

تاریخچه‌ی روایت‌درمانی

استفاده از روایت‌درمانی در حوزه‌ی روان‌شناسی، کار جدیدی نیست و در واقع قدمت آن ممکن است به قدمت خود روان‌شناسی باشد. روان‌کاوی، به عنوان یک مکتب شناخته شده در روان‌شناسی، بدون اتکا به گفتن یا شنیدن داستان‌ها نمی‌توانست موجودیت یابد. با این حال در طول سال‌های اخیر، روایت دیگر به عنوان یک ابزار درمانی محض مطرح نیست، بلکه مطالعه‌ی خود روایت مدنظر قرار گرفته است [راگیلی، ۲۰۰۱، به نقل از: سایبرهگن، ۲۰۰۲]. در واقع، روایت درمانگری مشتق از خانواده درمانی و در بستر درمان‌های استنباط‌گرا، رشد کرد. از نظر استنباط‌گرایی، واقعیت چیزی نیست که بتوان آن را به طور عینی کشف کرد. واقعیت در درون هر یک از ما ساخته می‌شود. همه‌ی دانش‌ها به ساختار، فرهنگ، زبان یا نظریه‌ای که ما در مورد پدیده‌ی خاصی به کار می‌بریم، وابسته هستند [پروچاسکا، ۱۳۸۱].

پس می‌توان گفت، وایت و اپسون^۲ به عنوان خانواده درمانگر، از بنیان‌گذاران اصلی روایت‌درمانی به شمار می‌روند. روایت درمانگری، نخستین بار در قالب خانواده درمانی پایه‌گذاری شد. یکی از تکنیک‌های خاص اپسون در حوزه‌ی درمان، نوشتن نامه‌هایی برای مراجعاتش پس از هر جلسه درمانی بود که یک نسخه از آن‌ها را برای خودش نگه می‌داشت. گرچه وایت بحث ساخت‌شکنی پیچیدگی‌های زبانی را در فرایند روایت مطرح کرد، کار او و اپسون به شدت به نظریه‌ها و نظریه‌پردازان پیش از آن‌ها متکی بود [سایبرهگن، ۲۰۰۲].

اگرچه گفته می‌شود که روایت درمانی جنبشی بسیار جدید در حوزه‌ی روان‌شناسی محسوب می‌شود، ولی اصول و عقاید آن به دو قرن پیش و حتی فراتر از آن برمی‌گردد. بیش از دو قرن پیش، کانت (۱۸۰۴ - ۱۷۲۴) بر قابل تغییر بودن ذهن تأکید کرد. او معتقد بود: ذهن انسان تحت تأثیر وضعیت سبب‌شناختی، فضایی و زمانی پدیده‌ی تجربه است و دانش یک فرایند بناشدنی فعال است. روایت درمانگران بر همین اساس بر این نکته تأکید دارند که مراجعان می‌توانند روایت‌های خاص خود را بسازند یا بنویسند.

یک قرن بعد، آلفرد کورزیسبکی اولین کسی بود که بر باور نقشه‌ی زبانی تجربه در قلمرو جهان تأکید کرد. این گونه استفاده، بیانگر نقش زبان در نظریه‌ی روایت است. براساس این نظریه، زبان تنها نشان‌دهنده و توصیف‌کننده‌ی نقشه‌ی آن‌چه ما تجربه می‌کنیم نیست، بلکه نقش فعالی در ساخت تجارب ما در جهان بازی می‌کند و بنابراین، در معنادگی به حوادث نقش بسیار فعالی دارد.

نخستین نظریه‌ی جامع در حوزه‌ی روان‌درمانی که در راستای سازه‌گرایی شکل گرفت، نظریه‌ی جرج کلی در قرن بیستم بود. کلی معتقد بود: مقصود مراجع از خودش و اجتماع، ساخت‌های موقتی و مشروط هستند و اگر به شکل دیگری به آن‌ها نگریسته شود، به شکل کاملاً متفاوتی ظهور می‌یابند. در واقع، از این زمان جهش بزرگی به سوی روان‌درمانی صورت گرفت [اسماعیلی‌نسب، ۱۳۸۳].

نگاهی به تاریخچه،

اصول و فرایند روایت درمانی

نه شخص، بلکه مشکل، مشکل است!

رسول رضایی

ویژگی‌های روایت‌درمانی

روایت‌درمانی در بستر درمان‌های استنباط‌گرا رشد کرد که معتقد بودند: واقعیت در درون هر یک از ما ساخته می‌شود. همه‌ی دانش‌ها به ساختار و فرهنگ، زبان یا نظریه‌هایی که ما در مورد پدیده‌ی خاصی به کار می‌بریم، وابسته هستند. به طور کلی درمان‌های استنباط‌گرا سه ویژگی مشترک دارند:

۱. کوتاه‌مدت هستند؛

۲. روی حل مشکلات تمرکز می‌کنند، نه علت مشکل؛

۳. بر دیدگاه منحصر به فرد و ذهنی درمان‌جو تأکید دارند، نه واقعیت

عینی و توافقی [پروچاسکا، ۱۳۸۱].

با توجه به این امر که ادراک و حافظه فرایندهای خلاق هستند، روایت درمانگران عقیده دارند: درمان‌جویان با روایت‌هایی که در زمان حال می‌گویند، گذشته خود را می‌سازند. آن‌ها می‌توانند، با ساختن روایت‌های جدید تغییر کنند. روایت درمانگران ضد واقع‌گرایی هستند. واقعیت هر درمان‌جو روایت‌های اوست که منحصر به فرد، شخصی، ذهنی و خوشبختانه پذیرای تغییر است. براساس این فرض که تجربه‌ی مشکلات، حاصل روایت‌هایی است که ساخته‌ایم، برای حل مشکلات باید روایت‌های کهنه را ساخت‌زدایی کنیم و روایت‌های جدیدی بسازیم [پیشین].

تفاوت عمده‌ی نظریه‌ی روایت در مقایسه با دیگر نظریه‌ها، استفاده از «استعاره‌ی ظهور» به جای «استعاره‌ی ریشه» است. استعاره‌ی ظهور، برخلاف استعاره‌ی ریشه که تحویل‌گراست، انسان را کلی پیچیده در نظر می‌گیرد که روایت خود را در خلال تجربه‌ی بی‌واسطه و برخورد زنده با محیط می‌سازد.

نظریه‌ی روایت در پی ساخت دادن به تجارب افراد است. زمانی که یک تجربه ساختار* می‌یابد، پیامدهای هیجانی ناشی از آن بیشتر قابل کنترل خواهد شد. چیزهایی که باعث ناراحتی می‌شود، فقط حوادث آسیب‌زا نیستند که فرد به آن‌ها نسبت می‌دهد. از این رو، ساخت دادن به آن‌ها و بیان تصاویر و هیجانات در قالب کلمات روشن، چگونگی فکر

با توجه به این امر که ادراک و حافظه فرایندهای خلاقیت هستند، روایت درمان جوانان با روایت‌هایی که در زمان حال می‌گویند، گذشته خود را می‌سازند. آن‌ها می‌توانند، با ساختن روایت‌های جدید تغییر کنند

کردن به حادثه‌ای آسیب‌زا را تغییر می‌دهد و تصمیم‌گیری را آسان می‌کند که در نهایت به حذف تدریجی افکار مغل منجر می‌شود. علاوه بر این، کارکرد صرف گزارش درماندگی‌های هیجانی در غالب کلمات، سلامت روانی و فیزیکی را افزایش می‌دهد. به عبارت دیگر، افشاگری هسته‌ی درمان است و افراد هنگام روایت تجارب هیجانی منفی، از زبان درونی تمرکز بر افکار و احساسات استفاده می‌کنند.

روایت درمانی، رویکردی به مشاوره است. این رویکرد مردم را متخصصان اصلی زندگی‌شان و مشکلات راه‌آموری مجزا از آن‌ها در نظر می‌گیرد. روایت‌درمانی بر این فرض استوار است که مردم مهارت‌ها، باورها، ارزش‌ها، و توانایی‌هایی دارند که به آن‌ها کمک می‌کنند تا اثرات مشکلات را در زندگی‌شان کاهش دهند. روایت درمانی، دربرگیرنده‌ی روش‌های فهم داستان‌های زندگی افراد و روش‌های بازنویسی این داستان‌ها در اشتراک میان درمانگر و فردی است که زندگی‌اش به بحث گذاشته شده است [مورگان، ۲۰۰۰].

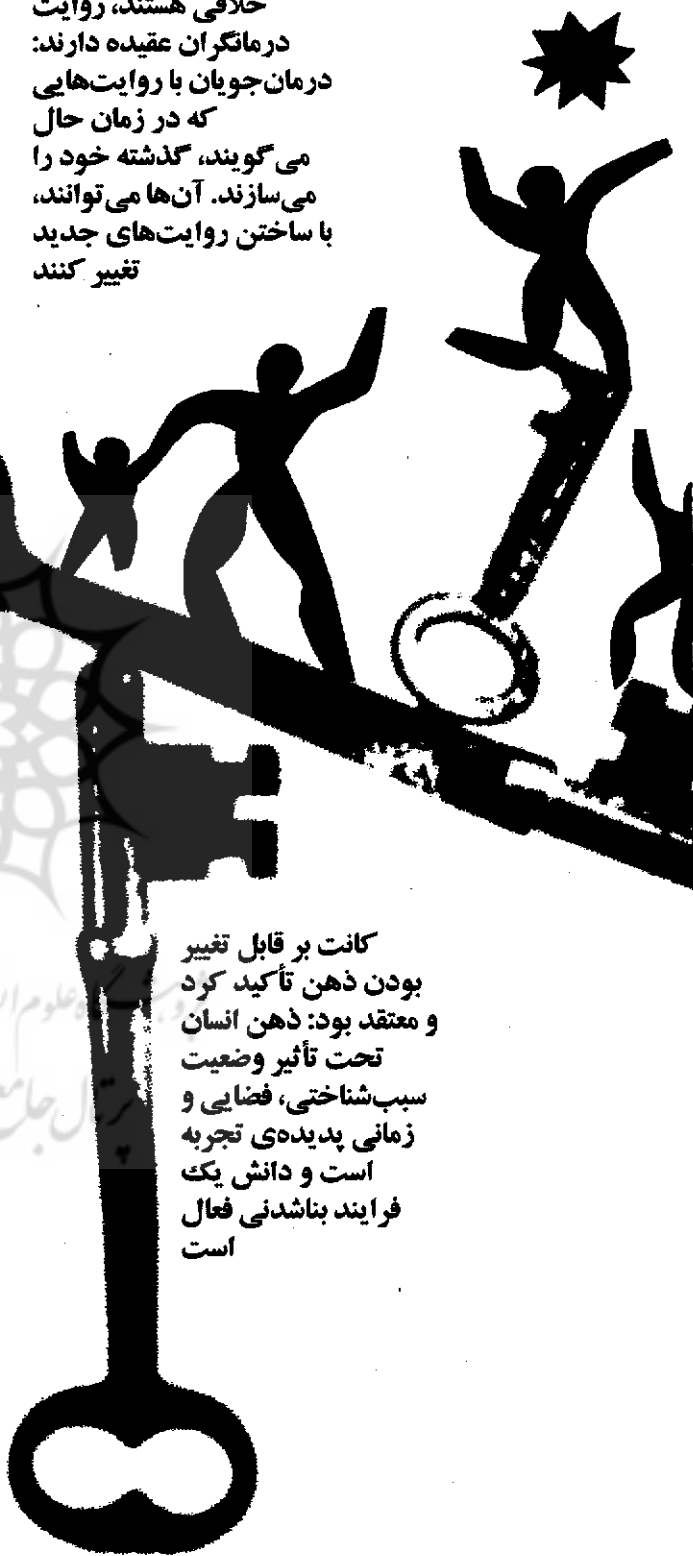
روایت درمانی به دنبال کشف لحظات حساس زندگی یک شخص، مقاطع تحصیلی تعیین‌کننده، ارتباط‌های کلیدی، و خاطرات خاصی است که با گذشت زمان هنوز واضح و روشن هستند. اگر روایت‌درمانی تنها یک شعار داشته باشد، آن عبارت خواهد بود از: «شخص هرگز مشکل نیست، بلکه مشکل، مشکل

است.» بسیاری از مکاتب روان‌شناسی و انواع زیادی از درمان‌ها، برای فرایندسازی فردی‌سازی اهمیت فوق‌العاده‌ای قائل‌اند. بر این اساس این شخص است که دنیای بیرونی خویش را می‌سازد. ولی روایت درمانی تا اندازه‌ای با این رویکرد مغایرت دارد. روایت‌درمانی معتقد است که هویت فرد در ارتباط با سایر مردم و هم‌چون تاریخ و فرهنگ یک فرد ساخته می‌شود. بنابراین نگاه خاطرات به یک فرد می‌تواند به اندازه‌ی نگاه خود فرد به خودش مهم باشد. ما در این‌جا خودمان را در آینده‌هایی نگاه می‌کنیم که دیگران برایمان نگه داشته‌اند. یعنی فرض بر آن است که هویت فرد به طور اجتماعی ساخته می‌شود. روایت‌درمانی می‌کوشد تا دریابد: این هویتی که به طور اجتماعی ساخته شده است، چه قدر با فرد تناسب دارد.

روایت درمانی عبارت است از فهم داستان‌هایی که زندگی یک فرد را تشکیل داده‌اند. در میان همه‌ی تجاربی که فرد با آن‌ها زندگی کرده، کدام مهم‌تر است؟ روایت درمانی معتقد است، تنها تجاربی که بخشی از یک داستان بزرگی باشند، تأثیر معناداری بر زندگی فرد دارند. بنابراین، روایت درمانگر به تعیین موضوعی علاقه‌مند است که بتواند، اجزای متفاوت زندگی فرد را به هم متصل کند.

داستان‌ها در رویکرد روایت

در این رویکرد، داستان‌ها نمایش یادآوری و تفکر درباره‌ی رویدادها هستند. این داستان‌ها ساختار زندگی را شکل می‌دهند. به دلیل چند وجهی بودن زندگی، افراد بیش از یک داستان دارند، منظور از وجود داستان‌های چندگانه، داستان‌هایی است که فرد می‌تواند بسازد، حال



کانت بر قابل تغییر بودن ذهن تأکید کرد و معتقد بود: ذهن انسان تحت تأثیر وضعیت سبب‌شناختی، فضایی و زمانی پدیده‌ی تجربه است و دانش یک فرایند بنیادینی فعال است

آن که به آن‌ها آگاهی ندارد. «داستان جای‌گزین»، نسخه‌ی دیگری از داستان زندگی کردن است؛ داستانی است که به شکل متفاوتی از تجربه‌ی زندگی روایت می‌شود. اهمیت داستان جای‌گزین در این است که مراجع را به شناخت روشی متفاوت در تجربه‌ی خویش و رویدادهایی که به آن‌ها عادت کرده است، هدایت می‌کند.

داستان‌های جای‌گزین راهی را برای «داستان برگزیده» می‌کشایند. داستان برگزیده، تقدیر انتخاب‌شده‌ای از زندگی است. داستان‌های برگزیده به روایت اصلی ترجیح داده می‌شوند. دست‌یابی جای‌گزین و برگزیده، برای درمان‌روایی ضروری است؛ زیرا آن‌ها همان معانی هستند که مراجع به روایت اصلی پی‌اولیه اسناد می‌دهد [وایت، ۱۹۹۵]. داستان اولیه یا اصلی از دیدگاه روایت درمانگران، توصیف غیردقیق نامیده می‌شود؛ غیردقیق از این نظر که توصیف برای معنابخشی به خود است، اما پیچیدگی‌ها و تناقضات زندگی فرد را نادیده می‌گیرند. گاهی این توصیف محدود موجب می‌شود، فرد نتواند معنای خاص خود را به رفتار و بافتی که در آن اتفاق می‌افتد، بدهد. گاهی توصیف محدود را دیگران به وجود می‌آورند؛ افرادی که در زمانی، در زندگی فرد اقتدار داشته‌اند؛ مانند: والدین، همسر، یا حتی متخصصین بهداشت. این توصیف محدود، روشی برای شناخت فرد از خودش و رفتارش محسوب می‌شود.

مبانی هیجانی روایت درمانی

ایستاین (۱۹۹۴)، نظریه‌ای تحت عنوان «نظریه‌ی خودشناختی - تجربه‌ای» ارائه کرده است. در این نظریه دو سیستم پردازشی مورد بحث قرار گرفته است که یکی انتزاعی و تحلیلی است و دیگری خودکار و شهودی.

سیستم انتزاعی با قوانین منطق سروکار دارد و سیستم شهودی یا هیجان‌ها و تأثیرات عاطفی. از دیدگاه این نظریه، روایت‌ها به سیستم تجربه‌ای مربوط می‌شوند، چرا که آن‌ها وقایع را به روشی بسیار شبیه آن چه که در زندگی واقعی اتفاق می‌افتند و دربرگیرنده‌ی زمان و مکان تجلی زنجیره‌ای، ارائه می‌دهند [برونر، ۱۹۸۶، به نقل از: ایستاین، ۱۹۹۶].

برونر دو روش برای بازنمایی‌های ذهنی مطرح می‌کند: گزارمای و روایی. افکار گزارمایی، عمومی، منطقی، صوری، نظری کلی و انتزاعی هستند [در حالیکه] افکار روایی، داستان‌گونه، عینی، خاص، از لحاظ شخصی قانع‌کننده، تصویری و شامل منش‌ها، قصدها، هیجان‌ها و فعالیت‌ها هستند. بنابراین، روایت‌ها به طور ذاتی جذابیتی دارند که ادراک فنی ندارد. این امر تصادفی نیست چرا که کتاب مقدس تأثیرگذارترین کتاب در غرب است. کتاب‌های مذهبی، از طریق حکایت‌ها و داستان‌ها آموزش می‌دهند، نه از

طریق بحث فلسفی [ایستاین، ۱۹۹۴].

نظریه‌ی روایت، در پی ساخت دادن به تجارب افراد است. زمانی که یک تجربه ساختار می‌یابد، پیامدهای هیجانی ناشی از آن بیشتر قابل کنترل خواهند بود. ساخت دادن به داستان‌ها تصمیم‌گیری را آسان می‌کند که به تفکر و در حد نهایت حذف تدریجی تجربه‌های منحل افکار آگاه منجر می‌شود. وقایع دردناکی که به صورت یک روایت ساخت نمی‌یابند، در تداوم تجربه‌ی افکار و احساسات منفی نقش دارند. یکی از رایج‌ترین دلایلی که چرا مردم درمان را شروع می‌کنند، این است که آن‌ها رنج‌های ناشی از درماندگی هیجانی‌شان را گزارش می‌دهند [ماهونی، ۱۹۹۵، به نقل از: پینکبر و سگال، ۱۹۹۹] به عبارت دیگر افشاگری، هسته‌ی درمان است. تحقیقات بسیاری نشان می‌دهند که مردم اغتشاشات هیجانی‌شان را در غالب کلمات بیان می‌کنند و سلامت روانی و فیزیکی‌شان ارتقا می‌یابد [پینکبر و سگال، ۱۹۹۹].

نظریه‌ی روایت در پی ساخت دادن به تجارب افراد است. زمانی که یک تجربه ساختار می‌یابد، پیامدهای هیجانی ناشی از آن بیشتر قابل کنترل خواهد شد

روایت درمانی، رویکردی به مشاوره است. این رویکرد مردم را متخصصان اصلی زندگی‌شان و مشکلات را، اموری مجزا از آن‌ها در نظر می‌گیرد

یکی از اثرات ساخت دادن به تجارب این است که تبدیل تصاویر و هیجان‌ها به کلمات، روش مشخصی درباره‌ی فکر کردن و سازمان‌دهی حادثه‌ی آسیب‌زا را تغییر می‌دهد. به علاوه، آن چه باعث ناراحتی می‌شود، فقط حوادث آسیب‌زا نیستند، بلکه هیجان‌هایی هستند که فرد به آن‌ها نسبت می‌دهد. شخص با یکپارچه‌سازی افکار و احساسات، راحت‌تر می‌تواند روایتی منسجم از تجربه‌اش را ساخت دهد.

شواهد پژوهشی نشان می‌دهند، افراد هنگام روایت تجارب مثبت، بیشتر درباره‌ی افراد و اشیا حرف می‌زنند، ولی هنگام روایت تجارب منفی، بیشتر درباره‌ی افکار و هیجان‌اتشان می‌گویند. محتوا و یکپارچگی خاطرات افراد از وقایع هیجانی منفی، به ویژه با موضوع فائق آمدن، در ارتباط است. یکی از مداخلات مؤثر بالینی درباره‌ی قربانیان حادثه‌ی آسیب‌زا این است که به آن‌ها کمک کنیم، شرح مفصل و منسجمی از آن چه اتفاق افتاده است، خلق کنند [فوا و دیگران، ۱۹۹۵، به نقل از: فیوس و دیگران، ۲۰۰۳]. این امر مشخص می‌سازد که فرایند خلق یک داستان منسجم، افراد را قادر می‌سازد، این وقایع را یکپارچه سازند و بنابراین تغییر کنند [فیوس و دیگران، ۲۰۰۲].

برخلاف روایت تجارب هیجانی که روی ویژگی‌های بیرونی و خلق یک داستان توصیفی متمرکز است، افراد هنگام روایت تجارب هیجانی منفی، بیشتر از زبان درونی استفاده می‌کنند؛ یعنی بر افکار و احساساتشان تمرکز می‌کنند و به آن‌ها یک قالب روایی منسجم می‌دهند. احتمالاً، وقایع هیجانی مثبت برخلاف وقایع هیجانی منفی، نیاز به تبیین ندارند. تلاش برای تبیین وقایع هیجانی منفی، به تمرکز بر احساسات و افکار مربوط



به آن‌ها، و در نهایت، به معنادهی به آن‌ها می‌انجامد. به عبارت دیگر، تمرکز روی افکار و احساسات احتمالاً به فرد کمک می‌کند، در یک معنای درونی از تجربه، برای خلق یک داستان شخصی معنی‌دار، همت گمارند. به طور خلاصه، یک واقعه‌ی هیجانی منفی مشکلاتی به وجود می‌آورد که نیازمند حل کردن است و تمرکز برای تبیین آن، به خلق یک ساختار داستان‌گونه می‌انجامد.

از دیدگاه درمانی، فهم روانی شخص دیگر، مستلزم آن است که درمانگر در درجه‌ی اول نمونه‌های نخستین روایت‌های خود را شناسایی کند. بعد از این مرحله، درمانگر می‌تواند به مراجع کمک کند تا یک داستان زندگی جدید و سازگارانه‌تر تألیف کند. درمانگر فقط در قالب یک همکاری می‌تواند، به مراجع یاری رساند تا روایتش را بازسازی کند [اسلونیم و هادمیر، ۲۰۰۰].

اصول درمانگری در روایت‌درمانی

درمانگر بر اولویت‌ها و علائق بسیار تأکید می‌کند. او توجه ویژه‌ای به داستان‌ها و تجربیات گذشته و آینده مراجع دارد که انعکاسی از نگاه مراجع به خودش و رفتارش و نگاه افراد مهم زندگی‌اش به اوست. درمانگر تأثیر مشکل را بر فرد بررسی می‌کند و در جست‌وجوی آن است که چه طور مشکل، در علاقه‌ها و آرزوهای مراجع تداخل به وجود آورده‌اند و چه طور اولویت‌هایی را به فرد القا کرده‌اند. در این درمان:

● درمانگر و بیمار به طور مشارکتی اهداف را انتخاب می‌کنند. آن‌ها در مورد چشم‌انداز آینده‌ی زمانی که مشکل حل شود، گفت‌وگو می‌کنند.

● درمانگر از پرسش‌های معجزه‌آسا استفاده می‌کند. برای مثال می‌پرسد: چگونه می‌شود که فردی با نگرش‌های انتخاب شده‌ی X (سخت‌کوشی و خلاقیت)، در موقعیت Y (کوشش کمتر و احساس افسردگی) قرار می‌گیرد و چگونه دیگران او را در این مسیرهای غیر برگزیده می‌بینند.

● مراجع و درمانگر اغلب توصیف‌های دیگری را برای دگرگون کردن مسئله در کنار هم قرار می‌دهند؛ به شکلی که فرد ترجیح می‌دهد که دیگران او را آن گونه بشناسند و این می‌تواند موجب ایجاد رفتار جدیدی شود.

● با تشویق درمانگر برای گفت‌وگو درباره‌ی انتخاب‌ها، اولویت‌ها، آرزوها و اهداف با افراد مهم زندگی، مکالمه‌ی سودمند درون اتاق درمان به مکالمات سودمند خارج از اتاق درمان تعمیم خواهد یافت و به راه‌حل‌های انعطاف‌پذیر منجر می‌شود [اژن و لاند، ۱۹۹۶].

ساخت‌زدایی کنیم و روایت‌های جدید بسازیم. این روایت‌های درمانی باید آگاهانه ساخته شوند. فرایند درمان سه مؤلفه دارد:

۱. **هشیاری‌افزایی:** ابتدا باید آگاه شویم، چه مقدار از روایت ما بر اساس موعظه‌های حاکم در خانواده‌ها و جوامع ساخته شده‌اند. در گذشته، افراد قدرتمند حق داشتند، تجربه‌های ما را اصلاح کنند. شاید برخی از آن‌ها آن قدر قدرتمند بودند که معنای زندگی را به ما تحمیل می‌کردند. مثلاً می‌گفتند: «میل جنسی بد و نمرات عالی خوب است.» در حضور روایت درمانگران ما می‌توانیم آگاه شویم که در ساختن روایت زندگی‌مان حق ویژه‌ای داریم. هیچ تعبیر نظری از پیش تعیین‌شده‌ای وجود نخواهد داشت. فقط گفت‌وگوهای درمانی خاصی ترتیب داده می‌شوند که در آن‌ها، ما با برخورداری از حق ویژه‌ای می‌توانیم، هم خواننده و هم مؤلف کتاب زندگی خود باشیم [پروچاسکا، ۱۳۸۱].

۲. **انتخاب:** آیا برای نوشتن داستانی دیگر آماده‌ایم؟ ما می‌توانیم تصمیم بگیریم با صدای خودمان، با کلمات خودمان، و از دیدگاه شخصی خودمان، موعظه‌های سلطه‌گر را سرنگون کنیم. برای مثال، نوشتن دفتر خاطرات، انتخابی است که نشان می‌دهد، کلمات ما هم مهم هستند و تجربیات ما معنی دارند.

۳. **مقابله کردن:** برای ساختن روایتی جدید به کلمه‌ها، تصاویر ذهنی و معانی جدید نیاز داریم. روایت‌درمانی، استفاده از زبان شاعرانه و گویا را ترغیب می‌کند. وقتی زبان ما غنی‌تر شود، تجربه‌ی ما غنی‌تر خواهد شد. وقتی کلمه‌های ما معانی متعدد داشته باشند، زندگی ما معنی بیشتری پیدا می‌کنند. اگر زندگی ما خیلی پوچ، محدود، معمولی، مقید یا بی‌رمق است، به این علت است که زبان ما بسیار محدود است.

درمان‌جو در روایت درمانی می‌تواند، جنبه‌هایی از هیجانانگیز، برانگیختگی، شادی، غم و آشفتگی را تجربه کند و با معانی آندوه‌بار و کسل‌کننده مقابله کند. نشانه‌ی واضح شروع تغییر این است که کلمات فرد تغییر می‌کند. روایت درمانگران، علاوه بر این که درمان‌جویان را ترغیب می‌کنند، در نوشتن و بازگو کردن زندگی خود احساس نویسندگی کنند، به آن‌ها امکان می‌دهند، در روایتی که به تازگی ساخته‌اند، نقش بازی کنند. آن‌ها آزادند تا در جلسات درمانی نقش بازی کنند؛ جایی که می‌تواند برای بیان نگرانی درباره‌ی عمل کردن و صحبت کردن از نو، محل کاملاً امن و مقبولی باشد [پیشین].

اهداف روایت درمانی

هدف نهایی هر مداخله‌ی روایت‌درمانی و هدف درمانگر باید این باشد که مراجع، تغییر فلسفی عمیقی را در تفکرش که اصطلاحاً آن را حل سلیقه‌ای می‌نامند، تجربه کند. در این زمینه، توجه به نکات زیر

نظریه‌ی روایت، در پی ساخت دادن به تجارب افراد است. زمانی که یک تجربه ساختار می‌یابد، پیامدهای هیجانی ناشی از آن بیشتر قابل کنترل خواهند بود. ساخت دادن به داستان‌ها تصمیم‌گیری را آسان می‌کند که به تفکر و در حد نهایت حذف تدریجی تجربه‌های مخمل افکار آگاه منجر می‌شود

اگر روایت درمانی تنها یک شعار داشته باشد، آن عبارت خواهد بود از: «شخص هرگز مشکل نیست، بلکه مشکل است.»





ضروری است:

۱. روایت، اصلی‌ترین ابزاری است که مراجعان با آن در فرایند درمان به ساخت معنا می‌دهند.
۲. هدف روایت‌درمانی، کمک به مراجع است که بتواند، روایت‌هایی یکپارچه (پیوستگی روایت)، پیچیده (شیوه‌های روایی متفاوت)، و متنوع، با محتوای روایی چندگانه بسازد.
۳. فرایند درمانی به شکلی سازمان می‌یابد که مراجع از عهده‌ی پیچیدگی‌های محتوای روایت و کشف شیوه‌های روایی متفاوت (جهت‌گیری پیشرفت‌گرا از برون به درون) برآید تا بتواند روش‌های دیگری را برای ساخت یکپارچه‌ی روایت‌هایش انتخاب کند [گونسالس و ماکادو، ۱۹۹۹].

●● **عینی‌سازی روایت‌ها (تحقیق یافته):** مرحله‌ی دوم به مراجع کمک می‌کند که به نگرشی غیبی دست یابد. او در این مرحله، ابعاد حسی و رفتاری (دیداری، شنیداری، بویایی، چشایی، جنبشی و رفتاری) روایت‌هایش را بررسی می‌کند. هدف ایجاد بازتابی عینی، تصویری و واقعی از هستی تجربیات نیست، بلکه مراجع تشویق می‌شود، پیچیدگی هستی‌شناختی خود را با تمایز میان تجربیات شبکه‌ای دریابد.

●● **ذهنی‌سازی روایت‌ها:** هر روایت نتیجه‌ی تجربیات درونی شخصیت‌هاست؛ تجربیات درونی شناختی و هیجانی شخصیت‌ها، جنبه‌ی درونی تجربه، یکی از ابزار اساسی نمایشی ساخت معنا، خارج از روایت است. در این مرحله، مراجع یاد می‌گیرد که چگونه تجربیات هیجانی روایت را با راهبردهای هستی‌گرا، برانگیختگی و تمرکز، نمادسازی کند.

●● **استعاره‌سازی روایت‌ها:** در این مرحله، مراجع به سازه‌های معنایی هیجانی نزدیک می‌شود. معناسازی هدف اصلی مرحله‌ی چهارم درمان، یعنی استعاری کردن روایت‌هاست. استعاره‌ها، نمادهای معناسازی ایده‌آلی‌اند که با محتوای روایت‌ها هم‌شکل هستند. هدف این است که مراجع، استعاره‌های ساختاری هدایت‌کننده را به شکل ایده‌آلی، در فرایند ساخت معنا در هر روایت، نمادسازی کند.

●● **فراقلمی روایت‌ها:** هدف، ایجاد استعاره‌ای برای جای‌گزین کردن است. آزمون این معناها، با فراقلمی روایت‌های جدید ممکن می‌شود. هدف نهایی، هدایت مراجع به روایت‌های زندگی است. در این فراقلمی، شخصیت‌های جای‌گزینی به وجود می‌آیند. فراقلمی

روایت‌ها و تجربیات، ابزاری برای ارزش‌یابی روایت گسترش یافته‌ی جدید خواهد بود. روایت گسترش یافته، ابزار اصلی ایجاد یکپارچگی و چندوجهی‌شکن تجربیات است.

●● **بازاندیشی روایت‌ها:** با فرایند بازنویسی گفت‌وگوها و فرهنگ‌ها، می‌توان روایت‌های معتبری را ایجاد کرد که محدودکننده و آسیب‌زا نباشند. اگر روایت‌درمانی را استعاری بدانیم، جامعیت نوشتار یا بازنویسی، یک فرایند را به شکلی تسهیل می‌کند که فرد می‌تواند، روش‌های دیگری از بودن و فکر کردن را شکل‌بندی و تجربه کند. این شکل‌بندی و تجربه، اهداف، ارزش‌ها، باورها و تعهداتی را به همراه دارد که نوشته‌ی جای‌گزینی برای تجربه‌ی زندگی خواهد بود. بازنویسی، در فرایند مکالمات بازخوانی شده با درمانگر به دست می‌آید. این داستان‌ها انتظاراتی هستند که موضوع زندگی فرد را تولید می‌کنند و پیامدهای یگانه خواننده می‌شوند. این پیامدهای منحصر به فرد، گاهی جای‌گزینی دربار‌ی خود هستند. آن‌ها در اندیشه‌هایی درباره خود، دیگران و محیط، نمایش داده می‌شوند و متفاوت از روایت‌های استاندارد هستند.

طبقه‌بندی اختلالات روانی بر اساس طرح روایت

در زندگی فرد ممکن است رویدادهایی رخ دهند که با تاریخچه‌ی

**وقتی زبان ما غنی‌تر
شود، تجربه‌ی ما غنی‌تر
خواهد شد. وقتی
کلمه‌های ما معانی
متعدد داشته باشند،
زندگی ما معنی بیشتری
پیدا می‌کنند. اگر
زندگی ما خیلی بوج،
محدود، معمولی، مقید
یا بی‌رمق است، به این
علت است که زبان ما
بسیار محدود است**

- ### مراحل درمان
۱. دیدگاه اهانلون (۱۹۹۴) چارچوب روایت درمانی با هفت عنصر کلیدی شناخته می‌شود:
 ۱. همکاری مشترک فرد یا خانواده، در نام‌گذاری مسئله یا مشکل؛
 ۲. توصیف مشکل، جدا از تمایلات و رفتارهای ناراحت‌کننده؛
 ۳. بررسی تأثیر مشکل بر زندگی فرد؛
 ۴. برجسته ساختن لحظاتی که شخص در برابر مشکل ایستادگی و آن را مغلوب کرده است؛
 ۵. یافتن مهارت‌های مقابله‌ای با مشکل گذشته؛
 ۶. اندیشیدن در مورد آینده با تأکید بر استخراج توانمندی‌ها و شایستگی‌ها؛
 ۷. دریافت حمایت و کمک از افرادی که به پیدایش خود سالم کمک می‌کنند.

فرایندهای روایت‌درمانی
هم چنان که سایبرهگن (۲۰۰۲) اشاره می‌کند، در روایت‌درمانی، تجربه‌ی زندگی، ادراک فردی ویژه از واقعیت است. لذا در روند درمان انتظار می‌رود که در ابتدا به این ادراک منحصر به فرد دست یافت. فرایند درمان به مراجع اجازه می‌دهد، هم‌خوانی زندگی خود را با داستان‌های متفاوت بشناسد و بداند که نویسنده‌ی این داستان‌هاست. در این فرایند به فرد کمک می‌شود، به تغییر ادراکی در مورد گذشته و آینده دست یابد. در واقعیت درمانی، زندگی را می‌توان به شکل متفاوت و در چشم‌اندازی جدید یافت و در حقیقت، بازنویسی زندگی، هدف نهایی فرایند درمان است. زندگی با تجدیدنظر نویسنده تغییر می‌کند. در ادامه، فرایندهای مهم در حوزه‌ی روایت‌درمانی مطرح شده است:

●● **یادآوری روایت‌ها:** مراجع نگرش‌های خود را فراخوانی می‌کند. در این مرحله، او می‌آموزد که مهم‌ترین ابزار معناسازی، استفاده از تجربیات گذشته و روزانه است. با چند تمرین درمانی، روایت‌های معنادار چرخه‌ی زندگی خود را گردآوری می‌کند. روایت انتخابی، طرح اولیه یا بهترین نمونه است.



زندگی او تلفیق نشده باشند. چنین رویدادهایی به صورت یک علامت آسیب روانی نمود می‌یابند. از دیدگاه روایت و سازه‌گرایی، آسیب روانی، اختلال ایجاد شده در پیوستگی طرح روایت است. به این ترتیب که رویدادهای موجد آشفتنگی‌های هیجانی، با تاریخچه‌ی زندگی فرد یکپارچه نشده‌اند [روبینر، ۱۹۹۷]. از این دیدگاه، بهنجاری عبارت است از توان انعطاف‌پذیری فرد برای سازگاری با موقعیت‌های متفاوت زندگی. بر همین اساس، افراد نوروتیک افرادی هستند با انعطاف‌پذیری کاهش یافته که رویکرد خشکی دارند و قادر به تولید نظریه‌هایی نیستند که بتوانند، این حوادث آسیب‌زا را به خوبی با طراحی روایتشان یکپارچه کنند. به همین ترتیب، در سایکوز شکافی جدی در پیوستگی طرح روایت رخ می‌دهد [پیشین].

نتایج مطالعات نشان می‌دهند، روایت‌ها نقش اساسی در ایجاد دانش دارند. آن‌ها طرح‌های اولیه‌ای هستند که تجربیات آینده را طبقه‌بندی، سازمان‌دهی و هدفمند می‌کنند.

مراحل درمان

از دیدگاه اهانلون (۱۹۹۴)، چارچوب روایت درمانی با هفت عنصر کلیدی شناخته می‌شوند که قبلاً ذکر شدند اما درمان خود در سه مرحله آغاز می‌شود، ادامه می‌یابد و به نتیجه‌گیری می‌رسد که در ادامه شرح هر مرحله آمده است:

الف) آغاز درمان: در مرحله‌ی آغازین، ایجاد اتحاد درمانی مورد تأکید است. در تماس اولیه، مشکل اولویت‌ها، امیدها و علائق مراجع مشخص می‌شود. در پیوند با اولویت‌ها یا همان ارتباط همدلانه، فرایند تغییر به حرکت درمی‌آید. در این مرحله، درمانگر در جست‌وجوی این است که بداند، در ارتباط با دیگران ترجیح می‌دهد، چگونه شناخته شود. گفت‌وگو درباره‌ی آن که افراد علاقه‌مندند به وسیله‌ی الگوهای خود شناخته شوند، سبب پیوند با اولویت‌های انگیزشی برای تغییر در ارتباط‌ها و ایجاد هدف‌های درمانی می‌شود.

ب) مرحله‌ی میانی: در این مرحله، تمرکز بر ایجاد هدف و آغاز تغییر است و مشخص می‌شود که فرد دوست دارد، چگونه رفتار کند، و یا به وسیله‌ی دیگران چگونه شناخته شود و ارتباطش چگونه باشد. وقتی رفتارهای مشکل‌ساز تعریف می‌شوند، تأثیر آن‌ها بر خود، دیگران و ارتباطات جست‌وجو خواهد شد. مراجع، با تمایز بین اولویت‌ها و اثرات آن‌ها، به ایجاد اهداف متعدد می‌شود. تکنیک دیگری که در این مرحله از آن استفاده می‌شود، توصیف چشم‌انداز آینده‌ی ارتباط بدون مشکل است.

درمانگر، نقشه‌ی تغییر مشکل و کلیدهای نگرشی و رفتاری مرتبط با مشکل فعلی را دارد. او به دنبال گذشته پیش از مشکل است. تغییر، زمانی آغاز می‌شود که

داستان‌های کلیدی که در برگزیده‌ی گزارشات فرد درباره‌ی خود و دیگران است، با نگرش‌ها و رفتارهای مشکل‌ساز که به دوام می‌انجامند، در تضاد قرار می‌گیرند.

در این مرحله، از سوالات معجزه‌آسا استفاده می‌شود و این که چگونه می‌توان از این ردپاها به ارتباط مطلوب بازگشت. درمانگر و بیمار، توضیح جای‌گزینی برای دگرگونی مسئله می‌یابند. این توضیح، کمک می‌کند که مشکل و رفتار نگه‌دارنده‌ی آن، دوباره چارچوب‌بندی شوند.

تغییر زمانی آغاز شده است که رفتار با این چارچوب کاری به گونه‌ای جدید یکپارچه شود. باید یادآوری کرد که یک چرخه‌ی بازخورد مثبت در نتیجه‌ی این رفتارها به وجود می‌آید که تغییر و استحکام می‌بخشد. با فهم این که مشکل چگونه ایجاد و حل می‌شود، مشکلات ارتباطی در آینده کاهش می‌یابند.

ج) اهداف تکنیک‌های درمانی:

● ساخت‌شکنی: با استفاده از ساخت‌شکنی می‌توان به چگونگی شکل‌گیری داستان‌ها دست یافت و روایت‌ها را در سیستم‌های بزرگ‌تری قرار داد.

● نام‌گذاری مجدد: از کارآمدی بیمار، با سهیم شدن او در اقتدار و مهارت درمانگر حمایت می‌شود.

● چشم‌انداز: نگاه دیگران به بیمار کاوش می‌شود.

● فضای آزاد: به افکار امیدبخش با به سطح آوردن آن‌ها و برجستگی کارآمدی بیمار با توجه به مسئله، اجازه‌ی پیدایش داده می‌شود.

● فرضیه‌سازی (معجزه): ایجاد انگیزه برای تصور آینده‌ی امیدبخش‌تر و متفاوت.

● گزینش: اطمینان از این که داستان جدید شرایط فرد را در نظر می‌گیرد.

● تحول داستان: کاوش و بسط دادن عناصر داستان گزینش شده.

● توصیف مجدد: به بیمار کمک می‌کند که کیفیت‌های گزینش شده را بشناسد و هویت ضمنی خود را کشف کند.

● جداسازی: تشویق مراجع به صف‌آرایی در مقابل مشکل.

● موانع: ایجاد تمرکز مجدد در مراجع، زمانی که به نظر می‌رسد، در داستان قدیمی گیر افتاده است.

* ساختار، طرز قرار گرفتن اجزاء در یک مجموعه را گویند
بی‌نویس

1. Mike Wrigley
2. Sauber heghan
3. Epsun & Wite
4. Morghan
5. Foa
6. Flivesh
7. O' hanlon

فرایند درمان به مراجع اجازه می‌دهد، هم‌خوانی زندگی خود را با داستان‌های متفاوت بشناسد و بداند که نویسنده‌ی این داستان‌هاست. در این فرایند به فرد کمک می‌شود، به تغییر ادراکی در مورد گذشته و آینده دست یابد

