

ارتباط درمانی:

چه چیزی را چه وقت بگوییم

ویراست دوم

مؤلف

پل واکتل

با مؤخره‌ای از الن اف. واکتل

ترجمه

سحر طاهباز



فهرست

۷	مقدمه مترجم.....
۱۱	پیشگفتار.....
۱۷	مقدمه.....
۱۹	فصل ۱: بازاندیشی در معالجه گفتاری.....
۳۷	بخش ۱: مبانی نظری و تجربی.....
۳۹	فصل ۲: تکامل مداوم روان درمانی.....
۶۴	فصل ۳: توجه به دل بستگی.....
۸۰	فصل ۴: پویش‌های روانی چرخه‌ای ۱.....
۹۶	فصل ۵: پویش‌های روانی چرخه‌ای ۲.....
۱۱۳	فصل ۶: پویش‌های روانی چرخه‌ای ۳.....
۱۳۱	بخش ۲: کاربردهای بالینی و رهنمودها.....
۱۳۳	فصل ۷: مداخلات اتهامی و تسهیل‌کننده.....
۱۵۲	فصل ۸: کاوش، نه استنطاق.....
۱۷۳	فصل ۹: تکیه بر توانایی‌های بیمار.....
۱۹۵	فصل ۱۰: تأیید و تغییر.....
۲۱۶	فصل ۱۱: اسناد و تلقین.....
۲۴۵	فصل ۱۲: قالب‌بندی مجدد، برچسب‌زنی مجدد و تناقض.....
۲۶۵	فصل ۱۳: خودافشایی درمانگر.....
۲۹۵	فصل ۱۴: دستیابی به راه‌حل مشکلات بیمار.....
۳۳۹	پی‌نوشت.....
۳۴۱	فصل ۱۵: گفت‌وگوی درمانی با زوج.....

- منابع..... ۳۶۰
- واژه‌نامهٔ انگلیسی به فارسی ۳۷۳
- واژه‌نامهٔ فارسی به انگلیسی ۳۷۵

بازاندیشی در معالجه گفتاری

درمانگر هم سخن می گوید

در کار روان‌درمانی واژه‌ها نخستین ابزار ما هستند. این صرف‌نظر از اینکه با چه جهت‌گیری‌ای به کار می‌پردازیم مصداق دارد. ممکن است از نقطه‌نظر هر رویکرد واژگان (و تفکر پشت آنها) با هم تفاوت داشته باشند، و درمانگران سیستمی یا شناختی‌رفتاری خود را مانند درمانگران روان‌پویشی یا انسان‌گرا-تجربه‌ای درگیر «معالجه گفتاری» ندانند؛ اما حتی اگر تمرکز فرد بر آغاز مداخلات رفتاری باشد یا بر بازسازی سیستم خانواده، وسیله انجام این کار در درجه نخست واژگان ماست.

واژه‌ها ابزار روابط نیز هستند. گرچه سهم دقیق عوامل به‌اصطلاح اختصاصی و غیراختصاصی همچنان به‌شدت مورد مناقشه است (به نقل از سیو و چامبلس، ۲۰۰۷؛ وامپولد، ۲۰۰۹؛ هابل، دانکن و میلر، ۱۹۹۹؛ دانکن، میلر، وامپولد و هابل، ۲۰۱۰؛ شدلر، ۲۰۱۰؛ نورکراس، بوتلر و لونت، ۲۰۰۶)، یافته‌ای که مدام از شواهد پژوهشی ظهور می‌یابد این است که ارتباط درمانی بخش قابل توجهی از تغییر درمانی به‌دست‌آمده را توجیه می‌کند (نورکراس، ۲۰۰۲، ۲۰۱۰). حتی در درمان‌های به‌نسبت ساختاریافته و کتابی نیز بنانهادن یک اتحاد درمانی نیرومند تقریباً همیشه هدفی مهم است و آنچه به بیمار یا مراجع می‌گوییم چیزی بیش از «مداخلات» را شامل می‌شود؛ واژگان و عبارات ما که پیوسته در تبادلات متقابل متعدد بیان می‌شوند به طرز نیرومندی حال‌وهوای ارتباط و رویه اتحاد درمانی را شکل می‌دهند. همان‌طور که در سرتاسر کتاب به‌تفصیل بدان خواهم پرداخت، حتی تغییرات خفیف در آنچه می‌گوییم و چگونگی بیان آن می‌توانند معانی گسترده‌ای برای تجربه بیمار از ارتباط، کار، خودش، و توان بالقوه‌اش برای تغییر داشته باشند.

با توجه به این نقش اساسی زبان درمانگر در ایجاد اتحاد درمانی و پیشرفت درمان، تعجب‌آور است که تا این حد کم درباره اصولی نوشته شده که می‌توانند راهنمای درمانگر در فرمول‌بندی نظراتش نسبت به بیمار باشند به شیوه‌ای که این نظرات تسهیل‌گر تغییر درمانی شوند یا معانی شیوه‌های مختلف ابزار عقاید و مشاهدات وی. اغلب هم در سوپرویزن و هم در بحث‌های موردی در

پژوهش‌ها گفته‌های بیمار یا مراجع از نظر ظرایف معنایی و آهنگ صدا مورد واریسی قرار می‌گیرند، اما گفته‌های درمانگر توجه بسیار کمتری دریافت می‌کنند. کارآموزان و دانشجویان سمینارهای عملی در طی سال‌ها اغلب ذکر کرده‌اند که اغلب اساتیدشان بر گوش دادن به بیمار و درک وی تمرکز می‌کنند - نیازی نیست بگوییم که این تمرکز فوق‌العاده مهم برای کار درمانی خوب است - اما راهنمایی اندکی در خصوص اینکه درمانگر بر اساس درک به دست آمده باید چه بگوید ارائه می‌دهد. به نظر می‌رسد فرض بر این است که اگر فردی حقیقتاً درک کند، آنچه باید بگوید به صورت خودکار در ادامه خواهد آمد. این دانشجویان و کارآموزان هنگامی که من همان مفروضه نظارتی رایج را مطرح نکردم و در عوض به تفصیل به واریسی آنچه گفته‌اند، آنچه می‌توانستند بگویند و معانی هر کدام از این انتخاب‌ها پرداختم، با قدردانی (و شگفتی) پاسخ دادند.

اغلب می‌گفتند که عطف توجه به یافتن واژه‌های درست برای بیان چیزی که می‌خواستند بیمار به آن گوش کند آنها را قادر به بیان چیزهایی به بیمار کرده بود که پیش‌تر نمی‌توانستند بگویند. تلویحاً - به منظور پیش‌بینی نکته کلیدی در سرتاسر کتاب - آنها دریافتند شیوه‌ای که ادراک یا مشاهدات خود را به کلام می‌آوردند می‌توانست برای بیمار اتهام‌آمیز احساس شود، در او حس «گیرافتادن» توسط درمانگر در چیزی شرم‌آور ایجاد کند و به تبع آن سودمند واقع نشود. اما بدون داشتن هیچ جایگزین بهتری در ذهن، مشاهداتشان را برای خودشان نگه می‌داشتند. یکی از اهداف اصلی این کتاب توانمندسازی درمانگر به منظور یافتن شیوه‌های مؤثرتر و همدلانه‌تر برای بیان مشاهداتش است تا بتواند آنچه را می‌بیند بگوید و بیمار نیز بتواند مشاهدات درمانگر را در حسی بزرگ‌تر و گسترده‌تر از خود انسجام بخشد، به جای آنکه احساس کند بر اثر آنچه درمانگر مورد توجه قرار داده تحقیر یا کوچک شده است.

البته این کتاب صرفاً در خصوص واژه‌ها نیست. نخست اینکه بخش اعظمی از ارتباط مهمی که در جلسه رخ می‌دهد غیرکلامی است و از طریق وضعیت و حالت بدن، لحن صدا و نظایر آن انتقال می‌یابد. افزون بر این، واژه‌ها معنای خود را نه تنها از ترکیب جمله و کلمات، که از بافت اجتماعی، هیجانی و رفتاری‌ای که در آن بیان می‌شوند می‌گیرند. واژگانی که در اتاق درمان به کار می‌بریم به طریقی مهم از احساساتی که از بودن با بیمار داریم و نیز از کلیت روش‌های تعامل ما و بیمار جدایی ناپذیراند. آنها منعکس‌کننده طرز تفکر ما درباره بیمار و اضطراب‌ها و تعارضات او نیز هستند. بنابراین، هدف دیگر کتاب ارائه دیدگاهی نظری است که در آن قالب‌بندی‌های غیراتهامی و غیرمرضی‌ساز به سادگی به ذهن بیایند و این اتفاق نه در قالب گریز از مسائل دشوار بیمار، که به عنوان انعکاسی از یک درک جایگزین نسبت به آن مسائل رخ دهد.

با این حال علیرغم این ملاحظات، دغدغه این کتاب اساساً واژه‌هایی است که ما در مقام درمانگر

مورد استفاده قرار می‌دهیم. واژه‌ها و عباراتی که برای ابراز آنچه قصد انتقالش را به بیمار داریم انتخاب می‌کنیم قطعاً مهم‌اند. در واقع، خیلی هم اهمیت دارند و قصدم در این کتاب این است که روشن کنم چطور حتی تغییرات ظریف در شیوه بیان چیزها می‌توانند معانی به‌شدت متفاوتی برای کار درمان داشته باشد.

طی سال‌ها مشاهده کار خودم در مقام درمانگر و دانشجویانی که در پی یادگیری روان‌درمانی بوده‌اند، متقاعد شده‌ام آنچه باید گفته شود به طور خودکار تابع درک بیمار نیست. به همان اندازه که درک مناسب بیمار یک مهارت است، انجام مداخلات مؤثر درمانی نیز یک مهارت است و انجام مداخلات درمانی از درک درست بیمار جدا نیست، اما تابع کامل این درک هم نخواهد بود. همچنین به واسطه تجربه‌ام متقاعد شده‌ام که خلق اظهارنظرهای درمانی سودمند یک مهارت آموزش‌دانی است. توجه بیشتر به نحوه بیان در گفت‌وگو با بیمار، هم برای دانشجویان تازه‌کار و هم درمانگران کهنه‌کار، نتایج سودمندی به همراه دارد. پس از گذشت مدتی، درمانگر درمی‌یابد که چه روش‌هایی کمتر در بیمار مقاومت ایجاد می‌کنند و بیشتر احساس «ارزش خود» وی را در نظر می‌گیرند. سر این نه در عقب‌نشینی و پرهیز از واقعیات دردناک، بلکه در تأکید بر اهمیت نحوه بیان پیام به اندازه خود پیام، نهفته است.^۱

پیام کانونی و «فرای پیام»

بحث محوری کتاب حاضر این است که هر پیام آشکار و هر درکی از تجربه و یا پویایی‌های روانی بیمار، که درمانگر در صدد انتقال آن به بیمار است (و من آن را پیام کانونی می‌نامم)، با خود یک پیام ثانوی و یا فرای پیام، دارد. فرای پیام در واقع نگرش درمانگر به پیامی کانونی است که منتقل می‌کند^۲ و بیشترین تغییرات درمانی (موفقیت و یا شکست)، در فرای پیام- که اغلب مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرد- نهفته است. شواهد نشان می‌دهند هنگام گوش دادن به سخنان بیمار توجه به چگونگی ارتباط بیمار حداقل به اندازه آنچه می‌گوید، اهمیت دارد و در واقع «چگونگی» گفتار مهم‌ترین چیزی است که شنونده زیرک درمی‌یابد (نگاه کنید به رایش، ۱۹۴۹؛ شاپیرو، ۱۹۶۵، ۱۹۸۱، ۱۹۸۹، ۲۰۰۰)، اما به‌ندرت می‌توان پژوهشی در خصوص نحوه ارتباط درمانگر یافت.

۱. در حقیقت «چیستی» پیام از «چگونگی» انتقال آن جداشدنی نیست. چگونگی انتقال پیام به میزان زیادی «چیستی» پیام را تعیین می‌کند. فرای پیام بخشی اساسی از کل پیام منتقل شده به بیمار است.
 ۲. اصطلاح فرای پیام ممکن است برای برخی از خوانندگان، یادآور بحث فرای پیام‌ها و فرارابطات بیتسون (۱۹۷۲، ۱۹۷۹) باشد. رویکرد وی، تأکیدات متفاوتی دارد که نشأت گرفته از علاقه او به نظریه زبان (theory of language) و روف و نظریه گونه‌های منطقی (theory of logical types) و ایتهد و راسل (۱۹۱۰، ۱۹۱۳) است.

این موضوع در متون علمی با عنوان‌هایی مانند سنجیده و به‌موقع سخن گفتن [چه موقع و چگونه گفتن] مطرح می‌شود. تمرکز این کتاب از جنبه‌های مشخصی با آنچه به‌طور معمول با مفاهیم سنجیدگی و زمان‌بندی منتقل می‌شود همپوشی دارد، اما دغدغه‌هایش از این مفهوم‌سازی‌های محدود فراتر می‌روند.

دغدغه من در این کتاب فراتر از سنجیده و به‌موقع سخن گفتن است. در حقیقت، می‌توان برخی پیشنهادها مطرح شده در این کتاب را به عنوان جایگزینی برای سنجیده سخن گفتن به کار برد و این بدان معنا نیست که من هوادار فقدان ظرافت و سنجیدگی‌ام، بلکه به این معناست که در تعاملات اجتماعی معمول گاهی سنجیده سخن گفتن معنای ضمنی گریز از امور دشوار و پرهیز ماهرانه از حقیقت نامطلوب را به همراه دارد. در واقع، در پی بیان مسائلی هستم که اغلب طفره رفتن از آنها محور مشکلات بیمار است، اما می‌خواهم به گونه‌ای این مسائل را مطرح کنم که بیمار به جای نادیده گرفتن، آنها را بشنود و به کنار آمدن با آنها تمایل پیدا کند.

تأویلی^۱ که پیام دقیق اما فرایمیی ضعیف دارد، همچون پیوند عضوی است که بدن بیمار آن را به عنوان بیگانه شناسایی کرده و پس می‌زند. چنین تأویلی در اصل و بالقوه شفافبخش است، اما در واقع تأثیر سودمندی ندارد زیرا بیمار آن را به عنوان تجاوز خطرناک یک بیگانه می‌شناسد. چنین تأویلی همچون همان عضو پیوندی پس‌زده است و نمی‌تواند آثار درمانی بالقوه خود را داشته باشد. «پس زدن بافت» در فرایند روان‌درمانی نیز وجود دارد.

به همین دلیل، تا حد زیادی بر معنای گسترده‌تر پیام درمانگر تمرکز خواهم کرد- اینکه پیام در ذهن بیمار چه تصویری از خود می‌سازد، همکاری یا مقاومت برمی‌انگیزد، آیا احساس ارزش خود بیمار را افزایش می‌دهد، آیا به حل تعارض، کاهش ترس و یا افزایش مهارت منجر می‌شود، چه چیزی را درباره دید درمانگر به بیمار منتقل می‌کند و غیره. شایان توجه است اغلب در پیشینه پژوهش از جزئیات اساسی سخنان درمانگر غفلت می‌شود و نتیجه آن هم چیزی جز این نیست که مفاهیم ضمنی سخنان وی بررسی نمی‌شوند.

۱. در کل کتاب واژه تأویل معادل interpretation به کار رفته است. اغلب در متون واژه «تفسیر» معادل این اصطلاح به کار می‌رود. تأویل به معنای بازگرداندن و شرح کلام به نحوی است که غیر از ظاهر آن باشد. به عبارت دیگر تأویل، آشکار کردن معنای باطنی و نیت اولیه و پنهان چیزی است درحالی‌که تفسیر بسط و شرح دادن است. برای مثال نمونه‌های زیر همگی مثالی از تأویل‌های درمانگر به شمار می‌آیند: «بی‌توجهی پدر و مادرت به حدی برایت دردناک بوده که اینک می‌کوشی با بی‌توجهی کردن به دیگران بر آن غلبه کنی»، «احساس می‌کردی پدر و مادرت طردت کرده‌اند، اما مسئله اینجاست که آنها تنها پدر و مادری بودند که داشتی، به همین دلیل کوشیدی با انجام کارهایی که موجب طرد شدنت از جانب سایر افراد زندگیت می‌شد، آنها را همواره همراه خود نگه داری.» از آنجا که درمان به نوعی در پی آشکارسازی جنبه‌های پنهان فرد برای وی است، استفاده از واژه تأویل مناسب‌تر است. م

در نگاهی دقیق‌تر حتی بسیاری از گزارش‌های عینی و ارتباطی مطرح در پیشینه پژوهش و یا جلسات سوپرویزن، بسیار کمتر از آنچه در آغاز به نظر می‌رسید مفید و یا افشاکننده‌اند، زیرا مطالب را با ابهام بیان می‌کنند. به عنوان مثال هنگامی که درمانگر می‌گوید «به بیمار گفتم به نظر من فراموش کاری او با خشمش به همسرش ارتباط دارد» نظر واقعی وی می‌تواند میان دو تأویل زیر متغیر باشد: شما از دست همسرتان عصبانی بودید و سعی کردید با فراموش کردن، این خشم را پنهان کنید و یا شما درباره مسائل مختلفی که همسرتان انجام داده بود صحبت کردید و گمان من این است که کارهای وی شما را عصبانی کرد، شاید به این دلیل دچار فراموشی شدید که به شدت در تلاش بودید از دست او عصبانی نباشید. محتوا و معنای این دو پیام «بیان این نکته که فراموش کاری او با خشمش به همسرش مرتبط است»، فرایم‌هایی را منتقل می‌کنند که به‌وضوح با هم متفاوت‌اند. بدون توجه به جزئیات عینی مداخلات انجام‌شده، تنها درکی ناقص و گمراه‌کننده از فرایند درمان به دست خواهیم آورد.

توجه به تجربه بیمار از اظهارنظرهای درمانگر

در خلال توجه به معنای ضمنی مداخلات و مثال‌هایی که مورد بحث قرار گرفتند، نکته اساسی این است که معنای مداخله درمانگر برای بیمار عیناً همان مداخله درمانگر نیست. بیمار، نظر مطرح‌شده درمانگر را «به روش خود» و با عبور آن از صافی تجربیات گذشته، انتظارات، نیازها، ترس‌ها و مدل‌های کاری خود از روابط انسانی، تجربه می‌کند. به بیان دیگر، پدیده رایج انتقال، سبب تفاوت آنچه درمانگر در پندار بیان آن برای بیمار است و آنچه بیمار تجربه می‌کند، خواهد شد. تبعات چنین درکی از فرایند ارتباط چشمگیر است و به روش‌های مختلف در سراسر این کتاب بررسی خواهد شد. با وجود این، درک نقش مهم ذهنیت بیمار در تعیین معنای اظهارنظرهای درمانگر، نباید سبب گمراهی ما در بی‌اهمیت جلوه دادن آنچه درمانگر می‌گوید شود. همان‌گونه که در فصل چهارم بحث شده است (همچنین نگاه کنید به واکتل، ۱۹۸۱)، واکنش‌های انتقالی فردی‌اند، اما دیمی نیستند. این واکنش‌ها تا حد زیادی تابع واقعیت هستند، حتی اگر معنای ویژه‌ای به آن واقعیت دهند (به نقل از آرون، ۱۹۹۱a، ۱۹۹۶، گیل، ۱۹۸۳، ۱۹۸۲؛ هافمن، ۱۹۸۳، ۱۹۹۸، ۲۰۰۶). روشی که درمانگر برای بیان خود انتخاب می‌کند، به‌طور کلی تعیین‌کننده چگونگی تجربه بیمار نیست، اما تا حد زیادی با آن تجربه مرتبط است. نوسان‌ها و تغییرات انتقال تأثیر مداخلات را احتمالی و نامطمئن می‌کنند، اما با شناخت بیشتر درمانگر از بیمار و روش ویژه وی برای تعبیر تجربیات، این تأثیرات محتمل - به‌ویژه طیف تأثیرات محتمل - را می‌توان به‌خوبی برآورد کرد. نکته اساسی و محوری دیدگاه پیشنهادی کتاب حاضر این است که درمانگر نباید فرض کند بیمار مداخله وی را چگونه تجربه می‌کند، بلکه باید به شیوه‌ای که بیمار اظهار

نظر درمانگر را معنا می‌کند، همواره هشیار باشد. اما اگر باور به تأثیر واکنش‌های انتقالی بیمار بر نحوه درک وی از مداخلات، سبب شود که درمانگر به نحوه بیان خود و از آن رو به فرایم‌هایی که منتقل می‌کند توجه نداشته باشد، فرایند درمان آسیب می‌بیند. استفاده درمانگر از پدیده انتقال به عنوان بهانه‌ای برای غفلت از نحوه بیان خود، بر توانایی وی برای تأثیرگذاری درمانی اثر سوء می‌گذارد. قصد من در سراسر این کتاب، درهم تنیدن معنای ضمنی دو واقعیت مهم فرایند و ارتباط درمانی است - اینکه از یک سوی معنای مداخلات درمانگر در نهایت همان معنایی باشد که بیمار تجربه می‌کند و از دگر سوی، اینکه آن تجربه به میزان زیادی بر اثر شکل و نحوه اظهار درمانگر تعیین می‌شود.

درمانگر‌نمایی^۱

تشخیص فرایم‌های ضد درمانی اغلب دشوار خواهد بود. روان‌درمانگرها، حالت‌های متنوع و مختلفی را برای انتقال پیام خود به کار می‌برند و این حالت‌ها اغلب در پنهان کردن و تغییر شکل فرایم‌هایی که در حال انتقال است (حداقل در آغاز) به طور کامل مؤثراند و در حقیقت، هدف آنها همین پنهان‌سازی است.

برای مثال به تعامل کوتاه زیر میان بیماری به نام لیندا و درمانگرش توجه کنید. درمانگر، لیندا را فردی می‌داند که پیوسته با پرسیدن پرسش‌هایی که وی نمی‌داند چگونه باید به آنها پاسخ دهد، تعادلش را به هم می‌زند. به عنوان مثال، یک بار لیندا از او پرسید «شما یهودی نیستید، چطور با یک مرد یهودی ازدواج کرده‌اید؟»

درمانگر در این حالت احساس نگرانی و عدم اطمینان می‌کند و به نوعی اظهار نظر متوسل می‌شود که شاید برای تمام خوانندگان آشنا به نظر رسد. او می‌گوید: «جالب است که شما خیلی سؤال می‌کنید.»

«جالب» واژه‌ای است بی‌طرف و خنثی، همان اصلی که معتقدیم درمانگر باید رعایت کند. با ابراز اینکه رفتار بیمار «جالب» است، ممکن است به نظر رسد که ما تنها به آن توجه می‌کنیم و تلاش می‌کنیم کنجکاوای بیمار را درباره فرایندهای روانی‌اش تحریک کنیم، اما آیا «جالب» در این مثال، واژه‌ای خنثی است؟

اغلب هنگامی که می‌شنویم آنچه گفته و یا انجام داده‌ایم جالب است، احساس رضایت می‌کنیم. اما

۱. این واژه ترجمه therapist noise است که اشاره به آن دسته از سخنان درمانگر دارد که به پیشرفت کار کمکی نمی‌کنند و تنها موجب می‌شوند درمانگر، «درمانگر به نظر رسد». نویسنده به این دلیل اصطلاح noise (پارازیت) را برای اشاره به این دسته از گفت‌وگوها به کار برده است که در واقع چنین سخنانی ارزش و معنایی بیش از noise (پارازیت) ندارند و تنها شیوه‌هایی برای «درمانگر به نظر رسیدن» اند. م

آیا مداخله حاضر نیز همان شوق و رضایت از خود را در بیمار ایجاد می‌کند؟ بعید می‌دانم. تشخیص اینکه پیام منتقل شده این عبارت حاکی از نارضایتی است کار دشواری نیست. «جالب» نامیدن رفتار بیمار در این مورد، وی را سر جای خود می‌نشانند و بر این نکته که وی تنها یک «بیمار» است تأکید دارد. همه ما در برخی فیلم‌ها شاهد درمانگرانی بوده‌ایم که با لهجه غلیظ وینی به بیمارانشان می‌گویند: «خیلی جالب است» و همه می‌دانیم که در این موارد عبارت یادشده تعریف و تمجید نیست.

این عبارات همان چیزی هستند که من «درمانگرنمایی» می‌نامم. اینها عبارات آشنایی هستند که همه ما در مواقعی که احساس عدم اطمینان می‌کنیم به آنها متوسل می‌شویم، حس تخصص ما را تقویت می‌کنند و مانع از آشکار شدن بیشتر واکنش‌هایمان خواهند شد. حتی تصور درمانگری که از هیچ‌یک از این فنون استفاده نکند (از جمله خود من در جایگاه یک درمانگر)، بسیار دشوار است زیرا کنار گذاشتن این فنون درمانگر را آسیب‌پذیر می‌کند. افزون بر این، مشاهده مشارکتی* درمانگر در جلسه درمان که ترکیبی است از حضور و درآمیختگی در جلسه و توجه و تأمل هم‌زمان به آنچه در جلسه می‌گذرد، با درمانگرنمایی نیز ارتباط دارد. در واقع، عبارت یکسانی می‌تواند گاهی نشانه «درمانگرنمایی» و گاهی در واقع نشانه تخصص درمانگر باشد.

تشخیص درمانگرنمایی (اگر کسی با مفهوم آن آشنا باشد) دشوار نیست. هنگامی که فرد دچار درمانگرنمایی می‌شود، احساس تهی بودن، ناراحتی، فریب‌کاری، یا رسمی بودن خواهد کرد که از نظر او به طور دردناکی واضح و آشکار است. اما درمانگر به‌سختی تلاش می‌کند مانع از آشکار شدن آن برای بیمار شود. فرد در این حالت به‌گونه‌ای منفی از «درمانگر به نظر رسیدن» خود آگاه است. هنگامی که این مفهوم را به دانشجویان معرفی کردم، در تشخیص آنچه مد نظر بود، مشکل چندانی نداشتند و در واقع اظهار کردند این پدیده همواره در طی تلاش‌های آنان برای ایفای نقش درمانگر، حضور داشته است. مقیاسی که من به عنوان علامت تشخیصی درمانگرنمایی به دانشجویان پیشنهاد می‌کنم، بررسی نسبت احتمالاً-به-شاید^۱ است. هنگامی که فردی در موضع خشک و رسمی «درمانگرنمایی» است، بیشتر از واژه احتمالاً استفاده می‌کند (شما احتمالاً چنین و چنان احساس می‌کنید) تا واژه غیر رسمی تر شاید. چنین ظرافت‌هایی در لحن شاید برای آگاه کردن درمانگر از بُعد مهمی از تعاملاتش با بیمار مفید باشند.

* مشاهده مشارکتی (participant observation) مفهومی است که توسط روانپزشک برجسته آمریکایی، هری استک سالیوان،- بنیان گذار مکتب بین‌شخصی در روان‌تحلیلیگری- مطرح شده است. مشاهده مشارکتی بدین معناست که درمانگر تنها مشاهده‌گر صرف پوشش‌های روانی بیمار نیست، بلکه در فرایند تجربه بیمار مشارکت دارد. سالیوان با این عقیده فروید که درمانگر به صورتی خنثی به مشاهده تجارب بیمار می‌پردازد، مخالف و معتقد بود درمانگر در فرایندها و تجاربی که مورد مشاهده قرار می‌دهد مشارکت می‌کند. م

۱. perhaps-to-maybe ratio: ممکن است چنین تمایزی در زبان فارسی با این دقت وجود نداشته باشد. م