

درمان راه حل محور
نظریه، پژوهش، و کاربردی

فهرست

مقدمه.....	۹
فصل ۱: درمان راهل محور	۱۷
فصل ۲: درمان راهل محور	۴۱
فصل ۳: موردپژوهی	۷۲
فصل ۴: اصول اخلاقی در درمان راهل محور.....	۹۹
فصل ۵: ریشه‌های تاریخی درمان کوتاه‌مدت راهل محور	۱۱۵
فصل ۶: پژوهش‌ها و شواهد درمان کوتاه‌مدت راهل محور	۱۳۱
فصل ۷: کاربرد درمان کوتاه‌مدت راهل محور در حوزه سلامت روان.....	۱۷۴
فصل ۸: درمان راهل محور برای بیماری‌های روانی شدید.....	۲۰۷
فصل ۹: رویکرد راهل محور در محیط کار.....	۲۳۸
فصل ۱۰: پرسش‌های معمول درباره رویکردهای راهل محور.....	۲۶۷
فصل ۱۱: جهت‌گیری‌های آتی در درمان راهل محور	۲۷۸
پیوست ۱: موردپژوهی: نخستین جلسه درمان راهل محور	۲۹۰
پیوست ۲: سایت‌های مراکز علمی و آموزشی راهل محور	۳۱۲
پیوست ۳: تنفس سریع و پی‌درپی	۳۱۷
منابع	۳۲۶
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۳۴۵
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۳۴۸
معرفی کتاب.....	۳۵۱

مقدمه

استیو دی شیزر و اینسو کیم برگ شالودهٔ درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور را در دههٔ ۱۹۸۰ در مرکز خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت میلواکی در ویسکانسین بنا نهادند. این دو مددکار اجتماعی نخستین بار همدیگر را در مؤسسهٔ پژوهش‌های روانی^۱ در پالواتنوی کالیفرنیا ملاقات کردند، که عمدهٔ پژوهش‌های اولیهٔ درمان راهبردی^۲ در آن انجام شده است. دی‌شیزر و کیم‌برگ پس از ازدواج، به میلواکی کوچ کردند و مؤسسهٔ پژوهش‌های روانی شمال را در آنجا تأسیس کردند، به پژوهش‌هایشان در آن کلینیک ادامه دادند، و درمان‌های کوتاه‌مدت موجود را با دریافت بازخوردهای درمانجویان اصلاح کردند. رفته‌رفته این فرآیند به حذف جنبه‌های معمول روان‌درمانی انجامید؛ زیرا از آنچه مزیت خاصی برای درمانجویان نداشت چشم پوشیدند.

درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور تفاوت‌های زیادی با روان‌درمانی‌های سنتی دارد. مفروضه‌های اصلی رویکرد راه‌حل‌محور عبارت است از: درمانجو اهداف درمان را تعیین می‌کند، و منابعی در اختیار دارد که از آنها برای ایجاد تغییر کمک می‌گیرد؛ و اخذ تاریخچهٔ مفصل ضرورت ندارد.

مصاحبه در رویکرد راه‌حل‌محور مؤلفه‌های معینی دارد. مشکلات و اهداف با عبارت‌های کاربردی تعریف می‌شوند که درمانجو با کمک آنها بر راه‌حل‌ها متمرکز می‌شود. پرس‌وجو دربارهٔ تغییرات پیش از درمان، موارد استثنا، درجه‌بندی مشکل از صفر تا ۱۰، و پرسش معجزه توجه درمانجو را به راه‌حل‌های کارساز جلب می‌کند. بازخوردها در پایان هر جلسه بروز تغییر را تقویت می‌کند. تکالیفی نظیر «کارهای مفید گذشته را بیشتر انجام بده» یا «الان زمان انجام کار متفاوتی رسیده» به تداوم تغییرات پس از درمان می‌انجامد.

1. Mental Research Institute
2. strategic therapy

در رویکرد راه‌حل‌محور فرد، زوج، یا خانواده را می‌بینند و جلسه‌های درمان الگوی مشابهی دارد. درمان‌جو این روش را رعب‌آور نمی‌داند و از همکاری در درمان لذت می‌برد. پیشرفت‌های چشم‌گیر اغلب بعد از سه تا پنج جلسه رخ می‌دهد؛ و ۲۵ درصد درمان‌جویان فقط یک جلسه درمانی نیاز دارند. این رویکرد همانند سایر روان‌درمانی‌ها برای مشکلات درازمدت چندان مؤثر نیست. به‌علاوه، می‌توان دارو و سایر درمان‌ها را با رویکرد راه‌حل‌محور ترکیب کرد. درمان راه‌حل‌محور بر توانمندسازی افراد تأکید می‌کند، که در نتیجه دوره بستری و لیست‌های انتظار را کاهش می‌دهد. حتی فعالان سلامت روان گفته‌اند توسل به این رویکرد اعتمادبه‌نفس‌شان را در کار با درمان‌جویان افزایش داده است.

نویسنده

پدرم پزشک و روان‌کاو بود و باعث آشنایی من با روان‌درمانی در کودکی شد. درمان روان‌پویشی فردی و گروهی را در دوره آموزش روان‌پزشکی تجربه کردم. در دوره گروه‌های تحلیلی در مؤسسه اسکاتلندی روابط انسانی شرکت کردم و روان‌کاوی شدم. آموزش من در خانواده‌درمانی سیستمی باعث شد به سمت درمان راهبردی، و سپس راه‌حل‌محور کشیده شوم. از رویکرد راه‌حل‌محور در کارهایم از جمله درمان روان‌پزشکی، مدیریت بیمارستان، و در مشورت‌های مدیریتی استفاده می‌کنم. من تجربه کار با کودکان و خانواده‌ها، دانشگاه‌ها، و سرپرستی درمانگران کارآموز و کارگشته را دارم. ۲۵ سال است که روان‌پزشک بزرگسالان هستم، و در انجمن‌ها و خدمات اجتماعی کار کرده‌ام؛ و تجربه مدیریت دو اتحادیه سلامت روانی را در چنته دارم.

کتاب

کتاب حاضر با هدف ارائه مبانی و تشریح کاربرد فنون راه‌حل‌محور در حوزه‌های سلامت روان، حمایت از کودک، و مشاوره سازمانی نوشته شده است. درمانگران اغلب زیر بار پژوهش نمی‌روند. با وجود این، در کشورهای توسعه‌یافته نیاز فزاینده‌ای به شواهد درمانی وجود دارد؛ به عبارت دیگر، اثربخشی درمان‌ها باید

مطابق با استانداردهای پژوهش علمی تعیین شود که در ارزیابی درمان‌های پزشکی رایج است. کتاب حاضر پژوهش‌ها و مبانی پژوهشی معاصر و تاریخچه رویکرد راه‌حل‌محور را مرور می‌کند.

کاربست رویکرد راه‌حل‌محور در موقعیت‌های سازمانی از اهداف کتاب است که امیدوارم منبع مفیدی برای مدیران و مشاوران سازمانی باشد که در پی مداخله‌های مؤثرند.

ساختار کتاب

(۱) درمان راه‌حل‌محور: جلسه اول؛ بخش یک

این فصل نحوه شکل‌گیری رویکرد راه‌حل‌محور در نظام سلامت روان انگلستان را بیان می‌کند. تمرکز فصل بر توضیح سیستمی روش راه‌حل‌محور و کاربرت آن در نخستین جلسه درمانی است که جزئیات سؤال‌های شناخت مشکل، هدف‌یابی، استثناها، درجه‌بندی، و پرسش معجزه را در بر می‌گیرد. توضیح مفصلی درباره نحوه برقراری ارتباط در مصاحبه نیز وجود دارد. محتوای فصل‌های یک و دو بر اساس محتوای آموزشی دوره‌های معتبر دانشگاه کامبریا و بازخوردهای دانشجویان از زمان آغاز برنامه در سال ۱۹۹۷ تنظیم شده است.

(۲) درمان راه‌حل‌محور: بخش دو

مکمل فرآیند جلسه اول است، و درباره ارزش وقفه‌ها و بازخوردها بحث می‌کند. نحوه ساخت و ارائه بازخورد با استفاده از تحسین و تکالیف‌ها برای ملاقات‌های بعدی توصیف شده‌اند. مجموعه‌ای از پرسش‌ها برای ملاقات‌های بعدی نیز آمده است. هر موضوع با بخش‌هایی از گفت‌وگوهای یک درمانجوی واقعی پایان می‌یابد. کاربرت این رویکرد در موقعیت‌های خاصی مانند کار با خانواده‌ها، زوج‌ها، نوجوانان، و در مدرسه‌ها نیز ذکر خواهد شد.

(۳) موردپژوهی

این فصل گزارش کاملی از مصاحبه اولیه با یک زوج ارائه می‌دهد. زن در خانه دست به سیاه و سفید نمی‌زند، و مرد بیشتر بیرون از خانه می‌ماند و الکل می‌نوشد. آنان به درمان آمده‌اند تا رضایت‌شان از رابطه زناشویی، و به طور کلی، رضایت از زندگی‌شان را ارتقا دهند. این فصل ویژگی‌های اصلی رویکرد راه‌حل‌محور را در بافت بالینی نشان می‌دهد. در کنار بحث درباره گزینه‌ها، محتوای جلسه تفسیر شده‌اند. این فصل روش توصیف‌شده در فصل‌های یک و دو را با مثال به تصویر می‌کشد.

(۴) مسائل اخلاقی در درمان راه‌حل‌محور

فصل چهار درباره مسائل اخلاقی رایج در کاربست مشاوره و روان‌درمانی بحث می‌کند. بعضی مسائل عمومی است و همه درمانگران رعایت می‌کنند؛ اما بعضی خاص انگلستان است. برای رفع مسائل اخلاقی شما را به کدهای اخلاقی مؤسسه راه‌حل‌محور انگلستان و شورای متخصصان سلامت ارجاع می‌دهیم. مسائل ویژه درمان‌های خاص و مسائل اخلاقی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور نیز مطرح شده است.

(۵) ریشه‌های تاریخی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور

درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور جزء درمان‌های پست‌مدرن است، و در مقایسه با رویکردهای گذشته و معاصر مفروضه‌های متفاوتی دارد. عناصر متعددی در درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور به چشم می‌خورد که خاستگاه‌شان مکاتب و فنون درمانی پیشین است که توجه به آنها برای کاربست، آموزش، و پیشرفت‌های بعدی ضرورت دارد. این فصل به تاریخچه تدوین رویکرد راه‌حل‌محور و توصیف رابطه آن با رویکردهای معاصر می‌پردازد. تدوین و گسترش نظریه‌های روان‌پوشی ذهن و رفتار، تأثیر آنها بر دیدگاه‌های کنونی روان‌درمانی، و نقش دیدگاه‌های رفتاری و سیستمی بررسی خواهد شد. هدف از بررسی تاریخچه درمان راه‌حل‌محور شناخت عناصری است که این درمان و سایر درمان‌های پست‌مدرن هنوز آنها را حفظ کرده‌اند. فصل پنج با بحث درباره جایگاه درمان راه‌حل‌محور بین سایر روان‌درمانی‌ها تمام می‌شود.

(۶) پژوهش‌ها و شواهد درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور

این فصل خلاصه‌ای از پژوهش‌های منتشرشده به چند زبان را ارائه می‌کند. پس از بحث درباره فرآیندهای پژوهشی، مثال‌هایی از پیشینه پژوهشی می‌آید. فهرست آن بر اساس آخرین یافته‌های روان‌درمانی تنظیم و به محدودیت‌های دانش موجود اشاره شده است. درمان راه‌حل‌محور، برخلاف سایر درمان‌ها، بر همه طبقه‌های اجتماعی و درمانجویانی مؤثر است که از نظر سایر درمان‌ها مناسب روان‌درمانی نیستند.

(۷) کاربست درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور در حوزه سلامت روان

از آغاز تدوین درمان راه‌حل‌محور کاربرد آن در سلامت روان رو به افزایش بوده است. این فصل تجربه‌های شخصی نویسنده را نیز در بر می‌گیرد. گرچه در درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور تشخیص مطرح نمی‌شود، برای تسهیل ارجاع درمانجویان از طبقه‌بندی‌های رایجی نظیر اضطراب، وسواس، سوء‌مصرف مواد، اختلالات خوردن، اختلالات شخصیت، و عناوین مرسوم‌ی مثل رفتارهای خود-ویرانگر، خودکشی، خشونت خانگی، سوءاستفاده جنسی، و حمایت از کودک استفاده می‌شود.

(۸) درمان راه‌حل‌محور برای بیماری‌های روانی شدید

اختلال دوقطبی و بیماری‌های روان‌پریشی مانند اسکیزوفرنیا جزء بیماری‌های روانی حادند. درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور می‌تواند با سایر رویکردهای درمانی، حتی درمان‌های دارویی ترکیب شود. می‌توان به‌گونه‌ای آن را به کار بست که همکاری با درمانجو را تقویت کند، و باعث مقبولیت درمان شود. به این منظور، مهارت‌های متخصصان را با توجه به تجربه‌های نویسنده و اقدامات فعالان بین‌المللی این حوزه توضیح می‌دهیم. از پذیرش در بیمارستان، و کاربست ایده‌های راه‌حل‌محور برای بیماری‌های مزمن روانی و در توان‌بخشی می‌گوییم. گزارش یک بیمار نیز در این فصل می‌آید که طبق قانون سلامت روان بستری شده است.

(۹) رویکرد راه‌حل‌محور در محیط کار

این فصل با موضوع پژوهشی جدیدی (اثربخشی رویکردهای راه‌حل‌محور در محیط

کار) آغاز می‌شود. فونونی را با هدف مدیریت بحران برای مدیران توضیح می‌دهم. از رویکردهای حل تعارض‌های تیمی و سازمانی، و راه‌های ارائه نقد‌های سازنده در فرآیند ارزیابی و سایر موقعیت‌ها سخن می‌گویم. از تیم‌های نظارت و بازخورد راه‌حل محور به‌عنوان ابزارهایی برای افزایش کاربرد ایده‌های راه‌حل محور در تیم‌ها صحبت می‌شود؛ و برای مقابله با موقعیت‌هایی که مراجع قدرتمند درمانجویان و کارکنان را تحت فشار قرار می‌دهند رویکردهای جدیدی عرضه می‌شود. با توسل به ریزابزارها تفکر جدیدی درباره کاربست سؤالات و ترکیب آنها با نگرش راه‌حل محور و مثال‌هایی از آنها ارائه می‌دهیم. در نهایت، ترفندهای سازگاری با سازمان‌های بزرگ را هم می‌آوریم.

(۱۰) پرسش‌های معمول درباره رویکردهای راه‌حل محور

حین آموزش رویکرد راه‌حل محور مسائل و چالش‌های خاصی درباره این مدل به وجود می‌آید. درباره جایگاه هیجان‌ها در این درمان و اثربخشی آن در فرهنگ‌های گوناگون بحث می‌شود. مثلاً حین بررسی سوءاستفاده احتمالی، فنون راه‌حل محور اولین انتخاب نیستند و کاربست رویکردهای دیگر نفع بیشتری برای درمانجو دارد. با وجود اهمیت عوامل مشترک، تفاوت‌هایی هم بین رویکردهای درمانی مختلف هست. نظریه در هیچ درمانی عامل ضروری نیست و درباره ابعاد این موضوع در این فصل بحث می‌شود.

(۱۱) جهت‌گیری‌های آتی درمان راه‌حل محور

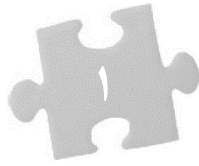
در این فصل برنامه‌های آموزشی و اعتبارنامه‌های حرفه‌ای بر مبنای نگرش‌های کنونی به رویکرد راه‌حل محور و آئین‌نامه‌های درمانی در انگلیس مرور شده‌اند. شرایط آموزش و اعتبارنامه‌ها در هر کشور متفاوت است. بر پژوهش‌های جاری در اروپا و سایر کشورها نظری می‌اندازم و از نقش انجمن اروپایی درمان کوتاه‌مدت در تأمین کمک‌هزینه‌های پژوهشی و انتشار تحقیقات خواهم گفت. همچنین، جهت‌گیری‌های پژوهشی احتمالی آتی نیز بیان می‌شود.

پیوست‌ها

پیوست ۱: موردپژوهی. نخستین جلسهٔ درمان راه‌حل‌محور دو برادر مضطرب.

پیوست ۲: فهرستی از سایت‌ها و آدرس‌ها.

پیوست ۳: تنفس سریع به بروز نشانگانی شبیه اضطراب و اضطراب فراگیر می‌انجامد. پس از تشخیص، درمان نیازمند کمترین مداخله‌های درمانی خواهد بود. گرچه روش‌های راه‌حل‌محور برای چنین مشکلی مؤثرند، رویکردهای ساده‌تر دیگر نیز کافی است. این پیوست خلاصه‌ای از این موقعیت و یک بروشور آموزشی برای مدیریت آن ارائه می‌دهد.



درمان راه حل محور

جلسه اول: بخش یک

محتوای فصل

- مفروضه‌های مؤثر بر درمان راه حل محور
- ساختار نخستین جلسه درمان
- مشکل
- تغییرات پیش از درمان
- اهداف
- موارد استثنا
- مقیاس درجه بندی
- پرسش معجزه
- سخن پایانی

در این فصل منطق حاکم بر نخستین جلسه درمان کوتاه مدت راه حل محور با توالی فوق، و دلایل پیروی از آن توالی تبیین می شود. فصل دو با جلسه های بعدی درمان و بحث درباره جنبه های متعدد حرفه ای رویکرد راه حل محور ادامه می یابد.

فقط کافی است فرد گرفتار در موقعیت رنج آور اقدام متفاوتی انجام دهد (دی شیزر، ۱۹۸۵: ۷).

استیو دی شیزر باور دارد هدف روان درمانی کمک به درمانجوست تا آستین هایش را

برای ایجاد تغییر در زندگی‌اش بالا بزنند. او با اتکا به آموخته‌هایش در مؤسسه پژوهش‌های روانی می‌گوید هر تغییری کارگشا است، و تنها چیزی که انسان از تغییر آن یقین دارد تغییر خود اوست. نخستین مصاحبه درمان راه‌حل‌محور مهم‌ترین بخش درمان است که فی‌نفسه گام بلندی در مسیر درمان بسیاری از درمانجوهاست. بر خلاف سایر روان‌درمانی‌ها، فرآیند درمان یک‌باره آغاز می‌شود، و درمانگر در پی تاریخچه مشکل نیست.

درمانگر برای الحاق به درمانجو درباره مشکلی حرف می‌زند که بیانگر مسائل پیش از درمان است و توجهش معطوف به تغییرات پیش از درمان است. سپس، بر اینجا و اینک، بررسی اهداف، و موارد استثنای مشکل متمرکز می‌شود. موضوعات با درجه‌بندی صفر تا ۱۰ مشخص می‌شوند. پرسش معجزه تفکر خلاقانه را تقویت می‌کند، ابزاری برای برنامه‌ریزی به دست می‌دهد، و امکان کاوش آینده احتمالی را فراهم می‌کند. بازخوردهای باساختار درمانگر همزمان که جلسه را جمع‌بندی می‌کند، معطوف به نقاط قوت و اقدام‌های آتی است. ملاقات‌های دوم و بعد از آن، از الگوی ساده‌تری پیروی می‌کند: ارزیابی آنچه از جلسه قبل تا حالا بهبود یافته است، استفاده بیشتر از مقیاس‌ها، و گفت‌وگو درباره گام‌های بعدی درمان. بررسی سیر پیشرفت از گذشته تا آینده راهبرد سودمندی است. فصل‌های یک و دو جزئیات فرآیند مصاحبه را با مثال به تصویر می‌کشد.

توالی غالب در این کتاب بر تجربه‌های بالینی و تدریس دوره‌های معتبر دانشگاه سنت‌مارتین استوار است، که از سال ۱۹۹۷ ادامه دارد. پس از یادگیری این روش، کارآموزان نسخه ویژه‌ای با اصلاحات و اضافات شخصی برای کار خود تدوین می‌کنند. همانند یادگیری نواختن موسیقی، پیش از بداهه‌نوازی، باید مهارت‌های پایه‌ای را بیاموزند. در عین حال، توالی و روند^۱ مصاحبه اهمیت ویژه‌ای دارد. اگر فردی به معجزه، مقیاس، یا درصد اشاره کند، ممکن است درمانگر به جای پیروی از توالی

معمول، به آن موضوع بپردازد. شاید پاسخ به چنین پرسش‌هایی درباره اهداف یا مقیاس‌ها جزء‌نگرانه و مثبت باشد و به پرسش معجزه‌نیاز نباشد. به هر حال، تجربه به من آموخته است پرسش معجزه‌جنبه‌های زیادی از آرزوهای درمانجویان را درباره آینده افشا می‌کند.

مفروضه‌های مؤثر بر درمان راه‌حل‌محور

درمانجویان اهداف درمانی را برمی‌گزینند و خود منبع ایجاد تغییرند. این دو مفروضه از مفروضه‌های اصلی درمان راه‌حل‌محور است. درمانگران توصیف‌ها را به گام‌های مشخص، خُرد، و مثبت تبدیل می‌کنند و در قالب تعامل می‌آورند. توصیف‌ها به‌جای نبود مشکل بر وجود راه‌حل متمرکزند: شروع یک اتفاق جدید، نه توقف آنچه قبلاً اتفاق افتاده است. درمانگران با اتخاذ ژست توأم با احترام و همکاری، و پرهیز از سرزنش در مسیر اهداف درمانجو و با توجه به چارچوب ارجاعی^۱ او قدم برمی‌دارند.

اخذ تاریخچه مفصل در درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور ضروری نیست؛ با وجود این، اگر ماجرای هست که درمانجو قبلاً از آن حرف نزده، شنیدنش پیش از ادامه درمان خالی از لطف نیست. وقتی از حرف‌های درمانجو استنباط کردید که جان او یا دیگران در خطر است، بررسی امنیت ضرورت می‌یابد. به‌علاوه، از گفت‌وگو درباره مشکل و گمانه‌زنی در مورد انگیزه یا هدف از داشتن نشانه اجتناب می‌شود.

چه بهتر که مفروضه‌های درمانگر درباره انگیزه‌های پنهان و مکانیزم‌های ناهشیار بر سخنان درمانجو اثر نگذارد. به قول دی‌شیزر (۱۹۹۴) مصاحبه «متن-محور^۲» است؛ یعنی اطلاعات از آنچه درمانجویان رو می‌کنند به‌دست می‌آید، و از زبان و ادراک آنان استفاده می‌شود. درمان‌های سنتی «خواننده-محور^۳» ند؛ که خواننده/درمانگر صاحب دانش ویژه‌ای تلقی می‌شود، و تنها به اطلاعات کافی از درمانجو برای تطبیق او با

1. frame of reference
2. text-focused
3. reader-focused

ایده‌ها و برنامه‌های از پیش تعیین شده خود نیاز دارد. درمان متن-محور به خوبی با دیدگاه ویتگنشتاین (۱۹۶۵) هم خوانی دارد که می‌گوید «زبان ابزار ضروری تفکر است.» درمانجو صاحب موضوع و ایده است، و تفکر درمانگر نباید به اجبار وارد آن محتوا شود. فقدان زبان فنی در درمان کوتاه مدت راهل محور هم نتیجه چنین نگاهی به درمان است و هم در فایده ارتباط با درمانجو ریشه دارد.

استیو دی‌شیزر این دیدگاه را پیش کشید تا بیشتر به تأثیر معنای اصلی کلمه‌ها یا عبارت‌هایی توجه کند که درمانجویان در پاسخ‌هایشان به کار می‌برند. این فن حیرت‌آور برای ایجاد رابطه سریع با درمانجو در سایر گفت‌وگوها با او نیز مفید خواهد بود. این مهارت به «تناسب زبانی» اشاره دارد و راهی برای ایجاد ارتباط با درمانجو و تجربه او از موقعیتش است. تناسب زبانی هم این اطمینان را می‌دهد که درمانگر فقط به کلمات درمانجو توجه نمی‌کند، و هم خود درمانجو متوجه آن می‌شود. در شرایط ایده‌آل، درمانگر از آخرین کلمات درمانجو برای طرح پرسش یا توضیح بعدی استفاده می‌کند. اگر پاسخ‌ها «تک‌هجایی» یا «نمی‌دانم» باشد، می‌توان جواب‌های پیشین را به کار برد. این مهارت مشاور به توانایی او در استفاده از زبان درمانجو برای طرح سؤال‌های بجا و ضروری برمی‌گردد.

درمانگران روان‌پویشی معتقدند اگر هیجانی را در جلسه نام‌گذاری کنید، زودتر ظاهر شده و اغلب با خاطرات و تجربه‌های مرتبط هم‌آیند می‌شود. این موضوع با روش استانیسلاوسکی قابل مقایسه است که بازیگران برای تجسم هیجان‌ها استفاده می‌کنند. بنابراین، معرفی موضوعات یا هیجان‌ها در جلسه درمان عاقلانه نیست، مگر آنکه خود درمانجو پیش‌قدم شود. دکتر پلامن پانایوتو از بلغارستان معتقد است این توالی شامل اندیشیدن، سپس به اشتراک گذاشتن، بحث و اقدام می‌شود. از این رو، ما در تیم‌مان همیشه می‌پرسیم: «شما چه فکر می‌کنید؟» و نه «شما چه حسی دارید؟» پاسخ درباره احساس چندان دقیق و رفتاری نیست، و راه‌های کمتری هم برای تغییر مستقیم آن در اختیار داریم. احساسات را می‌توان با هیپنوتیزم، حساسیت‌زدایی و بازپردازش با حرکات چشم، و دارو (از جمله مواد مخدر) تغییر داد. همه این روش‌ها به درمانگر یا

پزشک وابسته‌اند. در غیر این صورت، تغییر احساسات با کمک رویدادهای شناختی و رفتاری انجام می‌شود.

پژوهش‌های زیست‌شناختی و روان‌شناختی متعدد تأثیر کلمات را بر عملکرد و رفتار ما نشان داده‌اند. هاسدورف و همکاران (۱۹۹۹) متوجه شدند افراد مسنی که با نگرش مثبت با افزایش سن مواجه می‌شوند، نسبت به آنانی که دید منفی‌تری دارند، اختلال کمتری در راه‌رفتن پیدا می‌کنند. بارگ و همکاران (۱۹۹۶) نشان دادند صحبت با بزرگ‌ترها راجع به مشکلات دوران سالمندی، شتاب در راه‌رفتن آنان را در گروه تجربی کاهش داد. در مطالعه دیگری، روزن‌کرانز و همکاران (۲۰۰۵) گزارش کردند: وقتی فرد مبتلا به آسم کلمات مرتبط با آسم (مانند خس‌خس کردن) را می‌شنود، کارکرد مغز و ریۀ او متناسب با الگوی بیماری تغییر می‌کند. وان‌بارن و همکاران (۲۰۰۳) متوجه شدند گارسونی که سفارش بیشتری را تکرار می‌کند، انعام بیشتری نسبت به کسی می‌گیرد که این کار را تکرار نمی‌کند. سلینگمن (۲۰۰۲) مبتکر روان‌شناسی مثبت‌نگر معتقد است استفاده از کلمات و منابع مثبت به کارکرد شخصی و هیجانی مثبت‌تری منجر خواهد شد.

ساختار نخستین جلسه درمان

هنگام تنظیم برنامه جلسه گفتن اینکه «اگر حضور اعضای خانواده یا دوستان‌تان مفید است، می‌توانند در جلسات باشند» راه‌گشا خواهد بود. همکاری با افرادی که خواهان تغییرند یا می‌توانند منابعی برای تغییر مهیا کنند، پربار است. در چنین مواردی، درمان راه‌حل‌محور با خانواده‌درمانی فرق دارد، زیرا در اغلب جلسه‌های خانواده‌درمانی دیدن همه اعضای خانواده مرسوم است، حتی اگر مزاحم باشد یا میلی به ایجاد تغییر نداشته باشند.

اینکه از درمانجو بخواهید تغییرات قبل از نخستین جلسه درمان را بنویسد ترفند مؤثری است. با این کار به او می‌فهمانیم تغییر ناگزیر اتفاق می‌افتد و او باید در تعمیم و گسترش تغییر فعالانه عمل کند.

آشنایی

آشنایی: سؤالات کلیدی

خودتان را معرفی کنید.

ترجیح می‌دهید با چه اسمی صدايتان کنم؟

می‌خواهید از اینجا که می‌روید، چه چیزی به دست آورده باشید؟

در آشنایی تا می‌توانید از کلمات و جمله‌های خود درمانجو استفاده کنید. اعضای مؤسسه پژوهش‌های روانی که مبتکران درمان راهبردی (واتسلاویک و همکاران، ۱۹۷۴) نیز بودند، معتقدند استفاده از نامی که درمانجو برای مشکلش برمی‌گزیند، قدرتمندتر از کاربرد نام‌ها و عبارتهای تخصصی است. به‌کارگیری نام جدید به درمانجو القا می‌کند با نطرش مخالفت شده است، و دانش او را از موقعیت کم‌ارزش جلوه می‌دهد. باید از زبان تخصصی پرهیز کرد مگر برای آشناسازی با موضوعات خاص.

رفتار غیرکلامی بخشی از زبان ماست؛ در هر مکالمه ۵۵ درصد اطلاعات از راه غیرکلامی نظیر لباس و نحوه ایستادن، ۳۸ درصد با کمک صدا مانند آهنگ و تن صدا، و ۷ درصد از طریق محتوای زبانی دریافت می‌شود (مهراییان، ۱۹۸۱). زبان فی‌نفسه رفتار است، و توصیف رفتاری گزارش مکالمه‌ها را هم شامل می‌شود. اگر کسی برای توصیف خود از زبان استفاده کرد، آن رفتار بخشی از خزانه او می‌شود. پس، اگر فردی بگوید «می‌توانم آن کار را انجام دهم» احتمال انجام آن زیاد است. این یک اصل رایج در همه درمان‌ها از جمله گفت‌وگو درباره تغییر است.

بسیاری از درمانگران به بازگویی یا خلاصه‌سازی گزارش‌های درمانجویان علاقه‌مندند، اما ممکن است گاهی درمانجویان آن را مغایرت با حرف‌های خود برداشت کنند. بنابراین، بیان محترمانه این نکته که کار شما صرفاً تلاشی برای روشن‌سازی صحت درک‌تان از درمانجو بوده است، اهمیت زیادی دارد.