



دانشگاه سям نور

کاربرد مقدماتی روش‌های درمان و مصاحبه

(کارشناسی ارشد روان‌شناسی)

دکتر عزت‌اله کردمیرزانی‌کوزاده

امروزه کتاب‌خوانی و علم‌آموزی، نه تنها یک وظیفه‌ی ملی، که یک واجب دینی است.

مقام معظم رهبری

در عصر حاضر یکی از شاخصه‌های ارزیابی رشد، توسعه و پیشرفت فرهنگی هر کشوری میزان تولید کتاب، مطالعه و کتاب‌خوانی مردم آن مرز و بوم است. ایران اسلامی نیز از دیرباز تاکنون با داشتن تمدنی چندهزارساله و مراکز متعدد علمی، فرهنگی، کتابخانه‌های معتبر، علما و دانشمندان بزرگ با آثار ارزشمند تاریخی، سرآمد دولت‌ها و ملت‌های دیگر بوده و در عرصه‌ی فرهنگ و تمدن جهانی به‌سان خورشیدی تابناک همچنان می‌درخشد و با فرزندان نیک‌نهاد خویش هنرنمایی می‌کند. چه کسی است که در دنیا با دانشمندان فرزانه و نام‌آور ایرانی همچون ابوعلی سینا، ابوریحان بیرونی، فارابی، خوارزمی و ... همچنین شاعران برجسته‌ای نظیر فردوسی، سعدی، مولوی، حافظ و ... آشنا نباشد و در مقابل عظمت آنها سر تعظیم فرود نیاورد. تمامی این افتخارات ارزشمند، برگرفته از میزان عشق و علاقه فراوان ملت ما به فراگیری علم و دانش از طریق خواندن و مطالعه منابع و کتاب‌های گوناگون است. به شکرانه‌ی الهی، تاریخ و گذشته ما، همیشه درخشان و پربار است. ولی اکنون در این زمینه در چه جایگاهی قرار داریم؟ آمار و ارقام ارائه‌شده از سوی مجامع و سازمان‌های فرهنگی در مورد سرانه‌ی مطالعه‌ی هر ایرانی، برایمان چندان امیدوارکننده نمی‌باشد و رهبر معظم انقلاب اسلامی نیز از این وضعیت بارها اظهار گله و ناخشنودی نموده‌اند.

کتاب، دروازه‌ای به سوی گستره‌ی دانش و معرفت است و کتاب خوب، یکی از بهترین ابزارهای کمال بشری است. همه‌ی دستاوردهای بشر در سراسر عمر جهان تا آنجا که قابل کتابت بوده است، در میان دست‌نوشته‌هایی است که انسان‌ها پدید آورده و می‌آورند. در این مجموعه‌ی بی‌نظیر، تعالیم الهی، درس‌های پیامبران به بشر، و همچنین علوم مختلفی است که سعادت بشر بدون آگاهی از آنها امکان‌پذیر نیست. کسی که با دنیای زیبا و زندگی‌بخش کتاب ارتباط ندارد بی‌شک از مهم‌ترین دستاورد انسانی و نیز از بیشترین معارف الهی و بشری محروم است. با این دیدگاه، به‌روشنی می‌توان ارزش و مفهوم رمزی عمیق در این حقیقت تاریخی را دریافت که اولین خطاب خداوند متعال به پیامبر گرامی اسلام(ص) این است که «بخوان!» و در اولین

سوره‌ای که بر آن فرستاده‌ی عظیم‌الشان خداوند، فرود آمده، نام «قلم» به تجلیل یاد شده‌است: «إِقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ. الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ» در اهمیت عنصر کتاب برای تکامل جامعه‌ی انسانی، همین بس که تمامی ادیان آسمانی و رجال بزرگ تاریخ بشری، از طریق کتاب جاودانه مانده‌اند.

دانشگاه پیام‌نور با گستره‌ی جغرافیایی ایران‌شمول خود با هدف آموزش برای همه، همه‌جا و همه‌وقت، به‌عنوان دانشگاهی کتاب‌محور در نظام آموزش عالی کشورمان، افتخار دارد جایگاه اندیشه‌سازی و خردورزی بخش عظیمی از جوانان جویای علم این مرز و بوم باشد. تلاش فراوانی در ایام طولانی فعالیت این دانشگاه انجام پذیرفته تا با بهره‌گیری از تجربه‌های گرانقدر استادان و صاحب‌نظران برجسته کشورمان، کتاب‌ها و منابع آموزشی درسی شاخص و خودآموز تولید شود. در آینده هم، این مهم با هدف ارتقای سطح علمی، روزآمدی و توجه بیشتر به نیازهای مخاطبان دانشگاه پیام‌نور با جدیت ادامه خواهد داشت. به‌طور قطع استفاده از نظرات استادان، صاحب‌نظران و دانشجویان محترم، ما را در انجام این وظیفه‌ی مهم و خطیر یاری‌رسان خواهد بود. پیشاپیش از تمامی عزیزانی که با نقد، تصحیح و پیشنهادهای خود ما را در انجام این وظیفه‌ی خطیر یاری می‌رسانند، سپاسگزاری می‌نماییم. لازم است از تمامی اندیشمندانی که تاکنون دانشگاه پیام‌نور را منزلگاه اندیشه‌سازی خود دانسته و ما را در تولید کتاب و محتوای آموزشی درسی یاری نموده‌اند، صمیمانه قدردانی گردد. موفقیت و بهروزی تمامی دانشجویان و دانش‌پژوهان عزیز آرزوی همیشگی ما است.

دانشگاه پیام‌نور

فهرست مطالب

پیشگفتار.....	سیزده
کلیات.....	هفده
فصل اول. تعریف و مؤلفه‌های مشترک روان‌درمانی.....	۱
هدف کلی.....	۱
هدف‌های یادگیری.....	۱
مقدمه.....	۱
۱-۱ تعریف روان‌درمانی.....	۲
۲-۱ روان‌درمانی در مقابل روان‌کاوی.....	۶
۳-۱ راهنمایی و مشاوره در برابر روان‌درمانی.....	۱۱
۱-۳-۱ تعریف راهنمایی.....	۱۱
۲-۳-۱ تعریف مشاوره.....	۱۲
۳-۳-۱ تفاوت روان‌درمانی با مشاوره و راهنمایی.....	۱۳
۴-۱ عوامل مشترک در نظام‌های مختلف روان‌درمانی.....	۱۴
۱-۴-۱ شیوه مصاحبه.....	۱۶
۲-۴-۱ برقراری رابطه درمانی حرفه‌ای.....	۱۷
۳-۴-۱ تعیین منابع و پویایی بیمار.....	۱۹
۴-۴-۱ بهره‌برداری از بینش و درک در هدایت تغییر.....	۲۰
۵-۴-۱ مقاومت و آمادگی برای تغییر.....	۲۱
۶-۴-۱ متغیرهای مربوط به بیمار.....	۲۲
۷-۴-۱ نگرش‌های درمانگر و شرطی‌سازی عامل.....	۲۳
۸-۴-۱ انتقال متقابل.....	۲۴
۹-۴-۱ متغیرهای محیطی.....	۲۴
۱۰-۴-۱ پایان درمان.....	۲۵
خلاصه فصل اول.....	۲۶

۲۷	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل اول
۲۸	خودآزمایی تشریحی فصل اول
۲۹	اصطلاحات کلیدی فصل اول
۳۱	فصل دوم. آموزش روان‌درمانی «دانش، مهارت، هدفمندی در روان‌درمانی»
۳۱	هدف کلی
۳۱	هدف‌های یادگیری
۳۱	مقدمه
۳۲	۱-۲ صلاحیت‌های آموزشی برای انجام روان‌درمانی
۳۲	۱-۱-۲ علوم رفتاری لازم برای روان‌درمانی
۳۳	۲-۱-۲ مبانی عصب‌روان‌پزشکی (شیوه روان‌پزشکی)
۳۳	۳-۱-۲ تاریخ روان‌پزشکی
۳۳	۴-۱-۲ رشد روان‌شناسی پویایی‌نگر
۳۳	۵-۱-۲ فنون روان‌درمانی
۳۴	۶-۱-۲ تعبیر رؤیا، فهم، به کارگیری و تعبیر رؤیا در روان‌درمانی بازسازی
۳۴	۷-۱-۲ روان‌درمانی کوتاه‌مدت
۳۵	۸-۱-۲ هیپنوتیزم به عنوان بخش الحاقی درمانی
۳۵	۹-۱-۲ داروهای روان‌گردان در روان‌پزشکی و شیوه‌های روان‌درمان‌گرانه
۳۵	۱۰-۱-۲ رفتاردرمانی (شرطی‌سازی)
۳۵	۱۱-۱-۲ فنون گروه‌درمانی
۳۶	۱۲-۱-۲ روان‌پزشکی و روان‌درمانی کودک
۳۶	۱۳-۱-۲ فنون مشاوره‌ای پیشگیرانه و اجتماعی
۳۸	۱۴-۱-۲ فرهنگ و شخصیت
۳۸	۱۵-۱-۲ آزمون‌های روان‌شناختی در حوزه سلامت روان
۳۸	۱۶-۱-۲ فنون پژوهشی در سلامت روان
۳۹	۱۷-۱-۲ درمان بیماری‌های خاص
۴۰	۱۸-۱-۲ مدیریت موارد اضطراری
۴۱	۲-۲ توانمندی‌های تجربی برای انجام روان‌درمانی
۴۲	۳-۲ صلاحیت‌های شخصیتی برای روان‌درمان‌گرشدن
۵۲	۴-۲ ارزش‌های مشاور و فرایند درمان
۵۳	۵-۲ نقش ارزش‌ها در تعیین هدف‌های درمان
۵۴	۶-۲ صلاحیت‌های فرهنگی برای انجام مشاوره و روان‌درمانی
۶۰	خلاصه فصل دوم
۶۲	خودآزمایی‌های چهارگزینه‌ای فصل دوم
۶۲	خودآزمایی تشریحی فصل دوم
۶۳	اصطلاحات کلیدی فصل دوم
۶۵	فصل سوم. برخی موضوعات عملی برای کارآموزان جوان
۶۵	هدف کلی

هدف‌های یادگیری.....	۶۵
مقدمه.....	۶۵
۱-۳ عوامل ضروری برای یادگیری مؤثر روان‌درمانی.....	۶۶
۱-۱-۳ نوع اطلاعاتی که به کارآموز داده می‌شود (این اطلاعات حتماً باید کافی و معنی‌دار باشد)...	۶۶
۲-۱-۳ نحوه استنتاج کارآموز از این اطلاعات.....	۶۶
۳-۱-۳ استعداد کارآموز برای سازمان‌بندی فکری تجارب آموخته‌شده و تعمیم آن در فعالیت‌های خود.....	۶۶
۲-۳ مراحل شکل‌گیری و استقرار مهارت مشاوره و روان‌درمانی.....	۶۷
۱-۲-۳ مرحله بقا.....	۶۷
۲-۲-۳ مرحله وابستگی.....	۶۸
۳-۲-۳ مرحله مکاشفه.....	۶۸
۴-۲-۳ مرحله ثبات.....	۶۹
۵-۲-۳ مرحله تقویت.....	۶۹
۳-۳ رهنمودهایی برای کارآمدی در روان‌درمانگری.....	۷۱
۱-۳-۳ خودآگاه باشید.....	۷۱
۲-۳-۳ پذیرای تحت سرپرستی قرار گرفتن باشید.....	۷۴
۳-۳-۳ خودتان را پشت اجرای آزمون پنهان نکنید.....	۸۱
۴-۳-۳ با اضطراب خود کنار بیاییم.....	۸۲
۵-۳-۳ خودمان باشیم و تجربه‌هایمان را برملا کنیم.....	۸۲
۶-۳-۳ از کمال‌گرایی اجتناب کنیم.....	۸۲
۷-۳-۳ درباره محدودیت‌های خود صادق باشیم.....	۸۳
۸-۳-۳ سکوت را درک کنیم.....	۸۳
۹-۳-۳ کنارآمدن با درخواست‌های مطرح‌شده از سوی مراجع.....	۸۴
۱۰-۳-۳ پرداختن به مراجعانی که احساس تعهد نمی‌کنند.....	۸۵
۱۱-۳-۳ ابهام را تحمل کنیم.....	۸۵
۱۲-۳-۳ اجتناب از غرق‌کردن خود در درمان‌جویان.....	۸۵
۱۳-۳-۳ حس شوخ‌طبعی را رشد دهیم.....	۸۶
۱۴-۳-۳ به اشتراک‌گذاری مسئولیت با درمان‌جو.....	۸۶
۱۵-۳-۳ پرهیز از نصیحت‌کردن.....	۸۷
۱۶-۳-۳ نقش خود را به‌عنوان مشاور تعریف کنید.....	۸۸
۱۷-۳-۳ استفاده درست از فنون را یاد بگیرید.....	۸۸
۱۸-۳-۳ سبک مشاوره خاص خود را رشد دهید.....	۸۹
۱۹-۳-۳ به‌عنوان فرد عادی و نیز به‌عنوان یک فرد متخصص سرزنشده بمانید.....	۸۹
۲۰-۳-۳ مهارت‌های فناوری را گسترش دهید.....	۹۰
۲۱-۳-۳ در خصوص مسائل اخلاقی مشورت کنید.....	۹۲
۴-۳ نظام‌نامه اخلاقی انجمن روان‌درمانی اروپا.....	۹۴
۵-۳ تصمیم‌گیری‌های اخلاقی.....	۹۷
۶-۳ حق رضایت آگاهانه.....	۹۸
۷-۳ ابعاد محرمانه‌بودن، رازداری و مرزهای آن.....	۹۹

۳-۸ آیا درمانگر حق داد و ستد شخصی و سازمانی (برقراری تعاملات و روابط دوگانه و چندگانه)، با درمان‌جویان دارد؟.....	۱۰۱
۳-۹ دیدگاه‌هایی دربارهٔ داد و ستد (روابط دوگانه و چندگانه) بین درمانگر و درمان‌جو.....	۱۰۲
۳-۱۰ راه‌هایی برای به حداقل رساندن مخاطرات.....	۱۰۳
۳-۱۱ فشار روانی در درمانگرهای بالینی و کنترل آن.....	۱۰۵
خلاصهٔ فصل سوم.....	۱۰۶
خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل سوم.....	۱۰۷
خودآزمایی تشریحی فصل سوم.....	۱۰۸
اصطلاحات کلیدی فصل سوم.....	۱۰۹
فصل چهارم. فنون و روش‌های عملی مداخله: رابطه درمانی و شیوه‌های برقراری رابطه درمانی	۱۱۱
هدف کلی.....	۱۱۱
هدف‌های یادگیری.....	۱۱۱
مقدمه.....	۱۱۱
۴-۱ انگیزه و نحوهٔ ارجاع مراجعان.....	۱۱۲
۴-۲ گام‌های مهارت‌آموزی برای شکل‌دهی رابطه درمانی و انجام مصاحبهٔ بالینی.....	۱۱۳
۴-۲-۱ آشنایی با راه و روش آرام‌سازی خویش و تمرکز بر پیام‌هایی که مراجع انتقال می‌دهند (به جای توجه به افکار و احساسات خود).....	۱۱۳
۴-۲-۲ شناخت چگونگی ایجاد رابطهٔ صمیمانه، مثبت و سازنده با مراجع‌های گوناگون (از جمله کودک و بزرگسال با زمینه‌های فرهنگی گوناگون، هرگونه جهت‌گیری جنسی، برخاسته از هر طبقهٔ اجتماعی و بهره‌مند از کارکردهای شناختی گوناگون).....	۱۱۴
۴-۳-۲ فراگیری روش‌های کارآمد برای به‌دست‌آوردن اطلاعات تشخیصی و سنجشی دربارهٔ مراجعان و مشکلات آنان.....	۱۱۴
۴-۲-۴ شناخت روش تعیین و به کار بستن متناسب مشاوره‌های انفرادی یا روش‌ها و فنون روان‌درمانی.....	۱۱۵
۴-۵-۲ شیوهٔ ارزیابی واکنش‌های مراجع به روش‌ها و فنون مشاوره یا روان‌درمانی.....	۱۱۶
۴-۳-۳ ماهیت رابطهٔ حرفه‌ای.....	۱۱۸
۴-۳-۱ رضایت آگاهانه.....	۱۱۸
۴-۳-۲ دریافت حق ویزیت.....	۱۱۸
۴-۳-۳ رفاقت یا رابطهٔ درمانی.....	۱۱۹
۴-۳-۴ رابطهٔ درمانی تابع مرزبندی است.....	۱۱۹
۴-۴ کاربرد مهارت‌های گوش‌دادن و فنون روان‌شناختی.....	۱۲۰
۴-۵ متغیرهای اثرگذار بر تعامل درمانگر با مراجع.....	۱۲۱
۴-۵-۱ خودآگاهی.....	۱۲۱
۴-۵-۲ خودآگاهی فیزیکی.....	۱۲۱
۴-۵-۳ خودآگاهی روانی-اجتماعی.....	۱۲۲
۴-۵-۴ خودآگاهی تحولی.....	۱۲۴
۴-۵-۵ خودآگاهی فرهنگی.....	۱۲۴
۴-۶ عوامل رابطهٔ یاری‌رسان در فرایند مصاحبه و روان‌درمانی.....	۱۲۵

۱۲۶	۴-۶-۱ برقراری تماس شخصی.....
۱۲۶	۴-۶-۲ ایجاد اتحاد کاری.....
۱۲۶	۴-۶-۳ توضیح مشاوره برای مراجع.....
۱۲۶	۴-۶-۴ همگام شدن با مراجع و هدایت او.....
۱۲۷	۴-۶-۵ خلاصه وار صحبت کنید.....
۱۲۷	۴-۶-۶ وقتی نمی دانید چه بگویید، پس چیزی نگویید.....
۱۲۹	۴-۶-۷ ممکن است به همان اندازه که به مراجع کمک کرده اید با او مواجه شوید.....
۱۲۹	۴-۶-۸ اگر قصد تغییر چیزی را دارید، آن را مرحله به مرحله انجام دهید.....
۱۳۰	۴-۶-۹ مشاوره خود را منحصر به فرد سازید.....
۱۳۰	۴-۶-۱۰ به مقاومت مراجع توجه داشته باشید.....
۱۳۱	۴-۶-۱۱ هنگامی که دچار تردید می شوید، بر احساسات مراجع متمرکز شوید.....
۱۳۲	۴-۶-۱۲ از همان آغاز مشاوره برای پایان آن برنامه ریزی کنید.....
۱۳۳	۴-۶-۱۳ شرایط فیزیکی را به درستی فراهم کنید.....
۱۳۶	۴-۷-۱ فضا و جو لازم در جلسات درمانی.....
۱۳۸	خلاصه فصل چهارم.....
۱۳۹	خودآزمایی چهارگزینه ای فصل چهارم.....
۱۴۰	خودآزمایی تشریحی فصل چهارم.....
۱۴۱	اصطلاحات کلیدی فصل چهارم.....
۱۴۳	فصل پنجم. فنون و روش های عملی مداخله: مبانی و اصول مصاحبه درمانی.....
۱۴۳	هدف کلی.....
۱۴۳	هدف های یادگیری.....
۱۴۳	مقدمه.....
۱۴۴	۵-۱ ماهیت مصاحبه بالینی و درمانی.....
۱۴۸	۵-۲ تعریف مصاحبه بالینی و درمانی.....
۱۴۹	۵-۳ اصول مصاحبه بالینی.....
۱۵۰	۵-۴ انواع مصاحبه.....
۱۵۳	۵-۵ مراحل مصاحبه.....
۱۵۵	۵-۶ پرسش در مصاحبه.....
۱۵۵	۵-۶-۱ سؤال های باز.....
۱۵۶	۵-۶-۲ سؤال های بسته.....
۱۵۷	۵-۷ وظایف درمانگر در جهت برقراری و انجام مصاحبه درمانی اثربخش.....
۱۵۷	۵-۷-۱ آراستگی ظاهری.....
۱۵۸	۵-۷-۲ شرح مدارج و گواهی نامه ها.....
۱۵۸	۵-۷-۳ وقت یا مدت زمان.....
۱۶۱	۵-۷-۴ شروع سر وقت.....
۱۶۳	۵-۷-۵ جلسه را سر وقت تمام کنید.....
۱۶۳	۵-۷-۶ فاصله بین جلسات.....
۱۶۴	۵-۷-۷ اتاق مصاحبه.....

۱۶۸	۸-۷-۵ ترتیب نشستن.....
۱۶۸	۹-۷-۵ تهیه یادداشت.....
۱۷۱	۱۰-۷-۵ شرح حال.....
۱۷۶	۱۱-۷-۵ بررسی وضعیت روانی.....
۱۸۴	۱۲-۷-۵ ضبط صوتی و تصویری مصاحبه.....
۱۸۵	۸-۵ مداخلات حمایتی و بازدارنده در حین مصاحبه.....
۱۸۵	۹-۵ زبان مصاحبه.....
۱۸۶	۱-۹-۵ ارتباط کلامی.....
۱۸۹	۲-۹-۵ ارتباط غیرکلامی.....
۱۸۹	۱۰-۵ مصاحبه با بستگان بیمار (شخص آگاه).....
۱۹۰	۱۱-۵ موقعیت‌های خاص مصاحبه.....
۱۹۰	۱-۱۱-۵ بیمار پسیکوتیک.....
۱۹۱	۲-۱۱-۵ بیماران افسرده.....
۱۹۱	۳-۱۱-۵ بیماران خشن و بی‌قرار.....
۱۹۲	۴-۱۱-۵ بیماران با زمینه‌ها و فرهنگ‌های متفاوت.....
۱۹۲	۵-۱۱-۵ بیمارانی که قصد گمراه کردن و فریب درمانگر را دارند (اغواگری مراجع).....
۱۹۲	۶-۱۱-۵ بیمارانی که دروغ می‌گویند.....
۱۹۳	۷-۱۱-۵ پرسش درباره مسائل جنسی و زناشویی.....
۱۹۳	خلاصه فصل پنجم.....
۱۹۵	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل پنجم.....
۱۹۵	خودآزمایی تشریحی فصل پنجم.....
۱۹۷	اصطلاحات کلیدی فصل پنجم.....
۱۹۹	فصل ششم. فنون و روش‌های عملی مداخله: تفسیر، انتقال و مقاومت در روان‌درمانی.....
۱۹۹	هدف کلی.....
۱۹۹	هدف‌های یادگیری.....
۱۹۹	مقدمه.....
۲۰۰	۱-۶ تعریف.....
۲۰۰	۲-۶ انواع تفسیر.....
۲۰۰	۱-۲-۶ درمانگر موضوع مبهم و فهمی نشدنی‌ای را روشن و درک‌شدنی می‌کند.....
۲۰۰	۲-۲-۶ رابطه بین وقایع، علائم و خصوصیات شخصیت را که ظاهراً با هم بی‌ارتباط‌اند، برای درمان‌جو روشن کنیم.....
۲۰۳	۳-۲-۶ نمایان‌ساختن نقیض یا تجانس‌نداشتن بیان احساسی درمان‌جو با اعمال احساسی او.....
۲۰۷	۳-۶ توصیه‌هایی برای تسهیل تفسیر و استقرار بیش در درمان‌جو (تفسیر مناسب).....
۲۰۷	۱-۳-۶ راهبردهایی جهت کمک به مراجعان برای اکتشاف خویش.....
۲۰۸	۲-۳-۶ حذف فرضیات غلط.....
۲۱۱	۴-۶ انتقال چیست؟.....
۲۱۸	۵-۶ انتقال متقابل چیست؟.....
۲۱۹	۶-۶ جنبه‌های مهم فردی و فرهنگی: مقابله با انتقال متقابل فرهنگی.....

۲۲۱	۶-۷ مقاومت و انواع آن.....
۲۲۵	۶-۸ نحوه مواجهه با مکت‌های کوتاه و طولانی.....
۲۲۶	۶-۹ نحوه مواجهه با سکوت.....
۲۲۷	خلاصه فصل ششم.....
۲۲۸	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل ششم.....
۲۳۰	خودآزمایی تشریحی فصل ششم.....
۲۳۰	اصطلاحات کلیدی فصل ششم.....
۲۳۳	فصل هفتم. مروری بر انواع روان‌درمانی.....
۲۳۳	هدف کلی.....
۲۳۳	هدف‌های یادگیری.....
۲۳۳	مقدمه.....
۲۳۴	۷-۱ درمان‌های حمایتی.....
۲۳۶	۷-۱-۱ راهنمایی.....
۲۳۷	۷-۱-۲ کاهش تنش.....
۲۳۸	۷-۱-۳ درمان مبتنی بر محیط اجتماعی (سازگاری محیطی، جامعه‌درمانی).....
۲۳۹	۷-۱-۴ بیرونی‌سازی علایق‌ها.....
۲۴۰	۷-۱-۵ درمان مرتبط به شغل.....
۲۴۱	۷-۱-۶ درمان مبتنی بر هنرهای خلاق.....
۲۴۱	۷-۲ درمان‌های بازآموزی.....
۲۴۴	۷-۲-۱ رفتاردرمانی.....
۲۴۸	۷-۲-۲ مشاوره‌درمانی (درمان روان‌شناختی).....
۲۴۸	۷-۲-۳ درمان مراجع‌محوری.....
۲۵۲	۷-۳ درمان‌های بازسازی.....
۲۵۵	۷-۳-۱ روان‌کاوی فروید.....
۲۶۵	۷-۳-۲ روان‌کاوی بعد از فروید.....
۲۸۰	۷-۴ گروه‌درمانی.....
۲۸۲	۷-۴-۱ وظایف روان‌درمانگر در گروه.....
۲۸۲	۷-۴-۲ روان‌کاوی در گروه.....
۲۸۵	۷-۴-۳ خانواده‌درمانی.....
۲۸۹	۷-۵ درمان‌های متفرقه.....
۲۹۰	خلاصه فصل هفتم.....
۲۹۲	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل هفتم.....
۲۹۳	خودآزمایی تشریحی فصل هفتم.....
۲۹۵	اصطلاحات کلیدی فصل هفتم.....
۲۹۷	فصل هشتم. برنامه‌های درمانی با رویکردهای مختلف «نمونه‌هایی از برنامه‌های درمانی».....
۲۹۷	هدف کلی.....

۲۹۷	هدف‌های یادگیری.....
۲۹۷	مقدمه.....
۲۹۸	۸-۱ کلیات برنامه درمانی.....
۲۹۹	۸-۲ برنامه درمانی ۱: برنامه تاب‌آوری و پیشگیری از افسردگی: دانشگاه پنسیلوانیا، بخش روان‌شناسی تهیه‌شده توسط: دکتر اندرو شاته، دانشگاه پنسیلوانیا، ۱۹۹۹ (به نقل از کردمیرزا، ۱۳۸۸).....
۳۰۲	۸-۳ برنامه درمانی ۲: پروتکل روان‌درمانی مثبت (سلیگمن و رشید، ۲۰۰۶).....
۳۰۳	۸-۳-۱ زندگی توأم با لذت.....
۳۰۴	۸-۳-۲ مشتاق‌شدن به زندگی.....
۳۰۵	۸-۳-۳ زندگی معنامند.....
۳۰۶	۸-۳-۴ فرایند روان‌درمانی مثبت.....
۳۰۹	۸-۴ برنامه درمانی ۳: پروتکل درمان شناختی رفتاری (اقتباس از نینام و درایدن، ۲۰۰۴).....
۳۳۲	خلاصه فصل هشتم.....
۳۳۳	خودآزمایی چهارگزینه‌ای فصل هشتم.....
۳۳۴	خودآزمایی تشریحی فصل هشتم.....
۳۳۴	اصطلاحات کلیدی فصل هشتم.....
۳۳۵	پاسخنامه خودآزمایی‌های چهارگزینه‌ای.....
۳۳۷	منابع.....

پیشگفتار

به نام خداوند عزم عظیم به نام خداوند رحم و رحیم
به نام خداوند حلم و حلیم به نام خداوند علم و حلیم
سپاس مخصوص خداوندی است که نخستین موجود است و پیش از او چیزی
نبوده است و آخرین موجود است و بعد از او چیزی نیست.

از نظر تاریخی، روند تکاملی روان‌درمانی طی ۵ مرحله عمده صورت گرفته است:

- در اولین مرحله، جادو نقش زیادی داشته است و کاهنان جادوگر اولین درمانگران روانی بوده‌اند.
- در دومین مرحله، جادو جای خود را به مذهب داد و در این زمان بر قدرت‌های مابعدالطبیعه تأکید می‌شد و اعتقاد بر آن بود که از این نیرو باید برای غلبه بر درد و رنج اجتناب‌ناپذیر استفاده کرد.
- سومین مرحله، مرحله فلسفی است. واژه فلسفه به معنای تحت‌اللفظی، عشق به خرد و دانش است.
- چهارمین مرحله، که بر اثر پیشرفت علم تجربی ظهور کرد، توسعه علم پزشکی است. در این مرحله، برای تخفیف هرگونه درد و رنج انسانی، درک کامل علمی ضرورت داشت. و درنهایت،
- پنجمین مرحله در تاریخ روان‌درمانی، علم روان‌شناسی است، که توسط زیگموند فروید معرفی شد. وی توانست استفاده‌های علمی آن را در درمان بازگو کند. از این رو اجزای اساسی نظام نظری فروید، یعنی سطوح آگاهی، به خصوص بخش ناخودآگاه، تکامل جنسی- روانی، ساخت منش، تقسیم شخصیت به سه

بخش نهاد، خود و فراخود و مفاهیم وابسته به آن‌ها، اساس شیوه روان‌شناسی و روان‌کاوی معاصر را به وجود آورده‌اند.

با توجه به این روند تاریخی، روان‌درمانی عبارت است از، مداخلاتی که برای بهبودبخشیدن به انواع مشکلات عاطفی یا رفتاری صورت می‌گیرد. این اقدام، متکی بر این اعتقاد است که احساسات، برداشت‌ها، نگرش‌ها و رفتار، محصول تجربیات زندگی است و اگر چیزی در طول این تجربه، یاد گرفته شده باشد، امکان تغییر آن وجود دارد. بر این اساس روان‌درمانی، یک روند یادگیری است و می‌توان کار درمانگر را با کار معلم قیاس کرد.

رابطه حرفه‌ای درمانگر و بیمار از اصالت، آزادی، جدیت و صمیمیتی برخوردار است که آن را از دیگر روابط بیمار در زندگی‌اش متمایز می‌سازد. ضمن اینکه نمی‌توان در دنیای واقعیت، این رابطه را از مداخلات درمانگر متمایز ساخت. چنین رابطه‌ای صرف‌نظر از الگوی درمانی به‌کاررفته، اثر مستقیمی بر نتیجه درمان دارد. ترجمه تجارب هیجانی به واژه‌ها و ابراز کلامی آن‌ها در فرایند روایت‌گری نیز، از دیگر سو، از مشخصه‌های عمومی روان‌درمانی است و به اندازه مداخلاتی که درمانگرهای مختلف به کار می‌گیرند، اهمیت دارد.

اروین یالوم در فصل اول کتاب هنر درمان خود به نقل از کارن هورنای چقدر خوب بیان می‌کند که: «بشر گرایشی رشد نایافته به درک خویشتن دارد. اگر موانع برداشته شود فرد می‌تواند به انسانی بالغ و کاملاً تحقق‌یافته بدل شود. درست مانند میوه کوچکی که درنهایت درخت بلوطی خواهد شد.» و نتیجه می‌گیرد: «کار من برداشتن موانع از سر راه بیمارم بود. مجبور نبودم همه کارها را برعهده بگیرم ... باقی کار خودبه‌خودی و با نیروی خودشکوفایی موجود در درون هر بیمار پیش می‌رود».

اینجانب نیز با توجه به اهمیت روابط انسانی در حوزه روان‌درمانی و قدرت ترجمه این روابط توسط درمانگران کارآزموده، و با الهام از تجربه سال‌ها تدریس دروسی مثل نظریه‌های روان‌درمانی، گروه‌درمانی و رفتاردرمانی در مقطع کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی و نیز آگاهی از ضعف منابع ترجمه‌شده در تأمین سرفصل‌های مورد نظر، و همچنین، تجربه بیش از یک دهه فعالیت درمانی و برخورد نزدیک با مراجعان، بر آن شدم تا به امید خداوند منان در مجموعه‌ای مدوّن و مستند بر یافته‌های پژوهشی و منابع نوین در کاربست روان‌درمانی و روش‌ها و فنون، منابع کاربردی را تدوین کنم.

در سال‌های اخیر به خصوص با تشکیل سازمان نظام روان‌شناسی و صدور مجوزهای بسیار برای کاربست مشاوره و روان‌درمانی، و علی‌رغم وجود فنون و

روش‌های بسیار در کاربرد روان‌درمانی و روش‌های اثربخش درمان، تلاش‌های اندکی برای انسجام منابع و بهره‌گیری از شیوه‌های نوین آموزشی صورت گرفته است.

در طی سه دهه گذشته و همگام با آسیب‌های ناشی از جنگ تحمیلی و ضرورت ارائه خدمات درمانی به آسیب‌دیدگان از این جنگ ویرانگر، بسیاری از بخش‌های درمانی و به‌خصوص پزشکی و تکنولوژی آن پیشرفت کرد اما به نظر می‌رسد متأسفانه سرفصل‌های آموزشی روان‌درمانی که در توانبخشی خانواده‌ها و نیز رزمندگان جنگ مؤثرند، تحولی نداشته است و همچنان وارداتی و ناهمخوان با فرهنگ ما هستند.

تجربه درمانی و بازخوردی که از مراجعان خود در طی این سال‌ها دریافت کرده‌ام اکنون مرا به این نتیجه رسانده است که اگر فنون وارداتی هستند و اگر نظریه‌پرداز شاخص در حوزه درمان نداریم، در عوض خاک مناسبی داریم که می‌تواند بستر روابط بسیار سازنده و پرورش‌دهنده ماما‌هایی باشد که سرشار از استعداد ایرانی هستند.

شاید اگر درس ساده یالوم در تأکید بر خودشکوفایی و برداشتن موانع را به کار گیریم و جو درمانی مناسب را همچون خاکی مرغوب مهیا کنیم، دانشجویان به‌خوبی فراگیرند که تغییر در انسان ایرانی الزاماً تابع بایدها و نبایدهای سایر فرهنگ‌ها نیست و روابط انسانی می‌تواند منشأ تغییر باشد. برای تغییر، تأکید بر روابط انسانی شاید مهم‌ترین عنصر آموزش روان‌درمانی باشد. هر چیزی وارداتی باشد، روابط انسانی به‌سادگی منتقل‌شدنی نیست. آموزش روان‌درمانی با تأکید بر متغیر رابطه و کنترل عوامل مؤثر بر این رابطه، اقدام مهمی در حصول موفقیت در روان‌درمانی از جنس ایرانی است.

این کتاب نیز اگرچه از منابع جدید تألیفی در سایر کشورها استفاده کرده است اما واقعیت این است که بنابر تجربه درمان و تدریس و نیز شناخت ضرورت‌ها، مقدماتی برای شروع حرکت درمانی و اهمیت قائل‌شدن برای عنصر رابطه حرفه‌ای تدوین شده است و امید می‌رود پس از دریافت بازخوردهای ارائه‌شده، گام‌به‌گام به تحریر متون بومی و وابسته به پژوهش در کشور عزیزمان با تکیه بر فرهنگ غنی ملی و دینی نائل شویم.

در اینجا جا دارد از مجموعه همکارانم به ویژه سرکار خانم فرحناز طلوعیان در دفتر تدوین متون آموزشی دانشگاه پیام نور که با نهایت حوصله رسالت خطیر تأمین منابع آموزشی را بر عهده دارند، تشکر و قدردانی به عمل آورم.

عزت اله کردمیرزا نیکوزاده

کلیات

• چشم‌انداز فرهنگی به بیمار روانی و روان‌درمانی (دیدگاه دانشمندان غربی، ایرانی و مسلمان): گمانه‌زنی درباره موضوعات روان‌شناختی و روان‌درمانی به اندازه نژاد انسان، قدمت دارد. اما فقط قدری بیشتر از یکصد سال پیش بود که روان‌درمانی به صورت یک حوزه علمی پدیدار شد (ویتنی، ۲۰۱۰). این مسئله از زمانی که بشریت زندگی اجتماعی را شروع کرد، بیشتر نمایان شده است (میلانی‌فر، ۱۳۷۰). در واقع، تاریخ روان‌درمانی، همگام با زندگی اجتماعی و به قدمت طب بوده و از گذشته دور همراه با درمان‌های مختلف کاربرد داشته است. به همین دلیل، تاریخ مواجهه با بیماران روانی در ایران و جهان متفاوت نیست، بلکه در امتداد یکدیگر بررسی می‌شود. مطالعه این تاریخ، با بررسی سیر پیشرفت‌ها و تغییر رویکردها در سایر نقاط دنیا شروع و در ادامه به واکنش‌ها نسبت به بیماری روانی در ایران اشاره می‌شود.

درمان بیماران روانی، در طول دوران‌ها و قرون مختلف مراحل را پشت سر گذاشته که به ترتیب قدمت و موضوع مورد توجه عبارت‌است از:

- مرحله اعتقاد به سحر و جادو و نیروهای ماوراءالطبیعه
- مرحله اعتقاد به مبانی عضوی بیماری‌های روانی
- مرحله اعتقاد به مبانی روان‌شناختی بیماری‌های روانی

آنچه امروزه از روان‌درمانی سراغ داریم، ترکیبی است از این مراحل و عجیب نیست که هنوز هم نشانه‌هایی از سحر و طلسم و جادو در نقاط مختلف دنیا و نیز گوشه و کنار کشور ایران دیده می‌شود. این اثر تا حدی است که امروزه، بخشی از کتب

تخصصی معاصر به بررسی اوضاع و احوال فرهنگی و بیماری‌های روانی بومی اختصاص داده شده است. مثل، آموک^۱ و لاتاه^۲ در مالایا، کورو^۳ در چین، پیبلاکتو^۴ در بین اسکیموها، ویتیتگو^۵ در آمریکای شمالی، وودو^۶ در بین سیاهان آمریکای شمالی، زار^۷ و بعضی تظاهرات هیستریک در جنوب ایران که صرفاً جنبه بومی و قبیله‌ای داشته و علاج آن‌ها هم مبتنی بر آداب و رسوم قبیله‌ای است.

در ادامه هریک از سه مرحله فوق، به‌طور مختصر توضیح داده خواهد شد.

- مرحله اعتقاد به سحر و جادو و نیروهای ماوراءالطبیعه: در روزگاری که بشر از شناخت واقعیت بیماری‌ها عاجز بود، اولین کوشش‌ها برای توجیه بیماری و درحقیقت اولین معیار تشخیصی براساس مُدرکات (قدرت درک درمانگر)، قرار داشت و مبنای درمان را نیز در تمام زمینه‌های پزشکی، جادوگری و افسونگری، که مخلوق فکر و چاره‌اندیشی بشر و اساس اعتقادات او بوده، همان مدرکات تشکیل می‌داده است.

قرن‌ها پیش از میلاد مسیح و پس از آن، اختلالات روانی مترادف با سحر و جادو و ارواح و شیاطین بود. آنچه را که امروزه معلول فعل و انفعالات مغزی می‌دانیم، آن روزها معلول قدرت‌های مافوق‌الطبیعه بود که از هیچ‌گونه قانون طبیعی تبعیت نمی‌کرد. «بدی» و «بیماری» را نتیجه تسخیر به وسیله ارواح خبیثه می‌دانستند و چاره آن منحصر به خارج کردن ارواح موذی از بدن شخص مبتلا بود. این امر از طریق نیایش، خواهش، تضرع، احترام، رشوه، نذر، ارباب، اعتراف و بالاخره دلجویی از خدایان طی مراسم مخصوصی انجام می‌گرفت.

درمانگران اولیه که اغلب خود مبتلا به انحراف و اختلال روانی بودند، برای درمان بیماری‌های جسمی از روش‌های ساحرانه و جادوگرانه استفاده می‌کردند. شواهدی از تمدن‌های گذشته موجود است که بعضی از سردردها و حملات صرعی را غارنشینان با عمل جراحی بر روی جمجمه معالجه می‌کردند؛ بدین معنی که، احتمالاً به وسیله سنگ‌های تیز و برنده قسمتی از کاسه سر را به شکل دایره‌ای بیرون می‌آوردند تا

1. Amok
2. Latah
3. Koro
4. Piblakto
5. Wititigo
6. Woodoo
7. Zar

از آن طریق بتوانند شیاطین را از مغز خارج کنند. بعضی دیگر بر این اعتقاد بودند که بیماران روانی به یک نوع نظرکردگی مبتلایند که دخالت در حالت آن‌ها ممکن است موجب ضرر و زیان و آسیب‌رسیدن به دخالت‌کننده باشد.

کم‌کم بر اثر تجربه‌های مکرر و پیدایش اعتقادات مختلف، توجیهاتی در زمینه‌های شناخت و درمان بیماری‌ها به وجود آمد. از جمله اینکه، دو چیز متشابه، اثراشان روی یکدیگر از طریق تشابهات همدردگونه است و بر همین اساس است که درمانگران از طریق تقلید و به نمایش گذاشتن رفتار و حالات و علائم شخص بیمار چنین وانمود می‌کردند که به درد او مبتلا هستند و در عین اینکه از درد به خود می‌پیچند و نزدیک به مرگ هستند، سرانجام خود را بهبودیافته وانمود و با این روش نمایشی و تلقینی بهبود بیمار را تسریع می‌کردند. شاید بتوان روش «پسیکودرام»^۱ امروزی را در حقیقت جلوه عالمانه و تازه‌ای از آن روش نمایشی قدیمی و ابتدایی دانست.

در تاریخ روان‌پزشکی شرم‌آورترین و ننگین‌ترین فصل‌ها، بخش‌هایی است که به سحر و جادوگری و مردم‌فریبی، مربوط می‌شود. یعنی، اعمالی که در طول سال‌های سیاه قرون وسطی به‌ویژه در اروپا و ممالک مسیحی‌نشین به‌دست جادوگران اجرا می‌شد و اوج آن تا قرن ۱۵ و ۱۶، که اولین بارقه جنبش‌های علمی و مکاشفات به‌وجود آمد، ادامه داشت. در سال ۱۴۸۶ کتابی درباره تسخیر جن نوشته شد که در آن ویژگی‌های زشت و عادات ناپسند جادوگران و شیوه کار آنان تشریح شده بود و نشان می‌داد که بسیاری از قربانیان تیره‌بخت آنان بیماران روانی بوده‌اند. برای درمان هرکس که کوچک‌ترین اثری از اختلال روانی در وی بود، راهی جز افسون و جادوگری وجود نداشت. بسیاری از بیماران روانی را به جرم شیطان‌زدگی و برای پاکسازی جامعه از لوث وجود آن‌ها، زنده‌زنده در آتش می‌سوزاندند.

جادوگران چهره و لباس و آداب ویژه خود را داشتند و بر تمام روابط فردی و اجتماعی مردم حتی خصوصی‌ترین روابط فردی یعنی روابط زنانشویی نظارت و دخالت می‌کردند. در اروپای قرون وسطی به نام خداوند و تحت لوای انجیل هزاران زن بی‌گناه را به گناه شیطان‌زدگی به شکنجه و عذاب کشیدند. یک شکنجه‌گر آلمانی اعتراف می‌کند که از ۷۰۰ زن مسن، ۱۰۰ نفر آن‌ها را به دلیل شیطان‌زدگی به آتش کشیده است (محرری، ۱۳۷۳). کار جنایت جادوگران به جایی رسید که در زمان الیزابت اول، پادشاه

1. Psychodrama

انگلیس، به ناچار جادوگری را یک نوع جنایت تلقی و مجازات آن را مرگ تعیین کردند. در گوشه و کنار انگلیس، کسانی مأموریت یافتند که دکه آن‌ها را تعطیل و خود آنان را به پیشگاه عدالت معرفی کنند. برای دستگیری هر جادوگری جایزه‌ای تعیین شده بود و این سرنوشت کسانی بود که سلامت روان مردم را به بازی گرفته و خود نیز انحرافات اخلاقی داشتند.

در همین قرون وسطی که بیماران روانی را در غرب به بهانه جادوگری یا جن‌زدگی تنبیه یا شکنجه یا غل و زنجیر می‌کردند، در کشورهای اسلامی به‌خصوص ایران رفتاری انسانی با آنان در پیش می‌گرفتند و با گیاهان دارویی، عطریات، موسیقی و روش‌های مشابه مشاوره آنان را درمان یا در آسایشگاه‌های خاصی نگهداری می‌کردند. رازی و ابن‌سینا در کتاب‌هایشان به اختلال‌های روانی همچون مالیخولیا^۱، شیدائی^۲ (مانیا) و سرسام^۳ (دلیریوم) اشاراتی داشته‌اند.

در پایان این قسمت باید گفت، با توجه به اینکه جادوگری هنوز در کشورهای کمتر توسعه‌یافته از بین نرفته است، دو جنبه از آن برای روان‌پزشکان و روان‌شناسان اهمیت دارد:

- اعتقادات مردم نسبت به بیماران روانی در عصر حاضر به کلی تغییر نیافته است و هنوز در گوشه و کنار جهان، افرادی با تحصیلات دانشگاهی هستند که نگرش آن‌ها نسبت به بیماری‌های روانی همان نگرش جادو پسندانه قرن‌های گذشته است.
 - فرضیه‌های اولیه‌ای که درباره بیماری‌های روانی وجود داشت، هنوز در میان طبقات پایین و رشد نیافته به قوت خود باقی است و اعتقاد به نقش عوامل مافوق‌الطبیعه در پیدایش بیماری‌های جسمی و روانی وجود دارد. برای مثال، این باور که شرایط روانی افراد تابع وضعیت قرص ماه و یا مربوط به نقش ساعات و روزهاست یا اینکه، بیماری روانی تنبیهی خدایی است و مکافات خطاها و اعمال زشتی است که مرتکب شده‌اند.
- **مرحله اعتقاد به مبانی عضوی بیماری‌های روانی:** قدیمی‌ترین اطلاعی که درباره مبانی عضوی بیماری‌های روانی در دست است، مربوط به تمدن قدیم مصر و دوران ایمهوتپ^۴ مصری است که مظهر حرفه پزشکی در دو هزار سال قبل از بقراط^۵ شناخته شده است.

1. Melancholy
2. Mania
3. Delirium
4. Imhotep
5. Hippocrates

اولین پزشکی که به طبیعت آدمی و بیماری‌های روانی از دیدگاه علمی نگریست و درحقیقت او را باید پدر علم پزشکی به حساب آورد، بقراط (۳۷۷-۴۶۰ ق.م) بود. درحالی‌که بسیاری از افراد معاصر با بقراط شدیداً معتقد به قدرت‌های مافوق طبیعت در سلامت و بیماری بودند، بقراط خود معتقد به نقش قوانین طبیعی بود و بیماری‌های روانی را ناشی از عدم تعادل اخلاط چهارگانه (سودا، صفرا، خون و بلغم) می‌دانست. او مغز را مسئول فکر و احساس می‌دانست، درحالی‌که پزشکان قبل از او قلب و حجاب حاجز^۱ را مرکز فکر و احساس می‌دانستند. بقراط از طریق مشاهدهٔ بیماران جسمی و روانی به نتایجی رسید که هنوز به ارزش و اعتبار خود باقی است. او پی برد که می‌بایست نوعی رابطه بین افسردگی و شادی زیاد وجود داشته باشد، حالتی که امروزه آن را مانیک-دپرسیو^۲ خوانده‌اند. همچنین در نوشته‌های خود از جنون‌های مادرزاد و حالات گنگی روانی^۳ که ناشی از عفونت‌ها و خونریزی‌ها بود، نام برده و یادآور شده است که بعضی افراد استعداد ذاتی بیشتری برای ابتلا به بیماری‌های روانی دارند. بنابراین، وراثت می‌تواند عامل مهمی در بروز بیماری باشد.

بسیاری از باورهای بقراط، در زمینهٔ بیماری‌های روانی در طول اعصار و قرون به تدریج نادرست و ناپذیرفتنی از آب درآمد. مانند این اعتقاد که بیماری هیستری^۴ در نتیجه جابه‌جایی و سرگردانی رحم در اعضا و جوارح به وجود می‌آید و به همین دلیل این بیماری را، هیستری که مشتق از کلمه هیستروم^۵ (به معنی رحم) است، نامیده بود و آن را منحصر به زنان و درمان آن را هم ازدواج و بارداری می‌دانست.

با وجود این قبیل خطاها، بقراط اصلی را در پزشکی به وجود آورد که براساس آن تشخیص، شناخت و درمان باید قبل از هر چیز، مبتنی بر مشاهدهٔ وضعیت بیمار باشد. البته، نظریات علمی بقراط در روزگار خودش با حمایت چندانی روبه‌رو نشد، حتی قرن‌ها بعد از او هم دربارهٔ عقاید او شک و تردید وجود داشت. روش‌های درمانی مختلفی برای درمان اختلالات روانی به کار برده می‌شد که غیرمعقول بود؛ برای مثال، بعضی از پزشکان یونانی گیاهی را به نام هله‌بور^۶ به کار می‌بردند که نوع سیاه آن در

۱. دیافراگم (Diaphragm) یا حجاب حاجز نوعی عضلهٔ مخطط ارادی بدن است که به دنده‌های انتهایی و مهره‌ها می‌چسبد و قفسهٔ سینه را از محوطهٔ شکم جدا می‌کند. انقباض این عضله نقش مهمی در انجام غیرارادی تنفس دارد.

2. Manic Depressive Psychosis

3. Confusion

4. Hysteria

5. Hysteria

6. Helebore