



## رویکردهای پست مدرن Postmodern Approaches

دکتر هادی سلیمی

عضو هیئت علمی گروه مشاوره و روانشناسی دانشگاه هرمزگان

hadisalimi69@gmail.com hadisalimi69@yahoo.com h.salimi@hormozgan.ac.ir

\*استفاده از این فایل برای آموزش، آزاد است و هیچ منعی ندارد.

## زمینه تاریخی و فلسفی

رویکردهای پست‌مدرن در روان‌درمانی، بر خلاف نظریه‌های سنتی که توسط یک فرد بنیانگذاری شده‌اند، حاصل تلاش جمعی بسیاری از نظریه‌پردازان هستند. این جنبش در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ به عنوان واکنشی در برابر فرضیات بنیادین مدرنیسم ظهور کرد. مدرنیست‌ها معتقد به وجود یک واقعیت عینی هستند و فرض می‌کنند که این واقعیت را می‌توان از طریق روش علمی مشاهده و نظام‌مندانه شناخت. در مقابل، پست‌مدرنیست‌ها باور دارند که واقعیت‌ها مستقل از فرایندهای مشاهده وجود ندارند. به عبارت دیگر، آنچه ما «واقعیت» می‌نامیم، چیزی نیست جز ساختاری اجتماعی (social construction) که از طریق زبان و تعاملات انسانی خلق می‌شود.

کنت گرگن (Kenneth Gergen) یکی از چهره‌های کلیدی در معرفی برساخت‌گرایی اجتماعی به روان‌شناسی بود. او و دیگران بر این نکته تأکید کردند که درک ما از جهان، خودمان و دیگران، صرفاً روایت‌هایی هستند که در بافت‌های اجتماعی و تاریخی خاصی ساخته شده‌اند و هیچ‌یک به تنهایی «حقیقت مطلق» نیست.

# بنیانگذاران درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت

اینسو کیم برگ (Insoo Kim Berg, 1935-2007) و استیو دیشیزر (Steve de Shazer, 1940-2005) توسعه‌دهندگان اصلی درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت در مرکز خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت میلواکی بودند. برگ تا زمان مرگش در سال ۲۰۰۷ مدیر این مرکز بود و دیشیزر مدیر تحقیقات آن بود. آنها از رویکردهای راهبردی ناراضی بودند و رویکردی را توسعه دادند که بر راه‌حل‌ها تمرکز دارد، نه بر مشکلات. دیشیزر معتقد بود برای حل یک مشکل، نیازی به دانستن علت آن نیست و هیچ رابطه ضروری بین علل مشکلات و راه‌حل‌های آنها وجود ندارد. برگ نیز به دلیل کارگاه‌های متعدد خود در آمریکا، ژاپن، کره، استرالیا، دانمارک، انگلستان و آلمان، نقش مهمی در گسترش این رویکرد در سراسر جهان داشت.

# بنیانگذاران روایت درمانی

■ مایکل وایت (Michael White, 1949-2008) و دیوید اپستون (David Epston متولد ۱۹۴۴) بنیان‌گذاران درمان روایی هستند. وایت مرکز دالویچ را در آدلاید، استرالیا تأسیس کرد و اپستون مدیر مرکز خانواده‌درمانی در اوکلند، نیوزیلند است. آنها تحت تأثیر ایده‌های برساخت‌گرایی اجتماعی، استدلال کردند که افراد زندگی خود را از طریق داستان‌ها معنا می‌بخشند. این داستان‌ها از طریق تعاملات اجتماعی و گفتگوها ساخته می‌شوند. وایت و اپستون بر بیرونی‌سازی (externalization) مشکل (جدا کردن شخص از مشکل) و بازنویسی یا نویسندگی مجدد (reauthoring) داستان زندگی تأکید دارند. آنها معتقد بودند که مشکلات روانی زمانی رخ می‌دهند که داستان‌های مسلط و سرکوبگر (اغلب برگرفته از فرهنگ غالب) بر زندگی فرد سایه می‌اندازند.

## مقدمه‌ای بر ساخت‌گرایی اجتماعی

هر یک از مدل‌های مشاوره و روان‌درمانی که تاکنون مطالعه کرده‌ایم، نسخه خاص خود را از «واقعیت» ارائه می‌دهند. وجود همزمان «حقیقت‌های» متعدد و اغلب متناقض، منجر به افزایش تردید نسبت به امکان وجود یک نظریه واحد و جهانی شده است که بتواند انسان‌ها و سیستم‌هایی را که در آن زندگی می‌کنند، تبیین کند. ما وارد دنیای پست‌مدرن شده‌ایم، دنیایی که در آن حقیقت و واقعیت اغلب به عنوان نقطه‌نظراتی در نظر گرفته می‌شوند که توسط تاریخ و زمینه محدود شده‌اند، نه به عنوان حقایق عینی و غیرقابل تغییر.

مدرنیست‌ها به واقعیت عینی اعتقاد دارند و فرض می‌کنند که این واقعیت را می‌توان از طریق روش علمی مشاهده و نظام‌مندانه شناخت. آنها معتقدند واقعیت مستقل از هرگونه تلاش برای مشاهده آن وجود دارد. برای مثال، اگر فردی بیش از آنچه «عادی» تلقی می‌شود، احساس غمگینی کند، ممکن است فکر کند که به طور غیرعادی افسرده است و سپس برای بازگشت به رفتار «عادی» به دنبال کمک باشد.

## مقدمه‌ای بر ساخت‌گرایی اجتماعی

■ در مقابل، پست‌مدرنیست‌ها معتقدند که واقعیت‌ها مستقل از فرایندهای مشاهده وجود ندارند. ساخت‌گرایی اجتماعی بیان روانشناختی این جهان‌بینی پست‌مدرن است؛ این رویکرد به واقعیت مراجع بدون اینکه در مورد دقیق یا منطقی بودن آن بحث کند، ارزش می‌دهد. به عبارت دیگر، هرگونه درکی از واقعیت مبتنی بر استفاده از زبان است و تا حد زیادی تابع موقعیت‌هایی است که افراد در آن زندگی می‌کنند. دانش ما درباره واقعیت‌ها، به طور اجتماعی ساخته می‌شوند. یک فرد زمانی افسرده است که تعریف «خود به عنوان یک فرد افسرده» را پذیرفته باشد. هنگامی که چنین تعریفی از خود پذیرفته شد، تشخیص رفتارهای مخالف با آن تعریف دشوار می‌شود.

■ ایده ساخت‌گرایی اجتماعی ریشه در کار فیلسوفان و جامعه‌شناسانی دارد که به این نتیجه رسیدند آنچه ما «واقعیت» می‌نامیم، حاصل توافق جمعی ماست، نه یک حقیقت عینی. در دهه ۱۹۶۰، دو جامعه‌شناس به نام‌های پیتر برگر و توماس لوکمن کتابی نوشتند به نام «ساختار اجتماعی واقعیت». آنها گفتند که ما انسان‌ها از طریق تعامل با یکدیگر و استفاده از زبان، واقعیت را می‌سازیم. برای مثال، مفهوم «پول» را در نظر بگیرید. یک اسکناس کاغذی به خودی خود ارزش ذاتی ندارد. اما چون همه ما توافق کرده‌ایم که این کاغذ ارزش دارد، به یک واقعیت اجتماعی تبدیل شده است. روان‌شناسی هم از این قاعده مستثنی نیست.

## مقدمه‌ای بر ساخت‌گرایی اجتماعی

■ بعدها، روان‌شناسی به نام کنت گرگن این ایده را به روان‌درمانی آورد. او گفت که مفاهیمی مانند «بیماری روانی»، «شخصیت طبیعی» یا «زندگی خوب» نیز ساختارهای اجتماعی هستند. این مفاهیم در یک فرهنگ و یک دوره تاریخی خاص معنا پیدا می‌کنند و لزوماً برای همه مردم جهان در همه زمان‌ها معتبر نیستند. به همین دلیل است که رویکردهای پست‌مدرن به جای اینکه بگویند «ما حقیقت را به تو می‌گوییم»، می‌گویند «بیا با هم معنا بسازیم».

# مروری تاریخی بر ساخت‌گرایی اجتماعی

✓ برای اینکه بفهمیم ساخت‌گرایی اجتماعی چیست، باید اول بدانیم قبلاً در روان‌شناسی چه خبر بود:

■ دنیای قدیم (دنیای مدرن): حدود صد سال پیش، فروید، آدلر و یونگ آمدند و انقلابی در روان‌شناسی ایجاد کردند. آنها گفتند که ما می‌توانیم با روش‌های علمی، «واقعیت» را درباره انسان کشف کنیم. مثلاً فروید گفت «ناهشیار» یک واقعیت علمی است. آدلر گفت «عقده حقارت» یک واقعیت است. در آن دنیا، روان‌شناس نقش یک «کاشف واقعیت» را داشت. او می‌آمد و به مراجع می‌گفت: «من می‌دانم مشکل تو چیست. مشکل تو ریشه در کودکی‌ات دارد.»

■ دنیای جدید (دنیای پست‌مدرن): اما در چند دهه اخیر، یک انقلاب فکری دیگر رخ داده است. روان‌شناسان پست‌مدرن می‌گویند: «صبر کنید. آیا واقعاً «واقعیت» چیزی است که ما می‌توانیم کشف کنیم؟ یا اینکه خود ما داریم «واقعیت» را می‌سازیم؟»

## مروری تاریخی بر ساخت‌گرایی اجتماعی

تفکر پست‌مدرن می‌گوید: آنچه ما «خود» یا «شخصیت» می‌نامیم، یک چیز ثابت و درونی نیست. بلکه «خود» ما از داستان‌هایی ساخته شده است که در طول زندگی درباره خودمان تعریف کرده‌ایم. به همین دلیل، به جای کلمه «شخصیت»، از عبارت «داستان زندگی» استفاده می‌شود.

یعنی چه؟ فرض کنید کسی می‌گوید «من یک آدم خجالتی هستم». از دیدگاه سنتی، «خجالتی بودن» یک صفت شخصیتی است که او دارد. از دیدگاه پست‌مدرن، «خجالتی بودن» یک داستان است. این داستان از کودکی ساخته شده است (مثلاً پدر و مادر، معلم‌ها و همسالان به او گفته‌اند «تو خجالتی هستی»). حالا اگر این داستان را به چالش بکشیم و داستان دیگری بسازیم (مثلاً «من در بعضی موقعیت‌ها آرام و محتاط هستم، اما در جمع دوستان صمیمی بسیار خوش‌صحبتم»)، آن وقت «خجالتی بودن» دیگر یک هویت ثابت نیست، بلکه یک روایت قابل تغییر می‌شود.

# مروری تاریخی بر ساخت‌گرایی اجتماعی

یکی از ایده‌های مهم برساخت‌گرایی اجتماعی این است: ما نباید هر چیزی را که فرهنگ غالب به ما می‌گوید، بدون سؤال بپذیریم.

فرهنگ غالب (مثلاً از طریق رسانه‌ها، خانواده، مدرسه، نظام پزشکی) به ما می‌گوید «انسان موفق باید چه شکلی باشد؟»، «زن ایده‌آل چه ویژگی‌هایی دارد؟»، «بیماری روانی یعنی چه؟». این پیام‌ها گاهی برای کسانی که در حاشیه جامعه زندگی می‌کنند (مثلاً اقلیت‌های قومی، افراد با گرایش‌های جنسی متفاوت، افراد دارای معلولیت) بسیار آسیب‌زا هستند.

برساخت‌گرایی اجتماعی می‌گوید: به این داستان‌های غالب شک کنید. آنها را «بیرونی‌سازی» کنید. ببینید چه کسی از گفتن این داستان‌ها سود می‌برد. و سپس با کمک درمانگر، یک داستان جدید و معنادارتر برای زندگی خود بسازید. به این فرایند، «هم‌سازی» (co-construction) می‌گویند؛ یعنی درمانگر و مراجع با هم، معنای جدیدی خلق می‌کنند.

# مروری تاریخی بر ساخت‌گرایی اجتماعی

■ امروزه چندین رویکرد درمانی بر اساس این تفکر پست‌مدرن ساخته شده‌اند. معروف‌ترین آنها عبارتند از:

۱. رویکرد سیستم‌های زبانی مشارکتی (Collaborative Language Systems Approach)
۲. درمان راه‌حل محور کوتاه مدت (Solution-Focused Brief Therapy)
۳. درمان راه‌حل مدار (Solution-Oriented Therapy)
۴. درمان روایی یا روایت درمانی (Narrative Therapy)
۵. رویکرد فمینیستی (Feminist Therapy)

✓ در اینجا به دو رویکرد درمان راه‌حل محور کوتاه مدت و روایت درمانی پرداخته شده است

## مقدمه کوتاه بر درمان راه حل محور کوتاه مدت

■ درمان راه حل محور کوتاه مدت یک رویکرد درمانی کوتاه مدت، آینده نگر و هدف گرا است که در اوایل دهه ۱۹۸۰ توسط استیو دیشیزر و اینسو کیم برگ در مرکز خانواده درمانی کوتاه مدت میلواکی توسعه یافت. SFBT بر نقاط قوت و تاب آوری افراد با تمرکز بر استثناها (exceptions) بر مشکلات و راه حل های مفهوم سازی شده (conceptualized solutions) تأکید دارد.

# مفاهیم کلیدی در درمان راه حل محور کوتاه مدت

■ **تمرکز منحصر به فرد (Unique Focus of SFBT):** درمان راه حل محور کوتاه مدت با کنار گذاشتن گذشته و تمرکز بر زمان حال و آینده، تفاوت بنیادین با رویکردهای سنتی دارد. درمانگران این رویکرد به جای بررسی چگونگی پیدایش مسئله، بر آنچه ممکن و دست یافتنی است تمرکز می کنند و معتقدند تغییر رفتار مؤثرترین راه برای کمک به افراد جهت بهبود زندگی شان است. به باور د شیزر، برای حل یک مسئله نیازی به دانستن علت آن نیست و هیچ رابطه ضروری میان علل مسائل و راه حل هایشان وجود ندارد. همچنین ارزیابی مشکلات برای ایجاد تغییر ضروری نیست و جستجو برای راه حل های «درست» یا مطلق نیز بی اهمیت تلقی می شود. در این رویکرد، این خود مراجع است که اهداف مورد نظر برای دستیابی را انتخاب می کند و توجه چندانی به تشخیص، تاریخچه گیری یا کاوش در چگونگی پیدایش مسئله معطوف نمی شود.

# مفاهیم کلیدی در درمان راه‌حل‌محور کوتاه مدت

■ **جهت‌گیری مثبت:** درمان راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت بر این فرض خوش‌بینانه استوار است که افراد سالم، شایسته و دارای توانایی ساخت راه‌حلهایی برای بهبود زندگی خود هستند. بر اساس این رویکرد، ما از قبل توانایی حل چالش‌های زندگی را داریم، اما گاهی جهت یا آگاهی خود را از شایستگی‌هایمان از دست می‌دهیم. درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا شایستگی‌هایی را که از قبل دارد بشناسد و آنها را در جهت راه‌حل‌ها به کار گیرد. ماهیت درمان، ایجاد انتظارات مثبت مبنی بر امکان تغییر و بنا کردن بر امید و خوش‌بینی مراجع است. این رویکرد غیرآسیب‌شناسانه، بر شایستگی‌ها به جای کاستی‌ها و بر نقاط قوت به جای ضعف‌ها تأکید دارد. درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور همسو با روانشناسی مثبت‌نگر است که به جای تمرکز بر کاستی‌ها و مشکلات، بر آنچه درست و کارآمد است تمرکز می‌کند. از آنجا که مراجعان اغلب با حالتی «مسئله‌محور» وارد درمان می‌شوند و داستانی مبتنی بر جبرگرایی گذشته روایت می‌کنند، درمانگر با مکالمات خوش‌بینانه و بازتعریف ماهرانه روایت‌های آکنده از مسئله، به مراجع کمک می‌کند از حالت مسئله‌محوری ثابت به دنیایی با امکانات جدید گام بردارد.

# مفاهیم کلیدی در درمان راه‌حل‌محور کوتاه مدت

■ جستجوی آنچه کارآمد است: درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر خلاف رویکردهای سنتی که مسئله‌محور هستند، بر آنچه در زندگی مراجع کارآمد است تأکید می‌کند. افراد داستان‌هایی را به درمان می‌آورند که گاه توجه‌کننده این باورند که زندگی قابل تغییر نیست. درمانگر راه‌حل‌محور به مراجع کمک می‌کند تا به «استثناها» توجه کند؛ یعنی زمان‌هایی که مسئله در زندگی او کمتر مزاحم بوده است. با شناسایی این استثناها، امید در مراجع تقویت می‌شود. اصل کلیدی در این رویکرد این است: «وقتی دانستی چه چیزی کار می‌کند، بیشتر آن را انجام بده.» اگر چیزی کارآمد نیست، مراجع تشویق می‌شود کار متفاوتی انجام دهد که معمولاً با تکیه بر نقاط قوت و موفقیت‌های منحصر به فرد خود او همراه است. دشیزر، بنیانگذار این رویکرد، ترجیح می‌دهد با پرسش‌هایی مانند «از زمان‌هایی بگو که کمی احساس بهتری می‌کردی و اوضاع به نفع تو پیش می‌رفت» به مراجع کمک کند تا روایت‌های پیشرونده‌ای بسازد که در آنها بتواند گام‌های پیوسته به سوی اهدافش بردارد. در دل این داستان‌ها از زندگی ارزشمند زیستن، قدرت مشکلات برچیده شده و راه‌حل‌های جدید آشکار و ممکن می‌شوند.

# مفاهیم کلیدی در درمان راه‌حل‌محور کوتاه مدت

■ مفروضات اساسی راهنمای عمل: والتر و پلر (۱۹۹۲، ۲۰۰۰) درمان راه‌حل‌محور را مدلی برای تبیین چگونگی تغییر افراد و دستیابی آن‌ها به اهدافشان می‌دانند. پیش‌فرض‌های بنیادین این رویکرد عبارتند از: (۱) مراجعان توانایی رفتار مؤثر را دارند، هرچند این توانایی ممکن است به‌طور موقت توسط شناخت‌های منفی مسدود شود. (۲) تمرکز مثبت بر راه‌حل‌ها و آینده مزیت دارد و اگر مراجع با گفتار راه‌حل‌محور به سمت نقاط قوت خود جهت‌گیری کند، درمان می‌تواند کوتاه باشد. (۳) برای هر مسئله‌ای استثناهایی وجود دارد (زمان‌هایی که مسئله وجود نداشته) و صحبت از این استثناها سرخ‌هایی برای راه‌حل‌های مؤثر فراهم می‌کند. (۴) مراجعان تنها یک روی خود را ارائه می‌دهند و درمانگر آن‌ها را به بررسی روی دیگر داستان دعوت می‌کند. (۵) هیچ مسئله‌ای ثابت نیست و تغییر اجتناب‌ناپذیر است؛ تغییرات کوچک راه را برای تغییرات بزرگ هموار می‌کنند و گاهی همین تغییرات کوچک برای حل مشکلات کافی است. (۶) مراجعان می‌خواهند تغییر کنند، ظرفیت آن را دارند و بهترین تلاش خود را برای ایجاد تغییر می‌کنند؛ درمانگر باید موضع همکارانه اتخاذ کند، نه کنترل‌گرانه. (۷) می‌توان به قصد و نیت مراجع برای حل مشکلاتش اعتماد کرد. والتر و پلر اصطلاح «درمان» را کنار گذاشته و از «مشاوره شخصی» استفاده می‌کنند و با پرهیز از موضع متخصص، فضایی برای کنجکاوی مشترک و تشویق مراجع در خلق آینده‌ای مثبت فراهم می‌آورند.

## فرایند درمان در درمان راه‌حل محور کوتاه مدت

■ در این رویکرد، ایجاد رابطه درمانی مشارکتی و همکاریانه ضروری است. برخلاف رویکردهای سنتی که اغلب موضع آموزشی دارند، درمانگر راه‌حل محور مراجع را متخصص زندگی خود می‌داند و روابط افقی و مشارکتی را مؤثرتر از روابط سلسله‌مراتبی می‌داند. والتر و پلر (۱۹۹۲) چهار گام را برای فرایند درمان شرح می‌دهند: (۱) کشف آنچه مراجع می‌خواهد، نه جستجوی آنچه نمی‌خواهد. (۲) آسیب‌شناسی نکردن و برچسب تشخیصی نزدن، بلکه یافتن آنچه در حال حاضر کارآمد است. (۳) اگر رفتار کنونی کارآمد نیست، تشویق مراجع به امتحان رفتار متفاوت. (۴) کوتاه‌نگه داشتن درمان و برخورد با هر جلسه گویی آخرین جلسه است. د شیزر (۱۹۹۱) معتقد است مراجعان بدون نیاز به ارزیابی ماهیت مشکلاتشان، می‌توانند راه‌حل بسازند. ساختار فرایند شامل این مراحل است: توصیف مسئله توسط مراجع، توسعه اهداف، کاوش درباره استنهاها (زمان‌هایی که مسئله وجود نداشته یا شدت کمتری داشته)، ارائه بازخورد و تشویق در پایان جلسه، و در نهایت ارزیابی پیشرفت با استفاده از مقیاس رتبه‌بندی توسط مراجع و درمانگر.

## فرایند درمان در درمان راه‌حل‌محور کوتاه مدت

■ **اهداف درمانی:** در رویکرد راه‌حل‌محور، این مراجع است که توانایی تعریف اهداف شخصی معنادار و نیز برخورداری از منابع لازم برای حل مشکلات خود را دارد. اهداف برای هر مراجع منحصر به فرد و توسط خود او ساخته می‌شوند. از آنجا که فقدان شفافیت در ترجیحات، اهداف و نتایج مورد نظر مراجع می‌تواند باعث گسست بین درمانگر و مراجع شود، در مراحل اولیه درمان به مراجع فرصت داده می‌شود آنچه را از درمان می‌خواهد بیان کند. درمانگران راه‌حل‌محور بر تغییرات کوچک، واقع‌بینانه و دست‌یافتنی تمرکز می‌کنند که می‌تواند به نتایج مثبت بیشتر منجر شود. به گفته والتر و پلر (۱۹۹۲) و مورفی (۲۰۰۸)، اهداف معنادار باید (۱) به زبان مراجع و به صورت مثبت بیان شوند، (۲) فرایند‌محور یا عمل‌محور باشند، (۳) در زمان حال ساختاردهی شوند، (۴) دست‌یافتنی، عینی، مشخص و قابل اندازه‌گیری باشند، و (۵) تحت کنترل مراجع قرار داشته باشند. درمان راه‌حل‌محور سه شکل از اهداف را ارائه می‌دهد: تغییر نحوه دیدن یک موقعیت، تغییر برخورد با موقعیت مسئله‌زا، و بهره‌گیری از نقاط قوت و منابع مراجع. درمانگران به جای گفتار مسئله‌محور، مراجع را به گفتار تغییر یا راه‌حل‌محور تشویق می‌کنند، بر این اساس که آنچه بیشتر درباره‌اش صحبت کنیم، همان را تولید خواهیم کرد.

## فرایند درمان در درمان راه حل محور کوتاه مدت

■ **وظیفه و نقش درمانگر:** در رویکرد راه حل محور، درمانگر از موضع «ندانستن» (not-knowing) استفاده می کند تا مراجع را در جایگاه متخصص زندگی خود قرار دهد. برخلاف رویکردهای سنتی که درمانگر را متخصص ارزیابی و درمان می دانند، در این مدل «مراجع به مثابه متخصص» جایگزین «درمانگر به مثابه متخصص» می شود، به ویژه در مورد آنچه مراجع در زندگی و درمان می خواهد. درمانگر در فرایند تغییر تخصص دارد، اما مراجع متخصص محتوای تغییر است؛ بنابراین وظیفه درمانگر جهت دهی به مراجع به سمت تغییر است بدون آنکه دیکته کند چه چیزی تغییر کند. درمانگر می کوشد فضایی از احترام متقابل، گفتگو و تأیید ایجاد کند تا مراجع آزادی خلق، کاوش و نویسندگی مشترک داستان های در حال تکامل خود را تجربه کند. یکی از کارکردهای اصلی درمانگر، پرسیدن سؤالاتی است که به مراجع کمک کند تصور کند دوست دارد زندگی اش چگونه متفاوت باشد و برای تحقق این دگرگونی چه لازم است. پرسش هایی مانند «امید داشتی با آمدن به اینجا به چه چیزی دست پیدا کنی؟» یا «اگر تغییرات مورد نظرت را ایجاد کنی، چه تفاوتی در زندگی ات ایجاد می شود؟» نمونه هایی از این رویکرد پرسشگرانه هستند.

# فرایند درمان در درمان راه‌حل محور کوتاه مدت

■ **رابطه درمانی:** کیفیت رابطه بین درمانگر و مراجع، عامل تعیین کننده‌ای در پیامدهای درمان کوتاه مدت راه‌حل محور است؛ بنابراین ایجاد پیوند درمانی گام اساسی به شمار می‌رود. نگرش درمانگر برای اثربخشی فرایند درمانی حیاتی است و ایجاد حس اعتماد ضروری می‌باشد. دشیزر (۱۹۸۸) سه نوع رابطه را توصیف کرده است: (۱) رابطه مشتری: مراجع و درمانگر به صورت مشترک مشکل و راه‌حل را شناسایی می‌کنند و مراجع می‌داند که برای رسیدن به اهدافش به تلاش شخصی نیاز دارد. (۲) رابطه شاکی: مراجع مشکلی را توصیف می‌کند اما قادر یا مایل به ایفای نقش در ساخت راه‌حل نیست و معتقد است راه‌حل به اقدام شخص دیگری بستگی دارد. (۳) رابطه بازدید کننده: مراجعی که فرد دیگری (همسر، والدین، معلم) او را به درمان فرستاده است؛ ممکن است اصلاً قبول نداشته باشد مشکلی دارد. دی‌یونگ و برگ (۲۰۰۸) توصیه می‌کنند درمانگران این سه نقش را صرفاً نقطه شروعی برای گفتگو در نظر بگیرند، نه برچسبی ثابت برای دسته‌بندی مراجعان. هر دو نوع شاکی و بازدید کننده ظرفیت آن را دارند که به رابطه مشتری تبدیل شوند و درمانگر با نحوه پاسخ دادن به رفتارهای مختلف مراجع، نقش مهمی در ایجاد این تغییر در رابطه ایفا می‌کند.

# فنون و رویه‌های درمانی در درمان راه‌حل‌محور کوتاه مدت

■ درمانگران راه‌حل‌محور از تکنیک‌هایی همچون جستجوی تفاوت در انجام رفتار، پرسش‌های استثنا، سوالات درجه بندی و سوال معجزه استفاده می‌کنند. با این حال، به کارگیری این تکنیک‌ها به صورت قالبی و بدون ایجاد اتحاد کاری مشارکتی با مراجع، به نتایج مؤثری منجر نخواهد شد. مورفی (۲۰۰۸) تأکید می‌کند که این تکنیک‌ها باید با انعطاف‌پذیری و متناسب با شرایط منحصر به فرد هر مراجع به کار روند. بهترین مسیر برای درمان، توسط اهداف، ادراکات، منابع و بازخورد خود مراجع تعیین می‌شود و درمان نباید بر مبنای مطلق‌گرایی‌ها یا استانداردهای خشک و بیرون از رابطه درمانی (مانند درمان‌های تجربی‌محور صرف) تعیین گردد.

# فنون و رویه‌های درمانی در درمان راه‌حل‌محور کوتاه مدت

■ تغییر پیش از درمان: در درمان راه‌حل‌محور، صرفاً تعیین وقت ملاقات اغلب تغییر مثبت را آغاز می‌کند. در جلسه اول، درمانگر معمولاً می‌پرسد: «از وقتی که برای مشاوره تماس گرفتی، چه کاری انجام داده‌ای که در مشکلات تفاوت ایجاد کرده است؟» هدف این پرسش، برانگیختن، آشکارسازی و تقویت تغییرات مثبتی است که مراجع پیش از شروع درمان انجام داده است. از آنجا که این تغییرات به خود فرایند درمان قابل نسبت دادن نیستند، پرسش درباره آنها باعث می‌شود مراجع کمتر به درمانگر تکیه کند و بیشتر بر منابع خود برای دستیابی به اهداف درمانی اش اعتماد نماید.

# فنون و رویه‌های درمانی در درمان راه‌حل‌محور کوتاه مدت

■ **سوالات استثنا:** درمان راه‌حل‌محور بر این اصل استوار است که در زندگی مراجعان، زمان‌هایی وجود داشته که مشکل مورد اشاره، مسئله‌ساز نبوده است. به این زمان‌ها «استثنا» گفته می‌شود. درمانگران با طرح پرسش‌های استثنا، مراجع را به سوی زمان‌هایی هدایت می‌کنند که مشکل وجود نداشته یا شدت کمتری داشته است. استثناها تجارب گذشته‌ای هستند که انتظار می‌رفته مشکل رخ دهد، اما به دلایلی این اتفاق نیفتاده است. کمک به مراجع برای شناسایی و بررسی این استثناها، احتمال حرکت او به سوی راه‌حل‌ها را افزایش می‌دهد. این کاوش به مراجع یادآوری می‌کند که مشکلات همیشه‌پایدار و مطلق نیستند و زمینه‌ای برای برانگیختن منابع، به کارگیری نقاط قوت و مطرح کردن راه‌حل‌های ممکن فراهم می‌آورد. در نهایت، درمانگر از مراجع می‌پرسد برای اینکه این استثناها بیشتر اتفاق بیفتند، چه باید رخ دهد.

# فنون و رویه‌های درمانی در درمان راه‌حل‌محور کوتاه مدت

■ **سوال معجزه:** در درمان راه‌حل‌محور، اهداف درمانی با استفاده از تکنیکی به نام «سوال معجزه» شکل می‌گیرند. درمانگر از مراجع می‌پرسد: «اگر معجزه‌ای رخ دهد و مشکلی که داری یک‌شبه حل شود، از کجا می‌فهمی که حل شده است؟ چه چیزی متفاوت خواهد بود؟» سپس از مراجع تشویق می‌شود تا علی‌رغم وجود مشکلات ادراک‌شده، آن «تفاوت‌ها» را به اجرا درآورد. این فرایند مبتنی بر این باور است که تغییر در «انجام» و «نگاه» به مشکل ادراک‌شده، خود مشکل را تغییر می‌دهد. به گفته دی‌یونگ و برگ (۲۰۰۸)، پرسش معجزه به چند دلیل مفید است: طیف وسیعی از امکانات آینده را می‌گشاید، به مراجع اجازه می‌دهد رویاپردازی کند تا تغییرات مورد نظرش را شناسایی نماید، تمرکز آینده‌نگر دارد و تأکید را از مشکلات گذشته و حال به سوی زندگی رضایت‌بخش‌تر در آینده تغییر می‌دهد.

# فنون و رویه‌های درمانی در درمان راه‌حل‌محور کوتاه مدت

■ **سوال درجه بندی:** درمانگران راه‌حل‌محور از پرسش‌های درجه بندی زمانی استفاده می‌کنند که تغییر در تجارب انسانی مانند احساسات، خلق و خو یا ارتباطات به سادگی قابل مشاهده نباشد، و نیز به مراجع کمک کنند تا متوجه شود مشکل به طور کامل بر او غلبه نکرده است. برای مثال، از مراجعی که احساس وحشت یا اضطراب دارد پرسیده می‌شود: «در مقیاس صفر تا ده — که صفر وضعیت زمانی است که اولین بار به درمان آمدمی و ده وضعیت روز بعد از وقوع معجزه است که مشکل از بین رفته — به اضطراب خود الان چند می‌دهی؟» حتی اگر مراجع فقط از صفر به یک رسیده باشد، بهبود یافته است. پرسش درجه بندی به مراجع کمک می‌کند تا توجه بیشتری به آنچه انجام می‌دهد داشته باشد و ببیند برای حرکت یک پله بالاتر در مقیاس چه قدم‌هایی باید بردارد.

# فنون و رویه‌های درمانی در درمان راه‌حل‌محور کوتاه مدت

■ **فرمول بندی تکلیف جلسه اول:** تکلیف جلسه اول نوعی تکلیف خانگی است که درمانگر به مراجع می‌دهد تا بین جلسه اول و دوم انجام دهد. درمانگر چنین بیان می‌کند: «بین الان و جلسه بعد، لطفاً مشاهده کن تا بتوانی برایم توصیف کنی که در زندگی/خانواده/رابطه‌ات چه اتفاقاتی می‌افتد که می‌خواهی ادامه پیدا کند.» در جلسه دوم، از مراجع پرسیده می‌شود چه چیزی مشاهده کرده و دوست دارد در آینده چه اتفاقی بیفتد. این مداخله به مراجع امیدواری می‌دهد که تغییر اجتناب‌ناپذیر است و تأکید را از مشکلات گذشته به راه‌حل‌های آینده معطوف می‌کند. برتولینو و اوهانلون (۲۰۰۲) توصیه می‌کنند این مداخله پس از آن به کار رود که مراجع فرصت یافته است دغدغه‌ها، دیدگاه‌ها و روایت‌های کنونی خود را بیان کند، زیرا پیش از هدایت مراجع به سمت تغییر، احساس درک شدن از سوی او ضروری است.

# فنون و رویه‌های درمانی در درمان راه‌حل‌محور کوتاه مدت

■ بازخورد درمانگر به مراجعان: در رویکرد راه‌حل‌محور، درمانگر معمولاً در اواخر هر جلسه پنج تا ده دقیقه استراحت می‌کند تا پیام خلاصه‌ای برای مراجع تنظیم نماید. دی‌یونگ و برگ (۲۰۰۸) سه بخش اصلی برای این بازخورد خلاصه توصیف می‌کنند: تمجید (درمانگر صمیمانه از کارهای خوبی که مراجع الان انجام می‌دهد تعریف می‌کند)، پل (درمانگر با یکی دو جمله، تعریف‌های قبلی را به پیشنهادی که می‌خواهد بدهد مرتبط می‌کند)، و پیشنهاد تکلیف (که می‌تواند مشاهده‌ای یا رفتاری باشد). تکالیف مشاهده‌ای از مراجع می‌خواهد صرفاً به جنبه‌هایی از زندگی خود توجه کند تا تفاوت‌های زمان‌های بهتر را شناسایی نماید. تکالیف رفتاری مستلزم آن است که مراجع عملاً کاری را انجام دهد که درمانگر برای ساخت راه‌حل مفید می‌داند. بازخورد درمانگر به مراجع باید معطوف به این باشد که برای افزایش شانس دستیابی به اهداف، چه کارهایی را بیشتر انجام دهد و چه کارهایی را متفاوت انجام دهد.

# فنون و رویه‌های درمانی در درمان راه‌حل‌محور کوتاه مدت

■ **پایان دادن به درمان:** در رویکرد راه‌حل‌محور، از همان اولین جلسه مصاحبه، درمانگر به پایان کار توجه دارد. به محض اینکه مراجع قادر به ساخت راه‌حل رضایت‌بخشی شد، درمان خاتمه می‌یابد. پرسش اولیه در مورد تعیین هدف که درمانگر اغلب مطرح می‌کند این است: «در نتیجه آمدن به اینجا، چه چیزی در زندگی‌ات باید متفاوت شود تا بگویی ملاقات با من ارزشمند بوده است؟» همچنین با استفاده از پرسش‌های درجه بندی، درمانگر به مراجع کمک می‌کند پیشرفت خود را پایش کند تا خودش تشخیص دهد دیگر نیازی به ادامه درمان ندارد. پیش از پایان درمان، درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا کارهایی را که برای ادامه تغییرات در آینده لازم است و همچنین موانع احتمالی که می‌توانند حفظ تغییرات را مختل کنند، شناسایی کند. گوترمن (۲۰۰۶) تأکید می‌کند هدف نهایی این رویکرد، پایان دادن به درمان است و اگر درمانگر از ابتدا برای کوتاه بودن درمان برنامه‌ریزی نکند، در بسیاری از موارد درمان به‌طور پیش‌فرض کوتاه می‌ماند. از آنجا که این مدل درمانی کوتاه‌مدت، حال‌محور و معطوف به شکایات خاص است، احتمال دارد مراجع در آینده با دغدغه‌های رشدی دیگری مواجه شود و هر زمان نیاز داشت می‌تواند جلسات تکمیلی درخواست کند.

# فنون و رویه‌های درمانی در درمان راه‌حل‌محور کوتاه مدت

■ **استفاده در گروه درمانی:** در مشاوره گروهی با رویکرد راه‌حل‌محور، تسهیل‌گر گروه معتقد است افراد شایسته هستند و در شرایطی که بتوانند شایستگی خود را تجربه کنند، قادر به حل مشکلات خود و زندگی غنی‌تری خواهند بود. تسهیل‌گر از ابتدا فضایی ایجاد می‌کند که بر راه‌حل‌ها متمرکز باشد و اعضا فرصت می‌یابند مشکلات خود را به اختصار توصیف کنند. نقش تسهیل‌گر کمک به اعضا برای نگاه بیرونی به مشکل (انگار مشکل یه شخص دیگر است) و دیدن خود به عنوان افرادی دارای منابع است. رهبر گروه هرچه سریع‌تر به اعضا کمک می‌کند اهداف دقیق خود را (مشخص، مثبت، قابل اندازه‌گیری و عمل‌محور) تدوین کنند و بر تغییرات کوچک، واقع‌بینانه و دست‌یافتنی تمرکز کنند. تسهیل‌گر از اعضا درباره زمان‌هایی می‌پرسد که مشکل وجود نداشته یا شدت کمتری داشته (استثناها) و تأکید ویژه بر این دارد که خود اعضا چه کردند تا آن استثناهای رخ دهند. هنر پرسشگری، اصلی‌ترین مداخله در گروه‌های راه‌حل‌محور است و پرسش‌ها از موضع احترام، کنجکاوی واقعی و علاقه صادقانه مطرح می‌شوند. یکی از مزایای مهم مشاوره گروهی نسبت به فردی این است که «دامنه ناظران شایسته» گسترده‌تر است و اعضای گروه می‌توانند به یکدیگر بازخورد و تشویق بدهند. این رویکرد به ویژه برای مشاوران مدرسه که با حجم بالای دانش‌آموزان در سیستم آموزشی کار می‌کنند، بسیار کاربردی و مقرون به صرفه است.

# روایت درمانی

■ درمان روایی یا روایت درمانی توسط مایکل وایت و دیوید اپستون در استرالیا و نیوزیلند بنیانگذاری شد. آنها تحت تأثیر ایده‌های برساخت‌گرایی اجتماعی به این نتیجه رسیدند که هویت انسان از طریق داستان‌ها ساخته می‌شود. به عبارت ساده‌تر، ما زندگی خود را مانند یک رمان یا فیلم زندگی می‌کنیم. این رمان، شخصیت اصلی دارد (خود ما) و یک داستان.

■ اما گاهی اوقات، داستانی که درباره خودمان می‌سازیم، بسیار منفی، محدودکننده و پر از مشکل می‌شود. مثلاً داستان «من یک بازنده هستم»، «همه چیز در زندگی من بد می‌شود»، «من لیاقت عشق را ندارم» یا «هیچ کاری از دست من بر نمی‌آید». این داستان‌ها را «داستان‌های اشباع شده از مشکل» (problem-saturated stories) می‌نامند.

■ هدف اصلی روایت درمانی این است که به مراجع کمک کنیم این داستان محدودکننده را بازنویسی کند و داستان جدیدی بسازد که بر اساس نقاط قوت، شایستگی‌ها و موفقیت‌های واقعی او باشد. وایت و اپستون معتقد بودند که افراد کارشناس زندگی خودشان هستند و درمانگر نقش یک همراه و پرسش‌گر کنجکاو را دارد، نه یک متخصص دانای کل.

# روایت درمانی - مفاهیم کلیدی

□ تمرکز روایت درمانی

■ روایت درمانی بر خلاف رویکردهای سنتی که به دنبال «علت» مشکلات در درون فرد هستند، به دنبال زمینه اجتماعی و فرهنگی مشکل می‌گردد. سؤال اصلی این نیست که «چه مشکلی در درون تو وجود دارد؟»، بلکه این است که «چه داستان‌هایی در خانواده و جامعه‌ات باعث شده‌اند تو خودت را اینطوری ببینی؟».

■ درمانگران روایی به جای تشخیص و برچسب زدن به مراجعان، به دنبال زمان‌هایی در زندگی آنها می‌گردند که دارای منابع و توانمند بوده‌اند.

# روایت درمانی - مفاهیم کلیدی

## □ نقش داستانها

■ ایده اصلی روایت درمانی بسیار ساده است: ما زندگی خود را با داستان‌هایی که درباره خودمان می‌گوییم و دیگران درباره ما می‌گویند، زندگی می‌کنیم. این داستان‌ها فقط بازتاب واقعیت نیستند؛ بلکه خود واقعیت را می‌سازند.

■ مثال: دو نفر یک تجربه یکسان دارند: هر دو در یک امتحان قبول نمی‌شوند. نفر اول به خودش می‌گوید: «من یک بازنده هستم، هیچ وقت هیچ کاری نمی‌توانم درست انجام دهم.» نفر دوم می‌گوید: «این بار نشد، اما من بارها در زندگی بر مشکلات غلبه کرده‌ام، این یکی از آنهاست.» هر دو نفر بر اساس داستانی که می‌سازند، احساس و رفتار متفاوتی خواهند داشت. داستان اول منجر به افسردگی و کناره‌گیری می‌شود، داستان دوم منجر به تلاش دوباره.

■ داستان‌هایی که با آنها زندگی می‌کنیم، از گفتگوها در یک زمینه اجتماعی و فرهنگی رشد می‌کنند. یعنی جامعه، خانواده، رسانه و نهادهای قدرت، در ساختن داستان ما نقش دارند.

# روایت درمانی - مفاهیم کلیدی

□ گوش دادن با ذهنی باز

■ درمانگر روایی به جای قضاوت یا تفسیر، با ذهنی باز و خالی از پیش فرض به داستان مراجع گوش می دهد. این یعنی:

✓ درمانگر فرض نمی کند از قبل می داند مشکل چیست.

✓ درمانگر به دنبال مقصر یا علت نیست.

✓ درمانگر با کنجکاوی و احترام وارد دنیای مراجع می شود.

# روایت درمانی - مفاهیم کلیدی

□ گوش دادن با ذهنی باز

■ روایت درمانگران فراتر از گوش دادن ساده اقدام میکنند. آنها سیستم‌های «قضاوت هنجارساز» (normalizing judgment) را که در گفتمان پزشکی و روانشناسی وجود دارد، به چالش می‌کشند. یعنی این سؤال را می‌پرسند: «چه کسی گفته است که این رفتار «غیرطبیعی» است؟ این برچسب به نفع کیست؟»

■ «قضاوت هنجارساز» به هر نوع قضاوتی گفته می‌شود که فرد را بر روی یک منحنی نرمال قرار می‌دهد و برای سنجش هوش، سلامت روان یا رفتار نرمال استفاده می‌شود. مشکلات این قضاوت‌ها این است که:

✓ آنها ادعا می‌کنند که «ابژه» و «عینی» هستند.

✓ مقاومت در برابر آنها برای فرد دشوار است.

✓ آنها معمولاً درونی می‌شوند (فرد خود را با آن معیارها می‌سنجد و خود را آسیب‌شناس می‌کند).

# روایت درمانی - مفاهیم کلیدی

□ گوش دادن با ذهنی باز

■ درمانگر روایتی به جای پذیرش این قضاوت‌های هنجارساز، به مراجع کمک می‌کند تا خودش در مورد آنها قضاوت کند. برای مثال، اگر مراجعی بگوید «بر اساس تست‌ها، من اختلال شخصیت مرزی دارم»، درمانگر روایتی ممکن است پرسد: «این برجسب چه تأثیری بر زندگی تو گذاشته است؟ آیا این تشخیص به تو کمک کرده یا تو را محدود کرده است؟ چه کسی از این که تو را «مرزی» بنامد سود می‌برد؟» به این ترتیب، درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا از قربانی یک برجسب تشخیصی به فردی فعال تبدیل شود که می‌تواند در مورد آن برجسب قضاوت کند.

■ گوش دادن با ذهن باز یعنی درمانگر به جای شنیدن «مشکل»، به دنبال نشانه‌های شایستگی، مقاومت و توانمندی در دل داستان مشکل می‌گردد. حتی در تاریک‌ترین داستان‌ها، وایت معتقد بود ردپایی از مقاومت در برابر مشکل وجود دارد. وظیفه درمانگر این است که با گوش دادن دقیق، این ردپاها را پیدا کرده و به مراجع نشان دهد.

# روایت درمانی - فرایند درمان

## اهداف درمان

روایت درمانی اهداف مشخص و روشنی دارد که همگی در جهت بازنویسی داستان زندگی و احیای هویت توانمند مراجع هستند که به صورت زیر است:

۱. دعوت از افراد برای توصیف تجربه خود با زبانی جدید و تازه: هدف این است که مراجع بتواند به جای زبان مشکل‌زای قدیمی (مثل «من شکست خورده‌ام»)، از زبانی استفاده کند که فضا را برای امکانات جدید باز کند (مثل «من در حال یادگیری هستم و گاهی اشتباه می‌کنم»).

۲. گشودن افق‌های جدید از آنچه ممکن است: با تغییر داستان، مراجع گزینه‌های جدیدی را برای عمل، احساس و تفکر کشف می‌کند که قبلاً در داستان قدیمی جایی نداشتند.

۳. توسعه معانی جدید برای افکار، احساسات و رفتارهای مشکل‌زا: به جای اینکه افسردگی را «یک بیماری درونی» معنا کند، مراجع ممکن است آن را «پیامی از جانب بدن برای نیاز به استراحت و تغییر» معنا کند.

۴. جداسازی هویت فرد از مشکل (بیرونی‌سازی): این پایه‌ای‌ترین هدف روایت درمانی است که در بخش تکنیک‌ها به تفصیل شرح داده می‌شود.

۵. کمک به مراجع برای بازپس‌گیری عاملیت خود: یعنی کمک به مراجع تا احساس کند او بازیگر اصلی زندگی خودش است، نه قربانی منفعل داستان‌های تحمیلی.

✓ وایت معتقد بود که افراد موجوداتی خلاق و دارای قدرت تخیل هستند. این خلاقیت و تخیل، سلاح اصلی آنها در برابر داستان‌های سرکوبگر است. هدف درمان، آزادسازی این ظرفیت خلاق برای ساختن داستان‌های جدید و رهایی‌بخش است.

# روایت درمانی - فرایند درمان

نقش و عملکرد درمانگر

روایت درمانگر، تسهیل‌گری فعال است و مفاهیمی همچون مراقبت، علاقه، کنجکاوی محترمانه، گشودگی، همدلی، ارتباط و حتی شیفتگی به عنوان یک ضرورت ارتباطی در نظر گرفته می‌شود. موضع «ندانستن» به درمانگر اجازه می‌دهد از داستان‌های مراجع پیروی، تأیید و هدایت شود و نقش «شرکت‌کننده-مشاهده‌گر» و «تسهیل‌گر فرایند» را برای او ایجاد می‌کند. وظیفه اصلی درمانگر کمک به مراجع برای ساخت یک خط داستانی ترجیحی است. یکی از کارکردهای اصلی درمانگر، پرسیدن سؤال از مراجع و بر اساس پاسخ‌ها، تولید پرسش‌های بیشتر است. وایت و اپستون (۱۹۹۰) با کاوش در رابطه مراجع با مشکل ارائه‌شده شروع می‌کنند و از پرسش‌هایی با هدف جدا کردن مشکل از افرادی که تحت تأثیر آن قرار گرفته‌اند استفاده می‌کنند. مانند درمانگر راه‌حل‌محور، روایت درمانگر نیز مراجع را در مورد آنچه در زندگی می‌خواهد متخصص می‌داند و از زبانی که حاوی تشخیص، ارزیابی، درمان و مداخله باشد پرهیز می‌کند. در روایت‌درمانی، فرمول یا نسخه از پیش تعیین شده‌ای وجود ندارد و رویکرد با هر مراجع متفاوت است؛ اگر درمان به صورت قالبی دیده شود، مراجع احساس می‌کند کارهایی با او انجام می‌شود و خود از گفتگو کنار گذاشته شده است.

# روایت درمانی - فرایند درمان

□ رابطه درمانی

روایت درمانگران اهمیت زیادی برای ارزش‌ها و تعهدات اخلاقی که درمانگر به فرایند درمان می‌آورد قائل هستند. برخی از این نگرش‌ها عبارتند از: خوش‌بینی و احترام، کنجکاوی و پافشاری، ارزش‌گذاری برای دانش مراجع، و ایجاد نوع خاصی از رابطه که با گفتگوی واقعی تقسیم قدرت مشخص می‌شود. همکاری، دلسوزی، تأمل و کشف، ویژگی‌های رابطه درمانی هستند. اگر این رابطه قرار است واقعا مشارکتی باشد، درمانگر باید آگاه باشد که قدرت چگونه در عملکرد حرفه‌ای او خود را نشان می‌دهد. درمانگر با رفتار با مراجع به عنوان متخصص در زندگی خودش و با تسهیل بیان ارزش‌ها و تعهدات اخلاقی مراجع، از قدرت حرفه‌ای خود استفاده می‌کند. این همکاری به عنوان «هم‌نویسی» یا «تقسیم قدرت» توصیف شده است. در رویکرد روایی، «درمانگر به عنوان متخصص» با «مراجع به عنوان متخصص» جایگزین می‌شود. مراجع اغلب در الگوی زندگی با داستان آکنده از مشکل (که کارآمد نیست) گیر افتاده است. وظیفه درمانگر این است با وارد شدن به گفتگو و پرسش سؤال، به منظور برانگیختن دیدگاه‌ها، منابع و تجربیات منحصربه‌فرد مراجع، داستان‌های دیگری مرتبط با نقاط قوت را استخراج کند. گذشته، تاریخ است، اما گاه پایه‌ای برای درک و کشف «اخبار تفاوت» یا پیامدهای منحصربه‌فردی فراهم می‌کند که تفاوت ایجاد خواهند کرد. روایت درمانگر خوش‌بینی و گاه فرایند را تأمین می‌کند، اما مراجع است که امکانات را تولید می‌کند و حرکتی را که آنها را تحقق می‌بخشد، اجرا می‌کند.

## روایت درمانی - تکنیک‌ها و روش‌های درمانی

■ کاربرست مؤثر روایت‌درمانی بیش از آنکه به تکنیک‌ها وابسته باشد، به نگرش‌ها و دیدگاه‌های درمانگر بستگی دارد. در عمل روایت‌درمانی، هیچ نسخه، برنامه از پیش تعیین شده یا فرمولی وجود ندارد که درمانگر بتواند برای اطمینان از نتایج مثبت از آن پیروی کند. هنگامی که پرسش‌های برونی‌سازی عمدتاً به عنوان یک تکنیک به کار روند، مداخله سطحی، تحمیلی و بعید است که اثرات درمانی قابل توجهی ایجاد کند. روایت‌درمانگران در این زمینه با کارل راجرز هم‌عقیده هستند که «شیوه بودن» درمانگر اهمیت دارد، نه تکنیک‌محوری. رویکرد روایت‌محور در مشاوره فراتر از کاربرد مهارت‌هاست و مبتنی بر ویژگی‌های شخصی درمانگر است که فضایی را ایجاد می‌کند مراجعان را تشویق می‌کند داستان‌های خود را از دیدگاه‌های متفاوت ببینند. با این حال، مجموعه‌ای از «نقشه‌های» مسیرهای گفتگوی روایت‌محور می‌توانند به ساختاردهی و جهت‌دهی به گفتگوی درمانی کمک کنند. این رویکرد همچنین بیانی از موضعی اخلاقی است که در چارچوب پست‌مدرنیسم ریشه دارد و از همین چارچوب مفهومی است که شیوه‌هایی برای کمک به مراجعان در یافتن معانی و امکانات جدید در زندگی‌شان به کار گرفته می‌شود.

# روایت درمانی - تکنیک‌ها و روش‌های درمانی

□ سوالات ... و سوالات بیشتر

■ در روایت درمانی، سؤال کردن یک تکنیک نیست، بلکه یک هنر و یک شیوه بودن است. «سوالاتی که درمانگران روایت‌درمان می‌پرسند ممکن است به نظر برسد در یک مکالمه منحصر به فرد تعبیه شده است.» هدف از سؤال کردن در روایت درمانی با رویکردهای سنتی کاملاً متفاوت است:

■ در رویکردهای سنتی: سؤال برای جمع‌آوری اطلاعات است. درمانگر فرض می‌کند که پاسخ را (تقریباً) می‌داند و سؤال می‌پرسد تا اطلاعات را تأیید یا تکمیل کند.

■ در روایت درمانی: سؤال برای تولید تجربه جدید است. درمانگر واقعاً پاسخ را نمی‌داند و با کنجکاوی واقعی می‌پرسد تا به همراه مراجع، معنای جدیدی کشف یا خلق کند.

## روایت درمانی - تکنیک‌ها و روش‌های درمانی

■ صرف نظر از هدف، این پرسش‌ها اغلب چرخه‌ای (حلقه‌وار) یا رابطه‌ای هستند و در پی آنند که مراجعان را به شیوه‌های جدید توانمند سازند. به عبارت مشهور گرگوری بیتسون (۱۹۷۲)، آنها پرسش‌هایی در جستجوی «تفاوتی» هستند که تفاوت ایجاد کند.

■ سؤالات چرخشی: این سؤالات به جای تمرکز خطی بر علت و معلول، به بررسی ارتباطات و الگوها می‌پردازند. مثال: «وقتی تو ناراحتی، اعضای خانواده معمولاً چه واکنشی نشان می‌دهند؟ و وقتی آنها فلان واکنش را نشان می‌دهند، تو چه احساسی پیدا می‌کنی و چه می‌کنی؟»

# روایت درمانی - تکنیک‌ها و روش‌های درمانی

■ بیرونی‌سازی مشکل: بیرونی‌سازی بدون شک قلب و روح روایت درمانی است. وایت معتقد بود یکی از آسیب‌زاترین پیامدهای گفتمان‌های غالب، درونی‌سازی مشکل است. یعنی فرد به تدریج مشکل را جزئی از هویت خود می‌پندارد و می‌گوید: «من افسرده هستم» به جای «افسردگی به من حمله کرده است».

■ این سؤالات به جدا کردن مشکل از هویت فرد کمک می‌کنند. مثال: «این «غم» از چه زمانی وارد زندگی تو شد؟ چه تأثیری بر روابطت گذاشته؟ چگونه سعی می‌کند تو را کنترل کند؟»

# روایت درمانی - تکنیک‌ها و روش‌های درمانی

□ مراحل بیرونی سازی مشکل:

■ نام‌گذاری مشکل: اولین قدم این است که به مشکل یک نام بدهیم. این نام می‌تواند استعاری، توصیفی یا حتی شوخ‌طبعانه باشد. مثلاً «غم‌اندوه»، «غول انتقاد درون»، «افکار سیاه»، «ترسوی مزاحم».

■ نقشه‌برداری از تأثیر مشکل بر فرد: در این مرحله، درمانگر سؤالاتی می‌پرسد تا ابعاد مختلف تأثیر مشکل بر زندگی مراجع را روشن کند. مثال: «این «غم‌اندوه» چه تأثیری بر انرژی روزانه تو گذاشته است؟ بر روابطت با همسرت؟ بر کیفیت کارت؟ بر خواب و خوراکت؟ بر اعتماد به نفست؟»

■ نقشه‌برداری از تأثیر فرد بر مشکل: این گام بسیار مهم است. در اینجا درمانگر به دنبال لحظات مقاومت مراجع در برابر مشکل می‌گردد. مثال: «آیا تا به حال شده تو بر «غم‌اندوه» غلبه کنی؟ چه کارهایی کرده‌ای که تأثیر آن را کاهش داده است؟ در آن لحظات چه احساسی داشتی؟ چه کسی به تو کمک کرد؟»

## روایت درمانی - تکنیک‌ها و روش‌های درمانی

پیامدهای منحصر به فرد: این سؤالات به کشف لحظات استثنا و قدرت کمک می‌کنند. درمانگر درباره لحظات انتخاب یا موفقیت در رابطه با مشکل با مراجع گفتگو می‌کند؛ یعنی هر تجربه‌ای که از داستان مشکل‌زا جدا باشد، صرف نظر از اینکه چقدر برای مراجع ناچیز به نظر برسد، مورد توجه قرار می‌گیرد. هدف این پرسش‌ها برجسته‌سازی لحظاتی است که مشکل رخ نداده یا با موفقیت مدیریت شده است. مثال: «آیا تا به حال شده بر «غم» غلبه کنی؟ حتی برای یک لحظه؟ آن موقع چه کار متفاوتی کردی؟ چه چیزی در مورد آن لحظه وجود داشت؟»

## روایت درمانی - تکنیک‌ها و روش‌های درمانی

داستان‌های جایگزین و بازنویسی: این تکنیک به سازماندهی پیامدهای منحصر به فرد در قالب یک داستان جدید کمک می‌کند. افراد می‌توانند پیوسته و فعالانه زندگی خود را بازنویسی کنند. روایت درمانگر از مراجع دعوت می‌کند تا از طریق «پیامدهای منحصر به فرد» (رویدادهایی که از گوش دادن به داستان غالب آکنده از مشکل قابل پیش‌بینی نبودند)، داستان‌های جایگزین را پدید آورند. نقطه عطف مصاحبه روایتی زمانی فرا می‌رسد که مراجع انتخاب می‌کند آیا به زندگی با داستان آکنده از مشکل ادامه دهد یا داستانی جایگزین خلق کند. از طریق پرسش‌های امکان‌منحصر به فرد، درمانگر تمرکز را به آینده می‌برد؛ مثلاً می‌پرسد «با توجه به آنچه درباره خودت آموخته‌ای، قدم بعدی که ممکن است برداری چیست؟»

مثال: «حالا که می‌دانی می‌توانی در برابر «غم» مقاومت کنی، این کشف چه چیزی درباره تو به من می‌گوید؟ دوست داری این داستان جدید چگونه ادامه پیدا کند؟»

# روایت درمانی - تکنیک‌ها و روش‌های درمانی

□ مستندسازی شواهد:

■ داستان جدید برای اینکه ریشه بدواند و پایدار بماند، نیاز به تأیید و گواهی دارد. وایت و اپستون معتقد بودند که داستان جدید فقط زمانی ریشه می‌دواند که مخاطبی برای درک و حمایت از آن وجود داشته باشد. یافتن یا ایجاد یک مخاطب برای شنیدن اخبار تغییر، باید رخ دهد. دو روش اصلی برای مستندسازی پیشنهاد می‌شود:

■ ۱. نامه‌های درمانی: یکی از خلاقانه‌ترین و مؤثرترین تکنیک‌های روایت درمانی، نوشتن نامه به مراجع است. اپستون در این زمینه تخصص ویژه‌ای دارد. این نامه‌ها می‌توانند کوتاه یا بلند باشند، اما معمولاً شامل این موارد هستند: خلاصه‌ای از گفتگوی جلسه - توصیف مشکل و تأثیر آن به صورت بیرونی شده - بازگو کردن پیامدهای منحصر به فرد و لحظات قدرت با نقل قول مستقیم از کلمات مراجع - ثبت داستان جدید و دستاوردهای مراجع - طرح سؤالات جدید برای بازنویسی بیشتر.

■ ۲. ایجاد مخاطب برای داستان جدید: درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا افرادی را در زندگی واقعی خود پیدا کند که داستان جدید او را بشنوند، تأیید کنند و تقویت نمایند. این افراد می‌توانند اعضای خانواده، دوستان، یک گروه حمایتی یا حتی یک مربی معنوی باشند. سؤالاتی که درمانگر می‌پرسد: «به نظر تو کدام یک از دوستانت بیش از همه از شنیدن این داستان جدید تعجب نمی‌کنند؟ چرا؟» «اگر قرار باشد این داستان جدید را برای کسی تعریف کنی، از کجا شروع می‌کنی؟» «اگر این داستان جدید یک سند رسمی بود، دوست داشتی چه کسی آن را امضا کند و گواهی دهد؟»

# روایت درمانی - تکنیک‌ها و روش‌های درمانی

□ خلاصه برخی از فنون:

دکتر هادی سلیمی

کاری از گروه مشاوره و روانشناسی دانشگاه هرمزگان

مثال	توضیح	تکنیک
غم، از چه زمانی وارد زندگی تو شد؟ چه تأثیری بر تو داشته است؟	جدا کردن مشکل از هویت فرد	بیرونی‌سازی
«مادر بد» یعنی چه؟ این تعریف را چه کسی ساخته است؟	باز کردن مفروضات بدیهی پشت داستان	برساخت‌زدایی
آیا تا به حال شده بر «غم» غلبه کنی؟ آن موقع چه کردی؟	کشف لحظات استثنا و مقاومت	پیامدهای منحصر به فرد
در آن لحظه چه احساسی در بدنت داشتی؟ این تجربه چه چیزی درباره تو می‌گوید؟	بسط و گسترش پیامدهای منحصر به فرد	غنی‌سازی
حالا که می‌دانی می‌توانی مقاومت کنی، دوست داری زندگی‌ات چگونه ادامه پیدا کند؟	سازماندهی پیامدها در قالب داستان جدید	بازنویسی
نوشتن نامه توسط درمانگر که در آن داستان جدید و دستاوردها ثبت شده است	مستندسازی داستان جدید در قالب نامه	نامه‌های درمانی
به نظر تو چه کسی از شنیدن این داستان جدید بیشتر تعجب نمی‌کند؟	یافتن کسانی که داستان جدید را تأیید کنند	ایجاد مخاطب

# روایت درمانی - در مشاوره گروهی

بسیاری از تکنیک‌های توصیف‌شده در روایت‌درمانی را می‌توان در مشاوره گروهی به کار برد. وینسلیتد و مانک (۲۰۰۷) معتقدند تأکید روایت‌درمانی بر ایجاد یک «حضار قدردان» برای پیشرفت‌های جدید در زندگی فرد، رویکرد را به طور طبیعی با مشاوره گروهی همسو می‌کند. از نظر آنان، گروه‌ها «یک اجتماع از پیش ساخته شده از دغدغه‌مندی» و فرصت‌های فراوانی برای نوعی تعامل فراهم می‌کنند که امکاناتی برای شیوه‌های جدید زندگی می‌گشاید؛ هویت‌های جدید می‌توانند در گروه تمرین شده و برای ورود به دنیای گسترده‌تر آزمایش شوند. مثال‌های متعددی از کاربرد روایت‌درمانی در گروه‌های مدرسه ارائه شده است از جمله: گروه بازگشت به مسیر موفقیت در تکالیف درسی، گروه مبتنی بر برنامه ماجراجویی، گروه مدیریت خشم و گروه مشاوره سوگ.

# رویکردهای پست مدرن از منظر چندفرهنگی

## □ نقاط قوت از منظر تنوع

■ برساخت گرایی اجتماعی با فلسفه چندفرهنگی همخوانی کامل دارد. یکی از مشکلاتی که مراجعان با تنوع فرهنگی اغلب تجربه می کنند، این انتظار است که آنها باید زندگی خود را با حقایق و واقعیت های جامعه مسلطی که بخشی از آن هستند، مطابقت دهند. با تأکید بر واقعیت های متعدد و این فرض که آنچه به عنوان حقیقت درک می شود محصول ساخت اجتماعی است، رویکردهای پست مدرن با جهان بینی های متنوع به خوبی هماهنگ هستند.

■ درمان روایی در یک زمینه اجتماعی-فرهنگی تعبیه شده است، که این رویکرد را برای مشاوره با مراجعان با تنوع فرهنگی بسیار مرتبط می کند. درمانگران روایی بر این فرض عمل می کنند که مشکلات در زمینه های اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و رابطه ای شناسایی می شوند تا اینکه درون افراد وجود داشته باشند. آنها بسیار نگران در نظر گرفتن مشخصات جنسیت، قومیت، نژاد، ناتوانی، جهت گیری جنسی، طبقه اجتماعی و معنویت و مذهب به عنوان مسائل درمانی هستند.

# رویکردهای پست‌مدرن از منظر چندفرهنگی

## □ کاستی‌ها از منظر تنوع

- یک از اشکال بالقوه رویکردهای پست‌مدرن به موضع ندانستن که درمانگر اتخاذ می‌کند، همراه با فرض مراجع-به-عنوان-کارشناس مربوط می‌شود. هشدار داده می‌شود: «افراد از بسیاری از گروه‌های فرهنگی مختلف تمایل دارند از متخصص به عنوان کارشناسی که برای فرد جویای کمک، جهت‌گیری و راه‌حل ارائه می‌دهد، تجلیل کنند. اگر درمانگر به مراجع بگوید: «من واقعاً کارشناس نیستم. تو کارشناسی. من به منابع تو برای یافتن راه‌حل اعتماد دارم»، این ممکن است باعث ایجاد بی‌اعتمادی به درمانگر شود.»

## محدودیت‌ها و انتقادات وارد بر رویکردهای پست‌مدرن

■ برای تمرین مؤثر درمان راه حل محور، ضروری است که درمانگران در مداخلات کوتاه‌مدت ماهر باشند. اگرچه ممکن است به نظر برسد که درمان راه حل محور ساده و آسان است، درمانگرانی که در این چارچوب تمرین می‌کنند باید بتوانند ارزیابی کنند، به مراجعان در تدوین اهداف خاص کمک کنند و از طیف وسیعی از مداخلات مناسب استفاده نمایند. برخی از درمانگران کم‌تجربه یا آموزش‌ندیده ممکن است شیفته انواع تکنیک‌ها شوند، اما درمان مؤثر صرفاً تکیه بر هر یک از این مداخلات نیست. نگرش‌های درمانگر و توانایی او در استفاده از سؤالاتی که بازتاب‌دهنده علاقه محترمانه واقعی هستند، برای فرایند درمانی بسیار مهم است.

■ مک‌کنزی و مونک نگرانی خود را در مورد مشاورانی ابراز می‌کنند که سعی می‌کنند از ایده‌های روایت‌درمان به روشی مکانیکی استفاده کنند. آنها هشدار می‌دهند که یک خطر در توصیف نقشه یک جهت‌گیری روایی در این واقعیت نهفته است که برخی از مبتدیان بیشتر به دنبال نقشه توجه می‌کنند تا پیروی از راهنمایی مراجع. در چنین شرایطی، مک‌کنزی و مونک متقاعد شده‌اند که استفاده مکانیکی از تکنیک‌ها مؤثر نخواهد بود. علی‌رغم این محدودیت‌ها، رویکردهای پست‌مدرن مطالب زیادی برای ارائه به درمانگران دارند، صرف نظر از جهت‌گیری نظری آنها.

## دعای پایانی

پروردگارا! به من آرامشی عطا فرما تا بپذیرم آنچه را که نمی توانم تغییر دهم و شهامتی، تا تغییر دهم آنچه را که می توانم و بینشی تا تفاوت این دو را بدانم؛



مرا فهم ده، تا متوقع نباشم دنیا و مردم آن مطابق میل من رفتار کنند؛

خدایا! به من زیستنی عطا کن که در لحظه مرگ، بر بی ثمری لحظاتی که برای زیستن گذشته است، حسرت نخورم و مردنی عطا کن که بر بیهودگی اش، سوگوار نباشم....

و بگذار تا آن را، خود انتخاب کنم، اما آن چنان که تو دوست داری!