

مهارت‌های پایه در خانواده‌درمانی  
از مصاحبه اولیه تا خاتمه درمان

# فهرست

در مورد مؤلفان.....	۹
مقدمه.....	۱۱
تقدیر و تشکر.....	۱۵
<b>فصل ۱: خانواده درمانگر تازه کار: پذیرفتن چالش.....</b>	<b>۱۷</b>
شروع کردن.....	۲۰
مدیریت اضطراب و مسایل مرتبط با اعتماد به نفس.....	۲۱
مراحل رشد درمانگر.....	۲۴
وسواس در مورد کار بالینی.....	۲۶
برخورد با فرسودگی.....	۲۷
نتیجه گیری.....	۲۹
<b>فصل ۲: قبل از مصاحبهٔ اولیه.....</b>	<b>۳۰</b>
برخورد با انتظارات و اضطراب‌های خانواده در مورد درمان.....	۳۰
پیشنهاداتی برای تماس اولیه با مراجع.....	۳۲
چه اطلاعاتی باید گرفته شوند؟.....	۳۴
چه کسانی باید به درمان بیایند؟.....	۳۸
فرضیه سازی اولیه.....	۳۹
نتیجه گیری.....	۴۱
<b>فصل ۳: مصاحبهٔ اولیه.....</b>	<b>۴۲</b>
مراحل مصاحبهٔ اولیه.....	۴۲
ایجاد یک پیوند: چگونه به مراجعان ملحق شویم.....	۴۳

۴۵	..... پرداختن به مسایل اجرایی
۵۲	..... تعریف انتظارات مراجع از درمان
۵۷	..... ارزیابی و ایجاد انگیزش
۶۰	..... ایجاد اعتبار
۶۲	..... نتیجه‌گیری: جلسهٔ نخست و ورای آن

#### **فصل ۴: رهنمودهایی برای اجرای ارزیابی..... ۶۳**

۶۵	..... ارزیابی اولیه
۶۸	..... مسایل بالقوهٔ مرتبط با آسیب
۷۹	..... ارزیابی احتمال سوءمصرف مواد
۸۱	..... ارزیابی عوامل زیستی و عصب‌شناختی
۸۶	..... ارزیابی روان‌شناختی
۸۸	..... ارزیابی اجتماعی
۹۴	..... ارزیابی معنویت
۹۵	..... ارزیابی سیستم‌های اجتماعی بیرون از خانواده
۹۷	..... ارزیابی سیستم‌های بزرگ‌تر: بافت، جنسیت و فرهنگ
۱۰۰	..... نتیجه‌گیری

#### **فصل ۵: ایجاد یک کانون درمانی و طرح درمانی..... ۱۰۱**

۱۰۲	..... چهار مانع برای ایجاد یک کانون درمانی
۱۰۵	..... ایجاد یک نقشه مفهومی با استفاده از نظریه و پژوهش
۱۱۰	..... مؤلفه‌های یک طرح درمانی
۱۲۲	..... ارزیابی اثربخشی درمان
۱۲۴	..... نتیجه‌گیری

#### **فصل ۶: مهارت‌های درمانی و مداخلات پایه..... ۱۲۵**

۱۲۵	..... شتاب برای مداخله در مقابل ایجاد رابطه
۱۲۸	..... مهارت‌های مشاوره‌ای پایه
۱۳۹	..... مهارت‌های منحصربه‌فرد درمانگر سیستمی/رابطه‌ای
۱۴۸	..... کسب مهارت بیشتر در استفاده از مداخلات
۱۴۹	..... نتیجه‌گیری

<b>فصل ۷: کار با خانواده‌ها و کودکان</b>	۱۵۱
ارزیابی کودکان و نوجوانان	۱۵۲
منابع در حال ظهور برای درمان کودکان و نوجوانان	۱۵۵
نگاهی دوباره به چرخه زندگی خانواده	۱۵۶
تفاوت‌ها در رشد خانواده	۱۷۶
نتیجه‌گیری	۱۸۴
<b>فصل ۸: کار با سالمندان و مراقبان آن‌ها</b>	۱۸۵
ارزیابی و درمان سالمندان	۱۸۶
مراقبت خانوادگی	۱۹۴
نتیجه‌گیری	۲۰۴
<b>فصل ۹: کار با زوجها</b>	۲۰۵
کلیدهایی برای فراهم آوردن زوج‌درمانی منسجم	۲۰۶
موضوعات خاص	۲۲۲
زمانی که زوج‌درمانی مؤثر نمی‌افتد	۲۳۴
نتیجه‌گیری	۲۳۵
<b>فصل ۱۰: وقتی که یکی از اعضای خانواده مبتلا به یک بیماری روانی است</b>	۲۳۶
مفاهیم فردی و خانوادگی	۲۳۷
تشخیص فردی در بافت خانواده	۲۴۱
افسردگی	۲۴۷
اضطراب	۲۵۲
الکلیسم و سوء مصرف دارو	۲۵۶
اختلالات تکانه‌ای و اختلالات عصبی-رشدی	۲۶۲
نتیجه‌گیری	۲۶۶
<b>فصل ۱۱: رهایی از گرفتاری‌های درمان</b>	۲۶۷
درک دودلی‌های مراجعان در مورد تغییر	۲۶۸
برنامه درمانگر-مراجع و ناهمخوانی زمانی	۲۷۰
انطباق سطح صراحت با مراجع	۲۷۱
بی‌میلی درمانگر برای مداخله	۲۷۲

۲۷۳	عدم صراحت مفهومی درمانگران.....
۲۷۴	تغییر و پذیرش.....
۲۷۵	انتقال متقابل: نحوه تداخل مسایل مربوط به درمانگر در درمان.....
۲۷۸	برخورد با لغو قرار ملاقات و غیبت از جلسات.....
۲۸۱	دشواری در وارد کردن سایر اعضای خانواده به درمان.....
۲۸۲	نحوه برخورد با رازها.....
۲۸۳	برخورد با مراجعانی که دوستشان نداریم.....
۲۸۵	نقش مؤسسات در گرفتاری درمان.....
۲۸۹	نظارت.....
۲۹۱	سؤالات خودنظارتی.....
۲۹۱	رهایی از گرفتاری‌ها [ای درمان] با استفاده از پژوهش‌ها و ادبیات موجود.....
۲۹۶	نتیجه‌گیری.....
۲۹۷	<b>فصل ۱۲: خاتمه درمان.....</b>
۲۹۸	خاتمه دو جانبه.....
۳۰۴	خاتمه از سوی درمانگر.....
۳۰۷	خاتمه از سوی مراجع.....
۳۱۰	نتیجه‌گیری.....
۳۱۱	<b>فصل ۱۳: خانواده‌درمانی در آینده.....</b>
۳۱۲	مسائل مهم برای درمانگران تازه‌کار.....
۳۱۳	اصلاحات مراقبت‌های بهداشتی: تأثیرات آن بر شما و مراجعانتان.....
۳۱۹	روندهای در حال ظهور در درمان.....
۳۲۷	مزایا و معایب درمانگر بودن.....
۳۲۸	سفر شخصی و حرفه‌ای درمانگر بودن.....
۳۲۹	نتیجه‌گیری.....
۳۳۰	<b>منابع.....</b>

## مقدمه

حدود ۲۰ سال پیش، ما کتاب *مهارت‌های پایه در خانواده‌درمانی* را برای دانشجویان‌مان در دانشگاه سن‌دی‌ه‌گو (USD) تألیف کردیم. ما امیدوار بودیم که سایر دانشجویان خانواده‌درمانی نیز اطلاعات ارائه شده را مفید بیابند، ولی ما کتاب‌مان را به صورت یک نامه شخصی برای دانشجویان خود نوشتیم. نامه ما سعی داشت به رایج‌ترین سؤالات دانشجویان‌مان و همچنین برخی از سؤالاتی که ما فکر می‌کردیم آن‌ها در ذهن دارند، پاسخ دهد. به عنوان مثال، دانشجویان ما اغلب تجربه احساس بی‌کفایتی در چند ماه نخست کار بالینی خود را گزارش می‌کردند. سایر دانشجویان نگرانی‌هایی در مورد وفاداری داشتند. آیا چنانچه آن‌ها یک مدل درمان فردی را ارزشمند می‌یافتند، همچنان می‌توانستند خانواده‌درمانگر باقی بمانند؟ با پیشرفت آموزش، سؤالات آنان نیز پیچیده‌تر می‌شود. به عنوان مثال، آن‌ها از خود می‌پرسند که چگونه می‌توان میان ارزیابی فردی، زوجی و خانوادگی تعادل ایجاد کرد؟ آن‌ها به تأثیرات داروهای روان‌گردان بر روی مراجعانشان فکر می‌کردند و این‌که چگونه می‌توانند مراقبت را با پزشکان هماهنگ کنند. در سال‌های اخیرتر، دانشجویان ما در کار خود به عنوان خانواده‌درمانگر، بیش از پیش به نقش عصب-زیست‌شناسی و علم ژنتیک علاقمند شده‌اند.

یک نقطه قوت و همچنین نقطه ضعف برنامه آموزشی ما این بوده است که USD از کلینیک آموزشی مستقل برخوردار نیست. بنابراین، دانشجویان ما از همان نخستین روزهای تجربه بالینی خود مراجعان را در محیط‌های اجتماعی یعنی مکان‌هایی می‌بینند که تأکید بر درمان‌های مصلحت‌آمیز و مقرون‌به‌صرفه است. به علاوه، دانشجویان ما در این محیط‌ها با متخصصان مختلف از جمله پزشکان، وکلا، مشاوران مدرسه، معلمان و سایر متخصصان بهداشت روان کار می‌کنند. در حالی ما در تلاش هستیم تا با ملایمت ورود دانشجویانمان را به نقش‌هایشان به عنوان درمانگر تسهیل کنیم، این را نیز می‌دانیم که تأکید کلینیک‌های مورد اشاره بر نتیجه درمان، به تأکید آموزشی در USD بر آن‌چه که در عمل مؤثر می‌افتد (صرف‌نظر از منشاء و خاستگاه آن)، منجر می‌شود.

در دانشکده USD، با مشارکت جمعی برخی باورهای اساسی شکل گرفته‌اند که برنامه ما را هدایت می‌کنند. ما با تبعیت از اصول مورد نظر جورج اینگل<sup>۱</sup> اعتقاد داریم که یک دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی باید راهنمای کار ما باشد و در همان حال بر تفکر سیستمی نیز تأکید ویژه داریم. به

علاوه، ما بر این باوریم که هدف اصلی ما کمک به مراجعان فردی و خانواده‌های آنان است و نسبت به هر ایده، روش، درمان و مدلی که ما را در دستیابی به آن هدف یاری دهد، باز و پذیرا هستیم. نهایتاً ما صرف‌نظر از درمان، اعتقاد داریم که مراجعان زمانی قوی‌تر می‌شوند که درمانگر بتواند اعضای خانواده را در مراقبت از یکدیگر درگیر سازد. این اصول در طی حداقل ۲۰ سال گذشته همواره هدایتگر کارهای ما بوده‌اند.

کتاب *مهارت‌های پایه در خانواده‌درمانی منعکس‌کننده* تمرکز برنامه USD بر دانشجویان، رویکرد عمل‌گرای آن نسبت به درمان، توجه آن به دیدگاه‌های چندرشته‌ای، و احترامی است که برای تأثیر خانواده‌ها بر مراجعان قائل است. از زمان نگارش دو ویراست نخست این کتاب، این باورها همواره راهنمای ما بوده‌اند و ما نیز همزمان تکامل پیدا کرده‌ایم. ویراست سوم منعکس‌کننده تأثیرات جدیدی است که در حال شکل دادن به آموزش‌ها و کار بالینی ما هستند. ما سعی کرده‌ایم که اکثر این تأثیرات مهم و جدید را مورد بحث قرار دهیم. اما دریافتیم که ارائه تمامی این اطلاعات جدید در چارچوب کتابی که قرار است مقدمه‌ای مختصر باشد، کاری ناشدنی است. به همین دلیل اقدام به تألیف سه کتاب دیگر برای انتشارات گیلفورد کرده‌ایم که امیدواریم بر ایده‌های اساسی معرفی شده در کتاب حاضر بیفزایند. کتاب *راهنمای درمانگران در مورد روان‌دروشناسی*، استراتژی‌های ارائه درمان مشترک با پزشکان را مورد بحث قرار داده و اهمیت خانواده‌ها در تصمیم‌گیری‌های دارویی و مشارکت آن‌ها در درمان را نشان می‌دهد. علاوه بر آن، ما کتاب *مهارت‌های ارزیابی پایه برای زوج‌درمانگران و خانواده‌درمانگران* و کتاب *راهنمای درمانگران در مورد روش‌های تحقیق در خانواده‌درمانی* را نیز تألیف کرده‌ایم. این کتاب‌ها مبتنی بر ایده‌های ارائه شده در کتاب حاضر و در واقع بسط آن‌ها هستند.

فصل نخست، دغدغه‌های رایج درمانگران تازه‌کار از قبیل ایجاد اعتمادبه‌نفس در کار بالینی را شناسایی کرده است. بقیه کتاب به کمک به درمانگران تازه‌کار در دستیابی به یک درک روشن در مورد مسایل بالینی و توانایی به‌کارگیری مهارت‌های درمانی اختصاص دارد. فصل‌های ۶-۲ از توالی زمانی معمول در درمان تبعیت می‌کنند- از تماس اولیه با مراجعان گرفته تا ارزیابی جامع، طراحی درمان و مداخله. مهارت‌های روان‌شناختی مورد نیاز تمامی درمانگران با دانش خانواده‌درمانی در هم آمیخته‌اند. هدف ما در این‌جا فراهم آوردن ابزارهای تفکر در مورد مسایل بالینی برای درمانگران تازه‌کار است نه صرفاً به‌کارگیری رویکرد توصیه شده توسط مربیان آن‌ها.

فصل‌های ۱۰-۷ با موقعیت‌های بالینی خاص بر اساس مشکلات عنوان شده<sup>۱</sup> و ماهیت خانواده‌های مراجع سروکار دارند. ما موضوعات و رویکردهای عمده برای کار با کودکان و نوجوانان، سالمندان، زوجها و خانواده‌های مبتلا به بیماری‌های روانی جدی را مورد بررسی قرار می‌دهیم.

فصل ۱۱ برخی از موانع رایجی را که تمام درمانگران با آنها مواجه هستند، مورد تأکید قرار داده و ایده‌های عینی را در مورد چگونگی رفع موانع در مواقع عدم پیشرفت درمان ارائه می‌دهد. فصل ۱۲ بر یک جنبه اغلب مغفول درمان، یعنی خاتمه درمان تمرکز می‌کند. در فصل ۱۳ ما کتاب را با نگاهی به مسایل در حال ظهور در خانواده‌درمانی جمع‌بندی می‌کنیم. ما بر این باوریم که درمانگران تازه‌کار باید به این موضوعات نوظهور توجه داشته باشند به طوری که بتوانند همراستا با رشته خود در جهت فراهم آوردن بهترین مراقبت ممکن برای مراجعانشان به رشد خود ادامه دهند.

در طی ۲۰ سال گذشته ما دلگرم بوده‌ایم که دانشجویان خانواده‌درمانی در کشورهای مختلف این کتاب را عملی و قابل فهم یافته‌اند. هدف ما این بوده است که ایده‌ها و مدل‌های مختلف را در یک راهنمای عملی مختصر بگنجانیم. ما امیدواریم که ویراست سوم مهارت‌های پایه در خانواده‌درمانی، منعکس‌کننده این هدف ما باشد.



# فصل ۱

## خانواده درمانگر تازه کار

### پذیرفتن چالش

تام برگه پذیرشِ نخستین مراجع خود را در محل کارورزی جدیدش دریافت می‌کند. او که هم هیجان‌زده و هم مضطرب است، اطلاعات را مرور می‌کند. مراجع در قسمت «دلیل اصلی شما برای مراجعه به درمان»، نوشته است «نیازمند راه‌هایی برای کنار آمدن با اقدام همسرم به مشروب‌نوشی و کتک‌زدن بچه‌ها هستم». وقتی که تام با خود می‌اندیشد باید از کجا شروع کند، بیش از پیش دلواپس می‌شود. آیا او می‌بایست صرفاً به ماجرای آن زن، از زبان وی گوش دهد یا این که لازم است رویکرد مستقیم‌تری اتخاذ کرده و بلافاصله یک ارزیابی مربوط به مشکل سوء‌مصرف ماده را به عمل آورد؟ یک موضوع دیگر هم، احتمال کودک‌آزاری است. شاید این مسأله بسیار جدی، بر هر موضوع دیگری مقدّم باشد.

سالی در حالی که برنامه فشرده امروز را مرور می‌کند، در این فکر است که آیا از عهده آن برخوردار خواهد آمد. او پس از آن که دیروز از ابتلای پدرش به سرطان و احتمال مرگ وی در طی یک سال آینده اطلاع پیدا کرد، تمام شب را به غلت‌خوردن در رختخواب و بی‌خوابی گذراند. او که علی‌رغم خستگی و استیصال، می‌خواست کارش را با مراجعان به خوبی انجام دهد، به خانواده‌ای فکر کرد که نخستین مراجعان وی در آن روز بودند. خانواده جونز پسر بچه‌ای ۸ ساله با مشکلات متعدد داشتند که سرطان خون و اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی فقط دو مورد از آن‌ها بودند. او از سوی پزشک خانواده «برای ایجاد مهارت‌های سازگاری» ارجاع شده بود. برای لحظه‌ای گذرا به این می‌اندیشد که آیا اندوه ناشی از آگاهی یافتن از بیماری پدر، بر کار درمان امروز وی اثر خواهد گذاشت؟ اما او وقت زیادی برای فکر کردن به این موضوع ندارد چون نخستین جلسه او تا ۵ دقیقه دیگر شروع می‌شود.

آنا وقتی که جلسه نظارت گروهی دیروز خود را به یاد می‌آورد، چهره درهم می‌کشد. او با خود فکر کرده بود که نوار ویدئویی جلسه کارش با خانم توماس نشان داده است که از چه مهارت‌های بالایی برای الحاق برخوردار است. او انتظار داشت که برای استاد ناظر و همکلاسی‌هایش آشکار باشد که مراجع وی - خانم توماس - به درمان علاقمند است و توصیه‌های او را بسیار جدی می‌گیرد. اما ناظر و همکلاسی‌های آنا به جای تمرکز بر رابطه حسنه میان درمانگر و مراجع، وی را با پرسیدن سؤالات ارزیابی - که او حتی به آن‌ها فکر هم نکرده بود - مستأصل کردند: طلاق خانم توماس چگونه با افسردگی او ارتباط پیدا می‌کند؟ آیا آنا فکر می‌کند که الکل‌نوشی مراجع در آخر شب‌ها نشان‌دهنده یک مشکل سوءمصرف ماده است؟ آیا بچه‌های خانم توماس به این دلیل که او از سطح انرژی یا زمان کافی برای رسیدگی به آن‌ها برخوردار نیست، مورد غفلت واقع شده بودند؟ میزان درگیری آنا در کمک به خانم توماس برای یافتن یک شغل می‌بایست در چه سطحی باشد؟ و ... با این اوضاع، آنا در این فکر فرو رفت که آیا با توجه به این که چنین آشکارا از پرسیدن این سؤالات ارزیابی مهم در مورد مراجعش کوتاهی کرده است، اصلاً از صلاحیت لازم برای درمانگر بودن برخوردار است؟

بسیاری از درمانگران تازه‌کار در شروع کار بالینی خود احساسات نگران‌کننده فراوانی را تجربه می‌کنند (سکولت و رونشتاد، ۲۰۰۳). آن‌ها بیشتر از بی‌کفایتی‌های خود مطلع هستند تا از توانایی‌هایشان؛ و برای آگاهی یافتن از نحوه کسب مهارت‌ها، دانش و حس کفایت لازم برای انجام کار بالینی مطلوب، به کمک نیاز دارند.

بسیاری از درمانگران، بخش تعلیمی آموزش‌های خود را با یک حس تسلط و کفایت به پایان می‌برند؛ زمانی که آن‌ها وارد دانشکده تحصیلات تکمیلی می‌شوند، زندگی دانشجویی بسیار آشناست و آن‌ها به پیشرفت تحصیلی در کارهای دوره آموزشی خود عادت کرده‌اند. اما موفقیت تحصیلی، لزوماً به آسانی به کفایت درمانی تسری پیدا نمی‌کند. دانشکده و دانشجویان هر کدام به ترتیب با چالش یافتن بهترین شیوه برای آموزش دادن و آموختن مهارت‌های اساسی کار بالینی دست به گریبان هستند.

شکاف بین فعالیت‌های تحصیلی و اجرای تکنیک‌ها یا کاربرد نظریه‌ها در جلسات بالینی می‌تواند عظیم به نظر بیاید. دانشجویان پس از یک دوره آموزش فشرده، اغلب کار بالینی خود را با سؤالات ناگفته‌ای از قبیل موارد زیر شروع می‌کنند:

«باید به مراجع چه بگویم؟»

«فلان موقعیت را چگونه مدیریت کنم؟»

«پس از آن که فرم پذیرش را تکمیل می‌کنم، باید چه اتفاقی بیفتد؟»  
«آیا مراجعان می‌توانند تشخیص دهند که من تازه‌کار هستم و کاملاً احساس بی‌کفایتی و درماندگی می‌کنم؟»  
«چگونه می‌توانم تمامی اطلاعات مربوط به جلسه را به روشنی حفظ کرده و چگونه باید مطالب مهم را شناسایی کنم؟»  
«آیا چنانچه در یکی دو جلسه نخست از یک مداخله یا فن نیرومند استفاده نکنم، شکست خورده‌ام؟»  
«من می‌دانم که باید در رابطه با این مورد یک نظریه داشته باشم، ولی نمی‌دانم که چگونه باید اطلاعاتی را که در کلاس‌های نظری آموخته‌ام در مورد این نوجوان برون‌ریز<sup>۱</sup> و یا مادر تندخوی او به‌کارگیرم.»

آنچه که دانشجویان در آغاز کار بالینی خود بدان نیاز دارند، راهی برای بسط مهارت‌هایشان به عنوان درمانگر است. کتاب حاضر رهنمودهای عملی در مورد مهارت‌های درمانی اساسی؛ از ارزیابی کامل تا طراحی دقیق درمان، از ریزه‌کاری‌های مداخله‌های خاص تا شیوه‌های تثبیت روابط درمانی و عیب‌یابی‌ها در مواقع «گیر کردن» درمان را، ارائه می‌دهد.

ما با انعکاس روندی که به رویکردهای تلفیقی در خانواده‌درمانی، بهداشت روان و حوزه پزشکی، گرایش دارد، بر دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی<sup>۲</sup> ارزیابی و درمان تأکید داریم. این دیدگاه یک چارچوب مؤثر و جامع را برای پرداختن به موضوعات گسترده‌ای که ممکن است مراجعان با خود به درمان بیاورند، در اختیار درمانگر قرار می‌دهد. به این ترتیب، هرچند در این‌جا نیز همچنان تعامل خانوادگی در کانون توجه است، اما هدف ما آماده ساختن درمانگران تازه‌کار جهت تلفیق اطلاعات و مهارت‌های مربوط به سایر حوزه‌ها را نیز دربر می‌گیرد؛ به نحوی که آن‌ها به بهترین وجه از عهده پاسخگویی به نیازهای خانواده‌های متنوعی که به آنان مراجعه می‌کنند، برآیند.

توانایی تلفیق نظریه و مداخلات خانواده‌درمانی با تشخیص و درمان فردی نیز در آغاز حرفه درمانگران بسیار ارزشمند خواهد بود. در حالی که خانواده‌درمانی یک دیدگاه منحصربه‌فرد و مهم را در کار بالینی عرضه می‌کند، بخش اعظمی از آن‌چه که در خانواده‌درمانی روی می‌دهد در بسیاری از مفروضه‌ها با تمام درمان‌ها اشتراک دارد. مهارت‌های بالینی خاص - مانند ارزیابی ریسک خودکشی یا سوء‌مصرف ماده، انجام یک ارجاع مؤثر - جزء جدایی‌ناپذیر هر درمان مطلوبی به حساب می‌آیند. این کتاب از مرزهای خانواده‌درمانی سنتی فراتر رفته و تا آن‌جا که ممکن است مهارت‌های بالینی ضروری را دربرمی‌گیرد.

1. acting out  
2. biopsychosocial

بسیار اتفاق می‌افتد که دانشجویان تازه‌کار خانواده‌درمانی تصمیمات درمانی را بر اساس گرایشات نظری مورد علاقه‌ی اساتید ناظر خود، یا رویکرد نظری خاصی که در کلینیک آن‌ها غالب است، اتخاذ کنند. ما بر این باوریم که ارزیابی مناسب بودن یک شیوه‌ی خانواده‌درمانی در مورد یک مشکل خاص، یک مهارت بالینی اساسی به شمار می‌آید. مهم است که بتوانیم درک کنیم چه زمانی یک مشکل خارج از حیطه‌ی فعالیت (یا سطح مهارت) یک درمانگر قرار دارد و بهتر است به وسیله‌ی یک متخصص دیگر در حوزه سلامت روان و یا هم‌زمان با همراهی یک متخصص دیگر در حوزه مراقبت‌های بهداشتی، تحت درمان قرار گیرد.

در واقع، پژوهش‌ها در مورد علّت‌شناسی‌های زیستی بیماری‌روانی و داروشناسی روانی<sup>۱</sup> نشان می‌دهند که درمانگر باید آگاهی و تبخّر خود را از «درمان‌گفتاری»<sup>۲</sup> فراتر ببرد. تمرکز فزاینده بر تیم‌های درمانی و رویکردهای درمانی چند رشته‌ای بر این نکته دلالت دارند که درمانگران باید بیش از پیش به مؤلفه‌های زیستی مدل زیستی-روانی-اجتماعی توجه کرده و بیاموزند که در کار خود با سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی مشارکت نمایند. برخورداری از یک دانش پایه در مدیریت پزشکی و توانایی رایزنی با پزشکان، یکی از جوانب این رویکرد چند رشته‌ای به حساب می‌آید.

در حالی که بخش عمده‌ی کتاب حاضر به بحث در مورد فرایندهای خاص و مهارت‌های مهم در سراسر سفر درمانی اختصاص دارد، ولی ما فصل نخست را به اساسی‌ترین دغدغه‌های درمانگران مبتدی اختصاص داده‌ایم: درک و مدیریت دلشوره‌ها و به خود لرزیدن‌های درمانگران تازه‌کار!

## شروع کردن

«نخستین جلسه‌ی کار من با یک مراجع بود و قلم به سرعت می‌تپید. اصلاً نمی‌دانستم که باید با این خانواده چه کنم و واقعاً مطمئن نبودم که آیا آن‌ها می‌دانند چرا این‌جا هستند یا نه. من با مادر خانواده - که او درخواست ملاقات کرده بود - صحبت می‌کردم تا بدانم که بقیه‌ی اعضای خانواده تا چه اندازه از علّت حضورشان در آن جلسه آگاهی دارند و در این حین متوجه شدم که واقعاً از این زن خوشم نمی‌آید، ...»

ماجرای فوق که از زبان یک دانشجوی کارآموز بیان شد، حاوی دو نکته‌ی اساسی و اضطرابی است که در مورد اغلب درمانگران تازه‌کار صدق می‌کند. یکی از این نکات، به این سؤال که «من چه کاری انجام می‌دهم؟» مربوط می‌شود و دیگری نیز شامل مدیریت احساسات و واکنش‌های خود نسبت به مراجعان و موقعیت‌های بالینی مختلف است.

آموختن هنر و علم اجرای درمان، به‌ویژه در برخورد با نخستین مراجعان، کاری چالش‌برانگیز

1. psychopharmacology  
2. talk therapy

است. بسیاری از درمانگران تازه کار، احساسات بی کفایتی و نایمینی را در مورد توانایی های بالینی خود تجربه می کنند (مثلاً بیسکوف و بارتون، ۲۰۰۲؛ بیسکوف، بارتون، تویر و هاوولی، ۲۰۰۲؛ واتکینز، ۲۰۱۲؛ وودساید، اوبرمن، کول و کاروث، ۲۰۰۷). آن ها نگران هستند که به دلیل بی تجربگی قادر به کمک مراجعان خود نباشند. حتی ممکن است آن ها نگران باشند که مبادا مستقیماً به مراجعانشان صدمه بزنند یا به دلیل اشتباهات بالینی بر وخامت اوضاع آن ها بیافزایند. برخی هم تا حدودی به استعداد و توانایی خود به عنوان درمانگر شک می کنند و به طور جدی به این می اندیشند که آیا باید در این حوزه باقی بمانند یا بهتر است آن را رها کنند.

درمانگران و ناظران باید مسایل مرتبط با اعتماد به نفس را از یک منظر رشدی بنگرند (بیسکوف و بارتون، ۲۰۰۲). با توجه به فقدان تجربه بالینی درمانگران تازه کار، کاملاً طبیعی است که آن ها شایستگی خود را زیر سؤال ببرند. در واقع، ما به عنوان ناظر، بیشتر نگران آن دسته از درمانگران تازه کاری هستیم که اعتماد مفرطی نسبت به توانایی های خود دارند! این افراد پیچیدگی و دشواری یادگیری اجرای شایسته درمان را دست کم می گیرند.

### مدیریت اضطراب و مسایل مرتبط با اعتماد به نفس

یک درمانگر تازه کار چگونه با فقدان اعتماد به نفس، یا احساس درماندگی و اضطراب برخورد می کند؟ قبل از هر چیز، درمانگران باید بدانند که این احساسات کاملاً بهنجار هستند. یادگیری انجام کاری به پیچیدگی درمان - به ویژه در اوایل - می تواند دشوار باشد. نکته متناقض این که هر اندازه شخص بیشتر در مورد نحوه انجام درمان می آموزد، بیش از پیش متوجه می شود که هنوز چیزهای بسیاری نمی داند. این تناقض می تواند به احساس نایمینی فردی در مورد درمانگر بودن دامن بزند. در واقع اصلاً برای دانشجویان غیرعادی نیست که داشته های خود را برای تبدیل شدن به یک درمانگر زیر سؤال ببرند (واتکینز، ۲۰۱۲). ممکن است درمانگران تازه کار احساسات درماندگی خود را به عنوان علامتی که احتمالاً نشان می دهد برای این کار ساخته نشده اند، تفسیر کنند و تنها حاصل این تفسیر نیز افزودن بر اضطراب و نایمینی آن هاست. اگر چه شدت این احساسات و شیوه سازگاری با آن ها از یک درمانگر به درمانگر دیگر متفاوت است، اما هر درمانگر تازه کاری تا حدودی با چنین احساساتی دست به گریبان است.

ثانیاً، درمانگران تازه کار باید این تجارب را با سایر درمانگران و ناظران در میان بگذارند. متأسفانه ترس از ناتوان یا بی کفایت تلقی شدن، درمانگران تازه کار را از در میان گذاشتن دغدغه هایشان با دیگران باز می دارد. زمانی که یک درمانگر این ریسک را پذیرفته و ترس هایش را با هم سخنان خود در میان می گذارد، اغلب آن ها نیز متقابلاً چنین نگرانی هایی را افشا می کنند. این ها به نوبه خود به درمانگر

تازه‌کار کمک می‌کنند تا بپذیرد که این نگرانی‌ها به لحاظ رشدی به‌هنگار هستند نه این که علامتی از ساخته نشدن فرد برای این حرفه باشند (بیسکوف و همکاران، ۲۰۰۲). ناظران نیز می‌توانند به درمانگران تازه‌کار اطمینان خاطر بدهند که اضطراب و فقدان اعتماد به نفس، در واقع مورد انتظار بوده و در این مرحله رشدی، به‌هنگار هستند.

ثالثاً، درک این نکته حیاتی است که رابطهٔ درمانگر- مراجع، ذاتاً یک رابطهٔ درمانی است. یک درمانگر لزوماً نباید برای مراجع «کاری بکند» تا او تجربه مثبتی داشته باشد. این آگاهی، برای بیشتر درمانگران تازه‌کار بسیار اطمینان‌بخش خواهد بود، زیرا آن‌ها عموماً به مهارت‌های ارتباطی خود اعتماد دارند. زمانی که به درمانگران تازه‌کار در مورد اهمیت الحاق<sup>۱</sup> با مراجعان و گوش دادن همدلانه آموزش داده می‌شود آن‌ها با لحنی حاکی از آرامش خاطر می‌گویند «من از عهده این کار بر می‌آیم!».

رابعاً، درمانگران تازه‌کار باید بدانند که تجارب اولیهٔ آن‌ها در ملاقات با مراجعان، اغلب - مانند یادگیری هر کار جدید دیگری - از یک منحنی یادگیری شیب‌دار تبعیت می‌کند. در چند ماه نخست، شما برخی از کارها را برای نخستین بار انجام خواهید داد. کاملاً طبیعی است که در مورد انجام برخی از کارها برای اولین بار مضطرب باشید زیرا شما نسبت به توانایی خود در انجام صحیح آن کار اطمینان ندارید. با وجود این، پس از آن که کاری را چند بار انجام بدهید، اعتماد به نفس بیشتری در مورد انجام آن کسب خواهید کرد. به عنوان مثال، چنانچه شما قبلاً دو یا سه بار انجام مصاحبهٔ پذیرش با یک خانواده را تجربه کرده باشید، اضطراب شما در دفعات بعدی بسیار کم‌تر خواهد بود. اما، کسب تجربهٔ کافی تا حدی که بسیاری از موقعیت‌ها برایتان آشنا باشند، مستلزم گذشت زمان است.

نهایتاً درمانگران تازه‌کار باید بررسی کنند که آیا شناخت‌های تحریف‌شده یا انتظارات غیرواقع‌بینانه در نگرانی‌ها یا دغدغه‌های آن‌ها در زمینهٔ اعتمادبه‌نفس دخیل هستند؟ ممکن است درمانگران تازه‌کار با گرایش‌ات کمال‌گرایانه یا خودگویی‌های انتقادی دست به گریبان باشند (هیل، سالیوان، ناکس و شلوسر، ۲۰۰۷) که باید به چالش کشیده شوند. تئو به عنوان یک درمانگر تازه‌کار بسیار به خودش سخت می‌گرفت و حتی اخلاقی بودن کار با بسیاری از مراجعانش را با توجه به کم‌تجربه‌گی خود زیر سؤال می‌برد. او اغلب فکر می‌کرد مراجعان او از کار با درمانگران با تجربه‌تر بیشتر سود می‌برند. با وجود این‌ها، یک روز تئو دریافت که همان درمانگران باتجربه‌ای که او فکر می‌کرد مراجعانش باید با آن‌ها کار می‌کردند، زمانی تازه‌کار بوده‌اند. تنها مسیر موجود برای تبدیل شدن به یک درمانگر باتجربه، طی کردن یک فرایند یادگیری بود که او اکنون در میانه آن قرار داشت. برای او بسیار دلگرم‌کننده بود که به یاد آورد حتی درمانگران نام‌آوری همچون سالوادور مینوچین و ویرجینیا ستیر نیز زمانی درمانگران بی‌تجربه‌ای بوده‌اند. برخورداری از یک مجموعهٔ مناسب از افکار و تصاویر ذهنی سازنده، گام بلندی

در جهت کاستن از دلشوره‌های درمانگران تازه‌کار است.

بسیاری از درمانگران تازه‌کار، از خود می‌پرسند که بالأخره آن‌ها چه زمانی از دغدغه‌های مرتبط با اعتمادبه‌نفس خلاصی خواهند یافت. درمانگران باتجربه به ما می‌گویند که پس از ۵ تا ۷ سال (یا در حدود ۵ تا ۷ هزار ساعت) تجربه بالینی، آن‌ها به کرات با اغلب مسایل یا مشکلات بالینی سروکار پیدا کرده‌اند و در نتیجه توانسته‌اند احساس ایمنی یا اعتمادبه‌نفس بالایی نسبت به قابلیت‌هایشان به عنوان درمانگر پیدا کنند.

خوشبختانه لازم نیست که درمانگران برای مشاهده بهبود قابل توجه در اعتمادبه‌نفس خود، ۵ تا ۷ هزار ساعت کار کنند. حتی در نخستین سال ملاقات با مراجعان، درمانگران تازه‌کار شاهد افزایش اعتماد به نفس خود خواهند بود (بیسکوف و بارتون، ۲۰۰۲). احساسات اضطراب و درماندگی شدیدی که در میان درمانگران تازه‌کار بسیار معمول هستند، عموماً پس از تجربه یک تا سه ماهه دیدن مراجعان کاهش پیدا می‌کنند. همچنین ترس درمانگران تازه‌کار از امکان صدمه زدن مستقیم به مراجعانشان نیز کاهش می‌یابد؛ هر چند ممکن است آن‌ها همچنان احساس کنند که ناکارآمد یا غیرمفید هستند.

هنگامی که درمانگران حدود پانصد تا هفتصد ساعت تجربه بالینی را کسب کرده‌اند، آن‌ها به نقطه عطف مهم دیگری در رشد اعتمادبه‌نفس رسیده‌اند. تا این مقطع زمانی، آن‌ها موفقیت‌های بالینی کافی را تجربه کرده‌اند تا به آن‌ها اطمینان بدهد که در حال شکل‌گیری درجاتی از اعتماد به نفس اولیه در مورد توانایی‌های خود برای کمک به مراجعان هستند. در این سطح از تجربه، درمانگران تازه‌کار اغلب توانمندی بالاتری را در مفهوم‌سازی موردها<sup>۱</sup> گزارش می‌نمایند. آن‌ها اغلب گزارش می‌کنند که می‌دانند چه چیزی باید تغییر داده شود اما همچنان در مورد چگونگی مداخله برای ایجاد آن تغییر، مردد هستند.

بیشتر درمانگران زمانی که به حد نصاب هزار تا هزار و پانصد ساعت تجربه بالینی می‌رسند، نسبت به توانایی کلی خود اعتمادبه‌نفس پیدا خواهند کرد. در این زمان، آن‌ها در مفهوم‌سازی موردها بهتر عمل می‌کنند و همچنین به گنجینه‌ای از مداخلات مؤثر نیز دست پیدا کرده‌اند. البته، ممکن است این درمانگران همچنان به صورت دوره‌ای تردیدهایی را در مورد توانایی‌هایشان تجربه کنند و این به‌ویژه در صورت برخورد با موارد یا مسایل دشوار اتفاق خواهد افتاد. همچنین ممکن است مسایل مرتبط با اعتمادبه‌نفس در صورتی که درمانگر کار با جمعیت‌های جدید و ناآشنا را شروع کند، مجدداً سر برآورند. با وجود تمام این‌ها، اغلب درمانگران تا این مرحله، از تردید قابل توجه در مورد توانایی بالینی خود رهایی پیدا کرده‌اند.