

درمان راه حل محور

مجموعه درمان های کوتاه مدت

فهرست مطالب

۷	دیباچه مترجم.....
۹	مقدمه‌ای از هاروی رتنر.....
۱۱	پیشگفتاری از السدیر جی مک‌دونالد.....
۱۳	دیباچه ویراست دوم.....
۱۹	فصل اول: درمان کوتاه‌مدت.....
۲۹	فصل دوم: اصول درمان راه‌حل‌محور.....
۴۷	فصل سوم: مروری بر مدل درمان راه‌حل‌محور.....
۷۷	فصل چهارم: جلسه اول.....
۱۲۱	فصل پنجم: جلسات دوم و بعد از آن: حفظ تمرکز بر روی راه‌حل‌ها.....
۱۴۵	فصل ششم: متخصص راه‌حل‌محور.....
۱۵۹	فصل هفتم: نظارت راه‌حل‌محور.....
۱۷۹	فصل هشتم: سؤالات متداول در مورد درمان راه‌حل‌محور.....
۱۹۹	فصل نهم: رویکرد تلفیقی راه‌حل‌محور.....
۲۲۷	فصل دهم: کاربرد رویکرد راه‌حل‌محور.....
۲۴۳	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....
۲۴۵	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....

دیباچه مترجم

اینجانب در ۱۹۹۹ میلادی مدرک کارشناسی خود را در رشته روان‌شناسی از دانشگاه کلورادو در دنور^۱ آمریکا دریافت کردم. در ۲۰۰۳ میلادی مدرک کارشناسی ارشد در رشته مشاوره را از دانشگاه ایالتی کلورادو^۲ آمریکا اخذ نمودم. در ادامه تحصیلات تکمیلی در آمریکا، در ۲۰۰۸ میلادی، دوره دکتری خود در زمینه تخصص تربیت مشاور را از دانشکده آموزش و علوم تربیتی^۳ دانشگاه ایالتی کلورادو به پایان رساندم، و بلافاصله تحت راهنمایی و نظارت آقای دکتر جان لیترل از استادان بین‌الملل در زمینه مشاوره و درمان کوتاه‌مدت دوره فوق دکتری مشاوره و روان‌درمانی کوتاه‌مدت^۴ را سپری نمودم.

در خلال ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۲ میلادی به تدریس کلاس‌های تخصصی روان‌شناسی و مشاوره در دانشکده‌های ایالتی کلورادو پرداختم و بعد از کسب چند سال تجربه تدریس در آمریکا، در همان سال، یعنی ۱۳۹۱ شمسی، به‌عنوان عضو هیئت علمی به گروه آموزشی روان‌شناسی تربیتی و مشاوره دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران پیوستم. اینجانب کتاب دیگری را نیز با عنوان *درمان کوتاه‌مدت راه-حل محور - صد نکته کلیدی و روش*، ترجمه نموده‌ام که توسط انتشارات دانشگاه تهران به چاپ رسیده است. جناب آقای امیر امیریان از کارورزان خوب و بااستعداد اینجانب بودند که مقطع کارشناسی ارشد خود را در رشته مشاوره خانواده در دانشگاه تهران گذراندند. از اینکه ایشان با من در ترجمه این اثر علمی و کاربردی همکاری داشته‌اند بسیار خوشحالم. همچنین، مایل‌ام از جناب آقای علی امینی سپاس‌گزاری کنم که به‌مانند همیشه با نکته‌سنجی علمی خود به ارتقای صحت اصطلاحات این اثر کمک شایانی نمودند.

درمان راه‌حل‌محور نوعی روان‌درمانگری است که تمرکز و اهمیت بسیار بیشتری

1. University of Colorado at Denver (UCD)

2. Colorado State University (CSU)

3. School of Education

4. Brief Counseling and Psychotherapy

را برای بحث‌های مربوط به راه‌حل‌ها دارد تا مشکلات. به‌جز فهمیدن اینکه مشکل چیست و چگونگی عنوان کردن آن، مشاور یا روان‌درمانگر راه‌حل‌محور تمایلی برای اکتشاف یا توقف بر روی جزئیات مشکل تجربه‌شده ندارد. پایه‌گذاران رویکرد راه-حل‌محور استیو دیشیزر و اینسو کیم‌برگ^۱ هستند که در نتیجه تجربه کار با خانواده‌های متعدد متوجه اتلاف قابل توجهی از زمان و انرژی برای پرداختن به علائم و مسائل مربوط به مشکلات شدند. ایشان دریافتند که جلسه مشاوره و روان‌درمانی فرصت مناسبی است تا با تأکید زودتر بر راه‌حل‌های مشخص برای مشکل، به‌جای ادامه دادن به گفتگو درباره خود مشکل، به تسکین سریع‌تر علائم و عوارض ناشی از مشکل برسیم.

این کتاب تحت عنوان *درمان راه‌حل‌محور* توسط آقای دکتر بیل اکانل نگارش شده و شامل ۱۰ فصل متنوع و کاربردی است. دکتر اکانل استاد دانشگاه سیاتل^۲ آمریکا هستند و در حوزه تدریس و نیز نظارت حرفه‌ای دارای گواهی‌های معتبر هستند. مطالعه این کتاب به همه مشاوران و روان‌درمانگرانی که مشغول به کار هستند توصیه می‌شود.

یاسر مدنی

دکترای تربیت مشاور

فوق دکترای مشاوره کوتاه‌مدت از

دانشگاه ایالتی کلورادو آمریکا

هیئت علمی دانشگاه تهران

1. Steve de Shazer & Insoo Kim Berg
2. Seattle University

مقدمه‌ای از هاروی رتنر

درمان راه‌حل محور شکلی از درمان کوتاه‌مدت است که ابتدا در آمریکا و در دهه ۱۹۸۰ تدوین شد. این رویکرد در اواخر دهه ۱۹۸۰ به بریتانیا وارد شد و از آن موقع، هزاران درمانگر و مشاور در خدمات مصوب و غیرمصوب جذب دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت آن شده‌اند؛ دوره‌هایی که در آن می‌آموزند چطور از روش‌های به‌ظاهر ساده این رویکرد استفاده کنند. در اروپا نیز چند جنبش مشابه در جریان است، به‌طوری که درمانگران در سوئد، آلمان، فرانسه، بلژیک و دیگر کشورها رویکرد اصلی خود را تحت عنوان درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور تعریف می‌کنند.

البته دلایل بسیاری برای محبوبیت امروزی این رویکرد درمانی وجود دارد. در بین جذابیت‌های آن، با توجه به ارزیابی‌های انجام‌شده در دوره‌های آموزشی، می‌توان به کاربردپذیری تکنیک‌ها و همچنین تأکید بر محوریت مراجع و به‌ویژه بر شایستگی‌ها و نقاط قوت مراجعان، به‌جای تأکید بر نقص‌ها و آسیب‌شناسی روانی‌شان، اشاره کرد. به نظر می‌رسد که گرایش روزافزونی به‌سوی همکاری با مراجعان وجود دارد به این منظور که به آنها کمک شود تفاوت‌هایی را که می‌خواهند، در زندگی خود تثبیت کنند، و به دنبال کسب نقاط قوت‌هایی بروند که برای انجام آن تغییرات نیازشان دارند. بنابراین، این ویژگی به‌خوبی با پژوهش‌هایی همسویی دارد که نشان می‌دهند وقتی از مراجعان خواسته می‌شود دیدگاهشان درمورد آنچه را که در درمان به آنها کمک می‌کند بگویند، عمدتاً به وجود یک رابطه حاکمی از اعتماد اشاره می‌کنند که در آن احساس شنیده‌شدن می‌کنند - و برای این منظور، چه راهی بهتر از اینکه درمان را بر خواسته‌های مراجع متمرکز کنیم؟

بنابراین جای خوشنودی است که به استقبال اثری ارزشمند برویم که به مجموعه نوشته‌های جهانی بازتاب‌دهنده کاربرد درمان راه‌حل محور، نکات فراوانی می‌افزاید. اینکه کتاب اوکانل تا این حد روشن است و خوب نوشته‌شده نیز به جذابیت ماجرا می‌افزاید. او در سراسر کار خود، نمونه‌های کوتاه و قابل‌فهمی از جنبه‌های مختلف این

رویکرد ارائه می‌کند که این امر محتوای رویکرد را بیشتر و بیشتر ملموس می‌سازد. به‌ویژه، او توانسته است ایده‌های پیچیده مربوط به پیش‌زمینه رویکرد را به شیوه‌ای بی‌پرده و متمایز ارائه کند.

او کانل به ما می‌گوید که خودش پیشینه‌ای التقاطی دارد، و این امر در بحث‌هایی که در مورد یک رویکرد یکپارچه ارائه می‌کند، به‌وضوح دیده می‌شود. بسیاری از خوانندگان می‌یابند که فصل ۹، تحت عنوان رویکرد تلفیقی راه‌حل‌محور، به‌خوبی توانسته است بین درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت و دیگر رویکردهای مشاوره‌ای ارتباط برقرار کند. فصل ۹ پر از نکته‌های مفید از رویکردهای مختلف است و برای اکثر مردم سودمند خواهد بود. او همچنین در مورد به‌کارگیری ایده‌های موجود در دیگر محیط‌ها، مثلاً در گروه‌ها و سازمان‌ها نیز مطالب جالبی می‌گوید (فصل ۱۰، نکات کاربردی در استفاده از رویکرد راه‌حل‌محور را بخوانید)، و فصل مربوط به سؤالات متداول (فصل ۸)، چند پاسخ روشن و متقاعدکننده به مسائل دشوار می‌دهد.

با سال‌ها سابقه کاربست و آموزش مهارت‌های مشاوره‌ای در کارنامه او کانل، حتم کنید که او در توصیف اجزای تشکیل‌دهنده رابطه بین درمانگر و مراجع، که بیشترین سودمندی را برای رویکرد کوتاه‌مدت دارند، بسیار زیاده عمل کرده است. آنهایی که در نقش مشاور کار می‌کنند، خواهند دید که این کتاب و به‌ویژه فصل ۶، کاربرد ویژه‌ای در کار آنها خواهد داشت.

حدس می‌زنم دلیل اینکه شما این کتاب را برداشته‌اید این است که به آن دسته از رویکردهای درمانی کوتاه‌مدت علاقه دارید که هدف آنها توانمندسازی مراجعان است تا در پایان کار، مراجعان خودشان بتوانند توانایی‌های حل مسئله‌شان را تحت کنترل بگیرند. در این کتاب توصیه‌ها و نکته‌های فراوانی را خواهید یافت!

هاروی رتنر

کاربست درمان کوتاه‌مدت، لندن

پیشگفتاری از السدیر جی مک‌دونالد

وقتی اولین ویراست این کتاب در ۱۹۹۸ منتشر شد، مفاد منتشرشده در بریتانیا دربارهٔ درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت اندک بود. در آن دوران، اکثر کتاب‌های مربوط به درمان راه‌حل‌محور در آمریکا و توسط بنیان‌گذاران این رویکرد، مثلاً استیو دشازر و اینسو کیم برگ، یا توسط شاگردان آنها و همکاران‌شان نوشته شده بود. اعتبار علمی بیل اوکانل و سبک سهل‌نگارش او، به موفقیت درمان راه‌حل‌محور کمک کرد. این کتاب خوانندگان بسیاری در بین درمانگران راه‌حل‌محور پیدا کرد و بسیاری از درمانگرانی که به دنبال مبانی رویکرد راه‌حل‌محور و دستیابی به فرصت‌ها و امکانات این روش درمانی بودند، آن را جذاب یافتند. از آن زمان، این کتاب مورد توصیهٔ مؤسسهٔ کاربست درمان کوتاه‌مدت (BRIEF) در لندن، به‌عنوان یک مرجع برای دوره‌های دانشگاهی بوده است. تقاضا برای ویراست دوم کتاب نیز شاهد دیگری است که گسترش سریع کاربست راه‌حل‌محور در بریتانیا و ارزش این کتاب را تأیید می‌کند.

درمان راه‌حل‌محور یک ستارهٔ درخشان و نوظهور در آسمان روان‌درمانی سراسر جهان است. ایده‌ها و روش‌های آن در بسیاری از کشورهای غربی گسترش یافته‌اند و امروزه نیز بر هند و مشرق زمین تأثیر گذاشته‌اند. جلسات انجمن درمان کوتاه‌مدت اروپا معمولاً متشکل از نمایندگان ۲۰ یا ۳۰ کشور است. در بریتانیا، ایده‌های درمان راه‌حل‌محور در تعلیم و تربیت، و مددکاری اجتماعی، و همچنین در خدمات ملی سلامت (NHS) و بخش خصوصی فراگیر شده‌اند. این رویکرد در برخی حیطه‌های کاربردی که کار روان‌شناختی قبلاً در آنها سخت یا غیرممکن بود، نظیر خشونت خانگی، محافظت از کودکان، و مصرف مواد، مؤثر بوده است. افزایش تقاضا برای نظارت بر طبق رویکرد راه‌حل‌محور، گسترش سریع این رویکرد را نشان می‌دهد، و همین امر باعث شده است که در ویراست دوم و سوم این کتاب، محتوای جدیدی در فصل ۷ در این باره اضافه کنیم. مشاورین مدیریتی با پیش‌زمینه‌های مختلف، مفاهیم راه‌حل‌محور را در کارهای سازمانی به کار گرفته و آموزش می‌دهند. تکنیک تیم متفکر

راه‌حل محور برای نظارت و امور سازمانی، موضوع جدید دیگری است که بخشی از فصل ۷ در نسخه کنونی به آن اختصاص یافته است.

همان‌طور که بیل در پیشگفتار اشاره می‌کند، درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور هنوز در حال توسعه و تغییر است. این رویکرد ریشه در خانواده‌درمانی دارد، اما به دیگر رویکردهای درمانی نظیر روان‌پوشی، و رویکردهای رفتاری و شخص محور نیز مدیون است. یک مقیاس برای نشان دادن موفقیت این روش درمانی این است که بسیاری از دیگر درمان‌های تثبیت‌شده نیز اخیراً در مورد همکاری، توانمندسازی، عزت‌نفس، و امید صحبت کرده‌اند. قبلاً این مفاهیم به ندرت در ادبیات پژوهشی مربوط به مدیریت پریشانی هیجانی و اختلالات روانی به کار برده می‌شدند. پژوهش‌های مقدماتی نشان می‌دهند که وقتی درمانگران روی به تمرکز راه‌حل محور می‌آورند، بیشتر از کارشان لذت می‌برند، که همین امر می‌تواند «فرسودگی شغلی» را در آنها کاهش بدهد و در نتیجه نشانه خوبی برای گسترش حرفه درمانگری در آینده است. کشور فنلاند درمان راه‌حل محور را به عنوان یک مکتب رسمی درمانی پذیرفته است و انجمن کاربست راه‌حل محور در بریتانیا نیز مانند سازمان‌های مشابه در دیگر کشورها، در حال بررسی امکان دستیابی به تأییدیه‌های رسمی برای درمان راه‌حل محور است. این امر کمک می‌کند که درمان راه‌حل محور با دیگر مکتب‌های درمانی تثبیت‌شده در جهان، همگام شود.

مراجعان و درمانگران بسیاری در جهان هستند که از رویکردهای راه‌حل محور بهره برده‌اند. این ویراست جدید از درمان راه‌حل محور به موفقیت‌ها و توسعه‌های بیشتر کمک کرده و آن را تشویق می‌کند. بنابراین، اگر این کتاب را اکنون در کتاب‌فروشی برداشته‌اید و ورق می‌زنید، آن را بخرید! این کتاب می‌تواند زندگی حرفه‌ای شما را تغییر دهد، چراکه برای بسیاری از افراد دیگر نیز همین حس را داشته است.

دکتر السدیر جی مک‌دونالد

روان‌پزشک مشاور، ریاست انجمن درمان کوتاه‌مدت اروپا

دیباچه ویراست دوم

ویراست اول کتاب **درمان راه‌حل‌محور** در سال ۱۹۹۸ منتشر شد. از آن زمان، محبوبیت این رویکرد افزایش یافته و امروزه طیف وسیعی از درمانگران و متخصصان از آن حمایت می‌کنند. این رویکرد به‌صورت خلاقانه‌ای در بافت‌های متنوع به‌کار برده شده است - از سازمان‌های کسب‌وکار گرفته تا گروه‌های حمایتی والدین. بسیاری از آنهایی که از این رویکرد استفاده می‌کنند، در امر درمان پیش‌زمینه ندارند و حتی ممکن است نسبت به سرمنشأ آن در خانواده‌درمانی بی‌اطلاع باشند. اگرچه جامعه هدف این ویراست عمدتاً مشاوران و درمانگران هستند، اما طوری طراحی شده است که برای دیگر رشته‌ها و حرفه‌ها نیز کاربردی باشد.

همچنین این رویکرد از نظر جغرافیایی نیز گسترش یافته است، و نمایندگان بسیاری در کشورهای اسکانديناوی، هلند، آلمان، و همچنین بریتانیا و آمریکا در آن نقش دارند. این متخصصین خود را بیشتر با انجمن کاربست راه‌حل‌محور بریتانیا (آغاز به کار در سال ۲۰۰۳)، سازمانی مشابه در آمریکا، و موفقیت‌های پیاپی انجمن درمان کوتاه‌مدت اروپا، همخوان و همسو می‌دانند. این سازمان‌ها کارهای زیادی می‌کنند تا کاربست مناسب این درمان را ارتقا داده و کاربردهای خلاقانه‌ای برای آن بیابند.

دیدگاه راه‌حل‌محور امروزه در برنامه بسیاری از دوره‌های آموزش حرفه‌ای، مثلاً در روانشناسی و مددکاری اجتماعی، یافت می‌شود. این دیدگاه در خدمات سلامت ملی بریتانیا به‌عنوان یک مداخله درمانی مؤثر و معتبر شناخته می‌شود. این رویکرد در جامعه علمی احترام زیادی را به خود جلب کرده است، و دانشگاه بیرمنگام در بریتانیا از ۱۹۹۹، دوره‌های کارشناسی ارشد درمان راه‌حل‌محور را برگزار می‌کند. این دوره دانشجویان زیادی را از بریتانیا و اروپای مرکزی و با رشته‌های مختلف به خود جذب کرده است. تعداد مربیان و مشاورانی که ایده‌ها و مداخلات راه‌حل‌محور را به کارکنان در سازمان‌های خصوصی، داوطلب، و بخش دولتی آموزش می‌دهند، رو به افزایش است. همچنین بسیاری از مربیان و مدرسان امروزه در کار با مراجعان خود از این

رویکرد استفاده می‌کنند.

این ویراست آخرین پیشرفت‌ها در این رشته را منعکس می‌کند - که یکی از آنها تأکید بر توانمندسازی مراجع است. درمانگر/مصاحبه‌گر عنان کار را به مراجع می‌دهد، اگرچه خودش نیز نقش مهمی دارد. یک تغییر دیگر در این رویکرد، حرکت به سمت سادگی و تقلیل‌گرایی بیشتر و همچنین حداکثر انعطاف‌پذیری در کاربری در کاربست رویکرد بود. در این ویراست، "بایدها، اجبارها، و نصیحت‌های" کمتری درمورد اجرای فرایند درمانی وجود دارد، و این نشان‌دهنده اعتماد بیشتر به توانمندی مراجع در یافتن و اجرای راه‌حل‌ها است. من با معرفی الگویی برای نظارت یک‌به‌یک و همچنین گسترش بخش مربوط به اجرای تیم‌های تفکر راه‌حل محور، فصل مربوط به نظارت را تقویت کردم. در انتهای هر فصل، یک سری نکته‌های تمرینی و همچنین فهرست جامع‌تری از منابع در پیوست آمده است.

کاربست رویکرد راه‌حل محور هرگز ثابت و پایا نیست. هر دفعه که من در یک کنفرانس یا سمینار شرکت می‌کنم، از اینکه می‌بینم مشاورین این رویکرد چقدر مبتکر و نواندیش‌اند، حیرت‌زده می‌شوم. درمان راه‌حل محور، در نقش فرزندی نسبتاً تازه‌وارد در مجموعه درمان‌ها، هنوز تحت فشار سنت‌شدگی قرار نگرفته است. در واقع، هیجان زیادی شاهدیم مبنی بر اینکه هر جزء آن "هنوز در حال پیشرفت است". یک هویت جمعی قوی نیز وجود دارد که هر فرد را تشویق می‌کند تا به توسعه کار کمک کند. در هر همایش دانشجویان و کارورزان این رویکرد، اشتیاق، تعهد و شوروشوق حضار شما را حیرت‌زده می‌کند. یافتن رویکرد راه‌حل محور، یک نقطه عطف در زندگی بسیاری افراد بوده است. این رویکرد آنها را به سمت سفرهای شخصی و حرفه‌ای رهسپار کرده که بازگشتی از آن نخواهند داشت.

در حیطه راه‌حل محور، موعظه‌گری و وحی منزل اندکی وجود دارد (یعنی دیدگاه خشک و بی‌انعطاف نیست). اگرچه اولین نسل متفکران این رویکرد - مثلاً دشازر، کیم برگ، اوهانلون - احترام زیادی را به خود جلب کرده‌اند، اما آنها در این رویکرد در موضع خدایگانی ننشسته‌اند. عصیان‌هایی قوی در بین متخصصان راه‌حل محور وجود دارد. این امر خود را زمانی نشان داد که این افراد درمان‌های تثبیت‌شده را به چالش کشیدند تا یک الگوی رادیکال‌تر و تساوی‌گرایانه را به کار برند. این انرژی هنوز هم به

جنبش راه‌حل‌محور جریان می‌دهد و از خشک‌اندیشی آن جلوگیری می‌کند.

درحالی‌که فواید این رویکرد برای مراجعان با توجه به یافته‌های پژوهشی روشن هستند، آنهایی که این رویکرد را به‌کار می‌گیرند نیز فکر می‌کنند که این رویکرد برایشان سودمند بوده است. ساندمن (۱۹۹۷) گزارش کرد که مددکاران اجتماعی که در کشور فنلاند از این رویکرد استفاده می‌کردند، نظرات مثبتی درمورد مراجعان خود کسب کرده‌اند، و نسبت به آنهایی که از این رویکرد استفاده نمی‌کردند، درمان را با همکاری بیشتری با آنها پیش می‌بردند. بنابر تجربه من، هرچه بیشتر از این الگو استفاده کنم، گرمای بیشتری در برابر مراجعانم خواهم دید. این رویکرد به من کمک می‌کند که آنچه را آنها برای غلبه بر دشواری‌هایشان انجام می‌دهند، تحسین کنم. از همکارانم شنیده‌ام که ارزش‌های مثبت، خوش‌بینانه، و امیدوارانه در این رویکرد چقدر توانسته‌اند همچون نوش دارویی زهر منفی‌بافی، بدبینی عمیق، و فرسودگی را خنثی کنند، که ممکن است در نتیجه گوش دادن به مشکلات دیگران به مدت چند ساعت، گریبان‌فرد را بگیرند.

مردم کتاب‌ها را به‌صورت متفاوتی می‌خوانند. آنهایی که سبک یادگیری ترجیحی‌شان، کاربردی است، ممکن است تصمیم بگیرند که با فصل‌هایی شروع کنند که کاربرد این رویکرد را توصیف می‌کنند - یعنی فصل‌های ۳، ۴، ۵ و ۶. آنهایی که دانستن بافت تاریخی و مبناهای نظری برایشان اهمیت دارد، ممکن است ترجیح دهند که از اول کتاب شروع کنند. نظارت راه‌حل‌محور یک موضوع اصلی در فصل ۷ است، درحالی‌که در فصل ۸ تلاش داشته‌ام که به یک سری سؤال درمورد این مدل درمانی پاسخ بدهم. فصل ۹ بررسی می‌کند که چطور می‌توان درمان راه‌حل‌محور را با دیگر مدل‌ها ترکیب کرد، و در نهایت در فصل ۱۰، روش‌های استفاده از این رویکرد در انواع محیط‌ها را توصیف می‌کنم.

در سراسر کتاب، از ضمیرهای مربوط به مرد و زن به‌طور متناوب استفاده کرده‌ام - با این امید که از کلیشه‌های جنسیتی اجتناب شود. همچنین، از واژه‌های "مشاوره"، "درمان" و "مشاور" و "درمانگر" نیز به‌جای هم استفاده کرده‌ام، تا در پیروی از کاربست «انجمن مشاوره و روان‌درمانی بریتانیا» پیش رفته باشم. در برخی فصل‌ها از اصطلاح "مشاور" و "درمانگر" به‌طور انحصاری استفاده کرده‌ام، اما در فصل‌های دیگر

از واژه فراگیر "متخصص" بهره گرفته‌ام تا هرکسی را که در یک حرفه یاری‌رسان کار می‌کند، پوشش داده باشد؛ چه آنها خودشان را به‌عنوان درمانگر یا مشاور در نظر بگیرند و چه نگیرند.

ریشه لاتین واژه راه‌حل یا solution، "solvere" است که فعلی به معنای آزاد کردن است. از این نظر، من درمان راه‌حل‌محور را شکلی از "آزادی" در نظر می‌گیرم، یعنی تجربه‌ای که مردم را قادر می‌کند تا خودشان را از استبداد گذشته خود رها و آزاد کنند. همچنین تفکر من این است که این رویکرد درمانگران را از استبداد گذشته خود رها و آزاد می‌کند که می‌توانند مراجعان را به‌عنوان افرادی برابر با خودشان در نظر بگیرند و تمام ویژگی‌های عالی آنها را تأیید و تحسین کنند. از طرف دیگر، عنوان درمان راه‌حل‌محور دارای یک سری مفاهیم فرعی است که این معنا را می‌رساند که برای هر مشکلی یک راه‌حل وجود دارد، و همین امر باعث می‌شود منتقدین، این رویکرد را به‌عنوان یک درمان "فوری" رد کنند. من ترجیح می‌دهم از عنوان‌هایی نظیر "درمان متمرکز بر تغییر" یا "درمان آینده‌محور" استفاده شود.

همچنین این ظن بسیاری افراد در این حیطه را می‌پذیرم که می‌گویند مداخلات کوتاه‌مدت ممکن است به استدلالی برای حامیان مالی خدمات تبدیل شود تا به راحتی هزینه‌ها و بودجه‌ها را کاهش دهند. باین حال، مبنای پژوهشی برای درمان کوتاه‌مدت قوی است، و واقعیت موجود در این زمینه این است که بسیاری از مشاوره‌ها و درمان‌های ارائه‌شده در بریتانیا در عمل کوتاه‌مدت هستند.

فقط حامیان مالی نیستند که مداخلات کوتاه‌مدت را ترویج می‌کنند، بلکه خود مراجعان هم این کار را می‌کنند. آنها می‌گویند که از خدمات دارای محدودیت زمانی نتیجه می‌گیرند و آن را نسبت به تعهدات بلندمدت ترجیح می‌دهند. به نظر من، به شرط اینکه درمان کوتاه‌مدت تنها گزینه درمانی تحمیلی نباشد، درمانگرانی که می‌خواهند بهترین استفاده را از منابع ببرند و خدمات خود را برای مراجعانی گسترش دهند که در حال حاضر از آن خدمات محروم‌اند، از ابتکار درمان کوتاه‌مدت استقبال خواهند کرد. اعتقاد من این است که ما نیاز داریم خدماتی را به مراجعان خود ارائه کنیم که همخوان با شرایط و ترجیح آنها باشد، و نیاز داریم نسبت به آنها و جامعه وسیع‌تر در قبال ارائه خدمات اثربخش پاسخگو باشیم.

تجربه کاری من، کار با جوانان، مددکاری اجتماعی، مشاوره، و همچنین آموزش و سخنرانی است. تجربه من عمدتاً از کار با مراجعان به صورت فردی و زوجی حاصل شده است. من این مدل را در طیف وسیعی از مراجعان و در محیط‌های متعدد به کار برده‌ام - خدمات مشاوره تحصیلی، مشاوره خانواده و زوج در سازمان‌های داوطلبانه، کاربست خصوصی، و برنامه‌های یاری‌رسانی کارکنان.

برخی درمانگران راه‌حل محور با دقت و تأکید فقط از این مدل استفاده می‌کنند، درحالی‌که برخی دیگر رویکردی گشوده دارند و این مدل را با مدل‌های دیگر تلفیق می‌کنند. من که خودم پیش‌زمینه التقاطی و ترکیبی داشته‌ام، به مکتب دوم تعلق دارم و امیدوارم که این کتاب برای طیف وسیعی از درمانگران جذابیت داشته باشد که از استفاده از ایده‌های جدید در کاربست درمانی خود استقبال می‌کنند. اگرچه نیاز به درمان بلندمدت در همه بیماران را زیر سؤال می‌برم (و آن را برای عده قلیلی مناسب می‌دانم)، اما این کتاب تلویحاً انتقادهای موجود برای مدل‌های به کار برده شده توسط دیگر درمانگران را بیان نمی‌کند. این اصل راه‌حل محور که می‌گوید، "اگر اثربخش بود به انجام آن ادامه دهید"، نشانه‌ای عمل‌گرایانه مبنی بر این است که همان رویکردی را که داریم از آن استفاده می‌کنیم و برای مراجعان مان اثربخش است، ادامه دهیم. با این حال، وقتی این رویکرد جواب نداد، باید به اندازه کافی شجاع باشیم که کار دیگری انجام دهیم. هیچ درمانی همیشه اثربخش نیست و هرچه ابزارهای بیشتری در جعبه ابزار خود داشته باشیم، بهتر است، البته به شرطی که بدانیم و درک کنیم چرا از آن ابزارها استفاده می‌کنیم. جو کنونی در درمان امروزی ما را تشویق می‌کند که در کار خود از یک نگرش التقاطی و تحول‌گرا استفاده کنیم. امروزه حرکت به سوی اجماع نظر و احترام به وجود تنوع، جایگزین جدال‌های بی‌حاصل در سیاست‌های درمانی شده است و این کتاب نیز با همین نگرش نگارش یافته است.

تلاش من این بوده است که هم به محدودیت‌های این رویکرد اشاره کنم و هم به پتانسیل‌های آن. وقتی یک رویکرد تأکید زیادی بر نوع خاصی از مداخله داشته باشد (که این تأکید در درمان راه‌حل محور استفاده از سؤالات است)، حتماً مداخلات به کار رفته در دیگر مدل‌های درمانی را مورد غفلت قرار داده است. در نتیجه، پیروان دیگر روش‌های درمانی نسبت به آنچه در درمان راه‌حل محور انجام نمی‌شود، حساس

می‌شوند و گاهی نیز از کارهای انجام‌شده در این رویکرد غافلگیر خواهند شد. باوجوداین، هیچ درمانی نیست که ادعا کند از پس همه کارها برمی‌آید، و قضاوت یک رویکرد درمانی بر اساس آنچه در دیگر رویکردها رخ می‌دهد، کاری اشتباه است و ما را به بیراهه می‌کشاند. برخی منتقدان، درمان راه‌حل‌محور را به این دلیل رد می‌کنند که وزن ایدئولوژیکی کافی ندارد، اما به این امر توجه نمی‌کنند که درک زیربنای فلسفی آن دشوار بوده و سادگی کاربری آن نیز به ندرت کار آسانی خواهد بود! کاربری این رویکرد به مهارت‌های ارتباطی قابل توجه و همچنین به توانایی تمرکز بر نکات مثبت و غیرمشکل‌ساز مراجع نیاز دارد. بنابراین، برای درمانگر مبتدی که توسط ایدئولوژی‌های متضاد محاصره نشده است، کار با رویکرد راه‌حل‌محور ساده‌تر از افرادی است که رویکردهای مختلفی را تجربه کرده‌اند. در برخی موارد نیز افرادی که پیش‌زمینه مشاوره‌ای ندارند و در محیط‌هایی کار می‌کنند که نیازمند مهارت‌های مشاوره‌ای هستند، نسبت به استفاده از رویکرد راه‌حل‌محور مشتاق‌اند چون رویکردی کاربردی و آسان است. آنها از این نظر که مجبور نیستند خودشان حلال مشکل‌ها باشند، احساس آرامش خواهند کرد. باین‌حال، از نظر من افرادی که در نقش مشاور یا درمانگر کار می‌کنند، بهتر است که اول یک دوره آموزش مهارت‌های عمومی مشاوره گذرانده باشند.

امیدوارم که این کتاب به شما کمک کند از کار خود لذت ببرید، ایده‌های زیادی برای کار با مراجعان به شما بدهد، و به شما کمک کند تا بیشتر به راه‌حل‌های مراجعان گوش کنید.

فصل اول

درمان کوتاه‌مدت

ویژگی منحصر به فرد درمان راه‌حل محور، تمرکز بر راه‌حل‌ها به جای تمرکز بر مشکلات است. هدف این درمان، کمک به مراجعان در دستیابی به نتایج دلخواه و مطلوب‌شان با فراخواندن و ساختن مشارکتی (به همراه درمانگر) راه‌حل‌های مشکلات خود است (اوکانل، ۲۰۰۱). این درمان که در دهه ۱۹۸۰ به عنوان نوعی درمان کوتاه‌مدت ظهور کرد، ریشه در کارهای استیو دشارر و تیم او در مرکز خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت در میلواکی آمریکا داشت. برای درک بافت و زمینه آن، آشنایی با سنت درمان کوتاه‌مدت توصیه می‌شود.

این حقیقت که بسیاری از مدل‌های درمان کوتاه‌مدت برگرفته از چارچوب مکتب‌های اصلی درمانی‌اند (به‌ویژه مکتب‌های روان‌پویشی و رفتاری شناختی)، می‌تواند این برداشت را به ما بدهد که درمان کوتاه‌مدت، مأخوذ از درمان‌های بلندمدت است. با این حال، این مسئله صحیح نیست. بلوم (۱۹۹۲) تعداد زیادی از مطالعات موردی را در بیش از ۸۰ سال گذشته برمی‌شمارد که در آنها بیماران گزارش کرده‌اند که تغییرات مهمی را در نتیجه درمان کوتاه‌مدت در زندگی خود به دست آورده‌اند. حتی از سال ۱۹۲۵ هم درمانگران مشهوری مانند فرنزی و رنک، در برابر این پیش‌فرض که تحلیل (تحلیل درمانی) باید بلندمدت باشد، قد علم کرده بودند. آنها توصیه کردند که درمانگر هنگام تعبیر و تفسیر، موضع فعال و همدلانه‌ای اتخاذ کند که تسهیل‌گر پدیده انتقال باشد و دمای هیجانی نیز حفظ شود. رنک بر اهمیت انگیزه مراجع برای

مشارکت در فرایند تغییر، نیاز به اتخاذ یک هدف برای درمان، و لزوم توجه بیشتر به تجارب کنونی مراجع به‌جای بازخوانی گذشته تأکید می‌کند. با این‌حال، انجمن روان‌تحلیل‌گری، رویکرد دفاعی و خصمانه خود را در برابر این ایده که درمان‌هایی که بلندمدت و "عمیق" نیستند، می‌توانند ارزشی پایدار داشته باشند، حفظ کرد. وقتی الکساندر و فرنچ (۱۹۶۶) نوشتند «این باور روان‌تحلیل‌گران که نتایج درمانی سریع و کوتاه‌مدت نمی‌تواند اصیل و حقیقی باشند، باوری خرافی است»، خصومت بسیار زیادی را در میان روان‌تحلیل‌گران برانگیختند. آنها توصیه کرده بودند به‌جای جلسات روزانه، از جلسات هفتگی استفاده شود تا مراجعان بتوانند آنچه را که در درمان آموخته‌اند، در حیطه عمل خویش وارد کنند.

مطالعات تأثیرگذار مالان (۱۹۷۶، ۱۹۶۳)، کارآمدی درمان پویشی کوتاه‌مدت را اثبات کرد. او بر نیاز موجود به ارزیابی‌های موشکافانه و نیاز به حفظ تمرکز درمانی برای کار روی بیماران صحه گذاشت. از دهه ۱۹۶۰ تا دهه ۱۹۸۰، تلاش‌های علمی مالان، مان (۱۹۷۳)، سیفئوس (۱۹۷۹) و دوانلو (۱۹۸۰) محرکی برای پیشبرد جریان پویشی کوتاه‌مدت بود. از آن زمان، مجموعه روزافزونی که نشان داده‌اند درمان کوتاه‌مدت به اندازه درمان بلندمدت اثربخش است (خلاصه‌شده در کاس و بوتچر، ۱۹۸۶)، و اینکه درمان کوتاه‌مدت، مورد انتظار و ترجیح بیش از ۷۰ درصد مراجعان است (گارفیلد و برگین، ۱۹۹۴؛ پکاریک، ۱۹۹۱)، نیروی مؤثری در تبلیغ آن بوده است. فرانسس، کلارکین و پری (۱۹۸۴) دریافتند که گروه وسیعی از متخصصان - زوج‌درمانگران، سکس‌تراپیست‌ها، خانواده‌درمانگران، و درمانگران شناختی رفتاری - ادعا داشته‌اند که در دوره‌های کوتاه‌مدتی با مراجعان کار کرده‌اند و کارهای عملی آنها نیز صحت این مسئله را تأیید کرده است. نتایج تحقیق یک مرکز مشاوره‌ای در بریتانیا (برچ و آگولنیک، ۱۹۹۶) نشان داد که در حدود ۴۰ درصد مراجعان بین ۱ تا ۴ جلسه مشاوره داشته‌اند، ۴۰ درصد دیگر بین ۵ تا ۲۰ جلسه، و ۲۰ درصد دیگر هم قراردادهای درمانی داشته‌اند که از شش ماه فراتر رفته است. این مطالعه نشان داد که با معرفی یک مدل چهارجلسه‌ای برای مراجعان فهرست انتظار، تعداد افراد در حال انتظار

کاهش یافت و این مسئله موجب شد زمان انتظار برای تمام مراجعان، حتی برای کسانی که پیشنهاد چهارجلسه‌ای را نپذیرفته بودند و نیز برای آنهایی که تصمیم گرفته بودند منتظر دریافت درمان طولانی مدت تر بمانند، کاهش یابد. بیشتر مطالعات در طول دهه‌های گذشته نشان داده‌اند که میانه طول درمان فارغ از نوع جهت‌گیری درمانی، بین ۴ تا ۸ جلسه است، به طوری که خوشه‌ای حول ۶ جلسه شکل گرفته بود (گارفیلد و برگین، ۱۹۹۴؛ کاشو بوتچر، ۱۹۸۶). کاس و بوتچر (۱۹۸۶) به این نتیجه رسیدند که «اکثر قریب به اتفاق روان‌درمانی‌ها کوتاه‌مدت‌اند».

در تعریف عناصر تشکیل‌دهنده درمان کوتاه‌مدت اختلاف‌هایی وجود دارد. اکرت (۱۹۹۳) درمان کوتاه‌مدت را این‌گونه تعریف کرد: «هرگونه مداخله روان‌شناختی که قصد آن ایجاد تغییر در سریع‌ترین زمان ممکن است، خواه محدوده زمانی مشخصی از قبل تعیین شده باشد یا نباشد». مالان (۱۹۷۶) با استفاده از سنت روان‌پویشی، این واژه (کوتاه‌مدت) را برای درمان‌هایی بین ۴ تا ۵۰ جلسه به کار گرفت؛ مان (۱۹۷۳) نیز از منظر همان سنت تعداد ۱۲ جلسه را در نظر گرفت؛ درحالی‌که مدل شناختی رفتاری رایل (۱۹۹۱) ۱۶ جلسه را ملاک قرار داد. تالمون (۱۹۹۰) و مانثی (۱۹۹۶)، این امر را برای درمان‌های تک‌جلسه‌ای به بحث گذارده‌اند. درحالی‌که برخی مدل‌ها محدودیت‌های ثابتی را برای آن در نظر می‌گیرند، بعضی مدل‌های دیگر، درمان کوتاه‌مدت خود را در چارچوب شاخص‌های انعطاف‌پذیری مشخص کرده‌اند (استینبارگر، ۱۹۹۴). بودمان و گورمان (۱۹۸۸) ترجیح می‌دهند که از اصطلاح «درمان حساس به زمان» استفاده کنند و احساس می‌کنند که این اصطلاح بر این تأکید دارد که درمانگر باید در چارچوب یک دامنه زمانی مشخص، حداکثر تأثیر لازم را ایجاد کند. اگرچه تفاوت‌های عمده‌ای بین درمانگران درمان کوتاه‌مدت وجود دارد، همه آنها هم‌رأی‌اند که تعداد جلسات درمان کوتاه‌مدت کمتر از ۲۰ جلسه است.

در مورد ویژگی‌های اصلی درمان کوتاه‌مدت برنامه‌ریزی شده، توافق زیادی در ادبیات پژوهشی وجود دارد. این ویژگی‌ها در درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور نیز آشکارند. بارت-کروس (۱۹۹۴) این ویژگی‌ها را به صورت زیر خلاصه کرده است:

- داشتن این دیدگاه که خود شما و دیگران ذاتاً توانمندید؛
- پذیرش تعریف مراجع از مشکل؛
- تشکیل اتحاد و ائتلاف درمانی؛
- اعتباربخشی و نسبت دادن موفقیت به مراجع؛
- یادگیری درمانگر از مراجع؛
- اجتناب درمانگر از کشمکش قدرت با مراجع؛
- عینیت‌بخشی و توجه به استفاده ابزاری از رفتار مراجع، به‌جای شخصی‌سازی آن.

به نظر او در درمان کوتاه‌مدت، درمانگر باید برای خلق انتظار ایجاد تغییر به مراجع ملحق شود. از دیدگاه وی، این کار مستلزم میزانی از رهنمودی بودن درمانگر است تا بتوان هرچه سریع‌تر یک رابطه‌ی کاری ایجاد کرد و به همین اندازه اهمیت دارد که مشکل و هدف (یا اهداف) به‌روشنی شناسایی شده و برنامه‌ی عمل‌های مناسبی تدوین شوند که با دقت ارزشیابی می‌شوند. در درمان کوتاه‌مدت، مراجع مشکل را تعریف می‌کند. از نظر ولز و جیانتی (۱۹۹۳) در صورتی که مراجع تا حد امکان اطلاعاتی کافی را در مورد مشکل و درمان دریافت کند، می‌توان سریع‌تر رابطه‌ی مشارکتی و اثربخش را ایجاد کرد.

کاس و بوچر (۱۹۸۶) به‌طور خلاصه ویژگی‌های اصلی درمان کوتاه‌مدت را بدین گونه توصیف می‌کنند:

- تمرکز بر اینجا و اکنون؛
- اهداف روشن، مشخص و در دسترس که در زمان موجود قابل حصول باشند؛
- ایجاد هرچه سریع‌تر رابطه‌ی کاری خوب؛
- تجسم درمانگر به‌عنوان فردی شایسته، امیدوار و مطمئن؛
- فعال بودن درمانگر و تأثیرگذاری آشکار او.

برعکس، هویت (۱۹۹۵) عقایدی را شناسایی کرده که شالودهٔ درمان بلندمدت را تشکیل می‌دهند:

- تجارب مخرب اولیه باید به آرامی و به صورت کامل آشکار شوند؛
- اتحاد درمانی باید به تدریج شکل گیرد؛
- باید به مراجع اجازه داد که واپس روی کند؛
- زمان زیادی طول می‌کشد که پدیدهٔ انتقال شکل گیرد و نباید آن را خیلی سریع تفسیر کرد؛
- مفهوم‌سازی یکپارچهٔ دستاوردها مستلزم کار طولانی مدت روی آنها است.

اثر بخشی

شواهد پژوهشی برای اثربخشی درمان کوتاه مدت شگفت‌انگیز است. کوگان (۱۹۵۷) مراجعان را در فاصلهٔ سه و دوازده ماه پس از دریافت درمان تک‌جلسه‌ای پیگیری کرد. تقریباً دوسوم آنها احساس می‌کردند که به آنها کمک شده است. او به این نتیجه رسید که در موارد دارای زمان خاتمهٔ غیر برنامه‌ریزی شده، درمانگر همواره کمکی که مراجع دریافت کرده بود را دست کم می‌گرفت. مالان، هیث، بیکال و بالفور (۱۹۷۵) در مطالعه روی ۴۵ مراجع، دو تا هشت سال پس از اینکه یک تک‌جلسهٔ درمانی را گذرانده بودند، دریافتند که یک‌چهارم آنها از نظر نشانهٔ بیماری و یک‌چهارم دیگر هم از لحاظ میزان اشتیاق و پویایی بهبود پیدا کرده بودند. اسمیت (۱۹۸۰) دریافت که تأثیرگذاری عمدهٔ درمان در شش تا هشت جلسهٔ اول درمان رخ می‌دهد، و سپس این تأثیر به‌طور مداوم ولی با روندی نزولی به مدت تقریباً ده جلسه ادامه خواهد داشت. هوارد، کاپتا، کراوس، و اورلینسکی (۱۹۸۶) در فرامطالعه‌ای یافتند که ۱۵ درصد مراجعان قبل از جلسهٔ اول بهبود پیدا کردند، ۵۰ درصد در جلسهٔ هشتم، ۷۵ درصد در جلسهٔ بیست و ششم و ۸۳ درصد هم در جلسهٔ پنجاه و دوم. استرن (۱۹۹۳) اشاره می‌کند آنهایی که به مدت طولانی در جلسات می‌مانند، احساس می‌کنند پیشرفت کافی به دست نیاورده‌اند.