

دیدگاه‌های درمانگران مطلقه

آیا می‌توانم اوضاع زوج‌ها را سر و سامان بدهم؟



فهرست مطالب

۷	دیدگاه‌های درمانگران مطلقه.....
۹	سخن مترجمان.....
۱۱	سپاسگزاری.....
۱۳	پیشگفتار.....
۱۵	مقدمه.....
۲۵	فصل اول: متخصص سلامت روان «بودن».....
۴۵	فصل دوم: داستان‌های ما.....
۶۱	فصل سوم: بررسی دیدگاه‌های قبلی پیرامون طلاق: تأثیر خانواده اصلی.....
۷۳	فصل چهارم: کار کردن روی خودآگاهی و بهبودی.....
۸۷	فصل پنجم: آیا مسائل شخصی من مانع هستند؟.....
۹۷	فصل ششم: آیا دانشی برای گذاشتن در اختیار دیگران دارم؟ آیا معتبر هستم؟.....
۱۰۷	فصل هفتم: گفتن یا نگفتن.....
۱۱۸	فصل هشتم: آیا بیشتر به قطع ارتباط تشویق می‌کنم؟.....
۱۲۷	فصل نهم: حرکت به سمت جلو.....
۱۴۲	منابع.....
۱۵۱	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....

متخصص سلامت روان «بودن»

تاریخچه مشاوره

در طی دهه نخست قرن بیستم کسب و کارهایی شکل گرفتند که خدمات سلامت روان و/یا مشاوره ارائه می‌کردند. هر کسب و کار مستلزم داشتن سطوح مختلفی از تحصیلات، گواهینامه‌ها و تخصص‌های مورد نیاز برای باز کردن دفتر و شروع فعالیت بود. همچنین بر بیشتر این کسب و کارها هیئت‌های حاکمه‌ای ناظر بود که الزامات مربوط به اخذ مجوز را تعیین می‌کردند. علاوه بر این، مجموعه متنوعی از نظریه‌ها و آموزش‌های مشاوره‌ای وجود دارد که منجر می‌شود فرآیند مشاوره شبیه به تابلوفرشی پرنقش و نگار باشد. بسته به پیشینه تحصیلی درمانگر و نظریه یا چارچوب مورد استفاده او ممکن است فرآیند مشاوره شکل‌های گوناگونی به خود بگیرد. صرف نظر از همه این تنوع‌ها، هدف کلی فرآیند مشاوره کمک به مراجعان برای بهبود زندگی خود از راه بینش‌افزایی و تغییر است (لمبرت، برگین و گارفیلد، ۲۰۰۴).

از حدود سال‌های ۱۸۰۰ رشته روان‌پزشکی را حرفه‌ای می‌شناسند که بیماری‌های روانی را درمان می‌کند. رشته روان‌شناسی در سال ۱۸۷۹ با افتتاح اولین آزمایشگاه تجربی حوزه روان‌شناسی در دانشگاه لایپزیگ آلمان به دست ویلهلم وونت آغاز شد. به دنبال آن یکی از دانشجویان وونت به نام جی. استنلی هال در سال ۱۸۹۳ نخستین آزمایشگاه روان‌شناسی تجربی آمریکا را در دانشگاه جان هاپکینز تأسیس کرد (ورتهایمر، ۲۰۱۱). در سال ۱۸۸۶، جوزف جاسترو اولین مدرک دکترای روان‌شناسی را در ایالات متحده دریافت کرد و با فرارسیدن سال ۱۸۹۲ انجمن روان‌شناسی آمریکا

نیز تاسیس شد (هال، ۱۹۴۴).

در قرن بیستم، دکتر زیگموند فروید رشته روان‌پزشکی را که فقط درمان ساده اختلال‌های روانی در بیماران بود، به فرآیند ارائه روان‌کاوی طولانی‌مدت برای بیماران تغییر داد (ورتهایمر، ۲۰۱۱). دیدگاه سنتی درمان سلامت روان چنین بود که مراجع روی کاناپه دراز می‌کشید و درمانگر کنار یا پشت او روی صندلی می‌نشست. هدف از این جلسه تحلیل رؤیاهای، خیال‌پردازی‌ها و/یا روان‌رنجوری بیمار برای تفسیر علل پریشانی او بود. این شکل از مشاوره یا درمان که آن را بیشتر تحلیل می‌شناسند بیماران را ملزم می‌کرد ساعات بی‌شماری را صرف واکاوی روابط دوران کودکی و اندیشه‌های جنسی سرکوب‌شده خود کنند (ورتهایمر، ۲۰۱۱).

در اوایل دههٔ چهل میلادی دولت به‌شدت متقاضی خدمات مشاورهٔ شغلی بود و این حرفه به‌گسترده‌گی مورد پذیرش و حمایت قرار گرفت. در اواخر همان دهه پیشگامانی همچون مازلو، اسکینر، بک و الیس پژوهش‌ها و کار خود را بر رویکردی انسان‌گرایانه‌تر متمرکز کردند و بنابراین بیشتر به وضعیت فعلی افراد توجه می‌شد. روش‌های رفتاری و انسان‌گرایانه درمانگران را تشویق می‌کرد به‌جای صرفاً بررسی تجربه‌های گذشتهٔ بیماران این بار با هدف کمک به رشد شخصی آنها اقدام کنند (گلادینگ، ۲۰۰۰).

کارل راجرز استدلال می‌کرد که رابطهٔ درمانگر/مراجع ابزاری برای دستیابی به نتیجهٔ موفقیت‌آمیز است (راجرز، ۱۹۵۷). تمرکز وی بر ایجاد ارتباط با مراجع بود؛ نه اینکه صرفاً منابع حرفه‌ای یا خدمات تحلیلی فراهم کند. تصور کلی این بود که توانایی درمانگران در همدلی، هماهنگی و اصالت و در عین حال نشان دادن توجه مثبت بی‌قید و شرط، باعث تسهیل رشدی که مراجعان آن را برای ایجاد تغییر لازم دارند می‌شود (راجرز، ۱۹۵۷). این مفهوم جدید تأکید می‌کرد که برقراری رابطهٔ درمانی در حقیقت حتی بر تکنیک‌های درمانی استفاده‌شده نیز برتری دارد؛ هر چند که برخی دیگر از محققان این مفهوم را مورد بحث قرار داده‌اند (بالدوین، ایمل و ومپولد، ۲۰۰۷؛ نورکراس و ومپولد، ۲۰۱۱؛ وسکت، ۱۹۹۹؛ زوراف و بلات، ۲۰۰۶). در نتیجه، هر

گونه رویدادهای زندگی شخصی که درمانگر تجربه کرده است، امکان تأثیرگذاری معنادار بر توانایی درمانگر برای ایجاد و حفظ اتحاد و رابطه درمانی خواهد داشت (گرسن، ۱۹۹۶).

حوزه‌ای که در حال حاضر آن را مشاوره زوجی یا زوج‌درمانی می‌خوانند در گذشته با نام‌هایی مانند مشاوره پیش از ازدواج، مشاوره زناشویی، پیوند مشترک، مشارکتی یا مشاوره خانواده رایج بود (برادریک و شرایدر، ۱۹۹۱؛ ساگر، ۱۹۶۶). چون شالوده‌اساسی آن بر سیستم‌ها و نظریه وابستگی بنا شده بود، تمرکز درمان به‌جای جداسازی زوج روی کل نظام خانواده قرار داشت (گورمن و فرانکل، ۲۰۰۲). در جامعه کنونی، جمعیت متنوعی از همسران به دنبال مشاوره زناشویی هستند؛ بنا به تعریف امروزی، هر دو فردی که در رابطه هستند می‌توانند یک زوج را تشکیل دهند. ممکن است تنوع و دگرگونی‌ها بر رابطه درمانی بین درمانگر و مراجع تأثیر چشمگیری داشته باشد (جیکوبسن و آدیس، ۱۹۹۳).

با مرور تاریخچه حوزه مشاوره زوج‌ها به نظر نمی‌رسد که در مورد زمان دقیق پیدایش این رشته اتفاق نظر وجود داشته باشد (گورمن و فرانکل، ۲۰۰۲؛ ساگر، ۱۹۶۶). صرف نظر از منشأ اصلی زوج‌درمانی، در حال حاضر تقریباً نیمی از زوج‌های متأهل در ایالات متحده دچار پریشانی در رابطه خود هستند و تقریباً یک سوم از زوج‌هایی که دچار پریشانی هستند، اقدام به دریافت مشاوره زناشویی می‌کنند (داس و همکاران، ۲۰۱۶). گاتمن، جانسن، هندریکس و بسیاری از صاحب‌نظران دیگر رویکردهای درمانی مختلفی پیشنهاد کرده‌اند که کارآمدی آنها بررسی شده است و درمانگرانی که با زوج‌ها کار می‌کنند آنها را به کار بسته‌اند (باکوم، اتکینز، رو، داس و کریستنسن، ۲۰۱۵؛ بازبی و هولمن، ۲۰۰۹؛ برن، کار و کلارک، ۲۰۰۴؛ کریستنسن، اتکینز، باکوم و یی، ۲۰۱۰؛ کوکرلی، ۱۹۸۰؛ افرون و بردلی، ۲۰۰۷؛ گرینبرگ و جانسن، ۱۹۸۶؛ گاتمن و کروکوف، ۱۹۸۹؛ جاکوبسن، کریستنسن، پرینس، کردوا و الدریج، ۲۰۰۰؛ اسنایدر، منگروم و ویلز، ۱۹۹۳). تحقیقات با بررسی پیامد یا موفقیت استفاده از این روش‌ها در مشاوره نشان می‌دهد که رشته مشاوره زوج‌ها تأثیر مثبتی بر تسکین

پریشانی زوج‌ها و ارتقای رابطه سالم‌تری میان آنها دارد (باکوم و هافمن، ۱۹۸۶؛ بکرمن و ساراگو، ۲۰۰۲؛ بری و جوریلز، ۱۹۹۵؛ گاتمن و گاتمن، ۱۹۹۹؛ گرینمن و جانسن، ۲۰۱؛ هافن و کرین، ۲۰۰۳؛ هالیمن، مورو و لوکه، ۲۰۱۶؛ جانسن و تالیتمن، ۱۹۹۷؛ اسنایدر، ویلز و گریدی-فلچر، ۱۹۹۱).

دکتر سو جانسن در سخنرانی عمومی نشست درمان هیجان‌محور در سال ۲۰۰۶ به نظرسنجی سال ۲۰۰۴ مجله روان‌شناسی/امروز^۱ اشاره کرد که در آن داشتن «مشکل با شریک زندگی» را استرس‌زاترین رویداد در زندگی یک فرد شناسایی کردند. جانسن (۲۰۰۷) اشاره می‌کند که تعارض با شریک زندگی در واقع بالاتر از استرس مشکلات پزشکی است. تحقیقات تأیید می‌کنند که داشتن رابطه زوجی سالم بر سلامتی کلی و بهزیستی هر فرد تأثیر می‌گذارد (بوث و آماتو، ۱۹۹۱؛ کیکولت-گلاسر و نیوتن، ۲۰۰۱؛ پرولکس، هلمس و بوهرلر، ۲۰۰۷). گذشته از این طول عمر را افزایش (جانسن، بکلاند، سورلی و لاولس، ۲۰۰۰) و غیبت در محیط کار را کاهش می‌دهد (مارکوسن، رود، رزبرگ و گور، ۲۰۱۱). اهمیت زوج‌درمانی برای جامعه کتونی بیش از پیش با این حقیقت درک می‌شود که در آمریکای شمالی، مشکلات مربوط به یک شریک زندگی دلیل اصلی پیگیری هر گونه درمان روان‌شناختی در میان افراد است (جانسن، ۲۰۰۷).

روند مشاوره - تحقیق برای رسیدن به درک درست

فرآیند مشاوره تجربه مشترکی است که طی آن متخصص سلامت روان بی‌طرف و آموزش‌دیده بدون آنکه موانع شخصی خودش را به جلسه بیاورد مراجع را به درک درستی از مسیر زندگی هدایت می‌کند. زمانی که متخصص سلامت روان خودش در رابطه به مشکل برخوردده و از ازدواجی فروپاشیده آسیب دیده است، این رخداد چه تأثیری بر توانایی آنها در ارائه مشاوره مؤثر به زوجها دارد؟ همانند دیگر حوزه‌های مشاوره، ممکن است کار کردن با زوج‌های دچار پریشانی باعث یادآوری بسیاری از ناراحتی‌های درمانگر در روابط شخصی‌اش شود. به محض برانگیختگی شاید واکنش

هیجانی بر توانایی درمانگر برای ارائه مشاوره بی طرفانه تأثیر بگذارد. حفظ این بی طرفی درمانگر نیازمند پیوستگی و پشتکار درمانگر در بررسی احساسات و سوگیری‌های خویش است. درمانگران موظف هستند نسبت به تشخیص مسائل شخصی خودشان که ممکن است بر کار با مراجع تأثیر بگذارد هوشیار باشند (آپونت و کارلسن، ۲۰۰۹؛ آپونت و کیسیل، ۲۰۱۴؛ چئون و مورفی، ۲۰۰۷).

رابطه درمانی فرآیندی دوسویه، تعاملی و پویا است و متغیرهای زیادی می‌توانند در شکل‌دهی آن نقش آفرینی کنند. هدف بسیاری از مطالعات در حوزه مشاوره سلامت روان شناسایی متغیرهایی است که شاید بر نتیجه مشاوره تأثیر بگذارند (لمبرت و همکاران، ۲۰۰۴؛ نلسن، هیلبران و فیگلی، ۱۹۹۳؛ سندبرگ و آکباش، ۲۰۱۵؛ ومپولد، ۲۰۰۱).

طی سال‌ها، بسیاری از محققان نیاز انسان به برقراری ارتباط و حفظ روابط یعنی اشتیاق به موجودی اجتماعی بودن همراه با تمایل به پیوستن و عملکرد تحت یک نظام را بررسی کرده‌اند (مینوچین، روزمن و بیکر، ۱۹۷۸؛ نیکول، ۱۹۹۳؛ پارسونز، ۱۹۵۱؛ رادکلیف-براون، ۱۹۵۲؛ ورنر، آلمن، آکسلی و هگرد، ۱۹۸۷). در چارچوب سیستمی، درمانگر به‌طور نظری بخشی از یک سیستم در رابطه مشاوره‌ای می‌شود. از این رو در نقش جزئی از سیستم، باورها، ارزش‌ها، نگرش‌ها، معنویت‌گرایی، دیدگاه‌های اجتماعی و فرهنگ درمانگر قابلیت تأثیرگذاری بر سایر اعضای آن سیستم را دارند (آپونت و کارلسن، ۲۰۰۹؛ گلسو، ۲۰۱۱؛ مک‌داول و شلتن، ۲۰۰۲). تأثیر این ارزش‌ها به میزان اهمیت آن مسائل بستگی دارد. مسائلی مانند دین، خیانت و سن کودک ممکن است بخشی از ارزش‌های درمانگر باشند و از این رو در مداخله‌ها و نظراتی که به زوج ارائه می‌دهد تأثیر بگذارد (باتلر، رودریگز، روپر و فینوثر، ۲۰۱۰؛ کالتر و رمبار، ۱۹۸۱؛ اولمستد و همکاران، ۲۰۰۹؛ شفرانسک، ۱۹۹۶؛ سافتاس-نال، بیدل، نیول و هلم، ۲۰۰۸). با در نظر گرفتن تعصب‌های فردی خودم و کار بر روی موضوع شخص درمانگر، در هنگام کار با مراجع و انجام این تحقیق، نسبت به تأثیر بالقوه تجربه‌های خودم از طلاق و تأثیر بالقوه آنها بر سیستم آگاهی دارم.

سوانسون (۲۰۰۴) در پایان‌نامه خود به تجربه طلاق در جمعیتی از مردان جوان پرداخت. شرکت‌کنندگان تجربه طلاق در زندگی خود را «crucible» توصیف کردند. لغت‌نامه مِریَم وبستر (۲۰۱۷) این واژه را «امتحان یا چالشی سخت» و «موقعیت یا شرایطی که افراد را وادار به تغییر یا تصمیم‌گیری‌های دشوار می‌کند» معنی کرده است. معتقدم که تحقیق به دنبال بررسی تغییرات اجباری احتمالی است که شاید برای درمانگران مطلقه‌ای رخ دهد که به کار با زوج‌ها و خانواده‌ها متعهد هستند و به واکاوی تجربه شخصی متخصصان سلامت روان از موضوع طلاق و چگونگی تأثیر این بحران زندگی بر مداخلات و کار با زوج‌ها می‌پردازد.

برخی از محققان به بررسی تأثیر تجربه آموزش حرفه‌ای خود بر زندگی شخصی و نیز بر زندگی حرفه‌ای درمانگر پرداخته‌اند (مونتاگنو، اسواتوویک و لونسن، ۲۰۱۱؛ نینو، کیسیل و آپولینار-کلادیو، ۲۰۱۵؛ وتزلر، فریم و لیتزینگر، ۲۰۱۱). عده‌ای دیگر از محققان به بررسی فرآیند مشاوره و تحقیق در مورد دلایل و تکنیک‌های لازم برای دستیابی به نتیجه موفقیت‌آمیز پرداخته‌اند (گلسو و هیز، ۲۰۰۲؛ گلسو و هیز، ۲۰۰۷؛ شارما و فولر، ۲۰۱۶؛ والرستاین، ۱۹۹۰). تحقیقات دیگری به بررسی سایر موضوعاتی پرداخته‌اند که در هنگام کار با مراجعان برای درمانگر پیش می‌آید: خودافشایی، جنسیت، نگرش نسبت به طلاق، دیدگاه درمانگران در مورد اتحاد و درمانگران در شرایط بحران (آپونت و کارلسن، ۲۰۰۹؛ کوپرمن، ۲۰۱۳؛ متیوز، ۱۹۸۸؛ نیسن-لی، هاویک، هوکلند، رونستاد و مونسن، ۲۰۱۴).

استراف (۲۰۱۲) با انجام یک مطالعه کمی گزارش کرد که اکثر درمانگران مطلقه بیشتر قادر به شناسایی اثرات مثبت در زندگی خود بوده‌اند تا اثرات منفی. داده‌ها همچنین نشان می‌داد که درمانگران پس از تجربه طلاق خویش احساس قدرت، شفقت، همدلی و حساسیت بیشتری تجربه می‌کنند. علاوه بر این، درمانگران گزارش کردند که تا ماه‌ها پس از طلاق‌شان علاقه آنها به کار مشاوره افزایش یافته بود. موضوعات دیگری که در این تحقیق مورد بحث قرار گرفتند عبارت از انتقال متقابل، همدلی، ارزش‌ها و اعتقادات بودند که ممکن است هنگام کار با مراجعان از تجربه

طلاق در خانواده تأثیر بپذیرند.

در مورد بررسی تعاملات مراجع و درمانگر و عوامل مؤثر بر رابطه درمانی تحقیقات زیادی انجام شده است. با این حال هنوز در مورد اینکه کدام یک، درمانگر یا مراجع، بیشترین اثرگذاری را بر رابطه دارد دیدگاه‌های گوناگونی وجود دارد (بری و همکاران، ۲۰۱۵؛ هدژیامتوویچ، ایسپاهیچ، توچه و حسن‌بگوویچ-آنیچ، ۲۰۱۶). در پژوهش‌هایی که به‌تازگی به بررسی مراجعان مبتلا به افسردگی پرداخته‌اند مفهوم رابطه بیمار-درمانگر یا مراجع-درمانگر را رابطه‌ای دوطرفه بیان کرده‌اند (آهولا و همکاران، ۲۰۱۱؛ آپونت و کیسیل، ۲۰۱۴). عوامل مؤثری که از سوی مراجع در موفقیت روند مشاوره نقش دارند به کمک پژوهش‌هایی شناسایی شده است. مثلاً پژوهش سانبرک و آکباش (۲۰۱۵) نشان داد رفتارهای مراجع از قبیل افشای هیجانی، همکاری، مشارکت در فرآیند و توانایی بیان تغییر منجر می‌شود درمانگر آن تجربه مشاوره را موفقیت‌آمیزتر تلقی کند. اگر درمانگر و مراجع عقاید شخصی متفاوتی درباره طلاق داشته باشند، آیا این امر بر توانایی درمانگر برای ابراز همدلی و رفتارهای حمایتی نسبت به مراجع تأثیر می‌گذارد؟ علاوه بر این، اگر مراجع متوجه تفاوت‌هایی در باورها به موضوع طلاق باشد آیا این امر مانع احساس امنیت کافی در او برای ابراز هیجان‌ها و احساساتش نمی‌شود؟

به‌طور کلی مشخص شده اتحاد بین مراجع و درمانگر اولین عاملی است که بر نتیجه درمانی تأثیر می‌گذارد (بارتل-هرینگ و همکاران، ۲۰۱۶؛ بلو و همکاران، ۲۰۰۷؛ براون و اولری، ۲۰۰۰؛ گلهاس-توماس و همکاران، ۲۰۰۵). این اتحاد به‌شدت به توانایی بالینگر در هماهنگی هیجانی، اصیل بودن و حضور او در کنار مراجعان بستگی دارد (جانسن، ۲۰۰۷؛ مونتانیو و همکاران، ۲۰۱۱؛ راجرز، ۱۹۵۷). سایر عناصر مشاوره که در مورد تأثیرگذاری بر اتحاد بررسی شده‌اند حضور داشتن، حفظ هماهنگی و نظارت بر افشای اطلاعات مراجع طی جلسه هستند (آپونت و کیسیل، ۲۰۱۴؛ کانسلمن و آلونسو، ۱۹۹۳؛ کوپرمن؛ شارما و فولر، ۲۰۱۶). از این‌رو، درمانگرانی که بحران‌های زندگی شخصی خود را تجربه می‌کنند، ممکن است انواع مختلفی از مشکلات و موارد

بحرانی را در کار با مراجعان تجربه کنند.

اتحاد درمانی را در نقش عامل اصلی در پیش‌بینی نتیجه موفقیت‌آمیز درمان به‌گسترده‌گی بررسی کرده‌اند (بارتل-هرینگ و همکاران، ۲۰۱۶؛ بلو و همکاران، ۲۰۰۷؛ براون و اولری، ۲۰۰۰؛ گل‌هاس توماس و همکاران، ۲۰۰۵؛ کیم، و مپولد و بولت، ۲۰۰۶؛ مامودوسن، رایت، ترمبلی و پویتراس-رایت، ۲۰۰۵؛ مارتین، گارسک و دیویس، ۲۰۰۰). نتایج تحقیق نشان داد که در مقایسه با جنبه‌های فردی درمانگر و کیفیت اتحاد درمانی، استفاده از روش‌های مختلف درمانی تأثیر بسیار کمتری بر تجربه مشاوره مراجعان دارد (بنیش، ایمل و مپولد، ۲۰۰۸؛ بلات، زوراف و پیلکونیس، ۱۹۹۶؛ کیم و همکاران، ۲۰۰۶؛ سافران، موران و پروسکورف، ۲۰۰۸). یک مطالعه نشان داد که هنگام کار با زوج‌ها، اتحاد بین مراجع و درمانگر از دیدگاه مردان و زنان متفاوت است و با اتحاد بین زوج همبستگی مستقیم دارد (آنکر، اوون، دانکن و اسپارکس، ۲۰۱۰).

تحقیقات همچنین نشان می‌دهند که ایجاد اتحاد، بیشتر به ویژگی‌های شخصی درمانگر و کیفیت زندگی وی بستگی دارد تا صلاحیت‌های حرفه‌ای درمانگر و روش درمانی که برای مراجعان به کار می‌گیرد (بنیش و همکاران، ۲۰۰۸؛ بلات، سانسلو، زوراف و پیلکونیس، ۱۹۹۶؛ بوهارت، الیوت، گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۲؛ نیسن-لی، هاویک، هگلند، مونسن و رونستاد، ۲۰۱۳؛ راجرز، ۱۹۵۷؛ سافران و همکاران، ۲۰۰۸؛ سانبرک و آکباش، ۲۰۱۵؛ سایمن، ۲۰۱۲). هرگاه تجربه‌های شخصی درمانگر چنان پر استرس یا دردناک باشد که در فعالیت‌های روزمره یا کیفیت زندگی او مداخله کند، این احتمال وجود دارد که آن رویداد به‌راحتی بر رابطه درمانی نیز تأثیر بگذارد. یافته‌های پژوهش نیسن-لی و همکارانش (۲۰۱۳) حاکی از آن است که کیفیت زندگی درمانگران عامل مهمی در برقراری و حفظ اتحاد کاری میان مراجع و درمانگر است. با توجه به این مسئله، مشاور باید در نظر بگیرد که آیا برای بهبودی از این بحران کمی استراحت ضروری است یا خیر. آیا بحران منجر به پاسخ ضربه‌روانی می‌شود که کیفیت زندگی و توانایی حضور کامل و کارآمدی وی در جلسه درمانی را تحت تأثیر قرار دهد؟