

اروین د. یالوم

---

❖

# موهبت درمان

❖

---

مترجم: کیومرث پارسای



سرشناسه: عنوان و نام پدیدآور: مشخصات نشر: مشخصات ظاهری: شابک: وضعیت فهرست نویسی: یادداشت: موضوع: شناسه افزوده: رده بندی کنگره: رده بندی دیویی: شماره کتابشناسی ملی:

Yalom, Irvin D  
 موهبت درمان / اروین د. یالوم - ترجمه کیومرث پارسای  
 تهران: مصدق، ۱۳۹۵.  
 ۲۷۲ ص  
 978-600-7436-57-8

فیبا  
 عنوان اصلی: The gif of therapy  
 روان درمانی - روان درمانگر - بیمار.  
 پارسای، کیومرث، ۱۳۲۵ - مترجم  
 RC۴۸۰/۵۲۴۰۹ ۱۳۹۴  
 ۶۱۶/۸۹۱۴  
 ۴۱۸۶۳۰۴




خیابان دانشگاه، چهارراه وحید نظری، شماره ۵۲

تلفن: ۶۶۴۰۰۲۲۳ - ۶۶۴۶۸۸۵۱

[www.Jamipub.com](http://www.Jamipub.com)

[info@jamipub.com](mailto:info@jamipub.com)

 @Jamipub

 @mosadeghpublishing

 jamipub

 mosadeghpublishing

موهبت درمان

اروین د. یالوم

مترجم: کیومرث پارسای

چاپ سوم: ۱۳۹۷

شمارگان: ۱۲۵۰ جلد

چاپ: فراین

شابک: ۸ - ۵۷ - ۷۴۳۶ - ۶۰۰ - ۹۷۸

ISBN: 978 - 600 - 7436 - 57 - 8

همه حقوق محفوظ است. هرگونه نسخه برداری، اعم از زیراکس و بازنویسی، ذخیره کامپیوتری، اقتباس کلی و جزئی (به جز اقتباس در نقد و بررسی) بدون مجوز کتبی از ناشر ممنوع و از طریق مراجع قانونی قابل پیگیری است.

## فهرست مطالب

۷	.....	دیباجه	۷
۱۷	.....	برطرف ساختن موانع، برای رشد	۱
۲۰	.....	اجتناب از تشخیص زودهنگام جز در مورد شرکتهای بیمه	۲
۲۳	.....	درمانگر و بیمار به عنوان همسفر	۳
۲۸	.....	درگیر و همراه کردن بیمار	۴
۳۰	.....	حامی بودن	۵
۳۴	.....	همدلی: از پنجره بیمار به بیرون نگرستن	۶
۳۹	.....	آموزش دادن همدلی	۷
۴۲	.....	اهمیت دادن به بیمار	۸
۴۶	.....	اذعان به اشتباهات	۹
۴۹	.....	ابداع روش درمانی تازه برای هر بیمار	۱۰
۵۴	.....	درمان با رفتار، نه با گفتار	۱۱
۵۷	.....	درگیری در درمان شخصی	۱۲
۶۱	.....	هر درمانگر، تعداد زیادی بیمار - هر بیمار، یک درمانگر	۱۳
۶۳	.....	استفاده پیوسته از اینجا و اکنون	۱۴
۶۴	.....	دلایل استفاده پیوسته از اینجا و اکنون	۱۵
۶۶	.....	استفاده از اینجا و اکنون با گوشهای تیز	۱۶

۴	..... موهبت درمان
۱۷	یافتن معادلهایی برای اینجا و اکنون ..... ۷۰
۱۸	کار روی موضوعات در اینجا و اکنون ..... ۷۶
۱۹	اینجا و اکنون نیروبخش به درمان ..... ۷۹
۲۰	استفاده از احساسات شخصی به عنوان داده ..... ۸۲
۲۱	همه گندهای متعلق به آسیاب اینجا و اکنون ..... ۸۵
۲۳	بررسی اینجا و اکنون در هر جلسه ..... ۸۷
۲۴	چه دروغهایی گفته می شود؟ ..... ۸۹
۲۵	صفحه سفید؟ فراموش کنید و واقع بین باشید ..... ۹۱
۲۶	سه نوع خودافشاگری درمانگر ..... ۹۲
۲۷	شفافیت در ساختار درمان ..... ۱۰۱
۲۸	بصیرت در افشای احساسات مربوط به اینجا و اکنون ..... ۱۰۵
۲۹	احتیاط در افشای زندگی خصوصی درمانگر ..... ۱۰۸
۳۰	هشدار در افشای زندگی خصوصی ..... ۱۱۲
۳۱	جامعیت نمایی و شفاف سازی درمانگر ..... ۱۱۵
۳۲	مقاومت بیماران در برابر افشاگری درمانگر ..... ۱۱۶
۳۳	اجتناب از درمان دروغین ..... ۱۲۰
۳۴	رساندن بیمار به ورای هدف تحقق یافته برای درمانگر ..... ۱۲۲
۳۵	یاری گرفتن از بیمار ..... ۱۲۴
۳۶	ترغیب بیمار به خودافشاگری ..... ۱۲۸
۳۷	بازخورد در روان درمانی ..... ۱۳۱
۳۸	تدارک مؤثر و آرام بازخورد ..... ۱۳۴
۳۹	ایجاد امکان بیشتر برای پذیرش بازخورد با استفاده از بخشها ..... ۱۳۷
۴۰	بازخورد: زمانی که آهن سرد است، ضربه بزنید ..... ۱۳۹
۴۱	گفتگو راجع به مرگ ..... ۱۴۲
۴۲	مرگ، و تحول در زندگی ..... ۱۴۴
۴۳	حرف زدن راجع به مرگ ..... ۱۴۷

۵	فهرست مطالب
۱۵۱	حرف زدن راجع به مفهوم زندگی
۱۵۵	آزادی
۱۵۷	کمک به بیمار برای مسئولیت پذیری
۱۶۱	هرگز نباید برای بیمار تصمیم‌گیری کرد
۱۶۳	تصمیم: راهی منتهی به بنیان اگزستانسیالیستی
۱۶۵	تمرکز بر مقاومت در برابر تصمیم‌گیری
۱۶۷	تسهیل آگاهی با ارائه اندرز
۱۷۲	سایر فزاره‌های تسهیل تصمیم‌گیری
۱۷۵	اداره درمان همچون جلسه‌ای پیوسته
۱۷۷	یادداشت برداری از هر جلسه
۱۷۹	ترغیب خودبازنگری
۱۸۱	هنگامی که بیمار می‌گرید
۱۸۳	فرصت در فاصله زمانی میان بیماران
۱۸۵	بیان صریح دشواریها
۱۸۸	عیادتهای خانگی
۱۹۱	جدی نگرفتن تفسیرها
۱۹۶	فزاره‌های شتاب‌دهنده درمان
۲۰۰	درمان، تمرین برای زندگی
۲۰۲	استفاده اهرمی از شکایت اولیه بیمار
۲۰۵	تماس صمیمانه با بیمار
۲۰۷	اجتناب از رفتار شهوانی با بیماران
۲۱۰	سالگردها و سایر مراسم ویژه
۲۱۲	توجه بر اضطراب درمان
۲۱۵	اضطراب را از من دور کن، دکتر!
۲۱۶	جلاد عشق
۲۲۱	گرفتن پیشینه

۶ ..... موهبت درمان

۲۲۳	پیشینه برنامه روزانه بیمار	۷۰
۲۲۵	سطح ادغام زندگی بیمار با افراد دیگر	۷۱
۲۲۶	مصاحبه با سایر افراد مهم	۷۲
۲۲۸	بررسی درمانهای گذشته	۷۳
۲۳۰	اشتراک در سایه‌ها	۷۴
۲۳۳	فروید هم همیشه اشتباه نمی‌کند	۷۵
	درمان رفتارشناختی (CBT) آن‌گونه که انتظار می‌رفت نبود. از غول درمان	۷۶
۲۳۶	معتبر تجربی (EVT) نترسید	۷۷
۲۴۰	استفاده از خوابها	۷۷
۲۴۲	کنار نهادن تعبیر کامل یک خواب	۷۸
۲۴۳	استفاده عملی از خواب - غارت و غنیمت	۷۹
۲۵۰	مهارت در کار با خواب	۸۰
۲۵۳	آگاهی از زندگی بیمار با استفاده از خواب	۸۱
۲۵۸	تمرکز بر نخستین خواب	۸۲
۲۶۱	دقت در خوابهای مربوط به درمانگر	۸۳
۲۶۴	تمرکز بر مخاطرات شغلی	۸۴
۲۶۹	ارزش نهادن به امتیازات شغلی	۸۵

## دیباچه

«هوا تاریک است. به مطب شما آمده‌ام، ولی نمی‌توانم شما را پیدا کنم. مطب خالی است. همه‌جا را می‌گردم، ولی تنها کلاه پانامایی شما را می‌بینم که پر از تار عنکبوت، بر جالباسی آویخته است.»

خوابهای بیماران، عوض شده است. تار عنکبوت، کلاه مرا پوشاند؛ مطبم تاریک و متروک است. نمی‌توانند مرا پیدا کنند. بیمارانم نگران سلامتی من هستند. آیا برای درمان بلندمدت زنده می‌مانم؟ هرگاه برای گذراندن تعطیلات به جایی می‌روم، می‌ترسند مبادا دیگر بازنگردم. حضور در مراسم خاکسپاری یا بر سر مزار مرا در ذهن مجسم می‌کنند. اجازه نمی‌دهند رسیدن به دوران سالخوردگی را به فراموشی بسپارم. البته آنها کاری جز انجام وظیفه نمی‌کنند. مگر خودم از آنها نخواسته‌ام همه احساسات، تفکرات و خوابهایشان را برایم بازگو کنند؟ حتی بیماران تازه نیز با بیماران قدیمی همدست می‌شوند و با این عبارت، با من احوال‌پرسی می‌کنند: «هنوز بیمار جدید می‌پذیرید؟»

یکی از شیوه‌های مهم ما برای انکار مرگ، این است که خود را استثنایی می‌دانیم، متقاعد می‌شویم که ضرورت‌های زیستی به سراغ ما نمی‌آید، و زندگی هرگز با خشونتی که با سایرین برخورد کرده است، با ما برخورد نمی‌کند. چندین سال پیش، به دلیل ضعف بینایی، به پزشک متخصص

بینایی‌سنجی مراجعه کردم. سن و سال مرا پرسید و پس از شنیدن پاسخ، گفت:

– چهل و هشت؟ خوب، وقتش فرارسیده!

هرچند آگاه بودم که درست می‌گوید، ولی ندایی برآمده از اعماق وجودم، فریاد می‌زد:

– وقت چه؟ برای چه کسی؟ شاید برای تو و سایرین رسیده باشد، ولی برای من نه!

بله، گام نهادن به دوران آخر زندگی، مرا دچار هراس می‌کند. اهداف، امیال و آرزوهایم، به قابل پیش‌بینی، عوض می‌شوند. اریک اریکسون در بررسی چرخه زندگی، این مرحله را دوران تولید نسل، یا زایایی می‌نامد، یعنی مرحله‌ای که انسان از خودشیفتگی می‌گذرد و به جای بسط خویش، بر مراقبت و پرورش نسلهای بعد تمرکز می‌یابد. امروز که به هفتاد سالگی رسیده‌ام، بینش اریکسون را بهتر درک و مفهوم زایایی را به خوبی احساس می‌کنم. می‌خواهم هرچه زودتر، آموخته‌های خود را انتقال بدهم.

ولی امروز، راهنمایی و الهام‌بخشی به نسل جدید روان‌درمانگران، بسیار دشوار به نظر می‌رسد، زیرا رشته روان‌درمانی در وضعیت بحرانی قرار دارد. نظام مراقبتهای بهداشتی مبتنی بر صرفه‌جویی، طالب تغییر بنیادین در شیوه درمانهای روانشناسانه است و روان‌درمانی، پیش از هر خصوصیتی، باید از ویژگی کم‌هزینه‌گی برخوردار باشد. به همین دلیل هم کوتاه‌مدت، سطحی و غیرریشه‌ای می‌شود.

نگران شده‌ام که نسل آینده روان‌درمانگران، کجا آموزش خواهند دید. بدون تردید دوره آموزش تخصصی روانپزشکی گذرانده نخواهد شد. روانپزشکی به زودی از روان‌درمانی جدا می‌شود. روانپزشکان جوان چاره‌ای جز کسب مهارت در داروشناسی روانی نخواهند داشت، زیرا تأمین‌کنندگان مالی، تنها هزینه روان‌درمانی با دستمزدهای پایین را که توسط افراد فاقد آموزش و مهارت کافی انجام می‌شود، بر عهده می‌گیرند. به این



ترتیب، روانپزشکان نسل معاصر که هم در روان‌درمانی پویا و هم در روان‌درمانی دارویی مهارت دارند، در معرض خطر انقراض هستند.

چه بر سر دوره‌های آموزشی روانشناسی بالینی، یعنی تنها گزینه‌ای که فاصله موجود را پر می‌کند، خواهد آمد؟ متأسفانه روانشناسی بالینی هم تحت فشار بازار کار قرار گرفته است و دوره دکترای روانشناسی نیز تنها آموزش درمانهای نشانه‌ای و کوتاه‌مدت را که می‌توان هزینه آنها را تأمین کرد، ارائه می‌دهد.

نگرانی من مربوط به روان‌درمانی است. از این بیم دارم که بر اثر فشارهای اقتصادی، شکل‌های عجیبی پیدا کند و خاصیت آن با استفاده از برنامه‌های آموزشی کوتاه و مختصر شده از بین برود. با این حال، تردیدی نیست که در آینده، تعدادی درمانگر با رشته‌های تحصیلی متفاوت، مثل روانشناسی، مشاوره، مددکاری، مشاوره مذهبی، و فلسفه بالینی گرد هم می‌آیند و آموزش دوره‌های عالی را با جدیت بر عهده می‌گیرند و دنبال می‌کنند. آنها به رغم مشکلات اقتصادی، بیماران مشتاقی را می‌یابند که در پی رشد فزاینده و پیرو درمانی باشند که پایانی بر آن متصور نیست. کتاب موهبت درمان را برای چنین درمانگران و چنین بیمارانی نوشته‌ام.

در این صفحات، به دانشجویان اندرز می‌دهم که به جای فرقه‌گرایی، به تکثرگرایی درمانی که در آن، مداخلات مؤثر، از میان گرایشهای گوناگون درمانی استخراج می‌شود، متوسل شوند. در عین حال، چهارچوب کاری من، بیشتر از همه، درمانهای اگزیزستانسیال و بین فردی است و اغلب توصیه‌ها را از این دو نگرش بیرون می‌آورم.

از زمانی که وارد رشته روانپزشکی شدم، علاقه زیادی به گروه‌درمانی و درمان اگزیزستانسیال داشتم: این دو زمینه، موازی، ولی جدا از هم هستند. به «گروه‌درمانی اگزیزستانسیال» تمایلی نشان ندادم، زیرا واقعاً نمی‌دانستم این ترکیب، چه شکلی خواهد داشت. اینها، هم از نظر قالب، و هم از نظر قواعد بنیادین، شیوه‌هایی متفاوت به حساب می‌آیند. هر گروه دارای شش تا نه

عضو است، در حالی که روان‌درمانی اگزیزتانسیال، کاری فردی و یک در برابر یک محسوب می‌شود. هرگاه بیماران را در گروه می‌بینم، از قواعد بین فردی بهره می‌برم و فرض را بر این می‌گذارم که تنها ناتوانی این افراد در ایجاد و حفظ روابط نزدیک و صمیمانه، موجب ناامیدی آنها شده باشد.

در عین حال، هرگاه با قواعد اگزیزتانسیال کار می‌کنم، فرضی متفاوت دارم و ناامیدی بیماران را نتیجه مواجهه با واقعیت‌های خشن زندگی انسانی، یا همان «مسلمات» هستی می‌دانم. بسیاری از مباحث اگزیزتانسیال مطرح شده در این کتاب، احتمالاً برای اغلب خوانندگان آشنا نیست، بنابراین تعریف‌هایی در این زمینه، ضروری به نظر می‌رسد.

#### روان‌درمانی اگزیزتانسیال:

نگرشی درمانی پویا که بر نگرانی‌های ریشه‌گرفته در هستی تمرکز دارد. این تعریف کوتاه را با روشن ساختن عبارت نگرش پویا، بیشتر توضیح می‌دهم. پویا دارای دو تعریف غیرفنی و فنی است. مفهوم غیرفنی و عامیانه پویا از ریشه یونانی *dynasthai* به معنای نیرو یا قدرت می‌آید که زورمندی و توانایی را به ذهن متبادر می‌سازد و در مورد یک بازیکن پرانرژی فوتبال، یا یک سخنران پرحرارت سیاسی به کار می‌رود. این مفهوم، کاربردی در روان‌درمانی ندارد، وگرنه کدام درمانگری خود را کند و فاقد روح معرفی می‌کرد و پویا نمی‌دانست. من بر مفهوم فنی پویا تمرکز می‌کنم که البته نیرو و قدرت در آن مستتر است، ولی از کارکرد نمادین فروید سرچشمه می‌گیرد و اشاره به نیروهایی دارد که تعارض آنها در درون انسان، منتهی به شکل‌گیری تفکرات، هیجانات، و رفتارهای او می‌شود. نکته مهم این است که همین نیروهای متضاد و متعارض، در سطوح متفاوتی از آگاهی قرار دارند و تعدادی از آنها کاملاً ناخودآگاه هستند.

به این ترتیب، روان‌درمانی اگزیزتانسیال، درمانی پویا به حساب می‌آید که همچون سایر درمان‌های روانکاوانه، فرض را بر تأثیر نیروهای ناخودآگاه بر

عملکرد خود آگاه می‌گذارد، ولی در مرحله بعدی، از سایر نظرات عقیدتی روانکاوانه جدا می‌شود.

### ماهیت نیروهای متضاد درونی چیست؟

نگرش روان‌درمانی اگزیستانسیال، فرض را بر این مبنا قرار می‌دهد که تعارضهای درونی مسحورکننده انسان، هم ناشی از درگیری غرایز سرکوب شده یا افراد مهم درونی شده، یا ریزه‌های خاطرات تروماتیک فراموش شده است و هم حاصل مواجهه با «مسلمات» هستی.

### مسلمات هستی چیست؟

اگر نگرانیهای روزانه را طبقه‌بندی کنیم و تحت تأثیر ژرف و موقعیت خود در جهان قرار بگیریم، در نهایت به ساختار ژرف هستی یا به قول پل تیلیش، «نگرانیهای غایی» می‌رسیم. باور دارم که چهار نگرانی غایی در روان‌درمانی نسبت به سایر نگرانیها اهمیت بیشتری دارند. آنها عبارتند از: مرگ، انزوا، مفهوم زندگی و آزادی که البته هر چهار نوع را در صفحات آتی توضیح خواهم داد.

اغلب اوقات دانشجویان می‌پرسند چرا دوره آموزشی برای روان‌درمانی اگزیستانسیال نمی‌گذارم. پاسخ این است که هرگز روان‌درمانی اگزیستانسیال را مکتبی جداگانه و خودکفا نمی‌دانم و ترجیح می‌دهم به جای ترتیب دادن دوره آموزشی روان‌درمانی اگزیستانسیال، دوره‌های تکمیلی را برگزار کنم و بر حساسیت همه درمانگران آموزش دیده به مباحث اگزیستانسیال، بیفزایم.

### فرآیند و محتوای درمان اگزیستانسیال در عمل چگونه است؟

برای پاسخ دادن به این پرسش، باید دو جنبه اساسی مبحث درمان را در نظر گرفت: «فرآیند» و «محتوا». «محتوا» در واقع همان واژه‌های رد و بدل شده و در برگیرنده مباحث اساسی را شامل می‌شود. «فرآیند» به بُعدی

متفاوت و مهم اشاره می‌کند، یعنی رابطه میان درمانگر و بیمار. در زمینه فرآیند یک تعامل، باید دید واژه‌ها و رفتارهای غیرکلامی، در زمینه ماهیت رابطه میان دو طرف این تعامل چه اطلاعاتی، به ما می‌دهند.

اگر فردی جلسات درمانی مرا مشاهده کند، احتمالاً بحثهایی طولانی و بیهوده در مورد مرگ، آزادی، مفهوم زندگی یا انزوا را شاهد خواهد بود. محتوای اگزیزستانسیال برای تعدادی از بیماران (و نه همه آنها) و در بعضی از مراحل درمان (و نه همه مراحل) می‌تواند مهم باشد. در واقع، درمانگران موفق هرگز نباید محتوای بحث را به بیماران تحمیل کنند. **درمان باید از رابطه برگرفته شده باشد و نه از نظریه.**

در عین حال، اگر فردی آشنا با اگزیزستانسیال، همان جلسات را با تمرکز بر فرآیند آنها مشاهده کند، با رویدادی کاملاً متفاوت مواجه خواهد شد. درک اضافی از مباحث اگزیزستانسیال، ماهیت رابطه بیمار و درمانگر را به شدت متأثر خواهد ساخت و این تأثیرگذاری، در همه جلسات درمانی تجلی خواهد یافت.

از شکل ویژه‌ای که این کتاب به خود گرفته است، خودم نیز شگفتزده شده‌ام. هرگز گمان نمی‌کردم کتابی شامل نکته‌ها و کلیدهای اصلی روان‌درمانی به رشته تحریر دربیآورم. در عین حال، هرگاه به گذشته می‌نگرم، لحظه تکوین کتاب را به یاد می‌آورم. دو سال پیش، هنگام دیدار از باغهای ژاپنی هانینگتون در پاسادنا، دریافتم کتابخانه هانینگتون کتابهای پرفروش دوره رنسانس در بریتانیا را به معرض نمایش گذاشته است. به داخل نمایشگاه رفتم. سه جلد از ده جلد کتاب موجود، مربوط به کتابهای محتوی نکات شماره‌دار در زمینه‌های کشاورزی، دوزندگی، و باغبانی می‌شد. شگفتزده شدم که حتی در آن زمان، یعنی چندین سده پیش، چگونه فهرست نکات، پس از معرفی صنعت چاپ، توجه تعداد زیادی از افراد را به خود جلب می‌کرده است.

چندین سال پیش، زنی نویسنده را تحت درمان قرار دادم که پس از

نوشتن دو داستان بلند، از پای درآمده و تصمیم گرفته بود دیگر هرگز به سراغ نوشتن نرود، مگر زمانی که کتاب، زمام او را در دست بگیرد. پنهانی به او خندیدم، ولی در کتابخانه هاینگتون که تفکر نوشتن کتاب، زمام مرا در دست گرفت، به این نتیجه رسیدم که تا آن لحظه، آن زن را به درستی درک نکرده‌ام. در آنجا تصمیم گرفتم همه طرحها را کنار بگذارم، یادداشتهایم را برای یافتن نکات ضروری زیر و رو کنم، و نامه‌ای سرگشاده خطاب به درمانگرانی بنویسم که در ابتدای مسیر قرار دارند.

سایه راینر ماریا ریلکه شاعر آلمانی را هنگام نوشتن این کتاب بر سر احساس می‌کردم. اندکی پیش از رویداد شکل‌گرفته در کتابخانه هاینگتون، کتاب نامه‌هایی به یک شاعر جوان اثر ریلکه را مرور کرده بودم و می‌خواستم آگاهانه، راینر ماریا را در صداقت، جامعیت، و بلندنظری سرمشق قرار دهم و خود را تا به سطح او برسانم.

توصیه‌ها و اندرزهای موجود در این کتاب، از یادداشتهای من در چهل و پنج سال کار بالینی استخراج شده و ترکیبی غریب از نظرات و فنونی است که از آنها در کار استفاده کرده‌ام. این اندیشه‌ها، خودسرانه، شخصی، و گاهی چنان بکر هستند که بعید می‌دانم خوانندگان این کتاب بتوانند مشابه آنها را در جای دیگری بیابند. در نتیجه، این کتاب را نه یک کتاب راهنما، بلکه ضمیمه‌ای برای تکمیل یک برنامه جامع آموزشی می‌دانم. در انتخاب این هشتاد و پنج فصل، بیشتر از ترتیب، و پیروی از قاعده‌ای ویژه، کوشیده‌ام بر اتفاق و اشتیاق تمرکز کنم. کار را با فهرستی دوست شماره‌ای آغاز کردم و از آن میان، آنچه را که برانگیزاننده اشتیاقی کمتر بود، کنار نهادم.

عامل دیگری نیز در گزینش این هشتاد و پنج یادداشت دخالت داشت. داستانهایی که اخیراً نوشته‌ام، حاوی توصیفهای زیادی راجع به روشهای گوناگون درمانی مفید در کار بالینی من بوده‌اند، ولی چون مبنای نوشتاری کتابها، طنزآلود است، تعداد زیادی از خوانندگان نمی‌دانند تا چه اندازه در توصیف روشهای درمانی جدی بوده‌ام. «موهبت درمان» فرصتی ایجاد کرد تا

این موضوع را آشکار سازم.

این یادداشتها، مجموعه‌ای از مداخلات درمانی و عبارات مطلوب من است که بسیار کم بر نظریه‌پردازی و بسیار زیاد بر فنون عملی تمرکز دارد. خوانندگان مایل به مطالعه پیش‌زمینه‌های نظری، می‌توانند «روان‌درمانی اگزیستانسیال» و «روان‌درمانی گروهی نظری و کاربردی» را که کتابهای مرجع محسوب می‌شوند، بخوانند.

تحصیل در رشته‌های پزشکی و روانپزشکی موجب شد اصطلاح بیمار را به جای مراجع یا مشتری به کار ببرم. واژه بیمار برای عده‌ای مفهوم درمانگری کناره‌گیر، فاقد علاقه، فاقد تعهد، و از همه مهمتر، مستبد دارد. با مطالعه این کتاب، خواهید دید که هدفی جز ترغیب به ایجاد و حفظ رابطه‌ای درمانی مبتنی بر تعهد، صراحت، و برابری انسانها نداشته‌ام.

تعداد زیادی از کتابها، از جمله آثار من، نکته‌هایی محدود را به عنوان ماده اولیه به کار برده‌اند و برای پیوند دادن این نکته‌ها به هم، به میزان قابل توجهی بتن نیاز است. در این کتاب، نکته‌ها را به صورت نامحدود برگزیده‌ام و در عوض، بتن پیونددهنده را حذف کرده‌ام تا شکلی داستان‌مانند به آن بدهم.

هرچند گزینش این نکته‌ها تصادفی بوده است و توقع دارم خوانندگان به شکلی غیرنظام‌مند آن را سرمشق قرار دهند، ولی کوشیده‌ام همین نکته‌ها را به شکلی دسته‌بندی کنم که مطلوب همگان باشد.

این کتاب، آراسته به بسیاری از عبارات و مداخلات من است. در عین حال، بداهه‌پردازی و خلاقیت را ترغیب کرده‌ام. بنابراین، نباید این مداخلات درمانی ویژه را، دستورالعملهای کاربردی ویژه تلقی کرد، زیرا حاصل بینش و نشانه‌تلاش من برای درک صدای درونی و شیوه فنی است. دانشجویان بسیاری، نمونه‌های نظری و شیوه‌های فنی دیگری را می‌توانند بیابند که با روش خودشان سازگاری بیشتری داشته باشد.

اندرزها و توصیه‌های این کتاب، از کار بالینی من با بیمارانی با عملکرد

متوسط مایل به بالا، و بالا حاصل شده است، نه بیماران روانپزش یا از کار افتاده. بیماران من معمولاً یک یا دو بار در هفته، مدت چند ماه تا دو سال به مطب من مراجعه کرده‌اند. اهداف درمانی جاه‌طلبانه برای این بیماران داشته‌ام و علاوه بر از بین بردن نشانه‌های بیماری و تسکین دادن رنج آنها، کوشیده‌ام موجب تسهیل رشد فردی و ایجاد تغییر اساسی در نگرش بیماران شوم.

تردیدی نیست که بسیاری از خوانندگان این کتاب، در موقعیتهای بالینی متفاوتی قرار دارند و شاید بیماریهای متفاوت را تجربه و دوره‌های کوتاه‌تر درمان را طلب می‌کنند، ولی امیدوارم همگان روشهای خلاقانه و مبتکرانه خود را برای سازگار کردن آموزه‌های من با شرایط کاری خود و استفاده درست از آنها، بیابند.





## برطرف ساختن موانع، برای رشد

هنگامی که مسیر پیشرفت را به عنوان دانشجوی جوان رشته روان‌درمانی می‌پیمودم، مفیدترین کتابی که خواندم، *روان‌نژندی و رشد انسان* اثر کارن هورنای بود. سودمندترین مبحث آن کتاب نیز، به این باور اشاره داشت که: نوع بشر تمایلی ذاتی به پژوهش و درک خویشتن دارد. هورنای بر این باور است که اگر موانع برطرف شوند، انسان می‌تواند مسیر خود را به سوی بلوغ بگشاید و به صورت فردی کاملاً آگاه درآید، درست همچون دانه‌ای که تبدیل به درخت بلوط خواهد شد.

«درست همچون دانه‌ای که تبدیل به درخت بلوط خواهد شد.»

چه تصویر شگفت‌انگیز و روشنی! همین واقعیت، با ارائه بصیرتی تازه در کار، روش مرا برای کسب تخصص در روان‌درمانی تغییر داد. وظیفه من برطرف ساختن موانعی شد که مسیر زندگی بیماران مرا می‌بستند. ضرورتی نداشت همه کارها را خودم انجام بدهم. وظیفه نداشتم اشتیاق به رشد، حس کنجکاوی، اراده، میل به زندگی، عشق، احساس وظیفه، یا سایر ویژگیهای متعدد انسان‌ساز را به روح بیمار القا کنم. تنها وظیفه من، شناسایی و از بین بردن موانع بود. سایر امور با توجه به نیروهای درونی بیماران برای شکوفایی

و آگاهی، به خودی خود به انجام می‌رسیدند.

به یاد زنی جوان و بیوه می‌افتم که باور داشت قلبش شکسته، ولی نمی‌دانست نیروی دوباره عاشق شدن را از دست داده است. افشای ناتوانی در عاشق شدن از سوی من، نیاز به جرأت و جسارت زیادی داشت. نمی‌دانستم چگونه باید این کار را انجام بدهم، ولی شناسایی و از بین بردن موانع موجود بر سر راه عاشق شدن، چه؟ بله، این کار را به درستی می‌توانستم به پیش ببرم.

خیلی زود دریافتم که عاشق شدن، به او احساس بی‌وفایی می‌بخشد و عشق به فردی دیگر را همچون خیانت به شوهر متوفای خود می‌داند، گویی می‌خواهد آخرین میخ را بر تابوت شوهر بکوبد. باور داشت که اگر عشق ژرف نسبت به شوهرش را به فرد دیگری هم داشته باشد، بنابراین عشقی معیوب و ناقص به شوهر داشته و در عین حال، عشق به فرد تازه نیز، مخرب بود، زیرا احساس فقدان و رنج حاصل از آن، دیگر وجود ندارد و دوباره عاشق شدن، جز احساس بی‌مسئولیتی نیست. زن، خود را فردی بداقبال و لعنت شده، و بوسه خود را همانند بوسه مرگ می‌دانست.

چندین ماه به شدت کار کردیم تا در نهایت همه موانع موجود در مسیر عشق به مردی دیگر برطرف شد. چندین ماه، با همه موانع غیرمنطقی جنگیدیم، تا سرانجام، فرآیندهای درونی بیمار، کار را پیگیری کردند. زن با مردی ملاقات کرد، عاشق شد، و به ازدواج دوم رضایت داد. احساس نمی‌کردم وظیفه دارم چگونگی جستجو و یافتن عشق، اهدای این احساس به فردی دیگر، یا ارزش نهادن به این پدیده را به او یاد بدهم. در واقع نمی‌دانستم چگونه باید این کار را انجام داد.

**مطالبی راجع به کارن هورنای:** این نام شاید برای تعداد زیادی از درمانگران جوان ناآشنا باشد. دوره شهرت افراد برجسته در زمینه نظریه‌پردازی در روان‌درمانی، به اندازه‌ای کوتاه شده است که گاهی نه تنها به منظور گرامیداشت آنها، بلکه به منظور نشان دادن پیشینه پربار و شایستگی

پژوهشگران این رشته در پایه‌گذاری اندیشه‌های مستحکم و ژرف، مجبور به مرور خاطرات گذشته می‌شوم.

جنبش «نئوفرویدی» از ضمیمه‌های یگانه برای نظریه روان‌پویایی است. تعدادی از افراد نظریه‌پرداز و درمانگر بالینی در مقابل تمرکز اصلی فروید بر نظریه محرکه، در برابر این اندیشه که انسان در حال تکامل، همواره تحت نظارت غریزه‌های تکامل‌نیافته خویشتن قرار دارد، واکنش نشان دادند.

در عوض، پیروان «نوفرویدی» بر تأثیرگذاری بزرگ پدیده بین فردی محاط بر انسان، که در مدت زندگی، موجب تشکیل و تکوین نگرش او می‌شود، تمرکز دارند. هری استک سالیوان، اریش فروم، و کارن هورنای، از نظریه‌پردازان و پیروان پدیده بین فردی، به گونه‌ای با زبان و روشهای درمانی ما ترکیب یافته‌اند، که همه ما، ناخودآگاهانه «نئوفرویدی» به حساب می‌آییم، درست همچون موسیو ژوردن، شخصیت اثر مولیر به نام پورژوای اصیل که پس از درک معنای نثر، با حالتی شگفتزده گفت: «با این حساب، در همه مدت عمر، بدون اینکه بدانم، به صورت نثر حرف می‌زدم!»

## اجتناب از تشخیص زودهنگام (جز در مورد شرکتهای بیمه)

امروز دانشجویان رشته روان‌درمانی را وادار به تمرکز بیشتر از اندازه بر تشخیص کرده‌اند. مسئولان اجرایی مراقبتهای درمانی بر تشخیص سریع و دقیق درمانگر به منظور دستیابی به روند درمانی کوتاه‌مدت بر مبنای همین تشخیص، تأکید دارند. هرچند این روش، به نظر مطلوب، منطقی و مؤثر می‌رسد، ولی ارتباط کافی با واقعیت‌ها ندارد و تلاشی گمراه‌کننده برای احراز دقت علمی، که در این شرایط، نه امکان‌پذیر است و نه مطلوب، محسوب می‌شود.

در تعیین شیوه‌های درمانی مربوط به بیماریهای شدید دارای ساختارهای زیستی (همچون اسکیزوفرنیا، اختلالات دوقطبی، اختلالات خلقی ساختاری، صرع، مسمومیت دارویی، اختلالات مسمومیت مغزی، وخیم شدن مرض، و تحرک عوامل عفونی)، نقش اساسی بر عهده تشخیص است. بنابراین در چنین مواردی نمی‌توان ایراد و انتقادی مطرح ساخت، ولی در درمان روانی بیماران مبتلا به اختلالات غیرحاد، تشخیص زودهنگام در اغلب موارد فایده‌ای ندارد.

چرا؟