

شفا از مسیر ارتباط
راهنمای مهارت‌سازی برای درمانگران

فهرست

- در ستایش کتاب شفا از مسیر ارتباط..... ۹
- قدردانی..... ۱۳
- فصل ۱: چه چیزی باعث اثربخشی درمان می‌شود؟..... ۱۵
- فصل ۲: چگونه از این تمرین‌ها برای ماهرتر شدن استفاده کنیم؟..... ۲۸
- فصل ۳: هم‌آفرینی امنیت برای اعتماد به درمانگر..... ۳۷
- مرحله اول: تنظیم اضطراب..... ۳۸
- تمرین مهارت‌سازی اول: ارزیابی نحوه پدیدار شدن اضطراب در بدن..... ۳۸
- تمرین مهارت‌سازی دوم: شناسایی و تنظیم اضطراب..... ۴۲
- تمرین مهارت‌سازی سوم: تنظیم اضطراب با توجه به علامت اضطراب..... ۴۹
- تمرین مهارت‌سازی چهارم: کمک به بیماران به منظور توجه به اضطراب، و نه نادیده گرفتن آن، تا بتوانند اضطراب را تنظیم کنند..... ۵۲
- تمرین مهارت‌سازی پنجم: مسدود کردن راهبردهایی که مانع از تنظیم اضطراب می‌شوند و سپس تنظیم اضطراب..... ۵۸
- تمرین مهارت‌سازی ششم: ظرفیت‌سازی برای توجه به اضطراب..... ۶۳
- فصل ۴: ایجاد حق اعتماد به دیگری..... ۶۸
- مرحله دوم: بیان مشکلی که می‌خواهیم روی آن کار کنیم..... ۶۸
- تمرین مهارت‌سازی اول: بیان موضوعات غیرمشکل‌ساز به جای مشکلات واقعی..... ۷۰
- تمرین مهارت‌سازی دوم: تغییر موضوع به منظور خودداری از بیان مشکل..... ۸۰
- تمرین مهارت‌سازی سوم: ارائه پاسخ‌های مبهم به منظور خودداری از بیان مشکل..... ۸۴
- تمرین مهارت‌سازی چهارم: بیان افکار به جای طرح مشکلی که بتوان روی آن کار کرد..... ۹۱

تمرین مهارت‌سازی پنجم: کمک به بیمارانی که می‌گویند شخص دیگری فکر می‌کند که آن‌ها باید تحت درمان قرار بگیرند ۹۴

تمرین مهارت‌سازی ششم: کمک به بیمارانی که می‌پرسند باید روی چه چیزی کار کنند ۱۰۰

تمرین مهارت‌سازی هفتم: تمرین مروری ۱۰۵

تمرین مهارت‌سازی هشتم: مدیریت جلسهٔ درمان زمانی که بیمار مشکلی را انکار می‌کند ۱۰۹

فصل ۵: آیا داشتن ذهن و اراده‌ای مجزا در درمان بی‌خطر است؟ ۱۱۵

مرحلهٔ سوم: بیان اراده جهت کار کردن روی مشکل ۱۱۵

تمرین مهارت‌سازی اول: دعوت به تجربهٔ اراده ۱۱۶

تمرین مهارت‌سازی دوم: انتساب ارادهٔ درمانی به دیگران ۱۲۱

تمرین مهارت‌سازی سوم: انتساب ارادهٔ درمانی به درمانگر ۱۲۵

تمرین مهارت‌سازی چهارم: خنثی‌سازی لجبازی بیماران ۱۲۸

تمرین مهارت‌سازی پنجم: کمک به بیماران در تنظیم اضطراب زمانی که ارادهٔ درمانی خود را

بیان می‌کنند ۱۳۳

تمرین ششم: تمرین انسجامی: حرکت از غیاب پیمان درمانی به سمت پیمان درمانی ۱۳۶

مرحلهٔ چهارم: به جنبش درآوردن ارادهٔ بیمار در جهت تکلیف درمانی ۱۴۱

تمرین مهارت‌سازی دوم: به جنبش درآوردن ارادهٔ بیماران در جهت رسیدن به اهدافشان ۱۴۹

تمرین مهارت‌سازی سوم: کمک به بیمارانی که لجبازی می‌کنند ۱۵۳

تمرین مهارت‌سازی چهارم: کمک به بیمارانی که میلشان به بهبودی را به درمانگر نسبت

می‌دهند ۱۵۷

تمرین مهارت‌سازی پنجم: به جنبش درآوردن ارادهٔ بیماران با استفاده از واژه‌هایی که خودشان به

کار می‌برند ۱۶۰

تمرین مهارت‌سازی ششم: پاسخ به سازکار دفاعی انکار از طریق خیال‌پردازی (۱) ۱۶۳

تمرین مهارت‌سازی هفتم: پاسخ به سازکار دفاعی انکار از طریق خیال‌پردازی (۲) ۱۶۶

تمرین مهارت‌سازی هشتم: پاسخ به سازکار دفاعی انکار از طریق خیال‌پردازی (۳) ۱۶۹

تمرین مهارت‌سازی نهم: پاسخ به سازکار دفاعی انکار از طریق واژه‌ها ۱۷۲

تمرین مهارت‌سازی دهم: مقابله با سازکار دفاعی انکار ۱۷۶

۱۷۸.....	تمرین مهارت‌سازی یازدهم: شناسایی و خنثی کردن سوء برداشت‌ها
۱۸۱.....	تمرین مهارت‌سازی دوازدهم: کار با دوسوگرایی بیماران
۱۸۴.....	تمرین مهارت‌سازی سیزدهم: مقابله با انفعال
۱۹۰.....	مرحله پنجم: به جنبش درآوردن بیمار به منظور فعالیت در جهت هدفی مثبت
۱۹۱.....	تمرین مهارت‌سازی اول: تبدیل مشکلات به اهداف مثبت
۱۹۶.....	تمرین مهارت‌سازی سوم: تبدیل اهداف منفی به اهداف مثبت درمانی
۱۹۹.....	تمرین مهارت‌سازی چهارم: تبدیل فقدان ظرفیت به هدفی مثبت
۲۰۱.....	تمرین مهارت‌سازی پنجم: تبدیل انتظارات منفی به امیدی واقع‌گرایانه
۲۰۵.....	تمرین مهارت‌سازی ششم: توافق بر سر اینکه چه می‌کنیم و چرا
۲۰۸.....	فصل ۶: چگونه مانع شویم که بیماران درمان را ترک کنند
۲۰۹.....	تمرین مهارت‌سازی اول: شناسایی علائم هشداردهنده‌ای که حاکی از ترک درمان هستند
۲۱۵.....	تمرین مهارت‌سازی دوم: شناسایی رفتارهایی که نشان‌دهنده ترک درمان هستند
۲۱۸.....	تمرین مهارت‌سازی سوم: تمرین ترمیم شکاف‌های ارتباطی
۲۲۳.....	فصل ۷: چه کار کنید اگر نمی‌خواهید تمرین کنید
۲۳۲.....	فصل ۸: اصول فرآیند به‌ای برای درمان اثربخش
۲۳۵.....	نتیجه‌گیری
۲۳۶.....	راهنمای معلمان برای استفاده از این تمرین‌ها در کلاس
۲۴۰.....	فهرست کتاب‌شناسی
۲۴۶.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۲۴۷.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

فصل ۱

چه چیزی باعث اثربخشی درمان می‌شود؟

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان اثربخش است؛ اما درمان دقیقاً چگونه به افراد کمک می‌کند که تغییر کنند؟ برخی معتقدند که تغییر بیماران به مدل درمانی بستگی دارد. با این حال، تفاوت حاصل از مدل‌های درمانی مختلف چشمگیر نیست (بنیش، ایمل و ومپلد، ۲۰۰۸؛ گرگر، ماندر و بارت، ۲۰۱۴؛ ترن و گرگور، ۲۰۱۶). روش‌های منحصر-به‌فرد لزوماً نتایج بهتری به بار نمی‌آورند. از آنجا که نتایج مشابه‌اند، چه عوامل مشترکی در اغلب مدل‌های درمانی موجب اثربخشی درمان می‌شوند؟ فراتحلیل‌ها نشان داده‌اند که عوامل مشترک اثربخش در مدل‌های درمانی شامل موارد زیر می‌شوند:

- رابطه‌ای خوب بین بیمار و درمانگر
- توافق بیمار و درمانگر روی تکلیف درمانی مشخص
- توافق بیمار و درمانگر روی هدفی مثبت که بیمار خواهان دستیابی به آن است
- دلیلی قانع‌کننده برای انجام تکلیف درمانی در جهت رسیدن به هدف (ومپلد و ایمل، ۲۰۱۵)

طبق نظر نورکراس و لمبرت (۲۰۱۸)، کیفیت رابطه درمانی به اندازه مؤلفه‌های درمانی خاص، و شاید بیشتر از آن‌ها، در بهبود بیمار نقش دارد. بنابراین، تمام درمانگران به مهارت‌های ارتباطی‌ای نیاز دارند که بین آن‌ها و بیماران‌شان پیمان درمانی اثربخش ایجاد کنند تا نتیجه درمانی مطلوب به دست آید (نورکراس و لمبرت ۲۰۱۸، ۸). این مهارت‌ها موارد زیر را شامل می‌شوند:

- تنظیم اضطراب بیمار به منظور ایجاد امنیت در زمان بیان مشکل
 - کمک به بیمار در بیان مشکلش
 - کمک به بیمار در بیان اراده خود برای کار روی مشکلش
 - کمک به بیمار در بیان هدفی مثبت که می‌توان در جهت دستیابی به آن کار کرد
 - توافق بر سر تکلیف درمانی به منظور رسیدن به هدف مثبت بیمار
- در این مسیر، درمانگر باید از میل بیمار برای تغییر حمایت کند و در عین حال، با ترس وی از این تغییر همدلی کند. سپس، آن‌ها می‌توانند در جهت دستیابی به هدف بیمار تلاش کنند.
- قبل از اینکه بتوانیم با هر مدلی درمان را آغاز کنیم، اضطراب باید تنظیم شود تا بیمار احساس امنیت کند. در ادامه، باید مشکلی وجود داشته باشد که بیمار برای حل آن کمک بخواهد. بعد از آن، باید دریابیم که آیا او می‌خواهد روی آن مشکل کار کند یا خیر. این مراحل پیش‌نیاز پیمان درمانی هستند. اگر مشکلی وجود نداشته باشد که بیمار بخواهد روی آن کار کند تا به هدفی مثبت دست یابد، دلیلی برای انجام درمان وجود نخواهد داشت.
- بر اساس نظریه عوامل مشترک^۱ (بیلی و اوگلز، ۲۰۱۹) در اکثر درمان‌های اثربخش چند اصل برای تغییر وجود دارد. این اصول را می‌توان برشمرد و با انعطاف به کار برد. به کارگیری این اصول با نتایج درمانی مطلوب همراه است. هر یک از مهارت‌های این کتابچه راهنما از این اصول اساسی پیروی می‌کنند. این اصول در تمام مدل‌های درمانی اثربخش کاربرد دارند.
- اگر اضطراب تنظیم نشود، بیمار نمی‌تواند برای کار کردن با شما به قدر کافی احساس امنیت کند.
 - اگر بیمار نتواند مشکلی را بیان کند، دلیلی برای انجام درمان وجود ندارد.
 - اگر بیمار برای انجام درمان اراده‌ای نداشته باشد، ما حق نداریم از او بخواهیم

کاری را که نمی‌خواهد انجام دهد.

- اگر هدفی مثبت وجود نداشته باشد، از دیدگاه بیمار درمان نمی‌تواند چیز ارزشمندی برایش به ارمغان بیاورد.
- بدون توافق نظر بر سر چگونگی کار بر روی مشکل، ما و بیمار نمی‌توانیم با هم کار کنیم.

قبل از اینکه مدل درمانی خاص خود را به کار ببندید، من در اینجا فرانظریه‌ای برای ایجاد پیمان درمانی ارائه می‌کنم. به منظور ایجاد پیمان درمانی، این اصول فرانظری نیازمند مهارت‌های بنیادین مشترک هستند. شاید اساسی‌ترین اصل این باشد که ما تغییر را تقویت می‌کنیم، نه رفتارهایی که مانع از ایجاد تغییر می‌شوند. در تمام رویکردهای درمانی چیزی تقویت می‌شود و چیزی نه (لاند، ۲۰۱۴). بنابراین، ما باید به طور دقیق بدانیم که کدام رفتارهای بیمار و درمانگر موجب تغییر می‌شوند و کدام نه.

به عنوان مثال، در هر درمان اثربخشی بیماران باید با ترس‌های خود مواجه شوند تا بر آن‌ها غلبه کنند (لمبرت، ۲۰۱۳). در اینجا نشان می‌دهیم که چطور می‌توانیم به بیماران خود کمک کنیم تا با ترس‌های خود مواجه شوند و در غیر این صورت، این ترس‌ها چگونه مانع از شکل‌گیری پیمان درمانی می‌شوند. شاید بیمار از بیان مشکل، ابراز اراده در جهت کار بر روی آن مشکل یا ابراز هدفی مثبت می‌ترسد. ما باید ابتدا تمام آن ترس‌ها را برطرف کنیم تا بیمار بتواند با ما یک پیمان درمانی شکل دهد.

در اینجا هدف ما پیروی کورکورانه از قوانین نیست. چنین کاری موجب ناکارآمدی درمان می‌شود (وکوچ و استراپ، ۲۰۰۰). در عوض، اگر اصول اولیه ایجاد رابطه و مهارت‌های مرتبط با آن‌ها را درک کنیم، می‌توانیم این اصول و مهارت‌ها را به شکلی منعطف در جهت ایجاد رابطه‌ای شفاف‌بخش به کار ببریم.

برای مرور اصول ارتباطی‌ای که راهنمای همه درمان‌ها هستند، این لینک را ببینید:

بیماران به چه چیزی نیاز دارند؟ رابطه‌ای خوب با شما

پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند که رابطه‌ای شفاف‌بخش با بیمار، نه مدل درمانی، کلید دستیابی به نتیجه درمانی بهتر است (نورکراس و ومپلد، ۲۰۱۹). این موضوع منطقی به نظر می‌رسد زیرا اگر «آسیب ارتباطی علت اصلی تروما باشد... خود رابطه نیز عامل اصلی برای شفای آن است.» (نورکراس و ومپلد، ۲۰۱۹، ۴). به عبارت دیگر، آنچه را در رابطه آسیب دیده است باید در رابطه درمانی التیام بخشید.

با توجه به نتایج درمانی، مدل‌های درمانی تفاوت‌های بسیار کمی با یکدیگر دارند (بنیش، ایمل و ومپلد، ۲۰۰۸؛ گرگر، ماندر و بارت، ۲۰۱۴؛ ترن و گرگور، ۲۰۱۶)؛ اما درمانگران در هر یک از مدل‌های درمانی با یکدیگر بسیار متفاوت هستند (ومپلد و ایمل، ۲۰۱۵). به عنوان مثال، بیمارانی که بهترین درمانگران را دارند ده برابر سریع‌تر از عموم بیماران تغییر می‌کنند. با این حال، وضعیت بیمارانی که بدترین درمانگران را دارند وخیم‌تر می‌شود (اوکیشی و همکاران، ۲۰۰۳). این نتایج محصول پژوهشی واحد نیست (بالدوین و ایمل، ۲۰۱۳؛ ومپلد و براون، ۲۰۰۶؛ مینامی و همکاران، ۲۰۱۲؛ ومپلد و ایمل، ۲۰۱۵ را ببینید).

اگر مدل درمانی‌تان اثربخشی جلسات درمان را تضمین نمی‌کند، چه عاملی در اثربخشی دخیل است؟ مهارت‌های ارتباطی‌تان در مقام درمانگر. چه عاملی بهترین درمانگران را از سایر درمانگران متمایز می‌کند؟ بهترین درمانگران مهارت‌های ارتباطی را به صورت هدفمند تمرین می‌کنند (چو و همکاران، ۲۰۱۵).

اما آیا همه ما از مهارت‌های ارتباطی برخوردار نیستیم؟ البته! همه می‌دانند که چطور با افراد ارتباط برقرار کنند. به همین ترتیب است که کودکان در طول رشد خود زنده می‌مانند: آن‌ها یاد می‌گیرند با افرادی که برای بقای خود به آن‌ها وابسته هستند، ارتباط برقرار کنند. بنابراین، سؤال این است که چه مهارت‌های ارتباطی‌ای را به دست آوردیم و این مهارت‌ها چه نتایجی را برایمان به ارمغان می‌آورند؟

درمانگرانی که سبک دل‌بستگی ایمن دارند در کار با بیماران بسیار آسیب‌دیده و آشفته پیمان درمانی قوی‌تری ایجاد می‌کنند و نتایج بهتری به دست می‌آورند (شائونبرگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ اشتراوس و پتروفسکی، ۲۰۱۷). زمانی که درمانگر از

بیماران بسیار آسیب‌دیده دعوت می‌کند تا با وی پیمان درمانی شکل دهند، این بیماران مضطرب می‌شوند و پاسخ‌های اجتنابی می‌دهند. زمانی که این اتفاقی می‌افتد، درمانگرانی که سبک دلبستگی ایمن‌تری دارند کمتر مضطرب می‌شوند، کمتر دفاعی برخورد می‌کنند و انتقال متقابل منفی کمتری نشان می‌دهند. برای اینکه به شما کمک کنیم در کار با بیماران‌تان کمتر مضطرب و دفاعی شوید، بررسی خواهیم کرد که چرا بیماران هنگام شروع درمان مضطرب و مردد می‌شوند.

مشکل ارتباطی فراگیری که بیماران نشان می‌دهند

هر درمانی با پیشنهاد برقراری رابطه‌ای شفابخش توسط درمانگر آغاز می‌شود. ما به بیمار پیشنهاد برقراری دلبستگی ایمن می‌دهیم (بالی، ۱۹۶۹) تا او بتواند در امنیت خودش را آشکار کند. ابتدا از بیمار در مورد مشکلی که بابتش از ما کمک می‌خواهد سؤال می‌کنیم. سپس به مشکلات بیمار و ریشه و تاریخچه آن مشکل نگاهی می‌اندازیم؛ اما اگر انجام چنین کاری ناممکن باشد چه؟ ممکن است برخی بیماران قبل از اینکه به اتاق درمان برسند، غرق در اضطراب باشند. آن‌ها ممکن است تصور کنند که شما هم یک آزارگر هستید و شما را با فرد خطاکاری در گذشته خود یکی بدانند. ما می‌خواهیم به همراه بیمار پیمان درمانی آگاهانه‌ای ایجاد کنیم؛ اما ترس‌های بیمار نوعی سوء پیمان^۱ ایجاد می‌کند. چه اتفاقی اینجا در حال رخ دادن است؟

بیمار به دنبال رابطه‌ای شفابخش است اما روابط گذشته‌اش او را برای درد آماده کرده‌اند (بالی، ۱۹۷۳، ۱۹۸۰). اگر وابستگی به والد خطرناک بوده باشد، بیمار یاد می‌گیرد که نیازش را پنهان کند تا والدش بتواند او را دوست داشته باشد (بالی، ۱۹۶۹، ۱۹۷۳؛ هارتمن، ۱۹۶۵). ما نیازهای خود را با تحریف افکار، رفتارهای غیرانطباقی، سازکارهای دفاعی یا «اقدامات امنیتی» پنهان می‌کنیم (ا. بک، ۱۹۶۷؛ فروید، ۱۹۲۳؛ سالیوان، ۱۹۴۷، ۱۹۵۳). بیمار با پنهان کردن نیازهایش اضطراب والدین خود را کاهش می‌داد تا امنیت را به روابط نایمن بازگرداند. متأسفانه، اگر بیمار نیازهایش را از والدین خود پنهان کرده باشد، در رابطه با شما نیز ممکن است نیازهایش را پنهان کند.

پاسخ‌های اضطرابی و راهبردهای اجتنابی بیمار در درمان اشتباه نیستند. در عوض، هر پاسخ بیمار دقیقاً نیاز وی در همین لحظه را بیان می‌کند و به ما می‌گوید که در چه جایی به کمک‌مان نیاز دارد. کار ما این است که دریابیم چرا این واکنش بیمار ایرادی ندارد. اگر اعتماد به دیگران بیمار را مضطرب می‌کند، ما می‌توانیم اضطرابش را تنظیم کنیم تا بیمار بتواند با اعتماد به درمانگر احساس امنیت کند.

بیمار کمک می‌خواهد اما اضطرابش نشان می‌دهد که کمک خواستن ممکن است به درد ختم شود. بنابراین، ممکن است با بیان نکردن مشکلی که بابتش از شما کمک می‌خواهد، از درخواست کمک اجتناب کند. وقتی بیمار مشککش را بیان نمی‌کند، در حال مقاومت کردن در برابر شما نیست. در عوض، او طبق قوانین دلبستگی‌های ناایمن در حال همکاری با شماست. او یاد گرفته که برای حفظ رابطه، باید نیازش را پنهان کند (بالبی، ۱۹۷۳، ۱۹۸۰؛ ایوانز، ۱۹۹۶؛ سالیوان، ۱۹۵۳). او می‌ترسد که اگر آنچه را دوست‌داشتنی نیست آشکار کند، شما او را دوست نخواهید داشت. از نظر بیمار، آن چیزی دوست‌داشتنی نیست نیازش به کمک است (پُست و سمراد، ۱۹۶۵). به همین دلیل است که بیمار از بیان مشککش، آشکار کردن اراده‌اش برای بهتر شدن یا تعیین هدفی مثبت اجتناب می‌کند.

حرکت از دلبستگی ناایمن به سوی دلبستگی ایمن

از آنجا که در تمام مدل‌های درمانی بین بیمار و درمانگر رابطه‌ای شکل می‌گیرد، ضروری است که درمانگران بدانند وقتی رابطه‌ای شکل می‌دهیم، چه اتفاقی رخ می‌دهد.

در رابطه با همه بیماران، الگوی مشابهی پیدا می‌کنیم:

۱. درمانگر از بیمار دعوت می‌کند تا به او اعتماد کند.
۲. اعتماد به درمانگر باعث ایجاد اضطراب در بیمار می‌شود، که یعنی اعتماد به دیگران برای بیمار خطرناک بوده است.
۳. اضطراب باعث به جنبش در آمدن راهبردهای اجتنابی می‌شود، که به درمانگر نشان می‌دهد بیمار در گذشته چگونه یاد گرفته که برای حفظ رابطه با این خطر مقابله کند.

وقتی از بیماری دعوت می‌کنیم تا مشکلی را با ما در میان بگذارد، او اغلب مردد می‌شود. بیمار از اینکه مشکلش را به زبان بیاورد نمی‌ترسد. او از اینکه به شما اعتماد کند می‌ترسد. بدن او با زبان بی‌زبانی و بدون استفاده از واژه‌ها با ما حرف می‌زند: زبان اضطراب. اضطراب در خصوص پیشینه بیمار اطلاعاتی به ما می‌دهد: اعتماد کردن به دیگران خطرناک بوده است. رفتارهای مخل درمان، یا همان راهبردهای اجتنابی‌ای که بیمار به کار می‌برد، به ما می‌گویند که او چگونه با این خطر مقابله کرده است. به عنوان مثال، او ممکن است از به اشتراک گذاشتن مشکل با ما اجتناب کند، موضوع صحبت را تغییر دهد یا مبهم حرف بزند. بنابراین، اضطراب و رفتارهای مخل درمان، نشان می‌دهند که وضعیت فعلی بیمار چگونه از طریق واکنش‌های بدنی (اضطراب) و راهبردهای اجتنابی خودکارش به گذشته بیمار پیوند می‌خورد.

بیمارانی که در روابطی با دل‌بستگی‌های نایمن بزرگ شده‌اند مجبور بوده‌اند خود را با روابط نایمن منطبق کنند. وقتی مراقبان اولیه این بیماران به آن‌ها آسیب می‌زدند، با آن‌ها بدرفتاری می‌کردند یا آن‌ها را نادیده می‌گرفتند، آن‌ها یاد گرفتند که روابط به جای اینکه برایشان مفید باشد، منجر به درد می‌شود. بنابراین، این بیماران نیز به همین منوال عمل می‌کنند. اینکه این افراد در روابطشان به طور خودکار مضطرب می‌شوند و نیازهایشان را پنهان می‌کنند، در روابط آسیب‌زای اولیه‌شان رفتاری انطباقی بوده است. در واقع، ممکن است آن رفتارها در گذشته جان آن‌ها را نجات داده باشند؛ اما در وضعیت فعلی، همین رفتارهای اجتنابی برایشان مشکلاتی ایجاد می‌کنند.

ممکن است درمانگری به اشتباه فکر کند که اضطراب یا رفتارهای اجتنابی مانع درمان پیش رویمان باز می‌کنند و نشان می‌دهند که در همین لحظه بیمار به چه کمکی نیاز دارد. بیمار همین حالا با نشان دادن رفتارهایی که حاکی از دل‌بستگی نایمن او هستند، در فرایند درمان با شما همکاری کامل دارد. بنابراین، ما باید روی رفتارهای ارتباطی درمانگر تمرکز کنیم.

این کتاب به شما نشان خواهد داد که چگونه اضطراب بیماران را تنظیم کنید تا آن‌ها به شما اعتماد کنند. شما با مطالعه این کتاب مهارت‌هایی را می‌آموزید که

می‌توانید با آن‌ها به بیماران تان در مورد الگوهای اجتنابی، که خود بیماران نمی‌بینند، کمک کنید. همچنین، می‌آموزید که چگونه رفتارهایی را که منجر به پیمان درمانی شفاف‌بخش می‌شوند، فرابخوانید و ترغیب و تقویت کنید.

افسانه‌ها در خصوص رابطه درمانی

افسانه‌های زیادی در خصوص مهارت‌هایی که برای درمانگر خوب شدن نیاز داریم وجود دارد. این افسانه‌ها می‌توانند مانع پیشرفت‌مان در مقام درمانگر شوند. بیایید برخی از رایج‌ترین افسانه‌ها در مورد مهارت‌های درمانی را بررسی کنیم.

افسانه: یک بار استادی به من گفت: «تمام چیزی که نیاز دارید این است که به اندازه کافی با مراجع‌تان زمان بگذرانید.»

واقعیت: زمان باعث ایجاد رابطه‌ای خوب نمی‌شود. دو نفر که رابطه‌ای خوب دارند با هم آن را می‌سازند. در اینجا زمان نقش مهمی ندارد. ممکن است بیماران ده‌ها سال تحت درمان باشند اما هیچ‌وقت بین آن‌ها و درمانگرشان پیمان درمانی شکل نگیرد. چطور این اتفاق رخ می‌دهد؟ به عنوان مثال، اگر بیمار در موضعی منفعل قرار بگیرد، درمان به جای تلاش فعالانه برای رسیدن به یک هدف، انفعال را تقویت می‌کند؛ یا اگر بیمار مشکلاتش را به دوش دیگران بیاندازد، در سرزنش کردن دیگران بهتر می‌شود، نه در تغییر کردن. هر چقدر بیشتر چیزی را تمرین کنیم، در انجام آن کار بهتر می‌شویم. اگر بد ارتباط برقرار کردن را تمرین کنیم، در این کار پیشرفت می‌کنیم [در برقراری روابط بد پیشرفت می‌کنیم]. بنابراین، همیشه از خودتان بپرسید: «ما داریم با وقت خودمان در جلسه چه کار می‌کنیم؟»

افسانه: «تمام آنچه نیاز دارید این است که مهارت‌های اجتماعی خوبی داشته باشید و اینکه فردی گرم و صمیمی باشید.»

واقعیت: از اولین جایگاه شغلی‌ام در دوره تحصیلات تکمیلی می‌ترسیدم چون تا آن زمان هرگز در مقام درمانگر کار نکرده بودم. وقتی نگرانی‌های خود را با استادم مطرح کردم، او پاسخ داد: «اگر مهارت‌های اجتماعی‌ات تو را تا به اینجا رسانده‌اند،

همین مهارت‌ها هم به تو کمک خواهند کرد تا در این مسیر حرکت کنی؛ اما مهارت‌های اجتماعی‌ام به من نمی‌گفتند که وقتی یک بیمار دارای اسکیزوفرنی در اتاق درمان دچار این توهم می‌شود که یک شیطان در اتاق حضور دارد، چگونه پاسخ دهم. اگر مهارت‌های اجتماعی کافی بود، خانواده و دوستان بیمار پیش از این او را شفا می‌دادند. همچنین، اگر مهارت‌های اجتماعی کافی بود، همه درمانگران از جلسات درمان خود نتایج عالی می‌گرفتند؛ اما این طور نیست. در کل، ۲۰ درصد از درمانگران همواره مؤثرتر از ۸۰ درصد دیگر عمل می‌کنند. (میلر و هابل، ۲۰۱۱). مهارت‌های درمانی اختصاصی، نه مهارت‌های اجتماعی عمومی، بین درمانگران ماهر و باقی درمانگران تفاوت ایجاد می‌کنند (نورکراس و ومپلد، ۲۰۱۹).

افسانه: بیمار نمی‌خواست که در فرایند درمان مشارکت کند.

واقعیت: پاسخ هر بیمار نشان می‌دهد که او در حال حاضر چگونه در فرایند درمان مشارکت می‌کند. فقط ممکن است بیمار مشارکت در درمان را آن طور که شما می‌خواهید انجام ندهد. این وظیفه او نیست که مشارکت در درمان را به روش شما انجام دهد. وظیفه بیمار این است که به ما نشان دهد چگونه با همه ارتباط برقرار می‌کند؛ اما وقتی بیمار به روشی که ما دوست نداریم پاسخ می‌دهد، ممکن است فکر کنیم که به درستی در درمان خود مشارکت نمی‌کند. در واقع، بیمار دارد به درستی در درمان خود مشارکت می‌کند. او همیشه به ما نشان می‌دهد که دقیقاً برای چه مشکلاتی نیاز به کمک دارد. بیمار یادگیری ضمنی ارتباطی‌اش را آشکار می‌کند (لیونز روث، ۱۹۹۶)، اینکه در روابط پیشین خود چگونه یاد گرفته با دیگران ارتباط برقرار کند. به عنوان مثال، فرض کنید از بیمار می‌پرسیم که می‌خواهد روی چه مشکلی کار کند و او به ما پاسخی نمی‌دهد. ممکن است ناامید شویم و به اشتباه فکر کنیم که بیمار نمی‌خواهد با ما در فرایند درمان مشارکت کند. در عوض، او با این کار دارد به ما نشان می‌دهد که چگونه یاد گرفته است که به دیگران اعتماد نداشته نباشد. مشکل او همین است.

ما اغلب هنگام کار با بیماران سرخورده می‌شویم چون به جای کار کردن با بیماری که داریم، منتظریم با بیماری کار کنیم که دوست داریم با او کار کنیم. وقتی می‌گوییم که بیمار در مقابل درمان مقاومت می‌کند، ممکن است نتوانیم بیمار را آن‌طور که هست بپذیریم و به درخواستش برای کمک پاسخ دهیم. بیمار را آن‌طور که هست، با مشکلات و همه ویژگی‌هایش بپذیرید.

افسانه: «تمام چیزی که بیمار نیاز دارد این است که با او همدلی کنیم.»

واقعیت: آیا یک آشپز فقط به نمک و فلفل نیاز دارد؟ ارتباط برقرار کردن هم مانند آشپزی بسیار پیچیده است. همدلی را در نظر داشته باشید. همدلی برای چه؟ فرض کنید بیماری افسرده می‌خواهد از شوهر بدرفتارش طلاق بگیرد. اگر فقط با خشم او نسبت به شوهرش همدلی کنید، ممکن است بیش از حد مضطرب شود. اگر فقط با تمایلش به طلاق همدلی کنید، ممکن است روی ویژگی‌های خوب شوهرش تمرکز کند. اگر فقط با اضطراب او همدلی کنید، ممکن است گیر بیافتد. بیماران نیاز به همدلی همه‌جانبه با تمام وجوه تعارض خود دارند، نه فقط همدلی ساده با بخشی از آن. به عنوان مثال، بیمار ممکن است به همدلی با تمایلش به طلاق، ترس از انجام این کار و راه‌های اجتناب از این خواسته نیاز داشته باشد. تنها در این صورت است که او احساس می‌کند کاملاً شنیده و درک می‌شود.

افسانه: این بیمار انگیزه‌ای برای درمان ندارد.

واقعیت: بیماران همواره انگیزه‌های گوناگون دارند. تکلیف ما چیست؟ تکلیف ما این است که بفهمیم انگیزه‌های گوناگون بیمار چه هستند. بیمارانی که تعارض ندارند برای درمان مراجعه نمی‌کنند. هر روز، هفت میلیارد نفر با موفقیت خود را از اتاق درمانگران دور نگه می‌دارند. بیماران دقیقاً به این دلیل که دچار تعارض هستند به سراغ شما می‌آیند: آن‌ها می‌خواهند تغییر کنند و هم‌زمان از تغییر می‌ترسند. بیماران امیدوارند که شما به آن‌ها کمک کنید و هم‌زمان می‌ترسند که به آن‌ها آسیب بزنید. بنابراین، انگیزه‌های بیماران اغلب با یکدیگر در تضادند. اگر درمانگر هر دو سوی تعارض بیمار را نبیند، ممکن است ادعا کند که بیمار نمی‌خواهد درمان شود؛ اما

این درست نیست. درمانگر فقط رفتار مخَلّ درمان را در بیمار می‌بیند. او میل و ترس همزمان بیمار برای کمک گرفتن را نمی‌بیند.

بیماران تقریباً همیشه به دنبال درمان هستند. مشکل این است که در خصوص درخواست کمک تعارض دارند: «اگر مشکلاتم را برایت بیان کنم، آیا قضاوت می‌کنی، آسیب می‌زنی یا رهایم می‌کنی؟» بیماران خواستار رابطه‌ای جدید هستند اما از رابطه‌ی دیرین می‌ترسند. آن‌ها برای درمان انگیزه دارند اما نمی‌خواهند رابطه‌ی بد دیگری را تجربه کنند. از آنجا که نمی‌دانند برای تغییر مثبت به چه شکل رابطه‌ای بسازند، به کمک شما نیاز دارند.

بیماران در مقابل درمان مقاومت نمی‌کنند. آن‌ها در مقابل شما هم مقاومت نمی‌کنند؛ بلکه آن‌ها در برابر رابطه‌ی بدی که می‌ترسند با شما داشته باشند مقاومت می‌کنند. بنابراین، اگر بیمار می‌ترسد که ارتباط با شما برایش دردناک باشد، منطقی نیست که او را به این ترغیب کنید که با شما ارتباط برقرار کند. به همین دلیل است که باید بفهمیم که درمان چه انتظاراتی را در بیمار ایجاد می‌کند. هنگامی که بیمار به جای ارتباط با تصویری که از دیگری دارد با شما ارتباط برقرار می‌کند، قادر خواهد بود پنهان شدن را متوقف کند و خواسته‌هایش را آشکار کند.

افسانه: «اگر از این مدل درمانی پیروی کنم، بیمارم بهتر می‌شود.»

واقعیت: ثابت نشده است که هیچ یک از مدل‌های درمانی اثربخش‌تر از مدل درمانی دیگر باشد (نورکراس و ومپلد، ۲۰۱۹؛ ومپلد و ایمل، ۲۰۱۵). افزون بر این، پیروی غیرمنعطف از دستورالعمل‌های یک مدل درمانی به نتیجه‌ی بدتری در درمان منجر می‌شود (واکوچ و استراپ، ۲۰۰۰). بهترین درمانگران در هر مدل درمانی دارای مهارت‌های ارتباطی عالی‌ای هستند که آن‌ها را به سمت پیمان درمانی خوب با بیماران‌شان سوق می‌دهند (تریسی و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین، کیفیت رابطه مهم‌ترین عاملی است که می‌تواند در اثربخشی درمان به درمانگر کمک کند.

اگر از یک مدل درمانی پیروی کنید و ایجاد پیمان درمانی را فراموش کنید، بیمار را از دست خواهید داد. مدل‌های درمانی بیماران را درمان نمی‌کنند. روابط این کار را