دانلود
کتاب

روان درمانی اگزیستانسیال

نویسنده : اروین د. یالوم

دکتر اروین د. یالوم

روان درمانی اگزیستانسیال

ترجمه‌ی دکتر سپیده حبیب

روان‌درمانی اگزیستانسیال

سرشناسه: یالوم، اروین، ۱۹۳۱ ـ م. Irvin D, Yalom
عنوان و نام پدیدآور: روان‌درمانی اگزیستانسیال (وجودی)/اروین د. یالوم؛ ترجمه‌ی سپیده حبیب.

دکتر اروین د. یالوم

روان‌درمانی اگزیستانسیال
(وجودی)

ترجمه‌ی

دکتر سپیده حبیب

به مریلین،
به خاطر همه‌چیز
ا. ی.

به دو یگانه‌ی زندگی‌ام
پدر و مادرم
س. ح.

فهرست مطالب

فصل اول: پیش‌گفتار
درمان اگزیستانسیال: روان‌درمانی پویا یا پویه‌نگر
جهت‌گیری اگزیستانسیال: غریب ولی به‌طرز عجیبی آشنا
رشته‌ی روان‌درمانی اگزیستانسیال
درمان اگزیستانسیال و جامعه‌ی دانشگاهی

بخش اول: مرگ

فصل دوم: زندگی، مرگ و اضطراب
وابستگی دوسویه‌ی زندگی و مرگ
مرگ و اضطراب
بی‌توجهی به مرگ در روان‌درمانی نظری و کاربردی
فروید: اضطراب بدون مرگ

فصل سوم: مفهوم مرگ برای کودکان
فراگیر بودن دلواپسی مرگ در کودکان
مفهوم مرگ: مراحل تکاملی
اضطراب مرگ و شکل‌گیری ناهنجاری روانی
آموزش به کودکان درباره‌ی مرگ

فصل چهارم: مرگ و ناهنجاری روانی
اضطراب مرگ: الگوی ناهنجاری روانی
استثنا بودن
نجات‌دهنده‌ی غایی
به‌سوی دیدگاهی تلفیقی در ناهنجاری روانی
اسکیزوفرنیا و ترس از مرگ
الگوی اگزیستانسیال ناهنجاری روانی: شواهد پژوهشی

فصل پنجم: مرگ و روان‌درمانی
مرگ به‌مثابه‌ی یک موقعیت مرزی
مرگ به‌مثابه‌ی خاستگاه اصل اضطراب
معضلات روان‌درمانی
رضایت از زندگی و اضطراب مرگ: جای پای مطمئن درمان
حساسیت‌زدایی از مرگ

بخش دوم: آزادی

فصل ششم: مسئولیت
مسئولیت به‌مثابه‌ی یک نگرانی اگزیستانسیال
مسئولیت‌گریزی: تظاهرات بالینی
مسئولیت‌پذیری و روان‌درمانی
آگاهی از مسئولیت به‌شیوه‌ی امریکایی یا چطور مسئول زندگی خود باشید، اختیار اعمالتان را در دست بگیرید، مراقب شماره یک باشید و آن را به‌دست آورید
مسئولیت و روان‌درمانی: شواهد پژوهشی
محدودیت‌های مسئولیت
مسئولیت و احساس گناه اگزیستانسیال

فصل هفتم: خواستن
مسئولیت، خواستن و عمل
به‌سوی درک بالینی اراده: رنک، فاربر، مِی
اراده و کار بالینی
آرزو
تصمیم ـ انتخاب
گذشته در برابر آینده در روان‌درمانی

فصل هشتم: تنهایی اگزیستانسیال

تنهایی اگزیستانسیال چیست؟
تنهایی و ارتباط
تنهایی اگزیستانسیال و ناهنجاری روانی بین‌فردی

فصل نهم: تنهایی اگزیستانسیال و روان‌درمانی
سرمشقی برای درک روابط بین‌فردی
مواجه کردن بیمار با تنهایی
تنهایی و رویارویی بیمار ـ درمانگر

بخش سوم: پوچی

فصل دهم: پوچی
معضل معنا
معنای زندگی
فقدان معنا: پیامدهای بالینی
پژوهش بالینی

فصل یازدهم: پوچی و روان‌درمانی
چرا نیازمند معناییم؟
تدابیر روان‌درمانی

پی‌گفتار

یادداشت‌ها

نمایه

فصل اول

پیش‌گفتار

سال‌ها پیش، با چند تن از دوستانم در کلاس آشپزی ثبت‌نام کردیم. معلم‌مان عاقله‌زنی بود ارمنی با خدمتکار مسنش. از آنجا که این دو انگلیسی صحبت نمی‌کردند و ما هم ارمنی بلد نبودیم، ارتباط معلم و شاگردان چندان ساده نبود. او با نمایش و در عمل تعلیم می‌داد؛ وقتی خوراک بره و بادمجان فوق‌العاده‌اش را درست می‌کرد، تماشایش می‌کردیم (و سعی می‌کردیم به‌دقت دستور آشپزی‌اش را رعایت کنیم). ولی خوراک‌های ما همیشه ایراد داشت؛ هرچه می‌کردیم به پای او نمی‌رسیدیم. کنجکاو بودم که «چه چیزی غذاهای او را تک و منحصربه‌فرد می‌کند؟» جوابی برای سؤالم نداشتم تا اینکه یک روز، وقتی سراپا چشم شده بودم و اتفاقات آشپزخانه را زیر نظر داشتم، دیدم معلم‌مان با وقار و متانت غذا را آماده کرد و به دست خدمتکار داد. او هم بی‌حرف به آشپزخانه و به‌سوی اجاق رفت و بدون یک لحظه توقف، مُشت‌مُشت ادویه و چاشنی رنگ و وارنگ روی غذا پاشید. مطمئنم که همان «افزودنی‌ها[1]»ی پنهانی بود که غذایش را تا آن اندازه متفاوت می‌کرد.

---

1. throw-ins

وقتی به روان‌درمانی و خصوصاً به اجزای ضروری یک درمان موفق فکر می‌کنم، به یاد همان کلاس آشپزی می‌افتم. درسنامه‌ها، مقالات و سخنرانی‌های رسمی، تصویری دقیق و سازمان‌یافته از درمان ارائه می‌دهند که حاوی مراحلی به‌دقت تعیین‌شده، مداخلاتی فنی و مدبرانه، پیشرفتی روشمند، حل و برطرف شدن انتقال[1]، تحلیل ارتباط با اُبژه[2] و بالاخره برنامه‌ای دقیق و منطقی است برای ارائه‌ی تعابیری که بینش به ارمغان می‌آورند. با وجود این، من عمیقاً بر این باورم که وقتی کسی حواسش نیست، درمانگر آن افزودنی «اصلی» را بر درمان می‌پاشد.

ولی چیستند این «افزودنی‌ها»، این مخلفات[3] «ثبت‌وضبط نشده‌ی» گیج‌کننده؟ آن‌ها ورای نظریه‌های رسمی‌اند، چیزی درباره‌شان ننوشته‌اند و آشکارا آموزش داده نمی‌شوند. درمانگران اغلب از آن‌ها ناآگاهند؛ ولی هر درمانگری می‌داند قادر نیست علت بهبود بسیاری از بیمارانش را شرح دهد. وصف اجزای ضروری درمان دشوار است و تعیینشان دشوارتر. حقیقتاً می‌شود خصوصیاتی نظیر همدردی، «حضور[4]»، توجه، گسترش خویش[5]، درک بیمار در عمیق‌ترین سطح یا ــ گیج‌کننده‌ترین آن‌ها ــ فرزانگی[6] را تعیین و تعریف کرد؟

یکی از نخستین موارد ثبت‌شده‌ی روان‌درمانی امروزی، بی‌توجهی انتخابی درمانگران را به این مخلفات به خوبی روشن می‌کند.(۱) (توصیف‌های اخیر از روان‌درمانی برای این منظور چندان کارآمد نیست، زیرا روانپزشکی چنان در مدیریت محض درمان متعصب شده که این ترفندهای «ثبت‌وضبط نشده» را از گزارش‌های بالینی حذف کرده است.) زیگموند فروید در سال ۱۸۹۲ دوشیزه الیزابت فون ر. را با موفقیت درمان کرد، زن جوانی که دچار مشکلی روانزاد در راه رفتن بود. فروید موفقیت درمان را منحصراً در استفاده از شیوه‌ی تخلیه‌ی هیجانی، یعنی آوردن آرزوها و افکار ناخوشایند و سرکوب‌شده به خودآگاه دانست. با وجود این، از مطالعه‌ی یادداشت‌های فروید و

---

1. resolution of transference
2. object relation
3. extras
4. presence
5. extending oneself
6. wisdom

بی‌شمار فعالیت‌های درمانی‌اش جا می‌خوریم. مثلاً الیزابت را واداشت به دیدار مزار خواهرش برود و با مرد جوانی که به نظرش جذاب می‌آمد تماس بگیرد. از جانب بیمار با خانواده‌ی او تعاملی داشت که نشان‌دهنده‌ی «توجه مشفقانه به شرایط موجود الیزابت»(۲) بود: با مادر بیمار صحبت کرد و «تمنا» کرد ارتباط بیشتری با دخترش داشته باشد و به او اجازه دهد که هرچندیک‌بار درددل کند و سبک شود. از طریق مادر دریافت امکان ازدواج الیزابت با همسر خواهر مرحومش وجود ندارد و این اطلاعات را به بیمار منتقل کرد. در گشودن گره مالی خانواده یاری‌شان کرد. در بعضی موارد هم الیزابت را واداشت با آرامش با این واقعیت اجتناب‌ناپذیر مواجه شود که آینده برای همگان نامعلوم است. بارها به بیمارش اطمینان خاطر داد که مسئول احساسات ناخواسته‌اش نیست و خاطرنشان کرد میزان احساس گناه و پشیمانی‌اش برای داشتن چنین احساساتی، شاهدی‌ست بر خصوصیات والای اخلاقی او. در نهایت و پس از پایان درمان، وقتی شنید قرار است الیزابت به مجلس رقصی خصوصی برود، کارت دعوتی برای خود دست‌وپا کرد تا بتواند «چرخ زدن و دور شدن از گذشته در یک رقص بانشاط» را در او به تماشا بنشیند. چاره‌ای نداریم جز آنکه با شگفتی اذعان کنیم آنچه دوشیزه فون ر. را درمان کرد، بی‌تردید همین مخلفات فروید و مداخلات قدرتمند گزینشی بود؛ در نظر نیاوردن این‌ها در تئوری همان و گمراه شدن همان.

هدفم در این کتاب ارائه و توضیح رویکردی در روان‌درمانی‌ست که ساختاری نظری دارد و مجموعه‌فنونی از این ساختار برمی‌خیزد که چارچوبی برای بسیاری از مخلفات درمان فراهم می‌آورد. نام این رویکرد، «روان‌درمانی اگزیستانسیال»، نیازمند تعریفی مختصر است، زیرا شالوده‌ی جهت‌گیری اگزیستانسیال متکی بر تجربه نیست، بلکه عمیقاً شهودی‌ست. ناچارم با تعریفی رسمی و تشریفاتی آغاز کنم و بعد در مابقی کتاب، آن تعریف را توضیح دهم: روان‌درمانی اگزیستانسیال رویکردی پویا یا پویه‌نگر است و بر دلواپسی‌هایی تمرکز می‌کند که در هستی انسان ریشه دارند.

بر این باورم که اکثر درمانگران مجرب، صرف‌نظر از مکتب فکری‌ای که تابع آنند، بسیاری از بینش‌های اگزیستانسیالی را که در پی توصیف آنم، به کار می‌گیرند. برای مثال بیشتر روان‌درمانگران دریافته‌اند که: دلهره‌ی فانی بودن، اغلب به درونی شدن چشم‌انداز می‌انجامد، که رابطه‌ی درمانی شفابخش است، که انتخاب مایه‌ی شکنجه‌ی بیماران است،

که درمانگر باید «اراده»ی بیمار را به عمل وادارد و اینکه اکثر بیماران از فقدان معنا در زندگی‌شان به ستوه آمده‌اند.

ولی رویکرد اگزیستانسیال چیزی بیش از تأکیدی جزیی یا دیدگاهی تلویحی‌ست که درمانگران ناخواسته به کار می‌برند. در چند سال گذشته، هنگام سخنرانی برای روان‌درمانگران درباره‌ی موضوعات مختلف، از آنان پرسیده‌ام «کدامیک از شما جهت‌گیری خود را اگزیستانسیال می‌دانید؟» بخش قابل‌ملاحظه‌ای از حضار ــ بیش از پنجاه درصد ــ پاسخشان مثبت است. ولی همین درمانگران به پرسش «رویکرد اگزیستانسیال چیست؟» به‌سختی پاسخ می‌دهند. زبانی که درمانگران برای توصیف هر رویکرد درمانی به‌کار می‌برند، هرگز از طراوت و وضوح کافی برخوردار نیست؛ ولی در میان واژگان روان‌درمانی، هیچ‌یک در گنگی و گیج‌کنندگی به پای واژه‌ی اگزیستانسیال نمی‌رسد. رویکرد اگزیستانسیال، مفاهیم از اساس مبهم و به‌وضوح نامربوطی مانند «اصالت»، «رویارویی»، «مسئولیت»، «انتخاب»، «انسانگرایی»، «خودشکوفایی»، «مرکزیت»، «سارتری» و «هایدگری» را برای درمانگران تداعی می‌کند؛ و بسیاری از متخصصان بهداشت روان، مدت‌ها آن را نوعی جهت‌گیری درهم‌وبرهم، «سست»، غیرمنطقی و رمانتیک می‌دانستند که بیش از آنکه «رویکرد» باشد، مجوزی‌ست برای بداهه‌پردازی درمانگران بی‌نظم و آشفته‌ای که می‌خواهند «کار خودشان را بکنند». امیدوارم ثابت کنم که این نتیجه‌گیری‌ها ناموجهند و رویکرد اگزیستانسیال الگوی روان‌درمانی مؤثر و ارزشمندی‌ست و به اندازه‌ی سایر رویکردها منطقی، منسجم و سازمان‌یافته است.

درمان اگزیستانسیال: روان‌درمانی پویا یا پویه‌نگر

روان‌درمانی اگزیستانسیال گونه‌ای روان‌درمانی پویا یا پویه‌نگر است. «پویا[1]» اصطلاحی‌ست که در حیطه‌ی بهداشت روان به صورت «روان‌پویه‌شناسی[2]» زیاد استفاده می‌شود؛ و اگر کسی بخواهد یکی از اساسی‌ترین ویژگی‌های رویکرد اگزیستانسیال را بشناسد، مفهوم درمان پویه‌نگر باید برایش کاملاً روشن باشد. «پویا»

1. dynamic
2. psychodynamics

یا «دینامیک» دو معنای غیرتخصصی و تخصصی دارد: در معنای غیرتخصصی‌اش (از ریشه‌ی یونانی dunasthi به معنای نیرو و قدرت داشتن) انرژی و حرکت را به ذهن متبادر می‌کند (فوتبالیست پویا و «پرجنب‌وجوش» یا سیاستمدار پویا و «جنجال‌برانگیز»)؛ ولی معنای تخصصی‌اش این نیست، که اگر بود، کدام درمانگر حاضر می‌شد غیرپویا یعنی بی‌جنب‌وجوش، تنبل، کند و بی‌خاصیت خوانده شود؟ نه، این اصطلاح، کاربردی تخصصی دارد که مفهوم «نیرو» در آن مستتر است. اصلی‌ترین کمکی که فروید به درک انسان کرد، مدل پویه‌نگر کارکرد روانی‌اش بود: مدلی که فرض را بر وجود نیروهای متعارضِ درون فرد می‌گذارد و اندیشه، احساس و رفتار او را چه سازگاریافته باشد و چه بیمارگونه، نتیجه‌ی این نیروهای متعارض می‌داند. به‌علاوه، ــ و این نکته مهم است ــ این نیروها در سطوح مختلفی از آگاهی قرار دارند؛ در واقع بعضی کاملاً ناخودآگاهند.

بنابراین روان‌پویه‌شناسی هر فرد شامل نیروها، انگیزه‌ها و ترس‌های ناخودآگاه و خودآگاهی‌ست که درونش به کنش مشغولند. روان‌درمانی‌های پویه‌نگر درمان‌هایی هستند بر اساس این مدل پویای کارکرد روانی.

همین قدر کافی‌ست. درمان اگزیستانسیال، همان‌گونه که تعریفش خواهم کرد، به‌خوبی در زمره‌ی درمان‌های پویه‌نگر می‌گنجد. ولی چه می‌شود اگر بپرسیم این چه نیروها (و ترس‌ها و انگیزه‌هایی)اند که باهم در تعارضند؟ محتوای این کشاکش درونیِ خودآگاه و ناخودآگاه چیست؟ اینجاست که درمان اگزیستانسیال پویا راهش را از سایر درمان‌های پویه‌نگر جدا می‌کند. درمان اگزیستانسیال بر پایه‌ی تعامل نیروها، انگیزه‌ها و ترس‌های درونی کاملاً متفاوتی بنا شده است.

شناخت ماهیت دقیقِ عمیق‌ترین تعارض‌های درونی هرگز آسان نیست. درمانگری که با بیماری مسئله‌دار سروکار دارد، به‌ندرت با تعارض‌های اساسی به شکل ناب و دست‌نخورده‌شان برخورد می‌کند. در عوض، بیمار مجموعه‌ی بسیار پیچیده‌ای از دلواپسی‌ها را در خود جای می‌دهد: دلواپسی‌های اساسی در ژرفا مدفونند، در پوسته‌ای از لایه‌های تودرتوی واپس‌زنی[1]، انکار[2]،

1. repression
2. denial

جابه‌جایی[1] و نمادسازی[2]. جست‌وجوگران بالینی باید با تصویرِ بالینیِ گرفتار در تارهای به‌هم‌پیچیده‌ای دست‌وپنجه نرم کنند که گشودن گره‌هایش دشوار است. برای شناسایی تعارض‌های اساسی، باید بسیاری از شیوه‌های دسترسی از جمله تفکر عمیق، رؤیاها، کابوس‌ها، جرقه‌هایی از بصیرت و تجربه‌ی ژرف، سخنان روان‌پریشانه و مطالعه‌ی کودکان را به‌کار گرفت. به‌موقع به این شیوه‌ها خواهم پرداخت، ولی فعلاً معرفی نمایه‌وارشان کافی‌ست. مروری کوتاه بر سه دیدگاه متضاد درباره‌ی تعارض درون‌روانی پیش‌نمونه‌ای در انسان ــ دیدگاه فرویدی، نئوفرویدی و اگزیستانسیال ــ نکات متمایزکننده‌ی دیدگاه اگزیستانسیال را در روان‌پویه‌شناسی روشن می‌کند.

روان‌پویه‌شناسی فرویدی

به زعم فروید، نیروهای غریزی حاکم بر کودک درونزاد و سرشتی‌اند و به‌تدریج و در طول چرخه‌ی تکاملی جنسی، مانند برگ سرخس باز و گسترده می‌شوند. تعارض‌ها در چند جبهه صف‌آرایی می‌کنند: غرایز دوگانه (غرایز ایگو در برابر غرایز لیبیدویی یا در دومین نظریه‌اش اروس در برابر تاناتوس) در مقابل هم قرار دارند؛ غرایز با خواسته‌های محیط و دیرتر با خواسته‌های محیطِ درونی‌شده یا همان فرامن (سوپرایگو) در تضادند؛ کودک باید میان فشار درونی برای کامروایی[3] فوری و اصل واقعیت که خواهان به‌تأخیر انداختن کامروایی‌ست تعادل برقرار کند. به‌این‌ترتیب، فردی که غریزه به جلو می‌رانَدَش در بحبوحه‌ی جنگ با دنیایی‌ست که کامیابی[4] را از اشتیاق جنسی و پرخاشجویانه‌ی درونزاد دریغ می‌کند.

روان‌پویه‌شناسی نئوفرویدی (بین‌فردی)

نئوفرویدی‌ها ــ به‌خصوص هری استک سالیوان[5]، کارن هورنای[6] و اریش

---

1. displacement
2. symbolization
3. gratification
4. satisfaction
5. Harry Stack Sullivan
6. Karen Horney

فروم[1] ــ به دیدگاه دیگری درباره‌ی تعارض بنیادین فرد می‌پردازند. کودک، بیش از آنکه به نیروی غریزه مسلح باشد و از پیش برنامه‌ریزی‌شده باشد، موجودی‌ست که جدا از ویژگی‌های درونزاد خنثی مانند نوع مزاج و میزان فعالیت، کاملاً از محیط فرهنگی و بین‌فردی خود شکل می‌پذیرد. نیاز اساسی کودک، نیاز به امنیت ــ نیاز به پذیرفته‌شدن از سوی دیگران و تأیید بین‌فردی ــ است و ویژگی‌های تعامل با بالغین مهم فراهم‌کننده‌ی امنیت است که ساختار شخصیت او را تعیین می‌کند. اگرچه کودک نیرویش را از غرایز نمی‌گیرد، ولی دارای انرژی عظیم درونزاد، کنجکاوی، بی‌گناهی جسم و توانایی بالقوه‌ی موروثی برای رشد است و آرزو دارد بالغینی که دوستشان دارد، منحصراً در تملک او باشند. این خصوصیات همیشه با خواسته‌های بالغین مهمی که احاطه‌اش کرده‌اند، همخوانی ندارد و تعارض اصلی میان گرایش‌های طبیعی رشد از یک سو و نیاز کودک به امنیت و تأیید از سوی دیگر نهفته است. اگر کودک آن‌قدر بداقبال باشد که والدینش در کشمکش‌های روان‌نژندانه‌ی خویش گرفتار باشند، نه قادر به تأمین امنیتش باشند و نه به رشد مستقل و آزاد تشویقش کنند، آن‌گاه است که تعارضی شدید رخ می‌نماید. در چنین کشاکشی همیشه رشد لطمه می‌خورد تا امنیت حاصل شود.

روان‌پویه‌شناسی اگزیستانسیال

دیدگاه اگزیستانسیال بر تعارض اساسی متفاوتی تأکید دارد: نه تعارض با غرایز سرکوب‌شده و نه تعارض با بالغین مهم درونی‌شده، بلکه تعارضی حاصل رویارویی فرد با مسلمات هستی[2]. منظورم از «مسَلَمات» هستی دلواپسی‌های غایی مسَلَم است، ویژگی‌های درونیِ قطعی و مسلمی که بخش گریزناپذیری از هستی انسان در جهان آفرینشند.

چگونه می‌توان ماهیت این مسلمات را دریافت؟ این وظیفه از یک سو دشوار نیست. کافی‌ست به تفکر عمیق فردی بنشینیم. شروط ساده‌ای دارد: تنهایی، سکوت،

---

1. Erich Fromm
2. givens of existence

زمان و رهایی از پرت‌اندیشی‌های روزانه‌ای که هریک از ما دنیای تجربی‌مان را از آن‌ها آکنده‌ایم. اگر دنیایمان را برروبیم و روزمرگی‌هایمان را به کناری بگذاریم، اگر عمیقاً به «موقعیت»مان، هستی‌مان، مرزهایمان و امکاناتمان در جهان بیندیشیم، اگر به خاکی قدم بگذاریم که شالوده‌ی تمامی زمین‌هاست و همه‌چیز بر پایه‌ی آن بنا شده، قطعاً با مسلمات هستی رویاروی می‌شویم، همان «سازه‌های عمیقی» که ازین پس «دلواپسی‌های غایی» می‌خوانمشان. تجربیات ناگهانی و خاص اغلب به این نوع تفکر منجر می‌شوند. این موقعیت‌های «مرزی[1]» یا «سرحدی[2]» تجربیاتی هستند نظیر رویارویی با مرگ خویش، یک تصمیم‌گیری اساسی برگشت‌ناپذیر و غیرقابل‌تغییر و یا فروپاشی آنچه تا کنون معنای بنیادینی برای زندگی فراهم می‌کرده است.

این کتاب به چهار دلواپسی غایی می‌پردازد: مرگ، آزادی، تنهایی و پوچی. رویارویی فرد با هریک از این حقایق زندگی، درونمایه‌ی تعارض پویای اگزیستانسیال را می‌سازد.

مرگ: مرگ واضح‌ترین و قابل‌درک‌ترین دلواپسی غایی‌ست. اکنون وجود داریم، ولی روزی می‌رسد که دیگر نیستیم. مرگ خواهد آمد و گریزی از آن نیست. حقیقت هولناکی‌ست و ما با وحشت مرگ به آن پاسخ می‌دهیم. به قول اسپینوزا «همه‌چیز در تقلای بقا و زنده‌ماندن است.»(۳) و تعارض اگزیستانسیال اصلی تنشی‌ست که میان آگاهی از اجتناب‌ناپذیری مرگ و آرزوی ادامه‌ی زندگی وجود دارد.

آزادی: آزادی دلواپسی غایی دیگری‌ست که کمتر قابل‌درک است. معمولاً آزادی را مفهومی کاملاً مثبت و خالی از ابهام تصور می‌کنیم. آیا انسان در سراسر تاریخ ثبت‌شده‌اش در حسرت آزادی و ستیز برای آن نبوده است؟ با وجود این، وقتی آزادی را از منظر انگیزه‌ی غایی می‌نگریم، چشم‌ها با هراس خیره می‌ماند. «آزادی» در مفهوم اگزیستانسیالش، فقدان ساختار خارجی‌ست. به‌این‌ترتیب فرد بر خلاف تجربیات روزمره، دیگر به جهانی موزون و ساختاریافته که پردازشی سرشتی دارد وارد نمی‌شود و حتی آن را ترک می‌کند. در عوض، فرد به‌طور کامل مسئول ــ یا

---

1. boundary
2. border

به عبارتی مؤلف ــ دنیا، الگوی زندگی، انتخاب‌ها و اعمال خویش است. «آزادی» از این دید، مفهومی مرعوب‌کننده دارد: به این معناست که زیرِ پایمان زمینی نیست، هیچ نیست جز حفره‌ای تهی و گودالی ژرف. پس پویایی کلیدی اگزیستانسیال، همان برخورد میان رویارویی‌مان با بی‌پایگی[1] همه‌چیز و آرزویمان برای جای پایی محکم و ساختاریافته است.

تنهایی اگزیستانسیال: سومین دلواپسی غایی تنهایی‌ست، نه انزوای بین‌فردی با تنهاییِ ملازمش مطرح است و نه انزوای درون‌فردی (جدایی از بخشی از وجود خویش)، بلکه با انزوایی بنیادین ــ جدا افتادن هم از مخلوقات و هم از دنیا ــ مواجهیم ورای سایر انواع تنهایی. هرچقدر به یکدیگر نزدیک شویم، همیشه فاصله‌ای هست، شکافی قطعی و غیرقابل‌عبور؛ هریک از ما تنها به هستی پا می‌گذاریم و باید به‌تنهایی ترکَش کنیم. پس تعارض اگزیستانسیال تنشی‌ست میان آگاهی از تنهایی مطلق و آرزویمان برای برقراری ارتباط، محافظت شدن و بخشی از یک کل بودن.

پوچی: چهارمین امر مسلم هستی یا دلواپسی غایی پوچی و بی‌معنایی‌ست. اگر باید بمیریم، اگر خود باید دنیایمان را بنا کنیم، اگر هریک در جهانی بی‌تفاوت به ما مطلقاً تنهاییم، پس زندگی چه معنایی دارد؟ چرا زندگی می‌کنیم؟ چطور باید زندگی کنیم؟ اگر هدفی مقدر و ازپیش‌تعیین‌شده وجود ندارد، پس هریک از ما باید معنای خویش را در زندگی بسازیم. ولی آیا معنایی که خود برای خویشتن می‌آفرینیم، بنیه‌ی لازم برای تاب‌آوردن این زندگی را دارد؟ این تعارض پویای اگزیستانسیال ریشه در معمای مخلوقی در جست‌وجوی معنا دارد که به درون جهانی خالی از معنا افکنده شده است.

روان‌پویه‌شناسی اگزیستانسیال: ویژگی‌های کلی

به‌این‌ترتیب «روان‌پویه‌شناسی اگزیستانسیال» به چهار امر مسلم و چهار دلواپسی غایی می‌پردازد و نیز به ترس‌ها و انگیزه‌های آگاهانه و ناآگاهانه‌ای که از هریک

---

1. groundlessness

ناشی می‌شود. رویکرد پویای اگزیستانسیال به ساختار اساسی پویه‌شناسی که طرح کلی آن از فروید بود، وفادار است، ولی درونمایه و محتوایش را تغییر داده است.

فرمولِ قدیمیِ

سائق ← اضطراب ← سازوکار دفاعی[۱]

با فرمولِ جدیدِ

دلواپسی غایی ← اضطراب ← سازوکار دفاعی[۲]

جایگزین شده است. در هر دو فرمول فرض بر این است که اضطراب سوخت لازم برای ناهنجاری روانی را فراهم می‌کند؛ که تمامی عملکردهای روانی، چه خودآگاه چه ناخودآگاه، به کار می‌افتند تا با اضطراب مقابله کنند؛ که این عملکردهای روانی (سازوکارهای دفاعی) خود ناهنجاری روانی را به‌وجود می‌آورند؛ و اینکه گرچه سازوکارها فراهم‌کننده‌ی امنیتند، بدون‌شک رشد و تجربه را محدود می‌کنند. تفاوت عمده میان این دو رویکرد پویا در این است که زنجیره‌ی فروید با «سائق» آغاز می‌شود و اصل اگزیستانسیال با آگاهی و ترس. همان‌طور که اتو رنک[۳] می‌گفت، اگر درمانگر فرد را بیشتر انسانی ترسیده و رنجور ببیند تا انسانی انباشته از غریزه، قدرت و نفوذ بیشتری خواهد داشت.(٦)

این چهار دلواپسی غایی ــ مرگ، آزادی، تنهایی و پوچی ــ بدنه‌ی روان‌پویه‌شناسی اگزیستانسیال را شکل می‌دهند. این‌ها نقش بسیار مهمی در هریک از سطوح ساختار روانی فرد بر عهده دارند و در ارتباط تنگاتنگ با کار بالینی‌اند. به‌علاوه به‌وجودآورنده‌ی یک اصل سامان‌دهنده‌ی محوری‌اند؛ چهار

---

۱. منظور موقعیتی‌ست که اضطراب نشانه‌ی خطر باشد. به این معنا که عنان‌گسیختگی سائق‌های غریزی، ارگانیسم را به خطر می‌اندازد، زیرا ایگو از پا درمی‌آید و عقوبت تلافی‌کننده (اختگی ـ ترک شدن) اجتناب‌ناپذیر خواهد بود؛ و **سازوکارهای دفاعی**، کامروایی بلافصل سائق را محدود می‌کند و به‌جای آن، ابراز غیرمستقیم را به شکل کامروایی جابه‌جاشده، پالایش‌یافته یا نمادین موجب می‌شود.

۲. منظور موقعیتی‌ست که اضطراب از ترسِ مرگ، بی‌پایگی، تنهایی و پوچی برخیزد. و سازوکارهای دفاعی دو گونه‌اند: ۱. سازوکارهای دفاعی متداول که فروید، آنا فروید(٤) و سالیوان(٥) آن‌ها را به‌تفصیل توضیح داده‌اند و به‌طور کلی بدون در نظر گرفتن منشأ اضطراب، در برابر آن از فرد دفاع می‌کنند؛ و ۲. دفاع‌های اختصاصی که در ادامه خواهند آمد و زمانی به کار می‌افتند که کارکرد خاصی برای کنارآمدن با هریک از ترس‌های اگزیستانسیال اصلی مد نظر باشد.

3. Otto Rank

بخش این کتاب، به‌نوبت، بر هریک از دلواپسی‌های غایی تمرکز می‌کند و به کاوش در جنبه‌های فلسفی، آسیب‌شناختی و درمانی آن‌ها می‌پردازد.

روان‌پویه‌شناسی اگزیستانسیال: پرسش درباره‌ی عمق

تفاوت عمده‌ی دیگری که میان پویه‌نگری اگزیستانسیال و پویه‌نگری فرویدی و نئوفرویدی وجود دارد، در تعریف واژه‌ی «عمیق» است. به عقیده‌ی فروید اکتشاف همواره به معنای حفاری بود. با دقت و شکیبایی یک باستان‌شناس، لایه‌های متعدد روان را می‌تراشید تا به سنگ‌بستر برسد، لایه‌ای حاوی تعارض‌های بنیادین که بازمانده‌ی روانشناختی نخستین وقایع زندگی فرد بود. عمیق‌ترین تعارض به معنای نخستین تعارض بود. بنابراین روان‌پویه‌شناسی فروید اساسی تکاملی دارد و «بنیادین» یا «اولیه» بودن را تاریخ رویداد تعیین می‌کند: هردو مترادف «اولین»اند. بر این اساس، مثلاً سرچشمه‌های «بنیادین» اضطراب، نخستین فجایع روانی-جنسی یعنی جدایی و اختگی‌اند.

پویایی اگزیستانسیال قابل تلفیق با مدل تکاملی نیست. هیچ دلیل قانع‌کننده‌ای برای یکی دانستن دو مفهوم «بنیادین» (یعنی مهم، اساسی) و «نخستین» (یعنی اولین به‌لحاظ تاریخ رویداد) وجود ندارد. اکتشاف عمیق از چشم‌انداز اگزیستانسیال به معنای اکتشاف در گذشته نیست، بلکه به معنای روبیدن و کنار زدنِ دلواپسی‌های روزمره و تفکر عمیق فرد درباره‌ی موقعیت اگزیستانسیالش است. این به معنای تفکر خارج از زمان است، تفکر درباره‌ی رابطه‌ی میان پا و زمین زیرِ پا، میان خودآگاهی فرد و فضایی که احاطه‌اش کرده است؛ به معنای فکر کردن درباره‌ی شیوه‌ی شدن و بودن فرد نیست، بلکه به معنای تفکر درباره‌ی خود فرد است. اهمیت گذشته‌ی فرد ــ که همان خاطره‌ی فرد از گذشته است ــ تا جایی‌ست که بخشی از هستی فعلی فرد را می‌سازد و بر شیوه‌ی فعلیِ روبه‌رو شدنش با دلواپسی‌های غایی تأثیر می‌گذارد؛ ولی همان‌طور که بعداً توضیح خواهم داد، پرارزش‌ترین عرصه برای اکتشافِ درمانی نیست. زمان حالی که آینده را می‌سازد، مهم‌ترین زمان در درمان اگزیستانسیال است.

این تفاوت بدان معنا نیست که فرد نمی‌تواند عوامل اگزیستانسیال را در چارچوبی تکاملی بیابد (در واقع، فصل سوم تکامل مفهوم مرگ برای کودک را عمیقاً مورد

بررسی قرار می‌دهد)؛ ولی به این معناست که وقتی فرد می‌پرسد «در این لحظه، سرچشمه‌ی بنیادی‌ترین دلواپسی‌ها در عمیق‌ترین لایه‌های وجودم کجاست؟»، دیگر مسائل تکاملی به‌کار نمی‌آیند. گرچه نخستین تجربیات فرد، اهمیت انکارناپذیری در زندگی دارند، ولی پاسخی برای این سؤال اساسی به‌ارمغان نمی‌آورند. در واقع، بازمانده‌ی این تجربیات نخستین، سکون زیست‌شناختی‌ای پدید می‌آوَرَد که پاسخ را در ابهام نگه می‌دارد. پاسخِ این پرسش فرافردی[1] است. پاسخی‌ست ورای تاریخچه‌ی زندگی خصوصی هر فرد. پاسخی‌ست که برای همه کاربرد دارد: مربوط به «موقعیت» بشر در جهان است.

این تفاوت میان مدل‌های تحلیلیِ تکاملیِ پویا و مدل اگزیستانسیالِ بلافصل و غیروابسته به تاریخچه، چیزی بیش از گرایشی نظری‌ست: همان‌گونه که در فصل‌های بعد خواهم گفت، کاربردهای بسیار مهمی در اسلوب درمانگر دارد.

جهت‌گیری اگزیستانسیال: غریب ولی به‌طرز عجیبی آشنا

قسمت اعظم مطالب من درباره‌ی دلواپسی‌های غایی غریب به‌نظر می‌رسد، ولی به طرز عجیبی برای درمانگر بالینی آشناست. عجیب و غریب است زیرا رویکرد اگزیستانسیال به شیوه‌ای رمان‌گونه به قلب مباحث و دسته‌بندی مشاهدات بالینی می‌زند. به‌علاوه، بیشتر واژه‌ها متفاوتند. حتی اگر از اصطلاحات تخصصی فیلسوفانه پرهیز کنم و برای توصیف مفاهیم اگزیستانسیال اصطلاحاتی عامیانه به کار بَرَم، درمانگر بالینی این زبان را از لحاظ روانشناختی بیگانه می‌یابد. کدام واژه‌نامه‌ی روان‌درمانی را پیدا می‌کنید که حاوی اصطلاحاتی چون «انتخاب»، «مسئولیت»، «آزادی»، «تنهایی اگزیستانسیال»، «اخلاقیات»، «هدف در زندگی» و «اراده» باشد؟ وقتی به جست‌وجوی این موضوعات پرداختم، کامپیوترهای کتابخانه‌های پزشکی به من پوزخند زدند.

با این حال، درمانگر بالینی مسائل آشنای فراوانی را در این مفاهیم می‌یابد. درمانگر بالینی مجرب اغلب به‌طور ضمنی در چارچوبی اگزیستانسیال کار می‌کند: در اعماق وجودش، برای دلواپسی‌های بیمار ارزش فراوان قائل است و متناسب با

---

1. transpersonal

آن‌ها واکنش نشان می‌دهد. این واکنش همان چیزی‌ست که پیش از این مخلفاتِ مهم و حیاتی نامیدم. وظیفه‌ی اصلی کتاب حاضر این است که توجه درمانگر را به این دلواپسی‌های حیاتی و اقدامات درمانی مربوط به آن‌ها که در حاشیه‌ی درمان رسمی و متداول صورت می‌گیرد، جلب کند و آن‌ها را از حاشیه به کانون درمان ــ یعنی جایی که به آن تعلق دارند ــ بیاورد.

نکته‌ی آشنای دیگر این است که انسان از آغاز مکتوب کردن افکارش، دلواپسی‌های عمده‌ی اگزیستانسیال را شناخته و به بحث گذاشته و زنجیره‌ی لاینقطعی از فیلسوفان، یزدان‌شناسان و شعرا به این اصلی‌ترین دلواپسی‌ها پرداخته‌اند. شاید این واقعیت، غروری را که از پیشرفت دائمی و فزاینده در دنیای مدرنمان احساس می‌کنیم، خدشه‌دار کند؛ ولی از سوی دیگر، اطمینان خاطر می‌یابیم که این راه، مسیری تکراری‌ست که در طول زمان پیموده شده و متفکرترین‌ها و فرزانه‌ترین‌ها آن را پدید آورده‌اند.

وجه آشنای دیگر سرچشمه‌های هراس اگزیستانسیال در این است که درمانگر نیز مانند هر انسان دیگری، آن‌ها را تجربه کرده است؛ به‌هیچ‌وجه در قلمروِ انحصاری افرادی که از لحاظ روانشناختی بیمارند، قرار ندارد. بارها تأکید خواهم کرد که این دلواپسی‌ها بخشی از شرایط بشری‌اند. شاید کسی بپرسد که چطور این نظریه‌ی ناهنجاری روانی[1] بر عواملی پایه‌گذاری شده که برای هر انسانی قابل تجربه‌اند؟ پاسخ البته این است که هر فرد فشار حاصل از موقعیت بشری را به شیوه‌ای کاملاً فردی تجربه می‌کند. رویکرد اگزیستانسیال از این نظر تفاوت چندانی با نظریات عمده‌ی دیگر ندارد. هر انسانی از مراحل تکاملی مشخصی عبور می‌کند که هریک اضطراب‌های ملازم خویش را دارد. همه از مرحله‌ی تعارض ادیپی، ظهور آزاردهنده‌ی احساسات پرخاشگرانه و جنسی، اضطراب اختگی (دست‌کم در مردان)، درد جدایی و فردیت و بسیاری چالش‌های تکاملی سخت دیگر عبور می‌کنند. تنها رویکرد آسیب‌شناسانه‌ای که بر تجربیات جهان‌شمول تکیه نمی‌کند، رویکردی‌ست که بر تروما یا ضربه‌ی روانی حاد[2] استوار است. با این حال روان‌نژندی‌های تروماتیک

---

۱. در این مبحث و سایر مباحث این کتاب، اشاره‌ی من به اختلالاتی‌ست که اساسی روانشناختی دارند و روان‌پریشی‌های عمده با منشأ اصلی بیوشیمیایی مد نظرم نیست.

2. acute trauma

نادرند. اغلب بیماران از فشاری رنج می‌برند که به درجات متفاوت، بخشی از تجربه‌ی هر انسانی‌ست.

در واقع، فقط جهان‌شمولیِ رنجِ انسانی‌ست که باعث می‌شود در همه‌جای دنیا به بیماری‌های یکسانی برخورد کنیم. آندره مالرو[1] در اشاره به همین مسئله است که یک‌بار از کشیشی محلی که پنجاه سال به اعترافات مردم گوش سپرده بود، پرسید از بشریت چه آموخته است. کشیش پاسخ داد: «نخست آنکه، مردم بیش از آنچه انسان تصور می‌کند، ناشادند... و واقعیت این است که چیزی به نام انسان رشدیافته وجود ندارد.»(۷) اغلب فقط شرایط خارجی مانند منابع مالی، دسترسی به روان‌درمانگران، نگرش فردی و فرهنگی به روان‌درمانی یا انتخاب رشته‌ی تخصصی ــ اکثر روان‌درمانگران خود بیمارانی بی‌غل‌وغش و واقعی می‌شوند ــ است که موجب می‌شود یک فرد انگِ بیمار بخورد و دیگری نه. جهان‌شمولی فشار روانی یکی از اصلی‌ترین دلایلی‌ست که موجب می‌شود محققان در کوشش برای تعریف و توصیف وضعیت بهنجار روانی دچار مشکل شوند: تفاوت میان بهنجاری و نابهنجاری تفاوتی کمّی‌ست و نه کیفی.

رویکرد معاصر که رویکردی مبتنی بر شواهد است، مشابه آن رویکرد طبی‌ست که بیماری عفونی را به‌سادگی نتیجه‌ی هجوم یک عامل باکتریایی یا ویروسی به بدنی بی‌دفاع نمی‌داند. بلکه بیماری را نتیجه‌ی عدم تعادل میان عوامل بیماری‌زا و مقاومت میزبان می‌شناسد. به عبارت دیگر، عوامل بیماری‌زا همیشه در بدن زندگی می‌کنند، درست مانند فشارهای روانی که از زندگی جدایی‌ناپذیرند و همه‌ی افراد به نوعی با آن‌ها دست به‌گریبانند. اینکه فرد به بیماری بالینی مبتلا شود یا نه، بستگی به مقاومت بدن (عواملی نظیر دستگاه ایمنی، تغذیه و خستگی) در برابر عامل بیماری‌زا دارد: وقتی مقاومت پایین بیاید، بیماری پدیدار می‌شود، حتی اگر سمیت و تهاجم عامل بیماریزا تغییری نکرده باشد. پس تمامی انسان‌ها متحیر و سرگشته‌اند، ولی بعضی

---

۱. André Malraux (۱۹۷۶-۱۹۰۱)، رمان‌نویس، مورخ و سیاستمدار فرانسوی که چند سال وزیر فرهنگ شارل دوگل بود. از رمان‌هایش می‌توان **فاتحان** (۱۹۲۸)، **سرنوشت بشری** (۱۹۳۳) و **امید بشری** (۱۹۳۷) را نام برد. او پس از سال ۱۹۴۵ رمان‌نویسی را کنار گذاشت و به تاریخ هنر و نقد روی آورد. کتاب **آواهای سکوت** حاصل این دوره است.ـم.

قادر به کنار آمدن با این سرگشتگی نیستند: ناهنجاری روانی فقط به وجود یا فقدان فشار روانی وابسته نیست، بلکه تعامل میان فشار روانی همه‌جایی و سازوکارهای دفاعی فرد نیز نقش مهمی در آن دارد.

این ادعا که دلواپسی‌های غایی اگزیستانسیال هرگز در درمان رخ نمی‌نمایانند، تنها ناشی از عدم توجه انتخابی درمانگر به آن‌هاست: شنونده‌ای که روی موج درست میزان شده باشد، اطلاعات فراوان و آشکاری دریافت می‌کند. با وجود این، ممکن است درمانگری مشخصاً نخواهد به دلواپسی‌های غایی اگزیستانسیال توجه کند، چون تجربیاتی جهان‌شمولند و بنابراین چیز سازنده‌ای در آن‌ها یافت نمی‌شود. در واقع، اغلب در کار بالینی متوجه شده‌ام که وقتی پای دلواپسی اگزیستانسیال به میان می‌آید، درمانگر و بیمار برای مدت کوتاهی سرشار از انرژی می‌شوند، ولی بحث خیلی زود نامربوط و سرسری می‌شود، انگار بیمار و درمانگر تلویحاً می‌گویند: «خُب، زندگی همین است، مگه نه؟! بهتر است به چیزی روان‌نژندانه‌تر بپردازیم، چیزی که در موردش کاری از دستمان بر بیاید!»

علت نپرداختن بعضی درمانگران به دلواپسی‌های اگزیستانسیال هم جهان‌شمول بودن دلواپسی‌ها نیست، بلکه این است که روبه‌رو شدن با آن‌ها بسیار دشوار است. از همه‌چیز گذشته، بیماران (و نیز درمانگرانِ) روان‌نژند بدون اضافه کردن موضوعات دلخوش‌کننده‌ای مثل مرگ و پوچی هم به اندازه‌ی کافی نگرانی و دردسر دارند! این درمانگران معتقدند بهتر است مسائل اگزیستانسیال را نادیده گرفت، چون برای کنار آمدن با واقعیت‌های ناخوشایند زندگی دو راه بیشتر وجود ندارد: پذیرش حقیقت اضطراب‌انگیز یا انکار که هیچ‌کدام هم دلچسب نیست. سروانتس همین مشکل را به زبان آورد وقتی دن‌کیشوتِ جاودانه‌اش گفت: «به کدام دچاری؟ جنونی خردمندانه یا سلامت عقلی ابلهانه؟»

همان‌طور که در فصل‌های بعدی خواهم گفت، درمان اگزیستانسیال این دو راه حل را نمی‌پذیرد. نه خرد به جنون ختم می‌شود و نه انکار به سلامت عقل: رویارویی با مسلمات هستی دردناک ولی در نهایت شفابخش است. کارِ درمانی خوب همواره با آزمون واقعیت و جست‌وجوی روشن‌بینی فردی عجین است؛ درمانگری که مصمم است وجوه خاصی از واقعیت و حقیقت را نادیده بگیرد، کارش بر فریب و ریا استوار

است. این سخن تامس هاردی که می‌گوید «اگر راهی به بهترین باشد، همانا موشکافِ بدترین است»(۸) برای رویکردی که توصیف خواهم کرد، چارچوب مناسبی‌ست.

رشته‌ی روان‌درمانی اگزیستانسیال

روان‌درمانی اگزیستانسیال بیشتر شبیه فردی بی‌خانمان و دربه‌در است. در واقع به هیچ جا «تعلق» ندارد. نه خانه‌ای، نه مکتبی، نه انجمنی؛ همسایگان دانشگاهی ارشدش هم استقبال چندانی از او نمی‌کنند. نه باشگاهی رسمی دارد، نه مجله‌ای قلدر (چند جوجه‌مجله‌ی نحیفش در همان نوزادی از بین رفتند)، نه خانواده‌ای پروپاقرص و نه سرپرست خاندانی. با این حال، یک شجره‌نامه دارد، چند قوم‌وخویش پراکنده و دوستانی خانوادگی که بعضی در کشورهای دور ساکنند و بعضی در امریکا.

فلسفه‌ی اگزیستانسیال: خانه‌ی آباواجدادی

بحث درباره‌ی فلسفه‌ی اگزیستانسیال در مهم‌ترین فرهنگنامه‌های فلسفه(۹) این گونه آغاز می‌شود: «اگزیستانسیالیسم به سادگی قابل تعریف نیست.» بسیاری از مراجع دیگر نیز به همین شیوه می‌آغازند و بر این واقعیت تأکید دارند که دو فیلسوفی که هردو لقب «اگزیستانسیال» گرفته‌اند، در همه‌ی جهت‌گیری‌های فلسفی باهم مخالفند (و تنها نقطه‌ی مشترکشان، بیزاری هردو از چنین لقبی‌ست). اغلب متون فلسفی معضل تعریف را با فهرست کردن تعدادی موضوعات مرتبط با هستی و اصالت وجود (مانند هستی، انتخاب، آزادی، مرگ، تنهایی و پوچی) حل کرده‌اند و کسی را فیلسوف اگزیستانسیال دانسته‌اند که آثارش را وقف کاوش در این موضوعات کرده باشد. (و البته این همان ترفندی‌ست که من در شناساندن رشته‌ی روان‌درمانی اگزیستانسیال به‌کار زده‌ام).

در فلسفه با یک «سنت[1]» اگزیستانسیال مواجهیم و یک «مکتب[2]» رسمی اگزیستانسیال. روشن است که نمی‌توان برای سنت اگزیستانسیال آغاز و پایانی مشخص کرد. کدام

---

1. tradition

متفکر بزرگی‌ست که در مقطعی از کار یا زندگی‌اش به مسائلی چون مرگ و زندگی توجه نکرده باشد؟ ولی مکتب فلسفی رسمی اگزیستانسیال آغاز روشن و مشخصی دارد. بعضی آغاز آن را بعدازظهر یکشنبه‌ای در سال ۱۸۳٤ دانسته‌اند، زمانی که یک دانمارکی جوان در کافه‌ای نشست و سیگاری گیراند و غرق در این اندیشه شد که دارد پیر می‌شود بی‌آنکه چیزی به این جهان افزوده باشد. به بسیاری از دوستان موفقش فکر کرد:

... نیکوکاران زمانه می‌دانند چگونه با آسان و آسان‌تر کردن زندگی به بشریت خدمت کنند، یکی با راه‌آهن، دیگری با اتوبوس و کشتی بخار، یکی با تلگراف، دیگری با کتب و رسالات فشرده و گزارش‌های کوتاهی درباره‌ی هرآنچه به دانستن می‌ارزد، و بالاخره نیکوکاران حقیقی زمانه کسانی‌اند که روشمندانه و به فضل اندیشه، زندگی معنوی را آسان و آسان‌تر می‌کنند. (۱۰)

سیگارش به آخر رسید. دانمارکی جوان، سورن کیرکگور[1]، سیگار دیگری روشن کرد و به تفکر ادامه داد. ناگهان به ذهنش خطور کرد:

تو هم باید کاری کنی، ولی با ظرفیت محدودی که داری، قادر نیستی چیزی را آسان‌تر کنی، پس باید با همان شور و شوق انسان‌گرایانه‌ای که دیگران دارند، چیزی را سخت‌تر از آنچه هست، کنی. (۱۱)

استدلالش این بود که وقتی همه جمع شده‌اند تا همه‌چیز را آسان‌تر کنند، این خطر وجود دارد که آسانی و راحتی راه به افراط بَرَد. باید کسی باشد تا چیزها را دوباره سخت کند. به‌این‌ترتیب تصور کرد سرنوشتش را یافته است: باید مانند سقراطی جدید، به جست‌وجوی سختی‌ها و دشواری‌ها می‌رفت. (۱۲) و چه جور دشواری‌هایی؟ یافتنشان سخت نبود. کافی بود موقعیت خود را در هستی در نظر آوَرَد: دلهره‌ها، انتخاب‌ها، امکانات و محدودیت‌هایش را.

---

1. Sören Kierkegaard

کیرکگور باقیِ زندگی کوتاهش را صرف کاوش در موقعیت اگزیستانسیالش کرد و در طول دهه‌ی ۱۸٤۰ چندین رساله‌ی مهم اگزیستانسیال به چاپ رساند. آثار او سال‌ها ترجمه‌نشده باقی ماند و تأثیر کمی بر دیگران گذاشت، ولی بعد از جنگ جهانی اول خاک حاصلخیزی یافت و مارتین هایدگر و کارل یاسپرس از آن بار گرفتند.

رابطه‌ی میان درمان اگزیستانسیال و مکتب فلسفی اگزیستانسیال مانند رابطه‌ی دارودرمانی بالینی با تحقیقات بیوشیمیایی‌ست. بارها بحث را به آثار فلسفی می‌کشانم تا موضوعی را روشن کنم، چیزی را به اثبات برسانم یا بعضی مطالب بالینی را توضیح دهم. ولی قصد ندارم (و دانشم نیز چنین اجازه‌ای نمی‌دهد) که به شرح مبسوط نوشته‌های یک فیلسوف خاص یا اصول اساسی فلسفه‌ی اگزیستانسیال بپردازم. این کتاب برای درمانگران بالینی نوشته شده و هدفم این است که از لحاظ بالینی سودمند باشد. گشت‌وگذار من در فلسفه، کوتاه و عملگرایانه خواهد بود؛ خود را به حوزه‌هایی محدود می‌کنم که مایه‌هایی برای کار بالینی فراهم می‌آورند. نمی‌توانم فیلسوف کارکشته‌ای را سرزنش کنم که کار مرا به حمله‌ی وایکینگی تشبیه می‌کند که فقط سنگِ جواهر را به سرقت بُرده و پایه‌ی ظریف و قیمتی‌اش را باقی گذاشته است.

از آنجا که در برنامه‌ی آموزشی اکثر روان‌درمانگران، تأکیدی بر فلسفه نمی‌شود، فرضم بر این است که خوانندگانم فاقد هرگونه پیش‌زمینه‌ی فلسفی‌اند. وقتی بحث را به متون فلسفی می‌کشانم، سعی می‌کنم شیوه‌ای روشن و قابل‌فهم و خالی از اصطلاحات تخصصی را در پیش بگیرم که اتفاقاً کار ساده‌ای نیست، چون فیلسوفان اگزیستانسیال حرفه‌ای در استفاده از زبانی مبهم و پیچیده، گوی سبقت را حتی از نظریه‌پردازان روانکاوی هم ربوده‌اند. هستی و زمان[1] هایدگر که مهم‌ترین و تنها متن فلسفی در این رشته است، از لحاظ ابهام زبان‌شناختی بی‌چون‌وچرا مقام اول را دارد.

هرگز دلیل استفاده از زبانی بغرنج، فهم‌ناپذیر و غلوآمیز را درک نکرده‌ام. مفاهیم بنیادین اگزیستانسیال خود چندان پیچیده نیستند، بیش از آنکه نیازمند رمزگشایی، تحلیل و موشکافی دقیق باشند، محتاج آشکارسازی‌اند. هر انسانی

---

۱. *Being and Time*، این کتاب را سیاوش جمادی به فارسی برگردانده است. نشر ققنوس، ۱۳۸٦.ـم.

در مقطعی از زندگی به «فکر فرو می‌رود» و با دلواپسی‌های غایی اگزیستانسیال سروکار پیدا می‌کند. آنچه در این مقطع لازم است، توضیح و تفسیر رسمی نیست: وظیفه‌ی فیلسوف و نیز درمانگر، مهارِ سرکوب و واپس‌زنی و آشنا کردن دوباره‌ی فرد با چیزهایی‌ست که خود همواره می‌دانسته است. دقیقاً به همین دلیل است که پیشگامان تفکر اگزیستانسیال (مثل ژان‌پل سارتر[1]، آلبر کامو[2]، میگل اونامونو[3] و مارتین بوبر[4]) شرح و تفصیل ادبی را به مباحثه‌ی رسمی فلسفی ترجیح داده‌اند. مهم‌تر اینکه فیلسوف و درمانگر باید فرد را به مشاهده‌ی درونی و توجه به موقعیت اگزیستانسیال خویش تشویق کند.

تحلیلگران اگزیستانسیال: خویشاوندان سرزمین کهن

تعدادی از روانپزشکان اروپایی اصول رویکرد روانکاوی فروید را به بحث گذاشتند. آن‌ها با مدل کارکرد روانی فروید و تلاش او برای درک انسان از طریق نمودار بقای انرژی که از علم فیزیک وام گرفته بود، به مخالفت برخاستند و حاصل چنین رویکردی را رسیدن به ادراکی ناکافی و نیمه‌کاره نسبت به انسان دانستند. معتقد بودند اگر برای بازنمود همه‌ی افراد یک شیوه‌ی منفرد را به کار بگیریم، تجربه‌ی منحصربه‌فردِ هر انسان را درک نمی‌کنیم. آن‌ها با ساده‌سازی فروید (یعنی نسبت دادن همه‌ی رفتارهای انسانی به چند غریزه‌ی اساسی) و ماده‌گرایی‌اش (این اعتقاد که تمامی کارکردهای ذهنی حاصل عوامل شناخته‌شده‌ی ازپیش‌تعیین‌شده هستند) مخالف بودند.

چند تن از روانکاوان اگزیستانسیال در یک نکته‌ی عملی و بنیادین توافق داشتند: روانکاو باید به شیوه‌ای پدیدارشناختی با بیمار مواجه شود؛ یعنی باید به دنیای اگزیستانسیال بیمار وارد شود و بدون پیش‌فرض‌هایی که درک را تحریف می‌کند، به پدیده‌های آن دنیا گوش فرا دهد. همان‌طور که لودویگ بینزونگر، یکی از معروف‌ترین

---

1. Jean-Paul Sartre
2. Albert Camus
3. Miguel de Unamuno
4. Martin Buber

روانکاوان اگزیستانسیال گفته است: «فقط یک مکان و یک زمان موجود نیست، بلکه به تعداد افراد، مکان و زمان وجود دارد.» (۱۳)

روانکاوان اگزیستانسیال، به جز واکنش به مدل ذهنی ماده‌گرایانه و جبرگرایانه‌ی فروید و پذیرش رویکرد پدیدارشناختی در درمان، نقاط مشترک بسیار کمی داشتند و هرگز مکتب نظری منسجمی را شکل ندادند. این متفکران ــ لودویگ بینزونگر[1]، ملارد باس[2]، یوجین مینکوفسکی[3]، وی. ای. گبساتل[4]، رولانت کون[5]، گ. کاروزو[6]، ف. ت. بویتندک[7]، ژ. بایی[8] و ویکتور فرانکل[9] ــ برای جامعه‌ی روان‌درمانگران امریکایی تقریباً ناشناخته بودند تا زمانی که رولو مِی[10] با کتاب تأثیرگذارش به نام هستی ــ و به‌خصوص مقاله‌ی آغازینش (۱٤) ــ در سال ۱۹۵۸، آثار آن‌ها را به این کشور معرفی کرد.

با این حال عجیب است که امروز، یعنی بیش از بیست سال بعد از کتاب مِی، هنوز این چهره‌ها تأثیر چندانی بر درمان‌های روان‌شناختی امریکایی ندارند و نقشی بیش از چهره‌هایی ناشناس در عکس‌های قدیمی و رنگ‌ورورفته‌ی آلبوم خانوادگی ایفا نمی‌کنند. بخشی از این غفلت و نادیده‌انگاری ناشی از مانع زبانی‌ست: آثار این فیلسوفان به جز بعضی نوشته‌های بینزونگر، باس و فرانکل، به ندرت ترجمه شده است. ولی علت اصلی در ماهیت دشوار و پیچیده‌ی نوشته‌هایشان نهفته است: چنان

---

1. Ludwig Binswanger
2. Melard Boss
3. Eugene Minkowsky
4. V. E. Gebsattel
5. Roland Kuhn
6. G. Caruso
7. F. T. Buytendijk
8. G. Bally
9. Victor Frankl

۱۰. Rollo May (۱۹۹٤-۱۹۰۹)، روانشناس و نویسنده‌ی امریکایی که پدر روان‌درمانی اگزیستانسیال لقب گرفته است و با کتاب هستی (۱۹۵٦) این رویکرد را در امریکا معرفی کرد. او از نخستین کسانی بود که نظریات فروید را درباره‌ی طبیعت انسان کنار نهاد و معتقد بود مشخصه‌ی اصلی طبیعت انسانی آزادی‌ست، و چون آزادی مسئولیت می‌آورَد، فرار از آن به ناهنجاری روانی می‌انجامد. تفاوت او با دیگر روانشناسان انسانگرای چون مزلو و راجرز در آگاهی موشکافانه‌ترش نسبت به ابعاد تراژیک هستی انسان بود.ـم.

در جهان‌بینی فلسفی اروپایی غرق شده‌اند که با سنت عملگرایانه‌ی درمان امریکایی جور درنمی‌آید. در نتیجه، روانکاوان اگزیستانسیال قاره‌ی اروپا همچنان پراکنده مانده‌اند و حتی می‌توان گفت خویشاوندان گم‌شده‌ی رویکرد درمانی اگزیستانسیالی هستند که می‌خواهم توصیفش کنم. در اینجا اشاره‌ی زیادی به آن‌ها نمی‌کنم، البته به‌استثنای ویکتور فرانکل که متفکری بسیار عملگرا بود و نوشته‌هایش به‌شکل گسترده‌ای ترجمه شده است.

روانشناسان انسانگرا: خویشاوندان درخشان و پرزرق‌وبرق امریکایی

روانکاوی اروپایی با گرایش اگزیستانسیال به دو دلیل به‌وجود آمد: یکی اشتیاقِ به‌کارگیری مفاهیم فلسفی در مطالعه‌ی بالینی انسان و دیگری واکنش به مدلی که فروید از انسان ارائه داده بود. در اواخر دهه‌ی ۱۹۵۰ جنبش مشابهی در ایالات متحده پدید آمد که در دهه‌ی شصت به سطح آمد و یکپارچه شد و ناگهان در دهه‌ی هفتاد به همه سو تاخت.

تا سال‌های ۱۹۵۰ دو مکتب ایدئولوژیک مهم بر روانشناسی دانشگاهی حاکم بود. اولی ــ که البته طولانی‌ترین حکومت را هم داشت ــ یک رفتارگرایی اثبات‌گرا بود و دومی روانکاوی فرویدی. برای نخستین بار آوای ضعیفی در اواخر دهه‌ی ۳۰ و دهه‌ی ٤۰ به گوش رسید که متعلق به روانشناسانی بود که در کنار دیوارهای قلعه‌ی روانشناسی تجربی، با دشواری به روانشناسی نابهنجار و اجتماعی می‌پرداختند. به‌تدریج این نظریه‌پردازان شخصیت (مثل گوردون آلپورت[1]، هنری ماری[2]، گاردنر مورفی[3] و بعدها جرج کِلی[4]، آبراهام مَزلو[5]، کارل راجرز[6] و رولو مِی) از محدودیت‌های هردو مکتب رفتارگرا و تحلیلی به ستوه آمدند. احساس می‌کردند این دو رویکرد ایدئولوژیک، بخشی از

1. Gordon Allport
2. Henry Murray
3. Gardner Murphy
4. George Kelly
5. Abraham Maslow
6. Carl Rogers

مهم‌ترین خصوصیاتی را که از آدمیزاد، انسان می‌سازد حذف می‌کند، خصوصیاتی نظیر انتخاب، ارزش‌ها، عشق، خلاقیت، خودآگاهی و استعدادهای انسانی. آن‌ها در سال ۱۹۵۰ مکتب ایدئولوژیک جدیدی را رسماً پایه‌گذاری کردند و لقب «روانشناسی انسانگرا» را به آن دادند. روانشناسی انسانگرا که گاه در روانشناسی (بعد از رفتارگرایی و روانشناسی تحلیلی فرویدی) «نیروی سوم» نامیده می‌شد، سازمانی نیرومند شد که روزبه‌روز به اعضایش اضافه می‌شد و در همایش سالیانه‌اش هزاران متخصص بهداشت روان حضور می‌یافت. در سال ۱۹۶۱ انجمن امریکایی روانشناسی انسانگرا مجله‌ی روانشناسی انسانگرا را بنیان نهاد که در هیئت تحریریه‌اش نام چهره‌هایی چون کارل راجرز، رولو مِی، لوئیس مامفورد[1]، کورت گلدشتاین[2]، شارلوت بولر[3]، آبراهام مزلو، آلدس هاکسلی[4] و جیمز بوگنتال[5] به‌چشم می‌خورد.

این سازمان نوخاسته کوشش‌هایی را برای شناساندن خویش آغاز کرد. در سال ۱۹۶۲ رسماً گفت:

> روانشناسی انسانگرا در درجه‌ی اول به آن دسته از ظرفیت‌ها و استعدادهای انسانی توجه دارد که در نظریه‌ی اثبات‌گرا یا رفتارگرا یا نظریه‌ی روانکاوی کلاسیک جایی ندارند و از آن جمله می‌توان به عشق، خلاقیت، خود، رشد، ارگانیسم، نیازبرآوری اساسی، خودشکوفایی، ارزش‌های والا، بودن، شدن، خودانگیختگی، بازی، شوخی، محبت، طبیعی بودن، خونگرمی، بَرشوندگی ایگو، انصاف، استقلال، مسئولیت، معنا، جوانمردی، تجربه‌ی ازخودبرگذشتن، سلامت روانی و مفاهیم مرتبط اشاره کرد(۱۵).

در سال ۱۹۶۳ جیمز بوگنتال، رئیس انجمن از پنج اصل اساسی سخن گفت:

---

1. Lewis Mumford
2. Kurt Goldstein
3. Charlotte Buhler
4. Aldous Huxley

۱. انسان به‌عنوان انسان از مجموعه‌ی بخش‌های خود اولی‌تر است (به این معنا که نمی‌توان انسان را با مطالعه‌ی علمی کارکرد بخش‌های مختلفش شناخت.)
۲. هستی انسان در بستری انسانی معنا پیدا می‌کند (یعنی نمی‌توان انسان را با توجه صرف به کارکرد بخش‌های مختلفش و بدون در نظر گرفتن تجربیات بین‌فردی درک کرد.)
۳. انسان آگاه است (و نمی‌توان او را با روانشناسی‌ای مورد شناسایی قرار داد که خودآگاهی مستمر و چندلایه‌اش را نادیده می‌گیرد.)
٤. انسان دارای قدرت انتخاب است (او شاهد و ناظر هستی خویش نیست؛ او تجربه‌ی خویش را خلق می‌کند.)
۵. انسان دارای قصد[1] است (انسان به آینده می‌نگرد؛ دارای هدف، ارزش‌ها و معناست. (۱٦))

آنچه در این بیانیه‌ی اولیه آمده ــ مخالفت با جبرگرایی، تأکید بر آزادی، انتخاب، هدف، ارزش‌ها، مسئولیت و ارج نهادن بر دنیای تجربی منحصربه‌فرد هر انسان ــ در چارچوب سنجش اگزیستانسیالی که من در این کتاب عرضه کرده‌ام اهمیت فراوان دارد. ولی رشته‌ی امریکایی روانشناسی انسانگرا به‌هیچ‌وجه با سنت اروپایی اگزیستانسیال مترادف نیست؛ تفاوتی بنیادین در لحن این دو موجود است. سنت اگزیستانسیال در اروپا همواره بر محدودیت‌های انسان و ابعاد تراژیک هستی تأکید داشت. شاید به این دلیل که اروپایی‌ها با محدودیت‌های جغرافیایی و نژادی، جنگ، مرگ و زندگی بی‌ثبات آشنایی بیشتری داشتند. ایالات متحده (و روانشناسی انسانگرایی که از آن زاده شد) در جوّی آکنده از گشاده‌دستی، خوش‌بینی، افق‌های بی‌کران و عملگرایی غرق بود. بنابراین تفکر اگزیستانسیالی که به این کشور وارد شد، از اساس تغییر یافت. هریک از اصول اساسیِ فوق لحن ینگه‌دنیایی مشخصی دارد. تمرکز اروپایی بر محدودیت است و بر رویارویی و پذیرش اضطراب حاصل از بی‌ثباتی، سرگشتگی و نابودی. از سوی دیگر، روانشناسان انسانگرا، بیشتر از رشد استعدادها می‌گویند تا محدودیت‌ها و

---

۱. واژه‌ی intentional در اینجا با intentionality (روی‌آورندگی) که استفاده‌ی فنی در فلسفه دارد، متفاوت است. روی‌آورندگیِ آگاهی به این پدیده اشاره دارد که آگاهی همیشه به‌سوی یک شیء هدایت می‌شود: یعنی آگاهی، به معنای آگاهی از چیزی‌ست.

رویدادهای پیش‌بینی‌نشده، از آگاهی بیشتر می‌گویند تا ایمان، از تجربه‌ی اوج و وحدت عظیم بیشتر می‌گویند تا اضطراب، از پرورش کامل استعدادهای خود بیشتر می‌گویند تا معنای زندگی، و از رویارویی من-تو بیشتر می‌گویند تا جدایی و تنهایی بنیادین.

در دهه‌ی ۱۹۶۰ یک ضدفرهنگ با پدیده‌های اجتماعی ملازم خویش ــ مثل جنبش آزادی بیان، هیپی‌گری، فرهنگ مصرف مواد، توان‌یابان درونی[1] و انقلاب جنسی ــ جنبش روانشناختی انسانگرا را فراگرفت. خیلی زود همایش‌های انجمن شکل کارناوال پیدا کرد. خیمه‌ی بزرگ روانشناسی انسانگرا، اگر هیچ نبود، دست‌کم دست‌ودل‌باز بود و خیلی زود تعداد گیج‌کننده‌ای از مکاتبی که حتی با زبان اسپرانتوی اگزیستانسیال هم نمی‌توانستند باهم ارتباط برقرار کنند، در سایه‌ی آن پناه گرفتند و به آن پیوستند. گشتالت‌درمانی، درمان فرافردی[2]، گروه‌های رویاروی، طب کل‌گرا، پسیکوسنتز[3]، عرفان و بسیاری دیگر در این میدان قدم نهادند. این مکاتب جدید، جهت‌گیری‌های ارزشی خاصی داشتند که پیامدهای مهمی برای روان‌درمانی داشت. آن‌ها بر لذت‌گرایی («اگر احساس خوبی به تو می‌دهد، انجامش بده»)، روشنفکرستیزی (که بر اساس آن هر گونه رویکردِ شناختی فقط خراب کردن ذهن است)، کام‌برآوری فردی («کار خودت را انجام بده» و «تجربه‌ی اوج») و خودشکوفایی تأکید داشتند (اعتقاد به کمال‌پذیری انسان میان بسیاری از روانشناسان انسانگرا مشترک بود؛ استثنای بزرگ در این بین، رولو مِی است که عمیق‌تر از دیگران بر سنت فلسفی اگزیستانسیال تکیه دارد).

این مکاتب روزافزون، خصوصاً انواع روشنفکرستیز آن، خیلی زود میان روانشناسی انسانگرا و جامعه‌ی دانشگاهی جدایی انداختند. روانشناسان انسانگرایی که مقام دانشگاهی رسمی داشتند، از ملازمت این همراهان به‌ستوه آمدند و کم‌کم خود را کنار کشیدند و با آنان قطع رابطه کردند. فریتس پرلز، جدا از مکتبی که هواخواهش بود، نگرانی زیادی درباره‌ی رویکرد «turner-oners»، «همه‌چیز می‌گذرد» و «آگاهی حسی بلافصل» ابراز کرد. (۱۷)

---

۱. human-potentialists پیروان جنبش توان‌یابی درونی به درمان گروهی و کاربرد روش‌های فروید و روانشناسی گشتالت می‌پردازند.ـم.

۲. transpersonal therapy

۳. psychosynthesis، رویکردی روانشناختی که دکتر روبرتو آساجولی بنیان گذاشت و معتقد بود تجربه‌ی مستقیم «خود» و خودآگاهی ناب حقیقت دارد و انسان متشکل از یک شخصیت و یک روح است. برای توضیح بیشتر رجوع کنید به فصل پنجم همین کتاب.ـم.

و در نهایت سه چهره‌ی شاخص روانشناسی انسانگرا ــ مِی، راجرز و مزلو ــ به‌شدت نسبت به این مکاتب خردستیز تردید نشان دادند و به‌تدریج از تعهد رسمی خویش کاستند.

بنابراین روان‌درمانی اگزیستانسیال و روانشناسی انسانگرا ارتباط مبهم و نامشخصی باهم دارند. با این حال در اصول اساسی مشترکند و بسیاری از روانشناسان انسانگرا رویکردی اگزیستانسیال دارند. از این میان می‌توان مزلو، پرلز، بوگنتال، بولر و خصوصاً رولو مِی را نام برد که مکرراً در این کتاب از آن‌ها نقل‌قول خواهم کرد.

روانکاوان انسانگرا: دوستان خانوادگی

گروهی از بستگان باقی مانده‌اند که خیلی زود از شجره‌نامه‌ای که توصیفش کردم جدا شدند و از این به‌بعد آنان را «روانکاوان انسانگرا» می‌نامم. گرچه آن‌ها خود را از یک طایفه نمی‌دانستند، ولی کارشان را نزدیک و به‌موازات هم پیش بردند. سخنگویان اصلی این گروه ــ اوتو رنک، کارن هورنای، اریش فروم و هلموت کایزر[1] ــ همگی دست‌پروردگان سنت روانکاوی فرویدی اروپا بودند که به امریکا مهاجرت کرده بودند؛ و همه جز رنک آثار اصلی خود را زمانی به‌وجود آوردند که در جامعه‌ی روشنفکری امریکا غرق شده بودند. همه به مدل فروید برای رفتارِ برگرفته از غریزه معترض بودند و هریک اصلاحات مهمی برای آن پیشنهاد کردند. گرچه دامنه‌ی کارشان باهم متفاوت بود، ولی هریک، در مقطعی از زمان، به درمان اگزیستانسیال توجه نشان دادند. تأکید رنک بر اهمیت اراده و اضطراب مرگ بود و نوشته‌هایش به‌وسیله‌ی مفسری امروزی به نام ارنست بِکر[2] به طرز ماهرانه‌ای تقویت شد؛ هورنای نقش سرنوشت‌ساز آینده را در تأثیر بر رفتار انسان مورد بررسی قرار داد (فرد بیش از آنکه به‌وسیله‌ی وقایع گذشته شکل بگیرد، با تصمیم‌ها، آرمان‌ها و اهدافش برانگیخته می‌شود)؛ فروم به‌طرزی استادانه، نقش آزادی و ترس از آن را در رفتار انسان روشن کرد؛ در حالی که کایزر به مسئولیت و تنهایی پرداخت.

---

1. Helmuth Kaiser
2. Ernest Becker

شجره‌نامه‌ی درمان اگزیستانسیال علاوه بر شاخه‌های متعلق به فیلسوفان بزرگ، روانشناسان انسانگرا و روانکاوان دارای رویکرد انسانگرا، شاخه‌ی مهم دیگری هم دارد که شامل نویسندگان بزرگی‌ست که اگرنه بیشتر، دست‌کم به‌اندازه‌ی برادران متخصصشان مسائل اگزیستانسیال را کاویده‌اند و توضیح داده‌اند. بنابراین صدای داستایفسکی، تولستوی، کافکا، سارتر، کامو و بسیاری آموزگاران شهیر دیگر نیز بارها و بارها در این کتاب به گوش خواننده می‌رسد. همان‌طور که فروید در بحث ادیپ‌شاه (۱۸) اشاره کرده، آثار بزرگ ادبی ماندگارند، زیرا چیزی را در خواننده برمی‌انگیزند که او را مشتاق درک حقیقتشان می‌کند. حقیقت شخصیت‌های داستانی به این دلیل ما را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد که حقیقت خودِ ماست. علاوه بر این‌ها، آثار بزرگ ادبی به ما درباره‌ی خودمان می‌آموزند، زیرا به‌شدت راستگو و صریحند؛ به اندازه‌ی اطلاعات بالینی صریحند: داستان‌نویس بزرگ، اگرچه خصوصیات شخصیتی‌اش را میان شخصیت‌های داستان تقسیم می‌کند، ولی در نهایت بسیار خودافشاگر است. تورنتون وایلدر[1] در جایی نوشته است: «اگر ملکه الیزابت یا فریدریش کبیر یا ارنست همینگوی زندگینامه‌ی خود را می‌خواندند، نفسی به راحتی می‌کشیدند و می‌گفتند: 'اوه، اسرارم هنوز پنهانند!' ولی اگر ناتاشا راستوف جنگ و صلح را می‌خواند، صورتش را با دست‌هایش می‌پوشاند و فریاد می‌زد: 'او از کجا می‌دانست؟ چطور فهمیده؟'» (۱۹)

درمان اگزیستانسیال و جامعه‌ی دانشگاهی

پیش تر درمان اگزیستانسیال را به فردی بی‌خانمان تشبیه کردم که در میان همسایگان دانشگاهی‌اش جایی ندارد. فقدان حمایت از سوی روانپزشکی و روانشناسی دانشگاهی، تأثیر فراوانی بر رشته‌ی درمان اگزیستانسیال گذاشته است، زیرا انجمن‌های وابسته به دانشگاه تمامی حمایت‌های حیاتی برای ایجاد رشته‌های بالینی را در کنترل خود دارند: آموزش درمانگران و مدرسان دانشگاه، تأمین بودجه‌ی تحقیقات، صدور پروانه‌ی درمان و نشر مجلات.

---

1. Thornton Wilder

بد نیست اندکی به علت طرد شدن رویکرد اگزیستانسیال از نظام دانشگاهی بپردازیم. پاسخ در درجه‌ی اول در شالوده‌ی این علم نهفته است: اینکه آنچه را می‌دانیم از کجا فهمیده‌ایم؟ روانپزشکی و روانشناسی دانشگاهی بر سنتی اثبات‌گرا بنیان نهاده شده که به پژوهش تجربی به‌عنوان شیوه‌ی ارزیابی‌کننده‌ی یک علم می‌نگرد.

حرفه‌ی معمول یک دانشگاهی را در نظر بگیرید (و من نه فقط از زبان مشاهده‌گر، که از تجربه‌ی بیست ساله‌ی خودم در دانشگاه سخن می‌گویم): مدرس جوان یا استادیار استخدام می‌شود چون برای پژوهش تجربی، شایستگی و انگیزه‌ی بالایی از خود نشان می‌دهد و بعد از آن هم به دلیل پژوهش‌های دقیق و روشمندش مشمول ارتقاء و پاداش می‌شود. تصمیم قطعی برای استخدام رسمی هم منوط به میزان پژوهش‌های تجربی منتشر شده‌اش در مجلات علمی معتبر است. عوامل دیگری چون مهارت تدریس یا نگارش کتاب‌ها و رسالات غیرتجربی و نیز فصل‌بندی کتاب‌ها در درجه‌ی دوم اهمیت قرار دارند.

برای دانشمند فوق‌العاده دشوار است که بر پایه‌ی تحقیق تجربی در زمینه‌ی مسائل اگزیستانسیال به حرفه‌ی دانشگاهی دست یابد. اصول اساسی درمان اگزیستانسیال متناسب و قابل انطباق بر شیوه‌های پژوهش تجربی نیست. برای مثال، پژوهش تجربی نیازمند آن است که محقق ارگانیسم پیچیده‌ای را با تجزیه به اجزای تشکیل‌دهنده‌اش مورد مطالعه قرار دهد و هر جزء را تا آنجا تجزیه و ساده کند که امکان تحقیق تجربیِ آن فراهم شود. این اصل بنیادین، یکی از اصول اساسی اگزیستانسیال را نفی می‌کند. داستانی که ویکتور فرانکل نقل کرده، موضوع را روشن می‌کند. (۲۰)

دو همسایه دعوایشان شده بود. یکی مدعی بود گربه‌ی آن دیگری کره‌ی او را خورده و می‌خواست خسارتش جبران شود. دعوا به جایی نرسید و هردو همراه با گربه‌ی متهم، سراغ ریش‌سفید دهکده رفتند تا میانشان داوری کند. ریش‌سفید از شاکی پرسید: «گربه چقدر کره خورده است؟» و جواب شنید: «حدود پنج کیلو». پیرمرد دانا گربه را روی ترازو گذاشت. نگاه کن! درست پنج کیلو بود. گفت: «عجب! کره اینجاست. ولی گربه کجاست؟»

گربه کجاست؟ با سرِ هم کردن همه‌ی بخش‌ها هم نمی‌توانید انسان را بازسازی کنید. یک اصل اساسی در انسانگرایی این است: «انسان از مجموعه‌ی اجزای خویش

برتر است.» هرقدر هم که شناخت دقیقی از اجزای تشکیل‌دهنده‌ی ذهن ــ مثل خودآگاه، ناخودآگاه، سوپرایگو (آبرمن)، ایگو (من) و اید (سائق‌های غریزی) ــ داشته باشیم، باز آن نیروی فعال حیاتی و کانونی و آن انسانی را که ناخودآگاه (یا سوپرایگو یا اید یا ایگو) از آن اوست، درک نمی‌کنیم. به‌علاوه، رویکرد تجربی هرگز معنای این ساختار روانی را برای انسانی که مالک آن است، روشن نمی‌کند. معنا هرگز از مطالعه‌ی اجزای تشکیل‌دهنده ادراک نمی‌شود، زیرا معنا هرگز معلول چیز دیگری نیست؛ همان انسانی آن را می‌آفریند که هماهنگ‌کننده‌ی این اجزاست.

ولی معضلی بسیار اساسی‌تر از مشکل «گربه کجاست؟» میان رویکرد اگزیستانسیال و پژوهش تجربی وجود دارد. رولو می زمانی به آن پرداخت که اگزیستانسیالیسم را این گونه تعریف کرد: «کوشش برای درک انسان به‌وسیله‌ی از میان برداشتن شکاف میان سوژه و اُبژه که دانش و اندیشه‌ی غرب را اندکی پس از رنسانس منحرف کرد.»(۲۱) اجازه دهید نگاه دقیق‌تری به این «شکاف میان سوژه و اُبژه» بیندازیم. دیدگاه سنتی دکارتی ــ که جهان را مملو از اُبژه‌ها و سوژه‌هایی می‌داند که آن اُبژه‌ها را درک می‌کنند ــ به‌وسیله‌ی موقعیت اگزیستانسیال به چالش کشیده می‌شود. روشن است که این فرض اساسیِ روش علمی‌ست: اُبژه‌هایی با مشخصات محدود وجود دارند که از طریق تحقیق اُبژکتیو قابل درکند. موقعیت اگزیستانسیال این شکاف میان سوژه و اُبژه را از میان برمی‌دارد و انسان را تنها سوژه‌ای نمی‌داند که در شرایط خاص قادر به درک واقعیت خارجی است، بلکه او را ذی‌شعوری می‌داند که در ساختن واقعیت شرکت می‌کند. هایدگر برای تأکید بر این نکته همواره انسان را *dasein* (موجود) می‌نامید. *Da* (به معنای آنجا) به این واقعیت اشاره دارد که فرد آنجاست، اُبژه‌ای متشکل («ایگویی تجربی») است، ولی در عین حال خود تشکیل‌دهنده‌ی جهان است (به این معنا که که یک «ایگوی بَرشونده» است). *dasein* همزمان هم معنادهنده است و هم شناسه. پس هر *dasein* تشکیل‌دهنده‌ی جهان خویش است؛ مطالعه‌ی همه‌ی موجودات با ابزاری استاندارد به‌شیوه‌ای که انگار همه در یک دنیای اُبژکتیو زندگی می‌کنند، آغاز خطایی شرم‌آور در مشاهده و مطالعه است.

با این حال، مهم است به‌خاطر بسپاریم محدودیت‌های پژوهشی در زمینه‌ی روان‌درمانی تجربی، منحصر به رویکرد درمانی اگزیستانسیال نیست؛ فقط در آن

بسیار چشمگیرتر است. از آنجایی که درمان یک تجربه‌ی انسانی عمیقاً فردی است، مطالعه‌ی تجربی روان‌درمانی، بر پایه‌ی هر مکتب ایدئولوژیکی که باشد، مشتمل بر خطاست و ارزش محدودی دارد. همه می‌دانند که پژوهش در زمینه‌ی روان‌درمانی، در تاریخ سی‌ساله‌اش، تأثیر ناچیزی بر درمان بالینی داشته است. در واقع، همان‌طور که کارل راجرز، بنیان‌گذار پژوهش تجربی در روان‌درمانی با تأسف اشاره کرده است، حتی پژوهشگران این رشته هم نتایج تحقیق خود را جدی نمی‌گیرند تا بر اساس آن رویکرد خویش را به روان‌درمانی تغییر دهند.(۲۲)

و همه می‌دانند اکثر درمانگران بالینی بلافاصله بعد از اتمام پایان‌نامه یا بازنشستگی پژوهش تجربی را کنار می‌گذارند. اگر پژوهش تجربی تلاشی معتبر در جهت حقیقت‌جویی و حقیقت‌یابی‌ست، پس چرا روانپزشکان و روانشناسان بلافاصله بعد از تکمیل آنچه دانشگاه از آنان خواسته، جدول اعداد تصادفی‌شان را کنار می‌گذارند؟ بر این باورم که وقتی درمانگر بالینی به پختگی می‌رسد، کم‌کم متوجه می‌شود مطالعه‌ی تجربی روان‌درمانی با معضلات سرسام‌آوری روبه‌روست.

شاید تجربه‌ی شخصی‌ام روشنگر باشد. چند سال پیش من و دو تن از همکارانم، طرح پژوهشی بزرگی را در زمینه‌ی فرایند و بازده گروه‌های رویاروی به اجرا درآوردیم. نتایج را در کتابی به نام گروه‌های رویاروی: اصول مقدماتی(۲۳) منتشر کردیم که هم به‌عنوان معیار و نمونه‌ی دقت در کار بالینی مورد تحسین قرار گرفت و هم مورد حمله‌ی جنجالی روانشناسان انسانگرا واقع شد. در واقع، یک شماره از همان مجله‌ی روانشناسی انسانگرا که پیش از این به آن اشاره کردم، به حمله به این کتاب اختصاص یافت. دو همکارم پاسخ‌های قوی و مؤثری به انتقادها دادند، ولی من از پاسخ خودداری کردم. یک دلیلش این بود که سخت درگیر نوشتن کتابی بودم که اینک پیش روی شماست. ولی در اعماق وجودم هم تردیدهایی نسبت به معنای تحقیقمان داشتم، نه به دلایلی که حمله‌ی همگانی را برانگیخته بود، دلیل دیگری داشتم: نمی‌توانستم باور کنم رویکرد آماری رایانه‌ای‌شده‌ی به‌شدت فنیِ ما قادر به توصیف تجربه‌ی حقیقی آزمودنی‌هایمان باشد. با یک یافته در کانون روش‌شناسی پژوهشمان(۲۴) مشکل داشتم: ما چند سری ابزار روانشناختی به‌کار گرفته بودیم تا ارزیابی کنیم هریک از اعضای

گروه رویاروی چقدر تغییر کرده‌اند. شاخص‌های ارزیابی از چهار منظر متفاوت انتخاب شده بودند: ۱. نظر اعضای گروه در مورد خودشان، ۲. نظر سرپرست گروه درباره‌ی اعضا، ۳. نظر اعضای گروه در مورد هم‌گروهی‌هایشان، ٤. نظر شبکه‌ی اجتماعی اطراف اعضا درباره‌ی ایشان. همبستگی آماری میان تغییر در این چهار منظر صفر بود! به عبارت دیگر، در این مورد که چه کسی تغییر کرده و تا چه حد تغییر کرده، هیچ توافقی میان چهار منبع اطلاعاتی ما نبود.

خُب البته روش‌های آماری برای «مدیریت» چنین یافته‌هایی وجود دارد، ولی این واقعیت پابرجاست که ارزیابی نتیجه بسیار نسبی و به‌شدت وابسته به منبع اطلاعاتی‌ست. این مشکل منحصر به این طرح پژوهشی نیست: نتیجه‌ی تمامی مطالعات روان‌درمانی را مختل می‌کند. هرچه پژوهشگر شیوه‌های بیشتری را برای ارزیابی نتیجه به‌کار بگیرد، نتیجه‌ی کارش کمتر موثق است!

پژوهشگران چگونه با این معضل کنار می‌آیند؟ یک شیوه عبارت است از افزایش پایایی[1] با پرسیدن سؤالات کمتر و اتکا به یک منبع اطلاعاتی. شیوه‌ی رایج دیگر حذف شاخص‌ها و معیارهای «بی‌ثبات[2]» و نظری و استفاده‌ی صِرف از معیارهای عینی مانند میزان الکل مصرفی، تعداد دفعاتی که فرد در یک مدت زمان معین صحبت همسرش را قطع می‌کند، تعداد لقمه‌های غذای خورده شده، پاسخ الکتریکی پوست[3] یا میزان تورم اندام تناسلی[4] هنگام نگاه کردن به عکس‌های برهنه است. ولی وای به‌حال پژوهشگری که می‌کوشد عوامل مهمی نظیر توانایی دوست داشتن یا اهمیت دادن به دیگری، شوروشوق زندگی، هدفدار بودن، بلندنظری، سرزندگی، استقلال، خودانگیختگی، شوخ‌طبعی، جرئت یا تعهد در زندگی را بسنجد. چنین کسی بارها و بارها در پژوهش روان‌درمانی با یک اصل اساسی زندگی رودررو می‌شود: دقت نتیجه ارتباط مستقیمی با کم‌اهمیتی و پیش‌پاافتادگی متغیرهایی دارد که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. دانش غریبی‌ست!

---

1. reliability
2. soft
3. galvanic skin test
4. penile tumescence

راه چاره چیست؟ شیوه‌ی صحیح درک دنیای درونی یک انسان دیگر، شیوه‌ی «پدیدارشناختی»ست، پرداختن مستقیم به خودِ پدیده‌ها، رویارویی با دیگری بدون پیش‌فرض و ابزار «استانداردشده». پس تا ممکن است باید چشم‌انداز دنیای خویش را به کناری نهاد و به دنیایی وارد شد که دیگری در حال تجربه‌اش است. چنین رویکردی برای شناخت یک انسان دیگر در روان‌درمانی کاملاً عملی‌ست: هر درمانگر خوبی می‌کوشد به همین ترتیب با بیمار ارتباط برقرار کند. این همان چیزی‌ست که همدلی، حضور، گوش دادن صادقانه، پذیرشِ بدون قضاوت یا اگر بخواهیم عبارت فصیحانه‌ی مِی را به‌کار ببریم، منش «ساده‌اندیشی سخت‌گیرانه[1]» نامیده می‌شود.(۲۵) تأکید درمانگران اگزیستانسیال همواره بر تلاش درمانگر برای درک دنیای خصوصی بیمار است تا تمرکز بر مسیر بیمار برای منحرف شدن از «هنجارها». ولی این رویکرد پدیدارشناختی که بر اساس تعریف غیرتجربی‌ست، خود گیج‌کننده است و برای پژوهشگری که می‌کوشد استانداردهای بالای علمی را در کارش رعایت کند، مشکلات حل‌ناشده‌ای را موجب می‌شود.

به‌رغم تمامی این تردیدها، شیوه‌ی تخصصی‌ای که با آن آموزش دیده‌ام، مرا واداشت پژوهشی را برای هریک از چهار دلواپسی اساسی اگزیستانسیال یعنی مرگ، آزادی، تنهایی و پوچی تدارک ببینم. و البته پژوهش دقیق نوری بر زمینه‌های مورد سؤال می‌افکند. برای مثال پژوهش به ما می‌گوید فراوانی نگرانی‌های آشکار اگزیستانسیال در میان بیماران چقدر است یا درمانگران چقدر متوجه این نگرانی‌ها می‌شوند.

از آنجا که بسیاری از موضوعات اگزیستانسیال تا کنون مشخصاً مورد مطالعه‌ی پژوهشگران قرار نگرفته‌اند، موارد هم‌پهلو[2] را که می‌توان به‌نوعی با موضوع ربطشان داد، مورد مطالعه قرار داده‌ام. مثلاً فصل ششم پژوهش «کانون کنترل[3]» را مورد بررسی قرار می‌دهد زیرا این مسئله با حیطه‌ی مسئولیت و اراده مرتبط است.

بعضی موضوعات، به دلایلی که گفته شد، اجازه‌ی پژوهش تجربی را نمی‌دهند. در نتیجه پژوهشگران بخش‌هایی از مشکل را که امکان مطالعه‌ی آن فراهم است،

---

1. disciplined naïvety
2. tangential
3. locus of control

برگزیده‌اند. برای نمونه، همان‌طور که خواهیم دید، مقیاس‌های فراوانی به مطالعه‌ی پدیده‌ی ترس و دلهره در «اضطراب مرگ» می‌پردازند، ولی این بررسی چنان سطحی و قاعده‌مند است که مطلبی را روشن نمی‌کند. به یاد داستان مردی افتادم که در شب به دنبال کلید گم‌شده‌اش می‌گشت، آن هم نه در کوچه‌ی تاریکی که کلید را گم کرده بود، بلکه زیر تیر چراغ برق که نور کافی بود. به این پژوهش‌های مربوط به بخش‌هایی از مشکل[1] با احتیاط و هشدار استناد کرده‌ام.

حوزه‌های دیگری هم هست که علم باید در آن‌ها شهودی بماند. بعضی حقایق هستی چنان متقن و روشنند که اثبات آن‌ها با بحث منطقی یا پژوهش تجربی بی‌جا به‌نظر می‌آید. می‌گویند کارل لشلی[2]، متخصص روانشناسی اعصاب[3] در جایی گفته است: «برای اثبات اینکه به یک سگ تریر یاد داده‌ای ویلن بزند، نیازی به گروه چهارنفره‌ی نوازندگان زهی نداری.»

کوشیده‌ام کتاب را به سبکی قابل‌فهم و عاری از اصطلاحات تخصصی بنویسم تا برای خواننده‌ی معمولی نیز قابل‌درک باشد. با این حال مخاطبان اصلی‌ام دانشجویان و روان‌درمانگران بالینی‌اند. توجه به این نکته مهم است که فرض کرده‌ام خوانندگانم آموزش رسمی فلسفی ندیده‌اند، ولی پیش‌زمینه‌ی کار بالینی دارند. نمی‌خواستم این کتاب «نخستین» درسنامه یا درسنامه‌ی کامل روان‌درمانی باشد و انتظار دارم خواننده با نظام‌های توصیفی متداول در کار بالینی آشنا باشد. به همین دلیل وقتی پدیده‌های بالینی را در چارچوب اگزیستانسیال تعریف می‌کنم، همیشه تعاریف دیگر را بازگو نمی‌کنم. وظیفه‌ی خود را در آن دیده‌ام که رویکرد روان‌درمانی منسجمی را بر پایه‌ی دلواپسی‌های اگزیستانسیال تعریف کنم تا شیوه‌هایی که بسیاری از درمانگران به طور ضمنی به کار می‌برند، جایگاه مشخص و واضحی بیابد.

تظاهر نمی‌کنم قرار است به توصیف نظریه‌ی خاصی در ناهنجاری روانی و روان‌درمانی بپردازم. در عوض ساختار روانشناختی و الگویی عرضه می‌کنم که نظام توصیفی‌ای در اختیار درمانگر بالینی می‌گذارد، نظامی که اجازه می‌دهد حجم

---

1. part-problem
2. Karl Lashley
3. neuropsychologist

عظیمی از اطلاعات بالینی معنا پیدا کند و با راهبُردی نظام‌مند جمع‌بندی شود. این الگو از قدرت توضیح‌پذیری بالایی برخوردار است؛ ممسک است (یعنی بر فرضیات اساسی معدودی استوار است) و قابل‌دسترسی‌ست (یعنی فرضیاتش بر پایه‌ی تجربیاتی بنا شده که به شیوه‌ی شهودی برای هر فرد درون‌نگری قابل‌درک است). به‌علاوه، الگویی انسانگرایانه دارد و با ماهیت عمیقاً انسانی هر اقدام درمانی همخوان و هماهنگ است.

ولی فقط یک الگوست، نه تنها الگوی موجود؛ برای بعضی بیماران سودمند است نه برای همه؛ برای بعضی درمانگران قابل‌استفاده است و نه همه‌ی آنان. جهت‌گیری اگزیستانسیال یکی از انواع رویکردهای بالینی موجود است. قالبی جدید برای اطلاعات بالینی‌ست، ولی مانند سایر الگوها، برتری خاصی بر قالب‌های دیگر ندارد و قادر نیست همه‌ی رفتارها را توضیح دهد. انسان پیچیده‌تر از آن است که چنین اجازه‌ای را به الگویی واحد دهد.

هستی به‌طرز بی‌رحمانه‌ای آزاد و فارغ از مقررات و در نتیجه نامعلوم و بی‌ثبات است. بنیادهای فرهنگی و ساختارهای روانشناختی اغلب در صدد پنهان کردن این وضعیتند، ولی رویارویی با موقعیت اگزیستانسیال خویش، به ما یادآوری می‌کند که الگوها را خود آفریده‌ایم، آن‌ها موانعی هستند به نازکی کاغذ در برابر درد بی‌ثباتی و عدم قطعیت. درمانگر مجرب باید در رویکرد نظری اگزیستانسیال هم مانند سایر رویکردها، این عدم قطعیت بنیادین را تاب آوَرَد.

بخش اول

مرگ

در چهار فصل بعدی به نقشی می‌پردازم که مفهوم مرگ در ناهنجاری روانی و روان‌درمانی ایفا می‌کند. فرضیات اساسی‌ام ساده‌اند:

۱. ترس از مرگ نقش عمده‌ای در تجربه‌ی درونی ما دارد؛ ذهنمان را به‌طرز بی‌بدیلی تسخیر می‌کند؛ مدام زیر پوستمان در غرش است و حضوری تیره و آشفته در حاشیه‌ی خودآگاهی دارد.
۲. کودک در سنین پایین دلمشغولی فراگیری با مرگ دارد و وظیفه‌ی تکاملی اصلی‌اش کنار آمدن با وحشت نابودی‌ست.
۳. ما برای روبه‌رو شدن با این ترس‌ها دفاع‌هایی در برابر مرگ‌آگاهی برمی‌انگیزیم، دفاع‌هایی مبتنی بر انکار که ساختار شخصیتمان را شکل می‌دهد و اگر این ساختار ناساز باشد، منجر به سندرم بالینی می‌شود. به‌عبارت دیگر، ناهنجاری روانی حاصل شیوه‌های غیرمؤثر برای چیرگی بر مرگ است.
٤. و بالاخره، بر پایه‌ی مرگ‌آگاهی می‌توان رویکردی مؤثر و نیرومند در روان‌درمانی بنا نهاد.

فصل دوم مروری کلی بر نقش مفهوم مرگ در روان‌درمانی دارد، سپس به شواهد بالینی و پژوهشی مرتبط می‌پردازد و بعد روشن می‌کند چرا تفکر روانکاوانه‌ی سنتی، مرگ را با دقت و موشکافی، از نظریه و اسلوب روان‌درمانی حذف کرده است.

فصل سوم تکامل مفهوم مرگ در کودکان را به بحث می‌گذارد و بر سازوکارهای دفاعی‌ای متمرکز است که به‌وجود می‌آیند تا فرد را از اضطراب مرگ حفظ کنند. فصل چهارم به ارائه‌ی الگویی برای ناهنجاری روانی می‌پردازد که بر این دفاع‌های انکارکننده‌ی مرگ بنیان نهاده شده است؛ و فصل پنجم سازوبرگ نظری و کاربردیِ رویکرد درمانیِ مبتنی بر مرگ‌آگاهی را توصیف می‌کند.

فصل دوم

زندگی، مرگ و اضطراب

آدولف مایر[1] بزرگ به نسلی از دستیاران روانپزشکی توصیه می‌کرد: «جایی را که نمی‌خارد، نخارانید.»(۱) آیا این توصیه‌ی اخلاقی را نمی‌توان مخالفت با کندوکاو در نگرش بیمار نسبت به مرگ دانست؟ مگر بیماران ترس و دلواپسی کم دارند که درمانگر هم ناخوشایندترین وحشت‌های زندگی را به یادشان آوَرَد؟ چرا بر واقعیت تلخی تمرکز کنیم که نمی‌توانیم تغییرش دهیم؟ اگر هدفِ درمان القای امید است، چرا دست‌به‌دامان مرگِ بربادده‌نده‌ی امید شویم؟ هدف درمان این است که به بیمار کمک کنیم بیاموزد چگونه زندگی کند. چرا مرگ را به محتضران وانگذاریم؟

این پرسش‌ها پاسخ می‌طلبند و در این فصل می‌کوشم به آن‌ها پاسخ دهم و اثبات کنم مرگ همیشه می‌خارد و نگرش ما نسبت به مرگ بر شیوه‌ی زندگی و تکاملمان و شیوه‌ی ازتوان‌افتادن و بیمار شدنمان اثر می‌گذارد. در اینجا به دو موضوع اساسی می‌پردازم که هریک تأثیر عمده‌ای بر کارِ روان‌درمانی دارند:

۱. زندگی و مرگ به یکدیگر وابسته‌اند؛ همزمان وجود دارند، نه اینکه یکی پس

---

1. Adolph Meyer

از دیگری بیاید؛ مرگ مدام زیر پوسته‌ی زندگی در جنبش است و بر تجربه و رفتار آدمی تأثیر فراوان دارد.

۲. مرگ سرچشمه‌ی اصلی و آغازین اضطراب است و در نتیجه منشأ اصلی ناهنجاری روانی نیز هست.

وابستگی دوسویه‌ی زندگی و مرگ

یک خط فکری تاریخی که به قدمت آغاز کتابت اندیشه است، بر درهم‌آمیختگی مرگ و زندگی تأکید دارد. از آشکارترین حقایق زندگی یکی این است که همه‌چیز رو به نابودی است، که ما از محو شدن و نابودی در هراسیم و به‌رغم رویارویی با نابودی و ترس باید زندگی کنیم. رواقیون مرگ را مهم‌ترین واقعه‌ی زندگی دانسته‌اند. وقتی بیاموزی خوب زندگی کنی، می‌آموزی خوب بمیری و بالعکس، یعنی اگر خوب مُردن را بیاموزی، خوب زندگی کردن را خواهی آموخت. به‌قول سیسرو[1]: «فلسفه‌پردازی، آماده شدن برای مرگ است» (۲) و به‌قول سِنِکا[2]: «فقط کسی از طعم واقعی زندگی لذت می‌بَرَد که مشتاق و آماده‌ی دست‌کشیدن از آن باشد.» (۳) آگوستین قدیس نیز همین نظر را دارد: «تنها در رویارویی با مرگ است که خودِ انسان متولد می‌شود.» (٤)

ممکن نیست مرگ را به محتضران واگذاریم. مرز زیست‌شناختیِ میان زندگی و مرگ مرزی نسبتاً دقیق است؛ ولی مرگ و زندگی از لحاظ روانشناختی با یکدیگر آمیخته‌اند. مرگ یکی از حقایق زندگی‌ست. تأمل در یک لحظه به ما می‌گوید مرگ فقط آخرین لحظه‌ی زندگی نیست. «ما حتی هنگام تولد هم می‌میریم؛ پایان از همان آغاز آنجاست» (مانیلیوس[3]).(۵) مونتنی[4] در رساله‌اش در باب مرگ پرسیده: «چرا از آخرین روز زندگی‌ات می‌هراسی؟ بیش از روزهای دیگر در مرگت سهیم نیست. آخرین گام خستگی نمی‌آوَرَد، تنها خستگی را آشکار می‌کند.» (٦)

---

۱. Cicero، سخنور و دولتمرد رومی.ـم.

۲. Seneca، نویسنده و دولتمرد رومی.ـم.

۳. Manilius، گایوس مانیلیوس، قاضی و امین صلح در روم باستان (٦٦ ق. م.).ـم.

۴. Montaigne (۱۵۹۲-۱۵۳۳) میشل مونتنی، نویسنده‌ی فرانسوی که با کتابش به نام تجربات، سبک ادبی جدیدی پدید آورد و در آن جذاب‌ترین و دقیق‌ترین تصویر را از خود ارائه کرد.ـم.

ساده‌ترین (و وسوسه‌کننده‌ترین) کار این است که به نقل‌قول و بازگویه ادامه دهم. تقریباً هر متفکر بزرگی (بعضی در جوانی و برخی در پیری) عمیقاً درباره‌ی مرگ اندیشیده و نوشته است؛ و بسیاری به این نتیجه رسیده‌اند که مرگ بخش جدایی‌ناپذیری از زندگی‌ست، و در نظر داشتن دائمی مرگ بیش از آنکه زندگی را فقرزده کند، به آن غنا می‌بخشد. اگرچه نفْس مرگ آدمی را نابود می‌کند، اندیشه‌ی مرگ نجاتش می‌دهد.

این اندیشه‌ی آخر چنان مهم است که به تکرار می‌ارزد: اگرچه نفْس مرگ آدمی را نابود می‌کند، اندیشه‌ی مرگ نجاتش می‌دهد. ولی این عبارت دقیقاً به چه معناست؟ اندیشیدن به مرگ چگونه انسان را نجات می‌دهد؟ و او را از چه نجات می‌دهد؟

نگاهی گذرا به مفهوم محوری فلسفه‌ی اگزیستانسیال موضوع را روشن می‌کند. مارتین هایدگر در سال ۱۹۲۶ در این پرسش غور کرد که اندیشیدن به مرگ چگونه انسان را نجات می‌دهد و به این بصیرت مهم دست یافت که آگاهی از مرگِ خود، همچون مهمیزی‌ست که توجه ما را از یک وجه هستی به وجه بالاتر جلب می‌کند. هایدگر معتقد بود در دنیا دو وجه اساسی برای هستی وجود دارد: ۱. مرتبه‌ی فراموشی هستی[1] و ۲. مرتبه‌ی اندیشیدن به هستی[2]. (۷)

وقتی فرد در مرتبه‌ی فراموشی هستی است، در دنیای اشیا می‌زید و خود را در سرگرمی‌های روزمره‌ی زندگی غرقه می‌کند: فرد به پایین کشیده می‌شود تا هم‌مرتبه‌ی «وراجی‌های بی‌ارزش» شود و در «آن‌ها» مستغرَق. فرد خود را تسلیم دنیای روزمره و دلواپسی برای شیوه‌ی وجود چیزها می‌کند.

در مرتبه‌ی دیگر، یعنی مرتبه‌ی اندیشیدن به هستی، شگفتی فرد تنها در شیوه‌ی وجود چیزها خلاصه نمی‌شود، بلکه وجود چیزها کافی‌ست تا او را به تحسین و تعجب وادارد. زیستن در این مرتبه به معنای آگاهی دائمی از هستی‌ست. در این مرتبه که اغلب «مرتبه‌ی هستی‌شناختی[3]» (از ریشه‌ی یونانی *ontos* به معنای «هستی یا وجود») نامیده می‌شود، فرد در اندیشه‌ی هستی باقی می‌ماند، نه تنها در اندیشه‌ی

---

1. forgetfulness of being
2. mindfulness of being
3. ontological mode

آسیب‌پذیری و شکنندگی هستی، بلکه (همان گونه که در فصل ششم به آن خواهم پرداخت) در اندیشه‌ی مسئولیتش در قبال وجود خویش. از آنجا که فقط در مرتبه‌ی هستی‌شناختی‌ست که فرد با خودآفرینندگی خویش در تماس است، تنها در همین‌جاست که نیروی تغییرِ خویش را به‌چنگ می‌آوَرَد.

به‌طور معمول فرد در مرتبه‌ی اول زندگی می‌کند. فراموشی هستی، مرتبه‌ی عادی و روزمره‌ی هستی‌ست. هایدگر آن را «غیراصیل و ناموثق» نامیده است، مرتبه‌ای که در آن فرد نمی‌داند خود سازنده‌ی زندگی و جهانش است، در آن سرگرم «افت‌وخیز» و آرامش پس از آن است، در آن با پرهیز از انتخاب، «بار مسئولیتی را بر دوش نمی‌کشد». (۸) با این حال، وقتی فرد وارد مرتبه‌ی دوم وجود (اندیشیدن به هستی) می‌شود، اصیل و موثق می‌زید (در نتیجه امروزه روان‌شناسی بیشترین استفاده را از اصطلاح اصالت و اعتبار می‌کند). در این مرتبه فرد کاملاً خودآگاه می‌شود، یعنی از خود به‌عنوان منی ازخودبَرگذرنده (گزینش‌کننده) و تجربه‌گرا (برگزیده) آگاه می‌شود؛ امکانات و محدودیت‌های خویش را می‌پذیرد، با آزادی و پوچی مطلق رودررو می‌شود و از این مواجهه مضطرب و نگران.

حال مرگ چه ارتباطی با این‌ها دارد؟ هایدگر معتقد بود فرد با تفکر ساده، تحمل‌کردن و دندان به هم ساییدن، از مرتبه‌ی فراموشیِ هستی به مرتبه‌ی آگاهانه‌تر و اضطراب‌انگیز اندیشیدن به هستی نمی‌رسد. موقعیت‌های غیرقابل‌تغییر و جبران‌ناپذیر خاص و «تجربیات مبرم» خاصی وجود دارند که فرد را از درون تکان می‌دهند، از مرتبه‌ی روزمره‌ی هستی بیرون می‌کِشند و به مرحله‌ی اندیشیدن به هستی می‌برند. در میان تجربیات مبرم (که یاسپرز بعدها به‌عنوان موقعیت‌های «مرزی» یا «سرحدی» از آن‌ها یاد کرد) مرگ موقعیتی بی‌همتا و منحصربه‌فرد است: مرگ موقعیتی‌ست که امکان زندگی اصیل و موثق را برایمان فراهم می‌کند.

این دیدگاه ــ که مرگ سهم بسزایی در زندگی دارد ــ به‌راحتی پذیرفتنی نیست. معمولاً مرگ را مصیبتی تمام‌عیار می‌بینیم و هر دیدگاه متضادی را مانند شوخی نامحتملی مردود می‌شماریم. بدون طاعون و مصیبت هم می‌توانیم سر کنیم، ممنون!

ولی قضاوت را برای یک لحظه به‌تعویق بیندازید و زندگی را بدون اندیشه‌ی مرگ تصور کنید. زندگی بخشی از شور و هیجانش را از دست می‌دهد. وقتی مرگ

انکار شود، زندگی کوچک می‌شود و نقصان می‌یابد. فروید ــ که به‌دلایلی که خواهم گفت کمتر به مرگ پرداخته است ــ معتقد بود ناپایداری زندگی به شوروشوق ما برای زیستن می‌افزاید. «محدودیت در امکان بهره‌مندی از لذت، به ارزش لذت می‌افزاید.» فروید در طی جنگ جهانی اول نوشته است جذبه‌ی جنگ در این بود که مرگ را دوباره به زندگی آورد: «زندگی حقیقتاً دوباره جالب شده؛ دوباره محتوای کامل خود را بازیافته است.» (۱۰) وقتی مرگ را طرد می‌کنیم، وقتی توجهمان را به مخاطرات مرگبار از دست می‌دهیم، زندگی فقرزده و مایه‌باخته می‌شود. فروید نوشته در چنین حالتی زندگی بدل می‌شود به چیزی «سطحی و توخالی، چیزی مثل لاس‌زنی امریکایی که از همان ابتدا معلوم است قرار نیست اتفاقی بیفتد و نقطه‌ی مقابل رابطه‌ی عاشقانه‌ی اروپایی‌ست که در آن هر دو طرف رابطه باید عواقب جدی آن را مدام در نظر داشته باشند.» (۱۱)

بسیاری گمان برده‌اند فقدان واقعیت مرگ نیز مانند فکر نکردن به آن باعث کاهش حساسیت فرد نسبت به زندگی می‌شود. برای مثال نمایشنامه‌نویس فرانسوی ژان ژیرودو[1] در نمایشی به نام آمفی‌تریون ۳۸ گفت‌وگویی میان خدایان نامیرا ترتیب داده است. ژوپیتر به مرکوری می‌گوید چه می‌شود اگر لباس زمینیان را به‌تن کنند تا با زنی فانی و میرا نرد عشق بازند:

> زن سخنانی بر لب خواهد آورد که مغاک میانمان را وسیع‌تر می‌کند... او خواهد گفت «وقتی بچه بودم» یا «وقتی پیر شوم» یا «هرگز در تمام عمرم»... این‌ها عذابم می‌دهد مرکوری... چیزی هست که ما نمی‌فهمیم، مرکوری... شاید همان هوس ناپایداری ــ درک میرایی ــ باشد و شاید غم شیرین به‌دست‌آوردن چیزی که قادر به نگه‌داشتنش نیستیم؟ (۱۲)

مونتنی نیز گفت‌وگویی را تصور کرده که در آن شیرونِ نیمه‌خدا-نیمه‌میرا، حاضر به پذیرش جاودانگی نمی‌شود وقتی پدرش ساتورن (خدای زمان و درنگ) پیامدهای این انتخاب را وصف می‌کند:

---

1. Jean Giraudoux

تصور کن چقدر تحمل زندگی جاودان برای آدمی سخت‌تر و دردناک‌تر از زندگی‌ای‌ست که من برایش تدارک دیده‌ام. اگر مرگ را نداشتی، مدام نفرینم می‌کردی که چرا از تو دریغش کرده‌ام. عمداً کمی تلخی به آن افزوده‌ام تا با دیدن آسایشی که برایت فراهم می‌کند، پُرولع و حریصانه در آغوشش نکشی. هم مرگ و هم زندگی را با شیرینی و تلخی درآمیخته‌ام تا تو را در مرتبه‌ی میانه‌ای سکنی دهم که برایت می‌خواهم: نه گریز از زندگی و نه گریز از مرگ به زندگی.(۱۳)

دلم نمی‌خواهد به فرقه‌ی مُرده‌گرایان بپیوندم یا از مرگ‌اندیشیِ منکرِ زندگی هواداری کنم. ولی نباید فراموش کرد که معضل اساسی این است که هریک از ما در این پهنه وجه خوب و بد را باهم داریم؛ مخلوقات میرایی هستیم که چون خودآگاهیم، می‌دانیم فانی و میرنده‌ایم. انکار مرگ در هر سطحی، انکار ماهیت اساسی‌مان است و موجب محدودیت فراگیر آگاهی و تجربه می‌شود. پیوستگی با اندیشه‌ی مرگ نجاتمان می‌دهد، به‌جای آنکه به وحشت یا بدبینی و منفی‌بافی جانفرسا محکوم‌مان کند، همچون میانجی‌ای ما را در شیوه‌های اصیل‌تر و موثق‌تر زندگی غوطه‌ور می‌کند و بر لذت زیستن می‌افزاید. برای تأیید این مهم کسانی را به شهادت می‌گیریم که رویارویی شخصی با مرگ داشته‌اند.

رویارویی با مرگ: تحول فردی

برخی از شاهکارهای ادبیات تأثیر مثبت رویارویی تنگاتنگ فرد با مرگ را به‌تصویر کشیده‌اند.

جنگ و صلح تولستوی نمونه‌ی فوق‌العاده‌ی‌ست از تحول بنیادینی که مرگ در فرد برمی‌انگیزد. (۱٤) قهرمان داستان، پی‌یر، از زندگی اشرافی روسی که برایش توخالی و بی‌معناست، به‌شدت ملول است. مانند روحی گمشده در نهصد صفحه‌ی ابتدایی رمان سرگردان است. نقطه‌ی اوج داستان زمانی‌ست که پی‌یر را سربازان ناپلئون دستگیر و به اعدام با جوخه‌ی آتش محکوم می‌کنند. او نفر ششم صف اعدامی‌هاست و مجازات پنج مردی را که جلوترند، می‌بیند و خود را برای مرگ

آماده می‌کند ولی ناگهان در آخرین لحظه اعدامش به‌تأخیر می‌افتد. این تجربه پی‌یر را دگرگون می‌کند و در سیصد صفحه‌ی باقیمانده‌ی رمان، زندگی‌ای پرشور و هدفمند را پی می‌گیرد. می‌تواند با تمام وجود با دیگران ارتباط برقرار کند، مشتاقانه از طبیعت پیرامونش آگاه شود، وظیفه‌ای در زندگی بیابد که برایش معنا دارد و خود را وقف آن سازد.[۱]

داستان مرگ ایوان ایلیچ تولستوی هم پیام مشابهی دارد. (۱۵) ایوان ایلیچ کارمندی خودپسند است که به بیماری کشنده‌ای، احتمالاً نوعی بدخیمی شکمی، مبتلا می‌شود و از دردی بی‌امان رنج می‌برد. اضطراب و اندوهش ادامه دارد تا اندکی پیش از مرگ که به حقیقتی بُهت‌انگیز دست می‌یابد: بد می‌میرد چون بد زندگی کرده است. ایوان ایلیچ در چند روزی که برایش باقی مانده، چنان شورمندانه متحول می‌شود که اصطلاحی جز رشد فردی نمی‌توان برایش به‌کار بُرد. اگر ایوان ایلیچ بیمار بود، روان‌درمانگرش از تحولی که در او به‌وجود آمده بود، به خود می‌بالید: ارتباطی همدلانه با دیگران برقرار می‌کند و تلخی، تکبر و خودستایی همیشگی‌اش ناپدید می‌شود. خلاصه اینکه در چند روز آخر عمرش به سطحی از یکپارچگی شخصیت می‌رسد که پیش از آن هرگز تجربه نکرده بود.

این پدیده در دنیای درمانگران به‌وفور اتفاق می‌افتد. برای نمونه، مصاحبه با شش تن از ده نفری که به قصد خودکشی از پل گلدن‌گیت پایین پریده و زنده مانده بودند، نشان داد پرش به‌سوی مرگ، دیدگاه این شش نفر را نسبت به زندگی متحول کرده است.(۱۶) یکی گفته: «اشتیاقم را به زندگی دوباره به‌دست آورده‌ام... خدای بخشنده‌ای در بهشت هست که در همه‌ی چیزهای دنیا نفوذ کرده و حضور دارد.» دیگری: «همه‌ی ما جزیی از خداییم، جزیی از خدای بزرگ انسانیت.» یکی دیگر: «حالا انگیزه‌ی نیرومندی برای زندگی دارم... زندگی‌ام دوباره جان گرفته... همه‌ی راه‌های قدیمی را دوباره گشوده‌ام...حالا می‌توانم وجود دیگران را حس کنم.» و دیگری: «احساس می‌کنم حالا خدا را دوست دارم و دلم می‌خواهد کاری برای دیگران انجام بدهم.» و دیگری:

---

۱. در زندگی واقعی هم می‌توان از داستایفسکی نام برد که در سن بیست‌ونه سالگی، اعدامش در آخرین لحظه توسط جوخه‌ی آتش به تعویق افتاد و این واقعه تأثیر سرنوشت‌سازی بر زندگی و آثارش گذاشت.

از امیدی تازه و هدفی جدید برای زنده‌بودن آکنده شده‌ام. این ورای درک بسیاری از آدم‌هاست. قدر معجزه‌ی زندگی را حتی در تماشای پرواز یک پرنده می‌دانم. وقتی از دست دادن چیزی نزدیک است، معنی‌دارتر می‌شود. من حس یکی‌شدن با همه‌چیز و یگانگی با همه‌کس را تجربه کردم. بعد از نوزایی روانی‌ام، درد دیگران را هم حس می‌کنم. همه‌چیز روشن و درخشان است.

مثال‌های بالینی دیگر هم فراوان است. آبراهام اشمیت[1] بیمار افسرده‌ی مزمنی را با جزییات توصیف می‌کند که بخت یارش بوده و پس از یک اقدام جدی به خودکشی زنده مانده است. او به «یک انفصال کامل میان دو نیمه‌ی زندگی‌اش» ــ قبل و بعد از اقدام به خودکشی ــ اشاره می‌کند. اشمیت از ارتباط حرفه‌ای‌اش با او فقط به‌عنوان یک رابطه‌ی درمانی یاد نمی‌کند، بلکه آن را پی‌گیری و بازبینی تحول شگرف بیمارش می‌داند. دوستانش دیگر برای توصیف او واژه‌ی «پرجوش‌وخروش و سرزنده» را به‌کار می‌برند زیرا «صدای زندگی و شور و اشتیاق از او به‌گوش می‌رسد.» درمانگر می‌گوید او بعد از اقدام به خودکشی‌اش «با خود، زندگی و همسرش ارتباط برقرار کرد. حال دیگر زندگی‌اش را به‌تمامی می‌زیست و از زندگی دیگران نیز سرشار بود... در عرض یک سال پس از تحول، نخستین فرزندش را باردار شد و پس از آن با فاصله‌ی کم چند فرزند به‌دنیا آورد. (سال‌ها بود که از نازایی رنج می‌برد)»(۱۷)

راسل نوِیس[2] دویست نفر را که تجربه‌ی مرگ قریب‌الوقوع (تصادف با اتومبیل، غرق‌شدگی، سقوط در کوهستان و مانند این‌ها) را پشت سر گذاشته بودند، مورد مطالعه قرار داد و گزارش کرد تعداد قابل‌ملاحظه‌ای از آن‌ها (۲۳٪) تعریف کرده‌اند که در نتیجه‌ی این تجربه، حتی سال‌ها بعد

احساس نیرومندی درباره‌ی کوتاهی عمر و ارزشمندی آن داشته‌اند...شوق‌وذوق بیشتر برای زندگی، درک بالا و حساسیت عاطفی نسبت به محیط بلافصلشان ... توانایی زندگی در لحظه و چشیدن طعم هر لحظه‌ای که می‌گذرد ... آگاهی بیشتر

---

1. Abraham Schmitt
2. Russel Noyes

نسبت به زندگی و هرآنچه زنده است و ضرورت لذت بردن از همین لحظه پیش از آنکه خیلی دیر شود.(۱۸)

بسیاری افراد از «ارزیابی دوباره‌ی اولویت‌ها» و مهربان‌تر و انسانگراتر شدن گفته‌اند.

عبدالحسین و سیمور تازمن[1]، پزشکان زندانِ مخصوص زندانیان محکوم به مرگ، در یک گزارش بالینی به توصیف سه مرد محکوم به مرگ پرداختند که در آخرین دقایق حکمشان تغییر کرده بود. بر اساس اظهار این دو پژوهشگر، در ویژگی‌های شخصیتی هر سه دگرگونی عمیقی پدید آمد و «تغییر قابل ملاحظه در نگرش» آن‌ها تا چند ماه بعد پایدار بود.(۱۹)

سرطان: رویارویی با مرگ. واژه‌ی «بحران» در الفبای تصویری چینی ترکیبی از دو نشانه است: «خطر» و «فرصت». در طول سال‌ها کار با بیماران سرطانی لاعلاج، متوجه شده‌ام که بسیاری از آنان، بحران و خطری را که از سر می‌گذرانند، فرصتی می‌بینند برای تغییر. دگرگونی‌های تکان‌دهنده و تحولات درونی‌ای را گزارش می‌کنند که به‌جز با عبارت «رشد فردی» قابل وصف نیست:

- تنظیم دوباره‌ی اولویت‌های زندگی: ناچیز شمردن مسائل کم‌اهمیت.
- احساس رهایی: دیگر می‌توانند کارهایی را که دوست نداشته‌اند انجام ندهند
- افزایش درک زندگی در زمان حال به جای آنکه زندگی کردن را به دوران بازنشستگی یا زمان دیگری در آینده موکول کنند
- قدردانی پرشور از واقعیت‌های اساسی زندگی: تغییر فصل، نسیم، برگ‌ریزان، آخرین کریسمس و مانند این‌ها
- ارتباط عمیق‌تر با عزیزانشان نسبت به دوران پیش از بروز بحران
- ترس‌های بین‌فردی کمتر، نگرانی کمتر از بابت طرد شدن، تمایل بیشتر به پذیرش خطر نسبت به دوران پیش از بروز بحران

---

1. Abdul Hussain and Seymour Tozman

سناتور ریچارد نوبرگر[1]، کمی پیش از مرگ بر اثر سرطان، این تحولات را این‌گونه توصیف می‌کند:

تحولی در من به‌وجود آمد که معتقدم برگشت‌ناپذیر است. دلواپسی برای شهرت، موفقیت سیاسی، وضعیت مالی، همه‌وهمه ناگهان بی‌اهمیت شد. در آن ساعات اولیه‌ای که دریافتم سرطان دارم، هرگز به کرسی‌ام در سنا، حساب بانکی‌ام یا سرنوشت دنیای آزاد نیندیشیدم... . از زمانی که بیماری‌ام تشخیص داده شده، من و همسرم حتی یک بار هم باهم جروبحث نکرده‌ایم. عادت داشتم وقتی خمیردندان را به‌جای انتهایش، از بالا می‌فشرد، وقتی غذا را مطابق سلیقه‌ی وسواسی و دیرپسند من نمی‌پخت، وقتی فهرست میهمانان را بدون مشورت با من تنظیم می‌کرد و وقتی برای خرید لباس پول زیادی می‌داد، به او پرخاش کنم. اما حالا اصلاً متوجه این مسائل نمی‌شوم یا به‌نظرم بی‌ربط می‌آیند...

به‌جای آن‌ها، سپاسگزار چیزهایی هستم که زمانی به‌راحتی ازشان می‌گذشتم: ناهار خوردن با یک دوست، خاراندن گوش گربه‌ام و شنیدن صدای خُرخُر حاکی از رضایتش، مصاحبتِ همسرم، خواندن شبانه‌ی کتاب یا مجله در نور مخروطی و ملایم چراغ خوابم، شبیخون به یخچال برای یک لیوان آب‌پرتقال یا یک برش کیک قهوه. برای نخستین بار فکر می‌کنم واقعاً دارم طعم زندگی را می‌چشم. بالاخره دریافتم فانی‌ام. وقتی فرصت‌هایی را به‌یاد می‌آورم که حتی در بهترین وضعیت سلامتی‌ام، به‌خاطر غرور بی‌جا، ارزش‌های ساختگی و خیالبافی‌های بی‌اهمیت از دست داده‌ام، به‌خود می‌لرزم. (۲۰)

تحولات مثبت فردی بعد از رویارویی با مرگ چقدر رایج است؟ بیماران سرطانیِ مورد مطالعه‌ی من، نمونه‌ی خودگزینی بود متشکل از زنانی با دیدی روانشناختی و دچار سرطان که انتخاب کرده بودند به عضویت گروه حمایتی بیماران سرطانی درآیند. پس من و همکارانم برای تعیین شیوع کلی چنین پدیده‌ای پژوهشی را طراحی کردیم که بیماران یک مرکز پزشکی را مورد بررسی قرار می‌داد. (۲۱) پرسشنامه‌ای

1. Senator Richard Neuberger

تدوین کردیم که این تحولات فردی را می‌سنجید و آن را میان هفتاد بیماری که به‌طور متوالی برای درمان سرطان متاستاتیک سینه (سرطانی که در نقاط دیگر بدن هم پخش شده و هیچ درمان جراحی یا طبی ندارد) به پزشکان تومورشناس یک مرکز مراجعه داشتند، توزیع کردیم.[۱] بخشی از پرسشنامه شامل هفده عبارت مربوط به رشد فردی بود[۲] و از بیماران خواستیم به هریک از آن‌ها بر اساس مقیاسی پنج‌گزینه‌ای (در طیفی که با «همیشه» آغاز و به «به‌ندرت پیش می‌آید» ختم می‌شد) و برای دو دوره‌ی زمانی: «پیش از آغاز سرطان» و «در حال حاضر» نمره دهند. وقتی نتایج را بررسی کردیم، متوجه شدیم اکثر بیماران در این دو دوره‌ی زمانی هیچ تغییری را تجربه نکرده‌اند. ولی از میان بیمارانی که تغییراتی را بین «پیش از آغاز سرطان» و «در حال حاضر» گزارش کرده بودند، تقریباً در همه‌ی موارد تغییر در جهت رشد فردیِ بیشتر نسبت به زمان آغاز سرطان بود. در پانزده مورد از هفده عبارت تغییرات مثبت بیش از تغییرات منفی بود.[۳] بعضی سؤالات تفاوت‌های معنی‌داری را روشن کردند: برای نمونه برای سؤال ۱۴ (احساس می‌کنم چیز باارزشی درباره‌ی زندگی می‌دانم که باید به دیگران بیاموزم)، هجده بیمار تغییر در جهت مثبت و سه بیمار

---

۱. بیماران این مطالعه همه سرپایی بودند: تعداد کمی از آن‌ها به درد یا ازکارافتادگی شدید مبتلا بودند. همگی از تشخیص‌شان باخبر بودند و نیز می‌دانستند که اگر چندین ماه یا سال دیگر هم زندگی کنند، در نهایت از همین بیماری خواهند مُرد.

۲. ۱. من رابطه‌ی راحت و صادقانه‌ای با همسرم دارم. ۲. قدر زیبایی طبیعت را می‌دانم. ۳. احساس آزادی فردی می‌کنم. ۴. سعی می‌کنم رابطه‌ی راحت و صادقانه‌ای با فرزندانم داشته باشم. ۵. برایم مهم است که همه دوستم داشته باشند. ۶. لذت زیادی از زندگی می‌برم. ۷. روابط من صریح و صادقانه است. ۸. فقط کارهایی را می‌کنم که واقعاً دلم می‌خواهد. ۹. بیشتر در زمان حال زندگی می‌کنم تا گذشته و آینده. ۱۰. لحظاتی هست که احساس آرامش عمیقی می‌کنم. ۱۱. برای احقاق حقوق فردی‌ام تلاش می‌کنم. ۱۲. احساس می‌کنم از لحاظ روانی، خوشبخت و سعادتمندم. ۱۳. رابطه‌ی راحت و صادقانه‌ای با دوستانم دارم. ۱۴. احساس می‌کنم چیز باارزشی درباره‌ی زندگی می‌دانم که باید به دیگران بیاموزم. ۱۵. می‌توانم انتخاب کنم که چه می‌خواهم بکنم. ۱۶. زندگی‌ام معنا و هدف دارد. ۱۷. اعتقادات مذهبی/معنوی اهمیت زیادی برایم دارند.

۳. دو عبارتی که مؤید تغییر معکوس بیماران بود، یکی عبارت سوم («احساس آزادی فردی می‌کنم») بود که معتقدم محدودیت‌های جسمانی فراوان گریبانگیر بیماران سرطانی، علت آن است و یکی عبارت سیزدهم («رابطه‌ی راحت و صادقانه‌ای با دوستانم دارم»). تغییر معکوس در این مورد احتمالاً نتیجه‌ی این واقعیت است که بسیاری از دوستان بیمار، ناراحتی و نگرانی زیادی از خود نشان می‌دهند؛ بیماران دریافته‌اند در حالی که بعضی روابط صمیمی تقویت می‌شوند، بسیاری دیگر صدمه می‌بینند.

تغییر در جهت منفی، برای سؤال ۱۱ (برای احقاق حقوق فردی‌ام تلاش می‌کنم) دوازده نفر تغییر مثبت و سه نفر تغییر منفی و برای سؤال ۲ (قدر زیبایی طبیعت را می‌دانم) یازده بیمار تغییر مثبت و دو بیمار تغییر منفی گزارش کردند. چه کسی فکر می‌کند سرطان می‌تواند به تعداد لحظاتی که فرد در آن‌ها احساس آرامش عمیق می‌کند، بیفزاید (سؤال ۱۰)؟ ولی هجده بیمار (در مقابل هشت بیمار که در جهت منفی تغییر کرده بودند) چنین افزایشی را گزارش کردند.

بخش دیگر پرسشنامه تغییر در شدت ترس‌های رایج را می‌سنجید. بیست‌ونه ترس از میان فهرست استاندارد ترس‌ها[1] انتخاب شد و از بیماران خواستیم شدت ترس را «پیش از سرطان» و «در حال حاضر» درجه‌بندی کنند. نتایج این پرسشنامه نیز در جهت همان پرسشنامه‌ی رشد فردی بود، البته نه با آن میزان. نُه بیمار افزایش ترس‌ها را پس از آغاز سرطان گزارش کردند؛ برای یک ترس میزان تغییر برابر بود (تعداد بیمارانی که ترس فعلی‌شان را کمتر گزارش کرده بودند برابر با بیمارانی بود که ترس فعلی‌شان را بیشتر گزارش کرده بودند)؛ و در نوزده مورد از بیست‌ونه ترس، بیشتر بیماران ترس «فعلی»شان را کمتر از ترس «پیش از سرطان»شان ارزیابی کردند.

با اینکه هیچ مطالعه‌ی روشمند دیگری بر روی این پدیده انجام نشد[2]، بیشتر درمانگران موارد بالینی زیادی را می‌شناسند که مؤید این پدیده‌اند. بسیاری از درمانگران

---

۱. موارد منتخب عبارت بودند از ترس از: ۱. مُرده ۲. افراد عصبانی ۳. جدایی از دوستان ٤. فضاهای بسته ٥. طرد شدن از سوی دیگران ٦. تأیید نشدن از سوی دیگران ۷. نادیده گرفته شدن ۸. تاریکی ۹. افراد علیل و معیوب ۱۰. اشتباه کردن ۱۱. مسخره بودن از دید دیگران ۱۲. از دست دادن کنترل ۱۳. بازخواست شدن و مسئول بودن در قبال تصمیم‌ها ١٤. روانی شدن ۱۵. آزمون‌های کتبی ١٦. لمس شدن توسط دیگران ۱۷. تفاوت داشتن با دیگران ۱۸. تنهایی ۱۹. قرار گرفتن در مکانی ناآشنا ۲۰. صحبت در جمع ۲۱. کابوس ۲۲. شکست ۲۳. وارد شدن به اتاقی که دیگران قبلاً در آن مستقر شده‌اند. ٢٤. نگاه کردن به پایین از بالای ساختمان‌های بلند ۲۵. غریبه‌ها ٢٦. عصبانی شدن ۲۷. افراد در مسند قدرت ۲۸. کم حرف زدن در یک مکالمه ۲۹. حشرات موذی.

۲. چند مطالعه (۲۲) بر روی بیماران بستریِ روبه‌موت انجام شد که نتایج منفی بیشتری نسبت به مطالعه‌ی ما گزارش کردند؛ ولی چنین بیمارانی اغلب منزوی، تحلیل‌رفته و دچار دردهای شدیدند. اخیراً یک بیمار سرطانی، کوبلرراس را به همین دلیل زیر سؤال بُرد، زیرا معتقد بود مراحلی که کوبلرراس برای مرگ برشمرده تحریف‌شده است، زیرا مطالعاتش را به کار بر روی بیماران تحلیل‌رفته‌ی بستری در بیمارستان‌ها محدود کرده و در نتیجه «دوران طلایی» مرگ را از قلم انداخته است. این دوران در صورتی فرا می‌رسد که بیمار فرصت داشته باشد رویارویی‌اش با مرگ را درک و هضم کند.(۲۳) (داستان این بیمار در کتاب **مامان و معنی زندگی**، «هم‌نشینی با پانولا»، از همین نویسنده و همین مترجم، انتشارات کاروان، ۱۳۸۷ آمده است.ـم.)

با بیمارانی کار کرده‌اند که در میانه‌ی درمان، مواجهه‌ای با مرگ داشته‌اند و این قضیه تحول سریعی در دیدگاهشان به زندگی پدید آورده و باعث شده اولویت‌های زندگی‌شان را دوباره تنظیم کنند.

اشمیت بیماری داشت که نارسایی کلیه به‌شدت به مرگ نزدیکش کرده بود. بعد از یک دوره‌ی طولانی دیالیز، پیوند کلیه‌ی موفقی را پشت سر گذاشت و با احساس نوزایی جسمی و روانی دوباره به زندگی بازگشت. بیمار تجربه‌اش را این گونه توصیف می‌کند:

> تنها توصیفی که می‌توانم از وضعیتم بکنم، این است که انگار دو بار زندگی کرده‌ام. حتی آن‌ها را کتی اول و کتی دوم می‌نامم. کتی اول موقع دیالیز مُرد. نتوانست در مواجهه با مرگ زیاد دوام بیاورد. کتی دوم مجبور شد به‌دنیا بیاید. این همان کتی‌ای‌ست که درست در میانه‌ی مرگ به‌دنیا آمد. کتی اولی بچه‌ی سبُک‌سر و بازیگوشی بود. یک دقیقه سر جایش بند نمی‌شد. بر سر غذای سرد کافه‌تریا، کسل‌کنندگی نطق پرستاران بخش جراحی و منصف نبودن والدینش بحث به راه می‌انداخت. هدفش در زندگی این بود که آخر هفته‌ها را خوش بگذراند... آینده خیلی دور بود و خیلی کم توجهش را جلب می‌کرد. او فقط برای چیزهای کم‌اهمیت و پیش‌پاافتاده زندگی می‌کرد.
>
> ولی کتی دومی همانی‌ست که من الان هستم. شیفته‌ی زندگی‌ام. نگاه کن آسمان چقدر زیباست! چه آبی درخشانی! به باغ گل می‌روم و رنگ هر گل به‌نظرم آن‌قدر فوق‌العاده است که مبهوت می‌مانم... یک چیز را می‌دانم، اگر همان کتی اولی مانده بودم، همه‌ی زندگی‌ام را حرام می‌کردم و هرگز نمی‌فهمیدم لذت واقعی زنده بودن در چیست. باید پیش از آنکه فرصت زندگی می‌یافتم، چشم در چشم مرگ می‌دوختم. باید می‌مُردم تا بتوانم زندگی کنم. (۲۴)

مواجهه‌ی غیرمعمول با مرگ، نقطه‌ی عطفی در زندگی بیماری الکلی به‌نام آرتور بود. بیمار روند نزولی پیشرونده‌ای را طی کرده بود. سال‌ها بود به میزان فراوان می‌نوشید و دوره‌های هشیاری‌اش کوتاه‌تر از آن بود که اجازه‌ی ارتباط درمانی مؤثری را بدهد.

وارد یک گروهِ درمانی شد و یک روز چنان مست در جلسه‌ی گروه حاضر شد که همان‌جا از هوش رفت. جلسه‌ی گروه با آرتورِ بیهوش روی مبل راحتی ادامه یافت و به این موضوع پرداخت که با آرتور چه کند و بالاخره او را از همان‌جا به بیمارستان منتقل کردند.

خوشبختانه جلسات گروه ضبط ویدئویی می‌شد؛ و بعداً وقتی آرتور نوار آن جلسه را تماشا کرد، عمیقاً با مرگ خود مواجه شد. سال‌ها به او گفته بودند این روند نوشیدن به مرگ می‌انجامد؛ ولی تا پیش از تماشای این نوار، هرگز اجازه نداده بود این جمله برایش معنی پیدا کند. نواری که او را خوابیده بر مبل راحتی نشان می‌داد، در حالی که گروه به‌دورش حلقه زده و درباره‌ی او صحبت می‌کرد، شباهت عجیبی به مراسم خاکسپاری برادر دوقلویش داشت که سال قبل از الکلیسم فوت کرده بود. خودش را کنار جسدش که بر تخته‌ای دراز شده بود، مجسم کرد و دوستانی را دید که احاطه‌اش کرده و درباره‌اش حرف می‌زنند. آرتور به‌شدت تحت‌تأثیر این پنداره قرار گرفت، طولانی‌ترین دوره‌ی هشیاری بزرگسالی‌اش را آغاز کرد و برای نخستین بار خود را به درمانی که در نهایت اثرات مثبت فراوانی بر او داشت، متعهد نشان داد.

علاقه‌ی من به درمان اگزیستانسیال زمانی برانگیخته شد که شاهد تأثیر مرگ بر یکی از بیمارانم بودم. جِین دانشجویی بیست‌وپنج ساله بود که به دلیل افسردگی، مشکلات کارکردی معده و احساس عمیق درماندگی و بی‌هدفی به درمان روی آورده بود. جلسه‌ی اول مشکلاتش را به‌طرز پراکنده‌ای بر زبان آورد و چندین بار به زاری گفت: «سر در نمی‌آرم. نمی‌دونم چه خبره.» منظورش را از این جمله نفهمیدم و از آنجایی که آن را میان فهرست بلندبالای بدگویی از خودش گنجانده بود، خیلی زود فراموشش کردم. جِین را به یک گروهِ درمانی معرفی کردم که در آنجا هم این احساس قدرتمند را داشت که از چیزی سر در نمی‌آوَرَد. نمی‌فهمید چه اتفاقی دارد برایش می‌افتد، چرا اعضای دیگر گروه تا این اندازه به او بی‌اعتنا هستند، چرا دچار فلج تبدیلی[1] شده، چرا روابط آزارطلبانه‌ای[2] با سایر اعضا برقرار می‌کند و چرا خاطرخواه

---

1. conversion paralysis

درمانگر شده است. برای او زندگی بیشتر یک راز بود، چیزی که «در جایی» برایش اتفاق می‌افتاد، چیزی که بر او نازل می‌شد.

جِین در گروه کم‌رو و ملال‌آور بود، می‌شد همه‌ی جملاتش را پیش‌بینی کرد؛ پیش از آنکه شروع به صحبت کند، چهره‌ی همه‌ی اعضا را از نظر می‌گذراند تا ببیند دیگران چه می‌خواهند و بعد جمله‌اش را طوری شکل می‌داد که بیشترین افراد را راضی کند. هر کاری می‌کرد تا دیگران از او نرنجند و دوری نکنند. (البته اتفاقی که افتاد این بود که همه از او کناره گرفتند، نه به‌خاطر عصبانیت، بلکه به این دلیل که حوصله‌شان از دستش سر می‌رفت.) روشن بود جِین پایش را از زندگی پس کشیده است. همه‌ی اعضای گروه کوشیدند «جِینِ واقعی» را درون پیله‌ی اطاعتی که به دور خود پیچیده بود، پیدا کنند. سعی کردند تشویقش کنند؛ اصرار داشتند معاشرت کند، مطالعه کند، آخرین مقاله‌ای را که برای فارغ‌التحصیلی لازم داشت، بنویسد، لباس بخرد، صورتحساب‌هایش را بپردازد، به خودش برسد، موهایش را شانه کند، خلاصه‌ی شرح‌حال و سوابقش را آماده کند و درخواستِ کار بدهد.

این نصیحت‌ها، مانند اکثر نصایحی که در درمان ارائه می‌شود، فایده‌ای نکرد، پس گروه راه دیگری در پیش گرفت: از جِین خواستند ببیند شکست چه جذابیت‌ها و فوایدی برایش دارد. نتیجه‌اش چیست؟ چرا شکست‌خوردن تا این حد برایش پاداش به‌همراه می‌آوَرَد؟ این درخواست‌ها تا حدودی ثمربخش بود و فهمیدیم که نتیجه قابل ملاحظه است. شکست جِین را جوان نگه می‌داشت، از او محافظت می‌کرد و او را از انتخاب بازمی‌داشت. آرمانی کردن و پرستیدن درمانگر هم همین هدف را دنبال می‌کرد. کمک «آنجا» بود. وظیفه‌اش را در درمان این می‌دانست که چنان خود را از تک‌وتا بیندازد و نزار نشان دهد که درمانگر نتواند با وجدان راحت، نوازش شاهانه‌اش را از او دریغ کند.

اتفاق خطیر زمانی افتاد که یکی از گره‌های لنفاوی زیر بغل جِین به طرز خطرناکی بزرگ شد. جلسات گروه سه‌شنبه‌ها عصر برگزار می‌شد؛ اتفاقاً او صبحِ سه‌شنبه نمونه‌برداری کرده بود و باید بیست‌وچهار ساعت صبر می‌کرد تا متوجه شود رشد گره بدخیم بوده یا نه. آن روز عصر با وحشت به جلسه آمد. هرگز پیش از آن به مرگ خودش فکر نکرده بود و آن جلسه، جلسه‌ی نیرومندی از آب درآمد، زیرا گروه

به او کمک کرد با ترس‌هایش مواجه شود و آن‌ها را به‌زبان بیاوَرَد. مهم‌ترین تجربه، احساس تنهایی مرعوب‌کننده‌اش بود، تنهایی‌ای که همیشه در مرز آگاهی‌اش حس می‌کرد و همیشه از آن بیم داشت. جِین در آن جلسه عمیقاً دریافت هر کاری بکند و هرقدر خود را نزار نشان بدهد، در نهایت باید به‌تنهایی با مرگ روبه‌رو شود، کسی نمی‌تواند برایش پادرمیانی کند و کسی نمی‌تواند به‌جای او بمیرد.

روز بعد متوجه شد بزرگی گره لنفاوی خوش‌خیم بوده، ولی در هر حال تأثیر روانشناختی این تجربه بسیار عمیق بود. بسیاری نکته‌ها برایش جا افتاد. شروع کرد به تصمیم‌گیری، آن هم به‌شیوه‌ای که قبلاً هرگز به آن نپرداخته بود و سکان زندگی‌اش را در دست گرفت. در یکی از جلسات گفت: «فکر کنم حالا دیگه می‌دونم چه خبره.» مدت‌ها بود این شکایت اولیه‌اش را فراموش کرده بودم، ولی حالا به‌یاد آوردم و بالاخره معنایش را متوجه شدم. برایش مهم بود از زندگی‌اش سر در بیاورد. بیش از هر چیز کوشیده بود از تنهایی و مرگی که بزرگسالی را همراهی می‌کند بپرهیزد. کوشیده بود به‌شیوه‌ای جادویی با جوان ماندن، پرهیز از انتخاب و مسئولیت و اعتقاد به این اسطوره که همیشه کسی هست که به‌جای او انتخاب کند، او را همراهی کند، هنگام لزوم در کنارش باشد، مرگ را شکست دهد. بزرگ شدن، انتخاب کردن و جدا کردن خود از دیگران به معنای مواجهه با تنهایی و مرگ هم هست.

به‌طور خلاصه، مفهوم مرگ نقش سرنوشت‌سازی در روان‌درمانی دارد، زیرا دارای نقش سرنوشت‌سازی در تجربه‌ی زندگی هریک از ماست. مرگ و زندگی وابسته به یکدیگرند: اگرچه نفْس مرگ نابودمان می‌کند، اندیشه‌ی مرگ نجاتمان می‌دهد. شناخت مرگ، شوق زندگی می‌آوَرَد، در دید انسان نسبت به زندگی تغییر بنیادینی ایجاد می‌کند و زندگی فرد را از مرتبه‌ای که مشخصه‌اش وانمودسازی، بی‌دغدغگی و اضطراب‌های پیش‌اافتاده است به مرتبه‌ای اصیل‌تر رهنمون می‌شود. مطالعه‌ی مثال‌هایی که افراد در آن‌ها پس از مواجهه با مرگ متحول می‌شوند، معانی روشن و مهمی را به روان‌درمانی می‌افزاید. آنچه لازم است اسلوبی‌ست که به روان‌درمانگران این اجازه را بدهد که به‌جای تکیه بر بخت و تصادف یا انتظار ظهور یک بیماری لاعلاج، این امکان درمانی را برای همه‌ی بیماران به‌کار گیرند. در فصل پنج به‌تفصیل به این مطلب می‌پردازم.

مرگ و اضطراب

اضطراب چنان نقش محوری و روشنی در روان‌درمانی دارد که نیاز چندانی به توضیح بیش از حد این نکته نیست. جایگاه منحصربه‌فرد اضطراب را می‌توان در رده‌بندی سنتی بیماری‌های روانپزشکی مشاهده کرد که در آن مهم‌ترین سندرم‌های روانپزشکی «واکنش[1]» خوانده می‌شد: واکنش‌های روان‌پریشانه، واکنش‌های روان‌نژندانه، واکنش‌های روان‌فیزیولوژیکی. ما این وضعیت‌ها را واکنش به اضطراب می‌دانیم. این‌ها تلاش‌هایی ولو غیرمؤثر و ناساز در جهت چیرگی بر اضطرابند. ناهنجاری روانی نقش یک حامل یا ناقل را دارد: برآیند اضطراب و دفاع‌هایی‌ست که فرد برای مبارزه با آن به‌کار می‌گیرد، چه این دفاع‌ها روان‌نژندانه باشد و چه سرشتی و منش‌شناسانه. معمولاً درمانگران کار را با تمرکز بر اضطرابِ آشکار، رفتارهای معادلِ اضطراب و دفاع‌هایی آغاز می‌کنند که فرد در تلاش برای حفاظت خود در برابر اضطراب به‌کار می‌گیرد. گرچه درمان در بسیاری جهات گسترش می‌یابد، درمانگران به استفاده از اضطراب به‌عنوان نشانه‌ی راهنما و جهت‌یاب ادامه می‌دهند: آن‌ها به اضطراب می‌پردازند، سرچشمه‌های اصلی آن را آشکار می‌کنند و هدف نهایی‌شان را ریشه‌کنی و خشکاندن این سرچشمه‌ها قرار می‌دهند.

اضطرابِ مرگ: عامل قدرتمندِ تعیین‌کننده‌ی تجربه و رفتار آدمی

وحشت مرگ همه‌جایی‌ست و چنان عظمتی دارد که بخش قابل ملاحظه‌ای از انرژی زندگی صرف انکار مرگ می‌شود. بَرگذشتن از مرگ[2] درونمایه‌ی اصلی تجربه‌ی انسانی: از عمیق‌ترین پدیده‌های فردی درونی، دفاع‌ها، انگیزه‌ها، رؤیاها و کابوس‌هایمان گرفته تا آشکارترین ساختارهای کلان اجتماعی، بناهای تاریخی، علم الهیات، ایدئولوژی‌ها، گورستان‌ها، مومیایی‌کردن‌ها، راه یافتنمان به فضا و در واقع درونمایه‌ی همه‌ی شیوه‌های زندگی‌مان ــ از جمله شیوه‌های وقت‌گذرانی، عادت

---

1. reaction
2. Death transcendence

به سرگرمی‌ها، اعتقاد راسخ به اسطوره‌ی ترقی، انگیزه برای پیشرفت و آرزویمان برای شهرتِ ماندگار ــ است.

همان گونه که فروید گفته است اجتماع انسانی اولیه و مولکول‌های زندگی اجتماعی به دلیل ترس از مرگ شکل گرفته است: انسان‌های نخستین از ترسِ جدایی و آنچه در تاریکی کمین کرده، گردِ هم آمدند و به هم نزدیک شدند. ما جامعه را زنده نگه می‌داریم تا خود را جاودان کنیم و تاریخ‌نویسی درباره‌ی اجتماع، جست‌وجویی نمادین است برای جاودانگی غیرمستقیم و باواسطه. در واقع، همان گونه که هگل گفته، تاریخ خود شرح رفتار انسان با مرگ است. رابرت جی لیفتن[1] به توصیف شیوه‌هایی پرداخته که انسان در تلاش برای دستیابی به جاودانگی نمادین به‌کار گرفته است. به معانی عمیق فرهنگی آن‌ها توجه کنید: ۱. شیوه‌ی زیست‌شناختی: بقا از طریق نوادگان و زنجیره‌ی بی‌پایان پیوندهای زیست‌شناختی؛ ۲. شیوه‌ی یزدان‌شناسانه: ادامه‌ی زندگی در سطح متمایز و عالی‌تری از هستی؛ ۳. شیوه‌ی خلاق: زنده ماندن از طریق آثار، تأثیر ماندگار خلاقیت‌های فردی یا تأثیر بر دیگران (لیفتن معتقد است درمانگر توان فردی‌اش را از همین سرچشمه به‌دست می‌آوَرَد: با کمک به بیمارانش، زنجیره‌ی بی‌پایانی را می‌آغازد زیرا فرزندان و اطرافیان بیمار دانه‌های او را می‌پراکنند)؛ ٤. مضمون طبیعت جاودان: فرد با پیوستن دوباره به نیروهای چرخنده‌ی موجود در طبیعت زنده می‌مانَد؛ ۵. شیوه‌ی تجربی ازخودبَرگذرنده: از طریق «گم کردن خویش» در مرتبه‌ای چنان پرشور که زمان و مرگ در آن ناپدید می‌شود و فرد در «زمان حال»ی زندگی می‌کند که پیوسته ادامه می‌یابد. (۲۵)

این شاخه‌های اجتماعی ترس از مرگ و جست‌وجو برای جاودانگی چنان گسترده‌اند که از گستره‌ی این کتاب فراتر می‌روند. از میان کسانی که در این باره نوشته‌اند، نورمن براون[2]، ارنست بکر[3] و رابرت جی لیفتن به‌طرز استادانه‌ای نشان داده‌اند ترس از مرگ به تاروپود ساختار اجتماعی ما نفوذ کرده است. آنچه در اینجا

---

1. Robert Jay Lifton
2. Norman Brown

به آن می‌پردازم، اثرات اضطراب مرگ بر پویه‌شناسی درونی فرد است. ثابت می‌کنم سرچشمه‌ی اصلی اضطراب ترس از مرگ است. گرچه این دیدگاه ساده و هماهنگ با درون‌یافت‌های روزمره است، همان‌طور که خواهیم دید، شاخه‌های نظری و بالینیِ عملی آن گسترده است.

اضطراب مرگ: تعریف

قبل از هرچیز اجازه دهید معنای «اضطراب مرگ» را بررسی کنم. در این کتاب اصطلاحات «اضطراب مرگ»، «ترس از مرگ»، «هراس از میرایی» و «ترس از فنا» را مترادفِ هم به‌کار خواهم برد. فیلسوفان از آگاهی نسبت به «شکنندگی وجود» (یاسپرس)، وحشت از «نبودن» (کیرکگور)، «ناممکنیِ امکان دیگر» (هایدگر) یا «اضطراب هستی‌شناختی» (تیلیش) سخن گفته‌اند. این عبارات نشان‌دهنده‌ی تفاوت در موضوع مورد تأکید نویسنده‌اند، زیرا تجربه‌ی ترس از مرگ در افراد مختلف بسیار متفاوت است. نمی‌شود دقیق‌تر صحبت کرد؟ در ترس از مرگ دقیقاً از چه می‌ترسیم؟

پژوهشگرانی که به بررسی موضوع پرداخته‌اند، معتقدند این ترس متشکل است از چند ترس کوچک‌ترِ مجزا از هم. برای نمونه جیمز دیگوری و دورین راتمن[1] از نمونه‌ی بزرگ ۵۶۳ نفره‌ای که از میان جمعیت عمومی انتخاب شده بود خواستند چند مورد از پیامدهای مرگ را به ترتیب اهمیت رتبه‌بندی کنند. شایع‌ترین ترس‌ها از مرگ به ترتیب نزولی عبارت بودند از:

۱. مرگ من بستگان و دوستانم را دچار اندوه و ماتم می‌کند.
۲. همه‌ی نقشه‌ها و برنامه‌هایم به پایان می‌رسند.
۳. شاید روند مرگ دردناک باشد.
٤. دیگر نمی‌توانم چیزی را تجربه کنم.
۵. دیگر نمی‌توانم از افراد تحت تکفلم مراقبت کنم.
٦. از این می‌ترسم که اگر دنیای بعد از مرگ واقعیت داشته باشد، چه بلایی بر سرم می‌آید.

---

1. James Diggory and Doreen Rothman

۷. از این می‌ترسم که بعد از مردن، چه بر سر جسمم می‌آید.(۲۶)

بعضی از این ترس‌ها با مرگ خود شخص مرتبطند. ترس از درد در این گروه قرار می‌گیرد؛ ترس از زندگیِ بعد از مرگ، با تبدیل مرگ به یک رویداد غیرپایانی. اصل سؤال را نادیده می‌گیرد؛ ترس‌هایی که در ارتباط با دیگرانند، مشخصاً ترس برای خود نیست. ترس از نابودی خویش در کانون این دلواپسی‌هاست: «نقشه‌ها و برنامه‌هایم به پایان می‌رسند» و «دیگر نمی‌توانم چیزی را تجربه کنم».

ژاک کورون[1] در مروری بر دیدگاه‌های فلسفی مهم درباره‌ی مرگ به نتیجه‌ی مشابهی می‌رسد. او ترس از مرگ را در سه نوع متمایز طبقه‌بندی کرده است: (۱)اتفاقی که پس از مرگ می‌افتد، (۲) خود «رویداد» مرگ، (۳) دیگر زنده نبودن. (۲۷) همان گونه که رابرت کَستنبام[2] اشاره می‌کند، دو نوع ترس اول ترس‌های مرتبط با مرگند. (۲۸) و ترس از نوع سوم یعنی «دیگر نبودن» (محو شدن، از میان رفتن، نابودی) است که ترس از خودِ مرگ به‌شمار می‌رود؛ و همین ترس است که در این فصل‌ها به آن اشاره می‌کنم.

کیرکگور نخستین کسی بود که میان ترس و اضطراب (دلهره) تمایز قائل شد؛ او ترس را ترسیدن از چیزی و دلهره را ترسیدن از هیچ‌چیز یا نیستی تعریف کرد و سرسختانه معتقد بود «در این نیستی، دیگر فرد کاره‌ای نیست.»(۲۹) فرد دلهره‌ی از دست دادنِ خود و نیست شدن را دارد و از آن مضطرب است. برای این اضطراب نمی‌توان مکانی تعیین کرد. همان‌طور که رولو مِی می‌گوید: «ناگهان از همه‌سو بر ما یورش می‌بَرَد.»(۳۰) ترسی که نه قابل‌فهم است، نه معلوم است از کجا آمده و نه می‌توان با آن مواجه شد و با وجود این، هولناک و هولناک‌تر می‌شود: احساس درماندگی‌ای را موجب می‌شود که خود ناگزیر اضطراب بیشتر می‌آفریند. (فروید اضطراب را واکنشی به درماندگی می‌دانست؛ نوشته است اضطراب «علامتی‌ست که به ما می‌فهماند خطری در کار است» و فرد «منتظر است موقعیت درمانده‌کننده از راه برسد.»(۳۱))

چگونه می‌توان با اضطراب جنگید؟ باید چیزی را جایگزین هیچ‌چیز کنیم. منظور کیرکگور از عبارت «هیچ‌چیز که مایه‌ی دلهره است، به‌تدریج به یک چیز بدل می‌شود»(۳۲)

---

1. Jacques Choron

هم همین است. و رولو مِی آن را این گونه بیان کرده است: «اضطراب در صدد بدل شدن به ترس است.»(۳۳) اگر ترس از هیچ‌چیز را به ترس از یک چیز بدل کنیم، می‌توانیم پیکاری برای حفظ جان خود تدارک ببینیم، یعنی یا از چیزی که می‌ترساندمان دوری کنیم، متحدانی در برابرش بیابیم و آیین‌هایی جادویی برای فرونشاندن و آرام کردنش به‌جا بیاوریم یا نبردی سازمان‌یافته ترتیب دهیم تا از ترس زهرزدایی کنیم.

اضطراب مرگ: تظاهرات بالینی

این واقعیت که اضطراب در صدد بدل شدن به ترس است، تلاش درمانگر را برای شناسایی سرچشمه‌ی اصلی اضطراب نقش بر آب می‌کند. اضطراب مرگ به‌ندرت خود را به شکل اصیلش در کارِ بالینی می‌نمایاند. مانند اکسیژنِ تازه‌آزادشده از یک ترکیب شیمیایی، به‌سرعت به وضعیتی دیگر بدل می‌شود. کودک، همان گونه که در فصل بعد به آن خواهم پرداخت، برای خنثی‌سازی اضطراب مرگ، سازوکارهایی حفاظتی پدید می‌آوَرَد که مبتنی بر انکارند و پس از عبور از چندین مرحله، در نهایت مجموعه‌ی پیچیده‌ای از عملکردهای روانی را می‌سازند که اضطراب برهنه‌ی مرگ را واپس می‌راند و آن را در زیر لایه‌ی عملکردهایی دفاعی نظیر جابه‌جایی[1]، والایش[2] و تبدیل[3] مدفون می‌سازد. گاهی برخی تجربیات تکان‌دهنده‌ی زندگی پرده‌ی دفاع‌ها را می‌دَرَد و شکافی پدید می‌آورَد که اجازه می‌دهد اضطراب خالص مرگ به درون خودآگاه فوران کند. با وجود این، منِ ناخودآگاه شکاف را به‌سرعت ترمیم می‌کند و ماهیت اضطراب، دوباره پنهان می‌شود.

از تجربه‌ی شخصی خودم مثالی می‌آورم. در دوره‌ای که درگیر نوشتن این کتاب بودم، تصادفی با اتومبیل داشتم. سرگرم رانندگی در خیابانی آرام در حومه‌ی شهر بودم که ناگهان اتومبیلی که از روبه‌رو می‌آمد، از کنترل خارج شد و راست به طرفم آمد و با ماشینم شاخ‌به‌شاخ شد. با اینکه تصادف آن‌قدر شدید بود که هر دو اتومبیل

---

1. displacement
2. sublimation
3. conversion

به‌شدت صدمه دید و راننده‌ی دیگر هم جراحات شدیدی برداشت، بخت یارِ من بود که هیچ صدمه‌ی مهمی ندیدم. دو ساعت بعد سوار هواپیما شدم و بعد از ظهر همان روز توانستم طبق برنامه در شهری دیگر سخنرانی کنم. ولی بدون‌شک به‌شدت آشفته، گیج و لرزان بودم. نه می‌توانستم چیزی بخورم و نه بخوابم. عصر روز بعد بی‌عقلی کردم و به‌تماشای فیلمی ترسناک (کَری) رفتم که حسابی مرا ترساند و پیش از به‌پایان رسیدنش سالن را ترک کردم. چند روز بعد هم بدون هیچ پیامد روانشناختی خاصی جز بی‌خوابی و رؤیاهای مشوش به خانه برگشتم.

ولی مشکلی عجیب در انتظارم بود. در آن زمان مشغول گذراندن بورس یک ساله‌ای در مرکز مطالعات پیشرفته‌ی علوم رفتاری در پالوآلتوی کالیفرنیا بودم. همکارانم را دوست داشتم و به‌خصوص چشم‌به‌راهِ ساعت ناهار و گفت‌وگوی از سر فراغتِ آن در مورد مسائل تخصصی بودم. بعد از تصادف، هنگام صرف این ناهارها اضطراب بسیار شدیدی پیدا می‌کردم. حرف مهمی برای زدن دارم؟ همکارانم در مورد من چه فکر می‌کنند؟ نکند رفتار احمقانه‌ای ازم سر بزند؟ بعد از چند روز اضطراب آن‌قدر شدید شد که شروع کردم دنبال بهانه گشتن تا ناهارم را تنهایی و در جایی دیگر صرف کنم.

البته همزمان به تحلیل مخمصه‌ای که دچارش شده بودم، پرداختم و یک واقعیت برایم بسیار روشن بود: اضطرابِ حین ناهار نخستین‌بار بعد از تصادف ظاهر شده بود. به‌علاوه، اضطرابِ مربوط به حادثه‌ای که نزدیک بود جانم را در آن از دست بدهم، در عرض یکی دو روز ناپدید شده بود. روشن بود اضطراب توانسته با موفقیت به ترس بدل شود. اضطراب قابل ملاحظه‌ی مرگ بلافاصله پس از حادثه فوران کرده بود و من در درجه‌ی اول با جابه‌جایی ــ جدا کردن آن از سرچشمه‌ی حقیقی و مرتبط کردنش با موقعیتی خاص و دردسترس ــ «مهار»ش کردم. بنابراین اضطراب بنیادین مرگ در من پیش از آنکه در نگرانی‌های مختصری نظیر اعتمادبه‌نفس و ترس از طرد یا تحقیر شدن از سوی دیگران جلوه‌گر شود، فرصت بسیار کوتاهی برای شکوفایی داشت.

با اینکه اضطرابم را مهار یا «پردازش» کرده بودم، ریشه‌کَنَش نکرده بودم؛ نشانه‌هایش تا ماه‌ها بعد آشکار بود. گرچه با هراس‌زدگی[1] وقت ناهارم کنار آمدم،

ترس‌های دیگری نظیر ترس از رانندگی و دوچرخه‌سواری سر برآورد. ماه‌ها بعد هنگام اسکی، خود را چنان محتاط و نگران بروز واقعه‌ای ناگوار یافتم که تمام لذت و مهارتم در اسکی تحت‌الشعاع قرار گرفت. دست‌کم این جور ترس‌ها را می‌شد در زمان و مکان جای داد و به‌شیوه‌ای سازمان‌یافته مهارش کرد. به‌رغم آزاردهندگی، بنیادین نبودند و هستی‌ام را مورد تهدید قرار نمی‌دادند.

علاوه بر این ترس‌های خاص، تغییر دیگری هم در خود حس کردم: دنیا در نظرم بی‌ثبات و نامطمئن شد. دنجی و آسودگی‌اش را از دست داد: خطر همه‌جا بود. واقعیت تغییر ماهیت داده بود، زیرا آنچه را هایدگر «غریب» (*unheimlich*) می‌نامید، تجربه کرده بودم، تجربه‌ی «احساس غربت در جهان» که از دیدگاه او پیامد مرگ‌آگاهی‌ست(۳٤) (و من به درستی‌اش شهادت می‌دهم).

خصوصیت دیگر اضطراب مرگ که اغلب به سردرگمی در نوشته‌های مربوط به بهداشت روان منجر می‌شود آن است که ترس از مرگ در سطوح بسیار متفاوتی تجربه می‌شود. همان‌طور که گفته‌ام، فرد ممکن است نگرانِ فعل مُردن و دردِ مرگ باشد یا حسرت برنامه‌های ناتمام و افسوس پایان تجربیات شخصی‌اش را بخورد یا برخوردی منطقی و عاری از احساسات را پیشه کند، مانند پیروان مکتب اپیکور که به‌سادگی استنتاج کرده‌اند در مرگ وحشتی نیست چون «جایی که من هستم، مرگ نیست؛ آنجا که مرگ هست، من نیستم. پس مرگ برای من هیچ است» (لوکرتیوس). ولی یادتان باشد این‌ها حاصل تفکر خودآگاهانه و بالغانه درباره‌ی پدیده‌ی مرگ است؛ به‌هیچ‌وجه با وحشت مرگ که در ناخودآگاه لانه کرده، یکسان نیست، وحشتی که بخشی از ساختار وجود است و در ابتدای زندگی و پیش از شکل‌گیری ذهنِ موشکاف پدید آمده، وحشتی مشمئزکننده، غریب و بدوی‌ست؛ وحشتی که پیش از پیدایش زبان و بیان و فراسوی آن وجود داشته است.

درمانگر به‌ندرت با اضطراب مرگ به‌شکل مطلق رودررو می‌شود: این اضطراب با دفاع‌های متداول (از جمله واپس‌رانی، جابه‌جایی، دلیل‌تراشی[1]) و نیز بعضی دفاع‌های

---

1. rationalization

مختص خود (نگاه کنید به فصل چهارم) مهار می‌شود. بنابراین چنین موقعیتی زیاد دردسر نمی‌آفریند: بر تمامی نظریه‌های مربوط به اضطراب پیروز می‌شود. اضطراب اولیه همواره به چیزی کمتر زهرآگین برای فرد بدل می‌شود؛ کارکرد نظام دفاع روانشناختی همین است. بر اساس چارچوب داوری فرویدی هم به‌ندرت پیش می‌آید درمانگر با اضطراب اختگی به شکل بارز و بدون لباس مبدل روبه‌رو شود؛ آنچه درمانگر می‌بیند، اضطرابی تغییرشکل‌یافته است. مثلاً یک بیمار مرد ممکن است از زنان بهراسد یا از رقابت با مردان در موقعیت‌های خاص اجتماعی بترسد یا به ارضای جنسی به‌شیوه‌ای غیر از رابطه‌ی دگرجنس‌خواهانه متمایل باشد.

با این حال، درمانگری که با «گرایش» اگزیستانسیال کار کرده، اضطرابِ مرگ «پردازش‌یافته» را شناسایی می‌کند و از شیوع بالای آن و گوناگونی تظاهراتش شگفت‌زده می‌شود. اجازه دهید چند مثال بالینی بیاورم. اخیراً دو بیمار داشتم که نه به‌دلیل اضطراب اگزیستانسیال، بلکه برای حل مشکلات ارتباطی معمولی و آزاردهنده جویای درمان بودند.

جویس یک استاد دانشگاه سی‌ساله و در بحبوحه‌ی طلاقی پُردردسر بود. اولین بار در پانزده‌سالگی جک را ملاقات کرده بود و در بیست‌ویک‌سالگی باهم ازدواج کرده بودند. ازدواجشان برای چندین سال خوب پیش نرفته بود و از سه سال قبل جدا زندگی می‌کردند. با اینکه جویس رابطه‌ای راضی‌کننده با مردی دیگر داشت، نمی‌توانست با طلاق کنار بیاید. در واقع، شکایت اصلی‌اش هنگام مراجعه این بود که هروقت با جک صحبت می‌کرد، بی‌اختیار به گریه می‌افتاد. تحلیل گریه چند عامل مهم را آشکار کرد.

اول، چیزی که بیشترین اهمیت را داشت این بود که جک همچنان دوستش داشته باشد. حتی اگر او دیگر عاشق جک نباشد و او را نخواهد، دلش می‌خواست جک اغلب به او فکر کند و طوری عاشقش باشد که هرگز عاشق زن دیگری نبوده است. پرسیدم: «چرا؟» پاسخ داد: «همه دوست دارند در یادها بمانند. این طوری برای خودم در نسل‌های آینده جا باز می‌کنم.» او به یادم آورد آیین کادوش[1] یهودی بر این

---

[1]. سرود نیایش پروردگار یا سرود عزاداری در مذهب یهود.ـم.

گمان استوار است که تا وقتی فرد در یاد و خاطره‌ی فرزندانش باشد، به زندگی ادامه می‌دهد. اگر جک فراموشش می‌کرد، بخشی از او می‌مُرد.[۱]

منبع دیگر اشک‌های جویس این بود که او و جک در بسیاری تجربیات دوست‌داشتنی و مهم زندگی شریک بودند. حس می‌کرد با پایان زناشویی‌شان این رویدادها نیز زایل می‌شوند. کم‌رنگ شدن گذشته، یادآور گذرِ تند و بی‌امان زمان است. با محو گذشته، حلقه‌ی آینده تنگ‌تر می‌شود. شوهر جویس کمکش کرده بود زمان ــ چه آینده و چه گذشته ــ را منجمد کند. روشن بود جویس می‌ترسد آینده را به‌کار بگیرد، گرچه خودش نسبت به این موضوع آگاه نبود. مثلاً عادت داشت هیچ کاری را کاملاً به‌پایان نرسانَد: اگر خانه را تمیز می‌کرد، همیشه گوشه‌ای را کثیف باقی می‌گذاشت. از «تمام شدن» می‌ترسید. هرگز شروع به خواندن کتابی نمی‌کرد، مگر آنکه کتابی دیگر در نوبت خواندن روی میز داشته باشد. آدم را به‌یاد پروست می‌انداخت که به‌وسیله‌ی بازیافتن گذشته، مجموعه‌ی بزرگ ادبی‌اش را وقف گریز از «آرواره‌های پُرولع زمان» کرد.

دلیل دیگر گریه‌ی جویس، ترسش از شکست بود. زندگی تا آن‌روز برایش پلکان یکسره و بی‌وقفه‌ای از موفقیت بود. شکست در ازدواج به این معنا بود که او نیز به قول خودش «مانند دیگران» است. خوش‌قریحه بود، ولی توقعات واهی و خودبزرگ‌بینانه‌ای داشت. انتظار داشت برای طرح پژوهشی‌ای که با آن همکاری می‌کرد، شهرت بین‌المللی کسب کند و حتی جایزه‌ی نوبل بگیرد. برنامه‌اش این بود که اگر در عرض پنج سال به این موفقیت نرسد، انرژی‌اش را صرف ادبیات داستانی کند و دیگر نمی‌توانی به خانه بازگردی[۲] دهه‌ی هفتاد را به رشته‌ی تحریر درآوَرَد، گرچه هرگز داستانی ننوشته بود. با همه‌ی این‌ها دلیلی برای استثنایی بودن داشت: تا آن زمان هدفی نداشت که به آن نرسیده باشد. شکست در زندگی زناشویی، نخستین وقفه در ترقی و نخستین چالش

---

۱. آلن شارپ در کتابش به نام درختی سبز در گدیس، گورستان مکزیکی کوچکی را توصیف می‌کند که به دو بخش تقسیم شده: بخش «مُردگان» متعلق به کسانی‌ست که هنوز فرد زنده‌ای هست که گلی بر گورشان بگذارد، «مُردگان حقیقی» کسانی‌اند که دیگر کسی از گورشان نگهداری نمی‌کند و هیچ روح زنده‌ای آن‌ها را به‌یاد نمی‌آوَرَد. (۳۵) به‌این‌ترتیب وقتی فرد بسیار مسنی می‌میرد، بسیاری با او می‌میرند؛ مُرده آن‌ها را نیز با خود می‌بَرَد. همه‌ی افرادی که در یاد کسی جز او نبودند و با او می‌میرند، بی‌درنگ به مُردگان «حقیقی» می‌پیوندند.

2. *You Can't Go Home Again*

در دنیای فرضی خودمدارَش بود. شکست در ازدواج، تهدیدی برای حس استثنایی بودنش به‌شمار می‌آمد. این حس که در فصل چهارم به آن می‌پردازم، یکی از رایج‌ترین و نیرومندترین دفاع‌های انکارکننده‌ی مرگ است.

پس مشکل معمولی جویس در اضطراب اولیه‌ی مرگ ریشه داشت. برای درمانگری با گرایش اگزیستانسیال مانند من، این پدیده‌های بالینی ــ آرزوی تا ابد دوست داشته شدن و در یادها ماندن، آرزوی انجماد زمان، باور به آسیب‌ناپذیری شخصی، آرزوی ادغام در دیگری ــ همه‌وهمه برای جویس یک کارکرد بیشتر نداشت: فرونشاندن اضطراب مرگ.

وقتی جویس تک‌تک این‌ها را تحلیل کرد و دریافت تمامی این پدیده‌ها از یک منبع سرچشمه می‌گیرند، کم‌کم در وضعیت بالینی‌اش بهبود قابل ملاحظه‌ای حاصل شد. از همه جالب‌تر اینکه وقتی از نیاز روان‌نژندانه‌اش به جک دست کشید و دیگر از او به‌عنوان وسیله‌ای برای مقابله با مرگ استفاده نکرد، توانست برای نخستین بار به‌شیوه‌ای عاشقانه و مهربانانه به او رو کند و زندگی زناشویی‌اش را بر پایه‌ای کاملاً متفاوت مستحکم سازد. ولی این موضوع دیگری‌ست که در فصل ۸ به آن می‌پردازم.

بیمار دیگری بود به‌نام بت، زنی سی‌ویک ساله و مجرد که به دلیل ناتوانی‌اش در ایجاد رابطه‌ای راضی‌کننده با مردان، جویای درمان شده بود. پیش از آن بارها به قول خودش «انتخاب‌های نادرستی» کرده بود و بعد به‌دلیل از دست دادن علاقه‌اش، قطع رابطه کرده بود. در طول درمان هم این چرخه را تکرار کرد: عاشق مردی شد، تردید و دودلی زجرآوری را پشت سر گذاشت و بالاخره نتوانست با او پیمانی ببندد.

وقتی به تحلیل وضعیتش پرداختیم، روشن شد برای برقراری رابطه‌ای پایدار و بادوام خود را تحت فشار می‌بیند: از تنهایی و زندگی مجردی خسته شده بود و اشتیاق شدیدی به بچه‌دار شدن داشت. دلواپسی‌اش برای پیری و عبور از سن زایایی این فشار را تشدید می‌کرد.

با وجود این، وقتی معشوقش صحبت ازدواج را پیش کشید، سراسیمه شد؛ و هرچه او بیشتر اصرار کرد، بت بیشتر مضطرب شد. بت ازدواج را به میخکوب

شدن به دیوار تشبیه می‌کرد: برای همیشه در جای خودش ثابت می‌شود همان‌طور که فرمالدئید نمونه‌ی گیاهان و جانداران را ثابت می‌کند. برایش مهم بود به رشدش ادامه دهد، به چیز دیگری بدل شود، چیزی غیر از آنچه بود؛ و می‌ترسید معشوقش زیادی خودپسند باشد و از خودش و زندگی‌اش زیادی راضی باشد. کم‌کم بت متوجه اهمیت این درونمایه‌ی اصلی در زندگی‌اش شد. او هرگز در زمان حال زندگی نکرده بود. حتی وقتی غذا می‌خورد یا از کسی پذیرایی می‌کرد، همیشه یک مرحله جلوتر بود؛ هنگام خوردن غذای اصلی، فکرش به دنبال دسر بود. اغلب با وحشت به «سروسامان گرفتن» فکر می‌کرد و آن را با «رسوب کردن» یکی می‌دانست. هربار به ازدواج یا هر تعهد و پیمان دیگری فکر می‌کرد، از خود می‌پرسید: «یعنی همه‌ی زندگی همین است؟»

وقتی بت حین درمان به کندوکاو در زمینه‌هایی همچون اجبار به جلو زدن از خود، ترس از پیر شدن و ترس از رکود پرداخت، بیش از پیش مضطرب شد. عصرِ روزِ بعد از جلسه‌ای که در آن به کاوش‌های عمیقی دست زده بودیم، هراس غیرمعمول و فوق‌العاده شدیدی را تجربه کرد. در حالی که سگش را می‌گرداند، به‌طرز غریبی احساس کرد موجودی غیرزمینی در تعقیبش است. پشت سر و همه‌ی دور و برش را پایید و بالاخره پا گذاشت به دو و دوان‌دوان به خانه رسید. کمی بعد رگبار و رعدوبرق آغاز شد و همه‌ی شب به دلیل هراسی غیرمنطقی که نکند سقف خراب شود یا خانه‌اش را آب ببرد، بیدار ماند. همان‌طور که در فصل ۵ توضیح خواهم داد، اضطراب اغلب زمانی تقویت می‌شود که ترس از یک چیز (در مورد بت، ترس از ازدواج یا انتخاب نادرست) به شکل واقعی‌اش یعنی ترس از هیچ‌چیز یا نبودن رخ نماید. برای بت، اصرار به ازدواج و ترس از ازدواج هریک در جای خود بازتاب‌های به‌سطح‌رسیده‌ی کشاکش ژرف‌تری بودند که اضطراب مرگ را در خود داشت.

درمانگران بسیاری وجود اضطراب مرگ و تبدیل آن به طیف وسیعی از بیماری‌های روانی را توضیح داده‌اند. فصل ٤ به‌تفصیل به این موضوع می‌پردازد و در اینجا فقط می‌خواهم بر آن تأکید کنم. ر. اسکوگ[1] گزارش می‌دهد بیش از ۷۰ درصد بیمارانِ

1. R. Skoog

در دنیای فرضی خودمدارَش بود. شکست در ازدواج، تهدیدی برای حس استثنایی بودنش به‌شمار می‌آمد. این حس که در فصل چهارم به آن می‌پردازم، یکی از رایج‌ترین و نیرومندترین دفاع‌های انکارکننده‌ی مرگ است.

پس مشکل معمولی جویس در اضطراب اولیه‌ی مرگ ریشه داشت. برای درمانگری با گرایش اگزیستانسیال مانند من، این پدیده‌های بالینی ــ آرزوی تا ابد دوست داشته شدن و در یادها ماندن، آرزوی انجماد زمان، باور به آسیب‌ناپذیری شخصی، آرزوی ادغام در دیگری ــ همه‌وهمه برای جویس یک کارکرد بیشتر نداشت: فرونشاندن اضطراب مرگ.

وقتی جویس تک‌تک این‌ها را تحلیل کرد و دریافت تمامی این پدیده‌ها از یک منبع سرچشمه می‌گیرند، کم‌کم در وضعیت بالینی‌اش بهبود قابل ملاحظه‌ای حاصل شد. از همه جالب‌تر اینکه وقتی از نیاز روان‌نژندانه‌اش به جک دست کشید و دیگر از او به‌عنوان وسیله‌ای برای مقابله با مرگ استفاده نکرد، توانست برای نخستین بار به‌شیوه‌ای عاشقانه و مهربانانه به او رو کند و زندگی زناشویی‌اش را بر پایه‌ای کاملاً متفاوت مستحکم سازد. ولی این موضوع دیگری‌ست که در فصل ۸ به آن می‌پردازم.

بیمار دیگری بود به‌نام بت، زنی سی‌ویک ساله و مجرد که به دلیل ناتوانی‌اش در ایجاد رابطه‌ای راضی‌کننده با مردان، جویای درمان شده بود. پیش از آن بارها به قول خودش «انتخاب‌های نادرستی» کرده بود و بعد به‌دلیل از دست دادن علاقه‌اش، قطع رابطه کرده بود. در طول درمان هم این چرخه را تکرار کرد: عاشق مردی شد، تردید و دودلی زجرآوری را پشت سر گذاشت و بالاخره نتوانست با او پیمانی ببندد.

وقتی به تحلیل وضعیتش پرداختیم، روشن شد برای برقراری رابطه‌ای پایدار و بادوام خود را تحت فشار می‌بیند: از تنهایی و زندگی مجردی خسته شده بود و اشتیاق شدیدی به بچه‌دار شدن داشت. دلواپسی‌اش برای پیری و عبور از سن زایایی این فشار را تشدید می‌کرد.

با وجود این، وقتی معشوقش صحبت ازدواج را پیش کشید، سراسیمه شد؛ و هرچه او بیشتر اصرار کرد، بت بیشتر مضطرب شد. بت ازدواج را به میخکوب

شدن به دیوار تشبیه می‌کرد: برای همیشه در جای خودش ثابت می‌شود همان‌طور که فرمالدئید نمونه‌ی گیاهان و جانداران را ثابت می‌کند. برایش مهم بود به رشدش ادامه دهد، به چیز دیگری بدل شود، چیزی غیر از آنچه بود؛ و می‌ترسید معشوقش زیادی خودپسند باشد و از خودش و زندگی‌اش زیادی راضی باشد. کم‌کم بت متوجه اهمیت این درونمایه‌ی اصلی در زندگی‌اش شد. او هرگز در زمان حال زندگی نکرده بود. حتی وقتی غذا می‌خورد یا از کسی پذیرایی می‌کرد، همیشه یک مرحله جلوتر بود؛ هنگام خوردن غذای اصلی، فکرش به دنبال دسر بود. اغلب با وحشت به «سروسامان گرفتن» فکر می‌کرد و آن را با «رسوب کردن» یکی می‌دانست. هربار به ازدواج یا هر تعهد و پیمان دیگری فکر می‌کرد، از خود می‌پرسید: «یعنی همه‌ی زندگی همین است؟»

وقتی بت حین درمان به کندوکاو در زمینه‌هایی همچون اجبار به جلو زدن از خود، ترس از پیر شدن و ترس از رکود پرداخت، بیش از پیش مضطرب شد. عصرِ روزِ بعد از جلسه‌ای که در آن به کاوش‌های عمیقی دست زده بودیم، هراس غیرمعمول و فوق‌العاده شدیدی را تجربه کرد. در حالی که سگش را می‌گرداند، به‌طرز غریبی احساس کرد موجودی غیرزمینی در تعقیبش است. پشت سر و همه‌ی دور و برش را پایید و بالاخره پا گذاشت به دو و دوان‌دوان به خانه رسید. کمی بعد رگبار و رعدوبرق آغاز شد و همه‌ی شب به دلیل هراسی غیرمنطقی که نکند سقف خراب شود یا خانه‌اش را آب ببرد، بیدار ماند. همان‌طور که در فصل ۵ توضیح خواهم داد، اضطراب اغلب زمانی تقویت می‌شود که ترس از یک چیز (در مورد بت، ترس از ازدواج یا انتخاب نادرست) به شکل واقعی‌اش یعنی ترس از هیچ‌چیز یا نبودن رخ نماید. برای بت، اصرار به ازدواج و ترس از ازدواج هریک در جای خود بازتاب‌های به‌سطح‌رسیده‌ی کشاکش ژرف‌تری بودند که اضطراب مرگ را در خود داشت.

درمانگران بسیاری وجود اضطراب مرگ و تبدیل آن به طیف وسیعی از بیماری‌های روانی را توضیح داده‌اند. فصل ٤ به‌تفصیل به این موضوع می‌پردازد و در اینجا فقط می‌خواهم بر آن تأکید کنم. ر. اسکوگ[1] گزارش می‌دهد بیش از ۷۰ درصد بیمارانِ

1. R. Skoog

مبتلا به وسواس شدید، در ابتدای بیماری، تجربه‌ای مرتبط با مرگ داشته‌اند که مُخل احساس امنیتشان بوده است. با پیشرفت بیماری، بیمار می‌خواهد هرچه بیشتر دنیایش را کنترل کند و از بروز اتفاقات غیرمنتظره یا تصادفی در آن جلوگیری به‌عمل آورَد. از بی‌نظمی یا کثیفی اجتناب می‌کند و مراسمی برای دور کردن بدی و خطر تدارک می‌بیند.(۳۶) اروین اشتراوس[1] یادآور می‌شود تنفر وسواسی بیمار از خرابی، بیماری، میکروب‌ها و کثافات، ارتباط تنگاتنگی با ترس از نابودیِ شخصی و نیستی دارد.(۳۷) و. اشویدر[2] می‌گوید این دفاع‌های وسواسی در خفه کردن اضطراب مرگ چندان موفق نیستند. او در مطالعه‌ی بیش از صد بیمار وسواسی-هراس‌زده[3] متوجه شد یک‌سوم بیماران از مکان‌های تنگ و محدود و تاریکی می‌هراسند و درصد بالاتری به اضطراب آشکار مرگ دچارند.(۳۸)

هربرت لازاروس و جان کوستان[4] در مطالعه‌ی وسیعی در زمینه‌ی سندرم هیپرونتیلاسیون[5] (مشکل بسیار شایعی که ۵ تا ۱۰ درصد کل بیمارانی که به پزشک مراجعه می‌کنند، از آن رنج می‌برند) بر پویه‌شناسی زیربنایی اضطراب مرگ در این سندرم تأکید دارند که به زنجیره‌ای از هراس‌زدگی‌ها (فوبی‌ها) تغییر شکل می‌دهد. وقتی فرد نمی‌تواند اضطراب مرگ را به اندازه‌ی کافی کنترل و مقید کند، سراسیمگی[6] ناشی از هیپرونتیلاسیون رخ می‌نمایاند.(۳۹)

د. ب. فریدمن[7] بیماری وسواسی را توصیف می‌کند که اضطراب مرگ در او به شکل این فکر وسواسی درآمده بود که نکند همه فراموشش کنند. مشغولیت فکری‌اش هم این بود که همیشه اتفاقات هیجان‌آور دنیا را از دست می‌دهد: «اتفاقات واقعاً

---

1. Erwin Strauss
2. W. Schwidder
3. obsessional-phobic
4. Herbert Lazarus and John Kostan
5. مجموعه‌ای از علائم شامل تپش قلب، تنگی نفس، سرگیجه، تعریق فراوان، گزگز صورت و انگشتان دست و پا که به‌دنبال تنفس تند و عمیق به مدت طولانی و پایین آمدن سطح دی اکسید کربن خون ایجاد می‌شود و در صورت ادامه یافتن، گاهی به کلاپس وازوموتور و از دست رفتن هوشیاری می‌انجامد. هیپرونتیلاسیون در اضطراب مزمن و حملات سراسیمگی شایع است.ـم.

جدید فقط وقتی می‌افتند که من این دور و برها نیستم، قبل یا بعد از من، قبل از به‌دنیاآمدنم یا بعد از مرگم.»(۴۰)

اضطراب مرگ در بیمارِ خودبیمارانگار[1] که مدام نگران ایمنی و سلامت جسمش است، کمتر رنگ عوض کرده است. خودبیمارانگاری اغلب پس از بروز یک بیماری شدید در خود بیمار یا نزدیکانش آغاز می‌شود. و. کرال[2] می‌گوید بیمار ترس از مرگ را در مراحل اولیه‌ی ابتلا، آشکار و بی‌پرده تجربه می‌کند، ولی بعد این ترس در اندام‌های مختلف بدن منتشر می‌شود.(۴۱)

چند بررسی بالینی به نقش محوری اضطراب مرگ در سندرم مسخ شخصیت[3] اشاره کرده‌اند.(۴۲) برای نمونه، مارتین رات[4] متوجه شد مرگ یا بیماری جدی در ۵۰ درصد این بیماران عامل تسریع‌کننده به‌شمار می‌رود.(۴۳)

این روان‌نژندی‌ها یک خصیصه‌ی مشترک دارند: به‌رغم دردسرها و محدودیت‌هایی که برای بیمار ایجاد می‌کنند، همگی در محافظت از او در برابر اضطرابِ آشکار و وحشت‌آفرین مرگ موفقند.

اضطراب مرگ: پژوهش‌های تجربی

در طول سه دهه‌ی گذشته، جریان پژوهش‌های تجربی در زمینه‌ی مرگ، مستمر ولی ضعیف بوده است. تقریباً همه‌ی مقالات پژوهشی درباره‌ی مرگ با یک فراخوان برای پژوهش آغاز می‌شود و نویسندگان یا برای نبود بررسی‌های دقیق افسوس می‌خورند و یا نسبت به این فقدان، خشمگینانه معترضند. پس از مروری بر منابع موجود من هم چاره‌ای نداشتم جز آنکه با آنان همداستان شوم و همان شکایت را تکرار کنم. مسلماً نوشته‌های مبتنی بر حدس و گمان یا برداشت‌گرایانه با پژوهش‌های روشمند درباره‌ی مرگ در تضاد چشمگیری هستند. برای نمونه، یک کتابنامه درباره‌ی مرگ، ۲۶۰۰ کتاب و مقاله را تا سال ۱۹۷۲ فهرست کرد؛ ولی

---

1. hypochondriacal patient
2. V. Kral
3. depersonalization syndrome
4. Martin Roth

کمتر از ۲درصد آن‌ها پژوهش تجربی و تعداد انگشت‌شماری در ارتباط مستقیم با نظریه و درمان اگزیستانسیال بود.

پژوهشی که با بحث حاضر ارتباط کمتری دارد، می‌کوشد مسائل زیر را بررسی کند: شیوع اضطراب مرگ، بررسی همبستگی میان شدت اضطراب مرگ و تعدادی متغیر ــ متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، مذهب، سطح تحصیلات و مانند این‌ها)، فاکتورهای شخصیتی (وجوه MMPI [1]، سطح کلی اضطراب یا افسردگی) و تجربیات زندگی (تجربه‌ی فقدان زودرس، بستری شدن در بیمارستان روانی) ــ و رابطه‌ی اضطراب مرگ با ناهنجاری روانی یا سایر تجربیات روان‌شناختی خصوصاً خیال‌پردازی‌ها، رؤیاها و کابوس‌ها.

تا همین‌جا هم بد نیست! با وجود این، همان‌طور که رابرت کَستنبام و روت آیزنبرگ [2] در مرور اندیشمندانه‌شان خاطرنشان می‌کنند، تمامی مطالعات، به‌جز چند مورد استثنا، یا حوزه‌ی بسیار محدودی را شامل می‌شوند و یا از لحاظ روش‌شناسی به‌شدت ایراد دارند.(٤٤) بسیاری از مطالعات به شیوه‌ای مبهم و سرسری به بررسی مرگ پرداخته‌اند؛ برای مثال، میان ترس از مرگ خود و ترس از مرگِ دیگری یا ترس از تأثیر مرگ خویش بر دیگران تمایزی قائل نشده‌اند.

با این حال، مشکل جدی‌تر آن است که بیشتر مطالعات به اندازه‌گیری نگرش آگاهانه نسبت به مرگ یا تظاهرات آگاهانه‌ی اضطراب پرداخته‌اند. برای وخیم‌تر کردن اوضاع، مطالعات از ابزاری استفاده کرده‌اند که (به‌استثنای چند مورد(٤٥)) عجولانه طراحی شده‌اند، مقیاس‌هایی «خام و دیمی» که اعتبار و پایایی‌شان مشخص نشده است.

یکی از مطالعات جالب، دانشجویان پزشکی را با استفاده از مقیاس اضطراب آگاهانه‌ی مرگ و مقیاس «سلطه‌جو [3]» (مقیاس F در پرسشنامه‌ی شخصیت کالیفرنیا) مورد بررسی قرار داده بود و رابطه‌ای منفی میان اضطراب مرگ و سلطه‌جویی یافته بود (یعنی هرچه سلطه‌جویی بیشتر بود، اضطراب مرگ کمتر بود و بالعکس). به‌علاوه،

---

۱. Minnesota Multiple Personality Inventory، یکی از انواع آزمون‌های شخصیتی. ـ م.

2. Ruth Aisenberg

3. authoritarian

دستیاران روانپزشکی اضطراب مرگ بیشتر (و سلطه‌جویی کمتری) نسبت به دستیاران جراحی داشتند.(٤٦) شاید جراحان دفاع‌های بهتری در برابر اضطراب مرگ دارند و آگاهی روانپزشکان از اضطراب مرگ بالاتر است. (شاید هم روانپزشکان تازه‌کار اضطراب مرگ خالصی را تجربه کرده‌اند و برای رسیدن به آرامش فردی رشته‌ی بهداشت روان را برگزیده‌اند.)

بعضی مطالعات گزارش می‌کنند افراد متدین و مذهبی اضطراب مرگ کمتری دارند.(٤٧) سطح اضطراب مرگ در دانشجویانی که یکی از والدینشان را از دست داده‌اند، بالاتر است.(٤٨) بیشتر مطالعات ارتباط کمی میان این اضطراب و سن یافته‌اند،(٤٩) گرچه رابطه‌ی مثبتی بین قریب‌الوقوع بودن مرگ و دلواپسی‌های ناشی از آن وجود دارد.(٥٠) مطالعه‌ای که به شایع‌ترین ترس‌ها میان هزار دانشجوی دختر و پسر کالج پرداخته، نشان می‌دهد ترس‌های مرتبط با مرگ برای این زیرگروه جمعیتی بسیار مهمند.(٥١)

چند پژوهش اضطراب آگاهانه‌ی مرگ را در زنان بالاتر از مردان یافته‌اند، ولی کوششی در جهت توضیح این یافته نکرده‌اند[1].(٥٣)

بررسی اضطراب آگاهانه‌ی مرگ، به‌رغم جذابیتش، ارتباط محدودی با درک ساختار شخصیت و ناهنجاری روانی دارد. سنگ‌بنای روانشناسی پویا (پویه‌نگر) دقیقاً بر این استوار است که اضطراب بسیار شدید و نیرومند، در خودآگاه باقی نمی‌ماند: سرکوب و «پردازش» می‌شود. یکی از اساسی‌ترین گام‌ها در پردازش سرچشمه‌ی اضطراب، عبارت است از تفکیک و جداسازی عاطفه[2] از اُبژه. پس فرد تنها با میزان متوسطی از ناراحتی و نگرانی می‌تواند به مرگ بیندیشد و اضطراب جابه‌جاشده‌ای را تجربه می‌کند که نشانه‌های اندکی از سرچشمه‌ی حقیقی با خود دارد. چند مطالعه‌ای که به اختصار توضیح خواهم داد به تفاوت میان خودآگاهانه و ناخودآگاهانه بودن اضطراب مرگ توجه کرده‌اند و به بررسی ترس از مرگ در سطوح ناخودآگاه پرداخته‌اند و

---

۱. یک مطالعه‌ی بزرگ (با حجم نمونه‌ی ۸۲۵ نفر) تفاوتی میان دو جنس نیافت، ولی بررسی دقیق یافته‌ها نشان داد تمایل زنان به پاسخ به سؤالات مبهم پرسشنامه کمتر از مردان بوده است؛ مثلاً فقط ۷۸٪ زنان در برابر ۹۸٪ مردان به این سؤال پاسخ داده‌اند که: «آیا پیش آمده که به‌وضوح خود را در حال مرگ یا مُرده مجسم کنید».(٥٢)

2. affect

از ابزاری نظیر TAT [1]، رورشاخ، تحلیل رؤیا، آزمون‌های تداعی واژه، تکمیل جمله، فرافکنی تندنمایانه[2] و پاسخ تحریکی پوست[3] کمک گرفته‌اند.

اضطراب مرگ و ناهنجاری روانی

اضطراب خودآگاه مرگ. چند گزارش پراکنده کوشیده‌اند به بررسی ارتباط میان اضطراب آگاهانه‌ی مرگ و ناهنجاری روانی بپردازند. در دانشجویان داوطلب، همبستگی مثبتی میان اضطراب مرگ و نژندی‌گرایی[4] (مقیاس نژندی‌گرایی آیزنک[5]) یافت شده است.(٥٤) زندانیانی که به دلیل جرم‌های «سبک» (توضیح بیشتری درباره‌ی نوع جرم داده نشده) حبس شده‌اند، در مقایسه با گروه کنترل بهنجار، اضطراب مرگ بیشتر، مشغولیت فکری بیشتر با مرگ، ترس بیشتر از مراسم خاکسپاری و بیماری و آگاهی بیشتری نسبت به افکار مرگ فرونشانی‌شده داشته‌اند.(٥٥) در بیماران روانی سالمند، اضطراب خودآگاه مرگ همبستگی مثبتی با مقیاس افسردگی MMPI نشان داده است؛ در واقع، این همبستگی چنان قوی بوده که به نظر محققان می‌توان اضطراب افزایش‌یافته‌ی مرگ را بخشی از سندرم افسردگی در افراد سالمند قلمداد کرد. در همین مطالعه، همبستگی‌ای میان اضطراب مرگ و نشانه‌شناسی جسمانی (در نمایه‌ی پزشکی کُرنل[6]) یافت نشد.(٥٦) شاید جسمی‌سازی[7] در پاسخ به اضطراب مرگ پدیدار می‌شود و به‌عنوان انبار آن عمل می‌کند.

با اینکه مطالعات حاکی از فقدان اضطرابِ آشکارِ مرگ در جمعیتِ سالمندِ بهنجار است،(٥٧) سالمندانی که از لحاظ روانی رشدنایافته‌اند و یا به اختلال روانپزشکی دچارند، سطوح بالایی از اضطراب مرگ را نشان می‌دهند.(٥٨) نوجوانان بیش از سایر گروه‌های سنی دچار اضطراب مرگند؛ و باز دریافتیم نوجوانانی که شواهدی

---

1. Thematic Apperception Test
2. tachistoscopic projection
3. galvanic skin response
4. neuroticism

مبنی بر ناهنجاری روانی (که در این مطالعه به صورت رفتارهای بزهکارانه‌ی فراوانِ منجر به حبس تعریف شده) در آن‌ها یافت شده، اضطراب مرگ بیشتری نسبت به گروه کنترل داشته‌اند.(۵۹) مطالعه‌ی دختران نوجوان هنجار و «زیرهنجار[1] سپرده‌شده به مؤسسات نگهداری» نشان داد که گروه دوم آشکارا از مرگ در هراسند.(۶۰) به همین ترتیب، پژوهشگر دیگری دریافت دختران دبیرستانی‌ای که در مدرسه نمرات پایینی دارند، بیشتر از مرگ می‌ترسند و «گاه این ترس چنان فراگیر است که فقط غیرمستقیم ابراز می‌شود.»(۶۱)

اضطراب ناخودآگاه مرگ. ولی این مطالعات مربوط به اضطراب و منش‌های خودآگاهانه نسبت به مرگ کمک چندانی به درک نقش اضطراب مرگ در روان‌پویه‌شناسی نمی‌کند. به همین دلیل بعضی پژوهشگران کوشیده‌اند به مطالعه‌ی دلواپسی‌های ناخودآگاه مرگ بپردازند. فایفل[2] و همکارانش دلواپسی را در سه سطح تعریف کرده‌اند: ۱. خودآگاه (که با نمره دادن به پاسخ این سؤال اندازه‌گیری می‌شود: «آیا از مرگ خود می‌هراسید؟»)؛ ۲. خیال‌پردازی (که با دادن کد مثبت یا منفی به پاسخ این سؤال اندازه‌گیری می‌شود: «وقتی به مرگ خود فکر می‌کنید، چه اندیشه‌ها یا تصاویری به ذهنتان خطور می‌کند؟»)؛ ۳. تحتِ آگاه[3] (که با تعیین زمان متوسط واکنش به واژه‌های مربوط به مرگ در آزمون تداعی واژه و آزمون تداخل رنگ-واژه[4] اندازه‌گیری می‌شود).(۶۲)

محققان دریافتند دلواپسی‌های مرگ در هریک از این سطوح بسیار متفاوتند. اکثر افراد (بیش از ۷۰٪) ترس از مرگ را در سطح خودآگاه انکار کردند. در سطح خیال‌پردازی، ۲۷٪ ترس از مرگ را انکار کردند، ۶۲٪ پاسخی دوسوگرا به آن دادند و ۱۱٪ وجود اضطراب مرگ را به میزان قابل توجهی تأیید کردند. در سطح تحتِ آگاه بیشتر افراد بیزاری قابل توجهی از مرگ از خود نشان دادند. تفاوت عمده میان افراد بهنجار، روان‌نژند و روان‌پریش در این بود که مجموع اضطراب مرگی که افراد

---

1. sub-normal
2. Feifel
3. below-level awareness
4. color word image

روان‌پریش از خود نشان دادند، بیش از دیگران بود. در سطوح آگاهانه‌تر، برداشت افراد مسن‌تر و مذهبی از مرگ، «برداشتی به‌وضوح مثبت‌تر بود، ولی در سطوح پایین‌تر آن‌ها نیز تسلیم اضطراب می‌شدند.»(٦٣) اگرچه این مطالعات ابزاری خام به‌کار گرفته‌اند، دست‌کم به لزوم مطالعه‌ی دلواپسی‌های مرگ در سطوح مختلفی از آگاهی اشاره کرده‌اند.

و. و. مایسنر[1] در آزمون جالبی وجود میزان قابل توجهی از اضطراب ناخودآگاه را به اثبات رسانده است.(٦٤) او پاسخ تحریکی پوستی (GSR) افراد بهنجار را هنگامی که در معرض مجموعه‌ای پنجاه‌قسمتی شامل سی عبارت خنثی و بیست نماد مرگ (مثل رنگ سیاه، شمعی که خاموش می‌شود، سفر، فرد خفته، فرد خاموش و بی‌صدا، عبور از یک پل) واقع شدند، مورد بررسی قرار داد. نمادهای مرگ در مقایسه با واژه‌های خنثی پاسخ پوستی قابل توجهی برانگیختند.

کلاس مانیی[2] اضطراب ناخودآگاه مرگ را به طریقی دیگر سنجید.(٦٥) او صحنه‌های مربوط با مرگ (تصاویری از خاک‌سپاری‌ها، اجساد متلاشی و در حال فساد و مانند این‌ها) را تندنمایانه و در حالی که به‌تدریج زمان نمایش‌شان طولانی‌تر می‌شد برای آزمودنی‌ها به نمایش گذاشت و زمان لازم برای تشخیص و شناسایی صحنه توسط آزمودنی را اندازه گرفت. او نشان داد دانشجویان الهیاتی که برای کشیش شدن برنامه‌ریزی کرده‌اند، در مقایسه با دانشجویانی که قصد پژوهش یا تدریس دارند و علاقه‌ی کمتری به کشیش شدن از خود نشان می‌دهند، به زمان کمتری برای تشخیص صحنه‌ها نیاز دارند (و احتمالاً میزان اضطراب ناخودآگاه مرگ کمتری دارند). چندین مطالعه که از مصاحبه(٦٦) یا TAT(٦٧) کمک گرفته‌اند، حاکی از آنند که افراد با سطح نژندی‌گرایی بالا، اضطراب مرگ بیشتری دارند.

بررسی اضطراب ناخودآگاه مرگ در سالمندان به‌وسیله‌ی TAT و تکمیل جمله نشان می‌دهد افراد سالمندی که در منزل خود یا محلی شبیه به محیط آشنای خانه اقامت دارند، در مقایسه با سالمندانی که در مراکز نگهداری سالمندان زندگی می‌کنند، اضطراب مرگ کمتری دارند.(٦٨) به‌علاوه، سالمندانی که بیشتر درگیر فعالیت‌های

---

1. W. W. Meissner

روزانه‌ی زندگی هستند، اضطراب ناخودآگاه مرگ کمتری دارند.(۶۹) اضطراب مرگ منعکس در TAT سالمندان، همبستگی مثبتی با نشانگرهای روان‌نژندی در آزمون MMPI (خودبیمارانگاری، وابستگی، تکانش‌گری و افسردگی) داشت.(۷۰) مطالعه‌ای که به بررسی اضطراب ناخودآگاه مرگ (با شیوه‌ی فرافکنانه‌ی تکمیل جمله) در جمعیت میانسال و سالمند پرداخت نشان داد بالغین جوان‌تر در مقایسه با هم‌گروهان سالمندشان، اضطراب مرگ بیشتری دارند.(۷۱)

اگر ترس از مرگ سرچشمه‌ی اصلی اضطراب است، پس باید آن را در رؤیاها، جایی که مضامین ناخودآگاه اغلب به‌صورتی تغییرشکل‌نایافته ظاهر می‌شوند، یافت. یک مطالعه‌ی بزرگ هنجارگرا در زمینه‌ی رؤیاها اضطراب آشکار مرگ را در ۲۹درصد رؤیاها نشان داد.(۷۲) مطالعه‌ی وسیع کابوس‌ها مشخص کرد که رایج‌ترین مضمون اضطراب در رؤیاهای بالغین، مُردن یا کشته‌شدن است. سایر مضامین رایج نیز مرتبط با مرگند: مشاهده‌ی مرگ اعضای خانواده یا دیگران، تصادف یا تحت تعقیب قرار گرفتن به‌صورتی که زندگی بیننده‌ی رؤیا را تهدید کند.(۷۳) آیا میزان اضطراب خودآگاه مرگ با تعداد کابوس‌های مرگ همبستگی دارد؟ نتایج مطالعات در این زمینه بسته به مقیاس اضطراب مرگ به‌کارگرفته‌شده متفاوت است. با این حال، فردی که مرگ دوستان صمیمی یا بستگان نزدیک را خصوصاً قبل از سن ده سالگی تجربه کرده باشد، با احتمال بیشتری دچار کابوس مرگ می‌شود.(۷۴) یک مطالعه یافته‌ی جالبی را گزارش می‌کند: رابطه‌ای قوسی[1] میان اضطراب خودآگاه مرگ و مضامین مرگ در رؤیاها وجود دارد.(۷۵) به عبارت دیگر، کسانی که سطح اضطراب خودآگاهشان بسیار بالا یا بسیار پایین باشد، بیشتر رؤیای مرگ می‌بینند. شاید اضطراب خودآگاه شدید، نشانگر آن است که سطح اضطراب ناخودآگاه به قدری بالا رفته که دیگر مهارناپذیر شده و به درون رؤیاها (کابوس‌ها) سرریز کرده یا به خودآگاه راه یافته است. سطوح بسیار پایین اضطراب خودآگاه مرگ (کمتر از میزانی که در یک فرد عادی انتظارش را داریم) می‌تواند بازتاب اضطراب شدید ناخودآگاه مرگ باشد که در بیداری با انکار و واپس‌رانی مهار می‌شود، ولی در خواب بر سانسور خواب غلبه می‌کند.

---

1. curvilinear relationship

به‌طور خلاصه، پژوهش‌هایی که در زمینه‌ی اضطراب مرگ انجام می‌شود، به افزایش درک و دریافت ما از نقش ترس از مرگ در ناهنجاری روانی و روان‌درمانی کمک چندانی نمی‌کند. اغلب پژوهش‌ها، مطالعاتی هستند که به همبستگی میان اضطراب خودآگاه مرگ (که با مقیاس‌هایی خام و ابتدایی اندازه‌گیری شده‌اند) و گروهی از متغیرهای جمعیت‌شناختی و روان‌سنجی پرداخته‌اند. این‌ها به همبستگی‌های مثبتی میان سطح بالای اضطراب مرگ و افسردگی، فقدان زودرس، نداشتن اعتقادات مذهبی و شغل موردعلاقه دست یافته‌اند. گروه دیگری از مطالعات، لایه‌های عمیق‌تر از خودآگاه را مورد بررسی قرار داده‌اند و پی برده‌اند میزان قابل توجهی از اضطراب مرگ خارج از حیطه‌ی آگاهی‌ست؛ هرچه فرد به سوی تجربیات ناخودآگاه سیر کند، اضطراب مرگ بیشتر می‌شود؛ ترس از مرگ در رؤیاهایمان عرض‌اندام می‌کند؛ هرچه سالمندان از لحاظ روان‌شناختی رشدنایافته‌تر باشند یا کمتر درگیر فعالیت‌های روزانه‌ی زندگی شوند، بیشتر از مرگ می‌ترسند؛ و بالاخره اینکه اضطراب مرگ، چه خودآگاه و چه ناخودآگاه، با نژندی‌گرایی مرتبط است.

بی‌توجهی به مرگ در روان‌درمانی نظری و کاربردی

همه‌ی چشم‌اندازهای پیش روی مرگ ــ آداب و رسوم فرهنگی، تجربه‌ی بالینی و پژوهش‌های تجربی ــ ارتباط بسیار نیرومندی با روان‌درمانی دارند. درآمیختن مرگ با زندگی، زندگی را غنا می‌بخشد؛ افراد را قادر می‌سازد خود را از بند جزئیات خفقان‌آور رها کنند و هدفمندتر و اصیل‌تر زندگی کنند. با وجود این، مرگ سرچشمه‌ی اصلی اضطراب است؛ به درونمان رسوخ می‌کند و ما به‌کمک پویندگی‌های فردی[1] به مبارزه با آن برمی‌خیزیم. به‌علاوه، همان‌طور که در فصل ٤ توضیح خواهم داد، برخورد نادرست و ناساز با اضطراب مرگ، به بروز علائم، نشانه‌ها و خصوصیات شخصیتی‌ای منجر می‌شود که «ناهنجاری روانی» نام می‌گیرند.

ولی به‌رغم این دلایل مجاب‌کننده، گفت‌وشنودهای روان‌درمانی به‌ندرت درباره‌ی مرگ است. مرگ به طرز زننده‌ای در تمامی جنبه‌های بهداشت روان ــ نظریه‌ها،

پژوهش‌های بنیادین و بالینی، گزارش‌های بالینی و همه‌ی اَشکال کار بالینی ــ نادیده انگاشته می‌شود. تنها استثنا در جایی‌ست که مرگ قابل چشم‌پوشی نیست: مراقبت از بیمار محتضر. مقالات پراکنده‌ای که به مرگ پرداخته‌اند و در ادبیات روان‌درمانی ظاهر شده‌اند، همگی در مجلات پزشکی درجه‌دو یا سه به چاپ رسیده‌اند و قالبی روایتی و قصه‌مانند دارند. این‌ها کنجکاوی‌های فرعی و جانبی‌ای هستند که از بدنه‌ی اصلی نظریه و عمل در روان‌درمانی به دورند.

گزارش‌های بالینی

نپرداختن به ترس از مرگ در گزارش‌های بالینی چنان چشمگیر است که انسان وسوسه می‌شود نتیجه‌گیری کند چیزی در حد یک توطئه‌ی سکوت در کار است. در گزارش‌های بالینی سه راهبُرد اساسی برای مواجهه با مرگ وجود دارد. اول، نویسندگان به طرزی گزینشی به موضوع بی‌توجهی نشان می‌دهند و چیزی که راجع به مرگ باشد، گزارش نمی‌کنند. دوم، نویسندگان اطلاعات بالینی مرتبط با مرگ فراوانی عرضه می‌کنند، ولی در جمع‌بندی پویه‌نگر[1] بیمار این اطلاعات را به طور کامل نادیده می‌گیرند. مثلاً در تاریخچه‌های بالینی فروید قضیه به همین منوال است که در ادامه به آن خواهم پرداخت. سوم، نویسندگان اطلاعات مرتبط با مرگ را عرضه می‌کنند، ولی در جمع‌بندی نهایی، به‌جای مرگ، مفهومی را به کار می‌گیرند که با مکتب مورد علاقه‌شان هماهنگ باشد و به عبارتی «مرگ» را به واژه‌ی دیگری ترجمه می‌کنند.

در مقاله‌ی «نگرش‌های روان‌نژندانه به مرگ» که در مجله‌ای معتبر چاپ شد و بسیار مورد استناد دیگران قرار گرفت، دو درمانگر بالینی برجسته، والتر برومبرگ و پل شیلدر[2]، چند تاریخچه‌ی بالینی را مطرح کرده‌اند که مرگ در آن‌ها نقش بارزی دارد.(۷۶) برای مثال، یک بیمار زن پس از مرگ یکی از دوستان مؤنثش که تمایلاتی شهوانی به او داشت، به اضطراب حاد دچار می‌شود. گرچه بیمار به‌وضوح می‌گوید با مشاهده‌ی مرگ دوستش، از مرگ خود ترسیده، نویسندگان نتیجه گرفته‌اند «اضطراب بیمار واکنشی‌ست در برابر دلبستگی ناخودآگاه و همجنس‌خواهانه‌اش... مرگ برای

---

1. dynamic formulation
2. Walter Bromberg and Paul Schilder

او به معنای پیوند دوباره با معشوق همجنس‌خواهی‌ست که از این دنیا رفته... مُردن به معنای وصال اُبژه‌ی عاشقانه‌ای است که انکار شده بود.»

بیمار دیگری که پدرش مسئول کفن‌ودفن بوده از اضطراب شدیدش گفته است: «همیشه از مرگ می‌ترسیدم. می‌ترسیدم موقعی که دارند برای دفن آماده‌ام می‌کنند، هنوز زنده باشم. همیشه احساس کرده‌ام مرگم نزدیک است. پدرم مسئول کفن‌ودفن بود. وقتی با جسدی تنها بودم، هیچ‌وقت به مرگ فکر نمی‌کردم... ولی حالا دلم می‌خواهد فرار کنم...مدام بهش فکر می‌کنم... احساس می‌کنم این جوری باهاش می‌جنگم.» نویسندگان نتیجه‌گیری کرده‌اند: «اضطراب مرگ، بیان آرزوی سرکوب‌شده‌ای‌ست برای منفعل بودن و از سوی پدر مورد رسیدگی قرار گرفتن.» از دیدگاه آنان اضطراب بیمار حاصل دفاع از خود در برابر این آرزوهای خطرناک و اشتیاقش برای تنبیه خود به دلیل آرزوی زنا با محرم است. سایر تاریخچه‌های مطرح‌شده در این مقاله نیز مثال‌های دیگری‌ست از ترجمه‌ی مرگ به آنچه نویسندگان ترس‌های بنیادی‌تر می‌پنداشته‌اند: «مرگ برای این پسر به‌معنای آخرین کامروایی آزارگرانه-آزارطلبانه[1] در وصالی همجنس‌خواهانه با پدر است.» یا «مرگ برای او به معنای جدایی از مادر و پایانی برای بیان آرزوهای شهوانی ناخودآگاه است.»

انسان متعجب می‌شود این همه اصرار به ترجمه‌ی مرگ برای چیست؟ اگر زندگی بیماری در یک ترس ــ مثلاً ترس از فضاهای باز، سگ‌ها، تشعشعات رادیواکتیو ــ خلاصه شده و یا وسواس فکری درباره‌ی تمیزی یا بسته بودن درها همه‌ی زندگی‌اش را تحت‌الشعاع قرار داده، در آن صورت ترجمه‌ی این نگرانی‌های سطحی به مفاهیم بنیادی‌تر معنا دارد. ولی مسئله دقیقاً همین‌جاست، ترس از مرگ فقط ترس از مرگ است و لازم نیست به ترس «عمیق‌تری» ترجمه شود. شاید همان‌طور که بعداً خواهم گفت، آنچه بیمار روان‌نژند نیاز دارد، ترجمه نیست؛ ارتباط او با واقعیت قطع نشده، بلکه برعکس، شاید به‌دلیل شکست دفاع‌های انکارکننده‌ی «بهنجار»، بیش از اندازه به حقیقت نزدیک شده باشد.

پژوهش بالینی

بی‌توجهی به مفهوم مرگ در پژوهش‌های بالینی هم پیامدهای فراگیری دارد. برای نمونه قلمروی سوگواری و عزاداری را در نظر بگیرید. با اینکه بسیاری از پژوهشگران به مطالعه‌ی دقیق و موشکافانه‌ی نحوه‌ی سازگاری بازماندگان پرداخته‌اند، همگی در نپرداختن به این موضوع متفق‌القولند که بازمانده نه تنها از «فقدان اُبژه» رنج برده، بلکه با فقدان خود یا مرگ خویش نیز مواجه شده است. در عمق ماتمِ فقدانِ دیگری این پیام نهفته است که «اگر مادر (پدر، فرزند، دوست، همسر) تو می‌میرد، پس تو هم خواهی مُرد.» (یکی از بیمارانم به فاصله‌ی کوتاهی از مرگ پدرش دچار توهم شنوایی شد و صدای پرطنینی از بالا می‌شنید که می‌گفت: «نفر بعد تو هستی.») در یک مطالعه‌ی قابل استناد که به بررسی زنان بیوه در سال اول سوگواری پرداخته، پژوهشگران جملاتی از قبیل: «احساس می‌کنم بر لبه‌ی گودال سیاهی راه می‌روم» یا اظهار نظرهایی حاکی از ناامنی و بالقوه خطرناک بودن دنیا یا بی‌هدفی و بی‌معنایی زندگی یا احساس خشم بدون علت مشخص، ثبت کرده‌اند.(۷۷) من معتقدم چنانچه محقق هریک از این واکنش‌ها را عمیقاً مورد بررسی قرار می‌داد، در زمینه‌ی نقش فقدان به‌عنوان تجربه‌ی تسهیل‌کننده‌ی رویارویی بازمانده با مرگ خویش، به نتایج مهمی می‌رسید. با این حال، پژوهشگر این مطالعه و سایر مطالعات وسیعی که در زمینه‌ی سوگ خوانده‌ام، از چارچوب دیگری به موضوع نگریسته و در نتیجه نتوانسته به کِشتی حاصلخیز دست یابد. این ناتوانی نمونه‌ی تأسف‌برانگیز دیگری‌ست از فقری که علوم رفتاری با نادیده انگاشتن حقایق آشکار شهودی به آن دچار می‌شود. چهار هزار سال پیش، در یکی از نخستین آثار ادبی مکتوب، حماسه‌ی بابلی گیل‌گمش[1]، قهرمان داستان به‌خوبی می‌داند که مرگ دوستش انکیدو[2]، مرگ خودش را پیشگویی می‌کند: «این چه خوابی‌ست که بر تو چیره شده؟ در ظلمت فرورفته‌ای و صدای مرا نمی‌شنوی. آن‌گه که بمیرم، من نیز مانند تو نخواهم شد، انکیدو؟ اندوه به قلبم راه می‌یابد، می‌ترسم از مرگ.»(۷۸)

---

1. Gilgamesh
2. Enkido

درمانگر بالینی

بعضی درمانگران می‌گویند دلواپسی‌های مرگ به‌سادگی بر زبان بیماران جاری نمی‌شوند. ولی من معتقدم در حقیقت این درمانگر است که آماده‌ی شنیدن نیست. درمانگری که پذیرای شنیدن دلواپسی‌های بیمار باشد و عمیقاً درباره‌ی آن پرس‌وجو کند، در کار روزانه مدام با مرگ رویاروی می‌شود.

بیماران با کمترین تشویق، اطلاعات خارق‌العاده‌ی فراوانی راجع به ترس از مرگ به ما می‌دهند. درباره‌ی مرگ والدین یا دوستانشان صحبت می‌کنند، از پیر شدن می‌ترسند، رؤیاهایشان به تسخیر مرگ درمی‌آید، در گردهمایی‌های دوباره‌ی دوستان دوران تحصیل شرکت می‌کنند و از مشاهده‌ی پیر شدن دوستانشان یکه می‌خورند، با بی‌تابی سلطه‌ی فرزندانشان را حس می‌کنند، گاه با هول و نگرانی متوجه می‌شوند از سرگرمی‌های سالمندان که نیاز به تحرک زیاد ندارد، لذت می‌برند. ملتفت مرگ‌های کوچکند: پیدایش لکه‌ی کبدی و پیری روی پوست، موی سفید، مفاصل سفت و دردناک، پشت خمیده و چروک‌هایی که عمیق می‌شوند. بازنشستگی نزدیک است، بچه‌ها خانه را ترک می‌کنند، دارند پدربزرگ یا مادربزرگ می‌شوند، فرزندانشان از آن‌ها مراقبت می‌کنند، چرخه‌ی زندگی احاطه‌شان می‌کند. بعضی بیماران هم از نابودی می‌ترسند: همان خیال‌پردازی رایج که جانیان مهاجم به‌زور وارد خانه‌شان شوند یا بیم و هراس از خشونت سینما یا تلویزیون. کافی‌ست درمانگر گوش دهد تا در جلسات پایانی روان‌درمانیِ هر بیمار صدای جریان زیرزمینی ترس از مرگ را بشنود.

تجربه‌ی بالینی خود من حضور همیشگی دلواپسی‌های مرگ را اثبات می‌کند. در حین نگارش این کتاب، با میزان قابل توجهی اطلاعات بالینی مواجه شدم که قبلاً از چشمم پنهان بود. تردیدی نیست که تا حدودی بیمارانم را راهنمایی کرده‌ام و به آن‌ها سرنخ داده‌ام تا شواهدی در اختیارم بگذارند. ولی اعتقادم بر این است که این شواهد، در اصل، همیشه بوده‌اند؛ این من بودم که برای دریافتشان درست میزان نشده بودم. برای مثال پیشتر در همین فصل دو بیمار را به نام‌های جویس و بت معرفی کردم که مشکلات روزمره‌ای در زمینه‌ی برقراری و قطع روابط بین‌فردی داشتند. هر دو زن در بررسی عمیق‌تر، نگرانی‌های اگزیستانسیال

بیشتری از خود نشان دادند و اگر من در شرایط روان‌شناختی مناسب نبودم، هرگز نمی‌توانستم تشخیصشان دهم.

مثال دیگر «میزان بودن» را روان‌درمانگری مطرح کرد که در یکی از سخنرانی‌های روزهای شنبه‌ام در زمینه‌ی اضطراب مرگ شرکت کرده بود. چند روز بعد در نامه‌ای برایم نوشت:

> ... از آنجا که مشاور کالج رید هستم و دانشجویانمان معمولاً از سلامت جسمی خوبی برخوردارند، انتظار نداشتم این موضوع فوری خود را در کارم نشان دهد. ولی اولین وقتم در صبح دوشنبه به دانشجویی اختصاص داشت که دو ماه قبل مورد تجاوز واقع شده بود و از آن زمان از علائم آزاردهنده و ناخوشایندی رنج می‌بُرد. با خنده‌ای شرمناک گفت: «اگر از این یکی نمردم، بالاخره از یک چیز دیگر می‌میرم.» شاید به خاطر اشارات شما بود که مصاحبه به سمت‌وسوی ترس از مرگ رفت و اینکه فکر می‌کرد، مورد تجاوز قرار گرفتن و مردن، از آن اتفاقاتی‌ست که فقط برای دیگران می‌افتد. ولی اکنون حس می‌کند آسیب‌پذیر است و اضطراب‌هایی که قبلاً واپس رانده می‌شد، حالا سرریز کرده است. به نظر می‌آمد اینکه می‌دید می‌شود راجع به ترس از مرگ حرف زد، بی‌آنکه به بیماری کشنده‌ای مبتلا بود، تسکینش داد.(۷۹)

حتی جلسات روان‌درمانی‌ای که اشارات گذرایی به مرگ دارند، اغلب اطلاعات بالینی زیادی فراهم می‌آورند. به‌خصوص رؤیاها منبع غنی اطلاعاتی از این دستند. برای مثال، زنی سی‌ساله، به‌دنبال خاکسپاری یک دوست قدیمی خواب دید: «نشسته‌ام دارم تلویزیون نگاه می‌کنم. دکتر می‌آید و با گوشی ریه‌هایم را معاینه می‌کند. من عصبانی می‌شوم و می‌پرسم کی بهش چنین اجازه‌ای داده. می‌گوید مثل یک دودخانه سیگار کشیده‌ام. می‌گوید ریه‌هایم به بیماری پیشرفته‌ی 'ساعت شنی' دچار است.» بیننده‌ی رؤیا سیگاری نبود، ولی دوست متوفایش روزی سه پاکت سیگار می‌کشید. تداعی‌اش از بیماری 'ساعت شنی' ریه‌ها، 'زمان بود که داشت از دست می‌رفت.'(۸۰)

انکار در بی‌توجهی انتخابی درمانگر به مقوله‌ی مرگ در روان‌درمانی نقش

محوری دارد. انکار دفاع همه‌جایی و قدرتمندی‌ست. هرگاه عاطفه‌ای مرتبط با مرگ ظاهر شود، مانند هاله‌ای پیرامونش را می‌گیرد. (از بسیار لطیفه‌هایی که به فروید نسبت می‌دهند، یکی این است که مردی به همسرش می‌گوید: «اگر یکی از ما دو نفر بمیرد، فکر کنم من می‌روم پاریس زندگی می‌کنم.») (۸۱) انکار درمانگر را مستثنی نمی‌کند و انکار درمانگر و انکار بیمار در فرایند درمان دست به دست هم می‌دهند. بسیاری از درمانگران، با وجود اینکه خود سال‌ها روانکاوی شده‌اند، وحشت شخصی خود را از مرگ آشکار نکرده و به آن نپرداخته‌اند؛ آن‌ها در زندگی شخصی‌شان از این موضوع گریزانند و در کار روان‌درمانی هم به‌طرزی گزینشی نسبت به موضوعات مرتبط با مرگ بی‌توجهی نشان می‌دهند.

علاوه بر انکار درمانگران، با انکاری جمعی در کل رشته‌ی روان‌درمانی روبه‌رو هستیم. این انکار جمعی زمانی به خوبی درک می‌شود که به بررسی علل حذف مرگ از نظریه‌های اضطراب بپردازیم. با اینکه اضطراب در نظریه و کاربرد بالینی روان‌درمانی پویه‌نگر نقش مطلقاً محوری دارد، در نظریه‌های سنتی و پویای اضطراب هیچ جایی به مرگ اختصاص داده نشده است. اگر می‌خواهیم در کار بالینی روان‌درمانی تحولی ایجاد کنیم و به سازوبرگ بالینی لازم برای مواجهه با مفهوم مرگ مجهز شویم، لازم است نقش مرگ را در پیدایش اضطراب روشن کنیم. بهترین راه برای رسیدن به این هدف، دنبال کردن مسیر تکاملی مفاهیم روان‌پویه‌شناسی و تلاش در جهت درک علت طرد سازمان‌یافته‌ی مفهوم مرگ است.

فروید: اضطراب بدون مرگ

عقاید فروید چنان این رشته را تحت‌تأثیر قرار داده که تکامل اندیشه‌ی پویه‌نگر، همان تکامل اندیشه‌ی فروید است. با وجود این، معتقدم جز پیش‌آگاهی خارق‌العاده‌اش، مرگ، نقطه‌ی کور سمج و همیشگی فروید بوده و بعضی جنبه‌های بسیار آشکار دنیای درونی بشر را از دید او پنهان کرده است. برای نشان دادن پرهیز فروید از مرگ در ملاحظات نظری و بالینی، چند نمونه می‌آورم و سپس برای این پرهیز چند دلیل پیشنهاد می‌کنم.

پرهیز فروید از مرگ

مطالعاتی در هیستری که در سال ۱۸۹۵ همراه با یوزف برویر به رشته‌ی تحریر درآمد، نخستین نوشته‌ی مهم فروید در زمینه‌های نظری و کاربردی است.(۸۲) این کتاب از لحاظ بی‌توجهی انتخابی به مرگ، اثری جذاب و شایسته‌ی توجه است و از همین جاست که مرگ از حیطه‌ی روان‌درمانی پویه‌نگر (که با این کتاب آغاز شده) به‌طور کلی کنار گذاشته می‌شود. کتاب به معرفی پنج مورد اصلی ــ یک مورد (آنا اُ.) از سوی برویر و چهار مورد از سوی فروید ــ می‌پردازد. به چند مورد پراکنده نیز در پانوشت‌ها و بحث‌ها به‌طور گذرا اشاره می‌شود. هریک از بیماران درمان را به‌دلیل علائم متنوعی نظیر فلج، بی‌حسی، درد، پرش عضلانی، خستگی، وسواس، احساس خفگی، از دست دادن حس چشایی و بویایی، آشفتگی زبانی، فراموشی و مانند این‌ها آغاز می‌کنند. فروید و برویر با مطالعه‌ی این پنج بیمار، علتی برای هیستری مطرح می‌کنند و درمانی روشمند بر اساس آن علت پیشنهاد می‌دهند.

هر پنج بیمار پیش از آغاز بیماری، صدمه‌ی هیجانی مهمی را تجربه کرده بود. فروید می‌نویسد به طور معمول، ضربه‌ی روانی[1]، هرقدر هم ناراحت‌کننده باشد، اثر درازمدتی بر جای نمی‌گذارد زیرا هیجانات برخاسته از آن ناپدید می‌شود: یا برون‌ریزی هیجانی[2] (بیان و آشکارسازی هیجان به شیوه‌ای مؤثر) صورت می‌گیرد یا به طریقی دیگر بر آن غلبه می‌شود (فروید می‌گوید ممکن است خاطره‌ی ضربه‌ی روانی وارد 'عقده‌ی اصلی تداعی‌ها شود و به موازات سایر تجربیات پیش رود' و بعد 'به‌تدریج کم‌رنگ شود' یا اصلاح شود و یا با توجه به توانایی‌ها و دستاوردهای فرد، به‌طریقی، مثلاً درگیری در یک دعوا، مورد آزمون واقعیت قرار گیرد).(۸۳)

در این پنج بیمار ضربه‌ی روانی ناپدید نشده، بلکه مدام سر در پی قربانی گذاشته است. ('فرد هیستریک از یادآوری خاطرات در رنج است'(۸٤)) فروید معتقد بود در این بیماران، خاطره‌ی ضربه‌ی روانی و هیجانات ملازم آن از تفکر خودآگاه واپس رانده شده (این اولین جایی‌ست که از مفهوم واپس‌رانی و ناخودآگاه استفاده می‌شود) و در نتیجه مورد پردازش‌های بهنجار برای ناپدید کردن عاطفه‌ی مورد نظر قرار

---

1. trauma
2. abreaction

نگرفته است. به‌این‌ترتیب، عاطفه‌ی سرکوب‌شده، سرحال و قدرتمند در ناخودآگاه باقی می‌ماند و از طریق تبدیل[1] به علائم جسمانی، راهی برای ابراز آگاهانه می‌یابد (به همین دلیل از اصطلاح 'هیستری تبدیلی' استفاده می‌شود).

شیوه‌ی درمان روشن است: باید بیمار را قادر ساخت ضربه‌ی روانی را به‌یاد آورد و به عاطفه‌ی مسدودشده اجازه‌ی بیان دهد. فروید و برویر خوابواره را به‌کار گرفتند و بعد فروید از تداعی آزاد استفاده کرد تا خاطره‌ی ناخوشایند اصلی دوباره برای بیماران زنده شود و عاطفه‌ی مربوط به آن را به طریق کلامی و رفتاری ابراز کنند.

حدسیات فروید درباره‌ی پیدایش و ناپدید شدن عاطفه، شکل‌گیری علائم و نظام درمانی مبتنی بر این فرضیات، از اهمیت شاخصی برخوردار است و کلیات نظریه و درمان پویه‌نگر پیروِ او را ترسیم می‌کند. آنچه بیش از همه به بحث من مربوط است، دیدگاه فروید درباره‌ی سرچشمه‌ی عاطفه‌ی ملول[2] و ماهیت ضربه‌ی روانی اصلی‌ست. نظریه‌ی علائم و رویکرد درمانی در سراسر کتاب ثابت است، ولی تعریف فروید از ماهیت ضربه‌ی روانیِ به‌وجودآورنده‌ی علائم از بیمار اول تا آخرین بیمار دستخوش تحول مبهوت‌کننده‌ای می‌شود. (در پیش‌گفتارش می‌گوید: «به کسی که به چگونگی بروز روان‌پالایی[3] در روانکاوی علاقه‌مند است، توصیه‌ای بهتر از این ندارم که با مطالعاتی در هیستری آغاز کند و همان راهی را بپیماید که من پیموده‌ام.»)(۸۵)

در نخستین موارد مطرح شده در کتاب، ضربه‌ی روانی جزئی و ناچیز به‌نظر می‌آید: این اعتقاد را به‌وجود می‌آورد که دنبال شدن توسط یک سگ شرور(۸۶) یا کتک خوردن با چوب از کارفرما یا فهمیدن اینکه خدمتکار اجازه داده سگی از لیوان بیمار آب بخورد(۸۷) یا عاشق کارفرمای خود شدن و تحمل عیبجویی‌های غیرمنصفانه‌ی او(۸۸) می‌تواند به روان‌نژندی شدید منجر شود. هرچه کتاب پیش می‌رود، توصیف فروید از صدمات مستعدکننده، پختگی خیره‌کننده‌ای می‌یابد. از دید او بیمارانش مورد آزار دلواپسی‌هایی چنان کهنند که شایستگی جلب توجه نویسندگان تراژدی‌های

---

1. conversion

یونان را هم داشته‌اند: تنفر از کودکان (چون مانع رسیدگی زن به شوهرِ محتضرش می‌شوند)،(۸۹) رابطه با محارم مثلاً یکی از والدین،(۹۰) مشاهده‌ی صحنه‌ای در کودکی(۹۱) و لذت حاصل از مرگ خواهری که شوهرش مورد علاقه‌ی بیمار بوده (و احساس گناه متعاقب آن).(۹۲) موارد فوق‌الذکر، پانوشت‌ها و نامه‌های فروید(۹۳) همگی به جهت‌گیری سرسختانه‌ی اندیشه‌ی او درباره‌ی سرچشمه‌ی اضطراب گواهی می‌دهند: ۱. او زمان ضربه‌ی روانی «واقعی» مسبب اضطراب را کم‌کم به دوره‌های آغازین زندگی تغییر داد؛ ۲. به این نتیجه رسید که ماهیت ضربه‌ی روانی، بی‌چون‌وچرا و دربست، جنسی است.

تفکرات فروید در زمینه‌ی صدمات هیجانیِ پنج بیمارش، به‌تدریج نظریه‌ی رسمی اضطراب را شکل داد. اضطراب نشانه‌ی خطر قریب‌الوقوع بود؛ دانه‌ی اضطراب در اوان زندگی، زمانی که صدمه‌ای مهم به‌وقوع پیوسته، کاشته شده است: خاطره‌ی حادثه‌ی آسیب‌زا واپس رانده شده و عاطفه‌ی همراه آن به اضطراب تغییر شکل داده است. انتظار تکرار صدمه یا خطری مشابه، اضطراب را از نو برمی‌انگیزد.

چه جور صدمه‌ای؟ کدام وقایع تا این اندازه بدخیم و زیان‌بخشند که پژواکشان در تمامی عمر فرد به‌گوش می‌رسد؟ نخستین پاسخ فروید بر اهمیت عاطفه‌ی درماندگی تأکید می‌کرد. «اضطراب واکنش اصلی نسبت به درماندگی‌ست و بعدها هنگام مواجهه با صدمه، به‌صورت نشانه‌ای برای درخواست کمک تکرار می‌شود.»(۹٤) پس مشکل، مشخص کردن شرایطی‌ست که درماندگی را تقلید می‌کند. از آنجا که اضطراب در قلب نظریه‌ی روانکاوی واقع است و از آنجا که فروید نظریه‌ی اصلی را در دوران کار حرفه‌ای‌اش با شجاعت تغییر داد، تعجبی ندارد که اظهار نظرهای او در مورد اضطراب، فراوان، متنوع و گاه متناقض باشد.(۹۵) دو سرچشمه‌ی اصلی اضطراب، در غربال فعال و تغییرطلبِ فروید باقی ماند: از دست دادن مادر (وانهادگی[1] و جدایی) و از دست دادن فالوس (اضطراب اختگی). سایر سرچشمه‌های اصلی عبارتند از: سوپرایگو یا اضطراب اخلاقی، ترس از تمایلات خودویرانگرانه‌ی خویش و ترس از فروپاشی ایگو، غرق شدن در تاریکی و نیروهای خردستیز شبانه که درون انسان ساکنند.

---

1. abandonment

با اینکه فروید اغلب به سرچشمه‌های دیگر اضطراب اشاره کرده، تأکید اصلی‌اش را بر وانهادگی و اختگی گذاشته است. او معتقد بود این دو دلقک ساکن در روان آدمی که هر لحظه به لباسی درمی‌آیند، در طول هشیاری به‌ستوهمان می‌آورند و در حین خواب، سوخت لازم برای دو کابوس شایع را فراهم می‌کنند: سقوط و مورد تعقیب واقع شدن. فرویدِ همیشه باستانشناس و همیشه در پیِ بناهای بنیادین معتقد بود اختگی و وانهادگی یک خصوصیت مشترک دارند: فقدان، از دست دادن عشق. از دست دادن توانایی وصلت با مادر. از لحاظ زمانی، ابتدا جدایی در قالب ضربه‌ی تولد ــ نخستین لحظه‌ی زندگی ــ اتفاق می‌افتد؛ ولی فروید تصمیم گرفت اختگی را نخستین و اصلی‌ترین سرچشمه‌ی اضطراب در نظر بگیرد. او معتقد بود جدایی اولیه، فرد را برای اضطراب اختگی مهیا می‌کند که وقتی ایجاد شد، تجربیات اضطراب‌انگیز قبلی را نیز در خود جای می‌دهد.

وقتی داده‌های اصلی (موارد مطرح شده در مطالعاتی در هیستری) را که نتیجه‌گیری‌های فروید درباره‌ی اضطراب و سرچشمه‌ی ضربه‌ی روانی بر اساس آن‌هاست، مرور می‌کنیم، از تناقض مبهوت‌کننده‌ی میان تاریخچه‌ی بیماران و نتیجه‌گیری‌ها و جمع‌بندی‌های فروید یکه می‌خوریم: مرگ چنان بر تاریخچه‌ی بالینی این بیماران سایه افکنده که فروید تنها با تلاش فوق‌العاده توانسته به آن بی‌توجه باشد و از بحث خود درباره‌ی ضربه‌ی مستعدکننده حذفش کند. بحث درباره‌ی دو بیمار از پنج بیمار بسیار خلاصه است. (کاترینا، یکی از بیمارانی که در استراحتگاه فروید پیشخدمت بوده، تنها در یک جلسه درمان شده است.) سه بیمار اصلی ــ آنا اُ.، خانم امی فون ن. و دوشیزه الیزابت فون ر. (نخستین گزارش‌های پویه‌نگر در ادبیات روانپزشکی) ــ به این دلیل مورد توجهند که در توصیفات بالینی‌شان اشارات زیادی به مرگ وجود دارد. به‌علاوه، این طور به‌نظر می‌رسد که اگر فروید علاقه‌ی خاصی به اضطراب مرگ داشت، اطلاعات بیشتری در مقوله‌ی مرگ از بیماران بیرون می‌کِشید و گزارش می‌کرد.

برای مثال بیماری آنا اُ. نخستین بار زمانی بروز کرد که پدرش بیمار شد (و ده ماه بعد از همان بیماری از دنیا رفت). ابتدا به طرز خستگی‌ناپذیری از او پرستاری کرد؛ ولی بعد بیماری‌اش که شامل وضعیت‌های نامأنوس و متغیر سطح هوشیاری،

فراموشی، آشفتگی زبانی، بی‌اشتهایی و علائم تبدیلی حسی و عضلانی بود باعث شد از تماس او با پدر محتضرش جلوگیری کنند. در طول سال بعد وضعش رو به وخامت گذاشت. برویر متوجه دلمشغولی آنا اُ. با مرگ بود. مثلاً گفته است با اینکه بیمار «تغییرات نامأنوس و سریعی در سطح هوشیاری داشت، تنها چیزی که بیشتر اوقات خودآگاه می‌ماند، این واقعیت بود که پدرش مُرده است.»(۹۶)

زمانی که آنا اُ. تحت خوابواره‌درمانیِ برویر بود، توهمات وحشتناکی در ارتباط با مرگ پدرش داشت. یک بار هنگام پرستاری از پدر، وقتی سر او را به صورت جمجمه دید، از هوش رفت. (یک بار حین درمان به آینه نگاه کرد و به جای خود، پدرش را دید که با جمجمه‌ای به او خیره شده است.) یک بار هم در توهماتش مار سیاهی دید که می‌خواهد به پدرش حمله کند. کوشید با مار بجنگد، ولی بازویش خواب رفته بود، دید انگشتانش به مار و هر ناخنش به یک جمجمه‌ی کوچک بدل می‌شود. برویر منشأ این توهمات را وحشت بیمار از مرگ و این وحشت را دلیل اصلی بیماری دانست: «در آخرین روز [درمان] اتاق را شبیه اتاق پدر بیمارش آراستیم و او توهمات وحشت‌آوری را که در بالا توصیف کردم و سرچشمه‌ی تمام مشکلاتش بود، دوباره مجسم کرد.»(۹۷)

بیماری خانم اِمی فون ن. نیز مانند آنا اُ. بلافاصله بعد از مرگ نزدیک‌ترین کس، یعنی شوهرش آغاز شد. فروید بیمار را به خوابواره بُرد و درباره‌ی تداعی‌های مهمش سؤال کرد. بیمار به گذشته بازگشت و فهرست بلندبالایی از خاطرات مرتبط با مرگ را به‌یاد آورد: مشاهده‌ی خواهرش در تابوت (هفت سالگی)، ترسیدن از برادرش که ادای روح درآورده بود، ترسیدن از خواهرها و برادرهایی که حیوانات مُرده به سویش پرتاب کرده بودند، مشاهده‌ی خاله‌اش در تابوت (نه سالگی)، بیهوش یافتن مادری که سکته کرده بود (پانزده سالگی) و دیرتر در نوزده سالگی یافتن جسدش، پرستاری از برادری که از سل می‌میرد، ماتم مرگ برادر در نوزده سالگی، شاهد مرگ ناگهانی همسر بودن. در هشت صفحه‌ی اول گزارش بالینی، دست‌کم یازده اشاره‌ی صرف به مرگ، مردن و اجساد را می‌توان برشمرد. خانم اِمی فون ن.، حین توصیف وضعیتش فقط از ترس شدیدش از مرگ سخن می‌گوید.

بیماری بیمار سوم، دوشیزه الیزابت فون ر. در طول هجده ماه پرستاری از پدر محتضرش و مشاهده‌ی ازهم‌پاشیدگی بی‌امان خانواده (نقل‌مکان خواهر به جایی دور، ابتلای مادر به بیماری وخیم و مرگ پدر) نهفته ماند. در نهایت، به دنبال مرگ خواهر بزرگ‌تر که بسیار برایش عزیز بود، بیماری دوشیزه الیزابت به‌شدت بروز کرد. فروید در روند درمان، برای شتاب بخشیدن به یادآوری خاطرات قدیمی و عاطفه‌ی همراهشان، بیمار را موظف کرد بر سر مزار خواهر برود (درست مانند برویر که اتاق مشاوره را طوری می‌آراید که شبیه اتاقی شود که پدر آنا اُ. در آن فوت کرده بود).

فروید معتقد بود اضطراب هنگامی ظاهر می‌شود که خاطره‌ی موقعیتی فراموش‌شده که در گذشته احساس وحشت و درماندگی برانگیخته، زنده شود. قطعاً ضربه‌های روانی مرتبط با مرگ، حس عمیق وحشت و درماندگی را در این بیماران برانگیخته است. ولی فروید هنگام نتیجه‌گیری برای هر مورد یا کاملاً مضمون مرگ را نادیده گرفته یا فقط به فشار روانی کلی‌ای که بیمار به‌دلیل هریک از فقدان‌ها از سر گذرانده، اشاره کرده است. جمع‌بندی‌های او بر محتویات شهوانی موجود در ضربه‌ی روانی هر بیمار متمرکز است.[1] بنابراین وقتی خواهر دوشیزه الیزابت از دنیا رفت، فروید کمکش کرد بپذیرد که در گوشه‌ای از ذهنش شاد (و به‌دنبال آن دچار احساس گناه) شده، زیرا شوهرخواهری که الیزابت سخت به او دل بسته، اکنون آزاد است و می‌تواند با او ازدواج کند. یک کشف مهم: ناخودآگاه ــ همان پسمانده‌ی آرزوهای ابتدایی‌ای که به‌دلیل ناسازگاری‌شان با نور خورشید در سرداب ذهن دفن و به بوته‌ی فراموشی سپرده شده‌اند ــ برای مدت زمانی کوتاه گریخته، به حیطه‌ی خودآگاه وارد شده، اضطرابی شدید با خود آورده و در نهایت، به دست علائم تبدیلی به بند کشیده شده است.

شکی نیست که فروید در هریک از بیمارانش به تضادهای مهمی دست یافته است. ولی آنچه در این میان از قلم انداخته، نیازمند موشکافی دقیق است. مرگ والد،

---

۱. رابرت جی لیفتون در کتاب **ارتباط گسسته** (نیویورک: سیمون و شوستر، ۱۹۷۹) دقیقاً همین نکته را درباره‌ی هانس کوچولو، یکی دیگر از بیماران مهم فروید مطرح می‌کند و نتیجه می‌گیرد نظریه‌ی لیبیدو به‌نوعی «مرگ‌زدایی» از مرگ است. متأسفانه کتاب لیفتون پس از اتمام این کتاب چاپ شد و نتوانستم دیدگاه ارزشمند او را آن طور که شایسته بود، تحلیل کنم. اثر لیفتون کتابی مهم و شایسته‌ی خوانشی دقیق است.

همسر یا بستگان نزدیک، چیزی بیش از فشار روانی رایج و فقدان اُبژه‌ای مهم است. این دق‌البابی‌ست بر درِ انکار. اگر آن طور که فروید گمان برده، دوشیزه الیزابت، حتی برای لحظه‌ای گذرا هنگام مرگ خواهرش اندیشیده: «حالا شوهرش دوباره آزاد است و من می‌توانم زنش شوم»، در این صورت قطعاً از این فکر هم به لرزه درآمده که: «اگر خواهر نازنین من می‌میرد، پس من هم خواهم مُرد». وضع در مورد آنا اُ. هنگام مرگ پدر و خانم اِمی فون ن. هنگام مرگ همسرش نیز به‌همین منوال بوده است: هریک از آنان شاید برای یک لحظه در عمق وجودشان نگاهی هرچند گذرا به مرگ خویش داشته‌اند.

فروید در جمع‌بندی‌های بعدی‌اش هم در زمینه‌ی سرچشمه‌های اضطراب به طرز عجیبی مرگ را نادیده گرفته است. به فقدان پرداخته: اختگی و وانهادگی، فقدان آلت مردانه و فقدان عشق. او در اینجا فاقد خصیصه‌ی همیشگی‌اش است. کجاست آن باستانشناس کاونده‌ی جسور؟ فروید همیشه تا سنگ بستر پیش می‌رفت و در جست‌وجوی خاستگاه‌های باستانی، سپیده‌دم حیات، شیوه‌ی انسان نخستین، جوامع بسیار کهن و غرایز و سائق‌های بنیادین بود، ولی در برابر مرگ پا پس کشید. چرا قدم واضح و روشن بعدی را به‌سوی وجه مشترک وانهادگی و اختگی برنداشت؟ هردو مفهوم بر سنگ بستری هستی‌شناختی استوارند. وانهادگی رابطه‌ی تنگاتنگی با مرگ دارد: موجودِ وانهاده‌شده همیشه می‌میرد، سرنوشت موجود مطرود قطعاً مرگی اجتماعی است که بی‌درنگ در پیِ مرگ جسمانی فرا می‌رسد. اختگی در معنای مجازی مترادف نابودی‌ست و در معنای ذاتی (که متأسفانه فروید همین معنا را در نظر داشته) نیز به مرگ منجر می‌شود، زیرا فرد اخته‌شده نمی‌تواند نسلی از خویش بر جای گذارَد، زادورودی داشته باشد و از نابودی و انقراض بگریزد.

فروید در «بازدارنده‌ها، علائم و اضطراب[1]» اشاره‌ی گذرایی به نقش مرگ در علت‌شناسی روان‌نژندی داشته، ولی آن را سطحی دانسته و از آن گذشته است (بعداً به دیدگاه مغشوش و آشفته‌ی روانکاوی نسبت به «عمق» و «سطح» خواهم پرداخت). فروید در چندسطری که بارها توسط سایر نظریه‌پردازان نقل قول شده، توضیح می‌دهد چرا ترس از مرگ را از سرچشمه‌های اصلی اضطراب حذف کرده است.

---

1. Inhibitions, Symptoms and Anxiety

بسیار غیرمحتمل است که روان‌نژندی فقط هنگام حضور عینی خطر و بدون دخالت سطوح عمیق‌تر ذهن پدید آید. اما به نظر می‌رسد ناخودآگاه از هرگونه محتوای مرتبط با نابودی حیات تهی‌ست. اختگی را می‌توان در تجربه‌ی روزانه‌ی جدا شدن مدفوع از بدن یا فقدان پستان مادر هنگام از شیر گرفتن مجسم کرد. ولی چیزی شبیه مرگ را نمی‌توان تجربه کرد؛ تجربیات مشابه مثل از هوش رفتن هم هیچ اثری از خود بر جای نمی‌گذارند. پس ترجیح می‌دهم به این عقیده پایبند بمانم که ترس از مرگ را باید همسنگ ترس از اختگی دانست؛ موقعیتی که ایگو به آن واکنش نشان می‌دهد، موقعیتی‌ست که فرد از سوی سوپرایگوی حمایت‌کننده ــ نیروهای سرنوشت ــ طرد شده و دیگر دفاعی در برابر خطرات پیرامونش ندارد.(۹۸)

منطق و استدلالِ این چند سطر بسیار ضعیف است. اول اینکه فروید اصرار دارد ما تجربه‌ای از مرگ نداریم و ناخودآگاه ما فاقد هرگونه تصویر و تجسم از مرگ است. مگر اختگی را تجربه می‌کنیم؟ فروید اعتراف می‌کند که تجربه‌ی بلافصلی از آن نداریم؛ ولی می‌گوید فقدان‌هایی را تجربه می‌کنیم که از لحاظ تجربی معادل اختگی‌اند: جدا شدن روزانه‌ی مدفوع از بدن یا تجربه‌ی از شیر گرفته شدن. قطعاً ارتباط میان مدفوع ــ از شیر گرفته شدن ــ و اختگی منطقی‌تر از مفهوم مرگ‌آگاهیِ درونی و شهودی نیست. در واقع، هرجا اختگی را جایگزین مرگ (به‌عنوان سرچشمه‌ی اصلی اضطراب) کرده‌ام، استدلال فروید چنان ناموجه و غیرقابل‌دفاع شده که تاختن به آن هم برایم ناخوشایند است، گویی با حریفی چلاق و افلیج روبه‌رو باشم. برای مثال این نکته‌ی واضح را در نظر بگیرید که زنان هم دچار اضطراب می‌شوند: کله‌معلق‌ها و پشتک و واروهایی که لازم بود تا نظریه‌ی اختگی در مورد زنان هم کاربرد پیدا کند، حقیقتاً برجسته‌ترین جنبش و جست‌وخیز فراروانشناسی تحلیلی بود.

این معکوس کردن اولویت‌ها توسط فروید، مورد انتقاد صریح ملانی کلاین قرار گرفت. «ترس از مرگ، ترس از اختگی را تقویت می‌کند، نه اینکه همسنگ آن باشد... از آنجا که تولیدمثل راه اصلی خنثی‌سازی مرگ است، از دست دادن عضو تناسلی به‌معنای اتمام نیروی آفریننده‌ای‌ست که ضامن بقا و حفظ زندگی‌ست.» کلاین با این نظر فروید که ترس از مرگ در ناخودآگاه جایی ندارد هم مخالف بود. او با پذیرش ادعای بعدی

فروید درباره‌ی وجود غریزه‌ی مرگ (تاناتوس) در لایه‌های عمیق‌تر ناخودآگاه استدلال کرد «ترس از مرگ که در ناخودآگاه لانه دارد، با این غریزه در تضاد است.»(۹۹)

با وجود مخالفت کلاین و نیز رنک، آدلر و سایرین که جنگی چریکی ترتیب دادند، فروید بر دیدگاه‌های خود اصرار ورزید و فرقه‌ای متشکل از درمانگران نسل‌های بعد را بنیان نهاد که همگی انکارکننده‌ی مرگ بودند. درسنامه‌های اصلی روانکاوی همین روند را در پیش گرفتند و به آن تداوم بخشیدند. اتو فنیکل[1] می‌گوید: «از آنجا که اندیشه‌ی مرگ از لحاظ ذهنی غیرقابل تصور و فهم‌ناپذیر است، در واقع در پسِ هر ترس از مرگی، اندیشه‌های ناخودآگاه دیگری نهفته است.» (۱۰۰) رابرت والدر[2] حتی تفکر راجع به مرگ را به‌کلی از قلم می‌اندازد؛(۱۰۱) در حالی که رالف گرینسون[3] به‌طور گذرا مرگ را از چشم‌انداز تاناتوس، غریزه‌ی مرگ فروید، مورد بحث قرار می‌دهد و بعد آن را به‌عنوان نظریه‌ای بدیع، جسورانه ولی بی‌ثبات مردود می‌شمرد.(۱۰۲) اصلاحات ضروری تنها به‌تدریج و به‌وسیله‌ی کسانی خارج از قلمروِ سنتی فرویدی (یا کسانی که خیلی زود خود را از این قلمرو بیرون کشیدند) تدارک دیده شد.

چرا فروید مرگ را از نظریه‌ی روان‌پویه‌شناسی حذف کرد؟ چرا ترس از مرگ را سرچشمه‌ی اصلی اضطراب ندانست؟ روشن است که این حذف، سهو و اشتباهِ صرف نبوده: ترس از مرگ نه مفهومی عمیق و دور از دسترس است و نه مفهومی دیرفهم و گیج‌کننده؛ و بسیار غیرمحتمل است که فروید در بررسی آن کوتاهی کرده و بعد عمداً مردود شمرده باشدش. در سال ۱۹۲۳ موضعی آشکار نسبت به آن دارد: «این عبارت پرطمطراق را که 'هر ترسی در نهایت ترس از مرگ است' به‌سختی می‌توان معنا کرد و در هر حال قابل توجیه نیست.»(۱۰۳) مانند گذشته به استدلالش ادامه می‌دهد بی‌آنکه طرف مقابل را متقاعد کند: اینکه درک و دریافت مرگ حقیقتاً امکان‌پذیر نیست و همیشه بخشی از ایگو، تماشاگرِ زنده باقی می‌ماند. باز به همان نتیجه غیرقابل‌قبول می‌رسد که «ترس از مرگ مانند ترس از وجدان، شکل تکامل‌یافته‌ی ترس از اختگی‌ست.»(۱۰۴)

---

1. Otto Fenichel
2. Robert Waelder
3. Ralph Greenson

دقت کنید که بی‌توجهی فروید به مرگ محدود به مباحثات مربوط به نظریه‌ی رسمی اضطراب، واپس‌زنی، ناخودآگاه و به‌طور خلاصه بخش‌های درونی ـ چرخ‌دنده‌ها، بالشتک‌ها و باتری ـ سازوکار ذهنی است.[1] هرجا به خود اجازه‌ی اظهار نظر آزادانه داده، به گمانه‌زنی جسورانه و پرحرارت درباره‌ی مرگ دست زده است. مثلاً در مقاله‌ای کوتاه و تأثیرگذار به‌نام «مَنِش ما نسبت به مرگ» که در پایان جنگ جهانی اول نوشته شده، درباره‌ی انکار مرگ و تلاش انسان برای مغلوب ساختن مرگ به‌وسیله‌ی آفریدن اسطوره‌های جاوید و نامیرا بحث کرده است. پیشتر اظهارنظرهای او را در این باره که ناپایداری و گذرا بودن زندگی، بر اشتیاق و غنای آن می‌افزاید، نقل کرده بودم. او به نقشی که مرگ در شکل دادن به زندگی دارد، می‌اندیشید:

> بهتر است در واقعیت و در افکارمان جایگاهی شایسته برای مرگ در نظر بگیریم و اهمیت کمتری برای مَنِش ناخودآگاه به مرگ قائل شویم، ناخودآگاهی که تا کنون سرکوبش کرده‌ایم. این پیشرفت چندان فوق‌العاده‌ای نیست، حتی از جهاتی عقب‌نشینی یا پسرفت است؛ ولی این مزیت را دارد که برای حقیقت ارزش بیشتری قائل می‌شویم و زندگی بار دیگر برایمان تحمل‌پذیرتر می‌شود. گذشته از هرچیز، نخستین وظیفه‌ی هر موجود زنده، تحمل زندگی‌ست. اگر خیالات این وظیفه را دشوارتر کنند، بی‌ارزشند. به یاد آن ضرب‌المثل قدیمی می‌افتیم که: «Si vis pacem, para bellum» یعنی اگر می‌خواهی از صلح پاسداری کنی، برای جنگ مهیا شو. می‌شود با گذشت زمان آن را این‌گونه تغییر داد: «Si vis vitam, para mortem» یعنی اگر می‌خواهی زندگی را تاب بیاوری، خود را برای مرگ مهیا کن.(۱۰۶)

«اگر می‌خواهی زندگی را تاب بیاوری، خود را برای مرگ مهیا کن.» فروید معتقد بود وظیفه‌ی درمانگر کمک به بیمار برای تاب آوردن زندگی‌ست. تمامی زندگی حرفه‌ای فروید وقف این کار شده بود. با این حال، به‌جز استفاده از این ضرب‌المثل،

---

۱. فروید در شصت‌وچهار سالگی و در فراسوی اصل لذت جایی برای مرگ در مدل ذهن در نظر گرفت؛ ولی حتی در این ساخت‌وپرداخت هم به‌جای وحشت اولیه‌ی مرگ، از خواستِ مرگ سخن گفت و تاناتوس به‌عنوان یکی از دو سائق اصلی معرفی شد.(۱۰۵)

درباره‌ی چگونه مهیا شدن برای مرگ و نقش مفهوم مرگ در روان‌درمانی برای همیشه خاموش ماند. چرا؟

در مورد فروید می‌توان همین طور پیش رفت و به نادیده‌گیری‌هایش اشاره کرد و در مورد نقاط کورش سخن گفت، ولی این کار فقط تا زمانی امکان‌پذیر است که نگاهی مشوش به پشت سرمان نینداخته باشیم. شاید بصیرت و ژرف‌بینی‌اش بسیار بیش از ما بوده که این در بسیاری موارد صادق است. شاید موضوع را به‌قدری سطحی دانسته که طرح مباحثه‌ای کامل را برای این دیدگاه ضروری ندیده است. همیشه به ما اندرز داده‌اند به دلایل پنهان در پس دیدگاه‌های فروید دقت کنیم. معتقدم او به دلایلی غیرمنطقی و نامستدل که از دو منشأ برمی‌خاستند، مرگ را از نظریه‌ی پویه‌نگر حذف کرد: آن دو منشأ یکی، مدل نظری قدیمی و ازمدافتاده‌ی رفتاری بود و دیگری، اشتیاق بی‌امانی که برای دستیابی به شکوه و افتخار شخصی داشت.

بی‌توجهی فروید به مرگ: دلایل نظری

وقتی فروید هفتادوپنج ساله بود، از او پرسیدند چه کسی بیشترین تأثیر را بر او گذاشته است. همان‌طور که همیشه عادت داشت، بی‌درنگ پاسخ داد: «بروکه[1].» ارنست بروکه استاد فیزیولوژی فروید در دانشکده‌ی پزشکی و آموزگار او در دوره‌ی کوتاهی بود که به پژوهش در زمینه‌ی نوروفیزیولوژی پرداخت. بروکه مردی بود با خلق‌وخوی تند، اراده‌ی آهنین پروسی و چشمانی به‌رنگ آبی پولادفام و مایه‌ی ترس دانشجویان پزشکی وین. (در امتحانات چند دقیقه برای پرسش‌وپاسخ شفاهی به هر دانشجو اختصاص می‌داد. اگر دانشجو پاسخ سؤال اول را نمی‌دانست، بروکه باقیمانده‌ی وقت را، بی‌توجه به التماس‌ها و درخواست‌های دانشجو و رییس دانشکده که در امتحان حضور داشت، به سکوتی عبوسانه و خشن می‌گذراند.) بروکه بالاخره دانشجویی را که لایق توجهش باشد، در فروید یافت و این دو چندین سال در آزمایشگاه نوروفیزیولوژی در کنار هم کار کردند.

---

1. Brücke

بروکه پشتوانه‌ی اصلی مکتب نظری زیست‌شناختی‌ای به شمار می‌آمد که هرمان فون هلمهولتز[1] بنیان‌گذاری‌اش کرده بود و پژوهش‌های پزشکی و علوم پایه‌ی نیمه‌ی دوم قرن نوزدهم را در اروپای غربی تحت‌الشعاع قرار داده بود. موضع اصلی هلمهولتزی و میراث بروکه برای فروید به‌وضوح در این گفته‌ی امیل دوبوئا ریمون[2] یکی دیگر از پایه‌گذاران این نظریه شرح داده شده است:

> در موجود زنده، هیچ نیروی دیگری جز نیروهای فیزیکی-شیمیایی رایج فعال نیست؛ پس برای دریافت شیوه یا شکل خاص عملکرد مواردی که فعلاً با این نیروها قابل توجیه نیست، یا باید اسلوبی فیزیکی-ریاضی یافت یا وجود نیروهایی را پذیرفت که هم‌شأن نیروهای فیزیکی-شیمیایی و قابل تبدیل به نیروی جاذبه و دافعه باشند.(۱۰۷)

بنابراین دیدگاه هلمهولتزی کاملاً جبرگرا و مخالف زندگی‌باوری‌ست. انسان ماشینی‌ست که با سازوکارهای فیزیکی-شیمیایی به‌کار می‌افتد. بروکه در سال ۱۸۷٤ در سخنرانی‌هایی در فیزیولوژی می‌گوید با اینکه موجودات زنده به‌دلیل قدرت همانندسازی با ماشین‌ها متفاوتند، ولی به‌هرحال پدیده‌هایی متعلق به دنیای فیزیکی‌اند و به‌وسیله‌ی نیروهایی هماهنگ با قانون بقای انرژی به حرکت درمی‌آیند. تنها جهل و بی‌دانشی‌ست که نیروهای سوق‌دهنده و پیش‌ران موجود زنده را متعدد جلوه می‌دهد. «پیشرفت علم تعداد آن‌ها را به دو نیرو کاهش می‌دهد: جاذبه و دافعه. این را می‌توان به ارگانیسم انسانی نیز تعمیم داد.»(۱۰۸)

فروید این مدل هلمهولتزی و ماشینی را برای موجود زنده پذیرفت و آن را برای ساختن مدل ذهن به‌کار گرفت. در هفتاد سالگی گفته: «همه‌ی عمر یک هدف داشته‌ام 'پی بردن به اینکه دستگاه ذهن چگونه کار می‌کند و کنش و واکنش نیروها در آن چگونه است.'»(۱۰۹) پس روشن است فروید به چه دلیل مدیون بروکه بود: نظریه‌ی فرویدی که اغلب از سوی مخالفان به شکلی طعنه‌آمیز نامعقول و غیرمنطقی خوانده می‌شود، عمیقاً در آموزه‌های بیوفیزیکی-شیمیایی ریشه دارد. نظریه‌ی غرایز

---

1. Hermann von Helmholtz
2. Emil du-Boi Reymond

دوگانه‌ی فروید، نظریه‌ی بقا و تبدیل انرژی لیبیدویی و قطعیت انعطاف‌ناپذیر تصمیمش به روانپزشک شدن: همه و همه بر اساس دیدگاه ماشینی بروکه نسبت به انسان پایه‌ریزی شده است.

حال با این پیش‌زمینه و با درک بیشتر به این سؤال بازمی‌گردیم که چرا فروید مرگ را از جمع‌بندی‌هایش از رفتار انسان حذف کرد. دوگانگی ــ وجود دو سائق اصلیِ به‌شدت متضاد ــ سنگ‌بستری بود که فروید نظام فراروانشناختی‌اش را بر آن بنا کرد. آموزه‌های هلمهولتزی این دوگانگی را می‌طلبد. گفته‌ی بروکه را به‌یاد آورید: دو نیروی بنیادینِ فعال درون موجود زنده هست: جاذبه و دافعه. نظریه‌ی واپس‌رانی یا همان نقطه‌ی شروع اندیشه‌ی روانکاوی، نیازمند نظامی دوگانه‌انگار[1] است: واپس‌زنی نیازمند تعارض میان دو نیروی بنیادین است. فروید در دوران فعالیت حرفه‌ای‌اش کوشید جفت سائق‌های متضادی را شناسایی کند که انسان را به پیش می‌راند. نخستین پیشنهادش، «گرسنگی و عشق» بود که در ستیز میان حفظ موجودیت فرد و بقای نسل عینیت می‌یافت. قسمت اعظم نظریه‌ی روانکاوی بر این تضاد تکیه دارد: ستیز میان ایگو و غرایز لیبیدویی در نخستین نظریه‌ی فروید، علت واپس‌زنی و سرچشمه‌ی اضطراب دانسته شده است. بعدها، او به‌دلایلی که در این بحث نمی‌گنجد، متقاعد شد که این دوگانگی توجیه‌پذیر نیست و از دوگانگی دیگری جانبداری کرد: دوگانگی اصلی در ذات زندگی نهفته است: میان زندگی و مرگ، اروس و تاناتوس. با این حال، فراروان‌شناسی و روان‌درمانی فرویدی بر اساسِ همان نظریه‌ی اول بنیان نهاده شده است؛ نه فروید و نه دانشجویانش (به جز یک استثنا به‌نام نورمن اُ. براون[2] (۱۱۰)) هیچ‌یک به تدوین دوباره‌ی نظریه‌ی او بر اساس دوگانه‌ی مرگ-زندگی همت نگماشتند؛ و بیشتر پیروانش دومین نظریه‌ی غریزه را کنار گذاشتند، زیرا از لحاظ درمانی به دیدگاهی مأیوسانه می‌انجامید. آن‌ها یا با استدلال اولیه‌ی لیبیدو-ایگو همراه شدند یا به نظریه‌ی غریزه‌ی واحد یونگی ــ دیدگاهی که نظریه‌ی واپس‌زنی را تضعیف می‌کند ــ روی آوردند.

---

1. dualistic
2. Norman O. Brown

مرگ هنوز از راه نرسیده؛ رویدادی‌ست که رخ می‌دهد، اتفاقی‌ست که در آینده می‌افتد. تجسم مرگ و مضطرب بودن برای آن، نیازمند مجموعه‌ای از فعالیت‌های ذهنی‌ست: برنامه‌ریزی و افکندن خویش به آینده. در قالب جبرگرایانه‌ی فروید، نیروهای ناخودآگاهِ متضاد که برایندشان تعیین‌کننده‌ی رفتار ماست، بدوی و غریزی‌اند. نیروگاه روانی جای اعمال پیچیده نظیر تجسم آینده و ترس از آن نیست. فروید از این بابت به دیدگاه نیچه نزدیک است که ژرف‌اندیشی خودآگاه را برای تولید رفتار، کاملاً زاید و غیرضروری می‌داند. به‌عقیده‌ی نیچه، رفتار را نیروهای خودکار ناخودآگاه تعیین می‌کنند: تعمق خودآگاه نتیجه‌ی رفتار است، نه پیش‌درآمد آن؛ احساس حاکمیت فرد بر رفتارش وهمی بیش نیست. انسان می‌پندارد رفتارش را در جهت ارضای خواستِ قدرت و نیاز به خودمختار و مصمم دانستن خویش انتخاب می‌کند، ولی این تنها یک پندار است.

به‌این‌ترتیب، مرگ در نظریه‌ی پویه‌نگر فروید نقشی ایفا نمی‌کند. از آنجا که رویدادی در آینده است و تجربه‌پذیر و تجسم‌پذیر نیست، جایی در ناخودآگاه ندارد و نمی‌تواند بر رفتار مؤثر باشد. مرگ در دیدگاهی که رفتار را در حد مقابله‌ی دو غریزه‌ی بدوی متضاد پایین می‌آوَرَد، جایی ندارد. فروید به زندانیِ نظام جبرگرای خویش بدل شد و توانست نقش مرگ را در تولید اضطراب و در چشم‌انداز انسان از زندگی تنها به یکی از این دو طریق بیان کند: در پانوشت‌ها و مقالات «ضبط‌نشده» مانند افکارِ زمانه‌ی جنگ و مرگ[1] (۱۱۱) و مضمون سه صندوقچه[2] (۱۱۲) از نظام رسمی خود خارج شود یا مرگ را با گنجانیدن ترس از مرگ در حیطه‌ی ترس‌های بدوی‌تر (مانند اختگی) یا در نظر گرفتن خواستِ مرگ به‌عنوان یکی از دو سائق بنیادینِ پدیدآورنده‌ی همه‌ی رفتارها به‌زور در نظام خویش وارد کند. اعلام مرگ به‌عنوان یکی از دو سائق بنیادین، مشکلی را حل نمی‌کند: مرگ را رویدادی آتی نمی‌انگارد؛ اهمیت مرگ را در زندگی نادیده می‌گیرد، مرگی که می‌تواند به‌مثابه راهنما، مقصد و فرجام آخرین، زندگی را از هر معنایی تهی سازد یا فرد را به شکل اصیل‌تری از زندگی فراخوانَد.

---

1. Thoughts for the Times on War and Death

بی‌توجهی فروید به مرگ: دلایل شخصی

برای آنکه دریابیم چرا فروید نظام نظری‌ای را که به‌وضوح مانع پیشرفت و اوج‌گیری استعدادش بود و او را به موضع‌گیری‌های پراعوجاجی واداشت، رها نکرد، باید فرویدِ انسان را به‌اختصار بررسی کنیم. اثر هنرمند، ریاضیدان، ژن‌شناس یا رمان‌نویس خود مبین خویش است. بنابراین مطالعه‌ی زندگی و انگیزه‌های هنرمندان و دانشمندان کاری تجملی و البته لذت‌بخش است، اغلب لذتی سرگرم‌کننده و جالب و گاه لذتی اندیشمندانه و روشنگرانه به‌همراه می‌آورد. ولی وقتی صحبت از نظریه‌ای‌ست که ادعای آشکارسازی عمیق‌ترین سطوح رفتار و انگیزه‌های انسانی را دارد و بخش اعظم مفروضاتِ پشتوانه‌ی این نظریه، از خودکاوی و تحلیل یک فرد از خودش نشأت گرفته، مطالعه‌ی عمیق درباره‌ی این فرد، دیگر نه‌تنها کاری تجملی نیست، که یک ضرورت است. خوشبختانه در این مورد با کمبود اطلاعات مواجه نیستیم: اطلاعاتی که از فروید داریم، احتمالاً از هر شخصیت تاریخی دیگری (به‌استثنای وودی آلن) بیشتر است.

در واقع، آن‌قدر از زندگینامه‌ی او مطلعیم ــ از اثر جامع سه‌جلدی و ۱۴۵۰ صفحه‌ای ارنست جونز با نام زندگی و آثار زیگموند فروید (۱۱۳) گرفته تا زندگینامه‌های غیرحرفه‌ای(۱۱۴)، یادنامه‌های منتشرشده از بیماران قبلی‌اش(۱۱۵) و مکاتباتش که یکی پس از دیگری منتشر شدند(۱۱۶) ــ که با دست‌چین و انتخاب دقیق می‌توان از هر نظریه‌ی تکان‌دهنده‌ای در ارتباط با ساختار شخصیتی او دفاع کرد. پس این خواننده است که باید چشم و گوشش را باز کند و هر نوشته‌ای را نپذیرد.

معتقدم شواهد بسیاری ثابت می‌کند علت اصلی عزم راسخ و وسواس‌گونه‌ی فروید، اشتیاق سیری‌ناپذیرش به شهرت و بزرگی بود. کتاب جونز حول این موضوع می‌گردد. فروید در پرده (یعنی با کیسه‌ی آمنیون پاره‌نشده) به‌دنیا آمد، رویدادی که در باور عامه پیشگویی‌کننده‌ی شهرت است. خانواده‌اش بر این باور بودند که شهرت و معروفیت برای او مقدر شده است: مادرش که هرگز به این باور شک نکرد، «زیگی موفق و پرافتخار من» می‌نامیدش و او را بر دیگر فرزندانش ترجیح می‌داد. فروید بعدها نوشت: «مردی که محبوب بی‌چون‌وچرای مادرش باشد، همه‌ی عمر احساس یک فاتح را خواهد داشت، اطمینانی که به موفقیتش دارد، موفقیت

واقعی را برایش به ارمغان می‌آوَرَد.»(۱۱۷) پیشگویی‌هایی که در کودکی اتفاق افتاد این باور را تقویت کرد: روزی در یک مغازه‌ی شیرینی‌فروشی غریبه‌ی مسنی به مادرش گفت او مرد بزرگی را به‌دنیا آورده است، نقال دوره‌گردی در یک پارک تفریحی فروید را از میان کودکان انتخاب کرد و گفت او روزی وزیر خواهد شد. هوش و استعدادهای بارز فروید هم بر این باور دامن می‌زد؛ همیشه شاگرد اول کلاس بود، در واقع، به‌زعم جونز، در مدرسه از چنان جایگاه ممتازی برخوردار بود که هرگز مورد سؤال قرار نمی‌گرفت.(۱۱۸)

دیگر فروید نسبت به سرنوشت مقدرش شک نداشت. در نوجوانی در نامه‌ای به یکی از دوستانش نوشت بهترین نمره‌ی انشاء را گرفته و ادامه داد: «نمی‌دانستی با یک نویسنده‌ی صاحب‌سبک آلمانی نامه ردوبدل می‌کنی. بهتر است به‌دقت از این نامه‌ها نگهداری کنی، کسی آینده را ندیده است.»(۱۱۹) جالب‌ترین عبارت را در این مورد می‌توان در یکی از نامه‌هایی یافت که در بیست‌وهشت سالگی (که هنوز به رشته‌ی روانپزشکی وارد نشده بود!) به نامزدش نوشته است:

همین حالا تصمیمی گرفتم که مایه‌ی تأسف گروهی از مردم است که هنوز به‌دنیا نیامده‌اند ولی بداقبالی‌شان از هم‌اکنون مقدر شده. چون نمی‌توانی حدس بزنی چه کسانی مد نظرمند، برایت می‌گویم: منظورم زندگینامه‌نویس‌هایم هستند. همه‌ی خاطرات روزانه‌ای که در چهارده سال گذشته نوشته بودم، همراه با نامه‌ها، یادداشت‌های علمی و دست‌نوشته‌ی کتاب‌هایم را از بین بردم. فقط نامه‌های خانوادگی را نگه داشتم. نامه‌های تو نازنینم را خطری تهدید نمی‌کند. تمامی دوستی‌ها و روابط قدیمی دوباره از پیش چشمم گذشتند و در خاموشی سرنوشتشان را پذیرا شدند... . معلوم شد همه‌ی افکار و احساساتی که درباره‌ی دنیا به‌طور عام و درباره‌ی آنچه مرا به دنیا مربوط کرده به‌طور خاص داشته‌ام، ارزش ماندن ندارند. باید به همگی‌شان دوباره بیندیشم. یادداشت‌های زیادی داشتم. ولی این چرندیات، درست مثل ماسه‌ای که ابوالهول را پوشاند، مرا احاطه و در خود مدفون می‌کرد، طوری که به‌زودی فقط سوراخ‌های بینی‌ام از این کاغذها بیرون می‌ماند. پیش از آنکه خود را از این فکر خلاص کنم که چه کسی به‌سراغ این کاغذها می‌آید، نمی‌توانم اینجا را ترک کنم و

بمیرم. به‌علاوه، هرآنچه پیش از اتفاق سرنوشت‌ساز زندگی‌ام، یعنی ملاقات تو، رخ داده پشت سر گذاشته‌ام: رخدادهایی که مُرده‌اند و نباید تدفینی آبرومند را از آن‌ها دریغ کنم. بگذار زندگینامه‌نویسان را دست بیندازیم؛ کار را برایشان آسان نکنیم. بگذار هرکدام باور کنند نظر خودشان در مورد «رشد و تکامل قهرمان» صحیح است: همین حالا هم فکر سرگردانی‌ها و گمراهی‌هایشان سرگرمم می‌کند.(۱۲۰)

فروید برای دستیابی به شهرت و بزرگی، در پی کشفی عظیم بود. نخستین نامه‌هایش، وفور عقاید سرگیجه‌آوری را وصف می‌کند که در سر می‌پرورانْد و به دور می‌افکنْد. به‌زعم جونز، او با پی‌گیری نکردن فعالیت‌های اولیه‌اش در زمینه‌ی بافت‌شناسی عصبی و استنتاج منطقی‌ای که منجر به بنیان‌گذاری نظریه‌ی سلول عصبی می‌شد، در واقع امکان شهرت و افتخار را از دست داد. این امکان یک بار دیگر هنگام مطالعه‌ی کوکائین از کف رفت. فروید این رویداد را در نامه‌ای که با این جمله آغاز می‌شود، وصف کرده است: «شاید بهتر است کمی به عقب بازگردم و بگویم تقصیر از نامزدم است اگر خیلی زودتر از این‌ها و در سنین پایین‌تر مشهور نشدم.»(۱۲۱) و ادامه می‌دهد که چطور یک روز اتفاقاً مشاهداتش را درباره‌ی خاصیت بی‌حس‌کنندگی کوکائین، برای یکی از دوستان پزشکش به‌نام کارل کولر[1] توضیح داده و بعد شهر را برای ملاقاتی طولانی با نامزدش ترک کرده است. هنگام بازگشت فروید، دیگر کولر آزمون‌های جراحی مهمی انجام داده بود و به‌عنوان کاشف بی‌حسی موضعی شهرت یافته بود.

کمتر انسانی را می‌توان یافت که به اندازه‌ی فروید از هوش و استعداد بهره‌مند بوده باشد؛ او از نیروی تخیل بالا، انرژی بی‌حدوحصر و اراده‌ای راسخ و تسلیم‌ناپذیر برخوردار بود. با وجود این، وقتی به بلوغ حرفه‌ای رسید، متوجه شد راهی را که به موفقیتش ختم می‌شد، غیرمنصفانه و بوالهوسانه مسدود کرده‌اند. بروکه مجبور شد مطلعش کند که به‌دلیل یهودستیزی غالب بر وین آن روزگار، عملاً دستیابی به شغلی دانشگاهی برای او منتفی‌ست: راه حمایت دانشگاهی، به‌رسمیت شناخته شدن و ارتقاء بر او بسته است. فروید در بیست‌وهفت سالگی مجبور شد پژوهش را کنار بگذارد و از راه طبابت معمولی

---

1. Karl Koller

امرار معاش کند. بنابراین تخصص روانپزشکی را برگزید و به‌حیطه‌ی طبابت خصوصی قدم گذاشت. اکنون «کشف بزرگ» تنها بخت او برای دستیابی به شهرت بود.

مسلماً احساس فروید مبنی بر از کف رفتن زمان و فرصت، اقدام ناسنجیده‌اش را در حادثه‌ی کوکائین توجیه می‌کند. خوانده بود بومیان امریکای جنوبی برای کسب انرژی گیاه کوکائین را می‌جوند؛ کوکائین را در کار بالینی‌اش مورد استفاده قرار داد و برای جامعه‌ی پزشکی وین، نطقی در مدح اثرات مثبت دارو بر افسردگی و خستگی ایراد کرد. کوکائین را برای بسیاری از بیمارانش تجویز کرد و دوستان (و حتی نامزدش) را به مصرف آن واداشت. وقتی خیلی زود، نخستین موارد اعتیاد به کوکائین گزارش شد، اعتماد جامعه‌ی پزشکی وین به فروید کاهش یافت. (این حادثه دست‌کم بخشی از عدم استقبال جامعه‌ی دانشگاهی وین را از کشف‌های بعدی فروید توجیه می‌کند.)

روانشناسی کم‌کم او را کاملاً مجذوب کرد. گره‌گشایی از ساختار ذهن، به‌اصطلاح خود فروید به معشوقه‌اش بدل شد. خیلی زود نظریه‌ی روان‌پیدایش[1] هیستری را مطرح کرد. امیدش برای دستیابی به اوج ترقی به موفقیت این نظریه بستگی داشت؛ پیدایش شواهد بالینی نقض‌کننده، شکست سختی برایش بود. فروید این شکست را در سال ۱۸۹۷در نامه‌ای به دوستش ویلهلم فلیس[2] این‌طور توصیف کرده است: «امید به شهرت ابدی، ثروت و استقلال کامل بسیار دلنشین بود...و همه‌ی این‌ها منوط به موفقیت نظریه‌ی هیستری.»(۱۲۲)

مشاهدات مجزا و مرحله‌به‌مرحله اهمیت چندانی نداشت. چیزی کمتر از یک مدل کامل ذهن که همه‌چیز را در بر بگیرد، فروید را راضی نمی‌کرد. در سال ۱۸۹۵ که هنوز در نیمه‌راه نوروفیزیولوژیست شدن و روانپزشک شدن بود، احساس کرد کشف مدلی برای ذهن در توانش است. در نامه‌ای نوشت:

> ناگهان موانع برداشته شد، پرده‌ها افتاد و درک ویژگی‌های خودآگاه با استفاده از جزئیات روان‌نژندی ممکن شد. هرچیز در جای خود قرار گرفت، چرخ‌دنده‌ها به‌حرکت درآمد

---

1. psychogenesis
2. Wilhelm Fliess

و در یک آن، همه‌چیز مثل ماشینی به راه افتاد. سه نظام سلول عصبی، حالات «مقید» و «مختار» کمیت، فرایندهای اولیه و ثانویه، گرایش اصلی و گرایش سازش‌یافته‌ی دستگاه عصبی، دو اصل زیست‌شناختی مراقبت و دفاع، نشانگرهای کیفیت، واقعیت و اندیشه، مراحل روانی-جنسی، جنسی بودن عامل تعیین‌کننده‌ی واپس‌رانی و بالاخره عوامل تعیین‌کننده‌ی خودآگاهی به‌عنوان کارکردی ادراکی، همه‌وهمه جفت‌وجور شد و همان‌طور باقی ماند. به‌سختی می‌توانم شادی و شعفم را مهار کنم.(۱۲۳)

برای آنکه کشف جدید فروید را راضی کند، دو ویژگی ضروری بود: ۱. مدل ذهن، مدلی جامع و واجد پیش‌نیازهای علمی هلمهولتزی باشد؛ و ۲. کشفی اصیل باشد. نمودار اولیه‌ی فروید از ذهن: وجود واپس‌زنی، رابطه‌ی میان خودآگاه و ناخودآگاه و در نظر گرفتن شالوده‌ای زیست‌شناختی برای فکر و عاطفه، ترکیب خلاقانه‌ای بود، مؤلفه‌های تازه‌ای نداشت (شوپنهاور و نیچه پیشگامان جسور این راه بودند)، ولی در جامعیت و دقت و در قابلیت به‌کارگیری در بسیاری از فعالیت‌های انسانی، از رؤیا و خیال‌پردازی گرفته تا رفتار، شکل‌گیری علائم بیماری و روان‌پریشی تازگی داشت. (فروید در جایی از پیشینیان خود این گونه یاد کرده است: «افراد زیادی با ناخودآگاه لاسیدند، ولی من نخستین کسی بودم که با آن ازدواج کردم.») مؤلفه‌ی انرژی در مدل فرویدی (نیروی جنسی یا لیبیدو) ــ میزان ثابتی از انرژی که از مراحل تکاملی مشخص و ازپیش‌تعیین‌شده‌ای در نوزادی و کودکی عبور می‌کند و می‌تواند آزاد یا مقید باشد، بر اُبژه‌ای متمرکز شود، طغیان کند، بازداشته یا جابه‌جا شود و سرچشمه‌ی فکر، رفتار، اضطراب و علائم بیماری باشد ــ کاملاً اصیل است؛ این کشف بزرگی بود و فروید آن را چسبید و رها نکرد. او رابطه با بهترین مریدانش را قربانی نظریه‌ی لیبیدو کرد، آن‌ها راهشان را جدا کردند چون حاضر نشدند پافشاری مطلق فروید را بر کشف جدید (نقش محوری لیبیدو در انگیزه‌ی انسانی) بپذیرند.

روشن است که نقش مرگ در رفتار انسان، چه به‌عنوان سرچشمه‌ی اضطراب و چه به‌عنوان یکی از عوامل تعیین‌کننده‌ی انگیزه، جذابیت چندانی برای فروید نداشت. هیچ‌یک از نیازهای پویه‌نگر شخصی‌اش را برآورده نمی‌ساخت: مرگ غریزه نبود (گرچه فروید در سال ۱۹۲۰ به این نتیجه رسید که هست) و با مدل ماشینی

هلمهولتزی مطابقت نداشت. تازه هم نبود: در واقع، کهنه بود، به قدمت تورات؛ فروید نمی‌خواست به صف طویل متفکرانی بپیوندد که تا آغاز زمان کشیده شده است. آنچه عادت داشت «شهرت ابدی» بنامد، در چنین موقعیتی یافت نمی‌شد. شهرت ابدی در صورتی از آنِ او می‌شد که سرچشمه‌ای تاکنون‌ناشناخته برای انگیزه‌های انسانی می‌یافت: لیبیدو. به نظر می‌رسد فروید اشاره‌ی درستی به عاملِ مهم مؤثر بر رفتار انسان نداشت. اشتباه او، اشتباهی ناشی از پافشاری و تمرکز بیش از اندازه بود: تأکید بیش از اندازه بر اولویت لیبیدو؛ او یکی از وجوه انگیزه‌ی انسانی را تا مرتبه‌ی برتری و انحصار مطلق بالا بُرد و هر عامل انسانی دیگری را برای همه‌ی افراد و همه‌ی زمان‌ها، پایین‌تر از آن وجه قرار داد.

نظریه‌های متضاد

نظریه‌های متضاد خیلی زود پدیدار شدند. خلاق‌ترین دانشجویان فروید خود را از نظریه‌ی لیبیدو جدا کردند؛ تا سال ۱۹۱۰، کارل یونگ، آلفرد آدلر و اوتو رنک همگی تصمیم گرفته بودند به‌جای پذیرش غرایز دوگانه و دید ماشین‌وار به ماهیت انسانی، عطای استاد را به لقایش ببخشند. هریک از این انشعاب‌کنندگان سرچشمه‌ی دیگری برای انگیزه‌ی انسانی پیشنهاد کرد. یونگ نیروی حیاتی معنوی و وحدت‌گرا را اصل قرار داد. آدلر بر نگرانی کودک برای بقا و حقارت و درماندگی‌اش در مواجهه با دنیای بالغ درشت‌اندام و جهان محاط‌کننده‌اش تأکید داشت. رنک بر اهمیت اضطراب مرگ پافشاری کرد و معتقد بود انسان همواره میان دو ترس در پیچ‌وتاب است: ترس از زندگی (و تنهایی ذاتی‌اش) و ترس از مرگ. این نظرات و نوشته‌های نظریه‌پردازان امروزی نظیر فروم، می، تیلیش، کایزر و بِکِر، همگی مکمل نظریه‌ی ساختاری فروید بود و نه جایگزین آن. مهم‌ترین سهم فروید، ساخت‌وپرداخت مدل پویای ذهن بود. دخالت دادن مرگ ــ هم ترس از مرگ و هم پذیرش مرگ ــ در مدل پویای فرویدی دوباره‌کاری است: مرگ همیشه در آن حضور داشته، زیر پوشش اختگی، جدایی و وانهادگی. فروید و سنت روانکاویِ بعد از او با این مورد خاص به‌شدت سطحی برخورد کرد؛ نظریه‌پردازان متأخر در جهت اصلاح این سطحی‌نگری گام برداشتند و دیدِ ما را به انسان ژرفای بیشتری بخشیدند.

فصل سوم

مفهوم مرگ برای کودکان

دلواپسی‌های ما برای مرگ و شیوه‌ی کنار آمدنمان با اضطراب مرگ، پدیده‌هایی سطحی نیست که توصیف یا دریافتشان کار ساده‌ای باشد. اولین بار در بزرگسالی هم به‌وجود نمی‌آید. بلکه عمیقاً در گذشته ریشه دارد و در طول زندگیِ سراسر دلمشغولی با امنیت و بقا، تغییرشکل گسترده‌ای می‌یابد. مطالعه بر روی کودکان، فرصتی‌ست بی‌نظیر برای بررسی شکل دست‌نخورده و ناب پیکار انسان با مرگ. هدف این فصل، مطالعه‌ی نحوه‌ی رویارویی کودک با میرایی، شناخت او از مرگ، وحشت، طفره‌روی‌ها و پناه‌گرفتن‌هایش و تکامل تدریجی‌اش در مواجهه با ترس از مرگ است.

به‌نظر من، میان اهمیت مرگ برای کودک و توجه به مرگ در علم رشد روانی کودک، ناهمخوانی قابل ملاحظه‌ای هست. ادبیات مرتبط با این موضوع ناقص است، به‌خصوص وقتی با ادبیات حجیم مرتبط با سایر ابعاد رشد روانی کودک مقایسه شود، در بهترین حالت می‌توان گفت موضوع مرگ سرسری گرفته شده است. مطالعات تجربی در زمینه‌ی برداشت کودک از مرگ به‌وضوح نادرند؛ روانکاوان بالینی گاه به مطالعه‌ی موضوع پرداخته‌اند، ولی همان‌طور که خواهیم دید، با چنان سوگیری‌ای که صحت کار زیر سؤال رفته است. به‌علاوه، مطالب

مرتبطی که عموماً در کتب و مقالات قدیمی یافت می‌شود، اغلب خارج از خط فکری نوشته‌های موجود در زمینه‌ی رشد کودک و روانپزشکی کودک است. بیش از همه مدیون سیلویا آنتونی[1] هستیم که در رساله‌اش با عنوان کشف مرگ در کودکی و بعد از آن به‌مرور و تحلیل استادانه‌ی ادبیات پژوهشی و مشاهدات مرتبط پرداخته است.(۱)

کار بالینی‌ام و نیز بررسی دقیق کار دیگران، مرا به نتیجه‌گیری‌های زیر هدایت کرد:

۱. بررسی دقیق، دانشمندان علوم رفتاری را بدون استثنا به این یافته می‌رساند که ذهن کودکان به‌میزان قابل ملاحظه‌ای با مرگ درگیر است. نگرانی‌های کودکان برای مرگ فراگیر است و تأثیر عمیقی بر دنیای تجربی‌شان می‌گذارد. مرگ معمای بزرگی برایشان است و یکی از وظایف تکاملی مهمشان، کنار آمدن با ترس از درماندگی و نابودی‌ست، در حالی که مسائل جنسی، موضوعاتی ثانوی و فرعی‌اند.(۲)

۲. دلواپسی مرگ در کودکان، نه‌تنها عمیق است، بلکه در سنینی پایین‌تر از آنچه تصور می‌رود، آغاز می‌شود.

۳. مرگ‌آگاهی در کودکان و شیوه‌هایی که برای مقابله با ترس از مرگ به‌کار می‌برند، از مراحل متوالی و منظمی عبور می‌کند.

٤. تدابیر مقابله‌ای کودکان، بدون استثنا بر پایه‌ی انکار بنا می‌شود: گویی با تحمل حقایق بی‌پرده‌ی مرگ و زندگی بزرگ نمی‌شویم یا شاید نمی‌توانیم بزرگ شویم.

فراگیر بودن دلواپسی مرگ در کودکان

فروید معتقد بود تجسس خاموش جنسی و دلمشغولی با سؤال «از کجا آمده‌ام؟»، دلواپسی فراگیر کودکان است و شالوده‌ی شکاف نسلی میان کودک و بزرگسال را می‌سازد. با وجود این، شواهد فراوانی در دست است که سؤال «به کجا می‌روم؟» نیز ذهن انسان را در کودکی به‌شدت درگیر می‌کند و در طول زندگی مدام در گوشش

1. Sylvia Anthony

زنگ می‌زند. می‌تواند با آن مواجه شود، از آن بترسد، ناشنیده بگیردش یا واپس براندَش، ولی نمی‌تواند از آن خلاص شود.

تعداد معدودی از والدین یا مشاهده‌گران هستند که از سؤالات ناگهانی و غیرمنتظره‌ی کودک درباره‌ی مرگ غافلگیر نمی‌شوند. یک بار وقتی در سکوت با پسر پنج‌ساله‌ام در طول ساحل قدم می‌زدیم، ناگهان رو به من کرد و گفت: «می‌دونی، هر دوتا پدربزرگم قبل از اینکه من ببینمشون مُردن.» به‌نظر می‌آمد این از آن عبارت‌های «قله‌ی کوه یخی» بود. یقین داشتم مدت‌ها در سکوت به این موضوع اندیشیده است. با ملاحظه‌ی تمام از او پرسیدم هرچند وقت یک‌بار به این جور چیزها و به مرگ فکر می‌کند و وقتی با لحنی که به‌طرز غریبی بالغانه بود، پاسخ داد: «هیچ‌وقت نشده که بهشون فکر نکنم.» به‌شدت جا خوردم.

یک بار هم هنگام عزیمت برادرش به کالج، معصومانه گفت: «حالا فقط ما سه نفر تو خونه‌ایم، من و تو و مامان. کدوم‌مون اول می‌میریم؟»

یک کودک چهارسال‌ونیمه ناگهان به پدرش گفت: «من همه‌اش می‌ترسم بمیرم؛ کاش هیچ وقت پیر نشم که بعدش بمیرم.»(۳) یک دختر سه‌سال‌ونیمه خواسته بود سنگی روی سرش بگذارد تا جلوی بزرگ‌شدنش را بگیرد و مجبور نباشد پیر شود و بمیرد.(٤) دختر کوچولوی چهارساله‌ای وقتی فهمید همه‌ی زنده‌ها یک‌روزی می‌میرند، بیست‌وچهار ساعت تمام گریه کرد. مادرش به‌هیچ وسیله‌ای نتوانست آرامَش کند تا اینکه در سکوت قول داد آن دختر کوچولو هرگز نمیرد.(٥) کودکی چهارساله چند روز بعد از مرگ مادربزرگ پدری‌اش وارد آشپزخانه شد و غاز مُرده‌ای را روی میز دید که سر خونینش از گردنِ دراز بی‌حرکتش آویزان بود. کودک که راجع به مرگ مادربزرگ چیزهایی شنیده بود، ولی واکنش خاصی نشان نداده بود، مدت کوتاهی با ترس و نگرانی به غاز خیره شد و بعد به مادرش گفت: «این همون چیزیه که شماها بهش می‌گین مُرده؟»(٦)

اریک اریکسون[1] موردِ کودک چهارساله‌ای را گزارش می‌کند که شب بعد از مرگ مادربزرگش و دیدن تابوت او، دچار حمله‌ی شبه‌تشنجی شد. یک ماه بعد موش کور

---

1. Erik Erikson

مُرده‌ای را پیدا کرد، درباره‌ی مرگ پرسید و دوباره دچار تشنج شد. دو ماه بعد وقتی به‌طور اتفاقی پروانه‌ای در دستانش له شد، سری سوم تشنج‌ها آغاز شد.(۷)

ماهیت معصومانه‌ی سؤالات کودک نَفَس را در سینه حبس می‌کند. صراحتاً می‌پرسد: «کی می‌میری؟»، «چند سالته؟»، «آدما تو چند سالگی می‌میرن؟» تأکید می‌کند: «می‌خوام اون‌قدر زندگی کنم که هزار سالم بشه. می‌خوام پیرترین آدم روی زمین بشم.» این‌ها افکاری‌ست مربوط به دوران معصومیت و ممکن است با یک مرگ ــ مرگ پدربزرگ یا مادربزرگ، مرگ یک حیوان و حتی یک گل یا برگ ــ برانگیخته شود؛ ولی اغلب بدون محرک خارجی سر بر می‌آوَرَد: کودک تنها دلواپسی‌هایی درونی را بر زبان جاری می‌سازد که مدت‌ها درباره‌شان فکر کرده است. بعدها، زمانی که کودک یاد می‌گیرد «لباس تازه‌ی پادشاه» را ببیند، او نیز به این باور می‌رسد که مرگ موضوع چندان مهمی نیست.

آنتونی با انجام آزمون تکمیل قصه[1] در نودوهشت کودک در سنین پنج تا ده سال، شاخصی عینی برای دلواپسی مرگ کودکان فراهم آورده است.(۸) قصه‌ها باز و نیمه‌تمام و فاقد اشاره‌ی آشکار به مرگ بود. (مثلاً: «وقتی شب شد و پسرک به رختخواب رفت، به چی فکر کرد؟» یا «پسرک رفت مدرسه؛ وقتی زنگ تفریح را زدند، با بقیه‌ی بچه‌ها بازی نکرد و تنها یک گوشه ایستاد. چرا؟») کودکان در تکمیل قصه‌ها دلمشغولی قابل ملاحظه‌ای با مرگ یا نابودی نشان دادند. تقریباً ۵۰٪ کودکان در تکمیل قصه‌هایشان به مرگ، خاک‌سپاری، کشتن یا ارواح اشاره داشتند. وقتی پاسخ‌های استنباطی و استنتاجی را هم به آن اضافه کنیم («خیلی زود از آنجا رفت» یا «یکی از بچه‌هایش را گم کرد»)، این میزان به بیش از ۶۰٪ می‌رسد. برای مثال کودکان به سؤال «وقتی شب شد و پسرک به رختخواب رفت، به چی فکر کرد؟» پاسخ‌هایی از این دست دادند: «نکند کسی وارد اتاقش بشه و بکشدش» یا «به سفیدبرفی. من تا حالا ندیدمش، ولی تو یه کتاب‌قصه مُرده‌اش را دیده‌ام.» یا «یکی می‌آد خونه‌شون، باباش می‌میره، بعدش هم خودش می‌میره.» در یکی از داستان‌ها پری جادوگری از بچه‌ای می‌پرسد دوست دارد بزرگ بشود یا مدت‌های طولانی حتی برای همه‌ی

1. story-completion test

عمر بچه بماند. بر خلاف این باور عمومی که کودک بی‌صبرانه منتظر بزرگ و قوی شدن است، بیش از ۳۵٪ کودکان، در تکمیل قصه ترجیح داده‌اند بچه بمانند، چون بزرگ شدن را با پیری و مرگ مرتبط دانسته‌اند.

مفهوم مرگ: مراحل تکاملی

پس با شواهد فراوان مبتنی بر دلواپسی مرگ در کودکان، می‌توانم به نحوه‌ی پیدایش مفهوم مرگ در آنان بپردازم. بسیاری از محققان دریافته‌اند افکار و ترس‌های کودک درباره‌ی مرگ و شیوه‌های مقابله‌اش با این ترس، در هر مرحله‌ی تکاملی، مشخصات خود را دارد.

موانع موجود در برابر آگاهی از آنچه کودک درباره‌ی مرگ می‌داند

موانع فراوانی میان ما و برداشت کودک خردسال از مرگ وجود دارد؛ به تبع آن، بحث‌های زیادی هم در این زمینه مطرح شده است.

ناتوانی در سخن گفتن و فقدان تفکر انتزاعی. فقدان تکلم در کودک خردسال، سدی‌ست بر سر راه درک بزرگسالان از تجربه‌ی درونی کودک. در نتیجه متخصصان ــ اغلب با سوگیری فراوان ــ درباره‌ی آنچه کودک می‌داند و آنچه نمی‌داند، به فرضیات متوسل شده‌اند. نکته‌ی دیگر اینجاست که متخصصان رشد و تکامل کودک خصوصاً ژان پیاژه[1] نشان داده‌اند کودکان خردسال فاقد تفکر انتزاعی‌اند. عملکرد ذهنی کودک حتی در ده سالگی عینی است و در این سن کم‌کم به آنچه «بالقوه» یا «محتمل» است، توجه نشان می‌دهد.(۹) روانشناسان معتقدند از آنجا که مرگ، مرگ خود شخص، بودن و نبودن، خودآگاهی، غایتمندی، ابدیت و آینده، مفاهیمی انتزاعی‌اند، کودکان خردسال برداشت دقیقی از مفهوم مرگ ندارند.

جایگاه فروید. عامل مهم و مؤثر دیگر بر دیدگاه‌های تخصصی درباره‌ی مفهوم مرگ برای خردسالان، جایگاه مقتدرانه‌ی فروید است که معتقد بود کودک خردسال معنای حقیقی مرگ را درنمی‌یابد. فروید نخستین سال‌های زندگی را در شکل‌گیری

---

1. Jean Piaget

شخصیت بسیار مؤثر می‌دانست و دقیقاً به همین دلیل بود که مرگ را در رشد و تکامل روانی، چندان مهم ندید. این چند سطر از تفسیر رؤیا موضع او را در این باره مشخص می‌کند:

...برداشت کودک از «مُردن»، جز به‌کارگیری واژه‌ی یکسان، شباهت دیگری با برداشت ما از این موضوع ندارد. کودکان از وحشت فساد و تباهی جسم، انجماد در گوری که از سردی به یخ می‌ماند و وحشت از نیستی ابدی هیچ نمی‌دانند. تحمل این افکار، به شهادت تمامی افسانه‌هایی که انسان درباره‌ی زندگی آینده سراییده، برای بزرگسالان هم سخت است. ترس از مرگ برای کودک بی‌معناست؛ به همین دلیل با واژه‌های ترسناک بازی می‌کند و آن‌ها را به‌عنوان تهدیدی برای همبازی‌اش به‌کار می‌بَرَد: «اگر یک‌بار دیگر این کار را بکنی، تو هم مثل فرانتس می‌میری!»... کاملاً محتمل است کودک هشت‌ساله‌ای وقتی از بازدید موزه‌ی تاریخ طبیعی به خانه بازگردد، به مادرش بگوید: «مامان، خیلی دوستت دارم: هروقت مُردی، پوستت را با کاه پر می‌کنم و تو همین اتاق نگهت می‌دارم تا همیشه پیشم باشی.» پس شباهت بسیار کمی میان برداشت کودک و ما بزرگ‌ترها از مُردن وجود دارد، وقتی از دهان پسر ده‌ساله‌ی باهوشی که پدرش به مرگ ناگهانی از دنیا رفته بود شنیدم: «می‌فهمم بابا مُرده، چیزی که نمی‌فهمم این است که چرا برای شام خانه نمی‌آید.» مات‌ومبهوت ماندم.

به‌علاوه، برای کودکانی که شاهد مناظر مربوط به درد و رنج پیش از مرگ نبوده‌اند، «مُردن» تقریباً به‌معنای «رفتن» و دیگر مزاحم بازماندگان نبودن است. اینکه غیبت ناشی از چیست، تفاوتی برای کودک ندارد: چه به‌دلیل سفر باشد، چه اخراج، چه ترک وطن و چه مرگ... . وقتی افراد غایبند، نبودنشان را چندان احساس نمی‌کنند؛ مادران زیادی برای تعطیلات چند هفته‌ای تابستانی از خانه دور بوده‌اند و هنگام بازگشت با غصه مطلع شده‌اند فرزندان حتی یک‌بار هم مامانشان را نخواسته‌اند و برایش دلتنگی نکرده‌اند. به‌نظر می‌رسد اگر مادرشان به «سرزمین ناشناخته‌ای که هیچ مسافری از قلمروی آن بازنگشته» هم سفر می‌کرد، اول فراموشش می‌کردند و تنها بعدها، مادر متوفایشان را به خاطر می‌آوردند.(۱۰)

بنابراین از دیدگاه فروید، کودک حتی در سن هشت‌نه سالگی اطلاع کم (و در نتیجه ترس کمی) از مرگ دارد. فروید در جمع‌بندی‌هایش در زمینه‌ی نگرانی‌های اساسی کودک، جایگاه مرگ را تا رتبه‌ای در اواخر دوره‌ی تکاملی پایین آورد و نگرانی‌های جنسی را در مکان نخستین و اولیه قرار داد. نتیجه‌گیری‌هایش در مورد نقش مرگ در تکامل فردی بسیار تأثیرگذار بود و باعث شد یک نسل پرونده‌ی موضوع را بسته تلقی کرد و کنارش گذاشت. همان‌طور که در فصل آخر توضیح خواهم داد، برای این اشتباه فروید، علاوه بر دلایل شخصی و نظری، دلایل روش‌شناختی هم موجود است: او هرگز مستقیماً با کودکان خردسال کار نکرد.

سوگیری بزرگسالان. سوگیری یکی دیگر از موانع مهمی‌ست که بر سر راه آگاهی از آنچه کودک درباره‌ی مرگ می‌داند، نهفته است. مطالعه چه از نوع مشاهده‌ای باشد چه روان‌سنجی و چه فرافکنانه، اطلاعات باید به‌دست فردی بزرگسال جمع‌آوری و تفسیر شود؛ و ترس شخصی و انکار مرگ در این بزرگسال، اغلب به آلودگی نتایج می‌انجامد. بزرگسالان تمایلی به صحبت درباره‌ی مرگ با کودکان ندارند، از موضوع می‌پرهیزند و اطلاعات را سطحی و بی‌سؤال‌وجواب می‌پذیرند چون دلشان نمی‌خواهد زیاد در کودک کندوکاو کنند، برداشتشان از تجربه‌ی کودک نادرست است و خطایشان همیشه در جهت کمتر نشان دادن آگاهی کودک از مرگ و دلهره‌ی کمترش از این بابت نسبت به حالت واقعی‌ست.

پژوهش رما لاپوز و مری مانک[1] درباره‌ی ترس‌های کودکان که بسیار مورد استناد سایرین واقع شده، نقش سوگیری را به‌خوبی روشن می‌کند.(۱۱) آن‌ها با هدف تعیین ماهیت و گستره‌ی ترس‌های کودکان، نمونه‌ی بزرگی (۴۸۲ نفر) از کودکان بهنجار در سنین شش تا دوازده سال را موردمطالعه قرار دادند، ولی چون احساس کردند مصاحبه با صدها کودک غیرممکن است، با مادرانشان مصاحبه کردند! از دید مادران دو مورد ترس که ارتباط نزدیکی با مرگ داشت («ترس از بیماری، تصادف یا مرگ» یا «نگرانی از بابت سلامت»)، نگرانی کمی برای کودکان ایجاد می‌کرد: تنها ۱۲درصد مادران نخستین مورد و ۱۶درصد دومین مورد را از نگرانی‌های مهم تلقی کردند.

---

1. Rema Lapouse and Mary Monk

(در مقابل، ٤٤درصد «مارها» و ۳۸درصد «نمرات مدرسه» را نگرانی مهم فرزندانشان تلقی کرده بودند.)

سپس پژوهشگران با انتخاب زیرنمونه‌ای (۱۹۲نفر)، هم با کودکان و هم با مادران مصاحبه کرده بودند. نتایج نشان داد مادران به‌طور کلی میزان ترس کودکانشان را کمتر از میزان واقعی تخمین زده بودند. این ناهمخوانی به‌خصوص در زمینه‌ی دو مورد ترس مرتبط با مرگ بارز بود: در این دو مورد، تنها ٤٥ درصد پاسخ مادران و فرزندان مطابقت داشت: ۹۰ درصد ناهمخوانی پاسخ مادر و کودک، حاصل دست‌کم گرفتن نگرانی کودک از سوی مادر بود. تخمین مادران از ترس فرزندانشان در موارد دیگری که استنباط مرگ از آن می‌شد («ترس از بیماری یا مرگ یکی از افراد خانواده»، «ترس از میکروب‌ها»، «ترس از آتش‌سوزی») نیز کمتر از میزان واقعی بود. یافته‌ها نشان داد مادران از میزان نگرانی فرزندانشان نسبت به مرگ چندان آگاه نیستند.

مطالعه‌ی دیگری به بررسی واکنش کودکان بستری در یک بیمارستان به مرگ جان اف. کندی پرداخت.(۱۲) پژوهشگران دریافتند کارکنان تعلیم‌دیده و مجرب بیمارستان در مشاهده‌ی واکنش کودکان به مرگ، به طرز غیرمنتظره‌ای غیرقابل‌اطمینانند. این کارکنان هم از لحاظ نحوه‌ی مشاهده باهم متفاوت بودند و هم از لحاظ نظراتشان در مورد میزان اطلاعاتی که باید به کودکان داد و میزان فشار هیجانی‌ای که تحملش از کودکان انتظار می‌رود.

بیاژه که همه‌ی عمر حرفه‌ای‌اش را به کار با کودکان اختصاص داد، معتقد بود آزمون روانشناختی، حتی در پیشرفته‌ترین شکل، اطلاعاتی ناقص یا گول‌زننده به‌بار می‌آوَرَد و قانع‌کننده‌ترین شکل تحقیق، معاینه‌ی جامع (یا همان «مصاحبه‌ی بالینی») است که البته بیشتر درمانگران بالینی هم با او موافقند. با این حال، ادبیات موجود، حاوی گزارش‌های بسیار معدود و البته ارزشمندی از مصاحبه‌های دقیق و عمیق با کودکان است. غریزه‌ی پرورش‌دهنده‌ی ما به محض مشاهده‌ی پستانداران کم‌سن‌وسال از بچه‌گربه و توله‌سگ و کره‌اسب گرفته تا کودک انسان، برانگیخته می‌شود. سخت است خلاف طینت زیست‌شناختی‌مان عمل کنیم و کودک را در برابر حقیقت عریان مرگ قرار دهیم. من معتقدم این سختی، عامل مهمی‌ست که در پس کمبود پژوهش‌های تخصصی در این زمینه نهفته است. در واقع، بعید است پژوهشی

که پرسش صریح درباره‌ی مرگ از کودکان در طراحی‌اش لحاظ شده باشد، امروزه از کمیته‌ی پژوهش سوژه‌های انسانی مجوز دریافت کند؛ چنین طرحی قطعاً مورد مخالفت شدید والدین قرار می‌گیرد.

بنابراین پژوهش‌ها عمدتاً استنباطی و اغلب سطحی‌اند. تنها چند پژوهش معدود برپایه‌ی مصاحبه‌ی دست‌اول با کودکان گزارش شده است،(۱۳) و کامل‌ترین آن‌ها چند دهه از عمرش می‌گذرد. ماریا نادی[1] و سیلویا آنتونی کاری را گزارش کرده‌اند که در دهه‌ی ۱۹٤۰ انجام شده است. نادی (که در مدرسه‌ی محل پژوهش‌هایش «خاله‌عزرائیل[2]» خوانده می‌شد) از کودکان می‌خواست تصاویری درباره‌ی مرگ نقاشی کنند، درباره‌ی مرگ انشاء بنویسند و افکارشان را درباره‌ی مرگ به‌زبان بیاورند و در این باره بحث کنند.(۱٤) آنتونی از کودکان خواست کلمات مرتبط با مرگ را تعریف کنند و آزمون تکمیل قصه را به‌کار بُرد.(۱۵) پل شیلدر و دیوید وکسلر[3] در سال ۱۹۳۵ تصاویری مرتبط با مرگ را در معرض دید کودکان قرار دادند و واکنش‌هایشان را بررسی کردند.(۱٦) با اینکه تصاویر بی‌پرده و حقیقتاً ترسناک بود، این دو با پذیرش و گزارش واکنش‌ها به همان صورتی که روی داده بودند، به حساسیت‌های کودکان اعتراف کردند. اگر سوژه‌ها بزرگسال بودند، پژوهشگران هرگز به همین گزارش اکتفا نمی‌کردند؛ به‌جای آن، پاسخ‌ها و واکنش‌ها را می‌کاویدند و به بررسی و تفسیر عمیق پاسخ‌ها می‌پرداختند.

آنچه به کودک می‌آموزند. مانع دیگری هم بر سر راه اطلاع از دانسته‌های کودک درباره‌ی مرگ وجود دارد. کم پیش می‌آید آشنایی کودک با مرگ به مدت طولانی دست‌نخورده باقی بماند: بزرگسالان به‌محض آنکه می‌بینند کودکی با اندیشه‌ی مرگ دست‌وپنجه نرم می‌کند، به‌شدت نگران می‌شوند و بادستپاچگی می‌کوشند از این فکر معافش کنند. کودک اضطراب آدم‌بزرگ‌ها را حس می‌کند و به فراخور آن، درمی‌یابد چاره‌ای جز سرکوب دلواپسی‌های مرگ ندارد: شاید این کار آسایش مختصری برای والدینش به‌همراه آورَد. بسیاری از والدین، به‌رغم روشن‌بینی قابل ملاحظه و عزم

---

1. Maria Nagy
2. Auntie Death

جزمشان برای فراهم آوردن رهنمودها و آموزه‌های صادقانه، با دیدن رنج و درماندگی کودک، سست و مردد می‌شوند. آنتونی مکالمه‌ی روشنگر کوتاهی را نقل می‌کند میان کودکی پنج‌ساله و مادری که استاد دانشگاه است، ردوبدل می‌شود:

کودک: «حیوونا هم می‌میرن؟»
مادر: «بله، حیوونا هم می‌میرن. هر چیزی که زنده‌س، یه روزی می‌میره.»
کودک: «من نمی‌خوام بمیرم. من باید بیشتر از همه عمر کنم.»
مادر: «نبایدم بمیری؛ می‌تونی تا ابد زنده باشی.»(۱۷)

والدین معمولاً می‌کوشند ترس‌های کودک را با عرضه‌ی نوعی انکار فرو بنشانند، با انکاری خاص و منحصر به‌فرد یا انکاری با پشتوانه‌ی اسطوره‌های جاوید مورد تأیید جامعه. بنابراین، آنچه پژوهشگر درمی‌یابد، اغلب گرایش طبیعی کودک نیست، بلکه آمیزه‌ی پیچیده‌ای‌ست از آگاهی، اضطراب و انکار کودک که با اضطراب و دفاع‌های مبتنی بر انکار آدم‌بزرگ‌ها درهم‌آمیخته است. آنچه را باید به کودک گفت و آنچه را نباید گفت، در جایی دیگر بحث می‌کنم، ولی باید درک کنیم که چرا مراحل مختلفی را برای آموزش مرگ در نظر می‌گیریم. مصالح کودک مد نظر است یا مصالح بزرگسال؟ ارما فرمن[1] که به مطالعه‌ی دقیق کودکانی پرداخته که یکی از والدینشان را از دست داده‌اند، به این نتیجه رسید که «دادن اطلاعات واقعی به آن‌ها درباره‌ی مرگ در مراحل خاصی کمکشان می‌کند. وقتی آدم‌بزرگ‌های پیرامونشان، خواسته یا ناخواسته، واقعیت‌های عینی را جور دیگری جلوه می‌دهند یا پنهان می‌کنند، کار بچه‌ها سخت‌تر می‌شود.»(۱۸)

نخستین آگاهی از مرگ

کودک اولین بار چه زمانی معنای مرگ را می‌فهمد؟ چند منبع اطلاعاتی در این زمینه موجود است (و البته همگی گرفتار موانعی که تا کنون نام بُردم): مشاهدات طولی دقیق توسط والدین یا مشاهده‌گران آموزش‌دیده؛ آزمون‌های روانشناختی خصوصاً

تعریف واژه‌ها (واژه‌هایی نظیر «مُرده»، «زندگی»، «زنده»)، تکمیل قصه، TAT (آزمون اندریافت موضوع) و تحلیل نقاشی‌های کودکان؛ مشاهدات روشمند توسط کارکنان بیمارستان یا مراکز نگهداری؛ و گزارش‌های موردیِ درمانگران کودک یا درمانگرانی که در کار با بزرگسالان، اطلاعات گذشته‌نگری از بیمارانشان استخراج می‌کنند.

مرگ و رشد زبانی. بیشتر مقیاس‌های عینی متکی بر مهارت زبانی کودکند. آنتونی از هشتادوسه کودک خواست واژه‌ی «مُرده» را که در یک آزمون معنی لغات گنجانده شده بود، تعریف کنند و به این وسیله کوشید به این پرسش پاسخ دهد که کودک اولین بار چه زمانی معنای مرگ را می‌فهمد؟ پاسخ ۱۰۰درصد کودکان هفت‌ساله و بزرگ‌تر (و دوسوم شش‌ساله‌ها) نشان داد درک درستی از معنای این واژه دارند (گرچه اغلب پدیده‌هایی را به تعاریفشان افزوده بودند که از لحاظ منطقی یا زیست‌شناختی ضروری نبود). فقط سه نفر از بیست‌ودو کودک شش‌ساله یا کوچک‌تر، کاملاً از معنای واژه بی‌اطلاع بودند.(۱۹)

رویکرد عینی دیگر به مشکل، مطالعه‌ی رشد مفهوم «زنده» یا «زندگی» در کودک است. به‌نظر می‌رسد کودکان خردسال سردرگمی بیشتری درباره‌ی خصوصیات موجود زنده دارند. جی. سالی[1] در سال ۱۸۹۵ نوشته است کودکان خردسال هر حرکت خودبخودی را به‌وضوح نشانه‌ای از حیات می‌پندارند و بر همین اساس چیزهایی مانند آتش یا دود را هم زنده می‌انگارند.(۲۰) پیاژه جاندارپنداری را در کودکان (که او معادل جاندارپنداری انسان نخستین فرض کرده بود) به چهار مرحله تقسیم کرد. در اولین مرحله، اشیای بی‌جان، زنده و دارای میل و اراده تصور می‌شوند. با آغاز سال هفتم زندگی، صفت «زنده» تنها به چیزهایی اطلاق می‌شود که حرکت می‌کنند. از هشت تا دوازده سالگی کودک فقط چیزهایی را زنده می‌پندارد که خودبخود حرکت می‌کنند؛ و پس از آن دیدگاه کودک به دیدگاه بالغین نزدیک می‌شود.[2] (۲۱)

---

1. J. Sully

۲. پیاژه درک مفهوم مرگ را وسیله‌ای برای ارزیابی رشد مفاهیم بالغانه‌ی علیت در کودک می‌دانست. در افکار اولیه‌ی کودک، منبع و توضیح وجود اشیاء، انگیزه است و هر علتی با یک محرک و انگیزه همراه است. وقتی کودک مفهوم مرگ را درمی‌یابد، آن نظام فکری دستخوش دگرگونی می‌شود: جانوران و آدم‌ها می‌میرند و مرگشان را نمی‌توان با انگیزه‌هایشان توضیح داد. کم‌کم کودک درمی‌یابد مرگ باید قانون طبیعت باشد، قانونی غیرشخصی که برای همه یکسان است.

کودک در کوشش برای درک آنچه زندگی می‌کند یا زنده است و آنچه غیرجاندار است، گیجی و سردرگمی فراوانی را پشت‌سر می‌گذارد. برای مثال در یک مطالعه بیش از یک‌سوم کودکان هفت تا هشت‌ساله باور داشتند ساعت یا رودخانه زنده‌اند. سه‌چهارم فکر می‌کردند ماه زنده است، در حالی که ۱۲درصد فکر می‌کردند درخت موجود زنده نیست.(۲۲) احتمالاً سردرگمی کودک با پیام‌های گیج‌کننده‌ای که از محیط می‌گیرد، تشدید می‌شود. بزرگسالان هرگز آموزش دقیق و واضحی در این زمینه‌ها برای کودک تدارک نمی‌بینند. کودک از عروسک‌ها و اسباب‌بازی‌های متحرک که زندگی را تقلید می‌کنند گیج می‌شود. رهایی زبان در شعر یکی دیگر از منابع سردرگمی‌ست («ابرها در پهنه‌ی آسمان از هم پیشی می‌گیرند»، «ماه از پنجره سرک می‌کشد»، «رود رقصان به دریا می‌ریزد»).

مشاهده‌ی کودکان. مطالعات مربوط به رشد زبانی کودکان، بسیاری از محققان رشد و درمانگران بالینی را بر آن داشت که زمان فهم معنای مرگ توسط کودک را بسیار دیرتر از آنچه مشاهدات مستقیمی که اکنون به آن‌ها اشاره می‌کنم نشان داد، تعیین کنند. شاید پژوهشگران برای فراهم‌آوردن دلیل و مدرک، بیش از اندازه سخت‌گیری می‌کنند. آیا دلیلی وجود دارد که ثابت کند کودک باید بتواند واژه‌ی «زنده» یا «مُرده» را تعریف کند تا بتواند بفهمد روزی او هم مانند حشرات، حیوانات یا سایر آدم‌ها دیگر نخواهد بود. پژوهشگرانی که کودکان خردسال را مورد مطالعه قرار داده‌اند همگی متفق‌القولند که این کودکان سروکار زیادی با مرگ دارند. این نظر که کودک پیش از هشت تا ده سالگی قادر به درک مفاهیم انتزاعی نیست، خود زیر سؤال است. همان‌طور که کَستنبام و آیزنبرگ[1] اشاره کرده‌اند «میان دو منتهی‌الیه 'عدم درک' و تفکر انتزاعی صریح و منسجم، طیف وسیعی از روش‌های مختلف موجود است که ذهن کودک می‌تواند به‌وسیله‌ی آن‌ها با مرگ ارتباط برقرار کند.»(۲۳) به‌رغم ابهامی که در این جمله هست، عبارت «با مرگ ارتباط برقرار کند» مفید و قابل استفاده است: کودک خردسال به مرگ می‌اندیشد، از آن می‌ترسد، درباره‌اش کنجکاو است، ادراکات مرتبط با مرگ را برای تمام عمر ثبت و ضبط می‌کند و دفاع‌هایی در برابر مرگ به‌کار می‌گیرد که مبتنی بر تفکر جادویی‌اند.

---

1. Kastenbaum and Aisenberg

کَستنبام و آیزنبرگ مشاهداتشان را در مورد کودکی هجده ماهه به‌نام دیوید که پرنده‌ی مُرده‌ای در حیاط خانه یافته بود، توصیف کرده‌اند. پسرک مبهوت مانده بود و بنا به‌گفته‌ی والدینش «چنان قیافه‌ی یخ‌بسته و آیینی‌ای به خود گرفته بود که از صورتک تئاتری تراژدی یونان باستان چیزی کم نداشت.»(۲٤) دیوید کودک نوپایی بود که مانند همه‌ی همسالانش هرچیزی که به دستش می‌رسید را برمی‌داشت و بررسی می‌کرد؛ ولی این بار کنار پرنده کز کرد و تلاشی برای دست زدن به آن از خود نشان نداد. چند هفته بعد پرنده‌ی مُرده‌ی دیگری پیدا کرد. این بار آن را برداشت و با ایما و اشاره و حرکاتی شبیه پرواز پرنده و با اصرار زیاد خواست پرنده را روی شاخه‌ی درخت بگذارند. وقتی والدینش پرنده‌ی مُرده را روی درخت گذاشتند و متأسفانه پرنده پرواز نکرد (!)، دیوید دوباره اصرار کرد پرنده را روی درخت بگذارند. چند هفته بعد توجه پسرک به برگی که از درخت افتاده بود، جلب شد و تمام هم‌وغمش این شد که برگ را دوباره روی درخت بگذارد. وقتی نتوانست سرنوشت برگ را تغییر دهد، از پدرش خواست برگ را به وضع اولیه‌اش برگرداند. از آنجا که دیوید هنوز زبان باز نکرده بود، نمی‌توان از ماهیت دقیق تجربه‌اش مطمئن بود، ولی رفتارش نشان می‌داد با مفهوم مرگ دست‌به‌گریبان شده است. تردیدی نیست مواجهه با مرگ رفتاری غیرمعمول و بی‌سابقه در او پدید آورده بود.

ساندور برانت[1] روانشناس واقعه‌ای درباره‌ی مایکل، پسر دوسال‌وسه‌ماهه‌اش، گزارش می‌کند.(۲۵) مایکل که یک سالی بود از شیشه گرفته شده بود، مدتی بود شب‌ها مکرراً بیدار می‌شد و به‌شدت برای شیشه گریه می‌کرد. وقتی علت را ازش پرسیدند، اصرار کرد اگر بهش شیشه ندهند «خاموش می‌شم»، «بنزینم تموم می‌شه»، «موتورم روشن نمی‌شه و می‌میرم.» پدرش می‌گوید درست قبل از بیدار شدن‌های شبانه‌ی مایکل، بنزین اتومبیلی تمام شده بود و بحث‌های زیادی در حضور کودک درباره‌ی اینکه چطور موتور خاموش و باتری ماشین خالی شده، در گرفته بود. پدر به این نتیجه می‌رسد ظاهراً مایکل متقاعد شده که باید مدام مایعات بخورد وگرنه می‌میرد. دلواپسی آشکار مایکل برای مرگ، در سن پایین‌تر و زمانی آغاز شده بود که

---

1. Szandor Brant

تصویر یکی از بستگان متوفایشان را دیده بود و سیلی از سؤال را در مورد وضعیت آن خویشاوند به‌سوی والدینش سرازیر کرده بود. داستان مایکل نشان می‌دهد مرگ می‌تواند برای یک کودک خردسال، سرچشمه‌ی نگرانی و اندوه فراوان باشد. به‌علاوه، همان‌طور که در مورد قبلی هم دیدیم، مایکل مرگ را در سن خیلی پایین به‌عنوان یک مشکل شناسایی کرده است، شاید همان‌طور که کَستنبام اشاره کرده، مرگ نخستین مشکل حیاتی و محرک اصلی برای ذهن در حال رشد و تکامل است.(۲۶)

گرگوری راچلین[1] هم بر اساس چند جلسه بازی با گروهی کودک بهنجار سه تا پنج ساله، به این نتیجه رسید که کودک در سن پایین متوجه می‌شود زندگی دارای پایانی‌ست و مرگ برای او و نیز کسانی که به آنان وابسته است، فرا خواهد رسید.

> مطالعاتم در زمینه‌ی مرگ نشان داد آگاهی از مرگ و امکان بروز مرگ برای خود شخص در سن پایین و بسیار زودتر از آنچه معمولاً انتظار می‌رود، کسب می‌شود. ترس از مُردن در سه‌سالگی به‌صراحت به‌زبان می‌آید. در مورد اینکه چنین اطلاعاتی چند وقت قبل از سه‌سالگی کسب می‌شوند، گمانه‌زنی‌های ضعیفی وجود دارد. بعید است بتوان پیش از این سن، در این زمینه به تبادل اطلاعات با کودک پرداخت. و داده‌های حاصل نیز پراکنده و ناقص خواهند بود. آنچه از اهمیت بیشتری برخوردار است، این است که مرگ به‌عنوان یک ترس و یک احتمال، تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر یک کودک سه‌ساله دارد.(۲۷)

راچلین معتقد است شواهد در این زمینه، در دسترس همه‌ی کسانی‌ست که مشتاق گوش سپردن به بچه‌ها و مشاهده‌ی بازی آن‌ها هستند.(۲۸) بازیِ مُردن و دوباره زنده شدن میان کودکان سراسر دنیا رایج است. فرصت‌های فراوانی برای آموختن درباره‌ی مرگ فراهم است: یک بار رفتن به قصابی بیش از آنچه کودک بخواهد، به او می‌آموزد. شاید تجربه‌ای لازم نباشد؛ شاید همان‌طور که ماکس شلر[2] ادعا کرده،(۲۹) ما از آگاهی شهودی نسبت به مرگ برخورداریم. به هر حال، بدون توجه به منبع این

---

1. Gregory Rochlin
2. Max Scheler

آگاهی، یک چیز قطعی‌ست: در درون هریک از ما حتی در سنین پایین، میل بسیار عمیقی به انکار مرگ ریشه دارد. آگاهی در برابر این میل تسلیم می‌شود.

وقتی واقعیت با زور و اجبار خود را تحمیل می‌کند، دفاع‌های ناشیانه‌ی انکارکننده‌ی مرگ، از تک‌وتا می‌افتند و اجازه می‌دهند اضطراب به سطح رخنه کند. راچلین پسرک سه‌سال‌ونیمه‌ای را توصیف می‌کند که چندین ماه از والدینش می‌پرسید خودش یا آن‌ها کی می‌میرند.(۳۰) شنیده بودند زیر لبی می‌گوید خودش نمی‌میرد. بعد از مدتی پدربزرگش فوت کرد. (این پدربزرگ در شهر دوری زندگی می‌کرد و کودک آشنایی چندانی با او نداشت.) کودک دچار کابوس‌های تکراری‌ای شد که باعث شد ساعت به‌خواب‌رفتنش کم‌کم به‌تأخیر بیفتد؛ به‌وضوح مرگ و به‌خواب‌رفتن را معادل هم می‌دانست. درباره‌ی درد داشتن مرگ می‌پرسید و می‌گفت از مُردن می‌ترسد. بازی‌هایش نشان‌دهنده‌ی دلمشغولی با بیماری، مرگ، کشتن و کشته‌شدن بود. گرچه سخت است با اطمینان درباره‌ی معنای «مرگ» برای کودکی که در مرحله‌ی پیش‌عملیاتی به‌سر می‌برد، اظهار نظر کنیم، ولی این طور به‌نظر می‌رسید که معنای آن برای این کودک اضطراب قابل ملاحظه‌ای پدید آورده بود: مرگ به‌معنای افتادن در فاضلاب، صدمه دیدن، غیب شدن، با جریان آب رفتن و پوسیدن در گورستان بود.

پدربزرگ کودک چهارساله‌ای در روز تولد سه‌سالگی او فوت کرد. کودک اصرار داشت پدربزرگش نمرده است. وقتی به او گفتند پدربزرگش چون پیر بوده مُرده، مرتب می‌خواسته مطمئن شود پدر و مادرش پیر نیستند و به آن‌ها می‌گفته خودش بزرگ نخواهد شد که پیر شود. بخشی از گزارش جلسه‌ی بازی با این کودک چهارساله نشان می‌دهد که او «با مرگ ارتباط برقرار کرده است.»

د: دیشب یه زنبور مُرده پیدا کردم.
دکتر: معلوم بود مُرده؟
د: کشته بودنش. یکی پاشو گذاشته بود روش، اونم مرده بود.
دکتر: همون جور که آدما می‌میرن؟
د: اونا می‌میرن، ولی نه مث آدما. اصلاً شبیه آدما نبود.

دکتر: فرقشون چیه؟

د: آدما می‌میرن زنبورا هم می‌میرن. ولی آدما رو تو زمین می‌ذارن و این خوب نیس.

دکتر: یعنی چی خوب نیست؟

د: زنبوره بعد از یه عالم وقت زنده می‌شه. ولی آدمه نه. دلم نمی‌خواد راجع‌بهش حرف بزنم.

دکتر: چرا؟

د: چون دو تا پدربزرگ زنده دارم.

دکتر: دو تا؟

د: یکی.

دکتر: اون یکی چی شده؟

د: خیلی وقت پیش مُرده. صدسال قبل.

دکتر: تو هم زیاد عمر می‌کنی؟

د: صدسال.

دکتر: بعدش چی می‌شه؟

د: شاید بمیرم.

دکتر: همه‌ی آدما می‌میرن.

د: آره، منم مجبورم.

دکتر: چه ناراحت‌کننده.

د: به‌هرحال مجبورم.

دکتر: مجبوری؟

د: بله. بابام هم می‌میره. ناراحت‌کننده‌اس.

دکتر: چرا اونم می‌میره؟

د: فکرشو نکن.

دکتر: انگار دلت نمی‌خواد راجع بهش حرف بزنی.

د: حالا می‌خوام برم پیش مامانم.

دکتر: الآن می‌برمت پیش مامان.

د: من می‌دونم مرده‌ها کجان. تو قبرستون. پدربزرگ پیرم مرده. نمی‌تونه بیاد بیرون.
دکتر: یعنی از جایی که دفنش کردن؟
د: نمی‌تونه بیاد بیرون. هیچ‌وقت.(۳۱)

ملانی کلاین بر اساس تجربیاتش در روانکاوی کودکان به این نتیجه می‌رسد که کودک خردسال با مرگ رابطه‌ای صمیمی و نزدیک دارد، رابطه‌ای که مدتی پیش از درک معنای مرگ شکل می‌گیرد و بر آن مقدم است. کلاین می‌گوید ترس از مرگ بخشی از نخستین تجربه‌ی نوزاد است. او نظریه‌ی سال ۱۹۲۳ فروید را که می‌گوید سائق ناخودآگاه جهان‌شمولی برای مرگ موجود است، می‌پذیرد، ولی استدلال می‌کند اگر قرار است انسان زنده بماند، باید در برابر غریزه‌ی مرگ، نیروی خنثی‌ساز و متعادل‌کننده‌ای داشته باشد که همانا نیروی ترس از مرگ است. کلاین ترس از مرگ را منبع اصلی اضطراب می‌داند؛ بنابراین، اضطراب جنسی و سوپرایگو، پدیده‌هایی دیرآیند و فرعی‌اند.

مشاهدات تحلیلی من حاکی از آنند که ترسی ناخودآگاه از نابودی زندگی در همه‌ی ما هست. به‌علاوه معتقدم اگر فرض بر وجود غریزه‌ای برای مرگ است، ناچاریم وجود ترس از نابودی زندگی را به‌عنوان پاسخی به این غریزه، در ژرف‌ترین لایه‌های ذهن بپذیریم. خطر برآمده از فعالیت‌های درونی غریزه‌ی مرگ یکی از نخستین علل اضطراب است... . ترس از نابود شدن، ابراز آشکار و بی‌پرده‌ی ترس از نابودی کامل خود است... . ترس از مرگ درون ترس از اختگی جای می‌گیرد و «معادل» آن نیست... . از آنجا که تولیدمثل شیوه‌ی بنیادین خنثی‌سازی مرگ است، از دست دادن اندام تناسلی به‌معنای پایان قدرت آفرینندگی ــ که حافظ زندگی و عامل بقاست ــ خواهد بود.(۳۲)

معتقدم استدلال کلاین که نگرانی برای توان تولیدمثل را برخاسته از ترس از مرگ می‌داند، فوق‌العاده است و دیدگاه روانکاوی سنتی را در این باره که چه اتفاقی در زندگی ذهنی فرد، «نخستین و اولیه» است، به چالش می‌کشد. کورت آیسلر[1] نیز که

1. Kurt Eissler

در ابتدای جنبش روانکاوی عمیقاً درباره‌ی مرگ اندیشید، به این نتیجه رسید که دلمشغولی اولیه‌ی کودک با امور جنسی، جست‌وجویی فرعی و ثانویه به آگاهی هولناکش نسبت به مرگ است:

> شاید پژوهش ناب در این زمینه نشان دهد کندوکاو کودک در فرایندهای تناسلی و تولیدمثلی (یا به‌عبارت دیگر «واقعیت‌های زندگی») ثانویه به کندوکاو اولیه، کوتاه‌مدت و ویرایش‌شده‌ای درباره‌ی مرگ است. احتمالاً کودک به‌دلیل وحشت حاصل از این کندوکاو، یأس مطلق و نومیدی از هرگونه پیشرفت در این جست‌وجو، از آن روی برمی‌گرداند.(۳۳)

دیگرانی که کودکان را از نزدیک مورد مشاهده و مطالعه قرار داده‌اند، به این نتیجه رسیده‌اند که کودک خردسال، بدون در نظر گرفتن اینکه از لحاظ نظری، توانایی درک مرگ را دارد یا نه، اصل مطلب را درمی‌یابد. آنا فروید در کار با کودکان خردسال هنگام بمباران لندن توسط هواپیماهای آلمانی نوشت: «با اطمینان می‌توان گفت همه‌ی کودکانی که هنگام بمباران لندن بیش از دوسال داشتند، می‌دانستند وقتی بمب بیفتد، خانه خراب می‌شود و مردم از خرابی خانه یا می‌میرند یا زخمی می‌شوند.»(۳٤) او کودک چهارونیم‌ساله‌ای را توصیف می‌کند که از مرگ پدرش آگاه می‌شود: مادر دلش می‌خواست فرزندانش مرگ پدر را نپذیرند، ولی کودک اصرار می‌کند: «من همه‌چیزو درباره‌ی بابا می‌دونم. اون کشته شده و دیگه برنمی‌گرده.»

فرمن با تعداد زیادی کودک که یکی از والدینشان را از دست داده بودند، کار کرد و نتیجه گرفت کودکان در طی دومین سال زندگی به درکی بنیادین از مرگ دست می‌یابند. کودک تجربیات اولیه‌ای دارد که به او در شکل‌دهی به طبقه‌بندی لازم ذهنی و درک بهتر معنای مرگ کمک می‌کند. فرمن به نمونه‌ی زیر اشاره می‌کند:

> سوزی تازه سه سالش تمام شده بود که مادرش از دنیا رفت. وقتی این خبر ناراحت‌کننده را به او دادند، بلافاصله پرسید: «مامان کجاست؟» پدرش پرنده‌ی مُرده‌ای را به‌یادش آورد که چندی پیش باهم پیدا و دفن کرده بودند. توضیح

داد که مامان هم مُرده و باید به‌خاک سپرده می‌شده و هروقت سوزی بخواهد، محل دفن را نشانش می‌دهد. یک ماه بعد سوزی به پدرش گفت: «جیمی (پسر شش‌ساله‌ی همسایه) گفت مامانش گفته مامان من زودی برمی‌گردد. من بهش گفتم این دروغه، چون مامانم مُرده و وقتی مُردی، دیگه نمی‌تونی برگردی. درست گفتم، بابا، مگه نه؟»(۳۵)

مادری گفت‌وگوی زیر را با کودک سه‌سال‌ونه‌ماهه‌ای گزارش کرد:

جین تربیت مذهبی ندارد و مرگ را هم در هیچ‌یک از نزدیکانش تجربه نکرده است. چند روز پیش شروع کرد به سؤال راجع به مرگ.... جین سر صحبت را باز کرد و پرسید آدم‌ها هم مثل گل‌ها با بهار برمی‌گردند؟ (حدود یک هفته پیش، از پژمردن گل مورد علاقه‌اش خیلی ناراحت شده بود و ما با گفتن اینکه وقتی بهار بیاید، گلش دوباره برمی‌گردد، دلداری‌اش داده بودیم.) جواب دادم برگشتن آدم‌ها با گل‌ها فرق دارد، شاید آن‌ها به‌شکل نوزاد دوباره به‌دنیا می‌آیند. این پاسخ به‌وضوح برآشفته‌اش کرد. از تغییر و پیر شدن آدم‌ها بیزار است، بنابراین گفت: «دلم نمی‌خواد مامان‌بزرگ فرق کنه، دلم نمی‌خواد عوض بشه و پیر بشه.» بعد پرسید: «مامان‌بزرگ می‌میره؟ من هم می‌میرم؟ همه می‌میرن؟» وقتی گفتم بله، اشکش سرازیر شد و میان گریه‌ی سوزناکش مدام تکرار می‌کرد: «من دلم نمی‌خواد بمیرم، نمی‌خوام بمیرم....» بعد پرسید مردم چطور می‌میرند، مُردن درد دارد، وقتی آدم‌ها مُردند، دوباره چشم‌هایشان را باز می‌کنند، می‌توانند حرف بزنند، بخورند و لباس بپوشند یا نه. ناگهان وسط این سؤال‌ها و اشک‌ها گفت: «حالا بقیه‌ی چایم را می‌خورم» و موضوع موقتاً فراموش شد.(۳۶)

جالب است به پاسخ‌های مسئله‌دار و نامطمئن این مادر توجه کنیم که مدتی قبل، سؤال دخترش را درباره‌ی اینکه بچه‌ها از کجا می‌آیند، با آمادگی قبلی و با سهولت پاسخ داده بود. او گزارش بالا را این طور خاتمه می‌دهد که «کاملاً غافلگیر شدم. با اینکه انتظار سؤالاتی درباره‌ی تولد و مانند آن را داشتم، هرگز درباره‌ی سؤالات مرتبط

با مرگ فکر نکرده بودم و نظرات خودم در این مورد هم بسیار مبهم و نامشخص است.» روشن است که کودک اضطراب پدر یا مادر و گیجی آن‌ها را به‌رغم دلداری و اطمینان خاطر دادن‌هایشان به‌خوبی درک می‌کند.

گزارش گفت‌وگوهای دیگر در این زمینه، حال‌وهوای ترس کودک از مرگ و کنجکاوی‌اش نسبت به آن را بازگو می‌کند. برای مثال:

> ریچارد (پنج‌سال‌ویک‌ماهه) اخیراً هنگام دستشویی رفتن گریه و زاری راه می‌اندازد و نگران است بمیرد. دیروز همین طور که از توالت بالا و پایین می‌رفت، از هیچ‌وقت نمُردن و هزار سال زندگی کردن حرف زد. امروز گفت: «وقتی بمیرم، ممکنه تنها بمونم. تو هم باهام می‌آیی؟» «ولی دلم نمی‌خواد هیچ‌وقت بمیرم؛ نمی‌خوام بمیرم.» چند روز قبل، وقتی به‌نظر می‌آمد از اینکه نمی‌داند چطور می‌میرند، نگران است، مادرش به او گفته بود لازم نیست نگران باشد، چون مامان اول می‌میرد و او چطور مُردن را یاد می‌گیرد. انگار این حرف به او قوت قلب داده بود.(۳۷)

آدا مورر[1] در مقاله‌ای بحث‌برانگیز حدسیات جذاب و خیره‌کننده‌ای درباره‌ی آگاهی اولیه‌ی کودک از مرگ مطرح کرده است.(۳۸) مورر این طور استدلال می‌کند که نخستین وظیفه‌ی کودک، متمایز کردن خود از محیط و تشخیص زنده از غیرزنده است. همین طور که کودک میان آگاهی و ناآگاهی و میان خواب و بیداری در نوسان است، برداشتی از این دو وضعیت پیدا می‌کند. تجربه‌ی ذهنی کودک هنگام وحشت شبانه چیست؟ مورر معتقد است شاید کودک در این حالت، ترس و آگاهی از نیست شدن را تجربه می‌کند. دراز کشیدن در اتاقی تاریک و ساکت که کودک را از دیدن و شنیدن بی‌نصیب می‌کند، با احساسی نیمه‌آگاه از جدا شدن روح از بدن به سراسیمگی‌اش منجر می‌شود. (ماکس اشترن[2] که به مطالعه‌ی وحشت شبانه پرداخته، به نتیجه‌ای مشابه رسیده: آنچه کودک را در این حالت به وحشت می‌اندازد، نیستی است.(۳۹))

---

1. Adah Maurer
2. Max Stern

چرا کودک از بازی پرتاب اسباب‌بازی از صندلی‌اش شاد می‌شود؟ اگر همبازی مهربانی داشته باشد که اسباب‌بازی را به او برگرداند، آن قدر این کار را ادامه می‌دهد تا همبازی‌اش خسته شود و از بازی کناره بگیرد. شاید این شادی و شعف در لذت شهوانی حاصل از حرکت عضلانی ریشه دارد؛ شاید هم نشانه‌ای‌ست از آنچه رابرت وایت[1] سائق «تأثیرگذاری[2]» ــ لذت ناشی از چیرگی بر محیط ــ می‌نامد.(۴۰) مورر معتقد است نوزاد مسحور ناپدید شدن و دوباره پدیدار شدنی‌ست که برای دنیای اندیشه و رفتار او، نماد مفاهیمی چون بودن و نبودن است.(۴۱) در واقع شاید سائق تأثیرگذاری وایت، برآمده از تلاش نوزاد برای مغلوب کردن موجودات غیرزنده است. این حدسیات با حجم زیاد ادبیات مربوط به رشد کودک در زمینه‌ی «پایداری شئ[3]» تقویت می‌شود. این بحث مفصل مرا از موضوع پرت می‌کند، فقط مختصراً بگویم تا زمانی که پایایی شئ برای کودک اثبات نشده باشد، توجهی به ناپدید شدنش نمی‌کند. ثبات بدون ارزش قائل شدن برای تغییر، تخریب یا ناپدید شدن معنا ندارد؛ بنابراین، مفهوم پایداری و تغییر، پشت‌سرهم و یکی بعد از دیگری برای کودک معنا می‌یابد.(۴۲) به‌علاوه، رابطه‌ی بسیار نزدیکی میان پایایی شئ و حس پایایی خویش موجود است؛ همین نوسان، همین جفت دانستن پایایی (زندگی، بودن) و ناپدید شدن (نبودن، مرگ) برای رشد کودک ضروری است.

«رفت» یا «نیست» یکی از نخستین عبارات در واژگان مورد استفاده‌ی کودک و نیز یکی از بن‌مایه‌های رایج ترس‌های اوست. کودک به ناپدید شدن جوجه بر سر میز ناهار دقت می‌کند؛ متوجه «رفتن» یا ناپدید شدن آب وان وقتی درپوش راه‌آب برداشته می‌شود یا ناپدید شدن موفوع بعد از کشیدن سیفون هست. بعید است کودکی باشد که از فرورفتن، با فشار آب ناپدید شدن یا کشیده شدن به داخل فاضلاب نترسد. ادبیات روانکاوی، مدفوع و جسم را از دید ناخودآگاه مترادف می‌داند.(۴۳) شاید زمان آن فرا رسیده باشد که روان‌درمانگران در روان‌پویه‌شناسی تعارض آموزش

---

1. Robert White
2. effectance
3. object permanence

آداب تخلیه[1] تجدیدنظر کنند، زیرا چیزی بیش از شهوت‌گرایی مقعدی یا مقاومت لجوجانه در بین است: آموزش آداب تخلیه در کودک، ترس‌هایی در زمینه‌ی تمامیت جسمانی و بقا پدید می‌آورَد.

وقتی کودک متوجه می‌شود قرار نیست بازگشت اشیای ناپدید شده، تا ابد تکرار شود، در پی تدابیری خواهد بود که او را از خطر نیستی و نابودی حفظ کند. دیگر به‌جای آنکه قربانی «رفت» و «نیست» باشد، حاکم بر آن می‌شود. خودش راه‌آب وان را باز می‌کند، سیفون توالت را می‌کشد، با شادمانی شعله‌ی کبریت را فوت می‌کند و از کمک به مادر در فشار دادن جاپایی سطل زباله خوشحال می‌شود. کمی بعد خود عامل مرگ می‌شود، چه به‌شکل نمادین در بازی گاوچران‌ها و سرخپوست‌ها و چه به‌شکل واقعی با کشتن حشرات. در واقع، کارن هورنای معتقد است پرخاشجویی و ویرانگری کودک، تناسب مستقیم دارد با اینکه تا چه حد بقای خویش را در معرض خطر می‌بیند.

وقتی کودک «آگاه می‌شود»، چه بر سر آگاهی‌اش می‌آید؟

دانسته، همیشه دانسته باقی نمی‌ماند. ماتیلدا مکینتایر، کارول آنگل و لورین استرومپلر[2] از ۵۹۸ کودک پرسیدند یک حیوان خانگی مُرده می‌داند دل صاحبش برایش تنگ می‌شود یا نه و متوجه شدند کودکان هفت‌ساله بیش از یازده و دوازده ساله‌ها گرایش دارند قطعیت و برگشت‌ناپذیری مرگ را بپذیرند.(٤٤) اروینگ الکساندر و آرتور آدلرشتاین[3] که پاسخ تحریکی پوستی (یکی از مقیاس‌های فیزیولوژیک اضطراب) را در افراد پنج تا شانزده‌ساله هنگام مواجهه با واژه‌های مرتبط با مرگِ گنجانده شده میان تعدادی واژه‌ی خنثی، مورد بررسی قرار داده‌اند، به یافته‌ی مشابهی رسیده‌اند.(٤٥) آن‌ها افراد را در سه گروه قرار دادند: کودکی (۸-۵ سال)، پیش‌نوجوانی یا دوره‌ی نهفتگی (۱۲-۹ سال) و نوجوانی (۱٦-۱۳ سال). نتایج نشان داد پاسخ هیجانی کودکان (و نیز نوجوانان) به واژه‌های مرتبط با مرگ، بیش از گروهی‌ست که در سن نهفتگی به‌سر می‌برند. محققان نتیجه‌گیری کردند دوره‌ی نهفتگی، دورانی بی‌آزار و «دوره‌ی

---

1. toilet training conflict
2. Matilda McIntire, Carol Angle and Lorraine Struempler
3. Irving Alexander and Arthur Adlerstein

طلایی» کودکی‌ست. «کودکان در این سن بیش از آن درگیر برنامه‌ی روزمره‌ی زندگی و لذت‌های ملازم آنند که نگران مفهوم مرگ شوند.»

معتقدم توضیحی با خوش‌بینی کمتر هم برای این نتایج وجود دارد: کودک در سنین پایین‌تر درگیر «مسلمات حقیقی زندگی» است و جست‌وجویی که به‌تنهایی پیشه می‌کند، به کشف مرگ می‌رسانَدش. ولی این کشف او را از پای درمی‌آوَرَد و منجر به تجربه‌ی اضطراب اولیه می‌شود. با اینکه در پیِ قوت‌قلب است، مجبور است با مرگ کنار بیاید: ممکن است در مواجهه با آن سرآسیمه شود، انکارش کند، شکل انسانی به آن دهد، استهزایش کند، آن را واپس براند، جابه‌جایش کند، ولی در هر حال مجبور است با آن کنار بیاید. در دوران نهفتگی کودک یاد می‌گیرد (یا یادش می‌دهند) واقعیت را نفی کند؛ و به‌تدریج که اَشکال مؤثر و پیشرفته‌ی انکار را به‌کار می‌گیرد، مرگ‌آگاهی به درون ناخودآگاه می‌لغزد و ترس آشکار و بی‌پرده از مرگ فروکش می‌کند. روزهای خوش قبل از نوجوانی ــ «دوره‌ی طلایی» نهفتگی ــ از اضطراب مرگ نمی‌کاهد، بلکه نتیجه‌ی آن است. فرد در دوران نهفتگی، اطلاعات عمومی بیشتری کسب می‌کند، ولی همزمان اطلاعاتش در مورد واقعیت‌های زندگی، افت می‌کند و دچار پسرفت می‌شود. و این مرگ‌آگاهی‌ست که به اندازه‌ی شهوت «نهفته» باقی می‌ماند. هنگام نوجوانی، انکارهای کودکانه اثرشان را از دست می‌دهند. تمایلات خودکاوانه و تدابیر قوی‌تر نوجوان، یک‌بار دیگر به او اجازه می‌دهد با ناگزیریِ مرگ رودر رو شود، اضطراب را تاب آوَرَد و به جست‌وجوی شیوه‌ی جایگزینی برای رویارویی با حقایق زندگی بپردازد.

مراحل آگاهی

شیوه‌ی کارآمدی که کودک در مرحله‌ی بعدیِ تکامل مفهوم مرگ در پیش می‌گیرد، بستگی به این سؤال صریح دارد که نخستین‌بار چه زمانی از مرگ «آگاه» می‌شود. آیا کم‌کم مرگ را درک می‌کند و از آن آگاه می‌شود یا آن طور که من اعتقاد دارم، فرایند «آگاهی» او را «بدجور»، بیش‌ازحد و پیش‌ازموقع گرفتار می‌کند و تا وقتی آمادگی لازم برای پذیرش آنچه از پیش می‌دانسته برایش فراهم شود، راه‌هایی برای واپس‌رانی این آگاهی و «عدم آگاهی» می‌یابد. هیچ قطعیتی در این مورد وجود ندارد؛ برای هیچ‌یک از این دو دیدگاه مدرک قابل استنادی موجود نیست.

من مراحلی را که موجب عبور موفق کودک از مرگ‌آگاهی اولیه می‌شود، مبتنی بر انکار می‌دانم. ویژگی جدایی‌ناپذیر مفهوم انکار، وجود آگاهی قبلی‌ست: فقط چیزی را می‌توان انکار کرد که قبلاً از آن آگاهی داشته باشیم. اگر خواننده‌ای نمی‌خواهد بحثی را که در آن وجود آگاهی قبلی را مبنا قرار داده‌ام، بپذیرد، ابتدا باید مبحث «تشابهات آگاهی» را، آنجا که درباره‌ی «انکار» نوشته‌ام، مطالعه کند.

انکار: مرگ موقتی‌ست، نوعی کاستی‌ست، حیاتِ در تعلیق است، رؤیاست. اکثر کودکانی که به سن تکلم رسیده‌اند، مرگ را برگشت‌پذیر و موقتی می‌دانند و یا به‌جای آنکه پایان هشیاری بدانندش، نوعی کاستی و نقصان تلقی‌اش می‌کنند. کارتون‌های تلویزیونی که شخصیت‌هایشان به‌صورت‌های مختلف منفجر، نقش بر زمین، له یا تکه‌تکه می‌شوند و بعد در نهایت، به‌طرز اعجاب‌انگیزی دوباره سرپا می‌ایستند، این دیدگاه کودکان را تقویت می‌کنند. نادی چند مصاحبه‌ی روشنگر را گزارش کرده است:

س.ک. (چهارسال‌وهشت‌ماهه): «نمی‌تونه حرکت کنه، چون توی تابوته.»

«اگه توی تابوت نبود، می‌تونست حرکت کنه؟»

«می‌تونه آب و غذا بخوره.»

س.ج. (پنج‌سال‌ونه‌ماهه): «چشماش بسته‌اس، دراز کشیده، پس مُرده. هرکاری هم باهاش بکنی، یه کلمه حرف نمی‌زنه.»

«ده سال بعد، همون شکلیه که دفن شد؟»

«اون موقع پیرتر شده، همین طور پیرتر می‌شه. صد سال که بگذره، درست مث چوب می‌شه.»

«یعنی چی که مث چوب می‌شه؟»

«اینو نمی‌تونم بگم. حالا خواهر کوچولوم پنج سالش می‌شه. وقتی مُرد من هنوز زنده نبودم. حالا دیگه خیلی بزرگ شده. یه تابوت کوچولو داره، ولی توش جا می‌شه.»

«فکر می‌کنی حالا داره چی کار می‌کنه؟»

«دراز کشیده، همیشه فقط دراز می‌کشه. هنوز خیلی کوچیکه، اون مثل چوب نمی‌شه. فقط آدمای خیلی پیر اون‌جوری می‌شن.»

«اونجا زیرِ زمین چه اتفاقی می‌افته؟»

ب.ای. (چهارسال‌ویازده‌ماهه): «گریه می‌کنه، چون مُرده.»

«ولی چرا باید گریه کنه؟»

«چون دلش برای خودش می‌سوزه.»

ت.پ. (چهارسال‌ودهماهه): «آدم مُرده، انگار خوابیده. زیرِ زمین هم می‌خوابه.»

«همون طوری که تو و دیگران شبا می‌خوابین؟»

«خُب، چشماشو می‌بنده. مثل کسایی که شبا می‌خوابن. دُرُس همون جوری می‌خوابه.»

«از کجا می‌فهمی یکی خوابه یا مُرده؟»

«وقتی می‌رن به رختخواب و چشماشونو باز نمی‌کنن. اگه کسی بره توی تختش و دیگه بلند نشه، یا مُرده یا مریضه.»

«بازم بیدار می‌شه؟»

«نه، هیچ‌وقت. آدم مُرده فقط می‌فهمه کسی سر قبرش می‌ره یا نه. می‌فهمه یکی اونجاس یا باهاش حرف می‌زنه.

«می‌فهمه براش گل آوردن. آب که می‌ریزه رو خاک. آروم، آروم، اون همه‌چیزو می‌شنوه. خاله‌جون، اگه آب خیلی تو زمین فرو بره، مُرده می‌فهمه خیس شده؟»

«به نظر تو اون دلش می‌خواد از اونجا بیاد بیرون؟»

«دلش می‌خواد، ولی درِ تابوت رو با میخ بستن.»

«اگه توی تابوت نبود، می‌تونست بیاد بیرون؟»

«نمی‌تونست اون همه خاک رو کنار بزنه.»

ه.گ. (هشت‌سال‌وپنج‌ماهه): «آدما فکر می‌کنن مُرده‌ها احساس دارن.»

«یعنی ندارن؟»

«نه، چیزی رو حس نمی‌کنن، انگار که خوابن. اگه من الآن بخوابم، دیگه چیزی حس نمی‌کنم، به‌جز وقتی که خواب ببینم.»

«وقتی بمیریم، خواب می‌بینیم؟»

«فکر نمی‌کنم. وقتی می‌میریم، دیگه خواب نمی‌بینیم. گاهی یه چیزی از جلوی چشمامون رد می‌شه، ولی خیلی کوتاهه و به نصف یه خواب هم نمی‌رسه.»

ل.ب. (پنج‌سال‌وشش‌ماه): «چشماش بسته‌اس.»

«چرا؟»

«چون مُرده.»

«فرق خوابیدن و مُردن چیه؟»

«تابوت میارن و اونو می‌ذارن توش. وقتی یکی می‌میره، دستاشو این‌جوری می‌ذارن.»

«توی تابوت براش چه اتفاقی می‌افته؟»

«کرم‌ها می‌خورنش. اونا تابوتو سوراخ می‌کنن.»

«چرا اجازه می‌ده کرم‌ها بخورنش؟»

«دیگه نمی‌تونه بلند شه، چون روش خاک ریختن. نمی‌تونه از تابوت بیاد بیرون.»

«اگر خاک روش نریخته بودن، می‌تونست بیاد بیرون؟»

«معلومه، اگه بدجوری زخمی نشده باشه، می‌تونه دستاشو از خاک بیاره بیرون و خاک را بِکَنه. این نشون می‌ده که هنوز دلش می‌خواد زنده باشه.»

ت.د. (شش‌سال‌ونه‌ماه): «پدر تعمیدی خواهرم مُرد و من دستشو گرفتم. دستش خیلی سرد بود. سبز و آبی بود. صورتش هم پر از چین‌وچروک بود. اون نمی‌تونه تکون بخوره، نمی‌تونه دستشو مُشت کنه، چون مُرده. نفس هم نمی‌تونه بِکِشه.»

«صورتش چه جوریه؟»

«صورتش از سرما دون‌دون شده. سرده چون مُرده و همه‌جاش سرد شده.»

«احساس سرما هم می‌کنه یا فقط پوستش اون‌طوری شده؟»

«مُرده، ولی احساس هم می‌کنه. وقتی می‌میره، هنوز یه‌کم حس داره. وقتی راستی‌راستی مُرد، دیگه چیزی رو حس نمی‌کنه.»

گ.پ. (شش ساله): «دستاشو از هم باز کرد و دراز کشید. نمی‌تونستین دستاشو ببندین. نمی‌تونه حرف بزنه. نمی‌تونه تکون بخوره. نمی‌تونه ببینه. نمی‌تونه چشماشو باز کنه. چهار روز همین‌طوری دراز می‌کشه.»

«چرا چهار روز؟»

«چون فرشته‌ها هنوز نمی‌دونن اون کجاس. بعد فرشته‌ها از توی خاک درش می‌آرن، اونو با خودشون می‌برن. بهش بال می‌دن و باهم پرواز می‌کنن.»(٤٦)

این جملات بسیار آموزنده‌اند. انسان از تناقض‌های درونیِ جملات و سطح متغیر آگاهی که از همین نقل‌قول‌های کوتاه پیداست، جا می‌خورد. مُرده‌ها احساس می‌کنند، ولی احساس نمی‌کنند. مُرده‌ها رشد می‌کنند و بزرگ می‌شوند ولی در همان سن باقی می‌مانند و تابوت برایشان کوچک نمی‌شود. کودک سگ مُرده‌اش را دفن می‌کند، ولی غذا هم روی گورش می‌گذارد، چون ممکن است سگ یک‌کم گرسنه شود.(۴۷) به نظر می‌رسد مرگ از دید کودک دارای چندین مرحله است. مُرده «یک‌کم» می‌تواند حس کند (یا رؤیاهای کوتاه و زودگذری داشته باشد)؛ ولی کسی که «راستی‌راستی مُرد...دیگه چیزی رو حس نمی‌کنه.» (اتفاقاً نادی همین جمله را ملاک قرار داده و آن را نشانه‌ای دانسته از اینکه کودک یا مرگ را موقتی می‌داند و یا با یکی دانستن آن با خواب یا رفتن کاملاً انکارش می‌کند. بار دیگر سوگیری مشاهده‌کننده آشکار است؛ از دید من این عبارات حاکی از آنند که کودکان اطلاعات قابل توجهی دارند. هیچ چیز موقت یا ناکاملی در خورده شدن توسط کرم‌ها، همیشه در خاک ماندن، «راستی‌راستی» مُردن و «دیگر چیزی را احساس نکردن» وجود ندارد.)

یکی بودن خواب و مرگ از دید کودک برایمان بسیار آشناست. حالت خواب، نزدیک‌ترین تجربه‌ی کودک به عدم هشیاری‌ست و تنها سرنخی‌ست که کودک در دست دارد تا بفهمد مُردن یعنی چه. (در اسطوره‌شناسی یونان، ناناتوس یا مرگ، برادر دوقلوی هیپنوس یا خواب است.) این پیوستگی اثراتی هم بر اختلالات خواب گذاشته و بسیاری از درمانگران بالینی، ترس از مرگ را عامل مهم بی‌خوابی در کودکان و بزرگسالان دانسته‌اند. بسیاری از کودکان وحشت‌زده و ترسیده، خواب را خطرناک می‌دانند. دعای دوران کودکی را به‌یاد آورید:

حالا به بستر می‌روم تا بخوابم،
دعا می‌کنم مسیح روحم را حفظ کند؛
اگر پیش از بیدار شدن مُردَم،
دعا می‌کنم مسیح روحم را دریابد.

عباراتی که نادی جمع‌آوری کرده، روشن می‌سازد کودکان حتی با آگاهی ناقصشان مرگ را رعب‌آور و ترسناک می‌دانند. محبوس شدن در تابوتی که دَرَش را با میخ محکم کرده‌اند، درخواست کمک از زیرِ زمین، مدفون شدن برای صدها سال و بعد به چوب بدل شدن، خورده شدن توسط کرم‌ها، احساس سرما، به رنگ سبز و آبی درآمدن یا ناتوانی در تنفس[1]، همه‌وهمه افکاری حقیقتاً ترسناک و مرعوب‌کننده‌اند.

دیدگاه این کودکان نسبت به مرگ هوشیارانه و هشیارکننده است، خصوصاً برای والدین و آموزگارانی که ترجیح می‌دهند اصل مطلب را به‌دلیل ناگوار بودنش نادیده بگیرند. منطقی که در پُشت سکوتِ رسماً مجازشان نهفته این است: «چیزی که نمی‌دانند، اذیتشان نمی‌کند». ولی وقتی کودکان از چیزی اطلاع کافی ندارند، داستانی از خود در می‌آورند؛ و همان‌طور که در این مثال‌ها دیدیم، ابداعاتشان سهمگین‌تر و وحشتناک‌تر از حقیقت است. بعدها بیشتر درباره‌ی مرگ‌آموزی سخن خواهم گفت، ولی همین‌جا روشن شد که باورهای کودکان درباره‌ی مرگ واقعاً ترسناک است و کودکان ناچارند راه‌هایی برای تسکین خود بیابند.

انکار: دو سنگر اصلی در برابر مرگ. کودک دو دفاع اساسی در برابر وحشت مرگ دارد، دفاع‌هایی که آغازشان به ابتدای زندگی بازمی‌گردد: اعتقاد عمیق به آسیب‌ناپذیری خویش و باور عمیق به وجود نجات‌دهنده‌ای غایی، منحصربه‌فرد و کاملاً فردی. گرچه این اعتقادات تحت‌تأثیر آموزش‌های آشکار والدین و رهنمودهای مذهبی درباره‌ی زندگی پس از مرگ، خدای حفاظت‌کننده و تأثیر دعاهای فردی شکل گرفته، در عین حال بر تجربیات اولیه‌ی کودک نیز استوار است.

استثنا بودن. هریک از ما، ابتدا در مقام کودک و بعد در مقام بزرگسال، به باوری غیرمنطقی به استثنا بودن خویش متمسک می‌شویم. محدودیت‌ها، بالا رفتن سن و مرگ برای دیگران اتفاق می‌افتد، نه برای ما، نه برای من. فرد عمیقاً به آسیب‌ناپذیری

---

۱. این دیدگاه‌های اولیه درباره‌ی مرگ، به‌طرز شگفت‌آوری در ناخودآگاه پابرجا می‌مانند. برای نمونه، الیوت جیکس رؤیای بیمار میانسالی را که به بیماری هراس از مکان‌های بسته (تنگناهراسی) دچار است، این‌گونه توصیف می‌کند: «در تابوتی دراز کشیده بود. تکه‌تکه شده بود و مُرده بود. ولی رشته‌ای به نازکی تارعنکبوت مثل عصب از هر تکه به تکه‌ی دیگر رفته و به این ترتیب، همه‌ی تکه‌ها را در مغز به هم متصل کرده بود. در نتیجه می‌توانست همه‌چیز را حس کند. می‌دانست مُرده است. نمی‌توانست حرکت کند یا صدایی ایجاد کند. فقط می‌توانست در آن تاریکی و سکوت تنگناهراسانه‌ی تابوت دراز بکشد.»(۴۸)

و جاودانگی خویش ایمان می‌آوَرَد. ریشه‌های این باور کهن (یا به‌اصطلاح ژول ماسرمن[1] «دفاع بدوی»(۴۹)) را باید در عنفوان زندگی جست. شروع زندگی برای هریک از ما دوره‌ای‌ست سرشار از خودمداری[2]. انسان به‌تنهایی همه‌ی دنیاست: مرزی میان خود و اشیاء و سایر موجودات زنده قائل نیست. بی‌آنکه کوششی کند، هر خواسته‌اش برآورده می‌شود: هر فکری که به ذهنش خطور کند، جامه‌ی عمل می‌پوشد. الگوی خاص و منحصربه‌فرد بودن در ذهنش شکل می‌گیرد و فرد این باور حاضروآماده را به‌عنوان سپری در برابر اضطراب مرگ به‌کار می‌گیرد.

نجات‌دهنده‌ی غایی. اعتقاد به وجود نجات‌دهنده‌ای غایی، شانه‌به‌شانه‌ی هذیان انسان‌مدارانه‌ی استثنابودن پیش می‌رود (هذیان را در معنای منفی آن به‌کار نبرده‌ام، زیرا این هذیان، باور غلطی‌ست فراگیر و شاید جهان‌شمول). این اعتقاد نیز ریشه در عنفوان زندگی و سپیده‌دم زندگانی دارد، دورانی که در آن والدین، چهره‌هایی سایه‌وارند: مکمل‌هایی شگفت‌انگیز که نه‌تنها قدرت حرکت بالایی دارند، بلکه تا ابد نیز در خدمت کودکند. مراقبت‌های محبت‌آمیز والدین در دوران نوزادی و کودکی، باور به وجود خدمتکاری برونی را تقویت می‌کند. کودک بارها و بارها خود را به مخاطره می‌اندازد، با حصار بی‌رحم واقعیت مواجه می‌شود و این بال‌های بزرگ مادرانه است که در آغوش گرم جایش می‌دهد و نجاتش می‌بخشد.

باور به استثنابودن و وجود نجات‌دهنده‌ی غایی، کودکِ در حال رشد را تیمار می‌کند: این دو پایه و اساس بی‌چون‌وچرای ساختار دفاعی‌ای هستند که فرد در برابر وحشت مرگ برمی‌افرازد. دفاع‌های ثانویه‌ی دیگری که در پی این دو می‌آید، دفاع‌های بدوی اصیل و نیز ماهیت اضطراب اولیه را در بیمار بزرگسال از نظر پنهان می‌کند. این دو دفاع بنیادین ریشه‌هایی عمیق دارند (شاهدش تداوم آن‌ها به شکل اسطوره‌های جاوید و اعتقاد به خدای شخصی در تقریباً همه‌ی ادیان بزرگ است[3])

---

1. Jules Masserman

2. egocentricity

۳. تأکید بر این نکته مهم است که ارزش یا معنای دین از دیدگاه روان‌پویه‌شناسی، لزوماً به معنای نادیده‌گرفتن حقیقت ذاتی دیدگاه‌های مذهبی نیست. به عبارت دیگر، همان گونه که ویکتور فرانکل گفته است: «ما برای ارضای کنجکاوی پیش‌رس جنسی، داستانی ابداع کرده‌ایم که نوزادان را لک‌لک‌ها با خود می‌آورند. ولی این به معنای آن نیست که لک‌لک‌ها وجود ندارند!»(۵۰)

و در بزرگسالی هم ادامه می‌یابند تا همان گونه که در فصل بعد توضیح خواهم داد، تأثیر نیرومندی بر ساختار شخصیت و شکل‌گیری علائم بیماری داشته باشند.

انکار: اعتقاد به اینکه کودکان نمی‌میرند. یکی از تسلی‌هایی که کودکان برای خود به‌کار می‌برند، این اعتقاد است که کودکان در برابر مرگ مصونیت دارند. بچه‌ها نمی‌میرند؛ مرگ برای افراد پیر اتفاق می‌افتد و پیری خیلی خیلی دور است. چند نمونه:

س. (پنج‌سال‌ودوماهه): مامان شما کجاست؟

مادر: توی بهشت. چند سال پیش فوت کرد. فکر می‌کنم هفتاد سالش بود.

س.: حتماً هشتاد یا نود سالش بوده.

مادر: نه، فقط هفتاد سالش بود.

س.: خُب، مَردا تا نودونه سالگی عمر می‌کنند. شما کی می‌میرین؟

مادر: اوه، نمی‌دونم. هروقت هفتاد یا هشتاد یا نود سالم بشه.

س.: اوه (وقفه) وقتی بزرگ شدم، ریشم را نمی‌تراشم و اون‌وقت ریشو می‌شم. مگه نه؟ [س. در مکالمه‌ی قبلی گفته بود می‌داند که مردان وقتی خیلی خیلی پیر می‌شوند، ریش درمی‌آورند. بعداً مشخص شد او خودداری از اصلاح ریش را کوششی می‌داند برای به‌تأخیر انداختن نامحدود مرگ!](۵۱)

روت (چهارسال‌وهفت‌ماهه): بابا، شما هم می‌میرین؟

پدر: بله، ولی وقتی که پیر بشم.

روت: شما پیر می‌شین؟

پدر: بله، بله.

روت: من هم پیر می‌شم؟

پدر: بله.

روت: هر روز می‌ترسم بمیرم. کاش هیچ‌وقت پیر نشم که بعدش مجبور نشم بمیرم. همچین چیزی ممکنه؟(۵۲)

مصاحبه‌کننده: بچه‌ها هم می‌میرن؟

ج.م. (شش‌ساله): نه، پسرا نمی‌میرن مگر اینکه مریضی‌شون خوب نشه. فکر کنم اگه تو بیمارستان هم بستری بشن، زنده بیرون می‌آن.

اِ.گ. (پنج‌ساله): من نمی‌میرم. فقط وقتی پیر بشی، می‌میری. من هیچ‌وقت نمی‌میرم. آدما وقتی پیر می‌شن، می‌میرن. [بعداً می‌گوید اگر خیلی پیر شود، می‌میرد.](۵۳)

در پاسخ به آزمون‌های تکمیل قصه، بیشتر کودکان ترجیح می‌دهند برای مدت طولانی بچه بمانند تا اینکه به‌سرعت بزرگ شوند. کودک نه‌سال‌ونیمه‌ای گفته می‌خواهد رشدش را متوقف کند و بچه بماند چون «وقتی کسی بزرگ‌تر می‌شه، عمر کمتری براش می‌مونه.»(۵۴)

البته مرگ واقعی یک کودک، مشکلات سختی برای کودکان به‌بار می‌آورد که اغلب با تمایز قائل شدن میان مُردن و کشته شدن حلش می‌کنند. پسری گفته: «پسرا نمی‌میرن مگر اینکه چاقو بخورن یا ماشین بهشون بزنه.» کودک دیگری گفته: «وقتی ده سالت باشه، امکان نداره بمیری، مگر اینکه یکی بکُشدت.»(۵۵) یکی دیگر (شش ساله): «من نمی‌میرم، ولی وقتی تو بارون بیرون بری، ممکنه بمیری.»(۵۶) این تعبیر و تفسیرها کودک را مطمئن می‌سازد که مرگ مشکلی فوری یا دست‌کم اجتناب‌ناپذیر نیست و اضطرابش را فرومی‌نشانَد. یا مرگ را به دوران پیری ــ دورانی که خارج از تصور کودک است ــ مربوط می‌سازد یا مرگ تصادفی و اتفاقی را ــ آن هم فقط در صورتی که فرد 'خیلی خیلی' بی‌دقت و سربه‌هوا باشد ــ مطرح می‌کند.

انکار: انسان‌انگاری[1] مرگ. بیشتر کودکان در سنین پنج تا نه سال از دورانی می‌گذرند که در آن مرگ را انسان می‌انگارند. ظاهر انسانی به آن می‌بخشند و دارای اراده می‌دانندش: مرگ لولوخُرخُره است، دروگر داس‌به‌دست بی‌رحم است، یک اسکلت، شبح یا سایه است؛ یا فقط با مُردگان در ارتباط است. نمونه‌های آن فراوان است:

ب.گ. (چهارسال‌ونه‌ماهه): «مرگ کارای بد می‌کنه.»

«چه‌جور کارای بدی؟»

---

1. personification

«بهتون چاقو می‌زنه تا بمیرین.»

«مرگ چه شکلیه؟»

«یه مَرده.»

«چه‌جور مَردی؟»

«عزرائیل.»

«از کجا می‌دونی؟»

«دیدمش.»

«کجا؟»

«تو علفزار. داشتم گل می‌چیدم.»

ب.م. (شش‌سال‌وهفت‌ماهه): «مرگ بچه‌های بدو می‌بَره. اونا رو می‌گیره و با خودش می‌بره.»

«چه شکلیه؟»

«سفید مثل برف. همه‌جای مرگ سفیده. خیلی بدجنسه. بچه‌ها رو دوست نداره.»

«چرا؟»

«چون بدذاته. مرگ حتی زنا و مردا رو هم با خودش می‌بَره.»

«چرا؟»

«چون دلش نمی‌خواد اونا رو ببینه»

«اون‌وقت چرا سفیده؟»

«اسکلته دیگه. از استخون درست شده.»

«واقعاً این شکلیه یا راجع‌بهش این‌طوری حرف می‌زنن؟»

«واقعاً این شکلیه. یه بار ازش حرف زدم، شب که شد مرگ واقعی اومد سراغم. اون کلید همه‌جا رو داره، همه‌ی درها رو باز می‌کنه. اومد تو، همه‌چیزو ریخت به هم. اومد سراغ تخت‌خوابم و خواست لحافمو بزنه کنار. من حسابی خودمو پوشوندم. نتونست لحافمو برداره. بعدش رفت.»

پ.گ. (هشت‌سال‌وشش‌ماهه): «وقتی یکی می‌میره، مرگ میاد سراغش، با یه داس بلند میاد و اون آدمه رو تکه‌تکه می‌کنه و با خودش می‌بَره. وقتی مرگ می‌ر»

جای پاهاش رو زمین باقی می‌مونه. وقتی جای پاش ناپدید شد، دوباره برمی‌گرده و یکی دیگه رو با خودش می‌بره. وقتی می‌خوان بگیرنش، اون ناپدید می‌شه.»

ب.ت. (نه‌سال‌ویازده‌ماهه): «مرگ یه اسکلته. اون‌قدر قویه که می‌تونه یه کشتی رو وارونه کنه. مرگ رو نمی‌شه دید. اون مخفی‌گاه داره. تو یه جزیره قایم می‌شه.»

و.پ. (نه‌سال‌ویازده‌ماهه): «مرگ خیلی خطرناکه. هیچ‌وقت نمی‌تونی بفهمی کی میاد که تو رو با خودش ببره. مرگ نامرئیه، هیچ‌کسی تو هیچ‌جای دنیا اونو ندیده. ولی شبا می‌یاد سراغ همه و اونا رو با خودش می‌بره. شبیه اسکلته. همه‌جاش از استخون درست شده. ولی وقتی هوا می‌خواد روشن بشه، وقتی صبح می‌شه، دیگه هیچ اثری از اون نمونده. تا این حد خطرناکه.»

م. ای. (نه‌سال‌ونه‌ماهه): «همیشه مرگ رو شکل اسکلت با یه لباس بلند سیاه می‌کِشند. در واقعیت نمی‌تونین اون رو ببینین. در واقعیت اون فقط یه جور روحه. میاد و مردم رو با خودش می‌بَره، براش هم فرق نمی‌کنه که پادشاه باشه یا گدا. اگه بخواد، اونا رو می‌میرونه.»(۵۷)

اگرچه این داستان‌ها به نظر ترسناک می‌آیند، فرایند انسان‌انگاری مرگ، موجب التیام اضطراب می‌شود. با اینکه تصور اسکلتی که پنهانی و شبانه از خاک گورستان بیرون می‌آید، به‌خودی‌خود ترسناک و ناخوشایند است، در مقایسه با حقیقت، اطمینان‌بخش است. تا زمانی که کودک معتقد است مرگ را نیرو یا موجودی خارجی با خود می‌آوَرَد، از این حقیقت واقعاً وحشتناک مصون است که مرگ خارجی نیست و فرد از ابتدای زندگی، دانه‌ی مرگ خویش را با خود حمل می‌کند. به‌علاوه، اگر مرگ موجودی دارای آگاهی و احساس باشد، اگر ــ همان‌طور که کودک در مثال آخر می‌گوید ــ وضع طوری‌ست که «اگه بخواد، اونا رو می‌میرونه»، در آن صورت شاید بشود مرگ را طوری تحت‌تأثیر قرار داد که دیگر نخواهد. شاید مانند دکمه‌ساز[1] که در داستان پر یونت[2] ایبسن نماد مرگ است، بتوان مرگ را به

---

1. Button Maker

۲. *Peer Gynt*: نام نمایشنامه‌ای از ایبسن (نمایشنامه‌نویس نروژی) که هجونامه‌ای‌ست درباره‌ی خصوصیات نروژی‌ها و زندگی بر پایه‌ی پرهیز و خودداری را به نمایش می‌گذارد.ـم.

تأخیر انداخت، او را بر سرِ مهر آورد یا ــ کسی چه می‌داند؟ ــ حتی فریبش داد و مغلوبش کرد. کودک با انسان‌انگاری مرگ، تکامل تمدن انسانی را به‌اختصار دوره می‌کند: هر تمدن بدوی، به نیروهای پنهان طبیعت که خارج از اراده‌اش عمل می‌کردند، ویژگی‌های انسانی بخشیده و کوشیده به این ترتیب، تسلط بیشتری بر سرنوشت خویش بیابد.[۱]

ترس انسان‌انگارانه از مرگ در تمام عمر با انسان می‌مانَد. کمتر کسی‌ست که در مرتبه‌ای از آگاهی، از تاریکی، ارواح خبیث، اشباح یا تظاهرات ماورای طبیعی نترسد. فیلمسازان به‌خوبی می‌دانند حتی فیلمی با کیفیت متوسط درباره‌ی ماورای طبیعت و اشباح، دل تماشاگران را عمیقاً به لرزه درمی‌آوَرَد.

انکار: تمسخر مرگ. وقتی کودک کمی بزرگ‌تر شد، می‌کوشد با تأکید بر زنده بودن خویش، ترس از مرگ را فرونشانَد. کودکان نُه و ده‌ساله اغلب مرگ را مسخره می‌کنند؛ دشمن قدیمی‌شان را به باد طعنه می‌گیرند. مطالعه‌ی زبان کودکان دبستانی نشان داده بسیاری از مبارزه‌طلبی‌ها و تمسخرهای مرتبط با مرگ، از دید آنان مضحک و خنده‌دار است؛ مثلاً:

یا می‌سوزونمت یا خاکت می‌کنم.

این سرفه نیست که نَفَسِتو می‌بُره، تابوته که تو رو می‌بَره[۲].

حالا دراز می‌کِشم تا بخوابم،
یه کیسه موز هم روی پاهامه.
اگه قبل از بیدار شدن مُردَم،
بدون که از شکم‌دَرده.

---

۱. کوچر که در سال ۱۹۷٤ به مطالعه‌ی مَنِش کودکان امریکایی به مرگ(۵۸) پرداخت، یافته‌های نادی (در کودکان مجارستانی) را درباره‌ی انسان‌انگاری مرگ تأیید نکرد. شاید تفاوت‌های بارز فرهنگی مطرح است، ولی تفاوت روش‌شناسی دو مطالعه، مقایسه را دشوار می‌سازد: در مطالعه‌ی امریکایی، مصاحبه کاملاً ساختاریافته است و کندوکاو بیشتر یا تعامل آزمودنی ـ مصاحبه‌گر کمتر اتفاق افتاده است، در حالی که پژوهش مجارستانی، بازتر، اختصاصی‌تر و شخصی‌تر است.

۲. در اینجا با واژه‌های cough و coffin بازی شده است.ـم.

کِرمِه از این ور تو می‌ره
کِرمِه از اون ور درمی‌یاد
تو هم اصلاً نمی‌دونی موضوع از چه قراره.(۵۹)

بسیاری از کودکان خصوصاً پسرها، به کارهای خطرناک و ماجراجویانه دست می‌زنند. (این امکان وجود دارد که بعضی رفتارهای بزهکارانه‌ی پسران نوجوان، ادامه‌ی همین دفاع در برابر اضطراب مرگ باشد.) این رفتارها در دختران کمتر رایج است، یا به این دلیل که نقش اجتماعی‌شان ایجاب می‌کند و یا طبق نظر مورر،(۶۰) به دلیل آگاهی از نقش زیست‌شناختی‌شان به‌عنوان مادر یا آفریننده، ترس از مرگ کمتر آزارشان می‌دهد.

انکار مرگ‌آگاهی در ادبیات روانپزشکی کودک. به‌رغم بحث‌های جالب و مجاب‌کننده و نیز شواهدی دال بر اینکه کودکان مرگ را در سنین پایین کشف می‌کنند و به‌شدت نگران آنند، جست‌وجو در زمینه‌ی ترس از مرگ در جمع‌بندی‌های روان‌پویه‌شناختیِ رشد شخصیت یا ناهنجاری روانی، کاری عبث و بی‌نتیجه است. چرا مشاهدات بالینی و نظریه‌ی پویه‌نگر با هم همخوانی ندارند؟ معتقدم یک «چطور» و یک «چرا» در اینجا مطرح است.

چطور؟ معتقدم مرگ با سازوکاری ساده از نظریه‌ی روان‌پویه‌شناسی حذف شده است: مرگ به «جدایی[1]» که نقش مرگ را در نظریه‌ی پویه‌نگر بر عهده گرفته، ترجمه شده است. جان بولبی[2] در اثر جاودانش در زمینه‌ی جدایی،(۶۱) شواهد متقاعدکننده‌ی رفتارشناختی، مشاهده‌ای و تجربی مفصلی را که از حوصله‌ی این بحث خارجند، ارائه می‌کند و نشان می‌دهد جدایی از مادر، رویدادی فاجعه‌بار برای نوزاد است و اضطراب جدایی در سنین شش تا سی‌ماهگی به‌وضوح آشکار می‌شود. بولبی نتیجه می‌گیرد ــ و درمانگران بالینی نتیجه‌اش را پذیرفته‌اند ــ که جدایی نخستین تجربه در شکل‌گیری اضطراب است: اضطراب جدایی، اضطراب بنیادین است؛ و سایر منابع اضطراب از جمله ترس از مرگ، اهمیت هیجانی‌شان را از میزان برابری‌شان با

1. separation
2. John Bowlby

اضطراب جدایی کسب می‌کنند. به‌عبارت دیگر، مرگ ترسناک است، زیرا اضطراب جدایی را دوباره زنده می‌کند.

بولبی در اکثر موارد استدلال‌های زیبایی دارد. با این حال، هنگام تأمل در اضطراب مرگ، قوه‌ی تخیلش به‌شدت تحلیل رفته است. برای نمونه، وی به پژوهش یرسیل[1] اشاره می‌کند که از چهارصد کودک درباره‌ی ترس‌هایشان پرسیده است.(٦٢) یرسیل متوجه شد ترس از بیمار شدن یا مُردن به دلیل ناشایع بودنش به‌چشم می‌آید: هیچ‌یک از دویست کودک زیر نُه سال مورد بررسی از این ترس‌ها نامی نبردند و تنها شش نفر از کودکان نُه تا دوازده سال به آن‌ها اشاره کردند. بولبی از این داده‌ها نتیجه می‌گیرد ترس از مرگ در کودکان زیر ده‌سال وجود ندارد و این ترس، ترسی دیررس و اکتسابی ولی مهم است زیرا معادل جدایی‌ست.(٦٣) پژوهش یرسیل نشان می‌دهد آنچه کودکان را می‌ترساند حیوانات، تاریکی، ارتفاع یا در تاریکی مورد حمله‌ی موجوداتی نظیر اشباح یا بچه‌دزدها قرار گرفتن است. آنچه پرسیده نشده، این سؤال بدیهی‌ست که چرا تاریکی یا اشباح یا حیوانات درنده یا مورد حمله قرار گرفتن در تاریکی برای کودکان مهم است؟ به‌عبارت دیگر، معنای واقعی و تصویر ذهنی آنان از این ترس‌ها چیست.

رولو می در اثر درخشانش درباره‌ی اضطراب استدلال می‌کند که مطالعه‌ی یرسیل فقط نشان‌دهنده‌ی آن است که اضطراب به ترس بدل می‌شود.(٦٤) ترس‌های کودک اغلب غیرقابل‌پیش‌بینی، متغیر و نامربوط به واقعیتند (برای مثال، احتمال اینکه کودک از حیوانات دورازدسترس مثل گوریل و شیر بترسد بیش از ترسیدن از حیوانات آشناست). می استدلال می‌کند آنچه در ظاهر خود را به‌صورت پیش‌بینی‌ناپذیر بودن «اَشکال عینی شده‌ی اضطراب بنیادین و زیربنایی» است. می فاش می‌کند که «یرسیل در گفت‌وگوی رودررو به من گفت این ترس‌های کودکان حقیقتاً نوعی ابراز و بیان اضطراب است. تعجب کرد چطور زودتر متوجه این موضوع نشده است. به‌نظر

من، زودتر متوجه نشدنش نشان می‌دهد خارج شدنمان از شیوه‌های سنتی تفکر چقدر دشوار است.»(٦٥)

پژوهش رفتاری موقعیت‌های برانگیزاننده‌ی ترس را در کودکان توصیف کرده است. همین سؤال در مورد این داده‌های تجربی هم مطرح است. چرا کودک از غریبه‌ها یا «پرتگاه دیداری» (میزی شیشه‌ای که به نظر می‌رسد دره‌ای عمیقی زیر آن است) یا شیء نزدیک‌شونده (که ناگهان نمایان می‌شود) یا تاریکی می‌ترسد؟ روشن است که هریک از این موقعیت‌ها ــ و نیز حیوانات، اشباح و جدایی ــ نماد تهدیدی برای بقا هستند. با وجود این، به‌جز ملانی کلاین و د. و. وینی‌کات که تأکید داشتند اضطراب اولیه، همان اضطراب کشته شدن، زوال ایگو و نابودی‌ست(٦٦)، به‌ندرت این سؤال در ذهن کسی مطرح شده که چرا کودک از این موقعیت‌های تهدیدکننده‌ی زندگی می‌ترسد؟ متخصصان رشد و روانکاوان کودک در زمینه‌ی زندگی درونی او هنگام ارتباط با اُبژه یا امور جنسی نتیجه‌گیری‌های زیادی کرده‌اند؛ ولی هنگام بررسی مفهوم مرگ برای کودک، شهود و تخیلشان از کار افتاده است.

شواهد دال بر وجود اضطراب جدایی بر مشاهدات متقن رفتاری استوار است. در تمامی رده‌ی پستانداران، هرگاه فرزندی از مادرش جدا شود، نشانه‌های رنج و ناراحتی در او آشکار می‌شود، چه علائم حرکتی بیرونی و چه نشانه‌های فیزیولوژیک درونی. به‌علاوه، همان گونه که بولبی استادانه به اثبات رسانده، اضطراب جدایی بدون شک از ابتدای زندگی نوزاد انسان وجود دارد و درونمایه‌ی اصلی دنیای درونی بزرگسالان نیز همان دلواپسی برای جدایی‌ست.

ولی آنچه پژوهش رفتاری قادر به آشکارسازی آن نیست، ماهیت تجربه‌ی درونی کودک یا آن طور که آنا فروید گفته، «تصویر ذهنی» او از واکنش رفتاری‌ست.(٦٧) می‌شود دانست چه‌چیز باعث دلواپسی و نگرانی می‌شود، ولی نمی‌توان فهمید دلواپسی و نگرانی چه‌جور حسی‌ست. پژوهش تجربی نشان می‌دهد کودک هنگام جدایی هراسان است، ولی هرگز مشخص نمی‌کند اضطراب جدایی، اضطراب اولیه‌ای‌ست که اضطراب مرگ از آن مشتق می‌شود. ممکن است کودک در مرتبه‌ای مقدم بر فکر و زبان، اضطراب اولیه‌ی نیستی را تجربه کند؛ این اضطراب در کودک نیز مانند بزرگسال تمایل دارد به ترس بدل شود: در نتیجه به تنها «زبانِ» در دسترس کودک

یعنی اضطراب جدایی تغییر شکل می‌دهد و به آن محدود می‌شود. متخصصان رشد این اعتقاد که کودک پیش از سی ماهگی قادر به تجربه‌ی اضطراب مرگ است، دوری می‌کنند زیرا معتقدند درک کودک از خود جدا از اشیای پیرامونش بسیار ناچیز است ولی همین استدلال در مورد اضطراب جدایی نیز کاربرد دارد. آنچه کودک تجربه می‌کند، چیست؟ قطعاً جدایی نیست، زیرا کودک بدون درک مفهوم خود، قادر به درک جدایی نیست. پس بالاخره چیست؟ جدا شدن از چه؟

دانش ما از تجربه‌ی درونی‌ای که قابل‌توصیف نیست، محدود است و من در این بحث، خطرِ «بزرگسالانه کردنِ» تفکر کودک را به‌جان می‌خرم. نباید فراموش کرد «اضطراب جدایی» اصطلاحی توافقی‌ست که بر پایه‌ی پژوهش تجربی ابداع شده و به نگرانی درونی‌ای اطلاق می‌شود که وصف‌ناپذیر است. ولی برای بزرگسال فرقی نمی‌کند اضطراب مرگ را به اضطراب جدایی (یا «ترس از دست دادن اُبژه») ترجمه کند یا استدلال کند که اضطراب مرگ مشتق از اضطراب جدایی «بنیادی»تری است. همان گونه که در فصل پیش توضیح دادم، باید دو معنای «بنیادی» را از هم متمایز کرد: «اساسی» و «اولیه از نظر زمانی». حتی اگر این استدلال را بپذیریم که اضطراب جدایی، از لحاظ زمانی نیز نخستین اضطراب است، به این معنا نیست که اضطراب مرگ، «حقیقتاً» همان ترس از فقدان اُبژه است. بنیادی‌ترین (اساسی‌ترین) اضطراب، برخاسته از خطری‌ست که خود را تهدید می‌کند؛ و اگر کسی از فقدان اُبژه می‌ترسد، به این دلیل است که از دست دادن اُبژه را تهدیدی (یا نماد تهدیدی) برای بقا می‌داند.

چرا؟ روشن است که حذف اضطراب مرگ از نظریه‌ی پویه‌نگر سهوی نیست. و همان گونه که دیدیم دلیل محکم و موجهی هم برای ترجمه‌ی این ترس به سایر مفاهیم وجود ندارد. معتقدم فرایند واپس‌رانِ فعالی در کار است، فرایندی برخاسته از تمایل نوعِ انسان (از جمله پژوهشگران و نظریه‌پردازان رفتاری) به انکار مرگ، انکاری که هم در زندگی فردی روی می‌دهد و هم در زندگی حرفه‌ای. دیگرانی که به مطالعه‌ی ترس از مرگ پرداخته‌اند نیز به نتیجه‌ای مشابه رسیده‌اند. آنتونی می‌گوید:

> تنها توجیه موجود برای فقدان منطق و ناآگاهی آشکارِ (پژوهشگران رشد کودک) نسبت به پدیده‌ی ترس انسان از مرگ ــ که علم انسان‌شناسی و تاریخ آن را یکی

از رایج‌ترین و نیرومندترین انگیزه‌های انسان دانسته‌است ــ واپس‌رانی سنتیِ (وابسته به فرهنگ) این ترس به‌دست نویسندگان و کسانی‌ست که پژوهش‌ها را گزارش می‌کنند.(۶۸)

چارلز وال[1] نیز در همین راستا می‌گوید:

واقعیت شگفت‌انگیز و قابل ملاحظه این است که پدیده‌ی ترس از مرگ یا اضطراب در این زمینه (که تاناتوفوبیا خوانده شده)، با اینکه به‌لحاظ بالینی نادر نیست، در ادبیات روانکاوی یا روانپزشکی تعریف مشخصی ندارد. غیبتش هویداست و به چشم می‌زند. آیا این واقعیت به این معناست که روانپزشکان نیز همانند دیگر انسان‌های فانی، رغبتی به بررسی و مطالعه‌ی مسئله‌ای که چنین شخصی و از نزدیک، نشانگر پیش‌بینی‌ناپذیری وضعیت بشری‌ست، ندارند؟ شاید آن‌ها نیز به‌اندازه‌ی بیمارانشان، بر این گفته‌ی روشفوکو صحه می‌گذارند که «به دو چیز نمی‌توان مستقیم خیره شد: خورشید و مرگ.»(۶۹)

اضطراب مرگ و شکل‌گیری ناهنجاری روانی

اگر اضطراب مرگ عامل اصلی شکل‌گیری ناهنجاری روانی‌ست، و اگر کنار آمدن با مفهوم مرگ یکی از وظایف اصلی هر کودک است، پس چرا بعضی به اختلال روان‌نژندانه‌ای دچار می‌شوند که از پا می‌اندازدشان و بعضی به شیوه‌ای نسبتاً منسجم و یکپارچه به بزرگسالی می‌رسند؟ پژوهش تجربی پاسخی برای این پرسش ندارد و فعلاً از من هم جز مطرح کردن چند احتمال، کار دیگری برنمی‌آید. بی‌تردید عوامل متعدد به‌طرزی پیچیده در این امر مداخله می‌کنند. باید زمان یا تسلسل «ایده‌آل»ی برای رویدادهای تکاملی موجود باشد: کودک باید با سرعتی متناسب با نیروی درونی و قوت قلبش، با مسائل کنار بیاید. روشن است که «زیاده‌ازحد و پیش‌ازموقع» به عدم تعادل منجر می‌شود. کودکی که پیش از شکل‌گیری دفاع‌های مناسب، بی‌رحمانه با مرگ رودررو شود، فشار روانی شدیدی را متحمل خواهد

---

1. Charles Wahl

شد. فشار روانی شدید که در تمامی مراحل زندگی ناخوشایند است، برای کودک مشکلاتی فراتر از ملال[1] گذرا به‌بار می‌آوَرَد. برای مثال، فروید معتقد بود صدمه‌ای که ضربه‌ی روانی در اوان زندگی به ایگو وارد می‌آوَرَد، چنان شدید و بادوام است که از لحاظ شدت و مدت با ضربه همخوانی ندارد و در این زمینه به آزمونی در زیست‌شناسی استناد کرد که سوراخ ریز حاصل از یک سوزن در بدو تکامل جنین، چه اثرات فاجعه‌باری در ارگانیسم بالغ به‌جا می‌گذارد.(۷۰)

چه نوع ضربه‌ی روانی در اینجا دخیل است؟ چند امکان روشن و بدیهی مطرح می‌شود. وقوع مرگ در محیط پیرامون کودک، رویداد مهمی‌ست؛ شاید بعضی انواع مواجهه با مرگ ــ به میزان معمول و در حضور منابع ازپیش‌موجود ایگو، عوامل مرتبط با سلامتی و بالغین حمایتگری که خود به‌خوبی با اضطراب مرگ کنار آمده‌اند ــ بی‌خطر باشد، در حالی که بعضی انواع آن، از ظرفیت کودک برای حفاظت از خویش فراتر رود. هر کودکی در مواجهه با حشرات، گل‌ها، حیوانات خانگی و سایر حیوانات کوچک، با مرگ رودررو می‌شود و این مرگ‌ها، سرچشمه‌ی سردرگمی یا اضطرابند و کودک را وامی‌دارند سؤالاتی از والدینش بپرسد و از مرگ بترسد. ولی برای کودکی که با مرگ یک انسان مواجه می‌شود، احتمال ضربه‌ی روانی بیشتر است.

همان‌طور که پیشتر گفته‌ام، مرگ کودکان ترسناک‌تر است، زیرا این باور دلگرم‌کننده را که فقط افراد خیلی خیلی پیر می‌میرند، سست می‌کند. مرگ خواهر یا برادر، که هم کم‌سن‌وسال است و هم وجودش برای کودک اهمیت دارد، ضربه‌ی روانی بزرگی‌ست. واکنش کودک ممکن است بسیار پیچیده باشد، زیرا مسائل متعددی مطرح است: احساس گناه حاصل از رقابت میان خواهران و برادران (و لذت برخورداری بیشتر از توجه والدین)، فقدان و یادآوری ترس از مرگ خویش. ادبیات موجود بیش از همه به مسئله‌ی اول یعنی احساس گناه می‌پردازد و گاهی به دومی یعنی فقدان، ولی هرگز به سومی نپرداخته است. برای مثال رُزن‌تسوایک و بری[2] اطلاعاتی جمع‌آوری کرده‌اند که نشان

---

1. dysphoria
2. Rosen[illegible]

می‌دهد شیوع مرگ خواهر یا برادر پیش از سن شش سالگیِ بیمار در بیماران اسکیزوفرنیک بیشتر از جمعیت عادی، بیماران مانیک-دپرسیو و بیماران مبتلا به فلج اندام‌هاست.(۷۱)

رُزن‌تسوایک تفسیر روانکاوانه‌ی شاخصی برای این نتیجه دارد، به‌این معنا که احساس گناه درهم‌کوبنده‌ی حاصل از خصومت میان خواهر و برادرها و احساسات مرتبط با زنا با محارم، عامل مهمی در ایجاد رفتارهای اسکیزوفرنیک است. او برای پشتیبانی از این نتیجه، تاریخچه‌ی مختصر (یک پاراگرافی) از سه بیمار را نقل می‌کند. به‌رغم کوتاهی این سه گزارش و انتخاب آن‌ها از میان حجم عظیمی از داده‌های بالینی، ترس از مرگ خویش در دو مورد از سه گزارش به‌خوبی مشهود است. یکی از بیماران که مادر و دو خواهرش را در کودکی از دست داده، واکنش بسیار شدیدی به مرگ عموزاده‌اش نشان می‌دهد: «چنان پریشان شد که به بستر بیماری افتاد: مدام می‌ترسید بمیرد. تشخیص دکتر فروپاشی روانی بود. بیمار خیلی زود رفتارهای عجیب‌وغریبی از نوع اسکیزوفرنیک بروز داد.»(۷۲) بیمار دیگری سه برادرش را از دست داده بود و اولین مرگ در سن شش سالگی بیمار اتفاق افتاده بود. او در هفده سالگی و به فاصله‌ی کمی از مرگ سومین برادرش روان‌پریش شد. تنها جمله‌ای که از خود بیمار نقل شده، حکایت از آن دارد که در واکنش او به مرگ، چیزی بیش از احساس گناه نهفته است. «گاهی صدایش را می‌شنوم. خیلی وقت‌ها انگار خودِ او هستم. نمی‌دانم، انگار فضایی خالی بین ماست... خُب، چطور می‌توانم به خلاء ناشی از مرگ او غلبه کنم؟ برادرم مُرده و من... خُب من زنده‌ام، ولی نمی‌دانم...»(۷۳) این شیوه‌ی بسیار گزینشی در گزارش موارد چیزی را اثبات نمی‌کند. ولی به این دلیل بیش از حد به موضوع می‌پردازم که مشکلات موجود بر سر راه تفسیر ادبیات پژوهشی را بهتر آشکار کنم. پژوهشگران و درمانگران بالینی، مثل صفحه‌ی گرامافون «خط‌افتاده‌ای» هستند که در تغییر شیوه و گرایش‌شان با دشواری مواجهند، حتی زمانی که مانند این پژوهش، توضیحی متفاوت، کاملاً موجه و همخوان با اطلاعات به نظر می‌رسد.

اگر فقدان یکی از والدین را به فقدان یکی از خواهران یا برادران اضافه کنیم، متوجه می‌شویم که در پژوهش رُزن‌تسوایک بیش از ۶۰ درصد بیماران اسکیزوفرنیک، یک فقدان زودرس را تجربه کرده‌اند. پس شاید بیماران اسکیزوفرنیک فقدانی «بیش‌ازحد

و پیش‌ازموقع» را از سر گذرانده‌اند. این بیماران نه‌تنها بیش از حد در معرض مرگ قرار گرفته‌اند، بلکه به‌دلیل وجود درجاتی از آسیب در محیط خانواده، نه بیماران و نه خانواده‌هایشان توانایی لازم برای کنار آمدن با اضطراب مرگ را ندارند. (همان‌طور که در فصل چهارم خواهم گفت، هرولد سرلز[1] نیز در کار روان‌درمانی با بیماران اسکیزوفرنیک بزرگسال به نتیجه‌ای مشابه دست یافته است.(۷٤))

مرگ یکی از والدین برای کودک فاجعه است. واکنش او بستگی به چند عامل دارد: کیفیت رابطه‌اش با والد ازدست‌رفته، چگونگی مرگ والد (مثلاً اینکه کودک شاهد مرگی طبیعی یا خشن بوده است؟)، برخورد والد در طول بیماری منجر به فوتش و وجود والد بازمانده‌ی نیرومند و اجتماع اطراف و منابع حمایتی خانواده. (۷۵) کودک از یک سو، به فقدانی عمیق دچار است و از سوی دیگر، این نگرانی فوق‌العاده شدید احاطه‌اش می‌کند که مبادا رفتار یا خیال‌پردازی‌های پرخاشگرانه‌ی او نسبت به والد، باعث مرگش شده است. نقش احساس گناه و فقدان به‌خوبی شناخته شده و از سوی اهل فن به بحث گذاشته شده است.(۷٦) آنچه از ادبیات سنتی سوگ حذف شده، تأثیر مرگ یکی از والدین بر آگاهی کودک نسبت به مرگ خویش است. همان‌طور که پیشتر تأکید کرده‌ام، نابودی یکی از دلهره‌های اساسی انسان است و بخش اعظم دلهره‌ی موجود در واکنش او را به مرگ دیگری توجیه می‌کند. مورر آن‌را به‌خوبی شرح می‌دهد: «کودک در مرتبه‌ای پایین‌تر از ادراک حقیقی و با خودشیفتگی ساده‌دلانه‌اش 'می‌داند' از دست دادن والدین، از دست دادن ریسمانی‌ست که او را به زندگی پیوند داده است... . اندوه حاصل از اضطراب جدایی، بیش از آنکه ناشی از حس مالکیت حاسدانه نسبت به اُبژه‌ی محبوب ازدست‌رفته باشد، حاصل وحشتِ ازدست‌دادن زندگی خویش است.»(۷۷)

اثبات شیوع بالاتر ازدست‌دادن والدین در بیماران روانپزشکی ــ چه روان‌نژند و چه روان‌پریش ــ نسبت به جمعیت عادی، سخت نیست.(۷۸) ولی پیامدهای مرگ والدین چنان گسترده است که تفکیک مؤلفه‌های این تجربه و ارزش‌گذاری هریک، از عهده‌ی پژوهش خارج است. برای نمونه، در مطالعه‌ی تجربی حیوانات،

---

1. Harold Searles

جداسازی فرزند از مادر، نوعی روان‌نژندی تجربی پدید می‌آوَرَد و این فرزند در مقایسه با فرزندانی که از مادر جدا نشده‌اند، واکنش بسیار شدیدتری به فشار روانی از خود بروز می‌دهد. در انسان‌ها حضور بلافاصله‌ی جایگزین مادر از اضطراب حاصل از رویدادهای ناآشنا می‌کاهد. کودکِ مادرازدست‌داده بعداً نسبت به همه‌ی فشارهای روانیِ پیشِ رویَش آسیب‌پذیرتر خواهد بود. کودک نه‌تنها در معرض اضطراب ناشی از مرگ‌آگاهی قرار می‌گیرد، بلکه اضطراب حاصل از فشارهای دیگر روانی (بین‌فردی، جنسی، مرتبط با مدرسه) هم برایش عذاب مفرطی در پی می‌آوَرَد که به‌سختی قادر به تحمل آن خواهد بود. بنابراین چنین کودکی در معرض بروز علائم و سازوکارهای دفاعی روان‌نژندانه‌ای‌ست که هرچه در زندگی بیشتر رَوَد، لایه‌لایه بر هم انباشته می‌شوند. ترس از مرگ خویش شاید عمیق‌ترین لایه باشد و به‌ندرت، آن هم در کابوس‌ها یا سایر شیوه‌های بیان ناخودآگاه خود را آشکار می‌سازد.

ژوزفین هیلگارد و مارتا نیومن[1] به مطالعه‌ی بیماران روانپزشکی‌ای پرداختند که یکی از والدینشان را در کودکی از دست داده بودند و به یافته‌ی خیره‌کننده‌ای دست یافتند (که آن را «واکنش سالگرد یا یادبود» نامیدند): همبستگی معنی‌داری میان سن بیمار هنگام بستری روانپزشکی و سن والد ازدست‌رفته در هنگام مرگ وجود داشت.(۷۹) به‌عبارت دیگر، احتمال فراوانی وجود دارد که وقتی بیماری بستری می‌شود، هم‌سن والد مُرده‌ی خود هنگام مرگ باشد. مثلاً اگر مادر بیمار در سی‌سالگی مُرده باشد، بیمار در سی‌سالگی، «در معرض خطر» محسوب می‌شود. به‌علاوه، فرزند ارشد بیمار، تقریباً در همان سنی خواهد بود که بیمار یکی از والدینش را از دست داده است. مثلاً اگر بیمار زنی مادرش را در شش سالگی از دست داده، وقتی دختر بزرگش شش ساله شود، بیمار از لحاظ روانپزشکی «در معرض خطر» محسوب می‌شود. گرچه این پژوهشگران به موضوع اضطراب مرگ نپرداخته‌اند، محتمل به‌نظر می‌رسد که مرگ مادر، کودک ــ یعنی بیمار فعلی ــ را به رویارویی با وابستگی دو واقعه واداشته است: مرگ مادر، کودک را متوجه کرده که او هم باید بمیرد. این نتیجه‌گیری و اضطراب

---

1. Josephine Hilgard and Martha Newman

همراهِ آن، واپس رانده شده و در ناخودآگاه باقی مانده تا زمان یادبود فرارسد. یعنی بیمار به سنِ مرگِ مادرش برسد.

شدت ضربه‌ی روانی، تا حدود زیادی به شدت اضطراب مرگ در خانواده وابسته است. بسیاری از فرهنگ‌ها، کودکان را در آداب‌ورسوم پیرامونِ مرگ شرکت می‌دهند. گاهی در تشییع جنازه نقشی به آن‌ها واگذار می‌شود. برای مثال، در فرهنگ فوره[1] در گینه‌ی‌نو، کودکان در خوردن آیینی خویشاوند مُرده شرکت می‌کنند. به احتمال زیاد این تجربه برای کودک فاجعه‌بار نیست، زیرا بزرگسالان بدون اضطراب زیاد در این فعالیت‌ها شرکت دارند؛ آن را بخشی از جریان طبیعی و ناآگاه زندگی می‌دانند. با وجود این، همان‌طور که اغلب در مورد فرهنگ غربی امروزی صادق است، یکی از والدین اضطراب شدیدی در ارتباط با مرگ دارد، پس این پیام به کودک داده می‌شود که اینجا، جای ترس است. این تبادل اطلاعات والدانه خصوصاً در مورد کودکانی صدق می‌کند که از بیماری جسمانی شدیدی رنج می‌بَرند. همان‌طور که ماریان برکنریج و ای. وینسنت[2] گفته‌اند: «کودکان اضطراب والدینشان را در مورد مرگ خود حس می‌کنند و در نتیجه ناآرامی و تشویش مبهمی در خود دارند که کودکان سالم تجربه نمی‌کنند.»(۸۰)

آموزش به کودکان درباره‌ی مرگ

در فرهنگ ما، بسیاری از والدین هنگام آموزش درباره‌ی مرگ به کودکان، می‌کوشند واقعیت را قدم‌به‌قدم آشکار کنند. کودکان در برابر مرگ محافظت می‌شوند؛ آشکارا اطلاعات غلط در اختیارشان قرار می‌گیرد؛ با افسانه‌هایی راجع به بهشت یا بازگشت مُردگان یا اطمینان دادن از این بابت که کودکان نمی‌میرند، تخم انکار در همان کودکی کاشته می‌شود. بعدها هرگاه کودک «آمادگی درک آن را پیدا کرد»، والدین به‌تدریج میزان واقعیت را افزایش می‌دهند. گهگاه والدینِ آگاهی یافت می‌شوند که در برابر خودفریبی می‌ایستند و حاضر نمی‌شوند چیزی خلاف واقعیت به کودکانشان

---

1. Foré
2. Marian Breckenridge and E. Lee Vincent

بیاموزند. با این حال، برای آن‌ها هم دشوار است هنگام مواجهه با کودکی وحشت‌زده و مضطرب، از تسلایی خلاف واقع ــ خواه انکار گنگ و سطحی مرگ باشد و خواه افسانه‌ی «سفر طولانی» پس از مرگ ــ سر باز زنند.

الیزابت کوبلرراس[1] به‌شدت با شیوه‌ی سنتی مذهبی در تعلیم «افسانه‌هایی» درباره‌ی بهشت، خدا و فرشتگان به کودکان مخالف است. با وجود این، وقتی کارش را با کودکانی که دلواپس مرگ ــ مرگ خود یا والدینشان ــ هستند، شرح می‌دهد، او نیز به روشنی، تسلایی مبتنی بر انکار پیشکش‌شان می‌کند. به کودکان می‌گوید در لحظه‌ی مرگ، انسان‌ها «مانند پروانه‌ای» تغییرشکل می‌دهند یا به آینده‌ای سرشار از آسایش که آن‌ها را به خود فرامی‌خوانَد، پا می‌گذارند.(۸۱) گرچه کوبلرراس اصرار دارد این انکار نیست، بلکه واقعیتی‌ست مبتنی بر پژوهش‌های عینی در زمینه‌ی تجربه‌ی زندگی پس‌ازمرگ، شواهد تجربی‌اش منتشرنشده باقی می‌مانَد. موقعیت فعلی این درمانگر برجسته که زمانی با عزمی راسخ به رویارویی با مرگ پرداخت، نشان می‌دهد که مواجهه با مرگ بدون خودفریبی تا چه حد دشوار است. تا جایی که قضاوت من اجازه می‌دهد، «داده‌های عینی» کوبلرراس، تفاوت معنی‌داری با «آموزش»های مبتنی بر ایمان مذهبی سنتی ندارد.

فرهنگ غربی ما، رهنمودهای آموزشی روشنی در زمینه‌ی رشد جسمانی، کسب اطلاعات، مهارت‌های اجتماعی و تکامل روانشناختی دارد؛ ولی وقتی به آموزش درباره‌ی مرگ می‌رسیم، والدین تا حدود زیادی به خود رها می‌شوند. بسیاری از فرهنگ‌ها، اسطوره‌های پذیرفته‌شده‌ای درباره‌ی مرگ دارند که بدون کمترین تردید و اضطرابی به کودکان منتقل می‌شود. فرهنگ ما هیچ رهنمود شناخته‌شده‌ای در اختیار والدین نمی‌گذارد؛ به‌رغم جهان‌شمولی موضوع و اهمیت سرنوشت‌ساز آن در تکامل کودک، هر خانواده، خواهی‌نخواهی، باید خود تصمیم بگیرد که به فرزندانش چه بیاموزد. اغلب اطلاعاتی که به کودک داده می‌شود گنگ، غیرقابل‌درک و آمیخته

---

۱. Elisabeth Kübler-Ross (۲۰۰٤-۱۹۲٦)، روانپزشک و نویسنده‌ی کتاب در باب مرگ و مردن که با آن نظریه‌ی خود را درباره‌ی پنج مرحله‌ی سوگ پی افکند. او چند سال پیش از مرگ، به‌دنبال سکته‌های مغزی متعدد، دچار فلج نیمی از بدن شد و بسیاری از کتاب‌هایش را پس از این واقعه نوشت. در مصاحبه‌ای چند ماه پیش از مرگ گفت اکنون برای مرگ کاملاً آماده است.-م.

با اضطراب والدین است و ممکن است با سایر منابع اطلاعاتی موجود در پیرامون کودک در تضاد باشد.

میان رده‌های گوناگون آموزگاران متخصص در زمینه‌ی مرگ‌آموزی نیز اختلاف شدیدی وجود دارد. آنتونی توصیه می‌کند والدین نزد کودکان منکر واقعیت شوند. او از ساندور فرنتسی نقل‌قول می‌کند که گفته: «انکار واقعیت، مرحله‌ی گذار میان نادیده‌انگاری و پذیرش واقعیت است.» و معتقد است شکست والدین در همدستی با انکار کودک به «روان‌نژندی‌ای منجر می‌شود که تداعی‌های مرگ در آن نقش عمده‌ای دارند.»(۸۲) آنتونی این طور ادامه می‌دهد:

> دلایل محکمی در جهت حمایت از پذیرش واقعیت وجود دارد. با این حال در عملی کردن آن با یک خطر مواجهیم. دانستن اینکه انکار، خود نوعی تسهیل پذیرش است، وظیفه‌ی والدین را سبُک‌تر می‌کند. وقتی نیاز کودک به انکار مرتفع شد، ممکن است والدین در معرض اتهام غیرقابل‌اطمینان بودن و دروغ‌گویی قرار گیرند. که اگر آشکارا سرزنش شوند و مقصر دانسته شوند، پاسخشان می‌تواند این باشد: «آن موقع قادر به درکش نبودی.»(۸۳)

از سوی دیگر، بسیاری از متخصصان این رشته، دیدگاه جروم برونر[1] را می‌پذیرند که: «به شرط آنکه هوشمندانه عمل کنیم، می‌توانیم هر موضوعی را صادقانه با هر کودکی در هر مرحله از تکامل در میان نهیم.»(۸٤) و می‌کوشند کودک را در جهت درک تدریجی و واقع‌گرایانه‌ی مفهوم مرگ یاری کنند. حُسن‌تعبیرها («خوابیده»، «به بهشت رفته»، «پیشِ فرشته‌هاست») «در برابر ترس از مرگ، سنگرهایی به سستیِ کاغذند که فقط کودک را سردرگم می‌کنند.»(۸۵) والدین با نادیده‌انگاری موضوع خودشان را گول می‌زنند: کودکان موضوع را نادیده نمی‌گیرند و همان‌طور که در مورد مسائل جنسی هم صدق می‌کند، به منابع اطلاعاتی دیگری روی می‌آوَرَند که اغلب غیرقابل‌اطمینان و حتی وحشتناک‌تر و نامأنوس‌تر از واقعیت است.

---

1. Jerome Bruner

به‌طور خلاصه، شواهد قانع‌کننده‌ای موجود است که ثابت می‌کند کودکان مرگ را در سنین پایین کشف می‌کنند، درمی‌یابند زندگی در نهایت رو به نابودی‌ست، این یافته را به خود نسبت می‌دهند و در نتیجه‌ی این کشف، به اضطرابی شدید دچار می‌شوند. یکی از وظایف عمده‌ی تکاملی، کنار آمدن با این اضطراب است که کودک از دو راه اساسی به آن می‌پردازد: دستکاری واقعیتِ عینیِ تحمل‌ناپذیرِ مرگ و دستکاری تجربه‌ی ذهنی و درونی خویش. کودک اجتناب‌ناپذیری و همیشگی بودن مرگ را انکار می‌کند. به آفرینش اسطوره‌های جاوید دست می‌زند یا با کمال خرسندی افسانه‌هایی را که بزرگسالان به او پیشکش می‌کنند، می‌پذیرد. همچنین درماندگی خویش در برابر مرگ را با دستکاری واقعیت درونی انکار می‌کند: کودک استثنا بودن، همه‌کارتوانی و آسیب‌ناپذیری خویش را باور می‌کند و نیز باور می‌کند نیرو یا موجود خارجی‌ای هست که شخصِ او را از سرنوشتی که در انتظار دیگران است، نجات می‌دهد.

همان‌طور که راچلین می‌گوید: «نکته‌ی جالب این نیست که کودکان به دیدگاه بزرگسالان درباره‌ی پایان زندگی می‌رسند، بلکه جالب آن است که چگونه بزرگسالان، اعتقادات کودکی را برای همه‌ی عمر حفظ می‌کنند و چطور به‌راحتی به آن‌ها بازمی‌گردند.»(۸۶) بنابراین مُرده‌ها نمُرده‌اند؛ می‌آسایند، با نوای موسیقی ابدی در گورستان به‌خواب می‌روند و از لذت‌های زندگی پس‌ازمرگ، آنجا که در نهایت به دیدار دوباره‌ی عزیزانشان نائل می‌شوند، برخوردار خواهند شد. و به‌رغم هرآنچه بر سر دیگران بیاید، فرد در مقام یک بزرگسال، مرگ خویش را انکار می‌کند. سازوکارهای مبتنی بر انکار با سبک زندگی و ساختار شخصیت فرد درمی‌آمیزند. مسئولیت فرد در بزرگسالی نیز مانند کودکی، کنار آمدن با میرایی و فانی بودن خویش است؛ و مطالعه‌ی ناهنجاری روانی، که هم‌اکنون به آن خواهم پرداخت، مطالعه‌ی ناتوانی در فراتر رفتن از مرگ و کنار آمدن با آن است.

فصل چهارم

مرگ و ناهنجاری روانی

طیف ناهنجاری روانی چنان وسیع و تظاهرات بالینی در بیماران چنان گوناگون است که درمانگران بالینی نیازمند قواعدی نظم‌دهنده‌اند تا بتوانند علائم، رفتارها و ویژگی‌های شخصیتی را به دسته‌هایی هدفمند تقسیم کنند. استفاده از الگویی ساختاریافته در ناهنجاری روانی، درمانگران را از تشویش رویارویی با موقعیتی نابسامان و درهم‌ریخته می‌رهاند. احساس شناخت موقعیت، آشنایی با آن و چیرگی بر آن که به‌نوبه‌ی خود موجب برانگیختن حس اعتماد و اطمینان در بیماران می‌شود، لازمه‌ی برقراری یک رابطه‌ی صحیح درمانی‌ست.

الگویی که در این فصل به توصیف آن می‌پردازم، مانند بیشتر الگوهای موجود در ناهنجاری روانی، بر این فرض بنیان نهاده شده که ناهنجاری روانی، حاصل به‌کارگیری شیوه‌ای ناکارآمد و ناموزون در مقابله با اضطراب است. الگوی اگزیستانسیال فرض را بر این می‌گذارد که اضطراب برخاسته از رویارویی فرد با دلواپسی‌های غایی هستی‌ست. در این فصل مدلی را برای ناهنجاری روانی معرفی می‌کنم که اساس آن ستیز انسان با اضطراب مرگ است و در فصل‌های بعدی به مدل‌هایی می‌پردازم که قابل استفاده برای بیمارانی‌ست که اضطرابشان با سایر دلواپسی‌های غایی ــ آزادی، تنهایی و پوچی ــ ارتباط و همخوانی بیشتری دارد. به‌دلایل آموزشی لازم است این

دلواپسی‌ها را جداگانه بررسی کنم، ولی هر چهار دلواپسی تاری از ریسمان هستی‌سنج و باید در نهایت همه را با هم درآمیخت تا به مدل اگزیستانسیال یکپارچه‌ای برای ناهنجاری روانی دست یافت.

همه‌ی انسان‌ها با اضطراب مرگ رویاروی می‌شوند؛ اکثر آن‌ها شیوه‌های مقابله‌ای سازگاریافته‌ای را به‌کار می‌گیرند: شیوه‌هایی متشکل از تدابیری مبتنی بر انکار مانند فرونشانی، واپس‌رانی، جابه‌جایی، باور به همه‌کارتوانی خود، پذیرش اعتقادات مذهبی مقبول جامعه که از مرگ زهرزدایی می‌کند یا تلاش شخصی برای غلبه بر مرگ به اَشکال گوناگون و با هدف دست‌یابی به جاودانگی نمادین.

برای فردی که به قلمروِ «بیمار بودن» گام نهاده، یا به‌دلیل فشار روانی فوق‌العاده و یا به‌دلیل نابسندگی تدابیر دفاعی دردسترسش، شیوه‌های رایج و همگانی کنار آمدن با مرگ ناکافی بوده و در نتیجه به‌سوی شیوه‌های افراطی و نامعتدل دفاعی کشیده شده است. این تمهیدات دفاعی، اغلب شیوه‌هایی نابهنجار و بی‌قواره برای کنار آمدن با وحشتند و موجب شکل‌گیری علائم بیماری می‌شوند.

ناهنجاری روانی (در هر نظامی) طبق تعریف عبارت است از یک شیوه‌ی دفاعی ناکارآمد. حتی تمهیدات دفاعی‌ای که اضطراب شدید را خنثی و دفع می‌کنند، مانع رشدند و به زندگی‌ای مقید و محدود و سرشار از نارضایتی منجر می‌شوند. بسیاری از نظریه‌پردازان اگزیستانسیال، از بهای گزافی گفته‌اند که ستیز برای کنار آمدن با اضطراب مرگ به انسان تحمیل می‌کند. کیرکگور می‌دانست انسان خود را محدود و خوار و خفیف می‌کند تا از احساس «وحشت، تباهی و نابودی‌ای که در همسایگی هر انسانی خانه دارد» بپرهیزد.(۱) اوتو رنک روان‌نژند را انسانی می‌داند «که وام (زندگی) را نمی‌پذیرد تا مجبور به پرداخت بدهی (مرگ) نشود.»(۲) پل تیلیش گفته است: «روان‌نژندی راه پرهیز از نیستی‌ست با پرهیز از هستی.»(۳) ارنست بکر نیز به نکته‌ای مشابه اشاره کرده است: «طنز بشری در این است که ژرف‌ترین نیاز، رهایی از اضطراب مرگ و نابودی‌ست؛ ولی چون خودِ زندگی برانگیزاننده‌ی این اضطراب است، ناچاریم از به‌تمامی زیستن ابا کنیم.»(٤) رابرت جی لیفتون اصطلاح «کرختی روانی» را به‌کار بُرد تا نشان دهد فرد روان‌نژند چگونه از خود در برابر اضطراب مرگ حفاظت می‌کند.(۵)

اضطراب عریان مرگ در الگوی ناهنجاری روانی‌ای که توصیف خواهد کرد، به‌سادگی آشکار نمی‌شود. ولی این موضوع نباید غافلگیرمان کند: منشاء‌ی اضطراب اولیه به شکل ناب و ازلی‌اش، در هیچ‌یک از نظام‌های نظری موجود ریخته نیست. علت وجودی ساختارهای دفاعی، استتار درون است: ماهیت تعارض بنیانگر عصبی را واپس‌رانی و سایر تمهیداتِ کاهنده‌ی ملال می‌پوشانند. در نهایت، تعارض عصبی چنان در ژرفا پنهان می‌شود که تنها پس از تحلیل شاق و تو نقرسای این تمهیدات می‌توان به درک آن نائل شد.

یک مثال: فرد ممکن است با حفظ پیوندی نمادین با مادر، خود را از اضطراب مرگ که بخش جدایی‌ناپذیر فردیت است، در امان دارد. این تمهید دفاعی موقتاً کارساز است، ولی با گذشت زمان، خود به منبع ثانویه‌ی اضطراب بدل می‌شود: مثلاً روی گردانی از جدایی از مادر، حضور در مدرسه یا کسب مهارت‌های اجتماعی را مختل می‌کند: این کاستی‌ها موجب اضطراب اجتماعی و خودخوارانگری می‌شود و به‌نوبه‌ی خود، به زایش دفاع‌هایی جدید می‌انجامد که ملال را تعدیل می‌کند ولی رشد را به تأخیر می‌اندازد و در نتیجه، لایه‌هایی بر اضطراب و دفاع می‌افزاید. خیلی زود، پوسته‌ای سنگین از این پدیده‌های همایند، تعارض اصلی را می‌پوشاند و کندوکاو برای یافتن اضطراب اولیه به کاری بسیار دشوار بدل می‌شود. اضطراب مرگ بلافاصله بر درمانگر آشکار نمی‌شود: از طریق مطالعه‌ی رؤیاها، خیال‌پردازی‌ها، سخنان روان‌پریشانه یا روانکاوی دقیق و پرجدوجهد در ابتدای بروز روان‌نژندی می‌توان به آن دست یافت. برای نمونه، لوئیس لسر و تئا بری[1] (۶) معتقدند وقتی نخستین حمله‌های سراسیمگی مورد روانکاوی دقیق قرار گیرند، بی‌چون‌وچرا اضطراب مرگی را ترسیم می‌کنند که به سطح راه یافته است. ولی حمله‌های بعدی با دخالت جزئیات، جایگزینی‌ها و جابه‌جایی‌ها مغشوش می‌شوند.

با وجود این، اَشکال ثانویه و فرعی اضطراب نیز اضطراب‌هایی واقعی‌اند. ممکن است فرد به اضطراب اجتماعی یا خودخوارانگری دچار شود؛ و همان‌طور که در فصل بعد خواهیم دید، تلاش‌های درمانی عموماً به‌جای اضطراب اصلی،

1. Lewis Loesser and Thea Bry

به‌سوی اضطراب فرعی هدایت می‌شود. روان‌درمانگر، بی‌توجه به نظام اعتقادی
در زمینه‌ی سرچشمه‌ی اصلی اضطراب و شکل‌گیری ناهنجاری روانی، درمان را
سطح نگرانی بیمار آغاز می‌کند: برای مثال، درمانگر از طریق درمان حمایتی، پشتیبانی
از دفاع‌های سازگاریافته یا کمک به اصلاح شیوه‌های مخرب تعامل بین‌فردی، بیمار را
یاری می‌کند. در نتیجه، الگوی اگزیستانسیالِ ناهنجاری روانی، هنگام درمان بسیاری
از بیماران، از راهبُردها یا اسلوب درمانی سنتی عدول نمی‌کند.

اضطراب مرگ: الگوی ناهنجاری روانی

معتقدم الگوی بالینی‌ای که در فصل پیش به آن اشاره کردم، ارزش‌های کاربردی و آموزشی قابل تأملی دارد. شیوه‌ی مقابله‌ای کودک با مرگ‌آگاهی، مبتنی بر انکار است و دو سنگر اصلی این نظامِ مبتنی بر انکار عبارتند از باور کهن به گزندناپذیری خویش و/یا پشتیبانی ابدی از سوی نجات‌دهنده‌ای غایی. این دو باور بسیار نیرومندند زیرا از دو منبع تقویت می‌شوند: شرایط حاکم بر کودکی و اسطوره‌های رایج معتبرِ فرهنگی در زمینه‌ی نظام‌های ابدی و وجود خداوندگاری فردی و حمایت‌گر.

شیوه‌ی بروز بالینی این دو دفاع بنیادین به‌خصوص زمانی برایم آشکار شد که دو بیمار را که در اینجا مایک و سام می‌خوانمشان، در دو وقت متوالی دیدار کردم. آن‌ها امکان مطالعه‌ی دو شیوه‌ی انکار مرگ را فراهم کردند؛ تضاد میان این دو جلب توجه می‌کرد؛ و هریک، با روشن کردن امکان متضاد، نوری بر پویه‌نگری آن دیگری افکند.

مایکِ بیست‌وپنج‌ساله را که مبتلا به نوعی لنفوم بسیار بدخیم بود، یک انکولوژیست (تومورشناس) به من معرفی کرده بود. گرچه شکل جدیدی از شیمی‌درمانی، تنها بخت او برای زنده ماندن بود، حاضر به همکاری و پذیرش درمان نبود. او را فقط یک بار دیدم (که پانزده دقیقه هم برای ملاقات تأخیر داشت)، ولی کاملاً روشن بود فردگرایی را به‌عنوان درونمایه‌ی هدایت‌کننده‌اش در زندگی برگزیده است. در کودکی با هر شکلی از کنترل جنگیده بود و مهارت‌های چشمگیری در زمینه‌ی خودکفایی و خودبسندگی به‌دست آورده بود. از دوازده سالگی تأمین زندگی خود را بر عهده گرفت و در پانزده سالگی خانه‌ی پدری را ترک گفت. بعد از پایان دبیرستان، به

مقاطعه‌کاری روی آورد و خیلی زود در همه‌ی جنبه‌های کار ــ نجاری ساختمان، برقکاری، لوله‌کشی، بنایی ــ چیره‌دست شد. چند خانه ساخت، آن‌ها را با سود سرمن فروخت، یک کشتی خرید، ازدواج کرد و با همسرش به سفر دریایی دور دنیا پرداخت، مجذوب فرهنگ فردگرای خودبسنده‌ای شد که در کشوری توسعه‌نیافته به آن برخورده بود و چهار ماه پیش از ملاقات ما، خود را برای مهاجرت آماده می‌کرد که سرطانش تشخیص داده شد.

چشمگیرترین خصوصیت مصاحبه با مایک، نگرش غیرمنطقی و نامعقولش نسبت به شیمی‌درمانی بود. درست است که درمان بسیار ناخوشایند بود و تهوع و استفراغ شدید می‌آورد، ولی ترس مایک فراتر از مرزهای منطقی بود: نتوانسته بود شب پیش از درمان به خواب رَوَد؛ به اضطراب شدیدی دچار شده بود و روش‌های پرهیز از این درمان، همه‌ی ذهنش را به‌خود مشغول کرده بود. مایک دقیقاً از چه‌چیزِ درمان می‌ترسید؟ نمی‌توانست مشخص کند، ولی آن را با بی‌حرکتی و ناتوانی مربوط می‌دانست. حتی زمانی که باید منتظر می‌ماند تا انکولوژیست دارو را برای تزریق آماده کند، برایش غیرقابل‌تحمل بود. (نمی‌شد از قبل آماده‌اش کرد چون میزان آن به شمارش سلول‌های خونی که باید پیش از هر تزریق بررسی می‌شد، وابسته بود.) با این حال، از همه وحشتناک‌تر، تزریق وریدی بود: از وارد شدن سوزن، نوار چسبی که روی آن می‌زدند و مشاهده‌ی قطره‌هایی که وارد بدنش می‌شد، بیزار بود. از ناتوانی، در جایی محدود شدن، ساکت دراز کشیدن روی تخت و بازو را بی‌حرکت نگه داشتن متنفر بود. با اینکه مایک ترس آشکاری از مرگ نداشت، ترس از درمان، به‌وضوح، با اضطراب مرگ جابه‌جا شده بود. آنچه حقیقتاً برای مایک رعب‌آور بود، وابستگی و سکون بود: این شرایط که برای او هم‌سنگ مرگ بود، آتش وحشت را شعله‌ور می‌ساخت؛ و همه‌ی عمر با به اوج رساندنِ اتکابه‌نفس و خودپشتوانگی، بر آن چیره شده بود. او عمیقاً به استثنا بودن و گزندناپذیری خویش باور داشت و تا زمان تشخیص سرطان، زندگی‌ای برای خود آفریده بود که این باور را تقویت می‌کرد.

برای مایک کار زیادی از دستم بر نیامد جز اینکه به انکولوژیستش پیشنهاد کردم به مایک آموزش دهد دارویش را خودش برای تزریق آماده سازد و به او اجازه دهد تزریق وریدی‌اش را خود کنترل و تنظیم کند. این پیشنهادها کارساز بود و مایک

دوره‌ی درمانی‌اش را به پایان رساند. برای وقت ملاقات بعدی مراجعه نکرد ولی تلفنی در مورد کاستِ خودیاریِ آرمیدگی عضلانی راهنمایی خواست. ترجیح داد بود درمان را پی‌گیری نکند و تصمیم گرفته بود برنامه‌ی مهاجرتش را عملی سازد. همسرش چنان این تصمیم را رد کرد که حاضر نشد با او برود و مایک به‌تنهایی به سفر دریایی رفت.

سام تقریباً همسن مایک بود ولی هیچ شباهت دیگری به او نداشت. در بحبوحه‌ی تصمیم نهایی همسرش برای ترک او به من مراجعه کرد. گرچه مانند مایک به‌معنای واقعی با مرگ رودررو نشده بود، موقعیتش از دیدگاه نمادین شبیه او بود. رفتارش نشان می‌داد با وحشتی فوق‌العاده شدید و تهدیدکننده‌ی حیات مواجه شده است: تا حد سراسیمگی مضطرب بود، ساعت‌ها ماتم می‌گرفت، خواب و خوراکش به هم ریخته بود، از ته دل می‌خواست به هر قیمتی شده همه‌چیز تمام شود و خیلی جدی به خودکشی فکر می‌کرد. با گذشت چند هفته، واکنش شدید سام فروکش کرد، ولی ناراحتی‌اش ادامه یافت. مدام به همسرش فکر می‌کرد. به‌قول خودش «زندگی نمی‌کرد»، بلکه دُزدکی به خارج از زندگی قدم نهاده بود. «گذشت زمان» به موضوعی جدی و آگاهانه بدل شده بود: جدول کلمات متقاطع، تلویزیون، روزنامه و مجله را به شکل واقعی‌شان ــ یعنی وسایلی برای پر کردن فضای خالی و گذراندن زمان با کمترین زحمت ــ می‌دید.

ساختار شخصیتی سام را می‌توان پیرامون درونمایه‌ی «آمیختگی و یکی‌شدن» درک کرد که با درونمایه‌ی «فردیت» مایک کاملاً در تضاد بود. خانواده‌ی او بارها در طول جنگ جهانی دوم و وقتی خیلی کوچک بود، برای فرار از خطر تغییرمکان داده بود. سام فقدان‌های زیادی از جمله مرگ پدر در نونهالی و مرگ چند سال بعد مادر را تجربه کرده بود. با ایجاد پیوندهایی نزدیک و به‌شدت‌احساساتی با مادر و بعد با تعدادی از بستگان نَسَبی یا بستگان خانواده‌ای که به فرزندخواندگی پذیرفته بودندش، توانسته بود با موقعیتش کنار بیاید. نوکر و دایه‌ی دائمی همه بود. همیشه در حال پیشکش به دیگران بود، زمان و هزینه‌ی قابل ملاحظه‌ای را وقف بزرگسالان زیادی کرده بود. به نظر می‌آمد برای سام، هیچ‌چیز مهم‌تر از دوست‌داشته‌شدن و موردتوجه‌قرارگرفتن نبود. در واقع، پس از آنکه همسرش ترکش کرد، متوجه شد تصور می‌کرده فقط در

صورتی ادامه‌ی حیات خواهد داد که مورد عشق باشد: وقتی در انزوا قرار گرفت، منکوب شد، مانند جانور ترسیده‌ای بود در حیاتی معلق، نه زندگی می‌کرد و نه مُرده بود. وقتی درباره‌ی رنج ناشی از عزیمت همسرش صحبت می‌کردیم، گفت: «وقتی تنها در خانه نشسته‌ام، فکر اینکه هیچ‌کس واقعاً نمی‌داند من زنده‌ام یا نه، از هرچیزی سخت‌تر است.» وقتی تنها بود، به‌ندرت چیزی می‌خورد یا ضروری‌ترین احتیاجاتش را برطرف می‌کرد. خانه‌اش را تمیز نمی‌کرد، حمام نمی‌رفت، چیزی نمی‌خواند؛ با اینکه هنرمند خوش‌قریحه‌ای بود، نقاشی هم نمی‌کرد. به‌گفته‌ی خودش «دلیلی برای صرف انرژی ندارم مگر اینکه مطمئن باشم این انرژی را فرد دیگری به من بازمی‌گرداند.» وجود نداشت مگر زمانی که کس دیگری هم بود تا وجودش را تأیید کند. سام در تنهایی به هاگ نهفته‌ای بدل می‌شد تا انسان دیگری انرژی لازم را برای بازگرداندن زندگی به او تأمین کند.

هنگام نیاز از ریش‌سفیدهای خانواده کمک می‌گرفت: از این سر شهر به آن سر شهر می‌رفت تا یکی از بستگان خانواده‌ای که به فرزندی‌شان درآمده بود، چند ساعتی دلداری‌اش دهد؛ فقط با ایستادن بیرون خانه‌ای که به‌مدت چهار سال با مادرش در آن زندگی کرده بود، قوت قلب می‌گرفت؛ برای صورتحساب تلفن ارقام نجومی می‌پرداخت تا دیگران نصیحتش کنند و دلداری‌اش دهند؛ از والدین همسرش حمایت فراوانی دریافت می‌کرد، از آنجا که سام فداکاری‌های زیادی برایشان کرده بود، سهم او از عشق آن‌ها بیشتر از دخترشان بود. تلاش سام برای کمک به خود در این بحران، قابل ملاحظه ولی تک‌بُعدی بود: به شیوه‌های گوناگون در پی تقویت باورش به وجود محافظی بود که از او مراقبت می‌کرد و دوستش می‌داشت.

به‌رغم تنهایی شدید، راغب نبود قدمی برای کاستن از آن بردارد. چند پیشنهاد عملی برای دوست‌یابی ارائه دادم: فعالیت‌های دسته‌جمعی کلیسا، برنامه‌های مجردی، گردهمایی کلوپ سیرا، دوره‌های آموزشی بزرگسالان و مانند این‌ها. توصیه‌هایم در کمال حیرت، کاملاً ناشنیده ماند. کم‌کم متوجه موضوع شدم: با وجود تنهایی، با دیگران بودن برای سام مهم نبود، آنچه اهمیت داشت تأیید و تصدیق ایمانش به وجود نجات‌دهنده‌ای غایی بود. مطمئن بود راغب نیست از خانه بیرون بیاید تا وقتش را در برنامه‌های مجردی یا وعده‌ی ملاقات با دیگران بگذارند. دلیل؟ می‌ترسید نتواند پاسخ

تلفن‌هایش را بدهد! تماس تلفنی از «بیرون»، بی‌نهایت باارزش‌تر از پیوستن به دیو
فعالیت اجتماعی بود. گذشته از این‌ها، سام می‌خواست «بیابندش»، محافظتش کنند و
نجاتش دهند بی‌آنکه خودش درخواست کمک کرده باشد یا برای نجات خود برنامه
ریخته باشد. در واقع، در مرتبه‌ای عمیق‌تر، سام با تلاش موفق برای پذیرش مسئولیت
کمک به خویش برای بیرون آمدن از مخمصه‌ی زندگی، بیشتر احساس ناراحتی
می‌کرد. او را بیش از چهار ماه می‌دیدم. وقتی از طریق حمایت من و «پیوستگی و
یکی شدن» با زنی دیگر آرامش بیشتری یافت، به‌وضوح انگیزه‌ی لازم برای ادامه‌ی
روان‌درمانی را از دست داد و هردو موافقت کردیم درمان خاتمه یابد.

دو دفاع بنیادین در برابر مرگ

از مایک و سام چه می‌آموزیم؟ دو شیوه‌ی کاملاً متفاوت برای مقابله با اضطراب بنیادین در برابرمان است. مایک عمیقاً به استثنا بودن خویش و گزندناپذیری شخصی‌اش اعتقاد داشت؛ ایمان سام به وجود نجات‌دهنده‌ای غایی بود. حس خودبسندگی مایک بیش از اندازه رشد یافته بود، در حالی که سام در تنهایی فاقد هستی بود و تقلا می‌کرد به دیگری بپیوندد. این دو شیوه در دو نقطه‌ی مقابل هم جای دارند؛ و با اینکه ویژگی مشترکی ندارند، دیالکتیک مفیدی را پیش می‌کشند که درک موقعیت‌های بالینی مختلف را برای درمانگر امکان‌پذیر می‌سازد.

مایک و سام را هنگام ازسرگذراندن تجربه‌ای بحرانی ملاقات کردیم. بحران در هیچ‌یک از این دو مرد، دفاع جدیدی برنیانگیخت؛ در شدیدترین شکل ممکن، ماهیت و محدودیت‌های شیوه‌ی وجودی هریک را برجسته کرد. پیروی افراطی از هریک از شیوه‌های فردیت یا پیوستگی، به خشکی و انعطاف‌ناپذیری شخصیت منجر می‌شود که به‌وضوح ناساز[1] است. مایک و سام شیوه‌هایی افراطی را به نمایش می‌گذارند که بر فشار روانی می‌افزاید، مانع از مقابله‌ی درست می‌شود و رشد را به‌تأخیر می‌اندازد. مایک درمانی را که زندگی‌اش را نجات می‌داد، نپذیرفت و بعد، ارزیابی تکمیلی درمان را رد کرد. اشتیاق شدید سام برای داشتن همه‌ی توجه همسرش، علت تصمیم همسر

به ترک او بود؛ علاقه‌اش به پیوستگی، به تشدید درد تنهایی و ناتوانی در مقابله‌ی مبتکرانه و چاره‌جویانه با موقعیت جدید زندگی‌اش منجر شد. نه مایک و نه سام، به دلیل بحرانی که گرفتارشان کرده بود، قادر به رشد نبودند. رفتار انعطاف‌ناپذیر و ناساز که از رشد فردی جلوگیری می‌کند، طبق تعریف، همان رفتار روان‌نژندانه است.

این دو دفاع به شیوه‌ای ناشیانه و نسنجیده، دیالکتیکی را پدید می‌آورند: دو شیوه‌ی متضاد در رویارویی با موقعیت بشری. بشر یا می‌پیونددد یا می‌گسلد، یا در خود جای می‌دهد یا درهم‌می‌آمیزد. یا با «بیرون ماندن از طبیعت» (آن طور که رنک گفته(۷)) بر خودمختاری خویش تأکید می‌کند یا امنیت را در پیوستن به نیرویی دیگر می‌جوید. یا پدر خویش می‌شود یا پسری ابدی باقی می‌مانَد. مطمئناً منظور فروم هم از این جمله که انسان «یا در آرزوی سلطه‌پذیری و اطاعت است یا مشتاق قدرت»، همین بوده است.(۸)

این بحث اگزیستانسیال الگویی ارائه می‌دهد تا درمانگر به کمک آن موقعیت را «دریابد». الگوهای جایگزین فراوانی هست که هریک تفسیری برای خویش دارند: مایک و سام به ترتیب به اختلال شخصیتی اسکیزوئید و وابسته‌ی منفعل دچارند. مایک را می‌توان از دیدگاه‌های مختلف، درگیر تعارضی عصیانگر و دائمی با والدین، درگیر ضدوابستگی[1]، درگیر تداوم روان‌نژندانه‌ی ستیز اُدیپی یا درگیر سراسیمگی هم‌جنس‌خواهانه دید. سام را می‌توان از دیدگاه یکی‌انگاری با مادر و سوگ حل‌نشده یا اضطراب اختگی «دریافت» یا دیدگاهی پویه‌نگر به خانواده را در نظر داشت که در آن، درمانگر توجهش را بر تعامل سام با همسرش معطوف می‌کند.

پس رویکرد اگزیستانسیال یک الگو از بسیار است و علت وجودی‌اش، سودمندی بالینی آن. دیالکتیک آن به درمانگر اجازه می‌دهد داده‌هایی را که اغلب در کار بالینی نادیده انگاشته می‌شود، درک کند. برای نمونه، درمانگر می‌فهمد چرا مایک و سام به موقعیت آزاردهنده‌ای که در آنند، پاسخی این‌چنین قوی و وانمودگرایانه می‌دهند یا چرا سام از دورنمای «بهبود بخشیدن» به شرایطش با بر دوش گرفتن مسئولیت زندگی خویش این‌چنین ابا دارد. این دیالکتیک به درمانگر اجازه می‌دهد در عمیق‌ترین

---

1. counterdependency

مرتبه با بیمار درگیر شود. این بحث بر پایه‌ی درک اضطراب اولیه‌ای بنیان نهاده شده که در لحظه‌ی حال وجود دارد: درمانگر علائم بیمار را به‌مثابه پاسخی به اضطراب مرگ می‌بیند که هم‌اکنون در حال تهدید بیمار است، نه پاسخی به فراخوانی فشار و فشاری روانی که در گذشته گریبانگیر بیمار بوده است. بنابراین، این رویکرد بر آگاهی، ارتباط و انتخاب تأکید دارد، تأکیدی که بر نفوذ و قدرت درمانگر می‌افزاید.

در ادامه‌ی این فصل به توصیف این دو شکل اساسی انکار مرگ و انواع ناهنجاری روانی برخاسته از آن‌ها می‌پردازم. (با اینکه بسیاری از سندرم‌های بالینی آشنا را می‌توان از چشم‌انداز این دو شیوه‌ی اساسی انکار مرگ دید، فصد ندارم نظامی جامع و فراگیر برای دسته‌بندی بیماری‌ها ارائه کنم که این کار نیازمند دقت و جامعیت بیشتری‌ست.) باور به استثنابودن و نیز باور به وجود نجات‌دهنده‌ی غایی هردو می‌تواند بسیار سازگاریافته[1] باشند. ولی این امکان هم هست که هریک چنان بیش از اندازه مورد استفاده قرار گیرند و مورد غلو و تحریف واقع شوند که لایه‌ی سازگاری‌شان بشکند و اضطراب به سطح بتراود. آن‌گاه فرد مجبور است به معیارهایی افراطی متوسل شود تا خود را حفظ کند و اینجاست که ناهنجاری روانی در اَشکال مختلف فروپاشی دفاعی یا مهارگسیختگی دفاعی رخ می‌نمایاند.

برای روشن شدن موضوع ابتدا هر دفاع را جداگانه بررسی می‌کنم. پس از آن لازم است دوباره با هم بیامیزمشان زیرا این دو به‌طرز پیچیده‌ای وابسته به یکدیگرند: اکثر افراد رگه‌های درهم‌بافته‌ای از هر دو دفاع را در ساختار شخصیتی‌شان دارند.

استثنا بودن

هیچ‌کس به نیرومندی و تأثیرگذاری تولستوی قادر به توصیف این باور ژرف نامعقول به استثنابودن خویش نیست. تولستوی از زبان ایوان ایلیچ می‌گوید:

> در اعماق وجودش می‌دانست روبه‌مرگ است، نه اینکه با این فکر خو نگرفته باشد، بلکه خیلی ساده، آن را درنمی‌یافت یا نمی‌توانست دریابد.

---

1. adaptive

قیاس منطقی را از منطق کایزه‌وِتِر آموخته بود: «کایوس انسان است، انسان‌ها فانی‌اند، پس کایوس فانی است». وقتی این قیاس در مورد کایوس به کار بُرده می‌شد، درست بود، ولی قطعاً در مورد او صدق نمی‌کرد. اینکه کایوس ــ انسان در مفهوم تجریدی آن ــ فانی بود، کاملاً صحیح می‌نمود، ولی او کایوس نبود، یک انسان تجریدی هم نبود، بلکه آفریده‌ای کاملاً متفاوت با دیگران بود. او همان وانیا کوچولو بود که مامان و پاپایش را داشت و میتیا و ولودیا را و همه‌ی آن لذت‌ها، غم‌ها و شادمانی‌های کودکانه، پسرانه و نوجوانانه‌اش را. کایوس از بوی توپ راه‌راه چرمی‌ای که وانیا آن‌قدر دل‌باخته‌اش بود، چه می‌دانست؟ آیا کایوس هم دست مادرش را این‌گونه بوسیده بود و لباس ابریشمی مادر برای او هم خش‌خش می‌کرد؟ وقتی نان‌شیرینی‌ها فاسد شده بود، کایوس هم مانند او در مدرسه بلوا به‌پا کرده بود؟ آیا کایوس هم مانند او عاشق شده بود؟ آیا می‌توانست مانند او ریاست جلسه‌ای را برعهده گیرد؟ «کایوس واقعاً فانی بود و شایسته‌ی مرگ؛ ولی برای من، وانیا کوچولو، ایوان ایلیچ، با این همه فکر و احساس، موضوع فرق می‌کند. چه کسی گفته من باید بمیرم. این خیلی وحشتناک است.»(۹)

همه‌ی ما می‌دانیم در مرزهای اصلی هستی، تفاوتی با دیگران نداریم. هیچ‌کس در سطح خودآگاه این موضوع را انکار نمی‌کند. ولی در سطوحی بسیار بسیار ژرف‌تر، هریک از ما مانند ایوان ایلیچ معتقدیم قانون میرایی و فناپذیری برای دیگران است و قطعاً در مورد ما صدق نمی‌کند. گاه وقتی این اعتقاد از خودآگاه سر بر می‌آوَرَد، فرد در برابرش موضع می‌گیرد و از نامعقولی خویش شگفت‌زده می‌شود. برای مثال، اخیراً نزد اُپتومتریست رفتم و شکایت کردم عینکم دیگر مثل سابق نیست. معاینه‌ام کرد و سنم را پرسید. گفتم: «چهل‌وهشت» و او پاسخ داد: «آره، درست موقعش است.» فکری خشمناک از اعماق وجودم بیرون تراوید که: «موقع چی؟ برای کی موقعش رسیده؟ شاید برای تو و دیگران موقعش برسه، ولی برای من نه.»

وقتی فردی متوجه می‌شود به بیماری خطرناکی ــ مثل سرطان ــ مبتلاست، معمولاً نخستین واکنشش، نوعی انکار است. انکار تلاشی‌ست برای مقابله با اضطراب ناشی

از خطری که زندگی را تهدید می‌کند، ولی در عین حال، حاصل باور عمیقی به گزندناپذیری خویش. برای دگرگونی و نوسازی دنیایی که فرد یک عمر در ذهن پرورانده، کار روانشناختی زیادی لازم است. به‌محض آنکه دفاع حقیقتاً تضعیف شود، به‌محض آنکه فرد واقعاً دریابد «خدای من، راستی‌راستی دارم می‌میرم» و متوجه شود زندگی با او همان‌قدر خشن تا می‌کند که با دیگران، احساس گم‌گشتگی سراپایش را فرا می‌گیرد، احساس کسی را پیدا می‌کند که به او خیانت شده است.

در کار با بیماران لاعلاج سرطانی، متوجه شده‌ام افراد در میزان تمایل به اطلاع یافتن از مرگ خویش، بسیار با هم متفاوتند. بسیاری از بیماران نمی‌شنوند طبیب درباره‌ی پیش‌آگهی بیماری‌شان چه می‌گوید. دگرگونی درونی زیادی لازم است تا چنین اطلاعاتی هضم شود. بعضی بیماران به‌شیوه‌ای ناپیوسته از مرگ خویش آگاه و با اضطراب مرگ مواجه می‌شوند: در مدت زمان کوتاهی آگاه می‌شوند، وحشت کوتاه‌مدتی را از سر می‌گذرانند، انکار می‌کنند، به پردازش درونی اطلاعات می‌پردازند و بعد برای اطلاعات بیشتر آماده می‌شوند. گروهی هم هستند که آگاهی از مرگ و اضطراب همراه آن، با شتاب وحشتناکی به آنان هجوم می‌آورَد.

بیمار بیست‌وهشت‌ساله‌ای داشتم به نام پَم، زنی مبتلا به سرطان دهانه‌ی رحم که باورش به استثنابودن خویش، خیلی ناگهانی فروریخته بود. جراحش پس از جراحی تشخیصی شکم، او را ملاقات کرده بود و گفته بود حدود شش ماه بیشتر زنده نیست. یک ساعت بعد، تیمی متشکل از چندین پرتودرمانگر که ظاهراً با جراح در ارتباط نبودند، پَم را دیده و به او گفته بودند برای پرتودرمانی‌اش برنامه‌ریزی کرده‌اند و انتظارشان «معالجه‌ی کامل بیماری»ست. تصمیم گرفته بود حرف این ملاقات‌کنندگان دوم را بپذیرد، ولی متأسفانه جراح بدون اطلاع او، در اتاق انتظار با والدینش صحبت کرده بود و پیام اصلی را به آنان داده بود، یعنی گفته بود دخترشان شش ماه بیشتر زنده نیست.

پَم چند ماه بعدیِ دوره‌ی نقاهت را در خانه‌ی والدینش و در غیرواقعی‌ترین و تصنعی‌ترین محیط ممکن گذرانده بود. پدر و مادرش طوری با او رفتار می‌کردند که انگار در عرض شش ماه آینده خواهد مُرد. او و خودشان را از دنیای اطراف جدا کرده

بودند؛ تماس‌های تلفنی‌اش را کنترل می‌کردند تا از هرگونه ارتباط ناراحت‌کننده دور نگهَش دارند؛ خلاصه اینکه می‌خواستند در «آرامش» باشد. در نهایت پَم در مقابل والدینش ایستاده بود و خواسته بود برای خاطر خدا هم که شده بگویند چه خبر است. پدر و مادر از گفت‌وگویشان با جراح گفته بودند؛ پَم آن‌ها را نزد پرتودرمانگرش فرستاد و سوء تفاهم خیلی زود برطرف شد.

با وجود این، پَم تجربه‌ی تکان‌دهنده‌ای را پشت سر گذاشته بود. رویارویی با والدین بیش از حکم مرگی که جراح صادر کرده بود، باعث شد متوجه شود حقیقتاً با مرگ دست‌به‌گریبان است. گفته‌هایش در این مقطع روشنگر است:

«احساس می‌کردم رو به بهبودم و موقعیت شادتری فراهم شده، ولی آن‌ها طوری رفتار می‌کردند که انگار قرار نیست زنده بمانم و این فکر راحتم نمی‌گذاشت که از حالا مرگم را پذیرفته‌اند. به خاطر یک اشتباه و یک خبر نادرست، از حالا برای خانواده‌ام مُرده تلقی می‌شدم و من هم شروع کرده بودم به مُردن و خیلی سخت بود خودم را به زندگی برگردانم. وقتی حالم بهتر شد، وضع از زمانی که خیلی مریض بودم، بدتر شد، چون وقتی خانواده‌ام ناگهان متوجه شدند رو به بهبودم، رهایم کردند و دنبال کارهای روزمره‌ی خودشان رفتند و مرا با احساس مُرده بودن به حال خود گذاشتند، حسی که خوب با آن کنار نمی‌آمدم. هنوز هم وحشت‌زده‌ام و می‌کوشم از خط مرزی‌ای که پیش رویم است، عبور کنم، مرزی که تعیین می‌کند مُرده‌ام یا زنده؟»

نکته اینجاست که پَم حقیقتاً فهمیده بود مُردن یعنی چه، نه به‌خاطر گفته‌ی دکترها، بلکه به‌خاطر این ادراک خُردکننده که پدر و مادرش بدون او هم به زندگی‌شان ادامه می‌دهند و دنیا همچنان روال سابق خود را خواهد داشت یا به‌اصطلاح خودش، بدون او هم اوقات خوش وجود دارد.

بیمار دیگری که به سرطان متاستاتیک پیشرفته دچار بود، زمانی به این درک رسید که نامه‌ای به فرزندانش نوشت تا برایشان مشخص کند برخی متعلقات شخصی‌اش را که ارزش عاطفی برایش داشت، چگونه میان خود تقسیم کنند. سایر کارهای اجرایی و ملال‌آور مربوط به مرگ را ــ از نوشتن وصیت‌نامه گرفته تا خرید قبر و تعیین

مأمور اجرای خاک‌سپاری ــ ماشین‌وار انجام داده بود، ولی این نامه‌ی خصوصی به فرزندانش بود که جلوه‌ی واقعی مرگ را برایش آشکار کرده بود. اینکه وقتی فرزندانش این نامه را می‌خوانند او دیگر نیست، ادراکی ساده ولی رُعب‌آور بود: نمی‌تواند جوابشان را بدهد، واکنش‌هایشان را ببیند، راهنمایی‌شان کند؛ آن‌ها آنجا خواهند بود، ولی او نیست و نابود شده است.

بیمار دیگری پس از ماه‌ها تعلل و پشت‌گوش‌اندازی، این تصمیم جانکاه را گرفت که با پسران نوجوانش درباره‌ی سرطان پیشرفته و عمر کوتاهی که برایش باقی مانده، صحبت کند. پسرها غصه‌دار شدند ولی اندوهشان را با شجاعت و خودبسندگی پذیرفتند. این شهامت و خودبسندگی برای او کمی زیادی بود: در دوردست‌ترین جای ذهنش، مختصری احساس غرور می‌کرد ــ همه‌ی آنچه را که یک مادر خوب باید بکند، کرده بود و آن‌ها زندگی‌شان را در همان مسیری انداخته بودند که او تعیین کرده بود ــ ولی با مرگ او زیادی خوب روبه‌رو شده بودند؛ با این موضوع که آن‌ها بدون او هم دوام خواهند آورد و خواهند بالید مشکل داشت، گرچه از این فکر نامعقول خود بیزار بود.

سرطان سینه‌ی بیمار دیگری به‌نام یان به مغزش سرایت کرده بود. پزشکان احتمال بروز فلج را مطرح کرده بودند. کلماتشان را شنیده بود ولی در اعماق وجودش، خودپسندانه، خود را در برابر این احتمال مصون می‌دید. با بروز ضعف بی‌امان و فلج، یان ناگهان دریافت «استثنابودنش» افسانه‌ای بیش نیست. متوجه شد «فرار»ی در کار نیست. همه‌ی این‌ها را در یک جلسه‌ی گروه‌درمانی به زبان آورد و اضافه کرد هفته‌ی گذشته حقیقت بزرگی را کشف کرده، حقیقتی که زمین زیرِ پایش را به لرزه درآورده است. با خود فکر می‌کرده ترجیح می‌دهد چند سال زندگی کند ــ هفتاد سال بدک نیست، هشتاد زیادی است ــ و ناگهان متوجه شده «وقتی نوبت پیری و مرگ برسد، دیگر اصلاً مهم نیست که من چی می‌خواهم و خواستِ من هیچ‌چیز را تغییر نمی‌دهد.»

شاید این نمونه‌های بالینی، چیزهایی را در مورد تفاوت میان دانستن و واقعاً دانستن، میان آگاهی روزمره از مرگ که هریک از ما واجد آنیم و رویارویی کامل با «مرگ من» روشن کنند. پذیرش مرگ خود به‌معنای رویارویی با حقایق ناگوار دیگری نیز هست که هریک حوزه‌ی اضطرابی خود را دارد: اینکه او فانی‌ست؛ که

عمرش واقعاً رو به پایان است؛ که دنیا در هر حال روالش را ادامه می‌دهد، که او یکی از بسیار است، نه بیشتر و نه کمتر؛ که جهان استثنابودن او را به رسمیت نمی‌شناسد؛ که همه‌ی عمر به ضمانت‌نامه‌هایی نامعتبر دل خوش کرده‌ایم؛ و بالاخره اینکه قادر نیست بعضی ابعاد خشن و تغییرناپذیر هستی را تحت‌تأثیر خود قرار دهد و دگرگون کند. در واقع، خواست او «هیچ‌چیز را تغییر نمی‌دهد.»

وقتی فرد درمی‌یابد استثنابودنش افسانه‌ای بیش نیست، خشمگین می‌شود و حس می‌کند زندگی به او نارو زده است. قطعاً رابرت فراست همین حس خیانت دیدن را در ذهن داشته که نوشته است: «درگذر، کردگارا، از شوخی‌های کوچکم با تو / من نیز می‌گذرم از شوخی بزرگ تو.»(۱۰)

بسیاری از بیماران فکر می‌کنند اگر حقیقت را پیش از این‌ها می‌دانستند، واقعاً می‌دانستند، جور دیگری زندگی می‌کردند. احساس خشم می‌کنند؛ با این حال خشم نتیجه‌ای ندارد، چون هدف و آماج قابل قبولی ندارد. (اتفاقاً اغلب این طبیب است که آماج خشم جابه‌جاشده قرار می‌گیرد، این خصوصاً در مورد بیماران محتضر صادق است.)

اعتقاد به استثنابودن، فوق‌العاده سازگاریافته است و اجازه می‌دهد از طبیعت به در آییم و ملالی را که همدم‌مان است، تاب آوریم: تنهایی، آگاهی از ناچیزی‌مان در برابر ابهت دنیای بیرون، بی‌کفایتی والدینمان، وابسته‌بودنمان، کارکردهای جسم که به طبیعت پیوندمان می‌دهد و مهم‌تر از همه، آگاهی از مرگی که بی‌وقفه در آستانه‌ی خودآگاهی می‌غرد. اعتقاد به مستثنی بودنمان از قانون طبیعت، شالوده‌ی بسیاری از جنبه‌های رفتاری‌مان است. بر شجاعتمان می‌افزاید و اجازه می‌دهد بدون هراس از نابودی خود، با خطر رودررو شویم. گواه آن این نوشته‌ی سراینده‌ی مزمور است که: «هزار تن از سمت راستت می‌افتند، ده هزار تن از چپ، ولی مباد که مرگ به تو نزدیک شود.» این شجاعت موجب می‌شود آدمی برای به‌دست‌آوردن تبحر، کارآیی، قدرت و کنترل به کوشش و تقلایی «طبیعی» دست زَنَد. هرچه بیشتر به قدرت برسد، ترس از مرگ بیشتر تسکین می‌یابد و اعتقاد به استثنابودن، بیشتر تقویت می‌شود. پیشرفت، کامیابی، ثروت‌اندوزی و باقی گذاشتن ارث به‌عنوان یادمانی جاودان، راهی می‌شود برای کتمان سؤالات آمیخته با مرگی که در درونمان می‌خروشند.

قهرمانی‌گری اجباری[1]

برای بسیاری از ما، فردیت قهرمانانه به معنای آن است که فرد در موقعیت اگزیستانسیال خویش و با درکی که از آن می‌یابد، آنچه از دستش برمی‌آید انجام دهد. نیکوس کازانتزاکیس، نویسنده‌ی یونانی، چنین انسانی بود و زوربای او، انسانی بود اصیل و خودبسنده. (کازانتزاکیس در زندگینامه‌ی خودنوشتش آخرین کلمات مردی را که الگوی او برای زوربای یونانی بوده، این گونه بیان می‌کند: « ... اگر کشیشی برای اعتراف‌گیری و برگزاری عشای ربانی به بالینم آمد، به او بگویید خودش را کوچک نکند و لعنتش را شامل حالم کند! ... مردانی مثل من باید هزاران سال عمر کنند.»(۱۱)) کازانتزاکیس جایی دیگر از زبان اولیسش اندرزمان می‌دهد که تمام و کمال زندگی کنیم و چیزی جز «قلعه‌ی سوخته» برای مرگ باقی نگذاریم.(۱۲) بر سنگ مزار او در باروهای هراکلیون این نوشته‌ی ساده و قهرمانانه را می‌خوانیم: «هیچ‌چیز نمی‌خواهم، از هیچ‌چیز نمی‌ترسم، من آزادم.»

با این حال، اگر کمی جلوتر بروید، سازوکار دفاعی بر گستره‌ی فعالیتش می‌افزاید: ژست قهرمانانه در خود فرومی‌ریزد و قهرمان، به قهرمانی اجباری بدل می‌شود، مانند مایک، مرد جوان دچار سرطانی که ناچار است با خطر رویاروی شود تا از خطر درونی بزرگ‌تری بگریزد. ارنست همینگوی، بهترین نمونه‌ی قهرمان اجباری، همه‌ی عمر به‌ناچار در جست‌وجوی خطر و غلبه بر آن بود و این شیوه‌ای عجیب بود برای اثبات اینکه خطری در کار نیست. مادر همینگوی گفته است یکی از نخستین جملاتی که ارنست به زبان آورد، این بود: «از هیچ‌چی نمی‌ترسم.»(۱۳) طنز ماجرا در این است که او دقیقاً از چیزی نمی‌ترسید، زیرا مانند همه‌ی ما، از هیچی و نیستی می‌ترسید. بنابراین قهرمان همینگوی، مظهر لگام‌گسیختگیِ راه حل فردی و مستقلی‌ست برای کنار آمدن با موقعیت انسانی. این قهرمان انتخاب نمی‌کند؛ اعمالش سائق‌وار و وسواس‌گونه است؛ از تجربیات جدیدش چیزی نمی‌آموزد. حتی نزدیک شدن مرگ نگاهش را به درون برنمی‌گردانَد یا بر درایتش نمی‌افزاید. در راه‌ورسم همینگوی جایی برای پیری و نقصان نیست، چون این‌ها رنگ و بوی روزمَرگی دارند. در پیرمرد و دریا، سانتیاگو با مرگ قریب‌الوقوعش به شیوه‌ای کلیشه‌ای و قالبی روبه‌رو می‌شود —

1. Compulsive Heroism

شیوه‌ای که در رویارویی با سایر خطرات اساسی زندگی‌اش هم در پیش گرفته است ــ در جست‌وجوی ماهی بزرگ تنها به دریا می‌زند.(۱٤)

خود همینگوی نتوانست از فروپاشی اسطوره‌ی گزندناپذیری شخصی‌اش جان سالم به‌در بَرَد. وقتی سلامتی و چالاکی جسمانی‌اش رو به افول نهاد. وقتی «روزمرگی»اش (به این معنا که او هم مانند دیگران باید با موقعیت بشری رودررو شود) به طرز دردناکی آشکار شد، به‌تدریج ماتم گرفت و بالاخره به افسردگی عمیقی مبتلا شد. بیماری واپسینَش، روان‌پریشی پارانوئید با هذیان‌های گزندوآسیب و افکار انتساب، موقتاً اسطوره‌ی استثنابودنش را تقویت کرد. (تمامی هذیان‌های گزند و افکار انتساب، از یک هسته‌ی خودبزرگ‌بینی شخصی نشأت می‌گیرد؛ فقط انسانی بسیار خاص و ویژه، شایسته‌ی چنین توجهی هرچند بدخواهانه از محیط پیرامونش است.) در نهایت، راه حل پارانوئید شکست خورد؛ و همینگویِ بی‌دفاع در برابر ترس از مرگ، دست به خودکشی زد. با اینکه اقدام به خودکشی به‌دلیل ترس از مرگ، یک پارادوکس است، چندان ناشایع نیست. خیلی‌ها گفته‌ای با این مضمون داشته‌اند: «آن قدر از مرگ می‌ترسم که به‌سمت خودکشی رانده می‌شوم.» فکر خودکشی، تا حدودی از وحشت می‌کاهد. عملی فعالانه است؛ به فرد اجازه می‌دهد چیزی را تحت کنترل درآوَرَد که تا کنون او را کنترل می‌کرده است. به‌علاوه، همان‌طور که چارلز وال[1] متوجه شده، در بسیاری از خودکشی‌ها، دیدگاهی جادویی نسبت به مرگ وجود دارد و آن را موقتی و بازگشت‌پذیر تلقی می‌کند.(۱٥) شاید فردی که اقدام به خودکشی می‌کند تا کینه و خصومتش را ابراز کند یا در دیگران احساس گناه پدید آوَرَد، به ادامه‌ی آگاهی پس از مرگ باور دارد و تصور می‌کند می‌تواند پیامد مرگ خویش را مزمزه کند و از آن لذت بَرَد.

معتادبه‌کار

انسان فردگرای دچار قهرمانی‌گری اجباری، مثال روشن ولی نه‌چندان شایع بالینی برای سازوکار دفاعی استثنابودن است. این دفاع وقتی زیادی گسترده شود، یا

---

1. Charles Wahl

چنان ضعیف می‌شود که قادر به حفاظت فرد در برابر اضطراب نیست یا به شکلی لگام‌گسیخته استحاله می‌یابد. مثال شایع آن «فرد معتادبه‌کار[1]» است یعنی کسی که وسواس کار کردن دارد و خودش را با کار از پای درمی‌آوَرَد. یکی از مشخصات بارز فرد معتادبه‌کار این است که بی‌چون‌وچرا باور دارد در حال «جلو زدن»، «پیشرفت» و ترقی است. زمان دشمن اوست، نه فقط به این دلیل که خویشاوند فنا و پایان‌پذیری‌ست، بلکه نیز به این دلیل که یکی از پایه‌های هذیان استثنابودن را یعنی این باور که فرد تا ابد در حال پیشرفت است، مورد تهدید قرار می‌دهد: معتادبه‌کار باید در برابر پیغام زمان ناشنوا شود: پیغامی که می‌گوید گذشته به خرج آینده‌ی چروک‌خورده و کوچک‌شده فربه می‌شود.

شیوه‌ی زندگی فرد معتادبه‌کار، وسواسی و ناکارآمد است: او کار می‌کند و پشتکار به خرج می‌دهد نه به خاطر اینکه دلش این طور می‌خواهد، بلکه به این دلیل که مجبور است. فرد معتادبه‌کار، گاه بی‌رحمانه و خارج از محدودیت‌های انسانی از خود کار می‌کِشد. هنگام استراحت، هنگام اضطراب است و اغلب دیوانه‌وار با فعالیتی پُر می‌شود که تصور حصول به نتیجه و دستاوردی را در او به‌وجود می‌آوَرَد. بنابراین، زندگی با «تبدیل‌شدن» یا «انجام دادن» برابر می‌شود؛ زمانی که به «شدن» صرف نشود، جزیی از «زندگی» نیست، بلکه زمانی‌ست که به انتظار آغاز زندگی سپری می‌شود.

مسلماً فرهنگ در شکل‌دهی به ارزش‌های فرد نقش مهمی دارد. فلورانس کلاکهُلم[2] در تقسیم‌بندی مردم‌شناختی جهت‌گیری ارزش‌ها در ارتباط با «فعالیت»، سه گروه را مشخص کرده است: «بودن[3]»، «بودنِ در حال شدن[4]» و «انجام دادن[5]».(۱۶) تأکید جهت‌گیری «بودن» بیشتر بر فعالیت است تا هدف. تمرکز آن بر بیان طبیعی و خودجوش «هستنِ[6]» فرد است. «بودنِ در حال شدن» نیز مانند «بودن»، بیشتر بر آن چیزی که فرد هست تأکید می‌کند تا آنچه که می‌تواند به‌دست آوَرَد، ولی در عین

---

1. workaholic
2. Florence Kluckholm
3. being
4. being-in-becoming
5. doing

حال به مفهوم «پیشرفت» نیز اهمیت می‌دهد. بنابراین به تشویق فعالیت‌های خاصی می‌پردازد، فعالیت‌هایی که هدفشان رشد و پیشرفت همه‌ی جنبه‌های خود است. جهت‌گیری «انجام دادن»، بر دستاوردهای قابل سنجش به‌وسیله‌ی استانداردهایی خارج از فعالیت فرد تأکید می‌کند. روشن است که فرهنگ سنت‌گرای معاصر امریکایی با تأکیدش بر «فرد چه کاری انجام می‌دهد؟» و «انجام دادن کارها»، فرهنگ «انجام دادن» مفرط است.

با این حال، در هر فرهنگی، طیف وسیعی از افراد گوناگون یافت می‌شود. چیزی در درون افراد معتادبه‌کار به شکلی با استاندارد فرهنگی در تعامل است که حاصل آن، درونی‌سازی انعطاف‌ناپذیر و فزون‌پرورده‌ی نظام ارزشی است. برای افراد دشوار است که با دیدی کل‌نگر به فرهنگ خویش بنگرند و نظام ارزشی‌شان را یکی از چندین وضعیت ممکن ببینند. بیمار معتادبه‌کاری داشتم که (به پاداش دستاوردی مهم)، خود را به پیاده‌روی نیمروزی بی‌نظیری مهمان کرده بود و از دیدن صدها نفری که بی‌خیال تن خود را به آفتاب سپرده بودند، گیج شده بود. متعجب بود که «این‌ها همه‌ی روز چه می‌کنند؟ چطور می‌توانند این جوری زندگی کنند؟» نبرد دیوانه‌وار با زمان، می‌تواند نشانه‌ی ترس قدرتمند از مرگ باشد. افراد معتادبه‌کار دقیقاً طوری با زمان برخورد می‌کنند که گویی زیر فشار مرگ قریب‌الوقوعند و باید بدَوَند و تا آنجا که ممکن است بیشتر به‌دست آوَرَند.

پذیرش بی‌چون‌وچرای درستی و حقانیتِ جلو زدن در فرهنگ ما ریشه دوانده است. همین چندی پیش بود که برای تعطیلات تنها به ساحل کارائیب رفته بودم. یک روز عصر در حین مطالعه، گاه‌وبی‌گاه نگاهی به میخانه‌دار می‌انداختم که هیچ کاری نمی‌کرد جز آنکه با حالی نزار و وارفته به دریا خیره شود؛ پیش خود گفتم درست مثل مارمولکی‌ست که بر صخره‌ی گرمی آفتاب گرفته باشد. مقایسه‌ای که میان او و خودم انجام دادم، باعث شد احساس خوبی نسبت به خودم پیدا کنم. او هیچ کاری نمی‌کرد، در واقع فقط وقت تلف می‌کرد؛ در صورتی که من داشتم یک کار مفید انجام می‌دادم، مطالعه می‌کردم و چیز یاد می‌گرفتم. خلاصه اینکه داشتم جلو می‌زدم. همه‌چیز به‌خوبی می‌گذشت تا اینکه بچه‌جنی درونی این سؤال وحشتناک را مطرح کرد: داری از چی جلو می‌زنی؟ چطور؟ و (از همه بدتر) چرا؟ این سؤالات عمیقاً

نگران‌کننده و دلهره‌آور بود و هنوز هم هست. آنچه از آن تعطیلات با خود به خانه آوردم، این فکر فوق‌العاده نیرومند بود که چطور دارم خودم را با هذیانی مرگ‌شکنانه[1] و با پرتاب مداوم خود به آینده تسکین می‌دهم. من آن طور که یک مارمولک وجود دارد، وجود ندارم؛ ترکیب می‌شوم، تبدیل می‌شوم، دائم در گذارم. جان مینارد کینز[2] این احساس را این گونه به بیان آورده: «آنچه انسان 'هدفمند' همیشه می‌کوشد برای خود حفظ کند، نوعی جاودانگی واهی و دروغین است، جاودانگیِ اعمالی که علائقش را در قالب آن‌ها در مسیر زمان به جلو می‌راند. او به‌جای آنکه گربه‌اش را دوست داشته باشد، بچه‌های گربه‌اش را دوست دارد؛ در حقیقت بچه‌گربه‌ها را هم دوست ندارد، بلکه به بچه‌های بچه‌گربه‌ها و نسل‌های بعدی آن‌ها عشق می‌ورزد و همین طور تا ابد و تا پایان گربه‌بودن پیش می‌رود.»(۱۷)

تولستوی در آنا کارنینا و در شخصیت همسر آنا، آلکسی الکساندرویچ، مردی که همه چیز برایش همیشه در حال ترقی بوده و زندگی مجلل و ازدواجی باشکوه داشته، به توصیف فروپاشی نظام اعتقادی «مارپیچ صعودی» می‌پردازد. با رفتن آنا، او فقط آنا را از دست نمی‌دهد: این به معنای فروپاشی جهان‌بینی فردی او نیز هست.

> احساس کرد رودرروی چیزی غیرمنطقی و نامعقول ایستاده و نمی‌دانست چه اتفاقی افتاده است. آلکسی الکساندرویچ رودرروی زندگی ایستاده بود، رودرروی این احتمال که همسرش کسی جز او را دوست داشته است، و این برایش بسیار نامعقول و غیرقابل‌فهم بود، زیرا این احتمال، خودِ زندگی بود. آلکسی الکساندرویچ همیشه در قلمروهایی تشریفاتی و رسمی زندگی و کار کرده بود که تنها با بازتاب زندگی سروکار داشتند. هربار که با خودِ زندگی برخورد کرده بود، از آن کناره گرفته بود. اکنون احساس مردی را داشت که در حین عبور آرام از پلی که بر پرتگاهی زده‌اند، ناگهان درمی‌یابد پل شکسته و مغاکی آنجاست. آن مغاک، خودِ زندگی بود و آن پل، زندگی تصنعی و متظاهرانه‌ای که آلکسی الکساندرویچ در آن زیسته بود.(۱۸)

---

1. death-defeating
2. John Maynard Keynes

«آن مغاک، خودِ زندگی بود و آن پل، زندگی تصنعی و ...» کسی روشن‌تر از این سخن نگفته است. اگر سازوکار دفاعی موفق باشد، سپر بلای فرد در برابر درک آن مغاک می‌شود. پل شکسته یا همان دفاع ناموفق، حقیقت و هراسی را می‌نمایاند که فرد در میانسالی و پس از دهه‌ها خودفریبی، برای مواجهه با آن به اندازه‌ی کافی مجهز نشده است.

خودشیفتگی

انسانی که به‌وسیله‌ی باوری نیرومند به استثنابودنش، با اضطراب بنیادین مقابله می‌کند، اغلب در روابط بین‌فردی به مشکلات اساسی برمی‌خورَد. اگر اعتقاد به گزندناپذیری ــ آن طور که اغلب رایج است ــ با به‌رسمیت نشناختن حقوق دیگران همراه شود، در آن صورت فرد شخصیتی کاملاً خودشیفته می‌یابد. فروم شخصیت خودشیفته را با بازگو کردن گفت‌وگوی میان پزشک و چنین فردی توصیف می‌کند. بیمار آن روز درخواست وقت ملاقات کرده و پزشک گفته چون برنامه‌ی ملاقات‌هایش پُر است، دیدار ممکن نیست. بیمار فریاد زده «ولی دکتر، فاصله‌ی خانه‌ی من تا مطب شما چند دقیقه بیشتر نیست.»

الگوی شخصیت خودشیفته در گروه‌درمانی بیش از درمان فردی آشکار می‌شود. در درمان فردی، به هر واژه‌ای که از دهان بیمار خارج می‌شود، گوش می‌کنند؛ هر رؤیا، خیال‌پردازی و احساسی مورد بررسی قرار می‌گیرد. همه چیز به بیمار پیشکش می‌شود؛ در مقابل چیز زیادی از او خواسته نمی‌شود؛ شاید ماه‌ها وقت لازم است تا خودشیفتگی نمایان شود. در حالی که در گروه‌درمانی، لازم است بیمار وقتش را با دیگران شریک شود، آن‌ها را درک کند و با آنان همدلی داشته باشد، با دیگران ارتباط برقرار کند و نگران احساساتشان باشد.

الگوی خودشیفته به شیوه‌های گوناگون ظاهر می‌شود: برخی بیماران احساس می‌کنند ممکن است دیگران را برنجانند، ولی خود را از هر نکوهش و انتقادی معاف می‌بینند؛ طبعاً فکر می‌کنند عاشق هرکسی که بشوند، او هم در مقابل عاشقشان می‌شود؛ فکر می‌کنند نباید برای دیگران صبر کنند؛ هدیه، غافلگیری و توجه از دیگران می‌خواهند، ولی خود چیزی به کسی نمی‌دهند؛ فکر می‌کنند همین که وجود دارند کافی‌ست تا مورد عشق و احترام قرار گیرند. در گروه‌درمانی فکر می‌کنند باید بیش از دیگران

مورد توجه باشند و برای به‌دست آوردن این توجه هم نباید کوشش کنند؛ انتظار دارند گروه خود را به آنان برساند ولی لازم نیست آن‌ها خود را با کسی هماهنگ کنند. درمانگر باید بارها و بارها به این بیماران یادآوری کند که چنین انتظاراتی تنها در یک دوره‌ی زندگی قابل قبول است، آن هم وقتی‌ست که فرد نوزاد است و می‌تواند عشق بی‌قیدوشرط از مادر بطلبد، بی‌آنکه نیازی به جبران باشد.

هال، بیماری در یکی از گروه‌های درمانی، بسیاری از این ویژگی‌ها را در خود داشت. او فیزیکدانی بود تیزهوش با بیانی به‌غایت شیوا که ماه‌ها با داستان‌هایی فاکنری درباره‌ی کودکی‌اش در جنوب، گروه را افسون کرده بود. او عملاً چهل درصد وقتِ یک گروه هشت‌نفره را به خود اختصاص می‌داد. زبان تندوتیزی داشت، ولی کنایه‌هایش چنان هوشمندانه و پُرآب‌ورنگ بود که اعضای گروه نمی‌رنجیدند و می‌گذاشتند هال سرگرمشان کند. مدتی گذشت تا اعضای گروه کم‌کم از طمع توجه‌طلبی و نیز پرخاشجویی‌های او آزرده شدند. کاسه‌ی صبرشان از قصه‌های او لبریز شد و کم‌کم توجهشان را از او به‌سوی دیگر اعضای گروه برگرداندند و بالاخره اشتهای او را در جلب توجه و صرف زمان، سیری‌ناپذیر خواندند. خشم هال رو به افزایش گذاشت، از لباس کنایه‌های خوش‌آب‌ورنگ درآمد و به جریان پیوسته‌ای از طعنه‌های تلخ بدل شد. زندگی شخصی و حرفه‌ای‌اش رو به قهقهرا رفت: همسرش تهدید کرد ترکش می‌کند و رئیس‌گروه فیزیک، به دلیل عدم درک دانشجویان به او تذکر داد. گروه او را واداشت خشمش را مورد بررسی قرار دهد. اعضای گروه چندین بار از او پرسیدند: «از چی عصبانی هستی؟» هر بار که شروع به توضیح وقایع ملموس زندگی‌اش کرد، از او خواستند عمیق‌تر شود، یک پله پایین‌تر رود و دوباره به این سؤال پاسخ دهد که «از چی عصبانی هستی؟» در عمیق‌ترین مرتبه، هال پاسخ داد: «عصبانی‌ام، چون از همه‌ی کسانی که اینجا هستند، بهترم و هیچ کس متوجه این موضوع نیست. باهوش‌ترم، فرزترم، من از همه بهترم و لعنتی‌ها هیچ کدامتان متوجه من نیستید. باید مثل این پولدارهای عرب پول به پایم بریزند، باید یک انسان فرهیخته به‌حسابم بیاورند، در حالی که با من هم مثل دیگران رفتار می‌کنند.»

گروه از بسیاری جهات برای هال مفید بود. کمکش کرد خود را بکاود، این احساسات را به سطح آوَرَد و با منطقش به آن‌ها بپردازد که این نخستین و سودمندترین گام بود.

کم‌کم سایر اعضا یاری‌اش کردند آن‌ها را هم به عنوان موجوداتی آگاه و حساس به‌رسمیت بشناسد و متوجه شود آن‌ها هم حس می‌کنند استثنا هستند، به یاری دیگران نیازمندند و دلشان می‌خواهد در مرکز توجه باشند. هال آموخت دیگران فقط منابعی از قدردانی و شیفتگی نیستند که مدام حمایت لازم برای من‌گرایی او را تأمین کنند. مفهوم کلیدی برای هال «همدلی» بود و گروه از او خواست هر چند یک‌بار، حدس بزند تک‌تک اعضا در آن لحظه چه احساسی دارند و به این ترتیب همدلی را تجربه کند. در ابتدا حدس‌های هال مشخصاً در این جهت بود که اعضا نسبت به او چه احساسی دارند؛ ولی به‌تدریج توانست تجربه‌ی دیگران را حس کند مثلاً اینکه آن‌ها هم نیاز به زمان دارند یا عصبانی‌اند یا دلسرد شده‌اند و یا رنج می‌برند.

خودشیفتگی چنان در وجود فرد یکدست و یکپارچه است که اغلب بیمار قادر نیست «جای پایی» خارج از «استثنابودن» خویش در آن بیابد تا بر آن بایستد و به خود بنگرد. بیمار دیگری داشتم که از بسیاری جهات شبیه هال بود و به طرز جالبی نسبت به خودمداری‌اش آگاهی یافته بود. دو سال در درمان گروهی شرکت کرده بود و خصوصاً در زمینه‌ی عشق ورزیدن و احساس تعهد به دیگران، پیشرفت‌های قابل توجهی داشت. او را شش ماه بعد از پایان گروه‌درمانی، در جلسه‌ی گزارش‌گیری ملاقات کردم و خواستم در صورت امکان به چند واقعه‌ی مهم در طول درمانش اشاره کند. او بر جلسه‌ای انگشت گذاشت که گروه در آن به تماشای نوار ویدئوی جلسه‌ی قبل نشسته بود. متوجه شده بود فقط بخش‌هایی از جلسه به یادش مانده که خودش مرکز توجه بوده و از این کشف به‌شدت یکه خورده بود؛ بسیاری از بخش‌های فیلم را انگار برای اولین بار می‌دید. دیگران بارها او را به‌خاطر خودمحوری مورد انتقاد قرار داده بودند، ولی کشف خودش بود که متوجهش کرد دیگران حقایق مهمی را به‌زبان آورده بودند.

پرخاشجویی و کنترل

استثنابودن به عنوان یکی از اصلی‌ترین شیوه‌های چیرگی بر مرگ، خود را به اَشکال ناساز گوناگونی آشکار می‌کند. انگیزه‌ی به‌دست آوردن قدرت در این پویه‌شناسی، انگیزه‌ی ناشایعی نیست. فرد با بزرگ جلوه دادن خود و حوزه‌ی نظارتی‌اش، از درک

محدودیت خویش و ترس‌هایش می‌گریزد. برای نمونه، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انگیزه‌ی کسانی که به حرفه‌های مرتبط با مرگ وارد می‌شوند (سربازان، پزشکان، کشیشان و مدیران بنگاه‌های کفن‌ودفن)، تا حدودی نیازی‌ست که به غلبه بر اضطراب مرگ دارند. برای مثال هرمان فایفل[1] نشان داد گرچه ترس آگاهانه‌ی پزشکان از مرگ کمتر از بیماران یا جمعیت عمومی است، در سطوح عمیق‌تر، بیشتر از مرگ می‌ترسند. (۱۹) به‌عبارت دیگر، به‌دست گرفتن قدرت، از ترس‌های آگاهانه از مرگ می‌کاهد، ولی در این حال ترس‌های عمیق‌تر ــ که در تعیین حرفه‌ی فرد نیز مؤثرند ــ همچنان در فعالیتند. وقتی دلهره شدید باشد، دیگر سائق پرخاشجو توسط پالایش صلح‌جو مهار نمی‌شود و در نتیجه شدت می‌یابد. کم پیش نمی‌آید که خودبینی و پرخاشجویی از چنین منبعی سرچشمه گیرد. رنک در این باره می‌نویسد: «ترس ایگو از مرگ، با کُشتن و قربانی کردنِ دیگری تخفیف می‌یابد؛ فرد با مرگ دیگری، رهایی از کیفر مُردن را برای خویش می‌خرد.»(۲۰) روشن است که اشاره‌ی رنک به چیزی بیش از کشتن به معنای قتل است: پرخاشجویی‌های خفیف‌تر و نامحسوس‌تر ــ مانند تسلط بر دیگری، بهره‌کشی یا به‌اصطلاح ایبسن «روح‌کُشی»(۲۱)ــ نیز با همین هدف انجام می‌شود. ولی این شیوه‌ی مقابله اغلب شکست می‌خورد و به دفاعی لگام‌گسیخته می‌انجامد. همان‌طور که می‌دانیم، قدرت مطلق همیشه گمراه‌کننده است؛ گمراه می‌کند چون آنچه را که باید فراهم نمی‌سازد. همیشه واقعیت ــ واقعیت درماندگی و میرندگی ما، این واقعیت که به‌رغم دستیابی‌مان به ستارگان، سرنوشتی محتوم در انتظارمان است ــ از راه می‌رسد.

دفاع استثنا بودن: تزلزل و اضطراب

در بحث استثنابودن به عنوان یکی از شیوه‌های مقابله با ترس از مرگ، به اَشکال ناساز فردی آن اشاره کرده‌ام: فردگرایی قهرمانانه‌ی لگام‌گسیخته (همراه با هراس از کمترین نشانه‌های ضعف انسانی)، اعتیاد به کار اجباری، افسردگی ناشی از وقفه در مارپیچ صعودی ابدی، اختلال شخصیت خودشیفته با پیامدهای بین‌فردی ملازم آن و بالاخره سبک زندگی ناساز پرخاشجویانه و کنترل‌کننده. ولی سازوکار دفاعی استثنابودن، یک نقطه‌ضعف درونی جدی‌تر هم دارد. مشاهده‌گران تیزبین متوجه

1. Herman Feifel

شده‌اند گرچه شیوه‌ی انسان فردگرا و موفقیت‌هایش، سرخوشی و شعف موقتی به‌همراه دارد، بالاخره اضطراب از راه می‌رسد. انسانی که «از نهالینگی به‌درمی‌آید» و «قد راست می‌کند و از طبیعت درمی‌گذرد»، باید بهای موفقیتش را بپردازد. در فردیت‌یابی، جدا کردن خود از کل، پیش رفتن و زیستن به مثابه‌ی موجودی تک و بالاخره در پیشی گرفتن از والدین و همقطاران چیزی ترسناک وجود دارد.

درمانگران بالینی زیادی از «روان‌نژندی موفقیت[1]» گفته‌اند، وضعیت عجیبی که در آن فرد درست در لحظه‌ی دستیابی به موفقیتی که مدت‌ها برای آن جنگیده، نه تنها به شادی و شعف نمی‌رسد، بلکه به ملالی فلج‌کننده دچار می‌شود که اغلب عدم موفقیتش را حتمی می‌کند. فروید این پدیده را سندرم «شکست خوردن از موفقیت» خوانده است.(۲۲) رنک آن را به عنوان «اضطراب زندگی(۲۳)» توصیف کرده است: ترس از مواجهه با زندگی به‌مثابه یک موجود مستقل و مجزا. مزلو توضیح می‌دهد ما انسان‌ها از بهترین و برترین امکاناتی که برایمان فراهم می‌شود، دوری می‌کنیم (همان‌طور که در برابر بدترین و پست‌ترینشان عقب می‌کِشیم) و این پدیده را «عقده‌ی یونس» می‌نامد زیرا یونس هم مانند همه‌ی ما نتوانست عظمت خود را تاب آوَرَد و کوشید از سرنوشتش دوری کند.(۲٤)

چطور می‌توان این تمایل عجیب انسان را به انکار خویش توضیح داد؟ شاید نتیجه‌ی درآمیختگی موفقیت و پرخاشجویی باشد. بعضی افراد موفقیت را وسیله‌ای می‌دانند برای پیشی‌گرفتن کینه‌توزانه و انتقام‌جویانه از دیگران؛ می‌ترسند دیگران از انگیزه‌ی آنان باخبر شوند و وقتی موفقیت زیادی بزرگ شد، از آن‌ها انتقام بگیرند. فروید معتقد بود این مسئله با ترس از پیشی گرفتن از پدر و در نتیجه قرار گرفتن در معرض خطر اختگی مرتبط است. بِکِر درک ما را فراتر می‌بَرَد و می‌گوید هولناک‌ترین نتیجه‌ی پیشی‌گرفتن از پدر، لزوماً اختگی نیست، بلکه مواجهه با این چشم‌انداز ترساننده است که فرد به پدرِخود بدل شود.(۲۵) والدین پشتوانه‌ای تسلی‌بخش و حتی جادویی در برابر رنجی هستند که آگاهی از فانی بودن خویش به ارمغان می‌آوَرَد و پدرِ خود شدن، به معنای دست کشیدن از چنین پشتوانه‌ی محکمی‌ست.

---

1. success neurosis

بنابراین فردی که در زندگی غوطه‌ور می‌شود، محکوم به اضطراب است. قدبرافراشتن و گذشتن از طبیعت، پدرِ خود شدن یا به‌اصطلاح اسپینوزا «خدای خود شدن»، به‌معنای تنهایی محض است؛ به‌معنای اتکا به خود بدون اسطوره‌ی نجات‌دهنده یا رهایی‌بخش و بدون آرامش حاصل از حضور در حلقه‌ی انسان‌هاست. این گونه بی‌دفاع ایستادن در برابر تنهایی حاصل از فردیت، برای بسیاری از ما قابل تحمل نیست. وقتی اعتقادمان به استثنا بودن و گزندناپذیری نتواند رنجمان را پایان دهد، آرامش را در وجه دیگر نظام مبتنی بر انکار جست‌وجو می‌کنیم: اعتقاد به وجود نجات‌دهنده‌ای غایی.

نجات‌دهنده‌ی غایی

پیدایش فرد انسان خلاصه‌ای‌ست از پیدایش تبار انسان. رشد جسمی و اجتماعی فرد، آینه‌ای‌ست از رشد گونه‌ی بشر. این واقعیت بیش از هر خصوصیت اجتماعی، در باور انسان به وجود شفاعت‌کننده‌ای شخصی که بر همه‌کار تواناست، نمود می‌یابد: نیرو یا موجودی که همواره به ما توجه دارد، عشق می‌ورزد و حمایتمان می‌کند. گرچه می‌گذارد به خطر نزدیک شویم و تا لبه‌ی پرتگاه پیش رویم، ولی در نهایت، نجاتمان می‌بخشد. فروم این چهره‌ی اسطوره‌ای را «یاور جادویی»(۲۶) نامیده و ماسرمن آن را «نوکر همه‌کارتوان»(۲۷) خوانده است. در فصل سوم، رد این نظام اعتقادی را تا ابتدای کودکی دنبال کردم: این اعتقاد هم مانند باور به استثنابودن شخص، در وقایع ابتدای زندگی و دوره‌ای ریشه دارد که به نظر می‌رسد والدین تا ابد به تک‌تک نیازهای انسان توجه دارند و آن‌ها را برآورده می‌کنند. مسلم است که گونه‌ی انسان از آغاز تاریخ مکتوب بشر، اعتقاد به وجود خدایی شخصی را رها نکرده است، چهره‌ای که می‌توانسته مهربان، ترساننده، بوالهوس، خشن، دلجو یا خشمناک باشد، ولی مشخصه‌ی ثابتش این بوده که همیشه وجود داشته است. در هیچ‌یک از تمدن‌های باستانی چنین اعتقادی را نمی‌یابید که بشر در دنیایی بی‌تفاوت و بی‌اعتنا به او تنهاست.

بعضی‌ها نجات‌دهنده‌ی خویش را نه در موجوداتی ماورای طبیعی، که در دنیای خاکی پیرامون خویش یا یک پیشوا یا آرمانی برتر می‌یابند. هزاران سال است که بشر به این ترتیب بر ترسش از مرگ چیره شده و ترجیح داده آزادی و در حقیقت

زندگی‌اش را به کناری نهد تا چهره‌ای برتر یا آرمانی جسمیت‌یافته را در آغوش گیرد و بپذیرد. تولستوی به‌خوبی از نیاز ما به آفریدن چهره‌ای خداماننند و سپس آرمیدن در امنیت کاذبی که از آفریده‌ی خودمان سرچشمه می‌گیرد، آگاه بود. شوریدگی و خلسه‌ی راستوف در جنگ و صلح را در نظر بگیرید، هنگامی که به نزدیک شدن تزار فکر می‌کند:

سعادت نزدیک بودن به تزار سراپای وجودش را فرا گرفت. این دیدار کافی بود تا حرام شدن آن روز جبران شود. به سرخوشی عاشقی بود که پس از انتظاری طولانی، به وصال معشوق می‌رسد. جرئت نمی‌کرد به صفوف مقدم نگاه کند، بدون نگریستن و با غریزه‌ای خلسه‌آمیز، نزدیک شدنش را حس کرد. این حس فقط ناشی از صدای پای اسبان سواره‌نظام نبود، بلکه با نزدیک‌تر شدن تزار، همه‌چیز درخشان‌تر، شادتر، مهم‌تر و طرب‌انگیزتر می‌شد. از نگاه راستوف، این خورشید با نزدیک‌ترشدنش، پرتوهایی ملایم و باشکوه می‌پراکند و اکنون او در احاطه‌ی این پرتوها بود، صدایش را شنید، صدایی روح‌نواز، آرام، شکوهمند و در عین حال بی‌تکلف ... راستوف برخاست و بی‌هدف در میان خرمن‌های آتش اردوگاه به گشت‌زدن پرداخت و پیش خود تصور کرد مُردن چه سعادتی‌ست ــ نه برای حفظ جان امپراتور ــ (که حتی جرئت اندیشیدن به آن را هم نداشت)، بلکه فقط مُردن در برابر چشمان امپراتور چه سعادتی خواهد بود. حقیقتاً به تزار، ارتش روسیه و امید به پیروزیِ فرارو عشق می‌ورزید. و او تنها کسی نبود که در آن روزهای خاطره‌انگیزِ پیش از نبرد اوسترلیتس چنین احساسی داشت: نود درصد از مردان ارتش روسیه در آن لحظه ــ هرچند با شوریدگی کمتر از راستوف ــ عاشق تزار خود و شکوه ارتش روسیه بودند.(۲۸)

«با نزدیک‌تر شدن تزار، همه‌چیز درخشان‌تر، شادتر، مهم‌تر و طرب‌انگیزتر می‌شد. از نگاه راستوف، این خورشید با نزدیک‌ترشدنش...» چه زیباست تصویری که تولستوی از ماهیت خلسه و شوریدگی دفاعی ترسیم می‌کند، مسلماً این شوریدگی مختص آن سرباز روس نیست، بلکه زنان و مردان بی‌شماری را شامل می‌شود که درمانگران هر روز در کار بالینی با آنان سروکار دارند.

سازوکار دفاعی نجات‌دهنده و محدودیت‌های شخصیت

به‌طور کلی می‌توان گفت کارآیی سازوکار دفاعی نجات‌دهنده کمتر از اعتقاد به استثنابودن فردی است. نه‌تنها احتمال شکسته‌شدن این دفاع بیشتراست، بلکه از لحاظ ماهیتی نیز برای فرد محدودیت می‌آوَرَد. بعدتر به پژوهش‌های تجربی‌ای اشاره می‌کنم که بر این ناکارآمدی دلالت دارد، ولی این همان نتیجه‌ای‌ست که کیرکگور بیش از یکصد سال پیش با شهود به آن رسید. جمله‌ی جالبی دارد درباره‌ی مقایسه‌ی مخاطرات «قمار و ریسک‌پذیری» (هست شدن، فردیت، استثنابودن) و «ریسک‌ناپذیری» (هم‌آمیزی، ریشه‌دواندن، اعتقاد به نجات‌دهنده‌ی غایی):

> ... قمار خطرناک است. چرا؟ چون فرد ممکن است ببازد. قمار نکردن زیرکانه است. با این حال، چیزی که از دست دادنش در مخاطره‌آمیزترین قمارها مشکل است، با قمار نکردن به آسانی از دست می‌رود ... آن چیز خودِ انسان است. زیرا وقتی سهواً ریسکی می‌کنم ... بسیار خوب، زندگی با گوشمالی‌هایش به دادم می‌رسد. ولی اگر اصلاً ریسک نکنم، چه کسی به دادم می‌رسد؟ به‌علاوه، با اصلاً قمار نکردن در والاترین معنا (که قمار در والاترین معنا دقیقاً عبارت است از آگاهی یافتن از خویش) همه‌ی مزایای زمینی را از آنِ خود می‌کنم ... و خود را می‌بازم. پس چه فایده‌ای دارد؟(۲۹)

پس ریشه دواندن در دیگری و «قمار نکردن» فرد را در معرض بزرگ‌ترین مخاطرات قرار می‌دهد که همانا باختن خویش و ناتوانی در اکتشاف یا رشد استعدادهای پیچیده و چندگانه‌ی درون خویش است.

نتیجه‌ی توقع زیاد از سازوکار دفاعی نجات‌دهنده، شیوه‌ای بسیار محدود و مقید در زندگی‌ست، درست مثل لنای سی ساله که یکی از اعضای گروه درمانی بود. لنا به‌شدت افسرده و غرق در افکار خودکشی بود و اغلب دچار رخوتی می‌شد که روزها اتاق کم‌اثاثیه‌اش می‌گذشت. موجودی منزوی بود که بیشتر اوقاتش در تنهایی و در طلایی بلندش که بی‌پروا رها شده بود گرفته تا شلوار جین و ژاکت ازجنگ‌برگشته

و ظاهر جوان و ساده‌اش ــ به دختر نوجوانی می‌مانست. مادرش را در پنج‌سالگی و پدرش را در دوازده‌سالگی از دست داده بود و با وابستگی شدید به پدربزرگ و مادربزرگ و سایر بستگانش بزرگ شده بود. وقتی پدربزرگ و مادربزرگ پیر و علیل شدند، دچار وحشت از تلفن شد ــ فوت پدرش را با تلفن خبر داده بودند ــ و حاضر نبود تلفن را جواب بدهد چون می‌ترسید حامل خبر مرگ پدربزرگ یا مادربزرگش باشد.

لنا به‌شدت از مرگ می‌ترسید و از هر موضوعی که به نوعی با مرگ مرتبط بود، پرهیز می‌کرد. کوشیده بود با ناکارآمدترین و جادویی‌ترین شیوه با وحشتش کنار بیاید، شیوه‌ای که در بسیاری بیماران دیده‌ام: می‌کوشید با سر باز زدن از زندگی، از مرگ بگریزد. مانند اسکار در طبل حلبی گونترگراس، لنا هم می‌خواست بر زمان غلبه کند و با کودک ماندن، آن را برای همیشه متوقف کند. خود را وقف پرهیز از نزدیت‌یابی کرده بود و با مستحیل شدن در یک حامی و پشتیبان در جست‌وجوی امنیت بود. قاعده‌ی کلی گروه‌درمانی این است که اعضا به بررسی اینجا و اکنونِ گروه و دفاع‌های درونی‌شان هنگام تعامل با یکدیگر می‌پردازند. هرچه گروه بیشتر پیش می‌رفت، گرایش دفاعی لنا بیشتر آشکار می‌شد. یک‌بار جلسه را با این خبر آغاز کرد که در تعطیلات آخر هفته، تصادف جدی‌ای با اتومبیل داشته است. به ملاقات دوستی ساکن شهری در ۱۵۰ مایلی آنجا می‌رفته که با بی‌دقتی قابل ملاحظه‌ای از جاده منحرف شده، اتومبیلش واژگون شده و مرگ از بیخ گوشش گذشته است. لنا معتقد بود برایش خیلی راحت و دلخواه بود که دوباره به‌هوش نیاید.

طبیعتاً اعضای گروه واکنش نشان دادند. برای لنا دلواپس و نگران بودند. در پرستاری از لنا بر هم پیشی گرفتند. گروه‌درمانگر هم به همین ترتیب واکنش نشان بود تا زمانی که در سکوت شروع به تحلیل فرایند جلسه کرد. لنا همیشه در حال مُردن بود، همیشه گروه را می‌ترساند، همیشه دلواپسی دیگر اعضا را به‌سوی خود جلب می‌کرد. در واقع، اعضا در نخستین ماه‌های حضور او در گروه، وظیفه‌ی زنده نگه داشتن لنا، وا داشتنش به غذا خوردن و جلوگیری از خودکشی او را پذیرفته بودند. درمانگر کنجکاو بود که «آیا هرگز هیچ اتفاق خوبی برای لنا نیفتاده است؟»

تصادف زمانی اتفاق افتاده بود که لنا به دیدار یکی از دوستانش می‌رفت. ناگهان درمانگر از خود پرسید: «کدام دوست؟» او بی‌وقفه خود را فردی کاملاً تنها و بدون دوست، فامیل و آشنا به گروه معرفی کرده بود. با وجود این می‌گفت ۱۵۰ مایل رانندگی کرده تا دوستی را ببیند. وقتی درمانگر این سؤال را مطرح کرد، متوجه شد که بله، ماه‌هاست که لنا هر آخر هفته را با این دوست می‌گذراند؛ و بله، دلش می‌خواهد با او ازدواج کند. ولی تصمیم گرفته بوده این اطلاعات را با گروه در میان نگذارد. دلایلش روشن بود: آنچه برای لنا مهم بود، زنده ماندن بود نه رشد، و ادامه‌ی زندگی تنها زمانی امکان‌پذیر به‌نظر می‌آمد که از گروه و درمانگر مراقبت و حمایت طلب کند. مسئله‌ی اصلی‌اش این بود که حمایت دیگران را تا ابد برای خود حفظ کند: نباید هیچ نشانه‌ای از رشد یا تغییر از خود بروز بدهد تا مبادا اعضای گروه و درمانگر به این نتیجه برسند که آمادگی لازم را برای خاتمه‌ی درمان به‌دست آورده است.

لنا در طول گروه‌درمانی، از وقایعی که نظام دفاعی اصلی‌اش را به چالش می‌کشید، به‌شدت بیمناک بود: دفاع عبارت بود از این اعتقاد که کمک «همین دور و بر است» و تنها حضور مداوم نجات‌دهنده است که امنیت او را تأمین می‌کند. اشتیاق لنا برای یکی‌شدن با درمانگر به تحریف‌های انتقالی[1] زیادی منجر می‌شد که نیازمند توجه مداوم در حین درمان بود. او نسبت به هرگونه نشانه‌ی طرد از سوی درمانگر بی‌نهایت حساس بود و به شواهدی که بر میرایی، لغزش‌پذیری یا در دسترس نبودن او دلالت داشت، به‌شدت واکنش نشان می‌داد. وقتی درمانگر به تعطیلات می‌رفت، بیمار می‌شد، حواسش در گروه پرت می‌شد یا اشتباه واضحی می‌کرد، او بیش از سایر اعضا مضطرب (و عصبانی) می‌شد. همان‌طور که در فصل بعدی توضیح خواهم داد، کار با بیمارانی که ولع زیادی برای دستیابی به نجات‌دهنده‌ی غایی دارند، بیشتر حول محور تحلیل انتقال می‌گردد.

فروپاشی نجات‌دهنده

اعتقاد به وجود نجات‌دهنده‌ای غایی، به‌نرمی و بی‌آنکه به‌چشم بیاید، آرامش قابل ملاحظه‌ای را برای بخش عمده‌ای از زندگی به همراه می‌آوَرَد. بیشتر افراد تا زمانی

---

1. transference distortions

که این نظام اعتقادی، دیگر قادر به تأمین هدف نباشد یا به‌قول هایدگر «دستگاه از کار بیفتد» (۳۰)، از ساختار آن بی‌خبر می‌مانند؛ امکان از کار افتادن دستگاه کم نیست و فروپاشی این سازوکار دفاعی با ناهنجاری‌های مختلفی همراه است.

بیماری‌های لاعلاج و کشنده. بیماری لاعلاج شاید سخت‌ترین محک برای کارآمدی اعتقاد به نجات‌دهنده‌ی غایی باشد. بسیاری از افراد انرژی فراوانی صرف می‌کنند تا اعتقادشان را به وجود یک حامی قدرتمند تقویت کنند. از آنجا که پزشک نامزد بدیهی بر عهده گرفتن نقش نجات‌دهنده است، رابطه‌ی پزشک-بیمار، به رابطه‌ای قوی و پیچیده بدل می‌شود. درست است که از یک سو، آرزوی بیمار به تقویت اعتقادش، لباس نجات‌دهنده را بر تن پزشک می‌کند؛ ولی از سوی دیگر، پزشک نیز شادمانه این لباس را بر تن می‌کند زیرا ایفای نقش خدا، شیوه‌ای‌ست که پزشک برای تقویت اعتقادش به استثنابودن در پیش گرفته است. از هر دو سو، نتیجه یکی‌ست: پزشک عظیم‌تر از حیات می‌شود و نگرش بیمار به او اغلب با تکریم و احترامی بیش از حد معمول همراه است. معمولاً بیماران مبتلا به بیماری لاعلاج از خشمگین یا مأیوس کردن پزشک خود می‌هراسند؛ از اینکه وقت پزشکشان را می‌گیرند عذرخواهی می‌کنند و چنان در حضور او دستپاچه می‌شوند که پرسیدن سؤالات ضروری و ازپیش‌آماده را فراموش می‌کنند. (بعضی برای حل این مشکل فهرست مکتوبی از سؤالاتی که باید از پزشک بپرسند، تهیه می‌کنند.)

برای بیماران بسیار مهم است که پزشکان قدرتشان را حفظ کنند، قدرتی که بیمار نه آن را به چالش می‌طلبد و نه در آن تردید می‌کند. در واقع، بیماران به شیوه‌ای جادویی به پزشکان اجازه می‌دهند بسیاری از اطلاعات مهم در زمینه‌ی مشکلات روانشناختی و حتی جسمانی را از آنان پنهان کنند. اغلب پزشک آخرین کسی‌ست که از عمق نومیدی بیمار آگاه می‌شود. بیماری که به‌خوبی قادر است درباره‌ی رنج و اندوهش با پرستاران و مددکاران اجتماعی صحبت کند، با چهره‌ای شجاع و خندان با پزشکش روبه‌رو می‌شود و پزشک به این نتیجه می‌رسد که بیمار به بهترین وجه با مشکل کنار آمده است. (به همین دلیل است که پزشکان از ارجاع بیماران لاعلاج برای درمان‌های روانشناختی به‌شدت اکراه دارند.)

افراد در اصرارشان به انکار با یکدیگر متفاوتند، ولی در نهایت، همه‌ی انکارها در مواجهه با واقعیتِ درهم‌کوبنده فرو می‌ریزد. برای مثال کوبلرراس می‌گوید پس از سال‌ها کار در این زمینه، فقط تعداد انگشت‌شماری بیمار داشته که تا لحظه‌ی مرگ، دست از انکار برنداشته‌اند. واکنش بیمار، هنگامی که می‌فهمد برای بیماری‌اش هیچ درمان طبی یا جراحی‌ای موجود نیست، فاجعه‌بار است. احساس خشم، فریب خوردن و خیانت‌دیدن می‌کند. ولی آخر از چه کسی می‌تواند عصبانی باشد؟ از دنیا؟ از سرنوشت؟ بسیاری از دست پزشک عصبانی‌اند چون کوتاهی کرده ــ نه کوتاهی در درمان، بلکه کوتاهی در واقعیت بخشیدن به اسطوره‌ی شخصی بیمار درباره‌ی رهایی‌بخش غایی.

دیرسیون. سیلوانو آری‌یتی[1] در مطالعه‌ی بیماران افسرده‌ی روان‌پریش، درونمایه‌ای محوری و نوعی ایدئولوژی برای زندگی را توصیف می‌کند که «زمینه را برای افسردگی مستعد می‌سازد(۳۱)». بیماران او به‌واسطه‌ی چیز دیگری می‌زیستند؛ آن‌ها برای خود زندگی نمی‌کردند، بلکه برای «فردی برتر[2]» یا «هدفی برتر[3]» می‌زیستند. گرچه آری‌یتی اصطلاحات متفاوتی به کار بُرده، ولی توصیف او از این دو گونه ایدئولوژی، تشابه فراوانی با دو سازوکار دفاعی توصیفی من در برابر ترس از مرگ دارد. فردی که برای «هدفی برتر» زندگی می‌کند، همان کسی‌ست که زندگی‌اش را بر پایه‌ی اعتقاد به استثنابودن و گزندناپذیری‌اش می‌سازد. همان‌طور که پیش از این توضیح دادم، افسردگی زمانی بروز می‌کند که اعتقاد به ماربیچِ پیوسته درحالِ صعود («هدف برتر») فرو می‌ریزد.

زندگی برای «فردی برتر»، همان کوشش برای یکی شدن با کسی‌ست که فرد او را منبع حمایت و معنای زندگی می‌داند. فرد برتر می‌تواند همسر، مادر، پدر، معشوق، درمانگر و یا حرفه و سازمانی اجتماعی باشد که فرد ویژگی‌هایی انسانی به آن بخشیده است. ایدئولوژی به دلایل فراوانی از هم می‌پاشد: فرد برتر ممکن است بمیرد، انسان را ترک کند یا عشق و توجهش را از او برگرداند و یا ثابت کند برای وظیفه‌ای که بر عهده‌اش گذاشته شده، شایستگی ندارد.

---

1. Silvano Arieti
2. dominant other

اغلب بیماران وقتی متوجه شکست ایدئولوژی‌شان می‌شوند، از پا درمی‌آیند؛ احساس می‌کنند زندگی‌شان قربانی جریانی شده که جعلی بودنش به اثبات رسیده است. با این حال تدبیر جایگزینی برای آن ندارند. آری‌یتی این موضوع را در توصیف یک بیمار این گونه بیان می‌کند:

> بیمار به مرحله‌ای بحرانی رسیده که لازم است نیروهای روان‌پویه‌شناختی را دوباره متحد کند و به شیوه‌ای جدید در روابط بین‌فردی برسد، ولی قادر به فراخوانی این نیروها نیست. گرفتاری او اینجاست. درمانده شده است. نمی‌تواند ساختارهای شناختی جایگزینی را تصور کند که به گام‌هایی جبرانی بیانجامد، اگر هم قادر به تصورشان باشد، دست‌یابی به آن‌ها به‌نظرش غیرممکن است. در مواقع دیگر، این ساختارهای جایگزین، غیرقابل‌تحقق به نظر نمی‌آمدند، ولی از زمانی که دریافته همه‌ی دلبستگی‌ها و آرزوهایش را خرج رابطه‌ای کرده که به شکست انجامیده، آن‌ها نیز در نظرش بی‌ارزش شده‌اند.(۳۲)

ممکن است بیمار بکوشد رابطه را دوباره برقرار کند یا در جست‌وجوی رابطه‌ی دیگری باشد. اگر این تلاش‌ها به جایی نرسند، بیمار توش‌وتوانش را از دست می‌دهد، احساس خلأ می‌کند و به نکوهش خود می‌پردازد؛ و بسیاری از بیماران، علاوه بر آنکه اصول نظام اعتقادی‌شان را زیر سؤال می‌برند، به این نتیجه می‌رسند که بد و بی‌ارزشند و شایستگی برخورداری از عشق و حمایت نجات‌دهنده‌ی غایی را ندارند. دلیل افسردگی‌شان این است که رنج کشیدن و قربانی شدن را ناخودآگاهانه، آخرین فرصت برای طلب عشق می‌دانند. بنابراین سوگوار و ماتم‌زده‌اند، زیرا عشق از کَفِشان رفته و سوگوار می‌مانند تا دوباره به‌دست آوَرَندش.

مازوخیسم (آزارطلبی). تا کنون مجموعه‌ای از رفتارها را توصیف کرده‌ام که با اعتقاد فزون‌پرورده به نجات‌دهنده‌ی غایی همراه است: خودپنهانگری، ترس از روگردانی از عشق، انفعال، وابستگی، قربانی کردن خویش، خودداری از پذیرش بزرگسالی و افسردگی پس از فروپاشی نظام اعتقادی. تشدید هریک از این رفتارها

می‌تواند به سندرم بالینی خاصی منجر شود. وقتی قربانی کردن خویش غالب باشد، بیمار «آزارطلب» خوانده می‌شود.

کارن، بیمار چهل ساله‌ای که به مدت دو سال درمانش می‌کردم، چیزهای زیادی درباره‌ی روان‌پویه‌شناسی نهفته در پسِ اشتیاق به ایجاد درد در خود به من آموخت. کارن به چندین دلیل درمان را آغاز کرده بود: تمایلات آزارطلبانه‌ی جنسی، ارضا نشدن با دوست پسری که فاقد مشکل جنسی بود، افسردگی، سستی و رخوت شدید، کابوس‌های وحشتناک و تجربیات توهمی پیش از به‌خواب رفتن. با شروع درمان به‌سرعت انتقال مثبتی[1] در او شکل گرفت. هر کاری کرد تا توجه و علاقه‌ی مرا جلب کند. در خیال‌پردازی‌هایش حین خودارضایی، خود را به‌شدت بیمار می‌دید (چه بیماری جسمانی شدید مانند سل و چه فروپاشی روانی همراه با روان‌پریشی) و من مراقبت از او را بر عهده می‌گرفتم و تروخشکش می‌کردم. در ترک مطبم تعلل می‌کرد تا چند دقیقه بیشتر با من باشد؛ برای آنکه امضای مرا داشته باشد، چک‌های باطل‌شده‌ای که با آن‌ها هزینه‌ی درمان را پرداخته بود، نگه می‌داشت؛ در سخنرانی‌های من شرکت می‌کرد تا بتواند نگاه مرا به‌سوی خود جلب کند. هیچ‌چیز به اندازه‌ی سختگیری و بدخُلقی من راضی‌اش نمی‌کرد؛ در واقع، اگر عصبانیتی از خود نشان می‌دادم، همان‌جا در مطب، دچار برانگیختگی جنسی می‌شد. از هر جهت مرا عظیم‌تر از حیات می‌دید و نقص‌ها و کاستی‌هایم را مخصوصاً نادیده می‌گرفت. یکی از کتاب‌هایم را که همراه با یکی از بیمارانم نوشته‌بودم و در آن به وضوح از اضطراب‌ها و قیدوبندهای خودم گفته بودم، مطالعه کرد.(۳۳) ولی به‌جای آنکه کاستی‌ها و قیدوبندهایم را بپذیرد، بیش از پیش، شجاعتم را در انتشار چنین کتابی ستود.

او در مواجهه با ضعف یا نقایص سایر چهره‌های مهم زندگی‌اش هم پاسخ مشابهی داشت. اگر دوست پسرش بیمار می‌شد یا ضعف، گیجی و بلاتکلیفی از خود نشان می‌داد، اضطراب بسیار شدیدی را تجربه می‌کرد. نمی‌توانست تزلزل او را تحمل کند. یکبار وقتی این دوست در یک تصادف اتومبیل به‌شدت زخمی شد، ترس بیمارگونه‌ای از ملاقات او در بیمارستان پیدا کرد. همین واکنش را نسبت به

---

1. positive transference

والدینش هم نشان می‌داد و از سستی و بالا رفتن سنشان به‌شدت می‌ترسید. در کودکی هم از طریق بیماری با آن‌ها ارتباط برقرار کرده بود. می‌گفت: «دروغ بزرگ زندگی‌ام، مریضی بود.» در جست‌وجوی درد بود تا از طریق آن، طلب کمک کند. در کودکی بارها به دلیل بیماری ساختگی و دروغینی هفته‌ها در بستر مانده بود. در نوجوانی به بی‌اشتهایی عصبی دچار شد، فقط به این دلیل که با گرسنگی کشیدن، توجه و دلواپسی دیگران را به‌دست آوَرَد.

تمایل جنسی در او با جست‌جوی امنیت و رهایی گره خورده بود: استفاده از زور و اجبار، بندوبست و ایجاد درد او را برمی‌انگیخت، در حالی که ضعف، انفعال و حتی ظرافت و ملایمت، سرخورده‌اش می‌کرد. تنبیه شدن معادل محافظت شدن بود؛ بندوبست، حبس و محدودیت عالی بود: به‌معنای آن بود که حدود تعیین شده و چهره‌ای قدرتمند تعیینشان کرده است. آزارطلبی‌اش چندین علت داشت: با مقهور شدن و نیز استفاده از ارزش نمادین و جادویی رنج، درجست‌وجوی بقا بود. رنج به‌مثابه مرگی کوچک، بهتر از تجربه‌ی مرگ واقعی بود.

درمان در تخفیف افسردگی حاد، کابوس‌ها و مشغولیت ذهنی با خودکشی مؤثر بود؛ ولی زمانی رسید که به‌نظر می‌آمد درمان، مانع رشد بیشتر شده، زیرا کارن برای از دست ندادن من، به قربانی کردن خویش ادامه می‌داد. به همین دلیل روز پایان درمان را شش ماه بعد تعیین کردم و به او گفتم پس از آن، دیگر او را نخواهم دید. در چند هفته‌ی بعد از این گفت‌وگو، توفانی از عود همه‌ی علائم را از سر گذراندیم. علاوه بر بازگشت اضطراب شدید و کابوس‌ها، توهمات بینایی ترسناکی مانند حمله‌ی خفاش‌های غول‌آسا در تنهایی نیز اضافه شد.

کارن در این دوره، ترس و نومیدی عظیمی را تجربه کرد. هذیان نجات‌دهنده‌ی غایی، همیشه از وحشت مرگ حفظش کرده بود و فقدان آن، او را در برابر این ترس بی‌دفاع گذاشته بود. اشعار زیبایی که در خاطرات روزانه‌اش نوشت (و پس از پایان درمان برایم فرستاد)، وحشتش را به‌خوبی تصویر می‌کند:

با مرگ در دهانم
و کرم‌هایی که قلبم را می‌جوند،

با تو سخن می‌گویم.
در صدای گوشخراش ناقوس‌ها
اعتراضم ناشنیده ماند.
مرگ نومیدی‌ست،
همچون خوراکی تلخ.
به گلویم می‌رانی‌اش
تا فریادهایم را خفه کنی.

اعتقاد نیرومند و راسخ کارن به اینکه یکی‌شدن با من، به گریز از مرگ منجر می‌شود، به‌خوبی در این شعر به بیان درآمده است:

مرگ را ارباب خود می‌پندارم
و تازیانه‌اش را دستی مهربان؛
با او می‌تازم تا غار دورافتاده‌اش
تا اقامتگاهش؛
می‌خواهم وانَهَم عطر تابستان را
روبرتابم از غلاف دانه‌هایی که نشاط زندگی می‌شکافدشان،
آن‌گاه با مرگ بر اورنگ‌های یخی بنشینم،
و عشقش را تجربه کنم.

با نزدیک شدن به روز پایانی، کارن همه‌ی موانع ممکن را تراشید. تهدید کرد اگر درمانش را ادامه ندهم، دست به خودکشی می‌زند. این شعر گویای حال‌وهوا و تهدیدهای آن دوره است:

مرگ ادعا نیست.
واقعیت محض است،
جذبه‌ای تمام‌عیار همچون خود زندگی دارد،
دیگر گزینه‌ی غایی.
به درون سایه‌ها می‌دوم،

خود را با تار عنکبوت می‌پوشانم،
تا از چشم واقعیتی که تو به‌سویم افکندی، نهفته بمانم.
می‌خواهم ردای تیره‌ام، مرگم را در برابرت بگیرم
و با آن بترسانمت
می‌فهمی؟
اگر سماجت کنی، خود را در آن می‌پیچم.

اگرچه تهدیدهای کارن مرا ترسانده بود و حمایت کافی را برایش به ارمغان آورده بود، تصمیم گرفتم تسلیم نشوم و بر سر حرف خود ماندم که در پایان شش ماه، دیگر او را نخواهم دید، حتی اگر به‌شدت بیمار باشد. پایان کاری ما باید قطعی و بی‌چون‌وچرا می‌بود؛ هیچ فشاری از سوی او نباید بر آن تأثیر می‌گذاشت. کم‌کم تلاش‌هایش برای حل شدن در من و یکی شدن با من فروکش کرد و به وظیفه‌ی اصلی‌اش روی آورد: چگونه جلسات آخر را هرچه سازنده‌تر کند. فقط زمانی که همه‌ی امیدش را به حضور مداوم و ابدی‌ام از دست داد، توانست حضور مؤثری در درمان داشته باشد. به خود اجازه داد از توانایی و رشدیافتگی خود آگاه شود و دیگران را هم از این مهم آگاه کند. به‌سرعت به موقعیتی رسید که در خور استعداد و مهارتش بود (این کار را چهار سال تمام به‌تعویق انداخته بود!) از لحاظ ظاهری و طرز لباس پوشیدن و آرایش هم از بی‌خانمانی مفلوک به زنی معقول و جذاب بدل شد.

دو سال بعد از پایان درمان، پس از فوت یکی از دوستانش درخواست ملاقات کرد. پذیرفتم تنها یک جلسه او را ببینم و دریافتم نه‌تنها تحولش پایدار بوده، بلکه رشد قابل توجهی هم داشته است. به‌نظر می‌آید نکته‌ی مهمی که باید به بیماران آموخت این است: اگرچه درمانگران یاری‌گرند، ولی همیشه مرزی هست که فراتر از آن، چیزی برای پیشکش به بیمار ندارند. درمان نیز مانند زندگی، بر شالوده‌ی گریزناپذیر تنهایی استوار شده است، درمانی منفرد و زیستنی منفرد.

دفاع نجات‌دهنده و مشکلات بین‌فردی. این واقعیت که بعضی افراد به‌واسطه‌ی اعتقاد به وجود نجات‌دهنده‌ای غایی، از ترس از مرگ دوری می‌کنند، ملاک سودمندی برای پرداختن درمانگر به تعاملات گیج‌کننده‌ی بین‌فردی فراهم می‌کند. این مثال‌های شایع بالینی را در نظر بگیرید: بیماری که در رابطه‌ای به‌وضوح ناخشنودکننده و حتی مخرب گیر افتاده و با این حال قادر نیست خود را رها کند.

بانیِ چهل‌وهشت‌ساله به بیماری عروقی خطرناکی (بیماری بورگر[1]) مبتلا بود و بعد از بیست‌ویک سال زندگی مشترکِ بدون فرزند، ده سال بود جدا از همسرش زندگی می‌کرد ولی طلاق نگرفته بود. همسرش، مردی پرحرارت و دوستدار تفریح در طبیعت، فردی به‌شدت بی‌ملاحظه و مستبدی خودخواه از کار درآمده بود و در نهایت هم بانی را ترک گفته بود چون بیماری امکان همراهی مرد در شکار و ماهیگیری را از او گرفته بود. در طول ده سال جدایی کمک مالی‌ای به بانی نکرد. با زنان زیادی رابطه داشت (و فراموش نمی‌کرد این روابط را برای بانی توصیف کند)، هفته‌ای یکی‌دو بار به خانه‌ی او سر می‌زد تا از ماشین لباسشویی استفاده کند، پیغام‌های خط تلفنی کاری‌اش را که هنوز به خانه وصل بود دریافت کند و یکی‌دو بار در سال هم با او رابطه‌ی جنسی داشته باشد. بانی به‌دلیل معیارهای اخلاقی‌اش حاضر نشده بود مادامی که متأهل محسوب می‌شود، با مرد دیگری رابطه برقرار کند. هنوز ذهنش مشغول همسرش بود: گاهی تحمل دیدنش را هم نداشت و گاهی واله‌وشیدایش بود. بیماری و تنهایی، خوار و خفیفش کرده بود و ملاقات‌های هفتگی همسر که بیشتر برای ماشین لباسشویی بود تا او، شکنجه‌اش می‌داد. با همه‌ی این‌ها، نه می‌توانست طلاق بگیرد، نه قادر بود خط تلفنش را قطع کند و نه حتی استفاده از ماشین لباسشویی را قدغن کند.

دولورس روابط ناخشنودکننده‌ای با مردان داشت و بالاخره در سی‌وپنج سالگی با فردی فوق‌العاده وسواسی و فاقد ذهنیت روانشناختی ازدواج کرد. پیش از ازدواج به‌دلیل اضطراب مزمن و زخم دوازدهه درمان می‌شد. پس از ازدواج، وسواس‌های کنترل‌کننده‌ی شوهر او را به وضعیتی دچار کرد که اضطراب پیش از ازدواجش در

---

1. Buerger's disease

برابر آن هیچ بود. مرد برای تعطیلات آخر هفته‌ی دولورس برنامه‌ریزی ساعتی داشت (۱۰:۱۵-۹:۰۰ باغبانی، ۱۲:۰۰-۱۰:۳۰ خرید از خواربارفروشی و الی آخر) و مخارج او را به‌دقت ثبت می‌کرد؛ همه‌ی تماس‌های تلفنی را زیر نظر داشت و دولورس را برای گذراندن وقتش با هرکسی غیر از خودش توبیخ می‌کرد. خیلی زود اضطراب و خشم سرکوفته دولورس را از پا انداخت؛ با وجود این، حتی تصور جدایی یا طلاق وحشت‌زده‌اش می‌کرد.

مارتا سی‌ویک ساله بود و از ازدواج و تشکیل خانواده مأیوس. چندین سال با مردی رابطه داشت که عضو فرقه‌ی مذهبی صوفیانه‌ای بود و از آموزه‌های این فرقه یکی این بود که هرچه فرد در زندگی تعهد کمتری به دیگران بسپارد، آزادتر است. در نتیجه، در عین بهره‌مندی از مارتا، حاضر نبود با او زندگی کند یا تعهد طولانی‌مدتی به او بسپارد. نیاز مارتا مضطربش می‌کرد؛ هرچه اصرار مارتا بیشتر می‌شد، تمایل او به وعده دادن کمتر می‌شد. همه‌ی ذهن مارتا مشغول چگونه پایبند کردن او بود و بی‌تعهدی، رنج زائدالوصفی برایش به همراه داشت. با این همه، احساس می‌کرد معتاد شده و قادر نیست خود را رها کند؛ هربار که قطع رابطه می‌کردند، مارتا دوره‌ی ترک دردناکی را پشت سر می‌گذاشت و در نهایت با افسردگی یا حمله‌ی سراسیمگی خود را به تلفن می‌رساند تا با او تماس بگیرد. در مقابل مرد در دوره‌های جدایی به‌طرز دیوانه‌کننده‌ای آرام بود؛ مارتا را دوست داشت ولی بدون او هم زندگی‌اش را می‌کرد. مارتا چنان درگیر او بود که فرصت نداشت به رابطه‌ی دیگری فکر کند: مهم‌ترین هدف زندگی‌اش متعهد کردن این مرد به خودش بود: قولی که هم منطق و هم تجربه می‌گفت چندان در دسترس و قریب‌الوقوع نیست.

هریک از این سه بیمار درگیر رابطه‌ای بودند که اندوه شدیدی برایشان به ارمغان می‌آورد؛ هر سه می‌دانستند ادامه‌ی رابطه نوعی خودویرانگری‌ست. کوشش هر سه در آزادسازی خود بی‌نتیجه بود؛ در واقع، درونمایه‌ی اصلی درمان آن‌ها، مشتمل بر همین تلاش‌های بی‌ثمر بود. چه‌چیز جدایی و رهایی را چنین دشوار می‌کرد؟ دلیل چنین پیوند محکم و تنگاتنگی میان آن‌ها و دیگری چه بود؟ نگرانی هر سه بیمار در یک جهت بود و زمانی آشکار شد که از هریک پرسیدم فکر جدایی، چه افکار دیگری را به ذهنشان می‌آورد.

همه‌ی تصمیم‌های بانی را در طول زندگی مشترک بیست‌ویک ساله‌شان، همسرش می‌گرفت. شوهر از دیدگاه او مردی بود که هر کاری از عهده‌اش برمی‌آمد و «مراقب» او بود. البته پس از جدایی متوجه شد «تحت مراقبت بودن» رشد و خودبسندگی او را محدود می‌کند. ولی آگاهی از اینکه همیشه کسی هست تا از او محافظت کند و نجاتش دهد، بسیار دلگرم‌کننده بود. بانی به بیماری خطرناکی مبتلا بود و سرسختانه حتی پس از ده سال جدایی معتقد بود که همسرش «آنجا» بود تا از او مراقبت کند. هربار او را وامی‌داشتم تا به زندگی در غیبت شوهر بیندیشد (و منظورم در اینجا غیبت نمادین است؛ گرچه به‌جز ماشین لباسشویی مشترک و روابط زناشویی معدود، ماشین‌وار و بی‌احساس، سال‌ها بود که این مرد حضور فیزیکی معنی‌داری هم نداشت)، به‌شدت مضطرب می‌شد. در یک موقعیت اضطراری چه می‌کرد؟ با چه کسی تماس می‌گرفت؟ بدون همسر، در زندگی به‌طرز تحمل‌ناپذیری تنها بود. شوهر به‌وضوح نمادی بود که او را از رویارویی با این واقعیت خشن که کسی «آنجا» نیست، موقعیت اضطراری اجتناب‌ناپذیر است و هرگاه فرارسد، هیچ فرد واقعی یا نمادینی راه حلی برایش ندارد، محافظت می‌کرد.

دولورس هم مانند بانی از تنها ماندن وحشت داشت. اگرچه همسر به‌طرز وصف‌ناپذیری محدودکننده بود، به‌قول خودش، زندانِ زندگی با او را به آزادی در خیابان‌ها ترجیح می‌داد. می‌گفت بدون او دیگر چیزی نیست جز زنی رانده‌شده، سربازی از لشگر زنان غیرقابل‌معاشرتی که به‌دنبال مرد ولگرد مجردی می‌گردند. فقط درخواست از او برای تفکر درباره‌ی جدایی در جلسه‌ی درمان کافی بود تا تنفسش تند شود و حمله‌ی اضطرابی شدیدی را تجربه کند.

مارتا اجازه داده بود آینده، زندگی‌اش را رقم بزند. هربار از او خواستم درباره‌ی قطع رابطه با نامزد بی‌تعهدش فکر کند، پاسخ می‌داد تنها چیزی که می‌تواند تصور کند «تنها غذا خوردن در شصت‌وسه سالگی» است. وقتی خواستم تعهد را از دیدگاه خودش معنا کند، پاسخ داد: «تعهد یعنی اطمینان یافتن از اینکه مجبور نیستم تنها زندگی کنم یا تنها بمیرم.» فکرِ در تنهایی غذا خوردن یا تنهایی به سینما رفتن او را غرق در سرافکندگی و دلهره می‌کرد. دقیقاً از یک رابطه چه می‌خواست؟ پاسخش این بود: «کمک گرفتن بدون درخواست کمک.»

مارتا مورد ظلم این ترس شدید همیشگی بود که شاید در آینده تنها بماند. او هم مانند بسیاری از بیماران روان‌نژند حقیقتاً در اکنون نمی‌زیست، بلکه می‌کوشید گذشته (همان پیوند تسلی‌بخش با مادر) را در آینده بیابد. عظمت ترس و نیاز مارتا چنان بود که عدم برقراری رابطه‌ای راضی‌کننده با یک مرد را تضمین می‌کرد. وحشتش از تنهایی بیش از آن بود که بتواند رابطه‌ی نابسنده‌ی موجود را رها کند و نیازش چنان جنون‌آمیز بود که شرکای بالقوه‌ی زندگی‌اش را می‌ترسانید و فراری می‌داد.

بنابراین برای هریک از این سه زن، نیروی پیونددهنده، نه در نفس رابطه، که در وحشت تنها ماندن بود؛ و آنچه تنها ماندن را به‌خصوص وحشتناک می‌کرد، فقدان فردی قدرتمند و جادویی بود که همواره دور و بر ماست، مراقبمان است، نیازهایمان را پیش‌بینی می‌کند و برای هریک از ما سپری‌ست در برابر مرگ محتوم.

رابطه‌ی بعضی بزرگسالان با والدین سالخورده‌شان به‌خوبی روشن می‌سازد که اعتقاد به نجات‌دهنده‌ی غایی چگونه به روابط بین‌فردی بازدارنده و دست‌وپاگیری منجر می‌شود. ایرن زنی چهل‌ساله بود که رابطه‌ای به‌شدت دوگانه و متناقض با مادرش داشت. مادر دچار افسردگی مزمن بود و رفتاری خصمانه و متوقعانه با او داشت و احساس ایرن نسبت به او، بیش از هرچیز، بیزاری و خشم بود. با این حال، وقتی مادر از وضع زندگی‌اش ابراز نارضایتی کرد، ایرن از او دعوت کرد به نزدش بیاید و با او زندگی کند. با اینکه ایرن در آن زمان تحت درمان بود، این موضوع را تا پیش از فرستادن نامه‌ی دعوت، با درمانگر در میان نگذاشت. این طور به‌نظر می‌آمد که از ماهیت خودویرانگرانه‌ی رفتارش باخبر است ولی خود را ملزم به جلو رفتن می‌دید و نمی‌خواست کسی منصرفش کند. کمی پس از رسیدن مادرش، ایرن از پا درآمد: دوره‌هایی از اضطراب شدید، بی‌خوابی سمج و حملات حاد آسم گریبانگیرش شد. تمرکز بر شگردهای مادر در ایجاد احساس گناه در دیگران، مزاحمت‌ها و طبع و زبان نیش‌دارش، پیشرفتی در کارمان نیاورد. پیشرفتی در کار نبود تا زمانی که به سؤال دیگری رسیدیم، سؤالی که در درک بسیاری از روابط عذاب‌آور میان افراد بزرگسال و والدینشان تعیین‌کننده است: چرا مادر تا این اندازه برای ایرن مهم بود؟ چرا اطمینان یافتن از خوشحالی مادر را مسئولیت و وظیفه‌ی خود می‌دانست؟ چرا قادر نبود خود را از مادر جدا کند؟

وقتی از ایرن خواستم ساختار زندگی‌اش را بدون مادر در نظر آورَد، نخستین تداعی‌اش بسیار جالب بود: «اگر مادرم نباشد، برای هیچ‌کس دیگر مهم نیست من چی می‌خورم!» انگار که مادر جایی دور وبر او می‌پلکید و از بالای شانه‌ی راستش مراقب بود و از غذاهایی که می‌خورد، یادداشت برمی‌داشت. از دید خودآگاهِ ایرن، حضور مادر همیشه عصبانی‌اش می‌کرد، ولی حالا که عمیق‌تر به خود نگاه می‌کرد، حضورش قوت قلب می‌داد. نظارت مادر بر خوراک او به این معنا بود که از جهات دیگر هم سلامتی و سعادت دخترش را تضمین می‌کند. ایرن مادر را نه‌فقط زنده، که پرتوان و نیرومند می‌خواست؛ هر نشانه‌ای از ضعف، بی‌توجهی یا افسردگی در مادر، در مراتب عمیق‌تر، موجب اندوه ایرن می‌شد.

به‌سوی دیدگاهی تلفیقی در ناهنجاری روانی

تا کنون به‌دلایل آموزشی، بر دو شیوه‌ی مقابله‌ای اصلی در رویارویی با اضطراب مرگ، به‌طور جداگانه تمرکز کردم و به توصیف بیمارانی پرداختم که هریک از این دو سازوکار دفاعی را به‌طرزی افراطی به کار می‌گرفتند. ولی اکنون زمان آن است که این دو را با یکدیگر تلفیق کنم. مسلماً در کار بالینی، اکثر بیماران تصاویری واضح و تک‌بُعدی از خود به نمایش نمی‌گذارند. معمولاً به‌جای استفاده از یک دفاع منفرد قدرتمند، چندین دفاع درهم‌بافته به‌کار گرفته می‌شود تا سدی در برابر اضطراب ساخته شود. بیشتر افراد هم با اعتقادی هذیانی به گزندناپذیری خویش و هم با اعتقاد به وجود نجات‌دهنده‌ای غایی، در برابر اضطراب مرگ از خود دفاع می‌کنند. با اینکه تا اینجا هر دو سازوکار دفاعی را همچون یک بحث منطقی عرضه کردم، میان این دو همبستگی متقابلی وجود دارد. از آنجا که با موجود یا نیرویی ناظر و دارای قدرت مطلق سروکار داریم که مدام دلواپس آسایش ماست، پس موجوداتی هستیم منحصربه‌فرد و نامیرا و شجاعت به‌درآمدن از نهالینگی در ما هست. از آنجا که موجوداتی منحصربه‌فرد و استثنایی هستیم، نیروهای خاصی در جهان مراقبمانند. با آنکه نجات‌دهنده‌ی غایی، بر هر کاری تواناست، ولی هم‌زمان نوکر ابدی‌مان نیز هست.

اوتو رَنک در رساله‌ای اندیشمندانه با عنوان «ترس از زندگی و ترس از مرگ» روان‌پویه‌شناسی بنیادینی را مبنا قرار می‌دهد که رابطه‌ی میان این دو دفاع را به‌خوبی

روشن می‌سازد.(۳٤) رنک معتقد بود در درون هر فرد ترسی اساسی و بدوی هست که گاه به‌شکل ترس از زندگی و گاه به‌شکل ترس از مرگ رخ می‌نماید. منظور رنک از «ترس از زندگی» اضطرابی‌ست که به‌صورت «قطع ارتباط با یک کلِ عظیم‌تر» ظاهر می‌شود. ترس از زندگی، ترس از رویارویی با زندگی به‌مثابه موجودی مجزاست، همان ترس از فردیت‌یابی‌ست، ترس از «پیش‌روی» و «قد راست کردن و در گذشتن از طبیعت». رنک معتقد بود نخستین الگوی ترس از زندگی «تولد» است، همان ضربه‌ی نخستین و جدایی نخستین. از دیدگاه رنک «ترس از مرگ» نیز همان ترس از انقراض، فقدان فردیت و حل شدن دوباره در کل است.

رنک گفته است: «انسان در تمام طول عمر، میان این دو ترس که در دو قطب مخالف یکدیگر جای دارند، در نوسان است...» فرد می‌کوشد خود را جدا کند، فردیت یابد، خودمختاری‌اش را به‌اثبات رسانَد، پیش رود و استعدادهایش را شکوفا کند. با این حال، زمانی فرامی‌رسد که در مواجهه با زندگی دچار ترس می‌شود. فردیت، هستی‌یافتن یا آن طور که در این فصل نامیده‌ام، تأکید بر استثنابودن، بی‌عارضه نیست: احساس ناامنی همراه با ترس و تنهایی با خود می‌آوَرَد؛ حسی که فرد با تغییر جهت آن خود را تسکین می‌دهد: «پس» می‌رود، از فردیت چشم می‌پوشد، در پیوستن به دیگری، حل شدن در او و سپردن خویش به او تسلی می‌جوید. با این همه، چنین تسلایی موقت و بی‌ثبات است، زیرا این راه جایگزین، ترس دیگری را که ترس از مرگ است، برمی‌انگیزد: تسلیم، رکود و بالاخره بی‌جانی. انسان در طول عمر، میان این دو قطب ترس، ترس از زندگی و ترس از مرگ در رفت‌وآمد است.

گرچه الگویی که در اینجا برای دفاع‌های دوگانه‌ی استثنابودن و نجات‌دهنده‌ی غایی ارائه کردم، دقیقاً معادل ترس از زندگی ــ ترس از مرگ رنک نیست، ولی شباهت‌های زیادی با آن دارد. دو قطبی که رنک برای ترس قائل استَ با محدودیت‌های فی‌نفسه‌ی دفاع‌های توصیفیِ من مطابقت دارد. «اضطراب زندگی» از دلِ دفاع استثنابودن برمی‌خیزد: بهایی‌ست که فرد برای قد راست کردن و بی‌سپر ایستادن در برابر طبیعت می‌پردازد. «اضطراب مرگ» هزینه‌ای‌ست که برای هم‌آمیزی و یکی‌شدن می‌پردازیم: وقتی فرد خودمختاری‌اش را کنار می‌گذارد، خویشتنِ خویش را از دست می‌دهد و گونه‌ای رنج را تجربه می‌کند. بنابراین فرد در نوسان است، در یک مسیر پیش می‌رود

تا جایی که اضطراب بر تسکین ناشی از دفاع چیره شود، آنجاست که بازمی‌گردد و جهت دیگر را در پیش می‌گیرد.

این نوسان در بعضی نمونه‌های بالینی‌ای که تا کنون ارائه کرده‌ام، قابل مشاهده است. لنا را در نظر بیاورید، همان بیماری که برای پرهیز از اضطراب، تصمیم گرفته بود در دوره‌ی نوجوانی‌اش بماند. او مدام در پیِ مستحیل شدن در یک نجات‌دهنده بود. با این حال، اغلب از موقعیتی که در آن بود، می‌ترسید: به دیگران آویزان می‌شد، ولی لجوجانه در برابرشان نافرمانی می‌کرد. در حسرت صمیمیت بود؛ ولی وقتی صمیمیت به او پیشکش می‌شد، از آن می‌گریخت. به نظر می‌رسید انرژی زیادی را صرف پرهیز از «اضطراب زندگی» و تحول و رشد ملازم آن می‌کند. در پیِ آشتی، آرامش و امنیت بود؛ ولی وقتی به آن‌ها دست می‌یافت، اضطرابِ مرگ وجودش را فرامی‌گرفت: از خواب و هرگونه سکون و رکود بیزار بود و برای پرهیز از آن‌ها، خود را درگیر فعالیت‌های جنون‌آمیزی نظیر رانندگی‌های بی‌هدف شبانه می‌کرد.

کارنِ آزارطلب را به‌یاد بیاورید که انتخاب کرده بود برای به‌دست آوردن تأیید من، حاضر بود در صورت لزوم خود را قربانی کند. ولی او نیز از اهداف خویش در وحشت بود. مستحیل شدن در دیگری به‌معنای آرامش و امنیت بود، ولی در عین حال به‌معنای از دست دادن خویشتن خویش هم بود. این معضل در یکی از اشعارش به‌خوبی توصیف شده است:

می‌خواهم خود را بتکانم، همچون سگی که آب را
تا از نفوذ تو رها شوم.
با آسودگی
اجازه دادم به قلبم نزدیک شوی
و همچون گوشتی که به فلزی سرد می‌چسبد، جذب تو شدم
گرم شو و مرا رها کن.
من برای رهایی، باید گوشت را بِبُرم،
و زخمی پدید آوَرَم که هرگز بهبود نخواهد یافت.
این است آنچه از من می‌خواهی؟

نوسان میان جدایی ــ آمیختگی اغلب در جلسات خانواده‌درمانی به‌وضوح آشکار می‌شود، آن هم در شرایطی که مشکل اصلی حول محور آماده شدن نوجوان برای ترک خانه می‌گردد. در یکی از خانواده‌هایی که تحت درمان من بود، دان، بیمار شناخته‌شده‌ی نوزده‌ساله، از کنترل زندگی‌اش توسط والدین به‌تنگ آمده بود. از جمله تلاش‌های نامنظمش برای ایستادن روی پای خود، یکی این بود که اصرار داشت والدین در انتخاب کالج یا مراحل پذیرش در کالج دخالتی نکنند. با وجود این، ورود به کالج‌های مورد نظرش را بیش از اندازه به‌تعویق انداخت و تصمیم گرفت به زندگی در خانه‌ی والدین ادامه دهد و به یک کالج محلی سطح پایین برود.

ادامه‌ی حضور دان در خانه فضای خانواده را متشنج کرد. او درباره‌ی آزادی احساساتی به‌شدت متناقض داشت. با اینکه نسبت به رفتارهایی که کمترین نشانه‌ای از محدود ساختن آزادی‌اش از سوی والدین داشت، بسیار حساس بود، مخفیانه ولی بی‌چون‌وچرا خواستار محدودیت بود: اصرار داشت تا نیمه‌شب به صدای کرکننده‌ی ضبط صوت گوش دهد؛ اتومبیل خانوادگی را برمی‌داشت و طوری به‌راه می‌افتاد که صدایی گوشخراش از کشیدن لاستیک بر جاده‌ی ورودی خانه ایجاد می‌شد و اغلب با مخزن بنزین کاملاً خالی به خانه بازمی‌گشت و صبح روز بعد، پدرش حداکثر می‌توانست خود را به پمپ بنزین برساند. برای بیرون رفتن با دخترها از پدر و مادر پول می‌گرفت، ولی کاندوم را «سهواً» در گنجه جا می‌گذاشت تا والدین سختگیرش که پیروِ کلیسای مورمون بودند ببینندش.

دان اصرار داشت آزاد باشد، ولی آزادی را نمی‌پذیرفت. بارها و بارها با عصبانیت خانه را ترک کرد و چند روزی به دوستانش پناه بُرد، ولی هرگز به‌طور جدی در جست‌وجوی آپارتمانی برای خود برنیامد. والدینش ثروتمند بودند ولی نه اجازه می‌داد اجاره‌ی آپارتمانش را بپردازند و نه خود آن را می‌پرداخت. (پول لازم را از کار تابستانی‌اش پس‌انداز کرده بود ولی حاضر نبود خرجش کند، چون می‌خواست آن را برای زمانی نگه دارد که «واقعاً» به آن احتیاج دارد!) با اینکه در حسرت آزادی بود و برای آن می‌جنگید، همزمان به والدینش می‌گفت: «هنوز به بلوغ فکری نرسیده‌ام، بی‌مسئولیتم، ازم مراقبت کنید، ولی طوری وانمود کنید که این خواست من نبوده است.»

والدین دان هم به‌هیچ‌وجه تماشاچی بی‌طرف این ماجرا نبودند. دان فرزند ارشد بود؛ ترک خانه از سوی او، به‌معنای نقطه‌ی عطفی در چرخه‌ی زندگی والدینش بود. پدر دان، یک معتادبه‌کارِ به‌شدت اهل رقابت بود و نقاط عطف زندگی او را می‌ترساند: زیرا ماهیت واهی و پوچ استثنابودنش را آشکار می‌کرد؛ به‌معنای کاستی و آغاز مرحله‌ای تازه با شور و سودمندی کمتر در زندگی‌اش بود؛ به‌معنای جابه‌جایی و افتادن در سرازیری بود و مرگ در پسِ پشت این دو در کمین نشسته بود. مادر دان که هویت اصلی‌اش را در مادری و خانه‌داری یافته بود نیز از عزیمت دان در هراس بود. از تنهایی و از دست دادن معنای زندگی‌اش می‌ترسید. به این ترتیب، والدین دان به ظریف‌ترین شیوه مانع رشد وی بودند؛ او را برای زندگی به‌عنوان یک فرد بالغ خودمختار آماده کرده بودند (آیا هدف والدین موفق همین نیست؟)، با این حال، زیر گوشش التماس می‌کردند: «بزرگ نشو، ما را ترک نکن، همیشه بچه بمان تا ما هم همیشه جوان بمانیم.»[1]

راب، بیمار دیگری که میان فردیت یافتن و یکی شدن با دیگری در نوسان بود، مدیر سی‌ویک ساله‌ی موفق شرکتی بود که به‌دلیل مبدل‌پوشی[2] برای مشاوره نزد من آمده بود. از نوجوانی در خفا لباس جنس مخالف را می‌پوشید و این رفتار از همان ابتدا برایش سازگار با ایگو[3] بود: به این معنا که اشتیاق به آن از درونی‌ترین بخش‌های وجودش سربرمی‌آورد، مبدل‌پوشی لذت فراوانی برایش به ارمغان می‌آورد و با تمام وجود دلش می‌خواست به آن بپردازد. با این حال، به‌نظر می‌رسید اخیراً این رفتار کنترل او را در دست گرفته بود. اغلب مضطرب بود و می‌دانست مجبور است به‌لباس جنس مخالف درآید تا اضطرابش تسکین یابد. این مشکل بیش از این‌ها از او مطالبه می‌کرد:

---

۱. روان‌پویه‌شناسی مشابهی در خانواده‌هایی حکمفرماست که فرزندانشان به هراس‌زدگی از مدرسه دچارند. و. نیتس به چند نمونه‌ی بالینی اشاره کرده که ترس از مرگ در آن‌ها به این نوع هراس‌زدگی منجر شده است: کودک برای دفاع از خود در برابر اضطراب مرگ، تلاش می‌کند از خانواده جدا نشود؛ خانواده هم به‌دلیل وسوسه‌گرایی و تردید درباره‌ی خودمختاریِ در حال رشد کودک، در بروز این علامت همدست است.(۳۵)

۲. transvestism. مبدل‌پوشی یکی از انواع رفتارهای انحرافی جنسی‌ست که در آن یک مرد غیرهمجنس‌گرا، به‌منظور برانگیختگی جنسی، به‌صورت خیالی یا واقعی به لباس زنانه ملبس می‌شود.-م.

3. ego-syntonic

از او می‌خواست در منظر عام هم مانند یک زن ظاهر شود؛ موهای بدنش را بتراشد (که این کار را هم کرده بود) و بالاخره از او می‌خواست خود را اخته کند و زن شود. به این ترتیب، در همه حال مضطرب بود: چه مبدل‌پوشی می‌کرد و چه نمی‌کرد.

معمولاً روان‌درمانگران انحراف جنسیِ فرد مبدل‌پوش را کوششی می‌دانند برای خنثی‌کردن اضطراب اختگی. مبدل‌پوشی همزمان دو عملکرد جداگانه دارد: از یک سو، خود نوعی اختگی نمادین است (به این معنا که فردی که قبلاً اخته شده، دیگر از حمله به‌این منظور در امان است) و از سوی دیگر، به فرد اجازه می‌دهد به نوعی ارضای جنسی برسد. این الگو تا حدودی وضعیت راب را توجیه می‌کرد. برای مثال روشن می‌کرد که چرا فقط زمانی می‌توانست استمنا کند که لباس زنانه پوشیده و خود را در خیال، زن پنداشته بود. ولی بسیاری از مشکلات او با این دیدگاه قابل‌توجیه نبود و الگوی اگزیستانسیال دید وسیع‌تری را برای بررسی رفتار راب فراهم کرد.

به‌ندرت پیش می‌آمد خیال‌پردازی‌های راب فقط جنبه‌ی جنسی داشته باشد. معمولاً خود را به صورت زنی مجسم می‌کرد مورد استقبال و تحسین گروهی از زنان که او را به حلقه‌ی خود راه می‌دادند؛ او را به‌خاطر قیافه‌اش یا فقط به‌خاطر خودِ خودش می‌پذیرفتند، ولی هیچ توقع خاصی از او نداشتند. آرزو داشت با آن‌ها اختلاط کند، یکی از آنان شود، مثلاً زنی پرستار، خانه‌دار یا ماشین‌نویس باشد. می‌گفت مسئله‌ی مهم در چنین شرایطی این بود که دیگر اجباری به نقش بازی کردن نداشت: فشار روانی ملازم مردانگی ــ یعنی رقابت کردن، برتر بودن، مبارزه و نشان دادن مهارت‌ها ــ خسته‌اش کرده بود.

مبدل‌پوشی، مشغولیت ذهنی زیاد با مرگ و ترس از آن را پنهان می‌کرد. مادر، زمانی که راب هنوز نوجوان بود، سرطان گرفت و به مرگ آهسته و دردناکی از دنیا رفت؛ و راب بعد از چهارده سال هنوز رؤیای او را می‌دید. مبدل‌پوشی نمادی بود برای مستحیل شدن در مادر و پیوستن به او و دیگر زنان. عمل مبدل‌پوشی سال‌ها اضطراب ملازم با فردیت‌یابی را تحت کنترل درآورده بود. راب در کارش بسیار موفق بود و مدت‌ها قبل از پدر پیشی گرفته بود، ولی برای این کار، اجباراً با آنچه رنک «ترس از زندگی» نامیده، مواجه شده بود. همیشه در واکنش به اضطراب فردیت‌یابی، به زندگیِ خیالی‌ای پناه می‌بُرد که درونمایه‌ی حاکم بر آن، یکی شدن و پیوند یافتن

از طریق سازوکار مبدل‌پوشی بود. با این حال، دفاع مبدل‌پوشی دیگر کارساز نبود؛ «ترس از مرگ» شدیدی برمی‌انگیخت، و راب از این می‌ترسید که خیال‌پردازی‌هایش بر او مسلط شوند و خود را در این یکی شدن از دست بدهد.

تلاش برای تسکین اضطراب فردیت از طریق ارتباط جنسی عملی شایع است. مرد موفقی که کاملاً خود را وقف به‌دست آوردن قدرت، پیشرفت، برتری و شهرت کرده، بالاخره به نقطه‌ای می‌رسد که باید با تنهایی و بی‌پناهی ملازم با فردیت رو در رو شود. معمولاً سفرهای کاری چنین فرصتی را فراهم می‌کند. وقتی مرد پرتلاش دیگر همه‌ی انرژی و توجهش معطوف به کار نیست، وقتی باید در موقعیتی ناآشنا از سرعت کار خویش بکاهد، اغلب به‌شدت احساس تنهایی می‌کند و شوریدگی عمیقی او را فرا می‌گیرد. اینجاست که به فکر رابطه‌ی جنسی با زن می‌افتد، به‌دنبال عشق نیست زیرا عشق، به ترس از گم کردن خویش دامن می‌زند: او در جست‌وجوی رابطه‌ی جنسی گول‌زننده است، آمیزش جنسی به او اجازه می‌دهد همچنان کنترل زندگی را در دست داشته باشد و میزان آگاهی‌اش را محدود نگه دارد و مرهمی‌ست برای تنهایی و اضطراب مرگی که در پس آن نهفته است. چنین رابطه‌ای مسلماً متظاهرانه است؛ و فرد در اعماق وجودش بر ناموثق و غیراصیل بودن این ارتباط معترف است. در نتیجه احساس گناه حاصل از آن به اضطراب پیشین اضافه می‌شود و احساس تنهایی و شوریدگی بیشتری به‌همراه می‌آورَد، پس نیاز به زنی دیگر را برمی‌انگیزد، آن هم فقط چند دقیقه بعد از پایان رابطه‌ی اول.

فعالیت جنسی به‌مثابه شیوه‌ای برای تسکین اضطراب مرگ، در کار بالینی بسیار مشاهده می‌شود. پاتریشیا مک‌الوین هون[1] موارد متعددی را گزارش کرده است: زنی که دیدی سنتی نسبت به مسائل جنسی دارد، پس از بازگشت به خانه از مراسم خاک‌سپاری یکی از والدین یا خویشاوندان نزدیکش، درگیر رابطه‌ی جنسی می‌شود؛ یا مردی که به بیماری شدید قلبی دچار بوده، در مسیر رفتن به بیمارستان، خواستار توجه جنسی همسرش می‌شود؛ یا مردی که فرزندش از سرطان خون در شُرُف مرگ است و او به‌شدت از لحاظ جنسی بی‌بندوبار می‌شود.(۳۶)

1. Patricia McElveen-Hoehn

مثال بالینی دیگر، تیم، بیمار سی‌ساله‌ای بود که همسرش به‌دلیل سرطان خون رو به مرگ بود. او درمان را نه به‌خاطر اندوه شدید، بلکه به‌دلیل درجات نگران‌کننده‌ای از مشغولیت ذهنی وسواسی با مسائل جنسی آغاز کرد. پیش از بیماری همسرش، هرگز با زن دیگری رابطه نداشت؛ ولی هرچه همسر به مرگ نزدیک‌تر می‌شد، تمایل وسواس‌گونه‌ی بیشتری به مشاهده‌ی فیلم‌های پورنوگرافی و رفتن به بارهای مجردی (که با خطر جلب توجه مردم همراه بود) پیدا می‌کرد و چندین بار در روز، اغلب زمانی که با همسر محتضرش در بستر بود، به خودارضایی می‌پرداخت. شب خاک‌سپاری همسرش را با یک روسپی گذراند. اندوه تیم و ترسی را که از مرگ خودش حس می‌کرد، می‌شد به‌راحتی در پس وسواس‌های جنسی‌اش تشخیص داد. رؤیاهای او که در فصل بعد به توصیفشان خواهم پرداخت، مدرک خوبی دال بر وجود این نگرانی‌هاست.

یکی از بیمارانم که به سرطان منتشر و غیرقابل‌جراحی دهانه‌ی رحم مبتلا شده بود، مثال تکان‌دهنده‌ای از ارتباط میان رابطه‌ی جنسی و مرگ ارائه کرد. به‌رغم درد فراوان و لاغری ناشی از سرطان، طرفداران بی‌شماری ــ به‌گفته‌ی خودش حتی بیشتر از عنفوان جوانی ــ داشت. مصاحبانش همگی خود درگیر ترس از مرگ بودند و تمایلشان به او، در واقع، رفتاری ضدفوبیک[1] بود. می‌گفتند تا این حد نزدیکی به قلب زندگی یا به‌قول یکی از آن‌ها «دلِ زمین» به‌وجدشان می‌آوَرَد. معتقدم این وجد و شعف ناشی از آن بود که چنان به مرگ نزدیک می‌شدند که می‌توانستند بر صورتش قی کنند و هر بار بی‌آنکه آسیبی ببینند، سالم و سرحال از آن جدا شوند. خود بیمار انگیزه‌ی متفاوتی داشت: با وجود دردهای شدید ناحیه‌ی لگن، عطش نیرومندی برای رابطه‌ی جنسی داشت. چنان به مرگ نزدیک بود و چنان از انزوای مرگ وحشت داشت که نیاز به مستحیل شدن در دیگری همه‌ی وجودش را فرا گرفته بود. الن گرین‌برگر[2]

---

۱. counterphobic، اتو فنیکل معتقد است اضطراب هراس‌زدگی گاه خود را به‌صورت رفتارهای انکارکننده‌ی هراس می‌نماید. در رفتار ضدفوبیک، فرد به‌دنبال عامل ترس می‌گردد و به‌سوی آن می‌شتابد. بر اساس این دیدگاه، ممکن است تمایل به خلبانی، صخره‌نوردی یا پرش با چتر، رفتاری ضدفوبیک برای خنثی‌سازی ترس از ارتفاع و انتخاب رشته‌ی پزشکی، رفتاری ضدفوبیک برای خنثی‌سازی ترس از مرگ باشد.ـم.

2. Ellen Greenberger

با بررسی زنان مبتلا به سرطان لاعلاج، نشان داد که بر اساس نمرات TAT[1]، تشویش مضامین جنسی ممنوع در میان آنان به‌طرز معنی‌داری بالاست.(۳۷)

وظیفه‌ی ارضای هردو نیاز ــ جدایی و خودمختاری از یک سو و محافظت و ادغام در دیگری از سوی دیگر ــ و رویارویی با ترسی که ملازم هردوست، مسئله‌ای‌ست که همه‌ی عمر دنیای درونی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این وظیفه‌ای‌ست که از نخستین ماه‌های زندگی آغاز می‌شود. کودکی که در ابتدا زندگی‌اش همزیستانه با زندگی مادر درآمیخته، به‌تدریج وابستگی عاطفی‌اش به او را کم و کمتر می‌کند تا احساس هویت، تمامیت و مجزا بودن کند و از مادر جدا و متمایز شود. این همان وظیفه‌ای‌ست که مارگارت مالر[2] آن را «جدایی ـ فردیت‌یابی» نامیده است.(۳۸)

بهای سازگاری روان‌نژندانه

تلاش برای فرار از اضطراب مرگ، محور تعارض روان‌نژندانه است. وقتی رفتار خشک و افراطی‌ست، در واقع، «روان‌نژندانه» است؛ و فزون‌پروردگی هریک از سازوکارهای دفاعی اصلی در برابر مرگ، همان‌طور که دیدیم، به گونه‌ای سازگاری روان‌نژندانه منجر می‌شود. منشأ سبک زندگی روان‌نژندانه، ترس از مرگ است؛ ولی از آنجا که توانایی فرد برای یک زندگی خودمختار و خلاق را محدود می‌کند، دفاع در برابر مرگ، خود مرگی نصفه‌نیمه است. منظور رنک هم از این جمله که فرد روان‌نژند برای گریز از بدهی مرگ، وام زندگی را رد می‌کند، همین است: هرروز جزئی از وجود خویش را ویران می‌کند و می‌میراند تا خود را از اضطراب مرگ برهاند.(۳۹)

ولی محدودسازی خویش، تنها بهایی نیست که برای این سازگاری روان‌نژندانه می‌پردازیم. فرد روان‌نژند، به دلیل احساس گناه، همان زندگی محدود را هم بی‌دردسر نمی‌گذراند. احساس گناه قبلاً به‌صورت احساسی تعریف می‌شد که در نتیجه‌ی تجاوز خیالی یا واقعی به حریم دیگری به‌وجود می‌آمد. این کیرکگور(۴۰) و پس از او رنک

---

۱. Thematic Apperception Test، یکی از انواع آزمون‌های روانشناختی فرافکنانه که مجموعه‌ای‌ست از سی تصویر و یک کارت سفید که از آزمودنی خواسته می‌شود داستانی درباره‌ی هر تصویر بسازد.ـم.

2. Margaret Mahler

و تبلیش(۴۱) بودند که ما را متوجه منبع دیگری از احساس گناه نیز کردند: تجاوز به حریم خویش، ناتوانی در زیستنِ زندگی‌ای که به فرد اختصاص داده شده است. به‌قول رنک: «وقتی خود را از زیستنی پرشور و چابکانه ... بر حذر می‌داریم، به‌دلیل هستیِ درخواب‌مانده و به‌عبارت دیگر، زندگی نازیسته‌ی درونمان، احساس گناه می‌کنیم.»(۴۲) بنابراین، واپس‌زنی شمشیری دولبه است؛ امنیت و رهایی از اضطراب را به ارمغان می‌آوَرَد، ولی همزمان، زندگی‌مان را محدود می‌کند و نوعی احساس گناه پدید می‌آوَرَد که از این پس آن را «احساس گناه اگزیستانسیال» می‌نامیم. در فصل ششم به تفصیل به احساس گناه اگزیستانسیال خواهم پرداخت.

تا اینجا محدوده‌ی سازگاری‌های روان‌نژندانه با اضطراب مرگ را توصیف کردم. اجازه دهید اکنون به سراغ دفاع‌های بدوی‌تر و ازهم‌گسیخته‌ای برویم که در برابر اضطراب مرگ به‌کار گرفته می‌شوند و در اسکیزوفرنیا شاهد آن‌ها هستیم.

اسکیزوفرنیا و ترس از مرگ

اگرچه شواهد دال بر منشأ فیزیکی و بیوشیمیایی اسکیزوفرنیا رو به افزایش است، از این واقعیت گریزی نیست که اسکیزوفرنیا نیز یکی از تجربیات دلخراش انسانی‌ست، تجربه‌ای که هم از چشم‌انداز طولی (تاریخی) و هم از چشم‌انداز مقطعی (پدیدارشناختی) قابل بررسی‌ست. فشارهای خردکننده‌ی تکاملی، جهان‌بینی خاصی در بیمار اسکیزوفرنیک پدید می‌آوَرَد و او در دنیای تجربی ترسناک و آشفته‌ای روزگار می‌گذرانَد.

شاید هیچ‌یک از درمانگران معاصر به اندازه‌ی هرولد سرلز ــ که سال‌ها در آسایشگاه چستنات در راک‌ویلِ مریلند به درمان بیماران عمیقاً روان‌پریش می‌پرداخت ــ تلاشی همدلانه و قهرمانانه برای درک و به‌بیان‌درآوردن دنیای بیمار اسکیزوفرنیک نکرده است. او در سال ۱۹۵۸ مقاله‌ای عمیقاً روشنگرانه را با عنوان «اسکیزوفرنیا و گریزناپذیری مرگ» به‌رشته‌ی تحریر درآورد که البته مورد غفلت و بی‌توجهی قرار گرفت و در آن به بیان دیدگاهش درباره‌ی روان‌پویه‌شناسی بیمار اسکیزوفرنیک پرداخت. رساله‌ی سرلز در این چند سطر خلاصه شده است:

واقعیتِ آشکارا ملال‌آورِ گریزناپذیر بودن مرگ، حقیقتاً قوی‌ترین و مهم‌ترین سرچشمه‌ی اضطراب انسان است و پاسخ‌های احساسی به این وجه از واقعیت، از جمله شدیدترین و پیچیده‌ترین تجربیات ماست. سازوکارهای دفاعی بیماری روانی از جمله دفاع‌های عجیب موجود در اسکیزوفرنیا، به این دلیل شکل می‌گیرند که آگاهی فرد را از واقعیت ساده‌ی فانی بودن زندگی ــ و سایر حقایق درونی و بیرونی اضطراب‌انگیز ــ دور نگه دارند.(۴۳)

سرلز می‌گوید روان‌پویه‌شناسی بیمار اسکیزوفرنیک نیز مانند بیمار روان‌نژند، تنها از چشم‌انداز پاسخ بیمار به گریزناپذیری مرگش قابل درک است. روشن است که دفاع‌های بیمار اسکیزوفرنیک عجیب‌تر، افراطی‌تر و ناتوان‌کننده‌تر از دفاع‌های بیمار روان‌نژند و تجربیات دوران کودکی‌اش، ویران‌کننده‌تر از تجربیات بیمار روان‌نژند است. ولی ماهیت اگزیستانسیال حقیقت انسانی از ما خواهران و برادرانی می‌سازد که امکان درک یکدیگر را داریم. اگرچه عظمت خطر یا ویژگی پاسخ متفاوت است، این فانی بودن انسان است که اسکیزوفرنیک را هم به اندازه‌ی روان‌نژند سردرگم می‌کند و به‌ستوه می‌آوَرَد. سرلز این مطلب را به‌زیبایی بیان می‌کند:

اسکیزوفرنیا قطعاً نتیجه‌ی تجربیاتی غیرمعمول و نابهنجار در گذشته ــ خصوصاً در نوزادی و اوان کودکی ــ است؛ ولی نویسنده معتقد است استفاده از سازوکارهای دفاعی خاصی که در اوان کودکی آموخته شده و برای مقابله با سرچشمه‌های فعلی اضطراب به‌کار گرفته می‌شود، درست به اندازه‌ی آن تجربیات اولیه در ایجاد اسکیزوفرنیا دخیل است. و از میان این سازوکارهای دفاعی، هیچ‌یک قوی‌تر از شرایط اگزیستانسیال حاصل از فانی بودن زندگی نیست. به‌طور خلاصه مطابق این فرضیه، اسکیزوفرنیا تلاشی مفرط است برای خنثی‌سازی یا انکار این وجه از موقعیت انسانی.

تجربه‌ی نویسنده به‌وضوح حاکی از آن است که رابطه‌ی میان واقعیت گریزناپذیری مرگ و اسکیزوفرنیا، رابطه‌ای سطحی و سرسری نیست. مسئله این نیست که بیمار پس از بهبودی از اسکیزوفرنیا بتواند توجهش را به افق دور گریزناپذیری مرگ ــ آنچه

پیش از آن خاموش در گوشه‌ای غنوده بود یا به‌کلی از محدوده‌ی ادراکش خارج بود ــ معطوف کند. برعکس، تجربه‌ی بالینی نویسنده نشان داده است که رابطه عمده‌تر از این‌هاست: مسئله این است که بیمار اسکیزوفرنیک شده و اسکیزوفرنیک باقی مانده تا از مواجهه با واقعیت فانی بودن زندگی از میان سایر وجوه حقایق درونی و بیرونی پرهیز کند.(٤٤)

تاریخچه‌ی بیماران اسکیزوفرنیک همواره بر دوران کودکی ناخوشایند و سرشار از تعارض و ناهنجاری شدید در فضای خانوادگی دلالت داشته است. ولی چه می‌شد اگر این تاریخچه‌ها، تاریخچه‌ای واقعی و اگزیستانسیال از زندگی بیماران بود؟ در بخشی از معاینه‌ی روانپزشکی که به وضعیت روانی فرد می‌پردازد، مصاحبه‌گر می‌کوشد موقعیت بیمار را از لحاظ زمان، مکان و فرد ارزیابی کند. سرلز پاسخ فرضی بیمار به سؤالی درباره‌ی «موقعیت» حقیقی‌اش را این طور پیش‌بینی می‌کند:

من چارلز برنان هستم، مردی که اکنون در پانزده آوریل ۱۹۵۳، ۵۱ ساله‌ست؛ اینجا در آسایشگاه چست‌نات، یک بیمارستان روانی در راک‌ویل مریلند، زندگی می‌کنم؛ هشت سال تمام را به‌طور مداوم در بیمارستان‌های روانپزشکی گذرانده‌ام؛ بیش از ۲۵ سال است که به‌شدت بیمارم، یک جور بیماری روانی که مرا از هر دیدگاه واقع‌گرایانه‌ای محروم کرده، نگذاشته ازدواج کنم و بچه‌دار شوم و به احتمال زیاد مجبورم می‌کند تا آخر عمر بستری باشم. مردی که زمانی عضو خانواده‌ای بود شامل پدر و مادر و هفت فرزند، ولی فجایع خردکننده‌ی زیادی در طول سال‌ها برای این خانواده اتفاق افتاد؛ یکی از برادرانم در جوانی به بیماری روانی دچار شد و به بستری طولانی‌مدت نیاز داشت؛ برادر دیگرم خودکشی کرد؛ یک برادر دیگر در جنگ جهانی دوم کشته شد؛ و یکی دیگر که مقام حقوقی بالایی داشت، اخیراً به‌دست یکی از موکلین روانی‌اش به قتل رسید. از والدینم، فقط پدرم مانده که حالا دیگر خیلی پیر شده، نشانی از آن مرد نیرومند قبلی در او باقی نمانده و مرگ از او چندان دور نیست.(٤٥)

چیزی خشن و تکان‌دهنده در این تاریخچه‌ی خاص نهفته است، ولی شاید تکان‌دهنده‌تر از آن دانستن این موضوع باشد که تاریخچه‌ی مصیبت‌بار مشابهی را می‌توان در زمینه‌ی مراحل تکاملی اولیه، وضعیت تحصیلی، سربازی، رابطه با ابوی و عادت‌های جنسی هر بیمار (و البته هر درمانگری) نوشت.

سرلز درمان یکی از بیمار مؤنث روان‌پریشش را توصیف می‌کند که چندین سال تحت درمان او بوده است. بیمار در ابتدا «نشانه‌های فراوانی از نظام هذیانی پرآب‌وتاب، به‌شدت نامأنوس، پیچیده و بی‌نهایت دفاعی از خود نشان می‌داد آکنده از همه‌ی انواع مفاهیم وحشتناک، از سبعیت حیوانی و جادوگری گرفته تا توطئه‌های ظریف و درهم‌پیچیده‌ی موجود در داستان‌های علمی-تخیلی.» سرلز متوجه شد گرچه دنیایی که بیمار تجربه می‌کرد، دنیای وحشتناکی بود، ولی در عوض باعث می‌شد بیمار دلواپسی زیادی از بابت آنچه برای همه‌ی انسان‌ها وحشتناک است ــ مانند بیماری، پیری و مرگ ناگزیر ــ نداشته باشد. او به کمک انکار آشکارا و همه‌جانبه‌ی مرگ، با مسائلی از این قبیل کنار آمده بود: «دلیلی وجود ندارد امروز کسی در دنیا مغموم یا نگون‌بخت باشد؛ آن‌ها برای هر مشکلی، راه حلی دارند... مردم نمی‌میرند، بلکه فقط 'تغییر' می‌کنند، از جایی به جایی می‌روند یا بی‌آنکه بدانند سوژه‌ی فیلم‌های سینمایی می‌شوند.»

بعد از سه‌سال‌ونیم روان‌درمانی، کم‌کم بیمار دیدگاهی واقع‌گرایانه نسبت به زندگی پیدا کرد و پذیرفت زندگی ــ از جمله زندگی انسان ــ فانی‌ست. در طول چند ماه قبل از دستیابی به چنین دیدگاهی، شواهدی از تشدید مذبوحانه‌ی دفاع‌های هذیانی در برابر درک گریزناپذیری مرگ از خود نشان داده بود.

> بیشتر اوقاتش را به جمع‌آوری برگ‌های پژمرده و پرنده‌ها و حیوانات کوچک مُرده‌ای می‌گذراند که پیدا کردنشان ساعت‌ها وقت می‌گرفت. از مغازه‌های اطراف هم انواع و اقسام خُرده‌ریز می‌خرید و سپس با فرایندی مشابه کیمیاگری، می‌کوشید مُرده‌ها را به شکلی از زندگی بازگرداند. کاملاً روشن بود (و خودش نیز دلیل و مدرک می‌آورد) که احساس می‌کند خداست و به این دلیل برگ‌ها و حیوانات مُرده را انتخاب می‌کرد که به آن‌ها زندگی ببخشد. جلسات روان‌درمانی بیشتر

اوقات در حیاط بیمارستان می‌گذشت؛ درمانگر بر نیمکتی می‌نشست و بیمار به وارسی چمن اطراف ادامه می‌داد.

ولی بعد از گذشت چند ماه و در پایان این دوره‌ی انکار مرگ، کم‌کم به بیان احساس یأسی که از این فعالیت به او دست می‌داد، پرداخت. بالاخره روز موعود فرا رسید، روزی پاییزی که در حین جلسه بیمار و درمانگر بر دو نیمکت جداگانه‌ی نزدیک به‌هم نشسته بودند و هردو به چمن پوشیده از برگ خشک چشم دوخته بودند. بیمار عمدتاً به شیوه‌های غیرکلامی به درمانگر فهماند که سرشار از آرامش، لطافت و حزن است. با چشمانی پُراشک و لحنی آکنده از پذیرش واقعیتی که باید پذیرفته می‌شد، گفت: «حتی نمی‌توانم این برگ‌ها را به گوسفند تبدیل کنم.» درمانگر پاسخ داد: «شاید داری می‌فهمی که زندگی آدمیزاد هم همین جوری است، یعنی آدم‌ها هم مثل برگ‌ها با مرگ تمام می‌شوند.» بیمار سری تکان داد و گفت: «بله.»

این ادراک، نشان‌دهنده‌ی آغاز پیشرفت درمانی عمیقی بود. بیمار کم‌کم از دفاع اصلی‌اش در برابر مرگ ــ یعنی اعتقاد به همه‌کارتوانی و گزندناپذیری‌اش ــ دست کشید. متوجه شد که:

> ... او خدا نیست ... و ما آدم‌ها فانی هستیم. این موضوع نشان داد پایه‌های بیماری اسکیزوفرنیای پارانوئیدش در حال فروریختن است، بیماری‌ای که سال‌ها او را گرفتار این اعتقاد کرده بود که مثلاً پدر و مادر متوفایش هنوز زنده‌اند.(٤٦)

گرچه سازوکارهای دفاعی این زن و سایر بیماران اسکیزوفرنیکی که سرلز توصیف کرده، بسیار افراطی و به‌شدت ابتدایی‌ست، به شیوه‌های دفاعی بیماران روان‌نژند شباهت بسیار دارد. برای مثال، بیمار پارانوئید دچار هذیان‌های بزرگ‌منشی و همه‌کارتوانی‌ست که یکی از شیوه‌های ابتدایی اجتناب از مرگ است و در واقع چیزی نیست جز همان اعتقاد به استثنابودن و نامیرایی خویش.

اکثر قریب به‌اتفاق بیماران اسکیزوفرنیک خود را به‌تمامی زنده احساس نمی‌کنند. شکی نیست که این بی‌روحی و احساس مُردگی، نتیجه‌ی واپس‌رانی همه‌ی عواطف

در بیمار اسکیزوفرنیک است، ولی سرلز معتقد است شاید هدف دفاعی دیگری هم در پسِ این احساس باشد: «مُرده» بودن بیمار را از مرگ در امان می‌دارد. یک مرگ محدود بهتر از مرگ واقعی‌ست. مُرده دیگر لازم نیست از مرگ بترسد.

ولی همه‌ی ما باید با مرگ مواجه شویم. اگر ترس از مرگ روان‌پویه‌شناسی محوری در بیمار اسکیزوفرنیک است، در این صورت باید به این معما پاسخ دهیم که چرا این ترس همه‌جایی بیمار اسکیزوفرنیک را چنین به قهقرا می‌برد؟ سرلز چندین دلیل ارائه می‌کند.

اول، اضطراب رویارویی با مرگ در کسانی که به تمامیت فردی که ادراکی نیروبخش است، نرسیده‌اند و با همه‌ی وجود در زنده بودن سهیم نیستند، بی‌نهایت شدیدتر است. سرلز می‌نویسد: «فرد تا وقتی به‌تمامی زنده بودن را تجربه نکند، قادر نیست با چشم‌انداز مرگ ناگزیر مواجه شود و بیمار اسکیزوفرنیک هنوز به‌تمامی نزیسته است.»(۴۷) نورمن براون[1] هم در کتاب خارق‌العاده‌اش به‌نام مرگ در برابر زندگی جمله‌ی مشابهی دارد: «فقط کسی که تولد را تصدیق کند، می‌تواند مرگ را هم تصدیق کند.... وحشت مرگ، عبارت است از وحشت مُردن همراه با زندگی‌های نازیسته‌ی موجود در بدنمان.»(۴۸) (این فرض ــ که اضطراب مرگ در تجربه‌ی شکست‌های زندگی شدیدتر می‌شود ــ استفاده‌ی فراوانی در درمان دارد و در فصل بعد به آن پرداخته می‌شود.)

دومین دلیلی که باعث می‌شود اضطراب مرگ، بیمار اسکیزوفرنیک را از پای درآوَرَد، این است که بیمار از همان ابتدای دوران تکاملی‌اش، به‌قدری از فقدان‌های متعدد رنج بُرده که دیگر قادر نیست آن‌ها را سروسامان دهد. با داشتن ایگویی رشدنایافته، واکنشی بیمارگونه به این فقدان‌ها نشان می‌دهد. این واکنش معمولاً با تقویت همه‌کارتوانی کودکانه همراه است که به نفی فقدان می‌پردازد (وقتی همه‌ی دنیا در کسی جمع باشد، دیگر از فقدان رنجی نمی‌بَرَد). پس چون نتوانسته فقدان‌های گذشته را سروسامان دهد، قادر نیست چشم‌انداز بزرگ‌ترین فقدان‌ها را نیز ــ که همان از دست دادن خویش و همه‌ی کسانی‌ست که می‌شناسد ــ تاب آوَرَد. بنابراین اصلی‌ترین سپر بیمار در برابر مرگ، احساس همه‌کارتوانی‌ست که مشخصه‌ی کلیدی اسکیزوفرنیاست.

---

1. Norman Brown

سومین منشأ اضطراب شدید مرگ، ماهیت ارتباط اولیه‌ی بیمار اسکیزوفرنیک با مادر است: وحدتی همزیستانه که بیمار هرگز از آن به‌در نیامده، بلکه مدام میان ادغام روانشناختی در مادر و عدم ارتباط کامل با او در نوسان است. تجربه‌ی رابطه‌ی بیمار با مادرش، بی‌شباهت به عبور از یک میدان مغناطیسی نیست: وقتی زیادی نزدیک شوید، ناگهان به درون مکیده می‌شوید و وقتی زیادی دور شوید، به خلأ رانده می‌شوید. حفظ رابطه‌ی همزیستانه نیازمند آن است که هیچ‌یک از طرفین، خود را به‌عنوان یک کل مستقل تجربه نکند: هریک به دیگری نیازمند است تا تمامیتش کامل شود. بنابراین بیمار هرگز احساس کل بودن را که لازمه‌ی تجربه‌ی به‌تمامی زیستن است، درک نمی‌کند.

به‌علاوه، بیمار اسکیزوفرنیک رابطه‌ی همزیستانه را برای بقا ضروری می‌داند: در برابر هر خطری که این رابطه را تهدید کند، نیاز به حمایت دارد؛ و از میان این خطرها، هیچ‌چیز خطرناک‌تر از دوسوگرایی[1] او (و مادرش) نیست. وقتی کودک نسبت به کسی که بیش از همه دوست می‌دارد، عمیق‌ترین نفرت‌ها را حس کند، به درماندگی شدیدی دچار می‌شود. اگر مطلع شود آن فرد نیز همزمان بیشترین عشق و نفرت را نسبت به او دارد، باز احساس درماندگی می‌کند. این درماندگی ادامه‌ی خیال‌پردازی در مورد همه‌کارتوانی شخصی را که فقط در دوران نوزادی طبیعی‌ست، می‌طلبد. هیچ‌چیز به اندازه‌ی پذیرش اجتناب‌ناپذیری مرگ، به نابودی احساس همه‌کارتوانی شخصی منجر نمی‌شود و بیمار اسکیزوفرنیک با یأسی بی‌امان به انکار مرگ تمسک می‌جوید.

الگوی اگزیستانسیال ناهنجاری روانی: شواهد پژوهشی

در این فصل بنا را بر این گذاشتم که اگرچه انکار مرگ همه‌جایی‌ست و شیوه‌های انکار مرگ، بسیار متنوع، ولی دو سنگر اصلی برای انکار وجود دارد: اعتقاد به استثنابودن و اعتقاد به نجات‌دهنده‌ای غایی. سرچشمه‌ی این دفاع‌ها در ابتدای زندگی‌ست و بر ساختار شخصیتی فرد تأثیر بسیاری دارد. فردی که به نجات‌دهنده‌ی غایی اعتقاد راسخ دارد (و برای آمیختن، یکی‌شدن و ریشه‌دواندن تقلا می‌کند)، قدرت را بیرون

---

1. ambivalence

از خویش می‌جوید؛ ظاهری استغاثه‌کننده و وابسته به دیگران دارد؛ خشمش را واپس می‌راند؛ گرایشات آزارطلبانه از خود نشان می‌دهد؛ و ممکن است با ازدست‌دادن فرد مهم زندگی‌اش، عمیقاً افسرده شود. برعکس، فردی که استثنابودن و گزندناپذیری را سرلوحه‌ی زندگی‌اش قرار داده (و برای قد راست کردن، فردیت، استقلال یا جدایی تقلا می‌کند) ممکن است خودشیفته باشد؛ اغلب به‌جبر ناخودآگاه، جویای موفقیت است؛ خشمش را به بیرون هدایت می‌کند؛ گاه چنان متکی به‌نفس است که کمک‌های مناسب و ضروری دیگران را هم رد می‌کند؛ ضعف، سستی و محدودیت‌هایش را به‌طرزی بی‌رحمانه نمی‌پذیرد؛ و گرایشات سخاوتمندانه و گاه خودبزرگ‌بینانه از خود نشان می‌دهد.

برای اثبات دیالکتیک قد راست کردن ـ ریشه دواندن شواهد تجربی صریحی وجود ندارد، همان‌طور که برای هیچ‌یک از الگوهای ناهنجاری روانی ارائه شده توسط فروید، سالیوان، هورنای، فروم یا یونگ شواهدی موجود نیست: الگوهای بالینی همیشه به‌طرزی شهودی سربرمی‌آورند و آنچه به آن‌ها اعتبار می‌بخشد و توجیهشان می‌کند، سودمندی بالینی‌شان است. با این حال، ساختارهای شخصیتی مشابهی را مبنا قرار داده و آن‌ها را از دو شیوه‌ی پژوهشی به‌دقت بررسی کرده‌ایم: پژوهش آزمایشگاهی به سبک شناختی و پژوهش در زمینه‌ی کانون کنترل[1] شخصیت.

سبک شناختی

هرمان ویتکین[2] در سال ۱۹۴۹ دو شیوه‌ی ادراکی اساسی ــ وابستگی به محیط[3] و استقلال از محیط[4] ــ را شناسایی کرد که به‌نظر می‌رسد شباهت فراوانی با ساختار شخصیتی نجات‌دهنده‌ی غایی و استثنابودن دارد.(۴۹) در شیوه‌ی «وابسته‌به‌محیط» محیط است. در شیوه‌ی مستقل‌ازمحیط (معادل سبک استثنابودن) بخش‌های مختلف

---

1. locus of control
2. Herman Witkin
3. field dependence
4. field independence

پس‌زمینه کاملاً جدا از آن تجربه می‌شوند. پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند گرایش به یکی از این دو شیوه‌ی ادراکی، مشخصه‌ی پایدار و فراگیر کارکرد فردی‌ست. فرد وابسته‌به‌محیط قادر نیست در بسیاری از تکالیف ادراکی[1]، پیش‌زمینه را از بافت پیرامونی جدا نگه دارد، در حالی که فرد مستقل‌ازمحیط، هیچ مشکلی با این دسته از تکالیف ندارد. بنابراین، همان‌طور که خواهیم دید، آزمون‌ها گرایش سبکی خاصی را در فرد مشخص می‌کنند که محدود به ادراک نیست، بلکه سبک شناختی فراگیری‌ست که خود را در فعالیت‌های عقلانی و منطقی فرد، تصویر ذهنی از بدن و احساس هویت جداگانه آشکار می‌سازد.

فعالیت‌های عقلانی و منطقی. فرد وابسته‌به‌محیط در حل مسائلی که نیازمند جدا کردن عنصر مرکزی از پس‌زمینه است، به اندازه‌ی فرد مستقل‌ازمحیط موفق نیست. این نوع گرایشات را «سبک‌های شناختی» می‌نامند. یک سر این طیف، گرایش پایدار به تجربه‌ای کلی و نامتمایز است و سر دیگرش، گرایش به تجربه‌ای متمایز و ساختاریافته. ویتکین این دو قطب سبک شناختی را به‌ترتیب «کلی[2]» و «متمایز[3]» نامیده است. با این حال، مهم است بر این واقعیت تأکید کنیم که دنیا شامل دو دسته‌ی

---

۱. برای نشان دادن این پدیده، می‌توان از آزمون‌های ادراکی فراوانی بهره جست. برای مثال در آزمون سازگاری بدن body-adjustment، فرد را روی صندلی‌ای قرار می‌دهند که قابلیت کج شدن به چپ و راست دارد و صندلی در اتاق کوچکی قرار دارد که آن هم به راست و چپ کج می‌شود. از آزمودنی می‌خواهند در حالی که اتاق به یک سو کج شده، بدنش را نسبت به جاذبه راست نگه دارد. افراد وابسته‌به‌محیط، قادر نیستند خود را از موقعیت اتاق پیرامونشان جدا کنند. به‌عبارت دیگر، وقتی اتاق کج است، آن‌ها هم خود را کج نگه می‌دارند و با اینکه ممکن است بدنشان تا چهل‌وپنج درجه کج باشد، اظهار می‌دارند خود را راست نگه داشته‌اند. این در حالی‌ست که آزمودنی‌های مستقل‌ازمحیط، صرف نظر از اینکه اتاق چه وضعیتی دارد، قادرند بدنشان را کاملاً راست نگه دارند. بنابراین، به‌نظر می‌رسد در افراد وابسته‌به‌محیط، میان بدن و محیط، آمیختگی و ادغامی صورت گرفته، در حالی که در افراد مستقل‌ازمحیط، احساس غریزی جدایی بدن از پس‌زمینه حاکم است.

در آزمون مشابهی، آزمودنی در اتاقی تاریک قرار می‌گیرد که تنها اشیای قابل رؤیت آن، میله و قابی نورانی‌ست و از او خواسته می‌شود بدون در نظر گرفتن کجی قاب، میله را راست و قائم قرار دهد. آزمون اَشکال پنهان embedded-figures از آزمودنی می‌خواهد چند طرح پیچیده را که اشکال ساده‌ای در درون خود دارند، به‌دقت بررسی کند و اَشکال ساده را بیابد. افراد وابسته‌به‌محیط قادر به یافتن اَشکال ساده نیستند، در حالی که برای فرد مستقل‌ازمحیط، یافتن اَشکال ساده در طرح پیچیده بسیار آسان است و «به‌چشم می‌آید».

2. global

3. articulated

جداگانه از افراد نیست: بررسی‌ها نشان می‌دهد سبک شناختی توزیعی پیوسته و متصل دارد تا دوقطبی.

تصویر ذهنی از بدن. سبک هر فرد نه‌تنها بر تجربه‌ی «بیرونی»اش تأثیر گذار است بلکه تجربه‌ی «درونی»اش را نیز تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. آزمون‌هایی که به بررسی تصویر ذهنی فرد از بدن خودش می‌پردازد (مانند آزمون‌های ترسیم آدم)، نشان می‌دهد شیوه‌ی ادراک فرد از بدنش با کارایی او در آزمون‌های ادراکی و شناختی رابطه‌ی معنی‌داری دارد. افراد دارای سبک وابسته‌به‌محیط («کلی») در این آزمون‌ها به جزئیات کمتری می‌پردازند، اجزای بدن را به‌شیوه‌ای غیرواقعی مجسم می‌کنند و کوشش کمتری برای نشان دادن نقش جنسی از خود نشان می‌دهند؛ در حالی که افراد مستقل‌ازمحیط («متمایز»)، تجسم روشنی از اجزای بدن و تفاوت‌های جنسیتی دارند.

هویت. افراد دارای سبک شناختی مستقل‌ازمحیط، شواهدی از وجود احساس هویتی جداگانه نشان می‌دهند: به این معنا که از نیازها، احساسات و ویژگی‌هایی خود که مختص خودشان است و آن‌ها را از دیگران متمایز می‌کند، آگاهند. از سوی دیگر، افراد دارای سبک شناختی وابسته‌به‌محیط، برای توصیف ویژگی‌ها، نظرات، احساسات و دیدی که نسبت به خود دارند، به‌شدت به منابع خارجی متکی‌اند.[1] برای مثال، مطالعات حاکی از آنند که افراد وابسته‌به‌محیط در مقایسه با افراد مستقل‌ازمحیط به‌دفعات بیشتری به چهره‌ی آزمونگر بالغ نگاه می‌کنند. به‌علاوه، افراد وابسته‌به‌محیط، در شناسایی چهره‌هایی که قبلاً دیده‌اند موفق‌ترند و اغلب رؤیاهایی درباره‌ی رابطه‌ی خود با آزمونگر دارند.

سبک شناختی و انکار مرگ. فردی که «وابستگی به محیطش» را آزمون‌ها به اثبات رسانیده‌اند، با فردی که به وجود نجات‌دهنده‌ی غایی معتقد است، شباهت بالینی زیادی دارد؛ فرد مستقل‌ازمحیط نیز شبیه فردی‌ست که به استثنابودن خویش معتقد است. دیالکتیک وابستگی به محیط و استقلال از محیط کاملاً از مطالعات تجربی در

۱. فرد وابسته‌به‌محیط در موقعیت اتوکینتیک، قضاوتش را در مورد حرکت نقطه‌ی نورانی بر اساس نظر همدستانی که برای گمراه کردنش به آزمون وارد شده‌اند، تغییر می‌دهد. (در موقعیت اتوکینتیک از فرد خواسته می‌شود در یک اتاق تاریک به نقطه‌ی نورانی بی‌حرکتی نگاه کند و میزان حرکت آن را تخمین بزند. این نقطه حرکت نمی‌کند، ولی فرد ممکن است تحت تأثیر تخمین سوژه‌ها یا همدستانی که پیش از او در این آزمون شرکت کرده‌اند، قرار گیرد.)

زمینه‌های کارکرد ادراکی و شناختی مشتق شده و فاقد محتوای نظری‌ست. من معتقدم رابطه‌ی میان این دیالکتیک تجربی و دیالکتیک اگزیستانسیالی که در این کتاب مطرح شده، مانند رابطه‌ی میان «دلهره» و پاسخ تحریکی پوستی‌ست: دیالکتیک اگزیستانسیال، برای فردی که طبق الگوی این سبک‌های شناختی طبقه‌بندی شده، معنای شخصی و تجربه‌ی پدیدارشناختی فراهم می‌کند. اجازه دهید بر این شباهت بیفزایم و به‌کمک مشاهداتی در زمینه‌ی ناهنجاری ملازم با هریک از سازوکارهای دفاعی اصلی در برابر اضطراب مرگ که پیش از این در همین فصل به آن‌ها اشاره کردم، به مقایسه‌ی ارتباط تجربی میان سبکِ شناختی و ناهنجاری روانی بپردازم.

ناهنجاری روانی و سبک‌های شناختی. سبکِ شناختی فرد، ارتباط نزدیکی با «انتخاب» دفاع روانشناختی و شکل ناهنجاری روانی دارد. وابستگی به محیط ـ استقلال از محیط یک طیف است که در دو قطب آن با ناهنجاری روانی مواجهیم. به‌علاوه، ناهنجاری در هریک از دو سر طیف، اَشکال کاملاً متفاوتی به‌خود می‌گیرد.

فرد وابسته‌به‌محیطِ مبتلا به اختلال شخصیتی، به‌احتمال زیاد، مشکلات شدید هویتی پیدا می‌کند و اغلب علائمی از مشکلات عمیق وابستگی، انفعال و درماندگی از خود نشان می‌دهد. چندین مطالعه مشخص کرده‌اند علائمی نظیر الکلیسم، چاقی، شخصیت نابسنده، افسردگی و واکنش‌های روانی-فیزیولوژیک (مانند آسم) در این بیماران، ناشی از عدم تکامل «احساس هویت جداگانه» است. بیمار روان‌پریش وابسته‌به‌محیط، بیشتر دچار توهم می‌شود، در حالی که در بیمار روان‌پریش مستقل‌ازمحیط هذیان شایع‌تر است.(۵۰)

فرد مستقل‌ازمحیط در صورت بروز ناهنجاری، پرخاشگری، هذیان، عقاید بزرگ‌منشی سرخوشانه، سندرم پارانوئید و ساختار شخصیتی افسرده-وسواسی‌جبری بیشتری از خود نشان می‌دهد.

مشاهدات جالبی هم در زمینه‌ی تفاوت میان افراد وابسته‌به‌محیط و مستقل‌ازمحیطی که به روان‌درمانی روی می‌آورند، موجود است. تفاوت عمده حول مسئله‌ی انتقال می‌گردد. همان‌طور که قابل پیش‌بینی‌ست، بیمار وابسته‌به‌محیط، به‌سرعت نسبت به درمانگر انتقال مثبت پیدا می‌کند و زودتر از بیمار مستقل‌ازمحیط، احساس بهبودی می‌کند. بیمار وابسته‌به‌محیط گرایش به «آمیختن» و «پیوستن» با درمانگر دارد، در

حالی که بیمار مستقل‌ازمحیط، در برقراری رابطه با درمانگر محتاط‌تر است. بیمار مستقل‌ازمحیط، با دلایل و عقاید روشن درباره‌ی مشکلش به جلسه‌ی اول درمان وارد می‌شود، در حالی که بیمار وابسته‌به‌محیط، خود دچار ابهام است. بیمار وابسته‌به‌محیط نظرات درمانگر را درجا می‌پذیرد و خواستار حمایت اوست و به‌دلیل اضطراب ناشی از به پایان رسیدن جلسه‌ی درمان، می‌کوشد جلسات را به‌درازا بکشاند.

سبکِ شناختی روان‌درمانگر، عامل تعیین‌کننده‌ی ساختار روان‌درمانی‌ست. روان‌درمانگرانی که خود مستقل‌ازمحیطند، رویکردی مدیرمآبانه یا منفعلانه و مشاهده‌ای در پیش می‌گیرند، در حالی که درمانگران وابسته‌به‌محیط، روابط شخصی و متقابل را با بیمارانشان ترجیح می‌دهند.

شباهت‌ها واضح است: افراط در جهت وابستگی به محیط یا گرایش به نجات‌دهنده‌ی غایی، به ناهنجاری‌هایی با ویژگی‌های انفعال، وابستگی، دهان‌گرایی، فقدان کارکرد مستقل و نابسندگی منجر می‌شود؛ افراط در استقلال از محیط یا استثنابودن، به خودبزرگ‌بینی ناهنجار، سندرم پارانوئید، پرخاشگری یا سندرم اجباری‌گری منجر می‌شود. این مشاهدات از سوی رشته‌پژوهش‌های دیگری در زمینه‌ی کانون کنترل که الگویی تجربی برای شخصیت است و شباهت فراوانی به الگوی بالینی استثنابودن-نجات‌دهنده‌ی غایی دارد، هم حمایت می‌شود.

کانون کنترل

به‌دنبال پژوهش‌های جوزف راتر(۵۱) و ای. جری فارز[1] (۵۲)، محققان بسیاری به الگویی شخصیتی علاقه‌مند شدند که بر اساس آن، هر فرد دارای یک کانون کنترل درونی یا بیرونی است. آیا فرد حس می‌کند بر وقایع زندگی خودش کنترل دارد یا این وقایع مستقل از اعمال او به‌وقوع می‌پیوندد؟ اغلب پژوهش‌های موجود در زمینه‌ی فرماندهی درونی- بیرونی از یک ابزار مشخص ــ مقیاس .I.E[2] ــ بهره

---

1. Joseph Rotter and E. Jerry Phares

۲. مقیاس I.E (Internal-External). یک پرسشنامه‌ی بیست‌وسه‌سؤالی خود-ارزیابانه است که باید حتماً یکی از گزینه‌ها را برای هر سؤال انتخاب کرد. دو نمونه از سؤالات آن را در اینجا می‌آوریم:

الف. آدم‌ها تنها می‌مانند چون سعی نمی‌کنند رفتار دوستانه و مهربانانه‌ای با دیگران داشته باشند. ←

جسته‌اند که راتر در سال۱۹٦٦ تنظیم کرده و از آن زمان در چندصد مطالعه(٥٥) مورد استفاده قرار گرفته است.

«درونی‌ها» کانون کنترل درونی دارند و حس می‌کنند این خودشان هستند که بر سرنوشت شخصی‌شان فرمان می‌رانند؛ «بیرونی‌ها» کانون کنترل را بیرون از خود می‌دانند و برای چاره‌یابی، پشتیبانی و هدایت، چشم به بیرون دارند.

درونی‌ها و بیرونی‌ها از جهات بسیار با یکدیگر متفاوتند. درونی‌ها مستقل‌تر و موفق‌ترند، فعالیت‌های مدبرانه‌ی بیشتری دارند و از احساس قدرت شخصی بیشتری برخوردارند. بیشتر جویای قدرتند و همه‌ی سعی‌شان را می‌کنند تا بر محیط پیرامونشان مسلط شوند. بیماران «درونی»ای که به‌دلیل سل در بیمارستان بستری می‌شوند، اطلاعات بیشتری در مورد شرایطشان دارند، درباره‌ی بیماری و موقعیتشان کنجکاوترند و نشان می‌دهند میزان اطلاعاتی که پزشکان و پرستاران در اختیارشان می‌گذارند، راضی‌شان نمی‌کند.(٥٦) وقتی آزمونگران کارت‌های TAT را به افراد می‌دهند و به‌طرز نامحسوسی راهنمایی‌شان می‌کنند، تلقین‌پذیری و تأثیرپذیری درونی‌ها کمتر از بیرونی‌هاست.(٥٧)

پس به‌طور کلی، درونی‌ها اطلاعات بیشتری کسب می‌کنند و در به‌خاطرسپاری و استفاده از آن‌ها برای فرمانروایی بر دنیای خود موفق‌ترند. درونی‌ها کمتر تلقین‌پذیرند، مستقل‌ترند و بیشتر بر قضاوت خود تکیه می‌کنند. آن‌ها بر خلاف بیرونی‌ها، اطلاعات را بر اساس ارزش آن ارزیابی می‌کنند، نه بر اساس اعتبار و

ب. فایده‌ای ندارد سعی کنید دیگران از شما خوش‌شان بیاید، اگر قرار باشد شما را بپسندند، می‌پسندند.

الف. هر اتفاقی که برایم بیفتد، انتخاب خودم است.
ب. بعضی وقت‌ها فکر می‌کنم کنترل لازم را بر جهتی که زندگی‌ام در پیش گرفته ندارم.(٥٣)

این مقیاس نسخه‌ای هم برای کودکان پیش‌دبستانی دارد که نمونه‌ی سؤالات آن از این قرار است:
۱. شلوارت به این دلیل سوراخ می‌شود که:
الف. تو پاره‌اش می‌کنی یا
ب. خودش پاره می‌شود.
۲. اگر سکه‌ی نو و براقی داشتی و گمش کرده‌ای، به این دلیل است که:
الف. آن را جایی روی زمین انداخته‌ای یا
ب. جیبت سوراخ بوده است.(٥٤)

کاردانی منبع اطلاعات. درونی‌ها بیشتر به اهدافشان می‌رسند و احتمال بیشتری دارد برای به‌دست آوردن پاداش بزرگ‌تر ولی دیرتر، کامروایی خود را به‌تأخیر بیندازند. بیرونی‌ها تلقین‌پذیرترند، احتمال سیگاری شدن یا ریسک‌پذیری‌شان در قمار بیشتر است، کمتر به اهدافشان می‌رسند، سلطه‌ی کمتری بر محیط دارند و تحملشان هم کمتر است؛ در عوض بیشتر خواستار کمک دیگرانند و خود را کوچک و خوار می‌کنند.(۵۸)

این ویژگی‌ها و ویژگی‌های قبلی‌ای که برای افراد مستقل‌ازمحیط (یا معتقدان به استثنابودن خویش) و افراد وابسته‌به‌محیط (یا معتقدان به نجات‌دهنده) ذکر کردیم، به‌وضوح مشابهند. می‌توان این یافته‌ها را با تصور یک طیف یا پیوستار در هم ادغام کرد، به‌طوری که در یک قطب آن، وابستگی به محیط، کانون کنترل بیرونی و گرایش به نجات‌دهنده‌ی غایی جای می‌گیرد و در قطب دیگر، استقلال از محیط، کانون کنترل درونی و گرایش به استثنا بودن خویش. قرار گرفتن در هریک از دو انتهای این پیوستار، با ناهنجاری روانی آشکار مرتبط است. با وجود این، پژوهش حاکی از آن است که یکی از دو قطب این پیوستار، ساختار شخصیتی ناکارآمدتری را در خود جای می‌دهد و احتمال ناهنجاری روانی در آن بیشتر است. احتمال ناهنجاری روانی در افراد وابسته‌به‌محیط که کانون کنترل‌شان بیرونی‌ست، بیش از افراد مستقل‌ازمحیط است که کانون کنترل درونی دارند.(۵۹) افرادی که در مقیاس کانون کنترل بیرونی، نمرات بالایی کسب می‌کنند، بیشتر احساس نابسندگی و ناکارآمدی دارند؛(۶۰) بیشتر مضطرب، متخاصم، خسته، سردرگم و افسرده می‌شوند(۶۱) و توان و انعطاف‌پذیری کمتری دارند.(۶۲) مبتلایان به بیماری‌های شدید روانپزشکی بیشتر از بیرونی‌ها هستند.(۶۳) احتمال بیرونی بودن اسکیزوفرنیک‌ها بیشتر است.(۶۴) پژوهش‌های فراوانی حاکی از آنند که رابطه‌ی محکمی میان کانون کنترل بیرونی و افسردگی وجود دارد.(۶۵)

این یافته‌های پژوهشی با تجربه‌ی بالینی همخوانی دارند. افراد به دلیل شکست دفاع نجات‌دهنده (عطش وابستگی، اعتمادبه‌نفس پایین، خودخوارنگری، درماندگی، گرایشات آزارطلبانه و افسردگی به‌دلیل از دست دادن یا ترس از دست دادن فرد مهم زندگی‌شان) بیشتر به درمان روی می‌آورند تا فروپاشی دفاع استثنابودن. یک

گروه تحقیقاتی ارتباط مثبتی میان کانون کنترل بیرونی و اضطراب مرگ یافتند.(٦٦) به‌عبارت دیگر، شیوه‌ی بیرونی در مقایسه با شیوه‌ی درونی، سپر ناکارآمدتری در برابر اضطراب مرگ است. (با این حال، پژوهش دیگری که با ابزاری متفاوت به ارزیابی اضطراب مرگ پرداخت، به یافته‌های مشابهی دست نیافت.)(٦٧)

به‌نظر می‌رسد سازوکار دفاعی اعتقاد به رهایی‌بخش خارجی ذاتاً محدود است. نه‌تنها مانع بی‌نقصی در برابر اضطراب بنیادین نیست، بلکه به‌دلیل ماهیتش، خود ناهنجاری اضافی پدید می‌آوَرَد: اعتقادی که می‌گوید نیروهای بیرونی بر زندگی فرد حاکمند، با احساس ناتوانی، بی‌فایدگی و عزت نفس پایین همراه است. فردی که متکی‌به‌نفس نیست و به‌خود باور ندارد، خود را در کسب اطلاعات و مهارت‌ها محدود می‌کند و با شیوه‌ای چاپلوسانه با دیگران ارتباط برقرار می‌کند. روشن است که اعتماد به‌نفس پایین، گرایش به خودخوارنگری، داشتن مهارت‌های معدودی که به‌کمک آن‌ها بتوان برای خود ارزش قائل شد و روابط بین‌فردی نابسنده، همگی شرایط را برای ناهنجاری روانی فراهم می‌کنند.

فصل پنجم

مرگ و روان‌درمانی

از نظریه به عمل رسیدن کار ساده‌ای نیست. در این فصل باید خودمان را از دلواپسی‌های ماورای طبیعی درباره‌ی مرگ به اتاق کار روان‌درمانگر بالینی برسانیم و بکوشیم از میان آن دلواپسی‌ها، آنچه را به درمان روزمره مربوط است، استخراج کنیم.

واقعیت مرگ به دو طریقِ کاملاً متفاوت در کار روان‌درمانی دخیل است: اول، مرگ‌آگاهی خود به‌مثابه یک «موقعیت مرزی» عمل می‌کند و دگرگونی بنیادینی در چشم‌انداز زندگی به‌وجود می‌آورد؛ دیگر اینکه مرگ سرچشمه‌ی اصلی اضطراب است. در اینجا به‌ترتیب کاربرد هریک از این دو را در شیوه‌ی درمان به بحث خواهم گذاشت.

مرگ به‌مثابه یک موقعیت مرزی

«موقعیت مرزی» عبارت است از رویداد یا تجربه‌ای ناگهانی که فرد را به رویارویی با «موقعیت» اگزیستانسیال خود در جهان سوق می‌دهد. رویارویی با مرگ خویش («مرگ من») موقعیت مرزی بی‌نظیری‌ست و این قدرت را دارد که

دگرگونی عظیمی در شیوه‌ی زندگی فرد در دنیا پدید آوَرَد. «گرچه نفْس مرگ آدمی را نابود می‌کند، اندیشه‌ی مرگ نجاتش می‌دهد.» مرگ مانند واسطه‌ای عمل می‌کند و انسان را از یک مرتبه‌ی هستی به مرتبه‌ی والاتری می‌بَرد: از مرتبه‌ی شگفتی در شیوه‌ی وجود چیزها به شگفتی در وجودِ چیزها. مرگ‌آگاهی فرد را از مشغولیت‌های فکری پیش‌پاافتاده دور می‌کند و به زندگی ژرفا، رنگ‌وبو و چشم‌اندازی کاملاً متفاوت می‌بخشد.

پیش از این، با چند مثال از ادبیات و یادداشت‌های بالینی، به تحول بنیادین افراد پس از رویارویی با مرگ اشاره کردم. پی‌یر در جنگ و صلح و ایوان ایلیچ در مرگ ایوان ایلیچ تولستوی نمونه‌های روشنی از «دگرگونی شخصیتی» یا «رشد فردی» هستند. نمونه‌ی درخشان دیگر، دگرگونی اعجاب‌آور قهرمان موردعلاقه‌ی همه یعنی اِبنزر اسکروج[1] است. بسیاری از ما فراموش کرده‌ایم که دگرگونی اسکروج فقط نتیجه‌ی ساده‌ی ذوب چهره‌ی یخی‌اش در گرمای کریسمس نبود. آنچه اسکروج را متحول کرد، رویارویی با مرگ خودش بود. شبح آینده‌ی دیکنز (شبح کریسمسی که می‌آید) شکل نیرومندی از شوک‌درمانی اگزیستانسیال را به‌کار بُرد: به اسکروج اجازه داد به‌تماشای مرگ خود بنشیند، بشنود که دیگران چگونه از مرگش حرف می‌زنند و به‌آسانی از موضوع می‌گذرند و غریبه‌هایی را ببیند که بر سر اموال او ــ حتی ملحفه و لباس خوابش ــ دعوا و بگومگو دارند. سپس شاهد مراسم خاک‌سپاری خود می‌شود و بالاخره در آخرین صحنه‌ی پیش از دگرگونی‌اش، در حیاط کلیسا زانو می‌زند و حروف نامش را که بر سنگ مزارش حک شده، لمس می‌کند.

رویارویی با مرگ و تحول فردی: نحوه‌ی عملکرد

مرگ‌آگاهی چگونه موجب تحول فردی می‌شود؟ تجربه‌ی درونی انسانی که این‌گونه متحول می‌شود، چگونه است؟ فصل دوم حاوی اطلاعاتی در زمینه‌ی نوع و میزان تحول مثبتی‌ست که بیماران سرطانی لاعلاج تجربه می‌کنند.

---

۱. Ebenezer Scrooge، شخصیت خسیس داستان سرود کریسمس اثر چارلز دیکنز.ـم.

سرطان روان‌نژندی را درمان می‌کند. بیماری که مبتلا به هراس‌زدگی‌های بین‌فردی ناتوان‌کننده‌ای بود، پس از ابتلا به سرطان به طرز معجزه‌آسایی بهبود یافت. وقتی درباره‌ی بهبودش از او سؤال شد، پاسخ داد: «سرطان روان‌نژندی را درمان می‌کند.» اگرچه این جمله را با تمسخر به‌زبان آورد، حقیقت چشمگیری در آن هست: منظور این حقیقت حزن‌انگیز نیست که مرگ، زندگی را با همه‌ی غم‌های ملازمش نیست‌ونابود می‌کند، بلکه این حقیقت خوش‌بینانه مطرح است که پیش‌بینی مرگ، چشم‌اندازی فاخر از دلواپسی‌های زندگی پیش روی انسان می‌گستَرَد. وقتی از او خواستند دگرگونی‌اش را توصیف کند، روند آن را بسیار ساده دانست: چون به‌ناچار با ترسش از مرگ ــ که همه‌ی ترس‌های دیگرش را تحت‌الشعاع قرار داده بود ــ روبه‌رو شده و بر آن تسلط یافته، احساس کرده می‌تواند بر دیگر مشکلاتش هم فائق شود.

هستی را نمی‌توان به‌تعویق انداخت. اِوا، بیماری چهل‌وپنج‌ساله، عمیقاً افسرده و مبتلا به سرطان پیشرفته‌ی تخمدان بود که نمی‌توانست درباره‌ی رفتن به آخرین سفر زندگی‌اش تصمیم بگیرد. در میانه‌ی درمان این رؤیا را گزارش کرد:

> جمعیت زیادی جمع بود. چیزی شبیه صحنه‌ی سیسیل ب. دُمیل[1]. توانستم مادرم را میان آن‌ها به‌جا بیاورم. همه با هم دم گرفته بودند و می‌خواندند که: «تو نمی‌توانی بروی، سرطان داری، مریضی.» و این خواندن همین طور ادامه داشت. بعد صدای پدر متوفایم را شنیدم که با لحنی آرام و اطمینان‌بخش گفت: «می‌دونم مثل من سرطان ریه داری، ولی تو مثل من توی خونه نمون که آن قدر سوپ جوجه بخوری تا بمیری. به افریقا برو، زندگی کن.»

پدر اِوا سال‌ها پیش به‌دنبال سرطانی طولانی از دنیا رفته بود. آخرین بار او را چند ماه پیش از فوت دیده بود و آنچه مایه‌ی غصه‌اش بود، نه فقط از دست دادن پدر، که شیوه‌ی مُردنش بود. هیچ‌کس در خانواده جرئت نکرده بود از تشخیص سرطان با او حرف بزند و نماد در خانه ماندن و سوپ جوجه خوردن کاملاً

---

۱. Cecil B. Demille (۱۸۸۱-۱۹۵۹)، کارگردان امریکایی که در نیمه‌ی اول قرن بیستم به‌خاطر نمایشگری‌هایش مشهور بود؛ فیلم ده فرمان از کارهای اوست.-م.

مناسب و به‌جا بود: باقی زندگی‌اش با روشن‌ضمیری نگذشت و مرگش قهرمانانه نبود. رؤیا اندرزی نیرومند در خود داشت؛ اِوا به‌خوبی به آن گوش داد و تغییرات هیجان‌آوری در زندگی‌اش به‌وجود آورد. با پزشکش رودررو شد و از او خواست همه‌ی اطلاعات موجود درباره‌ی سرطانش را در اختیارش بگذارد و اصرار کرد در تصمیم‌گیری‌های درمانی نقش داشته باشد. دوستی‌های قدیمی‌اش را از سر گرفت؛ ترس‌هایش را با دیگران در میان گذاشت و به آن‌ها هم کمک کرد اندوهشان را با او در میان بگذارند. آخرین سفرش به افریقا گرچه به‌دلیل بیماری نیمه‌کاره ماند، ولی باعث شد تا آخرین نفس از سرمستی عمیق زندگی سرشار باشد.

موضوع را به‌راحتی می‌توان در این جمله خلاصه کرد که: «هستی را نمی‌توان به‌تعویق انداخت.» بسیاری از بیماران سرطانی گزارش می‌کنند که زندگی‌شان در زمان حال پربارتر شده است. دیگر زندگی کردن را به‌زمانی در آینده موکول نمی‌کنند. دریافته‌اند که زندگی تنها در اکنون جریان دارد؛ در واقع، نمی‌توان اکنون را طولانی‌تر کرد... همیشه با شماست. حتی در لحظه‌ای که انسان به گذشته‌ی خود می‌نگرد ــ حتی در آخرین لحظه‌ی زندگی ــ هنوز زنده است و زنده بودن را تجربه می‌کند. زمان جاودانی اکنون است نه آینده.

بیمار سی‌ساله‌ای را به‌یاد دارم که به‌طرزی وسواس‌گونه، مدام خود را در حال گذراندن کریسمس در پیری و تنهایی مجسم می‌کرد. این تصویر چنان تسخیرش کرده بود که بیشتر دوران بزرگسالی را به جست‌وجوی دیوانه‌وار یک جفت گذرانده بود و این جست‌وجو چنان دیوانه‌وار بود که هر خواستگار احتمالی‌ای را فراری می‌داد. او به اکنون پشت‌پا زده بود و زندگی‌اش را وقف بازیابی امنیت دوران کودکی کرده بود. فرد روان‌نژند می‌کوشد گذشته را در آینده بیابد و به‌این‌ترتیب اکنون را از دست می‌دهد و نابود می‌کند. البته پارادوکسی در این میان هست که باید بیشتر به آن بپردازم: آنکه «زندگی» نمی‌کند، بیش از همه از مرگ می‌هراسد. کازانتزاکیس می‌پرسد: «چرا همچون میهمانی سیروپُر، جشن زندگی را ترک نکنیم؟»(۱)

یک استاد دانشگاه به‌دنبال ابتلا به سرطانی وخیم، تصمیم گرفت در لحظه‌ی اکنون از آینده لذت ببرد. با شگفتی متوجه شد می‌تواند کارهایی را که مورد علاقه‌اش نیست، انجام ندهد. وقتی دوران نقاهت بعد از جراحی را طی کرد و کارش را از سر گرفت،

رفتارش به‌طرز تکان‌دهنده‌ای تغییر کرد: از وظایف اجرایی طاقت‌فرسا کناره گرفت و خود را در هیجان‌انگیزترین وجوه پژوهش‌های کاری غوطه‌ور کرد (تا جایی که به شهرتی همگانی رسید) و ــ بگذارید این درسی برای همه‌ی ما باشد ــ دیگر هرگز در هیچ‌یک از جلسات دانشکده شرکت نکرد.

فران، بیماری وحشت‌زده و مبتلا به افسردگی مزمن، پانزده سال در ازدواجی ناخوشایند گرفتار بود و نمی‌توانست به آن پایان دهد. آخرین مانع در برابر جدایی، آکواریوم خانگی بزرگ شوهرش بود! می‌خواست در خانه‌اش بماند تا بچه‌ها دوستانشان را حفظ کنند و مدرسه‌شان عوض نشود؛ ولی نمی‌توانست برنامه‌ی دوساعته‌ی غذا دادن روزانه به ماهی‌ها را بر عهده بگیرد. جابه‌جایی آن آکواریوم بزرگ هم بدون صرف هزینه‌ای زیاد ممکن نبود. مشکل حل‌ناشدنی به‌نظر می‌رسید. (یک زندگی قربانی همین مسائل پیش‌پاافتاده می‌شود.)

فران پس از مدتی به سرطان استخوانی وخیمی مبتلا شد که او را متوجه این واقعیت ساده کرد که فقط همین زندگی را در اختیار دارد و بس. می‌گفت ناگهان دریافته ساعت زمان بی‌وقفه کار می‌کند و وقتی ایستاد، دیگر «درنگ»ی در کار نیست. با اینکه بیماری‌اش بسیار وخیم و نیازش به حمایت جسمانی و مالی همسر بسیار زیاد بود، توانست شجاعانه تصمیم به جدایی بگیرد، تصمیمی که دهه‌ها به‌تعویق انداخته بود.

مرگ به‌یادمان می‌آوَرَد که هستی را نمی‌توان به تعویق انداخت. و اینکه هنوز زمان برای زندگی کردن باقی‌ست. اگر بخت آن‌قدر با کسی یار باشد که با مرگ خود رودررو شود و زندگی را به‌صورت «امکان ممکن» (کیرکگور)(۲) تجربه کند و مرگ را «ناممکن شدن هر امکان دیگر» (هایدگر)(۳) بداند، در آن صورت متوجه می‌شود که تا زمانی که زنده است، هنوز امکان برایش وجود دارد ــ می‌تواند زندگی‌اش را تغییر دهد ــ ولی تا ــ فقط تا ــ آخرین لحظه‌ی زنده بودن. اگر همین امشب بمیرد، تمامی مقاصد و وعده‌ها و تعهدات فردا نیز پیش از تحقق می‌میرند. این همان چیزی‌ست که اِبنزر اسکروج آموخت؛ در واقع، نحوه‌ی دگرگونی‌اش شامل وارونه‌سازی سازمان‌یافته‌ی کارهای ناشایست روز قبل بود: به سرودخوان کریسمسی که روز قبل نفرینش کرده بود، انعام داد؛ به مؤسسه‌ی

خیریه‌ای که اعضایش را از خود رانده بود، پول اهدا کرد؛ نوه‌ای را که به‌حضور نپذیرفته بود، در آغوش گرفت؛ ذغال، خوراک و پول در اختیار کراچیت که مورد ظلم او واقع شده بود، قرار داد.

نعمت‌های خود را بشمارید. یکی از بیماران سرطانی که بیماری به مری‌اش سرایت کرده بود، سازوکار دگرگون‌کننده‌ی دیگری را که از رویارویی با مرگ انرژی می‌گیرد، به‌زیبایی توصیف کرد. بلع مشکل شده بود؛ کم‌کم به غذاهای نرم، بعد پوره و بعد مایعات روی آورد. یک روز که در رستوران حتی نتوانست کمی سوپ رقیق را فرو دهد، به اطراف و سایر مشتریان نگاه کرد و با خود گفت: «این‌ها می‌دانند چقدر خوشبختند که می‌توانند غذا را قورت دهند؟ اصلاً تا حالا به این موضوع فکر کرده‌اند؟» او این اصل را در مورد خودش به‌کار گرفت و از آنچه که می‌توانست انجام دهد و می‌توانست تجربه کند، آگاه شد: حقایق بنیادین زندگی، تغییر فصول، زیبایی محیط اطرافش، دیدن، شنیدن، لمس کردن و دوست داشتن. نیچه این اصل را در قطعه‌ای زیبا آورده است:

> انسان از این مغاک‌ها که بیرون آید و از این بیماری سخت که جان به‌در بَرَد، به نوزادی بدل می‌شود با پوستی درخشان، ظریف‌تر و بددلانه‌تر و با ذائقه‌ای لطیف‌تر برای شادی، زبان حساس‌تری برای چشیدن همه‌ی چیزهای خوب، با حواسی طربناک‌تر، با بی‌گناهی خطرناکی در شادمانی، بسیار کودکانه‌تر و با وجود این، صدها بار موشکافانه‌تر از قبل.(٤)

نعمت‌هایتان را بشمارید! چقدر کم از این موعظه‌ی ساده بهره می‌بریم! به‌طور معمول، آنچه داریم و آنچه می‌توانیم بکنیم، از حیطه‌ی آگاهی‌مان می‌گریزد، آنچه نداریم یا نمی‌توانیم بکنیم، دلمشغولمان می‌کند و دلواپسی‌های ناچیز و خطر از دست دادن اعتبار و غرورمان، آنچه داریم را کوچک جلوه می‌دهد. با یادآوری مرگ، فرد به مرتبه‌ی قدردانی و امتنان از موهبت‌های بی‌شمار هستی گام می‌گذارد. منظور رواقیون هم از عبارت «اگر می‌خواهید چگونه زیستن را بیاموزید، درباره‌ی مرگ بیندیشید.»(٥) همین بوده است. پس این دستور، فراخوانی بیمارگونه برای توجه به مرگ نیست، بلکه مقصود این است که با اصرار به تمرکز بر این زمینه، هستی آگاهانه می‌شود و

زندگی باشکوه‌تر. به‌قول سانتایانا[1]: «پس‌زمینه‌ی سیاه و تیره‌ی مرگ، رنگ‌های لطیف زندگی را با همه‌ی خلوصشان آشکار می‌کند و به‌چشم می‌آوَرَد.»(٦)

هویت‌زدایی[2]. روان‌درمانگر در کار بالینی روزمره با افرادی برخورد می‌کند که در مواجهه با وقایعی که اضطراب‌انگیز به‌نظر نمی‌آیند، به اضطراب شدید دچار می‌شوند. اضطراب زنگ خطری‌ست که نشان می‌دهد هستی مستمر فرد مورد تهدید قرار گرفته است. مشکل اینجاست که امنیت فرد روان‌نژند چنان غیرقطعی و شکننده است که باعث شده محدوده‌ی دفاعی و حوزه‌ی پدافندی‌اش را در فضا وسعت دهد. به‌عبارت دیگر، روان‌نژند نه‌تنها به حفاظت از اصل و جوهره‌ی خود می‌پردازد، از سایر منتسبات خویش (کار، آبرو، نقش، تکبر، مهارت جنسی یا توانایی ورزشی) هم با همان شدت دفاع می‌کند. در نتیجه، بسیاری در برابر خطراتی که شغل یا سایر ویژگی‌هایشان را تهدید می‌کند، به‌شکلی افراطی تحت فشار قرار می‌گیرند. نتیجه‌ی چنین وضعیتی این است که باور می‌کنند «من با شغلم یکی هستم» یا «من با جذابیت جنسی‌ام یکی هستم». درمانگر دلش می‌خواهد بگوید: «نه، تو با شغلت یکی نیستی، فقط تن خوش‌آب‌ورنگت نیستی، فقط پدر یا مادر یا خردمند یا پرستار ابدی نیستی. تو خودت هستی، یعنی همان جوهره‌ی اصلی وجودت. خطی دور آن بکش و مشخصش کن: چیزهای دیگر، هر چیز دیگری که بیرون این خط می‌افتد، تو نیست؛ یعنی اگر از بین برود، تو هنوز وجود داری.»

متأسفانه این اندرزهای بدیهی، مانند همه‌ی نصیحت‌ها، به‌ندرت تحول گره‌گشایی پدید می‌آوَرَد. روان‌درمانگران در پیِ شیوه‌هایی برای افزایش قدرت نصیحتند. یکی از شیوه‌هایی که من در گروه‌درمانیِ بیماران سرطانی و نیز در کلاس درس از آن استفاده کرده‌ام، تمرین ساختاریافته‌ی «هویت‌زدایی» است.[3] تمرین ساده‌ای‌ست و تقریباً سی تا چهل‌وپنج دقیقه زمان می‌بَرد. محیط آرام و ساکتی را فراهم می‌کنم و از شرکت‌کنندگان می‌خواهم هشت پاسخ مهم به سؤال «من کیستم؟» را بر کارت‌هایی جداگانه فهرست کنند. بعد از آن‌ها می‌خواهم هشت پاسخشان را

---

1. Santayana

2. Disidentification

۳. این شیوه را از جیمز بوگنتال فراگرفته‌ام.

مرور کنند و کارت‌ها را به‌ترتیب اهمیت و مرکزیت ردیف کنند: پاسخی که به اصلشان نزدیک‌تر است، در زیر و پاسخ‌های پیرامونی‌تر را به‌ترتیب رو قرار دهند. بعد می‌خواهم بر فوقانی‌ترین کارت و این فکر که چه می‌شود اگر این ویژگی را کنار بگذارند، تمرکز کنند. بعد از دو تا سه دقیقه (با صدای زنگی ملایم که کمتر حواس جمع را پرت می‌کند) می‌خواهم به‌سراغ کارت بعدی بروند و همین طور ادامه دهند تا جایی که خود را از هر هشت ویژگی رها سازند. به‌دنبال آن، بهتر است از شرکت‌کنندگان خواسته شود روندی معکوس را طی کنند.

این تمرین ساده، عواطف و هیجانات زیادی برمی‌انگیزد. یک‌بار سیصد نفر را در یک کارگاه آموزشی بزرگسالان به این تمرین واداشتم؛ و شرکت‌کنندگان حتی تا سال‌ها بعد، بدون آنکه از آنان خواسته شود، به‌من گزارش می‌دادند که این شیوه تا چه اندازه برایشان مهم و کارساز بوده است. هویت‌زدایی بخش مهمی از نظام پسیکوستز روبرتو آساجولی[1] است. او می‌کوشد با درخواست از افراد برای تصور دور ریختن و کنار گذاشتن تن، عواطف، امیال و بالاخره خرد به شیوه‌ای سازمان‌یافته، به آن‌ها کمک کند که به «کانون خودآگاهی ناب» خویش برسند.(۷)

بیمار مبتلا به بیماری مزمنی که به‌خوبی با شرایطش کنار آمده، اغلب خودبه‌خود این روند هویت‌زدایی را طی کرده است. بیماری را به‌خاطر دارم که همیشه با انرژی جسمانی و میزان فعالیتش همانندسازی می‌کرد. سرطان به‌تدریج ضعیفش کرده بود تا جایی که دیگر نمی‌توانست کوله‌پشتی به پشت گیرد، اسکی کند یا به پیاده‌روی برود و مدت‌ها برای از دست دادن هریک از این توانایی‌ها سوگواری کرده بود. دامنه‌ی فعالیت‌های جسمانی‌اش به‌شدت کاهش یافت، ولی بالاخره توانست بر فقدان‌هایش چیره شود. پس از ماه‌ها درمان، توانست با گفتن «نمی‌توانم انجامش بدهم» و بدون احساس بی‌ارزشی و بیهودگی از این ناتوانی، محدودیت‌هایش را بپذیرد. بعد انرژی‌اش را به سایر اَشکال ابراز خود که هنوز در محدوده‌ی توانایی‌هایش بود، معطوف کرد. برنامه‌هایی با اهداف دست‌یافتنی برای خود ریخت: تکمیل برنامه‌های ناتمام شخصی و حرفه‌ای، بیان احساسات برزبان‌نیامده نسبت به بیماران دیگر، دوستان، پزشکان

و فرزندانش. کمی بعد توانست گام مهم دیگری نیز بردارد: حتی از همانندسازی با انرژی و فعالیت‌هایش دست برداشت و متوجه شد او جدا از این‌ها و در واقع، جدا از سایر ویژگی‌هایش نیز وجود دارد.

هویت‌زدایی سازوکار روشن و کهنی برای تحول است: چیرگی بر مادیات و سازوبرگ اجتماعی، از مدت‌ها پیش در آداب و رسوم زاهدانه تجسم یافته است، ولی برای استفاده‌ی بالینی چندان در دسترس نیست. این آگاهی از مرگ است که چشم‌انداز را تغییر می‌دهد و تمایز میان اصل و فرع را برای فرد ممکن می‌سازد: اعطای مجدد قدرت به یکی و خلع قدرت از دیگری.

مرگ‌آگاهی در روان‌درمانی روزمره

اگر ما روان‌درمانگران بپذیریم که آگاهی از مرگ شخصی به روند دگرگونی فردی سرعت می‌بخشد، در آن صورت وظیفه‌ی ما تسهیل آگاهی بیمار از مرگ خواهد بود. ولی چگونه؟ بسیاری از مثال‌هایی که تا کنون آورده‌ام، افرادی بودند در موقعیت‌هایی غیرمعمول. ولی روان‌درمانگری که درمان بیماری معمولی را ــ که به سرطان لاعلاج مبتلا نیست یا رودرروی جوخه‌ی آتش نایستاده یا تصادفی مهلک را از سر نگذرانده ــ بر عهده دارد، چه کند؟

چند تن از بیماران سرطانی من همین سؤال را مطرح می‌کردند. وقتی از رشد و پیشرفتشان و از آنچه رویارویی با مرگ به‌ایشان آموخته، صحبت می‌شد، با دریغ می‌گفتند: «چه فاجعه‌ای‌ست که باید تا حالا منتظر می‌ماندیم، باید سرطان تنمان را سوراخ‌سوراخ می‌کرد تا این حقایق را می‌آموختیم!»

تمرین‌های ساختاریافته‌ی فراوانی برای رویارویی نمادین با مرگ وجود دارد که می‌تواند از سوی درمانگر به‌کار گرفته شود. بعضی از آن‌ها جالبند که به‌اختصار توضیحشان می‌دهم. ولی مهم‌ترین نکته‌ای که می‌خواهم بر آن تأکید کنم این است که لازم نیست درمانگر تجربه‌ای را از پیش آماده کند؛ به‌جای آن، فقط باید به بیمار کمک کند آنچه را که همه‌جا دوروبرش هست، شناسایی کند. ما به‌طور معمول آنچه را که یادآور موقعیت اگزیستانسیالمان است، انکار می‌کنیم یا به‌شکلی گزینشی نسبت به آن بی‌توجهیم؛ وظیفه‌ی درمانگر معکوس کردن این روند و در پیِ این یادآورها

برآمدن است، زیرا همان‌طور که می‌کوشم اثبات کنم، این‌ها دشمن نیستند، بلکه متحدانی هستند قدرتمند و در پیِ انسجام و رشدیافتگی.

به این مثال واضح توجه کنید: مادری چهل‌وشش ساله، کوچک‌ترین فرزندش را که قرار است به کالج رود، تا فرودگاه بدرقه می‌کند. او بیست‌وشش سال را صرف بالیدن فرزندان کرده و منتظر چنین لحظه‌ای بود. دیگر از کار تحمیلی، بی‌وقفه برای دیگران زیستن، غذا پختن و لباس جمع کردن خبری نبود؛ دیگر آن دوره که تنها با دیدن ظرف‌های نشسته و کثیف و اتاق به‌هم‌ریخته به‌یاد تلاش‌های بی‌ثمرش می‌افتاد، سپری شده بود. بالاخره آزاد بود.

با این حال، به‌محض آنکه با فرزندش خداحافظی می‌کند، ناگهان بلندبلند زیر گریه می‌زند و در راه بازگشت به‌خانه از فرودگاه، لرزه‌ای عمیق بر تنش می‌افتد. فکر می‌کند: «طبیعی‌ست.» فقط ناشی از غم خداحافظی با کسی‌ست که به‌شدت دوستش داشته است. ولی چیزی بیش از این‌هاست. لرز ادامه می‌یابد و به‌سرعت به اضطرابی شدید بدل می‌شود. چه اتفاقی افتاده؟ با یک درمانگر مشورت می‌کند. او تسکینش می‌دهد. چیزی نیست جز یک مشکل شایع: سندرم «آشیانه‌ی خالی[1]». سال‌ها اعتمادبه‌نفسش را بر اساس کارایی‌اش به‌عنوان یک مادر و یک زن خانه‌دار حفظ کرده است. حال ناگهان راهی برای ارزش نهادن به‌خود نمی‌یابد. البته که مضطرب می‌شود: روال همیشگی و ساختار زندگی‌اش تغییر کرده و وظیفه‌ی مهم زندگی و سرچشمه‌ی اصلی اعتمادبه‌نفسش از او گرفته شده است. کم‌کم به کمک والیوم، روان‌درمانی حمایتی، یک گروه‌درمانی زنانه برای آموزش جرئت‌ورزی، چند دوره‌ی آموزشی برای بزرگسالان، یکی دو معشوق و یک کار داوطلبانه‌ی پاره‌وقت، آن لرز کمتر شده و به رعشه‌ای خفیف بدل می‌شود و پس از آن هم کاملاً از بین می‌رود. او به سطح آسایش و سازگاری «پیش از بیماری» بازمی‌گردد.

این بیمار که چند سال پیش توسط یک دستیار روانپزشکی درمان می‌شد، بخشی از یک طرح پژوهشی در زمینه‌ی تأثیرات و نتایج روان‌درمانی بود. نتیجه‌ی درمان او را تنها می‌شد با واژه‌ی عالی و رضایت‌بخش توصیف کرد: در هریک

---

۱. Empty nest syndrome. سندرم آشیانه‌ی خالی به افسردگی‌ای گفته می‌شود که در پدران و مادران، پس از آنکه کوچک‌ترین فرزند خانه را ترک کرد، پدیدار می‌شود. ـم.

از شاخص‌های طرح ــ فهرست علائم، ارزیابی مشکل اصلی، اعتمادبه‌نفس ــ پیشرفت قابل‌توجهی کرده بود. حتی اکنون در بازنگری به گذشته هم روشن است که روان‌درمانگر کارش را درست انجام داده است. با وجود این، من چنین دوره‌ای از روان‌درمانی را نوعی «رویارویی اشتباه» و نمونه‌ی از دست دادن موقعیت‌های درمانی می‌دانم.

آن را با بیمار دیگری مقایسه می‌کنم که اخیراً در موقعیتی دقیقاً مشابه ملاقات کرده‌ام. در درمان این بیمار، کوشیدم به‌جای بی‌حس کردن و از میان بردن لرز، آن را بپرورانم و به آن توجه کنم. بیمار آنچه را کیرکگور «اضطراب سازنده» نامیده، تجربه کرد و اضطرابش ما را به حیطه‌های مهمی رسانید. این حقیقت داشت که بیمار مشکل اعتمادبه‌نفس داشت، از سندرم «آشیانه‌ی خالی» رنج می‌بُرد و علاوه بر این‌ها، احساسی دوگانه و متضاد نسبت به فرزند عمیقاً برایش مسئله‌ساز بود: دوستش داشت، ولی همزمان از او دلخور بود و به شانس‌هایی که پسرش در زندگی داشت و او همیشه از آن‌ها محروم بود رشک می‌بُرد (و البته به‌خاطر چنین عواطف «شرم‌آوری» احساس گناه می‌کرد).

لرزه را پی گرفتیم و این اضطراب ما را به حوزه‌هایی مهم رهنمون کرد و سؤالاتی بنیادین را پیش کشید. درست است که می‌توانست راه‌هایی برای پُر کردن وقتش بیابد، ولی معنای ترس از آشیانه‌ی خالی چه بود؟ همیشه در آرزوی آزادی بود، ولی اکنون که به آن دست یافته بود، از آن می‌ترسید. چرا؟

یک رؤیا به روشن شدن معنای لرزه کمک کرد. پسری که به‌تازگی خانه را برای رفتن به کالج ترک کرده بود، در دبیرستان بندبازی و شعبده‌بازی می‌کرد. بیمار در رؤیا خودش را دید که عکس اسلاید ۳۵ میلی‌متری‌ای از شعبده‌بازی پسرش در دست دارد. اسلاید از این جهت عجیب بود که تصاویر در آن حرکت می‌کرد: به او نشان داد که پسرش شعبده‌بازی و حرکات آکروباتیک فراوانی را همزمان انجام می‌دهد. تداعی‌هایش درباره‌ی رؤیا، همگی حول‌وحوش زمان می‌گردید. اسلاید زمان و حرکت را به تله انداخته و در خود جای داده بود. همه چیز را زنده ولی درعین حال، ایستا و ساکن نگه داشته بود. زندگی را منجمد کرده بود. بیمار گفت: «زمان می‌گذرد و من راهی برای متوقف کردنش ندارم. دلم نمی‌خواست جان

بزرگ شود. حقیقتاً سال‌هایی که با ما بود برایم خیلی عزیزند. ولی چه بخواهم چه نخواهم، زمان می‌گذرد. هم برای من و هم برای جان. درک این موضوع، یعنی درک واقعی‌اش خیلی سخت و ترسناک است.»

این رؤیا بر فانی بودن او متمرکز بود و بیمار آموخت به‌جای شتاب برای پر کردن وقت با آنچه حواسش را پرت می‌کند، در جست‌وجوی زمان و زندگی‌ای پربارتر از آنی باشد که قبلاً داشت. او به حوزه‌ای وارد شد که هایدگر آن را هستی اصیل نامیده است: دیگر در جست‌وجوی شیوه‌ی وجود چیزها نبود، بلکه مسئله‌ی مهم صرفِ وجود چیزها بود. به‌قضاوت من، درمان به بیمار دوم بیش از بیمار اول کمک کرد. نشان دادن این نتیجه با شاخص‌های استاندارد موجود ممکن نبود؛ در واقع، احتمالاً بیمار دوم اضطراب بیشتر و طولانی‌تری را نسبت به اولی تجربه کرد. ولی اضطراب بخشی از هستی‌ست و انسانی که به رشد و خلاقیت ادامه می‌دهد، هرگز از آن رها نمی‌شود. با این حال، این داوری ارزشی سؤالات بسیاری در زمینه‌ی نقش درمانگر مطرح می‌کند. آیا درمانگر مسئولیت بیش از اندازه‌ای بر عهده نگرفته است؟ آیا بیمار درمانگر را به‌عنوان راهنما در مسیر آگاهی اگزیستانسیال می‌پذیرد و با او همراه می‌شود؟ یا مگر بیشتر بیماران نمی‌گویند: «حالم بد است، کمکم کن احساس بهتری داشته باشم»؟ و اگر این طور است چرا از سریع‌ترین و مؤثرترین وسیله‌ی در دسترس ــ برای مثال آرام‌بخش‌های دارویی یا اصلاح رفتاری ــ استفاده نکنیم؟ این سؤالات را که در مورد همه‌ی انواع درمان‌های مبتنی بر خودآگاهی مصداق دارند، نمی‌توان نادیده گرفت و بارها و بارها در این کتاب مطرح خواهند شد.

در درمان هر بیمار، موقعیت‌هایی فراهم می‌شود که تأکید توأم با حساسیت درمانگر بر آن‌ها، آگاهی بیمار را نسبت به ابعاد اگزیستانسیال مشکلش افزایش می‌دهد. مشهودترین این موقعیت‌ها، یادآورهای محضِ فناپذیری و بازگشت‌ناپذیری زمانند. مرگ یکی از نزدیکان، در صورتی که درمانگر پافشاری لازم را داشته باشد، همواره به افزایش مرگ‌آگاهی رهنمون می‌شود. سوگ اجزای فراوانی دارد ــ فقدان محض، احساس گناه و بروز احساسات متضاد، مختل شدن برنامه‌ی زندگی ــ که همگی نیازمند آنند که موشکافانه در درمان مورد توجه قرار گیرند. ولی همان‌طور که پیش از این تأکید کردم، مرگ دیگری انسان را به رویارویی با مرگ خویش نزدیک‌تر

می‌کند؛ و این بخش از درمان سوگ معمولاً از قلم می‌افتد. بعضی رواندرمانگران تصور می‌کنند فرد سوگوار بیش از آن در هم شکسته که بتواند وظیفه‌ی شاق کنار آمدن با فانی بودن خویش را هم بپذیرد. ولی به‌اعتقاد من، این برداشت اغلب اشتباه است: بعضی افراد در نتیجه‌ی مصیبت، به رشد فوق‌العاده‌ای می‌رسند.

مرگ دیگری و آگاهی اگزیستانسیال. مرگ یک دوست صمیمی، بسیاری را از ته دل به این شناخت می‌رسانَد که مرگ برای آن‌ها نیز فراخواهد رسید. پل لندزبرگ[1] در صحبت از مرگ یکی از کسانی که به‌شدت دوست می‌داشته، می‌گوید:

> ما با فرد محتضر، یک «ما» می‌سازیم. و از طریق این «ما» و نیروی خاص این موجود تازه و کاملاً شخصی‌ست که به آگاهی روشنی نسبت به مرگ چاره‌ناپذیر خودمان می‌رسیم... . پیوند من با آن فرد شکسته می‌شود؛ ولی این پیوند تا اندازه‌ای خودِ من بوده است، من مرگ را در قلب هستی خویش حس می‌کنم.(۸)

جان دان[2] هم در موعظه‌ی مشهورش به همین نکته اشاره کرده است: «و هرگز از دانستن آنکه ناقوس‌ها برای که به‌صدا درمی‌آیند به‌هیجان نیا. برای توست که می‌نوازند.»(۹)

از دست دادن یکی از والدین، ما را با آسیب‌پذیری خویش مواجه می‌کند؛ اگر والدینمان نتوانند خود را نجات دهند، چه کسی ما را نجات خواهد داد؟ با رفتن والدین، دیگر چیزی میان ما و گور حائل نیست. برعکس، خودمان به مانعی میان فرزندانمان و مرگ بدل می‌شویم. تجربه‌ی یکی از همکارانم پس از مرگ پدرش موضوع را روشن‌تر می‌کند. مدت‌ها بود که انتظار مرگ پدر را داشت و خبر را با خونسردی تاب آورد. با این حال، وقتی سوار هواپیما شد تا برای شرکت در مراسم خاکسپاری به خانه رَوَد، دچار حمله‌ی سراسیمگی شد. اگرچه تجربه‌ی سفرهای زیادی را داشت، ناگهان اعتقادش را به توانایی برخاستن بی‌خطر هواپیما از دست داد، درست مانند آنکه سپر و پشتیبانش در برابر بی‌ثباتی و خطر از میان رفته باشد.

---

1. Paul Landsburg
2. John Donne

از دست دادن همسر، اغلب مسئله‌ی تنهایی بنیادین را پیش می‌کشد؛ از دست دادن فرد مهم زندگی (معمولاً فرد برتر و مسلط) بر آگاهی انسان در این زمینه می‌افزاید که هرچه بکوشیم تا دنیا را دوبه دو طی کنیم، در نهایت، تنهایی بنیادینی هست که باید تاب آوریم. هیچ‌کس قادر نیست با دیگری یا برای دیگری بمیرد.

درمانگری که به تداعی‌ها و رؤیاهای بیمار سوگوار گوش فرا دهد، به شواهد فراوانی مبنی بر نگرانی بیمار از مرگ خویش دست می‌یابد. برای نمونه بیماری پس از آنکه دریافت همسرش به سرطان لاعلاجی مبتلاست، این کابوس را دید:

> در خانه‌ی قدیمی‌ام در... زندگی می‌کردم. [خانه‌ای که سه نسل خانواده در آن زندگی کرده بود.] هیولایی شبیه فرانکنشتاین در خانه دنبالم می‌کرد. ترسیده بودم. خانه فرسوده و خراب بود. آجرها فرومی‌ریختند و سقف چکه می‌کرد. آب سرتاپای مادرم را گرفت. [مادرش شش ماه پیش از دنیا رفته بود.] با هیولا جنگیدم. سلاح‌های زیادی در اختیار داشتم. یکی از آن‌ها تیغه‌ی خمیده‌ای داشت با یک دسته، درست مثل داس. با آن به او ضربه زدم و از پشت‌بام پایینش انداختم. درازبه‌دراز بر سنگفرش پیاده‌رو افتاد. ولی از جا برخاست و دوباره در خانه دنبالم کرد.

نخستین تداعی بیمار از رؤیا این بود: «می‌دانم بیش‌تر راه را طی کرده‌ام.» نمادگرایی رؤیا روشن بود. مرگ قریب‌الوقوع همسر، زندگی خودش را به‌یادش می‌آوَرَد که مانند خانه‌اش رو به نابودی‌ست؛ مرگ ــ که مانند دوران کودکی‌اش به‌صورت هیولایی مجسم شده که نمی‌توان متوقفش کرد ــ بی‌رحمانه در پیِ اوست.

بیمار دیگری به‌نام تیم که همسرش به سرطان پیشرفته مبتلا بود، یک شب بعد از آنکه همسرش به‌دلیل مشکل شدید تنفسی نزدیک بود بمیرد و ناچار در بیمارستان بستری شد، این رؤیا را دید:

> تازه از سفری برگشته بودم که انگار به‌زور به اتاقی متروک رانده شدم. کسی مرا وارد آن کرده بود. اتاق پر از اثاثیه و تخته‌های به‌دردنخور و کهنه و پوشیده از گردوغبار بود و همه‌چیز را با توری سیمی پوشانده بودند. راه خروجی نداشت.

مرا یاد نمایشنامه‌ی سارتر انداخت. احساس خفگی می‌کردم. نمی‌توانستم نفس بکشم، انگار چیزی رویم سنگینی می‌کرد. یک جعبه یا نمی‌دانم صندوق چوبی را که ناشیانه و بی‌سلیقه درست شده بود برداشتم که به دیوار یا کف خورد و گوشه‌اش شکست. آن گوشه‌ی خُردشده و شکسته بدجوری در ذهنم مانده است. انگار می‌درخشید. تصمیم گرفتم آن را بردارم و پیش مافوقم بروم. صاف پیش مدیر بروم و شکایت کنم. اصلاً پیش معاون رئیس‌جمهور بروم. بعد از پلکان مرمری بسیار زیبایی بالا رفتم که نرده‌هایی از چوب ماهون داشت. عصبانی بودم. مرا کنار گذاشته بودند. آن‌ها از من استفاده کرده بودند. بعد گیج مانده بودم که از کی باید شکایت کنم.

تداعی‌های تیم از رؤیا به وضوح نشان داد که مرگ قریب‌الوقوع همسرش، او را به‌ناچار با مرگ خودش روبه‌رو کرده است. تصویر فوق‌العاده‌ی رؤیا از گوشه‌ی شکسته‌ی «درخشان» جعبه‌ی چوبی او را به یاد بدنه‌ی خردشده‌ی اتومبیلش بعد از تصادفی بسیار شدید انداخت که کم مانده بود در آن کشته شود. به‌علاوه، جعبه‌ی چوبی او را به یاد تابوتی می‌انداخت که (مطابق آداب تدفین یهودی) باید برای همسرش سفارش می‌داد. در رؤیا این اوست که خود را در موقعیت همسرش می‌بیند. او هم نمی‌تواند نفس بکشد. او هم کنار گذاشته شده، گیر افتاده و از بار سنگینی که باید تحمل کند در حال خرد شدن است. احساس اصلی حاکم بر رؤیا خشم است. از اتفاقاتی که برایش می‌افتد خشمگین است، ولی به چه کسی می‌تواند شکایت کند؟ بالای پله‌ها درمی‌ماند که چه کسی برای مشورت مناسب است و با احساس سردرگمی عمیقی از خواب بیدار می‌شود.

این رؤیا چشم‌انداز مهمی را در درمان گشود. بیماری را که پیش از این در وضعیت سراسیمگی بود قادر ساخت احساساتش را دسته‌بندی کند و به‌شیوه‌ای پرمعناتر به هر دسته بپردازد. او پیش از آن در اضطراب مرگ غرق شده بود و کوشیده بود با پرهیز جسمانی از همسر و پرداختن وسواسی به مسائل جنسی، با این اضطراب کنار بیاید. برای مثال، چندین بار در روز، در بستر و در حضور همسر به خودارضایی می‌پرداخت (در فصل ٤ به‌اختصار به این بیمار اشاره کردم). وقتی آشکارا به اضطراب از مرگ خودش پرداختیم،

در نهایت توانست کنار همسرش بماند، با در آغوش گرفتن، تسلایش دهد و با این کار، از احساس گناهی که می‌توانست پس از مرگ او گریبانگیرش شود، بپرهیزد.

پس از فوت همسر، درمان بر فقدان همسر و نیز موقعیت اگزیستانسیال خودش ــ که مرگ همسر موجب شده بود آن را با وضوح بیشتری ببیند ــ متمرکز شد. برای مثال او همیشه رویکردی پیشرفت‌گرا داشت، ولی پس از مرگ همسر، این سؤالات در ذهنش جوانه زد: «برای کی کار می‌کنم؟» «کی متوجه کار من می‌شود؟» تیم کم‌کم متوجه چیزی شد که رسیدگی‌های مداوم همسر و وسواس خودش با مسائل جنسی از دید او پنهان کرده بود: تنهایی‌اش و فناپذیر بودنش. پس از مرگ همسرش به‌شدت از لحاظ جنسی بی‌بندوبار شد، ولی به‌تدریج از شکارهای جنسی‌اش سرخورده شد و به این پرسش رسید که در زندگی برای خودش چه می‌خواهد. دوره‌ی درمانی بسیار پرباری را آغاز کردیم و در طی چند ماه بعد، تیم به دگرگونی فردی ارزشمندی دست یافت.

از دست دادن فرزند اغلب تلخ‌ترین فقدان برای همگی ماست و همزمان برای فرزند و نیز خودمان سوگواری می‌کنیم. به‌نظر می‌آید ناگهان زندگی از همه‌ی جبهه‌ها همزمان به‌سوی ما یورش برده است. والدین ابتدا از ظلم و بی‌عدالتی در جهان شکوه سر می‌دهند ولی خیلی زود متوجه می‌شوند که آنچه بی‌عدالتی نامیده‌اند، در حقیقت بی‌تفاوتی کائنات است. به‌علاوه، محدودیت قدرتشان را به‌یاد می‌آورند: بیش از هر زمان دیگری در زندگی، برای اقدام انگیزه دارند و با این حال درمانده و ناتوانند؛ قادر نیستند از یک بچه‌ی بی‌دفاع حفاظت کنند. با گذشت زمان درس تلخ دیگری می‌آموزند و آن اینکه وقتی نوبت ما هم برسد، حفاظتی در کار نخواهد بود.

منابع روانپزشکی موجود در زمینه‌ی سوگ، به‌جای تأکید بر این پویه‌شناسی، اغلب به احساس گناهی می‌پردازند که والدین پس از مرگ فرزند تجربه می‌کنند (و منشأ آن هم خصومت ناخودآگاه پنداشته می‌شود). ریچارد گاردنر[1] (۱۰) با مصاحبه و آزمون‌های سازمان‌یافته در نمونه‌ی بزرگی از والدینی که فرزندشان به نوعی بیماری کشنده مبتلا بود، به‌شکل تجربی به مطالعه‌ی سوگ والدین پرداخت. اگرچه گاردنر

تأیید کرد که بسیاری از والدین از احساس گناه قابل توجهی رنج می‌برند، داده‌هایش حاکی از آن بود که احساس گناه به‌مثابه کوششی از سوی والد برای فرونشاندن اضطراب اگزیستانسیال خود و «مهار آنچه مهارنشدنی‌ست»، چهار برابر شایع‌تر از احساس گناهی برخاسته از «خصومت ناخودآگاه» است. گذشته از این‌ها، وقتی فرد به‌دلیل انجام ندادن کاری که باید انجام می‌داد، احساس گناه می‌کند، این فکر پدید می‌آید که پس کاری می‌شد کرد و فضای حاصل از این فکر، بسیار تسکین‌دهنده‌تر از حقایق اگزیستانسیال طاقت‌فرسای زندگی‌ست.

فقدان فرزند معنای خطیر دیگری هم برای والدین دارد. نشانه‌ی شکست برنامه‌ی مهم نامیرایی‌ست که والدین برای خود تدارک دیده‌اند: کسی آن‌ها را به‌خاطر نخواهد آورد، دانه‌هایشان در زمین آینده ریشه نخواهد دواند.

رویدادهای مهم زندگی. هرآنچه ماندگاری دنیا را به‌چالش طلبد، نقطه‌ی اتکایی‌ست که درمانگر از طریق آن می‌تواند دفاع‌های بیمار را بشکند و امعا و احشای اگزیستانسیال زندگی را به او بنمایاند. تأکید هایدگر بر این است که فقط وقتی ماشینی از کار بیافتد، از نحوه‌ی عملکرد آن آگاه می‌شویم.(۱۱) فقط وقتی دفاع‌های موجود در برابر اضطراب مرگ برداشته شوند، درمی‌یابیم آن‌ها ما را از چه محافظت می‌کردند. بنابراین فقط درمانگری که با دقت نگاه کند، می‌تواند اضطراب اگزیستانسیال نهفته در پسِ هر واقعه‌ی مهم و خصوصاً برگشت‌ناپذیر را که در زندگی بیمار به‌وقوع می‌پیوندد، ببیند. جدایی و طلاق نمونه‌های خوبی از این دست وقایعند. این تجربیات چنان دردناکند که درمانگران اغلب به‌اشتباه همه‌ی توجه خود را بر تسکین درد معطوف می‌کنند و فرصت ارزشمندی را که برای درمانی عمیق‌تر فراهم شده، از دست می‌دهند.

برای برخی بیماران، تعهد به یک رابطه بیش از پایان آن، موقعیتی مرزی را فراهم می‌کند. تعهد معنای ضمنی غایتمندی را در خود دارد و بسیاری از افراد، در یک رابطه‌ی دائمی و ماندگار قرار نمی‌یابند چون چنین رابطه‌ای به این معنی‌ست که «همه‌اش همین بود»، نه احتمال دیگری در کار است و نه رؤیای خوش ترقی مداوم. در فصل ۷ نشان می‌دهم که چگونه تصمیم‌های برگشت‌ناپذیر اضطراب اگزیستانسیال پدید می‌آورند دقیقاً به این دلیل که فرد را از سایر احتمالات محروم می‌کنند و او را با «ناممکن شدن هر امکان دیگر» رودررو می‌سازند.

عبور به بزرگسالی دشوار است. افراد در اواخر دهه‌ی دوم و اوائل دهه‌ی سوم زندگی اغلب به اضطراب شدید مرگ دچار می‌شوند. در واقع، یک سندروم بالینی به «وحشت‌اززندگی» در نوجوانان تعریف شده که عبارت است از خودبیمارانگاری آشکار و مشغولیت ذهنی با پیر شدن جسم، گذشت سریع زمان و گریزناپذیری مرگ.(۱۲)

درمانگرانی که دستیاران پزشکی را درمان می‌کنند، متوجه اضطراب اگزیستانسیل شدید در این سی‌ساله‌هایی می‌شوند که بالاخره دوره‌ی آموزشی را به‌پایان رسانده‌اند و باید برای نخستین بار از لباس دانشجویی به‌در آیند و همچون بزرگسالان بالغ با دنیا رودررو شوند. سال‌هاست که دستیاران روانپزشکی نزدیک به فارغ‌التحصیلی را به‌دقت مورد مشاهده قرار داده‌ام و متوجه شده‌ام دوره‌ای از آشفتگی و غوغای درونی را طی می‌کنند، غوغایی که ریشه‌هایش بسیار عمیق‌تر از دلواپسی‌های بلافصلی نظیر مسائل مالی، افتتاح مطب یا برقراری شبکه ارجاع بیماران برای طبابت خصوصی‌ست.

جیکس[1] در مقاله‌ی جالبش با عنوان «مرگ و بحران میانسالی» تأکید می‌کند که فکر مرگ، خصوصاً در میانسالی فرد را به‌ستوه می‌آوَرَد و آزار می‌دهد.(۱۳) فرد در این برهه از زندگی، مشغولیت ذهنیِ اغلب ناخودآگاهی با این مقوله می‌یابد که «از رشد بازایستاده و دارد پیر می‌شود». انسانی که نیمه‌ی نخست زندگی را صرف «رسیدن به استقلال در بزرگسالی» کرده، ممکن است به این آگاهی عمیق دست یابد که در پسِ اوج شکوفایی زندگی (یونگ چهل‌سالگی را «ظهر زندگی» نامیده)(۱۴)، تنها مرگ نهفته است. به‌قول بیمار سی‌وشش‌ساله‌ای که در طی روانکاوی به‌تدریج آگاهی بیشتری نسبت به مرگ یافته بود: «تا حالا زندگی را مثل سربالایی ممتدی می‌دیدم که چشم‌اندازی جز افقی دوردست نداشت. اکنون ناگهان به‌نظرم می‌آید که به بالای تپه رسیده‌ام و آنچه پیش چشمم گسترده شده، سرازیری و پایان جاده است ــ درست است که به‌اندازه‌ی کافی دور است ــ ولی مرگ را می‌توان در پایان راه دید.» جیکس به دشواری کار و عبور از لایه‌های انکار مرگ اشاره کرده و بیماری را مثال آورده که به‌دلیل ناتوانی در سوگواری برای دوستانش، مورد روانکاوی قرار گرفته و به مرگ‌آگاهی رسیده است.

---

1. Jaques

خطری که حرفه‌ی فرد را مورد تهدید قرار دهد یا واقعیت بازنشستگی (خصوصاً برای کسی که زندگی را مارپیچی همواره صعودی می‌دانسته)، واسطه‌ی قدرتمندی برای افزایش مرگ‌آگاهی‌ست. مطالعه‌ی اخیر بر روی کسانی که در دوران میانسالی تغییری اساسی در حرفه‌شان پدید آورده‌اند، نشان داد تصمیم آن‌ها مبنی بر «ترک» کار یا ساده‌تر کردن آن، اکثراً به‌دلیل نوعی رویارویی با موقعیت اگزیستانسیالشان بوده است.(۱۵)

مناسبت‌های ساده مانند روزهای تولد و سالگردها، اهرمی برای درمانگر به‌شمار می‌آیند. رنجی که این نشانه‌های گذر زمان در ما پدید می‌آوَرَد، بسیار عمیق است (و به همین دلیل معمولاً به‌وسیله‌ی واکنش‌سازی[1] با جشنی شادمانه به استقبال آن‌ها می‌رویم). گاهی یادآورهای پیش‌پاافتاده‌ی پیری، فرصتی را برای افزایش آگاهی اگزیستانسیال فراهم می‌آورند. حتی نگاهی نافذ به آینه می‌تواند باب این مقوله را بگشاید. بیماری می‌گفت به‌خودش گفته: «من فقط یک کوتوله‌ام. در باطن همان ایزابل کوچولو هستم ولی در ظاهر خانمی مسن. شانزده‌ساله‌ای هستم که رو به شصت‌سالگی می‌رود. می‌دانم همه پیر می‌شوند، ولی یک جورهایی هیچ‌وقت فکر نمی‌کردم برای خودم هم اتفاق بیافتد.» مشخصات ظاهری افراد پیر مانند افت بنیه یا لکه‌های پیری روی پوست، مفاصل خشک، چین‌وچروک، طاسی سر یا حتی دریافتن اینکه فرد از سرگرمی‌های «افراد مسن» ــ نگاه کردن، راه رفتن، محیط ساکت و آرام ــ لذت می‌برد، می‌تواند انگیزه‌ای برای مرگ‌آگاهی باشد. مشاهده‌ی عکس‌های قدیمی و دریافتن اینکه فرد چقدر شبیه والدینش در دوران پیری‌شان شده، یا دیدن دوستان بعد از مدت‌های طولانی و مشاهده‌ی پیر شدنشان هم همین اثر را دارد. درمانگری که به‌دقت گوش کند، قادر خواهد بود هریک از این اتفاقات روزانه را در درمان به‌کار گیرد یا خود مدبرانه برای چنین موقعیت‌هایی زمینه‌سازی کند. همان‌طور که در فصل اول توضیح دادم، فروید ابایی نداشت از دوشیزه الیزابت بخواهد بر سنگ مزار خواهرش به‌مراقبه بنشیند.

بررسی دقیق رؤیاها و خیال‌پردازی‌های بیمار، قطعاً داده‌های لازم برای افزایش مرگ‌آگاهی را فراهم می‌سازد. هر رؤیای اضطراب‌آلودی، رؤیای مرگ است؛ دقت در

---

1. reaction formation

خیال‌پردازی‌های ترساننده با درونمایه‌هایی نظیر هجوم متجاوزان به‌خانه‌ی فرد، همیشه به ترس از مرگ منتهی می‌شود. بحث در مورد نمایش‌ها و فیلم‌های تلویزیونی یا کتاب‌ها هم مواد اولیه‌ی لازم را فراهم می‌کند.

بیماری جدی واسطه‌ی بدیهی‌ای‌ست که هیچ درمانگری نباید بدون کاوش از آن بگذرد. نویز[1] به مطالعه‌ی دویست بیمار پرداخت که به‌دلیل بیماری ناگهانی یا تصادف، تجربه‌ی مرگ قریب‌الوقوع را از سر گذرانده بودند و دریافت تعداد زیادی (بیست‌وپنج درصد) از آنان احساس تازه و نیرومندی را در زمینه‌ی حضور همه‌جایی و نزدیکی مرگ تجربه می‌کنند. یکی از آزمودنی‌هایش گفته بود: «قبلاً فکر می‌کردم مرگ هرگز اتفاق نمی‌افتد یا اگر بیفتد، دیگر من هشتاد ساله‌ام. ولی حالا متوجه شده‌ام که هر زمان و در هر کجا ممکن است اتفاق بیفتد، بدون در نظر گرفتن اینکه چطور زندگی کرده باشی. آدم تا وقتی با مرگ رودررو نشده باشد، درک بسیار محدودی از آن دارد.» دیگری مرگ‌آگاهی خود را به این صورت توصیف کرد: «مرگ را در اَشکال مختلف زندگی دیده‌ام و آگاهانه تصدیقش کرده‌ام. از زندگی کردن نمی‌ترسم چون حس می‌کنم مرگ بخشی از فرایند وجودی‌ام است.» گرچه تعداد کمی از آزمودنی‌های نویز افزایش وحشت مرگ و احساس آسیب‌پذیری را گزارش کردند، بخش عمده‌ای از آن‌ها افزایش مرگ‌آگاهی را تجربه‌ی مثبتی قلمداد کردند که موجب شده بود قدر زندگی را بیشتر بدانند و به ارزیابی دوباره و سازنده‌ی اولویت‌های زندگی روی بیاورند.(۱۶)

وسایل کمکی مصنوعی در افزایش مرگ‌آگاهی. درمانگران اغلب به این نتیجه می‌رسند که گرچه یادآورهای طبیعیِ حضور مرگ فراوانند، برای پیکار با انکارِ همیشه‌گوش‌به‌زنگ بیمار چندان قوی نیستند. پس درمانگران در پیِ به‌کارگیری فنون جدیدی هستند که بیماران را با واقعیت مرگ روبه‌رو کند. یادآورهای عمدی و غیرعمدی مرگ در گذشته بیش از امروز رواج داشت. دقیقاً برای یادآوری ناپایداری زندگی بود که جمجمه‌ی انسان، از اثاثیه‌ی رایج حجره‌ی راهبان قرون وسطایی به‌شمار می‌رفت. جان دان، شاعر و کشیش انگلیسی قرن هفدهم، هنگام

خواندن موعظه‌ی «نگاه به ابدیت» برای حاضران در کلیسا، کفن می‌پوشید؛ و پیش از او، مونتنی در رساله‌ی درخشانش با نام «فلسفه‌پردازی، آموختن چگونه مُردن است»، در زمینه‌ی یادآورهای عمدی فانی بودن انسان، حرف‌های زیادی برای گفتن دارد:

... گورستان‌هایمان را در جوار کلیساها و مکان‌های شهری پررفت‌وآمد می‌سازیم تا (به‌گفته‌ی لوکورگوس[1]) مردمان معمولی، زنان و کودکان را عادت دهیم با دیدن یک مُرده سراسیمه نشوند و دیگر اینکه لازم است مشاهده‌ی مدام استخوان‌ها، گورها و تشییع‌کنندگان جنازه، ما را به‌یاد وضعیتمان بیندازد.... زمانی تصور می‌شد کشتار و خونریزی بر جذبه‌ی جشن‌ها می‌افزاید/ غذا را با منظره‌ی جنگاوران مسلح درمی‌آمیختند/ و گلادیاتورها در میان جام‌ها بر زمین می‌افتادند تا / خون فراوانشان بر همان سفره بریزد.... و مصریان در پایان جشن‌هایشان، تندیس بزرگی از مرگ به میهمانان نشان می‌دادند و مردی بانگ می‌زد: «بنوشید و شاد باشید، چرا که وقتی بمیرید، شما نیز چنین خواهید بود.»

این شد که من نیز این عادت را پدید آوردم که مرگ را همواره حاضر بدانم، نه فقط در تصوراتم، بلکه در دهانم. و در هیچ‌چیز به‌اندازه‌ی مرگ انسان‌ها مشتاقانه کندوکاو نکرده‌ام: چه حرف‌ها، نگاه‌ها و رفتاری در آن لحظه دارند؛ به هیچ موضوع تاریخی دیگری با این دقت نپرداخته‌ام. این مطلب را از فراوانی مثال‌های روشنی که در این زمینه دارم، می‌توان دریافت؛ حقیقتاً علاقه‌ی خاصی به این موضوع دارم. اگر ناشر بودم، فهرستی از انواع مرگ را با توضیحات گِرد می‌آوردم. آنکه مُردن را به انسان‌ها بیاموزد، زیستن را به آنان آموخته است.(۱۷)

برخی درمانگران که از ال‌اس‌دی[2] در روان‌درمانی استفاده کرده‌اند، حدس می‌زنند سازوکار مهم عملکرد ال‌اس‌دی این است که بیمار را به شکلی دراماتیک با مرگ

---

1. Lycurgus

۲. LSD از دسته مواد توهم‌زا که تا اوسط دهه‌ی ۱۹۶۰ به‌عنوان مدل احتمالی اسکیزوفرنیا یا عامل درمانی برخی اختلالات مورد استفاده‌ی روانپزشکان قرار می‌گرفت ولی در سال ۱۹۶۶ استفاده از آن غیرمجاز اعلام شد.ـم.

خویش روبه‌رو می‌کند.(۱۸) بعضی درمانگران هم تأثیر شوک‌درمانی (اعم از شوک الکتریکی، انسولینی و یا مترازولی) را ناشی از اثر آن بر تجربه‌ی مرگ‌نوزایی می‌دانند.(۱۹)

برخی رهبران گروه‌های رویاروی از اعضا می‌خواهند سنگ‌نوشته‌ی روی گور یا آگهی فوت خود را بنویسند و به‌این‌ترتیب نوعی «شوک‌درمانی اگزیستانسیال» را به‌کار می‌گیرند. آزمایشگاه‌های «سرنوشت»[1] که برای مدیران حرفه‌ای به‌ستوه‌آمده برپا می‌شود، معمولاً با این تمرین ساختاریافته آغاز می‌شود:

> بر یک صفحه‌ی سفید خط مستقیمی رسم کنید. ابتدای این خط تولدتان را مجسم می‌کند و پایانش مرگتان را. خط متقاطعی بر آن رسم کنید تا نشان دهد اکنون در کجا هستید. پنج دقیقه بر آن مراقبه کنید.

این تمرین کوتاه و ساده تقریباً همیشه واکنش‌های نیرومند و عمیقی برمی‌انگیزد.

«فراخوان» تمرین دیگری‌ست[2] که برای افزایش مرگ‌آگاهی در گروه‌های بزرگ مورد استفاده قرار می‌گیرد. اعضا به گروه‌های سه‌نفره تقسیم می‌شوند و به گفت‌وگو می‌پردازند. نام هر فرد را بر تکه‌کاغذی نوشته و در کاسه‌ای می‌اندازند. بعد کاغذها تصادفی انتخاب می‌شوند و فرد با صدای بلند احضار می‌شود. فردی که نامش خوانده شده، دیگر حرف نمی‌زند و به دیگران پشت می‌کند. بسیاری از شرکت‌کنندگان می‌گویند در نتیجه‌ی این تمرین، نسبت به بوالهوسی و آسیب‌پذیری هستی آگاهی بیشتری یافته‌اند.

برخی درمانگران و رهبران گروه‌های رویاروی از شیوه‌ی خیال‌پردازی هدایت‌شده برای افزایش مرگ‌آگاهی استفاده می‌کنند. از افراد خواسته می‌شود مرگ خویش را مجسم کنند ــ «کجا اتفاق خواهد افتاد؟» «کی؟» «چطور؟» «تصورات‌تان را با جزئیات توصیف کنید.» «خاک‌سپاری خود را مجسم کنید.» یک استاد فلسفه از تمریناتی گفته است که برای افزایش مرگ‌آگاهی در کلاس

---

1. "Destination" labs

۲. calling out، این تمرین را جیمز بوگنتال پدید آورده است.

به‌کار می‌بَرَد. مثلاً از دانشجویان می‌خواهد آگهی فوت خود را (آگهی «واقعی» و آگهی «آرمانی»شان را) بنویسند، پاسخ‌های هیجانی خود را نسبت به داستان تراژیک مرگ یک کودک یتیم شش‌ساله یادداشت کنند و یا نمایشنامه‌ای از مرگ خود بنویسند.(۲۰)

تجربه‌ی گروهی «چرخه‌ی زندگی» که توسط الیوت آرونسون و آن دریفوس[1] در برنامه‌ی تابستانی لابراتوار آموزش ملی در بِتِلِ مِین ارائه شد، به شرکت‌کنندگان کمک کرد بر مسائل عمده‌ی موجود در هریک از مراحل زندگی تمرکز کنند. در زمانی که به سالخوردگی و مرگ اختصاص داده شد، این افراد چندین روز را مانند افراد مسن زندگی کردند. از آن‌ها خواسته شد مثل سالخوردگان راه بروند، لباس بپوشند، به موهایشان پودر بزنند تا سفید جلوه کند و بکوشند نقش افراد مسنی را که خوب می‌شناسند، بازی کنند. از گورستانی محلی بازدید کردند. به‌تنهایی در جنگل قدم زدند، تصور کردند به‌حال مرگ افتاده‌اند، مُرده‌اند و دوستانشان جسد آن‌ها را می‌یابند و دفن می‌کنند.(۲۱)

بعضی کارگاه‌های مرگ‌آگاهی گزارش کرده‌اند تمرینات ساختاریافته‌ای را به‌کار می‌گیرند که به‌منظور رودررو کردن فرد با مرگ خویش طراحی شده‌اند.(۲۲) برای مثال و. م. ولان[2] کارگاهی هشت‌ساعته با گروهی هشت‌نفره و برنامه‌ی زیر را توصیف می‌کند: ۱. اعضا یک پرسشنامه‌ی ارزیابی‌کننده‌ی اضطراب مرگ را تکمیل می‌کنند و در مورد عناوین برانگیزاننده‌ی اضطراب به بحث می‌نشینند. ۲. اعضا در آرَمش عمیق عضلانی، با جزئیات تمام و با آگاهی نسبت به حواس پنج‌گانه، مرگ خود را مجسم می‌کنند. ۳. از اعضا خواسته می‌شود فهرستی از ارزش‌های خویش تهیه کنند، بعد تصور کنند پناهگاهی که افراد را از خطر بمب اتمی در امان می‌دارد، ظرفیت محدودی برای پذیرش دارد: هر عضو بر اساس سلسله‌مراتب ارزشی‌ای که برای خود قائل است باید دلیل بیاورد که چرا باید نجات یابد (به‌زعم نویسندگان، این تمرین برای بازسازی مرحله‌ی چانه‌زنی کوبلرراس طراحی شده است!). ٤. باز در وضعیت آرَمش عضلانی از اعضا خواسته می‌شود، بیماری‌ای را تصور کنند که

---

1. Elliot Aronson and Ann Dreyfus
2. W. M. Whelan

به مرگشان می‌انجامد، اینکه چگونه دیگر قادر به برقراری ارتباط با دیگران نیستند و بالاخره تشییع جنازه‌ی خود را در نظر آورند.(۲۳)

تعامل با افراد محتضر. بسیاری از این تمرینات کنجکاوی‌برانگیزند، ولی در هر حال تخیلی و ساختگی‌اند. فرد در یک دوره‌ی زمانی به‌سوی چنین تمرینی کشیده می‌شود، ولی انکار فوراً به‌میان می‌آید و فرد به‌یاد می‌آورَد که هنوز وجود دارد و فقط در حال مشاهده‌ی چنین تجربیاتی‌ست. دقیقاً به‌دلیل سرسختی و حضورِ همه‌جایی انکارِ تسکین‌دهنده‌ی وحشت بود که سال‌ها پیش درمان مبتلایان به بیماری‌های کشنده را آغاز کردم، افرادی که مدام در میانه‌ی تجربه‌ای سمج و اضطراری‌اند و نمی‌توانند آنچه را بر سرشان می‌آید انکار کنند. امیدم این بود که نه‌تنها برای این بیماران مفید واقع شوم، بلکه بتوانم آنچه را می‌آموزم در درمان بیمارانی که از لحاظ جسمانی سالِمند نیز به‌کار بندم. (بیان بخش انتهایی جمله دشوار است زیرا این رویکرد بر این اصل استوار شده که مُردن از همان بدو تولد، بخشی از زندگی‌ست. در نتیجه شاید بهتر است از عبارت «روان‌درمانی روزمره» یا درست‌تر از آن، «روان‌درمانی افرادی که در معرض مرگ قریب‌الوقوع نیستند» استفاده کنم.)

جلسات گروه‌درمانیِ بیماران لاعلاج اغلب به‌دلیل برانگیختن عواطف بسیار و سهیم شدن اعضا در خرد و درایت یکدیگر بسیار نیرومند و تأثیرگذارند. بسیاری از بیماران حس می‌کنند از زندگی چیزهای زیادی آموخته‌اند، ولی تلاش‌شان برای مفید بودن برای دیگران عقیم مانده است. بیماری این مطلب را این طور به بیان درآورد: «احساس می‌کنم مطالب زیادی برای تعلیم دارم، ولی شاگردانم به‌من گوش نخواهند داد.» من در جست‌وجوی شیوه‌هایی بوده‌ام که بیماران تحت روان‌درمانی روزمره‌ام را در معرض درایت و قدرت بیماران محتضر قرار دهم و در اینجا چند تجربه‌ی محدود را با دو رویکرد متفاوت توصیف می‌کنم: ۱. دعوت از بیماران تحت روان‌درمانی روزمره برای مشاهده‌ی جلسات گروه‌درمانی بیماران لاعلاج و ۲. معرفی یک بیمار مبتلا به سرطان لاعلاج در جلسه‌ی گروه روان‌درمانی روزمره.

مشاهده‌ی گروه بیماران لاعلاج توسط بیماران تحت روان‌درمانی روزمره. یکی از بیمارانی که به‌مشاهده‌ی جلسه‌ی گروه بیماران سرطانی نشست، کارن بود که در فصل ٤ توصیفش کردم. تعارض پویه‌شناختی اصلی در کارن عبارت بود

از جست‌وجوی فراگیر فرد غالب ــ نجات‌دهنده‌ای غایی ــ که شکل آزارطلبی روانی و جنسی به‌خود گرفته بود. کارن خود را محدود می‌کرد یا اگر لازم بود درد و ناراحتی را به‌خود تحمیل می‌کرد تا توجه و پشتیبانی چهره‌ای «برتر» را از آنِ خود کند. جلسه‌ای که به مشاهده‌اش نشست، به‌غایت نیرومند بود. بیماری به‌نام اِوا به‌گروه اعلام کرد تازه متوجه شده سرطانش عود کرده است. گفت آن روز صبح کاری را انجام داده که مدت‌های طولانی به‌تعویق انداخته بوده است: نامه‌ای به فرزندانش نوشته و دستورات لازم را برای تقسیم متعلقاتی که بیشتر جنبه‌ی عاطفی داشتند تا مالی، به آنان داده است. با گذاشتن نامه در گاوصندوقش متوجه شده که پیش از آن هرگز به این نتیجه نرسیده بوده که حقیقتاً قرار است دیگر وجود نداشته باشد. همان‌طور که در فصل ٤ توضیح دادم، دریافت وقتی فرزندانش آن نامه را می‌خوانند، او نیست که نگاهشان کند یا جوابشان را بدهد. گفت کاش در همان بیست‌وچندسالگی چنین گروه‌درمانی‌ای را گذرانده بود و تا حالا صبر نمی‌کرد. یک‌بار یکی از معلم‌هایش از دنیا رفته بود (اِوا مدیر مدرسه بود)؛ دریافت چه کار درستی کرده که به‌جای پنهان کردن مرگ از دانش‌آموزان، مراسم یادبودی برپا کرده و با کودکان به‌روشنی از مرگ ــ مرگ گیاهان، حیوانات، جانوران دست‌آموز خانگی و آدم‌ها ــ سخن گفته بود. دیگر اعضای گروه هم لحظاتی را که هریک به درک کامل مرگ نائل شده بودند با دیگران در میان گذاشتند و بعضی از رشد حاصل از این درک گفتند.

وقتی یکی از اعضا از همسایه‌ای گفت که کاملاً سالم بوده و ناگهان در خواب از دنیا رفته، بحث جالبی در گرفت. او می‌گفت: «این بهترین شکل مُردن است.» دیگری با او مخالفت کرد و در چند لحظه دلایل قانع‌کننده‌ای ارائه داد که ثابت می‌کرد چنین مرگی بداقبالی بزرگی‌ست: زن ازدنیارفته فرصتی نداشته کاروبارش را سروسامان دهد، کارهای نیمه‌تمامش را کامل کند، همسر و فرزندانش را برای مرگ خودش آماده کند و آن طور که بعضی از اعضای گروه یاد گرفته بودند، پایان زندگی‌اش را گرامی بدارد و برای آن ارزش قائل شود. عضوی که این بحث را مطرح کرده بود با شوخی گفت: «با همه‌ی این‌ها، من دوست دارم این طوری بمیرم. همیشه عاشق غافلگیر شدن بوده‌ام!»

واکنش کارن به جلسه‌ای که مشاهده کرده بود، بسیار شدید بود. درست بعد از آن بود که به بصیرت‌های عمیقی درباره‌ی خود که در فصل ٤ توضیح دادم، دست یافت. برای مثال متوجه شد به‌خاطر ترس از مرگ، بیشتر زندگی‌اش را قربانی کرده بود. آن‌قدر از مرگ می‌هراسید که همه‌ی زندگی‌اش را در جهت یافتن نجات‌دهنده‌ای غایی سازمان داده بود؛ به همین دلیل در کودکی تظاهر به بیماری می‌کرد و در بزرگسالی هم بیمار باقی مانده بود تا از درمانگرش دور نشود. هنگام مشاهده‌ی گروه، با وحشت دریافت دلش می‌خواست سرطان داشته باشد تا عضو آن گروه شود و کنار من بنشیند، شاید حتی دستم را در دست بگیرد (جلسه‌ی گروه در حالی که اعضا دست‌دردست هم به مراقبه نشستند، به‌پایان رسید). وقتی به این موضوع بدیهی اشاره کردم که هیچ رابطه‌ای ابدی نیست و من هم خواهم مُرد همان گونه که او می‌میرد، گفت احساس کرده اگر در میان بازوان من بمیرد، هرگز تنها نخواهد بود. برانگیخته شدن این احساسات و کار بر روی آن‌ها، کارن را وارد مرحله‌ی جدیدی از درمان، خصوصاً اندیشیدن به خاتمه‌ی آن ــ موضوعی که پیش از آن هرگز نخواسته بود پیش بکشد ــ کرد.

یکی دیگر از بیماران تحت روان‌درمانی روزمره که به‌مشاهده‌ی گروه نشست، سوزان بود، همسر دانشمندی پرآوازه که در پنجاه‌سالگی سوزان، درخواست طلاق داده بود. سوزان در طول زندگی مشترکش، به همسرش خدمت کرده بود و با دستاوردهای او شاد می‌شد و به آرامش می‌رسید، به‌عبارت دیگر باواسطه زندگی کرده بود. این نوع زندگی ــ که این روزها در میان همسران مردان موفق کم نیست ــ پیامدهای فاجعه‌بار اجتناب‌ناپذیری برایش داشت: اول اینکه، زندگی خودش را نزیسته بود؛ در کوشش برای ساختن پشتوانه با فرد غالب زندگی‌اش، از خود چیزی باقی نگذاشته و آرزوها، حقوق و لذت‌هایش را به‌فراموشی سپرده بود. دوم اینکه، به‌دلیل قربانی کردن جدوجهدها، علائق، آرزوها و خودانگیختگی‌اش، به همسری نه‌چندان جالب بدل شده بود و به‌وضوح در خطر طلاق قرار گرفته بود.

در درمان ما، سوزان از افسردگی عمیقی عبور کرد و کم‌کم توانست احساسات پیشینش را دوباره کشف کند، نه احساساتی که واکنشی و وابسته به دیگری بود و همیشه خود را در آن‌ها محدود می‌کرد. خشمش را احساس کرد: خشمی عمیق، غنی

و برجوش‌وخروش؛ اندوهش را حس کرد: نه اندوه از دست دادن همسر، بلکه اندوه از دست دادن خویش در همه‌ی این سال‌ها؛ از تمامی محدودیت‌هایی که به آن‌ها تن داده بود. عصبانی بود. (مثلاً برای آنکه شرایط کاری همسرش در خانه از هر جهت مناسب باشد، وقتی همسر در خانه بود، اجازه نداشت تلویزیون ببیند، با تلفن صحبت کند یا به باغچه برسد زیرا اتاق مطالعه‌ی همسر رو به باغچه بود و حضور سوزان حواسش را پرت می‌کرد.) او این خطر را که پشیمانی و افسوس برای زندگی تلف‌شده بر وجودش غلبه کند، به‌جان خرید؛ هدف از درمان قادر ساختن او به احیای باقیمانده‌ی زندگی‌اش بود. پس از دو ماه درمان، به مشاهده‌ی جلسه‌ی برانگیزاننده‌ی گروه بیماران سرطانی نشست، از این تجربه به‌شدت تحت تأثیر قرار گرفت و بلافاصله به کارِ درمانیِ سازنده و پرثمری روی آورد که در نهایت به او اجازه داد متوجه شود گاه طلاق به‌جای آنکه سرود عزا باشد، مایه‌ی رهایی و رستگاری‌ست. پس از درمان به شهر دیگری نقل‌مکان کرد و چند ماه بعد در نامه‌ای که حاوی گزارش وضعیتش بود، نوشت:

اول از همه، فکر می‌کنم آن زنان مبتلا به سرطان نیازی به یادآوری اجتناب‌ناپذیری مرگ نداشتند؛ آگاهی از مرگ کمکشان کرده بود اشیا و وقایع را با ابعاد و تناسبات درست ببینند و درک روزمره‌ای را که از زمان داشتند، اصلاح کنند. زندگیِ پیشِ روی من شاید بسیار کوتاه باشد. زندگی باارزش است، تلفش نکنید! هرروز را به آن ترتیبی بگذرانید که برایش ارزش قائلید! در آنچه ارزش نامیده‌اید تجدیدنظر کنید! اولویت‌هایتان را دوباره بسنجید! طفره نروید! پشت گوش نیندازید! همین امروز این کار را بکنید!

من یکی از آن‌هایی هستم که زمان را تلف کرده‌ام. در گذشته هرچندوقت یک‌بار حس می‌کردم فقط تماشاگر یا هنرپیشه‌ی جانشینی هستم که نمایش زندگی را از کنار صحنه به‌تماشا نشسته‌ام، ولی همیشه امیدوار بودم و باور داشتم که روزی خود بر صحنه قدم خواهم گذاشت. قطعاً بخش‌هایی از زندگی را هم با شور و احساس گذرانده‌ام، ولی بیشتر آن، «تمرین» به‌نظر می‌آمد تا زندگی «واقعی»‌ای که در پیش رو داریم. اما اگر مرگ قبل از آغاز زندگی «واقعی» سر برسد، چه؟ مصیبت بزرگی‌ست اگر زمانی متوجه شویم اصلاً زندگی نکرده‌ایم که دیگر خیلی دیر شده است.

معرفی یک بیمار مواجه با مرگ به گروه روان‌درمانی روزمره. جان فاولز[1] رمان‌نویس در جایی نوشته است: «مرگ به سخنرانی می‌ماند که سخنانش را نمی‌شنوید مگر زمانی که در ردیف اول نشسته باشید.»(۲٤) چند وقت پیش هفت تن از اعضای یک گروه روان‌درمانی روزمره را در ردیف اول نشاندم و بیماری مبتلا به سرطانی لاعلاج به‌نام چارلز را به آنان معرفی کردم.

یافته‌های فراوانی از این آزمون در دست است. از هر جلسه گزارش مشروحی که به مرور محتوا و فرایند جلسه می‌پرداخت، تهیه و برای همه‌ی اعضا پست می‌کردم (این شیوه‌ای‌ست که سال‌ها در گروه‌درمانی به‌کار بُرده‌ام).(۲۵) در کنار این گزارش‌های فشرده، یادداشت‌های شخصی‌ای هم درباره‌ی گروه داشتم. به‌علاوه، از آنجا که دو دستیار روانپزشکی هم در اتاق آینه به‌مشاهده‌ی هر جلسه می‌نشستند و بعد از پایان جلسه، در مورد آن گفت‌وگو می‌کردند، این گروه از جهات مختلف مورد بررسی قرار گرفت. از میان این همه مشاهده و گزارش، برجسته‌ترین مطالب را که مربوط به دوازده ماه اول بعد از ورود چارلز به گروه است، برگزیده‌ام.

این گروه، یک گروه روان‌درمانی سرپایی بود و هر هفته جلسه‌ای یک‌ساعت‌ونیمه داشت. گروه باز بود، به این معنا که هرگاه اعضا بهبود یافته و دوره را به‌پایان می‌رساندند، عضو جدیدی جایگزین می‌شد. هنگام ورود چارلز، دو نفر از اعضا دو سال بود که در گروه شرکت می‌کردند و چهار نفر دیگر، دوره‌های زمانی سه تا هجده ماهه را با گروه گذرانده بودند. طیف سنی گروه بین بیست‌وهفت و پنجاه سال بود. ناهنجاری‌های روانی اعضا، روان‌نژندانه یا شخصیتی بود و دو تن از اعضا خصوصیات مرزی[2] داشتند.

چارلز یک دندانپزشک سی‌وهشت‌ساله بود که از همسرش طلاق گرفته بود و سه ماه پیش از مراجعه به من، متوجه شده بود به سرطانی دچار است که هیچ‌گونه درمان طبی یا جراحی ندارد. در نخستین جلسه‌ی مصاحبه، تأکید کرد برای کنار آمدن با سرطانش، هیچ کمکی نمی‌خواهد. روزهای زیادی را در آزمایشگاه‌های طبی گذرانده بود و با پیشرفت، درمان و پیش‌آگهی سرطانش به‌خوبی آشنا بود. نموداری در دست

1. John Fowles
2. borderline traits

داشت که پیشرفت بالینی بیماری‌اش را در آن پیش‌بینی کرده و به این نتیجه رسیده بود که حدوداً یک‌ونیم تا سه‌سال زندگی خوب و مفید پیشِ رو دارد و پس از آن در عرض یک سال، افت شدیدی خواهد کرد. یادم هست در طول همان مصاحبه‌ی اول، دو احساس قوی داشتم. اول اینکه بی‌احساسی آشکارش مبهوتم کرده بود: بی‌اعتنا به‌نظر می‌رسید، انگار درباره‌ی غریبه‌ای سخن می‌گوید که بخت با او یار نبوده و به بیماری نادری مبتلا شده است. دوم اینکه، گرچه از این جداافتادگی از احساسات یکه خوردم، متوجه این واقعیت شدم که جداافتادگی، به‌طرز فوق‌العاده‌ای خوب عمل کرده است. تأکید داشت برای کنار آمدن با ترس از مرگ، کمک لازم ندارد ولی آرزو داشت کمکش کنند تا از باقیمانده‌ی زندگی‌اش بیشترین استفاده را ببرد. سرطان باعث شده بود ارزش و اهمیت همه‌ی لذاتی را که در زندگی تجربه کرده بود، دوباره تخمین بزند و متوجه شود به‌جز رضایتی که از شغلش دارد، کمتر چیزی خوشنودی‌اش را فراهم کرده است. خصوصاً دلش می‌خواست کیفیت روابطش را با دیگران بهبود بخشد. خود را دور از دیگران احساس می‌کرد و فقدان لذتی را که دیگران از صمیمیت می‌بردند، احساس می‌کرد. رابطه‌اش با زنی که سه‌سال در کنارش زندگی کرده بود، به‌شدت صدمه دیده بود و دلش می‌خواست بتواند فوراً عشق سربسته‌ای را که میانشان وجود داشت و هرگز از پیله خارج نشده بود، ابراز و دریافت کند.

مدت‌ها به‌دنبال بیمار سرطانی‌ای بودم که بتوانم به گروه‌درمانی عمومی معرفی‌اش کنم و چارلز نامزد مناسبی برای این کار بود. او درست همان کمکی را می‌خواست که گروه فراهم می‌کرد؛ به‌علاوه، حدس می‌زدم کمک بزرگی برای دیگر اعضای گروه باشد. روشن بود که چارلز عادت نداشت کمک بخواهد: درخواستش عجیب و غریب، ولی در عین حال مبرم و صادقانه بود و نمی‌شد به آن جواب رد داد.

درمان هفت نفر که شبکه‌ی درمان گروهی به‌هم پیوندشان داده، کار بسیار پیچیده‌ای‌ست؛ در طول آن دوازده ماه، سلسله‌ی درهم‌بافته و حیرت‌انگیزی از مسائل بین‌فردی و درون‌فردی مطرح شد، بر آن‌ها کار شد و گاه حل شد و به‌انجام رسید. البته نمی‌توانم همه‌ی وقایع را شرح دهم، پس مرکز توجهم را بر چارلز و تأثیری که او و دیگران بر یکدیگر داشتند، قرار می‌دهم.

می‌خواهم از خودم سبقت بگیرم و قبل از هرچیز بگویم که حضور یک بیمار مواجه با مرگ، به‌هیچ‌وجه موجب افت گروه نشد: جو حاکم بر گروه را بیمارگونه نکرد، به حال‌وهوای احساسی آن ته‌رنگ سیاه نزد و چشم‌انداز گروه را به پذیرش تقدیر محدود نساخت. چارلز از کار در گروه سود فراوان برد و موقعیتش، مرتبه‌ی مباحثه‌ی هریک از اعضای گروه را به‌شیوه‌های گوناگون، عمق بخشید. گروه تک‌بُعدی نشد و به جنبه‌های متنوعی از مسائل موجود در زندگی پرداخت. در واقع، گاهی هم می‌شد که انکار دسته‌جمعی به‌جریان بیفتد و انگار سرطان چارلز برای هفته‌ها کاملاً فراموش می‌شد.

خودافشاگری در روان‌درمانی ضروری‌ست و ضرورتش در گروه‌درمانی کمتر از درمان فردی نیست. ضمناً مهم است اعضا، گروه را مکانی برای اعتراف‌گیری اجباری ندانند. به‌همین دلیل در جلسه‌ی معارفه‌ای که پیش از ورود چارلز به گروه با او داشتم، به‌دقت متوجهش کردم که برای کمک گرفتن از گروه، باید در مورد وضعیت جسمانی و نگرانی‌های روانشناختی‌اش کاملاً صادق باشد، ولی آهنگ پیشرفت را در مورد دادن اطلاعات به‌گروه، خودش تعیین می‌کند (چیزی که به همه‌ی اعضای تازه‌وارد می‌گویم). در نتیجه، چارلز ده هفته در گروه شرکت کرد، بی‌آنکه گروه را از سرطانش مطلع کند. در نگاه به گذشته، تصمیمش را مبنی بر امتناع از بیان این مطلب عاقلانه می‌بینم. زیرا باعث شد گروه هرگز چارلز را یک «بیمار سرطانی» نبیند، بلکه او را فردی بداند که به سرطان مبتلا بوده است.

یکی از اصول اساسی در گروه‌درمانی تعاملی این است که گروه برای هریک از اعضا، به نمونه‌ی کوچکی از اجتماع بدل می‌شود. هرکس، دیر یا زود، به‌همان شکلی با دیگر اعضا ارتباط برقرار می‌کند که با افراد خارج از گروه در جامعه رابطه دارد؛ در نتیجه، هرکس خود جایگاه مناسب خویش را بر اساس ویژگی‌های شخصیتی بین‌فردی‌اش، تعیین می‌کند. این اتفاق به‌سرعت برای چارلز هم افتاد. در نخستین جلساتش، دیگر اعضای گروه متوجه شدند یا علاقه‌ای به بیشتر سخنان آن‌ها ندارد و یا اهل انتقاد و قضاوت است. کم‌کم دریافتند موجودی منزوی‌ست، در صمیمی شدن با دیگران مشکل دارد، نمی‌تواند احساساتش را تجربه یا ابراز کند و فردی خودنکوهشگر است.

خصوصاً نسبت به زنان حاضر در گروه، بسیار ناشکیبا و پرافاده بود. یکی را «موی دماغ» و «سبک‌مغز» و در بعضی موارد «مهمل» می‌دانست که نظرش اصلاً اهمیتی نداشت. با یکی دیگر از زنان گروه بسیار ناشکیبا بود چون معتقد بود افکارش سیر منطقی ندارد و معمولاً نظرات شهودی او را با این عنوان که «دخالت بی‌جا» یا «سروصدای اضافی» است، رد می‌کرد. یک‌بار که سه مرد دیگر عضو گروه غایب بودند، کاملاً ساکت ماند زیرا به‌نظرش نمی‌ارزید در گروهی که همه زنند، شرکت کند. لازم بود مشکلی را که در رویکرد و نگرش به اعضای مؤنث گروه داشت، بشناسد، درک کند و در جهت رفع آن بکوشد تا به بعضی تعارض‌های اساسی میان خود و زن زندگی‌اش پی ببرد.

اگرچه تعارض‌های بین‌فردی چارلز بارز و برجسته بود و او را به‌همان وادی‌ای هدایت کرد که به‌خاطرش جویای درمان شده بود، گیجی و سردرگمی زیادی در گروه حکمفرما بود. پس از چند جلسه‌ی نخست، اعضا هرچندیک‌بار می‌گفتند چارلز را درست نمی‌شناسند، انگار خودش را از آنان مخفی می‌کند، رفتاری تصنعی دارد و با آن‌ها نمی‌جوشد. (یکی دیگر از اصول اساسی گروه‌درمانی این است که وقتی یک نفر راز بزرگی را از دیگران پنهان می‌کند، از هر جهت در قیدوبند قرار می‌گیرد: نه‌تنها از بیان راز اصلی سر باز می‌زند، بلکه در قدم نهادن به هر راهی که به‌نوعی ممکن است به آن راز ختم شود هم محتاط می‌شود.) بالاخره در جلسه‌ی دهم، اعضا و درمانگران چارلز را تشویق کردند بیشتر از خودش بگوید و او همان گونه از سرطانش سخن گفت که در جلسات فردی پیش از شرکت در گروه گفته بود: بی‌اعتنا، بی‌احساس، متکی بر واقعیات و همراه با جزئیات علمی فراوان.

هریک از اعضای گروه، واکنش خاص خود را به افشاگری چارلز نشان داد. بعضی از شهامتش و الگویی که برای آنان پدید آورده بود، گفتند. یکی از اعضای مرد گروه به‌خصوص تحت‌تأثیر شیوه‌ی صحبت چارلز از هدفش قرار گرفت: همان هدف استفاده‌ی حداکثر از باقیمانده‌ی زندگی‌اش. این بیمار که دِیو نام داشت، متوجه شده بود خودش چقدر زندگی را به بعد موکول کرده و چقدر کم طعم زندگی کنونی‌اش را چشیده است.

دو بیمار واکنش شدید و نامتناسبی نشان دادند. یکی لنا بود (در فصل ۱ به‌اختصار توصیفش کردم) که والدینش را در کودکی از دست داده بود و پس از آن، وحشت از مرگ رهایش نکرده بود. در جست‌وجوی حمایت و نجات‌دهنده‌ای غایی بود و همچنان منفعل، وابسته و کودک‌وار مانده بود. لنا، همان‌طور که پیش‌بینی می‌شد، با این فرض که چارلز به‌همان سرطانی مبتلاست که موجب مرگ مادرش شده بود، وحشت‌زده شد و واکنشی غضبناک و تقریباً عجیب‌وغریب از خود نشان داد و بعد تغییرات ناتوان‌کننده‌ی جسمانی‌ای را که در مادر اتفاق افتاده بود، به‌شیوه‌ای کاملاً نامتناسب و با جزئیاتی زننده برای گروه تشریح کرد. بیمار دیگر، زنی چهل‌ساله به‌نام سیلویا و مبتلا به اضطراب شدید مرگ بود که انفعال چارلز در مواجهه با بیماری‌اش، بلافاصله خشم او را شعله‌ور کرد. چارلز را سرزنش کرد که چرا در مورد منابع کمکی دیگر تحقیق نکرده: شفادهندگانی که با دعا درمان می‌کنند، لتریل (دارویی که از مغز بادام و زردآلو و غیره می‌گیرند و ادعا می‌کنند در درمان سرطان مؤثر است)، جراحان فیلیپینی روح، مگاویتامین‌ها و غیره. وقتی یکی دیگر از اعضای گروه خواست به داد چارلز برسد، بحث داغی درگرفت. سیلویا چنان از سرطان چارلز ترسیده بود که کوشید جنگی به‌پا کند با این امید که به‌کمک آن، دلیل کافی برای ترک گروه را به‌دست آورَد. پاسخ سیلویا به چارلز در طی یک سال، همچنان پرجنجال ماند. برخوردهای مداومش با او، اضطراب فراوانی برمی‌انگیخت که به فروپاشی زودگذر دفاع‌های روانی و در نهایت، به بهبودش منجر شد. از آنجا که سیر بالینی سیلویا، بعضی از اصول مهم مدیریت و درمان اضطراب مرگ را به‌روشنی توضیح می‌دهد، بعداً درمان او را در همین فصل به‌تفصیل توصیف خواهم کرد.

در طی چهار هفته بعد، چند واقعه‌ی مهم در گروه روی داد. یکی از اعضا که پرستار بخش اطفال بود، برای نخستین بار به‌توصیف رابطه‌ی نزدیکی پرداخت که با یکی از بیمارانش داشت: کودکی ده ساله که چند ماه پیش از دنیا رفته بود. او به‌طرز آزاردهنده‌ای از این واقعیت آگاه بود که آن کودک در طول همان ده سال زندگی، کامل‌تر از او زیسته بود. مرگ کودک هماهنگ با بیماری لاعلاج چارلز، او را به کوشش در جهت شکستن قیدوبندهای خودساخته‌اش سوق داد و بر ژرفای زندگی‌اش افزود.

بیمار دیگری به‌نام دان، ماه‌ها درگیر ستیزی انتقالی[1] با من بود. با اینکه از ته دل خواهان دریافت راهنمایی و مشاوره‌ام بود، با شیوه‌هایی مخرب به مقابله با من برمی‌خاست. مثلاً به‌شکلی سازمان‌یافته و به مناسبت‌های مختلف، ملاقات‌هایی با هریک از اعضای گروه ترتیب می‌داد که جنبه‌ی تعامل اجتماعی داشت. بارها درباره‌ی این واقعیت بحث کرده بودیم که این عمل، نوعی کارشکنی در درمانِ گروه به‌شمار می‌رود، ولی دان حس می‌کرد باید در گروه همدستانی علیه من داشته باشد. پس از آنکه چارلز سرطانش را برای گروه آشکار کرد، رفتار دان با من کاملاً عوض شد و تضاد و تنش میانمان به‌وضوح کاهش یافت. به‌من گوشزد می‌کرد که از زمان ورود چارلز به‌گروه خیلی فرق کرده‌ام. می‌گفت نمی‌داند این تغییر را چطور توصیف کند ولی بعد ناگهان از دهانش پرید: «حالا دیگر می‌دانم شما هم فناناپذیر نیستید.» توانست رؤیاهایی را که درباره‌ی نجات‌دهنده‌ی غایی در سر می‌پروراند، به‌تفصیل به‌بحث بگذارد: این اعتقاد را که من خطاناپذیر بودم. می‌توانستم با قطعیت تمام برای آینده‌اش برنامه‌ریزی کنم. توانست خشمی را که نسبت به‌من حس می‌کرد، ابراز کند: عصبانی بود چون آنچه را او می‌خواست، داشتم، ولی حاضر نبودم در اختیارش قرار دهم. حضور چارلز به دان یادآوری کرد من هم مانند او ناچارم با مرگ مواجه شوم، همه‌ی ما از این نظر متحد و برابریم، همان‌طور که امرسون در جایی گفته: «آرامش‌مان را حفظ کنیم زیرا صدها سال بعد همه‌چیز یکسان خواهد شد.» ناگهان جنگی که با من به‌راه انداخته بود، ابلهانه و پیش‌پاافتاده به‌نظرش آمد و خیلی زود، من و او، به‌جای آنکه مقابل هم بجنگیم، متحد و همدست شدیم.

رابطه‌ی لنا با چارلز فوق‌العاده پیچیده بود. ابتدا با این پیش‌بینی که چارلز ترکش می‌کند، خود را سرشار از خشم یافت، این همان کاری بود که پدر و مادرش با او کرده بودند. برای اولین بار وقایع مربوط به مرگ مادرش را (که در پنج‌سالگی لنا اتفاق افتاده بود) به‌یاد آورد و این تجربه را مکرراً در ذهنش زنده کرد. مادرش پیش از مرگ خیلی نحیف و لاغر شده بود؛ در طی چند ماه اول پس از افشاگری چارلز در گروه، لنا به بی‌اشتهایی عصبی دچار شد و کاهش وزن نگران‌کننده‌ای پیدا کرد.

---

1. transference struggle

پویه‌شناسی لنا آشکارتر شد: از مرگ نزدیکانش چنان از پا افتاده بود که حیات معلق را انتخاب کرده بود. دستور کارش این بود: «اگر دوستی نداشته باشی، کسی را از دست نمی‌دهی.» دو پدربزرگ و دو مادربزرگ پیر داشت و هر روز را با انتظار شنیدن خبر درگذشت یکی از آنان سپری می‌کرد. این وحشت آن‌قدر شدید بود که خود را از لذت خبر داشتن از آن‌ها و نزدیک شدن به ایشان محروم می‌کرد. یک‌بار در گروه گفت: «امیدوارم همه‌شان زودتر بمیرند تا من خلاص شوم.» کم‌کم قانونش را زیر پا گذاشت و به‌خود اجازه داد به‌شیوه‌ای دل‌انگیز به چارلز نزدیک شود. با سرزندگی شروع به لمس چارلز کرد، مثلاً در ابتدای جلسه کمکش می‌کرد کُتش را درآورَد. تا آخر، چارلز مهم‌ترین عضو گروه برای لنا بود؛ و با پذیرش این واقعیت که لذت عمیق حاصل از صمیمیت با او، ارزش تحمل درد جدایی نهایی را دارد، به‌تدریج توانست روابط مهم دیگری را نیز در زندگی‌اش آغاز کند. در نهایت، از تجربه‌ی گروه با چارلز بهره‌ی فراوانی بُرد. طی زمانی که هر دو در گروه بودند، وزن ازدست‌داده‌اش را دوباره به‌دست آورد، میل به خودکشی‌اش از بین رفت، افسردگی‌اش کاهش یافت، و پس از سه‌سال بیکاری، شغلی رضایت‌بخش و قابل اعتماد به‌دست آورد.

بیمار دیگری از «نشستن در ردیف اول»، به‌گونه‌ای دیگر بهره برد. او زنی بود که از همسرش طلاق گرفته بود، دو فرزند کوچک داشت و معمولاً از غیظ و بی‌تابی نسبت به آن‌ها آکنده بود. فقط وقتی یکی از آنان مریض می‌شد یا صدمه‌ای می‌دید، احساسات لطیف و مثبتش بیدار می‌شد. رابطه‌اش با چارلز، به‌وضوح، او را متوجه گذشت زمان و فناپذیری زندگی کرد. کم‌کم توانست در چاه احساسات عاشقانه و محبت‌آمیز نسبت به فرزندانش فرو رود بی‌آنکه به‌وجود بیماری، تصادف یا سایر یادآورهای مطلق میرندگی نیازی باشد.

با اینکه احساسات عمیقی در گروه به‌وجود آمده بود، هرگز عواطف به‌اندازه‌ای نبود که نتوان هضمش کرد و به کارش گرفت. و بدون شک، این مسئله ناشی از شیوه‌ی برخورد چارلز بود. او به‌ندرت عواطف عمیق از خود نشان می‌داد، حتی به‌نظر نمی‌آمد چنین عواطفی را تجربه می‌کند. این شیوه برای گروه بسیار کاربُردی بود تا جایی که اجازه‌ی

سنجش و تیتراسیون عواطف را به گروه می‌داد: هیجان آرام‌آرام و با درجاتی قابل تنظیم پدیدار می‌شد. ولی بالاخره، زمان رسیدگی مستقیم به شیوه‌ی سرکوب احساسی چارلز فرارسید. جریان یکی از جلسات چند ماه بعد از افشاگری چارلز در گروه، بسیار گویا و روشنگر است. به‌نظر می‌آمد چارلز تحت فشار است و جلسه به‌نحوی غیرمعمول با این گفته‌ی او آغاز شد که می‌خواهد چند سؤال خاص از درمانگر بپرسد. سؤالات کلی بودند و توقعش برای دریافت پاسخ‌هایی دقیق و قطعی تصنعی بود. از فنون خاصی پرسید که کمک می‌کرد بر سردی‌اش در رابطه با دیگران غلبه کند و توصیه‌ی مشخصی می‌خواست برای حل تعارض با دوست‌دخترش. چارلز این سؤالات را با قیافه‌ی یک مهندس ماهر می‌پرسید و روشن بود پاسخ‌هایی از همان دست انتظار دارد.

گروه سعی کرد سؤالات چارلز را پاسخ دهد، ولی او اصرار داشت جواب رهبر گروه را بشنود و بی‌صبرانه سایر اعضا را از سر باز می‌کرد. با این حال، آن‌ها حاضر نشدند سکوت کنند و احساس رنجش و آزردگی‌شان را از اینکه مانع صحبتشان شده، به‌زبان آوردند. یکی از اعضا با ملایمت پرسید آیا کیفیت بی‌تابانه‌ی سؤالات چارلز ناشی از این نیست که حس می‌کند زمان دارد از دست می‌رود و دلش می‌خواهد کارآمدی فرایند گروه را افزایش دهد. گروه به‌نرمی و آرام‌آرام به چارلز کمک کرد آنچه را که از چند روز پیش در اعماق وجود خویش پرورده بود، به‌زبان بیاورد. با چشمان اشک‌آلود آشکار کرد که دو واقعه به‌سختی او را تحت تأثیر قرار داده بود: فیلم طولانی‌ای را درباره‌ی مرگ کودکی سرطانی در تلویزیون دیده بود و دیگر اینکه، به‌عنوان یک دندانپزشک، در کنفرانس طولانی و «تکان‌دهنده»‌ای درباره‌ی سرطان دهان شرکت کرده بود.

گروه با این اطلاعات دوباره به رفتار غیرمعمول او در جلسه بازگشت. اصرارش به دریافت پاسخ دقیق سؤالات از درمانگر، بیان آرزویش بود برای مورد مراقبت و توجه قرار گرفتن. گفت به این دلیل غیرمستقیم مطرحش کرده که می‌ترسیده احساسات «مفرط»ش را آزادانه ابراز کند. اگر احساسات افراطی و نفس‌بُر ارزانی‌اش می‌شد، احساس دلمردگی می‌کرد.

سؤالات اولیه‌ی چارلز در آن جلسه پاسخ داده شد، ولی نه بر اساس «محتوا»یشان (یعنی نه به‌وسیله‌ی پیشنهادات خاص درمانگر)، بلکه از طریق تحلیل فرایند (یعنی

به‌وسیله‌ی تحلیل روابطش با دیگران). آموخت مشکلی که در صمیمی شدن با دیگران از جمله همسر سابق و دوست‌دختر فعلی‌اش دارد، با سرکوب احساساتش، ترس از احساسات «افراطی» دیگران، روحیه‌ی قضاوتگرش و از سر باز کردن همه‌ی آنها به امید دریافت راه حلی نظام‌مند از کارشناس مرتبط است.

چند هفته بعد رویداد مشابهی رخ داد که کارایی این رهنمودها را برای چارلز تأیید و تقویت کرد. جلسه را به‌شیوه‌ای جنگ‌طلبانه آغاز کرد. اغلب از نفقه‌ای که باید می‌پرداخت دلخور بود و به‌مقاله‌ای در روزنامه‌ی آن روز اشاره کرد که نشان می‌داد چطور زنان و وکلای طلاق، مردان درمانده و بیچاره را استثمار می‌کنند. بعد این مطالب را به زنان عضو گروه تعمیم داد و کمک‌هایشان را به‌طور کلی تحقیر کرد و خوار شمرد. وقتی گروه دوباره به جست‌وجو در وقایعی که رخ داده بود، پرداخت. چارلز از دو واقعه‌ی بسیار پراحساس در دو روز گذشته سخن گفت. تنها فرزندش اخیراً خانه را برای رفتن به کالج ترک کرده بود و آخرین روزی که باهم گذرانده بودند، از دید چارلز نومیدکننده بود. خیلی دلش می‌خواست به پسرش بگوید چقدر دوستش دارد. ولی آخرین غذایشان را در سکوت خورده بودند و چارلز به‌خاطر از دست دادن این فرصت ارزشمند، دچار یأس و سرخوردگی شده بود. از وقتی پسرش رفته بود، مشغولیت ذهنی‌اش این شده بود که: «خب، بعدش چی؟»، «انگار همه‌چیز به آخر رسیده» و حس کرده بود وارد دوره‌ی جدیدی از زندگی شده که در عین حال آخرین دوره‌ی آن است. می‌گفت از مرگ یا درد نمی‌هراسد؛ آنچه حقیقتاً می‌ترساندش، ناتوانی و درماندگی‌ست.

روشن بود که همه در ترس چارلز از ناتوانی و درماندگی شریک بودند؛ ولی این مسئله برای چارلزی که ترسش از درماندگی، در بیزاری‌اش از اعتراف به آسیب‌پذیری یا درخواست کمک آشکار بود، وحشت خاصی به‌همراه داشت. در همان جلسه‌ی خاص، چارلز به‌جای آنکه به گروه بیاید و رنج و ناراحتی‌اش را بازگو کند و کمک بخواهد، جلسه را به‌شیوه‌ای جنگ‌طلبانه و دورکننده آغاز کرده بود. سرطان یک روز او را از لحاظ جسمانی به دیگران وابسته می‌کرد و او زندگی را با بیم فرارسیدن آن روز سپری می‌کرد. گروه کم‌کم با فرصت بخشیدن به او برای بیان احساس آسیب‌پذیری و درخواست کمک از دیگران، از این وحشت کاست.

ران، یکی از اعضا که دو سال را در گروه گذرانده بود، دیگر آن‌قدر خوب بود که دوره‌اش خاتمه یابد و در فکر بود زمانی را برای پایان درمان انتخاب کند. به‌علاوه، احساس عاشقانه‌ای نسبت به ایرن، یکی از اعضای زن گروه پیدا کرده بود؛ تا وقتی ران حضور داشت، ایرن هیچ استفاده‌ای از گروه نمی‌بُرد. هرگاه اعضای یک گروهِ درمانی، زیرگروه یا زوجی تشکیل دهند و تعهدی مهم‌تر از تعهد به انجام وظیفه‌ی اصلی‌شان در گروه به آن زیرگروه احساس کنند، آن وقت کارِ درمانی به‌شدت مختل می‌شود. در مورد ران و ایرن کار درست به‌همین نقطه رسیده بود؛ پس من در یکی از جلسات، نه‌تنها از تصمیم ران برای پایان درمان حمایت کردم، بلکه مجبورش ساختم کار را چنان صریح و بی‌پرده انجام دهد که تصمیمش تسریع شد. جلسه‌ی بعد از رفتن ران جنجالی بود. یک اصل دیگر در گروه‌های کوچک درمانی این است که وقتی اعضا در برابر یک محرک یکسان قرار می‌گیرند، پاسخ‌های فردی کاملاً متفاوتی نسبت به آن از خود نشان می‌دهند. فقط یک توضیح برای این پدیده وجود دارد: هریک از اعضا دنیای درونی خویش را دارند. بنابراین بررسی پاسخ‌های متفاوت به یک محرک، اغلب بازده درمانی فراوانی به‌بار می‌آورد.

پاسخ‌های سیلویا و لنا تکان‌دهنده بود. هردو فوق‌العاده وحشت‌زده بودند. معتقد بودند من ران را از گروه بیرون کرده‌ام، دیدگاهی که سایر اعضا با آن موافق نبودند. به‌علاوه، تصمیم مرا به‌شدت مستبدانه و غیرمنصفانه می‌دیدند. عصبانی بودند؛ با این حال می‌ترسیدند خشمشان را بروز دهند مبادا آن‌ها را هم از گروه بیرون کنم.

کار بر روی این احساسات، به بررسی ساختارهای دفاعی اصلی در سیلویا و لنا انجامید: اعتقاد به رهایی به‌دست نجات‌دهنده‌ای غایی. هردو به‌شدت می‌ترسیدند آن دو را به حال خود رها کنم، در نتیجه با هر رنجی که بود می‌خواستند از من دلجویی کنند و آرامم سازند. هردو برای نزدیک ماندن به من، ناخودآگاهانه در برابر خوب شدن مقاومت می‌کردند و آگاهانه از گزارش هرگونه تغییری که می‌توانست مثبت تلقی شود، خودداری می‌کردند. حضور چارلز در گروه، بر ترس به‌خودرهاشدن و ترس از مرگی که در ورای آن نهفته بود، دامن می‌زد. هم لنا و هم سیلویا کم‌کم متوجه واکنش افراطی‌شان شدند: اینکه رفتن ران، هم برای او و هم برای گروه، تصمیم درستی بود و کس دیگری جز آن‌ها، نگران بیرون رانده شدن از گروه نبود.

در نهایت دریافتند واکنش‌شان به این واقعه، بازتابی از رفتار کلی‌شان ــ وابستگی، ترس از به‌حال‌خودرهاشدن و گرایش به ناتوان جلوه‌دادن خود ــ است.

واکنش چارلز هم به رفتن ران و دیگرانی که بعدها برای ترک گروه آماده می‌شدند، بسیار قوی بود. می‌گفت این ماجرا دردی را درست در وسط جناغ سینه‌اش پدید آورده است. درد آن قدر شدید است که انگار بخشی از او را جدا می‌کنند و به‌شدن می‌ترسید نکند در گروه حل شود. چارلز در جلسه‌ای همین طور که اشک از گونه‌هایش می‌چکید، به اعضا گفت که چه ارزشی برایش دارند و از آن‌ها بابت آنچه او نجات دادن جانش می‌نامید، تشکر کرد، این همان چارلزی بود که چند ماه پیش گفته بود از لحاظ عاطفی کاملاً سرد است و هیچ‌کس برایش ارزش چندانی ندارد.

یک‌بار مرد جوانی در گروه جمله‌ی عجیبی بر زبان راند با این مضمون که به چارلز به‌خاطر بیماری لاعلاجش حسادت می‌کند؛ اگر او هم یک بیماری لاعلاج داشت، شاید بیشتر می‌کوشید از زندگی‌اش استفاده کند. گروه به‌سرعت به مرد جوان یادآوری کرد که او هم در واقع به یک بیماری کشنده مبتلاست و اینکه فرق چارلز با دیگران تنها در این است که او در ردیف اول نشسته و بقیه در ردیف عقب. چارلز بارها این نکته را به دیگران یادآوری کرد. در یک موقعیت به‌یادماندنی، یکی از اعضای مسن گروه دریغ زندگی حرام‌شده‌اش را می‌خورد: چه فرصت‌هایی را که از دست نداده بود، چه دوستی‌های بالقوه‌ای را که ادامه نداده بود و چه بسیار شغل‌هایی را که نپذیرفته بود. او مملو از دلسوزی نسبت به خود بود و با مرور نادمانه‌ی گذشته، از تجربه‌ی اکنون پرهیز می‌کرد. چارلز به‌طرز مؤثری به‌او یادآوری کرد حتی اگر تا حالا زندگی‌اش را حرام نکرده بود، درست در همین لحظه در حال «حرام کردن» آن است.

اعضای گروه هرچندیک‌بار به‌یاد می‌آوردند که چارلز به سرطان مبتلاست و در آینده‌ای نه‌چندان دور خواهد مُرد. هریک نوبتی با مرگ چارلز و نیز مرگ خود روبه‌رو می‌شد. یکی از اعضایی که همیشه مرگ را انکار می‌کرد گفت عطش چارلز به زندگی، شهامتش و شیوه‌ی کنار آمدنش با مرگ، نیرویی به او بخشیده و الگویی برای زندگی و مرگ برایش فراهم آورده است.

هنگام نوشتن این مطلب چارلز هنوز یکی از اعضای فعال گروه است. او خیلی بیش از آنچه پیش‌آگهی بیماری پیش‌بینی کرده بود، زنده مانده و

شرایط جسمانی خوبی هم دارد. به‌علاوه، به اهداف درمانی اصلی‌اش رسیده است. احساسات انسانی بیشتری دارد و دیگر منزوی نیست: ارتباط بازتر و صمیمانه‌تری با دیگران برقرار می‌کند. همراه دوستش دوره‌ی زوج‌درمانی را آغاز کرد؛ و رابطه‌اش با او بسیار بهبود یافت. حضورش در گروه تقریباً همه‌ی اعضا را عمیقاً تحت تأثیر قرار داد؛ آنچه آنان در کنار چارلز تجربه کردند باعث شد به‌جای دلمشغولی با نوار باریکی از هستی، در تمامی وسعت و شورمندی زندگی غوطه‌ور شوند.

مرگ به‌مثابه خاستگاه اصلی اضطراب

مفهوم مرگ برای روان‌درمانگر دو کاربرد عمده دارد. اولی را توضیح دادم: مرگ از چنان اهمیتی برخوردار است که اگر درست با آن مواجه شویم، می‌تواند چشم‌انداز زندگی فرد را دگرگون کند و او را به غوطه‌وری اصیل در زندگی رهنمون سازد. دومی که اکنون توجهم را به آن معطوف می‌کنم بر این استدلال استوار است که ترس از مرگ، سرچشمه‌ی اصلی اضطراب است، از ابتدا در زندگی حضور دارد، در شکل دادن به ساختار شخصیتی بسیار مؤثر است و در تمامی طول زندگی همراه ماست تا اضطرابی بیافریند که نتیجه‌ی آن، دلواپسی آشکار و شکل‌گیری دفاع‌های روانشناختی است.

اول به چند اصل درمانی کلی می‌پردازیم. مهم است به‌یاد داشته باشیم که گرچه اضطراب مرگ همه‌جایی‌ست و پیامدهای فراگیری دارد، در عمیق‌ترین لایه‌های وجود ساکن است، به‌شدت سرکوب شده و به‌ندرت به‌طور کامل تجربه می‌شود. اضطراب مرگ به‌خودی‌خود در تصویر بالینی اغلب بیماران آشکار نمی‌شود؛ به‌ندرت هدف مطلق درمان قرار می‌گیرد خصوصاً اگر درمان، کوتاه‌مدت باشد. با این حال، بعضی بیماران از همان ابتدای درمان، آکنده از اضطراب آشکار مرگند. موقعیت‌هایی هم در زندگی هست که اضطراب مرگ چنان به بیمار حمله می‌کند که درمانگر هرچه بکوشد هم قادر نخواهد بود از آن بگریزد. به‌علاوه، در درمان‌های طولانی‌مدت که به کاوش در لایه‌های عمیق دلواپسی‌ها می‌پردازد، اضطراب خالص مرگ همیشه یافت می‌شود و باید در فرایند درمانی مد نظر قرار گیرد.

از آنجا که اضطراب مرگ در ارتباط تنگاتنگ با هستی‌ست، معانی ضمنی متفاوتی از «اضطراب» را در سایر ملاک‌های تقسیم‌بندی در بر می‌گیرد. با اینکه درمانگر اگزیستانسیال می‌خواهد سطوح فلج‌کننده‌ی اضطراب را تسکین دهد، در صدد از بین بردن اضطراب نیست. بدون اضطراب، نه می‌توان زندگی را زیست و نه می‌توان با مرگ روبه‌رو شد. اضطراب هم راهنماست و هم دشمن و می‌تواند راه هستی اصیل و موثق را به انسان بنماید. وظیفه‌ی درمانگر، کاهش اضطراب و رسانیدن آن به سطحی قابل قبول است تا از اضطراب موجود، برای افزایش آگاهی، نشاط و سرزندگی بیمار استفاده کند.

نکته‌ی مهم دیگری که باید به‌خاطر سپرد این است که گرچه ممکن است اضطراب مرگ آشکارا وارد گفت‌وگوی درمانی نشود، نظریه‌ی اضطراب مبتنی بر مرگ‌آگاهی، یک چارچوب سنجش و نظامی تفسیری برای درمانگر فراهم می‌آورد که بر کارآمدی او به‌مراتب می‌افزاید.

واپس‌رانی اضطراب مرگ

در فصل دوم از تصادف شاخ‌به‌شاخ با اتومبیلم گفتم که اگر بخت یارم نبود، جانم را از دست داده بودم. پاسخی که به این تصادف دادم، مدل شفافی‌ست برای کار با اضطراب مرگ در واکنش‌های روان‌نژندانه. یادتان هست که یکی‌دو روز بعد، دیگر ابداً با اضطراب مطلق مرگ روبه‌رو نبودم، بلکه به‌جای آن متوجه هراس‌زدگی خاصی شدم که حول‌وحوش مباحث هنگام ناهار شکل گرفت. آنچه اتفاق افتاد این بود که من اضطراب مرگ را با واپس‌رانی و جابه‌جایی «مدیریت» کردم. اضطراب را به یک موقعیت خاص پیوند زدم. به‌جای آنکه از مرگ یا هیچی بهراسم، نگران چیزی شدم. اضطراب همواره با اتصال به یک اُبژه یا موقعیت خاص بهبود می‌یابد. اضطراب می‌خواهد به ترس بدل شود. ترس یعنی ترسیدن از چیزی؛ جایگاهی در زمان و مکان دارد؛ و چون می‌توان جایگاهش را تعیین کرد، می‌توان تحمل و حتی «مهار»ش کرد (فرد یا از اُبژه دوری می‌کند یا برنامه‌ی منظمی برای غلبه بر ترسش طراحی می‌کند)؛ ترس جریانی‌ست که از سطح می‌گذرد و بنیان‌های بشری را تهدید نمی‌کند.

معتقدم این روند وقایع ناشایع نیست. اضطراب مرگ عمیقاً واپس‌رانده شده و دیگر بخشی از زندگی روزمره‌ی ما نیست. گرگوری زیلبورگ[1] در صحبت درباره‌ی ترس از مرگ گفته است: «اگر این ترس مدام در حیطه‌ی خودآگاه بود، قاعدتاً نمی‌توانستیم کارکردی طبیعی داشته باشیم. باید به‌درستی واپس‌رانده شود تا ما را با اندکی آسایش زنده نگه دارد.»(۲۶)

شکی نیست که واپس‌رانی و به‌دنبال آن، ناپدید شدن اضطراب مرگ، موجب می‌شود بسیاری از درمانگران نقش آن را در کار روان‌درمانی نادیده بگیرند. ولی همین وضعیت در مورد سایر نظام‌های نظری نیز صدق می‌کند. درمانگر همیشه با رد پایی از اضطراب نخستین و دفاع‌هایی که در برابر آن قدعلم کرده‌اند، سروکار دارد. برای مثال درمانگری که با رویکرد تحلیلی کار می‌کند، هرچند یک‌بار ممکن است با اضطراب اختگی خالص روبه‌رو شود؟ یکی دیگر از علل سردرگمی در این زمینه این است که ترس از مرگ، در سطوح بسیار متفاوتی تجربه می‌شود. مثلاً یکی مرگ را با متانت و منطق می‌پذیرد. ولی این درک بالغانه به‌هیچ‌وجه همان هراس از مرگی نیست که در ناخودآگاه لانه دارد، هراسی که در ابتدای زندگی و پیش از ایجاد قواعد دقیق بینشی شکل گرفته، هراسی که وحشتناک، بدوی و تکوین‌نایافته است و خارج از زبان و تصویر است. وقتی هسته‌ی اصلی و ناخودآگاه اضطراب مرگ با درک نادرست و ترس‌آلود کودک خردسال از مرگ گره می‌خورد، بسیار مخوف‌تر می‌شود.

درمان اگزیستانسیال در نتیجه‌ی واپس‌رانی و دگردیسی اضطراب مرگ، با اضطرابی روبه‌روست که ظاهراً هیچ مصداق اگزیستانسیالی برای آن متصور نیست. بعداً در همین فصل به‌توصیف بیمارانی می‌پردازم که به اضطراب آشکار مرگ دچارند و نیز نشان می‌دهم لایه‌های اضطراب خالص مرگ، تنها از پسِ درمانی طولانی و عمیق در دسترس قرار می‌گیرد. ولی حتی در این دوره‌های درمانی که اضطراب مرگ هرگز خالص نمی‌شود، الگویی مبتنی بر اضطراب مرگ، بر کارآمدی درمانگر می‌افزاید.

چارچوبی که بر کارآمدی درمانگر می‌افزاید. انسان همان قدر از تردید و دودلی بیزار است که طبیعت از خلأ. یکی از وظایف درمانگر، افزایش احساس

---

1. Gregory Zilboorg

اطمینان و تسلط بیمار است. اینکه فردی بتواند رویدادهای زندگی ما را توضیح دهد و آن‌ها را به‌شیوه‌ای منسجم و قابل پیش‌بینی طبقه‌بندی کند، کار کم‌اهمیتی نیست. با نامیدن چیزی و تعیین جایگاهش بر اساس سلسله مراتب عِلی، تجربه‌ی تحت کنترل درآوردن آن را می‌آغازیم. پس از این مرحله، دیگر تجربه یا رفتار درونی‌مان ترساننده، بیگانه یا خارج از کنترل ما نیست؛ به‌جای آن، چیزی که نامیده‌ایم یا شناسایی‌اش کرده‌ایم، دلیل رفتارمان (یا تجربه‌ی درونی خاصی که از سر می‌گذرانیم) می‌شود. این «دلیل»، تسلط (یا احساس تسلطی که از لحاظ پدیدارشناختی معادل تسلط است) را برای فرد به‌ارمغان می‌آورد. معتقدم احساس قدرتی که در پیِ دانستن می‌آید، حتی در مورد موقعیت اگزیستانسیال بنیادینمان هم صدق می‌کند: هریک از ما کمتر احساس بیهودگی، درماندگی و تنهایی می‌کنیم حتی اگر از قضای روزگار، بر این واقعیت واقف شویم که از اساس در مواجهه با بی‌تفاوتی کائنات، تنها و درمانده‌ایم.

در فصل پیش، نظامی توصیفی برای ناهنجاری روانی ارائه کردم که بر پایه‌ی اضطراب مرگ استوار است. این نظام توصیفی همان قدر که برای بیمار اهمیت دارد، برای درمانگر هم مهم است. هر درمانگری از یک نظام توصیفی ــ نوعی چارچوب سنجش ایدئولوژیک ــ استفاده می‌کند تا اطلاعات بالینی‌ای را که با آن روبه‌روست سازمان دهد. حتی اگر نظام توصیفی درمانگر چنان پیچیده و انتزاعی و چنان برخاسته از ساختارهای ناخودآگاه باشد که نتوان آن را آشکارا به بیمار منتقل کرد، باز هم به‌شیوه‌های مختلف بر کارآمدی درمانگر می‌افزاید.

اول، نظام اعتقادی برای درمانگران هم مانند بیماران احساس امنیت به‌ارمغان می‌آورد. نظام اعتقادی به درمانگر اجازه می‌دهد به‌جای سردرگم‌شدن در انبوه اطلاعات بالینی، آن‌ها را تنظیم کند و با تقویت اعتمادبه‌نفس و تسلط در درمانگر، به اعتماد و اطمینان بیمار نسبت به درمانگر ــ که شرط لازم درمان است ــ منجر می‌شود. به‌علاوه، نظام اعتقادی درمانگر اغلب بر علاقه‌ی او به بیمار می‌افزاید، همان علاقه‌ای که برقراری رابطه‌ی ضروری درمانگر ــ بیمار را تسهیل می‌کند. برای مثال، من معتقدم جست‌وجو برای یک توضیح عِلی موروثی (یعنی «بر پایه‌ی سابقه‌ی قبلی بیمار، چرا بیمار این گونه است که هست؟») فرایند درمانی را به راهی نادرست هدایت می‌کند؛

با این حال، توضیح گذشته اغلب کاربرد فراوانی در درمان دارد: پیوندگاه درمانگر و بیمار می‌شود، برنامه‌ای هدفمند و اسکلتی منطقی برای درمان پدید می‌آورد که درمانگر و بیمار را به‌هم نزدیک می‌کند و هنگامی که عامل اصلی تغییر یعنی رابطه‌ی درمانی جوانه می‌زند و می‌بالد، آن دو را به‌یکدیگر می‌پیوندد.

نظام اعتقادی درمانگر، اظهارات او را انسجام می‌بخشد: به درمانگر این اجازه را می‌دهد که بداند در پیِ دانستن چه باشد و بر چه‌چیز اصرار نکند تا بیمار گیج نشود. حتی اگر درمانگر تعابیر کاملی از ریشه‌های ناخودآگاه مشکلات بیمار ارائه نکند، باز هم می‌تواند با ظرافت و وقت‌شناسی سخنانی بگوید که در اعماق با ناخودآگاه بیمار جور شود و این احساس را به بیمار بدهد که کاملاً درک شده است. یک نظام اعتقادی ژرف و استوار بر عمیق‌ترین حقایق وجود، مزیت انتقال این پیام را به بیمار دارد که هیچ منطقه‌ی ممنوعه‌ای در کار نیست، از هر مقوله‌ای می‌توان سخن گفت و دیگر اینکه عمیق‌ترین دلواپسی‌هایش، منحصر به او نمی‌شود، بلکه همه‌ی انسان‌ها در آن شریکند.

احساس اطمینان و قطعیت درمانگر که حاصل نظام توصیفی اوست، تأثیری منحنی‌الخط بر درمان دارد. به این معنی که اطمینان درمانگر دارای سطحی بهینه است: اطمینانی بسیار کمتر یا بسیار بیشتر از آن، آسیب‌رسان است. قطعیت کم، به‌دلایلی که پیشتر گفته شد، شکل‌گیری اعتماد لازم و ضروری برای درمان را به‌تأخیر می‌اندازد. از سوی دیگر، قطعیت زیادی به انعطاف‌ناپذیری بدل می‌شود. در این حالت درمانگر داده‌هایی را که با نظام او همخوانی ندارد، رد یا تحریف می‌کند؛ به‌علاوه، از رویارویی با یکی از مفاهیم اساسی درمان اگزیستانسیال ــ اینکه تردید و عدم قطعیت وجود دارد و همه‌ی ما باید همزیستی با آن را بیاموزیم ــ می‌پرهیزد و برای این رویارویی کمکی هم به بیمار نمی‌کند.

گزینه‌های تفسیری: یک مثال روشن بالینی

در فصل چهارم به توصیف بعضی پویه‌شناسی‌های کلی اگزیستانسیالی پرداختم که برای سندرم‌های بالینی شایع مرتبط با اضطراب مرگ مطرح است. در اینجا به گزینه‌های تفسیری موجود برای روابط جنسی جبری[1] می‌پردازم.

---

1. compulsive sexuality

بروس مرد میانسالی بود که از نوجوانی مدام به‌قول خودش «پرسه می‌زد و دنبال طعمه می‌گشت». با صدها زن رابطه‌ی جنسی برقرار کرده بود ولی هرگز عمیقاً به هیچ‌یک از آنان علاقه‌مند نشده بود. او زنان را به‌صورت یک انسان کامل نمی‌دید، بلکه آن‌ها را «تکه‌ای آشغال» می‌دانست. همه‌ی زن‌ها کم‌وبیش مثل هم بودند. مسئله‌ی مهم به بستر رفتن با آن‌ها بود، ولی همین که یک‌بار به اوج لذت جنسی می‌رسید، دیگر اشتیاق خاصی به ادامه‌ی رابطه با آن‌ها در خود نمی‌دید. پس غیرعادی نبود که وقتی یک زن از نزدش می‌رفت، برای پیدا کردن یکی دیگر از در خارج می‌شد، گاهی فقط چند دقیقه بعد. کیفیت جبری این رفتار چنان آشکار بود که حتی خودش هم متوجه آن شده بود. اغلب «نیاز» یا «اجبار» به‌دنبال یک زن رفتن را احساس می‌کرد، حتی وقتی خود نمی‌خواست.

حال می‌توان بروس را از چشم‌اندازهای مختلفی بررسی کرد که هیچ‌کدام برتری خاصی بر دیگری ندارد. مفاهیم اُدیپی به‌روشنی مطرح است: طالب زنانی بود که شبیه مادرش بودند ولی در عین حال از آنان می‌ترسید. معمولاً در ارتباط با زنش دچار ناتوانی جنسی بود. در سفرها، هرچه به شهری که مادرش در آن زندگی می‌کرد، نزدیک‌تر می‌شد، میل جنسی‌اش قوی‌تر می‌شد. به‌علاوه، رؤیاهایش سرشار از مضامین رابطه با محارم و اختگی بود. شواهدی هم در دست بود که نشان می‌داد دگرجنس‌خواهی جبری‌اش، راهی بود برای مهار فوران تکانه‌های ناخودآگاه هم‌جنس‌خواهی. اعتمادبه‌نفس بروس به‌شدت پایین بود و اغوای موفق زنان، تلاشی بود در جهت تحکیم ارزش خود. چشم‌انداز دیگری هم مطرح بود: بروس هم نیازمند نزدیکی و صمیمیت بود و هم از آن می‌ترسید. رویارویی جنسی، که هم نزدیکی بود و هم تقلید نزدیکی و صمیمیت، نیاز و ترس را یک‌جا برطرف می‌کرد.

در طول بیش از هشت سال روانکاوی و دوره‌های متعدد درمان با درمانگران مجرب، این توضیحات و بسیاری تفسیرهای دیگر، به‌خوبی برایش روشن بود، ولی تأثیری بر روابط جنسی جبری‌اش نگذاشته بود.

هنگام درمان بروس، تحت تأثیر مضامین غنی و استخراج‌نشده‌ی اگزیستانسیال قرار گرفتم. اجباری‌گری بروس را می‌شد سپری دانست که هنگام رویارویی با موقعیت اگزیستانسیالش از آن استفاده می‌کرد. مثلاً واضح بود که بروس از تنها

ماندن می‌هراسید. هروقت از خانواده‌اش دور بود، حاضر بود هرکاری بکند، ولی حتی یک بعدازظهر تنها نماند.

اضطراب راهنمای خوبی‌ست و مواقعی هست که درمانگر و بیمار باید آشکارا مسیر اضطراب را پی بگیرند. بنابراین وقتی توانایی بروس برای تحمل اضطراب افزایش یافت، به او پیشنهاد کردم یک بعدازظهر را تنهای تنها سپری کند و همه‌ی افکار و احساساتش را یادداشت کند. اتفاقی که آن شب افتاد، در درمان او نقش بسیار مهمی داشت. هراس بدوی بهترین اصطلاحی‌ست که می‌توان برای توصیف آن تجربه به‌کار برد. او برای نخستین بار بعد از دوران کودکی، با هراسی فوق طبیعی روبه‌رو شد. اتفاق محض باعث شده بود برق برای مدت کوتاهی قطع شود و بروس در تاریکی دچار وحشت شدیدی شده بود. خیال کرده بود جنازه‌ی زنی (که او را به‌یاد پیرزن فیلم جن‌گیر انداخته بود) بر تخت افتاده؛ فکر کرده بود سر و کله‌ی اسکلت داس‌به‌دست مرگ را پشت پنجره دیده؛ ترسیده بود نکند «چیزی مثلاً دستی استخوانی که با پارچه پوشیده شده» لمسش کند. وقتی متوجه حضور سگی شده بود، ناگهان نفس راحتی کشیده بود و برای اولین بار متوجه شده بود که چرا بعضی‌ها به‌شدت به حیوانات خانگی‌شان وابسته می‌شوند. می‌گفت: «آنچه که آدم لازم دارد، لزوماً همراهی یک انسان دیگر نیست، کافی‌ست یک موجود زنده دوروبرت باشد.»

وحشت آن شب، کم‌کم در طول درمان به بینش و بصیرت بدل شد. گذراندن یک شامگاه در تنهایی، کارکرد رابطه‌ی جنسی را به‌وضوح آشکار کرد. بروس بدون پشتیبانی و حمایت رابطه‌ی جنسی، با اضطراب شدید مرگ رودررو می‌شد: تصاویر زنده بودند: زنی مُرده، دستی استخوانی، سروکله‌ی مرگ. ولی رابطه‌ی جنسی چگونه بروس را در برابر اضطراب مرگ حمایت می‌کرد؟ به چندین طریق که هریک را در درمان مورد تحلیل و بررسی قرار دادیم. اجباری‌گری جنسی مانند هر علامت دیگری به چند دلیل ایجاد می‌شود. یکی اینکه رابطه‌ی جنسی، نوعی مبارزه با مرگ است. در رابطه‌ی جنسی چیزی بود که بروس از آن می‌ترسید؛ شکی نبود که رابطه‌ی جنسی با اشتیاق مدفون شده‌ی رابطه با محارم و ترس از اخته شدن به جزای چنین رابطه‌ای در ارتباطی تنگاتنگ بود؛ و منظور من از «اختگی» در اینجا، اخته شدن واقعی نیست،

بلکه نابودی‌ست. بنابراین عمل جنسی، خنثی‌کننده‌ی ترس بود. بروس در صورتی زنده می‌ماند که نماد مردانگی‌اش را در گرداب زندگی فرو می‌کرد. از این دیدگاه، اجباری‌گری جنسی بروس با سایر علائقش ــ پرش با چتر نجات، صخره‌نوردی و موتورسواری ــ همخوانی داشت.

علاوه بر این، رابطه‌ی جنسی با تقویت اعتقاد بروس به استثنا بودنش، مرگ را شکست می‌داد. به‌عبارت دیگر، بروس در صورتی زنده می‌ماند که در کانون دنیای خویش قرار گیرد. زنان حول محور او می‌چرخیدند. زنان همه‌ی دنیا می‌پرستیدندش. فقط به‌خاطر او زنده بودند. بروس هرگز آن‌ها را به‌عنوان موجوداتی با هستی مستقل ندیده بود. فکر می‌کرد در حیاتی معلق برای او باقی می‌مانند؛ درست مانند مجازات‌کنندگان یوزف ک. در محاکمه‌ی کافکا، هر بار که او درها را می‌گشود آنجا بودند و وقتی با آن‌ها کاری نداشت، بی‌حرکت منجمد می‌شدند. و البته رابطه‌ی جنسی از شرایط لازم برای رویارویی حقیقی با مرگ جلوگیری می‌کرد. بروس هرگز مجبور نشده بود با انزوا و تنهایی ملازم با آگاهی از مرگ خود روبه‌رو شود. زنان «موجوداتی زنده و نزدیک» بودند، درست مانند همان سگی که در شبِ هراس موجب آرامشش شده بود. بروس هرگز تنها نبود، همیشه یا مشغول مقاربت بود (کوششی جنون‌آسا برای آمیختن با یک زن) یا در پیِ زن بود یا تازه زنی را ترک کرده بود. بنابراین جست‌وجوی زن برای او، در اصل جست‌وجوی رابطه‌ی جنسی نبود، حتی جست‌وجویی نیروگرفته از قوای دوران اولیه‌ی زندگی و آن طور که فروید دوست داشت بگوید «خمیره‌ای که سکس از آن برمی‌خیزد»(۲۷) هم نبود، بلکه به‌جای همه‌ی این‌ها، جست‌وجویی بود برای توانا ساختن بروس به انکار و فرونشانی ترسش از مرگ.

بعد در حین درمان فرصتی برایش پیش آمد که با زنی زیبا که همسر مدیر بلافصلش بود، به بستر رود. به‌دقت جوانب این فرصت را سنجید و موضوع را با دوستی در میان گذاشت که به او توصیه کرد از این فرصت بگذرد چون ممکن بود عواقب مخربی داشته باشد. بروس می‌دانست زیانی که بابت اضطراب و احساس گناه باید بپردازد هم خود مانع بزرگی‌ست. بالاخره برای نخستین بار در زندگی‌اش، با درد و عذاب فراوان تصمیم گرفت از این فتح جنسی صرف‌نظر کند. در جلسه‌ی بعدمان با او موافق بودم که این تصمیم حقیقتاً به نفع [illegible]

واکنشی که به تصمیم خود نشان داد، بسیار روشنگر بود. مرا متهم کرد لذت‌های زندگی را از او گرفته‌ام. احساس می‌کرد «کارش تمام شده» و «به آخر خط رسیده است.» روز بعد، زمانی که می‌توانست وعده‌ی ملاقاتی داشته باشد، کتاب خواند و حمام آفتاب گرفت. پیش خود فکر کرد: «این همون چیزیه که یالوم می‌خواد: اینکه پیر بشم و بشینم، درست مث کثافت یه پیر سگ که زیر آفتاب رنگش می‌پره.» احساس دلمُردگی و افسردگی داشت. آن شب رؤیایی دید که بیش از هر رؤیایی که تا به‌حال با آن روبه‌رو شده‌ام، استفاده از نمادگرایی رؤیا را توضیح می‌داد:

> تیروکمان زیبایی داشتم و ادعا می‌کردم یک اثر هنری‌ست و خواص جادویی دارد. تو و فلانی [یک دوست] با من مخالفت کردید و گفتید این یک تیروکمان معمولی‌ست. من گفتم: «نه، سحرآمیزه، به اینجاش و اینجاش نگاه کنین!» [و به دو برجستگی روی آن اشاره کردم]. تو گفتی: «نه، این خیلی هم معمولی‌ست.» و سعی کردی به‌من نشان بدهی که کمان چقدر ساده ساخته شده، یک ترکه‌ی ساده و نواری که به آن متصل شده و به آن شکل داده است.

آنچه رؤیای بروس به‌زیبایی نشان می‌داد، راه دیگری بود برای شکست مرگ به‌وسیله‌ی رابطه‌ی جنسی. مرگ با کهنگی، ملال و روزمرگی مرتبط است. نقش جادو این است که فرد را از قوانین طبیعی فراتر می‌بَرد، از روزمرگی فراتر می‌بَرد، هویت بشری‌اش را انکار می‌کند: هویتی که فرد را به مرگ زیست‌شناختی محکوم می‌کند. آلت مردانگی او، تیروکمانی سحرآمیز بود، ترکه‌ای جادویی ورای همه‌ی قوانین طبیعی. هر رابطه به‌طرزی سحرآمیز زندگی کوچکی را شامل می‌شد؛ با اینکه هر رابطه‌ی جنسی به‌تنهایی گمراهه‌ای بود که به بن‌بست می‌رسید، وقتی همه را کنار هم می‌گذاشت، این تصور باطل را پیدا می‌کرد که ریسمان زندگی به‌وسیله‌ی آن‌ها طولانی و طولانی‌تر می‌شود.

وقتی بر داده‌های حاصل از دو مقاومتش ــ وقت را به‌تنهایی سپری کردن و نپذیرفتن دعوت جنسی ــ کار کردیم، بینش فراوانی نسبت به ناهنجاری جنسی و نیز سایر جوانب زندگی‌اش به‌دست آمد. برای مثال دریافتیم ارتباط او با دیگران همیشه

به‌شیوه‌ای محدود و جنسی بوده است. وقتی اجباری‌گری جنسی‌اش رو به کاستی گذاشت، برای نخستین بار با این سؤال روبه‌رو شد که مردم به چه درد می‌خورند؟ سؤالی که به بررسی ارزشمندی در زمینه‌ی رویارویی بروس با تنهایی اگزیستانسیال انجامید. این مرحله از درمان بروس را در فصل ۹ به بحث خواهم گذاشت. در واقع، روند درمان بروس ثابت کرد میان انواع دلواپسی‌های غایی وابستگی متقابل وجود دارد. تصمیم بروس، بی‌میلی متعاقبش به پذیرش آن تصمیم و رد یک دعوت جنسی، قله‌ی کوه یخی یکی دیگر از دلواپسی‌های اگزیستانسیال بسیار مهم یعنی آزادی و خصوصاً مقوله‌ی مسئولیت‌پذیری بود یعنی موضوعی که در فصل ٦ به آن می‌پردازیم. و بالاخره، صرف‌نظر کردن نهایی بروس از اجباری‌گری جنسی، او را با یک دلواپسی غایی دیگر مواجه کرد: بی‌معنایی و پوچی. بروس با حذف علت وجودی اصلی‌اش تازه با مشکل هدف در زندگی روبه‌رو شد، یعنی همان موضوع فصل ۹.

اضطراب مرگ در درمان درازمدت

اگرچه در دوره‌های درمانی کوتاه‌مدت اغلب به‌طور کامل از پرداختن به مقوله‌ی اضطراب مرگ احتراز می‌شود، هرگونه درمان درازمدت جدی بدون کار در زمینه‌ی مرگ‌آگاهی و ترس از مرگ، ناقص خواهد بود. تا زمانی که بیمار به کوشش در جهت خنثی‌سازی مرگ با اعتقادی بدوی به نجات یافتن توسط درمانگر ادامه دهد، درمانگر را ترک نخواهد کرد. ترجیع‌بند برزبان‌نیامده‌ی «تا با تو هستم، نخواهم مُرد» اغلب خود را در مراحل نهایی درمان نشان می‌دهد.

می استرن[1] در مقاله‌ی مهمی به توصیف شش بیمار می‌پردازد که درگیر روانکاوی بی‌پایان و ملال‌آوری بودند.(۲۸) در هریک از موارد پرداختن به مقوله‌ی اضطراب مرگ، پایان موفقی را برای روانکاوی رقم زد. یک نمونه‌ی گویا، مردی سی‌وهشت‌ساله و مبتلا به اختلال وسواسی‌جبری بود با علائم بی‌خوابی، کابوس، خودبیمارانگاری و خیال‌پردازی‌های وسواسی در حین روابط جنسی با این موضوع که روی او نشسته‌اند و به او نَفَس می‌دهند. کار تحلیلی فراوانی در

1. May Stern

مرحله‌ی اُدیپی و پیش‌اُدیپی انجام شده بود. معنای علائمش با اصطلاحاتی نظیر اضطراب اختگی، همانندسازی زنانه با محارم، پس‌رفت به مرحله‌ی پیش‌جنسی، درآمیختگی دهانی و مانند این‌ها کاویده و بررسی شده بود، بی‌آنکه نتیجه‌ی درمانی حاصل شده باشد. فقط زمانی که روانکاو به سطوحی عمیق‌تر ــ یعنی معنای علائمش در زمینه‌ی ترس از مرگ ــ پرداخت، تصویر بالینی شروع به تغییر کرد.

در نهایت، بررسی داده‌های انتقالی در زمینه‌ی وجود آرزوی دریافت فرمولی جادویی از درمانگر، به این تعبیر منجر شد که بیمار روانکاوی را به‌منزله‌ی محافظی در برابر ترس از مرگ می‌دیده و اینکه هیچ‌کس قادر نیست در برابر مرگ اجتناب‌ناپذیر از او حمایت کند. این تعبیر به تحولی غافلگیرکننده و هیجان‌انگیز منجر شد. ترس‌های دائمی او را از مردن، در بوته‌ی روانکاوی قرار داد: ترس‌هایی که به‌صورت شکایات خودبیمارانگارانه، ستیز نومیدانه‌اش با ترس از نیستی در آغاز دوران نهفتگی و آرزوی ادامه‌ی روانکاوی تا ابد خودنمایی می‌کرد.

روانکاوی درازمدت برای مردی که علائم خودویرانگرانه‌ی متعددی از قبیل قمار، نوشیدن الکل، بگومگوی دائمی و تیمارهای آزارطلبانه‌ی جنسی داشت، هم بهبود بسیار کمی به‌ارمغان آورده بود.

هیچ تدبیر درمانی روانکاوانه‌ای نتوانسته بود وادارش کند از به‌اجرا درآوردن این تصویر ذهنی دست بردارد که با فعالیت‌های خودسرانه و لگام‌گسیخته، قادر است خشم درمانگر را که برای او به‌معنای کتک خوردن از درمانگر بود، برانگیزد. هر تعبیر درمانگر، برای ارضای آرزوی فحاشی و کتک خوردن از درمانگر مورداستفاده قرار می‌گرفت؛ سکوت نیز به‌مثابه پاسخ عبوسانه‌ی پدری خشمگین تعبیر می‌شد. این طور به‌نظر می‌آمد که روانکاوی‌اش به بن‌بست رسیده است... بالاخره درمانگر این تفسیر را ارائه داد که بیمار می‌خواهد از طریق ادغام در روانکاو (پدر)، محافظی در برابر مرگ بیابد. این تفسیر مسائل فراوانی را که تا کنون ارائه نشده بود، آشکار کرد. به‌یاد آورد که در کودکی خیلی درباره‌ی مرگ فکر می‌کرده است: «مرگ همیشه

دورویر من بوده و هست.» «با ترس از مرگ از طریق تسلیم و سلطه‌پذیری کامل آمدم...مورد تجاوز قرار گرفتن از راه مقعد، نوعی حفاظت در برابر مرگ است.» با اینکه موضوع را تا کنون برایش روشن نکرده بودند، آزرده بود.

در این مورد هم مانند مورد اول، کار بر روی انتقال، مسیر شاهانه‌ای بود که به لایه‌های زیرزمینی اضطراب مرگ ختم می‌شد. دیدگاه تاریخی به انتقال (یعنی انتقال هیجان از شخص یا چیزی که فرد قبلاً انرژی روانی‌اش را بر آن متمرکز کرده بوده به شخص یا چیزی که در زمان حال وجود دارد) در فرایند درمان ارزش چندانی ندارد. آنچه اهمیت دارد کارکرد بلافصل و اینجاواکنونی تحریفی‌ست که بیمار به آن دچار است. بیمار استرن آموخت درمانگر را به‌عنوان سپری در برابر ترس از مرگ و مرگ‌آگاهی فعلی‌اش به‌کار می‌بَرَد. کم‌کم با مرگش رویاروی شد و دریافت نه فقط انتقال، بلکه همه‌ی علائم بیماری‌اش، تجسم به‌کارگیری شیوه‌های جادویی کودکانه برای خنثی‌سازی مرگ بوده‌اند (برای مثال، نوشیدن الکل تجسم «ادغام و پیوستن سرخوشانه با مادر به‌مثابه دفاع در برابر مرگ» بوده است).

هریک از این بیماران بهبود قابل توجهی یافتند، ولی نویسنده به این موضوع توجه دارد که «شاید تحول ناگهانی در درمان این بیماران ناشی از این واقعیت بوده که تعبیر ترس از مرگ، بعد از سال‌ها کار درمانی و پس از اتمام مناسب روانکاوی در افق پدیدار شده است.» در هر فرد روان‌نژند، شالوده‌ای از اضطراب مرگ هست که می‌تواند در درمانی فراگیر مورد بررسی قرار گیرد: فرایندی که درمانگر با تعبیر علائم بیماری و انتقال به‌مثابه کوششی برای مقابله با مرگ، به تسهیل آن می‌پردازد.

نمی‌توان مرگ را در کار مخاطره‌آمیز خودافشاگری فراگیر نادیده گرفت، زیرا وظیفه‌ی اصلی یک فرد بالغ رشدیافته، دریافتن و کنار آمدن با واقعیت افول و نابودی‌ست. کمدی الهی که در اواخر دهه‌ی سوم زندگی دانته نوشته شد، در سطوح نمادین مختلفی قابل بررسی‌ست، ولی قطعاً بازتاب نگرانی نویسنده نسبت به مرگ خویش است. سرود آغازین، توصیف رویارویی هراس‌آلود با میرایی خویش است که اغلب در میانسالی اتفاق می‌افتد.

در نیمه‌راه زندگی‌مان، خود را در جنگلی تاریک یافتم در حالی که راه راست را گم کرده بودم. وه چه دشوار است وصف این جنگل انبوه، وحشی و بی‌رحم که حتی یادش ترسم را بیدار می‌کند.(۲۹)

افرادی که در زندگی فشار روانی و هیجانی زیادی را متحمل می‌شوند و دفاع‌های روان‌نژندانه‌شان به محدودسازی خویش می‌انجامد، در میانسالی ــ یعنی زمانی که باید به استقبال پیری و مرگ قریب‌الوقوع رفت ــ با گرفتاری‌های فوق‌العاده شدیدی مواجه می‌شوند. درمانگری که بیمار میانسالی را درمان می‌کند، باید به‌خاطر بسپارد که بسیاری از ناهنجاری‌های روانی از اضطراب مرگ برمی‌خیزد. جیکس در مقاله‌ای که در مورد بحران میانسالی دارد، به‌روشنی به این موضوع اشاره می‌کند:

انسانی که بدون برپایی زندگی زناشویی و حرفه‌ای موفق، به میانسالی برسد و یا این موفقیت را به‌واسطه‌ی فعالیتی جنون‌آسا، انکار و فقر هیجانی حاصل از آن به‌دست آورده باشد، برای رویارویی با نیازهای سنین میانسالی و لذت بردن از رشدیافتگی‌اش آمادگی لازم را ندارد. در این شرایط بحران میانسالی شکل می‌گیرد: فرد بزرگسال با مفهوم زندگی فرارو که باید با درک مرگ قریب‌الوقوع شخصی زیسته شود، رویاروی می‌شود و دوره‌ای از آشوب روانشناختی و اختلال افسردگی را تجربه می‌کند. شاید هم به‌وسیله‌ی تقویت دفاع‌های شیداوار، مبارزه با افسردگی و سرکوب هر فکری در زمینه‌ی پیری و مرگ، از این فروپاشی روانی دوری کند، اما زمانی که چاره‌ای جز پذیرش گریزناپذیری پیری و مرگ نداشته باشد، با انبوهی از اضطراب‌های سرکوب‌شده مواجه می‌شود.

تلاش‌های وسواسی‌جبری بسیاری از زنان و مردان میانسال برای جوان ماندن، دلواپسی‌های خودبیمارانگارانه درباره‌ی سلامتی و ظاهر، بروز بی‌بندوباری‌های جنسی برای اثبات جوانی و توانایی، پوچی و فقدان لذت اصیل در زندگی و نیز افزایش علائق مذهبی از نمونه‌های شایع است. این‌ها کوشش‌هایی‌ست برای سبقت گرفتن از زمان.(۳۰)

اضطراب مرگ به‌عنوان مشکل اصلی: یک مورد بالینی

درمانگران اغلب با بیمارانی مواجه می‌شوند که اضطراب مرگ در بیماری‌شان چنان نقش کانونی و آشکاری دارد که نیازمند هیچ نتیجه‌گیری و استدلالی نیست. این بیماران اغلب کنار گذاشته می‌شوند، زیرا درمانگرانشان وقتی خود را بر مقوله‌ی مرگ مسلط نمی‌بینند، با ناراحتی متوجه می‌شوند هیچ ابزار نظری‌ای در اختیار ندارند که در کار درمان هدایتشان کند.

یکی از این بیماران سیلویا بود که قبلاً در همین فصل به او اشاره کردم و از اعضای گروهی بود که چارلز ــ همان بیمار دچار سرطان پیشرفته ــ به آن معرفی شده بود. سیلویا یک آرشیتکت سی‌وشش‌ساله و ثروتمند بود که از همسرش طلاق گرفته و در طی ده سال گذشته به‌طور نامنظم روان‌درمانی شده بود. زنی بود الکلی، مضطرب، فربه، تنها، دچار افسردگی مزمن و شکایات متعدد روانشناختی از جمله سردرد، کهیر، کمردرد، مشکل شنوایی و آسم. با دختر سیزده‌ساله‌اش کشمکش‌های شدیدی داشت و دو فرزند بزرگترش به دلیل الکلی بودن و رفتارهای غیرقابل‌پیش‌بینی او ترجیح داده بودند با پدرشان زندگی کنند. درمان قبلی او (شامل درمان‌های فردی، گروهی و خانواده‌درمانی) بهبود کمی را موجب شده بود. یک‌سال‌ونیم درمان در یک گروه تخصصی الکلی‌ها به سیلویا کمک کرده بود تا حدودی بر نوشیدنش مسلط شود. ولی فشار روانی در سایر موارد ثابت مانده بود و درمان صرفاً به «عملیاتی یکنواخت» بدل شده بود.

ورود چارلز به گروه (که سیلویا از چند ماه پیش عضو آن بود)، در روند درمان او تحولی بنیادین ایجاد کرد. به‌اجبار با ایده‌ی مرگ روبه‌رویش کرد؛ و چند موضوع مهم که تا آن زمان نادیده گرفته شده بود، در تصویر بالینی او پدیدار شد.

نخستین واکنش سیلویا به خبری که چارلز در مورد سرطان لاعلاجش به گروه داد، نامعقول و غیرمنطقی بود. قبلاً از خشم شدید سیلویا بابت برخورد منفعلانه‌ی چارلز با سرطان و اینکه در جست‌وجوی شیوه‌هایی غیر از درمان‌های طبی متعارف برنیامده بود، گفتم. یکی‌دو هفته بعد از آنکه چارلز در مورد سرطانش با گروه حرف زد، سیلویا واکنش‌های سراسیمگی از خود نشان داد. کاناپه‌ی چرمی تازه‌ای برای خانه‌اش خریده بود ولی از بوی آن به‌شدت در عذاب بود. به‌علاوه، هنرمندی را به خانه‌اش دعوت کرد که متقاعدش کرد گاز متصاعدشونده از رنگ روغن مسموم

است. آن روز عصر اگزمای مختصری در صورتش پدید آمد و نیمه‌شب با حالت سراسیمگی شدید از خواب بیدار شد و به این نتیجه رسید که در نتیجه‌ی نارسایی تنفسی حاصل از حساسیت به بوی کاناپه و رنگ دارد می‌میرد. هراسش بیشتر و بیشتر شد تا اینکه بالاخره همان نیمه شب با اورژانس تماس گرفت. او نوشیدن را از سر گرفته بود و سه هفته بعد از ورود چارلز به گروه، به‌دلیل رانندگی در حین مستی دستگیر شده بود. گفت رانندگی‌اش نوعی خودکشی بوده؛ احساس می‌کرد خودکشی شیوه‌ای‌ست برای غلبه بر مرگ، زیرا فرد به‌جای آنکه صبر کند تا «گرفتار اتفاقی وحشتناک شود»، سرنوشتش را فعالانه در دست می‌گیرد. سطح اضطرابش تا چندین هفته بالا باقی ماند و در این مدت آن قدر معذب بود که احتمال ترک گروه را مطرح کرد. همزمان به این نتیجه رسید که «در گروه زیادی است» و من سعی می‌کنم از شرش خلاص شوم. وقتی به‌خاطر سردردهای مداومش، او را برای معاینه به یک متخصص داخلی معرفی کردم، به افسردگی حادی مبتلا شد و این ارجاع را این گونه تعبیر کرد که در واقع به او گفته‌ام دیگر نمی‌خواهم از او مراقبت کنم و او را نزد کس دیگری فرستاده‌ام. وقتی اعضای جدیدی به گروه معرفی می‌شدند، به این نتیجه می‌رسید که آن‌ها آمده‌اند جایگزین او شوند.

بعد از آنکه اضطراب اولیه‌اش فروکش کرد، پرهیز از چارلز را کنار گذاشت و شروع به برقراری ارتباط با او کرد: ابتدا با دودلی و بعد با اطمینان بیشتر. چارلز در بعضی جلسات افسرده یا مضطرب بود و از میان همه‌ی اعضا، این سیلویا بود که جرئت می‌کرد با صدای بلند بپرسد آیا چارلز نگران سرطانش است یا دلواپس زمانی که دارد از دست می‌رود. کم‌کم بیشتر به دلواپسی‌های اصلی‌اش فکر کرد و از آن‌ها حرف زد: پیر شدن، ترسش از ابتلا به سرطان، هراسش از تنهایی. ذهنش به مرگ مادرش معطوف شد و وقایع حول‌وحوش آن را با دقت و جزئیات بیشتری نسبت به پانزده سال پیش مورد بررسی قرار داد. این مسائل همیشه وجود داشتند؛ ولی هرگز رسماً در درمان به آن‌ها پرداخته نشده بود.

مورد سیلویا شاهد فوق‌العاده‌ای‌ست بر اینکه چگونه چارچوب تعیین‌شده از سوی درمانگر، محتوای اطلاعات فراهم شده از سوی بیمار را کنترل می‌کند. برای مثال، پانزده سال بود که سیلویا بی‌خوابی شدید داشت و به‌وسیله‌ی درمانگران مختلف با

رویکردهای متفاوت و خواب‌آورهای متنوع درمان شده بود. چند هفته پس از ورود چارلز به گروه، دوباره به بی‌خوابی شدیدی مبتلا شد، ولی از آنجا که این بار درمانگر راه متفاوتی را در پیش گرفته بود، سیلویا به این مطلب اشاره کرد که سال‌هاست هر شب بین دو الی چهار صبح با تعریق از خواب می‌پرد و به خود می‌گوید: «نمی‌خواهم بمیرم، نمی‌خواهم بمیرم.» در طول ده سال درمان (از جمله دو سالی که تحت درمان من بود)، هرگز این موضوع را به هیچ درمانگری نگفته بود!

وقتی اضطراب مرگ را به‌عنوان یک اصل اساسی سازمان‌یافته به‌کار گرفتم، میان بسیاری از علائم و وقایع ناهمخوان، ارتباط منطقی برقرار شد. حملات سراسیمگی سیلویا که اغلب با دوره‌های پرخوری و پرنوشی آغاز می‌شد، تقریباً همیشه پیش‌درآمدی داشت از نوعی آسیب بدنی که نشانه‌ای از بیماری یا ضعف جسمانی بود. اضطراب مرگ سیلویا همیشه در تنهایی به حداکثر می‌رسید. پیام تلویحی او به دختر سیزده‌ساله‌اش این بود: «بزرگ نشو که مرا ترک نکنی. من تحمل تنهایی را ندارم. احتیاج دارم در همین سن باقی بمانی و از پیش من نروی. اگر بزرگ نشوی، من هم پیر نمی‌شوم.» این پیام دخترش را که رفتارهای بزهکارانه‌ی زیادی داشت، به‌شدت تحت تأثیر قرار داده بود.

سازوکار دفاعی اصلی سیلویا در برابر اضطراب، اعتقادش به‌وجود نجات‌دهنده‌ای غایی بود، اعتقادی که در عمق دهان‌گرایی[1] فراگیرش (که بخشی از آن به‌صورت الکلیسم و چاقی نمود داشت) نهفته بود و به‌خصوص در رابطه‌اش با درمان و درمانگرانش مشهود بود. مدام چاپلوسی می‌کرد و رفتاری مؤدبانه و محترمانه با آنان داشت. از هیچ‌چیز به اندازه‌ی احتمال طرد یا رها شدن از سوی آنان نمی‌ترسید. به‌همین دلیل در مورد نیازمندی‌اش مبالغه می‌کرد، همه‌ی دستاوردهای مثبت درمان را کتمان می‌کرد و اغلب خود را به‌شدت گیج و درمانده نشان می‌داد. این طور به‌نظر می‌رسید وظیفه‌اش در درمان این بود که به‌شیوه‌های مختلف، خود را چنان ضعیف و نزار نشان دهد که درمانگر مجبور شود کنترل کامل او را در دست بگیرد و به او یاری رساند.

هرچه بیشتر با این مسائل روبه‌رو می‌شد، اضطرابش رو به فزونی می‌گذاشت. به‌زودی چنان ناآرام شد که لازم بود به‌جز جلسات هفتگی گروه، به دفعات بیشتر دیده شود. چندین جلسه‌ی فردی با او داشتم که در آن‌ها به تحلیل کانونی دلواپسی‌های مرگ در او پرداختیم.

مرگ مادر، دردناک‌ترین رویداد زندگی سیلویا بود و نمی‌توانست بدون وحشت به آن فکر کند. مادرش به سرطان دهانه‌ی رحم مبتلا شده بود و سیلویا در سن بیست‌وپنج سالگی، خانواده‌ی خود را رها کرده و در آخرین ماه زندگی مادر، به مراقبت از او پرداخته بود. مادرش در این مرحله یا بیهوش بود و یا در وضعیت هوشیاری بسیار گنگی که با توهم و بدبینی شدید همراه بود، به‌سر می‌بُرد. مادر که هیچ کنترلی بر مثانه و روده‌اش نداشت، نیازمند مراقبت مداوم سیلویا بود. بالاخره هم غوطه‌ور در مدفوع و بوی تعفن، با صدای غل‌غل‌مانندی که از گلویش خارج می‌شد و خلط و خونی که از دهانش می‌ریخت، از دنیا رفت. سیلویا به‌یاد داشت در آن لحظه احساس می‌کرد سرش دارد از بدنش جدا می‌شود، انگار ورم کرده و دارد می‌ترکد (مثل سردردهایی که بعد از ورود چارلز به گروه تجربه کرد).

او از دوران کودکی خاطرات پروحشت زیادی در رابطه با مرگ داشت. وقتی هفت‌ساله بود، پدربزرگ و مادربزرگش به‌فاصله‌ی شش ماه از دنیا رفته بودند. مادربزرگ را در تابوت به‌خاطر داشت و یادش می‌آمد همان موقع به این نتیجه رسیده بود که آن‌ها گلوی مادربزرگش را بریده‌اند. (حالا که فکر می‌کند، احتمال می‌دهد مادربزرگش قبلاً جراحی تیروئید کرده بوده است.) وقتی دوازده‌ساله بود، یکی از همکلاسی‌هایش غرق شد و او به مراسم خاکسپاری‌اش رفت که تجربه‌ی ترسناکی برایش بود.

خود سیلویا کودک مریض‌احوالی بود و مادرش بارها به او گفته بود (و یادش می‌آید مادر برای دوستان و بستگان هم تکرار می‌کرد) که در کودکی، مرگ از کنار گوش سیلویا رد شده بود. در پنج سال اول زندگی‌اش، چندین نوبت به ذات‌الریه مبتلا شد. در شش سالگی، بازویش شکست و استخوان شکسته به عفونت مزمن دچار شد. نیاز به جراحی داشت و هنوز ماسک مخروطی و خفه‌کننده‌ی اتر را با وحشت زیاد به‌خاطر می‌آورد. از آن به‌بعد بیهوشی برایش با اضطراب بسیار شدیدی

همراه بود. هنگام به‌دنیا آوردن هریک از بچه‌هایش، بیهوشی چنان اضطراب مرگی را برانگیخته که به دوره‌های کوتاه‌مدت روان‌پریشی منجر شده بود.

قدیمی‌ترین خاطره‌اش، «احساس مُردن» در سن خیلی پایین است: اینکه خاله‌اش پاهایش را مالش می‌داده و شاید سعی داشته او را به‌زندگی برگرداند. این طور فکر می‌کند که در حال اغما بوده و یادش می‌آید خاله‌اش گریه می‌کرده است. همین طور به‌خاطر می‌آورد وقتی کسی به بدنش دست می‌زده، درد شدیدی حس می‌کرده، ولی نمی‌توانسته حرف بزند یا به هیچ شیوه‌ی دیگری ارتباط برقرار کند و به خاله‌اش بفهماند که دست از مالش بردارد. دومین خاطره‌اش از کودکی، احساس مُردن و خارج شدن از جسم و کوشش نومیدانه و بی‌ثمری‌ست که برای بازگشت به آن می‌کرده است.

علاوه بر این تجربیات اولیه‌ی حساس‌کننده، که «بیش‌ازحد و پیش‌ازموقع» او را در معرض خطر مرگ قرار داد، عوامل مهم دیگری هم در زندگی سیلویا، مانع از شکل‌گیری دفاع‌های معمول در برابر وحشت مرگ شده بود. هیچ اعتمادی به مادر یا پدرش نداشت. پدر وقتی او خیلی کوچک بود، خانواده را ترک کرده بود و آنچه از مادر در خاطره‌اش مانده بود، فردی غیرقابل‌اعتماد و بی‌مسئولیت بود. مادرش در مواجهه با هر بیماری یا صدمه‌ی بدنی سراسیمه می‌شد و چند تن از اعضای فامیل را به کمک می‌طلبید تا از فرد بیمار پرستاری کنند. مادر چه از لحاظ عاطفی و چه از لحاظ جسمانی خارج از دسترس او بود: حتی وقتی سیلویا کودکی بیش نبود، مادر خانه را برای چندین روز ــ احتمالاً همراه با مردی ــ ترک می‌کرد و خانواده را به امید سیلویا می‌گذاشت. مادر با مرگ خویش هم با وحشتی بی‌امان مواجه شد و الگویی برای سیلویا پدید آورد که او را بیش از پیش نسبت به ترس از مرگ حساس کرد. (بسیاری از بیماران گزارش می‌کنند شیوه‌ی مواجهه‌ی والدین با مرگ، در شکل‌گیری نگرش آن‌ها نسبت به مرگ بسیار مهم بوده است. این مسئله کاربرد روشنی در درمان بیماران محتضر دارد: یکی از راه‌های حفظ معنای زندگی تا آخرین لحظه این است که فرد بداند در آن لحظات هم الگویی برای دیگران می‌آفریند.)

روشن است که اضطراب مرگ سیلویا به‌دلایل مختلف پدید آمده بود. هم تجربیات بیش‌ازحد و پیش‌ازموقعی داشت ــ وقایع تهدیدکننده‌ی زندگی در کودکی و یادآوری‌های

مکرر مادرش در مورد رد شدن مرگ از کنار گوشش ــ و هم نتوانسته بود دفاع‌های معمول مبتنی بر انکار را در برابر اضطراب مرگ در خود شکل دهد. نمی‌توانست از والدینش توقع هیچ حمایت یا نجاتی داشته باشد: پدرش عملاً برای او مرده بود و مادر خود در زندگی از پا درآمده بود. نه می‌توانست مرگ را به قلمروی دور تبعید کند و نه اعتقادی به گزندناپذیری خود داشت. مرگ حضوری نزدیک و دردسترس داشت، بیش از یک‌بار به‌دامش انداخته بود و خود را بسیار آسیب‌پذیر و شکننده می‌دید.

سیلویا به‌خاطر داشت که می‌کوشید آرامش را در تعالیم مذهبی بیابد و به مادربزرگش التماس می‌کرد به او ثابت کند خدایی وجود دارد، چون اگر وجود داشت، نمی‌گذاشت او بمیرد یا وقتی می‌مُرد از او مراقبت می‌کرد. او پروتستان باپتیستی بود و با جهنم و مظاهر آتشین این مذهب بزرگ شده بود. وقتی در کودکی مریض می‌شد، گاهی با خدا چانه می‌زد: «بگذار زنده بمانم، من هم قول می‌دهم تارک دنیا بشوم و زندگی‌ام را وقف تو کنم.» حالا که دهه‌ها از آن زمان گذشته، سیلویا هنوز به زیر پا گذاشتن قولش فکر می‌کند.

جلسات انفرادی‌ای که به یادآوری خاطرات مرگ اختصاص یافت، بسیار سازنده بود و سیلویا به گستردگی ترسش از مرگ و نقشی که این ترس در زندگی‌اش ایفا می‌کرد، بیشتر واقف شد. هرچه در درمان گروهی پیش رفت، بیشتر متوجه وحشتش از پیری و دفاع‌های به‌شدت ناسازش که شامل ترفند «انجماد و استتار» بود، شد. به‌عبارت دیگر، او زندگی و رشد را به‌تعویق می‌انداخت با این امید جادویی که شاید مرگ او را نادیده بگیرد و از او بگذرد. به ظاهرش نمی‌رسید و عصرها و آخر هفته‌ها را به خوروخواب می‌گذراند. به‌شدت فربه شده بود چون این باور جادویی را داشت که اگر مثل مادرش لاغر و نحیف نشود، شاید بتواند از چنگ مرگ فرار کند. (هتی روزنبرگ[1] پویه‌شناسی همانندسازی را در یکی از بیمارانش توضیح می‌دهد.(۳۱)) در گروه، زمانی متوجه تعلیق زندگی شد که یکی از اعضای مرد برای تولدش دسته‌گلی به او داد. وقتی متوجه شد چقدر دلش می‌خواهد یک خاطرخواه داشته باشد و در این چند سال با مردد ماندن میان زندگی کردن و زندگی نکردن چقدر از عمرش را تلف کرده، نفسش بند آمد.

---

1. Hattie Rosenberg

علاوه بر آن، متوجه این واقعیت شد که با خود مانند انسانی محتضر رفتار می‌کرده و به‌نوعی از دیگران هم می‌خواسته همین رفتار را با او داشته باشند. یک‌بار وقتی به‌دلیل نشخوارهای فکری خودبیمارانگارانه‌اش مورد حمله‌ی گروه قرار گرفت، از دهانش پرید که: «من دارم می‌میرم، آن‌وقت با من این طوری رفتار می‌کنید؟» خودش متوجه شد این جمله چقدر نامعقول است، ولی در عین حال دریافت این عبارتی‌ست که سال‌ها آهسته و زیر لبی با خود تکرار کرده است.

بیشتر کار سیلویا در گروه، بر رابطه‌اش با چارلز و من متمرکز بود. رابطه‌اش با چارلز بسیار واقعی‌تر شد: انکار بیماری او را کنار گذاشت، دیگر اصرار نکرد در پیِ کمک شفادهندگان باشد و از رقابت با او برای کسب عنوان فردی که در گروه از همه به‌مرگ نزدیک‌تر است، دست برداشت. کم‌کم و هفته‌به‌هفته اعتقادش به همه‌کارتوانی من کمرنگ‌تر می‌شد. در حالی که می‌کوشید تصویر مرا همچون چهره‌ای عظیم‌تر از حیات حفظ کند، متوجه شد در برابر جایزالخطا بودنم چقدر بی‌طاقت است. بر همین اساس من هم مراقب بودم مقام همه‌چیزدانی را از آنِ خود نکنم ولی تا جایی که ممکن است صریح و شفاف باشم. بهبود سیلویا جدی و چشمگیر شد. به‌جای آنکه به‌دست مرگ فلج شود، شروع کرد به مواجهه با آن. متوجه شد که برای فرار از اضطراب مرگ بوده که در گذشته می‌کوشیده در درمانگر یا دوستانش ادغام و در آن‌ها حل شود. حتی تلویزیون هم در همین راستا به‌کار گرفته می‌شد و وقتی خیلی از مرگ می‌ترسید، مدت زمان طولانی به‌تماشای تلویزیون می‌نشست چون «همین که صدایی را بشنوم متقاعد می‌شوم که هنوز زنده‌ام.» ترس از تنهایی را کنار گذاشت و کم‌کم احساس کرد حتی بدون وابستگی به یک رابطه‌ی تسکین‌دهنده با فرزند یا یک مرد هم می‌شود با رضایت زندگی کرد. (یک ضرب‌المثل قدیمی می‌گوید: «کسی که چراغش را خودش حمل می‌کند، لازم نیست از تاریکی بترسد.»)

شروع کرد به رسیدن به سرووضعش، وزن کم کرد و خارج از گروه هم برای خود زندگی اجتماعی‌ای تدارک دید. برای مدت دو سال، گروه همه‌ی زندگی اجتماعی او را شامل می‌شد و وقتی در یک جلسه اعلام کرد مجبور است نیم ساعت زودتر گروه را ترک کند چون یک قرار شام دارد، ما به این نتیجه رسیدیم که او به پایان درمان

نزدیک شده است. با این حال، چشمگیرترین رویداد این بود که اعلام کرد چندین هفته هر روز به تفکر عمیق درباره‌ی مرگ مادر پرداخته، آن هم نه به‌صورت نشخوار فکری وسواسی که قبلاً با آن دست‌به‌گریبان بود، بلکه تفکری آگاهانه درباره‌ی تمامی جنبه‌های وحشت‌انگیز مرگ مادر و برنامه‌ریزی سنجیده برای غلبه بر آن به‌کمک آشنایی بیشتر. این تصمیم از اهمیت خاصی برخوردار بود، زیرا برنامه‌ای بود که به فکر خودش خطور کرده بود نه اینکه از سوی درمانگر پیشنهاد شده باشد. سال‌ها درگیر این فکر بود که او هم در همان سن فوت مادر از دنیا می‌رود. گروه متوجهش کرد که دیگر از این وسواس سخنی به‌میان نمی‌آورَد و او پاسخ داد: «مدت‌هاست درباره‌ی آن فکر نکرده‌ام. خیلی ساده می‌توانم بگویم دیگر بخشی از تجربه‌ام نیست. فعلاً در دل زندگی هستم.»

تصمیم قاطعی برای پایان درمان گروهی گرفت و همان‌طور که انتظار می‌رفت بازگشت بسیاری از علائمش را تجربه کرد: کابوس‌ها، حمله‌های سراسیمگی در نیمه‌شب و میل گذرا به درخواست کمک از بعضی چهره‌های مهم برای تسکین. با این حال، شدت گرفتن علائم کوتاه‌مدت بود شاید به این دلیل که درمانگر وقوع آن را هنگام مواجهه با رنج خاتمه‌ی درمان و جدایی از گروه پیش‌بینی کرده بود. در آخرین جلسه‌اش این رؤیا را با خود به گروه آورد:

> در غار بزرگی بودم و راهنمایی آنجا بود که فکر می‌کردم قول داده نمایشگاه خیره‌کننده‌ای نشانم بدهد. ولی در غار هیچ‌چیز نبود، نه تابلوی نقاشی و نه هیچ جور کار هنری دیگر. بعد مرا به اتاق دیگری برد که مربع‌شکل بود، شاید اندازه‌ی همین اتاق گروه‌درمانی، ولی آنجا هم چیزی نبود، نه نقاشی و نه هیچ نمایشگاه دیگری. بالاخره تنها چیزی که توانستم ببینم دو پنجره‌ی مشرف به آسمانی دلگیر و خاکستری و چند درخت بلوط بود. بعد در راه بیرون آمدن از غار، ناگهان راهنما عوض شد، موهایی قرمز و جاذبه‌ای شگفت‌انگیز داشت، جوری که فکر کردم کاملاً از جریان الکتریسیته ساخته شده. چیزی بسیار بسیار قوی میان من و او بود. کمی بعد دوباره دیدمش ولی انگار همه‌ی جاذبه‌اش را از دست داده بود و دوباره مردی معمولی شده بود که شلوار جین به‌پا داشت.

این رؤیا تصویر باشکوه و تکان‌دهنده‌ای بود ازچشم‌پوشی از جادو؛ درک سیلویا را از ویژگی واهی و خیالی اعتقاد به نجات‌دهنده‌ی غایی به‌تصویر می‌کشید. در رؤیا من نتوانستم نمایشگاه خیره‌کننده‌ای نشانش دهم؛ به‌جای تابلوهای نقاشی مسحورکننده، فقط پنجره‌هایی روبه واقعیت دلگیر دنیا پیشکشش کردم. نزدیک به انتهای رؤیا، آخرین سعی‌اش را برای پوشاندن خرقه‌ی جادو به تن من می‌کند: ناگهان به چهره‌ای با ویژگی‌های فوق انسانی بدل می‌شوم. ولی طلسم خودفریبی قدیمی، نیروی پشتیبانش را از دست داده و من خیلی زود به همان چیزی که واقعاً هستم بدل می‌شوم: یک راهنما، نه بیشتر و نه کمتر.

سیلویا در گذشته ناگهان تصمیم به قطع درمان می‌گرفت. چنان از جدایی، خداحافظی و پذیرش محدود بودن قدرت درمانگر در هراس بود که در جلسات نهایی حاضر نمی‌شد و ناگهان ارتباطش را قطع می‌کرد. حالا مستقیماً با فرایند جدایی (و یادآورهای مرگ نهفته در آن) روبه‌رو شده بود همان‌طور که با اضطراب مرگ رودررو ایستاد: به‌جای آنکه مغلوبش شود، آن را شناخت، اضطراب را به‌جان خرید تا زندگی غنی‌تر وارزشمندتری را نسبت به گذشته تجربه کند.

معضلات روان‌درمانی

انکار از سوی بیمار و درمانگر

به‌رغم حضور همه‌جایی مرگ و فرصت‌های ارزشمند متعددی که برای بررسی آن فراهم است، وظیفه‌ی افزایش مرگ‌آگاهی در بیمار و کار با اضطراب مرگ برای اکثر درمانگران به‌طرز غیرمعمولی دشوار است. انکار، موجب سردرگمی در هر قدم این مسیر است. ترس از مرگ در تمامی مراتب خودآگاهی از آگاه‌ترین مرتبه، آگاهی سطحی و مراتب عقلانی‌گرا[1] گرفته تا ژرف‌ترین قلمرو ناخودآگاه. اغلب درک سطحی بیمار از تعبیر درمانگر، به انکار در لایه‌های ژرف‌تر منجر می‌شود. ممکن است یک بیمار به پیشنهاد درمانگر برای بررسی احساساتش درباره‌ی فانی

1. intellectualized levels

بودن پاسخ مثبت دهد، ولی کم‌کم جلسات غنای خود را از دست بدهد، داده‌ها خشک و بی‌خاصیت شود و گفت‌وگوی درمانی به بحثی عقلانی‌گرا بدل شود. آنچه در این مواقع اهمیت دارد این است که درمانگر نباید این طور نتیجه‌گیری کند که دست به کندن چاهی خشک زده است. فروبستگی فکری، نبود تداعی و جدایی عاطفه، همگی نشانه‌های مقاومتند و باید در این راستا درمان شوند. یکی از نخستین کشفیات فروید در درمان پویه‌نگر این بود که درمانگر بارها و بارها با نیرویی روانشناختی در بیمار مواجه می‌شود که با درمان مقابله می‌کند. («در حین درمان روانشناختی باید با نیرویی روانشناختی در بیمار مقابله کنم که نمی‌گذارد اندیشه‌ی بیماری‌زا خودآگاه شود.»)(۳۲)

درمانگر باید پشتکار داشته باشد. باید به جمع‌آوری شواهد ادامه دهد، با رؤیاها کار کند، بر گفته‌هایش اصرار ورزد و بارها و بارها، ولو به اَشکال مختلف بر این کارها تأکید کند. ممکن است صحبت‌های مربوط به وجود مرگ، چنان پیش‌پاافتاده و اظهرمن‌الشمس به‌نظر آیند که اصرار بر آن‌ها باعث شود درمانگر احساس بلاهت کند. ولی سادگی و پافشاری برای غلبه بر انکار ضروری‌ست. یک بیمار ــ فردی افسرده، آزارطلب و دارای افکار خودکشی ــ در یک جلسه‌ی گزارش‌گیری که چند ماه پس از خاتمه‌ی درمان برگزار می‌شد، از مهم‌ترین گفته‌ی من در طول درمان حرف زد. بارها اشتیاقش به‌مرگ را توصیف کرده بود و گاهی هم از کارهایی گفته بود که دلش می‌خواست در زندگی اَنجام دهد. من چندین بار این عبارت را که از شدت سادگی خجالت‌آور بود، تکرار کردم: ترتیب توالی این وقایع یک شق بیشتر ندارد: اول تجربه و آخر مرگ.

البته سرچشمه‌ی انکار تنها در بیمار نیست. بارها پیش آمده انکار درمانگر، بی‌سروصدا با انکار بیمار هم‌دستی کرده است. درمانگر هم باید به‌اندازه‌ی بیمار با مرگ رویاروی شود و در مواجهه با آن، مضطرب. درمانگری که باید در کار هرروزه‌اش مرگ‌آگاه باشد، نیازمند آمادگی زیادی‌ست. من و همکارم زمانی که سرپرستی گروه بیماران مبتلا به سرطان متاستاتیک را برعهده داشتیم، این نیاز را به‌شدت حس کردیم. در نخستین ماه تشکیل گروه، مباحثات سطحی ماند: بیشتر صحبت‌ها راجع به پزشکان، داروها، رژیم‌های درمانی، درد، خستگی، محدودیت‌های جسمانی و

مانند آن بود. ما ماهیت این سطحی‌نگری را دفاعی دیدیم، نشانه‌ای از عمق ترس و نومیدی بیماران. به‌همین دلیل، به این دفاع احترام گذاشتیم و گروه را به‌شیوه‌ای بسیار محتاطانه رهبری کردیم.

فقط بعدها بود که دریافتیم ما درمانگران نقش مؤثری در سطحی نگه‌داشتن گروه داشته‌ایم. وقتی ما اضطرابمان را تاب آوریم و از هدایت بیماران تبعیت کنیم، دیگر هیچ موضوعی آن قدر برای گروه ترسناک نیست که نتواند آشکار و سازنده به آن بپردازد. این مباحثات برای درمانگران فوق‌العاده دردناک است. چندین تن از پژوهشگران متخصص بهداشت روان گروه را در اتاق آینه مشاهده می‌کردند و بارها اتفاق افتاد بعضی‌ها اتاق را ترک کردند تا خود را آرام و جمع‌وجور کنند. تجربه‌ی کار با بیماران محتضر، بسیاری از درمانگران را به‌سوی دوره‌های درمان فردی سوق داد که اغلب به‌حالشان بسیار مفید بود، زیرا درمان‌های سنتی‌ای که در ابتدا گذرانده بودند، به این نگرانی‌ها نپرداخته بود.

اگر قرار است درمانگر به بیمار کمک کند تا با مرگ رودررو شود و آن را با زندگی بیامیزد، باید شخصاً به این مسائل پرداخته باشد. شباهت جالبی هست میان این مسئله و آیین‌های تشرف شفادهندگان جوامع بدوی که لازم است شَمَن و جادوگر قبیله، خلسه‌ای را تجربه کند که رنج، مرگ و زندگی دوباره را در پی دارد. گاهی تشرف یعنی ابتلا به یک بیماری واقعی و فردی که مدتی طولانی میان مرگ و زندگی دست‌وپا زده، به‌عنوان شَمَن برگزیده می‌شود. معمولاً این تجربه، بصیرتی عرفانی به‌ارمغان می‌آورَد. برای مثال توصیف یک شمن تانگوس (مردم قبیله‌ای در شرق سیبری) از تشرف این گونه است که ابتدا با اجداد شَمَنش رویاروی می‌شود، آن‌ها دورش جمع می‌شوند، با پیکان‌هایی سوراخ‌سوراخش می‌کنند، گوشتش را می‌درند، استخوان‌هایش را از هم جدا می‌کنند، خونش را می‌نوشند و بعد دوباره همه‌ی اجزای بدنش را کنار هم می‌گذارند و به‌هم می‌پیوندند.(۳۳) در بعضی فرهنگ‌ها لازم است شمن در گوری دراز بکشد و چندین شب دست‌وپابسته در گورستان بماند.

چرا لانه‌ی زنبور را دست‌کاری کنیم؟

بسیاری از درمانگران نه به‌خاطر انکار، بلکه با عزمی جزم و مبتنی بر این عقیده که

افکار مرگ وضعیت بیمار را وخیم‌تر می‌کند، از گفت‌وگو درباره‌ی مرگ می‌پرهیزند. چرا لانه‌ی زنبور را دست‌کاری کنیم؟ چرا بیمار را عمیقاً در موضوعی غوطه‌ور کنیم که فقط بر اضطراب می‌افزاید و درباره‌اش هم کاری از دست کسی برنمی‌آید؟ همه باید با مرگ مواجه شوند. آیا بیمار روان‌نژند کم گرفتاری دارد که ما هم وجود این نوشیدنی تلخ را که فرجام همه‌ی انسان‌هاست، به‌یادش بیاوریم؟

این درمانگران معتقدند بررسی و کاوش در مشکلات روان‌نژندانه‌ی بیمار، کاری‌ست که دست‌کم می‌توانند با انجام آن مفید واقع شوند. ولی آشکارسازی حقیقت راستین و واقعیت‌های تلخ و تغییرناپذیر زندگی، نه‌تنها حماقت است، بلکه تأثیر معکوس در درمان دارد. برای مثال، عذاب‌های مجازی از کارایی بیماری که در حال دست‌وپنجه نرم کردن با تعارضات ادیپی حل‌نشده است، می‌کاهد: مجموعه‌ای از وقایع درونی و بیرونی که مدت‌ها قبل اتفاق افتاده‌اند، در ناخودآگاه بی‌زمان و ابدی پابرجا می‌مانند و بیمار را به تسخیر خود درمی‌آورند. بیمار به موقعیت‌های کنونی زندگی‌اش پاسخی تحریف‌شده می‌دهد: با اکنون طوری برخورد می‌کند که انگار گذشته است. در این حالت، دستور کار درمانگر روشن است: بر زمان حال نور افکَند، دست دیوهای گذشته را رو کند و متفرقشان سازد، بیمار را یاری کند تا از وقایعِ ذاتاً بی‌آزاری که به‌شکلی غیرمنطقی خطرناک جلوه کرده‌اند، زهرزدایی کند.

اما مرگ؟ مرگ شبحی از گذشته نیست. و ذاتاً بی‌آزار هم نیست. با آن چه می‌شود کرد؟

تشدید اضطراب بر اثر درمان. اولاً، حقیقت دارد که فکر فانی بودن، میدان نیروی سرشار از اضطرابی در اطراف خود دارد. گام نهادن به‌درون این میدان برابر است با افزایش اضطراب. رویکرد درمانی‌ای که در اینجا توصیف کرده‌ام، پویه‌شناختی و افشاگر است؛ نه حمایتی‌ست و نه سرکوبگر. درمان اگزیستانسیال، بر رنج بیمار می‌افزاید. نمی‌شود به ریشه‌های اضطراب فرد پرداخت بی‌آنکه اضطراب و افسردگی را در یک مقطع زمانی در او تشدید کرد.

مورد سیلویا مثال روشنی‌ست. پس از آنکه چارلز از سرطانش برای گروه گفت، سیلویا فوران شدید اضطراب و بازگشت مجدد بسیاری از دفاع‌های اولیه در برابر آن را تجربه کرد. پیش از این به توصیف دو بیماری پرداختم که استرن، روانکاوی

طولانی‌مدتشان را گزارش داده بود و اینکه در نهایت کار دقیق، کامل و بی‌پرده در زمینه‌ی وحشت بی‌امان مرگ توانست درمانشان را با موفقیت به‌اتمام برساند.(۳۰) وقتی درمان هریک از این دو نفر وارد حیطه‌ی اضطراب مرگ شد، هردو دچار عود ملال شدند. زمانی که یکی از آن‌ها به بررسی خیال‌پردازی‌هایش در زمینه‌ی محافظت درمانگر از او در برابر مرگ پرداخت و متوجه شد نجات‌دهنده‌ای در کار نیست، به افسردگی عمیقی فرو رفت. «پُرکاری‌اش در حرفه و سرگرمی‌ها، جای خود را به احساس درماندگی محض، زندگی در ابهام و زوال هویت داد. این مسئله به پس‌رفت[1] به آرزوهای همزیستانه‌ی دوسوگرا[2]، آرزوی درآمیختگی دهانی[3] با همسر و درمانگر و خشمی مهیب نسبت به این دو منجر شد.» بیمار دوم هم متوجه شد دفاع‌های روان‌نژندانه‌اش او را در برابر مرگ حفظ نخواهد کرد و روانکاوی او هم روندی مشابه یافت. «افسرده شد، مدام احساس گیجی می‌کرد و عود بسیاری از اشکال کودکانه‌ی دفاع مذبوحانه در برابر مرگ را تجربه کرد.» هریک از چهار بیمار دیگری که استرن گزارش کرده هم بعد از رویارویی با ضربه‌ی مرگی که در آینده فرود خواهد آمد، دوره‌ی گذرایی از ملال و افسردگی را طی کردند.

بوگنتال در بحث فوق‌العاده‌اش در این زمینه، این مرحله از درمان را «بحران اگزیستانسیال» نامیده: بحرانی اجتناب‌ناپذیر که هنگام شکسته شدن صف دفاع‌های موجود در برابر اضطراب اگزیستانسیال اتفاق می‌افتد و این اجازه را به فرد می‌دهد که از موقعیت بنیادینش در زندگی کاملاً آگاه شود.(۳۱)

رضایت از زندگی و اضطراب مرگ: جای پای مطمئن درمان

از دیدگاه نظری درمانگر بهتر است به‌خاطر بسپارد اضطراب احاطه‌کننده‌ی مرگ هم روان‌نژندانه و هم طبیعی و بهنجار است. همه‌ی انسان‌ها اضطراب مرگ را تجربه می‌کنند، ولی در بعضی افراد این اضطراب چنان شدید است که به‌سایر تجربیاتشان

---

1. regression
2. ambivalent symbiotic wishes
3. oral incorporation

سرریز می‌کند و به ملال بیشتر و یا سلسله‌ای از دفاع‌های موجود در برابر مرگ منجر می‌شود که رشد را محدود می‌کند و اغلب اضطرابی ثانویه پدید می‌آورد. چرا فقط برخی افراد به‌وسیله‌ی شرایطی که همه باید با آن روبه‌رو شوند، از پا درمی‌آیند، سؤالی‌ست که قبلاً به آن پاسخ داده‌ام: فرد به‌دلیل تجربیات غیرمعمول زندگی، از اضطراب مرگ صدمه‌ی شدیدی می‌خورد و نمی‌تواند دفاع‌های «بهنجاره»ی در برابر آن پدید آورد. آنچه درمانگر با آن روبه‌روست ناتوانی در برقراری تعادل و توازن در اضطراب مرگ است.

یکی از رویکردهای دردسترس درمانگر، تمرکز بر پویه‌شناسی کنونی بیمار است که منجر به درهم ریختن تعادل شده است. معتقدم یکی از نشانه‌های معادل که می‌تواند مورد استفاده‌ی درمانگر قرار گیرد این است که: اضطراب مرگ با میزان رضایت از زندگی نسبت معکوس دارد.

جان هیتون یافته‌های پژوهشی جالب و مرتبطی را گزارش می‌کند.(۳۷) او شصت بیمار مبتلا به سرطان پیشرفته را مورد مطالعه قرار داد و و به بررسی ارتباط میان نگرش آن‌ها (از جمله «احساس رضایت و کامروایی در زندگی») و احساسات و واکنش‌ها در طول بیماری لاعلاجشان پرداخت. احساس رضایت از زندگی را بر اساس مصاحبه با بیمار و همسرش ارزیابی کرد. احساسات و واکنش‌ها در طول بیماری لاعلاج، بر اساس مصاحبه با بیمار و مقیاس‌های سنجشی که پرستاران و همسران تکمیل می‌کردند، ارزیابی شد. نتایج به میزان معنی‌داری حاکی از آن بود که «وقتی زندگی رضایت‌بخش است، مُردن کمتر دردسرآفرین است... . هرچه از زندگی گذشته رضایت کمتری داشته باشیم، با بیماری و عواقب آن هم سخت‌تر کنار می‌آییم.» هرچه رضایت از زندگی کمتر بود، میزان افسردگی، اضطراب، خشم و نگرانی درباره‌ی بیماری و درباره‌ی میزان رضایت از مراقبت‌های طبی بیشتر بود.

به‌نظر می‌رسد این نتایج با عقل سلیم همخوانی ندارد، زیرا وقتی سطحی به موضوع نگاه کنیم، انتظار خواهیم داشت کسی که رضایت کمتری دارد و نومید و سرخورده است، به‌مرگ خوش‌آمد بگوید. ولی عکس آن صحیح است: حس کامروایی و این احساس که زندگی خوبی را از سر گذرانده‌ایم، وحشت مرگ را تسکین می‌دهد. نیچه با اغراق خاص خود گفته: «آنچه کامل شده، هرآنچه رسیده و پخته، خواهان مرگ

است. آنچه نارس است، می‌خواهد زندگی کند. هرآنچه در رنج است، می‌خواهد زنده بماند تا شاید رسیده و شادان و دلخواه شود، دلخواه از آن رو که هرچه فراتر روَد، برتر و درخشان‌تر شود.»(۳۸)

قطعاً چنین بصیرتی، جای پای مطمئنی برای درمانگر پدید می‌آورَد! اگر بیمار را یاری دهد تا رضایت بیشتری را در زندگی تجربه کند، اضطراب فراوانی را فرو می‌نشانَد. البته عکس این معادله هم صحیح است زیرا زندگی مقید و محدود، ناشی از اضطراب فراوان مرگ است: زندگی به‌جای آنکه صرف رشد و کامروایی شود، وقف دستیابی به امنیت، بقا و رهایی از درد شده است. سرلز همین مسئله را مطرح می‌کند: «بیمار نمی‌تواند با مرگ مواجه شود مگر آنکه انسان کاملی باشد، با این حال فقط زمانی به انسان کامل بدل می‌شود که با مرگ مواجه شود.» مشکل (که از نظر سرلز خصوصاً برای بیماران اسکیزوفرنیک حیاتی‌ست) اینجاست که «اضطراب ناشی از فانی بودن زندگی، چنان عظیم است که فرد بدون این درک نیروبخش که انسان کاملی‌ست، نمی‌تواند با آن مواجه شود... . انسان در صورتی مواجهه با چشم‌انداز مرگ اجتناب‌ناپذیر را تاب می‌آورد که زندگی را به‌تمامی زیسته باشد و بیمار اسکیزوفرنیک هرگز به‌تمامی نزیسته است.»(۳۹)

ولی با وجود همه‌ی این‌ها، باز هم جای پای مطمئن وجود دارد. درمانگر نباید مرعوبِ گذشته شود. لازم نیست فرد چهل سال سالم و یکپارچه زندگی کند تا چهل سال زندگی ناقص و سایه‌وار قبل از آن جبران شود. ایوان ایلیچِ تولستوی از طریق رویارویی‌اش با مرگ، به بحران اگزیستانسیال دچار شد و در چند روز باقیمانده از زندگی‌اش متحول شد و توانست با نگاه به گذشته، به تمامی زندگی‌اش معنا ببخشد.

هرچه رضایت از زندگی کمتر، اضطراب مرگ بیشتر. این اصل به‌وضوح در مورد یکی از بیمارانم به‌نام فیلیپ مصداق دارد که مدیر تجاری پنجاه‌وسه‌ساله‌ی بسیار موفقی بود. او از ابتدا به‌شدت معتادبه‌کارش بود. شصت تا هفتاد ساعت در هفته کار می‌کرد، هر روز عصر کیفی پر از کار به خانه می‌بُرد و در دو سال اخیر محل کارش در ساحل شرقی بود و فقط آخر هفته‌ها به خانه‌اش در ساحل غربی می‌رفت. رضایتش از زندگی بسیار کم بود: کارش به او احساس امنیت می‌داد نه لذت؛ کار

می‌کرد، نه به‌دلیل اینکه کار کردن را دوست داشت، بلکه چون مجبور بود کار کند تا اضطرابش را فرونشانَد. از همسر و فرزندانش شناخت کمی داشت. همسرش سال‌ها قبل رابطه‌ی نامشروع کوتاهی را پشت سر گذاشته بود که فیلیپ هرگز او را نبخشیده بود، آن هم نه به‌خاطر نفس این عمل، بلکه به این دلیل که این رابطه و رنج حاصل از آن، او را از کارش باز داشته بود. همسر و فرزندانش از این همه بیگانگی و دوری در رنج بودند و او هرگز خود را در این دریاچه‌ی بالقوه‌ی عشق، رضایت و معنای زندگی غوطه‌ور نکرده بود.

بعد فاجعه‌ای روی داد و تمامی دفاع‌های فیلیپ را از او گرفت. به‌دلیل وقفه‌ی شدید در پیشرفت صنعت هوافضا، شرکتش ورشکسته و در شرکت دیگری ادغام شد. ناگهان خود را در حالی یافت که بیکار شده و احتمالاً به‌دلیل سن بالا و مقام اجرایی بالایی که داشته، شرایط استخدام در جایی دیگر هم برایش فراهم نیست. به اضطراب شدیدی دچار شد و در این مرحله بود که برای روان‌درمانی مراجعه کرد. در ابتدا اضطرابش تنها متوجه وضعیت کاری‌اش بود. مدام به‌کارش فکر می‌کرد. درست سر ساعت چهار صبح بیدار می‌شد و ساعت‌ها بیدار دراز می‌کشید و به کار فکر می‌کرد: چطور به کارمندانش خبر بدهد؟ چطور بخشی را که زیر نظرش اداره می‌شد، پیش ببرد، خشمی را که ناشی از شیوه‌ی برخورد با او بود، چطور ابراز کند.

فیلیپ نتوانست کار دیگری پیدا کند و با نزدیک شدن به آخرین روز کاری‌اش، برآشفته‌تر می‌شد. کم‌کم در جلسات درمان مهار را از جلوِ نگرانی‌های کاری که مانند کنه به آن‌ها چسبیده بود، برداشت. معلوم شد فیلیپ اضطراب مرگ قابل توجهی دارد. شب‌ها با رؤیایی شکنجه می‌شد که در آن درست بر لبه‌ی «سیاه‌چاله»ای دور می‌زد. رؤیای تکراری و ترساننده‌ی دیگرش این بود که بر ستیغ باریک تپه‌ی شنی ساحلی پُرشیبی راه می‌رفت و تعادلش را از دست می‌داد. بارها در حالی از خواب بیدار می‌شد که زیرلب می‌گفت: «از پسش برنمی‌آیم.» (پدرش ملوان بود و پیش از به‌دنیا آمدن فیلیپ در دریا غرق شده بود.)

نگرانی مبرم مالی نداشت: پاداشی که برای انفصال از خدمت گرفت، بسیار سخاوتمندانه بود و میراثی که اخیراً به او رسیده بود، پشتگرمی مالی قابل توجهی

فراهم کرده بود. ولی وقتش چی؟ وقتش را چطور باید می‌گذراند؟ جز کار، چیزی برایش اهمیت نداشت و در نومیدی فرورفت. بعد یک شب اتفاق مهمی افتاد. خوابش نبُرده بود و حدود ساعت سه بامداد، از پله‌ها پایین رفته بود که مطالعه کند و فنجانی چای بنوشد. از پنجره صدایی شنیده و به‌سوی آن رفته بود و خود را رودرروی مرد درشت‌هیکلی دیده بود که صورتش را با جوراب پوشانده بود. پس از آنکه هول و تکان اولیه‌اش فروکش کرد، آژیر خطر خاموش شد و پلیس جست‌وجویش را کامل کرد و رفت، تازه سراسیمگی واقعی فیلیپ شروع شد. فکری در مغزش شکل گرفت. فکری ناخوشایند که همه‌ی وجودش را به‌لرزه درآورد: «شاید اتفاقی برای مری و بچه‌ها می‌افتاد.» وقتی در جلسه‌ی درمانی‌مان، این واقعه، واکنش خود و افکارش را توصیف می‌کرد، به‌جای آنکه دلداری‌اش دهم، به‌او یادآوری کردم که برای مری، بچه‌ها و خود او اتفاقی خواهد افتاد.

فیلیپ دوره‌ای را با احساس بهت‌ولرز پشت سر گذاشت. دیگر هیچ‌یک از ساختارهای انکارکننده‌اش درست عمل نمی‌کرد: شغلش، استثنابودنش، صعودش برای دستیابی به‌افتخار، حس گزندناپذیری‌اش. همان‌طور که با دزد نقابدار رودررو شده بود، اکنون ابتدا با هول‌ولرز و بعد آرام‌تر با واقعیت‌های بنیادین زندگی روبه‌رو شد: بی‌پایگی، عبور بی‌رحمانه‌ی زمان و اجتناب‌ناپذیری مرگ. این رویارویی، احساس اضطراری در او پدید آورده بود و در درمان سخت کوشید تا رضایت و معنا را به‌زندگی‌اش بازگرداند. تمرکز کارمان را به‌خصوص بر صمیمیت گذاشتیم: سرچشمه‌ی مهم رضایت از زندگی که هرگز از آن بهره نگرفته بود.

فیلیپ بر باور به استثنابودن چنان مایه گذاشته بود که می‌ترسید با احساس درماندگی‌اش روبه‌رو شود (و آن را با دیگران شریک شود). وادارش کردم به همه‌ی کسانی که از او سؤال می‌کردند، حقیقت را بگوید ــ اینکه کارش را از دست داده و در پیدا کردن کاری دیگر به دردسر افتاده است ــ و به بررسی احساساتش بپردازد. ابتدا از زیر بار این تکلیف شانه خالی می‌کرد، ولی کم‌کم یاد گرفت که در میان نهادن آسیب‌پذیری با دیگران، درهای صمیمیت را می‌گشاید. در یکی از جلسات، پیشنهاد کردم سوابق کاری‌اش را برای یکی از دوستانم ــ که رئیس شرکتی مرتبط با رشته‌ی فیلیپ بود ــ بفرستم، شاید کاری برای او داشته باشد. به‌شیوه‌ای مؤدبانه

و رسمی از من تشکر کرد؛ ولی وقتی سوار ماشینش شده بود، برای نخستین بار بعد از سی‌وپنج‌سال «مثل یک بچه گریه کرده بود». درباره‌ی آن گریه خیلی حرف زدیم: معنایش چه بود، چه احساسی ایجاد کرده بود و چرا نتوانسته بود جلوِ من گریه کند. وقتی آموخت آسیب‌پذیری‌اش را بپذیرد، احساس پیوند و یکدلی را اول با من و بعد با خانواده‌اش تجربه کرد: با کسانی صمیمی شد که قبلاً هرگز چنین احساسی به‌آن‌ها نداشت. درکش از زمان به‌شدت تغییر کرد: دیگر زمان را دشمنی نمی‌دید که باید مخفی یا کُشته شود. حالا با وقت آزادی که داشت، شروع کرد به مزمزه کردن و لذت بردن از زمان. به‌علاوه، با بخش‌هایی از وجودش که مدت‌ها نهفته مانده بود، آشنا شد و برای نخستین بار بعد از چنده‌سال، به علائق خلاقانه‌اش در زمینه‌ی نویسندگی و نقاشی، اجازه‌ی ابراز داد. پس از هشت ماه بیکاری، شغلی جدید و چالش‌برانگیز در شهری دیگر پیدا کرد. در آخرین جلسه‌مان گفت: «این چند ماه برایم جهنم بود. ولی با اینکه تو می‌دانی چه عذابی کشیدم، باز هم خوشحالم بلافاصله کار پیدا نکردم. از اینکه مجبورم کردی همه‌ی این‌ها را پشت سر بگذارم، ممنونم.» فیلیپ آموخته بود زندگی‌ای که وقف کتمان واقعیت و انکار مرگ شود، تجربه را محدود می‌کند و در نهایت، در خود فرومی‌ریزد.

حساسیت‌زدایی از مرگ

مفهوم دیگری که جای پای درمانی مطمئنی در برابر اضطراب مرگ فراهم می‌آورَد، «حساسیت‌زدایی» است. «حساسیت‌زدایی از مرگ» عبارت عامیانه و سبُکی‌ست، زیرا عمیق‌ترین دلواپسی‌های انسانی را در کنار اسلوبی مادی و مکانیکی قرار می‌دهد. با وجود این، پرهیز از این عبارت در مبحثی که به اسلوب درمانگر برای کنار آمدن با اضطراب مرگ می‌پردازد، دشوار است. به‌نظر می‌آید فرد با تماس‌های مکرر به همه‌چیز حتی به‌مرگ عادت می‌کند. درمانگر با استفاده از همان روش‌هایی که برای غلبه بر سایر انواع ترس به‌کار می‌گیرد، می‌تواند به بیمار کمک کند با وحشت مرگ هم کنار بیاید. بارها و بارها او را در معرض مقادیر رقیق‌شده‌ای از ترس قرار می‌دهد. به او یاری می‌دهد تا شیء مورد وحشت را تحمل کند و به‌بررسی همه‌ی جوانب آن بپردازد.

مونتنی از این اصل آگاه بود و این طور نوشته است که:

> با این حال چنین به‌نظر می‌رسد که شیوه‌ی خاصی برای آشنا کردن خودمان با مرگ و تمرین آن وجود دارد. می‌توانیم تجربه‌اش کنیم، تجربه‌ای که گرچه ناب و بی‌نقص نیست، بی‌فایده هم نیست و ما را توانمندتر و مطمئن‌تر می‌کند. اگر نمی‌توان به‌آن رسید، دست‌کم می‌توان به‌آن نزدیک شد و بررسی‌اش کرد؛ و اگر به استحکاماتش هم رسوخ نکنیم، دست‌کم از نزدیک می‌بینیمش و با آن خو می‌گیریم.(۴۰)

در چندین سالی که با گروه بیماران سرطانی کار کردم، بارها با چنین حساسیت‌زدایی‌ای روبه‌رو شدم. بارها اتفاق افتاد که بیماری به وحشتش نزدیک شد و این آشنایی ناب کم‌کم به تخفیف ترس منجر شد. الگویی که دیگر بیماران و درمانگر ارائه می‌دهند ــ اعم از اینکه ثبات قدم، پذیرش صبورانه و همراه با دلواپسی یا خونسردی باشد ــ برای بسیاری از بیماران، زهرزدایی از مرگ را آسان‌تر می‌کند.

یک اصل اساسی رویکرد رفتاری به کاهش اضطراب این است که فرد در شرایط روان‌شناختی طراحی‌شده برای به‌تأخیر انداختن بروز اضطراب، در معرض میزان مشخصی از محرک مورد ترس قرار می‌گیرد. گروه‌درمانی این روش را به‌کار می‌گیرد. هر جلسه‌ی گروه اغلب با یک تمرین مراقبه یا آرَمش عضلانی آغاز می‌شود (و به‌پایان می‌رسد)؛ پیرامون هر بیمار را دیگرانی مبتلا به‌همان بیماری گرفته‌اند؛ آن‌ها به‌یکدیگر اعتماد کرده‌اند و احساس می‌کنند کاملاً درک می‌شوند. قرارگیری در معرض موقعیت آزارنده درجه‌بندی‌شده است، زیرا یکی از ضوابط گروه این است که هر عضو اجازه دارد با سرعت خود پیش برود و فشاری بیش از آنچه می‌خواهد بر او وارد نمی‌آید.

اصل مفید دیگر در مهار اضطراب، تجزیه و تحلیل است. احساس وحشت از فاجعه‌ای که آسیب جسمانی به‌دنبال دارد، معمولاً حاوی اجزای ترسناک زیادی‌ست که می‌تواند مورد تحلیل منطقی قرار گیرد. تشویق بیمار (چه بیمار تحت روان‌درمانی روزمره و چه بیمار محتضر) به تمرین مرگ خود و تفکیک اجزای مختلف ترسش می‌تواند مفید باشد. حس درماندگی، بسیاری از افراد را در مواجهه با مرگ از پا

می‌اندازد؛ و حقیقت این است که گروه‌های بیماران محتضری که با آن‌ها کار کرده‌ام، وقت زیادی را صرف مبارزه با این منبع ترس می‌کنند. راهبُرد اصلی، جداسازی احساسات تابع درماندگی از درماندگی حقیقی‌ای‌ست که از مواجهه با موقعیت تغییرناپذیر اگزیستانسیال برمی‌خیزد. بیماران محتضری را دیده‌ام که با تحت فرمان گرفتن جنبه‌های قابل کنترل زندگی، به حس توانمندی و کنترل دست یافته‌اند. برای مثال، ممکن است بیمار شیوه‌ی تعامل با پزشکش را تغییر دهد: اصرار کند در جریان کامل بیماری‌اش قرار گیرد یا در تصمیم‌گیری‌های مهم درمانی دخیل باشد. یا اگر از پزشکش راضی نیست، به پزشک دیگری مراجعه کند. بعضی بیماران وارد فعالیت‌های اجتماعی می‌شوند. برخی دیگر احساس می‌کنند قدرت انتخاب دارند؛ با خوشحالی درمی‌یابند می‌توانند کارهایی را که دوست ندارند، انجام ندهند. کسانی هم که معتقدند ایجاد راه‌های جدید برای مهار فشارهای روانی بر روند سرطانشان تأثیر می‌گذارد، فعالانه در روان‌درمانی شرکت می‌کنند. و حتی آن زمان که چیزها خارج از کنترل ماست، انسان این قدرت را دارد که نگرش خود را نسبت به سرنوشتش تحت فرمان داشته باشد: آنچه را که قادر به انکارش نیست، از نو تعبیر و تفسیر کند.

ترس مؤلفه‌های دیگری هم دارد: درد مُردن، زندگی پس از مرگ، ترس از ناشناخته‌ها، نگرانی برای خانواده‌ی خود، نگرانی‌های جسمانی، تنهایی و پسرفت. در کشورهای غربی که جهت‌گیری‌ها همیشه به‌سوی موفقیت است، مرگ به‌طرز عجیبی با شکست برابر دانسته شده است. وقتی هریک از این مؤلفه‌های ترس، منطقی و جداگانه بررسی شوند، کمتر از کل مسئله ترساننده‌اند. هریک از آن‌ها، یکی از جنبه‌های غیر قابل قبول مرگند؛ ولی چه جداگانه بررسی شوند و چه در کنار هم، نیازی به واکنشی سهمگین و فاجعه‌بار نیست. با وجود این، وقتی از بیماران می‌خواهیم وحشت مرگشان را تجزیه و تحلیل کنند، درمی‌یابیم ترس‌های بسیاری از آنان با آنچه گفتیم، همخوانی ندارد، بلکه با وحشتی بدوی و وصف‌ناپذیر مواجهیم. در ناخودآگاه فرد بالغ، وحشتی کودکانه و نامعقول خانه کرده: مرگ به‌صورت نیرویی منحوس، بی‌رحم و ضایع‌کننده دیده می‌شود. خیال‌پردازی‌های وحشتناک کودکان در مورد مرگ را که در فصل ۳ توصیف کردم و بسیار ترسناک‌تر

از دیدگاه بالغین نسبت به مرگ است، به‌خاطر آورید. این خیال‌پردازی‌ها که کمتر از ترس‌های اُدیپی و اختگی نیست، برچسب‌های نیاگونه[1]ی ناخودآگاهی هستند که توانایی شناخت واقعیت و پاسخ‌دهی متناسب به آن را از انسان بالغ می‌گیرند. درمانگر با این ترس‌ها هم مانند موارد دیگر تحریف واقعیت روبه‌رو می‌شود: می‌کوشد این اشباح متعلق به گذشته را شناسایی کند، توضیح دهد و پراکنده و متفرق سازد.

حساسیت‌زدایی از مرگ: شواهد تجربی

در منابع موجود (همه‌ی پایان‌نامه‌های دکترای روانشناسی)، چندین گزارش از کارگاه‌های برگزارشده در زمینه‌ی مرگ‌آگاهی وجود دارد که بسیاری از رویکردهای حساسیت‌زدا را به‌کار گرفته و تغییرات اضطراب مرگ را به‌صورت کمی اندازه گرفته‌اند. یک کارگاه ماراتُن هشت‌ساعته ــ که شامل مباحثه در زمینه‌ی مرگ، تماشای فیلمی درباره‌ی مرگ، خیال‌پردازی‌های هدایت‌شده به‌سوی بیماری لاعلاج، مرگ و خاک‌سپاری هریک از اعضا (در شرایط آرَمش عمیق عضلانی) ــ گزارش کرده که هشت عضو مورد بررسی (بر خلاف نمونه‌ی کنترل که چنین کارگاهی را نگذرانده‌بودند)، «در عقایدشان نسبت به‌مرگ تجدید نظر کرده‌اند»، در مواجهه با مرگ خویش کمتر به انکار روی آورده‌اند و بعد از هشت هفته پی‌گیری، در آزمون اضطراب مرگ، نمرات پایین‌تری کسب کرده‌اند. در مصاحبه‌های بعد از گروه، برخی اعضا بی‌آنکه دلیلی ارائه کنند، اصرار داشته‌اند که کارگاه، تغییرات مهم دیگری را هم در زندگی‌شان سرعت بخشیده است. مثلاً یک بیمار الکلی گزارش کرده این تجربه تأثیر بسیار زیادی بر او داشته: به این نتیجه رسیده که دلش نمی‌خواهد با خفت و خواری یک الکلی بمیرد و الکل را به‌طور کامل ترک کرده است.(۴۱)

برنامه‌ی حساسیت‌زدای مشابه دیگری با نام سیاتد (SYATD)[2] («تغییر منش نسبت به مرگ»)، ترس از مرگ را (که به‌وسیله‌ی دو مقیاس اضطراب مرگ اندازه‌گیری شده) کاهش داده است.(۴۲) یک «کارگاه مرگ و خودیابی» موجب

1. atavistic
2. SYATD (Shaping Your Attitude Toward Death)

افزایش اضطراب مرگ شده، ولی در عین حال احساس هدفمندی در زندگی را نیز افزایش داده است.(۴۳) سایر برنامه‌ها نشان داده‌اند اضطراب بلافاصله پس از پایان کارگاه کاهش یافته، ولی بعد از گذشت چهار هفته، به‌سطح پیش‌ازکارگاه بازگشته است.(۴۴) و بالاخره، یک کلاس شش‌هفته‌ای آموزش مرگ برای پرستاران، بلافاصله تأثیری بر اضطراب مرگ نداشته، ولی چهار هفته بعد، کاهش قابل توجهی در این اضطراب داده است.(۴۵)

مرگ تنها یکی از اجزای موقعیت اگزیستانسیال بشری‌ست و تأمل در مرگ‌آگاهی تنها یکی از وجوه درمان اگزیستانسیال را روشن می‌کند. برای دستیابی به یک رویکرد درمانی کاملاً متعادل، لازم است پیامدهای درمانی هریک از دلواپسی‌های غایی دیگر را نیز بررسی کرد. مرگ به ما کمک می‌کند اضطراب را درک کنیم، ساختار پویه‌شناختی‌ای عرضه می‌کند که مبنای تعبیر و تفسیر ما قرار می‌گیرد و همچون تجربه‌ای مرزی، قادر به ایجاد دگرگونی گسترده‌ای در دیدگاه ماست. هریک از دلواپسی‌های غایی که در ادامه به آن‌ها می‌پردازم، بخش دیگری از یک نظام جامع روان‌درمانی را می‌سازند: آزادی یاری‌مان می‌کند تا مسئولیت‌پذیری، الزام به تغییر، تصمیم‌گیری و عمل را درک کنیم؛ تنهایی نقش رابطه را بازمی‌نماید؛ در حالی که پوچی توجه ما را به اصل تعهد معطوف می‌کند.

بخش دوم
آزادی

در قسمت مفهوم مرگ در روان‌درمانی اشاره کردم که این بحث برای درمانگر غریب ولی به طرز عجیبی آشناست. «غریب» به‌این دلیل که رویکرد اگزیستانسیال، مشاهدات بالینی را متفاوت با دسته‌بندی‌های سنتی طبقه‌بندی می‌کند؛ «آشنا» از این نظر که یک درمانگر مجرب در اعماق وجودش از اهمیت و حضور همه‌جایی مفهوم مرگ آگاه است. «غریب ولی آشنا» در مورد این قسمت هم صدق می‌کند. اگرچه اصطلاح «آزادی» از واژگان مخصوص روان‌درمانگر نیست، مفهوم آزادی، در نظریه و کاربرد عملی همه‌ی درمان‌های سنتی و نو، نقشی ضروری و اجتناب‌ناپذیر دارد. برای روشن شدن موضوع، این وقایع درمانی را که در چند سال گذشته توجه مرا به‌خود معطوف کرده، در نظر آورید.

- درمانگر به بیماری که اصرار دارد رفتارش تحت کنترل ناخودآگاه است، می‌گوید: «این ناخودآگاه متعلق به کیست؟»
- سرپرست گروهی زنگوله‌ی «نمی‌توانم»ی دارد و هروقت بیماری در گروه می‌گوید: «نمی‌توانم»، آن را به‌صدا درمی‌آورَد. از بیمار خواسته می‌شود حرفش را پس بگیرد و کلامش را این طور اصلاح کند که: «این کار را نمی‌کنم».

- بیماری که در رابطه‌ای به‌شدت خودویرانگر گرفتار بود، گفت: «نمی‌توانم تصمیم بگیرم، نمی‌توانم خودم را به تمام کردن رابطه با همسرم راضی کنم، دعایم این است که او را با زن دیگری در بستر غافلگیر کنم، تا بلکه بتوانم ترکش کنم.»
- اولین استاد راهنمایم که روانکاو فرویدی متعصبی بود و به دیدگاه جبرگرایانه‌ی فروید اعتقاد راسخ داشت، بیست سال پیش در اولین ملاقاتمان به‌من گفت: «هدف روان‌درمانی این است که بیمار را به مرحله‌ای برسانی که بتواند آزادانه انتخاب کند.» ولی یادم نمی‌آید در بیش از پنجاه جلسه‌ای که پس از آن با هم گذراندیم، حتی یک‌بار دیگر به مسئله‌ی «انتخاب» ــ که آن را هدف درمان نامیده بود ــ اشاره کند.
- بسیاری از درمانگران مکرراً از بیمارانشان می‌خواهند طرز صحبتشان را تغییر دهند و مسئولیت اتفاقاتی را که برایشان می‌افتد، بر عهده بگیرند. مثلاً به‌جای «فلانی ناراحتم کرد»، بگویند: «اجازه دادم فلانی ناراحتم کند» یا به‌جای «حواسم پرت است»، بگویند: «وقتی ناراحت می‌شوم و دلم می‌خواهد گریه کنم، با حواس‌پرتی از خودم دفاع می‌کنم.»
- درمانگری از یک بیمار چهل‌وپنج‌ساله خواست گفت‌وگویی با مادر درگذشته‌اش داشته باشد و این جمله را چندین بار تکرار کند که: «من تغییر نمی‌کنم مگر اینکه تو رفتاری را که در ده سالگی با من داشتی، عوض کنی.»
- اوتو ویل[1]، درمانگر مشهور، گفته هرچند یک‌بار نشخوارهای فکری بی‌پایان یک بیمارِ به‌شدت وسواسی و محدود شده را با توصیه‌هایی از این قبیل قطع می‌کرده که: «بگو ببینم، چرا اسمت را عوض نمی‌کنی و به کالیفرنیا نمی‌روی؟»
- یک مرد مبتلا به اجباری‌گری جنسی در ساعت پنج عصر با هواپیما به شهری رسید که صبح روز بعد یک ملاقات کاری در آنجا داشت. هنوز در فرودگاه بود که عجولانه با زنانی که در آن شهر می‌شناخت تماس گرفت تا همان روز عصر ملاقاتی را با او ترتیب دهند. بخت یاری‌اش نکرد! همه وقتشان پُر بود. (البته به‌راحتی می‌توانست چند روز یا حتی چند هفته قبل با آن‌ها تماس بگیرد.) واکنشش این بود که نفسی به‌راحتی کشید: «خدا را شکر، حالا می‌توانم مطالعه کنم و شب راحت بخوابم؛ این درست همان چیزی‌ست که تمام این مدت حقیقتاً می‌خواستم.»

1. Otto Will

شاید این طور به‌نظر بیاید که این وقایع مخلوط ناهماهنگی از سخنان نسنجیده‌ی بیماران و ترفندها و حقه‌های درمانگران است. ولی همان‌طور که نشان خواهم داد، این‌ها قطعاتی‌ست که با رشته‌ی مفهومی آزادی به هم می‌پیوندند. به‌علاوه، گرچه این وقایع در ردایی خیالی و غیرواقعی پیچیده شده‌اند، مظهر دلواپسی‌هایی واهی نیستند. اگر درست بررسی کنیم، سررشته‌ی هریک را در حفره‌ی هستی خواهیم یافت. هر واقعه دورنمایی مرتبط با آزادی پیش چشم می‌گسترد و هریک سرآغاز مبحثی‌ست مرتبط با وجه درمانی آزادی.

«آزادی» برای فیلسوف معانی فردی، اجتماعی، اخلاقی و سیاسی گسترده‌ای دارد و در نتیجه دایره‌ی وسیعی را شامل می‌شود. به‌علاوه، موضوعی‌ست به‌شدت بحث‌انگیز: مباحث فلسفی در زمینه‌ی آزادی و سببیت دو هزار سال است که ادامه دارد. مفهوم آزادی مطلق همواره در طی قرن‌ها، تضادهای تلخی را موجب شده، زیرا با دیدگاه‌های متداول در جهان مغایر است: اول، با اعتقاد به مشیت الهی؛ بعد با قوانین سببیت علمی؛ و بعدتر با دیدگاه هگلی به تاریخ به‌مثابه توالی هدف‌دار یا نظریه‌های جبرگرایانه‌ی مارکسیستی و فرویدی. با وجود این، در این قسمت، مانند سایر بخش‌های این کتاب، تنها به وجوهی از آزادی می‌پردازم که ارتباط مهم و معمول و روزمره‌ای با درمانگر دارد: فصل ٦ به آزادی فرد برای ساختن زندگی‌اش اختصاص دارد و فصل ۷ به این موضوع می‌پردازد که فرد در خواستن، برگزیدن و بالاخره تغییر کردن ــ به‌خصوص در جهت اهداف روان‌درمانی ــ آزاد است.

فصل ششم

مسئولیت

مسئولیت معانی ضمنی زیادی دارد. افراد معتمد و قابل اطمینان را «مسئول» لقب می‌دهیم. «مسئولیت» به‌معنای پاسخگویی قانونی، مالی یا اخلاقی نیز هست. در رشته‌ی بهداشت روان، منظور از «مسئولیت»، قابلیت بیمار در همراهی منطقی با درمان و تعهد اخلاقی درمانگر در برابر بیمار است. با اینکه هیچ‌یک از این معانی با بحث ما بی‌ارتباط نیست، ولی من در اینجا «مسئولیت» را در معنایی خاص به‌کار می‌برم، همان که ژان پل سارتر مد نظر داشت زمانی که مسئول بودن را «بانی و مؤلف انکارناپذیر یک رویداد یا شیء»(۱) معنا کرد. مسئولیت یعنی ایجاد و تألیف. آگاهی از مسئولیت یعنی آگاهی از اینکه خود، سرنوشت، گرفتاری‌های زندگی، احساسات و در نتیجه رنج‌هایمان را خود پدید آورده‌ایم. برای بیماری که چنین مسئولیتی را نپذیرد و همچنان دیگران ــ دیگر افراد یا دیگر نیروها ــ را به‌خاطر ناراحتی‌هایش سرزنش کند، درمان حقیقی امکان‌پذیر نیست.

مسئولیت به‌مثابه یک نگرانی اگزیستانسیال

ولی مسئولیت چگونه می‌تواند اگزیستانسیال باشد؟ اینکه مرگ موضوعی اگزیستانسیال

است، بدیهی‌ست: میرایی و فانی بودن از مسلمات روشن هستی‌ست. ولی وقتی از مسئولیت حرف می‌زنیم یا در فصل بعد از اراده می‌گوییم، مصداق اگزیستانسیال آن بلافاصله آشکار نمی‌شود.

مسئولیت، عمیق‌ترین توضیح را برای هستی ارائه می‌کند. این را سال‌ها پیش و به‌واسطه‌ی تجربه‌ای ساده دریافتم که چنان تأثیرگذار بود که خاطره‌اش هنوز زنده است. در یک روز آفتابی، تنها در آب‌های گرم و شفاف دریاچه‌ای استوایی زیرآبی می‌رفتم و لذت و آسودگی عمیقی را تجربه می‌کردم، این احساسی‌ست که همیشه در آب دارم. حس کردم در خانه‌ام. گرمای آب، زیبایی مرجان‌های کف دریاچه، ریزه‌ماهی‌های نقره‌ای و درخشان، ماهی مرجانی براق و نورانی، شاه‌فرشته‌ماهی، پنجه‌های گوشتالوی شقایق دریایی و لذتی که از سُر خوردن و پیش‌رفتن در آب می‌بُردم، همه‌وهمه در کنار هم بهشتی زیردریایی آفریده بود. و بعد به‌دلیلی که هرگز درکش نکردم، ناگهان چشم‌اندازم عوض شد. ناگهان متوجه شدم هیچ‌یک از دوستان دریایی‌ام در این تجربه‌ی دوستانه شریک نیستند. شاه‌فرشته‌ماهی نمی‌دانست زیباست، ریزه‌ماهی‌ها نمی‌دانستند چه تلألویی دارند و ماهی مرجانی نمی‌دانست چه درخشان است. همان‌طور که توتیای دریایی با خارهای سیاهش یا زباله‌های کف دریاچه (که سعی می‌کردم نبینمشان) از زشتی خود خبر نداشتند. احساس درخانه‌بودن، آسودگی، ساعت فرح‌بخش، زیبایی، جذابیت و آرامش، هیچ‌یک در حقیقت وجود نداشت. این من بودم که تمامی این تجربه را آفریده بودم! می‌توانستم به همان ترتیب در آبی که نفت بر آن شناور است و قوطی‌های پلاستیکی روی آن بالاوپایین می‌رود، غوطه بخورم و تصمیم بگیرم که این تجربه را زیبا ببینم یا تهوع‌آور. انتخاب و آفرینش در عمیق‌ترین لایه از آنِ من بود. به‌اصطلاح هوسرل *noema* (معنا)یم رشد کرده و گسترده شده بود و من از کارکرد سرشتی خود آگاه شده بودم. گویی از سوراخی که در پرده‌ی واقعیت روزمره ایجاد شده بود، به بیرون نگاه می‌کردم و آنچه می‌دیدم واقعیتی عمیقاً برآشوبنده بود.

سارتر در رمان تهوع که یکی از برترین‌های ادبیات مدرن است، این لحظه‌ی روشن‌بینی را لحظه‌ی کشف مسئولیت می‌نامد.

ریشه‌های شاه‌بلوط درست زیر نیمکتم در خاک فرو رفته بود. حتی به‌یاد نمی‌آوردم که آن یک ریشه است. واژه‌ها ناپدید شده و با خود، اهمیت چیزها، شیوه‌ی کاربردشان و نقاط عطف سستی را که مردم در سطح واژه‌ها دنبال می‌کردند، از میان برده بودند. آن‌گاه که تنها بر این توده‌ی سیاه گره‌دار و کاملاً وحشی که مرا می‌ترساند، نشسته و با سری خمیده به جلو خم شده بودم، به این بصیرت دست یافتم.

نفَسم را بند آورد. تا همین چند روز پیش، هرگز معنای «هستی» را درنیافته بودم. من هم مانند دیگران بودم، همان‌هایی که با لباس‌های بهاره در ساحل قدم می‌زدند. من هم مانند آن‌ها می‌گفتم: «اقیانوس سبز شده؛ آن لکه‌ی سفیدی که آنجاست، یک مرغ دریایی‌ست»، ولی وجودش را احساس نمی‌کردم یا حس نمی‌کردم آن مرغ دریایی، یک «مرغ دریایی هستی‌مند» است.

... و بعد ناگهان آنجا بود، مثل روز برایم روشن شد: هستی ناگهان خود را آشکار کرد. ظاهر بی‌آزار مقوله‌ای انتزاعی را از دست داد: خمیر خام اشیا بود، این ریشه با خمیر هستی ورز داده شده بود. یا این طور بگویم ریشه، درهای نرده‌ای پارک، نیمکت، چمن تُنُک، همه‌وهمه ناپدید شده بود: گوناگونی چیزها و تک‌بودنشان، ظاهر فریبنده‌ای بیش نبود، یک لعاب. این لعاب ذوب شده و توده‌هایی سست و غول‌آسا برجای گذاشته بود، همگی درهم‌ریخته و برهنه: این برهنگی هراس‌انگیز و قبیح بود... .

از سوی دیگر، شکل هستی این ریشه برایم قابل توضیح نبود. پُرگره، ساکن، بی‌نام‌ونشان، افسونم کرده بود، نگاهم را پُر کرده و مدام مرا به هستی خویش بازمی‌خواند. بیهوده بود تکرار کنم: «این یک ریشه است» ... دیگر فایده نداشت.(۲)

قهرمان سارتر با «توده‌های غول‌آسا» و «خمیر خام اشیا» ــ توده‌ای بی‌شکل و بی‌معنا تا زمانی که او تجهیزش نکرده ــ رودررو شده بود. به‌محض آنکه مسئولیتش را در جهان کشف می‌کند، از «موقعیت» حقیقی‌اش آگاه می‌شود. جهان تنها به‌شیوه‌ای که انسان‌ها تعیین می‌کنند، به‌قول سارتر «در ذات خویش[1]»

---

1. for-itself

صاحب اهمیت و معنا می‌شود. خارج و مستقل از این «در ذات خویش»، معنایی در جهان نیست.

فیلسوفان غربی و شرقی به معضل مسئولیت انسان در برابر ماهیت واقعیت بسیار اندیشیده‌اند. کانون تحولی که کانت در فلسفه به‌وجود آورد، این نظریه بود که این آگاهی انسان و ماهیت ساختار ذهنی انسانی‌ست که شکل بیرونی واقعیت را می‌سازد. به عقیده‌ی کانت فضا به‌خودی‌خود «چیزی عینی و واقعی نیست، بلکه ذهنی و خیالی‌ست؛ طرحی‌ست حاصل قانون همیشگی حاکم بر ماهیت ذهن در جهت هماهنگ ساختن همه‌ی معانی بیرونی.»(۳)

کاربرد این جهان‌بینی در روانشناسی فرد چیست؟ هایدگر و پس از او سارتر به بررسی معنای مسئولیت برای فرد پرداختند. هایدگر بشر را به‌دلیل خاصی *dasein* [دازاین، آنجا-بود] نامید (و واژه‌ی «من»، «فرد»، «ایگو» یا «انسان» را برای او به‌کار نبُرد): می‌خواست همواره بر ماهیت دوگانه‌ی هستی انسان تأکید کند. بشر «آنجا» (*da*) هست، ولی در عین حال اوست که اساس آنچه را که آنجاست، تعیین می‌کند. ایگو دو معنا در یک واژه است: هم ایگوی تجربی[1] (ایگویی عینی، چیزی که «آنجا»ست، چیزی در جهان)ست و هم ایگوی برَشونده[2] (برپاکننده) که خود و جهان را بنیان می‌گذارد (به‌این معنا که در برابرشان مسئول است). مسئولیتی که این گونه توصیف می‌شود، ارتباطی جدایی‌ناپذیر با آزادی دارد. در صورتی که انسان به‌شیوه‌های مختلف در برپایی جهان آزاد نباشد، مسئولیت معنایی نخواهد داشت. جهان رخدادپذیر است؛ همه‌چیز می‌توانست به‌شکلی متفاوت آفریده شود. برداشت سارتر از آزادی فراگیر و ژرف است: انسان نه‌تنها آزاد است، بلکه محکوم به آزادی‌ست. به‌علاوه، مفهوم آزادی فراتر از مسئول بودن در برابر دنیا (به‌معنای آکندن دنیا از اهمیت) است: علاوه بر آن، فرد کاملاً در برابر زندگی خویش مسئول است، نه فقط در برابر اعمال خود، بلکه در برابر کوتاهی‌هایش هم مسئولیت دارد.

در همین لحظه که من در حال نوشتنم، در گوشه‌ی دیگری از جهان، انسان‌های زیادی گرسنه‌اند. اگر سارتر بود می‌گفت من در برابر این گرسنگی مسئولم. البته

---

1. empirical ego
2. transcendental

من اعتراض می‌کردم: من نمی‌دانم آنجا چه خبر است و برای تغییر وضع اسف‌بار موجود، کار چندانی از دستم برنمی‌آید. ولی سارتر می‌گفت این منم که انتخاب کرده‌ام بی‌خبر بمانم و به‌جای آنکه خود را درگیر این وضع اسف‌بار کنم، در این لحظه‌ی خاص، فقط بنویسم.(٤) می‌توانستم فراخوانی بدهم و اعانه جمع کنم یا از طریق ارتباطاتی که در اصحاب رسانه دارم، توجه همگان را به وضع موجود جلب کنم، ولی انتخاب کرده‌ام آن را نادیده بگیرم. من در برابر آنچه می‌کنم و آنچه انتخاب می‌کنم که نادیده بگیرم، مسئولم. سارتر در اینجا مقصود اخلاقی ندارد: نمی‌گوید من باید رفتار متفاوتی داشته باشم، بلکه می‌گوید آنچه می‌کنم در حیطه‌ی مسئولیتم قرار دارد. همان گونه که خواهیم دید، هر دو سطح مسئولیت ــ انتساب اهمیت و مسئولیت در برابر رفتارهایمان در زندگی ــ کاربرد فراوانی در روان‌درمانی دارد.

بنیان گذاشتن خود و دنیای خود (به‌معنای مسئولیت در برابر آن) و نیز آگاهی از مسئولیت خویش، بصیرت عمیقاً ترس‌آوری‌ست. پیامدهای آن را در نظر بگیرید. هیچ‌چیز در جهان اهمیت نمی‌یابد مگر به‌واسطه‌ی فضیلتی که آفریننده‌اش برای آن قائل می‌شود. هیچ قانون، ارزش یا نظام اخلاقی‌ای وجود ندارد؛ هیچ مرجع بیرونی‌ای موجود نیست؛ هیچ هدف برجسته‌ای برای گیتی مشخص نشده است. از دید سارتر، فرد به‌تنهایی، آفریننده است (منظورش از جمله‌ی «انسان موجودی‌ست که خدا طرح و پروژه‌ی اوست»(٥) هم همین است.)

تجربه‌ی هستی با این دیدگاه، سردرگمی می‌آورَد. هیچ‌چیز آن طوری نیست که به‌نظر می‌آید. گویی زمین زیر پای انسان دهان باز می‌کند. در واقع، بی‌پایگی[1] اصطلاح رایجی برای تجربه‌ی ذهنی آگاهی از مسئولیت است. بسیاری از فیلسوفان اگزیستانسیال، اضطراب بی‌پایگی را «اضطراب بدوی[2]» نامیده‌اند: بنیادی‌ترین اضطراب، اضطرابی که حتی عمیق‌تر از اضطراب مرگ نفوذ می‌کند. در واقع، بسیاری اضطراب مرگ را نمادی از اضطراب بی‌پایگی می‌دانند. فیلسوفان اغلب میان «مرگ من» و مرگ یا مرگ دیگری تفاوت قائلند. نکته‌ی حقیقتاً ترس‌آور این است که «مرگ من»

---

1. groundlessness
2. ur-anxiety

به‌معنای فروپاشی دنیای من است. با «مرگ من»، معنادهنده و تماشاگر دنیا هم می‌میرد و رویارویی حقیقی با پوچی اتفاق می‌افتد.(٦)

دلواپسی‌های «پوچی» و خودآفرینندگی، پیامد ژرف و برآشوبنده‌ی دیگری هم دارد: تنهایی، گونه‌ای تنهایی اگزیستانسیال ــ همان‌طور که در فصل ۸ توضیح خواهم دادــ از مفهوم تنهایی اجتماعی بسیار فراتر می‌رود؛ در این تنها بودن، فرد نه‌فقط از مردم، بلکه از دنیایی که به‌طور معمول تجربه می‌کند نیز جدا می‌افتد. «هستن در ذات خویش» [به‌معنای آگاهی فرد] درهم‌کوبنده است، چون به‌خاطر «در ذات خویش» است که دنیایی وجود دارد.»(۷)

ما به اضطراب بی‌پایگی همان پاسخی را می‌دهیم که به رویارویی با اضطراب آرامش را جست‌وجو می‌کنیم. برای حفظ خود راه‌های زیادی داریم. اول اینکه، بر خلاف اضطراب مرگ، اضطراب بی‌پایگی در تجربه‌ی روزمره آشکار نمی‌شود. فرد بزرگسال به‌سادگی آن را درنمی‌یابد و کودک احتمالاً اصلاً تجربه‌اش نمی‌کند. در زندگی برخی افراد مانند روکانتن سارتر در تهوع، بارها جرقه‌ای می‌زند و خاموش می‌شود، ولی معمولاً بیرون از آگاهی باقی می‌مانَد. فرد از موقعیت‌هایی که اگر در آن‌ها غور کند، از بی‌پایگی بنیادین خویش آگاه می‌شود (مانند تصمیم‌گیری، تنهایی، عمل خودمختار) می‌پرهیزد. پس در جست‌وجوی ساختار، اقتدار، نقشه‌های باشکوه، جادو و چیزهایی برمی‌آید که از خودش عظیم‌ترند. حتی حضور یک مستبد خودکامه نیز، همان‌طور که فروم در گریز از آزادی یادآوری می‌کند، برای او بهتر است از آنکه هیچ پیشوا و فرماندهی نداشته باشد.(۸) به همین دلیل است که آزادی کودکان را نگران می‌کند و خواهان تعیین حدودند؛ بیماران سراسیمه‌ی روان‌پریش نیز همین نیاز به ساختار و محدودیت را از خود نشان می‌دهند. همین پویه‌شناسی در شکل‌گیری انتقال در روند روان‌درمانی دخیل است. سایر دفاع‌ها در برابر اضطراب بی‌پایگی همان دفاع‌های رایج در برابر آگاهی کامل از «مرگ من» هستند زیرا انکار مرگ مشابه انکار بی‌پایگی‌ست.

با این حال، شاید قوی‌ترین دفاع، همان واقعیتی‌ست که تجربه می‌شود: یعنی ظاهر چیزها. مشاهده‌ی خود به‌عنوان بنیان‌گذاران اصیل، عبارت است از گریز از مواجهه با واقعیتی که به‌طور معمول تجربه می‌کنیم. داده‌های حسی به‌ما می‌گویند

جهان وجود دارد و «آنجا»ست و ما واردش می‌شویم و سپس ترکش می‌کنیم. با وجود این، همان‌طور که هایدگر و سارتر می‌گویند ظواهر در خدمت انکارند: ما جهان را طوری بنیان می‌نهیم که ظاهراً مستقل از ما به‌نظر بیاید. بنیان‌گذاری جهان به‌عنوان جهانی تجربی، به‌معنای بنیان‌گذاری آن به‌عنوان چیزی مستقل از ماست.

به‌کارگیری هریک از این ابزار که به ما اجازه می‌دهد از آزادی خود بگریزیم، به معنای «نامعتبر و غیراصیل» زیستن (هایدگر) یا «بی‌ایمان» زیستن (سارتر) است. سارتر برنامه‌ی خود را رهایی افراد از بی‌ایمانی و کمک به آن‌ها در جهت پذیرش مسئولیت می‌داند. این برنامه‌ی روان‌درمانگر نیز هست؛ در باقیمانده‌ی این فصل به بررسی تقسیم‌بندی بالینی مسئولیت‌گریزی و اسلوب قابل استفاده‌ی درمانگر در جهت تسهیل روند مسئولیت‌پذیری می‌پردازم.

مسئولیت‌گریزی: تظاهرات بالینی

حتی اتفاقی‌ترین مرور تاریخچه‌ای در رشته‌ی روان‌درمانی نشان می‌دهد تغییرات بنیادینی در شیوه‌های کمک روان‌درمانگران به بیمارانشان به‌وجود آمده است. ازدیاد لگام‌گسیخته‌ی درمان‌های جدید و رقابت‌کننده با یکدیگر، هرگونه شیوه‌ی منسجم را به‌چالش می‌گیرد و در نتیجه گاه به اعتماد عموم مردم به این رشته آسیب می‌رسانَد. ولی نگاهی دقیق به این درمان‌های جدید و نیز پیشرفت‌های جدید در درمان‌های سنتی نشان می‌دهد همگی یک ویژگی برجسته‌ی مشترک دارند: تأکیدی‌اند بر پذیرش مسئولیت فردی.

تمرکز زیاد رویکردهای جدید بر مسئولیت اتفاقی نیست. درمان‌ها از ناهنجاری‌هایی که باید درمانشان کنند، اثر می‌پذیرند و این بیماری‌ها هستند که به درمان‌ها شکل می‌دهند. دهه‌ی آخر سده‌ی نوزدهم وین که خاستگاه و گاهواره‌ی روانشناسی فروید بود، همه‌ی ویژگی‌های فرهنگ ویکتوریایی پسین را در خود داشت: سرکوب غرایز (خصوصاً غرایز جنسی)، قوانین به‌شدت ساختاریافته و به‌دقت تعیین‌شده برای عادات و رفتار، قلمرو جداگانه برای مردان و زنان، تأکید بر اراده‌ی معطوف به قدرت و نیروی اخلاقی و خوش‌بینی مست‌کننده‌ای که از مثبت‌گرایی علمی‌ای نشئت می‌گرفت که قول داده بود همه‌ی وجوه رده‌بندی‌های طبیعی از جمله رفتار انسانی را توضیح دهد.

فروید به‌درستی متوجه شده بود این سرکوب جدی امیال طبیعی برای روان مضر است. انرژی لیبیدویی که اجازه نداشت برهنه به سطح برسد، دفاع‌های محدودکننده‌ای را موجب می‌شد و ابزار غیرمستقیمی برای بیان می‌یافت. دفاع‌ها و شیوه‌ی غیرمستقیم و تلویحی ابراز لیبیدو در کنار هم تصویر بالینی روان‌نژندی کلاسیک را می‌سازد.

ولی اگر فروید فرهنگ معاصر امریکایی را خصوصاً در کالیفرنیا ــ که زادگاه بسیاری از رویکردهای درمانی جدید است ــ بررسی می‌کرد، تأکیدش را بر چه می‌گذاشت؟ غرایز طبیعی آزادانه بیان می‌شوند؛ همان گونه که بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند، آسان‌گیری جنسی که از ابتدای نوجوانی آغاز می‌شود، یک واقعیت است. نسلی از بالغین جوان بر اساس نوعی آسان‌گیری اجباری پرورش یافته‌اند. ساختار، آداب‌ورسوم و مرزبندی از هر نوع بی‌رحمانه نابود شده است. در طبقات مذهبی، خواهران روحانی کاتولیک پاپ را به‌چالش می‌طلبند، کشیشان حاضر نیستند عزب بمانند. زنان و نیز مردان همجنس‌گرا کلیسای اسقفی را بر اساس رعایت حقوقشان دچار چنددستگی کرده‌اند و زنان مجتهد در دین یهود سرپرستی بسیاری از کنیسه‌ها را در دست گرفته‌اند. دانشجویان، استادانشان را با نام کوچک خطاب می‌کنند. کجاست آن واژه‌های زشت ممنوع، عناوین تخصصی، کتاب‌های راهنمای آداب معاشرت و اصول لباس پوشیدن؟ یکی از دوستانم که منتقد هنری‌ست، فرهنگ نوین کالیفرنیا را با توصیف رویدادی که در نخستین دیدارش از کالیفرنیای جنوبی اتفاق افتاده، شرح می‌دهد. در یکی از رستوران‌هایی که بدون پیاده شدن از اتومبیل می‌توان غذا خرید، ایستاده و همراه با همبرگرش، یک قوطی پلاستیکی کوچک سس کچ‌آپ دریافت کرده است. این قوطی‌ها در جاهای دیگر خط‌چینی با نوشته‌ی «از اینجا باز کنید» دارند؛ قوطی‌های کالیفرنیا، هیچ خط‌چینی ندارند، فقط رویشان نوشته شده: «از هرجا خواستید باز کنید.»(۹)

تصویر بالینی ناهنجاری‌های روانی هم به‌همین شکل تغییر کرده است. سندرم‌های کلاسیک روان‌نژندی کمیاب شده‌اند. حتی ده سال پیش هم بیماری با تصویر بالینی یک روان‌نژندی حقیقی، برای دانشجویان جوان و نیز کارکنان ارشد، گنجی بود که با اشتیاق بر سرش رقابت می‌کردند. بیمار امروزی بیش از آنکه لازم باشد با غرایز سرکوب‌شده‌اش روبه‌رو شود، باید با آزادی‌اش کنار بیاید. دیگر نه اجباری درونی

در کار است که آنچه را که «باید» بکند، تعیین کند و نه اجباری بیرونی او را به انجام کاری وامی‌دارد، بیمار باید با مشکل انتخاب ــ آنچه خودش می‌خواهد بکند ــ کنار بیاید. روزبه‌روز بیماران بیشتری با شکایات مبهم و نامشخص جویای درمان می‌شوند. در واقع، اغلب نخستین جلسه‌ی مشاوره‌ی هر بیمار را در حالی به‌پایان می‌برم که از مشکل او هیچ تصویر بالینی مشخصی ندارم؛ این واقعیت را در نظر می‌گیرم که بیمار نتوانسته مشکلش را به‌عنوان یک مشکل مشخص تشریح کند. بیمار از اینکه در زندگی‌اش «چیزی کم است»، از احساساتش فاصله گرفته، احساس خلأ می‌کند، به‌چیزی شوق و رغبت ندارد و یا حس می‌کند بی‌هدف و سرگردان است، شکایت دارد. روند درمان چنین بیمارانی نیز به‌همین نسبت پراکنده و نامشخص است. واژه‌ی «مداوا یا شفا» از قاموس درمان خارج شده است؛ به‌جای آن، درمانگر از «رشد» یا «پیشرفت» سخن می‌گوید. از آنجا که هدف درمان مبهم است، خاتمه‌ی درمان نیز مشخص نیست و دوره‌های درمانی سال‌ها بی‌هدف پشت سر هم ادامه می‌یابند.

تحلیل رفتن اصول و قوانین اجتماعی (و روانشناختی) تعیین‌کننده‌ی ساختارهای زندگی، ما را بیش از پیش با آزادی‌مان رویاروی کرده است. اگر هیچ قانون یا هدف برجسته‌ای در کار نباشد، کاری نباشد که مجبور به انجامش باشیم، در آن صورت آزادیم مطابق انتخاب خویش عمل کنیم. ماهیت بنیادینمان عوض نشده؛ شاید کسی بگوید حال که از مسیرهای انحرافی کتمان‌کننده‌ی آزادی محروم مانده‌ایم، حال که ساختارهای تحمیلی بیرونی فروریخته‌اند، بیش از هر زمان دیگری به تجربه‌ی واقعیت‌های اگزیستانسیال زندگی نزدیک شده‌ایم. ولی آمادگی لازم را نداریم؛ بیش از تحمل ماست، اضطراب برای رها شدن غوغا به‌پا کرده و در هر دو سطح فردی و اجتماعی، شوریده‌وار در جست‌وجوی جان‌پناهی هستیم تا خود را از آزادی در امان داریم.

بگذارید دوباره به بررسی دفاع‌های روانی خاصی بازگردیم که فرد را در برابر آگاهی از مسئولیت محافظت می‌کنند. هیچ درمانگری نیست که یک روز کاری را به‌پایان برساند بی‌آنکه با چند نمونه از دفاع‌های اجتناب‌کننده از مسئولیت روبه‌رو شده باشد. در اینجا به برخی از شایع‌ترین‌هایشان می‌پردازم: اجباری‌گری[1]، جابه‌جایی

---

1. compulsivity

مسئولیت و انداختن آن به‌دوش دیگران، انکار مسئولیت («قربانی بی‌گناه»، «از دست‌دادن کنترل»)، دوری از رفتار خودمختار و ناهنجاری در تصمیم‌گیری.

اجباری‌گری

یکی از دفاع‌های پویه‌شناختی شایع در برابر آگاهی از مسئولیت، خلق دنیایی روانی‌ست که فرد در آن آزادی را تجربه نمی‌کند، بلکه میان بعضی نیروهای وسواسی و مقاومت‌ناپذیر بیگانه با ایگو[1] («غیر من») در نوسان است. ما این دفاع را «اجبار وسواسی یا اجباری‌گری» می‌نامیم.

نمونه‌ی بالینی آن برنارد است، فروشنده‌ای بیست‌وپنج‌ساله که مشکلات اصلی‌اش حول محور احساس گناه و «سائق‌گرایی[2]» می‌گشت. در رفتار جنسی‌اش، حرفه‌اش و حتی در سرگرمی‌هایش نوعی احساس اجبار داشت. او همان مردی‌ست که (در مقدمه‌ی بخش دوم کتاب) به‌دنبال ناکامی در ترتیب دادن یک وقت‌گذرانی جنسی (عمداً دیر تماس گرفته بود)، نفسی به‌راحتی کشیده بود: «خدا را شکر، حالا می‌توانم مطالعه کنم و شب راحت بخوابم، این درست همان چیزی‌ست که تمام این مدت حقیقتاً می‌خواستم.» مشکل اصلی برنارد در این عبارت قابل توجه ــ «این درست همان چیزی‌ست که تمام این مدت حقیقتاً می‌خواستم» ــ نهفته است. سؤال این است: «برنارد، اگر این درست همان چیزی‌ست که می‌خواستی، چرا از اول مستقیماً همین کار را نکردی؟»

برنارد این سؤال را به اَشکال گوناگون پاسخ داد: «تا زمانی که آخرین زن دعوتم را رد نکرد و من آن موج راحتی را احساس نکردم، نمی‌دانستم این چیزی‌ست که واقعاً می‌خواهم.» یک‌بار دیگر معنای جمله‌اش این بود که آگاه نبوده انتخابی در کار است: «زندگی یعنی با زن خوابیدن.» اجبار چنان وادارنده بود که نمی‌توانست تصور کند می‌شود با زنی که در دسترس است، به بستر نرفت، ولی برایش مثل روز روشن بود که انبساط خاطر جنسی کوتاه‌مدت به ملالی که در پی‌اش می‌آمد، نمی‌ارزید: دلشوره، احساس نارضایتی از خود چون افکار جنسی از کارایی‌اش می‌کاست، احساس گناه

---

1. ego-alien ("not me")
2. drivenness

و ترس از اینکه مبادا همسرش از بی‌بندوباری جنسی او مطلع شود، خودخوارنگری زیرا می‌دانست فریبکارانه با زنان همچون ماشین رفتار می‌کند.

بعد با اجباری که امکان هرگونه انتخاب را از میان می‌بُرد، از مسئولیت‌پذیری و انتخاب شانه خالی می‌کرد؛ تجربه‌ی ذهنی‌اش مانند آن بود که برای حفظ جانش مجبور باشد به کره‌اسبی مجنون و مهارنشدنی آویزان بماند. جویای درمان شده بود تا از ملالی که گریبانگیرش بود، خلاص شود ولی این واقعیت را نمی‌دید که خودش مسئول ایجاد این ملال و اجباری‌گری‌ست، خلاصه اینکه متوجه نبود این خود اوست که این تنگنا را به‌وجود آورده است.

جابه‌جایی مسئولیت

بسیاری از افراد با جابه‌جایی و انداختن مسئولیت بر دوش دیگران، از آن دوری می‌جویند. این ترفند در موقعیت روان‌درمانی بسیار شایع است. یکی از اصلی‌ترین درونمایه‌های کارم با برنارد، بررسی کوششی بود که می‌کرد تا بار مسئولیت را بر دوش من اندازد. مابین جلسات به مشکلش فکر نمی‌کرد؛ بلکه فقط اطلاعات را ذخیره می‌کرد تا در دامان من «خالی» کند. (وقتی این مسئله را با او در میان گذاشتم، با زرنگی این جواب را در آستین داشت که اگر اطلاعات را از پیش «پردازش کند»، خودجوشی جلسات از بین می‌رود.) به‌ندرت پیش می‌آمد رؤیایی با خود بیاورَد، چون همت نمی‌کرد در بیداری‌های کوتاه شبانه آن‌ها را بنویسد و صبح هم دیگر فراموش‌شان کرده بود. در موارد نادری که رؤیایی را یادداشت می‌کرد، تا جلسه‌ی بعد حتی نگاهی هم به آن نمی‌انداخت؛ نتیجه این بود که اغلب نمی‌توانست خط خودش را بخوانَد.

در یکی از تعطیلات تابستانی که من در سفر بودم، او در حالی که «در جا می‌زد» و منتظر بازگشت من بود، شب قبل از ملاقاتمان خواب دید در یک بازی فوتبال (امریکایی) است: خود را دید که روی شانه‌های من نشسته و تاچ‌داونی را پاس می‌دهد. رفتارش در جلسه‌ی بعد، بازنمایی نمادین رؤیا بود: باران اضطراب، گناه، رفتارهای جنسی و خودنکوهش‌گری‌های تابستانی‌اش با شرح تمام جزئیات بر من باریدن گرفت. زیر بار اجبار و اضطراب این چهار هفته خم شده بود و منتظر بود

من برگردم تا به او نشان دهم چگونه باید در برابر آن‌ها بایستد. گرچه اغلب در حرفه‌اش از تمرینات مشکل‌گشایی گروهی استفاده می‌کرد، وقتی تمرین ساده‌ای را به او پیشنهاد کردم (بیست دقیقه به خودش فکر کند و بعد از افکارش یادداشت بردارد)، انگار دلسرد شد. بعد از چند بار کوشش (ثمربخش)، برای تمرین «وقت کافی پیدا نکرد». بعد از جلسه‌ای که بر این نکته اصرار کردم که بار مشکلاتش را بر شانه‌های من خالی می‌کند، این رؤیا را دید:

> یک مرد ناشناس [کسی که شبیه برنارد بود و به‌وضوح بَدَل او محسوب می‌شد] به‌من تلفن زد و وقت ملاقات خواست. گفت من مادرش را می‌شناختم و حالا می‌خواهد خودش مرا ببیند. حس کردم دلم نمی‌خواهد ببینمش. بعد فکر کردم چون او وجهه‌ی اجتماعی خوبی دارد، باید ببینم چه استفاده‌ای می‌توانم ازش بکنم. ولی نتوانستیم وقت ملاقاتی را تعیین کنیم؛ برنامه‌های کاری‌مان به‌هم نمی‌خورد. به‌او گفتم: «شاید لازم است ملاقاتی ترتیب بدهیم تا درباره‌ی برنامه‌ی کاری شما حرف بزنیم!» در حالی که می‌خندیدم از خواب بیدار شدم.

برنارد پنجاه مایل رانندگی می‌کرد تا مرا ببیند و هرگز نشد از این رفت‌وآمد طولانی ابراز ناراحتی کند. با این حال، رؤیا به‌وضوح می‌گوید نتوانسته برای ملاقات با خودش وقت پیدا کند و در نهایت هم این کار را نکرده است. مسئله‌ی برنارد و هر بیمار دیگری که در غیاب درمانگر به‌درمان خودش کمک نمی‌کند، مسئله‌ی وقت نداشتن و سختی کار نیست. مسئله‌ی مواجهه با مسئولیت فرد نسبت به زندگی خود و فرایند تغییر خود است. و همیشه آنچه در پسِ پُشت آگاهی از مسئولیت پنهان است، وحشت بی‌پایگی‌ست.

پذیرش مسئولیت پیش‌شرط تحول درمانی‌ست. تا زمانی که فرد معتقد است دیگری یا نیرویی بیرونی، مسئول مشکل یا ملال اوست، تعهد به تحول فردی چه معنایی دارد؟ مردم برای یافتن راه‌های پرهیز از آگاهی نسبت به مسئولیت، زرنگی و ذکاوت خستگی‌ناپذیری از خود نشان می‌دهند. برای نمونه بیماری بود که از مشکلات جنسی شدید و طولانی‌مدت در زندگی زناشویی‌اش شکایت داشت. معتقد اگر با مسئولیتی که در برابر مشکلش داشت مواجه می‌شد، رویارویی ترسناکی را با

آزادی تجربه می‌کرد و متوجه می‌شد در زندانی حبس است که خود آن را آفریده است. در واقع او آزاد می‌شد اگر روابط زناشویی آن قدر مهم بود که به‌خاطر آن همسرش را ترک می‌کرد یا همسر دیگری می‌یافت یا به‌ترک همسرش فکر می‌کرد (فقط فکر جدایی کافی بود تا او را به‌سوی حملات اضطراب براند). او در تغییر همه‌ی وجوه زندگی جنسی‌اش آزاد بود؛ و این واقعیت خود بسیار مهم بود زیرا معنایش این بود که باید مسئولیت سرکوب احساسات جنسی و بسیاری وجوه دیگر زندگی هیجانی‌اش را برای همه‌ی عمر بر عهده گیرد. در نتیجه سرسختانه از مواجهه با مسئولیت پرهیز می‌کرد و مشکلات جنسی را به عوامل متعددی بیرون از خودش ارتباط می‌داد: به فقدان میل جنسی همسر و عدم تمایل او به تغییر؛ به جیرجیر فنرهای تشک (سروصدایش ممکن بود به‌گوش بچه‌ها برسد و به دلایل بی‌سروتهی نمی‌شد تخت‌خواب را عوض کرد)؛ به‌بالا رفتن سنش (فقط چهل‌وپنج‌سالش بود) و کمبود سرشتی لیبیدو؛ به مشکلات حل‌نشده‌اش با مادر (که همان‌طور که در مورد اغلب این تعبیروتفسیرها صادق است، بیشتر توجیهی‌ست برای پرهیز از مسئولیت تا عاملی برای تغییر).

سایر شیوه‌های جابه‌جایی مسئولیت به‌وفور در کار بالینی مشاهده می‌شود. بیماران پارانوئید به‌وضوح مسئولیت را به‌دوش دیگر افراد یا نیروها می‌اندازند. احساسات و تمایلات خود را انکار می‌کنند و آن‌ها را به دیگران نسبت می‌دهند و ملال و ضعف‌های خویش را نتیجه‌ی تأثیر عوامل بیرونی می‌دانند. وظیفه‌ی اصلی و اغلب ناممکن درمان بیماران پارانوئید، کمک به آن‌ها در پذیرش مسئولیت احساساتی‌ست که به‌دیگران فرافکنی می‌کنند.

پرهیز از مسئولیت، مانع اصلی روان‌درمانیِ بیمار مبتلا به بیماری روان‌تنی‌ست. مسئولیت‌پذیری در این بیماران دو بار جابه‌جا شده: رنجی که می‌بَرَند، بیشتر جسمانی‌ست تا روانی؛ و حتی وقتی متوجه می‌شوند مشکل جسمانی‌شان شالوده‌ای روانشناختی دارد، باز هم دفاع‌هایی برونی‌سازانه[1] به‌کار می‌گیرند تا ملال روانشناختی‌شان را به «اعصاب ضعیف» یا شرایط نامناسب کاری یا محیطی نسبت دهند.

---

1. externalization defenses

انکار مسئولیت: قربانی بی‌گناه

شکل خاصی از مسئولیت‌گریزی را اغلب در افرادی (که معمولاً به‌عنوان شخصیت‌های هیستریونیک شناخته می‌شوند) می‌توان دید که خود را قربانی بی‌گناه وقایعی می‌بینند که خود (ناخواسته) به‌بار آورده‌اند و به این ترتیب مسئولیت را انکار می‌کنند.

مثلاً کلاریسا روان‌درمانگر بالینی چهل‌ساله‌ای بود که به درمان گروهی پیوست تا مشکل درازمدتش را در برقراری روابط صمیمانه حل کند. او در برقراری رابطه با مردان به‌شدت مشکل داشت: ابتدا با پدری خشن و تنبیه‌کننده و بعد مردانی که طرد و تنبیهش می‌کردند. در نخستین جلسه‌ی پذیرش در گروه به من گفت جلسه‌ی پیش دوره‌ی روانکاوی طولانی‌ای را به‌اتمام رسانده و حالا حس می‌کند مشکلاتش در گروه بهتر حل می‌شود. چند ماهی که از شرکتش در گروه گذشت، به ما خبر داد کمی پس از شروع گروه‌درمانی، روانکاوی را از سر گرفته، ولی موضوع به‌نظرش چندان اهمیتی نداشته که به گروه گزارش بدهد. با این حال، در این مرحله، درمانگرش که به‌شدت با گروه‌درمانی مخالف بوده، عضویتش در یک درمان گروهی را نوعی «کنش‌نمایی[1]» تعبیر کرده است.

روشن است که وقتی درمانگر یک بیمار با گروه‌درمانی مخالف باشد و از اهمیت آن بکاهد، بیمار قادر نیست در گروه کار کند. به پیشنهاد کلاریسا کوشیدم با روانکاوش صحبت کنم، ولی او ترجیح داد موقعیت روانکاوانه ــ و از دید من تا حدودی مغرورانه ــ اش را با رازداری کامل حفظ کند و حتی حاضر نشد در این مورد با من صحبت کند. حس کردم از کلاریسا نارو خورده‌ام، از درمانگرش آزرده‌ام و از چرخش وقایع گیج. در تمام این مدت، کلاریسا ساده‌دل و کمی سرگردان در میانه‌ی این اتفاقات گیج‌کننده مانده بود. اعضای گروه عقیده داشتند او «خودش را به‌حماقت زده»؛ و برای آنکه نقش خود را در این وقایع ببینند، اظهار نظرهایشان به‌تدریج شدیدتر و تقریباً با سرزنش و خشونت همراه شد. بار دیگر کلاریسا حس کرد قربانی مردان شده و «به‌دلیل شرایطی که از کنترل او خارج بود»، مجبورش کرده‌اند گروه را ترک کند.

---

1. acting out

این رویداد نمونه‌ی کوچک‌شده‌ای بود از مشکل محوری او: مسئولیت‌گریزی که با پذیرش نقش قربانی بی‌گناه به‌انجام رسیده بود. این واقعه کلید حل مشکلاتش در برقراری یک رابطه‌ی صمیمانه بود، گرچه هنوز آمادگی درکش را نداشت. دو مرد مهم زندگی‌اش، روانکاو و گروه‌درمانگرش، حس می‌کردند بازیچه‌ی دست او شده‌اند و در مورد خودم باید بگویم از او رنجیده بودم. دیگر اعضای گروه هم به همین ترتیب حس می‌کردند از آن‌ها سوء استفاده شده است. ارتباطش با آن‌ها صادقانه نبود؛ حس می‌کردند در نمایشی که او با درمانگرانش اجرا می‌کرده، بازیچه بوده‌اند.

یادتان باشد که علت ورود کلاریسا به گروه، مشکلش در برقراری روابط صمیمانه بود. در گروه، مسئولیت او در بروز این مشکلات مثل روز روشن شد. او هرگز با کسی نبود. وقتی در کنار دیگر اعضای گروه بود، با من بود. وقتی در کنار من بود، با درمانگرش بود؛ و قطعاً وقتی در کنار او بود، با پدرش بود. پویه‌شناسی تمایل کلاریسا به نقش قربانیِ بی‌گناه کاملاً روشن بود، زیرا او خود روان‌درمانگر باتجربه‌ای بود، گروه‌های زیادی را سرپرستی کرده بود و به‌خوبی از اهمیت ارتباط میان فرد و گروه‌درمانگران آگاه بود.

انکار مسئولیت: از دست دادن کنترل

شیوه‌ی دیگر مسئولیت‌گریزی آن است که فرد موقتاً «کنترلش را از دست می‌دهد». بعضی بیماران موقتاً وضعیت غیرمنطقی و نامعقولی به‌خود می‌گیرند که ممکن است در آن غیرمسئولانه برخورد کنند، چون رفتارشان در آن شرایط حتی برای خودشان توجیه‌پذیر نیست. این مشکلِ همان بیماری‌ست که در یکی از مثال‌های ابتدای بخش دوم، رفتارش را عمدی نمی‌دانست و درمانگرش می‌پرسید: «این ناخودآگاه متعلق به کیست؟» مهم است متوجه باشیم که بررسی دقیق این بیماران برای درمانگر روشن می‌کند که رفتار همراه با «ازدست‌دادن کنترل»، به‌هیچ‌وجه مغشوش و آشفته نیست: هدف‌دار است، هم برای بیمار سود ثانویه دارد (با آن تسویه‌حساب می‌کند) و هم پرهیز خودفریبانه‌ای از مسئولیت است.

بیماری که از سوی معشوقی بی‌ملاحظه و آزارگر، مورد خشونت و بعد طرد واقع شده بود، «کنترلش را از دست داد» و «دیوانه‌وار» تعادل قدرت را در

رابطه به‌نفع خود تغییر داد. هفته‌ها آن مرد را تعقیب کرد، بارها در آپارتمانش شکست و وارد شد و خرابی به‌بار آورد، وقتی مرد با دوستانش به رستوران رفت با جیغ و فریاد و شکستن ظروف الم‌شنگه‌ای به‌راه انداخت. رفتار دیوانه‌وار و غیرقابل‌پیش‌بینی‌اش مرد را کاملاً مغلوب کرد: سراسیمه شد، برای امنیتش از پلیس کمک خواست و بالاخره به مراقبت فوری روانپزشکی نیاز پیدا کرد. جالب است در این مرحله که دیگر زن به‌هدفش رسیده بود، دوباره کنترلش را به‌دست آورد و از آن پس رفتاری کاملاً منطقی در پیش گرفت. این پویه‌شناسی غیرکلامی شایع است. بسیار پیش می‌آید فردی با برخورد بالقوه غیرمنطقیِ شریک زندگی‌اش مورد ظلم واقع شود.

از دست دادن کنترل نفع دیگری هم دارد: مراقبت به‌دنبال می‌آورد. بعضی بیماران چنان ولعی برای تیمار، تغذیه و مراقبت شدن به صمیمی‌ترین شیوه‌ها از سوی درمانگرشان دارند که برای رسیدن به این هدف، «کنترل خود را از دست می‌دهند» و کار را به‌جایی می‌رسانند که با پسرفتی عمیق راهی بیمارستان می‌شوند.

پرهیز از رفتار خودمختار

بیمارانی که دقیقاً می‌دانند باید چه کنند تا احساس بهتری داشته باشند، ولی به طرز توجیه‌ناپذیری حاضر نیستند قدمی بردارند، اغلب درمانگرانشان را گیج و سردرگم می‌کنند. پل، بیمار افسرده‌ای که دوره‌ی تغییر شغل را می‌گذراند، برای چند مصاحبه‌ی کاری به نیویورک رفت. به‌شدت احساس تنهایی می‌کرد: مجموع مصاحبه‌ها فقط شش ساعت از این سفر سه‌روزه را پر کرد و باقی وقتش را در تنهایی و انتظاری دیوانه‌کننده گذراند. در گذشته سال‌ها در نیویورک زندگی کرده بود، دوستان زیادی در آنجا داشت که قطعاً حضورشان به او دلداری می‌داد. دو شب در تنهایی گذشت در حالی که به تلفن خیره شده بود و آرزو می‌کرد آن‌ها تماسی با او بگیرند، اتفاقی غیرممکن: زیرا آن‌ها نمی‌دانستند او در شهر است. ولی نتوانست گوشی را بردارد و به آن‌ها تلفن کند.

چرا؟ علت را به‌تفصیل تحلیل کردیم: ابتدا کار با توضیحاتی نظیر «توانایی‌اش را نداشتم»، «درخواست همراهی از دیگران آدم را کوچک می‌کند»، «آن‌ها فکر می‌کردند هروقت نیاز دارم، بهشان تلفن می‌کنم» شروع شد. فقط با پیشرفت کار

بود که متوجه شدیم رفتارش بازتابی‌ست از عدم تمایلش به‌اینکه بپذیرد آسایش و راحتی‌اش در دستان خودش است و کمکی در کار نخواهد بود مگر اینکه عملی انجام بدهد و کمک را به‌وجود بیاورد. یک‌بار گفتم ترسناک است آدم پدرِ خودش باشد؛ این جمله بازتاب نیرومندی در پل داشت و در ادامه‌ی درمان اغلب به‌آن اشاره می‌کرد. پارادوکس او (مانند سام در فصل ٤ که وقتی همسرش ترکش کرد، از خانه بیرون نرفت و در پی یافتن دوستان برنیامد مبادا تلفن زنگ بزند و او جواب ندهد) این بود که برای تغییر تنهایی‌اش در اجتماع، اول باید با تنهایی اگزیستانسیالش که عمیق‌تر بود، مواجه می‌شد. در این دو مثال با الحاق دو چارچوب داوری روبه‌روییم: مسئولیت‌پذیری در عین حال موجب می‌شود فرد اعتقادش به وجود نجات‌دهنده‌ی غایی را کنار بگذارد و این کار برای کسی که جهان‌بینی‌اش را حول چنین اعتقادی استوار کرده، بسیار دشوار است. این دو چارچوب، هماهنگ با یکدیگر، پویه‌شناسی اصلی وابستگی را می‌سازند و برای درمانگر نظام توصیفی قدرتمندی می‌آفرینند که به‌کمک آن می‌تواند ناهنجاری‌های موجود در یک شخصیت وابسته را درک کند.

اختلال در خواست و اراده

فصل بعد به بررسی عمیق رابطه‌ی میان مسئولیت‌پذیری و تمایل (یعنی خواست و اراده) می‌پردازد، بنابراین در اینجا خیلی کوتاه اشاره می‌کنم که وقتی کسی با آگاهی کامل می‌خواهد و تصمیم می‌گیرد، در واقع با مسئولیت رویاروی می‌شود. فصل حاضر بر این فرض اصلی بنا شده که انسان خود خویشتن را می‌آفریند؛ فرض اصلی فصل بعدی این است که خواست و اراده، قطعات به‌وجودآورنده‌ی این آفرینشند. همان‌طور که سارتر همیشه به‌ما گوشزد کرده، زندگی فرد را انتخاب‌هایش می‌سازد. فرد اراده می‌کند آنچه هست باشد. اگر فرد از خودسازی (و احساس بی‌پایگی همراه با آن) بهراسد، در آن صورت با کرختی در خواست یا احساس، با انتخاب نکردن یا مسئولیت انتخاب خود را بر دوش دیگر افراد، نهادها یا وقایع بیرونی گذاشتن، از اراده کردن می‌پرهیزد. در فصل ۷ به این سازوکارهای مسئولیت‌گریزی از راه انکار اراده می‌پردازم.

مسئولیت‌پذیری و روان‌درمانی

نخستین گام درمانگر برای کمک به‌بیمار در جهت پذیرش مسئولیت، به‌کارگیری اسلوب نیست، بلکه اتخاذ مَنِشی‌ست که اسلوب بعدی در آن نهفته است. درمانگر باید مدام در این چارچوب کار کند که گرفتاری‌های بیمار آفریده‌ی خود اوست. این بخت‌واقبال، سرنوشت بد یا ژن‌های بد نیست که باعث می‌شود فرد تنها، گوشه‌گیر، مورد سوء استفاده‌ی مزمن یا بی‌خواب باشد. درمانگر باید نقش بیمار را در مشکلی که با آن روبه‌روست، مشخص کند و راهی بیابد تا این بصیرت را با بیمار درمیان بگذارد. تا زمانی که فرد متوجه نباشد خود پدیدآورنده‌ی ملال خویش است، انگیزه‌ای برای تغییر وجود نخواهد داشت. اگر فرد همچنان بر این باور باشد که گرفتاری‌هایش حاصل رفتار دیگران، بخت بد یا شغلی‌ست که رضایتش را فراهم نمی‌کند، خلاصه اینکه حاصل چیزی بیرون از اوست، چرا باید برای تغییر خویش انرژی بگذارد؟ در مواجهه با چنین نظام اعتقادی‌ای، تدبیر لازم، درمانی نیست بلکه عمل‌گرایانه است: باید محیط فرد را تغییر داد.

آمادگی برای پذیرش مسئولیت از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است. برای بعضی‌ها بسیار دشوار است و حجم زیادی از تکالیف درمانی را به‌خود اختصاص می‌دهد؛ ولی به‌محض آنکه مسئولیتشان را پذیرفتند، تحول درمانی خودبه‌خود و بی‌دردسر اتفاق می‌افتد. افرادی هم هستند که به‌سرعت مسئولیت خویش را درک می‌کنند ولی مکرراً در سایر مراحل درمان متوقف می‌شوند. معمولاً آگاهی از مسئولیت در همه‌ی جبهه‌ها یکنواخت و یکدست پیش نمی‌رود، افراد ممکن است در بعضی مسائل مسئولیت‌پذیر باشند و در برخی دیگر مسئولیتشان را انکار کنند.

شناختن و شناساندن

نخستین وظیفه‌ی درمانگر این است که متوجه مسئله باشد، نمونه‌ها و شیوه‌های مسئولیت‌گریزی را بشناسد و آن‌ها را به بیمار هم بشناساند. درمانگر بسته به آنکه چه سبکی را ترجیح بدهد، از فنون زیادی کمک می‌گیرد تا توجه بیمار را به مسئولیت جلب کند. چند مثال آغازین بخش دوم را در نظر آورید:

درمانگری که با توجیه بیمار برای رفتارش («عمدی نبود. ناخودآگاه این کار را کرده») با این سؤال مخالفت می‌کند که: «این ناخودآگاه متعلق به کیست؟»، آگاهی نسبت به مسئولیت را تشویق می‌کند. درمانگری که از بیمار می‌خواهد تخلفاتی را که برایش می‌افتد، به‌خودش نسبت بدهد (به‌جای «فلانی ناراحتم کرد»، بگوید: «اجازه دادم فلانی ناراحتم کند») هم همین هدف را دنبال می‌کند. زنگ «نمی‌توانم» که افراد را دعوت می‌کند «نمی‌توانم» را به «نمی‌خواهم» بدل کنند، تمهیدی‌ست برای بیدار کردن و تقویت احساس مسئولیت. تا زمانی که فرد به «نمی‌توانم» معتقد است، نقش فعالی را که در کمک به موقعیت خود دارد، درک نکرده است. وقتی از بیمار می‌خواهند بگوید: «مادر، من تغییر نمی‌کنم مگر اینکه تو رفتاری را که در ده سالگی با من داشتی، عوض کنی.»، در واقع از او می‌خواهند امتناعش از تغییر (و نه ناتوانی‌اش) را سبک‌سنگین کند. به‌علاوه، او را با بی‌معنایی موقعیتش و قربانی کردن فاجعه‌بار و عبث یک زندگی بر سر کینه‌توزی و غرض‌ورزی روبه‌رو می‌کنند.

ورا گچ و موریس تمرلین[1] نوارهای صوتی جلسات روان‌درمانی را مورد مطالعه قرار دادند و آمیزه‌ای از مداخلات مقابله‌ای (و گاه خشن) را گزارش کردند که به‌منظور افزایش آگاهی نسبت به مسئولیت طراحی شده بود:

> وقتی مردی منفعلانه و با طعنه شکایت کرد همسرش با او رابطه‌ی جنسی ندارد، درمانگرش انتخاب تلویحی او را با این اظهار نظر روشن کرد که: «انگار تو هم همین را می‌خواهی؛ خیلی وقت است که باهم ازدواج کرده‌اید». یک زن خانه‌دار شکایت کرد: «از پس بچه‌ام بر نمی‌آیم، کارش فقط تلویزیون تماشا کردن است.» و درمانگرش انتخاب تلویحی او را این طور توضیح داد که: «و تو آن قدر حقیر و درمانده‌ای که نمی‌توانی تلویزیون را خاموش کنی.» مردی وسواسی و تکانه‌ای فریاد زد: «جلویم را بگیر، می‌ترسم، کم مانده خودم را بکُشم.» و درمانگرش گفت: «من جلویت را بگیرم؟ اگر واقعاً می‌خواهی خودت را بکُشی ــ یعنی بمیری ــ هیچ‌کس نمی‌تواند جلویت را بگیرد جز خودت.» درمانگری در تعامل با بیماری

---

1. Vera Gatch and Maurice Temerlin

منفعل و وابسته‌به‌دهان که حس می‌کرد زندگی چیزی برایش باقی نگذاشته چون از عشق ناخواسته‌ی زنی مسن‌تر از خودش رنج می‌برَد، شروع کرد به‌خواندن این آواز که: «بره کوچولوی بیچاره، راهش را گم کرده.»(۱۰)

اصل کلی روشن است: هرگاه بیمار از وضعیتش نالید، درمانگر نقش بیمار را در به‌وجود آوردن این وضعیت مورد بررسی قرار می‌دهد.

اغلب مفید است که درمانگر شکایت اولیه‌ی بیمار را به ذهن بسپارد و در مواقع مناسب، این شکایات را در کنار مَنِش و رفتاری قرار دهد که بیمار بعداً در درمان بروز می‌دهد. برای مثال، بیماری را در نظر بگیرید که به‌دلیل احساس تنهایی و انزوا جویای درمان شده است. در حین درمان از احساس برتری نسبت به‌دیگران، خوارشماری و نفرت از آن‌ها می‌گوید. مقاومتش در برابر تغییر این نگرش‌ها قابل توجه است: نگرش‌ها سازگار با ایگو و سرسخت و سمجند. پس هرگاه بیمار دیگران را تحقیر کند، درمانگر با اظهار نظری شبیه اینکه: «و احساس تنهایی می‌کنی» به‌بیمار کمک می‌کند مسئولیتش را در ایجاد مخمصه‌ای که در آن افتاده، درک کند.

بیماری را که از قیدوبندهای دست‌وپاگیر زندگی‌اش ناراضی‌ست، متوجه می‌کنند چگونه در به‌وجود آمدن این وضعیت سهیم بوده است: مثلاً با انتخاب اینکه متأهل بماند، دو کار همزمان داشته باشد، از سه سگ نگهداری کند، مالک باغ پردردسری باشد و مانند این‌ها. معمولاً زندگی چنان ساختارمند می‌شود که فرد کم‌کم به‌جای آنکه شبکه‌ی درهم‌تنیده‌ای ببیندش که خود آن را بافته و باز هم می‌تواند به اَشکال دیگری ببافدش، به‌شکل ساختاری ازپیش‌تعیین شده و جمودیافته به آن می‌نگرد. یقین دارم به‌همین دلیل بود که اوتو ویل به بیمار مقید و وسواسی‌اش گفت: «چرا اسمت را عوض نمی‌کنی و به کالیفرنیا نمی‌روی؟» او بیمار را قدرتمندانه با آزادی‌اش و با این واقعیت که در تغییر ساختار زندگی‌اش ــ ساختن آن به‌شیوه‌ای کاملاً متفاوت ــ آزاد است، رویاروی کرد.

البته همیشه این پاسخ دندان‌شکن وجود دارد که: «چیزهای زیادی هست که نمی‌شود تغییرشان داد.» آدم باید خرج زندگی‌اش را در بیاورد، باید پدر یا مادر بچه‌هایش باشد، باید به تعهدات اخلاقی‌اش پایبند باشد. فرد باید محدودیت‌های خود

را بپذیرد: فردی که از هر دو پا فلج است، آزادی راه رفتن ندارد؛ فردی که نیازمند درآمدش است، نمی‌تواند هروقت خواست بازنشسته بشود؛ امکان ازدواج مجدد برای یک بیوه‌ی مسن پایین است؛ و مانند این‌ها. این اعتراض ــ که اعتراضی بنیادین به مفهوم آزادی انسان است ــ ممکن است در هریک از مراحل درمان مطرح شود و آن قدر مهم است که در قسمتی جداگانه به‌آن خواهم پرداخت (قسمت «محدودیت‌های مسئولیت» در همین فصل)

با اینکه اسلوب‌هایی نظیر شناساندن و تأکید بر مسئولیت جایگاه خود را دارند، برای تأثیر درمانی‌شان حدی وجود دارد. زنگوله‌ی «نمی‌توانم» یا شعارهایی چون «هزینه‌ی زندگی‌ات را برعهده بگیر» یا «مالک احساسات خودت باش» اغلب توجه بیمار را به‌خود جلب می‌کند، ولی بیماران چیزی بیش از پند و اندرز لازم دارند و درمانگران باید شیوه‌هایی با تأثیر عمیق‌تر را به‌کار گیرند. قوی‌ترین شیوه‌های قابل استفاده‌ی درمانگران عبارت است از تحلیل رفتار فعلی (اینجاواکنونی) بیمار در درمان تا به بیمار نشان دهند این خود اوست که در موقعیت درمانی به‌عنوان یک نمونه‌ی کوچک از زندگی، همان وضعیتی را می‌آفریند که در زندگی با آن دست‌به‌گریبان است. در واقع، همان‌طور که خواهم گفت، می‌توان روان‌درمانی را با هدف افزایش آگاهی بیمار نسبت به مسئولیت پی‌ریزی کرد.

مسئولیت و اینجاواکنون

درمانگری که می‌کوشد داستان بیمار را با هدف نشان دادن مسئولیت وی در ایجاد موقعیتش تحلیل کند، بر شن روان گام برمی‌دارد. بیمار پیش خود می‌گوید: «فوق‌العاده است. دکتر در مطب راحتش نشسته و به‌من می‌گوید خودم این بلا را سر خودم آورده‌ام، ولی او واقعاً نمی‌داند شوهر من چه گردن‌کلفت سادیستی است.» (یا «چه رئیس غیر قابل تحملی دارم» یا «وسواسم چطور مرا از پا انداخته» یا «در دنیای تجارت چه خبر است» یا هریک از میلیون‌ها مانع غیر قابل عبوری که می‌تواند مطرح باشد). برای این مقاومت حدی وجود ندارد زیرا همان‌طور که هر درمانگر مجربی می‌داند، بیمار مشاهده‌گر بی‌نظروغرض گرفتاری‌های زندگی خود نیست. بیمار سازوکارهای دفاعی برونی‌سازانه یا شیوه‌های دیگر را به‌کار می‌گیرد تا

اطلاعات را تحریف کند و آنها را با دنیای موجود در تصورات خودش هماهنگ سازد. در نتیجه فقط موارد نادری پیش می‌آید که درمانگر می‌تواند منحصراً با کار بر روی اطلاعات دست دوم مسئولیت‌پذیری را تسهیل کند.

اگر درمانگر با اطلاعات دست اولی کار کند که در اینجاواکنون درمان پدیدار می‌شود، نفوذش بمراتب بیشتر می‌شود. درمانگر با تمرکز بر تجربیاتی که در موقعیت درمانی اتفاق می‌افتد و خود در آنها سهیم است، به‌بیمار کمک می‌کند نقش و مسئولیت خویش را در برابر رفتار در حال نضج ــ پیش از آنکه زیر پوسته‌ی سازوکارهای دفاعی پنهان شود ــ بررسی کند. اگر درمانگر یک رویداد یا وجهی از یک رفتار را انتخاب کند که با مشکل اصلی بیمار شباهت‌های بارزی داشته باشد، تأثیر درمان به‌میزان قابل توجهی افزایش می‌یابد.

نمونه‌ی بالینی آن بیماری بنام دوریس است. او به‌دلیل اضطراب شدیدی که در رابطه با مردان حس می‌کرد، جویای درمان شده بود. مشکل اصلی به‌توصیف خودش این بود که درگیر رابطه با مردان بدرفتار می‌شد و نمی‌توانست خود را خلاص کند. پدر، همسر اول، همسر فعلی و زنجیره‌ای از کارفرماهایش با او بدرفتاری کرده بودند. توجیهی که برای مشکلاتش داشت، مجاب‌کننده بود و میل داشتم با شوربختی او و بارها افتادنش در چنگال این حرامزاده‌های مستبد همدلی کنم. زمانی که به‌بحران اضطرابی شدیدی دچار بود، چند ماه در یک گروه‌درمانی شرکت کرده بود. یک روز صبح با من تماس گرفت و از آنجا که نمی‌توانست تا جلسه‌ی بعدی گروه صبر کند، یک وقت انفرادی اضطراری خواست. با دردسر فراوان برنامه‌ام را تنظیم کردم و قرار شد همان روز ساعت سه بعدازظهر ببینمش. بیست دقیقه مانده به ساعت سه با پیغامی تلفنی قرارش را به‌هم زد. چند روز بعد در جلسه‌ی گروه، پرسیدم آن روز چه اتفاقی افتاده بود. پاسخ داد بعدازظهر احساس کرده حالش بهتر است و از آنجایی که قانون من این بوده که اعضای گروه فقط یک نوبت در طول دوره‌ی درمان گروهی می‌توانند جلسه‌ی انفرادی داشته باشند، تصمیم گرفته بود این نوبت را برای زمانی نگه دارد که نیاز بیشتری دارد.

من هرگز چنین قانونی نگذاشته بودم! هرگز در موقعیت اضطراری به‌بیمار جواب رد نمی‌دهم. هیچ‌یک از اعضای گروه هم جمله‌ای با این مضمون از زبان من نشنیده

بودند. ولی دوریس معتقد بود این حرف را به‌خود او زده‌ام. سایر رویدادهایی را هم که در رابطه‌ی ما پیش آمده بود، به‌طرزی گزینشی به‌یاد می‌آورد. مثلاً تفسیر عجولانه‌ی مرا (درباره‌ی تمایلات انحصارطلبی‌اش) که یک‌بار ماه‌ها پیش به‌زبان آورده بودم، با وضوح حیرت‌آوری به‌یاد داشت و بارها و بارها در گروه تکرارش کرد. ولی بسیاری از عبارات مثبت حمایتی‌ام را که در ماه‌های بعد مطرح کرده بودم، کاملاً فراموش کرده بود.

تعامل دوریس با من در نمونه‌ی کوچک اینجاواکنونی نمایانگر رابطه‌اش با مردان بود و نقش او (یا به‌عبارت دیگر مسئولیت او) را در وضعیت موجود در زندگی‌اش روشن می‌کرد. برداشت او از من هم به‌اندازه‌ی برداشتش از سایر مردان تحریف‌شده بود، به این معنا که همه‌ی ما را مستبد و بی‌توجه می‌دید. ولی هنوز چیزهای زیادی بود که می‌شد از این واقعه آموخت. بعد از آن همه تلاش برای جور کردن وقت ملاقات دوریس، از او به‌خاطر برهم‌زدن قرار در آخرین لحظه آزرده بودم. پافشاری‌اش بر اینکه «قانون» تنها یک جلسه‌ی انفرادی برای هر فرد را من وضع کرده بودم، آن هم در حالی که هفت عضو دیگر گروه با او مخالف بودند، هم عصبانی‌ام می‌کرد. توانستم با کمی تلاش برای تعدیل آزردگی‌ام، بی‌طرفی درمانی را حفظ کنم، ولی می‌توانستم تصور کنم ارتباط با دوریس در موقعیت غیردرمانی و شرایط واقعی زندگی چقدر سخت است.

در واقع، اتفاقی که افتاده بود این بود که دوریس باورهای خاصی درباره‌ی مردان داشت، رفتارهای خاصی را از آنان انتظار داشت. این انتظارات ادراک او را تحریف کرده بود و این تحریف ادراک موجب شده بود رفتارش، درست همان رفتاری را برانگیزد که از آن می‌ترسید. این ترفند «پیش‌گویی خودبرآورانه[1]» شایع است: فرد در ابتدا انتظار دارد اتفاق خاصی برایش بیفتد، بعد طوری رفتار می‌کند که پیش‌گویی‌اش محقَق شود و بالاخره آگاهی از رفتار خودش را به بوته‌ی ناخودآگاه می‌سپارد.

این رویداد برای درمان دوریس سرنوشت‌ساز بود زیرا اشارات عمیقی به مشکل اصلی‌اش داشت. اگر مسئولیتش را در شیوه‌ی ارتباطش با من درک می‌کرد و

---

1. self-fulfilling prophecy

می‌پذیرفت، پس از آن فقط یک قدم باقی می‌ماند، به یک تعمیم کوچک نیاز داشت تا از مسئولیتش در شیوه‌ی ارتباط با سایر مردان حاضر در زندگی‌اش هم آگاه شود. معتقدم درمانگر باید از این رویداد استفاده کند و با سرسختی به‌آن بچسبد. من آشکارا آن را برجسته می‌کنم و مورد تأکید قرار می‌دهم: «دوریس، معتقدم اتفاقی که میان من و تو افتاد، بسیار مهم است چون سرنخ مهمی درباره‌ی بعضی از مشکلات میان تو و مردان زندگی‌ات به‌دست می‌دهد.» اگر بیمار هنوز آمادگی لازم را برای پذیرش این تفسیر نداشت، در آینده و هرگاه شواهد تأییدکننده‌ای یافتید و یا رابطه‌ی بیمار-درمانگر مستحکم‌تر شد، تکرارش کنید.

آگاهی از احساس خویش، مهم‌ترین ابزار درمانگر برای شناسایی نقش بیمار در گرفتاری‌هایش است. برای مثال، یک زن چهل‌وهشت‌ساله‌ی افسرده به‌تلخی از شیوه‌ی رفتار فرزندانش شکایت داشت. آن‌ها به‌نظر او اهمیت نمی‌دادند. او را جدی نمی‌گرفتند و وقتی مسئله‌ی مهمی پیش می‌آمد، آن را با پدرشان در میان می‌گذاشتند. وقتی به‌احساس خودم نسبت به‌او دقت کردم متوجه شدم لحن نق‌نقو و ناله‌مانندش باعث شده بود او را جدی نگیرم و با او مثل یک بچه رفتار کنم. سهیم کردنش در احساسم بسیار به‌حالش مفید بود: کمک کرد متوجه رفتار بچگانه‌اش شود. تحلیل اینجاواکنون (نق‌نق و ناله‌اش) در کمک به حل مسئله‌ی نحوه‌ی رفتار فرزندانش بسیار مؤثر بود. در واقع، آن‌ها از دستور او پیروی می‌کردند، دقیقاً همان رفتاری را با او داشتند که او از ایشان می‌خواست (این درخواست به‌شیوه‌ای غیرکلامی از طریق ناله و بر اساس عذرهایی که به‌واسطه‌ی ضعف و افسردگی ناتوان‌کننده‌اش می‌آورد مطرح می‌شد).

مسئولیت‌گریزی بیمار فقط در رابطه‌ی بیمار-درمانگر تکرار نمی‌شود، بلکه در نگرش بیمار به درمان هم خود را آشکار می‌سازد. بیماران ممکن است با هم‌دستی بی‌سروصدای درمانگر، حضوری آسوده، منفعلانه و دائمی در درمان داشته باشند به این ترتیب که اتفاقات کمی را در درمان انتظار دارند و اگر قرار است اتفاقی هم بیفتد، باید از جانب درمانگر باشد نه آنان.

درمانگری که حس می‌کند بیمار مسئولیت سنگینی بر دوشش گذاشته و متقاعد شده از جلسه‌ی درمان چیز مفیدی حاصل نمی‌شود مگر آنکه خودش عاملش باشد، به بیمار اجازه داده بار مسئولیت را از شانه‌های خود بردارد و بر دوش او بگذارد.

درمانگران راه‌های متفاوتی برای برخورد با این فرایند دارند. بیشتر درمانگران نسبت به آن واکنش نشان می‌دهند. شاید درمانگر بگوید انگار بیمار همه‌چیز را بر دوش او گذاشته یا همکاری لازم را در بیمار نمی‌بیند. شاید هم بگوید احساس می‌کند مجبور است همه‌ی بار درمان را به‌تنهایی حمل کند. یا دریابد برای به‌حرکت درآوردن یک بیمار کُند و کم‌کار راهی مؤثرتر از این نیست که به‌سادگی بپرسد: «چرا به‌اینجا آمده‌ای؟»

بیماران در برابر چنین مداخلاتی چند نوع مقاومت مشخص دارند که همگی حول این مضمون می‌گردند که «نمی‌دانم چه کار کنم» یا «اگر می‌دانستم چه باید بکنم که دیگر اینجا نبودم» یا «برای همین نزد شما آمده‌ام» یا «بگویید چه کار کنم». بیمار خود را به درماندگی می‌زند. با اینکه اصرار دارد نمی‌داند باید چه کار کند، در واقع، راهنمایی‌های آشکار و سربسته‌ی زیادی از درمانگر گرفته است. ولی بیمار احساساتش را آشکار نمی‌کند؛ رؤیاهایش را به‌یاد نمی‌آورَد (یا زیادی خسته است و نمی‌تواند آن‌ها را بنویسد یا یادش می‌رود کاغذ و قلم کنار تخت‌خوابش بگذارد)؛ ترجیح می‌دهد بحث‌های روشنفکرانه بکند یا درباره‌ی نحوه‌ی تأثیر درمان، بحث پایان‌ناپذیری را با درمانگر آغاز کند. هر درمانگر مجربی می‌داند مشکل این نیست که بیمار نداند باید چه کند. همه‌ی این ترفندها یک معنی دارند: بیمار نمی‌خواهد مسئولیت تغییر را بپذیرد، همان‌طور که در خارج از جلسه‌ی درمانی هم حاضر نیست مسئولیت گرفتاری‌های ناخوشایند زندگی‌اش را به‌گردن بگیرد.

روت، بیماری که تحت گروه‌درمانی بود این نکته را روشن می‌کند. او از مسئولیت در همه‌ی حوزه‌های زندگی شانه خالی می‌کرد. به‌شدت تنها بود، هیچ دوست صمیمی مؤنثی نداشت و همه‌ی روابطش با مردان به‌شکست می‌انجامید زیرا وابستگی بیش‌ازحد او، از تحمل شرکای زندگی‌اش خارج بود. بیش از سه‌سال درمان فردی تأثیری نکرده بود. درمانگرش گزارش کرده بود روت در درمان «به‌سنگینی سرب» است: جز نشخوارهای فکری‌اش درباره‌ی معضلی که با مردان داشت، هیچ داده‌ی دیگری به درمان وارد نمی‌کرد، نه تخیل، نه داده‌های انتقالی و نه حتی یک رؤیا در یک دوره‌ی سه‌ساله. درمانگرش او را با استیصال به گروه‌درمانی معرفی کرده بود. ولی روت در گروه هم همان موضع درماندگی و انفعال را حفظ کرده بود. بعد از شش ماه، هیچ کاری در گروه انجام نداده بود و هیچ پیشرفتی نداشت.

در یک جلسه‌ی سرنوشت‌ساز، با ناله و زاری این واقعیت را بر زبان آورد که گروه کمکی به او نکرده و اعلام کرد مطمئن نیست به گروه درستی وارد شده یا نه و آیا این درمان برای او مناسب است یا نه.

درمانگر: روت، تو اینجا هم همان کاری را می‌کنی که خارج از گروه انجام می‌دهی. منتظری اتفاقی بیفتد. گروه چطور می‌تواند به حال تو مفید باشد وقتی از آن استفاده نمی‌کنی؟

روت: نمی‌دانم چه کار کنم. من هر هفته می‌آیم اینجا و هیچ اتفاقی هم نمی‌افتد. درمان هیچ فایده‌ای برایم ندارد.

درمانگر: معلوم است که فایده‌ای ندارد. تا وقتی تو کاری نمی‌کنی که اتفاقی بیفتد، چرا باید اتفاقی بیفتد؟

روت: الآن احساس می‌کنم ذهنم خالی شده. نمی‌توانم به چیزی که می‌خواهم بگویم فکر کنم.

درمانگر: انگار برایت مهم است که هیچ‌وقت ندانی چه می‌گویی یا چه می‌کنی.

روت (با گریه): بگو از من می‌خواهی چه کار کنم. نمی‌خواهم همه‌ی عمرم این جوری باشم. هفته‌ی پیش به اردو رفته بودم، همه‌ی آن‌هایی که به اردو آمده بودند در آسمان هفتم سیر می‌کردند، همه‌چیز فوق‌العاده بود و من تمام مدت احساس بدبختی می‌کردم.

درمانگر: تو از من می‌خواهی بگویم چه بکنی، ولی خودت برای کار بهتر در گروه ایده‌های خوبی داری.

روت: اگر می‌دانستم که می‌کردم.

درمانگر: برعکس! به‌نظر می‌آید کاری که خودت برای خودت انجام بدهی، تو را می‌ترساند.

روت (با هق‌هق): اینجا هم گند زدم. ذهنم به‌هم ریخته. شماها را عصبانی می‌کنم. در این گروه حالم بدتر شده که بهتر نشده. نمی‌دانم چه کار کنم.

در این مرحله سایر اعضا هم وارد بحث شدند. یکی با روت هم‌آواز شد که او هم همین وضعیت را دارد. دوتای دیگر گفتند از این درماندگی ابدی او خسته شده‌اند. دیگری به‌درستی نظر داد که گروه مباحثات بی‌پایانی درباره‌ی چگونگی شرکت مؤثرتر

اعضا داشته است. (در واقع، بخش عمده‌ی جلسه‌ی قبل به این مسئله اختصاص داده شده بود.) دیگری گفت که او گزینه‌های بی‌شماری دارد. می‌تواند درباره‌ی اشک‌هایش، غصه‌اش یا اینکه چقدر آزرده است، صحبت کند. یا در این باره که درمانگر عجب حرامزاده‌ی سختگیر و خشنی است. یا درباره‌ی احساسش نسبت به هرکدام از اعضای گروه. او این گزینه‌ها را می‌شناخت و گروه هم می‌دانست که او آن‌ها را می‌شناسد. گروه مانده بود که «چرا حس می‌کرد لازم است این وضعیت درماندگی و زوال عقل کاذب را حفظ کند؟»

اینجا بود که روت به‌هیجان آمد و گفت در سه هفته‌ی اخیر راه حلی برای صحبت درباره‌ی احساساتی که نسبت به سایر اعضا دارد، به‌نظرش رسیده، ولی همیشه تغییر عقیده داده است. گفت امروز می‌خواسته بگوید چرا در هیچ‌یک از گپ‌وگفت‌های بعد از پایان جلسه‌ی گروه که با نوشیدن قهوه همراه است، شرکت نمی‌کند. می‌خواسته شرکت کند ولی این کار را نکرده چون نمی‌خواسته با سینتیا (یکی دیگر از اعضای گروه) صمیمی‌تر شود، سینتیا از دید او زیادی کمک می‌خواهد و شروع می‌کند به تلفن زدن به او و نیمه‌شب‌ها او را از خواب بیدار خواهد کرد که کمک بخواهد. بعد از تعامل تندوتیز با سینتیا، روت احساسش را نسبت به دو عضو دیگر گروه هم آشکارا بیان کرد و در پایان جلسه، از مجموع کاری که در شش ماه انجام داده بود، بیشتر کار کرده بود. آنچه در این مثال به تأکید می‌ارزد این است که زاری روت با مضمون «بگو چه کنم»، نشانه‌ی پرهیز از مسئولیت بود وقتی به‌اندازه‌ی کافی تحت فشار قرار گرفت، خوب می‌دانست در درمان چه کند. ولی نمی‌خواست بداند که چه کند! می‌خواست کمک و تغییر از بیرون به‌سراغش بیاید. کمک به‌خود، مادرِ خود شدن، ترسناک بود؛ این کار بیش از آنکه باید، او را به این آگاهی هراسناک نزدیک می‌کرد که آزاد است، مسئول است و از اساس تنهاست.

مسئولیت‌پذیری در گروه‌درمانی

این مفهوم که درمان نمونه‌ی کوچکی‌ست از اجتماع ــ موقعیتی که بیمار در اینجاواکنونِ آن، نه‌تنها ناهنجاری روانی خود را بازگو می‌کند، بلکه آن را به‌نمایش

می‌گذارد ــ در مورد همه‌ی انواع درمان (فردی، گروهی یا زوج‌درمانی) مصداق دارد، ولی به‌خصوص در گروه‌درمانی صادق است. اول اینکه، حضور تعداد زیادی از افراد، هشت تا ده نفر (از جمله درمانگر یا درمانگران)، این فرصت را فراهم می‌کند که تعارض‌های بیمار در حیطه‌های مختلف آشکار شود. در درمان فردی، بیمار در تعامل با درمانگر، اغلب با تعارض‌های خود در زمینه‌ی قدرت و یا مشکلاتش در ارتباط با والدین یا جانشینان آن‌ها، روبه‌رو می‌شود. ولی در گروه، بیمار با دیگرانی هم روبه‌روست که بسیاری از مشکلات بین‌فردی‌اش (رقابت با خواهروبرادر، دگرجنس‌خواهی، هم‌جنس‌خواهی، رقابت با همسالان، صمیمیت، خودافشاگری، سخاوت، دادن‌وستاندن و مانند این‌ها) را بیدار می‌کنند و به همین دلیل ما درمان گروهی را برای هریک از اعضا، نمونه‌ی کوچکی از اجتماع می‌دانیم.

اینجاواکنونِ گروهِ تعاملی کم‌جمعیت، شرایط مناسبی را برای کارِ درمانی بر روی آگاهی از مسئولیت فراهم می‌کند. یکی از وجوه جذاب گروه‌درمانی این است که اعضا همگی با هم متولد می‌شوند: همگی از یک نقطه شروع می‌کنند. هریک به‌شیوه‌ای که برای دیگر اعضا و ــ اگر درمانگر کارش را بلد باشد ــ برای خود فرد قابل مشاهده است، آرام‌آرام به‌فضای خاص خود در گروه شکل می‌دهد. بنابراین فرد مسئولِ موقعیت بین‌فردی‌ای‌ست که در گروه (و همین طور در زندگی) برای خود پدید آورده و نیز مسئول سلسله‌رویدادهایی‌ست که برایش رخ می‌دهد. گروه چشمان زیادی دارد. اعضا مجبور نیستند توصیف دیگری را از چگونگی قربانی شدنش به‌دست افراد یا وقایع بیرونی بپذیرند. اگر گروه در سطح اینجاواکنون کار کند (به این معنا که تمرکز اصلی‌اش بر تجربه‌ی روابط بین اعضا و تحلیل آن باشد)، اعضا مشاهده می‌کنند که هریک چگونه موجب قربانی‌شدن خویش می‌شوند و هریک به‌نوبه‌ی خود، آن را در تک‌تک اعضا می‌بینند و بازخورد می‌دهند.

گرچه ما درمانگران اغلب فرایند گروه را این گونه نمی‌بینیم، من معتقدم فعالیت‌های عمده‌ی گروه، خصوصاً در مراحل اولیه‌ی درمان، در جهت آگاهی هریک از اعضا از مسئولیت فردی خویش است. چرا اعضا را تشویق به صراحت و صداقت می‌کنیم (یعنی می‌خواهیم که خودشان باشند)؟ چرا بازخورد را تشویق می‌کنیم؟ چرا تشویقشان می‌کنیم افکار و احساساتشان را با دیگر اعضا در میان بگذارند؟ معتقدم

گروه‌درمانگر ــ بی‌آنکه ضرورتاً از این کار آگاه باشد ــ می‌کوشد هر بیمار را در توالی زیر همراهی کند:

۱. بیماران متوجه شوند رفتارشان از دید دیگران چگونه است: بیماران از طریق بازخورد و بعدها، خودنگری می‌آموزند که خود را از چشم دیگران ببینند.
۲. بیماران بیاموزند رفتارشان چه احساسی در دیگران پدید می‌آورد.
۳. بیماران یاد بگیرند چگونه رفتارشان، نظر دیگران را در مورد آنها شکل می‌دهد. اعضا می‌آموزند در نتیجه‌ی رفتارشان، دیگران برایشان ارزش قائل می‌شوند، از آن‌ها بدشان می‌آید، در نظر دیگران زننده جلوه می‌کنند، به‌آن‌ها احترام می‌گذارند، از آن‌ها دوری می‌کنند، استثمارشان می‌کنند، از آن‌ها می‌ترسند و غیره.
٤. بیماران می‌آموزند چگونه رفتارشان بر نظری که نسبت به‌خود دارند، تأثیر می‌گذارد. بر پایه‌ی اطلاعات حاصل از سه گام اول، بیماران به ارزیابی خود می‌پردازند؛ در مورد ارزشی که برای خویش قائلند و توانایی دوست داشتن خود به‌قضاوت می‌نشینند و یاد می‌گیرند این رفتارشان است که به این قضاوت‌ها می‌انجامد.

هر گام با رفتار خود بیمار و تلاش او برای نشان دادن بازتاب‌های همان رفتار آغاز می‌شود. نقطه‌ی پایان توالی این است که عضو گروه دریابد در برابر اینکه دیگران چگونه ببینندش، چه رفتاری با او داشته باشند و چه میزان احترام برایش قائل شوند، فقط خودش مسئول است. به‌علاوه، فرد مسئول میزان احترامی‌ست که خود برای خویشتن قائل است. اینکه تجربه‌ی گروه برای هر فرد نمونه‌ی کوچکی‌ست از تجربه‌ی زندگی او، واقعیتی روشن و مجاب‌کننده است؛ و بر اساس تجربه‌ی من، بیماران با تعمیم مسئولیت‌پذیری از موقعیت درون‌گروهی به سایر موقعیت‌های زندگی مشکلی ندارند. وقتی بیمار به این نقطه برسد، دیگر به دهلیز تغییر و تحول گام نهاده است؛ همان‌طور که در فصل بعد خواهم گفت در این مرحله است که درمانگر به تسهیل فرایند اراده و خواستن مبادرت می‌کند.

مسئولیت‌پذیری در درمان تعاملی گروهی، هم از راه آگاهسازی افراد نسبت به‌نقشی که در ایجاد موقعیت ناخوشایند زندگی‌شان دارند و هم از طریق تأکید بر نقش هر عضو

در هدایت گروه تقویت می‌شود. اصل اساسی این است که اگر اعضا مسئولیت کار گروه را بپذیرند، به این آگاهی می‌رسند که توانایی (و تعهد) برای مسئولیت‌پذیری در همه‌ی ابعاد زندگی را دارا هستند.

درمان گروهی مؤثر درمانی‌ست که در آن اعضا، خود عوامل اصلی کمک‌کننده بیماران به گذشته و به یک تجربه‌ی گروه‌درمانی موفق می‌نگرند، به‌ندرت پیش می‌آید بهبودشان را مستقیماً مدیون تفسیرهای خاص درمانگر و یا رابطه‌ی کلی به او بدانند. در عوض، معمولاً به وجوهی از رابطه‌شان با سایر اعضا اشاره می‌کنند: حمایت، تعارض و حل آن، پذیرش یا اغلب تجربه‌ی کمک به دیگران. گروه سرپرست‌گرا قادر به پرورش چنین وقایعی نیست و اغلب همه‌ی امیدها به درمانگر است و همه‌ی کمک از سرپرست انتظار می‌رود. (به‌عقیده‌ی من رویکردهای سرپرست‌گر مثل گروه‌های درمانی گشتالت و گروه‌های تحلیل رفتار متقابل نمی‌توانند از تعامل قوی بالقوه‌ی موجود در درمان گروهی استفاده کنند.)

بنابراین مهم است سرپرست گروه از وظیفه‌ی خود در آفرینش نظام اجتماعی گاه باشد، نظامی که در آن گروه و اعضایش، خود عامل تحولند. لازم است سرپرست به‌شدت نسبت به جایگاه مسئولیت در گروه حساس باشد. اگر با نومیدی و دلسردی به‌جلسات گروه بنگرد و هر جلسه را با خستگی و تحلیل نیرو به‌پایان بَرَد، روشن است که یک پای کار در شکل‌دهی به‌فضای درمانی مناسب می‌لنگد. اگر سرپرست گروه احساس کند همه‌چیز وابسته به اوست، حس کند اگر او کار نکند، هیچ اتفاقی در گروه نمی‌افتد و اعضا سینماروهایی هستند که می‌آیند تا ببینند این هفته چه برنامه‌ای اجرا می‌شود، در این صورت اعضای گروه با موفقیت بار مسئولیت را بر دوش درمانگر متقل کرده‌اند.

گروه‌درمانگر چگونه می‌تواند گروهی پدید آورَد که مسئولیت کار خود را بپذیرد؟ اول، سرپرست باید بداند تنها فرد گروه است که بر اساس تجربیات گذشته‌اش، از جلسه‌ی کارآمد و ناکارآمد گروه تعریف نسبتاً روشنی دارد. او باید این تعریف را به اعضا بیاموزد و بعد تشویقشان کند که بر اساس آن تعریف عمل کنند. فنون زیادی در این رابطه به‌کار می‌آیند. سرپرست می‌تواند از بازبینی فرایند[2] استفاده کند: هرچند

---

1. leader-centered group
2. process checks

یک‌بار جلسه را متوقف کند و از اعضا بخواهد ارزیابی کنند که جلسه مثلاً در نیم ساعت گذشته برای آنان چطور پیش رفته است. اگر پیشرفت نُکند و ناکارآمد باشد، سرپرست از اعضا می‌خواهد این جلسه را با یکی از جلسات پویای گذشته مقایسه کنند تا کم‌کم جلسات کارآمد و ناکارآمد را از یکدیگر تمیز دهند. اگر همه یکصدا جلسه را پربار و جذاب ببینند، سرپرست تشویقشان می‌کند آن جلسه را به‌عنوان یک جلسه‌ی استاندارد در ذهن نگه دارند و جلسات دیگر را با آن مقایسه کنند.

اگر در پاسخ به سؤال سرپرست درباره‌ی ارزیابی جلسه، یکی از اعضا بگوید فقط در پانزده دقیقه‌ی اول درگیر گروه بوده و در سی دقیقه‌ی بعد، زمانی که جو و مری شروع به صحبت کرده‌اند، از بحث خارج شده است، سرپرست به شیوه‌های گوناگون می‌پرسد که چرا آن فرد خاص اجازه داده جلسه طوری پیش برود که برایش قابل استفاده نباشد. چطور می‌تواند راهی برای بازگشت به جلسه بیابد؟ سرپرست ممکن است از گروه نظرسنجی کند و دریابد جلسه به‌اتفاق آرا غیرقابل‌استفاده بوده و بگوید: «انگار همه‌ی شما متوجه این موضوع بودید. چرا جلسه را متوقف نکردید تا دوباره به آن جهت دهید و هدایتش کنید؟ چرا کاری که هرکسی در اینجا می‌تواند انجام دهد، به‌من واگذار شده؟» مسلم است که این فنون را می‌توان به‌اشکال مختلف بسته به سبک دلخواه درمانگر به‌کار بُرد؛ آنچه مهم است تمهید اساسی تشویق بیماران به پذیرش مسئولیت زندگی‌شان از طریق فرایند مسئولیت‌پذیری در درمانشان است.

گروه‌درمانی پُر جمعیت. همین اصل در گروه‌های درمانی بزرگ‌تر نیز حکمفرماست. تسهیل مسئولیت‌پذیری فردی یکی از مهم‌ترین انگیزه‌های ابداع جامعه‌ی درمانی[1]ست. بستری شدن در بیمارستان روانپزشکی همیشه تجربه‌ای‌ست که استقلال فرد را از او می‌گیرد: بیماران از قدرت، توانایی تصمیم‌گیری، آزادی، حریم خصوصی و احترام محروم می‌شوند. مَکسول جونز[2] جامعه‌ی درمانی را طراحی کرد تا تجربه‌ی بیمارستان به‌جای کاستن از استقلال بیمار، بر آن بیفزاید. بخش بیمارستانی طوری بازسازی شد که بیماران مسئولیت‌های گسترده‌ای در درمانشان و نیز محیطی که در آن درمان می‌شوند، بر عهده داشته باشند. حوزه‌ی تسلط بیمار تا حدی‌ست که حق

1. therapeutic community
2. Maxwell Jones

دارد درباره‌ی قوانین بخش، مرخصی‌ها، تصمیمات کارکنان بخش و حتی ترخیص و رژیم دارویی بیماران تصمیم‌گیری کند.

مسئولیت‌پذیری مترادف «مدیریت زندگی»ست. بسیاری از رویکردهای درمانی بر آموزش مهارت‌های مدیریت زندگی تأکید دارند. واحدهای بستری، معمولاً گروه‌های مدیریت زندگی یا «قراردادی[1]» را هدایت می‌کنند که در آن‌ها «قرارداد» هر بیمار (توافقی برای در دست گرفتن مدیریت زندگی‌اش) مشخص شده و بخش‌های مختلف آن به‌بحث گذاشته می‌شود. پس از آن گروه به‌شکلی سازمان‌یافته بر مسئولیت‌هایی تمرکز می‌کند که هر بیمار می‌تواند بر عهده گیرد، مسائلی مانند امور مالی شخصی، سلامت جسمانی یا مصاحبت‌های اجتماعی.

مسئولیت‌پذیری و سبک درمانگر

فعالیت و انفعال. تسهیل مسئولیت‌پذیری اغلب به معضلی برای درمانگر بدل می‌شود. درمانگر زیادی فعال مسئولیت بیمار را بر عهده می‌گیرد؛ درمانگر منفعل حس ناتوانی را به بیمار منتقل می‌کند. مشکل به‌خصوص در روانکاوی بروز می‌کند، جایی که دامنه‌ی محدود رفتار درمانگر و انفعال نسبی او، وابستگی طولانی‌مدت را رواج می‌دهد. میلتون میزر[2]، روانکاوی که به این مشکل توجه داشت، هشدار می‌دهد که انفعال بیش از حد درمانگر، موجب تضعیف مسئولیت‌پذیری در بیمار می‌شود:

> ... انفعال درمانگر هنگامی که بیمار از درماندگی‌اش می‌گوید، موجب تأیید و تصدیق باوری‌ست که بیمار برمی‌گزیند: این باور که او مسئول اعمال خویش نیست و فقط از تکانه‌هایش پیروی می‌کند. وقتی بیمار هیچ کلام هشداردهنده و هیچ توضیحی درباره‌ی پیامدهای ممکن نشنود، آیا حق ندارد به این نتیجه برسد که قادر نیست به‌خود کمک کند، خصوصاً زمانی که این نتیجه‌گیری به او اجازه دهد سائق‌هایش را برآورده سازد؟

---

1. contract group
2. Milton Mazer

میزر درباره‌ی شق دیگر ــ یعنی فعالیت بیش از حد، چه در زمینه‌ی نوع راهنمایی و چه در تعیین حدود ــ نیز که با مسئولیت‌پذیری تداخل دارد، هشدار می‌دهد: «توصیه نمی‌شود روانکاو تفکر و تعمق را برای بیمار ممنوع کند، زیرا این برداشت را به‌وجود می‌آورد که قرار نیست بیمار احساس مسئولیت کند، بلکه به‌واسطه‌ی یک نیروی بیرونی که همان اقتدار درمانگر است، شفا می‌یابد.»

چگونه درمان را به راه میانه هدایت کنیم؟ درمانگر کدام شیوه‌ی تسهیل‌کننده را در پیش بگیرد؟ پیشنهاد میزر این است که درمانگر بکوشد فرایند گزینش را به‌بیمار بیاموزد:

> ... وظیفه‌ی روانکاو این است که بیمار را متوجه سازد در فرایند تصمیم‌گیری برای درگیر شدن در یک موضوع یا عمل دخیل است، زیرا با این کار حدود مسئولیت‌های بیمار را در آینده مشخص می‌کند. به این ترتیب، این فرصت به بیمار داده شده که میان جبر روان‌نژندانه و آزادی مسئولانه یکی را انتخاب کند. اگر قادر باشد آزادی مسئولانه را برگزیند، نخستین شکاف را در ساختار روان‌نژندانه‌اش به‌وجود آورده است.(۱۱)

به‌عبارت دیگر، درمانگر بر افزایش آگاهی بیمار تمرکز می‌کند: آگاهی از این مسئله که (چه بخواهد و چه نخواهد) با انتخاب رودرروست و نمی‌تواند از این آزادی فرار کند.

درمانگران دیگر در جست‌وجوی شیوه‌های فعال‌تری برای تشویق مسئولیت‌پذیری هستند. مثلاً تحلیل‌گران رفتار متقابل، بر «قرارداد» درمانی تأکید فراوان دارند. نخستین جلسات را فقط وقف تشخیص‌گذاری (که احتمال تعریف رابطه‌ی بیمار-درمانگر را به‌صورت التماس‌کننده-شفادهنده بیشتر می‌کند) نمی‌کنند، بلکه در جهت شکل‌دهی به قرارداد گام برمی‌دارند. قرارداد بیش از آنکه از آرزوهای درونی‌شده‌ی دیگران (در موقعیت «والد») و «بایدها» و «نبایدها» نشئت گرفته باشد، باید از خود فرد سرچشمه بگیرد. به‌علاوه، قرارداد باید عمل‌گرا باشد: به‌جای «می‌خواهم خودم را بهتر درک کنم»، باید گفت «می‌خواهم پانزده کیلو وزن کم کنم» یا «دست‌کم یک‌بار در هفته با همسرم به نعوظ برسم.» تحلیلگران

رفتار متقابل امیدوارند با تعیین اهداف عینی و دست‌یافتنی ــ اهدافی که خود بیمار تعریف کرده ــ و با ادامه‌ی جلب توجه بیمار به رابطه‌ی میان این اهداف و کاری که بیمار در درمان انجام می‌دهد، بر احساس مسئولیت بیمار نسبت به تحول فردی‌اش بیافزایند.

توصیه‌ی فعال از سوی درمانگر، در صورت کاربرد درست، بر آگاهی بیمار می‌افزاید. منظورم این نیست که درمانگر به‌جای بیمار متعهد شود، تصمیم‌گیری کند و خلاصه به او بگوید چطور زندگی کند. با این حال، مواقعی هست که توصیه‌ی درمانگر، یک گزینه‌ی رفتاری واضح است، ولی بیمار به‌دلیل چشم‌انداز محدود پیش رویش، هرگز این گزینه را ندیده است. پس شاید سؤال «چرا که نه؟» بسیار مفیدتر از «چرا؟» باشد. حتی مهم نیست که بیمار به توصیه‌ی درمانگر عمل نکند؛ مهم‌ترین پیام دقیقاً معطوف کردن توجه بیمار به این واقعیت است که هرگز گزینه‌های روشن و واضح را مد نظر قرار نداده است. پس از آن درمان در جهت پرداختن به امکان انتخاب، باور غلط به فقدان امکان انتخاب و نیز پرداختن به احساساتی پیش می‌رود که از رویارویی با آزادی برانگیخته می‌شوند. به این نمونه‌ی بالینی گویا توجه کنید.

مشکل اصلی جرج، یک دندانپزشک سی‌ساله‌ی موفق، مسئولیت‌گریزی بود. یک‌بار ازدواج کرده بود ولی آن رابطه به‌دلیل وابستگی‌ای که به همسرش داشت و به‌خصوص به این دلیل که ناگهان خود را در رابطه با زنی دیگر «یافته بود»، به‌شکست انجامیده بود. از آن زمان برای تصمیم به ازدواج مجدد عذاب زیادی کشیده بود. مجبور بود از میان چند زنی که همگی به او علاقمند بودند، یکی را انتخاب کند و کوشیده بود دیگران ــ دوستان، درمانگرش و حتی خود زنان ــ را وادارد تا به‌جای او تصمیم بگیرند.

رویدادی که باعث شد متوجه مشکلی شود که در مسئولیت‌پذیری دارد، ملاقات والدینش بود که تقریباً سالی یک‌بار می‌دیدشان. پدر جرج همیشه شخصیت منفی خانواده بود و رابطه آن‌ها همیشه برای هردو پرتعارض و ناخوشایند بود. بیش از ده سال بر سر اتومبیل با هم جنگیده بودند. هروقت جرج به‌خانه بازمی‌گشت، می‌خواست از یکی از اتومبیل‌های خانواده استفاده کند و پدرش که تعمیرکار اتومبیل بود، همیشه مخالف بود و ادعا می‌کرد ماشین را لازم دارد یا ماشین خوب

کار نمی‌کند. جرج مادرش را زنی قدرتمند توصیف می‌کرد که همه‌ی جنبه‌های زندگی خانوادگی زیر نظر او بود، به‌جز اتومبیل که فرمانروایی قلمرو آن را به همسرش سپرده بود.

جرج برای ملاقات آنی با والدینش، دلهره و نگرانی زیادی داشت. اتفاقی که می‌افتاد این بود که او ماشین را می‌خواست! پدر مخالفت می‌کرد و می‌گفت وضع ترمزها یا لاستیک‌ها خوب نیست و به او می‌تاخت که چرا نمی‌تواند عاقل باشد و یک ماشین اجاره کند. جرج پرسید: «آخر این چه جور خانواده‌ای‌ست؟ من سالی یک‌بار می‌روم آن‌ها را ببینم و آن‌ها حتی این قدر اهمیت نمی‌دهند که مرا از فرودگاه بردارند.»

از او پرسیدم: «حالا چرا ماشین کرایه نمی‌کنی؟ به‌نظرت خیلی عجیب‌وغریب می‌آید؟ چرا یک‌بار امتحان نمی‌کنی؟ بالاخره درآمد تو چهار برابر پدرت است، مجردی و خرج زیادی هم نداری. چند دلار بیشتر در روز فرقی برایت نمی‌کند.» جرج از پیشنهاد من جا خورد. معلوم بود هرگز آن را جدی نگرفته بوده است. به آن فکر کرد و روز بعد با خانواده‌اش تماس گرفت و زمان رسیدنش را اعلام کرد. به مادرش گفت یک ماشین اجاره می‌کند و مادر بلافاصله به او اطمینان داد که ماشین درست است و پدرش او را از فرودگاه به خانه خواهد آورد، آن‌ها چشم‌به‌راهش هستند و امکان ندارد جور دیگری به‌خانه بیاید.

همان صحنه‌ی اجتناب‌ناپذیر در فرودگاه تکرار شد. پدرش با این گفته از او استقبال کرد که: «چرا ماشین نگرفتی؟ به این مؤسسه‌ی اجاره‌ی ماشین نگاه کن. با هشت دلار و نودوپنج سنت می‌توانستی یک ماشین اجاره کنی.» جروبحث پرسروصدا و خجالت‌آوری را پشت سر گذاشتند. جرج به‌سوی ایستگاه ماشین‌های اجاره‌ای رفت، یک ماشین گرفت و با حالتی عصبانی و حق‌به‌جانب، درخواست پدر را برای پرداخت اجاره‌ی ماشین رد کرد. آن دو با دو ماشین جداگانه به خانه رفتند. پدر بلافاصله به اتاق خوابش رفت و صبح زود برای کار از خانه خارج شد. از آنجایی که سفر جرج یک روزه بود، دیگر پدرش را ندید.

ما در درمان مفصلاً به این واقعه پرداختیم. جرج آن را نمونه‌ی کامل تعامل موجود در خانواده‌اش می‌دانست و توجیهی برای وضعیت فعلی‌اش. «وقتی حالا

این قدر ناراحت می‌شوم، ببین بزرگ شدن در چنین خانواده‌ای چقدر سخت بوده است.» جرج تصور می‌کرد این مثال دلیل بدبینی او را نسبت به جنس مذکر روشن می‌کرد: مدلی که پدر برایش ساخته بود و اینکه چطور صحبت با پدر غیرممکن بود.

من تصویری کاملاً متفاوت را پیش چشمش گستردم. چقدر سعی کرده با پدرش حرف بزند؟ وضعیت پدرش را در نظر بگیرید: مادر جرج همه‌ی کارها را بدون مشورت با پدر انجام داده بود، انگار که پدر فقط سرپیشخدمت خانواده باشد. پدر احساس می‌کرد تحت کنترل زنش است و این موضوع عصبانی‌اش می‌کرد، پس همه‌ی تلاشش را در قلمرو قدرتش یعنی استفاده از اتومبیل به‌کار می‌گرفت. ولی جرج برای صحبت با پدر چقدر تلاش کرده بود؟ نمی‌توانست همان‌طور که با مادر تلفنی حرف می‌زند، با پدر هم حرف بزند؟ چه‌چیز نمی‌گذاشت به‌راحتی به پدرش تلفن کند و بگوید «پدر، من از فرودگاه یک ماشین اجاره می‌کنم چون برای روز بعد لازمش دارم. زودتر از ساعت ده شب هم نمی‌رسم، ولی لطفاً بیدار بمان تا بتوانیم حرف بزنیم.»؟ جرج انگار خشکش زده بود. بعد فریاد زد: «این غیرممکن است!» «چرا؟» «من نمی‌توانم تلفنی با پدرم حرف بزنم. مشکل اینجاست که تو خانواده‌ی مرا نمی‌شناسی، همین.»

ولی جرج همچنان احساس گناه مبهمی نسبت به‌پدرش داشت: نسبت به آن پیرمرد سپیدموی کله‌شق که از یک اردوگاه کار اجباری جان سالم به در بُرده بود و سی سال تمام هر روز از ساعت شش صبح سر کار می‌رفت تا هر چهارتا بچه‌اش بتوانند دانشگاه بروند و تحصیل کنند. پیشنهاد کردم: «نامه‌ای بنویس و به او بگو چه احساسی داری.» جرج باز هم از پیشنهادم جا خورد و انگار از ساده‌لوحی‌ام رنجید. «غیرممکن است!» پرسیدم: «چرا؟» «ما به هم نامه نمی‌نویسیم. در عمرم به پدرم نامه ننوشته‌ام.» «و آن وقت شکایت می‌کنی تو را از خود رانده و نمی‌شود با او ارتباط برقرار کرد. اگر واقعاً می‌خواهی ارتباطی داشته باشی، خُب داشته باش. برایش بنویس. کسی جلویت را نگرفته. نمی‌توانی از این کار شانه خالی کنی.»

این گفت‌وگوی ساده جرج را عمیقاً آشفته کرد و همان روز عصر لرزان و

اشک‌ریزان، شروع کرد به نوشتن نامه‌ای به پدرش: نامه‌ای که با «پدر عزیزم» آغاز می‌شد نه «مادر و پدر عزیزم» یا «عزیزان». از قضا انگار روح آزادی و مسئولیت همان شب دورو بر پدرش هم پرسه می‌زد؛ درست قبل از آنکه نامه‌ی جرج تمام شود، پدرش تلفن کرد تا از او عذرخواهی کند. این نخستین بار بود که پدر به او تلفن می‌کرد. جرج درباره‌ی نامه‌ای که می‌نوشت، گفت و چنان احساس بر او چیره شد که مثل کودکی زارزار گریست. کافی‌ست بگویم که دیگر هیچ‌چیز میان او و پدرش مانند قبل نشد و تحلیل انکارهای بی‌درنگ جرج درباره‌ی «غیرممکن بودن» تلفن به پدر و نامه‌نگاری به او، افق گسترده‌ای در درمان گشود.

فریتس پرلز، گشتالت‌درمانی و مسئولیت‌پذیری. از میان هواداران سبک درمانگر فعال در رویکرد به مسئولیت، کسی قاطع‌تر و مبتکرتر از فریتس پرلز نبوده است. رویکرد پرلز بر این مفهوم اساسی استوار است که باید مسئولیت‌گریزی را شناسایی کرد و فرد را از آن برحذر داشت.

> تا وقتی با علامت بیماری می‌جنگید، آن علامت تشدید می‌شود. اگر مسئولیت کاری را که با خود می‌کنید بر عهده گیرید ــ اینکه چطور علائمتان را به‌وجود می‌آورید، چگونه بیماری‌تان را شکل می‌دهید و چطور هستی‌تان را می‌آفرینید ــ درست در همان لحظه‌ی تماس با خویشتن است که رشد آغاز می‌شود، هماهنگی آغاز می‌شود.(۱۲)

پرلز به استفاده (یا پرهیز) بیمار از ضمیر اول شخص مفرد و هرگونه تبدیل فعل معلوم به مجهول به‌شدت حساس بود:

> می‌شنویم که بیمار ابتدا با نامعلوم کردن فاعل و مجهول کردن فعل حین صحبت، از خود فردیت‌زدایی می‌کند و سپس به گیرنده‌ی منفعل تغییر و تحولات دنیایی خیالی بدل می‌شود. «من فلان کار را کردم» تبدیل می‌شود به «فلان اتفاق افتاده. متوجه شده‌ام مجبورم بارها صحبت افراد را قطع کنم و از آن‌ها بخواهم به وجود خود اذعان کنند. اگر قرار باشد اتفاق در جای دیگری بیفتد و بر بیمار حادث

شود، ما نمی‌توانیم کارمان را پیش ببریم. به‌همین دلیل از بیمارانم می‌خواهم از «روز پرمشغله‌ای‌ست» به «خودم را مشغول کرده‌ام» برسند و از «صحبت طولانی می‌شود» به «من زیاد حرف می‌زنم» و مانند این‌ها.(۱۳)

پرلز به‌محض آنکه شیوه‌های مسئولیت‌گریزی را شناسایی می‌کرد، بیمار را وامی‌داشت درمانگر کمی‌اش را به بی‌میلی‌اش ترجمه کند. بیمار مجبور بود مسئولیت هر حرکت بدن، احساس و فکری را بر عهده گیرد. پرلز گاه از تمرین ساختاریافته‌ی «من مسئولیت می‌پذیرم» استفاده می‌کرد:

با هر جمله‌ای از بیمار می‌خواهیم این عبارت را به‌کار بَرَد: «... و من مسئولیتش را قبول می‌کنم.» مثلاً «من متوجه هستم که پایم را تکان می‌دهم ... و مسئولیتش را قبول می‌کنم.» «صدایم خیلی آهسته است ... و من مسئولیتش را می‌پذیرم.» «الآن نمی‌دانم چه بگویم ... و مسئولیت ندانستنم را می‌پذیرم.»(۱٤)

پرلز از بیماران می‌خواست مسئولیت همه‌ی نیروهای متضاد درونی‌شان را بپذیرند. اگر بیماری درگیر مخمصه‌ی پرتب‌وتابی بود و هنگام صحبت درباره‌ی آن، دچار درد معده می‌شد، پرلز از او می‌خواست با آن درد گفت‌وگویی داشته باشد. «این درد را روی صندلی مقابلت بنشان و با آن حرف بزن. تو هم در نقش خودت هستی و هم در نقش درد. صدایی به آن بده. به تو چه می‌گوید؟» به این ترتیب از بیمار می‌خواست مسئولیت هر دو جنبه‌ی تعارض را بر عهده بگیرد تا متوجه شود که هیچ‌چیز بر کسی «حادث نمی‌شود» و فرد خود مؤلف همه‌چیز ــ هر زشت، هر حرکت و هر فکری ــ است.

درمانگر: می‌دانی چشمانت دارند چه می‌کنند؟
بیمار: خُب، حالا متوجه شدم که دائم جای دیگری را نگاه می‌کنند و از نگاه شما فرار می‌کنند.
د: می‌توانی مسئولیتش را به‌عهده بگیری؟
ب: ... . مسئولیت اینکه نگاهم را از شما می‌دزدم.

د.: می‌توانی حالا چشمانت باشی؟ گفت‌وگویی از زبانشان بنویس.
ب.: من چشمان مری هستم. چشم دوختن مداوم به دیگران برایم سخت است. مدام از این طرف به آن طرف می‌پرم و جست‌وخیز می‌کنم.(۱۵)

پرلز معتقد بود ما علائم‌مان را انتخاب می‌کنیم؛ احساسات «ناتمام» یا ابرازنشده به اشکالی خودویرانگر و ناخوشایند به سطح راه می‌یابند و ابراز می‌شوند. (این منشأ واژه‌ی «گشتالت‌درمانی» است. پرلز می‌کوشید به بیماران کمک کند تا گشتالتشان ــ کارهای نیمه‌تمام، آگاهی‌های مسدودشده و مسئولیت‌های برعهده‌نگرفته‌شان ــ را کامل کنند.) توصیف یک رویارویی درمانی، رویکرد پرلز به مسئولیت را روشن می‌کند:

دو هفته پیش تجربه‌ی جالبی را از سر گذرانیدم، شفا نه، دست‌کم آغازی برای درمان بود. این مرد لکنت زبان داشت و من از او خواستم لکنتش را تشدید کند. همین طور که با لکنت حرف می‌زد پرسیدم چه حسی در گلویش دارد و او پاسخ داد: «انگار دارم خودم را خفه می‌کنم.» پس بازویم را به او دادم و گفتم: «حالا مرا خفه کن.» گفت: «خدای من، می‌توانم بکُشمت!» حقیقتاً با خشمش ارتباط برقرار کرده بود و بلند حرف می‌زد، بدون اینکه کمترین مشکلی در صحبت کردن داشته باشد. به این ترتیب به او نشان دادم یک انتخاب اگزیستانسیال در پیش رو دارد: مردی عصبانی باشد یا مردی الکن. می‌دانید یک الکن چطور می‌تواند شکنجه‌تان کند و به چهارمیخ بکشدتان. هر خشمی که ابراز نشود و آزادانه جریان نیابد، به آزارگری، سائق قدرت و سایر ابزار شکنجه بدل می‌شود.(۱۶)

چنین رویکردی به علائم بیماری ــ درخواست از بیمار برای ایجاد یا تشدید علامت ــ اغلب شیوه‌ی مؤثری برای تسهیل آگاهی از مسئولیت است: با ایجاد آگاهانه‌ی علامت که در این مثال لکنت زبان است، فرد آگاه می‌شود که علامت مال او و آفریده‌ی اوست. درمانگران دیگری هم همزمان به این اسلوب دست یافتند، گرچه آن را با اصطلاح مسئولیت‌پذیری تعبیر نکردند. برای نمونه، ویکتور

فرانکل، اسلوب «قصد متضاد[1]»(۱۷) را توصیف می‌کند که در آن از بیمار می‌خواهد عمداً و آگاهانه علامت را تشدید کند، چه حمله‌ی اضطراب باشد و چه فعل اجباری، ترس از حمله‌ی قلبی یا زیاده‌روی در خوردن. دان جکسون، جی هیلی[2]، میلتون اریکسون[3] و پل واتزلاویک[4]، همگی درباره‌ی این رویکرد نوشته‌اند و آن را «تجویز علامت» نام نهاده‌اند.(۱۸)

پرلز شیوه‌ی منحصربه‌فردی برای کار با رؤیاها پدید آورد، شیوه‌ای ماهرانه که برای تسهیل مسئولیت‌پذیری فرد در برابر همه‌ی فرایندهای ذهنی‌اش طراحی شد. بشر در طول تاریخ، رؤیا دیدن را پدیده‌ای ورای قلمرو مسئولیت فردی دانسته است. این دیدگاه در اصطلاح عامیانه‌ی «خوابش را هم نمی‌بینم» بازتاب دارد که وقتی فرد می‌خواهد منکر فکر یا عملی شود و آن را بر عهده نگیرد، به‌کار می‌رود. پیش از پیدایش روانشناسی پویه‌نگر فرویدی، رؤیاها را پیام‌های آسمانی و بیرونی یا اتفاق محض قلمداد می‌کردند. برای نمونه، یک نظریه می‌گفت سلول‌های قشر مغز می‌خوابند و همین طور که متابولیت‌های سمی روزانه پاکسازی می‌شوند، دسته‌ای از سلول‌ها را به‌صورت کاملاً اتفاقی «بیدار» می‌کنند. بر اساس این نظریه، رؤیا حاصل برون‌ده این سلول‌های بیدارشده است: در نتیجه، بی‌معنایی بیشتر رؤیاها، حاصل توالی اتفاقی کارکرد سلول‌هایی‌ست که برانگیخته شده‌اند؛ و ایجاد رؤیای روشن و قابل درک همان قدر ناشی از خوش‌اقبالی‌ست که گله‌ی میمون‌ها بتوانند با ضربه زدن روی تکمه‌های ماشین تحریر، به‌طور اتفاقی یک پاراگراف قابل فهم بنویسند.

فروید به‌طرزی مجاب‌کننده نشان داد که رؤیاها نه محصول اتفاقند و نه محصول پیام‌های بیرونی، بلکه برخاسته از مؤلفه‌های دارای تعارض و تعامل شخصیتند: تکانه‌های اید، پسمانده‌های آشکار روز در نیمه‌آگاه، سانسورچی رؤیا (تعمیرکار ناخودآگاه ایگو)، ایگوی خودآگاه («بازبینی ثانویه»). پرلز اصرار داشت

---

1. paradoxical intention
2. Jay Haley
3. Milton Erickson
4. Paul ...

اگرچه فروید دریافت فرد ــ یا دست‌کم اثر متقابل این بخش‌های موجود در فرد ــ تنها مؤلف رؤیای خویش است، ولی تقسیم‌بندی‌ای که برای روان ارائه کرده بود باعث شد مسئولیت فردی در شکاف میان این مؤلفه‌ها گم شود (و من هم با این نظر پرلز کاملاً موافقم).

هدف پرلز که رؤیا را «پیام‌رسان اگزیستانسیال(۱۹)» می‌نامید، این بود که آگاهی فرد را از تألیف رؤیای خویش به حداکثر برساند. اولاً پرلز کوشید با تغییر زمان رؤیا، آن را به زندگی فرد وارد کند: از بیمار می‌خواست رؤیا را با فعل زمان حال تکرار کند و بعد با تبدیل رؤیا به نمایش، آن را دوباره اجرا کند، آن هم نمایشی که بیمار خود کارگردان، وسائل صحنه و بازیگران آن باشد. از بیمار می‌خواست در نقش اجزای تمامی اشیای موجود در داستان رؤیا بازی کند. برای مثال، شاهد کار پرلز با بیماری بودم که خواب دیده بود در حال رانندگی‌ست، ولی ماشینش شروع می‌کند به پت‌پت کردن و بالاخره هم کاملاً خاموش می‌شود. بیمار به‌دستور پرلز در نقش بخش‌های مختلف: راننده، ماشین، باک خالی بنزین، شمع‌های فرسوده و مانند این‌ها بازی کرد. با این راهکار پرلز، بیمار شروع کرد به جمع‌آوری و کنار هم چیدن دوباره‌ی بخش‌های پراکنده‌ی شخصیتش و دوباره‌سازی کلیت آن (به‌عبارت دیگر، کامل کردن گشتالت خود).

تعریف پرلز از مسئولیت‌پذیری این بود که فرد مسئولیت همه‌ی احساساتش را، از جمله احساسات ناخوشایندی که اغلب به‌دیگران فرافکنی کرده، بپذیرد.

> ما انسان‌ها مایل نیستیم مسئولیت عیب‌جو بودنمان را بپذیریم، پس عیب‌جویی را به‌دیگران فرافکنی می‌کنیم. نمی‌خواهیم مسئولیت موشکافی‌مان را برعهده بگیریم، پس آن را به‌بیرون از خود فرامی‌افکنیم و بعد مدام در هراس از طرد شدن زندگی می‌کنیم. و یکی از مهم‌ترین مسئولیت‌ها، پذیرش مسئولیت فرافکنی‌هایمان است تا به‌همان چیزی بدل شویم که فرافکنده‌ایم.(۲۰)

با بازپس‌گیری همه‌ی بخش‌هایی که قبلاً وجودشان را در خود انکار کرده‌ایم و از خود رانده‌ایم، فرد احساس غنی‌تر شدن می‌کند: فرد در خود و درون دنیای خود احساس راحتی می‌کند.

البته پذیرش مسئولیت زندگی و غنا بخشیدن به تجربه و توانایی‌تان هر دو یک‌چیزند. و امیدوارم متوجه شوید با پذیرش مسئولیت هر هیجان، هر حرکت و هر فکرتان، چه‌چیزهای زیادی به‌دست می‌آورید و مسئولیت‌پذیری را به دیگران هم تسری می‌دهید...(۲۱)

سرایت «مسئولیت‌پذیری به دیگران» برای روان‌درمانگر اهمیتی حیاتی دارد. پرلز به‌خوبی آگاه بود که بیمار می‌کوشد دیگران خصوصاً درمانگر را طوری بازی دهد که به‌مراقبت از او برخیزند.

درمانگر سه وظیفه‌ی اصلی دارد: تشخیص دهد بیمار به‌جای آنکه بخواهد بر خود تکیه کند، از چه راه‌هایی به‌دنبال جلب حمایت دیگران است، از کشیده شدن به این راه و مراقبت از بیمار پرهیز کند و بداند در مقابل رفتارهای بازی‌دهنده‌ی بیمار چه باید بکند.(۲۲)

«کشیده نشدن» به این راه چندان ساده نیست و درمانگر باید ابزارهای متعدد و متنوع بیمار را برای مجاب کردن خودش بشناسد و به مقاومت در برابر آن‌ها عادت کند:

«من نمی‌توانم با این موقعیت کنار بیایم و تو می‌توانی.'احتیاج' دارم که راه را نشانم بدهی تا بعد بتوانم راه زندگی‌ام را پی بگیرم.» این بیش از آنکه زندگی باشد، هستی‌ای‌ست شامل پیشنهادهای پی‌درپی بیمار به کسانی که دوست دارند اداره‌ی دیگران را برعهده بگیرند. پیشنهاد به درمانگر آخرین آن‌هاست. امیدواریم شانه‌خالی‌کردن به همین‌جا ختم شود.(۲۳)

پرلز برای مقاومت در برابر بازی‌داده‌شدن، اهمیت فوق‌العاده و مفرطی برای پایان شانه‌خالی‌کردن قائل بود. او کارگاهش را این گونه آغاز می‌کرد:

اگر می‌خواهید دیوانه شوید، خودکشی کنید یا بهبود یابید، می‌توانید «دست‌به‌کار» شوید یا آنکه تجربه‌ای به‌دست آورید که زندگی‌تان را متحول کند، انتخاب با

شماست. من کار خودم را می‌کنم و شما کار خودتان را. هرکس نمی‌خواهد این مسئولیت را قبول کند، لطفاً در این سمینار شرکت نکند. شما با اراده‌ی آزاد خودتان به اینجا آمده‌اید. نمی‌دانم چقدر رشدیافته هستید، ولی انسان رشدیافته کسی‌ست که بتواند مسئولیت خود را بر عهده گیرد، مسئولیت افکار، احساسات و غیره را...(۲٤)

جایگاه پرلز در اینجا فوق‌العاده جدی و سختگیرانه است و خصوصاً برای بیماران به‌شدت آشفته نیاز به‌تعدیل دارد. بسیاری از بیماران نیاز به ماه‌ها درمان دارند تا بتوانند مسئولیت بپذیرند و واقع‌گرایانه نیست اگر مسئولیت‌پذیری کامل را پیش‌نیاز درمان قرار دهیم. با این حال، گاه موقعیت‌هایی پیش می‌آید که صلاح است درمانگر در همان آغاز درمان درجاتی از مسئولیت‌پذیری را از بیمار طلب کند. بسیاری از درمانگران اصرار دارند با بیمارانی که خطر خودکشی در آن‌ها بالاست، پیمان «خودکشی ممنوع» ببندند که در طی آن بیمار موافقت می‌کند برای مدت زمان مشخصی اقدام به خودکشی نکند. استفاده‌ی درست از این رویکرد خطر خودکشی را به‌میزان چشمگیری کاهش می‌دهد.(۲۵)

گرچه عبارات پرلز شکی باقی نمی‌گذارد که او نسبت به‌مقوله‌ی مسئولیت بسیار حساس است و به این واقعیت آگاهی دارد که درمانگر نباید بار مسئولیت بیمار را بر دوش بکشد، هرگز نتوانست پارادوکس رویکرد درمانی‌اش را حل کند (یا حتی به‌عقیده‌ی من آن را به‌درستی بشناسد.) به‌بیمار می‌گویند «مسئولیت بپذیر.» اما باقی تجربه‌ی بیمار چیست؟ رویارویی با پیرمرد فرزانه، بسیار قدرتمند و پرجذبه‌ای که با رفتار غیرکلامی و در عمل می‌گوید: «دقیقاً به‌تو خواهم گفت که چگونه، کی و چرا این کار را انجام دهی.» سبک فعال پرلز، هاله‌ی قدرتی که در اطرافش بود و همه‌چیزدانی‌اش با کلام او در تضاد بود. دریافتِ همزمان دو پیام متضاد ــ یکی صریح و آشکار و دیگری سربسته و ضمنی ــ همان قرار گرفتن در تنگنا و مخمصه است. اجازه دهید رویکرد درمانی دیگری را توصیف کنم که می‌کوشد به این تله نیفتد.

هلموت کایزر و مسئولیت‌پذیری. از میان درمانگرانی که خواسته‌اند مسئولیت‌پذیری بیمار را افزایش دهند بی آنکه همزمان مسئولیت او را برعهده گیرند، کوشش‌های هلموت کایزر از درایت و انسجام چشمگیری برخوردار بوده است. با اینکه هم کایزر و هم پرلز رویکردهای درمانی خویش را حول محور مسئولیت بنا کرده‌اند، سبک و ساختار رویکردهایشان درست نقطه‌ی مقابل هم بود. کایزر که در سال ۱۹۶۱ از دنیا رفت، درمانگر بسیار مبتکری بود که چون کم می‌نوشت، هرگز آن طور که باید شناخته نشد. کتابی شامل مجموعه آثارش با عنوان روان‌درمانی مؤثر در سال ۱۹۶۵ منتشر شد.(۳۶) کایزر معتقد بود بیماران دچار یک تعارض جهانی‌اند «وضعیت ذهنی در همه‌ی روان‌نژندها مشابه است»(۳۷) و از این واقعیت سرچشمه می‌گیرد که «بزرگسالی بالغانه، انزوایی کامل، بنیادین و چیرگی‌ناپذیر را در پی دارد».(۳۸)

کایزر داستان والتر، یکی از هم‌دوره‌های دانشکده‌ی پزشکی‌اش را بازگو می‌کند که در اواسط تحصیل، نقشی را در یک اثر نمایشی آماتور پذیرفت و علاقه‌ی فراوانی به تئاتر پیدا کرد. استعداد آشکاری از خود نشان داد و به این فکر افتاد که رشته‌ی پزشکی را رها کند و همه‌ی عمر به بازیگری بپردازد. ولی چقدر بااستعداد بود؟ می‌توانست هنرمند بزرگی شود؟ والتر در تب‌وتاب این تصمیم بود و نظر متخصصان زیادی را جویا شد. کایزر شاهد عذاب دوستش بود و ناگهان برایش روشن شد والتر در انتظار غیرممکن است. او فقط نظر نمی‌خواست. خیلی بیش از این‌ها می‌خواست: می‌خواست یک نفر دیگر مسئولیت تصمیم او را بر عهده گیرد.

در این مدت ج. (منظور کایزر است) شاهد بود که والتر چگونه آهسته‌آهسته و قدم‌به‌قدم دریافت هیچ استدلال و هیچ نصیحتی به تصمیمی که او باید بگیرد، کمکی نمی‌کند. در حالی که با مشکل والتر همدردی می‌کرد، همیشه دلش می‌خواست دلایل بی‌شماری را که له و علیه این تصمیم داشت، با دوستش در میان بگذارد. ولی وقتی همه‌ی راه‌های ممکن را از نظر می‌گذراندند، احتمالات را تخمین می‌زدند،

سیگارسنگین می‌کردند، به بررسی اطلاعات می‌پرداختند و متوجه می‌شدند تنها چیزی که جایش خالی‌ست، همان نتیجه‌ی نهایی‌ست، در سکوتی عمیق و دردناک فرو می‌رفتند. تا اینکه ج. پرسش برزبان‌نیامده‌ی والتر را حس کرد: «حالا تو چه فکر می‌کنی؟»(۲۹)

آنچه والتر با آن مواجه بود و از آن طفره می‌رفت، یک پارادوکس عمیق انسانی بود: ما در حسرت خودمختاری هستیم، ولی از پیامد ناگزیر خودمختاری یعنی تنهایی طفره می‌رویم. کایزر این پارادوکس را «پاشنه‌ی آشیل ذاتی بشر» خوانده و گفته اگر آن را با «حقه‌ی جادوگرانه» که همان ابزاری برای انکار تنهایی‌ست، نپوشانیم، رنج فراوانی خواهیم بُرد. آن «حقه‌ی جادوگرانه» همان چیزی‌ست که کایزر «علامت جهان‌شمول» نامیده است: سازوکاری دفاعی که با تضعیف و تلطیف مرز ایگو و آمیختن با دیگری، تنهایی را انکار می‌کند. پیشتر هنگام توصیف آرزوی بشر برای دستیابی به نجات‌دهنده‌ای غایی، از آمیختن یا ادغام در دیگری، به‌عنوان دفاعی در برابر اضطراب مرگ گفتیم. کایزر به ما یادآوری می‌کند تنهایی و (گرچه به‌وضوح به این یکی اشاره نکرده) بی‌پایگی‌ای که در بطن آن نهفته، محرک قدرتمندی‌ست برای برانگیختن تلاش فرد برای ادغام در دیگری.

چه وقایعی ما را به رویارویی با تنهایی وامی‌دارند؟ از دید کایزر وقایعی که بیش از همه انسان را نسبت به مسئولیتش در برابر زندگی خود آگاه می‌سازند، رویارویی با تصمیم‌های متحول‌کننده‌ی زندگی یا اعتقاد به این موضوع است که فرد تحت حمایت منابع قدرت نیست. ما در این مواقع مانند دوست کایزر یعنی والتر به تکاپو می‌افتیم تا کس دیگری را بیابیم که مسئولیت را به‌جای ما بپذیرد.

کایزر نسبت به تلاش‌های بیمار برای انتقال قدرت‌های اجرایی بر دوش درمانگر به‌منظور پرهیز از انزوای ناشی از مسئولیت بسیار حساس بود. درمانگر چگونه می‌تواند این تلاش‌ها را خنثی کند؟ کایزر به تعمق درباره‌ی این پرسش پرداخت و چند رویکرد ارائه کرد، ولی درنهایت به این نتیجه رسید که موضوع از چنان اهمیتی برخوردار است که باید با اصلاح ساختار اساسی درمان با آن روبه‌رو شد. برای جلوگیری از

انتقال مسئولیت، باید درمان کاملاً ساختارنایافته باشد، درمانگر کاملاً بی‌رهنمود عمل کند و بیمار کاملاً هم در برابر محتوا و هم در برابر فرایند درمان مسئول باشد. کایرر تصریح کرده «هیچ قانونی نباید درمانگر را محدود کند.» توصیف او از رابطه‌ی بیمار، درمانگر روشنگر است:

بیمار: می‌شود بپرسم درمان بر چه اساسی انجام می‌شود؟ منظورم این است که روش درمان چگونه است؟

درمانگر: روند... ؟ مطمئن نیستم منظور شما را درست فهمیده باشم، ولی اگر درست متوجه شده باشم، باید بگویم: روشی در کار نیست!

ب.: (با لبخندی مؤدبانه) اوه، البته، منظورم فقط این بود که شما انتظار دارید من چه کنم؟

د.: من هم دقیقاً فکر کردم منظور شما از «روش» همین است.

ب.: من متوجه نمی‌شوم (بیست ثانیه سکوت). یعنی بالاخره من باید یک کاری بکنم. این طور نیست؟

د.: به‌نظر می‌آید یقین داری که باید اینجا کاری انجام دهی.

ب.: خُب، مگر این طور نیست؟

د.: تا جایی که من می‌دانم، نه.

ب.: خُب... من ... من ... راستش من نمی‌فهمم.

د.: (با لبخند) فکر می‌کنم شما فهمیدید که من چه گفتم، ولی نمی‌توانید باور کنید.

ب.: حق با شماست. واقعاً تصور نمی‌کنم که منظورتان این باشد.

د.: (بعد از ده ثانیه مکث) دقیقاً منظور همان است که گفتم.

ب.: (معذب و بعد از سکوتی یک دقیقه‌ای) اشکالی ندارد چیزی در مورد حملات اضطرابم بگویم؟

د.: انگار برایتان غیرممکن است که حرفم را باور کنید.

ب.: متأسفم ... منظوری نداشتم ... ولی راستش، مطمئن نیستم که واقعاً ... معذرت می‌خواهم، شما چه گفتید؟

د.: گفتم انگار برایتان غیرممکن است که حرفم را باور کنید.

ب.: (با تکان سر طوری که انگار ناراحت شده) نه، منظورم این است که از نظر من ایرادی ندارد ... (به بالا نگاه می‌کند و وقتی چشمش به‌چشم درمانگر می‌افتد می‌زند زیر خنده.)(۳۰)

کایزر معتقد بود «هرچیزی که احساس مسئولیت بیمار را در برابر سخنان خودش افزایش دهد، باید در جهت درمان او به‌کار گرفته شود»؛ و این طور که مثال بالا نشان می‌دهد حتی حاضر نیست در برابر دستور دادن به بیمار در جهت به‌گردش انداختن درمان مسئولیت بپذیرد.

این تکنیک افراطی با محدودیت‌های روشنی روبه‌روست. معتقدم خطای پرلز این بود که ساختار و انرژی فراوانی برای بیمار فراهم می‌کرد و خطای کایزر درست در نقطه‌ی مقابل او قرار داشت. هیچ درمانگری قادر نیست به بیماری کمک کند که به‌دلیل سردرگمی، بی‌ساختاری یا عدم اطمینان، درمان را پیش از موعد رها کند. زیرا درمانگر در نهایت امیدوار است بیمار مسئولیت بپذیرد، ولی این بدان معنا نیست که اصرار داشته باشد بیمار بتواند در هر قدم حتی در آغاز درمان چنین کند. موقعیت درمانی معمولاً نیازمند انعطاف‌پذیری‌ست؛ درمانگران باید برای آنکه بیماران درمان را رها نکنند، در جلسات اولیه، فعال و حمایتگر باشند. بعدها زمانی که رابطه با درمانگر مستحکم‌تر شد، می‌شود بر شروط درمانی‌ای که مسئولیت‌پذیری را تقویت می‌کند، پافشاری کرد.

کایزر در جای دیگری بر اهمیت رابطه‌ی درمانی و صداقت در ارتباط تأکید می‌کند؛(۳۱) و شکی نیست که در موقعیت‌های درمانی تعدیل لازم را در اجرای این تکنیک لحاظ می‌کرد. از او نمایشنامه‌ی فوق‌العاده‌ای با عنوان موقعیت اضطراری(۳۲) بر جای مانده که در آن، انعطاف‌پذیری درمانگر را به بهترین وجه نشان داده است. قهرمان داستان روانپزشکی‌ست به‌نام دکتر تروین که مورد مشورت خانم پورفیری قرار می‌گیرد. او همسر یک روانپزشک است و می‌گوید همسرش عمیقاً افسرده شده ولی حاضر نیست از کسی کمک بگیرد. دکتر تروین تظاهر می‌کند بیمار است و از دکتر پورفیری وقت ملاقات می‌گیرد.

کم‌کم و به‌شکلی نامحسوس در نقش «بیمار» اقدام به درمان درمانگر می‌کند. روشن است که دکتر پورفیری مسئولیت‌پذیر نیست و حتی مسئولیت درخواست درمان را هم نمی‌پذیرد؛ و درمانگر هم این مسئولیت را از او نمی‌خواهد. بلکه همان کاری را می‌کند که هر درمانگر خوبی باید انجام بدهد: یعنی درمان را طوری تعدیل می‌کند که در خور حال بیمار باشد.

آگاهی از مسئولیت به‌شیوه‌ی امریکایی

یا

چطور مسئول زندگی خود باشید، اختیار اعمالتان را در دست بگیرید، مراقب شماره یک باشید و آن را به‌دست آورید

آگاهی از مسئولیت در امریکا باب روز شده است. آنچه زمانی گفتمان ــ اغلب نامفهوم ــ فیلسوف حرفه‌ای بود و بعد تکیه‌کلام چپی‌های پیش‌رو شد، در دنیای امروز استفاده‌ی فراوان یافته است. مسئولیت‌پذیری موضوع بسیاری از کتاب‌های پرفروش این کشور شده است. یک مثالش حوزه‌های خطای شما[1] است که سرفصل‌هایی این‌چنینی دارد: «مسئول زندگی خود باشید»، «انتخاب، آزادی غایی شما»، «شما نیازمند تأیید آن‌ها نیستید»، «از گذشته بُریدن»، «شکستن سد سنت»، «استقلال خود را اعلام کنید».(۳۳) پیام اصلی کتاب به‌وضوح بیان شده است: «شروع کنید به دیدن زندگی‌تان در نور انتخاب‌هایی که تا کنون کرده‌اید و گزینه‌هایی که انتخاب نکرده‌اید. این کار مسئولیت همه‌ی آنچه کرده‌اید و همه‌ی آنچه هستید و احساس می‌کنید را بر دوش خودتان می‌گذارد.»(۳٤) کتاب‌های مشابه دیگر مثل اختیار اعمالتان را در دست بگیرید(۳۵) و خودآفرینندگی(۳٦) هم بلافاصله در فهرست پُرفروش‌ها قرار می‌گیرند.

مصرف‌گرایی همگانی نیازمند آن است که محصول جذاب باشد، خوب بسته‌بندی شده باشد و مهم‌تر از همه اینکه سریع و آسان مصرف شود. متأسفانه

---

1. *Your Erroneous Zones*

این شرایط با تلاش و درایتی که برای تغییر حقیقی دید فرد نسبت به‌زندگی و دنیا لازم است، جور درنمی‌آید. پس همه‌چیز باهم «جفت‌وجور» می‌شود: نصیحتمان می‌کنند و پُرفروش‌هایی مانند حوزه‌های خطای شما به ما می‌گویند «به طفره‌رفتن پایان دهیم»:

بنشینید و به‌کاری مشغول شوید که تا حالا پشت گوش انداخته‌اید. نوشتن نامه یا مطالعه‌ی کتابی را آغاز کنید. همین شروع به‌شما کمک می‌کند اضطرابی که نسبت به کل موضوع داشتید، از بین برود... یک زمان مشخص را برای خود تعیین کنید (مثلاً چهارشنبه از ساعت ده تا ده‌وپانزده دقیقه‌ی شب) و آن را صرفاً به این وظیفه‌ی خاص اختصاص دهید... . سیگار را ترک کنید. همین حالا!... رژیم غذایی‌تان را آغاز کنید... . همین دقیقه! الکل را کنار بگذارید... . همین ثانیه. این کتاب را بگذارید کنار و برای شروع همین الآن کاری انجام دهید. این طوری می‌توانید از پس مشکلات برآیید... . با عملی که همین حالا آغاز شود. شروع کنید! تصمیم بگیرید تا لحظه‌ای که می‌خواهید به‌بستر روید، خسته نشوید. به‌خودتان اجازه ندهید خستگی یا بیماری بهانه‌ای باشد برای فرار از انجام کار.(۳۷)

یا «خود را از وابستگی خلاص کنید»:

برای خود اهداف پنج‌دقیقه‌ای برای کنار آمدن با افراد سلطه‌گر زندگی‌تان تعیین کنید. یک‌بار «نه، نمی‌خواهم» را امتحان کنید و واکنشی را که در برابر واکنش طرف مقابل نشان می‌دهید ارزیابی کنید... از کسی دستور نگیرید!(۳۸)

«مسئولیت» چشم مردم را خیره کرده و کارگاه‌های تخصصی با مضمون مسئولیت در سراسر کشور رونق گرفته است. برای نمونه، یک کارگاه بزرگ با عنوان «بار زندگی خود را بر دوش بگیرید» (و عنوان فرعی «روانشناسی مراقبت‌های بهداشتی، نقش مسئولیت فردی») در سال‌های ۷۸-۱۹۷۷در چند نقطه‌ی کشور برگزار شد و در آن سخنرانی‌های زیر گنجانده شده بود: رولو مِی، سخنران اصلی با موضوع تکاپوی اگزیستانسیال در

جهت آزادی شخصی و معنوی؛ آلبرت اِلیس[1]، با موضوع رویکرد منطقی-هیجانی به مسئولیت فردی برای رشد و تحول در حیطه‌ی روابط جنسی و صمیمیت؛ و آرنولد لازاروس[2] با موضوع درمان چندشیوه‌ای: رویکردی بر خوددرمانگری[3] که در کتابش با عنوان «اگر بخواهم می‌توانم»(۳۹) توصیف شده است. سایر عناوین کارگاه شامل رویکرد رفتاری مدیریت استرس برای کمک به بیمار سخت‌کوش (تیپ شخصیتی A) در جهت تغییر شیوه‌های رفتاری، استرس و بیوفیدبک، غلبه بر کمرویی، رویکردهای شرقی (مراقبه‌ای) به خودلگامی[4] و شیوه‌های تغییر عادت «عدم تغییر». نکته‌ی جالب تنوع بسیار در رویکردهای بالینی گنجانده‌شده در یک برنامه است. در گذشته نمی‌شد مضمون مشترکی میان این رویکردها یافت؛ و اکنون همگی زیر لوای «مسئولیت» یک‌جا گرد آمده‌اند.

اِست[5] (EST)

تبلیغات تجاری مسئولیت‌پذیری در هیچ‌کجا به اندازه‌ی «اِست» ــ موفق‌ترین کارگاه رشد از لحاظ تبلیغاتی و تجاری که در دهه‌ی هفتاد برگزار شد ــ آشکار نیست. «اِست» به‌دلیل این موفقیت و نیز ارتباطش با مفهوم مسئولیت، بررسی دقیقی را می‌طلبد.

«اِست» رویکردی گروهی با تعداد زیاد اعضا، بسته‌ای تروتمیز، تولیدی انبوه و بسیار پرمنفعت است که نخستین بار توسط ورنر ارهارت[6] پایه‌گذاری شد و در

---

۱. Albert Ellis (۱۹۱۳-۲۰۰۷)، ابتدا در رشته‌ی روانکاوی تحصیل کرد ولی پس از مدتی دریافت نتیجه‌ی مورد انتظارش را از این رشته نمی‌گیرد، بنابراین رویکرد جدیدی را با عنوان Rational-Emotive Behavior Therapy پدید آورد که پیش‌درآمد بسیاری از درمان‌های شناختی و رفتاری-شناختی امروزی‌ست.-م.

۲. Arnold Lazarus (-۱۹۳۲)، او یکی از مبتکرترین روان‌درمانگران معاصر است. پس از کار در رویکرد رفتاردرمانی، نظام درمان چندشیوه‌ای multimodal خود را بنیان نهاد که در مدت کوتاهی هواداران خود را یافت.-م.

3. self-healing

4. self-control

۵. Erhard Seminars Training دوره‌ای شصت‌ساعته (شامل دو آخر هفته) قابل استفاده برای عموم با هدف دستیابی به تحول فردی که نزدیک به سیزده‌سال (۱۹۷۱-۱۹۸٤) بدون تغییر و اصلاح ادامه یافت.-م.

6. Werner Erhard

عرض چند سال از کاری انفرادی به سازمانی عظیم بدل شد. در سال ۱۹۷۸ بیش از ۱۷۰۰۰۰ نفر دوره‌دیده داشت و در همان سال با سیصد نفر کارمند حقوق‌بگیر و هفت هزار داوطلب بدون‌حقوق درآمدی بالغ بر نه میلیون دلار داشت؛ شورای مشورتی آن از مدیران برجسته‌ی تجاری، وکلا، رؤسای دانشگاه، رئیس پیشین دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه کالیفرنیا، روانپزشکان پُرآوازه، صاحب‌منصبان دولتی و هنرمندان مشهور تشکیل شده بود.

چارچوب «اِست» شامل تعداد زیادی از افراد (تقریباً ۲۵۰ نفر) بود که دو آخر هفته را به شنیدن سخنرانی مربی‌ای می‌گذراندند که به آن‌ها آموزش می‌داد، با آنان تعامل داشت، به ایشان می‌تاخت، شوکه‌شان می‌کرد و در انجام چند تمرین ساختاریافته راهنمایشان بود. گرچه بسته‌ی «اِست» معجونی بود از فنون قرض‌گرفته‌شده از شیوه‌هایی مانند ساینتولوژی، پویه‌شناسی ذهن، گروه‌های رویاروی، گشتالت‌درمانی و مراقبه‌ی ذن،(۴۰) نیروی محرکه‌ی اصلی آن مسئولیت‌پذیری بود. عبارات شرکت‌کنندگان و سرپرستان «اِست»، موضوع را به‌خوبی روشن می‌کند:

سرپرست توضیح داد: «هریک از ما با دیگری متفاوتیم زیرا انتخاب‌های متفاوتی داریم. این ناتوانی در انتخاب است که ما را در زندگی گیر می‌اندازد. وقتی انتخابی می‌کنید، زندگی‌تان حرکتی روبه‌جلو دارد. انتخاب معمولاً به یک بلی یا خیر ختم می‌شود. 'نمی‌دانم' هم یک انتخاب است، انتخابی که از مسئولیت طفره می‌رود.»(۴۱)

یکی از شرکت‌کنندگان خاطره‌اش را از کارگاه این طور توصیف می‌کند:

استوارت (مربی) غرید: «وقتی احساس مسئولیت می‌کنی، متوجه می‌شوی اتفاقی نبوده که هنگام عبور قطار روی ریل دراز کشیده بودی. خود احمقت بودی که تصمیم گرفتی آنجا باشی.»

درونمایه‌ی مسئولیت بر همه‌ی جنبه‌های آموزش حاکم بود. در واقع، اگر بخواهم آنچه را در این دوره‌ی آموزشی یاد گرفتم، در چند کلمه خلاصه کنم، این می‌شود

که هریک از ما به‌وجودآورنده‌ی تجربه‌مان هستیم و مسئول هرآنچه که در طی این تجربه بر ما حادث می‌شود.(۴۲)

مقوله‌ی مسئولیت‌پذیری بخش آشکار کتاب راهنمای اِست است. در گفت‌وگوی زیر یک مربی «اِست» به‌طرز چشمگیری استدلال می‌کند که فرد خودش در برابر اینکه جیبش را بزنند، مسئول است:

«هریک از شما تنها منشأ تجربیات خود هستید بنابراین در برابر هرآنچه که تجربه می‌کنید مسئولیت کامل دارید. هر وقت این مطلب را متوجه شدید، می‌توانید نود درصد چرندیاتی را که در زندگی‌تان جریان دارد، کنار بگذارید. درسته هنک؟»

هنک گردن‌کلفت در حالی که کاملاً آزرده به‌نظر می‌آید، می‌گوید: «ببین. من این طوری فهمیدم که برای هر کاری که می‌کنم، مسئولم. اینو می‌فهمم. ولی هیچ جوری قبول نمی‌کنم که مسئولیت جیب‌بُری از من هم با منه.»

«چه کسی منشأ تجربه‌ی توست، هنک؟»

«در اینجا، اونی که دزدی می‌کنه.»

«این طرف ذهن تو رو تصاحب کرده؟»

«هم ذهنمو و هم کیف پولموا»

(خنده)

«مسئولیت بیرون آمدن از رختخوابت را در آن روز صبح بر عهده می‌گیری؟»

«معلومه.»

«و اینکه به خیابان آمدی؟»

«بله.»

«و دیدن مردی که اسلحه در دست داره؟»

«مسئولیت دیدنش رو؟»

«بله، دیدن این دزد جیب‌بُر.»

«مسئولیت دیدنش را به عهده بگیرم؟»

«بله.»

هنک می‌گوید: «خُب، قطعاً دیدمش.»

«اگر در آن لحظه چشم و گوش و بینی و هیچ حسی در پوستت نداشتی، این دزد کتک‌زن را تجربه نمی‌کردی، این طور نیست؟»

«خیلی خُب، فهمیدم.»

«پس تو برای اینکه در آن ساعت با پولی که می‌توانست دزدیده شود، در خیابان بودی مسئولی؟»

«خُب، حالیم شد.»

«برای اینکه انتخاب کردی با مقاومت در برابر این مرد، جانت را به‌خطر نیندازی و از کیف پولت بگذری، چطور؟ مسئولی؟»

«وقتی یارو با یک اسلحه تو دستش می‌گه پولت را رد کن بیاد، دیگر انتخاب نداره.»

«این انتخاب تو بود که آن ساعت آنجا باشی؟»

«آره، ولی انتخاب نکردم این یارو هم آنجا پیداش بشه.»

«تو دیدیش، نه؟»

«معلومه.»

«مسئولیت دیدنش را هم بر عهده می‌گیری، مگر نه؟»

«مسئولیت دیدنش را بله.»

«پس بدان: هرچیزی که تجربه می‌کنی، تا زمانی که تجربه‌اش نکردی، وجود ندارد.

«هرچیزی که یک موجود زنده تجربه می‌کند، منحصراً به‌وسیله‌ی همان موجود زنده‌ای آفریده می‌شود که تنها منشأ آن تجربه است. بیدار شو، هنک!»(۴۳)

بیشتر دوره‌دیدگان «اِست» وقتی از دستاوردهایشان حرف می‌زنند، بیش از هر چیز بر مسئولیت‌پذیری تأکید می‌کنند. یکی از آن‌ها می‌گفت مردم

متوجه می‌شوند که خود مسئول کمردرد، میگرن، آسم، زخم معده و سایر دردهایشان هستند... . بیماری اتفاقی بر ما حادث نمی‌شود. جالب بود دیدن افرادی که یکی

پس از دیگری از جا بلند می‌شدند و می‌پذیرفتند که فقط خودشان مسئول دردهای جسمانی‌شان هستند. به‌محض اینکه این افراد صادقانه با تجربیاتشان روبه‌رو می‌شدند، دردهایشان از بین می‌رفت.(٤٤)

در گفت‌وگوی زیر، مربی «اِست» از این هم پا فراتر می‌گذارد و استدلال می‌کند یک مرد مسئول ابتلای همسرش به سرطان است:

«آخه چطور ممکنه من مسئول سرطان گرفتن همسرم باشم؟»

«تو مسئول پدید آوردن تجربه‌ی رفتاری‌ای هستی که همسرت از خودش نشان می‌دهد و تو با توافق با دیگران انتخاب کردی آن را بیماری سرطان بنامی.»

«ولی من سرطان را به‌وجود نیاورده‌ام.»

«ببین، فرِد، می‌دانم درک چیزی که می‌گویم بر اساس نظام اعتقادی تو سخت است. تو چهل سال زحمت کشیدی تا این نظام اعتقادی را به‌وجود بیاوری و با اینکه می‌دانم الآن در روشن‌بینانه‌ترین وضعیت فکری‌ات هستی، ولی باز هم چهل سال عادت کرده‌ای باور کنی اتفاقات خودشان می‌افتند و تو عابر منفعل و بی‌گناهی هستی که عبور ماشین‌ها، اتوبوس‌ها، افت سهام در بورس، دوستان روان‌نژند و سرطان را نظاره می‌کنی. این را می‌فهمم. همه‌ی کسانی که در این اتاق هستند، با همین نظام اعتقادی زندگی کرده‌اند. من بی‌گناهم و واقعیت بیرونی، گناهکار.

«ولی این نظام اعتقادی کارآیی ندارد! یکی از دلایلی که زندگی تو هم کارآیی ندارد، همین است. واقعیتی که ارزش دارد، همان تجربه‌ی توست و تو تنها آفریننده‌ی تجربه‌ات هستی.»(٤٥)

«تو تنها آفریننده‌ی تجربه‌ات هستی.» این جمله با بسیاری از جملات سارتر درباره‌ی آزادی و مسئولیت شباهت عجیبی دارد. محور اصلی «اِست»، مسئولیت‌پذیری است. پس به‌نظر می‌آید «اِست» بر روی مفاهیم مهم ولی گنگ کار می‌کند و آن‌ها را با عباراتی جالب و چشمگیر به‌بیان درمی‌آورَد، انگار که با سارتری کالیفرنیایی، سهل‌الوصول و عامه‌پسند مواجه باشیم. اگر این به‌کارگیری مبتکرانه‌ی افکار فلسفی

فایده داشته باشد، پس چیزهای زیادی هست که درمانگران تخصصی باید از روش‌شناسی «اِست» بیاموزند.

ولی آیا کارایی دارد؟ متأسفانه پاسخ روشنی برای این سؤال نداریم. هیچ مطالعه‌ی کنترل‌شده‌ای بر روی «اِست» انجام نشده است؛ و با اینکه بسیاری از دوره‌دیدگان «اِست»، به‌نفع آن گواهی می‌دهند، نمی‌توان از این موارد به‌عنوان مقیاس نتیجه‌بخش بودن این شیوه استفاده کرد. چنین گواهی‌های دسته‌جمعی پرشوروشوقی را می‌توان پیرامون هر شیوه‌ی جدیدی که برای رشد فردی معرفی می‌شود از گروه‌های T، گروه‌های رویاروی، رویارویی‌های برهنه[1] و ماراتُن‌ها گرفته تا تن‌آگاهی اِسالن[2]، روان‌نمایش[3]، رالفینگ[4]، TA، گشتالت، لایف‌اسپرینگ[5] و سینانون[6] مشاهده کرد. در حالی که تاریخچه‌ی طبیعی بسیاری از این رویکردها (از جمله «اِست») نشان می‌دهد که ابتدا به‌شدت می‌درخشند و بعد به‌تدریج افول می‌کنند و در نهایت، شیوه‌ای دیگر جایگزینشان می‌شود. در واقع، بسیاری از شرکت‌کنندگان آن‌ها، سابقه‌ی حضور و پیروی از رویکردهای دیگر را هم داشته‌اند. این تاریخچه نشان‌دهنده‌ی چیست؟ آیا ارزش و اهمیت رویکرد و اساسی و پایدار بودن اثر آن را زیر سؤال نمی‌برد؟

مطالعات پی‌گیرانه و تکمیلی نشان داده درصد بسیار بالایی از دوره‌دیدگان «اِست» تجربه‌ی خود را بسیار مثبت و سازنده ارزیابی کرده‌اند. با این حال برای ارزیابی پژوهشی که طراحی آن مشمول کنترل‌های کافی نیست، باید محتاط بود؛ چندین مطالعه‌ی تجربی نشان می‌دهد هیچ برآورد نتیجه‌ای به‌اندازه‌ی یک پی‌گیری ساده مستعد به خطا نیست، زیرا این کار ماهیتاً چیزی نیست جز جمع‌آوری قدردانی

---

1. nude encounters یکی از روش‌های آموزش حساسیت که در آن افراد برای صحبت کردن، قدم زدن، گریستن، تسلی و ... گرد هم می‌آیند. آموزش حساسیت به تمامی برنامه‌ها و فنون روانشناختی‌ای اطلاق می‌شود که برای تغییر استانداردها، نگرش و رفتار افراد طراحی شده است.-م.

2. Esalen body awareness

3. psychodrama

4. Rolfing نوعی ماساژ عمقی که خانم رالف، بیوشیمیست و درمانگر ابداع کرده است. او معتقد بود رابطه‌ای میان تنش عضلانی و هیجان سرکوب‌شده یافته است.-م.

5. Lifespring

6 Synanon

بیماران. فقط بررسی یکی از جنبه‌های طرح پژوهش، یعنی مشکل محو[illegible] در نظر بگیرید. چه کسی انتخاب می‌کند که به کارگاه «است» بروید؟ آیا شرکت در این کارگاه را انتخاب می‌کنند، هزینه‌ی زیادی را تقبل می‌کنند و یک هفته‌ی طاقت‌فرسا را می‌گذرانند، ممکن است بدون در نظر گرفتن محتوای [illegible] هم در مسیر تحول باشند (یا به‌عبارتی متحول شوند)؟

پاسخ این پرسش قطعاً مثبت است! تحقیق در زمینه‌ی واکنش مثبت به بالاترین سطح انتظارات آزمودنی و مَنِش‌های روانشناختی داوطلبان مؤکداً نشان می‌دهد تأثیر بر هر فرد به‌شدت تحت تأثیر عوامل موجود پیش از شرکت در کارگاه است. این مسئله کار پژوهش را بسیار دشوار می‌سازد: طراحی رایج برای به‌کارگیری داوطلبان در یک برنامه‌ی رشد فردی (مانند گروه رویاروی) و مقایسه‌ی نتایج آن با همان تعداد آزمودنی‌های کنترل غیرداوطلب، بسیار مخدوش است. در واقع، یک گروه یا کارگاه رشد که از افراد متعهدی تشکیل شده که خود را به‌دست این تجربه سپرده‌اند، مشتاق رشد فردی‌اند و سطح انتظار بسیار بالایی دارند (که تا حدودی ناشی از تبلیغات اغراق‌آمیز و تأثیرگذار «پیش از آغاز گروه» است)، همیشه از دید اکثر شرکت‌کنندگان موفق پنداشته می‌شود. انکار فواید آن، ناهمخوانی شناختی قابل توجهی به‌وجود می‌آورد. «نشئه»ی پس از پایان گروه و قدردانی‌های پرآب‌وتاب ردخور ندارد. فقط یک سرپرست فوق‌العاده نالایق می‌تواند در این شرایط شکست بخورد.

اگر شواهد قابل اعتمادی برای تأثیر این روش وجود ندارد، بر چه تکیه کنیم؟ من معتقدم اگر شواهد درونی موجود در زمینه‌ی «است» را بررسی کنیم به تناقض جدی و هشداردهنده‌ای می‌رسیم. «است» ادعا می‌کند هدفش دستیابی به مسئولیت‌پذیری‌ست، ولی همزمان به‌شدت ساختاریافته است. در آخر هفته‌ای که با «است» سپری می‌شود، قوانین فراوانی وجود دارند که سختگیرانه اجرا می‌شوند: مصرف الکل، دارو، آرام‌بخش و حتی استفاده از ساعت مچی قدغن است. جز در تنفس‌هایی که برای دستشویی رفتن و با فواصل چهار ساعته تعیین شده، کسی حق

دستشویی رفتن ندارد. برچسب نام افراد تمام مدت باید به سینه‌شان باشد. صندلی‌ها را نباید جابه‌جا کرد. بر وقت‌شناسی تأکید می‌شود؛ تنبیه کسانی که دیر بیایند این است که یا اجازه‌ی ورود به جلسه را ندارند و یا مورد تحقیر جمع قرار می‌گیرند. (٤٦) اعضا مگر در تنفس‌های طولانی مختص غذا، اجازه‌ی خوردن ندارند و مجبورند میان‌وعده‌ها را در جیبشان پنهان کنند.

بسیاری از دوره‌دیدگان «اِست» داوطلب می‌شوند دستیار بدون دستمزد آن شوند و بر اساس توصیفی که از تجربه‌شان دارند، از کنار گذاشتن خودمختاری‌شان و غنودن در پرتو نیرومند اقتدار خوشحالند. اظهارنظرهای این داوطلب «اِست» را که یک روانشناس بالینی‌ست، در نظر بگیرید:

> وظیفه‌ی بعدی من، آماده کردن برچسب نام‌ها بود. باید ده‌تا ده‌تا در ردیف‌های عمودی و ستون‌های کاملاً موازی قرار می‌گرفتند و دست نمی‌خوردند. حالا دیگر از توجه موشکافانه‌ی «اِست» به جزئیات آگاه بودم. دستور کارهای روزانه بسیار دقیق بود، با همان ظرافت و دقتی تنظیم شده بود که از یک دفترچه‌ی راهنمای عالی انتظار می‌رود. از من هم انتظار می‌رفت وظایفم را با همان دقت و موشکافی انجام دهم.
>
> بعد از برچسب‌ها به سراغ میز رفتم... رومیزی‌ها باید طوری پهن می‌شد که چهار گوشه‌شان با زمین مماس باشد ولی با آن تماس پیدا نکند... متوجه شدم کسی که ناظر بر کار داوطلبان است، کنار من ایستاده و می‌گوید: «داره به‌زمین می‌کِشه»...
>
> با دقت تمام دوباره رومیزی را پهن کردم. چهار گوشه‌اش درست با هم برابر شد. کارم را تکمیل کرده بودم که در اصطلاح «اِست» به این معناست که طوری تمامش کرده بودم که هیچ بخش انجام نشده از آن تجربه باقی نمانده بود.(٤٧)

«ستون‌های کاملاً موازی». «توجه موشکافانه به جزئیات». «دقتی که از یک دفترچه‌ی راهنمای عالی انتظار می‌رود». «چهار گوشه‌ی رومیزی درست با هم برابر شد». در بحبوحه‌ی این میل شدید به دنباله‌روی و ساختارگرایی، جای کسی که در جست‌وجوی آزادی و مسئولیت است، کجاست؟ زمانی با مشکل بزرگ‌تری روبه‌رو شدم که در یکی از کارگاه‌ها، متوجه دستیاران «اِست» شدم. آن‌ها همگی مانند ورنر ارهارت لباس

می‌پوشیدند (کت اسپرت سرمه‌ای، پیراهن یقه‌باز سفید، شلوار راحتی طوسی) و باید موهایشان را هم مثل او کوتاه می‌کردند. و جملاتشان را مانند ورنر ارهارت با «و» شروع می‌کردند و با صدایی آهسته و حال‌وهوایی تقریباً مذهبی درباره‌ی «اِست» سخن می‌گفتند. به یکی دیگر از گزارش‌های داوطلبان توجه کنید (که بدون تلاش چندانی برای گزینش، از میان کتاب‌هایی که با امضای ورنر ارهارت و با هدف اطلاع‌رسانی از سوی «اِست» برایم فرستاده شده، بیرون کشیده‌ام):

زن جوانی که داوطلب شده بود خانه‌ی سن‌فرانسیسکو را که دفتر ورنر در آن بود، نظافت کند برایم گفت دستورالعمل دقیقی برای کار به او داده‌اند. «باید زیر تک‌تک اشیا را مثلاً هرچه بر روی میز پیشدستی بود خوب تمیز می‌کردم و آن‌ها را دقیقاً همان جای قبلی می‌گذاشتم، طوری که حتی یک سانتی‌متر جابه‌جا نشوند.»(۴۸)

کسی که نظافت توالت‌ها را در ساختمان مرکزی بر عهده داشت، گزارش کرده فقط و فقط یک راه برای انجام «اِست»ی این کار وجود داشت. گفته است وقتی متوجه شده برای نظافت توالت‌ها به شیوه‌ی «اِست»: یعنی کامل کامل، چقدر فکر شده و چه تلاشی صورت گرفته، هاج‌وواج مانده است.(۴۹)

وظیفه داشتیم در نقش «خوش‌آمدگو» لبخند بزنیم... [در باقی اوقات] باید چهره‌ی خشک و بی‌حالتی می‌داشتیم. وقتی در این باره از ناظرم سؤال کردم، به‌سادگی گفت: «وظیفه‌ی دستیار، دستیاری‌ست. همان کاری را بکن که داری می‌کنی. شوخی را بگذار برای وقت شوخی.»(۵۰)

یک روانشناس بالینی کار داوطلبانه‌اش را این طور توصیف می‌کند:

اوج خوشحالی‌ام زمانی بود که بعد از آنکه کوتاه‌ترین و بهترین مسیر رسیدن به دستشویی‌ها را ترسیم کردم، مسئول تدارکات به‌من گفت: «ممنون، آدلاید. کارِت برای نوشتن این دستورالعمل فوق‌العاده بود.» وای! تا چند ساعت سرحال بودم.(۵۱)

«درست» انجام دادن کارها، نظافت توالت‌ها به روش «است». قرار دادن اشیای میز سر جای قبلی‌شان، نه یک سانتی‌متر این طرف‌تر. شوخی کردن در «وقت شوخی». «ساعت‌ها سرحال بودن» برای تعریف از نقشه‌ای که برای رسیدن به توالت ترسیم شده. این واژه‌ها، بازتاب رضایت آشکاری‌ست از کنار گذاشتن آزادی برای رسیدن به لذت تسلیم در برابر قدرت و زدن چشم‌بند حیوانات باربر بر چشم.

عباراتی که بعضی دوره‌دیدگان «اِست» به‌کار برده‌اند، بازتاب قدرت شخصی نیست، بلکه بازتاب سپردن خویش به موجودی برتر است. حق قضاوت و تصمیم‌گیری به دیگری واگذار می‌شود؛ هیچ‌چیز مهم‌تر از آن نیست که تقدیری خداگونه بر تو لبخند بزند. یک داوطلب «اِست» هوشمندانه می‌گوید:

> اگر کاری کامل انجام نمی‌شد، ورنر فریاد بلندی می‌زد. من به‌لرزه می‌افتادم، ولی می‌دانستم که او دوستم دارد. راستی این سروصدا دیوانه‌وار نیست؟ همین است که هست، پس برو دنبال کارِت و کار را همان‌طوری انجام بده که ورنر می‌خواهد.(۵۲)

ارهارت به چهره‌ای برتر از حیات بدل می‌شود، کاستی‌هایش پوشانده می‌شود، نقاط ضعفش به فضیلت بدل می‌شود، استعدادهایش ویژگی‌های فوق انسانی پیدا می‌کند. یک روانشناس بالینی از تأثیر نخستین برخوردش با ورنر ارهارت این گونه می‌گوید:

> تا آن موقع هنوز ورنر را ندیده بودم. دوستی گفته بود «او حسی بِهت می‌دهد که انگار همه‌ی دنیا هستی، انگار هیچ‌چیز دیگری وجود ندارد.» ساعت هشت بود که نور چراغ‌ها را کم کردند و ورنر ظاهر شد... خیلی جوان‌تر از چهل به‌نظر می‌آمد، پوست و چشمانش روشنایی خیره‌کننده‌ای داشت، کُت خوش‌دوخت بژ رنگ، پیراهن سفید یقه‌باز و شلوار راحتی تیره‌ای پوشیده بود. حضار از جا برخاستند و کف زدند. ورنر آمده بود با آن‌ها باشد.(۵۳)
>
> جمعیت نشست در حالی که به‌شدت تحت تأثیر این مرد گیرا و جذاب (ولی نه‌چندان زیبا) قرار گرفته بود که اندام یک تنیس‌باز و چشمان یک پیامبر را داشت.(۵۴)

«چشمانش روشنایی خیره‌کننده‌ای داشت.» «چشمان یک پیامبر.» «ورنر آمده بود یا آن‌ها باشد!» این اظهار نظرها چنان قاطعانه است ــ و به هرگونه آزادی و فضاون شخصی پایان می‌دهد ــ که یکی دیگر از دوره‌دیدگان «اِست» را که او هم روانشناس بالینی بود بر آن داشت بنویسد: «هرچه بیشتر گروهان در حال رژه‌ی سازمان 'است' را در نظر مجسم می‌کنم، فضائل بیشتری را در نابسامانی و هرج‌ومرج می‌بینم.»(۱۱) بنابراین انتقاد عمده‌ای که به «اِست» وارد است، ساده‌انگارانه بودنش نیست (که ممکن است مزیتش باشد)، تولید انبوهش نیست (که هر نظام فکری بزرگی نیازمند آن است که برای عوام قابل فهم شود)، بلکه این است که از اساس ناهماهنگ و متناقض است. سلطه‌جویی، استقلال شخصی پدید نمی‌آورَد، بلکه برعکس، همواره آزادی را سرکوب می‌کند. این ادعای «اِست» که مسئولیت شخصی از روشی سلطه‌جویانه سر برمی‌آورَد، سفسطه‌ای بیش نیست. گذشته از این‌ها، کدام محصول است و کدام روش؟ آرزوی گریز از آزادی، آن گونه که فروم به ما آموخته، ریشه‌ای عمیق دارد. هر کاری می‌کنیم تا از مسئولیت بپرهیزیم و اختیارمان را به‌دست دیگران بسپاریم، حتی اگر لازم باشد تظاهر کنیم مسئولیت پذیرفته‌ایم. آیا امکان دارد روش سلطه‌جویانه خود بدل به محصول شده باشد؟ شاید هم از همان ابتدا چنین بوده است؛ هرگز نخواهیم دانست!

مسئولیت و روان‌درمانی: شواهد پژوهشی

رابطه‌ی میان مسئولیت و روان‌درمانی بر دو اصل مربوط به‌هم استوار است: مسئولیت‌گریزی به بهداشت روان منجر نمی‌شود؛ و مسئولیت‌پذیری در روان‌درمانی به موفقیت درمان منجر می‌شود. اجازه دهید پژوهش‌های موجود را بررسی کنیم تا مشخص شود چه شواهد تجربی‌ای در حمایت از این دو اصل موجود است.

اول، مهم است بدانیم که این اصول مطلب را بیش از حد ساده می‌کنند. برای مثال ماهیت سازوکارهای دفاعی را در نظر بگیرید، بعضی از آن‌ها (مانند قربانی بی‌گناه، برونی‌سازی یا از دست دادن کنترل) به مسئولیت‌گریزی می‌انجامد و سازش‌نایافته است، در حالی که بعضی دیگر (مانند اعتقاد به لطف و مشیت الهی که به میزان قابل توجهی هم از سوی اجتماع تقویت می‌شود) ممکن است جایگاه و کارآیی

خوبی داشته باشد. از سوی دیگر، برخی افراد بیش از اندازه تمام‌وکمال و آشکار و بدون تدابیر درونی لازم برای مواجهه با اضطراب با مسئولیت روبه‌رو می‌شوند. میزان مشخصی از قدرت ایگو لازم است تا فرد با موقعیت اگزیستانسیال خویش و اضطراب ملازم با آن روبه‌رو شود.

آیا مسئولیت‌گریزی برای بهداشت روان مضر است؟

یافتن شواهدی برای مضر بودن مسئولیت‌گریزی برای بهداشت روان کار ساده‌ای نیست، زیرا نه «مسئولیت»، نه «آزادی» و نه «اراده» هیچ‌کدام آشکارا مورد مطالعه‌ی پژوهشگران واقع نشده است. جست‌وجوی کامپیوتری برای یافتن مطالعات تجربی در این زمینه حاصلی نداشت. واژه‌ی «مسئولیت» در تقسیم‌بندی‌های رسمی جایی ندارد و مفهوم مسئولیت‌پذیری یا پرهیز از آن نیز در مطالعات روان‌درمانی یافت نمی‌شود. در نتیجه غیرمستقیم به ادبیات موجود پرداختم و در پی مطالعاتی رفتم که دست‌کم ارتباطی با مسئولیت داشته باشند. بیشترین ساختار مرتبط با این مسئله کانون کنترل[1] بود که در فصل چهارم بحث شد. کانون کنترل بیرونی را می‌توان معادل عدم پذیرش مسئولیت دانست. اگر مسئولیت‌گریزی برای سلامت فرد مضر باشد، در آن صورت انتظارم این است که کانون کنترل بیرونی با کارکرد ناهنجار فردی همبستگی مثبت داشته باشد. مطالعاتی یافتم که نشان داده است بیرونی‌ها در مقایسه با درونی‌ها، احساس بی‌کفایتی بیشتری دارند؛(۵۶) به اختلالات خلقی بیشتری دچارند،(۵۷) بیشتر عصبی، مضطرب، پرخاشجو و حواس‌پرتند؛(۵۸) در پی موفقیت‌های کوچکند، فعالیت سیاسی کمتری دارند و بیشتر تلقین‌پذیرند؛(۵۹) تخیل کمتری دارند، زودتر احساس درماندگی می‌کنند و بیشتر نگران و دلواپسند.(۶۰) بیماران اسکیزوفرنیک امتیاز بیرونی بیشتری می‌گیرند.(۶۱) بیمارانی که به مشکل روانپزشکی شدید دچارند، بیش از آن‌هایی که بیماری‌شان خفیف است، بیرونی هستند.(۶۲)

---

۱. locus of control. یادآوری می‌کنم شاخص‌های کانون کنترل در یک بررسی سطحی، عبارت است از اینکه فرد مسئولیت شخصی رفتار و تجربه‌ی زندگی‌اش را بپذیرد و یا اعتقاد داشته باشد آنچه بر او حادث می‌شود ارتباطی با رفتارش ندارد بلکه فراتر از کنترل اوست. کسانی که مسئولیت می‌پذیرند، کانون کنترلشان «درونی»ست و کسانی که آن را نمی‌پذیرند، کانون «بیرونی» دارند.

افسردگی اختلالی‌ست که بیشترین تحقیق در زمینه‌ی ارتباط با کانون کنترل به‌خود اختصاص داده است، زیرا ناامیدی و جبرگرایی واضح بیمار افسرده، حتی برای یک مشاهده‌گر آموزش‌ندیده این تفکر را به‌وجود می‌آورد که این بیماران اعتقادشان را به قدرت عمل خویش و تأثیرگذاری بر جهان پیرامونشان از دست داده‌اند. بسیاری نشان داده‌اند کانون کنترل افسرده‌ها بیرونی‌ست و این افراد به‌دلیل اختلال در برقراری ارتباط میان رفتار و پیامد آن، به درماندگی و ناامیدی عمیقی دچار می‌شوند.(۶۳)

یکی از نظریه‌های اصلی افسردگی، مدل «درماندگی آموخته‌شده یا اکتسابی»[1] مارتین سلیگمن[2] است که فرض را بر این گذاشته که اجزای مختلف افسردگی (هیجانی، شناختی و رفتاری) عواقب یادگیری این برداشت در کودکی‌ست که پیامدها (یعنی تشویق‌ها و تنبیه‌ها) خارج از حیطه‌ی کنترل فرد هستند.(۶۴) فردی که می‌آموزد رابطه‌ای علّی میان رفتار او و پیامدش موجود نیست، نه‌تنها دیگر به شیوه‌ای مؤثر و کارآمد عمل نمی‌کند، بلکه جنبه‌هایی از افسردگی در او نمایان می‌شود. به‌زبان اگزیستانسیال، این مدل مدعی‌ست افرادی که معتقدند مسئول آنچه در دنیا بر سرشان می‌آید نیستند، تاوان سنگینی را پس می‌دهند. با آنکه از پرداخت هزینه‌ی اضطراب اگزیستانسیال که ملازم آگاهی از مسئولیت است شانه خالی می‌کنند، ممکن است آن طور که سلیگمن ادعا می‌کند به جبرگرایی و افسردگی دچار شوند.

مدل درماندگی آموخته‌شده برای افسردگی در آزمایشگاه تجربی ریشه دارد و بر پایه‌ی این مشاهده استوار است که حیوانات آزمایشگاهی‌ای که در معرض استرس غیرقابل‌اجتناب قرار می‌گیرند، با استرس قابل اجتناب بعدی کمتر سازگاری می‌یابند. برای نمونه، سگ‌هایی که شوک الکتریکی غیرقابل‌اجتناب دریافت کرده‌اند، در مقایسه با سگ‌هایی که در معرض شوک‌های قابل فرار بوده‌اند یا اصلاً شوک دریافت نکرده‌اند، توانایی فرار کمتری از شوک‌های قابل اجتناب دارند.(۶۵) تلاش‌های زیادی برای طراحی مطالعات آزمایشگاهی مشابه بر روی انسان‌ها انجام شده است. برای مثال، آزمودنی‌هایی که در نمونه‌ی انسانی جعبه‌های قابل رفت‌وآمد حیوانات[3] و در

---

1. learned helplessness
2. Martin Seligman
3. human analogue of an animal shuttle box

معرض سروصدای غیر قابل اجتناب قرار گرفتند، در آزمون بعدی که می‌توانستند از سروصدا بگریزند، موفقیت کمتری کسب کرده‌اند(۶۶) و یا در بعضی آزمون‌های حل مسئله کارکرد ضعیفی داشته‌اند.(۶۷)

پس این نتایج حاکی از آنند که اگر در آزمایشگاه به افراد «آموزش» دهند که رفتارشان نمی‌تواند آن‌ها را از موقعیت‌هایی خلاص کند، رفتار مقابله‌کننده‌ی بعدی دچار اختلال می‌شود. به‌علاوه، دیوید کلاین[1] و مارتین سلیگمن دریافتند کارکرد افراد افسرده‌ای (که قبلاً در معرض سروصدای غیرقابل‌اجتناب قرار نگرفته بودند) همانند افراد غیرافسرده‌ای‌ست که در معرض سروصدای غیرقابل‌اجتناب قرار داشته‌اند. (۶۸) ویلیام میلر[2] و سلیگمن در مطالعات حل مسئله به نتایج مشابهی رسیدند.(۶۹) آزمون‌های دیگر نشان داد آزمودنی‌های افسرده (برخلاف آزمودنی‌های غیرافسرده) موفقیت کمتری در انجام تکالیف آزمایشگاهی از خود انتظار دارند و این انتظارات تحت تأثیر تشویق و تقویت قرار نمی‌گیرد.[3] (۷۰)

به‌طور خلاصه، ابزار کانون کنترل که در روان‌شناسی کاربرد فراوان دارد و از لحاظ مفهومی می‌توان آن را معادل مسئولیت‌پذیری و مسئولیت‌گریزی دانست، اثبات می‌کند مسئولیت‌گریزی (کانون کنترل بیرونی) با بعضی از اَشکال ناهنجاری روانی خصوصاً افسردگی مرتبط است. الگوی آزمایشگاهی درماندگی آموخته‌شده برای افسردگی شواهد تأییدکننده‌ی بیشتری فراهم می‌آورد.

پژوهش درباره‌ی موضع‌گیری ما در برابر کنترل و مسئولیت چه می‌گوید؟ شواهدی وجود دارد که اثبات می‌کند بیرونی یا درونی بودن کانون کنترل، در محیط خانوادگی اولیه ریشه دارد: محیطی یکپارچه، گرم، مهربان و پاسخگو، پیش‌درآمد ایجاد کانون کنترل درونی‌ست، در حالی که محیط ناهماهنگ، غیرقابل‌پیش‌بینی و نسبتاً نامطلوب

---

1. David Klein

2. William Miller

۳. تضاد مفهومی جالبی میان مدل درماندگی آموخته‌شده برای افسردگی و مدل شناختی آرون بک(۷۱) برای افسردگی وجود دارد که اصل را بر شناسایی بیمار افسرده با انتظارات منفی و میل نیرومندش به پذیرش مسئولیت فردی پیامد حاصل از آن قرار می‌دهد. پس بیماران افسرده خود را به‌خاطر وقایعی که به‌وضوح خارج از حیطه‌ی کنترل آنان بوده، سرزنش می‌کنند (مثلاً بیماران افسرده‌ی روان‌پریش ممکن است خود را به‌خاطر آغاز جنگ یا یک بلای طبیعی ملامت کنند). لین آبرامسن و هرولد سگیم در بازنگری فوق‌العاده‌ای به بررسی این تضاد هنوز برطرف‌نشده پرداخته‌اند.(۷۲)

و ناساز (که در طبقه‌ی فرهنگی-اجتماعی پایین شایع‌تر است)، احساس فرمانده
و یک کانون کنترل بیرونی برای فرد فراهم می‌آورد.(۷۳) ترتیب تولد نیز مؤثر است
فرزندان اول بیشتر درونی‌اند (احتمالاً چون مسئولیت بعضی از کارهای خانه بر
عهده‌شان گذاشته می‌شود و نیز به‌دلیل رفتارشان و محول شدن نگهداری از خواهر
و برادر کوچک‌تر به آن‌ها).(۷٤)

آیا روان‌درمانی آگاهی از مسئولیت را افزایش می‌دهد؟ آیا این مسئله کمکی می‌کند؟

چندین برنامه‌ی پژوهشی به بررسی رابطه‌ی میان نتیجه‌ی درمان و تغییر مکان
کانون کنترل پرداخته‌اند. جان گیلیس و ریچارد جسور[1] نشان داده‌اند کانون کنترل
بیماران بهبودیافته از بیرون به درون تغییر مکان می‌دهد.(۷۵) پ. س. دوآ[2] گزارش
داده برنامه‌ی رفتاردرمانی در نوجوانان بزهکار بر میزان درونی شدن کانون کنترل
افزوده است.(۷٦) استفن نویک و جارویس برنز[3] نشان داده‌اند با آموزش مؤثر در
کمپ‌های تابستانی نوجوانان مناطق محروم شهر میزان درونی شدن کانون کنترل
افزایش می‌یابد.(۷۷) چندین مطالعه روی اعضای گروه‌های رویاروی تجربی
دریافته‌اند تجربه‌ی گروه اعضا را به‌سمت درونی شدن سوق می‌دهد.(۷۸) متأسفانه
این پژوهش‌ها از پشتیبانی ضعیف مطالعاتی برخوردارند، طراحی دقیقی ندارند یا
اصلاً از گروه کنترل استفاده نکرده‌اند و یا گروه کنترل «درمان‌نشده»ای داشته‌اند که
اثر هاتورن[4] را کنترل نکرده است. به‌علاوه، نتایج همبسته‌اند و مشخص نمی‌کنند
آیا بیمار به‌دلیل تغییر مکان کانون کنترلش بهبود یافته یا چون بهبود یافته، کانون
کنترلش تغییر مکان داده است.

رویکرد پژوهشی دیگر، بررسی گزارشات موردی بیمارانی‌ست که درمانشان
را کامل کرده‌اند. وقتی از بیماران درباره‌ی جنبه‌هایی از درمان که برایشان
سودمند بوده سؤال شود، اغلب به کشف و پذیرش مسئولیت فردی اشاره

---

1. John Gillis and Richard Jessor
2. P. S. Dua
3. Stephen Nowick and Jarvis Bernes
4. Hawthorne effect. اثر هاتورن به بهتر شدن کارایی در اثر آگاهی افراد به اینکه اقداماتی در جهت بهبود کارایی در دست انجام است، گفته می‌شود.-م.

می‌کنند. من و همکارم در یک مطالعه، آزمون Q-sort شصت موردی[1] را برای بیست بیماری که تحت گروه‌درمانی موفق قرار گرفته بودند، انجام دادیم تا «سازوکارهای تغییر» را در درمان بررسی کنیم.(۷۹) این شصت مورد بر اساس طبقه‌بندی دوازده «عامل شفابخش» (که هرکدام از پنج مورد تشکیل شده) تنظیم شده است: ۱. تخلیه‌ی روانی، ۲. درک خود، ۳. همانندسازی (با دیگر اعضا غیر از درمانگر)، ٤. اجرای دوباره‌ی نقش خانوادگی، ٥. القای امیدواری، ٦. جهان‌شمولی (درک اینکه دیگران نیز مشکلاتی مشابه دارند)، ۷. انسجام گروه (پذیرش توسط دیگران)، ۸ نوع‌دوستی (کمک به دیگران)، ۹. پیشنهاد و اندرز، ۱۰. «درونداد»های آموختنی بین‌فردی (آموختن اینکه دیگران چه برداشتی راجع به آنان دارند)، ۱۱. «برونداد»های آموختنی بین‌فردی (بهبود مهارت‌ها در روابط بین‌فردی)، ۱۲. عوامل اگزیستانسیال.

مقوله‌ی «اگزیستانسیال» شامل پنج مورد است:

۱. درک اینکه گاهی زندگی بی‌انصاف و ستمگر است.
۲. درک اینکه در نهایت از بعضی از رنج‌های زندگی و از مرگ نمی‌توان گریخت.
۳. درک اینکه هر قدر هم به دیگران نزدیک شوم، باز باید به‌تنهایی با زندگی مواجه شوم.
٤. مواجهه با مقوله‌های اساسی زندگی و مرگ تا بتوانم صادقانه‌تر زندگی کنم و کمتر خود را درگیر جزئیات کنم.
٥. درک اینکه هر چقدر هم از دیگران راهنمایی و حمایت گرفته باشم، در نهایت مسئولیت شیوه‌ی زندگی‌ام بر عهده‌ی خودم است.

درمانگران در این مطالعه رویکرد اگزیستانسیال نداشتند بلکه گروه‌هایی سنتی و تعاملی را سرپرستی می‌کردند و مقوله‌ی «عامل اگزیستانسیال» تقریباً به‌صورت یک فکر ثانوی به آن وارد شد. با وجود این، وقتی نتایج جدول‌بندی شد، با شگفتی دریافتیم بسیاری از بیماران اهمیت قابل ملاحظه‌ای برای این موارد «افزودنی» که در

---

۱. شصت مورد (که هریک بر کارتی جداگانه نوشته شده بود) به بیماران عرضه شد و خواسته شد کارت‌ها را در هفت گروه (از «بیشترین تأثیر» تا «کمترین تأثیر») طبقه‌بندی کنند.

برنامه‌ی سنتی درمانی جایی نداشتند، قائل بوده‌اند. کل مقوله‌ی عوامل اگزیستانسیال در طبقه‌بندی دوازده‌تایی، پس از جمع کردن تک‌تک عوامل و گرفتن میانگین، مقام ششم را از لحاظ اهمیت کسب کرد. خصوصاً مورد پنجم ــ درک اینکه هر چقدر هم از دیگران راهنمایی و حمایت گرفته باشم، در نهایت مسئولیت شیوه‌ی زندگی‌ام بر عهده‌ی خودم است ــ امتیاز بالایی آورده بود. بیماران از میان شصت مورد، مقام پنجم را از لحاظ اهمیت به این مورد داده بودند.

دکتر یورک و دکتر آیسمن[1] این بررسی را روی هجده بیمار معتاد به الکل و مواد که برای شش روز در هفته به‌مدت شش ماه تحت روان‌درمانی جامع قرار گرفته بودند، تکرار کردند. آن‌ها با تأکید فراوان بر اسلوب‌های گروه درمانی، چهارده تن از والدین معتادان به مواد را هم در برنامه‌ی جامع درمان وارد کردند. این پژوهشگران نیز دریافتند مورد «مسئولیت» اغلب از سوی بیماران انتخاب می‌شود (در یک گروه، مقام اول و در سایر گروه‌ها مقام دوم را از میان شصت مورد به‌خود اختصاص داد).(۸۰)

ج. دریر[2] ابزار «عامل شفابخش» را برای بیماران یک بخش روانپزشکی در روز بستری‌شان و نیز هشت روز بعد به‌کار برد. او نشان داد بیشتر بیمارانی که در بخش حاد روانپزشکی بستری شدند انتظار داشتند بیشترین کمکی که بهشان می‌شود در جهت نصیحت عینی و ملموس و پیشنهاداتی باشد که در حل مشکلات زندگی به آن‌ها کمک کند. بعد از هشت روز درمان، اعتقاد اکثر آنان تغییر کرده بود: حال بیش از آنکه معتقد باشند کمک باید از منبعی بیرونی به آن‌ها برسد، می‌گفتند می‌دانند باید مسئولیت شخصی بیشتری بر عهده بگیرند.(۸۱)

مورتون لیبرمن و همکاران[3] در مطالعه‌ی گسترده‌ای که به بررسی اثرات گروه‌های ارتقای آگاهی زنان پرداخته، گزارش کرده‌اند «مصاحبه با اعضای گروه به کرات نشان داد یکی از موضوعات مورد علاقه‌شان این است که 'فقط خودم مسئول شادی و خوشحالی خودم هستم.'»(۸۲)

---

1. Dr. York and Dr. Eisman
2. J. Dreyer
3. Morton Lieberman et al.

لئونارد هورویتس[1] مصاحبه‌های چهل بیمار را که در سه نوار ویدئو ضبط شده بود (اولی قبل از درمان، دومی هشت ماه و سومی دوازده ماه بعد از درمان) مورد مطالعه قرار داد. او تعداد جملاتی را که بیمار با «نمی‌توانم ...» یا «مجبورم ...» یا مترادف‌های نزدیک («قادر نیستم»، «من باید»، «لازم است» و مانند این‌ها) آغاز می‌کرد شمرد و کاهش معنی‌دار در این نوع جملات، احساس ناتوانی کمتر و مسئولیت‌پذیری بیشتری را با پیشرفت درمان گزارش کرد.(۸۳)

همه‌ی این داده‌ها حاکی از آنند که بیماری که روان‌درمانی موفقی را پشت سر می‌گذارد، آگاهی بیشتری نسبت به مسئولیت شخصی‌اش در زندگی پیدا می‌کند. به‌نظر می‌رسد نتیجه‌ی درمان مؤثر، فقط آموختن درباره‌ی ارتباط و صمیمیت، یعنی اینکه فرد از ارتباط با دیگران چه چیزهایی به‌دست می‌آورَد، نیست؛ بلکه علاوه بر آن، محدودیت‌های ارتباط را نیز می‌آموزد، به این معنا که فرد از ارتباط با دیگران ــ چه در درمان و چه در زندگی ــ چه چیزهایی به‌دست نمی‌آورَد.

سبک درمانگر: شواهد پژوهشی. بیماران، خصوصاً کسانی که در پی پرهیز از مسئولیتند، درمانگرانی را ترجیح می‌دهند که فعال و راهنمایی‌کننده‌اند و جلسات درمان را مانند یک راهنمای خوب و وارد سازمان‌دهی می‌کنند. سه برنامه‌ای که ابزار کانون کنترل را به‌کار گرفته‌اند، شواهد پژوهشی لازم را برای این ارجحیت فراهم می‌کنند.

ج. ک. هلوِگ[2] از بیماران روانپزشکی و دانشجویان کالج خواست به مشاهده‌ی دو فیلم شامل مصاحبه‌ی دو درمانگر ــ کارل راجرز، مصاحبه‌کننده‌ای که رهنمود نمی‌داد و آلبرت اِلیس، مصاحبه‌کننده‌ای به‌شدت فعال و راهنمایی‌کننده ــ بنشینند و سپس درمانگری را انتخاب کنند که بیشتر ترجیح می‌دهند. آزمودنی‌هایی که کانون کنترل بیرونی داشتند (یعنی از آگاهی نسبت به مسئولیت پرهیز می‌کردند)، درمانگر فعال و راهنمایی‌کننده را ترجیح دادند.(۸٤)

ر. ا. جاکوبسن[3] از درمانگران دارای رویکرد رفتاری و تحلیلی خواست شرحی

---

1. Leonard Horowitz
2. G. C. Helweg
3. R. A. Jacobsen

درباره‌ی رویکردهای درمانی‌شان بنویسند. بعد از آزمودنی‌ها خواست درمانگری را که بیشتر می‌پسندند انتخاب کنند و دریافت افراد دارای کانون کنترل بیرونی، درمانگر رفتاری راهنمایی‌کننده را می‌پسندند و افراد دارای کانون کنترل درونی، درمانگر تحلیلی را که رهنمود نمی‌دهند.(۸۵) ک. گ. ویلسن[1] با به‌کارگیری تکنیک‌های مشابه دریافت متغیر بسیار مهم عبارت است از موضع‌گیری درمانگر (از دیدگاه بیمار) نسبت به کنترل و مشارکت در درمان. درونی‌ها درمانگرانی را برمی‌گزینند که به آن‌ها اجازه می‌دهند کنترل و نیز مشارکت کامل بر فرایند درمان داشته باشند.(۸۶)

مشکل بیمارانی که از مسئولیت می‌گریزند (یعنی کانون کنترل بیرونی دارند) این است که گزینش درمانگر فعال و راهنمایی‌کننده ممکن است به سرکوبی خودشان منجر شود: شاید کنترلی که آن‌ها می‌خواهند همانی نباشد که به آن نیاز دارند. هرچه درمانگر فعال‌تر و قوی‌تر باشد (حتی اگر این فعالیت و قدرت ظاهراً در جهت مسئولیت‌پذیری بیمار به‌کار رود)، رفتار بیمار را کودکانه‌تر می‌کند.

من و همکارم پژوهشی در زمینه‌ی نتایج درمانی انجام دادیم که مؤید این موضوع است.(۸۷) ما هجده گروه رویاروی را مورد مطالعه قرار دادیم که در یک دوره‌ی ده هفته‌ای، سی ساعت جلسه داشتند و سرپرستی‌شان بر عهده‌ی درمانگرانی با مکاتب عقیدتی گوناگون بود. مشاهده‌گران به هریک از جنبه‌های رفتار سرپرستان گروه امتیاز می‌دادند: سطح کلی فعالیت، محتوای اظهار نظرها، میزان کار مدیریتی (تعیین محدودیت‌ها، قوانین، ضوابط، اهداف؛ تنظیم وقت؛ تنظیم آهنگ پیشرفت و پادرمیانی‌های متوقف‌کننده) و تعداد تمرین‌های ساختاریافته (یعنی تکالیف با تمرین‌های خاصی که درمانگر برای گروه تعیین می‌کند مانند تمرین‌های بازخورد صندلی داغ و روان‌نمایش). همه‌ی سرپرستان تمرین‌های ساختاریافته را به‌کار می‌گرفتند: بعضی در همه‌ی جلسات؛ بعضی خیلی کمتر. وقتی رابطه‌ی میان رفتار سرپرست و نتیجه‌ی درمان (اعتمادبه‌نفس، سازوکارهای مقابله، ویژگی بین‌فردی، ارزیابی‌های سایر اعضا، ارزش‌های زندگی و مانند این‌ها) را بررسی کردیم، به همبستگی‌های جالبی دست یافتیم:

۱. رابطه‌ای منحنی‌الخط میان میزان کار مدیریتی و نتیجه‌ی درمان وجود دارد. به‌عبارت دیگر، قانون اعتدال طلایی حاکم است: افراط و تفریط هردو با نتیجه‌ی ضعیف همراه است. کار مدیریتی بیش‌ازاندازه، گروهی بسیار ساختاریافته با اطاعت بی‌چون‌وچرا پدید می‌آورد که حس استقلال اعضا در آن تکامل نمی‌یابد. مدیریت کمترازاندازه ــ سبک به‌حال خود رها کردن ــ نیز به گروهی منجر می‌شود که سرگردان برای خود دست‌وپا می‌زند.

۲. هرچه سرپرست تمرین‌های ساختاریافته‌ی بیشتری به‌کار گیرد، اعضای گروه با کارآمدی بیشتر این تصور را در او به‌وجود می‌آورند که به پایان کار نزدیک شده است، ولی نتیجه‌ی درمان اعضای گروه (که شش ماه بعد اندازه‌گیری می‌شود) ضعیف‌تر خواهد بود.

معنای یافته‌ی دوم روشن است: اگر می‌خواهید بیماران فکر کنند شما می‌دانید چه می‌کنید، راهنمایی فعال، پرتوان و ساختارمند باشید. ولی درعین حال این واقعیت را هم بپذیرید که چنین تدبیری راه رشد بیمار را سد می‌کند و شاید مانع مسئولیت‌پذیری‌اش شود.

محدودیت‌های مسئولیت

مفهوم مسئولیت برای روان‌درمانی حیاتی‌ست و از دیدگاه عمل‌گرایی حقیقتاً «مؤثر» است: پذیرش آن فرد را قادر می‌سازد به استقلال برسد و استعدادهایش را بالفعل کند.

ولی مرز این حقیقت تا کجاست؟ بسیاری از درمانگران، هواداران حرفه‌ای مسئولیتند، ولی نهانی در دل‌ها و نیز در نظام اعتقادی‌شان، جبرگرایانی محبط‌باورند. من سال‌ها روان‌درمانگران را چه فردی و چه گروهی درمان کرده‌ام و دریافته‌ام حفظ معیارهای دوگانه و دوپهلو در روان‌درمانگران چقدر رایج است (و خودم هم مستثنی نیستم): بیماران دنیای خود را می‌سازند و مسئول آنند، در حالی که درمانگران خود در دنیایی بامعنا، عینی و ساختاریافته زندگی می‌کنند و همه‌ی سعی‌شان را می‌کنند تا خود را با آنچه «واقعاً» وجود دارد، وفق دهند.

هم درمانگران و هم بیماران برای نظام اعتقادی ناهماهنگشان تاوان پس می‌دهند. درمانگران از مسئولیت‌پذیری طرفداری می‌کنند، ولی تردید پنهانی‌شان به‌بیرون درز می‌کند؛ نمی‌توانند بیماران را به چیزی متقاعد کنند که خود به آن باور ندارند. ناخودآگاه با مقاومت بیمار همدردی می‌کنند و در نتیجه خیلی زود در تله‌ی آن می‌افتند. برای مثال، ممکن است درمانگر کم‌کم در درمان زن مطلقه‌ی افسرده‌ای که از یافتن جفت دیگری نومید است، در کوشش برای کمک به بیمار در جهت مسئولیت‌پذیری مردد شود. مقاومت بیمار عواطف پذیرنده‌ای را در درمانگر ایجاد می‌کند و شروع می‌کند به این فکر که: «بیمار زن دلنشین و جذابی‌ست، جامعه نسبت به یک زن چهل‌وهشت‌ساله‌ی مجرد خشن است، محیط‌های مجردی از بسیاری جهات فاقد جذابیتند، مرد مجرد جذاب و دگرجنس‌گرا در سن‌فرانسیسکو خیلی کم پیدا می‌شود. شغل بیمار که برای ادامه‌ی زندگی به آن نیاز دارد، فرصت زیادی را برای ملاقات مردم برایش فراهم نمی‌کند. شاید حق با اوست: فقط اگر مرد زندگی‌اش پیدا می‌شد، نود درصد مشکلاتش حل می‌شد. علت بیماری او سرنوشتش است.» به این ترتیب درمانگر با مقاومت بیمار همدست می‌شود و خیلی زود کارش به آنجا می‌رسد که تدابیری را برای ملاقات با مردان پیشنهاد کند: کلوپ مجردها، وعده‌های ملاقات کامپیوتری، والدین بدون جفت و مانند این‌ها (انگار بیمار نمی‌توانست چنین برنامه‌ریزی‌هایی برای خودش بکند).

آموزش واقعی برای درمانگران وقتی‌ست که «مرد زندگی» بیمار از راه می‌رسد و آن «زندگی شاد تا آخر عمر» هرگز اتفاق نمی‌افتد. «مرد زندگی» به اندازه‌ی کافی باهوش نیست، یا زیادی وابسته است یا زیادی مستقل، یا زیادی فقیر است یا زیادی ثروتمند یا زیادی سردمزاج. یا بیمار نمی‌خواهد آزادی‌اش را از دست بدهد یا چنان نومیدانه به مرد چنگ می‌زند که فراری‌اش می‌دهد یا آن قدر نگران از دست دادن استقلالش است که مرد او را تهی از احساسات و خسته‌کننده می‌یابد. در واقع، درمانگر به‌موقع متوجه می‌شود کسی که با صمیمیت مشکل دارد، برای بر هم زدن یک رابطه راه‌های فراوانی دارد.

روشن است معیارهای دوپهلو در رابطه‌ی درمانی هم مانند روابط دیگر کارآیی ندارد؛ درمانگر باید باورهایش را در مورد مسئولیت به‌دقت بازبینی کند و به یک موضع استوار و باثبات برسد. رابطه‌ی میان محیط و آزادی فردی فوق‌العاده پیچیده است. آیا

افراد تقدیر خود را خود می‌نویسند یا آن طور که جبرگرایان محیط‌باور مانند ب. ف. اسکینر مدعی‌اند آنچه سرنوشت انسان‌ها را تعیین می‌کند مطلقاً رویدادهای محیطی‌ست؟ «فرد بر دنیا اثری نمی‌گذارد، این دنیاست که بر فرد اثر می‌کند.»(۸۸)

معمولاً در بحث میان یک جبرگرا و یک اختیارگرا (کسی که به آزادی اراده باور دارد)، منطق و واقعیت جانب جبرگرا را می‌گیرند؛ اختیارگرا «ضعیف‌تر» است و به جدلی سنجش‌ناپذیر و احساسی متوسل می‌شود. بنابراین روان‌درمانگران در تنگنا قرار دارند. برای درمان مؤثر باید اختیارگرا باشند؛ با این حال بسیاری از افراد با پیشینه‌ی وسیع در دانش روانشناسی تجربی یا اجتماعی و یا علوم زیستی یا پزشکی، آرزوی جوششی از ایمان به انتخاب آزاد دیدگاه را در دل دارند، ولی در نهان معتقدند استدلال جبرگرا انکارناپذیر است.

با وجود این، دلایل واقعی و بنیادینی برای مسئولیت شخصی وجود دارد که برخی از آن‌ها دارای پشتوانه‌ی پژوهش تجربی‌ست و راه‌هایی برای خروج از این تنگنا به درمانگران عرضه می‌کنند. اول اینکه باید پذیرفت جبرگرایی محیطی مطلق، یک موضع‌گیری افراطی‌ست که دیگر نمی‌تواند در برابر پشتیبانی خاص و «محکم» پژوهش تجربی بایستد. اسکینر استدلال می‌کند از آنجا که جبر محیط بر ما حکمفرماست، هریک از ما ممکن است با دستکاری محیط، رفتارمان را دستکاری کنیم؛ ولی این استدلال از درون متناقض است. بالاخره آنکه محیط را دستکاری می‌کند کیست؟ حتی متعصب‌ترین جبرگرایان هم نمی‌توانند چنین استدلال کنند که جبر محیط بیرونی ما را بر آن می‌دارد که محیطمان را تغییر دهیم؛ روشن است که این موضع‌گیری به پسرفت تا بی‌نهایت می‌انجامد. اگر ما محیطمان را دستکاری می‌کنیم، پس دیگر تحت فرمان جبر محیط نیستیم؛ برعکس، این محیط بیرونی است که تحت فرمان ماست. بینزونگر[1] در مقاله‌ای که برای بزرگداشت هشتادمین سال تولد فروید در ۱۹۳۶ نوشت به این نکته اشاره کرد که شأن و آثار شخصی او خود نمونه‌ی حیرت‌انگیزی‌ست از محدودیت‌های نظریه‌ی جبرگرایانه‌ی او:

1. Binswanger

این واقعیت که زندگی ما را نیروهای حیات تعیین می‌کنند، تنها یک وجه حقیقت است؛ وجه دیگر می‌گوید این ما هستیم که این نیروها را سرنوشت می‌نامیم. پرداختن کامل به مشکل سلامت عقل و جنون مستلزم در نظر گرفتن این هر دو وجه است. کسانی که مانند فروید با پتک به سرنوشتشان شکل داده‌اند ــ شاهکاری که در ادبیات خلق کرده، خود برای اثبات این مدعا کافی‌ست ــ کمتر از هرکس دیگری قادر به ستیز با این واقعیتند.(۸۹)

آلبرت باندورا[1] در نطقی در مقام ریاست انجمن روانشناسی امریکا در سال ۱۹۷٤ این دیدگاه را «جبرگرایی دوسویه» نامید و میان محیط‌های بالقوه و بالفعل فرق گذاشت: گرچه همه‌ی انسان‌ها محیط بالقوه‌ی یکسانی دارند، هر کدام در واقع عملاً محیط خویش را تحت نظارت خود دارند.(۹۰)

یک پژوهشگر به مطالعه‌ی کودکان اسکیزوفرنیک و سالم در مکانی مملو از اسباب‌بازی‌های جذاب مانند تلویزیون، گرامافون، ماشین ساچمه‌پران، قطار برقی، پروژکتور و دستگاه‌های برقی پرداخت. کودکان برای به‌راه انداختن این وسایل کافی بود فقط زمانی که چراغی در وسیله روشن بود، سکه‌ای در آن بیندازند؛ اگر وقتی چراغ دستگاه خاموش بود در آن سکه می‌انداختند، زمان خاموشی دستگاه طولانی‌تر می‌شد. کودکان سالم به‌سرعت آموختند از آنچه محیط در اختیارشان قرار داده، استفاده کنند و شرایط پاداش‌دهنده‌ی فوق‌العاده‌ای برای خود پدید آوردند. در مقابل، کودکان اسکیزوفرنیک نتوانستند در این دانش کنترلی ساده مهارت یابند و در همان محیط بالقوه پاداش‌دهنده، شرایطی ناخوشایند و توأم با محرومیت را تجربه کردند.(۹۰)

بنابراین رابطه‌ای دوسویه میان رفتار و محیط وجود دارد: رفتار فرد بر محیطش اثر می‌گذارد. باندورا خاطرنشان کرد: «همگی ما با افرادی مستعدبه‌گرفتاری آشنا هستیم که به‌دلیل رفتار نادرستشان، هرکجا که می‌روند، به‌شکلی قابل پیش‌بینی شرایط اجتماعی منفی‌ای پدید می‌آورند. در حالی که دیگرانی هستند که برای

1. Albert Bandura

بهترین تعامل با افراد، به همان میزان مهارت از خود نشان می‌دهند.» محیطی که هر فرد می‌آفریند، به‌نوبه‌ی خود، بر رفتار بعدی تأثیر می‌گذارد. محیط و رفتار دارای همبستگی متقابلند؛ محیط‌ها ازپیش‌تعیین‌شده نیستند، بلکه مانند رفتار، دارای علتند. باندورا مدعی شد: «نظریه‌پرداز آموزش اجتماعی، برای هر مرغی که یک محیط‌باور بی‌غرض کشف می‌کند، تخم‌مرغی می‌یابد که قبل از مرغ پدید آمده است.»

حجم عظیمی از پژوهش‌های تجربی، از موضع جبرگرایی دوسویه حمایت می‌کند. این داده‌ها در جایی دیگر استادانه مرور شده‌اند(۹۱) و لازم نیست من هم در اینجا تکرارشان کنم فقط تأکید می‌کنم قانع‌کننده و دقیقند و ریشه در حیطه‌هایی چون تعامل ارتباطی انسانی، موقعیت‌های پیش‌بینی، روابط دوسویه‌ی ارجحیت‌های فردی و محتوای رسانه‌های جمعی، حس و شناخت، کارکردهای خودسامان نظام خود[1] (که همان مدل سایکوسیبرنتیک خود است) و بازخورد ریشه دارند.

با اینکه بسیاری از اختیارگرایان از حمایت غیرمنتظره‌ی تجربی از نظریه‌ی جبرگرایی دوسویه خوشنودند، گروهی هم می‌گویند این نظریه تا آنجا که باید پیش نمی‌رود. استدلالشان این است که به شیوه‌های تجربی روانشناسی و رفتار اجتماعی ایراد مهلکی وارد است و آن اینکه متغیر وابسته در اینجا «رفتار» است. باندورا بحث رابطه‌ی میان آزادی و جبرگرایی را با این استدلال آشکار (از زاویه‌ی دید رفتارگرا) آغاز کرد:

> در یک شهر بزرگ، فرد برای انتخاب فیلم در سینما از میان گزینه‌های فراوان موجود، با محدودیت‌های کمی مواجه است، در نتیجه ترجیح شخصی به‌عنوان تعیین‌کننده‌ی غالب سر برمی‌آورَد. در مقابل، اگر افراد را در یک استخر عمیق آب فرو بریم، رفتارشان به‌شدت با یکدیگر مشابه خواهد شد ولی باز هریک، شیوه‌ی منحصربه‌فرد شناختی و رفتاری خود را خواهد داشت.(۹۲)

---

1. self system

عبارتی که مشکلات فراوانی برای اختیارگرا پدید می‌آورد این است که رفتار آدم‌های فروبُرده‌شده در آب «به‌شدت مشابه» خواهد بود. مشکل اصلی در اینجا با «رفتار» است. چه کسی تعیین کرده رفتار باید معیار اندازه‌گیری انتخاب یا آزادی باشد؟ اگر کسی دست‌وپا زدن، فعالیت بدنی یا شاخص‌های فیزیولوژیک را اندازه‌گیری کند، قطعاً با این حقیقت مواجه می‌شود که دامنه‌ی فعالیت بدنی یا گزینه‌های رفتاری انسان نیز مانند هر مخلوق دیگری به‌شدت محدود است. ولی یک انسان، حتی اگر تا گردن در آب فرو رفته باشد، آزادی دارد انتخاب می‌کند که چه احساسی نسبت به موقعیت داشته باشد، چه شیوه‌ای را در پیش بگیرد: پردل‌وجرئت، خویشتن‌دار، تسلیم در برابر سرنوشت، حیله‌گر یا وحشت‌زده باشد. محدودیتی برای دامنه‌ی گزینه‌های روانشناختی در دسترس او وجود ندارد. اپیکتیتوس[1] [فیلسوف رومی] تقریباً دو هزار سال پیش گفته است:

> من باید بمیرم. باید حبس شوم. باید رنج تبعید را تاب آورم. ولی آیا مجبورم با ناله بمیرم؟ مجبورم زاری کنم؟ آیا کسی می‌تواند مانع من شود که با لبخند به تبعید روم؟ حاکم تهدید می‌کند که مرا به زنجیر خواهد کشید: چه می‌گویی؟ به زنجیرم می‌کشی؟ آری، پایم را در بند می‌کنی، ولی نه اراده‌ام را ... نه، حتی زئوس هم از پس چنین کاری بر نخواهد آمد.(۹۳)

این لفاظی صرف نیست. حتی تصور آزاد بودن انسان در حال غرق شدن هم ممکن است مضحک به‌نظر آید، اصلی که در ورای این تصویر نهفته، اهمیت فراوانی دارد. مَنِش فرد نسبت به موقعیتش، همان معمای انسان بودن است و تعیین ماهیت انسان تنها بر اساس رفتار قابل اندازه‌گیری او، تحریف این ماهیت است. نمی‌شود نقش محیط، ژنتیک یا تصادف را در زندگی فرد انکار کرد. شرایط محدودکننده مشهود است: سارتر از یک «ضریب بداقبالی» سخن می‌گوید.(۹۴) همه‌ی ما با بداقبالی‌های طبیعی‌ای مواجهیم که زندگی‌مان را تحت تأثیر قرار

می‌دهد. برای مثال، رویدادهای اتفاقی ــ معلولیت جسمانی، تحصیلات پایین، سلامت ناکافی و مانند این‌ها ــ ممکن است هریک از ما را از یافتن یک شغل یا جفت باز دارد، ولی این بدان معنی نیست که ما مسئولیت (یا انتخابی) در برابر این موقعیت‌ها نداریم. ما هنوز در برابر آنچه با کاستی‌هایمان می‌کنیم، مسئولیم؛ در برابر مَنِشمان نسبت به این کاستی‌ها مسئولیم؛ در برابر غم، خشم یا افسردگی‌ای که در جهت تقویت آن «ضریب بداقبالی» اولیه عمل می‌کند تا فرد را شکست دهد، مسئولیم. برای مثال بسیاری از مردم، بر خلاف ارزش بازاری زیادی که جذابیت ظاهری دارد، گیرایی و سبک‌وسیاقی برای خویش دارند که بر ظاهر غیرجذابشان پیشی می‌گیرد. (فکر می‌کنم آبراهام لینکلن بود که گفت بعد از چهل سالگی هرکس مسئول چهره‌ی خویش است.) وقتی همه‌چیز دیگر با شکست مواجه می‌شود، وقتی ضریب بداقبالی بالاست، باز فرد مسئول مَنِشی‌ست که نسبت به آن بداقبالی در پیش می‌گیرد: اینکه با افسوس و تأسفی تلخ زندگی کند یا راهی بیابد که بر کاستی‌اش پیشی بگیرد و به‌رغم آن، زندگی پرمعنایی برای خود بسازد.

یکی از بیمارانم که نقص جسمانی شدید، یافتن جفتی مناسب را برایش مشکل کرده بود، با «انتخاب» این اعتقاد که زندگی بدون رابطه‌ای عاشقانه-جنسی با یک مرد ارزشی ندارد، خود را شکنجه می‌داد. بسیاری از درها را به‌روی خود بسته بود از جمله خود را از لذت عمیق دوستی صمیمانه با دیگران محروم کرده بود. بخش عمده‌ی درمان این بیمار، به‌چالش طلبیدن آن اعتقاد اولیه بود: اینکه اگر جفتی نیابد، هیچ است (دیدگاهی که همیشه خصوصاً برای زنان از سوی جامعه تقویت می‌شود). او در نهایت به این ادراک رسید که گرچه در برابر نقص جسمانی‌اش مسئولیتی ندارد، ولی مسئولیت کامل نوع مَنِش‌اش نسبت به این نقص با اوست، نیز مسئولیت این تصمیم که به‌همان نظام اعتقادی‌اش که به خودخوارنگری شدید منجر شده بود وفادار بماند یا آن را رها کند.

شناخت و پذیرش «مسلمات» بیرونی (همان ضریب بداقبالی)، به‌معنای انتخاب موضعی منفعل نسبت به محیط بیرونی نیست. در واقع، نومارکسیست‌ها و هواداران روانپزشکی بنیادگرا اغلب همین اتهام را به جنبش بهداشت روان وارد می‌کنند: اینکه

شرایط نامناسب فرد را نادیده می‌گیرد، شرایطی که وادارش می‌کند بی‌چون‌وچرا سرنوشت را (که سرمایه‌دار بر او تحمیل کرده) در زندگی بپذیرد. ولی پذیرش کامل مسئولیت تنها به این معنی نیست که فرد دنیا را سرشار از اهمیت کند، بلکه به این معنا هم هست که فرد این آزادی و مسئولیت را دارد که در صورت امکان محیط بیرونی خویش را نیز تغییر دهد. وظیفه‌ی مهم او شناسایی حقیقی ضریب بدافبال خود است. در این مقوله وظیفه‌ی نهایی درمان، کمک به بیماران برای تفسیر دوباره‌ی چیزهایی‌ست که قادر به تغییر آن نیستند.

بیماری جسمانی

مسئولیت فردی، گسترده‌تر از مسئولیت در برابر وضعیت روانشناختی خویش است. شواهد طبی زیادی حاکی از آنند که بیماری‌های جسمانی تحت تأثیر وضعیت روانشناختی فردند. حیطه‌ی وابستگی متقابل جسم و ذهن در بیماری جسمانی چنان گسترده است که در اینجا تنها مجال اشاره‌ی کوتاهی به آن داریم و به بحث مختصری درباره‌ی پیشرفت‌های اخیر در زمینه‌ی مسئولیت در برابر یک بیماری خاص، یعنی سرطان بسنده می‌کنیم.

فروید در سال ۱۹۰۱ و در کتاب ناهنجاری روانی در زندگی روزمره اشاره‌ی مبهمی به پیوند میان استرس و بیماری کرده و در آنجا مطرح می‌کند که صدمات ناشی از حوادث اتفاقی نیستند، بلکه تجسم تعارض روانی‌اند؛ او شخصیت «مستعد به حادثه» را توصیف می‌کند که کسی‌ست که بیش از حد معمول در معرض حوادث قرار می‌گیرد.(۹۵) به‌دنبال فروید، دو نسل از روانکاوان، رشته‌ی طب روان‌تنی را پدید آوردند و مشخص شد بسیاری از بیماری‌های طبی (نظیر ورم مفاصل، زخم‌های گوارشی، آسم، کولیت اولسراتیو) به‌شدت تحت تأثیر وضعیت روانشناختی بیمار قرار دارند. فن‌آوری مدرن بیوفیدبک [بازخورد زیستی]، مراقبه و انواع سازوکارهای خودسامانگر، خبر از موج علاقه‌ی مجددی می‌دهد که نسبت به مقوله‌ی کنترل فردی و مسئولیت در برابر وجوه مختلفی از کارکرد جسمانی که توسط دستگاه عصبی خودکار (بخشی از دستگاه عصبی که مدت‌ها «دستگاه عصبی غیرارادی» خوانده می‌شد) اداره می‌شود به‌وجود آمده است.

مقوله‌ی مسئولیت فردی امروزه در درمان بیماری‌هایی نظیر سرطان که مدت‌ها خارج از قلمروی کنترل فردی دانسته می‌شد نیز کاربرد دارد. همیشه سرطان را نمونه‌ی کامل بیماری‌ای می‌دانستند که شالوده‌اش بیرونی‌ست: بدون هشدار حمله می‌کند و بیمار نمی‌تواند بر شروع یا روند پیشرفت آن تأثیر چندانی بگذارد. اخیراً می‌کوشند با جلب توجه عموم این نوع نگرش به سرطان را معکوس سازند: از بیماران می‌خواهند نقش خویش را در به‌وجود آمدن بیماری بررسی کنند. یک تومورشناس پرتودرمانگر به‌نام اُ. کارل سیمونتون[1] با پیشنهاد درمانی با شالوده‌ی روانشناختی برای سرطان، پیشگام این کوشش است.(۹۶) استدلال او بر پایه‌ی نظریه‌ی جدید بیماری‌ست که می‌گوید فرد مدام در معرض پیدایش سلول‌های سرطانی‌ست و بدن در برابر این سلول‌ها مقاومت می‌کند، مگر آنکه عاملی از این مقاومت بکاهد و فرد را مستعد به سرطان کند. شواهد قابل توجهی وجود دارد که استرس با تأثیر بر دستگاه ایمنی و تعادل هورمونی از مقاومت در برابر بیماری می‌کاهد. سیمونتون استدلال می‌کند که اگر این شواهد بیش از پیش تأیید شوند، نیروهای روانشناختی در صف اول عوامل مؤثر بر روند پیشرفت سرطان جای می‌گیرند.

روش درمان سیمونتون شامل مراقبه‌ی بصری روزانه‌ای‌ست که در آن بیمار ابتدا بر یک نماد بصری تمرکز می‌کند که تجسم چگونگی پدید آمدن سرطان است، نماد بصری بعدی تجسم دفاع‌های بدن در جهت شکست سرطان است. برای مثال، یک بیمار سرطان را توده‌ای از همبرگر خام تصور کرد و دفاع‌های بدن و سلول‌های خونی سفید را دسته‌ای سگ وحشی که همبرگر را می‌بلعند. سیمونتون از بیماران می‌خواهد شیوه‌های رویارویی‌شان را با استرس بررسی کنند. اولین سؤالی که از بیمار دچار بیماری روبه‌گسترش می‌پرسند این است: «چه کردی که این وضعیت را برایت پیش آورد؟»

تا جایی که من می‌دانم، شواهد قابل اعتمادی دال بر افزایش طول عمر به‌وسیله‌ی این رویکرد وجود ندارد؛ و باید به نظامی که وعده‌های فراوان می‌دهد، ولی از انجام یک پژوهش ساده برای اثبات (یا رد) ادعاهایش غفلت می‌کند، به دیده‌ی

---

1. O. Carl Simonton

شک نگریست. با وجود این، رویکرد سیمونتون برایمان آموزه‌های مهمی در زمینه‌ی نقش مسئولیت در کنار آمدن با بیماری شدید دارد. [illegible] بیمارانی که از مراقبه‌های بصری سود جسمانی نمی‌برند، اغلب کمک روانی دریافت می‌کنند، چرا که موضع فعال‌تر و مسئول‌تری در برابر بیماری خویش می‌گیرند. این موضوع از اهمیت زیادی برخوردار است. زیرا درماندگی و افت شدید روحیه یکی از عمده‌ترین مشکلات در درمان بیماران سرطانی‌ست. سرطان شاید بیش از هر بیماری دیگری، حس درماندگی را تقویت می‌کند و موجب می‌شود بیماران احساس کنند هیچ کنترلی بر وضعیت خود ندارند. مبتلایان به هر بیماری دیگر (مانند بیماری قلبی یا دیابت)، به شیوه‌های گوناگون در درمان مشارکت می‌کنند: رعایت رژیم غذایی، اجرای دستورات دارویی، استراحت، پیروی از برنامه‌های ورزشی و مانند این‌ها؛ ولی بیماران سرطانی حس می‌کنند کاری جز انتظار از آن‌ها بر نمی‌آید، ماندن در انتظار آنکه سلول سرطانی از جای دیگری از بدن بیرون بزند. مَنِش پزشکان که بیماران را در تصمیم‌گیری جزء روند درمان وارد نمی‌کنند، اغلب به این حس درماندگی دامن می‌زند. بسیاری از پزشکان میلی به در میان گذاشتن اطلاعات با بیماران ندارند. اغلب نادیده می‌گیرندشان و برای تصمیم‌گیری‌های مهم در زمینه‌ی درمان بعدی با خانواده‌ی بیمار مشورت می‌کنند.

ولی اگر شیوه‌ی سیمونتون حقیقتاً اثبات نشود و طول عمر را افزایش ندهد می‌توان گفت بر دروغ استوار است و باید در خود فروریزد؟ و چه شیوه‌های درمانی‌ای برای کمک به بیمارانی که نمی‌توانند استدلال و شیوه‌ی او را بپذیرند در دسترس است؟ من بر این باورم که مفهوم مسئولیت‌پذیری، ابزار درمانی لازم را به هر بیمار سرطانی، حتی به کسی که بیماری‌اش بسیار پیشرفته است، پیشکش می‌کند.(۹۷) ابتدا باید توجه داشت بدون در نظر گرفتن وضعیت جسمانی فرد (یعنی ضریب بداقبالی)، او همواره مسئول مَنِشی‌ست که در برابر بیماری در پیش می‌گیرد. در کارم با بیماران مبتلا به سرطان متاستاتیک (سرطانی که در سایر قسمت‌های بدن پخش شده و درمان طبی یا جراحی دیگر پاسخگوی آن نیست)، به‌شدت تحت تأثیر تفاوت نگرش افراد نسبت به بیماری‌شان قرار گرفته‌ام. بعضی در نومیدی فرد

می‌روند و مرگ روانشناختی و نیز آن طور که برخی تحقیقات مطرح می‌کنند(۹۸)، مرگ جسمانی زودرس را تجربه می‌کنند. گروهی دیگر، همان‌طور که در فصل ۵ اشاره کردم، از بیماری‌شان پیشی می‌گیرند و از مرگ قریب‌الوقوعشان، به‌مثابه واسطه‌ای برای بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی استفاده می‌کنند. مسئولیت‌پذیری در قبال نگرش خود، ضرورتاً به معنای مسئولیت‌پذیری در قبال احساسات خویش نیست (گرچه سارتر مدعی این دومی نیز هست)، بلکه به‌معنای مسئولیت‌پذیری در برابر موضع فرد نسبت به احساساتش است. لطیفه‌ای که ویکتور فرانکل تعریف کرده، مطلب را روشن می‌کند.

> حین جنگ جهانی اول، یک پزشک ارتشی جهود همراه با دوست غیریهودی‌اش که سرهنگ اشراف‌زاده‌ای بود، در سنگر نشسته بود که تیراندازی سنگینی آغاز شد. سرهنگ با تمسخر گفت: «می‌ترسی، نه؟ این هم یک دلیل دیگه برای برتری نژاد آریایی بر نژاد سامی.» دکتر جواب داد: «معلومه که می‌ترسم. ولی کی برتره؟ سرهنگ جان، اگه تو هم به اندازه‌ی من ترسیده بودی، خیلی زودتر از این‌ها فرار کرده بودی.»(۹۹)

درمانگری که با بیماران سرطانی کار می‌کند، ممکن است با تمرکز بر درماندگی و نومیدی بیمار، کمک زیادی به او پیشکش کند. من و همکارم(۱۰۰) در گروه‌های حمایتی برای بیماران سرطانی، چندین رویکرد تدارک دیدیم که حس قدرت و کنترل را تقویت می‌کرد. برای مثال، بیماران سرطانی اغلب احساس عجز و ناتوانی دارند و در رابطه با پزشکشان، رفتاری کودک‌وار در پیش می‌گیرند. گروه من دقیقاً همین موضوع را هدف قرار داد و در کمک به بسیاری از بیماران برای پذیرش مسئولیت رابطه‌شان با پزشکان مؤثر بود. پس از آنکه بیماران به توصیف شیوه‌ی ارتباط با پزشکانشان می‌پرداختند، سایر اعضا شیوه‌های دیگری را توصیه می‌کردند؛ ایفای نقش[1] در گروه انجام می‌شد و بیماران در آن شیوه‌های جدید برخورد جرئت‌مندانه با پزشکان را تمرین می‌کردند. یاد می‌گرفتند چگونه از پزشکان وقت بخواهند و (در

---

1 Role playing

صورتی که تمایل دارند) اطلاعات لازم در مورد بیماری‌شان را دریافت کنند؛ بعضی می‌آموختند چگونه خواستار مشاهده‌ی جدول وضعیت طبی یا رادیوگرافی‌شان شوند، و بعضی یاد می‌گرفتند چگونه وقتی برایشان مهم بود، مسئولیت نهایی را بپذیرند و از پذیرش داروی بیشتر سر باز زنند.

بسیاری از بیماران در درمان گروهی به احساس توانمندی در رفتار اجتماعی دست می‌یافتند. بسیاری درباره‌ی حقوق بیماران سرطانی سخنرانی می‌کردند و به مبارزه با سیاست‌های مرتبط با خود (مانند پرداخت مالیات برای پروتز سینه) دست می‌زدند. بالاخره، با استفاده از شیوه‌هایی که قبلاً توضیح داده شد، سرپرست گروه به بیماران کمک می‌کرد مسئولیت روند پیشرفت گروه‌درمانی خودشان را برعهده گیرند. درمانگر با افزایش این آگاهی که بیماران می‌توانند گروه را طوری شکل دهند که نیازهایشان را برآورده سازد ــ به‌عبارت دیگر، این مسئولیت آن‌هاست که به گروه شکل دهند ــ می‌تواند مسئولیت‌پذیری را در سایر حیطه‌های زندگی بیمار نیز افزایش دهد.

مسئولیت و احساس گناه اگزیستانسیال

در کوشش برای تسهیل آگاهی بیمار از مسئولیت، درمانگر خیلی زود متوجه حضور میهمان ناخوانده‌ای در عرصه‌ی درمان می‌شود. این میهمان ناخوانده، احساس گناه است، همان رویه‌ی تاریک مسئولیت که اغلب بی‌اجازه خود را وارد فرایند روان‌درمانی اگزیستانسیال می‌کند.

در درمان استوار بر اصول اگزیستانسیالیسم، معنای «احساس گناه» با معنای سنتی‌اش ــ که همان احساس مرتبط با انجام تخلف یا خطاست که وضعیتی فراگیر و بسیار ناخوشایند پدید می‌آورَد و احساسی‌ست متشکل از اضطراب به‌علاوه‌ی حس بد بودن ــ متفاوت است. (فروید معتقد است «تمایز احساس گناه از احساس حقارت برای فرد دشوار است.»)(۱۰۱) میان احساس گناه روان‌نژندانه و احساس گناه «حقیقی» یا به‌اصطلاح بوبر، میان «گناه» و «احساس گناه» تفاوت هست.(۱۰۲)

احساس گناه روان‌نژندانه از تخطی‌های خیالی (یا تخطی‌های جزئی‌ای که واکنشی قدرتمند و نامتناسب برانگیخته‌اند) سرچشمه می‌گیرد. این معصیت‌ها یا در حق دیگری انجام شده یا با زیر پا گذاشتن تابوهای کهن یا امروزی همراه بوده و یا عملی بوده است

برخلاف نظر والدین یا جامعه. سرچشمه‌ی گناه «حقیقی»، یک معصیت واقعی در حق دیگری‌ست. با اینکه تجربه‌ی ناخوشایند فرد در هردو مشابه است، معنا و رسیدگی درمانی به این دو شکل از احساس گناه بسیار با هم متفاوتند: برای پرداختن به احساس گناه روان‌نژندانه، باید بر روی احساس بد بودن، خشونت ناخودآگاه و میل به تنبیه شدن و مجازات دیدن کار کرد؛ در حالی که در برخورد با احساس گناه «حقیقی»، باید به‌صورت واقعی یا نمادین به جبران خسارت متناسب با گناه پرداخت.

دیدگاه اگزیستانسیال در روان‌درمانی، ابعاد مهمی را به مفهوم احساس گناه می‌افزاید. اول اینکه، پذیرش کامل مسئولیت اعمال خویش، با کاستن از دریچه‌های فرار، حوزه‌ی گناه را گسترده می‌سازد. دیگر فرد نمی‌تواند به‌راحتی بر بهانه‌هایی مانند «چنین منظوری نداشتم»، «اتفاقی بود»، «کاری از دستم برنمی‌آمد» یا «از کنترلم خارج بود» تکیه کند. بنابراین احساس گناه حقیقی و نقش آن در روابط بین فردی اغلب به گفت‌وگوهای درمانی اگزیستانسیال وارد می‌شود.

ولی مفهوم اگزیستانسیال احساس گناه چیزی مهم‌تر از گسترده کردن حوزه‌ی «پاسخگویی[1]» به مطلب اضافه می‌کند. به‌ساده‌ترین بیان: فرد نه‌تنها به دلیل معصیت‌هایش در حق دیگری یا زیر پا گذاشتن اصول اخلاقی و اجتماعی گناهکار است، بلکه ممکن است به‌دلیل معصیت در حق خویش گناهکار باشد. کیرکگور و بعد هایدگر، کامل‌تر از سایر فیلسوفان اگزیستانسیال به این مفهوم پرداخته‌اند. اهمیت دارد که هایدگر برای اشاره به احساس گناه و مسئولیت فقط از یک واژه (*schuldig*) استفاده کرده است. او پس از بحث درباره‌ی موارد استفاده‌ی قراردادی از واژه‌ی «گناهکار»، می‌گوید: «گناهکار بودن معنای 'مسئول بودن' نیز دارد یعنی فرد علت یا مؤلف یا حتی عامل به‌وجودآورنده‌ی چیزی‌ست.»(۱۰۳)

فرد همان قدر در برابر خود و دنیای خود گناهکار است که مسئول. گناه از اجزای بنیادین *Dasein* (یعنی آدمیزاد) است: «گناهکار بودن نتیجه‌ی یک وامداری و بدهکاری نیست، بلکه برعکس، بدهکاری تنها بر پایه‌ی یک گناهکاری نخستین یا ازلی پدید می‌آید.»(۱۰٤) هایدگر سپس با طرح این موضوع ادامه می‌دهد که «در ایده‌ی 'گناهکار'، خصلت 'منفی' نهفته است.» *Dasein* همواره برگزیننده و

1. accountability

انتخاب‌کننده است و «مدام از استعدادهایش عقب می‌افتد.»(۱۰۵) بنابراین گناه در ارتباط تنگاتنگ با استعداد یا بالقوگی است. وقتی «ندای وجدان» شنیده می‌شود (یعنی ندایی که فرد را به عقب و به مواجهه با شیوه‌ی «اصیل» هستی برمی‌گرداند)، فرد همیشه «گناهکار» است و به این دلیل گناهکار است که نتوانسته استعداد اصیل را بالفعل کند.

دیگران بسیار کامل‌تر (و با ابهام کمتر) به این مفهوم فوق‌العاده مهم پرداخته‌اند. نوشته‌های پل تیلیش[1] خصوصاً با روان‌درمانی مرتبط است. او در کتاب شجاعت بودن[2] به اضطراب آدمی در مواجهه با ایده‌ی نیستی می‌پردازد و سه منبع اضطراب را متمایز می‌کند، سه شیوه‌ی عمده‌ای که نیستی برای تهدید هستی به‌کار می‌برد. دو مورد از این سه منبع (تهدید هستی عینی یا همان مرگ و تهدید هستی معنوی یا همان پوچی) را در جایی دیگر بررسی می‌کنم. سومی‌ست که با این مبحث همخوانی دارد. نیستی هستی را از طریق خوداعتراف‌گری اخلاقی‌مان تهدید می‌کند و باعث می‌شود گناه و اضطراب خودنکوهش‌گری را تجربه کنیم. کلام تیلیش بسیار روشن است:

> هستی آدمی فقط به او اعطا نشده، بلکه از او مطالبه نیز شده است. او در برابرش مسئول است؛ به‌عبارت دیگر، اگر مورد سؤال قرار گیرد، ناگزیر است پاسخ دهد که از خود چه ساخته است. آنکه از او می‌پرسد، قاضی‌اش یعنی خویشتن خویش اوست. این وضعیت اضطرابی می‌آفریند که اصطلاح نسبی آن اضطراب گناه و اصطلاح مطلق آن، اضطراب خودطردگری یا خودنکوهش‌گری است. از انسان خواسته شده از خود چیزی بسازد که قرار است بشود و سرنوشت خویش را محقق گرداند. در عمل خوداعتراف‌گری اخلاقی، انسان می‌کوشد سرنوشتش را محقق کند و بالقوگی‌هایش را به عمل درآورد.(۱۰۶)

این دیدگاه تیلیش که «از انسان خواسته شده از خود چیزی بسازد که قرار است بشود و سرنوشت خویش را محقق گرداند» از کیرکگور گرفته شده که قسمی

---

1. Paul Tillich
2. The Courage to Be

نومیدی را تشریح می‌کند که ناشی از عدم تمایل موجود به خود شدن است. بازنگری در خویش (آگاهی از گناه) نومیدی را تعدیل و ملایم می‌کند، ولی وقتی فرد نداند که در نومیدی‌ست، هنوز در نومیدی عمیق‌تری به‌سر می‌برد. (۱۰۷) سوسیا[1]، خاخام یهود هم کمی پیش از مرگ به همین مطلب اشاره کرده و گفته است: «وقتی به بهشت برسم، آنان از من نمی‌پرسند 'چرا موسی نبودی؟' بلکه خواهند پرسید 'چرا سوسیا نبودی؟ چرا همان چیزی نشدی که تنها تو می‌توانستی بشوی؟'»(۱۰۸) اوتو رنک نیز موشکافانه به این مسائل واقف بود و نوشت وقتی خود را از زیستنی زیادی فرونگر یا زیادی زنده محروم می‌کنیم، به‌دلیل زندگی استفاده نشده یا همان زندگی نازیسته در خودمان احساس گناه می‌کنیم.(۱۰۹)

رولو می معتقد بود مفهوم واپس‌رانی را می‌توان از دیدگاه رابطه‌ی فرد با خصوصیات بالقوه‌ی خودش نگریست و مفهوم ناخودآگاه را با افزودن خصوصیات بالقوه‌ی درک‌ناشده و واپس‌رانده‌شده گسترده‌تر کرد:

> اگر برآنیم که به درک مفهوم واپس‌رانی در یک انسان فرضی نائل آییم، باید پرسش‌های زیر را مطرح کنیم: ارتباط این فرد با خصوصیات بالقوه‌اش چیست؟ چه اتفاقی می‌افتد که این فرد به‌انتخاب یا به‌ناچار، چیزی را که می‌داند از آگاهی‌اش می‌راند و در سطحی دیگر، از همان چیز آگاه است؟ ... پس ناخودآگاه، آن طور که تصور می‌شد، انبار تکانه‌ها، افکار و آرزوهایی نیست که فرهنگ و اجتماع نمی‌پسندد. من آن را انبار بالقوگی‌های دانسته‌شده و تجربه‌شده‌ای می‌بینم که فرد نمی‌تواند یا نمی‌خواهد بالفعلشان کند.(۱۱۰)

می در جایی دیگر احساس گناه (احساس گناه اگزیستانسیال) را این گونه توصیف می‌کند: «یک هیجان مثبت سازنده... ادراک تفاوت میان آنچه هست و آنچه باید باشد.»(۱۱۱) بنابراین احساس گناه اگزیستانسیال (همانند اضطراب اگزیستانسیال) با سلامت روان همخوانی دارد و حتی از لوازم آن است. «وقتی انسانی به انکار

---

1. Suya

بالقوگی‌هایش برمی‌خیزد و بالفعلشان نمی‌کند، در وضعیت احساس گناه قرار می‌گیرد.»(۱۱۲)

این عقیده‌ای کهن است که هر آدمیزاد دارای بالقوگی‌های منحصربه‌فردی‌ست که میل به محقق شدن دارند. «کمال[1]» ارسطو به تحقق کامل بالقوگی‌ها اشاره دارد. بسیاری از متفکران چهارمین گناه کبیره یعنی تنبلی یا رخوت روحی را «گناه به‌کارنگرفتن زندگی در همه‌ی اموری که فرد می‌داند می‌تواند آن را به‌کار بگیرد»(۱۱۳) تعبیر کرده‌اند. این مفهوم در روانشناسی امروزی بسیار رایج است و تقریباً در نوشته‌های هر نظریه‌پرداز یا درمانگر انسان‌گرا یا اگزیستانسیالی به‌چشم می‌خورد.[2] گرچه نام‌های زیادی (مانند «خودشکوفایی[3]»، «تحقق خویشتن[4]»، «خودپیش‌بَری[5]»، «پرورش استعدادها[6]»، «رشد[7]»، «خودمختاری[8]» و مانند این‌ها) به‌خود گرفته است، ولی مفهوم اولیه بسیار ساده است: هر انسانی علاوه بر اینکه دارای مجموعه‌ای از ظرفیت‌ها و بالقوگی‌های فطری‌ست، نسبت به وجود این بالقوگی‌ها در خود نیز آگاهی ازلی و اولیه‌ای دارد. کسی که در زیستن کامل زندگی‌اش قصور کند، احساس قدرتمند و ژرفی را تجربه می‌کند که من آن را در اینجا «احساس گناه اگزیستانسیال» می‌نامم.

برای نمونه، کار خردمندانه‌ی کارن هورنای کاملاً بر پایه‌ی این مفهوم نهاده شده که در شرایط مطلوب، انسان ذاتاً استعدادهای درونی‌اش را پرورش می‌دهد درست مانند میوه‌ی کوچکی که به درخت بلوط بدل می‌شود.(۱۲۳) اثر بزرگ هورنای، روان‌نژندی و رشد انسان، دارای عنوان فرعی تلاش در جهت خودشکوفایی است. از دیدگاه او، ناهنجاری روانی زمانی اتفاق می‌افتد که شرایط نامطلوب کودک را از پیشرفت به‌سوی شکوفایی استعدادهای خویش باز می‌دارد. به این ترتیب کودک

---

1. entelechy

۲. خصوصاً بوبر (۱۱٤)، مورفی (۱۱۵)، فروم (۱۱٦)، بولر (۱۱۷)، آلپورت (۱۱۸)، راجرز (۱۱۹)، یونگ (۱۲۰)، مزلو (۱۲۱)، و هورنای (۱۲۲).

3. self-actualization
4. self-realization
5. self-development
6. development of potential
7. growth
8. au...

تصویری را که از خود بالقوه‌اش در ذهن دارد، از دست می‌دهد و تصویر ذهنی دیگری از خود می‌سازد: یک «خودِ آرمانی» که همه‌ی انرژی‌های زندگی‌اش را به‌سوی آن گسیل می‌دارد. با اینکه هورنای اصطلاح «احساس گناه» را به‌کار نبرده، روشن است که از بهایی که فرد برای محقق نکردن سرنوشت خویش می‌پردازد به‌خوبی آگاه است. او از حس ازخودبیگانگی و جداافتادن از آنچه حقیقتاً هستیم سخن می‌گوید که به پایمال کردن احساسات، آرزوها و افکار اصیل و واقعی منجر می‌شود. با این حال، فرد وجود خود بالقوه‌اش را حس می‌کند و در سطحی ناخودآگاه، مدام به مقایسه‌ی آن با خود «واقعی»اش (یعنی خودی که اکنون در دنیا زندگی می‌کند) می‌پردازد. ناهمخوانی میان آنچه هست و آنچه می‌توانست باشد، سیلابی از خودخوارنگری جاری می‌سازد که فرد باید در تمام زندگی‌اش با آن مقابله کند.

آبراهام مزلو که از هورنای تأثیر بسیار پذیرفته، به اعتقاد من، نخستین کسی‌ست که از اصطلاح «خودشکوفایی» استفاده کرد. او نیز معتقد بود انسان‌ها ذاتاً خود را شکوفا می‌کنند مگر آنکه شرایط رشدشان چنان نامطلوب باشد که ناچار شوند به‌جای رشد، برای رسیدن به امنیت تقلا کنند (به این معنا که مجبور باشند به‌جای «انگیزه‌ی رشد»، «انگیزه‌ی نارسایی» را برگزینند).

> اگر جوهر اصلی [ذاتی] فرد انکار یا سرکوب شود، بیمار می‌شود، گاهی محسوس و گاهی نامحسوس ... این جوهر ذاتی ظریف و آسیب‌پذیر است و عادت و فشار اجتماعی به آسانی بر آن مستولی می‌شود... با آنکه انکار شده، مخفی و زیرزمینی باقی می‌ماند و همواره اصرار به شکوفایی دارد... هر دورافتادگی [از جوهر ذاتی] و هر لغزش از فطرت، خود را در ناخودآگاهمان ثبت می‌کند و موجب می‌شود از خود بیزار شویم.(۱۲٤)

اما فرد چگونه استعدادش را بیابد؟ وقتی با آن روبه‌رو شد، چطور شناسایی‌اش کند؟ چطور متوجه شود که راهش را گم کرده است؟ هایدگر، تیلیش، مزلو و می همگی با توافق کامل پاسخ داده‌اند: «از طریق احساس گناه! از طریق اضطراب! از طریق ندای وجدان!» میان آن‌ها این اتفاق نظر وجود دارد که احساس گناه اگزیستانسیال، یک نیروی

مثبت سازنده است و راهنمایی‌ست که انسان را به‌سوی خویش فرامی‌خواند. وقتی بیماران به هورنای گفتند نمی‌دانند چه می‌خواهند، او به‌سادگی پاسخ داد: «تا حالا فکر کرده‌اید که از خودتان بپرسید؟» هر انسانی در کانون هستی خویش، خود را می‌شناسد. جان استوارت میل در توصیف گوناگونی خودها، از یک خودِ بنیادین و پاینده سخن می‌گوید که آن را «من ماندگار»(۱۲۵) نامیده است. هیچ‌کس به‌خوبی آگوستین قدیس از آن نگفته است: «کسی در درون من است که بیش از من، خودم است.»(۱۲۶)

یک نمونه‌ی بالینی نقش رهنموددهنده‌ی احساس گناه اگزیستانسیال را روشن می‌کند. یک بیمار به دلیل افسردگی شدید و احساس بی‌ارزشی به من مراجعه کرد و مشاوره خواست. او زنی پنجاه ساله بود و سی‌ودو سال پیش با مردی به‌شدت مزاحم و کینه‌توز ازدواج کرده بود. در طول زندگی مشترک بارها به شروع درمان اندیشیده بود، ولی هربار منصرف شده بود زیرا می‌ترسید خودشناسی و خودنگری به فروپاشی زندگی زناشویی بیانجامد و آمادگی رویارویی با تنهایی، دردسر، آبروریزی، تنگناهای مالی و اعتراف به شکست را در خود نمی‌دید. بالاخره چنان ناتوان شد که چاره‌ای جز درخواست کمک ندید. با وجود این، گرچه از لحاظ جسمانی در مطب من حضور یافت، ولی دل به درمان نداد و کار ما پیشرفت کمی داشت. یک روز که درباره‌ی ترس از پیری و مرگ صحبت می‌کرد، نقطه‌ی عطف درمان پدیدار شد. از او خواستم خود را در چند قدمی مرگ تصور کند، به زندگی گذشته‌اش بنگرد و احساسش را به زبان بیاورد. بدون درنگ و تردید پاسخ داد: «احساس پشیمانی.» پرسیدم: «پشیمانی برای چه؟» «برای هدر دادن زندگی‌ام، برای اینکه هرگز نخواهم فهمید چه می‌توانستم بشوم.» «پشیمانی» (اصطلاح او برای احساس گناه اگزیستانسیال) کلید درمان بود. از آن روز به بعد آن را به‌عنوان راهنمای درمان به‌کار بردیم. با اینکه ماه‌ها کار سنگین پیش رویش گسترده شد، هرگز در نتیجه‌ی درمان تردیدی به‌خود راه نداد. او به خودشناسی و خودنگری پرداخت (و به زندگی مشترکش خاتمه داد) و پس از خاتمه‌ی درمان توانست زندگی را طوری تجربه کند که بیش از احساس پشیمانی، با حس پذیرش و امکان‌پذیری همراه باشد.

رابطه‌ی میان احساس گناه، خودخوارنگری و خودکام‌برآوری را می‌توان در درمان بروس به روشنی دید، همان بیمار میانسالی که در فصل ۵ به او پرداختم. بروس از

نوجوانی دلمشغولی زیادی با مسائل جنسی و به‌خصوص سینه داشت. همه‌ی عمر با خودخوارنگری و تحقیر خویش زندگی کرده بود. «تسکین و آرامش» چیزی بود که از درمان انتظار داشت. تسکین اضطراب، بیزاری از خویش و احساس گناهی مبهم که از اندرون فرسوده‌اش کرده بود. مبالغه نیست اگر بگوییم بروس خود را مؤلف زندگی خویش نمی‌دید. این مفهوم که در برابر شرایط زندگی‌اش، شخصاً مسئول است برایش معنایی نداشت و درست مانند این بود که با او به زبانی بیگانه سخن بگویید؛ چنان حس می‌کرد اجباراً به کاری واداشته شده و چنان به سراسیمگی مداوم دچار بود که مانند کافکا حس می‌کرد «همین قدر که بتواند در گوشه‌ای بنشیند و نفس تازه کند، خوشبخت است.»(۱۲۷)

ماه‌های طولانی به بررسی احساس گناه و بیزاری‌اش از خود پرداختیم. چرا گناهکار بود؟ چه معصیتی مرتکب شده بود؟ به جرم‌هایی پیش‌پاافتاده، تکراری و کم‌اهمیت اعتراف کرد و در ساعت‌های متوالی درمان، آن‌ها را با وسواس سان دید و پس‌وپیش کرد: در کودکی از پدرش پول خرد دزدیده بود؛ مبلغ خسارتی را که بیمه باید به او می‌پرداخت دستکاری کرده بود، در مالیات‌بردرآمدش تقلب کرده بود، روزنامه‌ی صبح همسایه را دزدیده بود و مهم‌تر از همه رابطه‌اش با زنان بود. هریک از این گناهان را به‌تفصیل بررسی کردیم و هر بار به این نتیجه رسیدیم مجازاتی که برای خود تعیین کرده از جرم فراتر رفته است. برای مثال وقتی از روابطش می‌گفت، متوجه بود که صدمه‌ای به کسی وارد نکرده؛ با زنان رفتار خوبی داشته، فریبشان نداده و همیشه رعایت حالشان را کرده است. با دیدی منطقی به بررسی تمامی «تخلف»هایش پرداخت و متوجه شد «بی‌گناه» بوده و با بی‌انصافی به خود سخت گرفته است. با وجود این، احساس گناه و بیزاری از خویش همچنان باقی ماند بی‌آنکه از میزانش کاسته شود.

نخستین کورسوی آگاهی از مسئولیت زمانی پدید آمد که درباره‌ی ترسش از جرئت‌مندی و دفاع از حق خویش سخن گفت. با اینکه جایگاه حرفه‌ای‌اش چنین رفتاری را می‌طلبید، نمی‌توانست آن طور که باید شرکتش را در مذاکرات عمومی معرفی کند. به‌خصوص مخالفت با دیگران یا انتقاد از دیگری در جمع برایش دشوار بود؛ هیچ‌چیز به اندازه‌ی جروبحث در جمع او را نمی‌ترساند. پرسیدم: «در چنین

موقعیتی چه اتفاقی ممکن است بیفتد؟ فاجعه‌ی نهایی چه خواهد بود؟» بروس در پاسخ تردیدی نداشت. «پرده‌دری و افشاگری.» می‌ترسید حریفش آزادانه فهرستی از وقایع جنسی شرم‌آور زندگی‌اش را با صدای بلند به زبان آورَد. او با کابوس لئوپولد بلومِ جیمز جویس در اولیس همانندسازی کرده بود آنجا که برای آرزوهای پنهانش محاکمه می‌شود و وقتی شواهدی از گناهان کوچکش به دادگاه عرضه می‌شود، احساس حقارت و سرافکندگی می‌کند. پرسیدم بیشتر از افشای ماجراجویی‌های جنسی قدیمی می‌ترسد یا فعلی؟ پاسخ داد: «فعلی. از عهده‌ی گذشته برمی‌آیم. می‌توانم حتی با صدای بلند به خودم بگویم 'این‌ها مربوط به گذشته‌ست، قبلاً این طوری بودم. ولی حالا فرق کرده‌ام. آدم متفاوتی شده‌ام.'»

کم‌کم بروس شروع کرد به شنیدن کلمات خودش که معنایشان چنین بود: «رفتار کنونی‌ام، آنچه درست همین حالا انجام می‌دهم، منشأ ترسم از جرئت‌مندی و منشأ خودخوارنگری و احساس گناهم است.» او در نهایت متوجه شد منشأ بلافصل و تمام‌وکمال تنفر از خویش است. اگر می‌خواست احساس بهتری نسبت به خود داشته باشد یا حتی به خود عشق بورزد، باید کارهایی را که در نظرش شرم‌آور بود، متوقف کند.

ولی ادراک عظیم‌تری هم در راه بود. پس از آنکه بروس ایستادگی کرد (که در فصل ۵ توضیح دادم) و برای اولین بار برگزید که از یک فتح جنسی صرف‌نظر کند، آرام‌آرام رو به بهبود رفت. در ماه‌های بعد، تغییرات فراوانی (از جمله دوره‌ای از ناتوانی جنسی که قابل پیش‌بینی بود) در او پدید آمد، ولی کم‌کم احساس اجبار ناخودآگاهش کمرنگ شد و حس توانایی انتخاب در او قوت گرفت. همین طور که رفتارش تغییر می‌کرد، تصویر ذهنی‌اش از خود هم دستخوش تغییر شگرفی می‌شد و حس اعتمادبه‌نفس و حب‌نفس در او قد می‌کشید. با نزدیک شدن به پایان درمان، بروس کم‌کم دریافت احساس گناهش دو ریشه دارد. بخشی ریشه در رفتاری داشت که در رویارویی‌هایش با سایر موجودات در پیش می‌گرفت (و در فصل ۸ بیشتر به آن خواهم پرداخت). منشأ دیگر احساس گناه، جرمی بود که علیه خویش مرتکب شده بود. در سراسر زندگی، همه‌ی توجه و انرژی‌اش را حیوان‌وار به مسائل

جنسی، سینه‌ها، اندام تناسلی، جفت‌گیری، اغواگری و انواع و اقسام نوآوری‌های بیمارگونه و افراطی در عمل جنسی معطوف کرده بود. بروس تا پیش از تحول درمانی، به‌ندرت عنان ذهنش را در دست گرفته بود، به‌ندرت درگیر افکار دیگر می‌شد، به‌ندرت مطالعه می‌کرد (مگر برای تحت تأثیر قرار دادن زنان)، به‌ندرت به موسیقی گوش می‌سپرد (مگر به‌عنوان پیش‌درآمد رابطه‌ی جنسی) و به‌ندرت رویارویی حقیقی با انسان دیگری را تجربه کرده بود. او که شیوه‌ی سخن گفتن خود را داشت، گفت «مثل یک حیوان مدام‌فحل که با یک لوله‌ی گوشتی آویزان در میان پاها پس‌وپیش کشیده می‌شد» زندگی کرده است. یک روز گفت: «فرض کن ابزاری برای مطالعه‌ی دقیق زندگی یک گونه حشره در دست داشتیم. تصور کن متوجه شویم حشرات نر مبهوت دو برآمدگی موجود بر سینه‌ی حشره‌ی ماده باشند و همه‌ی روزهای زندگی‌شان بر روی زمین را وقف یافتن راهی برای لمس این دو برآمدگی کنند. آن وقت چه فکر می‌کنیم؟ ای بابا! عجب راه عجیب‌وغریبی برای گذراندن زندگی! قطعاً زندگی چیزی بیش از لمس دو برآمدگی‌ست. ولی من درست مثل این حشره زندگی کرده‌ام.» تعجبی نداشت که بروس احساس گناه می‌کرد. گناه او به‌قول تیلیش از انکار و محدودسازی زندگی و از قربانی کردن خویش منشأ می‌گرفت، از اینکه حاضر نشده به آنچه می‌توانست بشود، تبدیل شود.

کسی روشن‌تر و جذاب‌تر از فرانتس کافکا احساس گناه اگزیستانسیال را شرح نداده است. امتناع فرد از اعتراف به گناه اگزیستانسیال خویش و رویاروی شدن با آن، موضوع رایج آثار کافکاست. محاکمه این طور آغاز می‌شود: «کسی باید به یوزف ک. تهمتی زده باشد، زیرا در یک صبح زیبا، بی‌آنکه گناهی مرتکب شده باشد، بازداشت شد.» از یوزف ک. می‌خواهند اعتراف کند ولی او تأکید می‌کند «من کاملاً بی‌گناهم.» تمامی رمان شرح تلاش‌های یوزف ک. برای رهایی از دادگاه است. او از هر منبع قابل تصوری کمک می‌جوید ولی فایده‌ای ندارد زیرا با یک محکمه‌ی قضایی رسمی معمولی مواجه نیست. خواننده کم‌کم متوجه می‌شود یوزف ک. با دادگاهی درونی روبه‌روست، محکمه‌ای واقع در اعماق نهانی وجودش.(۱۲۸) یولیوس هوشر[1]

1. Julius Heuscher

توجه ما را به آلودگی‌های فیزیکی دادگاه با مواد غریزی اولیه جلب می‌کند: برای مثال،کتاب‌های پورنوگرافیک بر میز قضات پراکنده‌اند؛ دادگاه در اتاق زیرشیروانی کثیف و دودزده‌ی منزلی در یک محله‌ی فقیرنشین واقع است.(۱۲۹)

وقتی یوزف ک. وارد یک کلیسا می‌شود، مورد خطاب کشیشی قرار می‌گیرد که می‌کوشد با واداشتن او به درون‌نگری و توجه در گناهان خویش، به او کمک کند. یوزف ک. پاسخ می‌دهد همه‌چیز ناشی از یک سوء تفاهم است و بعد این طور توجیه می‌کند که: «اگر این‌طور باشد، پس هر آدمیزادی را می‌توان گناهکار دانست؟ ما همه انسان‌های ساده‌ای شبیه به هم هستیم.» کشیش این گونه متهمش می‌کند که «همه‌ی گناهکاران همین را می‌گویند.» و بار دیگر اندرزش می‌دهد به‌جای آنکه بکوشد گناه خویش را در گناه جمعی و همگانی حل کند، به درون بنگرد. وقتی یوزف ک. قدم بعدی‌اش را توصیف می‌کند («می‌خواهم کمک بیشتری بگیرم»)، کشیش خشمگین می‌شود: «تو بیش از اندازه بر کمک بیرونی حساب می‌کنی.» در نهایت، کشیش از میز خطابه‌اش فریاد برمی‌آورَد که: «نمی‌توانی یک قدم جلوتر از خودت را ببینی؟»

بعد یوزف ک. امید می‌بندد که راه احتراز از دادگاه را از کشیش بیاموزد، «گونه‌ای زندگی که کاملاً خارج از حوزه‌ی قضایی دادگاه باشد»، و منظورش شیوه‌ای از زندگی‌ست که خارج از قلمروی وجدان خودش باشد. به‌عبارت دیگر یوزف ک. می‌پرسد آیا ممکن است فرد هرگز با احساس گناه اگزیستانسیال مواجه نشود؟ کشیش پاسخ می‌دهد که امیدِ فرار «خیال باطل»ی بیش نیست و حکایتی از «نوشته‌هایی که پیش‌درآمد قانونند» برایش می‌گوید که به توصیف «همین خیال باطل» می‌پردازد. این حکایت قصه‌ی کرخت‌کننده‌ی مرد و دربان است. مردی روستایی التماس می‌کند به دادگاه راه یابد. دربانِ یکی از بی‌شمار درهای دادگاه به پیشبازش می‌رود و اعلام می‌کند فعلاً نمی‌تواند داخل شود. وقتی مرد می‌کوشد از دروازه بگذرد، دربان به او هشدار می‌دهد: «سعی‌ات را بکن که بدون اجازه‌ی من داخل شوی. ولی دقت کن که من زورمندم. در هر راهرویی دربانی بر دری ایستاده که از دربان قبلی زورمندتر است و زور من به دربان سومی هم نمی‌رسد.»

مرد التماس‌کننده به این نتیجه می‌رسد که بهتر است صبر کند تا اجازه‌ی دخول بیابد. روزها، هفته‌ها و سال‌ها منتظر می‌ماند. همه‌ی زندگی‌اش را به انتظار در پشت

آن در می‌گذرانَد. پیر می‌شود؛ چشمش ضعیف می‌شود و هنگامی که درازکش رو به مرگ است، آخرین سؤالش را از دربان می‌کند، سؤالی که پیش از آن نپرسیده بود: همه می‌کوشند به دادگاه برسند. پس چطور است که در تمامی این سال‌ها کسی جز من درخواست حضور در دادگاه را نکرده است؟» دربان در گوش مرد نعره می‌زند. (چون شنوایی‌اش هم کم شده بود) که: «کسی جز تو نمی‌توانست از این در وارد شود، چون این در برای تو تعبیه شده است. حالا می‌خواهم ببندمش.»

یوزف ک. معنای حکایت را درنمی‌یابد؛ و حقیقتاً تا پایان کار و زمانی که «مثل یک سگ» می‌میرد، به جست‌وجویش برای یاری جستن از نیروهای خارجی ادامه می‌دهد. (۱۳۰) کافکا در یادداشت‌های روزانه‌اش می‌نویسد خود نیز در ابتدا اهمیت حکایت را درنیافته است.(۱۳۱) آن طور که بوبر اشاره می‌کند(۱۳۲)، کافکا بعدها به اهمیت حکایت در یادداشت‌هایش اشاره می‌کند: «اعتراف به گناه، اعتراف بی‌قیدوشرط به گناه، دروازه را با جهشی می‌گشاید. از درون خانه‌ی دنیا که بازتاب کدرش پشت دیوارها پهن شده، نمایان می‌شود.» مرد روستایی کافکا گناهکار است، نه فقط به این دلیل که زندگی‌اش را نزیسته یا برای ورود منتظر اجازه‌ی دیگری شده یا زندگی‌اش را تصرف نکرده یا از دری که تنها برای او تعبیه شده، نگذشته، بلکه نیز به این دلیل که گناهش را نپذیرفته و آن را به‌عنوان راهنما در سرزمین درونی‌اش به‌کار نگرفته و بی‌قیدوشرط اعتراف نکرده، همان کاری که دروازه را «با جهشی می‌گشاید.»

درباره‌ی زندگی یوزف ک. پیش از اعلام گناهکار بودنش چیز زیادی نمی‌دانیم و در نتیجه نمی‌توانیم دلایل احساس گناه اگزیستانسیالش را با دقت مشخص کنیم. با این حال، هوشر در گزارشی روشنگر، موردی را که می‌تواند نماینده‌ی یوزف ک. باشد، معرفی می‌کند: یک بیمار به‌نام آقای ت. خطاهایی علیه خود انجام داده که به‌وضوح آشکار است:

> آقای ت. به این دلیل برای مشاوره نزد من آمد که نمی‌توانست چیزی فرو دهد. هفته‌ها بود که به چند جرعه نوشیدنی بسنده کرده و نزدیک به بیست کیلوگرم لاغر شده بود. پیش از آغاز بیماری اوقاتش یا در کارخانه (جایی که کار برایش جالب ولی بسیار مشخص و تعریف‌شده بود) می‌گذشت یا در خانه

با همسری باهوش ولی روان‌نژند، الکلی و مبتلا به افسردگی مزمن که هرگونه ارتباط اجتماعی و تفریح را غیرممکن کرده بود. روابط جنسی‌شان سال‌ها پیش با رضایت طرفین متوقف شده بود و فعالیت‌های خانگی‌اش عبارت بود از مطالعه، مشاهده‌ی تلویزیون، گفت‌وگویی سرد و بی‌عاطفه با همسر هنگامی که مست نبود و ملاقات گهگاهی یکی از اقوام دور. با اینکه فردی دوست‌داشتنی و خوش‌صحبت بود، دوست صمیمی نداشت، گرچه در آرزوی داشتن یک دوست به‌سر می‌بُرد، برای شروع برخی فعالیت‌های اجتماعی که همسرش را شامل نمی‌شد، هیچ اقدامی نمی‌کرد. به این دنیای خشک و محدود چسبیده بود و از توصیه‌های درمانگر در جهت تحقق فلان استعداد و پی‌گیری فلان گزینه با زرنگی طفره می‌رفت.(۱۳۳)

با اینکه علائم آقای ت. بهبود یافت، دو سال درمان هیچ تغییری در سبک کلی زندگی‌اش ایجاد نکرد. آقای ت. مانند یوزف ک. به خود گوش نداد و در طول درمان، عمداً از بررسی عمیق زندگی‌اش پرهیز کرد. با این حال بر ادامه‌ی درمان اصرار داشت و درمانگر پافشاری او را نشانه‌ای از وجود حسی نهفته دانست مبنی بر اینکه می‌تواند زندگی غنی‌تری داشته باشد.

یک روز آقای ت. رؤیایی دید که وضوحش درمانگر را شگفت‌زده کرد. با اینکه بیمار کافکا نخوانده بود، رؤیایش شباهت فراوانی به محاکمه داشت که مانند بسیاری از آثار کافکا، ریشه در یک رؤیا داشته است. رؤیا طولانی‌تر از آن است که در اینجا به طور کامل تکرار شود، ولی این گونه آغاز می‌شود:

پلیس مرا دستگیر کرده و به پاسگاه برده بود. به من نمی‌گفتند برای چه دستگیر شده‌ام ولی به‌طور نامفهوم به چیزی مثل «بزهکاری» اشاره می‌کردند و از من می‌خواستند گناهم را بپذیرم. وقتی حاضر نشدم این کار را بکنم، تهدید کردند که به یک جنایت متهمم می‌کنند. بی‌معطلی و با عصبانیت گفتم «هر اتهامی که می‌خواهید برایم بنویسید!» در نتیجه‌ی این کار مجرم شناخته شدم و مرا به یک مرکز بازپروری بردند که به گفته‌ی یکی از پلیس‌ها زندانی برای «جنایات غیرخشن» بود. اول کار وقتی ازم خواستند جرمم را بپذیرم، احساس ترس و سراسیمگی کردم؛ احساس

بعدی‌ام خشم و بهت بود. بالاخره هم نفهمیدم برای چه محکوم شدم ولی افسری که دستگیرم کرد گفت احمقانه است که گناهت را نپذیری، چون بزهکاری شش ماه محکومیت دارد، در حالی که جنایت دست‌کم پنج سال برایم آب می‌خورد. من به پنج تا سی سال محکوم شدم!(۱۳٤)

آقای ت. و یوزف ک. هردو به دلیل گناه اگزیستانسیال به دادگاه احضار شده بودند و هردو تصمیم گرفتند با برداشت سنتی‌ای که از معنای گناه داشتند، از حضور در دادگاه خودداری کنند. هردو اعلام کردند بی‌گناهند. آخر هیچ‌کدام جنایتی مرتکب نشده بودند. آن‌ها استدلال می‌کردند که «حتماً اشتباه شده» و هریک کوشیدند صاحبان قدرت بیرونی را متقاعد کنند که قربانی بی‌عدالتی شده‌اند. ولی گناه اگزیستانسیال نتیجه‌ی ارتکاب عملی مجرمانه‌ای نیست. درست برعکس! گناه اگزیستانسیال (با تمام اسامی گوناگونش مانند «خودخوارنگری»، «پشیمانی»، «افسوس» و مثل این‌ها) از قصور و غفلت ناشی می‌شود. یوزف ک. و آقای ت. هردو به دلیل کارهایی که در زندگی خویش نکرده‌اند، گناهکارند.

تجربیات یوزف ک. و آقای ت. معانی غنی و باارزشی برای روان‌درمانگر دارند. «احساس گناه» حالت شخصی ناخوشایندی‌ست که به‌صورت «بدی اضطراب‌آمیز» تجربه می‌شود. با این حال، معانی مختلفی برای گناه ذهنی موجود است. درمانگر باید به بیمار کمک کند میان گناه واقعی، گناه روان‌نژندانه و گناه اگزیستانسیال تمایز قائل شود. احساس گناه اگزیستانسیال، یک حالت عاطفی ناخوشایند و علامتی‌ست که باید روی آن کار کرد تا از بین برود؛ درمانگر باید آن را به‌مثابه ندایی درونی بداند که اگر به آن گوش فراداده شود، می‌تواند راهنمای تحقق آرزوهای فردی باشد. کسی که مانند یوزف ک. یا آقای ت. با احساس گناه اگزیستانسیال دست‌به‌گریبان است، علیه سرنوشت خویش مرتکب گناه می‌شود. قربانی خودِ بالقوه‌ی فرد است. نجات در صورتی ممکن است که فرد خود را در رسالت انسان بودن که به‌قول کیرکگور همان «اراده‌ی خود شدن»(۱۳۵) است، غوطه‌ور کند.

فصل هفتم

خواستن

مسئولیت، خواستن و عمل

یک ضرب‌المثل ژاپنی می‌گوید: «دانستن و عمل نکردن، با ندانستن یکی‌ست.» آگاهی از مسئولیت به‌خودی‌خود معادل تغییر نیست؛ بلکه نخستین گامی‌ست که در فرایند تغییر برداشته می‌شود. وقتی در فصل قبل گفتم بیماری که از مسئولیت آگاه می‌شود، به دالان تغییر و تحول قدم می‌گذارد، به همین مسئله اشاره داشتم. این فصل به باقی این سیروسیاحت می‌پردازد: گذر از آگاهی به عمل.

برای اینکه فرد متحول شود، ابتدا باید مسئولیت بپذیرد: باید خود را به انجام یک عمل متعهد کند. واژه‌ی «مسئولیت یا پاسخ‌گویی responsibility» خود به توانایی اشاره دارد: «پاسخ response» + «توانایی ability» که به معنای توانایی پاسخ‌گویی است. تحول هدف روان‌درمانی‌ست. و تحولِ درمانی باید خود را در عمل نشان دهد، نه در دانستن، قصد کردن یا خیال‌پردازی.

این مطلب به‌ظاهر بسیار واضح و مبرهن است؛ با این حال، رشته‌ی روان‌درمانی به‌طور قراردادی و سنتی، این واقعیت آشکار را مبهم و نامشهود نگه داشته است. روانکاوان اولیه چنان به یکی بودن خودشناسی و تغییر معتقد بودند

که رسیدن به شناخت را نقطه‌ی پایان درمان می‌دیدند. اگر تغییر اتفاق نمی‌افتاد، این طور نتیجه‌گیری می‌شد که بیمار به بینش کافی دست نیافته است. آلن ویلیس[1] در مقاله‌ی معروفی که در سال ۱۹۵۰ در یک مجله‌ی معتبر روانپزشکی چاپ شد، ضروری دیده به روان‌درمانگران یادآوری کند: «درمان فقط تا آنجا به تغییر شخصیت منجر می‌شود که بیمار را به اتخاذ شیوه‌ی نوینی در رفتار رهنمون کند. تحول واقعی در غیاب عمل، از لحاظ نظری و عملی ناممکن است.»(۱)

عمل از دیدگاه روان‌درمانی یعنی چه؟ آیا اندیشیدن هم عمل است؟ آخر برای اندیشیدن هم انرژی صرف می‌شود. ویلیس معتقد است اگر تفکر را وارد گستره‌ی معنایی عمل کنیم، عمل را از معنای خود تهی ساخته‌ایم. اندیشه، به‌خودی‌خود، پیامد بیرونی ندارد، گرچه می‌تواند پیش‌درآمد لازم و ضروری عمل باشد: برای مثال فرد ممکن است برای انجام عمل تصمیم بگیرد، آن را شرح دهد و عزمش را جزم کند. عمل، فرد را به فراتر از خویش دعوت می‌کند؛ تعامل با محیط فیزیکی یا دنیای بین‌فردی پیرامون فرد را هم شامل می‌شود. عمل مستلزم حرکتی بزرگ یا قابل مشاهده نیست. جنبشی کوچک یا نگاهی گذرا به دیگری می‌تواند عملی بااهمیت باشد. عمل دو رویه دارد: رویه‌ی مقابلش فقدان عمل است ــ مثل طبق عادت عمل نکردن، پرخوری نکردن، ریشخند نکردن دیگران، فریب ندادن ــ که خود حقیقتاً عملی مهم است.

درمانگر باید در پی عمل باشد. شاید وانمود کند در پی اهداف دیگری ــ بینش، خودشکوفایی، آرامش ــ است، ولی در تحلیل نهایی، تغییر (به معنای عمل) چیزی‌ست که هر درمانگری نهانی در جست‌وجوی آن است. مشکل اینجاست که در هیچ‌یک از بخش‌های آموزش درمانگری، چیزی درباره‌ی فوت‌وفن عمل یاد نمی‌دهند: در عوض او را در زمینه‌ی گرفتن تاریخچه‌ی بیماری، تعبیر و ارتباط آموزش می‌دهند و این اعتقاد ماندگار را در او به‌وجود می‌آورند که پی‌گیری این فعالیت‌ها در نهایت به تغییر منجر می‌شود.

---

1. Allen Wheelis

ولی اگر این اعتقاد نادرست باشد، چه؟ در این صورت درمانگر سرگردان می‌ماند. و می‌کوشد بینش و درون‌نگری بیشتری در بیمار پدید آورَد؛ روانکاوی و درمان سه، چهار یا پنج سال به طول می‌انجامد. در واقع، بعضی دوره‌های روانکاوی به هفت یا هشت سال هم می‌کشد. دوره‌ی دوم روانکاوی چنان رایج شده که دیگر وجه نمایز محسوب نمی‌شود. درمانگر فراموش می‌کند تغییر چگونه اتفاق می‌افتد، فقط امیدوار است به‌دنبال فرایند خستگی متقابل ــ اصطلاح به‌جا و شایسته‌ی ویلیس(۲) ــ ساختار روان‌نژندانه‌ی بیمار از هم بپاشد.

ولی اگر باز هم تغییری اتفاق نیفتاد، چه؟ صبر درمانگر لبریز می‌شود و به جای آنکه ــ مطابق آموزشی که دیده ــ نگاهی گذرا و پنهانی به اراده و عمل بیندازد، مستقیم به‌آن‌ها چشم می‌دوزد. به‌قول ویلیس:

> ... درمانگر خود را در حالی می‌یابد که آرزو می‌کند کاش بیمار «تلاش» بیشتر، «عزم» راسخ‌تر و رغبت بیشتری داشت تا «کار را به بهترین وجه به انجام برساند.» این آرزو اغلب به شکل اظهار نظرهایی خطاب به بیمار به‌زبان می‌آید: «آدم باید به‌خودش کمک کند»؛ «هیچ چیز باارزشی بدون تلاش به‌دست نمی‌آید»؛ «باید تلاش کنی». این مداخلات به‌ندرت در گزارش‌های درمانی منعکس می‌شوند، زیرا به نظر می‌رسد نه شکوه و هیبتی دارند و نه به اندازه‌ی تعبیرها تأثیرگذارند. یک روانکاو معمولاً نسبت به متوسل شدن به اراده حس خوبی ندارد، درست انگار از چیزی استفاده کند که به آن اعتقاد ندارد، انگار اگر مهارت بیشتری در روانکاوی به‌خرج می‌داد، مجبور نمی‌شد از آن استفاده کند.(۳)

«باید تلاش کنی.» «آدم باید به خودش کمک کند!» ویلیس می‌گوید این گونه مداخلات به‌ندرت گزارش می‌شوند. در واقع، اصلاً گزارش نمی‌شوند. کاملاً «گزارش‌نشده» می‌مانند. با وجود این، بسیار رایجند، هر درمانگری به آن‌ها می‌اندیشد و به شیوه‌های گوناگون به بیمار منتقلشان می‌کند.

ولی وقتی درمانگران با صدایی آهسته می‌گویند «باید بیشتر تلاش کنی» یا «آدم باید سعی کند»، با چه کسی سخن می‌گویند؟ مشکلی که بیشتر درمانگران با آن

مواجهند این است که در مدل تحلیلی (یا رفتاری) ذهن، ساختار روانی خاصی که بتوان چنین درخواستی از آن کرد، وجود ندارد. همان‌طور که در فصل ۲ اشاره کردم، مدل فرویدی ذهن بر اصول هلمهولتزی بنا شده که مدلی‌ست جبری و مخالف با زیست‌گرایی که بر اساس آن انسان به‌وسیله‌ی «نیروهای فیزیکی-شیمیاییِ قابل تبدیل به نیروی جاذبه و رانش»(٤) به فعالیت واداشته و کنترل می‌شود. فروید سرسختانه بر این مطلب پای می‌فشرد. او گفته است: «بشر به‌دست ناخودآگاه زیسته می‌شود... اعتقاد ریشه‌دار به آزادی و انتخاب، مطلقاً غیرعلمی‌ست و باید دوباره و بر اساس جبری که بر زندگی روانی حکمفرماست، تعلیم داده شود.»(٥) به‌قول مِی، انسان فروید «با چیزی غیر از سائق به جلو رانده نمی‌شود.»(٦) رفتار تنها یک حامل و نتیجه‌ی تأثیر متقابل نیروهای درونی‌ست. ولی اگر این دیدگاه درست باشد، اگر همه‌ی فعالیت‌های روانی و جسمانی انسان، جبری و ازپیش‌تعیین‌شده باشد، اگر رانش‌گری وجود نداشته باشد، در آن صورت، چه کسی یا چه چیزی می‌تواند «بیشتر تلاش کند» یا «عزم راسخ» یا «شجاعت»ی از خود نشان دهد؟

درمانگری که در کار بالینی دیدگاه جبریِ «علمی» را اتخاذ می‌کند، خیلی زود با یک مشکل جدی مواجه می‌شود: در مدلی که انسان به چنین اجزای درهم‌تنیده ولی متعارضی مانند ایگو [من]، سوپرایگو [فرامن] و اید [سائق‌های غریزی] تقسیم می‌شود، جایگاه غایی مسئولیت کجاست؟ این مطلب به‌روشنی در گفته‌ی استاد راهنمایم که در آغاز بخش دوم به آن اشاره کردم، آمده است: «هدف روان‌درمانی این است که بیمار را به مرحله‌ای برسانی که بتواند آزادانه انتخاب کند.» ولی آن نیرو یا عامل انتخاب‌کننده در کجای مدل جبری قرار می‌گیرد؟ تعجبی ندارد در پنجاه جلسه‌ای که با هم داشتیم، هرگز مفصلاً به «هدف روان‌درمانی» نپرداخت!

فروید هرگز تضاد میان مدل جبری و جدوجهد درمانی‌اش را برطرف نکرد؛ و در کتاب ایگو و اید که در شصت‌وهفت‌سالگی نوشت، اشاره کرد وظیفه‌ی درمانگر این است که: «آزادی انتخاب راه را به ایگوی بیمار بدهد.»(٧) این جمله که بارها از او نقل قول شده، بهترین شاهد بر این مدعاست که خود فروید مدل جبری انسان را نپذیرفته است. با اینکه تفکر تحلیلی سنتی، رفتار انسان را کاملاً جبری می‌بیند و با اینکه روان آدمی را به اجزای متعارض (ایگو، سوپرایگو و اید یا نیمه‌خودآگاه،

ناخودآگاه و خودآگاه) تقسیم می‌کند، باز هم مجبور است اصلی غیرجبری را در خود بپذیرد. تحلیلگران امروزی ایگو که مفهوم «ایگوی خودمختار» را پیشنهاد می‌دهند، همچنان سؤال اصلی را نادیده می‌گیرند. مانند این است که کوتوله‌ای واجد انتخاب آزاد را در یکی از اجزای قبلی گنجانده باشند. البته که کاملاً بی‌معنا خواهد بود، زیرا به‌قول می: «جزء چگونه می‌تواند آزاد باشد وقتی کل آزاد نیست؟»(۸)

بعضی درمانگران این گونه با این معضل کنار می‌آیند که گرچه انسان‌ها احساس ذهنی و درونی آزادی و انتخاب را تجربه می‌کنند (و درمانگر می‌کوشد آن را تقویت کند)، با وجود این، کل ماجرا خیالی باطل است و به اندازه‌ی سایر حالات ذهنی، جبری. این دقیقاً همان بحثی‌ست که به‌وسیله‌ی خردگرایانی چون تامس هابز[1] و اسپینوزا مطرح شد. هابز حس آزادی انسان را توهم خودآگاهی می‌نامد. «اگر فرفره‌ای چوبی که نخش در دست بچه‌هاست ... و گاه می‌چرخد و گاه به ساق پای مردم می‌خورد، حرکات خود را حس می‌کرد، حتماً فکر می‌کرد که با اراده‌ی خود به جلو رانده می‌شود.»(۹) اسپینوزا هم گفته یک سنگ خودآگاه و دارای احساس که به‌وسیله‌ی نیرویی خارجی (ناشناخته) به حرکت درمی‌آید، «باور می‌کند کاملاً آزاد است و می‌اندیشد تنها به میل و اراده‌ی خود به حرکت ادامه خواهد داد.»(۱۰) با این حال، روان‌درمانگرانی که معتقدند آزادی، حالتی ذهنی و توهمی‌ست، خود را به مخمصه می‌اندازند: وقتی می‌گویند روان‌درمانی زمانی موفق است که بیمار احساس کند توانایی بیشتری برای انتخاب‌کردن دارد، در واقع اعلام می‌کنند که هدف درمان، ایجاد (یا رواج) یک خیال باطل است. همان‌طور که می اشاره می‌کند این دیدگاه نسبت به فرایند درمان کاملاً با ارزش‌های اساسی و زیربنایی روان‌درمانی یعنی جست‌وجوی حقیقت و خودآگاهی مغایر است.(۱۱)

مدل تحلیلی روان، چیزی حیاتی را که یکی از ساختارهای مهم روانشناختی‌ست و نقشی محوری را در هر دوره‌ی روان‌درمانی بر عهده دارد، از قلم می‌اندازد. پیش از آنکه به این ساختار بپردازم، اجازه دهید ویژگی‌ها و کارکردها را با یکدیگر مرور کنیم. این عامل ذهنی و روانی‌ست که آگاهی و دانش را به عمل بدل می‌کند و

---

1. Thomas Hobbes

پلی‌ست میان آرزو و عمل. این وضعیت ذهنی و روانی‌ست که مقدم بر عمل است (ارسطو).(۱۲) همان‌طور که حافظه، ابزار دستیابی به گذشته است، عامل روانی «ابزار دستیابی به آینده» است (آرِنت).(۱۳) نیرویی‌ست که به‌خودی‌خود زنجیره‌ای متوالی را می‌آغازد (کانت).(۱٤) جایگاه تصمیم‌گیری و «عامل درونی مسئول حرکت» است (فاربر).(۱۵) عامل تعیین‌کننده در تبدیل تعادل به فرایند تغییر است... . کنشی‌ست واسط میان بینش و عمل و به‌شکل کوشش یا اراده تجربه می‌شود (ویلیس).(۱٦) همان مسئولیت‌پذیری‌ست که در مقابل آگاهی از مسئولیت قرار می‌گیرد. همان بخش از ساختار روانی‌ست که «ظرفیت ایجاد گزینه‌های ابزاری» را داراست (آری‌یتی)(۱۷). نیرویی‌ست متشکل از قدرت و آرزو؛ همان «عامل تلاش»(۱۸)، و «محرک اصلی عمل»(۱۹) است.

ما این ساختار روانشناختی را «اراده» لقب می‌دهیم و کارکردش را «خواستن یا اراده کردن». صادقانه بگویم باید اصطلاح مناسب‌تری را انتخاب می‌کردم، اصطلاحی ساده‌تر و کمتر بحث‌برانگیز، اصطلاحی که با دو هزار سال جدل فلسفی و یزدان‌شناختی درآمیخته نباشد. واژه‌ی «اراده» این ایراد را دارد که تعاریف متعدد و اغلب متضادی دارد. برای مثال، شوپنهاور در اثر اصلی‌اش، جهان به‌مثابه اراده و بازنمایی، اراده را نیروی زندگی می‌داند: «نیرویی بی‌منطق، قدرت کورکورانه‌ی پیکار که بی‌هدف و بی‌برنامه عمل می‌کند»؛(۲۰) در حالی که نیچه در اراده‌ی معطوف به قدرت، خواستن را معادل قدرت و فرمان دادن می‌داند: «اراده همان چیرگی‌ست؛ اندیشه‌ی فرمان‌دهنده در ذات اراده نهفته است.»(۲۱)

این تضاد در اصل ریشه در این واقعیت دارد که اراده در ارتباط تنگاتنگ با آزادی‌ست؛ زیرا صحبت از اراده‌ای غیرآزاد بی‌معناست، مگر آنکه مانند هابز و اسپینوزا معنای اراده را تغییر دهیم و آن را به‌جای جایگاه واقعی خواست و تصمیم، خیالی باطل بدانیم. اراده‌ی آزاد در طول تاریخ همواره مهار شده تا از دیدگاه جهانی حاکم تخطی نکند. گرچه تضاد مربوط به اراده‌ی آزاد بی‌وقفه ادامه یافته، مفهوم مقابلش در طول سده‌ها تغییر کرده است. فیلسوفان یونانی اصطلاحی برای «اراده‌ی آزاد» نداشتند؛ این مفهوم با اعتقاد رایج به بازگشت ابدی همخوانی نداشت، اعتقادی که به‌قول ارسطو می‌گوید: «به‌هستی‌درآمدن ضرورتاً به‌معنای از پیش وجود داشتن چیزی به‌صورت بالقوه و نه

واقعی‌ست.»(۲۲) سرنوشت‌باوران رواقی که معتقد بودند هرچه هست یا خواهد بود «پیش از این هم بوده»، وجود اراده‌ی آزاد در انسان را نمی‌پذیرفتند. یزدان‌شناسی مسیحی نتوانست اعتقاد به مشیت خدایی عالِم و قادری مطلق را با دعوی اراده‌ی آزاد آشتی دهد. بعدها اراده‌ی آزاد با مثبت‌گرایی علمی و اعتقاد آیزاک نیوتن و پی‌یر لاپلاس به جهانی قابل توضیح و قابل پیش‌بینی تضاد پیدا کرد. پس از آن، ایده‌ی هگلیِ تاریخ به‌مثابه پیشرفت ناگزیر روح جهان در مقام تضاد با ایدئولوژی اراده‌ی آزاد برآمد که ماهیتاً ناگزیری را رد می‌کرد و می‌گفت همه‌ی آنچه اتفاق افتاده یا می‌افتد، می‌توانست نباشد. و بالاخره، اراده‌ی آزاد در تضاد با همه‌ی نظام‌هایی‌ست که جبرگرایی را در اصول اقتصادی، رفتاری یا روانکاوی مبنا قرار می‌دهند.

اصطلاح «اراده» مشکلی را پیش روی روان‌درمانگر می‌گستراند. این اصطلاح مدت‌هاست از قاموس درمان حذف شده و پذیرش دوباره‌ی آن برای درمانگر مشکل‌آفرین است، انگار آشنایی قدیمی و بی‌رنگ‌ورو از تبعید بازگشته است. به‌علاوه، شاید درمانگر مطمئن نیست واقعاً می‌خواهد آن را بشناسد یا نه. «انگیزه» سال‌هاست که جانشین «اراده» شده و درمانگران آموخته‌اند اعمال فرد را بر اساس انگیزه‌هایش توضیح دهند. بنابراین، رفتاری مانند پارانویا به‌وسیله‌ی انگیزه‌ی تکانه‌های ناخودآگاه هم‌جنس‌گرایانه «تعریف» (یا علت‌یابی) می‌شود؛ عورت‌نمایی جنسی به‌وسیله‌ی اضطراب ناخودآگاه اختگی «تعریف» می‌شود. با وجود این، توضیح رفتار بر اساس انگیزه، به‌معنای برداشتن مسئولیت نهایی اعمال فرد از دوش اوست. انگیزه می‌تواند اراده را تحت تأثیر قرار دهد ولی نمی‌تواند جایگزین آن شود؛ به‌رغم انگیزه‌های گوناگون، فرد باز این گزینه را دارد که به شیوه‌ای خاص رفتار کند یا نکند.

با وجود همه‌ی این مشکلات، هیچ اصطلاحی غیر از «اراده» به‌کار ما نمی‌آید. تعاریف اراده که پیش از این به آن‌ها اشاره کردم («عامل تلاش»، «عامل مسئول حرکت»، «محرک اصلی عمل»، «جایگاه تصمیم‌گیری») به‌طرز حیرت‌انگیزی برای ساختار روانشناختی‌ای که مورد استفاده‌ی روان‌درمانگر است، توصیفی‌ست. بسیاری به بار معنایی غنی واژه‌ی «اراده یا خواست[1]» توجه کرده‌اند.(۲۳) وقتی می‌گوییم «من

1. will

فلان کار را خواهم کرد»، عزم راسخ و تعهد و مسئولیت را به ذهن متبادر می‌کند. «خواستن» در جایگاه فعل هم معنای تصمیم داشتن را می‌رساند. به‌عنوان فعل کمکی بیانگر زمان آینده است. وصیت‌نامه[1] نیز آخرین تلاش فرد است برای جهش به آینده. عبارت فصیح «ابزار دستیابی به آینده»ی هنا آرِنت، معانی بسیار مهمی برای درمانگر دارد، زیرا زمان آینده، تنها زمان مناسب برای تغییر و تحول ناشی از روان‌درمانی‌ست. حافظه («ابزار دستیابی به گذشته») به اُبژه‌ها (مسائل عینی) وابسته است؛ اراده به پروژه‌ها (طرح‌های آتی) می‌پردازد؛ و روان‌درمانی باید (آن طور که من امیدوارم اثبات کنم) علاوه بر رابطه با اُبژه، بر طرح روابط آتی بیمار هم تمرکز کند.

درمانگر و مسئله‌ی اراده

اگر اراده «عامل مسئول حرکت» است (و من معتقدم این تعریف بسیار کارآمدی برای «اراده» است)، و اگر درمان نیازمند حرکت و تغییر است، در این صورت، درمانگر بدون در نظر گرفتن چارچوب داوری‌اش باید بکوشد اراده را تحت تأثیر قرار دهد.

به فصل قبل که به مسئولیت می‌پرداخت، بازگردیم: وقتی درمانگر موفق می‌شود این آگاهی را در بیمار به‌وجود آورَد که هر فرد مسئول اولیه‌ی گرفتاری‌های ناگوار زندگی خویش است، چه اتفاقی می‌افتد؟ ساده‌ترین رویکرد درمانی در دسترس درمانگر، شکل موعظه و پند دارد: «تو مسئول اتفاقاتی هستی که در زندگی‌ات می‌افتد. همان‌طور که خودت می‌دانی، این رفتار توست که تو را به این روز درآورده. در راستای بهترین علاقه‌ها و تمایلاتت نیست. چیزی نیست که برای خودت می‌خواهی. لعنتی، تغییر کن!»

این توقع بی‌رهنمود که فرد در نتیجه‌ی این رویکرد تغییر کند، مستقیماً ریشه در این باور اخلاقی فلسفی دارد که اگر فرد از آنچه خوب و پسندیده است، حقیقتاً (یعنی با عمیق‌ترین ادراک و بهترین تمایلات) آگاه شود، مطابق آن عمل خواهد کرد. («انسان تا زمانی که ارادی عمل کند، مطابق خوبی‌ها و نیکویی‌های متصورش عمل می‌کند.» [آکوئیناس]) گاهی اوقات ــ به‌ندرت ــ این رویکرد موعظه‌وار مؤثر واقع

---

1. last will and testament

می‌شود. افرادی که در نتیجه‌ی روان‌درمانی فردی کوتاه‌مدت یا خصوصاً گروه‌درمانی کوتاه‌مدت تجربی (که عموماً بر آگاهی از مسئولیت متمرکز است) دستخوش تغییر می‌شوند، اغلب به‌دلیل همین دادخواهی از اراده‌ی آگاه تغییر می‌کنند.

با این حال، همان‌طور که توضیح خواهم داد، «قدرت اراده» فقط نخستین و سطحی‌ترین لایه است و لایه‌ی نازکی از آن را «خواستن[1]» می‌سازد. آن طور که ویلیام جیمز گفته «خیزش آگاهانه، آهسته و بی‌لغزش اراده» فقط تغییرات مختصر پدید می‌آورَد.(۲٤) ناهنجاری روانی جاافتاده به‌راحتی با موعظه و نصیحت حل‌وفصل نمی‌شود؛ نیروی درمانی بیشتری لازم است. بعضی درمانگران می‌کوشند قدرت درمان را با تأکید بر مسئولیت انحصاری فرد افزایش دهند. درمانگر به بیمار کمک می‌کند درک کند نه‌تنها مسئول موقعیت خویش است، بلکه تنها مسئول این وضعیت نیز هست. پیامد منطقی چنین درکی این است که فرد تنها مسئول دگردیسی دنیایش نیز هست. به‌عبارت دیگر، کسی نمی‌تواند دنیای دیگری را برایش تغییر دهد. اگر کسی می‌خواهد تغییر کند، باید (فعالانه) متحول شود.

این توسل جستن به اراده ممکن است برانگیختگی یا جنبشی را پدید آورَد، ولی معمولاً برای حرکتی ادامه‌دار و پی‌گیر ناکافی‌ست و درمانگر پس از آن به کار درمانی طولانی و دشواری مبادرت می‌کند. با اینکه تدابیر، تمهیدات، سازوکارهای مدون و اهداف، به مکتب ایدئولوژیک درمانگر و سبک شخصی او وابسته است، من معتقدم درمان زمانی مؤثر واقع می‌شود که اراده‌ی بیمار را تحت تأثیر قرار دهد. درمانگر ممکن است آشکارا بر تعبیر و بینش، رویارویی بین‌فردی، ایجاد رابطه‌ای قابل اعتماد و بامحبت یا تحلیل رفتار ناساز بین‌فردی تمرکز کند، ولی هریک از این‌ها را می‌توان ماجراجویی‌هایی تأثیرگذار بر اراده دانست. (عمداً از واژه‌ی «تأثیر گذاشتن» به‌جای «آفریدن» یا «پدید آوردن» استفاده می‌کنم. درمانگر نه می‌تواند اراده را در بیمار بیافریند و نه قادر است آن را به بیمار القا کند یا در او آزاد کند.)

ولی هنوز سردرگمم. در کار بالینی خود، گاهی اراده را عامل مسئول حرکت در بیمار می‌دانم، مانند توربینی محصور و پنهان‌شده پشت لایه‌های ستبر فلزی. می‌دانم

---

1. willing

آن بخش حیاتی متحرک و جنبنده جایی در اعماق این ماشین جای دارد. سردرگم و حیران آن را دور می‌زنم. سعی می‌کنم از دور و با هشدار، سقلمه، ضربه، وردخوانی یا اجرای مناسکی که معتقدم مؤثر است، آن را تحت تأثیر قرار دهم. این مناسک نیازمند صبر بسیار و ایمانی کورکورانه است، در واقع، صبری بیش از آنچه در توان بسیاری درمانگران آزاداندیش معاصر است. آنچه نیازمند آنیم، رویکردی مدبرانه‌تر و منطقی‌تر نسبت به اراده است. در باقی این فصل، می‌کوشم اجزای توربین را پیاده کنم و به بررسی سازمان‌یافته‌ی اراده در شکل عریانش بپردازم و گام‌های جهشی در روان‌درمانی را از گام‌های آیینی، تشریفاتی و زینتی مجزا کنم.

از آنجا که مدت‌هاست اراده از ادبیات روانشناسی-روان‌درمانی کنار گذاشته شده، ابتدا باید نما و ابعاد اراده را در روانشناسی ترسیم کنم. بعد به بررسی مشاهدات بالینی موجود درباره‌ی اراده که سه روان‌درمانگر و نظریه‌پرداز برجسته ــ اوتو رنک، لزلی فاربر و رولو مِی ــ مطرح کرده‌اند، می‌پردازم و پس از آن، با رهنمودهای حاصل از بینش آنان، راهبُردها و اسلوب بالینی‌ای را مورد بحث قرار می‌دهم که در روان‌درمانیِ مؤثر بر اراده به‌کار می‌آید.

به‌سوی درک بالینی اراده: رنک، فاربر، مِی

اوتو رنک: اراده‌درمانی

بحث از اراده در کار بالینی باید تلاش‌های اوتو رنک را شامل شود، زیرا او بود که مفهوم اراده را به روان‌درمانی مدرن معرفی کرد. رنک در سال ۱۹۰۵ به‌عنوان یکی از نخستین دانشجویان فروید به او پیوست و تا سال ۱۹۲۹ که اختلاف نظرهای ایدئولوژیک، شکافی آشتی‌ناپذیر میان دو مرد انداخت، از نزدیک‌ترین دستیاران او باقی ماند. او روانکاو و انسان‌گرایی غیرمتخصص و آراسته به دانش و علائقی عمیق و وسیع بود که شدت هوشمندی‌اش، همراه با چشمانی برآمده و شعله‌ور، هم دانشجویان و هم بیماران را مبهوت می‌کرد. موقعیتش به‌عنوان ویراستار مهم‌ترین مجله‌ی روانکاوی و بنیان‌گزار و سرپرست انستیتوی قدرتمند روانکاوی وین، او را به چهره‌ای تأثیرگذار در پیشرفت دانش روانکاوی بدل کرد. ولی سرنوشت در

ایالات متحده، به دلیل ترجمه‌ی بسیار بد آثار عظیمش در روان‌درمانی که اکنون (خوشبختانه) نایاب شده‌اند، با رنک خوب تا نکرد. با اینکه در دانشکده‌ی مددکاری اجتماعی پنسیلوانیا، قطب فکری تأثیرگذاری به‌شمار می‌آمد، کسی از او صحبتی به‌میان نیاورد تا آنکه اخیراً صدای ارنست بکر[1] (۲۵) برخاست. بکر رنک را نابغه‌ای کشف‌نشده می‌داند؛ و زمانی که آثارش به‌خصوص کتاب‌های اراده‌درمانی و حقیقت و واقعیت(۲۶) را می‌خواندم، نَفَسم از پیش‌آگاهی و پیش‌دانی‌اش بند آمد.

نظام رفتاری و درمانی رنک بر مفهوم اراده پایه‌گذاری شده و بسیار غنی‌تر و پیچیده‌تر از آن است که در این فرصت تنگ، بتوان جز خلاصه‌ی کوتاهی از مطالب بالینی مرتبط با بحثمان را بازگو کرد. سرپیچی او از فروید به‌دلیل مخالفتش با همین جبرگرایی روانی بود. به‌رغم باور فروید مبنی بر اینکه رفتار، حاصل سائق‌های متضاد و نیروهای متقابل است، همان‌طور که پیش از این گفتم، یک کوتوله‌ی آزاد و دارای قدرت انتخاب، قاچاقی وارد ایگو می‌شود. رنک این کوتوله‌ی دارای کارآیی اجرایی را نقطه‌ی آغاز کارش قرار داد و نام «اراده» را بر آن نهاد. او مفهوم سائق‌های غریزی را حفظ کرد ولی آن‌ها را در اختیار و زیر سلطه‌ی اراده دانست: «من اراده را ساختاری رهنموددهنده و سازنده می‌دانم که هم سائق‌های غریزی را به‌شکلی خلاق مورد استفاده قرار می‌دهد و هم آن‌ها را مهار و کنترل می‌کند.»(۲۷) توجه رنک بیشتر به پیامدهای درمانی بود تا ساختن مدلی برای ذهن و باور داشت جبرگرایی روانی افراطی با روان‌درمانی مؤثر نمی‌خوانَد. رنک اصرار داشت وقتی درمان وقف آشکارسازی عوامل مؤثر بر بیمار (چه مربوط به تاریخچه و چه مرتبط با ناخودآگاه) شود، فقط به پرهیز بیمار از مسئولیت و کاستن از توانایی او برای عمل می‌انجامد: «اگر بر دانش بیمار بیفزاییم و از حجم ناخودآگاه بکاهیم ولی بهانه‌ی سهل و بی‌دردسری برای عدم پذیرش مسئولیت به دست او ندهیم، کار حیرت‌آوری کرده‌ایم.»(۲۸) رنک معتقد بود نظریه‌ی فروید، ناخودآگاه را تا سطح کارکردی ازمیان‌بَرَنده‌ی مسئولیت بالا بُرد، درست همان کارکردی که یک خدا در نظام‌های پیشین می‌توانست داشته باشد:

---

1. Ernest Becker

ناخودآگاه، همان‌طور که از معنای اصلی واژه‌اش پیداست، مفهومی [illegible] منفی‌ست و به چیزی اشاره دارد که این لحظه به آن آگاه نیستیم. در حالی که نظریه‌ی فروید آن را تا سطح قدرتمندترین عامل در زندگی روانی [illegible] است. اساس این کار هم نه تجربه‌ی روانشناختی، که ضرورت [illegible] زیرا به این ترتیب جایگزین مقبولی برای مفهوم خدا پیدا می‌شود که [illegible] مسئولیت بری می‌کند.(۲۹)

پیدایش اراده. رنک معتقد بود در سیر تکاملی فرد، اراده همراه با تکانه‌های [illegible] پدیدار می‌شود. شکل‌دهی به اراده تحت تأثیر شیوه‌ای‌ست که والدین برای آموزش چگونگی کنار آمدن با تکانه‌ها در پیش می‌گیرند. در ابتدا افراد پیرامون کودک، در درجه‌ی اول در پی محدود کردن زندگی تکانه‌ای کودکند تا او را با جامعه سازگار کنند. کودک با پیشدستی در حمله به این محدودیت‌های والدین پاسخ می‌دهد. «اراده یا به‌قول رنک «اراده‌ی منفی»(۳۰) از همین جاست. کم‌کم کودک شروع می‌کند به نظارت بر تکانه‌ها و تصمیم‌های خود، مثلاً به‌دلیل عشق به والدین، تکانه‌های تهاجمی‌اش را مهار می‌کند. پس کارکرد اراده از ابتدا با گرهی ناگسستنی به تکانه متصل شده است. رنک معتقد است زندگی عاطفی کودک نیز در ارتباط با تکانه تکامل می‌یابد. عواطف با تکانه‌ها متفاوتند: ما در پی آنیم که تکانه‌ها را بیرون بریزیم و تخلیه کنیم ولی دوست داریم عواطف را طولانی کنیم، کش بدهیم یا با منعی جلوی هرز رفتنشان را بگیریم. (اشاره‌ی رنک در اینجا به عواطف لذت‌بخش است ولی از عواطف ناخوشایند سخنی نمی‌گوید.) بنابراین «می‌توان گفت زندگی عاطفی با یک زندگی تکانه‌ای مهارشده سازگار و هماهنگ است.»(۳۱)

پس رنک زندگی عاطفی را بازتاب وارونه‌ی زندگی تکانه‌ای می‌داند در حالی که اراده مقوله‌ی اجرایی جداگانه‌ای‌ست که قدرتی معادل نظام تکانه‌ای دارد. اراده تکانه‌ای‌ست که مثبت و فعالانه برای خدمت به ایگو به‌کار گرفته می‌شود نه تکانه‌ی بازداشته‌شده، آن طور که مانع عاطفه می‌شویم.»(۳۲) بعدها رنک اراده را «تکانه‌ی ایگو»(۳۳) نامید. او می‌کوشید در مسیر نظریه‌ی فروید قرار نگیرد ولی نتوانست خود را از نظریه‌ی فرویدی سائق رها کند. رنک با ادامه‌ی استفاده از بخش‌بندی روانی

فروید برای خود مشکل آفرید: اراده، نیرویی دارای انتخاب آزاد، «تکانه‌ی ایگو» نامیده شد و این اصطلاح بیش از آنکه مسئله را روشن کند، ابهام پدید آورد.

رنک رابطه‌ی والد-کودک و در واقع تمامی فرایند همگون‌سازی[1] ــ و نیز همان‌طور که خواهیم دید رابطه‌ی درمانی ــ را ستیز میان اراده‌ها می‌دید و اصرار داشت والدین حساسیت ظریفی نسبت به این موضوع داشته باشند. اراده‌ی منفی را نباید سرکوب کرد، بلکه باید آن را به‌گونه‌ای پذیرفت که به اراده‌ی مثبت یا «آفریننده» تغییر شکل دهد.

او سایر مسائل عمده‌ی دوران کودکی را تابع ستیز بنیادین اراده دانست. «عقده‌ی ذیب اهمیت دیگری ندارد جز اینکه تعارض بزرگی ــ و نه اولین تعارض ــ است میان اراده‌ی فردِ در حال رشد و اراده‌ی اخلاقیاتی هزارساله که در والدین نمود یافته است.» با طعنه ادامه می‌دهد: «کودک باید مطیع آن شود، نه برای آنکه باید اجازه دهد پدرش زنده بماند یا برای آنکه با مادرش ازدواج نکند، بلکه به این دلیل که به‌طور کلی نباید تصور کند هر کاری بخواهد می‌تواند انجام دهد و بداند نباید بر اراده‌اش تکیه کند.»(۳٤)

رنک سه مرحله‌ی تکاملی برای اراده قائل است: (۱) اراده‌ی متضاد: مقابله با اراده‌ی دیگران، (۲) اراده‌ی مثبت: اراده‌ی آنچه باید اراده کند، (۳) اراده‌ی خلاق یا آفریننده: اراده‌ی آنچه می‌خواهد اراده کند. هدف از تربیت کودک (و نیز هدف درمان) تبدیل دو مرحله‌ی اول به اراده‌ی آفریننده است. به‌عقیده‌ی رنک «خطا»ی اصلی در تربیت کودک، سرکوب زندگی تکانه‌ای و اراده‌ی اولیه (اراده‌ی «متضاد» یا «منفی») است. اگر والدین به کودک بیاموزند بیان آزاد همه‌ی تکانه‌ها نامطلوب است و اراده‌ی متضاد از اساس بد است، دو پیامد منفی خواهد داشت: سرکوب تمامی زندگی عاطفی کودک و اراده‌ای رشدنایافته و خم‌شده زیر بار احساس گناه. در نتیجه کودک به بالغی بدل می‌شود که عواطفش را سرکوب می‌کند و هر کار ارادی را زننده و ممنوع به‌شمار می‌آورد. این دو پیامد بیشترین ارزش را برای درمانگری دارند که مدام در حال دیدن بیمارانی‌ست که قادر نیستند احساس کنند یا به دلیل احساس گناه، قادر نیستند اراده کنند.

---

1. assimilative process

رنک بیماری‌ها را بر اساس میزان تکامل اراده رده‌بندی کرد. او سه تیپ شخصیتی عمده تعریف کرد: خلاق، روان‌نژند و جامعه‌ستیز. شخصیت خلاق به عواطفش دسترسی دارد و هرآنچه را که بخواهد، اراده می‌کند. شخصیت روان‌نژند اراده‌ای درهم‌تنیده با گناه و زندگی عاطفی‌ای مهارشده دارد. شخصیت جامعه‌ستیز اراده‌ای سرکوب‌شده دارد و تکانه‌ها بر او غالبند.

اراده و روان‌درمانی. رنک معتقد بود هم فروید و هم آلفرد آدلر اراده را کُشته و نابود کرده‌اند. فروید اراده را به تکاپوی جنسی پالایش‌شده تعبیر می‌کرد و آدلر آن را میل جبرانی کودک برای تعدیل احساس حقارت و خودکم‌بینی‌اش می‌دید. بنابراین هردو مرد با فرهی دانستن کارکرد اراده، از توصیف آن شانه خالی کرده‌اند. در مقابل، رنک وجود «یک اراده‌ی مقدم» را مبنا قرار داد و بر نقش محوری اراده هم در تکامل کودک و هم در درمان تأکید کرد (او معتقد بود اراده همیشه در پس‌زمینه‌ی درمان ایفای نقش می‌کند).

رنک تعامل درمانگر-بیمار را همانند تجربه‌ی والد-کودک می‌دید. در درمان، «دو اراده رو در روی هم می‌ایستند، یا یکی دیگری را مضمحل می‌کند یا هر دو با هدف چیرگی به کشمکش می‌پردازند.»(۳۵) هدف درمان روان‌نژند باید این باشد که بیاموزد اراده کند و مهم‌تر از آن، بیاموزد بدون احساس گناه اراده کند.(۳۶) رنک متوجه شد اراده از همان نخستین جلسات، به موقعیت درمانی راه می‌یابد. پس آغاز درمان «چیزی نیست مگر شروع دوئلی بزرگ میان دو اراده که نخستین پیروزی بر بیماری که اراده‌اش به‌وضوح ضعیف‌تر است، بارها و بارها به انتقام تلخ بیمار انجامیده است.»(۳۷) بیمار درگیر تعارض اراده با درمانگر می‌شود و همزمان آرزوی مقاومت و تسلیم در برابر او را دارد. رنک اعتقاد داشت فروید با نادیده گرفتن این تعارض اراده، اشتباه بزرگی مرتکب شد: «نبرد [میان روانکاو و بیمار] برای چیرگی بر دیگری، چنان آشکار است که نادیده انگاشتنش از سوی فروید، فقط می‌تواند به این دلیل باشد که نخواسته آن را ببیند.»(۳۸) رنک عقیده داشت اسلوب فرویدی به جای تقویت اراده، آن را به دو طریق تضعیف می‌کند: عملکرد اساسی‌اش و نیز شیوه‌ای که برای مهار «مقاومت» در پیش می‌گیرد.

اول، عملکرد اساسی روانکاوی ــ که به «ضعف اراده» هم در بیمار و هم در درمانگر نیاز دارد ــ در جهت تضعیف اراده است. «اصل اساسی تداعی آزاد در

روانکاوی به‌طور مشخص همان میزان کم اراده را که ضعف روان‌نژندانه‌ی شما هنوز ضایعش نکرده، از بین می‌برد و هدایت شما را به ناخودآگاه می‌سپارد...»(۳۹) (این اظهار نظر پیش‌گویی انتقادهایی‌ست که دهه‌ها بعد روانکاوی را هدف قرار داد: برای مثال، سیلوان تامکینز[1] روانکاوی را «تمرین سازمان‌یافته‌ی بی‌تصمیمی و دودلی»(۴۰) خواند و آلن ویلیس گفت «امروزی‌های آگاه بر مبل راحتی روانکاوی دراز می‌کشند و با این کار، گاه از بار اراده شانه خالی می‌کنند.»)(۴۱)

بیمار در طول دوره‌ی درمان، رودرروی آنچه اراده‌ی درمانگر می‌داند، می‌ایستد. فروید این رویارویی را «مقاومت» خواند، آن را مانعی بر سر راه درمان دانست و تدابیر مختلفی (صبوری، راهنمایی، تعبیر) برای غلبه بر آن پیشنهاد کرد. این دید نسبت به مقاومت از نظر رنک اشتباهی جدی بود: او معتقد بود اعتراض بیمار، تظاهر باارزش و مهمی از اراده‌ی متضاد است و در نتیجه نباید از بین برداشته شود، بلکه برعکس باید حمایت شود و به اراده‌ی آفریننده بدل شود. «وظیفه‌ی درمانگر این است که به‌جای درهم شکستن اراده‌ی بیمار، آن را تقویت کند.»(۴۲) اگر درمانگر بیمار را به کار «صحیح» وادارد، اراده‌ی بیمار مقاومت می‌کند و درمان با شکست مواجه می‌شود. (در حقیقت، این جمله منشأ روش امروزی «پارادوکس» در روان‌درمانی‌ست.) بنابراین رنک به‌شکلی سازمان‌یافته همه‌ی مظاهر اراده‌ی بیمار را تقویت می‌کرد: اگر بیمار در برابر خاتمه‌ی درمان مقاومت می‌کرد یا پیشنهاد خاتمه‌ی آن را می‌داد، رنک این وقایع را پیشرفت درمان تلقی می‌کرد. او گفته است: «روان‌نژند نمی‌تواند بدون احساس گناه اراده کند. این وضعیت در صورتی تغییر می‌کند که بیمار در ارتباط با درمانگری قرار بگیرد که اراده‌ی او را بپذیرد، آن را موجه بداند، به آن گردن نهد و برداشت خوبی از آن داشته باشد.»(۴۳)

یکی از موقعیت‌هایی که اراده‌ی بیمار و درمانگر قطعاً در آن تصادم می‌کنند، پایان درمان است. بعضی بیماران تصمیم می‌گیرند درمان را ناگهانی خاتمه دهند؛ گروهی دیگر از خاتمه‌ی درمان سر باز می‌زنند و اگر لازم باشد، به علائمشان متوسل می‌شوند تا در برابر کوشش درمانگر برای به نتیجه رساندن درمان مقاومت کنند. رنک

---

1 Sylvan Tomkins

این تصادم میان اراده‌ها را حاوی توان بالقوه‌ی درمانی می‌دید که بدبختانه در انتهای درمان و در واقع اغلب کاملاً پس از پایان درمان رخ می‌نمایاند. عاقلانه‌تر نیست که این تعارض اراده را به نقطه‌ی میانی عرصه‌ی درمان ــ یا حتی به ابتدای درمان ــ منتقل کنیم؟ رنک کوشید با استفاده از ابزار زمینه‌ی درمان، یعنی تعیین «محدودیت زمانی» دقیق، این مهم را در همان شروع درمان تحقق بخشد. «تعیین زمان خاتمه‌ی درمان» مرحله‌ی نهایی درمان را به ابتدای آن منتقل می‌کند.

این راهبردهای درمانیِ مربوط به اراده، تنها یک وجه رویکرد درمانی رنک را به نمایش می‌گذارد. دیرتر دیدگاه او نسبت به «تجربه کردن»، اهمیت زمان‌های حال و آینده و ماهیت رابطه‌ی درمانی را به بحث خواهم گذاشت.

لزلی فاربر: دو قلمرو اراده

رنک در تلاش برای مخالفت با آنچه تضعیف اراده و مسئولیت از سوی فروید و آدلر می‌نامید، شاید درباره‌ی نقش قدرت اراده و خودسری غلو کرده باشد. بیماران در آخر کار در نتیجه‌ی عمل اراده‌ی آگاه نیست که تحول درمانی را تجربه می‌کنند. در واقع، نکته‌ی گیج‌کننده برای درمانگر (و جنون‌آور برای پژوهشگر) این است که تغییر در سطحی پنهان و دور از چشم اتفاق می‌افتد، خارج از میدان دید درمانگر یا بیمار.

آیا تغییر پنهان و «غیرارادی» عملی ارادی‌ست؟ دقیقاً این سؤال و این ارتباطِ میان اعمال خودسرانه و تغییر مبتنی بر ناخودآگاه است که برای روانشناسانی که کوشیده‌اند تعریفی موجز و کارآمد برای اراده ابداع کنند، دشواری زیادی به‌بار آورده است. کارهای لزلی فاربر در زمینه‌ی روانشناسی اراده، اصلاحی حیاتی‌ست برای تأکید مبالغه‌آمیز بر اراده‌ی خودآگاه.(۴۴) فاربر معتقد است کوشش برای تعریف اراده به شکست انجامیده زیرا اراده دارای دو قلمرو متفاوت و چنان متمایز از یکدیگر است که تنها ملال‌آورترین تعاریف می‌توانند این هر دو را در بر بگیرند.

نخستین قلمرو اراده‌ی فاربر ــ که مهم‌ترین بخش کار او نیز هست ــ در حین عمل آگاهانه تجربه نمی‌شود و تنها پس از یک اتفاق باید به وجود آن پی برد؛ این قلمرو را می‌توان ناخودآگاه نامید. فاربر از و. ه. اودن نقل قول می‌کند:

وقتی به سه یا چهار انتخاب مهم زندگی‌ام که برایم سرنوشت‌ساز بوده‌اند، نگاه می‌کنم، درمی‌یابم که در زمان انتخاب، چندان متوجه اهمیت آن‌ها نبوده‌ام و فقط بعدها دریافته‌ام چیزی که یک نهر بی‌اهمیت به‌نظرم آمده بود، در واقع، رود روبیکان[1] بوده است.

بنابراین فاربر معتقد بود انتخاب‌های مهم فرد در زندگی (و در درمان)، آگاهانه به‌شکل انتخاب تجربه نمی‌شود. در واقع، فقط پس از واقعه است که فرد به این نتیجه می‌رسد که انتخاب کرده است. این قلمرو اراده را می‌توان جریان پنهان زندگی نامید که دارای جهت ولی فاقد اهداف مجزاست. این اراده نیروی رانش را برای فرد فراهم می‌کند ولی از بررسی موشکافانه و بلافصل می‌گریزد.

قلمرو دوم اراده، بخش خودآگاه آن است: این بخش در حین اتفاق تجربه می‌شود. فرد می‌تواند حضور، شکل و اهمیت آن را بدون دشواری خاصی توصیف کند. این دومین قلمرو اراده (بر خلاف اولی که نیروی خالص رانش است) به‌سوی هدفی مشخص هدایتمان می‌کند و ماهیتی عملگرایانه دارد. «این کار را می‌کنم تا آن را به‌دست آورم.» هدف این قلمروی اراده، از همان ابتدا شناخته شده است (برای مثال، کاهش وزن، تغییر در سبک بین‌فردی یا فارغ‌التحصیلی از کالج).

باید با رویکردی متفاوت به این دو قلمرو اراده پرداخت. باید از طریق هشدار، اندرز، توسل‌جویی به نیروی اراده، تلاش و عزم راسخ به قلمرو دومی (اراده‌ی خودآگاه) نزدیک شد. قلمرو اول در برابر این دستوردهندگان و حکمفرمایان رسوخ‌ناپذیر است و باید غیرمستقیم به آن نزدیک شد. مشکل اصلی زمانی به‌وجود می‌آید که فرد فنون اندرزگونه‌ی متعلق به قلمرو دوم را برای فعالیت‌های قلمرو اول به‌کار گیرد. فاربر چند مثال می‌زند:

> می‌توانم دانش را اراده کنم ولی نه فرزانگی و درایت را؛ می‌توانم به‌بستر رفتن را اراده کنم ولی نه به‌خواب رفتن را؛ می‌توانم خوردن را اراده کنم ولی نه گرسنگی

---

۱. رودی در مرز میان روم باستان و سرزمین گل (شامل فرانسه، بلژیک و شمال ایتالیای کنونی).-م

راه می‌توانم سربه‌زیری را اراده کنم ولی نه فروتنی زیرا می‌توانم خودستایی را اراده کنم ولی نه فضیلت زیرا می‌توانم ابراز وجود یا لاقیدی را اراده کنم ولی نه شجاعت زیرا می‌توانم شهوت را اراده کنم ولی نه عشق زیرا می‌توانم دلسوزی را اراده کنم ولی نه همدردی زیرا می‌توانم تهنیت گفتن را اراده کنم ولی نه تحسین کردن زیرا می‌توانم خشکه‌مقدسی را اراده کنم ولی نه ایمان زیرا می‌توانم خواندن را اراده کنم ولی نه فهمیدن را.(۴۶)

فاربر در اینجا بینش فوق‌العاده مهمی را برای درمانگر فراهم می‌کند. بینشی که بارها مرا به این فصل بازمی‌گرداند. با وجود این، با توجه به رویدادهای جاری در رشته‌ی روان‌درمانی ــ به‌صدادرآمدن زنگ «نبایدها» و ژانر «پیروزی از طریق مرعوب‌سازی» رایج در کتاب‌های خودیاری که پشت‌سرهم راهی چاپخانه‌ها می‌شوند ــ روشن است که به هشدارهای فاربر اعتنا نشده و بسیاری از روان‌درمانگران این اشتباه را مرتکب می‌شوند که می‌کوشند قلمرو دوم (خودآگاه) اراده، کار قلمرو اول را انجام دهد.

رولو می: آرزو[1] و اراده

کتاب فوق‌العاده‌ی رولو می بنام عشق و اراده سرشار است از بینش‌های ارزشمند بالینی که از میان آن‌ها، یکی ممزوج کردن «آرزو» با روانشناسی اراده است.(۴۷) می به ما یادآوری می‌کند آرزو مقدم بر اراده است و بدون آرزوی اولیه، هیچ عمل معنی‌داری در کار نخواهد بود.(۴۸) خواستن فقط نیرو و عزم نیست، بلکه نوعی بالقوگی‌ست که ارتباطی تنگاتنگ با آینده دارد.(۴۹) ما از طریق اراده خود را به آینده می‌افکنیم و آرزو، آغاز این فرایند است. آرزو «اذعان به این مسئله‌ست که می‌خواهیم آینده فلان و فلان طور باشد؛ توانی‌ست برای دستیابی به اعماق وجودمان و مشغول کردن خویش با میل به تغییر آینده.»(۵۰)

مهم است میان «آرزو»ی می و آرزو و خواستی که به‌شکلی متفاوت تعریف شده و نقش مهمی در مدل تحلیلی کارکرد ذهن دارد، تمایز قائل شویم. فروید بر اساس فراروانشناسی‌اش، آرزو را «مظهر ذهنی یک سائق» خوانده است. همان‌طور که فروید

---

1. wish

بارها اشاره کرده «فقط یک آرزو می‌تواند دستگاه ذهن را به حرکت وادارد»؛ «آرزو میل به رهایی از تنش است».(۵۱)

کامل‌ترین عبارت را در این باره می‌توان در فصل هفتم کتاب تعبیر رؤیاها(۵۲) که به کرات به آن استناد شده، یافت که فروید در آن به‌وضوح این دیدگاهش را مطرح می‌کند که بشر بر اساس اصل تداوم و ثبات عمل می‌کند: یعنی بشر می‌کوشد میزان برانگیختگی قشر مغز را در سطحی ثابت نگاه دارد. هرگاه عدم ثباتی پدید آید (مثلاً وقتی نوزاد گرسنه شود)، ارگانیسم «آرزو»ی تغذیه شدن را تجربه می‌کند و در جهتی عمل می‌کند (مثلاً می‌گرید یا ناراحتی‌اش را به شیوه‌ای دیگر نشان می‌دهد) که ثبات دوباره برقرار شود. از آنجا که بارها و بارها گرسنگی، تغذیه را به‌دنبال می‌آورد، نوزاد صاحب تجسم بصری (تصویر یا «توهم») تغذیه شدن می‌شود. بعدها کودک تحت فشار اصل واقعیت می‌آموزد با برانگیختن تجسم بصری تجربه‌ی تغذیه، رسیدن به لذت را به تأخیر بیاندازد. فروید معتقد بود این فرایند آرزو کردن و ارضای درونی و موقت آن، پایه و اساس تفکر است. آرزو می‌تواند در سطوح مختلف خودآگاهی وجود داشته باشد. یک آرزوی ناخودآگاه، تجسم ذهنی یک تکانه‌ی ایداست. آرزوهای خودآگاه معمولاً ساختاری بینابین دارند، به این معنا که آرزوهای ناخودآگاه به‌دست سوپرایگو و بخش‌های ناخودآگاه ایگو، تعدیل و ملایم می‌شوند. بنابراین از دیدگاه فروید آرزو همانند گرایندگی[1] نیرویی ناآزاد و دربند است.

سارتر نظریه‌ی واپس‌رانی فروید را به این دلیل مورد انتقاد قرار می‌دهد که «خود» را از قلم انداخته است. سارتر می‌پرسد: «چگونه دروغ بی دروغگو وجود داشته باشد؟» یا فریب بی فریبکار؟ یا انکار بدون منکر؟ برداشت فروید از آرزو هم با همین انتقاد روبه‌روست: چگونه آرزو (خواست) بدون آرزومند (خواهنده) وجود داشته باشد؟

می تأکید می‌کند آرزوها با نیازها، نیروها یا گرایندگی‌ها یک تفاوت مهم دارند: آرزوها سرشار از معنا هستند. فرد کورکورانه نمی‌خواهد. برای مثال یک مرد نمی‌خواهد صرفاً با هر زنی رابطه‌ی جنسی داشته باشد: او یک زن را جذاب می‌یابد و دیگری را نفرت‌انگیز. خواستن و آرزو کردن امری گزینشی و به‌شدت فردی‌ست. اگر مردی

---

1. tropism

مشتاق رابطه‌ی جنسی با همه‌ی زنان باشد بی‌آنکه تمایزی میانشان قائل شود، در آن صورت یک جای کار به‌شدت ایراد دارد. این وضعیت یا ناشی از فشار غیرعادی محیطی‌ست مانند سربازانی که برای مدت‌های طولانی در پاسگاه‌های واقع در قطب مستقر شده‌اند،(۵۳) یا ناشی از ناهنجاری روانی: فرد آزادی‌اش را از دست می‌دهد و به‌جای آنکه رانش‌گر باشد، تحت فرمان سائق است. این دقیقاً همان «خواست» بدون «خواهنده» است که ما «روان‌نژندی» می‌نامیمش. منظور مِی از این جمله که «در روان‌نژندی این معانیِ نمادینند که راهشان کج شده نه تکانه‌های اید»(۵۴) دقیقاً همین است.

آرزو که مِی آن را «بازی تخیلی با احتمال به‌وقوع پیوستن یک عمل یا وضعیت»(۵۵) تعریف کرده، نخستین گام در فرایند خواستن است. فرد تنها پس از آنکه آرزو کرد، «ماشه‌ی تلاش» را می‌کشد و باقیمانده‌ی کنش خواستن، تعهد و انتخاب را که در عمل به اوج می‌رسد، می‌آغازد.

> «آرزو» به «اراده» گرما، محتوا، تخیل، بازیگوشی کودکانه، تازگی و غنا می‌بخشد. «اراده» خودگَردانی و رشدیافتگی را به «آرزو» ارزانی می‌کند. «اراده» بدون «آرزو»، خون لازم برای زنده‌ماندن و زیست‌پذیری‌اش را از دست می‌دهد و در خودستیزی و تناقض با خود می‌میرد. اگر تنها «اراده» داری و «آرزو» نداری، با انسانی پژمرده، محافظه‌کار و نوپاک‌دین[1] طرف هستی. اگر فقط «آرزو» داری بی‌آنکه «اراده»‌ای داشته باشی، با فردی تحت فرمان سائق، ناآزاد و رشدنایافته مواجهی، فرد بزرگسالی که نوزاد باقی مانده و ممکن است به آدم آهنی بدل شود.(۵۶)

اراده و کار بالینی

اراده مفهوم غامضی نیست که تنها مورد علاقه‌ی بیمار و درمانگری خارق‌العاده باشد، بلکه به شیوه‌های مختلف در دوره‌ی درمانی هر بیماری وارد می‌شود. بعضی بیماران

---

1. neopuritan

به دلیل اختلال در اراده جویای درمان می‌شوند. البته از آنجا که در دانش استاندارد رده‌بندی بیماری‌ها جایی برای اراده نیست، مشکل با این نام خوانده نمی‌شود. در عوض، فرد دچار اختلال وسواسی‌جبری دانسته می‌شود که تحت فشارهای درونی، در برابر اراده‌اش می‌ایستد. یا می‌گویند فرد مردد و دودل است، قادر به آرزو کردن نیست، نمی‌تواند چیزی برای خود بخواهد یا کاری برای خود بکند. یا شاید فرد را در کشاکش بحران تصمیم‌گیری در تب‌وتاب بدانند. یا هنگام کوشش در جهت عملی کردن اراده، در احساس گناه غرق شود یا ترسو، خجالتی و غیرجرئت‌مند باشد. از دیدگاه رنک، فرد در ابتدای زندگی می‌آموزد بیان تکانه بد است و این تضاوت را به تمام قلمرو تصمیم‌گیری و اراده تعمیم می‌دهد.

حتی اگر اختلال اراده‌ی واضحی در تصویر بالینی وجود نداشته باشد، مسئله‌ی اراده، ناگزیر در حین روان‌درمانی سربرمی‌آورَد. اراده از فعل تغییر تفکیک‌ناپذیر است. بیمار بالاخره باید چیزی را که حقیقتاً در آرزویش است، بشناسد، باید نسبت به یک تحول خاص متعهد شود، باید قد برافرازد، باید انتخاب کند و باید به چیزی آری و به چیزی نه بگوید. اراده در هر رابطه‌ی میان درمانگر و بیمار هم حاضر است. با اینکه رنک با ترسیم درمان به‌صورت «دوئل میان دو اراده»(۵۷) در این مسئله اغراق کرده، با فراخوانی توجه به این وجه مهم فرایند درمانی، خدمت ارزشمندی کرده است. بعضی بیماران و درمانگران حقیقتاً گرفتار مسئله‌ی برتری‌اند و نگرش رنک در این موارد صدق می‌کند. مقاومت یا سرسختی از جانب بیمار همیشه مانع درمان نیست و همیشه لازم نیست با تجزیه و تحلیل از میان بُرده شود. بر عکس، آن طور که رنک مطرح کرده، نوعی ایستادن بیمار بر پای خویش است؛ و درمانگر با پذیرش و تقویت این به‌پاخاستن، اراده کردن بدون احساس گناه را در بیمار تسهیل می‌کند.

یکی از موانع اصلی پذیرش نظریه‌ی اراده از سوی درمانگر، این باور غلط است که «اراده» با «قدرت اراده» مترادف است. ولی همان‌طور که مفهوم «دو قلمرویی» فاربر به ما می‌گوید، خواستن و اراده کردن، مستلزم چیزی بیش از عزم آگاهانه و راسخ است. در واقع، همان‌طور که به اختصار شرح خواهم داد، در نظر گرفتن ریشه‌ها و معنای کامل «خواستن»، ما را به ژرف‌ترین مسائل ناخودآگاه رهنمون می‌شود. ولی حتی خواسته و میل ناخودآگاه هم بدون عزم

راسخ و تعهد امکان‌پذیر نیست. تغییر بدون کوشش ممکن نیست؛ بیمار باید به محل درمان بیاید، پول بپردازد، بار مسئولیت را بر دوش بکشد و تعارض و اضطرابی را که در درمان اجتناب‌ناپذیر است، تجربه کند. خلاصه اینکه درمان شعبده‌آمیز، بی‌سروصدا و خودبه‌خود سرایت نمی‌کند؛ نیازمند تلاش است و اراده، «ماشه»ی این «تلاش».

مفهوم اراده چنان وسیع و دشوار و دست‌وپاگیر است که درباره‌ی این مقوله فقط می‌توان اظهار نظرهایی کلی و پیش‌پاافتاده داشت. برای آنکه بتوانم به‌شیوه‌ی بالینی مؤثر درباره‌ی اراده بحث کنم، لازم است اجزای آن را به‌طور جداگانه در نظر بگیرم. رساله‌ی فلسفی هنا آرِنت در باب اراده، شکافی ذاتی را مطرح می‌کند:

> دو شیوه‌ی تقریباً متفاوت برای درک قوای اراده موجود است: یکی به‌مثابه قدرت انتخاب میان مقاصد و اهداف، مقوله‌ای قابل حکمیت که مانند داور بین دو هدفِ مشخص عمل می‌کند و ابزار دسترسی به آن‌ها را آزادانه مورد سنجش قرار می‌دهد؛ دیگری به‌مثابه «قوای ما برای آغاز خودبه‌خودی سلسله‌ای در طول زمان (کانت) یا 'آغازگر جوهر انسانی آفریده شده ' آگوستین» که همان ظرفیت انسان برای آغاز است زیرا که او خود یک آغاز است.(۵۸)

هر دو شیوه‌ی درک اراده ــ «آغاز خودبه‌خودی سلسله‌ای در طول زمان» و تصمیم‌گیری میان دو هدف مشخص و انتخاب ابزار دسترسی به آن‌ها ــ مصداق‌های بالینی روشن و ارزشمندی دارد. فرد با آرزو آغاز می‌کند و سپس از طریق انتخاب عمل می‌کند.

هدف درمانگر بالینی تغییر (عمل) است؛ عمل مسئولانه با آرزو آغاز می‌شود. انسان فقط زمانی می‌تواند برای خود عمل کند که به آرزوهایش دسترسی داشته باشد. اگر فاقد این دسترسی باشد و نتواند آرزو کند، قادر نیست خود را به آینده بیافکند و در نتیجه تصمیم مسئولانه مُرده به‌دنیا می‌آید. پس از آنکه آرزو واقعیت یافت، فرایند خواستن دست‌به‌کار می‌شود و در نهایت به عمل دگردیسی می‌یابد. این فرایند دگردیسی را چه بنامیم؟ فرایند بین آرزو و عمل مستلزم تعهد است؛ این تعهد را در

بی دارد که «خودم را وقف تلاش برای انجام آن کنم.»(۵۹) مناسب‌ترین اصطلاح از دید من «تصمیم» یا «انتخاب» است که هم درمانگران بالینی و هم دانشمندان علوم اجتماعی به‌کارش می‌برند.[1] تصمیم‌گیری به معنای آن است که عمل به‌دنبال خواهد آمد. اگر عملی اتفاق نیفتد، پس تصمیمی حقیقی اتخاذ نشده است. اگر آرزو عملی به‌دنبال نداشته باشد، پس خواستن اصیلی در کار نبوده است. (اگر عمل بدون آرزو حادث شود، در این صورت هم «خواستن»ی در کار نیست؛ بلکه فقط با یک فعالیت نکانه‌ای روبه‌رو هستیم.)

هریک از این مراحل خواستن ــ آرزو و تصمیم ــ را می‌توان به اجزای ریزتر و به اَشکال گوناگون شکست که هریک تصویر بالینی متفاوت و رویکرد درمانی متفاوت را در پی دارند.

آرزو

«چه کار کنم؟ چه باید بکنم؟»

«چه‌چیز تو را از کاری که می‌خواهی بکنی بازمی‌دارد؟»

«مسئله این است که نمی‌دانم چه می‌خواهم بکنم! اگر می‌دانستم اینجا نبودم!»

درمانگر هر چند وقت یک‌بار با صحنه‌ای شبیه به این روبه‌رو می‌شود؟ درمانگران اغلب با بیمارانی سروکار دارند که می‌دانند چه باید می‌کردند، چه باید بکنند یا لازم است انجام دهند، ولی تاکنون تجربه‌ای از اینکه چه می‌خواهند بکنند نداشته‌اند. کار با افرادی که ناتوانی عمیقی در خواستن دارند، تجربه‌ی بسیار عاجزکننده‌ای‌ست و کمتر درمانگری با این فریاد مِی هم‌صدا نمی‌شود که «تو هیچ‌وقت هیچ‌چیز نخواسته‌ای؟»(۶۰) فردی که در زمینه‌ی خواسته‌هایش دچار وقفه‌ی فکری شده، با دشواری‌های اجتماعی فوق‌العاده‌ای روبه‌روست. دیگران هم دلشان می‌خواهد بر سر چنین افرادی فریاد بزنند. آن‌ها هیچ نظر، میل و اشتیاقی که از آنِ خودشان

۱. من «تصمیم» و «انتخاب» را به‌جای یکدیگر به‌کار می‌برم. این دو مترادفند ولی هریک از سنتی متفاوت سرچشمه می‌گیرند: «انتخاب» اصطلاحی‌ست که در فلسفه ترجیح داده می‌شود؛ «تصمیم» را در عرف اجتماعی-روانشناختی بیشتر می‌پسندند. به‌کارگیری این دو به‌جای هم بازتاب تلاش من برای پیوند زدن این دو رشته در این مبحث است.

باشد، ندارند. آن‌ها طفیلی خواسته‌های دیگران می‌شوند و این دیگران در نهایت حوصله‌شان سر می‌رود، شیره‌شان کشیده می‌شود یا از اینکه مجبورند خواسته‌ها و تصورات آن‌ها را تأمین کنند، خسته می‌شوند.

«ناتوانی» در خواستن، عبارتی مبالغه‌آمیز است. افراد اغلب به خواسته‌های خود بی‌اعتمادند یا آن‌ها را سرکوب می‌کنند. بسیاری برای آنکه نشان دهند نیرومندند، به این نتیجه می‌رسند که بهتر است خواسته‌ای نداشته باشند؛ خواستن فرد را آسیب‌پذیر می‌کند یا او را برهنه در معرض دید دیگران قرار می‌دهد: «اگر چیزی نخواهم، هرگز ضعفی هم از خود نشان نخواهم داد.» گروهی هم با روحیه‌ی تضعیف‌شده، خود را با تجربه‌ای درونی کرخت می‌کنند: «اگر چیزی نخواهم، هرگز دوباره طردم نمی‌کنند یا نومید نخواهم شد.» گروهی هم خواسته‌هایشان را پنهان می‌کنند با این امید کودکانه که قیم و سرپرستی ابدی این آرزوها را درخواهد یافت. اینکه فرد دیگری به آرزوهای برزبان‌نیامده‌ی انسان بپردازد، احساس بی‌نهایت قوت‌قلب‌دهنده‌ای‌ست. ولی بعضی چنان از رها شدن از سوی قیمشان می‌ترسند که هرگونه ابراز مستقیم آرزوهای شخصی‌شان را سرکوب می‌کنند. آن‌ها حق خواستن و آرزو کردن برای خود قائل نیستند، انگار خواسته‌شان دیگران را آزرده می‌کند، می‌ترساند یا فراری می‌دهد.

در ادبیات بالینی، به‌شکلی جامع و آشکار به ناتوانی در خواستن یا تجربه‌ی خواسته‌ها پرداخته نشده است؛ این مسئله عموماً از اختلالی کلی و همه‌جانبه نشئت می‌گیرد: ناتوانی در احساس کردن. روان‌درمانگر اغلب با بیمارانی روبه‌رو می‌شود که گویی قادر به احساس کردن یا ابراز احساساتشان در قالب کلمات نیستند. نمی‌توانند میان عواطف گوناگونشان تمایز قائل شوند و این طور به نظر می‌رسد که شادی، خشم، غم، عصبیت و غیره را یک جور تجربه می‌کنند. قادر نیستند محل احساسات را در بدنشان مشخص کنند و به‌شکل تکان‌دهنده‌ای فاقد تخیلات مرتبط با سائق‌های درونی و عواطفشان هستند. پیتر سایفنوس[1] در سال ۱۹۶۷ اصطلاح «الکسی‌تایمی[2]» (از ریشه‌ی یونانی به‌معنای «نبود واژه برای احساسات») را برای توصیف این تصویر بالینی به‌کار برد؛ و از آن زمان تا کنون، حجم زیادی از نوشته‌های علمی به

1. Peter Sifenos
2. Alexithymia

بیماران الکسی‌تایمیک اختصاص داده شده است.(۶۱) احتمال اینکه بیمار روان‌تنی الکسی‌تایمیک باشد، زیاد است، با این حال، بسیاری از افراد الکسی‌تایمیک بدون هرگونه مشکل بالینی دیگری مراجعه می‌کنند.

ابراز عواطف همواره بخش مهمی از روان‌درمانی را شامل می‌شود. فروید در سال ۱۸۹۵ در مطالعاتی در هیستری ابتدا فرض کرد هیستری حاصل حضور عاطفه‌ای بسیار قوی (که برای مثال از یک حادثه‌ی تروماتیک ناشی شده) در فرد است.(۶۲) برخلاف شدیدترین واکنش‌های عاطفی که به‌وسیله‌ی «فرایند برملاکننده و طبیعی برون‌ریزی هیجانی[1]» تخلیه می‌شوند، این نوع خاص عاطفه پایدار باقی می‌مانَد و به درون ناخودآگاه واپس رانده می‌شود. هرگاه چنین اتفاقی بیفتد، «اصل ثبات[2]» زیر پا گذاشته می‌شود: سطح تحریک داخل مغزی افزایش می‌یابد و فرد برای به‌دست‌آوردن دوباره‌ی تعادل، علامتی پدید می‌آورَد که به‌شکلی نمادین، مفری برای تنش ایجاد می‌کند. بنابراین، نشانه‌های روانپزشکی ناشی از «عاطفه‌ی مسدودشده»اند؛ و درمان روانپزشکی باید رهاسازی این عاطفه‌ی محبوس را شامل شود و اجازه‌ی راه‌یابی به خودآگاه و تخلیه از طریق روان‌پالایی[3] را به آن بدهد.

با اینکه این نخستین قاعده‌ی سازوکار درمانی فروید بود و با اینکه او به‌سرعت دریافت روان‌پالایی به‌تنهایی ابزاری ناکافی برای درمان است، سادگی این قاعده چنان زیباست که در طول دهه‌ها پابرجا مانده و قطعاً همین دیدگاه عامه‌پسند است که در بی‌شمار فیلم هالیوودی تجسم یافته است. دیدگاه معاصر می‌گوید گرچه روان‌پالایی به‌تنهایی و به‌خودی‌خود به تغییر منجر نمی‌شود، ولی نقش مهمی در فرایند درمان دارد. پژوهش‌های قابل ملاحظه‌ای در حمایت از این دیدگاه صورت گرفته است. برای نمونه، من و همکارانم به مطالعه‌ی گروهی از بیماران پرداختیم که از روان‌درمانی نتایج بسیار رضایت‌بخشی گرفته بودند.(۶۳) ما در تلاش برای مشخص کردن سازوکارهای درمانی مؤثر، فهرستی شصت موردی (نگاه کنید به فصل ۶) تنظیم

---

1. abreaction

۲. constancy principle، اصل ثبات عبارت است از نیاز ارگانیسم به حفظ سطح مطلوبی از تنش.

3. catharsis

کردیم و از بیماران خواستیم این موارد را به ترتیب اهمیتشان در ایجاد تغییر در آنان رتبه‌بندی کنند. بیماران از میان شصت مورد، موارد مربوط به «روان‌پالایی» را در رتبه‌ی دوم و چهارم اهمیت قرار دادند.

اخیراً با رشد سریع درمان‌هایی تازه روبه‌روییم (برای مثال گشتالت‌درمانی، درمان با احساسات قوی[1] (٦٤)، درمان انسدادی-انفجاری[2] (٦٥)، درمان با انرژی زیستی[3] (٦٦)، غرقه‌سازی هیجانی[4] (٦٧)، روان‌نمایش[5]، درمان با فریاد نخستین[6] (٦٨)) که از لحاظ اهمیتی که برای آگاهی و ابراز احساسات قائلند، شباهت فراوانی با یکدیگر دارند. با اینکه هریک از این درمان‌ها، استدلال خود را برای این تأکید ارائه داده‌اند، من معتقدم دیدگاه‌های مشترک فراوانی دارند. همگی متفق‌القولند که آگاهی و ابراز احساسات از دو طریق برای انسان مفیدند: یکی از طریق تسهیل روابط بین‌فردی و دیگری از طریق تسهیل توانایی برای خواستن و آرزو کردن.

احساس و روابط بین‌فردی

نقش ابراز عاطفه در روابط بین‌فردی روشن و آشکار است. در رابطه با فرد الکسی‌تایمیک مشکلات مهمی به‌وجود می‌آید. دیگران هرگز متوجه نمی‌شوند این فرد چه احساسی دارد؛ غیرخودجوش، خشک و بی‌روح، کند، دل‌مُرده و خسته‌کننده به نظر می‌آید. طرف مقابل از اینکه باید به‌تنهایی همه‌ی عواطف لازم برای رابطه را تأمین کند، احساس فشار می‌کند و کم‌کم شک می‌کند که آیا مورد علاقه‌ی فرد فروبسته[7] هست یا نه. حرکات فرد دچار فروبستگی ذهنی چنان ملاحظه‌کارانه و

---

1. intense feeling therapy

۲. implosive therapy، شیوه‌ای برای از میان بردن اضطراب با قرار داده شدن در معرض محرک اضطراب‌آور یا جایگزین آن.-م.

۳. bioenergetics، درمان فیزیکی و روانشناختی بر اساس افزایش میزان سلامت با آزادسازی انرژی فیزیکی و روانی مسدودشده.-م.

4. emotional flooding

5. psychodrama

٦. primal scream therapy، نوعی روان‌درمانی که بیمار در طی آن تجربه‌ای آزاردهنده در گذشته خصوصاً کودکی‌اش را به خاطر می‌آورد و آن را به‌شکل نمایش بازی می‌کند تا خشم یا درماندگی واپس‌رانده‌شده‌ی حاصل از آن را با شیوه‌هایی نظیر فریادهای ناگهانی و لگام‌گسیخته ابراز کند.-م.

7. blocked

غیرخودجوش است که اجباری و غیراصیل به نظر می‌آید. هیچ بازی و تفریحی در کار نیست، آنچه هست فقط خودآگاهی ملالت‌بار و بی‌قواره‌ست. کسی که احساس نمی‌کند، خواستار و طالب ندارد، در تنهایی زندگی می‌کند و نه فقط از احساسات خود، که از احساسات دیگران هم بُریده است.

احساس و آرزو کردن

وقتی به فردی کمک کنیم احساس کند، خودبه‌خود توانایی او را برای آرزو کردن تسهیل کرده‌ایم. آرزو نیازمند احساس کردن است. اگر آرزوهای فرد بر پایه‌ی چیزی غیر از احساساتش ــ مثلاً بر پایه‌ی چاره‌جویی منطقی یا دستورات اخلاقی ــ باشد، دیگر آرزو نیست، بلکه «بایدها» و «اجبارها»ست و فرد از ارتباط با خودِ واقعی‌اش فرومانده است.

یک بیمار حاضر در گروه‌درمانی، خود را از درک بیمار دیگری که از رفتن درمانگرش به تعطیلات یک‌ماهه ناراحت بود، ناتوان دید. «وقتی کاری ازت برنمی‌آید، چرا برای خودت بحران درست می‌کنی؟» به عبارت دیگر، او احساسات و آرزوها را ثانویه به هدفی سودگرایانه می‌دید و می‌گفت: «وقتی آرزو و احساس فایده‌ای برایت ندارد، دیگر چرا آرزو کنی و چرا احساس کنی؟» این جور افراد عمل می‌کنند و از حسی درونی برای رهبری برخوردارند، ولی آرزو نمی‌کنند. خواسته‌های آنان منشأ بیرونی دارد نه درونی. ضرورت‌های محیطی و فرمان‌های عقلایی، حالت درونی آرزو و احساس آن‌ها را تعیین می‌کند؛ این فرد از دید یک مشاهده‌گر، فردی ماشینی، قابل پیش‌بینی و دل‌مُرده به‌نظر می‌آید.

فرد دیگری ــ که این یکی به‌وضوح در گروه‌درمانی به‌چشم می‌آید ــ سعی می‌کند بفهمد دیگری چه می‌خواهد تا بفهمد خودش باید چه بخواهد یا چه احساسی داشته باشد، سپس از آن دیگری دلجویی کند. این افراد هم غیرخودجوشند؛ رفتارشان به‌شدت قابل پیش‌بینی‌ست؛ و در نتیجه همیشه برای دیگران خسته‌کننده و ملال‌آورند.

آرزو چیزی بیش از فکر یا تخیل بی‌هدف است. آرزو یک بخش عاطفی دارد و یک بخش قدرتی. اگر عاطفه مسدود شود، فرد نمی‌تواند آرزوهایش را تجربه کند و

همه‌ی فرایند خواستن از رشد فرومی‌مانَد. توصیف هیچ‌کس از انسانی که نه قادر به عمل است و نه قادر به آرزو زیرا به احساساتش دسترسی ندارد، به اندازه‌ی توصیف سارتر در سن عقل جالب نیست:

روزنامه را بست و شروع کرد به خواندن گزارش ویژه‌ی خبرنگار در صفحه‌ی اول. پنجاه نفر کشته و سیصد نفر زخمی تا کنون شمارش شده‌اند، ولی این آمار کامل نیست و اجساد زیادی هنوز زیر آوارند... هزاران مرد در فرانسه نتوانسته بودند آن روز صبح بدون بغض و خشمی در گلوماند، روزنامه‌شان را بخوانند، هزاران مرد مشت‌هایشان را گره کرده و غریده بودند: «خوک کثیف!» ماتیو مشتش را گره کرد و غرید: «خوک کثیف!» ولی باز خود را گناهکارتر حس کرد. کاش دست‌کم هیجانی ناچیز ولی واقعی در خود می‌یافت که گرچه نیمه‌زنده، ولی حدودش مشخص بود. اما نه: خالی بود، با خشمی عظیم مواجه بود، خشمی نومیدانه که می‌دیدش و حتی برایش قابل لمس بود. ولی این خشم خنثی و بی‌کنش بود، اگر قرار بود این خشم زنده بماند و راهی برای ابراز و تحمل بیابد، او باید بدنش را به این خشم واگذار می‌کرد. این خشم دیگران بود. «خوک کثیف!» مُشت‌هایش را گره کرد، شروع کرد به قدم زدن با گام‌هایی بلند، ولی هیچ اتفاقی نیفتاد، خشم خارج از او باقی ماند... . چیزی در آستانه‌ی هستی‌یافتن بود، طلوع بزدلانه‌ی خشم. بالاخره! ولی فروکش کرد و متلاشی شد، باز او ماند و گام‌های موزون و آهنگینِ مردی در گروه مشایعین یک مراسم خاکسپاری در پاریس... . پیشانی‌اش را با دستمال پاک کرد و اندیشید: «احساسات عمیق را نمی‌توان به‌زور در کسی ایجاد کرد.» آن‌سوتر رویدادی وحشتناک و فاجعه‌بار اتفاق افتاده که باید عمیق‌ترین احساسات انسان را برانگیزد... . «فایده‌ای ندارد، آن لحظه فرانمی‌رسد... .»(۶۹)

احساس پیش‌نیاز آرزوست، ولی با آن یکی نیست. انسان می‌تواند بدون آرزو و در نتیجه بدون خواستن هم احساس کند. بعضی از معروف‌ترین شخصیت‌های «بی‌آرزو» در ادبیات معاصر ــ برای مثال مورسو در بیگانه‌ی آلبر کامو و میشل در اخلاق‌سنج آندره ژید ــ شهوت‌پرستانی قهارند، ولی از آرزوهای خویش جدا مانده‌اند، خصوصاً

از آرزوهایی که در حوزه‌ی روابط بین‌فردی‌ست. اعمالشان تکانه‌ای و انفجاری و در نهایت، برای خودشان و دیگران به‌شدت مخرب است.

فروبستگی هیجانی و روان‌درمانی

روان‌درمانی با بیمار دچار فروبستگی هیجانی (که همان فروبستگی احساسی‌ست) کند و طاقت‌فرسا پیش می‌رود. مهم‌تر آنکه درمانگر باید پشتکار داشته باشد. بارها و بارها باید بپرسد: «چه احساسی داری؟ چه می‌خواهی؟» بارها و بارها باید به کاوش در زمینه‌ی منشأ و ماهیت این فروبستگی و احساسات فروخورده در پشت آن بپردازد. این فروبستگی حتی برای چشم ناکارآزموده چنان آشکار است که به‌راحتی می‌توان نتیجه گرفت اگر این فروبستگی گشوده شود، اگر سدی که جلوی هیجان بیمار را گرفته، منفجر و شکسته شود، بهبودی و سلامت از دیوار سد می‌گذرد و سرازیر می‌شود. در نتیجه بسیاری از درمانگران در پی ایجاد رخنه، هنگام کار با بیمار دچار فروبستگی هیجانی، از فنون پیشرفته‌ی گشتالت، روان‌نمایش و انرژی زیستی کمک می‌گیرند.

آیا تدبیر ایجاد رخنه کارساز است؟ آیا درمانگر قادر است در مرز پدافندی دفاع‌های بیمارِ دچار فروبستگی هیجانی، رخنه‌ای پدید آورَد و راه فراری برای هیجانات محبوس در پشت آن بگشاید؟ من و همکارانم کوشیدیم در یک طرح مطالعاتی این راه را امتحان کنیم. ما سی‌وپنج بیمار را (که بسیاری از آن‌ها دچار فروبستگی هیجانی و بی‌گیر درمان بودند) در میانه‌ی روان‌درمانی درازمدت مورد مطالعه قرار دادیم و کوشیدیم مشخص کنیم که آیا در نتیجه‌ی یک تجربه‌ی برانگیزاننده‌ی هیجان، روند روان‌درمانی فردی دستخوش تغییر چشمگیر می‌شود یا خیر.(۷۰) این بیماران را به سه گروه تقسیم کردیم و هریک را برای یک تجربه‌ی تعطیلی آخر هفته متفاوت فرستادیم. برای دو گروه، از فنون رویارویی قدرتمند و برانگیزاننده‌ی هیجانی گشتالتی استفاده شد؛ گروه سوم، گروه مراقبه و آگاهی جسمانی بود که به‌عنوان گروه کنترل تجربی مورد استفاده قرار گرفت و در آن آخر هفته، نه تعامل بین‌فردی داشتند و نه برانگیختگی هیجانی. نتایج نشان داد با اینکه بسیاری از بیماران در گروه آخر هفته پیشرفت‌های هیجانی حادی داشتند، این پیشرفت‌ها ادامه نیافت: هیچ تأثیر خاصی بر روند درمان فردی مشاهده نشد.

بنابراین با اینکه ایجاد هیجان در درمان مهم است، مدرکی دال بر درمانی بودن برانگیختگی شدید هیجانی به‌تنهایی در دست نیست. روان‌درمانی بیش از آنچه ما بخواهیم «چرخه‌درمانی[1]»(۷۱) است: روندی طولانی و با حرکتی کند و سنگین که در آن یک موضوع مکرراً در محیط درمان مورد بحث قرار می‌گیرد و بارها و بارها در محیط زندگی بیمار آزموده می‌شود. اگر ایجاد رخنه‌ی هیجانی مدل درمانی مؤثری نیست، رویکرد متضاد آن هم که رویکردی بی‌روح، به‌شدت عقلانی‌گرا[2] و بسیار منطقی به درمان است، کارساز نیست. درگیری عاطفی ــ که فرانتس الکساندر آن را «تجربه‌ی هیجانی اصلاحی»(۷۲) نام نهاده ــ یکی از بخش‌های ضروری درمان موفق است. با اینکه بسیاری از درمانگران متقدم (مثل ساندور فرنتسی، اوتو رنک، ویلهلم رایش و یولیوس مورنو[3]) نیاز به درگیری هیجانی را شناسایی کردند و اسلوبی معرفی کردند که رویارویی درمانی را واقعی‌تر کند و بار عاطفی بیشتری به آن ببخشد، فریتس پرلز را باید بیش از دیگران در ایجاد رویکردی مبتنی بر افزایش آگاهی فرد از عواطفش مؤثر دانست.

فریتس پرلز: «از شر فکرت خلاص شو و به حست بپرداز.» پرلز سرسختانه بر آگاهی تمرکز کرد. درمان او «بیشتر درمانی تجربی بود تا درمانی تفسیری و کلامی»(۷۳)، و فقط بر روی زمان حال کار کرد، زیرا متوجه شد روان‌نژندها بیش از اندازه در گذشته زندگی می‌کنند:

> گشتالت‌درمانی یک درمان «اینجا و اکنونی»ست که در آن از بیمار می‌خواهیم همه‌ی توجهش را در طول جلسه به آنچه خودش در حال حاضر و در زمان درمان انجام می‌دهد، معطوف کند: درست به اینجا و اکنون ... از حرکات بدنش، تنفسش، هیجاناتش و حرکات چهره‌اش به اندازه‌ی افکار آنی‌اش آگاه شود.(۷٤)

پرلز اغلب با آگاهی از دریافت‌های حسی و حرکتی آغاز می‌کرد. برای مثال اگر بیماری از سردرد شکایت داشت، پرلز از بیمار می‌خواست بر سردردش تمرکز کند

---

1. cyclotherapy
2. intellectualized
3. Julius Moreno

تا متوجه شود این سردرد با انقباض عضلات صورت همراه است. بعد ممکن بود از بیمار بخواهد این انقباضات را تشدید کند و در هر گام از آنچه نسبت به آن آگاهی پیدا می‌کند، حرف بزند. کم‌کم بیمار از حس‌های وابسته به حرکت به‌سوی هیجان هدایت می‌شد. برای مثال، یک بیمار زن ممکن بود چهره‌اش را این گونه توصیف کند: «مثل این است که دارم صورتم را فشار می‌دهم تا گریه‌ام بگیرد.» درمانگر در این مرحله هیجان را با این پرسش تقویت می‌کرد: «چرا دلت می‌خواهد گریه کنی؟»(۷۵)

پرلز با آگاهی شروع می‌کرد و به‌تدریج به «آرزو» می‌پرداخت.

> معتقدم تکنیک آگاهی به‌تنهایی نتایج درمانی باارزشی به ارمغان می‌آورَد. اگر کار درمانگر فقط به پرسیدن سه سؤال محدود می‌بود، در نهایت اگرنه همه، دست‌کم اکثر بیماران مبتلا به اختلالات شدید را با موفقیت درمان می‌کرد. این سه سؤال عبارتند از: «چه کار داری می‌کنی؟» «چه احساسی داری؟» «چه می‌خواهی؟»(۷۶)

پرلز کوشید به بیماران کمک کند چیزها را احساس کنند، «مالک» این احساسات شوند و بعد نسبت به آرزوها و خواست‌های خویش آگاهی یابند. برای نمونه، اگر بیماری به عقلانی‌گری می‌پرداخت یا از درمانگرش سؤالات تکراری می‌کرد، پرلز او را وامی‌داشت ادعا و آرزوی نهفته در پس آن سؤال را بر زبان جاری کند.

> بیمار: منظور شما از حمایت چیست؟
> درمانگر: می‌توانی سؤالت را به‌صورت اظهارنظر مطرح کنی؟
> بیمار: می‌خواهم بدانم منظور شما از حمایت چیست.
> درمانگر: این هنوز سؤال است. می‌توانی به اظهارنظر تبدیلش کنی؟
> بیمار: اگر می‌توانستم دلم می‌خواست تکه پاره‌ات کنم و جواب این سؤال را ازت بیرون بکشم.(۷۷)

بیمار در این مرحله دسترسی بیشتری به عواطف و نیز آرزوهایش داشت.

هدف از برانگیختن عاطفه، روان‌پالایی صرف نیست، بلکه به بیمار کمک می‌کند آرزوهایش را دوباره کشف کند. یکی از ایرادات گشتالت‌درمانی این است که بسیاری از درمانگران چنان دلمشغول اسلوب برانگیزاننده‌ی هیجان می‌شوند که هدف اصلی و عمیق‌تر این اسلوب را فراموش می‌کنند. این مسئله تا حدودی ناشی از الگو قراردادن پرلز است که نمایشگر بزرگی بود و از رویارویی‌های کوتاه و نمایشی با بیماران در برابر تعداد زیاد تماشاچی لذت می‌بُرد. ولی همین پرلز در لحظاتی که به تفکر می‌پرداخت، دلزدگی خود را از تمایل درمانگران به تمرکز زیادی بر استفاده از اسلوب ابراز می‌کرد:

> زمان زیادی طول کشید تا توانستیم از چرندیات فرویدی پرده برداریم و حالا داریم به دوره‌ی جدید و به‌مراتب خطرناک‌تری وارد می‌شویم. داریم وارد دوره‌ی شعبده‌بازی می‌شویم: شفای فوری، شادی فوری، آگاهی حسی فوری. دوره دوره‌ی شیادان و کلاهبردارانی می‌شود که فکر می‌کنند اگر کمی پیشرفت کنید، شفا می‌یابید... باید بگویم بسیار نگران اتفاقاتی هستم که در حال حاضر در شُرُف وقوع است.
>
> ... یک اسلوب، یک حقه و یک ترفند است. ترفندها را تنها باید در موارد خیلی خاص به‌کار بُرد. به اندازه‌ی کافی با افرادی روبه‌رو هستیم که دور می‌گردند تا حقه‌ای یاد بگیرند و از آن سوء استفاده کنند. این فنون و ابزار در بعضی سمینارهای مرتبط با آگاهی حسی و شادی کاملاً مفیدند... ولی بخش غم‌انگیز ماجرا این است که این عوام‌فریبی‌ها اغلب به فعالیتی جایگزین بدل می‌شود، درمانی قلابی و دروغین که مانع رشد است.(۷۸)

سایر رویکردهای درمانی. پرلز تنها درمانگری نبود که با مشکل فروبستگی عاطفه دست‌به‌گریبان بود. روان‌نمایش، گروه‌های رویاروی، خوابواره‌درمانی و درمان با انرژی زیستی، همگی راهکارهایی پدید آورده‌اند که برای برانگیختن عاطفه و افزایش آگاهی فرد از خواست‌هایش طراحی شده‌اند. در واقع، این رویکردها چنان به‌سرعت تکثیر می‌یابند که ردیابی شجره‌نامه‌شان دیگر ممکن نیست. با وجود این،

همه‌ی فنون بر این فرض بنیان نهاده شده که هرکس در اعماق وجودش آرزوها و احساساتش را می‌شناسد و درمانگر از طریق تمرکز درست، تجربه‌ی آگاهانه‌ی بیمار را از این وضعیت درونی افزایش می‌دهد.

نشانه‌های مرتبط با حالات صورت، حرکت اندام‌ها و سایر نشانه‌های غیرکلامی، اطلاعات مهمی درباره‌ی آرزوها و احساسات بنیادین ولی گسسته[1] در خود دارد. درمانگران باید به‌دقت به نشانه‌هایی مانند مُشت گره کرده، مُشتی که بر کف دست دیگر کوبیده می‌شود و یا موضعی بسته اختیار کردن (دست‌به‌سینه نشستن و پا روی پا انداختن) توجه کنند. هریک از این‌ها نمایانگر احساس یا آرزویی پنهان است. (پرلز در چنین مواردی می‌کوشید با معطوف کردن توجه بیمار به این رفتار و سپس تشدید آن، بروز احساس سرکوب‌شده را تسهیل کند. برای مثال مُشتش را محکم‌تر و سریع‌تر بر کف دست دیگرش بکوبد.) در واقع، بعضی بیماران چنان دچار انزوای عاطفی‌اند که یافته‌های جسمانی یا فیزیولوژیک تنها تماسی‌ست که با دنیای درونی‌شان برقرار می‌کنند مثلاً «وقتی چشمانم پر از اشک شده، حتماً غمگینم» یا «وقتی سرخ می‌شوم حتماً خجالت کشیده‌ام.»

پرسش «چه می‌خواهی؟» اغلب بیماران را غافلگیر می‌کند چون به‌ندرت چنین سؤالی از خودشان می‌کنند. اروینگ و میریام پولستر[2] مثالی آورده‌اند:

> یک استاد دانشگاه احساس می‌کرد به‌دلیل آنچه آمادگی هرروزه برای نوشتن، خواندن و تدریس می‌نامید، بیش از اندازه تحت فشار است تا جایی که بالاخره حس کرد کم مانده منفجر شود. پس از آنکه نیازهای زندگی زیادی متعهدانه‌اش را مفصلاً شرح داد، از او پرسیدم: «چه می‌خواهی؟» مکث کرد... و یک دست را در دست دیگر — ولی خیلی سست و با فاصله‌ای میان آن دو — جا داد... و بعد گفت: «به کمی آه‌وناله در زندگی‌ام احتیاج دارم!» چنین درکی خیلی ساده است، ولی برای بسیاری از بیماران چندان در دسترس نیست. با این حال، تا زمانی که این خواسته‌ها دست‌کم شناسایی نشوند، برآوردنشان تقریباً ناممکن است.(۷۹)

---

1. dissociated
2. Erving and Miriam Pohlster

اگر بیماران به‌شدت اسکیزوئید باشند و عمیقاً از خواسته‌هایشان فاصله گرفته باشند، درخواست تمرکز بر تعامل اینجاواکنونی فوری و بی‌واسطه می‌تواند مفید باشد. برای مثال، در یک جلسه‌ی گروه‌درمانی، مرد جوان به‌شدت بیماری در پاسخ به سؤال من نالید هیچ احساس و آرزویی ندارد و خاطرنشان کرد اگر می‌دانست باید چه احساسی داشته باشد، می‌توانست احساس کند. سایر اعضا مسئله را رها نکردند و از او درباره‌ی احساسش در مورد مسائلی چون تنهایی، آرام‌بخش‌های قوی و بعضی مشکلات بخش پرسیدند که باعث شد بیمار بیش از پیش احساس گیجی و سرخوردگی کند. بالاخره زمانی توانستیم به حالش مفید باشیم که پرسشمان را بر فرایند بی‌واسطه‌ی جاری متمرکز کردیم: «وقتی درباره‌ی احساست ازت می‌پرسیم، چه احساسی پیدا می‌کنی؟» او در این مرحله توانست چندین احساس و آرزوی اصیل را تجربه کند. با اینکه از این همه توجه ترسیده بود، در عین حال خوشحال و سپاسگزار بود و از گروه می‌خواست باز هم او را تحت فشار قرار دهند. ضمناً احساس می‌کرد بیشتر از سهم خودش حرف زده و می‌ترسید دیگران از اینکه وقت صحبت آن‌ها را گرفته، رنجیده باشند. با شروع از مرحله‌ی عاطفه‌ی فوری و بی‌واسطه، بیمار کم‌کم توانست از توانایی‌اش برای داشتن احساسات مطمئن شود و احساساتش را بشناسد.

بیمار دیگری سال‌ها احساساتش را ناچیز شمرده و به آن‌ها توجهی نکرده بود. او احساساتش را قلابی و تصنعی می‌دانست چون هر بار از یک احساس خاص آگاه شده بود، توانسته بود احساس متضاد آن را با همان شدت در خود ایجاد کند. ساعت‌های متمادی درمان به کوشش‌های سدشکنانه‌ای هدر رفته بود که سعی داشت در این دفاع خللی ایجاد کند. پیشرفت تنها زمانی حاصل شد که توانست احساسات (و خواست‌ها)یی را در خود شناسایی کند که ارزشی بی‌چون‌وچرا و مسلم داشت و در اینجاواکنون بلافصل درمان پدید آمده بود. او در گروه‌درمانی بیماران بستری که کارکنان بخش به مشاهده‌ی آن می‌نشستند، شرکت کرد و بعد این فرصت را یافت که به مشاهده‌ی جلسه‌ی این مشاهده‌گران بنشیند که آزادانه در آن به تکرار مسائل مطرح شده در گروه می‌پرداختند. وقتی از او خواستند واکنشش را نسبت به مشاهده‌ی این جلسه بیان کند، گفت از این واقعیت رنجیده که به‌ندرت موضوع بحث

مشاهده‌گران بوده است. وقتی این رنجش را (که به نظر می‌رسید بسیار عمیق است) مورد بررسی قرار داد، ابتدا به رنج ــ رنج از اینکه نادیده گرفته شده بود ــ و بعد به ترس ــ ترس از اینکه مبادا در ذهن درمانگر به قول خودش در گروه م (مزمن) طبقه‌بندی شده باشد ــ رسید. بعد او را واداشتند بیان کند که آرزو داشت درمانگر چه می‌گفت یا چه می‌کرد. به این ترتیب، کم‌کم توانست آرزوهایی غیرتصنعی مثل اشتیاق به داشتن تکیه‌گاه و مورد حمایت قرار گرفتن را تجربه کند.

فروید مدت‌ها پیش به این موضوع اشاره کرده بود که خیال‌پردازی‌ها همان آرزوها هستند؛ و بررسی خیال‌پردازی ــ چه تخیل خودبه‌خود و چه تخیل هدایت‌شده ــ اغلب روش مفیدی برای آشکارسازی و شبیه‌سازی آرزوهاست. برای مثال، بیماری بود که نمی‌توانست تصمیم بگیرد رابطه با دوست‌دخترش را ادامه دهد یا با او قطع رابطه کند. پاسخ او به سؤالاتی نظیر «چه می‌خواهی بکنی؟» یا «دوستش داری یا نه؟» همیشه «نمی‌دانم» بود که از روی سرگشتگی و درماندگی ادا می‌شد. درمانگر از او خواست مجسم کند دوستش به او تلفن می‌کند و پیشنهاد قطع رابطه را به او می‌دهد. بیمار به‌روشنی این وضعیت را پیش چشم مجسم کرد، نفس راحتی کشید و از احساس رهایی حاصل از این تماس تلفنی آگاه شد. از این خیال‌پردازی تا محقق شدن آرزوی او و کار بر روی عواملی که مانع شناسایی آرزوها و عمل به آن‌ها بود، تنها یک قدم فاصله بود.

تکانه‌گری[1]

اختلال در آرزو کردن ضرورتاً به بازداشتگی و ازکارافتادگی منجر نمی‌شود. بعضی افراد برای پرهیز از آرزو کردن، تمایزی میان آرزوها قائل نمی‌شوند و بلافاصله و به شکلی تکانه‌ای به همه‌ی آرزوهایشان جامه‌ی عمل می‌پوشانند. آنکه هر تکانه یا هوسش را به عمل درمی‌آورد، درست مانند کسی که آرزوهایش را فرومی‌خورد و سرکوب می‌کند، از آرزو کردن اجتناب می‌کند. به این ترتیب فرد از اجبار به انتخاب از میان آرزوهای مختلفی که اگر همزمان تجربه شوند، ممکن است در تضاد

1. impulsivity

با یکدیگر قرار گیرند، رها می‌شود. رولو مِی خاطرنشان می‌کند که پِر یونت مثال فوق‌العاده‌ی فردی‌ست که قادر نیست میان آرزوهایش تمایز قائل شود، می‌کوشد همه‌ی آن‌ها را برآورده سازد و در این کار، خود حقیقی‌اش را از دست می‌دهد، خودی که یک چیز را بیشتر و عمیق‌تر از چیز دیگر می‌خواهد.(۸۰) یک آرزو همیشه دارای جهت و زمان است. آرزو کردن، جهشی‌ست به آینده و فرد باید اتفاقات و پیامدهایی را که عمل به آرزو در آینده پدید می‌آورَد، در نظر بگیرد. این مسئله در هیچ کجا به اندازه‌ی زمانی که آرزو، فرد دیگری را درگیر می‌کند، مصداق نمی‌یابد. اجرای نکانه‌ای همه‌ی آرزوهای بین‌فردی به شیوه‌ی پِر یونت، به تخلف یا تجاوز به دیگری منجر می‌شود تا به یک رویارویی حقیقی. آنچه مورد نیاز است، تمایز درونی میان آرزوها و مشخص کردن اولویت‌های هرکدام است. اگر یک آرزو مانع رسیدن به آرزوی دیگر باشد، باید یکی از آن‌ها کنار گذاشته شود. برای مثال، اگر یک آرزو دستیابی به رابطه‌ای پرمعنا و عاشقانه باشد، انبوهی از آرزوهای بین‌فردی متعارض ــ مانند تسلط، قدرت، اغوا، چیرگی ــ باید نادیده انگاشته شوند. اگر مهم‌ترین آرزوی یک نویسنده، برقراری ارتباط با دیگران باشد، باید از سایر آرزوهای مداخله‌گر (مانند آرزوی باهوش و زیرک به‌نظرآمدن) چشم‌پوشی کند. اجرای تکانه‌ای و درهم‌وبرهم همه‌ی آرزوها نشانه‌ای‌ست از یک اراده‌ی مختل: نشان‌دهنده‌ی ناتوانی یا بی‌میلی به افکندن خویش به آینده است.

یک راه دیگر برای توصیف اختلال اولیه در آرزو که اساس تکانه‌گری رفتاری‌ست، بررسی دو شکل از دوسوگرایی[1]ست: دوسوگرایی ترتیبی[2] و دوسوگرایی همزمان[3]. (۸۱) در «دوسوگرایی ترتیبی»، فرد ابتدا یک آرزو را تجربه می‌کند و بعد دیگری را. وقتی یکی از آرزوها غالب باشد، به آن عمل می‌شود و فرد به آن دیگری دسترسی کامل نخواهد داشت. در «دوسوگرایی همزمان»، فرد بی‌پرده و تمام‌وکمال با هر دو آرزو روبه‌رو می‌شود. جیمز بوگنتال بیماری را توصیف می‌کند که در یک موقعیت دوسوگرایی ترتیبی در تب‌وتاب است:

---

1. ambivalence
2. sequential

مِیبل ۴۲ ساله، هفده سال بود با مرد مورد علاقه‌اش ازدواج کرده بود و اوقات پرمعنا و راضی‌کننده‌ای را با او پشت‌سر گذاشته بود. بعدها به دلیل اتفاقاتی که ذکرش در اینجا لازم نیست، خود را عاشق مردی یافت که همسرش فوت کرده بود و او نیز به او احساس علاقه می‌کرد. علاقه‌ی مِیبل به همسرش، گرِگ، همچنان باقی بود، ولی عشقش به آن مرد دیگر، هال، هم احساسی نبود که به یک شیدایی زودگذر شبیه باشد.

وقتی مِیبل با گرِگ در خانه بود، زندگی ارزشمندش با او در نظرش جلوه می‌کرد و تعجب می‌کرد چگونه وسوسه شده این زندگی را نابود کند و عامل بروز رنج، احساس گناه و مزاحمت در آینده خود و همسرش باشد. بعد وقتی که با هال بود یا فقط از گرِگ دور می‌شد، تشویش و اضطراب همه‌ی وجودش را فرامی‌گرفت، زیرا متوجه می‌شد احساسش نسبت به هال چقدر حیاتی‌ست و تا چه حد در اشتیاق زندگی متفاوتی که می‌تواند با او تجربه کند، می‌سوزد.(۸۲)

وظیفه‌ی درمانگر کمک به بیمار تکانه‌گر در جهت تبدیل دوسوگرایی ترتیبی به دوسوگرایی همزمان است. تجربه‌ی آرزوهای متعارض، نوعی دفاع فرد در برابر اضطراب است. وقتی فرد به‌طور همزمان دو خواست متعارض را تجربه کند، مجبور است با مسئولیت انتخاب یکی و کنار گذاشتن دیگری مواجه شود. دوسوگرایی همزمان، ناراحتی و نگرانی بسیار شدیدی ایجاد می‌کند؛ و همان‌طور که بوگنتال می‌گوید مهم است درمانگر این درد را تخفیف ندهد یا استقلال بیمار را از او نگیرد. درمانگر به‌شدت وسوسه می‌شود که نصیحت کند، یاری رساند یا به‌قول هایدگر «جلوتر از بیمار خیز بردارد»؛(۸۳) ولی اگر بیمار بتواند عمیقاً و با شدت تمام با آرزوهای مرتبط خود رویاروی شود، در نهایت به راه حلی مبتکرانه و خلاق خواهد رسید، راه حلی که قبلاً آن را نمی‌دید.

در مورد قبلی، مِیبل از تعارضش استفاده کرد و به بینشی حقیقتاً خلاق رسید: «متوجه شد چطور در تمام این مدت حیله‌گرانه از همسرش برای تعریف هستی خویش استفاده می‌کرده و چقدر نزدیک بوده همین کار را با هال بکند.» شروع کرد به درک هویت خود به عنوان موجودی جدا از هال یا گرِگ. این به‌معنای دست

کشیدن از عشق همسر نبود، چرا که انتخاب کرد با او بماند، بلکه به‌معنای دوست داشتن او به شیوه‌ای دیگر بود: به‌معنای دوست داشتن او بود، نه دوست داشتن خودش و او به‌مثابه یک موجود حاصل از درهم‌آمیختگی آن دو؛ به‌معنای توانایی تنها مواجه شدن با زندگی بدون از دست دادن خویشتنِ خویش و بدون احساس خُردکننده‌ی تنهایی.

اجباری‌گری[1]

اجباری‌گری، دفاعی‌ست در برابر آگاهی از مسئولیت و نیز نشان‌دهنده‌ی اختلال در آرزو: اختلالی سازمان‌یافته‌تر و در مقایسه با تکانه‌گری، کمتر بوالهوسانه. فرد اجبارگر مطابق نیازهایی درونی که به شکل آرزو تجربه نمی‌شوند، رفتار می‌کند. چنین فردی را چیزی «بیگانه با ایگو» هدایت می‌کند. او برای عمل به پیش رانده می‌شود، آن هم اغلب بر خلاف خواست خودش، و اگر عمل نکند به‌شدت احساس عذاب و ناراحتی می‌کند. با اینکه آرزو دارد به آن شکل عمل نکند، پیروی نکردن از دستور اجباری‌گرانه را فوق‌العاده دشوار می‌یابد. کامو در سقوط حق مطلب را بی‌کم‌وکاست از زبان قهرمان داستان بیان می‌کند: «عمل نکردن به آنچه انسان نمی‌خواهد، سخت‌ترین کار دنیاست.»(۸٤) فرد اجبارگر معمولاً به ناتوانی‌اش در آرزو کردن آگاه نیست: او احساس خلأ یا بدون سکان پیش رفتن نمی‌کند. برعکس، چنین فردی فعال و اغلب نیرومند است و در همه‌ی موارد، احساس هدفمندی ذهنش را به تصرف درآورده است. ولی اغلب زمانی که درمی‌یابد هدفش، هدف خودش نیست، وقتی درمی‌یابد خواست‌ها و مقاصدی که دارد، خواست‌ها و مقاصد خودش نیست، موجی از شک و تردید سراپایش را درمی‌نوردد. فرد چنان مشغول و چنان پُرکار است که حس می‌کند نه وقت دارد و نه حق دارد که از خود بپرسد دلش چه می‌خواهد. فقط هنگامی که دفاع تَرَک برمی‌دارد (مثلاً مقاصد «از بیرون تحمیل‌شده» به دلیل تغییر در محیط مانند از دست دادن کار یا از هم پاشیدن خانواده یا دست‌یابی به آن‌ها ــ نظیر پول، مقام و قدرت ــ نامربوط به نظر آیند)، فرد درمی‌یابد که خود حقیقی‌اش را خفه کرده است.

تصمیم ـ انتخاب

وقتی فرد آرزویش را به‌طور کامل تجربه کرد، با تصمیم یا انتخاب مواجه می‌شود. تصمیم پل میان آرزو و کردار است.[1] تصمیم‌گیری به‌معنای متعهد کردن خویش به زنجیره‌ای از کردارهاست. معتقدم اگر عملی از فرد سر نزند، تصمیمی حقیقی هم در کار نبوده، بلکه فرد فقط با تصمیم بازی کرده است، گونه‌ای عزمِ ناکام. در انتظار گودوی ساموئل بِکِت تجسمی‌ست از تصمیم عقیم‌مانده. شخصیت‌های داستان می‌اندیشند، قصد می‌کنند، تعلل می‌ورزند، عزم می‌کنند ولی تصمیم نمی‌گیرند. نمایشنامه با این رشته گفت‌وگو به پایان می‌رسد.

ولادیمیر: برویم؟

استراگون: برویم.

[هیچ کدام حرکت نمی‌کنند.] (۸۵)

تصمیم و قرارداد درمانی

درمان و یک تصمیم خاص. مفهوم تصمیم به اَشکال مختلف وارد درمان می‌شود. بعضی بیماران جویای درمان می‌شوند درست به این دلیل که در کشاکش تصمیمی خاص (اغلب مرتبط با روابط یا حرفه‌شان) گرفتارند. در نتیجه، درمان بر محور این تصمیم پایه‌ریزی می‌شود. اگر درمان کوتاه‌مدت، متمرکز و تکلیف‌مدار باشد، درمانگر بیمار را قادر می‌سازد تصمیمش را بگیرد. درمانگر جوانب مثبت و منفی تصمیم را مورد ملاحظه قرار می‌دهد و می‌کوشد به بیمار کمک کند تا پیامدهای آگاه و نیمه‌آگاه هر انتخاب را دسته‌بندی کند. از سوی دیگر، اگر درمان جدی‌تر باشد و اهداف گسترده‌تری داشته باشد، درمانگر آن تصمیم خاص را بدنه‌ی اصلی درمان قرار می‌دهد و با پیشرفت درمان، مضامین مختلف سربرمی‌آورند. درمانگر بیمار را در درک معانی ناخودآگاه اضطراب تصمیم‌گیری یاری می‌کند. بحران‌های تصمیم‌گیری موجود

---

۱. من «کردار» action را نه در معنای کنشی آن، بلکه در معنای درمانی‌اش به‌کار می‌برم. کمترین حرکت با زدودن عادتی که از گذشته بر جای مانده، می‌تواند ارزش درمانی فوق‌العاده‌ای داشته باشد.

در گذشته‌ی بیمار را مرور می‌کند و با اینکه هدف درمان، اختصاصاً کمک به بیمار در اتخاذ یک تصمیم خاص نیست، امیدوار است دست‌کم تعارض‌ها و تضادهای موجود را حل کند تا بیمار در آن مورد و موارد مشابه به‌شیوه‌ای سازگاریافته تصمیم‌گیری کند.

درمان و تصمیم ناخودآگاه. بسیاری از درمانگران به‌دقت بر تصمیم تمرکز می‌کنند، حتی اگر بیمار درمان را به دلیل بحران تصمیم‌گیری آغاز نکرده باشد. این درمانگران در تلاش برای تقویت احساس مسئولیت شخصی بیمار، تأکید می‌کنند پیش‌درآمد هر عملی (از جمله تحول فردی)، یک تصمیم است. فرض درمانگرانی که تمرکزشان را بر تصمیم قرار می‌دهند، این است که تصمیم‌ها در رفتارهایی که معمولاً با تصمیم همراه نیست، دخیلند. بنابراین، تمرکز درمانگر بر تصمیمی‌ست که بیمار اتخاذ می‌کند تا شکست بخورد، تعلل کند، از دیگران کناره بگیرد، از صمیمیت بپرهیزد یا حتی منفعل، افسرده یا مضطرب شود. روشن است که این تصمیم‌ها هرگز آگاهانه اتخاذ نمی‌شوند؛ فرض درمانگر بر این است که افراد مسئول رفتارشان هستند، پس هریک باید چگونه بودنشان را «انتخاب» کرده باشند. این چه جور انتخابی‌ست؟ همان انتخابی که فاربر آن را «قلمرو اول» اراده نام نهاده است. کمتر تصمیم مهمی‌ست که با احساس تلاشی کاملاً عامدانه و آگاهانه همراه باشد. ویلیام جیمز[1] که درباره‌ی چگونگی تصمیم‌گیری بسیار اندیشیده، پنج نوع تصمیم را توصیف می‌کند که تلاش ارادی و عمدی تنها در دو نوع آن، یعنی اولی و دومی، دخیل است:

۱. تصمیم منطقی. در این حالت دلایل مختلف موجود بر له و علیه یک مسئله‌ی مشخص را در نظر می‌گیریم و یکی از شق‌ها را به نتیجه می‌رسانیم. نوعی سنجش احتمال بُردوباخت؛ این تصمیم را با حس آزادی و رهایی کامل اتخاذ می‌کنیم.
۲. تصمیم ارادی. تصمیم ارادی و پُرتکاپو با یک احساس «تلاش درونی» همراه است. یک «خیزش آهسته و حتمی اراده». این نوع تصمیم نادر است؛ اکثر تصمیم‌های انسان بدون تلاش اتخاذ می‌شود.

1. William James

۳. تصمیم سرگردان. در این نوع تصمیم، دلیل سرآمدی که ما را در جهتی خاص هدایت کند، وجود ندارد. عمل در هر جهتی خوب به‌نظر می‌رسد و تصمیم‌گیری خسته و درمانده‌مان می‌کند. به خود اجازه می‌هیم اتفاقی و از بیرون به سویی متمایل شویم.

۴. تصمیم تکانه‌ای. احساس می‌کنیم قادر به تصمیم‌گیری نیستیم و تصمیم به اندازه‌ی نوع سوم اتفاقی به‌نظر می‌آید. ولی از درون هدایت می‌شود نه از بیرون. خود را در حالی می‌یابیم که خودبه‌خود و اغلب تکانه‌ای به عملی دست زده‌ایم.

۵. تصمیم مبتنی بر تغییر چشم‌انداز. این نوع تصمیم اغلب ناگهانی و در نتیجه‌ی تجربه‌ای بیرونی یا تغییر درونی مهمی (مثل سوگ یا ترس) اتخاذ می‌شود که به تغییری اساسی در چشم‌انداز یا «تحولی درونی» منجر می‌شود. [این از همان نوع تصمیم‌هایی‌ست که در بیماران سرطانی‌ای اتفاق افتاد که در فصل ۵ به آن‌ها پرداختم.] (۸۶)

پس «تصمیم» از دیدگاه جیمز به گستره‌ی وسیعی از فعالیت‌ها با تجربیات ذهنی مختلف اطلاق می‌شود که از لحاظ میزان تلاش، خردپذیری، خودآگاهی، تکانه‌گری و احساس مسئولیت با یکدیگر متفاوتند.

درمان، تصمیم و ساختار شخصیت. بعضی درمانگران ــ مثلاً پیروان مکتب تحلیل رفتار متقابل[1] (T.A.) ــ «تصمیم» را به‌صورت امری مطلقاً ناخودآگاه مورد استفاده قرار می‌دهند. آن‌ها معتقدند تصمیم‌های «کهن یا باستانی[2]» افراد، زندگی‌شان را به‌طرزی حیاتی شکل می‌دهد. جمع‌بندی معمول یک درمانگر T.A. از ایجاد ناهنجاری روانی این است که: «دستور یا حکم والد با ضربه‌های مکرر (یعنی تقویت‌ها) در ذهن فرد حک می‌شود، او در حول‌وحوش همان حکم تصمیم می‌گیرد و نسخه‌ای که خود می‌نویسد در حمایت از آن همان حکم است.»(۸۷) پس به عقیده‌ی اریک برن[3] فرد بر اساس یک «نسخه‌ی زندگی» که نقشه‌ی ناخودآگاه مسیر زندگی اوست و متغیرهای شخصیتی و تعاملات بین‌فردی‌اش را شامل می‌شود، «تصمیم‌گیری» می‌کند. «نسخه‌ی

1. Transactional Analysis
2. archaic

زندگی» برن با «افسانه‌ی راهنما[1]»ی آدلر یا نظام تصویری آرمانی‌شده[2]ی هورنای تفاوت چندانی ندارد. اگرچه مبنای بین‌فردی بیشتری دارد، معادل سطحی و سرسری برداشت فروید از ساختار شخصیت است.

بر اساس رویکرد تحلیل رفتار متقابل، کودک تصمیمی می‌گیرد که تعیین‌کننده‌ی ساختار شخصیتی اوست و در نتیجه، مسئولیت این ساختار هم با اوست. ولی مشکل زمانی به‌وجود می‌آید که «تصمیم» تنها به‌شکلی آگاهانه و عمدی مورد استفاده قرار گیرد. تعریفی که .T.A از «تصمیم» ارائه می‌دهد، خود نشان‌دهنده‌ی سردرگمی موجود در مفهوم این اصطلاح است: «تصمیم، مقطعی از زمان است که نوجوان همه‌ی تدابیر سازگاریافته‌ی موجود در ایگوی خود را به‌کار می‌گیرد، انتظاراتش را تعدیل می‌کند و می‌کوشد آن‌ها را با واقعیت‌های موجود در محیط خانه تطبیق دهد.»(۸۸) دقت کنید تعریف با این عبارت آغاز می‌شود که « تصمیم، مقطعی از زمان است که ...»، گویی لحظه‌ی خاصی برای تصمیم وجود دارد، گویی تصمیم آگاهانه واسط میان وضعیت اصلی و وضعیت تغییریافته است.

درمانگری که معتقد است کودک تصمیمی باستانی، مهم و عینی اتخاذ کرده، این خطر را به‌وجود می‌آورَد که رویکردی عینی و ساده‌انگارانه نسبت به تحول درمانی پدید آید. در واقع، این دقیقاً همان اتفاقی‌ست که افتاده: برای نمونه، متون .T.A می‌گویند وظیفه‌ی درمانگر کمک به بیمار برای بازگشت به «تصمیم نخستین» و «نخستین تجربه‌ی عملی»(۸۹) (شبیه ضربه‌ی نخستین در نظریه‌ی اولیه‌ی فرویدی) و سپس دوباره زنده کردن آن و اتخاذ «تصمیمی مجدد» است. مشکل موجود در این جمع‌بندی این است که شاید از بیمار خواسته شود تصمیمی منطقی و امروزی اتخاذ کند تا آن تصمیم اولیه‌ی کاملاً متفاوت را خنثی کند. این همان هشدار فاربر است زمانی که گفت مهم این است که فرد نکوشد اراده‌ی متعلق به قلمرو دوم (خودآگاه) را وادارد که کار اراده‌ی متعلق به قلمرو اول (ناخودآگاه) را انجام دهد.

آنچه در این دیدگاه افراطی نسبت به تصمیم‌گیری فراموش شده، ظرافت و

1. guiding fiction
2. idealized image

ریزه‌کاری‌های فرایند تکامل است. ساختار شخصیتی انسان، نتیجه‌ی یک تصمیم مهم و منفرد نیست که بتوان ردیابی‌اش کرد و سپس آن را زدود، بلکه حاصل بی‌شمار انتخاب‌های زندگی‌ست که به صرف نظر کردن از شق‌های دیگر منجر شده است. گرچه کودک هیچ گونه آگاهی‌ای از گزینه‌های شخصیتی بالغ ندارد، ولی همیشه اندکی توانایی برای تأیید یا رد آنچه به او ارائه می‌شود، اطاعت یا سرکشی، همانندسازی مثبت یا به‌قول اریک اریکسون همانندسازی منفی با الگوهای خاص(۹۰) در او هست. همان‌طور که در فصل پیش توضیح دادم، ضروری‌ست که بیمار در فرایند درمان، مسئولیت آنچه هست و نیز آنچه خواهد شد را بپذیرد. تنها در این صورت است که فرد قدرت (و امید) لازم برای فرایند تغییر را تجربه می‌کند. ولی تغییر درمانی حاصل یک تصمیم ارادی خطیر و منفرد نیست؛ بلکه فرایندی تدریجی متشکل از تصمیم‌های متعدد است که هریک راه تصمیم بعد را هموار می‌کند.

چرا تصمیم‌ها دشوارند؟

«برویم؟ برویم. هیچ کدام حرکت نمی‌کنند.» میان تصمیم اراده شده و تصمیم متعهد به عمل چه اتفاقی می‌افتد؟ چرا بعضی بیماران تصمیم‌گیری را فوق‌العاده دشوار می‌یابند؟ در واقع، همین طور که به بیماران کنونی‌ام می‌اندیشم، متوجه می‌شوم هریک در حال دست‌وپنجه نرم کردن با یک تصمیمند. بعضی بیماران درگیر یکی از تصمیم‌های خاص زندگی‌اند: با یک رابطه‌ی مهم چه کنند، متأهل بمانند یا از همسرشان جدا شوند، ادامه‌ی تحصیل دهند یا نه، بچه‌دار شوند یا نه. بیماران دیگری هم هستند که می‌گویند می‌دانند چه باید بکنند ــ مثلاً الکل یا سیگار را ترک کنند، وزنشان را پایین بیاورند، سعی کنند با آدم‌های بیشتری رفت‌وآمد کنند یا بکوشند رابطه‌ای صمیمانه با یک نفر برقرار کنند ــ ولی نمی‌توانند تصمیم بگیرند، یعنی خود را متعهد به انجام این تصمیم‌ها کنند. کسانی هم هستند که می‌گویند می‌دانند ایرادشان چیست ــ مثلاً زیادی بلندپرواز، معتادبه‌کار یا بی‌توجهند ــ ولی نمی‌دانند چگونه تصمیم به تغییر بگیرند و در نتیجه خود را به درمان متعهد نمی‌کنند.

چیزی به‌مراتب دردناک در این تصمیم‌های عمل‌نشده هست. همین طور که بیمارانم را از نظر می‌گذرانم و می‌کوشم معنا (و تهدید)ی را که آن تصمیم برایشان

دارد، تحلیل کنم، بیش از همه، تنوع پاسخ‌ها توجهم را جلب می‌کند. تصمیم‌ها به دلایل مختلف دشوارند: بعضی دلایل روشن و واضحند، بعضی ناخودآگاهند و بعضی همان‌طور که خواهیم دید به اندازه‌ی ژرف‌ترین ریشه‌های هستی، ژرفند.

محروم‌شدن از راه‌های چاره‌ی دیگر. قهرمان رمان گرندل نوشته‌ی جان گاردنر[1] به سفری طولانی و به زیارت کشیش پیری رفت تا رازهای زندگی را از او بیاموزد. مرد فرزانه گفت: «شر واپسین این است که زمان بی‌وقفه رو به نابودی‌ست و بودن با نابودی دست‌به‌گریبان.» او مکاشفه‌های خویش درباره‌ی زندگی را در دو مقوله‌ی ساده ولی هولناک و در چند کلمه خلاصه کرد: «همه‌چیز رو به نابودی‌ست: هر راه چاره، تو را از سایر راه‌ها محروم می‌کند.»(۹۱) من پیام کشیش را عمیقاً الهام‌بخش می‌بینم. «همه‌چیز رو به نابودی‌ست» درونمایه‌ی بنیادین بخش اول این کتاب بود و «هر راه چاره، تو را از سایر راه‌ها محروم می‌کند» یکی از اساسی‌ترین دلایل دشوار بودن تصمیم‌هاست.

در برابر هر آری، یک نه هست. تصمیم‌گیری درباره‌ی یک چیز همیشه به‌معنای چشم‌پوشی از چیزی دیگر است. درمانگری به بیمار مردد و بی‌تصمیمش گفت: «تصمیم‌ها خیلی گران‌قیمتند، همه‌ی چیزهای دیگر را باید به‌پایشان بریزید.»(۹۲) چشم‌پوشی همواره تصمیم را همراهی می‌کند. فرد باید از سایر گزینه‌ها صرف نظر کند، آن هم گزینه‌هایی که دیگر هرگز بازنمی‌گردند. تصمیم‌گیری دردناک است زیرا نشان‌دهنده‌ی محدودیت امکان‌هاست؛ و هرچه امکان‌های فرد محدودتر باشد، فرد به مرگ نزدیک‌تر می‌شود. در واقع هایدگر مرگ را «ناممکن شدن هر امکان دیگر»(۹۳) تعریف کرده است. واقعیت محدود بودن، یکی از مهم‌ترین شیوه‌های مقابله‌ی ما را با اضطراب اگزیستانسیال مورد تهدید قرار می‌دهد: هذیان استثنا بودن، به این معنا که گرچه دیگران ممکن است با محدودیت مواجه باشند، ولی ما خاص و مستثنی هستیم و فراسوی قانون طبیعت ایستاده‌ایم.

البته ممکن است فرد با پرهیز از آگاهی از تصمیم‌هایش، از آگاهی از این چشم‌پوشی نیز احتراز کند. ویلیس این موضوع را به‌زیبایی با استعاره‌ای به بیان در می‌آورد که در آن، تصمیم چهارراهی‌ست در یک سفر و چشم‌پوشی، راهی‌ست که پی گرفته نمی‌شود:

---

1. John Gardner

بعضی افراد بدون مشکل پیش می‌روند، زیرا کورکورانه و با این اعتقاد قدم برمی‌دارند که آن‌ها در معبر اصلی حرکت می‌کنند و همه‌ی تقاطع‌ها به بیراهه می‌روند. ولی پیش رفتن با آگاهی و خیال‌پردازی، تحت تأثیر خاطره‌ی چهارراه‌هایی قرار می‌گیرد که فرد از آن‌ها عبور می‌کند و دیگر هرگز به آن‌ها بازنخواهد گشت. بعضی‌ها بر سر چهارراه می‌نشینند و هیچ راهی را در پیش نمی‌گیرند چون نمی‌توانند هر دو راه را بروند و این تصور باطل را در ذهن می‌پرورانند که اگر به اندازه‌ی کافی آنجا بنشینند، دو راه ادغام شده و به یک راه بدل می‌شود و به این ترتیب عبور از هر دو امکان‌پذیر خواهد شد. رشدیافتگی و شجاعت در آن است که بتوانیم چشم‌پوشی کنیم و خرد در آن است که جویای راه‌هایی باشیم که ما را به کمترین چشم‌پوشی ممکن وامی‌دارند.(۹۴)

نشستن بر سر چهارراه و در پیش نگرفتن هیچ‌یک از دو راه، تصویر به‌جا و مناسب کسی‌ست که قادر به صرف نظر کردن از سایر احتمالات نیست. استعاره‌های فلسفی کهنی هم هستند که به همین مسئله اشاره دارند: ارسطو سگی را مَثَل می‌زند که قادر نیست میان دو پاره غذا با جذابیت یکسان یکی را انتخاب کند یا معضل مشهور الاغ بوریدان، همان حیوان بیچاره که میان دو لنگه یونجه‌ی معطر داشت از گرسنگی تلف می‌شد.(۹۵) در هردو مورد اگر حیوان حاضر نمی‌شد از یکی از گزینه‌ها چشم بپوشد، از گرسنگی می‌مرد؛ رهایی در طلب خوش‌بینانه و تصرف آنچه در دسترس قرار گرفته، نهفته است.

کاربرد این استعاره برای بیمارانی‌ست که از فلج اراده در رنجند، نه فقط به این دلیل که نمی‌توانند آری بگویند، بلکه به این دلیل که قادر نیستند نه بگویند. آن‌ها ناخودآگاهانه حاضر به پذیرش پیامدهای اگزیستانسیال چشم‌پوشی نیستند.

تصمیم به‌مثابه یک تجربه‌ی مرزی. آگاهی کامل از موقعیت اگزیستانسیال خویش، به‌معنای آن است که فرد از خودآفرینندگی آگاه می‌شود. آگاه شدن از این واقعیت که فرد متشکل از خودش است، هیچ مرجع تمام‌عیار خارجی‌ای در کار نیست و فرد معنایی دلبخواهی به دنیا می‌بخشد، به این معنا خواهد بود که فرد به بی‌پایگی بنیادین خویش آگاهی می‌یابد.

اگر انسان اجازه دهد، تصمیم او را در چنین خودآگاهی‌ای غوطه‌ور خواهد کرد. تصمیم، خصوصاً تصمیمی برگشت‌ناپذیر، یک موقعیت مرزی‌ست، همان گونه که آگاهی از «مرگ من» یک موقعیت مرزی‌ست. هردو مانند واسطه‌ای عمل می‌کنند که باعث می‌شود فرد از مَنِش روزمره به مَنِش «هستی‌شناختی» تغییر مسیر دهد، یعنی به بودنش می‌اندیشد. با اینکه بر اساس آنچه از هایدگر آموخته‌ایم، چنین واسطه‌ای و چنین تغییر مسیری در نهایت مثبت است و پیش‌نیاز هستی اصیل و معتبر به‌حساب می‌آید، ولی همزمان برانگیزاننده‌ی اضطراب است. اگر فرد آماده نباشد، شیوه‌هایی پدید می‌آورَد تا تصمیم را نیز مانند مرگ واپس برانَد.

یک تصمیم بزرگ نه‌تنها فرد را در معرض اضطراب بی‌پایگی قرار می‌دهد، بلکه دفاع‌های موجود در برابر اضطراب مرگ را نیز تهدید می‌کند. تصمیم، فرد را با محدود بودن امکاناتش مواجه می‌کند و باور غلط استثنابودن را به چالش می‌کشد. و از آنجا که تصمیم، فرد را به پذیرش مسئولیت شخصی و تنهایی اگزیستانسیال وامی‌دارد، اعتقاد او را به وجود یک نجات‌دهنده‌ی غایی مورد تهدید قرار می‌دهد.

به‌علاوه، یک تصمیم بنیادین هریک از ما را با تنهایی اگزیستانسیال رودررو می‌کند. تصمیم، عملی انفرادی‌ست و کردار خودِ ما محسوب می‌شود؛ هیچ کس نمی‌تواند برای ما تصمیم بگیرد. در نتیجه تصمیم بعضی از افراد را مشوش و نگران می‌کند و همان گونه که توضیح خواهم داد آن‌ها را وامی‌دارد تا با مجبور کردن یا مجاب کردن دیگران، کاری کنند تا آن‌ها به‌جایشان تصمیم بگیرند.

تصمیم و احساس گناه. تصمیم به دلیل احساس گناه برای بعضی دشوار است زیرا این احساس همان گونه که رنک تأکید کرده، قادر است فرایند خواستن را کاملاً فلج کند. اراده در پرده‌ای از احساس گناه به‌دنیا می‌آید؛ و نخستین بار ــ به گفته‌ی رنک ــ به‌صورت اراده‌ی متضاد رخ می‌نمایانَد. دنیای بالغ با تکانه‌های کودک ضدیت دارد و اراده‌ی کودک نخستین بار برای رویارویی با این ضدیت برانگیخته می‌شود. اگر کودک آن قدر بداقبال باشد که والدینش بخواهند ابراز همه‌ی احساسات تکانه‌ای او را سرکوب کنند، اراده‌اش زیر بار سنگین گناه می‌مانَد و هر تصمیمی را اهریمنی و ممنوع می‌داند. چنین فردی قادر به تصمیم‌گیری نیست چون احساس می‌کند حق تصمیم‌گیری ندارد.

شخصیت‌های آزارطلب که در رابطه‌ای نمادین با یک والد محصور شده‌اند، مشخصاً با احساس گناه و تصمیم‌گیری مشکل دارند. استر مناکر[1] معتقد است هریک از این بیماران والدی داشته‌اند که به زبان بی‌زبانی می‌گفته: «خواست باشد که خودت نباشی. تو نمی‌توانی خودت باشی؛ تو برای وجود داشتن به حضور من احتیاج داری.»[۹۶] چنین فردی در حین رشد، هرگونه ابراز آزادانه‌ی انتخاب را ممنوع می‌دیده زیرا آن را تجسم تخطی از فرمان والد می‌دانسته است. در بزرگسالی تصمیم‌گیری‌های مهم احساس ناخوشایندی پدید می‌آورده‌اند که ریشه در ترس از جدایی و نیز احساس گناه به‌خاطر ایستادن در برابر فرد غالب داشته است.

احساس گناه اگزیستانسیال فراتر از احساس گناه سنتی و قراردادی‌ست که فرد در آن برای معصیتی واقعی یا خیالی احساس ندامت می‌کند. احساس گناه اگزیستانسیال را در فصل ٦ ناشی از گناهانی دانستم که فرد در حق خودش مرتکب می‌شود: حاصل پشیمانی، آگاهی از زندگی نازیسته و امکان‌های به‌عمل‌درنیامده‌ی درونی‌ست. احساس گناه اگزیستانسیال هم عامل بازدارنده‌ی نیرومندی در برابر تصمیم است زیرا اتخاذ تصمیمی مهم برای تغییر باعث می‌شود فرد به تباهی و اینکه چگونه تنها زندگی‌اش را فنا کرده، بیندیشد. مسئولیت شمشیری دولبه است: اگر فرد مسئولیت وضعیت زندگانی خود را بپذیرد و تصمیم به تغییر بگیرد، به این معناست که فرد به‌تنهایی مسئول ویرانه‌های زندگی گذشته‌ای‌ست که می‌توانست مدت‌ها پیش تغییر کند.

بانی، زنی چهل‌وهشت‌ساله که در فصل ٤ مختصراً به او پرداختم، بعضی از این مطالب را روشن می‌کند. بانی سال‌ها از بیماری بورگر[2] که موجب انسداد رگ‌های ریز خونی در اندام‌ها می‌شود، رنج می‌بُرد. شواهد پزشکی متقنی وجود دارد که نیکوتین برای بیماری بورگر به‌شدت سمی‌ست: پیشرفت بیماری در افرادی که سیگار می‌کشند، سریع‌تر است و معمولاً باید خود را برای قطع زودرس یک یا تعداد بیشتری از انگشت‌ها یا تمام اندام آماده کنند. بانی همیشه سیگار می‌کشید و نمی‌توانست ترک کند. رویکردهای مختلف خوابولرمای و رفتاری با شکست مواجه شده بود و این طور به‌نظر می‌آمد که نمی‌تواند ــ نمی‌خواهد ــ تصمیم به ترک سیگار بگیرد.

---

1. Ester Menaker
2. Buerger's disease

حس می‌کرد عادت به سیگار، زندگی‌اش را به اَشکال مختلف نابود کرده است. با مردی بسیار بی‌رحم و سلطه‌جو ازدواج کرده بود که ده سال پیش، او را به‌دلیل بیماری جسمانی‌اش ترک گفته بود. او مردی دوستدار طبیعت و بیرون شهر بود و به این نتیجه رسیده بود باید شریکی برای زندگی‌اش بیابد که در این جور فعالیت‌ها همراهی‌اش کند. او ناتوانی جسمانی بانی را به «عادت زشت» او (اصطلاحی که برای سیگار کشیدنش به‌کار می‌بُرد) نسبت می‌داد و ضعف اراده‌اش مشکل را تشدید می‌کرد. در نهایت با بانی اتمام حجت کرد: «بین سیگار و زندگی مشترکمان یکی را انتخاب کن.» وقتی بانی به سیگار کشیدن ادامه داد، او ترکش کرد.

وقتی من و بانی دلایل دشواری تصمیم به ترک سیگار را مورد بررسی قرار دادیم، متوجه شدیم یکی از مسائل مهم، این اعتقاد بود که اگر حالا سیگار را ترک کند، به این معناست که قبلاً هم می‌توانسته این کار را بکند. دستیابی به این بینش، پیامدهای بسیار مهم و عمیقی داشت. بانی همیشه به چشم قربانی به خود می‌نگریست: قربانی بیماری بورگر، قربانی عادتش و قربانی شوهری خشن و بی‌احساس. ولی اگر می‌پذیرفت سرنوشتش همیشه در دست خودش بوده، ناچار می‌شد با این واقعیت روبه‌رو شود که مسئولیت کامل بیماری، شکست در ازدواج و (به‌قول خودش) نابود کردن دوران بزرگسالی‌اش بر دوش خودش است. تصمیم به تغییر مستلزم پذیرش احساس گناه اگزیستانسیال بود، گناه ستمی که در حق خویش روا داشته بود. درمان باید بانی را متوجه می‌کرد که برای خودش تصمیم‌گیری کند، به این معنا که تصمیمش نباید مبتنی بر آرزوهای دیگران مثلاً همسر، والدین یا درمانگرش باشد. باید احساس گناه ناشی از ممانعت از رشد خویش (و افسردگی حاصل از آن) را می‌پذیرفت. باید با پذیرفتن مسئولیت آینده، مسئولیت خُردکننده‌ی اعمال گذشته‌اش را نیز می‌پذیرفت. بهترین راه ــ یا شاید تنها راه ــ کنار آمدن با احساس گناه ناشی از تجاوز به حقوق خود یا دیگری، جبران است. فرد نمی‌تواند برای گذشته اراده کند. تنها با تغییر آینده است که می‌تواند گذشته را جبران کند.

شیوه‌های احتراز از تصمیم‌گیری: تظاهرات بالینی

چون تصمیم‌گیری برای برخی افراد فوق‌العاده دشوار و دردناک است، غیرمنتظره نیست که فرد به‌دنبال شیوه‌هایی برای احتراز از تصمیم‌گیری باشد. آشکارترین

شیوه تعلل است و هر درمانگری، بیمارانی دارد که معذب و مردد، جلوی دروازه‌ی تصمیم قدم می‌زنند. ولی شیوه‌های نامحسوس‌تری هم برای کنار آمدن با رنج درونی تصمیم‌گیری وجود دارد، شیوه‌هایی که اجازه می‌دهند فرد تصمیم بگیرد ولی تصمیم‌گیری‌اش را از چشم خودش نیز پنهان کند. گذشته از هر چیز، این فرایند تصمیم است که دردناک است، نه محتوای آن؛ و اگر فرد بتواند بدون آگاهی به آنچه انجام می‌دهد، تصمیم بگیرد، چه بهتر از این! من به این پرسش که چرا تصمیم‌گیری دشوار است پاسخ دادم: بر چشم‌پوشی، اضطراب و احساس گناه ملازم با تصمیم‌گیری تأکید کردم. برای کاستن از آگاهی و رنج تصمیم، فرد باید دفاع‌هایی در برابر این تهدیدات برافرازد: می‌تواند با تحریف شق‌ها از چشم‌پوشی احتراز کند و یا با مقرر کردن اینکه فرد یا چیز دیگری به‌جایش تصمیم بگیرد، از اضطراب اگزیستانسیال دوری کند.

احتراز از چشم‌پوشی

معاوضه. اگر تصمیم‌گیری به این دلیل دشوار است که فرد باید از یک امکان صرف نظر کند تا آن یکی را انتخاب کند، پس راحت‌تر است موقعیت را طوری تنظیم کند که از میزان این چشم‌پوشی کاسته شود. برای مثال یکی از بیمارانم به‌نام آلیس جویای درمان شده بود به این دلیل که نمی‌توانست تصمیم به طلاق بگیرد. شوهرش تصمیم گرفته بود او را ترک کند و یک سال پیش این کار را کرده بود، ولی گاهی به‌خاطر رابطه‌ی زناشویی بازمی‌گشت. آلیس مدام در سوگ از دست دادن او بود و خیال‌پردازی‌هایش سرشار بود از تصاویر پیروزی در بازگرداندن او. برای ملاقات با او نقشه می‌کشید و با التماس به او برای دادن فرصت دیگری به ازدواجشان، خود را خوار و خفیف می‌کرد. منطق به او می‌گفت این ازدواج هرگز درست نبوده و بعد از این هم به درد نخواهد خورد و تنهایی برایش بهتر است. ولی همچنان همه‌ی قدرت را در این رابطه به همسرش واگذار کرده بود و حاضر نبود بپذیرد که او هم می‌تواند برای این رابطه تصمیم‌گیری کند. تصمیم او از دیدگاه خودش انتخابی بود میان رابطه‌ای رضایتبخش همراه با وابستگی به همسر و یک تنهایی خوفناک و هراس‌انگیز.

در نهایت به کمک چند جلسه مشاوره‌ی حمایتی، آلیس توانست مشکلش را با شروع رابطه با مردی دیگر حل کند. با استفاده از او به‌عنوان یک منبع حمایتی، توانست کاملاً از همسرش بگذرد. (در واقع خیلی زود به دلیل امتناع شوهر از پرداخت هزینه‌ی نگهداری فرزند، او را به دادگاه کشاند و قدم نهایی را برداشت.) آلیس توانست با محروم کردن تصمیم از معانی عمیق‌ترش تصمیم‌گیری کند. او با تغییر فرمول تصمیم، از آگاهی نسبت به چشم‌پوشی احتراز کرد: دیگر مجبور نبود میان تنهایی و شوهری که در دسترس نبود و آلیس دلایل خوبی برای دشمنی با او داشت، یکی را انتخاب کند؛ در عوض، توانست میان این شوهر و دوست پسری دوست‌داشتنی یکی را انتخاب کند که اصلاً انتخاب دشواری نبود.

این درمان حمایتی کوتاه‌مدت از یک سو سودمند بود زیرا آلیس را از گیرودار بی‌تصمیمی و تردید رهانید. ولی از سوی دیگر، او با احتراز از معانی عمیق‌تر تصمیمش، یک فرصت را برای رشد و تکامل از دست داد. اگر می‌خواست در این معانی غوطه‌ور شود، باید مثلاً با احساس تنهایی، ناتوانی‌اش در مواجهه‌ی مستقل با زندگی و تمایلش به تسلیم در برابر مردی مسلط روبه‌رو می‌شد. معلوم شد آلیس از این تجربه آموزه‌های اندکی اندوخته، زیرا چند ماه بعد دوباره در همان وضعیت قرار گرفت. رابطه با دوست‌پسرش خوب از کار درنیامد، نمی‌توانست آن را قطع کند و باز درگیر در یک بحران تصمیم‌گیری جویای درمان شد.

کاستن از ارزش شق‌های انتخاب‌نشده. این آزادی‌ست که از آن در هراسیم؛ و عقل سلیم، تجربه‌ی بالینی و پژوهش روانشناختی، همه‌وهمه، می‌گویند زمانی که شق‌های تصمیم‌گیری تقریباً هم‌ارز و هم‌سنگ به نظر می‌رسند، احساس آزادی (و ناراحتی حاصل از آن) افزایش می‌یابد. بنابراین تصمیم‌گیری رضایت‌بخش نیازمند آن است که شق انتخاب‌شده، جذاب به نظر بیاید و شق کنار گذاشته‌شده غیرجذاب. فرد به‌طور ناخودآگاه، تفاوت‌های جزیی میان دو شق تقریباً برابر را بزرگ جلوه می‌دهد تا انتخاب بین این دو هم روشن باشد و هم بی‌دردسر. به این ترتیب، هم تصمیم بدون تلاش فراوان اتخاذ می‌شود و هم از رویارویی دردناک با آزادی به‌طور کامل احتراز می‌شود.

برای مثال یک بیمار اسکیزوئیدِ دچار فروبستگی هیجانی از سال‌ها پیش تصمیم گرفته بود برای تغییر هیچ تلاشی نکند. تغییر به دلایلی که از حوصله‌ی این بحث

خارج است. چشم‌انداز هراسناکی برایش داشت، در نتیجه حاضر نمی‌شد به درمان متعهد شود و زندگی‌ای منزوی و بی‌سروصدا برای خود دست‌وپا کرده بود. از دیدی واقع‌بینانه، انتخاب او چیزی بود میان تنهایی فراگیر درون‌فردی و بین‌فردی در یک سو و زندگی‌ای خودجوش و همراه با ابراز احساسات در سوی دیگر. بیمار با تصمیم در جهت عدم تغییر، گزینه‌های در دسترسش را تحریف کرده بود و از ارزش شق انتخاب‌نشده کاسته و برای شق انتخاب‌شده ارزش بیش از اندازه‌ای قائل شده بود. او فرونشانی هیجانی را نوعی «وقار» یا «نزاکت» می‌دید و خودجوشی را «از دست رفتن کنترل و نزدیک شدن به طبع حیوانی»، چون او را با این خطر مواجه می‌کرد که در برابر خشم و اشک اختیار از کف بدهد. بیمار دیگری تصمیم گرفته بود در ازدواجی که به‌شدت از آن ناراضی بود باقی بماند زیرا شق دیگر (که آن را تحریف و بی‌ارزش کرده بود)، پیوستن به خیل مجردها بود که «قشونی پرجمعیت، نگون‌بخت، مطرود و غیرقابل‌معاشرت»ند.

پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی تأیید می‌کند که کاستن از ارزش شق‌های انتخاب‌نشده، یک پدیده‌ی شایع روانشناختی‌ست.(۹۷) پس از آنکه فرد تصمیمی می‌گیرد که میان شق انتخاب‌شده و نشده‌اش، مرز مشخصی وجود ندارد، به پشیمانی پس از تصمیم دچار می‌شود. بسته به میزان جذابیت هر شق، فرد به این احساس ناخوشایند گرفتار می‌شود که «چه کرده‌ام؟» این احساس را در نوشته‌های علمی «ناهمخوانی شناختی[1]» می‌نامند: به این معنا که انتخاب فرد با ارزش‌هایش ناهماهنگ ــ ناهمخوان ــ از کار درآمده است. نظریه‌ی ناهمخوانی شناختی می‌گوید تنش حاصل از ناهمخوانی بسیار ناخوشایند است و فرد (در سطحی غیرخودآگاه) به فعالیتی دست می‌زند تا از تنش بکاهد.(۹۸) پژوهش تجربی نشان می‌دهد فرد از شیوه‌های مختلفی استفاده می‌کند تا از رنج ناشی از چشم‌پوشی بکاهد. روش شایع و مرتبط با یافته‌های بالینی، تحریف اطلاعات است: فرد با روی گشاده، اطلاعاتی را که بر شق انتخاب‌شده ارج می‌نهد یا شق انتخاب‌نشده را از چشم می‌اندازد، پذیرا می‌شود؛ و برعکس، در به‌روی هر آنچه بر جذابیت شق انتخاب‌نشده می‌افزاید یا از جذابیت شق انتخاب‌شده می‌کاهد، می‌بندد.(۹۹)

1. cognitive dissonance

سپردن اختیار تصمیم‌گیری به دیگری. همان‌طور که توضیح دادم، تصمیم دردناک و رنج‌آور است نیز به این دلیل که اگر ژرف بنگریم، نه‌تنها هریک از ما را با آزادی رودررو می‌کند، بلکه با تنهایی بنیادین و با این واقعیت هم مواجه می‌سازد که هریک از ما به‌تنهایی مسئول وضعیت موجود در زندگی خویشیم. اگر فرد، دیگری را به تصمیم‌گیری به‌جای خود بگمارد یا ترغیب کند، می‌تواند هم تصمیم خویش را داشته باشد و هم از درد تنهایی احتراز کند. اریک فروم بارها تأکید کرده انسان‌ها همیشه مَنِشی دوسوگرا نسبت به آزادی دارند. با اینکه به پیکاری بی‌امان برای رسیدن به آزادی دست می‌زنند، منتظر فرصتی هستند که از آن صرف نظر کنند و به نظامی استبدادی تن در دهند تا از باری که آزادی و تصمیم بر دوش‌شان نهاده، بکاهند. رهبر باجذبه و فرهمند ــ کسی که هر تصمیمش پرشور و با اعتمادبه‌نفس است ــ مشکلی در به‌خدمت گرفتن افراد و به‌کار گماشتنشان ندارد.

بیمار در حین درمان به‌شدت تقلا می‌کند درمانگر را ترغیب کند یا با چرب‌زبانی وادارد که به‌جای او تصمیم بگیرد؛ و یکی از وظایف اصلی درمانگر، مقاومت در برابر این بازی و بر عهده نگرفتن مسئولیتی‌ست که بیمار باید بر دوش بگیرد. بیمار ممکن است برای تحت تأثیر قرار دادن درمانگر، در بیان میزان عجز و ناتوانی‌اش اغراق کند یا شواهد مبتنی بر توانایی‌هایش را از او پنهان دارد. بسیاری از بیمارانی که در بحران تصمیم‌گیری گرفتارند، هر واژه، حرکت و حالت صورت درمانگر را گویی که نشانه‌ی وحی باشد، زیر نظر می‌گیرند؛ آنچه را که از کلام درمانگر در یادشان می‌مانَد، بعد از هر جلسه زیرورو می‌کنند تا شاید متوجه شوند تصمیم درست از دیدگاه درمانگر چیست. بیماران بدون در نظر گرفتن میزان فرهیختگی‌شان، در آرزوی درمانگری‌اند که برنامه و هدایتی برایشان تدارک ببیند. خشم و درماندگی که در هر دوره‌ی درمانی به میزانی پدید می‌آید، ریشه در این دریافت بیمار دارد که درمانگر بار تصمیم را از دوش او برنخواهد داشت.

راهکارهای بی‌شماری برای واداشتن دیگری به تصمیم‌گیری برای فرد وجود دارد. اخیراً دو تن از آشنایانم طوری از هم طلاق گرفتند که هریک معتقد بود تصمیم را دیگری گرفته است. زن درخواست طلاق نداده بود ولی به همسرش گفته بود عاشق مرد دیگری شده است. همان‌طور که پیش‌بینی می‌شد، مرد بلافاصله بر اساس

معیارهای خود به این نتیجه رسیده بود که باید طلاق بگیرند و این کار را کرده بودند. زن و شوهر هر دو با این نتیجه‌گیری که تصمیم را دیگری گرفته، از رنج تصمیم‌گیری (و پشیمانی پس از تصمیم) احتراز کرده بودند. زن فقط علاقه‌ی خود به مردی دیگر را بر زبان رانده بود و طلاق نخواسته بود. مرد هم احساس کرده بود زن با این اعتراف عملاً تصمیمش را گرفته است.

فرد ممکن است به‌قدری در تصمیم‌گیری تعلل کند تا عامل یا موقعیتی بیرونی به‌جای او تصمیم بگیرد. شاید چنین فردی متوجه تصمیم خویش ــ مثلاً برای رد شدن در یک امتحان ــ نشود، ولی در واقع، پشت گوش انداختن و تعلل، تصمیم به رد شدن را به گردن آموزگار انداخته است. به طریقی مشابه، وقتی کارمندی با کار نابسنده و بی‌لیاقتی، در نهان تصمیم می‌گیرد کارش را ترک کند، ممکن است این طور به نظر آید که کارفرما تصمیم به اخراج او گرفته است. دیگری ممکن است نتواند تصمیم به قطع یک رابطه بگیرد و با سردمزاجی، بی‌تفاوتی یا گوشه‌گیری دیگری را به اتخاذ تصمیم وادارد.

در شرح مختصری که در ابتدای این بخش آمد، زنی آرزو می‌کرد همسرش را با زنی دیگر در بستر بیابد تا بتواند ترکش کند. روشن است آرزو داشته همسرش را ترک کند، ولی نتوانسته آرزو را به کردار تبدیل کند: رنج تصمیم (یا پیش‌بینی پشیمانی پس از تصمیم) بسیار شدید بوده است. بنابراین زن امیدوار بوده مرد با شکستن یک اصل محرز در رابطه، به‌جای او تصمیم بگیرد. با وجود این، امکانات زن به‌هیچ‌وجه محدود به انتظار کشیدن و امید داشتن نبود. او در عین اینکه هنوز تصمیمش را از خودش هم پنهان می‌کرد، راه‌های متعددی برای تسریع در تصمیم‌گیری کشف کرده بود: مثلاً خود را به‌طرز نامحسوسی از همسر دور نگه می‌داشت و از رابطه‌ی جنسی با او امتناع می‌کرد که در نهان به این معنا بود که همسر می‌تواند در جای دیگری به این رابطه دست یابد.

جرج، یک بیمار دیگر هم مشکل مشابهی داشت. برای یک تصمیم صریح مسئولیت نمی‌پذیرفت. در مورد رابطه با یک زن دچار تعارض شده بود؛ از رابطه‌ی جنسی با او راضی بود ولی در مسائل دیگر او را نمی‌پسندید. حاضر نبود تکلیف این رابطه را روشن کند: نه به آن نه بگوید و خاتمه‌اش دهد و نه

آری بگوید و برای بهبود آن تلاش کند. در نتیجه مجبور شده بود بدون آنکه تصمیمی «اتخاذ» کند، به تصمیمی «برسد». ناخودآگاه آن زن را واداشته بود تصمیم بگیرد. تا می‌توانست از آپارتمان خودش دور می‌ماند تا آن زن نتواند با او تماس تلفنی بگیرد یا «اتفاقاً» فراموش می‌کرد اتومبیلش را تمیز کند و در نتیجه وسائل زن دیگری (مثل ته‌سیگار، سنجاق‌سر و غیره) در معرض دید باقی می‌ماند. با این حال، اگر در همین مدت کسی به او می‌گفت سعی دارد رابطه را تمام کند، به‌شدت انکار می‌کرد.

آن زن تصمیم به قطع رابطه نگرفت؛ در عوض، به جرج فشار آورد به خانه‌ی او نقل مکان کند. در این مرحله جرج به‌دنبال کس دیگری گشت که به‌جای او تصمیم بگیرد. از تک‌تک دوستانش نظر خواست و بارها دست‌به‌دامن درمانگرش شد تا راهنمایی‌اش کند. وقتی بالاخره درمانگر موفق شد به او کمک کند رفتارش را مورد بررسی مجدد قرار دهد، جرج حرف جالبی زد: «اگر یک نفر دیگر تصمیم بگیرد، دیگر من تعهدی به اجرای آن ندارم.» [حجم زیادی از پژوهش‌ها در زمینه‌ی روانشناسی اجتماعی نشان می‌دهد وقتی فرد خود در یک تصمیم‌گیری شراکت دارد ــ یعنی همان فرایند دموکراتیک ــ مسئولیت اجرای آن را هم می‌پذیرد، ولی در برابر تصمیمی که دیگری بر عهده‌اش گذاشته، موضعی خنثی یا مخالف اتخاذ می‌کند.]

جرج می‌دانست علاقه‌ی زیادی به قطع رابطه دارد. برای آن زن هم بهتر بود جرج رابطه را تمام کند، ولی او مدت‌ها دلیل‌تراشی می‌کرد که نمی‌خواهد به دوستش صدمه بزند (انگار که طرد طولانی، عذاب‌دهنده و پنهانی صدمه‌ای به زن وارد نمی‌کرد.) با این حال، نمی‌توانست خود را وادار به تصمیم‌گیری کند و کم‌کم گرفتار شده بود چون نمی‌توانست کسی را بیابد که به‌جایش تصمیم بگیرد.

بسیاری از بیماران در درمان «کنش‌نمایی» می‌کنند تا درمانگر را به تصمیم‌گیری به‌جای آنان ترغیب کنند. بیماری به نام تِد که خود روان‌درمانگر بود، ماه‌ها با تمایل شدید به وابستگی دست‌وپنجه نرم کرده بود. درمانگرش در یک جلسه اشاره کرد والد خود بودن چقدر دشوار است. (این مفهوم به اَشکال مختلف در هر درمان اگزیستانسیالی که به کندوکاو در مقوله‌ی آزادی بپردازد، سر برمی‌آورَد.) تد در جلسه‌ی بعد فوق‌العاده ناراحت بود و اعلام کرد در طی هفته‌ی گذشته «کنترلش را از دست داده» و درگیر

رابطه‌ی جنسی با یکی از بیمارانش شده و احتیاج به کسی دارد که برای او «در سوت بدمد». به نظر می‌رسید این شرایط نقشه‌ای‌ست که با قدرت طراحی شده تا درمانگر را به تصمیم‌گیری به‌جای تِد وادارد. گذشته از هر چیز، کدام درمانگرِ مسئول است که بنشیند و منفعلانه شاهد صدمه زدن یک بیمار به بیمار دیگر باشد و در این روند، موقعیت حرفه‌ای خودش را زیر سؤال ببرد؟

با وجود این، درمانگر تصمیم گرفت همه‌ی جوانب این «کنش‌نمایی» را بررسی کند و خیلی زود روشن شد تِد کاملاً هم از کنترل خارج نشده ولی چندین تصمیم گرفته که نشان می‌داد حاضر شده درجاتی از مسئولیت را بپذیرد. به‌جای درگیر شدن در رابطه با یک بیمار روان‌پریش یا دارای شخصیت مرزی، «تصمیم گرفته» بود با یک بیمار رشدیافته و دارای شخصیت منسجم که آماده‌ی خاتمه‌ی درمانی سه‌ساله بود، وارد رابطه شود. به‌علاوه، با اینکه قانون اخلاقی حرفه‌اش را زیر پا گذاشته بود، پیش از برقراری رابطه‌ی جنسی رابطه را متوقف کرده بود و موضوع را در درمان فردی‌اش به بحث گذاشته بود. علاقه‌ی تِد بیشتر در این جهت بود که مقاومت درمانگر را بشکند زیرا حاضر نشده بود به بازی او تن در دهد و به‌جایش تصمیم بگیرد («در سوت بدمد») و اصرار داشت نشان دهد با اینکه تصمیم‌گیری برای خود ترسناک است، ولی او به‌خوبی از پس این کار برمی‌آید.

تصمیم را برعهده‌ی چیزی گذاشتن. یکی از شیوه‌های کهن تصمیم‌گیری، رایزنی با سرنوشت یا همان فال‌گیری‌ست. پاسخ فال چه در امعا و احشای چهارپایان بود، چه در برگ‌های چای، یی چینگ، تغییرات جوی یا هر نوع فال دیگر، فرقی نمی‌کرد. مهم این بود که با انتقال مسئولیت تصمیم‌گیری بر دوش یک عامل بیرونی، فرد از رنج اگزیستانسیال ناشی از تصمیم در امان می‌ماند.

یکی از شیوه‌های امروزی اتکا به بخت و اقبال را می‌توان در رمان تاس‌باز نوشته‌ی لوک راینهارت[1] مشاهده کرد که در آن قهرمان داستان یک تصمیم اساسی می‌گیرد: همه‌ی تصمیم‌ها را به بخت و اقبال و به پرتاب تاس بسپارد.(۱۰۰) پس فهرستی از تصمیم‌های مهم زندگی‌اش تهیه می‌کند و به تاس اجازه‌ی تصمیم‌گیری می‌دهد. البته بعضی تصمیم‌ها باید با توجه به گزینه‌هایی که در فهرست معین شده بود، گرفته

1. Luke Rhinehart

می‌شد، ولی این موارد جزئی بود و تعهدی ایجاد نمی‌کرد، زیرا هر گزینه، چندین گزینه‌ی متضاد در برابر داشت. استدلال تاس‌باز برای رفتارش این است که بسیاری از وجوه شخصیتش مدام منکوب «قانون اکثریت» خصوصیات دیگرش بوده است. با واگذاری تصمیم به تاس، به هر بخش فرصت زندگی می‌دهد. با این حال مرد تاس‌باز به‌شکل یک قهرمان اگزیستانسیال معرفی شده ــ فردی که آزادی (یعنی بخت‌وارگی[1]) و پیشامدگرایی را با آغوش باز پذیراست ولی می‌توان او را درست در نقطه‌ی مقابل هم قرار داد ــ کسی که به آزادی و مسئولیت گردن می‌نهد. در واقع، هرجا که تاس‌باز باید در برابر عملی شنیع و خشن پاسخگو باشد، فقط یک پاسخ دارد: «تاس گفت این کار را بکنم.»

«قوانین» وسیله‌ی سهل‌الوصول دیگری برای تصمیم‌گیری‌اند و انسان‌ها همواره در پیِ آرامش حاصل از قوانین جامع و مبسوطند تا از رنج تصمیم در امان بمانند. یهودیان ارتودوکس که از قوانین ۵۱۳ گانه‌ی مذهب یهود پیروی می‌کنند، از بسیاری از تصمیم‌گیری‌ها معافند چون بیشتر رفتارهای آن‌ها از تشریفات روزانه‌ی مربوط به وقایع روزمره تا شیوه‌ی برخورد با بحران‌های اساسی زندگی، همه‌وهمه از پیش نوشته و تجویز شده است. قوانین حاکم بر جوامع سنتی، اغلب هر آغازی را سرکوب می‌کند و بلندپروازی و انتخاب را محدود می‌سازد، ولی در عوض، فرد را از تصمیم‌گیری در مورد مسائلی چون با چه کسی ازدواج کنم؟ باید طلاق بگیرم؟ چه حرفه‌ای را در پیش بگیرم؟ وقت آزادم را چطور بگذرانم؟ با چه کسی دوستی کنم؟ و مانند این‌ها معاف می‌کند و به این ترتیب آرامش را به او پیش‌کش می‌کند.

بوگنتال در توصیف درمان بیماری که رئیس دانشکده‌ای در مقطع لیسانس بود، به‌زیبایی نشان می‌دهد که چطور «قوانین» به فرد اجازه می‌دهند از تصمیم‌گیری احتراز کند:

> رئیس استادرت در حالی که لبخندی مشفقانه با رگه‌ای از اندوه بر صورتش بود، به دخترک گفت: «کاملاً می‌فهمم چرا این رفتار را کردید، ولی ببینید، من در این مورد

---

1. randomness

چاره‌ی دیگری ندارم.» ادامه داد: «اگر حالا برای شما استثنا قائل شوم، مجبورم برای دیگرانی هم که دلایل متقاعدکننده‌ای برای زیر پا گذاشتن قوانین دارند، همین شیوه را در پیش بگیرم. آن وقت قوانین خیلی زود معنایشان را از دست می‌دهند، مگر نه؟ پس با اینکه واقعاً متأسفم، وضع روشن است و نباید ماه آینده از محدوده‌ی دانشگاه خارج شوید.»

دانشجو با قدردانی از میان پرده‌ای از اشک به رئیس خیره شد: «همین که وضعیت مرا درک می‌کنید، کمکم می‌کند، ولی این وضعیت به نظر عادلانه نمی‌آید. معنایش این است که کارم را از دست بدهم و نمی‌دانم پدرم می‌تواند هزینه‌ی دانشکده‌ام را تأمین کند یا نه.» رئیس دلسوز بود ولی برایش روشن کرد که انتخاب دیگری در کار نیست.

وقتی دانشجو از اتاق بیرون رفت، رئیس استادرت چند لحظه‌ای به پشتی صندلی‌اش تکیه داد و متوجه احساساتی متضاد در درونش شد. از یک سو، احساس رضایت می‌کرد چون بالاخره توانسته کنترل احساسات و درایت و بصیرتش را به جایی برساند که وقتی قوانین حکم می‌کنند، برای دفاع از آن‌ها محکم بایستد. سال‌های سال، این دلسوزی‌اش بود که بر او فرمان می‌راند، در نتیجه تقریباً هیچ‌وقت نتوانسته بود درک و شعور انسانی را با به‌کارگیری منسجم قوانین بیامیزد...

مارگارت استادرت ماتم‌زده اندیشید اداره‌ی موقعیتی شبیه به آنچه او اداره کرده بود، یک جنگ تمام‌عیار است. ولی عجیب اینکه راضی نبود. هر قدر به خود اطمینان می‌داد که کارش را خوب انجام داده، باز معذب بود. همان روز دیرتر، زمانی که بر مبل راحتی مطب من لمیده بود، می‌اندیشید: «نمی‌دانم چه چیز از آن گفت‌وگو هنوز عذابم می‌دهد که وقتی بهش فکر می‌کنم آرامشم را از دست می‌دهم. و مدام هم به آن فکر می‌کنم. انگار چیزی را نادیده گرفته‌ام و به آن توجه نکرده‌ام، ولی نمی‌دانم چی... .»(۱۰۱)

همان‌طور که بوگنتال اشاره می‌کند، به‌جای آنکه مارگارت قوانین را اداره کند، قوانین او را اداره می‌کنند. او به این نتیجه رسید که «قوانین برای خودشان معنی و مفهوم دارند»، قوانین و ثبات رای، توجه به شعور انسانی و نیازهای انسانی را ارتقا می‌بخشند. مارگارت حس کرده بود تمرین انتخاب و تصمیم‌گیری خطرناک

است. برداشتش از خطر این بود که: «اگر حالا برای شما استثنا قائل شوم، مجبورم برای دیگرانی هم که دلایل متقاعدکننده‌ای برای زیر پا گذاشتن قوانین دارند، همین شیوه را در پیش بگیرم.»

ولی چرا باید این طور باشد؟ چرا باید ثبات رای بر هر چیز دیگری مقدم باشد؟ نه، دلایل ضروری‌تری برای پیروی مارگارت از قوانین وجود داشت، گرچه در این گزارش بالینی چندان نمایان نیست: روشن است که مارگارت با احتراز از تصمیم‌گیری، از نقش «تصمیم‌گیرنده» دوری می‌کند. او این خیال باطل تسلی‌بخش را که یک مرجع بیرونی مطلق و درستی و نادرستیِ ازپیش‌تعیین‌شده وجود دارد، پذیرفته و گرامی داشته است. مارگارت با این پذیرش و اعتقاد، از تنهایی اگزیستانسیال که مختص موقعیت «حقیقی»اش است، یعنی اینکه خودش دنیایش را این گونه ساخته و به آن ساختار و معنا داده، احتراز کرده است.

تصمیم: راهبُرد و اسلوب بالینی

تصمیم در روند هر درمان موفق نقش محوری دارد. حتی اگر درمانگر آشکارا بر تصمیم تمرکز نکند یا به آن بی‌اعتنا باشد، حتی اگر درمانگر معتقد باشد تحول حاصل اندرز یا تعبیروتفسیر یا ماهیت رابطه‌ی درمانی‌ست، باز این تصمیم است که ماشین تحول را به راه می‌اندازد. تغییر و تحول بدون تلاش امکان‌پذیر نیست و تصمیم ماشه‌ی این تلاش را می‌کِشد.

در اینجا به چند رویکرد درمانی برای تصمیم‌گیری، چه خودآگاه و چه ناخودآگاه، اشاره می‌کنم. بعضی بیماران در کشاکش یک تصمیم‌گیری فعال جویای درمان می‌شوند؛ بعضی در طول دوره‌ی درمانی‌شان، با بحران‌های دوره‌ای تصمیم‌گیری مواجهند؛ برخی هم به مشکل مزمن ناتوانی در تصمیم‌گیری مبتلا هستند. با اینکه درمانگر، پویه‌نگری بیمار را در جهت مشکل تصمیم‌گیری جمع‌بندی نمی‌کند، با این حال، همان‌طور که در نمونه‌ی بالینی ابتدای بخش دوم اشاره کردم، هدفش «رساندن بیمار به مرحله‌ای‌ست که بتواند آزادانه انتخاب کند.»

رویکردهای درمانی به تصمیم‌گیری در سطح خودآگاه. بئاتریس، بیماری که تحت درمان گروهی بود، با من تماس گرفت و به‌خاطر بحران حاد تصمیم‌گیری درخواست

یک جلسه‌ی اضطراری کرد. سه ماه قبل از دوست پسر ایتالیایی‌اش دعوت کرده بود با او زندگی کند. آن موقع این وضعیت کوتاه‌مدت به نظر می‌رسید چون قرار بود دوستش ماه بعد به کشور خودش بازگردد. ولی بازگشتش به تعویق افتاده بود و میانه‌شان به‌سرعت به هم خورده بود. مرد الکل زیادی می‌نوشید، بددهن بود، پول زیادی از او قرض کرده بود و اتومبیل و آپارتمانش را به امانت گرفته بود. بئاتریس احساس می‌کرد هیچ کاری ازش برنمی‌آید و به همین خاطر غرق در اضطراب و نومیدی بود. بالاخره بعد از هفته‌ها کش‌وقوس با تصمیم، آن روز صبح از مرد خواسته بود آنجا را ترک کند، ولی او نپذیرفته بود و گفته بود نه پول دارد و نه جایی برای ماندن. به‌علاوه، چون بئاتریس اجاره‌نامه نداشت، حالا او هم به اندازه‌ی بئاتریس حق دارد آنجا بماند. بئاتریس خواسته بود پلیس خبر کند، ولی چون اجاره‌نامه نداشت، بعید می‌دانست پلیس کاری از پیش ببرد. ضمناً از خشم دوست پسرش می‌ترسید چون بدخلق و تندمزاج بود و می‌توانست درگیر انتقام‌جویی و عداوتی طولانی بر ضد او شود.

چه باید می‌کرد؟ مرد در هر حال چهار یا پنج هفته‌ی دیگر می‌رفت؛ امیدوار بود بتواند تا آن موقع دوام بیاورد، ولی وضعیت آن قدر بد بود که احساس می‌کرد دیگر نمی‌تواند. اگر از او می‌خواست خانه را ترک کند، ممکن بود صدمه‌ی جسمانی به او بزند یا اسباب خانه یا اتومبیل را تخریب کند. به‌علاوه، برای بئاتریس بسیار مهم بود که رابطه با او را طوری خاتمه دهد که او باز هم دوستش داشته باشد. چه باید می‌کرد؟

بئاتریس حس می‌کرد فلج شده چون هیچ عملکرد مؤثری به فکرش نمی‌رسید. در حین مشاوره‌ی اضطراری چنان آشفته بود که به بستری کردنش فکر کردم. کوشیدم با پرسش مکرر این سؤال که: «چه راه‌های چاره‌ای به نظرت می‌رسد؟» از درِ رویارویی مستقیم با سراسیمگی و کرختی ناشی از تصمیم برآیم. بئاتریس حس می‌کرد هیچ راه چاره‌ای ندارد؛ ولی با پافشاری من، فهرستی از گزینه‌ها را ردیف کرد. می‌توانست خیلی روشن‌تر، صادقانه‌تر و محکم‌تر از قبل با او روبه‌رو شود. می‌توانست دقیقاً به او بفهماند چه تجربه‌ی گیج‌کننده‌ای را از سر گذرانده و چطور عزم کرده حتی یک روز دیگر را هم با او زیر یک سقف نگذراند. می‌توانست برای رفتنش پافشاری کند

و بعد از آن مشورت حقوقی بگیرد و از پلیس درخواست حفاظت کند. می‌توانست از چند تن از دوستانش بخواهد تا برای رویارویی با او کمکش کنند. می‌توانست اسباب‌کشی کند و از آن آپارتمان برود (اجاره‌نامه یا تعهد دیگری برای آنجا نداشت). اگر می‌ترسید اسبابش را تخریب کند، می‌توانست از یک شرکت باری مخصوص اسباب‌کشی بخواهد وسائلش را بسته‌بندی و انبار کند. (گران تمام می‌شد؟ بله، ولی به پای مبلغی که برای این مرد خرج می‌کرد، نمی‌رسید.) می‌توانست به‌راحتی نزد خواهرش بماند و غیره و غیره. پس از پایان تمرین فهرست‌کردن گزینه‌ها، بئاتریس دیگر احساس درماندگی نداشت، حس کرختی فروکش کرده بود و توانست نقشه‌ای برای عملکردش طراحی کند.

آنچه بعد از این جلسه رخ داد، چندان به بحث ما مربوط نمی‌شود ولی چون مشکلات بالینیِ حول‌وحوش تصمیم‌گیری را روشن می‌کند، به پرت شدن از موضوع می‌ارزد. بئاتریس بعد از جلسه احساس بهتری داشت. همه‌ی گزینه‌ها را مرور کرد و تصمیم گرفت با شکنجه‌گرش مقابله کند. دل به دریا زد و با ترس و لرز به مرد گفت که دیگر قادر به تحمل این وضع نیست و از او خواست آنجا را ترک کند. قبلاً همین حرف‌ها را زده بود، ولی ظاهراً طرف مقابل پیامش را درست نگرفته بود چون واکنشش به شنیدن این جمله، موافقت بی‌درنگ ولی با بی‌میلی بود. وسائلش را بست، جای دیگری برای ماندن پیدا کرد و قرار شد روز بعد آنجا را ترک کند!

آن روز عصر بئاتریس موافقت کرد آخرین شام را با او صرف کند و در میانه‌ی گفت‌وگو مرد با شور و حرارت گفت حیف است که دو آدم منطقی که همدیگر را دوست دارند نتوانند راهی پیدا کنند که مثل دو دوست در کنار هم زندگی کنند. و جواب بئاتریس چه بود؟ گفت: «من هم خیلی دلم می‌خواهد.» بعد چمدان مرد را باز کردند و او دوباره در خانه مستقر شد.

چهار روز بعد، بئاتریس جلسه‌ی گروه را با گزارش کوتاهی از حادثه آغاز کرد: یک جروبحث مختصر، یک جلسه‌ی اضطراری با من، درخواست از دوست پسر برای ترک منزل، آشتی مجدد و چند روزی را توصیف کرد که با بهبود ناگهانی رابطه همراه بوده است. هیچ اشاره‌ای به آن رنج و عذاب فوق‌العاده، خشونت کلامی، میگساری، سوء استفاده‌ی مالی و تهدیدهای مرد نکرد. من از توصیف او مبهوت مانده بودم؛

و پس از آنکه صحبت بئاتریس به پایان رسید به گروه گفتم من هم هفته‌ی پیش تجربه‌ای را از سر گذراندم که می‌خواهم با آن‌ها در میان بگذارم و این طور شروع کردم: «زن جوانی با اضطراب و تشویش به من تلفن کرد» و جلسه‌مان را از دید خودم توصیف کردم. در واقع، صحبت‌ها آن قدر متفاوت بود که چند دقیقه گذشت تا گروه متوجه شد من و بئاتریس درباره‌ی یک حادثه حرف زدیم!

چرا بئاتریس اطلاعات را هنگام بازگویی برای گروه دست‌کاری کرد؟ او باید ناخودآگاه متوجه شده باشد که اگر تصویر دقیقی از این رابطه برای گروه ــ و در واقع برای خودش ــ ترسیم کند، اعضا به این نتیجه می‌رسند که او باید رابطه‌اش را خاتمه دهد. (در واقع تک‌تک دوستانش همین نظر را داشتند. آرام‌ترین و متین‌ترین پاسخ‌ها این بود: «مرتیکه رو با لگد بنداز بیرون!» «مگر تو دیوونه‌ای؟» «شر این ناکس را بکَن!» «چرا خودتو گرفتار این آشغال کردی؟») بئاتریس در عمق وجودش می‌دانست تصمیمی غیرمنطقی گرفته، تصمیمی که آشکارا به‌نفعش نبود. ولی تصمیم گرفته بود و می‌خواست از اضطراب ناشی از ناهمخوانی شناختی احتراز کند. وقتی نظر اعضای گروه را نزد خود ارزیابی کرد، متوجه شد برای آرامش خودش بهتر است واقعیت‌هایی را که به آن‌ها اجازه می‌داد به این نتیجه برسند که تصمیمش اشتباه بوده، پنهان کند.

من در جلسه‌ی اضطراری با بئاتریس کوشیدم سراسیمگی‌اش را با کمک به او در جهت در نظر آوردن گزینه‌های موجود تسکین دهم. این تدبیر معمولاً در مواجهه با سراسیمگی ناشی از تصمیم مؤثر است؛ ولی درمانگر باید به یاد داشته باشد کسی که باید گزینه‌ها را پیدا کند و از میانشان انتخاب کند، بیمار است نه درمانگر. یکی از نخستین اصولی که به روان‌درمانگران می‌آموزند تا بیمار را در جهت برقراری ارتباط مؤثر یاری دهند این است که «اختیار» احساساتشان را در دست داشته باشند. اصل مهم دیگر این است که فرد اختیار تصمیم‌هایش را داشته باشد و تصمیم‌هایش را برای خودش نگه دارد. تصمیمی که دیگری اتخاذ کند، دیگر تصمیم نیست: فرد برای عمل به آن تعهدی ندارد؛ و حتی اگر داشته باشد، تحولی در فرایند تصمیم‌گیری به وقوع نمی‌پیوندد، فرد این تحول را به تصمیم بعدی تعمیم نمی‌دهد. درمانگر باید در برابر درخواست‌های بیمار مقاومت کند. درمانگران تازه‌کار اغلب تسلیم می‌شوند

و در تله‌ی تصمیم‌گیری برای بیمار می‌افتند. چنین درمانگری کمی بعد، وقتی بیمار خود را به آن تصمیم متعهد نمی‌بیند و به آن عمل نمی‌کند، به نومیدی، سرخوردگی و خشم دچار می‌شود. اگر درمانگر تصمیم‌گیری را خود بر عهده گیرد، این امکان وجود دارد که درمان به‌جای تمرکز بر حیطه‌ی سرنوشت‌ساز مسئولیت و تصمیم، کاملاً بر حیطه‌ی اطاعت یا سرپیچی از اقتدار متمرکز شود.

مهم است به‌خاطر بسپاریم تصمیم‌گیری با اتخاذ یک تصمیم یا شکست در این کار به پایان نمی‌رسد. فرد باید بارها و بارها دوباره تصمیم‌گیری کند. عمل نکردن به یک تصمیم، به معنای «ازدست رفتن فرصت» برای همیشه نیست و لزومی ندارد عواقبی برای تصمیم بعدی به بار آورَد. مواقعی هم هست که بیمار آمادگی یا توانایی اتخاذ یک تصمیم را ندارد: شق‌ها و گزینه‌ها بسیار به هم نزدیکند؛ و اضطراب و احتمال پشیمانی بیمار بالاست و آگاهی او از معنای تصمیم (که به‌زودی به آن خواهم پرداخت) بسیار محدود است. بزرگ‌ترین کمک درمانگر در چنین زمانی، حمایت از این تصمیم بیمار است که فعلاً تصمیمی نگیرد.

توانایی تصمیم‌گیری بسیاری از بیماران با «چه می‌شود اگر»ها فلج می‌شود. چه می‌شود اگر از این کار استعفا دهم و نتوانم کار دیگری پیدا کنم؟ اگر بچه‌هایم را تنها بگذارم و صدمه ببینند، چه؟ اگر با یک دکتر دیگر مشورت کنم و پزشکی که الآن نزدش می‌روم متوجه بشود، چه؟ تحلیل منطقی و سازمان‌یافته‌ی احتمالات اغلب مفید است. برای مثال، درمانگر می‌تواند از بیمار بخواهد به‌نوبت برای هر «چه می‌شود اگر»، یک سناریوی کامل بنویسد: رویداد آن را با تمام پیامدهای ممکنش در ذهن مجسم کند، احساسات به‌وجودآمده را تجربه و بعد تحلیل کند.

گرچه این رویکردهای خودآگاهانه گاهی مفیدند، محدودیت‌های شدیدی دارند زیرا بخش عمده‌ی معضل تصمیم‌گیری در سطحی نهانی و زیرزمینی قرار دارد و دسترسی منطقی به آن میسر نیست. من معتقدم همان‌طور که ارسطو دو هزار سال پیش گفته، کل بزرگ‌تر از جمع اجزاست و خرد جمعی نیز همواره بر این بینش صحه گذاشته است. لطیفه‌ای یدیش درباره‌ی تنفر از کرپلاخ[1] وجود دارد. پسربچه‌ای

---

۱. خلطی یهودی که گوشت خردکرده یا پنیر را در لایه‌ای از خمیر پیچیده و در آب کم می‌جوشانند.-م

پسربچه از کرپلاخ متنفر بوده و مادرش می‌خواسته این تنفر را از بین ببرد. پس یک روز که پسر در آشپزخانه بوده، با جدوجهد مشغول پختن کرپلاخ می‌شود. با جزءبه‌جزء تمام همه‌ی محتویات غذا را شرح می‌دهد. «ببین، تو آرد دوست داری، تخم‌مرغ دوست داری، گوشت دوست داری» و همین طور ادامه می‌دهد. پسر هم هر بار بلافاصله تأیید می‌کند. «خب، پس مشکل حله دیگه، چون همه‌ی اینا با هم می‌شوند کرپلاخ.» ولی همین که به کلمه‌ی «کرپلاخ» می‌رسد، پسر دوباره و درجا شروع می‌کند به عق زدن.

رویکردهای درمانی به تصمیم‌گیری در سطح ناخودآگاه. درمانگر چگونه می‌تواند به وجوه ناخودآگاه تصمیم‌گیری یعنی همان چیزی که فاربر «نخستین قلمرو اراده» نامیده، نزدیک شود. پاسخ: «غیرمستقیم.» درمانگران به آن میزان که دلشان می‌خواهد، نمی‌توانند اراده یا تعهد بیافرینند، نمی‌توانند دکمه‌ی تصمیم‌گیری را فشار دهند یا عزم و ثبات رای در بیمار بدمند. ولی می‌توانند عواملی را که بر خواستن مؤثرند، تحت تأثیر قرار دهند. هیچ‌کس دچار فقدان مادرزادی اراده نیست. همان گونه که رابرت وایت(۱۰۲) و کارن هورنای(۱۰۳) استادانه توصیف کرده‌اند، بخشی از توارث سرشتی هر فرد، سائقی‌ست در جهت اثرگذاری، غلبه بر محیط و تبدیل به آنچه توانایی بدل شدن به آن را دارد. اراده به‌وسیله‌ی موانع موجود بر سر راه تکامل کودک، سد می‌شود؛ بعدها این موانع درونی می‌شوند و فرد دیگر قادر به عمل نیست حتی وقتی هیچ عاملی مانعش نباشد. وظیفه‌ی درمانگر، کمک به از میان برداشتن آن موانع است. وقتی این اتفاق افتاد، فرد به‌طور طبیعی تکامل خواهد یافت، به‌قول هورنای درست مانند میوه‌ی کوچکی که در نهایت درخت بلوطی خواهد شد.(۱۰۴) بنابراین وظیفه‌ی درمانگر آفرینش اراده نیست، بلکه گشودن مسیر آن است.

چندین رویکرد را برای به انجام رساندن این وظیفه توصیف خواهم کرد. درمانگر در ابتدا باید از ناگزیری و حضورِ همه‌جایی تصمیم آگاه شود. او به بیمار کمک می‌کند «چارچوب» یا چشم‌انداز یک تصمیم خاص را مشخص کند و بعد یاری‌اش می‌دهد تا معانی عمیق‌تر تصمیم را عریان و آشکار سازد. در نهایت درمانگر با به‌کارگیری اهرم بینش، می‌کوشد اراده‌ی خفته را بیدار کند.

ناگزیری و حضور همه‌جایی تصمیم. فرد نمی‌تواند تصمیم نگیرد. تصمیم‌ها بیش از آنچه بخواهیم، اجتناب‌ناپذیرند. اگر این درست باشد که فرد خود خویشتن را می‌سازد، پس تصمیم‌ها، اتم‌های موجودی هستند که فرد می‌آفریند. هنگام کار بر روی مسئولیت‌پذیری، نخستین گام درمانی، پذیرش تصمیم‌های خویش است. درمان در گام‌های بعدی تشدید و تعمیق همین بینش را شامل می‌شود. نه‌تنها به بیمار کمک می‌کنند که مسئولیت بپذیرد، بلکه یاری‌اش می‌دهند تک‌تک شیوه‌های احترازش را نیز کشف کند.

اگر فرد بپذیرد که تصمیم‌هایش همه‌جا حاضرند، به شکلی واقعی با موقعیت اگزیستانسیال خویش رویاروی می‌شود. تعلل ــ مثل رد شدن در امتحانات، ادامه‌ی نوشیدن الکل، فریب خوردن، مورد سوء استفاده واقع شدن و در تله افتادن ــ خود نوعی تصمیم است. حتی فرد برای زنده ماندن تصمیم می‌گیرد. نیچه گفته فقط وقتی کسی کاملاً در خودکشی [مرگ خودخواسته] غور کند، زندگی را جدی می‌گیرد. بسیاری از بیماران سرطانی‌ای که با آنان کار کرده‌ام، تحت عمل جراحی برداشت غدد فوق کلیوی (بخشی از برنامه‌ی درمانی سرطان پیشرفته‌ی سینه) قرار گرفته بودند و هر روز باید کورتون جایگزین دریافت می‌کردند. بسیاری قرص‌هایشان را بدون فکر می‌خوردند، درست مثل مسواکی که از روی عادت به دندان‌هایشان می‌زدند، ولی بعضی‌ها کاملاً آگاه بودند که هر روز با خوردن قرص‌ها، تصمیم می‌گیرند به زندگی ادامه دهند. برداشت من این است که آگاهی از این تصمیم، زندگی را غنا می‌بخشد و فرد را تشویق می‌کند تا جایی که ممکن است به وظیفه‌ی زندگی کردن متعهد شود.

بعضی درمانگران با یادآوری تصمیم‌هایی که باید در درمان گرفته شود، آگاهی بیمار را از حضور همه‌جایی تصمیم‌ها تقویت می‌کنند. همان‌طور که دیدیم، کایزر چارچوب درمانی‌ای را پیشنهاد می‌کند که «هیچ شرطی» ندارد و گرین‌والد[1] با اصرار از بیمار می‌خواهد در مورد چارچوب درمان تصمیم بگیرد، به این معنا که می‌خواهد روی رؤیاهایش کار کند یا نه، چند جلسه درمان را مناسب می‌داند و غیره.(۱۰۵)

درمانگران باید به بیماران کمک کنند که از زیر تصمیم‌ها[2]یشان ــ یعنی تصمیم‌گیری

1. Greenwald
2. meta-decisions

درباره‌ی تصمیم ــ نیز کاملاً آگاه شوند چون بعضی افراد می‌کوشند با متقاعد کردن خویش به اینکه تصمیم گرفته‌اند تصمیم نگیرند، اهمیت تصمیم‌ها را انکار کنند. چنین تصمیمی در واقع، تصمیم در جهت تصمیم فعالانه نگرفتن است. فرد نمی‌تواند یکسره از تصمیم‌گیری شانه خالی کند، ولی می‌تواند تصمیم بگیرد که منفعلانه تصمیم‌گیری کند مثلاً با اجازه دادن به دیگری برای تصمیم‌گیری برای او. معتقدم شیوه‌ی تصمیم‌گیری فرد، بیشترین اهمیت را دارد. رویکرد فعالانه به تصمیم، با پذیرش فعالانه‌ی توانایی‌ها و تدابیر خویش هماهنگ است.

بسیاری از بیمارانی که تاکنون توصیف کرده‌ام، بیانگر این اصلند. برای نمونه، بئاتریس که دوست پسرش از آپارتمانش نمی‌رفت، در اینکه کدام تصمیم به نفعش است، با کمترین تردید روبه‌رو بود. وقتی از او خواستم یک ماه بعد یعنی زمانی را که دوستش دیگر از کشور خارج شده بود، به تصور درآورَد و ببیند چه احساسی خواهد داشت، پاسخش حاکی از آسودگی و «سعادتی» پرمایه بود. بیماری هم که دعا می‌کرد همسرش را با زنی دیگر در بستر غافلگیر کند، نسبت به خواسته‌اش کمترین تردید را داشت. با وجود این، هریک از این زنان از تصمیم‌گیری فعال برای بیرون انداختن مرد از زندگی‌شان سر باز می‌زدند؛ و با فراهم کردن شرایط برای تصمیم‌گیری آن دیگری، هریک تصمیم گرفته بودند تصمیمی منفعلانه بگیرند. با این حال، هریک بهای چگونگی تصمیم‌گیری‌شان را پرداختند. هردو اعتمادبه‌نفس بسیار پایینی داشتند و شیوه‌ی احترازشان از مسئولیت، علت این خودخوارنگری بود. اگر فرد می‌خواهد خودش را دوست بدارد، باید شیوه‌ای را در پیش بگیرد که خود آن را می‌پسندد و تحسینش می‌کند.

یکی از بیمارانم به‌نام بیل یک سال تمام در تکاپوی قطع رابطه با زنی به‌نام ژان بود. من تأکید می‌کردم شیوه‌ی تصمیم‌گیری‌اش بسیار اهمیت دارد، ولی او مصرانه هرگونه تصمیم‌گیری را انکار می‌کرد. گفت نمی‌تواند درباره‌ی این رابطه تصمیم بگیرد چون کارش طاقت‌فرساست و ژان در زمینه‌ی کاری کمک خوبی برای اوست. به‌یادش آوردم این انتخاب او بوده که ژان را عصرها به دفترش دعوت کند تا در کار کمکش باشد. گفت هنگام بحران کاری، ژان بی‌نهایت حمایت‌کننده بوده است. نظر دادم که او نه‌تنها ورود به یک بحران را انتخاب کرده (مثلاً با فراموش

کردن یک ضرب‌الاجل کاری که به رویارویی توأم با سرافکندگی و تحقیر با رئیس انجامیده)، بلکه آزادانه انتخاب کرده درباره‌ی بحران کاری‌اش با ژان حرف بزند و از او درخواست کمک کند.

بالاخره بیل تصمیم به قطع رابطه گرفت، ولی از آن تصمیم‌ها که از خودش هم پنهانش می‌کرد. تصمیم از این قرار بود که منفعلانه تصمیم‌گیری کند: ژان را وادارد تا به رابطه خاتمه دهد. برنامه‌ی عقب‌نشینی نامحسوس و تدریجی را برگزیده بود؛ آن قدر کم به او ابراز علاقه کرد تا بالاخره ژان او را به‌خاطر مرد دیگری ترک کرد. بیل بارها این چرخه را طی کرده بود و هربار در این مرحله به احساس طردشدگی و بی‌ارزشی دچار شده بود. مشکل اصلی بیل خودخوارنگری شدید بود؛ کارکرد مهم درمان، کمک به او در جهت درک این موضوع بود که میان این شیوه‌ی خفت‌بار تصمیم‌گیری و احساس خودخوارنگری‌اش ارتباط وجود دارد.

چارچوب‌بندی تصمیم. فاربر در بیان تفاوت میان دو قلمرو اراده (خودآگاه و ناخودآگاه) می‌گوید می‌توانید اراده کنید «که به بستر بروید، ولی نه اینکه به خواب روید.»(۱۰۶) گاه درمانگر قادر است با تغییر چارچوب یک تصمیم، لایه‌های عمیق‌تر اراده را تحت تأثیر قرار دهد، به این ترتیب که چشم‌انداز متفاوتی از تصمیم در پیش روی بیمار بگسترد. توصیف یک اتفاق شخصی روشنگر است.

چندین سال پیش یک دوره‌ی بی‌خوابی شدید را می‌گذراندم. بی‌خوابی با تنش در ارتباط بود و هرگاه سفری برای انجام یک سخنرانی داشتم، تشدید می‌شد. به‌خصوص سفری که برای سخنرانی در کلیولند در پیش داشتم، به‌شدت دلواپسم می‌کرد چون یک شب بسیار ناراحت و بی‌خواب را در آنجا گذرانده بودم و آن را به «شهر بدخوابی» می‌شناختم. و مسلم بود که این دلواپسی یک دور باطل را می‌آغازید: نگرانی برای نخوابیدن، خود بی‌خوابی می‌آورد.

من همواره از دوره‌های فشار روانی‌ام برای آشنایی با رویکردهای مختلف درمانی استفاده می‌کنم و در این مورد خاص با یک رفتاردرمانگر مشورت کردم. در چهار پنج جلسه‌ای که او را ملاقات کردم، با رویکرد حساسیت‌زدایی روشمند[1]

---

1. systematic desensitization

و کابت‌های آرمش عضلانی کار کردیم که هیچ‌یک سودمند نبود. با وجود این، یک بار که در حال ترک مطبش بودم، اظهار نظری کرد که بی‌نهایت سودمند افتاد. گفت: «وقتی داری وسائلت را برای رفتن به کلیولند می‌بندی، یادت باشد یک هفت‌تیر هم با خود ببری.» پرسیدم: «چرا؟» گفت: «اگر نتوانستی بخوابی، همیشه می‌توانی به خودت شلیک کنی.» این گفته ناگهان اعماق وجودم را روشن کرد؛ و حتی امروز که سال‌ها از آن زمان می‌گذرد، از آن به‌عنوان یک تمهید درمانی الهام‌بخش یاد می‌کنم.

چطور در من تأثیر کرد؟ سخت است دقیقاً توضیح بدهم ولی انگار چارچوبی جدید به موقعیت بخشید و چشم‌اندازی اگزیستانسیال و پرمعنا به آن داد. این دقیقاً همان تجربه‌ی بیمارانی‌ست که رویارویی همه‌جانبه‌ای با مرگ داشته‌اند. در فصل دوم بیماری با سرطان پیشرفته را توصیف کردم که می‌گفت رویارویی با مرگ به او اجازه داد «مسائل پیش‌پاافتاده‌ی زندگی را پیش‌پاافتاده و کم‌اهمیت قلمداد کنم» یا دیگر کارهایی را که دوست ندارد، انجام ندهد. این بیماران در نتیجه‌ی مواجهه با مرگ، توانسته‌اند چارچوبی که زندگی روزانه‌شان را احاطه کرده، کنار بزنند و از چشم‌انداز تنها چرخه‌ی زندگی در دسترسشان، بی‌اهمیتی نسبی تصمیم‌های روزانه را تجربه کنند.

اگر تنها بخش کوچکی از یک فرشینه بزرگ در معرض دید باشد، جزئیات آن بخش کوچک زیادی به‌چشم می‌آید و درخشندگی خاصی به خود می‌گیرد. اما وقتی باقی فرشینه نیز در دیدرس قرار گیرد، این درخشندگی رنگ می‌بازد. به همین ترتیب، شیوه‌ی «تغییر چشم‌انداز» فرایندی‌ست افشاگر و جابه‌جاکننده‌ی چارچوب‌ها. ولی درمانگر چگونه باید چارچوب را تغییر دهد و از فرشینه‌ی هستی پرده بردارد؟ بعضی درمانگران آشکارا به منطق پناه می‌برند. مثلاً دیده‌ام ویکتور فرانکل، روان‌درمانگر اگزیستانسیال چگونه کوشید بیماری را که به‌دلیل یک رشته تصمیم‌های عذاب‌آور در تب‌وتاب بود، درمان کند: فرانکل از او خواست بر محور وجودش تعمق کند و بعد پیشنهاد کرد به‌سادگی خطی به دور این محور بکشد و از این واقعیت آگاه شود که تصمیم‌هایش، دلواپسی‌هایی دور از این محور و مسائل پیش‌پاافتاده‌ی زندگی را شامل می‌شوند.

این توسل جستن به منطق معمولاً تغییر عمده‌ای در چشم‌انداز ایجاد نمی‌کند. آنچه اغلب مورد نیاز است، نوعی رویارویی بلافصل با موقعیت مرزی‌ست که فرد را به‌سوی آگاهی از موقعیت اگزیستانسیالش پیش می‌رانَد. بر این اساس، اسلوبی که برای رویارویی فرد با میرایی خویش در فصل ۵ شرح دادم، بر فرایند تصمیم‌گیری مؤثر است.

معنای تصمیم. هر تصمیم یک بخش آگاهانه‌ی قابل مشاهده دارد و یک بخش عظیم پنهان و ناخودآگاه. هر تصمیم پویه‌شناسی خود را دارد و انتخابی‌ست از میان چندین عامل که بعضی از آن‌ها فراسوی آگاهی واقعند. درمانگر برای کمک به بیماری که در گیرودار یک تصمیم عذاب‌آور است، باید به تجسس در معانی زیرزمینی و ناخودآگاه تصمیم بپردازد. تصمیمی که اِما، بیوه‌ی شصت‌وشش ساله با آن دست‌به‌گریبان بود، موضوع را روشن می‌کند.

اِما به‌دلیل دلهره‌ی ناشی از تصمیم به فروش خانه‌ی تابستانی‌اش که در شهرک مجللی در صدوپنجاه مایلی محل اقامت دائمش واقع بود، جویای درمان شد. خانه به سر زدن‌های مکرر، رسیدگی دائم به باغچه، نگهداری، محافظت پلیس و خدمتکار احتیاج داشت و هزینه‌ی نگهداری‌اش هم بالا بود. برای خانم مسن و نحیف و کم‌بنیه‌ای مانند او دردسری غیرضروری به‌حساب می‌آمد. در این میان، مسائل مالی هم مطرح بود. آیا قیمت خانه به بالاترین حد رسیده بود یا هنوز ممکن بود بر ارزش آن افزوده شود؟ آیا می‌توانست پول را در جایی پرمنفعت‌تر سرمایه‌گذاری کند؟ این مسائل مدام نشخوار فکر اِما شده بود. بااینکه موضوع مهم و پیچیده بود، فشار روانی شدیدش را توجیه نمی‌کرد. در نتیجه سعی کردم معانی عمیق‌تر تصمیمش را کشف کنم.

همسرش سال پیش از دنیا بود و او هنوز سوگوار بود. آن‌ها تابستان‌های خوشی را در کنار هم در آن خانه سپری کرده بودند و اتاق‌ها هنوز سرشار از خاطره‌ی حضور او بود. اِما تغییر بسیار مختصری در خانه داده بود: هر گوشه‌ی خانه چیزی از همسرش به یادگار داشت؛ کشوها و گنجه‌ها پر از لباس‌های او بود. اِما همان قدر به خانه دلبستگی داشت که به خاطرات همسرش. بنابراین تصمیم به فروش خانه، نیازمند تصمیم عمیق‌تری بود: تصمیم به پذیرش از دست رفتن همسر و این واقعیت که او دیگر هرگز بازنمی‌گشت.

خانه اغلب تعداد زیادی از دوستانش را در خود جای می‌داد به‌طوری که آن را اقامتگاه خود می‌نامید. گرچه از رانندگی طولانی سه‌ساعته متنفر بود و از مخارج بیهوده‌ی میهمانی‌ها دل خوشی نداشت، ولی به‌شدت تنها بود و از مصاحبت دیگران لذت می‌برد. اِما همیشه تصور می‌کرد مایه‌ی درونی کمی برای پیشکش به دوستان دارد و به‌خصوص از زمان مرگ همسرش، حس می‌کرد فرسوده و زائد است. پیش خود فکر می‌کرد: «چه کسی برای دیدنم به من سر می‌زند؟» خانه را عاملی برای جلب افراد می‌دانست. بنابراین، تصمیم به فروش خانه به‌معنای آزمون وفاداری دوستان و قرار گرفتن در معرض خطر تنهایی و انزوا بود.

طراحی و ساخت خانه را پدرش انجام داده و زمین آن نسل‌اندرنسل در خانواده به ارث رسیده بود. بزرگ‌ترین تراژدی زندگی اِما این بود که فرزندی نداشت. همیشه پیش خود تصور کرده بود خانه را برای فرزندان و فرزندانِ فرزندانش به ارث می‌گذارد. ولی او آخرین برگ این شجره بود؛ دودمان به او ختم می‌شد. پس تصمیم به فروش خانه، اعتراف به شکست در یکی از مهم‌ترین پروژه‌های نمادین نامیرایی‌اش بود.

به این ترتیب، تصمیم اِما یک تصمیم معمولی نبود. وقتی معانی تصمیمش را آشکار کردیم، روشن شد که این معانی واقعاً درهم‌کوبنده و سراسیمه کننده‌اند: داشت تصمیم می‌گرفت فقدان همسر را بپذیرد، با انزوا و تنهایی احتمالی روبه‌رو شود و میرایی خویش را بپذیرد. اگر برای کمک به او در این تصمیم‌گیری، به عواملی چون آسایش، وضعیت سلامتی نامساعد و مسائل مالی اکتفا می‌کردم، هم علت اصلی آشفتگی‌اش را درک نمی‌کردم و هم فرصت کمک اساسی به او را از دست می‌دادم. من از تصمیم فروش خانه به‌عنوان سکوی پرش به درون مسائلی عمیق‌تر استفاده کردم و به او کمک کردم برای همسرش، خودش و فرزندان زاده‌نشده‌اش سوگواری کند. وقتی بر روی مفاهیم عمیق‌تر یک تصمیم کار شود، تصمیم معمولاً به‌راحتی پیش می‌رود؛ و پس از چندین جلسه اِما بدون دردسر تصمیم به فروش خانه گرفت.

امروزه بسیاری از درمانگران وقتی «منافع[1]» یک تصمیم را مورد بررسی قرار می‌دهند، در واقع در جست‌وجوی «معانی» آن تصمیمند. گرین‌والد که یک رویکرد

---

1. payoffs

تمام‌وکمال («تصمیم‌درمانی») را در روان‌درمانی مرتبط با تصمیم‌گیری پایه‌گذاری کرد، بر اهمیت بررسی منافع تأکید دارد.(۱۰۷) هر تصمیمی منافعی دارد که برخی خودآگاه و برخی ناخودآگاهند. وقتی بیماری قادر به اتخاذ تصمیم نیست، فرض درمانگر باید این باشد که بیمار تصمیمی دیگر با مجموعه‌ای از منافع خاص خود اتخاذ کرده است. اگر بیماری بخواهد تغییر کند، ولی تصمیم به تغییر نگیرد، درمانگر به‌جای تمرکز بر امتناع از تصمیم، بر تصمیمی متمرکز می‌شود که در واقع اتخاذ شده: تصمیم بیمار مبنی بر اینکه همان‌طور که هست بماند. بیمارماندن خود یک تصمیم است و تردیدی نیست منافع واقعی یا نمادین خود را دارد، برای مثال بیمار مستمری می‌گیرد، دوستانش برایش دلواپس می‌شوند یا درمانگر به تیمار او ادامه می‌دهد.

تصمیم اتخاذ نخواهد شد مگر زمانی که فرد «مالک» آن شود و متوجه شود تصمیم‌های متضاد، چه منافع و مضراتی دارند. پس گرین‌والد از بیماری که دلش می‌خواهد ماده‌ی مخدر را ترک کند، می‌پرسد: «چرا؟» و با او همه‌ی منافع ادامه‌ی مصرف مواد مثل کاهش اضطراب، سرخوشی یا چشم‌پوشی از مسئولیت را مورد بررسی قرار می‌دهد.(۱۰۸) وقتی فرد محدودیت‌های حاصل از منافع تصمیم متضاد را کشف می‌کند، راحت‌تر «مالک» تصمیم خود می‌شود. دو بیمار از اعضای گروهی که سرپرستی‌اش بر عهده‌ی من بود، می‌خواستند با هم رابطه‌ی جنسی برقرار کنند، ولی تصمیم گرفتند به‌خاطر «قوانین» من این کار را نکنند. گفتم من قانونی تعیین نکرده‌ام و بعد درباره‌ی «منافع» تصمیمشان از آن‌ها پرسیدم. وقتی در گفت‌وگوی مفصلی گفتند می‌دانند گروه ارزش زیادی برایشان دارد و رابطه‌ی جنسی به کارشکنی در گروه می‌انجامد، تصمیم به تصمیم «خودشان» بدل شد که اساسش بسیار محکم‌تر از تصمیمی بود که من به‌عنوان درمانگر می‌توانستم برایشان بگیرم.

«منفعت» اصطلاح جدیدی‌ست ولی مفهومی قدیمی دارد. وقتی از بررسی «معانی» یا «منافع» یا «پاداش ثانوی» سخن می‌گوییم، به این واقعیت اشاره داریم که هر تصمیم آدمیزاد، سودها و منافعی برایش دارد. اگر تصمیم خودویرانگرانه است، بی‌چون‌وچرا در دنیای درونی فرد معنایی دارد که به‌شیوه‌ای کاملاً نمادین و شخصی، او را از خطر دور می‌کند. با وجود این، درمانگر درک کامل معنای برخی تصمیم‌ها را به‌دلیل ریشه‌های عمیق ناخودآگاهشان دشوار می‌یابد.

بینش[1] و تصمیم

تعیین رابطه‌ی دقیق میان بینش و تصمیم‌به‌تغییر همواره دشوار است. با اینکه معمولاً بینش و تغییر را در متون روانکاوی معادل هم می‌دانند، رابطه‌ای منطقی میان این دو برقرار است و بر این حقیقت تأکید دارد که دلیل تغییر نکردن و متحول نشدن بیمار، دست نیافتن به بینش کافی‌ست. مشکل زمانی پیچیده‌تر می‌شود که تعریف دقیقی از «بینش» نداشته باشیم. «بینش» در گسترده‌ترین مفهوم بالینی‌اش به معنای «خودشناسی» و نوعی «درون‌نگری»ست. ولی برداشت درمانگران از مفهوم گونه‌ای از «خودشناسی» که به تغییر می‌انجامد، بسیار متفاوت است. آیا منظور بینش فرد نسبت به رفتارش با دیگران است؟ یا بینش نسبت به انگیزه‌های جاری در پسِ رفتار فرد؟ یا بینش نسبت به وقایع دوران کودکی که به‌اشتباه «علل» موروثی رفتار نامیده شده است؟ فروید همواره می‌گفت بینش متحول‌کننده بینشی‌ست نسبت به خاستگاه رفتار و معتقد بود درمان موفق بر کندوکاو در نخستین خاطرات زندگی استوار است. دیگرانی هم هستند که معتقدند بینش عبارت است از کشف و شناسایی پویه‌نگری فعالی که هم اکنون در زندگی جاری‌ست. برای مثال، اِما همان بیوه‌ای که با تصمیم فروش خانه‌ی تابستانی‌اش روبه‌رو بود، با شناسایی پویه‌نگری فعال و جاری در زندگی‌اش بهبود یافت بی‌آنکه مسائل موروثی را در نظر بگیرد یا ببیند «چطور شد که به وضع فعلی رسید؟»

آیا بینش همیشه ضروری‌ست؟ قطعاً خیر. هر درمانگری بیمارانی داشته که بدون بینش هم به تغییری عظیم دست یافته‌اند. پیش از این، از کسانی گفتم که در نتیجه‌ی دگرگونی بنیادین در چشم‌انداز، متحول شدند، دگرگونی‌ای که اغلب فقط با یک «یاد گرفتم نعمت‌هایم را بشمارم» یا «تصمیم گرفتم الآن زندگی کنم به‌جای آنکه به بعد موکولش کنم» رنگ‌ورورفته توجیه می‌شود، سخنانی که به‌سختی می‌توان بینش به‌حسابشان آورد. افراد به اَشکال گوناگون در درمان پیشرفت می‌کنند: بعضی از بینش سود می‌برند؛ بعضی از سایر سازوکارهای تغییر؛ حتی برخی در نتیجه‌ی تحول به بینش می‌رسند. مِی می‌گوید: «نمی‌توانم چیزی را درک کنم پیش از آنکه به آن بیاندیشم.»(۱۰۹)

---

1. insight

فرد اغلب پیش از طی درجاتی از تغییر، قادر به درک حقایق درباره‌ی خویش نیست. وقتی تصمیمی گرفت، وقتی به بررسی خود پرداخت، آن وقت دنیایی متفاوت با قبلی ساخته و می‌تواند به حقایقی که تا کنون از خود پنهانشان کرده، پی ببرد.

با اینکه بحث و اختلاف نظر فراوانی در زمینه‌ی نوع بینشی که به تحول منجر می‌شود، وجود دارد، نوشته‌های موجود درباره‌ی چگونگی تأثیر بینش بر تحول سکوت اختیار کرده‌اند. بسیاری از تعاریف سنتی ــ مانند خودآگاه کردن ناخودآگاه، تضعیف مقاومت، کار کردن بر روی گذشته، تلفیق دوباره‌ی اطلاعات گسسته، تجربه‌ی هیجانی اصلاح‌گر ــ همه‌وهمه حول‌وحوش همین مشکل می‌گردند. ولی همچنان سؤال اصلی را نادیده می‌گیرند و از توصیف دقیق چگونگی تأثیر بینش درمی‌مانند.

ساختار روانشناختی اراده و خصوصاً مفهوم تصمیم ــ فرایندی که از آرزو تا عمل ادامه می‌یابد ــ مدلی برای درمانگر فراهم می‌کند تا به کمک آن توضیح دهد چگونه بینش راه را بر تحول و تغییر می‌گشاید. وظیفه‌ی درمانگر گشودن دست‌ویال اراده است؛ بینش یکی از مهم‌ترین ابزار درمانگر برای انجام این وظیفه است.

در قسمت بعد به این مسئله می‌پردازم که بینش از طرق زیر موجب تحول و تغییر می‌شود: (۱) تسهیل ارتباط بیمار-درمانگر و (۲) یک رشته تمهیدات که به درمانگر کمک می‌کند اراده‌ی سرکوب‌شده‌ی بیمار را آزاد کند: تمهیداتی که بیماران را به پذیرش این نکته قادر می‌سازد که فقط خودشان می‌توانند دنیای خودساخته‌شان را تغییر دهند؛ که در تغییر خطری نیست؛ که برای رسیدن به آنچه واقعاً می‌خواهند باید تغییر کنند؛ و هر فرد قدرت لازم برای این تغییر را داراست.

تسهیل ارتباط بیمار-درمانگر

یک ارتباط مقبول و مطمئن میان درمانگر و بیمار برای فرایند تغییر حیاتی‌ست. در نتیجه‌ی توجه و احترام بی‌قیدوشرط درمانگر، کم‌کم عشق و احترام‌به‌خود بیمار نیز افزایش می‌یابد. احترام‌به‌خود این باور را در بیمار شکل می‌دهد که حق دارد بخواهد و حق دارد عمل کند. اراده‌ی بیمار را ابتدا در عرصه‌ی درمان، یعنی جایی که از سوی درمانگر پذیرفته و تقویت می‌شود، پرورش می‌دهند. هرگاه اعتقاد بیمار به

ویرانگری اراده‌اش در موقعیت درمانی مردود شناخته شد، خواهد توانست اراده‌اش را در سایر حوزه‌ها به نحو مؤثری به‌کار گیرد.

چگونه بینش رابطه‌ی درمانی را تسهیل می‌کند؟ به‌شکلی غیرمستقیم! بینش یک پدیده‌ی همایند است: ابزاری برای استفاده از ابزار دیگر. یک بارورکننده‌ی رابطه‌ست! جست‌وجو برای درک و فهم بیشتر، زمینه را برای شکل‌گیری ارتباط بیمار-درمانگر فراهم می‌کند؛ چسبی‌ست که بیمار و درمانگر را به هم متصل می‌کند؛ آن‌ها را درگیر وظیفه‌ای می‌کند که برای هر دو راضی‌کننده است (رضایت بیمار از این روست که می‌بیند دنیای درونی‌اش با چه دقتی موشکافی می‌شود؛ درمانگر هم مجذوب چالش فکری پیش رویش است)؛ و در تمام این مدت، عامل اصلی تغییر که همان رابطه‌ی درمانی‌ست، بی‌سروصدا می‌روید و رشد می‌کند.

بینش‌های پدیدآورنده‌ی اهرم اراده

بینش می‌تواند علاوه بر پرورش ارتباط بیمار-درمانگر، اراده را به شکل مستقیم‌تری نیز تحت تأثیر قرار دهد. درمانگر بیمار را در جهت رسیدن به خودشناسی و آگاهی‌به‌نفسی یاری می‌دهد که به‌عنوان اهرم اراده کاربرد دارد. چهار «بینش» زیر، رایج‌ترین اهرم‌های درمانگر برای به کار انداختن اراده‌ی سرکوب‌شده‌ی بیمارند.

«تنها من می‌توانم دنیایی را که خود ساخته‌ام، تغییر دهم.» در فصل قبل از به‌کارگیری اسلوبی گفتم که بیمار را از مسئولیتی که در قبال معضلات زندگی‌اش دارد، آگاه می‌کند. به محض اینکه بیمار حقیقتاً متوجه معنی کامل مسئولیتش شد، درمانگر باید به او بفهماند که مسئولیت مستمر است: یعنی این طور نیست که فرد موقعیتی را یک‌بار برای همیشه در زندگی بیافریند؛ بلکه فرد مدام در حال آفرینش خویشتن است. بنابراین مسئولیت در برابر آفرینشی در گذشته به‌معنای مسئولیت در برابر تغییر در آینده نیز هست. سپس، درمانگر به بیمار کمک می‌کند به یک درک دیگر هم نائل آید: همان‌طور که فرد به‌تنهایی مسئول آنچه هست است، به‌تنهایی مسئول تغییر آنچه هست نیز هست. بیماری که می‌خواهد تغییر کند باید به این بینش برسد که: «اگر من و تنها من دنیایم را آفریده‌ام، پس فقط من می‌توانم تغییرش دهم.»

تغییر فرایندی فعال است: اتفاق نمی‌افتد مگر آنکه فعالانه تغییر کنیم. هیچ کس دیگر نمی‌تواند ما را تغییر دهد یا به‌خاطر ما تغییر کند.

این بینش در عین سادگی پیچیده است. با اینکه بینشی‌ست که به‌سادگی به‌بیان درمی‌آید و سازوکارش از اساس موعظه‌وار است، معانی بسیار ژرفی دارد.

«در تغییر خطری نیست.» بسیاری از بیماران نمی‌توانند تصمیم به تغییر بگیرند چون باوری نیرومند و اغلب ناخودآگاه به آن‌ها می‌گوید اگر تغییر کنند، مصیبتی روی خواهد داد. ماهیت این مصیبت خیالی از فردی به فرد دیگر متفاوت است: یکی می‌ترسد اگر درگیر رابطه با دیگری شود، گرفتار شود و گیر بیفتد؛ دیگری می‌ترسد اگر خودجوشی یا خودافشاگری بیشتری داشته باشد، طرد یا تحقیر شود، یا در نتیجه‌ی ابراز وجود، عقوبتی فاجعه‌بار در انتظارش باشد، یا با رفتار مستقل و خودمختار، دیگران رهایش کنند و تنها بماند.

این مصیبت‌های خیالی سدِ راهِ اراده‌اند و درمانگر باید در پیِ یافتن شیوه‌هایی برای از بین بردن این موانع باشد. فرایند شناسایی و نام‌گذاری مصیبت خیالی، به‌تنهایی به بیمار نشان می‌دهد که ترسش در واقعیت تا چه اندازه از بین رفته است. رویکرد دیگر این است که بیمار را تشویق کنیم همان رفتاری را که از عواقبش می‌ترسد، به درجاتی در جلسات درمان پیش بگیرد. البته که آن مصیبت خیالی اتفاق نمی‌افتد و ترس کم‌کم از بین می‌رود. برای مثال بیمار از رفتار پرخاشگرانه دوری می‌کند چون از خشم جنون‌آمیز سرکوب‌شده که می‌تواند به آدمکشی منجر شود و نیازمند مراقبت دائم است تا مبادا مهارگسیخته شود و عقوبتی به‌بار آورَد، ترسی عمیق در دل دارد. درمانگر به چنین بیماری کمک می‌کند خشمش را به شکلی کاملاً سنجیده و میزان‌شده ابراز کند: هنگام دلخوری از قطع شدن سخنانش، آزردگی از اشتباه درمانگر، خشم نسبت به درمانگر برای آنکه از او در قبال درمان پول می‌گیرد و مانند این‌ها. کم‌کم بیمار می‌آموزد از این باور غلط که موجودی وحشی و آدمکش است، دست بکشد.

«برای رسیدن به آنچه واقعاً می‌خواهم باید تغییر کنم.» چه‌چیز افراد را از اتخاذ تصمیم‌هایی که به‌وضوح به نفعشان است، باز می‌دارد؟ یک پاسخ بدیهی این است: بیماری که در دستیابی به نیازها و آرمان‌های بالغانه‌ی خود کارشکنی می‌کند، در حال ارضای رشته‌ی دیگری از نیازهاست که اغلب ناخودآگاهند و با اولی‌ها همخوانی

ندارند. به‌عبارت دیگر، بیمار انگیزه‌های متضاد و متعارضی دارد که نمی‌توان همزمان ارضایشان کرد. برای مثال، بیمار آرزو دارد یک رابطه‌ی دگرجنس‌خواهانه‌ی بالغانه و رشدیافته برقرار کند، ولی ناخودآگاهانه آرزو دارد مدام تروخشک شود. مانند کودکی از او مراقبت شود و از آزادی بالغانه و هراسناک در امان ماند یا ــ وقتی از یک مرد سخن می‌گوییم به‌اصطلاح ــ اضطراب اختگی را با یک مادر همانندسازی‌شده فرونشاند. روشن است که بیمار نمی‌تواند هر دو رشته آرزو را با هم برآورده کند: نمی‌تواند با زنی رابطه‌ی دگرجنس‌خواهانه‌ی بالغانه برقرار کند و مدام در گوشش بخواند: «مراقبم باش، حفاظتم کن، تیمارم کن، بگذار بخشی از تو باشم.»

درمانگر از بینش برای یورش بر این مانع که در برابر کارکرد اراده قد علم کرده، استفاده می‌کند و به بیمار کمک می‌کند از نیازها و آرمان‌های متضادش آگاه شود و بداند هر تصمیمی، از جمله تصمیم گرفتن در جهت بی‌تصمیمی، بعضی نیازها را ارضا می‌کند یعنی «منافعی» دارد. وقتی بیمار به‌خوبی از ماهیت نیازهای متضادش آگاه شد، درمانگر کمک می‌کند متوجه شود که همه‌ی نیازها را نمی‌توان ارضا کرد و بیمار باید از میان آن‌ها انتخاب کند و از آن‌هایی که برآورده نمی‌شوند مگر به بهای سنگین گذشتن از یکپارچگی شخصیت و استقلال، صرف نظر کند. به محض اینکه بیمار متوجه شود (به‌عنوان یک بالغ) «واقعاً» چه می‌خواهد و رفتارش طوری طراحی شده که نیازهای متضاد و کندکننده‌ی رشد را برآورده سازد، کم‌کم به این نتیجه می‌رسد که «برای رسیدن به آنچه واقعاً می‌خواهم باید تغییر کنم.»

«من نیروی لازم برای تغییر را در اختیار دارم.» بسیاری از افراد می‌دانند که تصمیمی نمی‌گیرند و نخواهند گرفت که به نفعشان باشد. تجربه‌ی درونی‌شان عبارت است از عجزی که سردرگمی و آشفتگی پدید می‌آورد؛ آن‌ها بیشتر خود را قربانی سلوک و رفتارشان می‌دانند تا حاکم بر آن. تا وقتی چنین وضعیت ذهنی‌ای غالب است، بعید است عملی ارادی و سازنده از بیمار سر زند.

درمانگر می‌کوشد با توجیه و توضیح در برابر عجز و سردرگمی بیمار بایستد و می‌گوید: «شما این طور رفتار می‌کنید زیرا ... .» آنچه پس از «زیرا» می‌آید معمولاً انگیزه‌هایی‌ست که بیرون از آگاهی بیمار جای دارند. چگونه این راهبرد به ایجاد تحول در بیمار کمک می‌کند؟

توضیح، دشمنِ نیرومند عجز و ناتوانیِ برخاسته از جهل و ناآگاهی است. توضیح، شناسایی و انگ‌زنی، مراحل موجود در توالی طبیعی تسلط یا احساس سلطه است که به‌نوبه‌ی خود رفتاری مؤثر را موجب می‌شود. آدمیزاد همواره از سرگشتگی و بلاتکلیفی بیزار بوده و در طی قرن‌ها کوشیده با یافتن توضیحاتی عمدتاً مذهبی یا علمی، جهان را سامان دهد و به‌زیر سلطه درآورَد. توضیح هر پدیده، نخستین گام در جهت تسلط بر آن است. برای مثال بومیان ساکن در نزدیکی یک کوه آتشفشان که مدام در هراس از فوران پیش‌بینی‌نشده‌ی آنند، برای تسلط بر آن ابتدا باید وضعیتشان را توضیح دهند. ممکن است فوران آتشفشان را رفتار حاکی از ناخوشنودی ایزد آتشفشان بدانند. با اینکه شرایط بیرونی تغییری نکرده، دنیای پدیدارشناختی آنان با این توضیح تغییر کرده است. مهم‌تر اینکه، می‌توانند سلسله رفتارهایی را در پیش بگیرند که احساس تسلطشان را تقویت کند: اگر آتشفشان به‌دلیل ناخوشنودی ایزدش فوران می‌کند، پس باید راهی برای دلجویی و در نهایت تسلط بر این ایزد وجود داشته باشد.

جِروم فرانک[1] در مطالعه‌ی واکنش امریکایی‌ها به بیماری ناشناخته‌ی اقیانوس آرام جنوبی (شیستوزومیازیس)، نشان داد اضطرابِ ثانویه ریشه در سرگشتگی و بلاتکلیفی دارد و اغلب نسبت به بیماری اولیه، صدمه‌ی بیشتری ایجاد می‌کند.(۱۱۰) این در مورد بیماران روانپزشکی نیز صادق است: ترس و اضطرابی که ریشه در سرگشتگی نسبت به علت، معنا و وخامت علائم روانی دارد، چنان با ملال حاصل از خود بیماری می‌آمیزد که ارائه‌ی یک توضیح مؤثر و کارآمد را دشوار می‌سازد. درمانگر با دخالت مؤثر و ارائه‌ی توضیح، ملال او را به‌شکلی منسجم و قابل پیش‌بینی به بیان درمی‌آورَد. درمانگر به‌وسیله‌ی توضیح به بیمار کمک می‌کند پدیده‌ها وتجربیاتی را که پیش از این ناشناخته بوده، به نظم درآورَد و بر آن‌ها مسلط شود. بنابراین بینش به بیمار اجازه می‌دهد احساس کند: «من نیرومندم، من نیروی لازم را برای تغییر در اختیار دارم.»

این توالی بدین معناست که آنچه مهم است در اصل فرایند (یعنی آینده‌نگری بینش) است تا محتوای بینش. تعبیر و تفسیر احساس تسلط به بیمار می‌دهد؛ در نتیجه ارزش یک تفسیر را باید با این معیار سنجید. بینش تا جایی که احساس توانایی پدید آورَد،

---

1. Jerome Frank

ارزشمند، صحیح یا «راستین» است. این تعریف از راستی کاملاً نسبی و عملگرایانه‌ست و به این معنا خواهد بود که همه‌ی نظام‌های توضیحی فاقد تسلط و حقوق انحصاری‌اند، هیچ نظامی صحیح، بنیادین یا عمیق‌تر و در نتیجه «بهتر» نیست.

من و همکارانم در مطالعه‌ای در زمینه‌ی گروه‌های رویاروی دریافتیم نتیجه‌ی درمان همبستگی بسیار بالایی با میزان بینش دارد.(۱۱۱) آزمودنی‌هایی که به بینش رسیده بودند و توانسته بودند تجربیاتشان را به‌شیوه‌ای سازمان‌دهی کنند، درمان موفقی داشتند. به‌علاوه، سرپرستان موفق کسانی بودند که نوعی چارچوب شناختی برای اعضایشان فراهم آورده بودند. نوع بینشی که اعضای موفق به آن دست یافته بودند و محتوای خاص مکتبی که سرپرستان موفق از آن پیروی می‌کردند، ارتباط چندانی با درمان مرفق و نتیجه‌ی مثبت نداشت. مهم آنچه آموخته بودند نبود، مهم این بود که آموخته بودند.

ممکن است درمانگران از توضیحات متفاوتی برای روشن شدن یک موضوع برای بیمار استفاده کنند؛ شاید هریک از این توضیحات در چارچوب‌های متفاوتی گنجانده شده و ریشه در مکاتب مختلف (فرویدی، یونگی، هورنایی، سالیوانی، آدلری و تحلیل رفتار متقابل) داشته باشند و هریک ممکن است «راستین» باشند زیرا توضیحی تدارک دیده‌اند که با خود حس توانمندی به همراه آورده است. هیچ‌یک به‌رغم ادعاهای آتشینی که بر ضد هم دارند، همه‌ی حقیقت را در خود جای نمی‌دهند. گذشته از هر چیز، همه‌ی آن‌ها بر ساختارهای «اما و اگر» استوار شده‌اند. همه می‌گویند: «شما طوری رفتار (یا احساس) می‌کنید که گویی فلان چیز حقیقت دارد.»

سوپرایگو، اید و ایگو؛ کهن‌نمونه‌ها، خودِ آرمانی و خودِ واقعی، نظام غرور و عزت نفس؛ نظام خود و نظام گسسته، مخالفت نرینه؛ وضعیت‌های مختلف ایگو به‌نام والد، بالغ و کودک، هیچ‌یک در حقیقت وجود ندارند. همگی افسانه‌اند، ساختارهایی روانشناختی که برای سهولت معنایی به‌کار گرفته شده‌اند و هستی‌شان را مدیون خاصیت قدرت توضیحی و توجیهی‌شان هستند. مفهوم اراده، اصل محوری سازمان‌دهی‌شده‌ای برای تمامی این نظام‌های توضیحی رنگارنگ فراهم می‌آورَد. همه‌ی آن‌ها بر اساس سازوکاری یکسان عمل می‌کنند: تا جایی مؤثرند که احساس تسلط فردی پدید آورند و در نتیجه، اراده‌ی خفته را بیدار کنند و برانگیزانند.

آیا منظور این است که روان‌درمانگران از کوشش برای ارائه‌ی تعبیر و تفسیرهای دقیق و مدبرانه دست بردارند؟ به‌هیچ‌وجه. بلکه منظور این است که هدف و کارکرد یک تفسیر را بشناسند و بر آن اذعان کنند. بعضی تفسیرها ممکن است بر بقیه ارجح باشند، نه به این دلیل که «عمیق‌تر»ند، بلکه به این دلیل که قدرت توضیحی و توجیهی بیشتری دارند و در نتیجه اراده را بهتر به‌حرکت وامی‌دارند. برای آنکه تعبیر و تفسیرها حقیقتاً مؤثر باشند، باید به قامتِ گیرنده دوخته شده باشند؛ معمولاً در صورتی مؤثرترند که برای فرد معنی داشته باشند، از لحاظ منطقی با مباحث معقول پشتیبانشان هماهنگ باشند، با مشاهدات تجربی تحکیم و تقویت شوند، با چارچوب فکری بیمار همساز باشند، این احساس را در او به‌وجود آورند که «درست» و با تجربه‌ی درونی بیمار «جور»ند و در بسیاری از موقعیت‌های مشابه زندگی‌اش کاربرد دارند. تعابیر کلی معمولاً توضیحی تازه برای الگوی رفتاری وسیع (در برابر یک خصوصیت یا عمل منفرد) ارائه می‌کنند. تازگی توضیح درمانگر ریشه در چارچوب فکری متفاوت و غیرمعمولش دارد که به او اجازه می‌دهد اطلاعات مربوط به بیمار را به‌شیوه‌ای اصیل به هم بپیوندد؛ در واقع، این اطلاعات اغلب از سوی بیمار نادیده گرفته شده یا بیرون از آگاهی‌اش قرار داشته است.

وقتی این نظریه‌ی نسبی‌گرایانه را به دانشجویان عرضه می‌کنم، می‌پرسند: «منظورتان این است که توضیح طالع‌بین‌ها هم می‌تواند در روان‌درمانی ارزشمند باشد؟» با وجود تردیدهای منطقی و روشنفکرانه‌ی خودم باید پاسخی مثبت بدهم. اگر توضیح طالع‌بینانه یا مبتنی بر آیین شَمَنی یا سحروجادو، احساس تسلط بیمار را تقویت کند و به تحولی درونی و فردی منجر شود، در آن صورت ارزشمند است (با این شرط که بر چارچوب فکری بیمار منطبق باشد). شواهد زیادی مبتنی بر پژوهش‌های روانپزشکی بین‌فرهنگی بر این موضع من صحه می‌گذارند؛ در بسیاری از جوامع ابتدایی، فقط توضیحات جادویی یا مذهبی پذیرفته می‌شود و در نتیجه ارزشمند و مؤثر است.

حتی ظریف‌ترین و برازنده‌ترین تعبیر، سودی نمی‌رساند اگر بیمار آن را نشنود. درمانگر باید زحمت مرور بعضی شواهد را با بیمار برخود هموار کند تا توضیحی روشن به او ارائه کند. (درمانگری که از عهده‌ی این کار بر نیاید، معنای توضیح

را نفهمیده است نه اینکه به ادعای بعضی، مستقیماً با ناخودآگاه بیمار حرف بزند.)
گاه نخستین‌باری که درمانگر تفسیری را مطرح می‌کند، برای بیمار بی‌معناست، ولی
وقتی بارها آن را شنید، بالاخره یک روز موضوع برایش جا می‌افتد. چرا آن روز جا
می‌افتد؟ مهم است درمانگر بداند با اینکه تصمیم به تغییر در مدت زمان بسیار کوتاهی
گرفته می‌شود، کار اساسی لازم برای تغییر، اغلب ماه‌های طولانی و حتی سال‌ها زمان
می‌برد. بسیاری از درمانگران هاج‌وواج تحت تأثیر افرادی قرار می‌گیرند که تحولی
ناگهانی و دراماتیک را در زندگی‌شان گزارش می‌کنند و آن را حاصل یک رویارویی
درمانی کوتاه یا شرکت در یک کارگاه رشد فردی می‌دانند. ارزیابی این گزارش‌ها
بسیار دشوار است. ریچارد نیزبت و تیم ویلسون[1] نشان داده‌اند توصیف افراد از
عوامل مقدم و مؤثر بر تصمیم‌گیری‌شان اغلب غیردقیق است.(۱۱۲) در مصاحبه‌هایم
با افرادی که دستخوش پیشرفت‌های دراماتیک شده بودند، دریافته‌ام این تحولات
اصلاً ناگهانی نبوده‌اند: کار اساسی لازم برای تغییر در هفته‌ها، ماه‌ها و سال‌ها پیش
آغاز شده است. بسیاری از این افراد قبلاً بر لایه‌های ژرف وجودشان کار کرده‌اند
و هنگامی که جویای درمان یا هر تجربه‌ی رشد فردی شده‌اند، در آستانه‌ی تغییر
دراماتیک بوده‌اند. در این موارد درمان ــ یعنی تصمیم به شروع درمان ــ عامل تغییر
نبوده بلکه آن را آشکار و نمایان کرده است.

تصمیم به تغییر معمولاً نیازمند زمانی قابل ملاحظه است و درمانگر باید شکیبایی
داشته باشد. تفسیرها باید بهنگام ارائه شوند. درمانگر مجرب می‌داند تفسیر زودرس
و بی‌موقع، تأثیر درمانی اندکی دارد. مثال بالینی روشنگر، بیماری‌ست از اعضای
گروه‌درمانی که سال‌ها از زندگی مشترکش به‌شدت ناراضی بود. همه‌ی تلاش‌هایش
برای بهبود رابطه به شکست انجامیده بود؛ و با اینکه می‌دانست این ازدواج نابودش
می‌کند، به آن چسبیده بود چون از تنها روبه‌رو شدن با زندگی می‌ترسید. او شوهرش
را یک انسان معمولی و واقعی نمی‌دید، بلکه او را چهره‌ای می‌دید که در برابر تنهایی
محافظتش می‌کند. با اینکه رابطه به‌وضوح ناخوشنودکننده بود، از دست دادنش
چنان ترسناک می‌نمود که حاضر نمی‌شد خود را به نقشه‌ای برای تغییر متعهد کند.

---

1. Richard Nisbett and Tim Wilson

بدون ارتباطی واقعی و بدون کوچک‌ترین تعهدی برای تغییر، احتمال ادامه‌ی این رابطه بسیار کم بود. برایم روشن بود که فقط اگر می‌توانست با جدایی و استقلال روبه‌رو شود، این فرصت را می‌یافت که رویارویی انسانی اصیل و غیرمخدوشی با همسرش داشته باشد. بنابراین خطر کردم و گفتم: «فقط اگر بتوانی از ازدواجت بگذری، می‌توانی حفظش کنی.» این تفسیر معنای عمیقی برایش داشت: گفت مثل آذرخش بر او فرود آمده؛ و پس از آن تغییر قابل ملاحظه‌ای پدید آورد.

وجه جذاب موضوع این بود که بیمار عضو گروهی بود که من سال‌های سال پس از پایان هر جلسه، خلاصه‌ای از آن می‌نوشتم و پیش از جلسه‌ی بعد، برای تک‌تک اعضا پست می‌کردم (منطق این رویه را در کتابم درباره‌ی گروه‌درمانی(۱۱۳) جست‌وجو کنید.) بنابراین تاریخچه‌ی مکتوبی از درمان این گروه موجود بود: وقایع‌نامه‌ای که بیماران پس از هر جلسه آن را خوانده بودند. این بیمار خاص، خواننده‌ی ساعی و هوشیار خلاصه‌ها بود و آن‌ها را بایگانی می‌کرد، در نتیجه دفتری از رویدادهای جاری در گروه داشت که هرچند یک‌بار به آن رجوع می‌کرد. مدت کوتاهی پس از این تفسیر مؤثر، خلاصه‌های گروه در یکی‌دو سال اخیر را همراه با بعضی نوشته‌های خودم مرور کردم و با بهت و حیرت دریافتم دقیقاً عین این تفسیر را سال گذشته هم برای او داشته‌ام! با اینکه کلمات یکسان بود و تأکید فراوانی بر آن کرده بودم، بار قبل آن را نشنیده بود، چون آماده‌ی شنیدنش نبود.

گذشته در برابر آینده در روان‌درمانی

اینکه واژه‌ی اراده یا خواست (will) معنایی دوگانه دارد، از اهمیت زیادی برخوردار است: هم تصمیم و عزم و اراده را می‌رسانَد و هم به زمان آینده اشاره دارد «فلان کار را خواهم کرد I will do it یعنی الان نه، بلکه در آینده.» همان‌طور که هر درمانگری می‌داند، روان‌درمانی تا جایی موفق است که به بیمار اجازه دهد آینده‌اش را تغییر دهد. با این حال، آنچه بر ادبیات روان‌درمانی غالب است، گذشته است نه آینده. این غلبه‌ی گذشته تا حدود زیادی نتیجه‌ی اشتباه گرفتن توضیح و «شناخت منشأ و خاستگاه» است. روان‌درمانگران خصوصاً پیروان مکتب فروید اغلب معتقدند به

منظور توضیح چیزی ــ یعنی ایجاد بینش ــ باید خاستگاه آن را روشن کرد یا دست‌کم رویداد فعلی را به موقعیتی در گذشته مربوط کرد. در این چارچوب فکری، علل رفتار فرد را باید در موقعیتی در گذشته و زندگی فرد یافت.

با وجود این، همان گونه که در قسمت قبل توضیح دادم، شیوه‌های توضیح یا نظام‌های علیتی متعددی وجود دارد که بر گذشته تکیه نمی‌کنند. برای مثال، آینده (برداشت فعلی ما از آینده) به عنوان عامل تعیین‌کننده‌ی رفتار فعلی ما، اهمیتی کمتر از گذشته ندارد و مفهوم جبرگرایی آینده کاملاً قابل دفاع است. «نه هنوز» به اَشکال گوناگون و شگفت‌انگیزی بر رفتار ما تأثیر می‌گذارد. در درون هر فرد، چه در سطح خودآگاه و چه در سطح ناخودآگاه، احساس مقصود و هدفی هست، یک خودِ آرمانی، سلسله‌ای از اهداف که فرد برای آن تقلا می‌کند، نوعی آگاهی از سرنوشت و آگاهی از مرگ واپسین. تمامی این ساختارها به آینده گسترش می‌یابد، با این حال، بر تجربه‌ی درونی و رفتار فرد تأثیر نیرومندی دارد.

شیوه‌ی دیگر توضیح، مفهوم گالیله‌ای علیت را به‌کار می‌برَد که بر میدان نیروی جاری مؤثر بر فرد تأکید دارد. وقتی به فضا پرتاب می‌شویم، خط سِیر رفتارمان نه‌تنها تحت تأثیر ماهیت و جهت پرتاب اولیه و ماهیت هدفی‌ست که ما را به‌سوی خود می‌کشد، بلکه تحت تأثیر تمامی میدان‌های جاذبه‌ی مؤثر بر این‌ها نیز هست. بنابراین، درمانگر ممکن است رفتار بیمار را بر اساس بازبینی حلقه‌های هم‌مرکز انگیزه‌های خودآگاه و ناخودآگاهی «توضیح» دهد که فرد را در خود گرفته است. برای مثال، کسی را در نظر بگیرید که گرایش شدیدی به حمله به دیگران دارد. بررسی این رفتار نشان می‌دهد پرخاشگری بیمار، واکنش‌سازی[1]ای‌ست برای پنهان ساختن آرزوی وابستگی شدیدی که به دلیل ترس از طرد به بیان درنیامده است. این توضیح نیازی به مطرح کردن این پرسش ندارد که «بیمار چگونه به اینجا رسیده است؟»

با این حال، درمانگر طبیعتاً تمایل دارد در روان‌درمانی بر گذشته تمرکز کند. بسیاری از درمان‌های جدی درازمدت بیشتر انرژی را بر نگاه به گذشته اختصاص

1. reaction formation

می‌دهند. تاریخچه‌ی رشدی بالابلندی اخذ می‌شود، روابط اولیه با والدین و خواهر و برادرها مفصلاً مورد بررسی قرار می‌گیرد، خاطرات اولیه و ریشه‌ی رؤیاها در کودکی به‌دقت کاوش می‌شود. پایه‌ی این رویکرد را فروید نهاد. او روان‌باستان‌شناس متعهدی بود و تا پایان عمرش اعتقاد داشت کندوکاو گذشته برای یک درمان موفق ضروری و حتی با آن برابر است. در واقع، در یکی از آخرین مقالاتش، مقایسه‌ی گسترده‌ای میان کار روانکاو و باستان‌شناس حرفه‌ای انجام داده است. او وظیفه‌ی درمانگر را «ساختن گذشته» توصیف می‌کند:

> همگی می‌دانیم باید بیمار مورد روانکاوی را واداشت خاطرات تجربه‌شده‌ای را که سرکوبشان کرده، به‌خاطر آورَد. روانکاو مطالب موردنظر را نه تجربه کرده و نه سرکوب؛ وظیفه‌ی او به‌یادآوردن چیزی نیست. پس وظیفه‌اش چیست؟ شکل دادن به آنچه فراموش شده و فقط رد پایی از خود بر جای گذاشته یا به عبارت درست‌تر، ساختن آن... . کارِ ساختن یا بهتر بگوییم بازسازی، تا حدود زیادی، شبیه باستاشناسی‌ست که در یک زیستگاه باستانی تخریب و دفن‌شده، به کندوکاو می‌پردازد. هر دو کار همانندند با این تفاوت که روانکاو در شرایط بهتری کار می‌کند و اطلاعات تحت فرمان بیشتری دارد تا از آن‌ها کمک بگیرد.(۱۱٤)

فروید ادامه می‌دهد درمانگر مانند باستان‌شناس باید اجزای تکه‌تکه‌ی موجود را (که بیمار فراهم کرده) کنار هم بچیند و بازسازی کند و بعد این بازسازی را به بیمار عرضه کند. در واقع، فروید معتقد است برای توصیف فعالیت درمانگر، «ساختن» واژه‌ی مناسب‌تری‌ست تا «تفسیر». فروید می‌گوید روانکاوی که در کمک به بیمار برای یادآوری گذشته موفق نباشد، دست‌کم نمایی از گذشته را (آن طور که خود می‌بیند) به‌دست بیمار می‌دهد. فروید معتقد است شکل دادن به این نما همان تأثیر درمانی‌ای را دارد که یادآوری واقعی گذشته‌ها:

> بسیار پیش می‌آید که در کمک به بیمار در به‌خاطر آوردن آنچه سرکوب کرده، موفق نمی‌شویم. در عوض، اگر روانکاوی درست انجام شود، در او این اعتقاد

راسخ را به صحت بازسازی ایجاد می‌کنیم که اثر درمانی‌اش معادل خاطره‌ی دوباره‌زنده‌شده است.(۱۱۵)

این جمله‌ی آخر، به معنای موافقت با نکته‌ای‌ست که من پیش از این به آن اشاره کردم یعنی اینکه آنچه مهم است نه محتوا، که فرایند تفسیر یا توضیح است.

تأکید فروید بر بازسازی گذشته به‌مثابه یک نظام توضیحی، در ارتباط تنگاتنگ با مرام جبرگرایانه‌ی اوست: همه‌ی رفتارها و تجربیات روانی، نتیجه‌ی وقایع پیش از خودند، وقایعی که ماهیتی محیطی یا غریزی دارند. مشکل این نظام توضیحی، پرورش تخم نومیدی درمانی‌ست. اگر ما زیر سلطه‌ی گذشته‌ایم، پس توانایی تغییر کجاست؟ از نوشته‌های بعدی فروید خصوصاً روانکاوی پایان‌پذیر و پایان‌ناپذیر[1] روشن است که دیدگاه جبرگرایانه و انعطاف‌ناپذیرش به انسان او را به پوچ‌گرایی درمانی رساند.

هر نظامی که رفتار و تجربه‌ی روانی را بر اساس پدیده‌های خارج از حیطه‌ی مسئولیت فردی (مثلاً وقایع محیطی پیشین یا کنونی، سائق‌های غریزی) توصیف کند، درمانگر را به موضعی خطرناک و خائنانه می‌کشاند. به‌قول رنک: «اصل علیت به معنای انکار اصل اراده‌ست زیرا احساس، اندیشه و عمل فرد را وابسته به نیروهایی خارج از فرد می‌داند و در نتیجه او را از مسئولیت و احساس گناه می‌رهاند.»(۱۱۶)

البته رهاسازی فرد از احساس گناه نسبت به وقایع و اعمال گذشته اغلب سودمند است. درمانگری که پیرو مرامی جبرگرایانه است، گذشته را به‌گونه‌ای بررسی می‌کند که به بیمار نشان دهد قربانیِ وقایع محیطی‌ست یعنی شرایطی ازپیش‌تعیین‌شده که بیمار نمی‌توانسته در آن به شکلی متفاوت عمل کند. بنابراین، بازیابی گذشته گناه را می‌بخشد اما درمانگر را با مشکل کنار آمدن با گذشته در یک چارچوب داوری (پیشکش کردن عفو و بخشش) و کنار آمدن با آینده در چارچوب داوری دیگری (توسل به مسئولیت) تنها می‌گذارد.

گچ و تِمِرلین[2] به مطالعه‌ی نوشته‌های بیست درمانگر ــ ده روانکاو فرویدی و ده روانکاو اگزیستانسیال ــ پرداختند تا ببینند این افراد چگونه با این پارادوکس کنار می‌آیند.

---

1. *Analysis Terminable and Interminable*
2. Gatch and Temerlin

(۱۱۷) همان‌طور که انتظار می‌رفت، دریافتند اظهار نظر درمانگران اگزیستانسیال در زمینه‌ی تأکید بر انتخاب‌ها، آزادی و مسئولیت بیمار به‌شکل معناداری بیشتر است. با وجود این، هیچ‌یک از بیست درمانگر طوری صحبت نمی‌کردند که انگار بیماران در حال حاضر قربانی شرایطی فراتر از کنترل خود هستند. همه‌ی درمانگران در درمان بیماری که به تغییر فکر می‌کند، می‌کوشیدند وجود راه‌های چاره‌ی مختلف را تأیید و بر آن‌ها تأکید کنند. به‌علاوه، وقتی بیماری از دوره‌ی نوزادی یا کودکی‌اش می‌گفت، همه‌ی درمانگران موضعی جبرگرایانه اتخاذ می‌کردند: آن شرایط خارج از کنترل بیمار بوده است.

پس روشن است که درمانگران آموخته‌اند چگونه با این موضع ناهماهنگ زندگی کنند. آن‌ها با تبدیل مرام جبرگرا به نوعی جبرگرایی دوسویه، از میزان این ناهماهنگی می‌کاهند: وانمود می‌کنند که در گذشته ضریب بداقبالی زیادی بزرگ بوده؛ یعنی با در نظر گرفتن جوانی و تجربه و نیز قدرت نیروهای بالغانه‌ی مؤثر، بیمار نمی‌توانسته طور دیگری رفتار کند.

درمانگران اگزیستانسیال در مقایسه با درمانگران مکاتب دیگر، کمتر بر گذشته تمرکز می‌کنند و بیشتر بر آینده، تصمیم‌های فراخوانده‌شده و اهدافی که در پیش چشم بیمار گسترده‌اند متمرکز می‌شوند. درمانگران اگزیستانسیال با احساس گناه این گونه روبه‌رو می‌شوند که این احساس نه به‌خاطر انتخاب‌های نادرست، که به‌خاطر امتناع از انتخاب‌های جدید است. عفو گناه گذشته، در حضور رفتارِ جاریِ دامن‌زننده به احساس گناه، فوق‌العاده دشوار است. فرد ابتدا باید بیاموزد که خود را برای زمان حال و آینده ببخشد. تا زمانی که فرد هم‌اکنون با خود همان گونه رفتار کند که در گذشته رفتار می‌کرده، نمی‌تواند خود را به‌خاطر گذشته ببخشد. ولی حتی زمانی که بر روی گذشته کار می‌کند، مهم این است که مسئولیتی بی‌تناسب نپذیرد. یکی از مفاهیم مهم، حکم مطلق برای مسئولیت است: هرچه در مورد مسئولیت یک نفر صادق است، برای همه‌ی افراد صدق می‌کند. بعضی‌ها برای اعمال و احساسات دیگران، بیش از آنچه باید، مسئولیت می‌پذیرند. با اینکه ممکن است فرد نسبت به دیگری گناهی مرتکب شده باشد، قلمرویی هم برای مسئولیت دیگری هست که به او اجازه می‌دهد به‌دست بیمار صدمه ببیند، تحقیر شود یا به هر شکلی مورد سوء رفتار قرار گیرد. پس درمانگر باید بیمار را در تعیین مرزهای مسئولیت یاری کند.

نه‌تنها سؤالی جدی درباره‌ی تأثیر درمانی نظام توضیحی علی بر پایه‌ی گذشته مطرح است، بلکه با مشکلی جدی در زمینه‌ی روش‌شناسی هم روبه‌رو هستیم و آن اینکه واقعیت روانشناختی با واقعیت تاریخی یکی نیست. همان‌طور که رنک اشاره می‌کند، ایدئولوژی مبتنی بر علوم طبیعی فروید، او را به تلاش در جهت بازسازی گذشته‌ی تاریخی بر اساس خاطرات بیمار رهنمون شد. ولی «بازسازی گذشته به واقعیت‌ها وابسته نیست، بلکه به مَنِش یا واکنش فرد نسبت به آن واقعیات وابسته است... . مشکل گذشته، مشکل حافظه و در نتیجه مشکل آگاهی‌ست.»(۱۱۸) به‌عبارت دیگر، گذشته به‌وسیله‌ی اکنون بازسازی می‌شود. حتی در تاریخچه‌نویسی‌های طولانی، فرد تنها کسر کوچکی از تجربیات گذشته‌اش را به‌خاطر می‌آورَد و این امکان وجود دارد که به شکلی انتخابی به‌یاد آوَرَد و گذشته‌ای از خود بسازد که با دیدگاه فعلی از خودش همخوانی دارد. (به همین دلیل گافمن برای این نوع بازسازی گذشته، اصطلاح «دفاعیه» را پیشنهاد کرده است.)(۱۱۹) وقتی فرد تصویری را که از خود دارد در طول درمان و به‌واسطه‌ی آن تغییر می‌دهد، می‌تواند گذشته‌اش را نیز بازسازی کند یا انسجامی دوباره بخشد؛ برای مثال، ممکن است تجربیات خوب و مثبتی را که با والدینش داشته و مدت‌ها به فراموشی سپرده بوده، به‌یاد آورَد. ممکن است به آن‌ها ویژگی‌های انسانی ببخشد و به‌جای تکیه بر دید خودمدارانه به والدین (به‌عنوان چهره‌هایی که برای خدمت به او آفریده شده‌اند)، آنان را افرادی آزاردیده و خیرخواه ببیند که با همان واقعیت‌های درهم‌کوبنده‌ی موقعیت انسان در هستی روبه‌رو بوده‌اند. این فرایند در یکی از گفته‌های منسوب به مارک تواین متجلی‌ست: «وقتی هفده‌ساله بودم، پدرم را یک احمق لعنتی می‌دانستم. وقتی بیست‌ویک‌ساله شدم، هاج‌وواج مانده بودم که پیرمرد در این چهار سال چقدر چیز یاد گرفته است.»

رویکرد تأویلی به تفسیر، رابطه‌ای میان درک و پس‌زمینه قائل است: فرض را بر این قرار می‌دهد که درک نیازمند یک پس‌زمینه‌ی خاص است، ولی این درک جدید، خود مفهوم پس‌زمینه را تغییر می‌دهد. در نتیجه، تعبیر فرایندی زنده است که در آن پس‌زمینه و درک به‌نوبت همدیگر را بازسازی می‌کنند. همین اصل در رابطه‌ی میان گذشته و حال هم حاکم است: گذشته‌ی یک انسان، بر خلاف ویرانه‌های یک معبد

باستانی، نه ثابت است و نه کرانمند؛ به‌وسیله‌ی اکنون ساخته می‌شود و در حضور همه‌جایی نمادین و همیشه‌متغیرش بر اکنون تأثیر می‌گذارد.

اگر گذشته به‌عنوان یک نظام توضیحی از ارزش محدودی برخوردار باشد، پس گذشته چه نقشی در فرایند روان‌درمانی ایفا می‌کند؟ پیشتر به نقش موشکافیِ بینش موروثی در پیشرفت رابطه‌ی درمانی اشاره کردم. مخاطره‌ی اندیشمندانه که فروید به حفاری باستان‌شناسی تشبیهش کرده، فعالیتی مشترک و به‌وضوح پرمعناست که بیمار و درمانگر هر دو به آن متعهد می‌شوند و در این میان، عامل حقیقی تغییر که همانا رابطه‌ی درمانی‌ست، رشد می‌کند و به‌بار می‌نشیند. ولی گذشته رابطه را به طریقی دیگر تسهیل می‌کند: درکی روشن و آشکار از تکامل اولیه‌ی یک موقعیت بین‌فردی خاص، بر احتمال تعهد طرفین می‌افزاید. مثلاً زنی با ظاهری مجلل و رفتاری پرنخوت و خودپسندانه ناگهان قابل‌درک و حتی جذاب جلوه می‌کند اگر درمانگر از والدین مهاجر او و تقلای نومیدانه‌اش برای رهایی از خفت کودکی فقیرانه‌اش باخبر شود. آگاهی از فرایند شکل‌گیری هر انسانی، ملازم بایسته‌ی شناخت آن انسان است. آنچه در این زمینه مهم است، تأکید بر رابطه است. گذشته مورد بررسی و موشکافی قرار می‌گیرد تا رابطه‌ی فعلی را تسهیل و تعمیق کند. این درست عکس فرمول فروید است که در آن رابطه‌ی فعلی، به‌عنوان وسیله‌ای برای تعمیق درک گذشته به‌کار گرفته می‌شود. چارلز ریکرافت[1] این مسئله را با روشنی خارق‌العاده‌ای توصیف می‌کند:

> بهتر است بگوییم روانکاو با بررسی تاریخچه‌ی بیمار، گشتی می‌زند تا آنچه را مانع برقراری رابطه‌ی کنونی با بیمار است، شناسایی کند (همان گونه که یک مترجم برای توضیح مفهوم یک متن مبهم و نامفهوم به تاریخ مراجعه می‌کند) تا آنکه بگوییم او با بیمار ارتباط برقرار می‌کند تا به اطلاعات زندگینامه‌اش دسترسی یابد.(۱۲۰)

بخش سوم

تنهایی

فصل هشتم

تنهایی اگزیستانسیال

فرایند عمیق‌ترین جست‌وجوها ــ فرایندی که هایدگر «آشکارسازی[1]»(۱) می‌نامدش ــ ما را به این شناخت رهنمون می‌شود که فانی هستیم، باید بمیریم، آزادیم، و گریزی از این آزادی نداریم. نیز می‌آموزیم که آدمی بی‌رحمانه تنهاست.

از آنجا که مفهوم آزادی و مرگ به‌شکل عرفی و قراردادی از قلمرو روان‌درمانگر خارج است، ضرورت توضیح ارتباط خاص آن‌ها با روان‌درمانی را در همان فصل‌های نخستین حس کردم. قضیه‌ی تنهایی فرق می‌کند چون مفهومی آشناست و اغلب در درمان روزانه رخ می‌نمایانَد. در واقع، مفهوم تنهایی و انزوا چنان آشناست و به اَشکال گوناگون مورد استفاده قرار می‌گیرد که اولین تکلیفم باید این باشد که آن را برای یک متن اگزیستانسیال تعریف کنم. از دیدگاه من، درمانگر بالینی با سه شکل متفاوت از تنهایی روبه‌روست: بین‌فردی، درون‌فردی و اگزیستانسیال.

تنهایی بین‌فردی که معمولاً به‌صورت جداافتادگی و بی‌کسی تجربه می‌شود، به‌معنای دورافتادن از دیگران است. عوامل بسیاری در آن دخیلند: انزوای جغرافیایی، فقدان مهارت‌های اجتماعی مناسب، احساسات به‌شدت متضاد درباره‌ی صمیمیت یا

---

1. unconcealment

یک سبک شخصیتی (مثلاً اسکیزوئید، خودشیفته، استثمارگر یا قضاوت‌گر) که مانع تعامل اجتماعی راضی‌کننده‌ست. عوامل فرهنگی در تنهایی بین‌فردی نقش مهمی ایفا می‌کنند. زوال نهادهای تضمین‌کننده‌ی صمیمیت ــ خانواده‌های پرجمعیت، همسایگان دائم و ثابت، کلیسا، کاسب‌کاران محلی، پزشک خانواده ــ دست‌کم در ایالات متحده، بی‌رحمانه بر غربت بین‌فردی دامن زده است.

تنهایی درون‌فردی فرایندی‌ست که در آن، اجزای مختلف وجود فرد از هم فاصله می‌گیرند. فروید اصطلاح «جداسازی[1]» را به‌عنوان یک سازوکار دفاعی تعریف می‌کند که خصوصاً در روان‌نژندی وسواسی نمایان است و در آن، یک تجربه‌ی ناخوشایند، از تمامی هیجان‌ها و عواطفش تهی می‌شود، پیوندش با تداعی‌ها از هم می‌گسلد و در نتیجه از فرایند معمول تفکر جدا می‌افتد.(۲) هری استک سالیوان مشخصاً به بررسی پدیده‌ای علاقه‌مند بود که موجب می‌شود فرد تجربه را از خودآگاه بیرون براند و یا بخش‌هایی از روان را برای «خود» غیر قابل دسترس کند. او این فرایند را «گسستگی[2]» نامید (تا از اصطلاح «واپس‌رانی» استفاده نکند) و آن را در کانون نموداری که از ناهنجاری روانی ترسیم کرده بود، قرار داد.(۳) اصطلاح «جداسازی» در صحنه‌ی روان‌درمانی معاصر، نه‌فقط سازوکارهای دفاعی، بلکه هرگونه معنای تکه‌تکه شدن «خود» را در بر دارد. بنابراین تنهایی درون‌فردی زمانی اتفاق می‌افتد که فرد احساسات یا خواسته‌هایش را خفه کند، «بایدها» و «اجبارها» را به‌جای آرزوهایش بپذیرد، به قضاوت خود بی‌اعتماد شود یا استعدادهای خود را به بوته‌ی فراموشی سپارد.

تنهایی درون‌فردی در الگوی ناهنجاری روانی رایج است و بسیار مورداستفاده قرار می‌گیرد. نظریه‌پردازان امروزی مثل هورنای، فروم، سالیوان، مزلو، راجرز و می، همگی اصل را بر این قرار داده‌اند که ناهنجاری نتیجه‌ی مسدودسازی‌هایی‌ست که در ابتدای زندگی اتفاق افتاده و فرد را از تکامل طبیعی بازداشته است. کارل راجرز در بحث لودویگ بینزونگر درباره‌ی مورد معروف الِن وِست[3]، تنهایی درون‌فردی را

---

1. isolation
2. dissociation
3. Ellen West

به‌روشنی توصیف می‌کند: «در کودکی کاملاً فارغ از نظرات دیگران بود، ولی حالا دیگر کاملاً به افکار دیگران وابسته است. دیگر اصلاً نمی‌داند خودش چه احساسی دارد یا نظرش چیست. این تنهاترین وضعیت ممکن است، یک جدایی تقریباً کامل از ساختار خودمختار فرد.»(٤)

هدف درمانگران معاصر، کمک به بیماران در جهت پیوستن دوباره‌ی بخش‌های نکه‌نکه‌شده‌ی وجودشان است. در یک طرح پژوهشی که در فصل ٦ توضیح دادم، از بیماران خواسته شد شصت عامل مؤثر در درمان موفقیت‌آمیزشان را با توجه به درجه‌ی سودمندی رتبه‌بندی کنند.(٥) اولین گزینه‌ی انتخابی «کشف و پذیرش بخش‌های ناشناخته یا غیر قابل قبول وجودم» بود. هدف بسیاری از روان‌درمانی‌ها (به‌جز انواع دارای رویکرد علامتی)، دوباره به‌هم‌پیوستن و کامل کردن اجزای خود است. برای نمونه، پرلز رویکرد «گشتالت»درمانی خود را با تأکید بر هدف قرار دادن «کل» به‌کار گرفت. (دقت کنید به واج‌ریشه‌شناسی مشترک واژه‌های «کل whole»، «شفا heal»، «سالم healthy» و «تندرست hale».)

در باقی این فصل تمرکز خود را بر سومین شکل تنهایی یعنی تنهایی اگزیستانسیال معطوف خواهم کرد. منظور این نیست که تنهایی بین‌فردی و درون‌فردی در کار بالینی اهمیت سرنوشت‌سازی ندارند؛ اما اگر بخواهم طول‌وتفصیل معقولی برای این حکایت قائل شوم، باید به ارجاع خواننده به ادبیات مربوطه قناعت کنم.(٦) با این حال، مواردی پیش خواهد آمد که به تنهایی بین‌فردی یا درون‌فردی اشاره می‌کنم زیرا این دو ارتباط تنگاتنگی با تنهایی اگزیستانسیال دارند (خصوصاً تنهایی بین‌فردی و اگزیستانسیال دارای مرزهای مشترک فراوانی‌اند). انواع تنهایی از لحاظ نظری مشابهند؛ یعنی ممکن است یکسان انگاشته شوند یا به‌جامه‌ی یکدیگر درآیند. درمانگران اغلب آن‌ها را با هم اشتباه می‌گیرند و بیمار را برای نوع نادرستی از تنهایی درمان می‌کنند. به‌علاوه، مرزهایشان نیمه‌تراواست: مثلاً تنهایی اگزیستانسیال اغلب از طریق نسبت‌های بین‌فردی در مرزهای قابل کنترلی نگه داشته می‌شود. همه‌ی این مسائل به‌موقع بررسی خواهند شد، ولی قبل از هر چیز باید تنهایی اگزیستانسیال را تعریف کرد.

تنهایی اگزیستانسیال چیست؟

افراد اغلب از دیگران و از اجزای خود جدا می‌افتند، ولی در عمق این جداافتادگی‌ها، تنهایی اساسی‌تری جای دارد که به هستی مربوط است، تنهایی‌ای که به‌رغم رضایت‌بخش‌ترین روابط با دیگران و به‌رغم خودشناسی و انسجام درونی تمام‌عیار، همچنان باقی‌ست. تنهایی اگزیستانسیال به مغاکی اشاره دارد که میان انسان و هر موجود دیگری دهان گشوده و پلی هم نمی‌توان بر آن زد. نیز بر تنهایی‌ای اشاره دارد که بسیار بنیادی‌تر و ریشه‌ای‌تر است: جدایی میان فرد و دنیا. «جدایی از دنیا» که عبارت درستی به‌نظر می‌رسد، هنوز گنگ و مبهم است. یکی از بیمارانم تعریف روشنی از آن ارائه کرد. هرگاه رابطه با یکی از افراد مهم زندگی‌اش به‌مخاطره می‌افتاد، به حملات دوره‌ای سراسیمگی مبتلا می‌شد. وقتی تجربه‌اش را برایم توصیف می‌کرد، گفت: «فیلم داستان وِست‌ساید [کرانه‌ی غربی] رو یادت می‌یاد اونجایی که عاشق و معشوق همدیگرو می‌بینن و ناگهان هر چیز دیگه‌ای تو دنیا به‌شکل اسرارآمیزی محو می‌شه و اون دو تا مطلقاً با هم تنها می‌مونن؟ خُب، این دقیقاً همون اتفاقیه که توی این حملات برای من می‌افته. فرقش اینه که به‌جز من کسی باقی نمی‌مونه.»

بیمار دیگری کابوس‌های تکراری‌ای داشت که به اوائل کودکی‌اش برمی‌گشت و حالا در بزرگسالی به بی‌خوابی شدید و در واقع، به هراس از خواب منجر شده بود، چون می‌ترسید به‌خواب رود و کابوس ببیند. کابوس از این جهت غیرعادی بود که بیننده‌ی رؤیا در آن صدمه‌ای نمی‌دید. در عوض، دنیای دوروبرش محو و ناپدید می‌شد و او می‌ماند و نیستی و خلأ. رؤیا این بود:

> در اتاقم بیدار نشسته‌ام. ناگهان متوجه می‌شوم همه‌چیز دارد تغییر می‌کند. انگار چارچوب پنجره کِش می‌آید و بعد مواج و لرزان می‌شود. قفسه‌ی کتاب‌ها فشرده و خُردوخمیر می‌شود، دسته‌ی در ناپدید می‌شود و حفره‌ای وسطِ در به‌وجود می‌آید که بزرگ و بزرگ‌تر می‌شود. همه‌چیز شکل طبیعی‌اش را از دست می‌دهد و شروع می‌کند به آب شدن. دیگر چیزی دوروبرم باقی نمی‌ماند و من شروع می‌کنم به فریاد زدن.

تامس وُلف[1] همیشه گرفتار آگاهی تیزبینانه و غیرمعمولی بود که نسبت به تنهایی اگزیستانسیال داشت. در داستان فرشته به مقصد بنگر[2] که نوعی خودزندگینامه‌ست، قهرمان داستان حتی در دوران نوزادی و در گهواره به تنهایی فکر می‌کند:

> تنهایی و غمی عمیق سراپایش را فراگرفت: زندگی‌اش را از چشم‌انداز پرابهت کنارگذر جنگل مشاهده کرد و دانست همیشه غمگین خواهد بود: محصور در آن گِردی کوچک جمجمه، محبوس در آن قلب تپنده و مرموز، زندگی‌اش همواره باید گذرگاه‌های تنها را بپوید. گم‌گشته. می‌دانست انسان‌ها همیشه برای هم بیگانه می‌مانند، هرگز کسی حقیقتاً دیگری را نمی‌شناسد، می‌دانست محبوس در زهدان تاریک مادر به زندگی پا می‌گذاریم بی‌آنکه چهره‌ی مادر را ببینیم، غریب در میان بازوانش قرارمان می‌دهند، در زندان رهایی‌ناپذیر هستی گرفتار می‌شویم که هرگز از آن گریزی نیست، فرقی نمی‌کند کدام آغوش جایمان دهد، کدام دهان ببوسدمان و کدام قلب گرمایمان بخشد. هرگز، هرگز، هرگز گریزی نیست.(۷)

تنهایی اگزیستانسیال، دره‌ای‌ست که از راه‌های مختلف می‌توان به آن نزدیک شد. رویارویی با مرگ و آزادی، ناگزیر آدمی را به آن دره راهنمایی خواهد کرد.

مرگ و تنهایی اگزیستانسیال

آگاهی از «مرگ من» موجب می‌شود فرد عمیقاً دریابد که قادر نیست با دیگری یا برای دیگری بمیرد. هایدگر می‌گوید «با اینکه آدمی می‌تواند برای دیگری به‌کام مرگ رود، این 'مردن برای دیگری' هرگز بدان معنی نیست که آن دیگری از مرگ خود حتی به کمترین میزان رهایی یافته است. هیچ‌کس قادر نیست دیگری را از مرگ خویش برهاند.»(۸) چه در حلقه‌ی دوستان باشیم، چه افراد برای آرمانی واحد بمیرند، حتی در یک زمان بمیرند (مثل آیین مصریان باستان که خدمتکاران

---

1. Thomas Wolfe
2. *Look Homeward, Angel*

را همزمان با مرگ فرعون می‌کشتند و با او دفن می‌کردند و یا در خودکشی‌های جمعی)، باز بنیادی‌ترین و عمیق‌ترین سطح مُردن، تنهاترین تجربه‌ی بشری به‌حساب می‌آید.

بنی‌آدم[1]، مشهورترین نمایشنامه‌ی قرون وسطایی درباره‌ی مرگ، تنهایی انسان را در رویارویی با مرگ به‌شکلی ساده و نیرومند ترسیم می‌کند.(۹) مرگ به دیدار بنی‌آدم می‌آید و به او اطلاع می‌دهد باید آخرین سفرش به‌سوی خدا را بیاغازد. بنی‌آدم التماس می‌کند بر او رحم آورند، ولی سودی ندارد. مرگ به او اطلاع می‌دهد که باید خود را برای روزی آماده کند که «هیچ انسان زنده‌ای قادر به گریز از آن نیست.» بنی‌آدم شتابان در پیِ کمک می‌رود. هراسان و بیش از آن، تنها به دیگران التماس می‌کند که او را در این سفر همراهی کنند. شخصیت کیندرد [خویشاوند] حاضر نمی‌شود با او برود:

شاد باش:
دلیر باش و هیچ مزن زار
نکته‌ای گویمت از آنِ مقدس[2] که هشدار
تو نیز چون من تنها شوی رهسپار.

همین طور دخترعموی بنی‌آدم که بهانه می‌آورَد ناخوش است:

نه، به بانویمان قسم! گرفته پایم
دل خوش مکن به من. خدا هم سازد اگر تند و چالاکم
گاهِ بیشترین نیاز، تو را می‌فریبم.

هریک از شخصیت‌های نمادین داستان به همین ترتیب ترکش می‌گویند: فلوشیپ [هم‌نشین]، وُرلدلی‌گودز [مال دنیا] و نالج [دانش]. حتی صفاتش هم او را به خود وامی‌گذارند:

---

1. *Everyman*
2. Saint Anne

تا مرگ در شیپورش بدمد
زیبایی، قدرت و بصیرت
همگی به‌چابکی از من می‌گریزند.

بالاخره آنچه بنی‌آدم را از وحشت تنهایی اگزیستانسیال می‌رهاند، شخصیت گوددیدز [کردار نیک] است که حاضر می‌شود حتی تا کام مرگ هم همراهی‌اش کند. و این در واقع نتیجه‌ی اخلاقی مسیحی نمایش است: کارهای خوب در بافت مذهبی، پشتیبان انسان در برابر تنهایی واپسینند. بنی‌آدم بی‌دین امروزی که نمی‌تواند یا نمی‌خواهد ایمان دینی را درک کند، حقیقتاً باید این سفر را تنها بپاغازد.

آزادی و تنهایی اگزیستانسیال

تنهایی ناشی از والد خود بودن. همان قدر که آدمی مسئول زندگی خویش است، همان قدر تنهاست. مسئولیت به‌معنای مؤلف بودن است؛ آگاهی از مؤلف بودن خویش، به‌معنای ترک این اعتقاد است که دیگری مرا آفریده و حفاظتم می‌کند. تنهایی عمیق از عمل خودآفرینندگی جدایی‌ناپذیر است. فرد به بی‌تفاوتی عظیم جهان آگاه می‌شود. شاید حیوانات حس نیاز به شبان و جان‌پناه در خود ببینند ولی انسان که به نفرین خودآگاهی گرفتار شده، باید در جهان هستی بی‌پناه بماند.

اریش فروم معتقد بود تنهایی نخستین خاستگاه اضطراب است. او خصوصاً بر حس درماندگی که ویژگی اصلی جدایی اولیه‌ی بشر است، تأکید داشت.

> آگاهی انسان از تنهایی و جدابودنش، از درماندگی‌اش در برابر نیروهای طبیعت و جامعه، همه‌وهمه، هستی جدا و چندپارچه‌اش را به زندانی طاقت‌فرسا بدل می‌کند. تجربه‌ی جدایی اضطراب می‌آفریند؛ در واقع منشأ تمامی اضطراب‌هاست. جدا بودن به‌معنای بریده شدن است بی امکان استفاده از نیروهای انسانی‌ام. بنابراین، جدا بودن به‌معنای درماندگی و ناتوانی در درک فعالانه‌ی اشیا و افراد جهان است؛ بدان معناست که جهان قادر است بر من بتازد بی‌آنکه من توانایی واکنش در برابرش را داشته باشم.(۱۰)

عواطف به‌هم‌جوش‌خورده‌ی تنهایی-درماندگی یک پاسخ هیجانی قابل دری به این دریافت است که به هستی واردمان کرده‌اند بی‌آنکه خود بخواهیم یا به آن راضی باشیم. هایدگر برای توصیف این وضعیت از اصطلاح «افکنده شدن» استفاده می‌کند. با اینکه انسان خودش را می‌آفریند، تنها افکنده شدن به درون هستی، نقشه‌اش ــ برای آنچه می‌خواهد در نهایت بشود ــ را محدود می‌کند.

آشنایی‌زدایی. ما نه‌تنها خویشتن را می‌سازیم، بلکه جهانی را نیز پدید می‌آوریم که پدید آمدنش به‌دست ما را پنهان می‌کند. تنهایی اگزیستانسیال است که مفهوم «چسب پیونددهنده‌ی چیزها» و سنگ‌بستر جهان را القا می‌کند. ولی چنان زیر لایه‌های دنیوی و دست‌ساخت انسان پنهان شده و هر لایه آکنده از معانی فردی و جمعی‌ست که ما فقط دنیایی سرشار از روزمرگی و فعالیت‌های روزمره‌ی «آن لایه‌ها» را تجربه می‌کنیم. ما «در خانه‌ی خود» محصور جهان باثباتی از اشیا و رسوم آشنا شده‌ایم، جهانی که در آن همه‌ی اشیا و موجودات چندین‌وچند بار به هم وصل و پیوسته شده‌اند. ما را در بستری گرم‌ونرم و آشنا از متعلقات خوابانده‌اند؛ دنیای ازلیِ سرشار از پوچی و تنهایی، مدفون و مسکوت مانده و تنها در لحظات کوتاهی از کابوس و پنداره‌های اسطوره‌ای دهان می‌گشاید و سخن می‌گوید.

با وجود این، گاه پرده‌ی واقعیت برای لحظه‌ای کنار می‌رود و نگاه گذرای ما بر بساط پنهان در پشت صحنه می‌افتد. در این لحظات که معتقدم هر انسان اندیشمندی تجربه‌شان می‌کند، وقتی معانی اشیا تحریف می‌شود، وقتی نمادها فرومی‌پاشند و لنگر «در خانه بودن» از جای کنده می‌شود، یک آشنایی‌زدایی آنی اتفاق می‌افتد. آلبر کامو در یکی از نخستین آثارش لحظه‌ای را توصیف می‌کند که در اتاق یک هتل در کشوری بیگانه می‌گذرد.

> اینجا در شهری که قادر به خواندن نشانه‌ها نیستم، کاملاً بی‌دفاعم... بی دوستی که بدون ظاهرسازی با او گپ کوتاهی بزنم. در این اتاقی که سروصدای شهری بیگانه به آن رخنه می‌کند، می‌دانم هیچ‌چیز مرا به‌سوی جلوه‌ی دلپذیری از خانه یا هر مکان عزیز دیگری نمی‌کشاند. نکند فریاد بزنم؟ زاری کنم؟ آن وقت چهره‌های

بیگانه‌ای پدیدار می‌شوند... . و اکنون پرده‌ی عادت و روکش حرکات و کلمات که احساس را می‌پوشاند، آرام‌آرام بالا می‌رود و در نهایت چهره‌ی رنگ‌پریده‌ی اضطراب نمایان می‌شود. انسان با خویش رودررو می‌شود: او را به مبارزه می‌طلبم تا شاد باشم... .(۱۱)

در این لحظات سرشار از دلهره‌ی عمیق اگزیستانسیال، رابطه‌ی فرد با جهان به‌شدت متزلزل می‌شود. یکی از بیمارانم که مدیر بسیار موفق و پرکاری بود، این حادثه را تعریف کرد: چند دقیقه بیشتر طول نکشیده بود، ولی چنان نیرومند بود که تا چهل سال بعد وضوح و روشنی‌اش را حفظ کرده بود. در دوازده‌سالگی در فضای باز خوابیده بود تا آسمان را تماشا کند و ناگهان خود را جدا از مادرِ زمین و سرگردان در میان ستاره‌ها حس کرده بود. کجا بود؟ این چیز (و نه هیچ‌چیز) از کجا آمده بود؟ خود را با درماندگی و بی‌پایگی، مغلوب تنهایی حس کرده بود. با اینکه برایم دشوار است بپذیرم تصمیم‌های دیرپای زندگی در یک لحظه گرفته شوند، ولی او اصرار دارد که در همان آن تصمیم گرفته آن قدر مشهور و توانمند شود که دیگر هرگز چنین احساسی به‌سراغش نیاید.

البته این تجربه‌ی تهی بودن، گم شدن و محرومیت «جایی بیرون از ما» نیست: در درون ماست و برای یافتن آن نیازی به محرک خارجی نداریم. همه‌ی آنچه لازم دارد، یک جست‌وجوی درونی و صادقانه‌ست. رابرت فراست به‌زیبایی آن را به بیان درآورده است:

این ستاره‌ها مرا با فضاهای خالی‌شان به هراس نمی‌افکنند
ستاره‌هایی که نژاد انسان را به آن‌ها راه نیست.
من این فضا را نزدیک‌تر، در درون خود دارم
صحرای متروکی که در خود دارم، مرا می‌هراساند.(۱۲)

وقتی انسان در کام «صحرای متروک» درون خودش می‌افتد، دنیا ناگهان ناآشنا و بیگانه می‌شود. کورت راین‌هارت[1] درباره‌ی این مواقع می‌گوید:

1. Kurt Reinhardt

چیزی مطلقاً اسرارآمیز میان او و اشیای آشنای دنیایش فاصله می‌اندازد، میان او و دوستانش، میان او و تمامی «ارزش‌هایش». همه‌ی آنچه متعلق به‌خود می‌دانسته، رنگ می‌بازد و تباه می‌شود، پس چیزی نمی‌مانَد که به آن متمسک شود. آنچه می‌ترسانَد، «نیستی» (هیچی) است و خود را تنها و گم‌شده در خلأ می‌بیند. ولی وقتی شب تاریک و هراس‌آور دلهره گذشت، آدمی نفس راحتی می‌کشد و به خود می‌گوید: اصلاً «چیزی» نبود. او «هیچی یا نیستی» را تجربه کرده است.(۱۳)

هایدگر برای توصیف موقعیتی که فرد حس آشنا بودن با جهان را در آن از دست می‌دهد، اصطلاح «غریب[1]» («در خانه نبودن») را به‌کار می‌بَرَد. هایدگر معتقد است وقتی فرد (دازاین) کاملاً درگیر جهانی با ظاهری آشناست و ارتباطش را با موقعیت اگزیستانسیالش از دست داده، در حالت «روزمره» و «گمراه» قرار دارد. اضطراب راهنمایی‌ست که او را به‌وسیله‌ی غربت آگاهی از تنهایی و پوچی به راه بازمی‌گردانَد:

وقتی دازاین گمراه می‌شود، اضطراب با جذب او به «جهان»، به راه بازمی‌گردانَدش. آشنایی روزمره فرو می‌ریزد... . «موجود درونی» به «حالت» اگزیستانسیالِ «در خانه نبودن» قدم می‌نهد. منظورمان از «غربت» چیزی جز این نیست.(۱۴)

هایدگر در جای دیگری می‌گوید وقتی انسان از «جذب شدن در دنیا» بازمی‌آید و اشیا از معنای خود تهی می‌شوند، هنگام رویارویی با تنهایی، پوچی و بی‌رحمی جهان، اضطراب را تجربه می‌کند.[2] پس ما برای گریز از غربت، جهان را به‌عنوان یک ابزار

---

1. uncanny

۲. هایدگر اشیای جهان را بسته به اینکه به‌عنوان «وسیله» در نظر گرفته شوند یا جوهر خالصشان مد نظر باشد، به دو دسته‌ی «آماده‌دردسترس» و «حاضردردسترس» تقسیم می‌کند:
خطر از جانب آنچه آماده‌دردسترس و حاضردردسترس است، نیست، بلکه از این واقعیت ناشی می‌شود که هیچ‌یک از این‌ها دیگر چیزی «نمی‌گوید». جهانی که در آن زندگی می‌کنم، در بی‌معنایی فرو رفته است. اضطراب در رویارویی با «نیستی» جهان مضطرب می‌شود؛ ولی این بدان معنا نیست که هنگام اضطراب، فقدان آنچه را درون دنیا حاضردردسترس است، تجربه می‌کنیم. با حاضردردسترس باید طوری روبه‌رو شد که گویی درگیر هیچ‌چیز دیگری نیست بلکه می‌تواند خود را در سنگدلی ←

می‌بینیم و خود را مجذوب گمراهی‌هایی می‌کنیم که مایا ــ جهان ظواهر ــ پدید آورده است. دلهره‌ی نهایی زمانی اتفاق می‌افتد که ما با نیستی روبه‌رو می‌شویم. در مواجهه با نیستی، هیچ چیز و هیچ موجودی نمی‌تواند کمکمان کند؛ این همان لحظه‌ای‌ست که ما تنهایی اگزیستانسیال را به‌تمامی تجربه می‌کنیم. کیرکگور و هایدگر هردو دلباخته‌ی بازی با واژه‌ی «نیستی» بوده‌اند. «بشر از چه می‌هراسد؟» «از هیچ‌چیز [هیچی]!»

آنتونیونی، کارگردان ایتالیایی، استاد به‌تصویر کشیدن آشنایی‌زدایی بود. در بسیاری از فیلم‌هایش (برای مثال خسوف[1]) اشیا با وضوحی چشمگیر و با گونه‌ای رازآلودگی عاری از احساسات به نمایش در می‌آیند. از معنایشان فاصله می‌گیرند و شخصیت اصلی بی‌هدف از کنار آن‌ها می‌گذرد در حالی که دیگرانی که در اطرافش هستند، آن‌ها را به‌راحتی به‌کار می‌گیرند.(۱۶)

آشنایی‌زدایی در جهان فقط اشیا را شامل نمی‌شود؛ سایر مقوله‌هایی که با هدف ایجاد ساختار و دیرپایی ابداع شده‌اند ــ مانند نقش‌ها، ارزش‌ها، راهکارها، قوانین، اخلاق ــ نیز می‌توانند به شکلی مشابه از معنا تهی شوند. در فصل ۵ تمرین «هویت‌زدایی» ساده‌ای را توصیف کردم که در آن، افراد پاسخ‌هایشان به پرسش «من کیستم؟» را بر کارت‌هایی می‌نویسند و بعد بر تجربه‌ی کنار گذاشتن تک‌تک این نقش‌ها (یک مرد، یک پدر، یک پسر، یک دندانپزشک، یک راه‌پیما، یک کتاب‌خوان، یک شوهر، یک کاتولیک یا باب) مراقبه می‌کنند. وقتی تمرین به انتها می‌رسد، فرد خود را از همه‌ی نقش‌ها محروم کرده و درمی‌یابد که مستقل از این تجهیزات و نقش‌هاست و به‌قول نیچه حتی پس از «آخرین رگه‌ی کدرِ واقعیت روبه‌زوال»(۱۷) هنوز پابرجاست. تصاویر ذهنی آزمودنی‌ها در پایان این تمرین (مثلاً «روحی رها شده از قید جسم که در خلأ شناور است») به‌وضوح نشانگر آن است که کنار گذاشتن نقش‌ها، امکان تجربه‌ی تنهایی اگزیستانسیال را برای فرد فراهم می‌کند.

مطلق نشان دهد. ولی بدان معناست که نگاه دلواپس ما چیزی را که به درک خودش منجر شود نمی‌یابد؛ پس به «هیچی» جهان دست می‌یازد.(۱۵)

1. *The Eclipse*

تجربه‌ی تنهایی، وقتی ناگهان از رهنمودهای روزمره محروم می‌شویم، این قدرت را دارد که احساس غربت ــ احساس در خانه‌ی خود نبودن در جهان ــ را برانگیزد. راهنوردی که راهش را گم می‌کند، اسکی‌بازی که ناگهان درمی‌یابد از راه خارج شده، راننده‌ای که در مه غلیظ دیگر قادر به دیدن جاده نیست، موجی از هراس سراپایش را درمی‌نوردد، هراسی که ارتباطی با خطرهای جسمانی این موقعیت‌ها ندارد، گردبادی از هراس تنهایی که از صحرای متروک وجود خودش ــ نیستی موجود در کانون هستی ــ منشأ گرفته است.

همه‌ی انفجارهای اجتماعیِ براندازنده‌ی ارزش‌ها، اخلاقیات و اصولی که باورمان شده هستی مستقلی از ما دارند، غریبند. خشونت جنایتکاران، خودکشی دسته‌جمعی جونزتاون، آشوب جنگ، همه‌وهمه وحشت‌زده‌مان می‌کنند چون سرشار از بدی و خباثتند، ولی علاوه بر آن، مبهوتمان می‌کنند زیرا به ما می‌گویند هیچ‌چیز آن طور که فکر می‌کردیم نیست، تصادف و اتفاق حکمفرماست، همه‌چیز می‌تواند طور دیگری باشد؛ همه‌ی آن چیزهایی که استوار، ارزشمند و خوب می‌دانستیم، می‌توانند ناگهان از میان بروند؛ زمین محکمی زیر پایمان نیست؛ نه در اینجا و نه در هیچ جای دیگر این دنیا «در خانه‌ی خود» نیستیم.

رشد و تنهایی اگزیستانسیال

واژه‌ی «هستن یا وجود داشتن exist» (ex-ist = to stand out) به‌معنای تمایز است. فرایند رشد همان‌طور که رنک می‌گفت فرایند جدا شدن و بدل شدن به موجودی جداگانه است. واژه‌های مرتبط با رشد و تکامل نیز به‌معنای جدایی‌اند: خوداستواری (خودمختاری)، اتکابه‌نفس، روی پای خود ایستادن، فردیت‌یابی، خود شدن و استقلال. زندگی بشر با به‌هم‌پیوستن تخمک و اسپرم آغاز می‌شود، از مرحله‌ی جنینی همراه با وابستگی جسمانی کامل به مادر می‌گذرد و به مرحله‌ی وابستگی جسمانی و عاطفی به بالغین پیرامونش می‌رسد. کم‌کم فرد مرزهای پایان خود و آغاز دیگری را مشخص می‌کند و متکی‌به‌نفس، مستقل و جدا می‌شود. جدا نشدن به معنای رشد نکردن است، ولی هزینه‌ای که باید برای جدایی و رشد پرداخت، تنهایی‌ست.

تنش موجود در این معضل، همان چیزی‌ست که کایزر «تعارض جهان‌شمول» انسان نامیده است. «فردیت یافتن مستلزم تنهایی کامل، بنیادین، ابدی و چیرگی‌ناپذیر است.»(۱۸) فروم نیز در گریز از آزادی به همین نکته اشاره کرده است:

همینکه کودک از آن دنیا بیرون می‌آید، از تنهایی آگاه می‌شود و درمی‌یابد موجودیتی جدا از دیگران دارد. این جدایی از جهان که در مقایسه با هستی فردیت‌یافته‌ی انسان، درهم‌کوبنده و قدرتمند و اغلب تهدیدکننده و خطرناک است، احساس عجز و ناتوانی و اضطراب می‌آفریند. تا زمانی که فرد بخش جدایی‌ناپذیر آن دنیاست و از امکانات و مسئولیت‌های عمل خویش آگاهی ندارد، ترسی هم در کار نیست. وقتی فرد جدا می‌شود و فردیت می‌یابد، در برابر دنیا با همه‌ی وجوه خطرناک و درهم‌شکننده‌ی آن، تنها می‌ماند.(۱۹)

چشم‌پوشی از آمیختگی بین‌فردی به‌معنای رویارویی با تنهایی اگزیستانسیال با همه‌ی عجز و هراس‌هایش است. حل معضل آمیختگی-تنهایی[1] یا آن طور که معمولاً نامیده می‌شود، پیوستگی-جدایی[2]، مهم‌ترین وظیفه‌ی تکاملی اگزیستانسیال است. همان چیزی‌ست که اوتو رنک هنگام تأکید بر اهمیت ضربه‌ی تولد در نظر داشت. از دیدگاه رنک، تولد نمادِ سربرآوردن و جدایی از جایی‌ست که در آن ریشه دوانده‌ایم. آنچه کودک از آن می‌هراسد، خود زندگی‌ست.(۲۰)

اکنون روشن است که تنهایی اگزیستانسیال و تنهایی بین‌فردی به درهم‌تنیدگی پیچیده‌ای دچارند. جدایی از آمیختگی بین‌فردی، فرد را به کام تنهایی اگزیستانسیال می‌افکنَد. قرار داشتن در وضعیت ناخوشایند آمیختگی یا جدایی غیرقطعی یا زودهنگام از آن، باعث می‌شود فرد آمادگی لازم را برای مواجهه با تنهایی ملازم با هستیِ مستقل پیدا نکند. ترس از تنهایی اگزیستانسیال، نیروی رانشگری‌ست که در پسِ بسیاری از روابط بین‌فردی نهفته و همان‌طور که خواهیم دید، پویه‌شناسی اصلی موجود در پسِ پدیده‌ی انتقال است.

---

1. fusion-isolation
2. attachment-separation

مشکل در رابطه، مشکل در آمیختگی ـ تنهایی‌ست. فرد باید بیاموزد با دیگری ارتباط برقرار کند بی‌آنکه با بدل شدن به بخشی از او، به آرزوی فرار از تنهایی پرویال دهد. از سوی دیگر، باید بیاموزد با دیگری ارتباط برقرار کند بی‌آنکه او را تا سطح ابزاری برای دفاع در برابر تنهایی پایین بیاورد. بوگنتال (در بحث مشکلات ارتباطی) با واژه‌ی «apart»(۲۱) [جدا] و «a part» [بخشی از] بازی می‌کند. اساسی‌ترین وظیفه‌ی بین‌فردی انسان این است که در آن واحد هم «بخشی از» باشد و هم «جدا از». تنهایی بین‌فردی و اگزیستانسیال ایستگاه‌های فرعی یکدیگرند. فرد ابتدا باید خود را از دیگری جدا کند تا بتواند با تنهایی روبه‌رو شود؛ فرد باید تنها باشد تا تنهایی را تجربه کند. ولی موضوع بحث بعدی‌ام این است که در نهایت، این رویارویی با تنهایی‌ست که به فرد امکان می‌دهد رابطه‌ای عمیق و پرمعنا با دیگری برقرار کند.

تنهایی و ارتباط

تجربه‌ی تنهایی اگزیستانسیال، مانند هر نوع ملال، وضعیت ذهنی بسیار ناخوشایندی پدید می‌آورَد و به‌مدت طولانی برای فرد قابل تحمل نیست. دفاع‌های ناخودآگاه با «کار» بر روی آن، به‌سرعت مدفون و از گستره‌ی تجربه‌ی خودآگاه خارجش می‌کنند. دفاع‌ها باید بی‌وقفه و بدون تأخیر عمل کنند زیرا تنهاییِ درون فرد، همواره منتظر فرصتی برای عرضه‌ی خود است. به‌قول مارتین بوبر «چون امواج سرگردان در فضا همواره در حال غریدن‌ست، این ما هستیم که اغلب اوقات گیرنده‌هایمان را خاموش می‌کنیم.»(۲۲)

فرد چگونه خود را در برابر وحشت تنهایی غایی محافظت می‌کند؟ شاید بخشی از تنهایی را در درون خود نگاه دارد و شجاعانه یا به‌اصطلاح هایدگر «سرسختانه» تاب آوردَش. برای باقیمانده‌ی آن هم می‌کوشد تنهایی و تجرد را ترک و به ارتباط با دیگران، خواه موجودی چون خودش و خواه موجودی الهی، وارد شود. پس پشتیبان اصلی در برابر تنهایی اگزیستانسیال، ماهیتی ارتباطی دارد و بحث من درباره‌ی تظاهرات بالینی تنهایی اگزیستانسیال باید به‌ناچار بر روابط بین‌فردی متمرکز باشد. با این حال، تأکید می‌کنم این مبحث با بحث‌های متعارف روان‌شناسی بین‌فردی متفاوت است: من بر نیازهایی مانند امنیت، پیوستگی، ارزش نهادن به خود، ارضای شهوت یا قدرت

نمی‌کنم، بلکه روابط را از دیدگاه میزان فرونشانی و تسکین تنهایی بنیادین و جهان‌شمول مورد بررسی قرار می‌دهم.

هیچ رابطه‌ای قادر به از میان بردن تنهایی نیست. هریک از ما در هستی تنهاییم. ولی می‌توانیم در تنهایی یکدیگر شریک شویم همان‌طور که عشق درد تنهایی را جبران می‌کند. بوبر می‌گوید: «یک رابطه‌ی خوب و صمیمی، بر دیواره‌های سربه‌فلک‌کشیده‌ی تنهایی آدمی رخنه می‌کند، بر قانون بی‌چون‌وچرای آن فائق می‌شود و بر فراز مغاک وحشت‌انگیز عالَم، از وجود خود به وجود دیگری پل می‌زند.»(۲۳)

من معتقدم اگر بتوانیم موقعیت‌های تنها و منفرد خویش را در هستی بشناسیم و سرسختانه با آن‌ها رویاروی شویم، قادر خواهیم بود رابطه‌ای مبتنی بر عشق و دوستی با دیگران برقرار کنیم. در صورتی که اگر در برابر مغاک تنهایی، وحشت بر ما غلبه کند، نمی‌توانیم دستمان را به‌سوی دیگران بگشاییم، بلکه باید دست‌وپا بزنیم تا در دریای هستی غرق نشویم. در چنین حالتی روابط ما، حقیقی نخواهد بود، بلکه ناساز، ناکام، ناهنجار و شکل تحریف‌شده‌ای از آنچه باید باشد، خواهد بود. هنگام ارتباط دیگران، آن‌ها را افرادی مانند خود نمی‌بینیم یعنی موجوداتی دارای احساس، تنها و وحشت‌زده که با به‌هم‌پیوستن چیزها، در پی ساختن دنیایی هستند که در آن احساس آرامش و در خانه بودن کنند. بلکه با آن‌ها مانند ابزار یا وسیله رفتار می‌کنیم. دیگر با «انسانی دیگر» روبه‌رو نیستیم، بلکه با یک «شیء» مواجهیم که در محدوده‌ی دنیای ما قرار گرفته تا کاربردی برایمان داشته باشد. کاربرد اصلی‌اش هم البته انکار تنهایی‌ست ولی آگاهی از این کاربرد، به آن وحشت نهفته بسیار نزدیک است. پنهان‌کاری بیشتری باید؛ دگرکاربردها[1] سر برمی‌آورَد، و روابطی می‌سازیم که برایمان محصولی (قدرت، آمیختگی، حفاظت، عظمت یا عشق آمیخته با احترام) داشته باشد که آن محصول به‌نوبه‌ی خود در انکار تنهایی یاری‌مان کند.

در این ساختار دفاع روانی هیچ چیز تازه‌ای نیست: هر نظام توضیح‌دهنده‌ی رفتار، یک تعارض کانونی را هدف قرار می‌دهد که با لایه‌هایی از پویایی‌های حفاظتی یا پنهان‌کارانه پوشانده شده است. این «روابط» ناکام همراه با محصولات و کاربردها و

---

1. metafunctions

دگرکاربردهایشان، همان چیزی را می‌سازند که درمانگران بالینی «ناهنجاری بین‌فردی» می‌نامندش. در اینجا اَشکال مختلف رابطه‌ی ناهنجار و پویه‌شناسی اگزیستانسیال هریک را به تصویر می‌کشم. ولی برای آنکه به‌درستی بفهمیم چه چیزی رابطه نیست، ابتدا باید به بهترین وجه درک کنیم رابطه‌ی حقیقی چه می‌تواند باشد.

عشق عاری از نیاز

رابطه در بهترین شرایط، افرادی را شامل می‌شود که به شیوه‌ای عاری از نیاز با هم ارتباط دارند. ولی چطور ممکن است دیگری را فقط به‌خاطر خودش دوست داشت و نه به‌خاطر آنچه برای عاشق فراهم می‌کند؟ چگونه می‌توانیم دوست بداریم بی‌آنکه فایده‌ای ببریم، بی‌آنکه انتظار تلافی داشته باشیم، بی نیروی محرکه‌ی دلباختگی، شهوت و تحسین یا بی‌آنکه به خود خدمتی کنیم؟ بسیاری از متفکران فرزانه این پرسش را مطرح کرده‌اند و من می‌خواهم با مرور نوشته‌های آنان بحث را آغاز کنم.

مارتین بوبر. «در آغاز رابطه بود.»(۲٤) این سخنان مارتین بوبر، فیلسوف و یزدان‌شناسی‌ست که ظاهر باوقار و پدرسالار در کنار نگاه نافذ و ریش سراسر سپید، تأثیرگذاری اظهارات فلسفی‌اش را دوچندان می‌کرد. بوبر بر فلسفه‌ی دینی و نیز نظریه‌های امروزی روانپزشکی تأثیر خارق‌العاده‌ای گذاشت. او در موقعیتی بسیار غیرمعمول، میان افکار عرفانی فرقه‌ی یهودی خاسیدیم[1] از یک سو و نظریه‌ی ارتباطی امروزی از سوی دیگر پل زد. اعلامیه‌ی او مبنی بر اینکه «در آغاز رابطه بود» نیز در همین سنت‌ها ریشه دارد. بوبر بخشی از سنت عرفانی‌ای بود که اعتقاد داشت هر فرد، بخشی از میثاق عتیق میان انسان و خداست؛ هر انسانی اخگری الهی در خود دارد که در جای خویش، نشانگر حضور خداوند است. پس همه‌ی ابنای بشر در یک چیز مشترکند و آن رابطه‌ای عظیم و معنوی با کائنات است.

بوبر معتقد بود اشتیاق به وجود رابطه «فطری» و ذاتی‌ست، «هر انسانی در زهدان مادر کائنات را می‌شناسد [یعنی با آن مرتبط است] و هنگام تولد آن را فراموش

1. Hasidism

می‌کند.» کودک «سائق»ی برای ارتباط دارد: ابتدا ارتباطی لمسی و بعد «دلپسندترین» ارتباط با یک موجود دیگر.(۲۵) کودک «من»ی نمی‌شناسد؛ او موجودیتی غیر از رابطه نمی‌شناسد.

بوبر گفته است: «بشر» به‌عنوان مقوله‌ای جداگانه وجود ندارد: «بشر آفریده‌ای بینابین و میانه‌ست.»(۲۶) دو نوع رابطه‌ی اولیه و در نتیجه دو نوع بینابینی وجود دارد که بوبر آن دو را «من-تو» (که گاهی من-شما ترجمه شده) و «من-آن» نامیده است. رابطه‌ی «من-آن»، رابطه‌ی میان بشر و یک وسیله است، رابطه‌ای «کاربردی»، رابطه‌ای میان سوژه و اُبژه که از اساس فاقد دوسَرگی و همدَهِشی[1]ست.

رابطه‌ی «من-تو» ارتباطی کاملاً دوسَره و مستلزم تجربه‌ی کامل آن دیگری‌ست. این حالت با همدلی (خود را در موقعیت دیگری قرار دادن و دیدن موقعیت از چشم او) متفاوت است زیرا چیزی بیشتر از «من»ی‌ست که می‌کوشد با «دیگری» ارتباط برقرار کند. «'من'ی در میان نیست، آنچه هست فقط واژه‌ی بنیادین 'من-تو' است.»(۲۷)

«رابطه پیوندی دوسویه است.»(۲۸) موضوع فقط این نیست که «تو» در رابطه‌ی «من-تو» با «آن» در رابطه‌ی «من-آن» متفاوت است و ماهیت روابط من-تو و من-آن تفاوتی عظیم با یکدیگر دارند، بلکه تفاوت بنیادی‌تر و عظیم‌تر از این‌هاست. این «من» است که در این دو موقعیت متفاوت است. این آن «من»ی نیست که واجد واقعیت برتر است: «من»ی که تصمیم می‌گیرد با «آن»ها یا «تو»های شناور در میدان بینایی‌اش، ارتباط برقرار کند. نه، این «من» «بینابینی»ست؛ این «من» در متن یک رابطه ظاهر می‌شود و شکل می‌گیرد. در نتیجه «من» از رابطه با «تو» تأثیری عمیق می‌پذیرد. با هر «تو» و در هر لحظه از رابطه، «من» از نو آفریده می‌شود. هنگام رابطه با «آن» (حال چه شئ باشد و چه انسانی که به شئ تبدیل شده)، فرد چیزی را برای خود نگاه می‌دارد: آن را از هر وجه ممکن به مشاهده می‌نشیند؛ طبقه‌بندی‌اش می‌کند، تحلیلش می‌کند، داوری‌اش می‌کند و تصمیم می‌گیرد در نقشه‌ی کلی اشیا، کجا قرارش دهد. ولی وقتی فرد با یک «تو» ارتباط برقرار می‌کند، همه‌ی وجودش درگیر می‌شود؛ نمی‌تواند بخشی از خود را دریغ کند و برای خویش نگه دارد.

---

1. mutuality

واژه‌ی بنیادین من-شما فقط با همه‌ی هستی فرد سخن می‌گوید. متراکم شدن، آمیختن و بدل شدن به همه‌ی هستی، نه با من امکان‌پذیر است و نه بدون من. من نیازمند یک شما هستم تا من بشوم... .(۲۹)

اگر کسی با چیزی کمتر از همه‌ی هستی خویش با دیگری ارتباط برقرار کند، اگر چیزی را برای خود نگاه دارد، مثلاً از روی طمع یا با توقع تلافی ارتباط برقرار کند، یا موضعی بی‌طرفانه بگیرد و تماشا کند که عمل فرد بر دیگری چه تأثیری می‌گذارد، در آن صورت فرد مواجهه‌ی من-تو را به مواجهه‌ی من-آن بدل کرده است.

اگر فرد می‌خواهد رابطه‌ای حقیقی با دیگری برقرار کند، باید حقیقتاً به دیگری گوش فرا دهد: گفتارها و رفتارهای قالبی و توقع از دیگری را کنار بگذارد و اجازه دهد پاسخ دیگری به او شکل دهد. تمایزی که بوبر میان گوش دادن «اصیل» و «کاذب» قائل شده، در رابطه‌ی درمانی معنای بسیار اساسی و مهمی دارد.

برای ارتباط با دیگری به‌شیوه‌ای عاری از نیاز، فرد یا باید خود را نادیده بگیرد یا خود را تعالی بخشد. توصیف مورد علاقه‌ی من از رابطه‌ی من-تو، توصیفی‌ست که بوبر از رابطه‌ی میان خود و اسبش در نوجوانی می‌کند:

وقتی یازده‌ساله بودم، تابستان را در خانه‌ی پدربزرگ و مادربزرگم می‌گذراندم. آنجا عادت داشتم طوری که دیگران متوجه نشوند، یواشکی وارد اصطبل شوم و به‌آرامی گردن اسب ابلق خاکستری محبوبم را نوازش کنم. این فقط یک دلخوشی نبود، بلکه اتفاقی معرکه، کاملاً دوستانه و عمیقاً هیجان‌انگیز بود. اگر حالا بخواهم توصیفش کنم و از خاطره‌ی هنوز واضح و زنده‌ام آغاز کنم، باید بگویم آنچه در تماس با آن حیوان تجربه می‌کردم، «دیگری» بود، دگربود[1] عظیم آن دیگری که در عین حال، مانند دگربودِ گاو نر و قوچ نبود، بلکه به من اجازه می‌داد نزدیک شوم و لمسش کنم. وقتی یال بلند و پُرپُشتش را که گاه فوق‌العاده نرم و قشوشده و گاه به‌طرز مبهوت‌کننده‌ای وحشی و درهم بود، می‌نواختم، زندگی را زیر انگشتانم حس می‌کردم، گویی عنصر سرزندگی و بقا در مجاورت پوستم قرار می‌گرفت، چیزی که من نبود، قطعاً همانند

1. otherness

من نبود، موجود قابل لمس دیگری بود، نه فقط چیزی دیگر، بلکه حقیقتاً دیگری بود؛ و با وجود این اجازه می‌داد نزدیک شوم، خود را به من می‌سپرد، خود را کاملاً در رابطه‌ی تو و تو با من قرار می‌داد. اسب حتی وقتی با ریختن جو در آخور شروع نکرده بودم، سر بزرگش را به‌نرمی بلند می‌کرد، گوش‌هایش را می‌جنباند و نفیر بی‌صدایی می‌کشید، انگار علامتی می‌داد که فقط برای همدستش معنی داشت؛ و به این ترتیب من پذیرفته می‌شدم. ولی یک‌بار ــ نمی‌دانم چه چیز توجهم را جلب کرد، ولی هرچه بود به اندازه‌ی کافی کودکانه بود ــ با حرکتی مرا متوجه نوازشم کرد، چه لذتی به من داد و ناگهان از وجود دستم آگاه شدم. بازی همین طور ادامه یافت ولی چیزی تغییر کرده بود، دیگر همان نبود. روز بعد، پس از آنکه غذای مفصلی به او دادم، وقتی سرِ دوستم را نوازش کردم، سرش را بلند نکرد.(۳۰)

تجربه‌ی اصلی در رابطه‌ی من-تو «همگویی[1]»ای‌ست که در آن چه هنگام سکوت و چه هنگام سخن گفتن، «هریک از دو طرف، دیگری یا دیگران را با هستی جداگانه‌شان در ذهن دارد و با هدف تثبیت یک رابطه‌ی دوسره‌ی زنده به‌سویشان رو می‌کند.»(۳۱) همگویی عبارت است از رو کردن به‌سوی دیگری با تمام وجود. وقتی بوبر نوجوان از اسب روی گرداند، از وجود دست خود و لذتی که نوازش به او می‌داد، آگاه شد، همگویی قطع شد و «تک‌گویی[2]» و رابطه‌ی من-آن حاکم شد. بوبر این روی برگرداندن از دیگری را «انعکاس[3]» نامیده است. در انعکاس فرد نه تنها «متوجه خود»(۳۲) است، بلکه مهم‌تر از آن، هستی جداگانه‌ی دیگری را فراموش می‌کند.

ویکتور فرانکل نیز وقتی از «عوام‌پسند گرداندن» امروزی مفهوم رویارویی اظهار تأسف می‌کند، به همین نکته اشاره دارد.(۳۳) استدلال فرانکل درست است و من هم بر این باورم که «رویارویی» از آن گونه که اغلب در گروه‌های رویاروی اولیه اتفاق می‌افتد، اصلاً رویارویی نیست بلکه خودبیانگری‌ست، نوعی تحسین

---

1. dialogue
2. monologue
3. reflexion

تخلیه‌ی هیجانی که در «مونادشناسی یا جوهرشناسی فردی[1]» روانشناختی ریشه دارد و انسان را سلولی بی‌روزن می‌بیند، مخلوقی که قادر نیست خود را تعالی بخشد و نمی‌تواند «به دیگری رو کند.» به همین دلیل است که این همه بر بیرون کشیدن پرخاشگری افراد، مشت زدن بر بالش یا کیسه بوکس، بر اعتمادبه‌نفس، بر استفاده از دیگران برای حل مشکلات باستانی و بر خودشکوفایی تأکید می‌شود. در نتیجه به‌قول بوبر، همه به‌جای رو کردن به سوی دیگری، «به تک‌گویی جامه‌ی همگویی می‌پوشانند.»(۳٤)

بوبر به‌شدت در جست‌وجوی رابطه‌ی من-تو بود. یک‌بار مرد جوان ناشناسی ظاهراً برای گفت‌وگو به دیدنش آمده بود. بوبر بعدها فهمید او هدفی پنهانی داشته، «سرنوشت» او را به آنجا کشانده بوده و بر لبه‌ی پرتگاه یک تصمیم شخصی خطیر قرار داشته است. با اینکه بوبر به‌شیوه‌ای دلسوز و دوستانه با او رفتار کرده بود، خود را سرزنش می‌کرد که چرا «روحش در آن فضا نبوده» و «پرسش‌های بر زبان نیامده‌ی مرد را حدس نزده است.»(۳۵) ولی آیا این گونه رو کردن به دیگری با این حدت و شدت همیشه امکان‌پذیر است؟ مسلماً نه، بوبر هم اصرار داشت گرچه رابطه‌ی من-تو آرمانی‌ست که باید برای رسیدن به آن تلاش کرد، ولی تنها در لحظاتی نادر به‌وجود می‌آید. فرد ناچار است در دنیای من-آن زندگی کند؛ زندگی در دنیای «تو» به سوزاندن خویش در شعله‌ی «تو» می‌انجامد.

> [دنیای «آن»] دنیایی‌ست که فرد ناچار به زندگی در آن است و می‌تواند زندگی راحتی داشته باشد... . لحظات «تو» پرده‌های نادر غنایی-دراماتیک هستند. افسونشان گاه وسوسه‌انگیز است، ولی ما را به ورطه‌هایی خطرناک می‌کِشانند... . نمی‌توان در اکنون ناب [یعنی در من-تو] زندگی کرد. می‌بلعدمان... . و با تمامی گرانباری حقیقت، گوش کن: بی‌آن [یعنی من-تو] انسان قادر به زنده ماندن نیست. ولی آنکه همواره در آن بزید، انسان نیست(۳٦)

---

1. monadology

این اصرار بر حفظ تعادل، یادآور کلام معروف خاخام هیلل است: «اگر برای خویش نیستم، چه کسی برای من است؟ و اگر تنها برای خویش هستم، چه هستم؟»(۳۷)

اشاره‌ی مفصلی به بوبر کردم چون توصیفش از رابطه‌ی عشق عاری از نیاز زنده و تأثیرگذار است. نمی‌توانم صحبت درباره‌ی او را تمام کنم پیش از آنکه به تنش میان موقعیت بنیادینی که تنهایی اگزیستانسیال نامیده‌ام و اصرار بوبر بر اینکه انسان «من» نیست بلکه «آفریده‌ای بینابینی»ست، اشاره کرده باشم. از آنجا که بوبر معتقد بود اساسِ هستیِ انسانی رابطه‌ای‌ست، در نظام او جایی برای تنهایی اگزیستانسیال وجود ندارد. او می‌توانست با استدلال من مبنی بر اینکه تنهایی، وجه بنیادین موقعیت اگزیستانسیال ماست، مخالفت کند؛ حتی شدیدتر از آن، با اشاره‌ی من به آثارش در این بحث مخالف باشد.

ولی اجازه دهید به رؤیای مهمی اشاره کنم که بوبر کتاب میان انسان و انسان[1] را با آن آغازیده است، رؤیایی تکراری که در تمامی عمرش، هرچند یک‌بار به سراغش می‌آمد.(۳۸) رؤیا که بوبر آن را «رؤیای فریاد دوگانه» خوانده است، این گونه آغاز می‌شود که او خود را تنها می‌یابد «در غاری وسیع یا ساختمانی گِلین یا حاشیه‌ی جنگلی بسیار بزرگ که مانند آن را هرگز ندیده‌ام.» بعد اتفاقی خارق‌العاده می‌افتد، مثلاً حیوانی بازویش را می‌درد و بعد:

> فریاد می‌زنم... . همیشه همان فریاد است، نامفهوم ولی با آهنگی مشخص، فرازی و فرودی، چنان بلند که اگر بیدار بودم گلویم تاب تحمل آن را نداشت، طولانی و کند، مطلقاً کند و بسیار طولانی، فریادی که خود آوازی‌ست. وقتی به پایان می‌رسد، قلبم هم از تپش می‌ایستد. ولی بعد، از جایی دور، فریادی به‌سویم مویه می‌کند، فریادی دیگر که همان فریاد است، همان فریاد یا همان آواز از دهان دیگری بیرون می‌آید.

رویداد اصلی برای بوبر همین فریاد پاسخ‌دهنده است:

---

1. *Between Man and Man*

وقتی پاسخ به‌پایان می‌رسد، یقین، یقین حقیقی رؤیا برایم آشکار می‌شود: اینکه دیگر اتفاق افتاده است. چیز بیشتری نیست. همین: اتفاق افتاده است. اگر مجبور باشم توضیحش دهم می‌گویم اتفاقی که موجب فریاد من شده، تازه هنگامی که پاسخ را دریافت کردم، حقیقتاً و یقیناً اتفاق افتاده است.

بوبر معتقد بود شیوه‌ی بنیادین هستی ما، رابطه‌ای‌ست؛ و در این رؤیا که او آن را پنداره‌ای بیانگر حقیقت می‌داند، هستی به شکل رابطه آغاز می‌شود، همان فریاد پاسخ‌دهنده. با این حال، متن رؤیا را می‌توان به‌زیبایی جور دیگری هم تعبیر کرد. فرد می‌آغازد، ولی نه با رابطه، بلکه به‌تنهایی و در مکانی غریب. فرد مورد حمله قرار می‌گیرد و وحشت می‌کند. فریاد می‌زند و در انتظار پاسخ فریاد، قلبش از تپش می‌ایستد. رؤیا از تنهایی بنیادین با من سخن می‌گوید و حاکی از آن است که هستی ما با فریادی یکه‌وتنها آغاز می‌شود و مضطربانه در انتظار پاسخ است.

آبراهام مزلو. آبراهام مزلو که در سال ۱۹۷۰ دار فانی را وداع گفت، تأثیر فوق‌العاده‌ای بر نظریه‌ی امروزی روانشناختی گذاشت. او را بیش از هر کس دیگری باید بنیان‌گذار روان‌شناسی انسان‌گرا دانست. همان‌طور که در فصل اول اشاره کردم، این رشته از جهات زیادی با روانشناسی اگزیستانسیال همپوشانی دارد. از دیدگاه من، سرنوشت مزلو این است که پیش از درک کامل غنای فکری‌اش، بارها و بارها از نو کشف شود.

یکی از بنیادی‌ترین اصول مزلو این بود که انگیزه‌ی اساسی انسان یا به‌سوی «کاستی»ست و یا به‌سوی «رشد». معتقد بود روان‌نژندی کمبودی‌ست ناشی از نقص در تحقق نیازها در ابتدای زندگی، خصوصاً نیازهای ویژه و اساسی روانشناختی که عبارتند از امنیت، تعلق، همانندسازی، عشق، احترام و آبرو.(۳۹) افرادی که این نیازهایشان ارضا شده، رویکرد رشدی دارند: قادر به شناسایی توانایی‌های بالقوه‌ی فطری خود در جهت رشدیافتن و خودشکوفایی‌اند. افراد دارای رویکرد رشد در مقایسه با رویکرد کاستی، خودکفاترند و برای تقویت یا کامروایی کمتر به محیطشان وابسته‌اند. به‌عبارت دیگر، عواملی که آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اجتماعی یا محیطی نیستند بلکه درونی‌اند:

قوانین طبیعت درونی‌شان، ظرفیت‌ها و توانایی‌های بالقوه‌شان، استعدادهایشان، نیروهای نهفته‌شان، تکانه‌های خلاقشان، نیازشان به شناختن خود و یکپارچگی و هماهنگی بیشتر، آگاهی بیشتر از آنچه حقیقتاً هستند، حقیقتاً می‌خواهند و نیاز، وظیفه یا سرنوشتشان است.(۴۰)

روابط بین‌فردی کسانی که انگیزه‌ی رشد دارند با کسانی که انگیزه‌ی کاستی دارند، متفاوت است. گروه اول وابستگی کمتری دارند، کمتر زیر بار منت دیگران می‌روند، کمتر نیازمند تمجید و محبت دیگرانند، کمتر خواهان شهرت، اعتبار و پاداشند، کمتر محتاج ارضای مداوم نیازهای بین‌فردی‌اند، در واقع، گاهی حس می‌کنند دیگران وبال گردنشان هستند و خلوت‌گزینی دوره‌ای را ترجیح می‌دهند. در نتیجه به دیگران به‌عنوان منبع حمایتی نگاه نمی‌کنند، بلکه آن‌ها را موجوداتی می‌بینند پیچیده، منحصربه‌فرد و بی‌کم‌وکاست. از سوی دیگر، افراد دارای انگیزه‌ی کاستی، از دیدگاه سود و فایده به دیگران می‌نگرند. جوانبی از دیگری که به نیازهای آنان مرتبط نیست، یا کاملاً نادیده گرفته می‌شود و یا مزاحمت یا تهدید به‌شمار می‌آید. بنابراین، همان‌طور که مزلو گفته، عشق در آن‌ها به چیز دیگری بدل می‌شود شبیه به رابطه‌ای که ما «با گاوان، اسبان، گوسفندان و نیز خدمت‌کارها، رانندگان، دربان‌ها، پلیس‌ها یا سایر کسانی که از ایشان استفاده می‌کنیم»(۴۱) داریم.

به این ترتیب، مزلو دو گونه عشق را توصیف می‌کند که با این دو نوع انگیزه همساز و هماهنگ است: «کاستی» و «رشد». «عشق کاستی‌مدار[1]» عشقی «خودخواهانه» یا «عشق-نیاز» است، در حالی که «عشق هستی‌مدار[2]» (عشقی که بر پایه‌ی هستی و موجودیت دیگری بنا می‌شود)، «عشق عاری از نیاز» یا «عشق عاری از خودخواهی» است. عشق هستی‌مدار تملک‌گرا نیست و بیش از آنکه ناشی از نیاز باشد، حاصل تحسین و ستایش است؛ تجربه‌ای غنی‌تر، «والاتر» و ارزشمندتر از «عشق کاستی‌مدار» است. «عشق کاستی‌مدار» را می‌توان ارضا کرد، در حالی که مفهوم «ارضا» برای «عشق هستی‌مدار» هیچ کاربردی ندارد. «عشق هستی‌مدار» کمترین میزان اضطراب-کینه را در خود

1. D-love (deficiency love)
2. B-love (love of the being of another person)

جای می‌دهد (البته ممکن است اضطراب برای دیگری در آن مطرح باشد). عاشقان هستی‌مدار مستقل‌ترند، خودمختاری بیشتری دارند، کمتر حسود یا تهدیدکننده‌اند، کمتر نیازمندند، ابراز علاقه در آنان کمتر است، ولی همزمان بیشتر مشتاقند به طرف مقابل خود در جهت خودشکوفایی یاری رسانند، از پیروزی‌های آن دیگری بیشتر احساس غرور می‌کنند، نوع‌دوست، گشاده‌دست و پرورنده‌اند. عشق هستی‌مدار در معنایی عمیق، جفت را می‌آفریند، امکان خودباوری را فراهم می‌کند، احساس سزاوار عشق بودن را پدید می‌آورَد و این هردو رشد مداوم و پیوسته را تسریع می‌کند.(۴۲)

اریش فروم. اریش فروم در کتاب پرارزش هنر عشق ورزیدن[1](۴۳) به همان پرسشی اشاره می‌کند که بوبر و مزلو با آن درگیرند: ماهیت عشق عاری از نیاز چیست؟ اینکه سه متفکر اندیشه‌آفرین با سه پس‌زمینه‌ی متفاوت (یزدان‌شناسی-فلسفه، روانشناسی تجربی و اجتماعی، روانکاوی) به این موضوع پرداخته و هرسه به نتایجی مشابه رسیده‌اند، حقیقتاً جالب و اطمینان‌بخش است.

فروم از این نقطه آغاز می‌کند که بنیادی‌ترین دلواپسی بشر، تنهایی اگزیستانسیال است، یعنی آگاهی از جدا بودن[2] «خاستگاه همه‌ی اضطراب‌ها»(۴۴)ست و مهم‌ترین تکلیف روانشناختی ما در طی قرون این بوده که بر این جدابودن غلبه کنیم. فروم از کوشش‌های تاریخی در جهت حل این مسئله می‌گوید: آفرینش‌گری یا سازندگی (پیوستن هنرمند به ماده و محصول هنری‌اش)، وضعیت‌های شورمندانه و سرمستانه (شور مذهبی، عیاشی جنسی، سرمستی حاصل از مواد) و همرنگی با رسوم و باورهای گروه و جامعه. همه‌ی این تلاش‌ها نابسنده و مأیوس‌کننده‌اند:

> پیوند و یگانگی حاصل از کار تولیدی (آفرینش‌گری)، پیوندی بین‌فردی نیست؛ پیوندی که از هم‌آمیزی شورمندانه حاصل می‌شود، موقت است؛ پیوند ناشی از همرنگی هم پیوندی کاذب است. بنابراین این‌ها پاسخ‌هایی ناکامل به مسئله‌ی هستی‌اند. پاسخ کامل در دستیابی به یگانگی بین‌فردی، در پیوستن به انسانی دیگر و در عشق نهفته است.(۴۵)

---

1. *The Art of Loving*
2. separateness

منظور فروم از «پاسخ کامل» روشن نیست. ولی حدس می‌زنم منظور «راضی‌کننده‌ترین» پاسخ است. عشق جدابودن ما را از میان نمی‌برد زیرا این مسئله یکی از مسلمات هستی‌ست و می‌توان با آن روبه‌رو شد. ولی نمی‌توان آن را زدود و محو کرد. عشق بهترین شیوه‌ی ما برای مقابله و کنار آمدن با درد جدابودن است. بوبر، مزلو و همان‌طور که می‌بینیم، فروم برای عشق عاری از نیاز به یک فرمول دست یافته‌اند ولی هریک نمودارِ عشقِ موجود در زندگی فرد را از نقطه‌ی متفاوت آغاز کرده‌اند. بوبر عشق را وضعیت طبیعی هستی انسان دانسته و تنهایی را وضعیتی خارج از حالت طبیعی و نوعی تنزل‌یافتگی. مزلو عشق را هم یکی از نیازهای درونی بشر و هم یکی از توانایی‌های درونی او دانسته است. فروم عشق را یک شیوه‌ی کنار آمدن و مقابله فرض کرده: «پاسخی به مسئله‌ی هستی» که با دیدگاه من در این کتاب بسیار نزدیک است.

همه‌ی اَشکال عشق برای اندوه ناشی از جدابودن پاسخ یکسانی به همراه نمی‌آورند. فروم میان «یگانگی نمادین» ــ گونه‌ای عشق تنزل‌یافته ــ و عشق «رشدیافته» تمایز قائل است. عشق نمادین که شامل نوع فعال (سادیسم یا آزارگری) و نوع منفعل (مازوخیسم یا آزارطلبی) است، گونه‌ای هم‌آمیزی‌ست که در آن هیچ‌یک از طرفین کامل یا آزاد نیست (در قسمت بعد و در توضیح اَشکال ناساز عشق به آن خواهم پرداخت). عشق بالغانه «یگانگی به شرط حفظ تمامیت و فردیت است... . در عشق این پارادوکس وجود دارد که دو موجود یکی می‌شوند و باز دو موجود می‌مانند.»(٤٦)

فروم مسیر تکاملی عشق را از اوان کودکی پی‌جویی می‌کند یعنی زمانی که فرد برای آنچه هست مورد عشق قرار می‌گیرد یا دقیق‌تر بگوییم به این دلیل که هست مورد عشق قرار می‌گیرد. بعداً بین هشت تا ده سالگی، عامل جدیدی به زندگی انسان پا می‌گذارد: آگاهی از اینکه فرد عشق را با فعالیت خود پدید می‌آورد. وقتی فرد بر خودمداری غلبه می‌کند، نیاز دیگری به اندازه‌ی نیاز خودش اهمیت می‌یابد؛ و کم‌کم مفهوم عشق از «مورد عشق بودن» به «عشق ورزیدن» تغییر می‌کند. فروم «مورد عشق بودن» را با وابستگی یکی می‌داند که در آن تا زمانی که فرد کوچک درمانده یا «خوب» بماند، با «مورد عشق بودن» پاداش می‌گیرد. در حالی که «عشق ورزیدن»

وضعیتی قدرتمندانه و مؤثر است. «عشق کودکانه از این قانون پیروی می‌کند که 'دوست دارم چون دوستم دارند.' قانون عشق بالغانه این است: 'دوستم دارند چون دوست دارم.' عشق رشدنایافته می‌گوید: 'دوستت دارم چون به تو نیاز دارم.' عشق بالغانه می‌گوید: 'به تو نیاز دارم چون دوستت دارم.'»(۴۷)

اشاره‌ی فروم به اینکه عشق فرایند فعال و نه منفعل است، برای درمانگر اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد. بیماران از تنهایی، مورد عشق نبودن و دوست‌داشتنی نبودن شکایت می‌کنند، ولی کار مفید همیشه باید در جهت مخالف انجام شود: ناتوانی آن‌ها در عشق ورزیدن. عشق عملی مثبت و سازنده است، نه هیجانی منفعل؛ بخشش[1] است نه ستاندن، نوعی «ایستادن» است نه «افتادن».(۴۸) باید میان «بخشش» و «تهی شدن» تمایز قائل شد. فردی که رویکردی محتکرانه[2]، پذیرنده[3] و استثمارگرانه[4] دارد[5]، از بخشش احساس تهی شدن یا ناتوانی می‌کند؛ فردی که رویکردی کاسب‌کارانه دارد، وقتی قرار باشد ببخشد و در مقابل نستانَد، حس می‌کند فریب خورده و مغبون شده است. ولی برای انسان رشدیافته‌ی «مولد[6]»، بخشش نشانه‌ی قدرت، ثروت و وفور است. فرد با عمل بخشش، زنده بودن خویش را به بیان درمی‌آورَد و آن را تقویت می‌کند. «انسانی که می‌بخشد، چیزی را در انسانی دیگر می‌آفریند و آنچه بدین ترتیب آفریده شده، دوباره به‌سوی خودش بازمی‌گردد؛ فرد در بخشش حقیقی، نمی‌تواند آنچه را که به او بازبخشیده می‌شود، نپذیرد و نستانَد. بخشش، آن دیگری را هم بخشنده می‌کند و هر دو در لذت آنچه آفریده‌اند سهیم می‌شوند.»(۵۰) دقت کنید این برداشت چقدر به برداشت بوبر نزدیک است: «رابطه پیوندی دوسویه است. 'تو'ِ من زمانی بر من اثر می‌کند که بر اساس آن عمل کنم. دانشجویانمان به ما درس می‌دهند،

---

1. giving
2. hoarding
3. receptive
4. exploitative
۵. فروم پنج ساختار شخصیتی اصلی بر اساس روابط بین‌فردی تعریف می‌کند: پذیرنده، استثمارگر، محتکر، کاسب‌کارانه و مولد. چهارتای اول (تیپ‌های غیرمولد) معتقدند «منشأ خوبی» خارج از آن‌هاست، پس باید بکوشند تا به‌ترتیب با پذیرش، تصاحب، مراقبت یا مبادله آن را به‌دست آورند. تیپ شخصیتی مولد از درون انگیزه می‌گیرد، انسانی‌ست شکوفا و دارای انگیزه‌ی رشد.(۴۹)
6. productive

کارمان به ما شکل می‌دهد... . ما به کونه‌ای مرموز در مسیر پیوندهای دوسویه‌ی جهانی قرار داریم.»(۵۱)

عشق بالغانه یا رشدیافته علاوه بر بخشیدن، سایر اجزای اساسی را نیز داراست: توجه، پاسخ‌گویی، احترام و ادراک.(۵۲) دوست داشتن یعنی توجه فعال به زندگی و رشد دیگری. فرد باید پاسخگوی نیازهای دیگری (چه جسمانی چه روانی) باشد. فرد باید به یگانگی و منحصربه‌فرد بودن آن دیگری احترام بگذارد، او را همان‌طور که هست ببیند و به او کمک کند تا رشد کند و راه خویش را بیابد، آن هم فقط به خاطر خودش نه با هدف خدمت به او. ولی بدون شناخت عمیق دیگری، نمی‌توان برایش احترام کامل قائل شد. فروم معتقد است درک حقیقی دیگری، فقط زمانی امکان‌پذیر است که فرد از توجه‌به‌خود فراتر رود و آن دیگری را به‌شیوه‌ی خودش ببیند. باید به او گوش فرا دهد و با او همدلی کند (گرچه فروم خود این واژه را به‌کار نمی‌برَد): یعنی فرد باید به دنیای خصوصی دیگری وارد و با آن آشنا شود، در زندگی دیگری زندگی کند و معانی و تجربیات آن دیگری را حس کند. باز دقت کنید که چطور نظریات فروم و بوبر با هم تلاقی می‌کنند: عشق ورزیدن فروم را با «همگویی» و «گوش دادن بی‌ریا و بدون پیش‌فرض» بوبر مقایسه کنید.

مهم است که درمانگر عشق را نوعی «مَنِش» (چیزی ویژه در رویکرد عاشق به دنیا) بداند تا آنکه به رابطه‌ی عاشق و «اُبژه»ی عشقی‌اش بپردازد. خیلی پیش می‌آید که به‌اشتباه، پیوند انحصاری با یک انسان را دلیل شدت و اصالت عشق فرض می‌کنیم. ولی چنین عشقی به‌اصطلاح فروم «عشق نمادین» یا «خودپرستی بیش از اندازه»(۵۳) است و در فقدان توجه و علاقه‌ی دیگران، محکوم به فروپاشی در درون خویش است. در عوض، عشق عاری از نیاز، شیوه‌ی فرد برای ارتباط با دنیاست.

یک مدیر چهل‌ساله‌ی بسیار موفق یک‌بار برای مشاوره مراجعه کرد چون عاشق زنی شده بود و در گیرودار ترک همسر و فرزندانش بود. هنگام درمان، پس از گذشت فقط چند جلسه، صبرش لبریز شد و به‌شدت از من انتقاد کرد که بی‌کفایتم و روند درمانی برنامه‌ریزی‌شده و نظام‌مندی را به او پیشکش نمی‌کنم. این انتقاد خیلی زود ما را به‌سوی مَنِش به‌شدت قضاوت‌گر او نسبت به همه‌ی افراد هدایت کرد. ما نه به

بررسی تصمیم فوری او، بلکه به فقدان عشقش نسبت به همه‌ی دنیا پرداختیم. درمان با تمرکز بر آنچه که انتظارش نمی‌رفت، به حال او مفید واقع شد و این خصوصیت کلیِ درمانِ مؤثر است.

فروم معتقد است بنیادی‌ترین گونه‌ی عشق، عشق برادرانه است: تجربه‌ی یگانگی با همه‌ی انسان‌ها که مشخصه‌اش همین فقدان انحصارگرایی‌ست. انجیل تأکید می‌کند مقصود عشق باید افراد رنجور، مستمند، بیوه، یتیم و بیگانه باشد. عشق به این افراد منفعت و هدفی در پی ندارد و دوست داشتنشان، همان عشق عاری از نیاز و «برادرانه»ست.

این قسمت را با این پرسش آغاز کردم که چطور می‌توان به‌شیوه‌ای عاری از نیاز با دیگران ارتباط برقرار کرد؟ اکنون در پرتو نتایج مشابه بوبر، مزلو و فروم، به ویژگی‌های یک رابطه‌ی رشدیافته و عاری از نیاز می‌پردازم و سپس از همین الگو برای نشان دادن شکل متضاد آن یعنی ماهیت روابط ناکام و به‌مقصدنرسیده استفاده خواهم کرد.

علاقه به دیگری به‌معنای رابطه‌ای مبتنی بر ازخودگذشتگی و نوع‌دوستی‌ست: فرد توجه به خود و آگاهی از خود را کنار می‌گذارد؛ ارتباط برقرار می‌کند بدون این فکر مسلط که او درباره‌ی من چه فکر می‌کند؟ یا این رابطه چه سودی برایم دارد؟ فرد در پیِ تحسین، پرستش، تسکین جنسی، قدرت و پول نیست. فرد در آن واحد فقط با آن دیگری ارتباط دارد: هیچ طرف سومی وجود ندارد که به‌صورت واقعی یا خیالی، این رویارویی را به تماشا بنشیند. به‌عبارت دیگر، فرد باید با همه‌ی وجودش ارتباط برقرار کند: اگر بخشی از او جای دیگری باشد، مثلاً به بررسی اثر رابطه بر شخص سومی بپردازد، فرد به همان میزان، قادر به برقراری ارتباط نبوده است.

علاقه به دیگری به‌معنای شناخت و تجربه‌ی آن دیگری تا حد ممکن است. اگر فرد با ازخودگذشتگی ارتباط برقرار کند، آزاد است که همه‌ی بخش‌های آن دیگری را تجربه کند نه فقط آن بخشی را که سودی برایش دارد. انسان خود را به دیگری ارزانی می‌کند، او را موجودی دارای احساس و آگاهی می‌بیند که همزمان دنیایی برای خویش ساخته است.

علاقه به دیگری به‌معنای علاقه به هستی و رشد اوست. فرد با درک کامل از

دیگری که حاصل گوش‌دادن بی‌ریاست، می‌کوشد به او کمک کند تا هنگام مواجهه، از هر جهت سرزنده و فعال باشد.

محبت فعال است. عشق بالغانه دوست داشتن است، نه دوست داشته شدن. فرد عاشقانه به دیگری می‌بخشد؛ «تسلیم» دیگری نمی‌شود.

محبت شیوه‌ی بودن و حضور فرد در دنیاست؛ ارتباطی انحصاری، دشوار و جادویی با یک فرد خاص نیست.

محبت بالغانه از غنای فرد ناشی می‌شود، نه از تهیدستی‌اش، از رشد ناشی می‌شود نه از نیاز. فرد عشق نمی‌ورزد چون نیاز به وجود دیگری دارد، نیاز به کامل بودن دارد و نیازمند فرار از تنهایی فراگیر است. فردی که بالغانه عشق می‌ورزد، این نیازها را در جایی دیگر و به شیوه‌ای دیگر مثلاً با عشق مادرانه که در مراحل ابتدایی زندگی بر او جاری شده، برآورده کرده است. بنابراین عشق پیشین سرچشمه‌ی قدرت است و عشق کنونی زاییده‌ی قدرت.

محبت متقابل است. به همان میزان که فرد حقیقتاً «به دیگری رو می‌کند»، به همان میزان خود تغییر می‌کند. به همان میزان که به دیگری زندگی می‌بخشد، خود بیشتر زنده می‌شود.

محبت بالغانه بدون پاداش نیست. فرد تغییر می‌کند، غنی می‌شود، توانمند می‌شود، از تنهایی اگزیستانسیالش کاسته می‌شود. با محبت کردن، مورد محبت واقع می‌شود. با این حال این پاداش‌ها حاصل محبتی بی‌ریا و بی‌غل‌وغش است، ولی چنین محبتی را برنمی‌انگیزانَد. با وام‌گیری از بازی کلامی زیبای فرانکل باید گفت: پاداش‌ها در پیِ محبت می‌آیند، در پیِ محبت نمی‌روند.

تنهایی اگزیستانسیال و ناهنجاری روانی بین‌فردی

اگر نتوانیم قدرت درونی، احساس ارزشمندی و تحکیم هویت را در خود پرورش دهیم تا به کمک آن‌ها با تنهایی اگزیستانسیالمان مواجه شویم و بگوییم «پس این گونه باد» و نتوانیم اضطراب را به درون خود ببریم، ناچاریم به‌شیوه‌هایی غیرمستقیم در جست‌وجوی امنیت برآییم. در این قسمت به بررسی این شیوه‌های جست‌وجوگر امنیت و علائم بالینی‌شان خواهم پرداخت. بخش اعظم این شیوه‌ها ارتباطی‌اند یعنی

روابط بین‌فردی را شامل می‌شوند، ولی همان‌طور که خواهیم دید در همه‌ی موارد فرد با دیگری ارتباط برقرار نمی‌کند (یعنی به دیگری «توجه» نمی‌کند) بلکه در عوض از او برای رسیدن به هدفی استفاده می‌کند. وحشت، آگاهی بی‌کم‌وکاست از تنهایی اگزیستانسیال و ساختار دفاعی روانی‌ای که اضطراب ما را فرومی‌نشانَد، همه‌وهمه ناخودآگاهند. فرد فقط می‌داند که نمی‌تواند تنها بمانَد و از روی ناچاری چیزی را از دیگران می‌خواهد که هرگز قادر نیست به‌دستش آورَد و این مسئله باعث می‌شود همیشه یک پای روابط فرد بلنگد.

با این حال، قربانی کردن فردیت راه حل دیگری را نیز به‌ارمغان می‌آورَد: فرد از طریق غرقه شدن در فردی دیگر، علتی دیگر یا جست‌وجویی دیگر، اضطراب تنهایی را فرومی‌نشانَد. بنابراین به‌قول کیرکگور افراد در نومیدی مضاعف به‌سر می‌برند.(۵٤) با یک نومیدی بنیادین اگزیستانسیال آغاز می‌کنند و بعد در نومیدی بیشتری فرو می‌روند چون پس از قربانی کردن خودآگاهی، دیگر حتی نمی‌دانند که نومیدند.

زیستن در برابر چشمان دیگران

«بدترین چیز در مورد تنها بودن، آنچه دستپاچه‌ام می‌کند این است که در آن لحظه هیچ کس در دنیا به من فکر نمی‌کند.» این جمله‌ی بیماری‌ست که به دلیل حملات سراسیمگی هنگام تنها ماندن بستری شده بود و در جلسه‌ی گروه‌درمانی بیماران بستری به‌زبان آورد. در آن گروه، چند بیمار دیگر هم بلافاصله این تجربه‌ی او را تأیید کردند. دختر نوزده‌ساله‌ای که به‌دلیل بریدن مچ دستش پس از قطع یک رابطه‌ی عاشقانه بستری شده بود، به‌سادگی گفت: «من ترجیح می‌دهم بمیرم تا اینکه تنها بمانم!» دیگری گفت: «من هم موقعی که تنها هستم، صدا می‌شنوم. شاید این صداها، راهی‌ست برای تنها نماندن!» (توضیح پدیدارشناختی جالبی برای توهم شنوایی). بیمار دیگری که چندین بار به خود آسیب رسانده بود گفت این کارها را به دلیل سرخوردگی از رابطه‌اش با یک مرد که با نارضایتی زیاد همراه بوده، انجام داده است. با این حال نمی‌توانسته آن مرد را ترک کند چون از تنها ماندن وحشت داشته است. وقتی پرسیدم چه‌چیز تنهایی او را می‌ترسانَد، با بصیرتی روان‌پریشانه، خشن و آشکار گفت: «وقتی تنها هستم، وجود ندارم.»

در درخواست‌های مداوم کودک مثل «مرا تماشا کن» یا «به من نگاه کن» هم همین پویه‌شناسی مطرح است: حضور دیگری برای واقعی کردن واقعیت لازم است. (اینجا هم مانند موارد دیگر، تجربه‌ی کودک را به‌عنوان اولین تظاهرات یک تعارض اساسی مطرح می‌کنم، نه به‌عنوان دلیل آن تعارض.) لوئیس کارول[1] در کتاب از میان آینه[2] این اعتقاد خشن بسیاری از بیماران را به‌خوبی به‌بیان درمی‌آورَد که: «تا زمانی به زندگی ادامه می‌دهم که کسی درباره‌ام فکر کند.» آلیس، توئیدلدی و توئیدلدام به پادشاه قرمزپوش خفته می‌رسند:

توئیدلدی گفت: «دارد خواب می‌بیند، فکر می‌کنی چه خوابی می‌بیند؟»

آلیس گفت: «هیچ‌کس نمی‌داند.»

توئیدلدی با حرارت و در حالی که دست‌هایش را پیروزمندانه به هم می‌کوبید، فریاد زد: «چرا که نه، خواب تو را! و وقتی خوابش درباره‌ی تو تمام شود، حدس بزن تو کجا هستی؟»

آلیس گفت: «معلومه، همین جایی که الآن هستم.»

توئیدلدی با لحنی سرزنش‌بار بلافاصله پاسخ داد: «نه! تو هیچ‌جا نیستی. چون تو فقط یک چیزی توی این خواب هستی!»

توئیدلدام اضافه کرد: «اگر این پادشاه از خواب بیدار بشود، تو هم تمام می‌شوی ــ بنگ! ــ درست مثل شمعی که خاموش می‌شود!»

آلیس با عصبانیت فریاد زد: «این طور نیست! تازه، اگر من فقط یک چیزی در خواب اون هستم، می‌شود بپرسم شماها چی هستید؟»

توئیدلدام گفت: «ما هم همین طور!»

توئیدلدی هم فریاد زد: «ما هم همین طور، ما هم همین طور!»

آن قدر بلند فریاد زد که آلیس بی‌اختیار گفت: «هیس! بیدارش می‌کنی، من می‌ترسم، تو زیادی سروصدا می‌کنی.»

توئیدلدام گفت: «خُب، وقتی تو یکی از چیزهای خواب اون باشی، حرف زدنت بیدارش نمی‌کند. خودت خوب می‌دانی که واقعی نیستی.»

---

1. Lewis Carroll
2. *Through the Looking Glass*

آلیس گفت: «من واقعی‌ام!» و زد زیر گریه.

توئیدلدی گفت: «با گریه کردن، حتی یک ذره هم خودت را واقعی‌تر نمی‌کنی. دلیلی برای گریه وجود ندارد.»

آلیس که در میان گریه می‌خندید چون همه چیز به نظرش خیلی مسخره می‌آمد، گفت: «اگر واقعی نبودم که نمی‌توانستم گریه کنم.»

توئیدلدام با لحن سرزنش‌باری پرید وسط حرفش:«امیدوارم فکر نکنی که این اشک‌ها واقعی‌اند؟»(۵۵)

بیماری در گروه‌درمانی می‌گفت زمانی چندین ماه تحت درمان بوده و سال‌ها بعد این بخت را یافته که درمانگرش را دوباره ملاقات کند. این ملاقات «نابود»ش کرده بود، چون پنجاه‌وپنج ثانیه طول کشیده بود تا درمانگر او را به‌خاطر آورده بود. بعد به گروه‌درمانگر رو کرد و پرسید: «همیشه مرا به‌خاطر خواهید داشت؟ اگر این طور نباشد، نمی‌توانم درمان را ادامه بدهم.» او معلم دبیرستان بود و کم‌کم توانست این واقعیت دردناک را بپذیرد: او شاگردانش را خیلی زودتر از آنچه آن‌ها او را از یاد ببرند، فراموش می‌کند، درمانگران هم همین طورند. درمانگر و معلم برای بیمار و دانش‌آموز مهم‌ترند تا بیمار و دانش‌آموز برای درمانگر و معلم. (ولی این مسئله مانع از این نمی‌شود که درمانگر هنگام ملاقات با بیمار، حضوری عمیق و کامل داشته باشد؛ کمی بعدتر به این موضوع خواهم پرداخت.) کمی بعد در همان جلسه بیمار گفت تازه دارد متوجه می‌شود چرا خودکشی همیشه برای او راه حلی جذاب و مجاب‌کننده بوده است. معتقد بود اگر دست به خودکشی بزند، دیگران او را برای مدت‌های طولانی به یاد خواهند داشت. این مثال فوق‌العاده‌ای‌ست از آنچه در فصل دوم به آن اشاره کردم: «خودکشی به‌مثابه عملی جادویی». در دید او نسبت به خودکشی جایی برای مرگ وجود نداشت؛ برعکس، او خودکشی را راهی برای فائق آمدن بر مرگ می‌دانست: انگار معتقد باشد به این ترتیب در حافظه‌ی دیگران به زندگی ادامه خواهد داد.

فرد روان‌نژند با جست‌وجوی عشق، از احساس کمترشناخته‌شده‌ی تنهایی و پوچی هستی می‌گریزد. وقتی فرد مورد انتخاب قرار می‌گیرد و برایش ارزش

قائل می‌شوند، احساس می‌کند موجودیتش به اثبات می‌رسد. احساس موجودیت ناب، احساس «من هستم»، احساس اینکه فرد منشأ بسیاری از امور است، به‌تنهایی بسیار وحشت‌انگیز است؛ بنابراین فرد خودآفرینندگی‌اش را انکار می‌کند و تصمیم می‌گیرد باور کند تا آنجا هستی‌مند است که اُبژه‌ی آگاهی و حافظه‌ی دیگران باشد. این راه حل به چند دلیل محکوم به شکست است. رابطه عموماً شکست می‌خورَد زیرا دیگری از اثبات هستی او فرسوده می‌شود. به‌علاوه، دیگری حس می‌کند او را دوست ندارند بلکه به او نیاز دارند. دیگری هرگز احساس نمی‌کند کاملاً شناخته و کاملاً پذیرفته شده است، زیرا فرد تنها با یک بخش از او ارتباط برقرار می‌کند، بخشی که کاربردش اثبات و تصدیق هستی اوست. این راه حل شکست می‌خورد چون فقط جانشینی موقت است: اگر فرد نتواند خود را اثبات کند، مدام نیازمند اثبات شدن توسط دیگری‌ست. به این ترتیب فرد هرگز با تنهایی بنیادینش رویاروی نمی‌شود. این راه حل شکست می‌خورد نیز به این دلیل که فرد مشکل را درست شناسایی نمی‌کند: تصور می‌کند مشکلش این است که کسی دوستش ندارد، در حالی که در واقع این اوست که قادر به دوست داشتن نیست. همان‌طور که می‌دانیم، دوست داشتن بسیار دشوارتر از دوست داشته شدن و نیازمند آگاهی بیشتر و پذیرش بیشترِ موقعیت اگزیستانسیال خویش است.

کسی که برای احساس زنده بودن، نیازمند تصدیق دیگران است، باید از تنهایی بگریزد. تنهایی واقعی به اضطراب تنهایی اگزیستانسیال بسیار نزدیک می‌شود و فرد روان‌نژند به هر قیمتی که شده، از آن می‌پرهیزد؛ فضای تنهایی را با دیگران پر می‌کند؛ زمانِ تنهایی را با جنب‌وجوش و مشغولیت از میان برمی‌دارد (می‌کُشد). (زندان انفرادی همواره یک مجازات سهمگین بوده است.) افرادی هم هستند که با فرار از لحظه‌ی کنونیِ تنهایی، با تنهایی می‌جنگند؛ خود را با خاطرات خوش گذشته آرام می‌کنند (با اینکه در آن لحظه‌ی خاص، به هیچ وجه حال خوشی ندارند) یا با لذت بردن از شکست خیالی نقشه‌هایی که هنوز به واقعیت نپیوسته‌اند، خود را به آینده می‌افکنند.

استقبالی که اخیراً از مراقبه (مدیتاسیون) به‌عمل آمده، تا حدودی در نوظهوری آن و نیز احساس تسلطی که پدید می‌آورَد، ریشه دارد. در دنیای غرب، به‌ندرت پیش

می‌آید فرد فقط با خودش خلوت کند و به‌جای کُشتن زمان، آن را تجربه کند. به ما یاد داده‌اند چندکار را همزمان با هم انجام دهیم: سیگار کشیدن، جویدن، گوش‌دادن، رانندگی، تماشای تلویزیون، خواندن. ما برای ماشین‌هایی که در وقت صرفه‌جویی می‌کنند، ارزش قائلیم و همین ارزش ماشینی را برای خود نیز به‌کار می‌بریم. با این همه، با وقتی که با صرفه‌جویی اندوخته‌ایم چه می‌کنیم جز آنکه هدرش دهیم؟

وقتی انگیزه‌ی اصلی ارتباط با دیگری، دفع تنهایی‌ست، پس آن دیگری به ابزار بدل شده است. زیاد پیش می‌آید که دو نفر نیازهای کاربردی یکدیگر را مانند پریز و دوشاخه برطرف می‌کنند و به‌خوبی با هم جفت‌وجور می‌شوند. ممکن است رابطه برای هردوشان چنان کارآمد و مؤثر باشد که پابرجا باقی بماند؛ با این حال، چنین رابطه‌ای جز توقف رشد کمک دیگری نمی‌کند چون هریک از طرفین فقط بخشی از دیگری را می‌شناسد و بخشی از وجودش برای طرف مقابل شناخته شده است. این رابطه‌ها شبیه خانه‌هایی‌اند که شیروانی‌شان دارای شیب تند A شکلی‌ست و دیوارها همدیگر را نگه می‌دارند؛ اگر یکی از دو نفر را برداریم (یا با روان‌درمانی تقویت کنیم)، دیگری می‌افتد.

با وجود این، معمولاً برآوردن دوسره‌ی نیازها چندان هم کامل نیست. در یک مرحله فرد متوجه می‌شود بیش از آنکه درگیر رابطه شده باشد، مورد استفاده قرار گرفته و در جایی دیگر به‌دنبال جفتی دیگر می‌گردد. بیمار سی‌وپنج‌ساله‌ای داشتم که ترس از تنهایی ذهنش را درگیر کرده و فکر «تنها غذا خوردن در شصت‌وسه‌سالگی» به‌ستوهش آورده بود. همه‌ی فکر و ذکرش این بود که پیوندی ماندگار و دائمی بیابد. با اینکه زنی جذاب و سرزنده بود، مردها یکی پس از دیگری می‌آمدند و پس یک رویارویی کوتاه، قطع رابطه می‌کردند. معتقدم که آن‌ها هم به‌دلیل شدت و حدت عشق-نیاز او پا پس می‌کشیدند و هم به این علت که متوجه می‌شدند عشق چندانی در وجودش نیست. کلید مهم درک پویه‌شناسی او، در بررسی سایر روابط بین‌فردی‌اش نهفته بود. او با روحیه‌ی قضاوت‌گرش، همه‌ی کسانی را که بالقوه جفت مناسبی برایش محسوب نمی‌شدند، به‌سرعت و با تحقیر از خود می‌راند. وقتی بیماری را درمان می‌کنید که در برقراری یک رابطه‌ی بادوام مشکل دارد، خوب است درباره‌ی سایر روابط نه‌چندان نزدیک و احساسی بیمار پرس‌وجو کنید. مشکلات مربوط به دوست داشتن، وابسته

به موفقیت نیست. عشق بیش از آنکه یک رویارویی خاص باشد، یک مَنِش است. مشکل دوست‌داشته‌نشدن تقریباً در همه‌ی موارد مشکل دوست داشتن است.

یک مثال روشن از رابطه با دیگران به‌منظور احتراز از رویارویی با تنهایی، در درمان چارلز اتفاق افتاد، بیمار دچار سرطانی که به یک گروه بیماران سرپایی معرفی شد (نگاه کنید به فصل ۵). او درمان را به این دلیل آغاز کرد که می‌خواست رابطه‌اش را با دیگران بهبود بخشد. همیشه منزوی و گوشه‌گیر بود و با این رابطه‌ی سرد به‌راحتی کنار آمده بود. تشخیص سرطان و پیش‌آگهی آن با مهلتی دو ساله برای زنده بودن، احساس تنهایی شدیدی در او به‌وجود آورد و به تکاپویش انداخت تا به دیگران نزدیک‌تر شود. اتفاق روشنگری که آن را توصیف خواهم کرد، زمانی افتاد که یکی از اعضا به‌نام دِیو به گروه اطلاع داد به‌دلیل شرایط آموزش حین خدمت در زمینه‌ی کاری‌اش، باید شهر ــ و گروه ــ را به‌مدت چند ماه ترک کند. این جابه‌جایی مایه‌ی ناراحتی دِیو و بقیه‌ی اعضا شد، همه به‌جز چارلز. اعضای گروه، در احساس غم، خشم و یأس با دِیو شریک بودند. خلاصه‌ی آن جلسه‌ی گروه (خلاصه‌ای که بعد از هر جلسه برای تمامی اعضا پست می‌شد) را در اینجا بازگو می‌کنم.(۵۶)

> وقتی اشاره کردم چارلز دارد فقط به‌شیوه‌ی حل مسئله با مشکل دِیو مواجه می‌شود و در مورد احساساتش از او سؤال کردم، توجه حضار به او جلب شد. این اشاره باب بحث مهمی را در گروه باز کرد. چارلز برای مدت قابل توجهی داشتن هرگونه احساسی را نسبت به رفتن دِیو انکار می‌کرد. سعی کردیم احساسات را به‌زور از او بیرون بکشیم ولی موفق نشدیم و کنجکاو بودیم بدانیم دلش می‌خواهد وقتی گروه را ترک کرد، کسی دلش برایش تنگ شود یا نه. این هم به جایی نرسید. من خاطرنشان کردم او یک‌بار گفته بود وقتی افراد گروه را ترک می‌کنند، دردی در قفسه‌ی سینه‌اش حس می‌کند، ولی او با گفتن اینکه این اتفاق فقط یک‌بار افتاده، موضوع را کم‌اهمیت جلوه داد. باز هم اصرار کردم و گفتم یک‌بار هم کافی‌ست، ولی او خندید و همه‌ی ما را پس زد. پس از مدتی انگار که به موضوع بی‌اهمیتی اشاره کند، به گروه گفت بررسی پزشکی نشان داده وضعیت سرطانش از آنچه تصور می‌رفت، بهتر است. بعداً متوجه شدیم در واقع، همان روز نتیجه‌ی آزمایشات

پزشکی را دریافت کرده بود. دِیو از او پرسید چرا قبلاً چیزی در این باره به ما نگفته بودی؟ بهانه‌ی چارلز این بود که می‌خواسته صبر کند تا لنا هم بیاید (لنا چند دقیقه دیر کرده بود). من به او گفتم نمی‌فهمم چرا نمی‌توانسته موضوع را با ما در میان بگذارد و بعد هم وقتی لنا آمد، دوباره آن را برای او تکرار کند. اینجا بود که چارلز به نکته‌ی بسیار قابل توجهی اشاره کرد: حالا که فکر می‌کند بیماری‌اش دارد بهتر می‌شود، ناگهان دریافته دیگر نمی‌خواهد کسی را ببیند و دوباره دارد گوشه‌گیر می‌شود.

آمیختگی

«تعارض جهان‌شمول» انسان‌ها این است که فرد تلاش می‌کند فردیت یابد، ولی فردیت یافتن مستلزم آن است که فرد تنهایی هولناکی را تاب آورَد. رایج‌ترین شیوه‌ی کنار آمدن با این تعارض، از طریق انکار است: فرد یک هذیان آمیختگی می‌آفریند و به‌واسطه‌ی آن ادعا می‌کند «تنها نیستم، من جزئی از دیگرانم.» و به این ترتیب مرزهای ایگو را کم‌رنگ و ضعیف می‌کند و بخشی از یک فرد یا یک گروه می‌شود تا تعالی یابد.

افرادی که رویکرد اصلی‌شان به‌سوی آمیختگی‌ست، معمولاً لقب «وابسته» می‌گیرند. به‌قول آری‌یتی آن‌ها برای یک «دیگریِ مسلط[1]»(۵۷) زندگی می‌کنند (و بدیهی‌ست که واقعه‌ی جدایی از این دیگریِ مسلط، فشار و رنج بیش از اندازه‌ای را بر آنان تحمیل می‌کند). نیازهای خود را پنهان می‌کنند؛ در پیِ آنند که دریابند آرزوی دیگران چیست و بعد آن آرزوها را متعلق به خود می‌دانند. بالاتر از همه اینکه آرزو می‌کنند از تخلف و گناه دور باشند. آن‌ها امنیت و ادغام در دیگری را بر فردیت ترجیح می‌دهند. توصیف کایزر از این گونه افراد بسیار روشن است:

با رفتارشان می‌گویند: «مرا جدی نگیرید. من به دسته‌ی بالغان و رشدیافتگان تعلق ندارم و نمی‌توان روی من حساب کرد.» آن‌ها بازیگوشند ولی نه مانند کسی که دوست دارد بازی کند، بلکه مثل کسی که دلش نمی‌خواهد (یا شاید جرئت

1. dominant other

نمی‌کند؟) جدی و واقع‌بین به‌نظر آید. وقایع ناراحت‌کننده و حتی مصیبت‌بار را با خنده و یا به‌شیوه‌ای عجولانه، خونسرد و بی‌اعتنا تعریف می‌کند انگار که ارزش تلف کردن وقت را ندارند. نیز همیشه برای صحبت درباره‌ی ضعف‌ها و کاستی‌هایشان آمادگی دارند و در این موارد غلو هم می‌کنند. به دستاوردها و موفقیت‌هایشان ظاهر مضحکی می‌دهند یا فهرست جبرانی شکست‌هایشان را به گزارش موفقیت‌هایشان الصاق می‌کنند. صحبتشان اغلب بریده‌بریده و از این شاخه به آن شاخه پریدن است. با گستاخی‌های غیرمعمول مثل بر زبان راندن بی‌اختیار پرسش‌های ساده‌لوحانه یا بچه‌گانه‌حرف‌زدن نشان می‌دهند که می‌خواهند در دسته‌ی «نابالغان» قرار داده شوند و نباید مثل رشدیافتگان روی آن‌ها حساب کرد.(۵۸)

کایزر رفتار بالینی بیماری را توصیف می‌کند که تسلیم ادغام در چهره‌ای قدرتمندتر شده است:

ج هشت ماه بود مردی را ملاقات می‌کرد که در اواخر دهه‌ی چهارم عمرش بود و به‌نظر می‌رسید آماده است هرکاری را که از او بخواهند انجام دهد. هروقت ج می‌خواست وقت ملاقات را به یک روز یا ساعت دیگر تغییر دهد، پاسخ بیمار همیشه این بود: «البته، دکتر، البته!» همیشه سروقت می‌آمد ولی انگار تأخیر ج برایش مهم نبود. وقتی در حین جلسه‌ی درمان، خورشید از پشت ابر بیرون می‌آمد و نورش در چشم بیمار می‌افتاد، هرگز جرئت نمی‌کرد پرده را بکشد یا سایه‌بان را پایین بیاورد. در سکوت می‌نشست، با ناراحتی پلک می‌زد و گردنش را کج‌وراست می‌کرد تا زمانی که ج به موضوع اشاره کند. بعد بیمار طوری واکنش نشان می‌داد که انگار ج از او خواسته سایه‌بان را پایین بیاورد: «البته، دکتر، البته!» و از جا می‌پرید و ریسمان سایه‌بان را از قلاب درمی‌آورد. «خوبه، دکتر؟ زیادی پایین نیامده؟»(۵۹)

آمیختگی به‌مثابه پاسخی به تنهایی اگزیستانسیال، ساختاری را پدید می‌آورد که می‌توان بسیاری از سندرم‌های بالینی را به‌کمک آن درک کرد. مثلاً مبدل‌پوشی[1]

1. transvestism

را در نظر بگیرید. معمولاً انگیزه‌ی مردان دچار مبدل‌پوشی را اضطراب اختگی می‌دانند. در مرد بودن و در رقابت با مردان دیگر برای تملک زنان چنان خطری نهفته که مرد ترجیح می‌دهد با پوشیدن لباس زنانه، از رقابت چشم‌پوشی کند؛ به این ترتیب اضطراب اختگی با این گونه خوداخته‌سازی تسکین می‌یابد و مرد به ارضای جنسی می‌رسد. با وجود این، راب که در فصل ٤ معرفی‌اش کردم نشان می‌دهد چگونه «آمیختگی» می‌تواند پویه‌شناسی کانونی و سازمان‌دهنده‌ی چنین عملی باشد. راب مبدل‌پوشی را از سیزده‌سالگی با پوشیدن لباس‌های خواهرش آغاز کرده بود و بعد از لباس‌های مادرش استفاده می‌کرد. چنان از مردان وحشت داشت که نمی‌توانست ارتباطی با ایشان برقرار کند و چنان از طرد شدن از سوی زنان می‌ترسید که نمی‌توانست به آن‌ها نزدیک شود، در نتیجه همیشه فوق‌العاده منزوی بود. خیال‌پردازی‌های حین مبدل‌پوشی، همیشه غیرجنسی بود و همیشه درونمایه‌ای مرتبط با آمیختگی داشت: تصور می‌کرد به جمع زنانه‌ای می‌پیوندد که از مصاحبت با او استقبال می‌کنند و او را از خودشان می‌دانند. شیوه‌ی برخورد بین‌فردی‌اش در درمان گروهی، حاکی از اشتیاقش برای ادغام بود: مطیعانه و متملقانه از اعضا خصوصاً از درمانگرانی که مورد ستایشش بودند می‌خواست به او توجه کنند. در طول درمان گروهی راب در مورد احتمالات برقراری رابطه درس آموزنده‌ای گرفت. معتقدم برای اولین بار بر وسعت تنهایی‌اش وقوف کامل یافت. در یک جلسه گفت: «من نه اینجا هستم نه آنجا، نه مَردم نه زن، از همه‌ی آدم‌ها دور افتاده‌ام.» اضطرابش (و دفعات مبدل‌پوشی‌اش) برای مدتی به‌شدت افزایش یافت. کم‌کم زمانی که مهارت‌های اجتماعی به‌دست آورد و به‌شیوه‌ای معنادار ابتدا با دیگر اعضای گروه و بعد با سایر افراد حاضر در محیط اطرافش ارتباط برقرار کرد، تمایلش به مبدل‌پوشی هم از میان رفت.

البته همپوشانی زیادی میان مفهوم گریز از تنهایی اگزیستانسیال به‌وسیله‌ی آمیختگی و مفهوم گریز از مرگ به‌وسیله‌ی اعتقاد به یک نجات‌بخش غایی و غوطه‌ورساختن خویش در آن وجود دارد. نه‌فقط راب، بلکه سایر مثال‌های بالینی دفاع نجات‌بخش غایی که در فصل ٤ مطرح شد، برای آمیختگی هم کاربرد دارند. هر دو مفهوم، شیوه‌ی گریز از اضطراب به‌وسیله‌ی گریز از فردیت را توصیف می‌کنند؛

در هردو حالت، فرد تسلی و آرامش را در بیرون از خود می‌جوید. آنچه این دو را از یکدیگر متمایز می‌کند، انگیزه (اضطراب تنهایی یا اضطراب مرگ) و هدف نهایی (جست‌وجوی فروپاشی مرزهای ایگو و ادغام یا جست‌وجوی یک شفاعت‌کننده‌ی قدرتمند) است. البته تفاوت کاملاً نظری‌ست: معمولاً هر دو انگیزه و راهکار دفاعی در یک فرد موجود است.

آمیختگی تنهایی را به شیوه‌ای افراطی و با از میان بردن خودآگاهی از بین می‌برد. لحظات سعادتمندانه‌ی ادغام در دیگری به‌بیان درنمی‌آیند: احساس «خود» از دست می‌رود. فرد حتی نمی‌تواند بگوید «حس خود بودنم را از دست داده‌ام» زیرا در آمیختگی دیگر «من» جداگانه‌ای وجود ندارد که چنین چیزی بگوید. نکته‌ی جالب درباره‌ی عشق رمانتیک این است که در آن، «من» تنهای پرسشگر به «ما» بدل می‌شود. به‌قول کنت باخ «عشق پاسخ است وقتی که پرسشی در میان نیست.»(۶۰) از دست دادن خودآگاهی اغلب آرامش‌بخش است. کیرکگور گفته: «هرچقدر آگاهی افزایش یابد، به همان اندازه بر میزان یأس و نومیدی افزوده می‌شود: هرچه آگاهی بیشتر، نومیدی شدیدتر.»(۶۱)

فرد ممکن است با آمیختگی نه با یک فرد، بلکه با یک «چیز» ــ یک گروه، یک آرمان، یک کشور، یک برنامه ــ از شر حس تنهایی‌اش خلاص شود. چیزی به‌شدت برانگیزاننده در پیوستن به یک گروه بزرگ‌تر وجود دارد. کایزر اولین بار در یک برنامه‌ی پاتیناژ که در آن دو رقصنده با لباس‌هایی همانند بر تن، حرکات پیچیده‌ای را با هماهنگی کامل اجرا می‌کردند، متوجه این موضوع شد. پس از کف زدن و هلهله‌ی تماشاچیان آن دو خونسرد و بی‌تفاوت کراوات‌هایشان را منظم کردند و همزمان نگاهی به ساعت مچی‌شان انداختند. این همزمانی آن‌ها پس از تشویق، تماشاچیان و نیز کایزر را بیشتر به‌وجد آورد. اینجا بود که به شادی و لذت حاصل از کم‌رنگ شدن مرز ایگو اندیشید:

> هماهنگی همراه با همزمانی حرکت، اگر در حد کمال باشد، هر تماشاگری را مجذوب می‌کند، به هیجان می‌آورَد و شیفته‌اش می‌سازد و در این میان مهم نیست نمایش هر رقصنده به‌تنهایی رضایت‌بخش و دلپسند بوده باشد.

وقتی یک سرباز خوب‌آموزش‌دیده به‌تنهایی قدم‌رو می‌رود، عقبگرد می‌کند و می‌ایستد، شاید چشمان افسر تعلیم‌دهنده‌اش را نوازش دهد، ولی حرکاتش برای کسی که از بیرون می‌نگرد، مضحک است. در حالی که اگر همه‌ی گردان به‌خط شوند، ستون با قدم‌های منظم به گروه‌های کوچک‌تر تقسیم شود، همگی باهم در یک آن عقب‌گرد کنند، بعد دوباره برگردند و همان خط مستقیم اولیه را بسازند و با حفظ این نظم، رژه روند و روی پاشنه بچرخند و بعد با یک علامت، بی‌حرکت بایستند طوری که بازوان، پاها، کلاه‌خودها، قمقمه‌ها و تفنگ‌ها ناگهان بدون کمترین انحرافی در یک خط قرار گیرند، اینجاست که حتی یک مخالف پروپاقرص ارتش‌سالاری هم نمی‌تواند تحت‌تأثیر این منظره قرار نگیرد. و آنچه او را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد زیبایی زوایای قائمه و خطوط صاف و مستقیم نیست، بلکه این تصویر ... یا شاید این ایده است که افراد زیادی طوری عمل می‌کنند که انگار از یک ذهن واحد دستور می‌گیرند.(۶۲)

مانند دیگران و همرنگ جماعت بودن ــ همانندی در لباس، طرز صحبت و عادات؛ نداشتن فکر یا احساسی متفاوت ــ فرد را از تنهایی فردیت می‌رهاند. البته در این حالت «من» گم می‌شود، ولی همراه با آن ترس از تنهایی هم از میان می‌رود. دشمنان همرنگی با جماعت، همانا آزادی و خودآگاهی‌اند. راه حل همرنگی-آمیختگی برای تنهایی با این پرسش‌ها تضعیف می‌شود: من چه می‌خواهم؟ من چه احساسی دارم؟ هدفم در زندگی چیست؟ در درون خود چه دارم که به‌بیان و عمل درآورَمش؟

در نبرد دیرین میان ابراز خود و امنیت حاصل از آمیختگی، معمولاً این خود است که برای احتراز از تنهایی به مصالحه و سازش روی می‌آورَد. جذبه و گیرایی گروه حقیقتاً نیرومند است. تراژدی جونزتاون ــ که یکی از بی‌شمار مثال‌های موجود است ــ نیروی گروه را نشان می‌دهد. همانندسازی با گروه، گریزگاهی‌ست در برابر تنهایی و چنان ارزشمند که اعضای گروه حاضرند همه‌چیز را برای آن قربانی کنند: اموال، خانواده، دوستان، کشور و حتی زندگی‌شان را.

تصوف که لحظات شگرف و متعالی یکی شدن با جهان را برای انسان به ارمغان می‌آورَد نیز مثالی‌ست از گم‌گشتگی ایگو. آمیختگی با یک فرد، یک گروه یا آرمان،

با طبیعت یا با جهان همیشه گم‌کردن خویش را در پس دارد: پیمانی‌ست با شیطان و به احساس گناه اگزیستانسیال منجر می‌شود: این احساس گناه ما را به سوگ زندگی نازیسته‌مان می‌کشانَد.

آزارگری (سادیسم). فرد آمیختگی‌طلب که وابسته، متملق و جان‌نثار است، درد را به‌جان می‌خرد و در واقع از درد لذت می‌برَد چون تنهایی را زائل می‌کند و در مقابل آن، از دیگری می‌خواهد تا با ادغام شدن در او به امنیت برسد، قرینه‌ای شگرف و نابهنجار در برابر خود دارد. این طور به‌نظر می‌رسد که فرد سلطه‌جو و تحقیرکننده که درد به‌وجود می‌آورَد و خود را سَروَر مطلق دیگری می‌داند، با فرد وابسته‌ی آمیختگی‌طلب تفاوت‌های زیادی دارد. با این حال، همان‌طور که فروم اشاره می‌کند: «تمایلات هر دو حاصل یک نیاز اساسی‌ست که همانا غلبه بر ناتوانی در تحمل تنهایی و ضَعف «خود» است ... فرد آزارگر همان‌قدر به اُبژه‌اش نیاز دارد که فرد آزارطلب به اُبژه‌ی خویش وابسته است.»(٦٣) تفاوت میان آزارطلب و آزارگر، تفاوت میان چیزی‌ست که می‌آمیزد و چیزی که آمیخته می‌شود. یکی با بلعیده شدن به‌وسیله‌ی دیگری در طلب امنیت است و دیگری با بلعیدن دیگری. در هر دو مورد تنهایی اگزیستانسیال تسکین می‌یابد، حال یا با از دست رفتن جدابودن و تنهایی یا با توسعه‌ی خویش به‌وسیله‌ی درآمیختن با دیگری. به همین دلیل است که آزارطلبی و آزارگری اغلب در یک فرد در نوسان است: این دو، راه حل‌های متفاوت برای یک مشکل واحدند.

رابطه‌ی جنسی و تنهایی

فروید مفهوم «نماد» را در ساختار روانی توضیح داد. او در فصل پنجم تعبیر رؤیاها نمادهای گوناگونی را توصیف می‌کند که درونمایه‌ای جنسی ــ اندام جنسی و یا عمل جنسی ــ دارند.(٦٤) فروید هشدار می‌دهد به این عقیده که چیزی «نشانه»ی چیز دیگری‌ست، نباید خیلی هم افراطی نگاه کرد: یک سیگار همیشه هم نماد آلت مردانه نیست؛ «گاهی یک سیگار فقط یک سیگار است.» ولی فروید در این هشدار تا آنجا که باید پیش نمی‌رود. گاهی ممکن است رابطه‌ی جنسی خود نماد چیز دیگری باشد. اگر ژرف‌ترین دلواپسی‌های غایی انسان ماهیتی اگزیستانسیال داشته

باشد و مربوط به مرگ، آزادی، تنهایی و پوچی باشد، پس کاملاً محتمل است که این ترس‌ها با دلواپسی‌های فرعی مثل مسائل جنسی جابه‌جا و نمادینه شود.

رابطه‌ی جنسی ممکن است در خدمت واپس‌رانی اضطراب مرگ درآید. من با بیماران دچار سرطان متشری سروکار داشته‌ام که مسائل جنسی همه‌ی فکروذکرشان شده بود. زوجی را دیده‌ام که یکی از آنان به سرطان پیشرفته دچار بود و از چیزی جز ناسازگاری جنسی‌شان سخن نمی‌گفت. گاهی درست در میانه‌ی بحث، در حین تهمت زدن‌ها و حملات متقابل، من کاملاً فراموش می‌کردم که یکی از این دو نفر با مرگی قریب‌الوقوع روبه‌روست. ترفند دفاعی تا این اندازه موفق است. در فصل ۵ زن جوان مبتلا به سرطان دهانه‌ی رحمی را توصیف کردم که متوجه شده بود بیماری‌اش نه‌تنها هواخواهانش را مأیوس نکرده، بلکه بر عکس، بر تعداد آن‌ها و اشتهای جنسی‌شان افزوده است. پژوهش اِلِن گرینزپَن[1] نشان داد میزان بروز خیال‌پردازی‌های جنسی در زنان مبتلا به سرطان پیشرفته‌ی سینه بالاتر از زنان سالم در همان رده‌ی سنی‌ست.(۶۵)

در رابطه‌ی جنسی جذبه‌ای باشکوه و سحرآمیز نهفته است. سنگرِ قدرتمندی‌ست در برابر آگاهی از اضطراب آزادی، زیرا تحت تأثیر افسون رابطه‌ی جنسی، هرگونه احساسی از این دست را که جهانمان را خود ساخته‌ایم، از دست می‌دهیم. برعکس، یک نیروی قدرتمند بیرونی «تسخیر»مان می‌کند. طلسم‌شده به‌سوی آن کشیده می‌شویم؛ «تسلیم»ش می‌شویم. می‌توانیم در برابر این جذبه مقاومت کنیم، به‌تأخیرش بیاندازیم یا تسلیمش شویم، ولی در برابر شهوتمان احساس «انتخاب» یا «آفرینش» نداریم؛ انگار بیرون از ماست؛ نیروی خویش را دارد و «عظیم‌تر از حیات» به‌نظر می‌آید. افراد مبتلا به روابط جنسی جبری[2]، در گزارشی که پس از بهبودی می‌دهند، از احساس ناخوشایندی می‌گویند که نسبت به زندگی‌شان دارند. دنیا خیلی پست و پیش‌پاافتاده شده و آن‌ها می‌پرسند: «راستی همه‌اش همین است؟»

بی‌اختیاری یا اجبار جنسی یک پاسخ شایع به احساس تنهایی‌ست. «جفت‌یابی» جنسی بی‌بندوبارانه برای فرد تنها مهلت و امانی قدرتمند هرچند موقت ایجاد می‌کند.

---

1. Ellen Greenspan
2. compulsive sexuality

یونت است چون رابطه نیست بلکه کاریکاتور یک رابطه‌ست. رابطه‌ی جنسی بی‌اختیار (وسواسی‌جبری) همه‌ی اصول محبت و علاقه‌ی حقیقی را زیر پا می‌گذارد. فرد از دیگری به‌عنوان یک ابزار استفاده می‌کند. تنها با بخشی از او ارتباط برقرار می‌کند و از آن استفاده می‌کند. ارتباط به این سبک، به معنای آن است که رابطه شکل می‌گیرد تا هرچه زودتر به رابطه‌ی جنسی ختم شود نه اینکه رابطه‌ی جنسی وسیله‌ای باشد برای ابراز و نیز تسهیل رابطه‌ای عمیق‌تر. فرد مبتلا به بی‌اختیاری و اجبار جنسی نمونه‌ای عالی و تمام‌عیار از کسی‌ست که با همه‌ی هستی طرف مقابل ارتباط برقرار نمی‌کند. برعکس، تنها با بخشی از او مرتبط می‌شود که نیازش را برآورده می‌کند. زبان خشن و بی‌پرده‌ی رایج در مسائل جنسی این مَنِش را به‌خوبی به‌بیان درمی‌آورَد و نشانگر گول زدن، تهاجم، سوء استفاده و خلاصه هر چیزی‌ست جز علاقه و ارتباط.

مهم‌تر اینکه افراد مبتلا به بی‌اختیاری یا اجبار جنسی، جفت خود را نمی‌شناسند. در واقع، اغلب به نفعشان است که طرف مقابل را نشناسند و بخش اعظم وجود خود را نیز پنهان کنند؛ بنابراین، فقط آن بخش‌هایی از خود را نشان می‌دهند و آن بخش‌هایی از دیگری را می‌بینند که اغواگری و عمل جنسی را تسهیل کند. یکی از نشانه‌های انحراف جنسی این است که فرد با تمامی وجود دیگری ارتباط برقرار نمی‌کند بلکه فقط با بخشی از او مرتبط می‌شود. برای مثال فرد بُت‌واره‌پرست[1] با یک زن رابطه ندارد (همه‌ی موارد گزارش‌شده از بُت‌واره‌پرستی مرد بوده‌اند) بلکه با بخشی از بدن یا وسایل شخصی او ــ مثل کفش، دستمال، لباس زیر ــ ارتباط برقرار می‌کند. یک مشاهده‌گر روابط انسانی تا آنجا پیش رفت که گفت: «اگر با زنی عشق‌ورزی کنیم بی‌آنکه با روحش ارتباط برقرار کنیم، ما هم بُت‌واره‌پرست هستیم حتی اگر در عمل اندام تناسلی را به‌کار بگیریم.»(٦٦)

پس آیا یک درمانگر اندیشمند باید روابط جنسی فاقد رویارویی بین‌فردی محبت‌آمیز و حقیقی را مردود شمارد؟ پس آیا جایی برای رابطه‌ی جنسی به‌عنوان یک بازی بالغانه‌ی بی‌تعهد وجود ندارد؟ این سؤالات تا حدود زیادی اخلاقی و وجدانی‌اند و درمانگر بهتر است از اظهار نظر درباره‌ی مسائلِ خارج از حیطه‌ی

1. fetishist

تخصصی‌اش بپرهیزد. ولی درمانگر درباره‌ی کسانی که تنها به‌شیوه‌ای ناقص و با رویکردی کاربردی با دیگران رابطه‌ی جنسی برقرار می‌کنند، نظرات ارزشمندی دارد. بخش ضروری تعریف انحراف جنسی این است که رفتار تثبیت‌شده است و همیشه به یک شکل تکرار می‌شود یعنی فرد منحرف فقط به شیوه‌ی انحرافی توصیف‌شده می‌تواند ارتباط جنسی برقرار کند. رفتار جنسی انعطاف‌ناپذیر و خاص نه‌تنها نشانه‌ی ناهنجاری عمیق‌تری‌ست بلکه حاصل آن هم چیزی جز خودخوارنگری و احساس گناه اگزیستانسیال نیست. کیرکگور در «خاطرات یک اغواگر[1]» توصیف چشمگیری از موقعیتی مشابه دارد که در آن قهرمان داستان همه‌ی وجودش را وقف فریب و سوءاستفاده از یک دختر جوان کرده است.(۶۷) او گرچه به اهدافش دست می‌یابد، بهای سنگینی برای دستاوردهایش می‌پردازد: زندگی‌اش تهی و روحش فقیر می‌شود.

بنابراین فرد دچار اجبار جنسی نه طرف مقابلش را می‌شناسد و نه با او ارتباط برقرار می‌کند. هرگز نگران رشد و تکامل آن دیگری نیست. نه‌فقط او را به‌طور کامل نمی‌بیند، بلکه در حین رابطه هرگز خود را از نظر دور نمی‌دارد. هرگز «با دیگری» نزیسته بلکه همواره فقط خود را دیده است. بوبر چنین رویکردی را «انعکاسی» نامیده و به حال رابطه‌ی جنسی‌ای افسوس خورده که در آن طرفین، درگیرِ همگویی واقعی و اصیل نمی‌شوند بلکه در دنیای تک‌گویی زندگی می‌کنند، دنیایی از آینه‌ها و انعکاس‌ها. توصیف بوبر از «مرد اروتیک (شهوت‌ران)» بسیار جذاب و گیراست:

> سال‌های زیادی در دنیای مردان پرسه زده‌ام ولی هنوز مطالعه‌ی انواع مختلف «مرد اروتیک» را به‌پایان نرسانده‌ام. یکی به چهره‌ی عاشق جلوه‌گر می‌شود و تنها به شهوت خویش عاشق است. دیگری احساسات متمایزش را مانند مدال مزین‌به‌روبان بر سینه می‌زند. یکی از ماجراجویی‌های مسحورکننده‌ی خویش لذت می‌برَد. دیگری مجذوب منظره‌ی خیالی کسانی‌ست که پیرامونش را گرفته‌اند. یکی شور و هیجان گِرد می‌آورَد. دیگری «قدرتش» را نمایش

1. The Diary of a Seducer

می‌دهد. یکی با نشاطِ عاریه‌ای خود را می‌آراید. دیگری دلخوش است که همزمان هم به‌جای خویش و هم به‌جای بُتی که شباهتی به او ندارد، زندگی می‌کند. یکی خود را در شعله‌ی آنچه در سفره‌ی اقبالش افتاده، گرم می‌کند. دیگری تجربه می‌اندوزد. و این فهرست همین طور ادامه دارد: جوروواجور تک‌گویان با آینه‌های خود در جایی که باید صمیمی‌ترین همگویی‌ها اتفاق بیفتد!(۶۸)

پس فرد عاشق شهوت است، شور و هیجان را به‌مثابه غنائم جنگی گِرد می‌آورَد، خود را «در شعله‌ی آنچه در سفره‌ی اقبالش افتاده» گرم می‌کند، ولی آنچه نمی‌کند این است که رابطه‌ای اصیل و واقعی با خود یا دیگری برقرار کند.

بسیاری از این مسائل در رؤیاهای بروس، بیمار مبتلا به اجبار جنسی‌ای که در فصل ۵ و ۶ به او پرداختم، ظاهر شده است. بروس نزدیک به انتهای درمان، زمانی که از برقراری ارتباط با انگیزه‌ی جنسی فاصله گرفته بود، تازه توجهش به مشکلات جلب شد: «اگر سعی نکنم با زنان بخوابم، پس با آن‌ها چه کار کنم؟» «و با مردها چه کار کنم؟» «اصلاً آدم‌ها به چه دردی می‌خورند؟» در درمان همه‌ی بیمارانی که می‌خواهند شیوه‌ی ارتباطشان را از من-آن به من-تو تغییر دهند، این آخرین سؤال یعنی «اصلاً آدم‌ها به چه دردی می‌خورند؟» دیر یا زود رخ می‌نمایانَد. در این مرحله بود که سه رؤیا در درمان بروس سر برآورد.

اولی:

> در بستر کنار پسر چهارده‌ساله‌ام دراز کشیده بودم. هردو لباس کامل بر تن داشتیم با این حال من سعی کردم با او رابطه برقرار کنم ولی نتوانستم مهبلش را پیدا کنم. غمگین و سرخورده از خواب پریدم.

این رؤیا گویای معضل بروس در برقراری ارتباط است. انگار رؤیا می‌خواهد بگوید «آیا راهی جز رابطه‌ی تناسلی برای ارتباط با دیگران وجود ندارد، آن هم با دیگرانی که علاقه‌ی زیادی به آن‌ها داری؟»

دومی:

داشتم با زنی تنیس بازی می‌کردم ولی هر توپی که می‌انداختم به‌جای آنکه به طرف او رود، به‌سوی خودم برمی‌گشت. انگار به‌جای تور بازی، صفحه‌ی شیشه‌ای نامرئی‌ای ما را از هم جدا می‌کرد.

استعاره کاملاً روشن است: بروس تصور می‌کرد در تنیس درگیر رابطه با فرد دیگری‌ست ولی در واقع فقط داشت با خودش ارتباط برقرار می‌کرد. فرد دیگر در بازی اضافی بود؛ به‌علاوه، با اینکه کوشیده بود با او ارتباط برقرار کند، نتوانسته بود.

سومی:

می‌خواهم به پل [یکی از آشنایانش] نزدیک شوم ولی همه‌اش درباره‌ی ثروت زیادم لاف می‌زنم تا اینکه او عصبانی می‌شود. بعد سعی می‌کنم گونه‌ام را به گونه‌اش نزدیک کنم، ولی ریش‌هایمان آن قدر زبر است که هر دو اذیت می‌شویم.

بروس در ورزش ــ بسکتبال، تنیس، بولینگ ــ رفقای زیادی داشت، ولی هرگز دوست صمیمی مذکری نداشت. تا حدودی هم از حسرت صمیمیتش آگاه بود ولی همان‌طور که رؤیا نشان می‌دهد، برای ارتباط با مردان راه دیگری جز رقابت نمی‌شناخت.

اَشکال دیگر رابطه‌ی ناکام

ما برای گریز از رنج تنهایی اگزیستانسیال، شیوه‌های گوناگونی را امتحان می‌کنیم: مرزهای ایگو را کم‌رنگ می‌کنیم و می‌کوشیم با دیگری درآمیزیم؛ می‌کوشیم با دیگری یکی شویم؛ چیزی را از دیگری می‌گیریم که تصور می‌کنیم بزرگ‌تر، قدرتمندتر یا عزیزترمان می‌کند. درونمایه‌ی بین‌فردی رایج در این کوشش‌ها و کوشش‌های مشابهی که هم‌اکنون به بررسی‌شان می‌پردازم این است که فرد با دیگری نیست. در عوض، از او به‌عنوان ابزاری برای رسیدن به هدفش استفاده می‌کند و یک رابطه‌ی ارزشمند دوسره هرگز برقرار نمی‌شود؛ به‌جای آن نوعی پیوند بدفرجام به‌وجود می‌آید، یک ناکامی و شکست در رابطه که فقط رشد را سرکوب می‌کند و احساس

گناه اگزیستانسیال پدید می‌آورد. از آنجا که گوناگونی روابط غیراصیل هر تمهیدی برای تقسیم‌بندی را به چالش می‌طلبد، تنها چند شیوه‌ی رایج را که در کار بالینی مشاهده کرده‌ام، توصیف می‌کنم.

دیگری به‌مثابه بالابر[1]. بَری مهندس سی‌وپنج‌ساله‌ای بود مبتلا به «سندرم مهندسی»: انعطاف‌ناپذیر، سرد، بی‌عاطفه و تنها. هرگز هیچ هیجانی از خود بروز نمی‌داد و معمولاً زمانی متوجه هیجانش می‌شد که یک نشانه‌ی جسمانی (معده‌درد، اشک، مشت گره‌کرده و مانند این‌ها) در خود می‌یافت. هدف اصلی‌اش در درمان، «برقراری ارتباط» با احساسات خودش و نیز برقراری یک رابطه‌ی عاشقانه با دیگری بود. از آنجا که ظاهری جذاب داشت، در جلب توجه زنان با مشکلی مواجه نبود ولی نمی‌توانست رابطه را از این جلب توجه فراتر بَرَد. یا زن مطلوبش نبود و کنار گذاشته می‌شد، یا زن را خواستنی می‌یافت ولی چنان مضطرب می‌شد که نمی‌توانست رابطه را پی بگیرد.

بالاخره بعد از چندین ماه درمان سخت‌کوشانه، شروع کرد به ملاقات و بعد از مدتی زندگی با زن جوانی به نام جمیله که از دید بَری بسیار جذاب بود. ولی خیلی زود روشن شد او در رابطه کم از خودش مایه می‌گذارد. او مشکل جدیدش را که عبارت بود از زود به بستر رفتن، در جلسات درمان مطرح کرد. نمی‌دانست آیا این مسئله بدان معناست که به همین زودی از جمیله خسته شده (و این دورافتادگی از احساسات در او به‌شدت بارز بود) یا به این معنی‌ست که آن قدر در کنار او احساس آرامش می‌کند که به خود اجازه می‌دهد با او به آسودگی برخورد کند؟ پرسیدم: «چطور می‌توانی بفهمی کدام‌یک از این‌هاست؟ وقتی از خودت می‌پرسی که جمیله را دوست داری یا نه، چه اتفاقی می‌افتد؟» بَری با یقینی که برای او غیرمعمول بود پاسخ داد که علاقه‌ی زیادی به جمیله دارد.

با این حال به این نتیجه رسیده بود بهتر است خود را دور نگه دارد تا پیش از موعد به آرزوهای جمیله دامن نزند. توضیح داد این رابطه هرگز به رابطه‌ای درازمدت بدل

1. elevator

نمی‌شود چون جمیله با آنچه او در یک زن به دنبالش است، کاملاً همخوانی ندارد. دلیل اصلی‌اش کافی نبودن مهارت‌های اجتماعی جمیله بود: آن طور که باید شمرده صحبت نمی‌کرد، خویشتن‌دار و زیادی درونگرا بود. بَری می‌دانست خودش خوب صحبت نمی‌کند و می‌خواست با زنی ازدواج کند که مهارت‌های کلامی‌اش بیشتر از او باشد: می‌دانست در تقلید ید طولایی دارد و می‌خواست در نتیجه‌ی ارتباط با چنین زنی در این زمینه پیشرفت کند. نیز انتظار داشت زن برایش زندگی اجتماعی‌ای با محدودیت کمتر فراهم کند. به‌علاوه، نگران بود اگر آن دو زمان زیادی را با هم سپری کنند و علاقه‌شان تشدید شود، او همه‌ی علاقه‌اش را صرف جمیله کند و چیزی باقی نمانَد که به دیگران بدهد.

سخنان بَری حاوی رایج‌ترین موانع موجود بر سر راه ایجاد یک رابطه‌ی اصیل و عاشقانه است. اصلی‌ترینشان این است که توجیه بَری برای برقراری ارتباط، برآوردن یک نیاز است. او رابطه را در شرایطی آغاز کرد که نیاز مفرطی داشت و در جست‌وجوی کسی بود که این نیاز را برآورَد. نیازش «بالا رفتن» و پیشرفت بود و او به دنبال «جفت»ی بود که بالابَرَش باشد: معلم، درمانگر و تأمین‌کننده‌ی زندگی اجتماعی.

بَری اغلب نومیدانه از جست‌وجوی طولانی و بی‌ثمرش برای ارتباط سخن می‌گفت. احساس کردم استفاده‌ی او از لغت «جست‌وجو» کلید درک مشکل اوست. فرد رابطه را نمی‌یابد بلکه آن را می‌سازد. بَری به‌شیوه‌ای غیرزنده به جمیله نزدیک شده بود. نه‌تنها او را یک «آن»، یک شئ و ابزاری دیده بود برای ایجاد یک محصول، بلکه رابطه را نیز به‌جای فرایندی در حال پیشرفت، مقوله‌ای دیده بود ایستا و غیرزنده: چیزی که از همان ابتدا شکل خاص خود را داشت و «آنجا» بود.

بیمار دیگری از همین مقوله سخن می‌راند وقتی می‌گفت هرچه به فرد دیگری نزدیک می‌شود، او را غیرجذاب‌تر می‌یابد چه از لحاظ جسمانی و چه از لحاظ عاطفی. وقتی به‌لحاظ جسمانی به زنی نزدیک می‌شد، می‌توانست پف زیر چشمان، لکه‌ها و رگ‌های فراخ‌شده‌ی پوستی را که پیش از این لطیف به‌نظر می‌آمد ببیند. وقتی او را بهتر می‌شناخت و ذخیره‌ی قصه‌ها و وقایع زندگی زن ته می‌کشید، به‌نظرش خسته‌کننده می‌آمد. در چنین رویکرد غیرزنده‌ای به رابطه، فرد دیگری را شئ‌ای می‌بیند

با مشخصات ثابت و ایستا و ذخایر قابل تهی شدن. همان‌طور که بوبر به‌ما یادآوری می‌کند، آنچه او در نظر نمی‌گیرد این است که یک رابطه‌ی اصیل و زنده، متقابل و دوسویه است: در «من»ی که دیگری می‌بیند (و مورد سنجش قرار می‌دهد) هیچ چیز غیرقابل‌تغییری وجود ندارد؛ «من»ی که در مواجهه با دیگری‌ست، تغییر می‌کند و دیگری یا «تو» نیز به همین سان در حال تغییر است. بَری عشق را کالایی ته‌کِشنده می‌دید: هرچه بیشتر به یکی پیشکش کنی، کمتر برای دیگری می‌ماند. اما همان‌طور که فروم به ما آموخته، این رویکرد کاسب‌کارانه به عشق بی‌معناست: برقراری رابطه و متعهد شدن به دیگران، همواره انسان را غنی‌تر می‌کند نه فقیرتر.

دورنمای نزدیک‌شدن به زنانی که با معیارهای بَری مطابقت داشتند، همیشه در او اضطراب شدیدی می‌انگیخت. اغلب ساعت‌ها درباره‌ی شیوه‌ی مناسب ابراز توجه فکر می‌کرد. ممکن بود بخواهد به زن تلفن کند؛ گوشی را برمی‌داشت، ولی هنوز شماره به نیمه نرسیده، اضطراب سراپایش را فرامی‌گرفت و تلفن را قطع می‌کرد. درمانگران دیگر در کنترل اضطراب بَری به‌وسیله‌ی رویکردهای رفتاری ناموفق بودند. در روان‌درمانی، وقتی از نقطه‌ای کاملاً مناسب ــ اینکه بَری از رقابت با مردان و طرد شدن از سوی زنان جذاب می‌ترسید ــ به مشکل نزدیک شدیم، هیچ پیشرفتی نکردیم؛ ولی وقتی به بررسی شیوه‌هایی پرداختیم که بَری برای استفاده از دیگری به‌کار می‌بُرد یا دلش می‌خواست به‌کار ببرد، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای حاصل شد. بَری در اعماق وجودش می‌دانست که با دیگری مواجه نمی‌شد بلکه به حریم او تجاوز می‌کرد: او خود زن را نمی‌خواست بلکه چیزی از او می‌خواست. اضطرابش حاصل احساس گناه بود زیرا تجاوز و گناهی را که قرار بود نسبت به دیگری مرتکب شود، پیش‌بینی می‌کرد و می‌ترسید آن دیگری از انگیزه‌هایش باخبر شود.

چند نفر در اتاقند؟ در یک رابطه‌ی رشدیافته‌ی محبت‌آمیز، فرد با همه‌ی وجودش با دیگری ارتباط برقرار می‌کند. اگر بخشی از وجودش را برای خود نگاه دارد تا با آن به مشاهده‌ی رابطه یا تأثیر آن بر طرف مقابل بنشیند، به همان میزان از برقراری رابطه باز مانده است. بوبر وضعیتی را توصیف می‌کند که وقتی به‌وجود می‌آید که دو نفر با خودآگاهی بی‌اندازه می‌کوشند با هم ارتباط برقرار کنند.

بگذارید دو مرد را مجسم کنیم که ظاهراً نشسته‌اند و با یکدیگر حرف می‌زنند. آن‌ها را پیتر و پل بنامید. بگذارید وضعیت‌های متفاوت این دو را فهرست کنیم. اول پیتر است آن طور که دوست دارد پل ببیندش و پل است آن طور که دوست دارد پیتر ببیندش. بعد پیتری‌ست که به چشم پل می‌آید یعنی تصویر پل از پیتر که در اکثر موارد با آنچه پیتر می‌خواهد پل ببیند همخوانی ندارد؛ و بر عکس موضوع هم صدق می‌کند. بعد نوبت تصویری‌ست که پیتر از خودش دارد و تصویری که پل از خودش دارد. بالاخره هم می‌رسیم به پل و پیتر واقعی. دو موجود زنده و شش شبح که در حین گفت‌وگو با هم درمی‌آمیزند. در این میان جای یک زندگی اصیل موجود بین دو انسان کجاست؟(۶۹)

گاهی فرد به این دلیل قادر به برقراری ارتباط نیست که تا حدودی با طرف مقابل و تا حدودی با فرد یا افرادی خیالی ارتباط برقرار می‌کند. من در بررسی ماهیت رابطه‌ام با یک بیمار، از خودم می‌پرسم: «چند نفر در اتاقند؟» برای مثال، آیا من جز اینکه به بیمار می‌اندیشم، به این موضوع هم فکر می‌کنم که وقتی او را در یک کنفرانس معرفی کنم، چقدر ماهر و زیرک به‌نظر می‌آیم یا به «داده‌های بالینی» جالبی فکر می‌کنم که او فراهم می‌کند و موجب برقراری ارتباط مؤثر من با خوانندگانم می‌شود؟ همین پرسش‌ها را برای بیمارانم هم مطرح می‌کنم. آیا بیمار واقعاً با من ارتباط برقرار می‌کند یا با چهره‌های شبح‌گونه‌ای از گذشته‌اش؟

وقتی بیمار از روابط مهمش برایم می‌گوید، از خود می‌پرسم: «در هر یک از این روابط چند نفر حضور دارند؟ فقط دو نفر؟ یا سه نفر؟ یا یک فوج آدم؟»

کامو در رمان‌هایش، استاد به‌تصویر کشیدن شخصیت‌هایی‌ست که نمی‌توانند دوست بدارند ولی به‌دلیل قصدی پنهانی، تظاهر به دوست داشتن می‌کنند. در نخستین رمانش، مرگ خوش[1] (که در طول زندگی‌اش به‌چاپ نرسید)، قهرمان داستان کامو می‌گوید:

متوجه شد آنچه او را به مارتا پیوند داده، غرور است نه عشق... آنچه در مارتا دوست می‌داشت بعدازظهرهایی بود که با هم به سینما می‌رفتند و چشم مردان به‌سوی او

1. *A Happy Death*

می‌چرخید، آن لحظاتی که او مارتا را به دنیا عرضه می‌کرد. آنچه در مارتا دوست می‌داشت، قدرت و جاه‌طلبی خودش برای زندگی بود.(۷۰)

لحظاتی که او مارتا را به دنیا عرضه می‌کرد.» این جمله معنا را دقیقاً می‌رسانَد. در چنین رابطه‌ای هرگز فقط دو نفر حاضر نیستند. او با مارتا ارتباط نداشت بلکه از طریق او با دیگران مرتبط بود.

همین طور یکی از بیمارانم به‌نام کِن که مشکلات عمیقی در برقراری ارتباط اصیل با زمان داشت، زیاد خواب می‌دید ولی هرگز خوابی نمی‌دید که در آن فقط دو نفر حضور داشته باشند. یکی از رؤیاهای «کلیدی»اش در اواسط کارمان این بود:

در ساعت ۲:۳۰ صبح با یک زن در اتاق خواب قدیمی‌ام در سن فرانسیسکو بودم. پدر و برادرم از پنجره نگاهمان می‌کردند. آن زن و هم‌آغوشی با او برایم چندان جالب نبود. پدر و برادرم را یک ساعت معطل کردم و ساعت ۳:۳۰ اجازه دادم وارد شوند.

ندا‌عی‌های مهم رؤیا، کوشش‌هایش برای شناسایی زن بود. متوجه بود که هیچ علاقه‌ای به او نداشت. شبیه سردسته‌ی تشویق‌کنندگانی بود که آن روز در بازی فوتبال دیده بود، از آن دخترهایی بود که در دوره‌ی کالج هیچ وقت جرئت نزدیک شدن به‌شان را نداشت. ضمناً شبیه کریستین هم بود، دختری که در دبیرستان با او دوست بود. او و یکی از دوستانش هردو تا چندین ماه با کریستین دوست بودند: وضعیتی که هم برایش ناخوشایند بود و هم به‌وجدش می‌آورد. بالاخره او و دوستش نیرویشان را روی هم گذاشتند و به کریستین فشار آوردند که یکی از آن دو را به‌عنوان دوست‌پسر ثابتش انتخاب کند. کریستین کِن را انتخاب کرد و این موضوع مایه‌ی خوشحالی‌اش شد. ولی این خوشحالی در عرض چند هفته رنگ باخت، کِن علاقه‌اش را به کریستین از دست داد (در واقع هیچ وقت به او علاقه‌مند نبود، فقط استفاده از او در عرصه‌ی رقابت با دوستش برایش جالب بود) و به رابطه خاتمه داد.

کِن همیشه پدر و برادرش را به چشم رقیب می‌دید، اول در ارتباط با مادرش و بعد در ارتباط با سایر زن‌ها. در رؤیا، بودن او با یک زن و معطل کردن حاسدانه و

یک‌ساعته‌ی پدر و برادر در بیرون از خانه (تا ساعت ۳:۳۰ که اتفاقاً ساعت همیشگی جلسات درمانی ما بود)، شیوه‌ای بود برای شکست دادن آن‌ها از طریق یک زن. کِن با مردان هم نمی‌توانست رابطه برقرار کند. او با من، با پدر و برادرش و با تمامی دوستان مذکرش برخوردی به‌شدت رقابتی داشت؛ مثلاً در ارتباط با من، ماه‌ها هر مطلب مهمی را که فکر می‌کرد برای غلبه بر او «امتیازی» به من می‌دهد، پنهان می‌کرد، با این اعتقاد که می‌خواهم او را مقهور خود بسازم و بر او چیره شوم. تنها دوست مذکرش، مردی بااستعداد بود ولی رقیب به‌حساب نمی‌آمد چون استعدادش در مقوله‌ای کاملاً متفاوت با رشته‌ی او (در موسیقی، هنر یا ورزش) بود.

شب بعد از تحلیل این رؤیا، کِن یک‌سری رؤیاهای کوتاه دید که هر یک وجهی از وجوه کاری را که باید در ارتباط با روابط او انجام می‌شد، نشان داد. در رؤیای اول به اسکی رفت و چند تن از دوستان مذکرش را ملاقات کرد که او را به‌گرمی پذیرا شدند؛ بعد دید در اتاقی کنار آنان نشسته و منتظر دادن امتحانات نهایی برای دریافت مجوز بنگاه است (کِن بنگاه معاملات ملکی داشت.) بعد از معطلی زیاد امتحانات را گذراند ولی ممتحن (درمانگرش) بلافاصله امتحانات را باطل اعلام کرد: آن‌ها هم روز را اشتباه گرفته بودند و هم مکان برگزاری امتحان را. این رؤیا بر آمیختگی دوستی و رقابت در کِن تأکید داشت؛ کار درمانیِ پیشِ رو باید وقف جدا کردن و حل‌وفصل این دو می‌شد.

کِن در بخش دوم رؤیا خود را در یک هواپیمای جت بزرگ دید (او هم مانند بسیاری از بیماران، اغلب درمان را به‌شکل سفری با یک وسیله‌ی مسافرتی نمادینه می‌کرد). در طول راهروی هواپیما راه می‌رفت و از یافتن اتاقک‌های مخفی آن که هرکدام پر از آدم بود، شگفت‌زده شد. گرچه اولین بار بود که آن‌ها را می‌دید، می‌دانست در تمام این مدت آنجا بوده‌اند. روشن است که این رؤیا به وظیفه‌ی بسیار مهم درمان اشاره می‌کرد: کشف دیگران در دنیا.

آخرین رؤیای آن شبش تنها یک تصویر بود: تصویر یک توکان[1] بزرگ. کِن هیچ تداعی به‌خصوصی از این پرنده نداشت ولی تداعی من از توکان «two can» بود: نماد کار دونفره‌ی ما که در پیش روی کِن گسترده شده بود.

---

۱. پرنده‌ای منقاربزرگ و رنگین‌پر بومی امریکای استوایی.ـ م.

این «عدم صداقت» در رابطه با دیگران چنان شایع است که زندگی و درمان روزمره مملو است از مثال‌های آن. برای نمونه زنی که عمداً نامزد جدیدش را با خود به جمعی می‌برد که می‌داند نامزد قبلی‌اش به آنجا می‌آید، به‌وضوح با نامزد جدیدش ارتباطی برقرار نمی‌کند. یکی از بیمارانم به‌نام کارل با نامزد جدیدش بود که نامزد قبلی‌اش با عصبانیت و توقع فراوان تلفن زد. او گوشی تلفن را با تمسخر طوری دور از گوش و به‌طرف نامزد جدیدش نگاه داشت تا او هم بتواند بشنود. هریک از روابط فرد بر روی سایر روابطش تأثیر می‌گذارد: معتقدم به‌ندرت پیش می‌آید فرد بتواند با بعضی‌ها با عدم صداقت رفتار کند و با افراد معدودی وارد یک رابطه‌ی اصیل و محبت‌آمیز شود. نامزد جدید کارل با طرز رفتار او با نامزد قبلی‌اش به‌شدت مشکل داشت. او (به‌درستی) گمان برد این نمایش تلفنی پیش‌گویی شومی‌ست درباره‌ی آینده‌ی رابطه‌اش با کارل و بعدها در مورد او هم تکرار خواهد شد.

با یکی بودن به‌خاطر دیگری به‌خصوص در گروه‌درمانی ــ درمان ایده‌آل برای آشکارسازی و کار بر روی عدم صداقت در روابط بین‌فردی ــ خود را نشان می‌دهد. مثال بارز آن موردی‌ست که در طول چند هفته در یکی از درمان‌های گروهی‌ام آشکار شد. ران، بیمار متأهل چهل‌ساله‌ای بود که با تک‌تک اعضا روابط خارج‌ازگروه برقرار می‌کرد و این در حالی بود که او و سایر اعضا می‌دانستند این معاشرت‌ها، اغلب درمان را به‌تأخیر می‌اندازد. ران بعضی‌ها را به قایق‌رانی دعوت می‌کرد، بعضی‌ها را به اسکی، بعضی‌ها را به شام و با یکی از اعضا به‌نام ایرن درگیر رابطه‌ای عاشقانه شده بود. معاشرت خارج‌ازگروه معمولاً زمانی برای گروه‌درمانی مخرب است که پنهانی باشد و اعضا با همدستی درباره‌اش سکوت کنند. در این گروه درمان به مانع برخورد کرد چون ران حاضر نشد درباره‌ی روابط خارج‌ازگروه، خصوصاً رابطه با ایرن صحبت کند؛ او هیچ ایرادی در این روابط نمی‌دید و با عزمی راسخ حاضر نمی‌شد معنای این رفتارش را بررسی کند.

یک جلسه‌ی گروه به بحث در این مورد گذشت که او کمک‌درمانگر مرا که خانم بود به اسکی آخر هفته دعوت کرده بود. فشار زیادی بر او وارد شد تا رفتارش را مورد بررسی قرار دهد و او آن جلسه را با گیجی و آشفتگی به‌پایان رساند. در راه بازگشت

به خانه ناگهان به‌خاطر آورد داستان مورد علاقه‌اش در کودکی رابین‌هود بوده است. وسوسه‌ای او را به بخش کتاب‌های کودکانِ نزدیک‌ترین کتابخانه‌ی عمومی کشاند. در آنجا به دوباره‌خوانی کتاب نشست. آن‌گاه بود که معنای رفتارش معلوم شد. آنچه در افسانه‌ی رابین‌هود دوست داشت، نجات افراد خصوصاً زنان از دست ظالمان بود. این موضوع نقش بسیار نیرومندی در زندگی‌اش ایفا کرده بود و درگیری‌های اُدیپی را در خانه آغازیده بود. کسب‌وکار موفقی را ابتدا با کار برای فرد دیگری شروع کرد و بعد شرکتی رقابتی تأسیس کرد و کارمندان رئیس سابقش را وسوسه کرد برای او کار کنند. با همسرش هم به‌دلیل عشق ازدواج نکرد، بلکه می‌خواست او را از شر پدر زورگویش خلاص کند.

این الگو در گروه‌درمانی هم خود را نشان داد. انگیزه‌ی نیرومندی برای بیرون کشیدن سایر اعضا و حتی کمک‌درمانگر از چنگال من داشت. اعضا کم‌کم نگرانی عمیقشان را نسبت به اینکه بازیچه‌ی ران در مبارزه‌اش با من شوند، ابراز کردند. وقتی به شیوه‌ی ارتباطی سلطه‌جویانه و غیراصیلش پی برد با این سؤال رودررو شد که «پس آدم‌ها به چه درد دیگری می‌خورند؟» چندین ماه را به بررسی رابطه‌اش با تک‌تک اعضا جز ایرن پرداخت. او را محکم چسبیده بود؛ و حتی زمانی که روشن شد همه‌ی پیشرفت ممکن را در گروه کرده، حاضر نشد آن را ترک کند زیرا در سطحی ناخودآگاه دلش می‌خواست آنجا حاضر باشد تا ایرن را از شر من حفظ کند. بالاخره درمان را خاتمه داد و چند ماه بعد درمان ایرن هم به پایان رسید. در این مرحله، وقتی دیگر ظالمی در صحنه نبود، عشق ران به ایرن به‌سرعت فروکش کرد و رابطه با او را خاتمه داد.

یک رابطه‌ی کاملاً عاشقانه و محبت‌آمیز، رابطه با یک نفر است نه با چهره‌های نامربوط موجود در گذشته و حال. پیش از آنکه رابطه‌ای اصیل با دیگری برقرار شود، ابتدا باید انتقال، تحریف‌های غیرمنطقی، انگیزه‌ها و اهداف پنهانی، همه‌وهمه کنار زده شود.

فصل نهم

تنهایی اگزیستانسیال و روان‌درمانی

تنهایی اگزیستانسیال چند کاربرد عمده در روان‌درمانی‌ها دارد. چارچوب داوری‌ای را به‌وجود می‌آورَد که بسیاری از پدیده‌های پیچیده و معماگونه را توضیح می‌دهد: توضیحاتی که درمانگران می‌کوشند آن‌ها را با تفسیرها و اظهارنظرهای روشنگر به بیمارانشان منتقل کنند. به‌علاوه، مفهوم تنهایی اگزیستانسیال منطق تدبیر درمانی مهمی را که عبارت است از رویارویی با تنهایی، تأمین می‌کند. و بالاخره، توجه به مفهوم تنهایی اگزیستانسیال نوری بر پدیده‌ی مهم و پیچیده‌ی رابطه‌ی بیمار-درمانگر می‌افکنَد.

سرمشقی برای درک روابط بین‌فردی

افرادی که از تنهایی وحشت دارند معمولاً می‌کوشند این وحشت را از طریق یک شیوه‌ی بین‌فردی تسکین دهند: آن‌ها نیازمند حضور دیگرانند تا هستی خود را به اثبات برسانند؛ آرزو دارند توسط دیگران بلعیده شوند یا آنکه می‌خواهند دیگران را ببلعند تا درماندگی ناشی از تنهایی‌شان را فرو بنشانند؛ در پی روابط جنسی متعدد که کاریکاتور یک رابطه‌ی اصیل است، هستند. خلاصه اینکه، فردی که در حال

غرق شدن در اضطراب تنهایی‌ست، مأیوسانه به هر رابطه‌ای چنگ می‌زند. این دست انداختن به‌سوی هر رابطه، چیزی نیست که او بخواهد بلکه از سر ناچاری چنین می‌کند؛ و رابطه‌ی حاصل از چنین شرایطی برای ادامه‌ی بقاست نه برای دستیابی به رشد و تکامل. طنز تلخ ماجرا اینجاست: آنان که مأیوسانه نیازمند آرامش و لذت حاصل از یک رابطه‌ی اصیلند، درست همان‌هایی هستند که کمتر از هرکسی قادر به برقراری چنین ارتباطی هستند.

یکی از نخستین وظایف درمانگر کمک به بیمار در جهت شناسایی و درک رفتاری‌ست که در روابطش با دیگران دارد. ویژگی‌های یک رابطه‌ی عاری از نیاز، ایده‌آل یا افقی را برای درمانگر پدید می‌آورَد که ناهنجاری رفتار بین‌فردی بیمار در برابر آن بیشتر به چشم می‌آید. مثلاً اینکه آیا بیمار منحصراً با کسانی ارتباط برقرار می‌کند که چیزی برایش فراهم می‌کنند؟ تمرکز عشق او بیشتر بر بخشش است یا ستاندن؟ آیا کوششی در جهت درک عمیق دیگری به‌عمل می‌آورَد؟ چه مقدار از وجود خویش را برای خودش نگاه می‌دارد؟ آیا بی‌غل‌وغش و بی‌ریا به دیگری گوش فرا می‌دهد؟ آیا از دیگری برای ارتباط با یک نفر سوم استفاده می‌کند به عبارت دیگر، چند نفر در اتاقند؟ آیا رشد دیگری برایش مهم است؟

گروه‌درمانی موقعیتی بسیار پرارزش است که مانند نمونه‌ی بالینی زیر اجازه می‌دهد اَشکال تحریف‌شده‌ی رابطه خود را آشکار کند:

ایو شش ماه بود وارد گروه‌درمانی شده بود و (مانند همه‌ی بیماران) کم‌کم داشت همان شیوه‌ی بین‌فردی‌ای را در گروه پیاده می‌کرد که در خارج از گروه به آن عادت داشت. او چهره‌ای حاشیه‌ای و منفعل از خود نشان داده بود که به‌سادگی از یادها می‌رفت. هیچ‌کس او را جدی نمی‌گرفت؛ واضح بود خودش هم خود را جدی نمی‌گیرد و به اینکه نماد خوش‌اقبالی گروه باشد، قانع است. در تعطیلات کریسمس که گروه به دلیل سفر بعضی اعضا به میزان غیرمعمولی کم‌تعداد شده بود، ایو جلسه را با بر زبان راندن ناراحتی‌اش از کوچک بودن گروه آغاز کرد. گفت مطمئن نیست «جلسه‌ی مؤثری» را در پیش داشته باشد. به‌شیوه‌ای سرد و بی‌علاقه از احساسش نسبت به گروه کوچک سخن گفت. بالاخره یکی از زنان عضو گروه گفت دیگر نمی‌تواند حرف‌های ایو را تحمل کند. هیچ‌یک از اعضای گروه حس نمی‌کردند ایو

دارد با آن‌ها حرف می‌زند؛ او همیشه با یک فضای خالی در گروه صحبت می‌کرد. نگاه کس دیگری در اتاق نیست. بعد اعضا این طور اظهار نظر کردند که ایو با هیچ‌یک از اعضای گروه ارتباط برقرار نکرده، هیچ کس او را نمی‌شناسد. انگار از نظرها پنهان مانده؛ و در نتیجه دیگران هم به او اجازه نداده‌اند برایشان مهم شود.

از ایو خواستم سعی کند با یکی از اعضای گروه ارتباط برقرار کند. و با فرمانبرداری همه‌ی گروه را دور زد و با شیوه‌ای کلیشه‌ای و تکراری احساسش را درباره‌ی تک‌تک اعضا بر زبان راند. پرسیدم: «اگر بخواهی به نظرات خودت درباره‌ی اعضا نمره بدهی، چه نمره‌ای از صفر تا ده به خودت می‌دهی؟» گفت: «خیلی کم، حدود دو و سه.» پرسیدم: «چطور می‌شود این نمره را یکی دو نمره بالاتر برد؟» جواب داد این طور که به گروه بگوید یک الکلی‌ست! این حقیقتاً یک افشاگری بود چون تا آن زمان در این باره چیزی نگفته بود. بعد سعی کردم کمکش کنم بیشتر از خودش بگوید و به این منظور پرسیدم از اینکه چند ماه است به گروه می‌آید و نتوانسته این موضوع را به ما بگوید، چه احساسی دارد.[1] ایو گفت چقدر در گروه احساس تنهایی می‌کرده و چقدر خود را از افراد موجود در اتاق دور می‌دیده است. ولی به‌خاطر الکلی بودنش احساس شرمندگی می‌کرده و تأکید کرد به همین خاطر نمی‌توانسته «با» دیگران باشد یا خود را به آن‌ها بشناساند.

من فرمول ایو را برعکس کردم (و اینجا بود که کارِ درمانیِ حقیقی آغاز شد): او خود را به‌خاطر الکلی بودن پنهان نمی‌کرد، بلکه الکلی شده بود چون خود را پنهان می‌کرد! می‌نوشید چون تا این اندازه از دنیا جدا افتاده بود. بعد ایو گفت وقتی به خانه می‌رود، تا چه حد احساس تنهایی و گم‌گشتگی می‌کند و در این حالت یکی از این دو کار را می‌کند: یا به خواب‌وخیال فرو می‌رود و خود را خیلی جوان و تحت توجه افراد مهم تصور می‌کند و یا درد گم‌گشتگی و تنهایی‌اش را با الکل تسکین می‌دهد. کم‌کم ایو متوجه شد فقط به دلیل خاصی ــ اینکه حمایت شود و

---

۱. به عنوان یک اصل کلی درمانی، هنگام برخورد با افشاگریِ یک راز بزرگ، همیشه باید به بیمار کمک کرد تا بیشتر در مورد افشاگری‌اش بگوید (افشاگری «افقی» یا «فرآفشاگری») نه اینکه وارد جزئیات رازش شود (افشاگری «عمودی»). به این ترتیب بیمار این توانایی را خواهد یافت که در همان لحظه خود را به دیگران بشناساند.

مورد توجه قرار گیرد ــ با دیگران ارتباط برقرار می‌کند و همین دلیل است که باعث می‌شود ارتباطی نیمه‌کاره با دیگران داشته باشد. او فقط بخشی از طرف مقابلش را می‌دید و تصمیم می‌گرفت تنها بخش‌هایی از خود را در معرض دید او قرار دهد که حامی را عقب نرانَد.

پس از آنکه متوجه شد دیگران رفتارش را از بیرون چگونه می‌بینند، توانست این موضوع را هم درک کند که رفتارش چگونه به احساس دیگران درباره‌ی او شکل می‌دهد. (این مسئله یکی از نقاط قوت حقیقی رویکرد گروه‌درمانی محسوب می‌شود: با اینکه برای درمانگر فردی این امکان وجود دارد که این اطلاعات را با بیمارش در میان بگذارد، بازخوردهای متنوعی که از تک‌تک اعضای یک گروه بزرگ به بیمار می‌رسد، آموزنده‌تر و نیرومندتر است.) ایو متوجه شد نیازمندی‌اش، توجهی را که در پی‌آن بوده، به ارمغان نیاورده است؛ برعکس، اکراهش برای برقراری ارتباط کامل و با همه‌ی وجود، باعث شده دیگران اهمیتی به او ندهند. ایو نتوانسته بود آنچه را می‌خواست به‌دست آورَد چون بیش از اندازه آن را خواسته بود.

همان‌طور که این تصویر بالینی نشان می‌دهد، درک روابط فعلی بیمار، پتانسیل درمانی قابل ملاحظه‌ای دارد و در این میان، بیشترین امکان دسترسی، برای رابطه‌ای فراهم است که میان درمانگر و بیمار برقرار می‌شود و همان‌طور که خواهم گفت، این رابطه تأثیر فوق‌العاده‌ای در درمان دارد. با این حال، روابط بیمار با دیگران نیز همیشه باید مورد بررسی قرار گیرد. رابطه‌ی میان بیماران حاضر در درمان (درمان گروهی، افراد بستری در خانه‌ی نیمه‌راه[1] یا بیمارستان روزانه) به‌ندرت ممکن است به دوستی بادوام و پرارزشی منجر شود. با وجود این، بیماران از طریق همین روابط، ناهنجاری‌های بین‌فردی خود را به نمایش می‌گذارند. به دلایلی که پیش از این توضیح دادم، درمانگران این اطلاعات دست اول را برای درک اَشکال خاص روابط نامیزان و ناجور بیماران مورد استفاده قرار می‌دهند و به آن‌ها کمک می‌کنند ماهیت رفتار بین‌فردی خود را بشناسند، تأثیر آن را بر دیگران ببینند و مسئولیت تنهایی‌شان را بپذیرند. در عین حال، روابط موجود در درمان، «تمرین»ی‌ست برای روابط آینده‌ی

1. halfway house

بیمار در «دنیای واقعی»: یک ماجراجویی کم‌خطر که فرد می‌تواند در آن شیوه‌های جدید برقراری ارتباط را امتحان کند.

تا اینجا به توصیف موارد استفاده‌ی روابط موجود در درمان پرداختم. ولی این روابط چیزی بیش از مکانی برای نمایش ناهنجاری و یا تمرین نمایش زندگی‌اند: این‌ها روابطی واقعی‌اند با آدم‌هایی واقعی که چیزی پرمعنا و شفابخش در خود دارند. بعضی بیماران وارد بخش روانپزشکی می‌شوند و ارتباط کمی با سایرین برقرار می‌کنند. فقط زمانی حرف می‌زنند که با آن‌ها صحبت شود؛ تا جایی که ممکن باشد در اتاقشان می‌مانند؛ وقت خود را با تفکر، «سروسامان دادن» به افکار، بافتن زیرانداز، مطالعه و غیره می‌گذرانند.

بیماران دلایل زیادی (مثل افسردگی، ترس از طرد، یا نداشتن «نقاط مشترک» با دیگران) برای این گوشه‌گیری‌ها مطرح می‌کنند، ولی یک دلیل شایع این است که دلیلی وجود ندارد برای چیزی انرژی صرف کنی که در هر حال زودگذر و ناپایدار است. بیماری می‌گوید رابطه با یک بیمار دیگر نمی‌تواند ادامه پیدا کند، چون آن‌ها روی «مدارهای» متفاوتی سیر می‌کنند (این در حالی‌ست که «مدارهای» مشترکشان ــ مدارهای خاکی چرخه‌ی زندگی ــ را از یاد می‌برند) پس چرا خود را درگیر کنند؟ دیگران می‌گویند تحمل از دست دادن آدم‌ها را ندارند و ترجیح می‌دهند فقط روابطی را گسترش دهند که پتانسیل برقراری دوستی‌های پایدار را دارند.

این بحث‌ها، ظاهر متقاعدکننده‌ای دارند. گذشته از هرچیز، یکی از مشکلات زندگی مدرن، ناپایداری آن و فقدان نهادها و شبکه‌های استوار اجتماعی‌ست. در واقع، چه دلیلی دارد یک رابطه‌ی ناپایدار دیگر را از نوع روابط «همسفران در تعطیلات» هم به آن اضافه کنیم؟

یک نمونه‌ی بالینی آگاهی بیشتری در این زمینه برایمان فراهم می‌آورد. آنا یک بیمار مرزی[1] که به دنبال ژست اقدام به خودکشی بستری شده بود، زنی جوان، ولی بسیار تلخ و منزوی بود. سؤال اساسی‌ای که مدام ذهنش را مشغول می‌کرد این بود: «آدم‌ها به چه دردی می‌خورند؟» از ارتباط با دیگران در جلسات گروه حذر می‌کرد

1. borderline

چون می‌گفت نمی‌خواهد درگیر ریاکاری رایج در روابط سطحی شود. هرگاه با کسی ارتباطی برقرار می‌کرد یا به ابراز هر گونه احساسی می‌پرداخت، ندایی درونی خیلی زود این واقعیت را به او یادآوری می‌کرد که یک آدم ریاکار شده و هیچ کدام از چیزهایی که می‌گوید از احساسات حقیقی سرچشمه نگرفته است. آنا احساس تنهایی و وحشت می‌کرد. همیشه بیرون از خانه بود: در خیابان‌های تاریک و سرد قدم می‌زد و نورها و گردهمایی‌های گرم و دوستانه‌ی خانه‌های دیگر را می‌دید و به آن غبطه می‌خورد. من در جلسات کوچک گروه، مدام به او اصرار می‌کردم با دیگران رابطه‌ای برقرار کند. نصیحتش می‌کردم که: «از تحلیل دیگران دست بردار، از فکر کردن درباره‌ی خودت هم دست بردار. فقط سعی کن در گروه با دیگران ارتباط برقرار کنی. سعی کن به دنیایی که آن‌ها تجربه می‌کنند، وارد شوی. سعی کن تا جایی که می‌توانی سفره‌ی دلت را برایشان باز کنی و نپرس چرا.» آنا در یکی از جلسات بسیار پرحرارت گروه، ارتباطی عمیق با چند تن از اعضا برقرار کرد، واقعاً با و برای یکی از آن‌ها گریست. در انتهای این جلسه از آنا خواسته شد تجربه‌اش در یک ساعت اخیر را توصیف کند. (استفاده‌ی مؤثر از اینجاواکنون در درمان، همواره مستلزم دو فرایند است: تجربه‌ی محض و بررسی بعدی آن تجربه.) آنا متوجه شد در این یک ساعت احساس زنده بودن کرده، در زندگی غوطه‌ور شده، درگیر رابطه با دیگران شده و از خودش و احساس فلاکت و بدبختی‌اش غافل شده است. یک ساعت را در درون زندگی سر کرده به‌جای آنکه خارج از آن بنشیند و از پنجره‌ای سرد و مأیوس‌کننده به آن زل بزند.

تجربه‌ی آنا در گروه، پاسخی را برای این سؤالش که «آدم‌ها به چه درد می‌خورند؟» به ارمغان آورد. او توانست برای مدت کوتاهی برای روابطی که دنیای درونی انسان را غنا می‌بخشد، ارزش قائل شود. با اینکه یقین داشتم خیلی زود می‌کوشد بر این تجربه هم انگ ریا بزند و آن را کنار بگذارد، دست‌کم این تجربه را به‌دست آورده بود که چگونه یک رابطه، پلی‌ست بر مغاک تنهایی. فرد از طریق برخورد با دیگری، هرچند برخوردی کوتاه، تغییر می‌کند. فرد این برخورد را درونی می‌کند؛ آن را به مرجعی درونی بدل می‌کند که همواره و در همه جا امکان و مزیت یک رویارویی حقیقی را یادآوری می‌کند.

برتراند راسل با توصیف ملاقات جوزف کنراد در سال ۱۹۱۳ نمونه‌ای درخشان از تأثیر پایدار یک برخورد کوتاه را به‌تصویر می‌کشد:

> در همان نخستین ملاقات، با صمیمیتی که دم‌به‌دم فزونی می‌گرفت، سخن گفتیم. انگار لایه‌به‌لایه از آنچه سطحی بود، گذشتیم تا اینکه هر دو به آن حرارت مرکزی رسیدیم. با هر تجربه‌ای که تا آن روز داشتم، متفاوت بود. به چشمان هم می‌نگریستیم و از اینکه یکدیگر را در این درونی‌ترین لایه می‌یافتیم، نیمی هراسان و نیمی سرمست بودیم. هیجانمان شدتی نظیر عشقی آتشین داشت و در عین حالی که همه چیز را تحت نفوذ خویش قرار داده بود، مرا بهت‌زده کرده بود، طوری که به‌سختی می‌توانستم راه‌ورسم روابط عادی و معمولم را از سر گیرم.(۱)

با اینکه راسل فقط چند ساعت را با کنراد گذراند، می‌گوید هرگز دوباره چنین احساسی را تجربه نکرد، چیزی از آن لحظه‌ی ملاقات برای همیشه با او ماند و نقش به‌سزایی در شکل‌گیری نگرش او نسبت به جنگ، بداقبالی‌های جزئی و روابط انسانی پس از آن ایفا کرد.(۲)

می‌شود در جهت عکس هم دچار لغزش شد یعنی با درگیر کردن خود در رویارویی‌های کوتاه‌مدت، از روابط صمیمی پایدار دوری گزید؛ و درمانگر باید مراقب این احتمال هم باشد. ولی فرد همیشه باید در ذهن داشته باشد که هیچ رابطه‌ای ثبات و ماندگاری‌اش را تضمین نمی‌کند. چرا فقط به این دلیل که یک رابطه در آینده واقعیت نخواهد داشت، از واقعیت فعلی محرومش کنیم؟ در واقع، افرادی که انتخاب می‌کنند تنها با افراد معدود و برگزیده‌ای در ارتباط باشند، بیشترین مشکل را در برقراری ارتباط دارند. همان‌طور که توصیف کردم، وحشت از تنهایی در آنان چنان شدید است که حتی در احتمال برقراری رابطه هم کارشکنی می‌کنند. از سوی دیگر، کسانی که مدام و به‌شیوه‌ای اصیل در پیِ گسترش روابطشان با دیگران هستند، از طریق تقویت دنیای درونی، اضطراب اگزیستانسیالشان را تعدیل می‌کنند و می‌توانند رابطه‌ای سرشار از عشق با دیگران برقرار کنند نه اینکه هنگام نیاز در آنان چنگ زنند.

مواجه کردن بیمار با تنهایی

گام مهم دیگر در درمان این است که به بیمار کمک کنیم با صراحت تمام به تنهایی اگزیستانسیال توجه کند، در آن به کاوش بپردازد و در احساس گم‌گشتگی و تنهایی خویش غوطه‌ور شود. یکی از حقایق بنیادینی که بیماران باید در درمان کشف کنند، این است که با اینکه رویارویی بین‌فردی، تنهایی اگزیستانسیال را تعدیل می‌کند، قادر به از بین بردن آن نیست. بیمارانی که در روان‌درمانی به رشد و تکامل می‌رسند، نه‌تنها به مزایای صمیمیت پی می‌برند، بلکه محدودیت‌هایش را نیز درمی‌یابند. چند سال پیش، در طرحی که در فصل ٦ توضیح دادم، من و همکارانم به مطالعه‌ی تعدادی از بیماران که روان‌درمانی موفقی را پشت سر گذاشته بودند، پرداختیم و کوشیدیم مشخص کنیم کدامیک از وجوه تجربه‌ی درمانی‌شان مؤثرترین وجه بوده است. از شصت موردی که مشخص شده بود، موردی که با محدودیت‌های صمیمیت مرتبط بود («درک اینکه هر قدر هم به دیگران نزدیک شوم، باز باید به‌تنهایی با زندگی مواجه شوم»)، بالاترین رتبه را از سوی بسیاری از بیماران دریافت کرده بود و در مقام بیست‌وسوم از شصت مورد قرار گرفته بود.(۳)

البته که تنهایی «راه حل» ندارد. تنهایی بخشی از هستی‌ست، باید با آن رودررو شویم و راهی برای هضم آن بیابیم. ارتباط با دیگران مهم‌ترین منبع در دسترس ما برای کاستن از وحشت تنهایی‌ست. هریک از ما کشتی‌هایی تنها در دریایی تیره و تاریم. نور کشتی‌های دیگر را می‌بینیم، کشتی‌هایی که به آن‌ها دسترسی نداریم ولی حضورشان و شرایط مشابهی که با ما دارند، آرامش زیادی به ما می‌بخشد. ما از تنهایی و درماندگی محضمان آگاهیم. ولی اگر بتوانیم سلول‌های بی‌روزنمان را بشکافیم، متوجه می‌شویم دیگرانی هم هستند که با وحشتی مشابه دست‌به‌گریبانند. احساس تنهایی، راهی برای همدردی با دیگران به‌رویمان می‌گشاید و به این ترتیب، دیگر چندان وحشت‌زده نخواهیم بود. پیوندی نادیدنی، افرادی را که تجربه‌ای مشترک دارند، به هم می‌پیوندد، حال چه تجربه‌ای با اشتراک زمانی یا مکانی باشد (مثل هم‌مدرسه‌ای بودن) چه یکی از تماشاگران واقعه‌ای بودن.

اما همدردی و همزادش، همدلی، نیازمند درجاتی از آرامشند؛ این دو در سراسیمگی به‌وجود نمی‌آیند. فرد باید رویارویی با تنهایی را آغاز کند و آن را تاب آورَد تا بتواند برای کنار آمدن با موقعیت اگزیستانسیالش از منابع در دسترس استفاده کند. نجات از تنهایی برای بسیاری به‌دست خداوند میسر است؛ ولی همان‌طور که آلفرد نورث وایت‌هد[1] تأکید کرده تنهایی شرط یک اعتقاد معنوی حقیقی‌ست: «دین همان کاری‌ست که فرد با تنهایی خود می‌کند... . و اگر هرگز تنها نبوده باشی، هرگز دین‌دار نبوده‌ای.»(٤) بخشی از وظیفه‌ی درمانگر، کمک به بیمار برای رویارویی با تنهایی‌ست: اقدامی مخاطره‌آمیز که ابتدا اضطراب می‌آفریند ولی در نهایت رشد فردی را تسریع می‌کند. فروم در هنر عشق ورزیدن نوشت: «توانایی تنها بودن، شرط توانایی عشق ورزیدن است.» و در آن روزها در ایالات متحده، پیش از دهه‌ی ۱۹٦۰ و مراقبه‌ی شهودی رایج در آن، شیوه‌هایی را برای تمرکز انفرادی بر آگاهی پیشنهاد کرد.(٥)

کلارک موستاکاس[2]، در رساله‌اش درباره‌ی تنهایی به همین موضوع اشاره کرد:

> فرد در تنهایی اگر به حال خود گذاشته شود، در تنهایی به درک خویش نائل می‌شود و پیوند یا حس بنیادینِ ارتباط با دیگران را می‌آفریند. تنهایی بیش از جداسازی فرد یا ایجاد پارگی و انشعاب در «خود»، تمامیت، ادراک، حساسیت و انسانیت فرد را گسترش می‌دهد.(٦)

افراد زیادی این موضوع را تأیید کرده‌اند که تنهایی را باید پیش از آنکه بر آن پیشی گیریم، تجربه کنیم. مثلاً کامو: «وقتی انسان آموخت ــ آن هم نه فقط بر روی کاغذ ــ که چگونه با رنج‌هایش تنها بماند، چگونه بر اشتیاقش به گریز چیره شود، آن وقت چیز زیادی نمانده که یاد نگرفته باشد.»(۷) همین طور رابرت هابسن[3]: «انسان بودن

---

1. Alfred North Whitehead
2. Clark Moustakas
3. Robert Hobson

به‌معنای تنها بودن است. پیشرفت در جهت انسان شدن به‌معنای کشف شیوه‌های نوین برای آرام گرفتن در تنهایی خویش است.»(۸)

عبارت «کشف شیوه‌های نوین برای آرام گرفتن در تنهایی خویش» را می‌پسندم. توصیفی جالب است از وظیفه‌ی درمانگر. در عین حال، حاوی منشأ مشکل بالینی نیز هست: بیمار بیش از آنکه در تنهایی‌اش «آرام گیرد»، در آن بی‌قرار می‌شود و به خود می‌پیچد. مشکل اینجاست که ثروتمندان، ثروتمندتر و فقرا فقیرتر می‌شوند: کسانی که قادر به رویارویی با تنهایی خویش و اکتشاف در آنند، یاد می‌گیرند با عشقی بالغانه با دیگران ارتباط برقرار کنند؛ ولی فقط آن‌هایی که از هم‌اکنون قادر به برقراری رابطه با دیگرانند و به اندکی رشد بالغانه دست یافته‌اند، می‌توانند تنهایی را تاب آورَند. برای نمونه رابرت بالندورف[1] نشان داده هرچه سطح خودشکوفایی فرد (که به‌وسیله‌ی ابزار جهت‌یابی فردی[2] اندازه‌گیری شده) بالاتر باشد، سطح اضطراب تنهایی‌اش (که به‌وسیله‌ی مقیاس اضطراب ابزار IGPE اندازه‌گیری شده) وقتی به‌مدت شانزده ساعت در حبس انفرادی نگاه داشته شده، پایین‌تر است.(۹)

اوتو ویل[3] با تجربه‌ی طولانی‌اش در درمان نوجوانان و بالغین جوان آشفته و نگران، مشاهده کرده که افراد متعلق به خانواده‌های سرشار از محبت و احترام متقابل قادرند با سهولتی نسبی از خانواده‌هایشان جدا شوند و جدایی و تنهایی دوران جوانی را تاب آورَند. ولی برای کسانی که در خانواده‌هایی با سطح عذاب و تعارض بالا رشد کرده‌اند، چه اتفاقی می‌افتد؟ شاید این طور تصور شود که با چشم‌انداز دور شدن از چنین خانواده‌ای، با شادمانی و پایکوبی روبه‌رو شوند. ولی عکس این حالت اتفاق می‌افتد: هرچه خانواده آشفته‌تر باشد، ترکش برای فرزندان سخت‌تر است: آن‌ها برای جدایی خوب مجهز نشده‌اند و خانواده را رها نمی‌کنند تا شاید در آن پناهگاهی در برابر اضطراب تنهایی بیابند.(۱۰)

درمانگر باید به بیمار کمک کند به آن مقدار و با استفاده از آن نظام حمایتی‌ای که برای شخص او مناسب است، با تنهایی رویاروی شود. بعضی درمانگران در مراحل

---

1. Robert Bollendorf
2. Personal Orientation Inventory
3. Otto Will

پیشرفته‌ی درمان (وقتی بر روی سایر سرچشمه‌های اضطراب کار شده و رابطه‌ی درمانی مثبت و محکمی برقرار شده) دوره‌هایی از تنهایی اجباری را در حین درمان توصیه یا تجویز می‌کنند. این نوع تنهایی دو مزیت دارد. اول اینکه، داده‌های مهمی پدید می‌آورَد. بروس را که در فصل ۵ معرفی‌اش کردم، به یاد آورید: به‌دنبال چند ساعت تنهایی، از وحشت تنهایی و مرگی آگاه شد که همه‌ی عمرش با اعتیاد به کار و بی‌اختیاری یا اجبار جنسی از آن دوری کرده بود. دوم اینکه، بیمار تدبیر و شجاعتی پنهانی را در خود کشف می‌کند. لیندا شربی[1] بیماری را توصیف می‌کند که علائمش عبارت بود از فعالیت جنون‌آسا و وضعیتی وابسته و نارضامندانه نسبت به آنچه خودش رابطه می‌نامید.(۱۱) در تلاش برای غلبه بر بن‌بستی درمانی، درمانگر به بیمار پیشنهاد کرد بیست‌وچهار ساعت را تنها و دور از هرآنچه حواسش را پرت می‌کرد (آدم‌ها، تلویزیون، کتاب و مانند این‌ها)، در مُتلی بگذراند و فقط همه‌ی افکار و احساساتش را به‌روی کاغذ آورَد. مهم‌ترین نتیجه که برای بیمار هم اهمیت قابل ملاحظه‌ای داشت، این بود که یاد گرفت می‌تواند تنهایی را بدون سراسیمگی تاب آورَد. یادداشت‌های بیمار از این نظر بسیار صریح و بی‌پرده‌اند: «هنوز نمی‌دانم سرم چطور باید سر جایش باقی بماند ــ شاید هنوز برای فروپاشی‌ام زود باشد، ولی تا حالا نُه ساعت گذشته و به‌نظر نمی‌آید در حال سقوط و فروپاشی باشم.» وقتی بیست‌وچهار ساعت روبه‌پایان بود، به درمانگرش نوشت: «ظاهراً دیوانه نشده‌ام و به‌نظرم تو در همه‌ی این مدت این موضوع را می‌دانستی. اندوه بخشی از من شده و شک دارم خلاصی از دست آن، کار ساده‌ای باشد!»

چند سال پیش، من و همکارانم آزمونی را انجام دادیم که به‌شکلی اتفاقی میزان رشد فردی حاصل از تنهایی را نشان داد.(۱۲) در تلاش برای بررسی تأثیر میزان برانگیختگی عاطفی (در یک گروه رویارویی آخر هفته که در مسافرخانه‌ای روستایی برگزار می‌شد) بر درمان انفرادی درازمدت، بیماران را به سه گروه تقسیم کردیم: دو گروه آزمودنیِ گشتالتِ برانگیزاننده‌ی عاطفه و یک گروه کنترلِ مراقبه‌ی ذن. می‌خواستیم تأثیر تجربه‌ی گروه گشتالت را بر آزمودنی‌ها بررسی کنیم و تصورمان

---

1. Linda Sherby

این بود که گروه مراقبه‌ی بدون برانگیختگی، باید شرایط کنترل‌شده و باثبات‌تری داشته باشد. ولی نتیجه برعکس بود. متغیرهای «غیراختصاصی» و پیش‌بینی‌نشده‌ای در کار بود که نتیجه را تا حدود زیادی تغییر داد. یک متغیر غیراختصاصی مهم، تجربه‌ی تنهایی بود. بسیاری از افراد در هر دو دسته‌ی آزمودنی و کنترل گزارش کردند که جنبه‌ی مهمی از تجربه‌شان این بود که از محیط آشنای دوروبرشان جدا و با تنهایی رودررو شده بودند. در واقع، چند تن از زنان مورد بررسی گفتند این آخر هفته، نخستین بار بود که بعد از سال‌ها (در یک مورد، بیست سال) از خانواده‌شان جدا شده و یک شب را تنها سپری کرده بودند بی آنکه همسرشان در بستر کنارشان باشد و فرزندان در نزدیکی‌شان خفته باشند. تأثیر رویارویی با تنهایی چنان قوی بود که برای بعضی اهمیت برانگیختگی عاطفی ــ متغیر مورد بررسی ــ را تحت‌الشعاع قرار داده بود.

تمرین مراقبه، وسیله‌ی دیگری برای وقوف به تنهایی‌ست. با اینکه کمتر پیش می‌آید درمانگران و مربیان مراقبه، مزیت‌های مراقبه را دقیقاً از این منظر مورد بررسی قرار دهند، من بر این باورم که یکی از عوامل اصلی تسریع‌کننده‌ی رشد در مراقبه این است که به انسان اجازه می‌دهد در موقعیتی با اضطراب کاهش‌یافته (یعنی آرَمِش عضلانی، وضع خاص بدنی، تنفس و پاکسازی ذهن در جهتی که موجب رهایی از اضطراب می‌شود) با اضطراب ملازم تنهایی مواجه شوند و بر آن پیشی گیرند.

افراد می‌آموزند با همان چیزی مواجه شوند که بیش از هرچیز از آن می‌ترسند. از آنان خواسته می‌شود در تنهایی غوطه‌ور شوند و حتی مهم‌تر از آن، برهنه و بدون سپرهای معمول انکار در آن فرو روند. از آن‌ها خواسته می‌شود «همه‌چیز را رها کنند» (به‌جای آنکه به‌دست آورَند و کسب کنند)، ذهنشان را خالی کنند (به‌جای آنکه تجربه‌شان را دسته‌بندی و تحلیل کنند) و به دنیا پاسخ دهند و با آن هماهنگ شوند (به‌جای آنکه کنترلش کنند و بر آن چیره شوند). قطعاً یکی از اهداف آشکار مراقبه ــ یکی از مراحلی که فرد باید در مسیر وارستگی (روشن‌بینی روحی در ذن بودائیسم) از آن عبور کند ــ این آگاهی‌ست که واقعیت فیزیکی، در واقع، نقاب و پرده‌ای‌ست برای پوشاندن واقعیت و فقط با رسیدن به اعماق

تنهایی خویش است که فرد می‌تواند این پرده را برافکند. ولی شناسایی ماهیت وهم‌آلود واقعیت یا همان‌طور که در فصل ٦ توضیح دادم، آگاهی از کارکرد سرشتی خود، بی‌چون‌وچرا فرد را در رویارویی با تنهایی اگزیستانسیال فرو می‌برد و او را به این آگاهی می‌رسانند که نه‌تنها از دیگران جداست، بلکه در بنیادی‌ترین سطح، از دنیا نیز جداست.

تنهایی و رویارویی بیمار-درمانگر

این رابطه است که درمان می‌کند

دو جمله‌ی رایج در روان‌درمانی را که در همان ابتدای دوره‌ی آموزشی‌ام یاد گرفتم، یادآوری می‌کنم. اولی را ــ «هدف از روان‌درمانی، رساندن بیمار به مرحله‌ای‌ست که بتواند آزادانه انتخاب کند» ــ در قسمت مربوط به آزادی مورد بحث قرار دادم. دومی ــ «این رابطه است که درمان می‌کند» ــ مهم‌ترین درسی‌ست که هر روان‌درمانگری باید بیاموزد. هیچ حقیقت بدیهی دیگری در روان‌درمانی وجود ندارد؛ هر درمانگری بارها و بارها در کار بالینی‌اش مشاهده می‌کند که رویارویی خود برای بیمار شفابخش است آن هم به‌نحوی که از رویکرد نظری درمانگر پیشی می‌گیرد.

اگر پژوهش در روان‌درمانی، یک واقعیت را به اثبات رسانده باشد، آن این است که رابطه‌ی مثبت میان بیمار و درمانگر، ارتباط مثبتی با نتیجه‌ی درمان دارد. درمانگران موفق به‌شیوه‌ای موثق نسبت به بیمارانشان واکنش نشان می‌دهند؛ رابطه‌ای برقرار می‌کنند که بیمار در آن احساس امنیت و موردقبول‌بودن می‌کند؛ صمیمیتی غیرمتملکانه و درجات بالایی از همدلی دقیق از خود نشان می‌دهند و قادرند «با» بیمار باشند یا «معنی» خاص بیمار را درک کنند. چندین مطالعه‌ی مروری که صدها مطالعه‌ی تجربی را خلاصه کرده‌اند، بر این نتیجه صحه گذاشته‌اند.[1] (۱۳)

---

۱. در جاهایی از این کتاب به مطالعه‌ی تجربی اشاره کرده‌ام، ولی در هر مورد بسیار انتخابی و با احتیاط فراوان. یا مطالعه اندک بوده، یا خوب نگاشته یا اجرا نشده یا با دلواپسی‌های اگزیستانسیال مورد بحث ارتباط کمی داشته است. در مورد رابطه‌ی بیمار-درمانگر هم به مطالعات پژوهشی زیادی اشاره نکرده‌ام، ولی به دلیلی کاملاً متفاوت: میزان بسیار زیاد پژوهش‌هایی با کیفیت بالا که اهمیت حیاتی این رابطه را تصدیق کرده‌اند.

در فصل اول، روان‌درمانی را به تجربه‌ای که در یک کلاس اشهری داشتم، تشبیه کردم: آنچه دو خوراک بادمجان ارمنی و دو روان‌درمانی را از هم متمایز می‌کند، همان «افزودنی‌ها» و مخلفات «ثبت‌وضبط‌نشده» است. قسمت اعظم این «افزودنی‌ها» در حیطه‌ی رابطه‌ی بیمار-درمانگر اتفاق می‌افتد. درمانگر در روند روان‌درمانی مؤثر بارها و بارها تماسی انسانی و عمیقاً شخصی با بیمار برقرار می‌کند. گرچه این تماس یک واقعه‌ی بسیار مهم و خطیر در درمان است، خارج از حیطه‌ی مرام ایدئولوژیک رسمی باقی می‌ماند؛ این همان چیزی‌ست که در ادبیات روانپزشکی اشاره‌ای به آن نمی‌شود (معمولاً به‌دلیل خجالت یا ترس از انتقاد و بازخواست) و به دانشجویان هم آموزش داده نمی‌شود (هم به این دلیل که خارج از بحث‌های نظری رسمی‌ست و هم به این دلیل که ممکن است «افراطی‌گری» را ترویج کند).

توصیف فوق‌العاده‌ای از اهمیت رویارویی بیمار-درمانگر را می‌توان در کتابی به‌نام وقایع خطیر روان‌درمانی (۱۹۵۹) یافت که به چندین واقعه اشاره دارد که درمانگران آن‌ها را نقطه‌ی عطف درمان دانسته‌اند.(۱٤) بخش اعظم این وقایع خطیر زمانی اتفاق می‌افتد که درمانگر پا از حیطه‌ی نقش تخصصی‌اش بیرون می‌گذارد و به‌شیوه‌ای عمیقاً انسانی با بیمار ارتباط برقرار می‌کند. چند مثال:

۱. به اینجا که رسیدیم تام [بیمار] راست در چشمانم نگریست و به آرامی گفت: «اگر رهایم کنی، دیگر امیدی برایم باقی نمی‌ماند.» در این لحظه عواطف پیچیده و نیرومندی متشکل از غم، بیزاری، ترحم و بی‌کفایتی سراپایم را فرا گرفت. این جمله‌ی تام «واقعه‌ی خطیری» برای من بود. در آن لحظه چنان با او احساس نزدیکی می‌کردم که تا آن زمان با هیچ انسانی بر روی زمین نکرده بودم.(۱۵)

۲. درمانگری بیمار حادی را در یک جلسه‌ی اضطراری شنبه عصر ملاقات کرد و با اینکه گرسنه و خسته بود، جلسه‌ای چند ساعته را با بیمار گذراند.(۱٦)

۳. درمانگر بیماری را ملاقات کرد که در حین درمان دچار علائمی شده بود که احتمال سرطان را مطرح می‌کرد. وقتی بیمار در انتظار نتیجه‌ی بررسی‌های آزمایشگاهی بود (که بعد منفی از کار درآمد) و از شدت وحشت، یک دوره‌ی

روان‌پریشی کوتاه را تجربه می‌کرد، درمانگر، با دیدن گریه‌اش او را همچون کودکی در آغوش گرفت.(۱۷)

٤. یک درمانگر مرد، زن بیمار جوانی را درمان می‌کرد که چنان انتقال مثبت شهوانی و نیرومندی نسبت به درمانگرش پیدا کرده بود که کار درمانی غیرممکن شده بود. درمانگر بخشی از زندگی خصوصی‌اش را برای بیمار تعریف کرد تا بیمار دیدی واقعی نسبت به او پیدا کند و برداشت‌های غیرطبیعی و ناهنجارش را کنار بگذارد.(۱۸)

۵. یک بیمار چندین جلسه با حملات شخصی و زیر سؤال بردن مهارت‌های تخصصی درمانگرش به او توهین کرد. بالاخره درمانگر منفجر شد: «شروع کردم با مُشت روی میز کوبیدن و فریاد زدم: لعنتی، ببین چرا این اسهال زبانی را تمامش نمی‌کنی و به‌جای کوبیدن من به کار فهم خودت مشغول نمی‌شوی؟ هر قدر عیب و ایراد داشته باشم که حتماً دارم به تو ربطی ندارد. من هم یک آدمم و امروز هم روز بدی برایم بوده... .»(۱۹)

٦. بیماری در خانه‌ای متروک واقع بر یک صخره که تنها راه دسترسی به آن، پل چوبی لق و زهواردررفته‌ای بود، تنها رها شده بود. در نهایت درماندگی به درمانگرش تلفن زد، او هم به آنجا آمد، از پل گذشت، بیمار را دلداری داد و به خانه‌اش رساند.(۲۰)

وقایع خطیر در یک موضوع مشابهند: در تمامی آن‌ها، درمانگر رابطه‌ای کاملاً انسانی و فارغ از «کنترل»های تصنعی و تجویزی نظری با بیمار برقرار می‌کند.

موارد تأییدکننده‌ی این پدیده در ادبیات فراوان است. در فصل ۲ توضیح دادم که چگونه فروید و بروير در سال ۱۸۹۵ در مطالعاتی در هیستری، از داده‌های قابل ملاحظه‌ی مرتبط با مرگ چشم‌پوشی کردند.(۲۱) جالب است که فروید در بررسی سازوکارهای درمانی هم اهمیت رویارویی بیمار-درمانگر را نادیده گرفت. او تحول درمانی را نتیجه‌ی تلقین خوابواره‌ای و تعبیرهایی دانست که «برون‌ریزی هیجانی» و آزادسازی «عواطف مسدود شده» را ممکن ساختند. با این حال، به ماهیت دخالت درمانی فروید که در نمونه‌های بالینی‌اش توصیف می‌کند، توجه کنید. او به‌طور منظم بعضی از بیمارانش

را ماساژ می‌دهد و سخنی در نوشته‌ای ناراحتی خود را از این مسئله که بیمارش دوره‌ی عادت ماهیانه را می‌گذراند و امروز ماساژ ممکن نیست، ابراز کرده است. در موارد دیگر به‌وسیله‌ی صحبت با اعضای خانواده‌ی بیمار و یا روشن ساختن وضعیت مالی و دورنمای زندگی زناشویی او، (به‌اصطلاح بوبر) «شجاعانه(۲۲)» به زندگی بیمارش وارد می‌شود. فروید در سایر موارد مستبد و خشن است. در یک رویارویی به‌یادماندنی مصرانه به بیمارش گفت بیست‌وچهار ساعت مهلت دارد تا اعتقادش را (نسبت به علل غیرروانشناختی یک علامت پزشکی) تغییر دهد وگرنه باید بیمارستان را ترک کند.(۲۳)

چند سال پیش (به‌دلایلی که از حوصله‌ی این بحث خارج است) قراردادی با یکی از بیمارانم بستم که در آن تصریح کردیم هر دو باید در پایان هر جلسه خلاصه‌ای از برداشت‌های خود را نسبت به ساعتی که با هم گذرانده‌ایم، بنویسیم و آن را دربسته به منشی من تحویل دهیم و هر چند ماه یک‌بار، یادداشت‌های یکدیگر را بخوانیم. (بعدها این یادداشت‌ها را در کتابی به‌نام هر روز نزدیک‌تر از پیش: یک درمان از دو دیدگاه(۲۴) منتشر کردیم.) آنچه مرا تحت تأثیر قرار داد، تفاوتی بود که میان برداشت‌های من و بیمارم از جلسه‌ی یک‌ساعته‌ی درمان وجود داشت. ما دو نفر به وجوهی کاملاً متفاوت از تجربه‌ی درمان توجه می‌کردیم و اهمیت می‌دادیم. تعابیر ارزشمند و درجه‌یک من کجا بودند؟ حیف! بیمارم حتی آن‌ها را نمی‌شنید! آنچه برای او عزیز و گرامی بود، نکات شخصی مختصری ــ نگاه گرمی، تعریفی از ظاهرش، علاقه‌ی ثابتم به او، پرسیدن نظرش درباره‌ی فیلمی که دیده ــ بود که میان ما مبادله می‌شد.

این مشاهدات به چه درد ما می‌خورند؟ روشن است که رابطه‌ی بیمار-درمانگر به‌شیوه‌ای هنوز نامشخص برای فرایند تحول حیاتی‌ست و درمانگر اغلب این عامل را دست‌کم می‌گیرد و برعکس تخمینش از تأثیر مطالب شناختی‌ای که بر زبان می‌راند، بیش از واقعیت است.

رابطه‌ی درمانی چگونه درمان می‌کند؟ در قسمت قبلی توضیح دادم روابط «حین درمان» بیمار (روابط موجود در زندگی‌اش، رابطه با سایر اعضا گروه‌درمانی یا سایر بیماران بستری در بخش روانپزشکی) دو نوع اثر درمانی دارد: (۱) این روابط با شناساندن رفتارهای فردی نابهنجار بیمار به او و «تمرین نمایش زندگی» طوری «هدایت» می‌شوند که به‌وسیله‌ی شیوه‌های جدید، کیفیت روابط آینده را

بهبود بخشند؛ (۲) آن‌ها به‌خودی‌خود به‌عنوان روابط «حقیقی» ارزشمندند و موجب تحولات درون‌فردی می‌شوند.

همین الگو برای رابطه‌ی بیمار-درمانگر نیز صادق است: با روشنگری و توضیح سایر روابط و نیز با پیشکش یک رابطه‌ی حقیقی به بیمار، شفابخش است.

رابطه‌ی بیمار-درمانگر: روشنگری و تسهیل سایر روابط. درمانگر با کمک به بیمار در جهت آزمودن رابطه‌ی بیمار-درمانگر، روابط موجود در حال و گذشته‌ی بیمار را با کسانی که به‌شیوه‌ای نمادین شبیه درمانگرند، توضیح می‌دهد و تسهیل می‌کند.

استفاده از رابطه برای توضیح گذشته، همان «انتقال» یا دیدگاه سنتی به رابطه‌ی بیمار-درمانگر است که در آن بیمار، احساسات و نگرش‌هایش را نسبت به چهره‌های مهم زندگی خصوصاً والدین به شخص درمانگر «منتقل» می‌کند. درمانگر مانکنی می‌شود که بیمار لباسِ احساسات برگرفته از دیگران را بر تن او می‌پوشاند. رابطه با درمانگر، نوعی نمایش سایه‌هاست که فرازونشیب ماجرایی را که مدت‌ها پیش رخ داده، بازتاب می‌دهد. با این رویکرد، هدف درمانی-تحلیلی زنده کردن خاطرات و توضیح وقایع روی‌داده در کودکی به‌خوبی تأمین می‌شود.

دو مخالفت اساسی با چنین رویکردی به روابط وجود دارد. اول اینکه، همان گونه که در فصل ۷ توضیح دادم، شواهدی وجود ندارد که ثابت کند آشکارسازی و درک گذشته، تأثیر مثبت درمانی دارد. دوم اینکه، دیدگاه «انتقالی» به رابطه‌ی بیمار-درمانگر، ماهیت حقیقتاً انسانی و حقیقتاً مثبت این رابطه را نفی می‌کند. شواهد فراوانی برای این بحث موجود است که این خودِ رابطه است که درمان می‌کند؛ و مشاهده‌ی رابطه‌ی بیمار-درمانگر به‌مثابه صندوقی که متاع درمان (بینش، آشکارسازی وقایع ابتدای زندگی و مانند آن) را منتقل می‌کند، اشتباه گرفتن ظرف با محتواست. این رابطه است که متاع درمان است؛ و همان‌طور که پیش از این تأکید کرده‌ام، جست‌وجو برای بینش و وظیفه‌ی کندوکاو در گذشته، همه‌وهمه ماجراجویی‌هایی شگفت‌انگیز و ظاهراً مفیدند که توجه بیمار و درمانگر را به خود معطوف می‌کنند تا در این اثنا، عامل اصلی تحول، یعنی رابطه رشد کند.

استفاده‌ی دیگر رابطه‌ی بیمار-درمانگر، کمک به بیمار در جهت درک روابط فعلی یا آینده‌ی اوست. بیمار تقریباً در همه‌ی موارد بعضی جنبه‌های رابطه‌اش با درمانگر

را تحریف می‌کند. درمانگر مجرب با به‌کارگیری خودشناسی و تجربه‌ی فراوانش در این زمینه که دیگران او را چگونه می‌بینند، به بیمار کمک می‌کند واقعیت را از دل تحریف بیرون بکشد. او ممکن است برای بیماران مختلف، نماد چیزهای مختلفی باشد، ولی برای اکثر آن‌ها، مظهر اقتدار ــ معلم، رئیس، والدین، قاضی، سرپرست و مانند این‌ها ــ است. درمانگر با کمک به بیمار در جهت بهبود رابطه‌اش با چنین افرادی، خدمتی حقیقی به او می‌کند.

رابطه‌ی «حقیقی» میان درمانگر و بیمار. سود بالقوه‌ی فراوانی در ایجاد رابطه‌ای حقیقی (در تضاد با رابطه‌ای انتقالی) میان درمانگر و بیمار نهفته است. بیش از آنکه این رابطه پدیده‌ای «اما و اگری» ــ یعنی رابطه‌ای که اگر درست تحلیل شود، دیگر روابط را تسهیل می‌کند ــ باشد، به درمانگر کمک می‌کند با ایجاد یک رابطه‌ی اصیل با بیمار، او را درمان کند.

همان‌طور که پیش از این گفتم، کایزر معتقد بود فردِ از تنهایی به‌ستوه‌آمده (تعارض «جهان‌شمول») می‌کوشد از طریق «آمیختن» با دیگری، با این مشکل کنار بیاید. هنگام هموارسازی راه آمیختگی‌ست که به‌قول کایزر «علامت جهان‌شمول» سر برمی‌آورَد. «علامت جهان‌شَمول» همان «دورویی» یا «بی‌صداقتی» یا «انتقال» است و هم درک تحریف‌شده و هم رفتار متعاقب آن را نسبت به درمانگر شامل می‌شود. در نتیجه بیمار با خود واقعی‌اش ارتباط برقرار نمی‌کند بلکه به‌شیوه‌ای با درمانگر مرتبط می‌شود که از تنهایی بگریزد و به آمیختگی برسد.

و پادزهر این تعارض و علامت جهان‌شمول چیست؟ پاسخ کایزر به این پرسش «ارتباط»(۲۵) بود. او گفت: «این توانایی برقراری آزادانه‌ی ارتباط است که تعارض جهان‌شمول را از راندن فرد به‌سوی روان‌نژندی دست‌وپاگیر هذیانی بازمی‌دارد.» کایزر معتقد بود درمانگر فقط به‌وسیله‌ی بودن با بیمار شفا می‌دهد. درمان موفق نیازمند آن است که «بیمار زمان کافی را با فردی دارای ویژگی‌های شخصیتی خاص» بگذرانَد.

چه ویژگی‌های شخصیتی‌ای؟ کایزر به چهار مورد اشاره می‌کند: ۱) علاقه به انسان‌ها؛ ۲) دیدگاه‌های نظری روان‌درمانی که با علاقه‌اش به کمک به بیمار در جهت برقراری آزادانه‌ی ارتباط مغایرت نداشته باشد؛ ۳) فقدان شیوه‌های روان‌نژندانه‌ای که

مانع برقراری ارتباط با بیمار می‌شود؛ ٤) استعداد ذهنی برای «دریافتگری[1]» که به‌معنای حساس بودن نسبت به دورویی یا عناصر غیرارتباطی در رفتار بیمار است.

کایزر فقط یک اصل را برای درمانگر تعیین می‌کند: «برقراری ارتباط.» سایر پیش‌نیازها به آنچه درمانگر باید بکند، مربوط نیست بلکه مربوط به آن چیزی‌ست که درمانگر باید باشد. شاید کایزر غلو کرده باشد، ولی با این حال توجه ما را به محور اصلی فرایند تحول درمانی معطوف می‌کند. روان‌درمانی برای بسیاری از بیماران فرایندی چرخه‌ای‌ست که از تنهایی آغاز می‌شود و به رابطه می‌انجامد. وقتی بیماری بتواند ارتباطی عمیق با درمانگر برقرار کند (و با او به‌عنوان یک فرد حقیقی ارتباط برقرار کند نه به‌عنوان تصویری سه‌بُعدی ساخته‌وپرداخته‌ی «اسلوب علمی»)، دیگر تحول درمانی را تجربه کرده است. بیمار می‌آموزد استعداد عشق ورزیدن دارد و احساساتی را تجربه می‌کند که در گستره‌ی گسسته‌ی سال‌ها و دهه‌ها در درونش نهفته و مدفون مانده بود. اظهارات بوبر را درباره‌ی رابطه‌ی من-تو به‌یاد آورید: وقتی «من» حقیقتاً با دیگری ارتباط برقرار کند، تغییر می‌کند، دیگر آن «من»ی نیست که پیش از ارتباط با «تو» بوده است. وجوه تازه‌ای از خویش را تجربه می‌کند، نه تنها دروازه‌ی دلش را بر دیگری می‌گشاید، بلکه آن را به‌روی خویش نیز گشوده خواهد یافت. مهم نیست که رابطه‌ی بیمار با درمانگر «موقتی»ست، چون صمیمیت پابرجاست. هرگز از میان نمی‌رود. به‌مثابه نقطه‌ی اتکایی دائمی در دنیای درونی بیمار وجود خواهد داشت: یادآور استعداد فرد برای تجربه‌ی صمیمیت خواهد بود. کشف و شناسایی «خود» که نتیجه‌ی صمیمیت است نیز برقرار و پابرجا خواهد ماند.

لزومی ندارد بگوییم تجربه‌ی یک رویارویی صمیمانه با یک درمانگر پیامدهایی برای فرد دارد که فراتر از رابطه با سایر افراد است. درمانگر کسی‌ست که بیمار احترام خاصی برایش قائل است. ولی مهم‌تر اینکه درمانگر کسی‌ست ــ اغلب تنها کسی‌ست ــ که بیمار را حقیقتاً می‌شناسد. وقتی فرد پنهان‌ترین رازها، افکار ممنوع، بیهودگی‌ها، غم‌ها و شورمندی‌هایش را با کسی در میان می‌گذارد و با این حال کاملاً مورد پذیرش او باقی می‌مانَد، این رابطه با خوش‌بینی و امیدواری عظیمی همراه است.

---

1. receptiveness

پیش از این گفتم: «روان‌درمانی فرایندی چرخه‌ای‌ست که از تنهایی آغاز می‌شود و به رابطه می‌انجامد.» چرخه‌ای‌ست به این دلیل که بیمار در وحشت تنهایی اگزیستانسیال، رابطه‌ای عمیق و پُرمعنا با درمانگر برقرار می‌کند و بعد، با نیرویی که از این رابطه گرفته، باز به مقابله با تنهایی اگزیستانسیال برمی‌خیزد. درمانگر جدا از عمق رابطه، بیمار را یاری می‌کند که با تنهایی مواجه شود و مسئولیتی را که در برابر زندگی‌اش دارد، درک کند: این مسئولیت را که خود گرفتاری‌های زندگی‌اش را آفریده و افسوس که این خودش ــ و تنها خودش ــ است که قادر به تغییر آن است.

درمانگر بیمار را به‌شیوه‌ای دیگر هم دوباره به تنهایی بازمی‌گرداند. قبلاً تأکید کردم نکته‌ی ارزشمندی که بیمار در درمان می‌آموزد، محدودیت‌های رابطه است. می‌آموزد چه‌چیزهایی را می‌توان به‌وسیله‌ی دیگران به‌دست آورد و شاید مهم‌تر اینکه، چه چیزهایی را نمی‌توان به‌وسیله‌ی دیگران به‌دست آورد. همین طور که بیمار و درمانگر مواجهه‌ای انسانی را با یکدیگر پشت سر می‌گذارند، اوهام و خیالات باطل پیشین ناگزیر رنگ می‌بازد و دستخوش تغییر می‌شود. نجات‌دهنده‌ی غایی در نور کامل روز و به‌عنوان یک انسان عادی دیگر مشاهده می‌شود. لحظه‌ی مشاهده، ناگزیر لحظه‌ای سرشار از تنهایی‌ست ولی به‌قول کنت فیشر[1]، همزمان لحظه‌ی روشن‌بینی نیز هست: «لحظه‌ای‌ست که زائر اقبال اندیشیدن می‌یابد: شاید کسی نداند که همگی زائریم.»(۲۶) دست‌کم بیمار از کاوش در مکانی نادرست آزاد می‌شود. در بهترین شرایط از کامل بودن رویارویی‌اش می‌آموزد که بیمار و درمانگر و شاید هر کس دیگر در محدودیت‌های بشری و تنهایی قطعی و بی‌چون‌وچرا همسان و برادرند.

رابطه‌ی مطلوب بیمار-درمانگر

اگر نخستین وظیفه‌ی درمانگر، برقراری ارتباط عمیق و کامل با بیمار است، پس آیا درمانگر با هر بیماری رابطه‌ای من-تو برقرار می‌کند؟ آیا درمانگر (به‌اصطلاح مزلو و فروم) به بیمار «عشق می‌ورزد»؟ آیا تفاوتی میان درمانگر و یک دوست حقیقی وجود دارد؟

---

1. Kenneth Fisher

برای یک درمانگر دشوار است که بدون تشویش و دلواپسی این پرسش‌ها را بنویسد یا بخواند. «دست‌وپای خود را گم کردن» واژه‌ی مناسبی برای توصیف این حالت است. ناسازی ناگزیری در دنیای درمانگر وجود دارد: با هر میزان پیرایش و جلا، مفاهیمی چون «دوستی»، «عشق ورزیدن» و «من-تو» با مفاهیم دیگری چون «جلسات پنجاه دقیقه‌ای»، «شصت‌وپنج دلار در ساعت»، «کنفرانس‌های مربوط به هر مورد بیماری» و «پرداخت‌های ثالث» نمی‌خوانَد. این ناهمخوانی در ذات «موقعیت» درمانگر و بیمار موجود است و نمی‌توان انکارش کرد یا نادیده‌اش گرفت.

یکی از وجوه اصلی دوستی محبت‌آمیز یا رابطه‌ی من-تو که در رابطه‌ی بیمار-درمانگر به‌ناچار متفاوت است، بده‌بستان و دوجانبگی پیوند است. بیمار برای دریافت کمک نزد درمانگر می‌آید. درمانگر به نزد بیمار نمی‌رود. درمانگر باید انگیزه، گرایش و توانایی تجربه‌ی تمام‌وکمال بیمار را به‌عنوان یک انسان داشته باشد. طبق تعریف، بیمار کسی‌ست که توانایی‌اش در تجربه‌ی تمام‌وکمال انسان‌های دیگر مختل است و به‌علاوه، انگیزه‌ای کاملاً متفاوت دارد: رهایی از رنج. بنابراین، درمانگر به‌اصطلاح بوبر «حضوری بی‌طرفانه» دارد: قادر است همزمان در هر دو مکان باشد: هم در طرف خودش و هم در طرف بیمار. «درمانگر قادر است هم در جای خویش باشد و هم خود را جای بیمار بگذارد؛ بیمار قادر نیست در جایی جز جای خویش باشد.»(۲۷)

درمانگر به «تو»ِ بیمار علاقمند است، نه‌فقط «تو»ِ حاضر، بلکه «تو»ِ بالقوه و نهفته و غیرفعال. درمانگر احساس شهودی آزادگی و نزدیکی‌اش به بیمار را به‌عنوان راهنما به‌کار می‌گیرد و همواره در پیِ تعمیق رابطه است. بیمار در آغاز درمان هیچ برداشتی از مَنِش دوجانبه و بده‌بستانی با درمانگر ندارد. ممکن است به پرسش‌هایی درباره‌ی درمانگر فکر کند یا آن‌ها را به‌زبان آورَد، ولی این کندوکاوها معمولاً هیچ ارتباطی با تمایل برای «شناخت» درمانگر یا بالفعل کردن استعدادهای او ندارد. گاه پرسش‌های بیمار، بخشی از تلاشش برای به‌دست گرفتن کنترل رابطه است: شاید اگر درمانگر نیز مشتاق خودافشاگری باشد، بیمار برای آشکارسازی خویش، کمتر احساس ضعف و آسیب‌پذیری کند.

کارلوس سکوئین[1] در کتاب عشق و روان‌درمانی(۲۸)، رابطه‌ی بیمار-درمانگر را شکل خاصی از عشق توصیف می‌کند: «اِروس روان‌درمانگرانه». این شکل از عشق چند ویژگی متمایز دارد. همان‌طور که پیش از این اشاره کردم، یک‌جانبه است. باید تأکید کنم این فقدان دوجانبگی در پیوند همیشگی نیست؛ هرچه درمان پیش می‌رود، بیمارِ بهبودیافته به‌تدریج آگاه‌تر می‌شود و کم‌کم محبت بیشتری (از نوع عاری از نیاز) نسبت به شخص درمانگر احساس می‌کند. اِروس روان‌درمانگرانه تباهی‌ناپذیر یا به‌اصطلاح راجرز «بی‌قیدوشرط» است. سایر انواع عشق فرسوده می‌شوند. عاشق وقتی عشقی در مقابل دریافت نمی‌کند، در نهایت دست از عاشقی برمی‌دارد. دوستان وقتی دیگر اشتراکات چندانی نداشته باشند، از هم جدا می‌شوند. شرایط مختلفی می‌تواند میان والد و فرزند، معلم و شاگرد، عابد و معبود بیگانگی ایجاد کند. ولی درمانگر رشدیافته و بالغ، به‌رغم نافرمانی، خودشیفتگی، افسردگی، کینه و دروغ‌گویی بیمار همچنان محبت می‌کند. در واقع می‌توان گفت درمانگر به دلیل وجود این ویژگی‌ها در بیمار به او محبت می‌کند زیرا این‌ها نشان‌دهنده‌ی نیاز بیمار به مورد محبت بودن است.

ویژگی دیگر اِروس روان‌درمانگرانه این است که به‌معنای محبتی اصیل نسبت به شخص بیمار است. به گفته‌ی سکوئین(۲۹): «عشقی که طبیب باید به بیمارش در مقام یک انسان بیمار بورزد، عشقی «انسان‌گرایانه» نیست، بلکه باید عشق اصیل را نسبت به همین آدمیزادی که در برابرش نشسته احساس کند، نه به هر انسان دیگری، کسی که بیش از آنکه 'انسان بیمار' باشد، یک آدمیزاد است.» فروم، مزلو و بوبر همگی تأکید کرده‌اند که محبت حقیقی به دیگری، به‌معنای اهمیت دادن به رشد و تکامل او و زنده کردن بخشی از وجودش است. درمانگر باید چنین مَنِشی نسبت به بیمار داشته باشد. درمانگر به این دلیل وجود دارد که در تولد زندگی هنوزنازیسته‌ی بیمار، نقش قابله را ایفا کند.

ایده‌ی «زنده کردن» بخشی از وجود دیگری، تدبیر درمانی مهمی برای درمانگر فراهم می‌آورَد. بوبر برای تأثیر بر مَنِش دیگری در زندگی، دو شیوه‌ی اساسی را از

---

1. Carlos Sequin

هم متمایز می‌کند.(۳۰) یا فرد می‌کوشد مَنِش یا نظراتش را بر دیگری تحمیل کند (آن هم به شیوه‌ای که دیگری آن را دیدگاه‌های خود بپندارد) یا می‌کوشد دیگری را یاری کند تا استعدادهای خویشتن را کشف کند و «نیروهای شکوفاگر» خویش را تجربه کند. بوبر رویکرد اول را «تحمیل[1]» می‌نامد که شیوه‌ی مبلغان است. رویکرد دوم «هویداسازی[2]» است و شیوه‌ی آموزگار و درمانگر. هویداسازی به‌معنای آشکار کردن همه‌ی آن چیزهایی‌ست که از قبل وجود داشته است. اصطلاح «هویداسازی» معانی ضمنی ارزشمندی در خود دارد و در تضاد شدید با سایر اصطلاحاتی‌ست که فرایند درمان را تصویر می‌کند، مثل «دوباره‌سازی»، «بازهنجاری»، «شکل‌دهی به رفتار» و «بازپروردن».

فرد را با تعلیم و دستور به هویداسازی تشویق نمی‌کنند، این کار با «دیدار» و «ارتباط اگزیستانسیال» میسر است.(۳۱) درمانگر نه رهبر است نه شکل‌دهنده، بلکه یک «فراهم‌آورنده‌ی امکان»(۳۲) است. هایدگر نیز به طرزی مشابه از دو شیوه‌ی متفاوت محبت یا «دلواپسی»[3] سخن می‌گوید. یکی «فرو ریختن دل[4]» برای دیگری‌ست ــ شیوه‌ای مشابه «تحمیل» ــ که در نتیجه او را از اضطراب مواجهه با هستی می‌رهاند (و در عین حال از داشتن یک هستی اصیل محروم می‌کند). یا اینکه فرد می‌تواند دیگری را به «خیز برداشتن و پیشرفت[5]» وادارد (که البته اصطلاح چندان مناسبی نیست) و با مواجه کردن دیگری با موقعیت اگزیستانسیالش، او را «برهانَد».

به‌طور خلاصه، درمانگر به‌شیوه‌ای اصیل و محبت‌آمیز با بیمار ارتباط برقرار می‌کند و در تکاپوست تا لحظاتی سرشار از رویارویی اصیل بیافریند. درمانگر در چنین تلاش و تقلایی باید ازخودگذشته باشد: به این معنا که به فکر رشد بیمار باشد نه برآوردن نیازهای شخصی خویش. محبت درمانگر باید نابودنشدنی باشد و به محبت متقابل بیمار وابسته نباشد. درمانگر هم باید بتواند با خود باشد و هم با بیمار،

---

1. imposition
2. unfolding
۳. هایدگر محبت به اشیا («توجه») را از محبت به سایر دازاین‌ها یعنی موجودات برگزیده («دلواپسی») متمایز می‌کند(۳۳)
4. leap in
5. leap ahead

پس باید بتواند با محبت به دنیای بیمار وارد شود و آن را مانند بیمار تجربه کند. برای این کار لازم است درمانگر بدون پیش‌فرض به بیمار نزدیک شود، بکوشد در تجربه‌ی او شریک شود بی‌آنکه شتابزده قضاوتی در موردش بکند یا او را در یک قالب از پیش‌تعیین‌شده بگنجانَد.

راجرز و همکارانش بسیاری از این وجوه رابطه‌ی درمانی را در سه‌گانه‌ی ویژگی‌های درمانگر ــ همدلی، صراحت و توجه مثبت بی‌قیدوشرط ــ توصیف کرده‌اند؛ و شواهد پژوهشی قابل توجهی نشان داده که این ویژگی‌ها نتیجه‌ی درمان مؤثر را تسهیل می‌کنند. نگرانی اصلی من از تعیین ویژگی برای رفتار درمانگر این است که دیگران ــ به‌رغم تأکید راجرز بر اینکه رابطه باید بی‌غل‌وغش و عمیقاً فردی[1] باشد ــ اغلب آن را یک اسلوب تصور کرده‌اند، اسلوبی که درمانگر در درمان به‌کار می‌گیرد. در نتیجه کتاب‌های راهنمایی پدید آمده که به دانشجویان شیوه‌هایی که همدلی، صراحت و توجه بی‌قیدوشرط را القا می‌کند، به عنوان «اسلوب» آموزش می‌دهند. برای یک درمانگر اگزیستانسیال، وقتی «اسلوب» بر سایر مسایل سرآمد شود، همه‌چیز از دست می‌رود زیرا جوهر و ذات یک رابطه‌ی اصیل بر این نهاده شده که با دیگری بازی نکنی بلکه با تمام وجودت به‌سوی او رو کنی.

تشخیص. بسیاری از درمانگران به دلیل پیش‌فرض‌ها و قالب‌های موجود، در برقراری رابطه‌ی اصیل با بیمار مشکل دارند. آموزش درمانگران بر تشخیص و طبقه‌بندی تأکید دارد؛ به آن‌ها آموزش می‌دهند به بیماران عینیت ببخشند، به یک تشخیص و کد APA (انجمن روانپزشکان امریکا) مشخص برسند که بیمار را مانند نمونه‌ای به فرم بررسیِ پس از پذیرش یا فرم بیمه الصاق می‌کند. در واقع، هیچ درمانگر مسئولی نمی‌تواند انکار کند که ارزیابی تشخیصی برای هر بیمار لازم است. برای مثال، باید معلوم کرد مشکل جسمانی یا مسمومیت با ماده‌ی خاصی بر وضعیت روانشناختی بیمار تأثیر گذاشته است یا نه. یا باید معین کرد بیمار به اختلال خلقی شدید با منشأ بیوشیمیایی (مثل افسردگی درون‌زاد یا اختلال دوقطبی) که نیازمند درمان دارویی باشد مبتلاست یا نه.

---

۱. راجرز در گفت‌وگویی با بوبر در این باره آشکارا سخن گفته است و این مسئله نشان‌دهنده‌ی آن است که این دو متفکر مکتب‌آفرین درباره‌ی ماهیت ممتاز و ارجح رابطه‌ی بیمار ـ درمانگر هم‌عقیده بوده‌اند.(۳٤)

حتی اگر وضعیت در ابتدا کاملاً روانشناختی به نظر برسد، درمانگر نیازمند تخمین‌های سریع و خام‌دستانه‌ی دیگری نیز هست. آیا وضعیت بیمار چنان وخیم (مثلاً اختلال شخصیت ضداجتماعی یا اسکیزوفرنیای پارانوئید کاملاً ساختاریافته) است که سود چندانی از روان‌درمانی نخواهد برد؟ واضح است که تمایلات ویرانگرانه‌ی بیمار (معطوف به خود یا دیگری) باید مشخص شود. حتی فراتر از این‌ها، درمانگر می‌تواند در مورد میزان آسیب‌پذیری بیمار و توانایی تحمل نزدیک شدن به دیگری تخمین‌هایی بزند و به این ترتیب راهکارهای مؤثر برای پیشبُرد درمان را مشخص کند.

فراتر از این تخمین‌های خام‌دستانه که رده‌بندی سریع و اولیه‌ی درمانی را مشخص می‌کند، نکته‌سنجی‌های تشخیصی بیشتر و «ظریف‌تر»، نه تنها کمک چندانی به درمانگر نمی‌کند، بلکه اغلب با شکل‌گیری رابطه‌ی درمانی متعارض است. فرمول‌بندی‌های تشخیصی بغرنج در روانکاوی درباره‌ی ساختار پویه‌نگر روانی-جنسی نیز کمک چندانی به درمان نمی‌کند تا آنجا که گاه سدی در برابر گوش دادن اصیل پدید می‌آورد. برای مثال با اینکه بعضی یا اکثر «شخصیت‌های هیستریونیک»، شیوه‌های رفتاری خاصی را به نمایش می‌گذارند و دچار چند تعارض پویه‌نگر خاص هستند، همه‌ی آن‌ها این گونه نیستند. جمع‌بندی تشخیصی استاندارد چیزی درباره‌ی انسان منحصربه‌فردی که درمانگر با او روبه‌روست، نمی‌گوید؛ و شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد برچسب‌های تشخیصی، مانع و یا مخدوش‌کننده‌ی گوش دادن به بیمارند.(۳۵) رده‌بندی تشخیصی، یک تمرین برانگیزاننده‌ی منطقی‌ست که تنها کارکردش ایجاد احساس نظم، مهارت و تسلط در درمانگر است. وظیفه‌ی اصلی یک درمانگر رشدیافته این است که بیاموزد چگونه در برابر تردید و عدم قطعیت تاب آورَد. آنچه مورد نیاز است تغییر جهتی عمده در چشم‌انداز است: به‌جای تلاش در جهت تنظیم «محتوا»ی مصاحبه و قرار دادن آن در چارچوبی منطقی و منسجم، درمانگر باید در جهت برقراری یک رابطه‌ی اصیل تلاش کند.

خودافشاگری درمانگر. درمانگری که می‌خواهد بیمارش را بشناسد، باید کاری بیش از مشاهده و گوش دادن بکند؛ باید تجربه‌ی بیمار را به‌طور کامل تجربه کند. ولی تجربه‌ی کامل دیگری نیازمند آن است که خود را در برابر او آشکار کند؛ اگر

فرد به شیوه‌ای آشکار و صادقانه با دیگری ارتباط برقرار کند و از جانب دیگری پاسخ بگیرد، او را تجربه خواهد کرد.

چاره‌ای جز این نتیجه‌گیری نیست که درمانگر برای ارتباط با بیمار باید خود را در برابر او آشکار کند. یک درمانگر تأثیرگذار نمی‌تواند بی‌اعتنا، منفعل و پنهان بماند. خودافشاگری درمانگر از فرایند درمان جدایی‌ناپذیر است. ولی درمانگر چه مقدار از خودش را باید افشا کند؟ به مشکلات شخصی زندگی‌اش بپردازد؟ همه‌ی احساساتش را درباره‌ی بیمار بر زبان آورَد؟ حتی ملال و خستگی‌اش را؟ و یا راهبُردهای درمانی هوشمندانه‌اش را؟ به این ترتیب چه تفاوتی میان یک درمانگر و یک دوست صمیمی وجود دارد؟

حقیقتاً معضل دردسرسازی‌ست! مشکلاتی که در چند دهه‌ی اول روان‌درمانگری هرگز به آن‌ها نپرداختند زیرا در جنبش روانکاوی اولیه بنا بر این بود که درمانگران باید فاصله و بی‌طرفی هیجانی را با بیمار حفظ کنند همان گونه که یک جراح، بی‌طرفانه و عاری از احساسات، به معاینه‌ی عضو دردناک می‌پردازد. فروید هشدار داده بیماران احساسات نیرومندی نسبت به درمانگران پیدا می‌کنند ولی درمانگران باید مراقب باشند و احساسات لطیفشان را فرونشانند. درمانگران باید متوجه باشند احساسات نیرومند بیمار «پیامد اجتناب‌ناپذیر موقعیت طبی و درمانی‌ست درست مانند در معرض دید قرار گرفتن جسم بیمار در طب و یا فاش کردن یک راز حیاتی.»(۳۶)

چرا باید چنین نقش عاری از احساساتی برای درمانگر تجویز شود؟ اول اینکه فروید معتقد بود درمانگری که «واقع‌بینی و عینی‌نگری» را کنار بگذارد، کنترلش را بر موقعیت از دست می‌دهد و دیگر در جهتی حرکت می‌کند که بیمار می‌خواهد نه در جهتی که بیمار به آن نیاز دارد:

> بیمار به هدفش می‌رسد ولی طبیب هرگز به هدفش نخواهد رسید. آنچه میان طبیب و بیمار اتفاق می‌افتد، همان قصه‌ی خنده‌دار میان کشیش و مأمور بیمه است. مأمور بیمه‌ی بی‌دینی در بستر مرگ می‌افتد و بستگان اصرار می‌کنند کشیشی حاضر شود تا او را پیش از مرگ به راه خدا بازگردانَد. ملاقات آن قدر طولانی می‌شود که

منتظران به نتیجه‌ی ملاقات امیدوار می‌شوند. بالاخره در اتاق بیمار گشوده می‌شود. بی‌دین دین‌دار نشده بود؛ ولی کشیش بهمه شده بود.(۳۷)

بنابراین از دیدگاه فروید، اگر درمانگران برای بیماران راز دل بگویند و خود را مانند هر رابطه‌ی انسانی دیگری درگیر ارتباط کنند، عینی‌نگری و در نتیجه تأثیر درمانی را قربانی کرده‌اند. بحث دوم و به‌مراتب فراگیرتر در زمینه‌ی غیرشفاف ماندن درمانگر بر این پایه نهاده شده که انتقال رکن اساسی روان‌درمانی‌ست. فروید باور داشت و بیشتر روانکاوان امروزی نیز همچنان بر این باورند که تحلیل انتقال، مهم‌ترین وظیفه‌ی درمانگر است. همان گونه که پیش از این توضیح دادم، انتقال برای فروید تجسم زنده‌ی تجربه‌ای‌ست که بیمار در طفولیت ــ در سنینی که خاطرات دسترسی چندانی به آن‌ها ندارند ــ از سر گذرانده است. پس درمانگر با مشاهده و درک انتقال و کمک به بیمار در جهت «کار کردن» بر روی آن (تجربه‌ی آن، تشخیص نامتناسب‌بودنش با موقعیت اخیر و کشف سرچشمه‌های اولیه‌ی احساس انتقالی)، پرده از روی عمیق‌ترین لایه‌های تجربه‌ی انسانی فرد برمی‌دارد.

وقتی نقش کلیدی با انتقال باشد، وظیفه درمانگر این خواهد بود که بروز آن را تسهیل کند. هرچه خود واقعی درمانگر کمتر آشکار باشد، بیمار احساساتی را که متعلق به جایی دیگر است، راحت‌تر به او منتقل می‌کند. منطق پذیرش نقش «لوح ناتوشته» از سوی درمانگر و قرار گرفتنش در پشت مبل راحتی روانکاوی و خارج از میدان دید بیمار در هر جلسه دقیقاً همین است. این مخالفت با خودافشاگری درمانگر، راه دو نسل از فنون روان‌درمانی را که با رویارویی اصیل درمانگر و بیمار مخالف بودند و بر تعبیر و تفسیر به‌عنوان نخستین ــ و شاید تنها ــ کارکرد درمانگر اصرار داشتند، هموار کرد.

با این حال، حتی بعضی نظریه‌پردازان اولیه نیز با این دیدگاه نسبت به نقش درمانگر مخالف بودند. ساندور فرنتسی، یکی از نخستین مریدان فروید و وفادارترینشان معتقد بود موضع بی‌اعتنا و همه‌چیزدان درمانگر مانعی بر سر راه تأثیر درمان است. فرنتسی خصوصاً در آخرین سال‌های عمر، اشتباهاتش را به‌وضوح با بیماران در میان می‌گذاشت. برای مثال، در پاسخ به یک انتقاد موجه، به‌راحتی می‌گفت: «فکر می‌کنم

بر مشکلی انگشت نهاده‌اید که من هنوز خود را کاملاً از شر آن خلاص نکرده‌ام. شاید بتوانید کمکم کنید ایرادم را ببینم.»(۳۸)

با وجود این، تا دهه‌ی ۱۹۵۰ زمان لازم بود تا مسئله‌ی رابطه‌ی حقیقی ــ یعنی «غیرانتقالی» ــ در ادبیات روانپزشکی مورد بحث قرار گیرد. (مرور جامع رالف گرینسون و میلتون وکسلر[1](۳۹) تنها به دو مطالعه پیش از سال ۱۹۵۰ اشاره می‌کند.) در سال ۱۹۵٤ آنا فروید در یک گفت‌وگوی غیررسمی درباره‌ی انتقال گفت:

> با احترام فراوان برای به‌کارگیری و تعبیر بی‌چون‌وچرا و ضروری انتقال، هنوز معتقدم باید جایی برای پذیرش این نکته باقی بگذاریم که روانکاو و بیمار دو انسان واقعی‌اند با جایگاه بالغانه‌ی برابر که در ارتباطی واقعی و شخصی با هم قرار گرفته‌اند. شاید غفلت ما از این وجه موضوع ــ که گاه غفلتی کامل است ــ مسبب بعضی واکنش‌های خصمانه‌ی بیمارانمان باشد که گاهی آن را فوراً به‌حساب «انتقال حقیقی» می‌گذاریم. در حالی که این افکار از لحاظ فنی ویرانگرند و باید با دقت مورد بررسی قرار گیرند.(٤۰)

گرینسون و وکسلر در سال ۱۹٦۹ نشانه‌هایی از تأکید دیدگاه روانکاوانه‌ی سنتی درباره‌ی این موضوع را آشکار کردند:

> بااینکه دیگر آن بحث‌های مفصل محافل روانکاوی در این مورد که آیا تعارف دستمال‌کاغذی به بیمار گریانی که تازه یکی از والدینش را از دست داده، گناه کبیره است یا نه به گوش نمی‌رسد، هنوز هر کاری که به‌نوعی محبت به بیمار محسوب می‌شود، به‌شدت مورد سؤظن است.(٤۱)

با اینکه گرینسون و وکسلر درباره‌ی یک رابطه‌ی انسانی‌تر میان درمانگر و بیمار به استدلال پرداخته‌اند، معتقدم دلایل نادرستی را به‌کار گرفته‌اند. در بحثشان درباره‌ی نقاط ضعف بی‌اعتنایی مفرط درمانگر گفته‌اند:

---

1. Ralph Greenson and Milton Wexler

شاید لازم است از این واقعیت بیشتر آگاه شویم که ناشناس ماندن مستمر و تصلب عاطفی طولانی‌مدت درمانگر، خود می‌تواند وسوسه‌انگیز باشد، ولی معمولاً در این جهت که بیگانگی و انتقال خصومانه‌ی برگشت‌ناپذیر و غیرقابل‌تعبیری پدید می‌آورَد.(۴۲)

به این ترتیب، این دو روانکاو درباره‌ی درگیری بیشتر درمانگر بر اساس ملاحظات فنی صحبت می‌کنند: جلوگیری از غیرعملی شدن انتقال و نیز کوشش در جهت تسهیل تحلیل آن.[1] خلاصه اینکه تمرکز محض بر انتقال، درمان را به تأخیر می‌اندازد زیرا مانع برقراری یک رابطه‌ی اصیل میان درمانگر و بیمار است. اول اینکه، واقعیت رابطه را نفی می‌کند زیرا آن را فقط کلیدی برای درک روابط مهم‌تر می‌بیند. دوم اینکه، منطقی برای مستور ماندن درمانگران فراهم می‌آورَد، استتاری که با توانایی آنان در برقراری ارتباطی موثق و بی‌ریا با بیماران منافات دارد. آیا این مسئله بدان معناست که درمانگرانی که از روی وظیفه‌شناسی، موضعی بی‌اعتنا، عینی‌نگر و مبتنی بر «تعبیروتفسیر محض» نسبت به بیماران اتخاذ می‌کنند، غیرمؤثر یا حتی ویرانگرند؟ من معتقدم خوشبختانه این درمانگران و این دوره‌های درمانی بسیار نادرند. همین جاست که اهمیت آن «افزودنی‌ها» چشمگیر می‌شود: درمانگران به‌رغم تمایلشان و اغلب بی‌آنکه خود بدانند، در لحظات ثبت‌وضبط‌نشده، به‌شیوه‌ای انسانی دست می‌یابند.

دیگر چه اعتراضاتی به خودافشاگری درمانگر وارد است؟ بعضی درمانگران می‌ترسند اگر در خودافشاگری را اندکی بگشایند، بیماران از آن سو فشار بیشتری بیاورند و خودافشاگری بیشتری از آن‌ها طلب کنند. تجربه‌ی شخصی من می‌گوید این ترس بی‌دلیل است. فکر می‌کنم اغلب مهم است احساسات اینجاواکنونی‌ام را با

---

۱. اتفاقاً در پاراگراف قبلی عبارت جالبی هست: «تصلب عاطفی طولانی‌مدت درمانگر، خود می‌تواند وسوسه‌انگیز باشد.» این برای من بدین معناست که برای درمانگر ساده‌تر است با صرف انرژی به‌مراتب کمتر از لحاظ عاطفی خود را درگیر نکند. شاید این طور باشد ولی در این حالت درمانگر بهای گزافی می‌پردازد زیرا در نهایت به کرختی و ملال دچار می‌شود. مخاطره‌ی تخصصی دیگری که درمانگران را تهدید می‌کند، استفاده از رویارویی با بیماران برای پرهیز از رویارویی با تنهایی خویش و سامان‌دهی آن است. در فقدان چنین سامان‌دهی‌ای، درمانگران هرگز به استقلال لازم برای برقراری روابط محبت‌آمیز راضی‌کننده و بادوام نخواهند رسید، در عوض از زندگی شخصی‌شان چیزی نمی‌ماند جز رویارویی‌های بریده‌بریده‌ی پنجاه‌دقیقه‌ای و گذرا.

بیمار در میان بگذارم. به‌ندرت ضروری دیده‌ام جزئیات زندگی شخصی‌ام در گذشته و حال را بر زبان بیاورم. تاکنون هم به بیماری برنخورده‌ام که درخواستش در این زمینه فزونی گیرد. خواست بیمار این نیست که درمانگر را عریان ببیند، بلکه می‌خواهد با او مانند یک انسان ارتباط برقرار کند و با تمام وجود در رویارویی درمانگر-بیمار حضور داشته باشد.

افشاگری تا کجا؟ از چه رهنمودی کمک بگیریم؟ مهم است هدف اصلی را که همانا رابطه‌ای اصیل است، به‌خاطر بسپاریم. یکی از ویژگی‌های شاخص «اِروس روان‌درمانگرانه» علاقه و توجه به تحول دیگری‌ست. رولو مِی به این منظور واژه‌ی یونانی *agape* یا واژه‌ی لاتینی *caritas* را که به معنای نوع‌دوستی و بشردوستی‌ست، پیشنهاد می‌کند: عشقی که وقف آسایش و بهزیستی دیگری می‌شود. بنابراین، مهم این است که خودافشاگری درمانگر در خدمت رشد و تکامل بیمار باشد. ابراز خود از سوی درمانگر یا وجود صداقت کامل یا خودجوشی ممکن است خودبه‌خود فضیلت باشد، ولی هریک باید ثانویه به حضور تمام‌وکمال نوع‌دوستی باشد. پس درمانگران باید چیزهایی را برای خود نگاه دارند، نباید چیزی بگویند که برای بیمار ویرانگر باشد، باید به اصل مناسبت زمانی احترام بگذارند و ضرباهنگ درمان را مورد توجه قرار دهند و آن چیزی را که بیمار هنوز آماده‌ی شنیدنش نیست، بر زبان نیاورند.

اصل خودداری و خودلگامی اتفاقاً زمانی کاربرد دارد که یکی دیگر از مخالفت‌هایی را که با ارتباط واقعی درمانگر و بیمار می‌شود، مد نظر قرار دهیم یعنی همان فقدان عینی‌نگری درمانگر که منجر به رفتار افراطی و غیرمسئولانه می‌شود. شاید زننده‌ترین و وقیحانه‌ترین افراط این باشد که درمانگر به‌عنوان یک «انسان واقعی» درگیر احساسات جنسی نسبت به بیمارش شود. من بیماران زیادی را دیده‌ام که در درمان‌های قبلی، درگیر نوعی رابطه‌ی جنسی با یک درمانگر شده‌اند. برداشتم این است که چنین تجربه‌ای همواره برای بیمار مخرب و ویرانگر است و درمانگر بی‌چون‌وچرا اصل نوع‌دوستی ــ عشقی که وقف هستی (و تحول) دیگری می‌شود ــ را زیر پا گذاشته است. این درمانگران به‌جای پرداختن به نیاز بیمارانشان، به نیاز خود پرداخته‌اند و توجیه‌های حقیر و بی‌ارزشی برای این کار ارائه می‌کنند مثلاً اینکه بیمار نیاز داشته از لحاظ جنسی مورد تأیید قرار گیرد. تاکنون نشنیده‌ام درمانگری با بیماری که شاید

حقیقتاً نیاز به تأیید جنسی داشته باشد ــ مثلاً فوق‌العاده غیرجذاب باشد، از لحاظ جسمانی معیوب باشد و یا جراحی موجب نقص عضو شده باشد ــ در کنار رابطه‌ی جنسی شود.

دلیل دیگری که برای مستور ماندن درمانگر ذکر می‌شود، این ترس است که مبادا خودافشاگری بعضی از آن ناهمخوانی‌های موقعیت درمانی را که پیش از این به آن‌ها پرداختم ــ حق‌الزحمه، وقت پنجاه‌دقیقه‌ای، برنامه‌ی فشرده‌ی درمانگر ــ عریان کند. آیا بیمار نخواهد پرسید: «دوستم داری؟» «اگر واقعاً برایت مهم هستم، حاضری بدون حق‌الزحمه هم مرا می‌بینی؟» «آیا درمان واقعاً رابطه‌ای‌ست که قیمتش را می‌پردازیم و می‌خریمش؟» حقیقت دارد که این پرسش‌ها به‌شکل خطرناکی به راز نهایی روان‌درمانگر نزدیک می‌شود: اینکه رویارویی با بیمار نقش نسبتاً کوچکی در کل زندگی درمانگر دارد. درست مثل نمایشنامه‌ی روزنکرانتس و گیلدنشترن مرده‌اند[1] تام استاپارد[2]، همین که درمانگر بر صحنه‌ی نمایشی دیگر ظاهر می‌شود، چهره‌ی کلیدی نمایش قبلی به سایه‌ای بالدار بدل می‌شود. در واقع، این انکار استثنابودن، یکی از حقایق خشن و رازهای خوب‌پنهان‌نشده‌ی روان‌درمانی‌ست: بیمار یک درمانگر دارد؛ درمانگر بیماران زیادی دارد. درمانگر برای بیمار بسیار مهم‌تر است از بیمار برای درمانگر. به نظر من درمانگران در برابر چنین پرسش‌هایی فقط یک پاسخ دارند: زمانی که درمانگر با بیمار می‌گذرانَد، درمانگر با تمام وجود با اوست؛ می‌کوشد همه‌ی وجود و حضورش را در اختیار دیگری قرار دهد. به همین دلیل پیشتر بر اهمیت لحظه‌ی بلافصل و بی‌واسطه‌ی رویارویی بیمار-درمانگر تأکید کردم. درمانگر مانند همیشه باید بداند که گرچه هدف باید رویارویی کامل باشد، نمی‌توان مدام در چنین سطحی ارتباط برقرار کرد (بوبر را به‌خاطر آورید: «نمی‌توان در اکنون ناب [یعنی در من-تو] زندگی کرد، می‌بلعدمان»(۴۳))، بلکه باید بارها و بارها در طول یک جلسه خود را به لحظه‌ی اکنون بازآورد.

به یکی از بیماران مؤنثم گوش می‌دهم. او وراجی می‌کند و از این شاخ به آن شاخ می‌پرد. از هر نظر ــ ظاهری، فکری، عاطفی ــ برایم غیرجذاب است. عصبانی‌ام

---

1. *Rosencrantz and Guildenstern Are Dead*
2. Tom Stoppard

می‌کند. حرکاتش هنگام حرف زدن آزاردهنده است. او با من حرف نمی‌زند؛ فقط روبه‌روی من نشسته و حرف می‌زند. ولی چطور می‌تواند با من سخن بگوید وقتی من اینجا نیستم؟ ذهنم گیج و پریشان است. سرم از شدت خشم سروصدا می‌کند. ساعت چند است؟ چقدر دیگر مانده؟ ناگهان به خودم نهیبی می‌زنم. ذهنم را از هر چیز دیگری می‌تکانم. هروقت این فکر به سرم می‌زند که چقدر از وقت جلسه باقی مانده، می‌فهمم از بیمارم غافل شده‌ام. پس می‌کوشم با افکارم به او نزدیک شوم. می‌کوشم بفهمم چرا از او فاصله گرفته‌ام. دنیای او در این لحظه، چگونه جایی‌ست؟ او از این جلسه چه برداشتی دارد؟ چه برداشتی از من دارد؟ درست همین سؤالات را از او می‌پرسم. به او می‌گویم حس کردم در این چند دقیقه‌ی آخر از او دور شده‌ام. آیا او هم همین احساس را دارد؟ با هم در این مورد صحبت می‌کنیم و می‌کوشیم دریابیم چرا ارتباطمان را با یکدیگر از دست داده‌ایم. ناگهان به‌شدت احساس نزدیکی می‌کنیم. او دیگر برایم غیرجذاب نیست. همدردی زیادی با شخص او، برای آنچه هست و آنچه می‌توانست باشد، احساس می‌کنم. عقربه‌های ساعت به‌سرعت پیش می‌روند؛ وقت ما سریع‌تر از آنچه باید می‌گذرد و وقت کم می‌آوریم.

بخش چهارم

پوچی

فصل دهم

پوچی

گروهی کودن شادمان را تصور کن که مشغول کارند. در فضای باز آجر جابه‌جا می‌کنند. به‌محض آنکه همه‌ی آجرها را در یک گوشه‌ی زمین روی هم چیدند، شروع می‌کنند به بردن آن‌ها به گوشه‌ی دیگر زمین. این کار بی‌وقفه ادامه می‌یابد و هر روزِ سال آن‌ها مشغول همین کارند. یک روز یکی از آن‌ها می‌ایستد و از خود می‌پرسد چه کار دارد می‌کند. در شگفت می‌مانَد که هدف از جابه‌جایی آجرها چیست. و از آن لحظه به بعد دیگر مانند گذشته از کار خود راضی نیست.
من همان کودنم که از چرایی جابه‌جایی آجرها در شگفت مانده است.(۱)

این یادداشت پیش از خودکشی، این چند واژه که نوشته‌ی روح ناامیدی‌ست که خود را کُشت چون معنایی در زندگی نمی‌دید، مقدمه‌ی خشن و عریان پرسشی‌ست که حقیقتاً به موضوع زندگی و مرگ می‌پردازد.

پرسش اَشکال گوناگون به خود می‌گیرد: معنای زندگی چیست؟ معنای زندگی من چیست؟ چرا زندگی می‌کنیم؟ چرا ما را به اینجا آورده‌اند؟ برای چه زنده‌ایم؟ بر چه اساسی باید زندگی کنیم؟ اگر باید بمیریم، اگر هیچ‌چیز ماندنی نیست، پس چیزی هست که معنی داشته باشد؟

کمتر کسی به اندازه‌ی لئو تولستوی، که بخش زیادی از زندگی طولانی‌اش را با پوچی دست‌به‌گریبان بوده، با این پرسش شکنجه شده است. تجربه‌ی او (بر اساس قطعه‌ی اتوبیوگرافیک اعترافات من) راهنمایمان در راه پیش رو خواهد بود:

> پنج سال پیش وضعیت غریبی در ذهنم به نشو و نما پرداخت: لحظاتی از سردرگمی، انگار وقفه‌ای در زندگی بیفتد، انگار نمی‌دانستم چطور باید زندگی کنم، چه باید بکنم... این وقفه‌های زندگی همیشه خود را با یک پرسش به من می‌نمایاندند: «چرا؟» و «برای چه؟» ... این پرسش‌ها با سماجت و اصراری رو به فزونی در پیِ پاسخ بودند و مانند نقاط ریزی گرد هم جمع می‌شدند تا لکه‌ی سیاهی را بسازند.(۲)

تولستوی در این بحران معنا یا به‌اصطلاح خودش، «وقفه‌ی زندگی»، معنای همه‌ی کارهایی را که کرده بود زیر سؤال بُرد. از خود پرسید برای چه ملکش را اداره می‌کرد یا به تعلیم و تربیت پسرانش می‌پرداخت؟ «که چه بشود؟ اکنون شش هزار دسیاتین در ایالت سامارا و سیصد اسب دارم... خُب بعد چه؟»(۳) حتی نمی‌دانست چرا باید بنویسد: «خُب، فرض کن از گوگول، پوشکین، شکسپیر، مولیر ــ و از همه‌ی نویسندگان دنیا ــ مشهورتر شدم، بعد چه؟ نمی‌توانم پاسخی بیابم. این جور پرسش‌ها، پاسخی بی‌درنگ می‌طلبند؛ بدون پاسخ، زندگی ناممکن می‌شود. ولی پاسخی در کار نیست.»(٤)

تولستوی با این فروپاشی معنایی، فروپاشی بنیان‌هایی را تجربه کرد که زندگی‌اش بر آن‌ها استوار بود: «حس کردم زمینی که بر آن ایستاده‌ام فرو می‌ریزد، که چیزی نمانده که بر آن بایستم، که آنچه برای آن زیسته‌ام هیچ بوده است، که دلیلی برای زندگی ندارم... . حقیقت این بود که زندگی پوچ و بی‌معنا بود. هر روز از زندگی، هر گام آن، به پرتگاه نزدیک‌ترم می‌کرد و به روشنی می‌دیدم که چیزی جز ویرانه در آنجا نیست.»(۵)

او در پنجاه سالگی بسیار به خودکشی متمایل شده بود:

پرسشی که در پنجاه‌سالگی مرا به فکر خودکشی انداخته بود، ساده‌ترین پرسشی بود که در روح هر انسان از کودکی نابالغ تا داناترین دانایان نهفته است: «حاصل آنچه اکنون می‌کنم و شاید فردا به آن بپردازم، چیست؟ حاصل تمامی عمرم چیست؟» به‌عبارت دیگر «چرا باید زندگی کنم؟ چرا باید آرزوی چیزی را داشته باشم؟ چرا باید کاری کنم؟» باز به زبانی دیگر: «آیا هیچ معنایی در زندگی من هست که با مرگ ناگزیری که در انتظارم است، از بین نرود؟»(۶)

تولستوی نیز در زمره‌ی دیگرانی‌ست که بحران معنا را تجربه کرده و از «وقفه‌ی زندگی» شکنجه دیده‌اند. آلبر کامو نمونه‌ی دیگری‌ست که تنها پرسش جدی فلسفی را این دانسته که وقتی پوچی زندگی را به تمام‌وکمال دریافتی، باید به زندگی ادامه دهی یا نه. گفته است: «من انسان‌های زیادی را دیده‌ام که مرده‌اند چون زندگی برایشان ارزش زندگی کردن نداشت. از همین جا به این نتیجه می‌رسم که پرسش درباره‌ی معنای زندگی ضروری‌ترین پرسش همه‌ی زمان‌هاست.»(۷)

هر چند یک‌بار ممکن است بیمارانی با ناخوشی تولستوی جویای درمان شوند؟ با اینکه هیچ مطالعه‌ی آماری دقیق و جامعی وجود ندارد، بسیاری از درمانگران مجرب که خود را با مشکل پوچی هماهنگ کرده و به آن پرداخته‌اند می‌گویند این سندرم بالینی بسیار شایع است. برای مثال، ک. گ. یونگ معتقد بود پوچی زندگی را از سرشاری و آکندگی بازمی‌دارد و در نتیجه «معادل بیماری است.»(۸) او نوشته است: «فقدان معنا در زندگی نقش سرنوشت‌سازی در علت‌شناسی روان‌نژندی دارد. روان‌نژندی را باید در نهایت رنج یک روح انسانی دانست که معنای خویش را درنیافته است.... نزدیک به یک‌سوم بیماران من از هیچ روان‌نژندی‌ای که از لحاظ بالینی قابل وصف باشد، در رنج نیستند، بلکه از بی‌معنایی و بی‌هدفی زندگی‌شان در رنجند.»(۹)

ویکتور فرانکل می‌گوید بیست درصد روان‌نژندی‌هایی که در تجربه‌ی بالینی‌اش با آن‌ها روبه‌رو می‌شود، منشأ «ذهن‌زاد[1]» دارند یعنی ناشی از فقدان معنا در زندگی‌اند. نتیجه‌گیری فرانکل بر اساس برداشت‌های بالینی خود و یک دسته مطالعات آماری‌ست

---

1. noogenic

که متأسفانه چاپ نشده‌اند.(۱۰) یک بحران پوچی که هنوز به‌صورت نشانه‌های مجزای روان‌نژندی تبلور نیافته (یک «بحران اگزیستانسیال») از این هم شایع‌تر است و به‌زعم فرانکل در بیش از پنجاه درصد بیمارانش در یکی از بیمارستان‌های وین دیده شده است. به‌علاوه، فرانکل که همه‌ی زندگی حرفه‌ای‌اش را وقف مطالعه‌ی رویکرد اگزیستانسیال به درمان کرد، به‌وضوح به این نتیجه رسید که فقدان معنا مهم‌ترین فشار روانی اگزیستانسیال به‌شمار می‌آید. از دیدگاه او، روان‌نژندی اگزیستانسیال معادل بحران بی‌معنایی یا پوچی‌ست.

روان‌درمانگران دیگر هم در این عقیده سهیمند. برای مثال سالواتوره مادی[1] در رساله‌ی تحسین‌برانگیزش درباره‌ی جست‌وجوی معنا می‌گوید «ناخوشی اگزیستانسیال» در «ناکامی همه‌جانبه در جست‌وجو برای معنای زندگی»(۱۱) ریشه دارد. مادی یک «روان‌نژندی اگزیستانسیال» را توصیف می‌کند که محتوای شناختی آن «بی‌معنایی یا ناتوانی مزمن در باور حقیقت، اهمیت، سودمندی یا ارزش همه‌ی آن کارهایی‌ست که فرد درگیر آن‌ها شده یا تصور انجامشان را داشته است.»(۱۲) بنجامین وُلمن[2] نیز روان‌نژندی اگزیستانسیال را همین گونه تعریف می‌کند: «ناکامی در یافتن معنای زندگی، این احساس که فرد چیزی ندارد که به خاطرش زندگی کند یا بجنگد، چیزی ندارد که امیدی به آن داشته باشد ... ناتوانی در یافتن هدف یا جهتی در زندگی، این احساس که گرچه افراد در کارشان عرق می‌ریزند، چیزی ندارند که از ته دل بخواهندش.»(۱۳) نیکلاس هابز[3] با این نظر موافق است: «فرهنگ امروزی اغلب روان‌نژندی‌هایی پدید می‌آورَد که با آنچه فروید توصیف کرده، متفاوت است. ویژگی روان‌نژندی‌های امروزی دیگر واپس‌رانی و تبدیل[4] نیست ... فقدان بینش هم نیست بلکه فقدان درک هدف و معنای زندگی‌ست.»(۱٤)

با اینکه این برداشت‌های بالینی بر شواهد متقن استوار نیست، قطعاً حاکی از این است که مشکل معنا در زندگی از مسائل مهمی‌ست که درمانگر در کار بالینی

---

1. Salvatore Maddi
2. Benjamin Wolman
3. Nicholas Hobbs
4. conversion

روزانه مدام باید با آن رودررو شود. روان‌درمانی فرزند روشنگری و روشن‌بینی‌ست. پایه‌های آن همواره بر عزمی راسخ برای کشف خویشتن استوار است. درمانگر باید پرسش‌های بنیادین را با صراحت تمام بپذیرد و بسنجد؛ و پرسش معنا، بغرنج‌ترین و حل‌نشدنی‌ترین پرسش، نباید در درمان نادیده گرفته شود. بی‌توجهی گزینشی به آن، دوری گزیدن از آن یا تبدیل آن به پرسشی کم‌اهمیت‌تر ولی قابل کنترل‌تر کاری از پیش نمی‌بَرَد. ولی کدام برنامه‌ی آموزش تخصصی درمانگران به احساس معنا در زندگی، آسیب‌شناسی پوچی یا راهبُردهای پرداختن به آن در روان‌درمانی می‌پردازد تا در بحران معنا به یاری بیماران بشتابند؟

گروه کوچکی از درمانگران به‌طور غیررسمی یا به‌صورت جنبی در کنار ادبیات رایج درمان‌های نظری و کاربردی به این پرسش‌ها پرداخته‌اند. این فصل این نظریه‌پردازان نادیده‌انگاشته‌شده را در میانه‌ی صحنه جای می‌دهد و آن‌ها را هم‌ردیف فیلسوفان و هنرمندانی می‌داند که گمانه‌زنی‌هایشان درباره‌ی معنای زندگی به کار بالینی مرتبط است. در سراسر تاریخ مکتوب، پاسخی قانع‌کننده به معمای معنای زندگی به خاطر هیچ‌یک از متفکرین بزرگ خطور نکرده است. جای شگفتی نیست که در خلال این صفحات نه به راه حل منفردی برخورد می‌کنیم و نه به ترکیب کاملاً قانع‌کننده‌ای از چند راه حل پیشنهادی. آنچه می‌خواهم بکنم این است که آگاهی درمانگر را نسبت به مسئله‌ی معنای زندگی افزایش دهم و رویکردهای عمده‌ای را که دیگران به این موضوع داشته‌اند، به‌دقت بررسی کنم. امیدوارم درمانگری که به نیروی دانشِ راه‌های امتحان‌شده و قابل استفاده در منجلاب پوچی توانمند شده، در برخورد با بیماری که از بحران معنا در رنج است، همچون بَلَدِ راهی مطلع و خلاق عمل کند.

معضل معنا

مشکل اینجاست که دو مسئله‌ای که هر دو حقیقت دارند، به‌شکل تغییرناپذیری در تضاد با یکدیگرند:

به نظر می‌رسد آدمی نیازمند معناست. گویی زندگی بدون معنا، هدف، ارزش یا آرمان موجب رنج بسیار است. در نوع شدیدش به تصمیمِ پایان دادن به زندگی می‌انجامد. فرانکل متوجه شده بود فردی که زندگی‌اش فاقد معناست، بعید است از اردوگاه کار

اجباری جان سالم به‌در برَد. همان گونه که به‌طور خلاصه شرح خواهم داد، افراد رودررو با مرگ، اگر هدفی اختیار کنند، قادرند زندگی «بهتر»ی داشته باشند، زندگی‌ای آکنده از شور و اشتیاق. روشن است که ما نیازمند آرمان‌هایی استوار و مطلقیم که از ته دل خواستارشان باشیم و نیازمند خط مشی‌ای که زندگی‌مان را به کمک آن هدایت کنیم.

با این حال، مفهوم اگزیستانسیال آزادی که در فصل‌های ٦ و ٧ تعریف شد بر این فرض استوار است که تنها حقیقت مطلق این است که هیچ چیز مطلقی وجود ندارد. موقعیت اگزیستانسیال می‌گوید دنیا تصادفی‌ست یعنی هر آنچه هست، می‌توانست طور دیگری باشد؛ یعنی خود انسان‌ها هستند که خود، دنیای خود و موقعیتشان را در آن می‌سازند؛ یعنی «معنا»یی در کار نیست، جهان از نقشه‌ای عظیم برخوردار نیست، هیچ خط مشی‌ای جز آنچه فرد خود می‌آفریند، وجود ندارد.

پس معضل بنیادی اینجاست: چطور کسی که نیازمند معناست، آن را در جهانی فاقد معنا بیابَد؟

معنای زندگی

تعاریف

«معنا» و «هدف» دو بار مفهومی متفاوت دارند. «معنا» به مفهوم یا انسجام اشاره دارد. اصطلاحی کلی‌ست برای آنچه از بیان چیزی مد نظر است. جست‌وجوی معنا به معنی جست‌وجو برای انسجام است. «هدف» به مقصود، منظور و کارکرد اشاره دارد. وقتی درباره‌ی هدف چیزی می‌پرسیم، درباره‌ی نقش یا کارکرد آن سؤال می‌کنیم: چه کار می‌کند؟ تا کجا؟

با وجود این، متداول است که «هدف» و «معنا»ی زندگی را به‌جای هم به‌کار بریم و من هم بر همین اساس این دو را مترادف دانسته‌ام. «اهمیت» نیز اصطلاح مرتبط دیگری‌ست. از یک سو، «اهمیت» همان بار مفهومی «معنا» را دارد و از سوی دیگر، بر «پیامد» اشاره می‌کند.

معنای زندگی چیست؟ پرسشی‌ست درباره‌ی معنای کیهانی[1]، در این باره که آیا

1. cosmic meaning

زندگی در کل یا دست‌کم زندگی انسان دارای شکل کلی منسجمی‌ست یا نه. معنای زندگی من چیست؟ پرسش متفاوتی‌ست و به همان چیزی اشاره دارد که فیلسوفان «معنای این‌جهانی[1]» نامیده‌اند.(۱۵) معنای این‌جهانی («معنای زندگی من») حاوی هدف است: کسی که واجد حس معناست، زندگی را دارای هدف یا کارکردی می‌بیند که باید به آن دست یافت، هدف یا اهدافی برتر که فرد مد نظر خویش قرار می‌دهد.

معنای کیهانی به معنای وجود نقشه‌ای خارج و برتر از فرد است و بی‌چون‌وچرا به نظمی جادویی یا معنوی در جهان اشاره دارد. معنای این‌جهانی همان گونه که خواهیم دید، بنیان‌هایی کاملاً این‌جهانی دارد بدین معنا که فرد ممکن است بدون یک نظام معنایی کیهانی، دارای حس معنایی شخصی باشد.

کسی که دارای حس معنایی کیهانی‌ست، معمولاً معنای این‌جهانی مطابق با آن را نیز تجربه می‌کند: بدین معنا که معنای این‌جهانی فرد عبارت است از دست‌یابی به معنای کیهانی و یا هماهنگ شدن با آن. مثلاً «زندگی» را سمفونی‌ای می‌بیند که زندگی تک‌تک افراد نقشی حیاتی در آن دارد. (البته ممکن است فرد به معنای کیهانی باور داشته باشد ولی قادر به درک جایگاه خویش در آن نقشه‌ی عظیم نباشد یا حتی احساس کند طوری رفتار کرده که مجازات آن، از دست دادن موقعیتش در نقشه‌ی کیهانی بوده است؛ ولی این طور افراد بیشتر از احساس گناه یا گمراهی شخصی در رنجند تا از احساس پوچی.)

معنای کیهانی

سنت مذهبی یهودی-مسیحی در دنیای غرب، طرح معنایی جامعی فراهم آورده استوار بر این اصل که دنیا و زندگی انسان بخشی از طرح مقدرشده از سوی خداوند است. عدل الهی پیامد منطقی این فرض است: اگر زندگی خوب زیسته شود، پاداش در کار خواهد بود. معنای زندگی هر موجود از سوی خداوند تعیین شده: وظیفه‌ی هر انسانی‌ست که بر اراده‌ی الهی گردن نهد و آن را تحقق بخشد. فرد چگونه از این اراده آگاه می‌شود؟ رویکرد بنیادگرایانه این است که معنای مد نظر خداوند در

---

1. terrestrial meaning

کتاب مقدس آمده و زندگی خوب را می‌توان بر پایه‌ی تفسیر موبه‌موی کتب مقدس بنا نهاد. دیگرانی هم هستند که فقط یقین دارند فرد باید ایمان داشته باشد و هرگز نمی‌تواند به‌طور قطع از معنای مقدر الهی آگاه شود و باید به اشارات و حدسیات در این مورد قناعت کند یا بپذیرد که انسان را هرگز امیدی به خواندن ذهن خدا نیست. پاسکال در قرن هفدهم گفته است: «شاخه را امیدی به درک معنای درخت نیست.»(۱۶) ویکتور فرانکل این دیدگاه را این گونه تشریح می‌کند که پژوهش طبی با استفاده از شباهت انسان و میمون، واکسنی مؤثر بر فلج اطفال می‌سازد.(۱۷) میمون درد زیادی متحمل می‌شود ولی به دلیل محدودیت‌های شناختی‌اش، هرگز قادر به درک معنای این موقعیت نخواهد بود. فرانکل استدلال می‌کند که در مورد انسان هم چنین است و او نباید امید داشته باشد معنایی را به کمال دریابد که در ابعادی فراتر از درک او جای دارد.

وجه دیگر معنای کیهانی بر این تأکید دارد که هدف زندگی بشر پیروی از خداوند است. خداوند تجسم کمال است، پس هدف زندگی تلاش برای رسیدن به کمال است. ارسطو (و تمامی سنت خردگرای عقلانی‌ای که با او آغاز شد) از میان اَشکال گوناگون کمال که می‌توان جویای آن بود، کمال خردمندانه را غایی دانست. به گفته‌ی پیروان ارسطو خدا «خود اندیشه است»؛ و فرد از طریق کمال در قوای عقلانی، به او نزدیک‌تر می‌شود. موسی مایمونیدس[1] در قرن دوازدهم در کتاب راهنمای سرگشتگان[2]، چهار شیوه‌ی اصلی برای تلاش در جهت کمال را توصیف کرده است.(۱۸) اولی را که کمال مالکیت مادی‌ست، موهوم و ناپایدار می‌داند و مردود می‌شمارد؛ در دومی که کمال جسمانی‌ست، تفاوتی میان انسان و حیوان قائل نیست. سومی که کمال اخلاقی‌ست، در خور ستایش است ولی محدودیتش در آن است که بیشتر در خدمت دیگران است تا خود انسان. چهارمی، کمال عقلانی، از دیدگاه او «کمال حقیقی انسانی»ست و از طریق آن «انسان، انسان می‌شود.» این کمال هدف غایی‌ست و به انسان اجازه‌ی درک و دریافت خداوند را می‌دهد.

---

1. Moses Miamonides
2. *The Guide of the Perplexed*

معنای کیهانی که دید مذهبی به دنیا پدیدآورنده‌ی آن است، تعابیر متعددی برای هدف زندگی انسان دارد که بعضی متعصبانه و بعضی به‌شدت خیال‌پردازانه‌اند. برای نمونه یونگ در قرن اخیر دیدگاهی عمیقاً مذهبی داشت و معتقد بود کسی درمان نمی‌شود یا معنایی در زندگی نمی‌یابد مگر آنکه دیدگاه مذهبی‌اش را بازیابد.(۱۹) از دید او هدف زندگی شخصی انسان، تکمیل کار آفرینش خداوند بود:

> بشر چاره‌ای جز تکمیل آفرینش ندارد؛ به این معنا که در واقع، او آفریننده‌ی ثانی جهان است و تنها اوست که به جهان، هستی عینی بخشیده، جهانی که بدون این هستی عینی، صدها میلیون سال نه چیزی شنیده و نه چیزی دیده، در سکوت سر جنبانده، خورده، تولید مثل کرده و مرده است؛ و بدون آن جهان همچنان در تارترین شب نیستی تا پایانی ناشناخته پیش می‌رفت.(۲۰)

عقیده‌ی یونگ مبتنی بر تکمیل کار آفرینش به‌دست انسان و «مُهر کمال زدن بر آن» نتیجه‌ای‌ست که دیگران هم به آن رسیده‌اند. هگل پیش از او نوشت: «خدا بدون جهان خدا نیست... . خدا فقط تا جایی خداست که خود را بشناسد و خودشناسی‌اش همان بصیرتی‌ست که به‌صورت شناخت انسان از خداوند در انسان به‌ودیعه گذاشته است.»(۲۱) یا ریلکه‌ی شاعر در این قرن گفته است:

> چه می‌کنی خدایا اگر من بمیرم؟
> من سبوی توام، اگر بشکنم چه؟
> من نوشابه‌ی توام، اگر فاسد شوم چه؟
> من ردای تو و پیشه‌ی توام
> اگر از کفم بدهی، معنایت را از کف می‌دهی.(۲۲)

اظهار نظر بحث‌برانگیز توماس مان نیز پژواک این طرز فکر است: «مقصود نهایی از پدید آوردن حیات از بی‌جان، آفرینش انسان بود. با او آزمون بزرگی آغاز شد که شکست آن، شکست تمامی آفرینش بود... چه این طور باشد و چه نباشد، برای انسان بهتر است طوری رفتار کند که گویی این طور است.»(۲۳)

این طرز فکر مان که «مقصود نهایی انسان بود» قلب نظام آفرینش معنایی را می‌سازد که مبنای استدلال یزدان‌شناس قرن بیستم، پی‌یر تِیار دُشاردَن[1] قرار گرفته و در کتاب جالبش به‌نام پدیده‌ی انسان[2] به یک سنتز تکاملی رسیده است.(۲٤) تِیار دُشاردَن در قانون «هم‌تافتگی تحت فرمان[3]» خود به یک پیوستگی کیهانی اشاره دارد: اینکه زندگی وحدتی یگانه است، تمامی جهان زنده «یک موجود زنده‌ی منفرد و غول‌آسا[4]»ست که با سرنوشت ازپیش‌تعیین‌شده به فرایند تکامل گام نهاده است. به این ترتیب تکامل فرایندی راست‌پیدایشی[5]ست و همان‌طور که عوامل درونی مؤثر بر یک موجود زنده‌ی منفردِ در حال تکامل، حاصل نهایی‌اش را مشخص می‌کند، در اینجا هم عوامل ازپیش‌تعیین‌شده بر حاصل نهاییِ فرایند تکامل کیهانی تأثیر می‌گذارند، فرایندی که مقدر شده در عشق مطلق و وحدتی معنوی به انسان ختم شود.

در نظام تِیار دُشاردَن هر فرد، با ایفای نقشی در کاری مشترک، معنایی شخصی برای زندگی‌اش می‌یابد: «با اینکه تنها کسر کوچکی از کسانی که می‌کوشند از ستیغ دستاوردهای انسان بالا روند، به جایی نزدیک به قله می‌رسند، ولی چاره‌ای جز این نیست که جماعت بالاروندگان عظیم باشد. وگرنه هیچ کس به قله دست نمی‌یابد. جماعتی که هریک گم‌گشته و فراموش‌شده‌اند، بیهوده زندگی نکرده‌اند، زیرا آن‌ها نیز کوشیده‌اند از این ستیغ بالا روند.»(۲۷) به این ترتیب، راه مشترکی برای ورود به قلمرو فوق انسانی وجود دارد. «دروازه‌های آینده تنها به پیشروهای گروه اجازه‌ی ورود می‌دهد با این هدف که همه‌ی گروه بتوانند به احیای معنوی زمین همت گمارند.»(۲۸)

---

1. Pierre Teilhard de Chardin
2. *The Phenomenon of Man*
3. controlled complication
٤. ایده‌ی دنیا به‌مثابه یک موجود زنده‌ی منفرد دیدگاه بسیاری از فرهنگ‌های بدوی به جهان بود و در اروپای غربی نیز تا قرن شانزدهم رواج داشت. این برداشت از معنای کیهانی، به معنای این‌جهانی نیز مفهومی استوار و قابل استفاده می‌بخشد، زیرا هر انسانی از بدو تولد می‌داند بخشی از یک واحد بزرگ‌تر است و باید زندگی خود را در جهت منافع آن موجود عظیم هدایت کند.(۲۵) بنابراین الکساندر پوپ در قرن هجدهم و در رساله‌ای در باب انسان ادعا کرد که «بدی جزئی برای خوبی جهان‌شمول لازم است.»(۲٦)
5. orthogenetic

معنای شخصی دنیوی

معنای شخصی در فقدان معنای کیهانی. انسان‌ها با این باور که زندگی الگویی ازپالاتعیین‌شده و منسجم دارد و هر فرد در این الگو نقش معینی ایفا می‌کند، فوق‌العاده آرام می‌گیرند. نه‌تنها هدف و نقش هر فرد معین است بلکه مجموعه‌ای از رهنمودها درباره‌ی چگونه زیستن نیز فراهم است. تا نزدیک به سیصد سال پیش، دیدگاه‌های مذهبی کیهانی، بخش عمده‌ای از نظام اعتقادی دنیای غرب را تشکیل می‌داد. سپس این دیدگاه‌ها از دو سو مورد یورش بی‌امان قرار گرفت: نگرش علمی در حال شکوفایی و کوشش کانت برای زیر سؤال بردن پذیرش هستی به‌عنوان یک واقعیت عینی ثابت. هرچه هستی فرابشری ــ چه ماورای طبیعی و چه هر مطلق انتزاعی دیگر ــ بیشتر مورد تردید قرار می‌گرفت، پذیرش نظام معنایی کیهانی برای انسان دشوارتر می‌شد.

ولی بدون جایگزین نمی‌توان از نظام‌های معنایی چشم پوشید. شاید بتوانیم پاسخ به پرسشِ چرا زندگی می‌کنیم؟ را نادیده بگیریم ولی به تأخیر انداختن این پرسش که چگونه باید زندگی کنیم؟ آسان نیست. انسان‌های دین‌گریز امروزی با وظیفه‌ی یافتن سمت‌وسویی برای زندگی مواجهند بی‌آنکه رهبر و راهنمایی بیرونی در اختیار داشته باشند. فرد چگونه می‌تواند معنایی برای خویش بسازد، آن هم معنایی چنان استوار و نیرومند که پشتواره‌ی زندگی‌اش شود؟

معنا در جهانی بی‌معنا: کامو و سارتر. اجازه دهید با تفکرات آلبر کامو و ژان پل سارتر آغاز کنم، دو تن از متفکران بزرگی که تنگنای پوچی قرن بیستم را برایمان ترسیم کردند. آن‌ها چگونه با پرسش درباره‌ی معنای زندگی کنار آمده‌اند؟

کامو واژه‌ی «پوچ» را برای موقعیت اساسی انسان در جهان به‌کار برد: گرفتاری موجودی متعالی و جویای معنا که باید در جهانی فاقد معنا زندگی کند. کامو می‌گفت ما موجوداتی اخلاقی هستیم که انتظار داریم جهان بنیانی برای قضاوت اخلاقی فراهم کند: یعنی نظامی معنایی که طرح کلی ارزش‌ها به‌طور تلویحی در آن لحاظ شده باشد. ولی جهان چنین چیزی فراهم نمی‌کند: کاملاً نسبت به ما بی‌اعتناست. تنش میان آرمان انسان و بی‌تفاوتی جهان همان چیزی‌ست که کامو «پوچی» موقعیت انسانی نام نهاده است.(۲۹)

پس چه باید بکنیم؟ رهنمودی در کار نیست؟ یا ارزشی؟ هیچ درست و نادرستی مشخص نشده؟ یا هیچ خوب و بدی؟ اگر هیچ‌چیز قطعی نیست، پس هیچ‌چیز هم مهم‌تر از چیز دیگر نیست و در همه‌چیز با بی‌تفاوتی روبه‌روییم. کامو در رمان‌های مرگ خوش(۳۰) و بیگانه(۳۱) انسان‌هایی را ترسیم می‌کند که در هیچ‌انگاری ارزشی زندگی می‌کنند. مورسو در بیگانه بیرون از دنیای اخلاقی‌ست. بارها تکرار می‌کند: «برایم فرقی نمی‌کند.» در مراسم تشییع مادرش شرکت می‌کند، جفت‌گیری می‌کند، کار می‌کند و یک مرد عرب را در ساحل می‌کُشد، و همه‌ی این‌ها در کمال بی‌تفاوتی.

پیش از آن، در افسانه‌ی سیزیف کشمکش میان هیچ‌انگاری و نیازهای اخلاقی‌اش را آشکار ساخته و کم‌کم به بصیرتی جدید بر پایه‌ی انسان‌گرایی و دین‌گریزی رسیده و از این بصیرت، به معنای شخصی زندگی و مجموعه‌ای از رهنمودها برای هدایت زندگی دست یافته است. بصیرت جدیدش بر این اصل استوار است که ما می‌توانیم با مغتنم شمردن «شب‌های نومیدی»مان و رویارویی با کانون گرداب بی‌معنایی، معنایی نو برای زندگی بسازیم و به هیچ‌انگاری قهرمانانه برسیم. کامو باور داشت انسان فقط در صورتی می‌تواند به مقام واقعی‌اش نائل شود که هنگام مواجهه با پوچی، با شکوه زندگی کند. با عصیان، عصیانی افتخارآمیز و گردن‌فرازانه در برابر موقعیت خود، می‌توان از بی‌تفاوتی جهان فراتر رفت و بر آن پیشی گرفت. «هیچ‌چیز با چشم‌انداز پرشکوه عزت نفس انسانی برابری نمی‌کند.» «سرنوشتی نیست که نتوان با خوار شمردنش بر آن چیره شد.»(۳۲)

عقاید کامو هنگام جنگ جهانی دوم، زمانی که به فعالیت مخفی در فرانسه می‌پرداخت و اندیشه‌ی نوعی شورش اصیل علیه پوچی به شکل شورشی برادرانه ــ شورشی با عنوان وحدت انسانی ــ به ذهنش خطور کرد، بیش از پیش شکل گرفت. کامو در رمان طاعون بسیاری از واکنش‌های انسان را به طاعون به تصویر می‌کشد (بیماری طاعون در کتاب، استعاره‌ای‌ست از اشغال فرانسه به‌دست نازی‌ها یا فراتر از آن، همه‌ی اَشکال بی‌عدالتی و ستمگری.)(۳۳) دکتر ریو، شخصیتی که به احتمال زیاد تصویر آرمانی‌شده‌ی نویسنده است، مبارزه‌ی خستگی‌ناپذیری با طاعون می‌کند و هرگز واکنشی جز شجاعت، سرزندگی، عشق و حس عمیق همدلی با قربانیان طاعون از خود نشان نمی‌دهد.

پس به‌طور خلاصه نامو از موضع هیچ‌انگاری آغاز کرد ــ موضعی که در آن از فقدان معنا (و در نتیجه از فقدان هدف و ارزش‌ها) دلسرد شده بود ــ و خیلی زود نظام معنایی شخصی و بلاموضوعی خلق کرد که حاوی ارزش‌ها و رهنمودهای صریحی برای هدایت بود: شجاعت، همیاری افتخارآمیز، وحدت برادرانه، عشق و تقدس دین گریز.

دیدگاه سارتر نسبت به دنیای بی‌معنا، از تمامی فیلسوفان معاصر، انعطاف‌ناپذیرتر بود. موضع او در قبال معنای زندگی موجز و بی‌رحمانه است: «همه‌ی موجودات بی‌دلیل به‌دنیا می‌آیند، با ضعف و کاستی زندگی می‌کنند و بر حسب تصادف می‌میرند ... به‌دنیا آمدنمان بی‌معناست؛ از دنیا رفتنمان هم بی‌معنا.»(۳۴) برداشت سارتر از آزادی (همان که در فصل ٦ توضیح دادم) فرد را بدون هرگونه معنای شخصی و بدون رهنمودی برای هدایت به خود وامی‌گذارد؛ در واقع، فیلسوفان بسیاری نظام فلسفی سارتری را دقیقاً به همین دلیل، یعنی فقدان محتوای اخلاقی به باد انتقاد سخت گرفته‌اند. مرگ سارتر در سال ۱۹۸۰ به زندگی پربار و شگفت‌انگیزش پایان داد و رساله‌اش در باب اخلاق که از مدت‌ها پیش وعده‌اش را داده بود، هرگز نوشته نشد.

با وجود این، سارتر در داستان‌هایش اغلب افرادی را به تصویر می‌کشد که چیزی را می‌یابند تا به‌خاطرش زندگی کنند و نیز چیزی که با آن زندگی کنند. در این میان تصویر سارتر از اورستس[1]، قهرمان نمایشنامه‌ی مگس‌ها[2]، بسیار روشنگر است.(۳۵) اورستس از آرگوس عقب‌نشینی می‌کند و به‌سوی خانه بازمی‌گردد تا خواهرش الکترا را بیابد و با هم به خونخواهی پدر (آگاممنون) برخیزند و قاتلان ــ مادرشان کلیتم‌نسترا و شوهرش اجیستوس ــ را از پای درآورند. به‌رغم عبارات آشکار سارتر درباره‌ی بی‌معنایی زندگی، نمایشنامه‌اش را می‌توان سفری مقدس به‌سوی معنا دانست. بگذارید اروستس را که در جست‌وجوی ارزش‌هایی‌ست تا زندگی‌اش را بر پایه‌ی آن‌ها بنا کند، دنبال کنم. او ابتدا در بازگشتی که به‌سوی خانه، ریشه‌ها و یارانش می‌کند، در جست‌وجوی معنا و هدف است:

---

۱. Oresles، در اسطوره‌ی یونان، پسر آگاممنون است.-م.

2. *Les Mouches*

سعی کن بفهمی می‌خواهم مردی باشم متعلق به جایی، مردی در میان یارانش. فقط این را در نظر داشته باش. حتی برده‌ای که در اینجا زیر باری خم شده و از خستگی فرومی‌افتد و مات به زمین زیر پایش خیره می‌شود، حتی این برده‌ی بی‌نوا هم می‌تواند بگوید در شهر خویش است همچون درختِ یک جنگل یا برگی از یک درخت. آرگوس، گرم، محکم و تسلی‌بخش او را در آغوش گرفته است. آری، الکترا، می‌خواهم شادمانه به‌جای آن برده باشم و از اینکه شهر را همچون پتویی به دور خود بپیچم و خود را در آن جای دهم، لذت برم.(۳۶)

بعدتر شیوه‌ی زندگی خویش را زیر سؤال می‌برَد و به این نتیجه می‌رسد همیشه طوری رفتار کرده که آن‌ها (خدایان) خواسته‌اند تا در وضعیت موجود به آرامش رسد.

پس این کار درستی‌ست. زندگی در آرامش، همواره در آرامش مطلق. متوجه شدم. همیشه گفته‌ام: «پوزش می‌طلبم» و «سپاسگزارم». این چیزی‌ست که می‌خواهند، نه؟ کارِ درست. درست برای آن‌ها.(۳۷)

در این لحظه‌ی نمایش، اروستس خود را از نظام معنایی پیشین بیرون می‌کشد و به بحران معنا دچار می‌شود:

چطور همه‌چیز تغییر کرده ... تا حالا چیزی گرم و زنده را پیرامون خویش حس می‌کردم، چیزی همچون حضوری دوستانه. آن چیز هم‌اکنون مُرد. چه برهوتی. چه برهوت بی‌پایانی.(۳۸)

اورستس در این لحظه همان خیزی را برمی‌دارد که سارتر خود در زندگی شخصی‌اش برداشت، نه جهش به‌سوی ایمان (گرچه در هیچ توصیفی جز جهش به‌سوی ایمان نمی‌گنجد) بلکه جهشی به‌سوی «تعهد»، به‌سوی عمل، به‌سوی طرح‌ریزی. با آرمان آرامش و امنیت خداحافظی می‌کند و به درندگی یک مبارز جنگ‌های صلیبی، به دنبال هدف تازه‌یافته‌اش می‌رود:

من می‌گویم راه دیگری هم هست: راه من. نمی‌بینی. از اینجا آغاز و به شهر ختم می‌شود. باید با تو به ژرفایش فرو روم. زیرا تو زندگی‌ات را در قعر حفره‌ای می‌گذرانی ... صبر کن. به من فرصت بده تا به تمامی روشنایی‌ها، روشنایی‌هایی خیالی که به من تعلق داشت، بدرود بفرستم ... بیا الکترا، به شهرمان نگاهی بیفکن... با دیوارهای بلند، سقف‌های سرخ و درهای کلون‌شده‌اش محافظتم می‌کند. و با این حال باید تسخیرش کنم. تبری برمی‌دارم و آن دیوارها را فرو می‌ریزم... .(۳۹)

هدف تازه‌ی اورستس خیلی زود آشکار می‌شود و او باری مسیح‌وار بر دوش می‌گیرد:

گوش کن، فرض کن بار گناه همه‌ی آن‌هایی را که در تاریکی اتاق‌هایشان از ترس می‌لرزند، بر دوش گیرم. فرض کن لقب «سارق گناه» را به من دهند و تمامی ندامتشان را بر پشت من گذارند.(۴۰)

بعد اورستس با سرپیچی از فرمان زئوس، تصمیم می‌گیرد اجیستوس را بکُشد. اظهاراتش در این زمان نشان از هدفی آشکار دارد: عدالت، آزادی و شکوه را برمی‌گزیند و نشان می‌دهد که می‌داند چه‌چیز در زندگی «درست» است.

چه اهمیتی به زئوس می‌دهم. عدالت موضوعی میان انسان‌هاست و من خدایی ندارم که آن را به من بیاموزد. درست آن است که تو را چون حیوانی شرور لگدکوب کنم و مردمان را از شر خباثتت برهانم. درست آن است که شکوه انسانی را به آنان بازگردانم.(۴۱)

و از آزادی خود، مأموریتش و راه خویش شادمان است. با اینکه باید بار قاتل مادر بودن را بر دوش کشد، بهتر از آن است که هیچ مأموریت و معنایی در زندگی نداشته باشد و بی‌هدف سرگردان باشد.

هرچه بارم سنگین‌تر باشد، خرسندترم: زیرا این بار آزادی من است. همین دیروز بود که بی‌دلیل بر زمین راه می‌رفتم؛ هزاران جاده را درنوردیدم که مرا به جایی نرساندند زیرا جاده‌ی مردان دیگر بودند ... امروز من فقط یک راه دارم که نمی‌دانم به کجا ختم می‌شود. ولی راه خودم است.(۴۲)

بعد اورستس نکته‌ی دیگری را درمی‌یابد که از دید سارتر معنای مهمی‌ست: اینکه هیچ معنای قطعی و مطلقی در میان نیست، اینکه او تنهاست و خود باید معنای خویش را بیافریند. به زئوس می‌گوید:

ناگهان آزادی بر من فرود آمد و مرا درنوردید. جوانی‌ام با باد رفت و خود را تنها دیدم ... و چیزی در بهشت باقی نمانده بود، نه خوبی و نه بدی، و نه کسی که به من فرمان دهد ... محکومم از قانونی جز قانون خویش فرمان نبرم ... هر کس باید خود راه خویش را بیابد.(۴۳)

وقتی می‌خواهد چشمان مردم شهر را بگشاید، زئوس اعتراض می‌کند که اگر اورستس پرده از چشم آنان برگیرد «زندگی‌شان را همان‌طور که هست، خواهند دید: پلشت و عبث.» ولی اورستس معتقد است آن‌ها آزادند و درست آن است که با نومیدی‌شان مواجه شوند و بیانیه‌ی مشهور اگزیستانسیالش را صادر می‌کند: «زندگانی بشر از آن سوی نومیدی آغاز می‌شود.»(۴۴)

هدف نهایی یعنی خودشکوفایی زمانی سر برمی‌آورَد که اورستس دست خواهرش را می‌گیرد تا سفرشان را آغاز کنند. الکترا می‌پرسد: «به کجا؟» و اورستس پاسخ می‌دهد:

به‌سوی خویشتن. آن سوی رودها و کوه‌ها اورستس و الکترایی هستند که انتظارمان را می‌کشند و ما باید صبورانه به‌سویشان گام برداریم.(۴۵)

و به این ترتیب، سارتر ــ همان سارتری که می‌گوید «انسان شوری عبث است» و «به‌دنیا آمدنمان بی‌معناست؛ از دنیا رفتنمان هم بی‌معنا» ــ در داستانش به جایی

می‌رسد که به‌وضوح برای جست‌وجوی معنا ارزش قائل می‌شود و حتی راه‌هایی را برای این جست‌وجو پیشنهاد می‌کند. این راه‌ها عبارتند از یافتن «خانه» و یار و همراه در دنیا، عمل، آزادی، طغیان در برابر ظلم، خدمت به دیگران، روشنگری، خودشکوفایی و تعهد: همیشه و مهم‌تر از همه، تعهد.

و چرا معانی‌ای در کارند که باید تحقق یابند؟ سارتر در برابر این پرسش خاموش است. قطعاً معانی را خداوند مقدر نکرده؛ آن‌ها از قبل «آنجا» وجود ندارند چون خدایی در آنجا نیست و چیزی در «آنجا» ــ خارج از انسان ــ وجود ندارد. اورستس به‌سادگی می‌گوید: «می‌خواهم به جایی تعلق داشته باشم» یا «درست این است» که به دیگران خدمت کنیم، شکوه را به انسان بازگردانیم یا آزادی را در آغوش بگیریم؛ یا هر انسان باید راه خویش را بیابد، باید به‌سوی اورستسِ کاملاً شکوفا که در انتظار اوست، سفر کند. عبارات «می‌خواهم»، «درست این است» یا «باید» کاملاً بر پایه‌ی ترجیح فردی استوارند و زیربنای محکمی برای هدایت انسان نمی‌سازند؛ ولی بهترین چرایی‌هایی هستند که سارتر قادر به گرد آوردنشان بوده است. به نظر می‌رسد او با موضع عملگرای توماس مان که پیش از این به آن اشاره شد موافق است: «چه این طور باشد و چه نباشد، برای انسان بهتر است طوری رفتار کند که گویی این طور است.»

برای کامو و سارتر مهم این است که انسان‌ها دریابند هرکس باید معنای خویش را ابداع کند (تا آنکه معنایی که خدا یا طبیعت برایش تعیین کرده، کشف کند) و بعد خود را تمام‌وکمال وقف تحقق آن معنا کند. این کار نیازمند آن است که فرد به‌قول گوردون آلپورت «یقینی نصفه‌نیمه و شهامتی تمام‌وکمال»(٤٦) داشته باشد که شاهکاری‌ست نه چندان آسان. اخلاقیات سارتر نیازمند جهش به‌سوی تعهد است. نظام‌های خداباور و بی‌خدا در این یک نکته توافق دارند که: درست و پسندیده آن است که فرد خود را در جریان زندگی غوطه‌ور کند.

اجازه دهید فعالیت‌های دین‌گریزی را که هدفی به زندگی انسان‌ها می‌بخشند، مورد بررسی قرار دهم. این فعالیت‌ها در جهت تأیید همان برهان‌هایی‌ست که سارتر از زبان اورستس آورده است: به نظر درست می‌آیند؛ به نظر خوب می‌آیند؛ فرد را از درون راضی می‌کنند و نیازی نیست بر پایه‌ی هیچ انگیزه‌ی دیگری مورد داوری و قضاوت قرار گیرند.

نوع‌دوستی، دنیا را به جای بهتری برای زیستن بدل کردن، خدمت به دیگران، شرکت در کارهای خیر (والاترین فضیلت)، همه‌ی این فعالیت‌ها خوب و درستند و به زندگی بسیاری از انسان‌ها معنا می‌بخشند. هم دکتر ریوی کامو و هم اورستس سارتر خود را با خدمت به دیگران راضی می‌کنند: یکی از قربانیان طاعون پرستاری می‌کند و دیگری فلوت‌نوازی‌ست که گناه دیگران را می‌دزدد و چشم آن‌ها را بر شکوه، آزادی و نومیدی مقدس می‌گشاید.

در کار بالینی‌ام با بیماران سرطانی محتضر، برای مشاهده‌ی اهمیت نظام‌های معنایی در هستی انسان، موقعیت بسیار استثنایی و ممتازی داشتم. بارها متوجه شدم بیمارانی که معنای ژرفی را در زندگی حس می‌کنند، زندگی کامل‌تری دارند و نسبت به کسانی که زندگی‌شان عاری از معناست، با نومیدی کمتری با مرگ روبه‌رو می‌شوند. (یونگ گفته است: «معنا بسیاری چیزها ــ و شاید همه‌چیز ــ را قابل تحمل می‌کند.»(۴۷)) گرچه بیماران در این برهه از زندگی و بیماری‌شان معانی گوناگونی را تجربه می‌کنند که می‌تواند مذهبی یا دین‌گریز باشد، ولی اهمیت هیچ‌یک از آن‌ها به پای نوع‌دوستی نمی‌رسد. چند نمونه‌ی بالینی موضوع را روشن‌تر می‌کند.

سَل، بیماری سی‌ساله و همیشه نیرومند و ورزشکار بود تا اینکه به بیماری میلوم مولتیپل مبتلا شد: نوعی سرطان دردناک و ناتوان‌کننده‌ی استخوان که دو سال بعد موجب مرگش شد. دو سال آخر زندگی‌اش گرانبهاترین و باشکوه‌ترین بخش زندگی‌اش بود. با اینکه درد زیادی داشت و همه‌ی بدنش را (به دلیل شکستگی‌های متعدد استخوانی) گچ گرفته بودند، سَل در خدمت به تعداد زیادی جوان، معنای بزرگی در زندگی‌اش یافته بود. او به دبیرستان‌های منطقه‌اش می‌رفت و در مورد خطرات سوء مصرف مواد به دانش‌آموزان مشاوره می‌داد و سرطان و بدنی را که به‌وضوح روبه‌زوال می‌رفت، به‌عنوان اهرمی نیرومند در مأموریتش به‌کار می‌گرفت. در این زمینه فوق‌العاده کارآمد بود: تالار سخنرانی مدرسه می‌لرزید وقتی سَل روی صندلی چرخدار و با بدنی که در گچ بی‌حرکت شده بود، فریاد می‌زد: «می‌خواهید بدنتان را با نیکوتین یا الکل یا هروئین نابود کنید؟ می‌خواهید در اتومبیل خُرد و داغانش کنید؟ افسرده شده‌اید و می‌خواهید از بالای پل گلدن گیت پایینش بیندازید؟ پس بدنتان را بدهید به من! بگذارید مال من باشد! من لازمش دارم! برش می‌دارم! من می‌خواهم زندگی کنم!»

اِوا، بیماری که در اوائل دهه‌ی پنجاه زندگی‌اش با سرطان تخمدان از دنیا رفت، زندگی فوق‌العاده پرشوری داشت که فعالیت‌های بشردوستانه همواره به آن حس هدفمندی بخشیده بود. او به مرگ نیز همین گونه رو کرده بود؛ و با اینکه به‌کار بردن این اصطلاح چندان برایم ساده نیست، ولی احساس می‌کنم مرگ او را فقط می‌شد با اصطلاح یک «مرگ خوب» توصیف کرد. تقریباً همه‌ی کسانی که در دو سال آخر زندگی‌اش با او برخورد داشتند، از او نیرو گرفته بودند. وقتی برای نخستین بار متوجه سرطانش شد و نیز وقتی دریافت سرطان منتشر شده و پیش‌آگهی مهلکی دارد، ابتدا در یأس و نومیدی غوطه‌ور شد ولی خیلی سریع و با غوطه‌وری در برنامه‌های بشردوستانه خود را بیرون کشید. او داوطلب کار در بخش بستری کودکان سرطانی لاعلاج شد. از نزدیک به تحقیق در مورد چند سازمان خیریه پرداخت تا برای تقسیم دارایی‌اش تصمیمی منطقی بگیرد. بسیاری از دوستان قدیمی، پس از ابتلای او به سرطان از رابطه‌ی نزدیک پرهیز می‌کردند. اِوا به شیوه‌ای روشمند به هریک نزدیک شد تا بگوید دلیل پرهیزشان را می‌فهمد و هیچ دلخور نیست، ولی با این حال، شاید برایشان مفید باشد که با صحبت درباره‌ی احساساتی که نسبت به او دارند، با مرگ خودشان مواجه شوند.

آخرین تومورشناس اِوا به‌نام دکتر ل.، مردی خشک و بی‌روح با عینکی دورفلزی بود که پشت میزی به بزرگی یک زمین فوتبال می‌نشست و همین طور که با او حرف می‌زد، وضعیت طبی اِوا را تایپ می‌کرد. با اینکه دکتر ل. در تخصص خود مهارت فوق‌العاده‌ای داشت، اِوا فکر کرد پزشکش را عوض کند تا بلکه دکتری خونگرم‌تر و مهربان‌تر پیدا کند. ولی در نهایت تصمیم گرفت با او بماند و آخرین هدف زندگی‌اش را «انسان کردن دکتر ل.» قرار دهد: وقت بیشتری از او درخواست کرد، از او خواست به‌جای تایپ کردن، به او گوش دهد. با موقعیت او در برخورد با بیماران همدلی کرد: چقدر برایش سخت است شاهد مرگ بیشتر بیمارانش ــ در واقع، به‌خاطر نوع تخصصش، همه‌ی بیمارانش ــ باشد. به فاصله‌ی کمی پیش از مرگ، دو رؤیا دید که هردو را برای من و دکتر ل. تعریف کرد. در اولی در اسرائیل بود ولی نمی‌توانست خودش را راضی کند که به دیدن موزه‌ی هولوکاست برود. در رؤیای دوم در راهروی یک بیمارستان بود و گروهی از پزشکان (از جمله دکتر ل.)

به‌سرعت از او دور می‌شدند. او به‌دنبالشان دوید و به آن‌ها گفت: «خیلی خُب، می‌فهمم که نمی‌توانید از پس سرطانم برآیید. می‌بخشمتان، مهم نیست. کاملاً طبیعی‌ست که چنین احساسی داشته باشید.» پشتکار اِوا نتیجه داد و بالاخره اینکه توانست سدهای دکترل. را بشکند و به‌شیوه‌ای عمیقاً انسانی با او ارتباط برقرار کند، مایه‌ی خوشنودی و رضایتش شد.

او عضو یک گروه حمایتی بیماران مبتلا به سرطان منتشر بود و تا پایان زندگی‌اش، معنا را در این واقعیت یافت که مَنِش او نسبت به مرگ، برای بیماران دیگر ارزشمند است، بیمارانی که شاید شوروشوق اِوا و موضع شجاعانه‌اش در برابر مرگ را الگویی برای زندگی و مرگ خود قرار دهند. یکی از این بیماران به‌نام مَدلین سَلمُن که شاعری چیره‌دست بود، این شعر را برای خواندن در مراسم گرامی‌داشت اِوا نوشت:

اِوای عزیزم
هر بار که تندباد از سوی دریا بوزد
نمکین و نیرومند
تو اینجایی.
شوروشوقت را برای رسیدن به بالای تپه، به‌یاد می‌آورم
و موج قدرتمند خنده‌هایت
اندوه رفتنت را التیام می‌دهد
و افکارم را آهنگی مناسب می‌بخشد.

«و افکارم را آهنگی مناسب می‌بخشد» به‌زیبایی نشان می‌داد اِوا منبع مهم معنا برای بسیاری کسانی بود که با مرگ مواجه بودند. ایده‌ی الگو قرار گرفتن برای دیگران خصوصاً برای فرزندان خود و کمک به آن‌ها برای کاستن یا از میان بردن وحشت مرگ، می‌تواند زندگی را تا لحظه‌ی مرگ، سرشار از معنا کند. فرد خود را به فرزندانش و به فرزندان فرزندانش و در اصل به سلسله‌ی عظیم هستی متصل می‌کند. اِوا تأثیر بسیار عمیقی بر من گذاشت و با این کار، در فرایندی شریک است که باعث شد من معنای خودم را در رساندن هدیه‌ی او به خوانندگانم بیابم.

نوع‌دوستی سرچشمه‌ی مهم معنا برای روان‌درمانگران و البته همه‌ی متخصصانی‌ست که نه‌تنها خود را وقف کمک به رشد بیماران می‌کنند، بلکه معتقدند رشد یک بیمار، موج کوچکی می‌آفریند تا کسانی را که با زندگی همان یک نفر تماس دارند، با خود همراه کند و فایده بخشد. این تأثیر زمانی بیشتر از همیشه مشهود است که بیمار بر مسند تأثیرگذاری تکیه زده باشد (معلم، پزشک، نویسنده، کارفرما، رئیس، مدیر کارکنان، سایر درمانگران). ولی این حقیقت در مورد هر بیماری صادق است زیرا انسان را از رویارویی‌های بی‌شمار با دیگران در زندگی روزانه گریزی نیست. من در کار بالینی خود، می‌کوشم این مسئله را آشکارا با تک‌تک بیمارانم مطرح کنم؛ در برخوردهای بین‌فردی‌شان ــ چه صمیمی و چه اتفاقی ــ دقت می‌کنم؛ به کمک خودشان معلوم می‌کنم که خود از دیگران چه می‌خواهند و آن‌ها چه چیزی به زندگی دیگران ارزانی می‌کنند.

این باور که بخشش، سودمند بودن برای دیگران و قشنگ‌تر کردن زندگی برای آن‌ها کار خوبی‌ست، خود سرچشمه‌ی قدرتمند معناست. در سنت مذهبی یهودی-مسیحی ریشه دارد و حتی به‌عنوان یک حقیقت بنیادی از سوی کسانی که هرگونه اعتقاد به خدا را رد می‌کنند، پذیرفته شده است.

فداکاری برای یک آرمان. «انسان همان چیزی‌ست که آرمانی که خود برگزیده، از او می‌سازد.»(۴۸) این عبارت کارل یاسپرس نشان از منشأ مهم و غیردینی دیگری برای معنای زندگی دارد: جانسپاری به یک آرمان. ویل دورانت[1]، فیلسوف و مورخ، کتابی دارد با عنوان در باب معنای زندگی[2] که حاوی جملات بزرگانی‌ست که در نظراتشان به معنای زندگی پرداخته‌اند. پرداختن به یک «آرمان»، مضمونی نافذ است.

دورانت در نتیجه‌گیری‌هایش، به موضع خود می‌پردازد:

> به یک کل بپیوندید و با جان و دل به آن بپردازید. معنای زندگی در فرصتی‌ست که در اختیار ما قرار می‌دهد تا چیزی عظیم‌تر از خود خلق کنیم یا بر چیزی عظیم‌تر از خود تأثیر گذاریم. این چیز لزوماً خانواده نیست (گرچه سرراست‌ترین و گسترده‌ترین راهی‌ست که طبیعت با درایتی کور، حتی برای عامی‌ترین روح‌ها فراهم کرده است)؛

---

1. Will Durant
2. *On the Meaning of Life*

می‌تواند هر گروهی باشد به شرط اینکه همه‌ی اصالت نهفته‌ی فرد را بیدار کند و آرمانی به او ببخشد که با مرگش فرو نریزد و از هم نپاشد.(۴۹)

آرمان‌های گوناگونی در این زمینه کفایت می‌کند: خانواده، دولت، یک آرمان سیاسی یا دینی، کیش‌های دین‌گریز مثل کمونیسم و فاشیسم، یک کار خطیر علمی. ولی همان‌طور که ویل دورانت می‌گوید مهم این است که «این چیز برای آنکه به زندگی معنا ببخشد، باید فرد را از خود بیرون بکشد و فراتر بَرَد و او را به بخشی از نظامی عظیم‌تر بدل کند.»(۵۰)

«فداکاری برای یک آرمان» به‌عنوان یک منشأ شخصی معنا، موضوعی پیچیده است. گفتار دورانت حاوی چند وجه است. اولی مؤلفه‌ی نوع‌دوستی‌ست: فرد در تأثیرگذاری بر دیگران معنایی می‌یابد. بسیاری از آرمان‌ها، شالوده‌ای نوع‌دوستانه دارند: یا وقف خدمت بی‌واسطه‌اند یا جنبش‌های پیچیده‌تری هستند که سمت‌وسویی نهایتاً عملگرا و سودمند دارند («بیشترین سود برای بیشترین تعداد»). اگر فعالیتی معنا فراهم کند یعنی «فرد را از خود بیرون بکشد و فراتر بَرَد»، حتی اگر آشکارا نوع‌دوستانه نباشد، مهم به نظر می‌آید. این مفهوم «ازخودبرگذشتن» کانون طرحواره‌ی معنای زندگی‌ست و به‌زودی به آن خواهم پرداخت. با این حال، وقتی دورانت از آرمانی سخن می‌گوید که «با مرگش فرو نریزد و از هم نپاشد» یا بخشی از چیزی شود «عظیم‌تر از خود فرد»، بیشتر به مسائل دیگری (نظیر فرارفتن از مرگ، اضطراب تنهایی و درماندگی) اشاره دارد تا خود بی‌معنایی و پوچی.

خلاقیت. همان‌طور که اکثر ما قبول داریم که خدمت به دیگران و فداکاری برای یک آرمان، احساس معنا پدید می‌آورد، همگی هم‌داستانیم که زندگی خلاق پرمعناست. آفرینش چیزی نو، چیزی که پژواک تازگی یا زیبایی و هماهنگی‌ست، پادزهر نیرومند احساس پوچی و بی‌معنایی‌ست. آفرینش خود توجیه‌کننده‌ی خویش است، خود پرسش «برای چه؟» را به چالش می‌طلبد، خود «بهانه‌ی بودن خویش» است. آفرینشش امری درست بوده و وقف خویش برای آفرینشِ آن هم کاری درست است.

اروینگ تیلور[1] معتقد است شاید هنرمندانِ خلاقِ مبتلا به شدیدترین نارسایی‌های فردی و محدودیت‌های اجتماعی (به کسانی مانند گالیله، نیچه، داستایفسکی، فروید، کینس، خواهران برونته، وان‌گوگ، کافکا و ویرجینیا وولف فکر کنید)، از چنان استعدادی برای بازنگری در خویش برخوردار بوده‌اند که با نگاهی تیزتر و بُرنده‌تر از نگاه اغلب ما به موقعیت اگزیستانسیال انسان و بی‌اعتنایی کیهانی جهان نگریسته‌اند. (۵۱) در نتیجه بحران معنا، رنج شدیدتری برایشان به‌ارمغان آورده و با سبعیتی زاده‌ی نومیدی، در کوشش‌های خلاقانه غوطه‌ور شده‌اند. بتهوون آشکارا گفته هنرش او را از خودکشی بازداشته است. در سی‌ودوسالگی و در نومیدی حاصل از ناشنوایی‌اش نوشت: «چیزی مرا از خاتمه دادن به زندگی‌ام بازداشت. هنر به‌تنهایی این کار را کرد. افسوس برایم ناممکن است دنیا را ترک کنم پیش از آنکه همه‌ی آنچه را که می‌خواهم انجام دهم، به پایان رسانده باشم پس این زندگی مصیبت‌بار را به‌دنبال خود می‌کِشم.»(۵۲)

مسیر خلاقانه‌ی معنا به‌هیچ‌وجه مختص هنرمند خلاق نیست. کشف علمی نیز عملی‌ست خلاقانه در بالاترین مرتبه. حتی به مقررات خشک اداری نیز می‌توان با رویکردی خلاق نگریست. یک دانشمند پژوهشگر که در زمینه‌های مختلف تحول ایجاد کرده، اهمیت و امکان‌پذیری به‌کارگیری خلاقیت در موقعیت‌های اداری را این گونه توصیف می‌کند.

> وقتی به مدیریت می‌رسید، باید باور داشته باشید که این کار به‌خودی‌خود فعالیتی خلاق است و هدف شما چیزی بیش از پاک نگه داشتن میزتان است. شما ناظم و داور کل هستید و می‌کوشید با تعداد زیادی از مردم منصفانه برخورد کنید، ولی باید عقایدی هم داشته باشید و باید بتوانید مردم را قانع کنید که عقایدتان مهمند و می‌خواهید به واقعیت بدلشان کنید... . این بخش هیجان‌انگیز ماجراست. هم در پژوهش و هم درمدیریت، هیجان و وجد در قدرت خلاقانه است. به حل مسائل کمک می‌کند. حتی فکر می‌کنم مدیریت هیجان‌انگیزتر از پژوهش است.(۵۳)

---

1. Irving Taylor

رویکرد خلاق به تدریس، آشپزی، بازی، مطالعه، دفترداری و باغبانی چیزی ارزشمند به زندگی می‌افزاید. موقعیت‌های کاری‌ای که خلاقیت را سرکوب می‌کنند و از فرد ماشینی خودکار می‌سازند، حتی با بالاترین درآمدها، همواره ایجاد نارضایتی می‌کنند.

وقتی از دوستی که خانمی مجسمه‌ساز است، پرسیدند آیا از کارش لذت می‌برد یا نه، به وجه دیگری از خلاقیت اشاره کرد: خودشناسی و خودیابی. کارش تا حدودی از نیروهای ناخودآگاه درونی به او دیکته می‌شد. بنابراین هر اثر تازه، حاوی خلاقیتی مضاعف بود: از یک سو کاری هنری بود و از سوی دیگر، نوری بر چشم‌اندازی درونی می‌افکند.(٥٤)

این دید وسیع به خلاقیت برای آهنگ‌سازی که جویای درمان شده بود زیرا نزدیک شدن تولد پنجاه‌وپنج‌سالگی، او را به بازبینی زندگی‌اش واداشته بود، بسیار سودمند واقع شد. این بازبینی فرایندی بود که به او اجازه داد به این نتیجه برسد کار چندانی برای رشته‌اش نکرده است. احساس بی‌هدفی و بی‌معنایی شدیدی می‌کرد و متقاعد شده بود هیچ‌یک از تلاش‌هایش ارزش ماندگاری ندارند. جویای درمان شده بود تا بر خلاقیت حرفه‌ای‌اش بیفزاید و در عین حال می‌دانست استعدادش به‌عنوان یک آهنگ‌ساز محدود است. درمان موفقیت‌آمیز نبود تا زمانی که من مفهوم خلاقیت را به همه‌ی زندگی‌اش گسترش دادم. متوجه شد چگونه زندگی‌اش را از بسیاری جهات سرکوب کرده است. مثلاً بیش از سی‌سال گرفتار ازدواجی ناموفق و همراه با نارضایتی بود و هنوز نمی‌توانست خود را راضی کند که در آن تحولی ایجاد کند یا خاتمه‌اش دهد. پیشرفت سریع و ناگهانی زمانی در درمان به وجود آمد که شکایت اولیه‌ی او را به شکل شکایتی جدید تعریف کردیم: «چطور می‌تواند در ابداع گونه‌ای زندگی تازه از خود خلاقیت نشان دهد؟»

نقطه‌ی اشتراک خلاقیت و نوع‌دوستی در این است که بسیاری جویای خلاقیتند تا شرایطشان را در زندگی بهبود بخشند و به درک زیبایی نائل شوند، آن هم نه فقط برای خودشان، بلکه برای دلخوشی و لذت دیگران. خلاقیت در رابطه‌ی عاشقانه نیز نقش دارد: زنده کردن چیزی در دیگری، بخشی از عشق بالغانه و فرایند خلاق است.

راه حل لذت‌گرایانه. یک استاد فلسفه از دانشجویان کلاسش خواست آگهی فوت خود را بنویسند. بخشی از پاسخ‌ها، جملاتی نظیر این را در بر داشت:

آنکه در این مکان آرمیده، معنایی در زندگی نیافت ولی زندگی همچنان برایش شگفت‌انگیز بود.

یا:

برای آنان که مردن را زندگی کرده‌اند، اشک نریزید
اشک‌هایتان را برای من بگذارید چرا که در حین زندگی مرده‌ام.(۵۵)

از این دیدگاه، هدف زندگی به‌تمامی زیستن، به خاطر سپردن حس شگفتی در برابر معجزه‌ی زندگی، غوطه‌وری در آهنگ طبیعی زندگی و جست‌وجوی لذت به عمیق‌ترین شکل ممکن است. یک درسنامه‌ی جدید در زمینه‌ی روانشناسی انسان‌گرا همه‌ی این‌ها را این گونه خلاصه کرده است: «زندگی یک هدیه است. دریافتش کنید، بگشاییدش، قدرش را بدانید، به‌کارش بگیرید و از آن لذت ببرید.»(۵۶)

این دیدگاه میراثی کهن است. افلاطون در فیلبوس[1] مباحثه‌ای در باب هدف شایسته‌ی هر انسان مطرح کرده است. یک دیدگاه معتقد است فرد باید هوش، دانش و خرد را هدف قرار دهد. دیدگاه مخالف آن این است که لذت تنها هدف حقیقی در زندگی‌ست. این دیدگاه یعنی لذت‌گرایی از زمان ائودوکسوس[2] و اپیکور در قرن سوم و چهارم پیش از میلاد تا لاک و میل در قرن هفده و هجده میلادی و تا به امروز مدافعان فراوانی داشته است. لذت‌گرایان با دلایل محکم می‌گویند لذت خود به‌عنوان یک هدف، توضیحی قانع‌کننده و بسنده برای رفتار انسانی‌ست. لذت‌گرا می‌گوید فرد برای آینده برنامه‌ریزی می‌کند و مسیر پیشرفتش را یکی پس از دیگری برمی‌گزیند اگر و تنها اگر احساس کند آینده برایش خوشایندتر (یا کمتر ناخوشایند) خواهد بود. چارچوب داوری لذت‌گرایانه شگفت‌انگیز است زیرا انعطاف

---

1. *Philebus*

زیادی دارد و می‌تواند هریک از نظام‌های معنایی را در مرزهای سخاوتمند خود بگنجاند. فعالیت‌هایی نظیر خلاقیت، عشق، نوع‌دوستی، فداکاری برای یک آرمان، همه و همه را می‌توان مهم دانست زیرا در نهایت توانایی لذت‌آفرینی دارند. حتی رفتاری که هدفش درد، رنج یا ازخودگذشتگی‌ست هم می‌تواند لذت‌گرایانه باشد چون شاید فرد آن را نوعی سرمایه‌گذاری برای لذت می‌بیند. این نمونه‌ای‌ست از اینکه اصل لذت به اصل واقعیت منجر شود یعنی سختی و مرارت موقت در آینده پاداش لذت به‌بار آورَد.

منشأ دیگر معنای شخصی در این باور است که انسان‌ها باید بکوشند توانایی‌های خود را شکوفا کنند و خود را وقف محقق ساختن استعدادهای نهفته‌شان کنند. (نگاه کنید به فصل ٦ آنجا که به مفهوم خودشکوفایی در زمینه‌ی مسئولیت پرداخته‌ام).

اصطلاح «خودشکوفایی» برداشتی امروزی از مفهومی کهن است که از زمان ارسطو در قرن چهارم پیش از میلاد و در نظام علیت غایت‌شناسانه‌اش آشکارا بر زبان آمده: آموزه‌هایی در زمینه‌ی غایت‌مندی درونی که فرض را بر این گذاشته که هدف شایسته‌ی هر شئ و هر موجودی، بهره‌وری از خود و تحقق وجود خویش است. بنابراین میوه‌ی بلوط در درخت بلوطی عظیم محقق می‌شود و نوزاد در انسانی خودشکوفا.

بعدها سنت مسیحی بر خودکمال‌گرایی تأکید کرد و چهره‌ی مسیح یا خدا-انسان را به‌عنوان الگویی معرفی کرد تا از سوی کسانی که می‌خواهند وجود خداداد خویش را به کمال رسانند، مورد تقلید واقع شود. تقلید از مسیح ــ کتاب مذهبی متعلق به قرن پانزدهم میلادی اثر تامس اَکمپیس[1] و دومین کتاب از لحاظ تأثیر بر مؤمنان پس از انجیل ــ و کتاب‌های متعدد درباره‌ی زندگی قدیسان، تا به امروز حاوی رهنمودهایی بوده‌اند برای چندین نسل از مسیحیان کلیسارو و به‌خصوص باسواد.

در دنیای دین‌گریز امروز، «خودشکوفایی» با ساختار انسان‌گرایانه و فردگرایانه درآمیخته است. اورستس سارتر سفری را می‌آغازد، نه به‌سوی خدا، بلکه به‌سوی اروستسی توانا و کاملاً شکوفا که در درون اورستس انتظارش را می‌کشد.

---

1. Thomas à Kempis

خودشکوفایی برای آبراهام مزلو از اهمیت خاصی برخوردار است آنجا که می‌گوید فرد در درون خویش گرایشی به رشد، یکپارچگی شخصیتی، گونه‌ای طرح موروثی حاوی مجموعه‌ی یکپارچه‌ای از ویژگی‌ها و نیروی رانشی خودکاری در جهت نمایاندن همه‌ی این‌ها دارد. به‌عقیده‌ی مزلو فرد انگیزه‌های ذاتی رتبه‌بندی‌شده‌ای دارد. بنیادی‌ترینشان ــ از دیدگاه بقا ــ انگیزه‌های فیزیولوژیکند. وقتی این‌ها برآورده شوند، فرد در جهت ارضای نیازهای برتر می‌کوشد: ایمنی و امنیت، عشق و تعلق، هویت و عزت‌نفس. وقتی این نیازها نیز برآورده شدند، فرد به ارضای نیازهای خودشکوفاگر روی می‌کند که عبارتند از نیازهای شناختی: دانش، بینش، خرد و نیازهای زیبایی‌شناختی: تناسب، تشابه، تلفیق، زیبایی، ژرف‌اندیشی، خلاقیت و هماهنگی.

نظریه‌پردازان خودشکوفایی بر اخلاقیاتی تکاملی باور دارند. برای نمونه، مزلو می‌گوید: «انسان به گونه‌ای ساخته شده که اصرار دارد موجودی کامل و کامل‌تر شود و این به معنای اصرار برای رسیدن به همان چیزی‌ست که مردم ارزش‌های والا، بزرگواری، مهربانی، شجاعت، صداقت، عشق، ازخودگذشتگی و خوبی می‌نامند.»(۵۷) بنابراین مزلو به پرسش ما برای چه زنده‌ایم؟ این گونه پاسخ می‌دهد که ما زنده‌ایم تا توانایی‌هایمان را محقق سازیم. او پرسش بعدی یعنی بر چه اساسی زندگی کنیم؟ را با این ادعا پاسخ می‌دهد که ارزش‌های خوب در ذات ارگانیسم انسانی نهاده شده‌اند و اگر انسان به خرد ذاتی خویش اعتماد کند، به شیوه‌ای شهودی آن‌ها را خواهد یافت.

بنابراین از دیدگاه مزلو شکوفایی فرایندی طبیعی‌ست، فرایند اساسی و ذاتی ارگانیسم انسانی که بدون مساعدت هرگونه ساختار اجتماعی به‌وقوع می‌پیوندد. در واقع، مزلو جامعه را مانعی برای خودشکوفایی می‌بیند زیرا اغلب افراد را وامی‌دارد از تکامل فردی یگانه‌ی خویش دست بکشند و نقش‌های اجتماعی نامتناسب و سنت‌پرستی خفقان‌آور آن را بپذیرند. به‌یاد یک درسنامه‌ی قدیمی روانشناسی افتادم که زمانی در آن دو تصویر در کنار هم دیدم: یکی کودکان را با همه‌ی طراوت و خودجوشی حاصل از سرزندگی و بی‌گناهی کودکی، در حال بازی با هم نشان می‌داد؛ دیگری انبوهی از مسافران متروی نیویورک را با نگاه‌هایی گنگ و تهی و

چهره‌هایی خاکستری که از دستگیره‌ها و میله‌های مترو آویزان شده بودند. هر دو تصویر زیرنویس ساده‌ای داشت: «چه اتفاقی افتاده؟»

ازخود برگذشتن[1]. دو معنای اخیر (لذت‌گرایی و خودشکوفایی) با قبلی‌ها (نوع‌دوستی، فداکاری برای یک آرمان، خلاقیت) یک تفاوت مهم دارند. لذت‌گرایی و خودشکوفایی مربوط به خود هستند در حالی که بقیه بازتاب عطشی بنیادین به گذشتن از نفع شخصی و تلاش برای چیزی یا کسی بیرون یا «برتر» از خود است.

سنتی دورودراز در تفکر غربی به ما توصیه می‌کند زندگی را بر پایه‌ی هدفی ازخودبرگذرنده پی‌ریزی کنیم. برای نمونه بوبر در بحث درباره‌ی تفکر عرفانی یهودی می‌گوید با اینکه انسان‌ها باید با خود شروع کنند (با جست‌وجو در قلب خویش، همسازی و هم‌آمیزی با دیگران و یافتن معنای خاص خویش)، ولی نباید به خود ختم کنند.(۵۸) بوبر می‌گوید ضروری‌ست بپرسیم «برای چه؟ چرا باید راه مخصوص خویش را بیابم؟ چرا باید وجودم را یکپارچه کنم؟» پاسخ این است: «نه به‌خاطر خودم» فرد با خود می‌آغازد تا خود را فراموش کند و خود را در جهان غرقه سازد؛ فرد به درک خویش نائل می‌آید تا دلمشغول خویش نماند.

«دگرگونی» در سنت عرفانی یهود مفهومی سرنوشت‌ساز است. اگر کسی گناه کند و بعد از گناه روی گرداند و به جهان و به‌سوی تکلیفی خداپسندانه روی کند، این فرد وارسته به‌شمار می‌آید و مرتبه‌اش حتی از پارساترین پارسایان هم بالاتر می‌رود. از سوی دیگر، اگر فرد به گناه و توبه‌ی پی‌درپی ادامه دهد، در این صورت در خودخواهی و فرومایگی فرو می‌رود. بوبر می‌نویسد: «از بدی روی بگردانید و خوبی کنید. خطا کرده‌اید؟ پس با خوبی جبرانش کنید.»(۵۹)

نکته‌ی مهم در نظرات بوبر این است که معنای زندگی انسان‌ها بسیار فراگیرتر از رهایی روح خویش است. در واقع، فرد با دلمشغولی بیش از اندازه در مورد رسیدن به جایگاه شخصی برتر در ابدیت، جایگاه اصلی خویش را از دست می‌دهد.

ویکتور فرانکل موضعی مشابه دارد و در زمینه‌ی تأکید رایج بر خودشکوفایی، تردید فراوانی ابراز می‌کند. از دید او، توجه بیش از اندازه به خودبیانگری و

---

1. self-transcendence

خودشکوفایی، مانع دستیابی به معنایی اصیل است. او اغلب این نکته را با استعاره‌ی بومرنگ (تیر برگرد) توضیح می‌دهد که فقط در صورتی که به هدف نخورد، به‌سوی شکارچی پرتاب‌کننده‌اش بازمی‌گردد؛ انسان‌ها هم در صورتی دلمشغولِ خود می‌شوند که در مورد معنای زندگی به خطا رفته و به هدف نزده باشند. همین مسئله را با استعاره‌ی چشم انسان بیان می‌کند که فقط زمانی خود و یا چیزی را در خود (مثلاً در عدسی، زجاجیه یا زلالیه) می‌بیند که نتواند بیرون از خود را ببیند.

خطرات از خود بر نگذشتن به‌خصوص در روابط بین‌فردی آشکار می‌شود. برای مثال در رابطه‌ی جنسی، هرچه انسان بیشتر بر خود تمرکز کند، در نهایت کمتر ارضا می‌شود. اگر فقط خود را ببیند و فقط به برانگیختگی و رهایی خود توجه کند، به احتمال زیاد به اختلال جنسی مبتلاست. فرانکل می‌گوید این آرمانی‌گری امروزی در زمینه‌ی «خودبیانگری»، اگر به خود ختم شود، روابط معنی‌دار را ناممکن می‌سازد و به‌عقیده‌ی من حق با اوست. مسئله‌ی اصلی در یک رابطه‌ی عاشقانه خودبیانگری صرف نیست (با اینکه جزء مهمی از آن است) بلکه فراتر رفتن از خود و توجه به وجود و هستی دیگری‌ست.

مزلو برای رساندن این مفهوم از زبان دیگری استفاده می‌کند. از دیدگاه او، فرد کاملاً خودشکوفا (درصد کمی از مردم این گونه‌اند) دلمشغول «خودبیانگری» نیست. چنین فردی احساس استوار و راسخی نسبت به خود دارد و بیش از آنکه از دیگران به‌عنوان ابزاری برای خودبیانگری یا پر کردن خلأ شخصی استفاده کند، «توجه» و علاقه‌اش معطوف به آن‌هاست. از دید مزلو، افراد خودشکوفا خود را وقف اهداف ازخودبرگذرنده می‌کنند. ممکن است به مسائل جهانی در مقیاس بزرگ ــ مثل فقر، تعصب یا محیط زیست ــ یا مسائلی در مقیاس کوچک ــ رشد کسانی که با ایشان زندگی می‌کنند ــ بپردازند.

ازخودبرگذشتن و چرخه‌ی زندگی. فعالیت‌هایی که برای زندگی معنا فراهم می‌آورند، به‌هیچ‌وجه جدا از یکدیگر نیستند؛ بیشتر افراد معنای زندگی‌شان را از چند فعالیت می‌گیرند. به‌علاوه، طبق نظریه‌پردازی اریک اریکسون(۶۰) از مدت‌ها پیش (نظریه‌ای که مویه‌مو به‌وسیله‌ی پژوهش‌های دهه‌ی هفتاد(۶۱) اثبات شد)، در طول

چرخه‌ی زندگی افراد، تکامل تدریجی معنا اتفاق می‌افتد. در حالی که دلواپسی‌های فرد در نوجوانی و ابتدا و اواسط بزرگسالی بر خود ــ تکاپو برای احراز هویتی باثبات و پایدار، ایجاد روابطی صمیمانه و دستیابی به مهارت‌های حرفه‌ای ــ متمرکز است، در دهه‌ی چهل و پنجاه عمر از این مراحل می‌گذرد (مگر اینکه تکالیف تکاملی اولیه را با موفقیت به انجام نرسانده باشد) و به مرحله‌ای می‌رسد که معنا را در مخاطراتی ازخودبرگذرنده می‌یابد. اریکسون این مرحله («زایایی») را این گونه توصیف می‌کند: «توجه به شکل‌دهی و راهنمایی نسل بعد»(۶۲) که می‌تواند به‌صورت دلواپسی‌های خاص برای نواده‌های خود فرد و یا در مقیاسی وسیع‌تر، مراقبت و نیک‌اندیشی برای گونه‌ی بشر باشد.

ژرژ وایان[1] در مطالعه‌ی طولی تحسین‌برانگیزش بر روی دانشجویان هاروارد، گزارش کرد مردان موفق در دهه‌ی چهل و پنجاه «کمتر نگران خویش و بیشتر دلواپس فرزندانشان هستند.»(۶۳) یک مورد بارز پنجاه‌وپنج‌ساله گفته: «رساندن مشعل به دست فرزندان و آشنا کردنشان با ارزش‌های متعالی همیشه برایم مهم بوده، ولی در سال‌های اخیر اهمیت بیشتری یافته است.» دیگری:

> حالا دیگر نگرانی‌هایم کمتر مربوط به خودم است. از سی تا چهل سالگی همه حول‌وحوش نیازها یا درآمد پایین بود و اینکه آیا می‌توانم با حرفه‌ای که دارم، پول مورد نیاز را فراهم کنم و مانند این‌ها. ۴۵ سالگی را که پشت سر گذاشتم، نگرانی‌هایم فلسفی‌تر، درازمدت‌تر و کمتر شخصی شد ... نگران وضعیت روابط انسانی به‌خصوص در جامعه‌مان هستم. می‌خواهم همه‌ی آنچه را که آموخته‌ام، تا آنجا که می‌توانم به دیگران هم بیاموزم.

دیگری: «نمی‌خواهم رد پای خیلی بزرگی از خود باقی بگذارم ولی در تلاش‌هایم برای تشویق شهر به ساختن یک بیمارستان جدید، مدارس حمایتی و تعلیم آواز به کودکان مصرتر شده‌ام.»(۶۴)

ظهور نگرانی‌های ازخودبرگذرنده در حرفه‌ی تخصصی بعضی از موارد وایان بازتاب یافته است.(۶۵) یک دانشمند که در دهه‌ی بیست زندگی‌اش، شیوه‌ی تازه‌ای

---

1. George Vaillant

برای تولید گاز سمی (نوعی سلاح شیمیایی) کشف کرده بود، در پنجاه‌سالگی به مطالعه‌ی شیوه‌های کاهش آلودگی هوا پرداخت. دیگری در جوانی برای یک مؤسسه‌ی صنعتی نظامی کار کرده و شعاع انفجاری کلاهک‌های هسته‌ای را محاسبه کرده بود؛ در پنجاه‌سالگی یک دوره‌ی آموزشی اومانیسم [انسان‌باوری] را در یک کلاج راه‌اندازی کرد.

مطالعه‌ی طولی کلانی در برکلی کالیفرنیا توسط نورما هان و جک بلوک[1] انجام گرفت و افراد سی‌ساله و چهل‌وپنج‌ساله را با دوران نوجوانی خودشان مقایسه کرد و به یافته‌های مشابهی رسید. نوع‌دوستی و سایر رفتارهای ازخودبرگذرنده با گذشت زمان افزایش می‌یابد. افراد در چهل‌وپنج‌سالگی «مهربان‌تر، بخشنده‌تر، نواندیش‌تر و قابل‌اطمینان‌تر» از سی‌سالگی خود بودند.(٦٦)

بیشتر مطالعات تکاملی در درجه‌ی اول به بررسی چرخه‌ی زندگی مردان پرداخته‌اند و شرایط خاص زندگی زنان را به میزان کافی مورد بررسی و ملاحظه قرار نداده‌اند. تحقیقات فمینیستی اخیر اصلاحیه‌های مهمی بر این مطالعات افزوده‌اند. برای مثال، زنان میانسال که در جوانی خود را وقف ازدواج و وظایف مادرانه کرده‌اند، در مقایسه با مردان میانسال همسن خود، جویای معانی متفاوتی هستند. طبق سنت از زنان انتظار می‌رود نیازهای دیگران را پیش از نیازهای خویش برآورده کنند، بلاگردان همسر و فرزندان خویش باشند و در جامعه نیز نقش‌های پرورش‌دهنده‌ای مانند پرستار، داوطلب و جمع‌کننده‌ی اعانه را بپذیرند. نوع‌دوستی بیش از آنکه انتخاب آزادانه‌شان باشد، به ایشان تحمیل شده است. بنابراین زمانی که مردان همسن‌وسالشان به موفقیت‌های دنیوی رسیده‌اند، بسیاری از زنان میانسال، برای نخستین بار در زندگی، بیشتر به خود توجه می‌کنند تا دیگران.

کارهای ویکتور فرانکل

ازخودبرگذشتن ویژگی اصلی رویکرد ویکتور فرانکل به پرسش معناست و اینجا مکان مناسبی‌ست برای پرداختن به دیدگاه‌های فرانکل به معنا و روان‌درمانی.

---

1. Norma Haan and Jack Block

درمانگران معدودی در زمینه‌ی نقش معنا در روان‌درمانی کار ارزشمندی ارائه کرده‌اند و تقریباً هیچ‌یک از آنان علاقه به این حوزه را در کارهای منتشرشده‌شان استمرار نداده‌اند. ویکتور فرانکل در این مورد استثناست؛ و از همان آغاز این حرفه، علاقه‌ی تخصصی‌اش را صرفاً بر نقش معنا در ناهنجاری روانی و روان‌درمانی متمرکز کرد. فرانکل، روانپزشک وینی با رویکرد اگزیستانسیال، در دهه‌ی ۱۹۲۰ برای نخستین بار در دنیا، اصطلاح «معنی‌درمانی logotherapy» (*logos* به معنای «واژه» یا «معنا») را به‌کار برد. چندی بعد «تحلیل اگزیستانسیال» را به‌عنوان معادل آن برگزید؛ ولی بعدها برای اشتباه نشدن با سایر رویکردهای اگزیستانسیال (خصوصاً رویکرد لودویگ بینزونگر[1])، چه در زمینه‌های نظری و چه در زمینه‌های درمانی، رویکردش را همان «لوگوتراپی» نامید. با اینکه فرانکل می‌دانست بسیاری از مشکلات بالینی در سایر دلواپسی‌های غایی اگزیستانسیال ریشه دارد، در همه‌ی کارهایش معنای زندگی را مورد تأکید قرار داد. در صحبت از نومیدی اگزیستانسیال، به وضعیت بی‌معنایی یا پوچی اشاره می‌کند؛ و در صحبت از درمان، به فرایند کمک به بیمار در جهت یافتن معنا اشاره دارد.

پیش از آنکه به بحث در مورد کارهای فرانکل بپردازم، لازم است چند کلمه‌ای درباره‌ی شیوه و سبک ارائه‌ی کار او صحبت کنم. فرانکل به‌رغم آثار فراوانش و نیز این واقعیت که ــ به‌زعم من ــ به روان‌درمانی نظری کمک شایان توجهی کرد، آن طور که باید و شاید، از سوی جامعه‌ی دانشگاهی به رسمیت شناخته نشد و مورد قدردانی قرار نگرفت.

بخشی از این غفلت ناشی از محتوای افکار فرانکل بود که مانند سایر کارهای انجام‌شده در زمینه‌ی درمان اگزیستانسیال، جایگاه «بهتر»ی در حوزه‌های آموزشی مجاور نیافت. لوگوتراپی نه در مکاتب روانکاوی جایی داشت، نه در روانپزشکی رسمی، نه در مطالعات دینی، نه در روانشناسی آموزشی با رویکرد رفتاری، نه حتی در جنبش رشد فردی «عوام‌پسند». (با وجود این کتاب‌هایش مخاطبان فراوانی یافت: نخستین کتابش، انسان در جست‌وجوی معنا، بیش از دو میلیون نسخه فروخت.)

---

1. Ludwig Binswanger

به‌علاوه، بسیاری از دانشمندان شیوه‌ی فرانکل را ناخوشایند یافتند. برای داوری درباره‌ی مباحثات او اغلب باید به احساسات متوسل شد؛ به‌زور متقاعد می‌کند، مثل پاپ اعظم بنا بر اختیارات خود فتوی صادر می‌کند و سخنانش اغلب تکراری و جنجال‌برانگیز است. گذشته از این‌ها، بااینکه مدعی‌ست رویکردی دین‌گریز به معنا دارد (می‌گوید به‌عنوان طبیبی که سوگند بقراط خورده، موظف است شیوه‌های درمانی‌ای ابداع کند که برای همه‌ی بیماران کاربرد داشته باشد، چه بی‌دینان و چه مؤمنان)، روشن است که رویکردش به معنا از اساس مذهبی‌ست.

خوانندگان جدی آثارش هنگام مطالعه اغلب گرفتار پرت‌گویی‌های او می‌شوند. تقریباً در همه‌ی کتاب‌هایش اظهار نظرهایی خودستایانه دیده می‌شود: نقل‌قول از خود، نام بردن از دانشگاه‌هایی که در آن‌ها سخنرانی کرده، القاب متعددش، افراد صاحب‌نامی که رویکردش را تأیید و توصیه کرده‌اند، تعداد متخصصانی که با او همکاری می‌کنند، دفعاتی که دانشجویان پزشکی حین مصاحبه‌هایش غیرخویشتن‌دارانه به کف‌زدن و ستایش او پرداخته‌اند، پرسش‌های احمقانه‌ای که از او شده و پاسخ‌های پرمغز و اندیشمندانه‌ای که داده است. آثار شاگردان فرانکل بسیار غیرروشنگرانه و حاوی تکرار گفته‌های او و آرمانی کردن شخص اوست.

با این حال، توصیه‌ی من به خواننده پشتکار و استقامت است. فرانکل در زمینه‌ی قرار دادن مسئله‌ی معنا پیش روی درمانگر و استفاده از بینش نافذ برای جست‌وجوی معنا در کار بالینی، خدمت بسزایی کرده است.

فرانکل اولین بار دیدگاه‌هایش را در زمینه‌ی نقش معنا در روان‌درمانی در کتاب از اردوگاه مرگ تا اگزیستانسیالیسم (که بعدها انسان در جست‌وجوی معنا: معرفی معنی‌درمانی نام گرفت)(۶۷) ارائه کرد. در نخستین بخش این کتاب فرانکل از زندگی دلخراش خود در آشویتس بین سال‌های ۱۹۴۳ تا ۱۹۴۵ می‌گوید و سپس بر اساس این بینش که احساس وجود معنا در زندگی برای جان به‌دربردن از اردوگاه‌های کار اجباری حیاتی بود، به توصیف نظام درمانی‌اش می‌پردازد. کتابش را بر تکه‌های کاغذی که پنهانی در اردوگاه جمع کرده بود، نوشته و کتاب معنا و دلیلی شده بود برای زنده ماندنش. از آن به بعد، معنای زندگی فرانکل، «کمک به دیگران برای یافتن معنای خویش»(۶۸) بود.

فرضیات اساسی. فرانکل کار را از قوانین اساسی فروید در زمینه‌ی انگیزه‌ها و اصل تعادل آغاز کرد که می‌گفت انسان بی‌وقفه می‌کوشد تعادلی درونی را حفظ کند. اصل لذت نیز در جهت حفظ تعادل عمل می‌کند و هدف بنیادینش، از میان بردن تنش است. اصل لذت در دوران کودکی به‌شکلی عریان و بی‌خجالت عمل می‌کند؛ بعدها وقتی فرد بالغ می‌شود و اصل واقعیت، ارضای نیازها را به‌تأخیر می‌اندازد یا پالایش می‌کند، کارکرد اصل لذت پنهان‌تر و غیرصریح‌تر می‌شود.

ایراد کار با نظریه‌ای که وجود سائق‌هایی ذاتی (یعنی «سائق خواستار لذت» یا «کاستن از تنش») را مبنا قرار می‌دهد این است که در نهایت به‌طرز تباه‌کننده‌ای به ساده‌سازی گرایش پیدا می‌کند. از این دیدگاه انسان «چیزی نیست جز ... » (و در این جای خالی ردیف بی‌شماری از عبارات قالبی جای می‌گیرد). عبارت مورد علاقه‌ی فرانکل این است: «انسان چیزی نیست جز یک سازوکار پیچیده‌ی بیوشیمیایی که از یک منبع سوختی نیرو می‌گیرد و این سوخت، کامپیوترهایی را به‌راه می‌اندازد که امکانات ذخیره‌سازی اعجاب‌انگیزی برای اطلاعات اندوخته‌شده و کدگذاری‌شده دارند.»(۶۹) به همین ترتیب، عشق یا نوع‌دوستی یا جست‌وجو برای حقیقت یا زیبایی «چیزی نیست جز» ابراز یکی از سائق‌های اساسی در نظریه‌ی دوگانگی. از این دیدگاه ساده‌سازی‌شده، همان‌طور که فرانکل می‌گوید «همه‌ی مخلوقات فرهنگی انسانیت در واقع پیامد سائقی‌ست که به‌دنبال ارضای شخصی‌ست.»(۷۰)

رانده‌شدن روانشناسی به‌سوی ساده‌سازی، پیامدهای مهمی بر روان‌درمانی داشته است. رفتار انسانی اغلب از نیروهای ناخودآگاه منشأ می‌گیرد و این وظیفه‌ی درمانگر است که پویه‌شناسی نهفته‌ی بیمار را آشکار کند. ولی استدلال فرانکل این است (و من معتقدم حق کاملاً با اوست) که زمانی فرا می‌رسد که آشکارسازی و کنار زدن نقاب‌ها باید متوقف شود. ماده‌گرایی (که در آن فرودست، فرادست را توضیح می‌دهد) اغلب صدمه‌زننده‌ست. برای مثال داوطلبان سپاه صلح همیشه هم به‌دلایل خودخواهانه به دیگران خدمت نمی‌کنند. اشتیاق آنان به خدمت نیازمند توجیه «فروتر» یا «عمیق‌تر»ی نیست؛ نشان‌دهنده‌ی تمایل به‌سوی معناست، دستیابی به خارج از خویش برای یافتن و تحقق هدفی در زندگی.

فرانکل ــ مانند بسیاری دیگر (مثل شارلوت بولر[1] (۷۱) و گوردون آلپورت[2] (۷۲)) ــ معتقد است نظریه‌ی تعادل قادر به توضیح بسیاری از وجوه اساسی زندگی انسان نیست. او می‌گوید آنچه انسان نیاز دارد «یک وضعیت بی‌تنش نیست بلکه بیش از آن، تلاش و تکاپو برای هدفی‌ست که برایش گرانمایه و ارزشمند است.»(۷۳) «این ویژگی سرشتی انسان بودن است که همواره چیزی غیر از خود را مقصود و هدفش قرار می‌دهد و به‌سوی آن ره می‌سپرد.»[3] (۷٤)

دیگر مخالفت عمده‌ی فرانکل با اصل لذت و ازخودبرگذرنده نبودن انگیزه‌های انسانی این است که این اصل همواره خودشِکَن[4] است. هرچه فرد بیشتر جویای خوشی باشد، شادی بیشتر از او می‌گریزد. این دید (که بسیاری از فیلسوفان حرفه‌ای آن را «پارادوکس لذت‌گرایانه» نامیده‌اند(۷۵)) باعث شد فرانکل بگوید: «نمی‌توان در پی شادی رفت؛ شادی از پی انسان می‌آید.» (اَلِن واتس[5] می‌گوید: «درست همان زمان که در جست‌وجویش هستی، از دستش می‌دهی.»(۷٦)) پس لذت هدف نهایی نیست بلکه پیامد جست‌وجوی فرد برای معناست.

فرانکل رویکرد خود را «سومین» مکتب وینی روان‌درمانی می‌نامد:

> بر اساس نظریه‌ی لوگوتراپی [معنی‌درمانی] تکاپو برای یافتن معنا در زندگی، مهم‌ترین نیروی انگیزشی در بشر است. به همین دلیل است که من در برابر اصل لذت (می‌شود آن را «خواستِ لذت» هم نامید) که کانون روانکاوی فرویدی‌ست و نیز در تضاد با «خواستِ قدرت» که روانشناسی آدلری بر آن تأکید دارد، از «خواستِ معنا» سخن می‌گویم.(۷۷)

---

1. Charlotte Buhler
2. Gordon Allport
۳. نظر فرانکل مورد تأیید صف طویلی از پدیدارشناسان است که با فرانتس برنتانو آغاز می‌شود و پس از او ادموند هوسرل است که کشف کرد آگاهی همواره «دارای قصد و منظور» است: همواره به‌سوی چیزی خارج از خود معطوف است. فرد همواره نسبت به چیزی خارج از خود آگاه است.
4. self-defeating
5. Alan Watts

او در جایی دیگر (پس از یک اظهار نظر آرون اونگرسما[1]) می‌گوید مهم‌ترین نیروی انگیزشی در انسان سیری تکاملی می‌پیماید و سه مکتب وینی بازتاب این تکامل است: «اصل لذت فرویدی، اصل راهنمای بچه‌ی کوچک است، اصل قدرت آدلری مربوط به نوجوانی‌ست و خواستِ معنا اصل راهنمای انسان بالغ است.»(۷۹) فرانکل مراقب است میان سائق‌ها (مثلاً سائق‌های جنسی یا تهاجمی) که انسان را از درون (یا آن طور که معمولاً تجربه می‌کنیم، از پایین) به جلو می‌رانند و معنا (و ارزش‌های پنهان در نظام معنایی) که انسان را از بیرون به درون می‌کِشند، تمایز قائل شود. این همان تفاوت میان سائق (رانه) و تکاپوست. در اصیل‌ترین بخش وجودمان، در همان ویژگی‌هایی که ما را از حیوان متمایز می‌کند، ما به جلو رانده نمی‌شویم بلکه فعالانه برای رسیدن به هدف تکاپو می‌کنیم. تکاپو در تضاد با جلو رانده شدن، نه‌فقط به‌معنای هدف گرفتن چیزی بیرون از خود است (به این معنا که ما ازخودبرگذرنده هستیم) بلکه به این معنا هم هست که ما آزادیم: آزاد برای قبول یا رد هدفی که ما را به خود فرامی‌خوانَد. «تکاپو» به معنای جهت‌گیری در آینده است: ما بیش از آنکه به‌وسیله‌ی نیروهای خشن موجود در گذشته و حال رانده شویم، به‌سوی چیزی در آینده کشیده می‌شویم.

فرانکل مدعی‌ست معنا برای زندگی ضروری‌ست. برای زنده ماندن در آشویتس ضروری بود و برای همه‌ی انسان‌ها در همه‌ی زمان‌ها ضروری‌ست. او به یک نظرخواهی در فرانسه اشاره می‌کند که نشان داد ۸۹ درصد جمعیت عمومی اعتقاد دارند انسان‌ها نیازمند «چیز»ی هستند که به‌خاطرش زندگی کنند و ٦١ درصد فکر می‌کردند چیزی هست که به‌خاطرش حاضرند بمیرند.(۸۰) فرانکل شیفته‌ی این اظهار نظر بود: «با اینکه بعضی روانپزشک‌ها می‌گویند معنای زندگی چیزی نیست جز سازوکاری دفاعی و واکنش‌سازی[2]، من یکی که مایل نیستم فقط برای سازوکارهای دفاعی‌ام زندگی کنم و صدالبته حاضر نیستم به‌خاطر واکنش‌سازی‌هایم بمیرم.»(۸۱)

معنای زندگی در سه رده. با اینکه فرانکل تأکید می‌کند هرکس برای خود معنایی دارد که دیگری قادر به محقق ساختن آن نیست، این معانی منحصربه‌فرد را در سه

1. Aaron Ungersma
2. reaction formation

به طبقه‌بندی می‌کند: ۱) آنچه فرد به‌صورت مخلوقات خویش تکمیل یا به دنیا عرضه می‌کند؛ ۲) آنچه فرد به‌صورت رویارویی‌ها و تجربه‌ها از دنیا دریافت می‌کند؛ ۳) سرنوشت فرد در برابر رنج و سرنوشتی که قادر به تغییر آن نیست.(۸۲)

در بحث ما درباره‌ی نظام‌های گوناگون معنای فردی به هر سه‌ی این نظام‌ها ــ خلاق، تجربی و منشی ــ اشاره شد. فرانکل خلاقیت را به‌شکل متداولش تعریف می‌کند یعنی اثر یا هنری خلاق یا تکاپویی علمی که فرد را مجذوب خود می‌کند و هریک از ما به‌شکل منحصربه‌فردی تجهیز شده‌ایم تا آن را محقق سازیم. این اعتقاد فرانکل که او و تنها او می‌تواند کتابی درباره‌ی نقش معنا در روان‌درمانی بنویسد، عمل اصلی تاب آوردن و جان به‌در بردنش از آشویتس بود (البته به‌جز بخت و قبل محض). بیشتر فعالیت‌های زندگی، اگر با دیدی خلاق نگریسته شوند، انسان را کننده از معنا می‌کنند. فرانکل می‌گوید: «مهم بزرگی شعاع فعالیت‌های شما نیست، بلکه مهم این است که بتوانید دایره‌اش را خوب پُر کنید.»(۸۳)

فرانکل در مورد معنای مشتق از تجربه صحبت روشنی نکرده ولی اشاره‌ای کلی به آنچه فرد از زیبایی، حقیقت و خصوصاً عشق استنباط می‌کند، دارد. درگیر شدن در تجربه‌ی عمیق خود معنا می‌آفریند. فرانکل می‌پرسد: «اگر هنگامی که در حال شنیدن قطعه‌ی موسیقی مورد علاقه‌تان هستید، کسی دست بر شانه‌تان بزند و بپرسد زندگی معنایی دارد یا نه، آیا پاسختان مثبت نیست؟ همین پاسخ را می‌توان از فردی علاقه‌مند به طبیعت که بر قله‌ی کوهی ایستاده، فردی مذهبی هنگام خدمتی خداپسندانه، اندیشمندی در حال سخنرانی الهام‌بخش و هنرمندی در برابر یک شاهکار هنری شنید.»(۸۴)

تجربیات شخصی فرانکل در آشویتس موجب شد عمیقاً درباره‌ی رابطه‌ی میان معنا و رنج و میان درد و مرگ بیندیشد. جان به‌در بردن از شرایط بسیار سخت نیازمند آن است که فرد معنایی برای رنجش بیابد. فرانکل در عمق یأسی که در اردوگاه‌های کار اجباری حاکم بود، در پیِ معنایی برای رنج خویش و رنج دیگران بود. او به این نتیجه رسید تنها با زنده ماندن به اندوه و رنجش معنا می‌بخشد. از دید او، زنده ماندن به‌معنای کامل کردن اثرش و شکل دادن به رویکرد ارزشمندی در روان‌درمانی بر اساس تجربیات هولناکش در آشویتس بود. بعضی همقطارهایش می‌خواستند به‌خاطر دیگران زنده بمانند، برای فرزند یا همسری که در انتظارشان

بود؛ بعضی به‌خاطر تکمیل یک برنامه‌ی منحصربه‌فرد در زندگی بود که آرزوی زنده ماندن داشتند؛ بعضی می‌خواستند زنده بمانند تا جهان را از وضعیت اردوگاه‌ها باخبر کنند؛ بعضی هم برای انتقام زنده می‌ماندند. (انسان به‌یاد ساکنان دهکده‌های یهودی‌نشین لیتوانیایی در کوونو می‌افتد که می‌خواستند زنده بمانند تا قساوت‌هایی را که بر آنان رفته بود، در جایی ثبت کنند: حکایت‌های مکتوب، تصویرسازی چهره‌ها به‌دست هنرمندان، شماره‌ی شناسایی یونیفرم افسران اس‌اس، همه‌وهمه را به‌دقت در سردابه‌ای در زیرِ زمین نگهداری کردند و بعد از جنگ همه را بیرون آوردند و برای اقامه‌ی دعوی علیه گناهکاران مورد استفاده قرار دادند.) در موارد دیگر، فرانکل با یادآوری کلام نیچه، معنا را در رنج می‌یافت: «آنچه مرا نکُشد، قوی‌ترم می‌سازد.»(۸۵) رنج اگر منجر به تغییری مثبت در فرد شود، می‌تواند معنادار باشد. و بالاخره، فرانکل می‌گوید حتی وقتی امیدی به گریز از رنج و مرگ نیست، معنا در این است که به دیگران، به خداوند و به خود نشان دهیم می‌توان با شکوه و وقار، رنج کشید و از دنیا رفت.

رده‌بندی فرانکل برای معنا، موجب شد راهکارهای روان‌درمانگرانه‌ای برای کمک به بیماران مبتلا به بحران معنا بیافریند. من در بحث درمان مختصراً به این راهکارها خواهم پرداخت، ولی در اینجا به پیامدهای بالینی فقدان معنا در زندگی بازمی‌گردم.

فقدان معنا: پیامدهای بالینی

فرهنگ در حال تغییر ما: آن همه معنا کجا رفت؟

بسیاری از درمانگران بالینی متوجه شده‌اند تعداد بیمارانی که برای شکایتی مرتبط با فقدان معنا در زندگی جویای درمان می‌شوند، به‌سرعت رو به افزایش است. چرا؟ چه عواملی در فرهنگ معاصر ما وجود دارد که از معنای زندگی کاسته است؟

ساکنان دنیای پیش از صنعت که کشاورزی بر آن حاکم بود، با مشکلات فراوانی در زندگی روبه‌رو بودند ولی بیماری بی‌معنایی امروزین جزء آن‌ها نبود. در آن زمان، معنا به‌شیوه‌های گوناگون تأمین می‌شد. دیدگاه مذهبی به دنیا، خود پاسخی چنان جامع می‌آفرید که پرسش درباره‌ی معنا را بی‌معنا می‌کرد. به‌علاوه، مردمان

سده‌های پیشین، آن چنان دلمشغول تأمین نیازهای اساسی بقا مانند غذا و سرپناه بودند که بررسی تجملی نیاز به معنا در بضاعتشان نبود. در واقع، همان‌طور که بعداً خواهم گفت پوچی به‌طرز پیچیده و ظریفی با رفاه و رهایی درآمیخته است: هرچه فرد بیشتر درگیر فرایندهای روزمره‌ی زندگی و بقا باشد، مسئله‌ی پوچی کمتر سر برمی‌آورَد. تولستوی که بحران بی‌معنایی‌اش را در ابتدای این فصل توصیف کردم، مشاهده کرد رعیت ساده‌اش اصلاً با تردیدهای بنیادین او دست‌به‌گریبان نیست. به این نتیجه رسید رعیت چیزی می‌داند که او نمی‌داند، پس رهایی از عذاب را در آن دید که رعیتش را سرمشق قرار دهد تا دانش مرموز او را فراگیرد.

ساکنان دنیای پیش از صنعت، در زندگی روزانه، فعالیت‌های فراهم‌کننده‌ی معنای خاص خود را داشتند. آن‌ها با زمین ارتباطی نزدیک داشتند، خود را بخشی از طبیعت حس می‌کردند، هدف طبیعت را از شخم‌زنی زمین، بذرافشانی، درو و پخت‌وپز می‌شناختند و با تولید مثل و پرورش فرزندان، طبیعتاً و ناخودآگاه خود را به آینده می‌افکندند. کار روزانه‌ی آنان خلاقانه بود زیرا همراه با دام‌ها، دانه‌ها و غلاتشان در خلق زندگی دخیل بودند. حس تعلق آنان به چیزی عظیم‌تر بسیار قوی بود؛ آن‌ها بخش جدایی‌ناپذیر یک خانواده و یک جامعه بودند که در بافت آن، نقش مشخصی برایشان نوشته شده بود. علاوه بر این‌ها، کارشان فی‌نفسه ارزشمند بود. چه کسی وظیفه‌ی رویاندن و تولید غذا را زیر سؤال می‌بُرد؟ این وظیفه تلاشی بود که فراتر از هر پرسشی قرار می‌گرفت و صحیح می‌نمود.

ولی اکنون همه‌ی آن معانی از میان رفته‌اند. ساکنان دنیای شهرنشین، صنعتی و دین‌گریز امروزی، ناچارند بدون نظام معنایی کیهانی و مذهبی با زندگی مواجه شوند و از هم‌کلامی با طبیعت و زنجیره‌ی اصلی زندگی جدا مانده‌اند. ما برای پرسیدن سؤالات برآشوبنده وقت زیادی داریم. وقتی صحبت از کار سه یا چهار روز در هفته است، باید خود را برای افزایش تعداد بحران‌های معنایی آماده کنیم. وقت «آزاد» مشکل‌ساز است زیرا آزادی را به‌زور به ما تحمیل می‌کند.

کار دیگر معناآفرین نیست. حتی تخیلی فوق‌العاده خلاق هم نمی‌تواند اَشکال رایج کارهای امروزی را با استعداد خلاق بیاکنَد. مثلاً کارگر خط مونتاژ، نه‌تنها هیچ راهی برای خلاقیت در کارش، در پیش رو ندارد، بلکه کم‌کم خود را چرخ‌دنده‌ای بی‌عقل‌وشعور از

ماشین‌آلات کارخانه می‌بیند. به‌علاوه، بسیاری از کارها، فی‌نفسه ارزشمند نیستند. قشون بزرگ کارمندان دفتری که در نظام‌های کاغذباز و بی‌حاصل اداری کارهای «سنگین» بر عهده دارند، چگونه باور کنند که فعالیت‌هایشان ارزشمند است؟ با انفجار جمعیت و نمایش آن در رسانه‌های جمعی، چگونه می‌توان در اینکه تولید نسل و عقبه کاری درست و ارزشمند برای سیاره‌ی زمین یا گونه‌ی انسانی‌ست، شک نکرد؟

علائم بالینی

درمانگر در کار بالینی روزانه چگونه با پدیده‌ی پوچی روبه‌رو می‌شود؟ درمانگران کمی در شایع بودن این شکایت تردید دارند: پیشتر در همین فصل به سخنان یونگ، فرانکل، مادی، وُلمن و هابز اشاره کردم که بر رواج بی‌معنایی و پوچی به‌عنوان یک شکایت بالینی گواهی داده‌اند. متأسفانه بررسی‌های روشمند بالینی اندکی در این زمینه انجام شده است.

من و همکارانم چندین سال پیش برنامه‌ای پژوهشی را اداره کردیم که گرچه نمونه‌ی بالینی کوچکی را مورد بررسی قرار می‌داد، تأکیدی بود بر این ادعا که بی‌معنایی پدیده‌ی بالینی شایعی‌ست.(۸۶) شکایت اصلی چهل بیماری که پی‌درپی به یک کلینیک روانپزشکی سرپایی مراجعه کرده بودند، از سه جهت مورد بررسی قرار گرفت: گزارش مکتوبی که خود بیماران می‌نوشتند، گزارش درمانگر، نتیجه‌گیری سه درمانگری که نوار ویدئویی مصاحبه‌ی بالینی با هر بیمار را مشاهده کردند. از این چهل نفر، نُه بیمار مشکلی (اغلب بیماران فهرست کاملی از سه تا شش مشکل را تنظیم کرده بودند) را مطرح کردند که در حیطه‌ی فقدان معنا جای می‌گرفت (مثل «بی‌هدفی»، «نیاز به وجود معنی در زندگی‌ام»، «نمی‌دانم چرا کارهایی را که دارم می‌کنم، انجام می‌دهم»، «سرگردانی بدون هدفم در زندگی»). درمانگر و ارزیابان مستقل، پنج مورد از این نُه بیمار را دچار مشکلی جدی در زمینه‌ی معنا دانستند و سه بیمار دیگر را هم به آنان افزودند (که مشکلاتی نظیر «فقدان معنا در زندگی»، «بی‌هدفی» و «اهداف نامعلوم در زندگی» را مطرح کرده بودند). به این ترتیب دوازده بیمار (سی درصد) بر اساس داوری خود بیماران، درمانگران یا داوران مستقل، با مشکل جدی در زمینه‌ی معنا روبه‌رو بودند.

ژیل گاردنر هشتادونُه بیماری را که برای درمان به یک کلینیک سرپایی مراجعه کرده بودند، مورد مطالعه قرار داد.(۸۷) از بیماران خواسته شد میزان اهمیت شانزده دلیل مختلف را برای ورود به درمان تعیین کنند. ۶۸٪ بیماران «یافتن معنای بیشتر در زندگی» را دارای اهمیتی «متوسط» یا «زیاد» ارزیابی کرده بودند. این مورد در میان شانزده دلیل، رتبه‌ی نُهم را به خود اختصاص داد که بالاتر از دلایلی چون «تغییر شکل ارتباطم با مردم» و «تنهایی» بود.

پوچی به‌ندرت به‌عنوان یک مقوله‌ی بالینی جدا نام برده شده زیرا معمولاً آن را نشانه‌ی سندرم بالینی اصلی و آشناتری دانسته‌اند. در واقع فروید در جایی گفته: «لحظه‌ای که انسان در مورد معنای زندگی سؤال می‌کند، بیمار است... . با پرسیدن این سؤال، فرد به وجود انباری از لیبیدوی ارضانشده اعتراف می‌کند که باید اتفاق دیگری در آن افتاده باشد، نوعی تخمیر که اندوه و افسردگی پدید آورده است.»(۸۸) بر این اساس، پوچی علامتی از یک سندرم زمینه‌ای مهم‌تر مثل الکلیسم مزمن یا سایر اَشکال سؤ مصرف مواد، اعتمادبه‌نفس پایین، افسردگی و بحران هویت دانسته شده است.

ولی اجازه دهید ببینیم چه مشاهداتی در زمینه‌ی تظاهرات بالینی پوچی و بی‌معنایی صورت گرفته است. اول، حضور همه‌جایی آن است. آن را در همه‌ی بیمارانم یافته‌ام: گروهی خود به بیان دلواپسی‌شان درباره‌ی فقدان معنا در زندگی پرداخته‌اند و گروهی در برابر پرسش من در این باره، پاسخ مثبت داده‌اند.

خلأ اگزیستانسیال و روان‌نژندی اگزیستانسیال. فرانکل برای سندرم پوچی یا بی‌معنایی دو مرحله قائل شده: خلأ اگزیستانسیال و روان‌نژندی اگزیستانسیال. خلأ اگزیستانسیال ــ که گاهی با اصطلاح «استیصال اگزیستانسیال» از آن نام برده ــ پدیده‌ی شایعی‌ست و ویژگی‌های آن عبارتند از احساس بی‌حوصلگی، بی‌علاقگی و بی‌محتوایی. فرد تلخ و منفی‌باف می‌شود، جهت‌گیری مشخصی در زندگی ندارد و مقصود بیشتر فعالیت‌های زندگی را زیر سؤال می‌بَرَد. بعضی افراد وقتی یک هفته‌ی شلوغ را به‌پایان می‌رسانند، احساس تهی بودن و نارضایتی مبهمی را تجربه می‌کنند («روان‌نژندی یکشنبه»). وقت آزاد فرد را متوجه این واقعیت می‌کند که هیچ کاری نیست که دلش بخواهد انجام دهد. فرانکل مدعی‌ست استیصال اگزیستانسیال

رویه‌افزایش است و در همه‌ی بخش‌های جهان رویه‌گسترش. او در یک مطالعه شیوع «خلأ اگزیستانسیال» را در دانشجویان کالج وین ۴۰ درصد و در دانشجویان امریکایی کالج ۸۱ درصد گزارش کرده است.(۸۹) در مطالعه‌ای دیگر، آن را در مناطقی مانند چک‌واسلواکی، دیگر کشورهای آن‌سوی پرده‌ی آهنین و افریقا رویه‌افزایش دیده است.(۹۰) آلوئیس هبینگر[1] در طول یک دوره‌ی دوساله(۷۲-۱۹۷۱) در وین، یک افزایش ۳۰ تا ۸۰ درصدی در بروز استیصال اگزیستانسیال در میان جوانان دیده است!(۹۱) از آنجا که نوع پرسش درباره‌ی این موارد در این مطالعه گزارش نشده (به‌جز اشاره به «بررسی آماری بدیهه‌سازانه»)، نمی‌توانیم این داده‌ی اغراق‌آمیز را واقعی تلقی کنیم؛ ولی حتی اگر بازتابی غیردقیق از شیوع خلأ اگزیستانسیال باشد، جالب و در خور توجه است.

اگر بیمار علاوه بر احساس آشکارای پوچی، دچار علائم بالینی روان‌نژندی نیز بشود، فرانکل وضعیت او را روان‌نژندی اگزیستانسیال یا «ذهن‌زاد» می‌نامد. او از یک دهشت تهیگی[2] روانشناختی سخن می‌گوید: وقتی یک خلأ متمایز (اگزیستانسیال) وجود دارد، علائم با شتاب از راه می‌رسند تا آن را پُر کنند. به‌زعم فرانکل، روان‌نژندی ذهن‌زاد می‌تواند ظاهر هر نوع روان‌نژندی بالینی را به‌خود بگیرد؛ او به تصاویر بالینی گوناگونی ــ الکلیسم، افسردگی، وسواسی‌گری، بزهکاری، توجه بیش‌ازحد به روابط جنسی، حادثه‌جویی‌های خطرناک ــ اشاره می‌کند. آنچه روان‌نژندی ذهن‌زاد را از روان‌نژندی متعارف جدا می‌کند این است که علائم، در حقیقت تظاهرات خواست و میل به معناست که سرکوب شده است. شیوه‌های رفتاری هم بازتاب یک بحران بی‌معنایی‌اند. فرانکل می‌گوید معضل انسان امروزی این است که دیگر این غریزه و یا سنت نیست که به او می‌گوید باید چه کند. حتی دیگر خودش هم نمی‌داند چه می‌خواهد بکند. دو واکنش رفتاری شایع به این بحران ارزشی عبارتند از: همرنگی با جماعت (انجام آنچه دیگران می‌کنند) و تسلیم در برابر استبداد (انجام آنچه دیگران می‌خواهند).

---

1. Alois Habinger
2. Horror vacui

جهادگری[1]، هیچ‌انگاری[2] و گیاه‌واری[3]. سالواتوره مادی معتقد است بخش قابل توجهی از ناهنجاری‌های روانی موجود ناشی از احساس پوچی و بی‌معنایی‌ست. (۹۲) (دقت کنید که موارد بالینی مادی محدود بوده(۹۳) و رویکرد اصلی‌اش، رویکرد یک روانشناس کلان‌نظریه‌پرداز و دانشگاهی‌ست.) او برای «ناخوشی اگزیستانسیال» (که خود «بی‌معنایی فراگیر» نامیده) سه شکل بالینی توصیف می‌کند: جهادگری، هیچ‌انگاری و گیاه‌واری.

ویژگی جهادگری (که «خطرجویی»(۹٤) هم نامیده شده)، میل قدرتمند به تکاپو و فداکردن خویش در راه علت‌های دراماتیک و مهم است. این افراد به شکلی نمایشی به دنبال موضوعی می‌گردند؛ آن علت یا انگیزه را تقریباً بدون توجه به محتوایش می‌پذیرند. به‌محض آنکه یک علت تمام شد، این فعالان سرسخت و دوآتشه فوراً دلیل دیگری می‌یابند تا همیشه یک قدم جلوتر از پوچی که در پی‌شان است و رهایشان نمی‌کند، گام بردارند.

این واقعیت که جهادگران بدون هرگونه سنجش و گزینشی به دنبال علتند، قطعاً بدین معنا نیست که بیشتر یا تمامی حامیان هر جنبش اجتماعی انگیزه‌هایی مشابه آنان دارند. به این معنی هم نیست که شور و حرارت برای تحول اجتماعی را یک سازوکار دفاعی ببینیم. ولی درگیر شدن در یک جنبش اجتماعی معمولاً وقت‌گیر و نیروبر است و اگر همراه با نافرمانی از نظام حاکم باشد، اغلب خطرناک است. وقتی جنبش به نتیجه رسید، شرکت‌کنندگان در آن، بر خلاف جهادگران، معمولاً به سر کار و زندگی روزمره‌ی خویش بازمی‌گردند. بنابراین جهادگری، آن طور که مادی توصیف می‌کند، نوعی واکنش‌سازی‌ست؛ فرد به‌شکلی بی‌اختیار و اجباری و در پاسخ به یک احساس بی‌هدفی عمیق، در فعالیت‌ها شرکت می‌کند.

ویژگی هیچ‌انگاری، گرایش فعال و فراگیر به تردید در فعالیت‌های فراهم‌کننده‌ی معناست. انرژی و رفتار فرد هیچ‌انگار در یأس ریشه دارد؛ به‌گفته‌ی مادی او به‌دنبال لذت خشم‌آلودی‌ست که از ویران کردن حاصل می‌شود:

---

1. Crusadism
2. Nihilism
3. Vegetativeness

او تردیدی به خود راه نمی‌دهد که فوراً بگوید عشق، نوع‌دوستانه نیست، بلکه خودخواهانه است، بشردوستی چیزی نیست جز جبران گناه، کودکان بیش از آن که بی‌گناه باشند شرورند، رهبران به‌جای آنکه از بصیرتی برتر برخوردار باشند مغرور و دیوانه‌ی قدرتند و کار ثمربخش نیست بلکه پوششی متمدنانه‌ست برای پنهان کردن هیولایی که در هریک از ما خانه دارد.(۹۵)

مادی معتقد است هیچ‌انگاری چنان رایج است که حتی به‌عنوان مشکل به آن نگاه نمی‌شود؛ در واقع، اغلب جامه‌ی مبدل رویکردی بسیار روشنفکرانه و فرهیخته را بر تن می‌کند. او به آلن رُب‌گریه[1]ی رمان‌نویس و فیلمساز اشاره می‌کند که فیلمش با نام پارسال در ماری‌ینبات، سرشار است از رشته‌های به‌ظاهر پُرمعنا که هر رشته تلاش بینندگان را برای کشف معنایش به مبارزه می‌طلبد. مادی معتقد است فیلم می‌خواهد هر گونه جست‌وجو برای معنا را به استیصال بکشانَد تا نشان دهد اعتقاد به معنادار بودن همه‌چیز، اعتقادی عبث و بیهوده‌ست.

گیاه‌واری، سومین شکل ناخوشی اگزیستانسیال، افراطی‌ترین درجه‌ی بی‌معنایی‌ست. فرد به‌طرزی اجباری و بی‌اختیار در جست‌جوی معنای انگیزه‌ها و علت‌ها نیست؛ با خشم به معنای پذیرفته‌شده از سوی دیگران نیز حمله نمی‌برَد. در عوض، در وضعیت بی‌هدفی و بی‌علاقگی شدید فرو می‌رود، وضعیتی که به‌شیوه‌های مختلف شناختی، عاطفی و رفتاری ابراز می‌شود. جزء شناختی آن عبارت است از ناتوانی مزمن در اعتقاد به مفید بودن و یا به ارزش هر یک از تلاش‌های زندگی. طنین عاطفی آن عبارت است از بی‌خاصیتی، دلزدگی و ملال فراگیر که خود را با افسردگی‌های دوره‌ای نشان می‌دهد. شکل پیشرفته‌ی این وضعیت، بی‌تفاوتی دائمی است و از تعداد دوره‌های افسردگی فرد کاسته می‌شود. تأثیرات رفتاری هم به‌طور کلی در سطح کم تا متوسط است، ولی از آن مهم‌تر فقدان گزینش‌گری در رفتار است: دیگر برای فرد اهمیتی ندارد در پیِ کدام فعالیت برود.

---

1. Alain RobbeGrillet

رشته‌ی گیاه‌واری در فرهنگ معاصر سر دراز دارد. مادی معتقد است بازتاب آن بر آفریده‌های هنری مانند فیلم‌های آنتونیونی[1]، برهوت تی. اس. الیوت[2]، داستان باغ‌وحشِ ادوارد آلبی و مهتابی ژان ژانه[3] مشهود است. فیلمِ امروزی سوار بی‌شتاب[4]، نمونه‌ی زنده‌ای‌ست از بی‌علاقگی و بی‌معنایی.

افرادی که به سندرم گیاه‌واری دچار می‌شوند، ممکن است به‌دلیل افسردگی همراه و تردیدهای آزاردهنده‌شان جویای درمان شوند. درمانگر باید توجه کند که چنین بیماری درگیر مشکلاتی نظیر احساس گناه یا اعتمادبه‌نفس-هویت و یا علائم جنسی یا پرخاشگرانه نیست. در عوض، بیمار با دلواپسی‌هایی از این قبیل دست‌به‌گریبان است: وقتی همه چیز با مرگ به پایان می‌رسد، چرا در زندگی زحمت کار کردن به خود بدهید؟ چرا نیمی از عمرتان را به مدرسه رفتن بگذرانید؟ چرا ازدواج کنید؟ چرا تشکیل خانواده دهید؟ چرا محرومیت را تحمل کنید؟ مگر همه‌ی ارزش‌ها بی‌دلیل و من‌درآوردی و همه‌ی هدف‌ها خیال باطل نیست؟

اگر این وضعیت تشخیص داده نشود و پیشرفت کند، فرد در بی‌تفاوتی عمیق‌تری فرو می‌رود. ممکن است با بدل شدن به گوشه‌نشین، الکلی مزمن یا ولگرد، از هر گونه ارتباط و درگیری در زندگی کناره‌گیری کند و یا شیوه‌ی مشابهی را در زندگی برگزیند. مادی معتقد است بسیاری از بیماران بستری در مراکز نگهداری، به گیاه‌واری دچارند ولی به دلیل آنکه باید تشخیصی مطابق طبقه‌بندی‌های رسمی بیماری‌ها بر آنان گذاشته می‌شده، انگ اسکیزوفرنیک ساده[5] بر آن‌ها زده‌اند، اصطلاحی که امروزه مشخص شده کاملاً بی‌مسماست. بعضی بیماران مبتلا به گیاه‌واری تشخیص افسردگی روان‌پریشانه گرفته‌اند. گرچه علائم و نشانه‌های افسردگی ندارند، این طور فرض شده که چون رفتاری نباتی دارند، پس افسرده‌اند. مادی معتقد است دست‌کم بخشی از بیماران مراکز نگهداری که با این تشخیص‌ها یا دیگر انگ‌های سردستی بستری شده‌اند، باید با دقت بیشتر و با احتمال ناخوشی اگزیستانسیال مورد بررسی قرار گیرند.

---

1. Antonioni
2. T. S. Eliot
3. Jean Genet
4. *Easy Rider*
5. simple schizophrenic

فعالیت اجباری. اَشکال بالینی پوچی که پیش از این به آن‌ها اشاره شد، معمولاً به‌صورت مقوله‌هایی کاملاً شکل‌گرفته مشاهده نمی‌شوند بلکه به شکل الگوهای بالینی تظاهر می‌یابند. اَشکال مختلف با درجات متفاوتی از شدت در بسیاری از بیماران دیده می‌شود که اغلب با شکایات بالینی دیگری آمیخته شده‌اند. بر اساس تجربه‌ی من، یکی از شایع‌ترین اَشکال بالینی، فعالیت جنون‌آمیز و سراسیمه‌وار است که انرژی فرد را تحلیل می‌برَد و زهر مقوله‌ی معنا را می‌گیرد. این شکل با جهادگری مرتبط است ولی حوزه‌ی گسترده‌تری دارد. نه فقط یک علت اجتماعی دراماتیک، بلکه هر گونه فعالیت انسانی تحمیلی می‌تواند چنان انرژی روانی فرد را به خود معطوف سازد که خود معنای زندگی را تقلید کند. وقتی فعالیت هیچ «خوبی» یا «درستی» ذاتی ندارد، دیر یا زود، موجب ناکامی فرد خواهد شد. این پدیده که جیمز پایک[1] آن را «کانون کاذب زندگی»(۹۶) خوانده، معمولاً زمانی توجه درمانگر را جلب می‌کند که مَرکب معنا درهم شکسته یا در معرض خطر بارز درهم‌شکستگی‌ست. مثال‌های فراوانی هست که افراد معنا را در مقام اجتماعی، شهرت، تملک مادیات یا قدرت جسته‌اند و ناگهان مجبور شده‌اند ارزش این اهداف را به‌عنوان هدف زندگی زیر سؤال برند.

هاروی، یک بیمار چهل‌ودوساله، نمونه‌ی بالینی روشنگری‌ست. علت اصلی مراجعه‌ی هاروی برای درمان، غیرمعمول بود: جروبحث با همسر بر سر خرید بلیت درجه‌یک یا درجه‌دو هواپیما او را به درمان کشانده بود. شرایط حاکم بر زندگی او این گونه بود: پدر هاروی کاسبی از طبقه‌ی متوسط و به‌شکلی اجباری فعّال و پرجنب‌وجوش بود. همه‌ی خانواده از جمله هاروی، شش تا هفت روز هفته چندین ساعت در خواربارفروشی خانوادگی‌شان کار می‌کردند. کم‌کم کارشان رونق گرفت و به افتتاح دومین و سومین فروشگاه منجر شد. کسب‌وکار، با شرکت همه‌ی اعضای خانواده از جمله هاروی سروسامان می‌گرفت. او نیز اخلاق کاری خانواده را سرمشق قرار داد و رونق کسب‌وکار را علت وجودی خویش قرار داد. ساعات طولانی کار حتی در دوران کودکی موجب شد او از برقراری روابط مهم دوستانه با همسالان یا دختران باز بماند و هنگامی که از دبیرستان فارغ‌التحصیل شده بود، حتی یک شب را

1. James Pike

هم دور از خانه نگذرانده بود. هویتش، «پسر خوب»ی بود که هرگز سؤال نمی‌کرد، هرگز نافرمانی نمی‌کرد و هرگز درباره‌ی خود و زندگی‌اش عمیقاً نمی‌اندیشید.

به‌دنبال فارغ‌التحصیلی از کالج (یک دوره‌ی آموزشی بازرگانی)، مسئولیت کسب‌وکار خانواده را برعهده گرفت (پدرش ازدنیا رفته بود) و در کار نیز بسیار موفق بود. از طریق دست‌به‌دست هم دادن شرایط متعدد ــ ازدواج زیرکانه از لحاظ مالی، شریک بسیار خوب و باتجربه، هوشیاری دوراندیشانه‌ی خودش ــ توانست فروشگاه‌های زنجیره‌ای‌اش را در سرتاسر کشور برپا کند و بعد با مبلغ خیره‌کننده‌ای به یک شرکت بزرگ بفروشد. در سی سالگی توانسته بود مبلغ هنگفت چند میلیون دلار ــ آن هم در سال ۱۹۶۵ ــ پس‌انداز کند. در این مرحله می‌توانست درنگی کوتاه داشته باشد، استراحت کند یا حتی عمیقاً بیندیشد که خُب، بعد از این چه؟ به کجا؟ یا برای چه؟ ولی در عوض، بی‌درنگ به کسب‌وکاری دیگر پرداخت و خیلی زود، بیش از هفتاد ساعت در هفته را به کار اختصاص داد و چنان درگیر دلواپسی‌های کاری شد که ازدواجش به خطر افتاد. وقتی جویای درمان شده بود که برای سومین امپراتوری‌اش نقشه‌ها در سر داشت چون می‌خواست ببیند می‌تواند کسب‌وکاری را از نقطه‌ی صفر با سرمایه‌ی مختصر، بدون شراکت و بدون توصیه‌ی دیگران آغاز کند. (این کسب‌وکار چیزی معادل زنده ماندن در بیابان بود).

هاروی متوجه تناقض‌های خاصی شد که برایش مشکل‌آفرین شده بود. فعالیت‌های اقتصادی خانواده‌اش هنوز با او بود؛ و به‌رغم این واقعیت که درآمد او از سهم قانونی‌اش بسیار بالا بود، باز هم هنگام خرید در روزنامه‌ها در جست‌وجوی خبر حراجی بود و حاضر بود چندین مایل رانندگی کند تا یک تلویزیون را چند دلار ارزان‌تر بخرد.

ولی این بلیت مسخره‌ی هواپیما بود که وادارش کرد بر اهداف زندگی‌اش مرور جدی‌تری داشته باشد. او و همسرش قرار بود همراه با یک زوج دیگر تعطیلات را در شرق بگذرانند. تفاوت قیمت بلیت درجه‌یک و درجه‌دو برای یک پرواز دوازده‌ساعته چندصددلار برای هر بلیت بود. همسر هاروی، دوستش (که اتفاقاً همکارش هم بود) و همسر دوستش همگی می‌خواستند با درجه‌یک پرواز کنند. هاروی حاضر نبود (به‌قول خودش) برای یک صندلی عریض‌تر و شامپانی مجانی پول اضافی خرج کند؛

و یک بلیت درجه‌دو رزرو کرد در حالی که سه نفر دیگر از جمله همسرش بلیت درجه‌یک گرفتند! هاروی فرد شوخ‌طبعی بود و طنز ماجرا را به‌خوبی دریافت؛ با این حال، این وضعیت عمیقاً ناراحتش کرد و دچار اضطراب، بی‌خوابی و شکایات خودبیمارانگارانه شد. در این مقطع زمانی بود که جویای روان‌درمانی شد.

در طول دوره‌ی درمان، داستان بلیت هواپیما نقطه‌ی اتکایی شد برای بحثی دامنه‌دار درباره‌ی ارزش‌ها. اگر قرار بود پول بی‌دریغ خرج شود تا آسایش مختصری به همراه بیاورد، چرا هاروی باید برای درآوردن پول بیشتر جان بکَنَد؟ چرا همه‌ی زندگی‌اش را وقف پول کند؟ همین حالا بیش از آن داشت که بتواند خرج کند و ثابت کرده بود می‌تواند باز هم پول درآورَد. اینجا بود که نظام معنایی اصلی حاکم بر همه‌ی عمرش را زیر سؤال بُرد. یکی از نخستین بینش‌هایی که به‌واسطه‌ی درمان کسب کرد این بود که در انتخاب کانون زندگی‌اش اشتباه کرده است، زیرا مادیات حداکثر می‌توانند حس شکننده‌ای از معنای زندگی پدید آورند که در برابر ژرف‌سنجی و آزمون تاب مقاومت ندارد.

رویدادی که هاروی را به بحران معنا دچار کرد این بود که او به‌طرزی استثنایی و با موفقیت به هدف زندگی‌اش دست یافته بود (این مسئله وقتی طرحواره‌ی معنای زندگی، غیرمتعالی‌ست، خطر بزرگی ایجاد می‌کند). رویدادهای دیگری که چنین بحرانی را تسریع می‌کنند، رویارویی با مرگ یا تجارب اضطراری (مرزی) دیگر است که فرد را با موقعیت اگزیستانسیالش روبه‌رو می‌کند و ماهیت واهی و غیرواقعی بسیاری از نظام‌های معنایی را آشکار می‌سازد. دگرگونی‌های اساسی که ناگهان تشریفات و سنت‌های طبقه‌ی اجتماعی فرد را زیرورو می‌کند نیز بعضی ارزش‌ها (مثلاً رسوم اجتماعی «طبقه‌ی ممتاز») را از اساس برمی‌اندازد: فرد نه‌تنها دیگر به‌خاطر تبعیت از تشریفات، پاداش بیرونی دریافت نمی‌کند، بلکه مهم‌تر از آن، متوجه نسبیت بی‌چون‌وچرای ارزش‌هایی می‌شود که زمانی آن‌ها را مطلق تصور می‌کرد.

بعضی بیماران در نتیجه‌ی روان‌درمانی به بحران معنا دچار می‌شوند. وقتی بیماران عمیقاً خود را می‌کاوند و چشم‌اندازهای تازه‌ای در درون خویش می‌یابند، شیوه‌های اجباری کهنه سست می‌شوند و در نهایت فرو می‌پاشند. بیمارانی که بیشتر عمرشان را در محدوده‌ی سرمشق‌های تکراری معین درونی گذرانده‌اند با آزادی‌ای مواجه

می‌شوند که تکرارگری اجباری از آن بر حذرشان داشته بود. برای مثال، بروس ــ همان بیمار دچار اجبار جنسی که در فصل ۵ توصیفش کردم ــ همواره وقت «آزاد»ش را صرف خیال‌پردازی‌ها یا سرگرمی‌های جنسی کرده بود. وقتی به‌دلیل درمان موفق، از اجبار وسواسی‌اش کاسته شد و بعد از مدتی کاملاً از بند آن رها شد، یک بحران معنا را از سر گذرانید. (مسئله این نبود که پیش از آن، معنای ارضاکننده‌ای در زندگی داشت، بلکه فعالیت اجباری‌اش همیشه پادزهری قوی برای پوچی و بی‌معنایی فراهم کرده بود که نامش قرار ملاقات بود. مشکل اینجا بود که محتوای قرار ملاقات‌های اجباری بروس چنان محدود و دست‌وپاگیر بود که اجازه نمی‌داد متوجه بسیاری از استعدادهای عمیق و انسانی‌اش شود. در نتیجه، هرگز بحران معنای آگاهانه‌ای را از سر نگذرانده بود، ولی به‌موقع خود، احساس گناه اگزیستانسیال شدیدی را تجربه کرد زیرا به آنچه باید می‌شُد، بدل نشده بود.)

وقتی بروس برای نخستین بار بدون فعالیت اجباری با زندگی روبه‌رو شد، زندگی در نظرش یکنواخت، بی‌رنگ‌ورو، بی‌شوروشوق و از همه مهم‌تر، بی‌معنا جلوه کرد. در این هنگام، بیشتر وقت درمان، صرف کشف اهداف شد و اینکه ببینیم خرد درونی بروس درباره‌ی تعیین اساس زندگی‌اش چه می‌گوید.

پژوهش بالینی

آزمون هدف زندگی. جیمز کرامبو و لئونارد ماهولیک[1]، دو روانشناسی که به‌شدت تحت‌تأثیر کارهای ویکتور فرانکل بودند، در سال ۱۹٦٤ ابزاری را برای بررسی هدف زندگی طراحی کردند.(۹۷) پرسشنامه‌ی آزمون هدف زندگی[2] (PIL) حاوی بیست سؤال است که بر اساس مقیاسی هفت‌درجه‌ای مورد ارزیابی قرار می‌گیرد[3]. در هر مورد، درجه‌ی ٤، «خنثی» در نظر گرفته می‌شود و درجات ۱ و ۷ هم توضیحات

---

1. James Crumbaugh and Leonard Maholick
2. The Purpose in Life Test
۳. این ابزار در ابتدا شامل دو بخش اضافی بود: یک بخش تکمیلی سیزده‌سؤالی و یک سؤال تشریحی که آزمودنی باید در مورد آرزوها و اهداف شخصی‌اش یک پاراگراف می‌نوشت؛ با وجود این، در پژوهش بعدی، تنها همان بخش اول مورد استفاده قرار گرفت.(۹۸)

متفاوتی دارند. مثلاً برای سؤال اول که می‌گوید: «من معمولاً ...» توضیح درجه‌ی اول «کاملاً بی‌حوصله‌ام» و توضیح درجه‌ی ۷ «سرزنده و پرشورم» است. نوزده سؤال دیگر و توضیحات دوسر طیفشان عبارتند از:

۲. زندگی از نظر من: (۱) کاملاً یکنواخت است؛ (۷) همیشه هیجان‌انگیز است.
۳. من در زندگی: (۱) هیچ هدف و مقصودی ندارم؛ (۷) اهداف و مقاصد بسیار روشنی دارم.
٤. هستی من: (۱) کاملاً بی‌معنا و فاقد هدف است؛ (۷) بسیار پُرمعنا و هدفمند است.
۵. هر روز: (۱) درست مثل روز پیش است؛ (۷) همیشه جدید و متفاوت است.
٦. اگر انتخاب با من بود: (۱) ترجیح می‌دادم هرگز به‌دنیا نیایم؛ (۷) نُه زندگی دیگر مثل این را هم دوست داشتم.
۷. می‌خواهم بعد از بازنشستگی: (۱) باقی زندگی‌ام را به بطالت بگذرانم؛ (۷) کارهای هیجان‌انگیزی را که همیشه دوست داشته‌ام، انجام دهم.
۸. من در دستیابی به اهداف زندگی: (۱) هرگز پیشرفت نمی‌کنم؛ (۷) تا موفقیت کامل پیش می‌روم.
۹. زندگی من: (۱) خالی‌ست و فقط یأس آن را پر می‌کند؛ (۷) پر از اتفاقات خوب و هیجان‌انگیز است.
۱۰. اگر قرار باشد امروز بمیرم، حس می‌کنم زندگی‌ام: (۱) کاملاً بی‌فایده بوده؛ (۷) بسیار مفید بوده است.
۱۱. وقتی درباره‌ی زندگی‌ام فکر می‌کنم: (۱) اغلب درمی‌مانم که برای چه زنده‌ام؛ (۷) همیشه دلیلی برای بودنم پیدا می‌کنم.
۱۲. وقتی دنیا را از دریچه‌ی رابطه‌اش با زندگی خودم نگاه می‌کنم: (۱) کاملاً سردرگم می‌شوم؛ (۷) آن را به‌طرز معنی‌داری با زندگی خودم مرتبط می‌بینم.
۱۳. من: (۱) فردی بسیار بی‌مسئولیتم؛ (۷) فردی بسیار مسئولم.
۱٤. معتقدم انسان در انتخاب‌های زندگی‌اش (۱) به‌شدت مقید به محدودیت‌های موروثی و محیطی‌ست؛ (۷) کاملاً آزاد است.

۱۵. من برای مرگ: (۱) اصلاً آمادگی ندارم و از آن می‌ترسم؛ (۷) کاملاً آماده‌ام و از آن نمی‌ترسم.

۱۶. من به خودکشی: (۱) جدی فکر می‌کنم و آن را یک راه فرار می‌دانم؛ (۷) حتی یک ثانیه هم فکر نمی‌کنم.

۱۷. در یافتن معنا، هدف یا مأموریتی در زندگی: (۱) عملاً ناتوانم؛ (۷) بسیار توانمندم.

۱۸. زندگی‌ام: (۱) از دستانم خارج شده و تحت کنترل عوامل بیرونی‌ست؛ (۷) در کنترلم است و مهارش را در دست دارم.

۱۹. مواجهه با وظایف روزمره برایم: (۱) تجربه‌ای بسیار جانکاه و خسته‌کننده‌ست؛ (۷) سرچشمه‌ی لذت و رضایت است.

۲۰. من در زندگی: (۱) هیچ مأموریت یا هدفی نمی‌بینم؛ (۷) اهداف روشنی می‌بینم و معنای راضی‌کننده‌ای برای آن دارم.

آزمون PIL استفاده‌های فراوانی یافته است؛ بیش از پنجاه رساله‌ی دکترا که درباره‌ی هدف زندگی نوشته شده، از آن به‌عنوان ابزار اصلی استفاده کرده‌اند؛ ولی پیش از بررسی نتایج این پژوهش، باید اعتبار این ابراز را به‌دقت مورد ارزیابی قرار دهم.

اولاً، محتوای ظاهری سؤالات مفاهیم گوناگونی را در برمی‌گیرد. هشت سؤال (۳، ٤، ۷، ۸، ۱۲، ۱۷، ۲۰) آشکارا به معنا (هدف، مأموریت) در زندگی می‌پردازد؛ شش سؤال (۱، ۲، ۵، ٦، ۹، ۱۹) مربوط به رضایت از زندگی‌ست (زندگی خسته‌کننده، یکنواخت، هیجان‌انگیز یا جانکاه است)؛ سه سؤال (۱۳، ١٤، ۱۸) در ارتباط با آزادی‌ست، یک سؤال (۱۵) مربوط به ترس از مرگ است؛ یکی (١٦) به خودکشی می‌پردازد و یکی (۱۰) به مفید بودن زندگی فرد. از نظر من، این سردرگمی مفهومی، اعتبار ابزار را جداً زیر سؤال می‌برَد. مثلاً با اینکه ممکن است رضایت از زندگی یا فکر خودکشی با معنای زندگی مرتبط باشد، ولی این دو به‌وضوح با وضعیت‌های روانشناختی دیگر ــ مهم‌تر از همه با افسردگی ــ هم مرتبطند. سازندگان این ابزار، اطلاعات کمی درباره‌ی شیوه‌ی انتخاب سؤالات یا کارکرد خاص هر سؤال در اختیار قرار داده‌اند.

در نتیجه‌ی این نقایص روش‌شناسانه، یکی از منتقدان گفته سؤال منفرد «زندگی‌تان تا چه اندازه معنی‌دار است؟» به اندازه‌ی تمامی این ابزار معتبر است.(۹۹)

به‌علاوه، PIL به‌وضوح از مطلوبیت اجتماعی بالایی (با مقیاس مطلوبیت اجتماعی مارلو-کراون[1]، ضریب همبستگی ۰/۵۷ برای آن گزارش شده)(۱۰۰) برخوردار است. آن طور که منتقدان اشاره کرده‌اند PIL بازتاب ارزش‌های خاصی‌ست(۱۰۱): برای مثال فرض را بر این قرار داده که مسئولیت‌پذیری معادل احساس مثبت نسبت به معنای زندگی‌ست. با اینکه فرضیه‌ی جالبی به نظر می‌رسد، مسئولیت‌پذیری و معنا لزوماً چنین ارتباطی با هم ندارند.

چارلز گارفیلد[2] PIL را برای آزمودنی‌های متعلق به خرده‌فرهنگ‌های مختلف (محله‌های یهودی‌نشین، مهندسان، فارغ‌التحصیلان رشته‌ی روانشناسی و مطالعات مذهبی، ساکنان کُمون) به‌کار گرفت و بعد آزمودنی‌هایی را که امتیازات پایین، متوسط و بالا گرفته بودند مورد مصاحبه قرار داد تا مشخص کند هر سؤال چه معنایی برایشان داشته است.(۱۰۲) آزمودنی‌ها بسته به اینکه متعلق به کدام فرهنگ باشند، سؤالات را به شیوه‌هایی کاملاً شخصی تعبیروتفسیر کرده بودند. برای مثال، کلمه‌ی «خالی» در سؤال ۹ («زندگی من خالی‌ست ... [یا] پر از اتفاقات خوب و هیجان‌انگیز است»)، برای ساکنان محله‌های یهودی‌نشین به‌معنای شکم خالی، از دید ساکنان کُمون، به‌معنی رهایی از خود در مراقبه و خلسه‌ی روحانی و برای مهندسان معادل ملال‌آور بود؛ کلمه‌ی «هیجان‌انگیز» هم برای دانشجویان روانشناسی، بار مثبت نداشت و آن را با سراسیمگی، هیجان‌زدگی و بی‌قراری مرتبط می‌دانستند. پاسخ‌های ناهمگن در سایر موارد تأکیدی بر این واقعیت بود که نه‌تنها واژه‌پردازی گنگ و دوپهلوست، بلکه کل آزمون هم به‌شدت بار ارزشی دارد و بر اساس فرضیاتی منبعث از اخلاقیات پروتستانی ساخته شده و بر رفتار هدفمند، رویکرد به آینده، فعالیت یا انفعال و مثبت‌نگری به سطوح بالای انگیزه تأکید دارد.

این انتقادها اصولی و حقیقتاً گیج‌کننده‌اند و پژوهشگرانی که PIL را مورد استفاده قرار دادند، هرگز پاسخ قانع‌کننده‌ای برای آن نداشتند؛ به این ترتیب سخت می‌شود

1. Marlocw-Crowne Social Desirability scale
2. Charles Garfield

به این ابزار اطمینان کرد. ولی به هر حال این تنها گزینه‌ی موجود است، تنها ابزار روانشناختی‌ای که برای مطالعه‌ی روش‌مند پوچی، به‌طور گسترده مورد استفاده واقع شده است. این مسئله را گوشه‌ی ذهنتان داشته باشید، ولی اجازه دهید بعضی یافته‌های پژوهشی را در اینجا بازگو کنم.

اول اینکه، چندین مطالعه‌ی اعتبارسنجی نشان داد همبستگی قانع‌کننده‌ای میان نتایج آزمون و نمره‌ای که درمانگران به هدف زندگی بیماران داده‌اند (همبستگی ۰/۳۸) و نمره‌ای که کشیش محلی به افراد داده (همبستگی ۰/٤۷) وجود دارد.(۱۰۳) در بیشتر موارد بیماران نمره‌ی PIL کمتری نسبت به غیربیماران داشتند (گرچه بعضی مطالعات شک‌برانگیزند؛ مثلاً یکی تفاوت بسیار کمی میان نمرات بیماران روانی مستمند و دانشجویان دوره‌ی کارشناسی یافته است: ۱۰۸ در برابر ۱۰٦)[1]. (۱۰٤) علاوه بر این‌ها، به نظر می‌رسد PIL متغیر شخصیتی مستقلی را اندازه‌گیری می‌کند: همبستگی بالایی با سایر مقیاس‌ها (به‌جز مقیاس افسردگی MMPI (۱۰۵) و همپوشانی متوسط با مقیاس Srole Anomie و همان‌طور که پیش از این اشاره کردم، مقیاس مطلوبیت اجتماعی) ندارد.PIL برای شرایط بالینی مختلف با گوناگونی جمعیتی مورد استفاده قرار گرفته است. نوجوانان بزهکار(۱۰٦) و دبیرستانی‌هایی که مواد مصرف می‌کردند(۱۰۷)، نمرات PIL پایینی داشتند. بیماران بستری به دلیل الکلیسم مزمن و اختلالات روان‌پریشانه نسبت به بیماران روان‌نژند سرپایی، نمره‌ی پایین‌تری کسب کردند.(۱۰۸) نمره‌ی میانگین بیماران بستری و نیز بیماران سرپایی به‌طرز معنی‌داری پایین‌تر از نمونه‌های غیربیمار بود.(۱۰۹) به‌خصوص نمرات الکلی‌ها پایین گزارش شده است.(۱۱۰) مطالعه‌ی دیگری نمرات پایین ولی طبیعی را برای الکلی‌های بستری گزارش کرد ولی پس از پایان یک برنامه‌ی درمانی یک‌ماهه، این نمره به‌طرز معنی‌داری افزایش یافت.(۱۱۱) مطالعه‌ی بیماران سرپایی در یک کلینیک بریتانیایی نشان داد هرچه بیماران روان‌نژندتر و درونگراتر (بر اساس آزمون شخصیتی آیزنک[2]) باشند، نمره‌ی PIL کمتری می‌گیرند.(۱۱۲) سازگاری جنسی در میان گروهی

---

۱. دقت کنید که آزمون بیست‌سؤالی‌ست و هر سؤال مقیاس هفت‌درجه‌ای دارد: پس بالاترین نمره ۱٤۰ و پایین‌ترین ۲۰ است.

2. Eysenck Personality Inventory

از دانشجویان سالم مورد مطالعه قرار گرفت و مشخص شد هرچه دانشجویان از لحاظ جنسی ناکام‌تر و ناسازگارتر باشند، نمره‌ی PIL کمتری دارند.(۱۱۳) یک مطالعه به مقایسه‌ی نمرات PIL مبتلایان به بیماری جسمانی پرداخته و یافته‌های جالبی را گزارش کرده است: بیماران دچار بیماری وخیم نسبت به مبتلایان به بیماری‌های سبک‌تر یا غیربیماران، نمره‌ی PIL بالاتری داشتند.(۱۱٤) پژوهشگران حدس می‌زدند نزدیکی مرگ موجب شده مبتلایان به بیماری وخیم تکلیف زندگی‌هایشان را مشخص کنند، بر روی تردیدهایشان «کار کنند» و به آرامشی درونی برسند.

رابطه‌ی میان مَنِش‌های اجتماعی-مذهبی و ارزش‌ها (آزمون ارزش روکیچ[1]) بسیار مورد مطالعه قرار گرفته است. نمره‌ی PIL پایین با ارزش‌گذاری بالا برای لذت‌گرایی، برانگیختگی و آسایش همبستگی نشان داد.(۱۱۵) نمره‌ی PIL بالا با اعتقادات مذهبی محکم که نقش محوری در زندگی فرد دارند، همبسته بود.(۱۱٦) (با این حال، مطالعه‌ی دیگری این یافته‌ها را تأیید نکرد.(۱۱۷)) مطالعه‌ی دیگری میان نمره‌ی PIL بالا و محافظه‌کاری، مخالفت با لذت‌گرایی، ارزش‌های مذهبی-بنیادگرایی و آرمان‌گرایی همبستگی مثبت یافت.(۱۱۸) راهبه‌های دومنیکنی که با موفقیت پذیرفته شده بودند، نسبت به همکاران کمتر موفقشان، نمرات PIL بالاتری داشتند.(۱۱۹) دو مطالعه نشان می‌دهد بالا بودن نمره‌ی هدف زندگی با سطح پایین اضطراب مرگ همراه است.(۱۲۰)

پیش از این گفتم ارتباط معنی‌دار با یک گروه یا درگیری با یک آرمان پُرمعنا چگونه بر احساس معنا در زندگی می‌افزاید. چند مطالعه به بررسی این مفهوم پرداخته و نشان داده‌اند نمره‌ی PIL بالا با عضویت در گروه‌های سازمان‌یافته (مذهبی، نژادی، سیاسی یا خدمات اجتماعی)(۱۲۱) و درگیری با ورزش و سرگرمی‌ها(۱۲۲) همبستگی دارد. (با وجود این، یک مطالعه هیچ ارتباطی میان فعالیت اجتماعی [تظاهرات مرتبط با حقوق شهروندی] و PIL نشان نداد.(۱۲۳) آیا ممکن است ناشی از وجود همان «جهادگری»های مورد توجه سالواتوره مادی باشد؟) یک مطالعه‌ی اتریشی همبستگی میان PIL بالا و دیدگاه مثبت به جهان، رویکرد هدفمند و اهداف ازخودبرگذرنده

1. Rokeach Value survey

(یعنی علائقی که فراتر از سعادت مادی و معنوی فردی‌ست) را گزارش کرده است.(۱۲۴) مطالعه‌ی دیگری نشان می‌دهد دانشجویان دارای نمره‌ی PIL بالا، تصمیم‌های حرفه‌ای بیشتری می‌گیرند تا دانشجویان دارای نمره‌ی PIL پایین.(۱۲۵) با این حال، یک مطالعه بر روی مدیران حرفه‌ای و پرستاران نشان می‌دهد هیچ رابطه‌ای میان نمره‌ی PIL و نگرش به کار یا انگیزه‌های کاری وجود ندارد.(۱۲۶)

و بالاخره، نشان داده شده ساکنان محله‌های یهودی‌نشین، سیاه‌پوستان(۱۲۷) یا امریکایی‌های مکزیکی‌تبار،(۱۲۸) نمرات PIL پایین‌تری دارند. در زمینه‌ی رابطه‌ی کلی میان PIL و طبقه‌ی اجتماعی-اقتصادی،(۱۲۹) و نیز میان زنان و مردان یافته‌های ضدونقیضی وجود دارد ولی مردان عموماً نمره‌ی PIL بالاتری داشته‌اند.(۱۳۰)

ضریب احترام‌به‌زندگی[1]. پیش از دقت در معنای این یافته‌ها، اجازه دهید ابزار دیگری را که برای مطالعه‌ی معنای زندگی طراحی شده، مختصراً ارزیابی کنم. ضریب احترام‌به‌زندگی (جان باتیستا و ریچارد آلمُند[2]) از لحاظ مفهومی بسیار پُرمایه‌تر از PIL است ولی متأسفانه چندان مورد استفاده واقع نشده است.(۱۳۱) این ابزار موارد «زیرساختی» (مثل «من به‌وضوح می‌دانم می‌خواهم با زندگی‌ام چه کنم») را از موارد «تحققی» (مثل «احساس می‌کنم تمام‌وکمال زندگی می‌کنم») متمایز می‌کند. نویسندگان هم زیرساخت و هم اعتقاد به تحقق آن زیرساخت را برای احساس وجود معنا در زندگی ضروری می‌دانند. این ابزار از طریق مصاحبه با سوژه‌ها با موفقیت اعتباریابی شد، همبستگی بالایی با PIL داشت و احتمالاً از اثرات گیج‌کننده‌ی مطلوبیت اجتماعی هم مبراست. رابطه‌ی میان اعتمادبه‌نفس و احترام‌به‌زندگی (وجود معنا در زندگی) نیز روشن شده است. نویسندگان به این نتیجه رسیده‌اند وجود یک سطح قانع‌کننده از اعتمادبه‌نفس برای رسیدن به حس رشدیافته‌ی معنا لازم است ولی کافی نیست: به این معنا که ممکن است فردی با اعتمادبه‌نفس بالا، معنای کمی در زندگی داشته باشد ولی کسی که اعتمادبه‌نفس پایینی دارد، هرگز نمی‌تواند معنای مهمی در زندگی داشته باشد. به‌قول اریک اریکسون فرد ابتدا باید تکلیف تثبیت ارزش خود و هویت شخصی‌اش را روشن کند تا بعد بتواند معنای ارضاکننده‌ای برای زندگی‌اش بیابد.

1. The Life Regard Index
2. John Batista and Richard Almond

پژوهش نشان می‌دهد معنای مثبت در زندگی به وجود تناسب میان اهداف و ارزش‌ها از یک سو و نقش‌ها و نیازهای ساختار اجتماعی‌ای که فرد با آن درآمیخته، از سوی دیگر وابسته است. و در آخر، نویسندگان نشان داده‌اند اگر فرد حس کند با سرعتی رضایت‌بخش به اهدافش نزدیک می‌شود، معنای بیشتری هم در زندگی خواهد داشت.

خلاصه‌ی نتایج پژوهش. پژوهش تجربی در زمینه‌ی معنای زندگی ثابت کرده است که:

۱. فقدان حس معنا در زندگی رابطه‌ای کمابیش خطی با ناهنجاری روانی دارد: یعنی هرچه حس معنا کمتر باشد، شدت ناهنجاری روانی بیشتر است.
۲. وجود معنای مثبت در زندگی با اعتقادات عمیق مذهبی مرتبط است.
۳. وجود معنای مثبت در زندگی با ارزش‌های ازخودبرگذرنده مرتبط است.
٤. وجود معنای مثبت در زندگی با عضویت در گروه‌ها، فداکاری برای یک آرمان و تعیین اهداف روشن در زندگی مرتبط است.
۵. معنای زندگی را باید از چشم‌اندازی تکاملی نگریست: معنای زندگی فرد در طول زندگی تغییر می‌کند؛ سایر وظایف تکاملی باید بر تکامل معنا مقدم باشد.

یک هشدار: توجه به واژه‌پردازی این نتایج از اهمیت زیادی برخوردار است. عبارت «مرتبط است» تکرار می‌شود: برای مثال حس کمتر معنا با ناهنجاری روانی «مرتبط است». ولی باید توجه کرد مدرکی دال بر این مدعا که فقدان معنا، عامل ناهنجاری روانی‌ست، وجود ندارد. همه‌ی مطالعات پژوهشی همبستگی‌ها را بررسی می‌کنند: فقط نشان می‌دهند که کاهش معنای زندگی و ناهنجاری روانی با هم همراهی دارند. از این پژوهش می‌توان به‌خوبی نتیجه‌گیری کرد که کاهش معنای زندگی، یک کارکرد ــ یعنی یک علامت ــ ناهنجاری‌ست. در واقع، یک مطالعه در بیماران افسرده نشان می‌دهد معنای زندگی با الکتروشوک‌درمانی به‌میزان زیادی افزایش می‌یابد![۱۳۲]

فصل یازدهم

پوچی و روان‌درمانی

در فصل پیش به‌شکلی متداول به پرسش درباره‌ی معنای زندگی نزدیک شدم. معنای زندگی یک ساختار مهم روانشناختی‌ست که در نظر اول با هریک از ما عمیقاً در ارتباط است. من ارزش ظاهری این ساختار را پذیرفتم و بر همان اساس به بحث درباره‌ی فعالیت‌های معنابخش زندگی پرداختم و تظاهرات بالینی ناهنجار ناشی از پدیدارشناسی پوچی را توصیف کردم.

اکنون به مشکل بلافصل و روزمره‌ی درمانگران رودررو با بیمارانی بازمی‌گردم که می‌گویند هیچ معنایی در زندگی ندارند. درمانگری که مشکل را به همین صورت از بیمار می‌پذیرد، در واقع با حس بیمار در به تله افتادن شریک است. چنین درمانگری به‌یاد جست‌وجوی ناکامل خود برای معنا در زندگی می‌افتد. درمی‌مانَد چطور مسئله‌ای را برای فرد دیگری حل کند که قادر به حل آن برای خودش نبوده است؟ ممکن است به‌راحتی به این نتیجه برسد که مشکل لاینحل است و راهی برای دور زدن آن در درمان بیابد.

برای پرهیز از این توالی غیردرمانی رویدادها، نخستین گام درمانگر این است که تعبیر ظاهری بیمار از مشکلش را نپذیرد. در عوض، باید با دقت و سخت‌گیری فراوان، حقانیت این شکایت را که «زندگی معنایی ندارد» مورد بررسی قرار دهد.

اگر پایه‌هایی که شکایت بر آن بنا شده ــ یعنی معنای پرسش «چه معنایی در زندگی هست؟» ــ مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد، اغلب درمی‌یابیم این پرسش تا حدود زیادی تکامل‌نیافته و آلوده است.

در درجه‌ی اول، این پرسش به‌شکل متداولش این فرض را پدید می‌آورَد که معنایی در زندگی هست که این بیمار خاص نتوانسته آن را بیابد. پس این پرسش با دیدگاه اگزیستانسیال که انسان را عامل و فاعل معنابخش می‌داند، در تعارض است. هیچ طرح و هدف ازپیش‌تعیین‌شده‌ای در «جایی» نیست. چطور می‌تواند باشد وقتی هریک از ما خود آن «جا» را برای خود می‌سازیم؟

مسئله‌ی مهم دیگری که نمی‌توان آن را از پرسش‌های موجود درباره‌ی معنای زندگی جدا کرد، این است که این پرسش‌ها با انبوهی از مسائل دیگر درهم آمیخته‌اند. وقتی این دلواپسی‌های دیگر مورد بازبینی قرار گیرند و کنار گذاشته شوند، بحران اولیه‌ی معنا در بیمار کمتر مهلک و بیشتر قابل حل می‌شود. می‌کوشم پرسش بالینی معنا در زندگی را این گونه بپالایم که اولاً مشخص کنم چرا نیازمند معناییم و بعد دلواپسی‌های دیگری را که اغلب پرسش اصلی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند مورد بررسی قرار دهم.

چرا نیازمند معناییم؟

دهه‌ها پژوهش تجربی ثابت کرده ساختار ادراکیِ عصبی-روانشناختی، بلافاصله به هر محرکی که به ما نزدیک شود، شکل می‌دهد. جنبش گشتالت در روانشناسی که به‌دست ولفگانگ کولر[1]، ماکس ورتهایمر[2] و کورت کوفکا[3] بنیان گذاشته شد، پژوهش‌های فراوانی را در زمینه‌های ادراک و انگیزه موجب شد که نشان داد ما محرک‌های مولکولی، رفتارهای فیزیکی و اطلاعات روانشناختی را به گشتالتن یعنی به نمایه‌ها یا الگوها بدل می‌کنیم. بنابراین وقتی فرد با نقطه‌های تصادفی بر کاغذدیواری روبه‌رو می‌شود، آن‌ها را به‌صورت نگاره و زمینه می‌بیند؛ وقتی

1. Wolfgang Kohler
2. Max Wertheimer
3. Kurt Koffka

با یک دایره‌ی ناکامل روبه‌رو می‌شود، به‌طور خودکار در ذهن کاملش می‌کند و آن را کامل می‌بیند؛ وقتی داده‌های رفتاری متنوعی به او عرضه می‌شود ــ مثلاً صدای ناشناخته‌ای در شب، حالت چهره‌ای غیرمعمول، یک رویداد بین‌المللی بی‌معنی ــ با وفق دادنش با قالب آشنای قابل توضیح، به آن معنا می‌بخشد. هرگاه هریک از این محرک‌ها یا موقعیت‌ها این الگوسازی را به عاریه نپذیرد، فرد احساس نگرانی، آزردگی یا نارضایتی می‌کند. این ملال ادامه می‌یابد تا زمانی که یک ادراک کامل‌تر به او اجازه دهد موقعیت را با الگویی جامع‌تر و قابل شناسایی وفق دهد.

این گرایش به انتسابِ معنا پیامدهای روشنی دارد. به همین ترتیب در دنیای روزمره‌مان با محرک‌ها و رویدادهای تصادفی روبه‌رو می‌شویم و آن‌ها را سازمان‌دهی می‌کنیم و به همین ترتیب نیز به موقعیت اگزیستانسیالمان نزدیک می‌شویم. ملال را در مواجهه با جهان بی‌اعتنا و بی‌الگو و نیز در جست‌وجو برای الگوها، توضیحات و معنی هستی تجربه می‌کنیم.

وقتی فرد قادر به یافتن الگویی یکپارچه نیست، نه‌تنها احساس آزردگی و نارضایتی می‌کند، بلکه مستأصل هم می‌شود. این اعتقاد که فرد توانسته معنایی را رمزگشایی کند، همواره برایش حس برتری و تفوق به‌همراه می‌آورَد. حتی وقتی طرحواره‌ی معنایی کشف‌شده توسط فرد، این عقیده را شامل شود که او زبون، درمانده یا به‌دردنخور است، بی‌چون‌وچرا آرامش‌بخش‌تر از آن است که فرد در جهالت و بی‌اطلاعی باقی بماند.

روشن است که ما سخت نیازمند معنماییم و در فقدانش بسیار آشفته. فرد هدفی را می‌یابد و در همه‌ی عمر گرانمایه به آن می‌آویزد. ولی وقتی فرد به‌یاد داشته باشد هدفش را خود آفریده، ناراحتی‌اش تسکین نمی‌یابد. (فرانکل اعتقاد به معانی خودساخته یا «ابداع‌شده»ی زندگی را مثل بالا رفتن مرتاض از طنابی می‌بیند که خود او به هوا افکنده است.) بسیار آرامش‌بخش‌تر است که معتقد باشیم معنا «جایی» وجود داشته و ما کشفش کرده‌ایم. ویکتور فرانکل تأکید می‌کند: «معنا چیزی‌ست که قصد و منظور یک موقعیت را مشخص می‌کند و پرسشی را درمی‌افکند که طالب پاسخ است... برای هر مشکل تنها یک راه حل وجود دارد که همان معنای حقیقی آن است.»(۱) او

موضع سارتر را که می‌گوید یکی از مسئولیت‌های آزاد بودن این است که فرد باید خود معنا بیافریند، زیر سؤال می‌برد. فرانکل در سراسر نوشته‌هایش تأکید می‌کند که: «معنا را باید یافت نه آنکه بخشید.»(۲) موضع فرانکل بنیانی مذهبی دارد و بر این فرض استوار شده که خدایی هست و معنایی برای هریک از ما مقدر کرده تا آن را بیابیم و محقق سازیم. فرانکل اصرار دارد با اینکه نمی‌توانیم معنا را تمام‌وکمال درک کنیم، باید مؤمنانه بپذیریم الگویی یکپارچه برای زندگی و هدفی برای رنج انسانی وجود دارد. همان‌طور که حیوان آزمایشگاهی دلیل دردسرهایی را که برایش ایجاد می‌شود نمی‌داند، انسان‌ها هم نمی‌توانند معنای رنج‌هایشان را درک کنند زیرا در ابعادی ورای درک آنان جای دارد. با این حال، باید دید آنچه پایه‌ی این استدلال قرار گرفته، قابل دفاع است؟ اصلاً اگر خدایی هم باشد، چرا باید از این قانون تبعیت کند که هدفی برای زندگی و مهم‌تر از آن، هدفی برای هریک از ما قرار دهد. فراموش نکنیم که این انسان است که ذهنش درگیر هدف است نه خدا.

معنای زندگی و ارزش‌ها

بنابراین یکی از معانی معنا این است که التیام‌بخش اضطراب است: به‌وجود می‌آید تا اضطراب ناشی از مواجهه با زندگی و دنیایی فاقد ساختار مقدرشده و آرامش‌بخش را تسکین دهد. ولی دلیل خطیر دیگری هم برای نیاز ما به معنا وجود دارد. وقتی معنا ایجاد شد، ارزش‌ها زاده می‌شوند و آن‌ها نیز به‌نوبه‌ی خود، حس معنا را در فرد تقویت می‌کنند.

ارزش‌ها چیستند و چرا به آن‌ها نیازمندیم؟ تولستوی در بحران معنایش فقط به چراها (چرا زنده‌ام؟) نمی‌پرداخت، بلکه پرسش‌های چگونه هم داشت (چطور باید زندگی کنم؟ بر چه اساسی باید زندگی کنم؟) که همه‌ی این‌ها نشان‌دهنده‌ی نیاز انسان به ارزش‌هاست: مجموعه‌ای از رهنمودها یا قوانینی که به او بگویند چطور زندگی کند.

یک تعریف انسان‌شناسانه‌ی رایج برای ارزش عبارت است از: «مفهومی آشکار یا ضمنی و متمایزکننده‌ی یک فرد یا گروه که 'مطلوب و پسندیده' است و بر انتخاب کردار از میان شیوه‌ها، ابزار و اهداف موجود تأثیر می‌گذارد.»(۳) به عبارت دیگر، ارزش‌ها نظامنامه‌ای را مقرر می‌کنند که ساختار عمل بر اساس آن تدوین

می‌شود. ارزش‌ها به ما اجازه می‌دهند شیوه‌های ممکن برای انجام یک عمل را در سلسله‌مراتب تأیید ــ عدم‌تأیید یا قبول ــ مردود قرار دهیم. مثلاً اگر طرحواره‌ی معنای یک فرد بر خدمت به دیگران تأکید داشته باشد، او به‌راحتی قادر خواهد بود رهنمودها یا ارزش‌هایی پدید آورَد که به او اجازه می‌دهند بگوید: «این رفتار درست است یا این رفتار نادرست است.» در فصل‌های پیشین بر این موضوع تأکید کرده‌ام که فرد با مجموعه‌ای از تصمیم‌های مداوم و جاری، خویشتن را می‌آفریند. ولی نمی‌تواند تک‌تک این تصمیم‌ها را در طول زندگی بدون پیش‌زمینه و از نو اتخاذ کند؛ تصمیم‌های رده‌بالا و سرآمدی هستند که وقتی اتخاذ شدند، قاعده‌ی ساختاریافته‌ای برای تصمیم‌های بعدی پدید می‌آورند. اگر این طور نبود بیشتر زندگی در کشاکش و غوغای تصمیم‌گیری هدر می‌رفت.

ارزش‌ها نه‌تنها یک طرح کلی برای کردار فرد پدید می‌آورند، بلکه دوام فرد در گروه را هم ممکن می‌کنند: کلاید کلاکهلم[1] به ما می‌گوید: «زندگی اجتماعی بدون آن‌ها ناممکن می‌شد... ارزش‌ها عنصر پیش‌بینی‌پذیری را به زندگی اجتماعی می‌افزایند.»(٤) آنچه به یک فرهنگ خاص تعلق دارد، برداشت نسبتاً مشترکی از «چه بودن» دارد و از این برداشت، نظام اعتقادی مشترکی درباره‌ی «چه باید کرد» شکل می‌گیرد. هنجارهای اجتماعی از یک طرحواره‌ی معنا منبعث می‌شوند که اجماع گروه را با خود دارد و پیش‌بینی‌پذیری لازم برای اطمینان و همخوانی اجتماعی را فراهم می‌آورَد. نظام اعتقادی مشترک، نه‌تنها به افراد می‌گوید چه باید بکنند، بلکه به آن‌ها می‌گوید که احتمال اینکه دیگران چه بکنند، چقدر است.

معنای زندگی و سایر دلواپسی‌های غایی

نیاز بشری ما به چارچوب‌های مفهومی کلی و به نظامی از ارزش‌ها که مبنای کردارهایمان قرار گیرد، همان چیزی‌ست که دلایل «ناب» ما را برای جست‌وجوی معنا در زندگی شکل می‌دهد. با این حال، پرسش معنا، به‌طور کلی، آلودگی دارد: مسائلی غیر از معنا به‌خودی‌خود به آن پیوسته‌اند و آن را درهم و مغشوش کرده‌اند.

---

1. Clyde Kluckholm

برای یک لحظه به تولستوی بازگردید که اغلب می‌پرسید: «آیا معنایی در زندگی‌ام هست که با مرگ ناگزیری که در انتظارم است، نابود نشود؟»(۵) «همه‌ی اعمالم، هرچه می‌کنم، دیر یا زود فراموش می‌شود و من دیگر نخواهم بود. پس چرا خود را با چیزی مشغول کنم؟»(۶) این پرسش‌ها درباره‌ی معنا نیست بلکه از دلواپسی‌هایی فراتر از معنا می‌گوید و مقوله‌ی ناپایداری و میرایی را مطرح می‌کند: آیا چیزی ماندنی از خود بر جای می‌گذاریم؟ آیا بی رد پایی از خود ناپدید می‌شویم که اگر این طور است زندگی‌مان چه ارزشی می‌تواند داشته باشد؟ آیا به‌قول برتراند راسل[1] اگر «همه‌ی رنج‌های انسان در طی قرون، همه‌ی جانفشانی‌ها، همه‌ی الهامات و درخشندگی‌های اوج نبوغ انسانی، در مرگ عظیم منظومه‌ی شمسی محکوم به فناست و معبد دستاوردهای بشری باید زیر آوار جهانِ روبه‌ویرانی مدفون شود»(۷)، پس همه‌چیز بی‌هدف و بی‌معناست؟

ارنست بکر[2] بحث مجاب‌کننده‌ای دارد که در آن می‌گوید «آرزوی جهان‌شمول» ما، «شکوفایی و بهروزی»ست (که «تجربه‌ای مداوم» است) و مرگ دشمن اصلی‌ای‌ست که باید با او بجنگیم. انسان‌ها نه‌فقط به‌شیوه‌هایی که در بخش اول این کتاب گفتیم، بلکه نیز از طریق «به‌حساب آمدن» یا «مهم بودن» یا به‌جا گذاشتن رد پایی از خود، می‌کوشند بر مرگ فائق آیند:

> بشر نه‌تنها با ادامه‌ی تغذیه از دیدگاه‌های خوشدلانه و ساده‌لوحانه از بهشت، بلکه به‌خصوص با یافتن معنا برای زندگی‌اش و طرحواره‌ای عظیم‌تر که در خور او باشد، بر مرگ فائق می‌آید... . این همان بیان خواستِ زندگی‌ست، اشتیاق سوزان مخلوق برای آنکه به‌حساب بیاید و تغییری در سیاره‌اش ایجاد کند چون بر آن زیسته، در آن تکوین یافته، کار کرده، رنج برده و مرده است.(۸)

به این ترتیب، بکر می‌گوید آرزوی بر جای گذاشتن چیزی از خود که مهم باشد و تغییر ایجاد کند، بیان کوششی‌ست برای فائق آمدن بر مرگ. معنا، با این تعریف که تغییری ایجاد کند، فرد را مهم سازد و فرد بخشی از خویش را برای آیندگان

---

1. Bertrand Russell
2. Ernest Becker

بر جای گذارَد، ناشی از آرزوی تباه نشدن و نمردن است. وقتی تولستوی افسوس می‌خورَد معنایی که با مرگ ناگزیر نابود نشود، در زندگی‌اش نیست، منظورش این نیست که مرگ، معنا را نابود می‌کند، بلکه می‌گوید نتوانسته معنایی بیابد که مرگ را نابود کند و بر آن پیروز شود.

ما نیز به‌سادگی فرض می‌کنیم مرگ و معنا کاملاً به هم وابسته‌اند. اگر قرار است همه‌چیز نابود شود، پس زندگی چه معنایی می‌تواند داشته باشد؟ اگر منظومه‌ی شمسی ما در نهایت خاکستر می‌شود، چرا برای چیزی تلاش کنیم؟ با این حال، از آنجا که مرگ بُعدی بر ابعاد معنا می‌افزاید، معنا و مرگ با هم آمیخته نشده‌اند. اگر برای همیشه زنده می‌ماندیم هم باز دلواپس معنا بودیم. چه می‌شود اگر تجربیات به حافظه‌مان راه یابند و در نهایت هم محو شوند؟ این مسئله چه ارتباطی با معنا دارد؟ این ماهیت تجربه است. چطور می‌تواند طور دیگری باشد؟ تجربه گذرا و زمانمند است و فرد قادر نیست خارج از زمان زندگی کند. وقتی تمام شد، دیگر تمام شده و کاری نمی‌شود کرد. آیا گذشته از میان می‌رود؟ آیا همان‌طور که شوپنهاور گفته «هرآنچه زمانی بوده، اکنون به‌اندازه‌ی آنچه هرگز نبوده، وجود دارد»؟ آیا حافظه «واقعیت» ندارد؟ فرانکل می‌گوید گذشته نه‌تنها واقعی‌ست، بلکه دائمی و ماندگار است. او برای افراد بدبینی که با کَندن هر برگ و نازک‌تر شدن تقویم دیواری‌شان، مأیوس می‌شوند، متأسف است و کسی را که برگ‌های متوالی را نگه می‌دارد و با شادی به هر برگ که نماد غنای تجربه‌ی آن روز است، می‌اندیشد، می‌ستاید. چنین کسی می‌اندیشد: «من به‌جای احتمالات، واقعیات را در دست دارم.»(۹)

ما با داوری‌های ارزشی روبه‌روییم، نه با گزارش واقعیت. این مسئله که یک چیز زمانی اهمیت دارد که تا ابد ادامه یابد یا در نهایت به چیزی ختم شود که تا ابد دوام بیاورد، به‌هیچ‌وجه یک حقیقت عینی نیست. قطعاً پایان‌هایی وجود دارد که به خود ختم می‌شود و نیازی به سلسله‌ای از توجیهات بیرونی ندارد. همان‌طور که دیوید هیوم[1] در قرن هجدهم گفته: «چیزی به عنوان پیشرفت نامحدود و ابدی وجود ندارد و ممکن نیست چیزی دلیل مطلوبیت چیز دیگری باشد. هر چیز خودش باید مطلوب

1. David Hume

باشد آن هم به‌دلیل مطابقت یا همخوانی‌اش با احساسات یا عواطف انسانی.»(۱۰) اگر هیچ پایانی خودبه‌خود کامل نباشد، اگر قرار باشد هر چیزی به‌وسیله‌ی چیز دیگری که بیرون از خودش وجود دارد و خود نیاز به توجیه دارد، توجیه شود، در آن صورت این قضیه تا بی‌نهایت ادامه می‌یابد: سلسله‌ی توجیه را هرگز پایانی نخواهد بود.

فقط اضطراب مرگ نیست که اغلب خود را با جامه‌ی پوچی می‌نمایانَد، اضطراب ناشی از آگاهی از آزادی و تنهایی نیز به کرات با اضطراب پوچی اشتباه می‌شود. تجسم هستی به‌صورت بخشی از طرح عظیم «ازپیش‌تعیین‌شده»ای که فرد نقشی در آن بر عهده دارد، شیوه‌ای برای انکار آزادی و مسئولیت انسان در قبال طرح و ساختار زندگی خویش و شیوه‌ای برای پرهیز از اضطراب بی‌پایگی‌ست. ترس از تنهایی مطلق نیز انسان را به‌سوی همانندسازی با کسی یا چیزی می‌رانَد. عضوی از یک گروه بزرگ بودن یا خود را وقف جنبش یا آرمانی کردن، از شیوه‌های مؤثر انکار تنهایی‌ست.

معنای زندگی: ساخته‌ی فرهنگ؟

پرسش درباره‌ی معنای زندگی فقط با مقوله‌های مربوط به دلواپسی‌های غایی مثل مرگ، آزادی و تنهایی درهم نمی‌آمیزد بلکه اصولاً درک آن بدون در نظر گرفتن خطاهای سرشتی هر فرهنگ خاص فوق‌العاده دشوار است. کاریکاتوری این مشکل را به‌زیبایی توصیف کرده بود: گروهی از جهانگردان امریکایی مشتاقی را نشان می‌داد که بر قله‌ی کوه بلندی به سخنان راهب بودایی ریشویی گوش می‌دادند. زیر آن نوشته بود: «هدف زندگی؟ اگر می‌دانستم که ثروتمند می‌شدم.»

خطای فرهنگی‌ای که این کاریکاتور در پی توصیف آن بود، بر دیدگاه روانپزشکان برجسته‌ای که هنگام نوشتن درباره‌ی معنای زندگی، بر یقین خویش تأکید می‌کنند، هم تأثیر می‌گذارد:

> هیچ انسانی نیست که همیشه کامیاب شود و همیشه بیافریند. هیچ انسانی نیست که مدام در تلاش‌هایش موفق باشد. ولی حرکت در مسیر درست، در پی کامیابی بودن حتی اگر به کامیابی منجر نشود، گام برداشتن به‌سوی خانه حتی اگر به آن

نرسیم، حرکت به‌سوی سرفرازی حتی اگر بر کرسی افتخار تکیه نزنیم و به‌کارگیری استعدادها در سازنده‌ترین، ثمربخش‌ترین و خلاق‌ترین راه‌ها، شاید معنای اصلی زندگی و تنها پاسخ ممکن به روان‌نژندی اگزیستانسیال باشد که انسان را از کوشش و تقلا بازمی‌دارد و اذهان انسانی را فلج می‌کند.(۱۱)

فرانکل با همین یقین، «کامیابی» یا «دستیابی» را در مقوله‌ی انواع «بدیهی و آشکار» معنای زندگی قرار می‌دهد.(۱۲)

ولی آیا واقعاً آشکار و بدیهی‌ست؟ آیا تلاش، خلاقیت، کامیابی یا بخش پیشرو و مترقی هستی، بخشی از عمیق‌ترین انگیزه‌های انسانی‌ست؟ پاسخ مسلماً منفی‌ست. در تاریخ و فرهنگ ما، دوره‌هایی هست که تلاش‌های معطوف به هدف در آن‌ها به‌هیچ‌وجه شیوه‌ی رایج و پذیرفته‌شده‌ای برای یافتن معنای زندگی نبوده است. سنگ‌نبشته‌ای بر یک ساعت آفتابی متعلق به عهد عتیق می‌گوید: *Horas non numero nisi serena* («ساعت‌ها به‌حساب نمی‌آیند مگر آنکه با متانت و آرامش بگذرند»). فروم به این نکته دقت کرده که جاه‌طلبی سوزان انسان برای شهرت و کامیابی ماندگار از دوره‌ی رنسانس تا به امروز رایج بوده ولی در قرون وسطی به‌ندرت مشاهده می‌شده است. این ولع وسواسی انسان به کار، در کشورهای اروپای شمالی، برای نخستین بار در قرن شانزدهم ظاهر شده است.(۱۳) اعتقاد به «پیشرفت»، به این معنا که تمدن به‌طرزی بی‌رحمانه و بی‌امان، در جهتی مطلوب حرکت می‌کند، مطلبی‌ست که خاستگاهی نسبتاً جدید دارد و تا پایان قرن هفدهم شکل قابل قبولی به‌خود نگرفته بود.

سایر فرهنگ‌های معاصر نیز نه‌فقط از کامیابی‌مداری هدف زندگی بلکه از خود مفهوم «هدف در زندگی» نشئت گرفته‌اند. یکی از فصیح‌ترین سخنگویان دیدگاهی متفاوت، استاد ذن، د. ت. سوزوکی[1]ست. او در رساله‌ای فوق‌العاده درخشان،(۱۴) با مقایسه‌ی دو شعر، دو دیدگاه کاملاً متضاد را نسبت به زندگی شرح می‌دهد. اولی هایکویی از باشو[2] متعلق به قرن هفدهم است که می‌گوید:

---

1. D. T. Suzuki
2. Basho

به‌دقت که می‌نگرم
شکفتن نازوما را می‌بینم
بر پرچین!

دومی قطعه‌ای از تنیسون[1] است که می‌گوید:

گُلِ دیوار پُرروزن
تو را از شکاف‌ها بیرون می‌کِشم:
با رگ‌وریشه‌ات، اینجا کف دست نگهت می‌دارم
ولی ای گُل کوچک، اگر می‌دانستم
سراپا، با این رگ‌وریشه‌ها، چه هستی،
خدا و انسان را نیز می‌شناختم.

در هایکو، باشو فقط با دقت به نازوما (گیاهی پیش‌پا افتاده، بی‌زرق‌وبرق و تقریباً قابل چشم‌پوشی) نگاه می‌کند که بر پرچین می‌شکفد. هایکو به بیان رابطه‌ای لطیف، بی‌آلایش، اسرارآمیز و موزون با طبیعت می‌پردازد (با اینکه سوزوکی به ما یادآوری می‌کند ظرافتش در ترجمه از دست رفته است). باشو آرام و ساکن است؛ احساسات فراوانی را تجربه می‌کند ولی به‌نرمی اجازه می‌دهد دو هجای آخر (که در ژاپنی «کانا» نامیده می‌شود و در انگلیسی علامت تعجب نقش آن را بر عهده می‌گیرد) احساسش را به‌بیان درآورَد.

تنیسون گویا و فعال است. گل را از ریشه در می‌آورَد، از طبیعت می‌گسلاندش، «با رگ‌وریشه» (که یعنی گیاه باید بمیرد) و از نزدیک نگاهش می‌کند (گویی کالبدشکافی‌اش می‌کند). تنیسون می‌کوشد تجزیه و تحلیل کند و گل را بفهمد؛ او به‌شیوه‌ای علمی و عینی از آن دور می‌مانَد. از گل استفاده می‌کند تا به درک چیز دیگری نائل آید. او ملاقات با گل را به دانش و در نهایت، به قدرت بدل می‌کند.

سوزوکی معتقد است این تضاد، نشان‌دهنده‌ی تضاد میان نگرش شرقی و نگرش غربی به طبیعت و در نتیجه به زندگی‌ست. غربی کاونده و واقع‌بین است و برای

1. Tennyson

درک طبیعت، می‌کوشد کالبدشکافی‌اش کند و سپس بر آن چیره شود و استثمارش کند. شرقی، ذهن‌گرا، وحدت‌خواه و یکی‌کننده‌ست و می‌کوشد به جای کاوش و مهار طبیعت، تجربه‌اش کند و خود را با آن هماهنگ سازد. پس تضاد میان شیوه‌ی جست‌وجوگرانه و شیوه‌ی هماهنگ کننده و وحدت‌گراست و اغلب با اصطلاحات «کردن» در برابر «شدن» به بیان درمی‌آید.

اگر از پوسته‌ی معاصرمان خارج شویم و به گذشته بنگریم، می‌بینیم موضعمان نسبت به «هدف»، تکاملی تدریجی را پشت سر گذاشته است. مسیحیان نخستین، تعمق و عبادت را برتر از همه‌چیز می‌شمردند. کلام مسیح را به‌یاد آورید: «آنان نه بذر می‌افشانند، نه می‌درونند و نه محصولشان را در مزارع انباشته می‌کنند؛ ولی با این حال پدر آسمانی شما قوتشان می‌دهد»؛(۱۵) یا «سوسن‌های روییده در مزارع را ببینید که چگونه رشد می‌کنند؛ نه تلاشی می‌کنند و نه حرکتی.»(۱۶) مسیحیان نخستین، کار و ثروت را هدف نمی‌دیدند که در پی‌اش بروند، بلکه آن‌ها را موانعی می‌دانستند که ذهن را گرفتار می‌کند و زمان را می‌بلعد، پس باید در راه خدمت به خدا صرف شوند. در صومعه‌های دوران آغازین مسیحیت، روحانیان غیرکشیش به کار یدی می‌پرداختند؛ بیان هنری (نگاره‌های دست‌نوشته) بسیار ارزشمند بود، ولی مقدس‌ترین کار، همان تفکر و عبادت بود. این سلسله‌مراتب در حجاری‌های سنگی باقیمانده بر نمای کلیساهای سبک رومیایی[1] قابل مشاهده‌ست.

انسان‌ها در اواخر قرون وسطی کم‌کم برای دانستن قوانین طبیعت کنجکاو شدند و به‌سوی چیرگی فعال بر دنیای فیزیکی گام برداشتند. درونمایه‌ی اصلی رساله‌های ستاره‌شناسی قرن سیزدهم این بود: «انسان فرزانه بر ستارگان چیره می‌شود.» انسان دوره‌ی رنسانس آشکارا موضع فعالی در برابر جهان اتخاذ کرد. مردانی نظیر لئوناردو داوینچی[2]، جوردانو برونو[3] و بنونوتو سلینی[4] معتقد بودند دنیا به این دلیل وجود دارد که متحول شود و آن‌ها بودند که مفهوم کار (و هنروری) را از غفلتی که دچارش شده بود، نجات بخشیدند.

---

1. Romanesque
2. Leonardo da Vinci
3. Giordano Bruno
4. Benvenuto Cellini

جان کالوین[1] در قرن شانزدهم نظام یزدان‌شناسانه‌ای را پیشنهاد کرد که از آن زمان تا امروز، بر مَنش غرب نسبت به هدف زندگی، تأثیر فراوانی داشته است. کالوین معتقد بود انسان‌ها تقدیری ازپیش‌تعیین‌شده دارند و بسته به فیض الهی یا برگزیده می‌شوند یا ملعون. برگزیدگان با دانشی شهودی از رستگاری مُقَدرشان آگاهی داشتند و به خواست خدا، باید در تلاش‌های این‌جهانی فعالانه شرکت می‌کردند. در واقع، کالوین می‌گفت انسانِ برگزیده‌ی خدا به کامروایی و ثروت دنیوی می‌رسد. از سوی دیگر، ملعون کسی‌ست که در زندگی این‌جهانی ناکام بماند.

سنت پاکدینان[2] تحت تأثیر کالوین قرار گرفت و از آن پس ما دیگر هرگز کاملاً از قیدوبند قربانی گرانبها، کار سخت، بلندپروازی و مقام اجتماعی رها نشدیم. کار عملی مذهبی دانسته شد؛ شیطان بود که دستان بیکار را به‌کار می‌گرفت. ملت مصداق قایقی پارویی بود؛ هریک از اعضای ملت، یکی از پاروزنان که باید پاروی خود را جابه‌جا می‌کرد تا قایق به‌پیش رود.(۱۷) فرد یا پارو می‌زد و یا بار اضافی قایق ــ انگل دیگران ــ بود. این اخلاقیات بر حیات اقتصادی ایالات متحده‌ی جوان و در حال توسعه، تأثیر فوق‌العاده خوبی داشت؛ ولی بر نسل‌های متمادی افرادی که به هر دلیل احساس می‌کردند به‌حساب آورده نمی‌شوند، احساس گناه و بی‌ارزشی به‌ارمغان آورد.

بنابراین، دنیای غرب به‌تدریج به این دیدگاه رسید که «مقصود»ی وجود دارد که نتیجه‌ی همه‌ی تقلاهای فرد است. فرد برای یک هدف می‌کوشد. تلاش‌های انسان باید نقطه‌ی پایانی داشته باشد، درست مانند موعظه‌ای که پند اخلاقی و حکایتی دارد که به نتیجه‌ای رضایت‌بخش می‌انجامد. هرچیزی انسان را برای چیز دیگری آماده می‌کند. ویلیام باتلر ییتز[3] [شاعر ایرلندی] شکوه می‌کند که: «وقتی به همه‌ی کتاب‌هایی که خوانده‌ام، سخنان خردمندانه‌ای که شنیده‌ام، نگرانی‌هایی که برای والدینم پدید آورده‌ام ... امیدهایی که داشته‌ام و همه‌ی زندگی‌هایی که بر اساس هماهنگی با زندگی من سنجیده شده‌اند، می‌اندیشم، این طور به‌نظرم می‌آید که همه‌ی این‌ها آمادگی برای چیزی‌ست که هرگز اتفاق نمی‌افتد.»(۱۸)

---

1. John Calvin

۲. Puritan، پروتستان‌های هوادار ساده‌سازی مراسم و زندگی کلیسایی و سخت‌گیری مذهبی و اخلاقی.-م.

3. William Butler Yeats

زبان مناسب برای صحبت درباره‌ی این دیدگاه دنیای غرب را باید از زیبایی‌شناسی وام گرفت، آنجا که در یک قطعه‌ی موسیقی، میان قسمت‌هایی که ویژگی «درامد[1]» (یا «آمادگی») دارند و قسمت‌هایی که ویژگی «هنرنمایی[2]» (یا «اجرا») دارند، تمایز قائل می‌شویم.(۱۹) ما در غرب فعالیت‌های زندگی‌مان را همین گونه می‌بینیم: گذشته و حال، درامدی‌ست بر آنچه از پی‌شان می‌آید. ولی چه‌چیز از پی‌شان در راه است؟ اگر به نظام جاودانگی باور نداشته باشیم، احساس می‌کنیم همه‌ی زندگی درامد است بی‌آنکه «هنرنمایی»‌ای در کار باشد. طبعاً عواطفی نظیر «بی‌هدف» یا «بی‌معنا» برخاسته از چنین باوری‌ست.

با وجود این، فراموش نکنیم که هنر زندگی نیست. وجه تمایز هنر این است که می‌تواند به‌شیوه‌ای میان «درامد» و «هنرنمایی» هماهنگی برقرار کند که زندگی نمی‌تواند. این اعتقاد که زندگی بدون دستیابی به هدف ناکامل است، آن قدر که اسطوره‌ی غرب و ساخته‌ی فرهنگ است، واقعیت اگزیستانسیال چندان مصیبت‌باری نیست. در دنیای شرقی، هرگز این طور نیست که یک «مقصود» در زندگی باشد، یا این‌که مشکلی باشد که باید حل شود؛ بلکه زندگی رازی‌ست که باید آن را زیست. زندگی اتفاقاً وجود دارد و ما هم اتفاقاً به درون آن افکنده شده‌ایم. زندگی دلیل نمی‌خواهد.

تدابیر روان‌درمانی

این فصل را با این سخن آغاز کردم که نخستین گام مهم درمانگر این است که شکایت بیمار از پوچی را دوباره تدوین کند تا حضور مسائل «آلوده‌کننده» را کشف کند. تجربه‌ی پوچی ممکن است «جانشین» اضطراب مرگ، بی‌پایگی و تنهایی باشد؛ و به درمانگر توصیه می‌شود به همان ترتیبی که در فصل‌های پیشین این کتاب آمده، به تحلیل و بررسی این دلواپسی‌ها بپردازد. درمانگر اغلب با حفظ چشم‌اندازی نسبتاً فارغ از فرهنگ رایج در مورد معنا و نیز کمک به بیمار در جهت درک این مسئله که «معنا» مفهومی به‌شدت نسبی‌ست، به‌حال بیمار مفید واقع می‌شود. این قاعده که

---

1. introduction
2. exhibition

چون زندگی هدف روشنی ندارد، پس ارزش زیستن هم ندارد، مبتنی بر فرض‌هایی وابسته‌به‌فرهنگ و بی‌دلیل و دلبخواهی‌ست.

درمانگر چه گزینه‌های فنی دیگری در اختیار دارد؟ باید ادبیات موجود در زمینه‌ی رویکردهای بالینی به پوچی را مرور کنم ولی از همان اول بگویم که این آثار بسیار فقیر و ضعیفند. جز چند یادداشت بالینی معدود و پراکنده که به توصیف فنون موعظه‌وار پرداخته‌اند و چند روش سطحی فرانکل، ادبیات در این زمینه ساکت و خاموش است.

چرا باید این طور باشد؟ شاید به این دلیل که پوچی اغلب یک دلواپسی ترکیبی یا فرعی (و نه اصلی)ست و اسلوب مناسب آن، جایی دیگر در زمینه‌های مناسب توصیف شده است. شاید پوچی از اساس چنان گیج‌کننده‌ست که بر سر راه ایجاد اسلوب موفق مانع می‌تراشد. در نتیجه درمانگران آموخته‌اند به‌شکلی گزینشی به آن بی‌توجه باشند و فقط پرسش‌هایی را شناسایی کنند که پاسخی برایشان دارند. چنین وضعیتی یأس‌آور است؛ ولی برای آن دسته از درمانگرانی که در کاوشگری بالینی خویش، در جست‌وجوی هدفند، فرصتی جذاب و گیراست. این فصل طیف وسیعی از اندیشه‌های موجود درباره‌ی معضل پوچی را گرد آورده با این هدف که افقی در پیش چشم درمانگران بگشاید تا شاید به کمک آن، پاسخ‌هایی نو و خلاق برای پرسشی کهن بیابند.

«میزان‌سازی» درمانگر

وقتی درمانگر به تعارض‌های مرتبط با دلواپسی‌های غایی مرگ، آزادی و تنهایی می‌پردازد، یکی از نخستین کارهایش «میزان ذهنی»ست. هنگام مواجهه با پوچی هم همین طور است. درمانگران باید حساسیتشان را به این مقوله افزایش دهند، به‌شکلی متفاوت گوش بسپارند و از اهمیت معنا در زندگی افراد آگاه شوند. برای بسیاری بیماران، این مسئله چندان حیاتی نیست: به‌نظر می‌رسد زندگی‌هایشان سرشار از معناست. ولی احساس پوچی در بعضی افراد، عمیق و نافذ است. پس درمانگر باید خود را با معنا میزان و هماهنگ کند، باید درباره‌ی کانون و جهت زندگی بیمار بیاندیشد. آیا بیمار هرگز از خود فراتر رفته است، فراتر از روال روزمره‌ی ملال‌آور و کسل‌کننده‌ی زنده ماندن؟ من بیماران جوان زیادی را درمان کرده‌ام که در سبک

زندگی مجردی کالیفرنیایی که مشخصه‌اش درجات بالایی از شهوت‌رانی، هیاهوی جنسی، طلبِ شهرت و اهداف مادی‌ست، غرق شده‌اند. من در کارم متوجه شدم فقط زمانی در درمان این بیماران موفق بودم که کمکشان کردم بر چیزی فراتر از این سرگرمی‌ها تمرکز کنند.

ولی چطور؟ درمانگر چگونه می‌تواند بر تغییر کانون زندگی بیمارش تأثیر بگذارد؟ اگر درمانگر نسبت به اهمیت معنا در زندگی، حساسیت بالایی داشته باشد، بیمار هم با گرفتن سرنخ‌هایی از درمانگر، به همان میزان نسبت به موضوع حساس خواهد شد. درمانگر، آشکار و پنهان، درباره‌ی نظام اعتقادی بیمار جویا می‌شود، عمیقاً در مورد عشق به دیگری پرس‌وجو می‌کند، درباره‌ی دامنه‌ی وسیع امیدها و اهدافش می‌پرسد و علائق و سرگرمی‌های خلاقه‌اش را مورد بررسی قرار می‌دهد. برای مثال، من به این نتیجه رسیدم که دریافت تاریخچه‌ی مفصلی از کوشش‌های بیمار برای ابراز خلاقانه‌ی خود، به‌تنهایی بسیار ارزشمند است.

همه‌ی این فعالیت‌ها، بخش جدایی‌ناپذیری از زندگی بیمارند. اگر فرد می‌خواهد خود را بشناسد و برای خود ارزش قائل شود، باید یاد بگیرد این بخش‌ها را شناسایی کند و برایشان ارزش قائل شود. درمانگر برای «توجه» به بیمار، باید شناخت خود را از او تا حد امکان عمیق‌تر کند. که این کار شامل شناخت این فعالیت‌های معناطلب و تأمین‌کننده‌ی معنا نیز هست. مهندس جوانی را به‌یاد می‌آورم که فردی فوق‌العاده تنها بود: در طول روز به کاری انفرادی اشتغال داشت و عصرها و تعطیلات آخر هفته را با تعمیر کامپیوتر شخصی‌اش که تقریباً همه‌ی فضای زندگی‌اش را اشغال کرده بود، می‌گذراند. برقراری ارتباط با او را دشوار یافتم. دست‌وپابسته، دل‌مُرده و به‌شدت کسل‌کننده به‌نظرم آمد و اغلب او را به‌صورت موش آزمایشگاهی کوچکی مجسم می‌کردم که مطیع را می‌بوید. خیال‌پردازی درمانی‌ام این بود که آن کامپیوتر لعنتی را منفجر کنم و چند آدمیزاد به زندگی‌اش وارد کنم. به نظر می‌آمد به بن‌بست رسیده‌ایم: من هیچ توجه و محبتی به او احساس نمی‌کردم، در نتیجه نمی‌توانستم از انزوا بیرونش بکِشم. بالاخره شروع کردم به پرسش درباره‌ی کارهایی که عصرها با کامپیوترش می‌کرد. مایل نبود پاسخ بدهد چون از انزوا و گوشه‌نشینی خود برای تعمیرات بی‌پایانش شرم داشت، این تعمیرات برای او نمادی بود از شکست او در

برقراری ارتباط با دیگران. با این حال، بالاخره زبان گشود و دو ساعت تمام و با جزئیاتی مسحورکننده درباره‌ی تعمیرکاری‌اش سخن گفت. آن دو جلسه همه‌چیز را در درمان متحول کرد. هردو ما در نهایت دریافتیم آن تعمیرات «بی‌معنی» در حقیقت، شکل مهمی از بیان خلاقانه بود و نه صرفاً فعالیتی پالایشی یا جایگزین. در نتیجه‌ی این درک مشترک، رابطه‌مان نزدیک‌تر شد و او توانست اسرار مهم دیگری را برایم بازگوید. من هم کم‌کم توانستم آدم‌هایی را در زندگی‌اش و در کنار کار خلاقانه‌اش جای دهم ، نه اینکه آن‌ها را جایگزین کامپیوترش کنم و در نهایت، او در این کار با دیگران شریک شد.

اندیشه‌ی معکوس[1]

پیش از این به گفته‌ی فرانکل اشاره کردم که: «نمی‌توان در پی شادی رفت؛ شادی از پی انسان می‌آید.» هرچه بیشتر تعمداً در پیِ ارضای خویش باشیم، بیشتر از ما می‌گریزد. هرچه بیشتر در پیِ معنایی ازخودبرگذرنده باشیم، شادی بیشتری از پی‌مان خواهد آمد. ضروری‌ست درمانگران به بیمارانشان کمک کنند تا از خویش چشم بردارند. فرانکل اسلوب خاصی را به‌نام اندیشه‌ی معکوس توصیف می‌کند که بر این اصل استوار شده که بیماران از خویش، ملال خویش و سرچشمه‌ی روان‌نژندی‌های خویش چشم برگیرند و به بخش‌های دست‌نخورده‌ی شخصیت خود و معانی موجود در جهان نظر افکنند.

اسلوب اندیشه‌ی معکوس، آن طور که فرانکل توضیح داده، بسیار سطحی و ساده‌انگارانه است و چیزی جز این نیست که از بیمار بخواهیم از دقت و تمرکز بر خویشتن دست بردارد و معنا را بیرون از خود بجوید. این متن مصاحبه‌ی فرانکل با یک دختر اسکیزوفرنیک نوزده‌ساله، نمونه‌ی روشنگری‌ست:

> فرانکل: حالا دیگر در مرحله‌ای هستی که وظیفه‌ی بازسازی زندگی انتظارت را می‌کشد! ولی بدون هدف در زندگی و بدون چیزی که ما را به مبارزه بطلبد، نمی‌شود زندگی را بازسازی کرد.

---

1. Dereflection

بیمار: منظورتان رو می‌فهمم، دکتر؛ ولی چیزی که گیجم می‌کند این سؤال است که چه اتفاقی دارد درون من می‌افتد؟

فرانکل: به خودت فکر نکن. درباره‌ی منشأ مشکل خودت سؤال نکن. این یکی را به ما دکترها واگذار کن. ما زمان بحران مراقبت هستیم و راهنمایی‌ات می‌کنیم. ببینم، هدفی هست که برایت جذاب باشد، مثلاً پیشرفت هنری؟ فکر نمی‌کنی کلی آثار هنری خلق‌نشده و نقاشی‌های کشیده‌نشده در درون تو هست که در انتظار خلق شدنند، منتظرند تا تو خلقشان کنی؟ راجع به این جور چیزها فکر کن.

بیمار: ولی این جنجال درونی ...

فرانکل: به جنجال درونی‌ات نگاه نکن، به‌جایش به چیزی نگاه کن که در انتظار توست. ارزش در آن چیزی نیست که در اعماق پنهان مانده، بلکه در چیزهایی‌ست که در آینده انتظار تو را می‌کِشد، انتظار اینکه تو به‌شان واقعیت ببخشی. می‌دانم این بحران عصبی ناراحتت می‌کند؛ ولی اجازه بده ما این بحران را برطرف کنیم. این کار ما دکترهاست. مشکل را به دست روانپزشکان بسپار. خلاصه اینکه به خودت نگاه نکن؛ نپرس چه اتفاقی دارد درونت می‌افتد، بلکه این سؤال را از خودت بکن که چه چیزی منتظر است تا تو به‌دستش بیاوری.

بیمار: ولی منشأ مشکل من چیست؟

فرانکل: بر سؤال‌های این چنینی تمرکز نکن. فرایند مشکل روانشناختی تو هرچه باشد، ما درمانت می‌کنیم. پس نگران احساسات نامأنوسی که تسخیرت کرده‌اند، نباش. آن‌ها را نادیده بگیر تا زمانی که تو را از شرشان خلاص کنیم. به آن‌ها نگاه نکن. با آن‌ها نجنگ.(۲۰)

فرانکل می‌گوید جست‌وجوی طولانی برای علت اضطراب در بیماری که بیش از حد به خود می‌اندیشد، معمولاً مشکل را وخیم‌تر می‌کند و در نهایت جز آنکه بیمار را بیشتر به خود مشغول کند، سودی ندارد و حتی زیان‌بخش است. او توصیه می‌کند درمانگر برای درمان چنین بیماری باید این موضع را اتخاذ کند (و آن را به بیمار هم منتقل کند) که به‌دلیل عوامل غیرقابل‌تغییر (تاریخچه‌ی خانوادگی بیمار، اضطراب موروثی، عدم تعادل ژنتیک در دستگاه عصبی خودکار و مانند این‌ها) سرنوشت

بیمار این است که سطح بالای اضطراب را تجربه کند و در این زمینه، کاری جز مصرف دارو یا شرکت در تمرین‌ها و فعالیت‌های بهبوددهنده‌ی اضطراب، کاری از دست بیمار برنمی‌آید. پس درمانگر باید توجه او را به‌سوی مَنِش بیمار در مواجهه با موقعیت خویش و یافتن معانی در دسترسش معطوف کند.(۲۱)

شیوه‌ی خاصی که در نمونه‌ی بالینی بالا به آن اشاره شد، چنان مقتدرانه به‌نظر می‌آید که برای بسیاری از درمانگران و بیماران امروزی امریکایی زننده و در اغلب اوقات غیرمؤثر است. شکی نیست که تأثیر فرهنگ نیز تا حدودی مطرح است: شهروندان متوسط وینی، به‌طور عرفی و سنتی، حرمت بیشتری برای عناوین و دانش تخصصی قائلند. ولی از جهت دیگری هم مشکل‌ساز است: پناه آوردن به اقتدار درمان («ما دکترها زمان بحران مراقبِت هستیم و راهنمایی‌ات می‌کنیم») در نهایت به رشد فردی صدمه می‌زند، زیرا مسیر آگاهی از مسئولیت و مسئولیت‌پذیری فرد را مسدود می‌کند.

با این حال موضوعی که فرانکل به آن اشاره کرده، همچنان باقی‌ست: در اغلب موارد، چشم برداشتن بیمار از خویش و نگریستن به دیگران، از اهمیتی حیاتی برخوردار است. درمانگر باید راهی بیابد تا توجه و کنجکاوی بیمار را نسبت به دیگران برانگیزد. گروه‌درمانی برای چنین منظوری بسیار مناسب است. گرایش‌های خوداندیشانه و خودشیفته به‌راحتی آشکار می‌شود و شیوه‌ی «ستاندن بدون بخشیدن» به‌شکل گریزناپذیری، مسئله‌ی کلیدی گروه می‌شود. درمانگران از بیماران می‌خواهند به احساس دیگران در آن لحظه بیاندیشند؛ آن‌ها می‌توانند به‌شیوه‌ای خودجوش و بی‌ساختار همدلی را به بیماران بیاموزند. من اغلب در گروه بیماران مبتلا به مشکلات حاد، از اعضایی که به‌طرزی بیمارگونه در خود فرو رفته‌اند و به خود می‌اندیشند، می‌خواهم وظیفه‌ی معرفی بیماران جدید را به گروه بر عهده گیرند و به این تازه‌واردان کمک کنند ناراحتی‌شان را ابراز کنند و مشکلشان را با دیگران در میان گذراند.

دریافت معنا

فرانکل وظیفه‌ی درمانگر را شناسایی نوعی ارتباط منطقی و نوعی الگوی [گشتالت] معنایی در چیزهایی می‌داند که در ظاهر وقایع اتفاقی یا مصیبت‌بار زندگی جلوه می‌کند.

این کار ــ این طور که از توصیف یکی از نمونه‌های بالینی فرانکل برمی‌آید ــ اغلب نیازمند نبوغ و ذکاوت بالای درمانگر است. او مورد مشاوره‌ی طبیب سالمند و افسرده‌ای قرار گرفته بود که نمی‌توانست با غم فقدان همسرش که دو سال قبل از دستش داده بود، کنار بیاید. از فرانکل نقل قول می‌کنم:

> حال چطور می‌توانستم کمکش کنم؟ باید به او چه می‌گفتم؟ خُب، چیزی به او نگفتم، بلکه او را با این سؤال مواجه کردم: «دکتر چه اتفاقی می‌افتاد اگر شما اول از دنیا رفته بودید و همسرتان باید بعد از شما دوام می‌آورد؟» او گفت: «اوه، این برایش وحشتناک بود؛ چه رنجی می‌کشید!» پاسخ دادم: «می‌بینید، دکتر، این رنج شامل حال او نشده و این شما هستید که او را از تحمل چنین رنجی معاف کرده‌اید؛ و در عوض دارید با زنده ماندنتان و عزاداری برای او، بهایش را می‌پردازید.» او دیگر چیزی نگفت، ولی دستم را فشرد و مطبم را با آرامش ترک کرد.(۲۲)

فرانکل از چگونگی کمکش به بیماران برای یافتن معنای زندگی‌شان مثال دیگری می‌زند. نوشته‌ای که در زیر می‌آید بخشی از مصاحبه‌ی او با زنی هشتادساله و در آستانه‌ی مرگِ ناشی از سرطان است که عمیقاً افسرده و درگیر اضطراب و احساس بیهودگی بوده است:

> فرانکل: وقتی به گذشته برمی‌گردید، درباره‌ی زندگی‌تان چه فکر می‌کنید؟ به نظر شما زندگی ارزش زندگی‌کردن داشته؟
>
> بیمار: خُب، دکتر، باید بگویم زندگی خوبی داشتم. زندگی واقعاً قشنگ بود. و من باید از خدا به‌خاطر آنچه به من داد، ممنون باشم: تئاتر رفتم، در کنسرت‌ها شرکت کردم و کارهایی مثل این‌ها.
>
> فرانکل: شما دارید از تجربیات فوق‌العاده‌ای می‌گویید؛ ولی همه‌ی این‌ها پایانی دارد، این طور نیست؟
>
> بیمار: (اندیشمندانه) در واقع، حالا دیگر همه‌چیز تمام می‌شود ...
>
> فرانکل: خُب، یعنی فکر می‌کنید وقتی به پایان زندگی نزدیک می‌شوید (و او می‌دانست که مرگ نزدیک است!)، همه‌ی آن اتفاقات فوق‌العاده، نابود و بی‌ارزش می‌شود؟

بیمار: (اندیشمندانه‌تر) همه‌ی آن اتفاقات فوق‌العاده ...

فرانکل: ولی بگویید ببینم، فکر می‌کنید کسی می‌تواند شادی را باطل و خنثی کند، مثلاً شادی‌هایی را که شما تجربه کرده‌اید از خاطرات‌تان پاک کند؟

بیمار: (حالا به من نگاه می‌کند) حق با شماست، دکتر: هیچ‌کس نمی‌تواند پاکشان کند!

فرانکل: یا کسی می‌تواند خوبی‌هایی را که در زندگی تجربه کرده‌اید، پاک کند؟

بیمار: (حالا از لحاظ هیجانی بیشتر درگیر گفت‌وگوست) هیچ‌کس نمی‌تواند این کار را بکند!

فرانکل: همه‌ی چیزهایی را که شما به‌دست آورده‌اید و به نتیجه رسانده‌اید ...

بیمار: کسی نمی‌تواند نابودشان کند!

فرانکل: یا رنجی را که با شجاعت و صداقت تحمل کرده‌اید: کسی می‌تواند آن را از گذشته‌تان، جایی که در آن ذخیره‌اش کرده‌اید، بزداید؟

بیمار: (حالا اشک به چشم آورده) کسی نمی‌تواند از من بگیردشان! (مکث): راست است، من رنج زیادی برده‌ام؛ ولی در عین حال سعی کردم شجاع باشم و در برابر ضربه‌های زندگی محکم بایستم. می‌دانی، دکتر، من رنج‌هایم را به‌حساب عقوبت کارهایم گذاشته‌ام. من به خدا اعتقاد دارم.

فرانکل: ولی آیا رنج گاهی خودش یک چالش نیست؟ ممکن است خدا می‌خواسته ببیند آناستازیا چطور آن را تحمل می‌کند؟ و شاید اعتراف کرده که: «بله، او با شجاعت تمام این کار را کرد.» و حالا بگویید ببینم: خانم آناستازیا کسی می‌تواند چنین دستاورد و موفقیتی را از دنیا بزداید و محو کند؟

بیمار: قطعاً کسی نمی‌تواند چنین کاری بکند!

فرانکل: آنچه که در زندگی ارزش و اهمیت دارد، موفقیت و دستیابی به چیزی‌ست. و این دقیقاً همان کاری‌ست که شما کردید. شما با رنجتان به بهترین وجه کنار آمده‌اید. شما با بر دوش کشیدن رنج‌هایتان، الگویی برای بیماران ما هستید. من برای این دستاورد و موفقیت به شما تبریک می‌گویم و همین طور به هم‌اتاقی‌هایتان که این فرصت را داشتند که چنین نمونه و الگویی را از نزدیک ببینند.(۲۳)

فرانکل گزارش می‌کند این مصاحبه احساس پرمعنا بودن را در بیمار تقویت کرد

و افسردگی‌اش در هفته‌ای که از زندگی‌اش باقی بود، از بین رفت و با سرفرازی و ایمان از دنیا رفت.

تری زوهلکه و جان واتکینز[1] به مطالعه‌ای پرداخته‌اند که در آن دوازده بیمار محتضر را با رویکرد بالینی مشابه و تأکید فراوان بر ایجاد معنا درمان کرده‌اند.(۲٤) نویسندگان آزمون هدف زندگی (PIL) را پیش و پس از درمان انجام داده‌اند و افزایش معنی‌داری در نمره‌ی آزمون این افراد گزارش کرده‌اند.

درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا چه نوع معنایی را در زندگی‌اش بیابد؟ فرانکل بر یگانگی و منحصربه‌فرد بودن معنا برای هر بیمار تأکید می‌کند ولی همان‌طور که در متن مصاحبه‌های بالینی می‌بینیم، از اشارات فراوان به معنای مشخص و یا تدارک آن برای بیمار خودداری نمی‌کند. معناهایی که او تدارک می‌بیند شامل معانی سه‌گانه‌ای‌ست که پیش از این در همین فصل به آن‌ها اشاره کردم: دستاورد خلاق، تجربه و شیوه‌ی برخورد با رنج. وقتی فرانکل به دستاورد خلاق یا تجربه می‌پردازد، بر ماندگاری گذشته تأکید دارد: دستاوردها و تجربیات در جایی دور ذخیره می‌شوند و برای همیشه باقی می‌مانند. فرانکل معتقد است وقتی همه‌ی معانی دیگر تحت‌الشعاع رنج یا مصیبت فعلی قرار می‌گیرند، فرد هنوز می‌تواند موضعی قهرمانانه نسبت به سرنوشتش اتخاذ کند. شیوه‌ی برخورد او ممکن است الگوی الهام‌بخشی برای دیگران: فرزندان، بستگان، دوستان، دانشجویان و حتی سایر بیماران بخش باشد. پذیرش رنجِ ناگزیر را می‌توان در آغوش کشیدن خدایی دانست که رنج را فرستاده است. یا در نهایت، موضع قهرمانانه نسبت به سرنوشت نیز به‌خودی‌خود پرمعناست درست همان‌طور که کامو «عصیان سرفرازانه» را پاسخ نهایی انسان به پوچی دانسته است.

اسلوب درمانی فرانکل که این دو مثال به‌خوبی بیانگر رویکرد اوست، مشکل‌دار است، به همان دلایلی که رویکردش به اندیشه‌ی معکوس مشکل‌دار است. او به‌شیوه‌ای سلطه‌جویانه معنا را به بیمار پیشکش می‌کند. ولی آیا با این کار، بیمار را از پذیرش کامل خودمختاری دورتر نمی‌کند؟ همین مسئله در کار درمانگران دیگری هم که بر معنا تمرکز می‌کنند، به چشم می‌خورَد.

---

1. Terry Zuehlke and John Watkins

برای مثال، یونگ از موردی می‌گوید که در آن، آشکارا پیش‌نویس معنا را به بیمار القا می‌کند.(۲۵) بیمار خانمی یهودی، روانکاوی‌شده، دین‌گریز و روشنفکر بود که با اضطراب شدید دست‌به‌گریبان بود. یونگ از گذشته‌اش پرسید و دریافت پدربزرگش خاخامی بوده که او را به‌عنوان عارفی یهودی و قدیسی غیب‌گو می‌شناختند. بیمار و پدرش همواره این جفنگیات را ریشخند می‌کردند. یونگ حس کرده آن پدربزرگ بصیرتی نسبت به روان‌نژندی داشته و به بیمار گفته است: «حالا چیزی می‌گویم که شاید قادر به پذیرش آن نباشی. پدربزرگ تو یک رهبر روحانی یهود بوده... . پدرت راز را برملا کرده و به خدا پشت کرده است. و تو دچار روان‌نژندی شده‌ای چون ترس از خدا به دلت افتاده است.» یونگ گزارش می‌کند که این تعبیر «مانند صاعقه بر بیمار وارد شد و راهش را روشن کرد.»

آن شب یونگ این رؤیا را دید: «ضیافتی در خانه‌ی من برپا بود و این دختر [بیمار] هم در آن شرکت داشت. نزد من آمد و پرسید: 'چتر ندارید؟ باران خیلی شدید است.' من چتری پیدا کردم و نزدیک بود آن را به او بدهم. ولی به‌جای آن چه شد؟ زانو زدم و آن را تقدیمش کردم گویی که یک ایزدبانوست.»

رؤیای یونگ به او گفت بیمار فقط یک دختر کوچولوی کم‌مایه نیست بلکه خمیرمایه‌ی یک قدیسه را دارد. با این حال زندگی‌اش صرف عشوه‌گری، سکس و مادی‌گرایی شده و راهی برای آشکارسازی ضروری‌ترین وجه فطرتش ــ یعنی اینکه 'او در واقع فرزند خداست و مقدر شده خواست رازآلود خداوند را محقق سازد'ــ باقی نمانده است. پس رؤیا و تعبیرش را (طبق عادتی که داشت) برای بیمار تعریف کرد. گزارش می‌کند در عرض یک هفته «روان‌نژندی از بین رفت.» (اتفاقاً یونگ به‌ندرت درمان کوتاه‌مدت موفقی را گزارش کرده است.)

پیتر کوستنبام[1] درمانگر دیگری‌ست که بیمارش را آشکارا به‌سوی هدفی هدایت می‌کند.(۲۶) بیمار مردی بود در اوائل دهه‌ی چهارم زندگی که به‌دلیل غفلت و بی‌توجهی والدین در طول سال‌های شکل‌گیری شخصیتش، عمیقاً احساس بی‌ارزشی می‌کرد و فاقد هویت فردی بود. او فراموشی قابل توجهی نسبت به پیش از هشت‌سالگی‌اش داشت و در حین درمان مدام افسوس کودکی گمشده‌اش را می‌خورد. درمانگر احساس کرد

1. Peter Koestenbaum

تنها راه برای بازآفرینی کودکی گمشده و تعریف دوباره‌ی آن توسط بیمار این است که خود را به یک کودک متعهد سازد. بیمار و همسرش پیمان محکمی بسته بودند که بچه‌دار نشوند؛ بنابراین درمانگر و بیمار نقشه‌ای طراحی کردند تا بیمار خود را وقف کار با یک مؤسسه‌ی سرپرستی کودکان کند. کوستنبام می‌گوید این کار نتیجه‌ی چشمگیری داشت؛ ارتباط با یک کودک به بیمار کمک کرد خود و گذشته‌اش را با دیده‌ای متفاوت بنگرد. یک سال بعد بیمار و همسرش تصمیم گرفتند بچه‌دار شوند و در این مرحله درمان با موفقیت خاتمه یافت.

معنای برنامه‌ریزی‌شده

جیمز کرامبو[1] از «دوره‌ی ضربتی» دوهفته‌ای سازمان‌یافته‌ی لوگوتراپی (معنی‌درمانی)[2] برای الکلی‌ها می‌گوید که در آن کوشیده با شیوه‌ای کمتر سلطه‌جویانه، توانایی بیمار را برای جُستن و یافتن معنا بهبود بخشد.(۳۰) کرامبو فرض را بر این قرار داده که اگر فرد می‌خواهد برای موقعیت‌های پیچیده‌ی زندگی، الگوی منسجمی بیابد، باید

---

1. James Crumbaugh

۲. همان‌طور که در فصل ۱۰ توضیح دادم، «لوگوتراپی» اصطلاحی‌ست که فرانکل برای رویکرد درمانی‌اش مبتنی بر کمک به بیمار در جهت بازیابی معنای زندگی ابداع کرد. یک **مجله‌ی لوگوتراپی**، خبرنامه‌ی لوگوتراپی (با شعار «سلامتی از طریق معنا»)، انستیتو لوگوتراپی و چند آزمون(۲۷) در زمینه‌ی لوگوتراپی وجود دارد. با این حال، همان‌طور که پیش از این اشاره کردم، به‌عقیده‌ی من، نظام منسجمی بر لوگوتراپی حاکم نیست. لوگوتراپی شامل بداهه‌پردازی‌هایی‌ست که بیمار را در شناسایی معنای زندگی‌اش یاری می‌کند. کتاب‌های راهنمای لوگوتراپی دو اسلوب اساسی را توصیف می‌کنند: اولی اندیشه‌ی معکوس که درباره‌ی آن بحث کردم؛ دومی «قصد متضاد»(۲۸) نامیده می‌شود که در اصل یک اسلوب «تجویز علامت»ست و در آن از بیمار می‌خواهند علائمش را با شدت بیشتر تجربه کند. مثلاً از کسی که لکنت زبان دارد می‌خواهند عمداً با لکنت حرف بزند، از بیمار دچار هراس‌زدگی (فوبی)، می‌خواهند در هراس‌زدگی‌اش مبالغه کند، از بیمار وسواسی می‌خواهند، وسواس بیشتر به‌خرج دهد و از قمارباز اجباری (بیمارگونه) می‌خواهند عمداً ببازد. قصد متضاد اسلوب جالبی‌ست که فرانکل نخستین بار در سال ۱۹۳۸ توصیف کرد و مقدم بر اسلوب مشابهی‌ست که مکتب میلتون اریکسون، جی هیلی، دان جکسون و پل واتسلاویک آن را به‌کار گرفت.(۲۹) شواهدی وجود دارد که این شیوه در درمان کوتاه‌مدت مؤثر است. با وجود این، نمی‌توانم خود را متقاعد کنم که این شیوه ارتباط مشخصی با معنای زندگی دارد. قصد متضاد بیماران را یاری می‌کند خود را از علائمشان جدا کنند؛ به آنان اجازه می‌دهد بی‌طرفانه، به‌دور از احساسات و حتی با دیدی طنزآلود به خود بنگرند؛ گذشته از این‌ها، به آنان اجازه می‌دهد متوجه شوند می‌توانند بر علائمشان تأثیر بگذارند و در واقع آن‌ها را به‌وجود آورند. از آنجا که قصد متضاد به فرد اجازه می‌دهد مسئولیت علائم خویش را بر عهده گیرد، می‌توان آن را در حیطه‌ی درمان اگزیستانسیال قرار داد؛ ولی کارکرد آن به‌عنوان یک اسلوب تأمین‌کننده‌ی معنا، دست‌کم آشکار نیست.

بتواند جزئیات و وقایع را به‌شیوه‌ای جامع و فراگیر درک کند و بعد این اطلاعات را در الگویی (گشتالتی) جدید دوباره با هم درآمیزد. بر این اساس، برنامه‌ی ضربتی می‌کوشد آگاهی ادراکی را بسط دهد و تجسم خلاق را برانگیزاند.

برنامه‌ی بسط آگاهی ادراکی شامل تمرین‌هایی‌ست در جهت ثبت محرک‌های بینایی (مثلاً کارت‌های روزشاخ و تصویر مناظری از دریا را در اختیار آزمودنی قرار می‌دهند و بعد کمکش می‌کنند جزئیات را به‌خاطر آورَد). برنامه‌ی تجسم خلاق نیز شامل تمرین‌هایی‌ست نظیر مشاهده‌ی یک تصویر بر پرده، تجسم خود در درون آن و مربوط ساختن تصویر به آرزوهایی که فرد در گذشته‌اش تجربه کرده است.

پیش‌آزمون و پس‌آزمون (دو هفته بعد) با PIL، نشان‌دهنده‌ی افزایش در نمرات هدف زندگی‌ست. با این حال، زمان پی‌گیری ناکافی‌ست و راهی جز اثبات اختصاصی بودن نتایج باقی نمی‌مانَد: به این معنا که کدام وجه یا وجوه این دوره‌ی فشرده، مسئول نتایج آن است؟ جهش استنباطی از ادراک بینایی و تجسم خلاق به درک معنای زندگی، جهش بلندی‌ست و نوعی ساده‌لوحی و خوش‌باوری به‌نظر می‌آید؛ ولی اگر نتایج مثبت آن تکرار شود، لازم است این شیوه‌ی درمانی مورد تجزیه و تحلیل دقیق‌تر قرار گیرد.

تعهد: چاره‌ی اساسی درمان پوچی

اجازه دهید برای یک لحظه به یادداشت پیش از خودکشی‌ای باز گردم که فصل ۱۰ را با آن آغاز کردم. از مردی که این یادداشت را نوشته اطلاع چندانی نداریم، ولی یک چیز مشخص است: او در درون زندگی نبوده، خود را از جریان زندگی خارج کرده و چنان از آن فاصله گرفته که زندگی، فعالیت و تجربه‌ی انسان‌ها را بی‌ارزش و بیهوده می‌دیده است. حتی در قصه‌ی کوتاهی که نقل می‌کند هم یک شخصیت (یکی از همان کودن‌های آجربَر) با پرسش در این باره که چرا آجرها را جابه‌جا می‌کند، از دیگران فاصله می‌گیرد؛ و از آن لحظه به بعد، او و نیز نویسنده‌ی این یادداشت دیگر از دست رفته‌اند.

چیزی فطرتاً زهرآگین در فرایند زیادی دور شدن از زندگی وجود دارد. وقتی خود را از جریان زندگی خارج می‌کنیم و به تماشاگری دور بدل می‌شویم، همه‌چیز اهمیتش را از دست می‌دهد. از این موقعیت مناسب که فیلسوفان آن را دیدگاه «کهکشانی»(۳۱)

یا «چشم سحابی»[1] (۳۲) (یا منظر «کیهانی» یا «جهانی»[2] (۳۳)) نامیده‌اند، ما و مخلوقات دوروبرمان پست و پیش‌پاافتاده به‌نظر می‌آییم. به یکی از بی‌شمار اَشکال زندگی بدل می‌شویم. فعالیت‌های زندگی بیهوده و عبث می‌شوند. لحظات گرانبها و باشکوهی که تجربه کرده‌ایم، در گستره‌ی زمان گم می‌شوند. حس می‌کنیم ذره‌های بسیار ریزی هستیم، همه‌ی زندگی بیهوده است و چیزی جز تلنگری از زمان کیهانی نیست.

دیدگاه کهکشانی، نشانگر معضل هولناک درمانگران است. از یک سو، به‌طرز انکارناپذیری منطقی‌ست. از همه‌چیز گذشته، توانایی کسب خودآگاهی، از خود بیرون آمدن و خود را از دور مشاهده کردن، یکی از ارزشمندترین ویژگی‌های انسانی‌ست. همان چیزی‌ست که انسان را انسان می‌کند. در اکثر مواقع، چشم‌انداز وسیع‌تر و جامع‌تر، واقع‌بینی بیشتری به مشاهده‌گر می‌دهد: ولی این چشم‌انداز خاص، زندگی را از شور و نشاط تهی می‌سازد. برای کسی که مدت‌های طولانی آن را فرض قرار دهد، دلسردی عمیق به‌بار می‌آورَد و غوطه‌وری در آن می‌تواند مهلک باشد.

برای نمونه، سنت بدبینی فلسفی اصولاً در دیدگاه چشم سحابی ریشه دارد؛ و پیشوای این سنت یعنی شوپنهاور در قرن نوزدهم، موقتاً از همین فاصله به دنیا نگریست که به این نتیجه رسید معنی ندارد برای رسیدن به هدفی بکوشیم که (از منظر کهکشانی) در یک لحظه از میان می‌رود. شادمانی و اهداف دست‌نیافتنی‌اند زیرا شبحی از آینده یا بخشی از گذشته‌ی نابودشده هستند. همان‌طور که می‌توان پیش‌بینی کرد، او نتیجه گرفته است: «هیچ‌چیز ارزش تلاش، کوشش و تکاپوی ما را ندارد... همه‌ی چیزهای خوب پوچ و عبثند، دنیا سراپا ورشکسته‌ست و به کسب‌وکاری می‌مانَد که جوابگوی هزینه‌هایش نیست.»(۳٤)

چه می‌شود کرد؟ درمانگر چه کند تا اثرات زهراگین دیدگاه کهکشانی خنثی شود؟ اولاً در این بحث که دیدگاه چشم سحابی لزوماً باید به موضع شوپنهاور («هیچ‌چیز اهمیت ندارد و درست به همین دلیل زندگی ارزش زندگی کردن ندارد») ختم شود، تناقض‌های منطقی زیادی هست. یکی اینکه اگر هیچ‌چیز اهمیت ندارد پس اهمیت

---

1. "galactic" or "nebula's-eye" view
2. "cosmic" or "global" perspective

نداشتن چیزها هم اهمیت ندارد. تامس ناگل[1] در رساله‌ای هوشمندانه درباره‌ی پوچی، با خونسردی محض می‌گوید پوچی‌ای که از دیدگاه چشم سحابی حاصل می‌شود، در نظر اول یک فاجعه نیست و اصلاً این همه رنج و محنت نمی‌آفریند. (۳۵) ناگل معتقد است توانایی رسیدن به دیدگاه چشم سحابی یکی از پیشروترین، گرانبهاترین و جالب‌ترین ویژگی‌هاست و رنج‌آور و عذاب‌دهنده نیست مگر آنکه ما آن را این گونه ببینیم. سنگین‌بار کردن اهمیت آن، نشان می‌دهد در ارزیابی بی‌اهمیتی کیهانی‌اش موفق نبوده‌ایم. ناگل می‌گوید ارزیابی حقیقی دیدگاه چشم سحابی، اگر با این معرفت همراه شود که این توانایی ماست که ما را قادر به پذیرش چنین دیدگاهی کرده است، به ما اجازه خواهد داد به زندگی پوچ «آراسته با طنز»مان بازگردیم نه به زندگی آمیخته با نومیدی.

واقعیت دیگری که درمانگران باید به آن توجه کنند این است که اهمیت اصلی در نومیدی همراه با «بی‌اهمیتی» حاصل از دیدگاه کهکشانی‌ست. برای مثال، با اینکه شوپنهاور به این نتیجه رسیده که هیچ‌چیز اهمیت ندارد و «هیچ‌چیز ارزش تلاش ما را ندارد»، چیزهای زیادی برایش اهمیت داشته است. برایش مهم بوده دیگران را مجاب کند که هیچ‌چیز اهمیت ندارد؛ برایش مهم بوده با نظام فکری هگلی به مخالفت برخیزد، فعالانه و تا پایان عمر به نوشتن ادامه دهد و بالاخره اینکه به‌جای خودکشی، فلسفه‌پردازی کند. حتی برای آن مردی که پیش از خودکشی یادداشت کودن‌های آجربَر را نوشته، چیزهایی اهمیت داشته است: مهم بوده موقعیت انسانی را درک کند و نتیجه‌گیری‌اش را با دیگران در میان گذارَد. اگر پیش از خودکشی از من کمک می‌خواست، باید می‌کوشیدم با این بخش مهمِ «جویای زندگی» وجودش ارتباط برقرار کنم.

کِنت باخ[2] پادزهر دیگری برای خنثی‌سازی زهر دیدگاه کهکشانی پیشنهاد می‌کند؛ به‌یاد داشته باشید با اینکه این دیدگاه معنا و هدفمندی را تضعیف می‌کند، این کار را به‌شکل مطلق انجام نمی‌دهد. بلکه فقط زمانی حکم پوچی و بی‌معنایی چیزها را صادر می‌کند که فرد از همان منظر کیهانی به‌دنیا بنگرد.(۳۶) این لحظات جزئی از

---

1. Thomas Nagel
2. Kent Bach

زندگی فردند، ولی فقط بخشی از آنند. پوچی وضعیتی تجربی‌ست؛ و با اینکه چنان نابودگر است که همه‌ی گذشته و آینده و حال را پوچ جلوه می‌دهد، ولی فقط زمانی از عهده‌ی چنین کاری برمی‌آید که از همان منظر و چشم‌انداز کهکشانی به مشاهده‌ی زندگی‌مان بنشینیم. هرچیز برای اهمیت داشتن در زمانی که در آن چشم‌انداز واقع است، به «معنا» نیاز دارد. در زمان‌های دیگر چیزها مهمند چون مهمند. همیشه چیزی برای ما مهم است. برای من مهم است این عقاید را تا جایی که می‌توانم به‌روشنی عرضه کنم و با خواننده‌ام ارتباط برقرار کنم. در مواقع دیگر هم چیزهای دیگر اهمیت پیدا می‌کنند: رابطه با دیگران، تنیس، مطالعه، شطرنج، گفت‌وگو. آیا اینکه چنین فعالیت‌هایی از دیدگاه چشم سحابی اهمیت ندارند و به هم نمی‌پیوندند تا یک کل واحد را بسازند، از اهمیت آن‌ها می‌کاهد؟ وقتی چیزها اهمیت دارند، برای اهمیت داشتن نیازی به معنا ندارند!

این مفهوم پیامد بلافصل و بی‌واسطه‌ای در درمان دارد: درمانگر باید بیمار را متوجه کند که تردید فعلی (یا اتخاذ طرحواره‌ی جدید معنایی)، از اهمیت گذشته نمی‌کاهد. سه بیمارم را به‌یاد می‌آورم. اولی به‌مدت بیست‌وپنج‌سال راهبه بود و پس از آن ایمانش را از دست داده بود و از فرمان کلیسا خارج شده بود. افسردگی و احساس بی‌هدفی و نابسامانی فعلی‌اش با این اعتقاد که همه‌ی بزرگسالی‌اش را «با یک دروغ زندگی کرده»، تشدید می‌شد. بیمار دیگری در سن پنجاه‌وپنج سالگی شروع به سرایش شعر کرد و خیلی زود دریافت استعداد فوق‌العاده‌ای در این زمینه دارد. من او را در شصت‌سالگی و هنگامی که به‌دلیل سرطان در شرف مرگ بود، درمان کردم. این واقعیت که بیشتر عمرش را به‌عنوان زن یک کشاورز، به بزرگ کردن فرزندان، شستن ظرف و برداشت سیب‌زمینی ــ فعالیت‌هایی که با طرحواره‌ی معنایی جدیدش هیچ مناسبتی نداشت ــ گذرانده بود، عمیقاً تلخ‌کامش می‌کرد. بیمار دیگری هم بود که همسرش در میانه‌ی کارزار یک طلاق تلخ و زننده و پس از بیست سال زندگی مشترک، با هدف عاری کردن او از معنا، فریاد برآورده بود که هرگز علاقه‌ای به او نداشته و به این ترتیب احساساتش را به‌شدت جریحه‌دار کرده بود.

کمک به هر سه بیمار در این جهت بود که دریابند یک طرحواره‌ی معنایی تازه یا یک تردید عمیق در زندگی (یعنی همان مشاهده‌ی زندگی از منظر کهکشانی)، آنچه

را که پیش از این وجود داشته، از اعتبار نمی‌اندازد. راهبه‌ی سابق کم‌کم متوجه شد. فقدان فعلی ایمان، ایمانی را که در گذشته داشته، مخدوش نمی‌کند و نیز کارهای خوبی را که زمانی به عنوان آموزگار در پناه یک نظام معنایی متفاوت انجام داده، محو و نابود نمی‌سازد. شاعر هم طی درمان آموخت زندگی گذشته‌اش، هم‌اکنون نیز برایش معنای فراوانی دارد. او فرزندانش را بزرگ کرده بود، خوراک از زمین رویانده بود و با چرخه‌ی طبیعت درآمیخته بود؛ و در میانه‌ی همه‌ی این‌ها بود که نطفه‌ی شعرش بسته شده و بی‌سروصدا روییده بود. شعر امروز او، حاصل همه‌ی عمرش بود؛ ویژگی‌های خاص آن حاصل تجربیات بی‌همتای زندگی او بود، حتی زدودن گل‌ولای از سطح سیب‌زمینی‌ها هم در ساختار شعرش، جای حیاتی و ضروری خود را یافت. بیمار سوم نیز آموخت اهمیت گذشته نه‌تنها ازمیان‌رفتنی نیست، بلکه بسیار ارزشمند نیز هست. در دفاع از خود شجاعت فراوانی کسب کرد و توانست به همسرش بگوید: «اگر بیست سال با من زندگی کردی بدون اینکه دوستم داشته باشی، این فاجعه‌ی زندگی توست نه من! من شخصاً ــ گرچه حالا دیگر دوستت ندارم ــ زمانی عاشقت بودم و بهترین سال‌های عمرم را با تو گذراندم.»

تعهد در زندگی. گرچه این استدلال‌های فلسفی در برابر مسئله‌ی پوچی، پیامدهای جالبی در روان‌درمانی دارند، از نیروی چندانی برخوردار نیستند و بیشتر در حد کارهای نادر و بدیع روان‌درمانی باقی می‌مانند. منطق، در این مثال هم مثل سایر موارد تحول درمانی، به‌تنهایی کافی نیست. درمانگر نیازمند رویکرد قوی‌تری‌ست. دیوید هیوم[1] در رساله[2]، عبارت مشهوری در این باره دارد. به‌دنبال ژرف‌اندیشی از منظر کهکشانی، رگه‌های تردید («مالیخولیای فلسفی») ذهنش را فرا گرفته بود:

> منطق قادر به زدودن این رگه‌ها نیست، ولی خوشبختانه طبیعت کار خودش را بلد است و با تفریح و تأثیرگذاری شورانگیز بر حواسم مالیخولیای فلسفی‌ام را درمان می‌کند و تمامی این خیالات واهی را می‌زداید. شام می‌خورم، تخته‌نرد بازی می‌کنم، گپ می‌زنم و با دوستانم خوشم؛ و وقتی پس از سه یا چهار ساعت تفریح،

---

1. David Hume
2. *Treatise*

دوباره به گمان‌پردازی‌هایم باز می‌گردم، آن‌ها را چنان بی‌روح، ساختگی و مضحک می‌یابم که دیگر نمی‌توانم با تمام وجود به آن‌ها بپردازم.(۳۷)

پادزهر هیوم در برابر پوچی و بی‌معنایی حاصل از منظر کیهانی، همان تعهد است. تعهد راه حل سارتر و کامو هم هست؛ خیزش به‌سمت تعهد و عمل. تولستوی هم وقتی می‌گوید «تا زمانی که زندگی سرمست و ازخودبیخودمان می‌کند، می‌توان زندگی کرد»[1] همین راه حل را برگزیده است. و مؤثرترین رویکرد درمانگر به مسئله‌ی پوچی نیز همین تعهد است.

قبلاً از پارادوکس لذت‌گرایی سخن گفتم که هرچه بیشتر در پیِ لذت باشیم، بیشتر از مامی‌گریزد. فرانکل می‌گوید لذت محصول معناست و جست‌وجوی فرد باید به سمت معنا هدایت شود. من معتقدم جست‌وجوی معنا نیز به همین اندازه ضدونقیض است: هرچه بیشتر با منطق و استدلال در جست‌وجوی آن باشیم، کمتر می‌یابیمش؛ پرسش‌هایی که فرد در برابر معنا مطرح می‌کند، همواره از پاسخ‌ها بیشتر عمر می‌کنند.

معنا را نیز مانند لذت باید از مسیری غیرمستقیم بجوییم. احساس پُرمعنایی محصول تعهد است. تعهد منطقاً پرسش‌های مهلکی را که از منظر کهکشانی برمی‌خیزد، رد نمی‌کند ولی موجب می‌شود این پرسش‌ها اهمیت چندانی نیابند. معنای این گفته‌ی ویتگنشتاین هم همین است که: «راه حل مسئله‌ی زندگی در پاک کردن مسئله است.»(۳۹)

تعهد پاسخ درمانی به پوچی‌ست، صرف نظر از آنکه منشأ این پوچی چه باشد. تعهد صمیمانه و تمام‌وکمال به هریک از آرایه‌های بی‌شمار فعالیت‌های زندگی، نه‌تنها از دیدگاه کهکشانی زهرزدایی می‌کند، بلکه بر امکان ایجاد انسجام بیشتر در الگوی زندگی فرد نیز می‌افزاید. یافتن یک خانه، توجه به افراد و عقاید و برنامه‌های مختلف، جُستن، آفریدن، ساختن، همه‌ی این اَشکال گوناگون تعهد، پاداشی مضاعف دارند: هم واجد ارزشی درونی‌اند و هم از ملال حاصل از واقع شدن در معرض داده‌های ناجور و بی‌رحمانه‌ی هستی می‌کاهند.

پس هدف درمانگر تعهد است. وظیفه‌ی او نه ایجاد تعهد و نه تقویت روحیه‌ی

---

۱. ولی افسوس که کشش منظر کهکشانی برای او چندان بود که نتیجه‌گیری کرد: «به‌محض آنکه دوبار از مستی به‌در آییم، می‌بینیم همه‌اش خیال باطلی بیش نیست و خیال باطل ابلهانه‌ای هم هست.»(۳۸)

بیمار با تعهد است، درمانگر از عهده‌ی این دو کار برنمی‌آید. ولی لزومی هم ندارد: اشتیاق تعهد به زندگی همواره در درون هر بیماری هست و فعالیت‌های بالینی درمانگر باید در جهت برداشت موانع موجود بر سر راه بیمار باشد. برای مثال، چه‌چیز بیمار را از دوست داشتن دیگری بازمی‌دارد؟ چرا رابطه با دیگران چندان راضی‌اش نمی‌کند؟ چه تحریف‌های هم‌پایه‌ای روابطش را مسموم می‌کند؟ چرا از کارش رضایت ندارد؟ چه‌چیز او را از یافتن کاری که با استعدادهایش متناسب است بازمی‌دارد یا چه‌چیز باعث می‌شود جنبه‌های لذت‌بخش کار فعلی‌اش را درنیابد؟ چرا بیمار از تلاش‌های خلاقانه یا مذهبی یا ازخودبرگذرنده‌ی خویش غفلت می‌کند؟

مهم‌ترین ابزار درمانگر در این مسیر، شخص خود درمانگر است که از طریق آن با بیمار متعهد می‌شود و او را درگیر درمان می‌کند. درمانگر با شیوه‌هایی که پیش از این توضیح دادم و یک رابطه‌ی عمیق و موثق با بیمار، او را به‌سوی تعهد نسبت به دیگران سوق می‌دهد. درمانگران الگوهای متعهد ماندن به تعهدند و خود را نمونه‌ای برای الگوبرداری و همانندسازی بیماران قرار می‌دهند: درمانگران برای رسالت حرفه‌ای و تخصصی خویش اهمیت قائلند؛ رشد و تکامل انسانی دیگر برای آنان مهم است؛ آن‌ها اغلب به شیوه‌ای خلاق، در راه جست‌وجوی معنا، یاریگر دیگرانند.

به‌طور خلاصه، نخستین گام درمانگر برای مواجهه با پرسش پوچی، تحلیل و تصفیه‌ی این پرسش است. بسیاری از چیزهایی که در زیر چتر «پوچی» پناه گرفته‌اند، به جایی دیگر تعلق دارند (یا ساخته‌ی فرهنگند یا بخشی از سایر دلواپسی‌های غایی یعنی مرگ، آزادی و تنهایی) و باید بر همین اساس درمان شوند. بهترین راه نزدیک شدن به پوچی «خالص»، خصوصاً زمانی که از منظر بی‌اعتنای کهکشانی ناشی شده باشد، شیوه‌ی غیرمستقیم و از طریق تعهدی‌ست که منظر کهکشانی را بی‌اعتبار می‌کند.

این رویکرد درمانی با رویکردهایی که برای مواجهه با سایر دلواپسی‌های غایی ذکر کردم، تفاوت‌های بسیاری دارد. با مرگ، آزادی و تنهایی باید مستقیماً گلاویز و دست‌به‌گریبان شد. ولی وقتی نوبت به پوچی می‌رسد، درمانگر باید به

بیمارانش کمک کند از پرسش فاصله بگیرند: به‌جای غوطه‌وری در معضل پوچی، راه حل تعهد را برگزینند. پرسش درباره‌ی معنای زندگی همان‌طور که بودا اندرز داده، کمال نمی‌آورَد. باید در رودخانه‌ی زندگی غوطه‌ور شد و اجازه داد پرسش نیز به راه خود رَوَد.

پی‌گفتار

صحبت درباره‌ی پوچی مرا درست به همان تعریفی بازمی‌گرداند که با آن آغاز کردم: درمان اگزیستانسیال رویکردی پویا یا پویه‌نگر است و بر دلواپسی‌هایی تمرکز می‌کند که در هستی انسان ریشه دارند. هریک از ما سخت نیازمند جاودانگی، استواری، همزیستی و الگویی برای سرمشق قرار دادنیم؛ و با وجود این، همگی باید با مرگ ناگزیر، بی‌پایگی، تنهایی و پوچی روبه‌رو شویم. درمان اگزیستانسیال بر مدلی از ناهنجاری روانی بنیان نهاده شده که اضطراب و پیامدهای ناساز آن را پاسخی به این چهار دلواپسی غایی می‌داند.

با اینکه بحث مجزا درباره‌ی هریک از این چهار دلواپسی ضروری بود، در دنیای واقعی، این مباحث به‌ظرافت با هم درآمیخته‌اند و اساس درمان را تشکیل می‌دهند. این چهار مبحث، محتوا و فرایند گفت‌وگوی میان بیمار و درمانگر را می‌سازند. رویارویی بیمار با مرگ، آزادی، تنهایی و پوچی، محتوای تفسیری آشکاری به درمان پیشکش می‌کند. حتی زمانی که این مضامین آشکارا در درمان مطرح نمی‌شوند، همچنان روش کار و اسلوب عملکرد را تعیین می‌کنند. پدیده‌های روانی نظیر خواستن، مسئولیت‌پذیری، ارتباط با درمانگر و تعهد در زندگی، فرایندهای کلیدی تحول درمانی شمرده می‌شوند. دقیقاً همین فعالیت‌های حیاتی

و سرنوشت‌سازند که در بسیاری از نظام‌های درمانی، «افزودنی»هایی بی‌اهمیت به‌شمار می‌آیند.

درمان اگزیستانسیال به این دلیل جلب توجه می‌کند که بر سنگ‌بستر هستی‌شناختی، یعنی ژرف‌ترین ساختار هستی انسان، بنیان نهاده شده است. دلیل دیگر جذابیت آن، اساس انسان‌گرایانه‌اش است: میان سایر الگوهای درمانی، تنها الگویی‌ست که با ماهیت شخصی و منحصربه‌فرد درمان هماهنگی کامل دارد. به‌علاوه، الگوی اگزیستانسیال شعاع بسیار گسترده‌ای دارد: بینش و نگرش فیلسوفان، هنرمندان و درمانگران بسیاری را درباره‌ی پیامدهای دردناک و رستگارکننده‌ی رویارویی با دلواپسی‌های غایی، گرد آورده و به‌کار گرفته است.

با این حال تنها یک الگوست: ساختاری روانشناختی که تنها در صورتی قابل دفاع است که سودمندی بالینی‌اش اثبات شود. مانند تمامی ساختارها، در نهایت به‌وسیله‌ی ساختار دیگری با قدرت توصیفی بیشتر دنبال می‌شود. هر الگوی بالینی، به‌شرطی که نابهنگام و پیش از پختگی لازم، به ثبت نرسیده و بر سنگ حک نشده باشد، الگویی زنده است؛ و با عرضه‌ی چشم‌اندازی تازه، موجب سربرآوردن داده‌هایی می‌شود که تاکنون پنهان مانده بودند. این داده‌های تازه، به‌نوبه‌ی خود، توسط الگوی اصلی تعدیل می‌شود. من این الگوی اگزیستانسیال را فرمول اولیه‌ای می‌دانم که بر پایه‌ی مشاهدات بالینی محدود از لحاظ منبع، حوزه و تعداد بنیان گذاشته شده است. امیدوارم این الگو، الگویی زنده باشد بدین معنا که هم در شکل‌وشمایل فعلی، سودمندی‌اش را به درمانگران بالینی اثبات کند و هم گفتمان‌هایی را که برای تعدیل و توانمند ساختنش ضروری‌ست، در میان آنان برانگیزد.

نمایه

آبرامسن ۳۷۳
آدلر، آلفرد ۱۱۶، ۴۱۸
۱۰۵، ۴۲۰، ۴۴۶
فرانکل ۶۱۵
رنک ۴۱۸، ۴۲۰
آدلرشتاین، آرتور ۱۳۸
آرزو (wish) ۴۲۷-۴۴۲
آغازگر عمل ۴۲۶
مِی درباره‌ی ۴۲۲-۴۲۴
آرِنت، هنا ۴۱۰، ۴۱۲، ۴۲۶
آرونسون، الیوت ۲۵۳
آری‌یتی، سیلوانو ۱۹۶، ۱۹۷، ۴۱۰، ۵۲۸
آزادی ۲۵-۲۴، ۳۰۹-۳۰۷
پرهیز از ۴۵۶
پوچی به‌مثابه انکار ۴۶۲
تفویض ۴۶۰
تنهایی اگزیستانسیال و ۵۰۴-۴۹۹
خواستن و ۴۹۰-۴۰۵
سارتر درباره‌ی ۵۹۳
مسئولیت و ۴۰۳-۳۱۱
آزارطلبی (مازوخیسم) ۱۹۷، ۲۵۵، ۵۱۷، ۵۳۳؛ احساس گناه، تصمیم و ۴۵۱
عشق همزیستانه‌ی منفعل ۵۱۷
فروپاشی دفاع نجات‌دهنده‌ی غایی ۲۰۱-۱۹۷
آزارگری (سادیسم) ۳۴۹، ۵۱۷، ۵۳۳
آزمایشگاه‌های «سرنوشت» ۲۵۲
آساجولی، روبرتو ۴۰، ۲۳۸
آشنایی‌زدایی ۵۰۰، ۵۰۳
آشیانه‌ی خالی (سندرم) ۲۴۰، ۲۴۱
آکوئیناس، توماس ۴۱۲
آگاهی از مسئولیت ۳۱۱، ۳۱۵، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۲۲، ۳۲۸، ۳۳۸، ۳۴۹، ۳۵۸، ۳۷۲، ۳۷۴، ۳۹۷، ۴۰۵، ۴۱۰، ۴۱۳، ۴۴۲، ۶۵۴
اجباری‌گری به‌عنوان دفاعی در برابر ۳۲۰
روان‌درمانی و ۳۷۹-۳۷۴
آگوستین ۵۶، ۳۹۶، ۴۲۶
آگهی فوت ۲۵۲، ۲۵۳، ۶۰۵
آلبی، ادوارد ۶۲۵
آلپورت، گوردون ۳۷، ۳۹۴، ۵۹۷، ۶۱۵
آلمُند، ریچارد ۶۳۵
آلن، وودی ۱۱۱
آلیس (تاریخچه) ۴۵۳، ۴۵۴، ۵۲۳، ۵۲۴
آموزش آداب تخلیه ۱۳۷، ۱۳۸
آموزش درباره‌ی مرگ ۱۶۰، ۱۶۱
آمیختگی ۵۳۳-۵۲۸
در رابطه‌ی بیمار-درمانگر ۵۶۴
سام (تاریخچه) ۱۷۰
نوسان میان جدایی و ۲۰۹
آمیختگی-تنهایی ۵۰۶
آنا (تاریخچه؛ یالوم) ۵۵۲-۵۵۱
آنا اُ. (تاریخچه ؛ ز. فروید و بروئر) ۹۷، ۱۰۲-۱۰۰
آناستازیا ۶۵۶

آنتونی، سیلویا ۱۱۸، ۱۲۰، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۵۴، ۱۶۲
حذف اضطراب مرگ از پژوهش ۱۵۵-۱۵۴
آنتونیونی، میکلانجلو ۵۰۳، ۶۲۵
آیزنبرگ، روت ۸۴، ۱۲۸، ۱۲۹
آیسلر، کورت ۱۳۳
آیسمن ، ک. ۳۷۶
آینده: اراده و ۴۸۴

اپیکتیتوس ۳۸۴
اپیکور ۷۷
اثبات‌گرایی ۳۷، ۳۸، ۴۳
اجبار (بی‌اختیاری) جنسی ۵۳۴، ۵۳۵، ۵۳۶، ۵۵۷، ۶۲۹
اجباری‌گری ۲۲۶، ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۶، ۲۷۸، ۳۰۸، ۳۱۹، ۳۲۰، ۴۴۲
پوچی در ۶۲۹-۶۲۶
احساس گناه ۱۹، ۹۹، ۱۰۲، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۸۱، ۲۰۵، ۲۱۲، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۴۱، ۲۴۲، ۲۴۷، ۲۷۶، ۳۲۰، ۳۴۶، ۳۹۰، ۳۹۱، ۳۹۳، ۳۹۴، ۳۹۵، ۳۹۶، ۳۹۷، ۳۹۸، ۳۹۹، ۴۰۰، ۴۰۱، ۴۰۳، ۴۱۷، ۴۱۸، ۴۱۹، ۴۲۵، ۴۴۱، ۴۵۰، ۴۵۱، ۴۵۲، ۴۵۳، ۴۸۷، ۴۸۸، ۵۳۳، ۵۳۶، ۵۳۹، ۵۴۱، ۵۸۷، ۶۲۵، ۶۲۹، ۶۴۸: تصمیم‌گیری و ۴۵۲-۴۵۰
رنک در مورد ایجاد ۴۱۷
در روان‌نژندان ۲۱۴
رویکرد اگزیستانسیال به ۴۸۸
اگزیستانسیال مسئولیت و ۴۰۳-۳۹۰
والدین در مرگ فرزندان ۲۴۷-۲۴۶
اختگی اضطراب ۲۹، ۷۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۱۰، ۱۱۶، ۱۳۳، ۱۷۳، ۱۸۹، ۲۱۱، ۲۷۱، ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۹، ۳۰۲، ۴۱۱، ۴۷۹، ۵۳۰
اضطراب مرگ و ۱۳۳
فروید و ۹۹، ۱۰۰
مبدل‌پوشی و ۲۱۰، ۵۳۰-۵۲۹
اراده (will)
آفریننده ۴۱۷، ۴۱۹
متضاد ۴۱۷، ۴۱۹، ۴۵۰
مثبت ۴۱۷
معطوف به قدرت ۳۱۷، ۴۱۰
منفی ۴۱۶، ۴۱۷
ارزش‌ها: معنای زندگی و ۶۴۲-۶۴۰
ارسطو ۳۹۴، ۴۱۰، ۴۴۹، ۴۶۶، ۵۸۸، ۶۰۶
اراده ۴۱۰
تصمیم‌گیری ۴۴۹
علیت غایت‌شناسانه ۶-۶۰
کمال ۳۹۴
معنای کیهانی ۵۸۸
اروس روان‌درمانگرانه ۵۶۸، ۵۷۶
اروینگ ۴۳۷
اروینگ تیلور ۶۰۳
ارهارت، ورنر ۳۶۰، ۳۶۷، ۳۶۸، ۳۶۹
اریکسون، اریک ۴۴۷، ۶۱۰-۶۰۹، ۶۳۵
تجربه‌ی کودکان از مرگ ۱۲۰-۱۱۹
اریکسون، میلتون ۳۵۰، ۶۵۹
از خود برگذشتن ۶۰۲، ۶۰۸
اسپینوزا، باروخ ۲۴، ۱۹۰، ۴۰۹، ۴۱۰
اِست ۳۷۰-۳۶۰
استاپارد، نام ۵۷۷
استادرت، مارگارت (تاریخچه) ۴۶۰، ۴۶۱
استبداد (تسلیم دربرابر) ۶۲۲
استرن، می ۲۷۸، ۲۸۰، ۲۹۳، ۲۹۴
استرومپلر، لورین ۱۳۸
استثنا بودن (دفاع) ۱۸۱-۱۷۴، ۲۲۲-۲۲۱
ترکیب با دفاع نجات‌دهنده‌ی غایی ۲۰۷-۲۰۶
تضعیف تصمیم‌ها ۴۵۰
در کودکان ۱۴۵-۱۴۴
سبکِ شناختی مستقل از محیط و ۲۲۵
اسکوگ، ر. ۸۱
اسکیزوفرنیا ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۵۱: اضطراب مرگ و ۲۲۱-۲۱۵
تجربیات مرتبط با مرگ در کودکی و ۱۵۸-۱۵۷
دست‌کاری ناکافی محیط توسط بیماران مبتلا ۳۸۲
علل بیوشیمیایی ۲۱۵
فقدان رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به ۲۹۶
کانون بیرونی کنترل در بیماران مبتلا به ۲۲۸، ۳۷۱
گیاه‌واری در ۶۲۵
اسکینر، ب. ف. ۳۸۱
اشتراوس، اروین ۸۲
اشترن، ماکس ۱۳۶
اشمیت، آبراهام ۶۲، ۶۷
اشویدر، و. ۸۲
اصل لذت ۱۰۶، ۶۰۶، ۶۱۴، ۶۱۵، ۶۱۶
اصل واقعیت ۲۲، ۴۲۳، ۶۰۶، ۶۱۴
اضطراب ۲۶
احساس گناه و ۳۹۵
اَشکال ثانویه ۱۶۸-۱۶۷
الگوی روان‌درمانی اگزیستانسیال ۶۶۷
بدوی ۳۱۵

تصمیم‌گیری ۴۴۴-۴۴۳
تنهایی ۵۴۸، ۵۵۶
تنهایی به‌مثابه خاستگاه ۵۰۰-۴۹۹، ۵۱۶
تبلیش ۳۹۳-۳۹۲
جدایی ۱۵۵- ۱۵۳
بی‌پایگی ۳۱۷-۳۱۵
فردیت
مرگ و ۱۱۶-۵۵
مرگ به‌مثابه خاستگاه اصلی ۲۹۰-۲۶۹
هویت‌زدایی ۲۳۷
ناهنجاری روانی، شیوه‌ای برای کنار آمدن با ۱۶۵
هایدگر ۵۰۲
ن.ک.: اضطراب مرگ

اضطراب مرگ (ترس از مرگ) ۴۱، ۴۸، ۵۴، ۹۶-۷۱، ۱۰۰، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۳۹، ۱۴۵، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۰، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۴، ۱۷۶، ۱۸۸، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۱۰، ۲۱۲، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۲۰، ۲۲۵، ۲۲۹، ۲۴۵، ۲۴۷، ۲۵۳، ۲۶۲، ۲۹۰-۲۶۹، ۲۹۴، ۲۹۵، ۲۹۶، ۲۹۷، ۲۹۹، ۳۰۲، ۳۰۳، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۵۵، ۴۵۰، ۵۳۱، ۵۳۴، ۶۳۴، ۶۴۴، ۶۵۰
اختلالات خواب و ۱۴۳
اسکیزوفرنیا و ۲۲۱-۲۱۵
اضطراب جدایی در کودکان و ۱۵۵-۱۵۳
بیماری جدی و ۲۵۰
پوچی به‌مثابه ۶۴۴
تصمیم‌ها و ۴۵۰
حساسیت‌زدایی از ۳۰۳-۲۹۹
رضایت از زندگی و ۲۹۹-۲۹۴
رنک درباره‌ی ۲۰۷-۲۰۶
فروید درباره‌ی ۱۰۷-۱۰۴
فعالیت جنسی و ۲۱۴-۲۱۲، ۵۳۴-۵۳۳
کانون کنترل بیرونی و ۲۲۹
معضلات روان‌درمانی ۲۹۴-۲۹۰
ناخودآگاه
ناهنجاری روانی و ۱۶۰-۱۵۵، ۱۷۴-۱۶۵

افسردگی: بعد از رویارویی با اضطراب مرگ ۲۹۴
پژوهش تجربی ۳۷۴-۳۷۲
فروپاشی دفاع نجات‌دهنده‌ی غایی و ۱۹۷-۱۹۴
کانون کنترل بیرونی و ۲۲۹-۲۲۸، ۳۷۲

انشاگری توسط: بیماران ۲۶۰، ۵۴۹
توسط روان‌درمانگران ۵۷۸-۵۷۱

افلاطون ۶۰۵

اگزیستانسیال ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۷، ۶۸، ۷۸، ۸۰، ۸۴، ۹۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۷۳، ۱۸۰، ۲۱۱، ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۱۷، ۲۲۱، ۲۲۵، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۴۲، ۲۴۳، ۲۴۶، ۲۴۷، ۲۴۸، ۲۴۹، ۲۵۲، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۸، ۲۹۳، ۲۹۴، ۲۹۶، ۳۰۱، ۳۰۳، ۳۰۷، ۳۱۱، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۱۹، ۳۴۹، ۳۵۱، ۳۵۹، ۳۷۱، ۳۷۲، ۳۷۵، ۳۷۶، ۳۹۰، ۳۹۱، ۳۹۳، ۳۹۴، ۳۹۵، ۳۹۶، ۳۹۹، ۴۰۰، ۴۰۳، ۴۴۸، ۴۴۹، ۴۵۰، ۴۵۱، ۴۵۲، ۴۵۳، ۴۵۹، ۴۶۰، ۴۶۲، ۴۶۸، ۴۷۱، ۴۸۷، ۴۸۸، ۴۹۳، ۴۹۵، ۴۹۶، ۴۹۷، ۴۹۹، ۵۰۰، ۵۰۱، ۵۰۳، ۵۰۴، ۵۰۵، ۵۰۶، ۵۰۸، ۵۱۳، ۵۱۴، ۵۱۶، ۵۲۱، ۵۲۲، ۵۲۵، ۵۲۹، ۵۳۰، ۵۳۳، ۵۳۶، ۵۳۸، ۵۳۹، ۵۴۷، ۵۵۴، ۵۵۹، ۵۶۶، ۵۶۹، ۵۷۰، ۵۸۴، ۵۸۶، ۶۰۳، ۶۱۲، ۶۲۱، ۶۲۲، ۶۲۳، ۶۲۴، ۶۲۵، ۶۲۹، ۶۳۸، ۶۴۵، ۶۴۹، ۶۶۰، ۶۶۸، ۶۶۹: احساس گناه ۴۵۲-۴۵۱
بحران ۲۹۴، ۲۹۶
تحلیل ۳۷-۳۵، ۶۱۲
تنهایی ۲۵، ۵۴۶-۴۹۳
خلأ ۶۲۲-۶۲۱
روان‌پویه‌شناسی ۲۸-۲۳
روان‌درمانی ۴۲-۳۲
روان‌نژندی ۵۸۴، ۶۲۱، ۶۲۲
رویکرد ۳۲-۲۸
شوک‌درمانی ۲۵۲
فلسفه ۳۵-۳۲

اگزیستانسیالیسم ۳۲، ۴۴، ۳۹۰، ۶۱۳: تعریف ۳۲
مسئولیت در ۳۱۷، ۳۱۱
می ۴۱

ال. اس. دی. ۲۵۲-۲۵۱

الکساندر، اروینگ ۱۳۸

الکساندر، فرانتس ۴۳۴

الکسی‌تایمی ۴۲۸

الکلیسم ۶۸، ۲۲۵، ۲۸۴، ۶۲۱، ۶۲۲، ۶۳۳: آزمون هدف زندگی و ۶۳۳
اضطراب مرگ در ۶۸-۶۷، ۲۸۲، ۲۸۳، ۳۰۲
تنهایی و ۵۴۹
معنی‌درمانی برای ۵۸-۶۵۹

الیزابت فون ر. (تاریخچه) ۱۸، ۱۹، ۴۲، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۶۱، ۲۴۹

الیس، آلبرت ۳۶۰، ۳۷۷

الیوت تی. اس. ۶۲۵

اما (تاریخچه) ۴۷۳-۴۷۲

امرسون، رالف والدو ۲۶۳

امور جنسی: اجبار در ۲۷۸-۲۷۳
احساس گناه و ۳۹۹-۳۹۷
اضطراب مرگ و ۲۱۴-۲۱۲، ۲۴۵
تنهایی و ۵۳۸-۵۳۳
جابه‌جایی مسئولیت در ۳۲۳

خودبرگذرندگی و ۶۰۹
مرگ‌آگاهی کودکان و ۱۳۴-۱۳۳
میان روان‌درمانگران و بیماران ۵۷۷-۵۷۶
اِمی فون ن. (تاریخچه) ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۳
انتخاب (تصمیم) ۴۲۷-۴۲۶، ۴۸۴-۴۴۳
انتقال ۵۶۱، ۵۶۳، ۵۷۴-۵۷۳
به‌مثابه دفاع در برابر اضطراب مرگ ۲۸۰-۲۷۹
سبک شناختی و ۲۲۶-۲۲۵
انجمن امریکایی روانشناسی انسانگرا ۳۸
اندیشیدن به هستی: هایدگر ۵۷
اندیشه‌ی معکوس ۶۵۴-۶۵۲، ۶۵۹
انسان‌انگاری مرگ توسط کودکان ۱۴۷، ۱۴۹، ۱۵۰
انسانگرا ۸-۳۷، ۴۲-۳۹، ۴۵، ۳۹۴، ۵۱۴، ۶۰۵
روانکاوی ۴۲-۴۱
روانشناسی ۴۱-۳۷، ۵۱۴
انکار: آگاهی از مرگ در کودکان ۱۵۵-۱۳۹
بیماران و روان‌درمانگران ۲۹۲-۲۹۰
بیماری مهلک ۱۷۹-۱۷۵
سبک شناختی انکار مرگ ۲۲۵-۲۲۴
خواست ۳۲۷
مرگ ۹۶، ۱۷۰-۱۶۶
مسئولیت ۳۲۵-۳۲۴
اَنگِل، کارول ۱۳۸
انیستیتو روانکاوی وین ۴۱۴
اوا (تاریخچه) ۲۳۴-۲۳۳، ۲۵۵، ۶۰۰-۵۹۹
اوتو، رنک ۴۱۸
اودن، و. ه. ۴۲۰
اودیپ (عقده): رنک درباره‌ی ۴۱۷
اوناموتو، میگل ۳۵
اونگرسما، آرون ۶۱۶
ایسن، هنریک ۱۴۹، ۱۸۸
ایگو ۲۲، ۲۶، ۳۸، ۴۴، ۹۹، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۹، ۱۵۳، ۱۵۶، ۱۸۸، ۲۱۰، ۳۱۴، ۳۲۰، ۳۳۰، ۳۵۰، ۳۵۵، ۳۷۱، ۴۰۸، ۴۰۹، ۴۱۵، ۴۱۶، ۴۱۷، ۴۲۳، ۴۴۲، ۴۸۱، ۵۲۸، ۵۳۱، ۵۳۲، ۵۳۸: رنک ۴۱۷-۴۱۶
فروید درباره‌ی آزادی در ۴۰۹-۴۰۸، ۴۱۵
گم‌گشتگی ۵۳۲
هایدگر ۳۱۴
ابن‌جهانی (معنا) ۵۸۷، ۵۹۱
ابو (تاریخچه) ۵۵۰-۵۴۸

باتیستا، جان ۶۳۵
باخ، کنت ۱۳، ۵۳۱، ۶۶۲
بازبینی فرایند ۳۴۰
بازنشستگی ۴۵، ۶۳، ۹۴، ۲۴۹، ۶۳۰
باس، ملارد ۳۶
باشو ۶۴۴، ۶۴۶
بالندورف، رابرت ۵۵۶
بالی، ج. ۳۶
باندورا، آلبرت ۳۸۲، ۳۸۳
بانی (تاریخچه) ۲۰۲، ۴۵۲-۴۵۱
بناتریس (تاریخچه) ۴۶۲، ۴۶۳، ۴۶۴، ۴۶۵، ۴۶۹
بت (تاریخچه) ۸۱-۸۰، ۹۴
بُت‌واره‌پرستی (فتشیسم) ۵۳۵
بتهوون، لودویگ فون ۶۰۳
بحران میانسالی و مرگ ۲۴۸، ۲۸۱
بداقبالی ۳۸۵-۳۸۴
بدوی: اضطراب ۳۱۵
دفاع‌ها ۱۴۵
برانت، ساندور ۱۲۹
برانت، مایکل ۱۲۹
براون، نورمن اُ. ۷۲، ۱۰۹، ۲۲۰
برن، اریک ۴۴۵
برنارد (تاریخچه) ۳۲۰، ۳۲۱، ۳۲۲
برنان، چارلز (تاریخچه) ۲۱۷
برنتانو ۶۱۵
بروس (تاریخچه) ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۶، ۲۷۷، ۲۷۸، ۳۹۶، ۳۹۷، ۳۹۸، ۳۹۹، ۵۳۷، ۵۳۸، ۵۵۷، ۶۲۹
بروکه، ارنست ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۳
برومبرگ، والتر ۹۱
برونته، امیلی جین ۶۰۳
برونته، آن ۶۰۳
برونته، شارلوت ۶۰۳
برونر، جروم ۱۶۲
برون‌ریزی هیجانی ۹۷، ۴۲۹، ۵۶۱
برونو، جوردانو ۶۴۷
برویر، یوزف ۹۷، ۹۸، ۵۶۱
آنا اُ. ۱۰۲-۱۰۱
بری (تاریخچه) ۵۴۱-۵۳۹
بری، د ۱۵۶

بری، تنا ۱۶۷
بک، آرون ۳۷۳
بکت، ساموئل ۴۴۳
بکر، ارنست ۱۶۶، ۴۱۵، ۶۴۲
اضطراب مرگ ۱۶۶
رنک و ۴۱۵
روان‌نژندی موفقیت ۱۸۹
معنای زندگی ۴۱-۶۴۲
بلوک، جک ۶۱۱
بویر، مارتین ۳۵، ۳۹۰، ۳۹۴، ۴۰۱، ۵۰۶، ۵۰۷، ۵۰۸، ۵۰۹، ۵۱۰، ۵۱۱، ۵۱۲، ۵۱۳، ۵۱۴، ۵۱۶، ۵۱۷، ۵۱۸، ۵۱۹، ۵۲۰، ۵۳۶، ۵۴۱، ۵۶۲، ۵۶۵، ۵۶۷، ۵۶۸، ۵۶۹، ۵۷۰، ۵۷۷، ۶۰۸
خودبَرشوُندگی ۶۰۸
رفتار جنسی تکانه‌ای ۵۳۷-۵۳۶
روابط ۵۱۴-۵۰۶، ۵۲۰-۵۱۷، ۵۴۱، ۵۴۲، ۵۷۱-۵۶۸، ۵۷۷
کافکا ۴۰۱
بودا ۶۶۷
بورگر (بیماری) ۲۰۲، ۴۵۱، ۴۵۲
بوگنتال، جیمز ۱۳، ۳۸، ۴۱، ۷۳، ۲۳۷، ۲۵۲، ۲۹۴، ۳۹۸، ۴۱۲، ۴۴۰، ۴۴۱، ۴۴۴، ۴۴۵، ۴۶۰، ۴۶۱، ۵۰۶
بحران اگزیستانسیال ۲۹۴
تفویض اختیار تصمیم‌گیری به قوانین ۴۶۱-۴۶۰
تنهایی ۵۰۶
دوسوگرایی ۴۴۱-۴۴۰
بولبی، جان ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳
بولر، شارلوت ۳۸، ۴۱، ۴۱، ۳۹۴، ۳۹۴، ۶۱۵
بویتندک، ف. ت. ۳۶
بهداشت روان: احساس گناه اگزیستانسیال ضروری برای ۳۹۴
مسئولیت‌گریزی و ۳۷۴-۳۷۱
بیل (تاریخچه) ۴۶۹، ۴۷۰
بیماران سرطانی ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۲۳۲، ۲۳۴، ۲۳۶، ۲۳۷، ۲۳۹، ۲۵۴، ۲۵۷، ۳۰۰، ۳۸۸، ۳۸۹، ۳۹۰، ۵۹۸
انکار و پذیرش ۱۷۹-۱۷۵
تصمیم‌های اگزیستانسیال ۲۳۵-۲۳۴
تصمیم‌های درمانی ۴۶۸
حساسیت‌زدایی از مرگ در ۳-۳۰۲
روان‌درمانی با ۲۶۹-۲۵۴، ۲۸۳-۲۸۲، ۲۸۸، ۲۹۲-۲۹۱
روان‌نژندی درمان‌شده در ۲۳۴-۲۳۳
رضایت از زندگی ۲۹۶-۲۹۵
فعالیت جنسی در ۲۱۴-۲۱۳، ۵۳۵-۵۳۳
مسئولیت فردی در ۳۹۰-۳۸۶
معنا در زندگی ۶۵۷-۶۵۵
همسران ۲۴۶، ۲۴۴
هویت‌زدایی در ۲۲۹، ۲۳۸
بیماری: نظریه ۳۱، ۳۰
ن.ک.: بیماران سرطانی، بیماری‌های مهلک
بیماری جسمانی ۱۶۰، ۱۹۸، ۳۸۶، ۶۳۴: آزمون هدف زندگی در بیماران با ۶۳۴
ن.ک.: بیماران سرطانی، بیماری‌های مهلک، بیماری
بیماری‌های مهلک
اعتقاد به نجات‌دهنده‌ی غایی در بیماران با ۱۹۶-۱۹۵
انکار ۱۷۹، ۱۷۵
حساسیت‌زدایی از مرگ در بیماران با ۳۰۳-۳۰۲
روان‌درمانی بیماران با ۲۶۹-۲۵۴، ۲۹۲-۲۹۱
کودکان ۲۴۷-۲۴۶
ن.ک.: بیماران سرطانی
بینزونگر، لودویگ ۳۵، ۳۶، ۳۸۱، ۴۹۴، ۶۱۲
بیوه ۹۳، ۵۲۰

پاداش ثانوی ۴۷۴
پارادوکس ۱۸۱، ۳۲۷، ۳۵۳، ۳۵۵، ۴۱۹، ۴۸۷، ۵۱۷، ۶۱۵، ۶۶۵
پارانویا ۴۱۱: اجتناب از مرگ ۲۱۹
تعریف ۴۱۱
جابه‌جایی مسئولیت ۳۲۳
پاسخگویی ۳۹۱
پاسکال، بلز ۵۸۸
پایایی ۴۶
پایداری، برداشت نوزاد از ۱۳۷
پایک، جیمز ۶۲۶
پدران: روان‌نژندی موفقیت و ۱۸۹
ن.ک.: والدین
پرخاشگری: از اَشکال استثنا بودن ۱۸۸
پرلز، فریتس ۴۰، ۴۱، ۳۴۷، ۳۴۸، ۳۴۹، ۳۵۰، ۳۵۱، ۳۵۲، ۳۵۳، ۳۵۴، ۳۵۷، ۴۳۴، ۴۳۵، ۴۳۶، ۴۳۷، ۴۹۵
آگاهی از عواطف ۴۳۷-۴۳۵
گشتالت ۴۹۵
پروست، مارسل ۷۹
پرهیز: از تصمیم‌گیری ۴۶۲-۴۵۲
از رفتار خودمختار ۳۲۷-۳۲۶
بهداشت روان و ۳۷۲-۳۷۱
پزشکان: ارتباط میان بیماران سرطانی و ۳۹۰-۳۸۹
اضطراب در دستیاران ۲۴۸
به‌عنوان نجات‌دهندگان غایی ۱۹۵
ترس از مرگ در ۱۸۸

پژوهش: اضطراب جدایی ۱۵۳
اضطراب مرگ ۹۰-۸۳، ۲۳۹-۲۳۱
برداشت‌های کودکان از مرگ ۱۲۸-۱۲۳، ۱۳۸
بی‌توجهی به مرگ در ۹۲-۹۱
پرهیز از مسئولیت ۳۲۸-۳۱۷
پوچی ۶۳۶-۶۲۹
تجربی ۴۵
جبرگرایی دوسویه ۳۸۳
فقدان در مورد فارغ‌التحصیلان است ۳۶۶
مسئولیت و روان‌درمانی ۳۷۹-۳۷۰
ناهنجاری روانی و اضطراب مرگ ۲۲۹-۲۲۱
پسیکوستز ۴۰، ۲۳۸
پل (تاریخچه) ۳۲۷-۳۲۶
پم (تاریخچه) ۱۷۷-۱۷۶
پوپ، الکساندر ۵۹۰
پوچی ۲۵، ۶۳۶-۵۸۱
در بیمار دچار اجباری‌گری جنسی ۲۷۸-۲۷۷
روان‌درمانی و ۶۶۷-۶۳۷
پولستر، اروینگ ۴۳۷
پولستر، میریام ۴۳۷
پویه‌نگر (رمان‌درمانی) ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۸۵، ۹۱، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۱۰۰، ۱۰۷، ۱۱۰، ۱۱۵، ۱۵۱، ۱۵۴، ۱۶۷، ۱۷۳، ۲۹۱، ۳۵۰، ۵۷۱، ۶۶۷: روان‌درمانی اگزیستانسیال
پیاژه، ژان ۱۲۱، ۱۲۴، ۱۲۷
پیری ۲۵۰-۲۴۸
اضطراب مرگ و ترس‌های پیری ۲۸۴، ۲۸۷
پیشگویی خودبرآورانه ۳۳۳
پیوستگی-جدایی ۵۰۵

ت. آقای (تاریخچه) ۴۰۱، ۴۰۲، ۴۰۳
تاریخ: ایده‌ی هگلی ۳۰۹، ۴۱۱
تازمن، سیمور ۶۳
تام (تاریخچه) ۵۶۰
تامکینز، سیلوان ۴۱۹
تاناتوس ۲۲، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۹، ۱۴۳
(ایزد) ۱۴۳
(غریزه‌ی مرگ) ۱۰۵، ۱۰۶
تانگوس (قیله‌ای در سیبری) ۲۹۲
تبدیلی (هیستری) ۶۸، ۹۸، ۱۰۱، ۱۰۲
تجویز علامت ۳۵۰، ۶۵۹
تحلیل رفتار متقابل ۳۴۰، ۴۴۵، ۴۴۶، ۴۸۱
تصمیم در ۴۴۶-۴۴۵
گروه‌های ۳۴۰
تد (تاریخچه) ۴۵۹-۴۵۸
ترس‌ها: در بیماران سرطانی ۶۶
رنک درباره‌ی ۲۰۷-۲۰۶ از زندگی رنک درباره‌ی
در کودکان ۱۲۴-۱۲۳، ۱۳۱، ۱۵۵-۱۵۲
مرگ ۹۵-۷۱
ن.ک.: اضطراب، اضطراب مرگ
تصمیم (انتخاب) ۴۲۷-۴۲۶، ۴۸۴-۴۴۳
تصمیم‌درمانی ۴۷۴
تصوف ۵۳۲
تصویر ذهنی از بدن: سبک‌شناختی و ۲۲۴
تعارض‌ها: در روان‌پویه‌شناسی اگزیستانسیال ۲۳
در روان‌پویه‌شناسی فرویدی و نئوفرویدی ۲۳
جهان‌شمول ۵۰۵، ۵۲۸، ۵۶۴
تعلل ۱۷۸، ۱۹۸، ۴۴۳، ۴۴۴، ۴۵۳، ۴۵۷، ۴۶۸
تغییر (تحول):
آزادی برای ایجاد ۳۰۹
اراده برای ۴۲۵
احتراز ۴۵۵
بینش و ۴۷۶-۴۷۵
بینش‌های پدیدآورنده‌ی اهرم اراده و ۴۸۰-۴۷۷
تصمیم برای ۴۸۴-۴۸۳
شغل ۲۳۹
نجات‌یافتگان از خودکشی ۶۳-۶۱
رابطه‌ی بیمار-درمانگر به‌عنوان عامل ۴۷۷-۴۷۶، ۵۶۴-۵۶۳، ۵۶۵
رنک ۴۴۱-۴۱۶
رویارویی با مرگ و ۲۳۹-۲۳۲
فابر ۴۲۲-۴۲۰
فرایند گروه‌درمانی و ۳۳۹
مسئولیت، عمل و ۴۰۸-۴۰۵
مسئولیت بیمار برای ۳۳۲-۳۲۸
ناشی از اضطراب مرگ ۷۷-۷۵
ناشی از رویارویی با مرگ ۷۰-۶۳
تفویض اختیار تصمیم‌گیری ۴۶۲-۴۵۶، ۴۶۶-۴۶۵
تکامل، ن.ک.: تکامل فردی ۵۹۰
تکانه‌گری ۴۳۹، ۴۴۰، ۴۴۲، ۴۴۵
تکانه‌ها: کنترل توسط اراده ۴۱۷-۴۱۶
تمرلین، موریس ۳۲۹
تنهایی: اگزیستانسیال ۲۵، ۵۴۶-۴۹۳
بین‌فردی ۴۹۴-۴۹۳
پرهیز ۵۲۶-۵۲۵
در رویارویی با مرگ ۷۰
سام (تاریخچه) ۱۷۲-۱۷۱

تیسون، آلفرد ۶۴۵، ۶۴۶

توابن، مارک ۴۸۹

تولستوی، لئو ۴۲، ۶۰، ۶۱، ۱۷۴، ۱۸۴، ۱۹۱، ۲۳۲، ۲۹۶، ۵۸۲، ۵۸۳، ۶۱۹، ۶۴۰، ۶۴۲، ۶۶۵
استثنا بودن در آثار ۱۷۵-۱۷۴
اعتقاد به نجات‌دهنده‌ی غایی در آثار ۱۹۱
بحران اگزیستانسیال در آثار ۲۹۶
درباره‌ی پوچی ۵۸۳-۵۸۲، ۶۱۹
درباره‌ی معنای زندگی ۶۴۲-۶۴۰، ۶۶۵
رویارویی با مرگ در آثار ۶۱، ۲۳۲
نظام اعتقادی ماریچ صمودی ۱۸۴

تولد: به‌مثابه ضربه‌ی آغازین ۲۰۷، ۵۰۵

تیار دُشاردَن، پی‌یر ۵۹۰

تیتس، و. ۲۱۰

تیلور، اروینگ ۶۰۳

تیلیش، پل ۷۳، ۱۱۶، ۱۶۶، ۲۱۵، ۳۹۲، ۳۹۵، ۳۹۹

تیم (تاریخچه) ۲۱۳، ۲۴۴، ۲۴۵، ۲۴۶

ثبات (اصل) ۴۲۳، ۴۲۹

جابه‌جایی: اضطراب مرگ ۸۳-۷۵
مسئولیت ۳۲۵-۳۲۱

جامعه: ارزش‌های لازم برای ۶۴۰
به‌عنوان مانع خودشکوفایی ۶۰۷

جامعه‌ی دانشگاهی ۴۹-۴۲

جاکوبسن، ر. ا. ۳۷۷

جاودانگی، نمادین ۷۲

جبرگرایی: دوسویه ۳۸۳-۳۸۲، ۴۸۸
رویکرد به گذشته ۴۸۷
فرویدی ۴۰۹-۴۰۸
فلسفه‌ی هلمهولتز ۱۰۹-۱۰۸
محیطی ۳۸۲-۳۷۹

جدایی: مرگ ترجمه‌شده به ۱۵۲-۱۵۱

جدایی-آمیختگی (نوسان) ۲۰۹

جدایی-فردیت‌یابی ۲۱۴

جرج (پرهیز از مسئولیت، تاریخچه) ۳۴۷-۳۴۴، ۴۵۸-۴۵۷

جسور، ریچارد ۳۷۴

جکسون، دان ۳۵۰، ۶۵۹

جونز، ارنست ۱۱۱، ۱۱۳

جونز، مکسول ۳۴۱

جونزتاون (خودکشی‌ها) ۵۰۴، ۵۳۲

جویس، (تاریخچه) ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۹۴

جویس، جیمز ۳۹۸

جهادگری: ۶۲۳، ۶۲۶، ۶۳۴

جیکس، الیوت ۱۴۴، ۲۴۸
بحران میانسالی ۲۸۱

جی لیفتن، رابرت ۷۲

جیمز، ویلیام ۴۱۳، ۴۴۴، ۴۴۵

جین، (تاریخچه) ۱۳۵

چارلز (تاریخچه) ۲۱۷، ۲۵۸، ۲۵۹، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۸۲، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۸۸، ۲۹۳

چاقی ۲۲۵، ۲۸۴

چرخه‌ی زندگی ۹۴، ۲۱۰، ۲۵۳، ۴۷۱، ۵۵۱، ۶۰۹، ۶۱۱

چشم سحابی یا کهکشانی (دیدگاه) ۶۶۱، ۶۶۲، ۶۶۳

حساسیت‌زدایی از مرگ ۳۰۳، ۲۹۹

حسین، عبدل ۶۳

حیوانات خانگی ۱۵۶

خدا: اراده‌ی آزاد و ۴۱۱-۴۱۰
رهایی از تنهایی ۵۵۵
سارتر ۵۹۶-۵۹۵، ۵۹۷
فرانکل و تأمین معنا ۶۴۰، ۶۵۷
معنای کیهانی و ۵۸۸-۵۸۷، ۵۸۹
یزدان‌شناسی کالوینی ۶۴۸-۶۴۷
خطرجویی (جهادگری) ۶۲۳

خشکه‌مقدسی ۴۲۲

خطرجویی

خلاقیت ۶۰۴-۶۰۲
فرانکل و ۶۱۷

خواب: ارتباط با مرگ در کودکان ۱۴۰، ۱۴۳
ن.ک.: رؤیاها

خواستن ۴۹۰-۴۰۵

خودافشاگری ۲۶۰، ۲۸۰، ۳۳۸، ۴۷۸، ۵۶۷، ۵۷۱، ۵۷۲، ۵۷۳، ۵۷۵، ۵۷۶، ۵۷۷: به‌وسیله‌ی بیماران ۲۶۰، ۵۴۹
به‌وسیله‌ی درمانگران ۵۷۸-۵۷۲

خودبیانگری ۶۰۸، ۶۰۹

خودبیمارانگاری ۸۳، ۸۹، ۲۴۸، ۲۷۸: اضطراب مرگ در ۸۳

خودشکوفایی ۲۰، ۳۸، ۴۰، ۳۹۴، ۳۹۵، ۴۰۶، ۵۱۲، ۵۱۶، ۵۵۶، ۵۹۶، ۵۹۷، ۶۰۶، ۶۰۷، ۶۰۸

خودشیفتگی ۱۵۸، ۱۸۵، ۱۸۷، ۵۶۸
خودکشی: اضطراب مرگ و ۱۸۱، ۲۸۳
بتهوون درباره‌ی ۶۰۳
پوچی و ۵۸۱
تنهایی اگزیستانسیال و ۵۲۴
توافق ممانعت‌کننده ۳۵۳
مصاحبه با بازماندگان از ۶۲-۶۱
نیچه درباره‌ی ۴۶۸
خودکمال‌گرایی ۶۰۷-۶۰۶

داستایفسکی، فئودور ۴۲، ۶۱، ۶۰۳
دان، (تاریخچه) ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۶۳
دان، جان ۲۵۰
دانته ۲۸۰
داوینچی، لئوناردو ۶۴۷
درماندگی: افسردگی ۳۷۴-۳۷۲
بیماران سرطانی ۳۹۰-۳۸۸
دریر، ج. ۳۷۶
دریفوس، آن ۲۵۳
دفاع‌ها: اجباری‌گری ۴۴۲
از دست دادن کنترل ۳۲۶-۳۲۵
استثنا بودن به‌مثابه ۱۹۰-۱۷۴
بدوی ۱۴۵
تضعیف‌کننده‌ی تصمیم‌ها ۴۵۰
در برابر آگاهی از مرگ در کودکان ۱۵۵-۱۴۴
در برابر اضطراب مرگ ۸۳-۷۵
در برابر تنهایی ۵۰۷-۵۰۶
در برابر بی‌پایگی ۳۱۶
در برابر مرگ ۱۶۹
در برابر مسئولیت ۳۲۷-۳۱۹
علامت جهان‌شمول ۳۵۵
ناهنجاری روانی به‌مثابه ۱۶۶
نجات‌دهنده‌ی غایی به‌مثابه ۲۰۶-۱۹۰
دگردیسی: اضطراب مرگ ۲۷۱
دلواپسی‌های غایی ۲۵-۲۴
معنای زندگی در ۶۴۴-۶۴۷
دلورس (تاریخچه) ۲۰۳-۲۰۲، ۲۰۴
دوآ، پ. س. ۳۷۴
دورانت، ویل ۶۰۱، ۶۰۲
دوریس (تاریخچه) ۳۳۲، ۳۳۳
دوسوگرایی ۲۱۰، ۲۲۱، ۴۴۰، ۴۴۱
ترتیبی ۴۴۱-۴۴۰
همزمان ۴۴۱-۴۴۰
دوگانگی ۱۰۹، ۶۱۴: در نظریه‌ی فرویدی ۱۰۹
ن.ک.: دیالکتیک
دیالکتیک ۱۷۲، ۱۷۳، ۲۲۲، ۲۲۴، ۲۲۵
در سبک‌های شناختی ۲۲۵-۲۲۴
زندگی-ترس و مرگ-ترس ۲۰۷-۲۰۶
دیکنز، چارلز ۲۳۲
دیگوری، جیمز ۷۳
دیو (تاریخچه) ۵۲۷، ۵۲۸
دیوید (تاریخچه) ۱۲۹

راب (تاریخچه) ۲۱۱، ۵۳۰
رات، مارتین ۸۳
راتر، جوزف ۲۲۶، ۲۲۷
راتمن، دوربن ۷۳
راجرز، کارل ۳۶، ۳۸، ۴۵، ۳۷۷، ۳۹۴، ۴۹۴، ۵۶۸، ۵۷۰
درباره‌ی پژوهش تجربی ۴۵
درباره‌ی تنهایی ۴۹۵-۴۹۴
ویژگی‌های روان‌درمانگران ۵۷۰
راجنیش، بهاک‌وی شری ۶۴۹
راچلین، گرگوری ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۶۳
راسل، برتراند ۵۵۳، ۶۴۲
ران، (تاریخچه) ۲۶۷، ۲۶۸، ۵۴۵، ۵۴۶
رایش، ویلهلم ۴۳۴
راینهارت، کورت ۵۰۱
راینهارت، لوک ۴۵۹
رُب‌گریه، آلن ۶۲۴
رُزن‌تسوایک، اس. ۱۵۶، ۱۵۷
رشد فردی: تنهایی و ۵۵۸-۵۵۷
تنهایی اگزیستانسیال و ۵۰۶-۵۰۴
در آزارطلبان (مازوخیست‌ها) ۲۰۱
در بیماران سرطانی ۶۶-۶۴
مزلو درباره‌ی ۵۱۵-۵۱۴
با رفتار انعطاف‌ناپذیر جلوگیری از ۱۷۳-۱۷۲
رضایت از زندگی ۲۹۹-۲۹۴
رفتار: اقدام به تغییر ۴۰۸-۴۰۷
تکانه‌گری در ۴۳۹
تحت تأثیر آینده ۴۸۵-۴۸۴
تعیین‌کننده‌ها از دید نیچه ۱۱۰
خودمختار، پرهیز از ۳۲۷-۳۲۶
در فرایند گروه‌درمانی ۳۳۹
رابطه با محیط ۳۸۵-۳۷۹
روان‌نژندانه ۲۱۵-۲۱۴

لذت‌گرایانه ۶۰۶-۶۰۵
واکنش به پوچی در ۶۲۲
رفتارگرایی ۳۷، ۳۸
رنک، اوتو ۲۶، ۴۱، ۱۰۵، ۱۱۶، ۱۶۶، ۱۷۳، ۱۸۸، ۱۸۹، ۲۰۷، ۲۱۱، ۲۱۴، ۲۱۵، ۳۹۳، ۴۱۴، ۴۱۵، ۴۱۶، ۴۱۷، ۴۱۸، ۴۱۹، ۴۲۰، ۴۲۵، ۴۳۴، ۴۵۰، ۴۸۷، ۴۸۹، ۵۰۴، ۵۰۵
اصل علیت ۴۸۷
ایدئولوژی فروید ۴۸۹
ترس از مرگ ۱۱۶، ۱۸۸
ترس‌های مرگ و زندگی ۲۰۷-۲۰۶
خواست ۴۲۰-۴۱۴، ۴۲۵، ۴۵۰
درباره‌ی رشد ۵۰۴
درباره‌ی احساس گناه ۳۹۳
درباره‌ی اضطراب زندگی ۱۸۹، ۲۱۱
روان‌نژندان ۱۶۶، ۲۱۵-۲۱۴
ضربه‌ی تولد ۵۰۵
رواقیون ۵۶، ۲۳۶
روان‌پالایی ۹۸، ۴۲۹، ۴۳۰، ۴۳۶: تخلیه‌ی هیجانی از طریق
روان‌پویه‌شناسی ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۸۷، ۹۶، ۱۰۵، ۱۳۷، ۱۴۵، ۱۵۱، ۱۹۸، ۲۰۶، ۲۱۰، ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۲۰
اگزیستانسیال ۲۸-۲۳
فرویدی و نئوفرویدی ۲۳-۲۲
روان‌تنی (بیماری) ۳۸۶، ۴۲۹: جابه‌جایی مسئولیت در ۳۲۳
روان‌تنی (طب) ۳۸۶
الکسی‌تایمی و ۴۲۹-۴۲۸
روان‌درمانگران ۱۹، ۲۰، ۳۰، ۳۴، ۳۶، ۴۸، ۷۰، ۱۳۷، ۲۱۱، ۲۳۷، ۲۳۹، ۲۴۳، ۳۱۷، ۳۶۰، ۳۷۹، ۳۸۱، ۴۰۶، ۴۲۲، ۴۶۵، ۴۸۲، ۴۸۴، ۵۸۴، ۶۰۱: اُبژه‌های دفاع
نجات‌دهنده‌ی غایی ۲۸۴، ۲۸۸، ۲۹۰
اعتقاد به مسئولیت بیمار ۳۳۱-۳۲۸
اعتقادات در زمینه‌ی آزادی و جبرگرایی ۴۱۲-۴۰۹
اعتقادات متناقض درباره‌ی مسئولیت ۳۸۳-۳۷۹
انکار اضطراب مرگ ۹۲-۲۹۱
تسهیل رابطه میان بیماران و ۷۷-۴۷۶
تنهایی و رویارویی میان بیماران و ۵۷۸-۵۵۹
جابه‌جایی مسئولیت از بیماران به ۲۲-۳۲۱، ۳۵-۳۳۴
خواست و ۴۱۳-۴۱۲
راهکارهای در دسترس مواجهه با پوچی ۶۶۷-۶۴۹
سپردن اختیار تصمیم به ۴۵۹-۴۵۶
فرایند گروه و ۳۴۱-۳۳۸
مسئولیت‌پذیری و سبک‌های ۳۵۸-۳۴۲
نظام‌های اعتقادی ۲۷۳-۲۷۲
نوع‌دوستی در ۶۰۱
روان‌درمانی ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۸، ۳۰، ۳۲، ۳۶، ۴۰، ۴۱، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۷۰، ۷۱، ۹۰، ۹۱، ۹۶، ۹۷، ۱۰۷، ۱۰۹، ۱۵۸، ۱۷۲، ۲۱۸، ۲۲۵، ۲۳۱، ۲۳۹، ۲۴۰، ۲۴۱، ۲۵۱، ۲۵۴، ۲۵۶، ۲۵۸، ۲۶۰، ۲۷۱، ۲۸۲، ۲۹۰، ۲۹۷، ۳۰۰، ۳۰۱، ۳۰۳، ۳۰۷، ۳۰۸، ۳۰۹، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۱۷، ۳۲۱، ۳۲۸، ۳۲۹، ۳۳۱، ۳۵۴، ۳۷۰، ۳۷۱، ۳۷۴، ۳۷۶، ۳۷۷، ۳۷۹، ۳۹۰، ۳۹۱، ۳۹۲، ۴۰۵، ۴۰۶، ۴۰۸، ۴۰۹، ۴۱۲، ۴۱۳، ۴۱۴، ۴۱۵، ۴۱۸، ۴۲۲، ۴۲۵، ۴۲۹، ۴۳۰، ۴۳۳، ۴۳۴، ۴۷۴، ۴۸۲، ۴۸۴، ۴۸۵، ۴۹۰، ۴۹۳، ۴۹۴، ۵۲۶، ۵۴۱، ۵۴۷، ۵۵۴، ۵۵۹، ۵۶۰، ۵۶۴، ۵۶۵، ۵۶۶، ۵۶۸، ۵۷۱، ۵۷۳، ۵۸۵، ۶۱۱، ۶۱۲، ۶۱۳، ۶۱۴، ۶۱۵، ۶۱۷، ۶۲۸، ۶۳۷، ۶۴۹، ۶۶۵: بی‌توجهی به
مرگ در ۹۶-۹۰
پرسش معنا در ۵۸۵
پرهیز از مسئولیت در ۳۲۸-۳۱۷
پوچی و ۶۳۶-۶۲۹، ۶۶۷-۶۳۷
تصمیم‌گیری در ۴۷۵-۴۶۲
تصمیم‌گیری و قرارداد در ۴۴۷-۴۴۳
تنهایی اگزیستانسیال و ۵۷۸-۵۴۷
خواست و ۴۲۷-۴۲۴
رویکرد دیالکتیک در ۱۷۴-۱۷۳
رویکردها به خواست در ۴۲۴-۴۱۴
سبک شناختی و ۲۲۶-۲۲۵
شخصیت‌های خودشیفته در ۱۸۷-۱۸۵
فروبستگی هیجانی و ۴۳۹-۴۳۳
فقدان معنا و ۶۲۹-۶۱۸
فرانکل درباره‌ی معنا در ۶۱۸-۶۱۱
گذشته در برابر آینده در ۴۹۰-۴۸۴
مرگ و ۵۶-۵۵ و ۳۰۳-۲۳۱
مسئولیت‌پذیری و ۳۵۸-۳۲۸
روان‌شناسی اجتماعی ۴۵۵، ۴۵۸
روان‌شناسی شخصیت ۳۸-۳۷
روانکاوی ۳۷
جبرگرایی در ۴۰۹-۴۰۸
رنک و ۴۱۴، ۴۱۹-۴۱۸
گذشته در ۴۸۶-۴۸۵، ۴۹۰
طولانی شدن وابستگی بیمار در ۳۴۲
روان‌نژندی ۸۹، ۹۸، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۱۴، ۱۵۹، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۸۹، ۲۳۳، ۳۱۸، ۳۹۴، ۴۲۴، ۴۹۴، ۵۱۴، ۵۶۴، ۵۸۳، ۵۸۴، ۶۲۱، ۶۲۲، ۶۴۳، ۶۵۷: اضطراب مرگ و ۸۸، ۲۸۰
آرزو در ۴۲۴
بهبود در بیماران سرطانی ۲۳۴-۲۳۳
ذهن‌زاد ۶۲۲
رنک و ۴۱۸
فرانکل درباره‌ی پوچی و ۶۲۲-۶۲۱
کمیابی موارد کلاسیک ۳۱۸
موفقیت ۱۸۹

وسواسی ۸۲-۸۱
یکشنبه‌ها ۶۲۱
یونگ درباره‌ی پوچی ۵۸۳
روان‌نژندانه ۷۱، ۹۱، ۱۷۳، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۵۸، ۲۷۰، ۲۹۴، ۳۴۳، ۳۹۰، ۳۹۱، ۴۰۳
روت (تاریخچه) ۱۴۶، ۳۳۵، ۳۳۶، ۳۳۷
روزنبرگ، هنی ۲۸۷
روش‌شناسی ۴۵، ۸۴، ۱۵۰، ۳۶۵، ۴۸۹
آزمون هدف زندگی ۶۳۶-۶۲۹
پژوهش در مسئولیت و روان‌درمانی ۳۷۵-۳۷۴
سوگیری بزرگسالان ۱۴۳،۱۲۳
روشفوکو، فرانسوا ۱۵۵
رویارویی با تنهایی ۳۵۵، ۳۹۶، ۵۰۲، ۵۰۵، ۵۲۷، ۵۴۷، ۵۵۵، ۵۵۶، ۵۵۸، ۵۵۹، ۵۷۵
رؤیاها: اضطراب مرگ در ۹۰-۸۹، ۹۵
افراد متعدد تصویرشده در ۵۴۴
پرلز ۳۵۲-۳۵۰
تنهایی اگزیستانسیال و ۴۹۷-۴۹۶
در بیمار مبتلا به اجبار جنسی ۵۳۸-۳۵۳
یونگ ۶۵۸
رهبر باجذبه ۴۵۶
ریسک‌پذیری (قمار): کیرکگور درباره‌ی ۱۹۲
ریکرافت، چارلز ۴۹۰
ریلکه، راینر ۵۸۹
ریمون، امیل دوبوئا ۱۰۸

زیرتصمیم‌ها ۴۶۹-۴۶۸
زنان: اضطراب مرگ در ۸۵
چرخه‌ی زندگی در ۶۱۱
زوهلکه، تری ۶۵۷
زیلبورگ، گرگوری ۲۷۱

ژانه، ژان ۶۲۵
ژید، آندره ۴۳۲
ژیرودو، ژان ۵۹

ساده‌سازی ۳۵، ۶۱۴، ۶۴۸
سارتر، ژان پل ۳۵، ۴۲، ۲۴۵، ۳۱۱، ۳۱۲، ۳۱۳، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۱۷، ۳۲۷، ۳۶۴، ۳۸۴، ۳۸۹، ۴۲۳، ۴۳۲، ۵۹۱، ۵۹۳، ۵۹۴، ۵۹۶، ۵۹۷، ۵۹۸، ۶۰۶، ۶۴۰، ۶۶۵
درباره‌ی پوچی ۵۹۷-۵۹۱
درباره‌ی خودشکوفایی ۶۰۶
درباره‌ی فقدان عاطفه ۴۳۲
درباره‌ی مسئولیت ۳۱۷-۳۱۱، ۳۲۷، ۳۸۹، ۶۶۵
درباره‌ی واپس‌رانی فرویدی ۴۲۳
ضریب بداقبالی ۳۸۵-۳۸۴
فرانکل درباره‌ی ۶۴۰
سازوکارهای دفاعی ۲۶
تنهایی به‌عنوان ۴۹۴
سازگاری روان‌نژندانه ۲۱۴
سازوکارهای دفاعی ۲۶، ۳۱، ۱۵۹، ۲۱۴، ۲۱۶، ۲۱۹، ۲۲۵، ۳۳۱، ۳۳۲، ۳۷۰، ۴۹۴
سالی، جی. ۱۲۷
سالیوان، هری استک ۲۲، ۲۶، ۲۲۲، ۴۸۱، ۴۹۴
درباره‌ی تنهایی ۴۹۴
فقدان شواهد بالینی برای الگوی ۲۲۲
سام (تاریخچه) ۱۶۸، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۷۳
سانتایانا، جرج ۲۳۷
سایفنوس، پیتر ۴۲۸
سایکوسیبرنتیک ۳۸۳
سبک‌های روان‌درمانگران ۳۵۸-۳۴۲
پژوهش تجربی درباره‌ی ۳۷۹-۳۷۷
سبک‌های فعال درمانی ۳۴۴-۳۴۲، ۳۷۸
پرلز ۳۵۳-۳۴۷
سبک‌های منفعل درمانی ۳۴۴-۳۴۲
کایزر ۳۵۸-۳۵۵
سبک‌های شناختی ۲۲۶-۲۲۲
سرطان، ن.ک.: بیماران سرطانی
سرلز، هرولد ۱۵۸، ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۱۷، ۲۱۸، ۲۱۹، ۲۲۰، ۲۹۶
سروانتس ساودرا، میگوئل ۳۱
بی‌پایگی ۳۱۷-۳۱۵
تصمیم‌گیری ۴۵۰
سکوتین، کارلوس ۵۶۸
سکیم، هرولد ۳۷۳
سل (بیماری) ۱۰۱، ۱۹۸، ۲۲۷
سَل (تاریخچه) ۵۹۸
سلطه‌جویی: در اِست ۳۷۰-۳۶۷
ارتباط معکوس با اضطراب مرگ ۸۵-۸۴
سَلمُن، مدلین ۶۰۰
سلیگمن، مارتین ۳۷۲، ۳۷۳
سلینی، بنونوتو ۶۴۶
سندرم وحشت از زندگی ۲۴۸

سنکا، مارکوس آنایوس ۵۶
سوزان (تاریخچه) ۲۵۶، ۲۵۷
سوزوکی، د .ت. ۶۴۵، ۶۴۶
سوسیا ۳۹۲
سوگ:
مؤلفه‌ها ۲۴۳-۲۴۲
والدین برای فرزندان ۲۴۷-۲۴۶
سوگیری ۱۲۱، ۱۲۳، ۱۴۳: در مطالعه‌ی درک کودکان از مرگ ۱۲۳، ۱۴۳
ن.ک.: روش‌شناسی
سیاتد [SYATD] (برنامه‌ی «تغییر نگرش نسبت به مرگ») ۳۰۲
سیسرو، مارکوس تولیوس ۵۶
سیگار کشیدن ۴۵۲، ۵۲۶
سیلویا (تاریخچه) ۲۶۲، ۲۶۷، ۲۸۲، ۲۸۳، ۲۸۵، ۲۸۶، ۲۸۷، ۲۸۸، ۲۹۰، ۲۹۳
سیمونتون، اُ. کارل ۳۸۷، ۳۸۸
سیتیا (تاریخچه) ۳۳۷

شارپ، آلن ۷۹
شریی، لیندا ۵۵۷
شغل، تغییر در نیمه‌ی زندگی ۲۴۹
شوها (راه‌های چاره) ۴۴۴، ۴۵۳، ۴۶۶
احتراز از چشم‌پوشی ۴۵۵- ۴۵۴
در تصمیم‌ها ۴۴۹-۴۴۸
شلر، ماکس ۱۳۰
شمن ۲۹۲
شوپنهاور، آرتور ۱۱۵، ۴۱۰، ۶۴۲، ۶۶۰، ۶۶۱
شوک‌درمانی ۲۳۲، ۲۳۲، ۲۵۲
شیستوزومیازیس ۴۸۰
شیلدر، پل ۹۱، ۱۲۵

ضربه‌ی روانی: در بیماران فروید ۱۰۰-۹۸
در کودکان، مرگ و ۱۵۷-۱۵۶
ضریب بداقبالی ۳۸۴، ۳۸۵، ۳۸۶، ۳۸۸، ۴۸۸

عشق: به‌مثابه منش ۵۲۷
در روابط بیمار-درمانگر ۵۶۷، ۵۶۸، ۵۷۶
عاری از نیاز ۵۲۱-۵۰۸
علامت: اضطراب مرگ به‌مثابه ۲۹۰-۲۸۲
جهان‌شمول ۳۵۵، ۵۶۴
علیت غایت‌شناسانه ۶۰۶
علیتی (نظام سببیت) ۳۰۹
فرویدی ۴۸۷
گذشته در ۴۸۵
عمل: تصمیم‌گیری ۴۴۳
مسئولیت، اراده و ۴۱۴-۴۰۵
ارزش‌ها به‌عنوان طرح کلی برای ۶۴۱
آرزو و انتخاب در ۴۲۷-۴۲۶
عورت‌نمایی ۴۱۱
عیسی (مسیح) ۱۴۳، ۶۰۶، ۶۴۷

فاربر، لزلی ۴۱۰، ۴۱۴، ۴۲۰، ۴۲۱، ۴۲۲، ۴۲۵، ۴۴۴، ۴۴۶، ۴۶۷، ۴۷۰
فارز، ای. جری ۲۲۶
فاولز، جان ۲۵۸
فایفل، هرمان ۸۷، ۱۸۸
فراخوان (تمرین) ۸۳، ۲۵۲
فراست، رابرت ۱۷۹، ۵۰۱
فراموشی هستی ۵۷، ۵۸: هایدگر درباره‌ی ۵۸-۵۷
فران (تاریخچه) ۲۳۵
فرانک، جروم ۱۳، ۴۸۰
فرانکل، ویکتور ۳۶، ۳۷، ۴۳، ۱۴۵، ۳۵۰، ۳۸۹، ۴۷۱، ۵۱۱، ۵۲۱، ۵۸۳، ۵۸۴، ۵۸۵، ۵۸۸، ۶۰۸، ۶۰۹، ۶۱۱، ۶۱۲، ۶۱۳، ۶۱۴، ۶۱۵، ۶۱۶، ۶۱۷، ۶۱۸، ۶۲۰، ۶۲۱، ۶۲۲، ۶۲۹، ۶۳۹، ۶۴۰، ۶۴۲، ۶۴۳، ۶۴۹، ۶۵۱، ۶۵۲، ۶۵۳، ۶۵۴، ۶۵۵، ۶۵۶، ۶۵۸، ۶۶۴
از خود برگذشتن ۶۰۹-۶۰۸
اندیشه‌ی معکوس ۶۵۳-۶۵۱
پوچی و روان‌نژندی ۵۸۴-۵۸۳، ۶۲۲-۶۲۱
قصد متضاد ۳۵۰-۳۴۹
لوگوتراپی ۶۵۹
معنای کیهانی ۵۸۸
نجات‌یافتگان از اردوگاه‌های کار اجباری ۵۸۶-۵۸۵
واقعیت گذشته ۶۴۲
فردیت‌یابی: بیماران سرطانی ۱۷۰-۱۶۸
قهرمانی‌گری ۱۸۱-۱۸۰
ن.ک.: دفاع استثنا بودن
فرمن، ارما ۱۲۶، ۱۳۴
فرنتسی، ساندور ۱۶۲، ۴۳۴، ۵۷۳
فرویستگی فکری: اضطراب مرگ ۲۹۱
فروم، اریش ۲۳، ۴۱، ۱۱۶، ۱۷۳، ۱۸۵، ۱۹۰، ۲۲۲، ۳۱۶، ۳۷۰، ۳۹۴، ۴۹۹، ۵۰۵، ۵۱۶، ۵۱۷، ۵۱۸، ۵۱۹، ۵۲۰، ۵۳۳، ۵۴۱، ۵۵۵، ۵۶۶، ۵۶۸

آزارگری و آزارطلبی (سادیسم و مازوخیسم) ۵۳۳
تنهایی ۴۹۴، ۴۹۹، ۵۰۵
جاه‌طلبی ۶۴۴
دفاع نجات‌دهنده‌ی غایی ۱۹۰
شخصیت خودشیفته ۱۸۵
عشق عاری از نیاز ۵۲۱-۵۱۶، ۵۴۱، ۵۶۶، ۵۶۸
فقدان شواهد تجربی برای الگوی ۲۲۲
گریز از آزادی ۳۷۰، ۴۵۶
ظالمان ۳۱۶
فروید، آنا ۲۶، ۱۳۴، ۱۵۳، ۵۷۴
آگاهی کودکان از مرگ ۱۳۴
انتقال ۵۷۴
فروید، زیگموند ۶۰۳
آرزو ۴۲۳
احساس گناه ۳۹۰
اضطراب ۷۴
الیزابت فون ر. ۱۷۳
انتقال ۵۷۳
بافت اجتماعی ۳۱۸-۳۱۷
برداشت کودکان از مرگ ۱۲۳
بی‌طرفی در روان‌درمانگران ۵۷۲
بیماری مربوط به استرس ۳۸۶
بینزونگر درباره‌ی ۳۸۲-۳۸۱
بینش ۴۷۵
پوچی ۶۲۱
تحلیل اگزیستانسیال در برابر ۳۶-۳۵
جبرگرایی ۴۰۹-۴۰۸
حذف اضطراب مرگ از گزارش‌های بالینی ۹۱
خیال‌پردازی‌ها و آرزوها ۴۳۹
درباره‌ی ادبیات ۴۲
روانکاوی انسانگرا در برابر ۴۱
روان‌نژندی موفقیت ۱۸۹
رؤیا دیدن ۳۵۱-۳۵۰
رویکرد گذشته‌گرا ۴۹۰-۴۸۶
سائق‌های ناخودآگاه مرگ ۱۳۳
ساختار شخصیت و ۴۴۵
شکاف میان کودک و بزرگسال ۱۱۸
ضربه‌ی روانی در ابتدای زندگی ۱۵۶
فرانکل درباره‌ی ۶۱۴، ۶۱۵
فروبستگی ۲۹۱
فقدان بحث درباره‌ی رویارویی بیمار-درمانگر ۵۶۱
فقدان شواهد تجربی برای الگوی ۲۲۲
مدل پویه‌نگر مورد استفاده‌ی ۲۱، ۲۲، ۲۶
مرگ ۵۹، ۷۲
نمادها ۵۳۳
هیستری ۴۲۹
فریدمن، د. ب. ۸۲
فلسفه‌ی اگزیستانسیالیسم ۳۵-۳۲
فلیس، ویلهلم ۱۱۴
فنیکل، اتو ۱۰۵، ۲۱۳
فیشر، کنت ۵۶۶
فیلیپ (تاریخچه) ۲۹۶، ۲۹۷، ۲۹۸، ۲۹۹

قرارداد (رویکرد) ۳۴۴-۳۴۳
تصمیم و ۴۴۷-۴۴۳
قدرت اراده ۴۱۳، ۴۲۶-۴۲۵
قصد متضاد ۳۵۰، ۶۵۹
قهرمانی‌گری اجباری ۱۸۱-۱۸۰

کابوس‌ها: تنهایی اگزیستانسیال و ۴۹۷-۴۹۶
مرگ ۸۹
کاترینا (تاریخچه) ۱۰۰
کار: تأمین نشدن معنا با ۶۲۰-۶۱۹
دیدگاه مسیحیان نخستین درباره‌ی ۶۴۶
کار بالینی (ن.ک.: روان‌درمانی) ۳۱، ۳۴، ۴۵، ۴۸، ۹۱، ۱۷۳، ۱۹۱، ۲۰۶، ۲۱۲، ۲۳۷، ۳۲۳، ۴۰۸، ۴۱۳، ۴۱۴، ۴۲۴، ۴۹۵، ۵۳۹، ۵۸۴، ۵۸۵، ۶۰۱، ۶۱۳، ۶۲۰
کارل (تاریخچه) ۵۴۵
کارن (تاریخچه) ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۰، ۲۰۸، ۲۵۴، ۲۵۵، ۲۵۶
کاروزو، گ. ۳۶
کارول، لوئیس ۱۳۸، ۵۲۳
کازانتزاکیس، نیکوس ۱۸۰، ۲۳۴
کافکا، فرانتس ۴۲، ۲۷۶، ۳۹۷، ۳۹۹، ۴۰۱، ۴۰۲، ۶۰۳
احساس گناه اگزیستانسیال ۴۰۳-۳۹۹
کالوین، جان ۶۴۶، ۶۴۸
کالیفرنیا ۷۶، ۸۴، ۳۰۸، ۳۱۸، ۳۳۰، ۳۶۱، ۶۱۱
کامو، آلبر ۳۵، ۴۲، ۴۳۲، ۴۴۲، ۵۰۰، ۵۴۲، ۵۵۵، ۵۸۳، ۵۹۱، ۵۹۲، ۵۹۳، ۵۹۷، ۵۹۸، ۶۵۸، ۶۶۵
جبرگرایی ۴۴۲
تنهایی ۵۰۱-۵۰۰، ۵۵۵
پوچی ۵۸۳، ۵۹۳-۵۹۱، ۵۹۷، ۶۶۵
کانت، امانوئل ۳۱۴، ۴۱۰، ۴۲۶، ۵۹۱
کایزر، هلموت ۴۱، ۱۱۶، ۳۵۴، ۳۵۵، ۳۵۶، ۳۵۷، ۴۶۸، ۵۰۵، ۵۲۸، ۵۲۹، ۵۳۱، ۵۶۴، ۵۶۵
آمیختگی ۵۳۲-۵۲۸
ارتباطات بیمار-درمانگر ۵۶۵-۵۶۴
تعارض جهان‌شمول ۵۰۵
مسئولیت‌پذیری ۳۵۸-۳۵۴

بیتی (ناریخچه) ۶۷
بیرال، و. ۸۳
بیرامبو، جیمز ۶۲۹، ۶۵۹
بیستنبام، رابرت ۷۴، ۸۴، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰
برداشت کودکان از مرگ ۱۲۹، ۱۳۰
بیلاریسا (ناریخچه) ۳۲۴، ۳۲۵
بیلاکهلم، فلورانس ۱۸۲
بیلاکهلم، کلاید ۶۴۱
بیلاین، دیوید ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۳۳، ۱۵۳، ۳۷۳
بیلاین، ملانی ۱۰۴، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۳۳، ۱۵۳، ۳۷۳
برداشت کودکان از مرگ ۱۳۴-۱۳۳
بیلی، جرج ۳۷
بیمال (فلسفه‌ی ارسطو) ۳۹۴
بیمپس تامس آ ۶۰۶
بین (ناریخچه) ۵۴۳، ۵۴۴
بیندی، جان اف. مرگ ۱۲۴
بیتراد، جوزف ۵۵۳
بیترل: نوعی استثنا بودن ۱۸۸-۱۸۷
کانون ۲۲۹-۲۲۶، ۳۷۴-۳۷۱، ۳۷۸-۳۷۷
بویلرواس، الیزابت ۶۶، ۱۶۱، ۱۹۶، ۲۵۳
بوچر، جی. ۱۵۰
بودکان:
رنگ درباره‌ی احساس گناه در ۴۵۰
روان‌پویه‌شناسی فرویدی و نئوفرویدی ۲۳-۲۲
مفهوم مرگ برای ۱۶۳-۱۱۷، ۳۰۲-۳۰۱
مرگ ۲۴۷-۲۴۶
موانع در برابر اراده در ۴۶۶
نوسان میان جدایی-آمیختگی ۲۱۰-۲۰۹
نیاز به عشق در ۵۱۸-۵۱۷
بورون، ژاک ۷۴
بوستان، جان ۸۲
بوستنبام، پیتر ۶۵۸، ۶۵۹
بوفکا، کورت ۶۳۸
بوکائین ۱۱۳، ۱۱۴
بولر، کارل ۱۱۳، ۱۱۳، ۶۳۸
بولر، ولفگانگ ۶۳۸
بون، رولانت ۳۶
بهکشانی (دیدگاه) ۶۶۰، ۶۶۳، ۶۶۴
بینس، جان ۶۰۳
بیرکگور، سورن ۳۳، ۳۴، ۷۳، ۷۴، ۱۶۶، ۱۹۲، ۲۱۴، ۲۳۵، ۲۴۱، ۳۹۱، ۳۹۲، ۴۰۳، ۵۰۳، ۵۲۲، ۵۳۱، ۵۳۶
احساس گناه ۲۱۵-۲۱۴، ۳۹۱
اضطراب سازنده ۲۴۱
ترس و دلهره ۷۴
توصیف اجباری‌گری جنسی ۵۳۶
ریسک‌پذیری (قمار) ۱۹۲
نومیدی ۵۲۲، ۵۳۱
هیجی ۵۰۳
بیتز، جان مینارد ۱۸۴
بیهانی: معنا ۵۹۰-۵۸۷
منظر ۶۶۱

بارتنر، جان ۴۴۸
بارتنر، ریچارد ۲۴۶
بارتنر، ژیل ۶۲۱
بارفیلد، چارلز ۶۳۲
بافمن، اروینگ ۴۸۹
بالیله ۶۰۳
بیاتل، وی. ای. ۳۶
بج ۴۸۷
بج، ورا ۳۳۹
بذشته: در روان‌درمانی ۴۹۰-۴۸۴
فرانکل درباره‌ی واقعیتِ ۶۴۳
براس، گونتر ۱۹۳
بروه‌درمانی: آشکارسازی در ۵۴۹
ارزش خلاصه‌ی جلسه ۴۸۴، ۵۲۷
اضطراب مرگ و ۲۸۴-۲۸۲
انکار مسئولیت در ۳۲۵-۳۲۴
بیماران مبتلا به بیماری مهلک ۲۶۹-۲۵۴
پژوهش تجربی در زمینه‌ی مسئولیت و ۳۷۵-۳۷۴، ۳۷۹-۳۷۷
شخصیت‌های خودشیفته در ۱۸۵، ۱۸۶
مسئولیت‌پذیری در ۳۴۲-۳۳۷
معاشرت بین اعضا ۵۴۶-۵۴۵
بروه‌های رویاروی ۲۵۲، ۴۸۱
فرانکل در ۵۱۲-۵۱۱
مطالعات تجربی ۳۷۹-۳۷۸
برین‌برگر، الن ۲۱۳
برینزپن، الن ۵۳۴
برینسون، رالف ۱۰۵، ۵۷۴
برین‌والد، اچ. ۴۶۸، ۴۷۳، ۴۷۴
بزارش‌های بالینی: حذف اضطراب مرگ از ۹۲-۹۱

گستگی ۴۹۴
گشتالت‌درمانی ۴۰، ۳۴۷، ۳۶۱، ۴۳۰، ۴۳۴، ۴۳۶
فروبستگی هیجانی ۴۳۳، ۴۳۴
گلدشتاین، کورت ۳۸
گمگشتگی ۱۷۶، ۵۳۲، ۵۴۹، ۵۵۴
گیاه‌واری ۶۲۳، ۶۲۴، ۶۲۵
گیل‌گمش (حماسه‌ی بابلی) ۹۳
گیلیس، جان ۳۷۴

لاپلاس، پی‌یر ۴۱۱
لاپوز، رما ۱۲۳
لازاروس، آرنولد ۳۶۰
لازاروس، هربرت ۸۲
لذت‌گرایی ۶۰۶-۶۰۵، ۶۰۸
پارادوکس ۶۱۵، ۶۶۵
لسر، لوئیس ۱۶۷
لشلی، کارل ۴۸
لکنت ۳۴۹، ۶۵۹
لنا (تاریخچه) ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۴، ۲۰۸، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۷، ۵۲۸
لندزبرگ، پل ۲۴۳
لوکرتیوس ۷۷
لوکورگوس ۲۵۱
لیرمن، مورتون ۳۷۶
لیبدو (نظریه) ۱۰۲، ۱۰۹، ۱۱۵، ۱۱۶، ۳۱۸، ۳۲۳
لیفتون، رابرت جی ۱۰۲، ۱۶۶
درباره‌ی اضطراب مرگ ۱۶۶
لینکلن، آبراهام ۳۸۵

مادران: اسکیزوفرنیک‌ها ۲۲۱
به‌عنوان نجات‌دهندگان نهایی ۲۰۵
دلبستگی به، به‌عنوان سازوکار دفاعی ۱۶۷
مرگ ۲۸۸-۲۸۵
نک.: والدین
مادی، سالواتوره ۵۸۴، ۶۲۰، ۶۲۳، ۶۲۴، ۶۲۵، ۶۳۴
مازوخیسم ۱۹۷، ۵۱۷
مارتا (تاریخچه) ۲۰۵-۲۰۳
ماری، هنری ۳۷
ماسرمن، ژول ۱۴۵، ۱۹۰
مالر، مارگارت ۲۱۴
مالرو، آندره ۳۰
مامفورد، لوئیس ۳۸
مان، توماس ۲۴، ۵۳۴، ۵۸۹، ۵۹۰، ۵۹۰، ۵۹۲، ۵۹۷، ۵۹۷، ۶۶۱
مانک، مری ۱۲۳
مانیلیوس، گایوس ۵۶
ماهولیک، لئونارد ۶۳۹
مایر، آدولف ۵۵
مایسنر، و. و. ۸۸
مایک (تاریخچه) ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۲، ۱۷۳
مایمونیدس، موسی ۵۸۸
مایلز، کلاوس ۸۸
مبدل‌پوشی (ترانس‌وستیزم) ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۲، ۵۲۹، ۵۳۰
مجله‌ی روانشناسی انسان‌گرا ۳۸، ۴۵
مذهب: اضطراب مرگ و ۲۸۷
خودکمال‌گرایی ۶۰۶
تنهایی و ۵۵۵
دفاع‌ها در برابر آگاهی از مرگ در ۱۴۵، ۱۶۱
سپردن تصمیم‌گیری در ۴۶۰
فراهم‌سازی معنا به‌وسیله‌ی ۶۱۸
معنای کیهانی در ۵۸۸-۵۸۷، ۵۸۹
نوع‌دوستی در ۶۰۱
محیط: استقلال از ۲۳۶-۲۳۲
وابستگی به ۲۲۶-۲۲۲
محیط بیرونی: مسئولیت در تضاد با ۳۸۵-۳۷۹
مراقبه ۲۵۲، ۲۵۶، ۳۰۰، ۳۸۶، ۴۳۳، ۵۰۳، ۵۲۵، ۵۵۸، ۶۳۲
مزلو، آبراهام ۳۶، ۳۸، ۴۱، ۱۸۹، ۳۹۴، ۳۹۵، ۴۹۴، ۵۱۴، ۵۱۵، ۵۱۶، ۵۱۷، ۵۲۰، ۵۶۶، ۵۶۸، ۶۰۷، ۶۰۹
تنهایی ۴۹۴
خودشکوفایی ۳۹۵، ۶۰۷، ۶۰۹
عشق عاری از نیاز ۵۱۶-۵۱۴، ۵۲۰، ۵۶۶، ۵۶۸
مستعد به حادثه ۳۸۶
مسخ شخصیت (ستدرم): اضطراب مرگ در ۸۳
مرگ ۲۴، ۵۴-۵۳
اضطراب و ۱۱۶-۵۵
برداشت کودکان از ۱۶۳-۱۱۷
تصمیم‌ها و رویارویی‌ها با ۴۷۲-۴۷۱
تنهایی اگزیستانسیال و ۴۹۹-۴۹۷
روان‌درمانی و ۳۰۳-۲۳۱
معنا در زندگی و ۶۴۱
ناهنجاری روانی و ۲۲۹-۱۶۵
مرگ‌آگاهی ۲۶۹-۲۳۹

مسئولیت: احساس گناه اگزیستانسیال ۴۰۳-۳۹۰
اگزیستانسیال ۳۱۷-۳۱۱
پرهیز از ۳۲۷-۳۱۷
پذیرش تصمیم‌ها در ۴۶۸
خواستن، عمل و ۴۱۴-۴۰۵
در آزمون هدف زندگی ۶۳۲
در اجرای تصمیم‌ها ۴۵۷
در قبال علائم ۶۵۸
روان‌درمانی و پژوهش درباره‌ی ۳۷۹-۳۷۰
روان‌درمانی و پذیرش ۳۵۸-۳۲۸
رویکرد روان‌درمانی اگزیستانسیال به ۴۸۸
سپردن ۴۵۹-۴۵۷
محدودیت‌ها ۳۹۰-۳۷۹
معتادان به کار ۱۸۵-۱۸۱
فقدان رضایت از زندگی در ۲۹۹-۲۹۶
معنا: این‌جهانی ۵۸۷، ۵۹۰
برنامه‌ریزی‌شده ۶۶۰-۶۵۹
پرسش روان‌درمانگرانه ۶۴۹-۶۳۸
تعهد ۶۶۷-۶۶۰
دریافت ۶۵۹-۶۵۴
روان‌درمانی و فقدان ۶۲۹-۶۱۸
زندگی ۶۱۸-۵۸۶
کیهانی ۵۹۰-۵۸۷
معضل ۵۸۶-۵۸۵
معنی‌درمانی (لوگوتراپی) ۶۱۲، ۶۱۵، ۶۵۹
مقاومت: به روان‌درمانی ۴۲۵
در روانکاوی فرویدی ۴۱۸، ۴۱۹
مک‌الوین هون، پاتریشیا ۲۱۲
مکبتایر، ماتیلدا ۱۳۸
ملال (دیس‌فوری): بی‌اختیاری (اجبار) جنسی ۳۲۱-۳۲۰
پس از رویارویی با اضطراب مرگ ۲۹۴، ۲۹۵
توضیح برای ۴۸۰
منافع: در تصمیم‌گیری‌ها ۴۷۴-۴۷۳
مناکر، استر ۴۵۱
منش‌ها: عشق به‌مثابه ۵۱۹، ۵۲۷
منظر کیهانی یا جهانی ۶۶۱
مورر، آدا ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۵۱، ۱۵۸
مورفی، گاردنر ۱۳، ۳۷، ۲۴۶، ۳۹۴، ۴۴۸، ۶۲۱
مورنو، یولیوس ۴۳۴
موستاکاس، کلارک ۵۵۵
موقعیت مرزی: مرگ ۲۶۹-۲۳۱
تصمیم ۴۵۰-۴۴۹
مونتنی، میشل ایکوئم ۵۶، ۵۹، ۲۵۱، ۳۰۰
مهندس (مشتری) ۵۴۰-۵۳۹
می، رونو ۳۶، ۳۷، ۴۰، ۴۱، ۶۶، ۶۷، ۱۱۶، ۳۵۹، ۳۶۳، ۳۹۵، ۴۰۸، ۴۰۹، ۴۱۴، ۴۲۰، ۴۲۳، ۴۲۴، ۴۲۷، ۴۹۰، ۴۹۵، ۴۹۴، ۵۷۶
اراده ۴۱۴، ۴۲۴-۴۲۳
بینش ۴۷۵
ترس کودکان ۱۵۳-۱۵۲
تعریف اگزیستانسیالیسم ۴۴
تنهایی ۴۹۵-۴۹۴
درباره‌ی اضطراب ۷۴
رفتار کام‌برآورانه ۴۴۰
روابط بیمار-درمانگر ۵۷۶
ساده‌اندیشی سخت‌گیرانه ۴۷
فروید ۴۰۸، ۴۰۹
میبل (تاریخچه) ۴۴۱
میزر، میلتون ۳۴۲، ۳۴۳
میل، جان استوارت ۶۰۵
میلر، ویلیام ۳۷۳
مینکوفسکی، یوجین ۳۶

ناخودآگاه: تصمیم‌ها و ۴۶۷
فروید درباره‌ی ۱۱۵-۱۱۴
نادی، ماریا ۱۲۵، ۱۴۰، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۵۰
ناگل، تامس ۶۶۱
ناهمخوانی شناختی ۳۶۶، ۴۵۵، ۴۶۵
ناهمخوانی (نظریه) ۴۵۵
ناهنجاری روانی: اضطراب مرگ و ۹۰-۸۶، ۱۶۰-۱۵۵
بین‌فردی ۵۰۸
تجربیات جهان‌شمول در ۳۰-۲۹
تنهایی و ۴۹۵-۴۹۴، ۵۴۶-۵۲۱
خواست در ۴۲۴-۴۲۳
مدل پویه‌شناختی اگزیستانسیال ۲۶، ۳۱-۳۰، ۶۶۸
مرگ و ۲۲۹-۱۶۵
مرگ و اضطراب در ۷۱
همراهی حس فقدان معنا در زندگی با ۶۳۵، ۶۳۶
هورنای درباره‌ی ۳۹۵-۳۹۴
نجات‌دهنده‌ی غایی (دفاع) ۲۰۶-۱۹۰، ۲۲۲-۲۲۱
آمیختگی در ۵۳۱-۵۳۰
ترکیب با دفاع استثنا بودن ۲۰۸-۲۰۶
تضعیف تصمیم‌گیری ۴۵۰
در روان‌درمانی ۲۶۸-۲۶۷
در کارن (تاریخچه) ۲۵۵
رابطه‌ی بیمار-روان‌درمانگر و ۵۶۶
روان‌درمانگران به‌عنوان اُبژه‌ی ۲۸۴، ۲۹۰-۲۸۸

رهایی از (از طریق مسئولیت‌پذیری) ۳۲۷
سبک شناختی وابسته‌به‌محیط و ۳۲۴
کانون کنترل بیرونی و ۳۲۹-۳۲۸
نجات‌یافتگان از اردوگاه‌های کار اجباری ۵۸۶-۵۸۵، ۶۱۳، ۶۱۷، ۶۱۸
نسخه‌ی زندگی ۴۴۶
نمادها: در نظریه‌ی فرویدی ۵۳۳
نویرگر، ریچارد ۶۴
نوجوانی: مرگ‌آگاهی در ۱۳۹-۱۳۸
نوع‌دوستی ۶۰۱-۵۹۸
خلاقیت و ۶۰۴
مراحل زندگی و ۶۱۱
نوپس، راسل ۶۲، ۶۲
نهفتگی (دوره‌ی پیش از نوجوانی): مرگ‌آگاهی ۱۳۹-۱۳۸
نیچه، فریدریش ۱۱۰، ۱۱۵، ۲۳۶، ۲۹۵، ۴۱۰، ۴۶۸، ۵۰۳، ۶۰۳، ۶۱۸
درباره‌ی خواستن ۴۱۰
درباره‌ی خودکشی ۴۶۸
درباره‌ی مرگ ۲۹۶-۲۹۵
عوامل تعیین‌کننده‌ی رفتار ۱۱۰
نیزیت، ریچارد ۴۸۳
نیوتن، آیزاک ۴۱۱
نیومن، مارتا ۱۵۹
نئوفرویدی (روان‌پویه‌شناسی) ۲۳-۲۲

واپس‌رانی: احساس گناه ناشی از ۲۱۵-۲۱۴
اضطراب مرگ ۲۷۳-۲۷۰
در نظریه‌ی فروید ۱۰۹
سارتر درباره‌ی واپس‌رانی فرویدی ۴۲۳
می درباره‌ی ۳۹۳
واتس، الن ۶۱۵
واتسلاویک، پل ۶۵۹
واتکینز، جان ۶۵۷
واکنش سالگرد ۱۵۹
واکنش‌ها به اضطراب ۷۱
وال، چارلز ۱۵۵، ۱۵۵، ۱۸۱، ۲۱۷، ۲۳۲، ۲۵۸، ۲۵۹، ۲۶۰، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۵، ۲۶۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۸۲، ۲۸۳، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۸۸، ۲۹۳، ۴۹۰، ۵۲۷، ۵۲۸، ۶۳۲
والتر (دوست کایزر) ۳۵۴، ۳۵۵
والدر، رابرت ۱۰۵
والدین: ایجاد احساس گناه و ۴۵۰-۴۵۰
تأثیر مرگ کودکان بر ۲۴۷-۲۴۶
خاطرات بازسازی‌شده‌ی ۴۸۹
مرگ ۱۶۰-۱۵۷، ۲۴۳، ۲۸۸-۲۸۵
نوسان جدایی-آمیختگی و ۲۱۰-۲۰۹
ن.ک.: پدران، مادران
وان‌گوگ، ونسان ۶۰۳
وانهادگی: فروید ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۳
وایان، ژرژ ۶۱۰
وایت، رابرت ۱۳۷، ۱۳۷، ۴۶۷، ۴۶۷
وایت‌هد، آلفرد نورث ۵۵۵
وایلدر، نورنتون ۴۲
وجوه هستی: هایدگر ۵۷
وحشت شبانه: در کودکان ۱۳۶
ورتهایمر، ماکس ۶۳۸
وست، الن (تاریخچه) ۴۹۴
وکسلر، دیوید ۱۲۵
وکسلر، میلتون ۵۷۴
ولان، و. م. ۲۵۳، ۲۵۳
وُلف، تامس ۴۹۷
وُلمن، بنجامین ۵۸۴، ۶۲۰
وولف، ویرجینیا ۶۰۳
ویتکین، هرمان ۲۲۲، ۲۲۳
ویتگنشتاین، لودویگ ۶۶۵
ویل، اوتو ۳۰۸، ۳۳۰، ۵۵۶
ویلسن، ک. گ. ۳۷۸
ویلسون، تیم ۲۱۳، ۲۴۴، ۲۴۵، ۲۴۶، ۴۸۳
ویلیس، آلن ۴۰۶، ۴۰۷، ۴۱۰، ۴۱۹، ۴۴۸
درباره‌ی تصمیم‌گیری‌ها ۴۴۹-۴۴۸
درباره‌ی روانکاوی ۴۱۹
وینی‌کات، د. و. ۱۵۳

هایز، تامس ۴۰۹، ۴۱۰، ۶۲۰
هایز، نیکلاس ۵۸۴
هابسن، رابرت ۵۵۵
هاتورن (اثرات) ۳۷۴
هاردی، تامس ۳۲
هاروی (تاریخچه) ۶۲۶، ۶۲۷، ۶۲۸
هاکسلی، آلدس ۳۸
هال (تاریخچه) ۱۸۶، ۴۴۱

هان، نورما ۶۱۱
هانس کوچولو (تاریخچه) ۱۰۲
هایدگر، مارتین ۳۴، ۴۴، ۵۷، ۵۸، ۷۳، ۷۷، ۱۹۵، ۲۳۵، ۲۴۲، ۲۴۷، ۳۱۴، ۳۱۷، ۳۹۱، ۳۹۵، ۴۴۱، ۴۴۸، ۴۵۰، ۴۹۳، ۴۹۷، ۵۰۰، ۵۰۲، ۵۰۳، ۵۰۶، ۵۶۹ آشکارسازی ۴۹۳
احساس گناه ۳۹۲-۳۹۱، ۳۹۶-۳۹۵
تصمیم‌گیری ۴۵۰
تنهایی ۵۰۶
تنهایی-درماندگی ۵۰۰
دازاین ۴۴، ۳۱۴، ۵۰۳-۵۰۲
ظواهر واقعیت ۳۱۷
غربت ۷۷
فراموشی و اندیشیدن ۵۷
مرگ ۲۳۵، ۴۵۰، ۴۹۷
مسئولیت فردی ۳۱۴
هستی اصیل ۲۴۲
هینگر، آلوئیس ۶۲۲
هدف: تعریف ۵۸۶
هدف زندگی (آزمون) (PIL) ۶۳۶-۶۲۹
هراس‌زدگی (فوبی) از مدرسه ۲۱۰
هستی‌شناختی (مرتبه) ۵۷
هگل، گ. و. ف. ۷۲، ۵۸۹
هلمهولتز، هرمان فون ۱۰۸
هلوگ، ج. ک. ۳۷۷
همرنگی ۶۲۲
هموستاز (اصل تعادل) ۶۱۴
همینگوی، ارنست ۴۲، ۱۸۰، ۱۸۱
هنر ۶۰۳، ۶۰۴، ۶۴۸، ۶۴۹
هویت: سبک شناختی و ۲۲۴
هورنای، کارن ۲۲، ۴۱، ۱۳۸، ۲۲۲، ۳۹۴، ۳۹۵، ۳۹۶، ۴۴۶، ۴۶۷، ۴۹۴
اراده ۴۶۷
استعداد فردی ۳۹۴
تنهایی ۴۹۴
فقدان شواهد تجربی برای الگوی ۲۲۲
ویرانگری در کودکان ۱۳۸
هورویتس، لئونارد ۳۷۷
هوسرل، ادموند ۳۱۲، ۶۱۵
هوشر، یولیوس ۱۳، ۳۹۹، ۴۰۱
هویت‌زدایی ۲۳۷، ۲۳۸، ۲۳۹، ۵۰۳
هیپنوتیلاسیون (سندرم) ۸۲
هیپنوس (ایزد) ۱۴۳
هیجانات (احساسات): الکسی‌تایمی و ۴۲۸
رنگ و نکانه‌ها در ۴۱۷-۴۱۶
فروبستگی هیجانی ۴۳۹-۴۳۳
فقدان در سندرم مهندس ۵۴۱-۵۳۹
هیجانگاری (نیهیلیسم):
در آثار کامو ۵۹۲-۵۹۱، ۵۹۳
مادی ۶۲۴-۶۲۳
هیچی: ترس همینگوی از ۱۸۰
هیستری
برون‌ریزی هیجانی در ۴۲۹
فروید و بروبر ۹۷
هیلگارد، ژوزفین ۱۵۹
هیلل ۵۱۳
هیلی، جِی ۳۵۰، ۶۵۹
هیتون، جان ۲۹۵
هیوم، دیوید ۶۴۳، ۶۶۴، ۶۶۵

یادگیری: در رفتارهای دپرسیو ۳۷۲
در گروه‌های رویاروی ۴۸۱
یاسپرس، کارل ۳۴، ۶۰۱
یان (تاریخچه) ۱۷۸
یرسیل، ا. ۱۵۲
یزدان‌شناسی: اراده‌ی آزاد جدل در ۴۱۰
خودکمال‌گرایی در ۶۰۶
قوانین در ۴۶۰
کارهای خوب در ۴۹۹
کلوین‌گرایی ۶۴۸
ن.ک.: مذهب
یزدان‌شناسی مسیحی ۴۱۱
خودکمال‌گرایی ۶۰۶
کالوین‌گرایی در ۶۴۸
کارهای خوب در ۴۹۹
یهودیت: مفهوم توجه به درون ۶۰۸
قوانین مذهبی در ۴۶۰
یورک، د. ۳۷۶
یونس (عقده) ۱۸۹
یونگ، کارل گ. ۱۱۶، ۲۲۲، ۲۴۸، ۳۹۴، ۵۸۳، ۵۸۹، ۵۹۸، ۶۲۰، ۶۵۷
پوچی ۵۸۳، ۶۲۰
مذهب ۵۸۹
معنا ۵۹۸، ۶۵۸
یتز، ویلیام باتلر ۶۴۸

کتاب *روان‌درمانی اگزیستانسیال* هم راهنمایی برای درمانگران است و هم نوعی درمان به‌شمار می‌رود: هر کس که آن را بخواند، عمیقاً تحت تأثیر قرار می‌گیرد و خردمندتر می‌شود انگار چندین ساعت به گفت‌وگو با کسی نشسته که عزمش را برای عبور از ژرف‌ترین مشکلات بشری جزم کرده است. داستایفسکی، تولستوی، کافکا، سارتر، کامو و بسیاری دیگر با نویسنده هم‌آوا شده‌اند تا از دلواپسی‌های غایی بشر بگویند.

مخاطبان اصلی کتاب، دانشجویان و روان‌درمانگران بالینی‌اند ولی به‌دلیل سبک قابل فهم و عاری از اصطلاحات تخصصی‌اش، برای خواننده‌ی معمولی نیز قابل درک و بسیار جذاب است. یالوم پس از نوشتن این کتاب و برای بسط نظریه‌ی اگزیستانسیال بود که به ابزار داستان روی آورد و آثاری چون *و نیچه گریه کرد*... و *مامان و معنی زندگی* را خلق کرد. او خود *روان‌درمانی اگزیستانسیال* را کتاب مرجع تمامی آثاری دانسته که پس از آن به رشته‌ی تحریر درآورده است.