

۱۳	تقدیر و تشکر
۱۵	مقدمه
۱۷	پیش‌گفتار
۲۱	فصل ۱: درگیری هیجانی و تأثیرگذاری دوسویه: مشکلات اساسی در آغاز درمان
۲۳	اهمیت انطباق مناسب
۲۹	عدم موفقیت در متعهد ساختن مراجع
۳۱	توجه کردن به آنچه مراجع در مورد خود می‌گوید
۳۲	گیر افتادن درمانگران در تجربهٔ مراجعان
۳۴	فهمتان را محک بزنید
۳۶	همدلی اساسی
۳۸	تقاضای فزاینده برای همدلی
۳۹	سؤال پرسیدن
۴۳	تعیین اهداف
۴۵	کار کردن با خمودی
۴۷	خلاصه
۴۹	فصل ۲: دوسویگی و همکاری: تأثیرگذاری بر همدیگر
۵۰	هم مراجع و هم درمانگر به تکرار گذشته می‌پردازند
۵۲	شناسایی الگوهای برقراری ارتباط
۵۳	تکرار گذشته از طرف درمانگران
۵۷	برقراری رابطهٔ همکاریانه
۶۰	مورد آندرا
۶۴	مورد لورا
۷۱	تأثیرگذاری دوسویه و افسانهٔ مراجع ضعیف و شکننده
۷۸	خلاصه
۷۹	فصل ۳: تعریف مجدد واپس‌روی: تسهیل کردن آسیب‌پذیری سودمند
۸۳	نشانه‌ها و علائم واپس‌روی
۸۵	فهمیدن واپس‌روی

۱۶	.....	واپس‌روی سودمند
۱۷	.....	مورد سالی
۹۳	.....	واپس‌روی غیرسودمند
۹۴	.....	تماس‌های تلفنی خارج از وقت کاری
۹۶	.....	یک نمونه موردی از واپس‌روی غیرسودمند
۱۰۲	.....	آیا درمانگر می‌تواند باعث واپس‌روی شود؟
۱۰۳	.....	خطرات واپس‌روی در مراجعان ترومازده
۱۰۴	.....	چگونه می‌توان واپس‌روی را در سطوح قابل‌کنترل نگه داشت؟
۱۰۶	.....	خلاصه

فصل ۴: مداخله‌های ارزیابانه: پیگیری پاسخ مراجع ۱۰۷

۱۰۹	.....	به شیوه آغاز جلسه از طرف مراجع توجه داشته باشید
۱۱۰	.....	ارزیابی مداخلات ویژه
۱۱۳	.....	پاسخ‌های تأییدکننده
۱۱۴	.....	پاسخ‌های غیرتأییدی
۱۱۷	.....	مورد ربکا
۱۲۶	.....	برون‌ریزی
۱۲۸	.....	اندکی خارج از مسیر بودن
۱۳۱	.....	«این یک سؤال خوب است»
۱۳۳	.....	خلاصه

فصل ۵: خودافشایی و توصیه: فهمیدن این مسئله که خودافشایی درمانگر چه زمانی و چگونه ۱۳۵

۱۴۱	.....	آیا خودافشایی باید خودانگیخته باشد؟
۱۴۴	.....	دلایلی علیه خودانگیخته بودن
۱۴۵	.....	کارکرد درمانی خودافشایی چیست؟
۱۴۹	.....	رهنمودهای اساسی برای خودافشایی
۱۵۳	.....	خشم
۱۵۳	.....	اندوه
۱۵۴	.....	علاقه
۱۵۵	.....	مورد جیمز
۱۵۵	.....	مورد ربکا
۱۵۷	.....	مورد جنیفر
۱۶۱	.....	توصیه کردن
۱۶۲	.....	چه چیزی نباید افشا شود

اطلاعات داوطلبانه	۱۶۴
خلاصه	۱۶۵
فصل ۶: مدیریت هیجانی: ارتباط عاطفی و نقش تعامل	۱۶۷
ژنتیک در برابر محیط	۱۶۹
پردازش هیجانی و آسیب‌شناسی روانی	۱۷۰
هیجان و کارکرد درمانی	۱۷۰
تسهیل کردن سطوح قابل مدیریت هیجان	۱۷۲
شناسایی تجلیات چهره‌ای هیجان	۱۷۵
هیجان و تعامل انتقال - انتقال متقابل	۱۷۶
تأمل در باب تعامل با ویکتوریا	۱۸۱
سهیم شدن در رنج‌های مراجع	۱۸۲
خلاصه	۱۸۴
فصل ۷: مشکلات ویژه مربوط به مدیریت عاطفه در درمان اختلال شخصیت مرزی	۱۸۵
طبیعت یا تربیت در اختلال شخصیت مرزی	۱۸۶
آشنایی نو با ناسی و ربکا	۱۸۸
اعتماد بنیادین و فراتر از آن	۱۹۰
شرم	۱۹۳
عاطفه کاذب	۱۹۵
قدرت و درماندگی	۱۹۶
توانایی‌های خارق‌العاده مراجعان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در تشخیص عاطفه	۱۹۸
مدیریت طوفان‌های هیجانی	۱۹۹
درمان و آموزش مراجع	۲۰۰
خودکشی	۲۰۴
سوگواری و مدیریت عواطف	۲۰۷
استعاره و مغز	۲۰۹
خلاصه	۲۱۱
فصل ۸: مواجهه‌سازی و خشم انتقال متقابل: غلبه بر بی‌زاری درمانگر از تعارض	۲۱۳
مواجهه‌سازی در ارتباط با پول	۲۱۵
مواجهه‌سازی در مورد تأخیر	۲۱۷
مواجهه‌سازی درباره تناقض‌ها	۲۱۸
مواجهه‌سازی مولی	۲۲۰
مواجهه‌سازی در مورد رفتارهای آسیب‌رسان	۲۲۳
سلطه‌پذیری آزارخواهانۀ درمانگر	۲۲۶

۲۲۷	مواجهه‌سازی مراجعان با آن چه می‌دانند اما نمی‌توانند بر زبان آورند
۲۲۸	کنترل خشم مراجع
۲۳۰	خشم و نفرت ناشی از انتقال متقابل
۲۳۲	رفتارهای پرخاشگر - منفعل درمانگر
۲۳۵	رهنمودهایی برای ابراز خشم
۲۳۸	خلاصه

فصل ۹: احساس‌های شهوانی: چگونه به فرایند درمان کمک می‌کند یا سد راه آن می‌شود. ۲۳۹

۲۴۱	تمایزگذاری میان انتقال شهوانی سودمند و غیرسودمند
۲۴۴	پرداختن به بی‌میلی مراجع برای گفت‌وگو دربارهٔ احساس‌های شهوانی
۲۴۴	عشق یا قدرت؟
۲۴۸	پذیرش و مدیریت انتقال متقابل شهوانی
۲۴۹	قربانیان تروما و فاتحان ادیبی
۲۵۱	درمانگران دارای سبک دلبستگی جنسی شده
۲۵۲	تفاوت‌های جنسیتی در انتقال - انتقال متقابل شهوانی
۲۵۳	عشق دگرجنس‌خواهانه به‌عنوان دفاعی در برابر احساس‌های هم‌جنس‌خواهانه
۲۵۴	افشای انتقال متقابل شهوانی
۲۵۴	پذیرش انتقال متقابل شهوانی و عاشقانه
۲۵۶	دوسویگی و توازن
۲۵۶	تسهیل ابرازگری مراجع
۲۵۷	سروکار داشتن با شهوانیت در انتقال - انتقال متقابل
۲۵۸	خلاصه

فصل ۱۰: توانمندسازی مراجع رهیافتی به‌سوی استقلال ۲۶۱

۲۶۶	فراگیری توانایی شناختن خود و دیگران
۲۶۷	فهمیدن نیازهای رقابت‌جویانه
۲۶۹	دوست داشتن و دوست داشته شدن
۲۷۱	بهبود بخشیدن به روابط: تغییرپذیری یک درونمایه
۲۷۵	بحث دربارهٔ خاتمهٔ درمان
۲۷۹	خلاصه

جمع‌بندی ۲۸۱

واژه‌نامه توصیفی ۲۸۳

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ۲۸۸

واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ۲۹۱

٢٩٤.....	کتاب شناسی
٢٩٦.....	منابع
٣٠٤.....	درباره مؤلف

نوشتن کتابی در مورد فنون یکی از چالش‌انگیزترین فعالیت‌هایی است که من تاکنون عهده‌دار آن بوده‌ام. دشواری نوشتن کتابی این‌گونه از تنگنای نیاز به نصیحت کردن و درعین‌حال نیاز به نوشتن توأم با فهمی دقیق در مورد تجارب درمانگران تازه‌کار برمی‌خیزد. زمانی که این موضوع را با دوست و همکار خود، میشل واید، در میان گذاشتم، ایشان به من توصیه کردند که با در اختیار گذاشتن فصول این کتاب در اختیار درمانگران باتجربه و تازه‌کار و دریافت بازخورد از آنان، یک مطالعه گروهی خلاقانه را طراحی کنم. این گروه، درمانگران ارشدی مانند ماری گریفیز، گوین ورنر و میشل و درمانگران تازه‌کارتر برایان اسموزر، هیزر کندی و کیت هورنادو را شامل می‌شد. ما به‌منظور بحث پیرامون هر فصل از کتاب در منزل شخصی من گرد هم می‌آمدیم. به‌محض ورود هرکدام از اعضاء رایحه قهوه تازه و صرف آن همراه با کلوچه و میوه‌های تازه، برف و سرمای ویسکانسین را از جان آنان می‌زدود. جلسات ما در کمال آرامش برگزار شد و بسیار پربار بود. با پیشروی جلسات، به‌زودی گفت‌وگوهای ما به زندگی مان و چگونگی اعتماد کردن به یکدیگر متمرکز شد، به همان شکلی که هدف این کتاب بود. ما تجارب خود به‌عنوان درمانگر را برای یکدیگر آشکار کردیم و اعضای گروه حمایت‌ها و بازخوردهای ارزشمند خود در مورد همه مسائل، از بصیرت‌های بالینی گرفته تا انتخاب واژه‌ها را از من دریغ نداشتند. من ساعت‌هایی که این بزرگواران به خواندن و مذاقه در نسخه اولیه این کتاب صرف کردند و اشتیاق‌شان نسبت به در میان گذاشتن کرده‌ها و نکرده‌های خود در فرایند درمان را ارج می‌نهم. اگر در محفل صبح جمعه موضوع بخصوصی برای بحث کردن وجود نداشت، جلسات را به برنامه پیگیری اختصاص می‌دادیم که به نمونه‌های موردی مربوط می‌شدند.

مانند همیشه، از مراجعانم، به‌ویژه نانسی و ربکا که به من اجازه دادند به‌تفصیل در مورد آنان بنویسم نهایت تشکر را دارم. من همچنان از فرایند درمان و ظرفیت تغییر در مراجعان در حیرت هستم. همچنین از خانواده خود و دوستانی که حمایت روحی مداومی را برایم فراهم کردند بسیار سپاس‌گزارم، به‌ویژه در برهه‌هایی که مغلوب حجم عظیم فعالیت‌های پیش‌رو می‌شدم. از جیم ناگویت، ویراستار ارشد انتشارات گیلفورد بابت ویرایش دست‌نوشته اولیه این کتاب تخصصی تشکر می‌کنم. من در آغاز از دیدن حجم زیاد بخش‌هایی از فصول تدوین شده که همکاران با رنگ قرمز مشخص کرده بودند مأیوس شدم، تجربه‌ای که هرگز با آن مواجه نشده بودم. با این‌حال، اکنون ارزش دقت‌نظر در هر واژه، اصلاح اشتباهات کوچک و جایگزینی جملات مبهم با جملاتی روشن‌تر از سوی این عزیزان را درک می‌کنم.

در نهایت می‌خواهم از درمانگران جوانی که به استفاده بیشتر از نظریه روان‌تحلیلی در کاربست‌شان علاقه‌مند بودند اما نمی‌دانستند چگونه باید این کار را انجام دهند نیز تشکر می‌کنم. آنان مرا به نوشتن کتابی برای راهنمایی خود ترغیب کردند. ملاقات با گروه‌های مختلف درمانگران در نقاط مختلف کشور اشتیاق افزونی را برایم به ارمغان آورد. با رسیدن به بخش پایانی کار به دعوت روی بارسنس، یکی از اعضای دانشکده تحصیلات تکمیلی مارس هیل که آثار پیشین مرا با نگاهی تیزبین و خیرخواهی مطالعه و نقد کرده بود، به ایراد سخنرانی پرداختم. در پایان هفته نیز با پاسخ شگفت‌آور خیل عظیمی از دانشجویان مستعد و درمانگران تازه‌کار مواجه شدم و این مسئله جانی تازه و اشتیاقی دوچندان برای پاسخ‌گویی به نیاز آنان به یک راهنمای بالینی را برایم به ارمغان آورد. این افراد دانشجویانی بودند که پیغام‌هایی فرستادند و پس از سخنرانی‌ها نزد من آمدند و مرا به نوشتن این کتاب تشویق کردند و من اکنون این کتاب را به این عزیزان تقدیم می‌کنم.

درمانی را که فروید با عنوان «درمان از طریق گفت‌وگو» پایه گذاشت در طی سال‌های پس‌از آن دستخوش پیشرفت‌هایی شد. یکی از این پیشرفت‌ها این بوده است که دیگر به درمان تنها به‌عنوان یک رابطه کلامی آن هم محدود به تداوی آزاد از سوی بیمار و ارائه تعبیر مناسب از سوی درمانگر نگریسته نمی‌شود. در واقع درمان فرآیند مفصل‌تری دارد که یک بخش مهم آن «تعامل عاطفی» است که برای رشد هیجانی عاطفی بیمار ضروری است.

رشد دیگر درمان‌های تحلیلی، رشد نگاه بین‌فردی و ارتباطی به این درمان است. بر این اساس دو نفر با دو ناخودآگاه در اتاق درمان وجود دارند که با هم یک زوج تحلیلی و یک رابطه درمانی را می‌سازند. این زوج تحلیلی با هم به‌گونه‌ای تعامل می‌کنند که مختص آنهاست و آنچه در این فضا خلق می‌شود هم‌آفرینی این زوج است. در این شرایط علاوه بر آنکه می‌توان به یک بیمار که برای دریافت کمک وارد درمان شده است فکر کرد، می‌توان به یک زوج و به یک رابطه هم فکر کرد و الگوها و مشکلات آن را بازشناخت. کارن مارودا نویسنده کتاب از گروه این درمانگران رابطه‌ای است که اهمیت دوچندانی به تعامل هیجانی بین بیمار و تحلیلگر می‌دهد. مارودا معتقد است که انسان‌ها نیاز دارند که ارتباط عاطفی‌شان توسط فردی درک شود و به شکلی به آنها بازگردانده شود. بر این اساس رابطه بین فردی کامل نیست، مگر آنکه ارتباط عاطفی به سوژه بازگردانده شود و چرخه ارتباط عاطفی کامل شود. بنابراین درمانگر باید بتواند در جلسه حضور (نه تنها حضور فیزیکی بلکه حضوری که فکر و احساس کند) داشته باشد، اجازه دهد عواطف بیمار بر او اثر بگذارد و آن را درون خود احساس کند و بفهمد و این فهم را به شکلی به بیمار بازگرداند. همانند کاری که بیون در توضیح کارکرد آلفا بین مادر و بچه و بین تحلیلگر و بیمارش توضیح می‌دهد. این کار به‌ظاهر ساده می‌نماید اما به غایت دشوار است.

ایده درمانگر «به‌خوبی تحلیل شده» که از تأثیر هیجان‌ات جلسه مصون است و می‌تواند به‌تمامی روند درمان تحلیلی آگاهانه بیان‌دیشد و به‌درستی به همانندسازی‌های فرافکنانه بیمار پاسخ دهد و از خود در برابر هیجان‌ات جلسه به‌طور کامل محافظت کند، ایده‌ای آرمان‌گرایانه ولی امکان‌ناپذیر است. در این شرایط که درمانگر تصور تفکر آگاهانه به همه اتفاقات فضای درمانی دارد می‌توان به‌درستی این تحلیل را داد که گویی درمانگر وجود ناخودآگاه خود را در جلسه انکار می‌کند. این نگرش باعث می‌شود تا درمانگر خود را در جایی والاتر از آنچه واقعیت روانی‌اش اجازه می‌دهد بنشانند و از انتقال متقابل خود غافل شود؛ و از بخش مهمی از تعاملاتی که به شکل ناخودآگاه در آن مشارکت داشته دور

بماند. تعاملاتی که حل و فصل آن به بهبود وضعیت بیمار کمک می‌کند. در درمان تحلیلی که مارودا مدافع آن است، دو فرد آسیب‌پذیر در اتاق درمان وجود دارند. یکی بیمار و دیگری تحلیلگر. این تغییر از درمانگری که درمان تحلیلی کلاسیک به تصویر می‌کشد به درمانگری که حس می‌کند و در میدان تحلیلی همگام با بیمار به پیش می‌رود، به گمان استفان میچل باعث بحران اعتماد تحلیلگر به آنچه می‌داند، بحران اتوریتی و بحران خودنگاره تحلیلی درمانگر می‌شود. و همه این بحران‌ها باید توسط درمانگر امروز ادراک و هضم و تحمل شود.

کتاب مارودا با عنوان «فنون روان‌پویشی - پرداختن به هیجان در رابطه درمانی» که با ترجمه خوب آقایان میثم بازانی و مجتبی تاشکه نثر روان فارسی را به تن کرده است برای درمانگرانی که کار بالینی خود را به تازگی شروع کرده‌اند بسیار مناسب است. این کتاب به آنان کمک می‌کند تا با چارچوب نظری درمان‌های بین‌فردی با تمرکز بر تعامل عاطفی در اتاق درمان آشنا شوند. نویسنده کتاب در بخش‌هایی از این کتاب به ارائه موارد بالینی پرداخته است که بخش‌های نظری را قابل‌لمس و کاربردی‌تر می‌کند.

«مهرداد افتخار»

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

زمانی که درمانگران تازه‌کار حرفه خود را با مراجعان حقیقی آغاز می‌کنند، اغلب درمی‌یابند هر چقدر هم که خوب آموزش دیده باشند تا حدودی برای روبه‌رو شدن با واقعیت پاسخ‌گویی به دردهای انسانی دیگر آمادگی ندارند. البته دانش و تجربه اطمینان خاطر به همراه دارد. با این وجود، اندیشه محوری کتاب حاضر این است که درمانگران از بررسی دقیق‌تر فرایند درمان بهره‌های بیشتری خواهند برد، بالأخص با در نظر داشتن این نکته که درمان رابطه‌ای است که پیوندهای هشیار و ناهشیار مستمری را به همراه دارد. جنبه اساسی این پیوند بر عاطفه و دل بستگی متکی است. من اعتقاد راسخ دارم که فنون مربوط به تسهیل پیوند عاطفی میان درمانگر و مراجع آموزش‌پذیر هستند.

این کتاب در درجه اول برای نودرمانگران نوشته شده است، لیکن معتقدم که برای درمانگران باتجربه نیز حاوی نکات ارزشمندی است. هدف از نوشتن این کتاب کمک به جهد و تلاش درمانگران برای برآورده ساختن نیازهای مراجعان مشکل‌داری است که با تصور دانایی و یاری‌رسانی درمانگران به آنان مراجعه می‌کنند. همچنین می‌خواستم نشان دهم که درمان روان‌پویشی همچنان یک درمان مهم و ماندگار است که نیازمند مهارت‌هایی است که می‌توانند آموخته شوند. یک درمانگر تازه‌کار به این دلیل که رویکرد رفتاری دارای فنون جاافتاده‌ای است بر آن تکیه می‌کند. اما من شما را دعوت می‌کنم تا با در نظر گرفتن و کاویدن ماهیت پیچیده و ژرف انسان که در نظریه و کاربست روان‌پویشی به شیوه‌ای یگانه مورد توجه قرار گرفته است، از راهنماهای درمانی گامی فراتر بگذارید.

رویکردی که در این اینجا پیشنهاد می‌شود این است که درمانگر و مراجع در صورتی بهترین نتیجه را به چنگ خواهند آورد که یک رابطه کاری هم‌کوشانه را شکل دهند. هنگام مطالعه پیشینه دریافتی که تمرکز عمده مطالعات قبلی، به جای نحوه اندیشیدن درمانگر در مورد رابطه درمانی، بر اندیشه‌های او در مورد مراجع متمرکز بوده است. درمانگران به جای طرح این سؤال که «در حال حاضر باید چه اتفاقی در رابطه درمانی به منصفه ظهور برسد و بهترین روش برای تسهیل کردن آن چیست؟»، از خود می‌پرسند که «من باید چه کارکنم؟». این کتاب با اتخاذ رویکردی به رشته تحریر درآمده است که درمان را به عنوان رابطه‌ای در نظر می‌گیرد (یک رابطه متقارن) که در چارچوب حدود مرزهای حرفه‌ای به انجام می‌رسد. کتاب حاضر دربردارنده شیوه‌های اندیشیدن و احساس کردن درمانگر و مراجع در درون این رابطه است. از آن مهم‌تر، روش‌های ویژه پاسخ‌گویی به مراجعان مبتنی بر فهم نقش هیجان در فرایند درمانی را در اختیار می‌گذارد.

پژوهش در باب عاطفه و دلبستگی نشان می‌دهد که ما پیوسته در حال هیجان‌ورزی هستیم، حتی زمانی که این هیجان‌ها از دسترس آگاهی هشیار خارج باشند. برای درمانگری که به دانش و مهارت نیازمند است، مدیریت این هیجان‌ها در رابطه‌ی درمانی چالش‌انگیز خواهد بود. زمانی که من کارم را با مراجعان خویش آغاز کردم به این دانش و مهارت مجهز نبودم. محرزترین واقعیتی که به‌عنوان یک نودرمانگر با آن مواجهه شدم آسیب‌پذیری خویش بود. به یاد می‌آورم زمانی که با دلی امیدوار اما بدون آمادگی لازم در مقابل مراجعی نشستم که بسیار دوست‌داشتنی بود، اما درعین حال بیش از حد باعث تحریک من می‌شد. در آن هنگام با خود می‌اندیشیدم که «نمی‌دانم باید چه کار کنم». هیچ‌یک از آموخته‌های دوران تحصیل مرا برای این تنگناهای هیجانی آماده نکرده بودند.

آنچه آموخته بودم تنها چگونگی یک شروع خوب بود. من شنونده‌ای خوب، همدل، ملنفت و حرفه‌ای بودم که نگرانی‌های اصیلی نسبت به مراجع داشت. مراجعان نیز با عمیق و عمیق‌تر شدن در تجاربشان به من پاسخ می‌دادند. این مسئله به‌ناچار مرا به تعمق هر چه بیشتر در احساساتم سوق داد. با این حال، من دانشی کارآمد در مورد مدیریت هیجان در اختیار نداشتم. در آن زمان حیرت‌زده با خود می‌اندیشیدم که باید چگونه به این هیجان‌های درونی و بیرونی در فضای درمان پاسخ دهم.

مشارکت در فرایند تحلیل شخصی با فاصله‌ی اندکی پس از آغاز کار به من کمک کرد تا خواسته‌های مراجعان را درک کنم. در جریان تحلیل، تحلیل‌گر از من فاصله می‌گرفت و از مشارکت در هرگونه گفت‌وگوی واقعی خودداری می‌کرد. به‌زودی احساس ناکامی مراجعان خود را به شکل مستقیم درک کردم. با این حال، همچنان نمی‌دانستم که باید چه‌کاری انجام دهم و حتی اینکه تحلیل‌گر باید چگونه عمل کند. من می‌دانستم تمام آن چیزهایی که از درمان‌گرم می‌خواستم امکان‌پذیر (و حتی سودمند) نبودند؛ بنابراین آیا خواسته معقول این بود که از وی بخواهم یاری‌گری اصیل باشد؟ آیا من هم باید همین را برای مراجعان مهیا کنم؟ نمی‌دانستم، اما می‌خواستم در بیابم و بدین ترتیب به مطالعه و تحقیق روی آوردم.

من این تحقیقات ابتدایی را در نخستین کتابم، *نیروی انتقال متقابل* (۱۹۹۱) توصیف کرده‌ام. در این کتاب به لحظاتی پرداخته می‌شود که مراجعان مرا تحت فشار قرار می‌دادند تا احساساتم در مورد آنها را آشکار سازم. من آزمایش‌هایم را با دست‌های عرق کرده و معده ملتهب به انجام رساندم، لیکن دریافتم که پس از فروریزی بن‌بست‌های درمانی، این علائم نیز از بین رفتند. آیا همه‌ی درمانگران باید این آزمایش‌های سخت را پشت سر بگذارند، یا اینکه می‌توانند پاره‌ای از بصیرت‌ها و تجارب بالینی دیگران را برای یافتن راهی هموارتر به خدمت گیرند؟

بسیاری از همکاران نگران هستند که فراهم ساختن توصیه‌ها و نمونه‌های بالینی به سوء‌کاربرد و به‌کارگیری سفت‌وسخت قواعد منجر شود. من با وجود اعتراف به ناتوانی در پیشگیری از وقوع این اتفاقات معتقدم که این انتقاد جوهره‌ی اصلی و مقصود من از نوشتن این کتاب را مغفول داشته است. به‌طور قطع، تعاملات ما با مراجعان یگانه و منحصر به فرد خواهد بود. هیچ نسخه‌ی همه‌فن‌حریفی در

ارتباط با نحوه رفتار با مراجعان در دست نیست، حتی زمانی که آنان دارای تاریخچه و مشکلات مشابهی هستند؛ بنابراین من نیز قبول دارم که اندیشه راهنمای گام به گام غیرواقعیست، لیکن رها کردن نودرمانگران بدون هرگونه توصیه و راهنمایی کاربردی نیز چندان مطلوب نخواهد بود.

درمانگران باید پیرامون نحوه همراهی مراجعان در حرکت به سوی تحول، ایده‌هایی در سر داشته باشند. هنگامی که ما از جلسات آغازین فراتر می‌رویم چه اتفاقی رخ خواهد داد؟ هنگامی که مراجع متقاعد می‌شود ما او را فهمیده‌ایم و از بودن با ما احساس امنیت می‌کند چه؟ بلکه برخی از مراجعان فقط می‌خواهند برای مدتی طولانی فقط حرف بزنند و صحبت‌های آنها شنیده شود. باین وجود، برخی دیگر از شما بازخورد می‌خواهند و از همان اوایل درمان احساس‌هایی را در شما برمی‌انگیزانند. درنهایت، هر مراجع به چیزی فراتر از همدلی و توصیه‌های رفتاری نیاز دارد. آنها به پاسخی نیازمندند که از پیوند هیجانی اصیل درمانگر با آنان برخاسته باشد.

به‌طور اخص، مراجعان جوان‌تر جویای توصیه هستند و می‌خواهند بدانند که درمانگر آنها را چگونه می‌بیند. به لحاظ سنتی، پاسخ مورد انتظار این بوده است «تصور می‌کنید که من شما را چگونه می‌بینم؟» انتظار می‌رود مراجعانی که نیازمند پاسخی عینی هستند به این طفره رفتن‌های مکرر با ناکامی، خشم و کناره‌گیری پاسخ دهند. در این کتاب من نمونه‌های بالینی متعددی در مورد نحوه پاسخ‌دهی به مراجعان در این رویارویی‌های هیجانی فراهم ساخته‌ام. همچنین توصیف جامعی در ارتباط با فرایندهای درونی‌ای که مرا به اتخاذ یک مداخله ویژه سوق می‌دادند را همراه با گفته‌های مراجعان در نظر گرفته‌ام. می‌دانم که در اختیار گذاشتن این حجم گسترده از اطلاعات راه را بر خرده‌گیری‌ها و انتقادهای اندیشمندانه می‌گشاید، لیکن ارمغان دهنده بینش‌هایی گره‌گشا در مورد فرایند درمان برای خوانندگان نیز هست.

با اینکه کتاب حاضر فنون بالینی به‌خصوصی را پیشنهاد می‌کند، من مجال کافی برای درمانگران باقی گذاشته‌ام تا با پذیرش این فنون و ادغام آنها در سبک شخصی‌شان، خود را در فرایند درمان ابراز کنند. من گشاده‌رو و مردم‌آمیز هستم اما هیچ‌گونه سبک شخصیتی خاصی را برای درمانگران ترجیح نمی‌دهم. همه فنون معرفی شده در این کتاب می‌توانند به‌طور همسان توسط درمانگران درون‌گرا و برون‌گرا به کار گرفته شوند. اصل مهمی که مرا در انتخاب مداخلات هدایت می‌کند صداقت هیجانی است. من توصیه نمی‌کنم که درمانگران خود را به روشی ابراز کنند که با آن راحت نیستند، زیرا این کار از هرگونه منفعت درمانی تهی است.

این کتاب با بازبینی همه‌جانبه اضطراب‌ها، امیدها و انتظارات مشترک درمانگر و مراجع آغاز می‌شود. فصول بعدی به گره‌های هیجانی بزرگ‌تری می‌پردازند که با پیشروی فرایند درمان (به‌خصوص در درمان‌های طولانی) در کار ایجاد می‌شوند. گنجاندن موضوعاتی که کمتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند، از جمله اینکه همدلی اساسی چگونه در گذر زمان عمیق‌تر و بغرنج‌تر می‌شود، چگونه باید واپس‌روی را شناسایی و مدیریت کرد، چگونه می‌توان یک رابطه کاری هم‌کوشانه را به‌وجود

آورد، توجه به نقش درمانگر و مراجع، بهترین شیوه برای ابراز خودافشایی و توصیه، چگونگی مدیریت عواطف، بازگرداندن هیجان به جلساتی که عاری از هیجان هستند، نحوه تشخیص اینکه اظهارات عاشقانه و جنسی چه زمانی مفید بوده و چه زمانی نیستند، نحوه به‌کارگیری مؤثر مواجهه و کیفیت مداخله‌های ارزیابانه به غنای بیشتر کار افزوده است.

امیدوارم خوانندگان در این دریا غور کنند و با صید بصیرت‌های گران‌قدر در باب رابطه درمانی و ابزارهای کاربردی برای نیل به موفقیت درمانی بازآیند. شاید بتوان با اندکی راهنمایی به درمانگران اطمینان خاطر داد که عمق هیجاناتی که در رابطه درمانی ظاهر می‌شوند را بکاوند و بدین ترتیب، آنان نیز مراجعان‌شان را در تکاپو برای سلامت، آزادی فردی و روابط رضایت‌بخش با دیگران بهتر یاری خواهند داد.

فصل ۱

درگیری هیجانی و تأثیرگذاری دوسویه: مشکلات اساسی در آغاز درمان

عمده‌ترین منبع مقاومت در فرایند درمان، مقاومت درمانگر در برابر احساس‌هایی است که مراجع تجربه می‌کند.

پاول راسل (۱۹۹۸، ص. ۱۹)

به هر میزان که خواستار حضور کامل و درک کردن رنج‌های مراجعان خویشتن باشیم، به‌طور طبیعی از تجربه احساس‌های مشابه با آنها هراسان می‌شویم. بخشی از مقاومت ما نسبت به دریافت احساس‌های پریشان‌کننده مراجعان بدین خاطر است که به‌طور سنتی، آموزش‌های روان‌درمانگری بحث پیرامون احساسات درمانگر و شیوه استفاده مؤثر از آنها در فرایند درمان را وانهاده‌اند. بااین‌وجود، در دو دهه اخیر بر درمان به‌عنوان یک رابطه تأکید بیشتری شده است. درمان موفق بیش از هر موضوع دیگر، بر کیفیت رابطه درمانگر-مراجع تمرکز می‌کند. هدایت هر رابطه‌ای که مستلزم ابراز هیجان‌های عمیق باشد به‌طور طبیعی چالش‌برانگیز است. فرض این کتاب بر آن است که درمانگران برای پاسخ‌گویی فعالانه به مراجعان، به بصیرتی عمیق و راهبردهایی مؤثرتر نیازمند هستند. آنان باید بدانند که به‌محض شروع درمان مراجعان چرا و چگونه هیجان‌های نیرومند را ابراز می‌کنند و اینکه تجارب هیجانی خود آنها نیز چرا و چگونه یکی پس از دیگری آشکار می‌شوند. آنان همچنین به مهارت‌های ارتباطی قابل‌آموزشی نیاز دارند که به‌صورت روزانه در حرفه خود به‌کارگیرند.

متون علمی مربوط به عاطفه تأیید می‌کنند که در رابطه دونفره اگر یکی از طرفین هیجان‌های شدیدی را ابراز کند، طرف دیگر نیز به احتمال زیاد در این تجارب هیجانی (خواه هشیارانه و خواه ناهشیارانه) با او سهیم خواهد شد (سولینس، ۱۹۹۱). به‌علاوه، هر چه به مراجعان خود علاقه بیشتری داشته باشیم و با آنان همانندسازی کنیم، همدلی نیرومندتری را تجربه خواهیم کرد (هیس و کیرواک،

(۲۰۰۰). هیچ راهکاری وجود ندارد که درمانگران را برای نشستن آرام در مقابل فرد دیگری که به رنج هیجانی عمیقی دچار است، مهیا سازد. واکنش‌های احشایی و هیجانی درمانگر به احساس‌های مراجع می‌تواند تأثرانگیز باشد، اما به‌رحال آشفته‌کننده هستند. به‌طورقطع تأثیرگذاری هیجانی مراجع بر درمانگر یکی از حیطه‌های مغفول در آموزش درمانگران بوده است.

شاید نخستین گروه از درمانگرانی که به‌صورت آزادانه در مورد **عامل سرایت هیجانی** سخن گفته‌اند، مشاوران تروما باشند. این درمانگران در کار با مراجعانی که از تجربه سوءاستفاده شدید رنج می‌بردند به‌سرعت دریافتند که خودشان نیز در حال تجربه علائم هیجانی و جسمانی مشابه هستند و اغلب به‌منظور اجتناب از آنچه **ترومازدگی جاننشینی** خوانده می‌شود به مقاومت در برابر این هیجان‌ات نیاز دارند (پیارمن و ساکویتن، ۱۹۹۵). هرچند تدبیر کردن تجربه عاطفه مشترک در مراجعان ترومانزده خیلی دشوار نیست، اما این تجربه پدیده‌ای رایج است.

برای دهه‌ها روان‌تحلیل‌گران نیاز مراجع به تأثیرگذاری بر درمانگر را به‌عنوان نوعی مقاومت آسیب‌شناختی در نظر می‌گرفتند؛ اما کسانی مانند لونسون (۱۹۷۲) و سیارلس (۱۹۷۹) فهمیدند که طبیعی است مراجعان دریابند احساس‌ها و مقاصد آنان توسط درمانگر درک و پردازش می‌شود. فهم شهودی مراجعان تنها پس از انجام پژوهش‌های جدید در زمینه عاطفه پذیرفته شد، پژوهش‌هایی که نشان دادند **هیجان‌ها باید درک شده و بدان‌ها پاسخ داده شود**. (کمپر، ۲۰۰۰). یکی از کارکردهای عمده عواطف تأثیرگذاری بر دیگران و برانگیختن پاسخی از سوی آنان است. این کتاب به درک و دریافت آنچه مراجع در لحظه خاصی درمان نیاز دارد، اختصاص یافته است.

گرین‌برگ و میچل (۱۹۸۳) و میچل (۱۹۸۸) به‌منظور مفهوم‌سازی دوباره اندیشه و سواس تکرار از سوی فروید تأکید می‌کنند که تمام انسان‌ها هنگام دل‌بسته شدن به مراقبان‌شان الگوهای ارتباطی مشخصی را فرامی‌گیرند که در روابط بعدی خود، از جمله در رابطه درمانی تکرار می‌کنند. این الگوها احساسات، افکار و انتظارات آموخته‌شده در اوایل کودکی را شامل می‌شود که به دلیل مشابهت موجود در رابطه‌ها، در روابط بزرگسالی نیز به‌آسانی و به‌صورت ناهشیارانه تکرار می‌شوند. علم عصب‌شناسی هم تأیید می‌کند که این الگوها در سنین اولیه در ساختارهای مغز آدمی نقش می‌بندند و به‌آسانی قابل تغییر نیستند؛ بنابراین در حال حاضر ما نیاز مراجعان به برانگیختن یک پاسخ هیجانی در خود را به‌صورت کارکردی اجتناب‌ناپذیر از دل‌بستگی‌های اولیه در نظر می‌گیریم که در مغز آدمی نقش بسته‌اند و می‌توانند به‌آسانی مسیرهای مربوط به عاطفه را راه‌اندازی کنند (گریفیز، ۱۹۹۷). آنچه ما نپذیرفته‌ایم این است که درمانگران نیز الگوهای ارتباطی باثباتی دارند در همه روابطشان وارد می‌کنند. درست همانند مراجعانی که جوایب پاسخ هیجانی خاصی از درمانگر هستند، ما نیز در حالی وارد رابطه درمانی می‌شویم که در پی برانگیختن پاسخی عاطفی از سوی آنان هستیم. الگوهای تثبیت‌شده

درمانگر تعیین می‌کند که او به احتمال بیشتر در کار کردن با چه کسی موفق خواهد شد و شیوه‌های تأثیرگذاری و تأثیرپذیری او کدام‌اند.

اهمیت انطباق مناسب

فهمیدن اینکه درمانگر و مراجع هر دو دارای الگوهای ارتباطی هستند که بر دلبستگی آنها مبتنی است، ضرورت برقراری انطباقی مناسب و تمایل دوسویه نسبت به تأثیرگذاری بر یکدیگر که به صورت طبیعی رخ می‌دهد را قابل فهم‌تر می‌سازد. اگر من تصمیم به درمان شخصی بگیرم که تفاوت زیادی با وی دارم و توانایی برقراری ارتباط با او را ندارم، احتمال موفقیت درمان اندک خواهد بود. باین وجود، در صورتی که من با یک مراجع احتمالی به مقدار زیادی همانندسازی کنم، ممکن است به آسانی در دام تقلای بیهوده برای تأثیرگذاری بر مراجع مبتنی بر نیازهای خودم و نه نیازهای او گرفتار شوم. در حالت آرمانی، انطباق مناسب شیوه‌های سازگارانۀ برقراری ارتباط را به همراه دارد. شریک بودن در تجارب هیجانی به قدری که موجب برقراری رابطه شود مطلوب است، اما نه به اندازه‌ای که منجر به از میان رفتن تمایز بین مراجع و درمانگر شود.

به طور قطع گفت‌وگوی عقلانی پیرامون انطباق مناسب سودمند است (کانتروویز، ۱۹۹۵)، اما همان‌طور که پیش‌بینی می‌شود راهکارهایی در اختیار درمانگران قرار نمی‌دهد تا بفهمند چه کسی را باید درمان کنند و چه کسی را نه. روشن است که برقراری انطباق براساس تشخیصی که برای مشکل فرد داده شده است همیشه کارساز نیست. برای مثال، شما هرچقدر هم که در درمان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی موفق بوده باشید، نمی‌توان تصور کرد که توانایی انطباق یافتن با بیماران دوقطبی دیگر را نیز دارا هستید. هرگونه قضاوت در مورد قابلیت انطباق میان درمانگر و مراجع بر اساس تشخیصی که برای مراجع داده شده است نیازمند تیزبینی‌هایی است که تنها پس از سال‌ها تجربه حاصل می‌شود. باین حال، نودرمانگران نیازمند معیارهایی هستند که هنگام شروع کار آنها را به کار بگیرند.

با توجه به اینکه درمانگران تازه‌کار با اضطراب دست‌به‌گریبان هستند، آنان چگونه می‌توانند در مورد کار کردن با مراجعی که نزدشان آمده است قضاوت صحیحی داشته باشند؟ یک درمانگر چگونه می‌تواند به شیوه‌ای معقول این ارزیابی‌ها را در جلسات آغازین به انجام برساند؟ زمانی که رابطه درمانی مستحکم شد، درمانگران چگونه می‌توانند از مقاومت در برابر تجارب هیجانی عمیق مراجعان که می‌تواند برای آنان ناخوشایند باشد خودداری کنند؟

هنگامی که مراجع برای بار اول از در وارد می‌شود، من متوجه واکنش‌های آنی خود نسبت به وی خواهم شد. هنگام نگرستن به او چه احساسی دارم؟ آیا هنگام فشردن دست‌های مراجع او مرا نگاه

می‌کند؟ خصوصیت‌های جسمانی وی چه چیزی را به من می‌فهماند؟ آیا من جذب او می‌شوم، بی‌تفاوت هستم، از او خوشم نمی‌آید، یا نمی‌خواهم او را ببینم؟ زمانی که لب به سخن می‌گشاید آیا من هیجانی خاصی را تجربه می‌کنم؟ اگر چنین است کدام هیجان؟ آیا می‌توانم رابطه‌ای پرتنر برای هر دو طرف را متصور شوم؟ من در جای دیگری در این باره بحث کرده‌ام (مارودا، ۲۰۰۵) که برای دستیابی به موفقیت در درمان، به‌خصوص اگر درمان طولانی باشد، درجاتی از خرسندی از طرف درمانگر ضروری است. بنای تصمیم‌گیری در ارتباط با اقدام به درمان مراجع قویاً بر دسترسی درمانگر به تجارب هیجانی‌اش در آن لحظه استوار است.

آیا این واقعیت که شخصی به شما مراجعه کرده است بدین معناست که باید او را درمان کنید؟ من به این نتیجه رسیده‌ام که شمار کمی از درمانگران تصدیق خواهند کرد که نمی‌خواهند درمان کسی را بپذیرند. با این وجود، پرداختن به درمان شخصی که نه مجذوبش شده‌ایم و نه از او بدمان می‌آید، حتی برای درمانی کوتاه‌مدت تصمیم درستی نخواهد بود (مارودا، ۱۹۹۹). با توجه به اینکه پژوهش‌ها نشان داده‌اند همه افراد، مکان‌ها و اشیاء یک پاسخ مثبت یا منفی فوری را در انسان برمی‌انگیزانند (آندرسون، رزینیک و گلاسمن، ۲۰۰۵؛ همچنین بارگ، چایکن، گوندلر و پراتو، ۱۹۹۲؛ فازیو، ۱۹۸۶؛ و راسل، ۲۰۰۳)، شاید لازم باشد درمانگران در ارتباط با احتمال ناموفق بودن کار با مراجعانی خاص خود آگاه‌تر باشند.

درمانگرانی که معتقدند می‌توانند از بی‌میلی اولیه خود نسبت به مراجع فراتر روند و همدلی لازم را برای او فراهم سازند، در غالب موارد دچار اشتباه می‌شوند. برای برقراری تفاهم کاری خوب، هر دو طرف باید علاقه و کنجکاوای بسنده‌ای نسبت به یکدیگر احساس کنند. در صورتی که انطباق میان درمانگر و مراجع ضعیف باشد، پیوند هیجانی که بستر تجربه هیجانی برای مراجع است، به وجود نخواهد آمد.

زمانی که این مسئله را در یکی از کارگاه‌های مطرح کردم، یکی از شرکت‌کنندگان پرسید «اگر ما انسان‌های غیرجذاب را نپذیریم آن وقت چه کسی باید به درمان این افراد اقدام کند؟» من این‌گونه بدو پاسخ گفتم: آیا تعجب‌آور نیست که تصور کنیم فردی که شما نسبت بدو علاقه‌ای نشان نداده‌اید، هرگز نتواند شریک دیگری پیدا کند. همانند دیگر روابط اجتماعی، اگر مراجع به‌طور جدی در جست‌وجوی شخصی مناسب باشد به احتمال زیاد درمانگری را خواهد یافت که بتواند با او هماهنگ شود. مراجعی که برای یک درمانگر نفرت‌آور ادراک می‌شود ممکن است برای دیگری جذاب باشد. درمانگری که مسئولیت درمان مراجعی را می‌پذیرد که کنجکاوای‌اش را بر نمی‌انگیزاند یا به او علاقه‌ای ندارد، هم در حق او و هم در حق خود جفا کرده است.

با این حال، این بدان معنا نیست که ما نباید مراجعان دارای صفات یا رفتارهای نامطلوب را بپذیریم. اکثر مراجعان مشکلاتی دارند که با روابط آنها تداخل می‌کند، حتی اگر این تداخل به صورت موقت باشد و مسئولیت ما هم کمک به آنان برای برداشتن موانع موجود در برقراری رابطه با دیگران است. زمانی که شما به اندازه کافی تجربه کسب کرده باشید، ممکن است به نپذیرفتن مراجعی که یادآور فرد دیگری باشد که در کار کردن با او موفق نبوده‌اید اما می‌توان به نحو شایسته‌ای به درمان او پرداخت، تمایل پیدا کنید.

یک‌بار درمانگری که ساکن شهر دیگری بود با من تماس گرفت و تمایل مرا به درمان یکی از مراجعانش که به این منطقه نقل مکان کرده بود جو یا شد. من نیز سؤالاتی درباره این مراجع پرسیدم و او با بی‌میلی اظهار داشت که آنان پیشرفت چندانی نداشته‌اند. با این حال بلافاصله اضافه کرد که این مراجع، دبرا، یک دانشجوی ۲۰ ساله بسیار باهوش است که می‌تواند مورد توجه و علاقه من واقع شود. او می‌کوشید مرا متقاعد کند که دبرا استعداد پیشرفت در درمان را دارا است. واکنش آنی من به صحبت تلفنی با وی این بود که مراجع پیش گفته به احتمال قوی مورد مناسبی برای من نخواهد بود، اما پذیرفتم که هنگام آمدن وی به این شهر با او ملاقات کنم تا بفهمیم که قابلیت انطباق با همدیگر را خواهیم داشت یا خیر.

هنگامی که برای ملاقات اولیه با دبرا به اتاق انتظار رفتم و مانند همیشه بعد از پیش بردن دستم جهت دست دادن خود را معرفی کردم، او سرش را با خجالت پایین انداخت و دستش را به آرامی در دست من گذاشت. من با کم‌رویی او مسئله چندانی نداشتم اما دست دادن سرد و بی‌روح او واکنشی منفی را در من برانگیخت. هنگامی که در مورد تاریخچه روابطش پرس و جو کردم (تاریخچه روابط تنها موردی است که در ابتدای درمان بر آن تمرکز می‌کنم)، مشخص شد که او خارج از خانواده خود تقریباً هیچ رابطه‌ای نداشته است. او از زمان نوجوانی درگیر فرایند درمان بوده و تاکنون با سه درمانگر کار کرده است. فهمیدم الگوی درمانگران برای او نقش یک شاهراه در زندگی را بازی می‌کند. به دلیل ثروتمند بودن خانواده، او توانایی پرداخت هزینه‌های درمان به منظور پایان بخشیدن به این وضعیت را دارا بود. او همواره به محض انتخاب یک روان‌تحلیل‌گر، به سرعت چند جلسه در هفته را مقرر می‌کرد تا هرچه سریع‌تر وارد فرایند تحلیل شود.

من با دبرا روراست بودم و این نگرانی را با او در میان گذاشتم که احتمال می‌رود درمان به جای بهبود توانایی او در مدیریت خود، بستری برای روابط خارج از دنیای واقعی را فراهم سازد. او به من اطمینان داد که این‌گونه نخواهد شد، بلکه تنها به زمان بیشتری نیازمند است. با توجه به تاریخچه روابط نامطلوب و همچنین فقدان علاقه نسبت به دبرا، باید او را به نزد درمانگر دیگری ارجاع می‌دادم. بی‌میلی دبرا نسبت به ملاقات با درمانگری دیگر، ارجاع او از طرف درمانگری که در مورد انطباق وی

با درمانگر جدیدش دلواپس بود و این واقعیت که من وقت آزاد داشتم، همگی تصمیم‌گیری مرا تحت تأثیر قرار دادند. از آنجاکه من احساس منفی نیرومندی نسبت بدو نداشتم مسئولیت درمانش را بر عهده گرفتم.

سال اول درمان دبرا به نسبت خوب پیش رفت. از آنجایی که او بسیار شکننده بود، از این واقعیت خرسند می‌شد که من به این شیوه با او رفتار نمی‌کردم. درمانگران قبلی به خاطر ترس از راه‌اندازی وسواس‌های فکری مداوم او درباره خودکشی در ارتباط با مواجهه‌سازی وی تردید داشتند. زمانی که دبرا گفت گمان می‌کند مرتکب خودکشی خواهد شد، از او پرسیدم از دست چه کسی عصبانی است. سپس او کم‌کم رو به بهبود نهاد. تماس چشمی او بهتر شد، به جای چشم‌انتظار پرسش‌های من ماندن، بیشتر در مورد خودش صحبت می‌کرد و علائم افسردگی نیز کاهش چشمگیری پیدا کرد. دبرا در محل کار نیز بیشتر با دیگران معاشرت می‌کرد، اما هنوز هیچ رابطه اجتماعی نداشت. به علاوه، او ورزش کردن را آغاز کرد، فعالیتی که احساس شادابی جسمانی و هیجانی بیشتری را برای او به ارمغان آورد.

با وارد شدن به سال دوم درمان متوجه شدم او دیگر پیشرفت نمی‌کند و اگر این وضعیت ادامه یابد، او افسرده‌تر خواهد شد. من در تلاش بودم تا علت این عقب‌گرد را دریابم و دبرا را به گفت‌وگو در مورد آن ترغیب کنم. هیچ چیز تغییر نکرد و لاجرم او بیشتر و بیشتر در حالت وابسته-منفعل و ذهنیت به شدت افسرده‌ی اوایل درمان فرومی‌رفت. روان‌پزشک او داروهای ضدافسردگی را افزایش داد، لیکن بازدهی مثبت اندکی به دست آمد. دبرا به‌طور منظم در جلسات دوشنبه حاضر می‌شد و با پوزخندی بر لب، از اینکه در آخر هفته‌ها ورزش نمی‌کرد و هیچ تعامل اجتماعی‌ای نداشت شاکی بود. در واقع او اصلاً خانه را ترک نمی‌کرد. من به‌طور معمول تمام مداخلاتی را که فکر می‌کردم باعث تغییر این وضعیت می‌شوند به کار گرفتم، اما هیچ‌کدام کارگر نبود. سرانجام از او پرسیدم که آیا درمان‌های پیشین نیز همین الگو را داشتند و او پاسخ مثبت داد. به علاوه، این نکته را نیز متذکر شد که در مقایسه با درمان‌های قبلی، در درمان حاضر پیشرفت بیشتری داشته است.

من گفتم: «خب این فرایند شکست خورد شما به وضعیتی که پیش از درمان داشتید برگشته‌اید».

او پاسخ داد: «بله فکر می‌کردم شاید این بار فرق داشته باشد ولی این‌طور نشد».

آنچه مرا به حیرت واداشت این بود که دبرا این جمله را بدون هیچ‌گونه نگرانی و هیجانی بر زبان آورد. او اغلب هنگام گزارش رفتارهای خودناکام‌سازش پوزخند مرموزی بر لب داشت. به دلیل اینکه دبرا در دوران کودکی به شدت کنترل‌شده بود به کسی اجازه نمی‌داد زیاد به او نزدیک شود و زمانی که یک نفر تأثیر مثبت قابل توجهی بر او می‌گذاشت، خود را ملزم می‌دانست که این تأثیر را ختنی کند. پس از صرف انرژی کافی از سوی هر دو طرف، من تشخیص دادم که دبرا در واقع بهتر نمی‌شود. من

از پذیرفتن مسئولیت درمان او پشیمان شدم. سرانجام به او گفتم که اکنون باید به دنبال درمانگر جدیدی باشد، زیرا که من فکر نمی‌کنم ادامه دادن کار با شخصی که به درمان پاسخ نمی‌دهد اخلاقی باشد. او مایوس شد ولی در نهایت به شهری که والدینش در آنجا ساکن بودند بازگشت.

در آن هنگام بود که تصمیم گرفتم هرگز درمان شخصی که درگیر فرایند درمان نمی‌شود و توانایی مسئولیت‌پذیری برای زندگی خود را دارا نیست بر عهده نگیرم. حدود ۱۵ سال بعد، مراجعی که من او را ربکا می‌خوانم و در سراسر کتاب در مورد او بحث خواهم کرد، برای درمان نزد من آمد. او به تازگی به اینجا آمده و برای یافتن یک درمانگر خوب در اینترنت جست‌وجو کرده بود. به خاطر از سر گذراندن یک تجربه ناخوشایند با درمانگر پیشین، می‌خواست که درمانگر بعدی خود را با دقت هرچه تمام‌تر انتخاب کند. ربکا نام من را دیده بود و پس از جست‌وجوی بیشتر و آشنایی با برخی از نوشته‌ها و سخنرانی‌هایم به این نتیجه رسیده بود که بهترین گزینه برای او هستم. او با دفتر من تماس گرفت و جلسه ملاقاتی را ترتیب داد. زمانی که برای ملاقات او به اتاق انتظار رفتم، با زنی تقریباً ۲۰ ساله روبه‌رو شدم که بسیار شبیه دبرا بود. او شکل و شمایل شبیه دبرا داشت و همانند او کناره‌جو و منفعل بود و در برقراری تماس چشمی مشکل داشت. آنها همچنین در طرز راه رفتن افسرده‌وار و کشیدن پاها بر روی زمین باهم مشابه بودند. واکنش آنی من این بود که «نمی‌خواهم به درمان این فرد بپردازم. او بسیار شبیه دبرا است و من نمی‌خواهم آن تجربه دوباره تکرار شود».

زمانی که گفت‌وگو درباره دلیل مراجعه او را آغاز کردیم، مشخص شد که شباهت‌های بیشتری میان آن دو وجود دارد. هر دو درمانگران متعددی داشتند و به خاطر افسردگی شدید و اندیشه‌های خودکشی بستری شده بودند. افزون بر اینها، ربکا تاریخچه‌ای از جرح خویشتن را نیز به همراه آورده بود. من به ربکا گفتم که درمان مراجعانی که نیازمند تماس‌های خارج از ساعات کاری و بستری شدن احتمالی باشند را نمی‌پذیرم و آنها را به همکاران جوان‌ترم ارجاع می‌دهم و از فرستادن او نزد یکی از آنها خرسند خواهم شد. باین‌حال او بر انتخاب من پافشاری کرد.

«اما من شما را می‌پسندم و بعضی از کارهای شما را خوانده‌ام، فکر می‌کنم شما برای من بهترین درمانگر خواهید بود. من مشکل آنچنانی ندارم و قادر به کنترل تماس‌های خارج از ساعات کاری از طرف خودم هستم و به شما اطمینان می‌دهم که دوباره بستری نخواهم شد.»

من توضیح دادم که مخفی کردن رویدادهای هیجانی نامطلوب چندان به نفع او نیست و انتظار قطعیت در این مورد که شما در آینده بتوانید خودتان را کنترل کنید و بستری نشوید چندان واقع‌بینانه نخواهد بود. برای شما بهتر است که نزد شخص دیگری بروید. در ابتدا بر این گمان بودم که او برای کار کردن با من پافشاری می‌کند، زیرا از طرد شدن می‌ترسد. باین‌حال، به‌مرورزمان به این نتیجه

رسیدم که او به صورت کامل مانند دبرا نیست. علی‌رغم تمام شباهت‌های آن دو، تفاوت‌های زیادی میان آنان وجود داشت.

با متأثر شدن از قاطعیت ربکا، سؤال‌های تشخیصی دیگری از او پرسیدم و دریافتم ربکا قابلیت حفظ روابط را دارد و با دوستان متعددی به صورت طولانی‌مدت در ارتباط بوده است. همچنین با اعضای خانواده‌اش، به خصوص با برادر کوچک‌تری که نسبت به او بسیار دلوپس بود، احساس نزدیکی می‌کرد. تفاوت عمده او با دبرا در عدم تردید وی در پیوستن به من و همچنین تعهد به کار و تلاش برای متقاعد کردن من به درمان‌پذیری خود بود. زمانی که او به چیزی احتیاج داشت حالت انفعالش از میان می‌رفت. همچنین ربکا یک وجه شوخ‌طبع و بازی‌گوش داشت، تا آنجا که یک‌دفعه بی‌رغبتی من به درمان خود را به مزاح گرفت. من این ویژگی‌های او را می‌پسندیدم. لحظاتی بعد احساس کردم که او را دوست دارم و دریافتم که در زیر لایه ضعیف و منفعل او یک لایه رقابت‌جو پنهان است. سرانجام مسئولیت درمان او را پذیرفتم و برخلاف دبرا، این تجربه یکی از موفق‌ترین تجارب حرفه‌ای من بود.

روشن است که تجارب گذشته و سوگیری‌های شخصی واکنش‌های اولیه نسبت به مراجعان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. باین‌حال من معتقدم که درمانگران به‌جای ارجاع سریع مراجعانی که در مورد آنها احساس مثبتی ندارند، بیشتر آماده پذیرفتن و بر عهده گرفتن درمان آنان هستند. شاید مهم‌ترین مانع برای ارجاع مراجعان چگونگی مطرح کردن موضوع به‌صورتی باشد که مایه رنجش نشود و آنان را از پرداختن به فرایند درمان دلسرد نسازد. این نکته مهم را به خاطر داشته باشید که اگر شما تشخیص دهید که قابلیت انطباق با مراجعی را ندارید، مراجع نیز تا حدودی این موضوع را درمی‌یابد. مسئولیت اولیه برای ارزیابی انطباق درمانی بر عهده درمانگران است. اگر درمانگر در مورد انطباق درمانی مطمئن نباشد می‌تواند ملاقات دیگری را ترتیب دهد و در زمانی دیگر برای دستیابی به انطباق احتمالی بکوشد؛ اما اگر شما در این ارتباط به اطمینان خاطر دست‌یافته‌اید، به راحتی می‌توانید به مراجع اعلام کنید که بهتر است با درمانگر دیگری کار کند. اگر شما مشغول گروه‌درمانی هستید، به احتمال زیاد دارای همکاری هستید که بهتر بتواند با مراجع موردنظر کار کند. در صورتی که در دفتر خصوصی کار کنید، شما گزینه‌های فراوانی پیش رو خواهید داشت. فرایند ارجاع با گوشزد کردن این نکته به مراجع آسان‌تر خواهد شد که یکی از اهداف مصاحبه اولیه فهمیدن این موضوع است که آیا قابلیت انطباق میان دو طرف امکان‌پذیر است یا خیر. اگر من به این نتیجه برسم که برای کار با شخص موردنظر درمانگر مناسبی نیستم، چیزی شبیه به این را بر زبان خواهم آورد «با شنیدن درباره مشکلات و علائم شما معتقدم که همکارم دکتر «الف» در حوزه مربوط به مشکلات شما تجربه بیشتری داشته باشد و برای کار کردن با شما فرد باصلاحیت‌تری است».

پیش از گفتن این سخن، آن را در ذهن خود مرور کرده و تلاش می‌کنم درمانگر مناسبی که می‌تواند با مراجع سازگار باشد را بیابم. پس از معرفی درمانگران دیگر، به مراجع خواهم گفت که در صورت عدم تفاهم با این افراد می‌تواند برای تماس گرفتن با من و دریافت شماره تلفن افراد دیگر احساس راحتی کند. گاهی اوقات این ملاقات به صورت تلفنی انجام می‌پذیرد، زمانی که مراجعی احتمالی اول تماس می‌گیرد؛ خواه دلیل آن احساس منفی فوری من در مورد شخص باشد یا حیطه مشکلات او که نیازمند تخصصی باشد که فاقد آن هستم. با اینکه نپذیرفتن درمان یک مراجع به ذات اضطراب‌زا است، لیکن ارجاع دادن او از پرداختن به درمانی که شانس اندکی برای موفقیت برای آن متصور هستیم، بسیار مطلوب‌تر خواهد بود. به انجام رساندن موفق یک فرایند درمانی چالش‌انگیز است، حتی زمانی که مراجع و درمانگر باهم هماهنگ بوده و در مورد رابطه مابین خود خوش‌بین باشند. در این حالت هر دو فرد شایستگی در اختیار داشتن فرصتی برای موفق شدن را خواهند داشت.

عدم موفقیت در متعهد ساختن مراجع

بارت، وی-یونگ و گیبانس (۲۰۰۸) گزارش می‌دهند در بیشتر مواردی که یک مراجع به ملاقات درمانگر می‌رود، هیچ‌گونه تغییر واقعی به وقوع نمی‌پیوندد. آنان پس از بازبینی خود دریافتند که ۵۰ درصد مراجعان از جلسه سوم و ۳۵ درصد از همان جلسه اول درمان را رها می‌کنند. اکثر مراجعان بیش از شش تا هشت جلسه در درمان شرکت نمی‌کنند که این از استاندارد ۱۱-۱۳ جلسه‌ای پیشنهادشده برای مداخلات رفتاری خیلی پایین‌تر است. این گزارش هم برای محیط‌های نهادی و هم خصوصی معتبر است و هزینه‌های درمان را نمی‌توان علت آن دانست، زیرا در صورت ارائه خدمات رایگان نیز همین آمارها حکم‌فرما است. به نظر می‌رسد کثیری از مراجعان در همان جلسه اول (یا اندکی بعد) تصمیم می‌گیرند که دیگر بازنگردند. با توجه به سختی پذیرفتن مشکل‌دار بودن و نیازمندی به کمک، برداشتن گام اول و تماس با یک درمانگر و اضطراب حاضر شدن در جلسه اول، چرا تعدادی اندکی از مراجعان درمان‌شان را ادامه می‌دهند؟

آیا هنگام عدم حصول انطباق با یک درمانگر احتمالی، مراجع خود تعیین می‌کند که دیگر سراغ او نرود و سپس به جست‌وجوی درمانگر دیگری برآید؟ ممکن است برخی این‌گونه باشند، اما گمان می‌کنم بیشترشان این‌گونه نیستند. معنای این آمارها برای من این است که درمانگران باید به دنبال انجام روش بهتری باشند و این روش درگیر ساختن هیجانی مراجع در همان جلسات آغازین است. اگرچه معتمد درمانگران نباید به درمان مراجعانی که دوستشان ندارند و نمی‌تواند با آنها ارتباط برقرار کنند اقدام کنند، این واقعیت هم مطرح می‌شود که مراجعان مذکور اکثریت درمان‌جویان را

تشکیل نمی‌دهند. در مورد مراجعانی که دوست‌داشتنی هستند و به درمان علاقه نشان می‌دهند چه می‌توان گفت؟ آنان چرا درمان را ترک می‌گویند؟ چه اتفاقی رخ می‌دهند (یا رخ نمی‌دهد) که آنان در همان جلسه اول از درمان دلسرد می‌شوند؟

درمانگران نیز مانند هر کس دیگری در ملاقات با انسانی جدید دستخوش اضطراب می‌شوند. طبیعی است که درمانگران تازه‌کار نیز در مقایسه با درمانگران مجرب اضطراب بیشتری را تجربه کنند. سؤال اینجاست که درمانگران چگونه باید اضطراب خود در جلسه اول را مدیریت کرده و پیرامون کار کردن یا نکردن با مراجع تصمیم درستی را اتخاذ کنند؟ آیا روش‌های تنظیم عاطفی برای درمانگران کارساز خواهد بود؟ با توجه به میزان بالای ریزش مراجعان، منطقی است که به دنبال پاسخ چنین پرسش‌هایی برآییم.

بارت و همکاران (۲۰۰۸) نشان می‌دهند که پایان زود هنگام درمان می‌تواند معلول ناتوانی در متعهد ساختن مراجع یا ناتوانی در پرداختن به برخی از موانع و مشکلات موجود در تفاهم درمانی باشد. آنان دشواری مسئله را تصدیق می‌کنند، اما در بررسی احساس‌های منفی اظهار می‌کنند:

فرایند بازشناسی و پرداختن به تفاهم درمانی نامطلوب بسیار دشوار است. برای مثال، رگان و هیل (۱۹۹۲) به این نتیجه رسیدند که هم درمانگر و هم مراجع تمایل دارند تا موضوعات ناخوشایند، بخصوص احساس‌های منفی را ناگفته رها کنند. ناگفته رها کردن موضوعات ناخوشایند مسئله‌ساز خواهند شد، زیرا که در یک مطالعه مشخص شد که درمانگران تنها نسبت به ۱۷ درصد آن‌چه مراجعان پنهان می‌کنند، آگاهی پیدا می‌کنند. حتی درمانگران بسیار باتجربه در کمتر از ۵۰ درصد موارد قادر به شناسایی احساسات منفی در مراجعان می‌شوند (ص ۲۵۶).

روشن است که مشکلات درمانگر در مدیریت عواطف، عدم احساس راحتی با هیجان‌های منفی و حتی به انجام رساندن ملاقاتی اصیل با مراجعان جدید، برقراری رابطه درمانی را دشوارتر می‌کند. یکی دیگر از موانع احتمالی در برقراری تفاهم درمانی مناسب در آغاز کار رفتارهای سستی درمانگران است که برقراری رابطه درمانی را در آنان مختل می‌کند. گرفتن شرح حال می‌تواند یکی از اینها باشد. هرش (۲۰۰۸) ترجیح می‌دهد که تاریخچه مراجع به صورت طبیعی در خلال گفت‌وگو با وی آشکار شود. من با او موافق هستم و اعتقاد دارم یادداشت‌برداری، التزام به پرسش‌های از قبل تعیین شده و اختصاص دادن زمانی طولانی به برگه‌های بیمه و برگه‌های دیگر موانعی برای درگیری هیجانی با مراجعان هستند. هنگامی که یک نفر برای درمان مراجعه می‌کند، به‌طور طبیعی در حالتی از رنج و پریشانی قرار دارد. آنان هنگام روبه‌رو شدن با درمانگر با دستانی پرحرارت و عرق کرده با شما دست می‌دهند. کمک به مراجعان جهت صحبت کردن آسوده درباره خویش اولین مسئولیت ما خواهد