نمی‌دانم، من احساس می‌کنم دیگر به طور دائم در حال حرکت نیستم.

دکتر کارلسون: او هووم.

آیمی: و کارهای خیلی خیلی زیادی برای انجام دادن ندارم... کمی تا اندازه‌ای آسوده و راحت شده‌ام. اما به نظرم باز هم فعال و در حال حرکت (جنب و جوش) هستم. با این حال صلح و آرامشی را در درون خودم احساس می‌کنم.

دکتر کارلسون: آیا این اتفاق در دیگر زمان‌های زندگی تان هم رخ می‌دهد؟ آیا این صلح و آرامش درونی چیزی است که می‌آید و می‌رود (ثابت نیست)؟

آیمی: وقتی که با دیگران رابطه‌ی اثربخش دارم این آرامش ایجاد می‌شود. دکتر کارلسون: عجب.

آیمی: اما این اتفاق گاه‌گاهی نیست.

دکتر کارلسون: این یعنی اینکه تو در رابطه‌ی اثربخش قرار داری؟

آیمی: نه، نه نیستم. من با خودم بیگانه و تنها هستم.

دکتر کارلسون: آیا این نوع مشابهی از احساس است که در زمانی متفاوت تجربه می‌شود؟

آیمی: بله، من این احساس رو از طریق ارتباط با دیگران تأمین می‌کنم و روی اون حساب می‌کنم. من نمی‌دونم. می‌دونید، بودن در یک رابطه یعنی داشتن ثبات و این احساس خوبی. من در گذشته واقعاً تنها بودم... بعد از طلاق مدت زیادی رو تنها بودم و تا همین ۵ یا ۶ سال پیش من مجموعه‌ای از روابط با ثبات را در زندگی‌ام نداشتم.. یکی بعد از دیگری گسسته می‌شد... و من نمی‌دونم که چرا این اتفاقات رخ می‌دادند اما هر زمانی که من در رابطه با کسی قرار می‌گرفتم و آن رابطه خوب پیش می‌رفت همان احساسی را داشتم که الان دارم. می‌دونید درباره‌ی این فکر نکردم که می‌خوام چه کار کنم.

دکتر کارلسون: فکر می‌کنی که چگونه می‌تونی اون رو در این زمان هم ایجاد کنی؟ معمولاً این‌طور که ما دوست داریم علت این احساسات رو به عاملی دیگر اسناد بدهیم اما این احساسات واقعاً از درون خودتان نشأت می‌گیرند، این احساسات نتیجه‌ی کارهایی‌اند که تو انجام می‌دهی.

آیمی: می‌دونید، نمی‌دونم. من درباره‌ی کارهایی که در رابطه با مادرم می‌کنم خیلی فکر می‌کنم. من درباره‌ی موقعیت مادرم خیلی فکر می‌کنم و منم یک جورایی شبیه اون هستم... من با دوستانم و یک دوچین از دوستان دیگرم درباره‌ی این مسائل صحبت کردم. در حالی که من هرگز قبل از این، درباره‌ی این مسائل با کسی صحبت نکرده بودم و معمولاً مشکلات را درون خودم حبس می‌کردم و الان می‌بینم که صحبت کردن با دیگران درباره‌ی مشکلات حس خوبی ایجاد می‌کنه و البته واقعاً از گفتن این حرفها به دیگران احساس گناه می‌کنم. می‌دونید من از مادرم متنفر نیستم، اما واقعاً ازش ناراحتم. بنابراین من

فکر می‌کنم که صحبت کردن درباره‌ی مشکلات و پذیرش آنها ... و بیان حرفهایم به مادرم (هرچند باعث رنجش او بشود) و انجام خوب این کار باعث می‌شود تا من احساس بهتری درباره‌ی خودم داشته باشم و به این نتیجه برسم که دیگر آدم شرور و بدذاتی نیستم.

دکتر کارلسون: فکر می‌کنی که این مورد شبیه به مواقعی است که با دوست‌پسرات^۱ رابطه داشتی و افکار و احساسات را با آنها در میان می‌گذاشتی؟

آیمی: بله، اما واقعاً تا به الان در رابطه با صحبت کردن با آنها فکر نکرده‌ام.

دکتر کارلسون: خوب، ضرورتی ندارد که هر فکر یا احساسی را با آنها مطرح کنی اما برخی از احساسات و افکار نیازمند این هستند که بیان شوند، این طور نیست؟

آیمی: بله دقیقاً همین طوره. به دلایلی من نمی‌توانم به خانواده ام بگم که چه احساسی دارم. من احساس می‌کنم با بیان احساساتم، احساسات دیگران را جریحه‌دار می‌کنم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، اجازه بده که از مسیر آنچه که در اینجا در حال انجام آن بودیم منحرف نشویم و البته من متعجبم زیرا ما اینجا با دو مسأله مواجه نیستیم. مسأله‌ی اصلی این است که وقتی درباره‌ی احساسات با دیگران صحبت می‌کنی یا اینکه وقتی درباره‌ی مشکلات طرح ریزی می‌کنی که کاری انجام بدهی، در درونت احساس بهتر بودن را تجربه می‌کنی، درسته؟

آیمی: بله، به احتمال زیاد دست روی موضوع اصلی گذاشتید. من درباره‌ی این موضوع فکر نکرده بودم. دکتر کارلسون: اما تو اون رو خلق کردی نه آدم‌های دیگر. هیچ‌کسی این مشکلات و نیز احساسات خوب رو برای تو ایجاد نکرده است.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: و نکته‌ی اصلی اینه که اگر تو بتونی بفهمی که چه چیزی احساسات بهتر رو برای تو به ارمغان میاره، اون وقت می‌تونی هر وقت که می‌خوای این احساسات رو برای خودت ایجاد کنی.

آیمی: بله، فکر می‌کنم نظر شما درسته چون من یک زمانی شروع کردم به تغییر دادن اوضاع و الان می‌دونم که به کدام سمت باید حرکت کنم و این به نوعی احساس خوب در من ایجاد می‌کنه و من احساس می‌کنم که به قدر کافی چرخ‌های خودم رو حرکت نمیدم و احساس می‌کنم که هدفی دارم و

۱- دقت شود که این موضوع در فرهنگ لذت‌گرا و فردگرایی غرب مشروعیت دارد و در فرهنگ اسلامی ایرانی

کشورمان موضوعیت و مشروعیت ندارد (م).

دارم به سمت آنها حرکت می‌کنم و این در حالی است که قبلاً آدمی بودم که منتظر رخ دادن اتفاقات می‌موندم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، این می‌تونه خوب باشه.

آیمی: دیگر مسأله‌ی من تلاش برای حفظ حد اعتدال امور است.

دکتر کارلسون: خوبه، حدود یک دقیقه قبل گفتی که من نمی‌تونم با خانواده ام صحبت کنم....

آیمی: نه.

دکتر کارلسون: می‌تونم جمله‌ی تو رو تغییر بدم و این طوری بگم که گفتی من نتونستم تا الان با خانواده

ام صحبت کنم؟

آیمی: بله، من تا الان نتونستم با خانواده ام صحبت کنم.

دکتر کارلسون: خوب این جمله احساس متفاوت تری ایجاد می‌کنه.

آیمی: اوهوم.

دکتر کارلسون: با تو موافقم و کنار تو خواهم بود... ما قصد نداریم که..... گذر زمان همه چیز رو نشون

میده و این کار نیاز به زمان داره.

آیمی: بله، من گفتم که چند تا دوست خوب دارم. البته دوستان خیلی زیادی ندارم. من زندگی خیلی

شلوغی دارم و البته یکی از کارهایی که می‌کنم اینه که چیزهایی رو به اونها می‌گم که نمی‌تونم به

خانواده ام بگم چون من و خانواده ام خیلی از هم فاصله داریم، هر کسی در زندگی روزمره اش غرقه و

وقتی زمان طرح مسائلی پیش میاد من خودم از اون آدم‌هایی هستم که خفه‌قون (خفقان) می‌گیرم. من

واقعاً نمی‌تونم به اونها بگم که مشروب خوردن اونها منو دیوانه می‌کنه، می‌دونید ما تو خانواده مون چند

نفر الکلی داریم.

دکتر کارلسون: گفتی که نمی‌تونی به اونها بگی؟

آیمی: من نمی‌تونم به اونها بگم که چه احساسی دارم.

دکتر کارلسون: من نمی‌تونم به اونها بگم... (تکرار جمله مراجع).

آیمی: البته تا الان نتونستم این کار را بکنم.

دکتر کارلسون: درسته تا الان نتونستی.

آیمی: چه احساسی می‌تونم داشته باشم. وقتی شیشه‌ی مشروب رو می‌بینم واقعاً عصبانی میشم و گیر می‌کنم می‌دونید فکر کردن به وضعیت خانواده‌ام و اینکه من نمی‌تونم اون رو کنترل کنم منو فلج می‌کنه اما دوست دارم حداقل اونها این مطلب را تصدیق کنند که....

دکتر کارلسون: اوه.

آیمی: به جای نادیده گرفتن آن... این چیزی است که من الان می‌خواهم انجام بدم. اما من اونو نادیده می‌گیرم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، الان تو اینجا هستی برای انجام کاری که ما می‌توانیم با هم انجامش دهیم. آیمی: بله.

دکتر کارلسون: و ما قصد داریم که این شنبه کار را با مادرت شروع کنیم، درسته؟ آیمی: بله قطعاً.

دکتر کارلسون: چیزی که نیاز داریم این است که باید فقط یک حرکت کوچک را شروع کنیم زیرا این چیزی است که تو می‌تونی با دوستان انجام بدی، بنابراین تو مجبور نیستی که... و این کار مثل یاد گرفتن یک زبان بیگانه نیست که مجبور باشی همه را با هم یاد بگیری. نکته این است که تو باید بدانی که در این موقعیت می‌بایست چگونه عمل کنی. بنابراین الان تو باید یاد بگیری در این موقعیت چه کار کنی.

آیمی: بسیار خوب، شما درست می‌گید که من تقریباً چنین کاری را بیرون از اینجا تمرین کرده‌ام و گفتن حرفهایم به دوستانم یک وسیله‌ی آزمون این توانایی در من است.

دکتر کارلسون: من هم داشتم به همین فکر می‌کردم.

آیمی: اوه چه جالب.

دکتر کارلسون: بنابراین این هفته، هفته‌ی خیلی خوبی برای تو بوده، درسته؟

آیمی: بله من احساس محشری داشتم.

دکتر کارلسون: یعنی این کار رو با دوستان انجام دادی (حرفها تو به اونها زد).

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: بنابراین تو درباره‌ی نحوه‌ی بیان متفاوت حرفها فکر کردی، اگرچه تو در این زمینه عمل نکردی.

آیمی: من واقعاً خیلی خسته بودم، من دو شب گذشته زود خوابیدم به جای اینکه بیدار بمونم و مطالعه کنم.

دکتر کارلسون: بدون آبجو؟

آیمی: بله بدون آبجو.

دکتر کارلسون: وای چه جالب.

آیمی: بنابراین من احساس خیلی خوبی داشتم.

دکتر کارلسون: برخی از تعادل‌ها اینجا ایجاد شده این طور نیست؟

آیمی: بله قطعاً.

دکتر کارلسون: وای. خیلی خوشحالم که تو را به دلیل آنچه که خودت انجام دادی خندان می‌بینم.

آیمی: بله، هرگز فکر نمی‌کردم که روزی بتونم خنده کنم.

دکتر کارلسون: اوه، این نوع متفاوتی از لبخند زدن بود. این لبخند، لبخند رضایت بود.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: تو این کار رو کردی و الان احساس بهتری داری و لذا الان بهتر می‌خوابی. بله، خیلی خوبه. الان پایین این برگه گفتی که می‌خواهی پیرامون مسائل مربوط به دانشکده هم صحبت کنی.

آیمی: بله البته به دلایلی، اعتماد به نفس زیادی نسبت به قابلیت‌هایم برای رفع و رجوع کردن امورات مربوط به دانشکده‌ام ندارم. البته نمی‌دانم چرا این طور است زیرا من به عنوان یک دانشجو عالی بودم و در نمره‌های پایان دوره عالی شدم و بالاترین نمره‌ها را در آزمون‌های بسیار سخت گرفتم، اما نسبت به خودم اعتماد به نفس لازم را ندارم. بعضی اوقات هم هست که وقتی به مقاله‌ام نگاه می‌کنم، یک جایی می‌نشینم و به آن فکر می‌کنم و لذا دوست دارم به استادم زنگ بزنم و بهش بگم این نمره‌ی آشغال چیه، لطفاً این نمره رو نادیده بگیر، من یک مقاله‌ی دیگه برات میارم. نمی‌دونم این کار برام خیلی سخته...

دکتر کارلسون: بالاخره در رابطه با مقاله‌ات چه اتفاقی افتاد و چی سرش اومد؟

آیمی: بالاخره نمره‌ی الف گرفتم البته این یک مورد خاص بود، و من هنوزم زیاد راجع به اون فکر می‌کنم، استاد من در آن زمان یک یارویی بود که بسیار برجسته بود و من هم خیلی داغون بودم، من نمی‌دانم از چه کلمه‌ای باید استفاده کنم. من در رابطه با کارم خیلی می‌ترسیدم ... مرعوب شده بودم. من فکر می‌کردم که اون به هیچ‌وجه دوست نداشت که به چرت و پرت‌های من (توجهات من پیرامون عدم تلاش برای نوشتن مقاله‌ای عالی) گوش کنه. اون خارج از شهر بود، این قضیه مال سالها پیش و

دوره‌ی کارشناسی‌مهمه. آن زمان من دانشجوی کارشناسی بودم. مقاله‌ام را از زیر درِ اتاقش گذاشتم تو اتاقش، بعدش خیلی فکر کردم که اون رو از زیر درِ اتاقش بردارم (اما نشد). بعدش وقتی استادم اومد و نمره‌ام رو داد، من نمره‌ی الف گرفتم و جالب اینه که استادم به من گفت که میتونی ایده‌ی این مقاله رو برای رساله‌ی دکتری هم ارائه کنی، من واقعاً داشتم (از خوشحالی) منفجر می شدم. دکتر کارلسون: وای خدای من خیلی عالی. بنابراین به نظر نمیرسه که این فقدان اعتماد به نفس ریشه در عملکرد تو داشته باشه، درسته؟

آیمی: نه، موضوع این نیست که چقدر تلاش می کنم بلکه مسئله اینه که فکر می کنم نمیتونم کارهام رو جمع و جور و کامل کنم، من همیشه نگران این هستم که مبدا نتونم این مسیر رو ادامه بدم و در کارهای دیگه زندگی نمره‌ی الف رو بگیرم.. بنابراین می بینید من خودم رو برای هیچی نگران می کنم، البته نمی دونم چرا این طوری می کنم و همیشه احساس میکنم که دوست دارم به تحصیلات عالی (تکمیلی) ادامه بدم، اما احساس می کنم که نمی تونم این کار را بکنم، من من خوش شانس هستم و در دوره‌ی کارشناسی خوب و یکنواخت درس می خواندم و این همان چیزی است که دائم با خودم زمزمه می کنم. دکتر کارلسون: اوه، چقدر جالب. بنابراین یک بخش از وجود تو تمایل داره که تغییر کنه (پیشرفت کنه)؟

آیمی: من آرزو دارم در کاری که دارم می کنم احساس اعتماد به نفس کنم. دکتر کارلسون: و اگر تو در کاری که داری می کنی احساس اعتماد به نفس کنی، من از کجا میتونم بفهمم؟ اون وقت چه کاری می کنی؟

آیمی: نمی دونم. فکر می کنم در اون صورت احتمالاً بتونم تحصیلات عالی رو ادامه بدم و به کارشناسی ارشد قناعت نکنم، دوست دارم که این کار رو بکنم.

دکتر کارلسون: خیلی خوب، بنابراین یکی از چیزهایی که می تونه به تو این حس رو بده که متوجه شی در انجام کاری که می کنی اعتماد به نفس داری، گرفتن مدرک دکتری است؟

آیمی: شاید، البته من همیشه دوست داشتم و دارم که یک نویسنده بشم، البته نمی خوام برای امرار معاش و زندگی نویسنده‌گی کنم بلکه فقط دوست دارم دو تا کتاب بنویسم چون من همیشه نویسنده‌گی می کردم. من قبلاً هم دو تا فیلمنامه نوشته ام. دکتر کارلسون: اوه خیلی عالی.

آیمی: ... من عاشق نویسنده‌ام، اما هرگز نوشته‌ها را به کسی نشون ندادم به جز چند نفر آدم و چندباری که در مدرسه تکالیف درسی‌ام رو نوشتم دیگه کسی از هنر من خبر نداره، البته غالباً دیگرانی که کارهام رو دیده‌اند منو تحسین کرده‌اند و گفته‌اند که من آدم مستعد و با استعدادی هستم اما من خودم همیشه احساس می‌کردم که اینها یک مشت آشغال بیش نیستند... من به خودم میگم که اینها واقعاً چیز به درد بخوری نیستند. نمی‌دونم که چرا اینطوری می‌کنم. اما دیگران غالباً به من میگن که نوشته‌هام واقعاً محشرند... مهم نیست که مردم چی میگن مهم چیزی است که من خودم فکر می‌کنم و همان طور که گفتم نوشته‌هام چیزی جز..... نیستند.

دکتر کارلسون: وقتی مقالات رو از استادت گرفتی و دیدی که نمره‌ی الف گرفتی چه احساسی داشتی؟ آیا احساس متفاوتی در مقایسه با قبل نداشتی؟

آیمی: نه. نه و البته من به خودم خیلی سخت می‌گیرم. من همیشه فکر می‌کنم و به خودم میگم که خوب این نمره‌ام الف شد اما کار من اشکالات زیادی داره و میتونست از این خیلی بهتر باشه. من فقط ... نمی‌دونم که چرا در رابطه با هر چیزی اینقدر به خودم سخت می‌گیرم... من..... به جای اینکه علی‌رغم تمام پسرتهایی که داشته‌ام، به تمام کارهایی که خیلی خوب انجام داده‌ام و به عنوان یک مادر تنها به تمام کارهایی که انجام داده‌ام فکر کنم، به این فکر می‌کنم که چه بد، می‌تونستم کارهای متفاوت‌تر و بهتری انجام بدم. همیشه راهی برای پیشرفت و بهتر شدن وجود داره و من هم هیچ‌گاه سر جام ننشسته‌ام... مردم هم به من میگن وای چه جالب ما از کارهایی که تو انجام داده‌ای شگفت زده شده‌ایم. البته من به خاطر هیچ‌کدام از کارهایی که انجام داده‌ام و دیگران آن را به من یادآوری کرده‌اند، نسبت به خودم احساس غرور و افتخار نکردم.

دکتر کارلسون: عجب.

آیمی: نمی‌دونم چرا اینطوری هستم، من فقط... یک بخش از وجود و درونم این‌گونه است..... پدر من همیشه به من در مورد انجام کارها، مسائل اخلاقی و شل گرفتن کارها سخت می‌گرفت... بنابراین من هیچ وقت احساسی شبیه به ... را نداشتم... لذا تحسین مردم هم نسبت به من نوعی ترحم و دلسوزی محسوب میشه، منم این‌گونه به خودم می‌گفتم که بسیار خوب، مغرور نشو و به کارت ادامه بده، می‌دونید، این احساسی بود که من آن موقع از تحسین‌های آدم‌های اطرافم داشتم. بنابراین، نیازه که من این بخش از خودم را سر جایش بنشانم و تو ذهنش بزنی. با این حال نمی‌دونم چطور باید این کار را انجام بدم. من فقط بلدم یک کار را ادامه بدم و اون اینه که

دکتر کارلسون: خوبه.

آیمی: می‌دونید دوست دارم به جای.... از این واقعیت که من تا الان در کارها و زندگی‌ام موفقیت‌هایی داشته‌ام لذت ببرم.

دکتر کارلسون: به نظر می‌رسه این آئین و رسم که تو موفقیت‌هایی در گذشته داشتی، موفقیت بسیار زیبا و جانانی برای تو محسوب میشه.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: وقتی که یک مقاله‌ای می‌نویسی و رنج و المی را متحمل می‌شوی در نتیجه.....

آیمی: به نظر می‌رسه کارهایی که برایش استرس فراوانی متحمل شوم را بهتر انجام می‌دهم. چرا که اگر فکر کنم که کارم عالی است واقعاً دیگر تلاش خیلی زیادی را مصروف آن نخواهم کرد.

دکتر کارلسون: و تو به خاطر غمگین شدن غمگین می‌شوی؟

آیمی: بله غمگین می‌شوم.

دکتر کارلسون: اگر من بگویم که این کار کاملاً عادی و بهنجار است آن وقت چه می‌گویی؟

آیمی: نمی‌دونم آخه تا الان آدمی را شبیه خودم ندیده‌ام. شاید هم آنان افکار و احساسات خودشون را با من در میان نمی‌گذارن. من مطمئنم که آن بیرون هم آدم‌هایی هستن که احساسی مشابه با من دارن، اما با این حال احساس می‌کنم که من تنها آدمی هستم که این‌گونه است.

دکتر کارلسون: درسته. یکی از کارهایی که من عادت به انجام آن دارم هدایت‌گری است و در اینجا مصداق آن می‌تواند دادن اطلاعات مفید باشه، از جمله‌ی این اطلاعات اینه که آدم‌های همیشه آرام و مطمئن لزوماً خیلی خوب عمل نمی‌کنند.

آیمی: این رو نمی‌دونستم.

دکتر کارلسون: آدمی که اضطراب و نگرانی زیادی داره و نسبت به کارهایی که قراره انجام بده خیلی مطمئن نیست معمولاً فردی است که کارهاش رو عالی انجام میده. فردی که اشتباهات مطلق و فاحش انجام میده، فردی است که اینقدر نگران هست که هرگز نمی‌تونه یک مقاله‌ی خوب بنویسه (منظورِ درمانگر خود آیمی است).

آیمی: بسیار خوب.

دکتر کارلسون: اما تو اون مقاله‌ی عالی رو نوشتی. به نظر نمی‌رسه که انجام چنین کارهایی در تو متوقف شده باشه؟

آیمی: نه فکر نمی‌کنم.

دکتر کارلسون: خوبه که نهایتاً تونستی بگی که بالاخره این کار هم تموم شد و این خود نشانگر آدمیه که می‌تونه عملکردی فوق‌العاده داشته باشه.

آیمی: بله، من هر کاری رو شروع کردم تمومش کردم. من خیلی..... من نمی‌تونم هیچ کاری رو نیمه تمام بذارم.

دکتر کارلسون: بنابراین امکانش هست که دفعه‌ی بعد وقتی نگران شدی با خودت بگی که این واقعاً خیلی عالی، این شیوه‌ای است که مردم بدان طریق به موفقیت می‌رسند... این حالت عادی و نرماله.

آیمی: بسیار عالی به نظر میرسه که این حرف‌ها برای من خیلی بهتر است تا گفتن این جملات که وای چرا من هر قدر تلاش می‌کنم..... می‌دونید که من در این شرایط معمولاً این حرفها رو به خودم می‌زنم.

دکتر کارلسون: چندین کتاب و مقاله در این رابطه یعنی رابطه‌ی بین سطوح اضطراب و عملکرد عالی و در اوج موجودند که تو میتونی مطالعه‌شان کنی..... به نظر می‌رسه که تو به خاطر چیزهایی که عادی و

بهنجارند خودت رو داغون می‌کنی و وقتی خودت رو سرزنش می‌کنی و به خودت سخت می‌گیری آن وقت کارهای عادی هم برات خیلی سخت به نظر می‌رسن.

آیمی: بله همین طوره. به نظر می‌رسه که من تحت فشار بهتر عمل می‌کنم.

دکتر کارلسون: آفرین.

آیمی: می‌دونید.....

دکتر کارلسون: به نظر می‌رسه که سبک تو این طوره.

آیمی: بله همین طوره، در هر کاری که انجام میدم همین طورم، شغل من رانندگی است... در کار ما هم فشار زیاده و به نظر می‌رسه که پیدا کردن یک جا برای پارک کردن (و تخلیه‌ی بار) خیلی سخت باشه

اما با این حال من کارم رو خوب انجام میدم و البته نمی‌دونم چرا. من برای خودم هدفی دارم و احساس می‌کنم اندکی احساس مسئولیتیم، زیادتر از حد معموله.

دکتر کارلسون: بنابراین، این هم چیز دیگری بود که تو درباره‌ی خودت فهمیدی و اون اینه که تو تحت فشار و در بن‌بست‌ها بهتر عمل می‌کنی.

آیمی: اوه، بله و فهمیدم که هر چیزی و هر کاری را می‌توان انجام داد و کاملش کرد و لذا من می‌تونم نسبت به کارهام احساس غرور بکنم، من نباید توجه‌ام را روی کارهای بدم معطوف کنم مگر زمانی که

ملاک عمل یا چیزی را بد فهمیده باشم (آنجاست که با تمرکز بر اشتباهات می‌توان درس آموخت).

دکتر کارلسون: اوه چه عالی، این همان نکته‌ای است که من به آن اشاره کردم به نظر می‌رسد که تو باید نسبت به آنچه که انجام می‌دهی احساس غرور بسیاری بکنی، این طور نیست؟
آیمی: بله قطعاً.

دکتر کارلسون: به نظر می‌رسد که این وضع تو شبیه وضعیت پدرت در رشته‌ی موسیقی باشه، درسته؟
آیمی: بله درسته بله.... این وضعیت می‌تونه در رابطه با من و نویسندگی من هم صادق باشه. من می‌تونم..... من هم ملاک‌های خودم را دارم اما وقتی که من نویسندگی می‌کنم و کارم هم عالی است همین گونه است..... احساس من طوریه که خیلی خوب پیرامون این قضیه فکر نمی‌کنم. بسیار خوب، من می‌توانم به طور متفاوت تری عمل کنم یا اینکه نیازه که من این قاعده رو تغییر بدم. کامل بودن، احساس خوبی در فرد ایجاد می‌کنه اما این امکان وجود نداره که آدم در همه‌ی زمان‌ها کامل باشه، می‌دونید که من تلاش‌های خودم را می‌کنم اما با این حال بعضی اوقات موفق نمی‌شوم.
دکتر کارلسون: بسیار خوب، مگر دیگر نویسندگان، چند تا کار محشر می‌تونند بنویسند؟
آیمی: می‌دونم حق با شماست.

دکتر کارلسون: من فکر می‌کنم یکی شاید هم دو تا قصه از نویسندگان بزرگ در ذهن ما مونده.
آیمی: اوه دقیقاً.

دکتر کارلسون: اوهوم، برخی اهداف اند که برای آدم‌های دیگه خیلی رفیع و بلندند اما ممکن است برای تو منطقی باشند....
آیمی: بله.

دکتر کارلسون: نوشتن یک کتاب پیرامون خودت یا دو مورد چطوره؟
آیمی: من دوست ندارم در اوقات فراغتم مثل همینگوی^۱ یا آدم‌های شبیه به اون باشم، من فقط دوست دارم یه روزی کتابی پیرامون زندگی خودم بنویسم. البته نه الان، من هنوز دارم زندگی می‌کنم و هنوز در نیمه راه زندگی ام هستم.
دکتر کارلسون: بعد از آن خواهی گفت که فرد بسیار موفقی هستی؟
آیمی: بله.

1- Hemmingway

دکتر کارلسون: هفته‌ی پیش به من گفתי که در دوران دبیرستان تو دلت می‌خواست که والدینت رو خوشحال و راضی نگه داری و لذا به همین منوال در دوران دانشکده‌ات عمل کردی و هنگام فارغ‌التحصیلی از دانشکده هم همین کار را کردی و...

آیمی: بله در دوران کارشناسی‌ام هم خیلی این طوری بودم، یک کلاسی داشتیم که نسبتاً سطحش خوب بود، اما وقتی که دانشجوی سال آخر بودم، انتظار داشتم که اون کلاس انتظارات و خواسته‌های منو محقق کنه اما این طوری نشد و کلاس بسیار سختی از آب درآمد و من هم ضعیف ظاهر شدم و به سختی کلاس رو تحمل می‌کردم، درس‌ها بسیار سخت و طاقت‌فرسا بودند... من هم افت کردم و کشتی‌ام به گل نشست و نمره‌ی ضعیف D رو گرفتم و این نمره منو واقعاً نابود کرد. بعد از آن اتفاق احساس کردم که واقعاً دارم می‌میرم. من درباره‌ی آدم‌هایی که در کلاس ما بودند خیلی فکر کرده‌ام و نمی‌دونم الان اونها کجا هستند. می‌دونید این اولین باری بود که من در طی ۴ یا ۵ سال در دانشکده نمره‌ی بسیار ضعیف D را گرفتم. (می‌دانیم در نمره‌گذاری دانشگاه‌ها و مدارس کشورهای غربی A معادل بالاترین نمره است و در مرتبه‌ی بعد نمره‌ی B قرار دارد و به همین ترتیب C و D در مراتب بعدی نمره‌ها قرار دارند).
دکتر کارلسون: وای خدای من.

آیمی: به نظرم، باید به هر طریقی که شده این نمره بد رو نیز بپذیرم، درست همان‌گونه که نمره‌های بسیار عالی خودم رو نیز می‌پذیرم. من سه بار نمره‌ی الف و یک بار نمره‌ی ضعیف دی را گرفته‌ام. می‌دونید که....

دکتر کارلسون: دویست تا نمره‌ی الف و فقط یک نمره‌ی ضعیف دی.

آیمی: بله. توی یک ترم فقط یکبار چنین نمره‌ی بدی گرفتم... البته من می‌تونستم... در حالی که افرادی که در کلاس ما بودند از گرفتن نمره‌ی دی خیلی خوشحال بودند.

دکتر کارلسون: از گرفتن نمره‌ی دی خوشحال بودن.

آیمی: بله، نمی‌دانم که آیا من باید به هر طریق این نمره رو بپذیرم. البته من خیلی زیاد پیرامون این مسأله فکر کردم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، نمی‌دانم که آیا باید این نمره بد رو بپذیرم (تکرار جمله‌ی مراجع)، اما به نظر می‌رسه که اگر این کار را بکنی احساس بهتری به تو دست میده، این طور نیست؟

آیمی: بله دقیقاً همین طوره، به جای انکار و تحقیر این نمره باید آن را نیز بپذیرم. اما همیشه ته قضیه برای من این طوری تموم میشه که: من شکست خوردم، می‌تونستم شکست نخورم... من خیلی سنگین شکست

خوردم.... در آزمون‌هایم شکست خوردم، در رانندگی شکست خورده هستم، در زندگی خانوادگی شکست خورده هستم، در رابطه با پدرم شکست خوردم، می‌دونید، این شیوه‌ی نتیجه‌گیری من از رویدادهاست.... این در حالی است که من نمی‌خوام و دوست ندارم شکست بخورم در نتیجه تلاش افراطی می‌کنم که شکست نخورم.

دکتر کارلسون: بله، و این منشأ انگیزش فوق‌العاده‌ی توست.

آیمی: اوهوم، بله دقیقاً همین طوری که شما می‌گید.

دکتر کارلسون: و حداقل در این موقعیت‌ها به نظر می‌رسد که موفق شدن به تو کمک می‌کند.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: هدف ما کمک به توست، به نظر من اگر به همین ترتیب تمام نمره‌هایت را الف بشی احتمالاً بتونی در دوره‌ی دکتری پذیرش بگیری، البته اگر بخوای و دوست داشته باشی که این مسیر رو ادامه بدی.... به نظرم در دیگر موقعیت‌ها هم، باید همین‌گونه مصمم عمل کنی.

آیمی: بله، من در خیلی از موقعیت‌ها به خودم این حرف‌ها رو می‌زنم و با خودم این‌گونه زمزمه می‌کنم که خاک بر سرت کنم واقعاً تو از پس این کار بر نیای و نمی‌تونی مسیرت رو تغییر بدی و پیشرفت کنی.

دکتر کارلسون: همین عامله که باعث عملکرد عالی تو میشه. یک جورایی باید خودت رو بالا ببری تا بتونی سخت تلاش کنی. این‌گونه صحبت کردن با خود، احساس حقارت آدم رو تحریک می‌کنه و این احساس حقارت چیزی است که برای بسیاری از آدم‌ها در نقش یک تسهیل‌گر (کاتالیست) عمل می‌کنه. اگر تو هم این حرف‌ها رو به خودت نزنی احتمالاً قادر به انجام کار خاصی نخواهی بود.

آیمی: یادمه در کلاس پنجم ابتدایی که بودم برای یک چیزی خیلی تلاش کردم و بعدش پذیرفتم که من هم نوعی آدم آماتور و تازه‌کار هستم. من جزئی از دار و دسته‌ی بچه‌های کلاس نبودم ولی دوستی داشتم که جزء اون بچه‌ها بود. ما در آن سال قرار بود نمایشی در مدرسه داشته باشیم به نوعی نمایش مختص افراد مستعد بود، می‌دونید که سال پنجم، آخرین پایه‌ی قبل از دوران راهنمایی (سیکل اول دبیرستان)^۱ محسوب میشه و این‌گونه بود که نمایش مخصوص کلاس پنجم در معرض دید اهالی شهر و مدرسه برگزار می‌شد و اووووه، من برای رهبر این نمایش انتخاب شدم و شجاعت زیادی نیاز داشتم تا جلوی افراد غریبه و تمام همکلاسی‌هایم ظاهر بشم، اینکه روی صحنه حاضر بشم و برقصم و آواز بخوانم

1-Junior high

(که البته این کارها را کردم) و معلم‌هایم به خاطر عملکردم انگار داشتند منفجر می‌شدند (برخاستند و مدام مرا تشویق کردند) و من همیشه دوست داشتم که بهترین عملکرد را داشته باشم، اما احساس می‌کردم که در نقش رهبر گروه نتونم آن قدر هم خوب ظاهر بشم، طوری که بقیه‌ی دختران منو مسخره خواهند کرد، البته نمی‌دونم شاید هم به من حسادت می‌کردند، اما به هر طریق من رهبر نمایش شدم. هرگز فکرش را هم نمی‌کردم که صد سال دیگه هم بتونم این گونه خوب ظاهر شم، اما من اون کار رو انجام دادم چون احساس می‌کردم مجبورم که این کار را انجام بدم. اگر آن گونه احساس نمی‌کردم حتماً شکست می‌خوردم....

دکتر کارلسون: بنابراین سائق^۱ (انرژی و انگیزه) بسیار زیادی برای انجام این کار داشتی ...
آیمی: اوه بله.

دکتر کارلسون: پس تو در حوزه‌های زیادی توانمندی داری. در هنر، در نویسندگی، هفته‌ی پیش هم که گفتی در موسیقی تبحر داری.

آیمی: بله، من آواز هم می‌خونم، طبل هم می‌زنم، نویسندگی می‌کنم، من نمی‌تونم خوب فکر کنم، البته ما نمی‌تونیم در تمام زمینه‌ها برنده باشیم درسته؟

دکتر کارلسون: بله، با این حال این رفتارها نشانگر توانایی‌های تو هستند.

آیمی: من عاشق رقص کردن^۲ هم هستم. من رقص خوبی هستم.

دکتر کارلسون: وای چه جالب.

آیمی: خوب دیگه.....

دکتر کارلسون: خوب فکر می‌کنی این کارهایی که انجام می‌دهی را همین طور دم دستی و الله بختکی انجام میدی؟

آیمی: نه

دکتر کارلسون: تو در انجام کارهایت اعتماد به نفس را نشان دادی.

آیمی: بله، خوب من الان هم می‌تونم خیلی از کارها را انجام بدم. خوب من الان پخته‌تر و جا افتاده‌ترم

و لذا احساس می‌کنم که در انجام خیلی از این کارها خیلی خوب هستم کارهایی مثل.....

دکتر کارلسون: ۲۰ دقیقه قبل تو این گونه نبودی.

1- Drive

۲- دقت شود که این رفتارها در فرهنگ زندگی مراجع مذکور موضوعیت دارد نه در فرهنگ اسلامی.

آیمی: خوب، در کلاس پنجم، من هرگز..... خوب من همیشه نمایش‌های کوچکی را در معرض دید دوستانم و اعضای خانواده‌ام اجرا می‌کردم اما هرگز.....

دکتر کارلسون: ولی تو همین چند دقیقه قبل اعتماد به نفس (ضعیف) ات را زیر سؤال بردی.

آیمی: چی بگم والله.

دکتر کارلسون: اما تو وقتی که درباره‌ی کارهایی که تونستی انجام بدی صحبت کردی خیلی با اعتماد به نفس صحبت می‌کردی. بنابراین، یک زمان‌هایی وجود دارند که اعتماد به نفس تو خوب و بالاست و یک زمان‌هایی این‌گونه نیست.

آیمی: در رابطه با نویسندگی‌ام، احساس می‌کنم نمی‌دونم که اگر همه چیز طبق مراد من پیش بره و شرایط خوب باشه ولی من چیزی بنویسم که آنقدرها عمیق و خوب نباشه تا به مردمی که می‌شناسم نشون بدم، چی میشه. می‌دونید که من نمی‌خوام تمام نوشته‌هام عالی و محشر بشن و همان‌طور که می‌دونید خیلی از نوشته‌هام افتضاح میشن. با این حال من منتظر می‌مونم تا به من الهام بشه (بعد شروع کنم به نوشتن) و به نظرم میرسه که این اتفاق خواهد افتاد. می‌دونید که من مطالب زیادی می‌نویسم سپس ایده‌ی خودم را می‌گیرم و آن را پرورش می‌دهم و البته این کار احساس درست و خوبی ایجاد می‌کنه، من مجبور نیستم خیلی راجع به کاری که می‌کنم فکر کنم، فقط می‌دونم که اگر اون چیزی که من می‌گم اتفاق بیفته (الهام شدن به من برای نوشتن) بهترین اثر من نیز خلق میشه.

دکتر کارلسون: تو فکر می‌کنی که از بقیه‌ی آدم‌ها متفاوت‌تری؟

آیمی: نمی‌دانم اما حدسم اینه که آره آدم متفاوتی هستم.

دکتر کارلسون: من فکر می‌کنم این هم یکی از اون موقعیت‌های خاص است، زیرا بسیاری از نویسندگانی که من می‌شناسم قبل از اینکه چیزی را که خودشان می‌پسندند بیابند، چیزهای زیادی می‌نویسند. می‌دونی، وقتی نگاهشان می‌کنی میبینی که یک‌دفعه تمام نوشته‌هاشون رو دور می‌ریزن و مجدداً از نو شروع می‌کنند.

آیمی: قطعاً همین‌گونه است و من خودم بارها این کار را کرده‌ام.

دکتر کارلسون: به نظر میرسه که تو کاملاً نرمال باشی. میدونی یکی از کارهایی که به نظر میرسه تو دوست داری انجامش بدی (نه اینکه فقط انجام بدی بلکه به زیبایی آن را انجام میدی) توصیف خودت به عنوان آدمی است که ضعف‌ها و نقایصی هم داره.

آیمی: من زیاد این کار را می‌کنم.

دکتر کارلسون: چیزی را که تو برایم توصیف کردی (تصویری که تو از خودت به من نشان دادی) به نظرم بسیار عادی و نرمال است. نوشتن مطالب بسیار، قبل از پیدا کردن مطلب ایده آل یا انجام تلاش بسیار برای نوشتن یک مقاله کارهایی اند که هر کسی آن را انجام می دهد.

آیمی: بله، اما من در رابطه با خودم احساس می کنم که آدم منزوی ای هستم به ویژه وقتی که اتفاقات مذکور رخ می دهند. می دونید، اتفاقاتی رو که برای من رخ می دهند رو من نمی تونم نسبت به دیگران تعمیم بدم (نمی تونم تصور کنم که برای دیگران هم اتفاق می افته).

دکتر کارلسون: وقتی من به تو بازخورد می دهم که این کاری که تو انجام می دهی واقعاً عالی است آیا به تو کمکی نمی کنه؟

آیمی: چرا کمک می کنه.

دکتر کارلسون: به نظر من تو قبل از اینکه در انجام یکسری از کارها عالی بشی، نیاز داشتی که در حین رشد در جمع خانواده ات یکسری اطلاعات را کسب کنی.

آیمی: خوب.....

دکتر کارلسون: می دونی، مادرت که رفته، پدرت هم به نوعی دیگر رفته اما تو مادر بزرگی داری که هفت تا بچه رو بزرگ کرده و در واقع خانواده ی بزرگی داری... یعنی تو از اینها بازخوردهای زیادی نمی گیری؟

آیمی: نه بازخوردی از آنها دریافت نکرده ام... من همان گونه که فکر می کنم احساساتم را ابراز می کنم... من توجه ام را به آواز خواندن و رقص کردن معطوف می کنم... همچنین اجرای نمایش برای اعضای خانواده ام، زیرا من به توجه نیاز دارم.

دکتر کارلسون: آیا به نظر می رسه که مجبور به انجام این کار هستی؟

آیمی: بله، من اون کارها رو کردم، ولی می دونید خوب همه ی اون کارهایی هم که خوب انجام دادم خیلی بانمک و جالب نبودند، بعدش هم که من بزرگ تر شدم و دیگر نمی تونستم در دنیای واقعی خیلی از اون کارها رو بکنم... مثل آواز خواندن و رقصیدن در انظار مردم...

دکتر کارلسون: بسیار خوب، تو راهنمایی های زیادی دریافت نکردی؟

آیمی: نه.

دکتر کارلسون: به نظر من اگر تو برخی از این راهنمایی ها را می داشتی شاید می تونستی به نحو دیگری عمل کنی، این طور نیست؟

آیمی: معلوم نیست.

دکتر کارلسون: خوب من روی همین احساسِ تو حرف دارم، همین الان شنیدم که تو به نحوی منفی درباره‌ی کارهایی که واقعاً به نحو مطلوب و خوبی انجامش دادی صحبت کردی. چرا این گونه حرف میزنی؟

آیمی: هی، خوب، ممکنه من چنین چیزی گفته باشم، من احساس نمی‌کنم که اون کارها نرمال بوده باشند زیرا من واقعاً.....

دکتر کارلسون: من این گونه می‌فهمم که تو این طوری فکر می‌کنی (من فکر نمی‌کنم که آن کارها نرمال باشند).

آیمی: نه

دکتر کارلسون: و سپس تو به همان طریقی که فکر می‌کنی احساس خواهی کرد، درسته؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: من فکر می‌کنم این احساسات از افکار تو ناشی می‌شه.

آیمی: بله منم این طور فکر می‌کنم.

دکتر کارلسون: این کار می‌تونه برای تو مفید باشه یا حداقل می‌توننی روی این قضیه کار کنی.... قبل از اینکه چیز دلخواهت رو پیدا کنی به خودت اجازه بده که چرت و پرت هم که شده بنویسی یا اینکه به خودت اجازه بده که درباره‌ی مقاله‌ای که می‌نویسی مضطرب بشی.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: آیا می‌توننی خودت رو در حال انجام این کار تصور کنی؟

آیمی: بله می‌تونم. من فکر می‌کنم که نیاز به چنین کاری در برخی از مواقع زندگی‌ام دارم، من فقط باید یاد بگیرم که به جای صرفاً فکر کردن خالی درباره‌ی آنچه که دیگران فکر می‌کنند، یا این ایده که من آدم متفاوتی هستم یا اینکه فلان کار خوب نیست، باید بر اساس توانایی‌هایم اقدام و عمل کنم، می‌دونید، باید به جای فکر کردن عمل کنم و دست به کار بشم.

دکتر کارلسون: آیا تو به خاطر ترس از آنچه که مردم فکر می‌کنند به خودت زیاد فشار می‌آوری؟ آیا من این نکته‌ای که درباره‌ی نوع فکر کردن تو گفتم درسته؟

آیمی: در رابطه با من بله درسته.

دکتر کارلسون: و این نکته خیلی مهمه زیرا من نمی‌خواهم که تو استانداردهای خودت را کنار بگذاری.

آیمی: بله، همین استانداردهای شخصی است که میگه خودت بدترین منتقد خودت هستی.

دکتر کارلسون: بله، بسیار خوب....

آیمی: بله، این احساسی است که من دارم.

دکتر کارلسون: اممم... آنها نکات درستی را درباره‌ی شما بیان می‌کنند.

آیمی: بله، آنها چیزهایی اند که باید به آنها اعتماد کرد.

دکتر کارلسون: بله من می‌تونم دوران مدرسه‌ی شما را که در آن کارهای درستی انجام داده‌اید ببینم اما

شما احساس خوبی درباره‌ی انجام درست آن کارها ندارید.

آیمی: بسیار خوب، اوه، من احساس می‌کنم که آدم‌ها دوست دارن که همیشه منو دلگرم کنن که تو

باید فلان کار را انجام دهی و حسب همین امر من اولین نفر در نسل خانواده‌مان هستم که دانشگاه قبول

شده‌ام....

دکتر کارلسون: واقعاً؟ خیلی عالی.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: و تو قبلاً در دانشگاه تحصیلات تکمیلی بوده‌ای؟

آیمی: بله، نمی‌دانم چرا چنین احساسی دارم، شما می‌دانید که چرا این احساسم از اینی که هست بهتر

نمی‌شود و کارهایم بهتر انجام نمی‌شود و من دائم خودم را به چالش می‌کشم.

دکتر کارلسون: به نظر می‌رسه که تو در ناکجاآباد به سر می‌بری. به نظر من، کس دیگری وجود ندارد

که تو را راهنمایی کند... تو برادر یا خواهر دیگری نداری که از وی پیروی کنی.

آیمی: نه، در واقع، خانواده‌ی من ... آنها منو تشویق می‌کنند که به دانشگاه برم، از طرف دیگر دائم غر

می‌زنند که دانشگاه تمام زندگیت شده و کی می‌خواهی مدرکت رو بگیری و آن کارهایی را که باید،

انجام بدهی؟

دکتر کارلسون: یعنی در واقع آنها دو چیز می‌گویند؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: آیا دلیلش اینه که آنها درک نمی‌کنند؟

آیمی: هی، اما من برای یادگیری ارزش قائل هستم. من همیشه بر این مشئ بوده‌ام حتی زمانی هم که

طفل بوده‌ام همیشه برای لذت بردن هم که شده مطالعه می‌کردم. من مثل خیلی‌ها نبودم... خیلی از بچه-

های هم سن و سال من مطالعه کردن را دوست نداشتند اما من از یادگیری درباره‌ی هر چیزی لذت

می‌بردم و البته هنوز هم همین‌طور هستم. بنابراین احساس می‌کنم که نمی‌خواهم آموختن را متوقف کنم، من به نظرم، من می‌دانم که اگر کاری پیداکنم و شغلی داشته باشم باز هم جلوی آموختن و یادگیری من را نخواهد گرفت. من دوست دارم که با ذهن و مغز خودم چالش کنم، من می‌خواهم که.... من می‌خواهم که از مغز خودم استفاده کنم، به جای اینکه.... درستش همین‌هاست که.... به جای اینکه اون رو بی‌استفاده بذارم یا اینکه به وضع موجود رضایت بدهم. من فکر می‌کنم که اگر آدم بخواد کاری رو انجام بده هیچ محدودیتی براش وجود نداره... البته اگر آن فرد از آن تیپ آدم‌ها باشد. فکر نمی‌کنم که این قاعده برای هر کسی صادق باشه.

دکتر کارلسون: بنابراین، فکر می‌کنی در کجاها نیاز به راهنمایی داری؟ فکر می‌کنی آیا تلاش برای یافتن رایزن یا فردی که به تو بگه هدف کجاست فایده‌ای داشته باشه؟

آیمی: قطعاً، همین الان هم نمی‌دونم که از کجا اومده‌ام.... من آدم مذهبی‌ای نیستم اما آدم معنویت‌گرایی هستم، اما من.... من خیلی این مسائل را بازیچه فرض کرده‌ام... من نمی‌دانم که الان به کدام سمت دارم حرکت می‌کنم و مقصدم کجاست، فقط در حال حاضر می‌توانم روی خودم به عنوان یک رایزن حساب باز کنم زیرا من واقعاً کس دیگه‌ای را ندارم.

دکتر کارلسون: بله، شاید این چیزی باشد که نیاز باشد روی آن خیلی صحبت کنیم یعنی نیاز است درباره‌ی یافتن فردی که بتواند در بسیاری از این حوزه‌ها به تو مشورت بدهد صحبت بکنیم.

آیمی: من هرگز نمی‌دانستم که باید چطور این کار را بکنم هیچ ایده‌ای در اینباره ندارم. دکتر کارلسون: بسیار خوب، شاید این مسأله چیزی باشد که به عنوان یک چیزی کلی تا به حال پیرامون آن اندیشه نکرده باشی.

آیمی: همچنین من دوست داشتم درباره‌ی این مسائل هم در دانشکده درگیر بشم، از جمله در گروه‌ها، انجمن‌ها و هر جا که فکرش را بکنید، اما احساس می‌کنم که.... هیچ کس مثل من نیست... بنابراین من به نوعی آدمی منزوی هستم و من زندگی خودم را دارم و به تنهایی به کلاس می‌روم... من در کلاس‌ها شرکت می‌کنم، اما در فعالیت‌های اجتماعی بیرون از کلاس به هیچ‌وجه شرکت نمی‌کنم.... البته دوست دارم این کار را بکنم، اما فکر می‌کنم که این کارها فایده‌ای ندارد، و من مثل آن آدم‌ها نیستم. نمی‌دانم که چرا اما مطمئن هستم خیلی از آنها درست همانند من، دانشجویانی غیرسنتی هستند، اما با این حال احساس می‌کنم که آنها نمی‌دانند وجه این شباهت در چیست.

دکتر کارلسون: و همچنین می‌گویی که آن چیزها فقط برای تو مصداق دارند و تو طوری عمل می‌کنی که انگار آن موارد برای تو حقیقت محض هستند. به نظر من، بخشی از آن چیزهایی که ما درباره‌ی آنها صحبت کردیم مربوط به قبل از مضطرب شدن توست.

آیمی: اهوم.

دکتر کارلسون: و این چیز بدی است و مخالف یک امر نرمال است چرا که تو می‌گویی که این موارد انگار اموری واقعی هستند و لذا دیگر با آنها چالش نمی‌کنی. حدس من اینه که تو احتمالاً شبیه به بسیاری از آن دانشجویان هستی.

آیمی: اوه بله.

دکتر کارلسون: آیا اون دانشجویهای غیرسنی را همان‌طور که خودت گفتی می‌شناسی؟

آیمی: هی، اما وقتی که من.... من احساس می‌کنم که با بسیاری از آدم‌ها ارتباط ندارم، اما مطمئن هستم که من..... اگر من سفره‌ی دلم را کمی بیشتر باز کنم خواهم توانست با افراد بی‌شماری ارتباط برقرار کنم.... می‌دونید... من از آن دسته آدم‌هایی هستم که....

دکتر جانسون: اوهوم، بنابراین باز کردن سفره‌ی دلت برای مردم کلید پیشرفت تو در این زمینه محسوب میشه درسته؟

آیمی: بله قطعاً.

دکتر کارلسون: و تو این کار را با دوستانت شروع کردی و الان هم قصد داری که این کار رو با مادرت آغاز کنی. آیا فکر می‌کنی در این بازه‌ی زمانی بتونی که این کار رو با دانشجویهای دانشگاه نیز انجام بدی؟

آیمی: هی، احتمالاً من.... قطعاً من فکر می‌کنم که شدیداً به انجام این کار نیاز دارم زیرا در حال حاضر برایم خیلی سخت است تا آدم‌های شبیه به خودم را پیدا کنم، می‌دونید، وقتی به مکان‌های اجتماعی می‌روم به دلیل اینکه آدم باهوشی هستم آنجا آدم‌های زیادی را ملاقات می‌کنم، می‌دونید من فکر نمی‌کنم که آنها آدم‌های کر و لالی هستند اما آنها به کارهایی که من به انجام آنها علاقه دارم از جمله مطالعه علاقه ندارند با این حال من هرگز با مردان ارتباطی نداشته‌ام این کار تا به حال برایم اتفاق نیفتاده است.

دکتر کارلسون: بنابراین می‌تونی ببینی که در گذر زمان برای یافتن برخی از آدم‌هایی که چیزهای مشابهی با شما دارند چه چیزهایی اهمیت دارند.

آیمی: بله، به نظرم ملاقات با آدمهای دیگر فواید زیادی دارد، حال در دانشگاه باشد یا هر جای دیگر، بالاخص آدم‌هایی که رغبت‌های مشترک باهاشون داشته باشی در مقایسه با آدم‌هایی که تضادهای زیادی با شما دارند. زیرا ارتباط با آنها حداقل مقداری برای شما سرگرم‌کننده است. در مقابل، آدم‌هایی که با شما تضاد دارند هیچ ایده‌ی مشترکی مانند موسیقی یا نویسندگی برای صحبت کردن با شما ندارند. دکتر کارلسون: اوهوم.

آیمی: بنابراین، ام... اینترنت به من خیلی کمک کرده، اینترنت ابزار خیلی خوبی برای یافتن آدم‌هایی است که علاقه‌مندی‌های مشترک با ما دارند، اما همان‌طور که می‌دانید آنها می‌توانند هم در انگلیس زندگی کنند و هم در هر جای دیگر و دورتر از ما، به هر حال این ارتباط نوعی از... دکتر کارلسون: بله، در این نوع از ارتباط شما می‌دونید که آنها کجا زندگی می‌کنند و آنها دیگر صرفاً در یک گوشه‌ی شهر زندگی نمی‌کنند.

آیمی: نه خیلی هم همیشه به نشانی محل سکونت آنها مطمئن بود.

دکتر کارلسون: بله البته محل سکونت اقوام و آشنایان معلوم است و مشخص است که در کدام گوشه‌ی شهر زندگی می‌کنند. واقعاً خیلی جالبه که شما از این طرف به آن طرف شهر بری و آنها را ملاقات کنی و این هیجان‌انگیز است، انجام این کار برای شما چقدر ساده است؟ یا حداقل به نظرم می‌رسه که صحبت کردنش برای ما ساده است.

آیمی: هی...

دکتر کارلسون: تو گفتی که زمان صحبت کردن با مردم برایت خیلی دشواره اما به نظرم صحبت کردن درباره‌ی آنها در اینجا برایت خیلی راحت و طبیعی است.

آیمی: خوب، من می‌تونم با مردم صحبت کنم، اما این کار... من همیشه همان‌طور که گفته‌ام، در ارتباطات و از جمله ارتباطی که هفته‌ی گذشته برقرار کرده‌ام آدمی سطحی هستم و هرگز با خود واقعی‌ام ظاهر نمیشم و دوست دارم با خود واقعی‌ام تماس بهتری داشته باشم، همان‌طور که می‌دونید و من نیز گفته‌ام دوست دارم بدانم که پشت این چهره‌ام چه چیزی را مخفی کرده‌ام، نمی‌دونم چه زمانی دست به این کار می‌زنم.

دکتر کارلسون: خوب، به نظر می‌رسه که تو این کار را مکرر انجام میدی... به خاطر دارم که تو گفتی این کار را با دوتا از دوستان صمیمی‌ات انجام دادی.

آیمی: هی...

دکتر کارلسون: به نظر می‌رسد که تو باید روی این مسأله کار کنی. نمی‌دونم که آیا تو می‌خواهی شجاعت به خرج بدهی و درونت را برای دیگران آشکار کنی یا خیر.

آیمی: نه، این شجاعت را ندارم. البته ملاقات با شما برایم خیلی عالی است و من دارم یک کارهایی برای خودم می‌کنم... (مراجع می‌خندد) با این حال نه من دوست ندارم این کار را بکنم.

دکتر کارلسون: شاید بخشی از کار تو باید فهمیدن این باشد که چه زمان‌هایی با دیگران سطحی برخورد می‌کنی و چه زمان‌هایی این سطحی بودن را ادامه می‌دهی.

آیمی: بله، اما من با همه به طرزی سطحی و تصنعی ارتباط برقرار می‌کنم... می‌دونم کار درست چیه اما باز هم کار غلط از آب در می‌آید.

دکتر کارلسون: و این یکی دیگر از آن جملات غیر واقعی‌ای است که تو درباره‌ی خودت مطرح می‌کنی.

آیمی: خوب، من این طوری فکر می‌کنم....

دکتر کارلسون: سطحی بودن با مردم تا الان بوده اما من کار را با دوستانم شروع کرده‌ام و این شبیه می‌خوام که با مادرم هم صحبت کنم (مشاور از زبان مراجع حرف می‌زند).

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: می‌بینم، اتفاقاً این یکی از حوزه‌هایی است که تو در آن به خودت انتقاد می‌کنی و اصلاً به خاطر پیشرفت‌هایی که در آن می‌کنی به خودت افتخار نمی‌کنی.

آیمی: اوهوم. بله قطعاً تمام مدتی که داشتم رانندگی می‌کردم (هنگام آمدن به اینجا) داشتم به این فکر می‌کردم که خوب من که کاری نکردم، لعنت به این زندگی، من که کاری نکردم پس این هفته دستاوردم واقعاً چی بود.

دکتر کارلسون: خوب حداقل به آن کارهایی که انجام دادی امیدوارانه نگاه کن. به نظر من، تو قبلاً اینجا بوده‌ای (صحبت کرده‌ای) و واقعاً با آدم‌های زیادی که قبلاً با آنها هرگز صحبت نکرده بودی صحبت کرده‌ای و در نتیجه‌ی جلسات مشاوره به شیوه‌های جدید خاص خودت برای ارتباط مجهز شده‌ای... به نظرم گام بعدی، انجام و پیاده‌سازی آموخته‌هاست.

آیمی: اوهوم. بله، در ماشین که می‌آمدم به این شیوه‌ی خاص خودم فکر نکردم... ولی به شکست‌هام فکر کردم، در واقع سبک تفکری من همین‌گونه است، من در انجام کاری که قصد انجام آن را داشتم شکست خوردم...

دکتر کارلسون: البته تا الان..... وقتی که صحبت می‌کنی کلمه‌ی تاکنون و تا الان را به حرفهات اضافه کن. بسیار خوب، پس این هفته ما دوجین کار برای انجام دادن داریم که یکیش اینه که با مادرت صحبت کنی همان‌طور که

آیمی: بله درسته.

دکتر کارلسون: اگه به خودت اجازه بدی که برخی از این کارهای نرمال رو انجام بدی خیلی عالی میشه. می‌دونی، مثلاً اگر قصه‌ای را بنویسی و باب میل نباشد می‌تونی اون رو دور بریزی و شروع کنی به نوشتن یک قصه‌ی دیگر و این می‌تونه گام بعدی حرکت باشه.

آیمی: بله، انجام این کار برای من خیلی سخته، اما....

دکتر کارلسون: اوه بله، الان ما می‌دونیم که این کار نرماله... خوب تو درباره‌ی احساسات خوب صحبت کردی و درباره‌ی کارهایی که این هفته انجام دادی تا احساس خوبی بهت دست بده نیز صحبت کردی که از جمله‌ی آن کارها درمیان گذاشتن احساسات و افکار با مردم (سهیم شدن با دیگران)، صحبت کردن با دیگران و سپس اقدام کردن است. خیلی عالی میشه که من بینم که این هفته تو بازم با افراد مد نظرت صحبت کنی و هر جا که لازمه اقدام مقتضی رو انجام بدی البته به شرطی که هنوز هم همان احساساتی که راجع بهش صحبت کردی باقی باشن.

آیمی: بله، می‌دونید برای منی که به نوعی آدم افسرده‌ی مالیخولیایی بودم و نه صرفاً یک آدم افسرده‌ی معمولی، انجام این کارها خیلی عجیبند، من از آن مالیخولیایی‌هایی بودم که شادی‌هایم هم شادی نبودند..... بلکه نوعی وجد و شور بودند، درست مثل اینکه همه چیز اوکی بوده باشد در حالی که این‌گونه نبود، با این حال در حال حاضر احساس می‌کنم که تازگی‌ها شادی را تجربه کرده‌ام و دیگر آن احساسات مالیخولیایی را تجربه نکردم.

دکتر کارلسون: اوه خیلی عالی. بنابراین، ما داریم کم‌کم خودمون حاکم بر سرنوشت خودمان (افکار، احساسات، رفتار) می‌شیم.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، این خیلی عجیبه اگر تو بتونی این تغییر رو احساس کنی.

آیمی: بله قطعاً همین‌طوره.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، من مشتاقانه آماده‌ی شنیدن حرفه‌های تو درباره‌ی اتفاقات هفته‌ی جاری هستم.

آیمی: باشه.

تفسیر

ممکن است این‌گونه باشد که تجربه‌ی تصحیحی (اصلاحی) که آیمی در نتیجه‌ی رابطه‌ی پربارش با دکتر کارلسون تجربه کرد، برای تبیین پیامدهای موفقیت آمیز درمان ۶ جلسه‌ای اش کفایت کند. به دلیل امتیازات همین جلسه‌ی دوم، به نظر می‌رسد که آیمی در حال شروع تغییر طرح‌واره‌های خود-دیگری است (باورهای بنیادی درباره‌ی خود و دیگران). اینکه آیا تجارب تصحیحی درون جلسه‌ی درمان به تجربه‌ی تصحیحی رابطه‌ای با مادرش تعمیم داده خواهد شد چیزی است که باید منتظر شد و دید که آیا محقق می‌شود یا خیر.

در این بخش از فصل، همانند جلسه‌ی اول، دکتر کارلسون تمام سه مهارت درمانی ضروری برای پرورش تجارب تصحیحی را به منصفه‌ی ظهور گذاشت (کونستانینو و وسترا، ۲۰۱۲). اول اینکه، او اتحاد درمانی بالنده‌ای (زمینه‌ساز رشد) را ایجاد کرد. در ادامه او به آیمی با احترام، دلسوزی و دل‌نگرانی پاسخ داد که به طور چشمگیری با آن رویه‌ای که آیمی با مادر یا پدرش تجربه کرده بود، متفاوت بود. از همه مهم‌تر اینکه او به آهستگی گام بر می‌داشت و توجه ثابتی به اضطراب‌ها، پاسخ‌ها و تمایل قوی آیمی برای برگشت به روندهای غیرانطباقی راضی کردن مادرش و تسلیم شدن در برابر انتقادات، مطالبات و بی‌توجهی‌های مادرش نشان می‌داد.

بسیاری از درمانگران ممکن است برای ایجاد اتحاد درمانی اثربخش به عنوان اولین مهارت به اندازه-ی کافی ماهر باشند. با این حال، می‌توان استدلال کرد که ظرفیت استفاده از دو مهارت باقی‌مانده در درمان‌هایی که تجارب تصحیحی در آنها محقق نشده نیز ایجاد نمی‌شود. نتیجه این می‌شود که تغییر اساسی بادوام به میزان کمی محقق می‌شود. همانند بسیاری از درمانگران مسلطی که ما می‌شناسیم، دکتر کارلسون نیز به نظر می‌رسد که در تمام این سه مهارت به طرز وحشتناکی ماهر و استاد است.

تفسیر و اظهارات دکتر کارلسون

جای بسی خوشحالی است که آیمی به درمان برگشت و ملاقات قبلی مان را تا حدی مفید و یاری‌رسان تلقی کرد. اگرچه من فکر می‌کنم که امور خوب پیش رفت، اما هرگز واقعاً مطمئن نیستم که مراجع دقیقاً چه چیزی از یک جلسه با خودش خواهد برد. مکرراً، من می‌دانم آنچه را که آنها بر آن پافشاری می‌کنند

با آنچه که من امیدوارم آنها برایش ارزش‌گذاری کنند برابر نیست. من از پاسخ‌های آیمی در ملاقات دومان منطقی‌مطمئن شدم که من و او همگام هستیم یعنی ما به طور شفاف‌ی همدیگر و نیز کار بر روی موضوعات مشترک را درک کرده‌ایم. من این مورد را به عنوان مشارکت، صف‌آرایی و اشتراک اهداف می‌بینم. به نظر می‌رسد که اتحاد درمانی ما، ایمنی‌بخش باشد و امکان ایجاد تجارب تصحیحی بیشتری را در جلسات آینده مهیا سازد. این مداخلات به آیمی کمک کرد تا خودگویی‌های محدودساز و منفی‌اش را ارزیابی کند و شروع کند به نوشتن روایت‌های جدید و مثبت‌تر پیرامون زندگی‌اش.

مداخلات اثربخش‌تر در این جلسه به کار رفتند که باعث شدند فرآیندهای درمانی برای آیمی ارزشمندتر شوند. این مداخلات نیازهای بنیادی آیمی یعنی تعلق را به شیوه‌ای مثبت‌تر و جدیدتر مورد توجه قرار داد. وقتی من درمان را شروع کردم این نکته برایم خیلی مهم بود که مراجع احساس خوب بودن یا انجام رفتارهای سالم‌تر یا داشتن افکار سالم‌تر و هیجانات مناسب‌تری را تجربه کند. من نیز قاب‌گیری‌های مثبت بسیاری را انجام دادم که بدان وسیله به مراجع اجازه دادم تا خود و موقعیتش را در پرتوی روشن‌تر ببیند. جستجوی این علایم مثبت و در میان گذاشتن آنها با مراجع بسیار اهمیت دارد. آیمی به این تکنیک بسیار خوب پاسخ داد و توانست بفهمد که من دلسوز اویم و او را به عنوان یک انسان توانمند دیدم که در فرآیند سالم شدن قرار دارد. مردم جذب افرادی می‌شوند که آنها را به شیوه‌ای مثبت بنگرند چراکه این افراد آنها را یاد‌پذیرزگ و مادرزگ‌شان می‌اندازند که فکر می‌کنند هر کاری که انجام می‌دهند فوق‌العاده است.

من جلسه‌ی دوم را با پیگیری پاسخ‌های آیمی به سه سؤال که قبل از جلسه‌ی دوم به مراجع‌انم می‌دهم و از آنها می‌خواهم به آنها پاسخ دهند شروع کردم. این سه سؤال این شانس را به مراجع داد تا درباره‌ی آنچه که از اولین ملاقاتمان تغییر کرده بود و آنچه را که او دوست داشت تا در آن لحظه درباره‌ی آن صحبت کند فکر کند. این کاغذها (حاوی سه سوال) بر این امر دلالت داشت که او نقش مهمی در این جلسات داشت و اینکه من برای افکار و عقاید او ارزش قائل هستم. همچنین این سؤالات به من اجازه دادند تا بازخوردی را در رابطه با بهبودها و پذیرش دستورات درمانی و موضوعاتی که دغدغه‌های فعلی و به حق او را مورد توجه قرار می‌دهند دریافت کنم. مواجهه با مشکلات و نگرانی‌های ارائه شده به منظور انجام درمان و ایجاد ظرفیت مثبت برای مراجع ضرورت دارد. در شروع جلسه‌ی دوم، آیمی روندهایی که در روابطش تجربه می‌کرد را توصیف کرد که این امر تحسین‌برانگیز بود، به ویژه اینکه او روندهایی را انتخاب کرد که به او اجازه می‌داد تا امور ناتمام با مادرش را بررسی کند. او توانست به آسانی بفهمد که اگر بتواند

مشکلات با مادرش را حل و فصل کند آنگاه خواهد توانست شرکای سالم‌تری را برای ارتباط انتخاب کند و در این صورت روابط، دوست‌داشتنی‌تر و متعادل‌تری خواهد شد. در سرتاسر این جلسه ما روی اطمینان‌بخشی به آیمی کار کردیم تا بتواند بسیاری از چیزهایی را که مثبت و درست انجام می‌دهد و بسیاری از دارایی‌های مثبتش را ببیند. او جلسه‌ی دوم را با احساس شکست در صحبت کردن با مادرش که در جلسه‌ی اول روی آن توافق کرده بودیم و نیز ناتوانی در دیدن بسیاری از جنبه‌های مثبتی که دارد آغاز کرد. من روی این موضوع کار کردم تا به او درباره‌ی بسیاری از کارهای مثبتی که انجام داده، بدون رهاسازی نقاط ضعف‌اش اعتبار ببخشم. درمانگران نیاز دارند تا نسبت به جنبش‌هایی که مراجعان نسبت به اهداف مطرح شده نشان می‌دهند متمرکز و آگاه بمانند.

این تجارب تصحیحی، آگاهی (شناختی) و بینش را خلق کردند و در راستای توانمندسازی مراجع عمل کردند. او نسبت به خودش خیلی سخت‌گیر بود. او نیاز داشت یاد بگیرد تا به نحو متفاوت‌تری به خودش امتیاز بدهد. من مکرراً رفتار آیمی را نرمال تلقی کردم تا به او کمک کنم که ببیند احساسات، افکار و اقداماتش همانند دیگرانی است که در این موقعیت‌ها قرار می‌گیرند. نشان دادن شباهت‌های بین رفتارهای وی و والدینش به او اجازه داد تا عمیقاً بفهمد که چگونه توسط والدینش یا ابراهای دوست‌داشتنی اولیه‌اش تحت تأثیر قرار گرفته است. بعضی اوقات من نیاز داشتم تا این مورد را با گفتن این جمله که همه‌ی ما در مدارس چیزهایی را یاد گرفته‌ایم و اگر ما در مدارس متفاوت‌تری درس می‌خواندیم موارد بهتر یا مطلوب‌تری را فرا می‌گرفتیم، به طور شفاف‌تر مطرح کنم. در مواقعی که من می‌توانستم حتی برچسب‌های مثبتی به کارهایی که او می‌کرد بزنم اما برچسب منفی یا فرودست‌تری را به رفتارهایش می‌زدم. خودگویی‌های منفی آیمی مورد چالش قرار گرفت و تغییر یافتند زیرا آن خودگویی‌ها بسیار قدرتمند بودند و آنچه را که او انجام می‌داد بسیار محدود می‌کرد. در سرتاسر کار مشترکمان، من قادر بودم تا در لحظه (اینجا و اکنون) با او کار کنم و به او کمک کنم تا بفهمد که دارد رویدادهایی را به نحوی متفاوت‌تر از آنچه قبلاً تجربه می‌کرد تجربه می‌کند. این فوریت و بلافصلی پاسخ‌ها از سوی درمانگر به آیمی کمک کرد تا چیزهایی را در اینجا و اکنون^۱ درمان تجربه کند و این موارد برای او یادگیری معناداری ایجاد کردند.

1 -Here and now

اظهارات پایانی

این فصل تجارب تصحیحی را مورد تأکید قرار داد که در واقع رویدادهایی‌اند که ترس و انتظارات افراد را به چالش می‌کشاند و منجر به پیامدهای جدیدی می‌شوند. آنها (تجارب تصحیحی) اغلب از طریق درمانگران ماهر ایجاد می‌شوند. در واقع آنها (تجارب اصلاحی) در تلاش‌های مراجع برای درگیر شدن در رفتارهای جدید، اقتباس روش‌های سالم‌تر ارتباط با دیگران، رشد نگرش مثبت‌تر نسبت به خود یا احساس کردن (پذیرش) احساسات غیرقابل پذیرش قبلی، نفوذ و رخنه می‌کنند (هیتزینگتون، کونستانینو، آنگوس، فریدلاندر و مسر، ۲۰۱۲). توصیف جلسه‌ی دوم نشان داد که اتحاد درمانی و اعتبار بالینی افزایش یافته‌اند. هر دوی این عوامل احتمال وقوع تجارب اصلاحی را افزایش می‌دهند. همچنین این جلسه روند رفتاری ثانویه‌ی آیمی یعنی تلاش‌های تمامیت خواهانه^۱ و خودانتقادگری^۲ را برجسته کرد.

References

- Alexander, F., & French, T. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and applications*. New York, NY: Ronald Press.
- Beitman, B., & Yue, D. (1999). *Learning psychotherapy*. New York, NY: Norton.
- Castonguay, L., & Hill, C. (2010). The corrective experience: A core principle for therapeutic change. In L. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamics approaches* (pp. 3–10). Washington, DC: American Psychological Association.
- Constantino, M., & Westra, H. (2012). An expectancy-based approach to facilitating corrective experiences in psychotherapy. In L. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamics approaches* (pp. 121–139). Washington, DC: American Psychological Association.
- Good, G., & Beitman, B. (2006). *Counseling and psychotherapy essentials: Integrating theories, skills, and practices*. New York, NY: Norton.
- Heatherington, L., Constantino, M. J., Angus, L., Friedlander, M., & Messer, S. (2012). Client's perspectives on corrective experiences in psychotherapy. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation*

1-Perfectionistic striving

2-Self-criticalness

in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches (pp. 161–190). Washington, DC: American Psychological Association.

Knox, S., Hess, S., Hill, C., Burkard, A., & Cool-Lyon, R. (2012). Corrective relational experiences: Client perspectives. In L. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamics approaches* (pp. 191–213). Washington, DC: American Psychological Association.

Levenson, H. (1995). *Time-limited dynamic psychotherapy: A guide to clinical practice*. New York, NY: Basic Books.

فصل چهارم

دستیابی به تغییر: تمرکز بر مفهوم‌سازی‌های مراجع

مفهوم‌سازی مشکل مراجع^۱ روش و راهبردی است برای کسب و سازمان‌دهی اطلاعات درباره‌ی مراجع، درک و تبیین روندهای غیرانطباقی، تمرکز بر درمان، پیش‌بینی چالش‌ها و موانع و آماده شدن برای پایان درمان (اسپری و اسپری، ۲۰۱۲). مفهوم‌سازی بالینی مفید درباره‌ی مشکلات مراجع، درمانگر را به راهبرد درمانی منسجمی جهت طراحی و تمرکز بر مداخلات درمانی به منظور افزایش احتمال ایجاد تغییرات مجهز می‌کند (ای‌الس، ۲۰۰۷، ۲۰۱۰). از بین تمامی صلاحیت‌های روان‌درمانگری، مفهوم‌سازی مشکلات مراجع بدون تردید مهم‌ترین آنهاست. همان‌طور که از عنوان فصل مشخص است، مفهوم‌سازی مشکلات مراجع، اساس ایجاد تغییرات در مراجع است. درمانگران سطح متوسط، معمولاً قادرند پس از تکمیل مصاحبه‌ی تشخیصی اولیه و بازبینی اطلاعات تشخیصی مربوطه، به مفهوم‌سازی یا فرموله کردن مشکلات مراجع پردازند. پس از مصاحبه، این درمانگران تمام اطلاعات در دسترس که از فرآیند مصاحبه بیرون کشیده شده‌اند را مرور می‌کنند و اهداف درمانی و مداخلات را مشخص می‌سازند. برای درمانگرانی که در کارورزی به سر می‌برند^۲ این فرآیند احتمالاً کمی بیشتر طول می‌کشد (وقت بیشتری می‌طلبد) و شاید مستلزم دریافت کمک از سوی استاد ناظر باشد. از طرف دیگر، درمانگران مسلط، نوعاً مفهوم‌سازی مشکل مراجع را به سرعت و در جریان همان آغاز مصاحبه‌ی ارزیابی اولیه انجام می‌دهند.

1-Case conceptualization

2-Therapists-in-training

آنها همان‌طور که پرس و جوی خویش را ادامه می‌دهند این فرموله‌بندی خویش را آزمون می‌کنند و در صورت لزوم اصلاحش می‌کنند. برای درمانگران مسلط، فرایند مفهوم‌سازی مشکلات مراجع، سریع و شهودی (یعنی آنقدر این کار را انجام داده‌اند که دیگر بدون فکر کردن و راحت و سریع این کار را می‌کنند) است، در حالی که برای متوسط درمانگران این فرآیند کندتر و با فکر و تأمل بیشتری صورت می‌پذیرد (ای‌الس، لومبارت، کندجلیک، ترنر و لوکاس، ۲۰۰۵).

همان‌طور که در فصل اول گفته شد، دلایل متعددی برای این تفاوت وجود دارد از جمله اینکه درمانگران مسلط از سطح بالایی از پیچیدگی شناختی و نیز ظرفیت بسیار رشدیافته‌تری در زمینه‌ی فراشناخت و خویش‌نگری (تأمل در خویش‌تن) برخوردارند. خوشبختانه، نظارت اثربخش، خویش‌تن-نگری و تمرینات سنجیده و اصولی (به فصل نهم بنگرید) می‌تواند به طور وحشتناکی ایجاد این صلاحیت‌های اساسی را تسهیل کند. بنابراین می‌توان درمانگران با کفایت و خیلی حرفه‌ای را مشاهده کرد و از آنها الگو گرفت. این فصل، مروری بر فرآیند عمومی رشد مفهوم‌سازی اثربخش و متمرکز مشکل مراجعان دارد. این فصل با توصیف مختصری از مؤلفه‌های مفهوم‌سازی مراجع شروع می‌شود و با بیان ملاک‌هایی برای ارزشیابی آنها و مرکزیت روندها (رویه‌ها) ادامه می‌یابد. در ادامه، مفهوم‌سازی مشکل آیمی ارائه می‌شود. بعد از آن، خواننده می‌تواند فرآیند چگونگی فرموله کردن مشکلات مراجع توسط دکتر کارلسون را ببیند. این فرآیند با بیان بخش‌هایی از جلسه‌ی اول شروع می‌شود که نشانگر چگونگی انجام یک پرس‌وجوی هدایت شده است. در ادامه هم دکتر کارلسون مشکل مراجع را فرموله (صورت‌بندی) می‌کند. اظهار نظر دکتر کارلسون درباره‌ی مراجع هم فرآیند فکر کردن وی در این مفهوم‌سازی را نشان می‌دهد.

چهار مؤلفه‌ی مفهوم‌سازی اثربخش مراجع

ظرفیت سنجش کامل‌تر و سپس مفهوم‌سازی پویایی‌های بافتی، بین فردی و درون‌فردی، عاملی کلیدی در ایجاد تغییرات اساسی محسوب می‌شود. همان‌گونه که در فصل دوم ذکر شد، مفهوم‌سازی مشکل مراجع ۴ عنصر دارد که عبارت‌اند از: تشخیص، فرموله‌بندی یا مفهوم‌سازی فرهنگی، بالینی و درمانی. ظرفیت انجام دقیق این موارد یعنی مفهوم‌سازی مشکلات مراجع و مؤلفه‌های آن یعنی تشخیص،

مباحث فرهنگی، بالینی و درمانی در شناسایی و اعمال روندهای انطباقی‌تر رفتاری که قلب ایجاد تغییرات درمانی محسوب می‌شوند اساسی است. این بخش این ۴ مؤلفه را مورد بررسی قرار می‌دهد.

فرمول‌بندی (انجام) تشخیص

تدوین تشخیص، ارزیابی توصیفی از وضعیت فعلی مراجع و عوامل تسریع‌کننده‌ی مشکل و نیز نشانگر روندهای رفتاری مراجع است. تشخیص به این سؤال پاسخ می‌دهد که: چه اتفاقی افتاده است. این مؤلفه توصیفی پدیدارشناختی و نیز سنجشی مقطعی^۱ از روندها و موقعیت منحصر به فرد مراجع است.

وضع موجود

وضع موجود^۲ بیانگر پاسخ‌های شاخص مراجع به عوامل تسریع‌کننده‌ی^۳ مشکل است. وضع موجود همچنین به مشکل موجود از جمله نوع و شدت نشانگان، کارکردها (قوت‌ها) یا نواقص رابطه‌ای و شخصی و تاریخچه و طول دوره‌ی مشکل اشاره دارد. همچنین تشخیص شامل تشخیص‌های پزشکی و راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، چاپ شده توسط انجمن روانپزشکی آمریکا، (۲۰۱۳) نیز می‌شود.

عوامل تسریع‌کننده

عوامل تسریع‌کننده اشاره دارد به عوامل برانگیزان^۴ یا استرسوری (فشارزایی) که روندهای موجود را فعال می‌کند و نتیجه‌اش نگرانی یا مشکل موجود می‌شود. روشی دیگر برای بیان این نکته این است که عوامل تسریع‌کننده عبارت‌اند از شرایط پیشاینده که با آغاز نشانگان، افکار مختل‌کننده و آشفتگی‌ساز یا رفتارهای غیرانطباقی، هم‌آیند هستند. یک عامل تسریع‌کننده می‌تواند از طریق توجه به عواملی که در آغاز و اولین تجلی‌های مشکلات یا نگرانی‌ها حاضر هستند شناسایی شود که عبارت‌اند از کجاها و چه

1-Cross-sectional assessment

2-Presentation

3-Precipitants

4-Triggers

زمان‌هایی این مشکل ایجاد می‌شود، چه کسانی آنجا هستند، چه چیزی گفته شده و انجام شده، بعدش چه اتفاقی افتاده و غیره.

روندها^۱

یک روند توصیف موجزی است از شیوه‌ی خاص و شاخص مراجع در زمینه‌ی ادراک (درک و تفسیر) کردن، فکر کردن و پاسخ دادن به رویدادها. روندها، وضع فعلی مراجع را با عوامل تسریع‌کننده مرتبط می‌کند و باعث درک و فهم موقعیت می‌شود. روندها به واسطه‌ی عوامل زمینه‌ای مراجع هدایت می‌شوند و نشانگر رفتارهای عادی و همیشگی مراجع‌اند. یک روند می‌تواند انطباقی یا غیرانطباقی باشد. یک روند انطباقی بیانگر سبک شخصیتی است که انعطاف‌پذیر، مناسب و اثربخش است و بازتابی است از صلاحیت‌های شخصی و بین فردی مراجع. در مقابل، یک روند غیرانطباقی مبین شخصیتی انعطاف‌ناپذیر، غیر اثربخش و نامناسب است و علت نشانگان و نواقص در کارکردهای رابطه‌ای و شخصی و نیز نارضایتی‌های مزمن است (اسپری و اسپری، ۲۰۱۲). یک روند ممکن است خاص یک موقعیت و یا اینکه دائمی باشد. یک روند غیرانطباقی خاص موقعیت، تبیینی است که نسبت به موقعیت فعلی منحصر به فرد است. از طرف دیگر، یک روند ادامه‌دار، تبیینی است که نسبت به موقعیت فعلی و نیز موقعیت‌های گذشته قابل انطباق است. به عبارت دیگر، این روند مبین رویه‌ای مادام‌العمر است که می‌تواند تبیینی منطقی از موقعیت مراجع ارائه کند و دلایل وضع موجود وی را توجیه کند (اسپری، ۲۰۰۵، ۲۰۱۰؛ اسپری، بلاکول، گادمن و فولکنر، ۱۹۹۲).

صورت‌بندی بالینی

صورت‌بندی بالینی، تبیینی از روندهای (الگوهای) رفتاری مراجع فراهم می‌کند. صورت‌بندی بالینی به سؤالات چرایی پاسخ می‌گوید (مثل این سؤال که چرا فلان اتفاق روی داد؟). اساساً، صورت‌بندی بالینی ارزیابی‌ای است از عوامل زمینه‌ساز و عوامل تداوم بخش مشکلات و پیشنهادهاى مراجع که برای روندهای رفتاری مراجع و مشکلات موجود تبیینی ارائه می‌کند (اسپری، ۲۰۱۰). صورت‌بندی بالینی مؤلفه‌ی محوری در مفهوم‌سازی مشکلات مراجع محسوب می‌شود و صورت‌بندی طرح درمانی را به فرموله‌بندی تشخیصی وصل می‌کند.

عوامل زمینه‌ساز

همچنین عوامل زمینه‌ساز^۱ به عوامل سبب شناختی و مستعدکننده‌ی مشکل می‌گویند و در واقع همه‌ی عوامل احتمالی هستند که توجه‌کننده و تبیین‌کننده‌ی روندهای رفتاری مراجع می‌باشند. عوامل زمینه‌ساز عمدتاً از تاریخچه‌ی رشدی، اجتماعی و سلامتی مراجع منتج می‌شود و سرخ‌هایی درباره‌ی عوامل مستعدکننده‌ی احتمالی فراهم می‌کنند و بازتابی از آسیب‌پذیری‌های اجتماعی، روان‌شناختی و زیست-شناختی مراجع است. آسیب‌پذیری زیستی شامل تاریخچه‌ی پزشکی، وضعیت سلامتی فعلی، درمان‌ها، داروهای قبلی و سوءمصرف مواد می‌شود. همچنین این مؤلفه شامل تاریخچه‌های درمانی از جمله تاریخچه‌ی خانوادگی و شخصی، خودکشی و سوءمصرف یا وابستگی به مواد می‌شود.

آسیب‌پذیری روان‌شناختی شامل عوامل بین‌فردی، درون‌فردی، درون‌روانی^۲ و دیگر عوامل روان‌شناختی از جمله پویایی‌های شخصیت و هوش همانند سبک‌های شخصیتی، باورها و طرح‌واره‌های غیرانطباقی و مختل، افکار اتوماتیک و خودکار (بک)، باورهای زیربنایی، تاب‌آوری، خودپنداره، خودکنترلی و ساختار منشی فرد می‌شود. این مؤلفه همچنین شامل تمام نقایص و افراط‌های رفتاری و نیز ضعف در مهارت‌های حل تعارض، مذاکره، ارتباط، رابطه با دیگران، حل مسأله و خودمدیریتی می‌شود. آسیب‌پذیری اجتماعی شامل پویایی‌های خانوادگی از جمله ویژگی‌های همشیرها و والدین، سبک‌های تعاملی، رازهای خانوادگی، پیشرفت‌های تحصیلی، تعلیمات مذهبی و دینی، تجارب جنسی و سوءاستفاده‌ها و بی‌توجهی‌های اولیه می‌شود که این مورد اخیر می‌تواند شامل سوءاستفاده‌های مالی، جنسی، جسمانی، عاطفی و کلامی باشد. این مؤلفه همچنین شامل سطوح کارکردی خانواده، استرسورهای خانوادگی، جدایی‌ها، طلاق‌ها، رابطه با همسالان، استرسورهای شغلی، سیستم‌های حمایتی و عوامل محیطی می‌شود. به عنوان مثال، شناسایی آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی، تکانش‌گری یا عوامل محیطی و اجتماعی خاص مانند دوستان مشروب‌خوار، زندگی در فقر یا کار کردن در محیطی متخاصم از اهمیت زیادی برخوردار است. علاوه بر این آسیب‌پذیری‌ها یا عوامل خطر، عوامل زمینه‌ساز می‌تواند شامل نقاط قوت و عوامل حمایتی نیز بشوند.

1-Predisposition

2-Intrapsychic or Intrapersonal, Interpersonal

عوامل تداوم‌بخش

عوامل تداوم‌بخش به عوامل نگه‌دارنده می‌گویند که در واقع فرآیندهایی‌اند که در آنها روندهای رفتاری مراجع تقویت می‌شود و به واسطه‌ی هم مراجع و هم محیط وی تأیید می‌شود. عوامل تداوم‌بخش در جهت حمایت یا دورنگه‌داشتن مراجع از نشانگان، تعارض یا خواسته‌ها و مطالبات دیگران عمل می‌کند. به عنوان مثال، افرادی که کمرو و خجالتی و نسبت به طرد از سوی دیگران حساس هستند، ممکن است به سمت زندگی تنها جذب شوند زیرا این کار احتمال این را که دیگران آنها را مورد انتقاد قرار دهند یا مطالبات بین فردی از آنها درخواست بشود کم می‌کند. به دلیل اینکه اثرات این عوامل با هم می‌توانند همپوشی داشته باشند، بنابراین در آن واحد، مشخص‌سازی اینکه کدام عامل زمینه‌ساز یا تداوم‌بخش است دشوار است. عوامل تداوم‌بخش می‌توانند نقص در مهارت‌ها، محیط کاری متخاصم، زندگی در تنهایی، پاسخ‌های منفی به دیگران و غیره را نیز شامل شود. در مواقع دیگر، عوامل زمینه‌ساز تابعی از عوامل نگه‌دارنده محسوب می‌شود. به عنوان مثال، یک فرد با سبک (گرایش و تمایل) اجتنابی تمایل دارد که در انزوای اجتماعی درگیر شود. با جداسازی مکرر خویش از دیگران، فرد احساس امنیت می‌کند و به احتمال خیلی کمتری مهارت‌های اجتماعی ضروری برای دوست‌یابی، رشد مهارت‌های ارتباطی جرأت‌مندانه و روابط نزدیک و صمیمی یا درگیر شدن در فرآیند حل تعارض را رشد می‌دهد. در نتیجه پیامد احساس تنهایی و بی‌کفایتی در ارتباط با دیگران این می‌شود که افراد ناآگاهانه باورهای بنیادی خویش مبنی بر اینکه دفاعی یا غیردوست‌داشتنی‌اند را تأیید می‌کنند.

صورت‌بندی فرهنگی

یک صورت‌بندی فرهنگی، حمایت‌کننده‌ی صورت‌بندی بالینی محسوب می‌شود و می‌تواند به غنی‌سازی تمرکز درمان و نوع مداخلات منسجم کمک کند. صورت‌بندی فرهنگی مروری نظام‌مند از عوامل و پویایی‌های فرهنگی است که در بخش عوامل فرهنگی و تاریخچه‌ی اجتماعی از قسمت گزارش بالینی مراجع توصیف شده است. این مؤلفه به این سؤال پاسخ می‌دهد که فرهنگ چه نقشی ایفاء می‌کند؟ به طور خاص‌تر، صورت‌بندی فرهنگی توصیف‌کننده‌ی سن، جنس، طبقه‌ی اجتماعی، جهت‌گیری جنسی و هویت قومی یا فرهنگی، سطح فرهنگ‌پذیری افراد و مدل تبیین فرهنگی افراد است (اسپری، ۲۰۱۰). هویت فرهنگی خود، همانندسازی افراد و حس تعلق ادراک شده افراد نسبت به فرهنگی خاص است در حالی که فرهنگ‌پذیری درجه‌ای است که افراد رویه‌های فرهنگ جدید را در روندهای فرهنگی

اصلی و بومی خویش تلفیق کرده‌اند. مدل تبیین فرهنگی، تبیینی است از شرایط مراجع و نیز تأثیر عوامل فرهنگی بر شخصیت مراجع و سطح کارکرد او. به علاوه، این مؤلفه، مبنایی برای پیش‌بینی این امر فراهم می‌کند که آیا عناصر فرهنگی می‌توانند رابطه‌ی بین افراد و درمانگر را متأثر کنند و آیا درمان‌های حساس به فرهنگ می‌توانند مفید باشند یا خیر (کمیته‌ی گپ روان پزشکی فرهنگی^۱، ۲۰۰۲؛ وو و مک، ۲۰۱۲).

صورت‌بندی فرهنگی، بر ۴ عنصر فرهنگی مبتنی شده است که عبارت‌اند از: هویت فرهنگی، سطح فرهنگ‌پذیری و استرس فرهنگ‌پذیری، مدل تبیین فرهنگی و اثرات پویایی‌های شخصیتی در مقابل پویایی‌های فرهنگی. به کتاب اسپری و اسپری (۲۰۱۲) تحت عنوان مفهوم‌سازی مراجع: بر این صلاحیت به سادگی و اطمینان مسلط شوید^۲ بنگرید تا بحث گسترده و توصیف دقیق این عناصر را یاد بگیرید.

صورت‌بندی درمان^۳ (طرح درمان)

صورت‌بندی درمان، طرح کلی شفافی برای طرح‌ریزی درمان فراهم می‌کند. این مؤلفه بسط منطقی صورت‌بندی‌های فرهنگی، بالینی و تشخیصی است. طرح درمان به این سؤال پاسخ می‌گوید: چگونه می‌توان آن را تغییر داد؟ و شامل اهداف درمانی، تمرکز، راهبردها و مداخلات خاص می‌شود و چالش‌ها و موانع نیل به اهداف را پیش‌بینی می‌کند. صورت‌بندی درمانی بعدی در کار درمانگران مسلط منعکس شده است.

اهداف درمانی

اهداف درمانی^۴ پیامدهای خاصی هستند که مراجعان در درمان خویش به دنبال آن هستند. همچنین، این مؤلفه، آماج درمان یا اهداف درمانی^۵ نیز نام‌گذاری شده است و مبنایی را برای کار یک کارورز و مراجع به همراه هم فراهم می‌کند (اسپری و اسپری، ۲۰۱۲). اهداف بالینی مفید درمانی، قابل اندازه‌گیری، قابل دسترسی و واقعی‌اند و متقابلاً روی آن توافق می‌شود و مراجعان آن را درک می‌کنند،

1 - GAP Committee on Cultural Psychiatry

2- Case Conceptualization: Mastering This Competency With Ease and Confidence

3-Treatment formulation

4-Treatment goals

5-Therapeutic objectives

نسبت به آن متعهد می‌شوند و باور دارند که آنها قابل حصول هستند. اهداف می‌توانند بلندمدت یا کوتاه‌مدت باشند. اهدافِ نوعاً کوتاه‌مدت، اهدافی مبتنی بر تغییرات مرتبه‌ی اول^۱ هستند همانند تقلیل نشانگان، افزایش کارآمدی در ارتباط، یا برگشت به کارکرد خط پایه و برگشت سر کار. به عنوان مثال، اهداف می‌توانند تقلیل و نهایتاً حذف نشانگان افسردگی یا رفتارهای شمارشی و وارسی تکانه‌ی (وسواس) را شامل شوند. اهداف بلندمدت، اهداف مبتنی بر تغییرات مرتبه‌ی دوم هستند. یک هدف بلندمدت عام عبارت است از تغییر روندهای رفتاری، جایگزینی یک رفتار غیرانطباقی با روندی انطباقی-تر. خلاصه‌ی کلام اینکه اهداف درمانی پیامدهای بیان‌شده‌ی درمان هستند.

تمرکز درمانی

تمرکز درمانی به تأکید درمانی محوری‌ای اشاره دارد که به درمان جهت می‌دهد و هدفش جایگزینی روندهای غیرانطباقی با روندهای انطباقی‌تر است. تمرکز درمان نه تنها به درمان جهت می‌دهد بلکه به عنوان نیروی ثبات‌بخش در حفظ تمرکز بر تغییرات عمل می‌کند (اسپری و اسپری، ۲۰۱۲). قابلیت درمانگر برای پیگیری تمرکز درمان با پیامدهای مثبت درمانی متداعی است. جای تعجب نیست که درمانگران مسلط، تمرکز درمانی ثمربخشی را ایجاد می‌کنند و تداوم می‌بخشند. در مقابل، کارورزان می‌توانند به راحتی تمرکز درمان را از دست بدهند یا در بحث‌های بی‌ثمری با مراجع گیر بیفتند. به عنوان مثال، یک مراجع گزارش کرد که قصد داشت تکالیف توافق‌شده‌ی دوجانبه با درمانگر را انجام دهد اما به جای آن، کار دیگری را انجام داد. مشاور کارورز چند سؤال واقعی درباره‌ی شرایط مراجع از او پرسید. در حالی که مشاور کارورز مشغول جمع‌آوری داده‌های بیشتر درباره‌ی موقعیت بود، به طور ناخودآگاهی با روندهای غیرانطباقی مراجع در باب عذرخواهی کردن همدستی کرد به جای اینکه بر اقدام کردن تمرکز کند. بعد از فیصله یافتن عذرخواهی کردن‌ها، مراجع به موضوعی دیگر پرداخت و عنوان کرد که دیروز واقعاً افسرده (مضطرب) بوده، مشاور کارورز نیز مجدداً مسیر دیگر را پیگیری کرد. به زودی، جلسه به پایان می‌رسید اما هیچ تغییری ایجاد نشده بود.

اگر درمانگران تحت تأثیر رویکرد درمانی خاصی باشند، مسیر پاسخگویی به سوالات، از قبل مشخص است و به نوعی جواب سوالات از قبل معلوم است و دستورالعمل‌های خاص برای چگونگی تبدیل موقعیت به محیط درمانی فراهم است. به عنوان نمونه، در کار با مراجعی که در انجام تکالیف

1-First order change

توافق‌شده شکست خورده، رویکرد شناختی - رفتاری از نظر جهت و دستورالعمل کاری مشخص و واضح است: تمرکز بر موقعیت‌های دشوار و مسئله‌ساز ایجاد شده یا وخیم شده که به واسطه‌ی رفتارها یا باورهای مختل‌کننده‌ی مراجع ایجاد شده است. در اینجا درمانگر از مفهوم‌سازی مشکلات مراجع استفاده می‌کند. در آنجا مشخص شده است که باور بنیادی مراجع این است که من بی‌ارزش و بی‌کفایت هستم، بنابراین بر اثر این باور، او تلاش چندانی انجام نداده است (اسپری و اسپری، ۲۰۱۲). با این حال، خیلی تعجب‌آور نیست که مراجع تکالیف تفویضی را انجام ندهد و در ابتدای جلسه‌ی بعدی عذرخواهی کند. با کسب اطلاعات از مفهوم‌سازی‌های مشکلات مراجع، درمانگران می‌توانند از منظر درمانی باورهای غیرانطباقی یا مختل‌مراجع را که به واسطه‌ی موقعیت تکالیف، فعال‌سازی می‌شود پردازش کنند. درمانگر می‌داند که تمرکز درمان را باید در کجا قرار دهد. با این وجود، درمانگر هنوز هم باید تصمیم بگیرد که آیا آن مسیر مشخص را پیگیری کند یا اینکه نه رهاش کند.

راهبرد درمانی

راهبرد درمانی^۱ طرحی درمانی است برای تمرکز کردن بر مداخلات خاص جهت نیل به روندهای انطباقی‌تر (اسپری و اسپری، ۲۰۱۲). این طرح درمانی شامل حذف روندهای غیرانطباقی یا جایگزینی آنها با روندهای انطباقی‌تر و حفظ روندهای سالم‌تر می‌شود. رایج‌ترین راهبردهای درمانی عبارت‌اند از حمایت، تفسیر، بازسازی شناختی، جانشین‌سازی، مواجهه^۲، آموزش مهارت‌ها و تجارب تصحیحی (اصلاحی)، توجه به مؤلفه‌های زیست‌شناختی، حمایتی و روانی تربیتی (اسپری، ۲۰۱۰؛ اسپری و اسپری، ۲۰۱۲). به همین نحو، یک یا بیشتر این راهبردهای درمانی با رویکردهای درمانی خاص متداعی می‌شود. به عنوان مثال، بصیرت (بینش) و تجارب عاطفی تصحیحی با رویکرد پویایی روانی (فروید) متداعی است در حالی که بازسازی شناختی، مواجهه و مهارت‌سازی با رویکرد شناختی رفتاری متداعی است. با این حال، طیفی از راهبردهای درمانی را می‌توان برای نیل به اهداف درمانی مشابه مورد استفاده قرار داد.

حمایت: احتمالاً شایع‌ترین راهبردهای روان‌درمانی که توسط همه یا اکثریت روان‌درمانگران مورد استفاده قرار می‌گیرد حمایت است. این راهبرد از طریق فراهم‌سازی امنیت، پذیرش و دلسوزی، به مراجع

1-Treatment strategy
2-Exposure

اصرار می‌ورزد که بهتر عمل کند. درمانگر محیط حمایت‌گرانه‌ای برای مراجعان فراهم می‌سازد تا بر موقعیت‌های زندگی‌شان تأمل کنند و احساس امنیت و راحتی کنند و در نتیجه از نشانگان بیماری خلاص شوند یا اینکه حتی به مراجعان کمک می‌کنند تا به جای تلاش برای تغییر روندها یا شخصیتشان با این موارد زندگی کنند. در مقابل، حمایت، روندهای انطباقی افکار یا رفتار را به منظور تقلیل استرس و تعارض تقویت می‌کند. این رابطه‌ی حمایت‌گرانه در کمک به مراجعان برای مقابله‌ی بهتر اساسی است حتی اگر آنها نتوانند مشکلاتی را که با آن مواجه هستند تغییر دهند. حمایت، به مراجعان کمک می‌کند تا با چالش‌های زندگی روزانه مقابله کنند و لذا به طور ویژه‌ای برای مقابله با مشکلات بلندمدتی که تغییر آنها دشوار است مفید و کارساز است. این راهبرد، فنون بین فردی، شناختی- رفتاری و روان‌پویایی را با هم تلفیق می‌کند و بخشی از رویکرد درمانی، حمایت درمانی^۱ است.

جانشین‌سازی: احتمالاً پرکاربردترین راهبرد بعد از حمایت، جانشین‌سازی^۲ است، اگر چه بسیاری از درمانگران نسبت به چگونگی استفاده‌شان از این راهبرد و تکیه‌شان بر این راهبرد ناآگاه هستند. به عنوان مثال، اگر در جلسه‌ی مشاوره برای پرداختن به موضوعی جدید در قالب مجادله‌ی شناختی، زمان کافی در اختیار نداشته باشیم، یک درمانگر ممکن است این‌گونه بگوید: دفعه‌ی بعد وقتی کسی نبود که به تو بگه چه کار کنی و تو شروع کردی به تأسف خوردن برای خودت و با خودت گفتی که هیچکس دلش برای من نمی‌سوزه، به جای این حرف‌ها چه کار دیگه‌ای می‌تونی انجام بدی؟ مشاور کارورز از مراجع می‌خواهد تا به رفتار جایگزین (می‌تونم به جری یا جیم تلفن بزنم) یا افکار جایگزین (وقتی با آنها صحبت کنم واقعاً می‌فهمم که دیگران هم مراقب و دلسوز من هستند و حواسشان به من هست) مجهز شوند. جانشین‌سازی در ترکیب با دیگر راهبردها مانند بازسازی شناختی، مواجهه و مؤلفه‌ی روانی تربیتی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

راهنمایی و راهبردهای روانی تربیتی:^۳ اگر چه این مؤلفه توسط بسیاری از درمانگران مورد تکفیر قرار می‌گیرد اما واقعیت این است که در زمان مقتضی، پاسخ به درخواست‌های مراجع یا نیاز به نصیحت یا راهنمایی می‌تواند خاصیت درمانی داشته باشد. درمانگران اثربخشی که ما بر کارشان نظارت کرده‌ایم و کسانی که راهنمایی‌های مفیدی در اختیار مراجعانشان قرار دادند ممکن است شگفت‌زده و یا حتی شرمسار و خجالت‌زده بشوند وقتی که این مطالب را بشوند. بسیاری از آنها این ممنوعیت‌های بالینی را در خودشان درونی

1-Supportive therapy

2-Replacement

3-Guidance and Psychoeducation

کرده‌اند: "بر اساس این باور مسلم که مراجعان معمولاً جواب سؤالات و آنچه را که برای‌شان خوب است می‌دانند هرگز آنها را نصیحت نکن". راهنمایی نوعاً با آموزش (تربیت) همپوش است و آموزش مهارت‌ها را نیز زمینه‌سازی می‌کند که امروزه این امر تحت عنوان (مقوله) روانی تربیتی قلمداد می‌شود. مؤلفه‌ی روانی آموزشی (تربیتی) یک راهبرد درمانی گسترده است که شامل آموزش و تعلیم دیگران برای تجربه کردن آشفستگی‌های روان‌شناختی جهت افزایش دانش، ظرفیت مقابله‌ای و مهارت‌های مقتضی برای حل مشکلات موجودشان می‌شود. مداخلات رایج مورد استفاده در راهبرد آموزش مهارت‌ها عبارت‌اند از آموزش جرأت‌ورزی، آموزش حل مسأله و آموزش مهارت‌های ارتباطی.

بازسازی شناختی: بازسازی شناختی یک ابزار درمانی پایه برای کمک به مراجعان جهت شناسایی، زیرسؤال بردن و اصلاح باورهای تحریف‌شده و مختل است تا اینکه آنها به باورهایی انطباقی تبدیل شوند. این مؤلفه به مراجعان کمک می‌کند تا از رویه‌های افکار اتوماتیک و تأثیر آنها بر خود و دیگران آگاه شوند، شیوه‌ی پردازش اطلاعات و رفتار را تغییر دهند و یاد بگیرند تا باورهای مربوط به خود، دیگران و دنیا را اصلاح کنند (منظور مثلث شناختی بک است. مترجم). فنون متنوعی برای بازسازی شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد که عبارت‌اند از اکتشاف هدایت‌شده، سؤالات (پرسشگری) سقراطی^۱، بررسی شواهد، مجادله‌ی شناختی، اسناد مجدد (مانند اصلاح سبک‌های اسنادی فرد) و تمرین ذهنی شناختی.

مواجهه: مواجهه یک راهبرد درمانی است که مستلزم تماس طولانی و تعمیدی با شیء (پدیده) ترس‌آور به انضمام ممانعت فعالانه از رفتارهای اجتنابی ناخوشایند است. در جریان راهبرد مواجهه، مراجع، با محرک‌هایی که قبلاً پاسخ‌های عاطفی یا رفتاری ناخوشایند را فراخوانی می‌کرده است مواجه می‌شود. اگرچه، مراجع، در کوتاه‌مدت اضطراب خیلی زیادی را تجربه خواهد کرد اما در بلندمدت و در اثر مواجهه‌ی مکرر و فزاینده با محرک‌های ترس‌آور چه به صورت زنده^۲ یا خیالی، پاسخ‌های اجتنابی و اضطرابی مراجع به دلیل اصل خوگیری (عادت‌زدگی) خاموش می‌شود. تعداد زیادی از فنون مواجهه‌ای وجود دارد که می‌توان آنها را مورد استفاده قرار داد از جمله حساسیت‌زدایی منظم، تصویرسازی هدایت‌شده، غرقه‌سازی^۳ و غرقه‌سازی تجسمی^۴.

-
- 1-Socratic questioning
 - 2-In vivo
 - 3-Flooding
 - 4-Impllosion

تفسیر: یک تفسیر فرضیه یا حدسی است درباره‌ی رابطه‌ی بین افکار، هیجانات و رفتارهای آگاهانه‌ی مراجع با افکار یا عواطف ناهشیار مراجع. تفاسیر می‌توانند کاملاً بر موقعیت موجود متمرکز شوند که در این صورت تفسیر پویا نامیده می‌شود و نیز می‌تواند مبین رابطه‌ی بین حال و گذشته باشد که در این حال تفسیر تاریخی (تطوری)^۱ نامیده می‌شود. در هر دو مورد، مراجع می‌تواند چهارچوب مرجع (اصطلاحی راجری است و مبین چهارچوبی ادراکی و پدیدارشناختی جدید است. مترجم) جدید و درک عمیق‌تری از خود و زندگی‌اش کسب کند. تفاسیر از کلمات آشکار مراجعان فراتر می‌رود و معنا یا تبیین جدیدی ارائه می‌کند. در حالی که تفسیر اصالتاً با رویکردهای روان‌پویایی تداعی می‌شود، اما تفسیرها در دیگر رویکردهای درمانی از جمله درمان یونگی، درمان وجودی، درمان فمینیستی و درمان آدلری نیز مفید قلمداد شده است.

تجارب تصحیحی (اصلاحی): تجارب اصلاحی تجاربی‌اند که در آنها یک فرد به نحوی عاطفی یک رویداد و چگونگی واکنش دیگران مهم به آن رویداد در گذشته را تجربه و درک می‌کند. چنین تجارب اصلاحی می‌توانند هیجانی، رفتاری، شناختی یا رابطه‌ای باشند. در گذشته، تجارب عاطفی تصحیحی به طور خاصی به اثرات مثبت تجربه کردن ناهماهنگی بین آنچه که مراجع انتظار دارد و آن گونه که درمانگر به او در رابطه با رویداد یا حادثه‌ی مهم زندگی‌اش واکنش نشان می‌دهد نسبت داده می‌شود. امروزه، تجارب تصحیحی معنای عام‌تری دارد و به تمام جنبه‌های فرآیند درمانی گفته می‌شود که به مراجع اجازه می‌دهد تا شکل غیرمنتظره‌ای از تعامل رابطه‌ای را تجربه کند که به او کمک می‌کند تا روندهای غیرانطباقی گذشته را بهبود بخشد. اگر درمانگر به مراجع به شیوه‌ای محترمانه، پذیرا و دلسوزانه پاسخ گوید (اغلب متضاد با پاسخ‌های همسر یا والدین فرد) این تجربه می‌تواند در بیرون از جلسه‌ی درمان تداوم یابد.

مداخلات زیستی: طیفی از مداخلات درمانی زیستی وجود دارند که در روان‌درمانی مفید هستند. یکی از مفیدترین آنها که به ذهن متبادر می‌شود درمان پزشکی است. اما در اینجا منظور، دیگر مداخلات زیستی است که مدت‌ها به عنوان کمک کار حوزه‌ی روان‌درمانی مفید بوده‌اند. این مداخلات عبارت‌اند از تمرینات بدنی، بازخورد زیستی، تنفس کنترل شده، رژیم غذایی و تغذیه‌ی مناسب. پیامدهای درمانی مناسب و اثربخش ممکن است مستلزم استفاده از یک یا بیشتر این مداخلات الحاقی (از حوزه‌ی پزشکی به روان‌درمانی ملحق شده‌اند) باشد. در حالی که بسیاری از کارورزان و درمانگران مرتباً از یک یا دو مورد از این راهبردها استفاده می‌کنند، اما درمانگران مسلط و حرفه‌ای‌تر نوعاً از چندین مورد این راهبردها استفاده می‌کنند. باید گفت که

در طی کار درمانی خویش با آیمی، دکتر کارلسون هم از تمام این هشت راهبرد ذکر شده استفاده کرده است.

مداخلات درمانی

یک مداخله‌ی درمانی، اقدامی درمانی است که برای اثرگذاری مثبت بر مشکل یا مسأله‌ی مراجع طراحی می‌شود. مداخلات درمانی بر اساس آماج‌های درمانی، اشتیاق و ظرفیت مراجع برای همراهی با مداخله و اینکه آیا مداخلات از نظر فرهنگی متناسب‌اند یا نه انتخاب می‌شوند. در حالی که صدها مداخله‌ی درمانی وجود دارد، اما پیامدهای درمانی اثربخش یعنی رویه‌های تغییردهنده، مستلزم گزینش مداخلاتی است که راهبردهای درمانی را پیاده‌سازی می‌کنند. با اهتمام به استعاره‌ی سفر، مداخلات درمانی، تمهیدات سفر از سوخت مورد نیاز گرفته تا لاستیک‌هایی که مناسب زمین باشند، غذای کافی، آب و پول مورد نیاز را فراهم می‌کنند.

درمان حساس به فرهنگ: درمان حساس به فرهنگ، کاربست روان‌درمانی‌ای است که به فرهنگ، هویت و سطح فرهنگ‌پذیری مراجع حساس است. حساسیت به فرهنگ، آگاهی درمانگر از متغیرهای فرهنگی خویش و مراجعان خویش است که می‌تواند رابطه‌ی حرفه‌ای و فرآیندهای درمانی را متأثر سازد (اسپری، ۲۰۱۰). اگرچه، بسیاری از درمانگران معتقدند که درمان‌های حساس به فرهنگ در فراهم‌سازی درمان اثربخش برای مراجعان متنوع فرهنگی ضروری‌اند، اما اندکی از درمانگران واقعاً چنین درمانی را ارائه می‌کنند. عام‌ترین دلیل برای حذف این مقوله در درمان‌ها، این است که تعداد قلیلی از درمانگران تجربه و آموزش‌های رسمی در این زمینه دارند. چنین آموزش‌هایی مشتمل‌اند بر سنجش عواملی مانند هویت فرهنگی و سطح فرهنگ‌پذیری، استفاده از انواع مختلفی از درمان‌های حساس به فرهنگ و روشی برای تصمیم‌گیری مبنی بر اینکه کی، چگونه و تحت چه شرایطی از این مداخلات استفاده کنیم. سه نوع درمان حساس به فرهنگ وجود دارد: مداخلات فرهنگی^۱، درمان‌های حساس به فرهنگ^۲ و مداخلات حساس به فرهنگ^۳.

یک مداخله‌ی فرهنگی، یک مداخله یا روشی شفابخش یا فعالیتی است که با نظام باوری (فکری) مراجع در رابطه با شفابخشی و فایده‌ی بالقوه‌ی ایجاد تغییرات خاص، همسو است. برخی از نمونه‌های این مداخلات عبارت‌اند از مجالس شفابخش، دعا یا مراسم جن‌گیری و استفاده از شفابخش‌های سنتی

- 1- Cultural interventions
- 2- Culturally sensitive therapies
- 3- Culturally sensitive interventions

برگرفته از فرهنگ مراجع. برخی از مواقع، استفاده از مداخلات فرهنگی مستلزم مشارکت با آن شفابخش‌ها یا دیگر کارشناسان یا ارجاع مراجع به آنهاست. با این حال، یک درمانگر می‌تواند در تلاش برای افزایش اعتبار بالینی درمان، فرآیند درمان را با تمرکز بر ارزش‌های فرهنگی هسته‌ای مراجع از جمله احترام و توجه به شخصیت‌های مورد احترام آنها آغاز کند (پانیاگوآ، ۲۰۰۵).

درمان حساس به فرهنگ، مداخله‌ای روانی‌درمانی است که مستقیماً شاخصه‌های فرهنگی مراجعان متفاوت را (مانند باورها، سنت‌ها، نگرش‌ها و زمینه‌های تاریخی و اجتماعی اقتصادی مراجع) مورد توجه قرار می‌دهد. آنها از روش‌های سنتی شفابخشی و مسیرهای این‌چنینی همچون رویکردهای مورد دلخواه برای مراجعان خاص استفاده می‌کنند. به عنوان مثال، داستان درمانی^۱ که در کار با کودکان پورتوریکویی مورد استفاده قرار گرفته، با استفاده از داستان‌های عامیانه (کوئنتوس که اصطلاحی اسپانیولی است) متغیرهای مرتبط فرهنگی از جمله "خانواده محوری" و "شخصیت‌گرایی" (توجه به شخصیت‌های مهم) را مورد تأکید قرار می‌دهد. به همین منوال، موریتا درمانی^۲ که در ژاپن ابداع شده در حال حاضر در سرتاسر دنیا در طیف وسیعی از بیماران از کمروبی گرفته تا اسکیزوفرنی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این انواع درمان‌ها به طور خاص با مراجعان با سطوح پایین فرهنگ‌پذیری قابل انطباق است.

در مقابل، یک مداخله‌ی حساس به فرهنگ، مداخله‌ای مرسوم و روان‌درمانانه از جمله درمان شناختی رفتاری است که برای پاسخگویی و انطباق با شاخصه‌های فرهنگی مراجع خاص اصلاح می‌شود. مراجعان متنوع، عمدتاً به خاطر تمرکز ساختاری و تربیتی‌شان، به نظر می‌رسد که مداخلات شناختی رفتاری را پذیرفتنی‌تر می‌یابند و لذا اغلب درمانگران آنها را اصلاح می‌کنند تا از نظر فرهنگی مناسب شوند (هایس و ایوانازا، ۲۰۰۶). به عنوان مثال، در مراجعان متنوع فرهنگی با سطوح پایین فرهنگ‌پذیری، بازسازی و مجادله‌ی شناختی با باورهای غیرانطباقی، کم‌کاربردترین مداخله‌ی انتخابی از سی‌بی‌تی خواهد بود، در حالی که حل مسأله، آموزش مهارت‌ها یا مداخلات جانشین‌سازی شناختی، به احتمال زیاد مناسب‌تر است.

در اینجا چندین دستورالعمل برای انتخاب درمان‌های حساس به فرهنگ وجود دارد. اول، هویت فرهنگی مراجع، سطح فرهنگ‌پذیری وی، مدل تبیینی (مانند باور پیرامون علت بیماری مثل بدشانسی، وضعیت روحی، ویروس یا میکروب، وراثت، تجارب آسیب‌زای اولیه، بی‌تعادلی شیمیایی در مغز و...) و انتظارات درمانی را شناسایی کنید و بیرون بکشید. دوم، صورت‌بندی‌ای فرهنگی ایجاد کنید که چهارچوب مشکلات موجود

1- Cuento therapy

2- Morita therapy

مراجع در بافت هویت فرهنگی او، سطح فرهنگ‌پذیری، مدل‌تیینی، انتظارات درمانی و تأثیر متقابل فرهنگ و پویایی‌های شخصیتی را مشخص کند. سوم، اگر مراجع اولویت‌های فرهنگ غالب خویش (هویت فرهنگی) را شناسایی کند و سطح بالایی از فرهنگ‌پذیری داشته باشد و نشانگان واضحی از پیش‌داوری، نژادپرستی یا سوگیری‌های مرتبط وجود نداشته باشد، مداخلات مرسوم (قراردادی) را به عنوان روش درمانی اولیه مد نظر قرار دهید. با این حال، متخصصان بالینی باید آگاه باشند که وقتی فرآیند درمان پیش می‌رود یک درمان حساس به فرهنگ ممکن است واجب و ضروری شود. چهارم، اگر مراجعی عمدتاً فرهنگ غالب خویش را بشناسد، سطح بالایی از فرهنگ‌پذیری داشته باشد و نشانی از پیش‌داوری، نژادپرستی یا دیگر سوگیری‌ها وجود داشته باشد، مداخلات حساس فرهنگی یا مداخلات فرهنگی برای جنبه‌های فرهنگی مشکل مراجع را مد نظر قرار دهید. به علاوه، استفاده از مداخلات مرسوم (قراردادی) برای نگرانی‌های غیر فرهنگی مرتبط (مثل پویایی‌شناسی‌های شخصیت) نیز می‌تواند مفید باشد. پنجم، اگر مراجعی پیش‌زمینه‌های قومی خویش را بشناسد و سطح فرهنگ‌پذیری‌اش پایین باشد، مداخلات فرهنگی یا درمان حساس به فرهنگ را مد نظر قرار دهید. این موارد مستلزم همکاری یا ارجاع به متخصص یا بحث آغازین پیرامون ارزش‌های فرهنگی هسته‌ای مراجع می‌باشد. ششم، اگر هویت فرهنگی مراجع، هویت فرهنگی غالب باشد و سطح فرهنگ‌پذیری وی بالا باشد و سطح فرهنگ‌پذیری خانواده‌اش پایین باشد به این منوال که نگرانی موجود عمدتاً همان ناهماهنگی فرهنگی وی باشد، یک مداخله‌ی فرهنگی با مراجع و خانواده را در دستور کار قرار دهید. با این حال، اگر موقعیت بحرانی عظیمی موجود باشد، مداخلات مرسوم (قراردادی) را برای تقلیل بحران مد نظر قرار دهید. بعد از تقلیل یا حذف بحران، درمان حساس به فرهنگ یا مداخلات فرهنگی مقدماتی را مد نظر قرار دهید. برای بحث‌های بیشتر پیرامون این دستورالعمل‌ها به دیگر اثر اسپری (۲۰۱۰)^۱ بنگرید.

پیامدها و موانع درمان

موفقیت در اجرای طرح درمان و نیل به اهداف از پیش تعیین‌شده ممکن است به واسطه‌ی چند عامل از جمله ظرفیت پیش‌بینی و مقابله با چالش‌ها و موانع درمان محدود شود. موانع ممکن است از مراجع، درمانگر، درمانگر و مراجع یا عواملی ناشی از خود فرآیند درمان نشأت بگیرد. در نیل به موفقیت درمانی، پیش‌بینی چالش‌های پیش روی پیاده‌سازی طرح درمان غیرقابل اغماض است. آزمون مفهوم‌سازی اثربخش درباره‌ی

1- Core competencies in counseling and psychotherapy: Becoming a highly competent and effective therapist

مشکل مراجع از طریق پیش‌بینی موانع و چالش‌های درمان در جریان مراحل درمان از جمله مقاومت، دوسوگرایی، نمایش انتقال و موضوعاتی که حفظ دستاوردهای درمان و آمادگی برای درمان را دشوار می‌سازد میسر و عملی است (اسپری، ۲۰۱۰).

قدرت تبیین و پیش‌بینی مفهوم‌سازی مشکل مراجع

دو ملاک برای ارزشیابی صحت و کفایت مفهوم‌سازی مشکل مراجع عبارت‌اند از قدرت تبیین‌کنندگی^۱ و قدرت پیش‌بینی. مفهوم‌سازی بسیار کارآمد مشکل مراجع از طریق سطوح بالای قدرت پیش‌بینی و تبیین‌کنندگی مشخص می‌شود.

قدرت تبیین

ارزش مفهوم‌سازی مشکل مراجع به میزان ارائه‌ی تبیینی کامل و صحیح از روندهای غیرانطباقی مراجع بستگی دارد. این درجه‌ی تبیین روندهای مراجع تحت عنوان قدرت تبیین نام‌گذاری می‌شود (اسپری و اسپری، ۲۰۱۲). قدرت تبیین می‌تواند طیفی از ضعیف یا بسیار کامل را در بر بگیرد. از آنجایی که افراد و زمینه‌های‌شان بی‌همتا و پیچیده هستند، هیچ رویکرد نظری برای بهترین تبیین روندهای مراجع وجود ندارد و رویکرد منفرد یا روش مفهوم‌سازی خاصی وجود ندارد که بتواند بهترین تبیین برای همه‌ی مراجعان را فراهم آورد.

قدرت تبیین تابعی است از صحت و تناسب صورت‌بندی بالینی بین تبیین ارائه شده و داده‌های مراجع به ویژه عوامل زمینه‌ساز و مستعدکننده. همان‌طور که درمانگران در ساختن مفهوم‌سازی مشکل مراجع، با صلاحیت‌تر و مطمئن‌تر می‌شوند، می‌فهمند که هیچ‌یک از مفهوم‌سازی‌ها کامل و بی‌نقص نیستند. شیوه‌ی دیگر بیان این نکته این است که یک مفهوم‌سازی مشکل مراجع می‌تواند درجات متنوعی از قدرت تبیین در طیفی از بسیار پایین تا بسیار بالا را در بر بگیرد. در یک کنفرانس بالینی از کارورزی پرسیده شد: آیا این مفهوم‌سازی مشکل، تبیینی بی‌نقص برای سؤالی چرایی محسوب می‌شود؟ اگر پاسخ این بود: نه کاملاً بی‌نقص، این پاسخ وی زمینه را برای بحث درباره‌ی اینکه چه عوامل مستعدکننده‌ی اضافی تری می‌تواند برای افزایش قدرت تبیین اضافه یا اصلاح شود فراهم می‌کند. اغلب، اضافه کردن دیگر عوامل مستعدکننده مانند طرح‌واره‌های اساسی یا باورهای غیرانطباقی درباره‌ی خود، دنیا و دیگران می‌تواند قدرت تبیین را ارتقاء دهد.

1-Explanatory power

قدرت پیش‌بینی

قدرت تبیینی بالا برای خودش پیامدهای درمانی را افزایش نمی‌دهد. در مقابل، یک تبیین کامل از روندهای غیرانطباقی مراجع را می‌توان برای استفاده از مداخلات خوش‌ساخت جهت نیل به آماج‌ها و اهداف درمانی خاص ایجاد شده توسط مفهوم‌سازی مشکل مراجع، به طرحی متمرکز تبدیل کرد. یک آزمون واقعی برای مفهوم‌سازی اثربخش مشکل مراجع، قابلیت آن در پیش‌بینی موانع و تسهیل‌کننده‌های مراحل درمان است. این مهم را قدرت پیش‌بینی می‌گویند (اسپری و اسپری، ۲۰۱۲).

موانع رایج درمانی در فرآیند روان‌درمانی نوعاً بازتابی از پویایی‌های شخصیت مراجع و روندهای غیرانطباقی است. یک تبیین کامل و صحیح از عوامل زمینه‌ساز مواردی چون پویایی‌های شخصیت و پویایی‌های بافتی را در بر می‌گیرد که می‌تواند در پیش‌بینی موانع، ارزشمند باشد. به عنوان مثال، قابل انتظار است مراجعانی با روندهای اجتنابی، بحث‌های دشواری را درباره‌ی مسائل شخصیتی مطرح کنند تا درمانگران خود را به خاطر نقدشان جهت تغییر یا لغو کردن قرار ملاقات‌ها یا دیر آمدن به جلسه بیازمایند یا اینکه تحریک کنند. به همین منوال، تسهیل‌کننده‌های درمانی یا عوامل ارتقادهنده، سطح بالای آمادگی و انگیزش مراجع، نقاط قوت مراجع و عوامل حمایتی، اعتبار بالینی، اتحاد درمانی اثربخش، توافق دوجانبه بر اهداف و طرح درمانی خوب طراحی شده را شامل می‌شود (اسپری، ۲۰۱۰). به عنوان مثال، یک جلسه‌ی درمانی به انضمام اتحاد درمانی اثربخش با مراجعی پراکنگیزه و درمانگری بسیار با صلاحیت به احتمال بسیار زیادی در مقایسه با درمانی با شرایط بهینه‌ی کمتر منجر به تحقق تغییرات مرتبه‌ی دوم خواهد شد.

مفهوم‌سازی مشکل مراجع که قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بالایی دارد به درمانگران کمک می‌کند تا موانع و تسهیل‌کننده‌های درمان را شناسایی کنند و طرحی برای مقابله با آنها تدوین کنند. به علاوه، مفهوم‌سازی مشکلی که قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بالایی داشته باشد به درمانگر اجازه می‌دهد تا پیش‌آگهی آگاهانه‌تری پیرامون درمان داشته باشد. یک پیش‌آگهی آگاهانه، پیش‌بینی است از طول مدت احتمالی درمان و پیامدهای درمانی به انضمام گام‌های درمانی طراحی شده متناسب با نیازها و زمینه‌ی مراجع. در ادامه سه گزارش درباره‌ی مراجعی یکسان ارائه شده است. نویسندگان هر گزارش معتقدند که خودشان مفهوم‌سازی اثربخشی پیرامون مشکل مراجع ارائه کرده‌اند. با استفاده از ملاک‌های قدرت تبیینی و قدرت پیش‌بینی‌کنندگی، تصمیم بگیرید که کدام یک از این تبیین‌ها به بهترین نحو مشکل مراجع را تبیین کرده و اهداف و پیامدهای خاص درمان را تصریح کرده است.

گزارش اول

جیمی جی ۱ فرد ۲۷ ساله و متأهل، مردی اسپانیولی تبار بود که به دلیل تشخیص نشانگان اختلال بدنی از جمله یبوست و اسهال دوره‌ای، اضطراب و بی‌خوابی ارجاع شده بود. او مدیر فناوری اطلاعات بانک یک منطقه بود و در عین حالی که نگرانی خویش را کم می‌شمارد، تعدادی از نگرانی‌های شغلی و استرسورهای خویش را عنوان کرد. در حالی که تلاش می‌کرد تا برای بهره‌وری بالاتر، مطالبات زیاد کارفرمایش را برآورده کند، کارمندانش شکایت داشتند که او خیلی پر توقع و غیرحمایتی است. او از اینکه مدیر خوبی نبود از خودش انتقاد می‌کرد. او گزارش کرد که همسرش حامی اوست به ویژه از زمانی که او از شغلش معلق شده است. جیمی فردی دارای اختلال اضطرابی نامعین و اختلال شخصیت وسواس فکری عملی تشخیص داده شد. او استفاده از دارو، الکل یا دیگر داروها را انکار کرد و گزارش کرد که هیچ روان‌درمانی یا درمان روانپزشکی قبلی را دریافت نکرده است. درمان سرپایی با ارزیابی کارکردهای جسمانی و روان‌درمانی هفتگی آغاز شد. اهداف درمانی در قالب تقلیل نشانگان و بازگشت به کارکرد خط پایه تصریح شدند.

گزارش دوم

جیمی جی فرد ۲۷ ساله و متأهل، مردی اسپانیولی تبار بود که به دلیل تشخیص نشانگان اختلال بدنی از جمله یبوست و اسهال دوره‌ای، اضطراب و بی‌خوابی ارجاع شده بود. به نظر می‌رسد که نشانگان وی واکنشی است به استرس‌ها و مطالبات شغلی بسیار زیاد وی. در طول زندگی، جیمی تلاشش این بوده که کامل، سخت‌کوش و وظیفه‌شناس باشد و برای اینکه احساس ارزشمندی بکند عواطف نشانگر ضعف مانند دلسوزی و نگرانی را نشان نداده است. تمام این وظیفه‌شناسی‌ها و فاصله‌گیری عاطفی به نحوی منفی رابطه‌ی او با همکارانش را تحت تأثیر قرار داده بود. واکنش وی در پرتو پویایی‌های شخصیتی کمال‌گرایانه، انتقادگری از خودش، وظیفه‌شناسی (وجدان‌گرایی)، احساس اجتناب و نیز دشواری در تفویض کارها به همکارانش قابل درک است. در طول دوره‌ی تحول (رشد)، او با مطالبات مشابهی برای پیشرفت و کمال‌گرایی از سوی پدر کنترل‌گر و انتقادکننده‌اش مواجه بود. به نظر می‌رسد که این رویه به واسطه‌ی فعالیت، وظیفه‌شناسی، احساس اجتناب و دیگر ویژگی‌های اختلال وسواس فکری و عملی تقویت و حفظ شده است. اهداف درمانی شامل کاهش اضطراب بدنی و کم‌خوابی و نیز استرسورهای

شغلی و افزایش توانایی و اشتیاقش برای در دسترس بودن عاطفی برای کارمندان است. ارجاع برای بررسی کارکردهای بدنی برای ارزیابی نشانگان بدنی‌اش انجام پذیرفت. درمان شناختی رفتاری برای کمال‌گرایی و دیگر ویژگی‌های عینی سبک‌های وسواسی وی مورد توجه قرار گرفت. به نظر می‌رسد که استرسورهای وی عمدتاً موقعیتی و شغلی باشد و پیش‌آگهی وی نیز به نظر خوب است.

گزارش سوم

جیمی جی متأهل و ۲۷ ساله، مردی اسپانیولی‌تبار و بسیار فرهنگ‌پذیر بود که برای ارزیابی نشانگان اختلال بدنی (از جمله اسهال و یبوست دوره‌ای، اضطراب و بی‌خوابی) ارجاع شده بود. به نظر می‌رسید که این نشانگان، واکنش او به استرس‌ها و مطالبات شغلی زیاد و مصرف زیاد کافئین باشد. جیمی در طول زندگی‌اش، تلاش کرده تا کامل، سخت‌کوش و وظیفه‌شناس باشد و عواطف نشانگر ضعف از جمله مراقبت از خود و نگرانی را نشان ندهد. این وظیفه‌شناسی فوق‌العاده و فاصله‌گیری عاطفی از دیگران به نحوی منفی روابط وی با همکارانش را متأثر ساخته بود. واکنش‌های وی در پرتو پویایی‌های شخصیتی کمال‌گرایانه (تمامیت‌خواهانه)، انتقادگری، وظیفه‌شناسی و احساس اجتناب وی و نیز دشواری در تفویض امور به زیردستانش قابل درک و فهم بود. در طول دوران (تحول) رشد، او با مطالبات مشابهی برای پیشرفت و کامل بودن از سوی پدر کنترل‌گر و انتقادگر خویش مواجه بود. این روند به واسطه‌ی فعالیت مستمر، وظیفه‌شناسی افراطی و احساس اجتناب تقویت و حفظ شده است.

پیامد درمانی توافق‌شده برای جیمی عبارت است از وظیفه‌شناسی معقول و منطقی و ارتباط عاطفی بیشتر با کارمندان زیر دستش. اهداف درمان عبارت‌اند از کاهش اضطراب بدنی و بی‌خوابی و نیز استرسورهای شغلی و افزایش دسترسی عاطفی وی (اینکه در شرایط مختلف بتواند درک کند که چه احساسی دارد و بتواند آنها را به شکل مناسبی ابراز کند). راهبردهای درمانی^۱ همسو با تمرکز و اهداف درمانی عبارت است از حمایت و جان‌نشین‌سازی درمانی^۲. یافتن تفسیرها و رفتارهای انطباقی‌تر که بتواند جایگزین رفتارها و تفسیرهای تمامیت‌خواهانه‌ی وی شود می‌توانست تکانشگری وی را محدود و تعدیل کند. به علاوه، مؤلفه‌ی روانی تربیتی و پردازش رابطه‌ی بین کافئین، استرس، مشکلات روده‌ای و بی‌خوابی می‌تواند جذب کافئین وی را کاهش دهد.

1- Treatment strategies

2- Therapeutic support and replacement

از نظر موانع و چالش‌های درمانی بالقوه این احتمال وجود دارد که جیمی بخواهد مشکلاتی خاص مثل رابطه‌اش با پدرش را تقلیل دهد زیرا او معتقد است که این مشکلات با استرسورهای فعلی وی بی‌ارتباط هستند. سبک و سواس فکری و عملی وی می‌تواند چالش‌هایی را ایجاد کند که درمانگر باید آمادگی پرداختن به آنها را داشته باشد (به عنوان مثال ممکن است او انتظارات خیلی بالایی برای پیامدهای درمانی موفقیت‌آمیز در درمان داشته باشد و این احتمال هم هست که او تلاش‌های معطوف به تغییر را به خاطر اینکه نزد درمانگر موجه و مطلوب جلوه کند تحلیل ببرد و تخریب کند). علی‌رغم این موانع بالقوه، انگیزش او برای تغییر بالاست و این نشانگر این است که توافق بر اهداف دوجانبه احتمالاً محقق شده است.

اظهار نظر

گزارش سوم تبیین و تلویحات درمانی کامل‌تری در مقایسه با گزارش دوم ارائه کرده است. در مقابل، گزارش اول توصیف و توضیحی مختصر از واقعیاتی را ارائه داده که از خلاصه‌ی پرونده‌ی مراجع انتظار می‌رود، اما هیچ‌کدام از تبیین‌ها مربوط به حقایق مورد انتظار از مفهوم‌سازی مشکل مراجع نبود. اساس گزارش سوم تبیینی از شخصیت مربوطه، پویایی‌های فرهنگی و موقعیتی بود که بر آن اساس یک طرح درمانی خوش‌ساخت ارائه شده است. به علاوه، این گزارش به نحو اثربخشی موانع بالقوه‌ی پیش روی موفقیت درمان را پیش‌بینی کرد. خلاصه‌ی کلام اینکه، گزارش اول نه قدرت تبیینی دارد نه قدرت پیش‌بینی که این معمولاً ویژگی خلاصه‌ی جلسه‌ی مشاوره است. گزارش دوم اندکی قدرت تبیین دارد اما قدرت پیش‌بینی ندارد، در حالی که گزارش سوم درجات بالایی از قدرت تبیین‌کنندگی و قدرت پیش‌بینی دارد. به همین نحو، گزارش سوم ملاک‌های مفهوم‌سازی اثربخش و مفید بالینی را دارا است.

ایجاد مفهوم‌سازی موردی بالینی مفید^۱

در یک نگاه گذرا، به نظر می‌رسد که ایجاد یک مفهوم‌سازی اثربخش بالینی و مفید تکلیفی دشوار، زمان‌بر و جرأت‌مندانه باشد. اما انجام این کار خیلی وقت نمی‌گیرد و فرآیندی دلشوره‌آور یا اضطراب‌زا، طولانی و پرت نیست. آنچه در ادامه می‌آید روشی نسبتاً سریع و سرراست برای شناسایی ساختار بنیادی و عناصر کلیدی یک مفهوم‌سازی اثربخش از مراجع است. وقتی ساختار مشهود و مشخص باشد هر چیز

1- Developing Clinically Useful Case Conceptualizations

دیگری سر جای خودش قرار می‌گیرد. این روش سریع و سر راست مفهوم‌سازی مشکل مراجعان در رأس کار (شناسایی روندها) قرار می‌گیرد (اسپری و اسپری، ۲۰۱۲). همان‌گونه که قبلاً گفته شد، ظرفیت شناسایی صحیح روندها در فرآیند مفهوم‌سازی مراجعان، کاری اساسی است. جای تعجب نیست که درمانگران مسلط، شناسایی صحیح روندها را به سرعت و با کمترین تلاش اعمال می‌کنند. احتمالاً مفید است که مفهوم‌سازی مشکل مراجع را همچون پلی تصور کنیم که بین فرآیند سنجش با فرآیند درمان ارتباط برقرار می‌کند. فرآیند مفهوم‌سازی مشکل مراجع با سنجش و شناسایی روندهای (رویه‌ها) غیرانطباقی شروع می‌شود. شناسایی روندهای غیرانطباقی، حصول روندهای انطباقی‌تر را میسر می‌کند. شناسایی روندهای انطباقی‌تر، تمرکز و اهداف درمانی را محقق می‌کند و در ادامه مداخلات درمانی خوش‌ساخت، طراحی و پیاده‌سازی می‌شوند. همسو با پیام بنیادی این کتاب، اهداف درمانی باید از نظر تغییرات مرتبه‌ی اول و دوم تصریح و مشخص شوند. قطعه‌ی نهایی این فرآیند شامل شناسایی موانع احتمالی است که می‌توانند در نیل به روندهای انطباقی‌تر و اهداف درمانی مربوطه مانع‌تراشی کنند. اساساً، این موارد گفته شده، ساختار مفهوم‌سازی مراجع است که اصل کار هم همین است. در گفتگو با درمانگران مسلط و نیز مشاهده‌ی چگونگی اقدامات این افراد، روشن شد که این فرآیند و ساختار در نحوه‌ی که آنها درباره‌ی مفهوم‌سازی فکر می‌کنند نهفته است. همچنین این ساختار به عنوان دستورالعملی جهت نوشتن جملات مفهوم‌سازی (مشکل) مراجع عمل می‌کند. پاسخ دادن به هشت سؤال بعدی می‌تواند به جمله‌بندی خوبی در رابطه با مفهوم‌سازی مراجع منتج شود که قدرت بالای تبیین و پیش‌بینی نیز دارد. این جملات می‌توانند به کوتاهی هشت جمله باشند که هر جمله می‌تواند پاسخی باشد برای هر کدام از این هشت سؤال. نوشتن پیش‌نویس خوب مفهوم‌سازی (مشکل) مراجع، می‌تواند فقط در قالب ۸ جمله صورت پذیرد. البته، اگر نویسنده بخواهد ویژگی‌های خاص مفهوم‌سازی را بسط دهد، این کار می‌تواند به طرز قابل توجهی طولانی باشد. در برنامه‌های آموزشی و سمینارهایی که محصول سال‌ها تجربه‌ی من (لن اسپری) بوده مشخص شده که اگر درمانگران و درمانگران تحت کارورزی ترغیب شوند که بر این هشت سؤال و پاسخگویی به آنها متمرکز شوند، خواهند توانست تدوین مفهوم‌سازی بالینی و مفید مشکل مراجع را به نحو احسن آغاز کنند و در این فرآیند احساس اطمینان کنند. در ادامه این ۸ سؤال ارائه شده‌اند. در رابطه با مراجع این کتاب یعنی آیمی استفاده از این سؤالات برای تدوین مفهوم‌سازی مشکل مراجع رعایت شده است.

سؤال اول این است: **مشکل حال حاضر مراجع چیست و عوامل تسریع کننده کدام اند؟** این سؤال عناصر مربوط به مشکل ارائه شده‌ی مراجع و عوامل تسریع کننده‌ی آن را مورد توجه قرار می‌دهد. پرسش از مراجع برای شفاف شدن این دو مورد و ارتباط بین آنها نقطه‌ی آغاز این فرآیند است. به عنوان مثال، آیمی به درمان آمد و مشکلاتی مانند افسردگی، خستگی مفرط، بی‌خوابی و خشم نسبت به مادرش و نگرانی‌هایی درباره‌ی بچه‌هایش و همسر سابقش را مطرح کرد. عوامل تسریع کننده‌ی مشکلات وی عبارت بودند از: مطالبات افراطی درباره‌ی مراقبت از دیگران و انتظار آزاد شدن همسر سابقش از زندان.

سؤال دوم این است: **جنبش‌های بنیادی مراجع و اهداف وی چه هستند؟** منظور از جنبش‌ها شیوه‌ی مسلط افراد برای ارتباط برقرار کردن با دیگران است. سه شیوه‌ی ارتباط برقرار کردن با دیگران وجود دارند که عبارت‌اند از: یک فرد می‌تواند به سمت دیگران حرکت کند، فرد می‌تواند علیه دیگران حرکت و اقدامی کند و فرد می‌تواند از دیگران گریزان و فراری باشد. البته یک فرد می‌تواند در زمان واحد در دو مسیر هم حرکت کند (دو سوگرا باشد) مانند حرکت به سمت دیگران و علیه آنها. جدول ۱-۴ در پاسخ به این سؤال‌ها مفید است. به عنوان مثال، حرکات اولیه‌ی آیمی به سمت دیگران^۱ بود و منطبق و هدف زیربنایی این حرکات برآوردن نیازهای دیگران بود. این مورد با پویایی‌های شخصیت وابسته که ساختار شخصیتی پایه‌ی آیمی بود، همسو است. همان‌طور که درمان جلو می‌رفت جنبش‌های ثانویه‌ی وی نیز آشکار شدند. آیمی علیه دیگران و خودش^۳ نیز عمل می‌کرد که هدفش از انجام این کارها تمامیت‌خواهی وی بود. علاوه بر راضی کردن و ارضای نیازهای دیگران، برای آیمی مهم بود که بهترین عملکردش را انجام دهد و کارها را درست انجام دهد و وقتی نمی‌توانست کارها را کامل انجام دهد از خودش انتقاد می‌کرد و احساس بدی در مورد خودش داشت. جدول ۱-۴ جنبش‌ها و اهداف (منطق نهفته در پشت آنها) آنها را خلاصه کرده و سبک‌های شخصیتی بسیار نزدیک به آنها را مشخص و تصریح کرده است.

سؤال سوم این است: **بر اساس جنبش‌های فردی و اهداف نهفته در آنها، روندهای غیرانطباقی افراد کدام‌اند؟** این مؤلفه، عنصر روند غیرانطباقی مفهوم‌سازی مشکل مراجع است و از جنبش‌ها و اهداف زیربنایی آنها نشأت می‌گیرد. به عنوان مثال، روند غیرانطباقی آیمی این بود که وی بر ارضای

1-Movement

2-Toward others

3-Move against others and herself

نیازهای دیگران تمرکز می‌کرد و نیازهای خودش را نادیده می‌گرفت. این مورد اساس روند غیرانطباقی وی بود که به واسطه‌ی روند ثانوی وی، یعنی تمامیت‌خواهی (کمال‌گرایی) حمایت می‌شد.

سؤال چهارم این است: **ارزش و ریشه‌ی (خاستگاه) روندهای غیرانطباقی وی چیست؟** این سؤال در عنصر عوامل زمینه‌ساز و تسریع‌کننده از مفهوم‌سازی مشکل مراجع خلاصه می‌شود. همان‌طور که قبلاً گفته شد، هرچقدر تبیین ریشه‌های عوامل زمینه‌ساز رفتار غیرانطباقی و عوامل حمایت‌کننده کامل‌تر باشد، قدرت تبیینی مفهوم‌سازی مشکل مراجع نیز بیشتر خواهد بود. در مورد آمی، ارزش دلسوزی (مراقبت) برای دیگران و راضی کردن آنها این بود که دیگران احتمالاً او را بیشتر دوست خواهند داشت و به او اجازه خواهند داد که احساس کند آدم ارزشمند و به درد بخوری هست. ریشه‌ی این روند، محیط رشد و پرورشی است که مشخصه‌ی آن والدین خودمدار، انتقادکننده و بیش از حد مطالبه‌گر و درعین حال از نظر عاطفی غائب و فاقد مهارت در خودمراقبتی و جرأت‌ورزی در ارتباطات بودند. همچنین این روند مشتمل بر این باور غیرانطباقی درباره‌ی خودش به عنوان یک انسان خوب ولی بی‌کفایت و دنیا به عنوان مکانی مطالبه‌کننده، انتقادی و شرطی می‌شد. این پویایی‌ها رشد روند کمال‌گرایانه و راضی کردن دیگران در وی را پرورش دادند.

جدول ۴-۱ شناسایی روندها از طریق جنبش‌ها و اهداف زیربنایی آنها

جنبش	منطق زیربنایی	سبک شخصیتی
به سمت دیگران	جلب توجه	هیستریانیک (نمایشی)
به سمت دیگران	جلب کمک و خشنودی دیگران، ارضای نیازهای دیگران	وابسته
علیه دیگران	دریافت درمان خاص	خودشیفته
علیه دیگران	حمایت از خویشتن و تلافی کردن	بدبین (پارانویید)
علیه دیگران	آسیب رساندن به دیگران	ضد اجتماعی
گریز از دیگران	اجتناب از آسیب، امن بودن	اجتنابی
گریز از دیگران	اجتناب از آمیختگی با دیگران و فاصله گرفتن از دیگران	اسکیزویید

اسکیزوتایپال	عمل کردن به نحوی متفاوت، عجیب، خودمدارانه و فاصله گرفتن از دیگران	گریز از دیگران
منفعل - پرخاشگر	پافشاری بر انتظارات و مطالبات دیگران	دو سوگرا (حرکت له و علیه دیگران)
وسواس فکری - عملی	کامل بودن یا همه چیز خواهی	دو سوگرا (حرکت له و علیه دیگران)

سؤال پنجم این است: **روند انطباقی مناسب و بالینی کدام است؟** این سؤال عنصر روند درمان را در رابطه با مفهوم‌سازی مراجع مورد توجه قرار می‌دهد. روند اولیه‌ی انطباقی مراجع از روند غیرانطباقی اولیه‌ی وی نشأت می‌گیرد. با این حال، روند متضاد با روندهای غیرانطباقی آیمی چه هست؟ متضادِ ارضای نیازهای دیگران و نادیده گرفتن خویش عبارت است از: ارضای نیازهای دیگران و ارضای نیازهای خویش. مضاف بر مورد قبلی، روند انطباقی ثانویه و مکمل قبلی این است که در شرایط تلاش برای تمامیت‌خواهی به شیوه‌ای درست و وظیفه‌شناسانه عمل کند. روند انطباقی تکمیلی می‌تواند این باشد: ارضای نیازهای دیگران و نیز ارضای نیازهای خویش به شیوه‌ای نسبتاً وظیفه‌شناسانه و از روی وجدان.

سؤال ششم این است: **برای حرکت از روندهای غیرانطباقی به سمت روندهای انطباقی چه اتفاقاتی باید بیفتند؟** پاسخ به این سؤال شامل توجه به عوامل ساختاری کلی در درمان از جمله پویایی‌های بافتی و شخصیتی و رای عوامل درمانی مشترک (عمومی) مانند حمایت، پاسخ همدلانه و حمایت و پاسخ‌دهی هم‌فهمانه می‌شود. در مورد آیمی، عوامل ساختاری که نیاز است تغییر کنند عبارت‌اند از: باورها و طرح‌واره‌های هسته‌ای وی و جبران نقایص مهارت‌های کلیدی. به طور اختصاصی، او نیاز دارد تا اعتماد به نفسش بیشتر شده و توانمندتر شود، کمال‌گرایی‌اش کاهش یابد، به طور جرأت‌مندانه‌تری عمل کند و در رفتارهای خودمراقبتی، بدون احساس گناه درگیر شود.

سؤال هفتم این است: **اهداف بالینی مناسب برای تغییرات مرتبه‌ی اول و دوم چیستند؟** این سؤال بازتابی است از عناصر اهداف درمانی و تمرکز درمانی از مؤلفه‌ی مفهوم‌سازی مراجع. این اهداف در خدمت عملیاتی کردن تغییرات ساختاری همان‌گونه که در سؤال قبلی به آن اشاره شد عمل می‌کنند.

این اهداف، آماج‌های درمانی‌اند که درمان با مداخلات خوش‌ساخت بر آنها معطوف می‌شود. این مورد همان مؤلفه‌ی مداخلات درمانی مفهوم‌سازی مراجع است. به عنوان مثال، در مورد آیمی، اهداف تغییرات مرتبه‌ی اول عبارت است از: کاهش نشانگان ارائه شده در مورد افسردگی، خستگی مفرط و بی‌خوابی. اهداف تغییرات مرتبه‌ی دوم عبارت‌اند از: افزایش حس خودکارآمدی و توانمندسازی که مستلزم تغییر در باورهای هسته‌ای و نیز افزایش تعاملات جرأت‌ورزانه است. کاهش تلاش‌های کمال‌گرایانه به اهداف تغییرات مرتبه‌ی دوم مربوط هستند.

سؤال هشتم این است: **در تلاش برای نیل به این اهداف با چه موانع یا عوامل تسهیل‌کننده‌ای روبه‌رو خواهیم شد؟** این سؤال در واقع همان عنصر پیامدها و موانع درمانی مبحث مفهوم‌سازی مراجع است. همان‌طور که قبلاً گفته شد، آزمون واقعی ارزش مفهوم‌سازی مراجع عبارت است از: کارایی آن در پیش‌بینی موانع و پیامدهای درمانی. به عنوان مثال، کارکردن موفقیت‌آمیز با آیمی به دلیل داشتن والدینی بسیار مطالبه‌گر و انتقادکننده، به معنای آگاهی نسبت به این تاریخچه و اجتناب از اظهارات فعال‌ساز انتقال است که اگر این اظهارات بیان شوند او ممکن است آنها را به عنوان انتقاد و مطالبه‌گری تفسیر کند. این بدان معناست که باید آمادگی مقابله با احتمال چسبندگی فرد نسبت به درمان و درمانگر بود (مانند دشواری در پایان دادن به درمان). این موارد تعدادی از چالش‌ها و موانع بالقوه‌ی درمانی در ارتباط با مراجع هستند. در همین زمان باید مواظب بود زیرا به دلیل اتحاد درمانی مثبت و تاریخچه‌ی موفقیت‌آمیز ترک روندهای مخرب، درمانگر می‌تواند به طور نسبی انتظار داشته باشد که او بتواند با مادر سوءاستفاده‌گرش و چیزهایی که از آنها اجتناب می‌کند مواجهه کند. در ادامه درباره‌ی این مراجع به خصوص (آیمی) تعدادی از تسهیل‌کننده‌های بالقوه‌ی درمانی ارائه شده‌اند.

جدول ۴-۲ انتظار چالش‌های درمانی بر اساس پویایی‌های شخصیت

شخصیت اجتنابی

درگیری	پایان زود هنگام؛ آزمایش رفتار از جمله لغو کردن قرار ملاقات‌ها، ترس از
	مورد انتقاد قرار گرفتن، دشواری در خود افشایی
انتقال	آزمودن، وابستگی افراطی
انتقال متقابل	ناکامی و درماندگی، انتظارات درمانی غیرواقعی
روندهای برانگیزان	روابط نزدیک و ظاهر موجه

تلاش‌های مبتنی بر بقاء
اختتام

اجتناب از تکالیف خانگی
اضطراب و دوسوگرایی درباره‌ی پایان درمان

شخصیت مرزی

درگیری

مراجع به سختی می‌تواند درمانگر را به عنوان یک فرد یاری‌رسان و
مشارکت‌کننده ببیند

انتقال

وابستگی و رویای آمیختگی و چسبیدن به دیگران

انتقال متقابل

خشم و تلاش برای نجات یافتن از دست این رویاها

روندهای برانگیزان

پیگیری اهداف شخصی و روابط خیلی نزدیک

تلاش‌های مبتنی بر بقاء

تمرکز بر احساس خوب در مقابل تغییر

اختتام

ترس از رهاشدگی و تمایل به بازگشت به رویه‌های قبلی رفتاری

شخصیت وابسته

درگیری

درخواست خاموش از درمانگر برای تصمیم‌گیری و حل مشکلاتش، اطاعت
به جای مشارکت با دیگران

انتقال

چسبیدن به مقاومت، درخواست‌های چندگانه، آرمانی‌سازی درمانگر

انتقال متقابل

خیال‌پردازی درباره‌ی ناجی بودن، نقش رهنمودی، شکست در مواجهه با
پیشروی (پیشرفت) محدود

روندهای برانگیزان

مطالبه‌ی خودتکایی یا تنها بودن

تلاش‌های مبتنی بر بقاء

پافشاری بر افزایش استقلال، جرأت‌ورزی

اختتام

ترس از اختتام یا رهاشدگی با بدتر شدن تناقض گونه‌ی پیشرفت جریان
درمان

شخصیت خودشیفته

درگیری

دنبال انعکاس نظر دیگران پیرامون خود بودن، به راحتی و به طور خودشیفته
آسیب دیدن

انتقال

آرمانی‌سازی، بی‌ارزش‌سازی خویش، همانندسازی فراقکنانه

انتقال متقابل

عدم تصدیق نیازهای خودشیفته‌گونه‌ی فرد، کسالت، احساس کنترل شدن،
خشم، آسیب، ناتوانی

ارزشیابی خویش	روندهای برانگیزان
دشواری در صرف نظر کردن از خاص بودن و مستحق بودن (سزاواری)	تلاش‌های مبتنی بر بقاء
خویش	
اختتام زودرس	اختتام

شخصیت هیستریانیک (نمایشی)

ایجاد سریع اتحاد درمانی، اعتقاد بر اینکه درمانگران می‌توانند آنها را به طور شهودی درک کنند.	درگیری
روی‌پردازی پیرامون ناجی بودن، انتقال شهوانی یا شهوانی کننده	انتقال
نقش ناجی یا حضرت مسیح را بازی کردن، عزلت‌گزینی، اضطراب، استعمار	انتقال متقابل
روابط جنسی متضاد با نقش خویشتن	روندهای برانگیزان
پافشاری بر منظم بودن	تلاش‌های مبتنی بر بقاء
خیال‌پردازی پیرامون روابط ادامه یافته، ترس از پایان درمان یا دیگر روابط	اختتام

شخصیت وسواس فکری - عملی

ظاهراً در درون جلسات و بین جلسات مشتاق پیروی کردن هستند.	درگیری
فهرست‌ها و نقشه‌های درهم و برهم و وسواسی، خفیف‌سازی درمانگران	انتقال
عدم درگیری، عواطف انزواگونه، خشم، تباری با سازوکارهای دفاعی مراجع	انتقال متقابل
موضوعات مربوط به اقتدار، موقعیت‌های بدون ساختار، روابط نزدیک	روندهای برانگیزان
پافشاری بر در تماس بودن با احساسات ملایم (پرهیز از تماس با احساسات	تلاش‌های مبتنی بر بقاء
پافشاری بر در تماس بودن با احساسات ملایم (پرهیز از تماس با احساسات	
دوسوگرایی درباره‌ی پایان‌ها	اختتام

مورد آیمی: توصیف و اظهار نظر

در این بخش که در ادامه و از جلسه‌ی اول درمان ارائه می‌شود، شما می‌توانید دنبال کنید که چگونه دکتر کارلسون به طرز ماهرانه‌ای سؤالات و شفاف‌سازی‌های خویش را در مسیر شناسایی روندهای غیرانطباقی آیمی متمرکز می‌کند، چرا که این امر عنصر کلیدی در مفهوم‌سازی موقتی مشکل مراجع محسوب می‌شود.

آیمی: من نمی‌خوام به احساسات وی آسیب بزنم، احساس می‌کنم اگر احساسات واقعی خشم و عصبانیت خودم را به وی بگویم واقعاً وی را ناراحت می‌کنم، می‌دونید که من حتی به میزان اندکی هم دوست ندارم این اتفاق بیفتد، من نمی‌تونم این کار رو بکنم... بنابراین، ترجیح می‌دهم که این احساسات رو در درون خودم مرور کنم و هرگز آنها را برون‌ریزی نکنم.

دکتر کارلسون: فکر می‌کنی چرا این طوریه؟ آیا با خودت و احساسات خودت صادق هستی؟

آیمی: بله، فکر می‌کنم همین طوریه اما بیان چگونگی احساساتم به دیگران زمان دشواری برایم محسوب می‌شود، مگر اینکه آن احساسات، مربوط به امور خوشایند باشد زیرا من دوست ندارم به احساسات کسی آسیب برسانم. بنابراین من حتی به بهای نادیده گرفتن خودم سعی می‌کنم آدم همیشه خوب و مهربانی باشم. من آدم خیلی منفعلی هستم.

دکتر کارلسون: مهربان، اما به نظر می‌رسه که تو خیلی هم صادق نباشی، درسته؟

آیمی: (در حالی که می‌خندد) نه.

دکتر کارلسون: این امر خودش را در روابطت چگونه نشان می‌دهد؟

آیمی: نمی‌دونم آخه من روابط طولانی خیلی زیادی نداشتم. واقعیتش اینه که من روابط خیلی زیادی نداشتم. من آدم تنهایی بوده‌ام.

دکتر کارلسون: بنابراین تو در این زمینه خیلی شبیه به پدرت هستی، درسته؟

آیمی: اوهم، بله.

دکتر کارلسون: می‌بینم، مادرت چه‌طور بود؟

آیمی: اون آدم خیلی اجتماعی بود. منم آدم اجتماعی هستم و تا حدی به روابط اجتماعی ام وفادارم. من یک شوfer (راننده کامیون) هستم. با آدم‌های خیلی زیادی صحبت می‌کنم، گفتگو کردن بخشی از شغلم محسوب می‌شه، اما ایجاد یک رابطه و ساختن اون برای من کار خیلی سختیه.

دکتر کارلسون: سخت بودن به چه معناست؟

آیمی: من به سختی به دیگران اجازه می‌دهم تا جنبه‌های متفاوت من رو ببینند، در مقایسه با آنچه که من دوست دارم اونها ببینند... اینکه شما منو آدم اجتماعی‌ای می‌دونید منو خوشحال می‌کنه.

دکتر کارلسون: این چیزی است که تو از مادرت یاد گرفتی؟

آیمی: بله، احتمالاً... اون آدم معاشرتی بود و شخصیت کاریزماتیکي داشت.

دکتر کارلسون: اما تو اینو یاد گرفتی که آنچه خیلی مهمه اینه که اون چیزی باشی که دیگران ازت می‌خوان باشی نه اون چیزی که خودت واقعاً دوست داری باشی.

آیمی: بله احتمالاً. من از اینی که هستم خجالت نمی‌کشم اما فقط دوست ندارم کسی بدونم که منم جنبه‌های بدی دارم... البته حدس می‌زنم که هر فردی نواقصی داره.

دکتر کارلسون: و البته جنبه‌ی بد تو اینه که دوست نداری به احساسات کسی آسیب بزنی، درسته؟

آیمی: بله، من خشم و رنجش زیادی نسبت به اعضای خانواده‌ام دارم و به دلیل داشتن این احساسات احساس گناه می‌کنم زیرا من احساس می‌کنم که می‌بایست کودک مطیعی (حرف گوش کن) باشم... و من در طول دوران رشد کم‌بسیار مطیعی بودم. من در همه‌ی مواقع خیلی خوب بودم و البته الان هم هستم، من هرگز والدینم را نا امید نکردم و ناراحت کردن و نا امید کردن اونها باعث می‌شه که احساس خیلی بدی داشته باشم و باعث می‌شه که درباره‌ی خودم احساس خیلی بدی داشته باشم و لذا من برای به دست آوردن تأیید آنها خودم را به آب و آتش زدم و همه کاری کردم... به نظرم اونها منو دوست دارند و البته جایی برای شکست وجود نداره و من دائم و دائم تلاش می‌کنم تا همه‌ی آدم‌های دور و برم رو خوشحال کنم.

دکتر کارلسون: عجیب نیست که تو نمی‌تونی آروم باشی...

آیمی: بله، عجیب نیست.

دکتر کارلسون: اصلاً زمانی برای تو موجود نیست. آیا فکر می‌کنی که این شیوه‌ای است که بتونی برای همیشه انجامش بدی؟

آیمی: امیدوار نیستم.

دکتر کارلسون: امیدواری بتونی چه کار بکنی؟

آیمی: دوست دارم بتونم یک جا بنشینم و در مورد اون روز و اینکه چه کارهایی باید بکنم اصلاً فکر نکنم. آدم نمی‌تونه به طور خودکار و اتوماتیک ذهنش رو از چیزهایی که درباره‌اش فکر می‌کنه و نگران هست و انتظارش را می‌کشه خالی کنه (ذهنش را ببنده)... اما این انتظار رو دارم که بخش آرام و ساکت زندگی‌ام را نیز ببینم، چون خیلی زیباست که بتونم یک جا بنشینم و از سپری شدن روز لذت ببرم.

دکتر کارلسون: ولی من متعجبم که چه مقدار از یک روز مال خودته؟

آیمی: هیچ وقتش.

دکتر کارلسون: به نظرم تو کار می‌کنی، به دانشکده می‌روی، از پدربت مراقبت می‌کنی و....

آیمی: و همچنین بچه هام.

دکتر کارلسون: دو تا بچه داری که از شون مراقبت می‌کنی...

آیمی: و البته مادر بزرگم.

دکتر کارلسون: و مادر بزرگت؟

آیمی: بله، مادر بزرگم، اون الان ۸۰ سالشه. اون تا دوهفته‌ی دیگه ۸۰ ساله می‌شه و لذا من هنوزم ازش مراقبت می‌کنم. من به خوش می‌رم، خوش رو تمیز می‌کنم و ملاقاتش می‌کنم آخه اون خیلی تنهاست. آیمی: در اصل، من از والدینم نیز مراقبت می‌کنم. بنابراین، من دوست دارم که همراه آدم‌ها باشم نه سربار و مزاحم کسی. من دوست ندارم به خونگی اون برم و فکر کنم که مجبورم که خوش رو دوباره تمیز کنم. این بخشی از زمان منه که با اون سپری می‌شه.

دکتر کارلسون: و البته موضوع مادری تنها بودن هم هست؛ آیا تو مادری تنها نیستی؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: اما آن واژه‌ی آرامش و سکوت^۱ را که استفاده کردی چه تناسبی داشت؟

آیمی: نمی‌دونم واقعاً تناسب اون کلمه در این جا چیه اما می‌دونید، من همین حالا و نیز این روزها خیلی تحلیل رفتم و ضعیف شدم. من همچنین در خوابیدن مشکل دارم و شبها وقتی به رختخواب می‌رم خیلی خسته هستم. من در تختم دراز می‌کشم و شروع می‌کنم به فکر کردن درباره‌ی کارهایی که باید انجام بدهم و این فرایند همیشه تکرار می‌شه و به نظر می‌رسه که من اصلاً حتی ۵ دقیقه هم در طول روز وقت ندارم که مثلاً تلویزیون نگاه کنم و برای خودم راحت باشم.

مراجع ادامه می‌دهد:

آیمی: ... البته من هر از چند گاهی اندکی طبل می‌زنم، اما احساس در بند بودن خیلی توانکاه است زیرا اگر بخواهی خوب باشی مجبوری خیلی تمرین کنی و من مطمئنم که همسایه‌های من از این کار من خیلی لذت نمی‌برند.

دکتر کارلسون: بازم تکرار شد و تو داری بازهم به دیگران فکر می‌کنی. فکر کردن به خانواده، فکر کردن به همسایه‌ها، فکر کردن درباره‌ی

آیمی: اوهوم، بله، همیشه همین طوره.

دکتر کارلسون: با این وجود آیا کسی هست که ما به اون فکر نکرده باشیم؟
 آیمی: نه، نمی‌دونم چرا. من نیاز دارم که به خودم فکر کنم زیرا من نمی‌دونم که واقعاً کی هستم، من دائم دارم فعالیت می‌کنم اما من هیچ‌وقت برای خودم وقت نداشتم تا خودم رو به عنوان یک انسان بشناسم. من در ۱۶ سالگی مادر شدم، بعد دبیرستان ازدواج کردم و..... انگار که مسابقه‌ی موش‌ها بود چون من اصلاً صبر نکردم و اندکی فکر نکردم که واقعاً من کی هستم.
 دکتر کارلسون: (از زبان آیمی) من نمی‌دونم که کی هستم، بنابراین هر کاری را انجام می‌دهم زیرا هر کاری می‌کنم تا آنقدر خسته بشم که اصلاً نتونم بفهمم که چه کسی هستم.
 آیمی: بله، جمله‌ی قشنگی رو عنوان کردید.

اظهار نظر

دکتر کارلسون در جلسه‌ی اولش با آیمی از سؤالات راهبردی برای ایجاد یک مفهوم‌سازی موقتی از مشکل مراجع استفاده و درعین حال تاریخچه‌ی اجتماعی و رشدی وی را نیز جمع‌آوری کرد. مفهوم‌سازی موقتی وی از مراجع این است که وی باید دیگران را خوشحال کند و مراقب نیازهای آنان باشد درعین حال نیازهای خویش را فراموش می‌کند. این بخش از سنجش اولاً بر روابط کلیدی در زندگی آیمی به ویژه رابطه با مادر، پدر و مادر بزرگ مادری که اساساً وی را بزرگ کرده است، تمرکز کرد. ما به طور مختصر آموختیم که او دو بچه و یک همسر (سابق) دارد. او درباره‌ی دلایلی برای آمدن به درمان (و مواجهه با خشم و رنجشی که نسبت به مادرش داشت) شک و تردید داشت. همچنین ما در جلسات بعدی خواهیم آموخت که او همچنین به طور فزاینده‌ای درباره‌ی اثرات رهایی همسر سابقش از زندان در سه ماه آینده بر زندگی خویش و فرزندانش نگران است.

آیمی تا حدودی نسبت به موقعیت زندگی روزانه‌اش بصیرت دارد. او می‌داند که دوست دارد بتواند روزی چنین کارهایی بکند: بنشیند و احساس آرامش بکند و از روز خودش لذت ببرد. در عوض، او درباره‌ی انتظارات و مطالبات رو به تصاعد روز خودش نشخوار ذهنی دارد و وقتی این مطالبات طاقت‌فرسا می‌شود او نشانگانی همچون اضطراب و بی‌خوابی را تجربه می‌کند و در تلاش‌های ناسالمی از جمله نوشیدن مشروب برای خوابیدن درگیر می‌شود. البته او قادر است نسبتاً تنگناهای بنیادی زندگی خویش را به طور صحیح توصیف کند:

"وقتی می‌خوام به دیگران نشون بدم که چه احساسی دارم واقعاً لحظات سختی را تجربه می‌کنم، مگر اینکه همه چیز خوب باشه چون من نمی‌خوام به احساسات کسی لطمه بزنم آخه من آدم خیلی خوب و مهربانی هستم حتی به بهای اذیت کردن خودم هم که شده سعی می‌کنم آدم خوبی باشم... من آدم منفعلی هستم".

به نظر می‌رسد که او اسیر روندهای غیرانطباقی خویش و اثرات آن بر خودش شده است و این در عبارت قبلی که گفته بود حتی به بهای اذیت شدن خودم کاملاً مشهود است. علی‌رغم این آگاهی او قادر نیست که راهی برای مراقبت از دیگران و خودش پیدا کند. این نکته همان‌طور که خواننده خواهد دید، تمرکز فرآیند درمانی خواهد شد.

از این بخش از جلسه‌ی اول اشتراکی مشاور و مراجع، عنصر مرکزی مفهوم‌سازی موردی آیمی (مفهوم‌سازی موردی موقتی که درباره‌اش اطمینان داریم) برای دکتر کارلسون آشکار شد. روند اولویت‌دار آیمی خوشحال و راضی کردن دیگران است. جنبش پایه‌ای وی حرکت به سمت دیگران و مقدم دانستن نیازهای آنها بر نیازهای خویش است. متعاقباً، او برای مراقبت از خویش (رفع نیازهای خویش) زمان بسیار کمی دارد زیرا او تمرکز افراطی بر ارضای نیازهای دیگران دارد. باید گفت که به نظر می‌رسد آیمی با مفهوم‌سازی موردی موقتی دکتر کارلسون به ویژه در مورد روندهای غیرانطباقی‌اش و نیاز به جایگزینی آن با روندهای انطباقی‌تر موافق است. او می‌گوید: نیاز است که شروع کنم به فکر کردن درباره‌ی خودم زیرا احساس می‌کنم که دیگر نمی‌دانم واقعاً کی هستم. دکتر کارلسون در اظهارات ضبط‌شده‌ی بعد از جلسه‌ی اولش عنوان کرد که آیمی قادر است نقش و روند غیرانطباقی خویش "به عنوان فردی که می‌تواند از دیگران مراقبت کند و درعین حال برای مراقبت از خویش کار چندانی انجام نمی‌دهد" را ببیند و تصدیق کند. بحث‌های ادامه‌داری درباره‌ی این روند اولویت‌دار آیمی در جلسات بعدی مطرح شد.

قابل توجه است که در گفتگوهای پیگیرانه‌ای که ۷ سال بعد از شش جلسه‌ی درمان با وی صورت گرفت، این روندها در خاطره‌اش درباره‌ی تجارب درمانی با تمام کیفیت باقی مانده بود (جزئیات جلسات در یادش باقی مانده بود). این موارد به تفصیل در فصل هفتم مطرح شده‌اند. اساس آن گفتگوهای پیگیرانه این بود که آیمی چگونه می‌تواند بین مراقبت از خویش و مراقبت از دیگران تعادلی برقرار کند. آیمی روندهای غیرانطباقی خویش را با روندهایی انطباقی و تاحدودی سالم‌تر جایگزین کرده بود. به عبارتی دیگر، در طول دوره‌ی درمان، تغییرات مرتبه‌ی دوم اتفاق افتاده‌اند و درسالهای بعدی نیز حفظ شده‌اند.

مفهوم‌سازی موردی موقتی دکتر کارلسون درست به هدف زده بود. متنها این مفهوم‌سازی تمام و کمال نبود و واقعیات مرتبط با این مبحث در جلسه‌ی دوم به وضوح مشخص شد. آنچه که پدیدار شد، روند ثانویه‌ی مفهوم‌سازی مراجع بود. این مورد هم عبارت است از: حرکت علیه (بر ضد) دیگران و خودش. اکنون، این جنبش و حرکت علیه دیگران و خودش، نه پرخاشگرانه بوده و نه آشکارا ملعبه‌گرانه. در مقابل، آیمی به نحوی کمال‌گرایانه و خودانتقادی عمل می‌کرد و انتظارات بسیار بالایی را برای خودش حفظ می‌کرد. هر دو روند وی بر اساس جنبش‌های له و علیه دیگران، آشکارا متناقض بودند. برای درک کامل آیمی و دوره‌ی درمان با دکتر کارلسون، باید پذیرفت که هر دو رویه‌ی وی به طور همزمان عملیاتی و کاربردی هستند. جایی که درمانگر این دو روند و جنبش و تنش بین آنها را تصدیق نکند، به احتمال قابل پیش‌بینی‌ای فرآیند درمان پیچیده خواهد شد و نتیجه‌ی احتمالی این روند، پایان زودرس درمان خواهد بود. اجازه دهید تا شفاف‌تر و صریح‌تر باشیم. به دلیل روند بسیار پردوام وی مبنی بر خوشحال و راضی نگه‌داشتن دیگران، آیمی از طرح نیازهایش برای دیگران امتناع می‌ورزید و در نه گفتن به تقاضاهای دیگران به ویژه مطالبات پدر و مادرش مشکل داشت. او نوعاً با دیگران به شیوه‌ای آشکارا توافق‌جو (روند راضی نگه‌داشتن دیگران) ارتباط برقرار می‌کرد. اگرچه، او اعتقادات و عقاید قوی خودش را داشت (روند کمال‌گرایانه) اما به ندرت با دیگران بحث می‌کرد یا اینکه روی موضع خودش پافشاری نمی‌کرد. عدم حساسیت وی در مواجهه با عقاید شخصی و سیاسی‌ای که آنها را غیرقابل تحمل می‌دانست نشانگر و مبین فقدان جرأت‌ورزی و ترس از دوست داشته نشدن و عدم پذیرش از سوی دوستان و دیگران است (رویه‌ی راضی نگه‌داشتن و خوشحال نگه‌داشتن دیگران). با این حال یک استثناء وجود داشت. اگرچه آیمی این مورد را خیلی استثنایی و البته آشفته‌کننده توصیف کرد، اما وی توانست جلوی همسر سابقش محکم بایستد و بعد از سال‌ها سوءاستفاده‌ی کلامی، عاطفی و جسمانی، از وی جدا شود و او را ترک کند. این استثناء چشمگیر و قابل توجه بود و به طرز فوق‌العاده‌ای احتمال اینکه آیمی بتواند در جلسه‌ی درمان موفق شود را افزایش می‌داد. او می‌دانست که این کار درستی است که باید انجامش بدهد (روند کمال‌گرایانه) و قادر است پس از کمی مشورت به گونه‌ای رفتار کند که به نفع خودش و بچه‌هایش باشد و این سبک رفتاری برخلاف تمایزش برای تسلیم شدن در برابر خواسته‌های دیگران و مورد سوءاستفاده قرار گرفتن بود (روند خشونودسازی دیگران).

در جلسات بعدی، نیاز آیمی برای بیان کامل حرف‌هایش، گفتن آنها در زمان مقتضی و درست و اشتباه نکردن، مورد پیگیری قرار گرفت که این مؤلفه‌ها، دیگر نشانگرهای روند ثانویه‌ی وی یعنی کمال-گرایی بودند. از آنجایی که آیمی در ترک کردن همسر سوءاستفاده‌گرش جرأت‌ورزی را نشان داده بود، دکتر کارلسون می‌توانست به طور معقولی وی را ترغیب کند تا با مادرش و دیگر چهره‌های مهم زندگی‌اش هم به شیوه‌ای جرأت‌مندانه تعامل کند. واقعیت این است که دو هفته به تعویق انداختن تکلیف درمانی برای اینکه کلمات مناسب و نیز زمان مقتضی را پیدا کند (روند کمال‌گرایانه) از نظر درمانی قابل پیش‌بینی بود. از طرف دیگر، آیمی احساس کرد که مجبور است تا به این تکلیف درمانی راضی و تسلیم شود (روند خشنودسازی دیگران) و از طرفی دیگر نیز او احساس کرد که مجبور است تا هیچ اشتباهی نکند و احساسات مادرش را جریحه‌دار نکند و به او آسیبی نرساند. واقعیت این است که خود آیمی بعد از اینکه به نرمی با مادرش مواجه شد و روندهای خشنودسازی دیگران و کمال‌گرایی‌اش را منعکس کرد، خرد شد و متعاقب این قضیه و به نحوی قابل پیش‌بینی نشانگان افسردگی را از خود بروز داد.

یک روند انطباقی‌تر برای آیمی مراقبت و دلسوزی برای دیگران به انضمام مراقبت و دلسوزی برای خویشتن بود. خیلی جای تعجب نیست که دکتر کارلسون برای مابقی فرآیند درمانی، این روند انطباقی‌تر را به عنوان محور و کانون درمان قرار داد. از آنجایی که این روند جدید برای آیمی جهت نیل به تغییرات مرتبه‌ی دوم در زندگی‌اش اساسی بود، دکتر کارلسون در جلسه‌ی اول شروع کرد به کمک کردن به وی تا صحبت کردن را یاد بگیرد و از تعاملات جرأت‌مندانه‌تری در ارتباط با مادرش استفاده کند. چرا دکتر کارلسون بر تعامل آیمی با مادرش تمرکز کرد؟ پاسخ این است که هدف بیان شده‌ی آیمی از حضور در درمان حل و فصل احساسات منفی‌اش نسبت به مادرش بود. البته شایان ذکر است که پرسشنامه‌ی روان-شناختی را که آیمی تکمیل کرد و دکتر کارلسون قبل از جلسه‌ی اول ملاحظه کرد تنها تا حدودی درست بود. دکتر کارلسون در اظهار نظر ضبط شده‌ی قبل از جلسه‌ی اول مشاوره، گفته بود که پرسشنامه‌ی سبک زندگی کرن^۱ نشان از بالا بودن نمرات وی در دو خرده‌مقیاس نیاز به خشنود کردن دیگران و قربانی کردن خود به واسطه‌ی فقدان تعاملات جرأت‌مندانه و محاصره کردن خویش با افراد خودمدار و خودخواه می‌دهد. این موارد با روند غیرانطباقی اصلی وی بسیار نزدیک‌اند اما چیزی درباره‌ی روند ثانویه‌ی وی بیان نمی‌کنند. خوشبختانه، تیزهوشی بالینی دکتر کارلسون کمبود این پرسشنامه را (تشخیص دومین روند رفتاری وی یعنی کمال‌گرایی) جبران کرد. نهایتاً اینکه از نظر تشخیصی و دی‌اس‌ام، آیمی ملاک اختلال

افسردگی نامشخص^۱ و اختلال شخصیت وابسته^۲ و صفات شخصیتی اجتنابی^۳ و نشانگان وسواس فکری و عملی^۴ را دارا است.

اظهار نظر دکتر کارلسون

من به تمرکز بر مؤلفه‌های مهم خلق و حفظ رابطه‌ی مثبت با آیمی ادامه دادم. او شبیه بسیاری از مراجعین دیگری بود که با آنها کار کرده بودم و تاریخچه‌ی تمام عیاری از روابط چالش‌زا و مواجهه‌های بسیار منفی و حل نشده با دیگران داشت. بسیاری از مشاوران تحت کارورزی یا درمانگران سطح متوسط، دوست دارند به مراجعان نشان دهند که آدم خوبی هستند و محتاطانه پیش می‌روند (فقط هوای مراجع را ننگه می‌دارند) و از درگیری و تعامل با مراجعان به شیوه‌ی نرمال بده بستان می‌ترسند. من از آیمی خواستم تا بدانند من برایش ارزش قائلم و او را به عنوان انسانی با صلاحیت می‌بینم و با او با همین دید و نگرش رفتار خواهم کرد. برای مراجعان اهمیت دارد که بدانند شما (درمانگر) صادق و قابل اعتماد هستید و هم تأیید می‌کنید و هم انتقاد (با انتقاد و اعتبار بخشی پاسخ می‌دهید). هنگام کار با مراجعی که تشخیص اختلال شخصیت وابسته خورده، ضروری است تا به اعتبار بخشی به آنها ادامه دهیم و از طریق اقداماتمان نشان دهیم که ما آنها را انسان‌های توانمندی می‌دانیم. اگرچه آیمی ملاک تشخیصی اختلال افسردگی نامعین داشت، به علاوه از تنهایی هم رنج می‌برد. ساختار شخصیتی وی باعث می‌شد تا وی از دیگران فاصله بگیرد و تنهایی بسیار عمیقی را علی‌رغم برخورداری از بسیاری از ویژگی‌ها و مهارت‌های اجتماعی تجربه کند. به نظر می‌رسد که استفاده از مدل مفهوم‌سازی مراجع اسپری و اسپری (۲۰۱۲) درست بوده و با مفهوم‌سازی و شیوه‌ی درمانی من با آیمی مشابه بوده است. خوب است که مفهوم‌سازی را تا این حد زیبا و قشنگ بدانیم و آن را پرینت بگیریم و مطالعه کنیم، اما باید اعتراف کنم که من بر اساس چنین مدل‌های تفکری، به طور آگاهانه عمل نمی‌کنم. بیشتر آنچه که من با آیمی و دیگر مراجعانم انجام می‌دهم به طور شهودی در جلسه اتفاق می‌افتند. من خیلی سخت تلاش کردم تا دنیای آیمی را درک کنم در عین حال به نرمی سؤالاتم را می‌پرسیدم و هر وقت که به نظر می‌رسید اظهارات و بیانات وی برایش محدودکننده و مخرب هستند آنها را به چالش می‌کشیدم. من فکر می‌کنم که برای درمانگران بسیار ضروری است تا آدم‌هایی واقعی باشند و

-
- 1-Depressive Disorder-NOS
 - 2-Dependent Personality Disorders
 - 3-Personality avoidant traits
 - 4-Obsessive-Compulsive Personality

خالصانه با مراجعان درگیر شوند. به نظر می‌رسد بسیاری از درمانگران کم تجربه نقش درمانگر را بازی می‌کنند و هر پاسخ، انعکاس یا بیانات کلامی آنها مانند فیلمی است که دیده‌اند (یعنی دارند یک فیلم آموزشی را پیاده می‌کنند و خودانگیخته نیستند). در اصل، آنها مشغول این هستند که خود را کس دیگری نشان دهند (یعنی دارند نقش کس دیگری را بازی می‌کنند و خلوص ندارند) که آنها را از آنچه که به طور بالقوه در درمان امکان تحقق آن وجود دارد دور و منحرف می‌کند. به دلایل متعدد حدس می‌زنم که این افراد هم مانند آیمی هستند و در دام تلاش برای خوشحال کردن دیگران گیر می‌افتند و لذا قادر نیستند که به طرز واقعی و در سطح بسیار عمیق مفید واقع شوند. احتمالاً امروزه در سطح جهان من بیش از هر کس دیگری نقش درمانگران مسلط را الگوسازی می‌کنم. به همین دلیل است که من ویدئوهای بسیاری را با درمانگران مسلط متنوعی ساختم و فیلم کار آنها را با مراجعان چالش‌زای بسیاری مشاهده کرده‌ام. من متوجه شده‌ام که به طرز ناخودآگاهی و بدون اینکه بفهمم در کار با مراجعان همان کاری را انجام می‌دهم که از درمانگران مسلط مشاهده کرده‌ام. صورت‌بندی درمان من از پیچیدگی برخوردار است و زرادخانه‌ی راهبردهای درمانی من از طریق این مواجهه‌ها بسط یافته است. من آگاه هستم که در پیشینه‌ی فرهنگی آیمی، هیچ دستورالعملی در این مورد که او دوست دارد چه بشود یا به کدام مقصد و سمت و سو برود وجود ندارد. او قبلاً با ماهی‌گیری کردن و رفتن به دانشکده فراتر از همه‌ی اعضای خانواده‌اش عمل کرده بود و در حال حاضر هم در دانشکده‌ی تحصیلات تکمیلی به فکر مطالعه برای ورود به دوره‌ی دکتری است. برای او موفق شدن، مستلزم برخورداری از یک رایزن است تا بتواند او را در این فرآیند کمک کند. در اصل، آیمی از ریشه‌های فرهنگی خویش فرار می‌کند و کسی را پیدا نمی‌کند تا با او صحبت کند و احساسات تنهایی، انزوا و افسردگی‌اش را با او در میان بگذارد. درمان اثربخش، مستلزم درک پیچیدگی‌های موقعیت وی و فهم این نکته است که مداخلات بیولوژیک (زیست‌شناختی) از جمله داروهای ضدافسردگی به عمق مشکلات وی نخواهند رسید.

در کار با آیمی، آگاهی از روند ثانویه‌ی وی یعنی کمال‌گرایی (تمامیت‌خواهی) ضروری است. او تنها در شرایط بسیار محتاطانه عمل می‌کرد تا مطمئن شود که می‌تواند در قالبی کامل (تمام) رفتار کند (یعنی نگاه صفر و صدی داشت و تنها زمانی دست به کار می‌شد که مطمئن شود می‌تواند سقف معیار را برآورده کند). این احتمال وجود دارد که نیاز او به کامل بودن چالش‌های وی با مادر کنترل‌کننده‌اش را منعکس کند تا اینکه بتواند این پیغام کامل بودن را برای خودش خلق کند. نیاز عمیق آیمی برای محبوب بودن و دوست داشته شدن و پذیرفته شدن باعث شد تا این انگیزش در وی ایجاد شود که مراقبت و خشنودی

دیگران را برای خودش برجسته سازد. بسیار اهمیت دارد که بدانیم آیمی خودش را به عنوان آدمی مهربان و خوش‌قلب ولی بی‌کفایت و ناقص می‌بیند و بنابراین نیاز است تا این نقایص را جبران کند اما در جهان محدودکننده و انتقادگر باید مراقب خودش باشد و تلاش کند تا زنده بماند.

در کار خویش با آیمی، به خاطر سپردم که نیاز وی به خشنود سازی دیگران و ارضای نیازهای آنها به بهای حذف خودش یک رفتار کلیشه‌ای در زندگی وی بوده است. من به دقت هر جلسه‌ی مشاوره را نظارت می‌کردم تا تضمین کنم که من نیز فرد دیگری نباشم که آیمی درصدد خوشحال‌سازی وی است آن هم به بهای حذف شادمانی و رضایتمندی خویش. فهم این ویژگی شخصیتی وی تا اندازه‌ی زیادی توجیه‌کننده‌ی موفقیت درمان بود. وقتی آموختم که او پیشرفت‌هایی در زمینه‌ی خشنودسازی دیگران و نیز خودش کرده است بسیار خوشحال و مسرور شدم (این مورد به تفصیل در فصل هفتم مورد بررسی قرار خواهد گرفت).

اظهارات پایانی

برای درمانگرانی با مفهوم‌سازی موردی با قدرت تبیینی و پیش‌بینی ضعیف، رفتار آیمی در سه جلسه‌ی اول درمان به نظر می‌رسد که می‌تواند گیج‌کننده باشد. در جلسه‌ی اول، به نظر می‌رسید که وی برای مواجهه با مادرش قبل از شروع جلسه‌ی دوم موافق و با اشتیاق بوده اما این کار را انجام نداد. در جلسه‌ی دوم، او اشتیاقش را برای ادامه‌ی کار مجدداً تکرار کرد و در همین راستا نیز عمل کرد اما او در جلسه‌ی سوم با حالتی افسرده و خرد شده (له شده) حاضر شد. می‌توان انتظار داشت که این سناریو درمانگر را وا دارد تا مفهوم‌سازی موردی را با سطوح عالی قدرت تبیینی و قدرت پیش‌بینی تدوین کند. همین هم پاسخ این سؤال است که چرا دکتر کارلسون قادر بود به کمک اعتماد به نفس، جهت تغییر آیمی، علی‌رغم اشتباهات خطیر وی ادامه دهد. تحت رهنمودهای این مفهوم‌سازی موردی، دکتر کارلسون به طور شهودی می‌دانست که نیاز است سفر تبدیلی آیمی (تغییر از حالت منفی به حالت مثبت) اتفاق بیفتد و لذا خود را ملزم می‌دانست تا در این سفر با اطمینان او را به مدت طولانی هدایت کند. بسیاری از کسانی که این مجموعه از فیلم‌های آموزشی من را دیده‌اند تصدیق خواهند کرد که وقوع تغییرات مرتبه‌ی دوم در آغاز فرآیند درمانی مشهود و قابل توجه است. در حالی که ممکن است درمانگران مبتدی و کارورزان نسبت به پیامدهای تبدیلی درمانی اولیه و زود هنگام بترسند، اما این کاری است که درمانگران مسلط نوعاً انجام می‌دهند.

References

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Eells, T. (2007). History and current status of psychotherapy case formulation. In T. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed., pp. 3–32). New York, NY: Guilford.
- Eells, T. (2010). The unfolding case formulation: The interplay of description and inference. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 6 (4), 225–254.
- Eells, T., Lombart, K., Kendjelic, E, Turner, L., & Lucas, C. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: A comparison of expert, experienced, and novice cognitive behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 579–589.
- GAP Committee on Cultural Psychiatry. (2002). *Cultural assessment in clinical psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hays, P. & Iwanasa, G. (Eds.) (2006). *Culturally responsive cognitive behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Paniagua, F. (2005). *Assessing and treating culturally diverse clients: A practical guide* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sperry, L. (2005). Case conceptualization: A strategy for incorporating individual, couple, and family dynamics in the treatment process. *American Journal of Family Therapy*, 33, ۳۶۴–۳۵۳
- Sperry, L. (2006). *Cognitive behavior therapy of DSM-IV-TR personality disorders*, second edition. New York, NY: Routledge.
- Sperry, L. (2010). *Core competencies in counseling and psychotherapy: Becoming a highly competent and effective therapist*. New York, NY: Routledge.
- Sperry, L., Blackwell, B., Gudeman, J., & Faulkner, L. (1992). *Psychiatric case formulations*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sperry, L., & Sperry, J. (2012). *Case conceptualization: Mastering this competency with ease and confidence*. New York, NY: Routledge.
- Wu, E., & Mak, W. (2012). Acculturation process and distress: Mediating roles of sociocultural adaptation and acculturative stress. *Counseling Psychologist*, 40, 66–92.

فصل پنجم

دستیابی به تغییر: لحاظ کردن تغییرات مرتبه‌ی دوم

هر درمانگری در کار با مراجع چالش‌زایی مثل آیمی با یک سؤال اساسی مواجه می‌شود: چگونه می‌توان به این مراجع کمک کرد تا تغییر کند؟ به طور خاص و ویژه، چگونه می‌توان به او کمک کرد تا از شر راهبردهای مقابله‌ای غیر مؤثر و روندهای غیر انطباقی‌ای که بیشتر عمرش را بر آنها تکیه زده خلاص شود؟ برای دکتر کارلسون این سؤالات خاص‌ترند: من چگونه می‌توانم به آیمی کمک کنم تا روندهای رابطه‌ای‌اش¹ را که باعث عملکرد معیوب و ناقص و تخریب تعاملاتش با مادرش و دیگران شده‌اند تغییر دهد؟ یک گزینه و پاسخ برای برخی از درمانگران این است: او می‌تواند در رابطه‌ای مراقبتی (دلسوزانه) با درمانگری که از او در هنگام مواجهه با چالش‌های زندگی‌اش حمایت می‌کند درگیر شود. به گمان ما و بر اساس تجربه‌ی افرادی با تاریخچه‌ی بلند مدت سوءاستفاده که در ایجاد تغییر در شکل‌های عمومی و قابل تأمل در درمان خویش موفق نبوده‌اند، این رویکرد، تغییر خیلی کم یا نزدیک به صفر ایجاد می‌کند. گزینه و پاسخ دوم برای دیگر درمانگران این است: او می‌تواند نسبت به موقعیت و نیز تغییرات پیش کسب کند. می‌دانیم که این پاسخ نیز محدودکننده است زیرا مراجعانی مثل آیمی قبلاً به سطح نسبتاً بالایی از بینش نسبت به مشکلات خود رسیده‌اند اما هیچ تغییری نکرده‌اند. گزینه و پاسخ سوم می‌تواند این باشد: مجهز کردن وی به درمان مبتنی بر حل مسأله که در آن وی به دستورالعمل‌های

1-Relational pattern

خاصی برای شناسایی موفقیت‌های گذشته و تکرار آنها مجهز می‌شود. مشکل این است که وی در بسیاری از حیطه‌های زندگی‌اش موفقیت‌های چندانی نداشته است. پاسخ و گزینه‌ی چهارم می‌تواند ارجاع وی به ارزیابی‌های پزشکی به خاطر نشانگان بی‌خوابی، افسردگی و اضطراب و استفاده از آموزش مهارت‌ها برای آموختن شیوه‌های مقابله با نشانگان باشد.

درمان مبتنی بر نشانگان، که تمرکز بر تغییرات مرتبه‌ی اول است به احتمال زیاد خودش به تنهایی می‌تواند تغییراتی صرفاً کوتاه مدت و در حد تغییر نشانگان ایجاد کند و نه بیشتر. متأسفانه، بسیاری از کارورزان و تعداد زیادی از درمانگران به احتمال زیاد به مراجعانی مانند آیمی یک یا بیشتر این رویکردهای درمانی فوق‌الذکر را پیشنهاد می‌کنند.

در مقابل، درمانگران مسلط به احتمال کمتری پس از شنیدن داستان آیمی این گزینه‌ها را پیشنهاد خواهند کرد. در عوض، آنها روندهای غیرانطباقی وی را شناسایی خواهند کرد و گزینه‌هایی را مدنظر قرار خواهند داد که بتوانند تغییرات عمیقی را ایجاد کنند. احتمالاً آنها رسماً راهبردهای درمانی هسته‌ای و مداخلات خاص مبتنی بر تغییرات مرتبه‌ی دوم مثل مواجهه و تجارب تصحیحی را مطرح خواهند کرد. البته ممکن هم هست این کار را نکنند. اما آنها حتماً تمرکز تلاش‌های درمانی خویش را بر ایجاد تغییرات عمیق و تغییرات بادوام و ماندگار معطوف خواهند کرد. همان‌گونه که توصیف جلسه‌ی سوم نشان می‌دهد، این کار همان چیزی است که دکتر کارلسون در مورد این مراجع انجام داد. این فصل، تغییر مرتبه‌ی دوم و فرآیند ایجاد چنین تغییرات مرتبه‌ی دومی را که عمدتاً تغییرات تبدیلی و تحولی (دگردیسانه) نامیده می‌شود توصیف خواهد کرد. این فصل با بحث درباره‌ی تغییر روندها و مراتب تغییر^۱ آغاز می‌شود. در ادامه، تغییر مرتبه‌ی دوم و ۵ مداخله و راهبرد مربوط به تغییر مرتبه‌ی دوم مطرح خواهد شد. سپس، راهبردهای درمانی هسته‌ای با این راهبردهای تغییر مرتبه‌ی دوم مقایسه خواهد شد. این کار با ارائه‌ی توصیف کامل جلسه‌ی سوم پیگیری خواهد شد که در این جلسه تأکید بر تغییر مرتبه‌ی دوم است. نهایتاً، دو تفسیر (اظهارنظر) درباره‌ی جلسه و تغییرات مرتبه‌ی دوم ارائه خواهند شد. همچنین می‌توان گفت که بحث مراتب تغییر در فصول بعدی نیز ادامه خواهد داشت. در فصل ششم تغییر مرتبه‌ی اول و در فصل هفتم تغییر مرتبه‌ی سوم را مورد بحث و بررسی قرار خواهیم داد.

1- Orders of change

تغییر روندها و مراتب تغییر

گفته شده که روان‌درمانی موجب شفای (بهبود) مراجعان نمی‌شود بلکه تغییراتی را در مراجع ایجاد می‌کند. از آنجایی که این کتاب اساساً پیرامون ایجاد تغییر نگاشته شده است، احتمالاً کاملاً مفید خواهد بود که به طور رسمی فرآیند تغییر و انواع یا مراتب تغییر را توصیف و ترسیم کنیم. اجازه دهید با فرآیند تغییر شروع کنیم و با توصیف مراتب تغییر ادامه دهیم.

تغییر روند

در تجربه‌ی خود ما و درمانگران مسلطی که می‌شناسیم تمرکز اصلی تغییرات بر تغییر روندهاست. تغییر روندها به اصلاح روندهای غیرانطباقی از طریق تقلیل شدت و فراوانی آن و در عین حال جایگزینی آنها با روندهای انطباقی‌تر از طریق افزایش شدت و فراوانی روندهای سالم‌تر اشاره دارد (گوود و بیتمن، ۲۰۰۶). به عبارت دیگر، هدف، ایجاد تغییر از طریق تغییر جهت از روندهای غیرانطباقی به سمت روندهای انطباقی‌تر است. نوعاً، در طول دوره‌ی درمان درمانگر و مراجع برای تغییر روند یا روندها با هم مشارکت می‌کنند. تغییر روندها در نتیجه‌ی آنچه که مراجع با کمک درمانگر انجام می‌دهد اتفاق می‌افتد (اسپری، ۲۰۱۰). همان‌طور که در ادامه خواهیم گفت، در درمان اثربخش، این امر سناریوی مشترکی است و تغییر مرتبه‌ی دوم نامیده می‌شود.

فرآیند تغییرِ روندها متشکل از سه گام است. گام اول شامل اصلاح روندهای غیرانطباقی مراجع از طریق تقلیل شدت و فراوانی آن است. گام دوم شامل ایجاد روندهای انطباقی‌تر و افزایش شدت و فراوانی این روندهای انطباقی جدید است. گام سوم عبارت است از حفظ روندهای انطباقی (بیتمن و یو، ۱۹۹۹). به عنوان مثال، فردی که روند غیرانطباقی‌اش این باور است که وی مسئول تمام رویدادهای منفی پیرامونش است، قاعدتاً احساس گناه و پریشانی گسترده‌ای را تجربه خواهد کرد. وقتی این روند به سمتی انطباقی‌تر حرکت کند، ممکن است که وی به این باور خویش ادامه دهد که وی مسئول برخی از رویدادهای منفی پیرامونش است و لذا احساس گناه و پریشانی به مراتب کمتری را تجربه خواهد کرد. شاخص‌های گام اول عبارت‌اند از: کاهش افکار ترسناک، اجتناب کمتر از موقعیت‌هایی که مستلزم تعاملات جرأت‌مندانه‌تر است و کاهش فراوانی ناراحتی‌ها در تعاملات اجتماعی. شاخص‌های گام دوم عبارت‌اند از: ظرفیت بیشتر برای آرمیدگی در مواجهه با موقعیت‌های دشوار و ترسناک، درجات کمی از اعتماد به نفس در تعاملات جرأت‌مندانه‌تر و راحتی بیشتر در تعاملات اجتماعی. شاخص‌های گام سوم

عبارت‌اند از: آرمیده بودن در مواجهه با موقعیت‌های دشوار، اعتماد به نفس در تعاملات جرأت‌مندانه و راحتی در تعاملات اجتماعی (گوود و بیتمن، ۲۰۰۶). البته باید گفت اگرچه در فرآیند تغییر از روندهای غیرانطباقی به سمت روندهای انطباقی، آگاهی‌های جدید و بینش می‌توانند ایجاد شوند اما این بدان معنا نیست که این تغییر و جابه‌جایی به طور خودکار و ناگهانی ایجاد می‌شوند (بیتمن و یو، ۱۹۹۹). در واقع، تغییر روندها در قالب شیوه‌ی شروع کن-بایست^۱ رخ می‌دهد. در این صورت افراد پیشرفت‌هایی خواهند کرد و تنها اندکی بازگشت به روندهای قدیمی را تجربه خواهند کرد. پیشرفت احتمالاً شامل دو گام به سمت جلو و یک گام به سمت عقب می‌شود. این روند درباره‌ی آیمی قطعاً فرسوده‌کننده بوده چرا که او از روندهای غیرانطباقی به سمت روندهای انطباقی‌تر حرکت می‌کند اما گاهی هم به روندهای غیرانطباقی‌اش برگشت می‌کند. با این حال، در بلندمدت، تغییر وی به سمت روندهای انطباقی تثبیت شدند.

مراتب تغییر

از نظر بالینی برای کارورزان و درمانگران مفید است که فرآیند تغییر را از منظر مراتب تغییر مفهوم‌سازی کنند. اگرچه این واژه ریشه در ادبیات خانواده‌درمانی دارد، اما مراتب تغییر مشابهی در ادبیات روان‌درمانی نیز مطرح شده‌اند (گوود و بیتمن، ۲۰۰۶؛ فریزر و سولووی، ۲۰۰۷). بر خلاف درمان‌هایی که به دنبال ایجاد ثبات یا برگشت به کارکرد خط پایه‌ی فرد هستند، ادعای اصلی این چشم‌انداز این است که وقتی درمان کارگشا و مفید است که تمام هم‌وغم تلاش‌های موجود معطوف به ایجاد تغییرات تحولی (دگردیسی) شوند. سه مرتبه از تغییر را می‌توان به طور اختصاصی مطرح کرد و هر سه حوزه در حیطه‌ی کاری روان‌درمانگران مسلط قرار دارد. از میان این سه مرتبه، به نظر می‌رسد که دو مرتبه‌ی اول تمرکز بیشتر درمانگران باشد. تعریف تغییر مرتبه‌ی اول این است: یک طبقه از راه‌حل‌ها که مشکل را تغییر نمی‌دهد یا حداقل آن را بدتر نمی‌کند. در مقابل، تغییر مرتبه‌ی دوم یعنی تغییر آن اقدامات مربوط به تغییر مرتبه‌ی اول که نتیجه‌اش حل و فصل مشکل است (فریزر و سولووی، ۲۰۰۷، ص ۱۵).

کوتاه کلام اینکه، تغییر مرتبه‌ی اول به ثبات مربوط است در حالی که تغییر مرتبه‌ی دوم به تبدیل^۱ (تحول و دگر دیسی) مربوط می‌شود. تغییر مرتبه‌ی سوم نیز مشابه تغییر مرتبه‌ی دوم است اما اینجا دیگر مشارکت و دخالت درمانگر وجود ندارد. به عنوان مثال، یک مراجع بیکار با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است درمان پزشکی را انجام دهد که این درمان می‌تواند به نحو مؤثری نشانگان اضطراب وی را کاهش دهد اما چیزی را جایگزین روندهای غیرانطباقی ترس و اجتناب وی نمی‌کند. با این حال، او ممکن است درخواست شغل اینترنتی را پر کند اما علی‌رغم تصمیم بدون ترسش (پر کردن تقاضای اینترنتی شغل)، نمی‌تواند یک مصاحبه‌ی شغلی را که به او پیشنهاد داده‌اند حتی تصور کند. اگر درمان پزشکی نشانگان وی را تقلیل دهد درجاتی از ثبات محقق شده است. این امر مبین تغییرات مرتبه‌ی اول است. با این وجود، اگر درمانگر به مراجع کمک کند تا یاد بگیرد با ترس‌ها و رفتارهای اجتنابی‌اش مستقیماً رو به رو شود تا اینکه بتواند یک مصاحبه‌ی حضوری پیشنهاد شده را انجام دهد و شغل جدیدش را آغاز کند، در این صورت روند انطباقی جدید حاصل شده است. چنین اقدامات سازنده‌ای نشان دهنده‌ی روندهای انطباقی تراند و تغییر مرتبه‌ی دوم را می‌سازند. اگر همین مراجع مفروض، بتواند از شر احساسات اضطرابی و ترسناک افراطی‌اش به تنهایی و بدون کمک درمانگر خلاص شود، به تغییرات مرتبه‌ی سوم دست یافته است. این اتفاق مبین اهداف نهایی درمان است که در آن مراجع درمانگر خودش می‌شود. جدول ۵-۱ مراتب درمان را به طور خلاصه مطرح کرده است. تمرکز بحث بعدی فصل بر تغییر مرتبه‌ی دوم است.

با توجه به تجارب بالینی و نظارتی‌مان، می‌توانیم یک مرتبه‌ی دیگر به سطح تغییرات اضافه کنیم. مرتبه‌ی صفر تغییر، البته اگر ما معجز باشیم که آن را این‌گونه بنامیم و آن بیانگر موقعیتی است که بدون هیچ دلیلی هیچ تغییری ایجاد نشده است. این موقعیت به طور خاص وقتی قابل لمس است که یک مشاور کارورز به جای پرداختن به مشکلات مراجع یا درگیری مناسب با مراجع، اغلب اضطراب خویش درباره‌ی چگونگی ادامه‌ی روند کار را با پرسیدن مداوم سؤالات واقعیت‌مدار (سؤالاتی که از مراجع آمار و ارقام طلب می‌کند) کاهش می‌دهد. متأسفانه، پیام ناگفته و مخفی این تاکتیک این است که "من نمی‌دانم دارم چیکار می‌کنم و واقعاً انتظار ندارم که تو وضعت بهتر بشه و بهتر بشی". موقع دیگر مشخص شدن این وضعیت زمانی است که درمانگران نمی‌توانند تمرکز درمانی را که پیش‌نیاز درگیر کردن مراجع در فرآیند تغییر است را ایجاد و حفظ کنند. نتیجه این می‌شود که مراجعان به تجربه کردن نشانگان بیماری

ادامه خواهند داد و درباره‌ی موقعیتشان علی‌رغم بهبود یا حتی عدم بهبود بی‌روحوه خواهند شد زیرا آنها نمی‌خواهند مسئولیت‌های بهتر شدن را بپذیرند (مانند پیدا کردن یک شغل، برگشتن به سرکار، ایجاد یک رابطه‌ی بهتر) (اسپری و اسپری، ۲۰۱۲).

جدول ۵-۱ مراتب تغییر

مراتب	توصیف آن
صفر	کمکی به مراجع برای تغییر نشده است و این امر می‌تواند به نحوی منفی درمان را متأثر سازد.
اول	به مراجع کمک می‌شود تا تغییر اندکی بکند، نشانگان را تقلیل دهد یا به ثبات برسد.
دوم	به مراجع در حرکت از سمت روندهای غیرانطباقی به سمت روندهای انطباقی تر کمک می‌شود.
سوم	مراجعان خودشان روندهای خویش را تغییر می‌دهند زیرا خودشان درمانگر خودشان شده‌اند.

تغییر مرتبه‌ی دوم

تغییرات مرتبه‌ی دوم عبارت است از: الگوی تغییر ایجاد شده به کمک درمانگر. در این مرتبه از تغییر، یک درمانگر به مراجعان کمک می‌کند تا در درون موقعیتی که روندهای غیرانطباقی‌شان اتفاق می‌افتد، رفتارها و تفکرات قالبی‌شان را تغییر دهند و اصلاح کنند. قلب تغییر مرتبه‌ی دوم، مفهوم تبدیل (تحول و دگردیسی) و به ویژه تبدیل یک روند است.

در این مرتبه از تغییر، یک روند جدید و انطباقی‌تر ایجاد می‌شود^۱ یا اینکه جایگزین روندی غیرانطباقی می‌شود. به عنوان مثال، یک فرد با حملات وحشت‌زدگی می‌تواند کار خود را برای مواجهه-ی مستقیم با ترس‌هایش با یک درمانگر شروع کند. مواجهه با یک ترس وحشتناک به سادگی کاری چون تقلیل نشانگان نیست (تغییر مرتبه‌ی اول). البته اگر درمان موفقیت‌آمیز باشد، نه تنها نشانگان بیمار تقلیل می‌یابد بلکه همچنین از بین می‌روند و کاملاً حذف می‌شوند. اینجاست که تغییر مرتبه‌ی دوم اتفاق می‌افتد، زیرا روند غیرانطباقی اجتناب از افکار و احساسات دردناک، تغییر یافته (تبدیل شده) و با

1- Transforms

روندی انطباقی‌تر جایگزین شده است. روند اجتناب از ترس‌ها با روندی جدید جایگزین شده که در آن فرد می‌تواند به طور واقع‌گرایانه‌ای با ترس‌هایی که قبلاً و در گذشته از آن اجتناب می‌کرده است، رو به رو شود.

نگاهی به شرایط بالینی از منظر تغییر مرتبه‌ی دوم

درک شرایط بالینی بسیار رایج (منظور اختلالات روانی است) در پرتو تغییرات مرتبه‌ی اول و دوم در طراحی و پیاده‌سازی راهبردهای تغییر بسیار مفید و کمک‌کننده هستند. نگاه به سه شرایط بالینی رایج (منظور اختلالات روانی است) از منظر تغییرات مرتبه‌ی اول و دوم در ادامه به طور مختصر توصیف شده‌اند.

اختلال اضطراب

اضطراب نوعاً به عنوان نتیجه‌ی تلاش برای مسلط شدن بر اضطراب از طریق اجتناب از آن تعریف می‌شود. اجتناب، یک راه‌حل مرتبه‌ی اول اصلی است و نه تنها در جهت افزایش نشانگان اضطراب عمل می‌کند بلکه همچنین اضطراب انتظاری را نیز ایجاد می‌کند. نگاه مرتبه‌ی دوم به اضطراب، منطق متفاوتی در مورد آن ایجاد می‌کند و روندی معکوس را تجویز می‌کند که در نتیجه‌ی آن، فرد (به جای اجتناب) به سمت اضطرابش حرکت می‌کند تا اینکه بتواند بر آن مسلط شود (فریزر و سولووی، ۲۰۰۷).

افسردگی

افسردگی به طور عام به عنوان چرخه‌ی بالینی تلاش‌ها برای مقابله با استرس‌های غرق‌کننده از طریق خودخوارسازی، گوشه‌گیری (انزوا) و ساده‌سازی افراطی شناختی تعریف می‌شود. نتیجه‌ی استفاده از راه‌حل‌های مرتبه‌ی اول نوعاً عبارت است از خودتردیدی، سرزنش و گوشه‌گیری بیشتر. در مقابل، مداخلات مرتبه‌ی دوم منطق متنوعی را مبنی بر تأیید تجربه‌ی افسردگی به عنوان شیوه‌ای متناسب با بافت مطرح می‌کند. در ادامه، این مداخلات روندها را از طریق تمرینات مکرر معکوس می‌کنند که بدان طریق افراد مفروضات خودشان را بررسی می‌کنند و چالش‌های پیش روی خود را مورد توجه قرار می‌دهند (فریزر و سولووی، ۲۰۰۷).

وابستگی به مواد

مصرف الکل و سایر وابستگی‌ها به مواد، به طور عام به عنوان نتیجه‌ی تلاش برای مسلط شدن بر آنها از طریق اجتناب از آنها تعریف می‌شود. این بدان معناست که افراد هم در پرداختن به رفتارهای اعتیادی و هم در اتخاذ اقدامات ضروری برای تغییر آن شکست می‌خورند. دو راه یا چرخه‌ی مرتبه‌ی اول می‌تواند مد نظر قرار بگیرند. در چرخه‌ی اول، هرچقدر فرد وابستگی را بیشتر انکار کند به همان میزان هم وابستگی‌اش بیشتر می‌شود. چرخه‌ی دوم هم زمانی برانگیخته می‌شود که دیگران تلاش مهمی می‌کنند تا با زور و فشار فرد معتاد را از رفتار اعتیادی‌اش خارج کنند.

یک مداخله‌ی مبتنی بر تغییر مرتبه‌ی دوم، واداشتن فرد معتاد است تا با پذیرش شکست در برنامه‌ی ۱۲ گام، بر رفتارهای اعتیادی‌اش پیروز شود. به دیگران مهم هم مشاوره داده خواهد شد تا راه‌حل اولیه‌ی خویش، یعنی ترغیب فرد معتاد به پرهیز و ایستادگی در برابر وسوسه را کنار بگذارند و به او اجازه دهند تا خودش راه‌حل‌های خودش را جستجو کند. دیگر مداخلات مبتنی بر تغییر مرتبه‌ی دوم استفاده‌ی درمانگر از شیوه‌های معکوس است. بنابراین به جای تلاش برای واداشتن فرد معتاد به تصدیق رفتار اعتیادی خود و تغییر آن، درمانگران موضع فرد معتاد مبنی بر شروع تغییر و مشارکت با درمانگر و تصمیمات وی برای تغییر هر چیزی را معتبر می‌شمارند (فریزر و سولووی، ۲۰۰۷، ص ۲۷۷).

راهبردها و مداخلات مربوط به تغییر مرتبه‌ی دوم

تعدادی از راهبردهای تغییر مرتبه‌ی دوم مفید و بالینی مطرح شده‌اند (فریزر و سولووی، ۲۰۰۷). این راهبردها بر این پیش‌فرض مبتنی‌اند که راه‌حل‌های مرتبه‌ی اول مشکل را تغییر نمی‌دهند و حل و فصل نمی‌کنند و اغلب مشکل را بدتر می‌کنند. در مقابل، راه‌حل‌های مرتبه‌ی دوم می‌توانند مشکل را حل و فصل کنند و معمولاً هم همین کار را می‌کنند. راهبردهای تغییر مرتبه‌ی دوم عبارت‌اند از: واژگون‌سازی، مسدودسازی و پذیرش، قاب‌گیری (چهارچوب بندی)، قاب‌گیری مجدد و چهارچوب‌زدایی، تجویز و پیش‌بینی.

واژگون‌سازی

واژگون‌سازی، بنیادی‌ترین تغییر مرتبه‌ی دوم است. در واقع، این فن، راهبرد اصلی به کار رفته در روزهای آغازین رفتاردرمانی بود. رفتاردرمانی که در دهه‌ی ۱۹۶۰ شروع شد، عمدتاً بر درمان اختلالات اضطرابی به ویژه فوبی‌ها و اختلال وحشت‌زدگی متمرکز بود. درمان از طریق حساسیت‌زدایی (منظم)^۱ و مواجهه^۲ مداخلاتی بودند که از طریق مواجهه‌ی تدریجی فرد با اشیاء و موقعیت‌های ترسناک اجرا می‌شدند. درمان‌های شناختی رفتاری به استفاده از واژگون‌سازی در قالب درمان مواجهه‌ای ادامه دادند. امروزه این فن، به طیف گسترده‌ای از راهبردها اشاره دارد که در بین تعدادی از رویکردها استفاده می‌شود و در آن افراد برای حل مشکلاتشان استفاده از راه‌حل‌های بی‌فایده (اجتناب) را کنار می‌گذارند. این کار جلوی استفاده‌ی افراد از فرآیندهای تغییر مرتبه‌ی اول را می‌گیرد. بنابراین، اگر افراد دارای نشانگان وحشت‌زدگی از اجتناب استفاده کنند، راه‌حل متضاد برای آنان مواجهه با ترس از طریق تصویرسازی موفق موقعیت‌های اضطراب‌زا در عین حفظ آرمیدگی است. مبنای این راهبرد این است که انجام اراده‌مند یک چیز بر خلاف وقوع بی‌اراده‌ی آن فعل است. این کار چرخه را واژگون می‌کند. به جای تجربه‌ی غیرارادی حملات وحشت‌زدگی، فرد حل‌کننده‌ی مشکل این بار تلاش می‌کند تا یک حمله‌ی وحشت‌زدگی را تعمداً ایجاد کند. این تغییر رویه اعتماد به نفس فرد را نسبت به قابلیت خویش در کنترل خودش مجدداً برقرار می‌کند (فریزر و سولووی، ۲۰۰۷، ص ۵۷).

فعال‌سازی رفتاری یکی دیگر از مداخلات قدرتمند در واژگون‌سازی نشانگان افسردگی است (چارتر و پروونچر، ۲۰۱۳). هدف فعال‌سازی رفتاری، افزایش سطح فعالیت فرد افسرده مانند بیرون آمدن از تخت، قدم زدن و صحبت کردن با دیگران و واژگون‌سازی و پیشگیری از رفتارهای اجتنابی از جمله زیاده‌روی در خواب، دراز کشیدن در طول روز و انزوای اجتماعی است. نتیجه‌ی درگیری در فعالیت‌های پاداش‌دهنده، انرژی‌زا و مثبت، بهبود خلق مراجع است. از آنجایی که فعال‌سازی رفتاری، رفتارهای اجتنابی را واژگون می‌کنند، جزء راهبردهای تغییر رفتار مرتبه‌ی دوم محسوب می‌شوند.

1-Desensitization

2-Exposure

پذیرش و مسدودسازی

راهبردهای پذیرش و مسدودسازی^۱ برای توقف راه‌حل‌هایی که در حل مشکل شکست خورده‌اند، طراحی شده‌اند. این راهبرد در مداخلات متنوعی مانند روش روانی تربیتی تعبیه شده است. به عنوان مثال، به افراد درباره‌ی ماهیت روانی فیزیولوژیک حملات وحشت‌زدگی آموزش داده می‌شود. آنها یاد می‌گیرند که پاسخ‌های وحشت‌زدگی، طبیعی و بهنجارند. این امر به افرادی که واکنش‌های خود را به عنوان اموری آسیب‌زا و غیرطبیعی اشتباه می‌گیرند، کمک می‌کند تا آنها را بپذیرند. برای برخی از افراد، همین قدر که به آنها کمک کنیم تا بدون اتکاء به راه‌حل‌های اجتنابی قبلی، آرمیده و آسوده شوند، کافی است. نتیجه‌ی چنین پذیرشی این است که احتمالاً نشانگان وحشت‌زدگی آنان متوقف خواهد شد.

چهارچوب‌بندی، چهارچوب‌بندی مجدد و چهارچوب‌زدایی

این راهبردها برای سال‌ها جزء عمده‌ترین مداخلات خانواده‌درمانی بوده‌اند و تبدیل به مداخله‌ای برای درمانگران مسلط در درمان انفرادی شده‌اند. آنها می‌توانند به طور مستقیم معانی‌ای را که سابق (پیش‌ران)^۲ راه‌حل‌های بی‌خاصیت مرتبه‌ی اول افراد هستند، واژگون و معکوس کنند. آنها همچنین می‌توانند در جهت ساختن بلوک‌هایی برای تجویز اقدامات جایگزین در فرآیند حل مسأله عمل کنند. از اینجا تا پایان، قاب‌گیری، قاب‌گیری مجدد و چهارچوب‌زدایی عموماً به کار می‌روند تا مسأله یا فرد حل‌کننده‌ی مسأله را در پرتوی روشن‌تر و مطلوب‌تر قرار دهند که به وی کمک کنند تا ناهماهنگی بین اهداف و راه‌حل‌های خویش را ببینند و اقدامات جدیدتری را که ظاهراً جذاب‌ترند خلق کنند (فریزر و سولووی، ۲۰۰۷، ص ۱۰۵).

تجویز^۳

در این راهبرد، درمانگر فرد را هدایت می‌کند تا تعمداً و با برنامه (سنجیده و حساب‌شده) یک نشانه را با هدف و به منظور کسب تسلط بر آن بازنمایی کند. این راهبرد اثربخش و کارآمد است زیرا فرد را وا می‌دارد تا به جای گریز و اجتناب از آن، مسیر و جهت را برعکس کند و به سمت نشانه حرکت کند. از آنجایی که این فن یک نوع مجوز تلویحی از درمانگر برای مراجع جهت درگیری در رفتارهای

1-Acceptance and blocking

2-Drive

3-Prescribing

نشانه‌دار است، مراجع علی‌رغم داشتن نشانه، احساس می‌کند که از سمت درمانگر تأیید شده است. نتیجه این است که مراجع ترغیب می‌شود تا مشکل را در آغوش بگیرد (فریزر و سولووی، ۲۰۰۷، ص ۱۰۵).

پیش‌بینی

در این راهبرد، درمانگر پیش‌بینی می‌کند که حفظ تغییرات دشوار خواهد بود و پسرفت‌ها (افت‌ها) نیز احتمالاً رخ می‌دهند. البته پسرفت‌ها (موانع) به عنوان فرصت‌هایی برای تحکیم دستاوردها از طریق مواجهه‌ی مجدد با خطرات قدیمی، قاب‌گیری مجدد می‌شود. حفظ تغییر منجر به کاهش فشار می‌شود که ممکن است از وقوع مجدد مشکلات در آینده پیشگیری کند (فریزر و سولووی، ۲۰۰۷، ص ۱۰۶). این راهبرد به ویژه در آماده‌سازی برای اختتام مفید است که در آن مراجع آگاه می‌شود که او ممکن است به درمان برای کسب فرصت‌های یادگیری بیشتر برگردد.

راهبرد درمانی هسته‌ای و تغییر مرتبه‌ی دوم

فصل چهارم یک راهبرد درمانی هسته‌ای را به عنوان طرح اقدامی برای تمرکز بر مداخلات خاص جهت نیل به روندهای انطباقی‌تر مطرح کرده است. هدف طرح اقدام، جایگزینی روندهای غیرانطباقی با روندهای انطباقی‌تر و حفظ آن روندهاست. هشت راهبرد درمانی عام در آنجا توصیف شده است: حمایت، تفسیر، بازسازی شناختی، جانشین‌سازی، مواجهه، تعلیم مهارت‌ها و مؤلفه‌ی روانی تربیتی، تجارب تصحیحی و درمان زیست‌شناختی. از بین این ۸ درمان، حمایت و درمان‌های زیستی (به ویژه درمان‌های پزشکی) اساساً راهبردهای تغییر مرتبه‌ی اول هستند. بقیه‌ی آنها مانند تفسیر، بازسازی شناختی و جانشین‌سازی، راهبردهای تغییر مرتبه‌ی دوم هستند. عموماً گفته می‌شود که اینها مداخلات نسبتاً ضعیفی در ایجاد تبدیل (تحول و دگردیسی) هستند. در مقایسه با آنها تجارب تصحیحی، مواجهه، تعلیم مهارت‌ها و مؤلفه‌ی روانی تربیتی، قوی‌ترند. در این فصل ۵ راهبرد تغییر مرتبه‌ی دوم مطرح شده است که عبارت‌اند از: معکوس‌سازی، مسدودسازی و پذیرش، چهارچوب‌بندی، چهارچوب‌بندی مجدد و چهارچوب‌زدایی، تجویز و پیش‌بینی. بعضی از این راهبردها شبیه ۸ راهبرد درمانی، بنیادی هستند. به عنوان مثال، واژگون‌سازی و مواجهه با هم شباهت‌هایی دارند و همچنین مسدودسازی و پذیرش و تعلیم مهارت و مؤلفه‌ی روانی تربیتی نیز شباهت‌هایی با هم دارند.

توصیف (رونوشت) جلسه‌ی سوم

این بخش شامل تمام جلسه‌ی سوم می‌شود. خواننده می‌تواند چندین راهبرد و تاکتیک درمانی به کار رفته توسط دکتر کارلسون را یادداشت کند.

دکتر کارلسون: آیمی، خیلی خوشحالم که می‌بینمت.

آیمی: منم از دیدن شما خوشحالم.

دکتر کارلسون: آن چیزی که امروز دوست دارم با هم روی آن کار کنیم دو چیز است. من می‌خواهم به سؤالاتی بپردازم که تو روی برگه به آنها جواب دادی چرا که تو می‌خواستی درباره‌ی چیزهای متفاوت هفته‌ی گذشته امروز صحبت کنی و مروری داشته باشی درباره‌ی کارهایی که هفته‌ی گذشته انجام دادی. اما تو در بالای برگه نوشتی که من تازگی‌ها خیلی خسته و دماغ شدم. من احساس می‌کنم مسئولیت‌هایم برایم توانکاه شده‌اند.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: آیا می‌تونی درباره‌ی این موارد صحبت کنی؟

آیمی: فکر می‌کنم... فکر می‌کنم به یک دیوار (بن‌بست) خورده‌ام زیرا دقیقاً آن مسائل مرتبط با مادرم اتفاق افتادند اما واقعیت به گونه‌ای بود که انگار من پاهایم را به زور حرکت می‌دادم.

دکتر کارلسون: یعنی بالاخره با مادرت صحبت کردی؟

آیمی: بله، با اون حرف زدم.

دکتر کارلسون: صحبت‌هایت چطور پیش رفت؟

آیمی: خیلی عجیب و غریب بود زیرا او... اون به من گفت... اون به من گفت که... اون به من گفت چرا داری این حرف‌ها رو الان به من میزنی و بعد شروع کرد به گریه کردن. بنابراین، اون از من یک سؤال پرسید و من آماده پاسخگویی به وی نبودم. مثل این بود که من نمی‌دونستم چرا اصلاً این حرف رو به مادرم زدم، برای همین خیلی عجیب به نظر می‌رسید.

دکتر کارلسون: بنابراین تو از اون یک سؤال پرسیدی و اون به سؤال تو پاسخ نداد و در واقع سؤال تو رو با سؤال جواب داد درسته؟

آیمی: بله تو همین مایه‌ها، من به اون گفتم از اینکه تو مادرمی خیلی خوشحالم... خوشحالم که تو الان پیش منی اما اون بعدش به من گفت که چرا تو اون حرف‌ها رو به من زدی، در ادامه هم شروع کرد به گریه کردن. یه جورایی واکنشی خنثی به حرف‌های من بود..... برای من خیلی عجیب بود نمی‌دونستم

منظورش چی بود، اینها علایمی قاطی پاتی بود. نمی‌دونستم که اگر اون مسئله رو می‌پذیرفت چی می‌شد و این واکنشی عجیب برایم محسوب می‌شد.

دکتر کارلسون: درباره‌ی این مسأله دیگه با اون صحبت نکردی؟

آیمی: چرا این کار رو کردم. او گفت که یک روز دیگه میاد پیشم و پیشم می‌مونه. اون می‌خواست مقداری بیشتر با من بمونه و حرف بزنه که البته خیلی خوب هم بود. می‌دونید... خیلی عجیب بود... نمی‌دونم.. نمی‌خواستم خیلی گذشته‌ها رو نبش قبر بکنم.... خیلی عجیب بود در ادامه اون شروع کرد به گریه کردن و لذا من نمی‌خواستم دیگه ادامه بدم.

دکتر کارلسون: وقتی مادرت گریه کرد تو دیگه ساکت شدی؟

آیمی: بله، منم یک جورایی گریه‌ام گرفت و فقط گفتم که این درست نیست و بعد ترکش کردم... خیلی برام سخت بود که این کار رو بکنم زیرا این کار واقعاً حالمو به هم می‌زد قبل از اینکه این اتفاق بیفته خیلی راجع به اون فکر کرده بودم... انجام این کار برام راحت نبود.

دکتر کارلسون: بنابراین انجام این کار واقعاً سخت بود؟

آیمی: بله، تا یک جایی خیلی سخته از اونجا به بعد هم من دیگه کار رو متوقف می‌کنم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، انجام یک کار بسیار سخت تریک داره.

آیمی: بله، اما الان ظاهراً به نظر می‌رسه که... من اون کار رو انجام دادم و می‌دونم که برای رشد بهتر خودم باید بارها و بارها این کار رو انجام بدم و فکر کردن راجع به این قضیه منو به وحشت می‌اندازه... من نمی‌دونم که باید این کارها رو بکنم یا نه.

دکتر کارلسون: بنابراین وقتی که راجع به این مسأله فکر می‌کنی، می‌دونم و شنیدم که گفتی این

کار برات وحشتناک و ترس‌آور با این حال فکر می‌کنی گام بعدی در رابطه با مادرت چیست؟

آیمی: نمی‌دونم... در حال حاضر به دلیل فکر کردن راجع به اون مسأله و... خیلی از نظر جسمانی فرسوده و خسته شده‌ام...

دکتر کارلسون: بسیار خوب، ممکنه کارهای زیادی که انجام میدی تو رو خسته و کوفته کرده باشه؟

آیمی: بله، بله، اخیراً خیلی افسرده شدم... خیلی می‌ترسم. از جایی که در مسیر زندگی‌ام دارم به سمتش می‌رم می‌ترسم، نمی‌دونم دارم چی کار می‌کنم. من قبلاً راجع به این مسأله فکر کرده‌ام، اما راهی از پیش نبرده‌ام. اخیراً خیلی خودتردیدی دارم و فکر می‌کنم ذهن و مغزم دوست دارند که به جای حرکت

به سمت خطر و انجام کارهایی برای پیشرفت کردن و رشد کردن، به منطقه‌ی امن کوچکی برم. در طول هفته‌ی گذشته خیلی با خودم و در درون خودم جنگ کردم.

دکتر کارلسون: می‌بینم، بنابراین یکی از دلایل اینکه الان احساس خوبی نداری این است که با خودت کنار نیومدی و مسأله رو برای خودت حل و فصل نکردی؟

آیمی: آره، همین طوره. مثل جنگیدن می‌مونه... این دقیقاً خلاف آن چیزی است که بدن من از من می‌خواد که انجام بدم و مانند جنگی است که در درون مغزم در جریان است، خیلی عجیبه.

دکتر کارلسون: این جنگ چگونه پیش می‌رود؟ آیا بین دو طرف این مجادله، گفتگویی هم صورت گرفته؟ این نبرد شبیه به چه چیزی است؟

آیمی: اهوم، خوب یک طرف این قضیه یعنی جنبه‌ی راحت طلب درون من دوست نداره که من با مادرم حرف بزنم و به من میگه حالا وقت هست یک روز دیگه با مادرت حرف بزن. در واقع این جنبه طرفدار تعویق انداختن و اهمال کاری است... و معتقد است که به هر ترتیب نباید این کار را انجام داد چون این کار بد است. در مقابل طرف دیگر این مجادله به من می‌گوید برای غلبه بر این مشکل باید این کار را بکنی تو باید این کار را انجام بدهی تا پیشروی کنی و این غائله‌ی درون خودت رو حل و فصل کنی.

دکتر کارلسون: بنابراین، هر طرف قضیه مدعی است که به دنبال منفعت و خیر برای توست، درسته؟ آیمی: بله دقیقاً.

دکتر کارلسون: و تو با هر دو طرف این قضیه صحبت کردی؟

آیمی: بله این کار را می‌کنم اما شروع کردن یک زندگی متفاوت خیلی سخته آن هم وقتی که به یک گوشه‌ی دنجی آرام بجسی و عادت کنی... من به اینکه آدم با جرأت‌تری باشم بارها فکر کرده‌ام و این قضیه منو می‌ترسونه، البته نمی‌دونم چرا این طوری است... خیلی تمرین و مرور کرده‌ام و مسائل زیادی را با موفقیت مدیریت کرده‌ام. نمی‌دانم چرا از این قضیه می‌ترسم، من از این مسأله می‌ترسم.

دکتر کارلسون: آیا این مسأله به اضطرابی که هفته‌ی پیش راجع به آن حرف زدیم بر نمی‌گردد، آیا این یک اضطراب عملکردی نیست؟ آیا این اضطراب عملکردی چیز خوبی است که به تو کمک می‌کنه تا آماده‌تر بشی و نوعی انگیزه برات ایجاد می‌کنه؟

آیمی: بله همین طوره ولی در حال حاضر... این اضطراب خیلی فشار جسمانی برام ایجاد کرده و در حال حاضر اتفاق کوچکی نیست چون در نتیجه‌ی آن اصلاً نمی‌تونم چیزی بخورم و اینکه نمی‌تونم بخوابم

و ...

دکتر کارلسون: یعنی چیز زیادی نمی‌خوری؟

آیمی: نه احساس دلشوره در معده‌ام دارم و فکر می‌کنم بیان این موارد به مادرم در من احساس خوبی ایجاد کنه درست مثل.... نمی‌دونم که آیا انجام این کار فقط شروع کاره یا نه باید بازم ادامه بدم. به جای شادمانی از این واقعیت که من به آن چیزی که می‌خواستم برسم رسیده‌ام، فوراً شروع کردم به خوب فکر کردن راجع به این موضوع که تو در حال حاضر به جای کیف کردن از این قضیه باید به آن پردازی...

دکتر کارلسون: اوه، تو داری تازه به این مسأله نگاه می‌کنی به جای اینکه آن رو کاری تموم شده تلقی کنی، در واقع مثل این می‌مونه که تو تازه داری صفحه‌ی اول مقاله‌ای رو می‌نویسی، آیا می‌خواهی صفحه‌ی بعد مقاله‌ات را نیز بنویسی؟

آیمی: بله، قطعاً دوست دارم این کار را بکنم.

دکتر کارلسون: وقتی که داری یک مقاله می‌نویسی چطوری این کار رو می‌کنی؟

آیمی: کافی است فقط قلم را بردارم چون من در این کار خیلی ماهر هستم.

دکتر کارلسون: می‌بینم، یعنی تو در جریان کار اصلاً توقف نمی‌کنی؟

آیمی: نه در واقعیت این طور نیست.

دکتر کارلسون: بنابراین این، یک صفحه‌ی اول باورنکردنی محسوب می‌شه؟

آیمی: نه این طوری نیست من اول پشت سر هم می‌نویسم بعدش مطالب رو ویرایش می‌کنم.

دکتر کارلسون: خوب در مورد روابطی که با دیگران داری نمی‌خوای در طی مسیر بمونی و مسائل رو چک کنی؟

آیمی: چرا می‌خوام.

دکتر کارلسون: به نظر می‌رسه وقتی که می‌نویسی درست مثل این می‌مونه که درختی می‌کاری و درخت را توی زمین می‌کاری و آب و کود فراوان به آن میدی، در نتیجه هر وقت از مسیر درست خارج می‌شی مروری بر کار می‌کنی و بعد اجازه می‌دهی که کارها طبق روال پیش برن. اما در ارتباط با مادرت ماجرا این طوره که تو درخت را از جا می‌کنی و بعد میگی آیا این درخت به درد می‌خوره و بعد دوباره اون رو تو زمین فرو می‌کنی.

آیمی: بله

دکتر کارلسون: آیا تا به حال فکر کردی که در رابطه با مادرت هم همان‌گونه عمل کنی که در مقاله‌نویسی عمل می‌کنی؟

آیمی: اوه، بله، قطعاً. من می‌تونم بنویسم، می‌دونید که این یکی از شیوه‌هایی است که نشان دهنده‌ی این است که من می‌تونم....

دکتر کارلسون: خوب پس با مادرت هم مثل نوشتن مقاله رفتار کن، اما تو این‌گونه هستی که مادرت رو صدا می‌زنی و میگی که ما نمی‌تونیم این گفتگو را تموم کنیم.
آیمی: بله همین طوره.

دکتر کارلسون: من پاسخی از تو دریافت نکردم.

آیمی: بله، به نظر من خیلی عجیبه چرا که من نمی‌دونم مادرم در رابطه با این مسأله چه احساسی داره.... چون پاسخی که وی به من داد واکنشی نبود که من انتظارش رو داشتم.
دکتر کارلسون: و تو و تو پاسخی از وی دریافت نکردی.
آیمی: بله.

دکتر کارلسون: و من فکر می‌کنم تو نیاز داری دوباره به این موضوع برگردی. بعضی از اوقات گریه کردن مورد استفاده قرار می‌گیره تا فردی رو از سؤال پرسیدن اضافه باز نگه داریم. به نظر من این شیوه در مورد تو جواب داده.

آیمی: بله قطعاً. با این حال اون فردا دوباره میاد خونم. ممکنه فرصتی ایجاد بشه تا مجدداً باهاش حرف بزنم.

دکتر کارلسون: و در این صورت تو چطوری شروع خواهی کرد؟

آیمی: اوه، می‌دونید، واقعاً نمی‌دونم. درباره‌اش فکر نکردم.

دکتر کارلسون: ام‌مم درسته.

آیمی: البته می‌دونم که باید درباره‌ی این که چگونه بحث را شروع کنم فکر کنم.

دکتر کارلسون: درسته. اگر پیرامون این مسأله فکر نکنی و صرفاً دست به کار بشی فکر می‌کنی چه اتفاقی بیفته؟

آیمی: فکر می‌کنم که اگر راجع به مسأله فکر نکنم و صرفاً دست به کار بشم و اقدام کنم برام بهتر باشه زیرا آن وقت دیگه نیازی نیست که دائم خودم را متقاعد کنم که این کار رو نکنم.

دکتر کارلسون: اوه چه جالب البته به نظر من در یک سطح خوبه و در سطح دیگر نه.

آیمی: حداقلش اینه که وقتی این کار رو بکنم احساس بهتری خواهم داشت. من مشتاقم تا وی به ملاقات من بیاد و در حال حاضر خیلی سخت نیست فکر کردن به این موضوع، چرا که قبلاً این کار را کرده‌ام....
دکتر کارلسون: اوه بسیار خوبه. پس تو واقعاً از ملاقات با مادرت وحشت زده نمی‌شی؟
آیمی: نه، جایی که برای من وحشتناک و ترس آورده زمانی است که بخواهم احساساتم را به وی بگویم.
دکتر کارلسون: بسیار خوب، خیلی جالبه که به اتفاقاتی که فردا قراره رقم بخوره یک نگاهی بیندازیم.
آیمی: بله.

دکتر کارلسون: بله، و البته که این زمان لحظات دشواری هستند و البته تو در رابطه با افسردگی و ترست از اینکه می‌خواهی با مادرت صحبت کنی مطالبی را مطرح کرده‌ای و در هفته‌ی گذشته کارهای زیادی رو به شکلی خوب انجام داده‌ای. تو با افراد دیگر صحبت کرده‌ای و در این کار و انجام برخی کارها عالی هستی، به خودت اجازه بده که نگرانی‌ها را دور بریزی.

آیمی: بله البته پسرتهایی نیز داشته‌ام زیرا من افسرده‌ام لذا من خودم را از دیگران منزوی و جدا کرده‌ام. این کاری است که من در خانه انجام داده‌ام. البته کارهای خیلی زیادی انجام نداده‌ام، خیلی زمان کند می‌گذره و منم کارهای زیادی انجام نداده‌ام. من مدت زمان زیادی را روی کاناپه دراز می‌کشم و کار خاصی انجام نمیدم....

دکتر کارلسون: می‌بینم، وقتی کارهای افسرده‌کننده انجام میدی مثل بیرون رفتن و چسبیدن به کاناپه خوب معلومه که افسرده میشی انتظار داری غیر از این باشه؟
آیمی: درسته.

دکتر کارلسون: اوه، بسیار خوب. البته به نظر می‌رسه که تو الان خیلی حالت خوبه.
آیمی: بله، البته من هنوز می‌ترسم. شب گذشته به رختخواب رفتم ولی نتونستم بخوابم و داشتم به این فکر می‌کردم که رفتن به دانشکده چقدر دیوانه‌کننده است و البته من قبلاً این کار را کرده بودم، اما به دلایلی من داشتم به انجام ندادن این کار فکر می‌کردم..... من قادر نبودم این کار را انجام بدهم، این کار بسیار سخت بود به ویژه برای من. نمی‌دونم چرا اضطراب دارم.

دکتر کارلسون: بنابراین، با این صدهای درونی چه کار می‌تونی بکنی؟ به اعتقاد من، به نظر می‌رسه که نیاز باشه که تو حرف‌های اون بخشی از وجودت رو که می‌خواد تو رشد کنی بیشتر گوش کنی و حرف‌های اون بخش از درونت رو که تو رو مردد نگه می‌داره کمتر گوش کنی.

آیمی: اوهوم، منم قصد دارم بر این مجادله غلبه کنم.

دکتر کارلسون: قبلاً در این مورد چه کارهایی انجام دادی؟

آیمی: نمی‌دونم، واقعاً نمی‌دونم. فکر می‌کنم به یک بخش از درونم اجازه دیدگری رو مغلوب کنه.

دکتر کارلسون: خوب، آیا ملاحظه‌ی راه احتمالی دیگر برایت جالب نیست؟

آیمی: چرا هست.

دکتر کارلسون: الان، برام جالبه که بدونم چه اتفاقی میفته اگر بتونی از زمان شروع این افکار بیشتر آگاه

بشی؟ زیرا به نظر می‌رسه وقتی این افکار شروع می‌شن ترجیح می‌دن کار خودشان را بکنند مانند دیشب.

آیمی: قطعاً همین طوره.

دکتر کارلسون: همان‌طوری که من از تو شنیدم یک فکر بعد از دیگری میاد و همین‌طور ادامه پیدا

می‌کنه.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: و اما یک راهبردی که مردم آن را جالب و مفید می‌دانند مدیتیشن است و نمی‌دونم که

آیا تو چیزی راجع به آن می‌دانی یا خیر؟

آیمی: نه اما علاقه‌مندم که بدانم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، بنابراین تو با انجام مدیتیشن مخالف نیستی؟

آیمی: نه.

دکتر کارلسون: آنچه که در رابطه با مدیتیشن باید یاد بگیری این است که.... باید بتوانی واقعاً نفس

بکشی، آرام و عمیق باید نفس بکشی. همین الان دارم می‌بینم که تو داری خیلی سطحی نفس می‌کشی،

آیا متوجه این قضیه شدی؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: آیا می‌تونی درون شش‌هات رو همچون یک ظرف تجسم کنی، وقتی که در آن ظرف

آب می‌ریزی از ته تا بالای آن را پر می‌کنی. بنابراین، می‌توانی نفس کشیدن عمیق را همچون همان

آب ریختن در ظرف تصور کنی که وقتی شروع می‌کنی در واقع داری آن ظرف را پر می‌کنی و وقتی

نفس را بیرون می‌دهی داری ظرف را خالی می‌کنی به همین طریق می‌توانید آرام و عمیق نفس بکشید.

ممکن است شما یاد گرفته باشید که در هنگام تنفس دیافراگمی آوازی نیز بخوانید زیرا خواننده‌ها معمولاً

این کار را می‌کنند.

آیمی: اوهوم.

دکتر کارلسون: آیا واقعاً از دیافراگم‌هایت تا به الان استفاده کرده‌ای؟ بنابراین آیا می‌توانی نفس کشیدن آرام و عمیق را تمرین کنی؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: و همان‌طور که تو این کار را کردی و می‌دانی، ممکن است بخواهی که چشم‌هایت را ببندی و همین الان این تمرین را انجام بدی و متوجه شوی که کارایی آن چقدر است، مایلی؟

آیمی: بله (در عین حال وی چشم‌هایش را بست و تنفس عمیق را تمرین کرد).

دکتر کارلسون: در تمام مدت، وقتی که تو داری آرام‌تر و عمیق‌تر نفس می‌کشی، داری کار درست را انجام می‌دهی. اکنون، همان‌طور که عمیق‌تر و آرام‌تر نفس می‌کشی، احتمالاً افکاری خواهی داشت که به ذهنت خطور خواهند کرد و وقتی این افکار به ذهنت خطور می‌کنند من دوست دارم که در همان حالی که به افکارت توجه می‌کنی تمرکزت را روی نفس کشیدنت قرار بدهی و به این کار ادامه دهی. آیمی: (روی نفس کشیدنش تمرکز می‌کند).

دکتر کارلسون: (خطاب به آیمی در حالی که دارد نفس کشیدن را تمرین می‌کند) درسته، خیلی خوب این کار رو انجام می‌دهی. همچنین می‌توانی به امواج کنار ساحل توجه کنی که می‌آیند و می‌روند و هر فکری را که به ذهنت خطور می‌کند نیز می‌توانی مانند آن امواج عقب برانی و کماکان بر نفس کشیدنت تمرکز کنی (مکث درمانگر). همین‌طور عمیق و آرام که نفس می‌کشی می‌توانی از تمامیت وجودی خودت آگاه‌تر شوی (مکث درمانگر). از بدنت که روی صندلی نشسته‌ای آگاه شو، از صداهایی که در دور و برت به گوش می‌رسند آگاه شو (توجه کن) و در تمام مدت بر نفس کشیدنت تمرکز کن. همین‌طور آرام و عمیق نفس بکش (مکث درمانگر). تنها تو و نفس کشیدن‌هایت هستند که در حال حاضر در این عالم وجود دارند (مکث طولانی‌تر). و اگر تو بتوانی سه مرتبه این گونه نفس بکشی بعد از بار سوم می‌توانی چشم‌هایت را باز کنی.

آیمی: (سه بار عمیق و آهسته نفس کشید و سپس چشم‌هایش را باز کرد).

دکتر کارلسون: این کار برای تو چطوری بود؟ آیا تونستی بر نفس کشیدنت تمرکز کنی؟

آیمی: ام‌م‌م‌م

دکتر کارلسون: آیا ذهن تو هم پراکنده و منحرف و سرگردان شد یا اینکه تونستی اون رو (ذهنت) به وضع سابق برگردانی؟

آیمی: نه.

دکتر کارلسون: وای خدای من، خیلی عالی‌ه.

آیمی: احساس خیلی خوبی به آدم دست می‌ده.

دکتر کارلسون: می‌بینی که ما اغلب اوقات وقتی نمی‌گذاریم تا نسبت به چگونگی کاری که انجام می‌دهیم آگاهی کسب کنیم و ما در اینجا متوجه شدیم وقتی که تو آگاه شدی و زمانی که فهمیدی دچار استرس شده‌ای، تمرین کردی و توانستی که از طریق تنفس آرام، افکار معیوبت را دور بریزی، افکاری که منفی هستند و در حال حاضر جولان می‌دهند. بنابراین، وقتی که در درون ذهنت، مادرت شروع می‌کند به فریادزدن، به جای فکر کردن به این که من همانند کارهایی که انجام می‌دهم آدم وحشتناکی هستم، تنها کاری که باید بکنی این است که عمیقاً نفس بکشید و البته این یک انتخاب است. مطمئن هستم که تو می‌توانی بر این مسئله غلبه کنی چون تو آدم بزرگ و بالغی هستی.

آیمی: اوه بله.

دکتر کارلسون: من فقط می‌خوام جواب سؤال رو بگیرم. این سؤال منصفانه است.

آیمی: بله

دکتر کارلسون: در تمام مدت، تو داشتی عمیقاً و آرام نفس می‌کشیدی و آن را تمرین کردی (مکث). در حال حاضر پیشنهاد من این است که تو می‌توانی این کار را در هر زمان دیگری انجام بدهی. به عنوان مثال امشب اگر نتوانستی بخوابی فقط بر تنفس خودت تمرکز کن (مکث). برخی دیگر از افراد از عدد صد می‌شمارند و به عقب بر می‌گردند. هنگام بیرون دادن نفس‌هایت (بازدم) می‌توانی عدد صد را بر زبان جاری کنی و در بازدم بعدی عدد نود و نه و تو با تعجب خواهی دید که ذهنت رها و آسوده می‌شود و تو به دانشکده فکر می‌کنی و نه به موفق شدن و نیز چگونگی شکست خوردن و تو این افکار منفی را دور خواهی ریخت و مجدداً به عدد صد بر خواهی گشت و بدون اینکه متوجه باشی به عدد یک خواهی رسید (منظور این است که شمارش معکوس اعداد از صد به سمت یک ممکن است چند بار تکرار شود و تو در عین انجام این کار افکار منفی‌ات را با بازدم بیرون می‌کنی) (مکث). بخش مهم این تمرین این است که تو از افکار منفی‌ات بیشتر و بیشتر آگاه خواهی شد و می‌توانی در صورت برگشت این افکار را دور بریزی و در صورت تکرار آنها را دور بریزی و دائم این کار را تکرار کنی. می‌بینی این دم و بازدم شبیه به موج‌های ساحل دریاست که می‌آید و می‌رود.

آیمی: اهوم.

دکتر کارلسون: آیا تا به الان موج سواری را روی یک موج دیده‌ای، وقتی موج بالا و بالا و بالاتر می‌رود چه اتفاقی می‌افتد؟ موج می‌شکند.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: آن افکار منفی هم همین طوری می‌شکنند و به سادگی دور ریخته می‌شوند. این تمرین شیوه‌ای است برای رشد و ایجاد حس کنترل و من فکر می‌کنم وقتی که آن افکار به تو هجوم می‌آورند متعاقب آن ترس نیز می‌آید، اضطراب هم می‌آید و افسردگی نیز می‌آید (نظریه‌ی شناختی رفتاری‌ها از جمله آرون بک و آلبرت ایس مؤید همین مطلب است. مترجم). و من نیز شروع می‌کنم به افسرده شدن وقتی که می‌شنوم که نداها‌ی درونی‌ات تو را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: آیا حرف‌های متقاعد کننده‌اند؟ خودت واقعاً متوجه شده‌ای؟

آیمی: خوب، من واقعاً افسرده شده‌ام و واقعاً..... هفته‌ی گذشته روحیه‌ام فوق‌العاده عالی بود اما با فکر کردن راجع به اقداماتی که باید در هفته‌ی کنونی انجام بدهم، پسرقت‌هایی کردم و حال کمی بد شد. دکتر کارلسون: اوه، بعضی اوقات هم این اتفاقات می‌افتند اما مهم اینه که وقتی این افکار به تو هجوم می‌آورند کارهای ضدافسردگی انجام بدهی، کارهایی مانند آنچه که با هم درباره‌اش صحبت کردیم. آیمی: بله، اوه، وقتی که افسرده می‌شم به نظر می‌رسه اصلاً دوست ندارم کاری انجام بدهم و تمام دنیا جلوی من متوقف می‌شه. اصلاً دیگه دوست ندارم که آرایش کنم، اصلاً دوست ندارم از کاناپه بیرون پیام و اصلاً دوست ندارم ظرف‌ها رو بشویم و....

دکتر کارلسون: آیا فکر می‌کنی این کارها نوعی انتخاب هستند؟

آیمی: بله آنها هم انتخاب من هستند. من انتخاب می‌کنم که این کارها را انجام بدم.

دکتر کارلسون: اوهوم، فکر می‌کنی هدف از انجام این کارهای افسرده‌ساز و نیز انتخاب خود افسردگی چیست؟ من که از انتخاب این رفتارها متعجبم... می‌دونی....

آیمی: شاید انتخاب افسردگی بهتر باشه تا مواجهه با چیز ناخوشایند یا انجام رفتاری که دوست نداری انجامش بدی. درواقع انتخاب افسردگی نوعی پس کشیدن یا کنارکشیدن محسوب می‌شه، نوعی اهمال‌کاری، می‌دونید که چی دارم میگم، یک جورایی عذر و بهانه است برای انجام ندادن کارهای دیگر.

دکتر کارلسون: بنابراین هدف افسردگی برای تو اجتناب^۱ است.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: می‌بینم که این حرف را با لبخند مطرح کردی.

آیمی: بله، این انتخاب راهی است برای انجام ندادن کارهایی که دوست ندارم چون انجام این کارها حتی فکر کردن به آنها هم برای من مشکل است. در ادامه هم به کار دیگری می‌پردازم.... بعضی اوقات اتفاق‌هایی می‌افتد و من با اینکه درباره‌ی اون چیزهایی که با هم صحبت می‌کنیم، فکر می‌کنم اما با این حساب باز خودم رو خسته و فرسوده می‌کنم و به طور نرمال و روزمره کارهای خاصی (تکراری) رو انجام می‌دهم و انتخاب می‌کنم به جای اینکه در این موقعیت‌ها با جرأت‌تر رفتار کنم. بنابراین به بهای فرسودگی هیجانی خودم بارها و بارها اتفاقی خاص را انجام می‌دهم. می‌دونم که مجبور نیستم مثل اغلب آدم‌ها باشم با این حال می‌خوام که فقط کمی با جرأت‌تر باشم تا بتونم به آدمهای دور و برم به شیوه‌ای دوستانه بگم که چه احساسی نسبت به آنها دارم. من از انجام این کار می‌ترسم. من از جرأت‌مند بودن می‌ترسم، برای همین فقط درباره‌اش فکر می‌کنم و به جای مطرح کردن احساساتم به دیگران آن را درون خودم می‌ریزم.

دکتر کارلسون: بنابراین تا الان تو از جرأت‌مند بودن ترس داشته‌ای؟

آیمی: بله تا به الان که این‌گونه بوده است.

دکتر کارلسون: آیا متوجه شده‌ای که در تمام این هفته از این واژه‌های تا به الان و تاکنون استفاده کرده‌ای؟

آیمی: بله، چند مرتبه‌ای این کار را کرده‌ام، اما فکر می‌کنم تمرکز بیشتر حرف‌های من بر جنبه‌های منفی انجام ندادن کارهایی بوده که می‌خواستم انجام بدهم و ندادام.

دکتر کارلسون: بنابراین، یکی از چیزهایی که گفتی این است که تو از افسردگی و ترس به منظور اجتناب بهره برداری می‌کنی؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: آیا این واقعیت داره؟

آیمی: بله، واقعیت داره.

دکتر کارلسون: من خودم هم ترس را به افسردگی اضافه کردم...

آیمی: اون هم واقعیت داره.

دکتر کارلسون: بنابراین کاری که تو انجام می‌دهی شیوه‌ای است منفی برای انجام ندادن کاری ویژه. آیا می‌تونی به خودت اجازه بدی که کاری را انجام ندهی؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: خوبه بنابراین به جای....

آیمی: بله، ولی من.... آنچه من بیش از همه به آن فکر می‌کنم جرأت‌مند بودن با دیگرانه. این چیزی است که من خیلی از آن می‌ترسم و بارها به آن فکر کرده‌ام و به کرات به آن فکر کرده‌ام با این حال فکر کردن به جرأت‌مندی بیشتر منو می‌ترسونه. نمی‌دونم چرا.... من فقط.... مثل این می‌مونه که فردی بخواد از هواپیما بیرون بپره.... من نمی‌تونم.... انگار یکی داره منو هل میده.

دکتر کارلسون: و من شنیدم که گفتی که ... و حدس من اینه و البته مطمئن نیستم که چرا تو این کار رو می‌کنی.... زیرا به نظر می‌رسه وقتی تو این کار رو می‌کنی آن هم بارها و بارها، این مسأله فشار و دردی را برای تو ایجاد می‌کنه.

آیمی: اوه، دلیلش اینه که...

دکتر کارلسون: و من مطمئن نیستم که آیا تو این درد را دوست داری یا نه... اگر تو کاری را انجام نمی‌دهی پس چرا موسیقی کار می‌کنی؟ می‌دونی، طبل زدن به جای دراز کشیدن در تخت یا... مادامی که تو قصد نکنی که کاری انجام بدی مثل تلفن زدن به یک دوست یا بیرون رفتن از منزل یا اجازه دادن به خودت برای اجتناب از انجام برخی کارها، وضع همینه.

آیمی: این انتخاب بهتری است.

دکتر کارلسون: بسیار خوب این کار انتخاب کمتر افسرده‌سازتری است.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: به نظر من یک چیزی که تو با آن مشکل داری این است که تو تمایل نداری که مواجه بشوی (رو در روشوی) و مشکل دیگرت اینه که تو دوست داری که افسرده بشی. حداقل ما می‌تونیم این مشکلات را در نظر بگیریم.

آیمی: اما من نمی‌خوام.... من اگر یک همراه (هم‌پا) داشته باشم معمولاً افسرده نمی‌شم یا ...

دکتر کارلسون: درسته.

آیمی: من نوعاً آدم تنهایی هستم. من دوستان زیاد یا مشغولیت خاصی ندارم... بنابراین نیاز دارم دوستانی داشته باشم چون واقعاً کسی رو ندارم.

دکتر کارلسون: بله، درباره‌ی این موضوع هفته‌ی قبل حرف زدیم... تو برنامه داشتی که....

آیمی: من تلاش کردم تا سفره‌ی دلم را با چند نفر باز کنم (با چند نفر طرح دوستی بریزم) و نمی‌دونم چرا هنوزم تا حدی می‌ترسم. احساس می‌کنم که خودم را دارم به زور در این مسأله و موضوع نگه می‌دارم.

دکتر کارلسون: اما هدف ترس اینه که تو کاری انجام ندی.

آیمی: اوهوم.

دکتر کارلسون: بسیارخوب، پیشنهاد من اینه که به خودت اجازه بدی که کاری را انجام ندی (نوعی تناقض. مترجم). به نظر من تو داری تلاش می‌کنی تا با آدم‌های زیادی دوست بشی، بهتر نیست تا یک نفر رو انتخاب کنی که باهاش دوستی عمیق‌تری را ایجاد کنی؟ آیا چنین فردی را داری؟

آیمی: اوه مطمئن هستم که بیرون از اینجا و یک جایی چنین فردی پیدا می‌شه، اما من از ارتباط برقرار کردن با آدم‌ها می‌ترسم. فکر می‌کنم که قادر نیستم که با کسی تعامل ایجاد کنم.

دکتر کارلسون: امم، خوب، فکر می‌کنم تو به اندازه‌ی کافی تلاش نکردی.

آیمی: بله درسته، اگر آدم کاری را با نگرش منفی انجام بده، اون کارها نیز منطبق با همان نگرش‌ها رخ میدن... شاید اونها متوجه این امر میشن و لذا خیلی نسبت به من دوستانه ظاهر نمیشن، همان چیزی را که من از اونها انتظار دارم رو از من دریغ می‌کنند. انتظار من اینه که مردم خودشان رو در ارتباط با من وارد کنند، می‌دونید، اونها خودشان رو در ارتباط با من وارد نمی‌کنند و اینجا نیازه که من مقداری جرأت-مندتر باشم و این در حالی است که من کمی کمرو و خجالتی هستم.

دکتر کارلسون: و این پیشگویی خودکام‌بخش^۱ بارها تکرار می‌شود، وقتی ما راجع به چیزی فکر می‌کنیم همان‌گونه هم اتفاقات رقم می‌خورند.

آیمی: اوهوم، دقیقاً همین‌طوره.

دکتر کارلسون: در حال حاضر فکر می‌کنی آیا با کار کردن روی نحوه‌ی نفس کشیدن بتوانی به میزان خیلی کمی انتخاب دیگری داشته باشی؟

1-Self-fulfilling prophecy

آیمی: بله من نیاز دارم.... من به برخی از انواع رفتارهای دیگر نیاز دارم، من قبلاً.... من درباره‌ی این مسأله بارها فکر کرده‌ام. نیازه که من برخی از شیوه‌های مدیتیشن (مراقبه) را یاد بگیرم، شاید به کلاس-های یوگا برم زیرا من نمی‌تونم.... چون یا افسرده می‌شم یا اینکه روی کاناپه دراز می‌کشم با این حال بازم می‌خوام کارهایی رو بکنم (منظور حجم بالای کارهای خانه و بچه‌ها و اقوام است) که توان و وقتش رو ندارم، می‌دونید که...

دکتر کارلسون: درسته، بازم سرعت تو بالاست.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: بایست. خوب داشتی می‌گفتی...

آیمی: من اصلاً هیچ وقتی برای استراحت و آرامش ندارم حتی ۵ دقیقه.

دکتر کارلسون: مگر اینکه افسرده باشی (یعنی در این زمان‌ها وقت برای استراحت کردن داری در واقع درمانگر اینجا فرضیه‌ی خویش مبنی بر کارکرد علامت مرضی را مطرح می‌کند. مترجم).

آیمی: اوهوم، من واقعاً خیلی افسردگی ندارم... من افسردگی رو اغلب اوقات تجربه نمی‌کنم، اما مانند الان افسردگی بالاخره اتفاق میفته زیرا من می‌خوام با این چیزها مواجه شم چیزهایی مانند.... (افسردگی برای اجتناب. مترجم).

دکتر کارلسون: بازم همون حرف تکراری، این چیزها آنهایی هستند که تو دوست نداری با آنها مواجه (رو در رو) شوی درسته؟

آیمی: ام‌م، مثلاً جرأت‌ورزی بیشتر.

دکتر کارلسون: اما این حرف تو برام خیلی مبهمه آیا می‌تونیم این واژه رو (جرأت‌ورزی) به طرز خرد-تری و در قالب رفتارهای خاص‌تری مطرح کنیم؟

آیمی: اوهوم... اینکه بتونم به اعضای خانواده‌ام بگم چه احساسی نسبت به کارهای خاص آنها دارم و خود واقعی‌ام رو به مردم نشون بدم.... دوست دارم ماسک روی صورتم را بردارم.

دکتر کارلسون: آیا می‌تونی... آیا می‌تونی همه‌ی این کارها را با هم انجام بدی یا اینکه می‌خوای یکی از این کارها را در هر لحظه انجام بدهی (گام به گام)؟

آیمی: نه، ترجیح می‌دم در هر زمان یکی از این موارد را انجام بدم. این طوری برام بهتره. این طوری می‌تونم از قبل فکر کنم و همیشه درباره‌ی گام‌های بعدی و کارهای بعدی فکر کنم.

دکتر کارلسون: به نظر می‌رسد آنچه که به مادرت گفتی این بود که... و در واقع حرفات رو با اون زدی و شهادت انجام این کار رو پیدا کردی و دیگه از اینکه فردا اون به خون‌ات بیاد وحشت‌زده نیستی. آیمی: نه.

دکتر کارلسون: و این فرمول خوبی برای تو است که حرف‌هایت را بزنی همانند آنچه هفته‌ی پیش پیرامون آن صحبت کردیم و این کار تغییری را برای تو به بار آورد و البته این کار در ابتدا دشوار است اما در ادامه سختی آن کم می‌شود (مواجهه‌ی اولیه سخت است و در صورت تکرار سختی آن کم می‌شود. مترجم).

آیمی: الانم به نظر می‌رسد که کار خیلی سختی باشه.

دکتر کارلسون: البته فقط اولش سخته.

آیمی: البته تا به الان.

دکتر کارلسون: فقط اولش سخته و البته تا الان این‌گونه بوده... آیا دوست داری که با اعضای خانواده-ات کمی بیشتر صحبت کنی یا هفته‌ی گذشته به نظر می‌رسید که می‌خواستی در دانشگاه با کسی طرح دوستی بریزی درسته؟

آیمی: بله، من با چند نفر صحبت کردم.

دکتر کارلسون: آیا فردی پیدا شد که به نظر برسه خیلی علاقه‌مند به صحبت کردن با تو باشه یا اینکه علاقه‌ی خاصی به صحبت کردن با تو نداشته باشه؟

آیمی: نمی‌دونم، فکر می‌کنم... واقعاً نمی‌تونم... من سعی خودم را کردم که گفتگویی را راه بندازم اما به نظر می‌رسد که انجام این کار خیلی زمان‌بره... من با صدای بلند و در ملاً عام این کار رو کردم، رفتار من خیلی دوستانه و مصرانه بود و... و مردم به من نگاه می‌کردند و با خود می‌گفتند چرا این فرد می‌خواد با من این قدر حرف بزنه. اینجا بود که شانس من برای برقراری ارتباط پایان می‌یافت.

دکتر کارلسون: آیا مهربانی و صمیمیت تو همان قدری که باید باشه بود؟

آیمی: بله، خیلی عجیبه... اونها اصلاً مهربانی و صمیمیت من رو درک نکردند، در حالی که من خیلی دوستانه برخورد کردم و واقعاً نمی‌دونم چرا... شایدم مردم خیلی نسبت به صمیمیت زیاد مشکوک هستند... البته باز هم نمی‌دانم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، من فکر می‌کنم اولش همیشه سخته و بسیاری از ماها هم همین‌طور هستیم.

آیمی: خوب، البته من با یک خانم هم صحبت کردم و شماره تلفنش را نیز گرفتم.

دکتر کارلسون: واقعاً.

آیمی: من به اون تلفن زدم اما اون هرگز تلفن منو جواب نداد، البته این مسأله زیاد اتفاق میفته چون این روزها مردم خیلی گرفتارن... من دیگه بهش فکر نکردم، اون منو دوست نداشت اما برای من واقعاً زنگ زدن به وی سخت بود.

دکتر کارلسون: اما تو کار دیگری انجام دادی.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: آیا انتظار داشتی که اگر تغییر کنی آن وقت دیگه کارها سخت نخواهد بود؟

آیمی: نمی‌دونم، منظور شما چیست؟

دکتر کارلسون: یادم هست که مادرم همیشه می گفت "نابرده رنج گنج میسر نمی‌شود" ... آیا تا الان این ضرب‌المثل رو شنیدی؟

آیمی: اوه قطعاً شنیده‌ام. بسیار خوب، من سال‌های سال است که به انحاء مختلف از مسائل مختلف اجتناب کرده‌ام و این‌گونه زندگی کرده‌ام.

دکتر کارلسون: من نمی‌دانم که آیا این مسأله واقعیت دارد یا نه... اما به نظر می‌رسه کاری که کردی اینه که تو سال‌های سال به گونه‌ای زندگی کرده‌ای که خودت را بدبخت کرده‌ای....

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: البته نمی‌دونم اون چیزهایی که از آن اجتناب می‌کنی چیستند؟ تو دانشکده‌ات را تمام کردی، مقاله‌ی پایان‌ترمت را نوشتی، چند تا بچه داری، از پدرت و مادر بزرگت مراقبت کرده‌ای و البته در حال حاضر شغلی نیز داری... به نظر من فردی که اینجا جلوی من نشسته آدمی نیست که از تمام چیزهای زندگی‌اش اجتناب کرده باشد. همچنین با مادرت هم رو در رو شدی....

آیمی: بله درسته.

دکتر کارلسون: و تو به ازدواج قبلی‌ات پایان دادی، می‌دونی که....

آیمی: من فکر می‌کنم واقعاً نیاز دارم که یاد بگیرم از خودم مراقبت کنم، می‌دونید که... این کار برای من خیلی سخته.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، به نظر می‌رسه تو از خودت هم خیلی خوب مراقبت کرده‌ای.

آیمی: بله، به چند دلیل فکر می‌کنم در این زمینه کار خاصی انجام نداده‌ام واقعاً نمی‌دونم.

دکتر کارلسون: ولی من می‌گم که دارم می‌بینم که تو همه‌ی این کارها را انجام دادی البته خودت خیلی این موارد رو تصدیق نمی‌کنی.

آیمی: نه.

دکتر کارلسون: و البته تو شیوه‌ی عجیب و غریبی برای امتیازدهی به خودت داری.

آیمی: بله همین طور است.

دکتر کارلسون: همان‌گونه که ما هفته‌ی گذشته صحبت کردیم، تو مقالات را نوشتی، می‌دونی که تو نمره‌ی الف را گرفتی و البته می‌دونم فکر می‌کنی که اینها چیزهای خوبی نیستند.

آیمی: چی بگم والله.

دکتر کارلسون: بنابراین، هدف از اینکه می‌خواهی خودت رو بدبخت و بیچاره نشان بدی واقعاً چیه؟

آیمی: نمی‌دونم، واقعاً نمی‌دونم خوب این شیوه‌ای است که یک عمر این گونه زندگی کرده‌ام. به عنوان یک بچه هم من بچه‌ای مالیخولیایی (افسردگی ملانکولیک) بودم.

دکتر کارلسون: آیا این احساسات، احساسات مشابهی هستند؟

آیمی: بله، فکر می‌کنم این حس الکی خوش بودن من مثل این می‌مونه که چیزی رو دارم از دست می‌دم... انگار که همیشه گند می‌زنم یا اینکه هیچ وقت چیزی از زندگی گیرم نیاید.

دکتر کارلسون: بله ...

آیمی: اما اینکه اصلاً توجهی به مقاله‌ام نکردم به دلیل این بود که از خوشحالی سرم خیلی شلوغ بود.

دکتر کارلسون: درسته. بله به نظر می‌رسه که تو همه‌ی این اتفاقات رو برای خودت رقم زدی، خودت، خودت رو خوشحال کردی، خودت خودت رو مالیخولیایی کردی، متوجه حرفهام می‌شی؟ خودت این وسعت اتفاقات رو رقم زدی.

آیمی: بله من خودم کردم اما احساس خاصی به من دست میده چون اگر کاری را برای خودم انجام دهم آنگاه دیگر ممکن است نتوانم کاری را برای دیگران انجام دهم در نتیجه آنها از من نا امید خواهند شد.

دکتر کارلسون: بله این هم یک جور فکره.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: و این البته یک احساس نیست.

آیمی: بله بسیار خوب.

دکتر کارلسون: اگر من کاری را برای خودم انجام بدهم دیگران ممکن است از من نا امید شوند (تکرار حرف‌های آیمی)... این یک فکره و نه یک احساس.

آیمی: درسته.

دکتر کارلسون: اوه... و؟ اون موقع اونها ممکن است چه کاری در این رابطه انجام بدن؟

آیمی: نمی‌دونم. ممکنه به من بگن که من آدم مغروری هستم یا چیزی تو همین ماه‌ها.

دکتر کارلسون: و اگر آنها به تو بگویند که چرا فلان کار را برای من انجام ندادی تو چی میگی؟

آیمی: خوب بستگی به اون کار داره.

دکتر کارلسون: آیا به نظر تو درست نیست که به دیگران بگی داری کاری را برای خودت انجام میدی

(و وقت و حوصله‌ی پرداختن به کارهای اونها رو نداری)؟ من فکر می‌کنم تو این گونه فکر می‌کنی که

مردم اگر فقط به فکر انجام کارهای خودشان باشند تو دردسر میفتن.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: اما به نظر من، به نظر نمی‌رسه که تو بتونی این حرف‌ها رو بزنی. چون تو خونه‌ی

مادربزرگت رو تمیز می‌کنی، از پدرت مراقبت می‌کنی، بچه‌ها رو تر و خشک می‌کنی و...

آیمی: بعضی اوقات، فکر می‌کنم که نیازه تا فردی برای مدتی از خودم مراقبت کنه. فکر می‌کنم که

خیلی جالب و زیباست. البته دوست ندارم مثل یک آدم خیلی مهربون و بختک بیفته روی سر من، بلکه

دوست دارم...

دکتر کارلسون: امم اما تو همچنین گفتی که چیز خاصی که خیلی با آن راحت باشی و کنار بیایی وجود

نداره.

آیمی: احتمالاً تونم این قضیه رو بپذیرم، من احساس عجیب و غریبی پیرامون آن دارم، می‌دونید، واقعاً

نمی‌دونم...

دکتر کارلسون: وای خدای من.

آیمی: به احتمال زیاد من نمی‌تونم اون رو بپذیرم. من در پذیرش تعریف و تمجیدها خیلی خوب (راحت)

نیستم.

دکتر کارلسون: به نظر می‌رسه که انجام قریب‌الوقوع این کار گام بسیار بزرگی برای تو محسوب میشه

درسته؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: به نظر این کار گام بسیار بزرگی محسوب میشه اما آیا چیزی هست که تو تا به امروز با آن خیلی راحت بوده باشی؟

آیمی: نه، تا کنون نه.

دکتر کارلسون: تا کنون و دقیقاً همین واژه‌ی تا کنون درسته. اگر با مادرت صحبت می‌کردی احساس خیلی قشنگی می‌داشتی؟

آیمی: درباره‌ی احتمال انجام این کار فکر کرده‌ام و نمی‌دونم که این کار مسخره به نظر می‌رسه یا نه، اما درباره‌ی پُست کردن علائم کوچکی در اطراف خانه‌ام جهت یادآوری به خودم برای کارهایی که انجام داده‌ام نیز فکر کرده‌ام. البته این نوعی یادآوری به خودم برای انجام کارهای خوبم محسوب می‌شود. در مقابل من می‌تونستم این کارها رو انجام ندم یا اینکه فقط مطمئن بشم که همه‌ی کارها درست هستند.

دکتر کارلسون: ام‌م با این حال این یک نمونه از انتخاب‌هایی است که در مورد آن فکر کرده‌ای.

آیمی: بله، حداقل مثل این می‌مونه که..... به نظرم من می‌تونم همه‌ی آن چیزهایی که در مغزم هست رو انجام بدم اما حداقل زمانی که برخی از کارهای کوچک رو انجام بدم و پشت سرم بذارم.

دکتر کارلسون: م‌م‌م

آیمی: ممکنه حالا حالاها یا بلکه دیرتر هم، دیگر به علامت‌گذاری نیازی نباشه، چرا که من خودم این کار رو در ذهنم انجام میدم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، به نظر می‌رسه که این کار ارزش انجام دادن رو داشته باشه.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: به نظر من، آن چیزی که داری میگی اینه که شاید انجام این کار نه تنها به گسسته شدن روندهایت کمک می‌کنه بلکه همچنین تو رو از چیزهایی که درباره‌ی آن فکر می‌کنی نیز آگاه می‌کنه. بله، من مطمئناً فکر می‌کنم که انجام این کار ارزشمند هست. (مکث) و همانند آن چیزی است که روی یک تکه کاغذ در یک امتحان می‌نویسی.

آیمی: اوم م... (خطاب به خودش) تو مادر عجیبی هستی، می‌دونم، من در رابطه با برخی از ماشین‌هایی که تا حالا آنها را رانده‌ام تعجب می‌کنم، به نظر من برخی از اوقات... به نظر من هر فرد دیگری هم می‌تونه وسیله‌ی نقلیه رو برونه، اما این کار واقعاً سخته و من برای انجام این کار به خودم خیلی افتخار نمی‌کنم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب بابا، تو راننده‌ی خوبی هستی.

آیمی: چی بگم والله فقط یک رانندگی ساده است.

دکتر کارلسون: برو.. مادر خوب (با حالت طنز).

آیمی: چی بگم.

دکتر کارلسون: بله، به نظر من این یادآوری‌ها خیلی مهم‌اند زیرا به انتخاب‌های خوب تو اشاراتی دارند.

آیمی: اوهوم.

دکتر کارلسون: اگر ما انتخاب کنیم که فقط به چیزهای بد زندگی مان فکر کنیم خوب معلومه احساسمان

نیز بد خواهد شد....

آیمی: درسته.

دکتر کارلسون: اگر هم به چیزهای خوب و درستی که انجام دادیم فکر کنیم خب قاعدتاً احساس

متفاوتی خواهیم داشت.

آیمی: و این قضیه هر روز برای من اتفاق میفته زیرا من از برخی امور چشم‌پوشی می‌کنم و روی بعضی

دیگر متمرکز می‌شوم. می‌دونید در رابطه با بچه‌ها یا هر چیز دیگری... من باید تلاشم را بکنم تا راجع به

کارهایی که آنها را خیلی خوب انجام داده‌ام فکر کنم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، بایدش را نمی‌دونم اما فکر می‌کنم اگر این کار را بکنی شاید احساس

بهتری به دست بده.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: بیشتر وقت‌ها، فکر نکنم این موارد شب‌های متوالی اتفاق بیفتند (فکر کردن به کارهایی

که درست انجام داده است).

آیمی: نه راستش رو بگم همین الان هم برام خیلی سخته که درباره‌ی همه‌ی این موارد فکر کنم. و من،

می‌دونم که برای حرکت به سمت جلو و پیشرفت جهت شفای درگیری‌های درونی‌ام، مجبورم که

حرکتی بکنم و می‌دونم انجام این کار کلافه‌کننده و ناراحت‌کننده است و البته این کار خیلی سخته.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، این هم یک انتخاب است. پخته شدن هم یک انتخاب است.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: البته من مطمئن نیستم و نمی‌دونم که چرا تو وقتی می‌تونی انتخاب‌های دیگری داشته

باشی فقط یک انتخاب خاص انجام می‌دهی. مشخصه که این انتخاب‌ها به تو کمکی نکردند.

آیمی: نه هیچ وقت کمکی به من نکردند.

دکتر کارلسون: به نظرم تو اگر بخوای می‌تونی برخی کارها را انجام ندهی و الکی خودت رو داغون نکنی.

آیمی: نمی‌دانم که چسبیدن یا رها کردن این دو شیطان (دو جبهه‌ی درونی مثبت و منفی که از گشتالت-درمانی اقتباس شده‌اند. مترجم) چه تبعاتی برام داره؟

دکتر کارلسون: این هم یک انتخاب متفاوت محسوب میشه. می‌دونی، این (حل و فصل کردن این غائله‌ی درونی) یک گام متفاوت محسوب می‌شه. به نظرم تو دوتا مشکل برای خودت ایجاد کردی... تو کاری انجام نمی‌دهی و ضمناً احساس بدی هم داری.... این گونه است که تو دست به کاری نمی‌زنی. شاید بتوانی کاری را که در انجامش خوب هستی انجام بدهی تا احساس خوبی به تو دست بده.

آیمی: بسیار خوب، حرفه‌اتون متقاعدکننده است.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، من نمی‌دونم که آیا حرفه‌ایم متقاعدکننده‌اند یا نه اما می‌دانم که شیوه‌هایی هستند که تو رو به راه‌های جایگزینی جهت توقف رویه‌هایی که تو رو خسته و کوفته می‌کنند مجهز می‌کنند. چون هفته‌ی گذشته تو احساس کردی که بسیار کوفته و داغون شدی.

آیمی: می‌دونم.... بعدش شروع کردم به فکر کردن درباره‌ی کارهایی که انجام دادم و....

دکتر کارلسون: بسیار خوب، تو آن فرمول‌ها را خودت کشف کردی و تلاش کردی تا بفهمی که چه چیزهایی احساس بهتری بهت میدن از جمله صحبت کردن با دیگران یا انجام کارهایی خاص.

آیمی: اوهوم.

دکتر کارلسون: دو تا کار می‌تونی انجام بدی اگر بخوای می‌تونی فردا در رابطه با مادرت کاری انجام بدهی یا اینکه با کسی حرفی بزنی؟ کاری که در رابطه با مادرت انجام خواهی داد چیست؟ یا اینکه با چه کسی می‌تونی صحبت کنی؟ آیا امروز یا فردا کسی رو داری که باهاش صحبت کنی؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: مثلاً چه کسی؟ اسمش رو به من بگو.

آیمی: من دوستی دارم به اسم هنری^۱. اوهوم... اون یک طراح شبکه اینترنت هست. فوق‌العاده نیست اما از هیچی بهتره.

1- Henry

دکتر کارلسون: بسیار خوب، یعنی چی که از هیچی بهتره، به نظر می‌رسه که از ایجاد این دوستی خیلی خوشحال نیستی. آیا اون کسی هست که بتونی باهاش حرف بزنی و احساس خوبی بهت دست بده؟
آیمی: من همچین می‌تونم به اون زنگ هم بزنم. می‌دونید، من با اون رابطه‌ی اینترنتی (چت) دارم و واقعاً به این کار اعتقادی ندارم... اون اون یک رابطه‌ی واقعی نیست. در این ارتباط فقط داری حرف می‌زنی و تایپ می‌کنی. من به یک ارتباط انسانی نیاز دارم.

دکتر کارلسون: آیا در ۲۴ ساعت آینده می‌تونی یک ارتباط انسانی (رو در رو با تبادل افکار و عواطف) برقرار کنی؟ می‌دونم که قصد داری با مادرت فردا صحبت کنی، آیا کس دیگری را داری که باهاش صحبت کنی؟

آیمی: دوستی دارم به اسم کاری^۱ که در شیکاگو زندگی می‌کنه، البته احتمالاً یک سر به اون خواهم زد. اشکالی هم نداره.

دکتر کارلسون: اوهوم، وقتی که کاری رو پیدا کنی چه کار خواهی کرد؟

آیمی: درباره‌ی مادرم حرف می‌زنم و غم و غصه‌هام رو مطرح می‌کنم.

دکتر کارلسون: وقتی درباره‌ی این موارد صحبت کنی چه اتفاقی می‌افته؟

آیمی: نمی‌دونم، حدسم اینه که احساس کمتری بهتر بشه.

دکتر کارلسون: بنابراین، درباره‌ی چه چیزهایی صحبت خواهی کرد؟

آیمی: موسیقی، کتاب و...

دکتر کارلسون: می‌بینی، وقتی که به مسافرت بریم و برای خودمان سرگرمی و تفریح جور کنیم می‌تونیم واقعاً احساس بهتری داشته باشیم زیرا از دست رفتاری‌ها خلاص می‌شویم. برعکس وقتی که به انزوا می‌رویم در واقع داریم موضوعات افسرده‌ساز مانند مادرت را انتخاب می‌کنیم، بعدش متعجب می‌شیم و می‌گوییم چرا احساس خوبی از دیدن کاری ندارم.

آیمی: بله، می‌فهمم.

دکتر کارلسون: بنابراین، تو به ملاقات دوست کاری می‌روی و درباره‌ی مسائل گند و افتضاح صحبت نمی‌کنی... شما درباره‌ی چیزهایی که منفی هستند صحبت نمی‌کنید. شما می‌توانید راجع به موسیقی و مهارت‌های تازه آموخته شده‌ات مانند مراقبه صحبت کنید.

آیمی: بله... البته من دوست دارم چیزهای بیشتری راجع به اون یا دیگر اشکال آرمیدگی یاد بگیرم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، آنچه که من دوست دارم تو انجام بدهی این است که ترجیح می‌دهم تو در هر لحظه از زمان یک گام برداری. معمولاً صبح‌ها چه ساعتی از خواب بلند می‌شوی؟
آیمی: ساعت شش و نیم صبح.

دکتر کارلسون: آیا نیازه که ساعت شش و نیم از رختخواب بیرون بیای؟
آیمی: اوهوم.

دکتر کارلسون: آیا می‌تونی ساعت شش و ربع از خواب بلند شی؟
آیمی: بله.

دکتر کارلسون: چه اتفاقی می‌فته اگر ساعت شش و ربع از خواب بلند شی و اون زمان اول وقت رو به انجام مراقبه اختصاص بدهی؟

آیمی: ایده‌ی خوبییه زیرا آغاز خوبی برای یک روز محسوب می‌شه به جای اینکه...

دکتر کارلسون: بسیار خوب، پس این شروع خوبی برای یک روز تازه است.

آیمی: بله شروع خوبی برای یک روز تازه است به جای اینکه از خونه بیرون برم و الکی در اطراف پرسه بزنم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، این می‌تونه یک راه جدید و متفاوت باشه. می‌دونی که این شیوه‌ای است برای تمرکز کردن بر چیزی آن هم در ابتدای صبح. بنابراین، این چیزی است که تو می‌تونی اون رو انجام بدی و حتی اگر هم خسته باشی می‌تونی تحت هر شرایطی آن کار را انجام بدی. اگر ۱۵ دقیقه این تمرین را انجام بدی واقعاً احساس بهتری به دست می‌ده.

آیمی: بسیار خوب.

دکتر کارلسون: تو فقط باید روی اون چیزهایی که می‌تونی انجام بدی دقت کنی، بعضی روزها از بعضی دیگر بهترند و این موارد چیزهایی در اختیار تو برای تمرکز کردن روی آن قرار می‌دهند. وقتی که افکار به ذهن تو میان، تو می‌تونی اونها را دور بریزی. تنها راه مقابله با این کارهای غلط انجام ندادن آنهاست.
آیمی: بسیار خوب.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، بنابراین دفعه‌ی بعدی که برنامه ریختی کاری (پسری رو که قبلاً تعهد دادی که کارهای زیادی را برایش انجام بدی) رو ببینی، در این باره که چه چیزهایی می‌خواهی بگی بیشتر فکر کن. ما تا سه هفته‌ی آینده همدیگر را نخواهیم دید بنابراین زمان بیشتری برای انجام این کار اختصاص بده (تمرینات بیشتری انجام بده).

آیمی: اوه بله.

دکتر کارلسون: بسیارخوب، بنابراین اگر برنامه ریختی و کاری رو ملاقات کردی فقط راجع به چیزهای مثبت حرف بزن، فردا هم که برنامه داری مادرت رو ببینی راجع به سؤال‌های بی جوابت صحبت کن، این یادداشت‌های پس از جلساتات را هم به او نشان بده.

آیمی: باشه.

دکتر کارلسون: بنابراین هر روز صبح ساعت شش و ربع برخی تمرینات مراقبه را انجام بده. آیا در انجام این کار مهارت داری تا به محض اینکه تصمیم‌گیری انجامش بدی بتونی این کار رو بکنی؟ آیمی: بله می‌تونم.

دکتر کارلسون: آیا می‌تونی زمان دیگری برای این تمرین برای خودت اختصاص بدی؟

آیمی: بله اما اگر نتونم انجامش بدم در درون خودم احساس گناه می‌کنم. من به خودم خیلی سخت می‌گیرم، اگر نتونم کاری رو که برای خودم برنامه‌ریزی کردم انجام بدم بدترین اتفاق ممکن برام رقم می‌خوره.

دکتر کارلسون: اوهوم، شاید این کار زمینه‌ای باشه برای واداشتن خودت به انجام کارهای خوب‌تر برای خودت. برای من سؤاله که آیا آدمهایی وجود دارند که تو بتونی به طور مثبت با آنها صحبت کنی؟ به نظر من تو نیازی به ... نداری، اما با این حال درباره‌ی این موضوع فکر کن.

آیمی: باشه، مادر من آدم خیلی منفی‌ای هست بنابراین من نمی‌تونم با اون به طرز مثبتی حرف بزنم بنابراین نمی‌تونم تضمین کنم که گفتگوی فردای ما بهترین نوعش تا به امروز خواهد بود و همه چیزش مثبت خواهد بود.

دکتر کارلسون: درسته.

آیمی: مادرم یکی از انواع آدم‌های بدبین هست.

دکتر کارلسون: بسیارخوب، من مطمئن نیستم که گفتن این حرف که مامان تو چرا جواب سؤال منو نمیدی کفایت کنه.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: تو می‌دانی که ما واقعاً می‌خواهیم این تجدید ملاقات صورت بگیره. بنابراین ما می‌تونیم... تو می‌دونی مامانت می‌تونست مادرت باشه، اما من می‌خوام که تو خودت اینو ازش بخوای.

آیمی: اوهوم.

دکتر کارلسون: به نظر من نهایتاً مادرت می‌تونه یاد بگیره که با گریه کردن می‌تونه جواب کافی به سوالاتت نده.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: آدم‌های دیگه هم چنین طرحی برای خودشون دارند و می‌تونن وقتی که با هیجان‌ناشان مشکل پیدا می‌کنند به طریقی از چیزهای ناخوشایند اجتناب کنند. درسته؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: می‌تونی یک نفر را مثال بزنی؟

آیمی: خودم.

دکتر کارلسون: من فکر می‌کنم کارهایی که تو می‌کنی مبتنی بر روندهایی هستند که خیلی از آنها استفاده می‌کنی و البته الگوها و رویه‌های خیلی خوبی نیستند.

آیمی: نه خوب نیستند.

دکتر کارلسون: چون نتیجه‌ی استفاده از این روندها احساسات بدی هستند که تو داری، همچنین مادرت هم احساس بدی خواهد داشت، همچنین وقتی با آدم‌های دیگه ارتباط داری و از اون الگوهای رفتاری استفاده می‌کنی هر دو طرف قضیه احساس بدی پیدا خواهند کرد.

آیمی: بله همین طوره.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، امروز راجع به چیزهای زیادی صحبت کردیم. الان چه احساسی داری؟ آیمی: کمی احساس آرامش دارم البته بعد از اینکه اینجا آمدم این طور شد، هنوز هم احساس تحت فشار بودن می‌کنم اما نه به بدی گذشته. الان احساس می‌کنم آرمیده هستم.

دکتر کارلسون: یادت هست که قرار بود احساسات و افکار بدت رو دور بریزی و منم یادم میاد که یکی از چیزهایی که راجع به اون صحبت کردیم پیدا کردن یک رایزن (یک دوست مصلح و دلسوز) بود.

هیچ شانس در این رابطه وجود داره یا نه؟ آیا تونستی به موفقیتی در این زمینه برسی؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، این نقطه‌ی مثبتی محسوب میشه و تو چندین ملاقات داشتی که در اون احتمال انجام کارهایی که برنامه‌ریزی کرده بودی رو داشتی. خیلی خوبه. من نمی‌تونم منتظر بمونم تا ببینم که چه اتفاقاتی در رابطه با مادرت میفته. بنابراین، دیگه اشتباه فکر نکن، تو می‌تونی دو یا سه یا چهار بار تلاش کنی تا روندهایت را تغییر دهی. خیلی عاقلانه است که با فردی دیگه صحبت کنی. تنها

در فیلم‌هاست که اتفاقات عجیب و خارق‌العاده یک بار رخ می‌دن. اما در زندگی واقعی چند بار میشه تلاش کرد تا اتفاقی رو رقم زد. برای من سؤاله که آیا دوستان تو هم تو رو دوست دارند یا نه و اینکه از دیدن تو خوشحال می‌شن یا نه؟

آیمی: نمی‌دونم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، مشتاقانه منتظر حضور تو در سه هفته‌ی آتی هستم. متشکرم خداحافظ.

تفسیر (اظهار نظر)

در فصل چهارم، ما نشان دادیم که دکتر کارلسون در تمام ۶ جلسه‌ی درمان از ۸ راهبرد درمانی هسته‌ای استفاده کرده است. نتیجه‌ی این امر بازطراحی اساسی رابطه‌ی آیمی و مادرش بوده است. علاوه بر این راهبردهای درمانی هسته‌ای، به نظر می‌رسد که دکتر کارلسون ۴ مورد از ۵ مداخله‌ی مربوط به تغییر مرتبه‌ی دوم که در این فصل مطرح شده‌اند را مورد استفاده قرار داده است. عمده‌ترین مداخله‌ی مرتبه‌ی دوم روشده در این درمان، معکوس‌سازی^۱ بوده که معادل و هم‌تراز با مواجهه است. آیمی، با معکوس‌سازی یا اقدام کردن بر خلاف روند غیرانطباقی‌اش مبنی بر راضی نگه‌داشتن دیگران و ارضای صرف نیازهای دیگران، قادر شد تا جرأت‌ورزی‌اش را در ارتباط با دیگران افزایش دهد و تعادلی را بین ارضای نیازهای دیگران و مراقبت و دلسوزی از خودش ایجاد کند. شایان ذکر است که ضمن صحبت کردن درباره‌ی ناتوانی‌اش برای مواجهه با مادرش در چندین موضوع، آیمی متوجه شد که اجتناب راهبرد اصلی وی در مقابله با مادرش بوده است: "بسیار خوب، مدت‌های مدیدی است که با اجتناب از موضوعات به انحاء مختلف زندگی کرده‌ام". این راه‌حل بی‌خاصیت آن چیزی است که آیمی نیازمند تغییر آن است البته به شرط اینکه تغییر تبدیلی^۲ واقعی^۲ اتفاق بیفتد.

دکتر کارلسون همچنین به طور ظریف و دقیقی در قالب راهبردهای روانی تربیتی به منظور کمک به آیمی برای درک اضطراب عملکردی و بی‌خوابی و نشانگان افسردگی، از فنون مسدودسازی و پذیرش استفاده کرد و همچنین از فن راهنمایی درباره‌ی موضوعات مربوط به فرزندپروری و دیگر مشکلات کنونی زندگی آیمی، استفاده کرد. به همین نحو، او از فن پیش‌بینی و قاب‌گیری مجدد استفاده کرد. تجربه‌ی تصحیحی، دیگر راهبرد کلیدی مورد استفاده در رابطه با آیمی بود. در جلسه‌ی اول، دکتر

1-Reversal

2-Real transformational change

کارلسون تصدیق کرد که آیمی قبلاً در مورد رابطه‌ی مسئله‌دار با مادرش بینشی کسب کرده است. اما، در رابطه با بسیاری از مراجعان، این بینش از همین تغییر یا ارتباط حاصل نمی‌شود. دکتر کارلسون همچنین نیاز به تجربه‌ی رابطه‌ای تصحیحی بین آیمی و مادرش را نیز ضروری می‌دانست. دکتر کارلسون به طور اختصاصی از آیمی در مورد اثرات این بینش سؤال پرسید و او تکرار کرد که این بینش تأثیری نداشته است. بر اساس همین پاسخ، دکتر کارلسون دست به کار شد و آیمی را آماده کرد تا به طور اختصاصی تجربه‌ای تصحیحی را تجربه کند. او به طور اساسی با فقدان حمایت مادرانه‌ی مادرش در طول سال‌های گذشته مواجه شد. آیمی به دلیل پویایی‌های شخصیتی تعارض‌زایش، در پیاده‌سازی این تکلیف درمانی توافق شده‌ی دوجانبه، خیلی دچار مشکل شد. اما با همه‌ی این اوصاف، تجربه‌ی رابطه‌ی تصحیحی، موفقیت‌آمیز بود. این تمرین در درمان وی و نیز رشد شخصی وی تبدیل به نقطه عطفی شد.

اظهارات (تفسیر) دکتر کارلسون

من جلسه‌ی سوم را با ساختاردهی فعالانه‌ی جلسه و کنترل کردن آن با استفاده از پاسخ‌های آیمی به سه سؤال مذکور آغاز کردم. من از آیمی خواستم تا درباره‌ی این نکته صحبت کند که این احساسات تحت فشار بودن و عصبی بودن و خُلق پابینش چه ثمری برایش داشته است. در بسیاری از اوقات درمانگران معتقدند که می‌دانند مراجعان چه می‌خواهند بدون اینکه پرسند و یا اینکه مطمئن شوند که آیا درک صحیحی اتفاق افتاده یا خیر. اغلب اوقات، مراجع و درمانگر درباره‌ی چیزهای مشابهی صحبت نمی‌کنند و لذا مشارکت واقعی بین این دو صورت نمی‌پذیرد. وقتی آیمی صحبت می‌کرد که چگونه اوضاع در این هفته خوب پیش نرفت و بر وفق مراد نبود، من به او گوش می‌دادم و به او اجازه دادم تا بداند این امر فاجعه‌ی بزرگی نیست. به او اجازه دادم تا بفهمد که فراز و نشیب یک چیز ضروری و بخشی طبیعی از تغییر واقعی محسوب می‌شود. قبل از بهبودی، اوضاع مکرراً بدتر می‌شود. بسیاری از درمانگران وقتی نتایجی کمتر از حد انتظار حاصل می‌شود وحشت‌زده می‌شوند و احساس شکست خوردن می‌کنند. آیمی عنوان کرد که صحبت کردن با مادرش چقدر برایش دشوار بوده است. حالت تهوع وی مهم‌ترین علائم جسمانی بود که نشانه‌ی دشواری این کار و غیرقابل تحمل بودن این سبک زندگی جدید برای آیمی بود. یک درمانگر مسلط نقاط قوت وی را مد نظر قرار می‌دهد و به واسطه‌ی نشانگان بیماری، از قضیه منحرف و پرت نمی‌شود و البته زبان دست و پاشکسته‌ی خود مراجع را مورد توجه قرار می‌دهد. در رابطه با این مراجع، من مسیر توجه به نقاط قوت و تعیین‌کننده‌ی درمان را از دست

ندادم. من برایش تفسیر کردم که تسلیم نشدن نشانه‌ای از قوت وی می‌باشد و نه ضعف وی. آیمی درباره‌ی دشواری فرآیند تغییر صحبت کرد و من نیز اضطراب وی را به عنوان نشانه‌ای مثبت، قاب‌گیری مجدد کردم.

آیمی متوجه شد که استفاده از استعاره‌ی نوشتن یک نامه و کاشتن یک درخت در شخصی‌سازی فرآیند تغییر بسیار کمک‌کننده است. تمرین ذهنی پاسخ‌ها، توسط آیمی و آموزش مدیتیشن به وی خیلی مفید بودند زیرا این تمرینات برای چالش‌های وی طراحی شده بودند. این جلسه از طریق کمک به وی برای فهمیدن قدرت انتخاب‌هایش، آیمی را توانمند ساخت. آیمی در این جلسه کارهای بسیار زیادی انجام داد. فکر کردن و مشارکت کلامی افزایش یافته‌ی وی نشانه‌ی سطح درگیری وی در فرآیند درمان بود. نقش من هم تسهیل بحث از طریق پرسیدن سؤالات و زیر سؤال بردن نحوه‌ی تفکرش به نحوی مثبت بود. از آنجایی که آیمی مراجعی باهوش و آموزنده‌ای با اشتیاق بود لذا استفاده از فن روانی تربیتی ابزار بسیار نیرومندی محسوب می‌شد. بر من واجب شد که به وی اجازه دهم تا کارهایی را برای خودش انجام دهد تا بپذیرد که این کار بسیار خوب است. آیمی راهبردهایی که خودش خلق کرده بود را مطرح کرد و یک درمانگر مسلط می‌داند که ترغیب مراجع به استفاده از راه‌حل‌ها هر زمان که امکان‌پذیر باشد بسیار اهمیت دارد. او به راحتی توانست ببیند چگونه با انتخاب‌هایش خودش را افسرده ساخته و انتخاب‌های دیگر و در عین حال کمتر افسرده‌سازتری مانند تلفن زدن به دوستانش یا ایمیل زدن به آنها یا نواختن طبل را در دسترس دارد. او توانست به سادگی بفهمد که چگونه در زندگی - اش از تمام چیزها اجتناب نکرده و نمی‌کند. مثلاً او دانشکده را تمام کرده بود، دو بچه‌اش را بزرگ کرده بود، از پدر و مادر بزرگ مادری‌اش مراقبت کرده بود، شغلش را حفظ کرده بود، با مادرش مواجه شده بود و حتی ازدواج قبلی‌اش را پایان داده بود. همچنین وی طرح‌هایی را برای نوشتن یادداشت‌های انگیزشی و قرار دادن آنها در اطراف خانه‌اش و انجام مدیتیشن به عنوان یک بخش از زندگی روزانه‌اش تدوین کرده بود. بخش عمده‌ای از جلسه شامل پیگیری تکالیفش و ارائه‌ی راهنمایی برای سه هفته‌ی آتی می‌شد.

او با درک این نکته کارش را آغاز کرد که تغییر یا تبدیل فرآیندی است که با برداشتن اولین گام در لحظه‌ی حال شروع می‌شود. استفاده از واژه‌های تاکنون یا تا به حال به آیمی کمک کرد تا بفهمد که چگونه اقدامات وی دائمی و همیشگی نیستند و فردا روز دیگری است که او قادر خواهد بود انتخاب‌های جدیدتری داشته باشد. وقتی آیمی پیشنهاد داد که علائمی بسازد و در اطراف خانه نصب کند تا به

وی یادآوری کنند که فرآیند درمان را خودش آغاز کرده و خودش در حال تألیف مجدد داستان زندگی‌اش است من نیز خیلی دلگرم شدم. بسیاری از پاسخ‌های من برای عادی‌سازی فرآیند تغییر و کمک به وی بود تا به خودش به عنوان فردی کاری و سخت‌کوش در جریان پیشرفت‌ش نگاه کند. وقتی او توانست حرکت به سمت اهداف تدوین شده و بیان شده‌اش را بفهمد و درک کند، انگیزش درونی‌اش منجر به حرکت صعودی نمادین شد.

اظهارات پایانی

پیش‌فرض بنیادی این کتاب این است که تغییرات درمانی بادوام (مانند‌گار) و اثربخش مستلزم وقوع تغییرات مرتبه‌ی دوم و در ادامه تغییرات مرتبه‌ی سوم هستند. چنین تغییراتی همیشه دگرگونی‌هایی^۱ (تحول و دگر‌دیدی) را در بر می‌گیرند که تمام جنبه‌های درونی و بیرونی زندگی یک فرد از جمله افکار، احساسات، رفتارها و انتظارات وی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. همان‌طور که به طور مختصر در فصل اول گفته شد، واژه‌ی تبدیل (تحول) از پیشوند ترنس^۲ به معنای تغییر کامل^۳ و کلمه‌ی ریشه‌ای به معنای ساختار، منش یا روند تشکیل شده است. به عبارت دیگر، تحول (دگر‌دیدی) به معنای قادر بودن به فکر کردن و عمل کردن به شیوه‌ای کاملاً متفاوت از آن چیزی است که فرد آن‌گونه شکل گرفته یا بزرگ شده است. به طور اختصاصی‌تر می‌توان گفت، تبدیل همیشه مستلزم تغییری بنیادی در روندهاست. برای فرد مستعد اضطراب که روند بنیادی‌اش گریختن و اجتناب از موقعیت‌های ترسناک است، تبدیل (دگر‌دیدی) به معنای مواجه شدن با ترس‌های پیش‌روست.

تغییرات مرتبه‌ی دوم شامل تغییر از روندهای غیرانطباقی^۴ به سمت روندهای انطباقی‌تر می‌شود. تغییر روندهایی دگر‌دیدی محسوب می‌شوند که در آنها مراجعان نه تنها رفتارهای خویش را تغییر دهند بلکه همچنین طرح‌واره‌های خویش - دیگری^۵ را نیز تغییر دهند. تغییرات مرتبه‌ی دوم، تمرکز اصلی کار درمانی درمانگران مسلطی است که ما می‌شناسیم و به وضوح مشخص است که تمرکز اصلی و اولویت درمان دکت‌ر کارلسون با آیمی نیز همین مورد بوده است. برای آیمی، که روند اصلی و غیرانطباقی‌اش،

1-Transformation

2-Trans

3-Changing thoroughly

4-Form

5-Maladaptive pattern

6-Self-others schemas

راضی کردن دیگران و مراقبت و دلسوزی برای آنها و انجام کمال‌گرایانه‌ی کارها بوده، تبدیل و دگردیسی به معنای مراقبت و دلسوزی برای خویش و دیگران به شیوه‌ای منطقی و وظیفه‌شناسانه و از روی وجدان است. همچنین دگردیسی (تحول اساسی و زیربنایی) برای وی به معنای رو به رویی و مواجهه با انتظارات چالش‌زا و مشکل‌زا و متفاوت است. در دو جلسه‌ی اول درمان، آیمی ترغیب شد تا با چنین انتظارات متفاوتی مصالحه کند و با آنها کنار بیاید. حداقل سه مجموعه‌ی تعارض‌زا از انتظارات وجود دارند که به آیمی کمک شد تا با آنها مواجه شود. اول، مجموعه‌ی انتظارات مادرش از وی که دوست داشت دخترش بی‌جرات، وظیفه‌شناس و دلدیر باشد به نحوی که نتواند به مادر سوءاستفاده‌گر و خودشیفته‌اش پاسخ منفی دهد. دوم، مجموعه‌ی انتظارات درمانی تدوین شده برای وی بوده تا اینکه وی جرات‌مندتر و خود مراقب‌تر شود. سوم، مجموعه‌ی انتظارات خودساخته‌ی وی است مبنی بر اینکه دیگران را راضی و خشنود کند و به قیمت فدا کردن نیازهای خویش برای دیگران دلسوزی کند و هر کاری را به نحو کمال‌گرایانه و بدون شکایت و محاسبه‌ی هزینه‌ی آن کارها انجام دهد. برای حل و فصل کردن این انتظارات و رسیدن به سطوحی از تبدیل (دگردیسی)، وی می‌بایست مادر و درمانگر را راضی و خشنود کند، آنهایی که انتظارات متعارضی دارند، زیرا مجموعه‌ی انتظارات درمانگر و مادر آیمی با انتظاراتی که وی برای خودش تدوین کرده بود، متعارض بودند.

References

- Beitman, B., & Yue, D. (1999). *Learning psychotherapy*. New York, NY: Norton.
- Chartier, I., & Provencher, M. (2013). Behavioural activation for depression: Efficacy, effectiveness and dissemination. *Journal of Affective Disorders*, 145, 292–299.
- Fraser, J., & Solovey, A. (2007). *Second-order change in psychotherapy: The golden thread that unifies effective treatments*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Good, G., & Beitman, B. (2006). *Counseling and psychotherapy essentials: Integrating theories, skills, and practices*. New York, NY: Norton.
- Sperry, L. (2010). *Core competencies in counseling and psychotherapy: Becoming a highly competent and effective therapist*. New York, NY: Routledge.

Sperry, L., & Sperry, J. (2012). *Case conceptualization: Mastering this competency with ease and confidence*. New York, NY: Routledge.

فصل ششم

دستیابی به تغییر: لحاظ کردن تغییرات مرتبه‌ی اول

اگر فصل‌های قبلی را مطالعه کرده باشید خواهید دانست که پیام قطعی آن فصل‌ها این است: تغییر روندها^۱ (تغییر مرتبه‌ی دوم) قلب روان‌درمانی موفق و اثربخش است. با این حال تغییرات مرتبه‌ی اول چه هستند؟ نقش آنها در فرآیند درمان چیست؟ در عین حال، بسیاری از مراجعان به قصد تغییر روندهای-شان در درمان حاضر نمی‌شوند. در مقابل، آنها با نشانگان خاصی مانند افسردگی، احساس گناه یا حملات وحشت‌زدگی در جلسه‌ی درمان حاضر می‌شوند. یا اینکه آنها با مشکلات خاص زندگی‌شان مانند مشکلات ارتباطی، نگرانی‌های مربوط به فرزندپروری، ازدست دادن کار یا نگرانی‌های مربوط به کار، اهمال‌کاری^۲ و مسائلی از این دست به جلسه‌ی درمان می‌آیند. به عبارت دیگر، نگرانی‌های مطرح شده‌ی آنها به الزامات تغییرات مرتبه‌ی اول مربوط‌اند و این نگرانی‌های مطرح شده نوعاً بازتابی است از روندهای غیرانطباقی زیربنایی و اساسی آنها.

درمان می‌تواند فقط بر این الزامات مربوط به تغییرات مرتبه‌ی اول تمرکز کند یا اینکه می‌تواند هم بر الزامات تغییرات مرتبه‌ی اول و هم دوم تمرکز کند. در بین درمانگران مسلطی که ما می‌شناسیم، غالبشان بر تغییرات مرتبه‌ی اول و دوم و همان‌طور که در فصل هفتم خواهیم دید بر تغییرات مرتبه‌ی

1-Pattern change

2-Procrastination

سوم نیز تمرکز می‌کنند. درمانگران مسلط این ظرفیت را دارند تا به طرز استادانه‌ای تمرکز درمانی (تمرکز بر تغییر روندها) خاص را حفظ کنند و در عین حال از مداخلات مناسب برای حل و فصل نگرانی‌های بلافصل مراجع (مشکلات مطرح شده) استفاده کنند. به عبارت دیگر، درمانگران هم با مشکلات مطرح شده‌ی مراجعان و هم با پویایی‌ها و روندهای اساسی و زیربنایی آنها مقابله می‌کنند. این فصل بر تلفیق الزامات تغییر مرتبه‌ی اول (مشکلات مطرح شده‌ی مراجع) در بافت الزامات تغییر مرتبه‌ی دوم (تغییر روندها) تمرکز می‌کند. فصل حاضر با مروری بر تغییر مرتبه‌ی اول آغاز می‌شود. در ادامه، توصیف بخشی از جلسات ۳ و ۴ و ۵ نشان می‌دهد که چگونه تغییرات مرتبه‌ی اول و دوم را می‌توان با نشانگان مراجع و مشکلات کنونی زندگی تلفیق کرد.

تغییرات مرتبه‌ی اول

تغییرات مرتبه‌ی اول شامل تقلیل نشانگان، افزایش کارایی یا حل و فصل موقتی مشکل فعلی زندگی مراجع می‌شود. در این سطح تغییر، یک درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا در موقعیت‌های خاص، کارهای متفاوتی را انجام دهد. از منظر روندها، می‌توان گفت که روندهای غیرانطباقی تثبیت شده یا قابل تحمل‌تر شده‌اند (فریزر و سولووی، ۲۰۰۷). در نتیجه مراجع به سطح پایه‌ی عملکردی خویش مکرراً بر می‌گردد. آنچه بین تغییرات مرتبه‌ی اول و دوم و سوم تمیز ایجاد می‌کند این است که در تغییر مرتبه‌ی اول تلاش‌های مذکور برای جایگزینی روندهای غیرانطباقی مراجع با روندهای انطباقی‌تر خیلی پیچیده نیست. به عنوان مثال، یک فرد با حملات وحشت‌زدگی ممکن است با امتحان کردن داروهای ضد اضطراب موافقت کند. این کار روندهای غیرانطباقی وی را تغییر نمی‌دهد بلکه نشانگان وحشت‌زدگی را تقلیل می‌دهد و این کار به او اجازه می‌دهد تا در کنار روندهای غیرانطباقی مشابه، عملکرد خودش را اندکی بهتر کند. یک فرد معتاد به کوکائین ممکن است تصمیم بگیرد تا در گروه‌های معتادان بی‌نام برای نیل به هوشیاری، آبرو و متانت بیشتر خود شرکت کند. این مداخله تغییر مرتبه‌ی اول است زیرا می‌تواند به زندگی مراجع بدون تغییر در روندهای غیرانطباقی، ثبات مجددی ببخشد. همسری که معتقد است دیگر نمی‌تواند فحاشی‌های همسرش را تحمل کند ممکن است فرآیند طلاق را آغاز کند. این کار هم تغییر مرتبه‌ی اول است زیرا او موقتاً یک مشکل موجود در زندگی را حل کرده است. با این حال، از آنجایی که روند اولیه‌ی رفتاری وی تغییر نکرده است، او ممکن است جذب فرد دیگری شود که او نیز فحاش و سوءاستفاده‌گر باشد. عنصر مشترک در هر سه مثال این است که در هیچ‌کدام از

مثال‌ها روندهای جدید انطباقی آغاز نشدند و نیز نه پویایی‌های فردی و نه پویایی‌های سیستمی، هیچ‌کدام تغییری نکرده‌اند.

در حالی که تغییرات مرتبه‌ی اول در مقایسه با تغییرات مرتبه‌ی دوم محدودکننده و سطح پایین‌تر هستند، اما با این حال می‌تواند نقش ضروری در روان‌درمانی بازی کنند. در صورتی که در چهارچوب تغییرات مرتبه‌ی اول، نشانگان فرد کاهش نیابند یا اینکه موقعیت زندگی فرد به طرز کافی حل و فصل نشود، در آن صورت افراد ممکن است پذیرای فعالیت‌های مرتبط با تغییرات مرتبه‌ی دوم نباشند و خود را درگیر در این فعالیت‌ها نکنند. مورد آیمی این نکته را نشان داد. اگر او در نتیجه‌ی یادگیری و تمرین مدیتیشن به سطح خاصی از تقلیل و رهایی از نشانگان عصبی بودن و تحت فشار بودن نمی‌رسید، خیلی بعید بود که درگیری در تلاش‌های معطوف بر تغییرات مرتبه‌ی دوم را آغاز کند و ادامه دهد.

تلفیق تغییر مرتبه‌ی اول و تغییر مرتبه‌ی دوم با نشانگان

در توصیف بخشی که در ادامه می‌آید، آیمی عنوان کرد که به خاطر نشانگان ترس و اشتباه کردن تحت فشار است و عصبی می‌شود. دکتر کارلسون از مدیتیشن به عنوان مداخله‌ی مرتبه‌ی اول استفاده کرد تا به مراجع کمک کند نشانگان اضطراب و نگرانی‌های ذهنی‌اش (نشخوارهای ذهنی) را تقلیل دهد و کنترل بر آنها را یاد بگیرد. خوشبختانه، این مداخله در تقلیل نشانگان وی کاملاً اثربخش بود. همان‌طور که اغلب اوقات این‌گونه است، تلاش‌های معطوف بر تغییرات مرتبه‌ی اول موفقیت‌آمیز، اعتماد مراجع به درمانگر را افزایش می‌دهد (اعتبار بالینی) و کارایی روان‌درمانی را نیز افزایش می‌دهد. سپس در این جلسه و جلسات بعدی، دکتر کارلسون به طرز استادانه‌ای از موفقیت تلاش‌های معطوف به تغییرات مرتبه‌ی اول در جهت ایجاد تغییرات مرتبه‌ی دوم استفاده کرد (تغییر روندها). او این کار را از طریق کمک به آیمی برای تمرکز کردن بر افکار مرتبطی که منعکس‌کننده‌ی روندهای غیرانطباقی وی بودند انجام داد. این بخش از درمان چگونگی تلفیق تغییرات مرتبه‌ی اول با دوم را نشان می‌دهد.

دکتر کارلسون: قبلاً چه راهبردهایی را مورد استفاده قرار داده‌اید؟

آیمی: نمی‌دونم، واقعاً نمی‌دونم... خوب بعضی از راهبردها از بقیه مهم‌ترند.

دکتر کارلسون: بنابراین، آیا ملاحظه‌ی یک راه احتمالی دیگر برایت جالبه؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: با این حال، من متعجبم، اگر زمانی که این آموزه‌ها مطرح شوند و تو از آنها آگاه‌تر شوی چه اتفاقی خواهد افتاد؟ زیرا به نظر می‌رسد وقتی که آنها شروع شوند، ترجیح می‌دهند که زندگی خودشان را داشته باشند و راه خودشان را بروند.

آیمی: قطعاً.

دکتر کارلسون: همان طوری که از تو هم شنیده‌ام تو نیز راه‌ها را یکی پس از دیگری امتحان کرده‌ای. آیمی: بله.

دکتر کارلسون: در حال حاضر می‌خواهم راهبردی را به تو یاد بدهم که مردم زیادی آن را جالب می‌دانند و به آن مدیتیشن می‌گویند و نمی‌دانم که آیا تو تا به الان چیزی درباره‌ی چگونگی انجام آن شنیده‌ای یا نه؟

آیمی: نه نشنیده‌ام اما علاقمندم که بدانم چیست.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، بنابراین تو مخالفتی با انجام مدیتیشن نداری؟

آیمی: نه.

دکتر کارلسون: آنچه که در رابطه با مدیتیشن باید یاد بگیری این است که واقعاً یاد بگیری نفس بکشی، آرام‌تر و عمیق‌تر نفس بکشی. درست همین الان من دارم می‌بینم که تو نفس کشیدن‌هایت خیلی سطحی و کم عمق هست، خودت متوجه آن نشدی؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: آیا می‌تونی درون شش‌های خودت را همچون یک ظرف شیشه‌ای تصور کنی، وقتی آب درون این ظرف می‌ریزی متوجه می‌شوی که آب از ته این ظرف تا بالا می‌آید و پر می‌شود. بنابراین، می‌تونی نفس کشیدن عمیق را این‌گونه تصویرسازی کنی، بدین منوال که شروع کنی و انتهای شش‌هایت را پر از هوا کنی و سپس آن را از شش‌هایت خارج کنی و در نتیجه نفس‌های بسیار عمیق و آرامی داشته باشی. ممکن است یاد گرفته باشی وقتی که آواز می‌خوانی این تنفس دیافراگمی را انجام دهی همان‌گونه که خوانندگان این کار را می‌کنند.

آیمی: امم

دکتر کارلسون: آیا واقعاً از دیافراگم‌هایت تا به الان استفاده کرده‌ای؟ بنابراین آیا می‌توانی نفس کشیدن آرام و عمیق را تمرین کنی؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: و همان‌طور که تو این کار را کردی و می‌دانی، ممکن است بخواهی که چشم‌هایت را ببندی و همین الان این تمرین را انجام بدی و متوجه شوی که کارایی آن چقدر است، مایلی؟
آیمی: بله (در عین حال وی چشم‌هایش را بست و تنفس عمیق را تمرین کرد).

دکتر کارلسون: در تمام مدت، وقتی که تو داری آرام‌تر و عمیق‌تر نفس می‌کشی، داری کار درست را انجام می‌دهی. اکنون، همان‌طور که عمیق‌تر و آرام‌تر نفس می‌کشی، احتمالاً افکاری خواهی داشت که به ذهنت خطور خواهند کرد و وقتی این افکار به ذهنت خطور می‌کنند من دوست دارم که در همان حالی که به افکارت توجه می‌کنی تمرکزت را روی نفس کشیدنت قرار بدهی و به این کار ادامه دهی. آیمی: (روی نفس کشیدنش تمرکز می‌کند).

دکتر کارلسون: (خطاب به آیمی در حالی که دارد نفس کشیدن را تمرین می‌کند) درسته، خیلی خوب این کار رو انجام می‌دهی. همچنین می‌توانی به امواج کنار ساحل توجه کنی که می‌آیند و می‌روند و هر فکری که به ذهنت خطور می‌کند را نیز می‌توانی مانند آن امواج عقب برانی و کماکان بر نفس کشیدنت تمرکز کنی (مکث درمانگر). همین‌طور عمیق و آرام که نفس می‌کشی می‌توانی از تمامیت وجودی خودت آگاه‌تر شوی (مکث درمانگر). از بدنت که روی صندلی نشسته‌ای آگاه شو، از صداهایی که در دور و برت به گوش می‌رسند آگاه شو (توجه کن) و در تمام مدت بر نفس کشیدنت تمرکز کن. همین‌طور آرام و عمیق نفس بکش (مکث درمانگر). تنها تو و نفس کشیدن‌هایت هستند که در حال حاضر در این عالم وجود دارند (مکث طولانی‌تر). و اگر تو بتوانی سه مرتبه این گونه نفس بکشی بعد از بار سوم می‌توانی چشم‌هایت را باز کنی.

آیمی: (سه بار عمیق و آهسته نفس کشید و سپس چشم‌هایش را باز کرد).

دکتر کارلسون: این کار برای تو چطوری بود؟ آیا تونستی بر نفس کشیدنت تمرکز کنی؟

آیمی: م م م م

دکتر کارلسون: آیا ذهن تو هم پراکنده و منحرف و سرگردان شد یا آیا تونستی اون رو (ذهنت) به وضع سابق برگردانی؟

آیمی: نه.

دکتر کارلسون: وای خدای من، خیلی عالی.

آیمی: احساس خیلی خوبی به آدم دست می‌ده.

دکتر کارلسون: می‌بینی که ما اغلب اوقات وقتی نمی‌گذاریم تا نسبت به چگونگی کاری که انجام می‌دهیم آگاهی کسب کنیم و ما در اینجا متوجه شدیم وقتی که تو آگاه شدی و زمانی که فهمیدی دچار استرس شده‌ای، تمرین کردی و توانستی که از طریق تنفس آرام، افکار معیوبت را دور بریزی، افکاری که منفی هستند و در حال حاضر جولان می‌دهند. بنابراین، وقتی که در درون ذهنت مادرت شروع به فریاد زدن می‌کند، به جای فکر کردن به این که من همانند کارهایی که انجام می‌دهم آدم وحشتناکی هستم، تنها کاری که باید بکنی این است که عمیقاً نفس بکشی و البته این یک انتخاب است. مطمئن هستم که تو می‌توانی بر این مسئله غلبه کنی چون تو آدم بزرگ و بالغی هستی.

آیمی: اوه بله.

دکتر کارلسون: من فقط می‌خوام جواب سؤال رو بگیرم. این سؤالی منصفانه است.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: در تمام مدت، تو داشتی عمیقاً و آرام نفس می‌کشیدی و آن را تمرین کردی (مکث). در حال حاضر پیشنهاد من این است تو می‌توانی این کار را در هر زمان دیگری انجام بدهی. به عنوان مثال امشب اگر نتوانستی بخوابی فقط بر تنفس خودت تمرکز کن (مکث). برخی دیگر از افراد از عدد صد می‌شمارند و به عقب بر می‌گردند. هنگام بیرون دادن نفس‌هایت (بازدم) می‌توانی عدد صد را بر زبان جاری کنی و در بازدم بعدی عدد نود و نه و تو با تعجب خواهی دید که ذهنت رها و آسوده می‌شود و تو به دانشکده ات فکر می‌کنی و نه به موفق شدن و نیز چگونگی شکست خوردن و تو این افکار منفی را دور خواهی ریخت و مجدداً به عدد صد بر خواهی گشت، بدون اینکه متوجه باشی به عدد یک خواهی رسید (منظور این است که شمارش معکوس اعداد از صد به سمت یک ممکن است چند بار تکرار شود و تو در عین انجام این کار افکار منفی‌ات را با بازدم بیرون می‌کنی) (مکث). بخش مهم این تمرین این است که تو از افکار منفی‌ات بیشتر و بیشتر آگاه خواهی شد و می‌توانی در صورت برگشت این افکار را دور بریزی و در صورت تکرار آنها را دور بریزی و دائم این کار را تکرار کنی. می‌بینی این دم و بازدم شبیه به موج‌های ساحل دریاست که می‌آید و می‌رود.

آیمی: اهوم.

دکتر کارلسون: آیا تا به الان موج‌سواری را روی یک موج دیده‌ای، وقتی موج بالا و بالا و بالاتر می‌رود چه اتفاقی می‌افتد؟ موج می‌شکند.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: آن افکار منفی هم همین طوری می‌شکنند و به سادگی دور ریخته می‌شوند. این تمرین شیوه‌ای است برای رشد و ایجاد حس کنترل و من فکر می‌کنم وقتی که آن افکار به تو هجوم می‌آورند متعاقب آن ترس، اضطراب و افسردگی نیز می‌آید (نظریه‌های شناختی رفتاری از جمله نظریه‌های آرون بک و آلبرت ایس مؤید همین مطلب است. مترجم).
آیمی: بله.

تفسیر

علاوه بر کمک به آیمی جهت نیل به تمهیدات مورد نیاز برای رهایی از نشانگان بیماری و حس کنترل ملموس بر استرسورهای زندگی روزانه (تغییر مرتبه‌ی اول) دکتر کارلسون به او کمک کرد تا این روندهای انطباقی جدید را به میزان بیشتری در زندگی اش به کار ببرد و تعمیم بدهد (تغییر مرتبه‌ی دوم). به عبارتی دیگر، تغییرات مرتبه‌ی اول در جهت خدمت به تغییرات مرتبه‌ی دوم عمل می‌کنند، که برای درمانگران مسلطی که ما می‌شناسیم این کار مهم‌ترین تمرکز روان‌درمانی است. این بدین معنا نیست که بگوییم مداخلات و راهبردهای تغییر مرتبه‌ی اول مانند مدیتیشن و آرمیدگی از نظر ضرورت در مقایسه با مداخلات و تغییرات مرتبه‌ی دوم در جایگاه کهنتر یا حقیرتری قرار دارند. هر دوی این تغییرات نقش خودشان را در یک روان‌درمانی موفقیت‌آمیز دارند. البته تمرکز انحصاری بر تغییرات مرتبه‌ی اول به دلیل محدودسازی پیامدهای درمانی احتمالی، به طرز مؤثری تغییرات مراجع را کاهش می‌دهد.

در مقابل دکتر کارلسون بر هر دوی این تغییرات تمرکز کرد و ارزش بالینی مراقبه یا آرام‌سازی را (تغییر مرتبه‌ی اول) از طریق پیوند دادن آن با روندهای جدید خودمراقبتی (تعادل در توجه به نیازهای خویش و دیگران بدون خودانتقادی و تلاش‌های کمال‌گرایانه) بسط داد. او به طور اختصاصی افکار شکست مراجع که بازتابی از روند غیرانطباقی ثانویه‌ی وی یعنی کمال‌گرایی وی بود را مورد توجه قرار داد. این کار با روشی که بسیاری از کارورزان و درمانگران انجام می‌دهند متضاد است زیرا آنها مشاوره و روان‌درمانی را در درجه‌ی اول از منظر حل مسأله و تقلیل نشانگان (تغییر مرتبه‌ی اول) می‌نگرند.

اظهار نظر (تفسیر) دکتر کارلسون

بسیاری از درمانگران در کار با مراجعان‌شان برای ایجاد تغییرات مرتبه‌ی اول در حوزه‌ی تعلیم مهارت‌ها یا مولفه‌ی روانی‌تربیتی کار می‌کنند. سؤال این نیست که آیا آموزش مهارت‌ها انجام شود یا خیر، بلکه چگونگی اجرای خوب این برنامه موضوعیت دارد. قبل از شروع ارائه‌ی پیشنهاد به آیمی مبنی بر اینکه چه چیزی اضطراب و استرس وی را تقلیل می‌دهد، من می‌خواستم بفهمم که او چه تلاش‌هایی کرده است یا اینکه درباره‌ی انجام چه کارهایی فکر کرده است. کار کردن روی راه‌حل‌های بالقوه‌ی مراجع در هر زمان که ممکن بود ضروری و لازم است زیرا این کار این احتمال را که آنها با پیشنهادات درمانی شما موافقت کنند، افزایش می‌دهد. وقتی آیمی نشان داد که نمی‌داند باید چه کار کند، از وی خواستم که ببیند آیا به دیدن و بررسی راه‌های احتمالی دیگر علاقه‌مند است یا خیر.

کسب اجازه‌ی آیمی اطاعت‌پذیری وی را افزایش خواهد داد. آیمی نشان داد که درباره‌ی مدیتیشن چیزی نمی‌داند اما به آن علاقه‌مند است و این امر به من اجازه داد که به تدریس این امر بپردازم. هنگام تدریس (آموزش) تلاش کردم تا از استعاره‌ها استفاده کنم تا مراجع بتواند مبحث را به سادگی آب خوردن یا یک قطعه آواز معروف به خاطر بسپارد.

کنترل تنفس نیز برای مراجعان خیلی اهمیت دارد تا جایی که چگونگی احساس کردن آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. وقتی مردم تحت استرس و اضطراب هستند نفس کشیدن‌شان سطحی و کم‌عمق می‌شود و وقتی که آرامیده هستند تنفس‌شان تا حدودی عمیق‌تر می‌شود. این امر برخی از درمانگران را وا می‌دارد تا این امر را به مراجعان آموزش دهند که هنگام استرس و فشار، آرمیدگی را تمرین کنند. من اغلب اوقات با درخواست از مراجع برای تمرین کردن چیزهایی مانند مدیتیشن به مدت ۵ دقیقه یا کمتر در همان ابتدای کار شروع می‌کنم و در ادامه به تدریج زمان تمرین را افزایش می‌دهم و این کار باعث تمایل آنها به انطباق با این تمرینات خواهد شد. نشستن تنها و انجام ندادن هیچ کاری در مقایسه با نفس کشیدن، دشوارتر است به ویژه برای کسانی که نیاز شدیدی به انجام کاری دارند.

تلفیق تغییر مرتبه‌ی اول با تغییر مرتبه‌ی دوم: مشکل کنونی زندگی

در توصیف بخشی از جلسات که در ادامه می‌آید، آیمی به توصیف یک مشکل راجعه (بازگشتی) در زندگی‌اش که به فرزندپروری (زمان صبحانه) مربوط می‌شود پرداخت، که این موضوع به زودی شفاف می‌شود و بیانگر روند غیرانطباقی وی نیز است. در فرایند پیشنهاد دستورالعمل‌های فرزندپروری،

دکتر کارلسون به روند رفتاری غیرانطباقی وی مبنی بر ارضای نیازهای فرزندان و نادیده گرفتن خویش، به انضمام روند کمال‌گرایانه، خودانتقادی و احساس گناه وی پرداخت. به خاطر داشته باشید که این بخش در نزدیکی‌های اواخر جلسه‌ی چهارم اتفاق افتاده است که در واقع مداخلات مرتبه‌ی اول - دوم اتفاق افتاده است. جلسه‌ی پنجم با مرور مختصری از اثرات این مداخلات بر دو پسر آیمی و نیز خودش آغاز شد.

آیمی: با این اوصاف باز هم من احساس گناه می‌کنم... من به خاطر انتخاب این فرد به عنوان پدر بچه‌هام خیلی احساس گناه می‌کنم. البته من خودم هم موقع ازدواج بچه‌ای بیش نبودم. با این حال باز هم احساس گناه می‌کنم... احساس من مثل این می‌مونه... لذا من تلاش می‌کنم تا بیش از حد برای آنها مادری کنم، به منظور جبران این کمبودها تلاش می‌کنم تا برای بچه‌هام یک ابر والد باشم. لذا همیشه مراقب اونها هستم و فکر می‌کنم که نیاز باشه به اونها اجازه بدم تا با انتخاب خودشان کارهاشون رو انجام بدن. با انجام این کار به جای اینکه من همیشه مراقب کارهایشان باشم مسئولیت کارهاشون رو خودشون به عهده می‌گیرند. من اونها رو بچه (لوس و نپخته) بار آوردم من واقعاً این کار رو کرده‌ام در حالی که اونها الان ۱۱ و ۱۳ ساله شونه.

دکتر کارلسون: منظورت از بچه بار آوردن آنها چیست؟

آیمی: اوهوم... من صبحانه‌شون رو آماده می‌کنم و غذاشون رو لقمه لقمه می‌کنم... اونها هم واقعاً بچه‌های بدی هستند اما من این کار رو می‌کنم زیرا آنها را دوست دارم، نمی‌دونم واقعاً دارم کار درست رو انجام میدم یا نه. من فقط... اونها نیاز دارند تا برخی مهارت‌های زندگی رو یاد بگیرند. می‌دونید که من دوست ندارم که اونها وقتی ۲۵ یا ۳۰ سالشون می‌شه باز هم با من زندگی کنند (به من وابسته بشن).

دکتر کارلسون: با این اوصاف تو مادر خیلی خوبی بوده‌ای چون تو هم مادر بوده‌ای و هم پدر...

آیمی: اوهوم.

دکتر کارلسون: تازه، تو به نوعی اضافه کاری هم انجام داده‌ای.

آیمی: بله همین‌طور بوده است.

دکتر کارلسون: اگر قرار بوده تو مسیری اشتباه را طی کنی فکر می‌کنم این راه بدترین راه برای اشتباه کردن بوده است.

آیمی: حدس منم همین است.

دکتر کارلسون: فکر می‌کنی چه اتفاقی می‌افتاد اگر حرف دلت را به آنها می‌گفتی و از آنها معذرت‌خواهی می‌کردی و به آنها می‌گفتی که من خیلی شما را اذیت کردم و من خیلی کارها را برای شما انجام دادم و من دوست دارم شما بتوانید کارهای‌تان را خودتان انجام دهید و من قصد دارم به شما اجازه دهم که بیشتر و بیشتر مستقل شوید و کارهای‌تان را انجام دهید و می‌خواهم کار را با آماده کردن صبحانه شروع کنم.

آیمی: راستش، نمی‌دونم. تا به امروز درباره‌ی مطرح کردن این حرف‌ها فکر نکرده بودم. دکتر کارلسون: آیا مایل هستی که از قضیه‌ی صبحانه خلاص شوی و به اونها اجازه بدی تا مسائل صبحانه رو خودشان هر روز رتق و فتق کنند؟ آیمی: بله.

دکتر کارلسون: فکر می‌کنی که اونها بتونند این کار را مدیریت کنند؟ آیمی: بله. پسر بزرگترم کمی مستقل هست زیرا او کمی بزرگ‌تر است اما با این حال من همیشه بالا‌جبار جمع کردن لباس‌های چرک را به آنها یادآوری می‌کنم و شکایت‌های این چینی را مطرح می‌کنم. دکتر کارلسون: بسیار خوب، من نمی‌دانم که تو مجبور به این کار می‌شوی یا اینکه این کار را انتخاب می‌کنی.

آیمی: خوب، من دوست دارم که مجبور نباشم که همیشه و مکرر تمیز کردن اتاق‌های‌شان و انجام دیگر کارها را به آنها یادآوری کنم.

دکتر کارلسون: بنابراین، اگر کار را با موضوع صبحانه شروع کنیم چه اتفاقی می‌افتد؟ آیمی: مسئله‌ی صبحانه بهترین سرآغاز است. آماده کردن صبحانه هر از گاهی موردی نداره اما هر روز من در طول روز کاری انجام نمیدم چون من خانه هستم و آنها انتظار دارند که ژامبون، تخم‌مرغ و کیک صبحانه‌شان و همه‌ی مواد را آماده کنم و اگر من این کارها را انجام ندهم احساس گناه می‌کنم... و احساس می‌کنم مادر وحشتناکی هستم چون حتی یک صبحانه هم برای بچه‌هام آماده نمی‌کنم. دکتر کارلسون: بله، چطوره که این کار را یک مرتبه در هفته انجام دهی، مابقی روزهای هفته هم از خواب بلند شوی و در عین حالی که آنها مشغول درست کردن صبحانه هستند کنار آنها بنشینی. آیمی: این کار برام بهتره.

دکتر کارلسون: با این اوصاف تو باز هم اونجا هستی و می‌تونی به اونها اجازه بدی که خودشان تصمیم بگیرند که چه می‌خواهند و خودشان آماده‌سازی صبحانه را شروع کنند. یک روز هفته می‌تونی این کار را بکنی و می‌تونی خودت اون روز خاص رو انتخاب کنی.

آیمی: خیلی خوبه. انجام این کار ذهن من رو خیلی مشغول کرده بود.

دکتر کارلسون: وای خدای من، ما می‌توانیم انجام این کار را تمرین کنیم و در این صورت اگر در صبح نخواهی که آشپزی کنی تو زمان بیشتری برای استراحت کردن خواهی داشت. احتمالاً در این صورت فردی کاملاً خسته و له و لورده نخواهی شد...

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: و تو می‌توانی صبح‌ها از خواب بلند شوی و کارهای خودت را انجام دهی.

آیمی: اوه، موضوع دیگر این است که فکر نمی‌کنم پسران می‌بایست هر روز و تحت هر شرایطی آن غذاها رو بخورند. پسر کوچک ترم اندکی چاق و سنگین شده و نکته‌ی دیگر اینه که من هر روز با ماشین میرم دنبالش تا از مدرسه برش گردونم و تازگی‌ها البته دیگه دنبالش نمیرم تا اون مجبور بشه مقداری پیاده‌روی کنه چون اون دوست نداره که ورزش کنه، در نتیجه اون منو دیوانه خطاب می‌کنه و میگه، اوه من مجبورم پیاده‌روی کنم... این حرف‌های اون باعث می‌شه احساس گناه کنم. او همچنان گفت که ماشین‌های دیگر لباس وی را خیس کرده‌اند (آب روی زمین را روی وی پاشیده‌اند) و این باعث شد که سه مرتبه از مدرسه غیبت کنه. من همیشه احساس می‌کنم که اون یک بخش از وجود منه که دوست داره سوار ماشین بشه و من اونو سوار کنم، اما من اخیراً دیگر این کار را انجام نمیدم و این زمان وقت خوبی برای استراحت کردنه.

دکتر کارلسون: نظرت درباره‌ی قاعده‌ای که پیشتر گفتم چیه (من قصد ندارم کارهایی را که تو می‌توانی برای خودت انجام دهی را به جای تو و برای تو انجام دهم)؟

آیمی: آره من مجبورم که این حرف‌ها رو بعداً به آنها بزنم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، من فکر می‌کنم تو باید اول این حرف‌ها رو به خودت بزنی و به آنها باور داشته باشی. زیرا وقتی ما این کارها را برای بچه‌ها انجام می‌دهیم این پیغام را به آنها می‌دهیم که ما فکر می‌کنیم شما نمی‌توانید این کارها را خودتان انجام دهید.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: ظاهراً به نظر می‌رسد که شما قبلاً به این باور رسیده‌اید که فرزندتان نمی‌تواند از مدرسه تا خانه را پیاده بیاید.

آیمی: نه من می‌دونم که اون می‌تونه اما این کار به من احساس گناه میده زیرا وقتی که اون به درب خانه می‌رسه سرتاپاش و تمام کفشهاش همه گلی میشه و البته اون با هدف... این کارا رو می‌کنه... اون می‌خواد منو وادار کنه که بینم که مجبور کردن وی برای پیاده آمدن از مدرسه به خانه این نتیجه رو در پی خواهد داشت (گلی شدن لباس و کفش وی). در واقع در عالم واقع، من مسیر رو می‌دونم من می‌دونم که اون از کدوم مسیر اومده.

دکتر کارلسون: بعد این اتفاق تو بهش چی میگی؟

آیمی: من میگم اگه می‌خوای از این مسیر بیای خونه مجبور نیستی از بین گل و لای راه بری، و اونم میگه من مسیر دیگری رو برای خونه اومدن بلد نیستم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، وقتی که به پسرت بگی "می‌بینم خودت تصمیم گرفتی که لباسهات رو بشویی، چرا اونها رو در نمی‌آری قبل از اینکه گل و لای در بطن آن بشینه" چه اتفاقی میفته؟ آیمی: بله، خیلی خوبه. خیلی خوب می‌شه اگر بتونم این حرف رو بزنم زیرا در این صورت وی احتمالاً انجام این کار رو متوقف خواهد کرد.

دکتر کارلسون: بله در نتیجه‌ی این کار تو به آنها اجازه می‌دهی که کارشان را انجام دهند نه اینکه آن را به تو تحمیل کنند.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: وای خدای من، انجام این کار به معنای واقعی تغییر کوچکی در زندگی‌ات ایجاد می‌کند و تو در کمک به بچه‌هایت برای مستقل شدن، استقلال بیشتری به دست خواهی آورد.

آیمی: بله زیرا من همانند یک مراقب خیلی بزرگ، برای دیگران نیز محسوب می‌شم و فقط مراقب بچه‌هام نیستم... مراقب پدرم، مادر بزرگم... البته مراقبت از مادر بزرگم برای من خیلی موضوعیت ندارد و مهم نیست.

دکتر کارلسون: البته، ما داریم درباره‌ی بهترین مراقبت از خودت صحبت می‌کنیم که در این زمینه کارت رو خوب بلدی. به نظرم تو الان یک مادر خوب هستی.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: بله، در ادامه هم برنامه‌ات باید صحبت کردن با مادربزرگ و پدرپزرگ (پدر و مادر شوهرت) بچه‌ها باشد، باید بدونی برنامه‌ی آنها چیست.

آیمی: بله، منم باید در این مورد چیزهایی بدونم زیرا این مسأله داره منو اذیت می‌کنه و فکر می‌کنم اگر مطرحش کنم دست از سرم برداره و منو راحت بذاره.

دکتر کارلسون: حداقل صحبت کردن خالی درباره‌ی آن هم فایده داره.

آیمی: دقیقاً همین طوره.

دکتر کارلسون: درسته چون ما قبل از این نمی‌تونستیم چنین تجربه‌ای را داشته باشیم.

آیمی: بله زیرا من فکر می‌کنم اگر به آنها بگویم که این امر چقدر برام مهمه احساس خیلی بهتری به من دست بده. من مجبورم که این موارد را مطرح کنم و خواهم کرد البته در گذشته بارها چنین موقعیتی ایجاد شد و این بار من نمی‌خواهم این موقعیت رو از دست بدم. من نمی‌خوام صرفاً فقط یک سنگ رو از پنجره پرت کنم بیرون آن هم به این دلیل که آنها آن بیرون ایستاده‌اند (کنایه از اینکه فقط یک چیزی فی‌البداهه بگم و بی‌خیال قضیه بشم). من برای رابطه‌ی اونها با خودم و بچه‌هام ارزش قائل هستم.

دکتر کارلسون: حدس من اینه که اونها هم از این قضیه استقبال کنند زیرا آنها دختری ندارند و در حال حاضر فقط تو و پسران را دارند و این نکته برای آنها هم حائز اهمیت است. تو و پسران دم دست آنها هستی اما پسر آنها (شوهر سابق تو) خودش یک علامت سؤال بزرگ محسوب می‌شود و آنها به او دسترسی ندارند تا بتوانند با وی رابطه‌ای داشته باشند.

آیمی: درسته.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، خوبه، پس ارسال آن یادداشت‌های پس از جلسه را ادامه بده و آن را تمرین کن. به نظرم بهتره که در همین هفته‌ی جاری هم این کار را بکنی.

آیمی: امیدوارم.

دکتر کارلسون: و من نیز امیدوارم که تو بدونی که کی باید این کار رو بکنی.

آیمی: می‌دونم.

دکتر کارلسون: موقع صبحانه این کار را نکن منتها می‌تونی یکبار در هفته این کار را انجام بدی؟

آیمی: بله می‌تونم این کار رو انجام بدم.

دکتر کارلسون: اگر به بچه‌های حرفی رو بزنی و آنها بگویند که آن کار را انجام نمی‌دهند آیا تو مجدداً آن حرف را خواهی زد. آیا اگر این کار را بکنی خودش نوعی انتخاب نیست.

آیمی: بله این خودش یک انتخابه.

دکتر کارلسون: اهوم. آخرین ایده‌ی تو چیست؟

آیمی: الان نمی‌تونم به چیزهای دیگر و ایده‌های دیگر فکر کنم.... من الان دوست دارم بی‌خیال قضیه

شم ولی شما می‌خواید منو در متن قضیه نگه دارید.

دکتر کارلسون: الان انرژی تو خیلی بالاست و البته من فکر می‌کنم محشره.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: مشتاقانه دوست دارم در دو هفته‌ی آینده تو رو باز ببینم.

آیمی: عالی‌ه.

جلسه‌ی پنجم

دکتر کارلسون: آیمی خیلی خوشحالم که دوباره تو رو می‌بینم.

آیمی: منم خیلی خوشحالم که شما رو می‌بینم.

دکتر کارلسون: دو هفته گذشت، آخرین بار که همدیگر رو دیدیم یادم هست که درباره‌ی بچه‌ها

خیلی صحبت کردیم.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: و قرار بود که تو کارهای متفاوتی مثل تغییر برنامه‌ی روتین صبحگاهی رو انجام بدی.

آیمی: بله کار خیلی خوب پیش رفت. آنها خودشان غذای صبح را آماده کردند، آنها برای صبح برنامه‌ای

تدوین کردند، آنها به جای دریافت صبحانه‌شان، خودشان آن را آماده کردند و نوع آن را انتخاب کردند.

دکتر کارلسون: بسیار خوب.

آیمی: خیلی عالی می‌شد اگر اونها می‌تونستند در بیرون از منزل نیز کارهاشون رو خودشون انجام بدن.

دکتر کارلسون: بسیار خوب منتها برایم جالب است بدانم صبح‌تان رو چگونه سپری کردید؟

آیمی: دیدن اخبار تلویزیون برایم جالب بود زیرا من معمولاً هرگز وقتی برای این کار نداشته‌ام و معمولاً

هم روزنامه نمی‌گرفتم. من روزنامه‌های محلی رو دوست ندارم عمدتاً هم به دلایل سیاسی.

دکتر کارلسون: بنابراین، کاری که تو از آن لذت بردی تماشای اخبار تلویزیون بود، آیا این کاری بوده که

آن را دوست داشته باشی و برایش وقت بذاری؟

آیمی: بله اخبار صبحگاهی، به روز شده‌ی اتفاقات روز گذشته هستند و من چون مشغول انجام کارهایم هستم خبرهای عصر را از دست می‌دهم. بنابراین خبرهای صبحگاهی چکیده‌ای از خبرها است. دکتر کارلسون: بسیار خوب، وقتی به بچه‌ها گفتی که من دیگر صبحانه درست نمی‌کنم واکنش آنها چه بود؟

آیمی: اوه، اونها اولش کاملاً دیوانه شدند، به نظرم اولش این طوری بودند زیرا فکر می‌کردند که کاری از دستشان ساخته نیست و کاری بلد نیستند بکنند. البته اول پسر کوچکم به حرف آمد. ما الان چه خاکی به سرمون بریزیم؟ منم گفتم: خوب شما می‌دونید ظرف شکر کجاست، غلات رو هم می‌دونید که چیه، جای شیر رو هم که می‌دونید، خودتان می‌فهمید که چی باید درست کنید.... آنها هم شروع کردند به درست کردن صبحانه‌ی غلات برای خودشون.... البته... من فکر نمی‌کردم.... من فکر نمی‌کردم که اونها برای صبحانه‌شان برنامه‌ای تدارک ببینند. آنها چیزی مثل شیرینی یا همین جور چیزها درست کردند، البته اونها نیمرو (تخم مرغ سرخ شده) یا هر چیز دیگری تو همین مایه‌ها رو هم دوست دارند.

دکتر کارلسون: پس برنامه‌ات خیلی خوب جواب داد.

آیمی: بله.

اظهار نظر

مورد فوق نیز نمایشی عالی است از اینکه چگونه یک درمانگر می‌تواند به یک مراجع کمک کند تا با نگرانی‌های بلافصل و فوری خویش مقابله کند و به تمهیدات خاصی جهت ایجاد ثبات در زندگی خویش (تغییر مرتبه‌ی اول) برسد و در عین حال اثرات روندهای انطباقی جدید را در زندگی خویش بسط و تفصیل دهد (تغییر مرتبه‌ی دوم). در مرور و بحث جلسات ۴ و ۵ با کارآموزان، برای آنان غیرمعمول نیست که پرسند چرا دکتر کارلسون زمان‌های ارزشمند را با پرداختن به موضوعات فرزندپروری تلف می‌کند، در عین حالی که می‌تواند به درمان واقعی^۱ مراجع بپردازد. چنین سؤالات و اظهار نظراتی مایه‌ی خوشحالی است زیرا آنها لحظات آموزشی قدرتمندی را مهیا می‌کنند. پرداختن به این سؤالات صحنه را برای بررسی ارزش تغییرات مرتبه‌ی اول و دوم آماده می‌کند به ویژه وقتی که تمرکز بر الزامات تغییرات مرتبه‌ی اول در جهت تقویت بیشتر تلفیق روندهای رفتاری جدید مراجع (الزامات تغییرات مرتبه‌ی دوم) عمل می‌کند. به علاوه، کمک به مراجع در مقابله با نشانگان و مشکلات

1- Real therapy

جاری زندگی‌اش، این حس را در مراجع ایجاد می‌کند که نگرانی‌های بلافصل وی برای درمانگر اهمیت دارند و وقتی که این مشکلات زیاد شدند با آن مقابله خواهند کرد.

موضوع این نیست که آیا درمانگر مشتاق مقابله با نگرانی‌های بلافصل مراجع هست یا خیر، بلکه موضوع شیوه‌ای است که به آن طریق این نگرانی‌ها از نظر درمانی مورد پردازش و مذاقه قرار می‌گیرند. محور کلیدی، همان تمرکز درمان است. به خاطر بسپارید که هرچقدر درمانگر بتواند بهتر تمرکز درمان را حفظ کند (حفظ درمان در مسیر تغییر روندها) به احتمال بیشتری اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت درمانی محقق خواهند شد. دکتر کارلسون به طرز استادانه‌ای تمرکز درمان را حفظ کرد و در تمام ۶ جلسه در مسیر درمان حرکت کرد. اینکه آیمی چه نگرانی‌هایی را با خود به جلسه‌ای خاص آورده مهم نیست، زیرا دکتر کارلسون تمام این نگرانی‌ها را در پرتو تغییرات روندی مورد توجه قرار داد. وقتی درمانگر کارآموز شروع می‌کند به دیدن پیوند بین آنچه که در ابتدا فقط به مسأله‌ی فرزندپروری مربوط می‌شد و نیز فرصت اضافی برای تعمیم دادن روند رفتاری جدید آیمی به دیگر حوزه‌های زندگی وی، تجربه‌ی یادگیری قدرتمندی اتفاق می‌افتد.

اظهارات دکتر کارلسون

آیمی کودکی بود که توسط والدینش پرستاری نشد و هنگامی که خودش بچه‌دار شد بر خلاف آن رویه‌ای که خودش بزرگ شده بود با بچه‌هایش رفتار می‌کرد. والدینی مانند آیمی برای اینکه دوست داشته شوند خیلی بیش از حد برای بچه‌هایشان کار می‌کنند. والدین پرکار (والدین بیش‌حمایت‌گری (والدین هلیکوپتری) که همه کار برای بچه‌هایشان می‌کنند. مترجم) دارای بچه‌های نازپرورده، وقتی که به طور ناخواسته این پیام را به آنها می‌دهند که "من مجبورم این کارها را برای تو انجام بدهم زیرا من فکر نمی‌کنم تو بتوانی این کار را انجام بدهی" معمولاً دلسرد می‌شوند و در زمینه‌ی نیل به اهدافشان ناکام می‌شوند. آیمی این مشکل را می‌فهمید و لذا اجازه دادن به فرزندانش برای ردیف کردن صبحانه‌ی خویش را به عنوان شیوه‌ای برای مراقبت بهتر از خودش می‌دید. وقتی او عنوان کرد که "این کار برای من بهتره" من واقعاً خوشحال شدم.

آیمی نیاز داشت تا بر روی خوشحال کردن خویش و دیگران و نیز مراقبت از خویش کار کند. این مورد یکی از چندین نشانگرهای تغییر مرتبه‌ی دوم در زندگی‌اش محسوب می‌شد. چندین بار در جلسات مشاوره، از آیمی خواسته شد تا به خودش فکر کند. تلاش آیمی برای کامل بودن، سائق مهمی برای

وی جهت تغییر کردن فراهم کرد. با این حال، در جریان دوره‌ی درمان او قادر شد که بفهمد در زندگی به دنبال رضایت‌مندی و شادکامی است و واقعاً یک انسان کامل نیست. آیمی قادر بود تا این پیش را کسب کند و سائق خویش برای انتخاب و تصمیم‌گیری را حفظ کند که این مورد برای او و دیگران فرصتی جهت زندگی شادتر و تحقق یافته‌تر فراهم کرد.

اظهارات پایانی

این فصل بر تلفیق و یک‌پارچه‌سازی الزامات تغییر مرتبه‌ی اول تمرکز کرد که از نظر درمانی بر بیان مشکل در بافت الزامات تغییر مرتبه‌ی دوم تأکید دارد، که این مورد هم از نظر درمانی بر روندهای تغییر تأکید می‌کند. توصیف بخشی از جلسات نشان داد که یک درمانگر مسلط چگونه به نحوی اثربخش در کار با نشانگان آیمی و مشکلات کنونی زندگی وی هر دو مرتبه‌ی تغییر را تلفیق کرده است.

Reference

Fraser, J., & Solovey, A. (2007). *Second-order change in psychotherapy: The golden thread that unifies effective treatments*. Washington, DC: American Psychological Association.

فصل هفتم

دستیابی به تغییر: لحاظ کردن تغییرات مرتبه‌ی سوم

در فصل قبلی مورد مراجع همیشه بیکار با اختلال اضطراب اجتماعی مطرح شد تا بتوانیم سطوح تغییر را نشان دهیم. دکتر خانوادگی آنها برای او داروهای ضد اضطراب را تجویز کرده بود که نشانگان اضطراب وی را کاهش داده بود. اما، داروها نتوانسته بودند جایگزینی برای روندهای غیرانطباقی وی مبنی بر ترس و اجتناب پیدا کنند و لذا او همچنان بیکاری‌اش تداوم داشت. بعد از آن، او درمان با درمانگری را شروع کرد که می‌خواست به وی کمک کند تا با ترس‌ها و رفتارهای اجتنابی‌اش رو به رو شود. در نتیجه، اگر او می‌توانست روندهای انطباقی بیشتری را جایگزین روندهای غیرانطباقی‌اش کند قادر می‌شد تا کاری پیدا کند و آن را حفظ نیز کند. این همان تغییر مرتبه‌ی دوم است. بعداً، او نیز خودبه‌خود قادر می‌شد تا با ترس‌هایش مواجه شود و در روابط صمیمی و نزدیک نیز درگیر شود. این نیز تغییر مرتبه‌ی سوم محسوب می‌شود و نمایانگر اهداف نهایی درمان می‌باشد زیرا مراجع در نتیجه‌ی این سطح از تغییر، درمانگر خودش خواهد شد. از آنجایی که درمانگران مسلطی که ما می‌شناسیم به طور ویژه‌ای در این سطح از تغییر کارآمد هستند و به دلیل اینکه این سطح تغییر برای ایجاد تغییرات اثربخش ضروری هستند، این فصل به تغییرات مرتبه‌ی سوم خواهد پرداخت.

برای بسیاری از مراجعان، درگیر شدن در تلاش‌های معطوف بر تغییر مرتبه‌ی سوم به طور خودبه‌خودی و خودانگیخته و پس از اتمام دوره‌ی توافق‌شده‌ی درمان اتفاق نمی‌افتد. در مقابل، مراجعان باید وقتی در دوره‌ی درمان هستند دلگرم و آماده شوند تا بتوانند قبول مسئولیت فزاینده‌ای را برای ایجاد

تغییر آغاز کنند. به میزانی که تمرکز فرآیند درمان، حفظ و نگه‌داری شود و به میزانی که درمانگر مراجعان را برای اینکه درمانگر خودشان شوند ترغیب کند، بذره‌های تغییر مرتبه‌ی سوم افشاند و شکوفا خواهد شد. این فصل با مروری بر تغییر مرتبه‌ی سوم آغاز خواهد شد. تأکید بر نقش خودآگاهی و چگونگی پرورش آن است. از آنجایی که حفظ تمرکز درمان در جهت نیل به روندهای انطباقی توافق شده، در دستیابی به تغییرات بادوام ضروری است، بخش بعدی به برقراری و حفظ تمرکز درمانی خواهد پرداخت. در ادامه، توصیف بخش‌هایی از جلسه‌ی درمان نشان می‌دهد که چگونه دکتر کارلسون بر درمان تمرکز می‌کند و درمان را در مسیر خودش حفظ می‌کند. در این فرآیند، تغییرات مرتبه‌ی سوم شروع به ظهور و بروز می‌کنند. برای نشان دادن تغییرات مرتبه‌ی سوم در عمل و پس از اتمام درمان، بخش‌های گفتگوهای پیگیرانه^۱ با آیمی نیز ارائه شده‌اند. شایان ذکر است که آیمی پذیرفت بعد از گذشت ۷ سال از اتمام درمان ۶ جلسه‌ای‌اش با دکتر کارلسون، تبدیل به درمانگر خودش شده است و به این روند نیز ادامه بدهد.

تغییر مرتبه‌ی سوم

تغییر مرتبه‌ی سوم شامل تغییر روندها و نیل به خودرهبری می‌شود. در این مرتبه از تغییر، مراجعان قادر خواهند بود که بدون کمک درمانگران‌شان روندهای غیرانطباقی خویش را شناسایی و تغییر دهند. این بدان معناست که مراجعان به نحو کارآمدی درمانگران خودشان می‌شوند. در اصل، تغییر مرتبه‌ی سوم، عصاره و چکیده‌ای از یادگیری خود-رهبرونی (خود-رهبری)^۲ و یادگیری مادام‌العمر محسوب می‌شود (بیتمن و یو، ۱۹۹۹). برای داشتن کارکردهای اثربخش در زندگی روزمره، این سطح از تغییرات در واقع، راهبرد بنیادی و ضروری زندگی محسوب می‌شوند. این سطح از تغییر الزامی است و اختیاری نیست. به همین دلیل، تغییر مرتبه‌ی سوم باید هدف نهایی و بلند مدتِ درمان قلمداد شود. به طور ذاتی چندین اصل تلویحی مربوط به تغییر مرتبه‌ی سوم در فرآیند درمان وجود دارند که می‌توانند مراجعان را در خواسته‌شان برای تبدیل شدن به درمانگر خودشان راهنمایی کنند. بنیادی‌ترین این اصل‌ها عبارت است از: یادگیری مراجعان درباره‌ی چگونگی استفاده از خودآگاهی در موقعیت‌های دشوار و مشکل‌زا و سپس شناسایی موقعیت‌های مشابه در آینده پس از قرار گرفتن در آن موقعیت‌ها و استفاده از

1-A follow-up conversations
2-Self-directed learning

خودآگاهی برای پاسخ‌دهی بسیار اثربخش به این موقعیت‌ها. این امر مستلزم این است که آنها به جای پذیرش حدودی از مسئولیت یا مسئولیت بسیار، میزان واقع‌بینانه‌ای از مسئولیت را بپذیرند که این امر در بسیاری از مواقع، قسمت اعظم راه‌حل‌ها محسوب می‌شود. همچنین این امر مستلزم برخورداری از خوش‌بینی کاربردی است، یعنی این باور که مشکلات بلافصل به احتمال زیاد حل خواهند شد (گوود و بیتمن، ۲۰۰۶). راهبردهای مرتبط برای مراجعان در جهت استفاده از خودآگاهی عبارت‌اند از:

وقتی واکنش عاطفی ناخواسته‌ای اتفاق می‌افتد، تلاش کن تا آن را متوجه شوی و قبل از پاسخ‌دهی، بررسی سرچشمه‌ی آن را متوقف کن... به جای دادن یک پاسخ اندیشمندانه (از روی فکر) درباره‌ی پیامدهای واکنش تان فکر کنید... عواطف منفی را به عنوان علایمی در جهت ارزیابی روندها و ارتباط آنها با انتظارات، در آغوش بگیرید... از اشتباهات گذشته یاد بگیرید آن هم با توجه به اینکه چگونه موقعیت فعلی بخشی از زنجیره‌ی مشابهی است که منجر به مشکل فعلی شده است... اجازه دهید تا راه‌حل‌ها و پاسخ‌های جدید به آگاهی و هوشیاری شما وارد شوند و درجه‌بندی (اهمیت) شهودی احتمال پاسخ‌های خاص که ممکن است ثمره‌اش نتایج مطلوب باشد را تمرین کنید. یاد بگیرید که چگونه تصمیمات خوبی اتخاذ کنید و به توانایی‌های تان برای انجام کارها اعتماد بکنید (گوود و بیتمن، ۲۰۰۶، ص ۱۴۵).

واقعیت این است که بسیاری از مراجعان، خودشان درگیری در تلاش‌های معطوف به تغییرات مرتبه-ی سوم را آغاز نمی‌کنند. در مقابل، آنها از سوی درمانگرانشان ترغیب و دلگرم و آماده می‌شوند تا مسئولیت‌پذیری را شروع کنند و ایجاد تغییرات توسط خودشان را آغاز کنند. مورد آیمی این پدیده را به خوبی نشان می‌دهد.

خوددرمانی^۱

یک پیش‌فرض بنیادی کتاب حاضر این است که اهداف نهایی درمان این است که به مراجعان کمک کنیم تا درمانگر خودشان شوند (مانند تغییر مرتبه‌ی سوم). با این حال، مراجعان چگونه درمانگران خودشان می‌شوند؟ بک (۱۹۹۵) به این سؤال پرداخت و گفت که مراجعان چگونه می‌توانند آن چیزی را که وی برنامه‌ی خوددرمانی نامیده ایجاد کنند. در خوددرمانی، مراجعان مسئولیت اجرای درمان خویش را بسیار شبیه به جلسات خودشان با یک درمانگر شناختی-رفتاری به عهده می‌گیرند. یعنی، آنها

1-Self-therapy

خودشان دستور کار جلسه را تعیین می‌کنند، تکالیف گذشته را مرور می‌کنند، مشکلات خاص و فرآیندها را مرور می‌کنند، درباره‌ی تکالیف جدید تصمیم‌گیری می‌کنند و جلسه‌ی خوددرمانی بعدی خویش را برنامه‌ریزی و زمان‌بندی می‌کنند. از نظر بک، تبدیل شدن به درمانگر خویش، درجریان مرحله‌ی آخر درمان آغاز می‌شود. در اینجا، مراجعان تحریک می‌شوند تا هر وقت که مشکلات ایجاد شدند، برنامه‌ی خوددرمانی را به کار برند و تلاش‌های خودشان را با درمانگرانشان در جلسه‌ی بعدی زمان‌بندی شده، مورد بحث و بررسی قرار دهند. با این حال، بعد از اختتام جلسات، مراجعی که قبلاً خوددرمانی را تجربه کرده است قادر خواهد بود بسیاری از مشکلات، بازگشت‌ها (عود مشکل) و افت‌های عملکردی خویش را مدیریت کند. اگر او ناموفق باشد، حداقل این فرصت را داشته تا از مهارت‌های خویش یک بار دیگر استفاده کند. اگر او به قرار ملاقات دیگری نیاز داشته باشد، درمانگر می‌تواند به مراجع کمک کند تا کشف کند که در مسیر مدیریت مستقلانه‌ی پسرقت‌ها و مشکلات چه کار کرده است و آنها می‌توانند آنچه که بیمار می‌تواند در آینده به نحوی متفاوت انجام دهد را طرح‌ریزی کند (بک، ۱۹۹۵، ص ۲۷۸).

ایجاد و حفظ تمرکز درمان

از تغییر مرتبه‌ی دوم تا تغییر مرتبه‌ی سوم

درمانگران مسلطی که ما می‌شناسیم به نظر می‌رسد در زمانی که تلاش‌های معطوف به تغییرات مرتبه‌ی اول را اعمال می‌کنند تلاش‌های معطوف به تغییرات مرتبه‌ی سوم را نیز در دستورکار خویش قرار می‌دهند. درمانگرانی که مشتاق افزایش کارایی درمانی خویش اند عاقلانه است که همین رویه را پیگیری کنند. البته پیش‌فرض این مهم این است که درمانگر تغییر مرتبه‌ی سوم را به رسمیت بشناسد و برایش ارزش قائل باشد. آگاه بودن نسبت به زمان و مکان اعمال تغییر مرتبه‌ی سوم، خود نقطه‌ی آغاز کار است. در ادامه، درمانگر باید انتظار درباره‌ی تغییر مرتبه‌ی سوم را ایجاد کند. سپس، درمانگر باید در عین حفظ تمرکز درمانی، تلاش‌های خودانگیزخته‌ی مراجع برای شروع و ایجاد تغییر را به رسمیت بشناسد و آن را ترغیب کند. نهایتاً اینکه در مسیر آماده‌سازی برای اختتام درمان، تغییر مرتبه‌ی سوم مورد بحث قرار می‌گیرد و برایش برنامه‌ریزی می‌شود.

ایجاد تمرکز درمانی

چرا ایجاد تمرکز درمانی ضرورت دارد؟ سال‌های سال بود که درمانگران آموزش می‌دیدند تا توجهی کامل به کلمات، زبان بدن و نگرانی‌های مراجعان نکنند. افسانه‌های بالینی از این دیدگاه یعنی کار کردن با پیروی کردن از مسیر مراجع حمایت می‌کنند و آن را ترغیب می‌کنند. این بدین معناست که متخصصان بالینی باید محیطی غیرقضاوتی و غیررهنمودی را ایجاد کنند، نسبت به آنچه مراجع دوست دارد درباره‌اش صحبت کند همدلانه علاقه نشان دهند و پاسخ دهند و از نصیحت کردن بپرهیزند. این نقطه نظر، بیشتر با رویکرد درمانی بلندمدت و بی‌انتهای گذشته همسو و سازگار است. در آن درمان‌ها به جای اینکه تمرکز بر پاسخ‌گویی و محدودیت زمانی باشد، شخص سوم تمایل پیدا می‌کند که همه‌کاره‌ی درمان باشد.

امروزه بیش از هر زمان دیگری انتظار این است که درمانگران باید تمرکز بر درمان داشته باشند. به همین نحو، درمانگران باید توجهی انتخابی را یاد بگیرند و همیشه چندین ترفند درمانی در اختیار داشته باشند تا در مواقع مقتضی بتوانند از آنها استفاده کنند. تمرکز درمانی نه تنها مسیر و جهت درمان را مشخص می‌کند بلکه همچنین به عنوان نیروی ثبات‌بخش در طرح‌ریزی و اجرای درمان عمل می‌کند، درمانی که با هر تغییر در جریان کار می‌تواند تغییرات را به بن‌بست بکشاند (پری، کوپر و مایکل، ۱۹۷۸، ص ۵۴۳).

درمانگران چگونه تمرکز درمانی را تصریح و مشخص می‌کنند؟ تمرکز درمان در فرآیند تدوین مفهوم‌سازی مشکل مراجع قابل شناسایی است و بنیادی‌ترین مضمون مفهوم‌سازی مشکل مراجع، تصریح بیشتر تمرکز درمان است. جای تعجب نیست، از آنجایی که مفهوم‌سازی مراجع بر یک نقشه‌ی ادراکی که انعکاس‌دهنده‌ی جهت‌گیری نظریه‌ای مشاور است، مبتنی است، تمرکز درمان نیز احتمالاً به واسطه‌ی جهت‌گیری نظریه‌ای درمانگر تغذیه می‌شود. به عنوان مثال، از منظر درمان‌های پویایی با محوریت ارتباطات بین فردی، تمرکز درمان معمولاً روند یا سبک بین فردی غیرانطباقی مراجعان محسوب می‌شود. در درمان‌های شناختی-رفتاری، تمرکز درمان نوعاً تفکرات و رفتارهای غیرانطباقی است و

حفظ تمرکز درمان

تحقیقاتی شروع شده‌اند و از این مشاهدات بالینی حمایت کرده‌اند که وقتی درمانگران تمرکز درمان را حفظ می‌کنند، پیامدهای درمانی به نحو چشمگیری افزایش می‌یابد (بیندر، ۲۰۰۴). با این حال، حفظ

این تمرکز درمانی آن قدرها هم که به نظر می‌رسد ساده نیست. مهم‌تر اینکه زندگی مراجعان پیچیده و در حال تغییر است و لذا انتظار می‌رود که آنها بخواهند مشکلات و نگرانی‌هایی که بین جلسات رخ می‌دهند را مورد بحث و بررسی قرار دهند. اغلب اوقات این نگرانی‌ها مستقیماً با تمرکز درمان ارتباط ندارند. چالش پیش روی درمانگران، حفظ مسیر و تمرکز درمان در کنار اصلاح انعطاف‌پذیر محتوای بیانات مراجع است در همان حالی که اطلاعات جدید مطرح می‌شوند و جلسه را از تمرکز آغازین به عنوان شرایط ایجابی درمان منحرف می‌کنند (بیندر، ۲۰۰۴، ص ۱۰۰).

این بخش به طور مختصری ارزش و چالش‌های حفظ تمرکز درمان را مورد بحث قرار می‌دهد. دلیل اصلی حفظ مسیر این است که در این صورت به احتمال زیادی درمان به اهداف تصریح‌شده خود خواهد رسید مگر اینکه تمرکز درمانی از دست برود. با این حال، ماندن در مسیر، چالشی بسیار بزرگ برای درمانگرانی است که مراجعانی دارند که تمایل دارند آگاهانه یا غیرآگاهانه تمرکز بحث را به مباحث و موضوعات کمتر تهدیدکننده یا کمتر توان‌فرسا تغییر دهند (از این شاخه به آن شاخه بپرند). به همین نحو، درمان می‌تواند به سادگی به خاطر تغییر جریان‌های درمانی از تمرکز درمانی اولیه فاصله بگیرد و کند شود. در چنین موقعیت‌هایی، درمانگران در هر جلسه با تعدادی نقاط (بزنگاه‌های) تصمیم‌گیری مواجه می‌شوند که در آنها می‌توانند راه‌های متنوعی را جهت پاسخ‌گویی به مراجعان انتخاب کنند. انتخابی که آنها می‌کنند مستقیماً حفظ تمرکز درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نیازی به گفتن نیست که ماندن در مسیر می‌تواند چالشی چشمگیر باشد به ویژه برای کارورزان و درمانگران مبتدی. اغلب اوقات درمانگران مبتدی به دلیل بی‌تجربگی یا آشنایی محدود با راهبردهای تمرکززایی مجدد، تمایل دارند به تغییر مسیرهای مراجعان با اظهارات همدلانه یا سؤالات شفاف‌کننده پاسخ دهند که این امر ممکن است باعث شود که درمان در مسیری متفاوت‌تر از تمرکز اولیه‌ی درمان حرکت کند. لذا درمانگران باید از چنین نقاط تصمیم‌گیری و یا تغییر مسیرها آگاه باشند تا بتوانند تلاش کنند که تمرکز اصلی درمان را مجدداً برقرار کنند. واقعیت این است که مراجعان اغلب ترفندهای درمانی را دنبال می‌کنند و نقش درمانگر نیز این است که با هر تغییری در جریان درمان، اغلب مسیر تغییر را منحرف کند (پری، کوپر و مایکل، ۱۹۸۷).

نوعاً، این مراجعان هستند که از مسیر و تمرکز درمان فاصله می‌گیرند زیرا به خاطر استرسورهای جدید زندگی تحت فشار هستند و احساس می‌کنند تا حدودی مجبورند که آن مشکلات را مورد توجه قرار دهند و آشفتگی‌های خویش را کمتر کنند. در دیگر مواقع، مراجعان مُردد هستند که در مسیر

درمان بمانند زیرا حل و فصل یک مشکل یا یک تعارض بدین معناست که آنها باید با روابط و مسئولیت‌های دشوار زندگی خویش مواجه شوند. زیرا نشانگان بیماری یا تعارض‌ها، آنها را از رو به رویی (مواجهه) با آن موارد محافظت می‌کند. یا اینکه ممکن است آنها بخواهند که تغییر کنند اما از طرف دیگر دوسوگرا هستند. با برخورداری از تجربه و نظارت کارآمد، درمانگران یاد می‌گیرند دلایل متنوعی که مراجعان بدان وسیله از تمرکز اصلی درمان منحرف می‌شوند را تشخیص بدهند.

تمرکز بر درمان و ایجاد تغییرات مرتبه‌ی دوم و سوم

توصیف بعدی که بخشی از جلسه‌ی سوم مشاوره است نشان می‌دهد که دکتر کارلسون چگونه تمرکز درمانی استواری را ایجاد و حفظ کرده است. او مضامین اصلی تمرکز درمانی یعنی انتخاب و توانمندسازی را حفظ کرد و بر مسیر درمانی حرکت کرد. این مضامین اساس روندهای انطباقی‌تر مراجع مبنی بر مراقبت از خودش و در عین حال مراقبت از دیگران بدون کمال‌گرایی یا خودانتقادی بی‌مورد هستند. این مضامین خاص، چالشی آهین را برای وی ایجاد کرد. از طرف دیگر، جلسات تنها ۵۰ دقیقه طول می‌کشند و تعداد جلسات محدودی نیز پیش روی ما قرار دارد. بر همین اساس، چالش دکتر کارلسون این است که پیش از اتمام زمان و پایان یافتن درمان، با ظرافت، فرآیند درمان را از طریق محدودسازی، قاب‌گیری مجدد و تمرکز مجدد^۱ تلاش‌های مراجع برای تغییر موضوع یا مضامین درمانی کمتر تهدیدکننده، در مسیرش حفظ کند. بخش‌های بیان شده (رونوشت جلسات) و اظهارات (تفاسیر) بعدی ۴ نقطه (بزنگاه) تصمیم‌گیری را نشان می‌دهد که در آنها درمانگر گزینه‌های درمانی متنوعی را در دست دارد. بعضی از اوقات این نقاط تصمیم‌گیری، مستلزم تصمیم‌گیری درباره‌ی این نکته است که وقتی مراجع گفتگو را به مسیرهای دیگر می‌کشاند آیا باید تمرکز درمانی را مورد توجه قرار داد یا اینکه باید به طور موقت و کوتاه مدت با وی همراهی کرد. دیگر مواقع، در زمان تصمیمات، گزینه‌های بیشتری در دست داریم.

آیمی با حالت ملال آور محسوسی به جلسه‌ی سوم آمد و نشان داد که تمام طول هفته افسرده و دماغ بوده است. نشخوارهای ذهنی دائمی درباره‌ی مشکلات، آشفتگی‌های وی را وخیم‌تر کرده بود و خواب او را نیز مختل کرده بود. از آنجایی که او قادر نبود تا این نشخوارهای ذهنی را کنترل کند، درمانگر

1-Refocusing

حدود ۵ دقیقه از زمان را صرف آموزش وی برای کنترل نفس کشیدن‌هایش و تمرین کردن آن با پیامدهای خویش کرد. به زودی پس از آن او عنوان کرد که:

آیمی: بسیار خوب، من واقعاً افسرده‌ام و من معمولاً هفته‌ی پیش روحیه‌ی خیلی خوبی داشتم اما وقتی به گام‌های بعدی درمان فکر کردم احساس کردم با موانعی رو به رو هستم.

نقطه‌ی تصمیم‌گیری اول

از آنجایی که عوامل برانگیزان، زمینه‌ساز و حفظ‌کننده‌ی اضطراب و استرس وی پیشتر در جلسه مورد بحث قرار گرفته بود و تنفس کنترل شده هم برای تقلیل نشخوارهای ذهنی و پریشانی‌های وی مطرح شده بودند، درمانگر می‌توانست برگردد و بحث‌های بیشتری درباره‌ی جنبه‌های بالینی افسردگی انجام بدهد یا اینکه تمرکز درمانی را بر پویایی‌های وی یعنی خدمتکاری که به دنبال راضی کردن دیگران است حفظ کند. درمانگر حفظ تمرکز درمانی را انتخاب کرد و بر جنبه‌های پویای احساسات افسردگی و دیگر موضوعاتی که در ارتباط با مضمون انتخاب و خودتوانمندسازی به وجود می‌آیند، تأکید کرد.

دکتر کارلسون: اوه، گاهی اوقات این اتفاقات افسرده‌ساز رخ می‌دهد، اما مهم این است که وقتی افکاری داری که برای انجام کارهای غیرافسرده‌ساز ضروری‌اند، اونها را عملی کنی و رفتارهای افسردگی‌زدا رو انجام بدی، رفتارهایی را که با هم درباره‌اش صحبت کردیم.

آیمی: بله، وقتی افسرده می‌شم به نظر می‌رسه که نمی‌خوام کار خاصی انجام بدم و تمام دنیا متوقف می‌شه (از حرکت می‌ایسته). اصلاً دوست ندارم آرایش بکنم، دوست ندارم از تخت (کاناپه) بیرون بیام و دوست ندارم ظرف‌ها رو بشویم و ...

دکتر کارلسون: فکر می‌کنی آیا این موارد رو انتخاب می‌کنی (نوعی انتخاب هستند)؟

آیمی: بله، اینها نیز یک نوع انتخاب هستند. من انتخاب می‌کنم که این کارها رو بکنم.

دکتر کارلسون: اوهوم، حدس می‌زنی هدف انتخاب این رفتارهای افسرده‌ساز چیه؟ می‌دونی من نسبت به این حرف‌های تو متعجبم، تو.....

آیمی: شاید این کارها از احساس کردن یا مواجهه با اون کارهایی که دوستش نداری بهتر باشه. این کار نوعی دست کشیدن از کارهاست و اهمال‌کاریه (دفع‌الوقت کردنه) و بهانه‌تراشی محسوب می‌شه.

دکتر کارلسون: بله، بنابراین هدف زیربنایی افسردگی برای تو، اجتناب کردنه؟

آیمی: بله (با لبخند).

دکتر کارلسون: و این یک لبخند واقعی بود که من از تو در اینجا دیدم.

آیمی: بله این کارها یک راهی‌اند برای انجام ندادن کارهای ضروری دیگه، چون واقعاً حتی فکر کردن به انجام اون کارها هم سخته. در نتیجه من کارهای دیگری انجام می‌دم.... وقتی اتفاقی میفته من به این فکر می‌کنم که چه چیزی رو در این باره به طرف مقابل بگم اما با همه‌ی این اوصاف من حرف‌هام رو سانسور می‌کنم و بیانش نمی‌کنم، چون به جای جرأت‌مند بودن در این موقعیت‌ها، ترجیح من اینه که کارهای دیگری رو به طور نرمال و هر روزه انجام بدم. بنابراین، این کار هزینه‌ی عاطفی زیادی برای من داره و بارها و بارها تکرار می‌شه. می‌دونم که مجبور نیستم مثل اکثریت مردم بشم، من فقط به اندازه‌ی کافی جرأت ندارم تا به دیگران به شیوه‌ی دوستانه بگویم که چه احساسی دارم. بنابراین من فقط از این کار می‌ترسم، در واقع من از جرأت‌مند بودن می‌ترسم، چیزی که من دائم به اون فکر می‌کنم همینه، من به جای بیان احساساتم به دیگران آنها را فرو می‌خورم.

دکتر کارلسون: بنابراین تو **تا به امروز (تاکنون)** از جرأت‌ورزی (بیان جسورانه‌ی خواسته‌ها و منویات درونی‌ات) ترس داشته‌ای؟

نقطه‌ی تصمیم‌گیری دوم

درمانگر پذیرفت که او شروع کند به صحبت کردن درباره‌ی موضوعات دیگر. تغییر تمرکز درمان به سمت موضوعی دیگر (به عنوان مثال، جرأت‌ورزی می‌تواند تمرکز درمان را از مسیر خارج کند) حتی به طور موقت می‌تواند گزینه‌ی دیگری باشد. جرأت‌ورزی با توانمندسازی مرتبط است و از این طریق او چگونگی اقدام کردن و پیش‌روی را یاد خواهد گرفت. از آنجایی که تمرکز درمانگر بر توانمندسازی مراجع و کمک به وی برای تصمیم‌گیری بود و نه تبدیل شدن وی به فردی خدمتکار برای دیگران، از واژه‌ی **تاکنون** استفاده کرد و بر آن تصریح کرد. این یک ابزار درمانی بود که وی در جلسه‌ی اول از آن استفاده کرد. هدف از این کار این بود که به مراجع سرنخ و علایمی بدهیم و او را ترغیب کنیم تا به جای اینکه به طور ناامیدانه روند و نقش یک خدمتکار آماده به خدمت را ایفاء کند میزانی از مسئولیت‌پذیری را در لحظه بپذیرد. در ادامه، او به تمرکز اصلی و اولیه‌ی درمان برگشت.

آیمی: بله تا کنون (تا به امروز) این‌طور بوده.

دکتر کارلسون: آیا متوجه شدی که در تمامی این هفته همش میگی تا کنون یا تا به امروز؟

آیمی: بله چند بار، اما فکر می‌کنم که گفتم بر جنبه‌های منفی انجام ندادن کارهایی که دوست دارم تمرکز کردم.

دکتر کارلسون: بنابراین یکی از چیزهایی که گفتی این بود که از افسردگی و نیز ترس از انجام دادن کارها سود می‌بری. آیا درسته؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: آیا واقعیت داره؟

آیمی: بله، حقیقت داره.

دکتر کارلسون: و من ترس از افسردگی رو هم اضافه می‌کنم.

آیمی: بله باز هم حقیقت داره.

دکتر کارلسون: در نتیجه آنچه که تو انجام میدی نوعی روش منفی برای انجام ندادن کاری است. آیا می‌تونی به خودت اجازه بدی که کاری رو انجام ندی؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: بنابراین به جای....

آیمی: بله اما بیشترین چیزی که از فکر کردن درباره‌اش می‌ترسم جرأت مند بودن در ارتباط با دیگرانه.

این چیزیه که من ازش خیلی می‌ترسم و البته من درباره‌ی خیلی از چیزها فکر می‌کنم و خیلی درباره‌ی

این مورد هم فکر می‌کنم. اما فکر کردن درباره‌ی این مورد برای من ترسناکه. نمی‌دونم چرا... من فقط....

مثل این می‌مونه که فردی از هواپیما بخواد بیرون پیره... من فقط دوست ندارم کسی به من فشار بیاره.

دکتر کارلسون: این چیزهایی رو که گفتی شنیدم اما حدس می‌زنم و مطمئن نیستم که چرا تو این کار

رو می‌کنی... زیرا به نظر می‌رسه که وقتی این کار رو می‌کنی این کار مجدداً درد زیادی برایت ایجاد

می‌کنه.

آیمی: اوه، بله همین طوره.

دکتر کارلسون: و من مطمئن نیستم که آیا این دردی رو که مطرح کردی دوست داری... اگر قصد انجام

کاری رو نداری چرا به نواختن موسیقی نمی‌پردازی؟ می‌تونی به جای دراز کشیدن روی تخت (کاناپه)

طلب بزنی یا اینکه به جای انجام ندادن کاری، به یک دوست صمیمی تلفن بزنی یا اینکه از خانه بیرون

بروی و یا اینکه به خودت اجازه بدهی از انجام کارها اجتناب کنی.

آیمی: این انتخاب بهتری است.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، این انتخاب‌ها کمتر افسرده‌کننده‌اند.
آیمی: بله.

دکتر کارلسون: به نظر من یک مشکلی که تو داری اینه که نمی‌تونی با چیزی مواجهه کنی (مقابله کنی) و لذا تصمیم می‌گیری (انتخاب می‌کنی) که افسرده شوی. حداقل ما می‌تونیم مراقب مشکل تو باشیم و حواسمان به اون باشه.
آیمی: اما این طوری‌ها هم نیست. اگر من یک همراه داشته باشم معمولاً افسرده نمی‌شم. بنابراین من نیاز دارم که چندتا دوست داشته باشم. حدس من اینه که من واقعاً دوستی ندارم و این علت افسردگی منه.

نقطه‌ی تصمیم‌گیری سوم

در اینجا تمرکز درمان به موضوع فقدان دوست وی معطوف شد و درمانگر توانست با وی همدردی کند و در تکلیف پیدا کردن یک دوست یا کار بر روی آموزش مهارت‌های دوست‌یابی درگیر شد. در عوض، درمانگر تمرکز اولیه‌ی درمانی را نیز حفظ کرد.
دکتر کارلسون: و اما هدف اصلی ترست اینه که کاری را انجام ندی.
آیمی: اوهوم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، و من حدس می‌زنم که تو به خودت این اجازه رو میدی که کاری رو انجام ندی. به نظر من، اگر تو بخوای تلاش کنی که با افراد زیادی دوست شوی، فردی رو انتخاب کن که رفتار دوستانه‌ای داشته باشه... آیا چنین فردی رو می‌شناسی؟
آیمی: اوه، من مطمئنم که در بیرون افراد زیادی هستند که این‌گونه هستند اما احساس می‌کنم که از ارتباط برقرار کردن با دیگران می‌ترسم. فکر می‌کنم که قادر نباشم که با فردی ارتباط برقرار کنم.
دکتر کارلسون: مممم بسیار خوب، بالاخص وقتی که تو دست به کاری هم نزنی این امر تشدید می‌شود.
آیمی: بله، درسته، وقتی با نگرشی منفی با افرادی رو به رو شوی احتمالاً آنها متوجه این امر می‌شوند و دوستانه با شما رفتار نمی‌کنند، چون شما با آنها این‌گونه رفتار نکردید. پیش‌بینی من اینه که افراد می‌خوان خودشون رو روی سر من خراب کنند و به من حمله کنند، می‌دونید من اصلاً دوست ندارم آدم تهاجمی- ای باشم بلکه دوست دارم فقط کمی جرأت‌مندتر باشم من یک مقدار کم رو هستم.

دکتر کارلسون: و وقتی ما بدین گونه فکر کنیم همه چیز در قالب پیشگویی خود کام‌بخش محقق خواهد شد.

آیمی: م‌م‌م قطعاً.

دکتر کارلسون: فکر می‌کنی که با کار کردن روی شیوه‌ی تنفست آیا این اجازه را پیدا خواهی کرد که انتخاب متفاوتی داشته باشی؟

آیمی: بله، من نیاز دارم... من به نوعی میانه‌روی احتیاج دارم. قبلاً درباره‌ی این مورد خیلی فکر کردم. نیازه که مقداری شیوه‌های مدیتیشن را یاد بگیرم، شایدم نیاز باشه به کلاس یوگا برم چون من... البته من گزینه‌های دیگه‌ای دارم و می‌تونم افسرده بشم، روی تخت دراز بکشم، در واقع می‌تونم کاری بکنم (منظور همان اجتناب است) که در واقع کار دیگه‌ای نکرده باشم، متوجه حرفم که می‌شید...

دکتر کارلسون: درسته، بنابراین تو با سرعت داری حرکت می‌کنی و کار می‌کنی.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: دست نگه‌دار.

آیمی: هیچ وقت زمان ندارم که کمی آرام بشم و ۵ دقیقه استراحت کنم.

دکتر کارلسون: مگر اینکه افسرده بشی.

آیمی: م‌م‌م من واقعاً خیلی افسرده نیستم (افسردگی ندارم)، من افسردگی را اغلب اوقات تجربه نمی‌کنم اما مثل الان گاهی اوقات این اتفاق میفته چون من نمی‌خوام که با بعضی از چیزها مواجه بشم.

دکتر کارلسون: باز هم داستان تکراری و آن اینکه تو نمی‌خوای با کسی رو به رو بشی درسته؟

آیمی: م‌م‌م مسأله مهم من جرأت‌مند بودن.

دکتر کارلسون: البته این خواسته‌ی تو برام کمی مبهم و سؤاله که آیا می‌تونم این خواسته رو به چند جزء و بخش مشخص و خاص تبدیل کنم.

آیمی: م‌م‌م اینکه به خانواده‌ام بگم که در مورد مسائل خاص واقعاً چه احساسی دارم و به دیگران بدون اینکه ماسکی بر چهره بزنم خود واقعی‌ام را نشان بدهم.

دکتر کارلسون: آیا می‌تونی... آیا می‌خواهی همه‌ی این کارها را یک‌دفعه انجام بدی یا اینکه می‌خواهی در هر زمان روی یک گام از این موارد کار کنی؟

آیمی: نه ترجیح می‌دم که در هر زمان روی یک گام از این موارد کار کنم. این طوری می‌تونم درباره‌ی مسائل پیش رو فکر کنم و درباره‌ی کارهایی که قصد انجام آنها را در آینده دارم نیز اندیشه کنم.

دکتر کارلسون: به نظر می‌رسد آنچه که در رابطه با مادرت مطرحه اینه که با اون صحبت کنی و شهادت انجام این کار را هم داری و از این هم وحشت نداری که همین فردا همین کار رو انجام بدی. آیمی: نه.

دکتر کارلسون: من از پاسخ منفی شما متعجبم چرا که این بهترین فرمول برای شما برای انجام این کار هست و هفته‌ی گذشته هم ما درباره‌ی این مسئله صحبت کردیم که ایجاد تغییر، اولین کار مشکل محسوب می‌شود و بعد آن دیگر انجام این کار سخت راحت‌تر می‌شود. آیمی: بله به نظر می‌رسد که انجام قریب‌الوقوع این کار خیلی سخت باشه. دکتر کارلسون: البته فقط در ابتدا و اولش خیلی سخته. آیمی: تا کنون که این‌طور بوده است.

دکتر کارلسون: در ابتدا و نیز تا الان... آیا دوست داری که روی موضوع صحبت کردن با اعضای خانواده‌ات کمی بیشتر کار کنی... به نظر می‌رسد که در هفته‌ی گذشته تلاش کردی که در دانشگاه با کسی دوستی برقرار کنی؟

آیمی: بله، اونجا با چند نفری صحبت کردم.

دکتر کارلسون: آیا آنجا افرادی بودند که به صحبت با تو علاقه‌مند یا بی‌علاقه باشند؟ آیمی: نمی‌دونم. فکر می‌کنم... واقعاً نمی‌تونم... من تلاشم را می‌کنم تا یک گفتگو را آغاز کنم، اما به نظر می‌رسد که انجام این کار برای من خیلی وقت‌گیر باشه... من این کار رو در ملاءعام و با صدای آروم انجام می‌دم، من سبک دوستانه‌ای در انجام این کار دارم و مردم متوجه نوع نگاه‌های شما می‌شن و اگر کار به جایی برسه که پرسن که تو چرا داری با من زیادتر از بقیه حرف می‌زنی اینجاست که تغییرات مد نظر شما رخت بر می‌بندند.

دکتر کارلسون: آیا دوستانه بودن جزء این مواردی که گفتی محسوب نمی‌شه (مواردی که مردم اونو متوجه می‌شن).

آیمی: بله خیلی عجیبه... این حسی نیست که خیلی آنی و فوری بشه احساسش کرد اما من خیلی دوستانه رفتار می‌کنم و به همین دلیل که واقعاً نمی‌دونم... شاید مردم خیلی بدگمان شدن.. واقعاً نمی‌دونم. دکتر کارلسون: بسیار خوب، در ابتدا منم فکر می‌کردم که مردم بدگمان شده‌اند و بسیاری از ماها هم همین‌طور هستیم.

آیمی: بنابراین برای همینه که من با یک خانم صحبت کردم و شماره تلفنش را نیز گرفتم.

دکتر کارلسون: واقعاً.

آیمی: من بهش زنگ زدم اما اون هرگز جواب منو نداد اما این اتفاق واقعاً افتاد، همه‌ی مردم این روزها سرشون شلوغه، من این طوری فکر نکردم که اون چون منو دوست نداشت به تلفنم جواب نداده بلکه برای منم تلفن زدن به وی سخت بود.

دکتر کارلسون: اما تو بالاخره یک کار متفاوت انجام دادی.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: آیا انتظار داشتی که اگر بخوای تغییر کنی، انجام این کار دشوار نخواهد بود؟

آیمی: نمی‌دونم، منظورتون چی هست؟

دکتر کارلسون: مادرم عادت داشت که بگه "نابرده رنج گنج میسر نمی‌شود" آیا تا به حال این حرف رو شنیده‌ای؟

آیمی: بله قطعاً. بسیارخوب، من سال‌ها با اجتناب از مسائل مختلف از شکلی به شکل دیگر زندگی کرده‌ام.

دکتر کارلسون: من نمی‌دونم که این چیزی که گفتی آیا واقعیت داره... به نظر می‌رسه کاری که تو کردی این باشه که یک عمر مثل آدم‌های بدبخت زندگی کردی...

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: با این حال من نمی‌دونم اون چیزهایی که ازش اجتناب کردی چیا هستن... به نظر من تو دانشکده را تمام کردی، مقاله‌ی پایان‌نامه‌ات را نوشتی، چند تا بچه داری، از پدرت و مادربزرگت مراقبت کرده‌ای و شغلی نیز داری... به نظر من آدمی وجود نداره که از تمام این کارهایی که گفتی اجتناب کرده باشه. تو حتی با مادرت هم مواجهه کرده‌ای...

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: تو به ازدواج قبلی‌ات پایان دادی، به نظر من تو می‌دونی که....

آیمی: فکر می‌کنم که واقعاً نیاز دارم تا آموختن مراقبت از خودم رو شروع کنم، می‌دونید که انجام این کار برام خیلی سخته.

دکتر کارلسون: بسیارخوب، به نظر می‌رسه که تو از خودت هم خیلی مراقبت کرده‌ای.

آیمی: بله، اما به چند دلیل من این کار را نوعی بیهودگی می‌دونم یا شاید واقعاً نمی‌دونم.

دکتر کارلسون: اما من می‌بینم که تو خیلی از این کارها را انجام دادی و در عین حال خیلی آنها را تصدیق نمی‌کنی.

آیمی: نه.

دکتر کارلسون: و تو شیوه‌ی عجیب و غریبی برای نمره دادن به خودت داری.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: همان‌طور که ما هفته پیش صحبت کردیم، تو یک مقاله‌ای نوشتی. می‌دونی که، تو نمره‌ی الف گرفتی و فکر می‌کنی که اینها چیزای خوبی نیستند؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: بنابراین، هدف بدبخت نشان دادن خودت چیه؟

آیمی: نمی‌دونم، واقعاً نمی‌دونم، شاید فقط این نشانگر نحوه‌ی زندگی کردن من باشه. من همانند یک بچه، یک بچه‌ی مالیخولیایی هستم.

نقطه‌ی تصمیم‌گیری چهارم

در اینجا درمانگر توانست چند مسیر را دنبال کند: همدلی با چالش مراجع (بن‌بستی که مراجع در آن گیر کرده است)، کشف مالیخولیایی کودکانه‌ی وی یا ماندن در مسیر درمان و تمرکز بر پرداختن بیشتر به موضوع خدمتکاری وی.

دکتر کارلسون: آیا این احساسات برایت آشنا نیستند؟

آیمی: بله هستند و من احساس می‌کنم آدم الکی خوشی هستم... مثل آدم‌هایی هستم که چیزی رو از دست دادن... یا دائم گند می‌زنم.. می‌دونید کلاً چیزی از زندگی دستگیرم نمی‌شه.

دکتر کارلسون: بله اوهوم.

آیمی: اما اینکه اصلاً توجهی به مقاله‌ام نکردم به دلیل این بود که از خوشحالی سرم خیلی شلوغ بود.

دکتر کارلسون: درسته. بله به نظر می‌رسه که تو همه‌ی این اتفاقات رو برای خودت رقم زدی، خودت خودت رو خوشحال کردی، خودت خودت رو مالیخولیایی کردی، متوجه حرفه‌ام میشی؟ خودت این وسعت اتفاقات رو رقم زدی.

آیمی: بله من خودم کردم اما احساس خاصی به من دست می‌ده چون اگر کاری را برای خودم انجام دهم آنگاه دیگر ممکن است نتوانم کاری را برای دیگران انجام دهم در نتیجه آنها از من نا امید خواهند شد.

دکتر کارلسون: بله این هم یک جور فکره.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: و این البته یک احساس نیست.

آیمی: بله بسیار خوب.

دکتر کارلسون: اگر من کاری را برای خودم انجام بدهم دیگران ممکن است از من نا امید شوند (تکرار حرف‌های آیمی)... این یک فکره و نه یک احساس.

آیمی: درسته.

دکتر کارلسون: اوه... و؟ اون موقع اونها ممکن است چه کاری در این رابطه انجام بدن؟

آیمی: نمی‌دونم. ممکنه به من بگن که من آدم مغروری هستم یا چیزی تو همین مایه‌ها.

دکتر کارلسون: و اگر آنها به تو بگویند که چرا فلان کار را برای من انجام ندادی تو چی میگی؟

آیمی: خوب بستگی به اون کار داره.

دکتر کارلسون: آیا به نظر تو درست نیست که به دیگران بگی داری کاری را برای خودت انجام میدی (و وقت و حوصله‌ی پرداختن به کارهای اونها رو نداری)؟ من فکر می‌کنم تو این گونه فکر می‌کنی که مردم اگر فقط به فکر انجام کارهای خودشان باشند تو در دسر میفتن.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: اما به نظر من، به نظر نمی‌رسه که تو بتونی این حرف‌ها رو بزنی. چون تو خونگی مادربزرگت رو تمیز می‌کنی، از پدرت مراقبت می‌کنی، بچه‌ها رو تر و خشک می‌کنی و...

آیمی: بعضی اوقات، فکر می‌کنم که نیازه تا فردی برای مدتی از خودم مراقبت کنه. فکر می‌کنم که خیلی جالب و زیباست. البته دوست ندارم مثلاً یک آدم خیلی مهربون و بختک بیفته روی سر من بلکه دوست دارم...

دکتر کارلسون: ممم اما تو همچنین گفتی چیز خاصی که خیلی با آن راحت باشی و کنار بیایی وجود نداره.

آیمی: احتمالاً تونم این قضیه رو بپذیرم، من احساس عجیب و غریبی درباره‌ی آن دارم، می‌دونید، واقعاً نمی‌دونم...

دکتر کارلسون: وای خدای من.

آیمی: به احتمال زیاد من نمی‌تونم اون رو بپذیرم. من در پذیرش تعریف و تمجیدها خیلی خوب (راحت) نیستم.

دکتر کارلسون: به نظر می‌رسه که انجام قریب‌الوقوع این کار گام بسیار بزرگی برای تو محسوب می‌شه درسته؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: به نظرم این کار گام بسیار بزرگی محسوب می‌شه اما آیا چیزی هست که تو تا به امروز با آن خیلی راحت بوده باشی؟

آیمی: نه تا کنون نه.

دکتر کارلسون: تا کنون و دقیقاً همین واژه‌ی تا کنون درسته. اگر با مادرت صحبت می‌کردی احساس خیلی قشنگی می‌داشتی؟

آیمی: درباره‌ی احتمال انجام این کار فکر کرده‌ام و نمی‌دونم که این کار مسخره به نظر می‌رسه یا نه، اما درباره‌ی پُست کردن علائم کوچکی در اطراف خانه‌ام و یادآوری به خودم برای کارهایی که انجام داده‌ام نیز فکر کرده‌ام. البته این نوعی یادآوری به خودم برای انجام کارهای خوبم محسوب می‌شود. در مقابل من می‌تونستم این کارها رو انجام ندم یا اینکه فقط مطمئن بشم که همه‌ی کارها درست هستند. دکتر کارلسون: مم با این حال این یک نمونه از انتخاب‌هایی است که در مورد آن فکر کرده‌ای.

آیمی: بله، حداقل مثل این می‌مونه که..... به نظرم من می‌تونم همه‌ی آن چیزهایی که در مغزم هست رو انجام بدم اما حداقل زمانی که برخی از کارهای کوچک رو انجام بدم و پشت سرم بذارم.

دکتر کارلسون: مم مم.

آیمی: ممکنه حالا حالاها یا بلکه دیرتر هم دیگه به علامت‌گذاری نیازی نباشه، چرا که من خودم این کار رو در ذهنم انجام می‌دم.

دکتر کارلسون: بسیارخوب، به نظر می‌رسه که این کار ارزش انجام دادن رو داشته باشه.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: به نظر من، آن چیزی که داری میگی اینه که شاید انجام این کار نه تنها به گسسته شدن روندهایت کمک می‌کنه بلکه همچنین تو رو از چیزهایی که درباره‌ی آن فکر می‌کنی نیز آگاه می‌کنه. بله، من مطمئناً فکر می‌کنم که انجام این کار ارزشمند هست (مکث) و همانند آن چیزی است که روی یک تکه کاغذ در یک امتحان می‌نویسی.

آیمی: اوم... (خطاب به خودش) تو مادر عجیبی هستی، می‌دونی، من در رابطه با برخی از ماشین‌هایی که تا حالا آن را رانده‌ام تعجب می‌کنم، به نظر من برخی از اوقات... به نظر من هر فرد دیگری هم می‌تونه وسیله‌ی نقلیه رو برونه، اما این کار واقعاً سخنه و من برای انجام این کار به خودم خیلی افتخار نمی‌کنم.

اظهار نظر (تفسیر)

دکتر کارلسون در پیگیری مسیر درمان و حفظ تمرکز درمان کاملاً موفق بود. به نظر می‌رسد که تلاش‌های آیمی برای تغییر تمرکز بر موضوعات دیگر از طریق مقابله با روندهای غیرانطباقی وی یعنی خوشحال کردن دیگران و دلسوزی برای آنها و در اولویت قرار دادن نیازهای خودش خنثی شده است. با این حال، برای وی پرحرفی کردن و تغییر موضوع جلسه به موضوعات امن‌تر خیلی ساده بود. شایان ذکر است که در این بخش آخر رونوشت جلسه، دکتر کارلسون احساسات مالخولیایی و افسرده‌ساز آیمی را به روندهای غیرانطباقی وی پیوند زد. برای وی روشن شد که روندهای غیرانطباقی وی (یعنی تلاش برای راضی کردن دیگران و خوشحال کردن آنها) به خاطر این باور است که اگر وی به فکر نیازهای خودش باشد دیگران او را مغرور می‌دانند و دیگر دوستش نخواهند داشت. در نتیجه، او احساس افسردگی می‌کرد و منفعل و بی‌فعالیت می‌شد. دکتر کارلسون با واداشتن وی برای عمل کردن، با وی چالش کرد زیرا فعالیت‌های رفتاری (چارتیر و پروونچر، ۲۰۱۳) راهبرد تغییر مرتبه‌ی دوم و سوم قدرتمندی محسوب می‌شوند. شایان ذکر است که آیمی نیز با پست کردن علائمی کوچک برای من به من گفت که من برایش چه کار کرده‌ام. البته فقط برایم یادآوری کرد که چه کارهای خوبی برایش انجام داده‌ام. ایده‌ی وی برای پست کردن یادداشت‌هایی برای من در واقع صحبت‌های معطوف بر تغییر مرتبه‌ی سوم بودند که تا جلسات بعدی نیز ادامه یافتند. واقعیت این است که او واقعاً پیگیر برنامه‌ی درمان بود و پست کردن این یادداشت‌ها (نزدیک به شروع جلسه‌ی چهارم) بدین معناست که او نه تنها درمانگر خودش بودن را مورد توجه قرار داده است بلکه همچنین با انجام دادن اقداماتی این موضوع را (درمانگر

خود بودن) محقق کرده است و این منادی یک تغییر بادوام و پایدار است. برای تحقق این امر، درمانگر نیاز دارد که این تغییرات مرتبه‌ی سوم را تصدیق کند، ترغیب کند و آن را در فرآیند جاری درمان تلفیق کند. دکتر کارلسون تلاش‌های معطوف به تغییر مرتبه‌ی سوم آیمی را تصدیق و ترغیب کرد و آنها را در فرآیند درمان از جمله تکالیف خانگی در جلسه‌ی فعلی و جلسات بعدی تلفیق کرد.

اظهارات (تفاسیر) دکتر کارلسون

یک درمانگر مسلط می‌داند که ماندن در مسیر درمان و منحرف نشدن از جریان کار چقدر اهمیت دارد. مراجعان اغلب به طرز ناخودآگاهی تلاش می‌کنند تا وقتی که درمان خیلی طاقت‌فرسا می‌شود و وضع موجود خیلی تهدیدکننده می‌شود تمرکز درمان را عوض کنند و بحث را به حاشیه بکشانند. به همان اندازه که آیمی می‌خواست توانمند شود و انتخاب‌های خودش را داشته باشد، اما با این حال اجازه دادن به دیگران برای انجام این کارها برایش راحت و ساده بود. برای من خیلی روشن بود که آیمی نیاز داشت تا بفهمد که حتی افسردگی هم یک انتخاب است زیرا او انتخاب‌های دیگری هم داشت. در این بخش، آیمی نشان داد که چگونه از نظر تاریخی یک مشکل را از طریق خلق مشکل دیگر مانند افسرده شدن و سپس لم دادن روی کاناپه و به تعویق انداختن کارها یا اجتناب از کارها حل کرده است. او با فهمیدن اینکه این انتخاب را دارد که یا با یک موقعیت مقابله کند و یا اینکه کاری را که از انجامش لذت می‌برد انجام بدهد، احساس توانمندی کرد. در روان‌درمانی، بزنگاه‌های تصمیم‌گیری زیادی وجود دارند که در آنها درمانگران تمرکز درمان را بر اهداف درمانی قرار می‌دهند. درمانگران نه تنها مشکلات موجود و مطرح شده را حل می‌کنند (تغییر مرتبه‌ی اول) بلکه همچنین رشته‌ی پاسخ‌های قالب‌بندی شده‌ای (کلیشه‌ای و جاافتاده‌ای) که مشکل را در وهله‌ی اول ایجاد کرده است، پاره می‌کنند. این کارهای درمانگر پاسخ‌های پایدار و ثابتی ایجاد می‌کند. برای درمانگران ضروری است تا مراجعان را به رسمیت بشناسند و ترغیبشان کنند تا راه‌حل‌های خودشان را خلق کنند. درمانگران مسلط سؤال‌هایی می‌پرسند تا به مراجعان کمک کنند که راه‌حل‌های خودشان را بسازند. در جلسه با آیمی، دیدن وی که یاد گرفته است تا تغییرات روندی خودش را هدایت کند بسیار پاداش‌دهنده است. درمانگران مسلط اهمیت کمک به مراجع برای خلق رفتارهای خودمراقبتی و استقلال را به رسمیت می‌شناسند.

تغییر مرتبه‌ی سوم و آیمی: ۷ سال بعد

در بخش گفتگوی پس از درمان با دکتر کارلسون، آیمی تغییراتی که در زندگی‌اش بعد از اتمام درمان تجربه کرده بود را مطرح کرد. همچنین وی نقش و مکان تغییرات مرتبه‌ی سوم در زندگی خویش را مورد تأکید قرار داد. فصل هشتم مابقی گفتگوی پس از درمان وی را مطرح می‌کند.

دکتر کارلسون: از زمان اتمام ملاقات‌های مان تا کنون چه تغییرات دیگری در زندگی‌ات ایجاد کرده‌ای؟ آیمی: از آن زمان به بعد تا الان تغییرات زیادی را ایجاد کرده‌ام، اما یک چیزی که معادل تمام آن تغییرات است آگاهی از افکارم و روندهای رفتاری‌ام بوده است. مکرراً متوجه غلطیدن در روندهای قدیمی (رفتاری و فکری) شده‌ام. البته این خود یک امر چالش‌زایی بوده است. درست مثل اینکه یک فرد الکلیک از برانگیزان‌های نوشیدن الکل اجتناب کند. من از روابط خاصی که مرا به سمت خدمتکار بودن هدایت می‌کردند اجتناب کردم. من توفقی کردم و با خودم فکر کردم که من امروز برای خودم چه کار کردم؟ اگر این نوع افکار را هر روز تمرین نکنم شانس غلطیدن در روندهای خودتخریبگر، به طور اساسی افزایش خواهند یافت.

دکتر کارلسون: آیا در مجموع از وقوع این تغییرات پس از درمان شگفت‌زده شدی؟ آیمی: از این تغییرات خیلی شگفت‌زده نشدم زیرا پس از آخرین جلسه‌ی مشترکمان این اتفاقات یک فرآیند آزمایش و خطایی بوده‌اند. هر روز اتفاقات جدیدی میفتد و درست زمانی که شما فکر می‌کنید که در هنر خودمراقبتی استاد شده‌اید، چیز دیگری در مسیر شما قرار می‌گیرد و شما مجبورید قبل از اینکه به طور اجتناب‌ناپذیری به روندهای رفتاری و فکری قبلی تنزل کنید خودتان را از این ورطه بیرون بکشید.

دکتر کارلسون: گفته شد که یک نشانگر مفید درمان موفق اینه که مراجع درمانگر خودش بشه. آیا تو معتقدی که درمانگر خودت شده‌ای یا نه؟

آیمی: بله، من الان درمانگر خودم شده‌ام. من قطعاً هر روزم را با امیدواری، انگیزش و ارزیابی مجدد کارهایی که انجام می‌دم سپری می‌کنم. پدیده‌ی عجیبی است اما به نظر می‌رسد که من تبدیل به دو نفر شده‌ام. یک نفر (در وجودم که جنبه‌ی احساسی من محسوب می‌شه) واقعاً زندگی می‌کنه، کار می‌کنه، عشق‌ورزی می‌کنه و زندگی را می‌چرخونه. فرد دیگر درونم که ندای منطقی درونم هست همان درمانگری است که با من صحبت می‌کند و دائماً به من کمک می‌کند تا از روند زندگی خودم آگاه شوم.

تفسیر (اظهار نظر)

در این بخش‌های ارائه شده از جلسه‌ی سوم مشاوره، مشخص شد که دکتر کارلسون به نحوی مؤثر فرآیند درمان را بر اهداف درمانی اولیه یعنی جایگزینی روندهای غیرانطباقی آیمی با روندهای انطباقی‌تر متمرکز نگه داشته است. با حفظ این اهداف در درجه‌ی نخست اولویت و مدیریت کردن و حفظ فرآیند درمانی بر مسیر خویش، اهداف اولیه درمان در عرض ۶ جلسه محقق شدند و آیمی روندهای انطباقی‌تری را در وجود و هستی خویش تلفیق و یک‌پارچه کرد. بر اساس اظهارات پس از درمان وی، تغییرات ایجاد شده هفت سال پس از درمان حفظ شده بودند و دلیلش هم این بود که وی درمانگر خودش شده بود. شایان ذکر است که وی بر اساس رویه‌ی هر روز زندگی خویش، برنامه‌های خویش را مدیریت کرد تا بتواند روندهای رفتاری جدید را حفظ کند. او برای پیش‌بینی موقعیت‌های بالقوه مشکل‌زا از خودآگاهی^۱ استفاده کرد. همان‌طور که در بحث راهبردهای تغییر مرتبه‌ی سوم گفته شد، خودآگاهی، اصلی بنیادی برای تحقق و حفظ چنین تغییراتی محسوب می‌شود (بیتمن و یو، ۱۹۹۹).

تفسیر (اظهار نظر) دکتر کارلسون

اظهارات آیمی ۷ سال پس از درمان تأییدکننده‌ی تغییرات مرتبه‌ی دوم و سوم بود که در جلسات درمانی ما ایجاد شده بودند. خیلی خوشحال بودم که می‌دیدم آیمی خودش را به عنوان درمانگر خویش قلمداد می‌کند. با این حال، همچنین من می‌دانم که بسیاری از درمانگران چون چنین پیامدهایی را از مراجعانشان که اعتباری برای آنها قلمداد می‌شود، دریافت نمی‌کنند زمان‌های سختی را تجربه می‌کنند.

اظهارات پایانی

در این فصل تغییرات مرتبه‌ی سوم توصیف شد و نشان داده شد. نکته‌ی کلیدی و عمده‌ی این فصل این بود که تغییرات مرتبه‌ی سوم (که در درمان و بعد از پایان جلسات اتفاق می‌افتد) نوعاً از تلاش‌های معطوف بر تغییرات مرتبه‌ی دوم سرچشمه می‌گیرد. هر چقدر تمرکز در درمان بیشتر باشد به احتمال زیادتری تغییرات مرتبه‌ی دوم اتفاق می‌افتد و در بطن آن تلاش‌های معطوف بر تغییرات مرتبه‌ی سوم نیز به وجود می‌آیند. هرچقدر درمانگر اهمیت تغییر مرتبه‌ی سوم را بیشتر درک کند و بفهمد، به احتمال بیشتری تلاش‌های خودجوش مراجع در زمینه‌ی تغییر مرتبه‌ی سوم تصدیق، ترغیب و در فرآیند درمان

1- Self-awareness

تلفیق خواهند شد. در سطوح مختلف، درمانگران مسلط این موارد را می‌دانند و بر آن اساس عمل می‌کنند.

References

- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and beyond*. New York, NY: Guilford Press.
- Beitman, B., & Yue, D. (1999). *Learning psychotherapy*. New York, NY: Norton.
- Binder, J. (2004). *Key competencies in brief dynamic psychotherapy: Clinical practice beyond the manual*. New York, NY: Guilford.
- Chartier, I., & Provencher, M. (2013). Behavioural activation for depression: Efficacy, effectiveness and dissemination. *Journal of Affective Disorders*, 145, 292–299.
- Good, G., & Beitman, B. (2006). *Counseling and psychotherapy essentials: Integrating theories, skills, and practices*. New York, NY: Norton.
- Perry, S., Cooper, A., & Michels, R. (1987). The psychodynamic formulation: Its purpose, structure, and clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 144, 543–551.

فصل هشتم

دستیابی به تغییر: نظارت، ارزشیابی و اختتام

جلسه‌ی آخر در فرآیند درمان بسیار حیاتی است و تقریباً به اندازه‌ی جلسه‌ی اول اهمیت دارد. همان‌طور که فرآیند درمان فروکش می‌کند و رسماً پایان می‌یابد نقش درمانگر تمرکز بر ارزشیابی اتحاد درمانی و پیامدهای درمانی و آماده‌سازی مراجع برای زندگی پس از درمان است. این فصل هر یک از این عوامل را مورد توجه قرار می‌دهد. بخش‌های گزیده‌ای از جلسات ۴ و ۶ ارائه خواهند شد که نشان می‌دهد درمانگر چگونه پیشرفت درمان را در میانه‌ی درمان و نیز در انتهای درمان نظارت می‌کند و مراجع را نیز برای پایان درمان آماده می‌کند. اگرچه، در این فصل بخش‌هایی از گفتگوهای پس از درمان بین آیمی و دکتر کارلسون که هفت سال پس از آخرین جلسه اتفاق افتاد نیز ارائه شده است.

ارزشیابی درمان

در این عصر پاسخ‌گویی، انتظار این است که درمانگر نه تنها درمانی با کیفیت و اثربخش را برای مراجعان فراهم کند بلکه همچنین قادر باشد تا نشان دهد که درمانش با کیفیت و کارآمد و اثربخش بوده است. چنین انتظاراتی بر اساس دو چشم‌انداز درباره‌ی چگونگی نیل به این شواهد رو به افزایش است. یک چشم‌انداز بر کاربرست شواهدمحور^۱ تأکید می‌کند که بر این پیش‌فرض مبتنی است که

1-Evidence-based practice

مداخلات درمانی خاص باید از نظر تجربی اثربخشی‌شان برای درمان مشکل روان‌شناختی خاص نشان داده شود.

چشم‌انداز دوم که بر شواهد کاربست (عمل) محور^۱ تأکید دارد بر این پیش‌فرض مبتنی است که اثربخشی، بیشتر تابع مشارکت و تعامل درمانگر-مراجع است تا کاربرد مداخلات درمانی خاص (اسپری، بریل، هووارد و گریسوم، ۱۹۹۶). چشم‌انداز دوم به سنجش پیامدها و فرآیندهای درمانی خاص، بهای بیشتری می‌دهد و درمانگر را ملزم می‌کند تا بر پیامدها و فرآیندهای درمانی نظارت کند. این فصل بر چشم‌انداز دوم تمرکز می‌کند. تا همین اواخر، تمرکز تحقیقات و کاربست‌های بالینی بر سنجش کلی و پایانی پیامدهای درمانی بود. تازگی‌ها تمرکز بر سنجش مداوم (ادامه‌دار) مورد توجه قرار گرفته است (سنجش و نظارت جلسه به جلسه درباره‌ی پیشرفت‌های درمانی). هرچند جای بحث وجود دارد اما هر دو نوع سنجش ضروری و از نظر بالینی ارزشمند هستند.

وقتی به ارزشیابی پاسخ‌های مراجع به درمان می‌نگریم، متوجه می‌شویم که درمانگران به طور ویژه در پیش‌بینی اثربخشی روابطشان با مراجعان یا پیامدهای درمانی، خوب نیستند. در مقابل، تحقیقات نشان داده‌اند که درجه‌بندی مراجعان از اتحاد درمانی مراجع-درمانگر در مقایسه با درجه‌بندی درمانگران، دقیق‌ترند و پیش‌بینی بهتری از مشارکت مراجعان در فرآیند درمان ارائه می‌کند (اورلینسکی، رونسداد و ویلوتسکی، ۲۰۰۴). تحقیقات همچنین نشان داده‌اند که تجربه‌ی ذهنی مراجع از تغییرات اولیه در فرآیند درمان در مقایسه با دیگر پیش‌بین‌ها و تمهیدات، بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ی موفقیت درمان است (اورلینسکی، رونسداد و ویلوتزکی، ۲۰۰۴). با این حال، درمانگران چگونه می‌توانند متوجه پاسخ‌های مراجعان به درمان شوند و آن را ارزشیابی کنند؟ پاسخ ساده است: نظارت (کنترل)^۲ بر پیامدهای درمانی. پیش‌فرض بنیادی تحقیقات پیرامون پیامدهای درمانی این است که درمانگران نیاز به بازخورد دارند (اسپری، بریل، هووارد و گریسوم، ۱۹۹۶). تحقیقات به طور پیوسته نشان داده‌اند که وقتی درمانگران درباره‌ی کار خود با مراجع بازخوردی دریافت می‌کنند، روابط درمانی و اثربخشی درمانی‌شان به طور چشمگیری افزایش خواهد یافت. یک مطالعه نشان داد وقتی درمانگران به پیامد درمانی و اطلاعات مربوط به اتحاد درمانی دسترسی داشته باشند، مراجعان آنها به احتمال کمتری درمان را ترک خواهند کرد، فرآیند درمان را تخریب خواهند کرد و به احتمال زیادتری به تغییرات چشمگیر بالینی رهنمون

1-Practice-based evidence

2-Monitor

خواهند شد (ویپل و همکاران، ۲۰۰۳). تحقیقی دیگر روابط درمانگر-مراجع را که در خطر پیامد منفی قرار داشت ارزشیابی کرد. این تحقیق نشان داد درمانگرانی که بازخورد رسمی دریافت کردند در مقایسه با آنانی که چنین بازخوردی دریافت نکردند ۶۵ درصد بیشتر احتمال دارد که به پیامدهای درمانی مثبت نائل شوند (لامبرت و همکاران، ۲۰۰۱).

مطالعه‌ی سوم که بر روی بیش از ۶۰۰۰ مراجع انجام شد به این نتیجه دست یافت که درمانگرانی که از تمهیدات بازخوردی رسمی و پیش‌رونده بهره می‌برند به طرز قابل توجهی نرخ نگهداری (ماندن) مراجعانشان بیشتر است و در مقایسه با درمانگرانی که از چنین بازخوردهایی استفاده نمی‌کنند اثرات مثبت کلی درمانی‌شان دو برابر است (میلر، دانکن، برون، سورل و چالک، ۲۰۰۶). در حالی که این تحقیق، آزمایشی کنترل‌شده و تصادفی^۱ (RCT) نبود، اما نتایجش به دلیل درگیر بودن تعداد مراجعان بسیار زیاد، قابل توجه و ارزشمند است. نهایتاً اینکه داده‌های به دست آمده توسط شیموکاوا، لامبرت و اسمارت^۲ (۲۰۱۰) اثرات بازخورد بر روی مراجعانی که پیش‌بینی می‌شد در درمان شکست بخورند و نیز آنانی که بر مسیر پیامدهای درمانی مثبت بودند را مرور کرد. این مرور فراتحلیلی و تحلیل فوق‌العاده، داده‌های ۶ مطالعه-ی آزمایشی کنترل‌شده و تصادفی (RCT) خوب طراحی شده را ترکیب کرد که در نتیجه، درمان‌های مطابق معمول^۳ را با درمان‌های منضم به بازخورد^۴ مقایسه کردند که در آنها درمانگران مشابهی دو شرایط مذکور را برای بیش از ۴۰۰۰ مراجع ارائه می‌کردند. نتایج نشان داد که بازخورد دادن به درمانگران و مراجعان اثرات قدرتمندی در درمان مطابق معمول برای ۲۰ تا ۳۰ درصد آن دسته از مراجعانی که پیش‌بینی می‌شود در درمان شکست بخورند دارد. چنین بازخوردهایی درمانگران را قادر می‌سازد تا چنین مراجعانی را شناسایی کنند و به نحو متفاوت‌تری در مقایسه با درمان‌های مطابق معمول به آنها پاسخ دهند و در فرایند درمان مداخله کنند. نتایج این بازخوردها نسبتاً اساسی‌اند و در نتیجه‌ی آنها، تخریب و زوال درمان به ۵/۵ درصد کاهش پیدا کرد. کوتاه کلام اینکه، وقتی درمانگران و مراجعان هر دو بدانند که مراجع چگونه روابط درمانی و پیامدهای درمانی را اندازه‌گیری می‌کند، سه چیز قابل پیش‌بینی خواهد بود: یک رابطه‌ی درمانی اثربخش به احتمال زیادتری ایجاد می‌شود و حفظ می‌شود، مراجع در درمان باقی خواهد ماند و پیامدهای درمانی مثبت محقق خواهد شد. با این حال، به نظر می‌رسد که برای داشتن درمانی اثربخش،

1-Randomized controlled trial

2-Shimokawa, Lambert and Smart

3-Treatment-as-usual

4-Feedback-assisted treatments

نظارت پیش‌رونده بر فرآیند درمان و پیامدهای آن ضروری است. این بخش راه‌های متنوع سنجش رابطه‌ی مراجع - درمانگر و نظارت بر پیامدها و پیشرفت‌های درمانی را شناسایی می‌کند.

اندازه‌گیری پیامدهای درمانی

در بین بسیاری از تمهیدات کامل روان‌سنجی در دسترس، آنچه در ادامه می‌آید تمهیدات سریع و فوق‌العاده مختصری هستند که کمتر از دو دقیقه وقت می‌گیرند و ارزیابی ابزارها برای نظارت و ارزشیابی پیامدهای درمانی بسیار ساده است.

مقیاس درجه‌بندی جلسه

مقیاس درجه‌بندی جلسه (SRS) (دانکن و همکاران، ۲۰۰۳) یک ابزار کوتاه است که اجرای آن برای اندازه‌گیری اتحاد درمانی ساده است و شامل ۴ آیتم می‌شود. دستورالعمل آن ساده و سرراست است. به مراجع یک برگه داده می‌شود که روی آن ۴ خط افقی ده سانتی متری قرار دارد. روی خط اول مراجع مشخص (درجه‌بندی) می‌کند که پس از اتمام درمان چقدر احساس می‌کند که خوب درک شده و مورد احترام قرار گرفته است. در خط دوم مراجع مشخص (درجه‌بندی) می‌کند که چقدر او و درمانگر روی آن چیزی که وی می‌خواسته درباره‌ی آن صحبت کند کار کرده‌اند. در خط سوم، مراجع مشخص (درجه‌بندی) می‌کند که آیا رویکرد درمانی تناسب خوبی با وی (مشکلات وی) داشته و زندگی اجتماعی و کاری وی را تحت پوشش قرار داده است. در خط چهارم، مراجع مشخص (درجه‌بندی) می‌کند که در مورد درمان چقدر احساس رضایت‌مندی می‌کند. این مقیاس بلافاصله پس از اتمام درمان توسط مراجع تکمیل می‌شود (میلر، دانکن، برون، سول و چالک، ۲۰۰۶). استفاده از این مقیاس برای متخصصان سلامت روان فردی دارای پروانه، بدون هزینه است و در سایت^۲ قابل دستیابی است.

مقیاس درجه‌بندی پیامدها

مقیاس درجه‌بندی پیامدها^۳ (ORS) (میلر و دانکن، ۲۰۰۰) کوتاه است و اجرای آن برای اندازه‌گیری پیامدهای درمانی ساده است و متشکل از ۴ آیتم است. دستورالعمل آن ساده و سرراست است. به مراجع

1-Session Rating Scale

2 - www.heartandsoulofchange.com

3-Outcomes Rating Scale

کاغذی داده می‌شود که روی آن ۴ خط افقی ۱۰ سانتی‌متری منقوش است. از مراجع خواسته می‌شود تا با نوک مداد در امتداد خطوط افقی مشخص کند که چه چیزهایی در هفته‌ی گذشته اتفاق افتاده است. در خط اول، مراجع نشان می‌دهد که چه احساسی داشته است. در خط دوم، مراجع روابط خویش را درجه‌بندی می‌کند. در خط سوم، مراجع زندگی اجتماعی و کاری خویش را درجه‌بندی می‌کند. در خط چهارم، مراجع سلامتی (بهزیستی) خویش را درجه‌بندی می‌کند. این مقیاس نوعاً توسط مراجع درست قبل از شروع جلسه تکمیل می‌شود و امکان دارد بعد از اتمام اولین جلسه نیز تکمیل شود (میلر، دانکن، برون، سورل و چالک، ۲۰۰۶). استفاده از این مقیاس برای درمانگران سلامت روانی دارای پروانه، بدون هزینه و در سایت^۱ قابل دسترس است. در کنار ارتقای درمان، دلایل دیگری برای جمع‌آوری بازخوردهای مراجعان وجود دارد. چنین بازخوردهایی به درمانگران اجازه می‌دهد که نه تنها بر پیشرفت مراجعان نظارت داشته باشند بلکه به پیشرفت حرفه‌ای تجمعی درمانگر نیز می‌انجامد. در نتیجه، درمانگران می‌توانند اثربخشی خویش را شناسایی کنند و اینکه آیا بهبودی و پیشرفتی داشته‌اند یا نه را نیز مشخص سازند و در نهایت می‌توانند روی آن چیزی که می‌توانند به عنوان یک درمانگر برای رشد خویش انجام دهند فکر کنند (دانکن، ۲۰۱۲).

اختتام

اختتام آخرین دوره‌ی درمان است و نمایانگر یک رویداد و نیز یک فرآیند است. به عنوان یک رویداد، به معنای پایان ملاقات‌های درمانگر و مراجع است و به عنوان یک فرآیند بدین معناست که سطح مسئولیت‌پذیری مراجع افزایش یافته، همان‌گونه که ماهیت رابطه‌ی مراجع و درمانگر تغییر یافته است. تسهیل فرآیند اختتام و آماده‌سازی مراجع برای آن، تمرکز اصلی درمانگر در وهله‌ی آخر درمان را تشکیل می‌دهد. آماده‌سازی مراجع برای اختتام زمانی است که مراجعان می‌توانند احساسات و افکار خود را درباره‌ی این نکته که فرآیند درمان و درمانگر چه فایده‌ای برای‌شان داشته است بیان کنند و نیز فرصتی برای مرور پیشرفتشان در نیل به اهداف درمانی فراهم می‌کند. همچنین این دوره زمانی است برای حفظ دستاوردهای درمانی و پیش‌بینی برگشت (عود) اجتناب‌ناپذیر نشانگان و پسرفت‌ها که ممکن است رخ دهند. نهایتاً اینکه هنگام آماده‌سازی برای اختتام، باید روی این موارد نیز کار کرد که مراجع در آینده روی چه تکالیف درمانی باید کار کند و چند جلسه‌ی درمانی اضافی با درمانگر و چه درمان‌های اضافی دیگری نیاز است.

اغلب اوقات در برنامه‌های کارورزی و کتاب‌های درسی، صلاحیت بالینی آمادگی برای اختتام نادیده گرفته می‌شود و بهای کمی به آن داده می‌شود. این موقعیت به طور ملموسی در ۳۰ سال گذشته بهبود نیافته و از این رو برنامه‌های کارورزی مورد انتقاد قرار گرفته‌اند. نه تنها ملاک و تکنیکی برای پایان دادن به جلسه، آموزش داده نشده و مورد بحث قرار نگرفته بلکه همچنین اختتام بدون تردید به عنوان یک فرصت درمانی ارزشمند مورد غفلت قرار گرفته است (ودینگتون و کاونا، ۱۹۷۹، ص ۱۳۰۳). یک علامت این فراموشی و غفلت، نرخ بالای ترک جلسات روان‌درمانی است. نرخ ترک (پایان) زود هنگام جلسات تقریباً ۵۰ درصد است (کلارکین و لوی، ۲۰۰۳؛ ویرزبیک و پکاریک، ۱۹۹۳) و به نظر می‌رسد در برنامه‌های کارورزی خیلی بیشتر باشد. یک مطالعه‌ی اخیر دریافت که نرخ اتمام زود هنگام مشاهده شده در کلینیک‌های کارورزی ۷۷ درصد است (کالاها، اوباجون- ایندسلی، بورجا و سویت، ۲۰۰۹). با این اوصاف، کاربست روان‌درمانی با کیفیت و اثربخش مستلزم توجه به مقابله‌ی مؤثر با موضوع اختتام است. بر همین اساس، این موضوع در این فصل مورد بررسی قرار خواهد گرفت. موضوعات دیگری نیز در این فصل مورد توجه قرار خواهند گرفت که عبارت‌اند از: حفظ دستاوردهای درمان. این بخش با بحث درباره‌ی حفظ دستاوردهای درمان و پیشگیری از افت (بازگشت) قبل از پرداختن به بحث صلاحیت‌های اختتام آغاز می‌شود.

حفظ دستاوردهای درمان

پیشرفت کردن در درمان معمولاً ترکیبی از کسب بینش، کمتر شدن نشانگان، احساس بهتر داشتن، فکر کردن به نحوی مثبت‌تر (مثبت‌اندیشی) یا عمل کردن به شیوه‌ای انطباقی‌تر را شامل می‌شود. هیچ تضمینی وجود ندارد که چنین دستاوردها یا پیشرفت‌های درمانی در ادامه نیز حفظ شوند. پیشرفت در درمان می‌تواند اتفاق بیفتد اما بازگشت‌ها نیز اتفاق می‌افتند.

چالش مراجع، ماندن در مسیر و تداوم کاربست و کاربرد مهارت‌ها و راهبردهای آموخته شده در درمان است. چنین تلاش‌های پیش‌رونده‌ای برای حفظ دستاوردهای درمان (تغییر درمانی) ضروری و اساسی است. پیشگیری از بازگشت و عود^۱ و خوددرمانی، مؤلفه‌های اساسی دوره‌های ابتدایی و میانی درمان و نیز مؤلفه‌ی حیاتی دوره‌ی پایان درمان است که در آن باید مراجع را برای اختتام درمان آماده کرد. به طور ویژه نشان داده است که درمان شناختی رفتاری به مراجعان کمک می‌کند تا تغییرات با دوامی را محقق

1-Relapse

کنند. وقتی مراجعان طرح و مهارت‌هایی برای پیشگیری از بازگشت داشته باشند برانگیخته خواهند شد (صاحب انگیزه می‌شوند) و اگر برای رشد مداوم طرحی داشته باشند، اثرات درمانی به احتمال زیاد حفظ می‌شوند و ادامه می‌یابند (گلوگون، کوتراوس، کوچارت و بلاکبرن، ۱۹۹۸). به عبارتی دیگر پیشگیری از افت و بازگشت عاملی کلیدی در حفظ دستاوردهای درمانی محسوب می‌شوند. پیشگیری از بازگشت (افت) راهبردی خودکنترلی محسوب می‌شود که به مراجعان کمک می‌کند تا بتوانند مشکلات بازگشت یا وقوع نشانگان یا رفتارهای مسئله‌دار را پیش‌بینی و با آن مقابله کنند (دیلی، ۱۹۸۹). اگرچه این راهبرد اولاً و در آغاز به عنوان درمان‌های مکمل برای رفتارهای اعتیادی به کار رفتند (مارلات و گوردون، ۱۹۸۵)، در ادامه برای مواردی چون توقف سیگار کشیدن، کنترل درد، مدیریت وزن، اختلالات خواب و نیز بیشتر اختلالات روانپزشکی به کار رفته‌اند (اسپری، لويس، کارلسون و انگلار-کارلسون، ۲۰۰۳).

کوتاه کلام اینکه، پیشگیری از عود، راهبردی است برای پیش‌بینی و تقلیل احتمال بازگشت یا افت. برنامه‌ی پیشگیری از عود (مارلات و گوردون، ۱۹۸۵) با سنجش خطرات احتمالی فیزیولوژیک، محیطی، بین فردی و درون فردی زمینه‌ساز عود و استرسورها و موقعیت‌های خاص که ممکن است آن را تسریع کند، آغاز می‌شود. وقتی این چکاننده‌های (محرک‌های) بالقوه و موقعیت‌های پرخطر شناسایی شدند، تکنیک‌های شناختی و رفتاری به کار می‌روند تا بتوانند مداخلات خاصی را جهت پیشگیری از آنها و در صورت وقوع، مدیریت آنها اعمال کنند. این امر همچنین مستلزم بحث درباره‌ی راهبردهای کلی‌تر برای پرداختن به موضوعات ایجاد تعادل در سبک زندگی، ولع شدید به مصرف و تحریف‌های شناختی است که می‌تواند مراجع را در معرض موقعیت‌های پرخطر قرار دهند آن هم زمانی که عود بسیار محتمل است. چنین طرح‌هایی برای پیشگیری از عود، به احتمال زیاد حس خودبستگی مراجع و کارآمدی وی در حفظ دستاوردهای درمانی را افزایش می‌دهد (کارول، ۱۹۹۶).

خوددرمانی

در فصل هفتم مفهوم خوددرمانی را از منظر رویکرد شناختی رفتاری مورد بحث قرار دادیم. ایده‌ی بنیادی این است که در جریان دوره‌ی آخر درمان مراجعان ترغیب می‌شوند تا در بین جلسات و زمانی که مشکلات افزایش یافتند به عنوان درمانگران خودشان وارد عمل شوند و دست به کار شوند. در ادامه آنها می‌توانند تلاش‌های خویش را با درمانگر در جلسه‌ی بعدی مورد بحث قرار دهند. تجارب، مراجعان را

آماده می‌سازند تا بتوانند پس از اختتام درمان با مشکلات، عودها یا پسرقت‌ها کنار بیایند و آنها را مدیریت کنند.

آمادگی برای اختتام

در حالی که آماده‌سازی مراجع برای اختتام به عنوان تکلیفی کلیدی در دوره‌ی نهایی درمان محسوب می‌شود، برخی از رویکردها از جمله رویکرد شناخت درمانی آن را به عنوان تکلیفی می‌دانند که خیلی زودتر از این آغاز می‌شود (بک، ۱۹۹۵). همان‌گونه که قبلاً گفته شد، مؤلفه‌ی صورت‌بندی درمان از متغیر مفهوم‌سازی موردی به عنوان راهنمایی برای تصریح پیامدهای درمانی و پیش‌بینی موانع و چالش‌ها برای نیل به اهداف استفاده می‌کند. به طور اختصاصی‌تری، این کار به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات خاصی که ممکن است مراجع خاص در رابطه با اختتام تجربه کند را پیش‌بینی کند. با این حال، درمانگر متعجب نخواهد شد وقتی که مراجعی خاص به دلیل تاریخچه‌ی فقدان‌ها یا الگوی چسبیدن یا وابستگی به دیگران، مشکلاتی را در ارتباط با اختتام تجربه کند (کوچاری و او دوناهو، ۲۰۰۸).

نشانه‌های آمادگی برای اختتام

رویکردهای درمانی مختلف ملاک خاص نظری برای تعیین زمان اختتام ارائه کرده‌اند. با این حال، تعدادی نشانه‌ی عام و مشترک در این رویکردهای مختلف وجود دارند که در سنجش آمادگی مراجع برای اختتام مفید هستند. این موارد عبارت‌اند از: ۱- مشکل مطرح شده‌ی مراجع به طور اساسی حل شده یا اینکه نشانگان مشکل تقلیل یافته یا به کلی حذف شده‌اند. ۲- مراجع بینش یا فهم کافی نسبت به مشکل یا روندهایی که وی را به درمان کشانده به دست آورده است. ۳- مهارت‌های مقابله‌ای مراجع برای کنار آمدن با شرایط زندگی به اندازه‌ی کافی رشد کرده است. ۴- مراجع ظرفیت بالایی برای طرح‌ریزی و کار مولد دارد (بر اساس نظر هیتون، ۱۹۹۸).

در جریان یک اختتام طراحی شده، چند فعالیت یا فرآیند عموماً دیده می‌شود. این موارد عبارت‌اند از: نگاهی گذشته‌نگرانه به چگونگی پیشرفت روند درمان، قوی‌تر شدن قدرت طرح‌ریزی مراجع برای زندگی کردن بدون درمانگر، بحث درباره‌ی ملاقات‌های احتمالی مربوط به برگشت مسئله و بیان قدردانی و تشکر توسط مراجع و درمانگر (گوود و بیتمن، ۲۰۰۶).

درمانگر فرآیند را به خوبی و با پرسش از مراجع برای بازشماری مهم‌ترین تغییراتی که وی در جریان درمان به آن رسیده آغاز می‌کند. مرور پیشرفت‌ها با بیماران آنها را قادر می‌سازد تا به طور شفافی عمده‌ترین دستاوردهای درمان را ببینند، به طور بالقوه‌ای آنان را انگیزه‌مند می‌سازد تا به حفظ دستاوردهای درمان ادامه دهند و پیشرفتی را که در جریان درمان بدان رسیده‌اند تثبیت کنند (دابسون و هابرت، ۲۰۰۸، ص ۳۱۴).

الزامات اختتام

کوتاه کلام اینکه، اهداف اختتام فراهم کردن پایانی سالم و نیز رابطه‌ای درمانی برای مراجعان، مرور پیشرفت‌ها و رشد مراجعان و آماده‌سازی مراجعان برای چالش‌های آینده است. وقتی درمان هم بر مشکلات ارائه شده و هم بر تغییر روندها تمرکز می‌کند، آماده‌سازی برای پایان درمان نسبتاً سر راست و ساده خواهد بود. این فرآیند با مروری بر پیشرفت‌های مراجع هم از نظر حل و فصل مشکلات مطرح شده و هم از نظر میزان تغییر روندها آغاز می‌شود.

دوره‌ی اختتام فرصت‌های اضافی برای پرداختن خاص به موضوعات روندی فراهم می‌کند. ممکن است مراجعان به دلیل فقدان الگوهای سالم ارتباط بین فردی، روابط پایانی دشواری را تجربه کنند. تاریخچه‌ی رشدی آنها ممکن است شامل تجاربی مانند فقدان‌های غیرمنتظره، رهاشدگی یا سوءاستفاده یا مورد غفلت واقع شدن توسط والدین یا مراقبان شود که حرکت به سمت خروج از امنیت فضای درمان را دشوار کند. یک علامت مفید مبنی بر پیشرفت در چنین شرایطی، راحتی نسبی مراجع در مقابله با اختتام طراحی شده است.

نظارت بر پیشرفت درمان: مورد آیمی

همان‌طور که پیش‌تر در این فصل اشاره شد، نظارت بر پیشرفت درمان می‌تواند به شیوه‌های اثربخشی انجام شود. در حالی که برخی از درمانگران برای اندازه‌گیری پیشرفت مراجعان از ابزارهای خود گزارشی بسیار مختصر استفاده می‌کنند و این درجه‌بندی (اندازه‌ها و اعداد) را روی یک نمودار پیشرفت ثبت می‌کنند، دکتر کارلسون ارزیابی‌های جلسه به جلسه‌ی خودش را انجام می‌داد و همچنین از آیمی نیز خواست تا ارزیابی‌های خودش از فرایند درمان را در جلسات چهارم و پنجم ارائه کند.

در تأمل اولیه و نیز ارزیابی از جلسه‌ی اول، دکتر کارلسون عنوان کرد که آیمی درک نسبتاً خوبی از مشکلاتش به ویژه روابط اجتماعی‌اش دارد اما قادر به حل و فصل کردن آنها نیست. او به روند (رویه‌ی)

خویش مبنی بر مراقبت خوب از دیگران به قیمت نادیده گرفتن نیازهای خویش اذعان کرد. به نظر می‌رسد که مصاحبه‌ی اولیه نیز نمرات وی روی مقیاس سبک زندگی کرن^۱ از منظر ویژگی‌هایی چون نیاز به راضی کردن دیگران، قربانی کردن خویش و البته به صراحت عنوان نکردن آن، احاطه کردن خویش به وسیله‌ی افرادی خودمدار و مطالبه‌گر را تأیید کرد. علی‌رغم تاریخچه‌ی سوءاستفاده‌ی جسمانی وی و وابستگی به دیگران، دکتر کارلسون پیشنهاد کرد که آیمی کاندید خوبی برای درمان متمرکز و مختصر است که باید بر تغییرات مرتبه‌ی دوم تمرکز کند. ارزیابی اولیه‌ی دکتر کارلسون از جلسه‌ی دوم این بود که آیمی به فرآیند درمانی متعهد است و به خوبی در آن درگیر شده است. البته وی در پذیرش برخی از امتیازات و نیز نقاط قوتش نیز مشکلاتی داشت.

تعدادی از تکالیف بین جلسه‌ی ای به وی داده شد که می‌توانستند جرأت‌ورزی، خودپذیری و خودمراقبتی وی را افزایش دهند. او عنوان کرد که آیمی در حالتی جلسه‌ی درمان را ترک کرد که احساس توانمندی می‌کرد، اما با این حال مشخص بود که وی تنش‌هایی را تجربه می‌کند. این تنش ناشی از تعارض بین راحتی ناشی از نشان دادن روندهای غیرانطباقی‌اش و ناراحتی ناشی از پذیرش روندهای انطباقی‌تر بود. البته خودگویی‌های وی به طور ویژه‌ای او را به هم ریخته بود. در اولین تأملش بر جلسه‌ی سوم یعنی نقطه‌ی میانی این درمان ۶ جلسه‌ای، دکتر کارلسون عنوان کرد که آیمی در تلاش‌هایش برای جرأت‌مند بودن پیش مادرش، پسرقت‌ها و موانعی را تجربه کرده است، با این حال این موانع در درمان غیرطبیعی نیستند و تغییر درمانی فقط محصول پیشرفت کردن نیست. به طرز مهم‌تری گاهی اوقات تغییرات درمانی از درس گرفتن از شکست‌ها به دست می‌آید. او برخی از نشانگان مبنی بر اینکه چیزهای زیادی درباره‌ی خودش در نتیجه‌ی درمان آموخته را نشان داده است. وی کارایی مداخله‌ی مدیتیشن را به عنوان یک راهبرد اثربخش که آگاهی وی از افکار منفی و نیز چگونگی خنثی‌سازی آنها را مهیا می‌ساخت ارزیابی کرد.

ارزیابی اولیه‌ی دکتر کارلسون از جلسه‌ی چهارم این بود که آیمی خیلی مصمم و مثبت‌نگر شده است و علت آن هم احتمالاً تجارب مثبت وی از جرأت‌مندتر بودن و ارتباط برقرار کردن با مادرش است. او بسیار پرانرژی‌تر و همچنین کمتر افسرده است. چندین مشکل و راه‌حل در ارتباط با مادرش، همسر سابقش، شیوه‌ی فرزندپروری و شروع برنامه‌ی ورزشی‌اش مطرح شد. وی اشاره کرد که به نظر می‌رسد آیمی به مداخلات توانمندساز، پاسخ مطلوبی نشان دهد و به سادگی تصدیق کند که وی نیز منابع ضروری را برای زندگی شادتر، رضایت‌بخش‌تر و مطمئن‌تر و نیز مستقل‌تر دارد.

در تأمل اولیه بر جلسه پنجم دکتر کارلسون اشاره کرد که آیمی به طور مداوم نشان داده که می‌فهمد اقداماتش چگونه وی را در روابطش به عنوان فردی گیرافتاده نگه داشته است. وی راهبردهایی را برای برقراری ارتباطی صادقانه‌تر با مردان ایجاد کرد و در ادامه مخصصه‌های ارتباطی فعلی‌اش را مطرح کرد. در مجموع، آیمی به طور مداوم نشان داد که از درمان بهره‌مند شده است و این فواید عبارت‌اند از افزایش کارایی و اعتماد به نفس بهتر. در تأمل اولیه‌اش بر جلسه ششم، دکتر کارلسون نتیجه گرفت که آیمی به تمام اهداف درمانی تصریح شده رسیده است. همچنین وی انتظارات درمانی بیان شده توسط خودش یعنی کنار آمدن با خشم و رنجش مرتبط با مادرش را برآورده شده می‌دید. به علاوه، مشخص بود که وی راهبردهای به اندازه کافی کارآمدی را ایجاد کرده است که به وی اجازه می‌دهند دستاوردهای درمانی‌اش را حفظ کند. در آغاز جلسه چهارم، دکتر کارلسون آیمی را در ارزیابی میانه‌ی درمان^۱ درگیر کرد. آنها قبلاً سه جلسه از ۶ جلسه‌ی درمانی طراحی شده را تمام کرده بودند و سه جلسه‌ی دیگر در پیش داشتند. دکتر کارلسون: از آخرین باری که ما با هم صحبت کردیم سه هفته گذشته و قبل از اینکه به محتوای جلسه‌ی امشب و آنچه که قراره درباره‌اش صحبت کنیم پردازیم، برای من این سؤال مطرحه که از نظر تو این جلسات چگونه پیش رفت و صحبت‌های من و تو چگونه بودند. آیا آن جلسات نیازهای شما را ارضا کردند یا کارهایی در جلسات انجام شد که امیدوار بودی اتفاق بیفتند.

آیمی: تا الان که خیلی محشر بود. می‌دونید که من تغییرات خیلی اساسی نکردم اما تمام اعضای خانواده‌ی من متوجه تغییرات من شدن.

دکتر کارلسون: اوه خیلی عالی.

آیمی: من مانند همیشه خسته و کوفته نیستم....

دکتر کارلسون: آیا چیز دیگری هست که فکر می‌کنی من می‌تونستم انجام بدم که مفید باشه و آن کار را انجام ندادم؟

آیمی: نه فکر نمی‌کنم و واقعاً راجع به اون فکر نکردم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، اگر کاری هست که دوست داری انجامش بدی تا احساس خوبی پیدا کنی حتماً انجامش بده.

تفسیر (اظهار نظر)

اگرچه این تعامل مختصر بود، اما به نظر می‌رسید که کلمات آیمی به درستی احساسات، کلمات و اقدامات وی را در جلسات بعدی منعکس می‌کرد. به طور خلاصه می‌توان گفت، پرس و جوی دکتر کارلسون فرصتی را برای وی جهت کلامی‌سازی ارزشیابی‌اش از سه جلسه قبلی فراهم کرد. همچنین بررسی نتایج ابزارهای ارزشیابی مداد کاغذی فوق ساده‌ای مثل SRS و ORS نیز خیلی جالب بود (میلر و دانکن، ۲۰۰۰؛ دانکن، میلر، پارکز، کلود، رینولدز، برون و جانسون، ۲۰۰۳).

تفسیر (اظهار نظر) دکتر کارلسون

دیدن هیجان و رضایت آیمی درباره‌ی آنچه که وی قادر بود در نتیجه‌ی کار درمانی‌اش انجام دهد خیلی خوشحال‌کننده بود. من همچنین از وی خواستم تا درباره‌ی کار من اظهار نظر کند آن هم وقتی که به عنوان درمانگر از وی خواستم تا بداند که باز خورد امری دوطرفه است و من نیز برای نظرش ارزش قائل هستم. من واقعاً از پاسخ آیمی که گفت واقعاً درباره‌ی این موضوع فکر نکرده است متعجب نشدم. او نگران این بود که آیا مراجع خوبی بوده یا نه. من قبل از هر جلسه فرمی را با آیمی مورد استفاده قرار می‌دادم و از وی می‌خواستم پاسخ‌هایش را درباره‌ی آنچه که متفاوت شده، بهبودهایی که حاصل شده و آن کارهایی که او در آن روز می‌خواهد انجام دهد، یادداشت کند. این کار ابزار مفیدی برای نظارت بر فرآیند درمان محسوب می‌شد. در جلسات خودم با آیمی یک مقیاس ده درجه‌ای به وی می‌دادم تا مشخص سازد که قبل از هر جلسه در رابطه با دوستانش، کارش، خانواده و سلامتی‌اش در کجای کار قرار دارد. این بازخورد خیلی مفید بود و به من اجازه می‌داد تا موضوعاتی را مورد بحث قرار دهم که ممکن بود احتمالاً مورد چشم‌پوشی واقع شوند.

پیشرفت‌های منعکس شده در رویای اخیر

آیمی در جلسه‌ی ششم و آخری‌اش، رویاهایی را مطرح کرد که تجربه کرده است. رویاها مانند خاطرات اولیه، روندهای بنیادی و نیز تغییرات مثبت ایجاد شده در روندهای فرد را منعکس می‌کند و نشانگر تغییرات روان‌شناختی هسته‌ای هستند (موساک و دی پیترو، ۲۰۰۶). بر همین اساس، دکتر کارلسون درباره‌ی رویاهای وی و تغییرات اخیر او پرس و جو کرد. آیمی: بله، بله واقعاً برایم الهام‌بخش بود و منو و داشت تا نوشتن آنها را آغاز کنم چون من رویاهای زیاد و شفافی رو تجربه کردم... من همیشه بسیاری از آنها رو همچون یک فیلم در ذهنم مرور می‌کنم.

دکتر کارلسون: واقعاً.

آیمی: بله اما تا الان آنها را ننوشتم و نمی‌دونم که چرا این کار رو نکردم. همیشه احساس می‌کنم که خیلی سرم شلوغه و وقتی برای خودم نمی‌ذارم تا این کار رو بکنم با این حال سعی می‌کنم این کار رو شروع کنم.

دکتر کارلسون: آیا رویاها در مجموع تغییر کرده‌اند؟

آیمی: اوه، بعضی از اونها آره. معمولاً و همیشه این رویاها حول و حوش تعارضاتی می‌چرخد که بعضی اوقات من از اونها فرار می‌کنم.

دکتر کارلسون: بله، آیا یکی از اون رویاها رو به یاد می‌آری که به ما بگی؟

آیمی: بله، به یاد می‌آرم. این رویا رو دو روز پیش دیدم و همش درباره‌ی دوستان دخترم بود. در دوره‌ی دبیرستان من در مدرسه خیلی دختر محبوبی نبودم، خیلی برای پسرها جذاب نبودم و از هیچ نظری جلب توجه نمی‌کردم. البته دختر بودن برای من معنای دیگری داشت و... دختر محبوب بودن هم معنای دیگری... من یک جورایی مطرود بودم تا حدی که با اونها جدل می‌کردم و سرشون فریاد می‌زدم و... به نظرم من قادر نبودم حرف‌های رکیک (شهوایی) بزنم اما دوست داشتم بخشی از آنچه که در ذهنم بود رو به اونها بگم.

دکتر کارلسون: بسیار خوب آیا رویاهای آن دختر دبیرستانی که تو روی آن تمرکز کردی، روی تو کلید نکرده و دائم تکرار نمی‌شه؟

آیمی: بله چرا، آنها مثل گفتگوها و نخواستنی هستند که بر حسب عادت از آنها استفاده می‌کنیم.

دکتر کارلسون: و دیگر موضوعات رویاهایت چه هستند؟

آیمی: درباره‌ی چگونگی لباس پوشیدن و چیزهای دیگر... بنابراین من دقیقاً مثل ... هستم... مثل جماعتی از مردم که هیچوقت... برخی از آنها در بیرون از دبیرستان مانند دوستان مادرم هستند... او (مادرم) انواعی از این دوستان داشت که در مورد من نیز صحبت می‌کردند زیرا من به مشاوره می‌رفتم و یک تاجر بزرگ نبودم در حالی که تمام فرزندان آنها در کسب و کار ورود پیدا کرده بودند و دنبال پول درآوردن بودند و دکتر کارلسون: بنابراین آنها هنگام صحبت کردن با تو، تو رو دست کم می‌گرفتند درسته؟

آیمی: بله، یک جورایی مثل تماشاگرانی بودند که آن بیرون دارن منو نظاره می‌کنند.

دکتر کارلسون: درسته، اما این دسته از مردمی که بخشی از آنها تو را از بالا به پایین نگاه می‌کنند و روی تو کلید می‌کنند و از نظر تاریخی کارهایی که انجام داده‌ای... همه‌ی این موارد در رویا نبوده بلکه در زندگی واقعی رخ داده این طور نیست؟

آیمی: نه اصلاً این طور نبوده، من همیشه مانند... دم دستشون بودم و مایه‌ی دست انداختن توسط اونها بودم. چون اونها حرف‌های زشت و گستاخانه‌ای رو البته نه خیلی وقیحانه به من می‌زدند، آن هم در مورد گزینیه-های شغلی یا دیگر موارد مربوط به شیوه‌ی زندگی من.

دکتر کارلسون: و در رویاهای تو چه اتفاقاتی می‌افتاد؟

آیمی: من به آنها گفتم که واقعاً چه احساسی دارم اما نمی‌توانستم واقعاً آنها را تبیین کنم. این کار درست مثل انجام یک کار باشکوه توسط فلان دار و دسته‌ی معروف یا انجام کاری که من انجام دادنش را دوست دارم است... من یک سخنرانی عالی درباره‌ی فلان موضوع انجام دادم، می‌دونید که من کارهای خیلی با ارزشی انجام دادم فقط به این دلیل که نمی‌تونم مراقب پولهایم باشم برای آنها این معنا را دارد که من آدم بی‌ارزش و به درد نخوری هستم.

دکتر کارلسون: می‌دونی، این مورد خیلی جالبه زیرا وقتی من به رویاهای تو نگاه می‌کنم، متوجه می‌شم که رویاهای تو تمرین‌های ذهنی از آنچه می‌خواهی انجام دهی هستند... از نظر نمادین، این مردمی که به من گیر میدن و روی من کلید می‌کنند به این دلیل که من بهشون این اجازه رو می‌دم (تفسیر درمانگر از اتفاقات پیرامون آیمی) و در این رویای اخیر تو ایستادن در مقابل آنها را (البته از نظر ذهنی) تمرین کردی. به نظر می‌رسه که تو بارها اتخاذ این موضع یعنی ایستادن در مقابل آنها را تمرین کرده‌ای و در عالم واقع نیز طوری وانمود کرده‌ای که آنها متوجه موضع تو بشوند...

آیمی: بله درست می‌گید انجام این کار سرگرم‌کننده است چون من فکر می‌کنم اگر نتونم هیچوقت این کار رو انجام بدم داغون می‌شم. من در این باره که چه کسی بودم صحبت کرده‌ام. آنها نمی‌دونند که من واقعاً کی هستم. آنها فقط چیزی شبیه به این را می‌دانند که من به اونها می‌خندم آن هم وقتی که خودم (در درون خودم) فکر می‌کنم که آنها منو نادیده می‌گیرند و اجازه‌ی حرف زدن به من نمیدن. با این اوصاف باز هم احساس خوبی به من دست می‌ده و من احساس بدی ندارم و دوست ندارم به احساسات کسی لطمه بزنم. من از اون دسته آدم‌هایی هستم که...

دکتر کارلسون: بله، بنابراین تو واقعاً بیشتر مشارکت‌کننده هستی تا یک قربانی.

آیمی: بله قطعاً همین طوره.

دکتر کارلسون: وای خدای من.

آیمی: بله یک موزیک هم در پس زمینه پخش می‌شه و همه چیز اوکی خواهد بود.

دکتر کارلسون: این هم به این خاطره که تو در درونت یک موسیقیدان داری (یک میل درونی به موسیقی نواختن).

آیمی: تاحدودی بله، چیزهایی بودند که من به شما گفتم و در نتیجه هشیار شدم و در مجموع در کل روز احساس واقعاً خوبی دارم. من این روز با شکوه رو تجربه کردم و واقعاً که با شکوهه. من این روز رو دوست دارم. رویای من هم خیلی باشکوه و خوب بود.

دکتر کارلسون: بله به نظر می‌رسه که فرد خیلی توانمندی شدی.

آیمی: بله منم همین‌طوری فکر می‌کنم و در آینده‌ای نزدیک و به احتمال زیاد من قصد دارم که با تعدادی از این دوستان مواجه بشم. از جمله دوست مادرم و دختران وی که باهاشون مدرسه می‌رفتم چون همه‌ی آنها هم در این دسته‌ای قرار دارند که شما می‌شناسید، همچنین یک چنین جمعی رو هم در خونگی عمه‌ام داشتیم شاید هم به همین دلیل بود که من با فکر کردن درباره‌ی آنها حرف‌هام رو شروع کردم. بنابراین من می‌دونم که اونها در آینده‌ای نزدیک اونجا جمع می‌شن و معمولاً درباره‌ی کارهایی که می‌کنن حرف می‌زنن..... و می‌دونید که من الان شغلی ندارم و در این مقطع زمانی بیکارم و....

دکتر کارلسون: به نظر می‌رسه که تو قصد داری روی پای خودت وایسی. آیا پیغام تو هم همین بود؟ آیمی: بله.

تفسیر و اظهار نظر

اینکه گزارش‌های آیمی در رویاهایش جسورانه‌تر شده‌اند خود، نشانه‌ی دیگری از تغییرات مرتبه‌ی دوم است. رویاهای وی منعکس‌کننده‌ی تغییر در روند بنیادی وی یعنی راضی نگه‌داشتن دیگران و عدم اشتیاق برای ارضای نیازهای خویش و قاطع‌تر شدن در ارتباطش یعنی توجه به ارضای نیازهای خویش و ارتباط برقرار کردن به شیوه‌ای قاطعانه‌تر بود. دکتر کارلسون خاطر نشان کرد که رویاها تمرینات ذهنی‌ای برای اقدامات بعدی‌اند. شایان ذکر است که همان‌طور که جلسه‌ی ششم ادامه می‌یافت، آیمی نیز درباره‌ی این مسأله صحبت کرد که قصد دارد با این دختران در رویداد اجتماعیِ قریب‌الوقوع چگونه مقابله کند.

تفسیر دکتر کارلسون

رویاها‌ی آیمی و ارسی‌ای قوی از تغییراتی بود که وی در جریان درمان به آن رسیده بود. موضع تغییر یافته‌ی وی در رویاهایش از فردی قربانی به فردی جرأت‌مند، بسیار امیدوارکننده بود. آیمی توانمندی جدیدش را درک می‌کرد و با لحنی بسیار هیجانی راجع به آن صحبت می‌کرد. من نیز فهمیدم که رویاها نشانگرهای صحیحی‌اند از آنچه که فرد به طور ذهنی درباره‌اش تمرین می‌کند و این نکته با جنبش آیمی در حیطه‌ی توانمندی اجتماعی یعنی داشتن جرأت و ایستادن روی پای خودش منطبق بود.

آماده‌سازی برای اختتام

مرور طرح درمانی اصیل دکتر کارلسون در اینجا می‌تواند مفید واقع شود. طرح درمانی مذکور شامل ۴ هدف یا پیامد می‌شود که عبارت‌اند از: اول، توانمندسازی مراجع و واداشتن وی برای دیدن خودش به شیوه‌ای کمتر کمال‌گرایانه (تمامیت‌خواهانه) و البته مثبت‌تر. دوم فهماندن به وی که او منابع ضروری برای زندگی شادتر و رضایت‌مندانه‌تر را دارد. سوم، کمک به وی تا مستقل‌تر و با اعتماد به نفس‌تر باشد. چهارم، بهتر مراقب خویش باشد. این اهداف درمانی مستقیماً منعکس‌کننده‌ی روندهای انطباقی‌تر وی مبنی بر مراقبت از دیگران و خودش (پرداختن به نیازهای خویش و دیگران) است. در فرآیند نیل به این ۴ هدف وی به طور اثربخشی رفتارهای غیرانطباقی‌اش مبنی بر مراقبت از دیگران و فراموش کردن خویش را مدیریت کرد. چندین راهبرد مداخله‌ای به طور یک‌دست و یک‌پارچه‌ای با هم برای نیل به این روند جدید و ۴ هدف درمانی ترکیب شدند. همان‌طور که پیشتر در این فصل اشاره شد، در اختتام طراحی شده، نقش درمانگر آماده‌سازی برای اختتام، مرور پیشرفت محقق شده و پرداختن به احتمال بالقوه‌ی عود و بازگشت است. همچنین این مورد شامل بحث درباره‌ی آینده‌ی نزدیک و حیطه‌های بالقوه‌ی نگرانی‌هایی است که مراجع ممکن است بر آن تمرکز کند (به عنوان تغییر مرتبه‌ی سوم) و نیز احتمال درمان اضافیِ مشتمل بر الزامات مربوط به تغییرات مرتبه‌ی اول و دوم را نیز در بر می‌گیرد.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، ما می‌تونیم یک دقیقه وقت بذاریم زیرا این آخرین باریست که همدیگر رو می‌بینیم. ما توافق کردیم که ۶ جلسه ملاقات داشته باشیم. بنابراین، من چند دقیقه می‌خواهم مطالب را مرور کنم و ببینم که تو در این سفر تا کجا پیش رفته‌ای.

آیمی: بسیار خوب.

دکتر کارلسون: به نظر می‌رسد از اولین ملاقات‌تان تا کنون تغییرات بسیار زیادی اتفاق افتاده حتی در نحوه‌ی نگاه کردن و نیز احساس کردن تو و

آیمی: اوهوم.

دکتر کارلسون: وقتی ما شروع کردیم تو بیان کردی که هدف از آمدن به اینجا مقابله با خشم و رنجشی بود که نسبت به مادرت داشتی و الان به نظر می‌رسد که می‌توانی با مادرت صحبت کنی.

آیمی: اوهوم.

دکتر کارلسون: خشم و رنجش تو الان کجا هستند؟

آیمی: اینجا نیستند و البته معطوف به مادرم هم دیگر نیستند. واقعاً در حال حاضر هیچ خشم و رنجشی نسبت به کسی ندارم.

دکتر کارلسون: و الان تو مادری داری که زمانی آن را نداشتی.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: و تو شروع کردی و به خودت اجازه دادی که کارهایی را انجام بدی که دوست داشتی انجامش بدی.

آیمی: اوهوم.

دکتر کارلسون: و شروع کردی به انجام دادن کارهایی که دوست داشتی انجامشان بدهی مانند صحبت کردن با دیگران و انجام برخی از اقدامات و تنها نماندن و...

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: تو دنبال یک رایزن (مشاور) می گشتی تا یاد بگیری که چگونه از کلمات استفاده کنی.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: تو تلاش کردی تا برخی از امور را که با آنها دست و پنجه نرم می کردی تمامش کنی (و موضوع رو ببندی) من تا کنون نتونستم این کار رو برات انجام بدم. تو متوجه شدی که واقعاً دوست داشتی مادری داشته باشی و نیاز داری که انجام دادن کارهایی رو شروع کنی و تحلیل کنی و کمتر فکر کنی، همین طوره؟

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: به نظر می رسه که تو اقداماتی رو انجام داده ای. تو درباره ی مدیتیشن صحبت کردی و اینکه چگونه متوجه جنبه های مثبت اقداماتی که انجام دادی نشدی با این حال چیزهای زیادی وجود دارند که تو می تونی الان به اونها توجه کنی.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: به نظر می رسه که تو اون موارد رو داری می بینی؟

آیمی: بله قطعاً. من دیگه مثل گذشته به خودم خیلی سخت نمی گیرم، می دونید که من جزء اون دسته از آدم هایی بودم که وقتی بیدار می شدم و می دیدم کارها طبق امور پیش نمیره عادت داشتم که فلان کار رو انجام بدم... بعضی اوقات روز آدم افتضاح می شه مثل همین گندی که دیروز در امتحان زدم و قاطی کردم، در نتیجه سر کامپیوتر داد زدم که این کار رو با من کرد و این کار بارها در امتحانات نهایی برام اتفاق افتاده.

دکتر کارلسون: بله، اما این امر که امروز اتفاق نیفتاده است.

آیمی: نه و حدس می‌زنم که این بار امیدوارانه تلاشم را انجام بدم. من تمرینات تنفسی‌ام را انجام می‌دهم و در عین حال تایپ کردن خودم رو انجام می‌دم.

دکتر کارلسون: وای خدای من.

آیمی: من می‌تونم خیلی زیبا و سریع تایپ کنم به گونه‌ای که خیلی برای من وقت گیر هم نباشه.

دکتر کارلسون: و در ادامه، ما می‌تونیم احتمالاً این ایده و این یادداشت‌های مذکور را (یادداشت‌هایی که تو در آن جملات مثبت و جملاتی را که گفتنش برایت سخت است برای دیگری می‌نویسی) منتشر کنیم.

آیمی: بله

دکتر کارلسون: دیگر استفاده‌ی این یادداشت‌های مذکور این است که آنها می‌توانند زندگی تو را رونقی بدهند (تکالی بدهند) و تو می‌توانی فایده‌ی آن یادیارها را واقعاً ببینی.

آیمی: بله، من هنوز هم آنها رو دور و بر تختم می‌بینم. امروز صبح همین یادداشت‌ها به من یادآوری کردند که مثبت فکر کنم و من به خودم یادآوری کردم، زیرا بعضی از روزها من با حالت بدی از خواب بلند می‌شم و این یادداشت‌ها به من یادآوری می‌کنند که من می‌تونم این روز را با احساسات بهتری از سر بگیرم.

دکتر کارلسون: وای .. پس این یادداشت‌ها تو را وادار می‌کنند که هر روز در مسیر درست حرکت کنی. خوبه، همچنین تو درباره‌ی ورزش کردن صحبت کردی و این خیلی جالبه هرچند که یک مقدار زمان بُرد تا تو بتونی این کار رو انجام بدی اما تونستی این کار را گام به گام انجام بدی و بالاخره این کار را انجام دادی.

آیمی: بله من یک روز به آنجا رفتم (سالن ورزش) و پیاده هم به آنجا رفتم و فکر می‌کنم دو هفته پیش بود، خیلی از آخرین باری که با شما ملاقات داشتم نگذشته بود که به آنجا رفتم و از یک خانم خواستم تا با من کمی قدم بزند و به چند دلیل انجام این کار روش معمول من نبود... دوست داشتم تا اون فرد اونجا نبود و من اون کار رو به شیوه‌ی دیگری انجام می‌دادم.

دکتر کارلسون: بنابراین تو واقعاً چنین کاری را انجام دادی... این هم که یک گام بیشتر نبوده.

آیمی: حدوداً یک هفته پیش بود که من رفتم اونجا و فکر می‌کنم که در هفته‌ی جاری هم همین کار را انجام دادم.

دکتر کارلسون: خدای من بعدش چی شد.

آیمی: احساس مسخره بودن به من دست داد.

دکتر کارلسون: بعضی از مواقع یک مدتی طول می کشه تا تو شروع کنی و بعضی دیگر از مواقع هم تو خودت شروع می کنی.

آیمی: بله زیرا من نمی خوام شکست بخورم من دوست ندارم شکست بخورم اگر یک زمانی کاری را شروع کنم و تمومش نکنم برای من سؤال ایجاد می شه که اصلاً چرا چنین کاری را شروع کردم، من نمی تونم و دوست ندارم شکست بخورم.

دکتر کارلسون: این چیزی هست که احتمالاً ما می تونستیم کمی بیشتر پیرامون آن صحبت کنیم، اگر جلسات ما درباره‌ی شکست‌های زندگی تان برگزار می شد خیلی خوب بود و ما می تونستیم اشتباهات تو را شناسایی کنیم اما در حال حاضر انجام این کار برای تو خوب نبود.

آیمی: اوهوم.

دکتر کارلسون: در ادامه ما همچنین درباره‌ی تو و ارتباطات با دیگر بچه‌ها صحبت کردیم و در این باره نیز صحبت کردیم که تو برای بچه‌ها انگار یک اجاق گاز یا یک آشپزباشی گُند (آروم) شدی و نه یک دستگاه مایکروویو (که غذا را سریع آماده می کند) و اینکه تو داری چه کار می کنی و اینکه فرصت‌هایی را نیز برای انجام برخی از کارها داشتی...

آیمی: من هیچوقت هیچ شانس و فرصتی نداشتم تا آن فردی باشم که ...

دکتر کارلسون: درسته، اما حدس من این است که این اتفاق خواهد افتاد.

آیمی: بله، مانند همین الان که من واقعاً بر خودم متمرکز شدم درست همین الان که واقعاً شگفت‌انگیزه زیرا من هیچوقت بر خودم متمرکز نبودم... همیشه توجه و هم و غم من روی چیزهای دیگر بوده. قبلاً، من این‌گونه راجع به خودم فکر نکرده بودم.

دکتر کارلسون: بله دلیل این امر هم این بود که تو همیشه بر جهان بیرونی تمرکز می کردی.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: خودت رو بپذیر.

آیمی: اوهوم.

دکتر کارلسون: و الان تو داری همان کاری را می‌کنی که دفعه‌ی قبل درباره‌اش صحبت کردی و آن تمرین ایستادن روی پای خودتان و صریح (بی‌پرده صحبت کردن) حرف زدن و مراقبت کردن از خودتان است.

آیمی: اوهوم.

دکتر کارلسون: وای خدای من، این همه کار رو تو انجام دادی.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: فکر می‌کنی نیازه که در آینده روی چی کار کنی؟ اگر خیلی به خودت سخت‌نگیری این شجاعت را خواهی داشت که فرد غیرکاملی باشی (کامل نبون عیب نیست و افراد باید خود را همان‌گونه که هستند بپذیرند).

آیمی: بله، این می‌تونه گام بعدی باشه و نیز حفظ کردن همین وضعیت کنونی من نیز یک گام مهم هست. من نمی‌خوام خطا و اشتباه بکنم. من یک جورایی حسی از افت و رکود را دارم و کارهایی را که می‌کنم اغلب برای این است که....

دکتر کارلسون: آیا شیوه‌ای را برای مصون ماندن از اشتباه کردن در نظر گرفته‌ای؟

آیمی: معمولاً، من با تصدیق (تشخیص) این قضیه این کار رو می‌کنم.

دکتر کارلسون: خیلی جالبه، آیا الان امکان داره که از اون یادداشت‌های مذکور (پست شده) استفاده کنیم؟

آیمی: بله، قطعاً.

دکتر کارلسون: به نظر من الان وقتشه که مواردی مثل مدیتیشن، ورزش کردن، بی‌پرده حرف زدن، مراقبت کردن از خودت و.... رو در دستور کار قرار بدیم.

آیمی: بله حدس می‌زنم که بتونیم این کار رو بکنیم. همین الان هم بعضی از این کارها و نه همه‌اش رو در دستور کار خودم قرار دادم، اما سخت‌ترین کار برای من یادآوری آنها به خودم هست، وقتی که صبح از رختخواب بلند می‌شم سعی می‌کنم که خلق خویم رو حفظ کنم و به چیزهای بدی مثل خرابی ماشین یا چیزهای دیگه فکر نکنم.

دکتر کارلسون: این هم می‌تونه یک انتخابی برای تو باشه.

آیمی: بله.

دکتر کارلسون: تو می‌تونی به ماشین خراب یا آسمان آفتابی فکر کنی.

آیمی: بله دقیقاً.

دکتر کارلسون: انجام هر دو کار شدنی است.

آیمی: بله اما انجام این یکی به نظر خیلی زیباتره.

دکتر کارلسون: تو می‌تونی انجام این کار رو همچون یک فرمول کتبی برای خودت یادداشت کنی.

آیمی: بله، نوشتن این کار در قالب یک فرمول، ایده‌ی خیلی خوبی هست.

دکتر کارلسون: بسیار خوب، صحبت کردن با تو برایم خیلی جالب و زیبا بود، آیمی، من خیلی خوش‌بینم

که تو می‌تونی یک آغاز و شروع بسیار بزرگ رو به سمت گام بعدی زندگی جدیدت داشته باشی.

آیمی: من به خودم افتخار می‌کنم که چنین حرفی رو در مورد من زدیدی. من صادقانه می‌گم که در حال

حاضر در بهترین جای زندگی‌م قرار دارم.

دکتر کارلسون: و تو می‌دونی که بهترین بخش این قصه اینه که تو ایجادش کردی و نه کس دیگه.

آیمی: درسته.

دکتر کارلسون: این انتخاب خودته و این جهان خودته، امیدوارم خوش‌شانس باشی.

آیمی: ممنون و سپاس.

اظهار نظر و تفسیر

ارزیابی آیمی از فرآیند درمان و پیامدهای درمان این است که وی تغییرات چشمگیری کرده است.

تغییرات مرتبه‌ی دوم نیز محقق شده است. وی نشان داد که در زمینه‌ی توانا شدن برای مراقبت از خویش

و ارضای نیازهای خودش بسیار بهبود یافته است. به طور اختصاصی تری وی در حل و فصل کردن مشکلات

عمده‌ی خودش (مشکلات رابطه‌ای بازگشتی) و نحوه‌ی مواجهه با خشم معطوف به مادرش، با تجربه‌تر

شده است. این موفقیت‌ها را می‌توان به تغییر عمده‌ی وی از روند مسلطش یعنی خوشحال کردن دیگران و

بی‌عرضه بودن، به سمت جرأت‌مند شدن در بیان نیازهای نسبت به مادرش به شیوه‌ی نسبتاً وظیفه‌شناسانه

نسبت داد. با این حال، از آنجایی که وی عنوان کرد که هنوز هم از شکست می‌ترسد، لذا وی تغییر اندکی

در روند ثانویه‌ی خویش یعنی تمامیت‌خواهی کرد. جالب است بگوییم که وی پاسخ خاصی به سؤال دکتر

کارلسون درباره‌ی اینکه بعد درمان می‌خواهد چه کار کند نداد. وی با درمانگر موافقت کرد که نیاز دارد

تا روی خودش کار کند تا شهامت ناقص بودن (کامل نبودن) را پیدا کند. البته این مورد مستقیماً بازتاب

روند ثانویه‌ی وی یعنی کمال‌گرایی بود. همان‌گونه که دکتر کارلسون نشان می‌دهد اگر بناست درمان

فراتر از ۶ جلسه‌ی توافق شده ادامه یابد، این خودش می‌تواند تمرکز درمانی محسوب شود.

تفسیر و اظهار نظر دکتر کارلسون

همان‌طور که من برای آخرین جلسه‌ام با آیمی آماده می‌شدم، کلاً نسبت به حیطه‌هایی که با هم راجع به آن صحبت کرده بودیم شگفت‌زده شدم. آیمی در این جلسه بشاش‌تر بود و واقعاً قادر بود که بازخوردهای مثبت دریافتی را بپذیرد زیرا بازخوردها به حوزه‌های خاص تغییر مرتبط بودند و بیاناتی مبتدل و مبهم نبودند. نیاز است که بازخوردها خاص و صادقانه باشند و متناسب با هر مراجع طراحی شوند. اگر من این‌گونه به آیمی می‌گفتم که: من شیوه‌ای را که تو از آن طریق فردی شادتر شده‌ای یا سبک زندگی‌ات را تغییر داده‌ای دوست دارم، او آن قدر مشتاقانه به من پاسخ نمی‌داد. در قسمت پایانی درمان، مرور اتفاقات رخ داده و مسائلی که به اتمام رسیده بودند را مفید یافتیم. البته شناسایی حیطه‌های چالشی آینده که احتمال عود و بازگشت در آن حیطه‌ها بسیار بود و نیز کسب برخی تعهدات از مراجع برای حرکت به سمت اهداف نیز ضروری است. برای آیمی، این موفقیتی عمده محسوب می‌شد زمانی که او گفت نسبت به خودش احساس غرور می‌کند و این علامتی قوی بود مبنی بر این که وی به مراقبت از خویش و نه فقط مراقبت از دیگران علاقه‌مند است.

ارزیابی پس از درمان

در این گفتگوی پس از درمان، آیمی برداشت‌های خودش درباره‌ی تجربه‌ی درمان را عنوان کرد. او تغییراتی (تغییرات مرتبه‌ی اول و دوم) که در نتیجه‌ی ۶ جلسه‌ی درمانی اتفاق افتاده بودند را با جزئیات مطرح کرد. آنجایی که وی درباره‌ی تغییرات اضافی که تجربه کرده بود و اینکه چگونه درمانگر خودش شده بود صحبت کرد (تغییرات مرتبه‌ی سوم)، این گفتگو ادامه‌ی مصاحبه‌ی پیگیرانه‌ای است که گزارش آن در فصل هفتم ارائه شد.

دکتر کارلسون: وقتی تو در کار مشترکمان به عقب برگردی، بیشتر چه چیز برجسته‌ای را می‌بینی؟ آیمی: مهم‌ترین جنبه‌ی کارمان که بسیار پُررنگ و برجسته بود چالش مواجهه با مادرم بود. صرف زمان برای صحبت کردن راجع به عداوت من با وی بسیار ارزشمند بود اما به نظر آنچه که بسیار ارزشمندتر بود همان رویارویی^۱ من با مادرم بود. تردید داشتم که از واژه‌ی رویارویی استفاده کنم اما این واژه نشان می‌دهد که من هنگام مواجهه با وی چه احساسی داشتم. شاید این جملات ابراز احساسات بیش از اندازه‌ای باشند، اما با این حال، احساس من همان رویارویی و مقابله بود. زیرا زندگی من بدون چنین ابراز احساسات

1-Confrontation

صادقانه‌ای مبنی بر چگونگی احساسات من درباره‌ی فقدان غریزه‌ی مادری و نادیده انگاشتن وی سپری شده بود. حتی هنگامی که زمان بیان چگونگی احساساتم فرا رسید، حواسم را جمع کردم تا به گونه‌ای حرف نزنم که احساسات وی جریحه‌دار شوند. این یک نمونه از روند فکری کلاسیکِ بچه‌ی یک فرد الکلی است. من حتی در بیان برداشت‌های صادقانه‌ام هم تردید داشتم زیرا احساس من این بود که این کار به بهای نادیده گرفتن احساسات مادرم انجام خواهد شد. وقتی بر این مشکل فائق آمدم، احساس محشری داشتم مبنی بر اینکه یک فشاری از روی قفسه‌ی سینه‌ام برداشته شد.

دکتر کارلسون: در این دوره‌ی کار مشترکمان چه تغییرات عمده‌ای را در خودت ایجاد کردی؟
آیمی: عمده‌ترین تغییر ایجاد شده در جریان کار مشترکمان آغاز کردن زندگی با داشتن سلامت روانی و ذهنی بود. من نیاز داشتم تا یاد بگیرم که به جای توجه به نیاز دیگران نسبت به نیاز خودم ذهن آگاهی و توجه داشته باشم. به علاوه، من نیاز داشتم تا مادرم را به خاطر تجارب کودکی‌ام ببخشم. وقتی شروع کردم به بخشیدن وی، احساس کردم که انگار شفایافتن از جراحات عاطفی عمیقِ نهفته در وجودم را شروع کردم. من حضور در نشست‌های بزرگسالان الکلیک را شروع کردم و این کار زندگی مرا به طور چشمگیری عوض کرد. من فکر می‌کنم که فرزندان با والدین معتاد اغلب احساس انزوا و تنهایی در دنیا می‌کنند. وقتی به اولین جلسه‌ی مذکور رفتم، گریه کردم انگار که در یک مراسم تشییع جنازه شرکت کرده‌ام و در یک معنا واقعاً من این کار را کردم. بلکه تشییع جنازه‌ی سبک زندگی قبلی من بود و خیلی سخت بود که با روندهای مادام‌العمرم خداحافظی کنم فارغ از اینکه چقدر مخرب بودند. جنبه‌ی زیبای این مراسم این بود که من یک نوع خانواده‌ی جایگزین در دیگر اعضای گروه پیدا کردم. انگار که خود حضرت عیسی در این گروه‌ها تجلی پیدا کرده بود. من دیگر تنها نبودم. دلیلی برای افکار و رفتارهای غیرمنطقی من پیدا شده بودند و من شروع کردم به فهم چرایی آن.

دکتر کارلسون: آیا در مجموع در اثر این تغییرات شگفت‌زده شدی؟

آیمی: من به خاطر این تغییرات کلاً شگفت‌زده شدم. حدس من این است که جنبه‌ی شگفت‌انگیز این درمان کشف سبک زندگی متفاوتی برای من بود. من مجبور نبودم تا همیشه به خاطر تجارب کودکی‌ام در فشار و آسیب باشم. در نتیجه‌ی این رنج و غم، خردی (فهم علت زیربنایی این رنج) حاصل شد و نتیجه‌ی این خرد هدیه‌ی ارزشمندی برای من بود.

دکتر کارلسون: به عنوان ارزیابی درمان، روی یک مقیاس ده درجه‌ای که یک به معنای ناراضی و ده به معنای بسیار راضی است، کدام عدد را انتخاب می‌کنی؟

آیمی: من به این جلسات خودمان عدد ۱۰ را بدهم اما آنچه که مانع این کار شد فشار افراطی‌ای بود که مرا مجبور می‌کرد تا احساسات واقعی‌ام را به مادرم بگویم. می‌دانم که آن هم هدف درمان بوده اما بدون توجه به آن جنبه‌ی بسیار سختش، واقعاً چالشی واقعی برای من بود. دکتر کارلسون: آیا ایده‌های اضافی دیگری هستند که تو در رابطه با جلساتمان به آن رسیده باشی یا چیزهای دیگری که به طور ویژه‌ای برای تو مفید بوده اما در بالا به آن اشاره نشده است؟

آیمی: در جریان جلساتمان، من به مادرم نامه‌ای نوشتم و در آن به او گفتم که چه احساساتی نسبت به وی دارم. من احساس کردم که به من الهام شده تا از نوشتن به عنوان یک شیوه‌ی ارتباطی استفاده کنم زیرا نویسندگی همیشه یکی از مهارت‌های من بوده است. وقتی که آن نامه را نوشتم واقعاً برایم تکان‌دهنده بود. وقتی که قلم را روی کاغذ گذاشتم عواطف طاقت‌فرسایی بر من مستولی گشت اما من توسط دیگر خود-های^۱ خودم برای انجام این کار هدایت شدم. پس از آن، من احساس رهایی کردم البته همچنین می‌دانستم که هدف اصلی این نامه خودم هستم نه او. من می‌دانستم که نهایتاً مادرم به برخی از درک‌ها در مورد خودش نخواهد رسید. اما آن هم خیلی خوب بود. این سطح بینشی که من از شرکت در جلسات به آن رسیدم خیلی خوب بود. این درک حاصله راجع به واکنش نشان دادن بود نه کنش نشان دادن. اگر هم او توسط این نامه احساساتش جریحه‌دار می‌شد خوب، دیگر تبعات کار هم همین است. من نمی‌خواستم پشت یک لبخند طولانی پنهان شوم و این یک امر آزادکننده و رهابخش بود. دوست داشتم در عین سپری کردن جلساتمان روی این نامه با همدیگر مروری می‌کردیم اما من این کار را انجام دادم تا به عنوان درمانگر خودم (تغییر مرتبه‌ی سوم) به این مسأله بپردازم. من در نتیجه‌ی این تجارب رشد کردم و به سمت جلو حرکت کردم.

تفسیر و اظهار نظر

همان‌گونه که وی در ۷ سال پس از آخرین جلسه‌ی درمانی‌اش مطرح کرد، محور صحبت‌هایش درباره‌ی تغییراتی بود که وی در زمینه‌ی روندهای مسلطش آن را تجربه کرده بود. در این جلسه‌ی پس از درمان، تغییرات مرتبه‌ی سوم اهمیت چشمگیری داشت. در پاسخ به سؤال پیرامون درمانگر خودش شدن (در نقل قول وی در فصل هفتم اشاره شده) وی به سرعت و مصمم تأیید کرد که به فرآیند تغییر پس از آخرین جلسه‌اش با دکتر کارلسون ادامه داده است. به علاوه، او در نامه‌ای که برای مادرش نوشت ولی

1- other self

برایش ارسال نکرد، نه تنها عمیقاً احساسات درک شده‌اش را ابراز کرد بلکه همچنین راهبرد درمانی اثربخش و بسیار مفیدی را برای ایجاد تغییر مرتبه‌ی سوم پیدا کرد و آن چیزی نبود جز توانایی نویسندگی و نوشتن. تصمیم‌گیری برای استفاده از شیوه‌ی پست کردن یادداشت‌ها در جریان درمان، تجربه‌ای آزادی بخش و تبدیلی (تحولی) برایش محسوب می‌شد. در اظهار نظر راجع به اثرات نام‌نگاری و راهبرد تغییرِ جدیدش وی عنوان کرد: "من به عنوان درمانگر خودم اقدام کردم تا به مشکلات خودم پردازم. من از رهگذر این تجارب رشد کردم و به سمت جلو حرکت کردم". شایان ذکر است که وی عنوان کرد که خداحافظی کردن با روندهای مادام‌العمر همچون بودن در یک مراسم تشییع جنازه خیلی دشوار است فارغ از اینکه چقدر آنها ممکن است مخرب باشند. واقعیت این است که تغییر روندهای غیرانطباقی ساده نیست و همچنین واقعیت دیگر این است که آیمی شجاعت و پایداری لازم برای حفظ تغییرات به سختی به دست آمده‌اش را داشت. اینکه وی در فعالیت‌های مربوط به ترک الکلیم شرکت کرد خیلی با تاریخچه‌ی خانوادگی وی در این زمینه تعارضی نداشت. شرکت وی در این گونه برنامه‌ها حمایت اجتماعی و نیز درک عمیق‌تری نسبت به خود و خانواده‌ی مبدأش فراهم کرد. به نظر می‌رسد که این تجارب، تغییراتی که وی در درمان با دکتر کارلسون محقق کرده بود را تقویت کرد و آن را بسط نیز داد.

تفسیر و اظهار نظر دکتر کارلسون

من از خاطرات دقیق آیمی درباره‌ی زمان‌هایی که با هم جلسه داشتیم واقعاً شگفت‌زده شدم. او به وضوح به خاطر داشت که تمرکز عمده‌ی درمانی ما چه بود و امروز نیز همانند ۷ سال پیش احساس غرور می‌کرد. من خوشحال بودم که وی آموخته بود تا روش‌هایی را برای حفظ دستاوردهای درمانی خلق کند و روش‌هایی را بیابد تا درمانگر خودش باشد. این ۶ جلسه با همین تک مراجع نشانگر قدرت روان‌درمانی برای ایجاد تغییرات عمیق، چشمگیر و با دوام هستند.

اظهارات پایانی

در رابطه با اهمیت جلسه‌ی آخر نمی‌توان اغراق کرد. فرآیند ارزشیابی فرآیند درمان و آماده‌سازی برای اختتام، بخش ضروری درمان با اثربخشی بالاست. بر اساس بخش‌های توصیف شده از جلسات و گفتگوهای پس از درمان، واضح است که تغییرات عمده‌ای در این ۶ جلسه‌ی درمانی اتفاق افتاده است. بر اساس تاریخچه‌ی اولیه‌ی بی‌توجهی توسط والدین و سوءاستفاده‌های بعدی توسط همسر سابقش، بسیاری

از درمانگران آیمی را به عنوان یک کاندید ایده‌آل برای درمان زمان محدود و کوتاه‌مدت قلمداد نمی‌کنند. با این اوصاف، همان‌گونه که در مبحث مفهوم‌سازی موردی (فصل چهارم) بحث شد عواملی هستند که ارتقاءدهنده‌ی درمان هستند از جمله: تجارب موفقیت‌آمیز معطوف به تغییر قبلی، سطوح بالای خودکنترلی، تاب‌آوری و انگیزش برای درمان که آیمی با خود به جلسه‌ی درمان آورده بود. در کنار عوامل فوق، تخصص دکتر کارلسون، سطوح بالای اعتبار بالینی و اتحاد درمانی اثربخش و تجارب ارتباطی تصحیحی چشمگیر هم درون جلسه و هم بیرون آن، منجر به تغییرات مرتبه‌ی اول، دوم و سوم شدند.

References

- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, NY: Guilford.
- Callahan, J., Aubuchon-Endsley, N., Borja, S., & Swift, J. (2009). Pretreatment expectancies and premature termination in a training clinic environment. *Training and Education in Professional Psychology*, 3, 111–119.
- Carroll, K. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46–54.
- Clarkin, J., & Levy, K. (2003). Influence of client variables on psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York, NY: Wiley.
- Cucciare, M., & O'Donohue, W. (2008). Clinical case conceptualization and termination of psychotherapy. In M. O'Donohue & W. Cucciare (Eds.), *Terminating psychotherapy: A clinician's guide*. (pp. 121–146). New York, NY: Routledge.
- Daley, D. C. (1989). *Relapse prevention: Treatment alternatives and counseling aids*. Blazee Ridge Summit, PA: TAB Books.
- Dobson, K. & Haubert, L. (2008). Termination with persons with depressive disorders. In M. O'Donohue & W. Cucciare (Eds.), *Terminating psychotherapy: A clinician's guide* (pp. 303–324). New York, NY: Routledge.
- Duncan, B. (2010). *On becoming a better therapist*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Duncan, B. (2012). The partners for change outcome management system (PCOMS): The heart and soul of change project. *Canadian Psychology*, 53, 93–104.

- Duncan, B., Miller, S., Parks, L., Claud, D., Reynolds, L., Brown, J., & Johnson, L. (2003). The Session Rating Scale. Preliminary properties of a "working" alliance measures. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3–12.
- Gloaguen, V., Cottraus, J., Cucharet, M., & Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59–72.
- Good, G., & Beitman, B. (2006). *Counseling and psychotherapy essentials: Integrating theories, skills, and practices*. New York, NY: Norton.
- Heaton, J. (1998). *Building basic therapeutic skills: A practical guide for current mental health practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Lambert, M., Whipple, J., Smart, D., Vermeersch, D., Nielsen, S., & Hawkins, E. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11 (1) 49–68.
- Marlatt, G., & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance and strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York, NY: Guilford Press.
- Miller, S., & Duncan, B. (2000). *The Outcomes Rating Scale*. Chicago, IL: Author.
- Miller, S., Duncan, B., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. (2006). Using outcome to inform and improve treatment outcomes: Making ongoing, real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy*, 5, 5–23.
- Mosak, H., & DiPietro, R. (2006). *Early recollections: Interpretive method and application*. New York, NY: Routledge.
- Orlinsky, D., Ronnestad, M., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process outcome research: Continuity and change. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307–389). New York, NY: Wiley.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 78, 298–311.
- Sperry, L., Brill, P., Howard, K., & Grissom, G. (1996). *Treatment outcomes in psychotherapy and psychiatric interventions*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Sperry, L., Lewis, J., Carlson, J., & Englar-Carlson, M. (2003). *Health promotion and health counseling: Effective counseling and psychotherapeutic strategies*. Boston, MA: Allyn & Bacon.

- Weddington, W., & Cavenar, J. (1979). Termination initiated by the therapist: A countertransference storm. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1302–1305.
- Whipple, J., Lambert, M., Vermeersch, D., Smart, D., Nielsen, S., & Hawkins, E. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 59–68.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190–195.

فصل نهم

دستیابی به تغییر: تبدیل شدن به یک درمانگر خبره و مجرب

ما مکرراً این سه سؤال را درباره‌ی درمانگران مسلط می‌پرسیم. یک درمانگر مسلط چه کسی است؟ درمانگران مسلط چگونه عمل می‌کنند؟ یک فرد چگونه درمانگری مسلط خواهد شد؟ پیشتر در فصل اول به سؤال اول و در فصل‌های دوم تا هشتم نیز به سؤال دوم پرداخته شد. فصل حاضر به سؤال سوم خواهد پرداخت. در این عصر پاسخ‌گویی، برای کارورزان و درمانگران نگرانی درباره‌ی رسیدن به جایگاه یک درمانگر مسلط غیرمنطقی نیست. فرض بر این است که ملاک‌هایی برای تعیین جایگاه درمانگر مسلط وجود دارد و نیز روش‌هایی نیز موجودند که به واسطه‌ی آنها می‌توان تعیین کرد آیا فرد آن ملاک‌ها را محقق کرده است یا خیر. آیا درمانگران پس از تکمیل فرم‌های اینترنتی و پرداخت شهریه و دریافت گواهی‌نامه از سازمان‌های مذکور، می‌توانند ادعا کنند که درمانگری مسلط هستند؟ آیا این کار مستلزم چاپ کتاب‌های روان‌درمانی یا ساختن ویدئوهای روان‌درمانی است؟ آیا این کار بعد از گذراندن ۱۰ سال یا ۱۰۰۰۰ ساعت کاربست روان‌درمانی (اصطلاحاً قاعده‌ی ۱۰ هزار ساعت اریکسون^۱) محقق خواهد شد؟ (اریکسون و لهما، ۱۹۹۶). آیا این کار مستلزم معرفی توسط همقطاران است؟ (مثلاً تصدیق رسمی توسط چندین نفر از همکاران). این روش یعنی معرفی توسط همقطاران شیوه‌ای است که در بسیاری از مطالعات برای شناسایی درمانگران مسلط مورد استفاده قرار می‌گیرد (رونستاد و

1- So-called Ericsson's 10,000-hour rule

اسکووهولت، ۲۰۱۳). همان‌طور که در فصل یک نشان داده شد، هیچ‌گونه اجماعی درباره‌ی اینکه چه ملاک‌هایی تخصص و تسلط در روان‌درمانی را تشکیل می‌دهند، وجود ندارد. این بدان معناست که بحث‌های موجود درباره‌ی ملاک‌های شناسایی تخصص و تسلط در روان‌درمانی ضرورتاً امری تجربی است. با این اوصاف، این فصل برخی از شاخصه‌های پژوهش‌محور تسلط را پیشنهاد می‌کند. این فصل با تمیز (افتراق) تخصص در روان‌درمانی از صلاحیت و نیل به درجات مشخصی از دانش، مهارت، قضاوت حرفه‌ای و ویژگی‌های شخصی و بین‌فردی مرتبط با تخصص در کاربست روان‌درمانی آغاز می‌شود. در ادامه، برخی از مراحل و وهله‌های رشدی، تکالیف رشدی و مضامین رشدی و علائم تسلط در روان‌درمانی را توصیف خواهیم کرد. سپس، این فصل راهبردهای کلیدی برای افزایش تخصص و تسلط را مطرح خواهد کرد و بر تأمل، نظارت و کاربست با برنامه (سنجیده و از روی نقشه) تأکید می‌کند.

تخصص^۱ (خبرگی)، صلاحیت^۲ و روان‌درمانی

تخصص در بهترین حالت عبارت است از سطح بالای صلاحیت (شایستگی) و تبحر^۳ که امری فراتر از سطح اندک تبحر و صلاحیت است (اسپری، ۲۰۱۰، a). این امر مبین عملکردی فوق‌العاده و نه کافی است. تخصص شامل سطوح عالی دانش، مهارت‌ها، قضاوت حرفه‌ای و ویژگی‌های شخصی و بین‌فردی می‌شود. در حالی که صلاحیتِ قلیل و اندک، بیانگر عملکرد کافی در هر یک از این حوزه‌هاست، تخصص مستلزم عملکردی عالی و برتر^۴ در هر یک از این حیطه‌هاست. به طور اختصاصی‌تری می‌توان گفت، کسب تخصص مستلزم دانش گسترده راجع به حقایق و نظریه‌های مربوط به رشد انسانی، شخصیت، آسیب‌شناسی روانی و فرآیندهای تغییر است.

کسب تخصص همچنین مستلزم مهارت‌های بالینی عمومی در مصاحبه‌ی تشخیصی، گوش دادن و پاسخ دادن همدلانه و توانایی برقراری اتحاد درمانی قوی، به ویژه در مواجهه با مراجعان دشوار است، به نحوی که فرد در آنها آبدیده شود. البته تخصص‌گرایی همچنین مستلزم سطوح بالای تجربه و مهارت-های بالینی در بازشناسی روندها، مفهوم‌سازی مراجع، ظرفیت مقابله‌ی اثربخش با عوامل مُخلِ اختتام از

-
- 1- Expertise
 - 2- Competence
 - 3- Proficiency
 - 4- Superior performance

جمله: انتقال، انتقال متقابل، دوسو گرایی، از بین برنده‌های اتحاد و حساسیت به عوامل فرهنگی، اجتماعی، رابطه‌ای و درون‌روانی است که ممکن است بر فرآیند روان‌درمانی اثرگذار باشند (اسپری، ۲۰۱۰، b). چنین تخصص‌هایی مستلزم یک سطحی از قضاوت حرفه‌ای^۱ است که برای هدایت محمضه‌های اخلاقی و اجتناب از پیچیدگی‌هایی که می‌توانند در موارد زیر به وجود آیند ضروری است: روابط دوگانه، ناتوانی حرفه‌ای، مراجعانی که احتمال آسیب و تهدید پیرامونشان وجود دارد و کار کردن فراتر از محدودیت‌های صلاحیت‌های فردی. همچنین کسب تخصص، مستلزم سطح بالایی از صلاحیت‌های شخصی و بین فردی است که شامل راحتی در برقراری ارتباط اثربخش با طیف گسترده‌ای از مراجعان و مردم، رفتار حرفه‌ای، پختگی حرفه‌ای، خودتنظیمی، تاب‌آوری و آگاهی از ظرفیت‌ها و سلامتی جسمی برای خودمراقبتی می‌شود. تخصص‌گرایی فرآیند مادام‌العمر رشد مداوم است که در نتیجه‌ی چندین سال کاربست حرفه‌ای به دست می‌آید. به طور اختصاصی تری می‌توان گفت، تخصص‌گرایی مستلزم سال‌ها کارورزی حرفه‌ای، تجربه‌ی حرفه‌ای و مواجهه با چالش‌های حرفه‌ای و غلبه بر آنها در مسیر متخصص شدن است. به علاوه، این امر مستلزم آگاهی از محدودیت‌های حرفه‌ای است که افراد حرفه‌ای را تشویق می‌کند تا به یادگیری و رشد کامل حرفه‌شان ادامه دهند (اسکووهولت و جیننگز، ۲۰۰۴).

درحالی که اجماعی درباره‌ی عوامل سازنده‌ی تسلط در روان‌درمانی وجود ندارد، اما شناسایی انواع ملاک‌هایی که نشانگر تخصص در روان‌درمانی هستند، مفید است. در حالی که معیارهای اختصاصی‌ای برای روان‌درمانی شناسایی نشده است، ۵ ملاک برای ارزشیابی تخصص بالینی در میان روان‌شناسان بالینی مطرح و پیشنهاد شده است (اوورهلوسر، ۲۰۱۰). ملاک‌های ضروری برای تخصص در کاربست روان‌درمانی عبارت‌اند از: ۱- دارا بودن درجه‌ی نهایی در یک رشته‌ی روان‌درمان. ۲- داشتن حداقل ۱۰ سال تجربه‌ی بالینی پیشرفته و مداوم در ارائه‌ی مستقیم روان‌درمانی. ۳- کارورزی پیشرفته یا داشتن پروانه‌ی تخصصی در حوزه‌ای خاص از روان‌درمانی. ۴- حضور در مجامع حرفه‌ای در سطح ملی. ۵- داشتن شواهد و مستندات مشخص و معتبر مبنی بر دارا بودن مهارت‌های بالینی در روان‌درمانی. البته، کمی‌سازی و مستند کردن ملاک‌های چهارم و پنجم به نحوی چشمگیر در مقایسه با سه مورد اول دشوارتر است. در صورت فقدان معیارهای مورد توافق، بخش‌های بعدی این فصل، تعدادی از شاخص‌ها و نشانگرهای مبتنی بر پژوهش تسلط و فرآیندهای رشدی منضم با آن را مطرح خواهد کرد.

1- Professional judgment

مراحل کسب تخصص

فرآیند ایجاد تخصص در روان‌درمانی مستلزم و شامل گذراندن مسیری رشدنگر از اکتساب و تهذیب صلاحیت‌های هسته‌ای روان‌درمانی است. این مسیر و مراحل مرتبط با آن در آغاز و ابتدای تحقیق و مطالعه در حرفه‌های مرتبط با سلامت روان است. به نظر می‌رسد که این مراحل مشابه با مراحل ۵ گانه‌ی رشدنگر متخصص شدن^۱ باشد که در حرفه‌های دیگر مطرح شده است (دریفوس و دریفوس، ۱۹۸۶). توصیف این مراحل برای آموزش و کاربست در روان‌درمانی ارائه خواهد شد (اسپری، ۲۰۱۰، a).

مبتدی^۲

در این مرحله، کارورز دانش و درک محدودی در زمینه‌ی تحلیل مشکلات و مداخلات دارد. چنین کارورزانی به اصول بنیادی و فنون متکی هستند و قاعده‌محورند و معمولاً در کاربرد منعطف این اصول و فنون خیلی بی‌تجربه‌اند.

مبتدی رو به پیشرفت^۳

در این مرحله، فرد کارورز ظرفیت محدودی برای بازشناسی روندها و کاربرد مداخلات دارد ولی در تعمیم این ظرفیت به مراجعان متفاوت و موقعیت‌های جدید مشکل دارد. اصول و قواعد قبلاً آموخته شده اکنون به عنوان دستورالعمل به کار گرفته می‌شوند.

حداقل صلاحیت^۴

در این مرحله، روان‌درمانگران می‌توانند به طور مستقلانه و البته در سطح صلاحیت اندک عمل کنند. در واقع این سطح، سطحی است که مستلزم کسب پروانه^۵ برای انجام کار حرفه‌ای مستقل است. روان‌درمانگران در این مرحله احتمالاً به طور هشیارانه از اهداف متنوع و طرح‌های مراجعانشان آگاه می‌شوند و می‌توانند با تغییر در مراجعانشان، با تغییر در مداخلات، خود را سازگار کنند. آنها نوعاً می‌توانند روندها را به سادگی بیشتری شناسایی کنند و شروع کنند به طراحی مداخلات. آنها معمولاً احساسی از تسلط را تجربه

-
- 1- The five developmental stages of expertise
 - 2- Beginner
 - 3- Advanced Beginner
 - 4- Minimally Competent
 - 5- licensure

می‌کنند و قادرند تا با بحران‌ها یا دیگر مشکلات به نحوی که ظاهر می‌شوند مقابله کنند و آنها را مدیریت کنند. به علاوه، آنها می‌توانند به راحتی نظریه و تحقیق را در هر جنبه‌ای از کاربرد مداخلات تلفیق کنند.

تبحر

در این مرحله، روان‌درمانگران در یک پارچه‌تری از مراجعان خویش دارند و عملکرد آنها به واسطه‌ی انعطاف‌پذیری و یک درک شفاف از ظرایف مداخلات درمانی و تأثیر مداخلات بر مراجعان و دیگران، هدایت می‌شود. در این مرحله، روان‌درمانگران نوعاً قادرند تا به طور اثربخشی مهارت‌های مداخله‌ای را به دیگران آموزش دهند و کار آنها را نظارت کنند.

تخصص

در این مرحله، روان‌درمانگران در کی شهودی نسبت به موقعیت‌های بالینی دارند و می‌توانند به سرعت مشکلات را بسنجند و مداخلات مناسب را طراحی کنند. وقتی هم که مداخلات کارآمد نباشند، آنها قادرند به سرعت و به طور شهودی این مطلب را بفهمند و قادرند که بر همان اساس طرح درمان را اصلاح کنند. به طور نوعی، این افراد زندگی حرفه‌ای و شخصی خود را یک پارچه کرده‌اند و در تلاش‌های حرفه‌ای خویش در درمان، مشورت و نظارت، بسیار اثربخش هستند. آنها معمولاً در ارتباط برقرار کردن با دیگران بسیار خبره‌اند و برای روابط انسانی به عنوان یک نیاز شخصی ارزش قائل هستند. جای تعجب نیست که آنها توسط مراجعانشان تحسین می‌شوند و توسط همکارانشان به عنوان درمانگران مسلط قلمداد می‌شوند، حتی اگر آنها به یادگیری‌های مادام‌العمر خویش ادامه دهند. البته باید گفت که درمانگران متخصص، همچنین به عنوان درمانگران مسلط نیز معروف هستند (اسکووهولت و جنینگز، ۲۰۰۴) و کاربست درمانی بسیار اثربخش و سطح بالا جزء برنامه‌های روتین آنهاست (اسپری، ۲۰۲۰a).

مراحل رشدنگر در شغل درمانگری

انتقادهای عمومی و تخصصی نسبت به مدل مرحله‌ای ارائه شده توسط دریفاس و دریفاس (۱۹۸۶) مطرح شده است. در بین انتقادات عمومی، عمده‌ترین این است که در این مدل مشکل خطاپذیری متخصصان به خوبی مورد توجه قرار نگرفته و تفاوت‌های بین سبک‌های تصمیم‌گیری بین متخصصان و مردم عادی دست

کم گرفته شده است. نقد تخصصی این است که رشد کارورزان و درمانگران را اگر به عنوان مراحل همپوش در نظر بگیریم بهتر است تا اینکه آن را به عنوان مراحل منفصل و جداگانه مد نظر قرار دهیم (رونستاد و اسکوهولت، ۲۰۱۳). بر اساس تحقیق کیفی گسترده رونستاد و اسکوهولت^۱ تحت عنوان: چگونه روان‌درمانگران طی دوره‌ی شغلی‌شان رشد می‌کنند، یک مدل ۵ مرحله‌ای ایجاد شد. فراتر از تصریح شاخصه‌های هر مرحله، این محققان همچنین تکالیف رشدی مربوط به هر مرحله را نیز مطرح کرده‌اند. از منظر چشم اندازی تربیتی، هنگامی که فرد از یک مرحله به مرحله‌ی دیگر می‌رود تکالیف رشدی، آماج‌های یادگیری مفیدی برای تحقق فراهم می‌کنند. در ادامه توصیفی مختصر از این مراحل و تکالیف رشدی ارائه خواهد شد (رونستاد و اسکوهولت، ۲۰۱۳).

دوره‌ی دانشجوی تازه‌کار^۲

دوره‌ی تازه‌کاری این‌گونه تعریف شده است: چهارچوب زمانی بین آغاز تحصیلات تکمیلی تا سال دوم تحصیل. این دوره معمولاً اولین تجربه‌ی کارورزی^۳ را شامل می‌شود. عموماً، این مرحله معرف افراد جوان و کم‌تجربه‌ای است که استرسورهای شخصی گسترده را تجربه نکرده‌اند. افراد مسن‌تر و با تجربه‌تر احتمالاً با بسیاری از تکالیف رشدی بعدی مواجه شده‌اند: ۱- به دست آوردن میزان گسترده‌ای از دانش مفهومی از کلاس‌های تحصیلی و متون حرفه‌ای. ۲- نشان دادن صلاحیت رویه‌ای^۴ بسنده در برنامه‌ی کارورزی (تسلط کافی در سنجش و درمان یا مهارت‌های مشاوره‌ای). ۳- مدیریت کردن واکنش‌های عاطفی شدید که ناشی از ملاقات اولین مراجع در دوره‌ی کارورزی است. ۴- حفظ گشودگی نسبت به اطلاعات و نظریه‌ها به گونه‌ای فراسطوحی، در عین درگیری در فرایند انتخاب فنون و نظریه‌های درمانی برای استفاده.

دوره‌ی دانشجوی پیشرفته^۵

این مرحله این‌گونه تعریف شده است: بخش آخر تحصیلات تکمیلی که در آن دانشجو به عنوان یک کارورز در کارورزی پیشرفته، کار عملی یا به عنوان یک عضو مقیم کلینیک فعالیت می‌کند و نظارت رسمی

-
- 1- Ronnestad and Skovholt
 - 2- Novice Student Phase
 - 3- Practicum experience
 - 4- Procedural competence
 - 5- Advanced Student Phase

و منظمی را دریافت می‌کند. در فرآیند تشکیل هویت خود به عنوان یک روان‌درمانگر این مرحله اساسی است. ۵ تکلیف رشدی مرتبط با این مرحله عبارت‌اند از: ۱- یادگیری دانش مفهومی پیچیده‌تر که ملاک‌های تدوین شده توسط مؤسسه‌ی آموزشی را برآورده کند. ۲- نشان دادن صلاحیت رویه‌ای یعنی تسلط کافی بر سنجش و مهارت‌های درمانی به گونه‌ای که توسط ناظران سنجیده شوند. ۳- حفظ گشودگی نسبت به اطلاعات و نظریه‌ها در سطحی کلی در عین درگیری در فرآیند انتخاب نظریه‌ها و فنون درمانی برای استفاده. ۴- اصلاح تصاویر کمال‌گرایانه و غیرواقعی درباره‌ی روان‌درمانی و نقش و هویت روان‌درمانگران. ۵- مدیریت سردرگمی و گیجی ناشی از دیدن پیچیدگی فزاینده‌ی کاربست روان‌درمانی.

دوره‌ی حرفه‌ای تازه‌کار (آغاز راه حرفه‌ای‌گرایی)^۱

این مرحله به طور گسترده‌ای به عنوان ۲ تا ۵ سال اول کاربست حرفه‌ای بعد از فارغ‌التحصیلی تعریف شده است. طبق فرض، افراد در طی این دوره واجد صلاحیت خواهند شد و صاحب پروانه خواهند شد. نوعاً، در این سال‌ها تجارب فرد بسیار زیاد خواهند بود و فرد تازه حرفه‌ای، با چالش‌ها و تصمیمات بسیاری مواجه خواهد شد. این دوره در تحکیم هویت روان‌درمانگری بسیار حائز اهمیت است. ۴ تکلیف رشدی این مرحله عبارت‌اند از: ۱- رشد همانندسازی با حرفه و تعهد به انجام روان‌درمانی. ۲- موفقیت در تحول از وابستگی دوره‌ی کارورزی به استقلال که انتظار می‌رود بعد از تکمیل دوره‌ی حرفه‌ای محقق شود. ۳- تسلط بر هر سرخوردگی در رابطه با کارورزی، خود و حرفه که ممکن است مدتی بعد از اتمام تحصیلات ایجاد شود. ۴- تداوم اکتشاف و تعریف نقش کاری خود.

دوره‌ی حرفه‌ای مجرب^۲

تعریف این دوره در نهایت ظرافت باید انجام شود. اساساً، برای تحقق این مرحله درمانگر باید چندین سال کار درمانی انجام دهد. در این چهارچوب زمانی، درمانگر به احتمال زیادی تجارب مختلفی در محیط‌های کاری مختلف خواهد داشت، از طرح‌های درمانی مختلفی استفاده خواهد کرد و با انواع مختلفی از مراجعان کار خواهد کرد. سه تکلیف رشدی این مرحله عبارت‌اند از: ۱- حفظ حس رشد حرفه‌ای و تاب‌آوری و در عین حال اجتناب از فرسودگی و رکود. ۲- تلفیق خود شخصی^۳ با خود

-
- 1- Novice Professional Phase
 - 2- Experienced Professional Phase
 - 3- personal self

حرفه‌ای منسجم^۱. ۳- خلق نقش کاری بسیار منسجم که با خود حرفه‌ای منسجم روان‌درمانگری یک‌پارچه شود.

دوره‌ی حرفه‌ای ارشد^۲

این مرحله این‌گونه تعریف شده است: انجام روان‌درمانی به مدت حداقل ۲۵ سال بعد از اتمام تحصیلات تکمیلی. بسیاری از افراد بیشتر از این مدت کار درمانی انجام داده‌اند و برخی دیگر به کار روان‌درمانی ادامه می‌دهند و برخی نیز خود را بازنشسته می‌کنند. از میان همه‌ی این مراحل، این مرحله جایی است که در آن افرادی که تحت عنوان درمانگران مسلط می‌شناسیم، قرار می‌گیرند. سه تکلیف رشدی این مرحله عبارت‌اند از: ۱- حفظ حس رشد حرفه‌ای و تاب‌آوری و در عین حال اجتناب از فرسودگی و رکود. ۲- حفظ نقش کاری بسیار منسجم که با خود حرفه‌ای منسجم روان‌درمانگری یک‌پارچه شود^۳. - کنار آمدن با بازنشستگی کامل یا جزئی (تعطیل کردن بخشی از کارهای حرفه‌ای) در زمان مقتضی، تنظیم حجم مراجعان و آماده‌سازی مراجعان برای این تغییرات.

مضامین رشد حرفه‌ای^۴ در روان‌درمانی

در حالی که این مدل مرحله‌ای چشم‌انداز طولی مفیدی را در ارتباط با مسیر شغلی روان‌درمانگری ارائه می‌کند، اما ضرورتاً مدل محدودی است. آنچه در ادامه می‌آید نگاهی مقطعی و مفهومی‌تر از فرآیند روان‌درمانگر شدن^۴ است. یافته‌های چندین تحقیق کیفی در قالب ۱۰ مضمون خلاصه خواهد شد (رونستاد و اسکوهولت، ۲۰۱۳):

۱- رشد بهینه و مطلوب مستلزم یک‌پارچگی خود شخصی و حرفه‌ای است.

با تجربه‌ی زیاد، حس خود فردی (شخصی) با خود حرفه‌ای منسجم یک‌پارچه خواهد شد. این یک‌پارچگی در بهترین شکلش با مفهوم خلوص کارل راجرز (زمانی که تجارب با خود فرد^۵ همسو است) مرتبط است.

۲- حالت کارکرد درمانگران از حالت درونی به بیرون به درون تغییر می‌کند.

-
- 1- coherent professional self
 - 2- Senior Professional Phase
 - 3- Themes of Profession Development
 - 4- Process of becoming a psychotherapist
 - 5-Self

این تغییرات در قالب مبحث مسیر رشدی درمانگران مطرح شده است. اولاً، در حالت وابستگی (معلق بودن) افراد در فرهنگ حرفه‌ای یاری‌رسانی اجتماعی (جذب و درونی‌سازی اتفاق نیفتاده است) جذب نشده‌اند. ثانیاً، در حالت آموزشی (کارورزی) افراد مدل سخت و بیرونی اجتماعی شدن را جذب می‌کنند و با آن منطبق می‌شوند. ثالثاً، در دوره‌ی پس از کارورزی، افراد نرم شدن را تجربه می‌کنند و مدل درونی‌تری از اجتماعی شدن را اقتباس می‌کنند.

۳- تأمل مداوم یک پیش‌نیاز برای رشد و یادگیری بهینه محسوب می‌شود.

تأمل^۱ یعنی جستجوی با تمرکز و ادامه‌دار برای کسب درک عمیق، جامع و ظریف از خود و دیگران. ظرفیت تأمل مداوم برای اجتناب از رکود حرفه‌ای، عنصری ضروری محسوب می‌شود. سه نوع تأمل شناسایی شده است که عبارت‌اند از: تأمل در عمل (زمان حال)، تأمل در مورد عمل (زمان گذشته) و تأمل قبل از اقدام (زمان آینده). مطالعه درباره‌ی درمانگران مسلط نشان داده که هرچقدر درمانگر متبخر-تر باشد، بیشتر از مدل‌های تأملی استفاده خواهد کرد.

۴- رشد حرفه‌ای فرآیندی مادام‌العمر است.

یادگیری تلفیق نظریه و کاربرد در جریان یک عمر غرق شدن در کاربردی‌ترین (کار عملی) اتفاق می‌افتد و انعکاسش در چالش‌ها و دشواری‌ها هویدا خواهد شد. رشد حرفه‌ای همچنین شامل درگیری (مشارکت) در نقش‌های ناظر، معلم و مشورت‌دهنده می‌شود که این موارد یک پارچگی و رشد کلی فرد را تغذیه می‌کنند.

۵- رشد حرفه‌ای فرآیندی ادامه‌دار و در عین حال متناوب و دوره‌ای است.

رشد حرفه‌ای عموماً به عنوان حس مداومی از صلاحیت و تسلط تجربه می‌شود، یک فرآیندی که می‌تواند به سختی قابل توجه باشد. با این حال، این فرآیند می‌تواند در قالب چرخه‌هایی متشکل از زنجیره‌های امیدواری، خودتردیدی، اضطراب، افسردگی، اکتشاف و یک پارچگی اتفاق بیفتد.

۶- یک تعهد قوی به یادگیری، فرآیند رشد را به جلو حرکت می‌دهد.

تعهد به یادگیری، تأمل و خطر کردن در مواقع مقتضی در زمینه‌ی مسائل اخلاقی (اتخاذ تصمیمات جسورانه) شاخصه‌ی افرادی است که حس رشد و پیشرفت در زمینه‌ی انجام کار درمانی را با اشتیاق تجربه می‌کنند. تحقیقات نشان داده‌اند که این فرآیند مستلزم تجدید روحیه و انگیزش لازم برای کار درمانی است و نه حرکت به سمت فرسودگی و خستگی مرارت‌بار.

۷- اضطراب اولیه در کار حرفه‌ای بالینی توسط اکثریت افراد تجربه شده است.

اضطراب در بین افرادی که در کارورزی هستند چیز عجیب و غریبی نیست. با این حال، این اضطراب بعد از ۶ ماه کاردرمانی کاهش می‌یابد. هم شخصیت و هم فرهنگ فرد کارورز می‌تواند سطح اضطراب را تقلیل دهد یا اینکه آن را افزایش دهد. این امر به ویژه زمانی موضوعیت پیدا می‌کند که برنامه‌ی کارورزی حمایت‌هایش را با انتظار برای رشد متعادل می‌کند.

۸- منابع درون‌فردی اثرگذار عمدتاً رشد حرفه‌ای را به جلو می‌راند.

فقط مراجعان پریشان، روابط درمانی را درمان‌بخش تجربه می‌کنند زیرا آنها (مشاوران) دلسوزند و به طور ایمنی حمایت‌کننده ظاهر می‌شوند لذا رشد حرفه‌ای درمانگران هم از تجارب بین فردی ناظران، معلمان و ریزنان متأثر می‌شود. با این اوصاف، کارورزان ممکن است در ارتباط با برنامه‌ی کارورزی-شان و دوگانگی بین تحقیقات نظری و عمل نوعی سردرگمی و سرخوردگی را تجربه کنند.

۹- تمام درمانگران به طور مطلوب و بهینه‌ای این رشد را تجربه نمی‌کنند.

چندین عامل وجود دارد که رشد حرفه‌ای را متأثر می‌سازد. این عوامل عبارت‌اند از: قریحه، کارورزی، شخصیت، ظرفیت‌های شناختی و عاطفی و مهارت‌های بین فردی. یافته‌های یک تحقیق همسو این است که در مقایسه با آنانی که مهارت‌های بین فردی خوبی دارند و تعهد خالصانه‌تری برای کمک به بهزیستی مراجعان دارند، درمانگران با مهارت‌های بین فردی ضعیف و آنانی که فاقد تعهد خالصانه برای کمک به بهزیستی مراجعان هستند به احتمال کمتری رشد بهینه را تجربه خواهند کرد.

۱۰- بخشی از رشد مستلزم تغییر موضع از خودِ درمانگر به عنوان فردی قدرتمند، به مراجع به عنوان فردی قدرتمند است.

در گذر زمان، وقتی درمانگران از نظر حرفه‌ای اعتماد به نفس بیشتری را احساس کنند و محدودیت‌هایشان را بپذیرند و قادر شوند که این موارد را (که تهدیدی برای من (ایگو) حساب خواهند شد) در ایگوی خویش جذب و تلفیق کنند، آنگاه قادر خواهند بود تا به عنوان درمانگر افراد متواضع‌تری باشند. هم‌زمان، آنها به طور فزاینده‌ای می‌فهمند که تغییر درمانی به میزانی اتفاق می‌افتد که آنها قادر خواهند شد توانمندسازی مراجعان‌شان را پرورش دهند. به عبارت دیگر، تغییری در چشم‌انداز فرد ایجاد می‌شود. این امر مستلزم تغییر از درمانگر به عنوان یک فرد متخصص و قهرمان به مراجع به عنوان یک فرد متخصص و قهرمان است.

مسیر رشدنگر تبدیل شدن به یک درمانگر مسلط

در حالی که این ده مضمون شاخصه‌های عمومی رشد روان‌درمانگران را به طور عامی توصیف می‌کند اما شاخصه‌های رشدی خاص درمانگران مسلط را مشخص نمی‌سازند. آنچه که در ادامه می‌آید خلاصه‌ای است از نشانگان یا مشخصات مسیر رشدنگر تبدیل شدن به یک درمانگر مسلط. این نشانگرها بر یافته‌های چندین تحقیق کیفی مبتنی شده‌اند (رونستاد و اسکوهولت، ۲۰۱۳). علاوه بر نشانگان مسیر یا سفر رشدنگر، چندین نشانگر دیگر وجود دارند که پیش شرط یا پیش نیاز این حرکت رشدی محسوب می‌شوند. به عبارت دیگر، اگر این پیش شرط‌ها در آغاز این سفر موجود نباشند بعید است که جایگاه درمانگر مسلط محقق شود.

پیش شرط‌های ضروری قبل از آغاز سفر به سوی تسلط

۱- رابطه‌مدار بودن (اهل ارتباط بودن)

جهت‌گیری بنیادی انسان‌ها حرکت به سمت دیگران است، در مقابل جهت‌گیری اولیه افراد حرکت به سمت اشیاء (ابژه‌ها) است. پیوندهای دلبستگی و نیز کشیده شدن به سمت دیگران و مضامین زندگی-شان در تبدیل شدن به درمانگر مسلط ضروری‌اند.

۲- کنار آمدن با عدم حتمیت

بر خلاف مشاغل دیگر که در آنها پارامترهای خوب تعریف شده، تفکر خطی و تسلط هوشی ضروری‌اند، کار درمانی با موقعیتی مبهم (نامشخص) تعریف می‌شود که به ندرت با حل مسأله‌ی منطقی و زنجیره‌ای شکل ساده، رفع و رجوع می‌شود. آنانی که وارد این حیطه‌ی کاری می‌شوند در جستجوی شفافیت، مطمئن هستند و در عین حال با عدم حتمیت و پیچیدگی شرایط انسانی راحت کنار می‌آیند.

۳- توجه عاطفی به نیازهای دیگران

یادگیری همدل بودن، ابتدا در پیوندهای دلبستگی آغاز می‌شود، همان جایی که سلامتی (بهزیستی) فرد به ظرفیت مراقبت از دیگران پیوند می‌خورد. تخصص عاطفی (همدلی) در طی سال‌ها شکل می‌گیرد هنگامی که فرد یاد می‌گیرد چگونه مراقب دیگران باشد و حساسیت عاطفی ظرفیتی را رشد می‌دهد.

نشانه‌های رشدی در مسیر حرکت به سمت تسلط

۱- میل شدید به تسلط

درمانگران مسلط، انگیزش درونی عمیقی را برای تسلط شدن بر حوزه‌های روان‌درمانی از خود نشان می‌دهند. در طی دوره‌ی گسترده‌ی زمانی و علی‌رغم دوره‌های شکست و ناامیدی، این انگیزش تنها از منظر جدیت افزایش می‌یابد. رشد تخصص خالصانه، مستلزم تقلاً (تلاش)، ایثار و صداقت و خودسنجی غالباً دردناک است. هیچ میان‌بر دیگری در این مسیر وجود ندارد (اربکسون، پریولا و کوکلی، ۲۰۰۷، ص ۱۵).

۲- تمرین عملی با برنامه در طی چندین سال

در زمینه‌ی افزایش صلاحیت‌های روان‌درمانی نه میزان تجربه و نه کاربست بدون کنترل، هیچ‌کدام به تنهایی کافی نیستند. در عوض، جلسات کارورزی با ساختار و تدریجاً چالشی‌تر که در آن بازخورد ارائه می‌شود به مسیر حرکت به سمت تسلط منتهی می‌شود. ارزیابی‌ها این است که حداقل ۱۰ تا ۱۵ سال کاربست با برنامه و پیش‌رونده (تدریجی) لازم است تا یک فرد درمانگری مسلط شود.

۳- گشوده بودن نسبت به بازخورد و نه خارج شدن از مسیر به واسطه‌ی آن

باز بودن نسبت به بازخوردهای درست برای نیل به تسلط ضروری است و در عین حال اجتناب از بازخوردهای ناصحیح نیز اساسی است زیرا می‌تواند مسیر پیشرفت را منحرف کند. گشودگی نسبت به بازخورد برای پیاده‌سازی کاربست با برنامه ضروری است همان‌طور که تأمل در خویشتن و خود نظارتی، اساسی و ضروری‌اند. برخورداری از این حلقه‌های بازخوردی برای نیل به تسلط ضروری است. فقدان چنین حلقه‌های بازخوردی باعث می‌شود که بسیاری از کارورزان قربانی شوند و از تجارب و موانع چیزی یاد نگیرند.

۴- جستجوی هدایت‌گری عمیق نسبت به ضمایم (برنامه‌های تکمیلی)

تسلط مستلزم این شناخت است که رشد حرفه‌ای، خیلی خوب ایجاد می‌شود منتها با تمهیداتی فراتر از دروس دوره‌ی تحصیلات تکمیلی. همچنین رشد حرفه‌ای مستلزم اشتیاق برای جستجوی هدایت و مشورت از سوی ناظران و رایزنانی است که می‌توانند بازخوردهای صحیح را به انضمام تشویق و دلگرمی ارائه کنند. هدایت‌گری اثربخش در طی مسیر رشدی تغییر می‌کند، به همین دلیل در ابتدا سبک هدایت‌گری مطالبه‌گرانه‌تری باید دنبال شود و وقتی که درمانگر نوآموز اعتماد به نفس و مهارت‌هایش را تقویت کرد این سبک هدایت‌گری باید تعدیل شود و سبک‌تر شود. در مجموع، رشد، به طور مطلوب

زمانی محقق می‌شود که چالش‌ها و حمایت‌های استاد راهنما با سطح تسلطِ درمانگر جوان همخوان باشد.

۵- تواضع

تجربه‌ی یک‌پارچه کردن شکست‌ها و تواضع در حس خود حرفه‌ای فرد برای نیل به تسلط ضروری است. تواضع به طور مداومی فرد را نسبت به یادگیری گشوده می‌کند و در عین رشد طحواره‌ی شناختی تخصص، وی را ارتقاء می‌دهد. این امر متضاد خودشیفتگی است که می‌تواند به نحوی منفی گشودگی نسبت به بازخوردی را که لازمه‌ی تسلط است تخریب کند.

۶- ایجاد تعادل بین خودمراقبتی و مراقبت از دیگران

درمانگران مسلط افرادی‌اند که ذاتاً و در نتیجه‌ی یادگیری می‌توانند به سادگی سازگاری عاطفی و توجه نسبت به نیازهای دیگران را نشان دهند. با این حال، اگر درمانگر مهارت‌های خودمراقبتی را نیاموخته باشد، چنین تمرکز متمرکزی^۱ می‌تواند توان فرسا باشد. درمانگران مسلط این مهارت‌ها را آموخته‌اند و آنها را در مراقبت از نیازهای معنوی، هیجانی و جسمانی خویش لحاظ می‌کنند. در نتیجه، آنها قادرند طراوت و شور کار خود را از طریق به کارگیری تخصص خودشان در ارضای نیازهای خودشان حفظ کنند.

۷- صلاحیت فرهنگی

تسلط، مستلزم تعهد و مهارت قابل توجهی در درک صحیح و ساختن نقشه‌ای درباره‌ی جهان‌بینی مراجع است. این شکل از صلاحیت شامل تمامی عواملی است که الگوی تفاوت‌های فردی یک انسان را می‌سازند از جمله وضعیت اقتصادی-اجتماعی، سن، جنسیت، قومیت، مذهب و چشم‌انداز معنوی، جهت‌گیری جنسی، نسل و ملیت. در کنار حساسیت به عوامل فرهنگی، درمانگران مسلط قادرند که مداخلات حساس به معنویت^۲ مناسبی را در زمان مقتضی فراهم کنند یا حداقل فرد را برای چنین مداخلاتی ارجاع دهند.

1-Concentrated focus

2-Spiritually sensitive interventions

راهبردهایی برای افزایش تسلط و تخصص

توصیف نشانگرهای رشد و تسلط پیش‌زمینه‌ای را برای بحث درباره‌ی راهبردهای پرورش تسلط و تخصص فراهم می‌کند. ما کار را با مرور مختصری از حالت‌های یادگیری و حالت‌های کار عملی آغاز می‌کنیم. در ادامه، استفاده از تأمل، نظارت و کار عملی با برنامه را توصیف خواهیم کرد.

حالت‌های یادگیری

فرآیندهای رشد دانش، مهارت‌ها و صلاحیت‌های لازم برای متخصص شدن در روان‌درمانی شامل ترکیبی از سه نوع یادگیری است که عبارت‌اند از: یادگیری واقعیت‌بنیاد، تأملی و رویه‌ای^۱ (بنت-لوی، ۲۰۰۶).

یادگیری واقعیت‌بنیاد، دانش بین‌فردی، فنی^۳ و مفهومی را شامل می‌شود. این نوع یادگیری عمدتاً از طریق سخنرانی، ارائه در کنفرانس‌ها، مباحثه‌ها و خواندن تسهیل می‌شود. یادگیری رویه‌ای کاربرد دانش در کار بست بالینی است و عمدتاً از طریق تجارب و نظارت بالینی تسهیل می‌شود. این یادگیری وقتی محقق می‌شود که دانش واقعیت‌بنیاد در کار عملی متبلور شود و اصلاح شود. یادگیری رویه‌ای که اساساً مهارت‌محور است، یادگیری‌ای بالینی است. یادگیری تأملی اساساً با آن دو نوع یادگیری فرق می‌کند. این یادگیری مستلزم تفکر درباره‌ی دانش رویه‌ای و واقعیت‌بنیاد است و در تصمیم‌گیری درباره‌ی دوره‌ی عمل خود را نشان می‌دهد. فرآیندهای متنوعی در این نوع از یادگیری دخیل هستند. آنها عبارت‌اند از: تحلیل تجارب، مقایسه‌ی آنها با دیگران، شناسایی طرح اقدام در شرایط ضرورت و تغییر احتمالی اطلاعات و بینش‌های قبلی در پرتو این تحلیل‌ها. در کارورزی بالینی، نظام تأملی^۴ عمدتاً از طریق بازخورد مراجع و استاد ناظر نسبت به عملکرد درمانگر به علاوهِ خود ارزشیابی‌های درمانگر حاصل می‌شود (بنت-لوی، ۲۰۰۶).

وقتی این مبحث به رشد تسلط و تخصص در روان‌درمانی گره می‌خورد، تمام این انواع یادگیری درگیر می‌شوند. تحقیقات نشان داده‌اند که تعامل این سه نوع یادگیری برای رشد صلاحیت‌ها و تسلط بر آنها ضروری است (بنت-لوی و ثوویتس، ۲۰۰۶). این نگاه سه‌جانبه به یادگیری به میزان بیشتری

1-Declarative, procedural, and reflective

2-Bennett-Levy

3-Technical

4-Reflective system

تفاوت بین یک مهارت و یک صلاحیت را روشن تر می کند. یادگیری یک مهارت مستلزم یادگیری رویه‌ای اولیه است، هر چند برخی از یادگیری‌های واقعیت‌بنیاد نیز ممکن است درگیر شوند. در مقابل، یادگیری یک صلاحیت هر سه نوع یادگیری را در بر می گیرد زیرا صلاحیت، دانش (مانند یادگیری واقعیت‌بنیاد)، مهارت (مانند یادگیری رویه‌ای) و نگرش‌ها و ارزش‌ها و استانداردها (مانند یادگیری تأملی) را در بر می گیرد. معلوم است که یادگیری تأملی برای بسیار متبحر شدن و کارآمد شدن به عنوان یک درمانگر ضروری است (بنت- لوی و ثوواتس، ۲۰۰۶؛ شون، ۱۹۸۳).

حالت‌های کاربست (تمرین عملی)

عنوان شده که درمانگران بسیار کارآمد در مقایسه با درمانگران کمتر کارآمد به نحو دیگری فکر، اقدام و تأمل می کنند (بیندر، ۲۰۰۴؛ بیندر و بتان، ۲۰۱۲؛ اسپری، ۲۰۱۰). نتیجه اینکه اساساً حالت متفاوت کاربست درمانگران بسیار کارآمد و حرفه‌ای هم از نظر اتحاد درمانی و هم از نظر پیامدهای بالینی محقق شده بسیار مشهود و واضح است. اخیراً، این تفاوت‌ها به طور فزاینده‌ای توسط تحقیقات تأیید شده است (اسکووهولت و جینگز، ۲۰۰۴). این بخش به طور مختصری این مشاهدات را از منظر شیوه‌ای که در آن این درمانگران به طور شاخصی فکر، عمل و تأمل^۱ می کنند، خلاصه کرده است.

فکر کردن

درمانگران مسلط چگونه و به چه نحو متفاوتی فکر می کنند؟ به نظر می رسد که اگر درمانگران به مراجعان بیبوندند و از طریق نقشه‌ای شناختی هدایت شوند، این کار آنان را در سنجشی نافذ و دقیق، مفهوم‌سازی و طرح‌ریزی مداخلات کمک می کند و آنان به سرعت و به طور شهودی متوجه قضایا می شوند. به علاوه، اگر مفهوم‌سازی موردی آنها دقیق باشد در این صورت هم به سرعت و به طور شهودی مطلع خواهند شد. چگونه این امر امکان‌پذیر است؟ دلیلش این است که درمانگران بسیار کارآمد به جای تفکر خطی، در فرآیند تفکر غیرخطی درگیر می شوند. تفکر خطی روند فکری مشخص و آشنایی است که در آن یک فرد با مشکلات و زندگی رو برو می شود. در مقابل تفکر غیرخطی^۲، درمانگران را وادار می کند تا روندهای خطی شخصی، قدیمی و شاخص مراجعان را تصور کنند (بینند)

1- Think, act, and reflect

2- Nonlinear thinking

و روش‌های جدید جایگزین (روندهای جدید) دیدن و رفتار کردن را ببینند و با شیوه‌های جدید با مراجعان ارتباط برقرار کنند (موزدزیرز، پلوسو و لیسسه کی، ۲۰۰۹، ص ۵).

اقدام (عمل) کردن

درمانگران مسلط، در مقایسه با دیگر درمانگران در رابطه با تمام صلاحیت‌های هسته‌ای به گونه‌ای متفاوت تر اقدام می‌کنند. این بدان معناست که آنها به سادگی اتحاد درمانی اثربخش را ایجاد و حفظ می‌کنند و در مقایسه با درمانگران مبتدی و کم صلاحیت با مراجعان با کیفیت متفاوت تری کار می‌کنند. طبق مشاهدات، واضح است که آنها در مقایسه با دیگر درمانگران به نحو متفاوت تری گوش می‌دهند، پاسخ می‌دهند، سنجش می‌کنند، فرمول‌بندی (صورت‌بندی) می‌کنند، مداخلات را طراحی می‌کنند و مسائل درمانی را مدیریت می‌کنند. عمدتاً، این امر بدین دلیل است که آنها در ایجاد تمرکز درمان و پیاده‌سازی مداخلات درمانی از نقشه‌ای شناختی تبعیت می‌کنند. آنها دائماً از طریق مشاهده و سؤال پرسیدن به دنبال بازخورد از مراجعان هستند و به احتمال بیشتری با استفاده از ابزار روان‌سنجی، پیشرفت و تحقق پیامدهای درمان را می‌سنجند. با این وجود، اگر درمان در مسیر اهداف آماج نباشد آنها به سرعت متوجه می‌شوند و تغییرات و اصلاحات بر اساس بازخورد انجام می‌گیرد. مشاهده شده است که درمانگران مسلط به سادگی و بدون تلاش قادرند زمانی که شرایط درمانی تغییر پیدا می‌کند، روش‌ها و مسیر (جهت) درمانی را تدوین و سریعاً تغییر دهند (بیندر، ۲۰۰۴). در نتیجه‌ی چنین قابلیت‌هایی، درمانگران مسلط نسبتاً و به طور ثابتی در مواجهه با موقعیت‌های بالینی پیچیده و مراجعان، عالی عمل می‌کنند (لامبرت و اوکیشی، ۱۹۹۷).

تأمل

نهایتاً اینکه، آنها در مقایسه با دیگر روان‌درمانگران به گونه‌ی دیگری تأمل می‌کنند. اگرچه به نظر می‌رسد که در مقایسه با فکر کردن و اقدام کردن، حوزه‌ی تأمل، ظریف‌تر باشد و مشاهده‌ی آن کار سخت‌تری باشد، اما بسیار خوب است که بدانیم تخصص داشتن در این حوزه واقعاً الهام‌بخش است و سائق (محرک) حرکت است و به فرد درباره‌ی اینکه درمانگران مسلط چگونه فکر و عمل می‌کنند جهت می‌دهد. تمرین عملی تأملی (انعکاسی) فرایندی مداوم است و فراگیر را وادار می‌کند تا در تجارب

زندگی‌اش، رویدادهای اساسی (حیاتی) را مورد توجه قرار دهند. همان‌گونه که شون^۱ (۱۹۸۳) عنوان کرده تمرین عملی تأملی، مستلزم توجه اندیشمندانه‌ی فرد به تجارب خویش است آن هم در زمان کاربرد دانش در عمل (کاربست) در عین حالی که توسط افراد حرفه‌ای در رشته‌ی خود مورد هدایت قرار می‌گیرند. این فرایندی است که در آن درمانگران روش‌های درمانی خویش را به منظور درک کامل تر مراجعان، راهبردها و تاکتیک‌های بهینه برای زمینه‌سازی تحقق هدف و رشد مراجع، مورد تأمل قرار می‌دهند.

انعکاس (تأمل)

انعکاس که البته تمرین (کاربست) تأملی نیز نامیده می‌شود می‌تواند برای روان‌درمانگران سه قسمتی باشد. درمانگر می‌تواند خودتأمل گر (خویش‌نگر) باشد، می‌تواند به همراه استاد ناظر، همکاران یا مشورت‌دهندگان یا اینکه به همراه مراجع تأمل کند. درمانگران مسلط در مقایسه با درمانگران کمتر اثربخش، به احتمال زیاد به طور منظم و مکرر در هر سه جنبه‌ی این امر درگیر می‌شوند. در طی سال‌ها درگیر بودن در امر آموزش (کارورزی) و نظارت درمانگران، متوجه تفاوت‌های عمده‌ای در فعالیت‌های تأملی و انعکاسی (تأمل) در بین کارورزان و روان‌درمانگران مجری کارورزی شده‌ایم.

خودتأملی^۲

خودتأملی که همچنین به عنوان خودنظارتی^۳ نیز نامیده می‌شود، می‌تواند با یا بدون گزارش مکتوبی همچون یادداشت‌ها انجام شود. برخی از کارورزان و روان‌درمانگران مشغول در حوزه‌ی کارورزی، دفترچه یادداشتی از ملاقات‌های خود با مراجعان تهیه می‌کنند که در آن آنچه که از اشتباهاتشان یاد می‌گیرند، پیشنهادات و دستورات اساتید ناظر و انتقال‌های متقابل و... را یادداشت می‌کنند و روی آن تأمل می‌کنند و آنها را اجرا می‌کنند. آنها همچنین بر موضوعات و مشکلات مطرح شده توسط مراجع در بین جلسات تعمق می‌کنند و خودشان را برای جلسات آتی آماده می‌کنند. در مقابل، کارورزان یا کارآموزان دیگر رغبت کمی دارند و یا اصلاً رغبتی ندارند که چنین دفتر یادداشت‌های تأملی داشته باشند و به احتمال کمتری زمانی را صرف تفکر و اندیشه بر مشکلات مراجع در بین جلسات می‌کنند.

1-Schön

2-Self-reflection

3-Self-supervision

این تفاوت‌ها ارزش تأمل را دارند زیرا تحقیقات نشان داده‌اند که خودتأملی درمانگران از جمله داشتن چنین دفترچه یادداشت‌هایی منجر به بهبود اتحاد درمانی و نیز پیامدهای بالینی خواهد شد (بنت-لوی و ثوایتز، ۲۰۰۶).

ما متوجه شدیم که روان‌درمانگران بسیار کارآمد تمایل دارند که به طور منظم بر جزئیات عملکردی‌شان با یک یا تمام مراجعانشان در یک روز خاص تأمل کنند و به احتمال زیادتری راهبردهای عملی و جایگزین مناسب برای نیل به اهداف را شناسایی کنند. آنها همچنین بر عوامل قابل‌کنترلی مانند "من احتمالاً باید این کار را به جای آن کار انجام دهم و من فراموش کردم این کار را انجام بدم و در جلسه‌ی بعدی این کار را انجام خواهم داد" تمرکز خواهند کرد. به عنوان مثال، به جای سازمان‌دهی جلسه‌ی امروز درباره‌ی رفتار مشروب‌خواری وی، تمرکزمان را بیشتر بر چگونگی پس گرفتن گواهی-نامه‌ی رانندگی‌اش معطوف می‌کنیم. زیرا این چیزی است که او واقعاً نگران آن است. در جلسه‌ی بعدی، من بر آنچه که مراجع واقعاً خواهان آن است تمرکز خواهم کرد و سپس موضوع را پیگیری می‌کنم. در مقابل، وقتی که درمانگران کمتر کارآمد، در مورد جلسات گذشته‌شان تأمل می‌کنند به احتمال زیادتری شکست‌ها را به عوامل بیرونی و غیر قابل‌کنترل نسبت می‌دهند از جمله "این مراجع خیلی برای تغییر انگیزش ندارد، او خیلی مقاومت می‌کند، من حدس می‌زنم که امروز روز بدی برایم باشد یا امروز خیلی احساس خوبی ندارم". آنها همچنین به احتمال زیادتری از طریق درک دلایل اینکه چرا یک رویکرد خاص کارآمد نبوده و منجر به پیامدهای بهتری نشده غالباً بر شکست‌های خود تمرکز می‌کنند. متعاقباً، برخلاف درمانگران بسیار کارآمد، آنها زمان کمتری را صرف تمرکز بر راهبردهایی می‌کنند که می‌تواند اثربخش‌تر باشد.

نظارت به عنوان تأمل

ناظران بسیار کارآمد تمایل دارند که نظارت را به عنوان یک فرآیند تأملی ببینند که در آن هم نظارت‌شونده^۱ و هم ناظر^۲ بر پویایی‌های فردی و سیستمی اثرگذار بر مراجع، پویایی‌های درون‌جلسه‌ای بین مراجع و نظارت‌شونده و نیز پویایی‌های بین ناظر-نظارت‌شونده تأمل می‌کنند. آنها احتمالاً تأمل را در فرآیند رشدشان به عنوان درمانگری اثربخش، اساسی و ضروری می‌بینند. در چنین بافتی، فرد

1- Supervisee

2- Supervisor

نظارت شونده، احتمالاً خیلی محتاطانه مطالب مربوط به مراجع از جمله یادداشت‌های فرآیندی، دست‌نوشته‌ها و صداهای ضبط‌شده‌ی جلسه را آماده می‌کند و مشتاق دریافت بازخوردهای استاد ناظر خواهد بود. ناظران به احتمال زیاد بر سطح تجربه و معلومات فرد کارآموز به عنوان مبنایی برای واگذاری مراجع به وی تکیه می‌کنند و روی آن فکر می‌کنند. آنها همچنین دوست دارند که جلسات نظارتی قبلی را در قالب تعادلی بهینه بین حمایت و چالش که برای ارتقای رشد کارآموز موردنیاز است بنگرند. بخش بعدی درباره‌ی نظارت این بحث را ادامه می‌دهد. از نظر درگیر شدن درمانگران در تأمل به همراه مراجعان (جستجوی بازخورد از مراجعان درباره‌ی فرآیند و پیشرفت درمان و نیز درباره‌ی رابطه‌ی درمانی) بین کارورزان تفاوت مشهودی وجود دارد. وقتی درمانگران فعالانه، چه کلامی و چه از طریق ابزارهای بازخوردی خیلی مختصر، به دنبال چنین بازخوردهایی باشند، اتحاد درمانی ارتقاء می‌یابد، همچنین پیامدهای درمانی محقق خواهند شد و احتمال اختتام زودهنگام به طور چشمگیری کاهش می‌یابد. تجارب ما و نیز دیگر کارورزان درمانی و ناظران با یافته‌های ناشی از حجم فزاینده‌ای از تحقیقات همسو هستند. در این تحقیقات به تفاوت‌های چشمگیری که از نظر بالینی و نیز آماری بین درمانگرانی که در چنین بازخوردهای تأملی با مراجعان درگیر می‌شوند و آنانی که نمی‌شوند اشاره شده است (ریسی و همکاران، ۲۰۰۹).

نظارت

در طی چند سال گذشته نظارت بر روان‌درمانی به طور قابل توجهی تغییر کرده است. در گذشته، اهداف اصلی نظارت، آموزش این موارد به افراد نظارت‌شونده بود: چگونه مطالب بالینی را مفهوم‌سازی کنند، مداخلات درمانی را انتخاب و عملی کنند، ارزش‌ها و باورهای حرفه‌ای را ایجاد کنند و به استانداردهای اخلاقی برای عملکرد مشاوره‌ای پایبند بمانند (در حالی که تمامی این اهداف هنوز هم اهمیت دارند اما امروز نظارت به طور فزاینده‌ای صلاحیت‌محور^۱، مستند (شواهد) محور^۲ و پاسخگو محور^۳ شده است؛ واتکینز، ۲۰۱۲). امروز به طور فزاینده‌ای نظارت به عنوان فرآیند یادگیری تبدیلی (تحولی)^۴ شناخته می‌شود (کارول، ۲۰۱۰). بر همین اساس، امروزه نظارت را به عنوان فرآیندی

-
- 1- Competency-based
 - 2- Evidence-based
 - 3- Accountability-based
 - 4- Transformational learning

آموزشی (تربیتی) قلمداد می‌کنند که به واسطه‌ی آن ما به عنوان ناظران تلاش می‌کنیم تا استعداد‌های بالقوه‌ی درمانی افراد تحت نظارت را که ضمانت کرده‌ایم با آنها کار کنیم با آغوش باز بپذیریم، غنی‌تر کنیم و شکوفایش سازیم (واتکینز، ۲۰۱۲). یادگیری صرف مفهوم‌سازی موردی، گزینش درمان مناسب، ارزش‌های حرفه‌ای و وفاداری به استانداردهای اخلاقیِ کاربست درمانی که جزء الزامات ضروری برای کاربست روان‌درمانی هستند، برای نیل به تسلط و تخصص کفایت نمی‌کنند. باور ما این است که فرآیند تبدیل شدن به درمانگری مسلط از طریق ناظران بسیار باکفایتی تسهیل می‌شود که قابلیت‌های بالقوه‌ی درمانی نظارت‌شوندگان را شکوفا می‌کنند و محیطی برای یادگیری تبدیلی (تحولی و اساسی) فراهم می‌کنند.

خودتأملی ناظر

انتظار بر این است که چنین ناظرانی، خودتأملی را در کارهای نظارتی‌شان زمینه‌سازی کنند و پرورش دهند. در کنار خودتأملی فرد نظارت‌شونده، خودتأملی فرد نظارت‌کننده نیز به دلیل اینکه به عنوان یک پیش‌شرط لازم و ضروری برای تحریک فرآیند نظارت خوب عمل می‌کند، توجه و اهمیت مشابهی را به خود جلب کرده است (واتکینز، ۲۰۱۲، ص ۱۹۹). فرض بر این است که اگر ناظران روان‌درمانی به طور مکرر و منظم در فرآیند خودتأملی درگیر نشوند، نخواهند توانست آن نوع از نظارت سطح بالا که لازمه‌ی پرورش تخصص و تسلط در افراد تحت نظرشان است را فراهم کنند.

نظارت بر روان‌درمانی در برابر نظارت بر اساس مدیریت مورد (مراجع)

یک روند مخربی که متأسفانه مسیر نیل به تخصص و تسلط در روان‌درمانی را برای افراد نظارت‌شونده تخریب می‌کند ارائه‌ی نظارت مبتنی بر مدیریت مورد در پوشش ارائه‌ی نظارت روان‌درمانی است. این امر به ویژه در کلینیک‌ها و مراکزی موضوعیت دارد که مرتباً مراجعان بسیار پیچیده و مزمن را ویزیت می‌کنند زیرا آنها به احتمال زیاد به مدیریت اثربخش مورد در مقایسه با روان‌درمانی، پاسخ بهتری می‌دهند (بهتر جواب می‌دهد). کارورزانی با پرونده‌هایی از چنین مراجعان دشواری نیازمند نظارت مبتنی بر مدیریت مراجع هستند و این چیزی است که اغلب کارورزان در این مواقع دریافت می‌کنند. متأسفانه، مدیران و ناظران کلینیک‌ها و مراکز، بیشتر اوقات نظارتی که ارائه می‌کنند به عنوان نظارت روان‌درمانی تلقی می‌کنند. واقعیت این است که نظارت مبتنی بر مدیریت مورد نمی‌تواند رشد

مهارت‌های بنیادی روان‌درمانی را پرورش دهد و همچنین به میزان بسیار کمتری تخصص روان‌درمانی را زمینه‌سازی می‌کند. جدول ۹-۱ تفاوت این دو نوع نظارت را نشان داده است.

جدول ۹-۱ مقایسه‌ی روان‌درمانی با نظارت مبتنی بر مدیریت مورد

نظارت بر روان‌درمانی	نظارت مبتنی بر مدیریت مورد
- تمرکز عمده بر افزایش صلاحیت‌های هسته- ای کارورز است (اتحاد درمانی، سنجش درمان، مفهوم‌سازی مراجع، مداخلات مبتنی بر تغییرات مرتبه‌ی دوم، نظارت و کنترل بر تغییرات ایجاد شده، اختتام و غیره).	- تمرکز عمده بر افزایش مهارت‌های مدیریت مورد کارورز است (ارتباط برقرار کردن، سنجش رفتاری، هماهنگی خدمات، طرح‌ریزی برای مراجع، مشاوره و تغییرات مرتبه‌ی اول).
- مرور مداوم بر یک مراجع واحد از آغاز تا انتهای (باقی مراجعان به طور مختصری مورد بررسی قرار خواهند گرفت: با توجه به مدل مدیریت مورد).	- مرور منظم کل پرونده‌های مراجعان با تأکید بر امنیت مراجعان.
- مرور بر ویدئوهای ضبط شده (همچنین صداها یا یادداشت‌های فرآیندی)، توجه به محتوا و فرآیند، دلگرمی و ارزشیابی رشد حرفه‌ای و شخصی کارورز.	- مرور نمودارها: توجه به محتوا، مرور و ارزشیابی مهارت‌های کارورز، موضوعات باقی‌مانده، تأکید کم یا عدم تأکید بر رشد شخصی و حرفه‌ای.
- پرداختن مکرر به موضوعات مربوط به انتقال-انتقال متقابل. - پرورش خودتأملی	- پرداختن به ندرت به موضوعات مربوط به انتقال و انتقال متقابل. - پرداختن به موضوع پرورش خودتأملی خیلی بعید است.

کاربست با برنامه (سنجیده آگاهانه)^۱

کسب تخصص درحوزه‌های حرفه‌ای از جمله روان‌درمانی مستلزم گذراندن ساعت‌های زیادی
کاربست با برنامه است تا تخصص مزبور شکوفا شود (جینگز، اسکوهولت، گه، ولین، ۲۰۱۳). کاربرد
(کار عملی) با برنامه و از روی نقشه به زمان‌های اختصاص داده شده برای رسیدن به اهداف آن هم فراتر از

سطح تبجر فرد اشاره دارد (اریکسون و لهمان، ۱۹۹۶). کاربرست با برنامه مستلزم استفاده از مداخلات خاص، تسلط بر راهبردهای خاص و دریافت بازخورد از مراجعان برای بهینه‌سازی درمان است. به عبارتی دیگر، درمانگر مسلط شدن و نیل به موفقیت‌های درمانی، تابع ظرفیت درمانگران برای تلفیق کاربرست با برنامه و خودتأملی در زندگی حرفه‌ای‌شان است. کاربرست با برنامه مستلزم سه مؤلفه است که عبارت‌اند از: انجام تکالیف خوش‌ساخت در سطحی مناسب با سطح مشکل، استفاده از بازخورد و فرصت‌ها برای تکرار و اصلاح اشتباهات (اریکسون و لهمان، ۱۹۹۶).

در یادگیری صلاحیت‌ها و مجموعه مهارت‌های جدید، کاربرست با برنامه مستلزم درگیری فزاینده در عناصر دشوار این مهارت‌ها یا صلاحیت‌هاست. پسرفت‌ها و ناکامی‌ها بخش جدایی‌ناپذیر رشد تخصص، محسوب می‌شوند. پافشاری و یادگیری از طریق شکست‌ها (هرچند ناخوشایند هستند) نیز ضروری‌اند. جستجوی بازخوردهای دائمی در اشکال مختلف، دیگر مؤلفه‌ی ضروری کاربرست با برنامه (آگاهانه) می‌باشد. این امر مستلزم درخواست مستقیم بازخورد از مراجع و نیز استفاده از مقیاس‌های سنجش استاندارد و ابزارهای سنجش عملکرد برای ارزیابی پیشرفت مراجع است. این به معنای اجرا یا استفاده از بازخورد برای اصلاح مسیر یا جهت درمان نیز است.

گشوده بودن نسبت به بازخورد بخشی از کاربرست با برنامه (آگاهانه) است. بخش دیگر تجربه اندوژی و حرکت به سمت تخصص‌گرایی، استفاده از تأمل است. وجود حلقه‌های بازخوردی ضروری است زیرا افراد می‌توانند به واسطه‌ی آن از کاربرست (کارورزی) چیزی یاد بگیرند. هنگامی که درمانگران شخصاً پروانه می‌گیرند و به تنهایی کار می‌کنند، اگر کاربرست با برنامه و نظام بازخوردی متشکل از خودتأملی و خودنظارتی بر خود به عنوان یک کارورز، موجود نباشد، ممکن است قربانی شوند و از تجربه‌ی کارورزی‌شان چیز خاصی نیاموزند (جیننگز، اسکوهولت، گه و لیان، ۲۰۱۳، ص ۲۴۱).

انجام کاربرست با برنامه

کاربرست با برنامه برای ایجاد تخصص ضروری و اساسی است و گزینه‌ای اختیاری نیست. کارورزان اغلب می‌پرسند که چگونه می‌توانند از این برنامه استفاده کنند و آن را در مسیر یادگیری معطوف به درمانگر متبجر شدن تلفیق کنند. اقتباس یک یا چند مورد از فعالیت‌های بعدی در یک چهارچوب زمانی (مثلاً یک ترم) وقت خوبی برای شروع است. فعالیت‌های زیر را به عنوان اهداف کاربرست با برنامه در نظر بگیرید تا بتواند تلاش‌های شما را هدایت کند.

- ۱- در ۵ دقیقه اول مشاهده‌ی ویدئوهای مراجعان حواستان به مشاهده و شناسایی روندهای غیرانطباقی مراجعان باشد، آنگاه بیشتر نگاه کنید تا مشاهدات را تأیید یا اصلاح کنید.
- ۲- دو دقیقه از زمان شناسایی روندهای غیرانطباقی را به شناسایی روندهای انطباقی تر اختصاص دهید و این کار را تمرین کنید (در ادامه مورد شماره‌ی یک).
- ۳- برای تمامی مراجعان کنونی تان (و حتی مراجعان گذشته) پیش‌نویسی مبتنی بر صورت‌بندی اظهارات بالینی (از منظر رویکردهای راه‌حل‌محور، آدلری‌ها، روان‌پویایی، رفتار درمانی شناختی و روان‌زیست اجتماعی) تهیه کنید. هدف این کار کاهش زمان و صرفه‌جویی در آن است تا بتوانید ظرف ده دقیقه صورت‌بندی بالینی کتبی را بنویسید. اظهارات خود در مورد صورت‌بندی‌های بالینی را با هر یک از جهت‌گیری‌های درمانی مقایسه کنید تا ببینید صورت‌بندی شما به کدام دیدگاه نزدیک‌تر است (اسپری و اسپری، ۲۰۱۲).
- ۴- پیش‌نویس اظهاراتی مبنی بر صورت‌بندی فرهنگی و نیز مداخلات درمانی مربوطه درباره‌ی مراجعان کنونی و حتی مراجعان گذشته‌تان تهیه کنید. هدف این کار صرفه‌جویی در زمان است تا بتوانید ظرف ده دقیقه صورت‌بندی کتبی را تهیه کنید.
- ۵- برای تمامی مراجعان کنونی تان ظرف ده دقیقه پیش‌نویسی مبتنی بر سنجش مختصر وضعیت روانی تهیه کنید.
- ۶- برای هر جلسه‌ای که با مراجعان خاص دارید (با کمک گرفتن از حافظه‌تان) پیش‌نویسی مو به مو تهیه کنید؛ و ستون سوم را به اظهاراتتان اضافه کنید. هدف این کار کاهش زمان موردنیاز است به طوری که از زمان جلسات برنامه‌ریزی شده کم نشود، تا اینکه بتوانید ظرف ده دقیقه صورت‌بندی کتبی را تهیه کنید.
- ۷- طرحی را در دست داشته باشید که بر اساس آن بدانید که چگونه انتقال‌های منفی چندین مراجع کنونی تان را مدیریت خواهید کرد.
- ۸- طرحی را در دست داشته باشید که بر اساس آن بدانید که انتقال‌های جنسی (شهوایی) یک یا چند مراجع خودتان را چگونه مدیریت خواهید کرد.
- ۹- طرحی را در دست داشته باشید که بر اساس آن بدانید اگر مراجع قصد آسیب‌رسانی به شخص سوم را داشت چگونه باید عمل کنید.

- ۱۰- یک تکه کلام تکراری (مانند آه) یا یک راهبرد بی‌ثمر (مانند نصیحت کردن مراجع) را انتخاب کنید و طرحی بریزید که بر اساس آن بدانید که در جلسات بعدی دقیقاً کی از این موارد اجتناب خواهید کرد یا اینکه آنها را جایگزین چیز دیگر خواهید کرد و سپس از راهبرد خاص دیگری استفاده خواهید کرد (منظور استفاده از یادیار است).
- ۱۱- روی مسائل خاص و به طور دائم و متعاقباً تأمل کنید (در صدر برنامه‌های روزانه‌تان این موارد را قرار دهید) تا اینکه حل و فصل شوند.
- ۱۲- پیش‌نویس سناریوهایی را (حداقل ۱۵ دقیقه) درباره اینکه چگونه از مصاحبه‌های انگیزشی استفاده خواهید کرد، تهیه کنید.
- ۱۳- با مراجعان خاص تمرین کنید تا اینکه اندازه‌های نمره‌گذاری شده توسط خودتان به ده یا شش و نیم یا بالاتر از آن برسد. با نیم‌رخ مراجعان دو و سه شروع کنید و به سمت نیم‌رخ مراجعان چهارم حرکت کنید (به فصل اول بنگرید).
- ۱۴- مداخلات درمانی خاص را با مراجعان خاص تمرین کنید تا اینکه درجه‌بندی آنها روی مقیاس سنجش جلسات به طور مستمر به ۳۸ یا ۴۰ یا بالاتر از آن برسد. درباره‌ی درجه‌بندی‌های آنان بحث کنید و از بازخوردها استفاده کنید تا تغییرات مناسبی در فرآیندهای آنان ایجاد شود.

اظهارات پایانی

هنوز هم توافق و اجماعی پیرامون ملاک‌های سنجش تخصص و تسلط بر روان‌درمانی و اطلاق واژه‌ی درمانگر مسلط به یک فرد وجود ندارد. با این اوصاف، این فصل چندین نشانگر تسلط را که مبتنی بر پژوهش نیز بودند، توصیف کرد. همچنین سه راهبرد برای افزایش تخصص در روان‌درمانی نیز مورد بحث قرار گرفت: تأمل، نظارت و کاربست با برنامه. فرض بر این است که این فصل آگاهی و درک خواننده را پیرامون تخصص و تسلط بر روان‌درمانی افزایش داده است. امیدواریم این کتاب عزم و اراده‌ی تبدیل شدن به درمانگر مسلط را برای کارورزان و درمانگران افزایش دهد.

References

- Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 57-78.

- Bennett-Levy, J., & Thwaites, R. (2006). Self and self-reflection in the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 255–282). London, UK: Taylor & Francis.
- Binder, J. (2004). *Key competencies in brief dynamic psychotherapy: Clinical practice beyond the manual*. New York, NY: Guilford.
- Binder, J., & Betan, E. (2012). *Core competencies in brief dynamic psychotherapy*. New York, NY: Routledge.
- Carroll, M. (2010). Supervision: Critical reflection for transformational learning (Part 2). *The Clinical Supervisor*, 29, 1–19.
- Dreyfus, H., & Dreyfus, S. (1986). *Mind over machine*. New York, NY: Free Press.
- Ericsson, K. A., & Lehmann, A. (1996). Expert and exceptional performance: Evidence of maximal adaptation to task constraints. *Annual Review of Psychology*, 47, 273–305.
- Ericsson, K. A., Prietula, M., & Cokely, E. (2007). The making of an expert. *Harvard Business Review*, 85, 114–121.
- Jennings, L., Skovholt, T., Goh, M., & Lian, P. (2013). Master therapists: Exploitations of expertise. In M. Ronnestad & T. Skovholt (Eds.), *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors* (pp. 213–246). New York, NY: Routledge.
- Lambert, M., & Ogles, B. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139–193). New York, NY: Wiley.
- Lambert, M., & Okishi, B. (1997). The efficacy and effectiveness of psychotherapy supervision. In C. Watkins (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139–193). New York, NY: Wiley.
- Mozdzierz, G., Peluso, P., & Lisiecki, J. (2009). *Principles of counseling and psychotherapy: Learning the essential domains and nonlinear thinking of master practitioners*. New York, NY: Routledge.
- Overholser, J. (2010). Clinical expertise: A preliminary attempt to clarify its core elements. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 131–139.
- Reese, R., Usher, E., Bowman, D., Norsworthy, L., Halstead, J., Rowlands, S., et al. (2009). Using client feedback in psychotherapy training: An analysis of its influence on supervision and counselor self-efficacy. *Training and Education in Professional Psychology*, 3, 157–168.

- Rønnestad, M., & Skovholt, T. (2013). *The developing practitioner: Growth & stagnation of therapists & counselors*. New York, NY: Routledge.
- Schön, D. (1983) *The reflective practitioner*. New York, NY: Basic Books.
- Skovholt, T. M., & Jennings, L. (2004). *Master therapists: Exploring expertise in therapy and counseling*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Sperry, L. (2010a). *Core competencies in counseling and psychotherapy: Becoming a highly competent and effective therapist*. New York, NY: Routledge.
- Sperry, L. (2010b). *Highly effective therapy: Developing clinical competencies in counseling and psychotherapy*. New York, NY: Routledge.
- Sperry, L., & Sperry, J. (2012). *Case conceptualization: Mastering this competency with ease and confidence*. New York, NY: Routledge.
- Watkins, E. (2012). Psychotherapy supervision in the new millennium: Competencybased, evidence-based, particularized, and energized. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42, 193–203

واژه‌نامه

Action-oriented approach	رویکردهای عمل‌مدار
Acceptanc	پذیرش
Acceptance and blocking	پذیرش و مسدودسازی
Accountability-based	پاسخگو محور
Acting-out	گذار به عمل (برون‌ریزی)
Accumulated Experiences	تجارب تجمعی (تراکمی)
Achievement-oriented families	خانواده‌های پیشرفت‌مدار
Additional change post therapy	تغییرات اضافی پس از درمان
Advanced Student Phase	دوره ی دانشجوی پیشرفته
Advanced Beginner	مبتدی رو به پیشرفت
A follow-up conversations	گفتگوهای پیگیرانه
Agreed-on goals	اهداف مورد توافق
Ambivalence	دوسو گرایی
An adaptive pattern	یک روند انطباقی
Apprenticeship	کارآموزی (کارورزی)
Apprehension	اندیشناکی
A supportive and affirming therapist	درمانگری حامی و تأییدکننده
Avoidance	اجتناب
Beginning therapists	درمانگران تازه کار
Beginner	مبتدی
Bond	پیوند
Case formulation	صورت‌بندی موردی
Case conceptualization	مفهوم‌سازی موردی
Competency	صلاحیت
Commentaries	اظهار نظر و تفسیر

Core curriculums	برنامه‌های هسته‌ای
Congruent	اصیل و همخوان
Cognitive	پیچیدگی شناختی
Chunk Complexity	طبقه‌بندی و تقطیع
Client's characteristic way	شیوه منشی (مشخص و قالب) مراجع
Collaborative Research Network studies	شبکه‌ی مطالعات تحقیقی مشارکتی
Cycle of demoralization	چرخه‌ی غیراخلاقی‌سازی
Competency-based education	برنامه‌های آموزشی صلاحیت‌محور
Chronic dissatisfaction	نارضایتی مزمن
Competency-based	صلاحیت‌محور
Calling	حرفه و شغل
Certificate of psychotherapy	پروانه‌ی روان‌درمانی
Clinician credibility	اعتبار بالینی
Contemplative stage	مرحله‌ی تأمل (تفکر)
Competent practice of psychotherapy	کاربست (اعمال) شایسته‌ی روان‌درمانی
Communicate	ارتباطی
Cultural interventions	مداخلات فرهنگی
Culturally sensitive therapies	درمان‌های حساس به فرهنگ
Culturally sensitive interventions	مداخلات حساس به فرهنگ
Cuento therapy	داستان‌درمانی
Cross- assessment	سنجشی مقطعی
Confrontation sectional	رویارویی
Competence	صلاحیت
Concentrated focus	تمرکز متمرکز
Coherent professional self	خودحرفه‌ای منسجم
Developing Case Conceptualization	ایجاد مفهوم‌سازی موردی
Deliberate Practice	کاربست با برنامه (آگاهانه)

Discrepancy	ناهماهنگی
Dummy- proof	غیرعوامانه
Drive	سائق
Declarative learning	یادگیری واقعیت بنیاد
Depressive Disorder-NOS	اختلال افسردگی نامشخص
Dependent Personality Disorders	اختلال شخصیت وابسته
Desensitization	حساسیت زدایی
Exposure	مواجهه
Evidence-based treatments	درمان‌های مبتنی بر شواهد
Evidence-based practice (EBP)	کاربست مستند (مبتنی بر شواهد)
Empirically supported treatment	درمان‌های تأییدشده به واسطه ی شواهد تجربی
Either-or battle	نبرد مبتنی بر دیدگاه یا این یا آن
Empathy	همدلی
Expertise	تخصص (خبرگی)
Experienced Professional Phase	دوره ی حرفه ای مجرب
Evidence-based	مستند (شواهد) محور
Evidence-based practice	کاربست شواهد محور
Explanatory power	قدرت تبیینی
Flooding	غرقه سازی
Feedback-assisted treatments	درمان‌های منضم به بازخورد
Final or post-treatment outcomes	پیامدهای نهایی یا بعد از درمان
Factors common	عوامل مشترک
Facilitate corrective experiences	تسهیل تجارب اصلاحی (تصحیحی)
Facilitate first, second, and third order change	تسهیل تغییرات مرتبه ی اول، دوم و سوم
Global Assessment of Functioning scale	مقیاس سنجش کلی کارکرد (کارآمدی)
Guidance and Psycho-education	راهنمایی و روانی تربیتی
Healing involvement	درگیری شفابخش

Instinctual drive	سائق غریزی
Immediate or formative outcomes	پیامدهای بلافصل یا تکوینی
Insight	بینش
Intra-psychoic	درون‌روانی
Interpersonal	بین فردی
Intrapersonal	درون فردی
Impasses	تنگناها یا بن‌بست‌ها
Impulsive	تکانشی
Identify Patterns and Focus Treatment	شناسایی روندها و تمرکز درمان
In vivo	به صورت زنده
Implosion	غرقه‌سازی تجسمی
Junior high	دوران راهنمایی (سیکل اول دبیرستان)
licensure	پروانه (کار)
Master therapists	درمانگران خیره (مسلط)
Meta communication	فرا ارتباط
Metacognition	فراشناخت
Meeting of hearts and meeting of minds	ملاقات و پیوند قلب‌ها و مغزها
Manual-based treatments	دستورالعمل‌های عملی (دستنامه)
Meta-analysis	فرا تحلیل
Mid-therapy evaluation	ارزیابی میانه‌ی درمان
Minimally Competent	حداقل صلاحیت
Morita therapy	موریتا درمانی
Move against others and herself	حرکت علیه دیگران و خویش
Movement	جنبش
Monitor	نظارت (کنترل)
Nonlinear thinking	تفکر غیرخطی
Novice Student Phase	دوره‌ی دانشجوی تازه‌کار

Novice Professional Phase	دوره ی حرفه ای تازه کار (آغاز حرفه ای گرای)
Obsessive-Compulsive Personality	شخصیت وسواس فکری و عملی
Outliers	طرد شده
Outcomes Rating Scale	مقیاس درجه بندی پیامدها
Orders of change	مراتب تغییر
Planning treatment	طرح (طراحی) درمان
premature termination	پایان زودهنگام و پیش از موعد درمان
productive therapeutic alliance	اتحاد درمانی ثمربخش
panic attacks	حملات وحشت زدگی (آسیمگی)
psychoanalyst	روان تحلیل گر
Presentation	وضع موجود
precipitants	عوامل تسریع کننده
psychotherapy	روان درمانی
protective factors	عوامل حمایتی
procrastinating	اهمال کاری
prognosis	پیش آگهی
paradoxical suggestion	پیشنهاد تناقضی
perfectionistic striving	تلاش های تمامیت خواهانه
Personality avoidant traits	صفات شخصیتی اجتنابی
practice-based evidence	شواهد کاربست (عمل) محور
procedural learning	یادگیری رویه ای
proficiency	تبحر
patterns	روندها
Predisposition	عوامل زمینه ساز
Prescribing	تجویز
professional judgment	قضاوت حرفه ای
practicum experience	تجربه ی کارورزی

procedural competence	صلاحیت رویه‌ای
process of becoming a psychotherapist	فرآیند روان‌درمانگر شدن
personal self	خود شخصی
qualitative studies	مطالعات کیفی
Resistance	مقاومت
Relational pattern	روند رابطه‌ای
Reversal	واژگون‌سازی
Refocusing	تمرکز مجدد
Randomized clinical trials	آزمایش‌های بالینی تصادفی
Replacement	جانشین‌سازی
Real therapy	درمان واقعی
Randomized controlled trial	آزمایش‌های کنترل‌شده و تصادفی
Relapse	بازگشت و عود
Reflective system	نظام تأملی
Reflective learning	یادگیری تأملی
Reflection	تأمل
Relational	رابطه‌ای
Respect	احترام
Self-criticalness	خودانتقادی‌ها
Self-other schemas	طرح‌واره‌های خودی-دیگری
Spiritual well-being	بهبودی معنوی
Self-determination	خودتعیین‌گری
Self-efficacy	خودکارآمدی
Self-Reflection	تأمل در خویشتن
Self-criticalness	خودانتقادگری
self-fulfilling prophecy	پیشگویی خودکام‌بخش
Self-reflection	خودتأملی

self-directed learning	یادگیری خود-ره‌نمون
self-therapy	خوددرمانی
self-supervision	خودنظارتی
self-awareness	خودآگاهی
Society for Psychotherapy Research	جامعه‌ی تحقیقات روان‌درمانی
Stressful involvement	درگیری پرفشار
Strictly talk-oriented approaches	رویکردهای سخت صحبت‌مدار
supportive therapy	حمایت‌درمانی
Socratic questioning	سؤالات (پرسشگری) سقراطی
Start-and-stop fashion	شیوه‌ی شروع کن-بایست
Serenity	آرام و ساکت
Supervisee	نظارت‌شونده
Supervisor	ناظر
Session Rating Scale	مقیاس درجه‌بندی جلسه
Spiritually sensitive interventions	مداخلات حساس به معنویت
Superior performance	عملکردی عالی و برتر
Senior Professional Phase	دوره‌ی حرفه‌ای ارشد
Therapists-in-training	درمانگران مشغول در کارورزی
Technical	فنی
Transformative processes	فرآیندهای تبدیلی (تغییر در ساخت و اساس هر چیزی)
Therapeutic objectives	اهداف درمانی
The Kern Lifestyle Scale	مقیاس سبک زندگی کرن
The climate of the therapeutic alliance	جو اتحاد درمانی
The five developmental stages of expertise	مراحل ۵ گانه‌ی رشدنگر متخصص شدن
Themes of Profession Development	مضامین رشد حرفه‌ای
Theoretical orientation	جهت‌گیری نظریه‌ای
Therapist effect	اثرات درمانگر

Therapy relationship	رابطه‌ی درمانی
Therapeutic alliance	اتحاد درمانی
Talent Is Overrated	مبالغه در باب استعداد
Transformative	تبدیلی (تحول در ماهیت و ساختار یک چیز)
Triggers	عوامل برانگیزان
Treatment formulation	صورت‌بندی درمان
Treatment goals	اهداف درمانی (کاربندی)
Transformation	تبدیل (تحول و دگرذیسی)
Treatment strategy	راهبرد درمانی
Treatment strategies	راهبردهای درمانی (کاربندی)
Therapeutic support and replacement	حمایت و جانشین‌سازی درمانی
Transference and countertransference reactions	واکنش‌های انتقال و انتقال متقابل
Treatment outcomes	پیامدهای (مداخلات) درمانی
Treatment-interfering factors	عوامل مخل درمان
Transference-countertransference	انتقال و انتقال متقابل
Toward others	به سمت دیگران
Transformational learning	یادگیری تحولی (تبدیلی)
Treatment-as-usual	درمان‌های مطابق معمول
Unfinished business	امور (مشغله‌های) ناتمام خویش
Work involvement experiences	تجارب درگیرانه در کار
Zeitgeist	روح زمانه

نمایه

الف

اهداف مورد توافق: ص ۴

اجتناب: صفحات ۱۶، ۳۶، ۳۷، ۱۱۶، ۱۲۱، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۳، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۴۵، ۱۵۱، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۳، ۱۷۵، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۷، ۱۸۸، ۲۰۹، ۲۱۶، ۲۱۸، ۲۲۰، ۲۲۲، ۲۲۷، ۲۲۸، ۲۳۵، ۲۶۱، ۲۶۵، ۲۶۶، ۲۶۷، ۲۷۰، ۲۸۲

اظهار نظر و تفسیر: ص ۱۵۰

اصیل و خالص: ص ۱۰

ارتباطی: صفحات ۱۰، ۱۱، ۲۵، ۲۹، ۶۹، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۱۶، ۱۲۱، ۱۹۱، ۲۴۱، ۲۵۴، ۲۵۶

اعتبار بالینی: صفحات ۱۹، ۳۰، ۳۴، ۶۶، ۶۸، ۷۱، ۷۳، ۱۰۹، ۱۲۴، ۱۲۷، ۱۹۳، ۲۵۶

اختلال افسردگی نامشخص: ص ۴۰، ۱۴۵

اختلال شخصیت وابسته: صفحات ۱۴۵، ۴۰

اتحاد درمانی: صفحات ۶۶، ۷۱، ۷۳، ۷۶، ۷۷، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۹، ۱۲۷، ۱۲۷، ۱۳۵، ۱۳۷، ۲۳۱، ۲۳۴

۲۵۶، ۲۶۰، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۶، ۲۷۷، ۲۷۹

اهداف درمانی (کاربندی): ۱۷، ۳۱، ۶۷، ۱۱۱، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۱، ۱۳۴، ۲۲۷

۲۲۹، ۲۳۵، ۲۴۱، ۲۴۶

انتقال و انتقال متقابل: صفحات ۱۰، ۳۳، ۲۷۹

احترام: صفحات ۳۲، ۵۹، ۶۰، ۶۹، ۱۰۶، ۱۲۴، ۲۳۴

اثرات درمانگر: صفحات ۵، ۶۸

اتحاد درمانی ثمربخش: صفحات ۱۸، ۲۹، ۳۳، ۳۳، ۶۶، ۷۱

ب

برنامه‌های آموزشی صلاحیت محور: ص ۶

بینش: صفحات ۱۹، ۵۴، ۶۹، ۷۴، ۱۰۸، ۱۱۹، ۱۴۹، ۱۵۲، ۱۸۶، ۲۰۷، ۲۳۶، ۲۳۸، ۲۵۴، ۲۷۲

بین فردی: صفحات ۲۰، ۳۴، ۷۵، ۷۶، ۱۱۲، ۱۱۴، ۱۱۶، ۱۲۰، ۲۱۳، ۲۳۷، ۲۳۹، ۲۶۰، ۲۶۱، ۲۶۸

بازگشت و عود: صفحات ۲۳۶، ۲۵۲، ۲۱۲، ۲۳۵، ۲۳۷، ۲۳۸، ۲۴۶، ۲۵۲

بهبودی معنوی: ص ۱۰

پیشگویی خودکام‌بخش: صفحات ۲۲۰، ۱۷۲

پ

پذیرش: صفحات ۴، ۹، ۱۰، ۱۲، ۳۲، ۴۰، ۷۶، ۷۷، ۸۵، ۹۵، ۱۰۷، ۱۰۹، ۱۱۹، ۱۴۳، ۱۵۶، ۱۵۸، ۱۵۹،

۱۷۷، ۱۸۵، ۲۱۱، ۲۲۵، ۲۴۰

پذیرش و مسدودسازی: صفحات ۱۵۸، ۱۵۹

پاسخگومحور: ص ۲۷۷

پیوند: صفحات ۴، ۱۷، ۱۸، ۳۱، ۳۸، ۶۷، ۷۵، ۱۹۷، ۲۰۶، ۲۲۶، ۲۶۹

پسچیدگی شناختی: صفحات ۹، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۵، ۱۱۲

پروانه‌ی (روان‌درمانی): صفحات ۲۳، ۲۳۴، ۲۳۵، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۵، ۲۸۰

پیش‌آگهی: صفحات ۱۲۷، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۶۷، ۱۲۷، ۱۲۹

پایان زود هنگام: صفحات ۳۰، ۱۳۵، ۲۷۷

پيامدهای مداخلات (درمانی): ص ۳

ت

تجارب تجمعی (تراکمی): ص ۲۵، ۹

تغییرات اضافی پس از درمان: صفحات ۲۵، ۲۵۲

تخصیص: صفحات ۱، ۲، ۵، ۷، ۱۳، ۱۴، ۲۱، ۲۳، ۳۴، ۲۵۶، ۲۶۰، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۹، ۲۷۰،

۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۴، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۰، ۲۸۲

تغییرات مرتبه‌ی اول: صفحات ۱۷، ۲۲، ۲۵، ۱۱۸، ۱۳۱، ۱۳۴، ۱۵۰، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶،

۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۷، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۱، ۲۰۵، ۲۰۷، ۲۱۲، ۲۲۷، ۲۴۶، ۲۵۲، ۲۵۶،

۲۷۹

تغییرات مرتبه‌ی دوم: صفحات ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۵، ۱۹۷، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۱، ۲۰۳، ۲۰۵، ۲۰۶، ۲۰۷،

۲۰۹، ۲۱۲، ۲۱۵، ۲۲۶، ۲۲۹، ۲۴۰، ۲۴۵، ۲۴۶، ۲۵۱، ۲۵۲، ۲۵۶، ۲۷۹

تغییرات مرتبه‌ی سوم: صفحات ۱۷، ۲۲، ۲۵، ۱۵۳، ۱۸۸، ۱۹۲، ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۳، ۲۱۵،

۲۱۷، ۲۲۶، ۲۲۷، ۲۲۸، ۲۲۹، ۲۴۶، ۲۵۲، ۲۵۴، ۲۵۶

تجارب تصحیحی: صفحات ۱۹، ۲۰، ۲۵، ۷۱، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۹، ۱۲۲، ۱۵۰، ۱۵۹

تمرکز مجدد: ص ۲۱۵

تبحر: صفحات ۷، ۱۶، ۹۶، ۲۶۰، ۲۶۳، ۲۶۷، ۲۷۳، ۲۸۰

تجویز: صفحات ۲۰۹، ۱۵۹، ۱۵۸، ۱۵۶، ۱۵۵

تلاش‌های تمامیت‌خواهانه: صفحات ۱۰۹، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۹۷

ج

جنبش: صفحات ۳، ۱۰، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۴۲، ۱۴۳، ۲۴۵

جهت‌گیری نظریه‌ای: صفحات ۱۲، ۱۹، ۲۱۳

جو اتحاد درمانی: ص ۷۷

جانشین‌سازی: صفحات ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۴، ۱۲۹، ۱۵۹

چ

چرخه‌ی غیراخلاقی‌سازی: صفحات ۵۱، ۳۵۹

ح

حرفه و شغل: صفحات ۱، ۲۳، ۲۶۲، ۲۶۵

حساسیت‌زدایی (منظم): صفحات ۱۲۱، ۱۵۷

حداقل صلاحیت: ص ۲۶۲

حملات وحشت‌زدگی (آسیمگی): صفحات ۱۸، ۱۵۴، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۹۱، ۱۹۲

حمایت درمانی: ص ۱۲۰

خ

خودانتقادی‌ها: صفحات ۱۴۳، ۱۹۷، ۱۹۹، ۲۱۵

خانواده‌های پیشرفت‌مدار: ص ۱۲

خودتعیین‌گری: ص ۱۱

خودکارآمدی: صفحات ۱۱، ۳۴، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۱۳۵

خودانتقادگری: ص ۱۰۹

خودتأملی: صفحات ۲۷۵، ۲۷۶، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۰

خوددرمانی: صفحات ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۳۶، ۲۳۷

خودنظارتی: صفحات ۲۷۵، ۲۸۰

خودآگاهی: ص ۹، ۱۴، ۱۵، ۳۴، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۲۹

۵

دوسوگرایی: صفحات ۳۳، ۱۲۶، ۱۳۶، ۱۳۷، ۲۶۱

درمانگران تازه‌کار: صفحات ۲۱، ۲۹

درمان‌های حساس به فرهنگ: صفحات ۱۲، ۱۱۷، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵

درون‌روانی: صفحات ۱۱۵، ۲۶۱

درون فردی: صفحات ۱۲، ۱۱۵، ۲۳۷، ۲۶۸

درمان‌های شواهد محور: صفحات ۲۳۱

درمانگران خبره (مسلط): صفحات ۳۵، ۳۶، ۳۹، ۴۵، ۵۲، ۶۶، ۷۰، ۷۶، ۱۱۲، ۳۶۳

۶

روان‌تحلیل‌گر: صفحات ۵۸، ۳۶۴

روان‌درمانی: صفحات ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۷،

۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۴، ۴۰، ۵۰، ۵۴، ۱۱۶، ۱۱۹، ۲۰۳، ۲۰۴، ۲۹۰، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۲۹، ۳۳۰، ۳۳۳، ۳۳۴

۳۳۵، ۳۳۹، ۳۴۲، ۳۴۸، ۳۴۹، ۳۵۱، ۳۵۴، ۳۶۴

رویاریویی: صفحات ۳۱۹، ۳۶۰

رویکردهای عمل‌مدار: صفحات ۶۸، ۳۵۸

روندها: صفحات ۱۰، ۱۵، ۲۴، ۴۸، ۴۹، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۶۰، ۷۵، ۷۷، ۷۸، ۱۰۶، ۱۱۷، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۶۰،

۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۶، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۶، ۱۸۷، ۱۸۷، ۱۹۲، ۱۹۳،

۱۹۴، ۲۰۱، ۲۰۲، ۲۰۳، ۲۰۴، ۲۰۵، ۲۰۶، ۲۰۸، ۲۱۲، ۲۳۵، ۲۴۲، ۲۴۶، ۲۴۹، ۲۵۰، ۲۵۱، ۲۵۵، ۲۵۶،

۲۶۶، ۲۶۷، ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۵، ۲۸۸، ۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۱، ۳۰۲، ۳۰۴، ۳۰۷، ۳۱۱، ۳۲۰، ۳۲۱، ۳۲۲،

۳۳۰، ۳۲۸، ۳۳۱، ۳۴۴، ۳۵۲

رابطه‌ی درمانی: صفحات ۳۸، ۶۷، ۷۰، ۱۱۹، ۲۹۶، ۳۴۷

راهبردهای درمانی (کاربندی): صفحات ۱۷۸، ۳۶۸

راهبردهای درمانی: صفحات ۱۹۷، ۲۰۲، ۲۴۳

س

سؤالات (پرسشگری) سقراطی: صفحات ۱۶۹، ۳۶۷

سنجشی مقطعی: صفحات ۱۶۱، ۳۶۰

ش

شناسایی روندها: صفحات ۴۸، ۵۵، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۳، ۱۸۷، ۳۵۲، ۳۶۲

شخصیت وسواس فکری و عملی: صفحات ۷۴، ۳۶۳

شواهد کاربست (عمل) محور: صفحات ۲۹۴، ۳۶۴

ص

صورت‌بندی درمان: صفحات ۱۶۵، ۱۹۷، ۳۰۱، ۳۶۸

صورت‌بندی موردی: صفحات ۲۴، ۳۵۹

صلاحیت: صفحات ۷، ۸، ۱۰، ۱۴، ۱۵، ۳۶، ۴۰، ۴۲، ۴۳، ۴۶، ۵۰، ۵۲، ۵۳، ۵۵، ۶۰، ۷۰، ۷۱، ۱۵۹،

۱۶۰، ۱۶۲، ۱۶۵، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۹۶، ۲۹۹، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۲۹، ۳۳۰، ۳۳۱، ۳۳۳، ۳۳۴، ۳۳۶، ۳۴۰، ۳۴۱،

۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۴، ۳۴۸، ۳۵۰، ۳۵۱

صفات شخصیتی اجتنابی: صفحات ۳۶۴، ۱۹۵

صلاحیت محور: صفحات ۳۴۸، ۳۵۹

ط

طرح‌وارهای خودی-دیگری: ص ۱۵۳

ع

عوامل برانگیزان: صفحات ۱۶۱، ۲۷۶، ۳۶۸

عوامل مشترک: صفحات ۱۸، ۳۸، ۳۶۱

عوامل تسریع‌کننده: صفحات ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۸۰، ۱۸۱، ۳۶۴

عوامل زمینه‌ساز: صفحات ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۷۵، ۱۸۲، ۳۶۴

غ

غرفه‌سازی تجسمی: صفحات ۱۷۰، ۳۶۲

غرفه‌سازی: صفحات ۱۷۰، ۳۶۱

ف

فرآیندهای تبدیلی: صفحات ۵۴، ۱۱۶، ۳۶۷

فرا ارتباط: صفحات ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۳۶۳

فرآشناخت: صفحات ۴۹، ۱۶۰، ۳۶۳

فرآیند روان‌درمانگر شدن: صفحات ۳۳۵، ۳۶۵

ق

قدرت تبیینی: صفحات ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۹، ۱۸۲، ۱۹۸، ۳۶۱

قضاوت حرفه‌ای: ۳۲۸، ۳۶۵

ک

کارآموزی (کارورزی): صفحات ۳۵۸، ۵۹

کاربست (اعمال) شایسته‌ی روان‌درمانی: صفحات ۷۰، ۳۶۰

کاربست شواهد محور: صفحات ۳۶۱، ۲۹۴

گ

گذار به عمل (برون‌ریزی): ص ۱۸

گفتگوهای پیگیرانه: صفحات ۱۴۲، ۲۱۰

م

مقیاس سبک زندگی کرن: صفحات ۱۴۴، ۲۴۰

مضامین رشد حرفه‌ای: ص ۲۶۶

مبتدی رو به پیشرفت: ص ۲۶۲

مبتدی: صفحات ۸، ۱۴، ۱۵، ۲۱، ۱۴۷، ۲۱۴، ۲۶۲، ۲۷۴

مفهوم‌سازی موردی: صفحات ۳۰، ۱۴۲، ۱۴۷، ۲۳۸، ۲۵۶، ۲۷۳، ۲۷۸

مفهوم‌سازی: صفحات ۶، ۱۳، ۱۵، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۹، ۳۰، ۳۶، ۶۷، ۶۹، ۷۱، ۷۳، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۴، ۱۱۷،

۱۱۹، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۷، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۳، ۱۴۵، ۱۴۷، ۱۵۲،

۲۱۳، ۲۳۸، ۲۵۶، ۲۶۰، ۲۷۳، ۲۷۷، ۲۷۸، ۲۷۹

مواجهه: صفحات ۴۹، ۶۸، ۱۰۷، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۴۱، ۱۴۳، ۱۴۷، ۱۴۹، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲،

۱۵۴، ۱۵۷، ۱۵۹، ۱۶۹، ۱۸۵، ۱۸۹، ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۱۹، ۲۲۲، ۲۵۱، ۲۵۲، ۲۶۰، ۲۶۱، ۲۷۴

مراتب تغییر: صفحات ۲۲، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۴

مداخلات حساس به معنویت: ص ۲۷۱

مقیاس درجه بندی جلسه: ص ۲۳۴

ن

نارضایتی مزمن: ص ۲۱

نظارت: صفحات ۲، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۳۳، ۶۸، ۱۱۲، ۱۲۰، ۱۴۷، ۲۱۵، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۵،

۲۳۷، ۲۳۹، ۲۴۱، ۲۴۲، ۲۴۳، ۲۴۵، ۲۴۷، ۲۴۹، ۲۵۱، ۲۵۳، ۲۵۵، ۲۵۷، ۲۶۰، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۷۲، ۲۷۵،

۲۷۶، ۲۷۷، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۲

و

واژگون سازی: صفحات ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۹

ه

همدلی: صفحات ۳۲، ۶۹، ۷۶، ۷۷، ۲۲۳، ۲۶۹

ی

یادگیری تحولی (تبدیلی): صفحات ۲۷۷، ۲۷۸

یک روند انطباقی: صفحات ۲۰، ۱۱۴، ۱۱۸، ۱۲۰، ۱۳۴، ۱۴۲، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۹۳، ۱۹۷، ۲۰۵، ۲۰۹

University of Guilan Press

How Master Therapists Work
Effecting Change from the First Through
the Last Session and Beyond

By:

Len Sperry & Jon Carlson

Translated by:

Amir Qorbanpoor Lafmejani, Ph. D