

فهرست مطالب

۱۰	..... قدردانی
۱۴	..... یادداشت نویسنده برای نسخه فارسی کتاب
۱۸	..... فصل یک. چه چیز روان‌درمانی را کارآمد می‌کند؟
۳۴	..... فصل دو. چطور از این تمرین‌ها برای ارتقای مهارت‌هایمان استفاده کنیم؟
۴۴	..... فصل سه. هم‌آفرینی امنیت جهت تکیه کردن
۴۷	..... گام اول. تنظیم اضطراب
۴۷	..... تمرین مهارت‌ساز اول. ارزیابی نموده‌های اضطراب در بدن
۵۲	..... تمرین مهارت‌ساز دوم. شناسایی و تنظیم اضطراب
۵۹	..... تمرین مهارت‌ساز سوم. تنظیم اضطراب با توجه کردن به علامت آن
۶۳	..... تمرین مهارت‌ساز چهارم. یاری بیمار در توجه به اضطراب، به جای نادیده گرفتن آن، تا امکان تنظیم اضطراب فراهم شود
۷۰	..... تمرین مهارت‌ساز پنجم. مسدود کردن راهبردهای جلوگیری از تنظیم اضطراب، و سپس تنظیم اضطراب
۷۶	..... تمرین مهارت‌ساز ششم. ظرفیت‌سازی برای توجه به اضطراب
۸۲	..... فصل چهار. پرورش حق‌انکاه به دیگری
۸۴	..... گام دوم. اظهار یک مشکل برای کار در روان‌درمانی
۸۵	..... تمرین مهارت‌ساز اول. مشکل نداشتن به جای مشکلات واقعی

- تمرین مهارت‌ساز دوم. تغییر موضوع جهت گریز از طرح مشکل ۹۶
- تمرین مهارت‌ساز سوم. بیان پاسخ‌های مبهم جهت گریز از طرح مشکل ۱۰۱
- تمرین مهارت‌ساز چهارم. بیان افکار و نظرات به جای بیان مشکل برای کار در روان‌درمانی ۱۰۸
- تمرین مهارت‌ساز پنجم. یاری‌بیماری که می‌گوید دیگری فکر می‌کند او باید درمان شود ۱۱۲
- تمرین مهارت‌ساز ششم. یاری‌بیمار هنگامی که می‌پرسد برای درمان روی چه چیزی باید کار کند ۱۱۹
- تمرین مهارت‌ساز هفتم. تمرین مروری ۱۲۴
- تمرین مهارت‌ساز هشتم. مداخله برای انکار مشکل ۱۲۹

- فصل پنج.** آیا داشتن ذهن و اراده مستقل در درمان امن است؟ ۱۳۶
- گام سوم. اظهار اراده برای کار روی مشکل در روان‌درمانی** ۱۳۸
- تمرین مهارت‌ساز اول. دعوت به تجربه اراده خود ۱۳۹
- تمرین مهارت‌ساز دوم. اسناد اراده در مان شدن به دیگران ۱۴۵
- تمرین مهارت‌ساز سوم. اسناد اراده در مان شدن به درمانگر ۱۴۹
- تمرین مهارت‌ساز چهارم. خنثی کردن سرکشی بیمار ۱۵۴
- تمرین مهارت‌ساز پنجم. یاری‌بیمار جهت تنظیم اضطراب هنگام اظهار اراده‌اش برای درمان ۱۶۰
- تمرین مهارت‌ساز ششم. تمرین انسجام‌بخش: حرکت از فقدان پیمان به سوی پیمان ۱۶۴
- گام چهارم. برانگیختن اراده بیمار در جهت تکلیف درمانی** ۱۷۱
- تمرین مهارت‌ساز اول. یاری‌بیمار در هنگام اسناد اراده‌اش به دیگران ۱۷۲
- تمرین مهارت‌ساز دوم. برانگیختن اراده بیمار در جهت هدفش ۱۸۱
- تمرین مهارت‌ساز سوم. یاری‌بیمار سرکش ۱۸۶
- تمرین مهارت‌ساز چهارم. یاری‌بیماری که آرزوی خوب شدنش را به درمانگر اسناد می‌دهد ۱۹۰
- تمرین مهارت‌ساز پنجم. برانگیختن اراده بیمار با استفاده از کلمات خودش ۱۹۵
- تمرین مهارت‌ساز ششم. پاسخ به انکار با خیال‌پردازی (۱) ۱۹۹
- تمرین مهارت‌ساز هفتم. پاسخ به انکار با خیال‌پردازی (۲) ۲۰۳
- تمرین مهارت‌ساز هشتم. پاسخ به انکار با خیال‌پردازی (۳) ۲۰۶
- تمرین مهارت‌ساز نهم. پاسخ به انکار با کلمات ۲۰۹
- تمرین مهارت‌ساز دهم. مقابله با انکار ۲۱۴
- تمرین مهارت‌ساز یازدهم. شناسایی و بی‌اثرسازی سوء برداشت‌ها ۲۱۸
- تمرین مهارت‌ساز دوازدهم. کار با دوسوگرایی بیمار ۲۲۱
- تمرین مهارت‌ساز سیزدهم. پرداختن به انفعال ۲۲۵
- گام پنجم. برانگیختن بیمار برای کار در جهت هدفی مثبت** ۲۳۳
- تمرین مهارت‌ساز اول. تبدیل مشکلات به اهداف مثبت ۲۳۳
- تمرین مهارت‌ساز دوم. تبدیل راهبردهای اجتنابی به اهداف مثبت ۲۳۷
- تمرین مهارت‌ساز سوم. تبدیل اهداف منفی به اهداف مثبت برای درمان ۲۴۱

- ۲۴۴ تمرین مهارت‌ساز چهارم. تبدیل فقدان ظرفیت به هدفی مثبت
- ۲۴۷ تمرین مهارت‌ساز پنجم. تبدیل انتظارات منفی به امیدی واقع‌بینانه
- ۲۵۲ تمرین مهارت‌ساز ششم. توافق بر سر آنچه انجام می‌دهیم و چرایی انجام آن
- ۲۵۶ **فصل شش. چگونه از ترک درمان پیشگیری کنیم؟**
- ۲۵۹ تمرین مهارت‌ساز اول. شناسایی نشانه‌های هشداردهنده ترک درمان
- ۲۶۵ تمرین مهارت‌ساز دوم. یادگیری شناسایی رفتار ترک درمان
- ۲۶۸ تمرین مهارت‌ساز سوم. نحوه آغاز شفا دادن گسختگی‌ها
- ۲۷۴ **فصل هفت. چه کنید وقتی نمی‌خواهید تمرین کنید؟**
- ۲۸۶ **فصل هشت. اصول میان‌نظری برای درمان مؤثر**
- ۲۹۲ نتیجه‌گیری
- ۲۹۶ راهنمای آموزگاران جهت استفاده از تمرینات مهارت‌ساز در کلاس
- ۳۰۲ فهرست منابع

قدردانی _____

از الکساندر واز، دایان بایستر، دبوراً پولاک، تونی روزمنییر، مارک کاراس، و میشل سالویس برای نظراتشان در مورد پیش‌نویس‌های قبلی این کتاب سپاسگزارم. همچنین می‌خواهم از تویباس نوردکویست، پیتر لیلینگر، لیو رایسی، بیارن تانل، وسلا بیرک‌باک، جین ایزاکسن، برایان کوک، لیندسی چیپمن، مارک ویل، جولی کوکران، و بیاتا‌الوگا برای پیشنهاداتشان بر اساس استفاده از این مطالعاتِ مهارت‌ساز در کلاس‌هایشان قدردانی کنم. مایلم از همهٔ دانشجویانم تشکر کنم که مرا از مهارت‌های مورد نیازشان و اینکه چه چیزی مؤثر بوده و چه چیزی نبوده باخبر کردند. بدون توصیه و بازخورد آن‌ها، این کتاب نوشته نمی‌شد. از الکساندر واز برای هم‌آفرینی و ویرایش نمایش‌های ویدیویی تشکر ویژه‌ای دارم.

و در آخر، می‌خواهم از همهٔ معلمان موسیقی تشکر کنم که با استفاده از تمرین‌های مهارت‌ساز معروف به کتاب *تودا* به من آموختند: هنری

پائولسیچ، جیم کرودر، دیوید کندی، لود وانگبرگ، رابرت الورثی، فیلیپ فارکاس، و تد تایر. تمرکز آن‌ها بر تمرین سنجیده مهارت‌های موسیقی خاص از طریق اتودهایی پیشرونده، پایه و اساس کار من را بنیان نهاد. من استفاده از تمرین سنجیده در موسیقی را به یادگیری مهارت‌های روان‌درمانی ترجمه کرده‌ام. این دانش تجربی را مدیون آن‌ها هستم.

یادداشت نویسنده برای نسخهٔ فارسی کتاب _____

برای درمانگر خوب شدن، دانستن یک نظریه کافی نیست. برای مثال، یک درمانگر ممکن است بتواند اصطلاح انتقال را در امتحان پایان‌ترم تعریف کند، اما قادر به درک انتقال در بیمار، کار با آن، یا تفسیر آن نباشد. دانستن یک نظریه بی‌فایده است، مگر اینکه بتوانید آن را به کار بالینی مؤثری تبدیل کنید. ذکاوت و توانایی اندیشه‌نظری وقتی در برابر بیمار نشستید جایی ندارد. او به کمکی مؤثر نیاز دارد، نه اندیشه و سخنرانی.

گاهی دانشجویان نظریه را یاد می‌گیرند، اما نمی‌دانند در درمان چه کنند. برخی دیگر چند فن را یاد می‌گیرند، اما نمی‌دانند چه زمانی، چرا، یا با چه کسی از آن‌ها استفاده کنند. بسیاری از درمانگران فنون معدودی را آموخته‌اند که هر هفته با هر بیماری آن‌ها را به کار می‌برند. به همین دلیل است که تحقیقات نشان می‌دهند ۳۸ درصد از درمانگران به حال بیمارانشان بی‌فایده‌اند. ۲۰ درصد از درمانگران ۸۰ درصد از بهترین نتایج را به دست می‌آورند. اگر می‌خواهید جزو آن ۲۰ درصد برتر باشید، تحقیقات نشان

می دهند باید به تمرین سنجیده مهارت‌های بالینی بپردازید. در کل، آموزش در تحصیلات تکمیلی درمانگران ماهرتری تربیت نمی‌کند. به همین دلیل برای درمانگر مؤثر شدن، آموزش‌های حرفه‌ای پس از فارغ‌التحصیلی ضروری است. روان‌درمانی باید مؤثر باشد. باید بدانیم در روان‌درمانی چه باید بکنیم و این چیزی است که این کتاب به شما یاد می‌دهد. این کتاب برای درمانگری است که می‌خواهد مؤثرتر باشد. تمرین‌های مهارت‌ساز این کتاب به شما مهارت‌های شکل‌دهی پیمان‌درمانی را یاد می‌دهند که می‌توانید در هر مدل روان‌درمانی از آن‌ها بهره‌بردارید. همه باید بدانند که اضطراب را چگونه ارزیابی و تنظیم کنند. هر درمانگری باید دریابد که مشکلات بیمار چیست. هر درمانگری باید بداند که چگونه با سوء برداشت‌های بیمار برخورد کند. هر درمانگری می‌خواهد بداند که نشانه‌های بیماری که اقدام به قطع زودهنگام درمان می‌کند چیست.

از آنجا که مهارت‌های آموزش داده شده در این کتاب مورد نیاز هر درمانگری در هر مدل‌درمانی است، هر درمانگری می‌تواند در هر برنامه آموزش حرفه‌ای روان‌درمانی از آن بهره‌بردارد. اگر می‌خواهید بالینگر ماهرتری شوید، این کتاب برای شما است.

جان فردریکسون

فصل یک | چه چیز روان‌درمانی را کارآمد می‌کند؟

ترجمه فاطمه ربیعی
مدیر مرکز بینش نو

شواهد پژوهشی نشان داده‌اند روان‌درمانی کارآمد است. اما روان‌درمانی دقیقاً چگونه به افراد کمک می‌کند تا تغییر کنند؟ برخی مدعی‌اند تغییر به مدل درمانی ما بستگی دارد، اما تفاوت در نتیجه میان مدل‌های مختلف درمانی اندک است¹. روش‌های منحصر به فرد نتایج منحصر به فردتری نمی‌آفرینند. از آنجاکه نتایج مشابه‌اند، چه عوامل مشترکی در اکثر مدل‌ها سبب درمان مؤثر می‌شوند؟ فراتحلیل‌ها نشان داده‌اند عوامل مشترک مؤثر در بین مدل‌های درمانی عبارت‌اند از:

- رابطه خوب
- اجماع بین بیمار و درمانگر در مورد تکلیف درمانی خاص
- توافق بین بیمار و درمانگر در مورد هدف مثبتی که بیمار می‌خواهد به آن برسد
- دلیل قانع‌کننده برای انجام تکلیف جهت رسیدن به آن هدف

1. Benish, S., Imel, Z., and Wampold, B. (2008); Gerger, H., Munder, T., and Barth, G. (2014); Tran, U., and Gregor, D. (2016)

طبق نظر نورکراس و لامبرت^۱، کیفیت رابطه درمانی به همان اندازه و شاید بیشتر از اجزای خاص یک روش درمانی مشخص باعث بهبود مراجع می‌شود. بنابراین، همه درمانگران به مهارت‌های ارتباطی‌ای نیاز دارند که پیمان^۲ مؤثری برای اطمینان از نتیجه خوب ایجاد کند^۳. این مهارت‌ها شامل موارد زیر است:

- تنظیم اضطراب بیمار تا امکان ابراز امن مشکل فراهم شود
- کمک به بیمار برای ابراز یک مشکل
- کمک به بیمار برای ابراز اراده خود جهت کار روی مشکلش
- کمک به بیمار برای ابراز هدف مثبت جهت کار کردن
- اجماع بر سر تکلیف درمانی برای دستیابی به هدف مثبت بیمار

در تمام این مدت، درمانگر باید از اشتیاق بیمار برای تغییر حمایت و در عین حال با ترس او از تغییر همدلی نماید. آنگاه هر دو می‌توانند در جهت هدف بیمار همکاری کنند.

قبل از شروع درمان در هر مدلی، اضطراب باید تنظیم شود تا بیمار احساس امنیت کند. سپس حتماً باید مشکلی وجود داشته باشد که بیمار برای آن کمک بخواهد. پس از آن، باید دریابیم آیا او می‌خواهد روی آن مشکل کار کند یا خیر. این گام‌ها پیش شرط پیمان درمانی^۴ اند. بدون مشکلی که بیمار بخواهد روی آن کار کند تا به یک هدف مثبت برسد، دلیلی برای روان‌درمانی وجود نخواهد داشت.

بر مبنای نظریه عوامل مشترک^۵، اصول تغییر در اکثر درمان‌های مؤثر وجود دارند. این اصول را می‌توان به صورت منعطفی توصیف و با نتایج

-
1. Norcross, J., and Lambert, M. (2018)
 2. Alliance
 3. Norcross, J., and Lambert, M. (2018). P. 8
 4. Therapeutic Alliance
 5. Bailey, R. J., & Ogles, B. M. (2019)

خوبی نیز اعمال نمود. هریک از مهارت‌های این راهنما از این اصول اساسی پیروی می‌کنند که برای همه مدل‌های مؤثر درمانی مناسب‌اند:

- اگر اضطراب تنظیم نشود، بیمار نمی‌تواند به اندازه کافی احساس امنیت کند تا با شما کار کند.
- اگر بیمار نتواند مشکلی را بیان کند، دلیلی برای کار درمانی وجود ندارد.
- اگر اراده بیمار روان‌درمانی شدن نباشد، حق نداریم از او بخواهیم کاری را انجام دهد که نمی‌خواهد.
- اگر هدف مثبتی برای کار وجود نداشته باشد، درمان نمی‌تواند از دیدگاه بیمار به چیز ارزشمندی دست یابد.
- بدون اجماع در مورد چگونگی کار روی مشکل، نمی‌توانیم همکاری کنیم.

در اینجا برای ایجاد پیمان درمانی، پیش از اینکه مدل درمانی خاص خود را در نظر داشته باشید، یک فرانظریه را پیشنهاد می‌کنم. این اصول فرانظری^۱ برای ایجاد پیمان درمانی نیازمند مهارت‌های بنیادی مشترک‌اند. شاید اساسی‌ترین اصل این باشد که ما تغییر را تقویت می‌کنیم و نه رفتارهایی که مانع آن می‌شوند. همه درمان‌ها چیزی را تقویت می‌کنند و چیز دیگری را تقویت نمی‌کنند^۲. بنابراین، باید بدانیم کدام رفتارهای بیمار و درمانگر باعث تغییر می‌شوند و کدام نمی‌شوند.

برای مثال، در هر درمان مؤثر، بیمار باید با ترس‌های خود مواجه شود تا بر آن‌ها تسلط یابد^۳. در اینجا نشان می‌دهیم چگونه به بیمار کمک کنیم تا با ترس‌هایی روبرو شود که در غیر این صورت مانع از تشکیل پیمان درمانی می‌شوند. شاید بیمار از ابراز یک مشکل، تمایل خود برای کار روی آن، و یا

1. Metatheoretical
2. Lundh, L. (2014)
3. Lambert, M. (2013)

تعیین یک هدف مثبت می‌ترسد. باید نخست به تمام آن ترس‌ها پردازیم تا پیمان درمانی با بیمار شکل گیرد.

هدف در اینجا پیروی برده‌وار از قوانین نیست. این نوع پیروی به نتایجی ضعیف منجر می‌شود.^۱ درمقابل، اگر اصول اولیهٔ ایجاد رابطه و مهارت‌های مرتبط با آن‌ها را بفهمیم، می‌توانیم این اصول و مهارت‌ها را به طور منعطفی برای آفرینش یک رابطهٔ شفابخش به کار بریم.

اصول ارتباطی‌ای که همدایتگر همهٔ درمان‌هاست، مرور کنید.^۲



آنچه بیمار نیاز دارد: رابطهٔ خوب با شما

تحقیقات فراوانی نشان می‌دهند کلید نتیجهٔ بهتر در درمان، رابطهٔ شفابخشی است که شما با بیمار خود هم‌آفرینی می‌کنید، نه مدل درمانی مورد استفادهٔ شما.^۳ این منطقی است زیرا اگر «آسیب رابطه‌ای هستهٔ ضربه باشد، ... رابطه هستهٔ اصلی شفای ضربه است»^۴. به عبارت دیگر، آنچه در رابطهٔ آسیب دیده است، باید در رابطهٔ درمان شود.

نتایج مدل‌ها تفاوت بسیار اندکی با یکدیگر دارند، اما درمانگران هر مدل بسیار متفاوت از یکدیگرند.^۵ برای مثال، بیمارانی که بهترین درمانگرها را دارند، ده برابر سریع‌تر از سایر بیماران تغییر می‌کنند. بیماران با درمانگران

1. Vacoeh, D., and Strupp, H. (2000)

۲. همهٔ فایل‌های صوتی و تصویری این فصل توسط دکتر ابوالفضل بابایی، مدرس دانشگاه زنجان، ترجمه و زیرنویس شده‌اند.

3. Norcross, J., and Wampold, B. (2019)

4. Norcross, J., and Wampold, B. (2019). P. 4

5. Benish, S., Imel, Z., and Wampold, B. (2008); Gerger, H., Munder, T., and Barth, G. (2014); Tran, U., and Gregor, D. (2016)

6. Wampold, B., and Imel, Z. (2015)

بد بدتر می‌شوند^۱. این واقعیت یافته‌ای نادر نیست^۲. اگر مدل شما اثربخشی را تضمین نمی‌کند، پس چه چیزی را تضمین می‌کند؟ مهارت‌های ارتباطی شما به عنوان یک درمانگر. چه چیزی بهترین درمانگران را از بقیه متمایز می‌کند؟ آن‌ها به تمرین سنجیده^۳ مهارت‌های ارتباطی می‌پردازند^۴.

مگر همه ما مهارت‌های ارتباطی نداریم؟ البته که داریم! همه می‌دانند چگونه با مردم ارتباط برقرار کنند. این گونه است که بچه‌ها زنده می‌مانند: آن‌ها یاد می‌گیرند با افرادی که برای بقای خود به آن‌ها متکی‌اند، ارتباط برقرار کنند. بنابراین، این پرسش پیش می‌آید که چه مهارت‌های ارتباطی‌ای را با چه نتایجی به دست آورده‌ایم؟

درمانگران با دلبستگی ایمن^۵، پیمان کاری و نتایج بهتری با بیماران بسیار آسیب‌دیده و پریشان به دست می‌آورند^۶. هنگامی که بیماران بسیار آسیب‌دیده را دعوت به شکل دهی پیمان درمانی می‌کنیم، با اضطراب و پاسخ‌های اجتنابی آن‌ها مواجه می‌شویم. وقتی این اتفاق می‌افتد، درمانگران با دلبستگی ایمن کمتر مضطرب و تدافعی می‌شوند و واکنش‌های منفی انتقال متقابل کمتری نشان می‌دهند. برای اینکه به شما کمک کنیم اضطراب و حالت تدافعی کمتری در ارتباط با بیماران داشته باشید، باید واریسی کنیم که چرا بیماران هنگام شروع درمان مضطرب و مرددند.

1. Okiishi, J., et al. (2003)

2. See Baldwin, S. A., and Imel, Z. E. (2013); Wampold, B., and Brown, J. (2006); Minami, T., et al. (2012); Wampold, B., and Imel, Z. (2015)

3. Deliberate Practice

4. Chow, D., et al. (2015)

۵. Attachment در فارسی به نادرستی دلبستگی ترجمه شده است. بالبی این واژه را در توصیف رفتارهای عینی همچون خزیدن و دویدن به سمت، و درآویختن و چسبیدن به مادر صورت‌بندی کرد. واژه دلبستگی در واقع استنباطی با محوریت مفهوم دل در مشاهده رفتار چسبیدن است (قربانی، ن. ۱۴۰۲. حریف نهان. بینش نو).

6. Schauenberg, H., et al. (2010); Strauss, B. M., and Petrowski, K. (2017)

مشکلات ارتباطی جهان شمول بیماران

هر درمانی با پیشنهاد یک رابطه شفابخش آغاز می‌شود. ما ارتباطی نزدیک همراه با دلبستگی ایمن برقرار می‌کنیم^۱ که در آن بیمار می‌تواند با خیال راحت خود را نشان دهد. نخست از مشکلی که برای آن از ما یاری می‌خواهد می‌پرسیم. سپس به مشکلات او، منشأ آن‌ها، و تاریخچه آن‌ها می‌پردازیم. اما اگر این کار ناممکن باشد چه؟ برخی از بیماران ممکن است قبل از رسیدن به دفتر کار شما غرق اضطراب باشند. آن‌ها ممکن است تصور کنند شما آزارگر دیگری هستید و با مجرمی که در گذشته او را آزار داده فرقی ندارید. اگر ترس بیمار مانع ایجاد یک پیمان کاری هشیار شود چه؟

او به دنبال یک رابطه شفابخش است، اما روابط گذشته او را برای درد آماده کرده‌اند.^۲ اگر تکیه کردن به والدین برای کمک گرفتن خطرناک بوده باشد، او یاد گرفته است نیاز خود را پنهان کند تا والدینش او را دوست داشته باشند.^۳ ما نیازهای خود را از طریق تحریف افکار، رفتارهای ناسازگارانه، دفاع‌ها یا «عملیات امنیتی»^۴ مخفی می‌کنیم.^۵ بیمار با پنهان کردن نیازهایش، اضطراب والدین خود را کاهش می‌دهد تا امنیت را به روابط ناامن خود با آن‌ها بازگرداند. اگر او نیازهای خود را از والدینش پنهان می‌کرده، متأسفانه ممکن است آن‌ها را از شما نیز پنهان کند.

این پاسخ‌های اضطرابی و راهبردهای اجتنابی در درمان نادرست نیستند. بلکه هر پاسخی دقیقاً نیاز بیمار را در این لحظه ابراز می‌کند تا بدانیم او کجا به کمک ما نیاز دارد. کشف اینکه چرا واکنش او بهترین واکنش ممکن است

1. Bowlby, J. (1969)

2. Bowlby, J. (1973); Bowlby, J. (1980)

3. Bowlby, J. (1969); Hartmann, H. (1965)

4. Security Operations

5. Beck, A. (1967); Freud, S. (1923); Sullivan, H. S. (1947); Sullivan, H. S. (1953)

وظیفهٔ ماست. اگر تکیه کردن او را مضطرب کند، می‌توانیم اضطراب او را تنظیم کنیم تا برای تکیه کردن به درمانگر احساس امنیت کند. او کمک می‌خواهد، اما اضطراب به او علامت می‌دهد که درخواست کمک ممکن است به درد منجر شود. بنابراین، ممکن است با نگفتن مشکلی که برای آن از شما کمک می‌خواهد، از درخواست کمک اجتناب نماید. وقتی بیمار مشکلی را اظهار نمی‌کند، در مقابل شما مقاومت نمی‌کند، بلکه طبق قوانین دلبستگی نا/ایمن با شما همکاری می‌کند. او آموخته است که باید نیاز خود را برای حفظ رابطه پنهان کند^۱. او می‌ترسد اگر چیزی را که دوست‌داشتنی نیست پنهان نکند، او را دوست نداشته باشید. چه چیز؟ نیاز او به کمک^۲. به همین دلیل است که از اظهار مشکل، نشان دادن ارادهٔ مستقل خود برای بهتر شدن، یا تعیین هدف مثبت اجتناب می‌کند.

حرکت از دلبستگی نایمن به سمت دلبستگی ایمن

از آنجایی که هر مدل درمانی شامل یک رابطه است، درمانگران باید بدانند وقتی رابطه برقرار می‌کنیم، چه اتفاقی می‌افتد.

با هر بیمار، الگوی یکسانی را می‌یابیم:

۱. درمانگر از بیمار دعوت می‌کند تا به او تکیه کند.
۲. تکیه کردن بیمار را مضطرب می‌کند؛ نشانه‌ای حاکی از خطرناک بودن تکیه کردن.
۳. اضطراب راهبردهای اجتنابی را بسیج می‌کند. این راهبردها به درمانگر نشان می‌دهند چگونه بیمار در گذشته برای حفظ یک رابطه، مدیریت خطر را یاد گرفته است.

1. Bowlby, J. (1973); Bowlby, J. (1980); Evans, F. (1996); Sullivan, H. S. (1953)
2. Post, J., and Semrad, E. (1965)

وقتی از بیمار دعوت می‌کنیم تا مشکلی را با ما در میان بگذارد، اغلب مردد می‌شود. او از بیان مشکل در قالب کلمات نمی‌ترسد، از تکیه کردن به شما می‌ترسد. بدن او از طریق زبانی رازآلود، خموش، و بی‌کلام با ما سخن می‌گوید: اضطراب. اضطراب تاریخیچهٔ بیمار را هویدا می‌کند: تکیه کردن خطرناک است. رفتارهای مخل درمان - راهبردهای اجتنابی بیمار - به ما می‌گویند او چگونه با این خطر کنار آمده است. برای مثال، او ممکن است از در میان گذاشتن یک مشکل اجتناب کند، موضوع را تغییر دهد، یا مبهم سخن بگوید. بنابراین، اضطراب و رفتارهای مخل درمان، بیان گذشتهٔ بیمار در زمان حال از طریق واکنش‌های بدنی (اضطراب) و راهبردهای اجتنابی خودکارند.

بیمارانی که با دلبستگی‌های نایمن بزرگ شده‌اند، مجبور بودند خود را با ارتباطات ناامن سازگار کنند. هنگامی که مراقبان آن‌ها را آزار می‌دادند، رها می‌کردند، بدرفتاری می‌کردند، و یا نادیده می‌گرفتند، یاد گرفتند که روابط به درد و نه کمک منجر می‌شوند. بنابراین، مطابق با این آموخته‌شان عمل می‌کنند. این رفتارهای ارتباطی خودکار توأم با اضطراب و پنهان کردن نیازهایشان در روابط آسیب‌زای اولیهٔ آن‌ها اعمالی سازش‌یافته بودند. در واقع، ممکن است آن رفتارها در گذشته جان آن‌ها را نجات داده باشند. اما در حال حاضر، همین رفتارهای اجتنابی مسبب مشکلات آن‌ها هستند.

درمانگر ممکن است به اشتباه گمان کند اضطراب یا رفتارهای اجتنابی مانع‌اند. آن‌ها مانع نیستند، بلکه مسیری برای شفا هستند. اضطراب و راهبردهای اجتنابی به شما نشان می‌دهند بیمار در این لحظه به چه کمکی از شما نیاز دارد. بیمار با آشکار کردن رفتارهای آغشته به دلبستگی نایمن خود با شما، کاملاً در حال همکاری با شماست. بنابراین، باید روی رفتارهای ارتباطی درمانگر تمرکز کنیم.

این کتاب به شما نشان می‌دهد چگونه اضطراب را تنظیم کنید تا تکیه