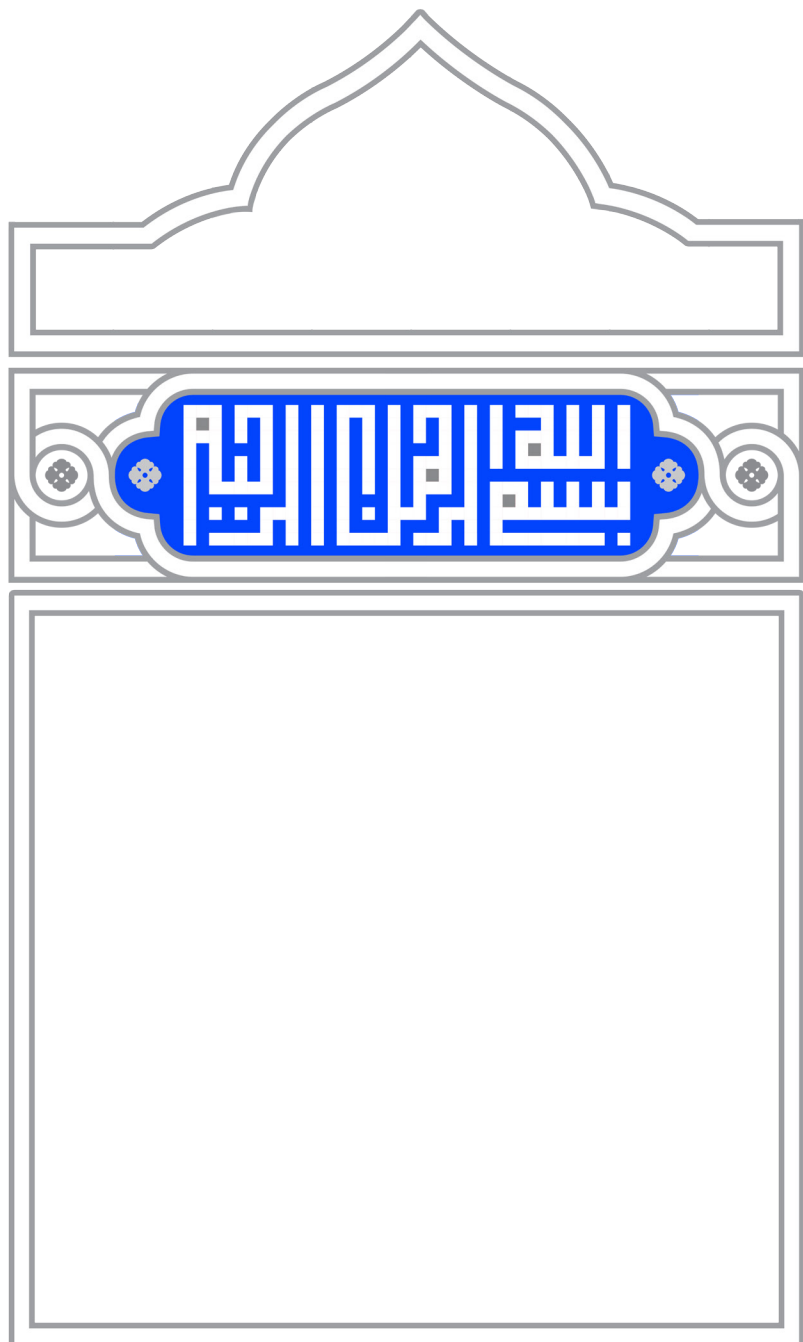




معنویت و ذهن سالم

علم، درمان و ضرورت معنای شخصی

مارک گالانتز

ترجمه:

سیده عفت حسینی، حسن روشن



پیشگفتار/ ۱۳

بخش اول: معنویت چیست؟/ ۲۱

● ۱. ظهور معنویت/ ۲۲

منشأ ایده معنویت چه بود؟/ ۲۶

آغاز یکپارچه سازی مجدد فرهنگی/ ۲۹

● ۲. رویکردی روان شناختی/ ۳۱

معنویت به منزله یک تجربه شخصی پرشور/ ۳۲

تکوین چشم اندازی روان کاوانه/ ۳۵

رویکردی ارزش مدار/ ۳۸

اتخاذ رویکردی معنوی محور توسط گروه/ ۴۲

اثر تسکین/ ۴۷

دارونما: قدرت ایمان/ ۵۲

● ۳. معنویت و مغز/ ۵۶

ادراک هیجان بر انگیز/ ۵۸

نهادینه سازی حافظه های خود/ ۶۲

نکته ای در مورد اثر داورنما/ ۶۵

مراقبه/ ۶۶

نقش حمایت اجتماعی/ ۶۹

سازگاری تکاملی/ ۷۳

نیاکان ما/ ۷۶

بخش دوم: تأثیر فرهنگ/ ۷۹

● ۴. تعارض آشکار/ ۸۰

دو سردمدار/ ۸۱

اتکای بیش از حد به آزمایشگاه/ ۸۴

ظهور طب جایگزین/ ۸۷

استعاره زیست پزشکی/ ۹۰

یک رویکرد تاریخی/ ۹۲

روان‌پزشکی در مسیر تکامل/ ۹۹

● ۵: مشکلات پیش روی معنویت/ ۱۰۶

حمله به بدن/ ۱۰۶

کنترل اندیشه/ ۱۰۹

تعارض احساسی/ ۱۱۶

گروه‌های متمایل به رشد حرفه‌ای/ ۱۲۱

در دنیای فرقه‌ها/ ۱۲۶

زندگی کردن در شرایط آزار و شکنجه/ ۱۳۱

خودشیفتگی/ ۱۳۳

● ۶. وقتی چیزی گم میشود/ ۱۴۱

تحولات زندگی/ ۱۴۱

پاسخ به یک خلأ معنوی/ ۱۵۰

رویکردی روان‌شناختی/ ۱۶۰

بخش سوم: انواع تجارب معنوی/۱۶۷

- ۷. روان پزشکی مسیحی/۱۶۸
مطالعه‌ای در مورد جنبش/۱۶۹
«مسیحیان مخفی» باهم ملاقات می‌کنند/۱۷۱
رابرت: توانایی انطباق/۱۷۵
دوایت: جای‌گیری استوار در روان پزشکی مسیحی/۱۸۰
آنوخ: نقش حقیقی عیسی مسیح/۱۸۴

- ۸. معنویت‌گرایی در هند/۱۸۷
مرکز معنوی/۱۹۰
معبد شفا بخش: دین و خلسه/۱۹۶
تعالی خانواده/۱۹۹
ادغام سنت در درمان/۲۰۳

- ۹. اسلام لیبرال/۲۰۷

● ۱۰. کشیشی بیمارستان: رویارویی با بیماری و مرگ/ ۲۱۳

بخش چهارم. جنبش‌های بازتابی معنوی/ ۲۲۵

● ۱۱. طب جایگزین/ ۲۲۶

جنبش‌ها/ ۲۲۸

تأثیر روان‌شناختی بر وضعیت سلامت/ ۲۳۰

خرده‌فرهنگ‌ها/ ۲۳۲

درمان‌های معنوی، بدون آسیب‌اند؟/ ۲۳۵

مشارکت روان‌شناختی در یک جنبش احیای معنوی/ ۲۳۷

● ۱۲. الکی‌های گمنام (AA)/ ۲۴۱

خاستگاه‌ها در تجربه معنوی/ ۲۴۴

تجربه ذهنی/ ۲۴۹

ارزیابی مشارکت در AA/ ۲۵۱

رویارویی‌ها با اعضا/ ۲۵۵

نگرش‌های مختلف در بین اعضا/۲۵۸
در ارتباط با متخصصان/۲۶۰

بخش پنجم. درمانی متفاوت/۲۶۳

● ۱۳. تجدیدنظر در مراقبت از بیماران روانی/۲۶۴

مشکل/۲۶۴

نهادینه زدایی (بیمارستان زدایی)/۲۷۰

احساس تعلق به جمع/۲۷۳

مسئله اعتقاد/۲۷۷

آیا بیماران علاقه‌مند به رستگاری هستند؟/۲۸۲

برنامه تکامل می‌یابد/۲۸۴

● ۱۴. یک شَمَن در دالان‌های پزشکی/۲۹۶

بررسی رویکرد تنی/۳۰۰

رویارویی با شمن/۳۰۲

● ۱۵. مراقبه/۳۰۷

مراقبه ذهن آگاهی/۳۱۲

● ۱۶. روان درمانی در خدمت معنای شخصی/۳۱۷

اثتلافِ درمانی: اما به چه هدفی؟/۳۱۹

فراتر از درمان علائم/۳۲۹

گسترش واژه درمان/۳۳۵

کلام آخر/۳۳۷

برای پزشکان بالینی/۳۳۹

برای جامعه پژوهشی/۳۴۰

برای بیمار/۳۴۱

پیشگفتار

مردی به من می‌گفت از تکنیک مراقبه‌ای استفاده کرد که حدود ۳۰ سال قبل از مُرشدی^۱ هندی طی یک «جلسه معرفت»^۲ یاد گرفته بود. او گفت که «این معرفت، نوعی هشجاری به شما می‌دهد به طوری که شما را از نمایش زندگی روزانه رها می‌کند. شما در زندگی هستید اما تحت تأثیر هر آنچه در اطرافتان جریان دارد قرار نمی‌گیرید.»

زنی ۲۰ سال پیش از شدت مصرف الکل، قادر به ایستادن نبود و علی‌رغم طی یک دوره روان‌درمانی، احساس افسردگی و حقارت می‌کرد. او به توصیه یکی از دوستانش در یکی از جلسات «انجمن الکی‌های گمنام»^۳ شرکت کرد. او که اکنون مدت‌هاست الکل را ترک کرده است، با خودش آشتی کرده و توضیح می‌دهد که «من با مذهب رسمی و سازمان‌یافته، مشکلات زیادی دارم، اما حس می‌کنم مذهب، چیز بسیار متفاوتی از اتصال معنوی الکی‌های گمنام (AA) به یک قدرت برتر است.» این‌ها دو نمونه از افرادی هستند که با آن‌ها صحبت کرده‌ام و نقش معنویت را در زندگی‌شان گزارش کردند.

۱. Guru، به آموزگاران و راهنمایان دینی در دین‌های هندو، بودیسم، سیکسیسم و جنبش‌های دینی دیگر گفته می‌شود. گورو در اصل همان نقشی را در این دین‌ها دارد که مرشد در صوفی‌گری. در دین‌های آسیایی، به گورو به عنوان کانالی برای دریافت فرزانی نگریسته می‌شود. [م]

2. knowledge session

۳. AA (Alcoholics Anonymous) سازمانی متشکل از معتادان به الکل است که برای قطع مصرف الکل تلاش می‌کنند. اعضای این سازمان این هدف را از طریق خودیاری و کمک سایر الکی‌های در حال بهبودی با برگزاری جلسات منظم و در میان گذاشتن تجربیات خود با یکدیگر دنبال می‌کنند. الکی‌های گمنام برای رعایت گمنامی که از اصول معنوی این انجمن است، خود را با نام کوچک معرفی می‌کنند. دفتر مرکزی این سازمان در نیویورک واقع است و همه گروه‌های این سازمان به‌طور محلی و مستقل از یکدیگر اداره می‌شوند. [م]

متخصصان بالینی ممکن است مسائل مرتبط با معنویت را در اقداماتشان نیز به کارگیرند. یکی از مربیان کارآموزان روان پزشکی توضیح می داد که چگونه تلاش می کند حس هدفمندی را در بیمارانش ایجاد کند: «بسیار پیش می آید که افرادی مبتلا به انواع افسردگی نزد من می آیند و ابراز می کنند که: مشکل کجاست؟» پاسخ من این است: «پرسش بسیار خوبی است. مشکل چیست؟ بیا بیا بفهمیم. بیا بیا در موردش حرف بزنیم. بیا بیا بفهمیم چه چیزی به زندگی شما معنا و مفهوم می بخشد.» معنویت می تواند به این افراد، حس هدفمندی و علتی برای حرکت به سمت جلو در زندگی عرضه کند.

روان پزشک دیگری که کم تر حساس بود تعریف می کند: زنی که از افسردگی مزمن و فروکش نکرده رنج می برد، مرتکب خودکشی شد و روان پزشک به اولین کسی که خبر مرگ این زن را داد، پدرش بود. پدر که در ناامیدی و درماندگی به سر می برد تنها پاسخی که می توانست در آن لحظه بدهد این بود: «این باید خواست خدا باشد»، که روان پزشک به او جواب داد: «چیزی شبیه نوعی تفکر جادویی^۱ بود که منجر به خودکشی دخترت شد».

در طی نیم قرن گذشته، پیشرفت های چشمگیری در زمینه داروها و به طور خلاصه، تکنیک های روان درمانی ساختارمند برای درمان مشکلات روانی حاصل شده است. این دستاوردها که قبلاً به نوعی غیرقابل تصور بودند، به تسکین علائم معینی کمک کرده اند که باعث رنج و آزردهای بسیاری از مردم می شود. اما در طی همین دوران، اتفاقی نزدیک به یک انقلاب فرهنگی هم رخ داده است (انقلابی که ماهیتش ممکن است معنوی قلمداد شود) به طوری که بسیاری از مردم به این باور می رسند که چرا آن ها اینجا در این جهان هستند و آن ها چه چیزی فراتر از امور مادی و عملی می خواهند. این قبیل افراد ممکن است به ریشه های مذهبی شان بازگردند تا بفهمند چگونه یک گرایش معنوی می تواند به آن ها کمک کند مشکلات احساسی شان کاهش و تسکین یابد.

۱. Magical thinking یا مغلطه تفکر جادویی موقعی اتفاق می افتد که شخصی دو حادثه را نه براساس منطق یا مدرک، بلکه براساس باورهای خرافی به هم ربط دهد. تفکر جادویی اغلب باعث می شود شخص از انجام دادن بعضی کارها یا فکر کردن به بعضی چیزها بترسد، چون گمان می کند آن کار یا فکر به حادثه ای فاجعه آمیز منجر می شود. [م]

سایر مردم به سراغ فیلسوفان شرقی، آیین‌های انسان‌شناختی و حتی درمان‌های تازه به دوران رسیده و نوخاسته می‌روند.

هر دو گرایش که یکی پژوهش‌محور است و دیگری ماهیتی معنوی دارد، ارتباطی مستقیم با مشکلاتی دارند که حرفه بهداشت روانی بناست به آن‌ها بپردازد. این گرایش‌ها ممکن است به موازات هم حرکت کنند یا از هم فاصله بگیرند، حتی ممکن است به تعارض با یکدیگر برخیزند. در هر صورت، بین آنچه این روزها درمان‌های مبتنی بر علم برای تخفیف علائم معین انجام می‌دهند و آنچه تخیل پردازی، همدردی و باور می‌تواند برای ارزشمند کردن زندگی مردم عرضه کند، تفاوت فاحشی وجود دارد. به همین دلیل است که روان‌پزشکی که از روش تحقیق تجربی بهره می‌برد و معنویت که نیازهای وجودی مردم را نشان می‌دهد، بر سر یک دوراهی بسیار حساس قرار دارند. آن‌ها می‌توانند جدای از یکدیگر وجود داشته باشند یا می‌توانند به‌نحوی در هم ادغام شوند تا به افراد کمک کنند ناراحتی‌شان بهتر تسکین یابد و به زندگی‌ای دست یابند که برای آن‌ها معنادار نیز هست.

از آنجایی که یک روش واحد برای نگاه کردن به امکان مصالحه و توافق بین این دو رویکرد وجود ندارد، به نظر می‌رسید منطقی باشد که این کتاب را با توصیف اینکه چگونه در من علاقه به این موضوع به وجود آمد آغاز کنم. آموزش روان‌درمانی و خدمت کوتاه‌مدتی که چند دهه قبل در موسسه ملی سلامت روانی (NIMH)^۱ داشتم، نشان داد که پژوهش در حوزه فیزیولوژی عملکرد ذهنی، ابزاری مؤثر برای توسعه روش‌های کاهش مشکلات عاطفی مردم است. اما حول‌وحوش همان دوران، پادفرهنگ دهه ۶۰ میلادی^۲ در اوج فعالیتش به سر می‌برد. جوانان به رویکردی ضد ارزش‌های سنتی، سیاسی،

1. National Institute of Mental Health (NIMH)

۲. Counterculture. پادفرهنگ، به پدیده فرهنگی ضدسیستمی گفته می‌شود که در دهه ۶۰ میلادی از بریتانیا و آمریکا آغاز شد، به سرعت گستره وسیعی از کشورهای غربی را درنوردید و تا اواسط دهه ۱۹۷۰ ادامه یافت. شهرهای لندن، نیویورک و سانفرانسیسکو در این میان محوریت داشتند. از پررنگ‌ترین گرایش‌ها و نمادهای رایج این ضدفرهنگ می‌توان به بروز تنش‌های شدید اجتماعی همچون تقابل نسل جدید و قدیم، ظهور سبک‌های زندگی نامتعارف هیپی و بوهمینیسیم، پافشاری بر حقوق زنان، انقلاب جنسی، تجربه بی‌رویه انواع روانگردان‌ها، موسیقی راک و تفسیرهای رنگارنگ از رؤیای آمریکایی اشاره کرد. [م]

اجتماعی و مذهبی روی آورده بودند و این واقعه، در حال ایجاد تحول در روش فهم یک نسل از آمریکایی‌ها از این مسئله بود که چه چیزی می‌تواند برایشان معنادار باشد. بسیاری از آن‌ها در جستجوی چیزی بودند که باعث تغییر یا جایگزینی تعهدات شخصی‌ای شود که با آن بزرگ شده بودند ولی از آن غافل بودند.

زمانی که در موسسه «NIMH» به سر می‌بردم تصمیم گرفتم جنبه‌ای از این تحول را مطالعه کنم؛ یعنی بررسی کنم چگونه ماری جوانا به عنوان اکسیر آن نسل، روی فکر مردم تأثیر گذاشته بود. من به همراه همکارانم پاسخ‌های فیزیولوژیکی را هم در آزمایشگاه و هم در طی تعاملات اجتماعی در یک محیط گروهی ارزیابی کردیم.^[۱] با پیشرفت کار، مشخص شد که انسان می‌تواند به طور نظام‌مند، مواجهه بین دانش مغز و نیاز مردم به پیدا کردن راه ورود به دنیا‌های شخصی خودشان را مطالعه کند.

روان‌پزشکی در آن زمان چشمش را به روی نیاز به درمان الکل و مشکلات مواد مخدر گشود و من با دریافت هزینه‌ای که از طرف موسسه «NIMH» برای آموزش درمان اعتیاد اختصاص داده شده بود، شروع به مطالعه ماهیت هشجاری مرتبط با مسمومیت ناشی از مواد مخدر^۱ نمودم.^[۲] اما وقتی پای نیازهای عملی بیش‌تری به میان آمد مشخص شد که همراهی معنوی انجمن الکلی‌های گمنام، تنها ابزار موجود در آن زمان برای کمک به افراد الکلی بود تا بهبودی‌شان را حفظ کنند.

درحالی‌که من مشغول تدریس این مبحث بودم، دوستی به من پیشنهاد داد ماهیت یکی از جنبش‌های فرقه‌ای جوانان را به دقت بررسی کنم که اخیراً مورد اقبال عموم قرار گرفته بود. نتایج یک دسته از مطالعات مشخص کرد که تمرکز این گروه‌ها بر نیاز جوانان تازه‌وارد به چیزی بود که بتوانند آن را در دوران گذاری که علقه‌های سنتی خانوادگی و ریشه‌های مذهبی‌شان را سست می‌کرد، باور کنند. در یکی از مطالعات مشخص شد که احتمال اتخاذ فلسفه معنوی این قبیل جنبش‌ها نسبت مستقیمی با از خودبیگانگی و ناخرسندی‌ای داشت

1. Drug intoxication

که تازه‌واردهای مستعد، قبل از ورودشان به کارگاه‌های گروه گزارش دادند.^[۳] من و همکارانم در حین فرایند اِعمال روشی یکسان برای اعضای انجمن الکلی‌های گمنام، فهمیدیم که چگونه یک جنبش اجتماعی بی‌خطر و شکل‌گرفته‌شده از روی ملاحظه و تعقل هم می‌توانست میزانی از تحول را در سوق دادن الکلی‌ها به انکار اعتیادشان به وجود آورد.^[۴] مشخص شد زمانی که افراد، مضطرب و آشفته‌اند گرایش ذاتی به سمت پذیرش برخی انواع تعهدات ایدئولوژیک یا معنوی دارند؛ تعهداتی که می‌توانند به شیوه‌هایی آن‌ها را متحول کنند که قابلیت مطالعه نظام‌مند را دارند. بنابراین من به همراه همکارانم در دانشگاه نیویورک (NYU)^۱ و بیمارستان پلوو^۲ که وابسته به آن بود، دست‌به‌کار شدیم ببینیم آیا می‌توانیم این منابع معنویت‌زا و معنای شخصی را استخراج کنیم تا بر اساس آن، یک رویکرد درمانی سازمان‌دهی شده برای کمک به توان‌بخشی مجدد بیماران معتاد بیچاره‌مان طراحی کنیم. ما توانستیم چارچوب یک سیستم درمانی را طراحی کنیم که بر طبق آن، تعهدی را که در انجمن الکلی‌های گمنام نسبت به خدمات بیمارستانی غیرمعنوی‌مان مشاهده کردیم به معتادان مبتلا به بیماری روانی تزریق می‌شد.^[۵]

ما سپس به ارزیابی این بیماران پرداختیم؛ آن‌ها افرادی بودند که شما می‌توانستید شاهد درِیوژگی آنان در خیابان یا دست‌فروشی مواد مخدر برای خرید هر نوع الکل، کوکائین یا هروئین باشید. نتایج بسیار قابل توجه بودند.^[۶] بیماران از نظر مسائل معنوی، در مقایسه با مسائل عملی از قبیل پزشکی، توان‌بخشی و خدمات اجتماعی، امتیاز بالاتری در توان بالقوه خود در دستیابی به بهبودی کسب کردند. از سوی دیگر، کارمندانمان که هم‌زمان مورد مطالعه قرار گرفتند در پاسخ‌های خود نشان دادند که از نظر آنان گزینه‌های عملی، نه گزینه‌های معنوی، بهترین بودند و فکر می‌کردند که بیماران نیز به همین صورت پاسخ می‌دهند. کم‌کم داشت مشخص می‌شد که روان‌پزشکی احتمالاً اثری بر روی انتظار و خواست مردم از ما نگذاشته است؛ گویی ما داشتیم آسیرین را به صورت جیره‌بندی بین مردمی که خواهان رستگاری بودند توزیع می‌کردیم.

در مسیر حرکت روان‌پزشکی، اتفاق مضحکی نیز رخ داد. یکی از رهبران ملی در حوزه سلامت روانی^[۷] به‌تازگی به‌طور مستند نشان داده که چگونه در طی دهه‌های اخیر، انواع درمان‌های روانی، کاهش چشمگیری در آسایشگاه‌های روانی داشته‌اند. حتی بحثی طولانی‌مدت در مورد صلاحیت ارائه هر نوع آموزش در زمینه چگونگی کمک به روان‌پزشکان برای درک و همکاری با مسائل شخصی بیمارانشان وجود داشت.^[۸] علاوه بر این، ما در دانشگاه نیویورک و گروهی که من حضور دارم در حال مطالعه این مسئله بودیم که چگونه شرکت‌های بیمه در حال کاهش تقریباً محدودترین خدمات توان‌بخشی بودند: برای نمونه در دهه ۱۹۹۰، کاهش ۵۲ درصدی در تأمین بودجه بیمه‌های موجود برای درمان سلامت روانی عمومی و یک افت ۷۵ درصدی در حمایت از توان‌بخشی و بهبودپذیری اعتیاد رخ داد.^[۹] به‌نظر می‌رسید روان‌پزشکی داشت از نقش درمانی و مراقبت سنتی خود دور می‌شد و به‌طور فزاینده‌ای به پیشرفت‌های دارویی و درمان‌های مختصری که توسعه داده بود متعهد می‌شد. این گزینه‌های اضافی به‌خودی‌خود سودمند بودند اما لزوماً به مردم کمک نمی‌کردند تا زندگی‌هایی را بازسازی کنند که مورد تهدید از جانب همان مشکلاتی واقع شده بودند که از حرفه روان‌پزشکی انتظار می‌رفت به آن‌ها پردازد. مردم اکنون داشتند پول بیش‌تری را به جای صرف کردن در مراقبت درمانی سرپایی، صرف پزشکی جایگزین می‌کردند - یعنی درمان‌هایی بر اساس یک نوع تعهد شخصی و اغلب معنوی به تکنیک‌هایی که به لحاظ پزشکی ثابت نشده بودند.^[۱۰]

آیا در مورد این ناسازگاری دو روش مهم مواجهه با پریشانی مردم (یعنی تسکین علائم و پیگیری آن‌چه برای شخص، معنادار است) می‌توان تجدیدنظری داشت؟ آیا روان‌پزشکی می‌تواند بخشی از آن ارتباط بی‌واسطه بین درمان‌گر و فرد درمان‌شده که پزشکان مدت‌های طولانی اتخاذ کرده بودند را احیا کند؟ به‌نظر می‌رسد این مسأله ارزش توجه و ملاحظه را داشته باشد.

تقدیرها

این کتاب از فرصت فیلم‌برداری مصاحبه‌های گسترده با انواع متخصصان

سلامت روان، روحانیون کلیسا، بیماران و مردم عادی بهره برده است. شایسته است قدردانی ویژه داشته باشیم از شریدر شارما^۱، نیش دسای^۲، پتر جرلینگ^۳، تارک گاواد^۴، ادوارد هانزلیک^۵ و پائول استینک^۶ که آن چنان مهربان بودند که به ما در ترتیب دادن این مصاحبه‌ها یاری رساندند. من اسامی و اطلاعات هویتی تمام طرف‌هایی که زندگانی شخصی‌شان در این کتاب بحث شده است را تغییر داده‌ام.

در کالج پزشکی آلبرت انیشتین^۷، دکترها جک ویلدارد^۸ و بیرام کاراسو^۹ اداره کنندگان و رهبران تشکیلاتی بودند که من در آن کار می‌کردم. دکترها رابرت کانکرو^{۱۰}، استیون کاتز^{۱۱} و مانوئل تروژیلو^{۱۲} در دانشگاه نیویورک^{۱۳} نیز به همین ترتیب مسئولیت داشتند. کار من باهمکاری آن‌ها در این محیط‌های دانشگاهی به انجام رسید. من مدیون این رهبران روان‌شناسی در آمریکا هستم. دکتر هلن درماتیس^{۱۴} و همراهانم و همکاران دانشگاهی در زمینه تحقیق انجام شده با من همکاری کردند. کریستین فریلمن^{۱۵} در تهیه این متن، نقش ارزنده‌ای داشت و از سردبیرم فیونا استیونس^{۱۶}، تشکر می‌کنم.

1. Shridhar Sharma

2. Nimesh Desai

3. Peter Geerlings

4. Tarek Gawad

5. Edward Hanzelik

6. Paul Steinke

7. Albert Einstein College of Medicine

8. Jack Wilder

9. Byram Karasu

10. Robert Cancro

11. Steven Katz

12. Manuel Trujillo

13. New York University

14. Helen Dermatis

15. Kristin Frillmann

16. Fiona Stevens