

چه بگوییم و چه وقت بگوییم

در ارتباطِ درمانی

(ویراست دوم)

پل واکتل

با مؤخره‌ای از الِن اف. واکتل

ترجمه: سحر طاهباز



بیش‌نو

| | | |
|---------------------|-------|---|
| سرشناسه | ..... | واچتل، پل ال،، ۱۹۴۰ - م. Wachtel, Paul L. |
| عنوان و نام پدیدآور | ..... | چه بگوییم و چه وقت بگوییم در ارتباط درمانی / پل واکتل؛ با موخره‌ای از ال.اف. واکتل؛ ترجمه سحر طاهباز |
| مشخصات نشر | ..... | تهران: بینش نو، ۱۳۹۹. |
| مشخصات ظاهری | ..... | ۱۶ص: ۱۴/۵ × ۲۱/۵ سم |
| شابک | ..... | ۹۷۸-۶۰۰-۶۴۵۴-۵۶-۶ |
| وضعیت فهرست نویسی | ..... | فیپا |
| یادداشت | ..... | عنوان اصلی: Therapeutic communication : knowing what to say when ، ۲۰۱۱. c2011. Ynd. ed. |
| عنوان دیگر | ..... | ارتباط درمانی: چه بگوییم و چه وقت بگوییم |
| موضوع | ..... | روان‌درمانگر و بیمار |
| موضوع | ..... | Psychotherapist and patient |
| موضوع | ..... | روان‌درمانگران -- زبان |
| موضوع | ..... | Psychotherapists -- Language |
| شناسه افزوده | ..... | واچتل، ال اف. |
| شناسه افزوده | ..... | طاهباز، سحر، ۱۳۶۱ - مترجم |
| رده بندی کنگره | ..... | RC۴۸۰/۸ |
| رده بندی دیویی | ..... | ۶۱۶/۸۹۱۴ |
| شماره کتابشناسی ملی | ..... | ۷۵۲۸۸۰۶ |

تهران، پاسداران، بن بست کوکب،
ساختمان بینش، پلاک ۱۲، واحد ۳۴
تلفن: ۰۸۱۷۰۸۹۰۲۲

چه بگوییم و چه وقت بگوییم

در ارتباط درمانی
نویسنده: پل واکتل

مترجم: سحر طاهباز
طراح جلد و صفحه‌آرا مصطفی مرادی آهنی
چاپ اول ۱۳۹۹
ناظر چاپ امیرحسین نذیری
چاپ آبرنگ نوین
تعداد ۱۰۰۰ نسخه
قیمت ۱۲۶۰۰۰ تومان

تمامی حقوق این اثر محفوظ است. تکثیر یا تولید
مجدد آن به هر صورت (چاپ، فتوکپی، صوت، تصویر
و انتشار الکترونیکی) بدون اجازه ناشر ممنوع است.
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۴۵۴-۵۶-۶



www.binesh-no.com

@nimaghorbani

dr.nimaghorbani

binesh.e.no

این کتاب ترجمه‌ای است از:

Paul L. Wachtel

Therapeutic Communication, Second Edition: Knowing What to Say When

First published in 2011, The Guilford Press, New York.

مقدمة مترجم

روان‌درمانی کار دشواری است. هم برای بیماری که برای روان‌درمانی شدن مراجعه کرده و هم برای درمانگری که قصد انجام این کار را دارد. بسیاری از درمانگران به منظور تقویت مهارت خود در انجام روان‌درمانی در کارگاه‌های مختلف آموزش فنون مختلف روان‌درمانی شرکت می‌کنند، کتاب‌های مختلفی در این زمینه مطالعه می‌کنند و یا در دوره‌های آموزش عملی روان‌درمانی یا دوره‌های سوپرویزن شرکت می‌کنند. در بسیاری از این دوره‌ها و کارگاه‌ها و کتاب‌ها تأکید اصلی بر روی آموزش فنون مختلف روان‌درمانی است که بی‌شک نقش مهمی در بهبود کیفیت جلسات ایفا می‌کنند. اما آنچه در این میان توسط بسیاری از متخصصان نادیده گرفته می‌شود تأثیر "کیفیت" ارتباط درمانگر و بیمار بر روند روان‌درمانی است. تمام ابزاری که یک روانشناس برای کمک به بیمار در اختیار دارد "ارتباط" است. در این حوزه برخلاف حوزه پزشکی، نه دستگاہی در کار است، نه ابزار معاینه‌ای، نه انواع و اقسام آزمایش‌های مختلف. حتی امروزه در حوزه پزشکی نیز بر اهمیت ارتباط انسانی میان پزشک و بیمار به عنوان حوزه نادیده‌گرفته‌شده‌ای که تأثیر چشمگیری هم بر روند درمان بیمار و هم بر رشد روحی پزشک دارد تأکید می‌شود. ساکی سانتورلی^۱،

مدیر سابق مرکز بهشیاری دانشگاه ماساچوست، که خود یک پزشک است و از اساتید پیشگام و بی‌نهایت تأثیرگذار بهشیاری، کتابی دارد تحت عنوان "شفای خود: آموزه‌هایی در باب بهشیاری در طب"^۱ که در آن در ضمن پرداختن به جلسات مختلف دورهٔ هشت‌هفته‌ای کاهش استرس براساس بهشیاری^۲ که با گروهی از بیماران خود داشته است با ظرافت هرچه تمام‌تر به اهمیت توجه به تجربیات درونی خود درمانگر در هنگام مواجهه با درد و رنج بیمارانش در تعمیق آگاهی درمانگر از خود و بیمار می‌پردازد و در تمام کتاب این روح ساری و جاری است که در حقیقت این یک "ارتباط درمانی دوسویه" است که در روند آن هم بیمار رشد می‌کند و هم درمانگر، البته اگر بخواهند. درمانگری که چشمش به دیدن مشکلات شخصی خویش بسته است و تمایلی برای رویارو شدن با دردهای درونی خود ندارد بی‌شک در نزدیک شدن به دردهای بیمار نیز محدودیت‌های بسیاری خواهد داشت و بیماران این را حس می‌کنند. بنابراین آگاهی به چگونگی ارتباط با بیماران می‌تواند درمانگر را از آسیب‌پذیری‌های خود نیز آگاه کند و به او نشان دهد که در چه زمینه‌ای خود بیشتر نیازمند تغییر و بهبودی است.

در میان تمام کتاب‌هایی که در زمینهٔ روان‌درمانی نگاشته شده‌اند، کتاب "ارتباط درمانی: چه بگوییم و چه وقت بگوییم" پل واکتل اختصاصاً به "کیفیت" این ارتباط می‌پردازد و از میان تمامی عوامل تأثیرگذار بر این کیفیت، بر "حوهٔ بیان" درمانگر متمرکز می‌شود؛ نکته‌ای که شاید در ذهنیت "فن‌زده" درمانگران موضوع مهمی به شمار نرود، اما در برقراری ارتباط درمانی و بیدار نگه داشتن پیمان‌درمانی در بیمار نقش عمده‌ای بازی می‌کند.

۱. ساکی سانتورلی، شفای خود: آموزه‌هایی در باب بهشیاری در طب، مترجمان: سحر طاهباز، امیر ایمانی، تهران: انتشارات ارجمند (زیر چاپ).

واکتل در این کتاب بر ظرایفی تمرکز می‌کند که می‌توانند در لحظه تأثیر بسزایی در روند درمان ایفا کنند و اگر توجهی به آنها نشود مسیر درمان، از مسیری درمان‌بخش به مسیری -در بهترین حالت- بی‌اثر و در سایر مواقع، تخریب‌گر منحرف شود.

پل واکتل استاد ممتاز روانشناسی بالینی در دانشگاه شهر نیویورک است. وی مدرک دکترای خود را در رشته روانشناسی بالینی از دانشگاه ییل دریافت کرد و دوره پسادکترای خود را در حوزه روانکاوی و روان‌درمانی در دانشگاه نیویورک گذراند. ایشان کارگاه‌های متعددی را در حوزه روان‌درمانی، نظریه شخصیت و کاربردهای نظریه و پژوهش روانشناسی در موضوعات اجتماعی مهم دوران ما در نقاط مختلف دنیا برگزار کرده‌اند و یکی از بنیانگذاران "مجمع انسجام کاوش در روان‌درمانی"^۱ بوده‌اند. همچنین، در سال ۲۰۱۰، پل واکتل جایزه یادبود هانس اچ. استراپ^۲ را به سبب تدریس، تحقیق و نگارش در حوزه روانکاوی دریافت کرد.

این کتاب، ویراست دوم کتاب "ارتباط درمانی: چه بگوییم و چه وقت بگوییم" است که در سال ۲۰۱۱ چاپ شده است و با ویراست نخست کتاب که در سال ۱۳۸۹ به ترجمه اینجانب و آقای دکتر نیما قربانی توسط انتشارات دانشگاه تهران به چاپ رسید تفاوت‌های اساسی دارد. در این ویراست دو فصل جدید به کتاب اضافه شده است. این دو فصل در خصوص همگرایی رویکردهای درمان تحلیلی، شناختی-رفتاری، سیستمی و تجربه‌ای و نیز اهمیت توجه به "دل‌بستگی" در نظریه‌پردازی و پژوهش در حوزه روان‌درمانی هستند. در باقی فصل‌های کتاب نیز در مقایسه با ویراست نخست، مطالبی اضافه و یا حذف شده‌اند و این نسخه از کتاب به ویژه از نظر مبانی پژوهشی، از نسخه نخست غنی‌تر است و با توجه به تغییرات اعمال‌شده در این

1. Society for the Exploration of Psychotherapy Integrarion

2. Hans H.Strupp Memorial Award

ویراست، به خوانندگانی که ویراست نخست را مطالعه کرده‌اند توصیه می‌کنم این نسخه را نیز در تکمیل درک خود از دیدگاه پل واکتل، و در حقیقت در تکمیل درک خود از کار روان‌درمانی، مبانی و تلویحات نظری آن در فهرست کتاب‌های نیازمند خواندن قرار دهند.

لازم می‌دانم این نکته را نیز خدمت خوانندگان محترم عرض کنم که سبک نگارش پل واکتل، بسیار پیچیده و غامض است؛ اغلب جملات بسیار طولانی و با استعاره‌ها و اصطلاحات فرهنگ-وابسته همراه هستند که ترجمه آن را به زبانی دیگر بسیار دشوار می‌کند. علیرغم اینکه نهایت تلاشم را در جهت وفاداری به متن انگلیسی و در عین حال روان بودن ترجمه از نگاه یک خواننده فارسی‌زبان انجام داده‌ام اما همچنان در برخی مواقع عبارات طولانی، خوانش متن را کمی دشوار می‌کنند که امیدوارم برای خوانندگان آزاردهنده نباشد و ثقیل بودن برخی عبارات متن را بر من ببخشایند.

در پایان، از آقای دکتر نیما قربانی که در ویراست نخست کتاب زحمت بازخوانی و اصلاح کتاب به عهده ایشان بود و بخش زیادی از مطالبی که تحت نظر ایشان اصلاح شده بود در ویراست دوم کتاب نیز همچنان حفظ شده‌اند تشکر می‌کنم. امیدوارم برای آن دسته از خوانندگانی که ویراست نخست را مفید یافته بودند، این ویراست نیز همچنان کمک‌کننده باشد و خوانندگانی که هنوز فرصتی برای مطالعه ویراست نخست کتاب نیافته‌اند، از خواندن این کتاب لذت ببرند و تأثیر مثبت آموزه‌های آن را در ارتباطات خویش مشاهده نمایند.

سحر طاهباز

آذر ۹۹

پیشگفتار

این کتاب درباره فنون درمانی است- چگونگی حرکت از درک بیمار، به سوی بیان این درک با واژه‌ها. هدف کتاب پر کردن خلأ موجود در پیشینه پژوهشی و نیز برنامه‌های آموزشی روان‌درمانی است. خلأیی که به این احساس در دانشجوی درمانگری (و حتی درمانگر مجرب) می‌انجامد: "فکر کنم می‌دانم مشکل بیمار چیست، اما چه باید بگویم؟" هدف من در این کتاب واریسی دقیق و تشریحی چیزی است که درمانگر می‌تواند بگوید تا به فرایند شفا و تغییر، یاری رساند. هدف، بیان مسائل به شیوه‌ای درمانی، مواجهه با حقایق دشوار و خواسته‌های وحشت‌آور بیمار بدون آسیب به احساس "ارزش خود" و یا انگیختن مقاومت و آشفتگی بی‌مورد در اوست.

این کتاب ماهیتی عملی دارد، اما در پی نظریه‌پردازی نیز هست؛ نظریه‌ای منسجم از اختلال و تغییر روانشناختی که در سنت روان‌تحلیل‌گری ریشه دارد، اما همچنان از بینش‌ها و اکتشافات سایر رویکردها نیز یاری طلبیده است. منطق مداخلات بالینی پیشنهادی در کل کتاب به تفصیل شرح داده شده‌اند و به خواننده نشان می‌دهد که چرا یک شیوه بیان بر دیگری ارجحیت دارد.

ظرایف بیان و معانی، یکی از محورهای اصلی کتاب است. به اعتقاد من مداخلات اصالتاً درمانی و مداخلاتی که ناخواسته به تداوم مشکلات

بیمار می‌انجامند، از این نظر تفاوتی اساسی با یکدیگر دارند. اما بدیهی است این جنبه از کار درمان، با وجود تمام اهمیتی که دارد، تمامی الزامات کار بالینی ماهرانه، نیست. کتاب اهمیت زیادی به ساخت استادانه مداخلات و شیوه دقیق بیان مداخلات و سایر پیام‌ها برای بیمار می‌دهد، اما دغدغه‌اش به‌هیچ‌روی تنها به جمله‌بندی و بیان محدود نمی‌شود. فصول نظری آغازین کتاب تصویر جامعی از روش‌ها و فرایندهایی فراهم می‌کنند که باید در درمان مؤثر، به کار روند. در سراسر کتاب همگام با واریسی انتخاب‌های درمانگر از اینکه در هر موقعیت بالینی چه می‌خواهد بگوید، این انتخاب‌ها در بافت کلی عواملی که هسته تغییر را تشکیل می‌دهند، مورد توجه قرار گرفته‌اند.

کتابی که به دلالت‌های زبان مورد استفاده ما می‌پردازد، باید به مشکلات برخاسته از گرایش دیرپای این زبان در پرداختن به گونه انسان به شکلی که گویی تنها از یک جنس تشکیل شده، توجه کند. کاربرد "او" *he* و "مال او" *his* به منظور اشاره به انسان، به طور کلی به شدت مشکل‌ساز بوده است. اما من هیچ تلاش رضایت‌بخشی در حل این چالش زبان‌شناختی ندیدم. جملاتی که پر از ضمائر مذکر و مؤنث "*she* و *he*" و "*her* و *his*" اند، به شدت دست‌وپا گیراند و محدود کردن خود به استفاده از ضمائر جمع نیز رابطه بی‌واسطه و سرزنده خواننده در تجسم یک فرد عینی و منفرد را مختل می‌کند. من مشکل را به ترتیب زیر حل کردم: هرگاه فرد مورد اشاره درمانگر است، ضمائر فاعلی و ملکی مؤنث (*she* و *her*) و هرگاه فرد مورد اشاره بیمار است، ضمائر مذکر (*he* و *him*) را به کار خواهیم برد.

این کار چندین مزیت دارد. نخست، نیاز ما را به آشفتگی کردن صفحات با ضمائر متعدد و یا تحدید خود به ضمائر جمع را برطرف می‌کند. اما این روش به گونه‌ای مستقیم‌تر به رایج‌ترین تعصب‌ها و تفکرات قالبی می‌پردازد که اشکال زبانی سستی ما را مشکل‌ساز کرده‌اند. در تفکر قالبی ما، متخصص

یا "دکتر" مذکر است؛ اما اغلب گمان می‌کنیم زنان نقش بیمار را اشغال کرده‌اند. انتخاب من در اینجا این تفکر قالبی را معکوس می‌کند و به این واقعیت توجه می‌کند که تعداد زنان در رشته ما رو به رشد است. افزون بر این، کاربرد ضمائر مؤنث و مذکر در بافت‌های متفاوت اما به گونه‌ای نظام‌مند متمایز از هم، امکان وضوح بیشتر را برای خواننده در بخش‌هایی فراهم می‌کند که درباره پاسخ‌ها یا احساسات درمانگر و بیمار هر دو، بحث شده است. هیچ راه‌حلی برای مشکل آزاردهنده‌ای که "والدین" زبان‌شناختی "پیشین" ما برایمان به ارث گذاشته‌اند، کامل نیست. با وجود این، امیدوارم این کار به گونه‌ای معقول به خدمت هر دو هدف (اغلب رقیب) درآید: از یک سوی، وضوح و زیبایی بیان و از دگرسو، توجه به حساسیت‌های نیمی از نژاد بشر و نیاز به چالش با پیش‌پنداشت‌هایی که موانعی را بر تحقق کامل توانایی‌های بشری زنان و مردان ایجاد کرده‌اند.

در یک حوزه زبان‌شناختی دیگر، باید میان کاربرد اصطلاحات "بیمار" و "مراجع" تصمیم می‌گرفتم. برخی درمانگران اصطلاح مراجع را به بیمار ترجیح می‌دهند، زیرا احساس می‌کنند این اصطلاح، فردی را که با او کار می‌کنند، در جایگاه معادل‌تری [با درمانگر] قرار می‌دهد. اما، در این کتاب تا حدودی به دلیل تأکید زیاد واژه "مراجع" بر جنبه تجاری رابطه، به کاربرد اصطلاح بیمار ادامه می‌دهم. حسابدارها مراجع دارند؛ به نظر من پذیرش این واژه توسط درمانگران، رضایت‌بخش نیست.

بدون شک "بیمار" نیز مشکل‌ساز است. [در واقع همه واژه‌ها برای توصیف پیچیده‌ترین ارتباط انسانی (رابطه درمانی) مشکل‌سازاند.] اما یکی از شرکت‌کنندگان کارگاهی که چند سال پیش به همراه همسرم در کیپ کد^۱ برگزار کردم، نکته‌ای را بیان کرد که به نظرم اطمینان‌بخش بود: از قرار معلوم ریشه لاتین واژه بیمار "کسی که رنج می‌کشد" است، در حالی که ریشه

مراجع "کسی که وابسته است". بنابراین، اگر هدف از بین بردن تلویح‌های شناخته‌شده تحقیرآمیز و خوارکننده بیمار است، مراجع انتخاب خیلی خوبی نیست. همچنین، در این بافت "بیمار" برای انتقال آنچه فرد را به درمان می‌کشاند و آنچه رابطه او را با درمانگر تعریف می‌کند، انتخاب بدی نیست. در پایان، با توجه به موضوع دیگری درباره زبان، اعتقاد راسخ دارم که پیچیدگی بیان نشان‌دهنده عدم وضوح تفکر است نه تبجر. در حد توانم به کارگیری واژه‌های تخصصی را کنار گذاشته‌ام و کوشیده‌ام نگاهم را درباره آنچه در مطب درمانگر می‌گذرد، اینکه چرا مؤثر واقع می‌شود و چه هنگام به بی‌راهه می‌رود، با انگلیسی روشن بیان کنم. استبداد ظریفی در نثر وجود دارد؛ استبدادی که به طور تهدیدآمیزی فراگیر است: متن با این پیام تلویحی "برای اظهار نظر خیلی زیرک نیستید" انتقادات را دفع می‌کند. امیدوارم خواننده، چه با گفته‌های من موافق و چه مخالف باشد، احساس کند من آنقدر واضح به بیان پرداخته‌ام که او احساس کند به حد کافی زیرک است.

این کتاب از کار و تجربه تدریس، نظارت و ارائه کارگاه برای دانشجویان و متخصصانی در سطوح متفاوت برداشت شده است. در بیان جزئیات تعامل‌های بالینی با بیماران - تعامل‌های خودم با دانشجویان تحت نظارت - سعی کردم از ناشناخته ماندن آنها اطمینان یابم. نه تنها اسامی بلکه برخی جزئیات شرح حال بیماران به منظور اطمینان از حفظ حریم زندگی خصوصی آنان، تغییر داده شدند.

ماهیت موضوع این کتاب نیازمند غنای آن از نظر جزئیات بالینی است. بسیاری از گفت‌وگوها به شیوه‌ای استقرایی حول مثالی عینی از کار بالینی بنا شده‌اند و هدف من همه جا توانمندسازی خواننده در جهت مشاهده دقیق چگونگی کاربرد اصول توصیف شده در تعامل بالینی واقعی است. به ویژه در فصل‌های پایانی، گزیده‌های مفصلی از جلسات را به منظور معنادار کردن چگونگی اجرای گفت‌وگوی میان بیمار و درمانگر و چگونگی پیشبرد فرایند

حل و فصل، ارائه کرده‌ام. گرچه بدون شک قصد دارم مؤثر باشم و تأکیدم بر جزئیات بالینی عینی نیز تاحدی به منظور پیشبرد همین منظور طراحی شده است، گذشته از هر چه گفته و انجام شده، مواد ارائه شده در قالب مثال بهتر درک می‌شوند تا در قالب سند و مدرک. در پایان برای اینکه با درجه‌ای از اطمینان دریابیم چگونه می‌توان به بهترین نحو به تغییراتی که بیمار در طی درمان خود در پی آنهاست، دست یافت، نیازمند پژوهشی نظام‌مند هستیم. در جای دیگری در خصوص سردرگمی‌ها و محدودیت‌هایی که به نظر من مدام قضاوت‌های ما را در خصوص اینکه کدام رویکردهای درمانی از حمایت تجربی برخوردارند یا بر شواهد پژوهشی مبتنی هستند شکل می‌دهند مطلبی نوشته‌ام (واکتل، ۲۰۱۰a)، و در آنجا طیف گسترده‌ای از پژوهش‌هایی را ذکر کرده‌ام که مولد مطالعات و نظراتی بوده‌اند که مبنایی انعطاف‌پذیرتر و وسیع‌تر برای مسئولیت‌پذیر نگه داشتن ما در کارمان ارائه می‌دهند. محققان برجسته‌ای از تمامی جهت‌گیری‌های موجود در حوزه کاری ما این دغدغه را مطرح کرده‌اند که بررسی تجربی کار ما به عنوان درمانگر بیش از حد بر اعتباریابی "برنده‌های" درمانی خاص و "بسته‌های" درمانی واجد کتاب راهنما تمرکز کرده‌اند به جای آنکه به اصول زیربنایی و متغیرهای واسطه‌ای و تعدیل‌کننده‌ای بپردازند که می‌توانند ما را قادر به درک بهتر چرایی اثربخشی رویکردهای درمانی خاص بکنند (ابلین، لوی و کاتزنشتاین^۱، ۲۰۰۶؛ آلن، مک‌هاگ و بارلو^۲، ۲۰۰۸؛ کاستونگوی و بوتلر^۳، ۲۰۰۳، ۲۰۰۶؛ ارنرایش، بوزلا^۴ و بارلو، ۲۰۰۷؛ گلدفريد و اوبانکز-کارت^۵،

-
1. Ablin, Levy & Katzenstein
 2. Allen, McHugh & Barlow
 3. Castonguay & Beutler
 4. Ehrenreich, Buzzela
 5. Goldfried & Eubanks-Carter

۲۰۰۴؛ کازدین^۱، ۲۰۰۶، ۲۰۰۷، ۲۰۰۸؛ روزن و دیویسون^۲، ۲۰۰۳؛ شاپیرو^۳، ۱۹۹۵). شاید این مهم‌تر باشد که این دیدگاه جایگزین نسبت به اهداف و روش‌های پژوهش روان‌درمانی برای درک بهتر اینکه چرا حتی وقتی بسیاری از درمان‌های استاندارد "دارای حمایت تجربی" واقعاً "مؤثر واقع می‌شوند" - به این معنا که به نتایج بهتری از گروه کنترل دست پیدا می‌کنند - اغلب نتایج آنها در حد متوسط است. در بسیاری از مطالعاتی که ذکر شد از ارزشمندی این درمان‌ها حمایت می‌کنند، امتیازشان را بیشتر می‌توان در قالب اهمیت آماری توصیف کرد تا اهمیت بالینی؛ بدین معنا که بسیاری از بیماران "بهبودیافته" همچنان آسیب قابل توجهی را نشان می‌دهند (کازدین، ۲۰۰۶، ۲۰۰۸؛ وستن، نووتنی و تامپسون-برنر^۴، ۲۰۰۴). به علاوه، در بسیاری از مطالعات پیگیری‌ها کوتاه‌مدت بوده‌اند و حتی زمانی که پیگیری‌های درازمدت انجام شده نتایج اغلب به میزان ناامیدکننده‌ای محو شده‌اند (وستن و همکاران، ۲۰۰۴؛ شدلر^۵، ۲۰۱۰). همان‌طور که بوتلر (۲۰۰۴) اشاره می‌کند پژوهشی که بر درک اصولی تمرکز می‌کند که مسئول موفقیت درمانی هستند می‌تواند ما را قادر به بهبود کارآمدی مان در طی زمان بکند، در حالی که تمرکز بر اعتباریابی بسته‌های درمانی دارای کتاب راهنما به "گرایشی فراگیر برای به جان هم انداختن یک الگوی درمان در مقابل الگوی درمانی دیگر، یا یک الگوی درمانی در مقابل ارتباط، در یک رقابت جزم‌اندیشانه ختم می‌شود" (ص. ۲۲۹)

با وجود این، برای خواننده‌ای با ذهنی تجربی، روشن است که کتاب آشکارا جهت‌گیری بالینی دارد، اما تلویحات پژوهشی فراوانی در

-
1. Kazdin
 2. Rosen & Davison
 3. Shapiro
 4. Westen, Novotny & Thompson-Brenner
 5. Shedler

فرمول‌بندی‌های آن وجود دارد. بسیاری از اصول و مفروضاتی که اینجا ارائه شده‌اند، به‌روشنی می‌توانند به صورت تجربی آزمون شوند. به‌سادگی می‌توان مطالعات فرآیندی^۱ را تجسم کرد که در آنها مداخلات درمانگر براساس میزان به‌کارگیری اصول مورد حمایت در اینجا درجه‌بندی می‌شوند و عواقب استفاده یا عدم استفاده از آنها در جلسه بررسی می‌شوند. به طریقی مشابه، می‌توان مطالعات برونادادی^۲ را مجسم کرد که در آنها نمونه‌هایی از درمان‌ها براساس داشتن یا نداشتن این اصول درجه‌بندی می‌شوند و تأثیر آنها بر موفقیت یا شکست درمان ارزیابی خواهد شد.

اجرای مطالعاتی که نشان دهنده اهمیت مفهوم‌سازی مشکلات در قالب الگوهای چرخه‌ای توصیف شده در بخش‌های نظری و بالینی کتاب‌اند، دشوارتر خواهد بود. چنین مطالعاتی، نیازمند پیچیدگی و ظرافت بیشتری هستند، به ویژه اگر قصد دارند نشان دهند چگونه فرمول‌بندی‌های خطی‌ای که در حال حاضر غالب‌اند تنها بخشی از یک الگوی بزرگ‌تر به شمار می‌روند؛ الگویی که درک کامل آن به طور چشمگیری درک ما را افزایش می‌دهد و امکانات درمانی بیشتری در اختیارمان قرار می‌دهد. با وجود این، پژوهشی این‌چنین امکان‌پذیر است و من در جای دیگری به مرور برخی از مطالعاتی پرداخته‌ام که بر فرمول‌بندی‌های چرخه‌ای که راهنمای کار بالینی مطرح در این کتاب هستند مبتنی‌اند (واکتل، ۱۹۹۴؛ واکتل، کراک و مک کینی^۳، ۲۰۰۵). پژوهش در زمینه حلقه‌های پسخوراندی پیچیده‌ای که هم الگوهای شخصیتی خوش‌خیم و هم آسیب‌شناسی‌های روانی شدید را تداوم می‌بخشند چالش و فرصتی در اختیار محققانی قرار می‌دهد که به لحاظ روش‌شناختی نوآور هستند. من به دقت به پیگیری کوشش‌هایی که به آزمون

-
1. Process Studies
 2. Outcome Studies
 3. Wachtel, Kruk & McKinney

تجربی عقاید ارائه شده در اینجا می‌پردازند، ادامه خواهیم داد و مشتاقانه منتظر اصلاح و گسترش بیشتر این مفهوم‌سازی‌ها هستم؛ چنین پژوهشی به نحوی گریزناپذیر نیازمند چنین عقایدی بوده و نیز محرک آن خواهد بود.

باید از مطالعه دقیق و نظرات بی‌نهایت یاری‌بخش سیدنی بلت^۱، کنت فرانک^۲، استنلی مسر^۳، دیوید والیتزکی^۴ و دانیل وایل^۵ قدردانی کنم. نظرات آنان واقع‌بینانه و حمایت‌گرانه بود و فهم خود من را از وظیفه‌ای که بر عهده خود نهاده بودم، غنای زیادی بخشید.

این ویراست دوم کتاب بر مبنای ویراست نخست قرار دارد اما به میزان چشمگیری به‌روز شده و نوشته‌های ویراست نخست را مورد بازنگری قرار داده است. از زمانی که ویراست نخست ما به چاپ رسید پیشرفت‌های هیجان‌انگیزی در حوزه ما رخ دادند. فصول ۲ و ۳^۶ اختصاصاً به مرور صریح این پیشرفت‌ها در تمامی شاخه‌های نظری حوزه ما پرداخته‌اند، اما تأثیر این پیشرفت‌ها در سرتاسر کتاب مشهود است. در هر فصل بحث در خصوص این پیشرفت‌های جدید و پژوهش‌های مهم جدید درک من را از محتوای بالینی مورد واریسی دقیق‌تر کرده و تغییر داده است.

همسرم الن تمام فصل‌ها را در هر دو ویراست خواند و به من بازخورد داد، اما گامی دیگر نیز برداشت: یکی از فصل‌ها را نوشت. او که قرابت نیرومندی را میان اصول توصیف شده در اینجا و شیوه‌های کار خود به عنوان زوج‌درمانگر (جنبه‌ای از کار بالینی که او تخصص ویژه‌ای در آن دارد)

1. Sidney Blatt
2. Kenneth Frank
3. Stanley Messer
4. David Wolitzky
5. Daniel Wile

۶. بخش‌هایی از فصل ۳ با مجوز شرکت جان وایلی و پسران از واکتل (۲۰۱۰) گرفته و دوباره چاپ شده‌اند.

احساس می‌کرد، پیشنهاد نوشتن فصلی را دربارهٔ کاربرد این اصول در کار با زوج مطرح کرد و من با خوشحالی پذیرفتم. پیوست کتاب دربارهٔ ارتباط درمانی با زوج که فصل ۱۵ این ویراست به شمار می‌رود، نتیجهٔ این پیشنهاد است. برای این فصل که ارزش کتاب را بسیار بالا برده، از او سپاسگزارم و بیش از آن به خاطر عشقی که طی این سال‌ها نثارم کرده است.

فهرست مطالب

| | |
|-----|---|
| ۶ | مقدمه مترجم |
| ۱۲ | پیشگفتار |
| ۲۴ | مقدمه |
| ۲۶ | فصل ۱: بازاندیشی در معالجه گفتاری |
| ۵۶ | بخش ۱: مبانی نظری و تجربی |
| ۶۰ | فصل ۲: تکامل مداوم روان درمانی |
| ۱۰۲ | فصل ۳: توجه به دل بستگی: تشدید علاقه به تلویحات درمانی نظریه و پژوهش دل بستگی |
| ۱۳۰ | فصل ۴: پویش های روانی چرخه ای ۱: چرخه های معیوب و مطلوب |
| ۱۵۶ | فصل ۵: پویش های روانی چرخه ای ۲: اضطراب، مواجهه و تأویل |
| ۱۸۴ | فصل ۶: پویش های روانی چرخه ای ۳: بینش، رابطه درمانی و دنیای بیرون .. |
| ۲۱۴ | بخش ۲: کاربردهای بالینی و رهنمودها |
| ۲۱۶ | فصل ۷: مداخلات اتهامی و تسهیل کننده: انتقاد و مسامحه در گفت و گوی درمانی ... |
| ۲۴۶ | فصل ۸: کاوش، نه استنتاج |
| ۲۸۰ | فصل ۹: تکیه بر توانایی های بیمار |
| ۳۱۶ | فصل ۱۰: تأیید و تغییر |
| ۳۵۰ | فصل ۱۱: اسناد و تلقین |
| ۳۹۴ | فصل ۱۲: قالب بندی مجدد، برجسب زنی مجدد و تناقض |
| ۴۲۸ | فصل ۱۳: خودافشایی درمانگر: چشم اندازها و مشکلات |
| ۴۷۴ | فصل ۱۴: دستیابی به راه حل مشکلات بیمار: مقاومت، حل و فصل و پیگیری آن |
| ۵۳۰ | پیوست |
| ۵۳۲ | فصل ۱۵: پیوست: گفت و گوی درمانی با زوج |
| ۵۶۲ | منابع |

مقدمه

فصل اول | 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 شناختی-رفتاری 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 ارتباط نیز هستند. گرچه سهم دقیق عوامل به اصطلاح اختصاصی و غیراختصاصی همچنان به شدت مورد مجادله است (به نقل از سیو و چامبلس^۱، ۲۰۰۷؛ وامپولد^۲، ۲۰۰۹؛ هابل، دانکن و میلر^۳، ۱۹۹۹؛ دانکن، میلر، وامپولد و هابل، ۲۰۱۰؛ شدلر^۴، ۲۰۱۰؛ نورکراس، بوتلر و لونت^۵، 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،

-
1. Siev & Chambless
 2. Wampold
 3. Hubble, Duncan & Miller
 4. Shedler
 5. Norcross, Beutler & Levant

۲۰۰۲، ۲۰۱۰). حتی در درمان‌های به نسبت ساختاریافته و کتابی نیز بنانهان یک پیمان‌درمانی نیرومند تقریباً همیشه یک هدف 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 حال و هوای ارتباط و رویه پیمان‌درمانی را شکل می‌دهند. همانطور که در سرتاسر کتاب به تفصیل بدان خواهیم پرداخت، حتی تغییرات خفیف در آنچه می‌گوییم و چگونگی بیان آن می‌توانند تلویحات 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 پیمان‌درمانی و پیشرفت درمان، جای تعجب است که تا این حد کم درباره اصولی نوشته شده است که می‌توانند راهنمای درمانگر در فرمول‌بندی نظراتش نسبت به بیمار به شیوه‌ای باشند که تغییر درمانی را تسهیل کنند یا تلویحات شیوه‌های مختلف ابراز 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 براساس درک به دست آمده باید چه بگوید ارائه می‌دهند. 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 تلویحات 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 پیش تر نمی‌توانستند بگویند. تلویحاً - به منظور پیش‌بینی نکته کلیدی در سرتاسر کتاب- آنها دریافتند که 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 به‌سادگی 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 به عنوان درمانگران 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 می‌تواند تلویحات به‌شدت متفاوتی برای کار درمان داشته باشد.

طی سال‌ها مشاهده کار خودم به عنوان 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"^۱ وی را در نظر می‌گیرند. سرّ این نه در عقب‌نشینی و پرهیز از واقعیات دردناک بلکه در تأکید بر اهمیت نحوه بیان پیام به اندازه خود پیام، نهفته است.^۲

1. Self-esteem

۲. در حقیقت "چیستی" پیام از "چگونگی" انتقال آن جداشدنی نیست. چگونگی انتقال پیام به میزان زیادی "چیستی" پیام را تعیین می‌کند. فرایم بخشی اساسی از کل پیام منتقل شده به بیمار است.

پیام اصلی و فرایام^۱

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 اصلی می‌نامم)، با خود یک پیام ثانوی و یا فرایام، دارد. فرایام در واقع نگرش درمانگر به پیامی اصلی است که منتقل می‌کند^۲ و بیشترین تغییرات درمانی (موفقیت و یا شکست)، در فرایام - که اغلب مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرد- نهفته است.

شواهد نشان می‌دهد 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^۳، ۱۹۴۹؛ شاپیرو^۴، ۱۹۶۵، ۱۹۸۱، ۱۹۸۹، ۲۰۰۰)، اما به ندرت می‌توان پژوهشی در خصوص نحوه ارتباط درمانگر یافت.

این موضوع در متون علمی با عنوان‌هایی مانند سنجیده و به موقع سخن گفتن^۵ [چه موقع و چگونه گفتن] مطرح می‌شود. تمرکز این کتاب از جنبه‌های مشخصی با آنچه به طور 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 به موقع سخن گفتن است.

1. Focal Messages and Meta-messages

۲. اصطلاح فرایام ممکن است برای برخی از خوانندگان، یادآور بحث فرایام‌ها و فرارابطات بیسون (۱۹۷۲، ۱۹۷۹) باشد. رویکرد وی، تأکیدات متفاوتی دارد که نشأت گرفته از علاقه او به نظریه زبان (theory of language) ورف و نظریه گونه‌های منطقی (theory of logical types) وایتهد و راسل (۱۹۱۰، ۱۹۱۳) است.

3. Reich

4. Shapiro

5. Tact and Timing

در حقیقت، می‌توان برخی پیشنهادهای 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 اوقات 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 هستیم که اغلب ظفره 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.

تاویلی^۱ که پیام دقیق اما فرایمی ضعیف دارد، همچون پیوند عضوی است که بدن بیمار آن را به عنوان بیگانه شناسایی کرده و پس می‌زند. چنین تاویلی در اصل و بالقوه شفافبخش است، اما در واقع تأثیر سودمندی ندارد زیرا بیمار آن را به عنوان تجاوز خطرناک یک بیگانه می‌شناسد. چنین تاویلی همچون همان عضو پیوندی پس‌زده است و نمی‌تواند آثار درمانی بالقوه خود را داشته باشد. "پس‌زدن بافت"^۲ در فرایند روان‌درمانی نیز وجود دارد. به همین دلیل، تا حد زیادی بر معنای گسترده‌تر پیام درمانگر تمرکز خواهد کرد - اینکه پیام در ذهن بیمار چه تصویری از خود می‌سازد،

۱. در کل کتاب واژه تاویل معادل interpretation به کار رفته است. اغلب در متون واژه "تفسیر" معادل این اصطلاح به کار می‌رود. تاویل به معنای بازگرداندن و شرح کلام به نحوی است که غیر از ظاهر آن باشد. به عبارت دیگر تاویل، آشکار کردن معنای باطنی و نیت اولیه و پنهان چیزی است در حالی که تفسیر بسط و شرح دادن است. برای مثال نمونه‌های زیر همگی مثالی از تاویل‌های درمانگر به شمار می‌آیند: "بی‌توجهی پدر و مادرت به حدی برایت دردناک بوده است 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 شدن از جانب سایر افراد زندگی 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 تاویل مناسب‌تر است.

2. Tissue Rejection