

ارتقای اثربخشی در روان‌درمانی پویایی

فهرست مطالب

۷	تشکر و قدردانی.....
۹	مقدمه مترجم.....
۱۱	فصل اول: ارتقای اثربخشی در روان‌درمانی پویایی.....
۳۳	فصل دوم: پرسش‌گری، سنجش و مفهوم‌سازی موردی.....
۷۷	فصل سوم: اضطراب: سنجش و تنظیم.....
۱۲۹	فصل چهارم: دفاع و مقاومت.....
۱۸۳	فصل پنجم: تمرکز بر احساسات: تسهیل تجربه هیجان.....
۲۴۳	فصل ششم: اتحاد درمانی: هشیار و ناهشیار.....
۲۸۹	فصل هفتم: صمیمیت با خود و دیگران: تسهیل لحظات عمیق جلسات درمان.....
۳۳۳	فصل هشتم: حل و فصل در جهت یکپارچگی، تحکیم و انسجام.....
۳۸۵	منابع.....
۳۹۷	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....
۴۰۳	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....

تشکر و قدردانی

شریک بودن در تغییر زندگی بیماران، از رنج و فشار تا سرزندگی و صحت آن، یک امتیاز واقعی محسوب می‌شود. شجاعت و سخاوتمندی افرادی که اجازه دادند جلسات درمانشان فیلم‌برداری و به اشتراک گذاشته شود و برای کمک به دیگران مورد مطالعه قرار گیرد، بسیار قابل توجه و الهام‌بخش است. من به‌عنوان یک فرد عادی و یک درمانگر بسیار مفتخرم که با تمام این افراد آشنا شدم.

از دکتر حبیب دوانلو و دیوید مالان برای عزم خود در کشف روش جدید و مؤثر برای دستیابی به نتایج درمانی مثبت به شیوه‌ای سریع و پایدار بسیار سپاسگزارم. مشارکت آنها در این زمینه بسیار زیاد بوده است. امیدوارم این کتاب در انتشار اطلاعات حیاتی به طیف گسترده‌ای از مخاطبان به‌خصوص درمانگران و کسانی که مشتاق یادگیری راه‌های مؤثر و کارآمد برای کمک به بیماران خود هستند کمک کند.

از هر یک از کارآموزان خود چیزهای بسیاری آموخته‌ام. با تشکر ویژه از تورین پالم هانسن و مارک وایل، که ساعت‌ها وقت خود را برای ویرایش و ضبط ویدیوهای آموزشی من صرف کردند و با تشکر از آنجلا کوپر که چندین فصل از این کتاب را در هنگام نوشتن مطالعه کرد و با تشکر از لوکاس جونز که کتاب حاضر را با دقت فراوان ویرایش کرد. از تور ونبرگ برای بحث‌های روشنی‌بخش متعدد در خصوص جنبه‌های نظری و فنی - و همچنین گفتگو در خصوص خود زندگی - تشکر می‌کنم.

همکاران من منابع قابل توجهی بودند و در بسیاری از موارد به دوستان ارزشمندی تبدیل شده‌اند. کار و زندگی من به‌شدت تحت تأثیر همه شما قرار گرفته است. به‌ویژه، آلن عباس، بجورن الوین، جان فردریکسون، دیانا فوشا، آلن کالپین، جف کاتزمن، لورا مات، کریستین ازبورن و دیوید ولف که الگوهای شفقت، از خودگذشتگی و تعهد در رشته ما بوده‌اند. الهام‌بخشی و حمایت آنها ارزشمند بوده است.

از همهٔ دوستان عزیزم، به‌ویژه ایلین آپولف، دیان بیستر، سوزان فیشر، کارن هستینگز، بونی میلر، سندی ریناوا، دیانا شولمن، لیس سینو، اندرو یورسینو، کتی تیل و جودی وایتھوس تشکر می‌کنم. من نمی‌توانم زندگیم را بدون شما تصور کنم.

و در نهایت، بسیار مرهون بروس ایگر هستم که مرا با آنا مور در راتلج آشنا کرد. آخرین نفر اما نه کم‌اهمیت‌ترین آنها زوی پرسمان است که مرهون بازخورد مهربانانه، سازنده و انتقادی او برای نسخهٔ اولیهٔ این کتاب هستم. این کتاب با کمک‌های او به مراتب بهتر شد.

مقدمه مترجم

مدل روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت، مشخصاً برای شناسایی و حل مشکلات هیجانی بنیادین که باعث بروز علائم درد و رنج بیماری‌ها می‌شوند، طراحی شده است. این روش بر پایه نظریه ناهشیار عاطفی پایه‌گذاری شده و دکتر حبیب دوانلو بنیان‌گذار آن بوده است. وی مجموعه‌ای نظام‌مند از فنون درمانی را جهت دسترسی سریع به ناهشیار و تغییرات پایدار ابداع نمود. دکتر پاترشیا کالین دلاسلوا از کارآموزان این روش درمانی نزد دکتر دوانلو بود. به‌طور کلی، این کتاب ضمن ارائه مبانی و معرفی روش درمان، به بیان مراحل فرایند درمان به همراه مثال‌های بالینی متعدد و با جزئیات پرداخته است. ضمن آنکه اشارات متعدد به شواهد تجربی که از اثربخشی این روش حمایت می‌کند آورده شده است. از ویژگی‌های خاص کتاب، توالی پویشی مرکزی را به طرز خلاصه و زیبایی توضیح داده است. تمرکز بیشتر وی بر شایستگی و صلاحیت درمانگر است، به طوری که وی معتقد به مثلث شایستگی است یعنی یک درمانگر خبره در سه حوزه (نظریه، تحقیق و تکنیک) آگاهی و مهارت لازم دارد. نکته متفاوت این کتاب با سایر کتاب‌های این حوزه این است که در انتهای هر فصل به‌طور خلاصه به عامل درمانگر اشاره کرده است و به این می‌پردازد که به‌منظور دستیابی به بهترین و پایدارترین نتیجه، درمانگر باید حضور هیجانی ملموسی داشته باشد، دست‌یافتنی باشد و توانایی برقراری ارتباط صمیمانه و نزدیک را داشته باشد. برای دست یافتن به این اهداف، آموزش درمانگر به‌منظور کسب مهارت و پیشرفت فردی ضروری است.

آشنایی من با کتاب حاضر در کنگره روانکاوی در هلند در سال ۲۰۱۶ بود که در آن‌جا پروفسور آلن عباس پیشنهاد خواندن کتاب را به من داد، بعد از نگاهی اجمالی به فهرست کتاب، دو فصل آخر نظرم را جلب کرد به محض اینکه فصول آخر را ورق

زدم این جمله را که از جان ژوزف پل بود خواندم: «این یک حقیقت محض است که هیچ‌کس نمی‌تواند زیبایی‌های خود را بشناسد و ارزشمند بودن خود را حس کند تا زمانی که در آینهٔ انسانی که دوستش دارد و به او اهمیت می‌دهد، بازتاب خود را ببیند» و آن‌چنان تحت تأثیر قرار گرفتم که مشوق من جهت ترجمهٔ کتاب شد. از دکتر آلن عباس به‌خاطر پیشنهاد هوشمندانهٔ ایشان تشکری ویژه دارم. از جناب آقای دکتر نیما قربانی استاد بزرگوار که نخستین بار در ایران روان‌درمانی پویسی فشرده و کوتاه‌مدت را به جامعهٔ علمی معرفی کرد و رهروانی متعهد، دلسوز، مصمم در جهت یاری رساندن به بیماران پرورش دادند نیز کمال قدردانی را دارم. طی سالیان متمادی که با این روش درمانی کار می‌کنم با اساتید بنامی چون دکتر آلن عباس و جان فردریکسون مقالات خارجی در این حوزه چاپ کردم. تجربهٔ شخصی من نشان داده است که تسهیل درمان موفق در این حوزه مستلزم مطالعهٔ گسترده، تمرکز روی برطرف کردن دفاع‌های درمانگر، داشتن اصالت، جدیت، نزدیکی هیجانی و همدلی اصیل هیجانی با بیماران و همچنین ضبط جلسات به همراه ناظر است. در چنین جلساتی، بازگشایی ناهشیار نه تنها برای بیمار بلکه برای خود درمانگر هم شفاست.

امیدوارم این کتاب برای روان‌پزشکان، روان‌شناسان، روان‌درمانگران، مشاوران و پژوهشگرانی که به این حوزه علاقه‌مند هستند، مفید باشد و گامی در جهت کمک به بیمارانشان برداشته شود.

مایهٔ امتنان از صاحب‌نظران گرامی است که با ارایهٔ پیشنهادها و انتقادات سازندهٔ خود، من را در بهتر شدن این اثر در چاپ‌های بعدی یاری فرمایند.

دکتر بیتا آجیل‌چی

پاییز ۱۳۹۸

فصل اول

ارتقای اثربخشی در روان‌درمانی پویشی

مقدمه:

درمانگر: لطفاً دربارهٔ دلیل مراجعهٔ خود به اینجا کمی برایم توضیح دهید و بگویید چه کمکی از من ساخته است؟

بیمار: نمی‌دونم. فکر می‌کنم باید تصمیمم رو بگیرم. مشکل همین‌جا است من یک دوست صمیمی دارم که راجع به این مشکل باهاش حرف می‌زنم. من ازش خواستم به من کمک کنه چون از زمان اتمام دبیرستان منو می‌شناسه. دوستم فکر می‌کنه شاید من، اووم، به خاطر داشتن اضطراب -کل زندگی‌ام دست روی دست گذاشته‌ام- کمبود عزت‌نفس، اضطراب و ناتوانی در تصمیم‌گیری. من فرد منفعلی هستم و به هیچ چیزی دست نیافته‌ام. فکر می‌کنم ۶۹ سالگی برای رسیدن به خواسته‌هایم خیلی دیره، بنابر این، از این موقعیت ناخوشایند که یک زن سالخوردهٔ مجرد هستم، قدری احساس خشم می‌کنم.

این خانم ۶۹ ساله در طول سال‌ها، درمانگران زیادی را بدون اینکه نتیجه‌ای بگیرد، ملاقات کرده است. لحن جملات آغازین این فرد فاقد انسجام و اشتیاق بوده که بیانگر سبک دلبستگی آشفته اوست، در حالی که ارتباط غیرکلامی او چهره‌ای با حالات عجیب و نامتعارف را شامل می‌شود. ظاهراً وی با برقراری تماس‌های مکرر جهت تعیین قرار ملاقات برای ابراز مشکلات جسمانی مختلف و مبهم، باعث ناراحتی پزشک خانواده‌اش شده است. به طور کلی، وی نمونهٔ بارزی از بیماران پیچیده و مشکلی است که درمانگران اغلب با آنها مواجه هستند، ولی به ندرت می‌توانند به این بیماران کمک کنند.

در این کتاب تلاش شده است به پرسش‌هایی از این قبیل پاسخ داده شود که چگونه می‌توانیم مهارت‌های خود را بهبود ببخشیم و ظرفیت‌های کامل خود را به عنوان درمانگر توسعه دهیم تا برای کمک به چنین بیمارانی شانس بهتری داشته باشیم. ما شش عامل مرتبط با تغییرات مغزی در بزرگسالان را به همراه تکنیک‌های خاص و تأثیرات اثبات شده آنها معرفی خواهیم کرد که مرتبط با این عوامل هستند: ۱- تمرکز و تکرار ۲- ایجاد و حفظ پیوند مشترک ۳- القای سطح متوسطی از اضطراب ۴- تسهیل سطوح چند جانبه فعال‌سازی هیجانی ۵- ایجاد «لحظات عمیق ملاقات» و ۶- خلق یک روایت زندگی منسجم. برای تحقق این اهداف، مهارت‌هایی خاص به منظور کمک به بیماران اختصاص یافته است تا با کمک این مهارت‌ها، بیمار دفاع‌هایی را که مانع از برانگیختگی هیجانی مطلوب می‌شوند، کنار بگذارد و با درمانگر مشارکتی فعال داشته باشد. مهم نیست که روش‌ها و تکنیک‌های ما چقدر مؤثر هستند، در صورتی که بیماران در فرایند درمان مشارکت نکنند، این روش‌ها و تکنیک‌ها بی‌فایده خواهند بود.

در این کتاب، هر یک از عوامل با رونوشت‌هایی مبسوط و دقیق از جلسات درمانی واقعی توضیح و تشریح داده می‌شوند. فصل اول، مروری است بر مباحث کتاب که خلاصه‌ای از موارد ذکر شده را ارائه می‌دهد. فصل دوم، یک روش ارزیابی ویژه را معرفی می‌کند که برای تعیین علت اصلی علائم، اختلالات بیمار و میزان ظرفیت او برای مشارکت در درمان، به کار برده می‌شود. سپس در فصل سوم، بر اضطراب و کنترل آن تمرکز خواهیم کرد، به گونه‌ای که بتوان سطح مطلوب اضطراب بیمار را حفظ نمود. فصل چهارم، دفاع و مقاومت‌های بیمار را مورد بررسی قرار خواهد داد که وجود آن‌ها مانع مشارکت درمانی می‌شوند. فصل پنج، به مقوله برانگیختگی، تنظیم کردن و تلفیق هیجان‌ات پیچیده خواهد پرداخت. در فصل شش، به ایجاد و حفظ یک اتحاد قوی هشیارانه و ناهشیارانه پرداخته خواهد شد. در فصل هفت، بر ضرورت ایجاد یک فضای صمیمی و نزدیکی هیجانی در رابطه درمانی تمرکز خواهیم کرد. برای ایجاد صمیمیت مطلوب جهت بهبود بخشیدن به «لحظات تأثیرگذار در جلسات ملاقات»، مقاومت در برابر ارتباط

صمیمانه باید از بین برود. راهکارهای مشخصی برای دستیابی به این اهداف گنجانده خواهد شد و نهایتاً در فصل هشت، بر فرایند پیشروی به سوی یکپارچگی و تحکیم تغییرات تأکید خواهد شد.

روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت^۱

رویکردی یکپارچه

علاوه بر معرفی هر یک از این عوامل درمانی در فصل‌های مجزا، به خواننده یک روش درمان معرفی خواهد شد که تمام این عوامل خاص - روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت - را تلفیق می‌کند (دوانلو ۲۰۰۰-۱۹۹۰، ISTDP). این روش پیچیده و بی‌نظیر درمان برای سنجش و درمان طیف وسیعی از بیماران طراحی شده است. با وجود این که روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت، اغلب با مفهوم نفوذ یک هیجان شدید مرتبط است، اما در واقع یک مدل درمانی چندبعدی، سازمان‌یافته و انعطاف‌پذیر است که بالینگر می‌تواند این روش را با توجه به نیازها و ظرفیت‌های طیف وسیعی از بیماران منطبق سازد (عباس، ۲۰۱۵؛ کاگلین دلا سلوا، ۱۹۹۶/۲۰۰۴؛ فردریکسون، ۲۰۱۳؛ مالان و کاگلین دلا سلوا، ۲۰۰۶).

روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت بر اساس نظریه روان‌تحلیلی و درک کامل فرایندهای ضمنی و ناهشیار ارائه شده است؛ فرایندهایی که علت بیشتر علائم و رنج‌های بیمار هستند (اکر، تیسیک، هیولی ۲۰۱۲، اسکور ۲۰۱۲). این مدل درمان روشی نظام‌مند و قابل‌اعتماد را برای آشکار ساختن منشأ ناهشیار مشکلات تکراری بیمار ارائه داده است و همچنین سنجش لحظه به لحظه ظرفیت بیمار را برای مشارکت در فرایند درمان در اختیار می‌گذارد. با فراهم آوردن رویکردی مشخص جهت سنجش پویا، از پاسخ‌های بیمار به هر مداخله به عنوان ابزاری تشخیصی و راهنما برای مداخله‌های بعدی استفاده می‌شود.

1. Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)

دوانلو (۱۹۹۰) با استفاده از نظریهٔ روان‌تحلیل‌گری به عنوان پایه و اساس روش خود، رویکردی علمی برای سنجش و درمان بیماران اتخاذ کرد و فرضیه‌های خود را با این روش آزمود. در درمان‌ها و تحلیل‌های درازمدت، اطلاعات بالینی آن‌قدر حجیم هستند که آزمایش فرضیه‌های مربوط به مکانیسم‌های خاص تغییر، تقریباً غیرممکن است. دوانلو با تسریع بخشیدن و فشرده ساختن این فرایند و فیلمبرداری از تمام جلسات روان‌درمانی جهت مرور با همکاران و بیماران، نشان داد که کدام مداخله‌ها، مؤثرترین مداخله‌ها بودند و برای چه کسانی می‌توان از آنها استفاده کرد. چنانچه مداخله‌ای برای یک بیمار مؤثر واقع می‌شد، وی به گونه‌ای نظام‌مند آن را برای ده نفر بعدی به‌کار می‌برد و نتایج را مطالعه می‌نمود. او در این روش نسبتاً علمی، مهارت‌های خود را به طور پیوسته افزایش داد و روش‌های خود را تصحیح می‌کرد.

دوانلو (۱۹۹۰) بیان کرده است که روان‌درمانی پویایی به طور بی‌نظیری مؤثر است. وی عنوان کرد که نتایج درمانی از طریق عوامل اختصاصی، به ویژه احساسات واقعی بیماران در مورد گذشته و حال، کسب می‌شوند و نه به کمک عوامل غیر اختصاصی. با وجود این که این روش به طور کلی تمام شش عامل مرتبط با تغییرات مغزی را تلفیق می‌کند، نمی‌توان آن را مقوله‌ای همه‌یا هیچ خواند. هرچه بالینگر بر تعداد بیشتری از این مهارت‌های اختصاصی تسلط یابد و آن‌ها را به کار ببرد، درمان‌های وی مؤثرتر واقع می‌شوند.

نتایج نشان می‌دهند در مواردی از قبیل ۱- افسردگی مقاوم در برابر درمان (عباس، هنکوک، هندرسون و کسلی، ۲۰۰۶؛ درایزن و همکاران، ۲۰۱۰) ۲- اختلال وحشت-زدگی (ویبورگ و دال، ۱۹۹۶) ۳- اختلالات شخصیت (عباس، جوفرز و اگرونیزوک، ۲۰۰۸، توماس و همکاران، ۲۰۰۰، تاون، عباس و هاردی، ۲۰۱۱، وینستون و همکاران، ۱۹۹۴) ۴- اختلالات جسمی (عباس، کیسلی، کرنکی، ۲۰۰۹؛ عباس، لوواس و پوردی، ۲۰۰۸؛ کولن و همکاران، ۲۰۱۴؛ اسچوبینر، و بتزولد، ۲۰۱۲) ۵- تبدیلی و ۶- علائم پزشکی غیر قابل توضیح (عباس و همکاران، ۲۰۱۰)، با درمان‌های معمول راه به جایی نمی‌برند، روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت مؤثر و کارآمد واقع شده

و دارای اهمیتی ویژه است. این روش علاوه بر کارایی در مورد شرایط سنتی بیماران سرپایی، اکنون به طور موفقیت‌آمیزی برای استفاده در اتاق اورژانس (عباس، کمپل و ترازول، ۲۰۰۹؛ عباس و همکاران، ۲۰۱۰)، کلینیک‌های پزشک خانواده (عباس، ۲۰۱۵) و برای بیماران بستری نیز (سولباکن و عباس، ۲۰۱۳) مناسب است. مطالعات آزمایشی، امکان اجرا و به کارگیری این روش را در محیط‌های گروهی (حسو و همکاران، ۲۰۱۰) و همچنین در ارتباط با کودکان و نوجوانان (عباس، رابانگ، لی چسنرینگ، رفت و میدگلی، ۲۰۱۳) بررسی می‌کنند.

یکپارچگی

دوانلو علاوه بر یکپارچه‌سازی تمام شش عامل مرتبط با تغییرات مغزی در روش درمانی خود، بر دسترسی و پاسخگویی هیجانی درمانگر و هم‌چنین میل به رشد و ایستادگی او در برابر هر گونه عوامل مخرب تمرکز کرده است. تحقیق اخیر این نوع ترکیب عوامل عام و خاص را تأیید می‌کند. در واقع، به نظر می‌رسد که استفاده متعادل از عوامل ویژه در کنار بهره بردن از عوامل متداول مانند همدلی، امنیت و کنجکاوی منجر به کسب بهترین نتایج می‌شوند (مک کارتی، کیف و باربر، ۲۰۱۵؛ ومپولد، ۲۰۱۵). همان‌طور که قبلاً ذکر شد (اورلینسکی و رانستاد ۲۰۰۵؛ واینبرگر ۱۹۹۵)، به نظر می‌رسد که اکثر درمان‌گران از مداخله‌های ویژه بسیار کمی، برای پرداختن به مشکلات خاص استفاده می‌کنند. با وجود این، تحقیقات نشان می‌دهد که استفاده بیش از حد از عوامل خاص نیز، دستیابی به نتایج نسبتاً نامطلوبی را در پی خواهد داشت (مک کارتی، کیف و باربر، ۲۰۱۵). بار دیگر قابل ذکر است درمانگرانی که مداخله‌های پویایی خاص را با مداخله‌های آزمایشی معمول‌تر تلفیق می‌کنند، مستعد دستیابی به بهترین نتایج هستند (باربر، موران، مک کارتی و کیف، ۲۰۱۳، مک کارتی، کیف، باربر، ۲۰۱۵). این شواهد درباره‌ی نوعی یکپارچگی و انعطاف‌پذیری صحبت می‌کنند که در مثال‌های بالینی بعدی توضیح داده خواهند شد.

آخرین تحولات

اگرچه روان‌درمانی برای کسانی که در فرایند درمان مشارکت می‌کنند و آن را با جدیت ادامه می‌دهند، به خوبی مؤثر است (اندازه اثر بین ۱/۵۱-۰/۶۸) (لمبرت و آگلس، ۲۰۰۴؛ شلدر، ۲۰۱۰؛ اسمیت، گلس و میلر، ۱۹۸۰؛ ومپولد، ۲۰۰۱، ۲۰۰۷، ۲۰۱۳)، میزان انصراف از این روش و اتمام درمان قبل از مشاهده هرگونه پیشرفت، حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد بوده است (ویریزیکی و پکاریک، ۱۹۹۳). همچنین بررسی نتایج ۵۵۰ بیمار (لمبرت و آگلس، ۲۰۰۴) نشان داد حتی با در نظر گرفتن معیارهای قبل و بعد از درمان، به نظر می‌رسید روش درمانی به سرعت مؤثر واقع شده است، شرایط ۸ درصد از بیماران در نتیجه درمان، بدتر شده است. تحلیل داده‌های بعدی، میزان عود بیماری را بین ۳۵ تا ۷۰ درصد نشان می‌دهند (وایبورگ و دال، ۱۹۹۶). از آن‌جا که در زمینه یاری رساندن به تقریباً نیمی از بیمارانی که برای دریافت کمک‌های روان‌درمانی به ما مراجعه می‌کنند موفق نبوده‌ایم و همین‌طور به دلیل وجود بیمارانی که از همان ابتدا اغلب به وضعیت اولیه خود باز می‌گردند، باید مداخله‌های موفقیت‌آمیزتری را برای کمک به بیماران بیشتری انجام دهیم.

اگرچه بیشتر درمان‌ها همواره در مورد بیماران باهوش، دارای تفکر روان‌شناختی، با انگیزه و نسبتاً سالم مؤثر واقع می‌شوند، درمان بیمارانی که پیشینه‌ای طولانی از اختلالات مختلف دارند، یا آن دسته از بیمارانی که دارای مشکلات جسمی و فیزیکی یا اختلالات شخصیتی مقاوم به درمان هستند، اصلاً موفقیت‌آمیز نیست. گسترش مهارت‌های لازم برای به کار بردن مداخله‌های خاص قدرتمند و دقیق، نتایج بهتری حاصل نموده و منجر به بهزیستی بیماران شده و موجب بهبود روحیه درمان‌گرانی می‌شود که معمولاً در درمان موارد پیچیده به نتایج ناامیدکننده و پراکنده‌ای می‌رسند.

تحقیق (اورلینسکی و رانستاد، ۲۰۰۵) اظهار می‌دارد که اکثر درمانگران در کار خود با بیماران، به شدت درگیر و متعهد هستند و از نقش و حرفه خود رضایت شخصی زیادی دارند. با وجود این که بیشتر درمانگران توانایی زیادی برای ایجاد ارتباط مناسب با بیماران دارند و اغلب از توانایی شهودی بسیار خوب برای رسیدن به این هدف بهره

می‌جویند، گزارش‌ها حاکی از آن است که ۷۶ درصد آنها از مهارت و اعتماد به نفس لازم در سه حوزه مهم مقابل برخوردار نیستند: ۱- توانایی ایجاد انگیزه در بیماران برای مشارکت فعال در فرایند درمان، ۲- درک لحظه به لحظه فرایند درمان و ۳- آگاهی از این که چگونه و چه موقع از تکنیک‌های مشخص برای مقابله با مشکلات و اهداف خاص استفاده کنند (اورلینسکی و رنستاد، ۲۰۰۵). گزارش شده است کمتر از ۴۷ درصد از درمانگران دارای تحصیلات عالی و بسیار با تجربه، از تسلط یک بالینگر برخوردار نبوده‌اند. ما معتقدیم که همین عدم تسلط و شایستگی منجر به کسب نتایج ضعیف گزارش شده در پیشینه‌های تحقیق شده و از پا در آمدن پزشکان را نیز در پی داشته است. با وجود این، بر اساس تجربه من، زمانی که مداخله‌های درمانگران تغییرات مستمر، عمیق و پایداری را در پی داشته باشد، اشتیاق آنها به کار خود بیشتر خواهد شد.

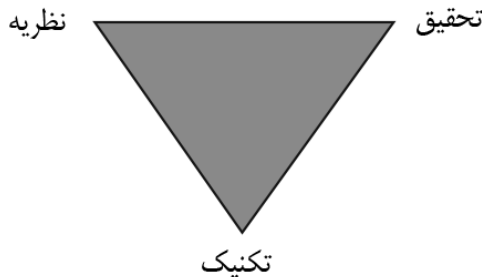
از بسیاری جهات، ۱۱۰۰۰ درمانگری که در تحقیق اورلینسکی و رانستاد (۲۰۰۵) شرکت داشته‌اند، آخرین تحولات را در رشته ما نشان می‌دهند. در ارتباط با فرایند و نتایج درمانی، نظریه‌های ارزشمندی را مطرح ساخته و داده‌های تجربی بسیاری جمع‌آوری نموده‌ایم. در عین حال، عدم توجه به گسترش مهارت‌های خاص و رشد فردی بالینگران، شکاف‌هایی را در دانش ما پدید آورده است. در نتیجه، نتایج بالینی در ۵۰ سال گذشته بهبود نیافته است (ایکر، ۲۰۱۵).

همان‌گونه که ذکر شد با تشدید مشکلات حرفه‌ای، دوگانگی در رشته ما رو به افزایش است. اخیراً، برخی گروه‌ها تقریباً به طور انحصاری بر «درمان‌های معتبر تجربی» تمرکز می‌کنند، در حالی که دیگر گروه‌ها معتقدند که روش، چندان اهمیتی ندارد و خودِ درمانگر، تنها متغیر مهم است (دانکن، ۲۰۱۰). با توجه به مطالعات و تجربه خود به عنوان یک درمانگر و استاد/ناظر برای بیش از ۳۰ سال، به این نتیجه دست یافته‌ام که کسب موفقیت مستمر به عنوان یک روان‌درمانگر نتیجه داشتن دانش کافی درباره آن است که ما چه کسی هستیم و چه کاری انجام می‌دهیم. در حمایت از این دیدگاه، وامپولد (۲۰۱۵، ۲۰۱۳، ۲۰۰۷) تأکید کرده است که «یک تعامل هماهنگ و هم‌زمان بین دو عامل رابطه و تکنیک» در دستیابی به نتیجه درمانی مثبت و مستمر

دخیل هستند. حمایت‌های بیشتر از این فرضیه در کتاب حاضر ارائه خواهد شد.

رشد شایستگی

چنانچه بخواهیم در طول زمان به گونه‌ای مستمر به بیماران یاری برسانیم و در روند درمان آنها قدم‌های بزرگی برداریم، باید مهارت‌های خود را تقویت کنیم و تکنیک‌هایی را شکوفا سازیم که با درک نظری ما از تحول انسان (بهنجار و آسیب‌شناختی) و فرایندهای تغییر، گره خورده باشند. همچنین لازم است این مداخله‌ها به وسیله پژوهش مورد تأیید قرار گیرند. یک بالینگر خبره در سه حوزه (نظریه، تحقیق و تکنیک) آگاهی و مهارت دارد. این‌طور به نظر می‌رسد که درمانگران دارای مهارت‌های فراشناختی، نتایج بهتری نسبت به سایر همکاران خود به دست می‌آورند (ومپولد، ۲۰۱۰، ۲۰۱۵). من نام این خوشه از دانش یکپارچه را مثلث شایستگی گذاشته‌ام (شکل ۱.۱) که در آن نظریه، تکنیک و تحقیق همگی به صورت متقابل با یکدیگر مرتبط هستند. به علاوه، یک درمانگر خبره می‌تواند این دانش و مهارت را با مسئله هویت فردی خود و آنچه در وجودش به عنوان یک انسان داراست ادغام نماید. با یک مبنای نظری معتبر برای کار، با مداخلات و مهارت‌های خاص و کاملاً بهبودیافته و با تحول مداوم خود به عنوان یک انسان، می‌توانیم تأثیرگذاری خود را به حداکثر برسانیم و به بسیاری از بیمارانی که در جستجوی یاری ما هستند کمک کنیم.



شکل ۱-۱: مثلث شایستگی

تخصص در زمینه روان‌درمانی شامل دانش علمی و عملی می‌شود که با پی‌گیری و ارزیابی همراه است و به منظور سنجش عملکرد و نتیجه صورت می‌گیرد. تحقیقات (تریسی، وامپولد، لیچنتنبرگ، گودیر، ۲۰۱۴) نشان می‌دهد که متخصصان دارای ویژگی‌های زیر هستند: الف- توانایی درک الگوهای معنادار بزرگ، ب- دقت و سرعت بیشتر در پردازش اطلاعات، پ- حافظه بلندمدت و کوتاه‌مدت برتر، ت- توانایی تشخیص و بازنمایی یک مشکل در سطحی عمیق‌تر نسبت به افراد مبتدی، ث- صرف کردن زمان بیشتر برای درک یا تجزیه و تحلیل مشکلات و ج- مهارت‌های خودنظارتی قوی‌تر. انتظار می‌رود تمرین آگاهانه این عوامل، موجب تقویت تخصص شود. در صورتی که جلسات درمان فیلم‌برداری و بررسی شوند و بازخورد از طرف بیماران در خاتمه به دست آید، شایستگی ارتقا می‌یابد.

درباره هنر و علم روان‌درمانی مطالب زیادی نوشته شده است (هافمن و وینبرگر، ۲۰۰۶، اسکور، ۲۰۱۲، سولدز، مک کالو، ۲۰۰۰). لازم است برای توسعه و بهبود حرفه خود تلاش کنیم. حرفه ما نیازمند تلفیقی از فکر و احساس، علم و هنر و همچنین تکنیک و آزمایش است. سنت (۲۰۰۸) اظهار می‌دارد، افرادی که بر حرفه انتخابی خود مسلط هستند در یک «منطقه آستانه‌ای» میان پیدا کردن مشکل و حل آن فعالیت می‌کنند. این امر به جای پاسخ‌های خشک و کلیشه‌ای، مستلزم روش کاری کنجکاوانه و مبتنی بر گوش دادن فعال و آزمایش است. مفهوم استادی، نیازمند خلق فرهنگی برتر است. مفهوم ضمنی در این مورد «اشتیاق برای بالا بردن کیفیت» را در بر می‌گیرد که انگیزه پیشرفت و بهتر شدن در هر حرفه‌ای را برای فرد فراهم می‌آورد (سنت، ۲۰۰۸، ص ۲۴). این اشتیاق دربرگیرنده یادگیری از طریق انجام دادن، تلاش کردن، گاهی اوقات شکست خوردن، رشد کردن به واسطه کوشش و پشتکار، آموختن‌های مکرر و مشارکت در تمرین‌های ارادی و فراتر از سطح فعلی توانایی خود، در جهت بهبود مهارت است.

کسب مهارت در هر پیشه‌ای نیازمند سخت‌کوشی، پافشاری و از خود گذشتگی برای رسیدن به برتری است. چیره‌دستی واقعی در هر زمینه‌ای، از جمله روان‌درمانی، نیاز به فردی کامل دارد. در نتیجه، آخرین تحقیق درباره متغیر درمانگر در این متن

گنجانده خواهد شد. از آن جایی که درمانگر، خود به تنهایی ابزار انتقال در درمان محسوب می‌شود، مشخصه‌های فردی و همچنین روشی که به کار می‌برد تأثیری مستقیم و چشمگیر بر روی نتیجه دارد. در این کتاب کلمه به کلمه، رونوشت‌های موجود از روش کار خود نویسنده گنجانده خواهد شد تا مفاهیم و فرایندهای مشخص شده را نشان دهیم و سبک شخصی و انعطاف‌پذیری مورد نیاز برای درمان بیماران مختلف را مشخص نماییم.

موضع درمانی

ما در مباحث رشته خود درباره آنچه انجام می‌دهیم (درمان شناختی رفتاری، زوج درمانی هیجان‌محور و غیره) و چگونگی انجام آن (ایجاد تفسیرها، به چالش کشیدن باورهای آسیب‌شناختی) صحبت می‌کنیم و مطالبی را می‌نویسیم، اما به ندرت در رابطه با «چرایی انجام آن» به طور واضح سخن می‌گوییم. با وجود این، پاسخگویی به سؤالاتی مانند «موضع شما چیست؟» و «شما در کار خود با بیماران متعهد به چه چیزی هستید و چرا؟» برای تمام درمانگران ضروری است.

«چرا»یی عملکرد، دربرگیرنده اشتیاق، تعهد و موضع ما است. زمانی که کاری را با آگاهی کامل از چرایی و چگونگی آن انجام می‌دهیم، قادر خواهیم بود مهارت‌های بالینی را که هم‌تراز با ارزش‌ها و باورهای ما هستند، بهبود ببخشیم و با انجام این کار نتایج درمان خود را ارتقا دهیم. سایمن سینک (۲۰۱۱) در تحقیق خود راجع به افراد و گروه‌های برجسته نشان داد، موفقیت آن دسته از افرادی که در رقابت‌های خود بهتر عمل می‌کنند به دلیل آگاهی کامل آنها از نوع و علت انجام فعالیتی است که بدان مشغول هستند و نه به دلیل دستاوردهای کم هزینه‌تر و یا حتی مؤثرتر. سینک ادعا کرده است که مصرف‌کنندگان آنچه را شما انجام می‌دهید نمی‌خرند بلکه دلیل کارتان را خریداری می‌کنند. به نظر من این مطلب در مورد روان‌درمانگران نیز صدق می‌کند. مشتاق، متعهد و شفاف بودن نسبت به دلیل کاری که انجام می‌دهید باعث پدید آمدن اعتماد به نفس و تقویت رهبری می‌شود، که هر دو، ویژگی‌های مهم در عملکرد