

موهبت روان درمانگری

سرشناسه: یالوم، اروین، ۱۹۳۱ - م.
عنوان و نام پدیدآور: موهبت روان درمانگری: نامه سرگشاده‌ای به نسل امروز،
روان درمانگران و بیماران آنها / اروین د. یالوم؛ ترجمه مهشید یاسایی.
مشخصات نشر: تهران: ققنوس، ۱۳۸۷.
مشخصات ظاهری: ۲۶۴ ص.
شابک: 978-964-311-736-8
وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا.
یادداشت: فیبا.

یادداشت: عنوان اصلی: *The gift of therapy: an open letter to a new generation of therapists and their patients, c2002.*

یادداشت: کتاب حاضر قبلاً تحت عنوان «هنر درمان: نامه‌ای سرگشاده به نسل جدید روان درمانگران و بیمارانشان» با ترجمه سپیده حبیب توسط انتشارات کاروان در سال ۱۳۸۵ منتشر شده است.

عنوان دیگر: نامه سرگشاده‌ای به نسل امروز، روان درمانگران و بیماران آنها.
عنوان دیگر: هنر درمان نامه‌ای سرگشاده به نسل جدید روان درمانگران و بیمارانشان.

موضوع: یالوم، اروین، ۱۹۳۱ -

موضوع: Yalom, Irvin

موضوع: روان درمانی.

موضوع: روان درمان و بیمار.

شناسه افزوده: یاسایی، مهشید، ۱۳۳۳ - ، مترجم.

رده‌بندی کنگره: ۱۳۸۶ ۲۴۵۹ ی۲ / RC ۴۸۰

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴

شماره کتابشناسی ملی: ۱۱۲۳۴۶۳

موهبت روان درمانگری

نامه سرگشاده‌ای به نسل امروز
روان درمانگران و بیماران آنها

اروین د. یالوم

ترجمه مهشید یاسایی

عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت معلم



این کتاب ترجمه‌ای است از:

The Gift of Therapy

Irvin D. Yalom, M. D.

Perennial, 2002



انتشارات قنوس

تهران، خیابان انقلاب، خیابان شهدای ژاندارمری،

شماره ۱۱۱، تلفن ۴۰ ۸۶ ۴۰ ۶۶

* * *

اروین د. یالوم

موهبت روان‌درمانگری

ترجمه مهشید یاسایی

چاپ هشتم

۷۷۰ نسخه

۱۴۰۲

چاپ سروش

حق چاپ محفوظ است

شابک: ۸ - ۷۳۶ - ۳۱۱ - ۹۶۴ - ۹۷۸

ISBN: 978 - 964 - 311 - 736 - 8

www.qoqnoos.ir

Printed in Iran

۱۶۰۰۰۰ تومان

فهرست

- مقدمه ۹
۱. موانع را از سر راه رشد بردارید ۱۹
۲. از تشخیص بپرهیزید ۲۲
۳. درمانگر و بیمار، «دو همسفر» ۲۴
۴. بیمار را در کار درمان سهیم کنید ۲۹
۵. حمایتگر باشید ۳۱
۶. همدلی: از پنجرهٔ بیمار به بیرون نگاه کنید ۳۵
۷. همدلی بیاموزید ۴۰
۸. بگذارید بیمار برایتان مهم باشد ۴۳
۹. به اشتباه خود اعتراف کنید ۴۷
۱۰. درمان تازه‌ای برای هر بیمار ابداع کنید ۵۰
۱۱. از حرف تا عمل در کار درمان ۵۴
۱۲. خودتان هم روان‌درمانی شوید ۵۷
۱۳. درمانگر بیماران بسیاری دارد؛ بیمار فقط یک درمانگر دارد ۶۱
۱۴. «این‌جا و اکنون» ۶۳
۱۵. چرا «این‌جا و اکنون» مهم است ۶۴
۱۶. «این‌جا و اکنون» را دریابید – گوش به زنگ باشید ۶۶
۱۷. جستجو برای موقعیت‌های مشابه «این‌جا و اکنون» ۷۰
۱۸. روی موضوعاتی در موقعیت «این‌جا و اکنون» کار کنید ۷۶
۱۹. «این‌جا و اکنون» به درمان انرژی می‌بخشد ۸۰
۲۰. از احساسات خود به عنوان منبع اطلاعات استفاده کنید ۸۳

۲۱. دقت کنید در موقعیت «این‌جا و اکنون» چه می‌گویید. ۸۶
۲۲. همه چیز بذری است که برای «این‌جا و اکنون» درمان می‌پاشیم. ۸۷
۲۳. در هر جلسه، «این‌جا و اکنون» را بیازمایید. ۸۹
۲۴. چه دروغ‌هایی به من گفته‌ای؟ ۹۱
۲۵. پرده سفید؟ فراموش کن! واقعی باش ۹۲
۲۶. سه نوع خودفاش‌سازی درمانگر ۱۰۰
۲۷. مکانیزم درمان: شفاف باشید. ۱۰۱
۲۸. فاش‌سازی احساسات مربوط به «این‌جا و اکنون». ۱۰۴
۲۹. فاش کردن زندگی شخصی درمانگر: با احتیاط رفتار کنید. ۱۰۷
۳۰. فاش کردن زندگی شخصی خودتان: هشدار ۱۱۲
۳۱. شفافیت درمانگر و همگانی بودن تجارب. ۱۱۴
۳۲. بیماران در برابر خودفاش‌سازی شما مقاومت می‌کنند. ۱۱۵
۳۳. از درمان سطحی اجتناب کنید. ۱۱۸
۳۴. درباره پیش بردن بیمار به جایی فراتر از خودتان ۱۲۰
۳۵. درباره کمک بیمار به شما ۱۲۲
۳۶. خودفاش‌سازی بیمار را تشویق کنید ۱۲۵
۳۷. بازخورد در روان‌درمانی ۱۲۸
۳۸. به نحوی مؤثر و ملایم بازخورد بدهید. ۱۳۱
۳۹. پذیرش در برابر بازخورد را با به کار بستن «بخش‌ها» افزایش دهید. ۱۳۴
۴۰. بازخورد: تا تنور داغ است نان را بچسبان ۱۳۶
۴۱. درباره مرگ حرف بزنید. ۱۳۹
۴۲. مرگ و بهبود زندگی ۱۴۱
۴۳. درباره مرگ چگونه گفتگو کنیم ۱۴۴
۴۴. گفتگو درباره معنای زندگی ۱۴۸
۴۵. آزادی ۱۵۲
۴۶. کمک به بیماران برای قبول مسئولیت. ۱۵۴
۴۷. هرگز (تقریباً هیچ وقت) برای بیمار خود تصمیم نگیرید. ۱۵۸
۴۸. تصمیم‌گیری: «راه شاهانه» به سوی مبنای وجودی ۱۶۰

۴۹. تمرکز بر مقاومت در تصمیم‌گیری ۱۶۲
۵۰. تسهیل آگاهی با نصیحت کردن ۱۶۴
۵۱. تسهیل تصمیم‌گیری: سایر ابزارها ۱۶۸
۵۲. درمان را تداوم بخشید ۱۷۱
۵۳. از هر جلسه یادداشت‌هایی تهیه کنید ۱۷۳
۵۴. بیمار را تشویق کنید در خود کندوکاو کند ۱۷۴
۵۵. وقتی بیمار تان‌گریه می‌کند ۱۷۵
۵۶. در فاصله دو وقت ملاقات دقیقی را به خود اختصاص دهید ۱۷۷
۵۷. معضلات خود را آزادانه مطرح کنید ۱۷۹
۵۸. به خانه بیمار تان سر بزنید ۱۸۲
۵۹. توجهات را زیاد جدی نگیرید ۱۸۵
۶۰. تدابیر سرعت بخشیدن به درمان ۱۹۰
۶۱. درمان به عنوان درس زندگی ۱۹۴
۶۲. حد و مرز نزدیک شدن به بیمار ۱۹۶
۶۳. هرگز با بیمار تان خود وارد مسائل جنسی نشوید (از حالت‌های جنسی گرفته تا روابط جنسی) ۲۰۰
۶۴. مراقب سالگردها و موضوعات مربوط به مراحل زندگی باشید ۲۰۴
۶۵. هرگز منکر «اضطراب درمان» نشوید ۲۰۶
۶۶. دکتر، اضطرابم را کم کن ۲۰۹
۶۷. دژخیم عشق بودن ۲۱۰
۶۸. شرح حال نویسی ۲۱۵
۶۹. شرح حال نویسی برنامه روزانه بیمار ۲۱۶
۷۰. چه افرادی در زندگی بیمار هستند؟ ۲۱۸
۷۱. مصاحبه با شخص مهم در زندگی بیمار ۲۱۹
۷۲. درمان قبلی را بررسی کنید ۲۲۱
۷۳. سهیم شدن در ضعف‌ها و نقاط تاریک شخصیت بیمار ۲۲۳
۷۴. فروید چندان هم در اشتباه نبود ۲۲۵
۷۵. «درمان رفتاری - شناختی» آن چیزی نشد که انتظار می‌رفت یا از هیولای «درمان تجربی ارزیابی شده» نترسید ۲۳۰

- ۲۳۳ ۷۶. رؤیاها را به کار برید.
- ۲۳۵ ۷۷. تفسیر کامل رؤیا؟ ابداً!
- ۲۳۶ ۷۸. از رؤیاها استفاده عملی کنید: چپاول کنید و به یغما برید.
- ۲۴۳ ۷۹. هنگام کار با رؤیا بر مهارت‌هایی مسلط شوید.
- ۲۴۶ ۸۰. به کمک رؤیا زندگی بیمار را بشناسید.
- ۲۵۱ ۸۱. به اولین رؤیا توجه کنید.
- ۲۵۴ ۸۲. به رؤیاهایی که بیمار در باره درمانگر می‌بیند کاملاً دقت کنید.
- ۲۵۷ ۸۳. از خطرات این شغل آگاه باشید.
- ۲۶۲ ۸۴. امتیازات این شغل را قدر بدانید.

مقدمه

تاریک است. به اتاق کارتان آمده‌ام اما شما را نمی‌بینم. اتاق کارتان خالی و بی‌اثاث است. وارد می‌شوم و به اطراف نگاه می‌کنم. تنها چیزی که می‌بینم کلاه پانامایی شماست که پر از تار عنکبوت شده است.

رؤیاهای بیمارانم تغییر کرده، کلاهم پر از تار عنکبوت شده است. اتاق کارم تاریک و متروک است. هیچ‌جا نمی‌توانند پیدایم کنند.

بیمارانم نگران سلامتی‌ام هستند. آیا آن قدر زنده می‌مانم تا درمان طولانی آن‌ها را به پایان برم؟ وقتی به تعطیلات می‌روم می‌ترسند هرگز بازنگردم. آنان مجسم می‌کنند که به مجلس ختم من آمده‌اند یا آمده‌اند بر سر خاکم.

بیمارانم نمی‌گذارند فراموش کنم که پیر شده‌ام. البته حق دارند. خودم از آن‌ها خواسته‌ام همه احساسات، افکار و رؤیاهای خود را بروز دهند. حتی بیماران جدید هم از من می‌پرسند: «هنوز هم مریض می‌بینید؟»

یکی از راه‌های انکار مرگ اعتقاد به خاص بودن است. اعتقاد به این که آدم‌هایی استثنایی هستیم و زندگی با ما همانند دیگران با خشونت رفتار نمی‌کند. به خاطر دارم سال‌ها قبل به دلیل ضعف قوه بینایی به چشم پزشک مراجعه کردم. او سن مرا پرسید و سپس گفت: «چهل و هشت؟ خوب درست به موقع است.»

البته من می‌دانستم که او کاملاً درست می‌گوید ولی از درونم صدایی فریاد زد: «یعنی که چی به موقع؟! برای تو و سایرین ممکن است وقتش رسیده باشد اما برای من نه.»

به همین دلیل تشخیص این که در واقع به مرحلهٔ مقدر بعدی زندگی‌ام وارد می‌شوم ترسناک است. اهداف، علایق و امیدهای من به نحوی قابل پیش‌بینی در حال تغییر است. اریک اریکسون^۱ در مطالعه‌اش در بارهٔ چرخهٔ زندگی این مرحله از زندگی را مرحلهٔ زاینده‌گی^۲ نامیده است؛ یعنی مرحله‌ای که پساخودشیفتگی^۳ نامیده می‌شود و توجه از خود معطوف می‌شود به احساس مراقبت و دل‌نگرانی برای نسل بعدی. حالا که به هفتاد سالگی رسیده‌ام، می‌توانم به وضوح این دیدگاه اریکسون را درک کنم. این مفهوم زاینده‌گی او در مورد من کاملاً صادق است. من می‌خواهم آموخته‌هایم را به نسل بعدی بیاموزم و هرچه زودتر این کار را بکنم.

ولی هدایت و راهنمایی نسل بعدی روان‌درمانگران امروزه بسیار مشکل‌زاست؛ زیرا این رشته در بحران است. از آن‌جا که سیستم بهداشت بر این اساس برنامه‌ریزی شده که کم‌هزینه باشد، نمی‌توان تغییر اساسی چندانی در آن ایجاد کرد و روان‌درمانی در حال حاضر به ناچار باید مانند خط تولید عمل کند، به این معنا که باید کم‌هزینه، کوتاه، سطحی و جزئی باشد. من نگرانم که نسل بعدی روان‌درمانگران در کجا تعلیم خواهد دید. در برنامه‌های آموزشی رزیدنتی روانپزشکی که نخواهد بود. روانپزشکی

1. Erik Erikson

۲. Generativity، اریک اریکسون روانکاو نظریه‌پرداز بود که در مراحل رشد (فروید) تجدیدنظر اساسی کرد. اریکسون معتقد بود که فروید بر اهمیت عوامل تعیین‌کنندهٔ زیست‌شناختی و جنسی بیش از حد تأکید می‌کند. او مجموعه‌ای از هشت مرحلهٔ رشد را مطرح کرد که تمام زندگی را دربر می‌گیرد. زاینده‌گی در برابر در خود فرورفتگی یکی از مراحل رشد انسان از نظر اریکسون است که نتیجهٔ تعارض در اواسط دوران بزرگسالی است. به نظر اریکسون بزرگسال بدون احساس خلاقیت یا مفید بودن در خود فرو می‌رود و رشدش متوقف می‌شود. - م.

3. post-narcissim

در واقع در مرز ترک رشته روان‌درمانی است. روانپزشکان جوان ناچارند در دارودرمانی روانی تخصص داشته باشند، زیرا نسل سوم درمانجویان فقط زمانی به روان‌درمانی رو می‌آورند که هزینه آن کم باشد (به عبارت دیگر، توسط درمانگرانی درمان شوند که حداقل آموزش را دیده‌اند). به احتمال زیاد نسل جدید درمانگران روانپزشک که هم در زمینه روان‌درمانی پویا و هم در زمینه دارودرمانی آموزش دیده‌اند در معرض نابودی قرار دارد.

در مورد برنامه‌های آموزشی روان‌درمانی چه باید گفت — که در واقع این برنامه‌ها راهی برای پرکردن جای خالی است. متأسفانه روان‌شناسان بالینی با همان فشارهای بازار کار مواجهند و غالب مراکزی که دکترای روان‌شناسی می‌دهند درمانی را آموزش می‌دهند که براساس شناخت علائم بیماری است، کوتاه است و در نتیجه مقرون به صرفه.

از این رو، من نگران روان‌درمانی ام، نگرانم که مبادا تحت تأثیر فشارهای اقتصادی تغییر شکل دهد و با برنامه‌های آموزشی به شدت مختصر شده تضعیف شود. به هر حال، مطمئن هستم که در آینده گروهی از درمانگران که در رشته‌های آموزشی مختلفی تحصیل کرده‌اند (روان‌شناسی، مشاوره، مددکاری اجتماعی، مشاوره مذهبی، فلسفه بالینی) همچنان آموزش بعد از اتمام تحصیلات را ادامه می‌دهند و بیمارانی را می‌یابند که مایلند رشد کنند و تغییر یابند و به درمان طولانی‌مدت متعهد باشند. من این کتاب را برای همین درمانگران و همین بیماران می‌نویسم.

در سراسر این صفحات دانشجویان را از فرقه‌گرایی برحذر می‌دارم و چند گونگی درمانی را توصیه می‌کنم به نحوی که از چندین رهیافت درمانی راه‌های درمان متفاوتی به دست آید. البته من اغلب در چارچوب رهیافت

روان‌شناسی وجودی^۱ و بین فردی^۲ کار می‌کنم. به همین دلیل، آنچه در پی خواهد آمد در حول و حوش این دو دیدگاه است.

از زمانی که وارد رشته روانپزشکی شده‌ام به دو چیز علاقه ثابت داشته‌ام: گروه‌درمانی و روان‌درمانی وجودی. این دو موضوع جدا و در عین حال در ارتباط با هم‌اند. من گروه‌درمانی وجودی کار نمی‌کنم و در واقع اصلاً نمی‌دانم چیست. این دو روش متفاوتند، نه تنها به دلیل چارچوب (یعنی گروهی متشکل از تقریباً شش تا نه عضو در برابر یک نفر در روان‌درمانی وجودی)، بلکه چارچوب اصلی ذهنی آن‌ها نیز با هم فرق می‌کند. هنگامی که بیماران را برای گروه‌درمانی می‌بینم، با آن‌ها بر اساس دیدگاه روان‌شناسی بین فردی کار می‌کنم و بر این فرض هستم که بیماران به این دلیل دچار یأس می‌شوند که نمی‌توانند روابط بین فردی رضایت‌بخش و مداومی داشته باشند.

البته، هنگامی که در چارچوب روان‌شناسی وجودی کار می‌کنم، فرض بسیار متفاوتی را در نظر می‌گیرم. بیماران به این دلیل دچار یأس می‌شوند که با حقایق دشوار در مورد وضعیت انسان – «مفروضات» وجود – روبرو می‌شوند. از آن‌جا که بسیاری از مطالب این کتاب در چارچوب روان‌شناسی وجودی مطرح شده است و ممکن است برای بسیاری از خوانندگان ناآشنا باشد، مقدمه‌ای کوتاه در این جا ارائه می‌شود.

تعریف روان‌درمانی وجودی: روان‌درمانی وجودی رهیافت درمانی پویایی است که بر مسائلی متمرکز می‌شود که در وجود ریشه دارند.

می‌خواهم این تعریف مختصر را با روشن کردن عبارت «رهیافت پویا»

1. Existential psychology

۲. Interpersonal psychology، در نظریه‌ها و مفاهیم بین فردی چگونگی تبادل فرد با دیگران مورد نظر است. برخلاف نظریه‌های فرا فردی که با نحوه رشد و رفتار افراد سر و کار دارد. روان‌شناسی بین فردی با اصلاح روابط بین فردی افراد به آنان کمک می‌کند تا اختلافات روانی خود را حل و فصل کنند. – م.

روشن تر کنم. پویا تعریفی تکنیکی و عام دارد. تعریف عام پویا (که از ریشه یونانی dynasthai به معنای توانایی و قدرت داشتن گرفته شده است) بر نیروبخشی و سرزندگی دلالت دارد (مثلاً فوتبالیست پویا یا رهبر سیاسی پویا) که البته در این جا مقصد شخصی مورد نظر نیست. ولی اگر این معنا مورد نظر بود و در حرفه ما به کار می رفت، در این صورت کدام درمانگری ادعا می کرد که درمانگر پویایی نیست. به عبارت دیگر، درمانگری تنبل یا بی روح است؟

نه، من «پویا» را به معنای تکنیکی آن به کار می برم که به معنای نیروست ولی در الگوی فروید در عملکرد ذهنی ریشه دارد، به این معنا که نیروهای متضاد درون فرد باعث ایجاد تفکر فردی، عواطف و رفتار می شود. علاوه بر این - و این نکته مهمی است - این نیروهای متضاد در سطوح مختلف آگاهی قرار دارند؛ در حقیقت بعضی به کلی ناآگاهانه اند.

از این رو، روان درمانی وجودی درمانی پویاست که مانند درمان های روانکاوی مختلف بر این فرض مبتنی است که نیروهای ناخودآگاه در کارکرد آگاهانه تأثیر می گذارد. البته، وقتی پرسش بعدی را مطرح می کنیم، از ایدئولوژی های روانکاوی مختلف جدا می شود: ماهیت این نیروهای متضاد چیست؟

رهیافت وجودی بر این اساس است که تضادهای درونی که ما را احاطه کرده نه تنها مربوط به کشمکش با امیال غریزی سرکوب شده یا درونی شدن آموزش های بزرگسالان مهم در زندگیمان است یا باقیمانده هایی از خاطرات وحشتناک فراموش شده است، بلکه حاصل رویارویی ما با «مفروضات» وجود است.

و این «مفروضات» وجود چه هستند؟ اگر ما نگرانی های روزمره زندگی را موقتاً ندیده بگیریم و عمیقاً در باره وضعیت خود در جهان تأمل کنیم ناگزیر به

ساخت‌های عمیق وجود می‌رسیم (مسائل غایی^۱ به قول پل تیلیچ^۲). از نظر من در روان‌درمانی چهار مسئله غایی خودنمایی می‌کند: مرگ، تنهایی، معنای زندگی و آزادی. (هریک از این مسائل غایی در بخشی جداگانه تعریف و بررسی می‌شود).

دانشجویان غالباً می‌پرسند چرا برنامه‌های آموزشی در روان‌درمانی وجودی برگزار نمی‌کنم. سبب این است که من هرگز روان‌درمانی وجودی را مکتب ایدئولوژیکی مستقل و جداگانه‌ای ندانسته‌ام. به نظر من بهتر است به جای ایجاد برنامه روان‌درمانی وجودی همه درمانگران آموزش‌دیده پویا در برنامه آموزشی خود به مسائل وجودی توجه بیشتری کنند.

فرآیند و محتوا. درمان وجودی در عمل چگونه به نظر می‌رسد؟ برای پاسخ به این پرسش باید به «فرآیند»^۳ و «محتوا»^۴ یعنی دو جنبه عمده گفت‌وگو در روان‌درمانی توجه کرد. «محتوا» همان است که بیان می‌شود - همان کلماتی که گفته می‌شود، مسائلی که مستقیماً مطرح می‌شود. «فرآیند» به بعدی بسیار مهم و به کلی متفاوت اطلاق می‌شود: رابطه بین فردی بیمار و درمانگر. وقتی که در باره «فرآیند» تبادل سؤال می‌کنیم مقصود ما این است: کلمات (و رفتار غیرکلامی) در باره ماهیت رابطه بین افراد درگیر در تبادل چه می‌گویند؟

در جلسات درمانی من از مرگ، آزادی، معنا یا تنهایی وجودی سخنی به میان نمی‌آید. شاید بعضی بیماران در بعضی (نه همه) مراحل درمان متوجه این مضامین شوند. در حقیقت، درمانگر آگاه نباید هرگز در باره این موضوعات به بحث بپردازد. درمان نباید نظریه‌محور، بلکه باید رابطه‌محور باشد. ولی اگر در این جلسات به دنبال فرآیندی باشید که از دیدگاه وجودی نشئت گرفته است با موضوع به کلی متفاوتی روبرو خواهید شد. توجه بسیار

1. ultimate concerns

2. Paul Tillich

3. process

4. content

به موضوعات وجودی عمیقاً در ماهیت رابطهٔ درمانگر و بیمار تأثیر می‌کند و در تک تک جلسات درمان نیز مؤثر است.

من شخصاً از شکل خاصی که این کتاب به خود گرفته است در حیرتم. هرگز انتظار نداشتم کتابی بنویسم که در بر گیرندهٔ زنجیره‌ای از دستورات عمل‌ها برای درمانگران باشد. البته، وقتی به گذشته می‌نگرم می‌فهمم که دقیقاً چه زمانی فکر این کار در من شکل گرفت. دو سال قبل که به تماشای باغ ژاپنی در هانتینگتون پاسادنا رفته بودم، در کتابخانهٔ آن‌جا سه کتاب پرفروش دوران رنسانس در بریتانیای کبیر را دیدم. این سه کتاب دستورات عمل‌هایی برای نگهداری از حیوانات، خیاطی و باغبانی بود. به نظرم جالب آمد که سال‌ها قبل هم که صنعت چاپ تازه پا گرفته بوده، کتاب‌های دستورات عملی مورد توجه مردم بوده است.

سال‌ها قبل با نویسنده‌ای مواجه شدم که بعد از نوشتن دو رمان پی در پی تصمیم گرفته بود دیگر چیزی ننویسد تا زمانی که واقعاً نیازش را احساس کند. در مورد این تصمیم او به فکر فرو رفته‌ام، ولی واقعاً حرفش را نفهمیدم تا وقتی که در کتابخانهٔ هانتینگتون خودم به این مسئله پی بردم. همان موقع همهٔ پروژه‌هایم را کنار گذاشتم و شروع کردم به سرک کشیدن به یادداشت‌ها و مقاله‌هایم در طول دوران کار حرفه‌ای‌ام و تصمیم گرفتم برای نسل جدید درمانگران نامهٔ سرگشاده‌ای بنویسم.

روح راینر ماریا ریلکه^۱ در نوشتن این جلد به من کمک کرد. کمی قبل از تجربه‌ای که در کتابخانهٔ هانتینگتون داشتم نامه‌هایی برای شاعر جوان نوشتهٔ ریلکه را دوباره خواندم و آگاهانه تلاش کردم تا معیارهای او را در صداقت، بخشندگی، و جامع بودن رعایت کنم.

توصیه‌های این کتاب حاصل چهل و پنج سال کار بالینی است. این کار

معجون غیرمتعارفی از عقاید و تکنیک‌هایی است که من در کارم آن‌ها را مفید یافته‌ام. این عقاید آن‌چنان شخصی و گاهی اصیلند که خواننده به ندرت ممکن است در جایی دیگر با آن برخورد کرده باشد. از این رو، این کتاب به هیچ وجه دستورالعملی سیستماتیک محسوب نمی‌شود، بلکه مکملی است بر برنامه آموزشی جامع. من ۸۵ مقوله این کتاب را به طور تصادفی انتخاب کردم. در واقع اشتیاقم به این کار بیش‌تر هدایت‌م کرد تا هرگونه نظم و سیستمی. من کارم را با مجموعه بیش از دویست توصیه آغاز کردم و سرانجام چندتایی را که چندان رغبتی به آن‌ها نداشتم دور ریختم.

عامل دیگری در انتخاب این ۸۵ مقوله کمکم کرد. داستان‌ها و رمان‌های اخیر من پر از روندهای درمانی است که در کار درمانی‌ام آن‌ها را مفید یافته‌ام، ولی از آن‌جا که قصه‌هایم غالباً لحنی کمدی و مضحک دارد بعضی از خوانندگان ممکن است دودل شوند که آیا من در باره درمان‌هایی که توصیه کرده‌ام جدی‌ام یا شوخی می‌کنم. موهبت روان‌درمانگری فرصتی برایم فراهم می‌کند تا حرف‌هایم را به طور مستقیم بگویم.

این کتاب مجموعه‌ای از درمان‌ها یا گفته‌های مورد علاقه من است و تکنیک در آن بسیار و نظریه بسیار کم است. خوانندگانی که زمینه نظری بیش‌تری را جستجو می‌کنند ممکن است بد نباشد کتاب روان‌درمانی وجودی و نظریه و عمل در روان‌درمانی گروهی مرا بخوانند که این دو در واقع کتاب‌های مادر برای این کتاب محسوب می‌شوند.

از آن‌جا که من در زمینه پزشکی و روانپزشکی آموزش دیده‌ام به کلمه بیمار (patient) عادت کرده‌ام (کلمه لاتین آن *patients* - کسی که رنج می‌برد یا تحمل می‌کند) و آن را در واقع مترادف درمانجو (client) به کار می‌برم که در سنت مشاوره و روان‌شناسی معمول است. از نظر برخی کلمه بیمار درمانگری را تداعی می‌کند که بی‌علاقه و مستبد است. ولی من می‌خواهم در

سراسر این کتاب رابطهٔ درمانی براساس علاقه‌مندی، باز بودن، نزدیکی و مساوات را تشویق کنم.

بسیاری از کتاب‌ها، از جمله کتاب من، نکته‌های مهم محدودی دارند و مطالبی برای پر کردن صفحات اضافه می‌شود تا نکات مهم را به شکل زیبایی به هم ربط دهد. در این کتاب نکات بسیاری انتخاب کردم که بسیاری از آن‌ها مستقل از مطالب دیگر است. به همین دلیل این کتاب بیش‌تر جنبهٔ ایزودیک دارد و هر موضوعی مستقل از موضوعات دیگر مطرح می‌شود.

هرچند در انتخاب این توصیه‌ها پیرو نظمی نبوده‌ام و خوانندگان نیز می‌توانند این توصیه‌ها را به شیوه‌ای غیرمنظم انتخاب کنند و بخوانند، اما تلاش کرده‌ام تا در آخر کار این مجموعه را به نحوی درآورم که برای خواننده لحنی صمیمانه داشته باشد.

بخش اول (۱-۴۰) در بارهٔ رابطهٔ بیمار - درمانگر است با تأکید خاص بر این‌جا و اکنون،^۱ خود فاش‌سازی^۲ درمانگر و مطرح شدن خود درمانگر.

بخش بعد (۴۱-۵۱) از فرآیند می‌گذرد و به محتوا می‌پردازد و روش‌هایی را برای کاوش در مسائل غایی مرگ، معنای زندگی، آزادی (مسئولیت و تصمیم‌گیری) پیشنهاد می‌کند.

در بخش سوم (۵۲-۷۶) به مسائل مختلفی در حوزهٔ هدایت درمان می‌پردازم.

در بخش چهارم (۷۷-۸۳) در مورد کاربرد رؤیا در درمان بحث می‌کنم. در بخش آخر (۸۴-۸۵) در مورد خطرات و امتیازات درمانگری بحث خواهیم کرد.

در این متن بسیاری از عبارات و روش‌های مورد علاقه‌ام را آورده‌ام. در عین حال خودجوش بودن و خلاقیت را تشویق کرده‌ام. به همین دلیل این

1. here and now

2. self-disclosure

گفته‌های خودجوش را دستورالعملی مبتنی بر روندی خاص تلقی نکنید. در واقع این گفته‌ها تلاشی است در جهت یافتن شیوه و صدای خودم. شاید بعضی از دانشجویان احساس کنند سایر سبک‌های نظری برایشان مفیدتر است. توصیه‌های این کتاب حاصل کار بالینی من با بیمارانی بوده است که عملکرد نسبتاً خوب و حتی بالایی داشتند (نه آن‌هایی که روان‌پزشک یا به شدت ناتوانند) و هفته‌ای یک یا گاهی هم دو بار به مدت چند ماه تا دو یا سه سال آن‌ها را می‌دیدم. اهداف درمانی من با این بیماران بلندپروازانه است: علاوه بر این که بر اساس از بین بردن علایم بیماری و کاهش رنج کار کرده‌ام، کوشیده‌ام تا به رشد فردی و تغییر اساسی در شخصیت نیز کمک کنم. می‌دانم که بسیاری از خوانندگان ممکن است دیدگاه بالینی و موقعیت متفاوتی داشته باشند و با جمعیت بیماران و طول درمان متفاوتی سر و کار داشته باشند، با این همه امیدوارم که خوانندگان راه خلاقانه خود را بیابند و آموخته‌های من را در درمان خاص خود به کار برند.

موانع را از سر راه رشد بردارید

هنگامی که دانشجوی روان‌درمانی بودم و می‌خواستم راه خود را بیابم، مفیدترین کتابی که خواندم کتاب روان‌رنجوری و رشد انسان نوشته کارن هورنای^۱ بود. مفیدترین مطلب کتاب هورنای این بود که انسان میلی درونی به سمت تحقق خود دارد. او معتقد است که اگر موانع از سر راه برداشته شود انسان به موجودی بالغ و کاملاً خودشکوفای مبدل می‌شود، درست همان‌گونه که دانه بلوط به درخت بلوط مبدل می‌شود.

«درست همان‌گونه که دانه بلوط به درخت بلوط مبدل می‌شود...» چه تصور روشن و آزادی‌بخشی! همین باعث شد که دیدگاه من به روان‌درمانی تغییر کند چون وظیفه من این بود که موانع را از سر راه بیمارانم بردارم. لزومی نداشت همه کار را خودم انجام دهم؛ لزومی نداشت کاری کنم که میل به رشد، کنجکاو، اشتیاق، زندگی، وفاداری، محبت یا هر آنچه ما را به انسانی کامل تبدیل می‌کند در بیمارانم ایجاد شود. نه من می‌بایست موانع را شناسایی می‌کردم و از سر راه برمی‌داشتم. باقی کار خودبخود به کمک نیروهای درونی بیمار به سمت خودشکوفایی پیش می‌رفت.

بیوه جوانی را به خاطر می‌آورم که به قول خودش «قلبش شکسته بود» و نمی‌توانست دوباره عاشق شود. من می‌ترسیدم در باره ناتوانی او در

عشق ورزیدن چیزی بگویم. اصلاً نمی‌دانستم چطور به او بگویم. آیا باید وقتم را صرف ریشه‌یابی و شناسایی موانعی می‌کردم که سد راه عشق ورزیدن او می‌شد؟ بله این کار از من ساخته بود.

چیزی نگذشت که دریافتم که عشق ورزیدن از نظر او خیانت محسوب می‌شود؛ احساس می‌کرد که با این کار آخرین میخ‌ها را به تابوت شوهرش می‌زند. اگر قرار بود دیگری را به همان اندازه‌ای که همسرش را دوست داشت دوست بدارد (و به کم‌تر از آن هم رضایت نمی‌داد) به این معنا بود که عشق او به همسرش کافی نبوده یا ناقص بوده است. عشق به دیگری مترادف بود با نابودی خودش، چون به ناگزیر باید با درد از دست دادن همسرش مواجه می‌شد. دوباره عاشق شدن یعنی احساس بی‌مسئولیتی کردن. یعنی او شیطان است و نفرین شده و بوسه او بوسه مرگ است.

ماه‌ها کار کردیم تا بتوانیم موانعی را که سبب می‌شد او نتواند مرد دیگری را دوست داشته باشد شناسایی کنیم. ماه‌ها با هر مانع غیرمنطقی به نوبت دست و پنجه نرم کردیم. همین که کارمان تمام شد، فرآیندهای درونی بیمار غالب شد: با مردی آشنا شد، به او علاقه‌مند شد و دوباره ازدواج کرد. لازم نبود به او یاد بدهم که چگونه جستجو کند، محبت کند و عشق بورزد. من که نمی‌دانستم چطور باید این کار را بکنم.

چند کلمه‌ای هم از کارن هورنای می‌گویم: نام او برای اکثر درمانگران ناآشناست. از آن‌جا که عمر مفید نظریه‌پردازان صاحب‌نام در رشته روان‌شناسی کوتاه است، من گاهی از گذشته‌ها یاد می‌کنم. نه صرفاً برای قدردانی از بزرگان این حرفه، بلکه می‌خواهم بر این نکته تأکید کنم که حرفه ما تاریخچه‌ای طولانی از افراد توانایی دارد که برای کار درمان در این روزگار پایه‌ای اساسی پی ریخته‌اند.

جنبش «نوفرویدی‌ها» تجلی چیزی انحصاراً آمریکایی است که به نظریه روان‌پویایی افزوده شده است. یعنی گروهی از نظریه‌پردازان و

روان‌شناسانی که در برابر تأکید فروید بر نظریهٔ سائق به مخالفت برخاستند. یعنی در برابر این مفهوم که فرد در حال رشد عمیقاً تحت تأثیر باز کردن و ابراز سائق‌های درونی خود قرار دارد.

«نوفرویدی‌ها» معتقد بودند که باید نفوذ گستردهٔ محیط بین فردی‌ای را در نظر بگیریم که فرد را احاطه می‌کند و همین در طول زندگی شخصیت او را شکل می‌دهد. بهترین نظریه‌پردازان بین فردی (هاری استاک سولیوان،^۱ اریک فروم^۲ و کارن هورنای) عمیقاً در زبان و کار درمان ما نفوذ داشته‌اند و همهٔ ما بی‌آن که بدانیم «نوفرویدی» هستیم. این ما را به یاد موسیو ژوردن در بورژوای نجیب‌زاده^۳ اثر مولیر می‌اندازد که بعد از آموختن تعریف «نثر» با حیرت می‌گوید «همهٔ عمر 'نثر' می‌دانستم ولی خبر نداشتم».

1. Harry Stack Sullivan 2. Erich Fromm

3. *Le Bourgeois Gentilhomme*

از تشخیص پرهیزید

امروزه دانشجویان روان‌درمانی بیش از حد با تشخیص^۱ سر و کار دارند. مدیران مراکز درمانی از درمانگران می‌خواهند که تشخیص دقیق بدهند و سپس دوره‌ای درمان کوتاه‌مدت را در پیش بگیرند که با آن تشخیص خاص هماهنگ باشد. به نظر درست و خوب و مؤثر می‌رسد، ولی چندان ربطی به واقعیت ندارد. این کار تلاشی غیرواقعی برای موجه جلوه دادن دقت علمی در موقعیتی است که نه امکان آن وجود دارد و نه مطلوب به نظر می‌رسد. هرچند تشخیص بدون شک در کار درمان بیماری‌های سخت بسیار اهمیت دارد (مانند اسکیزوفرنیا، بیماری‌های دوقطبی، اختلالات خلقی عمده، صرع لوب گیجگاهی، مسمومیت دارویی، بیماری عضوی یا مغزی ناشی از سموم، علل دژنراتیو یا عفونی)، اما غالباً در روان‌درمانی روزمره تشخیص در مورد بیمارانی که اختلالات چندان جدی ندارند تأثیر مخرب دارد.

چرا؟ چون که روان‌درمانی فرآیندی تدریجی است که طی آن درمانگر می‌کوشد بیمار را تا جایی که امکان دارد بشناسد. تشخیص دادن دامنه دید را محدود می‌کند؛ سبب می‌شود که توانایی فرد در برقراری ارتباط با دیگری کاهش یابد. همین که تشخیص دادیم به جنبه‌هایی از بیمار که با آن تشخیص

1. Diagnosis

خاص تناسب ندارد بی توجهی می‌کنیم و متعاقب آن به جنبه‌های جزئی که تشخیص اولیه را تأیید می‌کند بیش از حد توجه می‌کنیم. دیگر آن که تشخیص در حکم پیشگویی معطوف به مقصود عمل می‌کند. ممکن است با بیمار مثل یک بیمار «مرزی» یا «هیستریک» رفتار کنیم که همین سبب می‌شود نشانه‌های این بیماری‌ها تشدید شود. در ضمن اعتبار پایین طبقه‌بندی اختلال شخصیت بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (DSM) را به خاطر داشته باشید (همین بیماران غالباً در روان‌درمانی طولانی مدت شرکت می‌کنند).

کدام درمانگری را می‌یابید که از این که می‌بیند تشخیص بر اساس (DSM-IV) در همان جلسه اول چقدر ساده‌تر از مثلاً جلسه دهم است حیرت نکرده باشد، یعنی وقتی که مطالب بیش‌تری در باره فرد دستگیرش می‌شود. آیا این علم غریبی نیست؟ یکی از همکارانم با این پرسش از بیمارانش این نکته را روشن‌تر بیان کرده است؛ «اگر شما تحت روان‌درمانی فردی هستید یا می‌خواهید روان‌درمانی شوید فکر می‌کنید درمانگرتان بر اساس (DSM-IV) چه تشخیصی باید بدهد تا برای آدمی به پیچیدگی شما مناسب باشد؟»

در کار درمان باید بین کمی عینی بودن و خیلی عینی بودن تمایز ظریفی قائل شویم؛ اگر تشخیص بر اساس DSM را زیاد جدی بگیریم، اگر واقعاً معتقد باشیم که می‌توانیم سرشت انسان را حکاکی کنیم، در این صورت سرشت انسان، و ماهیت خودجوش، خلاق و نامطمئن کار مخاطره‌آمیز درمان را با تهدید مواجه کرده‌ایم. به خاطر داشته باشید که درمانگرانی که سیستم‌های تشخیص قبلی را که اکنون مطرود است تدوین کرده‌اند درست به اندازه اعضای کنونی کمیته‌های تدوین کتاب راهنما توانا و مغرور بودند و به خود اعتماد داشتند. بدون شک زمانی فرا خواهد رسید که چارچوب کتاب راهنمای کنونی از نظر متخصصان بهداشت روان مضحک خواهد نمود.

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)*

درمانگر و بیمار، «دو همسفر»

آندره مالرو نویسنده فرانسوی در باره کشیشی حرف می‌زند که سال‌ها شاهد و شنونده اقرار مردم بوده و در طی این سال‌ها شنیده‌هایش را این‌طور خلاصه کرده است: اول این که انسان‌ها ناشادتر از آنی هستند که به نظر می‌رسد... و اصلاً چیزی به نام انسان رشدیافته وجود ندارد. همه - از جمله درمانگران و بیماران آن‌ها - محکومند که نه تنها شادی‌های زندگی بلکه تلخی اجتناب‌ناپذیر زندگی را تجربه کنند: ناامیدی، پیری، بیماری، تنهایی، فقدان عزیزان، بی‌معنایی، انتخاب‌های دردناک، و مرگ.

هیچ‌کس به خوبی شوپنهاور فیلسوف آلمانی این موضوع را بیان نکرده است:

در اوایل جوانی، همچنان که زندگی پیش رو را انتظار می‌کشیم مانند کودکانی هستیم که در نمایشی مشتاقانه و بی‌صبرانه نشسته‌ایم تا پرده بالا رود و بازی شروع شود. این که ما نمی‌دانیم چه خواهد شد واقعاً جای شکر دارد. آیا می‌توانیم آن را پیش‌بینی کنیم. گاهی کودکان مثل زندانیان محکوم به نظر می‌رسند نه محکوم به مرگ بلکه محکوم به زندگی، ولی هیچ‌کدام نمی‌دانند محکومیت آنان چیست.

یا در جایی دیگر می‌گوید:

ما مانند بره‌هایی در مزرعه‌ایم، که زیر چشم قصاب راه می‌رویم و او هر بار یکی از ما را برای مراسم دعایش انتخاب می‌کند. پس چه بهتر که نمی‌دانیم

چه در انتظارمان است و نمی‌دانیم چه سرنوشتی خواهیم داشت - بیماری، فقر، معلولیت، و از دیده‌ها ناپدید شدن.

هر چند دیدگاه شوپنهاور به شدت تحت تأثیر زندگی شخصی اوست، ولی به دشواری می‌توان یأس درونی در زندگی افراد خودآگاه را نادیده گرفت. من و زخم‌گاہی اوقات مهمانی‌هایی ترتیب می‌دهیم و افرادی را دعوت می‌کنیم که ویژگی‌های مشترکی دارند؛ مثلاً مهمانی برای انحصارطلبان یا خودشیفتگان یا آدم‌های پرخاشگر - منفعل ترتیب می‌دهیم و از بین کسانی که می‌شناسیم عده‌ای را دعوت می‌کنیم. یا برعکس یک مهمانی شاد فقط برای آدم‌های خوشبختی که می‌شناسیم ترتیب می‌دهیم. هر بار که چند فرد خوشبخت و سرحال پیدا می‌کنیم و آن‌ها را در لیست انتظار می‌گذاریم و بعد برای تکمیل لیست به جستجوی بیش‌تر می‌پردازیم، در می‌یابیم که یکی از مهمانان خوشبختمان با یک گرفتاری اساسی در زندگی مواجه شده است - غالباً بیماری شدیدی که همسر یا فرزندش به آن دچار شده است.

این دیدگاه تراژیک ولی واقع‌گرایانه به زندگی مدت‌هاست که رابطه‌ام را با افرادی که به کمک نیاز دارند تحت نفوذ خود درآورده است. هر چند در برابر رابطهٔ درمانی عبارات بسیاری آمده است (بیمار / درمانگر، درمانجو / مشاور، تحلیل‌شونده / تحلیل‌گر، درمانجو / تسهیل‌کننده و آخرین آنان که خیلی انزجارآور است، کاربر / تولیدکننده) ولی هیچ‌کدام حس من از رابطهٔ درمانی را نشان نمی‌دهد. من مایل‌م بیماران و خودم را همسفر بدانم. این واژه بین آن‌ها یعنی درمانجویان و ما یعنی درمانگران تمایزی قائل نمی‌شود. در دوران آموزش غالباً به این فکر می‌کردم که درمانگر به تمام و کمال روانکاوی شده یعنی چه، ولی همچنان که در طول زندگی پیش می‌رفتم و با همکاران درمانگر بسیاری روابط نزدیک برقرار کردم، آدم‌های باتجربهٔ این حرفه را ملاقات کردم و از من خواسته شد که به درمانگران قبلی و معلمانم کمک کنم

و خودم هم معلم و آدم مسنی شدم و ماهیت اسرارآمیز این مفهوم را تشخیص دادم. همگی با هم تجربه مشترکی داریم و هیچ درمانگر و هیچ کس نیست که از تراژدی زندگی برحذر باشد.

یکی از داستان‌های محبوب من در باره شفاگری، داستان استاد لودی^۱ نوشته هرمان هسه است. دو شفادهنده مشهور به نام‌های دیون و یوزف در این داستان حضور دارند. یوزف و دیون هر دو در کار خود آزموده بودند ولی به شیوه‌های گوناگونی کار می‌کردند. یوزف شفادهنده جوان‌تر با سکوت و آرامش درمان می‌کرد. زائران به یوزف اعتماد می‌کردند. رنج و اضطرابی که در گوشش نجوا می‌شد مانند آبی که در بیابان سرازیر شود ناپدید می‌شد و توبه‌کاران آرام و رها از غم او را ترک می‌گفتند. از سوی دیگر، دیون، شفادهنده مسن‌تر با کسانی که در جستجوی کمک به او بودند صریح بود. او گناهانی را که هنوز به آن اعتراف نشده بود پیشگویی می‌کرد. قاضی بزرگی بود، گوشمالی می‌داد، تنبیه می‌کرد، مصلح بود و با مداخله فعالانه شفا می‌بخشید. او با توبه‌کاران مثل بچه‌ها رفتار می‌کرد. نصیحت می‌کرد. از آنان می‌خواست توبه کنند و با این کار آنان را تنبیه می‌کرد. سفر زیارتی و ازدواج‌ها را ترتیب می‌داد و دشمنان را وادار می‌کرد با هم سازش کنند.

این دو شفادهنده هرگز یکدیگر را ملاقات نکردند و سال‌ها رقیب هم بودند تا آن‌که یوزف روحاً بیمار و دچار یأس تلخی شد و افکارش همه معطوف بود به نابودی خود. از آن‌جا که نمی‌توانست خود را با روش‌های درمانی خودش درمان کند به سمت جنوب به راه افتاد تا از دیون کمک بگیرد. یوزف در حین سفر یک روز بعد از ظهر که در واحه‌ای به استراحت مشغول بود با مسافر پیری هم‌صحبت شد. وقتی که یوزف مقصود و هدف از

سفرش را تعریف کرد، مسافر به او پیشنهاد کرد که در یافتن دیون به او کمک کند. در میان راه مسافر هویت خود را بر یوزف آشکار کرد. او خود دیون بود — همان مردی که یوزف جستجو می‌کرد.

دیون بی‌تأنی مسافر جوان سرگشته را به خانه‌اش دعوت کرد و سال‌ها در کنار هم زندگی و کار کردند. در ابتدا دیون یوزف را به خدمتکاری خود گرفت. بعدها او را شاگرد خود کرد و سرانجام همکار و همراه تمام و کمال او شد. سال‌ها بعد دیون بیمار شد و از همکار جوان خود خواست به کنار بسترش برود و به اعتراف او گوش کند. او از بیماری سهمناک یوزف و سفرش برای طلب کمک از دیون حرف زد و گفت که یوزف از این که دریافته همسفر و راهنمایش خود دیون بوده چه احساسی داشته است.

اکنون که زمان مرگش فرا رسیده بود ساعت آن فراهم شده بود که دیون سکوت را بشکنند و از معجزه سخن بگویند. دیون اعتراف کرد که برای او هم زمانی که به یوزف رسیده بود حکم معجزه داشت. زیرا که او هم دچار یأس شده بود. او هم احساس خلأ می‌کرد و از لحاظ روحی نمی‌توانست به خودش کمک کند و عزم سفر کرده بود تا به جستجوی کمک برود. در همان شب که این دو در آن واحه یکدیگر را ملاقات کردند او هم در سفرش به دنبال شفا دهنده‌ای به نام یوزف بوده است.

داستان هسه به طور خارق‌العاده‌ای بر من تأثیر گذاشته است. این داستان که در باب داد و ستد در ارتباط، صداقت و ریاکاری و رابطهٔ بین بیمار و درمانگر است عمیقاً روشنگر راه من بوده است. این دو مرد کمک بسیاری دریافت کردند اما به دو شیوهٔ مختلف. درمانگر جوان‌تر خواهان این بود که کسی از او مراقبت و پرستاری کند، به او آموزش دهد و برایش پدری کند. از سوی دیگر، درمانگر مسن‌تر با کمک به دیگری یاری شد و از طریق شاگردی که عشق و احترام می‌خواست و تنهایی‌اش را پر می‌کرد درمان شد.

ولی اکنون که دوباره به این داستان نگاه می‌کنم از خود می‌پرسم آیا این دو

شفابخش رنجور نمی‌توانستند بیش از این به یکدیگر کمک کنند. شاید آنان فرصت را برای چیزی عمیق‌تر، خودجوش‌تر و متقابل‌تر از دست دادند. شاید درمان واقعی در بستر مرگ صورت گرفت، زمانی که صادقانه هر دو آشکار کردند که همسفرند و هر دو صرفاً انسانند، انسان‌های واقعی. بیست سال پنهان‌کاری که در ضمن برای هم مفید بودند مانع از آن شد که کمک عمیق‌تری به یکدیگر بکنند. اگر اقراری که دیون در بستر مرگ کرد بیست سال قبل انجام شده بود، اگر درمانجو و درمانگر در رویارویی با پرسش‌هایی که پاسخی نداشت به یکدیگر ملحق شده بودند چه می‌شد؟

همه این‌ها مرا یاد نامه‌های ریلکه برای شاعر جوان می‌اندازد که در آن توصیه می‌کند، «در برابر همه آن چیزهایی که لاینحل مانده است صبور باشید و بکشید تا به خود سؤالات عشق بورزید.» من اضافه می‌کنم: «پرسشگر را هم دوست داشته باشید.»

بیمار را در کار درمان سهیم کنید

بسیاری از بیماران ما در قلمرو رابطه نزدیک مشکلاتی دارند و صرف رابطه نزدیک با درمانگر به درمانشان کمک می‌کند. بعضی‌ها از رابطه نزدیک می‌ترسند چون معتقدند که چیزی اساساً غیرقابل قبول در آنان وجود دارد؛ چیزی مشمئزکننده و بخشش‌ناپذیر. با توجه به این امر، این که انسان خودش را کاملاً برای دیگری آشکار کند و باز هم پذیرفته شده باشد ممکن است عامل عمده‌ای برای کمک درمانی باشد. بعضی دیگر، ممکن است از نزدیک شدن اجتناب کنند چون از سوء استفاده، استثمار و طرد شدن می‌ترسند. از نظر آنان نیز رابطه نزدیک و درمانی اگر منجر به فاجعه مورد انتظارشان نشود تجربه درمانی مثبتی خواهد بود.

از این رو، هیچ چیز مانع از آن نمی‌شود که مراقب رابطه درمانی‌ام با بیمار باشم و در هر لحظه دقت می‌کنم که نحوه ارتباطمان با یکدیگر چگونه است. آیا بیمار امروز از من فاصله گرفته است؟ حالت رقابت جوانانه دارد؟ به حرف‌های من دقت نمی‌کند؟ آیا او به آنچه در جلسه خصوصی می‌گویم دقت می‌کند، ولی نمی‌خواهد آشکارا اعتراف کند؟ آیا بیش از حد به من احترام می‌گذارد؟ آیا بیش از حد چاپلوس است؟ به ندرت مخالفت می‌کند یا اعتراض دارد؟ فاصله می‌گیرد یا مشکوک است؟ آیا من وارد رؤیاهای یا رؤیایپردازی‌های او می‌شوم؟ در مکالمات خیالی با من چه کلماتی به کار می‌برد؟ همه این‌ها و بیش از این‌ها را می‌خواهم بدانم. هرگز نمی‌گذارم

جلسه‌ای بگذرد بدون این‌که رابطه‌مان را چک کرده باشم؛ گاهی اوقات با گفتن جمله ساده‌ای مانند: «من و تو امروز چگونه‌ایم؟» «از نظر تو این فاصله بین من و تو امروز چگونه است؟» گاهی نیز از بیمار می‌خواهم خود را در آینده فرافکنی کند: «تصور کن نیم ساعت دیگر داری به سمت خانه‌ات می‌روی و به جلسه فکر می‌کنی. در باره من و خودت چه احساسی خواهی داشت؟ چه پرسش‌های ناگفته یا سؤالات ناپرسیده‌ای در باره رابطه امروزمان خواهی داشت؟»