

فهرست

فصل ۱ : خانواده درمانگر تازه کار	۱۱
شروع کردن	۱۴
مدیریت اضطراب و مسایل مرتبط با اعتمادبه نفس	۱۵
مراحل رشد درمانگر	۱۷
وسواس در مورد کار بالینی	۲۱
برخورد با فرسودگی	۲۱
تصویر بزرگ	۲۳
نتیجه گیری	۲۴
فصل ۲ : قبل از مصاحبه اولیه	۲۵
برخورد با انتظارات و اضطراب‌های خانواده در مورد درمان	۲۵
پیشنهاداتی برای تماس اولیه با مراجع	۲۸
چه اطلاعاتی باید گرفته شوند؟	۳۰
چه کسانی باید به درمان بیایند؟	۳۳
فرضیه‌سازی اولیه	۳۴
نتیجه گیری	۳۶
فصل ۳ : مصاحبه اولیه	۳۷
مراحل مصاحبه اولیه	۳۷
ایجاد یک پیوند: چگونه به مراجعان ملحق شویم	۳۸
پرداختن به مسایل اجرایی	۴۰
تعیین انتظارات مراجع از درمان	۴۷
ایجاد انگیزش	۵۱
ایجاد اعتماد	۵۴
نتیجه‌گیری: جلسه نخست و ورای آن	۵۷
فصل ۴ : رهنمودهایی برای اجرای ارزیابی	۵۸
ارزیابی اولیه	۵۹

۶۲	.....	مسائل بالقوة مرتبط با آسیب
۷۴	.....	ارزیابی احتمال سوء مصرف مواد
۷۸	.....	ارزیابی عوامل زیستی و عصب شناختی
۸۴	.....	ارزیابی روانی - اجتماعی کلی
۹۹	.....	نتیجه گیری
۱۰۱	.....	فصل ۵ : ایجاد یک کانون درمانی
۱۰۲	.....	تهیه یک طرح درمانی
۱۳۰	.....	یک نمونه از طرح درمانی
۱۳۳	.....	متغیرهایی که بر درمان تاثیر می گذارند
۱۳۴	.....	نتیجه گیری
۱۳۵	.....	فصل ۶ : مهارت های درمانی و مداخلات اساسی
۱۳۵	.....	شتاب برای مداخله در مقابل ایجاد رابطه
۱۳۹	.....	مهارت های مشاوره های اساسی
۱۵۲	.....	مداخلات انحصاری خانواده درمانگران سیستمی
۱۵۵	.....	کسب مهارت در استفاده از مداخلات
۱۵۶	.....	نتیجه گیری
۱۵۸	.....	فصل ۷ : کار با خانواده ها و کودکان
۱۵۹	.....	ارزیابی اختلالات کودکان و نوجوانان
۱۶۳	.....	مداخلات خانوادگی در مواقعی که کودکان مراجع هستند
۱۶۸	.....	نگاهی دوباره به چرخه زندگی خانواده
۱۸۹	.....	تفاوت ها در رشد خانواده
۱۹۸	.....	نتیجه گیری
۱۹۹	.....	فصل ۸ : کار با زوجها
۲۰۰	.....	کلیدهایی برای فراهم آوردن زوج درمانی منسجم
۲۱۵	.....	موضوعات خاص
۲۲۱	.....	زمانی که زوج درمانی مؤثر نمی افتد
۲۲۲	.....	نتیجه گیری
۲۲۳	.....	فصل ۹ : وقتی که یکی از اعضای خانواده مبتلا

۲۲۳.....	به یک بیماری روانی است.....
۲۲۳.....	مفاهیم فردی و خانوادگی.....
۲۲۶.....	تشخیص فردی در بافت خانواده.....
۲۳۲.....	افسردگی.....
۲۴۰.....	اضطراب.....
۲۴۶.....	الکلیسم و سوء مصرف دارو.....
۲۵۳.....	اختلالات کنترل تکانه.....
۲۶۱.....	نتیجه‌گیری.....
۲۶۱.....	فصل ۱۰ : رهایی از گرفتاری‌های درمان
۲۶۲.....	درک دو دلی‌های مراجعان در مورد تغییر.....
۲۶۴.....	بیمیلی درمانگر برای مداخله.....
۲۶۵.....	برنامه درمانگر- مراجع و ناهمخوانی زمانی.....
۲۶۷.....	عدم صراحت نظری درمانگر.....
۲۶۸.....	نظارت.....
۲۷۰.....	سوالات خودنظارتی.....
۲۷۱.....	جستجو در ادبیات موجود.....
۲۷۵.....	برخورد با لغو قرار ملاقات و غیبت از جلسات.....
۲۷۸.....	دشواری در وارد کردن سایر اعضای خانواده به درمان.....
۲۷۹.....	نحوه برخورد با رازها.....
۲۸۰.....	نقش مؤسسات در گرفتاری در درمان.....
۲۸۳.....	انتقال متقابل: مسایل مربوط به درمانگر چگونه موجب تداخل در درمان می‌شوند.....
۲۸۶.....	برخورد با مراجعانی که دوستشان نداریم.....
۲۸۸.....	نتیجه‌گیری: یادآوری نهایی.....
۲۸۹.....	فصل ۱۱ : خاتمه درمان
۲۹۰.....	خاتمه دو جانبه.....
۲۹۵.....	خاتمه از سوی درمانگر.....
۲۹۸.....	خاتمه از سوی مراجع.....
۳۰۰.....	نتیجه‌گیری.....

۳۰۱.....	فصل ۱۲ : خانواده‌درمانی در آینده: مسایل مرتبط برای درمانگران تازه‌کار
۳۰۲.....	اصلاحات مراقبت‌های بهداشتی: تأثیرات آن بر شما و مراجعاتتان
۳۰۷.....	روندهای در حال ظهور در درمان
۳۱۴.....	سفر شخصی و حرف‌های درمانگر بودن
۳۱۶.....	نتیجه‌گیری
۳۱۷.....	منابع

تقدیر و تشکر

این کتاب حاصل تلاش مشترک مؤلفان و منعکس‌کننده گفتگوهای آنان در دانشگاه سن‌دیه‌گو در طی ده سال گذشته می‌باشد. جیم ناگویت، ویراستارمان در انتشارات گیلفورد الهام‌بخش ما در طرح بهترین ایده‌ها بوده است. امیلی فرگوسن دستیار/ ویراستار/ و بازیبن تحصیل‌کرده، ما را در حفظ تمرکز بر مسیر صحیح کمک کرده و به جزئیات بسیاری توجه داده است که ممکن بود در غیر آن صورت نادیده گرفته شوند. دانشجویان ما نیز مانند همیشه ما را جهت یافتن راه‌های جدید برای آموزش خانواده‌درمانی به چالش کشیده‌اند. نهایتاً از خانواده‌هایمان و الهام‌بخشی‌های آنان در به ثمر رساندن این کار بی‌نهایت سپاسگزاریم.

مقدمه

بیش از یک دهه قبل، ما کتاب *مهارت‌های پایه در خانواده‌درمانی* را برای دانشجویان‌مان در دانشگاه سن‌دیه‌گو (USD) نوشتیم. 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. این 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 میان مراقبان و پزشکان هماهنگی ایجاد کنند.

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 بر درمان‌های مناسب و مقرون به صرفه تأکید می‌شود. 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 کلینیک‌های مورد اشاره انتظار دارند نتایج حاصله صرفنظر از منشاء و خاستگاه درمان به تأکید آموزشی USD بر آنچه که در عمل مؤثر می‌افتد، منجر شوند.

در دانشکده USD، با مشارکت جمعی برخی باورهای اساسی شکل گرفته است که برنامه ما را هدایت می‌کنند. ما با تبعیت از اصول مورد نظر جورج انگل¹ اعتقاد داریم که یک دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی باید راهنمای 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

1- George Engel

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 ۱۰ سال گذشته همواره هدایتگر کارهای ما بوده است.

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 ویراست نخست این کتاب، این باورها همواره راهنمای ما بوده‌اند و ما نیز همزمان تکامل پیدا کرده‌ایم. ویراست دوم منعکس‌کننده تأثیرات جدیدی است که آثار آن‌ها در شکل آموزش‌ها و کار بالینی ما در حال نمایان شدن است. ما سعی داشتیم که اکثر این تأثیرات مهم و جدید را مورد بحث قرار دهیم. اما متوجه شدیم که ارائه تمامی این اطلاعات جدید در چارچوب کتابی که قرار است مقدمه‌ای مختصر باشد، کاری ناشدنی است. به همین دلیل اقدام به تألیف دو کتاب دیگر برای انتشارات گیلفورد کرده‌ایم که امیدواریم بر ایده‌های بنیادی معرفی شده در کتاب حاضر بیافزایند. کتاب *راهنمای درمانگران در مورد روان‌دروشناسی اثر پاترسون، آلبالا، مک‌کاهیل و ادواردز (۲۰۰۶)* 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، اکنون که کتاب *مهارت‌های پایه زیر چاپ* می‌رود، ما در حال کار بر روی یک کتاب دیگر هستیم که آموزش‌های مفصل‌تری را در زمینه ارزیابی در اختیار درمانگران تازه‌کار قرار خواهد داد. این کتاب جدید مبتنی بر ایده‌های ارائه شده در فصل ۴ کتاب حاضر و در واقع بسط آن‌ها خواهد بود.

در طی ۱۰ 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 دوم *مهارت‌های پایه در خانواده‌درمانی*، ما را به این هدف رسانده باشد.

پیشگفتار

جوانل پاترسون، لی ویلیامز، تد ادواردز، لاری شامو و کلودیا گراف - گراندز یک بار دیگر این کار را به انجام رسانده‌اند! وقتی که در سال ۱۹۹۸ مقدمه ویراست نخست این کتاب را نوشتم، پیش‌بینی کردم که به «کتاب پایه برای درمانگران تازه‌کار» تبدیل شود. من اطمینان دارم تحسینی که این کتاب در یک دهه گذشته برانگیخته است، با انتشار ویراست جدید آن حداقل ده سال دیگر نیز طنین‌انداز خواهد بود. بسیار درخور توجه است که پاترسون و همکاران در کتابی نسبتاً مختصر، مسایل جاری گریبانگیر درمانگران تازه‌کار را این‌گونه جامع و دقیق شرح داده‌اند و اکنون نسخه بسط‌یافته و تجدید نظر شده آن کتاب، «روزآمد» بودن را نیز به ویژگی‌های اثری که من و همکارانم آن را شاهکاری در ادبیات آموزشی خانواده‌درمانی می‌دانیم، افزوده است. مؤلفان نقاط قوت ویراست نخست را حفظ کرده و آنها را بیش از پیش جلا داده‌اند، بدین‌صورت که:

۱. رویکرد آن‌ها یک رویکرد زیستی - روانی - اجتماعی است. هر چند این کتاب اساساً کتابی در مورد یادگیری درمان سیستمی و سهم عظیم آن الگو است، اما در بافت گفتگو و تعامل با بسیاری از رشته‌ها و رویکردهای دیگر در مورد بهداشت روان - که درمانگر تازه‌کار باید با آن‌ها نیز آشنایی داشته باشد - نوشته شده است. مؤلفان، خردمندانه این موضع را اتخاذ می‌کنند که خانواده‌درمانی یک «شفای کامل» مجزا و جدا افتاده نیست و آنان از افتادن در دام نخوتی که با برخی از بازنمایی‌های افراطی‌تر درمان سیستمی همراه بوده است، اجتناب کرده‌اند. همانند ویراست نخست، به تشخیص‌های DSM و بیماری روانی توجه شده است، هر چند در این ویراست جدید روزآمدسازی مهمی در مورد اختلالات روان‌پریشانه، اختلالات خلقی، اضطراب و سوءمصرف ماده صورت گرفته و همچنین اطلاعات جدیدی در مورد موضوعاتی از قبیل اختلالات جسمانی‌شکل و اختلالات کنترل تکانه افزوده شده است. همچنین بخش‌های جدیدی در مورد داروهای مبتنی بر شواهد، ژنتیک و علم اعصاب وجود دارد. با درایت این مؤلفان، درمانگر تازه‌کار درمان سیستمی را در بافت بزرگتر ارائه مراقبت‌های بهداشتی یاد می‌گیرد.

۲. این کتاب منبع بی‌نظیری از مطالب آموزشی در مورد موضوعاتی از قبیل رضایت آگاهانه، افشای اطلاعات، ارزیابی گرایش به خودکشی، سوءمصرف ماده، خشونت و مسایل مربوط به وظیفه هشدار و همچنین اطلاعات پایه در زمینه داروشناسی و ارجاع می‌باشد. اغلب

این موضوعات به طور قابل توجهی تجدید نظر و روزآمد شده‌اند و همچنین این کتاب شامل فرم‌ها، جدول‌ها و سیاهه‌های بسیار ارزشمندی است که تا حد زیادی به تسهیل یادگیری کمک می‌کنند.

۳. این کتاب به صورت تقویمی از نخستین تأملات در مورد انجام درمان (و مدیریت اضطراب و مسایل مربوط به اعتمادبه‌نفس) شروع شده و با مصاحبه‌های اولیه و میانه درمان ادامه پیدا می‌کند و یک فصل متفکرانه و عمیق در مورد خاتمه درمان را نیز دربرمی‌گیرد. در ویراست جدید، فصل مذکور شامل رهنمودهای مفصلی دربارهٔ مراجعان ارجاع شده و نیازهای آنان و همچنین دغدغه‌های درمانگر مبدأ و درمانگر مقصد است. من قبلاً این موضوعات را در هیچ کتاب دیگری ندیده‌ام و حتی این مباحث برای خود من به عنوان یک درمانگر و ناظر کاملاً باتجربه بسیار سودمند بوده‌اند.

۴. این کتاب مسایل مربوط به «خود» درمانگر را که از نظر بسیاری از ما برای درمانگران تازه‌کار بااهمیت هستند، مورد توجه قرار می‌دهد. در ویراست دوم، موضوع رشد درمانگر در فصل نخست مورد تأکید قرار گرفته و در سراسر کتاب نیز به آن پرداخته شده است. موضوعاتی مانند فرسودگی درمانگر، بخش‌جمعی در مورد بی‌میلی درمانگر برای مداخله و یک بخش جدید و خلاقانه در مورد برخورد با مراجعانی که دوستشان نداریم، مورد تأکید قرار گرفته‌اند.

۵. این کتاب رویکرد التقاطی را در مورد فعالیت‌ درمانی اتخاذ می‌کند که تا حد زیادی با گرایش من نسبت به عوامل مشترک همخوانی دارد. شما با هر گرایش نظری می‌توانید از این کتاب سود ببرید، زیرا مؤلفان بر مفهوم‌سازی‌ها و مداخلاتی تمرکز می‌کنند که در میان مدل‌های عمدهٔ خانواده‌درمانی رواج دارند. به عنوان مثال فصل ۵ با عنوان «ایجاد یک کانون درمانی» که فصلی در مورد مفهوم‌سازی موارد (کیس‌ها) است، بسیار التقاطی می‌باشد. فصل ۶ شامل بخشی در مورد «مداخلات منحصربه‌فرد خانواده‌درمانگر سیستمی» است که بر مداخلات اساسی تأکید دارد که تقریباً تمام درمانگران سیستمی صرفنظر از گرایش نظری خود از آن‌ها بهره می‌گیرند. فصل ۸ در مورد زوج‌درمانی مشتمل بر هفت اصل کلیدی برای انجام زوج‌درمانی است که از نظر من برای درمانگران دارای رویکردهای مختلف از قبیل راه‌حل‌مدار، روابط‌شیء یا هیجان‌مدار به یک اندازه مفید خواهد بود. من بر این باورم که این یک استراتژی خردمندانه است که توسط مؤلفان اتخاذ شده است، زیرا بسیاری از مدل‌های خانواده‌درمانی بر مکانیسم‌های تغییر مشابهی تأکید می‌کنند؛ هر چند که آن‌ها را به زبان‌های مختلف و

در قالب تکنیک‌های خاص معرفی نمایند. علاوه بر این، تقریباً هیچ‌گونه مدرک تجربی مبنی بر برتری نسبی یک مدل خانواده‌درمانی بر سایر مدل‌های معتبر خانواده‌درمانی وجود ندارد. نهایتاً اینکه، این کتاب به مسایل آموزشی مهمی از قبیل نقش نظارت در رشد درمانگر تازه‌کار می‌پردازد. ویراست جدید، بر چالش‌های احتمالی مرتبط با بهره‌گیری درمانگر از چند ناظر مختلف و مشکلاتی که ممکن است از عدم تناسب میان ناظر و کارآموز ناشی شوند، تأکید می‌کند. در فصل ۱۰ که فصل بسیار پرباری در مورد رهایی یافتن از گرفتاری‌های درمان است، نحوه جستجوی مبتنی بر تکنولوژی در ادبیات مرتبط با مشکلات مراجع، چگونگی ارزیابی منابع اینترنتی و شیوه ارزیابی کلی ادبیات تجربی به دانشجویان آموزش داده می‌شود. در سراسر کتاب، مسایل آموزشی مدرن و روزآمد از قبیل چگونگی انجام مصاحبه انگیزشی و نحوه متناسب ساختن مداخلات با مرحله تغییر که مراجع در آن قرار دارد، مورد بحث قرار گرفته‌اند.

همانطور که در مقدمه خود بر ویراست نخست این کتاب اشاره کردم «خواندن و فهم این کتاب می‌تواند این احساس را به درمانگر تازه‌کار بدهد که یک ناظر خردمند و دلسوز را با خود دارد». اکنون قصد دارم واژه «قابل اعتماد» را نیز به آن دو صفت قبلی اضافه کنم. با تجربه ۳۶ ساله‌ای که در آموزش خانواده‌درمانگران و سردبیری یک مجله معتبر دارم، هر چند به هیچ وجه خود را در تمام زمینه‌ها صاحب نظر نمی‌دانم، اما بر بسیاری از حوزه‌ها آنقدر اشراف دارم که تشخیص دهم چه زمان مؤلفان قابل اعتماد و موثق سخن می‌گویند. من به این تیم مؤلفان اعتماد دارم و به همین دلیل بر این باورم که شما هم می‌توانید به آن‌ها اعتماد کنید. اگر شما یک درمانگر/ناظر باتجربه هستید، با خود زمزمه می‌کنید «ای کاش این کتاب را من نوشته بودم.» اگر هم مخاطب هدف؛ یعنی درمانگر تازه‌کار هستید به خود می‌گویید «کتاب مهارت‌های پایه در خانواده‌درمانی به من توانایی داد کارم را به بهترین شیوه ممکن انجام دهم.»

دکتر داکلاس ه. اسپرنکل

گروه رشد کودک و مطالعات خانواده

دانشگاه پوردو

در مورد مؤلفان

دکتر جوالن پاترسون، استاد زناشویی درمانی و خانواده‌درمانی در دانشگاه سن‌دیه‌گو و دانشیار بالینی در دانشکده خانواده و پزشکی پیشگیرانه و دانشکده روان‌پزشکی دانشگاه کالیفرنیا در سن‌دیه‌گو می‌باشد. او چندین کتاب و مقاله در زمینه آموزش خانواده‌درمانی و یکپارچه‌سازی خدمات بهداشت روانی در مراقبت‌های اولیه نگاشته است.

دکتر لی ویلیامز استاد زناشویی درمانی و خانواده‌درمانی در دانشگاه سن‌دیه‌گو بوده و در مرکز پزشکی سن‌دیه‌گو به زوج‌درمانی اشتغال دارد. او در زمینه‌های آمادگی برای ازدواج، زوج‌های کلیسارو و آموزش خانواده‌درمانی به پژوهش پرداخته و مقالات متعددی را منتشر کرده است.

دکتر تاد ام. ادواردز دانشیار و مدیر برنامه زناشویی درمانی و خانواده‌درمانی در دانشگاه سن‌دیه‌گو می‌باشد. او به خانواده‌درمانی اشتغال دارد و به عنوان استادیار در دانشکده خانواده و پزشکی پیشگیرانه در دانشگاه کالیفرنیا در سن‌دیه‌گو نیز خدمت می‌کند. علایق بالینی و پژوهشی او عمدتاً به مشارکت میان خانواده‌درمانگر و متخصصان پزشکی، خانواده‌درمانی پزشکی و آموزش خانواده‌درمانی پزشکی مربوط می‌شود.

دکتر لاری شامو استاد بالینی زناشویی درمانی و خانواده‌درمانی در دانشگاه سن‌دیه‌گو بوده و به صورت تمام‌وقت در مؤسسه خانواده پاسیفیک در کارلزباد کالیفرنیا به فعالیت خصوصی اشتغال دارد. علایق و آثار منتشر شده او بر زوج‌درمانی، نظارت، «خود» درمانگر و کسب‌وکار خانواده تمرکز دارد.

دکتر کلودیا گراف - گراندز استاد و رئیس ازدواج‌درمانی و خانواده‌درمانی در دانشگاه پاسیفیک سیاتل و عضو بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه واشینگتون می‌باشد. او به پژوهش، تألیف و نمایش در زمینه آموزش خانواده‌درمانی و مدل‌های مشارکتی مراقبت بهداشتی از جمله معنویت اشتغال دارد. وی برنده جایزه «ناظر سال» از سوی انجمن ازدواج و خانواده درمانی واشینگتون می‌باشد.

فصل ۱

خانواده درمانگر تازه کار پذیرفتن چالش

تام^۱ برگه پذیرش نخستین مراجع خود را در محل کار جدیدش دریافت کرد. 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 فکر کرد باید از کجا شروع کند، بیش از پیش نگران شد. آیا او می‌بایست صرفاً به ماجرای آن زن، از زبان وی گوش دهد یا این‌که لازم بود 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 مهم، بر هر موضوع دیگری مقدم باشد.

سالی^۲، در حالی که برنامه فشرده امروز را مرور می‌کند، در این فکر است که آیا از عهده آن برخوردار خواهد آمد. پس از آن که دیروز از ابتلای پدرش به سرطان و مرگ احتمالی او در سال جاری اطلاع پیدا کرد، تمام شب را به غلت‌خوردن در رختخواب و بی‌خوابی گذراند. هر چند خسته و مستأصل بود اما می‌خواست کارش را با مراجعان به خوبی انجام دهد. او به خانواده‌ای فکر کرد که نخستین مراجعان او در آن روز بودند. خانواده جونز^۳ پسر بچه‌ای ۸ ساله با مشکلات متعدد داشتند که سرطان خون و اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی فقط دو مورد از آن‌ها بودند. این مراجع از سوی پزشک خانواده «برای ایجاد مهارت‌های سازگاری» ارجاع شده بود. سالی، برای لحظه‌ای گذرا در این فکر فرو رفت که آیا رنجی که به واسطه آگاهی یافتن از بیماری پدرش حس می‌کند، بر کار درمان امروز او اثر خواهد گذاشت؟ اما او وقت زیادی برای فکر کردن به این موضوع نداشت چون نخستین جلسه او تا ۵ دقیقه دیگر شروع می‌شد.

1-Tom 2-Sally 3-Joneses

آنا^۱ وقتی که کلاس نظارت گروهی خود را به یاد می‌آورد، چهره درهم می‌کشد. او با خود فکر کرده بود که نوار ویدئویی جلسه کارش با خانم توماس^۲ نشان داده است که از چه مهارت‌های بالایی برای الحاق^۳ 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 توجه هم نکرده بود - مستأصل کردند: طلاق خانم توماس چگونه با افسردگی او ارتباط پیدا می‌کرد؟ آیا فکر می‌کرد که الکل نوشی او در آخر شب نشان‌دهنده یک مشکل سوء مصرف 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 این‌که 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 (سکووهولت^۴ و رونستاد^۵، ۲۰۰۳). آنها بیشتر از بی‌کفایتی‌های خود مطلع هستند تا از توانایی‌هایشان و برای آگاهی یافتن از چگونگی کسب مهارت‌ها، دانش و احساس کفایت لازم برای انجام کار بالینی خوب، نیازمند کمک می‌باشند.

بسیاری از درمانگران بخش‌های آموزشی آموزش‌های خود را با یک حس تسلط و کفایت به پایان می‌برند؛ زمانی که آنها وارد دانشکده تحصیلات تکمیلی می‌شوند، زندگی دانشجویی بسیار آشنا است و آنها به پیشرفت تحصیلی در کارهای دوره آموزشی‌شان عادت کرده‌اند. اما موفقیت تحصیلی، لزوماً به آسانی به کفایت درمانی هم تسری پیدا نمی‌کند. دانشکده و دانشجویان هر کدام به ترتیب با مسائلی یافتن بهترین راه برای آموزش و آموختن مهارت‌های اساسی کار بالینی مواجه 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 اداره کنم؟»

«پس از آن که فرم پذیرش را تکمیل کردم، باید چه اتفاقی بیافتد؟»
«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^۱ و یا مادر تندخوی او به‌کارگیرم.»
«از کجا باید بدانم که مراجعان واقعاً بهتر شده‌اند؟»

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^۲ 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 می‌گذارد. به این ترتیب، درحالی‌که 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 برآوردن نیازهای خانواده‌های متنوعی که به آنان مراجعه می‌کنند، برآیند.

توانایی تلفیق نظریه و مداخلات خانواده‌درمانی با تشخیص و درمان فردی نیز در آغاز حرفه متخصصان بسیار ارزشمند خواهد بود. در حالی‌که خانواده‌درمانی یک دیدگاه منحصر به فرد 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 - ارزیابی ریسک خودکشی یا سوء مصرف ماده، انجام یک ارجاع مؤثر- در هر درمان خوبی

1-acting out

2-biopsychosocial

اجزایی جدایی‌ناپذیر هستند. این کتاب از مرزهای خانواده‌درمانی سنتی فراتر رفته و تا آنجا که ممکن است مهارت‌های بالینی ضروری را دربرمی‌گیرد. بسیار اتفاق می‌افتد که دانشجویان تازه‌کار خانواده‌درمانی تصمیمات درمانی را بر اساس گرایشات نظری مورد علاقه‌ اساتید ناظر خود، یا رویکرد نظری خاصی که در کلینیک آن‌ها غالب است، اتخاذ کنند. ما اعتقاد داریم که ارزیابی مناسب بودن یک شیوه خانواده‌درمانی در مورد یک مشکل خاص، یک مهارت بالینی اساسی به شمار می‌آید. مهم است که بتوانیم درک کنیم چه زمانی مشکل خارج از حیطه فعالیت (یا سطح مهارت) یک درمانگر است و بهتر است به وسیله یک متخصص بهداشت روان دیگر و یا هم‌زمان با همراهی یک متخصص دیگر مراقبت‌های بهداشتی، تحت درمان قرار گیرد.

در واقع، پژوهش در مورد علّت‌شناسی‌های زیستی بیماری روانی و داروشناسی روانی^۱ نشان می‌دهد که درمانگر باید آگاهی و تبخّر خود را از «درمان‌گفتاری»^۲ 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 عمده این کتاب 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 جلسه کار من با یک مراجع بود و قلبم به سرعت می‌تپید. اصلاً نمی‌دانستم که باید با این خانواده چه کار 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 بقیه 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، ...»

1-psycho pharmacology
2-talk therapy

ماجرای فوق که از زبان یک دانشجوی کارآموز بیان شد، حاوی دو نکته 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 هم شامل مدیریت احساسات و واکنش‌های خود نسبت به مراجعان و موقعیت‌های بالینی مختلف می‌باشد.

آموختن هنر و علم اجرای درمان، به‌ویژه در برخورد با مراجعان اولیه، کاری چالش‌برانگیز است. بسیاری از درمانگران تازه‌کار، احساسات دروهای بی‌کفایتی و نایمینی را در مورد توانایی‌های بالینی خود تجربه می‌کنند. شاید برخی نگران باشند که ممکن است مستقیماً به مراجعان صدمه بزنند یا به دلیل اشتباهات بالینی بر وخامت اوضاع آن‌ها بیافزایند. برخی دیگر از این بیم دارند که به دلیل بی‌تجربگی از عهده کمک به مراجعانشان برنایند. برخی هم تا حدودی به استعداد و توانایی خود به عنوان درمانگر شک می‌کنند و به طور جدی به این می‌اندیشند که آیا باید در این حوزه باقی بمانند یا بهتر است آن را رها کنند.

هم درمانگران و هم ناظران باید مسایل مرتبط با اعتمادبه‌نفس را از یک منظر رشدی بنگرند (بیسکوف^۱ و بارتون^۲، ۲۰۰۲). با توجه به فقدان تجربه بالینی درمانگران تازه‌کار، کاملاً طبیعی است که آن‌ها قابلیت خود را زیر سؤال ببرند. در واقع، ما به عنوان ناظر، بیشتر نگران آن دسته از درمانگران تازه‌کاری هستیم که اعتماد مفرطی به توانایی‌های خود دارند. این احساس اعتمادبه‌نفس، با پیچیدگی و دشواری‌های یادگیری اجرای مناسب درمان همخوانی ندارد.

مدیریت اضطراب و مسایل مرتبط با اعتمادبه‌نفس

درمانگران تازه‌کار چگونه با فقدان اعتمادبه‌نفس، یا احساس درماندگی و اضطراب برخورد می‌کنند؟ قبل از هر چیز، درمانگران باید بدانند که این احساسات کاملاً به‌هنگار هستند. هر چند شدت این احساسات و شیوه سازگاری با آن‌ها از یک درمانگر به درمانگر دیگر متفاوت است، اما هر درمانگر تازه‌کاری تا حدودی با چنین احساساتی دست به‌گریبان است. درمانگرانی که این را نمی‌پذیرند، اغلب گرفتار یک دور باطل می‌شوند. آن‌ها احساسات درماندگی خود را به عنوان علامتی که احتمالاً نشان می‌دهد برای این کار ساخته نشده‌اند، تفسیر می‌کنند و تنها حاصل این تفسیر نیز افزودن بر اضطراب آن‌ها است.

ثانیاً، درمانگران تازه‌کار باید این تجارب را با سایر درمانگران و ناظران در میان بگذارند. در میان گذاشتن احساس اضطراب یا فقدان اعتمادبه‌نفس می‌تواند در راستای به‌هنگارسازی این

1-Bischoff

2-Barton

تجربه مفید واقع شود. متأسفانه ترس از ناتوان یا بی‌کفایت تلقی شدن، درمانگران تازه‌کار را از در میان گذاشتن دغدغه‌هایشان با دیگران باز می‌دارد. زمانی که یک درمانگر این ریسک را پذیرفته و ترس‌هایش را با هم‌سنخان خود در میان می‌گذارد، اغلب آن‌ها هم متقابلاً چنین نگرانی‌هایی را افشا می‌کنند. این‌ها 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.

ثالثاً، شناخت‌ها یا باورهای تحریف‌شده نیز ممکن است بر نگرانی‌ها یا دغدغه‌های درمانگر در زمینه اعتمادبه‌نفس بیافزایند. با استفاده از بازسازی شناختی می‌توان چنین وضعیتی را برطرف کرد. نخستین گام برای انجام چنین کاری این است که درمانگر به شناسایی شناخت‌ها و باورهایش در مورد توانایی انجام مؤثر درمان بپردازد. به عنوان مثال، برخی از درمانگران تازه‌کار، اخلاقی بودن درمان مراجعان دشوار (و یا اصلاً هر مراجعی) را - در حالی که درمانگران با تجربه‌تر در دسترس هستند - زیر سؤال می‌برند. زمانی که تحریف‌ها شناسایی شدند، شاید بتوان با کمک یک ناظر، آن‌ها را با افکار سازنده‌تری که به سازگاری و کاهش اضطراب کمک می‌کنند «جایگزین کرد». همچنین، به یاد داشتن این که درمانگران کار آزموده‌ای همچون سالوادور مینوچین^۱ و ویرجینیا ستیر^۲ نیز زمانی تازه‌کار بوده‌اند، می‌تواند مفید باشد. برخورداری از یک مجموعه مناسب از افکار و تصاویر ذهنی سازنده، گام بلندی در جهت تسکین دلشوره‌های درمانگران تازه‌کار است.

رابعاً، درک این نکته حیاتی است که رابطه درمانگر - مراجع، ذاتاً یک رابطه درمانی است. یک درمانگر لزوماً نباید برای مراجع «کاری بکند» تا او احساس مثبتی داشته باشد. این آگاهی، برای بیشتر درمانگران تازه‌کار بسیار اطمینان‌بخش است زیرا آن‌ها عموماً به مهارت‌های ارتباطی خود اعتماد دارند. زمانی که به درمانگران تازه‌کار در مورد اهمیت الحاق^۳ با مراجعان و گوش دادن همدلانه آموزش داده می‌شود آن‌ها با لحنی حاکی از آرامش خاطر می‌گویند «من از عهده این کار بر می‌آیم!».

و نهایتاً، درمانگران تازه‌کار باید بدانند که تجارب اولیه آن‌ها در دیدن مراجعان، اغلب - مانند یادگیری هر کار جدید دیگری - از یک منحنی یادگیری شیب‌دار تبعیت می‌کند. اگر شما قبلاً دو یا سه بار انجام مصاحبه پذیرش با یک خانواده را تجربه کرده باشید، اضطراب شما در دفعات بعدی بسیار کمتر خواهد بود. اما، کسب تجربه کافی تا حدی که بسیاری از موقعیت‌ها برایتان آشنا باشند، مستلزم گذشت زمان 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. احساسات اضطراب و درماندگی شدیدی که در میان درمانگران تازه‌کار بسیار معمول هستند، عموماً پس از تجربه یک ماهه دیدن مراجعان کاهش پیدا می‌کنند. همچنین ترس درمانگران تازه‌کار از صدمه زدن به مراجعانشان نیز کاهش می‌یابد، هر چند ممکن است آن‌ها همچنان احساس کنند که نامؤثر یا غیرمفید هستند.

به نظر می‌رسد که به دست آوردن تجربه پانصد تا هفتصد ساعت کاری، نقطه عطف مهم دیگری در رشد اعتمادبه‌نفس درمانگران باشد. در این سطح از تجربه، درمانگران تازه‌کار اغلب اعتمادبه‌نفس بالاتری را در مفهوم‌سازی موردها^۱ گزارش می‌کنند. آن‌ها اغلب گزارش می‌کنند که می‌دانند چه چیزی باید تغییر داده شود اما همچنان در این مورد که برای ایجاد آن تغییر باید چگونه مداخله کنند، دچار تردید هستند.

اغلب 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 هم 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 در این مرحله در مورد توانایی بالینی خود دچار تردید نیستند.

مراحل رشد درمانگر

مک‌کولوم^۲ (۱۹۹۰)، اشاره می‌کند درمانگرانی که قبلاً در درمان فردی آموزش دیده‌اند، عموماً در یادگیری اجرای خانواده‌درمانی سه مرحله رشدی را پشت‌سر می‌گذارند. در مرحله نخست، آن‌ها بر کسب مهارت‌های لازم برای کار با خانواده‌ها متمرکز می‌شوند. در مرحله دوم، آن‌ها

1-cases

2-Mc Collum

می‌آموزند که نظریه سیستمی را در کار بالینی خود به‌کارگیرند و در مرحله سوم که مرحله «خودِ درمانگر» است، آن‌ها بر مسایل شخصی‌تر در رابطه با کار بالینی‌اشان از قبیل کاوش چگونگی تأثیرگذاری خانواده مبداء آن‌ها بر کارشان با خانواده‌ها، متمرکز می‌شوند.

هر چند مشاهدات مک‌کولوم بر آموزش درمانگران باتجربه برای انجام خانواده‌درمانی مبتنی بود، اما این مراحل در مورد کسانی هم که بدون تجربه بالینی قبلی در صدد آموختن خانواده‌درمانی برمی‌آیند، صدق می‌کنند. در اصل، مرحله مهارتی اولیه با تلاش درمانگر برای تشخیص کاری که باید با مراجعان انجام دهد، مشخص می‌شود. سپس این تمرکز، در مرحله نظریه به سمت نحوه تفکر تغییر جهت پیدا می‌کند. در مرحله نهایی، درمانگر بر استفاده از خود در بودن با یک خانواده متمرکز می‌شود.

هر چند هر مرحله تأکید خاص خود را دارد، اما ممکن است هر از چندگاهی هر سه مرحله با یکدیگر همپوشی پیدا کنند. در حالی که مراحل رشدی به لحاظ زمان و تجربه متمایز شده‌اند، سایر عوامل می‌توانند هر کدام و یا هر سه را در اولویت قرار دهند- خانواده‌های مراجع و مسایل بالینی خاص، تأکید یک ناظر یا برنامه آموزشی خاص و علایق همیشگی درمانگر از جمله این عوامل هستند.

مرحله ۱: یادگیری مهارت‌های اساسی

قبل از آن‌که درمانگران کار بالینی خود را شروع کنند، آن‌ها اغلب ترکیبی از احساسات را تجربه می‌نمایند. بیشتر آن‌ها می‌گویند از این‌که بالأخره «انجام» درمانگری را شروع خواهند کرد، هیجان‌زده هستند و حتی برخی از ناشکیبایی و اشتیاق برای ملاقات مراجعان سخن می‌گویند. آن‌ها مشتاق هستند تا آنچه را که در کلاس‌هایشان آموخته‌اند در کار با افراد در جریان درمان، به خدمت بگیرند. با این وجود، هیجان غالبی که بیشتر درمانگران قبل از دیدن نخستین مراجع خود تجربه می‌کنند، اضطراب قابل توجه است.

کاملاً طبیعی است که درمانگران قبل از ملاقات نخستین مراجعشان و حتی پس از شروع به کار، چنین نگرانی‌هایی داشته باشند. درمانگران تازه‌کار، گزارش می‌کنند که این تجربه آن‌ها را درمانده می‌کند. بسیاری گزارش می‌کنند که پس از دیدن مراجع در خانه گریه کرده‌اند، در حالی که گزارشات برخی دیگر از سردرد، دشواری در خواب، شکم‌درد یا تغییر اشتها به واسطه استرس ناشی از این تجربه جدید حکایت دارند.

این مرحله اولیه زمانی است که درمانگران تازه‌کار مهارت‌های اساسی را آموخته و تمرین می‌کنند. یادگیری آرمیدگی و حضور در درمان در کنار مراجعان می‌تواند نقطه شروع مناسبی