

هنر روان‌درمانی

... مرگ زنگ تفریح مدرسه بعد از ۲ ساعت درس ادبیات بود
در رؤیایم مرگ امروزی است که فردا نمی شود.
نابینایی می گفت
مرگ
غبار مه در خیابانی ست که
خانه ات در آن جای دارد
در رؤیایم دیشب
چند بادام شیرین داشتم و یک بادام تلخ
که مرگ بود
و امشب در رؤیایم
چند بادام تلخ دارم و یک بادام شیرین
که مرگ است.
مرگ چون زندگی
تلخ است و شیرین.

دکتر آذر دخت مفیدی

دکتر آذر دخت مفیدی، روان‌پزشک، مؤلف، مترجم و روان‌کاو
عالی قدر، فروردین ۱۳۹۳ به سرای باقی شتافت، دریغ و
صد افسوس، روحشان شاد...

ناشر

هنر روان‌درمانی

تألیف
دکتر آنتونی استور

مترجم
دکتر آذر دخت مفیدی
روان‌پزشک و روان‌کاو

با مقدمه
دکتر محمد صنعتی
استاد روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران



آنتونی استور

هنر روان‌درمانی

ترجمه: دکتر آذردخت مفیدی
با مقدمه دکتر محمد صنعتی
فروست: ۷۷۹

ناشر: انتشارات ارجمند

صفحه‌آرا: زهرا اسمعیل‌نیا

مدیر هنری: احسان ارجمند

ناظر چاپ: سعید خانکشلو

چاپ و صحافی: سمارنگ

چاپ اول، فروردین ۱۳۹۴، ۱۶۵۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۶۰۹۵-۵۰-۲

این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف (ناشر) نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

www.arjmandpub.com

سرشناسه: استور، آنتونی، ۱۹۲۰-م.

Storr, Antony

عنوان و نام پدیدآور: هنر روان‌درمانی / نویسنده آنتونی استور؛ ترجمه آذردخت مفیدی؛ پیشگفتار محمد صنعتی.

مشخصات نشر: تهران: ارجمند، ۱۳۹۲

مشخصات ظاهری: ۲۰۸ ص، قطع، رقعی

شابک: ۲-۵۰-۶۰۹۵-۹۶۴-۹۷۸

عنوان اصلی: The Art of Psychotherapy

موضوع: روان‌درمانی

شناسه افزوده: مفیدی، آذردخت، ۱۳۴۰-، مترجم؛

صنعتی، محمد، ۱۳۲۴-، مقدمه‌نویس.

رده‌بندی کنگره: ۱۳۷۹ ۱۵۵۹/الف/RC۴۸۰

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴

شماره کتابشناسی ملی: ۱۰۷۵۴-۱۰۷۹م

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خیابان کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۸۲۰۴۰

شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن ۰۵۱-۳۸۴۴۱۰۱۶

شعبه رشت: خ نامجو، رویروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳-۳۳۳۳۲۸۷۶

شعبه بابل: خ گنج‌افروز، پاساژ گنج‌افروز، تلفن ۰۱۱-۳۲۲۲۷۷۶۴

شعبه ساری: بیمارستان امام، رویروی ریاست، تلفن ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند، تلفن ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۱۱۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۰۰۰۰ ۱۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:

ارسال عدد ۱: دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک

ارسال عدد ۲: دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک

ارسال ایمیل: دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

فهرست مطالب

۷	سخن مترجم.....
۷	یک تجربه کوچک.....
۱۰	پیشگفتار.....
۱۴	ابزار اول: زبان علمی.....
۱۵	ابزار دوم: گنجینه دانش علمی کنونی.....
۱۶	ابزار سوم: ذهنهای خلاق.....
۱۶	بستر مساعد.....
۲۱	۱. آرایه.....
۲۶	۲. مصاحبه آغازین.....
۳۶	۳. پایه‌ریزی یک الگو.....
۴۲	۴. پیشرفت.....
۴۹	۵. تعبیر.....
۶۱	۶. رؤیاها، رؤیاهای روز، نقاشی‌ها، نوشته‌ها.....
۷۳	۷. واقع‌گرایی و شناخت صمیمانه بیمار.....
۸۶	۸. انتقال.....
۹۸	۹. شخصیت هیستریکال.....
۱۰۹	۱۰. شخصیت افسرده.....
۱۲۷	۱۱. شخصیت وسواسی.....
۱۳۸	۱۲. شخصیت اسکیزوئید.....
۱۵۴	۱۳. معالجه، پایان درمان و نتایج.....
۱۷۳	۱۴. شخصیت روان‌درمانگر.....
۱۹۴	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....
۱۹۹	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....
۲۰۴	نمایه.....

سخن مترجم

یک تجربه کوچک

اولین بار عنوان کتاب توجه مرا به خود جلب کرد: هنر روان‌درمانی.

در طول چند سالی که به عنوان روان‌درمانگر کار کرده‌ام همواره در گوشه‌ای از ذهنم این پرسش وجود داشت که چگونه می‌توان روان‌کاو خوبی شد. یقیناً اولین شرط آن را حصول دانش کلاسیک این رشته دانسته و می‌دانم. باید خواند؛ هرچه بیشتر، بهتر. زمانی که تصور کنیم به حد کافی می‌دانیم کارمان تمام است. علم، آبی است که هر چه بیشتر بنوشی، تشنه‌تر می‌شوی. تشنگی اصیلی که در ژرفای سرشت انسانی جای دارد. اما این تمام قصه نیست. دانش در هر رشته‌ای که باشد زمانی منجر به خلاقیت می‌شود که با هنر بیامیزد. علم تار است و هنر، پود. و علم بدون خلاقیت، مکتوبات بایگانی شده‌ای است، عقیم و تنها.

در مجردترین علوم مانند ریاضی چنین پدیده‌ای بارز است. ریاضی‌دانی را تصور کنید که علم ریاضی را فرا می‌گیرد؛ به این صورت که اطلاعات را وارد شبکه ذهن، ساخته، در فراگرد پردازش به حافظه درازمدت می‌رساند. در این مرحله، این علم بایگانی می‌شود و حداکثر می‌تواند به همان صورت از ذهن بیرون آید. اما در ذهن یک ریاضی‌دان دیگر واقعه دیگری هم رخ می‌دهد. اطلاعات پردازش شده در زمان و مکانی خاص به مدد پدیده‌های دیگری چون تخیل^۱ و شهود^۲ با هم درمی‌آمیزند و حاصل آمیزش آنها، خلق فرضیه‌ای نو می‌شود. این ریاضی‌دان برخلاف اولی، علاوه بر عالم بودن، هنرمند نیز هست.

1. imagination

2. intuition

حال، زمانی که کاربرد علم در رابطه بین دو انسان مطرح می‌گردد، ضرورت این آمیزش جای پرسش ندارد. در روان‌درمانی، کلمه درمان ترجمه مناسبی برای لغت انگلیسی therapy به نظر نمی‌رسد. کلمه درمان برابر نهاد واژه‌های انگلیسی cure یا treatment است که بیشتر در سایر رشته‌های پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرد. و آنچه را برای انسان تداعی می‌کند دارو، جراحی یا وسایل تکنیکی دیگر است یعنی انجام اعمالی توسط پزشک روی بیمار با هدفی که بیشتر درمان مرض است تا مریض. هرچند چنین هم نمی‌توان گفت که در آن رشته‌ها درمان کاملاً یک طرفه و بدون دخالت انگیزه‌های خودآگاه و ناخودآگاه بیمار و رابطه او با پزشک باشد. اما این رابطه در روان‌درمانی صورتی بسیار خاص و حیاتی به خود می‌گیرد. یعنی در روان‌درمانی، فراگرد درمان در یک رابطه شکل می‌گیرد. رابطه‌ای عاطفی، اندیشه‌ای و بس حقیقی. پس روان‌درمانگر و به‌خصوص روانکاو در تمام سال‌های کار خود یک نسخه را دو بار نمی‌تواند تجویز کند، زیرا دو انسان همانند یافت نمی‌شوند. ممکن است در ظاهر امر نشانه‌های دردمندی دو انسان را یکسان بی‌انگارد (برای نمونه دو فرد افسرده برای روانکاو مراجع کنند) اما در رابطه که قرار می‌گیرد این علامت چنان در شبکه درهم تنیده دو ذهن با زمینه‌های عاطفی و رشدی و پس‌زمینه‌های متفاوت قرار می‌گیرد که مطلقاً قادر نخواهد بود در هر رابطه یکسان عمل کند.

اینجاست که هوشمندی نویسنده در انتخاب نام کتاب نمود پیدا می‌کند. در واقع روان‌درمانی و به‌خصوص نوع تحلیلی آن، هنری بس ظریف است که خواننده این سطور با مطالعه کتاب، بهتر می‌تواند آن را احساس و درک نموده و به آن انس گیرد. عامل دیگری که برایم انگیزه ترجمه این کتاب شد نگرش نویسنده بود. دکتر آنتونی استورگرچه در مکتب یونگ روانکاو را آموخت، اما همان‌گونه که در مقدمه کتاب آورده، متأثر از بسیاری از مکاتب روانکاو است.

تعصب و غرض‌ورزی و یکسونگری در نگرش او بسیار کم‌رنگ است. ذهنی انعطاف‌پذیر و خلاق دارد که او را قادر می‌سازد یک حقیقت را از دیدگاه‌های متفاوت بنگرد و در نتیجه ابزارهای اندیشه‌ای و حس بیشتری در مواجهه با موقعیت‌های گوناگون کار روانکاو در اختیار داشته باشد. در بخشی از کتاب می‌نویسد:

«هیچ مکتب خاص روانکاو نمی‌تواند ادعا کند که کلید فهم کامل انسان را در اختیار دارد.»

خواننده خود بهتر می‌داند چنین نگرشی با ایجاد بستری گسترده و آزاد و امن که نظریه‌ها و دیدگاه‌های متفاوت را می‌تواند در کنار هم داشته باشد، چگونه منجر به سیلان و رشد اندیشه می‌گردد. انگیزه‌های دیگری برای ترجمه کتاب داشتم که دکتر صنعتی در مقدمه کامل خود آورده و نیازی به تکرار نمی‌بینم.

تا آنجا که توانایی‌هایم اجازه می‌داد تلاش کردم ترجمه روان و درستی باشد تا خواننده کمترین درگیری ذهنی را برای جذب مفاهیم داشته باشد. در مورد برابر نهاده‌های واژه‌های تخصصی و برخی لغات دیگر از فرهنگ علوم انسانی آقای آشوری و فرهنگ چاپ‌نشده دکتر محمد صنعتی که در اختیار داشتم استفاده کردم. در هر حال برابر نهاده‌های بسیاری از این لغات جای بحث دارد و هنوز واژه‌های فارسی که مورد قبول همه صاحب‌نظران و متخصصان باشد، وجود ندارد. امیدوارم با ترجمه‌های بیشتر که توسط افراد متخصص صورت می‌گیرد، گستره لغات فارسی وسیع‌تر شده تا تفکر علمی بالنده گردد.

در پایان لازم می‌بینم از تمامی افرادی که در این کار با من سهیم بودند و کمک کردند تشکر کنم: از استاد فرزانه‌ام دکتر محمد صنعتی که مانند همیشه معلم وار و دلسوز، یار و یاورم بود و از خانم فروه غفوری که ویراستاری کتاب را بر عهده داشت و زحمت بسیاری را در این کار بر دوش کشید.

به هر حال این یک کار دسته‌جمعی بود و شاید باریکه آب جویی که ره به دریای فضیلت و کمال دارد یا لااقل امید رؤیای وصل به این دریا را در دل و ذهن می‌پروراند. ضمن اینکه لازم می‌دانم این نکته را یادآور شوم که همه مطالب این کتاب لزوماً با واقعیات حاکم بر زندگی انسان‌ها و ارزش‌های اجتماعی بسیاری از جوامع مطابق نخواهد بود.

چو سیلیم و چو جویم، همه سوی تو پویم

که منزلگه هر سیل به دریاست، خدایا

«مولانا»

دکتر آذر دخت مفیدی

فروردین ۱۳۷۷

پیشگفتار

به جای آنکه، در این پیشگفتار، تنها به تعریف و تمجید از کتاب یا نویسنده و مترجم اکتفا شود، گمان می‌کنم، نظری کوتاه و سریع به تاریخچهٔ روان‌درمانی نوین در ایران، و نیز چند و چون کتاب‌ها و مقالات انتشار یافته در این حیطه، و چگونگی ترجمه، و متون برگزیده شده برای برگرداندن به زبان فارسی، بهتر بتواند ارزش و اهمیت کتاب‌هایی مانند هنر روان‌درمانی را روشن کند و نیازهای کنونی ما را، در زمینهٔ تألیف و ترجمهٔ مطالب اساسی در این حوزه از علم، تا حدودی مشخص سازد. البته، چنین نظراتی، هرچند کوتاه و سریع، اگر نقادانه و خرده‌بین نباشد، اثری سازنده نخواهد داشت و در همان چارچوب تعارف‌های محافظه‌کارانهٔ سنتی، تنها برای تزیین صفحات آغازین کتاب، کاربرد پیدا می‌کند و نه بیشتر! ولی انگیزهٔ من از نوشتن چنین پیشگفتاری، بیشتر از این بوده است، که خواهم گفت.

□

از سال ۱۳۳۰ که دکتر امیرحسین آریان‌پور، کتاب خود را با عنوان فرویدسم، با اشاراتی به ادبیات و عرفان انتشار داد - که شاید تا آن زمان و حتی تا چند دهه بعد از آن، آگاهانه‌ترین کتابی باشد که در حیطهٔ روانکاوی [یا روان‌پزشکی پویا]^۱ در ایران منتشر شده است - به جرأت می‌توان گفت اگر هم مقاله‌های محدودی به قلم نویسندگان ارزشمندی مانند روانکاو برجسته مرحوم دکتر محمود صناعی یا برخی دیگر انتشار یافته است، بقیهٔ نوشته‌ها و ترجمه‌هایی که در قلمرو روان‌درمانی تحلیلی - چه در مکتب فروید و چه در مکتب‌های بعد از او، از یونگ و ملانی کلاین گرفته تا برسد به «نظریهٔ رابطه با ابژه»، «روان‌شناسی من»، «روان‌شناسی خود» و نیز روان‌درمانی دادوستدی^۲ - انتشار یافته است، بجز چند مورد انگشت‌شمار اغلب با اصل نوشته، تفاوت‌های زیادی

1. dynamic

2. tranactional

داشته است، و نباید ناقل اصیل و مورد اعتماد این علم، در زبان فارسی به حساب آورده شود.

در این رهگذر، شاید بتوان تعدادی از ترجمه‌های کتاب‌های کارل گوستاو یونگ و اریک فروم را تا حدودی مستثنی کرد. زیرا، برخی از مترجمان آثار آنها گرجه در این مکتب‌ها آموزش ندیده و اهل حرف روانکاوی و روان‌درمانی نبودند، ولی به زبان اصلی متن و زبان فارسی آشنایی لازم را داشتند و ترجمه‌های نسبتاً خوبی ارائه کرده‌اند، ولی بسیاری دیگر از مترجمان به علت بیگانگی با اصول و مفاهیم این علم و آشنایی کم با زبان اصلی کتاب و حتی متأسفانه، نارسایی در آشنایی با زبان فارسی، در کنار کمبود واژه‌های رسای علمی، ترجمه‌ای خلاصه شده، باری به هر جهت و کم‌شبهت به اصل عرضه کرده‌اند.

این‌گونه ترجمه‌ها، نه تنها کمکی به انتقال بجا و شایسته این علوم، به فرهنگ نبوده‌اند، بلکه کار را برای انتقال اصول بعدی نیز دشوارتر کرده‌اند؛ علاوه بر اینکه تاکنون، منشأ سوء تفاهم‌های بسیار نیز شده‌اند. این مشکلی است که نه تنها روان‌درمانی و روانکاوی، که بخشی از حوزه مطالعات انسانی است، بلکه دیگر شاخه‌های علوم انسانی نیز در کشور ما، درگیر آن هستند؛ زیرا زبان فارسی به علت نداشتن واژگان علمی لازم - که خود نتیجه رکود چندصدساله علم در این سرزمین است - در وضعیت کنونی خود، زبان علمی نیست. همین فقر زبان علمی، یعنی فقر واژگان و مفاهیم، که بدون آن، امکان تفکر یا نظریه‌پردازی علمی در این زبان وجود نداشته است، به نوبه خود رکود و سکون علمی بیشتری را در فرهنگ و تمدن، سبب شده است. علاوه بر فقر نیروی انسانی متخصص، آموزش دیده و باصلاحیت، در علوم انسانی، شاید به دلیل پیچیدگی این علوم یا ذهنی بودن آنها و نیز کم‌بازدهی فوری مالی برای دانش‌پژوهان و شاغلان این حرفه‌ها در کشورهای جهان سوم، آن چندنفری هم که صلاحیت نوشتن و ترجمه را دارند، آن قدر به کارهای دیگر دل‌مشغول می‌شوند که دیگر فرصتی برای این مهم نخواهند داشت. از آنجاست که متأسفانه، میدان برای افرادی کم‌مایه، تنها با انگیزه تلاش معاش و کسب درآمد، خالی می‌شود، اینان ساده‌ترین متن‌های عوام‌پسند^۱ را برمی‌گزینند و با برجسب روان‌شناسی یا روان‌درمانی مدرن، به جامعه کم‌اطلاع می‌فروشند. و تا آنجا غیرمسئولانه عمل می‌کنند که نه تنها متن برگزیده‌شان بی‌ارزش است بلکه شتاب نامعقول‌شان در ترجمه اماکن هرگونه دقت و ظرافتی را حتی برای

1. popular

انتخاب واژه‌های رسا و مراجعه به واژگان معتبر از بین می‌برد. عباراتی را که نمی‌فهمند حذف می‌کنند و یا بر پایه برداشت خود متن تازه‌ای می‌آفرینند، و به میل خود چیزی به آن می‌افزایند یا از آن می‌کاهند. بنابراین گاهی مفهومی درست برخلاف آنچه نویسنده منظور داشته، انتقال داده می‌شود. دلیل آنها این است که می‌خواسته‌اند متنی ساده و روان و در خور فهم برای خواننده فارسی زبان بنویسند. از این رو به جای واژه‌های رسا و بجا برای مفاهیم تازه و احتمالاً پیچیده، آشناترین واژه‌های محاوره‌ای را به کار می‌گیرند. در زبان و فرهنگ علمی، این‌گونه ساده‌انگاری را عوامانه^۱ می‌خوانند. از آنجا که خواننده را نیز، در زمانی دراز، به تنبلی ذهنی عادت می‌دهند، ساده‌انگاری و سطحی‌نگری چنان گسترش یافته است که بیشتر خوانندگان نیز طبعاً کوچک‌ترین تلاشی نمی‌کنند تا مفاهیم یا واژگان فرهنگ علمی مدرن را دریابند. بنابراین تولیدکننده متون و مصرف‌کننده آن دست در دست هم، تفکر علمی ما را، به سوی عرصه‌ای خالی از خلاقیت سوق می‌دهند.

از اینها غم‌انگیزتر این است که عده‌ای غیرمتخصص که به روانشناسی ساده‌پسندانه و تفکرگریز مردم آگاهند، به حیطة نوعی مشاوره و اندرزگویی وارد می‌شوند، که آن را روان‌درمانی یا حتی روانکاوی مبتنی بر شیوه‌های مدرن در غرب معرفی می‌کنند. جلسات و کلاس‌های آموزشی و مشاوره گران‌قیمت در زمینه راهنمایی همسران یا تربیت فرزندان و حتی برای درمان بیماران برگزار می‌کنند. در فضایی ساده‌پسند، هرچه این شیوه‌ها غیرعلمی‌تر و با زبانی عامیانه‌تر باشند، توجه بیشتری را به خود جلب می‌کنند. بنابراین بازار این‌گونه سوءاستفاده‌های درمانی، و شارلاتانیسم شبه‌علمی به طور فزاینده گرم است. تأسف‌بارتر اینکه، سازمان‌های مسئول آنجا که باید جلوی فعالیت افراد غیرحرفه‌ای و غیرمجاز را بگیرند، فضای حرفه‌ای اهل فن را محدودتر می‌کنند. اگر در غرب بخصوص در کشور آمریکا، چنین فعالیت‌های عوام‌پسندانه‌ای وجود دارد، در برابر تنه اصلی سازمان‌ها و مؤسسات علمی و درمانی حقیقی و اصیل، بسیار ناچیز و محدودند. آن‌قدر کتاب‌ها، مجلات و ژورنال‌های علمی در اختیار مردم هست، آن‌قدر رسانه‌های گروهی، توسط افراد متخصص و با صلاحیت، اصول علمی این دانش‌های نظری و کاربردی را، به درستی آموزش می‌دهند، که خودبه‌خود رشد شیوه‌های غیرعلمی، مبتدل و فریبکارانه، محدود می‌شود. ولی در جوامع جهان سوم، که میزان باسوادی کم و آشنایی با علوم انسانی مدرن، اندک، و سنت امتناع از تفکر عمیق و ریشه‌دار، و نیروی انسانی آموزش‌دیده و خیره‌ناچیز است، آن وقت گسترش

1. vulgar

فعالیت‌های غیرعلمی و انحرافی از این‌گونه می‌تواند بسیار زیان‌بار باشد. اگر به این مشکلات، رقابتها و چشم و هم چشمیهای ناسالم و ناشایست حرفه‌ای و بین حرفه‌ای هم افزوده شود، آن وقت می‌توان پیش‌بینی کرد که تا چه حد تلاش‌های سالم و خلاق امکان‌پذیر بوده و تاچه اندازه می‌توان به گسترش و اعتلای این علوم امیدوار بود.

درست است که جامعه ما، در عصر اعتلای تمدن اسلامی، در علوم و فنون جزء جوامع پیشرو به حساب می‌آمد، ولی طی ۷ یا ۸ قرن گذشته آشکارا گرفتار رکود علمی و تکنولوژی است. در چند دهه اخیر هم که تلاشی برای تجدید حیات علم شده است، تنها توانسته‌ایم بخشی از علوم دقیق و تجربی را، آن هم در حد آموزش نظری گسترش دهیم و تکنولوژی دست دوم را در حد مونتاژ و مصرفی وارد سازیم. ولی آنجا که نوبت به حیطة تفکر و علم نظری، بخصوص در حد نوآفرینی (نظریه‌پردازی - الگوسازی) و فن‌آوری نو (اختراع و ابداع) می‌رسد، نه توشه قابل توجهی داریم و نه انتظار پژوهش و خلاقیت جدی وجود دارد.

در جامعه ما که از عمر یک دانشگاهش، بیش از نیم قرن می‌گذرد، و به احتمال زیاد یکی از پردانشگاه‌ترین ممالک در جهان سوم است، و دو دانشگاهش از پرجمعیت‌ترین دانشگاه‌های دنیا، هنوز در برخی رشته‌های علوم انسانی ابتدایی‌ترین واحدهای آموزشی و آکادمیک وجود ندارد. نه تنها در حوزه روان‌درمانی و روانکاوی، بلکه در حوزه‌های بسیار نزدیک به آن و مورد استفاده آن مانند انسان‌شناسی^۱، قوم‌شناسی، اسطوره‌شناسی^۲ و مطالعات فرهنگی^۳، تصور نمی‌رود که واحد قابل توجهی در دانشگاهی وجود داشته باشد، تازه واحدهای فلسفه زبان‌شناسی و جامعه‌شناسی ما بسیار محدود و فقیرند. بعضی با انستیتوهای تحقیقات و پژوهش‌شکده‌های کوچک و بزرگ خود، بهترین کارشان، اغلب ترجمه محدود متون است. وگرنه سالانه یک مقاله نظریه‌پردازانه یا الگوسازانه، در سطح بین‌المللی ارائه نکرده‌اند. اغلب، تحقیقات، اگر هم باشد، در حد تحقیقات کمی^۴ و آماری است، فرهنگستان‌های مختلف هم استثنایی بر این قاعده نبوده‌اند.

جامعه ما نیز، مانند دیگر جوامع زنده دنیا نیاز به ادامه حیات و رشد و پیشرفت دارد. اگر قرار است روزی مستقل شود و روی پای خود بایستد، استقلال، بدون رشد امکان‌پذیر نیست، و رشد اجتماعی و فرهنگی، بدون بالندگی خلاق علمی، ادبی و هنری و به وجود آمدن فرهنگی مبتنی بر تفکر تحلیلی، منطقی و نقادانه ممکن

1. Anthropology

2. Mythology

3. Cultural studies

4. Quantitative

نمی‌شود. آن‌گونه خلاقیت و سازندگی و این شیوه تفکر بجز از ذهن‌های فرهیخته و پرورش‌یافته ساخته نیست. بنای عظیم پژوهشگاه‌ها و فرهنگستان‌ها، علم و ادب نمی‌آفریند. و تنها توجه به کمیت‌ها، ما را از این وابستگی رها نمی‌کند.

تنها راه برای رسیدن به استقلال و رهایی از وابستگی، دستیابی به رشد علمی و فرهنگی است که آن هم جز با پرورش ذهن‌های فرهیخته و تفکر علمی میسر نیست. رفتن به چنین راهی، نیازمند سه ابزار است و بستری مساعد، تا ذهن‌های خلاق، نوآفرین و سازنده بتوانند در آن پرورش یابند. این سه ابزار و آن بستر مساعد، بدین‌گونه‌اند:

ابزار اول: زبان علمی

تفکر با زبان امکان‌پذیر است و تفکر علمی با زبان و واژگان علمی میسر خواهد بود. طی قرن‌ها، با پیشرفت علم، به تدریج در زبان‌های علمی زنده، برای هر مفهوم یا ابزار تازه، واژه تازه ساخته می‌شده است، و در جوامعی، مانند جامعه ما، که رکود علمی وجود داشته است، زبان فارسی که روزی از نظر علمی نسبتاً توانمند بوده است، به تدریج توانایی‌ها و گنجایش‌های خود را از دست داده است. زبان را کد با واژگان محدود، قدرت باروری ندارد. زبانی که خود را در چارچوب سنتی خود محدود کند، قدرت بالندگی فکر، چه در حوزه علمی یا دانش‌های دیگر را محدود می‌کند. زبانی که در مقابل واژگان تازه مقاومت کند، در واقع مفاهیم جدید را نمی‌پذیرد. زبان فارسی، به خودی خود، غیرخلاق نیست بلکه به‌طور بالقوه از عهده تفکر فلسفی و علمی برمی‌آید. تنها نیاز به یک تلاش وسیع و همه‌جانبه دارد، تا فقر واژگانی خود را از بین ببرد. و در این رهگذر نه تنها اهل دانش و حرفه باید برای ساختن واژگان مناسب همت گمارند، بلکه خواننده و مصرف‌کننده نیز باید از مقاومت خود برای پذیرش تازه‌ها و تغییرات بکاهد و تلاش بیشتری برای یادگیری این واژه‌ها و درک مفاهیم بکند.

در این زمینه بخصوص در حیطه علوم انسانی، در سال‌های اخیر تلاش‌هایی شده است، تا این کمبود برطرف شود. ولی این مشکل نیاز به تلاش پیگیر و فداکارانه دارد. نه تنها باید زبان فارسی را با واژه‌های نو، غنی کنیم، بلکه باید در برابر مقاومت ذهن‌های تنبل و نوگریز، که ممکن است غیرمسئولانه و ساده‌اندیشانه، سد این راه شوند، ایستاده، و انگیزه‌های خود را برای رسیدن به این هدف، از دست ندهیم.

ابزار دوم: گنجینه دانش علمی کنونی

زبان اصلی زمانی به وجود می‌آید که علم به وجود آمده باشد. یعنی پدیداری زبان و دانش علمی، دوشادوش یکدیگر و هم‌زمان رخ می‌دهد. انتقال آن به جامعه‌ای دیگر با زبانی دیگر نیز بهتر است هم‌زمان صورت گیرد. پس برای رسیدن به رشد و استقلال علمی و فرهنگی، پویایی و بالندگی آن، می‌باید تمامی گنجینه دانش علمی در سیر تحول خود تاکنون، به زبان جامعه‌ای که می‌خواهد فرهنگی بالنده داشته باشد، برگردانده شود. بالندگی و پویایی فرهنگ‌ها در برخورد آنها با یکدیگر رخ می‌دهد. جوامع و فرهنگ‌های تک‌افتاده و منزوی، ایستا و کم‌رشد و به تدریج واپس مانده خواهند بود.

اعتلا و پیشرفت علم در دوره اعتلای فرهنگ اسلامی متعاقب ترجمه آثار فلاسفه و دانشمندان یونانی به زبان عربی (از قرن سوم به بعد) صورت گرفت، و نیز جنبش فرهنگی رنسانس و روشنگری نیز در پی ترجمه همان آثار به زبان لاتین رخ داد. امروزه هر مطلب تازه علمی به تمامی زبان‌های دنیا ترجمه می‌شود، بنابراین ما نیز باید گنجینه دانش را تا آنجا که ممکن است به زبان فارسی برگردانیم، روندی که در چند دهه گذشته به کندی و گاه با شیوه‌ای نارسا صورت گرفته است. در این راه نباید سراغ متون حاشیه‌ای و دسته دوم رفت، بلکه باید کتاب‌ها و منابع اصلی ترجمه شوند. کتاب‌های درسی^۱ به معنی اخص در اولویت قرار دارند.

هر اهل حرفه‌ای، باید حداقل یک زبان زنده علمی را بداند و بتواند کتب درسی را به همان زبان مطالعه کند. افراد باصلاحیت در زمینه‌های علمی که به قدر کافی و لازم آموزش دیده و نیز به زبان فارسی و زبان علمی مسلط باشند باید همت کنند و آثار کلاسیک، متون کلیدی و اصلی دانشمندان و مؤلفان و کتاب‌های مرجع یا پایه‌ای که توسط آموزگاران بزرگ و شناخته شده در جهان نوشته شده و انتشار یافته است را به زبان فارسی برگردانند. بدون این ترجمه‌ها یا نوشتن کتاب‌ها و مقالات توسط افراد خبره، ارتقای کیفی آموزشی در دانشگاه‌ها، تأسیس واحدهای آکادمیک توانمند، بخصوص در حوزه علوم انسانی که فقدان آن محسوب است، آموزش‌های همگانی از طریق رسانه‌های گروهی جامعه ما نمی‌تواند با دستاوردهای شایان مدرنیت به خوبی آشنایی پیدا کند.

1. text books

ابزار سوم: ذهن‌های خلاق

ذهن خلاق یعنی ذهنی که بتواند با زبان علمی رسا و گنجینه عملی مناسب، برای خلاقیت علمی و فلسفی و آفرینش ابزارهای تازه‌ای شیوه‌های کاربردی نو یا اکتشافات مهم دیگر پرورش یابد. بخشی از ذهن خلاق با فرد به دنیا می‌آید و بخشی باید در بستری مناسب و بارور، پرورش یابد. ذهن خلاق ذهنی آماده، آموزش دیده و پرورش یافته است. ذهنی فرهیخته، کنجکاو و جستجوگر، پرسش‌گر، سنت‌شکن و ثبات‌ستیز و مشاهده‌گر است، شیفته یافتن و دانستن حقیقت. الزاماً هر کسی که به مدرسه و دانشگاه راه می‌یابد، ذهن خلاق ندارد. جامعه‌ای به استقلال می‌رسد که به دور از تعصبات و تبعیض‌های اجتماعی، و سیاسی، اقتصادی و فرهنگی، بتواند این‌گونه ذهن‌ها را بیابد و پرورش دهد، و یا زمینه را برای پرورش آنها فراهم سازد.

بستر مساعد

بستر، یا زمینه مساعد برای پرورش چنین ذهن‌هایی، چنان بستری است که در کنار زبان علمی و گنجینه دانش کنونی و گزینش شایسته ذهن‌های خلاق، مشخصات ضروری دیگر داشته باشد که بدون آنها تلاش برای رسیدن به جامعه‌ای خلاق، تولیدکننده و مستقل عقیم خواهد ماند. بنیادی‌ترین این مختصات عبارتند از:

آزادی اندیشه و بیان، فضیلت‌پروری، نوستایی و ایجاد انگیزه برای پژوهش و نوآفرینی، و پرورش حس کنجکاو و جستجوگری و امکان فردشوندگی^۱ و استقلال فردی در برابر تک‌اندیشی توده‌ای و جزم‌اندیشی، کارگروهی و امکان رابطه با مراکز و منابع علمی و فرهنگی جهان.

ولی از همه مهم‌تر انتقاد و انتقادپذیری است که جامعه رشدنا یافته یا افراد منززل و نایمن، آنرا توهین و تهدید و برخوردی پرخاشگرانه و غرض‌مندانه تلقی می‌کنند. اما تفکر علمی و جامعه‌مدن، بدون انتقاد^۲ و انتقادپذیری، ممکن نیست. سعه صدر علمی و تعارفات و حمد و ثنا جایی در تفکر تحلیلی و مراکز علمی ندارد. باید امکان بحث و انتقاد و مناظره، بدون حب و بغض فراهم باشد، تا جامعه ما از این بن‌بست وابستگی رهایی یابد.

□

1. individuation

2. criticism

به هر تقدیر همان‌گونه که گفته شد، حیطة علم روانپزشکی و روان‌درمانی، از این مقوله جدا نیست. روان‌شناسی در مرکز علوم انسانی قرار دارد و به همین جهت علم روانکاوی طی قرن بیستم، نه تنها تحولی در روانپزشکی، نگرش به بیمار و بیماری روان به وجود آورد، بلکه به‌عنوان یکی از شیوه‌های مطالعه انسان و دنیای انسانی^۱ تأثیر شگرفی بر انسان، جامعه‌شناسی، اسطوره‌شناسی، هنر و ادبیات، سیاست و اقتصاد، حتی بازاریابی و نیز آموزش و پرورش عصر ما گذاشته است و به نوبه خود، بدون سایر علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، امکان آموزش، پژوهش و کاربرد بالینی آن، بسیار محدود می‌شود.

در کشور ما، اولین کتاب روانشناسی در حدود سال ۱۳۲۰ نوشته شده، کتاب فرویدیسیم در سال ۱۳۳۰ و کتاب روانپزشکی نیز در همان سالهای تأسیس بخش روانپزشکی در دانشگاه تهران انتشار یافت. آن زمان رویکرد روانپزشکی در ایران، رویکردی عضوی (ارگانیک) بود، و به پیروی از الگوی پزشکی برای درمان اختلالات روانی در بیمارستان‌های اعصاب و روان، از دارو، الکتروشوک و دیگر درمان‌های فیزیکی استفاده می‌شد. که شیوه غالب در روانپزشکی فرانسه بوده است. به تدریج که روان‌پزشکان آموزش دیده در امریکا و برخی دیگر از ممالک اروپایی به ایران بازگشتند، گه‌گاه در کلینیک دارودرمانی خود، ممکن بود، بعضی از شیوه‌های روان‌درمانی را به کار گیرند. حتی روانکاوانی برای گسترش این رویکرد، تلاش کردند ولی از آنجا که زمینه را برای کار خود میسر ندیدند، یا به درمان‌های فیزیکی روی آوردند و یا ترک وطن کردند. حوزه روان‌شناسی بالینی، نیز بیشتر توجهش در آغاز به رفتاردرمانی معطوف بود و در سال‌های اخیر به شناخت‌درمانی انفرادی. ولی طی ۱۰ سال گذشته - تحولاتی در زمینه درمان‌های غیردارویی و بخصوص در زمینه روان‌درمانی‌های تحلیلی، در سیستم درمانی ما رخ داده است. در حالی که، قبلاً بیشتر رفتاردرمانی آن هم تقریباً به طور مستقیم، توسط روان‌شناسان بالینی معدودی مرسوم بوده است، روان‌درمانی‌های تحلیلی بخصوص نه طرفدارانی داشت و نه فرد آموزش‌دیده‌ای که آن را گسترش دهد. این شیوه حتی به شدت مورد حمله و انتقاد تند قرار می‌گرفت. با این پیشداوری که مردم ما پذیرای آن نیستند و یا بی‌نتیجه است. ولی برخلاف این پیشداوری‌ها، در تجربه من و همکاران نزدیک، طی دهه گذشته، مردم به شدت از آن استقبال کردند، و نه تنها روان‌درمانی‌های تحلیلی انفرادی، بلکه درمان‌های گروهی با استقبال فراوان روبرو شد.

1. Humanistics

اغلب تصور می‌کردند در یک جامعه بسته که تمایل به کار گروهی و تیمی اندک است، گروه‌درمانی امکان‌پذیر نخواهد بود. ولی برخلاف چنین پیشداوری‌ها و نگرش‌های جزمی و تک‌سویه، این‌گونه درمانها بسیار مورد توجه مردم و نیز دانشجویان پزشکی، روان‌شناسی و کاردرمانی و تا حدود زیادی دستیاران روان‌پزشکی قرار گرفت. به طوری که بدنه اصل روان‌پزشکی کشور ما، که همیشه از آغاز، با سوگیری ارگانیک، (حتی اگر نه به زبان) ولی به یقین در عمل، تنها بر درمان‌های دارویی و فیزیکی برای اختلالات روانی تأکید می‌کرد، و در برابر درمان‌های غیردارویی مقاومت راسخی داشت، سنگرهای دفاعی عظیم خود را، تا حدودی رها کرد.

این تغییر برخوردارها، تا آنجا بوده است که تا حدی درمان‌های غیردارویی را، نه تنها در لفظ، بلکه در عمل جزء درمان‌های روان‌پزشکی بپذیرند، و حتی اجازه دهند، که روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی و دیگر افراد علاقه‌مند در جلسات آموزشی و علمی درباره روان‌درمانی (و بخصوص روان‌درمانی‌های تحلیلی) بحث و گفتگو کنند، که پیش از آن یا رسماً یا با حملات تند و تمسخر و انکار جلوی چنین بحث‌هایی گرفته می‌شود و مثلاً اگر کسی می‌خواست، روان‌درمانی انفرادی یا گروهی داشته باشد در انزوا و به دور از بحث‌های عمومی، ممکن بود این کار صورت گیرد. از این نیز مهمتر اینکه، در چند سال اخیر، اجازه می‌دهند که روان‌درمانیهای تحلیلی آموزش داده شود. اولین دوره کوتاه، پیرامون مفاهیم بنیادی روان‌درمانی را در سال ۱۳۶۶-۱۳۶۷ در انستیتو روان‌پزشکی برای دستیاران روان‌پزشکی تدریس کردم و پس از آن جسته و گریخته این دوره‌های کوتاه‌نظری در بیمارستان روزبه انجام می‌یافت. همزمان آموزش نظری و عملی برای روان‌درمانی انفرادی و گروهی را در مطب خود شروع کردم. این تلاش‌ها بالاخره به اینجا رسیده که قرار است واحدی، تقریباً مستقل از بحثهای روان‌پزشکی یا روان‌شناسی، برای آموزش روان‌درمانی‌هایی تحلیلی، چه به شکل انفرادی یا گروهی، خانواده‌درمانی سیستمیک، ازدواج‌درمانی و نیز رفتاردرمانی شناختی، از آغاز سال ۱۳۷۷ در بیمارستان روزبه (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران) شروع به کار کند.

این مهم‌ترین تحول در این زمینه است که در حیطه آموزش بالینی روان‌پزشکی، طی سه دهه گذشته رخ می‌دهد. توجه به شیوه‌های غیردارویی همراه با دارو و یا بدون آن، این نتیجه را نیز داشته است که اقدامات و برنامه‌ریزی‌هایی، هم در جهت خدمات درمانی و هم آموزش در حیطه بازتوان‌بخشی بیماران روان‌پزشکی اجتماعی به جریان افتد.

البته همان‌طور که گفته شد، هم بعضی روان‌درمانی‌ها در کلینیک خصوصی قبلاً صورت می‌گرفت، همچنین در زمینه آموزش تلاش‌هایی می‌شد، ولی اینکه به‌طور رسمی و در بخش‌های آکادمیک روان‌پزشکی، این واحدها وجود داشته باشد و این آموزش‌ها جزء درس‌های دستیاران باشد تحولی نوین است.

به‌رحال در این مقطع زمانی، که امیدواریم، مراکز آموزشی و درمانی روان‌درمانی با شیوه درست و شایسته با هر رویکرد اصیلی، در دانشگاه‌های ما دایر شوند. قطعاً برای تشخیص روا از ناروا همه نیاز به آموزش دارند و برای چنین آموزشی نیاز به کتاب و مقاله است و به ویژه کتب اصلی و کلیدی یا کتب مقدماتی. اما هنوز در زمینه روانکاوی - روان‌درمانی تحلیلی چه به‌صورت انفرادی یا گروهی، خانواده‌درمانی، ازدواج‌درمانی یا سکس‌درمانی و غیره تقریباً بجز چند ترجمه محدود که به آن اشاره شد، چیزی وجود ندارد.

از این‌رو همت خانم دکتر آذر دخت مفیدی برای ترجمه کتاب هنر روان‌درمانی روانکاو نام‌آور انگلیسی - آنتونی استور - همتی والا، بجا و به‌موقع است. کتاب هنر روان‌درمانی کتابی برای «آشنایی»^۱ علاقه‌مندان به حیطه روان‌درمانی است. بی‌آنکه عوامانه، ساده‌انگارانه و مبتذل باشد، بسیار روان نوشته شده است تا به آسانی درک شود. زبان آنتونی استور، ساده و جذاب است.

علاوه بر این، از آنجا که آنتونی استور پس از سی سال تجربه در آموزش و کار روان‌درمانی این کتاب را نوشته است و بالاینکه در مکتب یونگ آموزش دیده است. به هیچ‌وجه یک‌سویه‌نگر نیست و معتقد است که هرچه تجربه و پژوهش بیشتر بوده، فاصله و تفاوت بین مکاتب روان‌درمانی کمتر خواهد شد، از این‌رو نه تنها خود را مدیون فروید و یونگ می‌داند بلکه از یافته‌های تحلیلی دیگر نیز در این سال‌ها برای نوشتن این کتاب بهره گرفته است. وی از واژه‌های مشکل روانکاوانه که ممکن است در آغاز برای خواننده، ثقیل باشد، تا آنجا که می‌توانسته احتراز کرده است.

دکتر آنتونی استور، این کتاب را برای استفاده روانپزشکان و دستیاران روان‌پزشکی، روان‌شناسان بالینی، مددکاران اجتماعی و دیگر حرفه‌هایی که با درمان‌های غیردارویی در روان‌پزشکی سروکار دارند - مانند کاردرمانگران و هنردرمانگران - نوشته است. این کتاب آن‌قدر روان و خوب نوشته شده است که هرکس بخواهد به مفهومی درست از روان‌درمانی تحلیلی دست یابد، گرچه اهل حرفه‌های درمانی هم نباشد، مفید خواهد بود.

1. introduction

سرکار خانم دکتر آذر دخت مفیدی که هم روان‌پزشک هستند هم روان‌درمانگر، با دانش و تسلطی که در حرفه خود دارند، و آشنایی کافی با زبان اصلی این کتاب و نیز با زبان فارسی، تمامی خصوصیات مترجمی را دارند که پیش از این برای ترجمه متون اصلی علمی به آن اشاره کرده‌ام و باید بگوییم که به خوبی از عهده این کار برآمده‌اند. من به نوبه خود از همت و تلاش صادقانه‌ای که در ترجمه این کتاب مفید داشته‌اند، سپاسگزارم.

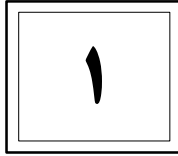
همه مطالب این کتاب لزوماً با واقعیات حاکم بر زندگی انسان‌ها و ارزش‌های اجتماعی بسیاری از جوامع مطابق نخواهد بود.

دکتر محمد صنعتی

دانشیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

عضو ممتاز کالج سلطنتی روان‌پزشکان انگلستان

۱۵ فروردین ۱۳۷۷



آرایه

در کار روان‌درمانی، بسیاری از آنچه که جزئیات غیر ضروری و بی‌اهمیت به نظر می‌رسند مهم‌اند. مثلاً اتاقی که درمانگر در آن بیمارش را می‌بیند و شیوه آراستن اتاق از عواملی هستند که باید مورد توجه قرار گیرند. در کار خصوصی، فرد در آراستن اتاق مشاوره خود و لوازمی که در آن قرار می‌دهد، آزاد است، ولی در کار بیمارستانی، پزشکان تازه‌کار، اگر از جای اتاقی که در آن بیمارانشان را می‌بینند و در مبلمان و و ظاهر آن حق انتخابی داشته باشند، بسیار خوش‌شانس خواهند بود. علی‌رغم این واقعیت، من فضای اتاقی را که در آن کار روان‌درمانی انجام می‌شود، توصیف خواهم کرد و تمام روان‌درمانگران بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های بیماران سرپایی را تشویق می‌کنم برای برآورده شدن این نیازهای پایه‌ای به وسیله مقامات بیمارستان، پافشاری کنند و ناراضی‌تی خود را در صورت عدم برآورده شدن این نیازها ابراز کنند. در حال حاضر، در یک بیمارستان روانی اغلب به دست آوردن پول برای لوازم الکتریکی گران‌قیمت یا دستگاه ویدئو، کامپیوتر و امثال اینها، راحت‌تر از فراهم کردن تعدادی اتاق است که به طرز مناسبی آراسته شده و به اندازه کافی برای کار روان‌درمانی راحت باشند. مطلوب این است که اتاقی که در آن روان‌درمانی انجام می‌شود به شرح زیر مبلمان شود. ابتدا باید صندلی‌های راحتی که بیماران در آنها احساس آرامش کنند، وجود داشته باشد. بسیاری از بیماران در ابتدا آنچنان سخت و ناراحت‌اند که نمی‌توانند از این صندلی‌ها استفاده درست بکنند، اما جای امیدواری است که با پیشرفت درمان بتوانند هرچه بیشتر احساس راحتی بکنند. نشستن بر لبه یک صندلی سفت و ناراحت از آن نوع که اغلب برای بیماران سرپایی

می‌گذارند موجب راحتی فرد در افشای مکنونات خود نیست و ممکن است بیمار را در مقایسه با پزشک که اغلب تقریباً به راحتی در جایش نشسته در وضعیت نامساعدی قرار دهد.

دوم این‌که، باید یک کاناپه برای دراز کشیدن بیمار وجود داشته باشد. این کاناپه نباید از کاناپه‌هایی باشد که پزشکان برای آزمایش‌های فیزیکی از آن استفاده می‌کنند، بلکه باید وسیله بسیار راحت‌تری باشد. زمانی که من در کار خصوصی بودم از نیمکت راحتی استفاده می‌کردم که از آن راضی بودم؛ زیرا اگر روتختی مناسبی روی آن کشیده شود مانند تختخواب به نظر نمی‌آید که باعث شود برخی بیماران به آن اعتراض کنند یا برخی دیگر با شور و اشتیاق نابجایی از آن استقبال نمایند. در انتهای کاناپه باید یک تکه پارچه اضافی از جنس روتختی وجود داشته باشد تا بتواند آن را برای تمیز کردن به راحتی جدا کرد. بدین وسیله بیمار قادر خواهد بود بدون درآوردن کفش خود روی کاناپه دراز بکشد و روتختی کثیف نشود. در طرف دیگر کاناپه باید مقداری بالش با روبالشی مناسب وجود داشته باشد تا بیمار بتواند آنها را به هر حالتی که راحت است قرار دهد. کاناپه باید طوری قرار داده شود که درمانگر بتواند دور از دید بیمار در انتهای سر آن بنشیند بی‌آنکه لازم شود هر وقت بیمار از آن استفاده می‌کند ترتیب اتاق به هم زده شود. بسیاری از روان‌درمانگران بنا به دلایلی که بعداً خواهیم گفت برای روان‌کاوای از کاناپه استفاده نمی‌کنند، اما من این وسیله را برای برخی از بیماران مفید دیده‌ام و ترجیح می‌دهم که از کاناپه به عنوان یک انتخاب ممکن برای زمانی که بیمار احساس می‌کند اگر دراز بکشد، راحت‌تر آرامش پیدا می‌کند و اگر رودرروی درمانگر نباشد، آسوده‌تر می‌تواند حرف بزند، استفاده کنم. در اغلب اتاق‌های درمانگاه‌ها، پزشک میزی دارد که پشت آن روی صندلی کم و بیش راحتی می‌نشیند. نقص این ترتیب آن است که بلافاصله پزشک را نسبت به بیمار در موقعیت برتری قرار می‌دهد. البته باید گفت چنین ترتیبی باعث می‌شود پزشک بتواند در مواقعی که تمایل دارد، به راحتی یادداشت بردارد، ولی اگر فرصت این را داشته باشد که در یک محدوده زمانی خاص بیمارش را به خوبی بشناسد، ممکن است نوشتن یادداشت غیرضروری باشد. گرچه اغلب پزشکان از ابتدا تمایل به این کار دارند، اما در صورت اعتراض بیمار، نباید آن را انجام دهند. برداشتن یادداشت باید تا آنجا که ممکن است بی‌سر و صدا باشد تا گفتمان^۱ بیمار را قطع نکند.

این مسأله مهم است که اگر پزشک پشت میز می‌نشیند، ترتیب لوازم اتاق طوری باشد که بیمار درست روبروی او و در حالی که میز مانند یک مانع غیرقابل عبور بین آن

دو قرار گرفته است، ننشینند. سرمایه‌داران بزرگ از میز کارشان به عنوان وسیله ترساندن و ارباب زیردستانشان استفاده می‌کنند. به همین دلیل است که اغلب اصرار دارند میزهای بزرگ از جنس ماهون بین خود و زیردستانشان وجود داشته باشد. معمولاً می‌شود به گونه‌ای لوازم اتاق را آراست که اگر از میز استفاده می‌شود، صندلی بیمار در یکی از جوانب آن قرار گیرد تا وجود مانع، کمتر احساس شود. این که صندلی در کدام سمت قرار می‌گیرد بستگی به این دارد که درمانگر با دست راست می‌نویسد یا با دست چپ. من با دست راست می‌نویسم، بنابراین بیمار را در سمت چپ خود قرار می‌دهم. از این‌رو قادر خواهم بود در همان زمانی که روبروی بیمار نشسته‌ام در صورت نیاز، سریع یادداشت بردارم یا بدون چرخیدن یا به پایین نگرستن بتوانم مطالبی را مستقیماً به او بگویم. درمانگری که با دست چپ می‌نویسد باید ترتیب دیگری، برعکس این‌که گفته شد انتخاب کند. وجود یک یا دو صندلی که به راحتی در دسترس باشد برای دیدن همزمان اقوام بیمار با او لازم است. در روان‌درمانی افرادی که اساساً موردنظر من است، چنین دیدارهایی معمولاً منحصر به جلسه اول دیدار با بیمار خواهد بود، اما استثناهایی هم وجود دارد. بنابراین عاقلانه است که در اتاق جای یک یا دو نفر دیگر برای موارد موردنیاز آماده باشد.

در بیمارستان این احتمال وجود دارد که درمانگر، بخصوص زمانی که تازه کار باشد حق انتخاب محدودی در چگونگی تزئین اتاق یا دیگر وسایل مورد نیاز داشته باشد. اتاق‌های بیمارستان اغلب کسل‌کننده هستند و فضایی خشک و رسمی مانند مؤسسه‌های خیریه را تداعی می‌کنند. فکر نمی‌کنم که لزوماً باید خرج زیادی برای آرایش اتاق نمود تا آن تأثیر گرم و دوستانه بودن را داشته باشد. اگر درمانگر بر طبق سلیقه فردی خود عمل کند ممکن است بخواهد تصاویری را به دیوار بزند و اگر قفسه کتاب داشته باشد آن را با کتاب‌های خود پر کند که این کاملاً قابل قبول است. اما بنا به دلایلی که بعداً ذکر خواهیم کرد، فکر می‌کنم مهم است که اتاق شامل وسایلی نباشد که به صراحت سلیقه درمانگر را نشان می‌دهد یا زندگی خصوصی او را خیلی آشکار می‌کنند. برای نمونه تصور کنید که درمانگر یک کاتولیک معتقد است. اگر کتابخانه او پر از کتاب‌های مذهبی باشد و تصویر مسیح مصلوب را هم به دیوار بزند احتمالاً برای بیماری که بی‌دین یا یک پروتستان متعصب است، بیگانه می‌شود. همچنین ممکن است دریابد که برخی بیماران از ترس این که حساسیت‌های مذهبی او را تحریک نکنند در گفتگوهای خود حالات تدافعی می‌گیرند.

بسیاری از متخصصان، علاقه دارند یادگارهایی از منزل مثلاً عکس‌های همسر و

فرزندانشان را به محل کار خود بیاورند. من فکر می‌کنم این کار خوبی برای روان‌درمانگران نیست. زمانی که بیماران عمیقاً درگیر فراگردهای روان‌درمان‌بخش^۱ هستند، احتمالاً احساسات نیرومند از عشق، حسادت، دشمنی و امثالهم را نسبت به درمانگر تجربه می‌کنند. یادگارهای صریح زندگی درمانگر در خارج از اتاق مشاوره، مانند عکس‌های خانوادگی، ممکن است از بیان چنین احساساتی توسط بیمار جلوگیری کند. به‌علاوه مسلماً اغلب اوقات بیمار خیالاتی در مورد زندگی درمانگر دارد که محتوای این خیالات ممکن است در درک وضعیت بیمار بسیار مهم باشد. برای مثال، بیمار ممکن است این خیال را داشته باشد که درمانگر هم‌جنس‌خواه^۲ است. تعمق و جستجو در این خیال، احتمالاً چیزهایی را در مورد علایق هم‌جنس‌خواهانه بیمار آشکار می‌سازد. عکسی از همسر و فرزندان درمانگر احتمالاً می‌تواند یادآور دایمی دگرجنس‌خواهی^۳ درمانگر باشد و در نتیجه جلوی خیال بیمار را بگیرد، یا باعث برانگیختن دشمنی وی شود. بیماران زن ممکن است خواسته یا ناخواسته خود را با زنی که در عکس نشان داده شده، مقایسه کنند. اگر عقیده بیمار در مورد همسر و فرزندان درمانگر تنها بر پایه حدس و گمان بود، این تصور می‌توانست چیز بارزشی از زندگی روانی بیمار را نشان دهد. حال آن‌که اکنون بیشتر باعث رنجیدگی بیمار از درمانگر می‌شود.

این مهم است که تا حد امکان، اتاق ساکت و آرام باشد. سر و صداهای خارجی نه تنها به‌خودی‌خود مزاحم هستند بلکه سبب اضطراب بیمار می‌شوند، زیرا اگر سر و صدای خارج از اتاق شنیده می‌شود این احتمال هم هست که صداهای داخل را بتوان از خارج اتاق شنید. برای یک افشای بی‌پرده و صریح، هیچ چیز مضرت‌تر از این باور نیست که صدای بیمار در جای دیگر شنیده شود. اغلب اتاق‌های بیمارستان، دارای تلفن هستند. این مسأله بسیار مهم است که در طی جلسه روان‌درمانی، درمانگر به جایی تلفن نزند و به تلفن هم پاسخ ندهد. معمولاً این کار قابل انجام است، مگر مواقعی که پزشک برای موارد اضطرابی کشیک است. به نظر من پزشک باید کار روان‌درمانی را در روزهایی که برای موارد اضطرابی کشیک نیست، انجام دهد و یا مطمئن باشد که در خلال کار روان‌درمانی، همکاری و وظیفه او را انجام می‌دهد. اگر پزشک معمولاً به وسیله زندگی خبر می‌شود، باید در طی جلسه آن‌را کنار بگذارد و به مسئولان تلفنخانه توضیح بدهد که در این فاصله زمانی خاص قادر به پاسخگویی نیست. اغلب متقاعد کردن تلفنچی و

1. psychotherapeutic process

2. homosexual

3. heterosexuality

منشی‌ها مبنی بر این‌که در جلسهٔ روان‌درمانی نباید مزاحم درمانگر شوند، مشکل است. آنها به اعتراض خواهند گفت «اما دکتر فلانی گفت که کارش ضروری است». ولی تلفن‌ها به‌ندرت آن‌قدر ضروری هستند که نتوان ۵۰ دقیقه یعنی بیشترین زمانی که یک جلسه طول خواهد کشید، آنها را به تعویض انداخت و یا پاسخ‌گویی به آنها را به شخص دیگری محول کرد. زمانی که در لندن کار می‌کردم چنان در مورد این‌که جلسه نباید قطع شود پافشاری کردم که حتی وقتی پزشکی از استرالیا تلفن کرده بود، منشی من از او درخواست نمود که بعداً تلفن بزند و من برای این پافشاری به او تبریک گفتم. این مهم است که زمان جلسات روان‌درمانی را به‌گونه‌ای ترتیب دهیم که یک فاصلهٔ زمانی حدود ۱۵ دقیقه یا بیشتر بین دیدن هر بیمار وجود داشته باشد. این فرصت، درمانگر را قادر می‌سازد تا تلفن یا دیگر کارهایی را که در خلال جلسه با آخرین بیمار پیش آمده، انجام دهد.

ترتیب تمام این مسائل در کار خصوصی بسیار آسان‌تر از کار بیمارستانی می‌باشد. دیدگاه من این است که چه بیمار برای درمان خود مستقیماً پول پردازد، چه غیرمستقیم از طریق مالیاتی که سازمان بیمه را تغذیه می‌کند، حق دارد احساس کند زمانی که با درمانگر صرف می‌کند، متعلق به خود اوست و این وقت نباید با مزاحمت‌ها کاسته شود.

مصاحبه آغازین

فرد چگونه روان‌درمانی را آغاز می‌کند؟ درمانگر بی‌تجربه ممکن است در درمان بیمار جدیدی که به او ارجاع می‌شود تا حدی احساس نگرانی کند. آیا او قادر به انجام کاری برای کمک به بیمار می‌باشد؟ آیا خواهد فهمید که بیمار در مورد او چه فکری می‌کند؟ آیا بیمار می‌فهمد که او بی‌تجربه است؟ قضاوت بیمار در مورد او چیست؟ این نگرانی‌ها و یا نگرانی‌های شبیه به این تا حد زیادی قابل قبول‌اند. درمانگر احتمالاً با بیماران مختلفی روبرو خواهد شد، از دربان آشپزخانه گرفته تا یک استاد دانشگاه که لزوماً با روش زندگی و نحوه تظاهرات و بیان آنها آشنا نیست. بسیاری از بیمارانی که می‌بیند، مسن‌تر از او هستند و برخی باهوش‌تر. اهمیت تمامی این مسائل کمتر از آنی است که معمولاً درمانگران بی‌تجربه تصور می‌کنند. اگر او خالصانه به بیمار به‌عنوان یک انسان علاقه‌مند باشد، احتمالاً قادر خواهد بود که بر سختی و مشکلات اولیه که در اثر ناآشنایی با بیمار و زمینه اجتماعی او ایجاد می‌شود غلبه کند. گاهی اوقات اگر فرهنگ بیمار کاملاً متفاوت باشد، ارتباط بین آن دو غیرممکن می‌شود. البته چنین مواردی نادر است. این نوع مسائل در جای دیگر بعداً بحث خواهد شد. حال بیایید فرض کنیم، بیماری به درمانگر ارجاع شده که هیچ مشکل آشکاری در ارتباط با او ندارد. چگونه می‌توان اولین جلسه مصاحبه با چنین بیماری را اداره کرد؟ در امریکا و برخی کشورهای دیگر مردمی که به خاطر مشکلات شخصی خود به جستجوی درمان برمی‌خیزند، اغلب مستقیماً به روان‌درمانگر مراجعه می‌کنند. در بریتانیا، کبیر، بخصوص در حیطة بیمه خدمات درمانی احتمالاً بیمار با پزشک خانوادگیش مشورت

می‌کند و سپس برای ارزیابی به متخصص روان‌پزشک ارجاع می‌شود و اگر وضعیت فرد مناسب تشخیص داده شود بیمار به یک روان‌درمانگر ارجاع داده می‌شود. این بدین معنا است که درمانگر در دست خود یک نامه و یادداشت‌هایی در مورد بیمار دارد که ممکن است پزشک متخصص نوشته باشد. او هم چنین نامه ارجاع پزشک عمومی بیمار را هم خواهد داشت. به علاوه امکان دارد یادداشت‌هایی از مصاحبه با مددکار اجتماعی هم وجود داشته باشد و یک گزارش از آزمونی که توسط روان‌شناس بالینی انجام شده است. درمانگر باید قبل از اولین جلسه با بیمار محتویات این نامه‌ها را بدانند، در غیراین صورت در جلسه اول به جای این‌که از فرصت‌های ارزشمند برای شناخت بیمار استفاده کند، یا درگیر خواندن یادداشت‌ها می‌شود یا بی‌جهت بیمار را معطل نگه می‌دارد که هر دو اشتباه است. در زندگی اجتماعی روزمره، فرد هرگز توجه خود را از یک آشنای تازه به خواندن کتاب یا روزنامه معطوف نمی‌سازد و یا زمانی که میهمانی وارد می‌شود، معمول این است که فوراً به او خوشامد بگویند. پس چرا باید با بیمار به طرز متفاوتی رفتار کرد؟ در حقیقت فرد باید دقت و وسواسی بیشتر از آنچه در زندگی اجتماعی در رابطه با دوستانش دارد، در احترام به بیمارانش نشان دهد. بسیاری از بیماران در رابطه با پزشک‌ها بخصوص روان‌پزشکان، مضطرب و هراسان می‌شوند. اعتماد کردن به یک بیگانه آسان نیست و بیماری که با نگرانی در مدت زمانی بیش از حد تحملش در اتاق انتظار نشسته است، سرانجام هنگامی که پزشک جدید او را می‌بیند کمتر احتمال دارد که احساس آرامش داشته باشد. به یاد داشتن این نکته مهم است که اغلب بیمارانی که برای روان‌درمانی ارجاع می‌گردند، حداقل توسط دو پزشک و احتمالاً مددکار اجتماعی و روان‌شناس هم دیده شده‌اند، بنابراین ممکن است از دوباره ارجاع داده شدن به درمانگر دیگر، خشمگین باشند. این عکس‌العمل کاملاً قابل درک است. در کار تخصصی ما این امر اجتناب‌ناپذیر است، اما بسیاری از بیماران با نحوه کار این نظام ناآشنا هستند و شاید احساس کنند دیگران به طور دلبخواه آنها را این طرف و آن طرف سرمی‌دوانند. زمانی که بیمار وارد اتاق شد یا درمانگر او را به درون فراخواند، مؤدبانه است که با نام خودش به او خوشامد گفته شود؛ مثلاً «صبح بخیر آقای رابینسون»، من دکتر فلانی هستم. چنین احترامی نشان می‌دهد که درمانگر هم واقعاً نام بیمار را می‌داند و هم بیمار به عنوان یک انسان معالجه می‌شود و نه فقط به عنوان یک مورد شماره‌گذاری شده. در بسیاری موارد، بخصوص اگر بیمار ناراحت یا بدگمان باشد، اضافه کردن این جمله نیز مفید است «دکتر فلانی (یعنی متخصصی که بیمار قبلاً توسط او دیده شده است) از من درخواست نموده که برای مدتی شما را به طور مرتب ببینم، شاید بتوانیم

برای برخی از مشکلات شما راه‌حل پیدا کنیم». گفتن این جمله ثابت می‌کند که اولاً درمانگر می‌داند که بیمار ممکن است درک نکند چرا نزد پزشک دیگری فرستاده شده است و دوم این که از ابتدا به طور درستی به بیمار فهمانده می‌شود که روان‌درمانی بیش از آن که مانند تخصص‌های پزشکی عادی یک سری مصاحبه‌هایی باشد که بیمار در آنها دستورات یا نصایحی می‌گیرد، یک کار مشترک و دوجانبه است.

بعد از آن که از بیمار دعوت شد روی صندلی مناسبی که قبلاً جای آن شرح داده شد بنشینند، حال درمانگر چه کار باید بکند؟ در این هنگام، درمانگر با دوراهه‌ای روبروست، آیا باید تاریخچه بگیرد یا نه؟ بیمار قبلاً سابقه خود را حداقل برای دو پزشک دیگر مفصل شرح داده است یا اگر از بخش دیگری در بیمارستان ارجاع شده باشد، احتمالاً به عده بیشتری توضیح داده است. او احتمالاً فرض می‌کند که مشکل اساسی و جزئیات تاریخچه شخصی و خانوادگیش به وسیله پزشک جدید که اینک با او روبروست، شناخته شده است، و حق هم دارد که چنین فرض کند، زیرا همان‌طور که گفته شد درمانگر باید قبل از دیدن بیمار یادداشت‌ها را خوانده باشد. بسیاری از بیماران از این که دوباره تاریخچه زندگی خود را بیان کنند، بیزارند و معمولاً این مسأله را هم می‌گویند. البته همان‌گونه که هر پزشکی باید بداند، یادداشت‌های پزشکان دیگر کمتر از یادداشت خود او مفید است و کمتر هم به یاد می‌ماند. این که پزشک شخصاً سابقه بیمار را بپرسد، فرصتی است برای بررسی آن که یک علامت بخصوص، چه معنایی برای بیمار دارد، چیزی که بررسی آن در نامه‌ها یا یادداشت‌ها مشکل است. زمانی که فرد در مورد خانواده و تجربیات گذشته‌اش با دیگری صحبت می‌کند، لحن صدای او، جمله‌بندی که استفاده می‌کند، این که به دیگری نگاه کند یا سرش را به زیر انداخته، ممکن است گویای چیزهایی باشند که در یادداشت‌های پزشکی وجود ندارند. تنها بزرگترین رمان‌نویسان قادرند در نوشته‌هایشان انسان‌هایی زنده را مجسم کنند و این خیلی دور از انتظار است که متخصصان روان‌پزشک هم بتوانند به این مهم برسند. روانکاوان عادت کرده بودند که تاریخچه بگیرند و به جای آن از همان جلسه اول به بیمار دستور می‌دادند که روی کاناپه دراز بکشد و سپس هر آنچه را که بر او اتفاق افتاده بازگو کند. این روش ممکن است برای بیمارانی که با کار روانکاوی آشنا هستند و بنابراین می‌دانند چه انتظاری از آنها می‌رود، ممکن باشد، اما برای آنان که کمتر پرداخته^۲ هستند، مناسب نیست. به علاوه روانکاوی که این شیوه را پیش می‌گیرد، این مخاطره را پذیرفته که اطلاعات مهمی را از دست بدهد. یکبار بیماری را درمان می‌کردم که از

افسردگی رنج می برد و قبل از آن که پیش من بیاید، توسط پزشکان زیادی دیده شده بود. به همین دلیل من یک تاریخچه رسمی و صوری از او نگرفتم، و شرم دارم بگویم که چه مدت پس از دیدن او بود که دریافتم او برخلاف آنچه حدس می زدم که دختر باکره‌ای باشد، روابط زیادی با مردها داشته که آنها را کتمان می کرده است.

بنابراین علاقه مندم که درمانگر خود سابقه بیمار را پرسد، گرچه بیمار ممکن است به دفعات زیاد آن را بازگو کرده باشد. من اغلب به بیمارانم می گویم: «من یادداشت‌های شما را خوانده‌ام و تصوراتی در مورد سابقه و مشکل فعلی شما دارم، اما سپاسگزار خواهم شد اگر دوباره چیزهایی از آن بگویید». می دانم که این حرف‌ها را قبلاً به افراد متعددی گفته‌اید و تکرار آن باید برای شما بسیار کسل‌کننده باشد، اما به یاد آوردن جزئیات نوشته‌های دیگران برای من مشکل است. من درک می‌کنم که ناراحتی شما افسردگی است (یا هرآنچه مسأله اصلی بیمار است). می توانیم از همین جا شروع کنیم. چنین رویکردی اغلب هرگونه احساس خشم بیمار را از تکرار سابقه زندگی خویش برطرف می‌کند. به‌هرحال درمانگر بهتر است احساس کند آزاد است تاریخچه‌ای متفاوت از آنچه متخصص قبلی تهیه کرده است یا خود او در مصاحبه تشخیصی یا در دیگر قسمت‌های درمانی معمولاً تهیه می کرده است، بگیرد. در مصاحبه‌های تشخیصی که زمان محدود است و تصمیم بلافاصله باید گرفته شود، پزشکان آموزش می‌بینند که چگونه مطالب اساسی را به دست آورند، سؤالات زیادی پرسند و نماهای جستاری رسمی^۱ را دنبال کنند که آنها را مطمئن سازد که هیچ مسأله مهمی حذف نشده است. این نما می‌تواند شامل پرسش درباره چنین مسائلی باشد: بیماری فعلی، بیماری‌های سابق، تاریخچه خانوادگی، تاریخچه شخصی، استفاده از داروها، تنباکو، الکل و غیره. چنین نماهای جستاری ممکن است شاخ و برگ بسیار داشته باشد، همان‌گونه که در مورد پرسشنامه‌های ساخته شده در بیمارستان مودزلی^۲ بود، که در نتیجه به دست آوردن پاسخ برای تمام سؤالات فهرست شده وقت زیادی می‌برد.

دانشجویان پزشکی و پزشکان بی تجربه اغلب اگر نتوانند برای تمام سؤالاتی که یاد گرفته‌اند پرسند، پاسخی پیدا کنند، مضطرب می‌شوند؛ بنابراین متناوباً جریان گفتمان بیمار را قطع می‌کنند و اگر او بخواهد در مورد چیزی که ممکن است کاملاً متفاوت به نظر برسد، صحبت کند، او را ساکت می‌کنند. گرچه روان‌درمانگر باید در جلسه اول مصاحبه با بیمار، تاریخچه بگیرد؛ ولی این فرصت را هم داشته که قبلاً با جزئیات ظاهری گذشته و حال او آشنا شود؛ بنابراین مثلاً می‌داند که بیمار ازدواج کرده یا نه،

والدین او زنده‌اند یا مرده، چند خواهر و برادر دارد و آیا کودکانی دارد یا نه، او همچنین خطوط مشخصی از رشد دوران کودکی و بیماری‌های سابق بیمار را در اختیار خواهد داشت؛ بنابراین آزاد است که به بیمار فرصت دهد از موضوع اصلی منحرف شود و او را تشویق کند تا صحبت موضوعاتی را بگشاید و بپروراند که در مصاحبه‌های قبلی فرصت نداشته به آنها بپردازد، برای نمونه فرض کنید که بیمار پدرش را موجودی سختگیر توصیف کرده و این توصیف ساده از روی وظیفه‌شناسی در یادداشت‌ها ثبت شده است. روان‌درمانگر زمانی که به نقطه‌ای از تاریخچه می‌رسد که در آن بیمار رابطه با والدین خود را شرح می‌دهد ممکن است بپرسد که: می‌بینم که شما از پدرتان به‌عنوان یک موجود سختگیر یاد کرده‌اید. می‌توانید در این مورد بیشتر توضیح دهید؟ از چه جهت سختگیر بود؟ برایم مثال بزنید: «یک رمان‌نویس وقتی بخواهد شخصیت‌هایش را زنده‌سازی کند، غالباً آنها را حین عمل شرح می‌دهد. تنها گفتن این‌که فلانی خسیس، شجاع یا بیرحم است نمی‌تواند مانند شرح دادن رویداد شخصیت داستان را زنده نشان دهد. ما شلاق‌زدن‌های شریانه آقای مردستون^۱ به دیوید کاپرفیلد^۲ را با روشنی بیشتری به یاد می‌آوریم تا ظاهر او یا کلامش را. به همین طریق، ما وقایعی از گذشته بیمار را به خاطر می‌سپاریم که رفتار او و ارتباطاتش با دیگران را بسیار روشن‌تر از آنچه تنها تشریح صفات می‌نامیم، به تصویر می‌کشد. برای مثال تصور کنید بیماری که پدری سختگیر دارد به ما می‌گوید که پدرش در مورد این‌که در چه ساعتی در شب به منزل می‌آمده، بسیار حساس بوده است: «یک‌بار من پنج دقیقه دیرتر از زمانی که قرار بود آمدم، پدرم ساعت به دست منتظر من بود. هرگز فراموش نخواهم کرد که چقدر ترسیدم. انتظار داشتم کتکم بزند، اما او برای هر دقیقه که دیر آمدم پول توجیبی مرا کم کرد». چنین حکایتی بسیار بهتر شخصیت پدر و رابطه بیمار با او را آشکار می‌سازد تا تنها برجسی مانند «سختگیر».

در یک مصاحبه تشخیصی، بسیار بعید است که پزشک متخصص که سرش نیز بسیار شلوغ است، بتواند به بیمار برای به یاد آوردن چنین وقایعی وقت بدهد. مصاحبه آغازین روان‌درمانگر با بیمار جدید باید به اندازه زمانی که برای مصاحبه‌های بعدی در نظر گرفته است، طول بکشد. برخی درمانگران ترجیح می‌دهند که مصاحبه آغازین طولانی‌تر باشد، مثلاً دو برابر مصاحبه‌های بعدی، چنین رویه‌ای فرصت بهتری به درمانگر برای شناخت سریع بیمار جدیدش می‌دهد، اما این ضرر را دارد که انتظارات غلطی را در بیمار القا می‌کند. بیمار ممکن است فکر کند که تمام مصاحبه‌های بعدی به

1. Murdstone

2. David Copperfield