

روانکاوی

Psychoanalysis

Psychoanalyse

پروفسور هلموت تومه Helmut Thomä

پروفسور هورست کشله Horst Kächele

جلد دوم ویرایش جدید

کاربرد روانکاوی

برگردان

دکتر سعید پیرمرادی

فهرست مطالب

یادداشت مترجم

مقدمه

فهرست بیماران و کدگذاری

۱ تاریخچه بیمارها و گزارش‌های درمانی

مقدمه

۱-۱ بازگشت به فروید بسوی آینده

۱-۲ سرگذشت بیماران

۱-۳ گزارش‌های درمانی

۱-۴ ثبت گفتگوها: ضبط و مکتوب نمودن

۲ انتقال و رابطه

مقدمه

۲-۱ رابطه کاری و نورز انتقالی

۲-۱-۱ تقویت رابطه‌ی یاری‌دهنده

۲-۱-۲ حمایت و تعبیر

۲-۱-۳ اشتراک و استقلال

۲-۲ انتقال مثبت و منفی

۲-۲-۱ انتقال مثبت خفیف

۲-۲-۲ انتقال مثبت شدید

۲-۲-۳ تمایلات ادغام و ذوب شدن

۲-۲-۴ انتقال اِروتیک

۵-۲-۲ انتقال منفی

۳-۲ اهمیت تاریخچه زندگی

۱-۳-۲ کشف مجدد پدر

۲-۳-۲ حسادت نسبت به برادر

۴-۲ انتقال و همانندسازی

۱-۴-۲ روانکاو به عنوان ابژه و سوژه

۲-۴-۲ همانندسازی با عملکردهای روانکاو

۳ انتقال متقابل

مقدمه

۱-۳ انتقال متقابل یکپارچه

۲-۳ انتقال متقابل مکملی

۳-۳ پیامدها و تخیلات در گذشته

۴-۳ شرکت بیمار در انتقال متقابل

۱-۴-۳ انتقال متقابل اِروتیک

۲-۴-۳ انتقال متقابل پرخاشگرانه

۵-۳ اشارات کنایه آمیز

۶-۳ انعکاس خودشیفته و ابژه‌ی خود

۷-۳ همانندسازی فرافکنی

۴ مقاومت

مقدمه

۱-۴ انکار هیجانان

۴-۲ استقلال کاذب

۴-۳ غیرلذت به عنوان مقاومت نهاد

۴-۴ درجا زدن و تعویض درمانگر

۴-۵ نزدیکی و هم جنس گرایی

۴-۶ مقاومت و اصل امنیت

۵ تعبیر رویا

مقدمه

۵-۱ بیان خویش در رویا

۵-۱-۱ فویای بد ریختی و تنش های حرکتی سر و گردن

۵-۲ یک سری رویا

۵-۳ رویای یک علامت

۵-۴ درباره ی ریشه های روانی

۶ از مصاحبه به درمان

مقدمه

۶-۱ مصاحبه اول

۶-۲ مشکلات خاص

۶-۲-۱ تعلق طبقاتی

۶-۲-۲ بزه کاری

۶-۲-۳ بلوغ

۶-۳ بستگان بیمار

۶-۴ گواهی و انتقال

۷ قواعد

مقدمه

۷-۱ دیالوگ

۷-۲ تداعی آزاد

۷-۳ دقت و توجه متعادل

۷-۴ پرسش و پاسخ

۷-۵ استعاره‌ها

۷-۵-۱ جنبه‌های روانکاوی

۷-۵-۲ تفاسیر زبان شناختی

۷-۶ بی‌طرفی و دوری جستن از برخوردهای ارزشی

۷-۷ گمنامی/حفظ اسرار و رفتار طبیعی

۷-۸ ضبط صدا

۷-۸-۱ مثال

۷-۸-۲ استدلالات مخالف

۸ ابزار و وسایل، راه‌ها و اهداف

مقدمه

۸-۱ زمان و مکان

۸-۱-۱ قرار نوبت

۸-۱-۲ نگه‌داشتن و حفظ

۸-۱-۳ واکنش‌های موسمی

۸-۲ تاریخچه زندگی، بیماری و زمان

۸-۳ فعالیت‌های تعبیری

۸-۴ کنش

۸-۵ پردازش

۸-۵-۱ تکرار ضایعه

۸-۵-۲ انکار اضطراب اختگی

۸-۵-۳ تقسیم انتقال

۸-۵-۴ دلبستگی به مادر

۸-۵-۵ اشتباهات روزمره

۸-۶ وقفه درمانی

۹ طبقه‌بندی خاص بیماری‌ها و فرآیندهای درمانی معمول

مقدمه

۹-۱ اضطراب و نورز

۹-۲ هیستری اضطراب

۹-۲-۱ اختلال تبدیلی و ریخت بدن

۹-۳ نورز اضطراب

۹-۳-۱ اضطراب جدایی

۹-۳-۲ مرحله‌ی پایانی

۹-۳-۳ شناسایی و اعتماد به نفس

۹-۴ افسردگی

۹-۵ بی‌اشتهایی عصبی

۹-۶ حساسیت‌های (التهابات) پوستی

۹-۷ موارد نامشخص

۹-۸ پسرفت

۹-۹ آلکسی‌تایمی (عدم توانایی در ادراک و توصیف احساسات)

۹-۱۰ بدن و روش روانکاوی

۹-۱۱ نتایج

۹-۱۱-۱ نگاه گذشته‌نگر بیماران

۹-۱۱-۲ تغییرات

۹-۱۱-۳ خداحافظی

۱۰ موضوعات خاص

مقدمه

۱۰-۱ مشاوره

۱۰-۲ نظریات فلسفی درباره یک "جلسه خوب"

۱۰-۳ دینداری

۱۰-۳-۱ تصویر یزدانی در قالب فرافکنی

۱۰-۳-۲ روانکاوی روی یخ الهیات؟

منابع

فهرست اسامی

فهرست مطالب

مقدمه

همانگونه که در جلد مبانی مطرح کردیم، پیروی انتقادی از آثار فروید و حفظ استقلال همزمان از آن، برای روانکاوان آلمانی امری دشوار است. بحث اصلی به سوالات اساسی درباره اتحادیه صنفی روانکاوان و آینده آن و چگونگی دستیابی نسل جوان به هویت شغلی مربوط می‌گردد. از یک سو به علت اهمیت فوق‌العاده فروید و از سوی دیگر به علت نحوه آموزش روانکاوی، برخورد علمی به نظریات و عمل روانکاوی تا آن حد به تعویق افتاده است که نسل‌های جدید روانکاوان با تأخیر فراوان به استقلال دست می‌یابند.

در جلد مبانی جایگاه نظری خویش را بیان کردیم و روانشناسی دونفره و سه‌نفره بالینت را بمثابة اصول راهنمای عملی برگزیدیم که به نقش روانکاو در شکل‌دهی فرآیند درمانی اهمیت مرکزی اعطا می‌کند. ما به علت مشکلات عام ذکر شده و نیز نگرش خاص آلمانی و همچنین موضوعاتی که در تاریخچه زندگی‌مان ریشه دارند، راه خود را به آرامی و محتاطانه طی نمودیم. این مسئله بویژه در مورد نویسنده اصلی (هلموت تومه) صدق می‌کند که طی سال‌هایی که برای نگارش این دو جلد صرف کرده، مضامین نظری و عملی خود را ترسیم نموده است. محرک و مشوق نهایی برای تبیین انتقادی جایگاه نظری و عملی روانکاوی از منظر کنونی و چشم‌انداز آتی آن، مرتون گیل بود. وی باعث شد تا ما بر احتیاط خود غلبه کنیم. به نظر وی ما باید آنچه را که می‌دانیم، بیان کرده و نمونه خوبی در این زمینه ارائه دهیم.

برداشت ما چنین است که با طرح موضوعات مربوط به گفتمان نظری و عملی درمان روانکاوی از عهده این امر مهم برآمده‌ایم. نحوه ارائه گزارشات ما باعث می‌شود تا روانکاوان در معرض انتقاد همکاران متخصص خود قرار بگیرند.

تعهد رازداری پزشکی ما ایجاب می‌کند دقت زیادی بخرج دهیم. ما سعی کردیم مشکلات موجود در این حیطه را بدینگونه حل کنیم:

در امتداد پیشنهادات فروید (۱۹۰۵) مبنی بر کدگذاری، هر آنچه را در توان داشتیم بکار بستیم تا هویت بیماران حفظ گردد.

داده‌های مربوط به تاریخچه زندگی که کدگذاری آن‌ها منطبق با اصل جانشین مشابه تعیین می‌گردد تا حدی فاش می‌شوند که برای درک عمل درمانی مهم هستند. خطای رایج آن است که گمان می‌کنیم در روان‌درمانی، کلیت شخص تظاهر می‌یابد. اما واقعیت حاکی از آن است که در روان‌درمانی عمدتاً درباره نقاط ضعف، مشکلات و رنج‌ها صحبت می‌شود. بدون آشنایی با جنبه‌های

بی‌مشکل بیمار که در حین درمان در مورد آن صحبت نمی‌شود، نمای تحریف شده‌ای از شخصیت وی بدست می‌آید.

در مورد نحوه کدگذاری بیماران بسیار فکر کردیم. هیچیک از آن‌ها بطور کامل ایده‌آل ما نشده است. تبدیل یک علامت خاص به نام مستعار، به یک خصوصیت وزنه خاص می‌بخشد. از طرف دیگر نمی‌خواستیم بیماران خود را شماره‌گذاری کنیم. به همین خاطر نام‌های مستعار انتخاب کردیم و طبق تقسیم کروموزم‌ها، تمام زنان را با X و کلیه مردان را با Y مشخص نمودیم. علیرغم تأثیرات شگرف روان-اجتماعی بر نقش‌های جنسیتی و شکل‌گیری هویت، تفاوت‌های زیست‌شناختی جنسیت‌ها، پایه و اساس طبیعی و بیولوژیک بیوگرافی‌های زنانه و مردانه است. امیدواریم خواننده با کدگذاری ما مأنوس گردد. کدگذاری کمک می‌کند تا بخش‌های درمانی مربوط به هر مورد را از طریق فهرست بیماران ردیابی و پیگیری کنیم.

این کتاب بدون موافقت بیماران جهت صورت‌برداری از جلسات درمانی، کدگذاری و انتشار آن‌ها نمی‌توانست تهیه شود. بسیاری از بیماران با اعلام موافقت خود امید آن داشتند که بحث اساسی درباره موضوعات تکنیک درمانی بتواند به بیماران دیگری که به درمان روانکاوی رجوع می‌کنند، کمک نماید. برخی از آنان بخش‌هایی از صورت‌جلسه‌های درمانی را تفسیر کردند. ما برای این کار سپاس قلبی خود را از آنان ابراز می‌کنیم.

این آمادگی مبین تغییرات نویدبخش اجتماعی و فرهنگی است که روانکاوی نیز در آن سهم بوده است. در حالی که که فروید مطرح می‌کرد که "بیماران وی در صورتی که از ارزیابی علمی صحبت‌های خود مطمئن نبودند" (فروید ۱۹۰۵، ص: ۱۶۴)، آماده حرف زدن نمی‌شدند، در دهه‌های گذشته بیماران چیزهای بهتری به ما آموختند. بدون تردید روانکاوی مرحله سحرزدایی را طی می‌کند. اتفاقی نیست که تقریباً بطور همزمان بیماران درباره آنالیزهای خود گزارش می‌دهند و افکار عمومی علاقه زیادی برای تعریف‌های بیماران قبلی درباره عملکرد فروید از خود نشان می‌دهد. ادبیات موجود درباره نحوه عملکرد فروید در حال فزونی است و نشان می‌دهد که فروید، طرفدار متعصب فروید نبود. مناسبات اجتماعی و فضای روحی در دهه‌های گذشته بقدری متحول شده که بیماران و یا داوطلبین روانکاوی به اشکال مختلف درباره تجربیات خود گزارش می‌دهند.

دغدغه خاطر استفاده از ضبط صوت و ارزشیابی نوشته‌ها بیش از آنچه از جانب بیماران مطرح شود، فکر درمانگران را به خود مشغول کرده بود. در این بین امری پذیرفته شده است که پژوهش فرآیند روانکاوی قبل از هر چیز باید به این نکته توجه داشته باشد که سهم روانکاو در سیر، توفیق و یا عدم موفقیت درمان چیست. ناملايمات و پیامدهای منفی مباحث بالینی و علمی شامل بیمار گمنام نمی‌شود، بلکه دامنگیر روانکاوی است که نام او در بین همکاران شناخته شده است.

این تغییرات میزان تعهد روانکاوان نسل جدید را نه تنها در برابر بیماران، بلکه در برابر جامعه علمی نیز افزایش می‌دهد. به نظر فروید (۱۹۰۵) ثمرات روشنگری و پیشرفت‌های علمی قبل از هر چیز باید شامل حال بیماران گردد.

به علت رازداری پزشکی و کدگذاری‌های ضروری نمی‌توانیم جزئیات زیادی درباره تاریخچه بیمار ارائه دهیم. با این حال خواننده در می‌یابد که اکثر بیماران از علایم سخت و مزمن رنجور بوده‌اند و بررسی ما طیف وسیعی از بیماری‌ها را شامل می‌گردد. علایم عملکردی جسمی معمولاً پیامدهای همراه رنج‌های روانی هستند. بسیاری از نمونه‌ها شامل روانکاوی بیمارانی می‌شود که ناراحتی‌های جسمی داشته‌اند که سپس ریشه‌های روانی آن مشخص گردیده است.

درگیری بیماران با تکنیک روانکاوی در دهه‌های گذشته به تغییرات نحوه عمل روانکاوان انجامیده است. ما گزارش‌هایی درباره تاریخچه بیمارها و روندهای درمانی ارائه می‌دهیم که حاصل تجربیات ما در سه دهه گذشته است. اثربخشی درمان روانکاوی در بسیاری موارد به وسیله پیگیری‌های انجام شده تأیید شده است.

با جمله نغزی از ویتگن اشتین مایلم اهمیت مثال‌ها (گزارش‌های موردی) را مورد تأکید قرار دهیم:

"برای عمل، قواعد کافی نیست، بلکه مثال و نمونه نیز لازم است. قواعد ما جای گریز باقی می‌گذارند، اما مثال‌ها مبین خویش هستند" (۱۹۸۴، ص: ۱۴۹).

درمان روانکاوی چهره‌های گوناگونی دارد و ما سعی نموده‌ایم با کمک مثال‌های خود این تنوع را پوشش دهیم. ثبت لحظه‌ها و گزارش بلاواسطه آن‌ها، بیانگر مباحث اصلی یا کانون دیالوگ است. برای اشراف بر فرآیندهای درمانی درازمدت باید در جایگاه پرنده (فراجایگاه) قرار بگیریم. برای فهم و درک پدیده‌ها، شنیدن کلمات و درک ارتباط متون موجود درباره تجربه و ذهن انسان، به جهت‌گیری نظری نیازمندیم. این موضوعات بطور عمده در جلد مبانی تشریح شده‌اند.

در این جلد نظریات مربوط به طبقه‌بندی روانکاوی بیماری‌های روانی را توصیف می‌کنیم تا بدینوسیله قرار دادن مثال‌ها در طبقه‌بندی‌ها تسهیل گردد. نکات تکمیلی اضافه شده بر جلد اول و طیف وسیع تشخیصی، حجم این جلد را بطور چشمگیر افزایش است.

اشارات زیر استفاده از کتاب حاضر را برای خواننده تسهیل می‌سازد.

به استثنای فصل‌های ۱، ۹ و ۱۰، سرفصل‌های این جلد، مطابق جلد اول است. جلد مبانی و جلد کاربرد بگونه‌ای بر یکدیگر منطبق شده‌اند که خواننده در جلد دوم تحت هر زیرفصل با پدیده‌های تکنیک درمانی که ما در جلد نخست، مبانی تاریخی - سیستماتیک آن را تشریح نمودیم، آشنا خواهد

شد. استفاده موازی توجه به جنبه‌های عملی و نظری و رعایت آن را تسهیل می‌کند. مثلاً خواننده‌ای که درباره برخورد درمانی با مقاومتِ هویت یک بیمار مبتلای به بی‌اشتهایی عصبی در این کتاب اطلاعاتی بدست می‌آورد، در بخش مشابه جلد اول (۴-۶) به مبانی نظری دسترسی دارد.

ما نمونه‌های مهمی از آنالیز ۳۷ بیمار که شامل ۲۰ مرد و ۱۷ زن می‌باشند، انتخاب کرده‌ایم. در پائین، فهرست کدگذاری‌هایی که ما برای بیماران انتخاب کرده‌ایم، آورده شده است. شماره‌ها و عنوان‌هایی که بشکل /یتالیک ارائه می‌شوند، بیانگر بخش‌های متن درباره اطلاعات عام پیرامون سیر بیماری و درمان مورد مشخص هستند. در این جلد در مجموع ۱۴ مورد و سیر آن‌ها انعکاس یافته‌اند. در سایر موارد سیر بیماری و درمان بشکل نهفته وجود دارد که خواننده می‌تواند آن‌ها را بازسازی کند.

در مورد فراوانی جلسات، طول درمان، درمان خوابیده یا نشسته، زمانی صحبت می‌کنیم که این عوامل اهمیت ویژه‌ای در روشن کردن موضوعات مربوط به آغاز و یا پایان درمان داشته باشند. مفاهیم آنالیز، روانکاوی و درمان را مترادف با یکدیگر استفاده می‌کنیم. بسیاری از بیماران ما تفاوتی میان درمان و آنالیز قائل نمی‌شوند. ما در اینجا می‌خواهیم راه‌ها و روش‌هایی را ترسیم کنیم که در درمان روانکاوی طی می‌شوند.

تلاش ما این است که خواننده را در حد امکان به فضای دیالوگ روانکاوی نزدیک کنیم، زیرا گمان داریم که بازگو کردن دقیق کلمات، زبان روح و روان است. ویلهلم فون هومبالت چنین می‌گوید: "زبان روان و روان زبان است. شباهت و نزدیکی این دو به یکدیگر را هر چقدر مورد تأکید قرار دهیم، باز هم کم است."

فهرست بیماران و کدگذاری

در مقدمه درباره اصول کلی کدگذاری توضیح دادیم. در لیست پائین قسمت‌هایی که حاوی اطلاعات درباره شکل‌گیری بیماری یا جمع‌بندی هستند، بطور /یتالیک مورد تأکید واقع شده‌اند. خواننده می‌تواند علاوه بر این، سیر درمان را با رجوع با منابع مستمری که در نمونه‌ها آمده‌اند، پیگیری کند.

آمالی (Amalie) x

۲-۴-۲ همانندسازی با عملکردهای روانکاو

۷-۲ تداعی آزاد

۷-۷ گمنامی/حفظ اسرار و رفتار طبیعی

۷-۸-۱ ضبط صدا

۹-۱۱-۲ تغییرات

باتریس (Beatrice) x

۸-۳ فعالیت‌های تعبیری

۹-۲ هیستری/اضطراب

کلارا (Clara) x

۲-۲-۲- انتقال منفی

۴-۶ مقاومت و اصل امنیت

۷-۵-۱ جنبه‌های روانکاوی استعاره‌ها

۸-۱-۲ بدست آوردن و حفظ آن

۸-۵-۳ تقسیم انتقال

۸-۶ قطع درمان

دورو تا (Dorothea) x

۸-۵-۵ اشتباهات روزمره

۹-۴ افسردگی

ارنا (Erna) x

۲-۱-۱ تقویت رابطه یاری‌دهنده

۲-۲-۱ انتقال مثبت خفیف

۷-۷ گمنامی/حفظ اسرار و رفتار طبیعی

۷-۴ پرسش و پاسخ

۷-۵-۱ جنبه روانکاوی استعاره‌ها

فرانچیسکا (Franziska) x

۲-۲-۲ انتقال مثبت شدید

۷-۲ تداعی آزاد

۷-۸-۱ ضبط صدا

x (Gertrud) گرتروُد

۲-۲-۴ انتقال/اروتیک

x (Henriette) هنریتِه

۹-۵ بی/اشتهایی عصبی

x (Ingrid) اینگریِد

۸-۴ کنش‌نمایی

x (Kaethe) کِته

۲-۳-۲ حسادت برادرانه

x (Linda) لیندا

۳-۴-۲ انتقال متقابل پرخاشگرانه

x (Maria) ماریا

۴-۴ درجا زدن و تعویض درمانگر

x (Nora) نورا

۴-۱ انکار هیجانات

x (Rose) رُز

۳-۴-۱ انتقال متقابل اروتیک

x (Susanne) سوزان

۶-۲-۱ تعلق طبقاتی

اُرزولا (Ursula) x

۳-۱-۸ واکنش‌های سالگردی؟

ورونیکا (Veronika) x

۳-۷ همانندسازی فرافکنی

آرتور (Arthur) y

۳-۱-۲ اشتراک و استقلال

۳-۲-۲ تمایلات ادغام و ذوب‌شدن

۳-۵ طعنه

۳-۶ انعکاس خودشیفته و ابژه‌ی خود

۴-۵ نزدیکی و همجنس‌گرایی

۴-۶ گواهی و انتقال

۷-۱ صحبت و سکوت

۷-۴ پرسش و پاسخ

۷-۵-۲ تفاسیر زبان‌شناختی

۷-۸-۱ ضبط صدا

۸-۱-۱ قرار نوبت

۸-۲ تاریخچه زندگی، بیماری و زمان

۸-۵-۲ انکار اضطراب اختگی

۱۰-۱ مشاوره

۱۰-۲ نظریات فلسفی درباره یک "جلسه خوب"

۱۰-۳-۱ تصویر یزدانی به‌عنوان فرافکنی

برنهارد (Bernhard) y

۹-۶ حساسیت‌های (التهابات) پوستی (جلدی)

کریستیان (Christian) y

۴-۳ غیرلذت به‌عنوان مقاومت نهاد

۷-۲ تداعی آزاد

۹-۳ نورز/اضطراب

۹-۳-۱ اضطراب جدایی

۹-۳-۲ مرحله‌ی پایانی

۹-۳-۳ شناسایی و اعتماد به نفس

دانیل (Daniel) y

۲-۱-۲ حمایت و تعبیر

اریش (Erich) y

۳-۲ انتقال متقابل مکملی

۳-۳ پیامدها و تخیلات در گذشته

۵-۱-۱ فویبای بدریختی و تنش‌های حرکتی سر و گردن

۵-۲ یک سری رویا

۵-۳ رویای یک علامت

۵-۴ درباره ریشه‌های روانی

فریدریش (Friedrich) y

۲-۳-۱ کشف مجدد پدر

۹-۱۱-۱ نگاه بیماران؟

گوستاو (Gustav) y

۴-۲ استقلال کاذب

۷-۵-۱ جنبه‌های روانکاوانه استعاره‌ها

هاینریش (Heinrich) y

۷-۸ ضبط صدا

۸-۵-۴ دلبستگی به مادر

ایگناز (Ignaz) y

۳-۱ انتقال متقابل یکپارچه

۷-۳ دقت و توجه متعادل

یوهان (Johann) y

۳-۷ همانندسازی فرافکنی

کورت (Kurt) y

۷-۸ ضبط صدا

۳-۱۱-۹ خداحافظی

لودویگ (Ludwig) y

۱-۶ مصاحبه اول

مارتین (Martin) y

۳-۶ وابستگی

نوربرت (Norbert) y

۶-۷ بی طرفی و دوری جستن از برخوردهای ارزشی

اُتو (Otto) y

۳-۲-۶ بلوغ

پتر (Peter) y

۱-۵-۱ تکرار ضایعه

ردولف (Rudolf) y

۷-۸ ضبط صدا

زیمون (Simon) y

۶-۲-۲ بهره‌کاری

تئودر (Theodor) y

۸-۴ واکنش‌نمایی

ویکتور (Viktor) y

۶-۲-۱ تعلق طبقاتی

۱ تاریخچه بیمارها و گزارش‌های درمانی

Case Histories and Treatment Reports

Krankengeschichten und Behandlungsberichte

مقدمه

۱-۱ بازگشت به فروید بسوی آینده

۱-۲ سرگذشت بیماران

۱-۳ گزارش‌های درمانی

۱-۴ ثبت گفتگوها: ضبط و مکتوب نمودن

مقدمه

بحران نظری در روانکاوی که ما در فصل نخست جلد اول درباره آن بحث کردیم، تأثیرات اجتناب ناپذیری بر عمل روانکاوی بر جای گذاشته است. همچنین در دهه گذشته مشخص شد که نظریه‌های عملی پیرامون درمان روانکاوی، ارزیابی مجدد رهیافت‌های مربوط به پراکسیس درمانی را الزامی ساخته است. بویژه حائز اهمیت است که بین نظریه‌های شکل‌گیری یا توضیح بیماری‌های روانی و روان تنی و نظریه‌های مربوط به تغییرات درمانی تفکیک قائل شویم.

در عنوان «تاریخچه بیمارها و گزارش‌های درمانی» تنش موجود در رابطه تئوری شکل‌گیری و تئوری تغییر در آثار فروید مستتر است.

رجوع ما به فروید در بخش ۱ این فصل به جدایی از این تصور فروید منجر می‌گردد که در تاریخچه بیماران که از جانب وی ارائه شده‌اند، هر دو جنبه این تنش بطور علمی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. ادعای پیوند ناگسستنی میان پژوهش و درمان باید از نو تبیین گردد. در پایه‌ریزی درمان روانکاوی، چنانچه اهمیت نظریه استمرار ضایعه همچنین برای شکل‌دهی موقعیت درمانی جدی گرفته شود، یک شروع تازه در چشم انداز قرار می‌گیرد.

چنانچه بخواهیم معیارهای علمی را مبنای تدوین تاریخچه بیماران و گزارشات درمانی قرار دهیم، لازم است انواع متفاوت ارائه را آزمایش کنیم. ما از چهار دهه قبل تاکنون با بسیاری از روانکاوان دیگر در قایقی نشسته‌ایم که هدف آن ثبت و بازگویی دقیق دیالوگ روانکاوی است. ما در بخش‌های ۱-۲ و ۱-۳ همین فصل، ایستگاه‌های مهمی را در ارائه گزارش نشان و سپس بوسیله نمونه‌هایی در فصل‌های دیگر آن‌ها را توضیح خواهیم داد. قایق به سرزمین جدیدی رسیده است.

توسط ضبط صدا می‌توان به دیالوگ روانکاوی نزدیک شده و آن را در معرض ارزیابی یک فرد سوم قرار داد.

۱-۱ بازگشت به فروید بسوی آینده*

تاریخچه بیماران مدخل ویژه‌ای بر آثار فروید می‌گشاید. جانس تأکید می‌کند که مورد دورا - پس از مطالعات درباره هیستری اولین تاریخچه بیمار عینی -

"... تا مدت‌های طولانی به‌عنوان الگو برای کاندیداهای روانکاوی محسوب می‌شد و با وجود آنکه شناخت ما از زمان تاکنون پیشرفت چشمگیری داشته است، بحث در مورد آن هنوز برای جالب و با اهمیت است. آن اثر اولین کار مابعد نوروژیک فروید بود و من هنوز به یاد دارم چگونه از توجه به ظریف‌ترین جزئیات آن شگفت زده شده بودم. در آنجا با روانکاوی مواجهه هستیم که نه تنها به تک تک کلمه‌های بیمارش گوش می‌داد، بلکه تَن صدای بیمار نیز برای وی اهمیت داشت و وی ارتباطی همانند پدیده‌های فیزیکی بین آن‌ها برقرار می‌کرد" (۱۹۶۲، ص: ۳۰۶).

تعجب‌انگیزتر آنکه اریکسون (۱۹۶۲) اتفاقاً درباره‌ی همین مورد، نقاط ضعف اساسی سبب‌شناسی و درمانی نشان داد (م. به جلد مبانی ۶-۸). سخنرانی وی در مجمع سالیانه انجمن روانکاوی آمریکا حاوی انتقادات زیادی به توضیحات سبب‌شناسی و تکنیک درمانی فروید بود. آرلو (۱۹۸۲) با توجه به وفور بحث‌ها و ادبیات درباره موضوعات گذشته، توصیه می‌کند از ایام جوانی که قطعاً برای ما مفید نیز بوده‌اند، خداحافظی کرده و به موضوعات روز بپردازیم.

ما در حین نگارش این کتاب به دوران جوانی خویش بازگشتیم و در چند تاریخچه بیماران تعمق و تأمل کردیم که از جانب فروید تعریف شده بود. با وجود آنکه در هر نگارشی و قلمی چیز تازه‌ای کشف می‌شود، به فراخوان لا‌کان می‌پیوندیم که می‌گفت: "بازگشت به فروید". البته در رجعت به گذشته، با دوستان دوران جوانی خویش آنگونه که آن زمان آنان را می‌دیدیم، برخورد نمی‌کنیم، دیگر کاترینا و هاینس کوچولو شوق ما را بر نمی‌انگیزند. ما همواره و تا حدود زیادی تاریخچه بیماران ارائه شده از جانب فروید را از منظری دیگر مرور می‌کردیم و برایمان مطرح نبود که خود

* Back to Freud and the Path to the Future
Zurück zu Freud auf dem Weg in die Zukunft

فروید این تاریخچه‌ها را چگونه می‌دید. نهایتاً آنکه راه ما به روانکاوی صرفاً توسط فروید هموار نشد، بلکه بوسیله والدین معنوی بشمار این رویکرد که در اشاعه نظریات خویش تلاش فراوان می‌کردند.

با توجه به اهمیت اثر موجود و تکالیف روبروی ما، در تصمیم‌گیری درباره این مطلب که کدام اجزا به گذشته تعلق دارند، نمی‌توانیم به افراد مشخصی بسنده کنیم. با این اوصاف با اتکا به کدام واسطه می‌توانیم از عهده این وظیفه هرمنوتیکی برآیم؟ البته هرمس پدر معنایی و زبان شناختی هرمنوتیک نبود، اما به‌عنوان واسطه و مترجم میان خدایان و انسان‌ها، در کنش‌ها و تحول این دنیا حضور داشت و در ایجاد بستر تفاهم میان آنان، همواره مقاصد خود را پیگیری می‌کرد. مفسران فروید نیز در حالی که به آثار فروید می‌پردازند، علائق و خواسته‌های خود را در نظر دارند. نه فقط روانکاوانی که فعالیت درمانی دارند، بلکه نویسندگان زیادی نیز که بعضاً سهل‌انگارانه به نقد فروید می‌نشینند، از میراث فروید ارتزاق می‌کنند. نوع و روش درک آثار فروید، بویژه در حیطه آموزش روانکاوان، برای آینده روانکاوی اهمیت فراوان دارد. ما با انتخاب عنوان این بخش قصد ترویج یک دورنمای تاریخی را داریم که در گرد و غبار ایده‌آل سازی‌های قدیمی و تحقیرهای کنونی شخص و آثار فروید، از دست رفته است. "بازگشت به فروید" ما همانگونه که در فرآیند درمانی دنبال می‌کنیم، "شروع تازه‌ای" فراسوی ایده آل سازی‌ها و تحقیرها است.

این‌همانی با نویسنده

مشکل بزرگ آن است که هرمنوتیک، یعنی علم تفسیر و تأویل متون، قواعد و طناب مطمئنی بدست نمی‌دهد تا با اتکا به آن بتوانیم از صخره‌ها و سنگلاخ‌های دشوار مسیر عبور نماییم. ما همراه با شلایرماخر بر این امکان تأکید می‌ورزیم که می‌توان "در جنبه‌های عینی و ذهنی با آفریننده اثر این‌همانی کرد" (۱۸۳۸، ص: ۹۴). این‌همانی یکی از پیش‌شرط‌های تفسیر متن و بدین‌طریق فهم بهتر از نویسنده آن است. هربار خواندن، پیش-شناخت‌های ما را غنا می‌بخشد و فهم بهتر را ممکن می‌گرداند. شلایرماخر در ادامه چنین می‌گوید: "فقط در موضوعات کم اهمیت به آنچه یک‌بار فهمیده‌ایم کفایت می‌کنیم" (ص: ۹۵).

تجربیات ما

بدیهی است که ما در مطالعه گزارش‌های درمانی فروید تجربیات خویش را مبنای قیاس قرار خواهیم داد. این در حالی است که در گذر زمان این اطمینان حاصل شده که بسیاری موضوعات را می‌توان بهتر از بنیانگذار روانکاوی درک کرد. افزایش شناخت درباره مطلب مورد نظر، یعنی تکنیک درمانی، از منابع متفاوت تقویت می‌شود. برخورد انتقادی با گزارش‌های درمانی فروید فاصله‌ای بین نگرش ما در دوران جوانی و دوران حاضر ایجاد کرده است. تجربیات ما بدین ترتیب تقویت می‌شوند که روانکاوان خلاق به جنبه‌های دیگر و جدید مطالب پی می‌برند و از این طریق درمان و نظریه را متحول می‌سازند.

پیوند ناگسستنی پژوهش و درمان از دیدگاه فروید

با امعان نظر به روانکاوان بسیار و مفسران فروید که ما در مطالعات خویش از آنان بهره فراوان برده‌ایم، از خواننده می‌خواهیم بطور آزمایشی با رویکرد ما همانندسازی کند. گمان ما بر این است که در دو جلد حاضر تا آن حد عمیق به مبانی نظری روانکاوی و تأثیرات آن بر درمان پرداخته‌ایم که می‌توانیم دیدگاه و جایگاه خویش را مستدل سازیم. تلاش و جسارت برای فهم بحران کنونی روانکاوی بر مبنای آثار فروید و درک وی در جنبش روانکاوی و فراسوی آن در تاریخ علوم نظری، مخاطرات فراوانی به همراه دارد. از آنجایی که می‌دانیم موضوع مهمی مطرح است، در اختصارگویی تاویل خویش تردید زیادی بخرج دادیم.

ایده بزرگ فروید آن بود که روش تفسیری ابداعی خویش را در حین اثربخشی درمانی بیماران روانی با پژوهش ارتباطات علیتی، یعنی شکل‌گیری بیماری‌های روانی و روان‌تنی در یک پیوند ناگسستنی به وحدت رساند. اما چنانچه برای اثبات ارتباط علیتی، خواهان استقلال داده‌ها از دیدگاه درمانگر شویم، درمان علم را به نابودی می‌کشاند. چنانچه گمان کنیم می‌توانیم در برابر هر محرک و تلقینی بی‌طرفی خود را حفظ کنیم تا بدینوسیله به تفاسیر ناب برسیم، درمان را نابود می‌کنیم، بدون آنکه چیزی در جهت نظریه توضیحی بدست آوریم. زیرا بدیهی است که روانکاو تفسیرگر به نوبه خود درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، حتی چنانچه تعبیرات وی فقط به روشنگری درباره رفتارهای ناخودآگاه و ناشناخته بیمار منتهی شوند.

پیوند ناگسستنی فروید حاوی بن‌بست و مخمصة‌ای است که کماکان ناروشن مانده، زیرا این مفهوم، پیروی از قواعد را هم در خدمت درمان و هم در جهت پژوهش می‌پندارد. سحر این مفهوم برای دهه‌های متمادی امواج آرام بخشی داشت و به نظر می‌رسید تمام مشکلات درمانی و علمی روانکاوی را حل کرده باشد.

هنگامی که تاریخچه بیمار و گزارش درمانی را در برابر یکدیگر قرار می‌دهیم روشن می‌شود که بازسازی علمی نحوه شکل‌گیری بیماری‌های روانی و روان‌تنی (در تاریخچه بیمار) از معیارهای دیگری پیروی می‌کنند تا گزارش‌های درمانی که به منظور اثبات نظریه درمانی و شرایط درمانی ارائه می‌شوند. در جلد مبانی در بخش ۵-۱۰ پیامدهای ایجاد فاصله در این پیوند و رهایی روانکاو از فشارهای دایمی را نشان دادیم. ما جمله پایانی جلد مبانی را تکرار می‌کنیم: نظریه فروید درباره تکنیک، تفکیک میان

● درمان،

● تبیین فرضیه‌های جدید،

● سنجش فرضیه‌ها،

● صحت و توضیح و

● مفید بودن دانش را الزامی می‌سازد.

جایگاه متدیک روانکاوی

با توجه به تئوری درمان و سنجش آن، نظریه لورنسر را کاملاً می‌پذیریم که می‌گوید:

"فهم و درک روانکاوانه در هدف تغییر عملی در رنج بیمار تبلور می‌یابد، نظریه روانکاوی تجربیات رنج و نحوه برخورد با آن را تبیین می‌کند. بنابراین روانکاوی، بینش درمانی نسبت به رنج است" (۱۹۸۶، ص: ۱۷).

چنانچه انسان دردمند را موضوع شناخت روانکاوی بدانیم، اسکان این موضوع در بین جامعه شناسی و فیزیولوژی عصب کفایت نمی‌کند، زیرا در این صورت تمامی شاخه‌های علوم که مطلبی درباره انسان ارائه می‌دهند، الزامی می‌شوند. نه تنها پژوهش بین‌رشته‌ای در موقعیت نامطلوبی بسر می‌برد، بلکه بسیاری از روانکاوان این واقعیت را که نظریه‌های روانکاوی همواره با رشته‌های همسایه مرتبط بوده‌اند، مبنای استدلال تدافعی «خصلت نوسانی» خویش قرار داده‌اند. روانکاوی نه بین صندلی‌ها

نشسته و نه در فراز آن‌ها قرار دارد؛ کمتر از هر چیز این ادعا محق می‌نماید که فرا روانشناسی عرضه کننده چتر فراگیری است که مجموعه کاربرد روش‌های روانکاوی را پوشش می‌دهد. ◀ آنچه باید در پی آن باشیم، دستیابی به جایگاه متدیکی است که بتواند زمینه همکاری با رشته‌های همسایه را فراهم نماید؛ رشته‌هایی همچون روانشناسی، جامعه‌شناسی، فلسفه، زبان‌شناسی و غیره که موضوعات بااهمیتی برای روانکاوی تبیین می‌کنند. مثلاً بر مبنای تعریف لورنسر مهم است روش‌های مناسبی برای تعیین و سنجش تغییر بدست آوریم. چنین بررسی‌هایی در حوزه نظریه‌پردازی درمانی قرار دارند که به نوبه خود موضوعات دیگری از سبب‌شناسی بیماری‌های روانی و روان‌تنی می‌پردازند.

تکوین فرا روانشناسی

ما طی تحقیقات کتابخانه‌ای خویش به این موضوع پی بردیم که فروید در تمام طول زندگی خود با مخمضه تشریح شده بالا که هنوز ناگشوده مانده، درگیری داشته است. در آثار فروید می‌توان چیزهای زیادی کشف کرد و به همین علت ما همواره بدان رجوع می‌کنیم. البته به نظر ما و از زوایای تحقیقات فرضیه‌سنج، اظهارات فروید درباره پیوند ناگسستگی کاملاً نارسا است. برای دهه‌هایتمادی و با استناد به فروید بگونه‌ای عمل شد که پتانسیل درمانی و علمی روش‌های روانکاوی عقیم ماند. در ارتباط با تئوری‌های توضیحی، وصلت با فرا روانشناسی اوج بداقبالی بود. حاصل این وصلت نامیمون سازه‌های کاذب علوم طبیعی بود که بررسی ارتباطات علیتی و نیز حل مشکلاتی که به تئوری‌های توضیحی روانکاوی مربوط می‌شد را با دشواری‌های جدی روبرو ساخت. نظر گرون باوم (۱۹۸۴) مبنی بر اینکه بررسی ارتباط علیتی نحوه شکل‌گیری بیماری‌های روانی و روان‌تنی ربطی به نقطه نظرات فرا روانشناسی ندارد، مورد تأیید ماست. رسالت و یا هدف پژوهش علیتی آن نیست که پدیده‌های بالینی در قالب ترمینولوژی فرا روانشناسی بیان شوند. فارا و کوندو (۱۹۸۳، ص: ۵۴) در یک بررسی موشکافانه نشان دادند که در آثار فروید رویکردهای متفاوت با یکدیگر ترکیب شده‌اند. این در حالی است که تناسب ترکیب میان الگوهای فرا روانشناسی و هرمنوتیک هر بار بگونه‌ای دیگر است.

ما در جلد مبانی گفتیم احتمالاً مادی‌گرایی فروید که تعیین کننده فرا روانشناسی بوده، باعث سردرگمی و خطا شده است. هابرماس (۱۹۶۸) با این ادعا که فروید دچار "سوءتفاهم علمی درباره خویش" بوده است، نه تنها به اهمیت واقعی پژوهش علیتی در روانکاوی - به علت امتزاج آن با فرا روانشناسی - پی نبرد، بلکه عمل درمانی را دچار مشکلی کرد که ما در جایی دیگر (تومه و دیگران

(۱۹۷۶) بدان پرداخته‌ایم. لورنسر این وضعیت را تشدید کرد. این دو نویسنده‌ی با نفوذ، شراب کهنه را در مشک‌های تازه ریختند که البته نام و نشان پر زرق و برق نیز پیدا کرد.

◀ نقطه نظرات فرا روانشناسی نه تنها به‌عنوان فر/هرمنوتیک یا هرمنوتیک عمیق ادامه حیات می‌دهند، بلکه به این علت که می‌توانند بطور مستقیم با فرآیند تغییر مرتبط گردند، اکنون برای نخستین بار در تاریخ روانکاوی بدون هیچ مانعی بر عمل درمانی تأثیرگذار شده‌اند. به نظر می‌رسد نه هابرماس و نه لورنسر به این مسئله پی نبرده‌اند که بقول بارتل (۱۹۷۶)، قسمت عظیم فرا روانشناسی از آنجا ناشی می‌گردد که فروید به "فرضیه‌های فیزیولوژی عصب" در عصر خویش جنبه‌های "روانشناختی" اعطا کرد.

تبیین تئوری‌های توضیحی

به نظر لازم است توضیحات و تمایزاتی درباره "سوء تفاهم علمی درباره خویش" ذکر شود، همان موضوعی که کونس در ۱۹۳۰ بدان اشاره کرده است. نادانستی‌های یک نویسنده دارای جنس و ماهیت یکسان نیست. فروید فرصت آن را نیافت تا تصویر شفافی از جنبه‌ها و موضوعات علمی و درمانی مرتبط با روش ابداعی خویش ارائه دهد. به همین علت، آثار وی دچار همان سرنوشتی شد که دامنگیر کاشفان و متفکران دیگر در علوم نظری نیز گردید؛ بدان معنا که نویسندگان و پژوهشگران بعدی برخی موضوعات را بهتر از کاشف و متفکر اصلی درک می‌کنند. اما تا آنجایی که ما به ادبیات موجود دست یافتیم، نتوانستیم استدلالی بیابیم که در تأیید سوء تفاهم علمی درباره خویش سخن گفته باشد. هابرماس باید بر این نکته اذعان کند که روانکاو در تعبیرات خویش بر تئوری‌های توضیحی تکیه می‌کند.

روایی در صدر موضوعات. همانگونه که در مقدمه فصل ۲ اشاره خواهیم کرد، وارد کردن نقطه نظریات علوم اجتماعی در پژوهش‌های روانکاوی ضرورت عاجل دارد. از این طریق روانکاوی می‌تواند یک مبنای علمی پیدا کند و از وضعیت قطبی موجود میان هنر تعبیر و توضیح خارج شود. ما خود را جزو تأویل‌گرانی می‌دانیم که روایی تعبیرات برای آن‌ها در صدر موضوعات قرار دارد. ما از یک تکنولوژی مستقل هرمنوتیکی صحبت می‌کنیم تا بر این مسئله تأکید ورزیم که هنر تعبیر روانکاوی به اصل روایی پایبند است و باید همچنین ارتباط علیتی را در نظر داشته باشد. هیرش (۱۹۶۷، ۱۹۷۶) نیز در همین راستا استدلال می‌کند و استنباط وی از هرمنوتیک با نوعی عمل‌گرایی ساده آمیخته است. جای تعجب است که اثر هیرش در ادبیات روانکاوی آنگلو-آمریکایی که خود را مقید به گرایش هرمنوتیک می‌دانند، بازتاب درخور توجه نیافته است.

می‌توان جمع‌بندی کرد که تبیین جدید پیوند ناگسستنی نه تنها به پژوهش و تحقیق کمک می‌کند، بلکه موجب نوگرایی در حوزه عمل درمانی نیز خواهد شد. کشف جنبه‌های جدید انتقال و انتقال متقابل حاصل درک روانشناسی اجتماعی از موقعیت روانکاوی است. تمایزات شفاف نه فقط به حال پژوهش‌های فرضیه‌سنج مفید می‌افتد - امری که در زمان ما حائز اهمیت است - بلکه زمینه کشفیات و فرضیه‌های جدید را نیز هموار می‌نماید. ادعای پیوند ناگسستنی فروید متعلق به دوره‌ای است که طی آن کشف پدیده‌ها و ارتباطات روانی توسط روانکاوان با ذوق در هر جلسه درمانی تحقق می‌یافت. امروزه کشف یک پدیده تازه و تبیین آن واقعاً مشکل‌تر شده است، به نحوی که بتواند انتظارات پژوهش فرضیه‌سنج را نیز برآورده سازد.

تلاش جمعی لازم است تا پارادایم فروید به فضای علم رایج وارد گردد. قطعاً نمی‌توانیم از فیلسوفان انتظار حل مشکلات تجربی خودمان را داشته باشیم، اگرچه تردیدی نیز نداریم که مطالعه مستمر متون و دیالوگ‌های روانکاوی توسط فیلسوفان بیش از نقدهای علمی آثار فروید توسط آنان می‌تواند محرک‌های جدید و ثمربخش به گفتمان روانکاوی وارد سازد. هابرماس می‌توانست با شنیدن و بررسی چند صورت جلسه ضبط شده، از تفسیر روانکاوی به‌عنوان فقط یک علم رفلکتیو فاصله بگیرد. ریکور می‌توانست به این مسئله پی ببرد که روانکاوان، مشاهده‌گر نیز هستند. بالاخره گرونباوم می‌توانست به این بینش نائل گردد که بررسی مناسبات علیتی برای روانکاوان حائز اهمیت است و نیز اینکه روانکاوان امروز برای دستیابی به عواملی که به بقای علایم و نشانه‌های بیماری کمک می‌کنند، کمتر از فروید به گذشته بیمار رجوع می‌کنند. از طرف دیگر عقیده گرونباوم مبنی بر اینکه داده‌های موجود تحت تأثیر روانکاو دست‌کاری می‌شوند، قابل دفاع نیست. مثلاً دیالوگ‌های ارائه شده در این جلد درجات تلقینی متفاوتی را دارا می‌باشند. خواسته میل (۱۹۸۳) و مایر (۱۹۹۲) در تبیین یک طیف گسترده شامل تحت تأثیر قرار دادن، اقبای ساده و تلقین به معنای ایجاد محرک‌های جدید در حال شکل‌گیری است (شلزینگر ۱۹۹۵، اسپنس ۱۹۹۵). از سوی دیگر در تکنیک تعبیر روانکاوی اجزای تلقینی، مورد بحث جمعی واقع شده تا بدینوسیله رشته وابستگی ضعیف‌تر گردد. جای تعجب است که خود گرونباوم به استفاده‌های مفید از مطالعات معرفت‌شناختی در مورد مفهوم پلاسبو اشاره نکرده است. زیرا وی ثابت نموده که درک عوالم مؤثر/صلی و جانبی در ارتباط با سندرم هدف، به تئوری درمان بستگی دارد. بدون آنکه بخواهیم بحثی را که در جلد مبانی در فصل ۸ پیرامون ابزار و عوامل خاص و غیرخاص کردیم، دوباره تکرار کنیم، توجه خواننده را به این مسئله معطوف می‌کنیم که استراپ (۱۹۷۳) و تومه (۱۹۸۱) نشان داده‌اند که میزان اثربخشی درمانی به موقعیت‌های متفاوت بستگی دارد. به همین علت البته طبقه

بندی‌های معتبر و قابل اعتماد بالینی پیرامون عوامل اصلی و جانبی مشکل می‌گردد، اما غیرممکن نیست.

هدفمندی درمانی

به نظر فروید (۱۹۳۳، ص: ۱۶۳) درمان بیماران، موطن مادری و سرمنشأ روش درمانی- تفسیری روانکاوی محسوب می‌گردد که بر خلاف هرمنوتیک الهیاتی و علوم نظری (زانددی ۱۹۷۵)، بطور منظم حیات ناخودآگاه روانی بیمارانی را بررسی می‌کند که به امید رفع مشکلات و ناملایمات خویش به روانکاو مراجعه نموده‌اند. نقطه تمایز هرمنوتیک روانکاوی با دیگر شاخه‌های هرمنوتیک در هدفمندی درمانی آن قرار دارد. در تفسیر و تعبیر آثار هنری، معمولاً آسیبی متوجه آن‌ها نمی‌شود و به زبان استعاری، هنرمند فقید چنانچه خود را در تفاسیر ارائه شده بازنیابد، حداکثر در قبر خود خواهد لرزید. این در حالی است که تفاسیر روانکاوی سرنوشت انسان‌ها را هدف قرار می‌دهد. بیماران دست استمداد دراز می‌کنند و اینکه بهبود یا درمان محقق گردد، برای آنان اهمیت اساسی دارد. متون تحت تأثیر تفاسیر گوناگون قرار نمی‌گیرند و قادر به بیان کلامی خویش نیستند.

به همین علت روانکاو نه تنها باید رفتار درمانی خویش را در هر مورد خاص توجیه کند، بلکه بطور دایم متعهد است اعتبار سازه‌های نظری خویش درباره ناخودآگاه رفتار و تجربه انسانی را به محک سنجش گذارد. بنیانگذار روانکاوی بر خلاف هرمنوتیک الهیاتی و علوم نظری، هنر تعبیر روانکاوی را بر تئوری‌های توضیحی بنا کرد. فروید برای تئوری شکل‌گیری بیماری‌های روانی و روان‌تنی نوعی وزنه و/همیت علیتی در نظر داشت و خواهان آن بود که در پیدایش و سیر بیماری‌ها به شرایط و عوامل لازم و کافی دقت شود. مفاهیمی چون: تناسب، ارتباط، رابطه، سنتز و غیره، در آثار فروید مترادف با مفهوم «توضیح» در زمان وی بود. مثلاً فروید (۱۹۰۱) در توضیح شرایط زمینه‌ای رویای آشکار، از "تناسب قانونمند" با افکار رویایی پنهان سخن می‌گفت. فروید در اصل بدنبال توضیح تناسب علیتی بود، در حالی که در سنجش تجربی در موارد خاص دچار اشتباه می‌گردید و به موضوع پژوهش فرضیه‌سنج بهای کافی نمی‌داد.

تجدید نظر در تکنیک

عمل روانکاوی از زاویه سیر و نتایج مورد پژوهش قرار می‌گیرد. حاصل عمل درمانی، تئوری‌های توضیحی فروید بود که طی بازخورد، روش‌های روانکاوی را تحت تأثیر قرار دادند. اصلاح مکرر

نحوه تفسیر روانکاوی ریشه در همین امر دارد. مادامی که تفسیر بر یک تئوری توضیحی مبتنی است، تعبیرات اشتباه می‌شوند، چنانچه بخشی از تئوری توضیحی از اعتبار ساقط گردیده باشد. مثلاً با توجه به نتایج جدیدی که از پژوهش تعاملات مادر- فرزند (اشترن ۱۹۸۵) و معرفت‌شناسی (شیپانک ۱۹۸۷) بدست آمده، فرضیه‌های عمومی و افتراقی نورژ مورد تردید واقع شده‌اند (لیشتن برگ ۱۹۸۳). مخصوصاً تجدید نظر در تئوری درمان اجتناب ناپذیر شده است.

در این تجدید نظر می‌توانیم مفروضات فروید را که مورد بی توجهی قرار گرفته‌اند، مبنا قرار دهیم. به همین دلیل عنوان این فصل را «بازگشت به فروید با سوگیری به آینده» نامیدیم. به نظر فروید آنالیز باید "شرایط مطلوب برای عملکردهای «خود» را مهیا سازد، بدین ترتیب از عهده وظیفه خود برآمده است" (۱۹۳۷، ص: ۹۶). چنانچه این سخن را فقط به توانمندی بیمار در غلبه بر تکالیف، علایم و چالش‌های روزمره محدود نسازیم و آن را به موقعیت درمانی نیز بسط دهیم، می‌توانیم تز زیر را مطرح نماییم:

شرایط مطلوب برای غلبه بر تعارضات در شرایط درمانی آن است که زمینه تبدیل رنجوری منفعل بیمار را که ناشی از ضایعه‌های بیمارگونه اولیه است به رفتار فعالانه در وی، فراهم نماید. بدینوسیله ما تئوری ضایعه فروید را تعمیم می‌دهیم که استیصال و درماندگی در کانون آن قرار دارد (مراجعه شود به جلد مبانی ۷-۸).

"من" که ضایعه را منفعلانه تجربه کرده، اکنون فعالانه به بازسازی ضعیف آن روی می‌آورد، با این امید که این بار بتواند خود سیر آن را رهبری کند. می‌دانیم که کودک نیز در برابر چیزهایی که به نظرش ناخوشایند می‌رسد، همینگونه واکنش نشان می‌دهد، بدین نحو که آن‌ها را در قالب بازی بازسازی می‌کند. کودک با این شیوه گذار از انفعال به فعال بودن، به تعارضات روانی خود غلبه می‌کند" (فروید ۱۹۲۶، ص: ۲۰۰).

این تز را می‌توان باز هم کلی‌تر عنوان کرد:

با این شیوه گذار از انفعال به فعال بودن، انسان به تعارضات روانی خود غلبه می‌کند (گ. کلاین ۱۹۷۶، ص: ۲۵۹).

ضایعه دیدگی انبوه

گ. کلاین بطور واضح بیان کرد که جبر تکرار (وسواس) تشریح شده از جانب فروید، از زاویه روانشناسی هیجانی و شناختی قابل اثبات است. بدین ترتیب احساس منفعلانه درماندگی تقویت و غلبه بر شرایط اضطرابی گذشته بطور مدام دشوار می‌گردد. انتظارات ناخودآگاه به عنوان فیلتر ادراکی و در مفهوم پیشگویی منفی و خودعمل تجلی می‌یابند، به نحوی که یا تجربیات مثبت حادث نمی‌شوند، یا تجربیات خوشایند از دید محو گردیده و از معنی تهی می‌گردند (وایس و سمپسون ۱۹۸۶). بدین ترتیب آزمندی‌ها، مجازات‌ها و آسیب‌های کهنه، کوتاه سخن: همه تجربیات ضایعه‌ای نه تنها حفظ می‌شوند، بلکه بشکل تصاعدی و انبوه در زندگی روزمره و نیز در شرایط درمانی بزرگ می‌شوند. به نظر ما تئوری ضایعه دیدگی تصاعدی و انبوه هان (۱۹۶۳) از زاویه سبب‌شناسی روانی، به تمام سیکل زندگی انسان قابل بسط است.

در بسیاری از انسان‌ها بدلائل ناخودآگاه تاریخچه زندگی گونه‌ای رقم می‌خورد که انتظارات منفی تأیید گردیده و بطور مستمر ضایعات تازه به وجود می‌آیند. مثلاً افراد پارانوئید آنچه را در درون خود نمی‌خواهند بپذیرند به خارج از خود فرافکنی می‌کنند، "البته آن‌ها بطور کور فرافکنی نکرده، جایی که چیزی نمی‌یابند... آن‌ها در وهم ارتباطی خویش، از ریزترین نشانه‌هایی که دیگری یا فرد غریبه‌ای نشان می‌دهد استفاده می‌کنند" (فروید ۱۹۲۲، ص: ۱۹۹). اهمیت فوق‌العاده چنین فرآیندهایی در واپسین آثار فروید مورد تأکید قرار گرفته است.

"من قوی فرد بزرگسال در جهت مقابله با تهدیداتی که واقعیت خارجی ندارند، حرکت می‌کند، وی در این اضطراب قرار دارد، موقعیت‌هایی در واقعیت را پیدا کند که بتوانند جانشین تهدیدهای اولیه گردند تا از این طریق شیوه‌های واکنشی مأنوس خویش را توجیه نماید. بدین ترتیب به سادگی قابل فهم است که مکانیزم‌های دفاعی چگونه از طریق بیگانگی با دنیای بیرونی و تضعیف مستمر من، زمینه بروز نورز را مهیا می‌سازند" (فروید ۱۹۳۷، ص: ۸۳).

در این صورت علایم می‌توانند محتوای جدیدی به خود گیرند. این نظریه‌ی کاملاً قدیمی فروید (۱۸۹۵) بلحاظ نظری مخصوصاً توسط مفهوم تغییر عملکرد هارتمن مستدل می‌گردد. به همین خاطر در جلد مبانی تحت ۴-۴ تأکید داشتیم که چگونه علایم خود را در یک سیکل خودتقویتی حفظ می‌کنند. بدین ترتیب نماهای ناخودآگاه یا کلیشه‌ها تولید می‌شوند. این گونه است که هر روزه موقعیت‌های درماندگی و یأس بوجود می‌آیند که بلحاظ محتوایی از ضایعه‌ی اولیه بسیار دور هستند.

جریحه دار شدن پیشرونده یکی از نشانه‌های این فرآیند است که قابلیت پذیرش محرک‌های خاص و حتی غیرخاص را شدت می‌بخشد. در انسان‌های بیش از حد حساس، ممکن است رخدادهای کاملاً ساده، پیامدهای تعیین کننده‌ای بر جای گذارند.

جریحه‌دار شدن در درمان. با توجه به تکرارهای تشریح شده در بالا در مفهوم درک وسیع تئوری ضایعه، ممکن است در جریان درمان نیز جریحه‌دار شدن اتفاق افتد که باید بسیار جدی گرفته شود. این حالت ممکن است علیرغم تلاش روانکاو برای ایجاد یک فضای دوستانه و دلپذیر پیش آید. همچنین این پندار که می‌توان با اتکا به شرایط ثابت و کلیشه‌ای در مسیر رشد فعالیت کرد، ممکن است تأثیرات نامطلوبی بر جای گذارد.

میزان ضایعه‌دیدگی بر اثر انتقال برای مدت زیادی ناشناخته مانده بود. این امر نه تنها موجب تکرار سرخوردگی‌های ادیپی و پیش-ادیپی دیرین می‌گردد، بلکه تأثیراتی سوئی نیز بر فرد بزرگسالی که مشکل جنسی ندارد، خواهد داشت. آثار ضایعه‌سازی انتقال احتمالاً به این دلیل دیر کشف گردید که تئوری سرخوردگی درمان آن را توجیه می‌کرد. تومه در کنگره بوداپست (۱۹۸۷) در یک سخنرانی منتشر نشده قویاً بر ضایعه‌دیدگی در انتقال به عنوان تأثیرات جانبی بی منظور تأکید کرد. فرنچی (۱۹۸۸) با استناد به یادداشت‌های روزانه خود در سال ۱۹۳۲ متذکر شد که رفتار حرفه‌ای و نیز قواعد روانکاوی چگونه می‌توانند ضایعه آفرینی کرده و ضایعه‌های پیشین را که روانکاوی جهت غلبه بر آن‌ها تشکیل می‌شود، فعال نمایند.

ما از کشف مجدد ضایعه‌دیدگی به عنوان بخشی از موقعیت درمانی، به نتایج دیگری در مقایسه با فرنچی رسیده‌ایم. تلاش وی در مسیر "آنالیز جهشی" ایستگاه آخر یک درمان ناموفق و طولانی بود که در نوع خود بی نظیر است.

به باور ما آمادگی برای شرکت دادن بیمار در فرآیند تعبیر و در صورت لزوم در انتقال متقابل، به غلبه بر ضایعه‌های جدید و قدیمی کمک می‌کند. توسعه تعریف فروید از درماندگی به عنوان وجه مشخصه موقعیت ضایعه‌ای در بافت روانشناسی دونفره یا چندنفره بالینت، تنها بیانگر ضایعه‌های ریز و بی منظور در حین درمان نیست. حائز اهمیت اساسی آن است که مشکل اساسی تکنیک درمانی موجب قطب بندی در روانکاوی گردیده است:

- روانکاو به مثابه آینه که ظاهراً نه جریحه‌دار می‌کند و نه بیمار از یک سو و
- روانکاو مهربان و دلسوز که به عنوان ابژه در جهت رفع کمبودها تلاش می‌کند، از سوی دیگر.

قلمرو جدید

پس از آنکه وایس و سمپسون (۱۹۸۶) طی مطالعات منظم خویش، تئوری سرخوردگی را به نفع تئوری غلبه کنار زدند، قلمرو جدیدی ایجاد شد. از آن پس با قاطعیت تمام، کلیه امکان‌اتی بررسی می‌شوند که روانکاو در اختیار دارد تا با جریحه‌دار شدن ممتد به دلیل آنالیز انتقال و تأثیرات نامطلوب آن بر عزت نفس و احساس امنیت، مقابله کند. نخستین گام‌ها در این جهت را در تأکید کلاوبر (۱۹۸۷) بر خودجوشی بعنوان پادزهر ضایعه دیدگی در انتقال و قدردانی مشروح کرمیوس (۱۹۸۱) از طبیعی بودن درمان فروید می‌بینیم.

در قلمرو جدید درمان روانکاو ترس از اینکه شناسایی به وسوسه ادیپی و تحقق آرزوی زنای با محارم منجر گردد، بیش از پیش به عقب رانده می‌شود. شناسایی، ضایعه‌دیدگی ناشی از انتقال را بطور چشمگیر کاهش و اثربخشی روانکاو را افزایش می‌دهد. نحوه ایجاد شرایط مطلوب جهت تغییرات درمانی توسط روانکاو، موضوعی است که در این فصل پیوسته بدان خواهیم پرداخت. هدف اصلی، تقویت بیمار بگونه‌ای است که بتواند بر شرایط قدیمی و جدید درماندگی، استیصال و ترس غلبه کند. مفهوم پردازش تعارضات در ذیل تئوری جامع غلبه جای دارد.

همانگونه که در بخش ۱-۹ نشان خواهیم داد، تئوری روانکاو درباره اضطراب، حاوی امکان‌ات درمانی فراموش شده در غلبه بر تعارضات در اینجا و اکنون است. غلبه بر اشکال خاص انتقال، تکلیفی است که درمانگر و بیمار باید مشترکاً از عهده آن برآورند. از زاویه تکنیک درمانی مشکل آن نیست که بیمار چگونه به وضعیت انتقال وارد می‌شود، بلکه موضوع اصلی نحوه خروج وی از این وضعیت است.

۲-۱ تاریخچه بیماران*

منظور فروید از انتشار تاریخچه بیماران، نشان دادن ارتباط بیماری با تاریخچه زندگی بود. وی در اینجا به این نتیجه رسید که شکل‌گیری بیماری‌های روانی و روان‌تنی به مثابه یک سیر مکرملی قابل فهم است.

در پیدایش و مزمن شدن اختلالات نورو تیک عوامل متعددی دخیل هستند. آستانه تحمل یک انسان در مراحل بحرانی زندگی به پیش زمینه‌هایی بستگی دارد که وی تحت تأثیر پیش آمدها و تعارضات

* Case Histories
Krankengeschichten

در کودکی و نوجوانی کسب کرده است. از آنجایی که تمایزات روان-جنسی بطور عمده در تعارضات ادیپی متبلور می‌شوند و پذیرش نقش‌های جنسیتی دارای اهمیت اساسی است، تعارضات ادیپی برای مراحل مختلف زندگی معنای بزرگی دارند. اینکه آیا این تعارضات از بین می‌روند و یا به تعارضات پیچیده ساختاری تبدیل می‌شوند، به عوامل متعدد فرهنگی-اجتماعی و وضعیت خانوادگی بستگی دارد. حل مشکلات آتی در بسیاری مواقع توسط پیش زمینه‌ها تعیین می‌گردد.

شرایط و دلایل: الگوی علیتی فروید

برای درک شکل‌گیری بیماری‌های روانی و روان‌تنی، سلسله مراتب و تفکیک زیر ضروری است:

● کدام عوامل لازم است؟

● کدام عوامل کافی است؟

بنابراین باید از این احتمال حرکت کرد که عوامل موجود در حالات گوناگون با یکدیگر قابل ترکیب هستند: لازم، کافی، گاهی لازم، مشترکاً لازم، مشترکاً کافی و غیره. مرور ادبیات حاکی از آن است که فروید یک تئوری فلسفی پیشرفته درباره علیت تبیین کرده بود:

a" شرط

b دلیل خاص

c دلیل متعارض

d دلیل بروز دهنده

تحت عنوان شرایط لحظاتی را می‌نامیم که در صورت عدم حضور، اثر بوجود نمی‌آید، از طرفی قادر به ایجاد اثر نمی‌باشند، حتی اگر به میزان زیادی وجود داشته باشند. برای این منظور دلیل خاص لازم است.

دلیل خاص چیزی است که به هیچ وجه کمبود آن در تحقق اثر احساس نمی‌شود و در کمیت و شدت متناسب برای دستیابی به اثر کافی است، به شرط آنکه شرایط مهیا باشد

دلایل رقیب پدیده‌ای است که نه باید هربار موجود باشد و نه قادر است به میزان دلخواه تأثیرات خود، اثری ایجاد کند، چیزی که البته در کنار شرایط و دلایل خاص در ایجاد معادله سبب‌شناسی مؤثر است.

ویژگی دلایل رقیب یا کمکی، روشن است: چگونه می‌توان میان شرایط و دلایل خاص تفکیک نمود، در حالی که هر دو لازم هستند و هیچ یک به تنهایی برای پی بردن به دلایل کافی نیستند؟

به نظر می‌رسد که رفتار زیر تصمیم‌گیری در این مورد را تسهیل سازد. تحت عنوان دلایل لازم، به چیزهای متعددی بر می‌خوریم که در معادله سبب‌شناسی اثرات دیگر، دوباره برمی‌گردند و به همین دلیل رابطه ویژه‌ای با تک تک اثرات ندارند؛ اما یکی از این دلایل در مقابل دیگران قرار می‌گیرد، بدین طریق که فرمول‌های سبب‌شناسی دیگر مشاهده نمی‌گردد و بنابراین ادعا دارد دلیل خاص اثر مورد نظر باشد. به علاوه شرایط و دلیل خاص بویژه در مواردی مشاهده می‌شود که شرایط در آن‌ها، ماهیت ثابت و طولانی داشته باشد" (فروید ۱۸۹۵، ص: ۳۷۲-۳۷۳).

تجمع این ۴ عامل برای ایجاد یک تناسب سبب‌شناسی کامل ضروری است. پیچیدگی دلایل پژوهشگر را با وضعیت دشواری مواجهه می‌سازد، زیرا شرایط متفاوت لازم و کافی می‌توانند با یکدیگر ترکیب و یا جایگزین هم شوند. دلیل خاص استثنایی است که به تنهایی کفایت می‌کند، در صورتی که پیش زمینه‌های مشخص موجود باشند. بافت نقل قول فروید نشان می‌دهد که الگوی ارتباط علت و معلول، محرک خاص بیماری‌های عفونی است که تشخیص آن توسط پاتولوژیست‌ها بر مبنای تغییرات بافتی انجام می‌شود (مانند بیماری سل).

از آنجایی که در بیماری‌های روانی و روان‌تنی، زمینه‌های موجود یا آمادگی واکنش، به عنوان شرط لازم در برابر محرک بیرونی (به عنوان عامل بروز دهند) از اهمیت خاصی برخوردار است، دو عامل نخست در الگوی توضیحی علمی فروید نیز به همان نسبت اهمیت زیادی پیدا می‌کنند. در ارتباط با تاریخچه بیماران فروید باید متذکر شد که الگوی توضیحی نقل شده، بسیار مفید بوده است، اگرچه /اعتبار پاره‌ای مفروضات علیتی آن امروزه مورد تردید است. البته منطق کلی نمای علیتی رد نشد، بلکه ارتباطات کشف شده در موارد خاص اشتباه از آب درآمد و یا تعدیل گردید. چنانچه بخواهیم به عشق و تمایلات دوران جوانی خویش نگاه نقادانه داشته باشیم و از آن‌ها خداحافظی کنیم، باید این تفکیک و تمایز را در نظر داشته باشیم. نتیجه ارتباط عوامل با یکدیگر آن است که مداخلات درمانی بر بستر همین شبکه تحقق پذیرند.

ویژگی‌های تاریخچه بیماران فروید

الگوی علیتی فروید درباره شکل‌گیری بیماری‌های روانی در انطباق با درکی مشابه از درمان است. برای پیدا کردن راه حل مشکلاتی که در دوران بعدی زندگی رخ می‌دهند و جهت کشف ارتباط میان فعالیت‌های گوناگون انسانی، در برخی موارد لازم است "به لایه‌های عمیق و اولیه سیر تکوین روان راه بیابیم" (فروید ۱۹۱۸، ص: ۳۲).

تاریخچه بیماران فروید بازسازی‌هایی هستند که بر پایه موقعیت کنونی یک انسان و ویژگی‌های آن بنا شده است تا ریشه علایم و شرایط آن‌ها در گذشته را جستجو کند. در حیطه علایم روانی و روان‌تنی به نظر می‌رسد زمان ایستاده باشد: گذشته در اکنون جاری است. فرد مبتلا به فوبیا امروز نیز مانند ۱۰ یا ۲۰ سال گذشته از یک شیئی بی خطر می‌ترسد و افکار یا رفتار وسواسی همچون گذشته دور تکرار می‌شوند.

علایم نوروتیک آنچنان در تاریخ زندگی بستر گزیده‌اند که برای فهم آسیب‌دیدگی فردی، شناخت آن‌ها الزامی است.

"این تاریخچه بیماران ممکن است مانند تاریخچه‌های روانپزشکی ارزیابی شوند، اما یک مزیت بر آنان دارد، و آن رابطه درونی میان تاریخچه بیماری و علایم بیماری است" (فروید ۱۸۹۵، ص: ۲۲۷).

مورد ولفزمن. تاریخ بیماری ولفزمن که تحت عنوان تاریخ یک نوروز کودک توسط فروید در سال ۱۹۱۸ منتشر گردید، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار شده است. فقط در مورد این بیمار، ادبیات ثانویه جامعی نگاشته شده که در سال ۱۹۸۴ تعداد آن به بیش از ۱۵۰ مقاله رسیده است (مانوی ۱۹۸۴). پرز (۱۹۷۲) و ویلیامز (۱۹۸۸) چنین نتیجه‌گیری کردند که تشریح مورد ولفزمن، بدون تردید یک تلاش مهمی بود تا ابهامات موجود درباره مورد نامبرده، در قالب توصیف سرگذشت و قصه آن برطرف گردد. مفهوم سرگذشت و قصه که فارل (۱۹۶۱) وارد ادبیات کرد، جنبه‌ای از تاریخچه بیماران را مورد توجه قرار می‌دهد که فروید در مورد آن نگرانی داشت. وی نگران آن بود که شرح زندگی، مثل داستان خوانده شود (فروید ۱۸۹۵). فروید نگران اعتبار علمی مطالب بازگو شده بود و از آن هراس داشت که توصیف سرنوشت‌های انسانی "فاقد وجاهت علمی گردند" (ص: ۲۲۷). اهدای جایزه گوته به فروید به‌عنوان نویسنده، نشان قدردانی از سبک نگارش وی بود که از موشگ (۱۹۳۰) تا مانوی (۱۹۸۷) مورد اقبال دانشمندان علوم ادبیات قرار گرفت (شوناو ۱۹۶۸).

از دید ما جذابیت خاص تاریخچه بیماران فروید در این نکته نهفته است که همه توصیف‌ها در خدمت روشن کردن پس زمینه‌های فکری و رفتاری بیماران و تبیین الگوهای توضیحی تاریخی درباره بیماری آنان است.

"مسئله حائز اهمیت آن است که آنالیز موارد تشریح شده از جانب فروید به وضوح نشان می‌دهد که منظور فروید از این کار فقط توصیف تاریخچه یک نوروز نبوده است. آنچه فروید در پی آن

بود، توضیح آن موارد از دید تاریخی - ژنتیکی بود. توضیح تاریخی - ژنتیکی فقط در پی توصیف زنجیره‌ی رخدادها نیست، بلکه قصد نشان دادن آن را دارد که چرا یک موقعیت به موقعیت دیگر منجر می‌گردد. این الگوی توضیحی بعضاً به قواعد احتمال رجوع می‌کند، اگرچه این امر در سرگذشت‌های فروید همیشه رعایت نگردیده است" (پرز ۱۹۷۲، ص: ۹۸).

هرچقدر در موارد خاص، سبب‌شناسی ناکافی روشن شده باشد و هرچقدر پای اعتبار قوانین احتمال و آمار بلرزد، می‌توان به این نتیجه‌گیری کلی پایبند بود که نماهای ناخودآگاه تجربی و رفتاری در طی زمان طولانی ساخته می‌شوند (اسلاپ و اسلایکین ۱۹۸۳).

به همین خاطر نه تنها خطر آن وجود دارد که از طریق تجربیات نامطلوب، کلیشه‌ها ساخته و حفظ شوند، بلکه شانس بزرگی نیز هست که تجربیات مطلوب، انگیزه‌ها را تغییر دهند. گفتگوی تصادفی فروید با کاترینا به‌عنوان یک رهگذر، که در یک "جلسه روستایی" اتفاق افتاد، برای این دختر جوان به احتمال قوی راه‌های تازه‌ای در زندگی گشود. منظور از جلسه روستایی آن است که یک تحصیل‌کرده - بویژه یک حقوقدان - خارج از دفتر کار خویش مورد مشورت قرار بگیرد. قابل توجه آنکه گفتگوی فروید با کاترینا در دستیابی وی به نحوه انجام مصاحبه‌های تشخیصی - درمانی نکات آموزنده‌ی فراوان در بر داشت (آرگلندر ۱۹۷۸).

منحصربفرد بودن هر تاریخچه زندگی، نقطه وصل روانکاوی به‌عنوان درمان با معرفی‌های موردی و پژوهش موردی است (ادلسون ۱۹۸۵). علاقه علم معطوف به تعمیم داده‌هاست، به همین خاطر فروید در مورد ولفزمن تأکید داشت که در جهت تبیین فرضیه‌های آسیب‌شناسی عمومی، انجام آنالیزهای زیاد، عمیق و خوب الزامی است (۱۹۱۸، ص: ۱۴۰).

تاریخچه بیماران و گزارش درمانی

از آنجایی که تاریخچه بیماران فروید در درجه اول هدف بازسازی ریشه‌های روانی، یعنی اثبات دلایل ناخودآگاه انکار شده در پیدایش علایم را دنبال می‌کرد، توصیف تکنیک‌های درمانی در جایگاه دوم قرار گرفت. در تاریخچه بیماران، قواعد تکنیک درمانی درمانی بطور موردی بررسی نشدند. آنچه فروید در حین جلسات حس، فکر، تعبیر می‌کرد، بطور جسته و گریخته در موردش متذکر شده است.

فروید میان تاریخچه بیماران که گاه آن را تاریخچه بیماری نیز می‌نامید با تاریخچه درمان تفاوت می‌گذاشت. ما این تفکیک را می‌پذیریم، در حالی که به علت اهمیت شیوه‌های استنادی متفاوت

ترجیح می‌دهیم از مفهوم گزارش درمانی استفاده کنیم. فروید درباره مشکلات گزارش‌دهی مطلوب نکاتی متذکر شده است.

"این مشکلات برای پزشک معالجه‌ای که در روز ۶ یا ۸ درمان روانکاوی انجام می‌دهد و در حین درمان نباید یادداشت برداری کند، چون ممکن است بیمار اعتماد خود را نسبت به توجه روانکاو از دست بدهد، بسیار زیاد است. این هنوز برای خود من نیز یک مشکل حل نشده است که گزارش درمان‌های طولانی مدت خود را چگونه ثبت و ضبط کنم" (۱۹۰۵، ص: ۱۶۶).

صحبت فروید درباره مورد دورا است که تاریخچه بیماری و درمان آن در کتابی از وی توصیف شده است. دو حالت خاص به تثبیت و ضبط گزارش درمانی توسط فروید کمک کرد: طول درمان کوتاه و این واقعیت "که روشنگری‌ها پیرامون دو رویایی انجام شد که در مرحله میانی و پایانی درمان اتفاق افتاده بودند و یادداشت گفته‌های دورا بلافاصله بعد از جلسه ممکن گردید. این یادداشت‌ها نقطه شروع مطمئنی برای تعبیرات درمانی در اختیار می‌گذاشت" (۱۹۰۵، ص: ۱۶۶). اما فروید تاریخچه بیمار را پس از اتمام درمان و از روی حافظه نوشت و دقت فراوان در این زمینه بخرج داد. در ارتباط با تاریخچه درمان، فروید نقایص و کمبودها را بجان خرید:

"من بطور کلی کار تعبیر را که مبتنی بر اطلاعات و افکار بیمار بود تشریح نکردم، بلکه به توصیف نتیجه این کار بسنده کردم. تکنیک کار روانکاوی، بغیر از رویاها، فقط در برخی جاها آشکار شده است. در این تاریخچه بیمار برای من مهم بود که جبرپذیری علایم و شکل‌گیری درونی بیماری نوروتیک را نشان دهم؛ چنانچه می‌خواستم همزمان به موضوعات دیگر پردازم، فقط به سردرگمی دامن می‌زدم. جهت مستدل ساختن قواعد تکنیکی باید داده‌های زیادی از گزارشات درمانی متعدد را گردآوری کرد" (۱۹۰۵، ص: ۱۷۰).

فروید از کنار اختصارگویی در این زمینه به این علت به آسانی می‌گذرد، زیرا در درمان کوتاه سه ماهه، موضوع انتقال مطرح نشده بود. در تمام مواردی که از جانب فروید گزارش شده‌اند، شاهد وزنه غالب تاریخچه بیماران به نفع گزارشات درمانی می‌باشیم.

بهترین پیش شرط‌های مداخلات درمانی

دلایل تمرکز فروید بر شکل‌گیری علایم نوروپیک در تاریخچه‌های بیماران منتشر شده مبتنی بر این نظر بود که با روشنگری درباره نحوه شکل‌گیری علایم و افزایش بینش در این مورد، همچنین بهترین پیش شرط‌های مداخلات درمانی فراهم می‌شوند. یک نقل قول نمادین:

آنچه در علم در پی آن هستیم، فهم پدیده‌ها، برقراری ارتباط میان آن‌ها و در دید کلی، آنجا که امکان دارد، گسترش سیطره خودمان بر آن‌ها است (فروید ۱۹۱۶، ص: ۹۷).

به نظر گرینسون (۱۹۷۳، ص: ۱۷) روانکاو بهترین شرایط تغییرات درمانی را از تاریخچه بیماران فروید نمی‌آموزد، بلکه کمک اصلی در این زمینه در ۵ گزارش درمانی است که فروید ارائه داده است. به علت شاخص بودن فروید تا به امروز با این مسئله درگیر هستیم که وی تکنیک درمانی خویش را از زاویه قیاسی بعنوان تئوری و عمل ارائه نکرده است. تاریخچه بیماران در تئوری‌های روانکاوی پیرامون شرایط شکل‌گیری الگو قرار گرفتند و به همین منظور از جانب شروود (۱۹۶۹)، گاردینر (۱۹۷۱)، نیدرلند (۱۹۵۹)، پرز (۱۹۷۲)، شالمی (۱۹۷۷)، مانوی (۱۹۸۶، ۱۹۸۴) پذیرفته شد. فروید بیشتر مایل بود قواعد پژوهشی درباره پیدایش بیماری‌ها را تبیین کند.

در آغاز درمان، نورژ با وجود ریشه‌های عمیق در تاریخ زندگی و بیماری، به نورژ انتقال تبدیل می‌شود (مراجعه شود به جلد مبانی ۴-۲).

با وجود آنکه مرزبندی دقیق در واقعیت این مفهوم وجود ندارد، باید بر این مسئله تأکید شود که روانکاو سهم مهمی در ایجاد این انتقال دارد. در این معنا حتی نورژهای انتقالی متفاوت ایجاد می‌شوند. این در تضاد با نظریه فروید است که نورژهای انتقالی در صورت پایبندی به قواعد درمانی، مشابه خواهند بود. زیربنای بسط و توسعه تئوری انتقال و انتقال متقابل، شناسایی نقش روانکاو در این فرآیندهاست. پیشرفت در این زمینه در سال‌های اخیر از طریق آشنایی با نحوه عملکرد فروید تسهیل گردیده است، بدین وسیله می‌توان بازسازی تاریخچه‌های بیماران و تکنیک‌های درمانی فروید را بهتر به نقد گذاشت. آرلو (۱۹۹۱) هشدار می‌دهد که آینده روانکاوی بدان بستگی دارد که در انستیتوهای آموزش روانکاوی، استناد به تاریخچه‌های بیماران که فقط اهمیت تاریخی دارند کنار گذاشته شود و بجای آن، تکنیک‌های مدرن روانکاوی آموزش داده شوند. به نظر ما مسیر آینده از ابعاد بالینی و نیز نحوه جدید ارائه گزارشات درمانی که فرآیند درمان را به عنوان میدان تعامل ارزیابی می‌کند، عبور خواهد کرد. اکنون به این مسیر گام می‌نهیم.

نقد عمل فروید

در جلد مبانی در بخش ۱-۱ مطرح کردیم که ادبیات رو به تزاید درباره عمل فروید، نگاه انتقادی به تاریخ تکنیک درمانی روانکاوی را تسهیل ساخته است. ساده لوحانه است که بخواهیم مشکلات امروزی را از طریق همانندسازی با فروید حل کنیم که بعضاً بیماران را مورد لطف خود قرار داده و گاهی به آنها پول هدیه و یا قرض می‌داده است.

ویژگی نمونه‌های موردی فروید آن است که از طرفی آنالیز مشخص یک مورد خاص را محقق می‌سازند، از طرف دیگر حاوی فرضیه‌های فراوانی است که تلاش دارد مجموعه پیچیده مشاهدات بالینی را در یک چارچوب علیتی قرار داده و نهایتاً از پیچیدگی آنها بکاهد.

به نظر یانس (۱۹۶۰) شیوه بازسازی شکل‌گیری و سیر بیماری‌های روانی فروید تحت الشعاع روش تشریح پزشکی شارکو قرار داشت. قواعد تکنیک درمانی در درجه نخست با این هدف مورد بررسی قرار نمی‌گرفتند که آیا شرایط مطلوب تغییر درمانی را فراهم می‌نمایند یا خیر. توصیه‌های تکنیک درمانی فروید بیشتر دنبال آن بود که به روش روانکاوی پایه و اساس علمی اعطا کند:

"ما حق و چه بسا وظیفه داریم، پژوهش را به صرف خود پژوهش و بدون در نظر گرفتن استفاده‌های مفید بلاواسطه انجام دهیم. در نهایت - نمی‌دانیم کجا و کی - هر یافته دانشی به یک عمل که شامل عمل درمانی نیز می‌گردد، تبدیل خواهد شد" (فروید ۱۹۱۷، ص: ۲۶۳).

وظیفه قواعد پیشنهادی فروید، افزایش عینیت یافته‌های به دست آمده و کاهش تأثیر روانکاو بر آنان بود. ثبت پدیده‌هایی که در گفتگو مشاهده می‌شدند با اطلاعات بیمار سوگیری داشت که در تاریخچه بیمار از اهمیت علیتی قابل توجه برخوردار بود. بر مبنای فرضیه‌ی پایه، ماده از روش استخراج می‌شود:

"روانکاوی بعنوان یک علم نه بواسطه ماده‌ای که مورد پردازش قرار می‌گیرد، بلکه از طریق روشی که با آن کار می‌کند، تعریف می‌گردد. این روش را می‌توان در مطالعات تاریخ فرهنگ، الهیات، اسطوره‌شناسی و نیز علم نورژها بکار بست. این روش منظور دیگری مگر کشف پدیده‌های ناخودآگاه در زندگی روانی را دنبال نمی‌کند" (فروید ۱۹۱۷، ص: ۴۰۳).

البته تفاوت زیادی دارد که روش روانکاوی در مطالعات تاریخ فرهنگ مورد استفاده بگیرد یا به عنوان فعالیت درمانی؛ زیرا بیمار با امید به بهبود و یا درمان رنج و بیماری خود به روانکاو مراجعه می کند. روانکاو در حین درمان مسئولیتی را به عهده می گیرد که در تفاسیر اسطوره شناسی و موارد دیگر کاربرد روش روانکاوی، پیش نمی آید. نیز باید گفت که بیمار شاهد منتقد روانکاو خویش است.

۳-۱ گزارش های درمانی *

یادداشت نکات مهم

در گذار از تاریخچه بیمار به گزارش درمانی، دیالوگ بیمار و درمانگر در کانون توجه قرار گرفت و یادداشت برداری گزینشی از نکات مهم آن، بیش از پیش جالب گردید. نمونه ای راتمن که فروید نگارش ادبی از آن ارائه داد و اخیراً از سوی مانوی (۱۹۸۶) از زاویه علوم زبانی مورد تفسیر قرار گرفته است، غنای خویش را مرهون یادداشت های دقیق روزانه ای است که فروید شب ها از حافظه می نوشت. صورت جلسه های راتمن نخستین بار در ۱۹۵۵ در مجموعه ۱۰ جلدی *ویرایش/استاندارد* در معرض استفاده عموم قرار گرفت.

هنگامی که زتسل جهت ارائه یک سخنرانی به ویرایش استاندارد رجوع کرد، با یادداشت هایی از فروید برخورد کرد که تا آن زمان ناشناخته مانده بود. این یادداشت ها حاوی نکات مهمی درباره تکنیک درمانی بود، ضمن آنکه جنبه های تکمیلی پیرامون شکل گیری علایم را نیز داشت. در یادداشت های فروید بیش از ۴۰ اشاره در مورد دوگانگی در رابطه مادر- پسر وجود داشت که در تاریخچه بیماری که فروید در سال ۱۹۰۹ نوشته بود، مورد توجه کافی قرار نگرفته بود (زتسل ۱۹۶۶). خود فروید نوشته بود: "پس از آنکه شرایط را برای وی تشریح کردم، گفت که باید با مادرش مشورت کند" (فروید ۱۹۸۷، ص: ۵۰۹). این واکنش مهم در تاریخچه بیماری ذکر نشده است.

پس از انتشار این صورت جلسه ها، علاوه بر نویسندگان نامبرده، شن گلد (۱۹۷۱) و هلند (۱۹۷۵) تاریخچه بیماری راتمن را مجدداً تفسیر و ارزیابی نمودند.

* Treatment Reports
Behandlungsberichte

فروید نیز مانند همه روانکاوان تحت تأثیر نقطه نظرات راهنما، بطور گزینشی از جلسات صورت‌برداری می‌کرد و از یادداشت‌های خود بطور گزینشی استفاده می‌کرد. فروید بر آن بود تا در موارد فردی متعدد، ارتباطات رایج و سیر زندگی روانی را تشریح کند.

یادداشت‌های فروید درباره ر/تمن بدین سبب مورد توجه خاص قرار گرفت که بنیانگذار روانشناسی نه در آن زمان و نه بعداً به توصیه‌های تکنیک درمانی که جزو سیستم قواعد محسوب می‌شود، واقعی نمی‌نهاد. همانگونه که ما در مقدمه و جلد مبانی مطرح کردیم، راه حل مشکلات تکنیک درمانی را نباید در بازگشت به روش درمانی غیرارتدکس فروید جستجو کرد.

به نظر ما شاخص مهم تحول در این زمینه آن است که در صورت جلسه‌های درمانی کوتاه مدت و دراز مدت به فرآیند شناخت دوسویه توجه بیشتر مبذول گردد. این تغییر سبک در تبیین گزارش‌ها که روانکاوان شاخصی در تکوین آن سهم بوده‌اند، مبین تغییر فکر و جهتی است که به تئوری تکنیک و سنجش آن در عمل روانکاوی استقلال و هویت اعطا می‌کند.

تفاوت تاریخچه بیماری و گزارش درمانی

برای نگارش یک تاریخچه بیماری در مفهوم بازسازی شرایط آن، معیارهای دیگری لازم است تا ارائه یک گزارش درمانی.

در گزارش درمانی، تغییر و شرایط ایجادکننده آن در کانون توجه قرار دارند.

فروید به تمایزات کلی کفایت می‌کرد. کلیات فروید بعداً در حیطه پژوهش نقد و بررسی می‌شد. از نگاه امروزی، تاریخچه بیماران فروید نه می‌تواند الگوی بازسازی شرایط بیماری باشد و نه بعنوان پارادایم یادداشت‌های درمان روانکاوی مورد استفاده قرار بگیرد.

ایجاد شرایط مطلوب تغییر و بررسی آثار آن وظیفه بزرگی است. انتظارات پژوهش سبب‌شناسی فرضیه‌سنج از توان تک تک روانکاوان خارج است. ادلسون (۱۹۸۸) یک الگوی ایده‌آل جهت نگارش تاریخچه بیماران و گزارش درمانی تبیین نمود که قابل سنجش نیز باشد؛ البته تا به امروز یک نمونه عملی در این زمینه ارائه نداده است.

در تمام تاریخچه‌های بیماری فروید، خواننده به نوعی با تکنیک‌های درمانی وی نیز آشنا می‌گردد. با وجود آنکه مرکز ثقل تمام تاریخچه بیماری‌های فروید معطوف به بازسازی شرایط پیدایش نورژها بود، نمونه‌هایی نیز از مداخلات درمانی، مثلاً در غالب بازگو کردن اظهارات، ارائه می‌داد.

تاریخچه بیماری و گزارش درمانی پس از فروید

نگارش تاریخچه بیماری و گزارش درمانی پس از فروید، حاکی از یک رشد کمی گزارش‌های موردی است (کشله ۱۹۸۱). در سال‌های اخیر گرایش رو به رشدی دیده می‌شود که روانکاوان صحنه عمل خویش را به روی خوانندگان گشوده‌اند. این امر باعث ترویج بحث منطقی در بین روانکاوان شده است.

هنوز در ادبیات روانکاوی شاهد استفاده از عناوین ویژه می‌باشیم. این عناوین جهت نمایش پاره‌ای تناسبات روان پویایی مورد استفاده قرار می‌گیرند. در مقابل، نتایج و پیامدهای تکنیک درمانی، یعنی رفتار درمانی روانکاو به عقب رانده شده‌اند. این عناوین به بخش‌هایی از زمینه‌های حیات روانی مربوط می‌شوند و به مثابه نمونه‌هایی عمل می‌کنند که نویسندگان با استناد به آن‌ها بازسازی شکل‌گیری علائم را نشان می‌دهد. گرینسون (۱۹۷۳) به آثار استاندارد روانکاوی دیگر نظیر شارپ (۱۹۳۰)، منیشل (۱۹۴۱)، گلور (۱۹۵۵)، مینگر و هولتزمن (۱۹۷۷) انتقاد می‌کند، زیرا در کتاب‌های آموزشی فوق، نحوه واقعی کار روانکاو، احساسات و افکار وی به ندرت توصیف شده‌اند. به همین خاطر می‌توان همراه با اسپیلیوس (۱۹۸۳) از فقدان گزارش‌های درمانی توسط روانکاوان برجسته شکوه و شکایت داشت. در درجه نخست فقط از داوطلبین آموزش روانکاوان، آن‌هم به علت پذیرفته شدن در انجمن صنفی است که با گزارش‌های موردی مواجه می‌شویم. استثنائات مؤید این موضوع هستند و در اینجا به پاره‌ای از آنان اشاره می‌کنیم.

نمونه ملانی کلاین. کلاین چند ماه قبل از فوت‌اش یک گزارش درمانی جامع درباره‌ی آنالیزی که به مدت ۴ ماه طول کشیده (از سال ۱۹۴۱) و در مورد یک پسر ۱۰ ساله انجام شده بود، تهیه کرد که در سال ۱۹۶۱ منتشر شد:

"در ارائه گزارش مورد زیر، اهداف مختلفی را دنبال می‌کنم. در ابتدا می‌خواهم تکنیک درمانی خود را دقیق‌تر از قبل نشان دهم. یادداشت‌های طولانی که برداشته‌ام به خواننده اجازه درک این مطلب را می‌دهد، که تفاسیر چگونه در داده‌هایی که در پی می‌آیند تأیید می‌شوند. تکوین سیر روزانه آنالیز و استمرار آن بدینوسیله قابل رویت می‌شود" (۱۹۷۵، ص: ۱۵).

به ندرت می‌توان یک گزارش درمانی، نظیر این گزارش موردی درباره ۹۳ جلسه را یافت که مفروضات نظری روانکاو در عملکرد رفتاری وی جاری شده باشد.

نمونه وینیکوت. از وینیکوت نیز پس از مرگ وی (۱۹۷۲) یک گزارش موردی مشروح تحت عنوان «اجزاء یک آنالیز» منتشر شد. با توجه به موضوع این فصل، پیش زمینه این گزارش موردی قابل تعمق است.

۱۹۵۴ وینیکوت یک سخنرانی درباره یک مرد اسکیزوئید انجام داد که در خلال آنالیز، حالت گم‌شدگی را تجربه بود. در شکل مکتوب سخنرانی اشاره زیر آمده بود: "بطور تصادفی درباره‌ی ۴ ماه گذشته این بخش درمان، گزارش کلمه به کلمه تهیه کردم که برای افرادی که می‌خواهند سیر کار درمانی با این بیمار را پیگیری کنند، قابل دسترسی است" (۱۹۵۶، ص: ۲۰۷).

ماهیت دیالوگی تبادل افکار میان این بیمار و وینیکوت، موجب سردرگمی روانکاو فرانسوی آنسیو (۱۹۷۷، ص: ۲۸) شده بود، زیرا به نظر وی تمایل وینیکوت به ارائه تعبیرات متفاوت، مانع شنیدن حرف‌های بیمار می‌گردد. روانکاوان در مناطق تحت نفوذ لاکان معمولاً بیش از حد سکوت اختیار می‌کنند، امری که از جمله از جانب لانگ (۱۹۸۶) مورد انتقاد واقع شده است. البته خود لاکان مطالعات بالینی انجام نداده و بررسی‌های تجربی، بویژه از نوع زبان‌شناختی که اتفاقاً تزه‌ای خاصی در این زمینه تبیین نموده نیز موجود نیستند. مصاحبه کتبی تشخیصی که لاکان با یک بیمار سایکوتیک انجام داد، حاوی مطلب زیادی درباره‌ی نحوه درمان وی نیست؛ علایم آسیب‌های روانی بیمار نهایتاً از طریق روش‌های سنتی بدست آمد.

روند رو به رشد طرح موضوعات در افکار عمومی

پولور (۱۹۸۷) از گشاده‌رویی روانکاوان در مقابل افکار عمومی شدیداً استقبال می‌کند. واقعاً جای تعجب دارد که هنوز زمانی که یک روانکاو در صورت‌جلسات خود اظهارات بیمار و نیز آنچه را که خود به بیمار گفته و یا فکر کرده، انعکاس می‌دهد، با شور و شوق فراوان مواجهه می‌شود. این صورت‌جلسات پایه و اساس گفتمان روانکاوان از گرایش‌های متفاوت است. اینکه روانکاوان آمادگی بیشتری برای دخیل کردن همکاران خود نشان می‌دهند، دلایل متعددی دارد. بدون تردید روانکاوای مرحله‌ای از سحرزدایی را طی می‌کنند که خود در پیدایش آن نیز سهیم بوده است. فروید تبدیل به یک شخصیت اسطوره‌ای شد. به همین خاطر اتفاقی نیست که به آنچه روانکاوان نسل اول درباره نحوه عمل فروید اظهار می‌کردند، بهای کافی داده نمی‌شد. بدین ترتیب سوالی که موموگالینو

(۱۹۸۷) در سال ۱۹۸۷ مطرح کرد: "آیا فروید طرفدار فروید بود؟" اینگونه قابل پاسخگویی است: "فروید طرفدار متعصب فروید نبود."

در دهه‌های اخیر بی‌ رغبتی در طرح مسائل در افکار عمومی رو به کاهش گذارده است و هم بیماران و هم داوطلبین آموزش روانکاوی به طرق مختلف از تجربیات خویش در حین روانکاوی گزارش می‌دهند.

تشابهات و نقاط مشترک در مقایسه‌های پژوهش تجربی درمان

در تغییرات جاری در درون روانکاوی که به سحرزدایی آن منجر گردیده، نمی‌توان نقش پژوهش تجربی درمان را نادیده گرفت (برای نمونه: ماسلینگ ۱۹۸۲، دال و همکاران ۱۹۸۸، شاپیرو و اند ۱۹۹۳). از این طریق تغییرات دیگری تحقق می‌یابند که به نظر ما واجد اهمیت فراوانند. زیرا با وجود مطالعات انجام شده در حیطه پیگیری، هنوز در ادبیات بالینی به نحو ساده لوحانه‌ای استدلال آورده می‌شود. مثلاً جلسات منتشر شده از جانب سیلورمن از زاویه عوامل مؤثر در بهبودی مورد بررسی واقع نگردیدند. هنوز روشن نیست که کمیت و کیفیت عوامل خاص و عام که در پژوهش درمان به‌عنوان عوامل بهبودی شمرده می‌شوند (کشله ۱۹۸۸)، در موارد مشخص چگونه یکدیگر را تقویت می‌کنند تا بهبود و درمان قابل حصول گردد.

بنابراین احتمال قوی وجود دارد که اثربخشی درمان‌های روان‌پویایی عمدتاً به دلیل تشابهات و نقاط مشترک در پاره‌ای دیدگاه‌های اساسی متحقق می‌گردد تا اختلاف نظر درباره محتوای تعبیرات.

ژوزف (۱۹۷۹) برخی از این دیدگاه‌های اساسی را نام می‌برد:

- فرآیندهای ناخودآگاه
- مقاومت
- انتقال
- تداعی آزاد
- استخراج ژنتیکی مشکلات
- تلاش درمانی جهت درک و تفسیر
- قبول تعارضات

پولور از این نیز فراتر می‌رود و اختلاف‌نظرهای موجود را ظاهری و غیرواقعی می‌نامد.

"روانکاوان در اصل، محتوای یکسانی را البته در قالب کلمات متفاوت به بیماران خود انتقال

می‌دهند. زمانی که بیمار با عادات گویشی روانکاو مأنوس گردد، واقعاً حس می‌کند، درک می‌شود. مثلاً یک بیمار (زن) که احساس آسیب‌دیدگی دارد، از جانب روانکاوِ کلاینی که در مورد حسادتِ تناسلی صحبت می‌کند، درک می‌شود؛ این بیمار همچنین از جانب یک روانشناس «خود» که احساس شکستگیِ خود را در قالب کلمات بیان می‌کند؛ و نیز از جانب یک نظریه‌پرداز ساختاری که در مورد اختگی صحبت می‌کند، درک خواهد شد" (۱۹۸۷، ص: ۲۹۸).

بدین ترتیب پولور از این نقطه نظر حرکت می‌کند که بیمار نامبرده به بینش‌هایی دست می‌یابد که در قالب ترمینولوژی‌های متفاوت عرضه می‌گردند، اما مبین جنبه‌های استعاری یک فرآیند هستند. ژوزف (۱۹۸۴) نیز، هنگامی که به درهم تنیدگی‌های ناخودآگاه اشاره می‌کند، در واقع از همین استدلال پیروی می‌کند؛ مثلاً گفتگو درباره اضطراب و فقدان، دربرگیرنده اضطراب جدایی پیش-ادیپی و اضطراب اختگی است. در واقع زمانی که انسان درباره فقدان فکر می‌کند، تجربیات زیادی در ذهن وی متصور می‌شود که هم با هم قرابت دارند و هم از یکدیگر قابل تفکیک هستند. البته این وضعیت، به معنای بی تفاوتی و یا دلبخواهی بودن آنچه در خلال درمان بیان می‌شود، نیست (اسپنس ۱۹۸۳، ۱۹۸۲، ایگل ۱۹۸۴). تفاهم بیمار و روانکاو بر سر یک موضوع و محتوای یکسان اهمیت اساسی دارد. مسئله آن نیست که یک "بازی زبانی" ابداع گردد که بطور استعاری همه چیز را به یکدیگر متصل کند، زیرا بیمار نهایتاً در پی رهایی از کبمودها و نقایص خویش است. بیمار فقط به دنبال شناخت تعارضات مشخص و ریشه‌های ناخودآگاه علایم خویش نیست، بلکه می‌خواهد بر آن‌ها غلبه نیز پیدا کند. تغییرات حاصل شده به‌عنوان توفیق یا عدم توفیق درمانی باید در معرض ارزیابی تجربی فرد سوم نیز قرار بگیرد.

جنبه‌های یک نظریه درمانی

به نظر ایگل، مخصوصاً پدیده‌هایی که در موقعیت درمانی تظاهر می‌یابند، می‌توانند در تبیین تئوری درمانی نقش مهمی داشته باشند، یعنی "به درک رابطه میان عملیات و مداخلات خاص و بروز یا عدم بروز تغییرات مشخص کمک کند. به نظر من جای تعجب است که نظریه‌پردازان روانکاوی از داده‌های بالینی برای هر هدفی استفاده می‌کنند، مگر جهت نیل به هدفی که باید از آن‌ها استفاده کرد: ارزیابی و درک تغییرات درمانی" (۱۹۸۸، ص: ۲۰۹).

از دید امروزی، جمع بندی سیر درمانی به علت ناقص بودن آن، جهت ارزیابی علمی مشکل آفرین است. از طرف دیگر ماهیت کار، ما را از دستیابی کامل به فرآیندهای درمانی دور می‌سازد. اما اینک یکی از خواسته‌های اساسی تحقق می‌پذیرد، یعنی ثبت جزئیات در بُعد مشاهداتی که به تعمیم می‌انجامند.

الگوی میتشرلیج. الگوی میتشرلیج جهت ثبت و ضبط منظم تاریخچه بیمار، یک تلاش اولیه در این زمینه محسوب می‌گردد، اگرچه تاریخچه‌های بیماری‌های قلیلی تاکنون بدین نحو نوشته شده‌اند (تومه ۱۹۶۱، ۱۹۷۵، ۱۹۵۴، دبور ۱۹۶۵). آنچه در اینجا مهم می‌نمود، استدلال منطقی در طبقه بندی‌های تجربیدی و مفهوم‌سازی بود. اندکس همپ استید نیز تلاش مشابهی جهت توضیح مفاهیم اساسی روانکاوی از طریق نگارش منظم تاریخچه بیمار را دنبال می‌کرد (زاندر ۱۹۶۲). تاریخچه منظم بیماری واجد ارزش آموزشی زیادی بود، زیرا به تقویت گفت‌وگو روان‌تنی کمک کرد و از طریق انتظام بخشی، مقایسه را تسهیل کرد. سیر رشد آتی در این الگو مستتر بود و ما بدان‌هایی اشاره می‌کنیم که خود آن‌ها انجام دادیم و به آن‌ها تحقق بخشیدیم: اهمیت رابطه بیمار- روان‌کاو در امر تشخیص و درمان از جانب میتشرلیج در ثبت و ضبط نیز مراعات شد. در نگارش سیر روان‌درمانی، تغییر علائم در ارتباط مستقیم با مداخلات روان‌کاو به کنون توجه تبدیل گردید.

تفسیر. برنفلد (۱۹۴۱) در ارتباط با جنبه‌های تکنیک درمانی تفسیر و این سوال که چه چیز و چگونه قابل تفسیر است، به موضوع اعتبار علمی و حقیقت تعبیرات پرداخت. این مشکل در سال‌های ۱۹۵۰ در نوشته‌های گلور (۱۹۵۲)، کوبی (۱۹۵۲) و اشمیدل (۱۹۵۵) انعکاس یافته است. مطالعاتی که در کلینیک روان‌تنی دانشگاه هایدلبرگ و انستیتو زیگموند فروید فرانکفورت در سال‌های ۱۹۶۰ درباره فعل تعبیر انجام می‌شد، دنبال هدف بزرگ اعتباریابی یک تئوری بود که بتواند مبنای رفتار درمانی روان‌کاو قرار گیرد. محرک‌های اصلی در این زمینه از جانب سمینارهای بالینت درباره تکنیک درمانی بیرون آمد که به افکار روان‌کاو در ارائه تعبیر همانقدر اهمیت می‌داد که به واکنش‌های بیمار (تومه ۱۹۹۶).

یادداشت پیش‌زمینه‌های فکری. توصیه بالینت جهت رعایت افکار متنوع در حین توجه و دقت متعادل، یادداشت‌برداری از آنچه به فکر خطور می‌کرد را دنبال می‌کرد. یادداشت از آنچه روان‌کاو در کنار مداخلات واقعی انجام داده بود و بیان نحوه شکل‌گیری عاطفی و منطقی تعبیرات، اقدام مهمی بود. بر اساس این یادداشت‌ها روشن شد که شرکت بیمار در پیش زمینه‌های مداخلات و تعبیرات چقدر حائز اهمیت است. در اینجا با گنجینه‌ی تجربی برخورد می‌کنیم که فروید (۱۹۴۰، ص: ۱۰۳) بیان کرده بود. وی تأکید داشت که بیمار در سازه‌ها و ترسیم‌هایی که درباره پیدایش بیماری و تعبیرات بیان می‌شوند، شرکت داشته باشد. طبق دانستنی‌ها و شواهد امروزی می‌توانیم

بگوییم که فروید واقعاً بیماران خود را با پیش زمینه‌های تعبیری خویش مأنوس می‌ساخت. به نظر فروید آنالیز به دو مرحله جداگانه تقسیم می‌شد.

◀ "در مرحله نخست پزشک اطلاعات لازم را از بیمار کسب می‌کند، وی را پیش شرط‌ها و نحوه آنالیز آشنا می‌کند و در حضور بیمار نحوه پیدایش ناراحتی وی را بر اساس اطلاعاتی که در حین آنالیز دریافت کرده، ترسیم می‌نماید.

◀ در مرحله بعدی بیمار با موضوعاتی مشغول می‌شود که به وی عرضه شده است، چیزهای انکار شده‌ای را که می‌تواند بخاطر بیاورد، بخاطر می‌آورد و می‌کوشد آن چیزها را در هیئتی نو تکرار کند. وی می‌تواند نظرات پزشک را تأیید، تکمیل و یا اصلاح کند. در حین این کار است که بیمار با غلبه بر مقاومت‌ها به آن دسته از تغییرات درونی نائل می‌گردد که در پی آن است و به این باور می‌رسد که این کار، استقلال وی در برابر پزشک را شدت می‌بخشد" (۱۹۲۰، ص: ۲۷۷).

خطر روشنفکرمآبی در اینجا را می‌توان بوسیله نوع انجام گفتگو مهار کرد. معمولاً بیان منطق عبارات در بیمار، بازتاب هیجانی شدیدی در وی ایجاد می‌کند. اطلاعات تکمیلی، زمینه‌ی برخورد انتقادی بیمار با افکار روانکاو را فراهم می‌نماید. قدرت تصمیم‌گیری بیمار در پذیرش افکار روانکاو بزرگتر شده و نقش مرموز روانکاو شفاف‌تر می‌گردد. همچنین بررسی دقیق آن چیزی که به‌عنوان همانندسازی بیمار با عملکرد روانکاو توصیف می‌گردد، به ثبت مشروح فرآیند تبادل میان آن دو بستگی دارد.

اثربخشی تعبیرات و حقیقت تئوری‌ها

تومه و هوبن (۱۹۶۷) بوسیله مطالعه‌ی کنش تعبیر، هم جنبه‌های اساسی تکنیک درمانی روانکاو و زمینه‌های نظری وی و هم اثربخشی درمانی را سنجیدند. مشکلات اثربخشی تعبیرات و حقیقت تئوری‌ها در این مطالعات تدریجاً برای ما روشن شد.

ما در مطالعه سیستماتیک کنش تعبیر بر مبنای پیشنهاد ایساک (۱۹۳۹)، یک نمای گزارشی طراحی کردیم. این نما از روانکاو یادداشت‌بردار می‌خواهد جایگاه تعبیرات ارائه شده را میان مشاهده و تئوری و واکنش‌ها توصیف کند. مراحل درمان به نکات زیر تقسیم می‌شوند:

- تداعی‌ها، شیوه‌های رفتاری و رویاهای بیمار که باعث می‌شوند روانکاو در مرحله‌ی مشخصی از پردازش، به موضوع خاصی توجه کند (فرضیه روان‌پویایی)؛

- افکار روانکاو درباره تئوری نورژ و تکنیک درمانی که مبنای تعبیرات قرار گرفته‌اند؛
 - هدف مورد نظر تعبیر؛
 - تبیین تعبیر؛
 - واکنش بلاواسطه بیمار؛
 - تمام تعبیرات و واکنش‌های دیگر بیمار (تداعی‌ها، شیوه‌های رفتاری، رویاها، نوسانات خلقی و غیره) که برای موضوع مورد پردازش حائز اهمیت هستند؛
 - مشخص شدن این مطلب که هدف مورد نظر تا چه حدود حصول گردیده؛
 - اشاره به داده‌هایی که در انطباق با فرضیه‌ها قرار ندارند.
- در خلال این پروژه مشخص شد که در حیطه اعتباریابی در میدان پیچیده‌ی پژوهش سیر و نتایج درمانی قدم نهاده‌ایم که غلبه بر آن در آن زمان از عهده ما خارج بود. البته نمای گزارشی همچون قبل در بارورسازی مباحث بالینی مفید است. برای روانکاو بسیار سودمند است که رفتار و افکار درمانی خود را چنان یادداشت‌برداری کند که فرد سومی بتواند دیدگاه‌های آلترناتیو در آن باره ارائه دهد. ما یک مثال در فصل ۸ در این زمینه ارائه خواهیم داد. جهت پیشبرد پژوهش بالینی و تقویت پایه‌های علمی روانکاوی، توضیحاتی که ما در فصل ۱۰ جلد مبانی دادیم، ضروری به نظر می‌رسند.
- در آن زمان به علت اهمیت فوق‌العاده‌ای که برای اثربخشی تعبیرات قائل بودیم، در صورت جلسه‌های خود جنبه‌های ارتباطی را مورد توجه کافی قرار نمی‌دادیم. فقدان بافت عاطفی که ایجاد کننده پس زمینه‌هاست، تعبیرات و واکنش‌ها را با دردهای غیرواقعی مواجهه می‌کند.
- تجربه و بینش، تعبیر و رابطه، جنبه‌های کلامی و غیر کلامی دیالوگ، همه و همه به هم مرتبط و دارای تأثیرات متقابل هستند (تومه ۱۹۸۳، نیز مراجعه شود به بخش ۶-۸).
- در فرآیند شکل‌گیری تعبیرات و بازسازی آن‌ها به عمق انتقال متقابل می‌رسیم. صحبت کردن در این باره راحت‌تر از نوشتن است.

ارزشیابی

هدف عمده از نمونه‌هایی که درباره گزارش درمانی آوردیم، انعکاس حتی‌المقدور طبیعی آن چیزی است که روانکاو در حضور بیمار حس، فکر و رفتار می‌کند. گلور (۱۹۵۵) در آن زمان نیز بر یادداشت آنچه که روانکاو به بیمار خود می‌گفت، تأکید می‌کرد.

با گذشت قریب ۳۰ سال از تاریخچه بیماری سیستماتیک، مطالعه موردی سیستماتیک مطلوب به نظر می‌رسد.

روش‌شناسی این نوع مطالعات از دیرباز مورد بحث بوده است (بروملی ۱۹۸۶، پترمن ۱۹۸۲). از طریق مطالعات موردی می‌توان به برخی انتظاراتی که از پژوهش فرضیه‌سنج در روانکاوی می‌رود، پاسخ داد (وایس و سمپسن ۱۹۸۶، نودرت و همکاران ۱۹۸۷، لوئیسینگر و بولبر ۱۹۹۴، ۱۹۸۸).

۴-۱ ردیابی دیالوگ - ضبط گفتگو و مکتوب کردن*

لازم و مفید است که در استفاده از ابزار کمکی تکنیکی با دقت فکر کنیم. البته در ضبط گفتگو، دیالوگ بطور کامل ثبت می‌شود؛ اما افکار و عواطفی که ناگفته می‌مانند و فضای بی‌کلام حالات و هیجانات را پر می‌کنند، توسط این "گوش سوم" (مایر ۱۹۸۸) تکنیکی نادیده گرفته می‌شوند. اگر این کمبود تأثیرات بزرگ در مبحث نداشت، از آن می‌گذشتیم. بهر حال از یادداشت‌ها و یا شنیدن دیالوگ‌های اصلی می‌توان بیشتر به موقعیت درمانی نزدیک شد تا نوشته‌هایی که به یادداشت‌ها متکی هستند. در یادداشت‌برداری از جلسات ممکن است توجه منحرف شود، در حالی که یادداشت سرفصل‌ها که فروید نیز توصیه نموده بود، به رفتار گزینشی می‌انجامد. روانکاو در انتخاب پدیده‌های توصیف شدنی، بر نقطه نظرات ذهنی خود متکی است و چه کسی از صمیم قلب در صدد رد انتظارات و مفروضات نظری خویش بر می‌آید! این فقط بیماران نیستند که از تأیید و شناسایی، شاداب و امیدوار می‌شوند. پژوهش فرضیه‌سنج به علت آنکه اعتقادات بالینی محرز را به چالش می‌خواند، باعث دغدغه خاطر روان‌درمانگران می‌گردد (بالبی ۱۹۸۲).

بانک اطلاعات اَلَم

نویسنده اصلی کتاب با پذیرش کرسی روان‌درمانی در سال ۱۹۶۷ در اَلَم، به ضبط گفتگوهای جاری در درمان روانکاوی روی آورد؛ در سال‌های بعد، درمان‌های ضبط شده توسط وی و همکاران بیشمار، شالوده یادداشت‌های درمانی روانکاوی گردید که تحت عنوان «بانک متون اَلَم» معروف گردید و در اختیار دانشمندان داخلی و خارجی قرار دارد.

سال‌های زیادی گذشت تا به تأثیرات مطلوب شنیدن دیالوگ‌ها در کار خویش پی ببریم. مبارزه برای استفاده از ابزار تکنیکی در جلسات روانکاوی در سال ۱۹۳۳ از جانب سین آغاز شد. این

* Approximating the Dialouge: Tape and Transcriptions
Dem Diaolog auf der Spur- Tonbandaufzeichnung und Verschriftung

مبارزه هنوز ادامه دارد، مثلاً مک لاولین در کنگره جهانی روانکاوی هلسینکی (۱۹۸۲) به جنبه‌های مثبت ضبط صدا در حین جلسات روانکاوی اشاره کرد.

موافقت بیمار و تأثیر بر فرآیند روانکاوی

برخلاف مکتب کارل راجرز، در روانکاوی این امکانات متفاوت به دلایل گوناگون تا مدت زیادی نادیده گرفته می‌شد. نگرانی اصلی آن بود که حضور یک ضبط صوت، تأثیراتی همچون حضور یک شنونده داشته باشد؛ اینکه بیمار "به مجرد آنکه احساس کند با یک شاهد بی تفاوت روبروست" (فروید ۱۹۱۷، ص: ۱۰) سکوت کند. البته اکنون می‌دانیم که به غیر از پاره‌ای استثنائات، بیماران داوطلبانه اعلام رضایت می‌کنند تا گفتگوها ضبط و بین همکاران بحث شود و مورد ارزیابی علمی قرار بگیرد. بیماران معمولاً از اینکه روانکاو بطور خاص و جدی به مورد آن‌ها پردازد، به مزایای درمانی فکر می‌کنند. با این حال، موافقت بیمار برای ضبط جلسات یک موضوع است و تأثیرات این کار بر فرآیند درمان روانکاوی موضوعی دیگر. از آنجایی که متأسفانه نمی‌توان یک بیمار را دومرتبه، یک بار با ضبط صوت و بار دیگر بدون ضبط صدا درمان نمود، مقایسه فرآیند روانکاوی همان بیمار غیرممکن است. با این حال امروزه بر مبنای ضبط‌های بیشماری که از جلسات روانکاوی موجود است، تأثیرات منفی ادامه داری گزارش و مشاهده نشده است. از آنجایی که ما با روش Playback کار نمی‌کنیم، فقط خواننده را به اثر منتشره رابینز (۱۹۸۸) ارجاع می‌دهیم. به نظر اشترن (۱۹۷۰) بیمارانی که از اختلالات شدید رنج می‌برند، پس از آنکه گفتگوی ضبط شده را می‌شنوند، به "عینیت‌پذیری" نزدیک می‌شوند.

تأثیرات ضبط کردن

یک بار توافق برای ضبط صدا را به عنوان چارچوب دایمی کار می‌دانیم که مبنای تفاسیر قرار می‌گیرد. بدیهی است که بیمار می‌تواند موافقت خود با ضبط صدا را پس بگیرد. ما در بخش ۵-۷ همین کتاب نمونه‌هایی می‌آوریم که در موارد مشخص نشان می‌دهد که ارزیابی دقیق روانکاوانه چنین مواردی نه تنها امکان‌پذیر، بلکه بسیار پرثمر نیز هستند. به هر حال طبق تجربیات ما و ادبیات موجود، فرآیند روانکاوی نهایتاً سیری به خود می‌گیرد که در خلال آن ضبط صوت مانند قرار گرفتن روی کاناپه تعبیرات ناخودآگاه را از دست می‌دهد؛ مثلاً عملکرد فراخود را تا زمانی می‌توان

به ضبط صوت منتسب و به عنوان منشی (به عنوان منشی تنبیه گر) فرافکنی کرد که انتظار تنبیه مسری باشد. همچنین ترس‌های دیگر به مرور زمان در حین آنالیز ضعیف‌تر می‌شوند. در شفافیت و پردازش مطلوب، چیزهای بسیاری که در نگاه اول هولناک به نظر می‌رسند، ساده‌تر و انسانی‌تر می‌شوند. با این حال متون روانکاوی آنگونه که پاره‌ای بیماران ادعا می‌کنند، سطحی نیستند. در بسیاری مواقع روانکاو با شنیدن صدای خود و مطالعه گفتگوها از تفاوت تعبیرات خویش با آنچه در کتاب‌ها آمده، متعجب می‌گردد.

درگیری روانکاو با مواد ضبط شده

قابل ذکر است که روانکاو زمانی که داده‌های پراکسیس خود را جهت ارزیابی در اختیار همکاران قرار می‌دهد، باید بر مشکلات زیادی غلبه کند. این همکاران معمولاً بدون رودرباستی، بر تفاوت فاحش میان ایده‌آل‌های خود حرفه‌ای و واقعیت صحنه می‌گذارند. ضبط صوت یک گیرنده بی‌طرف است که نه کلمه‌ای را جا می‌اندازد و نه کلمات را انتخاب می‌کند. کوبی در نقل قول پائین از تجربیات دردناکی پرده بر می‌دارد که روانکاو با اظهارات خود در موقعیت درمانی با آن مواجهه می‌شوند:

"زمانی که یک روانپزشک تازه کار و یا یک روانکاو مجرب به مصاحبه خود و یا نحوه برگزاری جلسه درمانی گوش می‌دهد، وضعیت غافلگیرانه و شفاف کننده‌ای را تجربه خواهد کرد. وی بگونه‌ای صحبت می‌کند که گویی پژواک بیمار است و یا متوجه می‌شود که چگونه به بیمار خط می‌دهد و تُن صدایش بالا و پائین می‌رود. وی متوجه می‌شود که الکلنگی عمل می‌کند: بلند، زمانی که بیمار آهسته می‌شود و آهسته، زمانی که بیمار بلند صحبت می‌کند. او با تعجب در بیان خویش تحقیر بی‌منظور، طعنه و کنایه، کم حوصلگی، خصومت و یا آرامش افراطی و صمیمیت و سوسه انگیز را باز می‌یابد. او ممکن است برای اولین بار صداهای تیک گونه خود را بشنود که سیر فکری بیمار را قطع می‌کند. همه این‌ها مواردی است که می‌توان بسیار از آن‌ها آموخت. روانپزشکان و روانکاوان در اینجا مشاهده فنون ظریف فراموش کردن و یادآوری اشتباه را که با آن درگیر هستیم یاد می‌گیرند و وجود آن را می‌پذیرند. یک روانپزشک در ضمن یک سمینار گزارش می‌داد که بیماری در مصاحبه‌های اول از وی خواسته بود ضبط صوت را هنگامی که وی درباره موضوعات ناگوار صحبت می‌کند، خاموش کند. گروه بر مبنای شناختی که از این بیمار در سمینارهای قبلی داشت، درباره انگیزه‌های احتمالی این بیمار بحث کرد. برای امتحان فرضیه‌های

موجود، از روانپزشک خواسته شد که ۵ دقیقه قبل از قطع و ۱۰-۵ دقیقه بعد از قطع ضبط صدا، نوار را روشن کند. در کمال تعجب گروه و روانپزشک، متوجه شدیم که این روانپزشک بوده که خواسته در آن مقطع مشخص، ضبط صوت خاموش شود. روانپزشک جوان ما درباره نقش خود در این وضعیت کوچک‌ترین چیزی به خاطر نمی‌آورد. باز هم بیشتر: زمانی که با دقت بیشتر به سرعت و تُن صدای بیمار گوش دادیم، متوجه شدیم که روانپزشک بطور غریزی کار با معنایی انجام داده است: وی تنش رو به افزایش بیمار را درست ارزیابی نموده و نیاز وی جهت مراعات حریم خصوصی را درک کرده بود. نتیجه آن شد که بیمار توانست رابطه بهتری برقرار کند، به میزانی که روانپزشک اکنون می‌توانست به یاد آورد که بیمار از وی خواسته بود ضبط صوت را دوباره روشن کند. از این پس توانست پیرامون موضوعاتی که قبلاً برایش سخت بود، براحتی صحبت کند. جنبه‌های دیگر این گفتگو، نظیر انتقال و انتقال متقابل در ادامه مورد بحث واقع شدند. بدون وجود صدای ضبط شده این امر امکان‌پذیر نبود" (۱۹۵۸، ص: ۲۳۳).

مقایسه ضبط صدا و گزارشات حافظه‌ای

دست‌نوشته‌ها در مقایسه با خاطراتی که روانکاو از جلسه دارد و در حین خواندن برایش زنده می‌شوند، بسیار ضعیف و نحیف هستند. بنابراین بافت عاطفی و شناختی قوی است که به گفته‌های بیمار و رفتار روانکاوی شادابی می‌بخشد. اظهاراتی که فقط زمانی که در قالب یک تعریف بیان شده باشند، دارای اهمیت می‌شوند. یک خواننده‌ی بیگانه می‌تواند درباره‌ی این بافت و پس‌زمینه‌های چندلایه آن که در هنگام مطالعه دست‌نوشته برای روانکاو دوباره زنده می‌شوند، گمانه‌ورزی و تجسم کند. در ارائه نمونه‌های کلاسیک، این غناسازی توسط توضیحات تعریفی نویسنده تحقق می‌یابد. احتمالاً تعمیم یا استفاده از مفاهیم تجربیدی که پیوسته در تجربیات بالینی جاری می‌گردند، موجب می‌شود تا خواننده هنگام خواندن این متون احساس غربت نکند.

دست‌نوشته‌های تفسیر نشده و گزارش‌های اضافی. مخصوصاً دست‌نوشته‌های تفسیر نشده ماتریال جدیدی است که ما نیز به کندی با آن‌ها مانوس شدیم. اما چنانچه در این دیالوگ‌ها عمیق گردیم، در متون خود و افراد دیگر تمرین کنیم، به شناخت‌های جالب و پرباری در مراحل متن خواهیم رسید. مثلاً مشخص می‌شود که آیا بیمار سوال روانکاو را درک کرده و یا آن را به‌عنوان تشویق و سرزنش دریافت کرده است؟ چون اگر بیمار از قواعد پایه پیروزی کند و هر آنچه را که به نظرش می‌رسد، بیان کند، تازه مشخص می‌شود که سوال را فهمیده یا نه. چنانچه روانکاو بلاواسطه پس از جلسه درباره احساسات بیان نشده بنویسد، بافت عاطفی جلسه بهتر ثبت خواهد شد.

این امر زمینه نتیجه‌گیری را مهیا می‌سازد که نهایتاً به تعبیر منتهی خواهد شد. درباره پس زمینه‌های انگیزشی و اهداف که در یک تعبیر وجود دارند، فرد سومی که متون در اختیارش قرار بگیرد می‌تواند به گمانه‌ورزی و فرضیه پردازی بپردازد. تکنیک "فکر کردن بلند" که از جانب مایر (۱۹۸۸، ۱۹۸۱) در بررسی سه روانکاو استفاده شد از این نیز فراتر می‌رود. بالاخره با شنیدن نوار ضبط صوت می‌توان به شرایط واقعی موقعیت درمانی نزدیک‌تر شد.

پذیرش مواد ضبط شده

هنگام مطالعه دست‌نوشته‌هایی که بطور کامل آنالیزها را پوشش داده‌اند، نه تنها وقفه‌های بی صدا که ممکن است برای شرکت‌کنندگان حاوی مطالب زیاد باشند، مشاهده نمی‌شوند، بلکه توصیف حالات و خلقیاتی که در حین معرفی شفاهی در یک سمینار بوقوع می‌پیوندند نیز از قلم می‌افتد. راستی چرا یک فرد آشنا با موسیقی در حین خواندن، می‌تواند موسیقی را بشنود، اما یک روانکاو نمی‌تواند هنگام خواندن دست‌نوشته‌های یک جلسه درمانی آن را با زندگی بیمار پر کند؟ به نظر زاندلر و زاندلر "این سوال باید در آینده مورد پژوهش واقع گردد که چرا هنگام مطالعه جلسات یادداشت‌برداری شده‌ی روانکاوان دیگر معمولاً این احساس به انسان دست می‌دهد که آن‌ها روانکاوان واقعاً نالایقی هستند" (۱۹۸۵، ص: ۸۲۶). به نظر آنان وفور این واکنش، نشان از دور بودن آن از واقعیت است، راستی چگونه ممکن است اینقدر روانکاوان بد داشته باشیم؟ همه فراگیران به الگو نیازمندند. استادان نامور عصر ما نباید در ارائه نمونه‌های مطلوب، فرصت را از دست بدهند. بدیهی است که واقعیت ملموس تبادل کلمات حرف آخر را نمی‌زند. هیجانات نیز می‌توانند با کدگذاری روی حالات و مواردی که به ارتباطات غیرکلامی مربوط می‌شوند در دست نوشته‌ها بهتر از روش‌های سنتی، ثبت و ارزیابی شوند. البته برای رسیدن به یادداشت‌های روانکاوانه در سطحی که درباره آن گفتیم، احتیاج به تمرین فراوان داریم.

برای پاره‌ای از موضوعات، مثلاً بررسی اظهارات هیجانی چهره، تَن صدا (فوناجی ۱۹۸۳)، بیان کلی رفتار و حرکات، یعنی کلام بدنی، ضبط ویدئویی اجتناب‌ناپذیر است (کراوزه و لوتلف ۱۹۸۸). در صورت عدم وجود کاتولوگ مشخص سوالات و روش ارزشیابی تعریف شده، هیچ یک از موارد فوق به درد نخواهند خورد. به همین دلیل انبوه فیلم‌های موجود درباره آنالیزی که تهیه شد (برگمن ۱۹۶۶) در زیرزمین انستیتو ملی بهداشت روان آمریکا جای داده و نهایتاً نابود شدند. برای ثبت ارتباطات غیرکلامی بیمار به منظور ارزشیابی‌های بالینی، روشی ساده‌تر از ضبط ویدئویی

نیز هست. مثلاً مک لالین (۱۹۸۷) حرکات‌های بیمار روی کاناپه را توسط گرافیک‌های ساده ثبت می‌کرد.

تجربیات ما حاکی از آن است که دیالوگ‌های مکتوب روانکاوی در صورتی که خواننده به پیش‌زمینه‌های موجود راه یابد و با شرکت کنندگان در دیالوگ همانندسازی کند، از ارزش بیشتری برخوردار می‌شوند.

با این وجود تفاوت میان ضبط زنده و غیر زنده پا برجاست: زمانی که روانکاو درمانگر تعبیرات ارائه شده خودش را می‌خواند، یادآوری‌ها ابعاد جدیدی به همراه می‌آورند. تفاوت دارد که آیا یک رمان شکسپیر را بخوانیم و یا در صحنه آرایبی آن روی سن شرکت کنیم و یا به‌عنوان کارگردان و یا بازیگر در آن حضور داشته باشیم. از آنجایی که ما خواننده را در این جلد مکرراً با صورت جلسه‌های کلامی مواجه می‌سازیم، پیشنهاد می‌کنیم که متن را در فکر به صحنه بکشاند. گمان ما آن است که غالب دیالوگ‌ها به همانندسازی‌های متنوع و جالب می‌انجامد و نهایتاً زمینه تعبیرات و تفاسیر جالبی را فراهم نمود. با این حال میان تولید کننده و دریافت کننده یک متن، تفاوت باقی است.

واقعیت‌ها و تصورات. واقعیت‌های به اصطلاح عریان همواره جامه تئوری‌های شخصی را بر تن دارند. بدین ترتیب مشاهده‌گر، عوامل جزئی را برجسته و به آن یک معنا عطا می‌کند. این فرآیند مستمر، تبیین نهایی واقعیت را به حالت تعلیق در می‌آورد. تردیدی نیست که واقعیت‌های سخت نیز وجود دارند، این واقعیت‌ها را زمانی درک می‌کنیم که بخواهیم پا را فراتر از قوانین طبیعت گذاریم. درد حس شده پس از یک سقوط که پیرو قانون سقوط اجسام و نه باور جادویی به آسیب‌ناپذیری است، یک نمونه از واقعیت‌های سخت است که بدون تردید در اصل واقعیت فروید جای می‌گیرد. در نمونه فوق قدرتی برای باور در نظر گرفته شده که در تقابل با اصل واقعیت عقیم می‌شود.

ضبط صورت جلسه‌ای در حین آموزش

مطالعه دقیق صورت جلسه‌های کلامی راه‌های جدیدی در آموزش و آموزش‌های تکمیلی بر ما می‌گشاید (تومه و روزنکوتر ۱۹۷۰). جلسات سوپروایزری را می‌توان بر مبنای این صورت جلسه‌ها و با امعان نظر به روش‌های تکنیکی و تبیین رویکردهای تفهیمی آلترناتیو به نحوه مطلوب و پربار تشکیل داد، به همین خاطر ما یک بخش مجزا را به این موضوع اختصاص داده‌ایم.

منظور آن نیست که ضبط صدای گفتگوهای درمانی را در کار روزمره درمانی وارد سازیم. به نظر ما در ضبط گفتگوهای درمانی، تجربیات و اهداف آموزشی زیادی نهفته است که به نحو دیگر بسختی قابل حصول است. مهمترین امر آن است که روانکاو یک تصویر مناسب از روش درمانی خویش به دست آورد. البته این امر به دلایل روانشناختی حافظه در تهیه گذشته‌نگر صورت‌جلسات درمانی تا حدودی ممکن است. این محدودیت ماهیت نظام مند دارد، زیرا در یادداشت‌برداری، بطور منظم برخی موارد از قلم می‌افتند؛ پدیده‌ای که در پی مطالعات ارزشمند کاونر (۱۹۴۲) و راجرز (۱۹۴۲) روشن شده است. در سوپروازری‌های امروزی تلاش آن است که نابینایی لحظه‌ای دانشجویان روانکاو کشف گردد، اگرچه به دلایل و انگیزه‌های ناخودآگاه در خفا می‌ماند.

گزارش‌های گذشته‌نگر

زمانی که روانکاو با موضوعات مربوط به ضبط صوت درگیر شد و بر ناراحتی‌هایی غلبه کرد که معمولاً در مقایسه عمل خود با تصویر ایده‌آل به وجود می‌آیند، می‌تواند به توجه و تمرکز کامل دست یابد. افکار وی دیگر از این بابت منحرف نمی‌شود که آیا چیزی یادداشت کرده و یا چه چیزی را باید یادداشت کند. بدین ترتیب تجربه ذهنی روانکاو تحت این فشار مسئولیتی قرار ندارد که در ضمن فعالیت درمانی به عملکرد علمی نیز مقید باشد. البته در نگاه گذشته‌نگر به جلسات روانکاو از طریق ضبط صوت یک موضوع ناگشوده می‌ماند و آن دریافت منولوگ درونی روانکاو (هایمن ۱۹۶۹) درباره فرآیند درمانی است. نگاه به تجربیات و افکار خویش که در اصل بازتاب فرآیند پردازش است، موضوعی است که ما از سالیان قبل با همکاری مایر به آن پرداخته‌ایم (مایر ۱۹۸۸، ۱۹۸۱؛ کشله ۱۹۸۵) و خود یک حیطه‌ی مستقلى است که گزارش‌های آزاد عملکرد مهمی در آن دارند.

ضبط صدا و پیوند ناگسستنی پژوهش و درمان

می‌توان جمع‌بندی کرد که بکارگیری ضبط صوت در درمان روانکاو، تعمق پدیداری فرآیندهای درمانی را به همراه داشته است. این وسیله تکنیکی ساده در بین روانکاوان از قبل و اکنون نیز مورد بحث است. البته روانکاوانی که به ویژه در فعالیت‌های پژوهشی شرکت دارند، به این اتفاق نظر رسیده‌اند که چنین ضبط‌هایی به ابزار مهمی در امر پژوهش تبدیل شده‌اند (مثلاً گیل و همکاران ۱۹۶۸، لوبورسکی و اسپنس ۱۹۷۸، گیل و هوفمن ۱۹۸۲). انتقاد درباره روش پژوهش از جانب

خودی‌ها که در ابتدا جدی گرفته نمی‌شد در سال‌های ۱۹۵۰ آغاز شد (کوبی ۱۹۵۲). مثلاً گلور (۱۹۵۲) کنترل ضعیف در جمع‌آوری داده‌ها را یادآور شد. شاکو (۱۹۶۰) پیوند ناگسستنی میان پژوهش و درمان را که از جانب فروید طرح گردیده بود، به‌عنوان سوءتعبیر درباره فرآیند پژوهشی ارزیابی می‌کرد. پیوند ناگسستنی را می‌توان تازه و از زمان بکارگیری ضبط‌صوت عملی ساخت، آن هم زمانی که روانکاو درمانگر با تئوری‌های شخصی و کاربرد آن در عمل به حیطه موضوعات علمی وارد گردد که به واسطه یک شخص سوم مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بدین ترتیب اشتولر ادعای علمی بودن روش روانکاوی را در فقدان یک عنصر حیاتی که از جانب شاخه‌های علمی دیگر پذیرفته شده است، مورد تردید قرار می‌دهد.

"چنانچه داده‌های ما در معرض دید افراد دیگر قرار نگیرد، نتایج ما نیز نمی‌تواند مورد ارزیابی و سنجش واقع شود. این برای من بدان معنا نیست که روانکاوان نمی‌توانند به کشفیات جدید برسند، روش علمی فقط یکی از راه‌های نیل به این منظور است. اما وضعیت موجود، امر تأیید را دشوار می‌کند... بیم آن دارم که تا مادامی که کارمان در معرض دید عمومی قرار نگیرد، جدی گرفته نخواهیم شد" (۱۹۷۹، IVX).

از آنجایی که روانکاوی بدرستی بر این امر تأکید می‌ورزد که موقعیت بالینی برای تبیین نظری به‌عنوان مکان مرکزی جمع‌آوری داده‌ها مطرح است، روش‌های مشاهده‌مان را اصلاح و تکمیل کنیم. روانکاو نباید به‌عنوان مشاهده‌گر شرکت‌کننده در این فرآیند حذف گردد، بلکه باید با تکیه بر ابزار جدید بتواند مشاهدات خویش را تحت کنترل بیاورد. گیل و همکاران (۱۹۶۸) توصیه می‌کنند که عملکردهای روانکاو به‌عنوان بالینگر و پژوهشگر از یکدیگر تفکیک شوند و از روش‌های مشاهده تکمیلی دیگر استفاده شود.

ناکافی بودن نوشتن از روی حافظه

استعداد فوق‌العاده فروید "شب بعد از اتمام کار از روی حافظه" (۱۹۱۲، ص: ۳۷۹) درباره آنالیزها نوشتن، وی را از گزینش و فراموشی ایمن نمی‌ساخت و دلیل کافی جهت وجود همین استعداد در روانکاوان دیگر نیست که بخواهند بر مشاهدات خویش جامه علمی بپوشانند. ما باید حافظه را بوسیله روش‌های ثبت داده‌های بیرونی و عینی تقویت کنیم.

گیل و همکاران (۱۹۶۸) اشاره کردند که استعداد یادآوری مناسبات، ساختار متفاوتی دارد. احتمالاً کالیبره کردن نیروی یادآوری، آنگونه که در روش‌های مکانیکی استاندارد رایج است، غیر ممکن است. آموزش روانکاوی، بویژه آنالیز آموزشی عمدتاً گزینش مکتبی را به‌عنوان یک کنش ادراکی باز و جامع تقویت می‌کند.

مدل‌ها. در زمان حاضر تحت تأثیر روانشناسی شناختی الگوهایی معرفی می‌شوند که نشان می‌دهند، ایجاد گونه‌های حافظه بیمار در روانکاو چقدر پیچیده است (موسر و همکاران ۱۹۸۱، تلر و دال ۱۹۸۶، فایفر و لوئیسینگر - بولبر ۱۹۸۶، مایر ۱۹۸۸). رویکردهای موجود مبین تنوع چشمگیر در فرآیندهای تصویرسازی و حفظ هستند.

نوشتن از روی حافظه به‌عنوان یک ابزار تکمیلی. نحوه پیشنهادی فروید برای شنیدن که به درک فرآیندهای ناخودآگاه کمک می‌کند، نه تنها در تجربیات بالینی تأیید می‌شود، بلکه در این بین مطالعات تجربی نیز موجوداند که ارزش کاشفانه شنیدن غیرمتمرکز را تأیید می‌کنند (اسپنس و لوگو ۱۹۷۲).

در اینجا بحث بر سر آن نیست که صورت جلسه‌برداری ذهنی را تغییر دهیم، فقط باید پذیرفت که این یادداشت‌ها در حیطه پژوهش کاربرد محدودی دارند.

هنگامی که یک بالینگر یک موضوع خاص را دنبال می‌کند و قصد آن را دارد که در مورد آن موضوع اظهارات سیستماتیک بیان کند، باید امکانات مشاهداتی خویش را گسترش دهد. این همان هدفی است که در استفاده از ضبط‌صوت در موقعیت درمانی دنبال می‌شود. این ابزار کمکی هم روانکاو و هم بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به نظر ما پژوهش‌هایی که درباره موقعیت درمانی انجام می‌شوند، استفاده بلاواسطه برای بیماران دارند، زیرا روانکاو از سوالات مطروحه به محرک‌های فکری زیادی دست می‌یابد.

موضوعاتی که در بالا بدان اشاره شد، جهت آمادگی خواننده برای مواجهه شدن با یادداشت‌هایی است که در ادامه کتاب با آن‌ها سر و کار خواهیم داشت. از طرف دیگر یک یادداشت تأثیر تک‌بعدی بر جای خواهد گذاشت: تعبیرات روانکاو و پاسخ‌های بیمار به خودی خود انعکاس‌دهنده‌ی ساختارهای فکری و ادراکی نیستند. البته تعبیرات شایع، حاکی از تعلق روانکاو به یک مکتب خاص است، اما نمی‌توانیم اظهارات وی را با تئوری وی یک کاسه کنیم.

قبل از آنکه این فصل را به پایان رسانیم، لازم است به پاره‌ای موضوعات ساده اشاره شود. معمولاً مطالعه یک یادداشت بدون/اصلاحات ویرایشی دشوار است. دقت زبان شناختی که در این میان از بین می‌رود با اهداف آموزشی حاصل از این ویرایش جبران می‌گردد. برای آنکه خواننده بتواند در فرآیند تشریح شده سهیم گردد، متن‌ها باید به یک قالب زبانی مشخص در آورده شوند.

فرآیندهای ارتباطی پیچیده را می‌توان تا حدودی در قالب مکتوب بیان کرد. آنچه تاکنون گفتیم، الویت ما در شکل یادداشت برداری را نشان می‌دهد. ما به یادداشت‌های روانکاوان دیگر نیز استناد خواهیم کرد. در راستای اصول راهنمای خویش، ترجیح می‌دهیم از پرداختن طولانی به تاریخچه بیماران به نفع تشریح مبسوط گزارش درمانی، چشم‌پوشی کنیم. ما می‌خواهیم نشان دهیم که توضیح رفتار درمانی همچنین بدون رجوع عمیق به تاریخچه زندگی بیمار ممکن است. نظریه‌ها و نیز تجربیات بالینی بر این موضوع مٌهر تأیید می‌زنند که لااقل در زمینه علایم، ساختارهای علیتی مؤثر با گذشت زمان تغییر نمی‌کنند. کلیشه‌ها در اثر جبر تکرار پدید می‌آیند. بنابراین برای فهم فرآیندهایی که در اکنون و اینجا حادث می‌شوند، لازم نیست همیشه به گذشته دیر بیمار بپردازیم.

۲ انتقال و رابطه

Transference and Relationship Übertragung und Beziehung

مقدمه

۲-۱ رابطه کاری و نورز انتقالی

۲-۱-۱ تقویت رابطه یاری دهنده

۲-۱-۲ حمایت و تعبیر

۲-۱-۳ اشتراک و استقلال

۲-۲ انتقال مثبت و منفی

۲-۲-۱ انتقال مثبت خفیف

۲-۲-۲ انتقال مثبت شدید

۲-۲-۳ تمایلات ادغام و ذوب شدن

۲-۲-۴ انتقال اروتیک

۲-۲-۵ انتقال منفی

۲-۳ اهمیت تاریخچه زندگی

۲-۳-۱ کشف مجدد پدر

۲-۳-۲ حسادت نسبت به برادر

۲-۴ انتقال و همانندسازی

۲-۴-۱ روانکاو به عنوان ابژه و سوژه

۲-۴-۲ همانندسازی با عملکردهای روانکاو

مقدمه

فهرست بندی این فصل معادل آن چیزی نیست که در جلد مبانی تحت عنوان بررسی تاریخی-سیستماتیک موضوع کلی «انتقال و رابطه» انجام شد. به همان میزانی که توضیح مفاهیم با کمک

مثال‌های مشخص اهمیت دارد، نباید از نظر دور داشت که مفاهیم، حیات و موجودیت فی‌نفسه‌ای ندارند، بلکه در چارچوب نظریه‌ها و در توضیح زنجیره‌ی وقایع است که معنا و جایگاه خویش را بدست می‌آورند. به همین خاطر می‌توان نمونه‌هایی از انتقال را زاویه مقاومت نگریست و آن‌ها را در فصل ۴ بحث کرد.

ایجاد یک رابطه یاری‌دهنده. ما به اشاره‌ی مقدماتی درباره موضوعات اساسی بسنده خواهیم کرد. اولین موضوع، ایجاد یک رابطه‌ی یاری‌دهنده (لوبورسکی ۱۹۸۴) است که ضمن آن رابطه‌ی انتقال و رابطه‌ی کاری (۲-۱) فرآیند روانکاوی را مشخص می‌سازد. ما مخصوصاً به نقش روانکاو در ایجاد شرایط تغییرات درمانی توجه داریم. در این راستا می‌توان نمونه‌هایی از مراحل اولیه‌ی درمان را ذکر کرد. در ابتدای درمان، بیمار سعی می‌کند با یک موقعیت غریب و نگران‌کننده مأنوس گردد. در این مقطع ایجاد یک رابطه‌ی اعتماد برانگیز اهمیت اساسی دارد. امید بیمار به اینکه بتواند از طریق روانکاو بر مشکلات زندگی خود بهتر از قبل غلبه کند، در تجربیات مشخص وی در موقعیت درمانی متبلور می‌شود.

رابطه‌ی متقابل رابطه‌ی کاری و انتقال (دیسرنو ۱۹۹۰) در بخش ۲-۲ دقیق‌تر مورد بحث واقع می‌شود. همانندسازی با روانکاو و عملکردهای وی به کمک یک مثال مشروح روشن خواهد شد (۲-۴).

تدقیق انتقال. احیای تجربیات گذشته در انتقال (۲-۳) یکی از ویژگی‌های تئوری انتقال روانکاوی است: برای فهم و کاربرد درست این مفهوم باید فهمید کدام یک از انواع ارتباطی درونی‌سازی شده‌ی گذشته، احیا و به روانکاو منتقل می‌گردد. به همین خاطر از انتقال پدر، مادر و خواهر-برادران صحبت می‌کنیم و منظورمان فعال شدن تعارضات و آرزوها و نیازهای برآورده نشده‌ای است که با این الگوها مرتبط هستند و اکنون به‌عنوان کلیشه تظاهر می‌یابند.

گروه دیگری از انتقال‌ها مربوط به انواع اضطراب‌هایی است که در بافتار کنونی ریشه دارد. برای درک اضطراب‌های بیمار در شرایط انتقال و خارج انتقال، شناخت تئوری اضطراب روانکاوی الزامی است که ما در بخش ۱-۹ درباره آن بحث خواهیم کرد.

تعبیرات انتقال کنونی و گذشته. نمونه‌های ارتباط اکنون و گذشته در تکنیک درمانی در سر تا سر کتاب ذکر شده‌اند، زیرا نوسان بین اکنون و گذشته زیربنای همه تعبیرات انتقالی است. جهت اشراف نظر بیشتر، به خواننده توصیه می‌کنیم به مبحث ۴-۸ در جلد مبانی مراجعه کند. ما گمان داریم که اختلاف نظر جاری پیرامون رابطه‌ی تعبیرات انتقالی که به اکنون مربوط می‌شوند و آن‌دسته تعبیرات انتقالی که به گذشته توجه دارند را توسط مثال‌های خود و به نحو ثمربخشی تعدیل نموده‌ایم. بدیهی است که از سویی یک موضوع تجربی است که کدام رابطه‌ی ترکیبی و تکمیلی

میان تعبیرات کنونی (اینجا و اکنون) و تعبیرات گذشته (آنجا و آنوقت) اثربخشی درمانی دارد. ما این تفکیک را بدین خاطر می‌آوریم که بتوانیم از صفت‌ها بصورت توصیفی استفاده کنیم. از طرف دیگر بدینوسیله ارتباط میان حال و گذشته مورد تأکید واقع می‌شود که بوسیله مشاهده‌ی احیا، به نظریه‌ی انتقال روانکاوی منجر گردیده است. این دو صفت در ادبیات روانکاوی رایج نیستند، به همین خاطر باید استفاده از آنان را مستدل سازیم.

تعبیرات انتقالی پیرامون اینجا و اکنون، بیان پیچیده‌ای دارند، بدان معنا که آیا روانکاو آن را به خود و یا موقعیت روانکاوی ربط می‌دهد و یا از سطح شروع می‌کند. در شکل حاد معلوم نیست که تجربه کنونی تا چه حد در گذشته ریشه دارد.

نتیجه آن است که تعبیرات کنونی انتقال را نمی‌توان بر مبنای الگویی انجام داد که در قالب بیانی به این جمله تکیه می‌کند: "منظور فعلی شما من هستم." در مقدمه فصل ۴ درباره «مقاومت» پیرامون این موضوع بحث خواهیم کرد.

خواننده با تعبیرات انتقال گذشته‌نگر که ما تحت عنوان تعبیرات ژنتیکی توصیف نمودیم، آشنا است. با این حال به نظر می‌رسد استفاده از مفهوم گذشته‌نگر که با چالش‌های کمتری مواجهه است، مفیدتر باشد. زیرا تعبیر انتقال ژنتیکی در مجاورت بازسازی ریشه‌های روانی جای می‌گیرد و مدعی است بتواند رفتار و تجربه کنونی را بر مبنای سرچشمه‌ها و ریشه‌های قدیمی توضیح دهد. استناد صرف به پیشگامان، در مقایسه با ارزیابی انتقال‌های مشخص که ریشه در کودکی دارند، از ارزش کمتری برخوردار است. تعبیرات انتقال گذشته‌نگر، اصل تداوم را جدی می‌گیرند (نک به ۳-۳).

شاید هیچ موضوعی به اندازه ارتباط تعبیرات انتقالی متفاوت با یکدیگر، هیجان برانگیز و داغ نباشد. با وجود آنکه در اینجا نیز اثربخشی درمانی مد نظر است، به نظر می‌رسد مجادلات موجود بیشتر در اختلاف نظر درباره‌ی روش‌های روانکاوی ریشه داشته باشد (فیش ۱۹۸۷). رهیافت علوم اجتماعی گیل (۱۹۸۴)، صرف نظر از پاره‌ای مبالغه‌ها که خود وی نیز بر آن اذعان دارد، این ارمغان را به همراه داشته است:

به نظر می‌رسد اثربخشی / اثرپذیری و نیز تلقین‌پذیری و القاء، عناصر موجود در هر تعامل انسانی باشند. به همین ترتیب تعبیرات انتقالی نیز پیوسته در مدار متقابل اثربخشی و اثرپذیری بسر برده و از همین مجرا آن را به بُعد جدیدی رهنمون می‌سازند.

جهت تسهیل تعبیر انتقال از جانب روانکاو در یک رابطه‌ی یاری‌دهنده، به رسمیت شناختن برخی حریم‌های تعاملی الزامی است. نظریه درست گیل (۱۹۸۴) با اقبال عمومی مواجهه می‌گردد، زیرا بدیهی است که روش روانکاوی نیاز به چارچوب مشخص دارد. ما خواننده خود را به بحث درباره عملکرد قواعد درمانی در فصل ۷ جلد مبانی ارجاع می‌دهیم.

خواننده امکان آن را دارد که گزارش‌های درمانی ما را از نقطه نظر تعبیر انتقال درک و یا حتی آن‌ها را ارزیابی کند، وی نقاط ضعف فراوانی خواهد یافت که هم از دید روانکاو درمانگر و هم از دید ما به دور بوده است. نمونه‌های تکان‌دهنده تجاوز به حریم که دیگر با تعبیر انتقال در راستای اثربخشی درمانی قابل توجیه نمی‌باشند، در دوران کنونی که با رشد تئوری تکنیک‌های درمانی مواجهیم، یافت می‌شوند. ما نمی‌خواهیم در این کشاکش، باری به بارها اضافه کنیم. اما تفاوت‌هایی که در اختلاف نظر میان تعبیر انتقال کنونی و گذشته‌نگر وجود دارند کدامند که زاندلر و زاندلر (۱۹۸۴) به کمک "مفهوم ناخودآگاه کنونی" در تلطیف آن سعی می‌نمایند؟ طبق نظریه ایشان تعبیر انتقال کنونی با ناخودآگاه فعلی جهت‌گیری دارد؛ بدین ترتیب در تقسیم‌بندی سنتی لایه‌های ناخودآگاه نوگرایی ایجاد می‌شود. چنانچه ریزبینی‌های ترمینولوژیک را نادیده بگیریم، تفاوت محتوایی میان پیش‌آگاهی و "ناخودآگاه کنونی" ناچیز است. در واقع تلاش پرشور گیل برای اثبات تعبیر انتقال فعلی عمدتاً به ادراکات پیش‌آگاه بیمار مربوط می‌شود:

"اینگونه نیست که بیمار و روانکاو در جهت ایجاد رابطه تلاش می‌کنند، بلکه هر یک از آن‌ها همچنین در شکل‌گیری انتقال نیز سهم‌اند. ضمناً رهیافت‌های علوم اجتماعی حاوی این نکته است که واقعیت، نسبی و نه مطلق است. هر یک از آنان نمای معتبر، اگرچه متفاوت از یکدیگر درباره واقعیت دارند. به نظر من و هوفمن بهتر است دیدگاه سنتی روانکاو را کنار بگذاریم که طبق آن تجربه بیناانسانی در موقعیت روانکاو را می‌توان در اجزاء واقعی تعریف و تقسیم نمود. به نظر ما تجربه بیناانسانی همواره درجه‌ای از شفافیت را با خود حمل می‌کند" (۱۹۸۴، ص: ۴۹۹).

قاطعیتی که در رهیافت علوم اجتماعی انتقال از جانب گیل، هوفمن (۱۹۹۱، ۱۹۹۲، ۱۹۹۴) استرولو و لاکمن (۱۹۸۵) نمایندگی می‌شود از روانکاو می‌خواهد درباره تئوری‌های خود پیرامون واقعیت تجدید نظر کرده و در ارتباط با بیمار بدان نسبیت بخشد.

تأکید بر شفافیت، در واقع در جهت خنثی کردن ثنویت موجود میان تجربه واقعی از یک سو و تجربه تحریف شده از سوی دیگر است. در نگاه پیوستاری نامشخص است که نقطه شروع تحریف کجاست. واقعیت روان اجتماعی را نمی‌توان با اعتبار فراگیر تعریف کرد.

تأثیرات این رهیافت در برداشت از تعبیر انتقال بسیار گسترده است. زیرا از این پس موضوع هر دو شرکت‌کننده است که بر سر جایگاه تجربیات اینجایی و اکنونی به وفاق دست یابند. مطلب زمانی ساده می‌گردد که بیمار یک درک، تجربه و یا شیوه رفتاری را مشکل‌دار ارزیابی کند و روانکاو ارزیابی وی را تأیید نماید، به نحوی که هر دو طرف تلاش کنند از طریق تغییرات به اهداف مورد

نظر بیمار برسند. از دید درمانی در اینجا، بحث انتزاعی درباره تعریف حدود و ثغور هنجارها مطرح نیست، نیز جدال مستمر به منظور غلبه بر اختلاف نظر و نیل به توافق در دستور کار قرار ندارد. ما با این اشارات خویش می‌خواهیم فقط بر این نکته تأکید ورزیم که در ابتدا باید تحریف احتمالی در موقعیت روانکاوی میان روانکاو و بیمار روشن گردد. مضافاً آنکه روانکاو و بیمار به تنهایی در دنیا زندگی نمی‌کنند، بلکه در یک واقعیت فرهنگی- اجتماعی بسر می‌برند که ارزش‌های میانگین و معیاری برای زندگی و حریم خصوصی هر یک از آنان تعریف می‌کند.

تعریف پیوستار بین‌ذهنی در تبادل با نظریاتی قرار دارد که بیمار و روانکاو را به دنیای منحصر بفرد خود پیوند می‌دهد.

دیدگاه علوم اجتماعی حاوی این مطلب است که روانکاو به میزان قابل توجهی بر بیمار نفوذ اعمال می‌کند، همانگونه که فروید بر این نکته اشاره کرده بود. فروید هم‌زمان تلاش ناموفقی کرد تا از طریق سیستم قواعد روانکاوی، داده‌های خالص به دست آورد. برداشت وی درباره از بین رفتن انتقال معطوف به این تلاش بود که نیروی تلقینی قدرتمند دوران کودکی و تکرار آن را توسط روانکاو و نقشی که وی در انتقال ایفا می‌کند از بین ببرد. جهت‌گیری با گذشته به نادیده گرفتن نقش روانکاو در شرایط کنونی و ریشه‌های کنونی پدیده‌های روانی، از جمله علایم بیمارگونه منتهی گردید.

حل مشکلات علمی و عملی روانکاوی منوط به این موضوع است که ناخالصی پدیده‌های مشاهده شده ناشی از تأثیرات روانکاو را پذیرفته و آن را در بستر ارتباط تئوری- عمل بررسی و مطالعه نماییم.

۱-۲ رابطه کاری و نورز انتقالی*

۱-۱-۲ تقویت رابطه یاری‌دهنده**

روانکاو می‌تواند در مرحله مقدماتی نقش بزرگی در کنار آمدن بیمار با شرایط درمانی غیرمأنوس ایفا نماید. ایجاد امیدواری و تقویت توانمندی‌ها با تلقین‌های آیکی و وابستگی، تفاوت فاحش دارد. شکوفایی رابطه‌ی کاری و شکل‌گیری انتقال متقابلاً یکدیگر را تقویت می‌کنند. در پرورش رابطه‌ی

* Therapeutic Alliance and Transference Neurosis
Arbeits beziehung und Übertragungsneurose

** Promoting the Helping Alliance
Förderung der hilfreichen Beziehung

یاری دهنده، هم رابطه کاری و هم انتقال شکوفا می‌شود. در همان مراحل اولیه می‌توان شرایط نوروتیک رفتار و تجربه بیمار و قبل از همه توانمندی وی در ایجاد تغییر را نشان داد.

در گفتگوهای نخست متوجه شدیم که خانم ارنا X از علایم نوروتیک متعدد رنجور و از کودکی به یک بیماری پوستی مبتلا است. من از جانب دوست ارنا به او معرفی شده بودم (در این کتاب از ضمیر «من» برای روانکاوان مختلف استفاده خواهیم کرد). ارنا از کتاب‌های مختلف اطلاعاتی درباره بیماری خود بدست آورده بود. شرایط بیرونی و درونی، گذار این گفتگوها به دیالوگ درمانی مهیا می‌سازند. من قواعد پایه را در قالب پیشنهادی که در جلد مبانی آمده بود چنین بیان می‌کنم: "سعی کنید هر آنچه را که فکر و احساس می‌کنید بیان کنید. این کار، درمان را آسان‌تر می‌کند."

خانم ارنا X با تعارضی شروع می‌کند که در دو گفتگوی اول در حالت نشسته بیان کرده بود: تردید درباره چهارمین بارداری. از طرفی آرزوی داشتن فرزند در وی بزرگ است، از طرف دیگر تردیدهای زیادی دارد. وی در این بین یک آزمایش پیشگیری سرطان انجام داده است. پزشک متخصص زنان هنگامی که خانم ارنا آرزوی خود برای بارداری چهارم را بیان می‌کند، پیشانیش را در هم می‌کشد. ارنا تردید خود را بیان می‌دارد. وی در پاسخ به سوال پزشک که از روی احساس چه تصمیمی خواهد گرفت؟ جواب می‌دهد که بلحاظ احساسی آری، اما عقل او با این کار مخالف است.

(روانکاو= ر بیمار= ب)

و: برداشت من این است که شما مردد و سردرگم هستید. شما می‌خواهید این مسئله را به دست اتفاق بسپارید تا بدینوسیله مجبور به تصمیم‌گیری نشوید.

این تذکر حاوی این مطلب است که تصمیم‌گیری را نباید به اتفاق واگذار کرد.

ب: در حال حاضر شدیداً مایل به داشتن فرزند چهارم هستم. هنگامی که از مقابل ویتترین فروشگاه‌ها می‌گذرم، از تصور چیدن اتاق بچه خوشحال می‌شوم. البته با ۴ بچه باید شغلم را کنار بگذارم. بلحاظ بدنی کشکش این کار را نخواهم داشت.

خانم ارنا X چیزی مشابه را هنگام یک تست آلرژی بیان می‌کند. او می‌گوید هنگامی که متوجه می‌شود باید وقت زیادی را صرف این آزمایشات کند، جرأت زیادی در قطع آن بخرج داده است. وی از عدم آمادگی پزشکان در اطلاع رسانی شکایت دارد. تمام آزمایشات بایستی ۳ بار تکرار می‌شده و وی نمی‌تواند هر بار یک بعد از ظهر کامل را به این کار اختصاص دهد. بیمار از جرأتی

که به خرج داده خوشحال است: "جرات باعث عصبانیت می‌شود. در عصبانیت توانستم جرات نشان دهم."

بیمار درباره به موقع بودن خود و عذاب وجدانی که وی در هنگام تنها گذاشتن فرزندانش دارد، صحبت می‌کند. این موضوع مطرح می‌شود که بیمار خود را به تنگنای زمانی کشانده و با افزایش تنش، هم علایم پوستی و هم فشار خون بالا بروز می‌کنند.

من نوعی تشابه با جلسه برقرار می‌کنم: بیمار به علت نوبت در تنش فزاینده قرار گرفته بود. بیمار بر تفاوت موجود تأکید می‌ورزد: به درمان (روانکاوی) امیدوارم، اما از تست‌ها هیچ انتظاری ندارم.

خانم ارنا X درباره اضطراب شدید خود از سرخ شدن صحبت می‌کند: "من مکرر سرخ می‌شوم، تا مغز سرم." من تدقیق می‌کنم، وی مبتلا به اضطراب حیا است. بیمار تأیید می‌کند، او بر این مطلب واقف است. او برای هر چیزی که مربوط به سکسوالیته می‌شود، خجالت می‌کشد. او می‌گوید: "حتی زمانی که به اضطراب خودم فکر می‌کنم، سرخ می‌شوم."

● اضطراب از اضطراب موجب بروز علامت می‌شود و به شکل رایج منجر به تقویت ثانویه آن می‌گردد. من تفسیر می‌کنم که سپس تمام احساساتی که بطور اولیه انگیزه سرخ شدن و اضطراب بوده‌اند، ناپدید می‌شوند. بنابراین پرداختن به موضوعاتی که زیربنای اضطراب حیا بیمار هستند، مهم است.

سپس خانم ارنا X بیان می‌کند که در خانه درباره سکسوالیته صحبت نمی‌شد و روشنگری در این زمینه انجام نمی‌گرفت. اگر یک لطیفه تعریف می‌شد او تردید داشت که می‌تواند بخندد یا نه. ترس از سرخ شدن مخصوصاً در شرایط کاری بروز می‌کند. من این مطلب را مبنا قرار داده و می‌گویم، با وجود فرزند چهارم او باید بیشتر در خانه بماند و از فشارهای ناشی از کار فارغ خواهد شد.

وی در دوره‌های بارداری احساس خوبی داشته است. بعد از اولین حاملگی پوستش خیلی خوب بوده و کورتیزون بسیار کمی مصرف می‌کرده است. وی دوران جوانی خود را ۱۶-۱۵ ساله‌های کنونی مقایسه می‌کند که بی خیال هستند. "ما احمق بودیم."

● من شرایط وی را در ارتباط با مشکلات دیگر توصیف می‌کنم: همواره با عذاب وجدان درگیر بودن به محدودیت‌های فزاینده منتهی می‌شود.

بیمار متوجه می‌شود که وی سالیان دراز دعا می‌کرده که والدین از ارتباطات پنهانی وی باخبر نشوند. در خانه این موضوع که آدم چقدر صادق است، نقش بزرگی داشته است. فعلاً بزرگترین نگرانی مادر بیمار آن است که کسی متوجه نشود که وی به روان درمانی مراجعه می‌کند.

● در اینجا درونی‌سازی مقیاس ارزشی مادر تعبیر می‌گردد تا بدینوسیله غیرمستقیم هدف وی، یعنی استقلال از مادر تقویت شود.

این سوال مطرح می‌شود که بیمار تا چه حد به خاطر مادر دیدگاه‌های خود را نادیده می‌گیرد. برخلاف مادر، بیمار نظر مثبتی درباره درمان دارد که تا این لحظه از فشارهای وی کاسته است: "من با میل دراز می‌کشم. در بین راه فکر می‌کردم از اینکه می‌توانم تنش زدایی کنم، خوشحالم." وی نتوانسته زمان خود را بهتر از قبل تقسیم کند. من درباره برنامه کاری وی سوال می‌کنم. بیمار پاسخ می‌دهد که وی از اینکه فکر می‌کند باید هنوز اضافه بر سازمان کاری انجام دهد، تحت فشار است. مشکل وی در تغییر برنامه، یعنی جبری بودن برنامه، مورد بحث قرار می‌گیرد.

او می‌گوید: "همه چیز بعداً خراب می‌شود و سپس واکنش را با پوستم حس می‌کنم." حتی چیزهای جزئی وی را به حالت پانیک می‌کشاند. سپس وی با شوهر خود بدرفتاری می‌کند. وی به امید واهی آنکه معجزه‌ای رخ دهد، برخی کارها را انجام نمی‌دهد.

ما اکنون درباره این امکان واقعی صحبت می‌کنیم که وی یک فرد کمکی در امور خانه‌داری را به خدمت گیرد. خانم ارنا X بدنبال یک خدمه بوده است. وی در برابر فرزندان خود عذاب وجدان دارد. وی باید چند هفته‌ای را با همین اوضاع طی کند، احتمالاً بعداً یکی از همسایه‌ها نزد وی مشغول بکار خواهد شد. موضوع کارمزد همسایه و از این طریق وضعیت اقتصادی خانواده مطرح می‌شود. بیمار اختلاف نظرهای زیادی با همسرش دارد و انتقاد شوهر وی را شدیداً نامطمئن می‌سازد. مشخص می‌شود که وی انتقاد را خیلی جدی می‌گیرد. تمایل وی به انتقاد زیاد از خود مورد بحث واقع می‌شود. خانم ارنا X در خلال رابطه زوجی اطمینان خود را از دست داده است. وی از این مطلب که همسرش همه مشکلات را روی سر وی خراب می‌کند، عصبانی است و از اینکه می‌تواند امروز درباره این موضوع صحبت کند، اظهار خوشحالی می‌کند. خانم ارنا X در مقابل استدلال‌های همسر خود بدنبال حمایت ملموس است.

من به یک سکوت طولانی خاتمه می‌دهم: آیا سکوت سردرگمی ایجاد کرده، آیا وی منتظر اتفاقی است؟ وی به احترام من منتظر مانده، قبل از آنکه به صحبت ادامه دهد، با وجود آنکه افکار وی ادامه داشته است.

اکنون من می‌گویم در صورتی که گمان کنم، کاری از دستم برمی‌آید چیزی خواهم گفت. بیمار مورد حمایت قرار می‌گیرد تا اگر چیزی به فکرش رسید، آزادانه آن را بیان کند. این سوال مطرح می‌شود که وی این برداشت را دارد که در زندگی خود نیز زیاد حرف می‌زند و مهلت صحبت کردن به دیگران را نمی‌دهد. در صحبت‌های خصوصی وی خویشتنداری زیادی از خود نشان می‌دهد. به تفاوت میان بیرون و درون، یعنی میان زندگی و موقعیت روانکاوی اشاره می‌شود.

هنگامی که بیمار منتظر شوهرش است، از آنچه در روز اتفاق افتاده است پر است. اگر او تلفن زده و بگوید دیر می‌آید، همه چیز تمام شده است؛ چنانچه به موقع بیاید نمی‌توان با او حرف زد. بعضی

مواقع بیمار چیزی می‌گوید، اما شوهرش متوجه آن نمی‌شود. بندرت گفتگوی رضایت‌بخشی پیش می‌آید. گاهی او برای درد و دل به یکی از دوستانش تلفن می‌زند. وی از اینکه می‌تواند در جلسه به راحتی حرف بزند، تعجب می‌کند.

درباره تفاوت (بیرون/درون) بیشتر بحث می‌شود. من متذکر می‌شوم که در زندگی نیز پاسخ داده و گاه سوالی مطرح می‌شود؛ در آنالیز بعضی مواقع موضوعات از جانب من مورد توجه واقع نمی‌شوند. گفته می‌شود که بیمار احتمالاً و در صورتی که من به موضوعات توجه نکنم و بجای آن سکوت اختیار کنم، سرخورده می‌شود.

در اینجا درباره قواعد اصلی به معنای ابزار کمکی توضیح داده می‌شود. برخی چیزها در نحوه گفتگو غیرمعمول است، به همین خاطر احساس ناامنی می‌آورد، چون عادی نیست. من تأکید می‌کنم که قصد نامطمئن کردن وی را ندارم و چنین چیزی ممکن است عوارض جانبی ناخواسته باشد. خانم ارنا X اکنون می‌داند که در حالت استراحت می‌تواند ادامه دهد.

وی به کلمه نااطمینانی چسبیده و متذکر می‌شود که پس از پایان جلسه وی دیالوگ را ادامه می‌دهد، مثلاً پس از جلسه آخری وی درباره موضوع انطباق فکر کرده است. هنگام نااطمینانی و در مواقعی که مشکل تصمیم‌گیری دارد، به شوهرش تلفن می‌کند تا وی نتواند خانم ارنا X را سرزنش کند.

ب: من از تصمیم‌گیری درباره‌ی موضوعات کاملاً ساده نیز پرهیز دارم. این یکی از جنبه‌های انطباقی شدیدی من با مادرم است.

و: جزو عقاید شماست که خدای رحمان از همه چیز مطلع است و باید باشد؟

ب: بله، من همیشه تحت تأثیر این فکر بوده‌ام که مادرم همه چیز را می‌شنود، او دیر یا زود از همه چیز با خبر خواهد شد، و طبیعی است که معمولاً چنین می‌شد. واقعاً غالباً ثابت می‌شد که وی حق داشته است.

همسرش از اینکه بیمار همیشه با مادرش مشورت می‌کند وی را سرزنش می‌کند. البته او (همسر) معمولاً غیرقابل دسترس است. این انتقاد خانم ارنا X به همسرش است. وی بر تمایل خویش به پیروی از مادر، بغیر از برخی استثنائات تأکید می‌ورزد.

پسرش یا کوب حرف‌های بدی از مهدکودک آموخته است. مادرش زمانی که این کلمات را می‌شنود، بسیار ناراحت می‌شود. خانم ارنا X می‌گوید اگر خودش چنین کلماتی را بکار می‌برد، کتک می‌خورد. خانم ارنا X از فرزندان خود در برابر تعلیم تربیت فراخودی مادر دفاع می‌کند. بیمار از طریق همانندسازی با فرزندان، استقلال خود از مادر را بیان می‌کند.

تفسیر: این جلسه مقدماتی به منظور تجویز و توصیه انتخاب شد، زیرا گمان داریم که ترکیب جالبی از عناصر متفاوت که به ایجاد یک رابطه‌ی یاری دهنده می‌انجامد، در آن جمع شده است.

در مثال پائین نشان خواهیم داد که تعبیرات می‌توانند به خودی خود تأثیرات حمایتی داشته باشند. تکنیک روانکاوی زمانی دارای جنبه‌های حمایتی است که تعبیرات بگونه‌ای ارائه شوند که بیمار در غلبه بر مشکلات خویش امیدوار گردد. ایجاد رابطه‌ی یاری‌دهنده با آنالیز انتقال در رابطه‌ی متقابل با تعبیرات محقق می‌گردد. بویژه در مراحل ابتدایی ایجاد زمینه اعتماد حائز اهمیت است. این در حالی است که تمایز میان تکنیک تعبیری روانکاوی از روان‌درمانی حمایتی یا آشکارسازی تعارضات، اهمیت ثانویه دارد (والراشتاین ۱۹۸۶).

آقای دانیل Y از سالیان دور از اضطراب‌های نوروئیک متعدد با ترس‌های خود-بیمارانگاری (هیپوکندریا) رنج می‌برد. مخصوصاً ترس از دیوانه شدن، وی را شدیداً آزار می‌داد. به دلایل متفاوت تصمیم آقای دانیل Y برای رجوع به روانکاوی دشوار بود. او در مورد رفتاردرمانی نیز اطلاعاتی بدست آورده بود. اما از آنجایی که وی فقط از علایم رنج نمی‌برد و احساس گسست در تاریخچه زندگی خود داشت و چیزهای مربوط به دوران قبل از بلوغ را بخاطر نمی‌آورد، گمان می‌کرد روانکاوی بتواند به وی کمک بیشتری نماید. فشار ناشی از علایم اضطرابی و ریشه‌کن بودن از تاریخچه زندگی، تردید وی در رجوع به روانکاوی را به عقب راند.

شگفتی وی از سیر درمان بزرگ بود. وی نه با یک روانکاو ساکت مواجهه شد و نه چیزی را که از آن ترس داشت تحقق یافت؛ وخامت علامت. وی اینگونه شنیده و در بستگان نیز مشاهده کرده بود که در روانکاوی ابتدا نوسانات منفی بوجود می‌آید و پس از مراحل متفاوت و حل شدن تعارضات، بعضاً بهبود مشاهده می‌شود.

● اینکه من آقای دانیل Y را به حال منولوگ رها نکردم، بلکه با تعبیرات خویش از وی حمایت کردم، با انتظارات قبلی وی همخوانی نداشت. در اینجا من از این اصل درمانی پیروی کردم که می‌گویند باید بهترین شرایط غلبه بر ضایعه‌هایی را که قبلاً منفعلانه تجربه شده‌اند، فراهم کرد. این دیدگاه درمانی به بیمار کمک می‌کند تا استیصال خود را که بواسطه ضایعات کنونی و گذشته بوجود آمده، در قالب کلمات بیان نموده و تا حدودی کنترل آن را بدست گیرد. مثل بیمار، من نیز از شدت هیجانات وی، بویژه از گریه‌های او تحت تأثیر قرار گرفتم. آرامش پایدار من موجب شد تا خجالت وی درباره‌ی تجربه کودکی‌اش که در تضاد با توفیق قابل توجه وی بود، از حدود مشخص خارج نشود.

* Support and Interpretation
Unterstützung und Deutung

● بطور کلی در سیر درمان تاکنون تناسب متعادلی میان تعمیق پسرونده در تجربه هیجانی و بیان آن ایجاد شد.

حالات اضطرابی پانیک که به ویژه در فضاهای تنگ پدید آمده بودند، از سالیان زیاد به این طرف مسافرت‌های شغلی وی با ماشین، قطار و هواپیما را به عذاب تبدیل کرده بود. آقای دانیل Y از اینکه تنها پس از چند هفته احساس بهتری پیدا کرده بود و چندین مسافرت طولانی با اتومبیل خود انجام داده بود، شگفت زده به نظر می‌رسید.

● من بهبود علامت را از طرفی به این ربط دادم که در بیمار اعتماد و امید شکل گرفته است. در این معنا می‌توان بهبود علامت را به‌عنوان درمان انتقال در مفهوم گسترده خویش در نظر گرفت. از جانب دیگر بیمار در خلال آنالیز غالباً تکرار درماندگی و استیصال را تجربه کرده بود، اما در عین حال به این تجربه نیز رسیده بود که به هیچ‌وجه برخورد منفعلانه با آن نکند، بلکه با ضایعه‌های قدیمی و بروز آن‌ها در اکنون برخورد فعال و سازنده نماید. این بهبود را می‌توان بدرستی به حساب پردازش روانکاوی تعارضات گذاشت.

تا اینجا دلیلی وجود نداشت که بیمار از فرضیه‌های من درباره‌ی این جنبه‌های درمان مطلع گردد. اکنون اما وی یک سفر ۸ روزه در آن سوی آب در پیش داشت که خاطر وی را مکدر کرده بود. او در سال‌های گذشته در سفرهای هوایی همواره حمله‌های اضطرابی داشته است.

● با توجه به مسافرتی که وی در پیش داشت، تصمیم گرفتم که یک توضیح روشن‌گرانه بدهم و انتظارم از این کار، تأثیرات آرام‌بخش بر آقای دانیل Y بود. من به بیمار یادآوری کردم که وی تاکنون چند مسافرت با اتومبیل و قطار را بخوبی انجام داده، زیرا وی برخلاف گذشته بر حالت انفعالی خود مسلط گردیده و توان وی جهت اثبات خویش افزایش یافته است. منظور از این کار، گسترش امکانات رفتاری بیمار و تثبیت ادراکات جدید وی بود. بیمار تحت تأثیر این گفته من قرار گرفت. درباره‌ی بغض و گریه شدید وی نتوانستیم صحبت کنیم. با توجه به اینکه اتمام یک جلسه بدون صحبت درباره هیجانات شدید، نامطلوب است، هنگام خداحافظی احساس خوبی نداشتم. همزمان اما حس کردم که احساس امنیت در آقای دانیل Y افزایش یافته و به همین خاطر وی خود را بدست عواطفش سپرده بود.

آقای دانیل Y با بهترین خلق و روحیه بازگشت. برخلاف تصور وی هر دو پرواز وی بدون اضطراب انجام شده بود. بیمار جسارت من درباره‌ی پیش‌گویی انجام شده را ستود. بیمار فکر می‌کرد در صورت ناکامی نیز به توانمندی من شک نمی‌کرد. من سعی کردم به بیمار تفهیم کنم که با تعبیر خودم به یک ریسک قابل کنترل دست زده‌ام که البته جنبه تلقینی نداشت. در واقع آقای دانیل Y

فراموش کرده بود که گمان من مبنی بر اینکه وی / احتمالاً می تواند بدون ترس پرواز کند را اساس تقویت احساس امنیت خویش قرار داده بود.

بیمار ما که در رشته علوم طبیعی تحصیل کرده بود، علاقه وافری برای مکانیزم های اثربخشی درمانی پیدا کرد. در یک جلسه بعدی تبادل افکاری داشتیم که به بروز شدید هیجانات منجر گردید که من در زیر جمع بندی می کنم.

آقای دانیل y نگران بود که وی بر طبق دانستنی های خویش، دلیل رهایی از اضطراب ها را درک نکرده است. او تمایل زیادی داشت که به شرایط بهبود پی ببرد. بالاخره وی بواسطه ی شغل خود می دانست که باید از دلیل یک چیز مطلع باشد یا آن را اصلاح کند. پس از آنکه من کنجکاوی بیمار در مورد عوامل مؤثر درمانی را طبیعی جلو دادم، بیمار احساس خشنودی کرد. وی فکر کرده بود من سوال وی را نادیده خواهم گرفت و یا با او برخورد بد خواهم کرد. همزمان او دچار هیجان و حالت ترس شد. اکنون می توانستم شکل گیری ترس در آن لحظه را برای وی توضیح دهم. او می خواست بیشتر در مورد من بداند، اما از نزدیک شدن به من هراس داشت. دوگانگی شدیدی در فضا حاکم شد. او امیدوار بود که من در سیاهی گم نشوم، همزمان اما به دانش و سبک آرام من در برخورد با ترس های خودش حسادت می ورزید.

عدم تعادل میان ما و این واقعیت که من چیزهای فراوانی درباره او می دانم، خاطره تجربیات استیصال دوران کودکی و طردشدگی را در وی زنده می کرد. توضیحات من درباره نحوه شکل گیری ترس و تشریح شدت احساسات بیمار، به وی جرأت بخشید. او ناگهان تنفر شدیدی نسبت به "عموی" خویش بروز داد که جای پدر را گرفته بود و طبق خواسته مادر، بیمار باید از وی اطاعت می کرد. شدت تنفر و ترس ناشی از آن بیمار را شدیداً منقلب کرد. اشارات من درباره ی جزئیات تجربه وی در حین جلسه، بیمار را قانع کرد. بیمار بوسیله انتقادی که به من کرد و واکنشی که از من دید، امنیتی بدست آورد تا خود را بدست هیجانات اش بسپارد.

● فضای تنش ادیپی اکنون چنان زنده شده بود که وی این بار تحت شرایط مطلوب می توانست به تجدید آن پردازد. قابل توجه آنکه وی در آن زمان در مقابل "عمو" پیروز شده بود، با این حال یک احساس عمیق بی کفایتی، یک نقص جسمی توأم با اضطرابات هیپو کندریایی که قلب مرکز ثقل آن بشمار می رفت در بیمار باقی مانده بود. پس از آنکه وی بر شرم و حیای خود غلبه کرد، گفت که این موضوع تا زمانی پس از شروع زندگی جنسی، وی را شدیداً آزار می داده؛ او در حین خودارضایی به انزال نمی رسید. اضطراب از پرخاشگری لذت دار ادیپی موجب ایجاد مانع و اختلالات عملکردی توأم با آن گردیده بود. این وضعیت علیرغم تمام توفیق های بیرونی احساس بی ارزشی عمیقی در وی ایجاد کرده بود.

مطالعات منظم گیل و هوفمن (۱۹۸۲) اهمیت ادراکات کنونی در انتقال را آشکار ساخته‌اند. پیشنهاد آنان این است که از شفافیت ادراکات بیمار حرکت کنیم. غالباً کافی است بپذیریم که یک مشاهده که مربوط به روانکاو و یا اطاق درمان می‌شود، شفاف است. معمولاً اما یک توضیح اضافی لازم است که فقط به تخیلات بیمار مربوط نمی‌گردد. ما درباره مشکلات تکنیک درمانی در این زمینه در جلد مبانی در بخش‌های ۷-۲ و ۴-۸ بحث کردیم. قدم‌های تکنیک درمانی متناسب بوسیله نمونه پائین نشان داده می‌شوند.

● از جلسه ۶۱ و ۶۲ آقای آرتور Y تبادل نظری را نقل می‌کنیم و بدینوسیله مایلیم نشان دهیم معنای به‌رسمیت شناختن حقیقت‌ها در اینجا و اکنون چیست. استعاره‌هایی که بیمار از آن‌ها استفاده کرده، مخصوصاً جهت روشن کردن خلیات وی مناسب هستند.

هر دو جلسه قبل از قطع یک تعطیلات طولانی برگزار شده‌اند. موضوع کنجکاو بیمار است که من توسط تعبیرات خویش بطور غیرمستقیم وی را تشویق کرده‌ام. تشویق من جهت کنجکاو به آن منتهی شد که بیمار به خاطر آورد در یک موقعیت قبلی کنجکاو خودش را در مقابل من سرکوب کرده است: "در آن زمان جسارت آن را نداشتم و اکنون نیز برایم کار ساده‌ای نیست." بیمار فوراً می‌گوید که این حالت از کجا ناشی می‌گردد: "من از درمانگر قبلی خود پاسخی دریافت نمی‌کردم، بلکه این سوال متقابل را: چرا به این موضوع علاقه مندیدی؟" و اگر آدم این سوالات متقابل را چندبار دریافت کند، دیگر حوصله تکرار آن را ندارد.

علاقه وی معطوف به محلی است که من تعطیلات خود را در آنجا گذرانده‌ام. در یک موقعیت قبلی من آدرس خود را به آقای آرتور Y داده بودم.

آقای آرتور Y درباره یک پیست اسکی معروف صحبت می‌کند که من نیز آن را می‌شناسم. وی به کنجکاو خود پر و بال می‌دهد و سوالی را که قبلاً کرد بود، مطرح می‌کند. مهم آن است که من یک جواب انحرافی می‌دهم و این مطلب را که آیا خود من در آن پیست اسکی کرده‌ام را باز می‌گذارم. من به یک اشاره کلی که ناروشن است، بسنده می‌کنم: "به‌عنوان یک آلمی این قسمت کوه‌های آلپ را می‌شناسم: آلگوی."

● در جلسه بعدی تأثیرات این گفته آشکار می‌شود، چیزی که مهم و قابل اصلاح است.

* Common Ground and Independence
Gemeinsamkeit und Eigenständigkeit

آقای آرتور Y در ابتدا با جواب من راضی به نظر می‌رسد، اما سرخوردگی نهفته فعلی خود را از مثال‌هایی که از درمان‌های قبلی می‌داند، بیان می‌کند؛ یک معادله با اهمیت به نظرش می‌رسد: تصویر یک حلزون که شاخک‌های خودش را دراز کرده. کافی است به این شاخک‌ها دست بزنیم، می‌بینیم که حلزون به لانه خود می‌خزد. "دقیقاً همین رفتار را با آنان (درمانگران قبلی) داشتم." در مقابل حلزون، به یاد سگ بزرگی می‌افتد که دندان‌های خود را نشان می‌دهد. "به این سگ نمی‌توان به سادگی دست زد، چون ممکن است انگشت را قطع کند."

● آشکار است که بیمار خود را به‌عنوان حلزون و روانکاو را به‌عنوان سگی می‌بیند که نباید آن را با سوالات متعدد تحریک کرد. بیمار این گمان را در جلسه بعدی اصلاح می‌کند.

در قسمت اول جلسه بعدی فضای خوبی حاکم است، زیرا به آقای آرتور Y اطمینان دادم که حضور وی را به بیمه و جاهای دیگر گزارش نخواهم داد. بیمار اکنون به نقطه امنیتی رسیده و می‌تواند درباره‌ی موضوعات دیگر صحبت کند. وی در ارتباط با سگ گله می‌کند: "کاش من می‌توانستم برای یک بار سگ باشم و هاپ‌هاپ کنم." من متذکر می‌شوم که طبق این گفته او گاز گرفته نمی‌شود، بلکه خود گاز خواهد گرفت. او اقرار می‌کند که نظر من تا حدودی درست است. پس از آنکه وی انتقاد خود را تلطیف کرد و رفتار دوستانه‌ای با من در پیش گرفت، پس‌زنی را به خاطر می‌آورد که در پاسخ کلی من در ارتباط با پیست اسکی تجربه کرده بود. آقای آرتور Y واکنش انحرافی من را به مثابه چراغ قرمز تجربه کرده بود: بهتر است دیگر سوال نکنید. در ادامه من به انگشت، گاز گرفتن، خشم ابژه و عقب نشینی (به‌عنوان حلزون) اشاره می‌کنم. بیمار بیان می‌کند که این عقب نشینی درونی، به‌عنوان سیم خاردار در وی اثر خواهد داشت.

من تأیید می‌کنم که از پاسخ مستقیم شانه خالی کرده‌ام و این کار، رابطه حلزون و سگ را به نفع کنجکاوی گازگیر تغییر داده است. تعبیر من چنین است: "واقعیت آن است که من جواب انحرافی دادم، من نگفتم، آن پیست را می‌شناسم، بلکه من کلی‌گویی کردم و این همان چیزی است که شما احتمالاً به‌عنوان پس‌زنی شدید تجربه کردید، چون شما فقط کنجکاو نبودید و کنجکاوی با سماجت همراه است - سگی که گاز می‌گیرد."

● بنابراین من نگفتم: شما می‌ترسیدید مرا جریحه‌دار کنید، گویی که او فقط این ترس را تجسم کرده و من ناراحت نمی‌شدم، بلکه من وضوح و شفافیت ادراک وی را قبول کردم. این پذیرش احتمالاً به اصلاح تجربیات عاطفی منجر می‌شود که بیماران در گام‌های بعدی به آن روی می‌آورند و الگوهای فکری و رفتاری تازه‌ای کسب می‌کنند.

در ادامه کار و پس از آنکه من به سوال مشخص وی درباره پیست اسکی جواب دادم، اشاره‌ای به این مطلب می‌کنم که چرا بعضی مواقع عدم پاسخ فوری به سوالات لازم است. بیمار با استناد به

توضیح من چنین جمع‌بندی می‌کند: "اگر سوالات را سریعاً پاسخ دهیم، فرآیند فکر خیلی زود متوقف می‌شود." بنابراین بیمار تأیید می‌کند که عدم پاسخگویی فوری به سوالات می‌تواند به تقویت فرآیند فکر کمک کند.

در نگاهی دقیق‌تر به انتخاب کلمات وی مشخص می‌شود که وی به روانکاوی نوعی رفتار حيله‌گرانه انتساب می‌دهد که در نزد خود می‌شناسد و بعضاً به این طریق به اهداف خود می‌رسد، تحت این عنوان "هدف وسیله را توجیه می‌کند."

پس از آنکه در تداعی‌ها روابط متنوعی با مفاهیم "مته به خشاش گذاشتن / سوراخ کردن" و "نفوذ کردن" برقرار شده بود، کنجکاوی بیمار دوباره فعال می‌شود. بیمار به یاد می‌آورد: می‌گویند او مرا سوراخ می‌کند. درباره قطع تعطیلاتی که در پیش است صحبت می‌شود. آقای آرتور Y می‌داند که من به سادگی در دسترس نیستم، امری که وی را به کنجکاوی سمج ترغیب می‌کند. به توافقی می‌رسیم که متناسب با اجزای مشکل تکنیک درمانی است: از طرفی این موضوع را که من کجا بسر می‌برم باز می‌گذاریم، از طرف دیگر وی مطمئن می‌شود که در صورت لزوم می‌تواند از طریق منشی به من دسترسی داشته باشد. با توجه به قطع جلسات باید از یک کلیشه تعبیری رایج که از روان‌پویایی واکنش‌های افسردگی بوجود می‌آیند، هشدار داد؛ بدین معنا که جدایی الزاماً به اضطراب فقدان یا ترس جدایی منجر می‌گردد. به جای آن باید به ابزار کمکی فکر کرد، بدون آنکه عدم استمرار در زندگی و شرایط درمانی و تأثیرات آن را ساده‌سازی کنیم. افکار پائین روانکاوی را باید از این زوایا دید.

● در پایان جلسه با توجه به تعطیلات برای مهم است که به دلیل آشنا بودن ما با آن منطقه بر اشتراک خویش در برابر استقلال تأکید ورزم، در حالی که از تشابهات مناسبی استفاده می‌کنم که برای هر دوی ما مطلوب است.

تفسیر: به رسمیت شناختن حقیقت‌های کنونی در موقعیت درمانی زمانی اهمیت خاص می‌یابد که رابطه درمانی، مثلاً توسط قطع مرخصی به محک سنجش گذاشته شود. با توجه به اینکه به سوالات چگونه پاسخ داده شود و چگونه اهداف محقق شوند، به نحوی که بیمار راضی باشد و در جدایی، احساس امنیت کند، می‌توان این فرمول را به عنوان قاعده‌ی درمانی برگزید: "اشتراک تا حد لزوم، استقلال تا حد ممکن."

در سیر جلسات تشریح شده همچنین روشن می‌شود که فرآیند درمانی اصلاح مستمر عوارض جانبی مداخلات ما را ممکن می‌سازد، چون این مداخلات در کنار تأثیرات، عوارض منفی ناخواسته‌ای نیز دارند که معمولاً در همان لحظه هویدا نمی‌گردند.

۲-۲ انتقال مثبت و منفی *

طیف انتقال مثبت وسیع است. این طیف از اشکال ساده و نرم علاقه و احترام شروع و به عشق آتشین ختم می‌شود. اگر انتقال مثبت به درجه‌ای برسد که مانع رابطه‌ی کاری شود، از انتقال اروتیک صحبت می‌کنیم. غالباً عشق انتقالی به تنفر تغییر شکل می‌دهد. به همین دلیل انتقال منفی-پرخاشگرانه معمولاً پیامد پس‌زنی تجربه شده است.

ما این طیف را بوسیله مثال‌های زیر نشان می‌دهیم.

۲-۲-۱ انتقال منفی خفیف **

بیمار خانم ارنا X درباره گزارش اتوبیوگرافیکی تیلمن موسر که تحت عنوان *دوران آموزش روی کاناپه* انتشار یافته، صحبت می‌کند که حاوی حملات پرخاشگرانه شدیدی علیه روانکاوش است (نک به فصل ۷). برای خانم ارنا X غیرقابل تصور بود که خود وی روزی تا این حد عصبانی بشود. در این بین وی نبود هیجانات منفی به علت قطع یک درمان را بدینانه تلقی می‌کند. شاید مسئله‌ای در کار است.

ب: من از این مسئله راضی نبودم که شما به من نگفتید برای مرخصی و تعطیلات به کجا خواهید رفت. البته من به خودم انتقاد می‌کردم که من حقی ندارم که برای شما تعیین کنم که چه چیزی به من بگوئید.

من گمان دارم که بیمار شک دارد که عمداً به وی پاسخی داده نشده تا وی عصبانی شود. تحت عنوان "آدم به منظور پی می‌برد و خلش به هم می‌ریزد" بهتر بود از تحریک شدن و تحت نفوذ قرار گرفتن بیشتر، فاصله می‌گرفت. من به این موضوع اشاره می‌کنم که احتمالاً جنگ قدرتی در راه و یا در این مورد مستتر است.

خانم ارنا X تأکید دارد که فکر نمی‌کند که من قصد عصبانی کردن وی را داشته‌ام، بلکه فکر می‌کند من خواهان وارد کردن نوعی محرک فکری به وی بوده‌ام. من این برداشت را تأیید می‌کنم.

* Positive and Negative Transference

Positive und negative Übertragung

** Mild Positive Transference

Milde positive Übertragung

این موضوع از جانب بیمار تکمیل می‌شود و در حین گفتگو گسترش و تعمیق می‌یابد. خانم ارناس X در ابتدا به غیبت ۳ هفته‌ای من می‌پردازد. تردید وی با دو انگیزه متضاد پیوند خورده است: از طرفی وی انتظار انجام وظایف شغلی و حضور ایثارگرانه از جانب روانکاو را دارد. از جانب دیگر وی بدنبال الگویی است که بتواند با تکیه بر آن زندگی مشترک با همسرش را ساماندهی کند. بیمار فکر می‌کند تقریباً امیدی ندارد که بتواند همسرش را از وظایف و مسئولیت‌های شغلی زیاد برهاند تا بدینوسیله حضور بیشتری در زندگی و مسافرت‌های خانوادگی داشته باشد. چنانچه من ۳ هفته مرخصی داشته باشم، منطبق با ایده‌آل او خواهد بود. با وجود آنکه وی آرزوی این سبک زندگی را دارد، از پیچیدگی‌های ناشی از تفاوت میان این ایده‌آل و واقعیت هراس دارد. احتمالاً وی به همین خاطر بر این نظر تأکید می‌کند که من نباید به مرخصی بروم.

پس از سکوت، بیمار از رویایی گزارش می‌دهد که به من مربوط می‌شود.

ب: در رویای دوم من با شما روی کاناپه دراز کشیده بودم، نه اینجا، در یک اتاق دیگر. کاناپه خیلی بزرگتر بود. جزئیات را به یاد نمی‌آورم، فقط یک احساس را بخاطر دارم، یعنی احساس امنیت. ضمناً نوعی غرور و شگفتی نیز بود، از اینکه شما اجازه دادید که صمیمانه به شما نزدیک شوم، اینکه شما برنخاستید و یا مرا پائین نیانداختید. زنگ تلفن مزاحم ما شد. در این وقت، اتاق، شبیه به اتاق درمان شد. تلفن خانمی بود که می‌گفت می‌توانید اتومبیل را از تعمیرگاه بیاورید. من می‌خواستم بدانم خانمی که تلفن کرده کیست. شما به این موضوع واکنش نشان ندادید. من فکر کردم مادر شما و یا زن دیگری است. ما بعداً به اتفاق هم به شهر رفتیم.

تشریح احساسی که انسان در رویا داشته، کار دشواری است. من کاملاً با شما راحت بودم. وقتی اینجا هستم فکر می‌کنم همه چیز باید دقیق و مرتب پیش رود. در رویا کاملاً جور دیگری بود. ر: بله در رویا می‌توان آزادی کامل داشت.

ب: دوست داشتم صبح همان روز به شما تلفن بزنم. بعد از بیدار شدن به فکر رفتم و احساس خوشبختی می‌کردم. اول فکر می‌کردم، نه، نمی‌توانم برایتان تعریف کنم، که من رویای با شما بودن را روی کاناپه داشتم. از طرفی جرات آن را نیز نداشتم که این رویا را برای شما تعریف نکنم. در غیر اینصورت دوست دارم درباره رویاهایم با شما صحبت کنم.

ر: شما به علت صمیمیتی که در خواب پیش آمده، نگران هستید.

ب: بله برایم ناخوشایند بود.

در ادامه من درباره تمایلات طبیعی انسانی صحبت می‌کنم و اینکه این تمایلات از طریق گفتگو تشویق می‌شوند.

د: دخالت دادن من در دنیای رویا و آرزوهای خود، همانگونه که شما دیگران را نیز به این دنیا وارد می‌کنید تا درباره موضوعات خصوصی با آن‌ها صحبت کنید، روشن است. بیمار قبل از جلسه نیز تذکراتی مشابهی داده بود. اینک من به مداخله آن خانمی که تلفن کرده بود اشاره می‌کنم.

ب: بله حسادت بود. بله این خانم شما را از من گرفت.

من یک رویای قبلی را به یاد بیمار می‌آورم.

ب: بله شما در رویا، یک جلسه را کنسل کردید. همیشه اتومبیل شما ظاهر می‌شود. بله شما در رویا هم با اتومبیل به ملاقات من آمدید. در انتخاب دوستم داشتن یک اتومبیل بزرگ مهم بود. در دوران بلوغ من به همه همشاگردی‌هایم که والدین‌شان اتومبیل بزرگ داشتند حسادت می‌ورزیدم. به همین خاطر اتومبیل نقش بزرگی دارد. من در داخل شهر تقریباً در حالتی می‌رقصیدم با شما از خیابان‌ها می‌گذشتم، خیلی راحت. چرا من نباید به این آرزوی خودم اقرار کنم. البته طبیعی است که من این رویا را نمی‌توانم برای همسر تعریف کنم، چون وی تفاهمی برای آن ندارد.

د: سوال اصلی آن است که آیا می‌توانید تفاهم همسران را برای موضوع رویا، یعنی لطافت و امنیت بیشتر بدست آورید؟

من امنیت، لطافت و سکسوالیته را یکجا بکار می‌برم. من متذکر می‌شوم که از طریق درمان، تمایلات تازه‌ای زنده می‌شوند و پیاده کردن آن در زندگی روزمره و جلب همسویی همسر در این مسیر کار ساده‌ای نیست. شوهر بیمار همانگونه به خانواده‌اش وابسته است که خود بیمار.

بیمار در این فکر است که او چرا به من بیشتر از همسرش فکر می‌کند.

د: به این خاطر که شما با من بیشتر از همسران در این باره صحبت می‌کنید.

من اینگونه تفسیر می‌کنم که بیمار توسط سوال خود می‌خواهد از فشارش کاسته شود.

ب: بله من می‌توانستم جواب خودم را بدهم، اما نمی‌دانم ادامه کار چه خواهد بود. بله من نمی‌خواهم بپذیریم که شما در هر رابطه به آرزوهای من پاسخ می‌دهید. احساسی که در خلال رویا پیدا شد، تفاهم و امنیت، این احساس هرگز در مقابل همسرم بوجد نمی‌آید. من آنقدر با همسرم زندگی می‌کنم که بتوانم واکنش‌های همسر را حدس بزنم. اوضاع اینجوری است که من احساس تنهایی می‌کنم و او کمکی به من نمی‌کند.

بیمار نمونه‌ای از عدم آمادگی همسرش در زندگی روزمره می‌آورد و می‌گوید که وی از قبول مسئولیت در قبال فرزندان طفره می‌رود.

ب: در خانه هم وقتی در برابر مادر می‌ایستم و می‌گویم نمی‌خواهم مسئولیت‌های اضافی به دوش بگیرم، از کوره در می‌رود و به بی‌فایده بودن درمان اشاره می‌کند.

چند روز بعد تمایل به بارداری در بیمار شدت می‌گیرد. با وجود آنکه تمام جنبه‌های عقلی به ضرر بارداری صحبت کرده و وی چندی قبل از متخصص زنان شنیده بود که بارداری وی فقط یک حس و تصور بوده، بیمار آرزوی داشتن چهارمین فرزند را رها نمی‌کند. وی به علت دوگانگی در نظر خود بدنبال توضیحی برای این کار در جلسات است.

من برای آنکه تفسیر آرزوی فرزند بیمار را برای خواننده بهتر تفهیم کنم، تشریح بیمار از صحنه‌ی بازی کودک‌کان-هم کودک‌کان خود و هم فرزندان همسایه - را بطور جمع‌بندی ارائه می‌دهم: بیمار با شگفتی غیر قابل وصفی طبیعی بودن بچه‌های ۵-۳ ساله را تشریح می‌کند: آنگونه که خودنمایی می‌کنند، به یکدیگر ور می‌روند و به یکدیگر خیره می‌شوند. در بازی‌های کودک‌کانه جنسی، پسر بچه‌ای آلت خود نشان می‌دهد، امری که آرزوی آلت و حسادت به آلت را در دختر بچه‌ها ایجاد می‌کند. دختر بچه بجای آلتی که ندارد، سوسمار بزرگی گرفته تا پسر بچه‌ای را که اکنون سرتاسر وجودش ترس است، به بلعد. با سوسمار که به مراتب بزرگتر از آلت آن پسر بچه است، دخترک او را می‌ترساند. بیمار با زحمت فراوان مداخله نمی‌کند تا اینکه خود بچه‌ها پس از ارضای حس کنجکاوی توجه خود را به چیزهای دیگر برگردانند. او بیشتر تمایل داشت تا مثل مادر خود از ادامه بازی ممانعت ورزد و یا مثل مادر بزرگ، با قول و قرار چیزهای بهتر، بچه‌ها را گول زده و از حالت بازی خارج کند. احتمالاً آنگونه که بیمار از مادرش آموخته بود، به اقدامات تربیتی روی می‌آورد که به بچه‌های خود تحمیل می‌کرد. وی با عصبانیت شاهد آن بود که مادرش در موضوعات اساسی بر بچه‌ها مسلط است و آن‌ها را به میل خود بازی می‌دهد.

● تمایل به بچه‌دار شدن بیمار مخصوصاً پس از آنکه وی به دلایل متفاوت سرخورده و مأیوس می‌شد، شدت می‌گرفت. با علم به اینکه فشار زندگی با وجود فرزند چهارم شدت خواهد گرفت و نیز اینکه همسرش از وی حمایتی نخواهد کرد، وقتی به لحظه شیر دادن و تماس نزدیک با شیرخوار خودش فکر می‌کرد، غرق در احساس خوشبختی می‌شد. آرزوی بچه دار شدن، هنگامی که وی احساس می‌کرد درک می‌شود و در یک صحبت زنده با من در دیالوگ قرار می‌گرفت، شدیداً محو می‌شد. همسر شدیداً مشغول بیمار، وقت برای وی ندارد و رابطه جنسی آن‌ها تا آن حد غیررضایتبخش و کم است که نمی‌توان درباره آن نظریه‌ای داد.

خانم ارنا X پس از یک تعمق کوتاه و عمیق، تعبیر من به شرح زیر را با تشویش درونی بزرگ پذیرا می‌گردد: او بوسیله یک فرزند دیگر در جستجوی ایام کودکی خویش است تا سیر رشدی آن را این بار تحت شرایط مطلوب‌تر تکرار کند. من تداعی‌های دیگر بیمار، یعنی این که او در حین جلسات آرزوی داشتن فرزند را طرح نمی‌کند، را به عنوان دفاع در برابر آرزوهای ادیپی تعبیر نمی‌کنم، بلکه به عنوان رضایت‌مندی او، زمانی که حس می‌کند درک و فهمیده می‌شود.

تعبیر کلی من که وی در سیمای فرزنددی دیگر، کودکی خود را جستجو می‌کند، به ثمر می‌نشیند و انبوهی از افکار سازنده را به جریان می‌اندازد. بیمار به درستی حدس می‌زند که آرزوی بارداری وی، همچنین نوعی انحراف از ساماندهی مجدد زندگی خانوادگی و شغلی اوست. محدودیت‌های ناشی از فرزند چهارم، فرصت بهبود اوضاع را از وی خواهد گرفت. او از رویایی صحبت می‌کند که توسط بازی بچه‌ها و یک تعبیر قدیمی من ایجاد شده بود: در یک آلبوم عکس، او مرا به‌عنوان بچه در حالت‌های گوناگون در کنار ساحلی دیده بود.

کنجکاوای جنسی وی در انتقال، تشدید شده بود. او خودش موقعیت‌های خجالت آوری را در کنار ساحل تجربه کرده بود. او به‌عنوان دختری که لباس شنای گشاد با سینه‌های باد کرده پوشیده بود، مورد تمسخر دیگران واقع شده است. یکی از عموها به وی نظر داشت، اما همزمان جوری رفتار می‌کرد که گویی اصلاً علاقه‌ای به او ندارد.

● من آرزوی انتقال ناخودآگاه وی را مبنی بر داشتن یک فرزند از من، تعبیر کردم. بیمار این تعبیر را درجا می‌پذیرد، با وجود آنکه در خودآگاه خود هرگز چنین آرزویی نداشته است. اکنون می‌توانم به یک گفته عمو استناد کنم که گفته بود من می‌توانم بچه درست کنم، در حالی که هیچ علاقه‌ای به بچه‌ها نداشت.

در چند جلسه بعد موضوعات عوض می‌شوند. جنبه‌های دیگرِ کانون تظاهر می‌یابند. بیمار به جلسه قبل بر می‌گردد. امروز می‌تواند به راحتی شروع کند. جمله‌ای را که من در جلسه قبلی گفته بودم از یاد نبرده: "امروز مثل بچه‌ها سرگردان نیستید، بلکه چیزی برای عرضه کردن دارید."

ب: چه چیزی می‌توانم عرضه کنم؟ من بدقیافه نیستم. من احمق نیستم. گاهی فکر می‌کنم انسان پرتوقعی هستم. این‌ها برای من کافی نیست. اما به این نیز فکر کردم که چرا شما این جمله را آخر جلسه قبلی به من گفتید؟ آیا سرگردان بودم، آیا می‌خواستید از جنبه‌ی اخلاقی مرا تقویت کنید؟ شما به من بگوئید، من چه چیزی برای عرضه کردن دارم.

ر: من این جمله برای تقویت اخلاقی شما نگفتم، اگرچه حاوی جنبه اخلاقی نیز بود. من می‌خواستم توجه شما را به این سمت سوق دهم که اکنون شما دیگر یک بچه درمانده و خجالت زده نیستید. اینکه چیز دیگری به نظر شما نمی‌رسد و از من سوال می‌کنید، فکر می‌کنم ربطی به پرتوقعی شما ندارد، بلکه بیشتر نشان نگرانی شما از خودجوشی و افکارتان است.

ب: هنوز هم تصویری آنگونه از خودم دارم: خجالت زده، درمانده و بادکرده. من امروز هم تقریباً مثل همان روزها هستم. اما بعد از جلسه قبلی راضی بودم.

این سیر دیگری در مقایسه با کنار ساحل در آن زمان است. بیمار اظهار می کند که درباره مفاهیم "درمانده"، "خجالت زده" و "باد کرده" فکر می کند. پس از یک سکوت طولانی وی را تشویق می کنم افکار خود را بیان کند.

ب: اوضاع سختی است. برخی مواقع شدیداً احساس درماندگی می کنم. بعداً وضعیت کاملاً عکس آن پیش می آید. وضعیت افراط و تفریط است. آنچه در بین نیست، حد متوسط است. مثل جلسه قبلی، وقتی رفتم، بسیار خوشحال بودم. اما وقتی دم ماشین بودم این فکر به ذهنم خطور کرد: زیاد دچار توهم نشو، شاید یک حرکت شطرنجی بود که می خواست به من جرأت دهد.

د: یعنی غیرواقعی.

ب: چرا واقعی بود، اما با این فکر که باید از این اوضاع خودم را بیرون بیاورم.

د: چرا این فکر مفید که می خواهد شما را متوجه چیزی کند، چیزی به حساب نمی آید. در واقع این فکر در جریان است که شما می توانید از بدنتان به عنوان وسیله استفاده کنید. بلحاظ سنی فکر می کنید که چیزی ندارید. امروز چیزی دارید که می توانید نشان دهید (بیمار از اضطراب سرخ شدگی رنجور است).

ب: بله، اما من با زحمت خودم آن را بدست نیاورده ام. این یک سیر رشدی است. خود بخود پیش آمد. چون آن را خودم بدست نیاورده ام برایم چیزی به حساب نمی آید. تنها چیزهایی مهم اند که انسان خودش آن ها را بدست آورده باشد (سکوت طولانی). از خودم سوال می کنم چرا برای من مشکل است باور کنم که می توانم چیزی عرضه کنم.

د: چون احتمالاً چیزی به نظرتان می رسد که ممنوع بوده و چه بسا پیامدهای بدی داشته باشد، مثلاً اینکه شما بیش از آنچه اجازه دارید، جذاب و وسوسه انگیز بشوید. اینکه عمویان احتمالاً به شما حمله ور بشود.

ب: اما چه کسی باید به من بگوید که چگونه باشم؟

من متذکر می شوم که بیمار در خلال تربیت خود همیشه از بیرون هدایت شده، به نحوی که کمتر امکان آزمایش و مانور در فضای شخصی اش به دست آورده است. زمانی که مادر مشخص می کند چکار باید انجام شود، همه چیز روشن و شفاف است. همزمان وی در فرزندان خود می بیند که در صورت اعطای قدرت مانور به آنان، از سرزندگی و شادابی خاصی برخوردار می شوند.

ب: موضوع فقط به بدن ختم نمی شود، جنبه های روانی را هم باید در نظر گرفت. در این نکته هم احساس مطمئنی ندارم. بله، در ذات فکر و احساس است که همیشه جنبه های دیگر نیز دارند. مادام که چیزی بطور مطلق مشخص باشد، احساس امنیت نیز وجود دارد. زمانی که ابهام بیشتر باشد، افکار پشت پرده نیز وجود دارند.

بنابراین، اینکه ممکن است من افکار پشت پرده داشته باشم، برای بیمار نگران کننده است.
ب: من معمولاً فکر می‌کنم که شما افکار پنهانی دارید، چون چیزی در ذهنتان هست و دنبال هدفی هستید.

من تأکید می‌کنم که چنین است. اما همزمان امکان صحبت کردن درباره آن را مطرح می‌کنم. بیمار برعکس بر این باور است که نمی‌توان در مورد آن صحبت کرد. خانم ارنا X در ادامه اظهار می‌کند که طرح سوال برای وی راحت نیست. وی بعضاً مایل است هدایت شود، اما زمانی که انسان ریسک طرح سوال را به جان نمی‌خرد، خطر آن نیز وجود دارد که تحت تأثیر و نفوذ دیگران قرار گیرد، امری که وی مطمئناً خواهان آن نیست. هدایت شدن از طرفی جالب، اما از طرف دیگر ناخوشایند است.

د: اما اگر آدم اجازه دانستن این چیزها و طرح سوال را نداشته باشد، ممکن است تحت تأثیر و نفوذ دیگران قرار بگیرد. شما زیاد این طرف آن طرف کشانده شده‌اید و متأثر از دیگران بوده‌اید. شما می‌خواهید به چیزی برسید که مایل به آن هستید و این کار بدون تعمق و جسارت طرح سوال انجام شدنی نیست.

ب: بخاطر اینکه نمی‌خواهم سماجت بخرج دهم و سوالات احمقانه بکنم، افکار پشت پرده پنهان می‌مانند، البته غالباً فکر می‌کنم که منظور شما چیست؟ در جلسه قبلی این حالت مخصوصاً شدید بود، چون واقعاً دوست دارم چیزی به شما عرضه کنم، اما همزمان نامطمئن هستم. کلمه "باد کرده" خیلی مشغولم کرد. مردم به چیزی فکر می‌کنند که من ندارم، دقیقاً مثل لحظه کندن لباس در ساحل. هنگام لخت شدن خجالت زدگی می‌آید، بعد سرخ می‌شوم و سپس درماندگی بر من مستولی می‌گردد. دقیقاً ۳ مرحله است، اما نه از درماندگی به خجالت زدگی و بادکردگی، بلکه برعکس.

من تأیید می‌کنم که سیر ماجرأ ظاهراً آنگونه بوده که بیمار توصیف کرده است. چیزهای مادی آرامش می‌دهند. پول و اتومبیل شیک برای بیمار مهم است. من به یاد بیمار می‌آورم که وی در تجربه آن زمانی خود به علت نداشتن، نمی‌توانسته چیزی از خود نشان دهد. آن چیزی که وی با آن باد کرده بود، مصنوعی بوده است.

ب: من به تصویر بادکنکی فکر می‌کنم که با فرو کردن سوزن در آن، همه چیز تمام می‌شود. بله دقیقاً همین جور است: باد کرده، خجالت زده و درمانده. این دقیقاً وضعیتی است که من در آن سرخ می‌شوم. در پس باد کرده/ما حیات زیادی نهفته است.

د: این وجود داشته. سینه بند باد کرده بود، اما پشت آن یک چیزی قرار داشت. نه اینکه هیچی. نوک پستان، پستان در حال رشد، اطلاع از رشد بر مبنای حس‌های بدنی خود و مقایسه آن با زنان دیگر.

ب: اما خیلی کم و خیلی کوچک بود و من ناراضی بودم. هیچکس به من نه گفت که سینه‌ها بزرگتر می‌شوند. شاید بیشتر تمایل داشتند بگویند، اصلاً در این سن و سال این حرف‌ها یعنی چه. تو هنوز یک بچه هستی. من در این باره با کسی نمی‌توانستم صحبت کنم. من فقط به خودم تکیه داشتم. البته من از اجبار مادرم برای انجام برخی کارها، چیزهایی یاد گرفتم. او راهنمایی‌های دقیقی می‌کرد و بعداً همه چیز روبراه می‌شد. او دستور می‌داد. من باید کاری را انجام می‌دادم و راه و روش آن را حفظ می‌کردم، مثلاً زمانی که قرار بود به یک اداره بروم. اما در این صورت بیشتر رفتار مادرم بود تا خودم. من انتخاب دیگری نداشتم. من مجبور بودم و خودم را در جلد خودم حس نمی‌کردم. شاید به همین خاطر این حس را ندارم که خودم پیشرفت کرده‌ام. میان دو حالت افراطی: "یا از عهده هیچ کاری بر نمی‌آیم و یا قادر به انجام خیلی کارها هستم." آنچه بدنبال آن هستم، حد متوسط رفتارم است.

من مجدداً درباره افکار پشت پرده صحبت می‌کنم. کدام دسته از افکار که وی توسط آن‌ها هدایت می‌شوند، در پشت پرده پنهان است؟

ر: شما شک می‌کردید که باز هم منظوری در کار است. بلحاظ فکری روی شما کار می‌شد و مهمتر آنکه که شما اجازه نداشتید از آن مطلع شوید. به همین دلیل شما خجالت می‌کشید که درباره منظور من از این گفته سوال کنید، شاید تحت تأثیر این فکر قدیمی که به شما تلقین شده است: ما خیر تو را می‌خواهیم، لازم نیست سوال کنی.

ب: از من استفاده می‌شد. به من گفته نمی‌شد، لطفاً این کار را انجام بده، چون من وقت ندارم؛ بلکه اینجوری چرخ می‌خورد، تو این کار را انجام خواهی داد، راه دیگری نیست، و من حس می‌کردم افکار پشت پرده‌ای در کار است، بدون آنکه جرأت بخرج دهم. این غیرصادقانه بود. من به این بی‌صدافتی پی برده بودم، اما نمی‌توانستم درباره آن صحبت کنم.

تفسیر: تعبیر جسورانه تأخیر بیمار در انتقال، تأثیرات مثبتی بر همکاری داشت. این مشاهدات برای قضاوت فرآیند درمانی فوق‌العاده مهم هستند.

۲-۲-۲ انتقال مثبت شدید*

انتقال مثبت شدید در چارچوب رابطه‌ی کاری و در قالب انتقال‌های اروتیک تبلور می‌یابد (نک ۴-۲) که گاهی حریم رابطه‌ی کاری را پشت سر می‌گذارند. به علت مشکلاتی که از انتقال اروتیک

* Strong Positive Transference
Starke positive Übertragung

ناشی می‌شوند، مهم است که در مرحله تشخیص اندیکاسیون، معیارهایی در دست داشته باشیم که بتواند در باره این موضوع مهم پیش‌بینی لازم را به‌عمل آورد. آیا امروز می‌توانیم از گروه بیمارانی نام ببریم که به علت عشق به روانکاوان خود، فرآیند درمانی را با سکون مواجهه کرده‌اند؟

استقلال و زیر پا گذاشتن تابوها

در ابتدا باید متذکر شویم که این مشکلات در آنالیز زنانی به‌وجود آمد که به وسیله یک روانکاو مرد درمان می‌شدند. در اینجا انبوهی از دلایل روانشناسی عمیق، تاریخی، جامعه‌شناسی، طبقه‌بندی بیماری‌ها و غیره سهیم هستند. بالاخره باید متذکر شد که در ابتدای کار قبل از همه زنان هیستریک بودند که تحت درمان قرار می‌گرفتند. اما از آن زمان تاکنون شاهد/تغیلات جنسی بوده‌ایم که نوعی استقلال به زنان داد که از جمله پیامدهای آن خودمختاری درباره زندگی و رفتار جنسی بود. این دستاورد دیر هنگام در این واقعیت تغییری ایجاد نکرد که تجاوزات جنسی و شکستن تابوها بین مردان و دختران بسیار شایع‌تر از میان زنان و پسران است. این وضعیت در تابوی زنای با محارم میان پدر- دختر و مادر- پسر نیز حاکم است. غیرهمجنس‌گرایی که زائده مردان است، کماکان رفتار غالب جنسی میان جنسیت‌ها را تعیین می‌کند. انتظار اینکه نزد روانکاو چه اتفاقی خواهد افتاد، از تجربیاتی انگیزه می‌گیرد که بیماران زن قبلاً با مردان، پدران، برادران و آشنایان دیگر و نیز آموزگاران، روسا و پزشکان داشته‌اند. فریب دادن و وسوسه‌انگیزی تشکیل‌دهنده زوجی هستند که به وسیله یک تناسب پیچیده جذب و دفع به یکدیگر مرتبط می‌شوند: "اگر این موضوع آن زمان ممکن بود، همه چیز ممکن است. . . . نگرانی نشأت گرفته از این جمله، بطور عمده بدان بستگی دارد که تجاوزات جنسی در فضای زندگی تابو شده چقدر واقعی بوده است.

خودمختاری جنسی یک چیز است، از طرف دیگر مرزهای اجتماعی تابوها همواره در حال سست شدن است، به نحوی که قواعد سنتی رفتار اجتماعی، مقبولیت عمومی خود را از دست می‌دهند. سوءرفتار با کودکان و نوجوانان ظاهراً در حال رشد و آمار منتشر نشده زنای با محارم میان پدر- دختر نگران‌کننده است. انتقال‌های پس از سوءرفتار جنسی پیچیده هستند. زیرا بیماران ضایعه‌دیده هم خود و هم روانکاو را به محک سنجش می‌گذارند (فیشر ۱۹۹۰).

در بخش ۷-۱ جلد مبانی به عدم همزمانی سرعت تغییرات در سنت‌های خانوادگی و فرآیندهای تاریخی- فرهنگی- اجتماعی اشاره کردیم. بنابراین در پراکسیس امروزی روانکاوی نیز با بیماران زن هیستریکی مواجه هستیم که نه تنها عاشق روانکاو می‌شوند، بلکه در درمان، نوعی ارضای جانشینی برای زندگی خود و در تخیل، ارضای نیازهای خود توسط درمانگر را جستجو می‌کنند.

سوال تشخیصی

در ارتباط با این پیش‌بینی، یعنی احتمال اینکه ممکن است یک انتقال پیچیده اروتیک پیش آید یا نه، بلحاظ تشخیصی مهم است که از بیماران به پرسیم که آنان در کدام زمینه‌های زندگی عاطفی-عشقی خود گله‌مند و ناراضی هستند. اگر عمدتاً با مشکلات نورووتیک سروکار داشته باشیم که روابط جنسی رضایتبخش در روابط دوستی و یا ارتباطات طولانی‌مدت را با مانع مواجهه و یا غیرممکن می‌کنند، خطر شکل‌گیری عشق انتقالی غیرقابل حل، کم است.

اما بدترین حالت به سمت یک عشق انتقالی تخیلی زمانی رخ می‌دهد که سیر رشدی نورووتیک به انزوا ختم شده و بیمار به سنی رسیده که شانس پیدا کردن یک زوج مناسب کاهش یافته است (هوهاگه و کشله ۱۹۹۶).

با وجود استقلال، تأثیرات داده‌ها و شرایط اجتماعی بر این دسته از زنان در مقایسه با مردان از گروه مشابه نامناسب‌تر است، زیرا همانگونه که می‌دانیم دسترسی مردان نورووتیک و منزوی در جامعه ما به زنان غیرمتاهل آسان‌تر است. تفاوت روان‌جنسی مردانه و زنانه در این مسئله نقش دارد که مثلاً مردان در جستجوی همسر از طریق آگهی، آسیب کمتری می‌بینند تا زنانی که دست به ماجراجویی‌های کوتاه زده‌اند.

جنسیت روانکاو و انتقال اروتیک

برای خواننده این سوال پیش می‌آید که کلیات در طیف انتقال مثبت چه نقشی دارند. در ابتدا مشخص می‌شود که بیماران مردی که با روانکاو زن کار می‌کنند تحت شرایط مشابه بندرت به انتقال اروتیک می‌رسند تا برعکس. ما از این مسئله هراسی به دل راه نمی‌دهیم که یک نقطه‌نظر کلی‌تر را بیان کرده و به نظر ما در زمان اندیکاسیون باید خیلی جدی گرفته شود. چنانچه ترکیب تشریح شده شامل عوامل مربوط به تاریخچه زندگی، شغلی و اجتماعی موجود باشند که زمینه‌ساز یک انتقال اروتیک هستند، یک روانکاو مرد در فرآیند تصمیم برای تقبل درمان باید به انتقال اروتیک نیز فکر بکند. در حالت تردید بهتر است یک روانکاو زن توصیه شود. زیرا روانکاو زن مرد بواسطه حضور خود و بدون آنکه قصد آن را داشته باشد، انتقال‌های جنسی تولید می‌کنند که برآورده نخواهند شد. لاقلاً طبق نظریه روانکاوی تلاش برای ارضای مادی، یعنی جسمی-جنسی، متناسب با طبیعت انسانی است. چنانچه بیماران زن، روانکاو خود را ایده‌آل‌سازی کرده و افراد دیگر جنبه جانشینی به خود گیرند، به نحوی که دیگر ارضا ممکن نباشد، وابستگی مایوس‌کننده‌ای ایجاد

می‌شود. به همین خاطر بیماران زن زیادی بهتر است از همان ابتدا به روانکاوان هم‌جنس خود مراجعه کنند. در شرایطی که شک داریم، بهتر است بیمار را به یک همکار زن ارجاع دهیم. به علت جنسیت خود باید بگوییم اینکه انتقال عشق میان بیماران و روانکاوان هم‌جنس چگونه است، از حیثه سنجش ما خارج است (پرسون ۱۹۸۵، لستر ۱۹۹۰، کلوس - روتمن ۱۹۹۳).

با وجود تأکیدی که بر ماهیت دوسویه‌ی نورژ انتقال می‌کنیم که عشق انتقال نیز بدان تعلق دارد، زمینه‌های هر بیمار پویایی‌های خاص خود را دارد که متقابلاً یکدیگر را تقویت می‌کنند؛ این حالت زمانی انتظار می‌رود که سن و شرایط زندگی یک روانکاو مثل کلید قصر عمل کرده و بیشتر به سردرگمی و گیجی احساسات منجر می‌شوند تا ادغام آن در زندگی.

اما براستی سردرگمی و گیجی یعنی چه؟ آیا احساسات، عواطف و ادراکات در انتقال، واقعی و یا غیرواقعی هستند؟ واقعی بودن آن‌ها از جانب فروید نیز مورد تردید نبود، با وجود آنکه در انتقال نهفته است که منظور روانکاو نیست، بگونه‌ای که آرزوها و اشتیاق جنسی به سمت و سوی اشتباه هدف‌گیری می‌کنند. بدون تردید رسیدن به هدف، از خصایص شکل‌گیری احساسات است بدین ترتیب در تبادل بیناانسانی به پاسخ مطلوب و یا جلب همکاری نائل گردد. به همین خاطر همواره شخص روانکاو مورد منظور است. وی به‌عنوان شخص در پس زمینه می‌ماند تا به‌تواند به سادگی از عهده عملکرد و وظایف خویش برآید و به‌عنوان مادر، پدر، برادر و یا خواهر نقش‌هایی را تقبل کند که بیمار جهت تکمیل ضایعه خویش بدان نیاز دارد.

تفسیر مقاومت علیه انتقال به از بین رفتن انکار منجر می‌شود، در حالی که روانکاو به‌عنوان کاتالیزاتور عمل کرده و صحنه‌آرایی جدیدی در مفهوم الگوی صحنه (نک جلد مبانی ۴-۳) را امکان پذیر می‌سازد. به همین خاطر اهمیت فروان دارد که شفافیت و وضوح ادراکات بیمار و نه تحریف آن را مبنا قرار دهیم. به همین خاطر ما از صحنه‌آرایی جدید با نقش‌های متناوب سخن می‌گوییم. مادام که روانکاو در این فرآیند گاهاً به‌عنوان کارگردان عمل کند، باعث می‌شود که بیمار نقش‌های ممکن را در شرایط روانکاوی بیازماید و جرأت آن را بدست آورد که از تجربیات که شکل آزمایشی دارند، در زندگی خود بطور جدی از آن‌ها استفاده کند.

اما در این میان جای انتقال اروتیک کجاست که بخش نه چندان کوچک آنالیزهای نامحدود را تشکیل می‌دهد؟ در ابتدا باید گروه بیماران توصیف شده و نیز گروه دیگری از بیماران را در نظر داشته باشیم که در پرتو توصیه‌های تعدیل شده تکنیک درمانی ما به دلایل درونی و بیرونی گذار از تجربیات آزمایشی انجام شده در حین آنالیز به زندگی روزمره را به‌کندی به پیش می‌برند. هرچقدر ارتباط متقابل یک بیمار با طرف مقابل کمتر باشد، رفتار هم‌دلانه، تفاهم‌آمیز و نیز کشفیات جدید

یک بیمار جالب‌تر می‌شود، بدین خاطر که ایده‌آل‌سازی‌های تشریح شده در بالا از طریق سرخوردگی‌های روزمره در در زندگی واقعی تیره نمی‌شوند.

در برخی نقاط عطف مورد بعدی، یک امر کلی آشکار می‌شود. بسیاری موضوعات به این سوال منجر می‌شوند که شناسایی و احترام، علیرغم چشم‌پوشی از ارضای جنسی چگونه به‌دست می‌آید. اغواهای ادیپی و سرخوردگی‌ها، در حالت بیمارگونه در اثر سرکوب چنان به عقب رانده شده‌اند که حیات آرزوها و امیال ناخودآگاه یا در بروز انکارشده‌ها در قالب علایم تظاهر می‌یابند و یا در هیئت ارتباطات پرتعارض و نارضایتبخش با همسر.

مداخل‌یابی به دنیای آرزویی سازنده، پیش‌شرط تغییر و تحول است. در این مسیر جدید توانمندی برای حل مشکلات رشد می‌کند. بدین ترتیب شناسایی امیال و آرزوها که در موقعیت درمانی از طریق حضور و تعبیرات روانکاو تقویت شده و به وجود می‌آیند، از ارضای بلاواسطه منفک می‌گردند. همزمان ماهیت امیال، رفتار هدفمند برای نیل به آرزوها را دنبال می‌کند و همانگونه که می‌دانیم این امر با حس لذت و ارضا توأم است. از طرف دیگر می‌دانیم که در طی زندگی و در مسیر آزمون و خطا، به بسیاری از اهداف زندگی خود نمی‌رسیم. چنانچه در این فرآیند، نیازهای اساسی مورد اصابت قرار گیرند با کمبودهای اساسی در احساس امنیت فردی و نقش‌های جنسیتی مواجه خواهیم شد.

بیماری که اکنون توصیف می‌شود، در انتقال عشق، به دنبال امنیت و شناسایی بود. مشکلات تکنیکی در برخورد با احساسات شدید، کماکان چالش جدی در فرآیند بهبود و درمان محسوب می‌گردند که دامنه آن از وسوسه‌انگیزی شروع و به پس زنی ختم می‌شود.

خانم فرانچیسکا X به علت حملات اضطرابی شدیدی به درمان مراجعه کرد که مخصوصاً زمان اثبات توانمندی شغلی وی بروز می‌کردند. او دوره‌ی کارآموزی خویش را در یک شغل مردانه، به نحو احسن به پایان برده بود و در صورت غلبه بر اضطرابات خویش می‌توانست سیر ترقی شغلی قابل توجهی را طی نماید. اضطرابات وی پس از دوره کارآموزی به وجود آمده بودند، یعنی زمانی که وی به دنیای رقابتی جدی با مردان وارد شده بود. خانم فرانچیسکا X با همسرش که طی کارآموزی با او آشنا شده بود، رابطه روحی و روانی خوبی برقرار کرده بود، اما در روابط جنسی با همسرش چیزی به دست نیاورده بود. به نظر وی دستیابی به ارگاسم برای وی پر زحمت و نیازمند به تمرکز زیاد بود، او به تنهایی می‌تواند سریع‌تر و ساده‌تر به آن برسد.

در مراحل اولیه درمان وی نشانه‌های عشق آتی خود را نشان داد که در جلسه ۴ در تعریفی که از رویای خود داشت شروع شد. وی در این رویا از یک دختر عریان در یک ایستگاه پلیس و مردی

که واکنش نشان می‌دهد سخن می‌گوید. بخش دوم رویا بیانگر یک آزمایش پزشکی است که در خلال آن بیمار بوسیله یک دستگاه پرتوبرداری مشاهده و فقط یک اسکلت عربان آشکار می‌شود. موضوع یک عشق ممنوعه و تنبیهات ناشی از آن یا اجتناب مکرراً در رویاهای بیمار مطرح می‌شوند. خانم فرانجیسکا X در تجربیات خویش شدیداً بین تمایل به اینکه مورد پسند من واقع شود و آرزوهای نگران کننده‌ای که در افکار خود داشت، در نوسان بود.

در جلسه ۱۱ من به یک "دوست خوب واقعی" که وی به دست آورده ارتقا پیدا کردم، به گمان وی البته این دوستی هرگز محقق نخواهد شد. منظور او از هرگز متحقق نشدن، فکر دیگری بود که بیان شد، وی در ادامه صحبت خود از من پرسید: "آیا شما دیشب فیلم تلویزیونی که موضوع آن رابطه یک کشیش با یک زن بود را دیدید؟" خانم فرانجیسکا X در جلسه ۱۴ از یک رویا گزارش داد.

ب: شما به من گفتید که عاشق شده‌اید و بعد مرا بوسیدید، وقتی من عاشق می‌شوم فقط به مرز بوسه می‌رسم، این بهترین مرحله است، چیزهای بعدی، خوب یا بد، اتفاق خواهد افتاد. بعداً شما گفتید بهتر است که آنالیز را تمام کنیم. من راضی بودم، چون از این طریق می‌توانستم چیزهای بیشتری به دست بیاورم.

ظاهراً سیر اروتیک سریع به منظور مقابله با تجربه آنالیز به عنوان "سیر تشنگی" (جلسه ۱۷) به وجود آمده بود. خانم فرانجیسکا X در یک سیمینار آخر هفته در معاشرت هایی که داشته به شناسایی و تأیید رسیده بود که در جلسات بدست نیاورد.

ب: بله واقعاً آنچه شما به من می‌گوئید برای من مهم است. بعضی اوقات فکر می‌کنم بهتر است انتظارات خودم را از شما کم کنم و یا اصلاً آن‌ها را کنار بگذارم، به این خاطر که من هرگز نمی‌توانم امیدوار باشم که شما انتظارات مرا برآورده کنید. پس فکر می‌کنم اگر احساساتم را بیرون بگذارم و با شما به یک گفتگوی عاقلانه وارد شوم، کار خیلی ساده‌تر خواهد شد.

● اظهارات مشابه را می‌توان در هر جلسه آنالیز شنید. طبیعی است که اگر احساسات و هیجانات بیرون گذاشته شوند، کار ساده‌تر می‌شود. اما از این طریق اتفاقاً همان تجزیه‌ای ادامه می‌یابد که پایه و اساس اختلال را تشکیل داده است. برای آنکه از فشار بیمار بکاهم، متذکر می‌شوم که برانگیختن هیجانات شدید در شیوه‌ی کار، یعنی دراز کشیدن روی کاناپه نهفته است و شناسایی این هیجانات برای من کاملاً بدیهی است. اما به علت رابطه خاص (درمانگر- بیمار) و نیز تعهدات شغلی، من نمی‌توانم آنگونه که وی می‌خواهد به تمایلاتش پاسخ دهم. اما من یک تشابه میان احساس عدم امنیت وی نسبت به خودم و انتظارات مأیوس کننده‌ی، یعنی این که وی که تاکنون از جانب هیچ مردی بطور کامل پذیرفته نشده، برقرار نموده و به همین خاطر از ریشه‌های این ناامنی سوال می‌کنم.

در اینجا من یک فکر و ایده نیز دارم: به نظرم بیمار در عشق انتقال و نیز در دوستی‌های خود، بیشتر به جستجوی مادر است تا پدر.

این موضوع بیمار را منقلب می‌کند. او برای نخستین بار از برداشت‌های مادرش صحبت می‌کند که در جلسه اول فقط گفته بود: "چیزی در این باره برای گفتن ندارم." بیمار می‌گوید که وی اصلاً تصویری از خودش به‌عنوان زن ندارد. وی اکنون صحبت درباره خاطرات کودکی خود را شروع و پدر و مادرش را توصیف می‌کند که برای انجام مراسم خاصی به کلیسا رفته بودند. او به‌عنوان یک کودک چهار ساله در کناری می‌ایستد، شروع به گریه می‌کند و نمی‌داند والدین‌اش آنجا چکار می‌کنند. هنگامی که والدین از محراب برمی‌گردند، زانو زده و دست‌های خود را مقابل صورت می‌گیرند، بیمار این صحنه را به شفافیت یک عکس در ذهن خود حک می‌کند: مادر یک زن زیبا با موهای بلند قهوه‌ای زیر یک روسری، مثل یک خدمه در یک مزرعه که به مرغ‌ها دانه می‌دهد، ساده و شاد.

سپس به یاد بیمار می‌افتد که وی در سن ۶ سالگی به یک پانسیون کودکان فرستاده شده است. مادر در این ایام حامله بوده و هنگام تولد خواهر کوچکتر به بیماری اِکلامپسی (افزایش فشار خون همراه با تشنج در ماه‌های ۹-۶ حاملگی) با عواقب وخیم مبتلا گردیده که درمان نمی‌شود. اکنون در افکار بیمار تصویر مادر، هنگامی که بیمار از پانسیون به خانه برمی‌گردد، زنده می‌شود: یک زن پف کرده، زشت، بازوها و ساق‌پاها در نوعی مایع که ماهیچه‌ها را الکتریزه می‌کردند. از آن زمان به بعد مادر با زبانی که به سختی قابل فهم است غر می‌زند، کوتاه سخن: یک تصویر وحشتناک از اضمحلال که برای شنونده و خواننده تخیلات ادیبی توأم با حاملگی و رقابت را آشکار می‌کند.

بیمار سپس از این افکار می‌پرد و با تغییر ناگهانی هیجانات شروع می‌کند درباره آب و هوا صحبت کند. وی می‌گوید در این حال می‌تواند با تصور یک لباس راحت و مشبک، آنالیز را ادامه دهد.

● عاشقی به موتور درمان تبدیل می‌شود؛ فقط در چنین حال و هوایی می‌تواند درباره‌ی موضوعات نگران‌کننده و خجالت‌آور صحبت کند. بر این فکر که هیچگاه به واقعیت تبدیل خواهد شد، هرگز نمی‌تواند غلبه کند.

● انتقال آری، رابطه‌ی کاری نه؛ اینگونه می‌شد این جو گلخان‌های را توصیف کرد. وضعیت موجود به فقدان احساس امنیت اساسی اشاره دارد که بواسطه خودنمایی و گشاده‌روی ادیبی قابل جبران است.

بیمار در یکی از جلسات بعدی (۲۳) این سوال را مطرح می‌کند که چرا روانکاو روپوش سفید نمی‌پوشد: "شما از این طریق خنثی‌تر، گمنام‌تر و مثل پزشکان دیگر می‌شدید." در حین کار مشخص می‌شود که این حرف یک جنبه‌ی آرزویی و یک جنبه‌ی دفاعی دارد. در ارتباط با

لباس‌های تابستانی کوتاهش روشن می‌شود که وی به‌دنبال یک نوع تقسیم نقش است: در صورتی که روان‌کاو گمنام به‌ماند، وی می‌تواند خود را بیشتر نشان دهد؛ هر چقدر بیمار مرا بیشتر به‌عنوان شخص تجربه کند، کمتر می‌تواند به‌راحتی روی کاناپه بلمد. به‌همین خاطر وی در تابستان احساس زنانگی بیشتر دارد؛ در زمستان همه چیز پوشیده و بسته‌بندی شده است.

من درباره خود-پنداره‌ای که مبتنی بر آب و هوا باشد ابراز تردید می‌کنم و می‌گویم، در این صورت باید منتظر توفان سرخوردگی‌ها بود. بیمار حس می‌کند که من به وسوسه‌انگیزی جنسی وی پاسخ نمی‌دهم و با خلق به‌هم ریخته واکنش نشان می‌دهد.

● ایجاد رابطه‌ی انتقال در هفته‌ها و ماه‌های اول عمدتاً در یک جهت تثبیت گردید، به‌نحوی که تلاش‌های اولیه بیمار برای جلب توجه من، با نگرانی از این که من به سمت وی نه‌خواهم رفت، کمرنگ شد.

تمام داستان رابطه‌ی بیمار با پدر که بعد از فلج شدن مادر، مسئولیت‌های زیادی به عهده می‌گیرد را نمی‌توانیم در اینجا بازگو کنیم. قضاوتی که پدر در مورد بیمار کرده هم آن زمان و هم در حال حاضر برای بیمار کشنده و بد است: آدم نمی‌داند با تو چکار کند. این منطبق با احساس بیمار است که پدر برای او قابل پیش‌بینی نیست، بیمار به‌عنوان بچه همواره از پدرش ترس و لرز داشته است.

سیر درمانی ماه‌های اول به من امکان داد تا سرزنش روبه رشدی را برای بیمار بیان کنم. د: من تلاش کردم شما را به سوی خودم جلب کنم، اما در این امر ناموفق بودم؛ چرا دیگر به من توجه نمی‌کنید، چرا صمیمی نیستید و با من کنار نمی‌آیید. چنین احساسی در اینجا زنده می‌شود و شما را سرخورده می‌کند.

ب (پس از یک سکوت): من نمی‌دانستم این حالت خودم را به چه کسی ربط دهم. اما قبلاً فکر کردم که پدرم تنها کسی است که این موضوع می‌تواند به او مربوط شود. (سکوت) الان به یاد کلیسای خودمان می‌افتم، یک بنای بزرگ با یک مسیح به صلیب کشیده شده بزرگ که نگاهش به پائین است، و بعد به یاد آن کشیشی می‌افتم که ترس بزرگی از او داشتم.

د: اینجا زمانی رابطه ما خوب است که رفتار خوب و شایسته داشته و زرنک نیز باشید. اگر شما به‌دنبال چیز دیگری باشید، خطر آن که خلق و روحیه من به‌هم بریزد، زیاد است و سپس در دید شما شبیه به پدرتان خواهم شد؛ شما به وضعیتی دچار می‌شوید که باید منتظر به‌مانید تا من از سر ترحم شما را قبول کنم، مثل یک دختر بچه بی پناه، اما انتظار این کار بسیار طولانی است و چه بسا شما هرگز به آن دست نیابید.

ب: وقتی ۱۵ ساله بودم با یک پسر بدنام دوست شدم، اولین رابطه‌ی عشقی من، او بعداً یک دختر کمک آشپز را حامله کرد، پدرم آنقدر به من بد و بیراه گفت، گویی من آن دختر بودم.

د: در تجربیات شما تفاوت بزرگی نبود.

ب: به خاطر این کارها، ارتباط ما هیچ وقت دیگر خوب نشد. من فکر می‌کنم هنوز در انتظار صلیبی هستم که پدر روحانی موقع خداحافظی روی پیشانی می‌کشد. برای من این کار را نکرد، به نحوی که نمی‌توانم بلحاظ درونی آن را باور کنم.

در جلسات بعدی بیمار به گذشته کاتولیکی خود می‌پردازد. او فیلمی را می‌بیند که در آن زنی نام کوچک وی را حمل می‌کرده، طبق نظریه‌ی پدر خانم فرانجیسکا X باید مثل آن زن می‌شده است. وی به خاطر می‌آورد که پدرش در آغاز دوران بلوغ، یک جزوه‌ی روشنگرانه از کلیسا آورده و به وی می‌دهد که روی صفحه اصلی آن و در حالی که تصویر یک دختر را نشان می‌داد، نوشته بود: یک کاتولیک واقعی. وی اصلاً تصور نمی‌کند که پدرش ممکن است با زنان روابطی داشته باشد. وی به این خاطر و زمانی که من اشاره کردم که در زمان حاملگی مادر باید به پانسیون کودکان می‌رفته، ناراحت شده است.

بیمار به روابط خود با مردان مسن می‌پردازد.

ب: راستش را بخواهید من همیشه رویای عاشقی با این مردان را در سر داشتم و برای مدت‌های طولانی رویای همخوابگی با آنان را با خود حمل می‌کردم. اما در واقع به دنبال یک حامی بودم که مرا درک کند و به من کاری نداشته باشد. موضوعات جنسی برایم مهم نیست. مسخره است، اما از زمانی که آنالیز را شروع کرده‌ام، این رویا را دیگر ندارم.

د: تصور اولیه شما از آنالیز هم همین بود، پیدا کردن یک حامی در شخص من، کسی که بتوانید به او اعتماد کامل کنید، اما کاری با شما نداشته باشد.

ب: بله همین جور بود و این احساس را دیگر ندارم. به نظر من شما می‌توانید همیشه خودتان را کنار بکشید، شما همیشه خارج از موقعیت قرار می‌گیرید، من نمی‌توانم شما را پایبند کنم، راستش شما بیشتر شبیه به کامپیوتر هستید که افکار را جمع‌بندی می‌کند و پیشنهاد می‌دهد نه مثل یک انسان، شما نباید این جور باشید. هر وقت به شما فکر می‌کنم به یک بن‌بست می‌رسم. چون از یک طرف شرع می‌کنم این احساس را داشته باشم که چشمان شما گرما و اعتماد زیادی به من می‌دهد و بعداً همه چیز قطع می‌شود، فکر می‌کنم از یک خواب بیدار می‌شوم و از عالم رویا به واقعیت پرت می‌شوم، مثل این که وقتی رویای شما را داشته باشم، صبح‌ها لب تخت من نشسته‌اید و مرا بیدار می‌کنید. ولی من نمی‌خواهم از رویای خود به واقعیت برگردم.

● بدینوسیله مشکل تکنیک درمانی روشن شد که بیمار زمانی که چشمان خود را باز می‌کند، به ارضا و شناسایی دست می‌یابد.

آقای آرتور Y در یک حالت مشخص از من سوال می کند آیا من از روند درمان راضی هستم یا نه. من جواب مثبت خودم را با این تذکر همراه می کنم که وی راضی تر می شد، چنانچه من شناسایی خودم را به سکه نقد تبدیل می کردم (اشاره به افزایش حقوقی که وی منتظر آن بود). بیمار این تشبیه را می پذیرد، بدین نحو که از آرامشی صحبت می کند که پس از بیان مثبت من در وی ایجاد شد. اما بعداً تشویش و نگرانی به وجود آمد که بیمار آن را به انتقاد احتمالی که من دارم ربط داد. شاید وی کاری برای پیشرفت روند درمان انجام نمی دهد. مدتی قبل وی در محل وقوع یک تصادف آنچه در توان داشته انجام داده، اما بعداً با سرزنش، از خود سوال می کند که آیا واقعاً کاری را که از دستش برمی آمده انجام داده است یا نه.

میزان افزایش حقوق در تجربیات بیمار به آینه شناسایی و علاقه به وی تبدیل می شود. این که چقدر عالی است انسان توجه بدست آورد، بدون آن که کاری برای آن انجام دهد، از نظر بیمار به دور مانده بود. وی در حالی که نوعی توازی با آموزگار (هم جنس گرای) مدرسه در دوران بلوغ خود ایجاد می کند، به این موضوع اشاره می کند (وی از بیان صفت نگران کننده اجتناب می کند).

● در ابتدا این موضوع که چگونه می توان به شناسایی رسید، بدون آنکه ریسک زیادی را متحمل شد، در چارچوب صحبت آتی که وی با رئیس خود دارد، به بحث گذارده شد.

ب: من آماده هستم که بیشتر از حد معمول کار کنم، اما برای این کار باید پول بیشتری هم دریافت کنم، اینکه من می توانم چقدر ریسک کنم، بدون آنکه پس زده نشوم، مشکل اصلی است. من کاملاً حس می کنم که از ۲ چیز ترس دارم: از اینکه او خواسته های مرا رد کند، یا از فرصت از دست رفته، اگر اصلاً از طرح خواسته هایم صرف نظر کنم. این تأثیر بدی روی خلق و روحیه من خواهد گذاشت، و چیزی شبیه به این وضعیت در اینجا نیز به وجود آمده است. من وقتی جمعه این سوال را مطرح کردم، گفتم که درمانگران قبلی من به این سوال جواب نمی دادند، بلکه سوال را به زمین من می انداختند، مثل توپ پینگ پنگ. طرح این سوال برایم آسان نبود، چون از اینکه پس زده و تحقیر شوم می ترسیدم.

د: البته در جلسه ای من به این نکته پی بردم که پس زنی چیز خوبی نیست، اما از طرف دیگر از این طریق نوعی فاصله نیز ایجاد می شود، انسان ها از هم فاصله می گیرند.

* Fusion Desires
Verschmelzungswünsche

ب: این نکته به نظر من مهم است. فاصله باید باشد تا طرفین آنگونه رفتار نکنند که آموزگار هم جنس‌گرای مدرسه رفتار می‌کرد. به همین خاطر این سوال مطرح می‌شود که اگر من از پوست خودم بیرون بیایم و دیگر خودم نباشم و شما دیگر خودتان نباشید، چه کسی تضمین‌کننده این فاصله است، و این که ما مثل دو تکه کره نباشیم که در یک ظرف انداخته می‌شوند. . .

ر: بله. . .

ب: در ماهی‌تابه‌ای که گرم می‌شود.

ر: بله.

ب: بعداً با هم خلوط می‌شوند.

ر: شما و من تضمین‌کننده آن هستیم، چون شما، شما و من، من خواهیم ماند.

ب: بله بله، خوبه.

ر: بله.

ب: این گفته شما مثل یک پتک است، اصلاً قصد شما از این اشاره چیست؟

ر: بله بله. احتمالاً شما نظریه مرا به عنوان ضربه دریافت کردید، چون اشتیاق برای ذوب شدن، مثل کره، در شما وجود دارد. این یک تصویر عالی از ترکیب است که معنای عمیقی دارد. ترکیب، تبادل، اشتراک.

ب: و چون این تحقق‌پذیر نیست، و شاید به همین علت آقای دکتر آ (یکی از روانکاوان قبلی) به طور کنایه‌آمیز به تیزی چاقو (یعنی شفاف - مترجم) گفت که چنین امری غیرممکن است، یعنی این موضوع الان هم به گفتگوی ما وارد می‌شود، با وجود آنکه من زمانی که از تیزی چاقو صحبت کردم، قویاً می‌خواستم به همین موضوع اشاره کنم.

ر: به تیزی چاقو.

ب: تیزی چاقو، مرا به یاد دختری می‌اندازد که ممکن است با چاقو به او آسیب رسانم.

● بیمار گفتگو را دوباره به انحراف می‌کشاند. من فکر می‌کنم در حالی که اشتراک بین این دو موضوع ایجاد کنم، سرنخ اصلی را بدست خواهم داشت:

ر: موضوع بر سر نوعی ترکیب و امتزاج بود و در فرو بردن چاقو نیز رابطه تنگی برقرار می‌شود، میان چاقو و . . .

ب: ولی یک رابطه ویرانگر.

ر: بله ویرانگر.

ب: و خجالت آور.

د: یک ادعای بی نظیر. حل نشدن کره در ماهی تابه.

ب: نه نه، یک ادعای بی نظیر از جانب کسی که چاقو را در دست دارد و دیگران را تهدید و یا مجروح می کند.

د: بله بله، چاقو.

ب: و آموزگار (که مراقبت از بیمار در پانسیون را عهده دارد بود) یک چاقو داشت، نه به معنای یک شیئی واقعی، بلکه در رفتارش.

د: در بسیاری موارد، در رفتار کلی و موارد خاص، با دندآن هایش.

ب: و مثلاً موقعی که می خواست تب مرا اندازه گیری کند.

د: موقع اندازه گیری تب شما با تب گیر که وارد می کرد و آلت خودش، زمانی که او شما را روی پاهایش می نشاند.

ب: این قسمت را (بیمار بخش "به یاد نمی آورم را" از قلم می اندازد)، از خودم هم این سوال را کرده ام. اما گمان نمی کنم. چیزی در این مورد یادم نمی آید.

د: ممکن است که فراموش کرده باشید و نیز اینکه او . . .

ب: . . . به کارش وارد بود . . .

د: . . . پنهان کند، که آلتش احتمالاً بلند شده بود.

ب: بله احتمالاً این جوری بوده. در این مورد چیزی یادم نمی آید. خدا را شکر تا آن حد پیش روی نکرد، ولی من با این حال احساس خطر و تهدید می کردم. بله، چیزی شبیه به حالا. از طرفی احساس استیصال و تسلیم. من مریض بودم و امکان آن را نداشتم که بگویم مراقب دیگری می خواهم. اعتمادی نبود. راستش اینجا همیشه این جوری نیست، فقط وقتی با دقت فراوان به آن فکر می کنم. بعد یک جایی مانعی هست که به من می گوید نباید زیاده روی کنم، چون ممکن است نتوانم از خودم دفاع کنم. مطمئنم که شخصیت شما و من بزرگترین ضامن هستیم، اما بیان همین مطلب را به عنوان دست رد تجربه کردم.

د: بله، چون این امتزاج مبین یک اشتیاق است، یعنی تا آنجایی که می توانید از چربی من برای خود ذخیره کنید، بنابراین موضوع فقط افزایش حقوق نیست، بلکه یک میلیون جلب توجه، به عنوان نماد قدرت و مردانگی.

ب: بله، آنچه الان گفتید، به من امنیت می دهد. این به فکرم می رسد: خیلی خوب من با این اشتیاق به جلب توجه، اگر مثل آن دو تکه کره ممکن نیست، چکار کنم.

در جلسه بعدی بیمار درباره مخلوط کردن دو بسته شکلات صحبت می کند و بدینوسیله منشأ مقعدی با تمام جنبه های ناخودآگاه را روشن می کند.

ر: چرا باید از آن صرف نظر کرد؟ چه کسی ادعا می کند که قابل تحقق نیست و چیزی از اینجا عاید شما نمی شود؟

ب: بله، بله، یا همه چیز یا هیچ چیز.

ر: و شما با چاقو کمی از چربی های مرا می برید.

ب (می خندد): چون گرایش همیشگی من، همه چیز یا هیچ چیز است.

ر: شما الان این موضوع را هم کشف کردید که برای رسیدن به چیزهای بیشتر می توانید کنجکاوتر باشید.

ب: نمونه خاص و مشخصی را مد نظر دارید؟

ر: هوم.

ب: چون من می خواستم بدانم که شما در تعطیلات...

ر: بله، الان همین موضوع به عنوان مثال در نظرم بود، چون این یک نوع کنجکاوی سمج بود. ضمناً شما می خواهید یک مرد باوفا داشته باشید که نتوانید تحقیرش کنید، که استقلال خودش را حفظ کند، در غیر این صورت ضعیف خواهد بود.

● همیشه زمانی که بیمار و روانکاو افکار مشابه داشته باشند، جالب و اطمینان بخش است. بیمار پس از یک استراحت کوتاه درباره رئیس خود صحبت می کند.

ب: شما از کلمه اشتیاق به جلب توجه صحبت کردید. اما موضوع ما حول و حوش اشتیاق برای توافق بود.

ر: اشتراک.

ب: بله، بله.

ر: هوم.

ب: این چیزی است که از اول زندگی مرا آزار می دهد، از زمانی که من اولین سعی خودم را برای ایجاد رابطه با دختران کردم. اولین بار با همسر من این جوری نبود. وقتی که جلب توجه من پاسخ داده می شد، علاقه ام را نسبت به وی از دست می دادم. وقتی او ضعف نشان می داد، تقریباً برایم بی ارزش می شد...

ر: بله، بله، ضعیف.

ب: یا برعکس، وقتی من بطور کلی احساس میل و توجه به فردی پیدا می‌کردم و پاسخ فوری دریافت نمی‌کردم، پرخاشگر می‌شدم. این مسئله را به عنوان تحقیر بزرگ تجربه می‌کردم. و این وضعیت نیز که هر دوی ما نمی‌توانیم مثل کرده در هم دیگر حل شویم.

د: شما اینگونه توصیف کردید که قبلاً بیشتر پرخاشگر بودید. یک وقتی باید تغییری ایجاد شده باشد، تحقیر خود، سرزنش خود، اینکه شما نمی‌توانید کاری را به اتمام برسانید، احساس تقصیر و گله از خود.

ب: الان تصویر آن دو تکه کره به ذهنم رسید. در مذهب و سرشام با چیزی مشابه روبرو هستیم.

د: در آئین عشای ربانی.

ب: بله در این آئین، در وحدت، در غذای جسم، بنابراین نه فقط من، بلکه میلیون‌ها نفر چنین آرزویی دارند. پس شامل حامل من نیز می‌شود، چون من هم یک انسانم.

د: بله.

ب: نه به این علت که من با آن آموزگار آشنا شده بودم.

د: بله.

ب: بنابراین چیزی نیست که دائماً با آن مبارزه و تحقیر می‌شود، چیزی که از ارزش انسانی من کم می‌کند، بلکه چیزی است که به آن احساس تعلق می‌کنم، چون من هم مثل آدم‌های دیگر هستم.

د: بله.

ب: و الان موضوع این است که شما نیز یک انسان هستید و از احساساتی همچون من برخوردارید، به همین خاطر باید امکان آن وجود داشته باشد که موضوع کره عملی گردد.

د: بله.

ب: از طرف دیگر باید کمی یواش‌تر بروم، چون در غیر این صورت زیاده روی خواهم کرد. شما کاملاً حق دارید. این‌ها کاملاً برخلاف یکدیگر هستند، مثل خلق و روحیه من که در عرض چند ثانیه به هم می‌ریزد و مثل یک تراوایی که تلاش می‌کند به تعادل برسد. فقط در روحیه، من به این تناسب متعادل نمی‌رسم. و الان فکر می‌کنم اگر واقعاً موفق شوم و به پیش رئیس بروم و درباره پول صحبت کنم، شاید فکر کند که ممکن است من بدون دریافت دستمزد هم کار کنم. اگر من در ازای کاری که می‌کنم، تقاضای پول کنم، او سرخورده خواهد شد، به خاطر این که او هم یک انسان است. من باید از این نقطه نظر همه چیز یا هیچ چیز فاصله بگیرم و بپذیرم که صد منهای یک، برابر صفر نیست، بلکه صد منهای یک، نود و نه و از صد منهای پنجاه، هنوز پنجاه تا باقی می‌ماند، متوجه من می‌شوید؟ و این همان کاری است که برای من سخت است.

ر: البته صد در صد بهتر است، هوم.

ب: بله اما صد منهای یک . . .

ر: می شود نود و نه.

ب: و برای من نود و نه برابر یک است. من توجهم به این قسمت از صد بیشتر می شود تا نود و نه.

ر: و همه چیز به این قسمت منتقل می شود و شما بعداً خودتان احساس هیچی می کنید.

ب: بله، اگر همه چیز را بدست نیاورم، هیچ چیز دیگر نمی خواهم. من هنوز منتظر یک انفجار هستم و این زمانی اتفاق می افتد که من به شناخت امروزی برسم، چون دکتر ب به من می گفت، در این صورت ترس و اضطراب شما مثل یک بادکنک می ترکد و از بین می رود. من باید به این موضوع فکر کنم، چون اگر اتفاق می افتد، خیلی خوب می شد.

ر: من حس می کنم که شما از کشفیات امروز خودتان خوشحال هستید، اما اعتماد ندارید که با صدای بلند خوشنودی خودتان را بیان کنید و دوباره آن ها را کمرنگ می کنید. شاید از این موضوع هم که من اینجا زیاد ابزار خوشحالی نمی کنم، تا حدودی سرخورده هستید.

● بعداً به انفجاری فکر می کنم که یک درمانگر دیگر پیش بینی آن را کرده بود. این که چنین مبالغه هایی که درمانگر را به یک معجزه گر تشبیه می کنند، ناخودآگاه به تحقیر مقعدی وی منتهی منجر می شود که مانع ایجاد انفجار و بهبود تدریجی می شده است، در تاریخچه بیماری این بیمار آشکار می شود.

۴-۲-۲ انتقال اروتیک*

خانم گرتروود X، ۳۳ ساله، مجرد، به علت خلق افسرده و چندین بار اقدام به خودکشی از جانب پزشک خانواده ارجاع داده شده است. علاوه بر آن بیمار از سردردهای مکرر شکایت دارد. پزشک خانواده در گفتگوهای فراوان از بیمار حمایت کرده بود، اما رابطه ی آن ها در این بین آنقدر متشنج شده بود که وی دیگر نمی توانست به کار خود با خانم گرتروود X ادامه دهد.

شرایط پر تعارض اینگونه بوجود آمده بود: بیمار تک فرزند و پدر خود را در سه سالگی در جنگ از دست داده بود. رابطه ی زوجی والدین متشنج و مادرش بعد از مرگ پدر ازدواج نکرده بود. وی در ابتدا به خانواده برادر خود نزدیک می شود که از جانب بیمار عزیز شمرده می شد. این دایی نیز در ۵ سالگی بیمار در جنگ کشته می شود. پدربزرگ مادری نقش بزرگی به عهده داشت، یک مرد مقتدر

* Erotized Transference
Erotische Übertragung

و قلدر که مثل اعضای دیگر خانواده مذهبی بود. مادر بیمار کودکانه و وابسته به افکار دیگران معرفی می‌شد که سعی می‌کرد بیمار را به خود وابسته گرداند.

تقریباً ۶ سال قبل از شروع درمان، روند مثبتی از طریق آشنایی با یک همکار بوجود می‌آید که باعث شده بود بیمار از مادر خود فاصله بگیرد. این همکار بعداً قصد ازدواج و به دنبال آن نقل مکان می‌کند. بیمار خود را در چنبره تلاش‌های وابستگی مادر می‌بیند و با رفتارهای پرخاشگرانه واکنش نشان می‌دهد. بیمار روابط دوستی پایدار با غیرهمجنسان نداشته است. رابطه وی با مردان در تلاش برای به دست آوردن شناسایی تعریف می‌شد، در حالی که وی رفتار دلسوزانه رؤسا و پزشکان را توسط تحریکات خویش با چالش مواجهه می‌ساخت.

● بیمار در مصاحبه اول، آمادگی من برای کمک به خود را مطرح می‌کند، در حالی که زنجیره‌ای از تجربیات فقدان خویش را آشکار می‌کند. من به همین خاطر به وی پیشنهاد می‌کنم که هدف درمانی را استقلال بی‌تعارض از مادر و دستیابی به نگرش مثبت‌تر نسبت به مردان مشخص کنیم. در حالی که من تعجب کردم، خانم گرتروود X پیشنهاد درمانی مرا پذیرفت، اما از همان ابتدا تردید خود درباره‌ی موفقیت درمانی را بیان نمود. او قبل از هرچیز در مقابل سن من بدبین بود؛ او فقط می‌تواند با مردان مسن رابطه‌ی اعتمادبرانگیزی ایجاد کند، من تقریباً هم‌سن او بودم.

● من با توجه به این تردید آشکار، از همان ابتدا مواظب بودم بینم در تعامل ما چه نشانه‌های صمیمی، تمایل به شناسایی و یا علایق اروتیک به وجود می‌آیند. تعبیراتی که مربوط به این موضوعات می‌شدند، با پس‌زنی خاص بیمار مواجهه می‌شدند؛ او همواره تأکید می‌کرد که مشغولیت وی با من به این طریق بی‌معنا است. من بطور خودکار تلاش می‌کردم به او بفهمانم که اتفاقاً فکر کردن به من معنای زیادی می‌تواند برای او داشته باشد. می‌خواستم به بیمار اثبات کنم که وی محرک‌های خویش را سرکوب می‌کند. این تعبیرات فقط به این منجر شد که بیمار بر احتیاط خود بیافزاید. تلاش از طریق تعبیر محتوای عمیق نهاد برای آب کردن یخ موجود، بیمار را شدیداً جریحه‌دار کرد و وی با واکنش افسردگی، افکار خودکشی و عقب‌نشینی بدان پاسخ گفت. این علایم هشداردهنده موجب شد تا من در تعبیراتی که ممکن است تعارضات را شدت بخشند، احتیاط بیشتری بخرج دهم.

با وجود عقب‌نشینی بیمار، افزایش علاقه او نسبت به من قابل انکار نبود؛ وی سر ساعت مقرر به جلسات می‌آمد، با محتوایی که در جلسات ارائه می‌شد خود را مشغول می‌کرد و از عطری استفاده می‌کرد که تا ساعت‌ها پس از جلسه در اتاق "حضور" او را حس می‌کردم.

با این تغییرات، موضوع جدیدی در تعامل ما پیدا شد؛ مادر بیمار به موازات طولانی شدن دوره‌ی درمان نسبت به درمان حسادت می‌ورزید، این در حالی بود که من طبق گزارشات بیمار در

مشاجرات بین آن دو، غالباً به عنوان شاهد و قاضی حضور داشتم. مادر در ۲ تماس تلفنی که با من داشت در حالی که از دختر خود گله می کرد، سعی داشت مرا با نقطه نظرات خویش همراه سازد. این تلاش از جانب من در نطفه سرکوب شد و بجای آن استقلال در برابر مادر به موضوعات ارجح جلسات تبدیل شد. بیمار بطور مشروح از حملات مکرر مادر، از رفتارهای کودکانه و حسادت او تعریف نمود و در من حمایتی را جستجو می کرد که بتواند با اتکا به آن از مادرش فاصله بگیرد. در این مرحله از درمان، تعامل ما برای اولین بار بدون تعارض طی می شد.

شکاف بزرگی با اولین تعطیلات تابستانی ایجاد شد که قطع درمان برای چند هفته را در پی داشت. پیش از این قطع موقت چیزی در این زمینه حس نمی گردید و عمدتاً درباره ی تعارضات بیمار با مادرش صحبت می شد. اما در آخرین جلسه قبل از تعطیلات، بیمار شدیداً افسرده و منفی شد و نگاه تحقیرآمیز پیدا کرد. بدون آنکه بخواهم، در نقش حمایتی از درمان فعال شدم؛ این در حالی بود که بیمار صریحاً تمام دستاوردهای مثبت را بی ارزش جلوه می داد. عصر همان روز بیمار به من تلفن کرد و از قصد خودکشی صحبت کرد؛ او مرا درگیر یک گفتگوی طولانی و محتوای جلسه نمود. خانم گرتروود X در طول تعطیلات من مجدداً به پزشک خانواده خود مراجعه و از او طلب حمایت کرد. بزودی درگیری شدیدی پیش می آید که بیمار به دنبال آن دژ بالایی داروی خواب مصرف می کند و برای مدت کوتاهی بستری می شود. در تشریح این اوضاع به نظرم آمد که نوعی حس پیروزی در فضا حاکم است. پس از تعطیلات تابستانی، تعامل با من شبیه به دوران اولیه درمان شد: بیمار مردد و منفی بود و در ارتباط با توفیق درمانی نگاه تحقیرآمیز پیدا کرده بود. بیمار بر مبنای تجربیات خود در حین تعطیلات تابستانی، تأکید می کرد که ادامه درمان بی معناست و وی امیدی ندارد. حداکثر بعد از اتمام درمان وی تنها خواهد ماند و کسی از او حمایت نخواهد کرد.

● در حالی که تهدید به اقدام خودکشی را پیش چشم داشتم، تلاش کردم همدلی خودم را به بیمار نشان و به او توضیح دهم که دید و رفتار من نسبت به وی بعد از اتمام درمان نیز ادامه خواهد یافت. جنبه فشار روحی رفتار وی بر من درک می شود، اما به علت هراس از پیش آمدهای ناگوارتر مورد بحث قرار نمی گیرد.

آنچه تعارض در این مرحله درمان را شدت بخشید، موقعیت شخصی خود من بود: بیمار فهمیده بود که من روند طلاق را طی می کنم و خانواده ام بدون من نقل مکان کرده اند. به این واقعیت در حین درمان بطور گذار اشاره شد، اما من فهمیدم که بیمار برای آنکه از زندگی خصوصی من سر در بیاورد، خارج از درمان مرا با اتومبیل خود تعقیب می کند. این مشاهدات از جانب من تعبیر شد، بدین معنا که بیمار کنجکاو شده و در تخیل خویش آینده مشترکی را با من ترسیم می کند. پیامد این تعبیر، یک اقدام به خودکشی دیگر بیمار بود که البته به بستری شدن وی در بیمارستان نیانجامید، اما

مرا شدیداً تحت فشار قرار می‌داد؛ تلفن‌های بیمار بعد از جلسات زیاد شد. البته من در هر صحبت تلفنی تأکید داشتم که این موضوعات را باید در حین جلسات به بحث گذاشت، اما جرأت قطع قاطعانه تلفن را نیز نداشتم، بدین ترتیب بحث‌ها و بگومگوهای تلفنی ما طولانی شد. این وضعیت برای زمان طولانی ثابت ماند؛ بیمار در حین جلسات حرف نمی‌زد، روی خوش نشان نمی‌داد و در مورد شرایط ابراز ناامیدی می‌کرد. من تلاش می‌کردم، بخشاً به وی جرأت بخشم و بخشاً وی را با پس‌زنی نهفته درگیر کنم. واکنش وی غالباً جریحه‌دار شدن بود و نیز تلفن‌های بعد جلسه تا وی "آخر هفته را پشت سرگذارد." اینکه وضعیت بیمار در زندگی اجتماعی رو به بهبود داشت و از شدت درگیرهای بیمار با رئیس‌اش کاسته شده بود، از جانب من دریافت می‌شد، اما معنای چندانی برای روند درمانی ما نداشت. با توجه به وضعیتِ مات موجود، جسارت اتمام درمان را نداشتم، زیرا خطر اقدام به خودکشی جدی کم نبود.

نقطه اوج و همزمان پایان این وضعیت زجرآور تلفنی بود که ضمن آن بیمار به من گفت که همین الان یک دژ کشنده داروهای خواب آور مصرف کرده است. وی از یک باجه تلفن که نزدیک مطب من بود تلفن می‌کرد. در این موقعیت اضطراری باید فوری عمل می‌کردم: من با اتومبیل خودم او را به کلینیک بردم. مسافتی که ما مشترکاً در ماشین طی کردیم، تحویل وی به پزشکان اورژانس و غیره، طبعاً ارضای انتقالی زیادی به همراه داشت: برای یک زمان کوتاه وضعیتی برقرار شد که گویی من و بیمار واقعاً یک زوج هستیم. در اینجا به نقطه‌ای رسیدیم که پس از ترخیص وی از کلینیک به بیمار گفتم که او موجب شد تا من در یک موقعیت اضطراری به کمک او بشتابم، اما همزمان مرا به عنوان درمانگر از دست داده است، چون به عنوان درمانگر دیگر نمی‌توانم به او کمک کنم. البته او تلاش کرد تا با تهدید به خودکشی مرا از تصمیم خود برگرداند. اما قاطعیت من در پایان درمان موجب شد تا ما نسبتاً در حالت آشتی مسالمت آمیز از یکدیگر جدا شویم.

تفسیر: درمان تشریح شده در اینجا حاوی اشتباهات فراوانی است که معمولاً برای روانکاوان تازه کار اتفاق می‌افتد. اشتباهات رخ داده در این درمان را می‌توان اینگونه جمع‌بندی کرد:

◀ طرح درمان که طبق آن غلبه بر بحران موجود فقط از طریق پردازش انتقال و مقاومت میسر می‌باشد، مادام که در زندگی واقعی بیمار بهبودی حاصل نگردد، ناکافی است: بیمار باید با امکان و یا احتمال آنکه تا آخر عمر مجرد خواهد ماند، به زندگی ادامه دهد، به نحوی که بیدار کردن امیدهای غیرواقعی، تأثیرات ضددرمانی برجای گذاشته است. در اینجا از جانب درمانگر تخیلات ناجی بودن در بیمار تأثیر نامطلوب داشته است.

◀ از آنجایی که شریک زندگی در کار نبوده، تمرکز بر آرزوهای انتقالی ناخودآگاه تأثیرات ضددرمانی داشته است، زیرا در اینجا نیز طرح آرزوهای انتقالی، موجب شکل‌گیری امیدهای واهی

گردیده است. درمانگر در مراحل اولیه درمان در یک نقش فریبا ظاهر گردیده و این امر در ادامه روند درمانی تأثیرات منفی داشته است.

◀ در یک سوم اول درمان این موضوع مورد پردازش قرار نگرفت که درمان به یک ابزار مبارزه علیه مادر تبدیل و درمانگر در دام موضع گیری به نفع بیمار گرفتار شده است. این رفتار به آنجا منجر شد که تکانش های پرخاشگرانه بیمار که بدنبال سرخوردگی وی ایجاد گردید به افراد بیرونی منتقل شدند. بدین طریق زمینه برخوردهای نامطلوب بعدی فراهم شد.

◀ تحت فشارهای شدید تهدید به خودکشی، با بیمار همدلی بیشتری از آنچه در یک درمان لازم است، انجام شد. بدین ترتیب پردازش پرخاشگری و قبل از همه جنبه تحت فشار قرار دادن، دشوار گردید. دقیقاً در همین مرحله درمان، گرایش موجود بیمار، مبنی بر رفتار با درمانگر به عنوان یک همسر، تقویت شد، بدون آنکه عملکرد رابطه‌ی انتقال جهت حفظ احساس اعتماد به نفس مورد توجه قرار بگیرد. موقعیت خانوادگی درمانگر چنان مشکل آفرین است که در حالات نادر به پیدا کردن راه حل کمک می‌کند؛ هنگامی که یک بیمار مجرد که با تنهایی خود کنار نمی‌آید با درمانگر تنهایی که احتمالاً وی نیز از زندگی خود راضی نیست، با هم برخورد می‌کنند، واقعیت اجتماعی چنین وضعیتی آنچنان آشکار است که اجزای نورو تیک امیدها به ندرت مورد توجه قرار می‌گیرند. انتظارات و سرخوردگی های ضد درمانی، پیامد اجتناب ناپذیر چنین وضعیتی هستند.

◀ با توجه به سرخوردگی ها و پیچیدگی هایی که درمانگر نیز در پیدایش آنها سهیم بوده است، بدیهی است که وی تحت فشار احساس گناه خویش، در تلفن های طولانی مجبور به توجیه رفتار خود گردیده و در این دایره گرفتار شود. باز بدیهی است که در این توجیهات درمانگر به دنبال علایق خویش است تا علایق بیمار، و چنین وضعیتی امیدواری بیمار جهت فرارفتن از مرزهای درمانی را تقویت می‌کند. دقیقاً به همین خاطر است که چارچوب درمانی، زمانی ایجاد می‌گردد که درمانگر به عدم موفقیت درمانی خود اذعان کرده و پایان درمان را اعلام می‌دارد.

۵-۲-۲ انتقال منفی*

انتقال منفی نوع خاصی مقاومت است که توانایی عملکرد روانکاو را از وی سلب می‌کند.

● آیا درمان به سکون رسیده است؟

* Negative Transference
Negative Übertragung

● آیا بیمار جزو آن انسان‌هایی محسوب می‌شود که در گوشه‌ی ذهن خود به دنبال تغییر هستند - در غیر این صورت مراجعه نمی‌کرد - اما همزمان روانکاو را در نیل به اهداف درمانی با مانع مواجهه می‌سازد؟

● چگونه بیمار و روانکاو یک انتقال منفی مزمن قابل مشاهده را تحمل می‌کنند؟
روانکاو در حالی که تلاش می‌کند، دلایل منفی‌گرایی غیرقابل نفوذ را شناسایی کند، بر علایق خویش پایبند می‌شود. بدین ترتیب می‌توان امیدوار بود که جبر تکرار منقطع گردد و جبهه‌های جنگی را به خصومت خفیف تبدیل کرد. از این تناسب و تشبیه جنگی می‌توان به سادگی دریافت که روانکاو از حالت جنگی پابه‌پای و تعادل فلج‌کننده نیروها رنج می‌برد. یکی از ابزارهای که به تحمل این حالت استیصال کمک می‌کند آن است که ارضای پنهانی را پیدا کنیم که بیمار در تعیین تعادل و کنترل تنظیم آن به دست می‌آورد. بدین ترتیب می‌توان امیدوار بود که با شناخت تأثیرات مخرب این کنترل لذت‌بخش، راه‌های جدید ارضا پیدا شوند. ترک فضای مأنوس و جستجوی فضای تازه با احساس عدم امنیت همراه است که هیچ‌کس بدلولخواه بدان گام نمی‌نهد، مگر آنکه سرچشمه‌های جدید ارضا جذابیت کافی داشته باشند، و مهم‌تر آنکه این سرچشمه‌ها زمانی فوران کنند که با انتظارات بیمار همخوانی داشته باشند.

بطور مستقیم و واضح در جلسه قبلی به بیمار، خانم کلارا X که مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی بود توضیح دادم که میان صحبت در اینجا و رفتار در بیرون - و کلاً میان حرف و رفتار - یک گودال عمیق و پهن وجود دارد و وی باید این دو زمینه را از هم جدا کند. من تلاش کردم به او بفهمانم که وی البته با این کار ناراحت خواهد شد، اما همزمان قدرت موجود در این تمایز را حفظ خواهد کرد و من نمی‌توانم علیه این وضعیت کاری انجام دهم. در اصل چنین محتوایی را به او منتقل کردم: "شما قدرتمند هستید و من مستأصل و این قدرت را به عنوان خشونت تند تجربه می‌کنم." وی در ظاهر آدم آرامی است، وی یک فرد قدرتمند صلح‌جو است و نسبت به قدرت خشن خود که مرا درمانده می‌کند، آگاهی ندارد.

بیمار در اولین اظهارات خویش، با اشاره به مگس‌کشی که روی میز بود، به ضربه‌ای می‌پردازد که من بر او وارد کرده بودم و این سوال را مطرح می‌کند: "آیا شما در زمستان هم مگس‌ها را می‌کشید؟" تا بدینوسیله بگوید: "آیا با این بیماران خود را می‌زنید؟" تعبیر من: "شما به جلسه قبلی فکر می‌کنید." بیمار با تعمق می‌گوید: "بله به من خیلی برخورد."

ب: من انتقاد شما را اینگونه فهمیدم که البته از این که تغییری ایجاد نمی‌شود متأسفم، اما آیا من عمداً به عادت‌های خودم ادامه می‌دهم تا شما نتوانید چیزی را در من وصله پینه کنید، تا استقلال خودم را از دست ندهم؟

د: نه با قصد و منظور. البته اینکه شما از افکار من به انتقاد نرسید، کار دشواری است. در غیر این صورت می‌توانستید عادات خود را به دید انتقاد نگریسته و احتمالاً ببینید و احساس کنید که امکانات ارضای بزرگتر و دیگری وجود دارند. اما در حالی که چشمان خود را می‌بندید و به عادات خود اصرار نشان می‌دهید، عاداتی که کهنه شده‌اند، فضایی برای تغییر و راهی برای پیمودن ایجاد می‌شود، خیلی کوچک.

ب: قدرت اصرار من خیلی بدتر است، شما باید این سوال را مطرح کنید که وضعیت وزن من چگونه است.

سپس بیمار درباره انگیزه خود برای رها کردن توانمندی پافشاری خود صحبت می‌کند، یعنی اینکه صاحب فرزند دیگری بشود. این آرزو اما فوراً با این فکر مسدود می‌شود که وی در این صورت بار دیگر به اسارت یک بارداری در خواهد آمد.

من به این موضوع می‌پردازم:

د: عدم اصرار شما به یک هدف متناقض خواهد انجامید، به بارداری که همزمان به‌عنوان اسارت تجربه می‌شود.

ب: در این صورت باید برخی خصوصیات دیگر را انکار کنم. در این صورت باید زنانه و صبور باشم، منتظر همسر باشم، در خانه بنشینم و راحت باشم و رضایت او را به دست آورم، باید مهربان باشم و با صدای آرام و ظریف صحبت کنم. نه. از حرکات جسمی لذت نبرم و ارتباطات اجتماعی را به حداقل برسانم و چشم‌اندازهای شغلی را فراموش کنم. یک موقعیت مردد و متزلزل جای دیگری را خواهد گرفت. اشتیاق نهفته من آن است (مکث) که پذیرفته شوم و خودم بتوانم خودم را بپذیرم. ر: یعنی از این موقعیت متعارض خارج شوید.

ب: با یک بچه‌ی دوم از این موقعیت بیرون آمدن یک تخیل است، چون من انتقادات زیادی خواهم شنید، مبنی بر این که من مادر خوبی نیستم و خیلی کارها را اشتباه انجام می‌دهم.

د: من فکر می‌کنم شما شدیداً مایلید از این وضعیت متعارض خارج شوید، این احساس اما برای شما نگران‌کننده نیز هست. شما این نمونه‌ها را بدین خاطر می‌آورید تا بر خجالت خود غلبه کنید که در اشتیاق کنونی شما برای شیردادن وجود دارد. شما برای اجتناب از این خجالت هر کاری از دستتان برآید انجام می‌دهید، بدین ترتیب از زیاد شدن لحظه‌های خوشبختی و رضایت جلوگیری می‌کنید.

بیمار بعد از این تعبیر می‌گوید که با حرف زدن چگونه می‌توان چیزی را تغییر داد.

● من حس می‌کنم که می‌خواهم تبلیغ چیزی را بکنم، گویی که با زبان فرشتگان صحبت می‌کنم. این تخیل در من مخصوصاً به این خاطر ایجاد شد که بیمار مدتی قبل یک تصویر از مریم مقدس به همراه آورده بود که گویی مریم نیز مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی است.

من با گفته بعدی خود به این موضوع وارد می‌شوم.

ر: من مثل فرشته‌ای هستم که بشارت می‌دهم و شما مریم بی‌اشتهایی هستید که مؤمن نیست. من با زبان فرشته صحبت می‌کنم، اما به شیطانی تبدیل می‌شوم که فریب می‌دهد و شما آنقدر دانا هستید که می‌دانید زبان فرشتگان دروغ‌گوست، چون رحمتی را که بشارت آن را می‌دهند، ادامه ندارد. بیمار پس از یک مکث طولانی همانگونه که در دعا آمده می‌گوید:

ب: خدایی که مریم پاک و باکره را به آسمان عروج داد، به نیایش مریم مقدس پیردازیم، طبیعی است که من معتقد نیستم، بالاخره من یک پدر کافر داشتم که اکنون روی ابری در آسمان نشسته، نه به این خاطر که در بهشت است، بلکه به این خاطر که در جهنم جای خالی نبوده است. اما شما گفتید که او کفر می‌ورزیده و کمتر با زبان فرشتگان صحبت می‌کرده است.

ر: شما می‌توانید به من و قبل از هر چیز به خودتان این شانس را بدهید که کلمات من در گوش شما مثل زبان فرشتگان طنین اندازد.

ب: پناه بر خدا، اما برای رها شدن از دست این حس متعارض و دوگانه باید من صاحب بچه دومی بشوم؟

ر: نه من فکر نمی‌کنم که شما برای این کار به فرزند دومی احتیاج داشته باشید، خود شما در افکارتان به این موضوع فکر می‌کنید که آیا فرزند دوم بدست آوردن، ارزش دارد یا نه؟ و بلافاصله تضاد پیدا می‌کنید، فرزند دوم به زندان شما تبدیل خواهد شد. آیا باید راهی زندان بشوید؟ این کاری است که هیچ کس مایل به انجام آن نیست. پس موضوع آن است که اگر قرار است با یک تصمیم‌گیری راهی زندان شوید، به زبان فرشته و به گوش خود یک شانس بدهید. پس موضوع لذت است، لذت به خاطر خودتان، این لذت را آنجایی به دست می‌آورید که وقت کنید، مثلاً شب‌ها چیزی بخورید.

ب (پس از یک مکث طولانی ۴ دقیقه‌ای): فکر افزایش وزن و غذا هیچ ربطی به لذت و احساس پذیرش خود و پذیرفته شدن ندارد. من فقط از این دیدگاه می‌توانم این کار انجام دهم که غذا خوردن من به نفع بچه دیگری خواهد بود، در غیر این صورت نه. اگر من به اندازه کافی مسلح شوم، از تعارض درونی به عنوان لذت تقسیم نشده، لذت خواهم برد.

ر: موضوع، لذت غیرمتعارض و تقسیم نشده است.

ب: متأسفم، این موضوعی است که وجود دارد، اما فقط برای چند لحظه و به ندرت در زمینه‌هایی که به نان و غذا و یا اشکال راحتی سنتی مربوط می‌شود. من تصویر مسخره‌ای جلوی چشمم دارم. زمانی که فرد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی موافق می‌شود و انگشتان خود را به سمت غذا دراز می‌کند، این پیکر عجیب لرزان، جبرئیل یا فرد دیگری که در تصویر است، بگونه‌ای معلق است که معلوم نیست،

فرشته مرد است یا زن. در یک دست شاخه زنبق در دست دارد و در دست دیگر یک مگس کش و زمانی که انگشتان خود را بیش از حد دراز می‌کند، با مگس کش به دستش زده می‌شود. فکر کن که مادری مسئولیت بزرگی به همراه دارد.

ر: فقط انگشتان را بیش از حد دراز نکن، و گل زنبق جلوی بینی فرشته نگه داشته می‌شود تا بو کند و تازه کلمه‌ی شوم بی‌اشتهای عصبی، محبوب نیست، جادوگر، بی‌اشتهای عصبی. چیزی که شما با یک مگس کش تصور می‌کنید یک ضربه با آن است. شما آن کلمه نامبارک را روی آن نوشته‌اید. ب: این کار همیشگی من است، تمام کلماتی که زمانی به پیشانی‌ام مهر شده بود و من از بابت آن شدیداً ناراحت می‌شدم را در مورد خودم بکار می‌گیرم. این، وضعیت را قابل تحمل‌تر می‌کند، یک تکنیک قدیمی، مقابله با حمله از طریق پرخاشگری.

● خواننده دریافته است که خانم کلارا X یک تعریف دقیق از "هماندسازی با پرخاشگر" ارائه داده است. از زاویه درمانی مفید نبود که این فرآیند بواسطه تعبیر پرخاشگرانه‌ی من تکرار و از این طریق تقویت شود.

در انتهای جلسه اظهارات صریح مورد بحث واقع می‌شوند.

ر: شما از من خواستید نکات مهم را صریح و آشکار بیان کنم و نه به صورت غیرمستقیم. شما می‌خواهید شفاف و روشن و یک پهلوی بشنوید. شما مایلید از وضعیت دوپهلویی خارج شوید. این موضوع همیشگی و امروز شما بطور کاملاً خاص است. من می‌خواهم از شما تشکر کنم که این فرصت را در اختیار من قرار دادید.

بیمار در جلسه‌ی بعدی پس از یک سکوت طولانی کلمات زیر را بیان می‌کند: "... بله من در جلسه قبلی احساس عزت و رضایت می‌کردم. این احساس ممکن است در اثر حرف زدن از بین برود."

ر: بله موضوع بر سر اجازه دادن بود. من هم احساسی مانند شما داشتم، من بدین خاطر از شما تشکر نیز کردم.

ب: با وجود آنکه من نمی‌دانم چرا از من تشکر کردید.

ر: بله، این کار بیانگر خوشحالی من بود. من احساس کردم که فاصله طولانی کمی کوچک‌تر شده است.

ب: بله، آیا شما فاصله بزرگی را می‌بینید؟

ر: بله من فاصله زیادی می‌بینم، میان رفتار، صحبت و فکر.

ب: به نظر شما اینجوری نیست که به مجرد آنکه آدم شروع به حرف زدن می‌کند، اختلاف نظر به وجود می‌آید.

ر: بله این ممکن است، از طرف دیگر توافق نیز ممکن است. چنین توافقی در جلسه قبلی نیز بود. فکر، رفتار، حرف شبیه به هم نیستند، اما این حیطه‌ها نباید آنچنان از یکدیگر دور باشند، آنگونه که شما فکر می‌کنید.

ب (پس از یک مکث ۲ دقیقه‌ای): بله به همین خاطر جرأت بیان آنچه به فکرم می‌رسد را ندارم. من فکر می‌کنم ممکن است شما دوباره سرخورده شوید. می‌توانید بگوئید که من عادت دارم.

ر: نه من نمی‌گویم - با وجود آنکه درست هم هست - من بیشتر مایلیم بگویم که راه پرمشقتی است که با سرخوردگی‌ها... می‌دانید که چنین است.

ب: چیزی که من درباره‌اش فکر می‌کنم این است که چرا بیش از حد معمول سرخوردگی ایجاد می‌شود.

ر: شاید به این خاطر است که زمانی که آدم احساس صمیمیت می‌کند، اوضاع داغ می‌شود، زمانی که شما به کسی نزدیک می‌شوید، اضطراب ایجاد می‌شود و سپس عقب‌نشینی می‌کنید.

خانم کلارا X دوباره به نقش خود به عنوان خانه‌دار و مادر می‌پردازد و بارداری دوم را مطرح می‌کند و اینکه آیا برای این منظور باید خودش را مجبور به اضافه وزن کند. وی داستان یک زن نازا را تعریف کرده و خود را در صورتی که یک بچه دوم "درست کند"، به عنوان یک زن ناموفق و بی‌عرضه می‌بیند. در اینجا توضیح داده می‌شود احساس بدنی وی در ماه‌های اخیر در اثر درمان تغییر کرده است. من با این موضوع موافقت خودم را بیان می‌کنم که هدف تغییر احساس بدنی و به دنبال آن معمولی شدن وزن وی از جانب من نیز مهم و مورد پیگیری است. ضمناً بی‌اشتهایی عصبی بیمار پس از اولین قاعدگی وی شکل گرفته و پس از آن دوره سیکل قاعدگی‌اش قطع می‌شود. فکر داشتن یک پسر سالم از طریق درمان هرمونی تحقق یافت. بیمار از طریق توضیحات روشنگرانه به این مسئله پی می‌برد که سیکل ماهانه وی تا حصول یک وزن مشخص بروز نخواهد کرد. تنظیم هرمونی قاعده ماهانه در ارتباط تنگاتنگ با چربی بدن قرار دارد، بگونه‌ای که تا حدودی می‌توان سیکل ماهانه را از روی وزن پیش‌بینی کرد. در مرز این همبستگی و هنگام تمام شدن و شروع دوباره سیکل ماهانه، عوامل روانشناختی وارد عمل می‌شوند.

خانم کلارا X از پذیرش پیش‌شرط طرح شده، یعنی عادی کردن وزن خود برای تجربه قاعدگی سر باز می‌زند. این چشم‌انداز و عامل تعیین‌کننده‌ای برای وی نمی‌باشد.

ر: چرا این راه که شما را به سمت احساس بدنی دیگری هدایت می‌کند، زمانی برای شما با معنا می‌شود که فرزند دومی داشته باشید؟ وزن عادی شما تا حدود زیادی نتیجه نوعی حس دیگر برای

زندگی است که شما می‌توانید در خود به وجود بیاورید. چنین حسی توأم با لذت و بعضاً سرخوردگی نیز خواهد بود. من در آنجا چیزی دیگری نیز به غیر از یک بچه می‌بینم. من نیز طرفدار وزن معمولی هستم، اما از جانب شما در جایگاه نادرستی قرار می‌گیرم. من مطمئنم که شما احساس بهتری می‌توانید داشته باشید. اگر فکر می‌کنید که ممکن است مرا سرخورده و مأیوس کنید به این خاطر است که خودتان را به احساسات گرم، اجاق آتشین نزدیک می‌کنید.

تفسیر: مبارزه حول و حوش علامت و هدف تغییر وزن بدن فضای بزرگی را به خود اختصاص دادند. انتقال منفی به سرخوردگی آرزوی کودکانه ادیپی ربط داده نشد. اشاره به این مورد تعمیق نگردید. روانکاو با طرح اجاق آتشین به عواطف جنسی بیمار نزدیک شد که هیجانات و اجزای جنسیتی خود را اینگونه توصیف می‌کند. البته جنبه‌های عمیق دیگری نیز وجود دارند و غفلت روانکاو از این جنبه‌ها به احساس ناامن وی مربوط می‌شود. احتمالاً موضوع اصلی بیمار در بچه‌دار شدن و وزن بدن، مربوط به اشتیاق وی به مادرش می‌گردد. بیمار در تشبیهی مادر را در قالب یک فرشته مهربان ترسیم می‌کند که سر بیمار را در بغل گرفته است. بیمار در انتقال منفی و منفی‌گرایی نه فقط چتر حمایتی در برابر سرخوردگی و پس‌زنی ایجاد می‌کند، بلکه از ذوب‌شدگی اضطراب‌آور و نهایتاً جدایی نیز ترس دارد.

خانم کلارا X این گزارش را در قالب دیالوگ با یک خواننده فرضی تکمیل کرد.

خواننده: من آنچه را که روانکاو تو نوشته بود با علاقه خواندم و برایم شفاف بود، دیدگاه خودت در این مورد چیست؟

من: بعد از اینکه متن را برای اولین بار خیلی سریع و با هیجان خواندم، از خودم سوال کردم، منظور او کیست؟ آیا منظور از خانم X من هستم؟ آیا او برای یکبار هم که شده این را به من گفت؟ من اظهارات و جزئیاتی را یافته‌ام که فقط می‌تواند از آنالیز من باشد. اما خیلی چیزها را به راحتی فراموش کردم.

خواننده: فراموش؟

من: قسمت‌های تشریح شده از آنالیز من به گذشته دور متعلق است. به علاوه این خانم X را اصلاً نمی‌پسندم، حتی از او بدم می‌آید. من تصور می‌کنم که او روی کاناپه دراز کشیده، مثل یک سوسک سیاه که مدام پاهای خود را در هوا تکان می‌دهد و غر می‌زند: "من نمی‌توانم از جایم تکان بخورم، اُ من نمی‌توانم، نمی‌توانم."

خواننده: یک سوسک روی کمرش واقعاً درمانده است.

من: بله، اما من می‌ترسم اگر به این سوسک، یعنی خانم X یک نی بدهیم تا بتواند بوسیله آن بلند

شود، فقط غر می‌زند: من نی دوست ندارم، یا به من یک شاخه ارکیده می‌دهید و یا به حال خودم باقی می‌مانم.

خواننده: تو تصویری را تکرار می‌کنی که متعلق به کافکا است؟ چیزی که روانکاوت آن را "منفی‌گرایی غیرقابل نفوذ" نامیده بود. الان حتی در جای او نشسته‌ای. آیا چیزهایی که او می‌گوید در مورد تو صدق می‌کند؟

من: حس می‌کنم درست است. متأسفانه خیلی چیزهایی که او می‌گوید درست است و من به خاطر آن خجالت می‌کشم. در تصوراتم، هر جور بخوام می‌توانم با پاهای خودم به سمت جلو حرکت کنم. چرا در حین آنالیز خشک و منجمد بود؟

خواننده: تو نمی‌گذاری به تو کمک شود، نه با یک نی.

من: این چیز تازه‌ای برای من نیست! من دوست دارم خودم را توجیه کنم؛ من دوست دارم چیزی را که مزاحم من می‌شود داغان کنم؛ به همین خاطر این نوع کمک را کمتر قبول می‌کنم. اما این ربطی به غرهایی که من در درمان زدم ندارد.

خواننده: با این حال از غر زدن خودت برایم تعریف کن.

من: من همیشه عمیقاً سرخورده بودم. من اشتیاق به این داشتم که رابطه نزدیک، مستقیم و قابل لمسی ایجاد شود. من در بازی با لغات تبحر خاصی دارم. من علیرغم میل و اشتیاق باطنی خودم می‌توانم با کلمات یک نفر را از خودم دور کنم. من با کلمات بزرگ شده‌ام. والدین من بیشتر از آنکه نوازش کرده باشند، حرف زده‌اند. مادرم می‌گفت زمانی می‌توانم از فرزندانم لذت ببرم که با آن‌ها حرف می‌زنم. با بچه‌های کوچک که روی زمین غلط می‌خورند، نوک زبانی و نامشخص حرف می‌زنند، غذا را این طرف آن طرف پرت می‌کنند، نه قبلاً و نه در حال حاضر کاری ندارم و نمی‌توانم با آن‌ها رابطه برقرار کنم. فضای خانواده ما سرد نبود، اما خنک بود، مثل روزهای قبل از بهار. امید تابش خورشید و گل بنفشه در فضا بود، اما آدم سرما را حس می‌کرد و هنوز دوست داشت بلوز بپوشد. . . .

خواننده: و این امید طبعاً اشتیاق بزرگی را زنده می‌کرد.

من: بله، من منتظر ماه لذت و شادی بودم. اما بجای آن ابرها و تگرگ‌های بعدی. از بچه خواسته می‌شود عاقل و مسلط باشد و اوضاع را بفهمد. والدین به تنور غرور او می‌دمند که تو دیگر "بزرگ" شده‌ای. همین وضعیت را در درمان تکرار کردم. و از آن رنج بردم. ضمناً همین کار را با دخترم انجام دادم. او خیلی زود شروع کرد به صحبت کردن. وقتی او دوساله بود به آشپزخانه می‌آمد و می‌خواست من کارم را قطع کنم و او را در آغوش بگیرم. و من بجای آن چکار می‌کردم. من به او می‌گفتم، که بهتر است با خمیرهای خودش بازی کند.

خواننده: نمی‌توانی بوسیله صحبت کردن فاصله‌ی ایجاد شده را از بین ببری؟

من: خوشبختانه می‌دانم که از عهده این کار برمی‌آیم. گاهی. من بین زبان و حرف زدن تفاوت قائل می‌شوم: مثلاً می‌شود گفت، زبان خشم. یا: زبان عشق. اما نه: حرف زدن عشق. ما حداکثر درباره عشق حرف می‌زنیم. این یک نی خالی است، در حالی که زبان...
خواننده: ... دآن‌های است که از آن نان درست می‌کنند.

من: تو می‌فهمی. وقتی دو نفر با هم صحبت می‌کنند، واقعاً چیزی اتفاق می‌افتد. من در حین درمان، وقت با ارزش را به حرف زدن درباره‌ی برخی محتواها هدر دادم، موضوعاتی که به برخی علایم محدود می‌شد. من فکر می‌کنم برخی مواقع، ناخودآگاه، روانکاو را بازی می‌دادم و او پشت سر من توی دایره می‌چرخید.

خواننده: فکر می‌کنی؟ حداقل آن است که او حوصله‌ی زیادی برای تو بخرج داده است.

من: بله. من به سختی می‌توانستم تصور کنم که وی در حالی که گفتگوها سازنده نبودند، فلج می‌شود. من اعتراف می‌کنم از اینکه توان جریحه‌دار کردن و به هم ریختن وی را داشتم، احساس خوشحالی می‌کردم. اما بچه همیشه درماندگی خودش را درک می‌کند. یک بار او برای نشان دادن مقاومت، مرا یک مستبد نامید. این مرا تکان داد و من هرگز این مطلب را فراموش نخواهم کرد.

خواننده: چنین وضعیتی می‌تواند ارتباطات خشک و منجمد را به حرکت اندازد، این طور نیست؟
من: حرکت - بله! من هم امیدوار بودم، به همین خاطر موقعیت‌هایی را به وجود می‌آوردم که بتوانیم کارهای مشترک انجام دهیم. من از این مسئله که یاد نگرفتم خودجوش باشم، سرخورده هستم. مثلاً من به او پیشنهاد کردم که یک جلسه را در حین قدم زدن برگزار کنیم.

خواننده: نتیجه پیاده روی چه شد؟

من: ما فقط در مورد آن بحث کردیم. پیشنهاد به نظر وی کاملاً بی‌مورد، غیرقابل قبول و بچه‌گانه نبود. وی در این باره باز بود، من خودم موضوع را پیگیری نکردم. من احساس تنگی نفس می‌کردم. هوا و میل به انجام آن. من از اینکه خودجوشی یاد نگرفتم، سرخورده هستم.

خواننده: با این حال با میل به جلسات درمان می‌رفتی؟

من: بله. بالاخره من در مقایسه با افرادی که در زندگی روزمره با آن‌ها سر و کار داشتم و فکر می‌کردم به من نزدیک هستند، توجه و تفاهم بیشتری از روانکاو دریافت می‌کردم. مقاومت من اما همیشه نوعی وفاداری نسبت به روانکاو نیز بود، اگر نگویم ابراز عشق. بدینوسیله این مطلب را بیان می‌کردم: "من کمی خُل بازی در می‌آورم تا به تو نیازمند باشم. من می‌دانم که خیلی از

انسان‌ها از اینکه به آن‌ها نیازمند باشی، احساس مسرت می‌کنند. من همیشه و سر وقت نگرانی‌ها (بعضی مواقع مشکلات مجازی خودم) و پول خودم را برای تو می‌آورم. من باعث می‌شوم تا تو کار خودت و محل درآمد خودت را داشته باشی. و همزمان مواظب هستم که فشار زیادی به تو نیاورم و وقت و انرژی تو را بیش از حد نگیرم، چون من در خارج از جلسات زیاد به حرف‌ها و کارهایی که می‌گویی، عمل نمی‌کنم."

خواننده: اُم. کمی خود بزرگ‌بینی در حرفهایت هست، اما من آن را درک می‌کنم.

من: به همین خاطر من واژه‌ی "انتقال منفی" را ناکافی می‌دانم. من در رفتارم عواطف مثبت هم داشتم. زمانی که قبل‌ها مادرم می‌گفت: "نباید مراقب دخترم باشم، او راه خودش را می‌رود و ثبات دارد"، در گوش‌های کودک‌آنها نوعی تمجید می‌شنیدم. من فکر می‌کردم روانکاوم بایستی کمک تدریجی به من را نیز به‌عنوان یک امر مثبت شناسایی می‌کرد.

خواننده: من الان چیزی به خاطر رسیدن اگر الان کسی که نظر منفی درباره رونکاوی دارد ما را بشنود، بهانه خوبی به دست می‌آورد: یک رابطه‌ی درمانی که به بقای خودش کمک می‌کند. بیمار علایم را نگه می‌دارد، چون کاناپه راحت و صمیمی است.

من: روشن است. چنین آدم‌هایی را می‌شناسم. آن‌ها می‌شنوند، اما سعی در فهم مطلب را زمانی انجام می‌دهند که خودشان می‌خواهند. اما من می‌دانم که تغییر کرده‌ام. در شرایط زندگی‌ام، بوسیله رفتارهای خودم، تغییرات زیادی پدید آمده است. با حمایت عاطفی که در خلال درمان تجربه کردم، توانستم گره‌ای از زندگی‌ام باز کنم که از دیرباز به نظرم ناگشودنی می‌آمد و به همین خاطر احساس هیچی به من دست می‌داد. احتمالاً باز کردن همین گره بود که من سالیان دراز از روانکاوی انتظار آن را داشتم. مشکلات دیگر نیز برای من مهم بودند، اما نهایتاً اهمیت درجه دوم داشتند.

خواننده: خیلی مثبت است. با این حال اجازه دارم یک انتقاد بکنم؟

من: من می‌دانم، تو هم یک موجود مسخره مثل من هستی.

خواننده: هان؟

من: کسی که به یک اظهار دوستانه یک "اما" می‌چسباند. بگو.

خواننده: مشکلات درجه دوم تو شامل عادات تغذیه‌ای، وزن، قیافه ظاهری، وضعیت تندرستی، تحمل صمیمت با دیگران، و فرار از دیگران و غیره است. با جای دادن این موضوعات در درجه دوم، تقلب نمی‌کنی؟

من: ای خدا. من فکر می‌کنم درمان نشده‌ام. اما این گناه درمان نیست، من هنوز اعتماد به نفس

کافی ندارم. من می‌دانم که موقعیت خطرناکی دارم و روی مرز حرکت می‌کنم. اما شاید در آینده با این بهتر کنار بیایم. در این بین از زندگی‌ام لذت می‌برم و نمی‌خوام داوطلبانه لاغر کنم.

● مشکلی که بعداً از جانب خانم کلارا X مطرح شد، نتوانست بر طرف گردد و بدین ترتیب این سوال باز می‌ماند که درمان موفق می‌شد، اگر... این "اگر" با جملات شرطی زیادی پیوند می‌خورد. آیا من باید فوراً بر می‌خاستم و با بیمار به پیاده روی می‌رفتم؟ آن پیاده روی باید چگونه انجام می‌شد تا به ارضای خودجوشی که مورد نظر بیمار بود بیانجامد؟ یک بار خانم کلارا X صبحان‌های با خود آورد مرا دعوت و آن را روی میز پهن کرد. من تعجب کردم، اما سردرگم نشدم و رفتار طبیعی از خود نشان دادم. من صبحانه خودم را خورده بودم و فقط یک فنجان قهوه نوشیدم. اما خانم کلارا X میوه و غلاتی را که با خود آورده بود صرف کرد. اینکه منظور خانم کلارا X از این کار چه بود ناروشن ماند، اما بعداً روشن شد که وی در این کار احساس ناکامی کرده بود. از آنجایی که نمی‌توان به درستی دریافت که ارضای کدام آرزوهای واقعی و نمادین شروع تازه برای خانم کلارا X را تسهیل می‌کردند، من به تشریح نقطه نظرانی بسنده می‌کنم که رفتار درمانی مرا مشخص می‌کردند:

تفسیر:

◀ توصیه می‌شود شکایات و گله‌های بیمار در افقی جامع جدی گرفته شوند. در این صورت فضای عملکرد درمانی توسعه می‌یابد، بدون آنکه تجاوزی به حریم و مرزها صورت گیرد، چه در غیر این صورت، پیامدهای اخلاقی و تکنیکی بیشماری به وجود خواهند آمد.

◀ با تمام انعطافی که بخرج می‌دهیم باید بدانیم که شکایات و گله‌های موجود درباره رابطه با روانکاو دارای عملکردی است که از نارضایتی نوروپیک ناشی می‌گردد. اگر از این نقطه نظر حرکت کنیم که کمبودها و نقایص، ناشی از تجربیات دوران کودکی و یا تجربیات دوران زندگی است، فضای درمانی تنگ خواهد شد. زیرا در صورتی که خیلی دقیق باشیم، می‌دانیم که ترمیم اینگونه آسیب‌ها ممکن نیست. آنا فروید (۱۹۷۶، ص: ۲۶۳) بر این باور بود که «من» فقط چیزی را می‌تواند تغییر دهد که انجام داده و نه چیزی را که در مورد آن به اجرا در آمده است. این تز به این مسئله دقت ندارد که رنج و درد نوروپیک ناشی از آن نتوانستن انجام کاری است.

۳-۲ اهمیت تاریخچه زندگی*

۱-۳-۲ کشف مجدد پدر**

آقای فریدریش Y از ۲۰ سال قبل به صورت اپیزودیک به خلق افسره مبتلا شده است. جنبه‌های ارثی این بیماری آنقدر مورد توجه بود که روان‌درمانی به عنوان روش درمانی مطرح نمی‌شد. بعد از درمان سرپایی ضدافسردگی با هدف بهبود خلق، لیتيوم تجویز شد که تا امروز ادامه دارد. فازهای آشکار مانیا در آن زمان وجود نداشتند، اما آقای فریدریش Y از موقعیت‌هایی با خلق بالا گزارش می‌دهد و نیز اینکه از همین حالت به سیاه‌چال‌های خود می‌خزیده است.

وی میل به روان‌درمانی را برای مدت‌های طولانی به تأخیر انداخته بود، اما اکنون می‌خواهد این کار را برای خودش انجام دهد و حتی حاضر است برای مدت طولانی منتظر نوبت بماند. وی بدین سبب خواستار روان‌درمانی شده است، زیرا چند سال است خود را "حبس شده" حس می‌کند. وی اوضاع خود را با این تصویر تشریح می‌کند: او زیر یک لحاف بتونی زندگی می‌کند که هر روز صبح باید بعد از بیدار شدن آن را سوراخ بکند؛ به نظر وی این وضعیت به علت مصرف چندساله لیتيوم است. اندیکاسیون روان‌کاوی به علت اختلالات افسردگی بود که در ارتباطات و شغل وی متبلور می‌شدند و زمینه‌های روان‌پویایی آن آشکار بود و به احتمال قوی ریشه‌های تعارضات نوروتیکی داشت.

پس از شش ماه درمان، بیمار پیشرفت‌های چشمگیری می‌کند، مخصوصاً در به کرسی نشان نظریات خویش در زمینه شغلی. به دنبال این تغییرات قابل توجه، بیمار تلاش می‌کند بدون پیشگیری بوسیله لیتيوم زندگی کند. در این تصمیم، عوارض جانبی جسمی و روانشناختی مصرف دارو باید مورد توجه قرار می‌گرفت. شو (۱۹۸۶) مطرح می‌کند که بیماران تحت درمان لیتيوم بعضاً تغییر شخصیت خود را توصیف می‌کنند. با قدردانی از روند کلی، تجویز لیتيوم با مشورت روانپزشک معالج کاهش یافت و سپس بطور کلی قطع شد.

قسمت‌های زیر مرحله‌ای را تشریح می‌کند که نگرانی و ترس من از قبول مسئولیت آشکار بود. بیمار پس از آنکه پیشرفت‌های بزرگ خود را برای من تشریح کرد، به این موضوع فکر کردم که وی چقدر کم درباره‌ی پدری می‌داند که هر از گاهی در مورد او صحبت کرده بود. خاطرات بیمار از پدرش که در ۱۳ سالگی وی فوت نموده تا سنین ۷-۸ سالگی جلوتر نمی‌رود. دوران رشد کودک فقط به صورت مبهم یادآوری می‌شود. وی البته درباره‌ی مادرش زیاد می‌داند، اما از پدر فقط

* Bedeutung der Lebensgeschichte

Significance of the Life History

** Rediscovery of the Father

Wiederentdeckung des Vaters

پیاده روی در روزهای تعطیل و نیز اینکه در کارگاه "مثل دیوانه‌ها" کار می‌کرده است. کارگاه پدر در خانه قرار داشت. پدر از دست مادر به این کارگاه پناه می‌برده است. مادر طبقه اول را تحت سلطه خود داشت.

بیمار در جوانی خود اجازه‌ی ورود به کارگاه را نداشته و بدین ترتیب با پدر بیگانه می‌ماند. به‌همین خاطر وی مورد سرزنش مادری قرار می‌گیرد که دو دختر افسرده نیز داشت. او نیز حالتی مشابه داشت و بهم ریختگی خلق وی زمانی بروز کرد که قصد داشت به قصد تحصیل خانه را ترک کند. با توجه به این پیش زمینه، من تلاش می‌کنم به بیگانگی موجود میان خودم و او اشاره کنم. بدین منظور می‌گویم که وی رخداد‌های مهیجی از بیرون را برای من تعریف می‌کند و من با خوشحالی زیاد شاهد رشد و شکوفایی او هستم، اما می‌بینم که وی در مورد کارگاه- با اشاره تلویحی به انتقال- دریافت و صحبت نمی‌کند. وی سراسیمه به اتاق درمان می‌آید، روی کاناپه دراز می‌کشد، عینک خود را برمی‌دارد و از موقعیت کنونی چیزی نمی‌بیند.

وی با خنده تأیید می‌کند: او امروز هنگامی که عینک خود را برداشته، متوجه این مطلب شده است. ضمناً در گذشته نه چندان دور وی تمرین کرده که تیزبین نباشد تا بتواند بر تصورات و افکار درونی خود متمرکز شود. وقتی من از "خودکوری" وی صحبت می‌کنم، وسط حرف من می‌پرد. **ب:** اینجا مثل این است که در مقابل یک شیشه‌ی مات قرار گرفته باشم- مثل شیشه‌ی ماتی که روی در ورودی کارگاه پدرم تعبیه شده بود.

د: بله، تشابه قابل توجه‌ای است، همچنین قابل توجه است که ما پس از گذشت ۲ سال اینقدر کم در مورد شما و پدرتان می‌دانیم، گویی که وی با مرگ خود کاملاً از صفحه روزگار حذف شده است، نیز اینکه ما در مورد ادراکات شما در اینجا کم می‌دانیم.

ب (پس از یک سکوت کوتاه): درست است. پیشرفت‌های بزرگم مرا خیلی خوشحال می‌کند، اما من دقیق نمی‌دانم چطور به اینجا منتهی شده است و چگونه عمل می‌کند، برای من مبهم است.

د: برای پرهیز از درگیری با من باید حالت مبهم خود را حفظ کند.

بیمار در جلسات بعدی در مورد پدرش کنجکاوی نشان می‌دهد و به این پدیده عجیب می‌رسد که وی چه تصویر کمرنگی از پدری دارد که بیش از ۱۰ سال در طبقه پائین منزل کارگاه داشته و به‌عنوان استادکار مشغول به کار بوده است. وی با این احساس بزرگ شده که همواره بیرون و در مقابل در منتظر مانده است. وی از اینکه پدر نتوانسته در مقابل مادر قد علم کند، سرخورده شده است. در جلسه امروز در کنار مادر، مادر بزرگ پدری نیز مطرح می‌شود. این زن سالخورده‌ی سرزنده که از دریافتی بازنشستگی ایام می‌گذراند، هر روز برای غذا می‌آمد و برای بچه‌ها شکلات

می آورد، در حالی که از جانب پدر حمایت و از سوی مادر سرزنش می شد. پدر در شادی فرزندان شریک می شد و حالت مادر بزرگ را بخشی از دنیای آرزویی خود می دید.

پس از مرگ پدر یک رویای روزانه شکل می گیرد. پسر پدر خود را نشسته روی ابرها می بیند که وی را در حالت استمناء مشاهده می کند. زمانی که بیمار برای اولین بار در این باره صحبت می کند، به نظر می رسد که نگاه وی غضب آلود و سخت گیرانه است. در جلسه امروز وی سعی در تفکیک نموده و می گوید که ممکن است عنصر غضب آلود و سخت گیر، مادر وی بوده باشد. پدر بگونه ای به او نگاه می کرده که گویی آن دو با هم متحد هستند، امری که هیچگاه مورد پذیرش مادر نبوده است.

ر: بنابراین می شود گفت که این تصویر پدر در آسمان نوعی ارتباط میان شما دو نفر برقرار کرده و شما بدین ترتیب از مرگ پدر پریده اید.

ب: بله من نمی توانستم سوگواری کنم، هیچ اشکی از من نریخت. بگونه ای بود که حس می کردم به اینکار احتیاج ندارم. یک مرتبه در مقابل در کارگاه ایستادم و تصور کردم که وی به مسافرت طولانی رفته است.

بیمار این تصور را تعمیق می بخشد که رویای روزانه شاید مبین آرزوی وی برای داشتن شهامت بیشتر است. وی این تصور را به این موضوع مرتبط می کند که مادر به وی اجازه نداده در ۱۸ سالگی گواهینامه رانندگی خود را بگیرد و تازه در حین تحصیل توانسته این کار را انجام دهد.

در اینجا من به بیمار تذکر می دهم که وی این اواخر به اطراف اتاق نگاه می کند، اما به من نگاه نمی کند؛ من اشاره می کنم که درمان بالاخره یک زمانی تمام خواهد شد و دوباره به موقعیتی مثل قبل برخورد گشت، یعنی زمانی که بین او و پدر همه چیز باز مانده بود. بیمار با این تذکر من نگران می شود.

ب: به این وضعیت دوست ندارم فکر کنم، من فعلاً و قبل از اینکه جلساتم تمام شود، باید به برخی موضوعات برسم.

ر: برای اینکه این جوری نشود که شما بیرون پشت در کارگاه منتظر بمانید.

او شروع به گریه کردن می کند.

● من از شدت عواطف متعجب می شوم، وقتی به خاطر می آورم که او گفته بود هنگامی که از مرگ پدر مطلع شده بود، نه سوگواری و نه گریه کرده بود. بیمار جزو آدم هایی است که به ندرت گریه می کنند؛ این لحظات راحت و باز شدن نزد انسان های افسرده- و سواسی فقط با تکان های شدید ایجاد می شود.

بیمار پس از آنکه گریه‌اش آرام می‌شود، می‌گوید: "این لحظاتی است که من حس می‌کنم، زمان چقدر کوتاه است. چون: الان هم دوباره فقط تمام شد."

● با وجود آنکه این مسئله درست است، فکر می‌کنم که بیمار از محدودیت زمانی برای جلوگیری از تخیلات لذت‌بخش ادغام خود با من استفاده می‌کند. من به همین دلیل می‌گویم: "برای ایده‌ی غیرقابل قبول نزدیکی با من هنوز ۱۰ ثانیه وقت باقی است."

او به این حرف می‌خندد، چند لحظه روی کاناپه می‌نشیند و سپس اتاق را ترک می‌کند.

در جلسه‌ی بعدی بیمار هنگام ورود به اتاق می‌گوید: "امروز باید از شما کار بکشم."

دو دقیقه به شروع جلسه مانده، در نیمه باز بود و من پشت میز خود نشسته‌ام.

بیمار امروز نمی‌خواهد روی کاناپه دراز بکشد، بلکه می‌نشیند. من زمانی که او نشسته میل ندارم روی مبل راحتی خودم بنشینم، به همین خاطر به دو مبل موجود اشاره می‌کنم و می‌گویم بهتر نیست هر دو روی آن‌ها بنشینیم. او جواب مثبت می‌دهد و می‌گوید: "امروز می‌خواهم شما را حسابی ببینم. من حس می‌کنم شما را درست نمی‌شناسم. این موضوع، هنگامی که من شما را در شهر نیز دیدم، به مغزم خطور کرد."

موضوع نگاه کردن و نگاه دقیق ادامه پیدا می‌کند. او خودش به این موضوع نمی‌پردازد، بلکه به عهده من می‌گذارد که می‌گویم شما خیلی خویشتنداری بخرج می‌دهید. او جواب می‌دهد بله و اینکه هرگز به این موضوع فکر نکرده‌ام که آیا اینجا آنالیز فرویدی انجام می‌شود یا آنالیز یونگی. وی دوستی دارد که آنالیز یونگی انجام می‌دهد. درمان تمام شده و هر دو می‌خواهند به اتفاق هم مسافرت کنند.

این سوال که چنین موضوعی نیز در اینجا ممکن است اتفاق بیافتد، مطرح است.

ر: و اینجا باید دقیقاً نگاه کنید: این جوری است؟ اگر من طرفدار فروید می‌بودم، چنین اتفاقی نمی‌توانست بیافتد، بعداً فکر کنید.

ب: نه، آنقدر اطلاعات دقیق در این باره ندارم. البته در حین تحصیلاتم مطلبی درباره‌ی تعبیر رویا خواندم، اما از آن پس نمی‌خواستم چیزی در این زمینه بدانم. من از این کار خوشم نمی‌آمد که دوستانم موقعی که بحران شخصی داشتند به نوشته‌های نظریه پردازان رجوع می‌کردند. اما ممکن است شما نیز چیزی نوشته باشید و من می‌توانم نگاهی به آن اندازم.

ر: می‌توانید.

سپس بیمار به یاد می‌آورد که وی یک‌شنبه گذشته به شهر خودش رفته و یکی از دوستان قدیمی پدرش را ملاقات کرده و او چیزی از پدرش برای او تعریف کرده است. ۲۵ سال بود که او با

دوست پدرش صحبت نکرده بود. او می‌فهمد که پدرش در حین کار دچار صانحه می‌شود، و با وجود درد شدید به کار خود ادامه می‌دهد. دردهای شدید در ۶-۷ سالگی بیمار ناشی از بیماری سرطانی بوده و در ۱۳ سالگی بیمار، پدرش فوت می‌کند. بیمار گزارش می‌دهد که پیاده‌روی‌های روزهای تعطیل در سن ۷ سالگی قطع می‌شوند و پدرش تا دیر وقت به کار ادامه می‌داده است. در ادامه وی رویایی درباره‌ی یکی از آشنایان را بخاطر می‌آورد که حین آن، آشنا از درخت میوه پائین می‌افتد، از ناحیه کمر مصدوم می‌شود و سپس روی صندلی چرخدار می‌نشیند. بیمار در رویا این مرد را از صندلی چرخدار پائین می‌اندازد و روی زمین با وی کشتی نرم می‌گیرد. وی احساس لطیفی در خود تجربه می‌کند.

او متعجب است، چون وی معمولاً با این فرد آشنا دعوا و مشاجره دارد. من این موضوع را به پدر و نیز این احساس که قرار است امروز از من کار بکشد، ربط می‌دهم. او می‌خندد. او به یاد می‌آورد که در حال حاضر کم خواب شده است و صبح‌ها ساعت ۵/۳۰ از خواب بیدار می‌شود اما چون نمی‌خواهد همسرش را بیدار کند در رختخواب می‌ماند.

ر: بله، در اینجا نیز دوباره مادر حضور دارد و مراقب است که شما مزاحم پدر نشوید، یعنی صبح‌ها بیرون نروید و اگر سر حال برای یک پیاده روی هستید، از آن چشم‌پوشی کنید.

او فکر می‌کند که کاهش قرص لیتیوم به یک عدد در روز به این مطلب ربط دارد. البته او هنوز به خواب بعد از ظهر نیاز دارد، اما شب‌ها خواب زیاد ندارد و فکر می‌کند می‌تواند درخت‌ها را از جا بکند.

● با توجه به مسئولیتی که در قطع داروی لیتیوم به‌عهده گرفته بودم، به مشورت روانپزشکی درباره خُلق بالای بیمار روی می‌آورم. در فکرهای بعدی می‌توانم این نگرانی را در چارچوب واکنش انتقال متقابل درک کنم؛ بدین طریق حس می‌کنم که بیمار از نگرانی اینکه در ارتباطات نزدیک ممکن است مخرب شود، از اینکه احتمال وقوع پرخاشگری را می‌بیند، همه چیز را به خُلق شاد خود سوق می‌دهد. نه تنها همسرش، بلکه من نیز می‌توانستم قربانی این حالت وی گردم. به همین خاطر من متذکر می‌شوم که وی حدود و ثغور را در نظر داشته باشد.

در جلسه بعدی آقای فریدریش L به این موضوع می‌پردازد که در آخر هفته جشن بسیار خوبی داشته که در خلال آن توانسته در جنبه‌ی شغلی خود شکوفا گردد. در شب بعد وی رویایی می‌بیند که با پدر در حال گردش می‌باشد و در اقامتگاه جوانان به اتفاق پدر دوش می‌گیرد و زنان نیز در آنجا حضور داشته‌اند، لخت. وی تعجب می‌کند. ضمن تعریف آشکار می‌شود که وی از مشاهده آن صحنه چه لذتی برده است. وی بدون آنکه با عناصر رویا تداعی کند، به این موضوع اشاره می‌کند که همیشه این مطلب فکر او را مشغول کرده که پدرش دو بار ازدواج کرده ولی او از همسر اول

پدرش تقریباً چیزی نمی‌داند. در ازدواج دوم پدر، وی هرگز این تصور را نداشته که پدر و مادرش با هم ارتباطی داشته‌اند. پدر هنگام تولد بیمار ۴۰ ساله بوده است.

وی باز هم بیشتر به پدرش فکر می‌کند و اکنون به یاد می‌آورد که از پدرش نیز برخی چیزها را یاد گرفته است، یعنی نگاه به درختان و رفتار با آنان مثل آدم‌ها. در مقابل مادر بر این موضوع تأکید داشته که گیاهان برای این منظور هستند که از جزئیات همه گل‌ها سر در بیاوریم. این دنیای مادر بود. پدر با سرزندگی بیشتر با وی در جنگل‌ها قدم می‌زده است.

● پس از آنکه شیشه‌ی مات جلوی تصویر پدر را گرفته بود، به نظر می‌رسد که به موازات رشد علاقه‌ی وی به فرد من به شفافیت نزدیک می‌شود، با صراحت و دوباره زنده شدن خاطرات کودکی که پیدا و برای وی ملموس می‌گردند.

من جلسه را با این تعبیر به اتمام می‌رسانم که رویا ممکن است مبین آرزوی پدر برای وارد کردن پسر به دنیای زنان خود بوده باشد. احتمالاً بیمار به عنوان پسر بچه احساس می‌کرده که پدرش مایل به اینکار نیست.

بیمار در جلسه‌ی بعدی با این مطلب شروع می‌کند که وی بالاخره توانسته با یکی از همکاران خود درباره مسائل گوناگون صحبت کند. وی می‌تواند انتقاد و سرزنش کند، خود را متمایز سازد، در حالی که همواره این نگرانی را دارد که مبدا به او آسیبی وارد کند.

وی به خاطر می‌آورد که در راه به این مطلب فکر کرده که اگر می‌خواست داستان زندگی خود را بنویسد چه عنوانی برای آن انتخاب می‌کرد. اولین چیز کوچکی که به خاطر می‌آورد آن است که وی هنگام کودکی ترمز دستی یک گاری را پائین آورده و گاری به یک گودال اشغال می‌افتد. او می‌گوید "بنابراین زمانی باید می‌توانستم این کار را زودتر انجام دهم، تا زمانی که دوباره ترمز را کشیدم. من ۲۰ سال با ترمز زندگی کردم."

من این حالت ترمز گرفتگی و تلاش محتاطانه برای رها کردن ترمز را مستمسک قرار داده و می‌گویم "بله، شما در این اواخر سعی کردید که ترمز را در اینجا رها و برخی انتقادات را مطرح کنید." من به تلاش‌های وی برای نگاه دقیق‌تر به خودم اشاره می‌کنم؛ در حالی که هم نکات مثبت و هم نکات مرموز را مد نظر دارم.

بیمار در حالی که من تعجب می‌کنم به این موضوع می‌پردازد.

ب: بله، من به کرات زیرچشمی به میکروفونی نگاه می‌کردم که روی میز روبروی شما قرار داشت. من تعجب کردم که آیا شما قصد ضبط دارید یا ضبط می‌کنید.

(نزد این بیمار ضبط صدا انجام نگرفت، گزارش بر مبنای یادداشت‌های بعد از جلسه تهیه شده است).

ر: حتی با وجودی که عقل شما به شما می‌گوید که من بدون موافقت شما ضبط نخواهم کرد، امکان جالب و لذت بخشی است که شما به این علت بتوانید انتقادات سخت از من بکنید که بدون اطلاع شما کاری کرده‌ام.

ب: با وجود آنکه توان این کار را در خودم نمی‌بینم، اما می‌توانستم از این طریق شدیداً به شما حمله کنم.

ر: تندخو بشوید.

ب: بله به حالت تهاجمی وارد شوم. ضمناً من مخالفتی با ضبط صدا ندارم، به نظرم برای شما جالب است.

بیمار پس از این تبادل کوتاه کلامی به دنیای شغلی‌اش اشاره و اظهار می‌کند که مطالبی را که قبلاً درگوشی با یکی از همکاران خود مطرح می‌کرده، در این بین در جمع وسیع‌تری بیان می‌کند.

ر: بله، شما دنبال حالت تهاجمی هستید و می‌خواهید در سطح وسیع‌تری مطرح شوید.

ب: بله، من برای مدت بسیار طولانی خیلی چیزها را برای خودم نگاه داشتم. و اینکه من خیلی چیزها را فقط برای همسرم تعریف می‌کردم، برایم کافی نبود. چیزی در اینجا ناقص بود.

ما مجدداً به وضعیت درمانی برمی‌گردیم. بیمار دوباره می‌گوید: نگاه به اطراف در این اتاق و درک اشیاء در اینجا برای من فرآیند سختی است.

تفسیر: سیر درمان یک سری سوال ایجاد می‌کند که ما بطور مختصر به آن اشاره می‌کنیم.

◀ خواننده متوجه شده است که ما به پیش‌زمینه‌های روانشناختی مربوط به ۲۰ سالگی اول بیمار نپرداختیم، با این حال در انتقال متقابل روانکاو به وضوح می‌بینیم که وی نگرانی شدید دارد که با رها شدن توان تهاجمی بیمار جهت پردازش تعارضات نوروپیک- افسردگی، تزلزل جنبه‌های شخصیتی ایجاد گردد که در تئوری روانکاوی به شکل‌گیری حالات سایکوتیک و مانیک منجر می‌گردند (آبراهام ۱۹۷۶، ۱۹۸۶؛ کلاین ۱۹۳۵؛ یاکوبسن ۱۹۳۵، ۱۹۷۱).

◀ برای درک دینامیک این مورد باید جنبه‌های کمتر مطالعه شده‌ی تأثیرات درازمدت مصرف لیتیم بر شخصیت بیمار بررسی گردند (روگر ۱۹۷۶، ۱۹۸۶؛ دانک وارت ۱۹۷۸؛ شو ۱۹۷۶). داروهای روانی علاوه بر تأثیرات فارماکولوژیک، تأثیرات روان‌پویایی اجتناب‌ناپذیر نیز دارند. لیتیم برای این بیمار به مثابه اصل ممنوعه مادرانه عمل می‌کرد. وی از تجربیات رایج بلوغ- هایپومانیک که برای وی سنگین بوده به دور مانده و درمان دارویی به مثابه یک حصار حفاظتی غیرقابل عبور عمل می‌کرده است.

◀ به همین خاطر از زاویه تکنیک درمانی مهم و درست بود که روانکاو عدم مصرف لیتیوم را به عنوان هدف انتخاب نکرد، بلکه در ابتدا در مورد مشکلات شغلی بیمار که در ارتباط با موضوع پدر او بود، کار کرد.

۲-۳-۲ حسادت نسبت به برادر*

موقعیت روانکاو نیازهای بیمار در مرحله وحدت دوگانگی را تقویت می کند؛ این موقعیت به شکل آرام، بستر رابطه مادر-فرزندی را فراهم می کند (استون ۱۹۶۱) که فرد سومی، مثلاً یک بیمار دیگر، بالاخره موقعی به رقیب و یا مخل آرامش تبدیل خواهد شد.

خانم کته X پس از یک بارداری ناخواسته دچار احساساتی می گردد که ممکن است از تجربیات حسادت و رقابت ناشی شده باشند. از آنجایی که او بدینی زیادی نسبت به بارداری داشت، اولین علائم بارداری در او هم باعث توجه شدید وی نسبت به بدن خویش و هم نسبت به زنان باردار و یا زنانی که وضع حمل کرده بودند، شد. در گزارش آنالیز، تجربه احتمالی کودکی که فقط بر بازسازی یک خاطره بنا شده، با موقعیت پرفشار فعلی و موقعیت پرتعارض در رابطه درمانی پیوند خورده است.

خانم کته X در ابتدای جلسه از ملاقات با همکاری گزارش می دهد که یک پسر زائیده بود. موقع ملاقات بطور ناگهانی خونریزی خفیفی می کند. او چنین برداشت می کند: "من او را در بیمارستان ملاقات می کنم، خون ریزی شروع می شود."

زمانی که بچه می خواهد شیر بخورد او به همکاری که او را همراهی کرده بود می گوید: "نگاه کنیم، من می خواهم ببینم. من به او حمله ناگهانی کردم."
ر: دقیق نگاه کردن، کاری که شما با میل انجام می دهید.

● این اشاره به یک نقطه قوت بیمار است که وی در یک مبارزه دفاعی علیه تمایلات نزدیکی و ذوب شدگی بدست آورده است: او شدیداً مستعد ادراکات افتراقی جزئیات شخصی است.
ب: همکاری را که ملاقات کردم، تقریباً لاغر است. الان یک سینه درست و حسابی پیدا کرده. اما به او می آید. من این را برای همکاران دیگر تعریف کردم. بچه مهربانی دارد با چشم های آبی. دیگران گفتند: "الان نوبت شماست که بچه دار شوید."
بیمار سپس مردد و نامطمئن می شود، به همین خاطر من می گویم:

* Brother Envy
Bruderneid

ر: احساس غریبی به شما دست می‌دهد.

ب: بله، من الان حساسی قاطی کرده‌ام. این که الان خون ریزی شروع می‌شود، عجیب است، مثل دوران قاعدگی.

بعد او به یاد آشنایی می‌افتد که در سه ماهگی سقط کرده بود.

به نظر من برداشت‌های وی از آن ملاقات او را سردرگم کرده بود.

ب: من زیاد بیمارستان بوده‌ام. محیط آنجا برایم ناشناخته نیست.

ر: اما الان در یک موقعیت دیگری هستید و گمان می‌کنید که حامله هستید. این شما را به خود

مشغول می‌کند. خون‌ریزی شاید می‌خواهد به شما بگوید که شما حامله نیستید، نوعی تصمیم منفی.

● با وجود آنکه من این فرضیه را داشتم که بیمار تاکنون به دلایل روانی باردار نشده است، این موضوع از جانب او مطرح نشد.

ب: ممکن است که من اشتباه کرده باشم. موقعیت بیمارستان، حال و هوای رسمی. بچه نازی بود.

(مکث) پدرش هم مهربان بود. مادر کمی سفید به نظر می‌رسید. این‌ها برداشت‌هایی نیستند که مرا ترسانده باشند.

● از آنجایی که بیمار در جنبه‌ی عاطفی از صحنه‌ی موجود عقب نشینی می‌کند که برای من خیلی جالب توجه است، تصمیم می‌گیرم به اجتناب او و ارزشیابی عاطفی وی (حال و هوای رسمی) برخورد فعال نموده و در سوال بعدی موقعیت اخیر بیمار در بیمارستان را با شرایطی مرتبط می‌سازم که بیمار به‌عنوان فرزند ۲ ساله و پس از تولد برادر خود از خانه والدین دور شده است.

ر: تولد برادران کارل چگونه بود؟

ب: در خانه انجام گرفت. من می‌شنیدم، زایمان سختی نبود.

ر: یک بچه ۲ ساله چه چیزهایی می‌شنود؟ (بیمار در آن زمان حدوداً دو ساله بود).

ب: نمی‌دانم. من زمانی کارل را به خاطر می‌آورم که به کلینیک کودکان رفت، چند ماه پس از تولد. این قدیمی‌ترین خاطره من است. من یادم می‌آید که پدرم مرا روی سرسره به طرف کلینیک می‌برد. کارل آنجا بود.

● این خاطره قدیمی می‌تواند به‌عنوان پارادایم ارتباطی آنگونه که مایمن و فاریس (۱۹۶۰) مطرح کردند، عمل کند. اشتیمرلینگ (۱۹۷۴) این مطلب را بطور کمی بر ۵۰۰ شخص ارزیابی نموده است. این پارادایم مبین از دست دادن مادر و رابطه نزدیک با پدر است.

ر: کارل چرا در کلینیک بود؟

ب: نمی‌دانم. علاقه‌ای هم نداشتم بدانم چرا.

ر: این بار برای زایمان همکاران علاقه نشان دادید. چرا الان؟

ب: بله، می‌خواستم بچه را ببینم. اما راستی چرا؟ رابطه آنچنان صمیمی با همکارم ندارم. من به دیدن بچه علاقه داشتم و همچنین اینکه قیافه مادر چطور است و تغییراتی که در وی به وجود آمده است.

ر: همانجور که ما در ابتدای جلسات برای تغییرات جسمی شما علاقه نشان می‌دادیم.

ب: بله، بله. دوست داشتم ببینم همکارم کودکش را چگونه بغل می‌کند. آخر او زیاد زنانه نیست.

ر: بنابراین اگر او این تغییرات را بپذیرد، بعداً...

بیمار وسط حرف من می‌پرد و رشته افکار خودش را ادامه می‌دهد.

ب: نمی‌دانم الان چه خبر شده (پس از یک سکوت ۱ دقیقه‌ای). الان یادم می‌آید که دیروز با همکارم درباره گربه صحبت کردم. آخر ما گربه هم داشتیم. و الان یک گربه حامله همیشه می‌آید پیش من. او حتماً پسر بچه خواهد زائید. من چکار باید بکنم. یکی از همکارانم یکبار یک گربه را کشت، خیلی راحت تو سوراخ توالت سیفون را کشید. و الان حالم به هم می‌ریزد.

او می‌لرزد، حالتی که زمانی پیش می‌آید که با موضوعات ناراحت کننده درگیر می‌شود و سیستم دفاعی او دیگر پاسخگو نیست.

ب: یادم می‌آید که مادر نیز زمانی از همین عبارت در موقع یک زایمان ناقص صحبت می‌کرد: سیفون توالت را کشیدن.

ر: این تصور را به سختی می‌توان تحمل کرد.

ب: بله، مادرم زمانی که بی‌وفایی پدرم بوسیله یک نامه غیرقابل انکار شد، یک زایمان ناقص داشت. وقتی مادرم این را برایم تعریف کرد، فکر کردم او بچه را کشته است.

ر: و شما الان شاهدید که چیزی شبیه به آن برای شما پیش می‌آید، با نگاه به مادری که شیر می‌دهد یک چیز غیرقابل تصور در شما زنده شده است: نگاه کردن به کارل زمانی که به سینه مادران چسبیده بود، چه خوب می‌شد از دست او رها می‌شدم! و اولین خاطره شما هم به این تصویر می‌خورد: کارل دوباره رفته است و شما راضی هستید.

ب (با لبخند): بله، بله، جایش در کلینیک بود.

پس از کمی تأمل دوباره درباره زایمان ناقص مادر صحبت می‌کند.

ب: من متأسف شدم. دوست داشتم او را ببینم.

ر: از آن جایی که نمی‌توانستید مانع این کار شوید، دوست داشتید لااقل او را ببینید. قیافه مزاحم چطوری است؟ چهره مادر را ببینید. دیدن، به یکی از نقاط قوت شما تبدیل شده است.

ب: شده؟ نظرتان این است؟

● اشاره به دیدن توأم با کشمکش، بیمار را مشغول می‌کند. به‌همین علت من در مداخله بعدی یک رفتار خاص بیمار را دستمایه قرار می‌دهم. او همیشه دوست داشت زودتر بیاید تا بیماری را که قبل از او از اتاق من خارج می‌شود ببیند.

ر: همانگونه که شما به اطراف اتاق من نگاه می‌کنید که ببینید آیا من چیزی را جابجا کرده و یا از اتاق برداشته‌ام.

ب (در حالی که من را تصحیح می‌کند): بله من دیگر این کار را انجام نمی‌دهم، دیگر مثل سابق نیست. امروز فقط به بوته گل نگاه کردم.

بوته گلی که بیمار به آن اشاره می‌کند روی ویترونی قرار گرفته که من به‌ندرت به آن نگاه می‌کنم. در سکوت طولانی که بوجود می‌آید من به این فکر می‌روم که نگاه بیمار به اتاق درمان پراکنده است. من دروناً با بیمار موافق هستم که وی با اظهارات اصلاحی خویش چیزی را به درستی بیان کرده است، یعنی اینکه وی اتاق و اشیاء درونی آن را با دید بدبینانه نمی‌نگرد و در آن احساس راحتی می‌کند. بیمار بعداً متذکر می‌شود: "جالب است که از یک ویترونی برای چه کارهایی می‌توان استفاده کرد." سپس به یاد فیلمی می‌افتد که در آن یک جوان در یک جعبه بازی مشابه دو صحنه را به نمایش می‌گذاشت: او بچه را به توالت می‌اندازد و یا می‌گذارد سوسماری او را ببلعد.

او در سیر این افکار به لرزه می‌افتد؛ "خیلی بد بود، بچه بیچاره." من ترجیح می‌دهم جزء پرخاشگرانه را مورد تأکید قرار دهم: تماشای این صحنه شما را نگران می‌کند که این پسر بچه چگونه بطور واضح به دنبال امیال خود است، اینکه او همشیره مزاحم خود را بسادگی از بین می‌برد. بیمار می‌گوید او نسبت به عصابت خود به مادر کاملاً آگاه بود، یک خشم عظیم.

ب: من البته مثل زمان قبل از دست مادرم عصبانی نیستم، بلکه با تعجب حس می‌کنم که من با همسرم در جلب توجه مادرم رقابت می‌کنم.

بیمار این مطلب را با کنایه خفیف و تعجب بیان می‌کند، چون چنین مطلبی در گذشته به نظرش کاملاً غیرممکن می‌رسید. البته او همواره نسبت به برادرش که توانسته بود محبت مادر را جلب کند، حسادت می‌ورزید. مادر برای برادر هدایای قشنگی می‌خرید، در حالی که به او فقط پول می‌داد. مادر برای کارل همیشه چیزی را می‌خرید که او دوست داشت، اما برای بیمار چگونه؟ او بارها به مادر می‌گفت که چه چیزی می‌خواهد، اما مادر چیزی به فکرش نمی‌رسید. خانم کته X می‌گوید "روشن است، جوزف (همسرش) نقش کارل را به‌عهده گرفته است." "من به همسرم احساس حسادت دارم، چون مادرم او را دوست دارد."

خانم کته X به این جمع‌بندی می‌رسد که چگونه همسر و مادرش در این مطلب هم عقیده هستند که وی از داشتن چنین همسری باید راضی باشد. مادر به اندازه کافی به فکر او نبوده است.

ر: بله، موضوع بین ما دو نفر آن است که آیا این احساس همواره ایجاد می‌شود که دیگری حمایت کامل مرا به دست آورد، شما ولی نه، شما فقط اسکناس دریافت می‌کنید.

ب: من داشتم در این مسیر حرکت می‌کردم، اینجا هم موضوعات را مثل نزد مادرم بینم و تجربه‌ی مشابهی داشته باشم.

به نظر می‌رسد از درون احساس سرما و شروع به ارزیدن می‌کند.

ب: وقتی تصور می‌کنم که زنی که قبل از من اینجا بوده با دست‌های پراتاق را ترک می‌کند، ناراحت می‌شوم. در این صورت فکر می‌کنم که رابطه‌ی بین شما دو نفر بهتر از رابطه‌ی میان ما است.

خانم کته X به مراجع قبل از خودش نقش‌های انتقالی را منتسب می‌سازد که حاوی رقابت خواهر-برادری است.

اوج گیری تعارضی که به وسیله همانندسازی بیمار دیگر با برادر به وجود می‌آید همچنین حاوی این مطلب است که بیمار به مجرد آنکه احساس خوبی دارد باید برود؛ این مطلب در تعبیر بعدی مطرح می‌شود. حسادت به بیمار دیگر که باید او را مرخص کرد همچنین اگر وی کار خوبی را به وضوح انجام دهد، شامل حال او خواهد شد.

ر: این عقیده برای خود شما ناراحت کننده است، شما اجازه ندارید اینجا خوشحال شوید، اجازه پیشرفت ندارید و یا اینکه بشکل مخفی و غیر آشکار؛ من نباید متوجه شوم که حال شما بهتر است.

ب: بله، این درست است. پیشرفت‌هایم را بیرون نشان می‌دهم. آنجا شما نمی‌توانید ببینید ولی من خوشحال هستم.

ر: نشان دادن خوشحالی به دیگران خطری ندارد.

ب: اما من خوشحالی‌ام را اینجا هم نشان می‌دهم. من از تغییرات خوشحال می‌شوم. اما شاید کمی محتاطانه‌تر.

تفسیر: حسادت نسبت به برادر بهتر است در انتها کمی مشروح‌تر مورد بحث واقع شود.

◀ اگر این سوال را مطرح کنیم که بیمار چرا نسبت به برادر حسادت دارد، به طرد در ایام کودکی می‌رسیم که بیمار پس از تولد برادر تجربه کرده است. از آنجایی که بیمار در شیرخوارگی زیاد گریه می‌کرده، پس از تولد برادر در سن دو سالگی از خانه والدین به خانه والدین بزرگ که در همان مجموعه زندگی می‌کردند، منتقل شده است. شرایط زندگی خانواده به این فرضیه قوت می‌بخشد که بیمار فرزند ناخواسته بوده است و بعد از تولد برادر شرایط عادی برقرار می‌گردد.

بنابراین می‌توان گفت که بهتر است در خانم کته X بجای حسادت فرضی به پستان، به کمبودهای مراقبتی تجربه شده توجه داشته باشیم. همانندسازی وی در سال‌های بعدی با این تجربیات از طریق عصبانی و ترشو بودن انجام گرفت تا بدین وسیله رفتار مادر توجیه گردد. در واقع تجربیات کمبود وجود دارند که با تخیلات بعدی تقویت و یا تلطیف می‌شوند. این رابطه تنش‌دار الگوی اساسی حسادت و رشک‌ورزی است که ملانی کلاین به روش گذشته‌نگر مطالعه کرده و آن را به روابط دو و سه نفره مرتبط ساخته است.

"در اصل حسادت متوجه توان خلق کردن می‌شود: آنچه که پستان رشک شده عرضه می‌کند، بطور ناخودآگاه به‌عنوان الگوی کلی توانایی جهت خلق و تولید احساس می‌شود، زیرا پستان و شیرری که از آن بیرون می‌آید به‌عنوان سرچشمه حیات دیده می‌شود" (۱۹۵۸)، نقل قول از ۱۹۶۲، ص: ۱۸۵).

◀ این تجربه مکرر که در تمام طول کودکی بیمار اتفاق افتاده، به تثبیت الگوی اساسی منجر می‌گردد: "اگر من دوست داشتنی و سربراه باشم، مرا ننگه می‌دارند، اگر بداخلاق و عصبانی باشم، رها می‌کنند." در تابلوی بالینی چنین فرآیندهای تجزیه‌ای - تقسیم به خوب و بد - بکرات مشاهده می‌شوند. اینها اما به‌عنوان نتیجه سیر رشدی قابل فهم است که در خلال تجربیات دوباره به تثبیت تجربیات دوران کودکی انجامیده‌اند. تغییر این نمای ناخودآگاه در موقعیت انتقال، اشاره به احساس امنیت اساسی دارد که در حین آنالیز به دست آمده است (کشله ۱۹۸۷). روزنفلد در آخرین اثر خود (۱۹۸۷، ص: ۲۶۶) تأکید می‌کند که چنانچه بیمار از جانب روانکاو پذیرفته شود، حسادت تدریجاً کم‌رنگ می‌شود. تعبیرهای کلیشه‌ای حسادت باعث می‌شود تا بیمار تحقیر شود و بنابراین یک سیکل معیوب ضددرمانی تولید خواهد شد. اما چنانچه بیمار حس کند فضایی برای فکر و رشد در اختیار دارد، از حسادت وی کاسته خواهد شد.

۴-۲ انتقال و همانندسازی*

۴-۲-۱ روانکاو به‌عنوان ابژه و سوژه**

* Transference and Identification

Übertragung und Identifizierung

** The Analyst As Object and As Subject

Der Analytiker als Objekt und als Subjekt

خواسته فروید مبنی بر اینکه بیمار اجازه ندارد "جهت شباهت با ما، بلکه در مسیر رهایی و تکامل شخص خود تربیت شود" (فروید ۱۹۱۹، ص: ۱۹۰)، در تضاد آشکار با اهمیت درمانی همانندسازی بیمار با روانکاو قرار دارد. هوفر (۱۹۵۰) در سمپوزیومی درباره نحوه‌ی پایان دادن به آنالیزها، توانمندی بیمار در همانندسازی با روانکاو را به‌عنوان یک رکن اساسی فرآیند درمانی و توفیق آن توصیف کرد. بنابراین این موضوع از اهمیت اساسی در فهم فرآیند درمانی و زمینه‌ی تنش داری برخوردار است که می‌توان با کمک نقل پائین به آن پی برد:

"ما در عملکردهای متفاوتی که عهده می‌شویم، در مقابل بیماران خود به‌عنوان مرجع، والدین، مربی و آموزگار ظاهر می‌شویم. . . هر چقدر این نقش‌ها برای روانکاو فریبنده باشد، نباید فراموش کند که این کار جزو وظایف وی در موقعیت روانکاوی محسوب نمی‌شوند. چنانچه وی به دنبال این امیال باشد، پایبندی خود نسبت به وظایف درمانی را از دست خواهد داد" (فروید ۱۹۴۰، ص: ۱۰۱).

در اینجا چند سوال مطرح می‌شود:

- بیمار با چه چیزی همانندسازی می‌کند؟
- پیامدهای همانندسازی بر طبق تئوری روانکاوی برای جهت‌گیری عمل روانکاوی چیست، چگونه‌ای که بیمار عملکرد روانکاو را بهتر درک کند؟
- روانکاو چه پیامی می‌رساند و چگونه این کار را انجام می‌دهد؟
- آیا در تجربه بیمار عملکردها منفک از اشخاص است؟
- رابطه‌ی همانندسازی با این خواسته که در پایان آنالیز نوروز انتقالی باید از بین برود، چیست؟

ایجاد هویت ادراکی

همانندسازی با اشخاص گذشته در ابژه انتقال تکرار می‌شوند. به دلایل متفاوت مفید است که میان ابژه‌های انتقال و سوژه روانکاو تفکیک قایل شویم. اشخاص با اهمیت گذشته به نمادهای ابژه‌ای درونی تبدیل شده و با نمادهای خود پیوند برقرار می‌کنند. روندی که از این تصاویر درونی و تأثیرات آن بر تجربه و رفتار ناشی می‌گردد، همان چیزی است که فروید (۱۹۰۰) از آن به‌عنوان تولید دوباره هویت ادراکی نام برده است. این فرآیند شناختی-هیجانی به آنجا منتهی می‌شود که موقعیت‌های کنونی با هم‌نوعان در قالب الگوهای قدیمی تغییر شکل دهند. نتیجه آن است که بیمار بر پایه پیش زمینه‌های ناخودآگاه خود به پزشک نقش‌هایی را منتسب می‌سازد. در وضعیت‌های

انتقال نوروتیک روانکاو فشار زیادی برای تقبل نقش از جانب بیمار را حس می‌کند. بیمار با تمسک به استفاده‌ی زبانی غیربازتاب دهنده می‌خواهد روانکاو را خطاب قرار دهد تا در مرحله بعد خود را مثلاً به‌عنوان ابژه ایده‌آل سازی شده با او، این بار در قالب استفاده بازتاب دهنده: "هماندسازی خود با..." در یک سطح قرار دهد. در این تلاش‌های ناخودآگاه جهت ایجاد مجدد هویت ادراکی، دیگری در ذهنیت خویش مورد توجه قرار نمی‌گیرد و به ابژه تبدیل می‌شود. در حالی که روانکاو این را می‌پذیرد، تفاوت میان آنچه به وی اطلاق می‌گردد و آنچه وی در واقع هست را درمی‌یابد. گذشته به وسیله تعبیرات انتقال حاد م شود، در حالی که امکانات و چشم‌اندازهای جدید به وجود می‌آیند.

به همین خاطر تلاش می‌کنیم تا روانکاو را به‌عنوان "ابژه جدید" (اووالد ۱۹۶۰) قلمداد کنیم. البته ابژه در تئوری و ترمینولوژی روانکاوی شامل سوژه می‌گردد، اما برای تکوین یک "شخص‌شناسی" روانکاوی، یک روانشناسی دو و سه نفره لازم است استقلال زبانی آن را به وی بازگردانیم. زیرا روانکاو عملکرد درمانی خویش را به‌عنوان سوژه ادا می‌کند و بخشاً و به ندرت به‌عنوان یک شیئی عمل می‌کند.

فرآیندهای همانندسازی در درمان

تلاش برای اجتناب از نفوذ مستقیم بر بیمار با کمک استفاده از متافور آینه فروید به آنجا منتهی شد که مطالعه‌ی فرآیندهای همانندسازی در حین درمان مورد توجه کافی واقع نشود، این در حالی است که این فرآیندها از تأثیرات درمانی شگرفی برخوردارند. به نظر ما باید "هماندسازی با ابژه" که شکل قالبی و ساختاری به خود گرفته است تغییر کند. سوژه‌ای که در این مسیر تلاش می‌کند، یعنی روانکاو، بایستی از طرفی از جانب بیمار مورد قبول واقع شود. از طرف دیگر باید در نظر داشت از آنجایی که موقعیت خاص دوسویه روانکاوی از ارتباطات معمول متفاوت است و بگونه‌ای نوآوری با خود حمل می‌کند، احساس بیگانگی و غریب نیز تولید می‌کند.

در حالی که جبر تکرار انتقال نوروتیک محتوا و شکل پدیده‌ها را تعیین می‌کند، همانندسازی‌ها با عملکردهای روانکاو به بینش در مقولات ناخودآگاه و تجربیات جدید منجر می‌گردد. اشتربا (۱۹۲۹) اهمیت درمانی همانندسازی را خیلی زود مطرح کرد:

روانکاو در حالی که امکان همانندسازی جهت تقویت سنجش واقعیت را فراهم می‌کند، به کمک «خود» بیمار می‌رود که توسط امیال غریزی نهاد به عقب رانده شده است. این همانندسازی

بخش‌های واقعی «خود» بیمار با روانکاو از طریق مشاهده‌ی عاری از هیجان و توضیح شرایط روانشناختی توسط روانکاو صورت می‌گیرد که ما از آن به‌عنوان تعبیر یاد می‌کنیم. دعوت جهت همانندسازی از جانب خود روانکاو مطرح می‌شود. همو است که در آغاز درمان از کار مشترکی صحبت می‌کند که در پیش رو است.

عباراتی که از جانب روانکاو زیاد استفاده می‌شود، نظیر: "ما می‌خواهیم با هم بینیم که شما چه فکر کرده‌اید، چه رویایی دیده‌اید، چه کرده‌اید،" حاوی تقاضای همانندسازی خود بیمار با همان "ما"یی است که روانکاو بکار می‌برد. همانندسازی با روانکاو توأم با حالات زیر است:

- آرزوی بیمار جهت بهبود،
- از انتقال مثبت . . . ،
- همانندسازی بالاخره جهت ارضای خودشیفته تجربه مشترک / انتلکتوئلی پروسه شناخت در آنالیز است (۱۹۲۹، ص: ۴۶۳).

اشتراک بدین ترتیب به این شناخت مهم نائل می‌گردد که همانندسازی نه تنها به ابژه، بلکه به کار مشترک نیز مربوط می‌شود.

بنابراین شکل تعامل خود می‌تواند در بیرون آوردن بیمار از حالت نورژ مؤثر باشد.

وحدت شخص و عملکرد

با وجود آنکه شدت بیش از حد "ایجاد ما" تا حدود زیادی مشکل‌آفرین است، چون وسوسه‌برانگیز و مانع ابراز مخالفت و استقلال بیمار است، ما گمان داریم که برداشت کلاسیک از قواعد درمانی روانکاوی (تکنیک کلاسیک) به آنجا منتهی شده که همانندسازی با عملکردهای روانکاو و شکل‌گیری ایجاد ما، آنگونه که اشتراک خواهان آن بود، با مشکل مواجهه شده است.

وحدت اولیه شخص و عملکرد دارای پیچیدگی‌هایی است که در سیر درمان می‌توان تا حدودی بر آن قائق گردید، مثلاً در تقبل همانندسازی به‌عنوان بازتاب خود. از طرف دیگر شخص‌زدایی شدید عملکردهای روانکاو، به دلایل انسان‌شناختی و روانکاوی جایز نیست.

استعاره‌ی آینه تعدیل یافته

اینکه ما برخی چیزها را در تناسبات جدید قرار می‌دهیم و به آن‌ها معنای جدید اعطا می‌کنیم، حاوی این مطلب نیز هست که ما نقطه‌نظرات خودمان را بیان می‌کنیم و نهایتاً درباره‌ی شخص خود سخن می‌گوییم. از آنجایی که از دیدگاه روانکاوی هویت شخصی هم از درون به بیرون و هم از بیرون به درون ساخته می‌شود، تأثیرپذیری از بیرون دارای حد و مرز خاصی است. با وجود آنکه ما شکل‌گیری هویت از دید روانشناسی اجتماعی را رد می‌کنیم (چون فقط تأثیرپذیری از بیرون به درون را مبنا قرار می‌دهد) از نظریاتی که مثلاً لوک من مطرح می‌کند، پیامدهای جدی برای فهم انعکاس بینانسانی بوجود می‌آید.

"انسان خود را بلاواسطه تجربه نمی‌کند. فقط محیط است که انسان را بلاواسطه تجربه می‌کند، محیط است که بطور مستقیم به آگاهی راه می‌یابد. انسان در روابط اجتماعی دیگری را تجربه می‌کند. دیگران بشکل بلاواسطه در اختیار او هستند: توسط جسم خویش. جسم هموعان به‌عنوان میدان بروز فرآیندهای آگاهی دریافت می‌گردد. اما هم‌چنانچه تجربیات دیگری به خود او بر می‌گردد، انسان بازتاب خود را در هموعان می‌یابد. در ارتباطات اجتماعی که در یک محیط مشترک تحقق می‌یابند، انسان خود را از مسیر هموعان دریافت و تجربه می‌کند. توانمندی انعکاس متقابل، پیش‌شرط اصلی شکل‌گیری هویت شخصی است" (لوک من ۱۹۷۹، ص: ۲۹۹).

هماندسازی با عملکردهای روانکاو

خانم آمالیا X به این خاطر به روانکاوی مراجعه نموده که عزت نفس وی در سال‌های اخیر آسیب فراوان دیده و تا حد یک افسردگی شدید پیشروی کرده است. سیر کلی زندگی وی و نیز جایگاه اجتماعی او به‌عنوان یک زن از دوران بلوغ تحت‌الشعاع تأثیرات علایم و نشانه‌های مردان‌های قرار داشت که غیرقابل اصلاح می‌نمود و خانم آمالیا X ظاهراً با آن کنار آمده بود. البته او توانسته بود بر روی این علایم در بیرون سرپوش گذارد، بدون آنکه این تلاش به اصلاح ادراک وی در عزت نفس کمک کرده باشد. این علایم و علایم نوروتیک در یک سیکل معیوب هم‌دیگر را تقویت می‌کردند؛ افکار و سواسی نوروتیک و علایم چندگانه ترس‌های نوروتیک به ارتباطات شخصی وی آسیب رسانده و بیش از همه به آن منتهی شده بود که بیمار روابطه دوستانه با جنس مخالف خود نداشته باشد.

من خانم آمالیا X را که به لحاظ شغلی موفق، با فرهنگ و مجرد بود و علیرغم جنبه‌های قوی مردانه، شدیداً زنانه می‌نمود را تحت درمان قرار دادم، چون مطمئن و امیدوار بودم که حالت انجماد وی تغییر خواهد کرد. من بطور کلی از این نقطه نظر حرکت می‌کردم که بدن ما نمی‌تواند تنها سرنوشت ما باشد، بلکه این موضوع نیز می‌تواند سرنوشت‌ساز باشد که افراد نزدیک به ما و خود ما چه نظری درباره بدنمان داریم. هویت جنسی و هویت هسته بر مبنای تعلق جنسی و تأثیرات اجتماعی شکل می‌گیرد (لیشتن اشتین ۱۹۶۱؛ اشتولر ۱۹۶۸، ۱۹۷۵؛ کوبی ۱۹۷۴؛ بلوس ۱۹۸۵).

تجربیات بالینی ما این مفروضات را تأیید می‌کنند:

◀ انجماد و علایم مردانه آرزوی آلت (Penis) و یا حسادت به آلت را تقویت و تعارضات ادیپی را فعال می‌کند. اگر آرزوی بیمار تحقق می‌یافت و او یک مرد می‌شد، نما و تصویر بدنی او بدون تعارض می‌شد. بنابراین این سوال که "من مرد هستم یا زن" جواب داده می‌شد و عدم اطمینان هویتی که بوسیله انجماد ایجاد شده، از بین می‌رفت و تصویر از خویش و هویتی جسمی با یکدیگر همخوان می‌شدند. اما تخیل ناخودآگاه در ارتباط با واقعیت بدنی نمی‌تواند استمرار یابد؛ پابندی و انجماد به جنبه‌های مردانه نمی‌تواند زنی را به مرد تبدیل کند.

◀ راه حل‌های پس‌رفتی، یعنی با وجود علایم مردانه جهت کسب امنیت به همانندسازی با مادر روی آوردن، به زنده شدن تعارضات مادر- دختر می‌انجامد و فرآیندهای دفاعی زیادی را فعال می‌کنند. در این صورت تمام فرآیندهای عاطفی و شناختی از دوگانگی شدید متأثر هستند، بگونه‌ای که مثلاً بیمار نامبرده هنگام خرید در انتخاب رنگ مشکل شدید تصمیم‌گیری پیدا می‌کند: "این رنگ زنانه است یا مردانه؟"

رابطه کاری نسبتاً سریع شکل گرفت. از این طریق می‌توان به نقش اشکال تعامل درون‌سازی شده با افراد نزدیک (والدین، آموزگاران) در پیدایش نورژ انتقال پی برد. اصلاحات انجام شده را می‌توان از تغییر عزت نفس، افزایش امنیت فردی و از بین رفتن علایم درک کرد (م.ش. نویدرت و همکاران ۱۹۸۷).

گزاره‌های زیر علیرغم آنکه به لحاظ زمانی با هم فاصله دارند، این تلاش مشترک را دارند که در آنالیز انتقال، همانندسازی‌های جدیدی را برای بیمار زمینه‌سازی می‌کنند. "سر" روانکاو نماد "ابژه‌های" ناخودآگاه قدیمی و محتوای آن نماد امکانات و فرصت‌های جدید می‌گردد. ایجاد فاصله سالم از این طریق ممکن می‌گردد که روانکاو هم سر خود را عرضه می‌کند و هم آن را برای خود نگه می‌دارد. از این طریق وی به الگوی تنظیم فاصله- نزدیکی تبدیل می‌گردد.

این نمونه را بدین خاطر انتخاب کردیم، چون زنجیره استدلالات ما را از جنبه‌های متفاوت تقویت می‌کند. البته سر در خلال فرآیند تأخیر ناخودآگاه همچنین یک اهمیت جنسی می‌یابد؛ این تأخیر

اما تغییری در الگوی تعامل فکری میان من و بیمار بوجود نمی‌آورد، بدان معنا که در نهفته‌ی درون مغز چه چیز جستجو می‌شود. جستجوی شناخت معطوف به جنسیت است. این گنج مرموز و حفاظت شده (انکار شده) به علت تأخیر ناخودآگاه در سر (به‌عنوان ابژه انتقال) حدس زده می‌شود. کشف مجدد "تأخیر" به بروز و تقویت چیزی منجر می‌شود که برای بیمار "جدید" است.

● در ادامه نظرات من به تعبیرات و واکنش‌های بیمار اضافه شدند. روشن است که افکار بازگو شده به تنهایی مرا به سمت تعبیرات هدایت نکردند. تعبیرات بهر طریقی که به وجود آمده باشند: آن زمان که واقعاً به اطلاع بیمار رسانده می‌شوند و همانگونه که آرنلو (۱۹۷۹) بیان می‌کند باید با معیارهای "شناختی" جهت‌گیری داشته باشند. من فرآورده‌ی نهایی تعبیرات شناختی و عقلی خود را تفسیر می‌کنم و فرآیند شکل‌گیری و اجزا ناخودآگاه و غیرعقلی آن را مورد توجه قرار نمی‌دهم. بنابراین نامشخص است که فکر آنالیزی من از کدام نقطه شروع شده است. چنانچه بپذیریم که دستگاه ادراکی روانکاو ناشی از دانش نظری وی است که در لایه‌ی پیش‌آگاهی وی موجود است، تعیین آغاز فرآیند شکل‌گیری تعبیرات خیلی دشوار است. بدین ترتیب دانش نظری درباره تأخیر، ادراک پیش‌آگاه را تسهیل می‌سازد و به غریزه روانکاو رسوخ کرده و با انتقال متقابل (در مفهوم وسیع آن) ترکیب می‌شود.

بیمار از احساس گناه شدید رنج می‌برد که در رابطه با من حاد شد. قانون "چشم در برابر چشم"، "دندان در برابر دندان"، به علت امیال جنسی وی در تجربه او تقویت می‌شود. الگو و نمونه قدیمی درباره محتوای نورژ انتقالی در بیمار، تخیل رابطه با محارم با بردار خودش است. افزایش تنش‌های درونی بیمار را با این فکر مشغول می‌کند که زندگی خود را مجدداً وقف کلیسا کند و یا اقدام به خودکشی نماید (بیمار در سال‌های جوانی می‌خواست پرستار رهبانی بشود، اما پس از یک دوره آموزشی تنگ‌نظری مذهبی برایش غیرقابل تحمل گردید. در هنگام خروج از کلیسا با آموزه‌های مذهبی فاصله گرفت). اکنون وی انجیل قدیمی خود را به مصاف من می‌فرستد، کسی که در مبارزه سخت با او بسر می‌برد. این جنگ در سطوح متفاوت جاری می‌شود و برای بیمار حاوی تشابهات زیادی است. او احساس می‌کند که "دگم" روانکاو، یعنی "انجیل فروید" با انجیل عیسوی وی خوانایی ندارد. بالاخره هر دو انجیل رابطه جنسی با روانکاو را ممنوع کرده‌اند.

بیمار برای استقلال و نیازهای خود تلاش و از آن‌ها در برابر هر دو انجیل دفاع می‌کند، او دفاع شدیدی در برابر تعبیرات من می‌کند و این احساس را دارد که من دقیقاً می‌دانم آخر کار به کجا ختم خواهد شد. او احساس می‌کرد که از وی مچ‌گیری شده و تحقیر می‌گردد. او شدیداً آرزو داشت که من او را دوست داشته باشم و با او زندگی کنم. بیمار در نظر داشت به من یک ساعت قدیمی و نفیس هدیه دهد که هر ساعت‌اش برای من (و او) حرکت کند.

در این بخش درمان یک موضوع، اهمیت و شدت خاص می‌یابد: علاقه شدید برای سر من. نتیجه بررسی دقیق سر من برای بیمار چه بوده است؟ خانم آمالیا X یک بار برای من تعریف کرده بود که وی به دنبال تأییدی برای چیزی است که در کتاب‌ها، در فکر من و در سر من وجود دارد. او آرزو دارد که چیز کاملاً جدیدی از آن بیرون بیاید. او نیز به دنبال تعبیراتی است و تلاش دارد افکار مرا درک کند.

بیمار درباره انتقادات رئیس سخت‌گیر خود حرف می‌زند و این که نمی‌تواند از خودش در مقابل او دفاع کند.

ر: شما گمان می‌کنید که من پشت سر شما می‌نشینم و "اشتباه، اشتباه" می‌گویم.

اساس این تعبیر انتقال فرضیه زیر است: بیمار به من "عملکردهای فراخود" اطلاق می‌دهد. این تعبیر از فشار وی می‌کاهد و به او جرأت می‌بخشد از خود مقاومت نشان دهد (بیمار از مدت‌ها قبل می‌داند که من انسانی از نوع دیگر هستم و از او انتقاد نمی‌کنم، اما از طرفی مطمئن نیست و از طرف دیگر اجازه ندارد به آن باور داشته باشد، چون او هنوز عصبانیت شدیدی در برابر ابژه‌های قدیمی دارد). من حدس می‌زنم که احساسات انتقال بسیار شدیدتری در کار است و فکر می‌کنم هم من و هم بیمار می‌توانیم این تنش را تحمل کنیم.

ب: برخی مواقع احساس می‌کنم می‌خواهم به شما حمله‌ور شوم، گردنتان را بگیرم و محکم فشار دهم. بعد فکر می‌کنم / او تحمل ندارد و می‌افتد می‌میرد.

ر: ... گویی که من تحمل آن را ندارم.

موضوع بحث عوض می‌شود، در حالی که بیمار نگرانی خود را مبنی بر فشار زیاد بر من و اینکه من به لحاظ جسمی از عهده این جنگ بر نمی‌آیم، بیان می‌کند.

ر: این جنگی است که به چاقو ختم خواهد شد.

ب: احتمالاً.

او سپس می‌گوید که در همه سال‌های اخیر، قبل از آنکه جنگی به راه افتد، تسلیم شده و عقب‌نشینی کرده است.

ب: من شک نداشتم که عقب‌نشینی من کار درستی بوده است. پس از مدت‌ها، الان هم می‌خواهم عقب‌نشینی کنم.

ر: بجای مبارزه با چاقو، عقب‌نشینی و قربانی کردن خود به نفع رسالت مذهبی.

ب: دقیقاً. اعصاب خرد کن.

● اضطراب او از فقدان ابژه بزرگ است.

ر: در این حالت حفاظت از خودم نیز تأمین می‌شد و شما امتحان مرا زودتر قطع می‌کردید.

موضع بعدی، تحمل من است، اینکه آیا من به "توهم" وی وارد می‌شوم. بیمار در موقعیت‌های قبلی تشابه با درخت را انجام داده بود؛ اینکه آیا او چیزی می‌تواند از آن داشته باشد. من به تشابه می‌پردازم و این سوال را مطرح می‌کنم که با شکستن شاخه‌ها چه چیزی را می‌خواهد به دست آورد.

● من رابطه برقرار می‌کنم: درخت معرفت: پرخاشگری.

ب: گردن شماست. سر شماست. به سرتان زیاد فکر می‌کنم.

ر: سرجایش می‌ماند؟ با سر من زیاد مشغولید؟

ب: بله، بله، خیلی زیاد. از همان ابتدا آن را از جهت‌های مختلف اندازه‌گیری کرده‌ام.

ر: هوم، این جوری است...

ب: کاملاً عجیب است، از عقب به سمت جلو و از پائین.

● موضوع، ایجاد نقطه اشتراک به عنوان همانندسازی اولیه است.

(این موضوع با سکوت و "هوم" های مکرر روانکاو تا زمانی ادامه می‌یابد).

ب: من فکر می‌کنم از توانم خارج است. من گاهی از خودم سوال می‌کنم چرا من این ارتباط ساده را ندیدم. من به سر شما علاقه زیادی دارم. البته همچنین به چیزی که در آن هست. نمی‌خواهم چیزی از آن بردارم، می‌خواهم در آن رسوخ کنم.

● بوسیله فاصله‌ای که ابژه برقرار می‌کند، پرخاشگری ناخودآگاه فالیک زیاد می‌شود.

بیمار خیلی آهسته صحبت می‌کند و من کلمه نفوذ را در ابتدا نشنیدم. او تصریح می‌کند و یک صحنه عجیب می‌آورد: "در برابر ۱۰۰ چشم گفتن، چنین چیزی ساده نیست."

ب: رسوخ کردن، مسئله رسوخ کردن و بیرون کشیدن است.

● من رسوخ کردن و بیرون کشیدن را در ارتباط با موضوع جنگ می‌بینم. از نمادسازی جنسی تأخیر از پائین به بالا بوسیله یک داستان استفاده درمانی می‌کنم: زنی اجازه نمی‌داد دوستش با او آمیزش داشته باشد و بجای آن عمل استمناء را با وی انجام می‌داد. قصد اختگی ناخودآگاه ناشی از حسادت به آلت، موجب اضطراب جنسی عمیق می‌شد و به موازات اضطراب ازاله بکارت تبلور می‌یافت. اضطرابات در قالب یک سیکل نورو تیک خودبقا به سر خوردگی‌هایی می‌انجامید که بیمار بطور غیرارادی بر خود تحمیل می‌کرد. پس زنی امیال جنسی و ارو تیک وی اجزای پرخاشگرانه را تقویت نموده و موجب تمایلات شدید داشتن و تصاحب می‌شود (آرزوی آلت و حسادت به آلت).

ر: اینکه شما چاقو می‌خواهید تا رسوخ کرده و باز هم بیشتر بیرون آورید.

پس از کمی دست به دست کردن، یک جمع‌بندی توضیحی می‌دهم و می‌گویم که در موضوع رسوخ کردن به سر و جنگ با چاقو، موضوع کاملاً مشخصی مطرح است.

ر: بی خود نبود که دوست شما از سرهای چروکیده صحبت می‌کرد.

ب: اتفاقاً به همین خاطر بود که این فکر را قطع کردم (برای ۱۰ دقیقه بیمار به یک موضوع جانبی پرداخت).

بیمار پس از آنکه به بینش در مقاومت خود علیه شدت یافتن انتقال دست می‌یابد، دوباره از موضوع منحرف می‌شود. وی با تذکرات متعدد مانع شدت یافتن می‌شود.

ب: بخاطر آنکه در حال حاضر احمقانه و دور از دسترس است. بله، موضوع، نیازها و آرزوهای من است. اما اوضاع بد است و من عصبانی و ناراحت می‌شوم و تازه اگر یک سر یا سر چروکیده بیاید.

..

او می‌خندد- همزمان تأسف خود را اظهار می‌کند- و سکوت می‌کند.

من سعی می‌کنم به بیمار جرأت دهم.

ر: شما می‌دانید که در سرتان چیست.

ب: در حال حاضر اصلاً در سر خودم نیستم. آیا می‌دانم فردا چه پیش خواهد آمد؟ باید فکر کنم، الان به دگم و به سر شما فکر می‌کردم و اینکه شما بنخواهید به پائین بروید.

بیمار سپس درباره‌ی چیزهای بیرونی صحبت می‌کند. او تشریح می‌کند که خود و مرا مستقل از سر چگونه می‌بیند. اما سر دوباره به کانون توجه تبدیل می‌شود.

ر: بوسیله افکار خود درباره سر تلاش می‌کنید بفهمید که من و شما چگونه هستیم.

ب: من گاهی سر شما را اندازه‌گیری می‌کنم، مثل اینکه بنخواهم مغز شما را وزن کنم.

بیمار سپس تداعی‌های خود را پس از آنکه عکسی از من دیده بود تشریح می‌کند.

ب: من چیز کاملاً دیگری کشف کردم. روی سر شما مقدار زیادی حسادت بود. خیلی زیاد. الان به هر ترتیب چیزی بخاطر من می‌آید. همیشه وقتی به خنجر و رویاهای قشنگ فکر می‌کنم.

بیمار ظاهراً احساس کرد که غافلگیر شده است، او بواسطه تداعی خودش، احساس حقارت می‌کرد، گویی فرضیه مرا که حسادت به چه چیز مربوط می‌شود را حدس زده باشد.

ر: تحقیر در افکار تان، گویی من می‌دانم که دلیل آن چیست، زمانی که شما حسادت خود را نشان می‌دهید، من می‌دانم به چه چیز حسادت می‌ورزید.

ب: این الان پیدا شد، چون شما قبلاً درباره سرهای چروکیده صحبت کردید. اما چیزی که برای من جالب است، این مبارزه با چاقو است تا تکلیف کارهای جدی را روشن کند. .. بله، من نگران

بودم که شما نتوانید این موضوع را تحمل کنید. این یک نگرانی کاملاً قدیمی است که شما نتوانید تحمل کنید. پدرم هرگز چیزی را تحمل نمی کرد. شما نمی دانید که پدرم چقدر بی روح بود. او هیچ چیزی را تحمل نمی کرد.

● **نقطه عطف غیرمنتظره:** عدم امنیت بیمار و ترس بیمار بصورت "مبهم" در پدر به تصویر کشیده شد.

ر: به همین خاطر مهم است که سر من محکم باشد. این شدت برخورد با آن را نیز بیشتر می کند.

ب: بله، می شود برخورد شدیدتر کرد. . . و بهتر. من به این می گویم مبارزه و جنگیدن.

بیمار سپس تذکراتی می دهد که چقدر مهم است که من به هم نمی ریزم و به موضوع حسادت برمی گردد.

او سپس به دوران تحصیل خود رجوع می کند و اینکه چگونه در آن زمان سر دیگران را اندازه گیری می کرده است. او فکر تازه ای مطرح می کند.

ب: من می خواهم یک سوراخ کوچولو در سر ایجاد کنم و در ادامه این موضوع، کمی از افکارم را در آن بریزم.

● آیا موضوع یک تبادل "فکری" است؟ فکر بیمار درباره متقابل بودن تبادل باعث می شود که از این جنگ جنبه ی دیگری به دست آورم. از این طریق بیان می شود که چقدر برای من مهم است که او در دنیا (و برای من) باقی بماند و نه در دام فداکاری خودآزارانه مذهبی و نه در دام خودکشی گرفتار گردد.

ب: این برای من تازگی داشت. اینکه آیا می توانستم دگم خودم را با شما معاوضه کنم. فکر به این تبادل به من امکان آن را داد که همه چیز را از زاویه سر مطرح کنم.

ر: که شما باز هم اینجا بمانید تا با افکار خودتان بتوانید سر مرا پُر کنید.

● **نظر من:** بارآوری چندگانه - جبران و شناسایی تقابل.

بیمار به تخیلات و افکار قبل از جلسه که حاکی از تردید بزرگ وی بود، روی می آورد. اینکه آیا وی اصلاً آینده ای دارد و یا آنکه از دنیا عقب نشینی نموده و خط بطلانی بر همه چیز بکشد.

● من از ابتدا تلاش کردم از میزان احساس گناه بیمار که مربوط به قوه تخریب وی می شد بکاهم. اما من دوباره به این موضوع می پردازم که نظر او درباره ی استحکام من با میزان پرخاشگری او تناسب دارد. فقط در یک ثبات و استحکام پایدار بیمار می تواند به امنیت برسد و تخریب در وی شکوفا گردد. موضوع دگماتیسم که وی از آن انتقاد می کند احتمالاً در همین ارتباط می گنجد، هم انجیل خود و هم آنچه تحت عنوان "انجیل فروید" به من اطلاق می کند، که البته از طرف دیگر احساس امنیت می دهد، به همین خاطر است که بسیاری انسان ها بر دگماتیسم اصرار فراوان دارند.

ر: شما به دنبال یک سوراخ کوچک نیستید و نمی‌خواهید مقدار کم، بلکه خیلی زیاد در آن بریزید. شما یک تلاش خجولانه کردید تا استحکام سر را بسنجید که توأم با فکر به سوراخ بزرگ یا کوچک بود.

بیمار به تعبیر بعدی که توسط یک سوراخ بزرگ بیشتر می‌تواند ببیند و لمس کند می‌پردازد:
ب: من حتی مایلم در سر شما پیاده روی و تفریح کنم.

او این افکار را ادامه می‌دهد و تأکید می‌کند که قبل از جلسه امروز بکرات به این موضوع فکر کرده که چقدر خوب می‌شد اگر می‌توانست نزد من استراحت کند؛ یک بانک در سر من داشته باشد و به آرامی می‌گوید که من هنگام مرگ با نگاه به زندگی‌ام می‌توانستم بگویم، یک محل کار قشنگ، آرام و دلنشین داشته‌ام.

● آرامش و دلنشینی جنبه‌های آشکار پس‌روی دارند، یعنی پرهیز از جنگ در زندگی. بیمار ورود آزمانی خود به خانه مادری را اینگونه می‌بیند، گویی که در کاملاً باز و او به زندگی پشت کرده بود. او اکنون به یک تشابه با شروع جلسه که در باز بود، دست می‌زند.
ب: آنجا مجبور نبودم سوراخ کنم، بله می‌توانستم از جنگ و مبارزه دست بکشم و شما را خارج بگذارم و شما می‌توانید دگم‌های خود را داشته باشید.

ر: هوم.

ب: و بعداً لازم نبود با شما بجنگم.

ر: بله، اما در این حالت شما نمی‌توانستید بذر دگم‌های خود را در من بکارید. در آرامش همه چیز دست نخورده باقی می‌ماند، اما شما با دخالت‌هایتان در افکار من می‌خواهید چیزی را تغییر دهید، می‌خواهید و می‌توانید چیزی را تغییر دهید.

در جلسه بعدی بیمار بعد از ۵ دقیقه به موضوع سر و اندازه‌گیری آن باز می‌گردد و ناراحتی خود را از اینکه من جلسه را با سرهای چروکیده شروع کرده بودم بیان می‌کند.

ب: من به شما گفتم. چرا به سادگی می‌خواهید از سر بگذرید.

بعداً تعریف می‌کند که به‌ندرت در خانه بوده است، آنجا به افکاری دست یافته که در لحظه ملاقات به یاد داشته، اما در حین جلسه کاملاً آن را فراموش کرده بود.

ب: او (روانکاو) مرا به بهترین سال‌های زندگی‌ام می‌برد و به بخش جنسیتی و سرهای چروکیده فکر کردم.

بیمار این افکار را سریعاً پس زده و او (روانکاو) کاملاً محو شده بود.

ب: وقتی شما با سرهای چروکیده شروع کردید، فکر کردم او از کجا به این فکر می‌رسد؟

موضوع به امنیت و دگماتیسم من بر می گردد و روشن می شود که بیمار تذکری را که من یک بار کاملاً غیردگماتیک داده بودم را (زمانی که بحث مربوط به یونگ و فروید می شد) به عنوان دگم تجربه کرده بود.

بیمار به زندگی در تمام ابعاد آن فکر می کند و به زمانی که همه چیز تمام شده بود و وی دنیاگریز شده بود و اینکه آیا این احساس بار دیگر در وی ایجاد خواهد شد. سپس دوباره به موضوع جنگ و سر باز می گردد.

ب: من واقعاً می ترسیدم او را پاره کنم، و امروز به این فکر می کنم، او خشک و صادق است، و فکر می کنم در سرم کاملاً اوضاع معلوم نیست. من هنوز در خانه خودم اسکان نیافته ام، چطور ممکن است اجازه دخول به خانه شما را به دست آورم؟

بیمار سپس درباره ی یک عمه (خاله) خود صحبت می کند که خیلی سخت گیر و خشک بوده، گویی که او با یک دیوار مواجه می شده است. تخیلات بیمار از سویی حول و حوش آرامش و امنیت چرخ می زد و از طرف دیگر، او نگران بود که چیزی در سرش پنهان شده باشد و خطر آن وجود دارد که بلعیده شود.

● در اینجا ظاهراً با حرکات پسرفتی سر و کار داریم. بیمار نمی تواند آرامش و بی تنشی را تجربه کند، زیرا آرزوهای جنسی او با تخیلات ماقبل ژنیتالی گره خورده اند که در خطر بلعیده شدن و بصورت فرافکنی تبلور می یابند.

در مقایسه سرها و محتویات آنها، به موضوع همخوانی و یا عدم همخوانی آنها می رسیم.
ب: این موضوع که شما چگونه به افکار خود می رسید و من چگونه... افکار مبین چیزهای زیادی هستند...

ر: چگونه با یکدیگر برخورد و همدیگر را لمس می کنند، تا چه اندازه رسوخ می کنند، تا چه حد دوستانه و یا غیردوستانه هستند.

ب: بله، دقیقاً.

ر: هوم.

ب: اما موضوع را کمی صریح مطرح کردید.

بیمار به این فکر می کند که چه چیزهایی در او اضطراب تولید می کند و به سرهای چروکیده باز می گردد.

ب: من احساس داشتم که به سکسوالیته چسبیده ام. این جهش بزرگی بود.

این موضوع در سرعت او مراعات و از جانب من دنبال می شود.

ب: اما درست است، موضوع فقط سر شما نبود، بلکه آلت شما.

● خانم آمالیا X اکنون در موقعیتی است که با یک اضطراب پیشرونده و سپس پسرونده میل پیوند فکری را از میل جنسی تفکیک کند: کاناپه به مکان فکری جهت پیوند جنسی؛ استراحت در سر من به نماد همنوایی پیش‌ژنیتالی و بالاخره اشتراک فکری و بینش تبدیل می‌شود. این جنبه کمی بعدتر مشخص تر می‌شود:

موضوع جلسات تحت‌الشعاع علامت اضطراب از آسیب به‌عنوان واکنش در برابر یک عفونت مثانه خفیف قرار می‌گیرد. بیمار از فشار ادرار ناراحت است و فکر می‌کند به‌علت آن است که ضمن استمناء به خود آسیب رسانده است.

خانم آمالیا X تلاش می‌کند به کمک کتاب‌های آناتومی درباره‌ی ناحیه تناسلی خود اطلاعاتی به دست آورد. او مکان ناراحتی خود را در ناحیه زیر شکم شناسایی می‌کند. او تصور می‌کند توسط فشار و مالش یک ماهیچه را از کار انداخته است، همانگونه که در زایمان‌های سخت ماهیچه انقباضی مثانه ممکن است آسیب ببیند. بیمار از این ترس آسیب فراوان دیده و به خواب و کار او آسیب‌های جدی وارد شده است. او می‌ترسد که لکه‌ی خیسی از شلوارش بیرون بزند. در استمناء تخیلات مخرب دست بالا داشته‌اند.

بیمار با وجود افزایش درد، دید اعتمادبرانگیزی دارد. او انتظار دارد یک جواب واضح برای این سوال بگیرد که ممکن است در حین استمناء به خود آسیب رسانده باشد. اطمینان‌بخشی من حاکی از اینکه چنین فکری درست نیست، ترس او را کاهش داده و به وی آرامش می‌بخشد، اما این احساس را در وی به وجود می‌آورد که مرا تحت فشار قرار داده و یا "به‌نوعی مرا به وسوسه انداخته است." این به‌معنای "خطرهای تازه" خواهد بود. فشار، شناسایی و از راه به در کردن، با هم ترکیب می‌شوند. او می‌ترسد من ممکن است او را به سمتی سوق دهم که "همه چیز مجاز شناخته می‌شود،" گویی در تصورات من جایی برای گناه وجود ندارد. بیمار میان دو تصور در نوسان است: او از سویی مرا به‌عنوان "از راه بدر کن" و از سوی دیگر به‌عنوان "علمدار آداب و سنن" می‌بیند. او به‌عنوان چاره بی‌حد و مرزی خطرناکی که در خود می‌شناسد، به تصورات مذهبی پناه می‌برد که البته برای او معنای آنچنانی ندارد، زیرا قبلاً از آن دوری گزیده بود.

● نقطه عطف در تناسب انتقال و رابطه زمانی ایجاد می‌شود که من درباره‌ی تکنیک خود توضیح می‌دهم. خانم آمالیا X این را به‌عنوان نکته اعتماد برانگیز ارزیابی می‌کند. این توضیحات همانندسازی وی با عملکرد ایجاد بینش روانکاو را تسهیل می‌سازد. آمادگی من برای آنکه وی را در افکار و گنجینه خود سهیم سازم، هم رابطه و هم انتقال را به سطح تازه‌ای ارتقا می‌دهد. اجازه دخول به افکار و بینش من، یعنی احساس طردشدگی کمتر، ورود پرخاشگرانه به افکار من و رسوخ به سر

من، سوراخ کردن آن را غیرلازم و نزدیکی و حضور بیمار با روانکاو در سطحی لذت‌بخش و دوستانه را زمینه‌سازی می‌کند.

● برای خود من، اجازه وارد شدن به افکار روانکاوانه چیز فوق‌العاده‌ای نیست، اما برای بیمار زمینه تجربیات تازه‌ای را فراهم می‌آورد.

بیمار اطمینان بیان شده از جانب مرا به‌عنوان آزاد شدن تجربه می‌کند، گویی که من خودم را از قید و بندی رها کرده باشم. در ادامه در این باره صحبت می‌شود که او مدت است می‌داند که من به موضوعات اساسی وی فکر می‌کنم و نیز اینکه وی "اجازه رسوخ و دانستن دارد."

بیمار درباره یک مشکل با رئیس خود صحبت و روشن می‌کند که در مقابل او احساس آزادی بیشتری می‌کند. وی این توفیق خود را کمی مبالغه‌آمیز به من و روانکاو ربط می‌دهد. بعداً درباره‌ی شهامت و جسارت صحبت می‌شود و من می‌گویم که این بوسیله بیان خواست او و تجربه شیرین تلاش‌های خود او به دست آمده است. در ادامه به احترام و ترس زیادی پرداخته می‌شود که وی هنوز دارد.

ر: این به خودی خود و تدریجاً از بین می‌رود.

ب: من هنوز شدیداً می‌ترسم که اخراج شوم.

● بیمار در حالی که من تعجب می‌کنم از من می‌پرسد "آیا متوجه شده‌اید که همین الان درباره تکنیک خود توضیح دادید، کاری که معمولاً انجام نمی‌دهید؟" در سوالی که می‌کنم متوجه می‌شود که بیمار از اشاره من مبنی بر اینکه این مشکل به خودی خود حل خواهد شد، خوشنود شده است. بیمار در این باره صحبت می‌کند که چقدر اظهار مرا مثبت تلقی کرده و آن را نشانه آزادی من می‌داند.

ب: آیا از آزادی که به شما نسبت می‌دهم خوشتان نمی‌آید؟

من تعجب خودم را بیان می‌کنم که او فکر می‌کند اجازه ندارد در افکار من رسوخ کرده و به آن پی ببرد، با وجود آنکه مدت‌هاست که این موضوع را می‌داند.

ب: اما اینکه من توانستم آن را بیان کنم، برایم کاملاً تازگی داشت.

ر: تقریباً همین جور است، مثل اینکه تازه گفته‌ی من شما را به این قطعیت رسانده باشد که شما اجازه دانستن دارید، این موضوع مدت‌هاست برای شما روشن شده است.

ب: چیز بیشتری مطرح است، تصویر احترام برانگیزی که شما برای من داشته‌اید، اینکه شما از گنجینه خود محافظت می‌کنید.

می‌خندد.

ب: من همیشه احساس می‌کردم. . . سر، کتاب و همه چیزها، و وقتی شما خودتان سرتان را باز می‌کنید، نباید با زور به آن رسوخ کنم، و این چیز کاملاً تازه‌ای است. نوعی گشاده‌رویی و آزادی که شما باعث آن شده‌اید. نوعی اعتماد بر انگیزی، زمانی که شما دلیل اقدامات خود را بیان می‌کنید. این نوع دیگری است.

درباره کتاب باز باید گفته شود که بیمار در این بین کتابی از من و کتابی که من مشترکاً با همسرم نوشته‌ام را خوانده است. او فکر می‌کرد در مکتب "انجیل فروید" دانستن تازه‌ها ممنوع است و به همین خاطر تعجب می‌کرد که من کنجکاوی او را به عنوان یک موضوع بدیهی می‌دیدم، همچنین تحقیقات وی درباره زندگی خانوادگی‌ام را.

● با افزایش اعتماد و همانندسازی با عملکرد بینش برانگیز من، تخیلات انتقالی جدید و شدید شکل گرفت. یک رابطه‌ی کاری مستمر تضمین شد. او خود را در "چهره مستحکم و مطمئن"، "در چهره فعلی خودم" و "دستان گرم" روانکاو بازیافت.

۳ انتقال متقابل

Countertransference
Gegenübertragung

مقدمه

- ۱-۳ انتقال متقابل یکپارچه
- ۲-۳ انتقال متقابل مکملی
- ۳-۳ پیامدها و تخیلات در گذشته
- ۴-۳ شرکت بیمار در انتقال متقابل
- ۱-۴-۳ انتقال متقابل اروتیک
- ۲-۴-۳ انتقال متقابل پرخاشگرانه
- ۵-۳ اشارات کنایه آمیز
- ۶-۳ انعکاس خودشیفته و ابژه‌ی خود
- ۷-۳ همانندسازی فرافکنی

مقدمه

همانگونه که در فصل ۳ جلد مبانی مطرح کردیم، تاریخ انتقال متقابل، نمونه‌ای از کشف مجدد نظریه مکملی به عنوان قاعده اساسی تعامل اجتماعی در روانکاوی است. چنانچه نقش هایمن (۱۹۵۰) در تثبیت معنای مثبت انتقال متقابل را پذیریم، می‌توان مرحله‌ی بعدی را ورود مفهوم تعامل به گفتمان نظری روانکاوی دانست:

"اکنون هر نوع تعامل روان‌درمانی بدون تردید سرمنشأ تأثیر متقابل است، لیکن رفتار یکی، کنش دیگری نیست؛ .. بویژه واکنش‌های درمانگر بخشاً در تعمق وی به تعدیل می‌رسند و به‌وسیله تعمق درباره واکنش‌های مطلوب، مورد انتظار و یا نامطلوب که ممکن است بیمار به‌وجود آورد، شکل می‌گیرد. به این دلیل که اولاً طبق نظریه فروید فکر و تعمیق در موقعیت روان‌درمانی یک رفتار آزمایشی است و ثانیاً بخاطر آنکه عوامل بروز دهنده‌ی عاطفی بطور اجتناب‌ناپذیر تأثیراتی بر رابطه‌ی حرفه‌ای برجای می‌گذارند (تومه ۱۹۸۱، ص: ۳۹۱).

تعامل گرایی نمادین. از میان انبوه نظریه‌های مختلف تعامل، مخصوصاً نظریه‌ای برای روانکاوی مفید است که بلومر (۱۹۷۳) تحت عنوان تعامل گرایی نمادین توصیف نموده است. طبق نظریه وایس (۱۹۸۸) پیش فرض‌های اولیه این رویکرد آن است که انسان‌ها در برابر سوژه‌ها و ابژه‌ها بر مبنای معنا و اهمیتی رفتار می‌کنند که این سوژه‌ها و ابژه‌ها برای آنان دارند. پدیده‌های انتقال متقابل همچنین با تکیه بر تئوری‌های که تحت عنوان بینادذهنی گرایی توسط یواس (۱۹۸۵) تبیین شده‌اند، قابل فهم می‌گردند. ما از مید که یکی از نمایندگان شاخص تعامل گرایی نمادین است، نقل قولی می‌آوریم:

"ما خودمان را کم و بیش ناخودآگاه می‌بینیم، همانگونه که دیگران ما را می‌بینند. ما بطور ناخودآگاه به خودمان رجوع می‌کنیم، همانگونه که دیگران با ما چنین می‌کنند. . . ما در شخص دیگری آن چیزی را به وجود می‌آوریم که در خودمان ایجاد می‌کنیم، بگونه‌ای که بطور ناخودآگاه این رفتار را تقبل می‌کنیم. ما بطور ناخودآگاه خود را به جای دیگران می‌نشینیم و مثل آن‌ها رفتار می‌کنیم. من در اینجا فقط به مکانیزم کلی می‌پردازم، زیرا برای تکوین آگاهی و هویت از اهمیت اساسی برخوردار است. ما بطور پیوسته و مخصوصاً بوسیله ایما و اشارات کلامی در خود، واکنش‌هایی را به وجود می‌آوریم که در دیگران نیز ایجاد می‌کنیم و بدینوسیله کردار دیگران را در خود جذب می‌کنیم. اهمیت زبان در سیر رشدی تجربیات انسانی در این واقعیت نهفته است که محرک بگونه‌ای ساخته شده است که بر فرد صحبت کننده همانگونه تأثیر می‌گذارد که بر افراد دیگر" (مید ۱۹۳۴، ص: ۱۰۸).

نقش و خود. غنای ذخایر مفهومی ما به وسیله تئوری نقش جهت تبیین جدید فرآیندهای انتقال و انتقال متقابل در زوج مفهومی غیرقابل تفکیک نقش و خود نهفته است:

"در زبان محاوره، ایفای نقش به تئاتر نزدیک می‌شود و در این معنای نقش، بسیاری از عملکردهای حرفه‌ای ما نمی‌توانند در جدیت انسانی تعبیر و جای داده شوند. قابل تعمق است که الگوی صحنه از جانب هابرماس برای تفسیر موقعیت روانکاوی بکار گرفته می‌شود. واقعیت آن است که ما در موقعیت بالینی معمولاً به نحو ساده لوحانه‌ای از نقش روانکاو در انتقال بیمار صحبت می‌کنیم" (تومه ۱۹۷۴، ص: ۳۹۲).

ما در جلد مبانی (۳-۴) و ضمن ارج گذاری درخور الگوی صحنه مید، به توسعه آن روی آوردیم. از جنبه‌های نقش حرفه‌ای روانکاو آن است که وی هم در مقابل عواطف بیمار و هم در برابر هیجانات خویش حساس باشد، در حالی که آن‌ها را در رفتار خود وارد نمی‌کند.

روانکاو در تعبیرات ارائه شده، نقش حرفه‌ای خود را ایفا نموده و همزمان آن را پشت سر می‌گذارد. چون در زبان او فکر و خود او تجلی می‌یابند، حتی زمانی که پیرامون یک موضوع کوچک بیمار اظهار نظر کرده و فکر می‌کند کمال خویشتنداری را به خرج داده است.

بنابراین نقش و خود بطور مشخص در تعاملات اجتماعی تبلور نموده و قابل ارزیابی می‌گردند. به همین خاطر زاندلر و همکاران می‌توانستند مطرح کنند که "انتقال نباید خود را به ادراک تخیلی یک شخص دیگر... محدود کند، بلکه باید تلاش‌های ناخودآگاه جهت خلق شرایط دیگر و یا تحت‌الشعاع قرار دادن آن را در نظر داشت که تکرار نهفته تجربیات و ارتباطات هستند (۱۹۷۳، ص: ۴۳).

آگاهی و نظر درباره نقش. در حوزه کشورهای آلمانی زبان پدیده‌های قرینه‌ای و مکملی در مبحث نقش‌ها و فرآیند قضاوت بالینی در انتقال و انتقال متقابل از جانب بک‌من (۱۹۷۴) بطور منظم مطرح گردید، بدون آنکه بررسی بالینی گردیده باشند. او به اهمیت جبر تکرار اشاره می‌کند که در خلال آن وضعیت مکملی به بخش تفکیک‌ناپذیر رابطه نقشی تبدیل می‌گردد که روانکاو به‌عنوان بازیگر صحنه موقعیت روانکاو با تمام وجود آن را حس می‌کند. روابط نقشی ناخودآگاه به "الگوهای روان‌پویایی سیکلی" تبدیل می‌شوند، همانگونه که استراپ و بیندر (۱۹۸۴، ص: ۷۲) تشریح نموده‌اند. در این نمای توضیحی روان‌پویایی به‌عنوان تعاملات بین‌انسانی تکراری فهمیده می‌شود که در یک سیکل معیوب خود را استحکام می‌بخشد. این لحظه بنیادین تعاملات تشخیصی روانکاو است که طبق نظریه زاندلر (۱۹۷۶) روانکاو برای تحقق آن باید آمادگی داشته باشد تا نقش‌های مورد انتظار را توسط گام‌های شناختی تکمیل نماید.

ایجاد زمینه‌های نسبتاً متعادل در شرایط درمانی به حاد شدن نماهای سنگواره‌ای می‌انجامد که بر تجربه بیمار سایه انداخته‌اند. توسط تکالیف خاص روانکاو و به موازات همانندسازی مکملی، همانندسازی یکپارچه با بیمار تسهیل می‌گردد.

فرآیندهای انطباقی و هدایتی. واکنش‌های انتقال و انتقال متقابل را می‌توان بر این مبنا به‌عنوان فرآیندهای ارتباطی و تعاملی دانست که ضمن آن واکنش‌های ناخودآگاه بطور گزینشی بر عوامل ایجاد کننده بیرونی، یعنی بر اجزای موقعیتی تأثیر می‌گذارند. تشابه معروف کلید و قفل به اشکال متفاوت در می‌آید. هرچقدر بیمار بر یک الگوی ارتباطی تأکید بیشتر داشته باشد، به همان میزان فشار بر روانکاو جهت ایفای نقش‌های مکملی و یکپارچه‌ی متناسب افزایش می‌یابد. کلید و

قفل به یکدیگر وابسته هستند. ویتگنشتین ایده فروید را به این نغزگویی آراست: "قفل در دیوانگی ویران نمی‌شود، فقط تغییر می‌کند، کلید قدیمی نمی‌تواند آن را باز کند، اما کلید دیگری از عهده این کار بر می‌آید" (ویتگنشتین ۱۹۸۴، ص: ۴۹۶). بجای آنکه این استعاره را بسط دهیم، به دانش موجود درباره فرآیندهای هدایتی هیجانی و شناختی در تعاملات خرد روی می‌آوریم (کراوزه ۱۹۸۳؛ موسر ۱۹۸۴؛ سپلین ۱۰۸۷؛ همچنین جلد مبانی ۳-۹). این کار در راستای نتایج حاصله از پژوهش‌های مدرن روانشناسی رشدی است که دلایل قانع‌کننده‌ای پیرامون بیناذهنی بودن تعاملات میان مادر و کودک ارائه می‌دهد (لیشتنبرگ ۱۹۸۳، جلد مبانی ۸-۱).

در بخش‌های نخست (۳-۱ و ۳-۲) نمونه‌هایی از انتقال متقابل یکپارچه و مکملی ارائه می‌دهیم. ما از نظریه ریکر پیروی می‌کنیم که طبق آن همانندسازی روانکاو با ابژه‌ای که بیمار او را با آن همانندسازی می‌کند باید آنقدر کوتاه‌مدت و به اندازه باشد که کار روانکاوی از آن آسیب نبیند (ریکر ۱۹۷۸، ص: ۷۸).

موضوعاتی نظیر، ادامه دار بودن و تخیلات در گذشته (۳-۳) از اهمیت اساسی برخوردار است. سوال بحث‌انگیز، یعنی اینکه روانکاو چگونه بیمار خویش را در انتقال متقابل شرکت می‌دهد و یا آنکه توسط گوشه و کنایه‌های ناخودآگاه از خود دفاع می‌کند را با کمک نمونه‌هایی در بخش‌های جداگانه (۳-۴ و ۳-۵) بحث خواهیم کرد. درک روانشناسی خود از انتقال متقابل را با نقد و در یک نمونه (۳-۶) نشان خواهیم داد. بالاخره به موضوع همانندسازی فرافکنی در توضیح انتقال متقابل خواهیم رسید (۳-۷). ریکر با استناد به نقل قولی از نستروی پیچیدگی‌ها و فشارهای ناشی از انتقال متقابل را ذکر می‌کند:

"بنابراین ما اذعان داریم که برخی مواقع آن را (فهم، عقل) را از دست می‌دهیم، البته نه بطور کامل، اما تا حدودی که متوجه انتقال متقابل بیمارگونه خود می‌شویم و آن را تشخیص می‌دهیم تا بعداً زمانی که بر انتقال متقابل غلبه کرده ایم از آن برای آنالیز فرآیندهای انتقال نزد بیمار کمک بگیریم" (ریکر ۱۹۷۸، ص: ۷۶).

بیمار هر چه در روانکاو بر می‌انگیزد، وظیفه درمانی درمانگر است تا فرآیند درمانی را طبق علائق بیمار ساماندهی کند. انطباق نقش این "شغل غیرممکن" با خودِ شخصی و زندگی خصوصی کار ساده‌ای نیست.

۱-۳ انتقال متقابل یکپارچه*

در جلد مبانی تحت ۳-۴ و با تکیه بر ریکر (۱۹۵۷) توصیف کردیم که در انتقال متقابل یکپارچه، روانکاو در پی همانندسازی با بیمار، احساسات مشابهی چون بیمار را تجربه می‌کند. طبق نظریه ریکر در تئوری روانکاو دربارۀ عواطف تجربه شده، همانندسازی‌های یکپارچه شامل بخش‌های فراخود، خود و نهاد شخصیت می‌شوند. اکنون از دومین جلسه دربارۀ انتقال متقابل گزارش می‌دهیم.

آقای ایگناز Y پس از طلاق در موقعیت سختی بسر می‌برد. وی بطور پی در پی جهت بازپرداخت دیونی که ناشی از سبک زندگی تحمیلی توسط همسر سابقش است، با مراجع قضایی درگیری دارد. شرایط اضطرابی بیرونی و درونی اشتیاق وی بابت داشتن یک پدر دلسوز در انتقال متقابل را تقویت می‌کرد. بیماری که در سوئیس بزرگ شده بود، دوبارۀ احساس آوارگی داشت. وی از آنالیز انتظار پشتیبانی و حمایت داشت. او چندبار خواسته بود که جلسات از هفته ۳ بار به ۴ بار افزایش یابند. آقای ایگناز Y هزینه درمانی را خودش می‌پرداخت. علایمی که از نظر سازمان بیمه به‌عنوان بیماری مطرح بودند، وجود نداشت. افزایش جلسات باعث هزینه بیشتر وی می‌شد و بنابراین باید به دقت به آن برخورد می‌شد.

او در برابر تعهدات مالی جدید قرار گرفته بود و باید بطور اورژانسی با وکیل خود مشورت می‌کرد. او می‌خواست از اینکه بطور مداوم در برابر تعهدات مالی جدید قرار بگیرد، مقاومت کند و این کلمات را بیان می‌کرد: "یکجایی باید حد و مرز وجود داشته باشد." وقتی به کلمه "حد" فکر می‌کنم به یاد فشارهای وارده بر بیمار می‌افتم. او چگونه این فشارها را تحمل خواهد کرد؟ آیا به سوئیس خواهد رفت تا همه چیز را از نو شروع کند؟

بیمار اکنون از خانواده خودش صحبت می‌کند. خواهرش به او نامه‌ای نوشته بود: "حداقل یک روزنه امید." خواهر مثل خود بیمار که پس از شروع تحصیلات خانۀ والدینی را ترک کرده بود، در این بین در شهری مرزی در آلمان سکونت گزیده و برای بیمار قابل دسترس می‌باشد.

موضوعی که فکر مرا مشغول می‌کند این است که وی تاکنون دوبارۀ خواهرش کم صحبت کرده بود. من می‌دانم که خواهر به‌عنوان فرزند مشروع، ارجح شمرده می‌شده است. بیمار فرزند نامشروع بوده است، یعنی والدین‌اش زمانی ازوداج می‌کنند که او راهی مدرسه می‌شود.

بدون آنکه من در این باره چیزی بگویم، آقای ایگناز Y ادامه می‌دهد: یکی از روسای سوئیسی پیشنهاد کار جذابی به وی داده است؛ او می‌تواند دست راست مشاور وزیر بشود.

* Concordant Countertransference
Konkordante Gegenübertragung

● یک احساس ناخوشایند و بی‌امیدی نمایان می‌شود که این حس را در من به‌وجود می‌آورد: آهان او تلاش دارد به وطن خود بازگردد. من از اینجا اولین مداخله خود را استخراج می‌کنم، با این مضمون که باری از زندگی وی کاسته نخواهد شد، زندگی دیگران راحت‌تر است.

او آهی می‌کشد و مجدداً به مشکلات مرتبط با فروش خانه می‌پردازد که تلاش دارد با اضافه‌کاری آن‌ها را حل کند. او از طرفی به درآمدهای جانبی نیازمند است، از طرفی فعالیت‌های شبانه‌ی بی‌دریغ او مبین بزرگ‌بینی توآن‌های خویش نیز هست. اینکه وی از این طریق به شغل اصلی روزانه خود آسیب وارد می‌کند در تعارضات پی در پی با همکاران و رئیس خود در محل کار رسمی وی تبلور می‌یابد.

● من از راه‌حل‌های وی برای حل مشکلات‌اش قانع نمی‌شوم، چون موضوع تا حدودی به تعارضات حل نشده در ارتباط با توان جنسی و خلاقیت مربوط می‌شود.

قبل از آنکه برای من روشن شود که آیا فرضیات من درست است یا نه، بیمار شروع می‌کند درباره‌ی پدرش که نباید از مشکلات ناشی از فروش خانه مطلع شود، صحبت کند. در غیر این صورت پدر خواهد گفت: ببین چه گنده‌کاری در یک کشور غریب کرده‌ای. بیمار بسیار فعال می‌شود و با پدر خُرده‌گیر خود وارد یک تبادل کلامی مجازی می‌شود.

ر: شاید آرزوی آن را دارید که به خانه بازگردید تا با پدری برخورد داشته باشید که از گنده‌کاری‌های شما در غربت چشم‌پوشی کند.

ب: بله همیشه آرزوی چنین پدری را در سر پرورانده‌ام، اما هرگز نداشته‌ام.

او به یاد می‌آورد که در کودکی و جوانی هیچگاه رابطه صمیمی با پدر نداشته است و مثلاً می‌گوید پدرش هیچگاه یک اسکناس ۵ فرانکی در جیب او نگذاشته بود. بجای آن، او به مادرش چسبیده بود که با پول بیمار را به خود وابسته می‌کرد. او بالاخره خانه را ترک می‌کند، چون دیگر این حس وابستگی و اسیر مادر بودن را نمی‌توانست تحمل کند. وی مسیر نزدیک شدن به پدر را پیدا نکرده است. در این اواخر برای او روشن شده که پدرش سالخورده و صمیمی شده است و اشتیاق آن را پیدا کرده تا پسرش را دوباره کشف کند.

● اظهارات بیمار یک تصویر در ذهن مرا کامل می‌کند: اشتیاق به آنکه در وطن به‌عنوان پسر از دست رفته دوباره پذیرفته شود. من به یاد می‌آورم که آقای ایگناز y در دوران بلوغ برای مدتی آرزوی آن را داشته که کشیش بشود. من داستان پسر از دست رفته را به یاد او می‌آورم. بیمار سر حال و شاد می‌گوید: "شاید بهتر باشد که من دوباره نگاهی به انجیل بیاندازم."

برای نخستین بار در جلسه فضای مذهبی ایجاد می‌شود: اعتماد به نیروی تصاویر و مضامین قدیمی. او هرگز درباره بقایای تفکرات مذهبی خود صحبت نکرده بود، به غیر از آنکه اینک یک تصور فلسفه طبیعی از خداوند دارد.

حالت تنش رو به افول می‌گذارد و بین ما هماهنگی بیشتری ایجاد می‌شود، به نظر می‌رسد بیمار روی کاناپه ناراحت است و من به حالت خواب‌آلودگی در می‌آیم. من احساس گرمای مطلوبی دارم و خودم را به آن می‌سپارم. بیمار تصور بازگشت به سوئیس را رنگ‌آمیزی می‌کند، اما به مجرد آنکه او خواهرش را به این تصور وارد می‌کند، خُلق‌اش تغییر می‌کند. این یک امکان بازگشت به وطن است.

● من به یاد یک شعر شاعر اسرائیلی، دیوید رُکش، مخصوصاً بند آخر آن می‌افتم که می‌گفت: "در نهایت همه راه‌ها به بازگشت به اُرشلیم ختم می‌شود." من حالت خواب‌آلودگی را مطبوع و مطلوب تجربه می‌کنم، به عنوان یک لحظه آرام که هیچ تعبیری ارائه نمی‌دهم، بلکه وی را در سیر افکار بازگشت آزاد می‌گذارم. در تعقیب افکارم به یاد قسمتی از اوایل درمان می‌افتم. بیمار تخیل یک روان‌کاو سختگیر را از من داشت که به او اجازه بلند شدن و راه رفتن را نخواهم داد. من از اینجا این تعبیر را کردم: "شما تصویری از بازگشت به وطن ارائه می‌دهید که ضمن آن رابطه‌ای با پدر خود برقرار خواهید کرد که آرزوی آن را دارید. در این صورت در موقعیت سختی قرار دارید که برای رفع این کمبود نیاز به کمک دارید: فاصله زمانی با جلسه آخر، اشاره به جلسه ناقص چهارم. آیا این هشدار به یک پدر نگران نیست که آشیانه گرمی برای شما فراهم کند که در آن احساس آرامش نموده و هر موقع که می‌خواهید به آنجا مراجعت کنید؟"

بیمار به فکر می‌رود و با صدای مردد می‌گوید: "حتی تصور و گمان چنین وضعیتی برای من خیلی دشوار است. من هرگز چنین پدری و احساس تعلق به خانه را نداشته‌ام."

سپس سکوت برقرار می‌شود و بیمار با این تذکر که چند دقیقه از وقت جلسه گذشته است مرا از این سکوت خارج می‌کند. ظاهراً بدون آنکه متوجه شده باشم، میل بیمار به ادامه جلسه را اجابت کرده بودم.

ایده بازگشت به وطن در جلسات بعدی با شور و اشتیاق دنبال می‌گردد و در بیمار با این فکر پیوند می‌خورد که در زندگی خود نظم بیشتری ایجاد نماید. او مایل است شرایط سخت زندگی خود را عوض کند.

او سپس از رویایی تعریف می‌کند که در آن یک مرد ناشناس در حال نظافت کلیسایی است که پر از خرت و پرت و ذباله است. او یک اسباب بازی پیدا می‌کند و آن را در محراب می‌گذارد.

بیمار در جوانی، امنیتی را که در خانه به دست نیاورده بود در کلیسا جستجو می کرد و می خواست کشیش شود. او بارها خود را سرزنش می کرد که اطاق درمان را به بی نظمی می کشاند. بنابراین به نظر می رسد او از کلیسا به عنوان استعاره برای فرآیند درمانی استفاده می کند. ما دوباره به نقش من در زندگی او می پردازیم که در مرد ناشناس در رویا تبلور یافته بود. آقای ایگناز Y در سال اول از جلسات درمانی برای نظم بخشیدن به زندگی خود استفاده می کرد. من برای مدتی عملکرد حمایتگرانه از وی داشتم. آقای ایگناز Y برای پرهیز از درغلطیدن به ورطه هرج و مرج، به نظریات من درباره وضع زندگی خود اتکا می کرد. او در سایه ی خودبزرگ بینی خودشیفته ی خویش، در زمینه های متفاوت زندگی شغلی و خصوصی خود نابینا شده بود و هنگامی که خود را در بن بست می دید، از فراز ابرها بر زمین می افتاد. ما هر دو به روش های مختلف با موضوع نظم بخشی درگیر بودیم. در اینجا ما اسباب بازی با ارزشی از دوران کودکی وی کشف کردیم که وی اجازه دستیابی از خارج را بدان نمی داد: همانگونه که در بخش ۳-۷ نشان خواهیم داد، بیمار در کودکی یک زبان اختصاصی برای خود درست کرده بود.

● اشاره بیمار به رویا مرا به این فکر می اندازد که مرد نامشخص را به عنوان ترکیبی از دو فرمان بینم. ممکن است من در تنش میان قدرت و همبستگی خُلق دوگانه بیمار را حس کرده، اینکه او زیاد می دهد و من قبول می کنم، بدون آنکه او بداند در ازای آن چه چیز دریافت می کند. قبل از اینکه من از این افکار به یک تعبیر برسم، بیمار به یاد یک برنامه تلویزیونی می افتد که در آن تصویر تروریست تحت تعقیب آ. س. نشان داده شده است: "اگر او ما را آزاد می کرد، یک رهایی رخ می داد."

او همزمان با شروع درمان خود را از قید همسر مسلط و خانواده اش آزاد کرده بود، اما می ترسید دوباره به چنین موقعیتی گرفتار شود. به همین خاطر من در قدم بعدی چنین تعبیر می کنم: "اگر شما خودتان را واقعاً از قید ویرانه های رابطه ی زوجی ناموفق رها کرده اید. . . . بیمار وسط حرف من می پرد: "من در دهکده خودمان از جانب شما یک عکس به کلیسا اهدا می کردم." او اینک درمان را با یک مسیر پر خس و خاش مقایسه می کند. من یادآور می شوم که این روند برای تجربیات وی دردناک خواهد بود، یک طرفه و مبهم، چیزی که وی در آخر در انتظار آن است. بیمار به یاد پدرش می افتد که لطفی در حق وی نکرده، وی همیشه به بیمار تفهیم می کرده که او حرامزاده و ناخواسته است. وقت یکبار، وقتی بیمار در دوران کودکی مریض شده بود، پدرش او را در آغوش گرفته و راه برده بود. من این قسمت را با این تفسیر می بندم که وی در جستجوی دشواری که برای نوبت درمان داشته، خود را به عنوان حرامزاده حس و تجربه کرده، چون برخی درمانگران به او گفته بودند که قبل از شروع درمان باید به زندگی خود سر و سامان دهد.

برای توصیف خود از بخش ۴-۳ در جلد مبانی، تعریف زیر را می‌آوریم: دویچ (۱۹۲۶) به‌وسیله مفهوم همانندسازی مکملی، همانندسازی روانکاو با ابژه‌های انتقالی بیمار را توصیف می‌کرد. در این صورت روانکاو مثل مادر یا پدر حس می‌کند، در حالی که همزمان در بیمار عواطفی دوباره زنده می‌شوند که وی قبلاً در رابطه با مادر و یا پدر خود حس کرده بود.

آقای اریش Y با روحیه مطلوب به جلسه ۲۴۹ درمان می‌آید و می‌گوید زندگی ارزش ادامه دادن را دارد.

وی رویای دلنشین خود را با احساس توصیف می‌کند:

ب: من در شرکت بودم و رابطه خیلی خوبی با رئیس داشتم. این رابطه به حدی خوب بود که ما هر دو به تلفن‌ها جواب می‌دادیم. من در ابتدا صحبت کردم و سپس او ادامه داد و بعد سرپرست بخش، و بعداً دقیقاً نمی‌دانم، فکر کنم بستنی خورد.

ر: در حضور شما وقتی تلفن می‌کردید؟

ب: بله، وقتی نوبت صحبت تلفن کردن او رسید آدامس یا چیزی شبیه به آن را می‌خورد.

ر: بله، آدامس یا بستنی شما را می‌خورد، به نحوی که رابطه صمیمی بین شما ایجاد شد.

ب: دقیقاً.

● فضای همنوا و صمیمی رویا در رابطه ما جاری شد. من خودم را به این فضا می‌سپارم و تقریباً بطور خودکاری آرزوهای انتقال بیمار را می‌پذیرم. من می‌خواهم اشتیاق ناخودآگاه را به زبان نیز بیاورم و صمیمت تبادل را قابل لمس سازم. این منظور من است و در تعبیرات زبانی من نیز جاری می‌شود. اما من بدون منظور آدامس را ابتداً به بیمار اطلاق دادم، گویی که او اول آن را در دهان داشته است. من متوجه بودم که بیمار در توصیف تبادلات صمیمی تأخیر بخرج می‌داد و خود از بستنی به آدامس رسید. اما از طریق بازجویی ناخودآگاه من بود که آدامس را در دهان او گذاشتم. چگونه انتقال متقابل من به بازجویی تبدیل شد، نمی‌توانم به آن پاسخ آگاهانه‌ای بدهم. من انتقال بیمار که در رویا تبلور یافته بود را در سطوح متفاوت تجربه می‌کردم. اشتیاق به پدر در رابطه‌ی زبانی تبلور می‌یافت. گسست‌ها و ابهامات در بیان مجدد، اشاره به مقاومت علیه تمایلات فالیک داشت. اما ظاهراً همراهی عاطفی من منجر به آن شد که بیمار دست از مقاومت بردارد. همه چیز آنقدر بدیهی پیش می‌رفت که من اشتباه رخ داده را هنگام خواندن متن متوجه شدم. اینکه این

* Complementary Countertransference
Komplementäre Gegenübertragung

وضعیت پیش آمد ممکن است به دلیل آن باشد که بیمار تفسیر من درباره ترتیب صحنه‌ها را فوراً مورد تأیید قرار داد و گفت: "دقیقاً".

بعد از "دقیقاً" بیمار من تکمیل کردم:

ر: او پس از این تبادل صمیمی رفیق شما شد.

ب: این یک نوع ابراز علاقه انسانی خاص است. پس از آن انسان حس می‌کند مورد توجه واقع شده و نه حالت بی تفاوتی یا انزجار. وقتی در چنین خلّی و روحیه‌ای هستم بد اخلاقی‌های پسر کوچکمان نیز مرا ناراحت نمی‌کند.

بیمار سپس به نوسانات خلّی خود می‌پردازد. قبل از جلسه نیز یک مرحله منفی وجود داشته، آن‌هنگام که یک پزشک در اتاق انتظار می‌آید و بیمار با وجود آنکه در معرض دید قرار نداشته مردد می‌ماند که آیا سلام کند یا نه، آیا پزشک برخورد دوستانه‌ای با او خواهد کرد یا نه و غیره. او بلافاصله به حالت تنش و درهم رفتگی وارد شد و علامت نمایان شد.

● از افکار و گفته‌های بیمار چنین استنباط می‌کنم که حدس من در تلاش وی برای نوعی یگانگی هم‌نوا و نقطه اشتراک درست است. حضور یک پزشک به این سبب آرامش را از بیمار می‌رباید، چون او نمی‌داند آیا دیده می‌شود، آیا باید سلام کند، جلوی پای او بلند شود یا نه و غیره. آقای اریش y سپس توصیف می‌کند که هنگامی که در بُعد انسانی (انسان با انسان) با پزشک برخورد کرد، از میزان تنش وی کاسته شد. در ادامه وی نوسان بین قطب‌های افراطی را تشریح می‌کند.

● من می‌خواهم اشتیاق ناخودآگاه به فرآیندهای صمیمی تبادل را باز هم بیشتر روشن کنم. به همین علت به الگوی قدیمی تبادل و رویا برمی‌گردم.

ر: بله، رویا برخلاف آن است. آنجا شما و ریستان آرامش دارید و از تنش خبری نیست. او آدامس شما را می‌خورد و شما آدامس او را. آنچه در دهان اوست در دهان شما نیز هست. این مثل آن چیزی است که بین پدر و فرزند و یا مادر و فرزند اتفاق می‌افتد، یعنی وقتی که مادر چیزی در دهان می‌گذارد و می‌گوید، چه خوبه و بعد آن را در دهان فرزندش می‌گذارد.

ب: حتی در رویا در چنین لحظه‌ای نفسم حبس شد و نمی‌توانستم بفهمم چه خبر است. من به عقب برگشتم و دوباره نگاه کردم تا ببینم واقعیت دارد که آدامس را دوباره استفاده می‌کند.

ر: بله، شما احتمالاً به علت نوعی خجالت‌زدگی گفتید که دقیقاً نمی‌دانید. ممکن است بستنی باشد که در حال آب شدن است. چنین چیزی را نمی‌توان برای بار دوم در دهان گذاشت. بعداً بود که به آدامس رسیدید، مثل اینکه می‌خواستید به من بگوئید چیز خوشمزه‌ای است. با آدامس صمیمی‌تر به

نظر می‌رسد. آدم چیزی را به دهان می‌گذارد که در دهان پسرش بوده است. شما این موضوع را چگونه می‌بینید؟

ب: درست است. کاملاً درست است.

اکنون بیمار مقاومت خود را تشریح می‌کند که در حین رویا بوجود آمده بود.

● حتی اگر آقای اریش Y به خاطر من نرمش نشان داده باشد، باز افکار وی به نفع آن صحبت می‌کند که من آرزوهای ناخودآگاه وی را درست حدس زده‌ام. من در تعبیرات بعدی بطور آزمایشی رابطه دهانی با ابژه را تشدید می‌کنم، تا بدینوسیله به تبادل کلامی جنبه مادی ببخشم و روابط را با ناحیه دهانی مرتبط می‌سازم تا وی را بلحاظ عاطفی پُر کنم. آقای اریش Y تلاش می‌کند اشتیاق خود را بطور موقت پس بزند:

ب: من دوباره به موضوع فکر کردم که چنین احساساتی در من زنده می‌شوند، شما چه فکری در این مورد می‌کنید.

ر: بله، اینکه این مسئله برای شما اتفاق نیافتد، بلکه خودتان در جستجوی چیزی هستید که رئیس بخش دارد. وقتی ما در اینجا درباره‌اش حرف می‌زنیم، مثل آن است که در این مسئله شرکت می‌کنید. بنابراین دیگر موضوع آدامس نیست، بلکه موضوع دهان، رابطه و کلماتی است که بین ما رد و بدل می‌شود. چه چیز دیگری در این مورد به ذهنتان می‌رسد؟ شاید اگر اطمینان بیشتر و ترس کمتری داشته باشید، تخیلات بیشتری به ذهنتان خطور کند.

ب: من در حال حاضر کمی حواسم پرت شده است.

ر: به چه دلیل؟

ب: من دوباره بیقرار شده‌ام (لرز او شروع می‌شود).

ر: بله، من الان خودم را وارد کردم. حواس پرتی بلحاظ عاطفی چطور بود؟

اکنون آقای اریش Y به رویا باز می‌گردد و ظاهراً من با رئیس بخش یک واحد تشکیل می‌دهم. او می‌گوید: "حتی در رویا در چنین لحظه‌ای نفسم حبس شد و نمی‌توانستم بفهمم چه خبر است. من به عقب برگشتم و دوباره نگاه کردم تا ببینم واقعیت دارد که آدامس را دوباره استفاده می‌کند." اشاره من به شرم‌زدگی وی که به یک مکث طولانی منجر می‌شود، باعث می‌شود تا وی به اشتیاق به پدر فضای بیشتری اختصاص دهد. من از مدت‌ها قبل به موضوع فکر می‌کردم که بیمار در دوران بلوغ خود به انحراف هم جنس‌گرایی کشیده شده و گمان می‌کنم که وی از محتوای رویا در انتقال ناراحت می‌شود. به همین خاطر به این مطلب اشاره می‌کنم که این تبادلات غیرعادی و غیراخلاقی در رویا میان فرزند و مادر و پدر عادی است و این سیر طبیعی در دنیای جنسی بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد. مرحله دهانی را عمداً خیلی کلی تشریح می‌کنم.

ب: می بینید، وقتی شما چنین حرف هایی می زنید من دوباره مضطرب می شوم، مثل اینکه چیزی مخالف آن است.

ر: بله، با این کلمات تقریباً اینجوری به نظر می رسد که گویی زبان من و آدامس به دهان شما وارد می شود.

ب: بله، من گمان می کنم که افکار شما آینه افکار من نیز هست و شما بدی مرا کشف کرده و مرا به عنوان یک فرد منحرف معرفی می کنید.

ر: بله، این یک نوع ترس است که وقتی شما اشتیاق به پدر را در خود حس می کنید، فکر می کنید که منحرف هستید.

ب: من برای شما تعریف کرده ام که جوانی یک بار همه چیزها را نشانم داده است.

ر: جوانی که به مقعد شما ور رفته.

ب: بله.

ر: و می خواست که شما آلتش را در دهان خود بگذارید، یا منظورتان چیز دیگری است؟

آنگونه که بیمار تکمیل می کند در آن موقع نه اعمال دهانی صورت گرفته و نه استمناء متقابل.

● تأخیر بیمار مرا به این گمان می برد که وی نامطمئن است، زیرا برای او صمیمیت بطور ناخودآگاه با انحراف گره خورده است و به همین خاطر من این کلمه را بیان می کنم. برای من مهم است که از ترس وی مبنی بر اینکه امیال دهانی چیز منحرفی است بکاهم. به همین خاطر من به طبیعی بودن این امیال میان فرزندان و والدین اشاره می کنم.

آقای اریش y سپس از نیازهای دوران بلوغ خود به حال حاضر می رسد که مبین پسمانده روز در شکل گیری رویا بود. دیشب وی در یک فیلم تلویزیونی از یک صحنه جنسی شدیداً متأثر شده بود: مردی یک زن را هنگام لخت شدن از سوراخ قفل نگاه می کرد. همسرش در خانه بود و وی می ترسید که او را غافلگیر کند.

● همسر بیمار غالباً در قالب نماد فراخود تحدیدکننده ظاهر می شود. رفتار واقعی او چنین انتسابی را موجه می سازد. سرخوردگی های اجتناب ناپذیر و تعارضات واقعی نتیجه این اوضاع است. من گمان دارم که پس زنی همسر بیمار، اشتیاق به پدر را در وی تقویت می کند، یا به بیان دیگر، پسرفت از اشکال ارتباطی غیرهم جنس گرا به هم جنس گرا بواسطه پسمانده روز و پس زنی واقعی همسرش ایجاد شده، این در حالی است که مرد همزمان نوعی عملکرد مادرانه تقبل می کند: پسرفت دهانی. در سطح رویای نهفته، یک آمیزش دهانی خود را نشان می دهد.

در چارچوب احساسات انتقال متقابل و افکار خودم چنین تفسیر می کنم و می گویم: "بله ممکن است چنین بوده باشد. شما اجازه نداشتید دقیق تر نگاه کنید و در رویا به خود تسلی خاطر دادید."

تفسیر: می‌خواهیم به این مسئله اشاره کنیم که این جلسه نه تنها یک انتقال متقابل مکملی را نمایش می‌دهد، بلکه به دلیل وزنه علامت بدنی نیز حائز اهمیت است. مشاهدات مربوط به تبلورات جاری، مدخل بر به هم پیوستگی‌های روان پویایی را ممکن می‌سازند. روانکاو تلاش دارد به نیازهای جسمانی نزدیک شود، در حالی که میان تبادلات کلامی و مادی تشابه ایجاد می‌کند. بدین طریق به بدن نه به عنوان موضوع علم پزشکی، بلکه به تجسم از بدن، یعنی تجربه از بدن یک انسان نزدیک می‌شویم.

۳-۳ پیامدها و تخیلات در گذشته*

نمونه زیر از درمان آقای اریش Y به موضوع جامعی مربوط می‌شود که در عنوان این بخش نامیده شده است. طبیعی است که ما نمی‌توانیم خواننده را با ذکر یک مثال با تمام مشکلاتی آشنا کنیم که در عنوان این بخش آمده است. اما برای فهم آنچه میان آقای اریش Y و روانکاو وی تبادل شده، لازم است برخی جنبه‌های نظریه‌ای را ارائه دهیم که پیامدها و تخیلات در گذشته در بستر آن تحقق می‌پذیرند.

جلسه ۲۵۴ درمان آقای اریش Y در خارج از اتاق درمان، یعنی در پارکینگ شروع شد. ما هر دو همزمان وارد شده بودیم و ماشین‌هایمان با فاصله کمی از یکدیگر پارک شده بودند. من از دور شاهد آن بودم که او به سپر یک اتومبیل پارک شده مالید.

آقای اریش Y در ابتدا به این موضوع اشاره‌ای نکرد. او جلسه را با یک رویا درباره یک شیر آب خراب و پیامدهای ناشی از آن شروع می‌کند. پس از آنکه جریان آب قطع می‌شود در مشاهده آسیب وارد شده مشخص می‌شود که لوله در دیوار به طول حدوداً ۲۰ سانتیمتر بریده شده بود. کار ساختمانی این نقص را تا آن زمان پوشانده بود.

بیمار تأکید می‌کند که خسارت را در رویا منطقی و مناسب ارزیابی کرده بود، ضمناً این اتفاق در خانه خود او رخ نداده، چون در غیر اینصورت آن نقص را بزرگ می‌کرد و به آن اهمیت زیادی می‌داد.

● من در رویا فوراً یک بیان خویش را می‌بینم: در واقع بیمار در حال حاضر با تعمیرات خانه خود درگیر است. او لوله‌کشی جدیدی کرده و سیستم آن را تعمیر نموده. من درباره تصویر بدن بیمار تخیل کرده و در لوله‌های آب تبلور سیستم اروלוژی و آسیب‌های آن را می‌بینم که در فویای

* Retrospective Attribution and Fantasizing
Nachträglichkeit und Zurückphantasieren

بدریختی بیمار، یعنی در تصور داشتن چانه کوچک و غیره خود را نشان می‌دهد. در ابتدا در بُعدی می‌مانم که بیمار می‌خواهد و به این موضوع اشاره می‌کنم که آسیب‌های کوچک هنوز از جانب وی به‌عنوان آسیب‌های بزرگ تجربه می‌شوند (به‌علت بخود گرفتن و تخیلات ادامه‌دار ناخودآگاه). من فقط به تکرار دراماتیک بزرگی آسیب تجربه شده بسنده می‌کنم: "از زاویه سنی در جراحات و بیمارها موضوع اصلی بودن یا نبودن و نیز کلیت جسمانی شما، بینی کج، عضو کوچک و حملات، آسیب و جراحت است."

آقای اریش Y اشارات من به‌وسیله تشبیه را بسط می‌دهد و بالاخره به اتفاقی که در پارکینگ افتاده بود می‌رسد: "با سپر خودم فقط به نوار پلاستیکی ماشین دیگر مالیدم، فقط یک ضربه کوتاه بود که گرد و خاک را از بین برد. من این را در حین پیاده شدن دیدم و به همین خاطر نزدیکتر نرفتم. به این فکر می‌کنم که آیا شما نیز آن را دیدید و نیز عذاب وجدان از اینکه رفتم."

به نظر من آسیب در تجربه‌ی وی بزرگ شده بود. می‌توان فرض نمود که برای بیمار این برخوردهای کم ضرر، به‌عنوان برخوردهای شدید تجربه می‌شوند، چون وی از پتانسیل پرخاشگری بالایی برخوردار است. به‌همین علت در وی فوراً حس تعقیب و مجازات ایجاد می‌شود.

ما درباره قوه قضاوت وی صحبت می‌کنیم و نیز اینکه وی نیاز به تأیید دارد و می‌خواهد بشنود که همه چیز مرتب و منظم است. خسارت بزرگ در رویا با پس‌زمینه ناخودآگاه در ارتباط با رفتار کم ضرر و عذاب وجدان وی قرار می‌گیرد.

آقای اریش Y موضوع را بسط می‌دهد و به وابستگی طولانی خود به تأیید اشاره می‌کند. اما جنبه دیگری نیز وجود دارد، خودرأیی و کامل‌گرایی وی در انجام امور که در برنامه‌ریزی و اجرا کسی را دخالت نمی‌دهد. او حتی همسرش را در کارها شرکت نمی‌دهد.

● کامل‌گرایی او را می‌توان به‌عنوان جبران خسارات وارده دانست، چه آسیب و خسارتی که وی در بدن خود تجربه می‌کند و چه خسارتی که وی به دیگران وارد می‌کند. حتی زمانی که مقاصد ناخودآگاه به هدف خود نمی‌رسند، چون فرآیندهای دفاعی بازدارنده فعال می‌شوند، تخیلات و افکار ناخودآگاه کافی است تا عذاب وجدان و تلاش برای جبران را تقویت کند. واکنش‌سازی‌های متنوع بیمار نشان از آن دارد که پتانسیل پرخاشگری بالایی در نزد وی باید به حالت کنترل درآید. من در تعبیر بعدی بر کلمه‌ی خراش تأکید می‌روزم و رابطه‌ای با حس جسمانی بیمار ایجاد می‌کنم (نک ۲-۵).

ر: اگر خراشیدگی باشد، گویی آن خراش بر شما وارد شده است؛ شما قربانی هستید و نمی‌توانید با آن مقابله کنید. هر چقدر آسیبی که شما تجربه می‌کنید بزرگتر باشد، خشم و عصبانیت شما نیز بزرگتر می‌شود. این حالت به فزونی می‌رود، مثل آن زمانی که من به شما خراشی وارد کردم، یعنی

از شما خواستم بخشی از دستمزد را تقبل کنید... هر آنچه در رویا اتفاق افتاده... باید دوباره جبران گردد.

ب: بله، این کامل‌گرایی. امروز صبح هم من همین افکار را داشتم. اما چرا این خسارات و آسیب‌های خارجی و یا هر زمانی که اتفاقی می‌افتد، من آن را به خودم و بدنم می‌گیرم، با تأثیرات عمیق، بدون آنکه بتوانم آن را درک و حس کنم؟

ر: بله، خسارت در رویا را ببینید. جریان آب بدن، ادرار است، و وقتی به اینجا آسیبی وارد شود، خیلی حساس است. همه اینها به لوله‌های آب مربوط است، به خان‌های که خود انسان است و کسی تعمداً آن را اهر کرده است.

ب: آن از اول خراب بود.

ر: از اول خراب بود، آها.

● من میان این گفته بیمار که لوله از ابتدا خراب بود و تکرار افکار او که از جانب من تقویت می‌شد، از یک نظریه پیروی می‌کردم: بیمار با این تخیل ناخودآگاه زندگی می‌کرد که وی در رحم مادرش آسیب دیده، بگونه‌ای که در بدو پیدایش دچار آسیب شده است. من اکنون متعجب می‌شوم که بیمار اکنون خاطره‌ای را به یاد می‌آورد که در غالب پیامد تکرارهای مادر زنده نگه داشته شده، یعنی اینکه سر او هنگام تولد بدریخت شده است. بنابراین همانگونه که می‌بینیم تخیل پیرامون اختلال از تصویر بدن، بویژه بدریختی سر، به آغاز زندگی برمی‌گردد. به نظر من این تخیل پس‌رفتی تلاشی است برای ایجاد وضعیتی موجود که به قول بالینت به کسب موقعیت پیش ضایعه‌ای منجر می‌شود. این یک شروع تازه در تخیل است. بیمار واقعاً خاطراتی را به یاد می‌آورد که آشکارا به این آسیب اولیه مربوط می‌شوند.

بیمار تکرار من "از اول خراب بود" را دستمایه قرار می‌دهد و تکمیل می‌کند:

ب: همانگونه که گفتم اشتباه در هنگام تأسیس وجود داشت، عمیق‌تر است و مقابیسه با تولد بی‌جا نیست. مادرم به من می‌گفت که زایمان سختی بود. باید مرا با گاز انبر بیرون می‌آوردند و این عمل آنقدر سخت بود که سر من در حین آن شکل طبیعی خود را از دست داد.

ر: به این معنا که چیزی از ابتدا بدریخت خلق شد.

ب: در حین شکل‌گیری (مکث طولانی)... خیلی مسخره است، مثل اینکه من هنوز در شکم مادرم هستم، در آن غار. اما آنجا همه چیز تمیز، پاکیزه و متعادل است. و بعد جهشی چندساله در مهد کودک بوجود می‌آید، قبل از آنکه جنگ شروع شود. در آن وقت اولین آسیب وارد می‌شود. نمی‌دانم تا حالا در مورد آن صحبت کرده‌ام یا نه. من و برادرم در مزرعه و روی چمن بازی می‌کردیم. چند تا وسیله نقلیه هم آنجا بودند. من ترمز دستی یک واکن را رها کردم. واگن به

حرکت در آمد و از روی برادرم عبور کرد. خوشبختانه برادرم در یک سوراخ بزرگ که مرغ‌ها در آنجا بسر می‌بردند بود. واگن از روی آن سوراخ عبور کرد، بدون آنکه با برادرم برخورد کند. ر: هوم، فقط خراش برداشت. واگن ...

بیمار در ادامه تشریح می‌کند که واگن در ادامه به یک آلونک برخورد کرد و خسارت محدودی به‌بار آورد.

تشریح سرزنده بیمار، در من خاطرات مشابهی از دوران کودکی‌ام را زنده می‌کند. شدت تخیلات گذشته‌ی من آنقدر شدید است که به آسیب‌هایی که بیمار به آن‌ها اشاره کرد نمی‌پردازم. من یک تعبیر ناشی از انتقال متقابل می‌دهم که مستقیماً از تشریحات بیمار الهام گرفته است.

ر: چون شما چیزی نمانده بود برادرتان را بکشید. ممکن بود شما قاتل برادرتان بشوید.

پس از یک مکث طولانی بیمار جنبه دیگری را نیز کشف می‌کند.

ب: من به نوعی مثل یک قهرمان کوچک نیز شده بودم، کسی که با ۳ یا ۴ سال چنین کاری کرده بود.

ر: بله، شما چه کارهایی که نمی‌توانید انجام دهید. اگر همه چیز بخوبی پیش رود و گفته شود چیز بدی اتفاق نیافتاده، آدم احساس خوشبختی می‌کند. امروز صبح هم همین حالت پیش آمد، زمانی که می‌خواستید مرا به‌عنوان شاهد داشته باشید که خسارتی وارد نشده است، که اتفاقی نیافتاده است، که خسارت وارد شده ترمیم می‌گردد، خسارتی که خود آدم آن را ایجاد کرده و خسارتی که شرکتی در آن نداشته است.

ظاهراً بیمار از شدت هیجانات در جلسه امروز خسته شده بود و به همین دلیل باقیمانده جلسه را به موضوعات سطحی در زندگی پرداخت.

تفسیر: روانکاو معالج در نوشته‌های خود روشن می‌کند که به یک انتقال متقابل یکپارچه وارد شده است. او در تخیلات گذشته‌ی بیمار شرکت جست و خاطرات مشابهی از دوران کودکی خویش به یاد آورد.

۳-۴ شرکت بیمار در انتقال متقابل*

حاصل الگوهای موروئی بیولوژیکی آن است که صحنه‌های سرزنده اروتیک یا پرخاشگرانه بویژه زمانی که روانکاو در انتقال وارد می‌شود، یک بازتاب غیرارادی سایکوفیزیولوژیک پیدا می‌کنند.

* Making the Patient Aware of Countertransference
Teilhabe des Patienten an der Gegenübertragung

همدلی با صحنه‌هایی که بیمار تشریح می‌کند، روانکاو را در حالتی فرو می‌برد که شامل طیف گسترده‌ای می‌شود. شیلر در ۱۹۱۳ در اثر خود تحت عنوان *پدیدارشناسی و تئوری احساس همدلی و عشق و تنفر* به ارتباط اولیه با ابژه و طبیعت دوگانه این فرآیندها که عمیقاً در بدن متبلور می‌شوند، اشاره کرده است (نک شایت ۱۹۸۶). از نگاه روانکاوانه توجه اصلی به پیش‌شکل‌های ناخودآگاه این پدیده‌ها معطوف است. برای درک اینکه در انتقال متقابل، همانندسازی بخشاً با تجربه بیمار تأثیرات نشاط‌آور دارد نیازی به ابزار اندازه‌گیری فیزیولوژیکی نیست. این امر از سویی به نوع صحنه‌ها و از سوی دیگر به آمادگی و یا توانمندی روانکاو جهت بروز واکنش‌های متفاوت بستگی دارد. بنابراین در روانکاو همه واکنش‌های هیجانی پدید می‌آیند که به نوع انسان تعلق دارد و داروین، فروید، کانون و لورنس این هیجانات را در تئوری‌های غریزه و هیجان خود تشریح نموده‌اند.

مسئولیت و تعهد شغلی ایجاب می‌کند که احساس همدلی، عشق و تنفر در انتقال متقابل به شکل خفیف آن بروز نمایند.

می‌توان گفت که روانکاو در اصل با یک پای خود در صحنه حضور دارد و قبل از همه با مغز و عقل خود تا به قول شوپنهاور بتواند در "قلمرو تفکر آرام" به شناخت و کمک به بیمار دست یابد. با وجود آنکه در اینجا مجال بحث درباره‌ی طبیعت غریزه انسانی؛ موضوعی بین رشته‌ای که روانکاوی و انسان‌شناسی فلسفی بسیار به آن پرداخته‌اند نیست، تردیدی وجود ندارد که روانکاوان نیز تحت تأثیر همین طبیعت قرار دارند. حساسیت آن‌ها برای دریافت تخیلات جنسی و یا پرخاشگرانه حتی بیشتر نیز هست، زیرا آن‌ها برای این منظور آموزش می‌بینند تا نشانه‌های بسیار ظریفی را که حتی خود بیماران بر آن آگاهی ندارند، دریافت کنند. طبیعی است که همه بیماران بدون آنکه در این باره صحبتی کنند می‌دانند که روانکاوان نیز تحت تأثیر داده‌های بیولوژیکی قرار دارند.

مشکلات تکنیک درمانی از این سوال شروع می‌شود که تا چه حد می‌توان پذیرفت که روانکاو از تخیلات جنسی یا پرخاشگرانه بیماران همانقدر متأثر شود که انسان‌های دیگر می‌شوند. بدون قبول دوشخصیتی عواطف، بیماران سردرگم خواهند شد.

زمانی که بین دو انسان رابطه برقرار می‌شود، عواطف یکی بر دیگری اثر می‌گذارد. بیمار حتی به صورت مبهم به انتقال متقابل روانکاوش پی می‌برد و او همانگونه نیاز به واکنش عاطفی دارد که به مغز شفاف و روشن روانکاو. پذیرش این تنش از بن‌بست‌های متمادی که یا به انجماد و یا به قطع درمان منجر می‌شود، جلوگیری می‌کند. به نظر ما ناکامی بسیاری از درمان‌ها به این علت است که بیمار متوجه تظاهر روانکاو به بی تفاوتی می‌شود، در حالی که در خفا می‌داند روانکاو تحت تأثیر او

قرار گرفته است. واکنش‌های خودجوش غیرکلامی و نیز تعبیراتی که تبلور حالت روانکاو هستند، به بیمار نشان می‌دهد که روانکاو محرک‌های پرخاشگرانه و یا جنسی دارد. بنابراین شدت‌گیری تخیلات انتقالی پرخاشگرانه و جنسی - اروتیک بخشاً از انکار روانکاو ناشی می‌گردد.

رهایی از این بن‌بست کار ساده‌ای نیست. به همین خاطر توصیه می‌شود از همان ابتدا عاطفه‌گرایی خود را قبول کرده و تکالیف و مهارت‌های شغلی را در نظر داشت که نحوه واکنش روانکاو را تعدیل می‌بخشند. چنانچه بیمار را در سیر افکار روانکاو‌ان‌های که به او مربوط می‌شود قرار دهیم، از شدت کنجکاوی وی کاسته خواهد شد. طبق تجربیات ما در این حالت برای بیماران دشوار نیست که به زندگی خصوصی روانکاو احترام گذارده و کنجکاوی جهت جنبه‌های شخصی و خصوصی افکار و حالات روانکاو را تعدیل نمایند. برای بیماران بسیار آرام‌بخش است که روانکاو مقابل به مثل انجام ندهند و مثل دیگر انسان‌هایی که بیمار با آنان در درگیری‌های شدید عاطفی بسر می‌برد واکنش نشان ندهند. واکنش‌های خفیف روانکاو زمینه کسب تجربیات جدید برای بیماران را فراهم می‌کند.

اکنون به برخی جزئیات می‌پردازیم.

● معنای آن چیست که فرنچی (۱۹۱۹) غلبه بر انتقال متقابل را نوسان دایمی میان بازی آزاد تخیلات و سنجش انتقادی آن می‌داند؟

● منظور روانکاو از برخورد آنان با انتقال متقابل چیست؟

بدون تردید میان آنکه انسان بعداً در مورد احساساتی صحبت کند که در جلسه درمانی به‌عنوان واکنش به وجود آمده‌اند و یا اینکه درمانگر در مقابل بیمار نشسته باشد، تفاوت وجود دارد. بالاخره مسئله اصلی آن است که روانکاو با انبوده محرک‌هایی بر وی وارد می‌شود، چگونه برخورد خواهد کرد. چنانچه همه امیال جنسی و پرخاشگرانه به هدف خود نائل می‌شدند و روانکاو را دستخوش فراز و نشیب‌های متمادی می‌کرد، انجام حرفه روانکاو غیرممکن می‌گردید. با وجود شدت عاطفی که در تعاملات جاری می‌شود، بازخورد توأم با تعمق روانکاو سبب خواهد شد تا عواطف شدید بیمار در اشکال خفیف و تعدیل شده خود به روانکاو برسند. بدون تردید روانکاو هدف تمایلات جنسی، هدف استمدادجویی و یا تحقیر از جانب بیمار است، او این مطلب را می‌داند و از آن متأثر می‌شود. اما شدت تجربیات او به دلایل گوناگون خفیف است. دانش درباره فرآیندهای انتقال یک چتر حمایتی برای روانکاو ایجاد می‌کند. عشق، تنفر، تردید، درماندگی در ابتدا متوجه اشخاص متعددی بوده است. در حالی که روانکاو با بیمار همدلی می‌کند، دیگر قربانی منفعل انتقادات گزنده او نیست؛ بلکه می‌تواند در دگرآزایی لذت‌بخش بیمار شرکت جسته و از طریق توضیح این شیوه‌های رفتاری

به ارضای روحی دست یابد. تعمق و تفکر آرام که از توانمندی دانشی روانکاو ناشی می‌گردد، یک فاصله طبیعی با نزدیکی حاکم در لحظه‌ی موجود ایجاد می‌کند.

خواننده شاید تعجب کند که ما از یک فرآیند طبیعی و نه تجزیه‌ی خود نزد روانکاو صحبت می‌کنیم. چنانچه روانکاو بخواهد انرژی و توان خود را صرف تجزیه‌ی خود در حین درمان کند، بعد از مدتی کوتاه قادر به ادامه کار خود نخواهد بود.

بنابر تجربیات ما، طبیعی‌ترین چیز دنیا است که بیمار در شرایط خاصی بداند، حتی باید بداند که چه انتقال متقابلی در روانکاو ایجاد کرده است.

روانکاو نباید از مواجهه با موضوعات دچار احساس گناه گردد و البته نباید بیمار را درگیر تعارضات و داستان‌های زندگی خود کند و از زندگی خود نمونه آورد. غالباً گفتگوهای مقدماتی به دلایل گوناگون به چنین نقطه عطفی می‌رسد و هر دو طرف آنچه در دل دارند را برای هم تعریف می‌کنند. بسیاری از پزشکان نیز گمان دارند با تعریف کردن درباره بیماری‌های خود می‌توانند به بیماران کمک کنند. با وجود اهمیتی که همانندسازی در اشکال متفاوت روان‌درمانی دارد، باید بدانیم که در درجه نخست باید به بیمار برای پیدا کردن راه حل مشکلات او که منطبق با شرایط زندگی‌اش می‌باشد، کمک کرد.

یکی از ویژگی‌های کلیه ناراحتی‌ها، مخصوصاً بیماری‌های روانی آن است که حداقل در حیطه علایم نوعی درماندگی ایجاد می‌شود. بیمار از مشکلات روانی و یا جسمی شکایت دارد و در مقابل آن‌ها احساس درماندگی می‌کند. معمولاً گلایه‌ها به متهم کردن منجر می‌شوند. بویژه در بیماری‌های روانی و روان‌تنی شکوه از ناراحتی، به شکایت‌های مستقیم از والدین یا بستگان ختم می‌گردد. تردیدی نیست که این شکایات را نیز باید جدی گرفت. وابستگی طولانی مدت کودک به تقسیم آشکار قدرت و درماندگی گره خورده است. در جنگ بقاء، قربانی مظلوم نیز برای اثبات خویش تلاش می‌کند. تئوری روانکاوای حاوی انبوهی از الگوهای توضیحی است که درک درمانی را بویژه در آن نقاطی که برای بیمار ناخودآگاه است، تسهیل می‌سازد. مخرج مشترکی که این نقاط را به یکدیگر وصل می‌کند در تأثیرپذیری ناخودآگاه است که بیمار را به انجام و تکرار پدیده‌ها می‌کشاند.

توضیحات ما به این سمت و سو جهت‌گیری دارند که بیمار را در شرایط خاصی در انتقال متقابل شرکت دهیم.

به لحاظ نظری، ضرورت این شرکت در توسعه تئوری رابطه با ابژه در یک روانشناسی دونفره قرار دارد. اهمیت درمانی زیاد شرکت در انتقال متقابل از آنجا ناشی می‌شود که بیماران معمولاً در برابر تأثیر اظهارات کلامی و غیرکلامی و رفتارهای هیجانی خود بر هموعان نابینا هستند.

ما در پائین دو نمونه می آوریم که نشان می دهند شرکت دادن بیمار در انتقال متقابل آثار التیام بخش دارد.

۱-۴-۳ انتقال متقابل اروتیک*

خانم رُز X در اواخر یک آنالیز چندساله با یک سوال مستقیم که مرا متعجب می کند، درباره‌ی واکنش من نسبت به وضعیت جنسی خود سوال می نماید.

تخیلات و تجربیات جنسی همیشه نقش بزرگی ایفا کرده اند. "انتقال در نگاه اول"، ارئیزه شدن شدید و موانع و اجتنابات وابسته به آن همواره سایه خود را بر آنالیز گسترانده بود. سرخوردگی ها، ترس از جدایی و تنش های پر خاشگروانه چالش بزرگی را در امیال های جنسی پدید آورده بود.

مراحل اضطرابات نورو تیک و بی اشتهایی عصبی از یازدهمین سال زندگی وجود داشته اند. خانم رُز X به عنوان دختر بچه و مخصوصاً در دوران بلوغ با احساسات و تصورات جنسی خود تنها بوده است. خویشنداری من و موقعیت درمانی به تقویت احساس تنهایی بویژه در جنبه های ارتباطی با پدر منجر شد. پدر با دخترش تا مرحله بلوغ رابطه صمیمی داشته، اما با شروع بلوغ و در مقابل سوال دختر مبنی بر "معنای زندگی" از وی فاصله می گیرد. تغییر رفتار پدر از سویی برای او غیر قابل فهم بود و از سوی دیگر آن را به سیر رشد جنسی خود می کرد.

با چنین پس زمینه ای انتقال و جنبه های واقعی رابطه ی درمانی پرتنش بودند. خانم رُز X غالباً سوالاتی درباره ی شیوه های واکنشی و تجربی من مطرح می کرد. سوالاتی که البته بطور غیر مستقیم طرح می شدند. همانگونه که در بازنگری مراحل پایانی آنالیز مشخص شد، من در این رفتار اجتنابی بیمار نقش داشتم. زیرا من اتفاقاً به دلیل انتقال اروتیک و مثبت قوی زیر فشار نبودم، چون بیمار مرز و حریمی را رعایت می کرد که از زاویه روان- اجتماعی در تابوی زنا با محارم ریشه داشت. به همین سبب تعبیرات انتقال گذشته نگر من نیز شامل سر خوردگی های ادیپی و پیش ادیپی و ترسیم جدید آنها توسط عقب نشینی پدر می شد که به سوالات وی جواب نمی داد و از تعامل بین خود و دخترش به عنوان دو انسان پرهیز می کرد. این تغییر رفتاری در تضاد غیر قابل فهم با ناز پروردگی ها و صمیمیت هایی داشت که آن دختر زیبا تا دوران پیش از بلوغ از جانب پدر تجربه کرده بود. او به عنوان تک فرزند تحت تأثیر خصوصیات والدین قرار داشت. بیمار مراقبت های پدر را به شکل منفعل می پذیرفت. پدر در بسیاری مواقع نقش های مادرانه را تقبل نموده تا به جبران ضایعاتی

* Erotized Countertransference
Erotische Gegenübertragung

پیردازد که خانم رُژ X در اثر بیماری‌های زیاد در دوران کودکی تجربه کرده بود. مادر مضطرب و خرافاتی در تمام طول زندگی به پدرش وابسته بود، امری که زندگی زوجی وی و مراقبت از دخترش را پیچیده کرده بود. سرخوردگی‌های خانم رُژ X از مادرش به تقویت دوگانگی در وی و میدان تنش برآمده از آن، میان پرخاشگری و احساس گناه منجر گردیده بود. در حین برخورداری از علایم بیماری، این رابطه‌ی دوگانه با مادر ادامه داشت.

از این منظر و دیدگاه روان-پویایی می‌توان بسادگی نتیجه گرفت که تعبیرات انتقال گذشته‌نگر به سرخوردگی‌های کنونی در صورت قطع آنالیز و یا جدایی ناشی از تجسم ختم گردیده و سوالات شخصی و مشخص برای مدت طولانی بطور حاشیه‌ای مطرح می‌شوند. برای اینکه رابطه به خطر نیافتد، از طرح این سوالات پرهیز شد. خانم رُژ X در حالتی که در تردید بسر می‌برد به صورت و قیافه من نگاه می‌کرد و به این موضوع اشاره داشت که او به خاطر قیافه "جدی" من نگران است. در ادامه ما درباره احساس گناه و اضطراب وی صحبت کردیم.

پایان درمان که قبلاً درباره آن صحبت کرده بودیم، اینک پیش روی ما قرار داشت. در این مرحله در کنار تصورات پرخاشگرانه، همچنین تصورات جنسی بروز کردند، عمدتاً با رجوع به تخیلاتی که بیمار قبلاً درباره آن‌ها نتوانسته بود صحبت کند.

خانم رُژ X پس از انتقاد به نقش حرفه‌ای من به‌عنوان "ماشین روانکاوی غیرصمیمی" از من سوال کرد که با صدها هزار تخیل و ایما اشاره‌های جنسی او چگونه برخورد می‌کنم، اینکه آیا من واقعاً تحریک شده و برای لحظاتی کوتاه مثل او فکر کرده‌ام. این بحق مخصوصاً به آرزوها و تجربیات جنسی مربوط می‌شد که وی لذت‌بخش می‌دید، و شامل صحنه‌هایی می‌شد که وی با عریان شدن، مردی را به رابطه‌ی جنسی پرخاشگرانه تحریک کرده بود. بیمار اکنون می‌خواست بداند که آرزوها و تصورات جنسی من چیست و آیا من مثل مردان دیگر حس می‌کنم.

● وقتی قبلاً به افکار جنسی و مخصوصاً به من اشاره می‌شد، من با این افکار مخالفت نمی‌کردم، آن‌ها نادیده می‌گرفتم و یا توضیح می‌خواستم و نهایتاً تعبیرات انتقال گذشته‌نگر می‌دادم. در زمانی که این درمان رو به پایان داشت من بر پایه تجربیات قبلی خود به این نتیجه رسیدم که هم ممکن و هم مفید است که بیمار در شکل‌گیری انتقال متقابل سهم گیرد، بدون آنکه تداخل و سردرگمی میان نقش حرفه‌ای و نقش خصوصی ایجاد گردد. برعکس، سهم کردن به شفافیت و آرامش ختم می‌شود. زیرا من در ابتدا مثل پدر، رفتاری خویشندارانه در پیش گرفته بودم که غیرصمیمی بود. به عبارت دیگر: پدر احتمالاً از ترسی که از تجاوز به مرزهای اخلاقی داشت، با دخترش بیگانه شده بود، همانگونه که من در ارتباط با افکار جنسی یک رفتار غیرصمیمی در پیش گرفته بودم. در رابطه

درمانی تجربیات واقعی بیمار با من و تجربیات "ضایعه‌آور" با پدر بگونه‌ای با یکدیگر تلاقی می‌کنند که در دریافت وی خصلت یک "انتقال" از تجربه واقعی قابل تمایز نباشد.

بر پایه چنین افکاری پاسخ زیر را دادم که به یک تبادل طولانی میان ما منجر شد. من حقیقتاً گفتم که افکار و تخیلاتش که او پرهیجان، تحریک‌آمیز و غیره توصیف می‌کرد، مرا هم تحت تأثیر قرار داده بود؛ ضمن آنکه تجربیات زندگی وی نیز بر این مسئله تأکید دارد که من هم کم و بیش مثل مردهای دیگر هستم. واکنش‌های احساسی و همراهی عاطفی تا حدودی لازم است، در غیر این صورت نمی‌توانستم خود را در موقعیت روحی وی قرار دهم و به نتایج و تعبیرات خود برسم. فاصله نسبی با آرزوها و تخیلات خودم برای درمان ضروری است. خرسندی و لذت زمانی در من ایجاد می‌شود که تخیلات ایجاد در خودم را به آرزو و رفتار تبدیل نکنم، بلکه تعبیرات مطلوبی بدست دهم که به نفع بیمار باشد و به توفیق درمانی ختم شود. اما مهمترین مطلب این بود که من گفتم چیزی حس می‌کنم و تصورات نسبتاً جنسی به‌عنوان واکنش در برابر تخیلات وی دارم. من اضافه کردم که اینک چیزی را کشف نمودیم که در طول درمان درک می‌کردیم اما هرگز در مورد آن صحبت نکردیم: اینکه ما متقابلاً برای یکدیگر جذابیت داشته و من نیز بعضاً شیفته جذابیت جنسی وی می‌شدم.

خانم رز X از این پاسخ متعجب و آرام شد. او بلافاصله دنباله رویایی را که در ابتدای جلسه تعریف کرده بود گرفت، رویایی با محتوای پرخاشگرانه و جنسی نسبت به یک مرد که شبیه پدر وی بوده و یک زن غریبه و خطر مسموم شدن خود بوده است. تداعی درباره نامادری خبیث و مسمومیت در قصه سیندرلا اولین افکار سریعی بودند که به ذهن وی خطور کردند. پس از شرکت وی در انتقال متقابل من، تداعی‌ها و تعبیرات دیگری از جانب بیمار مطرح شد. وی اظهار می‌کند که اکنون احساس آرامش بیشتری دارد و می‌تواند درباره موضوعات جنسی راحت‌تر صحبت کند. نتیجه، تنش کمتر و تعبیرات بیشتر بود. رویا می‌تواند نماد تجربه دردناک تک‌فرزند بودن با پدری وسوسه‌انگیز و همزمان خویش‌شمار و مادری مملو از احساس گناه و اضطراب بوده باشد. بیمار به‌لحاظ عاطفی به مادرش وابسته بود. مادر بیمار یک سال و نیم قبل از اتمام درمان به علت سرطان فوت کرد.

● این تعبیر برای اولین بار از جانب بیمار پذیرفته شد، زیرا بر مبنای یک تجربه کاملاً جدید ارائه شد: چیزی را از درون خویش و توان پردازش خود تجربه کردن. بیمار از گفته من به نوعی شناسایی درباره سکسوالیته، حس‌ورزی و تصویر از بدن خویش رسید. تردید وی که تخیلات تحریک برانگیز وی در من چیزی را به جریان می‌اندازد، موضوعیت خود را از دست داد. در جلسات بعدی از تنش موجود بطور چشمگیری کاسته شد. هیجانات ضایعه در انتقال در رابطه مورد بحث قرار گرفت و حل شد، به نحوی که آنالیز پایان خوبی داشت.

ما در ابتدا خلاصه‌ای از مشکلات خاص خانم لیندا X ارائه می‌دهیم و بدنبال آن اوج‌گیری وضعیت انتقال- انتقال متقابل را در یک جلسه تشریح می‌کنیم که قبل از یک قطع طولانی درمان قرار داشت. معرفی خانم لیندا X که آن زمان و در سن ۲۳ سالگی دوره کارآموزی تکنسین داروخانه را می‌گذراند توسط پزشک شرکت تا حدودی غیرمعمول بود. خانم لیندا X به تنهایی از عهده این کار برنمی‌آمد، به همین خاطر همکار نگران وی گرفتن نوبت را تقبل کرده و قصد داشت وی را به جلسه بیاورد.

خانم لیندا X اصرار داشت نزد روانکاو بروی که سخنرانی وی را چندی پیش شنیده بود. آنگونه که اظهار شد، خانم لیندا X که خجالتی، مضطرب و افسرده می‌نمود، انتظار داشت روانکاو پس از چند جلسه از دیدن وی ممانعت ورزد. در رفتار و اظهارات وی نشانه‌های افسردگی و اضطراب آشکار بود که از ۱۰ سال پیش بروز کرده بود. وی به‌عنوان آخرین فرزند در خانه والدینی با اخلاق جنسی خجالتی رشد کرده و به بیماری بی‌اشتهایی عصبی در بلوغ مبتلا شده بود که بوسیله نکته پراکنی‌های گزنده ایجاد شده بود. نظریه پزشکی مبنی بر اینکه کاهش وزن خطرناک باید از طریق تغذیه با سوند جبران گردد، باعث شد تا وزن بیمار در آن هنگام سریعاً و به‌وسیله تغذیه مبالغه‌آمیز از ۳۶ کیلو به ۸۰ کیلو افزایش یابد. در سن ۱۷ سالگی وی پرخوری خود را با مواد ضدآشته کنترل کرد. این کار از طریق داروهای روانی ممکن می‌شد که بیمار چند سال بدان وابسته بود. وی بطور متناوب مشتقات بنزودیازپین و آرام‌بخش‌های دیگر مصرف می‌کرد، بدون آنکه بر اضطراب خود غلبه کرده باشد.

خانم لیندا X برای گریز از تنهایی و غلبه بر اضطراب ایجاد رابطه، اشتیاق وافر خود به نرمی و لطافت را با ماجراجویی‌های کوتاه مدت و نسجیده‌ی جنسی ارضا می‌کرد. این ارتباطات به غیر از غلبه بر تنهایی و احساس مبهم انتقام از والدین ثمر دیگری برای وی نداشت. احساس تهی بودن درونی و تردیدهای وی در سال‌های اخیر بیشتر شده و گرایش مزمن به خودکشی را در خانم لیندا X تشدید کرده بود.

با وجود علائم شدید خانم لیندا X توانسته بود به یمن هوش بالای خود دوران دبیرستان را با معدل بالا به اتمام رساند و محل کارآموزی را بدست آورد. رانده‌مان وی در این دوره مورد شناسایی قرار داشت و وی را ارضا می‌کرد.

* Aggressive Countertransference
Aggressive Gegenübertragung

پس از توصیف کوتاه این شرایط نسبتاً دشوار، سوالات زیادی درباره اندیکاسیون تطبیقی جهت روانکاوی مطرح شد. ما به این خاطر مطمئن نبودیم، چون مثلاً نمی‌توان در ابتدا به شدت عادت و وابستگی به مشتقات بنزودیازپین و سیکل معیوب ناشی از آن پی برد. نمی‌توان منتفی دانست که ترس‌های بیمار حتی بدون علائم ترک زیاد شود، و وی مجبور می‌گردد آرامش‌بخش‌های زیاده‌تری مصرف کند. با وجود وابستگی روانی به مشتقات بنزودیازپین و خطر خودکشی مزمن، درمان سرپایی پیشنهاد شد. درمان بستری طولانی مدت به قطع دوره‌ی وی می‌انجامید و مشکلات تازه‌ای برای وی به وجود می‌آورد. بیمار براستی می‌ترسید که بستری شود و از دوره‌ی خود عقب بیفتد. کاهش شناسایی و اعتماد به نفسی که وی در ضمن کار بدست می‌آورد را نمی‌شد در درمان بستری جبران کرد. از طرف دیگر امکان کنترل سوءمصرف دارو و مقابله با اقدام به خودکشی در بخش‌های بستری نیز مطلق نیست.

در ارتباط با داروهای روانی چنین قرار گذاشته شد که روانکاو مسئولیت تجویز آن را به عهده بگیرد. این اقدام در این مورد کاملاً جواب داد. تداخلات ایجاد شده در انتقال و ضد انتقال بطور سازنده حل شد. موفق شدیم از وخامت‌های موضعی به ترس‌های عمیق‌تر برسیم، در حالی که بیمار قدم به قدم احساس امنیت بیشتری می‌کرد.

نظیر دوران قبل از درمان، در حین درمان چندساله و در صورت جریحه‌دار شدن توسط والدین و یا دوستان که معمولاً به جدایی ختم می‌شد، نیز بحرآن‌های مربوط به خودکشی پدید آمد. قطع درمان که به علت تعطیلات رخ می‌داد، معمولاً به بحرآن‌هایی منجر می‌شد که یا بیمار را بستری و یا او را به سوی یک همکار روانه می‌کرد.

به دلیل تعطیلات طولانی که البته قبلاً اعلام شده بود، بیمار به بحران خودکشی مزمن بازگشت و روانکاو را مقصر این وضعیت می‌دانست. عدم رغبت بیمار در استفاده فشرده از زمان باقی مانده و یا رجوع به همکاران دیگر مرا مستأصل کرده بود؛ درمان‌گی من با احساس عصبانیت در مقابل منفی‌گرایی بیمار توأم بود. بیمار بر این نقطه نظر تأکید می‌ورزید که همه او را ترک کرده‌اند و می‌خواهد بالاخره به زندگی خود پایان دهد.

او در جلسه قبل از تعطیلات یک نامه خداحافظی با خود به همراه آورد که من باید آن را می‌خواندم. از آنجایی که بیمار سپس در یک سکوت عمیق فرو می‌رود، زمان زیادی برای فکر کردن باقی می‌ماند. نامه روی میز قرار دارد. من متوجه لباس سیاه رنگ وی می‌شوم و به سوگواری و مرگ فکر می‌کنم.

ر: اگر من نامه شما را بخوانم به معنای آن است که خداحافظی شما را پذیرفته‌ام. شما از من متنفر هستید، چون می‌خواهم برای مدتی به مسافرت بروم.

● سکوت خالی از واکنش بیمار بر من فشار وارد می‌کند. به نظر می‌رسد او متوجه پرخاش شدیدی که در تهدید به خودکشی نسبت به من ادا می‌کند نیست. او همچنین نمی‌داند که در روابط با انسان‌های دیگر نیز آن‌ها را شدیداً جریحه‌دار می‌کند. امکانات متفاوت از ذهنم عبور می‌کنند: آیا بهتر است برای حمایت از بیمار و کسب اطمینان خودم بیمار را بستری کنم و یا به توصیه وینیکوت (بخش ۴-۳) عمل نموده و او را در انتقال متقابل خویش سهم سازم؟ من گزینه آخر را انتخاب می‌کنم، چون مضافاً ترس دارم که عدم خواندن نامه‌اش را به‌عنوان بی‌تفاوتی قلمداد کند. به‌علاوه برای من مهم است که بر استمرار رابطه‌ی بعد از تعطیلات صبحه گذارم. بنابراین به یک تعبیر نسبتاً طولانی روی می‌آورم و به بیمار می‌گویم در یک بن‌بست قرار دارم و از دست او عصبانی هستم.

ر: من واقعاً ناراحتم که شما با تهدیدهای خود تعطیلات و بازگشت مرا دشوار می‌کنید. من دوباره می‌آیم و کار ما ادامه خواهد یافت. به همین خاطر نامه شما را نمی‌خوانم. بدینوسیله می‌خواستم بیان کنم که خودکشی را به‌عنوان خداحافظی قبول ندارم. پس از یک مکث طولانی ادامه می‌دهم:

ر: شما مسئولیت زندگی و مرگ خود را به من منتقل و مرا شدیداً متأثر می‌کنید، خیلی زیاد، بیش از آنکه بتوانم تحمل کنم. با نظر شما موافق نیستم که شما بطور غیرمستقیم قدرت خود را در قالب تهدید به خودکشی نشان می‌دهید. شما قدرت خود را بر من حتی پس از مرگ‌تان آزمایش می‌کنید. من بیمار را متوجه لذت البته بسیار پنهانی ناشی از تخریب خود می‌کنم. با وجود آنکه بیمار هنوز سکوت می‌کند، به نظر می‌رسد که متأثر شده است. به همین خاطر به او یادآوری می‌کنم که درمان به دلیل آنکه وی اصرار داشت حتماً نزد من بیاید، در یک بن‌بست شخصی قرار گرفته است. برای کاهش فشار وی این مسئله را گوشزد می‌کنم که به نظرم اینکه وی اکنون تهدید به خودکشی را به مسائل بیرونی مرتبط نمی‌سازد، بلکه مرا درگیر می‌کند، یک پیشرفت درمانی است. هنگامی که من از پیشرفت صحبت می‌کنم بیمار به بالا نگاه می‌کند و از حالت خیرگی خود بیرون می‌آید. او نگاه تردیدآمیزی به من می‌کند. من یک جمع‌بندی از پیشرفت‌های حاصله ارائه می‌دهم.

ر: شاید بتوانیم روشن کنیم که این سرزنش تا چه حد حاوی آرزوها و نیازهای شما است، برای اینکه دقیق‌تر بدانید طرف دیگر قضیه چیست.

ب: بله، موضوع همین است، چون شما می‌توانید به راه‌های دور بروید، چون شما موفق هستید و از شما در جاهای دیگر نیز استقبال می‌کنند، این همان چیزی است که مرا عصبانی می‌کند. من امیدوار نیستم و چشم‌اندازی ندارم که روزی بتوانم به یک کار حسابی مشغول گردم، مستقل مثل شما، من همیشه یک سربار خواهم بود که باید مورد حمایت مالی قرار بگیرد، این در حالی است که می‌توان

از این پول استفاده بهتری کرد. رابطه دوستی من هم خودش داستانی است، شما می دانید که او مرا فقط تحمل می کند و زمانی که حمایت او را می خواهم مرا پس می زند، او انتظار دارد من گونه ای دیگر باشم، مطمئن، مستقل، زیبا و زنانه تر، او مرا اینگونه نمی خواهد و شما نیز مرا بگونه ای دیگر تحمل می کنید. والدین من می خواهند از آخر عمر خود لذت ببرند و حوصله مراقبت از من را ندارند، همانجور که پدرم یکبار می گفت "آقای روانکاو نمی تواند برای همیشه پیش تو باشد."

د: بله، و حالا روانکاو به سفر دور و درازی می رود. پدر محق می شود. آنهایی که امنیت و پول دارند، چمدانهای خود را می بندند و این دیوار حائل بین ما می شود، چون شما در این بین، همین نیازها را در خود احساس کرده اید. این تفاوت اکنون با گذشته است. اوایل می گفتید: من والدینم را هرگز رها نخواهم کرد، آنها نباید فکر کنند که به اندازه کافی برای من کار انجام داده اند. اما الان خود شما میل به سفر پیدا کرده اید، مثل همکاران در شرکت، مثل روانکاو که به مسافرت می رود و عذاب وجدان ندارد.

تعبیر حسادت بیمار که وی آن را به نیروی خودتخریبی تبدیل کرده است، از فشار بیمار می کاهد، همانگونه که واکنش بعدی وی نشان می دهد:

ب: بله، ما امسال فقط می توانیم ۱۴ روز در یک خانه ویلایی تعطیلات داشته باشیم که به والدین همسرم تعلق دارد و اگر قرار باشد بقیه زندگی اینگونه طی شود، آنها شروع به غر زدن می کنند. در اینصورت من همکاری نخواهم کرد من از این سطح متوسط زندگی راضی نیستم و در سالهای بیماری نیز از تحصیل در یک رشته درست و حسابی عقب ماندم و اکنون جایی هستم که می بینید.

د: و بنابراین خدا حافظی همیشگی یک چیز خاص می شود، نه یک چیز معمولی، حداقل با این کار ضربه ای به روانکاو خواهید زد، این چیزی است که اتفاق خواهد افتاد.

شناسایی آرزوی وی، جهت خاص بودن و امری خاص انجام دادن، حتی اگر یک عمل خودتخریبگرانه باشد، به وی آرامش می دهد؛ چون اختلال زودرس وی واقعاً باعث تخریب چیزهای زیادی شده که دیگر قابل جبران نبودند. وابستگی کودکی وی به والدین که اعتماد به نفس وی را کاهش داده، موجب شده بود تا وی از تجربیات دوران بلوغ و جوانی عقب بماند. بیمار به جای این تجربیات، انبوهی از تجربیات مخرب جسمی و تجربیات بینا انسانی زیان آور داشته که بتدریج می توانند توسط تجربیات جدید جبران و متعادل گردند. او اکنون با لحن سرزننده سوال می کند:

ب: آیا برای مراسم دفن من می آمدید؟

د: نه، چون در صورت خودکشی شما رابطه بین ما را منهدم خواهید کرد، اما من برای ادامه کار با شما حتماً می آمدم. شاید قدرت و توان شماست که من برمی گردم، من می دانم که غلبه بر مشکلاتان برای شما چقدر توان فرسا است.

در حالی که بر این وضعیت بغرنج غلبه می‌کنیم، به بحث در این باره می‌رسیم که بیمار در غیاب من و در صورت لزوم به چه افراد دیگری می‌تواند مراجعه کند. روند بعدی درمان هر از گاهی به عود مشکلات وی می‌انجامد، اما بیمار بر حسب موقعیت توصیف شده در اینجا به این نتیجه دست یافت که می‌توانیم بر تعارضات وی غلبه کنیم. از پیگیری ۱۲ ساله این مورد می‌توانیم گزارش دهیم که بیمار به استحکام رابطه زوجی خود دست یافته و در زمینه شغلی نیز پیشرفت قابل توجهی کرده است.

۳-۵ اشارات کنایه‌آمیز*

با وجود آنکه به دلایل درمانی استقبال می‌کنیم که بیماران افسرده، خودآزار و فرودست به اثبات خویش و توان انتقاد دست یابند، با این حال تحمل توهین و ارزش‌زدایی از جانب بیمار امر دشواری است که معمولاً در گذار از حالت فرودستی به حالت اثبات خویش رخ می‌دهد. در اینجا فشارهای هیجانی و عاطفی ایجاد می‌شوند که بعضاً می‌شود آن‌ها را بوسیله دانش روانکاوی مهار کرد. حمایت دیگر، از اشارات کنایه‌آمیز ناشی می‌گردد (اشتین ۱۹۸۵).

کنراد لورنس در طی آزمایشات جانورشناسی خود زمانی گفته بود: "غازها هم انسان‌اند." طبیعی است که کفایت نمی‌کند به این استناد کنیم که روانکاوان نیز انسان‌اند و به همین خاطر به لحاظ طبیعی نسبت به حمله با فرار، ضدحمله و یا واکنش نظیر آن عکس‌العمل نشان می‌دهند. این واکنش‌های خودجوش توسط دانش روانکاوی تعدیل و خفیف می‌گردند.

روانکاو با این وجود در برابر انتقادات بیمار خویش مصون نیست. اما وضعیت نباید چنان وی را تحت تأثیر قرار دهد که یا به لحاظ رفتاری فلج گردد و یا بخواهد از بیمار انتقام بگیرد. در این صورت بازتولید شرایط همکاری ثمربخش دشوار و یا غیرممکن می‌گردد.

انتقال متقابل‌های منفی معمولاً به شکل غیرمستقیم بیان می‌شوند. ما این مسئله را در نمونه درمان آقای آرتور X و از صورت‌جلسه‌های درمانی ارائه خواهیم داد.

به علت تعبیر طولانی من، یک جلسه کاملاً ناموفق داشتیم. من در حین این تعبیر تلاش کردم به یک اظهار نظر قدیمی آقای آرتور X پردازم، چون او دوباره درباره شانس بهبود و درمان خود سوال کرده بود. این موضوع تاکنون در ابعاد متفاوت مورد بحث واقع شده بود.

* Irony
Ironie

مخصوصاً زمانی که انتقاد بیمار با تردید مخرب همراه می‌شود و پتانسیل آن آزاد نمی‌شود، با موقعیت دشواری مواجهه می‌گردیم. در یک جلسه قبلی آقای آرتور X با کمک من توانسته بود به تخیلات خود پر و بال دهد و گفته بود نمی‌تواند به من اعتماد کند، مگر اینکه من نام بیمارانی را که درمان شده‌اند را به او بگویم، خواسته‌ای که من به دلیل رازداری نمی‌توانستم اجابت کنم، بنابراین یک بن‌بست.

● دوگانگی‌های شدید وی و فرآیندهای تجزیه‌ای او بدانجا منتهی شد که او می‌خواست مرا به یک فرد ورشکسته تبدیل کند. از طرف دیگر او امیدوار بود که من در برابر تخریب‌گرایی وی طاقت بیاورم و اعتمادم را به خودم، او و روانکاوی از دست ندهم. با وجود علم به تأثیرات نامطلوب اشارات کنایه‌آمیز، هیجانات من به یک تعبیر کنایه‌آمیز ختم شد که بیمار کاملاً فراموش کرده بود. در آن زمان به بیمار گفته بودم طولانی‌ترین درمان من شامل ۱۰۰/۰۰۰ هزار جلسه و در ضمن ناموفق بوده است.

قابل فهم است که این تعبیر آنقدر نگران‌کننده بود که بیمار آن را کاملاً انکار کرده بود. توضیحات بعدی من باعث پیشرفت نشدند و بیمار همچنان در سردرگمی خود باقی ماند. من موفق نشدم پرخاشگری قدرقدرتی بیمار را که مبنای تعبیر آن زمانی بود برای بیمار مشخص کنم.

● احتمالاً این موضوع بدان بستگی دارد که در بیمار فوراً نیروهای مخالف ایجاد شدند. عدم موفقیت من بر قدرقدرتی و همچنین ناامیدی او چیره شده بود. بنابراین او قصد آن ندارد که از من آنچنان ارزش‌زدایی کند که نتوانم به رابطه ابژه-سوژه مدرساننده خودم ادامه دهم. قابل توجه آنکه پرداختن به این موضوع از جانب بیمار هنوز به سختی انجام می‌شود، با وجود آنکه بیمار چند روز قبل تخیل داشته که مرا در ملاء عام بی‌آبرو کرده و به وسیله خودکشی خود حیثیت شغلی مرا خدشه دار نموده است.

او صورت حساب جلسات را در دست دارد تا بدین وسیله به من حمله نموده و مرا مقصر خودکشی خود جلوه دهد. او همچنین تخیلاتی داشته با این محتوا که پس از آنکه بیمه از ادامه پرداخت هزینه درمان وی سر باز زده، من باید ۳۰۰ ساعت دیگر او را درمان کنم و او در پایان می‌تواند تصمیم بگیرد که آیا هزینه‌ای به من پرداخت خواهد کرد و اگر آری چقدر.

این جلسه با یادآوری این خاطره پایان می‌پذیرد که او گمان دارد سر کلاس ریاضی نشسته است. آموزگار جلو ایستاده، فرمول‌های سخت می‌نویسد و او چیزی نمی‌فهمد. بیمار می‌گوید به نظر او هرآنچه من امروز گفتم، مزخرف می‌آید. او در حالی که مضطرب می‌نماید می‌پرسد ادامه جلسه امروز چه خواهد بود.

● من از کار خودم در این جلسه خیلی ناراضی بودم و با خودم و بیمار درگیری داشتم. من از این که بیمار مرا در تنگنا قرار داده بود عصبانی بودم، در حالی که تعبیرات طولانی، همزمان به نوعی ترمیم پرخاشگری تحریک شده من بودند. من متوجه شدم که سوالات دقیق بیمار را دیمی تفسیر کرده‌ام و در خدمت کاهش فشار از خودم بوده است، مثلاً اینکه راهی پیدا کنم که تجویز والیوم دیگر به عهده من نباشد. اینکه من قبل از تعطیلات تابستانی برای بیمار دارو تجویز نکرده بودم، تأثیر مطلوبی بر جای نگذاشته بود. بیمار در این بین پزشکی را پیدا کرده بود که ۵۰ عدد والیوم خفیف برای وی تجویز کرده بود.

جلسه‌ی بعدی آرام‌تر و ثمربخش‌تر بود.

خوب و بد از یکدیگر تفکیک شده بودند، بدین نحو که من نماد بدی و پزشک تجویزکننده والیوم نماد لذت‌بخش زندگی شده بود. آقای آرتور X که سرحال می‌نمود اظهار داشت که پزشک مربوطه به راحتی برای وی والیوم تجویز کرده و گفته وی از وابستگی به این دارو فاصله زیادی دارد. آقای آرتور X معصیت و لذت گاز زدن به سیب را به تجویز والیوم مرتبط می‌سازد. من ظاهراً نسخه را با "علامت انگشت" به وی تجویز کرده‌ام و از این طریق لذت مصرف دارو را از وی گرفته‌ام و حالت من در وی ترس ایجاد کرده است. آقای آرتور X تأکید می‌کند که تجویز دارو با آن ایما و اشاره‌ها بیش از آنکه مشکلات وی را حل کرده باشد، بر مشکلات وی افزوده است. آقای آرتور X بجای من نزد پزشکی رفته که در تخیلات مثلاً دکتر ک. نام دارد و برای او دارو تجویز نموده و با این گفته به او آرامش داده است: "چهار ماه دیگر مراجعه کنید، حال شما تا آن موقع بهتر شده و من داروها را کم خواهم کرد."

● او در این تخیلات یک پزشک کاملاً متخصص و مسئولیت‌پذیری را جستجو می‌کند که به او اطمینان دهد همه چیز به خوبی پیش خواهد رفت. اکنون روشن می‌شود که تقبل بخشی از مسئولیت از جانب من، مبنی بر تجویز دارو برای بیمار، به نظر او کافی نمی‌رسد. آنچه وی در جستجوی آن است مسئولیت‌پذیری مطلق و تعیین زمانی خاص برای پیشرفت درمانی است. من برعکس مصرف والیوم را به اراده او واگذار کرده بودم و بنابراین دُر دارو و احتمال وابستگی را به عهده او گذاشته بودم.

حالا جنبه دیگر وارد می‌شود. او انتظار دارد پس از آنکه وی مرا سرزنش کرد، درمان را پایان داده و او را بیرون بیاندازم. او مرا با درمانگر قبلی خود مقایسه می‌کند که در صورت عدم پیروی از دستورات وی، از دیدن بیمار اجتناب می‌کرد.

بیمار در ادامه به روند جلسه امروز می‌پردازد و دوباره با این سوال درگیر می‌شود که آیا طرح این موضوعات به وی کمکی کرده است یا نه. من به او متذکر می‌شوم که حالت وی احتمالاً پس از

جلسه دیروز به این بستگی دارد که آیا او اکنون خود را مجازات خواهد کرد یا نه. بیمار دوباره با این موضوع مواجهه می‌شود که چگونه می‌تواند بینش به دست یافته در اینجا را در عمل پیاده کند. کار تعبیر به کاهش فشارهای وی منجر شد، بگونه‌ای که عودی رخ نداد و بیمار از داروهای تجویز شده توسط پزشک دیگر به‌ندرت استفاده کرد.

۶-۳ انعکاس خودشیفته و ابژه‌ی خود*

اسطوره‌ی خودشیفتگی به یک انعکاس ساده در بر که ختم نمی‌شود که طی آن جوانی عنان اختیار از دست می‌دهد و زیبایی ناشناخته را می‌بیند، بنابراین خود تازه‌ای را کشف می‌کند. امروزه نه تنها همه آینه به دست هستیم و تصویر خود را می‌بینیم، اتوماتیک دوربین‌های عکاسی نیز امکان گرفتن عکس از خود و مقایسه میان تصویر واقعی و ایده‌الی از خود را فراهم کرده است. در نمونه پائین می‌خواهیم اشاراتی چند بر استعاره آینه داشته باشیم. روانکاوی که کار درمانی انجام می‌دهد بدون پیروی از توصیه‌های تکنیک درمانی کوهوت با تئوری وی آشنایی دارد. استدلال‌ات در این زمینه را در جلد مبانی ارائه دادیم. ما بر اهمیت تجربه خویش و وابستگی مادام‌العمر انسان‌ها از افراد با اهمیت پیرامونی تأکید می‌ورزیم، علیرغم آنکه آن را در چارچوب تئوری ابژه خود کوهوت قرار نمی‌دهیم. ما از اینکه می‌توانیم به خواننده یک بحث مشروح درباره روانشناسی خود ارائه دهیم، خوشحال هستیم.

آقای آرتور Y برای کسب اطمینان خاطر درباره تصویر بدنی خویش یک مسیر غیرمعمول را طی کرده است. رفتارهای بیمار و تخیلات وی در روانکاو واکنش‌های انتقال متقابل متفاوتی ایجاد کرد. یک سوال بیمار بطور موقتی نوعی نااطمینانی بوجود آورد که با کمک شناخت‌های درمانی حل شد.

آقای آرتور Y برای تحقق امری که در نظر داشت تلاش جدی کرد. او بر تردیدهای اولیه خود غلبه کرد تا بتواند درباره این موضوع صحبت کند، بدون آنکه خواستار قطع ضبط صدا گردد. بالاخره او کاری را که از مدت‌ها قبل می‌خواسته انجام داده: عکس‌برداری از ناحیه تناسلی خود. یکی از این تصاویر خیلی خوب شده است. تکرار این عمل عکس‌های خوبی در پی نداشته است.

● من از اینکه آقای آرتور Y بالاخره یک برنامه‌ای که مدت دنبال اجرای آن بوده است را تحقق بخشیده و از من و ضبط صوت خجالت نمی‌کشد، غافلگیر شدم. بیمار در ابتدای جلسه یک گزارش

* Narcissistic Mirroring and Selfobject
Narssistische Spiegelung und Selbstobjekt

مختصر ارائه داد که خیلی از موضوعات را باز می گذاشت. بیمار نه گفت که ویژگی آن عکس مطلوب اش چه بود و نیز درباره انگیزه این کار صحبتی نکرد. من خویشتنداری بخرج دادم چون نمی خواستم به ارضای خودشیفتگی وی آسیب رسانم. حدس من آن بود که وی عکسی در حالت نعوظ و خودارضایی گرفته بود، اما کنجکاوی خود را سرکوب کردم. من فکر می کردم در اینکه انسان آلت تناسلی خود را از بالا و به شکل ناقص نگاه کند و نگاه کردن آلت تناسلی مردان دیگر تفاوت وجود دارد. من فکر می کردم تفاوت شناختی موجود می تواند در مقایسه هایی نقش داشته باشد که مخصوصاً در دوران بلوغ و نزد مردان نامطمئن مطرح است

● تخیلاتم مرا به مقایسه هایی سوق داد که نهایتاً به پنهان بودن آلت تناسلی زنان فکر کردم و اینکه زنان نمی توانند بدون کمک آینه به رؤیت آلت تناسلی خود دست یابند. سریعاً به تئوری آفانیزیز یونس (۱۹۲۸) فکر می کنم که همواره برای من جالب بود: گم شدن به عنوان عامل پیدایش ترس های پایه.

من تعجب نکردم که حال آقای آرتور X بعد از عکاسی شدیداً بدتر شده است. به نظر من وی از این طریق خود را مجازات می کرد، او فکر می کرد به خانواده خود ضرر مادی می رساند و آن را تخریب می کند، چون با یکی از مشتریان به یک رستوران گرانقیمت رفته و او را به غذا دعوت کرده است. آقای آرتور X در حالی که مردد بود دنبال بهانه هایی می گشت تا خود زجر داده و تحقیر کند. به همین خاطر در جلسه همین که من واژه مجازات خویش را بکار بردم این تمایلات در وی تشدید شد. بعلاوه وی خود را سرزنش می کرد که نظاره یک دختر زیبای پوشیده، چشم و گوش وی را باز کرده است. این بعد از آن عکاسی رخ داده است. به همین خاطر من رابطه ای بین مشاهده کردن دیگری و لذت مشترک در دو طرف و همچنین بافتار مجازات خویش برقرار می کنم. بیمار از این می ترسد که کاملاً منزوی خواهد شد و علایم او آنچنان وخیم خواهند شد که وی قادر به صحبت کردن نخواهد بود. بیمار در می یابد که برای اعمال لذت جویانه خود بهای سنگینی پرداخته است.

بیمار با اصرار می خواهد بداند چگونه می تواند از بینش بدست آمده در جلسات در بیرون استفاده کرده و رفتار خود را در زندگی تغییر دهد. من توضیح می دهم که چرا توصیه های رفتاری نمی دهم و او توضیحات مرا با اکراه می پذیرد. او می گوید که درک کرده چرا من به سوال وی پاسخ نمی دهم. ظاهراً او به دنبال اعلام ممنوعیت از جانب من بود.

در جلسه ی بعدی گمانی که در رابطه با عکاسی به فکرم رسیده بود تأیید شد. بیمار در فاصله دو جلسه رؤیت خویش را ادامه داده بود و از آلت خود در حالت نعوظ عکس گرفته بود. در خودارضایی او باترس زیاد دوباره خروج ترشحات از مجرای ادارا را پیش از انزال مشاهده می کند.

بیمار نمی‌دانست که ترشحات مجرای ادرار به غدد جلویی پروستات مربوط می‌باشد. او می‌خواست درباره ترس خود مبنی بر اینکه در این قطره مایع ممکن است اسپرم موجود باشد و وی بدینوسیله همسر خود را آبتن کند با یک متخصص مشورت کند. در ابتدا من تا حدودی نیاز اطلاعاتی وی را تأمین می‌کنم و به او می‌گویم برای پاسخ مبسوط باید به یک متخصص پوست و پزشک متخصص مردان مراجعه کند.

بیمار بر حسب تجربیات زندگی می‌دانست که پزشکان نیز نمی‌توانند در وضعیت احتمال خطرهای ممکن، اطمینان صددرصد دهند. پس از آنکه او این موضوع را دوباره به یاد آورد، تصمیم گرفتم خودم پاسخ وی را بدهم: من گمان نمی‌کنم که یک متخصص مردان اطلاع دیگری به غیر از آنچه من به شما می‌گویم در اختیار شما بگذارد. بسیار غیرمحمول است که آن مایع حاوی اسپرم باشد و به بارداری منجر شود. او سپس درباره ترس خود صحبت کرد که مبادا غیرعادی و مبتلا به بیماری مقاربتی باشد. این اطلاع که ترشحات پروستات در نزد همه مردان، پیش مرحله‌ی انزال است، وی را آرام کرد.

● من در موقعیت سختی قرار داشتم که نمی‌دانستم آیا پاسخگویی به سوال بیمار که آیا این ترشحات در من نیز اتفاق می‌افتد با خنثی بودن درمانی همنوایی دارد یا نه. این سوال بیمار مرا شخصاً سردرگم نکرد، بلکه من از فقدان منطق که به او یادآور شدم متعجب بودم؛ چون طبیعی است تا زمانی که من به رده مردان تعلق داشته باشم، چنین ترشحاتی از من نیز خارج گردد.

اما به گفتگوی درمانی درباره عملکرد جنسی برگردیم که حاوی ابعاد متفاوت انتقال و انتقال متقابل است. نباید از نظر دور داشت که هنگام روشنگری، دانش توسط یک فرد به فرد دیگری منتقل می‌شود. در این گفتگو نیز همین مطلب مد نظر بود که به کاهش اضطراب و افزایش امنیت منجر گردید. بیمار تحت این چتر حمایتی می‌توانست به کنجکاوی لذت‌جویانه خود پر و بال بیشتری بدهد و با ناحیه‌های تازه‌ای آشنا شود.

● در ارتباط با خنثی بودن من و کشف نقاط اشتراک در سطح بیولوژیک چه اتفاقی افتاده بوده؟ من با پاسخ خود موضوع خصوصی از خودم اظهار نکرده و در واقع عضوی از یک گروه گمنام با عملکردهای بیولوژیک یکسان بودم. اما ظاهراً برای بیمار مهم بود که ابتدا به نقطه اشتراکی با من به‌عنوان یک هم‌جنس برسد تا بر ترس‌های خود غلبه کرده و به لذت از زندگی رهنمون شود.

این موضوع پس‌زمینه مشاهده‌ی آلت تناسلی خود در عکس بود. وی به دلایل ناخودآگاه ترس‌های خود در رابطه با ترشحات نزدیکتر شد. اکنون روشن شد که تمام فرآورده‌های وی بطور ناخودآگاه اجزای مقعدی دارند. بیمار برای پرهیز از "کثیف کردن" همسرش، هر شب دعوایی به پا می‌کرد،

کاری که همسرش را شدیداً آزرده خاطر می‌ساخت. او یک‌باره رویایی را به خاطر می‌آورد که معنای آن تا این لحظه برایش ناروشن مانده بود، اما اکنون به طور ناگهانی به معنای آن پی برد: او از یک سیستم حفاری شده طویل عبور کرده بود، جایی که برای گذراندن تعطیلات پسندیده بود و در آن احساس خوبی داشت. تداعی‌های وی به برخی رخدادهای مهم که زمینه ترس‌های وی بود منجر گردید.

اشاراتی درباره‌ی بازتاب آینه‌ای و ابژه خود

اسطوره خودشیفتگی که فاندل (۱۹۳۵) تعبیر روانکاوانه‌ای که در این بین فراموش شده است را بدان اعطا کرده بود، حاوی سوال درباره نوع و پس‌زمینه بازتاب آینه‌ای است که دو گونه پاسخ‌دهنده شده است: در یک گروه، ارتباط با ابژه و نیز هم‌نوع خودشیفته فرض گرفته می‌شوند. گروه دوم پاسخ، این نقطه نظر را نمایندگی می‌کند که در بازتاب آینه‌ای دیالوگ با دیگری در مفهوم مقایسه با خود ادامه نمی‌یابد. هر دوی این سنت فکری روانکاوی به فروید باز می‌گردند که مشتقات خودشیفتگی اولیه را ارجح می‌شمرد.

نمایندگان فکری نوع اول پاسخ‌ها علیرغم تمام تفاوت‌های موجود، کوهوت و لاکان هستند، لاکان به این دلیل در رهیافت اصیل انسان‌شناسانه خود، یعنی مراحل بازتاب، بر خودشیفتگی اولیه تأکید می‌ورزد. "... بوسیله دگرترین اشغال لیبیدوئی که متناسب با این لحظه است، توصیف می‌کند" (لاکان ۱۹۷۵، ص: ۶۸).

کوهوت البته از سال ۱۹۷۷ از تئوری غریزه و خودشیفتگی روی برگرداند، اما توصیفات وی پیرامون ابژه‌های خود بطور کامل طبق الگوی خودشیفتگی اولیه بنا شده‌اند که به توصیفات ابژه‌های خود رنگ و جلا می‌دهد. به نظر ما کوهوت (۱۹۵۹) این موضوع را در نظر نداشت که روش همدلی - درون‌گرا به میزان قابل توجهی از تئوری تأثیر می‌پذیرد. در تلاش برای تبدیل همدلی به یک ابزار شناختی مستقل، وی بین شکل‌گیری فرضیه‌ها و سنجش آن‌ها تفکیک نمی‌کرد. نظریه ابژه‌های خود کوهوت کاملاً پس از تئوری لیبیدویی به ظاهر رد شده، ایجاد گشته بود. روانکاوان با گرایش‌های روانشناسی اجتماعی نظیر اریکسون را می‌توان به کمک قطعه‌ای شاعرانه از کولی توصیف کرد: "انسان در آینه دیگری."

فروید طبیعت دیالوگی بازتاب پیش‌کلامی را نزد نوه ۱/۵ ساله خود کشف نمود:

"روزی که مادر برای مدت زیادی غایب بود، هنگام بازگشت با این کلمات مورد استقبال قرار

گرفت: بی، او، او، او، که در ابتدا نامفهوم بود. اما به زودی روشن شد که کودک در حین این تنهایی طولانی مدت ابزاری پیدا کرده بود که خود را ناپدید کند. او تصویر خود را در آینه بلندی که به دیوار نصب شده بود و از زمین فاصله چندانی نداشت کشف کرده و سپس سرپا نشسته بود، بگونه‌ای که آینه ناپدید شده بود" (۱۹۲۰، ص: ۱۲).

کشف بازتاب آینه در اینجا بوسیله تقلید از یک عمل تحرکی دیگری، یعنی مادر تحقق می‌یابد. تعامل از طریق همانندسازی ادامه می‌یابد و از مجرای فرد غایب بوسیله تجسم حاضر می‌شود. این عمل همزمان کشف خود نیز هست، لاقلاً به معنای ادراک خود به عنوان یک موجود جنبنده. از آن زمان به بعد مشاهدات بیشماری گزارش شده‌اند که بوسیله واکنش نسبت به بازتاب آینه شناخت ما از ادراک خود و خودآگاهی را تعمیق بخشیده‌اند. آمستردام و لویت (۱۹۸۰) بررسی‌های تجربی آموزنده‌ای ارائه می‌دهند و در تفسیر خویش همچنین مطالعات پدیدارشناختی مرلو-پونتی (۱۹۶۵) و اشتراوس (۱۹۴۹) در باب اهمیت راست راه رفتن و شرم را در نظر گرفتند. می‌توان پیش‌بینی کرد که این بررسی‌ها و نتایج مطالعات دیگر تأثیرات بسزایی در مبحث تکنیک درمانی اختلالات مربوط به هیجانات خواهند داشت که تاکنون با استعاره بازتاب توصیف شده‌اند.

از نظر لاکان می‌توان مرحله بازتاب را به عنوان "مرحله شکل‌گیری ذهنیت انسانی که بین ۱۸-۶ ماهگی انجام می‌شود، دید؛ کودک که هنوز در شرایط درمانده و حرکات‌های ناهماهنگ بسر می‌برد، تسلط بر بدن و وحدت اندام خود را تجسم می‌کند. ...؛ توسط همانندسازی با تصویر یک مشابه به عنوان یک پیکر تمام عیار (لاپلانچ و پونتالیس ۱۹۷۲، ص: ۴۷۴).

البته تجربه وحدت بوسیله تجربه اجزای مجزای بدن دائماً در معرض تهدید قرار دارد. لاکان از این منظر از مرحله بازتاب به عنوان یک ضایعه‌ای نام می‌برد که همیشه جبر به تکرار دارد. به نظر کوهوت انتقال آینه‌ای مربوط به نیازهایی می‌شود که به سوی ابژه‌های خود جهت‌گیری دارند (جلد مبانی ۲-۵ و ۳-۹).

ابژه‌های خود، ابژه‌هایی هستند که آن را به مثابه بخشی از خود تجربه می‌کنیم. دو نوع ابژه‌های خود وجود دارند: آن‌هایی که بطور ذاتی به کودک احساس نیروی زندگی، بزرگی و کامل بودن می‌دهند و دسته دیگری که کودک به آن‌ها نگاه می‌کند و با آرامش، قدر قدرتی و بی‌عیب بودن آن‌ها ممزوج می‌گردد. نوع اول به عنوان ابژه‌ی خود آینه‌ای توصیف می‌گردد؛ نوع دوم به مثابه تصویر والدینی ایده‌آل‌سازی شده. ارتباطات متقابل ناقص کودک با ابژه‌های خود به یک خود آسیب دیدگی منتهی می‌شوند. زمانی که بیماری با خود آسیب دیده به روانکاوی مراجعه می‌کند، نیازهایی

را دوباره فعال می‌کند که به علت ارتباطات ناقص میان خود ایجاد شده و ابژه‌های خود، تأمین نشده‌اند- در اینجا یک انتقال ابژه خود تولید می‌شود.

از زاویه تکنیک درمانی مهم است که به ابژه‌های خود و انتقال برآمده از آن نوعی عملکرد تأییدکننده اطلاق می‌شود. اگر از حواشی کار چشم‌پوشی کنیم، شناسایی و تأیید توسط دیگری، مخرج مشترک گرایش‌های متفاوت روانکاوی را تشکیل می‌دهد.

روانشناسی‌های رابطه با ابژه به استثناء مکتب کلاین به دلایل موجه، توافق و موافقت را به‌عنوان عامل درمانی، از ارضای غریزه و تلقین ساده جدا کردند. بدین ترتیب اصلاحاتی صورت گرفت که درک آنچه که بیمار از روانکاو می‌جوید را تعمیق بخشیده است. همچنین بر وابستگی پس‌رفتی پرتوی جدید افکنده شده است. چنانچه تبادل از نقطه نظر تخیله و ارضای غریزه نگریسته شود، یا بر ناکامی تأکید می‌شود و یا امتیازاتی داده می‌شود که به دلایل اصولی، اخلاقی و تکنیک درمانی جای تردید دارد. چنانچه برعکس اما وابستگی را به‌عنوان یک پدیده تعاملی بنگریم که به ارضای ادیپی یا پیش‌ادیپی پیوند نخورده، شناسایی‌های اصیلی ممکن می‌گردند که در بن‌بست وسوسه انگیزی و ناکامی عقیم نمی‌مانند. در مفهوم رابطه‌ی متقابل حتی می‌توان گفت: اتفاقاً از آنجایی که در تفاسیر مبنی بر تئوری غریزه، پاسخ شناسایی آنگونه که مد نظر وینیکوت است، مختصر است، نیازهای غریزی تقویت می‌شوند، زیرا از این طریق بطور جانشینی، تأیید خودی جستجو می‌شود که روانکاو از ارائه آن غفلت کرده است. البته تعبیر کوهوت از آرزوی بازتاب شناسایی، اصل بی‌طرفی را برآورده می‌سازد، اما در دایره خودشیفتگی باقی می‌ماند و مانع از ابراز شناسایی‌های واقعی می‌شود.

طبق مشاهدات وینیکوت، چهره مادر شبیه به آینه عمل نمی‌کند: حالت هیجانی کودک در ارتباطات ناخودآگاه مادر تبلور می‌یابد که به نوبه خود و به روش خود پاسخ می‌دهد. مهم آن است که در حالت مطلوب، یعنی پاسخ مثبت، مادر احساس خودِ فرزند را تأیید کند. وینیکوت این فرآیند مستمر را در زبان روانشناسی، رابطه با ابژه بیان می‌کند، در حالی که مادر به‌عنوان یک سوژه و نه نظیر یک شیئی غیرزنده، یعنی آینه عمل می‌کند.

هدف از استعاره‌ی روانکاو بازتاب دهنده آن است که بیمار بتواند حتی‌المقدور بیان خویش را بدون اختلالات ممکن تحقق بخشد. این استعاره می‌تواند یک فضای ایده‌آل فکری در اختیار بیمار بگذارد تا شناخت از خود با موانع بیرونی برخورد نکند.

شناخت از خود یک فرآیند تعاملی است که باعث می‌شود در من دیگری، در هموعان، بخش‌های خود ناخودآگاه را دوباره پیدا و یا خلق کنیم. شناسایی از جانب یک فرد با اهمیت، مثلاً روانکاو از اهمیت اساسی برخوردار است.

اکنون می‌توانیم انتقال متقابل را از نقطه نظر تئوری ابژه‌ی خود ارزیابی کنیم. برای اینکار به توصیفی روی می‌آوریم که ولف (۱۹۸۳) ارائه کرده است. او تحت عنوان ابژه‌های خود عملکردهایی را می‌فهمد که خود یا کودک در حال رشد، به ابژه‌ها اطلاق می‌کند. کودک بویژه از مادر خود شناسایی احتیاج دارد که بقول کوهوت در برق چشمان او متبلور می‌شود. ابژه‌های خود مبین عملکردهایی هستند که "آن دیگرهای با اهمیت" از ابتدا و برای همیشه نشان می‌دهند تا تعادل را ایجاد و حفظ کند.

واژه‌ی "ابژه‌ی خود" یک مفهوم نارسا و حاوی یک نظریه بینافردی شکننده است. تکوین هویت در معنای گسترده خویش، از طریق ادغام نقش‌های متفاوت اجتماعی میسر می‌گردد. احساس خویش به میزان قابل توجهی به تأیید قابلیت‌های خود (وایت ۱۹۶۳) بستگی دارد. کوهوت به درستی بر اهمیت این تأیید تأکید می‌کرد و بدین ترتیب چهره منفی خودشیفتگی را ترمیم کرد. از طرف دیگر فرآیندهای متنوع روان-اجتماعی در تکوین خویش به استعاره آینه تقلیل داده می‌شوند. این استعاره به هیچوجه بازتاب تنوع "دیگرهای با اهمیت" نیست. بنابراین موجه است که کولر (۱۹۸۲) در معرفی ابژه‌های خود انتقال متقابل متنوع، بیناذهنتی و رابطه متقابل را مبنا قرار می‌دهد، این چیزی است که بوسیله مطالعات بیشمار درباره‌ی رابطه‌ی مادر-فرزند در سال‌های اخیر تأیید شده است (اشترن ۱۹۸۵). کولر انتقال متقابل را با تکیه بر ابژه‌های خود انتقال متقابل کوهوت توصیف کرده است. این طبقه‌بندی با انتظارات ناخودآگاه روانکاو جهت‌گیری دارد که به بیمار منتقل می‌کند. روشن است که تأکید کوهوت بر همدلی به اطلاق نوعی عملکرد بازگشتی یا مکملی به انتقال متقابل ختم می‌شود (ولف ۱۹۸۳، کولر ۱۹۸۵).

عملکرد درمانی. عملکرد درمانی که درمانگر در این جلسه انجام داد را می‌توان به زبان‌های مختلف توصیف کرد. با وجود آنکه روانکاو عکس را نه دیده بود و نه از آن تعریف کرده بود، حضور غیرمستقیم او به بیمار یک تأییدیه داده بود که غلبه بر ترس‌های عمیق و کسب امنیت را میسر کرده بود.

هنگام از بین رفتن علایم، دیالوگ درونی که یک بیمار تاکنون با خود داشته است، توسط روانکاو به یک زبان دوگانه تبدیل می‌گردد. بویژه در شخصیت‌های خودشیفته در فرآیند انتقال متقابل مشکلات عمده‌ای پیدا می‌شوند.

بیماری که اکنون توصیف می‌شود از انحرافی رنج می‌برد که فضای درمانی را بسیار محدود می‌کرد. انتقال متقابلی که بیمار ایجاد کرد، رابطه تنگاتنگی با علایم او داشت که در انتقال متقابل بروز نمودند. او می‌خواست هدایت درمان را به عهده گیرد و نظیر یک کارگردان، روانکاو را همچون یک عروسک خیمه شب بازی در دست داشته باشد که به ساز او برقصد. این کنترل بخش مهمی از نظریه همانندسازی فرافکنی را تشکیل می‌دهد که ما درباره آن بحث خواهیم کرد. جمع‌بندی و گزارش مورد زیر نشان می‌دهد که برخی جنبه‌های نظری همانندسازی فرافکنی برای روانکاو درمانگر مفید بوده‌اند، بدون آنکه تکنیک تعبیر از مفروضات نظری ملانی کلاین تبعیت کرده باشد.

به دلایل آموزشی جالب است دیالوگ‌های موجود میان میان مکاتب مختلف را دامن بزنیم. در اینجا می‌توان حالات متفاوتی را تصور کرد که حین آن در یک فضای مجازی عمل تعبیر در یک سمینار تکنیک درمانی به اجرا در می‌آید. غیبت بیمار از ارزش واقعی این آزمایش فکری می‌کاهد. می‌توان این صحنه آرایی را با در نظر گرفتن *انتظارات* روانکاو درباره‌ی واکنش‌های بیمار تکمیل کرد.

افکار تئوریک حاوی نوعی عملکرد برجسته کاشفانه هستند. به همین خاطر مفید است که خواننده در ابتدا بخش‌های مربوط به همانندسازی فرافکنی را مطالعه و کاربرد آن بر موارد گزارش شده را بررسی کند.

نمونه الف

آقای یوهان Y در ابتدای جلسه‌ی اول دفترچه یادداشتی به روانکاو می‌دهد که حاوی علامت بسیار شرمناکه اوست؛ او هنوز مایل نیست در مورد آن صحبت کند. از یادداشت‌ها چنین بر می‌آید که او دچار یک انحراف جنسی است: در سن هفت سالگی او یک شلوارک چرمی را که مادرش برای

* Projective Identification
Projektive Identifikation

خواهر دوساله‌اش تهیه کرده بود، می‌دزد؛ او این شلوارک را به توالت می‌برد، آن را پوشیده و در آن مدفوع می‌کند. در دوران بلوغ از کیسه‌های پلاستیکی برای خودش شلوارک‌های پلاستیکی درست می‌کند. انزای اجتماعی او را شدیداً جریحه‌دار نموده و موجب چند خودکشی نزد وی می‌شود. در ابتدای دوران بلوغ آداب به غل و زنجیر کشدن او شروع می‌شود که ضمن آن بیمار بر حالات درماندگی شدید غلبه نموده و تنش‌های خود را کنترل می‌نماید. بیمار ارتباط با خودارضایی را در مراحل پیشرفته درمان توضیح می‌دهد. او زمانی به دنبال درمان می‌گردد که خطرات ناشی از بستن خود با سیم برق اوج می‌گیرد؛ یکبار یک فلج موقت حالت پانیک در وی ایجاد می‌کند، چون او فکر می‌کرد که دیگر قادر به باز کردن آن سیم از خودش نمی‌باشد.

به نظر بیمار، بیماری او به ترس‌های دوران کودکی او مبنی بر ترک شدن و اضمحلال مربوط می‌شود که مخصوصاً در دوران بلوغ و به خاطر بیماری سایکوتیک خواهر کوچکتر تقویت گردیده است.

علیرغم خطرات ناشی از بستن خود، بیمار به شرطی می‌خواست به درمان آید که اجازه داشته باشد شرایط درمانی نظیر تعداد جلسات و چارچوب آن را (نشسته یا دراز کشیده) خود تعیین کند؛ درمان قبلی بدین خاطر ناکام مانده بود که روانکاو بر اجرای تکنیک استاندارد اصرار ورزیده بود.

روانکاو که در پی دست‌یافتن به قواعد "منطع" با این بیماران است، در موقعیت خاصی قرار می‌گیرد. او تمایلات بیمار را می‌پذیرد و از قواعدی سرپیچی می‌کند که وجه مشخصه تکنیک روانکاوی هستند. به نظر ما هنگامی که روانکاو از قواعد کاری خود چشم می‌پوشد، معنای این کار برای روانکاو حائز اهمیت است. آیا بیمار او را تحت فشار قرار داده است؟ خیر، اگر به یک بیمار سخت اجازه دهیم شرایط درمانی قابل تحملی را تعریف و تعیین کند، تحت فشار قرار نگرفته‌ایم. مادام که شرایط تغییر یافته، مانع شناخت روانکاوی و اثربخشی درمانی نگردد، با یک رفتار و عمل یکجانبه روبرو نیستیم: موافقت روانکاو حاوی این موضوع است که او می‌تواند در چارچوب تعیین شده کار کند. در این حال توافقی صورت گرفته که برای هر دو طرف کافی است.

طبیعی است که فوراً این سوال مطرح می‌شود که چرا یک بیمار باید اینچنین بر استقلال خود تأکید ورزد و در صورت عدم توجه به آن یا با قطع جلسات درمانی و یا ایراد و انتقادات دایمی واکنش نشان می‌دهد. تعیین تکلیف برای روانکاو که چه هنگام صحبت و چه زمان سکوت کند، در انتقال متقابل، درماندگی و احساس "در بند بودن" ایجاد می‌کند. روانکاو کاملاً تسلط خود بر اوضاع را از دست نمی‌دهد بلکه وارد رابطه‌ای می‌شود که امیدوار است زمانی به کمک تعبیرات خود از آنجا خارج شود.

"در بند بودن" توسط "دیکتاتور" بیمار الزاماً به مشکلات هیجانی منتهی می‌شود که با توجه به تنظیم خشک روابط در بیمار، حاوی این خطر است که نهایتاً به همانندسازی فرافکن در مفهومی که گرینبرگ (۱۹۶۲) بیان می‌کند ختم گردد. ما به گزارش موردی مک دوگال و لبووچی اشاره می‌کنیم: سامی ۹ ساله فقط زمانی صحبت می‌کرد که روانکاو هر کلمه‌ی او را یادداشت کند: "آنچه من دیکته می‌کنم بنویس، من یک دیکتاتور هستم" (۱۹۶۱، ص: ۱).

مشکل هیجانی آن است که در انفعال تحمیلی یا درماندگی، نباید عصبانی و ناراحت شد. در بیمارانی که پتانسیل تغییر قلیل دارند، مهم است که روانکاو علایق خود را از طریق راه‌یابی به مناسبات روان پویایی شناخته و بر آن‌ها تأکید ورزد.

جلسه پائین در پایان سال سوم درمان تشکیل شد:

بیماری که همیشه سروقت می‌آمد، امروز تأخیر کرد و بلافاصله روی مبل می‌نشاند و می‌گوید تأخیر خود را به عنوان تردید می‌بیند، او برای امروز برنامه‌ای نداشته و نمی‌داند چه باید کرد. او اظهار می‌کند که نوع همکاری وی با من دیگر بخوبی عمل نمی‌کند.

ب: من فکر می‌کنم باید افکار خودم درباره‌ی درمان و زندگی‌ام را برای شما بیان کنم. دو فرآیند وجود دارد: یک فرآیند جبرانی و یک فرآیند رشدی. به علت تجربیات بیشمار در دوران کودکی، فرآیند رشدی من با سکون مواجهه شده است و من به فرآیند جبرانی وارد شده‌ام که در آن زنان جایگاه خاصی دارند. من دیشب تصویری پیش چشم داشتم، شاید یک رویا و یا یک تجسم بود، برای من ناروشن است.

● این توصیف مبین مشکلات اوست، یعنی ثبات در مرزهای بیرونی و درونی. او تصاویر درونی را نمی‌تواند به عنوان پدیده‌ی درونی شناسایی کند.

ب: در دره خاطرات با ۴ زن برخورد کردم که می‌گفتند چیزی از آن‌ها دزدیده‌ام و می‌خواستند چیزی را که دزدیده‌ام به آن‌ها پس دهم. من نمی‌توانستم آن چیز را به آن‌ها پس دهم، چون مصرف شده بود. حدس می‌زنم آن چیز تصویری از ۴ زن بود، ۴ دوشیزه قبل از ماریا.

بیمار تاکنون رابطه صمیمی با غیرهمجنس نداشته، اما پیوسته زنانی را پیدا و به آن‌ها دوستی آتشینی پیشنهاد می‌کرد، بدون آنکه اجازه کوچکترین تماسی را بدهد. معمولاً زنانی بودند که در روابط زوجی خود مشکل داشتند و از طریق صحبت با بیمار همدلی و کمک دریافت می‌کردند. بیمار از این روابط بطور سرپوشیده ارضای تخیلی بدست می‌آورد، با این محتوا که بطور مرتب این سرخوردگی را تجربه کند که همیشه به نفع "دوست واقعی" کنار گذاشته می‌شود. آشنایی با ماریا بدین خاطر با روابط دیگر فرق داشت، چون این رابطه برای چند سال ادامه داشته است. این وضعیت که ماریا در زندگی روزمره او حضور نداشت، نقش بزرگی ایفا می‌کرد. او صدها کیلومتر دور

زندگی می‌کند و به همین خاطر ملاقات بین آن‌ها گاه‌گاه صورت می‌گیرد. بیمار می‌تواند از طریق این فاصله یک رابطه با ثبات ایجاد کند که ماریا در آن نقش "ایده‌ال من" برون‌سازی شده را ایفا می‌کرد.

ب: من گمان می‌کنم با ماریا دوران جدیدی شروع شده است، به همین علت نمی‌توانم از دره خاطرات عبور کنم، بلکه باید آن را دقیق‌تر بشناسم، اما فعلاً دوباره در کویر بسر می‌برم.

● اظهارات وی در درجه اول به منظور غلبه بر تنش‌های درونی او است، او در این مرحله به عقلانی‌سازی‌های رایج پناه می‌برد. او بدین طریق تعادل خود را حفظ می‌کند. من حتی در ابعاد آشکار، در فهم این مطلب مشکل دارم که بیمار در افکار پراکنده‌ی خود چه جایگاهی می‌خواهد به من اعطا کند. بیمار این مرحله را قبل از "دره خاطرات" به‌عنوان "طی کردن کویر" توصیف کرد. به همین خاطر من تصمیم او را می‌پذیرم که روی کاناپه دراز نکشد و روی مبل جای مطمئنی به‌دست آورد.

ر: احتمالاً به همین خاطر عاقلانه و درست است که شما روی کاناپه دراز نکشید، چون هنوز شما در کویر هستید و بدون داشتن مسیر نمی‌توان قدم به کویر گذاشت.

● من با نحوه گویش استعاری بیمار همخوان می‌شوم، با علم به این مطلب که از این طریق فاصله ایجاد شده میان ما محفوظ می‌ماند.

ب: من کجا قرار گرفته‌ام، در کدام بُعد فرآیند؟ من فکر می‌کنم در دنیای جبرانی بسر می‌برم، اما دره خاطرات می‌تواند فرآیند رشدی را دوباره هموار سازد. من آرزو دارم که شما در این مسیر پیش از من حرکت کنید و اینکه از فاصله دور بتوانم آن را نظاره کنم.

ر: گردش‌های ما در دره‌ی خاطرات همیشه البته این جنبه را نیز داشته که خاطرات دردناک شما را آزار داده‌اند و اگر قرار باشد که من جلو بروم، این من خواهم بود که سرعت را تعیین می‌کنم و نه شما، این به نظر من یک ریسک است.

بیمار موافقت خود را اعلام می‌کند؛ او باید اکنون پیامزد با من و مشترکاً سرعت را تعیین کند. این امر به او احساس امنیت می‌دهد تا بتواند به تنظیم امورش پردازد.

بیمار در جلسه بعدی نامه‌ای با خود به همراه می‌آورد و از من می‌خواهد در ابتدا فقط آن را بخوانم. تجربیات قبلی من حاکی از آن است که اگر نامه را نخوانم و از بیمار بخواهم درباره‌ی محتوای آن با من صحبت کند، به قطع فوری درمان منجر خواهد شد. بنابراین من نوشته‌های او را می‌خوانم:

در جلسه قبلی در این باره که من با مراجعه به شما دنبال چه چیزی هستم، یک گام بزرگ به جلو برداشتیم. من می‌خواهم یک نمایی به دست شما بدهم که بتوانید با آن کار کنید:

موضوع "سوزن بدون سر" است. جهت توضیح: سوزن بدون سر (یعنی به معنای نظری) رویکردهای پراکنده‌ای هستند که حل مشکل بدون اجرای عملی مشخص، آن را نمایش می‌دهد (معنای سر در آن لحظه، شکل ممکن تحقق یا تکامل رویکرد است).

قصد من، تغییر این الگوی رفتاری در خودم است. در این راستا توصیف‌های اهدافی زیر وجود دارند:

الف: من "سوزن با سر" را به تنهایی انجام می‌دهم و الزاماً در مورد آن صحبت نمی‌کنم.

ب: شما "سوزن با سر" درست می‌کنید، پس آن‌ها سوزن‌های شما هستند و برای من قابل استفاده نمی‌باشند.

پ: شما در پیدا کردن "سوزن" از من حمایت می‌کنید و بوجود آوردن "سر" را به عهده خود من می‌گذارید.

پس از اظهارات او من تفسیری درباره روند کار ارائه نمی‌دهم، بلکه به تصویر ارائه شده می‌پردازم.

د: تکلیفی که شما در برابر هر دوی ما قرار می‌دهید، ساده نیست، اما احتمالاً خیلی مهم است؛ اینکه شما امکان آن را که در اینجا سوزن‌ها را به دست آورید و اینکه شما از اینکه تحقق این امر فقط بوسیله خودتان انجام شده، احساس امنیت می‌کنید.

بیمار در ابتدا راضی است و از فعالیت‌های زیادی گزارش می‌دهد که طی ماه‌های اخیر انجام داده است.

ب: من گمان می‌کنم که به دنبال آزادی برای تعیین سرنوشت خود می‌باشم. بزرگترین اشتباه شما در سال گذشته آن بود که شما در سیر رشد مثبت من، همراهی زیادی بخرج دادید، از این طریق سرعت پیمودن این سیر را شما تعیین می‌کردید. به همین خاطر تعداد جلسات را کم کردم. اکنون فقط مرا همراهی می‌کنید.

بیمار به مرحله‌ای اشاره می‌کند که من تلاش می‌کردم اظهارات وی را بوسیله تفسیرهای خود تعدیل بخشیده با این نتیجه که وی روحیه خودکشی بدست می‌آورد و چند روز در کلینیک روانپزشکی بستری می‌شد. احساسی که در آن موقع به دست داد، یعنی "در بند بودن" توسط او، مرا به این تعبیر سوق داد که او مرا آنگونه که من می‌خواستم در رشد و شکوفایی خود شرکت نمی‌دهد.

از نگاه تاریخچه زندگی، بخش اسکیزوئیدی اختلال وی به تجربیات ضایعه‌ای وی در دوران کودکی برمی‌گشت. بیمار در خاطرات خویش خود را شیرخورای می‌بیند که ساعت‌ها گریه می‌کرده و از جانب مادر مورد بی توجهی واقع می‌شده است. پس از آنکه وی در سن ۵ سالگی صاحب خواهری می‌شود و مشکلات وی باز هم بیشتر می‌شوند و مادر نمی‌خواست وی با خواهرش تنها بماند، او را

در اتاق بغلی به پرده می‌بست. بیمار با خجالت فراوان به یاد می‌آورد که چطور او که آن زمان پاکیزه بود، در زمان تولد خواهرش دچار بی‌اختیاری مدفوع می‌شود. سوگیری تعبیرات من عمدتاً متوجه ارتباط کنونی پس‌زنی، جریحه‌دار شدن و پیشنهادات وسوسه انگیز و هراسناک زنان در وی بود که گاه پسرفت خودشیفتگی به شکل انحراف جنسی را موجب می‌شد. غلبه بر این شرایط به کاهش آشکار فراوانی رفتارهای منحرف ختم می‌شد. بیمار پس از گذشت ۳ سال از درمان، افکار زیر را درباره‌ی به بند کشیده شدن نوشت:

معنای به بند کشیده شدن برای من روشن شده است. این یک تجربه‌ی خود بنیادین برای من است. چنین است که من زمانی رها می‌شوم که خودم را متمرکز و جنبه‌های دیگر نظیر درد و احساس اضطراب را از خود دور کنم. زمانی که احساس ترس بر من غلبه می‌کند، تقریباً هیچ شانس ندارم. این دقیقاً بازتاب شرایط واقعی من است؛ زمانی که احساس ترس تعیین‌کننده می‌گردد، زمانی که قدرت فکر و رفتار "آزاد" ندارم، بیماری من حاد می‌شود. در این حال خطرناک بودن در بند کشیدگی من متناسب با خطرات من در آن شرایط است. در بند بودن ساده بدون مخلفات به من وقت زیادی می‌دهد، تا زمانی که من از تشنگی هلاک شوم، تقریباً ۳ روز. من تاکنون تحت این شرایط هرگز بیش از یک ساعت احتیاج نداشته‌ام. اگر برق یا کمبود هوا، یا شاید تراکم گرما نقشی بازی کند، این مهلت کوتاه‌تر نیز می‌شود، به همان میزان باید تمرکز من افزایش پیدا کند، ارزش "تجربه خویش" بدین وسیله بزرگتر می‌شود. در ترکیبات موجود تا کنون حداکثر ۳ ساعت نیاز داشته‌ام و در حالاتی که شانس داشته‌ام بعد از ۲ دقیقه آزاد شده‌ام. بنابراین معنای در بند کشیدن، جلوگیری از بروز بیماری است، زیرا جایگاه تجربه خود و تجربه هویتی را بدست می‌دهد که در جای دیگر تضمین ایجاد آن نیست.

● آنچه بیمار از آن به‌عنوان "بیماری حاد" یاد می‌کند، ترس‌های شدیدی است که در تعامل مستقیم ایجاد می‌شود. وی در عمل به بند کشیده شدن، بر تهدیدات خیالی غلبه می‌کند، در حالی که وی تحقیرهای تجربه شده را بر خود اعمال می‌کند، قوه تخریب را کنترل می‌نماید. ترس از دست دادن کنترل مدفوع در آن زمان اکنون در عمل انحرافی به‌عنوان دفع مدفوع ارادی و کنترل شده به نوعی با خودارضایی پیوند خورده است. بدین ترتیب پیروزی لذت‌بخش بر مادر و همه زنانی که او را آزرده‌خاطر و مضطرب می‌سازند، تحقق می‌یابد. تحقیر زنان- که در آن جنبه‌های همانندسازی با پدر نیز وجود دارند- و نوسانات پیرو آن که ترمیم، شغف‌زدگی و ایده‌آل‌سازی را نیز همراه دارد،

خارج از انحراف نیز یافت می‌شود. بیمار همزمان مجبور است فاصله را حفظ نموده تا به زنان آسیبی وارد نکند و عشق تخیلی مادرانه را دریافت کند، همانگونه که اشتولر تأکید می‌ورزد:

"انحراف، شکل اروتیک تنفر، تخیلی است که معمولاً نشان داده می‌شود، برخی مواقع به یک رویای روزانه محدود می‌شود. یک انحراف عاداتی است که برای ارضای خود لازم است و انگیزه اصلی آن خصومت است. . . خصومت در انحراف در شکل یک انتقام تخیلی تبلور می‌یابد، و در رفتارهایی مخفی گردیده که هدف آن تبدیل ضایعه کودکی به پیروزی بزرگسالانه است" (۱۹۸۶، ص: ۴).

بیمار در تعویض نقش‌های ناخودآگاه، مادر است، حتی قدرتمندتر از او، و می‌تواند همه چیز را کنترل کند. یک انگیزه سطحی جهت رفتارهای کنترلی وی - به‌عنوان استقلال مقعدی قابل تعریف - اسباب‌کشی‌های زیادی است که هرگز احساس امنیت و آرامش در یک نقطه را به وی نداده است.

نمونه ب

در نمونه پائین پدیده‌ها به فرآیندهای استخراج شده‌ای مرتبط می‌شوند که تشخیص آن‌ها در بستر تئوری همانندسازی فرافکنی درباره انتقال متقابلی ریشه دارند. روانکاو در سنت مکتب کلاین تربیت یافته است. او نه تنها به تئوری احاطه دارد، بلکه در کاربرد تکنیک‌های درمانی نیز تبحر دارد.

خانم ورونیکا X در سن ۲۵ سالگی به علت تنش‌های سر و گردن به روانکاو مراجعه نمود. گردن کج وی بصورت حمله‌ای در فشارهای عاطفی و مخصوصاً در زمان امتحانات مربوط به کارآموزی وی بروز می‌کرد. دلایل روانشناختی تیک‌های او آشکار بود. در اینجا سیکل معیوبی ایجاد شده که ما در ۲-۵ و ۵-۵ در مورد دیگری از کج‌گردنی بحث خواهیم کرد که کدام دسته از عوامل، روانی و یا جسمی تعیین‌کننده می‌باشند.

در درمان خانم ورونیکا X سندرم نورولوژیک در برابر یک ساختار مرزی مشکل به عقب رانده می‌شود. اروتیک شدن شدید انتقال بسیاری مواقع اتحاد کاری را تحت‌الشعاع قرار می‌داد، بگونه‌ای که انتقال متقابل در جلسات زیادی با مانع روبرو می‌شد.

بیمار در سال اول درمان بسختی می‌توانست تمام طول جلسه را روی کاناپه دراز بکشد. غالباً پیش می‌آمد که وی با حالت ترس در اطاق قدم می‌زد و هر از گاهی نگاه خشمگین و بدی به من می‌کرد و همزمان نوعی درماندگی را به نمایش می‌گذاشت. پیش می‌آمد که خانم ورونیکا X در حالی که

من روی مبل نشسته بودم، روی زمین در مقابل من سرپا می‌نشست. تحمل این شیوه رفتاری بخاطر تلاش جهت تفسیر احساسات بیمار و ترس او درباره‌ی از دست دادن کنترل ممکن بود. یکبار لازم شد حد و مرز بطور شفاف تعریف و تعیین گردد. هنگامی که بیمار دیگر تحمل نکرد که من در ضمن جلسات یادداشت‌برداری کنم و خود کار را از دست من گرفت، واکنش شفافی نشان دادم: "اگر شما همین الان خود کار را به من پس ندهید، مجبورم می‌کنید که درمان را پایان دهم."

● با این کار ترمز اضطراری کشیده شد تا از رفتارهای مشابه جلوگیری شود که هم برای روانکاو نامطلوب است و هم برای بیمار می‌تواند ضایعه‌های شدیدی در بر داشته باشد. زیرا از دست دادن کنترل ترس‌های عمیق را افزایش داده و باعث خجالت می‌شود. کودکان در حالت عصبانیت به بزرگسالان پناه می‌برند.

با این حال خانم ورونیکا X قادر بود کار درمانی مؤثر انجام دهد. او درباره رویاهایی گزارش می‌داد که علیرغم شکنندگی شدید و دنیایی مملو از پاره‌پاره‌ها و زبان بدنی-تصویری، زمینه کار را مهیا می‌کرد. از این طریق هر دو طرف امیدوار بودند که درمان مفید است، امری که در پیشرفت‌های حاصله در زندگی روزانه و کاهش علائم او تبلور می‌یافت. توان من در حفظ آرامش و اشراف بر جلسه و شناخت ارتباطات در هم پیچیده، بیمار را متعجب می‌کرد. او چندین بار گفت که مشکلی ندارد مثل من فکر کند. با این حال او بر این نظر بود که پاسخ‌های من انحرافی و ناکامل هستند، چون من نمی‌خواهم سرچشمه دانش خود را بر او بگشایم.

تفسیر: همانگونه که ما در جلد مبانی ۴-۷ مطرح کردیم، مخصوصاً در موارد مرزی مهم است که پاسخ‌های واقعی بدهیم. مضافاً به نظر ما بهتر است که در سیر روانکاو بیمار در دانش روانکاو سهیم گردد. بدین ترتیب تنش احتمالی موجود میان احساس قدرقدرتی و استیصال کم می‌شود. واکنش‌های درمانی منفی در روند آنالیز بیشتر شدند، در حالی که اجزا حسادت بیش از پیش آشکار می‌شد. هرگاه بیمار می‌دید که من علیرغم همه مشکلات قادر به ادامه کار می‌باشم و به درماندگی او پی می‌برم، برخوردهای دوگانه با من داشت که ترکیبی از شناسایی و عصبانیت در آن بود. به نظر او درمان برای او مفید بود.

در سال سوم درمان و در جلسه دوم، خانم ورونیکا X قبل از آنکه روی کاناپه دراز بکشد، نگاه طولانی و عمیقی به من کرد که اثر بزرگی بر انتقال متقابل داشت، من دلیل این نگاه را نمی‌فهمیدم. پس از سکوت طولانی و در پاسخ به این سوال که به چه چیز فکر می‌کند، پاسخی که بارها داده بود را دریافت کردم: درباره تمایلاتش نسبت به من.

● این بار و برخلاف دفعات قبل، اظهارات جنسی نقش آن را داشت که در من تخیلات جنسی شکل بگیرند. من شروع کردم که به یک رابطه مشخص جنسی با بیمار فکر کنم، امری که مرا

بسیار نامطمئن کرد. واکنش اول آن بود که حس کردم تحریک شده‌ام، اما نه بواسطه این گفته جنسی، بلکه بطریقی که به دشواری قابل تعریف است. در حین یک سکوت طولانی تلاش کردم، بینم این بار چه اتفاقی افتاده است که من به لحاظ عاطفی فعال شده‌ام.

من مجدداً از خانم ورونیکا X پرسیدم که در این لحظه به چه چیز فکر می‌کند. او پاسخ داد که به یاد چیزی می‌افتد که چند سال قبل در اسپانیا تجربه کرده بود. در یک روز گرم تابستانی او به همراه توریست‌های دیگر به یک غار کوچک می‌رود. در آنجا فضای مطبوع و دلنشینی حاکم بود. در آنجا مجسمه‌ای بود که یک شاهزاده را نشان می‌داد. او این پیکر را بسیار می‌پسندد و اشتیاق تصاحب آن در بیمار شعله ور می‌شود، در حالی که به توریست‌های دیگر حسادت می‌ورزد. بر مبنای این تداعی و تخیلات جنسی بیمار (که به من نزدیک شد و مرا نوازش کرد) من تعبیر زیر را ارائه دادم:

ر: من گمان می‌کنم شما روح و جسم مرا می‌خواهید، فقط برای خودتان، بدون آنکه مرا بین خود و بیماران دیگر تقسیم کنید. مرا داشته باشید، در مورد من بدانید، لمس کنید، کاملاً بشناسید، افکارم را بخوانید و بالاخره دریابید در درون من چه می‌گذرد.

بیمار در حالی که تعبیر مرا تکمیل می‌کند، می‌گوید در آن زمان با همین تخیل به آن غار کوچک رفته و شاهزاده کاملاً به او تعلق دارد.

ر: بله، کاملاً برای شما، اما در پیکری دیگر. تصور شما این است که زمانی می‌توانید مرا کاملاً داشته باشید که با من همبستر شوید. همزمان می‌دانید که من در لحظ‌ای که شما موفق بشوید مرا به یک رابطه‌ی جنسی بکشانید، به یک روانکاو مرده تبدیل کرده‌اید.

● بعد از این تعبیر حس کردم که تحریک بطور عجیبی فروکش کرد. در حین جلسه من تعبیر را تکمیل کردم.

در آغاز جلسه بعدی بیمار می‌گوید که تعبیر جلسه قبلی، وی را از "عصبانیت زرد" کرده است. من جواب می‌دهم که به نظرم بیان بهتر، "زرد شدن از حسادت" است و اینکه رنگ عصبانیت، سرخ است. پس از چند دقیقه سکوت خانم ورونیکا X درباره رویایی از شب قبل گزارش می‌دهد: او یک بچه کاملاً کوچک بوده و جلوی یک مرد مسن زانو زده که خوب می‌توانسته داستان تعریف کند. او از تعریف‌های آن مرد به وجد آمده، اما همزمان از اینکه آن مرد دارای چنین توانایی است، عصبانی شده بود. او سپس از بدن آن مرد بالا می‌رود تا به چشمان او می‌رسد و سعی می‌کند با انگشتان دست چشم‌های او را له کند. مرد مسن جا خالی می‌دهد و بدون آنکه آن دخترک را پس بزنند از چشم‌های خود مواظبت می‌کند و دخترک نمی‌تواند او را کور کند.

● توسط این رویا توانستم واکنش‌های درمانی بیمار و استفاده او از همانندسازی فرافکنی را درک کنم: آنگونه که وی از توانایی‌های من به وجد می‌آمد که درباره‌ی واقعیت‌های روانی خود برای من تعریف کند؛ اما حرص و حسادت در وی نیز تولید می‌کرد، توأم با احساس حقارت و درماندگی. او بواسطه احساس حقارت نیاز آن را پیدا کرد که این فاصله خطرناک را از بین ببرد، به این شکل که سرچشمه آن، یعنی توانایی من در اینکه خودم را جای او قرار دهم را بخشکاند و نابود کند. آنچه از طرف دیگر در مقابل این آرزو قرار داشت، تلاش بیمار برای درگیر کردن من آرزوهای جنسی خودش بود. زمانی که خانم ورونیکا X متوجه شد من علیرغم تمام تلاش وی، خویشتنداری و بینش خود را حفظ کرده‌ام، از طرفی آرام شد و از طرف دیگر سیکل معیوب شدت یافت. این واقعیت که بیمار این بار واکنش منفی درمانی نشان نداد و توانست درباره‌ی یک رویا صحبت کند، نشانه آن بود که این سیکل معیوب احتمالاً شکسته شده است، امری که در ادامه درمان مورد تأیید قرار گرفت.

خانم ورونیکا X اکنون به این اعتماد دست یافته بود که بتواند بر پرخاشگری خود و نیز حملات حسادت و رزانه‌ی خود کنترل بیشتری اعمال کند. او در این بین می‌داند که من می‌توانم عواطف شدید را تحمل کرده و همراه او به آن غار کوچک بروم، بدون آنکه بینش و کنترل خودم را از دست بدهم.

تفسیر: شاید سیکل معیوب به این دلیل در ابتدا شدت یافت که روانکاو چیز جدیدی در بیمار دیده بود. به همین خاطر او می‌خواهد روانکاو را کور کند. چرا او نمی‌تواند با لذت دیدن و دیده شدن همانندسازی کند؟ و برای برون رفت از این سیکل معیوب چه می‌توان کرد؟ ثابت قدمی روانکاو تا حدودی غیرطبیعی است و بهانه و محرکی جهت ایجاد سردرگمی ایجاد می‌کند.

اشاراتی درباره همانندسازی فرافکنی

همانگونه که در جلد مبانی در بخش ۲-۳ متذکر شدیم، تئوری همانندسازی فرافکنی (و درون فکنی) مکتب کلاین زمینه توضیح فراگیر انتقال متقابل را هموار می‌سازد. در ابتدا نظریه همانندسازی فرافکن (و درون فکن) بر فرضیه‌هایی مبنی بر "اهمیت اضطرابات و مکانیسم‌های پارانوئید و اسکیزوئید" که ملانی کلاین به‌عنوان "فرضیه" از آن‌ها نام می‌برد و در آنالیز کودکان و بزرگسالان به دست آورده بود، استوار بود (۱۹۴۶، ص: ۹۹).

به هر حال، تئوری همانندسازی فرافکن و درون فکن به تخیلات اولیه و ابتدایی مربوط می‌شود. رخنه در مادر و در درون بدن وی اجزا تجزیه شده خود را جستجو کردن، یا برعکس در خود اجازه نفوذ دادن، هسته این سیستم تخیلاتی تعاملی را تشکیل می‌دهد.

چنانچه توانمندی همدلی روانکاو و کلاً بخش عمده‌ی تبادلات میان بیمار و روانکاو را تحت عنوان همانندسازی فرافکن و درون فکن توجیه کنیم، در این صورت روانکاو از تئوری ارتباطات منحصر بفرد و اصیل خود برخوردار می‌شود. این تئوری نمی‌توانست در معرض ارزیابی علوم دیگر قرار بگیرد، زیرا در صورت تردید همیشه به این نکته استناد می‌شد که موضوع اصلی در اینجا فرآیندهای ناخودآگاهی هستند که در مراحل رشدی پیش‌کلامی ریشه دارند. بر مبنای این استدلال نتایج مشاهدات مستقیم مادر- فرزند به حاشیه رانده می‌شوند. حتی انتقادات مستدل علمی بدین خاطر از جانب بسیاری روانکاوان مورد توجه واقع نمی‌شود، چون زبان عملی که از این تئوری ناشی می‌گردد در بیماران بازتاب مطلوبی ایجاد می‌کند.

فرافکنی و همانندسازی فرافکن. ما اکنون به تفاوت میان فرافکنی و همانندسازی فرافکن می‌رسیم. این تفاوت چنین است که آیا و چگونه شخص فرافکن با محتویات فرافکنی شده و در کدام مرحله‌ی خودآگاهی ارتباط برقرار می‌کند.

این مسئله جای شک دارد که آیا می‌توان تفاوت میان فرافکنی و همانندسازی فرافکن را از این طریق مشخص کرد که آیا شخص فرافکن بطور ناخودآگاه با اجزای سرکوب شده و از رانده‌ی خود در ارتباط می‌ماند یا نه. زیرا به نظر فروید (۱۹۲۲، ۱۹۳۷) این ارتباطات وجه مشخصه سیستم‌های پارانوئیدی است. باید بر این مطلب تأکید کرد که روند فرافکنی که طی آن همانندسازی ناخودآگاه رخ می‌دهد با محتویات زیادی می‌تواند مرتبط باشد. این گمراه کننده است که در سیر تکوین پارانوئید فقط به فرافکنی محتویات هم‌جنس‌گرایانه فکر کنیم، آنگونه که فروید انجام می‌داد. از آنجایی که فروید به موضوع فرافکنی هم‌جنس‌گرایانه می‌پرداخت، از این مسئله غافل بود که تئوری فرافکنی شامل فرآیندهای صوری می‌شود که می‌تواند با محتویات ناخودآگاه گوناگونی مرتبط باشد. دانش فرافکنی بسیار قدیمی است. طبق انجیل (لوکاس ۴۲-۶) آدمی تراشه چوب در چشم دیگری را می‌بیند، اما تیر چوبی در چشم خود را نمی‌بیند. توضیح فروید درباره سیستم‌های پارانوئید در اینجا کارایی دارد. این سیستم‌ها اینگونه پایدار می‌مانند که حمل کننده‌ی تیر چوبی، در هیچ جا بدنبال تراشه چوب نیست اما پیدا می‌کند و بدینوسیله تأییدیه می‌گیرد که انسان‌های دیگر چقدر بد هستند. بدین ترتیب وی مانع می‌شود تیر چوبی در چشم خود را به عنوان اساس حساسیت بیش از حد و اینکه دیگران را به عنوان بد توصیف می‌کند، بپذیرد.

همانندسازی فرافکن در ارتباط با عملکرد آن مورد بحث قرار می‌گیرد. موضوع اصلی آن است که بیمار اجزای خود مثبت و منفی‌ای را که به روانکاو منتسب می‌کند، شناسایی کند. آنالیز این فرآیندها باید با بررسی رخدادهای تعاملی موجود شروع بشود. بیمار با رفتار خود تعاملی را تحمیل می‌کند که روانکاو زمانی می‌تواند آن را درک کند که تا حدودی اجازه این تحمیل را به خود بدهد.

ارتباط همدلانه که از جانب بسیاری نویسندگان مورد تأکید قرار گرفته، ناشی از دانش ناخودآگاه درباره‌ی این رخداد بین‌فردی است. بیمار از طریق تعامل با روانکاو و با تکیه بر تعبیرات وی می‌تواند اجزاء خود را شناسایی کند. این شناخت از خود، پیش‌زمینه ادغام مجدد وی در زندگی است. زیرا تا مادامی که یک فرد با اجزاء خود غریبه است، نمی‌تواند این اجزا را پذیرفته و جذب کند.

۴ مقاومت

Resistance

Widerstand

مقدمه

۱-۴ انکار هیجانات

۲-۴ استقلال کاذب

۳-۴ غیرلذت بعنوان مقاومت نهاد

۴-۴ درجا زدن و تعویض درمانگر

۵-۴ نزدیکی و همجنس گرایی

۶-۴ مقاومت و اصل امنیت

مقدمه

پس از آنکه در جلد مبانی طبقه‌بندی انواع مقاومت را شرح دادیم، در اینجا مایلیم از نقطه نظر تکنیک درمانی، عملکرد تنظیم رابطه مقاومت را به کانون بحث تبدیل سازیم.

سلسله مراتب تعبیرات مقاومت و انتقال. مشخص است که بسط تئوری انتقال که در جلد مبانی (۵-۲) توصیف شد، تأثیرات چشمگیری بر تئوری مقاومت انتقال دارد. با وجود آنکه نظریات روانکاوان برجسته امروزی حاکی از اختلاف نظر میان آنا فروید، فنیشل، ملانی کلاین و رایش در سال‌های ۱۹۳۰ می‌باشد، شواهد زیادی در دست است که پدیده‌های مقاومت هرچه بیشتر از زاویه رابطه دیده می‌شوند. این تغییرات در کنگره روانکاوی مادرید در سال ۱۹۸۳ در خلال بحثی که میان زاندلر و رانگل صورت گرفت، مشخص شد. نقل قول پائین منعکس کننده مهمترین نقطه نظر زاندلر است:

" طرح و توصیف فرآیندهای مرتبط با ابژه، بویژه فرآیندهای دفاعی متصل به ابژه، یک بُعد کاملاً تازه در کار روانکاوی و مفهوم انتقال وارد کرده است. آنالیز اینجا و اکنون و تعاملات روانکاوی با توجه به مرحله زمانی تعبیرات در برابر بازسازی گذشته کودکی از جایگاه برتری برخوردار شده است. زمانی که بیمار در موقعیت درمانی فرآیندهای دفاعی از خود نشان می‌دهد که متوجه خود او

و نیز روانکاو است، به عنوان انتقال نگریسته و بیش از پیش به کانون توجه روانکاو تبدیل شد. این سوال که "کنون چه چیز در جریان است"، به اولویت نخست رسید و در مرحله‌ی بعدی بود که این سوال طرح شد: داده‌های موجود چه اطلاعاتی در درباره گذشته بیمار در اختیار ما می‌گذارند؟ به عبارت دیگر کار روانکاوی بیش از پیش، حداقل در انگستان، بر این مطلب متمرکز شد که بیمار در خلال تخیلات و افکار ناخودآگاه خویش روانکاو را در اینجا و اکنون، یعنی در فرآیند انتقال مورد استفاده قرار می‌دهد" (۱۹۸۳، ص: ۴۱).

رانگل این نظریه را چنین نقد و این سوال را طرح کرد که آیا مقاومت و دفاع، آنگونه که فروید، آنا فروید و فنیشل و بسیاری دیگران اظهار می‌داشتند، در تکتیک تعبیر قبل از انتقال پدید می‌آیند و یا اینکه ما در جهت دیگری حرکت می‌کنیم: در ابتدا انتقال و یا فقط انتقال؟ به نظر قطب‌بندی جدیدی در راه است: ارجح شمردن اینجا و اکنون در مقایسه با بازسازی و بینش در بین روانکاوان طرفداران زیادی دارد. به نظر رانگل باید در این زمینه تصمیم‌گیری شود:

"در نهایت باید میان برداشت درون‌روانی و استنباط تعاملی از مفهوم انتقال یکی را انتخاب کنیم. همین انتخاب را باید میان فرآیند درمانی درون‌روانی و تعاملی انجام دهیم" (۱۹۸۴، ص: ۱۳۳).

سوالات مطروحه از جانب رانگل و زاندلر در درازمدت و در فرآیند پژوهش سیر و نتایج روانکاوی پاسخ داده خواهند شد. از نگاهی می‌توان گفت که قطب‌بندی جدیدی در راه نخواهد بود. زیرا در رابطه تعبیرات مقاومت و انتقال، سلسله مراتبی آنگونه که در اظهار نظرات افراطی رایش و ملانی کلاین تبلور یافته‌اند، مشخص نیست. رایش تئوری دفاع را بلحاظ تکنیک درمانی در آنالیز جدی مقاومت انتظام بخشید که نهایتاً به آنالیز منش منتهی شد.

مبنا قرار دادن سطح، به اصل تبدیل و بطور جدی بکار برده شد؛ چنانچه تعبیر مقاومت لازم باشد، احتیاجی به تعبیر معنا نیست (رایش ۱۹۳۳، ص: ۴۳)

در حالی که رایش مقاومت انتقال را به شیوه‌های رفتاری و نوع و روشی مرتبط می‌دانست که بیمار در چارچوب قواعد اصلی از آنان پیروی می‌کند، افتراق مفیدی میان شکل و محتوا تحقق یافت. رایش چنین می‌گوید:

"مقاومت منش به لحاظ محتوایی تبلور نمی‌یابد، بلکه بطور صوری و در روش‌های رایج، تکراری، در نوع بیان، نوع رفتن، حالت چهره و رفتارهای خاص (خندیدن، گفتار منظم یا بی نظم، نوع

مؤدب بودن، نوع پرخاشگری و غیره) بروز می کند" (رایش ۱۹۳۳، ص: ۶۵).

علیرغم تنوع موجود، به رگه‌های شخصیتی نوروئیک مفاهیمی نظیر زره‌پوش و منش زره‌پوشی اطلاق شد تا بدین ترتیب مکانیزم‌های حمایتی برخی رفتارهای خاص در ایجاد تعادل میان غرایز درونی و بیرونی تشریح گردند.

توصیه‌های رایش حاوی این مطلب است که در تعبیر، خود را ابتداً به مقاومت علیه انتقال محدود کنیم و از تعبیرات محتوایی، بویژه تعبیرات عمیق مربوط به تاریخچه افراد خودداری نماییم.

رایش قاعده کلی را اینگونه بیان می کند که "به آنالیز مقاومت‌ها هر چه سریع‌تر وارد گردیم و حتی‌المقدور از تعبیر فرآیندهای ناخودآگاه پرهیز کنیم" (رایش ۱۹۳۳، ص: ۵۵).

آنالیز مقاومت متمرکز. رایش آنالیز متمرکز مقاومت را بطور کامل در اینجا و اکنون انجام می‌داد. او در همان ساعات اولیه نوعی رابطه میان مقاومت و انتقال برقرار می‌کرد، برای این منظور او در اولین فرصت مناسب به بیمار می‌گفت که ظاهراً از روانکاو خوشش نمی‌آید، اما جرأت گفتن آن را ندارد (۱۹۳۳، ص: ۷۲). فرنچی (۱۹۲۶) نیز بطرز مشابه و با الهام از رانک توصیه می‌کرد هر رویا، هر رفتار، هر ایما و اشاره، هر نوع وخامت و یا بهبود را قبل از هر چیز تبلور ارتباط انتقال و مقاومت ارزیابی کنیم. به اعتقاد فرنچی، مطرح شدن این اصل مدیون گروودک است که هنگامی که در بیمار وخامت اوضاع را می‌دید، از وی این سوال را می‌کرد: "چرا با من بد هستید، من با شما چه کرده‌ام؟" علیرغم تفاوت‌هایی که در آنالیز منش و مقاومت فرنچی و رایش وجود دارد، تأکید هر دوی آن‌ها بر اینجا و اکنون به مثابه واکنش در برابر این مرحله تکنیک مشهود است، امری که فرنچی و رانک (۱۹۲۴) به‌عنوان تعصب‌گرایی تعبیری از آن انتقاد کردند. تحت این عنوان، تعبیرات بازسازی فهمیده می‌شدند که بدون مزیت درمانی و تحت لوای متخصص روشنفکر، نحوه شکل‌گیری بیماری را ارائه می‌دادند.

پس تأکید بر مطرح بودن مقاومت و انتقال، پدیده‌ی تازه‌ای نیست. در تکنیک‌های گوناگون روانکاو بر مبنای رهیافت‌های نظری متفاوت از اینجا و اکنون حرکت می‌شود.

مکتب روانشناسی خود و کلاین. بحث میان زاندلر و رانگل را می‌توان به‌عنوان ادامه بحث درباره‌ی تعبیرات سطحی و عمیق ارزیابی کرد که بر تضاد میان گرایش روانشناسی خود و مکتب ملانی کلاین استوار است. نظر فنیشل در این باره که مدت زمان طولانی نیز از آن می‌گذرد، هنوز حاوی نکات آموزشی است:

"تعبیرات عمیق (علیرغم آنکه می‌توانند به‌لحاظ محتوایی غنی باشند)، مادام که موضوعات سطحی

مطرح هستند، معنایی ندارند. نمی‌توان آنگونه که ملانی کلاین می‌خواهد بطور مستقیم با ناخودآگاه بیمار رابطه برقرار کرد، زیرا آنالیز به معنای پرداختن به من بیمار است و اینکه من بیمار را مجبور به قبول تعارضات خود نماییم. . . رفتار دفاعی من همواره سطحی‌تر از تمایلات غریزی نهاد است. قبل از آنکه در بُعد فکری غرایز بیمار را برایش آشکار سازیم، باید به تعبیر این موضوع بپردازیم که چرا او از غرایز خود می‌هراسد و در برابر آن‌ها به لاک دفاعی فرو می‌رود" (۱۹۳۵، ص: ۸۰).

به نظر می‌رسد که زاندلر با تأکید بر فرآیندهای دفاعی مرتبط با ابژه، میان آنالیز مقاومت روانشناسی من و تکنیک درمانی مکتب کلاین در نوسان است. ما نیز چنین فکر می‌کنیم که رفتار انسان هدفمند است، به گونه‌ای که کلیه تخیلات ناخودآگاه مرتبط با ابژه هستند، به همین علت است که اضطراب‌های اساسی انسان در تماس‌های بین‌فردی نمایان می‌گردند. ما در بخش ۵-۲ جلد مبانی تأکید مثبت داشتیم که ملانی کلاین در مبحث بی‌روح آنالیز مقاومت محرک‌های جدیدی وارد کرد. اما بعداً قطب‌بندی‌ها و یکجانبه‌نگری‌های جدیدی شکل گرفت. ارتباط میان تخیلات ناخودآگاه، اضطراب و دفاع، به کانون توجه تعبیرات انتقال مکتب کلاینی تبدیل گردید. فرافکنی جایگزین انکار به عنوان مکانیزم اصلی گردید. به همین خاطر مقاومت انکار جایگاه خود را از دست داد. از منظر تکنیک درمانی کلاینی، مقاومت دور زده و پشت سر آن عمل می‌شود، چون از طریق اضطرابات مدخل مستقیمی به تخیلات ناخودآگاه گشوده می‌شود. بنابراین هم به لحاظ نظری و هم از جنبه‌ی تکنیک درمانی مفهوم "مقاومت" از مکتب کلاینی رخت بربست. به همین خاطر ما یا به مفهوم "مقاومت" در واژه‌نویسی نویسندگان طرفدار کلاین بر نمی‌خوریم (کلاین و همکاران ۱۹۵۲، کلاین ۱۹۶۲، زگال ۱۹۶۴، اتشیگون ۱۹۸۶) و یا فقط به عنوان اشاره‌ای مثلاً در برابر واکنش منفی درمانی با آن روبرو می‌گردیم (رزنفلد ۱۹۸۷).

به نظر می‌رسد لازمانی ناخودآگاهی اینجا و اکنون را با گذشته به یک وحدانیت رسانده باشد. چنانچه تکرارهای غیرتاریخی را مبنا قرار دهیم که به عنوان آرزوها و ترس‌های مرتبط با ابژه در فرآیند انتقال متبلور می‌شوند، هر چیز عمده در رابطه درمانی کنونی به جریان می‌افتد، اما واقعیت آن، یعنی جنبه‌های واقعی رابطه با روانکاو مورد توجه کافی قرار نمی‌گیرند. از این نقطه نظر که تخیلات و اضطرابات ناخودآگاه بدون حد و مرز زمانی در انتقال تجلی می‌یابند، سهم روانکاو در ایجاد مقاومت فاقد اهمیت می‌گردد.

کوهوت (۱۹۷۹) بر خلاف مکتب کلاین بر وابستگی مقاومت از رفتار کنونی روانکاو و بویژه فقدان همدلی او تأکید می‌ورزد.

ما نظریه کوهوت در این زمینه را کاملاً تأیید می‌کنیم.

اصل امنیت. زمان آن فرارسیده تا عملکرد تنظیم ارتباطی مقاومت در ارتباط با اصل امنیت را به کانون بحث وارد سازیم. در اینجا باید در انتظار پاره‌ای سوءتفاهمات بود. زیرا گروودک، فرنچی، رانک و رایش سهم روانکاو در مقاومت و انتقال را همانگونه می‌بینند که ما در بالا و برای نمونه ذکر کردیم. رید (۱۹۸۷) با ذکر یک نمونه از مصاحبه اول نشان داد که چگونه یک روانکاو توصیف دراماتیک از عمل لوزه‌ی را به خود مرتبط ساخت، در حالی که مطرح کرد بیمار در واقع درباره‌ی او صحبت می‌کند. با وجود آنکه در آنالیز موضوع اصلی کشف شباهت‌هاست، این کار زمانی ممکن می‌گردد که تفاوت‌ها نیز دیده شوند.

جهت توضیح عملکرد تنظیم ارتباطی مقاومت به نظریات کرمیوس پیرامون تکنیک درمانی در "برخورد با بیمارانی که نمی‌توانند تداعی آزاد کنند"، روی می‌آوریم (۱۹۷۵):

درمانگر کافی است فقط به این مسئله فکر کند که بیمار در دوران کودکی چه تلاش و زحمتی از خود بخرج داده تا غرایز خود را رام و فرهنگ‌پذیر نموده و بخش‌هایی از آن را برای خود نگه دارد تا رفتار خود در شرایط درمانی را بتواند درک کند. . . زمانی که این جنبه آشکار می‌شود، روانکاو می‌فهمد که بیمار نمی‌تواند به یکباره آن چیزهایی را بروز دهد که یک عمر در جهت انکار و سرکوب آن‌ها اقدام کرده است. او می‌فهمد که بیمارش به این سبک فکر و احساس خو گرفته و می‌داند معنای فرآیندی که بروز انکارشده‌ها را در هدف دارد، چیست (ص: ۷۹).

خواننده به علت فراگیر بودن پدیده‌های مقاومت در تمام بخش‌ها و در سراسر کتاب با آن برخورد خواهد کرد.

ما بر نشان دادن مقاومت در برابر انتقال تأکید می‌ورزیم که شناخت به موقع آن از زاویه درمانی مخصوصاً مهم است.

ما موضوع مقاومت هویتی و رابطه آن با اصل امنیت را در یک بخش جداگانه مورد بحث قرار خواهیم داد، زیرا این نوع مقاومت حاوی مشکلات خاص در زمینه تکنیک درمانی می‌باشند.

◀ بطور کلی می‌توان گفت که مرحله تمرکز شدید بر آنالیز مقاومت و قطب‌بندی‌های ناشی از آن سپری شده است.

◀ استنباط دیالوگی ما از مقاومت بر این مبنا استوار شده است که فرآیندهای دفاعی فرضی را به‌عنوان فرآیندهای تبادلی نگاه کنیم.

◀ در این معنا ما این تخیل ایده‌آلیستی را می‌پذیریم که محدودیت‌های ناشی از مقاومت در تجربه و رفتار را می‌توان به‌لحاظ درمانی بررسی کرد.

◀ در واقعیت "مقاومت‌دار" موضوع آن است که دلایل ناکامی را نقطه عزیمت نگاه نقادانه و یا حتی کشفیات جدید قرار دهیم، همانگونه که فروید در آنالیز موارد مشکل و سخت انتظار داشت. به همین خاطر ما توصیه می‌کنیم نمونه‌های زیر از زاویه موضوعات مطروحه در این کتاب خواننده و به این موضوع دقت شود که سهم روانکاو در ایجاد و یا رفع مقاومت‌ها چیست.

۱-۴ انکار هیجانات*

خانم نورا X با تأخیر به جلسه ۴۳۱ می‌آید، یک امر غیرعادی. در زمان انتظار ۵ دقیقه‌ای من عمیقاً به بیمار فکر می‌کردم. از طرفی نگران بودم و از طرفی تنش درونی را حس می‌کردم که رنگ و لعاب پرخاشگرانه داشت. دلیل نگرانی من، تمایل بیمار به رفتارهای خودآسیب‌رسانی، مثلاً بی‌دقتی در ترافیک شهری بود. بالاخره زمانی که بیمار آمد مرا با چهره‌ای خندان و شاد غافلگیر کرد، در حالی که هنگام ورود نگاه طولانی و کنجکاو آن‌های به من داشت. شادی وی و تنش درونی من برای من حالت متضادی را فراهم کرده بود.

ب: نفسم گرفته، خیلی دیر آمدم (استراحت کوتاه). / اما حس می‌کنم که خبری هست. در حالی که من نمی‌دانم که دلیل خوشحالی من به علت دیر آمدن و منظر گذاشتن شما است و یا به دلیل موقعیت قبلی.

او درباره‌ی ملاقات خود با دوستش صحبت می‌کند. آن‌ها در یک کافه نشسته و آنقدر گرم صحبت بودند که به تأخیر بیمار منجر شده است. در آخر درباره‌ی هزینه درمان صحبت کردیم، در حالی که بیمار متذکر شد در جلسه‌ی آخر نیز در این باره صحبت شده بود. در این جلسه او به این مطلب اشاره کرد که در این اواخر پرداخت هزینه‌های درمانی را به تأخیر انداخته است.

ب: چیزی که ذهن مرا مشغول می‌کند اشاره آخری بود که بعد از آن من رفتم، وقتی در مورد پرداخت صحبت کردیم، این موضوع جلسه‌ی قبلی نیز بود، به نظر من عجیب است که همین مطلب آخری، موردی بود که من با دوستم درباره‌ی آن صحبت کردم، در حالی که اول درباره‌ی موضوعی دیگر گفتگو می‌کردیم.

او با دوستش درباره‌ی مشکلات خود با رئیس‌اش صحبت کرده بود. این درگیری برای او به مثابه "کش و واکش است، مثل بازی با توپ." بیمار همین کش و واکش را هنگام صورت حساب قهوه

* Disavowal of Affects
Verleugnung von Affekten

با دوست خود تجربه می کند، آنجا نیز "یک بازی مسخره حول دادن و گرفتن" صورت گرفته است.

● برای من جنبه‌ی پرخاشگرانه در صدر قرار می گیرد. با توجه به تأخیر و نگرانی در این مورد، شباهت میان بیرون و اینجا برقرار می کنم.

ب: امروز الان... جایی که می توانم افکارم را بگویم و یا برای خودم نگه دارم،... و بعد با صورت حساب... من به این موضوع فکر می کنم که آیا با دیر آمدن هم ارتباطی دارد.

ر: فکر می کنم این طوری باشد.

ب: شما فکر می کنید. یعنی من وقت تلف می کنم. من فقط زمان را جور دیگری تقسیم و با دوستم زمان بیشتری سپری کردم.

ر: همین چند وقت پیش می گفتید که می خواهید ناز شصتی به دوستان نشان دهید و امروز نوبت من است.

ب: بله من از این کار خوشم می آید.

ر: به همین خاطر موقع ورود به اتاق می درخشیدید.

من درک خودم را به بیمار منتقل می کنم تا برای او روشن شود که چقدر از تأخیر خود خوشحال بود و نیز اینکه تکانش های پرخاشگرانه را با لذت تحمل می کند.

ب: (با خنده): بله صادقانه بگویم، درست می گوئید. عبارت "لذت دزدانه" نیز به همین خاطر است.

● هیجان و رفتار به عنوان لذت دزدانه با یکدیگر مرتبط اند، در حالی که لذت و رفتاری که به رابطه آسیب وارد می کند، مبین مکانیزم دفاعی در برابر پرخاشگری بیمار است.

ر: روشن است و شما این لذت را از خود دریغ نمی کنید. البته من مطمئن نیستم که آیا شما عواقب این لذت را نیز می بینید.

ب: بله، این سوال که از این کار چه چیز عاید من می شود را هنوز از خودم نکرده ام. اما اگر این سوال را همین لحظه مطرح کنم، فکر می کنم جوابش این باشد که من توجه شما را به خودم جلب می کنم. چون ممکن بود شما فکر کنید: پس فلانی کجاست؟ ضمن اینکه من واکنش یک فرد در مقابل تأخیر کردن را تجربه می کنم. این موضوع مرا کاملاً عصبانی می کند.

ر: هوم، این را کاملاً می دانید.

ب: اینکه مرا عصبانی می کند. اما اینکه دیگران نیز عصبانی می شوند را نمی خواهم بدانم.

ر: این لذت شماست، اینکه شما بطور مظلومان های ناراحتی و عصبانیت ایجاد می کنید.

ب: در این باره به یاد می‌آورم که دوستم در آخر هفته مرا سه بار قال گذاشت. من در این باره و با وجود آنکه دوستم به این مطلب اشاره کرد، چیزی نگفتم. بار دوم نیز چیزی نگفتم، اما دفعه سوم طاقت نیاوردم. همین الان تجربه کردم که این یعنی چه. البته همانگونه که گفتم اخیراً تلافی کردم. . . راستی سر چه موضوعی بود؟

● اینجا بیمار در حین صحبت کردن فراموش می‌کند که به چه نحو از دوست خود فاصله گرفته است. با وجود آنکه این فراموشی لحظه‌ای (لوبورسکی ۱۹۶۷) بیمار جهت فاصله‌گیری با یک موضوع جالب بود، من در تعبیر بعدی سیر کلی را پیرامون موضوع تأخیر بازسازی کردم تا تبدیل وی از انفعال (قربانی تأخیر دیگران) به فاعلیت (در حالی که خود تأخیر می‌کند) را نشان دهم.

د: در آخر هفته شما کسی بودید که باید منتظر می‌ماندید و از این بابت عصبانی بودید، شما قربانی و منفعل بودید. الان کاری را کردید که تاکنون به طرق مختلف تجربه کرده بودید، یعنی ورق را برگردانید و مرا منتظر گذاشتید، شما به خود گفته‌اید: "من نمی‌خواهم کسی به من ظلمی کند و به همین خاطر همین کار را در حق دیگران انجام می‌دهم." این روش شما در برخورد با این اختلالات و جریحه دار شدن‌هاست. در تأخیر نیز موضوع بر سر عصبانی شدن و عصبانی کردن است.

ب: هوم (مکث کوتاه)، بله شاید موضوع عصبانی شدن و عصبانی کردن باشد. بیمار در قسمت بعدی روشن می‌کند که او البته با دوستش در مورد تأخیر صحبت کرده، اما رفع موانع درونی جهت احساسات خویش به زمان طولانی احتیاج دارد. پس از آنکه برای بیمار توسط تعاملات با دوستش نحوه برخورد وی با تکانش‌های پرخاشگرانه و انعکاس آن در رفتارها مشخص شد، توجه بیمار را به شیوه‌ی رفتاری وی در آنالیز معطوف می‌کنم.

د: شما از دادن و گرفتن صحبت کردید، اما موضوع اصلی عصبانی شدن و عصبانی کردن است. و این البته ارتباط تنگاتنگ دارد، چون شما می‌دانید، وقتی عصبانی می‌شوید که چیزی را که انتظارش را دارید دریافت نمی‌کنید، چه به موقع بودن و چه پول. و شما از این نقطه نظر حرکت می‌کنید که من نیز دقیقاً همین‌گونه واکنش نشان داده، احساس و فکر می‌کنم؛ یعنی اگر آنچه را که انتظارش را دارم به دست نیاورم عصبانی می‌شوم. و این لذت عصبانی کردن در رفتارهای شما نیز منعکس می‌شود، و چه لذت دزدان‌های در عصبانی کردن من در شما ایجاد می‌شود. این همان چیزی است که در نگاه و لبخند شما دیده می‌شود، شما خوشحال می‌شوید، چون نمی‌توانید همزمان این عصبانیت را درک کنید، همانگونه که با دوست خود انجام می‌دهید.

بیمار در مقابل این تعبیر اینگونه واکنش نشان می‌دهد که دوباره به تعامل میان خود و دوستش می‌پردازد، با این تفاوت که بیش از دفعه قبلی بر خصلت پرخاشگرانه کش و واکش تأکید می‌ورزد. در این حین سرحالی و خنده او رو به فزونی می‌گذارد.

ب: (با خنده از دوستش نقل قول می‌آورد): "قبل از اینکه یک بار دیگر درباره آن صحبت کنی، خواهی گرفت" (و با تأکید اضافه می‌کند)، شَرَق.

ر: مثل اینکه بخواهید به هم دیگر توگوشی بزنید، یکی پس از دیگری (بیمار رفتار را تأیید می‌کند) و من نیز توگوشی خودم را دریافت کردم (بیمار می‌خندد)، و شما از این بابت خوشحالید.

ب: بله، حتی زیاد. به نوعی نمی‌خواهم الان هم این خوشحالی را از دست بدهم. این حس را دارم که می‌توانم آن را بروز دهم.

● پس از آنکه لذت پیش آگاه (یا ناخودآگاه؟) در رفتار پرخاشگرانه در مهمترین رابطه بیرونی و نیز در فرآیند انتقال بر بیمار آگاه شد، می‌توان در قدم بعدی رابطه با علامت اصلی بیمار، یعنی قطع رابطه ایجاد گردد:

ر: بله، شما از این کار لذت می‌برید که از یکی برای تلافی از دیگری استفاده کنید. امروز از صحبت با دوستان استفاده کردید تا نازشستی به من نشان دهید. برای شما مشکل است که در برابر یک فرد مانده و احساسات خود را بیان کنید، بلکه شخص دیگری را پیدا می‌کنید تا بدین طریق دق دل خود را خالی کنید. این ویژگی ارتباطات شماست، یعنی به جای تمرکز روی یک شخص، احساسات خود را به دیگری منتقل می‌کنید.

ب: (آهسته): چون به من لذت می‌دهد.

ر: بله لذت دارد، اما شما هم ضربه می‌خورید.

ب: من حس می‌کنم که طعم لذت را هرگز نچشیده‌ام. به همین خاطر گفتم: "مهم است که الان خنده خودم را نشان دهم،" چون معمولاً آنرا پنهان می‌کنم. من لذت و شادی خودم را نمی‌بینم، بلکه همیشه در غمگینی سیر می‌کنم، این حس اولیه من است و به همین خاطر در روابطم درجا می‌زنم.

ر: هر دو مهم هستند، ناراحتی چیزی است که به شما نزدیک‌تر است و لذت دزدانه شما از این شکل انتقام و عصبانیت تا کنون مورد توجه شما نبوده است.

● من به دوستی‌های سابق بیمار می‌پردازم که بیمار به پرخاشگری خود ناخودآگاه بوده و فقط در آینه رفتار دیگران با آن برخورد می‌کرده است.

د: اینکه رفتار بد با مردان برای شما چقدر لذت بخش است را هم اینک دیدیم. چون شما وقتی با احساس لذت مرا منتظر می‌گذارید، با من بدرفتاری می‌کنید و خنده خود را نشان می‌دهید، زمانی که این موضوع آشکار می‌شود.

ب: بله، ولی فقط این اواخر اینگونه شده است. قبلاً غمگین می‌شدم و مسئله تمام می‌شد.

● در قسمت بعدی تعبیر طولانی‌تری به بیمار می‌دهم و به جنبه‌های انتقال رفتار نیز می‌پردازم:
د: برای جلوگیری از این سرخوردگی شما کل قضیه را چرخانده و چیزی را به من نمی‌دهید که فکر می‌کنید انتظار آن را دارم. بدین ترتیب چیزی را من منتقل کردید که شما به‌عنوان درد از آن می‌ترسید.

ب: مسخره است، الان به فکر آخر جلسه می‌افتم و عصبانیت من از اینکه شما می‌گوئید وقت تمام شده است.

د: بله، از این طریق من شما را ناراحت می‌کنم و شما الان به ضدحمله روی می‌آورید. اما حاصل این کار اوضاع را بهبود نمی‌بخشد و احساس عصبانیت جلسه را کوتاه‌تر می‌کند، و این دقیقاً نقطه معیوب این الگو است: واکنش شما اوضاع را بهتر نمی‌کند، بلکه اوضاع به هم ریخته‌تر می‌شود.

ب: من اقدامات درونی بیشتری انجام می‌دهم که زمان را باز هم کوتاه‌تر می‌کند، چون من وقتی می‌بینم جلسه رو به پایان است، فکر می‌کنم، شما کی آن را اعلام می‌کنید، کی آن را اعلام می‌کنید و همین اواخر دیدم اصلاً افکار جای دیگری است، مثل اینکه می‌خواستم از کنار این ناراحتی عبور کنم.

د: شما فعال می‌شوید و این احساس خوب را دارید که کنترل اوضاع در دستتان است، عیب کار آن است که چیزی را که می‌خواهید به دست نمی‌آورید

ب: در این صورت من متمرکز نیستم و به دقت به موضوع فکر نمی‌کنم و از طرفی رفتن، نوعی لذت به من می‌دهد، اما از طرف دیگر نوعی فقدان است، چون از عمق مسئله می‌کاهد.

د: صحیح، و آنچه ما در ابعاد کوچک در اینجا می‌بینیم، الگوی نحوه ارتباطی شما در کل است. چون هر موقع ارتباطات دوستی شما رو به صمیمیت می‌گذاشت، شما فعالانه آن‌ها را قطع می‌کردید، به همان دلایلی که شما جلسات اینجا را دروناً و زودتر از زمان مقرر قطع می‌کنید، یعنی از ترس جریحه‌دار شدنی که یک نفر ممکن است بر شما روا کند: "الان تمام." و شما احتمالاً خودتان فعالانه پیش قدم می‌شوید و چیزی را تحقق می‌بخشید که ممکن است زمانی در راه باشد.

ب: بله اینجا درست است، چون منتظر آن هستم. اما در یک رابطه همیشه از آن ترس دارم.

د: بله و مشکل شما این است که پذیرش حالات متفاوت برای شما مشکل است، و شما زمانی که رابطه صمیمی می‌شود، همیشه آن را قطع می‌کنید.

ب: قبلاً هنگام جدایی، زیاد به جدایی از پدرم فکر نمی‌کردم، بلکه به مادرم و رابطه خودم با او فکر می‌کردم.

بیمار تا پایان جلسه به تشریح دقیق‌تر این موضوع و به شیوه‌های رفتاری خاص مادرش می‌پردازد. ● توسط یک تأخیر بیمار، واکنش خودآزارانه وی در برابر پس‌زنی و جدایی مشخص و در فرآیند انتقال مورد بررسی قرار گرفت. سیر درمان از آرزو شروع، از سرخوردگی عبور و به تبدیل انفعال به فعال شدن و نهایتاً پرخاشگری تدافعی ختم شد. ترتیب موضوعات به لحاظ تاریخیچه زندگی، در رابطه با مادر اتفاق افتاده بود.

تفسیر: چنانچه اصول راهنمای جلسه را طبق نظر کلاوبر (۱۹۶۶) مبتنی بر اضطراب، دفاع و صحنه‌سازی استوار سازیم، می‌توانیم چنین جمع‌بندی کنیم:

◀ اضطراب اصلی بیمار آن است که هیجانات می‌توانند بسیار قدرتمند شوند. چنین عواطفی به همین خاطر باید انکار شوند.

◀ دادن و گرفتن یک بازی لذت‌بخش و همزمان توأم با اضطراب است که برای بیمار الزاماً با درد و رنج پایان می‌پذیرد، چون او این انتظار را درونی‌سازی کرده که آرزوهایش برآورده نمی‌شوند.

◀ دفاع اصلی بیمار انکار عواطف و کنش‌نمایی تکانش‌های پرخاشگرانه است. او بدین ترتیب یک سرخوردگی از قبل پیش‌بینی شده را به صحنه می‌آورد که بطور ناخودآگاه بطور فعال آن را پدید آورده است.

۲-۴ استقلال کاذب*

ما در آنالیز البته میل زیادی داریم که بیمار ما مستقل باشد، اما از آندسته بیمارانی که همه‌ی کارها را نیز به تنهایی می‌خواهند انجام دهند، هراس داریم.

"از نقطه نظر درمانی این گرایش غالب وجود دارد که استقلال کاملاً مثبت و وابستگی کاملاً منفی است. بدین ترتیب جنبه مثبت استقلال، بر جنبه منفی آن که اهداف نوروپیک را پوشش می‌دهد، سرپوش می‌گذارد. به همین نحو جنبه منفی وابستگی، بر جنبه‌های مثبت آن سرپوش می‌گذارد، به

* Pseudoautonomy
Pseudoautonomie

همین دلیل انتقاد از وابستگی در خدمت تمایلات بیمارگونه و یا مکانیزم‌های دفاعی قرار می‌گیرند" (ریکر ۱۹۷۸، ص: ۲۰۹).

موضوع استقلال در انجام گفتگوی روانکاوی نیز آثار خود را به جای می‌گذارد. توصیف پدیدارشناختی - بالینی اشکال مقاومت از همان ابتدا میزان انحراف از یک دیالوگ ایده‌آل، یعنی خیلی کم و خیلی زیاد را از منظر مقاومت بدست داده است. کرمیوس به درستی تأکید دارد که ما باید معیارهای سنجش این مطلب را ارائه دهیم که یک بیمار چه موقع زیاد و چه موقع کم حرف می‌زند:

"پاسخ این است، منظور از زیاد صحبت کردن، کمی نیست، بلکه یک پدیده کیفی است، یعنی اینکه صحبت کردن و زیاد صحبت کردن در خدمت دفاع مقاومت قرار داشته باشد" (۱۹۷۵، ص: ۵۸).

در نمونه پائین می‌خواهیم نوعی برخورد راحت با زیاد صحبت کردن را نشان دهیم که ضمن آن به بیمار فرصت داده می‌شود "در مقاومت ناشناخته تعمیق کند، آن را پردازش و بر آن غلبه پیدا کند (فروید ۱۹۱۴، ص: ۱۳۵).

مطلب به جلسه یک آنالیز پیشرفته آقای گوستاو Y ۳۵ ساله است که اختلالات کاری وی برای مدت طولانی در سکوت سرسختانه (موسر ۱۹۶۲) او تحت لوای مقاومت انتقال بروز می‌کردند. پس از پردازش تکانش‌های پرخاشگرانه دفاعی، بیمار به نوعی استقلال کاذب دست یافت که در حرف زدن یک سویه و قابل تعمق وی تبلور می‌یافت

بیمار در ابتدای جلسه به من می‌گوید که مایل است جلسه امروز را "کمی زودتر" تمام کنیم تا وی بتواند به موقع به دنبال فرزندان خود برود. او دلیل این کار را ترافیک سنگین و مشاهده‌ی یک موقعیت خطرناک در آمدن به مطب ذکر می‌کند.

ب: من هنگام آمدن به اینجا یک تجربه ناخوشایند داشتم، یک نفر پشت سر من می‌راند، از من سبقت گرفت و به سمت راست پیچید... در حالی که یک نفر دیگر از مقابل به سمت من حرکت می‌کرد، یک کامیون عریض، من در تنگنا قرار گرفتم و نمی‌توانستم به سمتی بکشم. برای ترمز کردن هم نامناسب بود، چون روی جاده شبنم نشسته بود... واقعاً بحث سانتیمتر بود، یک دفعه جلوی من پیچید، و خوب من نمی‌خواهم ریسک کنم، چون مشخص است، اگر در حین رانندگی فکر کنم، خطری می‌شود، ممکن است آدم با سرعت بیش از حد لازم و معقول براند.

بیمار باید مسافتی بین ۴۰-۳۵ دقیقه را رانندگی کند. خواهش زودتر تمام کردن جلسه مربوط به ۵ دقیقه می‌شود.

ب (پس از یک مکث): بله، مضافاً اینکه قبل از حرکت در روزنامه خوانده بودم، دیروز بود... نمی‌دانم، چی بود... یک... خروجی روی... یک مسیری که تازه ساخته بودند... یک تصادف شدید اتفاق افتاده بود، یک زن جان خود را از دست داده و ۳ الی ۴ مصدوم در بیمارستان بستری شده بودند، هوم... پس من به فکر رفتم، خیلی خوب، این ثمر جاده های امروزی است، البته آن‌ها... تا حدود زیادی خشک بودند، به نحوی که من فکر کردم دیگر می‌توانم بطور عادی رانندگی کنم، و با وجود وقت کافی نسبتاً تند رانندگی کردم... منظورم آن قسمت بعدی است که اجازه داریم تا ۱۲۰ کیلومتر برانیم، می‌دانم که عقربه کیلومتر کمی عقب است، یعنی من ۱۳۰ کیلومتر رانده‌ام، اما دقیقاً قبل از آنکه من... من می‌دانستم که الان چکار باید کرد، و نگاه هم کردم، اما چیزی ندیدم، و بعد به فکر افتادم، این چه حسی است، و بعد... این ماشین که مسبب تصادف بود در انحنای جاده کنترل خود را از دست داده پیچ خورده و عرض جاده را گرفته و ماشین دیگری با آن برخورد می‌کند... و مادر زن این راننده شدیداً مصدوم شده و بعد... فوت می‌کند. من هنگامی که از کنار این صحنه عبور می‌کردم گفتم چه احساسی است که انسان تصادف کند و کسی که با اوست زخمی شود، یا اینکه من باعث چنین تصادفی شوم و دیگران، همانگونه که گفتم، کشته شوند، بله.

بیمار تداعی آزاد خود را به همین شکل برای مدتی ادامه می‌دهد. او به یاد می‌آورد که چگونه در مسیر دیروز خود بطور ناگهانی احساس خستگی داشته و باید استراحت کوتاهی می‌کرده است.

ب: به نظر من... من فکر می‌کنم... در حین گفتگوی ما نیز... این مطلب نقش داشته است، نه... که به خاطر وضعیت خیابان‌ها ممکن است خطر ایجاد شود و من در اینجا درباره آن صحبت نکردم.

ر: هوم.

ریسک‌های درمانی ناشی از رانندگی او بوسیله افکار فی‌البداهه دیگری تکمیل می‌شوند، بیمار نوعی ارتباط با جلسه قبل برقرار می‌کند که ضمن آن تهدید غیرمستقیم توسط درمان، یعنی درمانگر مورد بحث واقع شده بود.

ب: شاید به این دلیل که من فوراً این... به نوعی خودم را به این نقش می‌سپارم و چیزی... منظورم این است... من... یا فشار... به هر ترتیب باید این فشار را تحمل کنم.

ر: این که شما این فشار را به تنهایی تحمل می‌کنید، می‌خواهید از چه چیز اجتناب کنید؟

ب (پس از یک مکث): بله، شاید آن روی سکه ناگوار و... پرفشار... و حتماً جنبه مطلوب درمان، یعنی اینکه من این احساس را دارم، که اینجا می‌توانم خودم تصمیم بگیرم، چه کار کنم و اینکه اصلاً می‌خواهم کاری کنم یا نه. اینکه من شاید با وجود آنکه درست نیست، مایلم رفتار اجتنابی داشته باشم، همین الان به نوعی... بگوئیم... به نوعی الان احساس ترحم یا شبیه به آن... مثلاً اینکه شما تفاهم نشان می‌دهید که شرایط مشکل و یا خطرناکی است.

ر: هوم.

● بیمار از اشاره روانکاو به چرایی رفتار خود چیزی عایدش می‌شود، یعنی او مایل است که روانکاو زمانی که او جنبه‌های مخاطره‌آمیز را یادآور می‌شود، زیاد به او نزدیک نشود. یکی از رویاهای محبوب روزانه وی مربوط به یک قهرمان کابوی می‌شود که به ایتام و بیوه‌گان کمک می‌کند تا در نهایت پیشنهاد زنان نجات‌یافته را پس زده و به راه خود ادامه دهد. ب: بله، در اصل... قبلاً نیز... به این موضوع فکر کرده بودم... درست الان... نوع و روشی... هوم... که من با همسرم برخورد می‌کنم، اینکه من از او فاصله می‌گیرم و فقط برای ابراز پابیندی به او قدم جلو می‌گذارم.

او سپس واکنش همسرش را به پس‌زنی تمایلاتش جهت نزدیکی و صمیمیت تشریح می‌کند. ب: اما به نظرم من واقعاً نیازی ندارم، اینکه من واقعاً به‌لحاظ جنسی نیز نیاز ندارم و چیزی را از دست نمی‌دهم.

آقای گوستاو لا تمایل خود را برای همبستر شدن با همسرش بیان می‌کند، به شرط آنکه او از این طریق به نتیجه‌گیری درباره استقلال مالی وی روی نیاورد.

ب: هیچ، اما واقعیت آن است که من در آن لحظه مخصوصاً... هوم... بله... چطور بگوئیم... فقط آرامش خودم را می‌خواهم، نه. دوست ندارم با برخی موضوعات درگیر شوم. واقعاً اینجوری است و من هم اینجوری تنظیم کرده‌ام که در آن موقعیت احساس خوبی دارم... حداقل وقتی... یا شاید آرزوها و تمایلات دیگر واقعاً... را تا حدود زیادی از خودم دور کرده‌ام.

● تدقیق رویای قهرمانی در زندگی روزمره تأیید می‌کند که بیمار ترجیح می‌دهد امیال جنسی خود را سرکوب کند تا از نزدیکی که برای او نامطلوب است اجتناب ورزد. از آنجایی که دوران کودکی وی با غیبت طولانی پدر توأم بود (اسارت تا زمانی که بیمار ۱۰ ساله می‌شود)، او به تنها چهره مردانه در خانواده تبدیل و از اطرافیان زن خود نازپرورده می‌شود. بدیهی است که او در این ایام از سرزنش‌های مراقبت‌آمیز احاطه شده که مبدا اتفاقی برای او بیفتد. دقیقاً این همان چیزی است که نمی‌خواهد از روانکاو نیز بشنود؛ تفاهم او برای مخاطرات ناشی از ترافیک، لذت فالیک دارد و می‌تواند سرپوشی بر سرزنش‌ها باشد.

ب: نه، الان هم همین طور است. . . وقتی همسر مرا سرزنش می کند. . . و به من می گوید از تو متنفرم. . . واکنش من این است: خوب بفهمانید، چپ از جان من می خواهی، بهترین حالت این می بود که رابطه ما به امور عملی و روزمره ختم می شد و در غیر این صورت هر کس به دنبال کارهای خودش می رفت.

د: موضوع اصلی در این احساس نهفته است: "به چه درد می خورد"، این که شما شانه هایتان را بالا می اندازید و فکر می کنید، اصلاً همه اینکارها به چه درد می خورد. و بعد شما چیزهای خطرناکی در مسیر به مطب تجربه می کنید. تقریباً اینگونه که گویی شما خودتان در صحنه شرکت داشته اید، در حالی که قبلاً این تخیلات را داشته اید که روز قبل چه اتفاقی افتاده است، و بعد پا را روی گاز گذاشته به اینجا می آید - اینجا چه اتفاقی می افتد - این "به چه درد می خورد" حاوی چه مطلبی است؟ شما خودتان را دو دستی به کشتن می دهید. البته توسط دیگری، چون ممکن بود که شما شاید حتی چند لحظه ماشین دیگر را ببینید و از میزان خطر بکاهید.

ب: (پس از یک مکث): بله، البته در جمع بندی کلی درست است. . . در حالی که . . . به نظر من. . . چیزی که من درباره دیروز تعریف کرده ام. . . هنوز کاملاً روشن نشده است. من گفتم در مسیر اینجا اتفاق افتاد، طبیعی است. . . اما. . . هوم. . . به نظر من نمی تواند عکس العمل نسبت به آنچه باشد که در اینجا در موردش صحبت کردیم.

● تعبیر ارائه شده، بیمار را سریعاً نگران می کند و به همین خاطر او باید در ابتدا آن را نفی کند؛ در مقایسه با مراحل قبلی درمان، بیمار این بار به یک فکر سازنده می رسد.

ب: بله، بله، اما. . . الان یک چیزی یاد می آید، چیزی که پیدا شدن چنین تخیلاتی را روشن می کند، اگر آدم می توانست تعیین کند که با وجود چنین تصادف کوچکی می توانستم خودم را کنار بکشم، البته فشارهای کاری نیز نقشی دارند، اگر می توانستم به علت جراحت یا شبیه به آن در بیمارستان بستری شوم تا آرامش خودم را به دست آورده و خودم را پیدا کنم. نه، پس این جواری است که . . . فکر می کنم. . . آرزو یا تمایلی در آنجا نقش داشته است.

بیمار سپس از مشاهده مهم خود مم گزارش می دهد که چگونه یک وظیفه شغلی را سهل انگارانه "با فشار عصبی کاملاً کمتر از قبل" انجام داده و از گذشت خود در این زمینه به هراس افتاده است.

● مرجع منتقد و مواظب، در گفتگوی دوجانبه درونی بیمار با فرد دیگری همواره موجود است: خدای من، اگر کسی این را بخواند، فکر می کند که چه برنامه ریزی هستی. اما او می تواند تا حدودی از این انتظارات شانه خالی کند.

ب: من به خودم گفتم چرا چنین وظایفی را به عهده می گیری، حالا اگر درست هم از آب نیاید، مهم نیست، بالاخره کسی هست که آن را تصحیح کند و امروزه با چنین دیدگاهی نیز به محل کارم

می روم. من امروز با آمادگی کمتری سر کار حاضر می‌شوم، البته بدون آنکه از این بابت خودم را ملامت و مجارات کنم.

د: شما برخی انتظاراتی را که در برابر خود گذاشته بودید، کنار می‌گذارید و بدین ترتیب اوضاع را برای خودتان آسان می‌کنید.

ب: بله، البته من فکر می‌کنم که این اوضاع متضاد نیز هست. چون من اگر نسبی‌گرا شوم و تا حدودی بی تفاوت، آرزوی من مبنی بر اینکه از زیر تمام مسئولیت‌ها شانه خالی کنم، دیگر متحقق نمی‌شود. لاف در شرایط کنونی نوعی تضاد می‌بینم، اما فکر می‌کنم ممکن است به این مطلب فکر نکرده باشم که موضوعات مربوط به زندگی خصوصی نیز نقشی داشته‌اند که من می‌توانستم از آن‌ها نیز دوری کنم.

د: زمانی که شما برای اولین بار درباره‌ی تکالیف اضافی صحبت کردید، این سوال مطرح بود: "چرا رئیس این کار را از من و فقط از من خواسته است؟" و البته نشانه کوچکی موجود بود که رئیس شما چنین خواسته‌ای را واقعاً بیان کرده است. انتظار شما بوده که می‌خواستید مورد تمجید واقع شوید. و این "به چه درد می‌خورد"، ممکن است واکنش شما نسبت به سرخوردگی و عقب‌نشینی به بی‌تفاوتی بوده باشد. اگر من سرم را فدای این کار کنم، کک او نیز گزیده نمی‌شود، شما با عبارت "به چه درد می‌خورد" خودتان را مستقل کردید.

تفسیر: روانکاو در تعبیر نهایی خود تلاش می‌کند دلیل استقلال کاذب بیمار را برایش روشن کند. بیمار از سرخوردگی آرزوی خود اجتناب می‌کند، چون به جای شناسایی، نگرانی نصیب‌اش می‌شود. نمرات درسی خوب در خانه بدیهی بود، چون مادر او را تقویت می‌کرد، اما نسبت به رشد حرکتی فرزندش بی‌تفاوت بود. در دوران بلوغ به دو و میدانی استقامت روی آورد؛ اما رویاهای روزانه او دوی صد متر بود که در مقابل جایگاه خاص برگزار می‌شد.

در رابطه انتقال، موضوع اجتناب از آرزوی شناسایی "سفر زندگی" خطرناک بود؛ البته این موضوع بعداً مشخص نشد. مداخلات روانکاو به مقاومتی مربوط می‌شوند که بر امیال وابستگی سرپوش می‌گذارد.

۳-۴ اصل غیر لذت به عنوان مقاومت نهاد*

برای فهم بهتر این بخش ما توصیه می‌کنیم ابتدا بحث ۳-۹ خوانده شود.

* Unpleasure As Id Resistance
Unlust als Es-Widerstand

در آنجا ما به طور خلاصه درباره‌ی تاریخچه بیماری آقای کریستیان Y و چارچوب بیرونی و زمانی آنالیز وی گزارش می‌دهیم. پس از غلبه بر اضطراب جدایی که نمونه‌ای از آن را در ۱-۳-۹ از جلسه ۲۰۳ ارائه می‌دهیم، بیمار توانست از جلسه ۳۲۰ بطور سرپایی تحت درمان قرار بگیرد. در مقطع زمانی جلسه ۵۰۳ بی‌رغبتی و ناتوانی وی به اوج خود رسید. او بالاخره می‌تواند پای پیاده به من مطب من بیاید. برخی فعالیت‌های خیالپردازانه او را ارضا نکرده و اعتماد به نفس وی را افزایش نداده است. علامت او در این مرحله درمان بی‌حوصلگی و انفعال مفرط است که در کارگریزی و تنبلی تبلور یافته است. برای مدت طولانی تنبلی زجردهنده وی با حملات اضطرابی شدید همراه بود که مانع فعالیت و کار وی می‌شد.

از نقطه نظر توصیفی ما این بی‌حوصلگی و لذت‌گریزی بیمار را نوعی مقاومت نهاد می‌نامیم، البته آن را به "کاهلی" و "گندتحرکی" لیبدو (فروید ۱۹۱۸، ۱۹۴۰) مرتبط نمی‌سازیم. در واقع اینگونه به نظر می‌رسد که در دو جلسه‌ای که در مورد آن گزارش داده می‌شود، اتفاقی نمی‌افتد. روانکاو تلاش تردیدآمیزی دارد تا در شکایت یکنواخت بیمار درباره‌ی ناتوانایی مطلق خویش، معنا و مفهومی پیدا کند. در بی‌رغبتی که به عنوان مقاومت غلبه ناپذیر تظاهر می‌یابد، ارضای نهفته و کاملاً ناخودآگاه لجاجت مقعدی و اثبات خویش پس‌رفتی همراه با آن دیده می‌شود. بیمار از درک قدرتی که در انفعال نهفته است و یا از لذت پیروزی انفعال کاملاً به دور است. خُلق بیمار بین قطب‌های افراطی در نوسان است، در حالی که علایم اضطراب در قالبی یکنواخت و مستقل از این مطلب نمایان می‌شود که آیا آقای کریستیان Y خشم خود را آشکارا بیان می‌کند و یا این خشم در پس انفعال و یا خودتخریبی پنهان می‌شود. البته اضطراب مانع از آن می‌شود که وی درمان را قطع نموده و یا اقدام به خودکشی نماید. آقای کریستیان Y در خفا و در ارتباط با آینده شغلی خود برنامه‌ریزی‌هایی دارد که توسط آن‌ها می‌تواند پدر خود را به حاشیه براند. از طرف دیگر ارزیابی واقع بینانه این اقدامات، از تصورات قدرقدرتی وی می‌کاهد. هر چه بیمار در زندگی خود قدم به قدم به پیش می‌رود، به همان نسبت از عزت نفس ذهنی فاصله می‌گیرد و آن را به مشکل اصلی فرآیند درمانی تبدیل می‌کند.

● همانگونه که بخش‌هایی از جلسه ۵۰۳ نشان می‌دهند، آقای کریستیان Y بر این باور است که زمانی می‌تواند زرنگ شود که روانکاو او را زرنگ کند. او منتظر رغبت و فعالیت تحت تأثیر روانکاو است.

ب: من همیشه می‌ترسم که اعصاب کسی را خرد کنم و یا اینکه پررو شوم. وقتی اینجا می‌آیم اعصابم خرد است، به نحوی که کوچکترین فشار جانبی را نمی‌توانم تحمل کنم. من می‌توانم از هر مطلبی شروع کنم که می‌خواهم، اما شما مرا به پرداختن به موضوع لجاجت وا می‌دارید. منظورتان از

این کار چیست؟ من از صحبت کردن درباره لجاجت خسته می‌شوم، چون می‌خواهم نحوه زرننگ شدن را بدانم و ربطی میان لجاجت و تنبلی نمی‌بینم و به نظر من لازم نیست درباره لجاجت صحبت کنیم، چون در پس این مسئله خشم نهفته است که خود مطلب جداگان‌های است که هنوز برطرف نشده است. وقتی شما همیشه به این موضوع می‌پردازید، باید قضیه‌ای در کار باشد. چه خبر شده، چرا چیزی نمی‌گوئید؟

د (پس از یک مکث): یک جنبه مهم آن است که جلوی لذت مستقیم گرفته شود و دیگری را ناتوانمند سازیم، این چیزی بود که در جلسه دیروزی برایتان مشخص شد.

ب: نه، برای من هیچ چیز مشخص نیست، لذت لجاجت برای من مطرح نیست، چون من نمی‌خواهم مانع باشم. من تلاش دارم درباره موضوعی صحبت کنم. کاملاً بی‌معنا و اهمیت است که من در جایی که شما صحبت نمی‌کنید، خوشحال شوم، گویی که من دست بالا را گرفته‌ام. مهم شناخت این مطلب است که من به این نتیجه‌گیری نرسم که شما نمی‌توانید به من کمک کنید. در غیر این صورت فایده‌ای ندارد. به نظر من دوباره وقت تلف شده است، من از این بابت عصبانی هستم، من می‌خواهم جلو بروم، مثلاً زرننگ‌تر شوم. چرا این مسئله عملی نمی‌شود؟ من نمی‌خواهم تلاش کنم، من می‌رسم که عمل احمقانه‌های از من سر بزنند. چرا در این نقطه به من کمک نمی‌کنید؟ من فکر مستقلی ندارم، نظری از خودم ندارم، من وابسته به نظرات دیگران هستم، چرا من از انتقاد می‌ترسم؟ من فکر می‌کنم فقط گند می‌زنم. من حرف می‌زنم، فکر می‌کنم، گنده کاری می‌کنم، کاری دیگری از دستم بر نمی‌آید. من از خودم می‌پرسم چرا موافقت شما برای من کافی نخواهد بود. اما از موافقت دیگران برای من مهم‌تر نیست، مضافاً آنکه نمی‌خواهم برای کسب موافقت شما کاری انجام دهم، چون من اتفاقاً می‌خواهم از قید این مسئله خودم را رها کنم. وقتی شما موافقت کلی خود را بیان می‌کنید، به درد من نمی‌خورد، آبکی است. من این را به عنوان کمک تلقی نمی‌کنم، اضطرابم سر جایش هست، همه چیز و هر کاری که می‌کنم، گنده است. جوری که راه می‌روم، جوری که می‌ایستم، به هر چیزی دست می‌زنم، هر چه فکر می‌کنم، به نوعی دست به هر کاری می‌زنم خراب می‌شود. من شدیداً می‌ترسم که کاری را خراب انجام دهم. ترس از مسخره شدن، ترس از خشم. من همیشه کاری اشتباه خواهم کرد و هرگز کارهای من کامل نخواهد بود، بنابراین طبیعی است که باید منتظر وضعیت‌های نامطلوب باشم. چیز دیگری که مرا عصبانی می‌کند آن است که من هرگز نمی‌توانم با یک نفر وارد بحث شوم. من فقط می‌توانم تسلیم شوم و ادای وظیفه کنم، من این را نمی‌خواهم. اگر به من کمک نکنید که این وضعیت منظم شود، همه چیز روال قدیمی خود را حفظ خواهد کرد.

د: بنابراین شما می‌ترسید که اگر از جانب من کمکی دریافت نکنید، قادر به انجام کاری نخواهید بود.

● تلاش می‌شود به بیمار نشان داده شود که او مستقل نیز هست، اگرچه این مطلب بطور محتاطانه مطرح می‌شود. این احتیاط بخشاً به این سبب است که هر آنچه من می‌گویم، پیشنهاد می‌کنم و یا انجام می‌دهم "اشتباه" است. از طرف دیگر آقای کریستیان Y نمی‌تواند سکوت طولانی را تحمل کند. او پاسخ مرا برای احساس امنیت خود احتیاج دارد. این نگرانی در آخرین جمله‌ای که وی برای شروع جلسه انتخاب کرده بود، هویدا بود: "چه خبر شده، چرا حرف نمی‌زنید؟" زمانی که من سکوت می‌کنم، نگرانی غیرقابل تحمل می‌گردد. همزمان من به‌لحاظ محتوایی در معرض انتقادهای او قرار می‌گرفتم. بیمار برای مدتی صحبت‌های مرا حفظ می‌کرد و من متوجه نشده بودم که او از این طریق برای خود تکیه‌گاهی درست می‌کند.

ب: بله، اینجوری است. من ترسی بدل راه نمی‌دهم، اینجوری است. آیا می‌توانید روش خواندن دیگری توصیه کنید؟ اگر شما چیزی نمی‌گفتید، اگر من نمی‌آمدم، با ترسم چکار می‌کردم؟ یعنی چه، من شما را نمی‌فهمم. گوش دهید، چگونه می‌توانم اضطرابم را هنگام تماس با چیزها از دست بدهم؟ من با اضطراب خود به اینجا می‌آیم، اما از شما چیزی عاید نمی‌شود و ناراضی و با دست خالی برمی‌گردم. مثلاً من الان خیلی خوشحالم که تعطیلات در راه است و من دیگر نباید بی‌جهت هر روز اینجا بیایم.

د: بله، شما از اینکه نباید برای مدتی به اینجا بیایید، کاملاً خوشحال هستید.

ب: البته فقط از یک جنبه.

د: یک خوشحالی واقعی.

ب: اما این هم یک نوع لجبازی است. در این حالت من با عصبانیت از شما جدا می‌شوم و ضرر آن را به جان می‌خرم.

د: راستی زمینه این فکر چیست که اگر من چیزی به شما ندهم، شما نیز کاری نخواهید کرد. ظاهراً سکوت من به تجربه منتهی می‌شود که من چیزی ندارم، اما راستی چرا در شما نیز چیزی پدید نمی‌آید؟

● این سوال احتمالاً مبین ندانم کاری است. جرأت‌پروری غیرمستقیم کافی نیست و فقط چاره آن است که بپذیرم که اشتباه کرده‌ام.

ب: پس حالا با یک سوال متقابل امتحان می‌کنم: می‌توانید به من بگوئید که جلسه امروزی و نیز جلسه دیروزی چه ثمری برای من داشت، می‌توانید این را به من بگوئید؟

د: بله، واقعاً سوال این است که ثمر چیست.

ب: ثمر آن است که من بتوانم یک مشکل را بهتر حل کنم و یا اضطراب کمتری داشته باشم.

د: پس آیا این مطلب می‌تواند سود جلسه امروز باشد که شما یاد گرفته باشید که چیزی دارید، بدون آنکه من به آن افزوده باشم.

ب: در من چیزی نیست، فقط اضطراب، اضطراب بیش از حد.

د: بنابراین یک رابطه‌ای میان سکوت من و اضطراب شما وجود دارد.

ب: شما در کل جلسه عملاً چیزی نگفتید که به ترس‌های من مرتبط باشد. وقتی من از اینکه دوباره چیز احمقانه‌های بگویم، می‌ترسم، واقعاً سودی نداشته است.

د: چیزی که در اینجا اتفاق می‌افتد، نمونه‌ای از اختلال کاری شماست. اگر من سریعاً به مطلبی که می‌گوئید نپردازم و یا غیرمستقیم آن را تأیید نکنم، سریعاً به این نتیجه‌گیری می‌رسید که همه چیز خراب بوده است، هیچ ارزشی نداشته و فقط زمانی با ارزش می‌شود که من نیز به آن چیزی اضافه کنم، همانگونه که می‌گویند، شس یا چاشنی خود را روی آن بریزم.

● آقای کریستیان y شدیداً نیازمند شناسایی است. از نازپروردگی بی حد و مرز مادر، بیماری کمبود به وجود آمده است، به این معنا که او امروز نیز نمی‌تواند آنگونه باشد که خود می‌خواهد. با این وجود من فکر می‌کنم وی بتواند مبتکرانه عمل کند. این یک کمبود منحصر بفرد است: محبت بیش از حد دلیل آن بوده است. یا به عبارت دیگر: محبت، با «خود» اشتباه توأم بوده است. آنچه بیمار مایل است باشد، در پرده‌ای از ابهام باقی مانده است.

ب: بله، بله.

د: یعنی وقتی چاشنی به آن اضافه شود، چاشنی من. یک مشکل اختلال کاری شما آن است که کاری را به عهده می‌گیرید و این دست آن دست می‌کنید، خیلی زود اعتماد خود را از دست می‌دهید.

ب: من هنوز با این موافق نیستم، من کار دیگری نکرده‌ام، من فقط برخی ترس‌های خودم را تشریح کردم، من سعی نکردم چیزی را حل کنم، چون من از عهده این کار بر نمی‌آیم و گمان نمی‌کنم که این مطلب را بتوان به این سادگی تفسیر کرد. من سولاتی مطرح کردم و در اصل پاسخی برای آن‌ها دریافت نکردم، و این یک سرخوردگی برای من ایجاد می‌کند، چون به پاسخ سوال بستگی دارد که در آینده نیز ترس و اضطراب داشته باشم یا نه. من حق دارم و این نوعی خودفریبی است که زمانی که ترس دارم، طوری رفتار کنم که گویی ترس ندارم. تلقین، بی ارزش است. من فکر

می‌کنم جلسه امروز برای من فایده‌ای نداشت. شما درباره اضطراب من چیزی نگفتید و جایی که فکر می‌کنید چیزی گفته‌اید، حقیقت ندارد.

د: پس وقتی من چیزی نمی‌گویم، شما دچار اضطراب می‌شوید؟

ب: من اضطراب را از قبل هم دارم.

د: من می‌دانم، اما فعلاً اگر ساده بگویم، شما دچار ترس می‌شوید، اگر من صحبت نکنم.

ب: اول عصبانی می‌شوم و بعد اضطراب پیدا می‌کنم.

د: بعداً در حین عصبانیت اضطراب شما تشدید می‌شود؟

ب: زمان داره از دست می‌رود، من نمی‌دانم هدف شما از این حرف‌ها چیست.

د: نظر شما این است که اگر من کاری انجام ندهم، شما نیز کاری انجام نخواهید داد.

ب: بله اینجوری است، البته نه اینکه هیچی است، بلکه خیلی کم است.

د: بنابراین وقتی من چاشنی اضافه نمی‌کنم، چیزی عاید شما نخواهد شد.

ب: بله، اینجوری است، چون حالم بد می‌شود.

د: بله، بله.

ب: و مادام که حالم خراب است، چاشنی ندارد.

د: باید خیلی جدی گرفته شود. رابطه آنچنان تنگ است که فقط زمانی حال شما خوب است که از چاشنی مشابه برخوردار باشید، یعنی چاشنی مشترک. یعنی وقتی شما کاری را به تنهایی انجام می‌دهید، تا زمانی که چاشنی من نیز به آن اضافه نشده و با آن مخلوط نگردد، گنده کاری کرده‌اید.

ب: اما من الان چیزی پیدا نکردم و این برای تجربه‌ی من افتضاح است. من فکر می‌کنم حق دارم، وقتی سرسختی نشان می‌دهم، شاید حماقت از من باشد، من شما را نمی‌فهمم. من می‌توانم مشکل را اینجوری حل کنم که در شما به دنبال چیزی نباشم، اما در این صورت در نهایت مشکلی را حل نکرده‌ام. چه فکر اشتباهی دارم، گیر کار کجاست؟ من نمی‌خواهم در برابر دانش بهتر شما مقاومت نشان بدهم.

د: مشکل آنجاست که انسان برای آنکه بتواند کاری را به تنهایی انجام دهد، به تشریک مساعی نیز نیازمند است.

ب: اما اگر شما چیزی نگوئید؟

د: الان می‌بینیم که اگر آش مشترک ما پخته نشود و شما قرار باشد کاری را به تنهایی انجام دهید، اضطراب زیادی در شما ایجاد خواهد شد. به همین خاطر قبلاً گفتم که برای شما بهتر است که مدت

زمانی به سراغ من نیائید. در اینجا لجاجت و پس‌زنی در رفتار شما هست، اما همین رفتار همزمان نشانه استقلال و عدم وابستگی شما نیز هست.

● آقای کریستیان Y چگونه می‌توانست از این بن‌بست خارج شود که از وابستگی منتفر است، اما همزمان جسارت استقلال را نیز در خود نمی‌بیند؟ تحقیر خویش بیمار تحمل‌ناپذیر است، به همین خاطر من تلاش می‌کنم، توانایی استقلال او را مورد تأکید قرار دهم. جلسه در همان مسیر قبلی ادامه می‌یابد.

ب: من وقتی نشانه‌های خستگی را می‌بینم، ترس به جانم می‌افتد، و دوباره به تنبلی فکر می‌کنم. می‌دانید، من هرگز سالم نخواهم شد. من با کار رابطه خوبی ندارم. انجام کار برای من غریب است، کاملاً غریب، کاری نمی‌شود انجام داد. من جمعه گذشته شدیداً مردد بودم، وقتی به روزهای آن هفته فکر کردم، دیدم کاری نکرده‌ام، هیچ، واقعاً هیچ کاری که بتواند لذت از کار را در من زنده کند، من کار را پس می‌زنم. من نمی‌خواهم کار کنم، ارزش آن را ندارد که انسان خود را به زحمت بیاندازد. همه چیز عاری از لذت است، زندگی از لذت خالی است، پوچ و کسالت آور، و هرگز بهتر نخواهد شد، من مطمئن مطمئنم. چرا من باید چنین آینده‌ی سیاه و بی‌معنایی را قبول کنم، پوچ...
د: من جایی که قرار است شما خود دست بکار شوید، مخصوصاً کاری نمی‌کنم، هیچ یا تقریباً هیچ.
ب: موضوع همین است.

د: یعنی اینکه شما کاری انجام دهید و من هیچکار، موضوع آن است که شما بدون من فعالیتی را شروع کنید. بنابراین هدف شما آن است که بدون من بیشتر فعال شوید.
ب: بله، اما من نمی‌توانم، چون تنبل هستم.

د: با تنبلی به چه چیز می‌رسید؟ وقتی من درگیر شوم می‌خواهید به چه چیز برسید؟
ب: نمی‌دانم. چطور شما باید درگیر شوید؟ من می‌خواهم خودم انجام دهم، من چند اضطراب دارم که مرتب به شما گوشزد می‌کنم، اما شما از کنار آن می‌گذرید. من ترس دارم کاری را انجام دهم. من از شرایط امتحان می‌ترسم. دیشب رویایی دیدم که باید امتحان می‌دادم، آنجا نشسته بودم و کاری از دستم بر نمی‌آمد و حسابی خراب کردم و از طرف کسی مجازات شدم. من می‌ترسم. می‌توانیم از اینجا شروع کنیم که من از شما چه می‌خواهم؟ هیچی، من هیچ چیز شخصی از شما نمی‌خواهم، من دوست دارم در روابط غیرصمیمی زندگی کنم. من می‌خواهم خونسرد و در خودم باشم، این قشنگ‌تر است.

تفسیر: در اینجا تمایلات متضاد همزمان با یکدیگر مطرح می‌شوند. در لحظه‌ای که بیمار می‌خواهد خودش کاری را انجام دهد، یک اضطراب کشنده ظاهر می‌شود و وی را فلج می‌کند. صرف نظر از آنکه روانکاو در شناسایی مشخص، خویش‌اندازی به خرج داد، برای بیمار خجالت‌آور است که

وابسته باشد؛ بنابراین دریافت کمک برای وی مشکل می‌شود. نارضایتی وی درباره عدم کمک نه فقط قابل تحمل نیست، بلکه روانکاو را نگران می‌کند که احساس گناه ناشی از آن به افزایش اضطراب منتهی شود.

د: بله، منظور من هم همین است. شما می‌خواهید کاری را به تنهایی و کاملاً منطقی انجام دهید، اما موفق نمی‌شوید، چرا؟

ب: مثلاً من می‌ترسم که دیگران کاری را که انجام می‌دهم زیر زره بین بگذارند، مثلاً چون من نظری از خودم ندارم، زیرا نمی‌توانم با دیگران بحث کنم. من وقتی کاری انجام می‌دهم تمرکز ندارم و شتابزده هستم، وقتی کاری انجام می‌دهم می‌ترسم مورد پذیرش واقع نشود. اگر کاری را اشتباه انجام داده باشم، وحشتناک است.

د: بله، و مادام که من بخشی از مسئولیت شما را به عهده می‌گیرم، بجای شما فکر می‌کنم، خودم را درگیر می‌سازم، در این صورت احساس خطر نمی‌کنید، اینکه شما خودتان کاری انجام دهید و من به نقش یک منتقد وارد شوم.

ب: نمی‌فهمم.

د: مادام که فرد دیگری مسئولیت شما را به عهده گیرد، مادام که شما اجازه داشته باشید، منفعل بوده و کس دیگری درگیر شود، دیگری نظریه شما را بیان کند، در این حالت احساس امنیت می‌کنید.

تفسیر:

◀ روانکاو بی‌میلی بیمار در این جلسات را عمدتاً به عنوان لجاجت مقعدی تعبیر می‌کند. به همین خاطر لذت نهفته در پر خاشگری منفعلانه، در اثبات خویش لجوجانه جستجو می‌گردد. در جلسه‌ای که در اینجا تشریح شد، جنبه تعاملی لجاجت در کانون توجه قرار گرفت.

◀ در شکایت بیمار همچون قبل، در ناتوانایی بدنی او جنبه‌های اضطراب اختگی شناسایی می‌شوند که ریشه آن در لایه‌های عمیق‌تر قرار دارند.

◀ ایده بیمار مبنی بر اینکه نقایص ذاتی وی بوسیله مزایای مادی بهبود می‌یابند، بلحاظ تکنیک درمانی مشکل بزرگی را ایجاد می‌کند. در حالی که بیمار هر نوع پیشنهاد ترکیبی را به عنوان تحقیر تجربه می‌کند، اوضاع پیچیده‌تر می‌شود. نتیجه این وضعیت ناامیدی بیمار با تهدید به قطع درمان و یا خودکشی است.

۴-۴ درجا زدن و تعویض درمانگر*

یکی از سوالاتی که کمتر طرح می‌شود مربوط به تخمین واقعی روانکاو درباره‌ی درجا زدن درمان است که اکثراً دلایل آن در روان‌پویایی بیمار ذکر می‌شود. به نظر لازم است در چنین شرایطی به واکنش منفی درمانی (فروید ۱۹۲۳) فکر کنیم که انگیزه‌های ناخودآگاه آن را در جلد مبانی (۱-۴-۴) بحث کردیم.

البته این دیدگاه نقش و سهم روانکاو در ایجاد انجماد درمانی را نادیده می‌گیرد. احتمال آن وجود دارد که شباهت‌های شخصی و تکنیک در عدم بروز تغییرات درمانی نقش داشته باشند. نتایج پژوهش درمان بر این مسئله تأکید دارند که تجربه منفی قبلی درمانی الزاماً تأثیرات منفی در روی آوری به درمان‌های بعدی ندارد، چیزی که نتایج آماری فعالیت‌های بالینی خلاف آن را ثابت می‌کند (م. کشله و فیدلر ۱۹۸۵).

خانم ماریا X به علت درجا زدن طولانی درمان، در مشورت با روانکاو خود، به یک روانکاو دیگر مراجعه می‌کند. بی‌ثمری تلاش‌های درمانی از هر دو طرف دیده می‌شد، اما به نتایج متفاوتی منتهی گردید. بیمار نمی‌خواست به هیچوجه به درمان خاتمه دهد، اما روانکاو (زن) یک استراحت درمانی و سپس ادامه درمان با یک روانکاو مرد را توصیه می‌کند. این دیدگاه مایوس‌کننده زمانی ایجاد شد که همه تلاش‌ها در جهت بهبود وضع بیمار سردرگم- مضطرب که خلق افسرده نیز داشت ناکام مانده بود. نارضایتی مزمن با شرایط زندگی که وجه مشخصه یک احساس اساسی کمبود بود، برای مدت دو سال تغییر نکرده بود. از آنجایی که بیمار پاسخ بیمار به بینش تعارضات ناخودآگاه وخامت اوضاع بود، تشخیص و کنش منفی درمانی داده شد.

در درمان‌های ناموفق روانکاو سوالاتی را مطرح می‌کند و چنین شرایطی خود او را به جایگاه متهم سوق می‌دهد، همانگونه که ورمرز تأکید دارد:

"یک تاکتیک دفاعی بسیار محبوب در افراد افسرده آن است که به مقصر جلوه دادن و تحقیر دیگران می‌پردازند، در اصل همانگونه که خود احساس می‌کنند. این حالت چگونه ایجاد می‌شود؟ توسط شکوه و شکایت‌های آشکار و نهفته. در اینجا با نوعی ورق برگرداندن روبرو هستیم که شامل اشکال مقاومتی و تبدیل انفعال به فعال بودن و نیز گذار از همانندسازی با قربانی به سمت همانندسازی با شکوه‌کننده می‌گردد. این می‌تواند به یک نوع خشن مقاومت انتقال تبدیل گردد.

* Stagnation and the Decision to Change Analysts
Stagnation und Therapeutenwechsel

گمان من این است که بخش مهمی از واکنش منفی درمانی را می‌توان به حساب این ورق برگرداندن گذاشت (۱۹۸۷، ص: ۱۴۹).

قطعاً برای برخورد با شکوه و شکایت‌ها راه‌های متفاوتی وجود دارد. ورمزر به نحوه جالبی توصیف می‌کند که چگونه از عهده هدایت این چالش پرفشار با بیماران ظاهراً درمان‌ناپذیر بر می‌آید. او به انعطاف‌پذیری لازم در این موارد اشاره می‌کند که تحت شرایطی می‌تواند به تعویض درمانگر نیز ختم شود.

در جلسه اول خانم ۳۷ ساله در حالی که عصبانی است، مطرح می‌کند درمانی که دو سال گذشته بطول انجامیده برای وی با زحمت فراوان توأم بوده است. بعد از گذشت این مدت طولانی وی به این نتیجه می‌رسد که در مشکل اساسی وی، یعنی نارضایتی و نیز احساس ناموفق بودنش تغییری حاصل نشده است.

● من از دیدگاه بیمار درباره نوع رابطه درمانی اطلاعاتی به دست می‌آورم و چنین نتیجه می‌گیرم که سوالات زیادی مطرح است که بیمار شهادت طرح آن‌ها را نداشته است، مخصوصاً سوالاتی که به شخص روانکاو مربوط می‌شوند. برداشت کلی من این است که بیمار به اندازه کافی تقویت نشده تا انتقال منفی ناشی از رابطه با مادر خویش را بیان کند.

● تشخیص واکنش منفی درمانی تا حدود زیادی مسئولیت ناکامی درمان را بطور یکجانبه متوجه بیمار می‌کند؛ بجای آن باید مشخص شود کدام انجمادهای تعاملی زمینه‌ساز آن بوده‌اند که مشکلات واقعی بیمار دست نخورده باقی مانده‌اند. هدف یک درمان تازه، تبدیل منفی‌گرایی بیمار به یک انتقال منفی است. اهداف اولیه درمانی و واقعیت درمانی در درمان نخست مورد توجه کافی قرار نگرفته‌اند.

خانم ماریا X در ابتدا به علت فشار خون ۱۱ ساله که دلیل آن مشخص نبود به بخش داخلی ارجاع شده بود. بررسی‌های جسمی حاکی از آن بود که فشارخون بالا با نقص کلیوی ارتباط داشت و عمل جراحی برای اصلاح آن توصیه نمی‌شد. از ۱۱ سال قبل نیز "نارضایتی" بیمار بوجود آمده بود، "نارضایتی" علامتی بود که بیمار آن را تشریح می‌کرد. بیمار مضافاً از دوران بلوغ از اضطراب رنجور بوده که قبل از همه در شرایط استرس و درگیر شدن با افراد مقتدر بروز می‌کند. مشاوره روان‌تنی فشار خون به روان‌درمانی منظم منتهی شد، زیرا در واکنش به بیماری جسمی، احساس اضطراب و حقارت در بیمار شدت یافته بود. بیمار از تأثیرات نامطلوب بر رابطه زوجی خود هراس داشت.

● در قرارداد بیمه در ارتباط با روان‌پویایی تعارض، رابطه متشنج میان دلبستگی نزدیک به مادر و فاصله ناکافی از وی با واکنش‌های خشم و سرخوردگی مورد تأکید قرار گرفته بود. تلاش برای استقلال به واکنش‌های نامطلوب می‌انجامد که با احساس گناه شدید همراه است. درمان روانکاوی بدون محدودیت زمانی برنامه ریزی شد. "مشکل اساسی در دستیابی به استقلال و تعارضات پرخاشگری ناشی از آن، به مقاومت خواهد انجامید که در متن شکل‌گیری انتقال باید مورد پردازش قرار گیرد."

پس از این معرفی مقدماتی، بخش‌هایی گزارش می‌شوند که ضمن آن رفتارهای توصیفی بیمار توسط یک همکار جوان برخورد درمانی مناسب را نشان می‌دهند.

پس از موافقت در زمینه ادامه درمان نزد من، برگه تمدید درمان و تقبل هزینه از جانب شرکت بیمه را در اختیار بیمار قرار می‌دهم. در همان لحظه‌ای که او برگه را می‌گیرد، آه کشیدن آهسته او شروع می‌شود. من به این حالت وی اشاره می‌کنم و بیمار با بی میلی اظهار می‌دارد که حوصله پر کردن این برگه را ندارد.

من از این رفتار بیمار که همکار قبلی درباره آن با من صحبت کرده بود، تعجب می‌کنم و بر اساس استنباط خودم، تعبیر زیر را ارائه می‌دهم:

ر: برای شما با تجربیاتی که دارید، پر کردن این برگه که آن را می‌شناسید و به نفع خودتان است، زیاد است، البته بیش از ۲ دقیقه طول نخواهد کشید و ارزش آن ۶۰۰۰ مارک است؛ یک عدم تناسب میان راندمان واقعی و اهمیت آن برای تجربه شما وجود دارد؟ در آه کشیدن شما این آرزوی ماندن در بهشت نهفته است، جایی که شیر و عسل جاری است.

برخورد من با بیمار به هیچوجه غیردوستانه نبود، بلکه بیشتر متعجب بودم که او چگونه بی میلی و ناراحتی خود را به یک روش غیرکلامی ابراز می‌کند. به همین خاطر، تذکر نوعی همدلی با بیمار را نیز داشت.

ب: بله از این برگه‌ها باید در پیش آزمایش‌های کلینیکی نیز پر می‌کردم، آن زمان مخالفتی نمی‌کردم، اگرچه می‌توانستم این کار را انجام دهم.

ر: اینجا علائق شما دنبال می‌شود و شما آه می‌کشید.

● من فکر می‌کنم که آه کشیدن، یک واکنش مزمن نسبت به وضعیت‌های پرفشار است. آه کشیدن منطبق با احساسی است که بیمار به من منتقل می‌کند: اینکه او لباس شیک می‌پوشد، اما علیرغم آن و آرایشی که کرده، خلق و روحیه گرفته‌ای دارد.

ب: بله، همیشه وقتی موضوع مزیت مطرح می‌شود، شروع به لغزش می‌کنم. در روزهای اخیر اضطراب‌های من بیشتر شده‌اند، در شرکت باید مسئولیت یک گروه را به عهده بگیرم و آن را آموزش دهم.

ر: ترس‌های شما زمانی بیشتر قابل فهم می‌گردد که ببینیم شما تا چه حد به خودتان اطمینان دارید و تا چه حد از شما انتظار می‌رود.

بیمار سپس دوران تحصیلی خود را که توأم با سرخوردگی و عدم توفیق بوده است را تشریح می‌کند، او دوبار مردود و دیپلم ردی می‌شود و دیپلم خود را پس از آنکه درمی‌یابد برای اشتغال ضروری است، در مکانی به غیر از دبیرستان می‌گیرد.

بیمار در جلسه بعدی با نوعی آه کشیدن برگه پر شده را به من باز پس می‌دهد. من دوباره به موضوع آه کشیدن می‌پردازم: "همه چیز زیاد است." بیمار نیز چنین می‌بیند، به من که بطور مستقیم به خلق او می‌پردازم، نگاه می‌کند، لبخند کوتاهی می‌زند، اما از خلق گرفته خود خارج نمی‌شود.

ب: برای من مراجعه به درمان و اجبار صحبت کردن در اینجا نیز زیاد است.

ر: من مایلم این را دقیق‌تر بفهمم، همه چیز یعنی چه، آیا نمونه‌هایی برای تبدیل لذت به اجبار وجود دارد؟

ب: بله، مثلاً وقتی هوا خوب است باید تنیس بازی یا پیاده روی کنم، همه چیز را که میل به انجام آن دارم به "تو باید آن را انجام دهی" تبدیل می‌شود. اگر امروز با خودم قرار بگذارم که فردا در جلسه‌ای شرکت کنم، در بین راه برای من به اجبار تبدیل می‌شود.

من در تشریحات پرزحمت وی شیرخواری را می‌بینم که گاه، "ها" و گاه "هو" می‌گوید و مایل به پذیرفتن تعهدی نیست. بنابراین این ایده را به زبان می‌آورم:

ر: یک میل و آرزو زمانی به اجبار تبدیل می‌شود که شما حس می‌کنید، آن میل مستقل شده و شما باید به دنبال آن بدوید، در آن لحظه شما مایلید ها و هو بگوئید، بدون آنکه از عواقب آن ترسی داشته باشید.

ما درباره مادر صحبت می‌کنیم که مجبور بوده زیاد کار کند و با خود بلند حرف می‌زده است: "من باید این کار را بکنم، من باید آن کار را بکنم." پدر بیهوده سعی کرده به مادر تفهیم کند که تو بعضاً نباید کاری انجام دهی!

● چنین تعبیر می‌کنم که او مادر را در خودش به یدک می‌کشد و همانند مادر به این سو و آن سو می‌پرد. پس دو جنبه در او وجود دارد: جنبه میلی و جنبه وجدانی خیلی قوی.

هنگام این تعبیر نسبتاً مبسوط که من توأم با عاطفه‌گری به بیمار منتقل می‌کنم، او شروع به گریه کردن می‌کند. بیمار موفق می‌شود خیلی زود خودش را کنترل کند. برای من روشن می‌شود که او

هنوز از اشتیاق به نازپروردگی و ارضای امیال خویش که معمولاً تحت کنترل او است، متعجب می‌شود. بیمار در ترسیم تخیلات خویش و نیز با توجه به اینکه او درمان طولانی را پشت سر داشته، اظهار می‌کند که مایل است با این جنبه لطیف و گریبان خویش روی کاناپه و زیر پتو قرار داشته باشد. اما جنبه دیگر او چنین اجازه‌ای به او نمی‌دهد.

ب: من اصلاً نمی‌توانم تصور کنم که اینجا دراز بکشم و چیزی نگویم. این کار نمی‌تواند خوب باشد و من به آن فکر نمی‌کنم. در این صورت خیلی مستأصل خواهم شد، مثل بیماری که تحت کنترل شما قرار دارد.

ر: حتی تصور اینکار برای شما نگران‌کننده است، بهتر است شما در وسط بمانید، مثل خر بوریدانس - می‌شناسید؟ او میان دو دسته جو خشک/اش زد و از گرسنگی تلف شد. شما در وسط می‌مانید، در انجماد، همانگونه که در درمان با خانم ب (درمانگر قبلی) به این نتیجه رسیدید. من فکر می‌کنم، موضوع اصلی آن باشد که آیا می‌توانید تصور کنید که در مسیر به جلسات درمانی، وقتی حس می‌کنید باید به اینجا بیایید، برگردید.

پس از آنکه بیمار چند روز تعطیلی کاری داشت، با عصبانیت مراجعه کرده و اظهار می‌کند در این ایام نیز نتوانسته از این فکر که باید کاری انجام دهد، خود را رها سازد، حتی استراحت هم برای او جنبه وظیفه پیدا کرده بود. او مثالی می‌آورد که طبق میل او است: او به علت سرماخوردگی در رختخواب می‌خوابد و تمام بعد از ظهر کاری انجام نمی‌دهد.

خانم ماریا X اکنون از صدای درونی صحبت می‌کند که او را همواره هدایت و راهنمایی می‌کند؛ وقتی او یک کتاب می‌خواند، صدای درونی به او می‌گوید باید تا آخر آن را بخواند، در این صورت تمام لذت از بین می‌رود. صدا جنبه توهمی ندارد، بلکه آوای کوبنده وجدان است که او بلافاصله با تَن صدای مادر مرتبط می‌سازد. مادر در شروع تعطیلات مدرسه فقط می‌گفت: خوب است که اینجا باشید، حالا می‌توانید این یا آن کار را انجام دهید. تداعی‌های بیمار مشخص می‌کنند که چرا در رختخواب خوابیدن او را تا این حد راضی می‌کند. او توانسته بود، همه چیز را به حال خود رها کند، لباس‌هایش را به سمتی پرتاپ کند و به گوشه‌ای بخزد.

ر: پس چند ساعتی از وجدان سخت و بد خود خلاص بودید.

ب: بالاخره زمانی نیز شما مثل خانم ب که من دو سال با او درمان داشتم، این سوال را مطرح خواهید کرد که آیا من می‌توانم از جلسات درمانی استفاده مفید داشته باشم یا نه.

◀ بن‌بست بیمار در این نکته نهفته است که کردار هدفمند او بطور ناخودآگاه باید با تصورات مادر منطبق باشد؛ در این معنا موقعیت روانکاوی اجباراً به تکراری تبدیل می‌شود که او با نوعی بی‌میلی خصومت‌ورزانه به پیشواز آن می‌رود. صحبت کردن او در درجه نخست در خدمت ارضای روانکاو است. این در راستای شکوه و شکایت مبنی بر این است که او در درمان قبلی جدیت بخرج داده، یعنی به انتظارات مادر پاسخ داده است. او لاقلاً با انجام کار و تلاش از جانب مادرش شناسایی دریافت کرده بود. آرزوی قلبی او اما این است که بدون تلاش و جدیت به شناسایی دست یابد. این آرزو از جانب دیگر تحت‌الشعاع رقابت سخت با برادر کوچکتر اوست که به‌عنوان مشاور مالیاتی "پول خوبی" به دست می‌آورد؛ تأثیرات این وضعیت در رابطه زوجی نمایان می‌گردد، به صورتی که او از رضایتمندی همسرش دلخور است که حتی بدون درآمد زیاد از خودش راضی است.

◀ پایه و اساس روانشناختی عزت نفس ناقص، توسط بیماری جسمی شدیداً تقویت می‌شود. اکنون او به بطور واقعی در معرض تهدید است زیرا می‌داند که فقط با کمک درمان درمانی تحت کنترل است.

◀ چنانچه من از موقعیت چالشی فاصله بگیرم، مقاومت سرسختانه بیمار می‌تواند به تدریج از بین برود. انتظار طولانی من به احتمال قوی به زنده شدن سرخوردگی می‌انجامد. محرک‌های اولیه من که به خلق و روحیه بیمار توجه دارند، به بیمار کمک می‌کند، درباره مشکلات خویش حرف بزند.

◀ این انگیزه اصلی در بیمار وجود دارد که همزمان بسیاری از آرزوهای او برآورده شوند: در زمینه شغلی می‌خواهد پیشرفت کند، در زندگی خصوصی کتاب‌های زیادی بخواند. وقتی وی حساسی به عمق مطلب وارد می‌شود، حالت پانیک به خود می‌گیرد، از جا بلند می‌شود و باید به یک کافی شاپ برود. "من می‌خواهم کارهای زیادی انجام دهم، اما وقت کافی ندارم."

در ادامه وی به احساس فقدان در دوران بلوغ می‌پردازد به این معنا که به‌علت عدم انجام امور، شناسایی پدر را برای همیشه از دست داده است. لایه‌های متفاوت احساس گناه و خجالت مورد پردازش قرار گرفتند تا بیمار بتواند انجام موفق یک درمان را پذیرا گردد.

آقای آرتور Y علیرغم میل باطنی، موانع درونی زیادی در رفتن به استخر دارد. مخصوصاً شنای عریان لذت بدنی خاصی به او می‌دهد. او از این احساس خجالت می‌کشد.

در جلسه آخر و در کش و قوس پیرامون این موضوع در مشخص شد که من نیز شنا را دوست دارم، بدون آنکه این کار بطور واضح مورد تأیید واقع شده باشد. بیمار چنین وانمود می‌کرد که گویی او برای تماس بدن و پوست با آب باید خجالت بکشد. من به او متذکر می‌شوم که او از نظر مثبت من درباره شنا و آب آگاه شده است. آقای آرتور X از این بابت به هراس می‌افتد:

ب: امیدوارم اینجور نباشد که شما نیز بدون لباس شنا می‌کنید، من به این مسئله زیاد فکر کردم و مدت زیادی تردید داشتم که این مطلب را اینجا بازگو کنم یا نه. به نظر من اگر چنین باشد: شما نیز فرد خوک‌صفتی هستید مثل من.

ر: وقتی شما و من در آب شنا کنیم، با یکدیگر مرتبط می‌شویم، نگرانی شما به تماس مربوط می‌شود.

ب: اینکه در این صورت فاصله‌ای بین ما نخواهد و من باز به این سوال بر می‌گردم که چرا من این قدر محتاطانه عمل می‌کنم؟

بیمار به موضوع تماس و اشتراکی برمی‌گردد که وقتی با یکدیگر در آب باشیم، ایجاد می‌شود.

ر: فاصله کاملاً از بین نمی‌رود، چون هر کس پوست و حد و مرز خودش را دارد.

ب: صحبت‌های ما برای من کاملاً غیرجالب است و به مخدوش کردن فاصله منجر می‌شود.

آقای آرتور Y متذکر می‌شود که او در درمان‌های قبلی بواسطه فاصله تا حدودی احساس امنیت به دست آورده است.

ب: خیلی ساده به این دلیل که به خودم گفتم، هر چقدر با این پزشکان و دانش تخصصی آن‌ها فاصله بگیرم، شانس من برای سالم زندگی کردن بیشتر می‌شود.

ر: به همین میزان در وضعیت پائین تری نیز قرار می‌گیرید. این امید وجود دارد که هر چقدر بیشتر شگفت زده شوید، شانس بیشتری نیز برای به دست آوردن خواهید داشت.

ب: آن‌ها اما تلاشی برای تغییر اوضاع نکردند، اما شاید در حق آن‌ها (درمانگران قبلی) بی‌انصافی بخرج می‌دهم.

ر: حفظ تعادل قبلی به نوعی آرام بخش است، حتی اگر هزینه زیادی داشته باشد.

* Closeness and Homosexuality
Nähe und Homosexualität

● این مداخله مربوط به شروع جلسه‌ای می‌شود که بیمار مطرح کرد برای او ساده نیست، از الگوهای رفتاری که به آن‌ها عادت کرده دست بردارد.

قرار یک جلسه با رئیس جهت تقسیم کار جدید، به نگرانی غیرمنطقی و وخامت علایم در بیمار منجر شد. آقای آرتور Y از محبت و حسن نیت رئیس‌اش اطمینان خاطر دارد. او از رقبای خود برتر است و کارآیی اقتصادی بالایی دارد.

ب: به‌لحاظ روحی فکر می‌کنم موقعیت خود را از دست خواهم داد و یا دچار محدودیت‌های زیادی خواهم شد. من می‌دانم که رئیس به نظر من اهمیت می‌دهد و مرا به‌عنوان شریک تلقی می‌کند. با این وجود احساس درماندگی می‌کنم، مثل یک توپ بازی قدرت‌های بیگانه. بیمار حتی می‌ترسد در صورت ابراز مخالفت، رئیس او را اخراج کند. همه علایم وسواس و ترس‌ها وخیم‌تر شده‌اند.

ب: من احساس می‌کنم، سوژه نیستم، بلکه یک ابزار هستم.

پس از تشریح مشکلات محتوایی در تقسیم کار جدید، روشن می‌شود که رقابت بین او و همکاران دیگر به دلیل آنکه وی می‌خواهد موقعیت کاری خود را ارتقا بخشد، شدت یافته است. او می‌خواهد از فشارهای بیشتری که بر وی وارد خواهد شد، به نفع خود بهره جوید. بیدار شدن زود هنگام وی از خواب برای او زجرآور شده است. او در حالی که عرق می‌کند از مقابله با چالش‌های روزانه می‌هراسد.

ب: از ناکامی می‌ترسم، اضطراب از تخیلات، اضطراب از افکار وسواسی که می‌توانند آنقدر قوی شوند که قدرت تحرک را از من بربایند، از اینکه دیگران بگویند یک کمبودی دارد. . . با وجود آنکه من در طی ۲۵ سال گذشته، خلاف آن را ثابت کرده‌ام، می‌ترسم از اینکه هیچ و پوچ باشم. این حال را به هم می‌زند. مثلاً من تلاش کردم بی‌قراری‌ام را خودم آنالیز کنم تا از این شرایط خارج شوم. در اینجا به آموزگارم برخورد می‌کنم که تقریباً به من تجاوز کرد، من انزجار خودم را حس کردم، زمانی که با صورت مشمئزکننده خود به من نزدیک می‌شد، با دهان تهوع‌آور و دندان‌های بدریخت‌اش. من به این مسئله فکر کردم که افکار خون و کشتن حیوانات، بخصوص خوک‌ها در من باید یک دلیلی داشته باشد. من به یاد این مرد می‌افتم که احتمالاً یک خوک بدریخت بود، اما در نگاه من یک پیکر انزجارآور بود. اگر من قدرت آن را داشتم، احتمالاً این مرد را مثل یک خوک در کشتارگاه خوک‌ها می‌کشتم.

محتوای اضطراب بیمار آن است که سرنوشت او به یک جانی جنسی ختم شود. اضطراب با دیدن یک فیلم جنایی و همانندسازی با نقش یک بازیگر بروز می‌کند (م. فصل ۹). بیمار در تداعی‌های

خویش به آموزگار و بازیگر و برخی صحنه‌های فیلم می‌رسد. من موضوع شباهت آموزگار و بازیگر را مطرح می‌کنم تا بدینوسیله تعبیر انتقال را زمینه‌سازی نمایم. بیمار فرضیه را تأیید می‌کند.

ب: بله، من در دنیای فکری خودم متوجه این مطلب شدم، البته دوباره آرام شدم که به خواب رفتم، به خودم گفتم که تجربه با این مرد آنقدرها هم بد نبود. من همشاگردی‌هایی دارم که می‌گفتند او مرد بدی نیست. او نظر بدی ندارد و فقط می‌خواهد ما را دل‌داری دهد. اما من از این مرد خیلی می‌ترسیدم و ترسم را سرکوب کردم و نتوانستم در سال‌های اخیر آن را از خودم بیرون کنم.

د: الان یک عامل بروزدهنده مهم وجود دارد. شما در اینجا به من اعتماد کردید. در ارتباط با لذت از شنای بدون لباس درباره من به نظرتان رسید: این خوک صفت نیز ممکن است بدون لباس شنا کند و مرا جهت لذت جسمی به انحراف بکشانند.

ب: که این جور (می‌خندد).

د: شما در اینجا به من اعتماد می‌کنید. ممکن است از رابطه سوءاستفاده شود و به رابطه هم‌جنس‌گرا ... تبدیل شود. . . دو خوک با هم.

ب: بله، بله، درست است. من فکر می‌کنم که بعضی وقت‌ها شما را مثل آن آموزگار تجربه می‌کنم. الان این مسئله برای من خیلی روشن می‌شود و صحبت درباره آن برای من ناگوار است.

د: موضوع آن است که آیا شما بدون تجاوز به مرزها و بدون سوءاستفاده چیز خوبی تجربه خواهید کرد.

ب: اینکه من شما را مثل آن آموزگار می‌بینم، مرا سردرگم می‌کند. من نامطمئن می‌شوم و ترس در من ایجاد می‌شود. چون اگر مشخص شود که شما هم مثل او هستید، مثل آن زمان درمانده و مستأصل خواهم شد. در این صورت دیگر باید سرنوشت مرا به دست اتفاق سپرد.

د: نه اینگونه نیست، چون شما آنگونه که به آموزگار وابسته بودید به من وابسته نیستید. شما در موقعیت و شرایط دیگری بسر می‌برید. هنوز نوای آن به گوش می‌رسد که شما وابسته هستید و نمی‌توانید دندان‌های مرا خرد کرده و مرا چون یک خوک به کشتارگاه ببرید.

آقای آرتور Y در ادامه و با اصرار زیاد صورت نتراشیده آموزگار را به یاد می‌آورد و اینکه چقدر ریش‌های او بیمار را آزار داده بود. برای اولین بار تخیل فرو بردن چاقو در گلوی چاق او ایجاد می‌شود. در ارتباط زمانی و موضوعی با این تجربه، بیمار بروز نخستین ترس‌های نوروتیک را بیان می‌کند.

ب: وقتی ۱۲ یا ۱۳ ساله بودم و در یک رمان جنایی خواندم که مردی با ضربه چاقو از پشت به قتل می‌رسد، اضطراب زیادی در من به وجود آمد که ممکن است من نیز چنان کنم. من کتاب را پاره

کردم، در توالی انداختم و سیفون آن را کشیدم. همین دوران بود که من با آموزگارم آن مشکل را داشتم. اضطرابم از بین رفت. شاید من احساس کثیف بودن داشتم، شاید من هم انگیزه‌ای داشتم، به نوعی، چطور بگویم، تسلیم این مرد شوم، البته نه به این شکل. اما به هر حال چندین سال از این مطلب گذشته و نباید مرا مثل روزهای اخیر به خود مشغول کند. این احساس زجرآوری بود.

د: بله، چند سال گذشته. موضوع از طریق درمان دوباره زنده شد، توسط مراجعه شما، موضوع این است که شما با یک مرد دیگر چگونه کنار خواهید آمد. آیا شما هنوز همان موجود کوچک وابسته هستید که نمی‌تواند از خود دفاع کند؟ فقط زمانی دوست داشته می‌شوید که تسلیم شوید و یا اینکه اجازه دارید تردید و نارضایتی خود را بیان کنید و چیزی بخواهید؟

● همانگونه که از متن تعبیر پیداست، روانکاو حاد شدن مشکلات قدیمی در انتقال را مورد تأکید قرار می‌دهد. سوالات مطروحه بطور غیرمستقیم به بیمار جرأت بررسی نقادانه مشکلات قدیمی و کنونی را می‌دهد. پاسخ‌هایی به بیمار داده می‌شود که به او فاصله و بدین ترتیب تجربه تازه‌ای در روابط بینا انسانی با روانکاو اعطا می‌کند. بدین معنا تعبیرهای زیادی اجزای تلقینی دارند که البته از درگوشی‌های ساده که اعتبار تلقین را از بین برده‌اند، متفاوت است. همانگونه که در جلد مبانی گفتیم، در اینجا بیمار جسارت آن را پیدا می‌کند تجربه کنونی خود را مبنای تعمق درباره گذشته قرار دهد.

۴-۶ مقاومت و اصل امنیت*

در جلد مبانی (۴-۶) ما به مقاومت هویت و اصل امنیت، یک تعریف، فراسوی تعریفی که اریکسون در این زمینه ارائه داده بود، اطلاق کردیم. در بُعد توصیفی مشابهت‌هایی با دفاع خودشیفتگی وجود دارد. این مفهوم البته در تئوری اقتصاد غریزه که اکنون دیگر قابل دفاع نیست، ریشه دارد. در مقابل، مقاومت هویت در چارچوب نظری جامعی قرار دارد که شناخت‌های مدرن روانشناسی اجتماعی درباره تکوین احساس عزت نفس و احساس خود را مد نظر دارد، بدون آنکه اهمیت ارضای غرایز برای هویت شخصی را از نگاه دور بدارد.

امنیت و احساس خویش در مسیر ارضای نیازهای متنوع و در حالت مطلوب در ارتباط متقابل با یکدیگر شکل می‌گیرند. در مفهوم یاد شده، یک تجربه کلی در لحظه ارضای یک نیاز مشخص تحقق می‌یابد؛ مادام که این ارضا توأم با شناسایی و تأیید باشد.

* Resistance and the Security Principle
Widerstand und Sicherheitsprinzip

کوهوت بر این مطلب توجه خاص داشت و بدینوسیله تجدید نظر تئوری ابژه‌های جزیی و اصلاح تکنیک درمانی روانکاوی را هموار نمود.

مقاومت هویتی قوی نزد انسان‌هایی مشاهده می‌شود که نسبت به بیماری خود بینش ندارند. به همین نسبت تمایل به درمان نیز کمتر یافت می‌شود.

ما در اینجا شاهد اوضاع برعکسی هستیم: محیط رنجور است و وابستگان تلاش می‌کنند عضو خانواده فاقد بینش را نسبت به تغییر ترغیب کنند. اما چگونه باید فردی را که با شرایط خود راضی است و فکر می‌کند سالم است، اما اطرافیان او را بیمار و دیوانه می‌دانند، به جلسات درمانی کشاند که از منظر آن فرد حداکثر تغییرات ناگوار در پی خواهد داشت؟

در مقاومت هویتی، توان انسان در جهت اثبات خویش به هر قیمت خودنمایی می‌کند، حتی به قیمت نادیده گرفتن اصل بقای بیولوژیک.

شاید به همین خاطر بود که فروید (۱۹۴۰) همانند گذشته به «خود» وظیفه بقای خود را اطلاق نمی‌کرد، بلکه از اثبات خود سخن می‌گفت. چنین توانمندی پیش‌شرط آن است که اثبات خود در تحقق ایده‌آل‌ها فرای بقای زندگی قرار بگیرد و خود را برای اهداف خوب قربانی سازد، این امر مبتنی بر فرآیندهای تصمیم‌گیری است که در آزادی انسان ریشه دارد. البته آنچه ما در مقاومت هویت با آن برخورد می‌کنیم، نوع دیگری از اثبات خویش است. در اینجا دلایل کافی در دست است که ربطی به آزادی ندارد، حتی چنانچه فرد مربوطه این مسئله را نپذیرد که بیمار، اسیر و نیازمند به کمک است.

جنبه‌های اخلاقی و فلسفی

مقاومت هویتی و اصل امنیت نه تنها موضوعات پیچیده تکنیک درمانی ایجاد می‌کنند، بلکه مشکلات اخلاقی و فلسفی نیز به وجود می‌آورند. چه کسی این حق را به ما می‌دهد که انسانی که خود را بیمار نمی‌انگارد تحت درمان قرار دهیم؟ یک بن‌بست به وجود می‌آید: این امکان بیش از همیشه رو به کاهش می‌گذارد که مثلاً یک بیمار مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی را آنالیز غیرهدفمند کرده و از مداخلات پرهیز نماییم، وقتی می‌بینیم، بقای او به خطر افتاده و امکان مرگ وجود دارد. به ویژه در درمان این بیماری به مشکلات اساسی برخورد می‌کنیم که راه برون‌رفتی از آن متصور نیست: نوعی دوگانگی فلج‌کننده که کیرکگارد در تفاسیر فلسفی - مذهبی خود از آن به‌عنوان "بیماری مرگ" یاد نموده است. از دید روانکاوی تردید به‌عنوان بیماری مرگ، در خود قرار دارد. بدین ترتیب به جملات کیرکگارد یک معنای روانشناختی عمیق اعطا می‌کنیم: چنانچه یک نفر

درباره میل و خواست خود تردید نکند، میل و خواست خود را دچار تردید خواهد کرد (نقل قول ۱۹۵۷، ص: ۸). تقارنی که کیرکگارد به وجود می‌آورد، حالت بن‌بستی است که بسیاری از انسان‌ها در آن قرار دارند. مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی مزمن اطرافیان خود را شدیداً به علت پابندی به «تصویر خود» مورد علاقه‌شان تحت تأثیر قرار می‌دهند. درمانگر به عامل وسوسه‌برانگیزی تبدیل می‌شود تا «تصویر خود» دیگری در بیمار ایجاد کند که البته با اراده مخالف بیمار برخورد خواهد کرد. تردید و انشقاق میان دو «تصویر خود» به جریان نمی‌افتد، بلکه میان بیمار و اطرافیان او. پس ما چگونه و با کمک کدام ابزار روانکاوی می‌توانیم مداخله نموده و به جنگ با بیماری پردازیم که تصویر بدنی منحصربفردی را برای سالیان متمادی به طبیعت دوم خود تبدیل نموده و روانکاو را به‌عنوان عامل اختلال می‌بیند؟ در معنای لغوی، مقاومت هویتی در اینجا با نوعی تعادل همراه است که توانسته برای سالیان و یا حتی دهه‌های دراز پایدار بماند: این هویت به طبیعت دوم تبدیل شده است.

نمونه

خانم کلارا X در جلسه ۴۲۷ یک فتوکپی از "جلوس مریم" اثر نقاش معروف روزتی را به همراه می‌آورد که برای مدت طولانی او را به خود مشغول کرده بود. مریم در این تصویر کاملاً بی‌رمق به نظر می‌رسد. اینکه بیمار این تصویر را بازتاب وضعیت خود می‌بیند، از امضایی مشخص می‌شود که پایین آن کرده است: مریم به‌عنوان بیمار مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی. خانم کلارا X درباره یک چهارراه صحبت و وضعیت خود را چنین تشریح می‌کند: او هنوز آنجا نشسته و البته مردد (مثل مریم).

افکار حول و حوش تصویری از یک فرشته دور می‌زند که بالای آن تابلوی چهارراه نشسته و راه درست را نشان می‌دهد.

ر: به فرشته، فرشته‌هایی که اینجا نشسته‌اند و به خودتان یک شانس بدهید.

ب: همین اواخر هنگام غروب فرشته‌ای را می‌دیدم که آنجا نشسته و من کماکان به عادات رفتاری خودم پایبند بودم. فرشته لبخندی بامزه و در ضمن غریب داشت، چرا چنین می‌کنی؟ من باید خودم را حرکت دهم تا خسته شوم و بتوانم در حالت خواب آلودگی نزد فرشته بمانم. فرشته می‌گوید در آن مسیر یک کوه واقعی ژل قرار دارد، مثل آنچه در سرزمین رویاها وجود دارد. آنجا باید تا سر حد توان بخورم.

خانم کلارا X تمام علایم حال به‌هم خوردگی را نشان می‌دهد.

من این تصویر را تبلور جنگ قدرتی ارزیابی می‌کنم که ما در حال انجام آن هستیم.
خانم کلارا X در اشاره من به جنگ قدرت نوعی تضاد می‌بیند، بدون آنکه به توصیف دقیق‌تر آن
بپردازد.

● موضوع جنگ از ابتدا نقش مهمی داشت. خانم کلارا X از این بابت عصبانی بود که از همان
گفتگوی اول یک جنگ قدرت شدید را پیش‌بینی کرده بودم. این جنگ در هفته‌ها و ماه‌های
گذشته شدت یافته بود. این جنگ در چهارراهی که بیمار برای خود متصور می‌نمود، جریان داشت.
در این استعاره یک فرشته مهربان پیکر انتقالی مادران‌های را نمایش می‌داد که بیمار دوست داشت
روی زانوی او بنشیند، اما همزمان این وظیفه را به‌عهده داشته که بی‌اشتهایی عصبی را که به طبیعت
ثانی بیمار تبدیل شده بود را از بین ببرد.

علاقه اصلی من به بیان خویش بیمار، یعنی مبارزه برای حفظ هویت خویش و اکنون به چهارراه،
به‌عنوان یک شروع تازه، معطوف بود.

ب: بله، این موضوع امروز صبح هم مرا به خود مشغول کرده بود. من می‌خواهم بدانم که چه کسی
در مقابل چه کسی و چه چیزی...

ر: هوم.

ب: در اصل نمی‌خواهم مجبور باشم بر علیه خودم بجنگم، بر علیه بخش‌هایی از خودم. الان حالت
مسخره‌ای دارم. من دارم با این فکر خو می‌گیرم که روزها تلاش کنم بیشتر بخورم، و این کار را
انجام می‌دهم. غالباً بیشتر از این هم می‌شود و میل به کیک و یا چیزهای مشابه نیز پیدا می‌کنم. من
چیزهایی از شیرینی‌فروشی می‌خرم. اما بعداً این احساس را دارم که کار درستی انجام نمی‌دهم. کیک
سالم‌ترین تغذیه نیست. من زمانی که اشتها به این چیزها پیدا می‌کنم، احساس خوبی ندارم. تاکنون
این مشکل را اینگونه حل می‌کردم که روزها اصلاً به موضوع غذا و تغذیه فکر نمی‌کردم. در این
صورت فکرم برای موضوعات دیگر آزاد می‌شد. این مطلب در ادبیات مربوط به بی‌اشتهایی عصبی
نیز مکرر آمده است و من با احساسات مخدوش و با علاقه زیاد آن را می‌خوانم. اینکه افکار بسیاری
از مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی غالباً حول و حوش غذا دور می‌زند، و من تحقیرآمیز تلقی می‌کنم،
از دست این افکار رهایی پیدا کردم.

● واقعیت آن است که در موارد گرسنگی مزمن و سخت، حالتی پیش می‌آید که بیمار تشریح
کرده بود، یعنی آزاد شدن فکر برای موضوعات دیگر. او توانسته بود ارضای گرسنگی خود را بطور
زمانی و مکانی محدود ساخته و به خوردن بیسکویت شبانه اکتفا ورزد.

● روشن است که در اینجا باید به مشکلاتی اشاره شود که تغییر رفتار خانم کلارا X به‌همراه خواهد
داشت: به نظر او تحقیرآمیز است که باید دوباره با موضوع غذا و مسائل مربوط به آن درگیر شود.

ب: در این صورت من بسیار سریع به نقطه‌ای می‌رسم که باید به خانه‌داری و خرید فکر کنم. مزخرف. من به چیزهای دیگری هم علاقه مندم که مرا بیشتر ارضا می‌کنند. بله، فعلاً اینجوری است که من با این موضوعات درگیر هستم، هوم، صبحانه از خانه با خودت برمی‌داری، یا چیزی می‌خوری، یا چه خواهی خورد، یا به دخترت چه چیز خواهی داد؟ من این وضعیت را به مشکل تصمیم‌گیری تبدیل می‌کنم و در این زمینه زجر مصمم میان آری و نه، خوب و بد را تجربه کنم. بعد از این کار سیر می‌شوم، اما چرا نباید تلاش کنم با اشتها و با لذت غذا بخورم. دیروز صبح به نقطه‌ای رسیدم که فکر کردم، هوم. . . بعد دوباره تمام شد.

د: بله، نیاز درونی در این تغییر بزرگ است. شما می‌دانید که گرسنگی و اشتها تغییر می‌کند و حالا با غذا اشتها پیدا می‌کنید. ظاهراً قبلاً شما آزادی بیشتری داشتید که من برخلاف شما از آن به عنوان آزادی ظاهری صحبت می‌کنم. اما شما از این طریق خیلی چیزها را از سر خود باز کرده بودید. خیلی مشکل است که دوباره شروع کنید.

ب: بله، این یک آزادی صوری است. من از خودم سوال می‌کنم که عادت خواهم کرد در ساعاتی خاص خیلی ساده غذا بخورم. حتی زمانی که به آن فکر می‌کنم، حالم خراب می‌شود. من تلاش کردم حداقل در طول روز چیزی بخورم. به همین خاطر تعجب کردم که وزنم کم شد. آیا این نشان ترس از حریص شدن و یا چیز دیگری است؟ از طرف دیگر من واقعاً حس مثبتی به زندگی دارم و مایلم خیلی کارها انجام دهم، میل دارم که صبح‌ها از خواب بلند شوم. وضعیت سال گذشته من که شما حتماً آن را بخاطر می‌آوردید، زمانی که همه چیز در اطراف من کسالت‌آور و بی‌معنا بود، سپری شده.

بیمار سپس برنامه شتابزده روزانه خود به عنوان زن خانه‌دار و مادر و نارضایتی خود از این وظایف را تشریح می‌کند. الان وارد زندان می‌شوم، پختن غذا، خواباندن بچه، و بعد احساس می‌کنم زندانی شده‌ام!

اما دوباره یک رویای روزانه عالی از راه می‌رسد که می‌توان آن را اینگونه ارزیابی کرد که بیمار به کمک یک فرشته خوب که خود آن را تجسم نموده به هویت تازه‌ای دست می‌یابد. در مرکز ثقل داستان مادر او قرار دارد که با وقت کافی منتظر فرزندان خود است که به خانه بیایند، فرزندان که با آنان هم‌نوا و از درون دلبسته است. بیمار بطور داستانی یک روز با مادرش را توصیف می‌کند. خانم کلارا X شک دارد که آیا من به عنوان یک مرد احساس خوشبختی بی‌نهایت را درک می‌کنم یا نه. او خود از دقت زمانی، قانونمندی و ریتمی که باید در زندگی روزانه رعایت کند، عصبانی است.

ب: بوم، بوم، بوم، همسر من دوست دارد همانطور که در محل کارش همه چیز با نظم و قاعده پیش می‌رود، در خانه هم همین طور باشد. چنین انتظاراتی عمیق‌ترین ترس و بی‌میلی را در من ایجاد می‌کنند. من نمی‌توانم منظورم را بفهمانم. شما متوجه نمی‌شوید. وحشتناک است.

د: من فکر می‌کنم، بتوانم درک کنم، البته واضح است که شما شک دارید، چون من هم در اینجا با بوم، بوم زندگی می‌کنم، وقت جلسات و رعایت زمان. وقتی مقدمه جلسه را برنامه‌ریزی می‌کنم، وقت تمام می‌شود، این منطبق با رویای روزانه نیست، بلکه یک اختلال است. این نوع رعایت زمان که به من تحمیل می‌شود، چنانچه آن را از زاویه آن تصویر دلنشین ببینیم، نوعی اختلال است.

ب: منظور من این است که تصورات تخیلی من فقط با شروع و ختم جلسات در اینجا ارتباط دارد؟ این برای من...

د: البته من فقط به ابتدا و انتهای جلسه کار ندارم، در بین اینها باید کارهای زیادی انجام شود. اینکه دستیابی خانم کلارا X به تصویر جدیدی از خویش تا چه اندازه مشکل است، بخش‌هایی از جلسات بعدی نشان می‌دهند. من نمی‌توانم آنجور که بیمار می‌خواهد بی‌منظور باشم. بهر حال مقایسه تصویر زیبایی که خانم کلارا X از خود ترسیم نموده با واقعیت زندگی، وی را شدیداً جریحه‌دار می‌نماید.

بدن و ظاهر خانم کلارا X در حسی که وی از خود دارد ایده آل است. او احساس خوبی دارد. او از این می‌ترسد که مثل یک غاز چاق و چله باشد و نتواند "از میله‌های زندان" عبور کند. من سوال می‌کنم که تصویر غاز چاق چگونه پدید آمده است. بیمار تأکید می‌کند که نقطه معیوب زندان است. او شک دارد که آیا یک مرد می‌تواند این را درک کند که یک زن وظایف خانه‌داری را مثل زندان تجربه می‌کند یا نه.

د: پس شما در حالی که لاغر می‌مانید، اعتراض خود علیه همسران را بیان می‌کنید. البته در اینجا در برابر جنبه شکلاتی خود نیز می‌جنگید.

من جنبه‌های واقعی مشکلات او را به صراحت مورد تأکید قرار می‌دهم. عدم پذیرش و جریحه‌دار شدن به عنوان یک مرد آهنین، بدانجا منتهی شده که بیمار از وضعیت خود به عنوان ابزار مبارزه استفاده می‌کند. او بدین ترتیب نوعی اثبات خویش پیدا کرده و بدان بسیار پایبند است. هر نوع تغییر به آنجا ختم خواهد شد که او به خود رسیدگی کند و مرد آهنین نباشد. او هویت چند دهه‌ای خود را از دست خواهد داد و بدین ترتیب از خودش راضی خواهد شد.

● من به نقاشی آبرنگی اشاره می‌کنم که بیمار چندی قبل به من هدیه کرده بود. در تصویر دایره‌ای شکل، دخترانی در یک بافت گل رژ با یکدیگر پیوند خورده‌اند که سینه‌هایشان توسط رنگ آمیزی برجسته هستند. اما باید احتیاط بخرج داد. سیر بعدی جلسه و آنچه بیمار از آن دریافت نموده،

حساس بودن وی را نشان می‌دهد. من وسوسه شدم که تصویر مرد آهنین خانم کلارا X و دختران رژی را برابر یکدیگر قرار دهم، بدون آنکه در این لحظه به این موضوع فکر کنم که تفاوت دارد که یک بیمار تصویر منفی از خویش را بر خود حک می‌کند و یا روانکاو همان توصیف را بکار می‌برد. زمانی که دو نفر یک کار انجام می‌دهند، الزاماً یکی نیست.

● از بخش‌های پائین متوجه می‌شویم که نقاشی‌ها و هدیه‌های او همچنین دارای یک عملکرد تعاملی هستند. از این طریق من بر زندگی درونی و پیکره‌های تصویرگونه تأثیر می‌گذارم. بدین ترتیب دوباره به سوال اساسی درمانی می‌رسیم: روانکاو برای تسهیل تغییرات چکار می‌تواند انجام دهد؟

ب: من نمی‌خواهم که همسر من این تصویر را ببیند. من این را نقاشی کردم و آن را لوله کردم تا او نبیند. من حس می‌کنم که چنین تصویری در نگاه او مشمئزکننده است.

ر: اما شاید ترسیدید که او بعداً نظری بدهد. او ممکن بود مقایسه کند.

ب: او شاید می‌گفت، دیوانه شده‌ای، حالا دیگر تصاویر زنان عریان را نقاشی می‌کنی!

بیمار جلسه بعدی را با این مطلب شروع می‌کند که حالش خوب نیست: "شما مرا به عنوان مرد یا زن آهنین با تصویر دختر رژی که از خودم است، مقایسه کردید." او مقایسه را دوست ندارد، یک اقدام تربیتی رایج.

ب: والدین می‌گویند وقتی ما هم سن تو بودیم، این و آن کار را می‌کردیم. مقایسه آدم را اذیت می‌کند.

ر: چه چیزی الان شما را آزار می‌دهد، اینکه شما همچنین زن رژی هستید؟

ب: اینکه شما از زن رژی بیشتر خوشتان بیاید.

ر: بله، بله، شما در مقایسه، کمبود خود را به یاد می‌آوردید.

ب: نه، مسئله این است که شرط و شروط گذاشته می‌شود. من حس کردم آرزو، خواهش و یا سوالی در کار است، کاری که به نظر من لطیف نیست. آیا می‌توانید تصویر را یک بار دیگر با خودتان بیاورید تا من از آن یک فتوکپی بگیرم؟ من آن را به شما هدیه دادم. به نظرم پس گرفتن کار خوبی نیست. کمی لجاجت در کار است. هنوز آن نقاشی مال من است.

بیمار دوباره تأکید می‌کند:

ب: کمی لجاجت در کار است. آن نقاشی مال من است.

ب: عالی، هوم. بدین ترتیب نمی‌توان از آن نقاشی دیگر بر علیه خودتان استفاده کرد. شما فکر می‌کنید که من از آن علیه شما استفاده کرده‌ام و الان این جور است: اگر شما از آن کپی بگیرید، می‌توانید خودتان هم از آن استفاده کنید. من نقاشی را به عنوان یک تصویر میان خودم و شما می‌بینم

و نه به عنوان مال شخصی خودم. من در آن تصویر شما و نیز تصویر آرزویی شما از خودتان را می بینم.

ب: بله حاوی هر دو چیز است، در لحظه ای که آن را به شما دادم، نیت من هدیه دادن بود (پس از مکث طولانی). در حال حاضر فکر نمی کنم که آن تصویر برای من جنبه ایده آلی داشته باشد.

د: فعلاً این احساس غلبه دارد که شما آنجور که هستید، پذیرفته نمی شوید و این بد است که شرط و شروط گذاشته می شود. اما اگر شما نوع دیگری مورد پسند واقع شوید، به معنای رد کردن شما نیست. البته من فکر می کنم که شما خودتان هم از جنبه شکلاتی، بیشتر از اسکلتی که هستید خوشتان می آید. آنچه شما در مورد خودتان گفتید را به خودم نیز ربط می دهم. اما من درمانده هستم.

ب: این درست نیست که کاری از شما بر نمی آید. شما وانمود می کنید که هیچ یک از حرف های شما ثمر ندارد.

د: بله، من کاری نمی توانم انجام دهم، مگر اینکه شما چیزی را قبول کنید. و البته به این نیز بستگی دارد که من آن چیز به را کام شما خوش کنم. من همان زمانی که بخواهم آن را به کام شما خوش کنم، مشکل شروع می شود. این جنگ سخت است، در حالی که به نظر من شما زمین حاصل خیزی هستید و می توانید پر ثمر باشید. چطور بود که شما کمی قدرت خود را از دست می دادید، اما آن را نه به عنوان فقدان قدرت، بلکه ازدیاد قدرت از نوع دیگر می دیدید؟ طبیعی است که انسان حساس و حساس تر می شود، زمانی که نیاز دارد، آن را نشان می دهد، اما شناخته و ارضا نمی شود. خیلی بد است.

● در این لحظه به بیمار فرصت آن را می دهم که در انتقال متقابل من سهم گردد (م. ۴-۳). شرکت بیمار در انتقال متقابل تکیه گاه نجات درمانی برای هر دو طرف است: من می دانم و حس می کنم که اقرار باز و صادقانه بیمار در مورد درماندگی خود، جنبه های دیگری را در وی فعال می کند. خانم کلارا X نیز در جستجوی مرد درمانده و اخته نیست، چون در غیر این صورت خودش نابارور می ماند. مشکل درمانی آن است که موضوع وحشتناک را چنان به کام نشانیم، که حرف و عمل نه با امر وحشتناک و نهایتاً مرگ یکسان گردد، بلکه با زندگی عجین شود. تبدیل "نه" مخرب به "بله" سازنده، به معنای شناسایی غرایز و زمانبندی آن هاست. البته نه گفتن به ذات انسانی مربوط می گردد، اما هیچ موجودی به عنوان گوینده "نه" مخرب از آسمان به زمین نیافتاده است. با وجود آنکه فلاسفه و روحانیون چیزهای زیادی در مورد نفی گفته اند، نیاز هست که مطالعات روانکاوی زیادی انجام شوند تا نفی گرایی بیمارگونه توضیح داده و فهمیده شود. پرخاشگری خود در منفی گرایی بیمارگونه شکل مخربی به خود می گیرد. همزمان انکار می شود که "ابژه" مورد اصابت

قرار گیرد. به همین ترتیب مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی، همانند دیگر نه‌گویان، خطر مرگ را انکار می‌کنند.

ب (پس از مکث طولانی): به نظرم روشن می‌آید. اما واقعاً نمی‌توانم چنین تصویری داشته باشم. ر: اینکه موضوع واضح است، خوب است. در این لحظه میان من و شما تفاوت در میزان قدرت وجود ندارد. البته من چیزی عرضه کردم، اما به محض آنکه به نظرتان واضح آمد، آن را صاحب و پذیرا شدید. پس برای یک لحظه ما، هم نظر و همسو هستیم. طبیعی است که می‌توانیم از این نزول کنیم. می‌توان گفت چیزهای قشنگ‌تری نیز وجود دارد.

ب: به این فکر نکرده بودم. آنقدر احساس زیبایی است که نمی‌توانم باور کنم. نمی‌تواند حقیقت داشته باشد. در آن پشت ۳/۵، ۵ وقتی و ۵ شرط و شروط دیگر به کمین نشسته‌اند که البته فعلاً بیان نمی‌شوند، اما وجود دارند.

تفسیر: روانکاو تلاش زیادی برای دستیابی به تغییر انجام می‌دهد. این رفتار تأثیر نابیایی دارد. خانم کلارا X اهداف "تربیتی" روانکاو را مورد انتقاد قرار می‌دهد، بر این مبنا که او به جنبه دیگر خود بیمار اطمینان کافی ندارد. همچنین اقرار به استیصال با این هدف درمانی انجام می‌شود که بیمار به تعمق درباره نقاط قوت خویش ترغیب گردد و تا حدودی گذشت بخرج دهد.

۵ تعبیر رویا

Interpretation of Dreams Traumdeutung

مقدمه

۱-۵ بیان خویش در رویا

۱-۱-۵ فویبای بدریختی و تنش‌های حرکتی سر و گردن

۲-۵ یک سری رویا

۳-۵ رویای یک علامت

۴-۵ درباره ریشه‌های روانی

مقدمه

اهمیت رویا در تکنیک درمانی روانکاوی، هم‌سطح انتقال و انتقال متقابل است. خواننده در این کتاب مکرراً با تعبیر رویا به‌عنوان مدخلی بر ناخودآگاه برخورد خواهد کرد. رویا را نباید با ناخودآگاه یکی پنداشت، بلکه همانگونه که فروید مطرح می‌کرد، به‌عنوان شاه‌راهی بسوی ناخودآگاه که در اعماق گم می‌شود.

بواسطه تعبیر رویا نزدیک شدن به تخیلات ناخودآگاه تسهیل و ممکن می‌گردد. تفاسیر ما را به پس‌زمینه‌های نهفته و ناخودآگاه رویا رهنمون می‌سازند. به همین خاطر، دقیق‌تر بگوییم، نه رویا، بلکه تفسیر آن، شاه‌راه رسیدن به ناخودآگاه است.

سری رویاهایی که در پی آورده می‌شوند جزئی از یک فرآیند درمانی است و دربرگیرنده یک مرحله مهم از تاریخچه زندگی و بیماری بیمار است.

شناخت پس‌زمینه‌های مربوط به بیماری و سیر زندگی و تأثیرات آن بر احساس خویش، برای فهم و درک تعبیرات رویا ضروری است.

اطلاعات و بحث‌های مربوط به مواردی که ذکر خواند شد، در خدمت اهداف گوناگون است. بیماری نوروتیک و جسمی بیمار بر نحوه گزارش درباره رویاهای اثر می‌گذارد. بنابراین بهتر است در حین پرداختن به مورد زیر، درباره مشکلات کلی روانکاوی و پزشکی روان‌تنی که فراتر از تعبیر رویا هستند نیز بحث کنیم.

آنالیز نورژر در رویاها عنوان نوشته‌ای است که رانک (۱۹۲۴) ضمن آن یک درمان را در قالب آنالیز خالص رویا معرفی می‌کند. رانک در تعبیر رویاهای زیادی که پس از ۱۵۰ جلسه درمان موفق انجام داد، بین تفاسیر انتزاعی و تعبیرات متکی بر تکنیک درمانی تفکیک قائل نمی‌گردد. ما به این اثر منتشر شده در سال‌های ۱۹۲۰ بدین خاطر اشاره می‌کنیم، چون در مقایسه با این مورد، پیشرفت‌های حاصله در تکنیک درمانی مشخص می‌شوند. به نظر ما حائز اهمیت است که خواننده با مراحل جداگانه کار تعبیر در دیالوگ با بیمار آشنا گردد.

۱-۵ بیان خویش در رویا*

در بخش ۲-۵ جلد مبانی درباره ارتباط مخدوش کلام و تصویر در نظریه فروید صحبت شد. وجه مشخصه این ارتباط تبدیل‌هایی است که از طرفی موجب تفکیک محتوای آشکار و پنهان رویا می‌شود و از طرفی با وظیفه ترجمه درمانی مرتبط است که در خلال آن تصاویر به کلمات و افکار برگردانده می‌شوند. چنانچه فقط محتوای نهفته رویا را مبنای کار با رویا قرار دهیم، نمایش شفاف محتوای آشکار رویا به یک رخداد نسبتاً سطحی شکل‌گیری رویا تبدیل می‌شود. فروید در این معنا از محتوای آشکار رویا به‌عنوان یک تصویرسازی مشخص یاد می‌کند که "بر پایه کلمات بنا شده است." همزمان در بافتاری متضاد گفته می‌شود که ما فراموش می‌کنیم کلمه از کدام تصویر مشخص ناشی می‌گردد و آن را در جایگاه جانشینی در تصویر بازشناسایی نمی‌کنیم (فروید ۱۹۱۷، ص: ۱۱۹). در این بین بوسی (۱۹۸۵) با استفاده از "نظریه گد دوگانه" (پاویو ۱۹۷۱)، نظریه‌ای در برابر تئوری متضاد و غیر قابل دفاع "تئوری زیگ‌زاگ" فروید در ارتباط با کلمه و تصویر ارائه داده است. بدین ترتیب تفکیک میان تصویر رویای آشکار و افکار رویایی نهفته در شکل‌گیری رویا به نفع مراحل تعبیر رویا جابجا شده است. بیان تصویری همان جایگاهی را به دست می‌آورد که در نماد و در تئوری فروید از آن برخوردار بود.

با این اشارات مایلیم خواننده را آماده کنیم که بیان خویش در سری رویاهای نقل شده، متغیرهایی از موضوع با اهمیت تصویر بدن است (م. ۱-۲-۹).

تصاویری که ما از خود داریم و محیط از ما می‌سازد، فقط به خصوصیات شخصی و شیوه‌های رفتاری و یا منش محدود نیست، بلکه همواره به اندام و قواره بدنی ما نیز مربوط می‌گردند. تصاویر خود و

* Self-Representation in Dreams
Selbstdarstellung im Traum

بیگانگان، همانند هویت شخصی شامل تصویر بدنی نیز می‌گردد که به هیچوجه یک لایه نیست، بلکه پیش‌شرط مهم احساس امنیت خود نیز هست.

فراسوی این دیدگاه کلی، نوع علایم بیمار که در سیر درمان آن یک سری رویا را گزارش خواهیم داد، حاوی این مطلب است که تصویر بدن در عمل تعبیر یک نقش عمده ایفا می‌کند. فروید یک توصیه تکنیک درمانی بر این مبنا داد که "خود" رویابین را در شخصی ببینیم که در رویا تحت تأثیر هیجان قرار دارد. در بیمارانی که در تجربه خودآگاه خود نیز نقایص تجسم‌شده بدنی می‌بینند، احتمال می‌رود که این نقایص در ترتیب صحنه‌ها و بدین ترتیب در ایجاد شکل‌گیری در افراد متعدد تقسیم شده‌اند. قبل از آنکه به کمک رویا به "شاه‌راه خودآگاه" قدم بگذاریم و به صحنه‌ها و پیدا کردن راه حل "خود" رویابین برسیم، مفید است مشکلات عام و خاصی را در نظر داشته باشیم که این بیمار خاص داراست.

۱-۱-۵ فوبیای بدریختی و تنش‌های حرکتی سر و گردن*

آقای اریش Y از دوران بلوغ، یعنی از ۲۵ سال پیش از فوبیای بدریختی رنج می‌برد. ۳ سال قبل از درمان تنش‌های حرکتی سر و گردن به آن اضافه می‌شود. گردن کج به میزانی بیمار را نامطمئن ساخته که وی را به خلق افسرده مبتلا کرده است. تعریف فوبیای بدریختی را از تک‌پژوهشی که استرین درباره ترس (اضطراب) انجام داده نقل می‌کنیم:

"فوبیای بدریختی ترس بی‌دلیل از بی‌قوارگی موضعی بدن است. تصورات فوبیک به آن اجزاء بدن مربوط می‌شود که دارای عملکرد تعاملی و زیباشناختی هستند. ترس از ظاهر زشت، ترسناک و تنفربرانگیز تقریباً همیشه به اجزایی خاص محدود می‌شوند و به ندرت تمام بدن را شامل می‌گردد. غالباً ناحیه صورت و نشانه‌ها و علایم جنسیتی در معرض این ترس قرار دارند" (۱۹۸۳، ص: ۱۹۷).

در ادبیات روانکاوی روان‌پویایی تصویر از بدن در ارتباط با تکوین غریزه، یکجانبه مورد توجه واقع گردیده تا تنوع نقایص و بدریختی تصور شده به‌لحاظ ژنتیکی و درمانی قابل بررسی باشد. تقلیل‌گرایی آغازین این پدیده به عقده اختگی، جای خود را به خودشیفتگی داد. بالاخره به این علامت یک عملکرد حمایتی در مقابل آشفتگی سایکوتیک، شبیه به هیپوکندریای مزمن، اطلاق

* Dysmorphophobia and Spasmodic Torticollis
Dysmorphophobie und Torticollis spasticus

می‌گردد (فیلی پوپولوس ۱۹۷۹، روزنفلد ۱۹۸۱). به نظر ما نگرش تعاملی به پیدایش تصویر بدن می‌تواند بسیاری از این معماها را حل کند.

بنابر تجربه ما، فویای بدریختی بدین لحاظ اهمیت رو به رشد پیدا کرده که بیماران قابل توجهی به جراحان پلاستیک مراجعه می‌کنند، چون تصور بدریخت بودن دارند. معمولاً نظر آن‌ها بعد از عمل جراحی در عضو بظاهر زشت، دست نخورده باقی می‌ماند (مستر ۱۹۸۲).

معمولاً در طی زمان، اجزاء اضطرابی از اینکه بخشی از بدن بدریخت است به اشتغال هیپوکندریایی یا وسواسی با کمبود و اصلاح آن که ترس کمتری تولید می‌کند، تبدیل می‌شود. تئوری هویت اریکسون و تئوری خود کوهوت برای درک احساس ناامنی بیماران مبتلا به این فویا کمک بزرگی می‌کند (چی شایر و تومه ۱۹۸۷). در این تئوری‌ها نه بدن، بلکه تصویر از بدن که شکل‌گیری تعاملی آن را شیدلر (۱۹۳۳) به نحو احسن توصیف کرده است، در کانون توجه قرار دارد.

آقای اریش X از دوران بلوغ از یک فویای بدریختی سخت در عذاب بود، یعنی از تصور ناموجهی که بیشتر هیپوکندریایی بود تا فوبیک با این محتوا که چانه‌ی تورفته، بینی کج و کلاً یک سر بی‌قواره دارد. او با مراقبت وسواس‌گونه از موها و بیرون دادن چانه تلاش می‌کرد نقص تخیلی خود را برطرف کند. اعتماد به نفس وی جهت ایجاد ارتباط به‌علاوه بدین خاطر ضعیف بود که وی تصور می‌کرد آلت تناسلی‌اش کوچک است. تصور آخر بدین خاطر در ترتیب یادشده در مکان آخر جای می‌گیرد، چون این بیمار، همانند غالب هم‌رنجان خود، در ابتدا در این باره صحبت نکرد، امری که در فویا و نشانه گرفتن به سوی اعضای دیگر بدن اتفاق می‌افتد. غالباً ترس حیا آنقدر بزرگ است که در حین درمان و در مرحله پیش‌آگاهی به این موضوعات پرداخته می‌شود.

روشن است که اعتماد به نفس آقای اریش X باز هم بیشتر ضربه دید، آن هنگام که یک علامت دیگر نیز اضافه شد که به هیچوجه خیالی نبود: یک تنش حرکتی سر و گردن با حرکت سر به سمت راست. او بخاطر می‌آورد که این وضعیت پس از یک تمرین مراقبه بوجود آمده، زمانی که وی در جستجوی آرامش بوده است. وی به بیماری معنا و مفهوم خاصی می‌دهد و آن را در ارتباط با بحران زناشویی ارزیابی می‌کند. وی متوجه می‌شود که حرکات خود کار سر زمانی تشدید می‌شود که به او نگاه می‌شود و یا او مجبور است عرض اندام کند. ترس حیای موجود ابعاد بزرگی پیدا کرد. به همین خاطر فشار درد بر آقای اریش X شدیدتر شد و واکنش افسره به علامت، یعنی نوع غلبه، درد را بزرگ‌تر کرد.

بیمار ۲ سال بعد از یک روانکاوی موفق، در طی یک بحران زوجی توانایی جنسی خود را از دست داد. در همین ارتباط علامت گردن کج دوباره عود کرد و موجب شروع یک آنالیز جدید شد که به برطرف کردن ناتوانایی جنسی روانی و بهبود اساسی درد گردن کج انجامید.

جهت روشن شدن دلایل متفاوت فوبیای بدریختی و تنش حرکتی سر و گردن لازم است توصیف کوتاهی از این بیماری ارائه شود.

تنش حرکتی سر و گردن، چرخش غیرمعمول و غیرارادی سر است که غالباً با لرزش نیز توأم است که ناشی از فعالیت یک سویه ساقه گردن و ماهیچه‌های پشت است. افزایش تدریجی تحرک هر ماهیچه که پس از چند ثانیه رو به افول می‌گذارد، حرکت‌های کند، قالب‌های حرکتی و مکانی به عنوان اختلال بیش‌فعالی در چارچوب بیماری‌های اندامی قابل تعریف هستند. این حرکت‌ها نه به صورت رفلکسیو از طریق انبساط منفعلانه و نه توسط افزایش تونوس به معنای اسپاستیک در یک اختلال حرکت مرکزی ایجاد می‌شوند.

تنش حرکتی سر و گردن بوسیله‌ی اثرگذاری ارادی بر ماهیچه‌هایی که به نحوه آنتاگونیستی عمل می‌کنند و یا به وسیله فشار متقابل منفعلانه به وسیله یک فرد دیگر و یا خود بیمار قابل کنترل نیستند. این حرکت‌ها در خواب و در ضمن بی‌هوشی ضعیف می‌شوند. این علامت غالباً با حرکت‌های هدفمند، تحریک‌پذیری هیجانی، توجه زیاد و عرض اندام در مراکز عمومی تشدید می‌گردد. بوسیله ابزار و قالب‌های کمکی که نیرویی در آن‌ها استفاده نمی‌شود، بلکه به آسانی و با نوک انگشت قابل کنترل و هدایت می‌باشند، می‌توان از شدت این حرکت‌ها کاست.

همبستگی بروز حاد علامت با عوامل محیطی، یک مشاهده‌ی بالینی مطمئن است که برویتیگام (۱۹۵۶) آن را تشریح نموده است. بسیاری از بیماران در خلوت و دنج طبیعت بی‌علامت می‌شوند. گردش سر غیرارادی مخصوصاً زمانی بروز می‌کنند که ارتباطات چشمی اضطرابی برقرار می‌شوند. مهم آن است که چه جایگاهی به عوامل بروزدهنده اعطا کنیم. بدیهی است که باید میان نظر بیمار و نظر یک فرد متخصص در این باره تفکیک قائل شد. این که افراد مبتلا به این علامت آشکار، احساس ناامنی دارند و هنگام مشاهده توسط دیگران، گردش سر آن‌ها شدت می‌یابد و دچار لرزش خفیف می‌شوند، امری اثبات شده است. در این صورت اضطراب‌های انتظاری ساخته می‌شوند که راه را برای بروز علامت هموار می‌کنند. از نگاه پزشکی می‌توان این بخش از دلیل را به طرق گوناگون تفسیر نمود. به نظر ما سوء تفاهمات زیاد در بحث تفکیک میان عوامل روانشناختی و عوامل جسمی به این دلیل ایجاد شده‌اند که به علت عوامل محیطی این بیماری و بیماری‌های جسمی دیگر، تشخیص نادرست "هیستریک" بر تنش سر و گردن گذاشته شده است.

از همان ابتدا عمده کردن عوامل روانزاد در شکل‌گیری عارضه و سیر بیماری، آن گونه که نظریه‌ی هیستری معرفی می‌کرد، اشتباه بود. در اختلالات تنش اندامی که منشأ مغزی دارند باید ابتدا همبستگی آن با عوامل روانزاد را مشخص کرد (آلکساندر ۱۹۳۵، فارنبرگ ۱۹۷۹، مایر ۱۹۸۷).

◀ بطور جمع‌بندی می‌توان گفت که تظاهر حرکات کردن کج در ارتباط با فشار، مجوز چنین نتیجه‌گیری را به ما نمی‌دهد که با حرکت نمایشی؟؟؟ یا از نوع حرکات خلقی و یا یک حرکات با معنا سر و کار داریم.

◀ فرضیه‌های موجود درباره‌ی بخش‌های روانزاد در سبب‌شناسی و آسیب‌شناسی باید با یافته‌های جسمی همسویی داشته باشند تا بدین وسیله از "یا این یا آن"، یعنی ثنویت جسمی- روانی خارج شویم. در این صورت متخصص مغز و اعصاب هم می‌تواند اهمیت پیش‌دادهای روانی در بیمار را بهتر درک کند.

روانکاو می‌تواند ابزار تکنیک درمانی خود را هر آنجایی بکار ببرد که به علت گرفتار شدن در یک سیکل معیوب، واکنش‌هایی، نظیر اضطراب، شرم و حیا در ابعاد بزرگ نمایان می‌شوند. زیرا در اینجا یک شانس تغییر ایجاد می‌شود، چون شیوه‌های واکنشی کاملاً مشخص و تعریف شده نمی‌باشند. از همان گفتگوهای تشخیصی نخست مهم است که تأثیرات تجربه بر سیر شکل‌گیری علامت را با همکاری بیمار شناسایی نموده، یا به عبارت دیگر نقطه‌نظرات بیمار در این باره را به بحث و تبادل نظر گذاشت. در بیان تخصصی شاید بتوان با کمی جسارت اینگونه بیان کرد که عقده ادیپ نزد مردان هرگز به‌طور کامل از بین نمی‌رود، بلکه فقط "پنهان شده" و مردان در "طول زندگی همواره به‌نوعی در پی غلبه آن هستند" (لووالد ۱۹۸۰، ص: ۳۹). یافته‌های بی‌شماری که گرینبرگ و فیشر (۱۹۸۳) بدست داده‌اند حاکی از آن است که مردان در ارتباط با انسجام و ادغام بدنی خود از زنان نامطمئن‌ترند. ترس‌های قدیمی و ناامنی‌های سرپوش شده ممکن است در اثر فشارهای جاری فعال شده و هنگام بیماری‌های جسمی که زمینه واقعی دارند، تقویت شوند، در نتیجه مدیریت بیماری دشوار می‌گردد. با وجود ترس‌های جسمی متفاوت میان زنان و مردان، این نقطه‌نظر اصولی به یک میزان شامل زنان و مردان می‌شود. البته روشن است که ترس غیرموجهه مبنی بر داشتن عیب بدنی، در زنان زمینه‌های ناخودآگاه و خودآگاه دیگری دارد تا در مردان. پیدایش نقایض تصویر بدنی تجسمی به معنای عام، پیرو مراحل تکوین روان‌تنی هستند. همه عواملی که ممکن است به ناامنی در احساس هویت منجر شوند، می‌توانند بر تصویر از بدن نیز تأثیر بگذارند. این که چرا نقایض ابراز شده گاهی در سطح خودآگاهی می‌مانند و گاه شامل تصویر بدنی می‌شوند، سوال مشکلی است که در اینجا بدان نمی‌پردازیم.

۲-۵ یک سری رویا*

بیان خویش در رویا قبل از همه به این علت مبین ابعاد عمیق است که "زبان رویا" خصلت صحنه‌ای دارد. بی‌قوارگی تصویر از بدن در یک بافت تعاملی تظاهر می‌یابد. در مقایسه با زبان رویا، توصیفات بی‌قوارگی تجسم شده، یک بُعدی هستند. بدنی که ناقص تجربه می‌شود، مثلاً چانه کوچک، بینی کج، پس کله تخته‌ای، واژن خیلی تنگ، قلب آسیب دیده و کاهش اعتماد به نفس وابسته بدان توصیف می‌شوند، بدون آنکه فرآیندهای شکل‌گیری این تصورات بدنی قابل رؤیت باشند و یا برای خود بیمار قابل تجربه باشند. برعکس، بیان خویش در رویا اشاره به ابعاد نهفته‌ای دارند که در تجربه خودآگاه و توصیف علامت فقط بی‌قوارگی تجسم شده تظاهر می‌یابند. بنابراین بافت صحنه‌ای رویا اشراف بر نحوه شکل‌گیری و در معنای آسیب‌هایی که در تجربه خودآگاه به عنوان پدیده‌های آسیب‌شناسی روانی تبلور می‌یابند، یعنی آنچه بطور اختصار از آن به عنوان "تصویر بدنی آسیب دیده" یاد می‌کنیم.

سری رویاهایی که در زیر آورده می‌شوند، ما را با نحوه‌ی کار تعبیر رویای روانکاو آشنا می‌سازد.

روای تزیق (جلسه ۳۷)

آقای اریش Y در آغاز جلسه ۳۷ از کشف نقاط اشتراک میان خود و رئیس‌اش ابراز خوشحالی می‌کند که قبلاً با او درگیری داشت. بیمار به‌طور ناگهانی و بی‌مقدمه درباره‌ی رویای دیشب خود گزارش می‌دهد: من در بیمارستان نزد یک پزشک جوان بودم. من درباره‌ی بیماری خود صحبت کردم و او به من امیدواری داد. او درمان آن را می‌دانست. او تلاش می‌کرد و سوزنی به پشت من تزریق کرد، من خودم را عقب کشیدم، چون خیلی درد گرفت.

آقای اریش Y به شیوه‌ای مبهم درباره‌ی تجربیات خوشایند خود، شاید با همسرش، شروع به صحبت می‌کند. در روز قبل اتفاق خوبی در خانواده افتاده است. او متوجه شده که شناسایی متقابل چقدر مهم است. من گزارش نسبتاً طولانی بیمار را با این تذکر قطع می‌کنم که او در رویا تجربه خوشایندی داشته، اما همزمان درد نیز کشیده است. احساس دوگانه‌ی بیمار درباره‌ی درمان به بحث گذاشته می‌شود. احتمالاً تجربه بیمار که نتوانسته بود کمک‌های مشخص و ملموس از من دریافت کند، به رویایی منتهی می‌شود که یک پزشک جوان توانسته به او کمک کند.

* A Dream Sequence
Eine Traumserie

ب: بله، خیلی طول کشید.

ر: چیزی که به شما وارد شد.

ب: بله من ناآرام شدم. می‌خواستم از شر این کار تمام بشوم.

ر: هوم.

ب: خیلی طول کشید. و بعد باز به این فکر افتادم آیا کمکی به من خواهد کرد.

ر: بله.

ب: ضمن اینکه او تزریق می‌کرد، سعی کردم سرم را حرکت دهم.

ر: هوم.

ب: بنابراین فوراً در مورد آن صحبت کردم.

ر: بله، و البته موضوع درمان مطرح می‌شود که توأم با این نگرانی است: آیا کمک می‌کند؟ اینجا

خیلی طول می‌کشد.

● انتظار کمک سریع برآورده نمی‌شود؛ بیمار همزمان تلاش می‌کند، حوصله بخرج دهد، اما به دنبال کمک مشخص و ملموس بر علیه علامت خود نیز هست که در ناخودآگاه بیمار می‌تواند به بدنش مربوط شود.

ب: هوم.

ر: من پشت شما نشسته‌ام، در رویا با شما کاری انجام می‌شود، اینطور نیست؟ در پشت.

ب: هوم (مکث طولانی).

بیمار تصویر یک قطعه سنگ را مجسم می‌کند که خود او یا فرد دیگری آن را تراش می‌دهد. من حس می‌کنم بیمار ناراضی است، اشاره من در این باره مورد تأیید او قرار می‌گیرد. بیمار دوباره به رویا برمی‌گردد و برخی مفاهیم را یادآور می‌شود: اتمام ناگهانی، رفتن که بعداً بصورت جمع‌بندی آن را بیان می‌کند.

ب: امروز همه چیز عوض می‌شود، افکار کاملاً ضعیف.

ر: شما این مطلب را با ناراضایتی مطرح می‌کنید. مثل اینکه بخواهید چیزهای زیادی را عوض کنید، نه؟ در رویا ابزار خاصی به شما تزریق می‌شود. این خیلی طول کشید و شما فکر کردید، نمی‌خواهید برای مدت طولانی درگیر این موضوع باشید.

ب: الان به فکری درباره‌ی عجله و رویا رسیدم: به اندازه کافی آنجا بمانم، عجله بخرج ندهم که دست آخر یک کار نیمه تمام بشود.

● سرخوردگی، نارضایتی ایجاد می‌کند، که بیشتر سرکوب می‌شود. این موضوع در تعبیرات بعدی مورد توجه واقع می‌شود.

ر: سرخوردگی یک طرف قضیه است، اما آرزوی شما برای اتمام هر چه سریع‌تر نتیجه به جای خود باقی مانده است.

ب: بله، بله، بله، بله.

ر: شاید این یکی از آرزوهایی است که شما در رویا دارید.

ب: درست است.

ر: و حتی المقدور زیاد و چیز مخصوصاً خوبی...

ب: هوم.

ر: ... نصیب‌تان بشود.

ب: مؤثر (مکث کوتاه).

ر: او یک پزشک جوان است که چیزی به شما تزریق می‌کند، از من جواتر.

ب: بله، اینجور به نظر می‌رسد.

ر: هوم.

● در حالی که تأکید می‌شود که عجله یک امر طبیعی است، از فشار بیمار کاسته شده و جرأت پیدا می‌کند، پرخاشگری خود که در بی‌حوصلگی جمع شده است را بطور آگاهانه تجربه کند.

ب: بله، بله، بله. اما نمی‌خواهم آن را باور کنم.

ر: هوم. هوم.

ب: راستی وقتی به آن فکر می‌کنم، حسی در من پیدا می‌شود...

ر: هوم.

ب: ... امبدوارم شما عذر مرا نخواهید.

ر: هوم. بله، شما به علت این نگرانی تلاش می‌کنید زیاد عجله بخرج ندهید، گویی اگر شما عجله بخرج دهید، عذرتان خواسته خواهد شد.

تفسیر: یک روش مرسوم در جسارت بخشی غیرمستقیم: اگر عجله داشته باشید، عذرتان خواسته نخواهد شد. تازه بعد از اطمینان بخشی شفاف است که بیمار جرأت آن را پیدا می‌کند، از دورن خود بیرون بیاید.

این فرآیند را اینگونه تفسیر می‌کنیم که اظهارات شرطی، یعنی گویی... غالباً به احساس امنیت لازم در انتقال منتهی نمی‌شوند. زیربنای اینگونه تعبیر آن است که بیمار می‌داند، اضطرابش بی‌دلیل

است. این شکل گرامری از سویی فضای باز ایجاد می کند، اما از سوی دیگر بیمار را در ابهام فرو می برد. اطمینان بخشی نمی تواند انتظارات ناخودآگاه بیمار را از بین ببرد. برداشت ما این است که این کلیشه های تعبیری معمولاً در فرآیندهای درمانی نامطلوب ایجاد می شوند.

ب: غالباً به این مطلب فکر می کردم، این ممکن است شانس من باشد که شاید دیگر در زندگی به آن برخورد نکنم، بعداً فکر می کنم نتیجه ی بهتری از آن به دست آورم، باز هم بیشتر. . .

ر: هوم.

ب: به دست آورم و خلق کنم.

ر: هوم، بله، شاید رویا به این منتهی شد که شما امروز چیزهای زیادی از اینجا با خود می برید، چون یک استراحت درمانی در پیش است.

● در اینجا ارتباط احتمالی دیگر بروز دهنده ی رویا مطرح می شود:

استراحت و فاصله.

ب: هوم، ممکن است، بله.

ر: تا اینکه بتوانید حتی المقدور چیز زیادی دستگیرتان شود.

ب: هوم.

ر: موضوع فاصله نیز مطرح است، با توجه به جلسه ی امروز درباره ی استراحت درمانی.

ب: هوم.

ر: البته شما دارید حرکت می کنید.

ب: هوم.

ر: شاید به مفهومی یک درد کوچک باشد، بله الان یک استراحت در پیش است و بدینوسیله فاصله ایجاد می شود (مکث کوتاه).

ب: بله من یک فکری رسیدم. همسرم چندبار آن را تذکر داد: وقتی پزشکات نیست چکار می کنی، وقتی تنها می شوی؟

● آیا این تأیید فرضیه هایی است که در تعبیرات داده شد؟

ر: هوم. هوم.

ب (نفس عمیق می کشد): من گفتم به این موضوع فکر نکرده ام و اصلاً نمی خواهم در مورد آن فکر کنم.

ر: بله، بله، فعلاً هم شما و هم من اینجا هستیم.

ب: بله.

ر: بله، هوم، هوم (مکث طولانی).

ب: من الان احساس امنیت می‌کنم و به عروسک خیمه شب‌بازی فکر می‌کنم که حرکت می‌کنند، اما بسته شده‌اند، یعنی آزاد نیستند. من الان فضای عملی بدست آورده‌ام، اما کسی هست، کسی آنجاست که مرا هدایت می‌کند.

● اشاره آرام‌کننده‌ی من، "فعلاً هم شما و هم من اینجا هستیم"، موجب یک تخیل آموزنده و یک پس‌رفت شد. اکنون دیگر مسئله این نیست که از طریق سرنگ یک وسیله دریافت شود، بلکه قرار گرفتن در دست پدران (یا مادرانه) مطرح است.

ب: من الان دارم درباره‌ی فضای مانور فکر می‌کنم، بدون تکبر می‌گویم که جسارت انجام همه کاری دارم، زیرا می‌دانم که کسی اینجا هست. (مکث خیلی طولانی) الان دوباره به یاد رویای دیشب خود می‌افتم، پزشک آنجا ایستاده و من خودم را حرکت می‌دهم.

ر: هوم، هوم.

ب: من در مکانی هستم و همه چیز را لمس می‌کنم.

ر: هوم، هوم.

ب: با خیلی چیزها مواجه می‌شوم.

ر: هوم.

ب: او آنجا ایستاده و به من نگاه می‌کند (نفس عمیق می‌کشد).

ر: قبلاً به عروسک‌هایی فکر می‌کردید که تکان می‌خورند و با حرکت دست دیگران تکان می‌خورند، یعنی کسی آن‌ها را مشاهده نمی‌کرد.

ب: هوم.

ر: اینکه شما می‌توانید لمس کنید، حرکت کنید، بچرخید و بتابید، اینجور نیست؟

ب: بله، بله.

ر: هوم، بله.

ب: به یکباره کمکی دریافت می‌کنم. من کسی را دارم که حضور دارد. به خاطر ناامنی نمی‌دانستم آیا درست است یا غلط (مکث طولانی).

ر: بله برای امروز باید جلسه را تمام کنیم، ادامه روز دوشنبه.

ب: آقای دکتر آرزوی اوقات خوشی برای شما دارم.

ر: متشکرم. من هم برای شما آرزوی روزهای خوشی دارم. خدا حافظ.

ب: خدا حافظ.

برای من مشکل است که این جلسه پرمحتوا را طبق موضوعات اصلی جمع‌بندی کنم. یک خداحافظی احساسی در دقیقه آخر. من از جانب خودم هم کشش خاصی نسبت به بیمار حس می‌کنم، چون تلاش داشت به یک همنوایی برسد. در آخرین دقایق من تعبیری می‌دهم تا از حجم فاصله‌ای که بیمار از آن نام برده بود بکاهم، اینکه گفته بود تنها گذاشته می‌شود و فقط مورد مشاهده قرار می‌گیرد.

روایای تعمیر خودرو (جلسه ۱۵۳)

در قسمت اول جلسه به یک مشاجره با همسرش پرداختیم. بیمار راه‌حل‌های سازنده‌ای مطرح می‌کند و بدین ترتیب این بخش جلسه را می‌بندد.

ب: من تلاش کردم با او صحبت کنم. به من بگو چه چیزی تو را اذیت می‌کند. بگذار در مورد آن صحبت کنیم. من حس می‌کنم وقتی او صحبت می‌کند، پرخاشگری‌اش کم می‌شود. من باید به خودم فکر کنم و احساس آن را نداشته باشم که به من حمله می‌شود، بلکه ببینم آنچه او به من می‌گوید بدین خاطر است که فکر می‌کند من مسئول موقعیتی هستم که او در آن بسر می‌برد.

● یکی از نتایج مثبت درمان آن است که بیمار می‌تواند بهتر از قبل به همسرش توجه داشته باشد. پس از یک مکث، بیمار درباره‌ی رویایی صحبت می‌کند که آن را به‌طور منحصربفردی تجربه کرده است.

ب: دیشب دوباره رویای عجیب و غریبی داشتم. من دوباره در تعمیرگاه اتومبیل بودم و لوله‌اگزز ماشینم خراب بود. آنقدر خراب بود که کسی نمی‌خواست آن را تعمیر کند، بلکه همه شروع کردند که اگزز تازه‌ای درت کنند. مخزن اگزز بود و همین جور افراد بیشتری در ساختن آن شرکت می‌کردند. در آخر تمام تعمیرگاه پر از اگزز شده بود. چند دقیقه بیشتر طول نکشید و اگزز تمام شد و خودرو را به من تحویل دادند، باورم نمی‌شد که این همه انسان می‌خواستند به من کمک کنند. بعد باید انعام می‌دادم و گفتم بدیهی است که این کار را می‌کنم.

● رویا پس‌زمینه‌های هیپوکندریایی تصویر بدن مختل وی را نشان می‌دهد که بوسیله بیماری نورولوژیک تشدید یافته است.

بیمار به دست‌های مدرسان فراوان اشاره می‌کند.

ب: امروز در حین دعا به این موضوع فکر کردم. به نظرم برادران دینی من هستند که به من کمک می‌کنند، در حالی که جایی دیگری کمک دریافت نمی‌کنم. آنجا بود که مرا در کلیت خودم

پذیرفتند، و شما هم آنجا بودید و من می‌خواهم برای آخرین بار بگویم که هر چقدر از بار فشارهایم کاسته شود، بیشتر اعتقاد پیدا می‌کنم و به امنیت زیادی می‌رسم.

ر: بله، در رویا خیلی چیزهای زیادی که آسیب دیده‌اند، دوباره درست می‌شوند.

● در ابتدا من از جای دادن وی در صف برادران عقیدتی وی، سردرگم بودم. بعد احساس کردم که بیمار این همنوایی را احتیاج دارد تا احساس امنیت‌اش تقویت شود. رویا با نماد مقعدی آن مرا به وجد می‌آورد. این اولین رویا با چنین محتوا است که در این آنالیز تعریف می‌شود. من به این موضوع فکر کردم که علامت همراه در پاره‌ای اختلالات اندامی، هرزه‌گویی بی‌اختیاری است. چنین بیمارانی وسواس بکار بردن کلمات رکیک، مخصوصاً در زمینه مقعدی بیان می‌کنند.

من به بیان خویش در رویا و به فرضیه‌ی معنای پنهانی مقعدی می‌پردازم و محتواهای مقعدی را بطور مستقیم مطرح می‌کنم، باد خارج کردن، سر و صدا کردن، لذت بردن، دفع مدفوع و بوی گند دادن. در ادامه کلمات گوزیدن و گه را بکار می‌برم. من گمان دارم که این جنبه مقعدی مورد پذیرش واقع نمی‌شود و اشتیاق او مبنی بر دوست داشته شدن به عنوان "بوگندو"، بزرگ است.

ب: الان به این فکر می‌افتم که در این تعمیرگاه یک زن مجرد نیز بود که مرا مجذوب خود کرده بود، من هم مجرد بودم. این اصلاً ربطی با لوله‌اگزوز ماشین نداشت.

بیمار در توصیفات طولانی به یاد بازی‌های جنسی کودکان‌های می‌افتد که برخی جزئیات آن تازه می‌باشند.

ر: در دعایی که با برادران دینی می‌کردید، احساس امنیت داشتید. شما نه آدم شروری هستید، نه بوگندو و نه گوزو.

ب: درباره‌ی موضوعات جنسی نظر دیگری دارم، اما همسرم هنوز هم مرا محکوم می‌کند، مثلاً وقتی او را ماساژ می‌دهم، باسن یا سینه و یا ناحیه تناسلی او را ماساژ می‌دهم.

ر: من برداشتم این است که آنچه من درباره اگزوز، دفع مدفوع و بوی گند دادن گفتم تقریباً برای شما غریب است و شما منظور مرا نمی‌فهمید.

ب: نه کاملاً.

تعبیرات مؤکد من بیش از حد بود و بیمار به آن‌ها برخورد نکرد. به همین خاطر سعی می‌کنم دوباره آن را مطرح کنم و اصرار خودم بر این مطلب را زیر سوال ببرم. من به لحاظ محتوایی از جنبه‌های ناخودآگاهی که در تعبیر ارائه داده بودم، مطمئن بودم، اما به مقطع زمانی طرح و شدت آن تردید داشتم. به همین خاطر تلاش می‌کنم که بیمار آنچه را یادآوری کند که در ایام کودکی در مزرعه خود تجربه کرده بود و بیمار در اینجا جزئیات زیادی را مطرح می‌کند.

ب: آنجا یک اصطبل بزرگی بود که گاوها را در آنجا نگهداری می کردند، الان یک تجربه ای را به یاد می آورم. یک جوانی از من خواست لباس هایم را در بیاورم و با آلت تناسلی به مقعد او ور بروم و برعکس.

● من از اینکه یک خاطره ی فراموش شده که به لحاظ موضوعی روشن است، به خود آگاهی بیمار راه می یابد.

اینکه وضعیت فوق به کجا منتهی شد، ناروشن ماند و من نمی خواستم بیش از حد اصراری در این زمینه بخرج دهم. بیمار تا آخر این جلسه درباره ی این تجربه صحبت کرد، درباره ی ترس از پیدا و مجازات شدن، درباره ی حالت انفعالی خویش، درباره ی این ترس که ممکن است چیزی آسیب ببیند، اما همچنین درباره ی کنجکاوی لذت بخش خود.

روای جاسوسی (جلسه ۲۱۶)

آقای اریش y در ابتدای این روای متذکر می شود که روای جاسوس کاملاً با مشکلات او جور است.

ب: به دنبال یک جاسوس بودند. به من شک داشتند. برای اینکه از دست آنها فرار کنم، خودم را به شکل یک آدم معیوب در آوردم.

انتظار من باعث می شود که بیمار تشریح مختصر روای خود را بسط دهد: یک فرد همواره مراقب او بوده و او را تعقیب می نموده است. او در سفر، در ایستگاه قطار و در توالی تعقیب می شود.

ب: من باید به خودم فشار می آوردم، اجازه نداشتم دراز بکشم و بلند شوم چون ممکن بود شناخته شوم.

ناروشن ماند که چرا در روای تعقیب شده و چه جرمی را متوجه او کرده بودند، او به عنوان جاسوس تحت تعقیب قرار گرفته بود و کانون تجربه ی وی، پنهان کردن خود قرار داشت.

تشریح دقیق حالت خم شده و ترس از دراز کشیدن چون ممکن است شناسایی و دستگیر شود، باعث می شود تا من اشاره ای به خاموش شدن حرکات بیانی وی داشته باشم. من می گویم که بسیاری از رفتارهای وی با احساس گناه مرتبط است. او به عنوان جاسوس کارهای مخفیانه انجام می دهد.

تعبیر انتقال، محتاطانه از طریق اشاره به چندپهلوی بودن نقش هایی است که به من منتسب می سازد: من در تجربیات آگاهانه وی فردی هستم که به او کمک می کند. او در ناخود آگاه خود از برملا شدن برخی مطالب هراس دارد.

ر: این همیشه نوعی نگرانی در شماست. شما چطور می‌توانید تخیلات پرخاشگرانه را مخفی کنید، تخیلات جاسوسی خود را چگونه پنهان می‌کنید؟ زیرا شما اجازه ندارید عصبانی باشید و شناخته شوید.

ب: بله، درست است. خیلی موضوعاتی است که من بر آن‌ها سرپوش می‌گذارم، به دلیل اینکه نمی‌خواهم سرنخی به دست دیگران بدهم.

ر: اینکه شما جاهایی خودتان را پنهان می‌کنید که ضرورتی ندارد، مثل اینجا که پیش من هستید. تفسیر: خواننده شاید دوباره‌ی این احتیاط شگفت زده شود، زیرا بیمار می‌داند که روانکاو نه پلیس، نه مأمور امنیتی و نه نماینده‌ی دادستانی است. با این حال لازم است این دوگانگی را شفاف‌تر مطرح کنیم. بسیاری از روانکاوان ایجاد شفافیت را فراموش می‌کنند با اتکا بر این مطلب که بیمار همه چیز را می‌داند و لزومی در انجام این کار نیست. به نظر ما اشاره به عملکرد دوگانه در تعبیر انتقال از سویی آرام بخش است، اما از جانب دیگر از این طریق رفتارهای مشکوک و محتاطانه تقویت می‌شوند.

من تعبیر خود را به این جا کشاندم که بیمار هنگام مشاهده‌ی فیلم‌های جاسوسی و جنایی به نقش‌هایی فرو می‌رود که به درک عمیق‌تر از خود کمک می‌کند. در ادامه بیمار به دنبال دلایل حالت خزیدگی خویش می‌گردد تا شناخته نشود. او خود را به بی‌عرضگی متهم می‌کند و یک‌باره چنین می‌گوید: "پدر شدن خیلی سخت نیست، پدر بودن اما خیلی سخت است."

ما هر دو از این فکر متعجب می‌شویم و من بلافاصله تعبیری بر آن می‌گذارم: "اگر آلت را عقب نکشی، سریعاً پدر می‌شوی"، شما باید آلت خود را عقب می‌کشیدید تا پدر نشوید.

بیمار به این استعاره عامیانه می‌پردازد و نمونه‌های زیادی در این زمینه می‌آورد. او هنوز می‌ترسد که اگر تخیلات پرخاشگرانه خود را بروز دهد، بیرون انداخته خواهد شد. او خود را به مثابه یک پرنده‌ی اسیر می‌بیند که می‌خواهد فرار کند، اما به سرعت دچار اضطراب مجازات و خسارت می‌شود: "بله، من همیشه بال و پرم بریده می‌شود."

من اکنون امکانات متفاوتی را مطرح می‌کنم که بیمار به عنوان دلیل به دنبال آن بود. برای نشان دادن طیف و ترسیم چشم‌انداز گسترده‌ی من از میل به تحرک صحبت می‌کنم. من دست‌هایی را تشریح می‌کنم که اجازه لمس اینجا و آنجا را ندارند، دست‌های جاسوس: شما یک جاسوس هستید. شما بیشتر از آنچه در این اتاق هست می‌بینید. پس فکر می‌کنید که کار خلاقی انجام می‌دهید.

برای بیمار مشخص می‌شود که این خود اوست که بال‌هایش را می‌بندد، در حالی که تا این لحظه فکر می‌کرد که دیگران هستند که بال و پر او را می‌بندند.

● با این کشف نمی‌توان منکر شد که آقای اریش Y عاری از ترس‌های واقعی است و کنترل اوضاع را از دست داده است.

در انتهای جلسه موضوع تعقیب‌کننده و فراری بحث می‌شود. بیمار این رشته‌ی فکری را به دست می‌گیرد و می‌گوید، چطور است که او ورق را برگردانده و همه‌ی تحقیرها و خجالت‌ها را از میدان به در کند. این ورق برگرداندن به‌شکلی سریع در رویای قطع عضو وی نمایان می‌گردد.

روای قطع عضو (جلسه ۲۲۳)

آقای آقای اریش Y در پایان جلسه‌ی آخر ناگهانی در مورد یک رویا صحبت می‌کند: در یک بافت خاص، کلمه "پا" او را به یاد یک رویای وحشتناک می‌اندازد. قبل از گزارش بیمار درباره‌ی رویا، موضوعی مطرح می‌شود که بیمار را به خود مشغول نموده و به‌عنوان پسمانده‌ی روز هنوز بر وی اثر دارد. او به‌علت هزینه‌ها نگران است و مایل است تعداد جلسات را کاهش دهد.

در ابتدا موضوع هزینه‌ها، پس‌انداز و خساست مطرح می‌شود. دیدگاه‌های متفاوت به بحث و تعارض میان زوجین منتهی می‌شود. آقای اریش Y به علت ساخت خانه تا حدودی مقروض شده و از این بابت ناراحت و نگران است. پس از بحث طولانی درباره‌ی جنبه‌های منطقی و غیرمنطقی وضعیت وی، کلمه‌ای ادا می‌شود که بیمار را به یاد یک رویا می‌اندازد.

ب: من می‌خواهم دوباره روی پاهای خودم بایستم. کلمه "پا" مرا به یاد یک رویای وحشتناک می‌اندازد. من پیش شما بودم، شما می‌لنگیدید و بعد نشستید. من سوال کردم: چه اتفاقی افتاده است؟ پای آخرم را قطع کردند، چی آخرین پا؟ بله، یکی از پاهام مصنوعی است و الان آن یکی دیگر را هم قطع کردند. من اصلاً متوجه موضوع نمی‌شدم. من قبلاً متوجه نشده بودم که یک پای شما چوبی بوده و الان هم پای دوم شما. شما البته بر خودتان مسلط بودید. من نتوانستم این موضوع را بپذیرم. خیلی عجیب است که این ترکیب افکار در رویا ظاهر شد.

ر: بله، شما نمی‌خواهید لطمه‌ای به من وارد شود، یعنی شما باید مواظب باشید که برای من اتفاقی نیفتد و مرا جریحه‌دار نکنید. در جلسه‌ی قبلی بر سر موضوعاتی چون تعقیب و قربانی بودن صحبت کردیم، منفعل در برابر پرخاشگر، آسیب‌رسانی در برابر حمله.

● تداعی‌ها و تعبیرات بر مبنای باقیمانده روز شکل می‌گیرند. من در تعبیرات خود بر این مسئله تأکید می‌ورزم که بیمار از طریق اطاعت، می‌خواهد به آرامش و راحتی برسد، و نیز اینکه وی

همزمان خود را به عنوان قربانی تجربه می کند. بیمار با خساست و چسبیدن به مال خود، جبرانی برای ترمیم خسارات وارده بر خود می جوید.

د: بنابراین خواهش من نوعی مداخله در جوهر و وجود شماست. چشم در برابر چشم، دندان در برابر دندان، من همانگونه با تو رفتار می کنم که تو با من.

ب: من فکر می کنم اگر هزینه جلسات را خودم می پرداختم، فشاری بر من وارد می شد که هر چه زودتر به نتیجه برسم.

د: بله، شما تحت فشار قرار می گرفتید و می توانستید عصبانیت خود را بهتر نشان دهید، چون من کسی می بودم که دست در جیب شما دارد و پاهایتان را که بر روی آن ایستاده/اید از شما گرفته/ام. اگر قرار بود همه ی هزینه را خودتان بپردازید، برایتان سخت می شد. جای خوشبختی است که شما این رویا را بخاطر آوردید و اینکه شما اصلاً توانستید رویایی ببینید و آن را به اطلاع من برسانید. رویا کاملاً به طور ناگهانی به یاد شما آمد.

ب: هوم، در آخر هفته چند بار به یاد این رویا افتادم. من به این فکر کردم چرا و به چه دلیل. تفسیر: نه فقط به خاطر نیروی نگران کننده ی پوشش های ناخودآگاه، بلکه به دلایل اصولی قابل توصیه است که در تعبیر به جنبه ی امنیت توجه اساسی داشته باشیم. روانکاو در درمان از این قاعده ی تعبیر پیروی می کند. او از این نقطه نظر حرکت می کند که بیمار نمی خواهد به وی آسیبی برسد، اتفاقی نیافتد و آسیب های احتمالی دومرتبه برطرف شوند.

این رویای انتقال مدخلی بر فهم شکل گیری نقص در تصویر بدن می گشاید، زیرا آسیب در نحوه ی شکل گیری تعاملی آن ترجمه می گردد. موضوع در رویای زنگ زدایی که در زیر ارائه می شود، ادامه می یابد.

روای زنگ زدایی

آقای اریش Y در ابتدا از وخامت علایم خویش که در پی مشاجره ی زوجی ایجاد شده گزارش می دهد.

● من در این رابطه چنین فکر می کنم: بیمار در واکنش به حساسیت همسر خود تلاش دارد همه ی کارها را به درستی و به دقت انجام دهد، امری که از عهده ی آن بر نمی آید. من در ارتباط با مشکلات زوجی نمی دانم باید چکار کنم، زیرا رفتار همسر بیمار، فرآیندهای روانی به معنای تقویت فراخود بیمار را تحت الشعاع خود قرار می دهد. همسر بیمار تاکنون از مراجعه به مشاور امتناع ورزیده، در حالی که به بیمار ایراد می گیرد که فقط او امکان آن را دارد که خود را بیان کند.

پس از یک استراحت کوتاه فضا عوض می‌شود و بیمار از "رویای وحشتناکی" که دیده گزارش می‌دهد.

ب: ما در یک شرکت کوچک که آن را نمی‌شناختم بودیم. دو مرد در ابتدا با هم گلاویز شدند. بعد جدی و تبدیل به یک جنگ شد. یکی از آن‌ها سر دیگری را از بدنش جدا و آن را پرت کرد، و ناگهان مردی که سرش از بدن جدا شده بود، گم شد، من با وجودی که آنجا بودم سوال کردم، آن مرد کجا رفت. او را به کناری برده بودند و اثری از وی نبود. همین کار را با دختری کرده بودند که از مدت‌ها قبل پیدایش نبود. او نیز به طریق مشابهی گم شده بود. البته آن دختر سر داشت، اما گم شده بود. (مکث کوتاه) عجیب است، خیلی وحشتناک بود.

د: بله، این به نوعی ادامه‌ی رویای پای مجروح شده بود. الان شدت مبارزه و جنگ افزایش یافته است.

● من با این اشاره می‌خواهم استمرار موضوع اختگی در انتقال را روشن کنم.

ب: در رویا چنین پیش رفت که من می‌خواستم تمام آثار را از بین ببرم تا نتوانند پیگیری کنند. با وجودی که من فقط نظاره‌گر اوضاع بودم.

د: شما باید اوضاع را جور می‌کردید، خودتان را پنهان می‌کردید و پرخاشگر نباشید و به جنگ و یک مبارزه تن به تن وارد نشوید. چون ترس هم داشتید. بعداً شما آدم فرودستی بودید که باید آلت خود را جمع می‌کردید، در حالی که نظاره‌گر یک مبارزه‌ی دوطرفه بودید که مسئله مرگ و زندگی در آن مطرح بود، جنگ بین دو مرد. شما البته در رویا یک نظاره‌گر بودید، اما شاهده‌ی که سعی می‌کرد همه چیز را پنهان کند.

● من جنگ تن به تن را به عنوان صحنه‌ی انتقال بررسی می‌کنم که طی آن بیمار چندبار خود را به اینگونه بیان می‌کند که در جنگ‌های تن به تن، او کسی است که با سر بی‌قواره و از جای کنده شده این طرف آن طرف می‌رود. همزمان نوعی فاصله ایجاد شده که بیمار خود را به عنوان نظاره‌گر اوضاع نیز می‌بیند. برای من در درجه‌ی اول جنبه‌ی دفاعی رویا مهم است.

ب: اما چقدر وحشتناک است.

د: اتفاقی نیست که موضوع «سر» اینجا مطرح می‌شود. خیلی کارها به سر مربوط می‌شود. تصورات خودکم‌بینی شما بخشاً از این ناشی می‌شود که چیزی جدا شده، در حالی که می‌دانیم چیزی جدا نشده است. در بعد تصویری، تخلیلی و ناخودآگاه آرزوها به عمل تبدیل می‌شوند.

ب: هوم.

د: هوم. شما هم از اینکه مرا آسیب‌دیده به تصویر کشیدید، تعجب کردید.

● در حالی که بیمار مرا به عنوان کسی که نقص عضو پیدا کرده معرفی می کند، رابطه ای با رویا برقرار می کنم و به او متذکر می شوم که الان یک تحول در حال جریان است: او در بعد رویا فقط قربانی نیست، بلکه به فاعل تبدیل شده است. گذار از رنجوری منفعلانه به رفتارهای فعالانه فقط از نقطه نظر درمانی حائز اهمیت نیست.

ب: هوم.

ر: شما برای مدت های طولانی به خود آسیب رسانده و خود را به عنوان قربانی بیان کردید.

ب: هوم.

ر: از آنجایی که شما از خودتان می ترسید، بیشتر قربانی بودید تا فاعل. شما زحمت زیادی به خود دادید تا آثار موجود را پاک کنید، تا کسی متوجه نشود که خود شما نیز اینجا و آنجا حضور داشته اید. شما نیز مثل هر انسان دیگری که رقابت می کند، درگیر می شوید و در رقابت ها تا سر حد قتل پیشروی می کنید، البته نه در واقعیت، بلکه در سطح تخیلات چنین تمایلاتی را از خود نشان می دهید.

● من از طریق این تعمیم که او مثل هر انسان دیگر رقابت می کند، تلاش می کنم که ترس وی از پرخاشگری بی حد و مرز را کاهش بدهم تا بدینوسیله او به این جنبه های ناخودآگاه فضای بیشتری جهت بروز بدهد. از جانب دیگر بر جنبه ی تخیلی تأکید می ورزم تا در مفهوم قتل که پیش تر بکار برده بودم، تعدیل ایجاد کنم.

ب: همین حساسیت موضوع اصلی من است. دیروز در محل کارم. ما الان مردی را داریم که قرار است در یکی از شعبات شرکت ما ارتقا پیدا کند. او نزد ما آموزش می بیند. دیروز پیش من آمد و سوالات زیادی مطرح کرد. من به او اطلاعاتی در این زمینه و نیز یک فتوکپی از گزارش ماهانه دادم تا او مطلع شود چه مواردی را برای مدیریت شرکت ارسال می کنیم. بعداً همکارم به من گفت که او بهترین مدارک را به دست می آورد. نظر او این بود که نباید کمکی به او بشود.

● تمایل زیاد بیمار برای کمک به دیگران یک جنبه ی مصنوعی نیز دارد. رقابت در بُعد رقابت ایده ها به عنوان پسمانده ی روز وارد می شود. همانگونه که صحبت های بعدی بیمار نشان می دهد، او افکار خوبی داشته که دیگری از وی ربوده است. پس مسئله آن است که چیزی که حاصل فکر اوست، از کف او خارج می شود.

مشخص می شود که بیمار ایده های خوبی در جهت تسهیل امور در شرکت داشته است. او با سکوت تلخی شاهد آن است که رئیس بخش ایده های وی را ربوده و به عنوان ایده های خود مطرح کرده است.

ب: خیلی از این مسئله ناراحت شدم، اما آن را قبول کردم.

ر: می بینید، او آنچه را که در فکر شما بود، از شما قاپید. او در زبان رویا، سر شما را از شما گرفت. این یک موقعیت رقابتی کوچک است. شما خودتان را جمع و جور کردید، نه، بنابراین...
● تعبیر من ناشی از نقطه نظرات تئوریک است. پسمانده روز به عنوان علت کوچک، معلول بزرگی به همراه دارد.

ب: هوم.

ر: شما می بینید که دیگران حسود هستند و حسادت خود را نیز نشان می دهند.

ب: اما من وقتی در معرض دید قرار می گیرم، فکر می کنم می خواهم خودم را به نمایش بگذارم.
ر: بله.

ب: با این حال ناراحت می شوم. در اصل باید راضی می شدم که این ایده ی موفق از من بوده است. البته این به نفع من هم هست که رئیس کل بداند که این فکر مال من بوده است.

ر: شما می بینید که چقدر رقابت در جریان است. شما به نوعی در دو جبهه می جنگید. وقتی سرتان را می گیرید به این جا منتهی می شود که شما جنگ تن به تنی که در رویا داشتید به جنگ میان سرو دست شما تبدیل می شود.

● با این تعبیر سعی می کنم درونی سازی جنگ دو گانه را مطرح کنم. آقای اریش y همواره با این موضوع درگیری دارد که با دستش در جنگ با حرکات سر بسر می برد. هرچقدر او عصبانی تر می شود، هرچقدر با دستش نیرو وارد می کند، به همان نسبت نیروی مخالف که سرش را تکان می دهد نیز بیشتر می شود. مشاهدات او جالب است. در تماس هایی که او در حین تراشیدن ریش خود و یا مالش گونه های خود دارد، سرش تکان می خورد. تعبیر ارائه شده مبتنی بر این فرضیه است که در عارضه ی وی یک جنگ دو گانه نهفته است که من در تعبیرات خویش آن را به روابط بین انسانی، از جمله به رابطه انتقال بسط می دهم.

ر: دست البته مال خودتان است. مثل سرتان، اما زمانی که با دست به سرتان می مالید، ظاهراً مثل یک عضو بیگانه می شود.

ب: هوم، هوم.

ر: ... مثل چیزی که حمله می کند.

ب: هوم. (مکث طولانی)

ر: زمانی که من پول می خواهم، حتی اگر مقدار کمی باشد، بالاخره مبلغی است و ماهیت جوهری به خود می گیرد، گویی که جزیی از شما است. به طور ناخود آگاه احساس فقدان بزرگی به شما دست می دهد که باعث عصبانیت شما می شود، تا حدی که شما پای مرا قطع کردید.

● برای من مهم است که جنگ دوطرفه را در بُعدی نشان دهم که برای بیمار روشن است. هیجان‌ات نیز همانجا رخنه کرده‌اند.

ب: اینکه این حس، این تنش که در رویا بیان می‌شود این قدر بزرگ است، مثل رویا، سر جدا. . .

ر: بله، بله. (مکث طولانی)

ب: . . . گویی که راه و چاره‌ی دیگری ممکن نیست.

ر: هوم. بله.

ب: هوم.

ر: بعلاوه، سر چیز سحرآمیزی است، سر داشتن، نیرو داشتن. مثل بریدن آلت تناسلی و گرفتن نیرو از آن، در یک بُعد. (مکث طولانی). آدمخواران نیز گوشت انسان را می‌خورند تا نیروی طرف مقابل را در خود جذب کنند.

● با تعبیرات می‌خواهم اجزا سحرآمیز در ابعاد گوناگون را زنده کنم تا بیمار در مقابل انگیزه‌های ناخودآگاه خود گشاده رویی بیشتری به خرج دهد. اما همزمان احساس می‌کنم در این زمینه زیاده‌روی کرده‌ام، به همین خاطر در اشارات بعدی خودم به بُعد علایم و حسادت برخاسته از آن در مقابل سرهای سالم آدم‌های دیگر می‌پردازم.

ب: هوم.

ر: خیلی چیزها از ناراحتی شما ناشی می‌شود؛ بهتر بود سر دیگری داشتم، مثلاً سر آن فرد و غیره. مثلاً می‌توانستید سر من را داشته باشید.

● من به یاد یک رویای قبلی بیمار می‌افتم تا برای او روشن کنم که چرا به زبان رویا می‌خواهد سر من را داشته باشد و تمام افکار مرا تصاحب کند.

ب: بله، بله، بله. اما این‌ها فکرهای نئاندرتالی است که به گذشته‌های دور مربوط می‌شود.

بیمار به شدت سرحال شده است. در تأییدی که در قالب گفتن بله رخ می‌دهد، شدیداً شغف زده شده است. بعد به علت ابتدایی بودن افکار خود کمی آرام‌تر می‌شود.

ر: بله، آن‌ها در همه‌ی ما حضور دارند.

● بیمار تلاش دارد از شدت رقابت و حسادت بکاهد و به آن ماهیتی انسانی اعطا کند

ب: طبیعی است توانمندی‌ها، امکانات و افکاری وجود دارند که خشن نیستند. آیا به درد من می‌خورد که به همکارم بگویم، به نظر تو درست بود که فکر مرا به اسم خودشان غصب کنند؟ آیا برای من فایده‌ای دارد؟ او می‌داند که کار درستی انجام نداده است. من باید کنترل خودم را داشته باشم. من باید چهره‌ی خودم را در نزد دیگران حفظ کنم.

این موضوع و شرایط رقابتی تمام وقت مانده‌ی جلسه را پر می‌کند.
ب: این نکته مهمی است، جریحه‌دار شدن و احساس اینکه سر آدم کلاه رفته است. همانگونه که شما می‌گوئید، چیزی از من گرفته می‌شود و من از این طریق حس می‌کنم کوچک شده‌ام، اما این فکر به نظرم خیلی تنگ‌نظرانه می‌آید.

د: بله، من گمان می‌کنم که فقط چنین به نظر می‌رسد. به این خاطر موضوع کم‌اهمیتی نیست، چون تأثیر آن در زندگی شما بزرگ است. اتفاقاً تأثیر آن بر شما نشانه‌ی اهمیت موضوع است. این موضوع به نظر شما به این خاطر کوچک می‌آید که در خودآگاه شما، مسئله حادی بروز نمی‌کند.

ب: هوم.

د: از طرفی یک موضوع مسخره و از طرف دیگر تجربه‌ی ناگواری است.

ب: بله، از دید احساسی.

در حالی که اوقات خوبی در آخر هفته برای یکدیگر آرزو می‌کنیم، با یک دیگر خداحافظی می‌کنیم.

تفسیر:

این مسئله کم‌اهمیتی نیست که چگونه از بیمار خداحافظی کنیم و چگونه به اطلاع او برسانیم که وقت تمام شده است. هر دو طرف به نوعی در محدودیت زمانی به سر می‌برند. بوسیله "شکل‌گیری ما"، بر نقطه‌ی اشتراک تأکید می‌شود که البته به دور از تلقین است. زیرا بیمار فقط ۴۵ الی ۵۰ دقیقه در اختیار دارد و چنانچه روانکاو بخواهد طبق برنامه پیش رود، اوست که باید جلسه را تمام کند. با این حال بهتر است برای پایان جلسات از ضمیر "ما" به جای "من" استفاده و گفته شود، "ما" باید جلسه را تمام کنیم.

۳-۵ رویای علامت*

اینکه علایم در رویا ظاهر شوند، امر تعجب‌انگیزی نیست. اگر تئوری آرزو را مبنا قرار دهیم، حتی باید غالباً پیش آید که بیمار در رویا بر علایم خود غلبه کند و به‌عنوان فرد سالم نمایان گردد. در رویای بعدی آقای اریش y از حرکت گردن کج خود رنجور می‌شود. این مشاهده بدون بافتی که بیمار و من به‌عنوان روانکاو بدان اعطا کردیم، فاقد اهمیت می‌بود. تداعی‌های بیمار و تعبیرات من

* Dream About the Symptom
Ein Traum vom Symptom

نشان داد که حرکت سر در رویا به عنوان حرکت‌های جستجوگرانه قابل درک هستند که مشابه حرکت سر شیرخوار است که دنبال پستان مادر می‌گردد.

آقای اریش y در جلسه ۲۶۸ گزارش می‌دهد که در رویا به حالت مضطرب و سرگردان در حال حرکت بوده است. شرکتی که وی در آنجا کار می‌کند، بسیار بزرگ شده و رستوان به فضای آزاد منتقل شده بود و کارگاه در دامنه‌ی طبیعت قرار داشت.

ب: من احساس حقارت و کوچکی می‌کردم، بعداً به یک منشی و دستکاری برخورد کردم که با یک دیگر حرف می‌زدند. من در حاشیه ایستاده بودم. سپس کمی رفتیم و سرم به یک طرف چرخید. من با وجود همه تلاشی که کردم نتوانستم آن را تحت کنترل در بیاورم. هر موقعی که می‌خواستم آن را در وسط نگاه دارم، به سمتی می‌چرخید.

● گم‌شدگی در رویا و احساس ناامنی زیاد مرا به فکر شرایط کودک‌کی انداخت که استیصال و حرکت‌های عضوی غیرهدفمند جزئی از آن است.

ر: فضای رویا چطور بود؟ شاید شما چیزی را بیان می‌کردید و نگاه‌ها متوجه شما بود؟

بیمار این موضوع را نفی می‌کند تا ادامه دهد:

ب: من احساس خوبی نداشتم. من کاملاً تنها بودم. من با هیچ کس ارتباطی نداشتم. اعضای هیئت مدیره با خودشان صحبت می‌کردند. من در حاشیه بودم. دنیای دیگری بود، چیزی... (مکث طولانی) با یک کودک بود، اما دقیقاً چیزی خاطرم نمی‌آید. خیلی از آن دوران گذشته.

ر: در یک فضای بزرگ درمانده و مستأصل بودید، بدون اتکا و بدون دست.

ب: بله من اضافی بودم. شاید بدین خاطر که من بدون سر و صدا بودم. شاید می‌خواستم من هم حضور داشته باشم، همکاری کنم، اما به علت حالم و نوعی که خودم را حرکت می‌دادم نتوانستم این کار را انجام دهم. اوضاع جوری است که نمی‌توانم به افراد اجازه دهم که به من نزدیک شوند، با وجود آنکه میل به این کار دارم. خیلی مضحک است که من الان باید به سینه زن فکر کنم.

ر: چطور؟ همین الان در افکارتان؟

ب: در افکار، مثل یک بچه که برای تقویت خود سینه مادری را جستجو می‌کند، بدون طعنه می‌گویم.

ر: شما نگران بودید که من طعنه‌آمیز واکنش نشان دهم.

ب: من حس جنسی نداشتم.

ر: مثل اینکه من فکر می‌کردم که شما فقط لذت جنسی و نه لذت دیگری را جستجو می‌کردید، بچه‌ها هم در این حالت سر خود را تکان می‌دهند.

ب: الان نمی‌توانم از این فکر دور بشوم.

ر: چرا باید از سینه جدا شوید، منظورتان این بود؟

ب: هوم.

ر: در حالی که تازه دارید آن را در رویا جستجو می‌کنید، در آن فضای بزرگ.

ب: این ترسی است که به طرف سینه بروم، آن را بمکم، نظر آن فرد در مورد من اشتباه باشد، اینکه من دوباره کار اشتباهی انجام دهم، همیشه در بیان احساساتم. من همواره چنین تصویری دارم، دقیقاً مثل آنچه در رویا اتفاق می‌افتد. منشی و دستیار را به این خاطر بزرگ می‌بینم، چون خودم آن‌ها را بزرگ کرده‌ام.

ر: بله، احتمالاً همانطور که سینه نسبت به دهان خیلی بزرگتر است. دهانی که چیزی را به کام می‌گیرد، یا چشم، وقتی به سینه نزدیک است آن را خیلی بزرگ می‌بیند. وقتی آدم یک قسمت را ببیند، آن قسمت خیلی بزرگ به نظر می‌رسد.

ب: و این احساس در من به وجود می‌آید که من نسبت به مادرم حس بیشتری از آن دارم که می‌خواهم قبول کنم، بیشتر از آنچه نشان می‌دهم، و اینکه به عنوان کودک همواره به دنبال محبت مادرم بودم، اما اینکه من در کودکی نیز حرفی نمی‌زدم و احساسات خودم را بیان نمی‌کردم. ممکن است حالا اگر فرصتی پیش بیاید بخواهم در برابر همسرم مثل یک بچه رفتار کنم، او را بغل کنم، از او محبت بگیرم، او به من می‌گوید، این طبیعی نیست و داری مبالغه می‌کنی. این همان چیزی است که من همیشه در جستجوی آن بوده‌ام، عشق، عشق، محبت.

تفسیر: آقای اریش y در اینجا از عشق، به معنای وسیع کلمه صحبت می‌کند و در بُعد فکری از همسرش فاصله می‌گیرد، زیرا همسرش این احساسات ظریف او را تمایلات جنسی تعبیر می‌کند و به همین خاطر از او فاصله می‌گیرد. بدین ترتیب جستجوی نزدیکی و لطافت به عنوان یک پدیده‌ی مستقل در نطفه خفه می‌شود. رابطه‌ی لطافت و سکس بین جنسیت‌ها معمولاً به سوء تفاهات زیادی بین آن‌ها منجر می‌گردد. اتفاقی نیست که فروید ۲ نظریه درباره‌ی لطافت تبیین نمود که بالینت (۱۹۳۵) آن‌ها را بررسی دقیق نمود.

تضعیف عزت نفس بیمار به علت نقایص بدنی تجسمی از همان ابتدا در کانون درمان قرار داشت. از همان جلسه‌ی پنجم بیمار در رویا خود را قربانی یک تصادف رانندگی می‌دید. بیان خویش، معیوب نه تنها در رویاها، بلکه در دیالوگ میان بیمار و روانکاو نیز مکرراً مورد بحث قرار گرفت. رویاهای برگزیده نکات محتوایی برجسته‌ای را بیان می‌کنند که تمایل انتخاب ابژه‌های غیرزنده به سمت بیان خویش توسط افراد را نشان می‌دهند. این مطلب که چه تغییراتی توسط بررسی سری رویاها مشخص می‌شوند (گایست و کشله ۱۹۷۹) و نیز اینکه چه نتیجه‌گیری‌های تشخیصی و پیش‌بینی‌کننده از این کار حاصل می‌شود، در آثار منتشر شده قبلی ما مورد بحث واقع شده است (شولتز ۱۹۷۳). از آنجایی که ما فرآیند درمانی را به‌عنوان ادامه‌ی درمان کانونی با کانون‌های متغیر طراحی نموده‌ایم (مراجعه شود به جلد مبانی فصل ۹)، از سری رویاها برای نشان دادن پردازش مشکلات استفاده می‌کنیم. از آنجایی که ما می‌خواستیم نقایص خود در رویا و پردازش درمانی آن را به کانون توجه تبدیل کنیم، ابعاد دیگر فرآیند درمانی مورد توجه کافی قرار نگرفتند. گمان ما بر این است که شکل‌گیری فوبیای بدریختی توسط این سری رویاها تا حدود زیادی آشکار و توضیح داده شد. این عارضه، چنانچه از تشابه ساختاری شکل‌گیری توافق حرکت کنیم، با رویا در سطح مشابه قرار دارد. در آسیب‌شناسی روانکاوی تعارضات، عارضه‌ها و رویا، حاصل شکل‌گیری توافق میان نیروهای سرکوب شده و نیروهای سرکوب‌کننده با یک‌دیگر مرتبط هستند (فروید ۱۸۹۶، ص: ۳۸۷).

فروید تأکید دارد که عارضه‌های نوروپیک . . . توفیق یک تعارض هستند. . . نیروهایی که به دو نیمه تقسیم شده‌اند، در عارضه دومرتبه به یکدیگر می‌رسند و توسط توافق بر سر تشکیل عارضه با یک‌دیگر آشتی می‌کنند. به‌همین دلیل عارضه مقاومت سرسختان‌های از خود نشان می‌دهد، عارضه از هر دو سو حفظ می‌شود (فروید ۱۹۱۶، ص: ۳۷۳)

گردن کج: روان‌تنی یا تن‌روانی

بر اساس تفکیک‌های تشخیصی مقدماتی، این عارضه یک بیماری نورولوژیک است که توسط تعارضات روانی ایجاد شده است (آشف و هالب گواکس ۱۹۹۳، لیدکه و اشتینن ۱۹۹۶). در گفتگوهای تشخیصی گاهاً تفکیک میان علایم نوروتیک فویبای بدریختی و حرکات کج‌گردن که ریشه‌های جسمی دارند، مخدوش می‌شود. در مصاحبه‌های درمانی بعضاً تفاوت میان علایم نوروتیک ناب فویبای بدریختی و حرکات گردن کج که ناشی از دلایل جسمی هستند، مخدوش می‌شود. اختلال حرکاتی نورولوژیک در فضای جاسوسی همانند حرکات جستجوگرانه سینه مادر در بافتار حرکات خلقی و بیانی دیده می‌شود. تجربه کل‌گرایانه‌ی انسان‌ها معمولاً مانع از آن می‌شود که انسان‌ها تفکیک کنند که بیماران تشخیص دهند که وضعیت آن‌ها ناشی از کمبودهای جسمی و یا روانی است. اما روانکاو به دلایل گوناگون وظیفه دارد برداشت بیمار از ناراحتی خود را به دست آورد. مثلاً اینکه او بیماری خود را مثلاً به عنوان مجازات تجربه کند، حاوی جنبه‌ی مهمی است. حتی یک نظریه که به لحاظ علمی اشتباه می‌نماید، می‌تواند برای غلبه بر بیماری مهم باشد. مشاهدات و حدسیات بیمار درباره‌ی ابتلای وی به بیماری می‌تواند مدخل مفیدی بر فهم عوامل روانی پیدایش بیماری بگشاید. وظیفه‌ی درمانگر تفکیک تشخیصی میان عوامل روانی و جسمانی در شکل‌گیری بیماری است. از جانب دیگر نظریه بیمار باید جدی گرفته شود، چه در غیر این صورت بیمار فکر می‌کند از کنار وی به راحتی عبور می‌کنیم و اهمیتی برای او قائل نیستیم.

احساس آرامش آقای اریش Y تا حدود زیادی به این بستگی دارد که آیا می‌تواند قامت خود را صاف نموده و یا به علت اضطراب اجتماعی و اضطراب فراخود، سر خود را دزدیده تا در رویا به عنوان جاسوس شناخته نشود. حرکات گردن کج بی‌شمار که قابل کنترل نیستند، بیمار را نامطمئن و او را وارد یک سیکل معیوب نموده است، بدینگونه که عوامل جسمی و روانی متقابلاً همدیگر را تقویت می‌کنند. آقای اریش Y به علت تصوراتی که درباره‌ی بدریختی سر خود داشته است، نوعی منش زره‌پوشی پیشه کرده و سال‌های زیادی است که حضور فعال اجتماعی ندارد. رابطه‌ی زوجی متزلزل او باعث کاهش اعتماد به نفس وی شده بود. در این ارتباط باید بر اهمیت حیاتی قامت استوار در احساس عزت نفس انسانی تأکید ورزید.

توانمندی قامت استوار، از جمله تجربیات اساسی انسان‌ها است و استعاره‌های بی‌شماری در مورد آن پدید آمده است.

توصیفات پدیدارشناختی و روانکاوانه (فروید ۱۹۳۰، اریکسون ۱۹۵۰، اشتراوس ۱۹۴۹) در دهه‌های اخیر با مطالعات منظم درباره‌ی سیر تکوین قدم استوار تکمیل شده‌اند (ماهلر و همکاران ۱۹۷۵،

آمستردام و لویت (۱۹۸۰). روشن است که یک بیماری جسمی که به لحاظ ذهنی به عنوان عدم توانایی در هماهنگی یا کنترل حرکات تلقی می شود، احساس نااطمینانی که در تاریخچه زندگی فرد ریشه دارد را دوباره فعال می کند.

آقای اریش Y در تجربیات خویش علامت جسمی گردن کج را با احساس گناه، اضطراب و حیا پیوند داده بود. روانکاو از این نظریه‌ی شخصی بیمار پیروی کرد تا بدینوسیله شکل‌گیری علایم نوروپاتیک ثانویه جلوگیری کند. اینکه رها شدن از درد نوروپاتیک بر علامت جسمی گردن کج تأثیر می گذارد، قابل فهم است، زیرا در این صورت انتظار اضطراب و تنش‌های احتمالی فرو می‌نشینند.

پس از آنکه ما در فصل ۱ درباره‌ی اصول کلی سنجش فرضیه‌ها در پژوهش درمان بحث کردیم، در اینجا به توضیحی درباره‌ی حرکات جستجوگرانه به سمت پستان و شباهت آن با گردش سر (بیمارگونه) بسنده می‌کنیم. ما به خاطر می‌آوریم که آقای اریش Y در آنچه درباره‌ی یک رویا گفته بود به سینه‌ی یک زن که تبدیل به پستان شیرده مادر شده بود اشاره کرده بود. در رابطه‌ی انتقال بیمار می‌ترسید پس زده شود، به همین خاطر بر این مسئله تأکید کرد که موضوع جنسی در کار نیست. پس‌زنی‌های همسرش دلیل این نگرانی بیمار بود. او می‌ترسید نیاز وی برای صمیمیت و نزدیکی مورد سوءتعبیر واقع شود. این صحنه بدون تردید حاوی نکات درمانی بااهمیتی بود. اما تشابه بالا میان حرکات جستجوگرانه با حرکات سر چیست؟ آیا حرکات چرخشی سر، مبین یک جستجوی ناخودآگاه جهت یافتن ابژه‌ی دهانی نیست؟

سوالات مطروحه به مشکلات اجزای روانی در شکل‌گیری و سیر گردن کج به عنوان یک بیماری جسمی مربوط می‌شود. شناخت‌های حاصله از سیر درمان بر نظریات ارائه شده در ابتدا صحه می‌گذارند که عوامل روانی در بروز علامت نقش دارند. در اینجا کنجکاو می‌شویم که آیا در این مطالعه‌ی موردی مشاهداتی انجام شده‌اند که به عنوان عوامل بروزدهنده‌ی روانی و شرایط روانزدی جزئی از ریشه‌ی بیماری به حساب می‌آیند یا نه.

پیش زمینه‌ای جسمی در وسیع‌ترین مفهوم خود تعیین کننده‌ی بروز یک بیماری است. بنابراین علامت مربوطه از الگوهای بیولوژیکی موجود پیروی می‌کند که به قول فروید در وراثت جسمی قرار دارند، همانچیزی که آلکساندر از آن به عنوان آسیب‌پذیری جسمی یاد می‌کند (م.ش. به ۷-۹). جهت فهم تغییر شیوه‌های واکنشی بدنی باید به دنبال وقایع حادی بود که در ابعاد متفاوت تجربیهی روانی قابل پیگیری هستند.

برای ورود به مبحث پائین می‌توان این سوال را مطرح کرد که چگونه یک اختلال زود هنگام در دوران کودکی زمینه‌ی بروز یک بیماری در سنین پیشرفته را فراهم می‌کند.

یک اختلال زودهنگام؟ میتشرلیج (۱۹۸۳) فرضیه‌ی عمومی اختلال زودهنگام در مورد کردن کج را بکار گرفت. میتشرلیج بر این نظر بود که کردن کج یک نماد پیش‌کلامی است. بیمار آنچنان در هم ریخته است که قادر نیست، هیجانات خود را به‌شکل کلامی نمادین کند. در چنین حالتی وی به پس‌رفتی دچار می‌شود که به‌علت فقدان ابزار کلامی، به شیوه‌ی بیان حرکتی روی می‌آورد که در واقع به مرحله‌ی پیش خود کودک خردسال تعلق دارد. کلیشه‌ی حرکتی استفاده شده در اینجا مطابق با الگوی هدایتی مکیدن و حس شیرخوار است که پیش مرحله‌ی گفتن «نه» نیز است. در حرکت نوعی دوگانگی نهفته است، مثل شیرخوار گرسنه که هم به سینه‌ی مادر متمایل می‌شود و هم هنگام سیر شدن، سر خود را پس می‌زند.

رویکرد درمانی روانکاوی. نقدهای انجام شده درباره‌ی زمینه‌های روانی بیماری‌های جسمی و کردن کج، افق درمان روانکاوی را تنگ می‌کنند، اما در عین حال مبنای علمی بدین رویکرد اعطا می‌کنند. گزارش درمانی ارائه شده نشان می‌دهد که عوامل روانی در شکل‌گیری و سیر علامت مؤثر هستند. اگر عواملی را در نظر بگیریم که به پایداری بیماری کمک می‌کنند، به ترس‌های اساسی برخورد می‌کنیم که توسط بیماری بروز نموده و تقویت می‌شوند.

ما بر مبنای آنچه در جلد مبانی (۴-۹) درباره‌ی الگوی آلم معرفی کردیم، پاره‌ای کانون‌های محتوایی از آنالیز آقای اریش لا را مطرح کردیم. ما با برویتیگام و کریستیان همسو هستیم که در غالب بیماری‌های روان‌تنی، عناصر باقواره مشخص بیماری در پیش‌زمینه‌های جسمی قرار دارند (۱۹۸۶، ص: ۲۱). طبق تجربیات ما نیز عوامل روانی و اجتماعی در تثبیت و سیر بیماری مؤثر هستند.

تنوع اشکال موجود در مشکلات روانی برقراری همبستگی میان کردن کج و تعارضات خاص روانی را غیرمحمتمل می‌سازد.

با این حال اشتباه است که نقش عوامل روانی را در شکل‌گیری و سیر این بیماری کوچک بدانیم. چنانچه تشخیص روان‌پویایی را از منظر درمانی نگاه کنیم و کانون‌های محتوایی برگزینیم، می‌توانیم به بهبود علامت نزدیک شویم.

جهت انجام درمان روانکاوی می‌توان به این اصل مسلم استناد کرد که معمولاً در این بیماری‌ها با نوروپیک‌سازی ثانویه مواجه هستیم که اندیکاسیون روانکاوی را مجاب می‌کند.

تجربه‌ی استیصال و درماندگی در علامتی که به‌لحاظ اجتماعی آشکار و نمایان است، برای بیماران بسیار ناگوار است. ترس‌های اجتماعی و ترس‌های فراخود در علایم آشکار جسمی متقابلاً یک‌دیگر را تقویت می‌کنند و به انزوا کشیده می‌شوند، زیرا تحمل نگاه‌های تحقیرآمیز محیط اجتماعی از جانب بیمار بسیار دشوار است. نااطمینانی به مشاهده متمرکز بر خود منجر می‌شود. همچون فرد بیگانه، بیمار اکنون به مشاهده خویش روی می‌آورد و مانند هزارپایی می‌شود که هرگاه یکی از

پاهایش مانع حرکت اوست. به همین خاطر در درمان، تقویت رهایی از مشاهدات خویش و بیگانه همزمان پیگیری می‌شوند.

مقایسه با تشنج نوشتن. از این منظر تثبیت علامت به عوامل محیطی و خلُق و روحیه پیرامونی، مثلاً نگاه خیره‌ی دیگران بستگی دارد. کریستیان (۱۹۸۶) فرآیند مشابهی را در تشنج نوشتن ذکر می‌کند که ضمن آن فشار زیادی در همزمانی تجربه شناختی و هیجانی بر فرد وارد می‌شود. در این جا رفتار راحت صورت نمی‌پذیرد، زیرا تمایلات متضاد هیجانی و شناختی، توانمندی انسجام بخش بیمار را نشانه گرفته‌اند. آگونیست‌ها و آنتاگونیست‌ها به معنی واقعی کلمه بر ضد یک‌دیگر کار می‌کنند. تشنج نوشتن به عنوان یک رفتار هدفمند، حاوی یک جنبه‌ی ابزاری است، در حالی که گردن کج، حرکتی پوچ است. در تشنج نوشتن، تماس با ابزار نوشتن و رفتار نوشتن است که موجب تشنج می‌شود. در اینجا نیز نگاه دیگران به عنوان بروز دهنده علامت نقش بزرگی دارد. تشنج نوشتن معمولاً در شرایطی خاص روی می‌دهد، مثلاً زمانی که فردی باید امضا کند. در این صورت مشخص می‌شود که تشنج در نوشتن، نظیر تشنج‌های دیگر، مثلاً نواختن یک آلت موسیقی، به‌طور اولیه در ارتباط با یک معنا و موقعیت دارد، چیزی که در گردن کج یافت نمی‌شود.

۶ از مصاحبه به درمان

From the Initial Interview to Therapy Vom Interview zur Therapie

مقدمه

- ۱-۶ مصاحبه اول
- ۲-۶ مشکلات خاص
 - ۱-۲-۶ تعلق طبقاتی
 - ۲-۲-۶ بزهکاری
 - ۳-۲-۶ بلوغ
- ۳-۶ بستگان بیمار
- ۴-۶ گواهی و انتقال

مقدمه

در تکمیل فصل مصاحبه‌ی جلد مبانی، در این فصل، روش و مسیر اصلی مصاحبه‌ی اول در درمان را تشریح خواهیم نمود. این امر به‌ویژه در مورد بیمارانی نشان داده خواهد شد که در اندیکاسیون گزینشی معمولاً برای درمانی که به منظور آشکار نمودن تعارضات انجام می‌شود، نامطلوب و نامناسب ارزیابی می‌گردند. بنابر تجربه، تعلق طبقاتی، بزهکاری و بلوغ (۶-۲) معمولاً و به‌ویژه در مراحل آغازین درمان، مشکلات خاصی را به همراه دارند. برخورد و رفتار با وابستگان (۶-۳) شرایطی را ایجاد می‌کند که تأثیرات مطلوب و نامطلوب بر سیر درمان بر جای می‌گذارد.

۱-۶ مصاحبه‌ی اول*

قبل از مصاحبه‌ی اول یک گفتگوی تلفنی انجام شده بود. روانپزشک ارجاع دهنده پس از معاینات تشخیصی متعدد، روان‌درمانی را توصیه کرده و به آقای لودویگ y آدرس مطب چند

* An Initial Interview
Ein Erstinterview

روان‌درمانگر را داده بود. تا چند ماه بعد بیمار نتوانسته بود قرار یک ملاقات با یکی از روان‌درمانگران بگذارد. من به دلایل گوناگون تصمیم گرفتم قرار مصاحبه‌ی اول را بزودی بگذارم. تواضع مؤدبانه او که عاری از هرگونه عاطفه به نظر می‌رسید، مرا به این فکر فرو برد که آیا این خصوصیت بیمار در عدم پذیرش و یا ارجاع‌های مکرر وی نقش دارد. من در حین گفتگوی تلفنی با بیمار به این گمان رسیدم که وضعیت اضطراری بیمار وخیم‌تر از آن است که او آن را بیان می‌کند.

آقای لودویگ Y رأس ساعت به مطب می‌آید. مرد بلند قامت، لاغر و نزار حدوداً ۳۰ ساله چند ماهی است که به علت شکایات متفاوت روان‌تنی و قبل از همه اختلال در سیستم گردش خون و عروق و علائم معدی- روده‌ای، بدون نتیجه مشخص مورد بررسی قرار گرفته است. بیمار با وجود وضعیت نامطلوبی که در آن بسر می‌برد، به علت وجود وجدان کاری و وظیفه‌شناسی مرخصی استعلاجی نگرفته بود.

در همان ابتدای مصاحبه‌ی اول من به تضاد وی میان تلاش برای پیدا کردن یک روان‌درمانی و تعلل وی در بیان خواسته‌هایش پی بردم. این برداشت من که طی گفتگوی تلفنی نیز ایجاد شده بود، به کانون توجه من تبدیل شد: حال آن مرد خیلی خراب است و به سختی خودش را روی آب نگه داشته است. اولین مداخله من تأکیدی بر این مطلب است که او علیرغم مشکلات زیاد، فردی توانمند به نظر می‌رسد. وقتی به او توصیه کردم که به روان‌درمانی مراجعه کند، پذیرفت و تلاش بسیار کرد. او جواب مثبت داد و گفت تلاش می‌کند، چون سرسختی یکی از نقاط قوت اوست. او دوباره روی موضوع سرسخت بودن تأکید کرد.

من متوجه شدم که او چقدر به این خصلت خود می‌بالد. اشاره من در به قدرت کرسی نشاندن او، چیزی را میان من و او به جریان انداخت. پدر و پسر به کرات با پرهیز از مسائل روزمره و پناه بردن به زبان خاص خود. عبور از وضعیت زندگی ساده خود گفتگو می‌کردند و رابطه‌ی تنگاتنگی با هم داشتند. بعداً جنبه‌ی دیگری از رابطه‌ی وی با پدر مشخص شد که سرسختی وی در رجوع به روان‌درمانی را نیز آشکار می‌ساخت. پدرش با کمال دقت به توصیه‌هایی که از بالا می‌آمدند گردن می‌نهاد. این روش دوستان‌های بود که وی در پیشبرد نظریات خویش اتخاذ کرده بود.

ر: چه چیزی شما را /یتقدر سرسخت می‌کند؟

ب: ازدواج دومم به خطر افتاده است. همیشه دعوا و مراغه داریم. به بدحرفی هم کشیده می‌شود.

ر: کلماتی که بین شما رد و بدل می‌شود؟

ب (کمی سکوت می کند): من دعوا نمی کنم. عصبانی هم نمی شوم. روانپزشک به من گفته است که دلیل آن است که من شخصیت ندارم. او به من یک تکلیف داد. من باید فکر می کردم، واقعاً چه چیزی دوست دارم. من هیچ چیزی دوست ندارم، چیزی که به آن دلبسته باشم. وقتی من در اتاق کسی یک مجموعه صفحه های موسیقی می بینم، می توانم بگویم او به موسیقی کلاسیک علاقه مند است. اما من به هم ریخته هستم. موسیقی جاز و کلاسیک در هم تداخل پیدا کرده اند. یک چیز دیگر: وقتی کسی به من می گوید که نمایشگاه موتزارت او را به وجد می آورد و یا یک سمفونی بتهوون او را به اشک در می آورد، برای من قابل فهم نیست.

ر: شما الان به اطرافتان نگاه کردید.

اشاره من به او جرأت می بخشد. او اینک نگاه کاملاً باز خود را از گوشه ای به گوشه ی دیگر متمایل می کند. من با این کلمات کنجکاوی وی را دنبال می کنم: الان از اول شروع می کنید (هر دو می خندیم).

ب: من گل ها را می بینم. در عکس نیز گل وجود دارد. شما باید بدانید که یک لایه مرا احاطه کرده است. این لایه مانع از نفوذ عمیق چیزها در من می شود. وقتی چیزی به داخل نفوذ نمی کند، پس آن داخل هم چیزی نیست.

ر: وقتی فکر می کنید، چیزی در آنجا وجود ندارد، چیزی هم شما را تحریک نمی کند. شما عصبانی نمی شوید. و این همان چیزی است که به شما کمک می کند تا در صلح و صفا با دیگران زندگی کنید.

ب: بله. اما در حال حاضر ضربه ی بزرگی از این بابت خوردم. همسرم به من انتقاد می کند که من معمولاً به لحاظ روانشناختی غایب هستم و ابتکاری از خودم بخرج نمی دهم. او از این بابت عصبانی است. بعد او داد و فریاد و مرا با کلمات ناپسند تحریک می کند.

او در نمونه هایی نشان می دهد که همسرش چگونه فحاشی می کند، چون همه کارها را خودش به تنهایی انجام می دهد و بیمار کمکی به او نمی کند. بیمار سپس موضوع را عوض می کند.

ب: من در این اواخر خیلی خودم را زیر نظر گرفته ام. در جوانی دوست دختر نداشتم. من از کسی سوال نمی کردم چون می ترسیدم قال گذاشته شوم. به همین خاطر پیش قدم نمی شدم. تا اینکه یکی آمد و از من سوال کرد و من هم چون او می خواست با او ازدواج کردم. اوضاع نمی توانست روبراه باشد. صحنه های دردناکی داشتیم و بعد هم طلاق. من همه چیز را به او واگذار کردم و با قرض زیاد به والدینم پناه بردم. من آن موقع افسرده شدم و تحت درمان روانپزشکی قرار گرفتم. تحت معاینه ی بیماری های روانی قرار گرفتیم که نداشتم. دارو به من تجویز شد.

● آقای لودویگ Y افکار خود را خیلی به اختصار بیان می کرد. به نظر می رسید قبلاً فکر کرده بود که چه بگوید. او همچنین تلاش می کرد زیاد و بطور مشروح حرف نزند و منطقی باشد. فقط گاه به گاه چشمانش تر می شد که سعی داشت جلوی آن را بگیرد، احتمالاً به این خاطر که فکر می کرد من ناراحت می شوم. ضمن قطع حرف من، معذرت خواهی می کرد. این مشاهدات مبنی بر اینکه او خودش را تحت هدایت دیگران می آورد را جمع بندی کردم.

د: برداشت من این است که شما به اختصار در مورد مشکلات خود و نیز خیلی منطقی صحبت می کنید. شما سعی دارید ابتکار را به من بسپارید، چون چیزی در درون شما هست که می خواهد شما به عنوان یک انسان خوب به نظر من بیاید.

ب: (می خندد، گویی موضوع برایش غریب نیست) اما عواقب عکس آن بیشتر است.

● من با جمع بندی خودم مبنی بر اینکه او با تواضع خود سعی می کند خودش را با محیط وفق دهد، چیز تازه ای به او نگفتم. اما در حالتی که او فکر می کرد درک شده است، شروع کرد چیز جدیدی در خود کشف نماید، یعنی با اصرار و عاطفه بیشتر چیزی را تشریح کند. در اینجا توانمندی درک و بیان او دوباره شکوفا می شود.

د: تضادی بین افکار شما وجود دارد مبنی بر اینکه نمی توانید چیزی را برای خودتان نگه دارید و توصیفات دقیق شما که حاوی همه چیز است تا مشکلاتتان را جمع و جور کنید.

ب: بله، من به توانمندی بیان خودم می بالم!

من بلافاصله پس از اظهار مثبت بیمار با اشاره به اینکه زمان جلسه تمام شده، صحبت را تمام می کنم. قرار نوبتی در ۲ روز دیگر برای ادامه جلسات گذاشته می شود.

در جلسه بعدی آقای لودویگ Y برگ ارجاع پزشک خانواده را به همراه می آورد. آنگونه که آخر جلسه مشخص می شود، او یک ساعت مچی بسته است که زنگ آن پس از ۵۰ دقیقه به صدا در می آید. او به یک غلط املائی در برگ ارجاع اشاره می کند، اما چیزی درباره ی تشخیص احتمالی "سایکوز" نمی گوید. برداشتم این است که بیمار می خواهد چیز مهمی را به من بگوید.

ب: چیزی به فکرم رسید. برخی مواقع من طغیانگر و حمله ور می شوم. اما همه اینها از سر ناشی می شود. در سرم احساس به هم ریختگی می کنم، در حالی که احساس تهی بودن درونی دارم. خیلی به هم ریخته است.

د: و با این اضطراب هم مرتبط می شود که ممکن است چیز کاملاً به هم ریخته ای از شما بیرون بریزد.

بیمار به این گفته من واکنشی نشان نمی دهد و در مورد تهی بودن درونی خود صحبت می کند.

ر: من فکر می‌کنم از احساس تهی درونی که تشریح می‌کنید به عنوان نوعی تصویر تخیلی استفاده می‌کنید. آنجا تهی است، هیچ چیز پشت آن قرار ندارد تا بدینوسیله شما به عنوان طغیانگر و پرخاشگر تهدیدآمیز جلوه نکنید.

ب: (نگاه آرام بخشی به من می‌کند): یعنی من یک تصویر تخیلی دارم که پشت آن پنهان شده‌ام؟ بله، وقتی باید به این شدت از خودم حفاظت کنم، حال درونی‌ام بد می‌شود. چه چیزهایی ممکن است از من سر بزنند؟

ر: این افکار برای کسی پیش می‌آید که تصمیم گرفته به روانکاوی مراجعه کند.

ب: من در جای خوب و مطلوبی هستم.

ر: بله، و برخی به علت این ترس جرأت مراجعه به درمان را ندارند.

ب: من مطمئنم که اینجوری نمی‌توانم به زندگی خودم ادامه بدهم.

● در ابتدای جلسه بیمار اطلاعاتی به من می‌دهد که مربوط به رفتار انطباقی وی در جلسه اول است. من منتظر داده‌های دیگر درباره‌ی اضطراب و دفاع هستم که در فرصت نسبتاً کوتاه مصاحبه‌های اول میسر است. درباره‌ی ترس بیمار من خیلی زود شروع به صحبت کردم. البته بیمار اشارات مرا کاملاً نادیده نگرفت. در ابتدا ما در احساس تهی بودن بیمار تأمل کردیم. درباره‌ی تعبیر دفاع از احساس تهی بودن به عنوان یک پیکر تخیلی که او بدان نیازمند است، کلمه حمایت به یاد او آمد و از این بابت احساس آرامش می‌کرد. من از موقعیت استفاده کردم تا تصمیم وی برای روانکاوی تقویت شود. اینکه بیمار درباره‌ی تشخیص احتمالی سایکوز صحبت نکرد، نشان دهنده‌ی آن بود که او در پس احساس تهی بودن خود، به مشکل بدخیمی نظر داشت. پس از یک استراحت کوتاه آقای لودویگ Y به یکباره پرسید.

ب: هویت منم درگیر است؟

من برگه ارجاع را که روی میز قرار دارد به او نشان می‌دهم.

ر: شما تشخیص را خوانده‌اید و الان در ارتباط با آن صحبت می‌کنید؟

ب: بله، خواندم ولی نمی‌دانم معنای آن چیست.

ر: سایکوز یعنی بیماری روانی، چیزی که ما جلسه قبل در مورد آن صحبت کردیم.

ب: که این اینجور. نه من چنین چیزی ندارم.

ر: شما تا حالا در کلینیک روانپزشکی نبوده‌اید؟

ب: نه (و بلافاصله اضافه می‌کند) از خانواده هم کسی آنجا نبوده است.

ر: فکر می‌کنید که این تشخیص در مورد شما صدق می‌کند؟

ب: من شناخت کافی ندارم.

به نظر می آید توضیحات من درباره‌ی تفاوت سایکوز و نورژ را با بی‌علاقگی گوش می‌دهد. او می‌خواهد درباره‌ی "تزلزل" بیشتر بداند.

ر: شاید بهتر باشد از درک شما درباره‌ی تزلزل شروع کنیم. شما می‌خواستید توضیح بیشتری به من بدهید.

ب: وقتی کسی راه می‌افتد، من سریع به دنبالش می‌روم (کمی می‌خندد). من یک بار بطور سحرآمیزی جذب دستگاه‌های اتوماتیک بازی قمار شدم. من خجالت می‌کشم. به جمع بدی وارد شدم. برادران هم پیمانه (بیمار با خنده به من نگاه می‌کند و سر تکان می‌دهد). همه می‌خوانند، زمانی بود که من از همسر اولم جدا شده بودم.

ر: با کمک الکل آنچه را بروز دادید که تا آن زمان در خود نگه می‌داشتید.

ب: مست‌ها و بچه‌ها حقیقت را می‌گویند. حالم بد می‌شود. ترس وجودم را می‌گیرد.

● گمانم آن است که او جز آن‌هایی نیست که با صرف الکل بی‌پروا شده و حرف‌های ناجور بگوید، فکر می‌کنم او در بی‌پروایی دیگران شریک شده است. بدین تریب به مداخله‌ی بعدی خودم می‌رسم.

ر: شما فقط نظاره کردید و سعی کردید از طریق مشاهده‌ی دیگران به شناخت بیشتر از خودتان برسید.

ب: بله من این کار را دوست دارم (او با شور زیاد تعریف می‌کند که در ایستگاه مترو دیگران را مشاهده می‌کند و اینکه بعد داستان‌های زیادی از مشاهدات خود برای همسرش تعریف می‌کند). معلوم است که این‌ها قصه‌های من است. می‌دانم.

در آخر جلسه از خودش و من این سوال را مطرح می‌کند:

ب: آیا موفق می‌شوم به نکات تازه‌ای برسم؟

ر: نوعی که شما به گفته‌های من واکنش دادید، چنین امیدی را زنده نگه می‌دارد.

بیمار به ختم جلسه اشاره می‌کند. هر دوی ما یک‌مرتبه خندیدیم. هر دو بر این نظریه که او می‌خواهد کار مرا آسان کند. لحظاتی که ما با هم می‌خندیم، کار درمان را آسان‌تر می‌کند.

در جلسه سوم بیمار ساعت زنگ‌دار خود را همراه نیاورده است.

ب: ساعت را دیروز به پدرم دادم. اول باید به شما بگویم: چیزی تغییر کرده است. امروز وقتی از خواب بیدار شدم از شکاف پرده کرکره بیرون را دیدم. پرنده‌ها را شنیدم. من فکر می‌کنم در جلسه قبلی اتفاقی افتاد و مثل پرده کرکره در من نیز روزنه‌ای ایجاد شد. من می‌توانم درون خودم

چیزی را کشف کرده و بفهمم. من فکر می‌کنم، بی‌احساسی درونی من با ترس‌هایم مرتبط است.
ترس‌های من چیست؟

ر: بله، پیشرفت می‌کنید.

ب: من فکر می‌کنم قدم بزرگی به سمت جلو برداشته‌ام.

او از اینکه می‌تواند به خود اعتماد بیشتری داشته باشد، اظهار رضایت می‌کند. بیمار در ادامه مرا از امید تازه‌ای که در وی ایجاد شده مطلع می‌سازد. اینکه او چه مقدار زمان نیاز دارد و سرعت کاری ما چگونه با هم تنظیم خواهد شد، باعث نگرانی وی شده است. از آنجایی که او چند بار به حالات اضطرابی خود اشاره داشت، به این مسئله پرداخت که چقدر زود به اضطراب دچار می‌شود و اینکه من چگونه می‌توانم در این شرایط به او کمک کنم.

تفسیر: ۳ گفتگوی انجام شده به انجام آنالیز منتهی می‌شوند. موفق شدیم هم تعارضات اصلی را شناسایی کنیم و هم نخستین قدم‌ها در حل آن‌ها را برداریم. فشارهای درونی که وی داشت، پس از تعبیرات انجام شده کاهش یافت. او نظریات و امیدهای خود را تشریح و شروع می‌کند مشاهدات قدیم و تجربیات جدید خود را از نوبقه بندی کند. در پس اضطراب وی از ابتلا به جنون، ترس‌های زیادی وجود دارند که در مشکلات روان‌تنی تظاهر می‌یابند و به واکنش‌های افسردگی در وی می‌انجامند. روشن شدن این اضطراب‌ها برای ایجاد رابطه کاری مطلوب ضروری بود. در همان ملاقات نخست روشن می‌شود که وی به حل یک تعارض با پدر خود نائل شده است. صحنه‌آرایی مجدد این موضوع در فرآیند انتقال در هر سه جلسه هویدا بود. او در نگرش فلسفی خود و اظهاراتی که بیان می‌دارد، تأیید مرا به دست می‌آورد، به خود و دنیا می‌خندد، همانگونه که با پدرش چنین می‌کرد.

۲-۶ مشکلات خاص*

ما به دلایل قابل دفاع به مبحث مشکلات خاص مرحله‌ی گذار از مصاحبه اول به گفتگوی تشخیصی فضای زیادی اختصاص می‌دهیم. هنری نیست که با یک بیمار تحصیل کرده و متعلق به اقشار میانی متمایل به بالا که تحت فشار فراوان قرار و برای انجام روان‌درمانی انگیزه‌ی بالایی دارد، یک آنالیز را شروع کنیم. ما در بخش ۱-۲ نمونه‌های فراوانی از گذار بدون دغدغه مصاحبه

* Specific Problems
Spezielle Probleme

به درمان را ارائه دادیم. همچنین مطالبی که به طور جمع بندی در بخش قبلی (۱-۶) گفتیم، انتظارات زیادی در برابر کاربرد انعطاف پذیر تکنیک درمانی قرار نمی دهد.

توانمندی روانکاو در اندیکاسیون تطبیقی زمانی با چالش روبرو می شود که قرار باشد افرادی را به روانکاو جلب کنیم که معمولاً تن به این کار در نمی دهند. چنانچه از سایکوتیک ها، معنادان و موارد مرزی چشم پوشی کنیم که معمولاً بستری می شوند، با سه گروه مواجهیم که مشکلات خاص خود را دارند:

- تعلق طبقاتی (۱-۲-۶)

- بزهکاری (۲-۲-۶)

- بلوغ (۳-۲-۶)

آنان مخصوصاً در ابتدای کار و در گذر از مصاحبه ی نخست به درمان مشکلات خاصی دارند. ما می خواهیم اندیکاسیون تطبیقی را در مواردی بکار بندیم که در اندیکاسیون گزینشی معیارهای لازم را به دست نمی دهند و به همین خاطر چون مطابق تکنیک استاندارد عمل نمی کنند، پذیرش نشده اند. چنانچه در حین گفتگو انتظارات هر بیمار را در نظر داشته باشیم، صحبت با گروه بیماران سخت مشکلات خاصی را به همراه خواهد داشت. بدون تردید غالباً قانع کردن بیماران کم انگیزه برای انجام روانکاو کاری دشوار است. به همین خاطر بیمارانی که مشکلات فراوان دارند، اما فاقد بینش در این زمینه هستند، در رویکردهای متفاوت محبوب نیستند. بسیاری مواقع در حین گفتگوی نخست تلفنی این افراد رد می شوند.

۱-۲-۶ تعلق طبقاتی *

همانگونه که ما در این بخش موضوعات مربوط به اقشار پائین اجتماعی را بررسی می کنیم، عنوان آن را نیز بطور جامع و خاص تعیین کرده ایم. ما بدینوسیله می خواهیم در راستای مطالعات کرمیوس و همکاران (۱۹۷۹) بر این مطلب صحه بگذاریم که تعلق طبقاتی مشکلات خاصی در تکنیک درمانی به همراه دارد. همچنین در این مطالعه روشن شد که "ثروتمندان و قدرتمندان" به ندرت راهی آنالیز می شوند.

ما در این بحث به مشکلات اولیه تکنیک درمانی با بیماران متعلق به اقشار پائین می پردازیم. در ارتباط با طبقه بندی افراد از معیارهای هولینکزهاید و ردلیش (۱۹۵۸) و نیز منه و شروتز پیروی

* Social Class
Schichtzugehörigkeit

می‌کنیم. این نویسندگان برای تعیین تعلق طبقاتی، معیار موقعیت شغلی و سطح تحصیلات را مبنا قرار داده‌اند.

"به‌عنوان بیماران قشر پائین، کارگران (شامل کارگران فنی کار و تعمیرکاران)، کارمندان جزء و کشاورزان خرد و بدون تحصیلات تا مقطع دیپلم مطرح هستند. در زنان مزدوج باید موقعیت شغلی همسران آن‌ها مبنا قرار داده شود، زیرا موقعیت اجتماعی و نیز وضعیت اقتصادی خانواده تا حدود زیادی به موقعیت شغلی و نیز میزان درآمد مرد بستگی دارد" (منه و شروتز ۱۹۸۰، ص: ۱۶)

حداقل در مراحل اولیه درمان روانکاوی باید به نکات زیر توجه داشت:

- ◀ روانکاو باید به این بیماران اطلاعات زیادی منتقل کند.
 - ◀ ناراحتی‌های جسمی باید جدی گرفته شوند.
 - ◀ تعبیرات عمیق زود هنگام به سوءاعتماد و فاصله منتهی می‌شوند.
 - ◀ چنانچه روانکاو نتواند خود را در موقعیت شغلی و شرایط زندگی اقشار متفاوت اجتماعی قرار دهد، از فهم آنان عاجز خواهد بود
 - ◀ به‌ویژه در ابتدای کار، نحوه‌ی صحبت منفعلانه دارای تأثیرات منفی است.
- بیماران متعلق به اقشار پائینی، بیش از بیماران طبقه متوسط و بالا، از خویش‌تنداری روانکاو که گمان دارد نباید به سوالات زیاد پاسخ دهد، احساس طردشدگی و عدم پذیرش می‌کنند. چنانچه از قواعد ارتباطات روزمره که فروید نیز بر آن‌ها تأکید داشت، پیروی کنیم، می‌توانیم محاوره روانکاوی را گام به گام به پیش بریم. در غیر این صورت با واکنش‌هایی مواجه می‌گردیم که شروتز (۱۹۷۹) تشریح نموده است. بیمار قشر پائینی در این صورت گفتگو را غیرطبیعی تجربه می‌کند، نگران می‌شود و چیزی را که برایش غریب و نامفهوم است، رد خواهد کرد. اگر برعکس، تعبیرات در دیالوگی جاری شوند که پاسخگوی نیازها و انتظارات بیمار و به‌لحاظ محتوایی همسو با تجربیات وی باشند، واکنش‌های خاصی در اقشار پائینی بروز نمی‌کنند. اینکه این دسته از بیماران تعبیرات را معمولاً به‌عنوان سرزنش، تحقیر و غیره تجربه می‌کنند، به خاطر استفاده غیرهمدلانه برخی روش‌های روانکاوی است.

پاره‌ای تجربیاتی که در درمان‌های گروهی به دست آمده‌اند (هایزینگ ۱۹۸۲) در درمان انفرادی نیز کاربرد دارند. بیماران اقشار پائین به دلایل متفاوت خواهان حفظ نوعی فاصله هستند. از آنجایی که یک دنیای بهتر جستجو می‌شود و گفتگو با روانکاو به یک تجربه‌ی تازه و غیرمعمول تبدیل می‌گردد، برخی تعبیرات انتقال مثبت و منفی درک نمی‌شوند. تعارضات بیشتر در قالب چهره‌های

جانشینی انجام می‌پذیرد. در ادامه کار است که خوب و بدهای موجود در انتقال مورد پردازش قرار می‌گیرند. این تعبیرات جانبی برای فرایند درمانی پرثمر هستند. در فاصله، نوعی انتقال ایده‌آل‌سازی شده پدید می‌آید که مملو از حسادت و تنفر طبقاتی است. اما روش تفسیری که ضمن آن روانکاو خود را به‌عنوان ابژه انتقال عرضه می‌کند، باید تعدیل یابد. هایزینگ و همکاران (۱۹۸۲) از جریحه‌دار شدن روانکاو در حین کار با بیماران متعلق به اقشار پائین گزارش می‌دهند، زیرا ارضای مطلوبی که روانکاو در اثر ارائه خویش به‌عنوان ابژه انتقال تجربه می‌کند، در بیماران اقشار پائینی متحقق نمی‌گردد.

توصیه می‌شود که در بیماران اقشار پائینی، مقدمه کار طولانی‌تر برنامه‌ریزی شود. این بیماران احتیاج به روشنگری بیشتری درباره‌ی معنا و مفهوم درمان دارند. نظیر بیماری‌های جسمی، در اینجا نیز لازم است روانکاو به سوالات بیمار به‌طور مشخص و ملموس پاسخ دهد.

چنانچه این قواعد ساده را که عقل سلیم آدمی نیز مؤید آن است، در نظر داشته باشیم، ویژگی‌هایی نظیر فقر تخیل، فراخود سنگواره و هراس از آتورپته که به بیماران اقشار پائینی نسبت داده و گاه مبنای درمان‌ناپذیری و رد آن‌ها می‌شود، موضوعیت خود را از دست خواهند داد. همچنین عدم توانایی در درک تعارضات درونی و گرایش به فرافکنی مشکلات به بیرون، یک فرآورده ذهنی بیش نیست. چنین نظری ناشی از این انتظار است که بیمار در بدو ورود به درمان باید از بینش لازم درباره مشکلات خویش برخوردار باشد.

چنانچه روانکاو بتواند با استفاده از اندیکاسیون تطبیقی به دنیای درونی یک کارگر راه یابد، پاره‌ای مشکلات اولیه بروز نمی‌کنند و روانکاو از کار با بیماری که از سطح تحصیلات پائینی برخوردار است نیز خرسند و خوشنود خواهد شد.

لئودولتر (۱۹۷۵) و وداک - لئودولتر (۱۹۷۹) نشان دادند که تعاملات میان یک فرد متعلق به قشر پائینی و یک پزشک متعلق به قشر میانی را نمی‌توان طبق تئوری کد برنشتین (۱۹۷۵) توصیف نمود. به نظر برنشتین امکان توفیق یک مصاحبه درمانی میان بیمار متعلق به قشر پائینی و پزشک متعلق به قشر میانی، بسیار نازل و چه بسا غیرممکن است. از آنجایی که طبق این کدگذاری بیمار فاقد توانایی بیان خویش است، پزشک نمی‌تواند مدخلی بر دنیای درونی بیمار بگشاید. به نظر می‌رسد برنشتین همچون شروتتر مبنای قضاوت خویش را تکنیک استاندارد روانکاو قرار داده‌اند که در این صورت نمی‌تواند به یک دیالوگ منتهی شود. چنانچه خود را از قید این مفروضات رها سازیم، مشاهدات زیادی به دست می‌آوریم که حاکی از سوءبرداشت از روش روانکاو است. مثلاً وداک - لئودولتر این سوالات را طرح می‌کند:

● آیا بیمار قشر پائینی واقعاً فاقد "توانمندی بیان خویش" است؟

● فرایند اجتماعی شدن اقشار میانی و اقشار پائینی چگونه از یکدیگر قابل تفکیک است؛ چه دسته اختلالات تعاملی را می‌توان در نزد آن‌ها شناسایی کرد؛ و بنابراین روش درمانی مناسب برای هر یک از آنان کدام است؟

● معنای درمان برای بیماران اقشار پائینی چیست: این انتقاد که روان‌درمانی به معنای "انطباق" با معیارهای اقشار میانی و چارچوب سیستم برتر است را باید لااقل به بحث گذاشت (۱۹۷۹، ص: ۱۸۷).

همچنین جایز نیست "توانمندی بیان خویش" را به‌عنوان یک وجه مشخصه عام مبنا قرار دهیم، بلکه بهتر است به کیفیت بیان خویش توجه داشته باشیم.

نمونه ۱

خانم سوزان X تقریباً ۴۰ ساله از منطقه روستایی می‌آید و با یک کارگر ازدواج کرده است. بیمار به این خاطر به من مراجعه کرد، چون غالباً به شرایط استیصال دچار می‌شد که نهایتاً به حالت هیجانی و برانگیختگی منتهی می‌گردید. در حالت‌های مختلف روانی نمی‌دانست چه می‌گوید و چه می‌کند. بی‌هدف این طرف آن طرف پرسه می‌زد. معمولاً مشاجره با همسرش زمینه‌ساز چنین رفتاری بود. دلیل خیلی کوچک و جزیی بود، داد و فریاد، اما بلند و وحشتناک. تنش حداقل روز بعد و برخی مواقع تا سه روز پس از آن ادامه می‌یافت. درمان دارویی چندساله اثربخشی نداشته است. پزشک خانواده و روانپزشک در پاسخ سوال وی درباره رجوع به روان‌درمانی می‌گفتند که وی نه قدرت پرداخت هزینه آن را دارد و نه هوش کافی برای انجام آن. بیمار در شرایط فقر از همان دوران کودکی مجبور به کار کردن شده بود. برای آنکه نان‌خور سر سفره کمتر شود، او مجبور بوده پس از دوران متوسطه خانه را ترک کند.

عدم پذیرش درمان، انتظار وی مبنی بر فقیر و احمق بودن را تقویت کرده بود. اما خانم سوزان X نمی‌گذاشت اشتیاق به یادگیری در وی از بین برود. به کمک رسانه‌ها (مجلات، کتاب، رادیو و تلویزیون) اطلاعات زیادی درباره روان‌درمانی و روانکاوی به دست آورد و به روانپزشکی مراجعه کرد که او را به یک روانکاو (زن) ارجاع داد تا افکار غیرواقعی این زن تحصیل‌نکرده را از مغز او بیرون کند. او باید آرزوی روان‌درمانی را برای همیشه به گور بسپرد. با تحقیقات من مشخص شد که این همکار روانپزشک در ارجاع بیماران اقشار پائین معمولاً به این تجربه دست می‌یافت که روانکاوان برای این دسته از بیماران اندیکاسیون درمان صادر نمی‌کنند.

خانم سوزان X در ترکیبی از لجاجت، ترس و سوءظن تلاش کرد از طریق خودآموزی بر دانش خود بیافزاید. او در عناوین کتاب‌های مختلف خود را باز می‌یافت. *فرار یا مقاومت* ریشتر (۱۹۷۶) سبب شد تا وی برای درمان روانکاوی تلاش کند. پس از تقریباً ۱۰۰ جلسه او تقریباً ۱۰ کتاب مورد علاقه‌اش را برای من آورد. پس از آنکه مدت زمانی گذشت از من سوال کرد چرا من مطالعه این کتب را برای او ممنوع نمی‌کنم؟ اعتماد شفاف من در توانمندی او برای آموزش به وی جرأت بخشید.

هنگام مرور ۱۰ جلسه اول آنالیز ۳ ساله با خانم سوزان X متوجه شدم که بیمار تقریباً در هر جلسه‌ی درمانی مرا تحریک به قطع درمان کرده است، گویی او باید رد می‌شده، چون به "پائینی‌ها" تعلق داشته است.

در گفتگوهای اولیه و زمانی که من با دقت به تشریحات او درباره‌ی فقر و تنبیهات بدنی در کودکی و نوجوانی گوش می‌دادم، او همواره این جمله را تکرار می‌کرد: "آیا اصلاً درست است که من به شما مراجعه کرده‌ام؟" او با این کار خود به من یک "ضربه" وارد می‌کرد. به لحاظ محتوایی من به او نشان دادم که او کتک‌هایی را که از پدرش دریافت کرده، اینجا نیز انتظار دارد و (از طریق همانندسازی با پرخاشگر) میل به تجربه آن دارد. او تشریح کرد که پدرش چقدر خشن بود، داد و فریاد می‌کرد، کتک می‌زد و فقط به فکر پول بوده است. او به این خاطر با شوهرش ازدواج کرده که دقیقاً برعکس پدرش، خوش اخلاق و خوش قلب است. اما این دقیقاً همان چیزی است که اکنون به همسرش ایراد می‌گیرد، شوهرش با همه و در همه حال با حوصله و شکیبایی است. این حالت همسرش او را به یک خشم درمانده و اضطراب می‌کشاند. او جلسه آخر را با این جمله پایان می‌دهد: "کسی که زمانی خشونت تجربه کرده، به همان راه کشیده می‌شود که خودش نیز خشونت و بدی کند."

● من تلاش داشتم به سوال او مبنی بر اینکه آیا مراجعه او به من درست بوده یا نه، اطلاعات کافی در اختیار او بگذارم. بیمار به من گفته بود که خیلی مطالعه کرده است. اطلاعات من بیشتر به این مطلب برمی‌گشت که من تلاش داشتم قبل از آنکه برنامه‌های بعدی را طراحی کنیم، بیشتر با هم آشنا شویم. هر چیز تازه‌ای برای او نگران کننده می‌نمود.

بیمار جلسه دوم را با یک نگاه چالش‌طلبانه به من شروع کرد: "آیا کاری که ما اینجا خواهیم کرده، فایده‌ای خواهد داشت؟" اشاره من مبنی بر اینکه من در ابتدا مایلم به گفته‌های او گوش دهم، او را موضوع دوم کشاند که طولانی‌تر در مورد آن صحبت کرد. او به یک برنامه‌ی رادیویی تحت عنوان "حرف زن و بگذار دیگران نیز حرف بزنند" گوش می‌دهد. اینکه او با امعان نظر به این برنامه رادیویی در جلسه اول بسیار تحت تأثیر فضای صحبت ما قرار گرفته بود، نه از جانب

من نه از جانب وی مطرح نشد. ما فقط بر سر این مسئله توافق کرده بودیم که این نحوه‌ی صحبت و تعامل چیز خوبی است. او سپس به موضوع دوم پرداخت. بیمار درباره‌ی زوجی صحبت کرد که در ظاهر روی خوش نشان می‌دهند، اما پشت سر، بدخواه او هستند. او می‌گوید در بدی بزرگ شده و خباثت را می‌شناسد.

خواهر وی نیز دچار همین سرنوشت بوده است. شوهر خواهرش خودکشی کرده است و می‌گوید اگر همه چیز طبق همین روال پیش رود، او نیز چاره‌ای جز خودکشی ندارد. بیمار همه مقدمات این کار را فراهم کرده است. من درباره مقدماتی که فراهم کرده سوالات دقیق می‌کنم و به او می‌گویم که او دقیقاً زمانی که یک نفر با او مهربانی می‌کند - امری که از جانب من حس کرده بود - سعی دارد با یک عمل زشت یا تهدید به خودکشی به آن خاتمه دهد. او سپس بطور داوطلبانه تمام وسائل مربوط به خودکشی را کنار گذاشت تا درباره امکانی دیگر برای خودکشی بحث کند. جنگ قدرت برای زندگی یا مرگ آغاز شد.

قبل از جلسه سوم خانم سوزان X را در راهرو روبروی اتاق دیدم و به او گفتم: الان می‌آیم. بعد از اینکه پس از ۵ دقیقه در اتاق را باز کردم، او درست مقابل در ایستاده بود. حرف مرا جدی گرفته بود و ایستادن خود در مقابل در را اینگونه توجیه کرد که می‌خواست دقیقاً گوش بدهد که من چکار می‌کنم. او بداخلاقی کرد که چرا با وجود آنکه کس دیگری در اتاق نبود من همان لحظه او را به درون اتاق دعوت نکرده‌ام. پس من هستم. وی این موضوع را مجدداً به زوج آشنا ربط داد که ظاهر خوشی نشان می‌دهد، اما همیشه به دنبال مزیت خویش است و رفتار نامطلوبی در برابر دیگران دارد. او می‌گوید دو نفر در همین روزهای اخیر خود را به دار آویخته اند. او در این جلسه سه بار تکرار می‌کند: "الان به مصاف آن‌ها خواهم رفت. روز شنبه می‌روم آنجا." بعد یادش می‌آید که آن مرد مثل عمو و پدرش داد و فریاد می‌کرد و دست بزن داشته و فقط دنبال پول بوده است. او به این نتیجه می‌رسد که بازخواست نتیجه‌ای به غیر از دعوا نخواهد داشت. او باید با خودش کنار بیاید. بیمار اظهار می‌کند که از من چیزی آموخته است؛ همسرش دیروز در محل کارش خود را مجدداً انگشت نما کرده، بیش از حد معمول کار کرده، چون دیگران از وی چنین انتظاری داشته‌اند و سرانجام خسته و کوفته به خانه آمده است. بیمار فقط به او گوش داده و بس. قبلاً به او می‌گفته که چقدر بی‌دست و پا است.

او می‌گوید من (روانکاو) حق داشته‌ام چون قبلاً با همسرش با کلمات تحقیرکننده صحبت می‌کرده است. او از کودکی با هم صحبت کردن را یاد نگرفته و به یاد می‌آورد که مادرش در کودکی فقط دو جمله به او می‌گفت: "دزدی موقوف." "باید مطیع باشی." در جلسه چهارم گزارش می‌دهد که از درختان عکس‌برداری کرده چون می‌خواهد تصاویر چهارفصل درختان را داشته باشد. تا حالا

به نظر او درختان فقط شامل برگ‌هایی بودند که باید آن‌ها را جارور می‌کردند. او می‌گوید حتی در درختان نیز نمادی از زشتی و خباثت می‌دید.

● بیمار توانمندی روانشناختی خود را نشان می‌دهد که من در مورد آن صحبتی نمی‌کنم، بدین معنا که او اینک امکانات تغییر و رشد خود را شناخته است. او همکاری می‌کرد، تغییر می‌کرد و می‌گذاشت همسرش حرف‌های خود را بزند. اینکه او بدین طریق به تقلید از تعامل خود با من دست می‌زد، واضح بود. چنانچه من این مسئله را به او گوشزد می‌کردم، مجبور بود دست رد به سینه من بزند. زیرا: این موضوعات چه ربطی به این داشت که یک خانم دکتر چه کار می‌کند؟ موضوعات بالا چه ربطی به او داشت و او در بُعد خودآگاه چنین ارتباطی را نمی‌پذیرفت. او بارها به من می‌گفت که خودش به پائینی‌ها و من به بالایی‌ها تعلق داریم. اگر من چنین موضوعی را در ارتباط با خودم قرار می‌دادم، او با دفاع اضطرابی واکنش نشان می‌داد.

● به لحاظ تکنیک درمانی مفید است که صفت‌هایی که بواسطه آن‌ها افراد خانواده منشأ توصیف می‌شوند، تقریباً بدون تغییر در توصیف افراد دیگر نیز مورد استفاده قرار بگیرند. مثلاً بیمار برای توصیف همسر، پدر و عمویش از صفات کاملاً مشابه استفاده می‌کرد: خسیس، مستبد، غیرانسانی.

اینکه بیمار حرف رکیک پدر را بوسیله همانندسازی تکرار می‌کرد، یکی از دلایل درگیری او با همسرش بود. او از فحش‌های پدرش استفاده می‌کرد و همسرش را مرد آس و پاس و بی‌فایده توصیف می‌کرد چون از پدر یاد گرفته بود: "آدمی که پول ندارد، ارزشی هم ندارد."

● در جلسات بعدی بیش از پیش جنبه‌های وسوسه‌انگیز ادیپی نسبت به پدر مطرح شدند. متأسفانه من خیلی زود این تعبیر را ارائه دادم که او بدینوسیله پدرش را وسوسه می‌کند. بدنبال آن او به من خیره شد و تعبیر تعارضات درونی خود را نپذیرفت و مرا غیر قابل اعتماد و عجیب و غریب خواند. اینکه چرا تعارضات غریزی باید دیرتر تعبیر شوند، هنوز بدرستی توضیح داده نشده است. بسیاری از انسان‌ها، به ویژه در افراد متعلق به قشر پائینی جامعه، در قطب‌بندی قاعده‌ی همه چیز یا هیچ چیز، این قاعده را با محتویات خاصی پر کرده اند. البته توصیفات خشک نظیر فراخود سنگواره و یا عملکردهای ضعیف خود، برای توضیح این فرآیند پیچیده کافی به نظر نمی‌رسند.

با احتیاط بیشتر دقت کردم که دفاع اضطرابی جدیدی ایجاد نکنم. خانم سوزان X زودتر از آنچه انتظار داشتم به این موضوع رسید که نمی‌خواهم از دست او خلاص شوم. "شما باید مواظب باشید که من به بیراهه نروم." او در مورد مادرش بیشتر صحبت کرد. وی در جلسه بعدی با یک ژاکت به رنگ قرمز تند ظاهر شد، خندید و سوال کرد آیا من می‌دانم معنای این کار چیست. او در هیئت شل قرمزی آمده که مادرش او را بیرون کرده بود. بیمار بدین جهت خود را طرد شده احساس

می‌کرد، چون من آرزوی او مبنی بر مواظبت از او را اجابت نکرده بودم. از دید او من باید می‌گفتم: بله، من الان وظیفه مادری را بعهد می‌گیرم. این تعهد پزشکی من است.

● این موضوع بعداً در مرحله پایانی درمان، هنگامی که خلع قدرت در سطوح متفاوت از جانب وی مطرح شد به نقطه اوج خود رسید. پس از آنکه مشکلات ناشی از وضعیت خانوادگی بیمار در مرحله مقدماتی درمان کوچک‌تر شد، توانستم در بخش‌هایی از آنالیز به بیمار نشان دهم که چگونه پاره‌ای از حسادت‌های ادیپی و پیش‌ادیپی در کمبود آموزشی واقعی وی نقش داشته‌اند. همچنین روشن شد که بدینوسیله یک سیکل معیوب کمبود، هم به‌لحاظ تجربی و هم به‌لحاظ واقعی تقویت می‌گردد. هنگامی که بیمار متوجه شد که وی چگونه در پی ارضای نیازهای دیگر نیز بوده است، یاد گرفت میان مقاصد و اهداف خودآگاه و ناخودآگاه تفکیک نماید. جالب آن بود که فراخود قوی وی درباره بایدها و نبایدها چگونه تغییر شکل داد. او کلمات خود را جایگزین این کلیشه‌ها ساخت. این قابلیت به تغییر ساختاری در پاره‌ای موارد در وی منجر شد.

خانم سوزان X شش ماه بعد از آنالیز تلفن کرد تا بگوید که حالش خوب است. وی هنوز با خود در کلنجار بسر می‌برد که آیا جدایی او از من طرد وی نبوده است؟ اعتماد به نفس او- در همانندسازی با آنچه که با من برای زندگی خود بدست آورده بود- برای مدت طولانی تثبیت شده بود. البته او هر از گاهی ابراز تردید می‌کرد که نکند به علت تعلق طبقاتی‌اش مورد کم توجهی قرار گرفته است.

نمونه ۲

در مثال بعدی نشان خواهیم داد که می‌توانیم از توانمندی‌های خاص شغلی در جهت ایجاد توازن در تفاوت‌های اجتماعی و احساس حقارت ناشی از آن بکار بگیریم.

آقای ویکتور Y ۳۷ ساله به علت اختلال خواب و دردهای جسمی که پس از "شکست" در یک امتحان بدان دچار شده، مراجعه کرده است. او از سن ۱۸ سالگی خود به‌عنوان موتتاژگر مشغول به کار است. به علت آگاهی بر توانمندی‌های خود تصمیم می‌گیرد امتحان ارتقا بدهد، اما به علت مشکل با آتوریته پیش‌بینی‌هایش به هم ریخته می‌شود. بیمار در شرایط خانوادگی رضایت‌بخش و پر جمعیت بسر می‌برد.

بین نوبت تلفنی و شروع یک درمان ۷ ماهه، چند هفته فاصله می‌افتد. با توجه به این تأخیر او توضیح می‌دهد که این روش، یعنی ایجاد فاصله، تکنیک او برای غلبه بر تعارضات با آتوریته

است. البته او از این مسیر زیان نیز می‌بیند. من به او گفتم که نوعی بی‌علاقگی در وی حس کردم. بله، اما برای او روشن است که اینک به درمان احتیاج دارد.

او به تشریح دقیق امتحانی می‌پردازد که ناموفق سپری شده است و در تشریح برخورد میان روسا و زیردستان آن‌ها باز هم دقیق‌تر می‌شود و با هیجان زیاد که جنبه طنز نیز به خود می‌گیرد ادامه می‌دهد.

او به یکباره به من نگاه و حرف خود را قطع می‌کند و از من می‌پرسد: "شما هم از پائین شروع کردید؟" او مایل است که من او را درک کنم. او همه تلاش خود را کرده تا به سطوح میانی ارتقا یابد. "و حالا!" به یکباره زیر گریه می‌زند. او اینک حتی دوستان خود را از دست می‌دهد. فقط در مورد ماشین می‌شود با آن‌ها صحبت کرد. او می‌خواهد از این وضعیت خلاص شود. دوستان و آشنایان به او نیشخند می‌زنند و او کارش را سرسری انجام می‌دهد. او خودش را نمی‌شناسد. با خواب رفتن خود مشکل دارد. خیلی چیزها از مغزش عبور می‌کند، اما از دارو خوشش نمی‌آید. یکباره می‌گوید: اما حالا.

ب: جهش مرا ببخشید. والدینم به ملاقات ما آمده بودند. و من متوجه شدم که نمی‌خواهم مثل آن‌ها باشم. مادرم فقط مصرف‌کننده است و پدرم را تحت سیطره خود دارد. قبلاً پدرم آتوریته محسوب می‌شد و همه از وی اطاعت می‌کردند.

او سپس می‌گوید که مثل مادرش، در مورد بیماری‌ها مبالغه می‌کند. به محض آنکه جایی درد می‌گیرد به عالم و آدم خبر می‌دهد. همسر او ممکن است روزها سردرد و کمردرد داشته باشد، اما چیزی در مورد آن نمی‌گوید. منظور او آن نیست که داد و فریاد می‌کند، بلکه تاب می‌خورد و نق می‌زند. شاید این بدتر باشد. مشکل دیگر آن است که او به کارهای خانه می‌پردازد، اما در اصل کمکی برای همسرش محسوب نمی‌شود. پس باید همیشه روی صندلی خودش بنشیند. او برخی دیگر رفتارهای اجباری و خرافی را تشریح می‌کند.

آقای ویکتور Y سخنگوی والدین در کلاس درسی فرزندانش است. قبل از جلسه اولیا و مربیان فشاری بر روی قفسه سینه خود حس و به قلب خود اشاره می‌کند. او اول می‌گذارد دیگری حرف بزند، اطلاعات بدست می‌آورد و بعد همه چیز آسان‌تر می‌شود. من می‌گویم، اگر/و شروع کند، می‌ترسد از اینکه مورد حمله (انتقاد) واقع شود. به همین خاطر اول می‌گذارد دیگران حرف بزنند. او دوباره از این شاخه به آن شاخه می‌پرد، وقتی مثلاً رئیس می‌آید صورت و گوش‌هایش قرمز می‌شود، با وجودی که اتفاقی نمی‌افتد. اول قبل از آنکه بخواب برود سخنرانی‌های طولانی را برای فردا آماده می‌کند. اما او دوباره چیزی که آماده کرده صحبت نمی‌کند، بلکه فی‌البداهه حرف می‌زند. من پاسخ می‌دهم که او در این صورت از اعتماد به نفس خوبی برخوردار است. بیمار

می گوید نه، چنین نیست و ممکن است ناگهان بددهنی و به دیگران حمله کند و سپس دچار احساس گناه زیادی شود. به همین خاطر بهتر است چیزی نگوید.

در جلسه بعدی آرام و منتظر دستور من است: "الان حرف بزنید!" او در ابتدا فکری را در سر می پروراند و بعد آن را بیان می کند. او می گوید به درمان احتیاج ندارد. بعد نشان می دهد که چقدر حالش خراب است: "یک کاری بکن."

اکنون او شروع می کند درباره همه چیز صحبت کند، با خودش و با بردن نامش. بدین ترتیب من مجال آنکه چیزی بگویم را پیدا نمی کنم. او ظاهراً می خواهد بدینوسیله به من نشان دهد که قبل از خواب چگونه است و نیز در موردی که برایش در شیفت شبانه پیش آمده بود با من صحبت کند.

ب: تازه کار تمام شده بود، زنگ تلفن به صدا درآمد. آقای ز، می پرسد چرا بیرون کارگاه پر از برف است، چرا برفها پاک نشده است. چون ماشین برف پاک کن نیامده است.

او احساس خوبی داشته است، چون آقای ز کسی است که زود هیجانی می شود. او سوالات احمقانه می کند و می شود با او دعوا کرد. او در این ضمن سرخ می شود. وقتی زیر دوش بود می دانست که باید به نحو دیگری برخورد کند: اول بشنود و متوجه شود، بعد "بله" بگوید، بعد بگوید "مشکلی پیش آمده"، بعد بگوید "انجام خواهم داد."

● این بیمار که در دو جلسه اول ابعاد متفاوت تعارضات آتوریته خود را تشریح نمود، در ۱۵ دقیقه جلسه اول با سوال خود: "آیا شما هم دوره کارآموزس فنی را گذرانده اید؟" نشان داد که من به عنوان پزشک قطعاً سیر آموزشی دیگری داشته ام، اما آنچه او می خواست به من تفهیم کند آن بود که در حرفه فنی، اوست که قابلیت دارد. من به توضیحات مشروح او به دقت گوش می دهم، زیرا می دانم که او از بیان قابلیت های خود بدین طریق لذت می برد. بدین ترتیب قابلیت های خود تجلی می یابند، چه در غیر این صورت بیماری که در فراخود خود با آتوریته ها مشکل داشت، نمی توانست با من به عنوان یک پزشک تعامل برقرار کند.

سپس او تشریح می کند که چگونه با قابلیت و احساس مسئولیت، در شغل خود فعالیت دارد، اما خیلی سریع احساس می کند که دیگران به وی ایراد و خرده می گیرند. وقتی من به او می گویم زمانی که بطور واقعی از اقتدار برخوردار است، اعتمادی به این حالت خود ندارد، بلافاصله به تشریحی که پزشک کارخانه کرده بود می پردازد. او مردی است که با وجود تمام اختیارات پزشکی که دارد، کاری انجام نمی دهد. آن پزشک یک مرخصی برای او نوشته، همچنین درمان دارویی تجویز کرده که هیچ کمکی به وی نکرده است. بیمار که زیاد پرحرف نیست، در سه جمله بعدی تشریح می کند که او چگونه سیر مشکلات خود را می بیند. زمانی که پدر چیزی

می گفت، مسئله اطاعت از او مطرح بود. زمانی که مادر چیزی می گفت، آدم تحقیر می شد. او می ترسد چیزی شبیه به آنان باشد و همزمان می گوید که نمی خواهد چنین اتفاقی بیفتد.

● بیمار با زبان دوسویه ای که با خودش صحبت می کند نه تنها علایم و ایرادات خود را مطرح می کند، بلکه نشان می دهد که چگونه از ایجاد انتقال طفره می رود. بیمار برخی مواقع ناخودآگاه کارگردانی یک جلسه را بر عهده می گیرد. در حالی که من تعبیر نمی کنم و وی وارد تعارض با من نمی شود، می توان دیالوگ و همکاری با بیمار را ادامه داد.

● پس از رها شدن از قید محدودیت های نوروتیک نیز بیمار به علت جنبه های هوشی به ارتقا موقعیت خود دست نیافت، اما اینک او به چنین چیزی نیاز ندارد تا بتواند رقابت با پدر و افراد جانشینی را به خوبی تحقق سازد.

در آخرین جلسه درمان آقای ویکتور Y هنگام تشریح یک پیش آمد در شیفت شبانه کلمات فنی زیادی بکار برد. نظر من مبنی بر این اینکه به علت کمبود اطلاعات فنی در این زمینه، قادر به اظهار نظر نیستم، او را به خنده ای پیروزمندانه کشاند. او می گفت انسانی تر و نرم تر شده است. او دیگر فقط یک انسان غرغرو مثل سابق نیست. اطرافیان تغییر زیادی در وی می بیند. با این جمله ناگهانی: "شما نمی ترسید که من به سرم بزنم؟" مرا به خنده واداشت. او تغییرات ایجاد شده را می شمرد و دوبرتبه به موضوع امتحان باز می گردد. با لبخند ساده ای می گوید: "من فکر می کنم بهتر است که یک برق کار باقی بمانم و به فکر مدرسه عالی نباشم." من در ادامه مشکلات اولیه او را که شامل، سرسختی، عصبانیت در لحظه اشتباه، پیدا نکردن کلمات منطبق در لحظات موجود می شد، برشمردم. نه، او دیگر در این دایره سرگردان نیست. او پس از یک تعمق می گوید باید نیروهایش را جمع و استفاده مولد از آن بکند، گرچه ممکن است بعضاً به اعصابش نیز فشار وارد شود. من می گویم این کلمات پایانی خوبی است. او بلند می شود و می گوید "بله". او به دکتر خود نیز گزارش خواهد داد. آقای ویکتور Y به من دست می دهد. "متشکرم من دیگر نخواهم آمد." او بدینوسیله از خداحافظی معمول طفره رفت.

۲-۶-۲ بزهکاری*

همانگونه که در جلد مبانی متذکر شدیم، چنانچه از اندیکاسیون تطبیقی استفاده کنیم، کاملاً امکان پذیر است که برای افرادی که مبتلا به سندرم های ضداجتماعی هستند، درمان موفق

* Delinquency
Delinquenz

روانکاوی انجام داد. سپس به سرعت روشن می‌شود که عناوین فریبده هستند؛ به هیچوجه اینگونه نیست که تنها محیط و جامعه از شیوه‌های رفتاری این انسان‌ها در غدا بزر می‌برند. تعداد بیشماری از این افراد مایوس و به ظاهر از دست رفته از دست خود و رفتارهای غیرقابل کنترل خود نیز در رنج و ناراحتی بزر می‌برند.

بر اساس تجربه تقریباً ۳۰ ساله که مخصوصاً در روانپزشکی قانونی هلند به دست آمده است، می‌توان خوش‌بینی محتاطانه‌ای نسبت به درمان‌پذیری روان‌درمانی اظهار کرد (گود اسمیت ۱۹۸۶، ۱۹۸۷). با تعدیلات انجام شده در روش روانکاوی، کاربرد آن در مقایسه با پروژه منیگر جنبه‌های قهرمانانه کمتری دارد.

تعدیلاتی که هم اینک جنبه همگانی به خود گرفته‌اند، عمدتاً مربوط به ایجاد رابطه درمانی می‌شوند. بسیاری از افراد ضداجتماعی در کودکی و جوانی خود از دلبستگی‌های قابل اتکا و اعتماد خانوادگی محروم بوده‌اند.

آن هنگام که با یک فرد ضداجتماعی رابطه درمانی ایجاد می‌شود، باید احتیاط زیادی بخرج داد، زیرا نوعی اضطراب نهفته به وجود می‌آید. چنین فردی زیاد تجربه کرده که رابطه با انسان‌ها برای مدت طولانی میسر بوده، اما به بطور ناگهانی رابطه قطع شده است؛ از دید بیمار تقریباً همیشه دیگران مقصر بوده‌اند.

◀ همانگونه که می‌دانیم فرافکنی به دنیای بیرونی مکانیزم دفاعی غالب در نزد این افراد است. اضطراب انتظار رفته درباره از دست دادن رابطه باعث می‌شود که برخی بیماران تلاش ناخودآگاهی می‌کنند، خود به رابطه پایان دهند. در درمان بستری تمایلات فرار شکل می‌گیرند و در درمان سرپایی بهبود ساختگی و نمایشی شاهدیم. مهم است که این تلاش‌های خودفریبانه را بشناسیم.

◀ تخمین واقع‌بینانه دوره درمان، ضامن استمرار آن است. با توجه به منافع بیمار، روان‌کاو بهتر است ضمن برخورد دوستانه با بیمار، همزمان فاصله خود را با او حفظ کند، گرچه ممکن است بیمار جهت ارضای آنی خود تمایل به صمیمیت بیشتر با روان‌کاو داشته باشد.

◀ غالباً لازم است درمانگر خود را با تصورات درمانی بیمار انطباق دهد تا اعتماد او را جلب کند. متعهد کردن او به قوانینی که از بالا صادر می‌شوند، ممکن است به طغیان بیمار منجر شود. در مورد زیر، طبق خواسته بیمار در ابتدا چندین بار هیپنوز انجام و سپس با حرکت درمانی ترکیب شد.

◀ در درمان بزهکاران معمولاً درگیر کردن یک مددکار اجتماعی اجتناب‌ناپذیر است.

درمان آقای زیمون Y با یک تلفن شروع و جلسه، یک روز بعد از آن تشکیل شد. آقای ۳۷ ساله بزهکار، با سوء پیشینه بطور اورژانسی به روانکاو مراجعه کرد و پیشنهاد خدمات کمک‌های اولیه را خواستار شد. حائز اهمیت آن که روانکاو تقاضای بیمار برای انجام هیپنوتراپی را که توأم با تهدید به خودکشی بود، نه به‌عنوان تحت فشار قرار دادن خود، بلکه به‌عنوان تجلی یک موقعیت اضطراری در بیمار پذیرفت. در غیر این‌صورت در همان صحبت تلفنی کار قطع می‌شد و بیمار آن را به‌عنوان رد شدن خویش تلقی می‌کرد. آمادگی روانکاو برای داشتن بینش جامع از کمک‌های درمانی، آنگونه که زاندلر (۱۹۸۳) مطرح می‌نمود، یعنی روانکاو آن کاری است که روانکاو انجام می‌دهد، به ایجاد رابطه اعتمادبرانگیز میان آن دو منتهی شد. بین آن دو باید اتفاقات زیادی افتاد باشد که در همان جلسه اول یک رابطه مطلوب ایجاد شد و در پی آن بیمار ۳ ماه برای نوبت درمان خود به انتظار نشست.

● به گمان ما بیمار به این خاطر توانست ۳ ماه صبر کند، چون وی پیشنهادات روانکاو را به‌عنوان آخرین فرصت و امید خود می‌دید و در همان جلسه به یک نقطه اتکا و اطمینان با روانکاو دست یافته بود.

بیمار انتظار تکرار تجربیات قبلی خود را داشت که اینگونه بیان کرد: "ترس من آن است که من دیگر قابل نجات نباشم، این چیزی است که دکترهای دیگر نیز به من گفته‌اند و مرا دیگر نپذیرفتند." پس از مدتی گریه او از روانکاو می‌پرسد: "چرا وقت خود را با من تلف می‌کنید؟ تا کنون هیچ کس به اندازه شما با من حرف نزده است." در این لحظه روانکاو به وی اطمینان می‌دهد که مصمم است تا در مبارزه بیمار برای دستیابی به زندگی بهتر در کنار او باشد، اگرچه او از کارایی هیپنوز چندان مطمئن نیست. اما اگر بیمار فکر می‌کند چنین کاری می‌تواند به او کمک کند، روانکاو آماده است تا کار درمانی را با هیپنوز شروع کند.

● برخی پس‌زمینه‌های ذهنی تصمیم روانکاو برای انجام این درمان را می‌توان از افکار و عواطف او که نوشته بدست آورد: ترکیبی از ترحم عمیق و عصبانیت از نحوه برخورد با او و نیز نوعی احساس درماندگی: چه کار از دست من برمی‌آید؟ من در حین جلسه اول دریافتم که می‌توانم با او کار کنم، همچنین دستگیرم شد که تاکنون تلاش جدی در مورد او صورت نگرفته است. هنگامی که روانکاو تصمیم به درمان بیمار می‌گیرد، از جزئیات تاریخچه زندگی بیمار و سابقه درمان‌های قبلی او مطلع نیست. با موافقت بیمار این پرونده‌ها به دست روانکاو می‌رسد. در مجموع

همخوانی بین آنچه در پرونده ذکر شده بود و آنچه بیمار درباره خود تعریف کرده بود، مشاهده می‌شد. ما در پائین به اختصار این مطالب را بازگو می‌کنیم.

بیمار که فرزند نامشروع بوده، در طول زندگی از این دست به آن دست رفته و گاهی نیز طرد می‌شده است. وی پس از شیرخوارگاه نزد والدین متعصب مادرش بسر می‌برد که شاکر بودند که پدر او به‌عنوان مبارز هلندی دستگیر و در اردوگاه‌های نازی به قتل رسیده است. در دوران ابتدایی او منزوی بوده و به علت لکنت زبان پیشروند وضعیت مطلوبی نداشته است. او از زمان کودکی زیاد گریه می‌کرده، امری که بعداً بسیاری از مددکاران را مستأصل می‌کرد، زیرا نمی‌دانستند با گریه او چکار کنند. توصیه پزشک مدرسه مبنی بر انتقال نوجوان ۱۱ ساله به یک پرورشگاه در غرب کشور به ضایعه بزرگ دیگری تبدیل شد. او به علت لهجه‌ای که برای هم سن و سال‌های او ناشناخته بود، منزوی می‌شود. خداحافظی از مادرش در ایستگاه قطار، در حالی گریه و زاری می‌کرد که نمی‌خواهد از وی دور شود، به‌عنوان یک خاطره تلخ و ناگوار همواره در خاطره او مانده است. زیمون دو سال بعد از آن پرورشگاه به‌عنوان دوران سیاه و تاریک نام می‌برد.

انزوا و فقدان آگاهی باعث شد تا وی یک دوره کارآموزی مکانیکی را که دو سال پس از بازگشت به شهر خود شروع کرده بود، پس از چند روز قطع کند. وی پس از اشتغال نامرتب، موفق به دریافت گواهینامه رانندگی می‌شود. به علت دزدی به ۶ ماه حبس محکوم می‌شود. در دوران حبس هم از وارد شدن به جمع دیگران پرهیز می‌کند و هم از وظایف محوله به خویش طفره می‌رود. بعد از آزاد شدن به شکل نامنظم به کار رانندگی روی می‌آورد. به کرات به علت سردرد و کمردرد مرخصی استعلاجی دریافت می‌کند. این دست آن دست شدن میان خدمات مختلف روانپزشکی اجتماعی شدت می‌یابد. او به پیشنهاداتی که به وی می‌شود پاسخ مطلوب را نمی‌دهد و دو اقامت در کلینیک روانپزشکی را سرخورد قطع می‌کند. زیمون در سن ۲۲ سالگی به علت یک درگیری شدید به بخش مداخله در بحران ارجاع داده می‌شود. او اینک به تمایلات بچه‌بازی خود که بندرت بدان روی می‌آورد کاملاً آگاه شده بود. او با یک دوست جوان‌تر از خودش زندگی می‌کرد و امید آن داشت تا بدینوسیله به زندگی آرام و با ثباتی دست یابد. هنگامی که دوست‌اش قطع رابطه می‌کند، در ابتدا به خشم زیاد و سپس به خلق گرفتگی افسردگی توأم با افکار خودکشی می‌رسد.

در مراکز خدمات روانپزشکی اجتماعی تست هوش انجام می‌شود و بهره هوشی ۱۰۴ می‌گیرد. نقاشی‌های او در سطح یک نوجوان ۱۲ ساله ارزیابی می‌شود. توان انطباق اجتماعی وی پائین است. البته نتایج تست شخصیتی MMPI او بطور غافلگیر کننده‌ای نرمال است. در طی سال‌های گذشته او به کرات درمان دارویی گرفته بود که البته قبل از شروع روان‌درمانی استفاده نمی‌کرد. بالاخره

نتیجه معاینات روانپزشکی سرپایی در مورد این بیمار که به تمایلات جنسی خود نیز اشاره کرده بود و می‌خواست به وسیله هیپنوز از آن رهایی یابد، آن بود که کاری از دست کسی ساخته نیست. بیمار بدین ترتیب و بوسیله جستجوی‌های خود با یوگا آشنا می‌شود. وی به مراکز خدمات اجتماعی ارجاع می‌شود تا اقامت‌گاهی برای وی پیدا شود. او اینک و پس از جدایی از دوست خود در انزای کامل در یک خانه و فقط با سگ خود به‌عنوان تنها "همزبان" خویش زندگی می‌کند.

زیمون Y به زندگی خود و به دنبال راهی برای برون رفت از وضعیت خویش زیاد فکر کرده بود. او می‌ترسد از انزای خود خارج نشود و شک دارد آیا تمایلات بچه‌بازی دارد یا نه. روابط با زنان در او تأثیر مثبتی نداشته، اما رابطه با پسران زیر ۲۰ سال او را شغف زده می‌کرده است: "شاید من نزد اینها به دنبال عشق و علاقه‌ای هستم که هرگز دریافت نکرده‌ام."

روانکاو درمان را به مراحل گوناگون تقسیم می‌کند که با داده‌های بیرونی و موضوعات محتوایی جهت‌گیری دارد. ما برخی نکات حساس و مهم را عیناً و به اختصار نقل می‌کنیم. پس از تلاش ۹ ماهه رابطه درمانی آنقدر به ثبات رسیده بود که توانستیم یک درمان روانکاو را پی‌ریزی کنیم. به لحاظ آموزشی ما می‌خواهیم به مرحله طولانی پی‌ریزی برنامه درمان و نحوه شکل‌دهی آن توسط روانکاو بپردازیم.

اولین مرحله درمان. در طول زمان سه ماهه‌ای که او منتظر نوبت ماند، وضعیت شخصی و اجتماعی او بدتر نشد. او سر ساعت به قرار گذاشته شده می‌آید. او کمی سردرگم به نظر می‌رسد و فقط می‌گوید: "من اینجام." از آنجایی که وقفه در این زمان ممکن بود آسیبی وارد کند، من دوباره سوال می‌کنم که او چگونه به هیپنوز رسیده و چه انتظاری از انجام آن دارد. او از تجربیات قبلی خود در زمینه یوگا تعریف می‌کند. معلم یوگا به او گفته است که انسان زندگی ناخودآگاه عمیقی دارد که می‌توان به کمک هیپنوز ماسک آن را پس زد و بدان راه یافت. من به او می‌گویم که این مطلب درست است، اما دیدن پشت ماسک غالباً کافی نیست تا چیزی را که پشت آن لانه گزیده مورد پردازش قرار دهیم. همچنین برای او توضیح می‌دهم که ممکن است پشت آن ماسک با چیزهای واقعاً وحشتناک برخورد کنیم. می‌توان یک جلسه هیپنوز را با ضبط صوت ثبت کرد تا او پس از جلسه امکان شنیدن گفته‌های خود در حین هیپنوز را به دست آورد. بیمار می‌گوید از این مسئله خوف دارد. پیشنهاد من مبنی بر حذف قسمت‌های دردناک، با مخالفت او روبرو می‌شود: "اگر قرار باشد بشنوم، همه‌اش را خواهم شنید." او می‌گوید تحمل شنیدن همه چیز را خواهد داشت.

برای سنجش توانایی وی برای وارد شدن به فضای نیمه هوشیاری یا ترانس، از تمرینات اتوژنیک شروع می‌کنیم، ولی موفق نمی‌شویم، چون بیمار قدر تمرکز ندارد.

تفسیر: روانکاو قصد دارد خاطرات بدست آمده از طریق هیپنوآنالیز درباره تجربیات انکار و فراموش شده را به سطح پردازش آگاهانه ارتقا دهد و به همین خاطر پیشنهاد می کند، گفته ها ضبط شوند. بدین ترتیب همچنین هیپنوز ماهیت مرموز و سحرآمیز خود را از دست می دهد. بدینوسیله به جزیی از فرآیند روانکاوی تبدیل می شود و می توان بطور ثانویه پدیده های انتقال و انتقال متقابل ناشی از آن را مورد پردازش قرار داد. در این معنا، ضبط صوت به گسترش اندیکاسیون تطبیقی کمک می کند. همانگونه که در بخش ۹-۷ نشان خواهیم داد، انجام آنالیز نه علیرغم ضبط صوت، بلکه دقیقاً بخاطر آن می تواند انجام شود. همچنین برای بیمارانی که به رفتارها و گفتارهای روانکاو تردید دارند و دستگاه ضبط صوت خود را به همراه می آورند، می توان از طریق اندیکاسیون تطبیقی کمک کرد.

یک هفته بعد، در جلسه دوم، بیمار گزارش می دهد که تغییر چندانی ایجاد نشده است. بعد می خندد و می گوید: "جای تعجب است، آدم چنین امیدی دارد، با وجود آنکه روشن است که چنین چیزی قابل تحقق نیست." او می خواهد بار دیگر تمرینات آرمشی را امتحان کند. این بار نیز موفق نمی شود. او سوال می کند آیا می تواند دستورات این تمرینات را ضبط کرده و همراه خود به خانه ببرد. سپس با لبخند چنین می گوید: "اما من جلسات خودم را اینجا ادامه خواهم داد. مطمئن باشید." همانگونه که انتظار می رفت تمرینات در خانه هم با توفیق همراه نمی شوند. از آنجایی که تعطیلات کریسمس در پیش رو است، بطور مشروح درباره آن صحبت می کنیم. من به بیمار پیشنهاد می کنم در صورت اضطرار با من تماس بگیرد. بعد از تعطیلات کریسمس آقای زیمون Y تعریف می کند که ۳ هفته بدی را پشت سر گذاشته، خیلی احساس تنهایی داشته و همواره این فکر به او رجوع کرده که زندگی اش بی معنا و بی فایده است. مضافاً آنکه وی سردردهای شدید داشته که او را به تخت انداخته است. بقیه اوقات را با سگش سپری کرده است: بدون سگ و امید اینکه به اینجا خواهیم آمد، از عهده شرایط سخت بر نمی آمدم.

زیمون Y نمی داند که در زندگی به دنبال چیست چه چیز می خواهد و چه نمی خواهد، چه چیز در الویت خواسته های اوست و چه چیز در جایگاه پائین تر و یا منفی قرار دارد. به همین خاطر به او می گویم لیستی از خواسته ها و ناخواسته های خود تهیه کند او این لیست را در جلسه بعدی به همراه می آورد. از فهرست او چنین برمی آید، آنچه نمی خواهد شامل تقاضاهای فرد سوم و قبل از همه خواسته های مراجع مقتدر از وی می باشند. چیزهایی که او می خواهد شامل چیزهایی است که به بهبود وضعیت زندگی وی منتهی شوند، مثلاً غلبه بر دردهای جسمی و نیز بیرون آمدن از وضعیت انزوا. موضوع ناامنی در زندگی بیشترین وقت جلسات را به خود اختصاص می دهد. مشخص می شود

که او تقریباً در هیچ زمینه‌ای احساس رضایت ندارد. فقط با سگش مشکلی ندارد، اوست که آقای زیمون را خوب درک می‌کند.

تفسیر: در حالی که روانکاو پیشنهادهای ساختاریبخش می‌دهد، عملکرد خودِ کمکی را ایفا می‌کند. بیمار در تهیه لیست مزبور که حاوی ابهام نیز است، تصویر روشن‌تری از اوضاع خویش به دست می‌آورد. عینیت‌پذیری خواسته همچنین به انجام بهتر گفتگو منجر می‌شود، چون مبنای ملموسی به دست می‌دهد.

دومین مرحله درمان. آقای زیمون ۷۰ ساله‌ای احساس حقارت خود صحبت می‌کند که در دوره کودکی شکل گرفته و در دوران مدرسه شدت یافته است. معلم از او دیگر سوالی نمی‌کرد، چون او احمق بود. همه جا اینجوری بود. با جدیت می‌گویم که من عمیق‌تر فکر می‌کنم و نیز نتیجه تست هوش آن بوده که وی احمق نیست. مشکل آن است که او از تمام تجربیات دوران گذشته فقط عقده‌های حقارت را برای خود حفظ کرده که اکنون باید بر آنان غلبه کند.

او در کنار مشکل تمرکز و احساس حقارت، درباره تنها بودن، احساس تنهایی و میل به بچه‌بازی در خود صحبت می‌کند. او می‌گوید برای پسرها "اهمیت" دارد. تقریباً با صورت برافروخته می‌گوید که در این لحظه به سکس فکر نمی‌کند. سپس به من می‌گوید که میل به بچه‌بازی ذاتی است و نمی‌توان کاری بر علیه آن کرد. از آنجایی که من اظهار نظری در این مورد نمی‌کنم، سوالی مطرح می‌کند: "یا ممکن است که همه این چیزها با دوران جوانی من مرتبط باشد؟" پاسخ من ساده و صریح این است: "من فکر می‌کنم اینطور باشد."

● در فکرم ماهیت همانندسازی آشکار علاقه او به پسرها را می‌بینم. هنوز زود است تا اشاره‌ای به این مطلب کنم.

در جلسه بعدی زیمون ۷۰ ساله احساس ناامنی که وی در ارتباطات خویش دارد، صحبت می‌کند. دوباره سوال می‌کند که آیا این مسائل ربطی به تجربیات گذشته دارد یا نه. من به او یادآور می‌شوم که در این جلسه قرار بود تلاش دیگری برای هیپنوز انجام دهیم. بله، من هم به این مطلب فکر کردم، اما نمی‌خواستم با این موضوع شروع کنیم، چون شما باید بدانید که من می‌خواهم با مغزم به این موضوعات وارد شوم.

برای ورود به حالت خلسگی من روش خیره شدن را انتخاب می‌کنم، چون بیمار به کرات نشان داده بود که نمی‌تواند به راحتی متمرکز شود. زمان نسبتاً طولانی طول می‌کشد تا بیمار به حالت ترانس در می‌آید. آشکارا او از آنچه به آن رسیده‌ایم ناراضی است، چون در انتها می‌گوید: "من هیچ چیز متوجه نشدم." ظاهراً او به توانمندی من تردید دارد. وقتی به او می‌گویم غالباً در شروع کار مشکلاتی رخ می‌دهند، قانع نمی‌شود.

من تعجبی نمی‌کنم که بیمار در جلسه بعدی با اوقات تلخ وارد می‌شود. "یک هفته خیلی بد، هیچ کاری نکردم، احساس بی میلی و سردرد." من نمی‌گویم که همه اینها از سرخوردگی در جلسه قبل ناشی می‌گردد، بلکه به او پیشنهاد می‌کنم به هیپنوز ادامه دهیم. این بار او خیلی سریع‌تر به ترانس عمیقی فرو می‌رود؛ او به یاد خدا حافظی می‌افتد که هنگام مراجعت خود به آن اقامتگاه در غرب کشور با مادر خود کرده بود. فوراً شروع به گریه می‌کند و اینکه چقدر احساس تنهایی کرده بود. او کاملاً در درد و محنت خود حل شده و این سوال را تکرار می‌کند: "چطور یک مادر می‌تواند چنین کاری با فرزند خود انجام دهد؟" او به یاد می‌آورد که در ایستگاه قطار استفراف کرد، اما مادرش تسلیم‌شدنی نبود. او چنان هیجان زده است که به او تلقین می‌کنم، بعد از بیدار شدن حالش بهتر خواهد شد. جای تعجب است که آقای زیمون Y بعد از هیپنوز چقدر مسلط و آرام است. او مدتی سکوت می‌کند و می‌گوید همه چیز را به خاطر آورده است. پس از یک استراحت می‌گوید: "من هنوز باور ندارم که چنین درمانی را انجام می‌دهم و اینکه ادامه دارد."

● من به او نمی‌گویم او می‌ترسد که من همچون مادرش، او را از خود برانم. چنین تعبیری ممکن است برای او زیاد و پر فشار باشد.

تفسیر: اضطراب پایه بیمار مبنی بر طرد و رانده شدن، یعنی عدم برخورداری از یک نقطه قابل اتکا و ترس از تکرار چنین تجربیاتی باعث شد تا روانکاو قبل از آنکه تفسیرهای خود را ارائه دهد به تقویت رابطه درمانی روی آورد. به نظر ما مهم آن است که تعبیر اضطراب تکرار فقدانها در چه بافتاری مطرح شوند. این قاعده که باید اضطراب را در نقطه حاد آن تعبیر کرد، معمولاً اینگونه فهمیده می‌شود که گویی موضوع اصلی در اینجا عمیق‌ترین و شدیدترین نقطه پیدایش اضطراب است. چنانچه برعکس با این موضوع جهت‌گیری کنیم که یک بیمار در حال حاضر بر چه جنبه‌هایی از اضطراب خود می‌خواهد غلبه کند، به نقاط حاد دیگر نیز خواهیم رسید و به یک طیف هیجانی وسیع‌تری وارد خواهیم شد. از این دیدگاه اشکالی ندارد که ترس بیمار را به زبان آوریم و همزمان به او اطمینان خاطر دهیم که استمرار درمان برای مدتی تضمین شده است.

جالب توجه است که بیمار در جلسه بعدی با خلق و روحیه بهتری می‌آید. هفته خوبی داشته است. من بعد از مقدمات او پیشنهاد می‌کنم که با هیپنوز ادامه دهیم. او نمی‌تواند متمرکز شود و عرق می‌کند. بالاخره او به حالت ترانس وارد می‌شود و به تجربه مهد کودک وارد می‌شود. جایی که بچه‌های دیگر هم هستند، اما یادآوری دقیقی در این باره ندارد. مربی مهربان بود. زیمون Y خودش را در شن و ماسه می‌بیند. کسی سر به سرش نمی‌گذارد و مسخره‌اش نمی‌کند.

بعد از این هیپنوز من سوال می‌کنم که آیا او در شن و ماسه احساس تنهایی نمی‌کرد، در حالی که بچه‌های دیگر با هم بازی می‌کردند؟ بیمار با تعجب به من نگاه می‌کند و می‌گوید: هنوز متوجه

نشده‌اید که چقدر برای من آرام‌بخش بود که بچه‌های دیگر سر به سر من نمی‌گذاشتند؟ این اتفاقاً قشنگی آنجا بود که بچه‌ها مرا به حال خودم می‌گذاشتند و مربی هم آدم بدی نبود.

او تعریف می‌کند که مادرش اسباب بازی‌های او را هنگامی که در اقامتگاه بسر می‌برده جمع کرده بود: "او نمی‌فهمید که این مسئله چقدر برای من مهم است."

در انتهای جلسه آخر من یک جعبه کوچک با یک عروسک خرسی به او می‌دهم و می‌گویم: "این شاید مثل آن اسباب بازی‌ها نباشد، اما شاید او هم مهربان باشد." زیمون Y تا بناگوش می‌درخشد، جعبه را باز نمی‌کند و به آرامی راهی خانه می‌شود.

این هفته خیلی خوب سپری شده، سردردهای او پس از یک استراحت نیم روزه از بین رفته بود. سپس می‌گوید که چقدر بابت آن اسباب بازی کوچک خوشحال شده است: "چه رفتار دوستانه‌ای از جانب شما!" سپس دوباره یک هیپنوز انجام می‌دهیم. این بار او سریع و عمیق وارد ترانس می‌شود، این مرا خوشحال می‌کند. او در ابتدا سکوت می‌کند و سپس هیجانی می‌شود. چندبار آب دهانش را قورت می‌دهد، با ترس دور و برش را نگاه می‌کند و می‌گوید قبلاً نمی‌دانسته او را به آمستردام فرستاده‌اند. فقط به او گفته بودند: "برایت خوب است که با بچه‌های دیگر باشی." او اکنون تعریف می‌کند که مادرش و یک مددکار اجتماعی که در سازمان حمایت از قربانیان جنگی خدمت می‌کرد، او را به آمستردام برده‌اند. دوبرتبه برای مدت طولانی گریه می‌کند. "چطور مادرم این کار را در حق من کرد؟ شاید کار دیگری از دستش بر نمی‌آمده، ولی باید من را درک می‌کرد." به نظر وی حتی یک زندانی در زندان وضعیت بهتری از وی داشته است. زندانی می‌داند جرمش چیست. او نمی‌داند چرا این کار در حقش روا شده است. در خانه نوجوانان سرکشی و ستیزه‌جویی را یاد می‌گیرد. پس از هیپنوز از او سوال می‌کنم که آیا او هرگز درباره این دوران وحشتناک با مادرش صحبت کرده است؟ جواب قاطع او این است: نه، غیرممکن بود، هرگاه چنین تلاشی می‌کردم، مادرم عصبانی می‌شد. بعداً او دیگر از تلاش برای گفتگو در این باره با مادرش چشم می‌پوشد.

بیمار در انتهای جلسه می‌پرسد، آیا من نیز فکر نمی‌کنم که بدون هیپنوز می‌توان ادامه داد، چون اطلاعات آنچنانی از این طریق بدست نمی‌آید، ضمن آنکه او اینک از صحبت کردن باز در این زمینه با من مشکل ندارد. من با او موافق هستم، ولی به او می‌گویم چنانچه بار دیگر خواهان انجام هیپنوز باشد، من با انجام آن مخالفتی ندارم.

● هدیه عروسک خرسی یک مداخله غیرمعمول بود. طبیعی است که من مدت زیادی به این مسئله فکر کردم که می‌توانم چنین کاری کنم و نکند من بدینوسیله جلب توجه بیمار نسبت به خودم را "بخرم." بالاخره چون فکر کردم کمک می‌کند تا بیمار یک علامت مطمئن و آشکار از حضور و

تکاپوی من بدست آورد و چون جلسات درمانی یکبار در هفته بیشتر برگزار نمی‌شد، تصمیم به انجام آن گرفتم. سیر بعدی درمان نشان داد که روش من درست بود: رابطه درمانی از این طریق عمیق‌تر شد، چیزی که فرآیند درمانی را نیز تحت‌الشعاع خود قرار داد.

سومین مرحله درمان. در این اواخر حال بیمار بهتر شده است. او سوال می‌کند که آیا گریه‌های زیاد در هیپنوز احیای دردهای دوران کودکی و یا واکنش در برابر آن‌هاست، من می‌گویم هر دو. پس از تعطیلات عید پاک درباره جوانی خود صحبت می‌کند، این بار بیش از همه در این باره که پدر نداشته و همچنین درباره احساس تحقیر و استیصال ناشی از آن تعریف می‌کند. در جلسه بعدی درباره تمایلات بچه‌بازی خود صحبت می‌کند. نسبت به مردان بزرگسال کشتی ندارد و با زنان نیز نمی‌تواند رابطه برقرار کند. مزیت رابطه با پسرهای ۱۶-۱۵ ساله برای او این است که تعهدی ایجاد نمی‌کند. او نمی‌تواند پایبند به یک رابطه شود. همزمان تأسف می‌خورد که جوانان بزرگ‌تر می‌شوند، دیگر جذاب نیستند، وی جلب آنان نمی‌شود و آن‌ها از وی دوری می‌گزینند. این یک سرخوردگی است. او دوباره سوالاتی درباره معنا و مفهوم زندگی در این "سیاره تنها" مطرح می‌کند. من می‌گذارم او حرف بزند، تفسیری ارائه نمی‌دهم و فقط سوالاتی مطرح می‌کنم تا او به گفتن بیشتر ترغیب شود. در جلسه بعدی، موضع انفعال وی مطرح می‌شود. او روزهای متمادی کاری نمی‌کند، حوصله اش سر می‌رود و خیلی زود خسته می‌شود. او از خودش به شدت عصبانی است ولی از عصبانیت خود بهره‌ای نمی‌برد. حداقل او در این بین در یک کلوب ورزشی در محله زندگی‌اش ثبت‌نام کرده است. چیزی حاصل او نشده است. من درباره حرکت درمانی می‌پرسم که آیا مایل است وی را بدانجا ارجاع دهم. او بطور غیرمترقبه از این پیشنهاد من استقبال می‌کند.

در جلسه بعدی سراغ حرکت درمانی را می‌گیرد. او می‌گوید به این نظر رسیده که باید زندگی را خود نوع دیگری ساماندهی کند. و نیز اینکه ادامه این وضعیت مطلوب نیست و وی چیزی را مجانی به دست نمی‌آورد. من در جلسه اول به او گفته بودم که بهتر است تحرک بیشتری داشته باشد، چنین حالتی برای سگ او نیز مفید خواهد بود. حال بد بیمار به روشنی به چشم می‌خورد. اکنون می‌گوید که در هفته‌های اخیر پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری زیادی کرده و درد ماهیچه‌ای گرفته است. او به قدری تنهاست که نمی‌تواند یک جمع دائمی را تحمل کند. او از اینکه زندگی‌اش بدون هدف سپری می‌شود، عصبانی است. بعد یک مشکل تازه مطرح می‌شود: او با یک اداره شهری دچار تعارض شده است. تقاضا جهت پرداخت مالیات دوم برای سگ‌اش را ناعادلانه می‌داند. او از بی عدالتی اداره‌ها شکایت دارد. بعد معجزه‌ای رخ می‌دهد. بدون آنکه چنین انتظاری داشته باشد، از اداره محلی خود نامه‌ای با عنوان عدم پرداخت مالیات دریافت می‌کند. آقای زیمون

Y از موفقیت خود شاد است و می گوید مالیات برایش مطرح نبوده، بلکه به کرسی نشاندن نظرات برایش مهم بوده است.

فرضیه من مبنی بر اینکه این مبارزه و پیروزی او به تقویت اعتماد به نفس وی منتهی خواهد شد، رویایی بیش نبود. در دو جلسه بعدی وی از تنهایی خود شکوه می کند، از ناامیدی و بی معنا بودن زندگی اش گزارش می دهد.

● با وجود آنکه به من اطلاع داده اند که بیمار می تواند در دوره حرکت درمانی شرکت کند، من چیزی در این باره به او نمی گویم. من فکر می کنم بدینوسیله ممکن است مرحمی بر زخم او بگذارم، اما همزمان ممکن است بدینوسیله او را از حل تعارض بازدارم. مضافاً آنکه تعطیلات تابستانی در پیش است و من فکر می کنم این خبر خوش را کوتاه قبل از تعطیلات به او برسانم. در جلسه بعدی به او می گویم که او می تواند حرکت درمانی را بعد از تعطیلات تابستانی شروع کند. آقای زیمون Y در پاسخ می گوید: "اگر یک سال قبل چنین خبری به من می دادند، پیگیر آن نمی شدم، چون به آن اعتقادی نداشتم، امروز اما می خواهم ادامه دهم." سپس درباره یک رویا گزارش می دهد: او در زندان بوده و احساس بی تفاوتی داشته است. بیمار سپس برای اولین بار به طور مشروح داستان زندانی شدن خود را بازگو می کند.

● من فکر می کنم که رویا، بازتاب زندگی واقعی اوست، تنها، مخصوصاً قبل از تعطیلات. البته به نظرم ارائه تفسیر در این زمان مفید نخواهد بود.

زیمون Y درباره تعطیلات من سوال می کند: نپال، صحرای آفریقا یا جزایر کاریبیک؟ من به او پاسخ می دهم که تعطیلاتم را در یک ده کوهستانی ساده در جنوب ایتالیا سپری خواهم کرد و آدرس را به او می دهم. او برایش تعطیلات خودش برنامه ای نداشت، فقط ایده مبهمی برای مسافرتی دور دست با سگ و وانتی که از قدیم داشت، یک جایی شبیه به آفریقای دور دست. سپس می گوید: "نگران من نباشید، من به نحوی این ایام را سپری خواهم کرد."

چهارمین مرحله درمان. بعد از تعطیلات تابستانی بیمار با حالتی گرفته به جلسه می آید. او اصلاً حوصله اسباب کشی به منزل جدید را ندارد. بعد از سکوت، تعریف می کند که از حدود ۴ هفته پیش با یک پسر ۱۴ ساله آشنا شده است. این جوان به مدرسه ای می رود که برای افرادی که مشکل یادگیری و مشکلات رفتاری دارند تأسیس شده است. زیمون Y این جوان را با احساس و چسبنده توصیف می کند. آن جوان معمولاً تمام روز را نزد وی بسر می برد و با وجود آنکه وسوسه انگیز می نماید، هنوز رابطه ای میان آن ها ایجاد نشده است. ما صحبت طولانی در موافقت و مخالفت داشتن رابطه با یک جوان نابالغ انجام می دهیم. بیمار اعتقاد دارد: "اگر یک جوانی خود مایل به این کار است، نشانه آن است که بدان نیاز دارد و بنابراین نمی تواند برای او مضر باشد."

البته خود او به موانع قانونی در این زمینه اشاره می‌کند. اگر آن پسر یک سال بیشتر سن داشت، ممکن بود پلیس در این زمینه اغماض کند. بعد از آنکه آقای زیمون Y این موضوع را پیش می‌کشد، از او سوال می‌کنم که آیا او از عواقب چنین کاری نمی‌ترسد؟ بیمار می‌گوید، البته به عواقب کار فکر می‌کند، اما ریسک، بخشی از زندگی است، مضافاً آنکه آن جوان تجربیات زیادی در این زمینه دارد و مسئله را لو نخواهد داد. موضوع اصلی وی ایجاد رابطه با وی نیست، بلکه احساسات گرم است که برای او جذابیت دارد. "البته اگر او مرا به سمت این کار تحریک کند، نمی‌دانم چه خواهم کرد."

● پس از این گفتگو روشن می‌شود که رابطه درمانی آنچنان قوام یافته که وی بدون ترس درباره اینگونه مطالب با من صحبت می‌کند.

چند جلسه بعد آقای زیمون Y با هیجان و نگرانی به مطب می‌آید: او در پلکان خانه خود مورد تهدید گروهی جوان قرار گرفته بود. او از در عقب فرار می‌کند و جوانان نیز پا به فرار می‌گذارند. با سوالات بیشتر مشخص می‌شود که آقای زیمون Y چند سال قبل با یکی از این جوانان رابطه داشته است. آن جوان الان دوست دختر دارد و از بیمار منتفر است. ما بطور مشروح در این باره صحبت می‌کنیم که این مورد یکی از ریسک‌های ارتباطات با جوانان است. من خلاصه می‌کنم: جوانان خواهان یک ماجراجویی و رابطه یکباره هستند، اما شما رابطه‌ای می‌خواهید که با هم سن‌های خود نداشته‌اید. بدین ترتیب طرفین علائق متفاوت دارند و به همین دلیل از این روابط چیزی را که می‌خواهید عایدتان نمی‌شود.

● برداشت من چنین است که پس از درمان ۹ ماهه، مرحله مقدماتی به پایان رسیده و رابطه درمانی به چنان استحکامی رسیده که می‌توانیم درمان روانکاوی را شروع کنیم. البته این مراحل را نمی‌توان بطور دقیق از یکدیگر تفکیک کرد. موضوع اصلی، استحکام رابطه درمانی و آمادگی و انگیزه بیمار جهت همکاری است. مهم آن است که گذار به درمان روانکاوی بشکل مستمر صورت پذیرد و امر غیرمترقبه‌ای برای بیمار رخ ندهد. اینکه تعبیرات باید بر تجربیات و درک کنونی و نیز بینش فعلی بیمار بنا شوند، احتیاج به تأکید ندارد.

● هدف درمان مشخص شد: تهیه امکانات برای بیمار، تا به زندگی خود معنا ببخشد. در پس‌زمینه همواره این سوال مطرح می‌شود که تمایلات بچه‌بازی وی تا چه حد "ذاتی" است. تجربه ما مبنی بر اینکه درمان مؤثر اختلالات جنسی، فقط در چارچوب یک درمان فراگیر میسر است، در این مورد خاص تأیید شد.

جمع بندی درمان تا اینجا. ما باید دو مرحله را از یک دیگر تفکیک کنیم: یک مرحله اولیه تثبیت و مرحله پس از آن تا تهیه این گزارش.

بیمار پس از شروع مرحله اول، دفتری با نقاشی‌ها و نوشته‌های خود به جلسه می‌آورد. او از من می‌پرسد آیا من می‌توانم این دفتر را تا هفته دیگر بخوانم. مرکز ثقل نوشته‌های او زدودن سگ او بود: سگ، بیماری سخت و درمان ناپذیری داشت. آقای زیمون Y برای آنکه سگ‌اش متحمل درد نشود، داروهای خوابی را که فراهم نموده بود، به او می‌داد. نوشته‌ها مبین احساسات عمیق، استعداد هوشی نرمال و به هم‌ریختگی درونی وی بود.

موضوعی که در دوران اولیه مطرح می‌شد، گریه‌های زیاد وی بود. پس از آنکه وی در یک جلسه حرکت‌درمانی، به حمله گریه دچار شده بود، در جلسات زیاد گریه می‌کرد. او گریه را بازتاب ناتوانی خود می‌دید. همزمان نیروی پرخاشگری شدیدی در خود حس می‌کند که از آن می‌ترسد. او یک بار دیگر تقاضای انجام هیپنوز دارد. در این زمان او به شدتی گریه می‌کند که از ابتدای شروع درمان نداشت. جالب توجه آنکه پس از آنکه گریه‌های او با توجه به تجربیات اخیر وی مورد بررسی قرار می‌گیرند، او تقریباً دیگر گریه نمی‌کند. موضوعات دیگری که مورد بررسی قرار می‌گیرند، احساس تنهایی وی و عدم توانایی در ایجاد ارتباطات اجتماعی است. سپس او قدم‌های کوچکی جهت ارتباطات بر می‌دارد: او در یک تصادف خیابانی کمک می‌کند و در یک کوی نگهداری از حیوانات خود را به‌عنوان مددکار معرفی می‌کند، آنجا مورد پذیرش واقع نمی‌گردد، ولی با کمال تعجب می‌گوید که این موضوع را تحمل کرده و کنترل خود را از دست نداده است. در این مرحله موضوع تمایلات بچه‌بازی وی به عقب رانده می‌شود. او بعضاً از خود سوال می‌کند که چرا به این یا آن جوان متمایل می‌گردد. البته هنوز زمان صحبت مشروح در این باره فرا نرسیده است.

در اکتبر . . . ۱۹ به یک‌باره می‌گوید که نمی‌خواهد به درمان ادامه دهد. او می‌گوید به اندازه کافی مستقل و تقویت شده که قادر است از عهده کارهای خود بدون ادامه درمان برآید. وی ادامه می‌دهد که با افرادی آشنا شده که حاضرند او را بپذیرند. او خیلی خوشحال است که چنین افرادی وجود دارند که حتی حاضرند سگ او را بپذیرند. او سوال می‌کند آیا می‌تواند پس از مدتی دوباره تماس بگیرد؟ من جواب می‌دهم که باعث خرسندی من خواهد بود.

اتفاقی نبود که او پس از چند ماه درست موقعی که جلسات ما برگزار می‌شد، تلفن کرد و به من اطلاع داد که یکی از آشنایان او بطرز فجیعی خودکشی کرده است. او از این مسئله بسیار غمگین بود. او می‌گوید می‌تواند تصور کند بر آشنای وی چه گذشته، زیرا خودش قبلاً با این موضوع و افکار درگیر بوده است. همزمان تأکید دارد که او دیگر چنین افکاری ندارد. سپس از جمع افرادی که با هم زندگی می‌کنند، تعریف می‌کند. بعضاً مشکلاتی پیش می‌آید که البته درباره آن‌ها حرف

زده می‌شود. برداشت من آن است که رئیس این جمع مردی مقتدر است. همزمان نام یک خانم ذکر می‌شود. آقای زیمون Y پس از گفتگوی ما با خرسندی به محل زندگی خود بازمی‌گردد. آشکار است که درمان پایان‌پذیرفته، چون بیمار پس از چند ماه دوباره و با حالت افسرده رجوع می‌کند. وی از زندگی با آن افراد خارج شده و این را نوعی ناکامی ارزیابی می‌کند، اما پس از چند هفته متوجه می‌شود که این نه تنها شکست نبوده، بلکه مزیت نیز داشته است: او در مقابل فشار تسلیم، سر فرود نیاورده بود. اعتماد به نفس وی بطور مشهود الیتام یافته است. اینک موضوع تمایلات بچه‌بازی وی کاملاً در مرکز ثقل درمان قرار گرفته است. اکنون زمان این تعبیر فرا رسیده که او در جوانان در واقع به دنبال خودش است، نوعی عشق همانندسازی، زیرا حداقل به ظاهر، جوانان آنگونه‌ای هستند که او دوست داشته باشد: مستقل، آزاد و جسور. دوستان جوان او برای او آشکار می‌کنند که چقدر به لحاظ روان-اجتماعی مختل هستند: او متوجه می‌شود که رفتار این جوانان صرفاً معطوف به ارضای غریزی است و نیز آنکه آنان انسان‌های دیگر را به‌عنوان ابزاری جهت ارضای خویش می‌پندارند، ضمن آنکه قادر به داشتن رابطه طولانی و پایدار نیستند.

تفسیر: هنگام پایان این گزارش دو سوال در کانون توجه قرار دارد:

◀ چرا برای زیمون Y رهایی درونی از قید این جوانان مشکل است؟

◀ چرا او اینقدر از زنان می‌ترسد؟

وی ارتباطات هم‌جنس‌گرا را رد می‌کند. نیز قابل ذکر است که او با دوستان خود مدتهاست ارتباطات جنسی ندارد. در درمان اتفاقات زیادی افتاده است. او در بسیاری جنبه‌ها تغییر نموده است. امری که مورد تأیید اطرافیان نیز هست. ما هر دو می‌دانیم که درمان هنوز تمام نشده است. طول درمان به اهداف درمانی بستگی دارد.

۳-۲-۶ بلوغ*

بحران‌های ایجاد شده در دوران بلوغ مبین تغییر و نظم جدید است (فروید ۱۹۰۵، ص: ۱۰۹) که امروزه از دیدگاه اریکسون تحت عنوان هویت‌یابی تعریف می‌کنیم. بلوس (۱۹۶۲، ۱۹۸۵) جنبه‌های دیگر این دوران را تحت عنوان فرآیند استقلال و فردیت تشریح می‌کند، در حالی که لافر (۱۹۸۴) ادغام زندگی جنسی را در کانون توجه قرار می‌دهد.

* Adolescence
Adoleszenz

جوان در این ایام تجربیات کیفی جدیدی با خود، اندام خود و والدین خود می‌کند و به دنبال ارتباطات با انسان‌هایی خارج از خانواده هست. این جنبه هنوز در نظریه روانکاوی بلوغ مورد توجه شایسته قرار نمی‌گیرد. جوان نه فقط تلاش می‌کند بر محیط پیرامونی خود تأثیر بگذارد، بلکه همچنین مایل است در برخورد با تعارضات خویش، راهکارهای تازه‌ای بیازماید (م. زافکه - کرنکه ۱۹۸۵، البریش توت ۱۹۸۴). لرنر (۱۹۸۴) بدین ترتیب جوان را به "عنوان تهیه‌کننده سیر رشدی خود" می‌بیند. این یافته‌های روانشناسی رشدی برای تبیین رهیافت‌های درمانی بدین لحاظ حائز اهمیت‌اند، چون تکنیک درمانی و اهداف درمانی در انطباق با سیر رشدی افراد باید تعیین و تعریف گردند.

در اقدامات تشخیصی اختلالات نوروتیکی در بلوغ باید به این نکته توجه داشت که تغییرات پیش پا به دلایل گوناگون، ممکن است با انسداد، تحریف و یا تأخیر و اجتناب مواجه گردند. کمرنگ‌تر شدن آداب سنتی در جامعه و فرهنگ ما فرد بالغ را تنهاتر کرده و او را به سوی تشکیل گروه‌های هم سن و سال سوق می‌دهد. بدین ترتیب دوگانگی‌ها، نوسانات خلقی و قطب‌بندی‌های شناخته شده، بیش از پیش جلوه‌گر می‌شوند.

به موازات ایده‌آل‌زدایی از دنیای بزرگسالی، جستجوی یک دنیای دیگر با الگوهای دیگر در دستور کار جوان قرار می‌گیرد. طغیان و ستایش و تحسین به سرعت جای خود را به همدیگر می‌سپارند، در حالیکه معمولاً درمانگر به عنوان عامل والدین و معیارهای موجود نگرسته می‌شود. معمولاً پتانسیل بالا جهت کسب استقلال است که مانع دریافت مشاوره و کمک جوانان از بزرگترها می‌شود.

مشکلات تکنیک درمانی با اشتیاق به مشاهده خود - به عنوان آمادگی برای تعمق، البته پیش‌شرطی مطلوب برای درمان محسوب می‌گردد - شروع می‌شوند. آیا نوجوانی که در مشاهده خویش غرق است و همزمان گوشه‌گیری می‌کند، نباید در مقابل پیشنهاد ما مبنی بر سیر و سیاحت در دنیای درونی خود - صرف نظر از نوع اختلالی که دارد - مقاومت نشان دهد؟ بنابراین بدبینی و تردیدی که جوان به جلسه درمانی می‌آورد، نباید ابتدا به ساکن به عنوان مقاومت ارزیابی شود، مضافاً آنکه ناامنی دوران بلوغ که قبلاً توأم با فرآیندهای پختگی جنسی توأم بود، امروزه محتویات و اشکال بیانی دیگری نیز به خود گرفته‌اند.

جنبه دیگری که جوان با خود حمل می‌کند، "اشتهای بزرگ تجربه‌اندوزی" وی است. اشتهای تجربه‌اندوزی در درجه نخست حاوی پشت پا زدن به دنیای درونی نیست - این نیز جزو معطلات تکنیک درمانی است: نباید این اشتیاق را به عنوان عمل‌گرایی صرف از اعتبار انداخت - هدف عمده، توسعه و گسترش تصویر از خود از طریق رفتارها و تجربیات جدید است. بنابراین مشاهده

خویش و اشتباهی تجربه تشکیل دهنده قطب‌های یک آرزوی جامع جهت تجربه خویش و تجربه دنیاست. اریکسون (۱۹۶۸) مخصوصاً بر اهمیت تجربه در حل بحران‌های رشدی در مراحل بلوغ را مورد تأکید قرار داده است.

سوال اساسی آن است که رابطه با روانکاو آیا و چگونه باید به‌عنوان "وسیله در جهت هدف" مورد استفاده قرار بگیرد تا به تغییر رسید، بدون آنکه زیاد درگیر فرآیندهای انتقالی شویم که مدام تکرار می‌شوند.

در حالی که موقعیت‌های کودکانه دوباره زنده می‌شوند و جنبه‌های نمادین خود و دیگران به روانکاو انتقال داده می‌شوند، نگرش‌های قبلی توسط انتقال تغییر شکل می‌دهند تا به یک جلوه جدید نمایان شوند. سوال آن است که هنگامی که به دلایل نوروپیک، حرکات پسریتی از جانب جوانان مورد استفاده قرار می‌گیرد تا فرآیند رشد و استقلال را مسدود سازند، انتقال چگونه تعبیر گردد. همین مطلب در حالت عکس نیز صدق می‌کند: آرزوهای انتقالی که متوجه روانکاو می‌گردند، حاوی خطر تکرار تجربیات ضایعه‌ای بوده و به همین خاطر با مقاومت روبرو می‌شوند. به همین خاطر اهمیت دارد که بر خلاف آنچه در مورد بزرگسالان توصیه می‌شود، در ابتدا و شاید برای طول درمان خود را مرکز فرایند انتقال قرار ندهد. در غیر اینصورت روانکاو با تعبیرات صریح بخش‌های پسریتی انتقال به جای والدین وارد کارزار و دقیقاً مانع استقلال خواهد شد. این جزو وضعیت پارادوکس درمانی است که بعضاً خیلی سریع واکنش‌های عاطفی ایجاد می‌شوند که غالباً اضطراب موجه از تکرار وابستگی‌های کودکانه را نشان می‌دهند. به همین خاطر بسیار مهم است که به دنبال "ایجاد ما" در معنای اشتربا (۱۹۲۹) باشیم.

برای آنکه جوان دوباره به فرایند رشدی مسدود وارد گردد، به چیزی بیش از بینش به مکانیزم‌های دفاعی احتیاج داریم. تمایل جوان برای دیدن روانکاو به‌عنوان فردی که به وی کمک خواهد کرد تا از بن‌بست موجود خلاصی یابد، باید به‌عنوان تبلور تلاش‌های مرحله‌ای او فهمیده شود. در غیر اینصورت وی کماکان در قید انتظارات کودکانه ناخودآگاه خواهد ماند.

وظیفه درمانگر در شرایط درمانی، تفکیک گذشته از حال، دنیای برونی از دنیای درونی و انتقال و رابطه واقعی از یک‌دیگر است. در حالی که اظهارات بیمار را فقط به‌عنوان آرزوهای کودک سرکوب شده ارزیابی نکنیم، بلکه به نیازها و آرزوهای مرحله‌ای وی نیز امکان بروز دهیم، از خرده پاره‌های دوران کودکی رها خواهد شد (بورگین ۱۹۸۰). از همان ابتدا باید شرایط درمانی را بگونه‌ای ساماندهی کنیم تا جوان بتواند از آن به‌عنوان دریچه‌ای بر کشفیات جدید استفاده کند. باید توازنی میان کشف و رازگشایی ایجاد کنیم.

این فقط اضطراب از انفعال و پسرفت نیست که باعث می‌شود جوانان تلاش کنند، موقعیت روانکاوی به یک موقعیت واقعی تبدیل گردد. هنگامی که آنان سوال مطرح می‌کنند، توصیه می‌خواهند و می‌کوشند به احساسات و عواطف روانکاوی پی ببرند و یا او را به واکنش‌های عاطفی برانگیزانند، جوانان به دنبال این هدف هستند که به روانکاوی یک حیات واقعی اعطا نموده و مواظب باشند تا او به چهره قدر و سحرآمیز تبدیل نشود. جوان مایل نیست در ابتدا خود را با روانکاوی همانندسازی کند و مثل او بشود، بلکه مایل به تمایز خود از وی و حفظ هویت خویش است. معمولاً ادامه سیر درمان به پیش‌شرط‌هایی بستگی دارد که در مراحل اولیه درمان به وجود می‌آیند. بسیاری از چیزها به توانمندی درمانگر جهت فهم مشکلات جوان بستگی دارد و نیز اینکه وی به این موضوع توجه داشته باشد که جوان برای برون‌رفت از وضعیت نامطلوب خویش به درمانگر مراجعه کرده است. هر چقدر بیمار جوانتر باشد، باید به ایجاد یک رابطه واقعی و ملموس از طریق راه‌یابی به فضای درونی بیمار بیشتر همت گمارد. می‌توان گفت که جوان باید ابتدا درک نماید که روانکاوی چه کمکی می‌تواند به او بکند.

نمونه

اتو Y ۱۸ ساله بدین خاطر توسط والدین به ما رجوع کرد، چون حدود ۳ سال است که کفش‌های کهنه را جمع‌آوری می‌کند. از حدود ۱/۵ سال پیش تحت فشار والدین در یک گروه درمانی شرکت می‌کند. اتو بدین ترتیب بوسیله این درمان که ۶ ماه بیشتر طول نمی‌کشد، مهارت‌های ارتباطات اجتماعی‌اش بهبود می‌یابد، اما "مشکل کفش" او همچنان باقی می‌ماند.

من قبل از جلسه اول این اطلاعات را داشتم. اتو Y به درستی گمان داشت که من در این باره اطلاعاتی دارم. جوان بلند قامت برخورد دوستانه‌ای با من می‌کند، ضمن آنکه تا حدودی سردرگم و دست‌پاچه به نظر می‌رسد. من برای جلوگیری از افزایش سردرگمی وی، می‌گویم که من از علت مراجعه وی با خبرم، اما مایلم بدانم خود او در این مورد چه فکر می‌کند. او مشکل خود را چنین بیان می‌کند: "من عاشق کفش هستم."

● من از این شروع یک‌ه‌نخوردم و همزمان فکر می‌کنم او بخوبی از عهده این کار برآمده است. او با زرنگی از ناگواری موقعیت عبور کرد و همزمان مرا امتحان کرد: او می‌خواست بداند من نیز مانند والدین سعی خواهم نمود کفش‌ها را از او گرفته و او را عادی کنم. من گفتم: "می‌توانم تصور کنم که عاشق شدن کفش کار ساده‌ای نیست."

او شروع کرد داستان کفش را برای من تعریف کند. او از دوران کودکی کفش جمع می‌کند و البته فقط کفش‌های بدون بند را. اتو موقعی که مادرش می‌خواهد کفشی را دور بیاندازد مقاومت می‌کند. حدود سه سال قبل جمع کردن کفش شدت می‌یابد و او حتی در ذباله به دنبال کفش می‌گردد. اینکه جمع‌آوری کفش همچنین معنای جنسی داشت، برای او در پس‌زمینه بود. او می‌گوید که گاهی فکر می‌کند هم‌جنس‌گرا است، چون به دخترها کششی ندارد. برعکس روشن شد که کفش در دنیای درونی و نیز دنیای بیرونی او تأثیر فراوان دارد. هنگام مشق مدرسه او به کفش فکر می‌کرده و بدینوسیله تمرکز خود را از دست می‌داده است. البته کارهایی نیز بوده که بخوبی از عهده انجام آن‌ها برمی‌آمده است، مثلاً نقاشی در تعطیلات.

● هر چقدر من بیشتر به او گوش می‌دهم، متوجه می‌شوم که او چقدر منظم و با میل پیشینه‌ی موضوع را برای من تعریف می‌کند. من کمی به دلشوره او پی برده بودم و او سعی می‌کرد با بیان شیوای خود با من نیز فاصله‌اش را حفظ کند. به همین خاطر به او می‌گویم که البته چیزهای زیادی در مورد خودتان به من گفتید، اما حس می‌کنم که شما اکنون از موضوع دیگری بیشتر ناراحت هستید تا مواردی را که درباره آن‌ها صحبت کردید.

او کمی سکوت می‌کند و بعد درباره درمان قبلی خود برایم تعریف می‌کند. او می‌گوید که آن درمان گروهی برایش مفید بوده، زیرا دیگر مثل سابق افسرده نیست. اما مشکل کفش‌اش حل نشده است. من به او گفتم که می‌تواند این بار نیز نتواند درباره کفش با من صحبت کند، چونکه مادرش او را معرفی کرده است. من سپس در مورد انتظار والدین صحبت کردم که هنگام نوبت گرفتن تأکید کرده بودند که مایلند یکبار با من گفتگو نمایند. من گمان دارم او از این تقاضای والدین مطلع است و به همین خاطر به او می‌گویم که مایل است در گفتگو حضور داشته باشد تا مطمئن شود من تحت تأثیر والدین قرار نمی‌گیرم. به نظرم او می‌خواست از گفتگوی ما دریابد که نقطه نظر من درباره مشکل کفش چیست. ما قراری برای شروع درمان نگذاشتیم تا او خود تصمیم‌گیرنده در این زمینه باشد.

تفسیر: اینکه آیا لازم است با والدین یک جوان در همان ابتدای درمان صحبت شود، باید بطور موردی بررسی گردد. چنانچه جوان خود رأیاً نوبت بگیرد و رجوع کند، ممکن است درگیر کردن والدین به اعتماد وی لطمه بزند. در جوانانی با سنین پیشرفته نیز می‌توان از صحبت با والدین پرهیز نمود. اما چنانچه بنا باشد والدین رجوع کنند، بهتر است گفتگو با حضور جوان انجام شود. توصیه ما در چنین موردی آن است که تعبیری درباره پویایی‌های خانوادگی ارائه نشود، بلکه به آن بسنده کنیم که اطلاعاتی درباره وضعیت کنونی و گذشته خانواده به دست آوریم.

اتو Y در گفتگویی که با خانواده انجام شد، منفعل بود، اما سیر جریانات را به دقت زیر نظر داشت. در حالی که مادر با چشمانی گریان درباره "مشکل کفش" صحبت می کرد، پدر آرام به نظر می رسید. ریشه وابستگی شدید میان مادر و فرزند به دوران کودکی باز می گردد. آقای Y در نخستین سال های زندگی اتو Y به لحاظ شغلی درگیری شدید داشته است. من اطلاع مهمی درباره آغاز جمع کردن کفش به دست آوردم. در آن زمان مادر به شدت به علت بیماری دختر بزرگ خانواده که قرار بوده یک عمل جراحی خطرناک انجام دهد، نگران بوده است. بدون تردید خانم Y در آن زمان خیلی خود را بی پناه و تنها حس می کرده است. اتو Y پسر کوچکتر در آن زمان سنگ صبور و مرحم دل مادرش بشمار می رفت. ظاهراً به همین خاطر استقلال اتو Y از مادرش در دوران بلوغ سخت بوده است. رد و بدل شدن کلمات تند میان مادر و پسر که هر چند گاه صورت می گرفت، فقط حاکی از مشکلات روند تمایز میان آن دو نبود، بلکه همچنین از ارضای با محارم نهفته ای پرده بر می داشت که به دنبال آن اتو Y بر پدر خود احساس غلبه و پیروزی می کرد. در انتهای جلسه من به این نکته اشاره می کنم که اتو Y با کفش ها دنیایی برای خود ساخته که والدین جایی در آن ندارند. تقریباً چیزی مشابه در مورد درمان نیز صدق می کند. اگر اتو Y تصمیم به انجام درمان بگیرد، برای والدین پذیرش این مسئله که ایشان در آن حضور نداشته باشند، امری سخت خواهد بود.

در نوبت بعدی اتو Y به گونه ای برخورد می کند که گویی گفتگوی خانوادگی برگزار نشده است. او بدینوسیله به من نشان می دهد چگونه برای پرهیز از موقعیت های ناگوار، دو دنیای کاملاً مجزا از یکدیگر برای خود درست کرده است: دنیای حوادث بیرونی و دنیای درونی که وی از آن در برابر تهاجمات خارجی دفاع می کند. بدین طریق وی قادر می شد از بروز تعارضات در خود و میان خود و افراد نزدیکش جلوگیری کند. البته روشن شد که او تصمیم به انجام درمان گرفته است. با این حال او محتاط و خویشتندار می نمود. هدف او روشن شدن این مسئله بود که آیا من قصد ورود به دنیای داخلی وی را دارم یا نه. او موضوعی انتخاب کرد که با هدفش منطبق بود. اتو متذکر شد که می خواهد به خدمت سربازی نرود، اما هنوز تصمیم قطعی خود را نگرفته است و خواستار آن است که در این زمینه از کسی مشورت بگیرد. ترس او این بود که معلوم شود وی هم جنس گرا است. هدف او به آسانی قابل درک بود. وی می خواست واکنش من نسبت به هم جنس گرایی را دریابد. به همین خاطر جزئیاتی دیگری را مطرح کرد تا من علاقه خود را برای تجربیات هم جنس گرایی اعلام کنم. دو سال قبل وی در یک ارودی تحصیلی با یک دانشجو آشنا می شود. این برخورد برای وی بسیار پراثر بوده و طبق توصیه همان دانشجو وی به گروه درمانی مراجعه می کند.

● اضطراب او از آرزوهای انتقالی همجنس‌گرایانه قابل کتمان نبود و دو جنبه داشت: از طرفی برای او نگران کننده بود که من این فرصت را به او دادم که خود به این موضوع پی ببرد که آیا همجنس‌گرا هست یا نه، از طرف دیگر ترس داشت که من در انتظاری که از والدین می‌رود، سعی کنم او را "نرمال" سازم. برای آنکه فضای روانکاوی را جهت کشفیات وی آزاد برنامه‌ریزی کنم، به او گفتم که مایل است بداند که آیا می‌تواند در باره همه موضوعات، حتی همجنس‌گرایی با من صحبت کند تا از این طریق روشن شود که او کیست و آینده خود را چگونه شکل خواهد داد. بدین ترتیب من موجب سرخوردگی او نیز شدم. چون می‌شد حس کرد که او نیاز به کمک برای تصمیم‌گیری دارد، هم در ارتباط با موضوع سربازی و هم در ارتباط با همجنس‌گرایی احتمالی خود. او همچنین به من گفت که در تصمیم‌گیری‌های خود احساس ناامنی می‌کند. به نظر می‌رسید او می‌خواهد مرا امتحان کند که من در مقایسه با پدرش که حس می‌کند او را در زندگی قال گذاشته است، چگونه به اضطرابات وی برخورد می‌کنم و همچنین در مقایسه با مادرش که در همه امور او دخالت می‌کرده است.

در اینجا اتو y تعارضات "طبیعی" خود را با من مطرح می‌کند. او در مدرسه مشکل داشته است، مثلاً برای ریاضی باید کلاس تقویتی می‌رفته و در رشته مورد علاقه‌اش، یعنی هنر، بدتر از دیگران بوده است. دنیای کفش جایی بوده که او بدان پناه می‌برد. غالباً هنگام درس خواندن به این موضوع فکر می‌کرده که چگونه می‌تواند یک جفت کفش دیگر پیدا کند. در آن هنگام همیشه ترس داشته دیگران از کار او سر در بیاورند و یا آنکه والدین او را با یک جفت کفش کهنه در کنار میز تحصیلی خود ببینند. در این لحظه مهم بود که برای او روشن شود که چقدر از اینکه با هم دوره‌ای‌های خود فرق داشته، رنج کشیده است. من به اشتیاق وی در شبیه بودن به هم‌شاگردی‌هایش اشاره می‌کنم که به درمان نیازی ندارند و علاقه او به کفش را دلبستگی او به والدین و مخصوصاً مادر تعبیر می‌کنم. می‌گویم که او انتظار دارد من به هر دو جنبه موجود در او پی ببرم، بخشی که به کفش و مادر دلبستگی نشان می‌دهد و بخشی که می‌خواهد از آنان مستقل و رها شود.

● این تعبیر در ابتدا تنش عاطفی را در وی شدت می‌بخشد. هر چقدر او به درمان تمایل بیشتری نشان می‌دهد، صحبت کردن با من برایش مشکل‌تر می‌شود. اضطراب حیای او برجسته‌تر می‌شود. اما در برابر والدین خود گشاده‌روتر می‌شود. برای اولین بار جرأت پیدا می‌کند بگوید در سطل ذباله دنبال کفش می‌گردد. او به من می‌گوید که کفش‌های کهنه را با خود به رختخواب می‌برد و این همان چیزی است که حال والدین را به هم می‌زند. همزمان منکر هرگونه اهمیت جنسی در

عشق خود به کفش می‌شود و خود را به آن راه می‌زند. او اخیراً کلمه خودارضایی را شنیده، اما نمی‌داند معنای آن چیست. این علامتی بود تا من عجله‌ای در معنای جنسی کفش‌های او ارائه ندهم. زمانی بسیار دورتر فهمیدم که او سعی می‌کرده به کمک کفش خود را ارضا کند، اما چون به انزال نرسیده آن را رها کرده است.

● یک سکوت طولانی میل آن را در من ایجاد کرد تا به وسیله سوالات کنجکاوانه در درون وی رخنه کنم. ظاهراً او تصورات زیاد و نیز مقاومتی در مورد شخص من داشت. کنجکاوی من برای پی بردن به جزئیات صنم‌پرستی او، برایم آشکار ساخت که او نه تنها می‌خواست برای یک برخورد تند تحریک کند، بلکه انتظار داشت که من کار در باره این موضوع مهم با وی را ادامه داده و به او کمک کنم. من متخصصی بودم که مثل والدین او حالم به هم نمی‌خورد و آمادگی شنیدن همه چیز را داشتم. کنجکاوی من برایم روشن ساخت که باید نقش یک صنم‌پرست پنهان را عهده‌دار بشوم. او بواسطه اشارات کند خود سعی داشت مرا به دنیای کفش خود نزدیک سازد و می‌توانست هیجانات خود را به خوبی تحت کنترل داشته باشد. با این حال به نظرم صحبت درباره این دینامیک انتقالی پسرقتی زود می‌آمد. به نظرم ضروری‌تر می‌رسید که دوگانگی او در برابر خودم را تفسیر کنم که به عنوان سپر دفاعی در مقابل من عمل می‌کرد. به همین خاطر من نظریه او را پذیرفتم که من متخصصی هستم که او را به عنوان یک "مورد" غیرعادی می‌بینم. به او گفتم که با این تصور می‌خواهد دنیای کفش خود را از من پنهان کرده تا من زیاد به آن نزدیک نشوم.

● این تعبیر به علت سرخوردگی من که بعداً قادر به شناخت آن شدم، مملو از سرزنش بود. با وجود آنکه من می‌دانستم او در مقابل نظریات بزرگسالان حساس است، وقتی در مقابل تعبیرات انتقالی من با "وای" واکنش نشان داد، ناراحت شدم.

● وای گفتن او، به عنوان اضطراب او معنا شد، من می‌توانستم بوسیله تعبیرات انتقالی او را به "دید خودم" از موضوعات نزدیک کنم و بدینوسیله استقلال متزلزل او را خدشه‌دار سازم. پی بردن به این موضوع که وی در مقایسه با هم سن‌های دیگرش تا چه حد احساس ناامنی و تردید می‌کند، وی را خجالت زده می‌کرد.

اتو Y به دلیل تصورات خویش، علاقه وافر خود به کفش را محکوم می‌کرد و تنها زمانی می‌توانست آن را حفظ کند که از زندگی روزمره حذفش کند.

او می‌ترسید که بوسیله درمان مقید گردد. او نمونه‌های زیادی برای ترس خود از تقید ارائه داد. بیمار در ابتدای درمان از من انتظار داشت که درباره خدمت سربازی به او مشاوره دهم، چون خودش قادر به تصمیم‌گیری درونی نبود. همچنین او در تصمیم اینکه با رنگ روغنی و یا با آبرنگ نقاشی کند، مشکل داشت. من گفتم: "این مسئله دو جنبه دارد: شما آرزو دارید شفاف و

روشن تصمیم بگیرید، اما از طرف دیگر از این موضوع هراس دارید. داشتن امکانات مختلف و مقید نکردن خود به یک امر، جنبه‌های بسیار عالی دارد. به همین خاطر در مقابل من نیز مقاومت به خرج می‌دهید، چون می‌ترسید من شما را به چیزی مقید ساخته و چیزی را از شما بگیرم." او موافقت می‌کند، اما همزمان اظهار می‌کند که خواهان توصیه از جانب من است و اتفاقاً اگر در این زمینه بی‌توجهی به خرج دهم، فکر می‌کند او را قال گذاشته‌ام.

● تقاضای وی جهت دریافت توصیه به منظور ممانعت از درگیر شدن با دنیای درونی وی بود، نیز بدینوسیله می‌خواست بر شرم و حیای خویش مسلط باشد. در حالی که من پس از یک سکوت طولانی به او می‌گویم که وی فکر می‌کند من اینک از او تقاضا خواهم کرد که درباره موضوعاتی که وی از آنها خجالت دارد صحبت کند، رنگ و روی او قرمز شد. بیمار می‌گوید که او از اینکه نمی‌داند سرانجام درمان چه خواهد شد، مضطرب است. این یک دلیل مشخص دارد. من متوجه شدم که جلسات آنقدر وی را منقلب می‌کند که بعد از آن او به خیابان می‌رود و مرتب به کفش‌ها نگاه می‌کند. اخیراً کفش‌هایی دیده بود که بسیار مجذوب آنها شده بود.

● به نظرم رسید این مطلب اشاره غیرمستقیمی به کفش‌های من داشت و فکر می‌کنم او از این که من متوجه این مطلب بشوم احساس شرمساری داشت. در پائین قسمت‌هایی از یک جلسه را از روی حافظه منعکس می‌کنم. این جلسه که به تقاضای من زودتر از موعد مقرر برگزار شد، توأم با سکوت ۱۰ دقیقه‌ای اتو Y بود.

ب: در خانه که بودم خیلی به دنبال لیستی از قیدهای انگلیسی می‌گشتم.
ر: شاید اتفاقی نباشد که شما در این جا درباره آن لیست صحبت می‌کنید، چون ممکن است در اینجا نیز به دنبال کلمات خاصی باشید.

ب: نه فکر نمی‌کنم. شما بیش از حد به آن اهمیت دادید. این همان کلیشه‌ای است که در روان‌درمانی از آن پیروی می‌شود. من یک چیز ساده می‌گویم و شما به دنبال عمق آن می‌گردید.
ر: شما مطمئن هستید که من همواره می‌خواهم بیشتر و بیشتر درباره علاقه شما به کفش بدانم، اما متوجه نمی‌شوم که اکنون موضوع پس و پیش شدن نوبت شماست که احتمالاً از آن ناراحت هستید، چون شما باید خودتان را با من سازگار می‌کردید.

ب: بله من عصبانی بودم، چون فکر می‌کردم شما دارید برای من تعیین و تکلیف می‌کنید. اما حالا که تصمیم خودم را گرفته‌ام.

ر: یعنی دیگر لازم نیست به عصبانیت شما بپردازیم.

ب: در خانه بعضی مواقع از دست والدینم عصبانی می شوم، معمولاً تو خودم می ریزم، اما بعضی مواقع مردد می شوم و گریه می کنم، مثلاً زمانی که مادرم مرا سرزنش می کند که من قاطعی کرده ام به نحوی که دیگر نمی توان به من اعتماد کرد.

ر: در اینجا هم وقتی فکر می کنید من دارم به شما فشار می آورم، دوست دارید گریه کنید.

ب: بله، بعضی مواقع اینجوری است. به نظر من شما هم درمانگر من هستید و هم باید مثل یک آدم عادی باشد، به نحوی که من حرمت و کرامت شخصی ام حفظ شود.

● من با عکس العمل او متوجه شدم که از ایجاد وابستگی به من، همانگونه که به مادرش وابسته است پرهیز دارد. به همین خاطر باید در برابر تعبیرات انتقالی مقاومت می کرد که باعث تحریک آرزوهای پسرقتی او می شدند و بدین ترتیب او را با تعارضات درونی اش درگیر می کردند. او این الگوی ارتباطی را به من پیشنهاد کرد: او بدنبال یک لیست قید است که گم کرده است، مادر از او می خواهد منظم باشد و او را سرزنش می کند، چون در حالت بی نظمی خود مادر به او دسترسی ندارد. این برای انتقال بدان معناست که او می ترسد من نقش مادر را ایفا نموده، فردی که ممکن است کنترل او را بدست گیرد و قوه ابتکار را از وی سلب کند. از طرف دیگر، چنانچه او مرا در چنین نقشی ببیند، می تواند از درگیر شدن با عواطف و هیجانات خود بپرهیزد، چون همه چیز را عینی درک خواهد کرد. البته این خطر وجود دارد که ما در سیکل معیوبی از سرزنش و سرزنش متقابل وارد شویم. به همین خاطر لازم بود سهم او در انتقال روشن شود. در حالی که می خواست من یک انسان عادی باشم، به نوعی درباره سردرگمی خویش در حضور من صحبت می کرد. این سردرگمی از آن ناشی می شد که او نمی دانست چقدر از خودش تعریف کند، بدون آنکه در مسیر آرزوهای پسرقتی درغلطد. به همین خاطر برای او مهم بود که خود زمان طرح موضوعات با من را تعیین کند. به همین خاطر من در آخر جلسه متذکر شدم که جابجایی زمان جلسه او را گیج کرده که مبادا من به تنهایی کنترل اوضاع را به دست گرفته ام و او باید مطیع باشد.

او ۵۰ برای جلسه بعدی دقیقاً یک ساعت زودتر می آید. از آنجایی که او هرگز در اتاق انتظار نمی نشیند، بلکه مستقیم به اتاق من می آید، متوجه نشده که زمان را اشتباه کرده است. بعد از یک سکوت من از او سوال می کنم که آیا متوجه شده که یک ساعت زودتر آمده یا نه. او در ابتدا مطمئن است که اشتباه نکرده اما بعد متوجه اشتباه خود می شود.

ب: وای، احتمالاً با جلسه روز جمعه اشتباه گرفته ام.

ر: "وای"، زمانی اظهار می شود که من چیزی گفته ام که شما با آن موافق نیستید.

ب: بله. (سکوت طولانی)

د: قبل از این که ادامه بدهیم، بهتر است ببینیم چه نظری دارید، من چکار باید بکنم که شما احساس امنیت بیشتر بکنید.

ب (تند): خوب چیزی که من می‌گویم، شما فراموش می‌کنید و من نمی‌دانم شما از گفته‌های من چه نتیجه‌گیری می‌کنید. دوم آنکه ما اینجا هدفی نداریم، حتی یک هدف جزئی هم نداریم. سوم آنکه من می‌ترسم با حضورم در اینجا آخرین ته‌مانده حیثیت خودم را از دست بدهم، با وجود آنکه میل دارم شما به من کمک کنید تا حرمت خودم را حفظ کنم. در این مورد در جلسه قبلی نیز صحبت کردیم.

د: ظاهراً شما در جلسه قبلی این احساس را به دست آوردید که ممکن است حرمت و حیثیت خود را از دست بدهید.

ب (به هم ریخته): چی بود، من اصلاً یادم نیست. در این بین کمی سرم شلوغ بود. من به یک جشن تولد دعوت شده بود. و الان حتمن به این فکر می‌کنید که چرا من فراموش کرده‌ام. د: الان برایم روشن می‌شود که وارد شدن از یک دنیا به دنیای دیگر برای شما چقدر سخت است. آنجا زندگی روزمره است و اینجا درمان که در مورد کفش صحبت می‌کنیم. (بیمار قبل از آنکه من ادامه بدهم صحبت مرا قطع می‌کند).

ب: و اینجا همیشه صحبت درباره کفش است (هنگام این صحبت او لبخند می‌زند).

د: دقیقاً و آرزوی داشتن آن در شما پدید می‌آید.

ب: در نهایت بله، اگر شما زمانی آن‌ها را نپوشید (سکوت طولانی).

د: به هر حال مشخص است که شما مخالف آن هستید که درباره آن را به یاد شما بیاورند.

ب: چون می‌ترسم توانم در انجام امور را کاملاً از دست بدهم. دو مطلب هست که هنوز نمی‌دانید. از ایام کودکی‌ام تصور اینکه حیوانات کشته می‌شوند تا چرم بدست آید، برایم انزجارآور بوده است. من فکر می‌کنم به همین خاطر نمی‌توانم کفش را دور بیاندازم. مضافاً برای من خیلی مشکل است با حاملین کفش‌هایی که دوستشان دارم صحبت کنم. در اینصورت نوعی کشش بدنی در من ایجاد می‌شود. اما اگر کفش‌ها سلیقه من نباشند، صحبت با حامل آن برایم سخت‌تر می‌شود. کفش‌های شما حالت مهمی دارد، چون آنها بند ندارند.

د: من فکر می‌کنم شما فقط درباره کفش صحبت نمی‌کنید، بلکه با اشتیاقی که به کفش‌گره خورده است، موضوع بر سر نزدیک بودن با یک نفر است. و اگر من کفشی بپوشم که مورد علاقه من و شما باشد، آنقدر به من احساس نزدیکی می‌کنید که صحبت کردن با من برایتان مشکل می‌شود.

ب: زمانی که این مطلب را می‌گفتید یک حس نامطلوب - مطلوب داشتم که سراسر وجودم را فرا گرفته بود (هنگام خداحافظی می‌گویند: به هر حال من جلسه امروز را فراموش نخواهم کرد).

● این جلسه قدم مهمی در جهت تثبیت اتحاد کاری بود. اتو Y مرا بطور پنهان مدت‌ها بود که در دنیای کفش خود وارد کرده بود، بدون آنکه در این مورد صحبت کند. او از کفش‌های من هم تحریک و هم سرخورده می‌شد. چون به مرور زمان فقط کفش‌های من بودند که برای او جذابیت داشتند، بطور پیشرونده‌ای احساس وابستگی داشت و بدین خاطر خجالت می‌کشید. جابجایی نوبت و زود آمدن او شاهی بر این مدعا بود که چقدر به من وابسته شده است. اعتراف این موارد ظاهراً برای او این معنا را داشت که مرزی بین ما وجود ندارد و من کاملاً به او مسلط شده‌ام. سوال من مبنی بر اینکه برای ایجاد احساس امنیت در وی چکار می‌توانم انجام دهم، فرصتی برای حمله در اختیار او گذاشت تا بتواند به این وسیله خودش را از من تفکیک سازد. در حالی که او می‌گفت من حرف‌هایش را پشت گوش می‌اندازم و هدفی در کار نیست تا او دیگر به موضوع کفش فکر نکند، در واقع پرده از ترس خود مبنی بر تسلیم بودن به من و گم کردن حرمت خود بر می‌داشت. به همین خاطر او به جلسه قبلی اشاره کرد و نشان داد که چگونه در دو سطح متفاوت زندگی می‌کند و چگونه شروع نموده مرا از دنیای کفش خود خارج سازد. البته این مبین چنین مطلبی نیز بود که وی برای گذار از یک دنیا به دنیای دیگر حدو مرزهایی را نیز قائل بود. وی بدینوسیله خود را منزوی می‌ساخت، اما می‌توانست با ارضایی که از این طریق بدست می‌آورد، راضی باشد. در حالی که من متذکر شدم که تعویض دنیاها با یکدیگر - دنیای کفش و دنیای عادی - چقدر نگران‌کننده است، به او فرصت دادم که مرا بطور مستقیم به دنیای کفش خود راه دهد و دروازه این دنیا را من بگشاید. او نه تنها ناگفته‌های جدیدی را اقرار کرد، بلکه بخشاً با من نیز همانندسازی کرد.

تفسیر: برای فهم این مطلب که تحت چه شرایطی نزد اتو Y صنم تثبیت شده است، باید شیفستگی وی در دنیای کفش در تاریخچه متعارض تخیلات ناخودآگاه او و نیز آرزوهای لذت‌آور او که ابتداً متوجه افراد نزدیک وی بوده است که اکنون سعی در تحقق آنها می‌کند، بررسی شوند.

◀ می‌توان از تاریخچه واقعی زندگی بیمار شروع کرد که از سن ۳ سالگی در دو دنیا زندگی می‌کرده است، یعنی با نماد صنم خویش که حاوی تخیلات، سحرآمیزی‌ها و پندارها بوده که احتمالاً از ابژه‌های مرحله گذار متفاوت سرچشمه می‌گیرد. اتفاقاً ابژه‌های غیرزنده که بواسطه عدم تحرک خود اختلالی ایجاد نمی‌کنند و نیز همیشه قابل دسترس هستند، به‌عنوان یک چتر فراگیر فرافکنی برای تمام تخیلات آگاه و ناخودآگاه بسیار مناسب هستند. صنم که نه در مسیر رشد و تغییر قرار دارد و نه در ارتباطات انسانی پیوند خورده، نهایتاً و به معنای دقیق کلمه به‌عنوان ابژه جنسی نیز مطرح می‌گردد. تخیلات بی‌شماری که به کفش فرافکنی می‌شوند، بیانگر وسعت دامنه

تخیلات انسانی است. این تخیلات کفش‌ها را به زیبا و زشت، جذاب و دافع تقسیم می‌کند. قابل ذکر است که بیمار از این دانستنی رنج می‌برد که عشق او متوجه شیئی شده است که به علت قتل یک حیوان در اختیار او قرار دارد. چرم او را به یاد نابودی زندگی و حیات می‌اندازد، یعنی پرخاشگری و تخریب. قابل توجه آن است که شیفتگی فقط از کفش‌هایی برمی‌خیزد که روبسته باشند، در حالی که کفش‌های بندی و سگک‌دار، نه تنها جالب نیستند، بلکه نگرانی نیز تولید می‌کنند. احتمالاً کفش‌های سگک‌دار نمایانگر نوعی ناکاملی است که در قالب توجه ادراک به کوچکترین جزئیات، یادآور آسیب و تخریب است. کفش‌های سربسته از سوی دیگر نماد کامل بودن است که البته با احساس گناه کشتن حیوانات توأم است.

◀ از زاویه روان‌پویایی باید اضافه کرد که ترس بیمار از هم‌جنس‌گرایی، - که در دوستی نزدیک میان او و یک دانشجو تبلور یافت - بیان دیگری از دلبستگی دست و پاگیر او به صنم است. ظاهراً این دلبستگی فضای تعاملات غیرهمجنس‌گرایانه وی را محدود ساخته و نشانه‌های بلوغ در وی را عقیم کرده، امری که موجب نگرانی بیمار و نیز اطرافیان او شده بود.

نظریه صنم‌پرستی. توصیفی که ما بطور عمد آن را بسیار کلی ارائه می‌دهیم، شامل نکات اصلی در تئوری صنم‌پرستی روانکاوی است. شکل‌گیری علامت می‌تواند توسط اشکال خاص انکار تفاوت جنسی، هم باعث دفاع در برابر تعارضات ادیپی و مراحل رشدی پیش‌ادیپی باشد (فروید ۱۹۲۷، ۱۹۴۰؛ گرین اکر ۱۹۵۳، اشتولر ۱۹۸۵).

چنانچه بخواهیم مجموعه دیدگاه‌ها را زیر یک مخرج مشترک جای دهیم، از جانی تمام نظریات بر ارضای پیش‌ژنیتالی و آندروژنی متمرکز می‌شوند و از طرف دیگر به موضوع کنترل و اعمال قدرت مربوط می‌شوند. غالباً صنم جنسی‌سازی شده ناشی از یک ابژه گذار است که به وسیله آن ارضای شدید و امنیتی ایجاد می‌شود که برخاسته از صنم است.

بدین ترتیب درمان حاوی نوعی نگرانی است، زیرا بیمار می‌ترسد که ابژه‌ای که ضامن امنیت و اتکای وی است، از او گرفته شود. با وجود آنکه روانکاو بر این مطلب اشراف دارد و تلاش می‌کند به عنوان عامل و کارگزار والدین دیده نشود که قرار است بیمار را از صنم خود جدا کند، دچار نوعی بن‌بست و تعارض می‌گردد. این بن‌بست ارتباط تنگاتنگی با موضوع انتقال دارد. دقیقاً در چنین علایمی اعمال انحرافی با احساس شرمندگی زیاد پیوند می‌خورد. بیمار علیرغم مشکلات درونی زیاد قدم به قدم خود را در مقابل روانکاو خواهد گشود. البته در چند مرحله آشکار می‌شود که روانکاو رفتارهای تفکیکی بیمار را سرزنش می‌کند، در حالی که قصدش کاملاً برعکس است. مثلاً بیمار این تعبیر روانکاو را که مایل نیست امکانات متفاوت را در نظر بگیرد و به همین خاطر در برابر روانکاو مقاومت نشان می‌دهد، چون ممکن است چیزی را از وی بگیرد، به عنوان سرزنش

تجربه کرده است. این نوع تعبیر رایج است و به این منظور داده می‌شود که گویی بیماران خود درک می‌کنند که قرار نیست چیزی از آنان گرفته شود، بلکه بدون دلیل دچار اضطراب می‌شوند که مبادا چیزی از آنان گرفته شود. به نظر ما بهتر است بجای آنکه بخواهیم به بیمار تفهیم کنیم که مقاومت او در برابر انتقال بی اساس است، با کمک بیمار شکل‌گیری مقاومت در اینجا و اکنون را مورد بررسی قرار دهیم و بپذیریم که بیمار برای نگرانی خویش دلایل خود را داراست. برای هر بیماری مهم است که روانکاو در مورد وی چگونه فکر می‌کند و رابطه آن دو چه مسیری را طی می‌کند، بدین ترتیب عزت نفس بیمار در برابر روانکاو تعیین می‌شود. تذکر حمایت‌گرانه روانکاو که برای بیمار وارد شدن از یک دنیا به دنیای دیگر چقدر سخت است، کافی است تا بالاخره یک تخیل انتقال درباره کفش روانکاو را آشکار سازد. این جلسه فراموش نشدنی به تثبیت صنم در نورژ انتقال منتهی شد. در اینجا روانکاو بسیار خوب عمل کرد، بگونه‌ای که به تقویت اتحاد کاری میان آن دو منتهی شد. در اینجا نوعی تشابه سلیقه در کفش ایجاد شد. از این به بعد باید با بیمار ابعاد جدیدی بنا کرد که وی را از دنیای صنم‌پرستی برهاند. زمانی می‌توان از نوع "کفش" خارج شد که با یک پا درون آن بود و با پای دیگر به سمت خارج نشانه گرفت.

۳-۶ بستگان بیمار*

همانگونه که ما در جلد مبانی در بحث ۵-۶ تشریح نمودیم، رفتار روانکاو در برابر وابستگان بیمار مبتنی بر اخلاق پزشکی و بدین ترتیب، متأثر از وظیفه رازداری است. روانکاو وظیفه دارد علایق و بهبود بیمار را پیگیری کند. کلیه درمان‌های روانکاو به منظور تقویت استقلال بیمار انجام می‌شوند. بدین ترتیب دلبستگی‌های موجود بیمار، نظیر رابطه زوجی و یا وابستگان، تحت الشعاع درمان قرار می‌گیرند (فروید ۱۹۱۲). در حالت‌های استثنایی، مثلاً وقتی بیماری سایکوز و یا خطر خودکشی وجود دارد، به لحاظ قضایی نیز مجاز و به لحاظ پزشکی ضرورت دارد وابستگان را مطلع ساخته و تصمیمی اتخاذ شود که مورد قبول و حمایت همه باشد. اما برای بیمار و روانکاو اشکال غیرمستقیمی برای درگیر کردن و یا دور کردن فرد سوم وجود دارد.

* The Patient's Family
Angehörige

درمان‌های کم و بیش بی‌دردسر

قبل از آنکه بخواهیم در مورد پاره‌ای مشکلات صحبت کنیم، به درمان‌هایی می‌پردازیم که سیر رضایت بخشی را طی می‌کنند. این کار را به دلایل گوناگون انجام می‌دهیم. در دهه‌های اخیر کمتر به این مطلب توجه می‌شود که بهبود یا درمان بیماری‌های نوروتیک و یا روان‌تنی فرآیندی است که در مجموع برای همه افراد درگیر، لحظات مطلوب و خوشایند آن بیش از لحظه‌های نامطلوب و ناگوار آن است.

چنانچه تجربیات خود در این زمینه را از دیدگاه اثر انتشار یافته تومه و تومه (۱۹۶۸) بنگریم، ویژگی درمان‌های کم درد و سر برای بستگان آن است که تغییرات حاصله در بیمار فضای زندگی مشترک را توسعه داده و باعث پرباری آن شود. یک شرط مهم در اینجا آن است که زمینه‌ای موجود باشد که عمدتاً تحت‌الشعاع یک علامت نوروتیک زوج قرار داشته باشد.

چنانچه شرایط دیگری حاکم باشند، مثلاً یک رابطه زوجی بر مبنای درهم تنیدگی‌های نوروتیک به وجود آمده باشد و یا بدان طریق تداوم یافته باشد، تغییر تعادل نوروتیک به مشکلات عمده‌ای منجر خواهند شد. این تغییرات از جانب زوجی که در درمان شرکت ندارد، منفی ارزیابی می‌شود. زیرا او اینک از مستقل شدن همسر وابسته خود و رهایی او از قید وابستگی نوروتیک نگران خواهد شد. به درمان‌های کم‌دردسر از یک دیدگاه خاص نگاه می‌کنیم.

مبنای کار ما روانشناسی سه نفره بالینت است که در موقعیت روانکاو به یک رابطه دوسویه تقلیل می‌یابد، به همین خاطر ما از یک "مثلث منهای یک" صحبت می‌کنیم. غیبت واقعی و حضور مجازی نفر سوم تأثیرات عمیقی دارد و به هر سه بستگی دارد که تعارضات دوسویه و سه‌سویه چگونه حل خواهد شد. در این میان افرادی که کارآموزی روانکاو می‌کنند و نیز زوج‌های ایشان مشکلات ویژه‌ای خواهند داشت (واگلوب و دیگران ۱۹۹۴، هاگا ۱۹۹۵).

رعایت حال بیمار به درستی چنین اجازه‌ای به ما می‌دهد که به زوج نیز گوش سپاریم. این به معنای انحراف از تکالیف و وظایف مشخص درمانگر نمی‌شود. گوش سپردن به زوج برای ما بدین معناست که دانش روانکاو در باره تعارضات سه‌سویه (ادیپی) و دوسویه (مادر-فرزند) را بگونه‌ای بکار بندیم که فرد مورد‌معالجه به استقلالی دست یابد که با یک دلبستگی دل‌انگیز ادغام گردد. هدف دستیابی به یک رابطه پس‌ادیپی غیرهمجنس‌گرایانه یک تخیل آرمانی راهنما است. در این آرمان احتمالاً یکی از اشتیاق‌های عمیق انسانی نهفته است که ظاهراً در زوج روانکاو متبلور می‌گردد. این رابطه در معرض بغض و حسد بیرونی است. از جانب دیگر روانکاو جهت شکوفایی انتقال به صدای بیرونی نیازمند است که معمولاً بطور غیرمستقیم از زبان بیمار می‌شنود. به

همین خاطر وابستگان معمولاً بر این نظرند که روانکاو نمی‌داند بیمار در واقعیت چگونه است و چه رفتارهایی از خود نشان می‌دهد. در اینجا تنش‌هایی ایجاد می‌شوند که ممکن است تخفیف و یا شدت یابند. هر سه طرف می‌توانند در جهت کاهش و یا افزایش تنش‌ها مؤثر باشند، بگونه‌ای که می‌توان گفت نوع مشکلات به نگرش و رفتار هر یک از طرفین و نیز تعامل میان آنان بستگی دارد.

از آنجایی که ما در جلد مبانی (۵-۶) درباره موارد متفاوت احتمالی بحث کردیم، در اینجا به یک نمونه که مربوط به دخیل کردن همسر می‌گردد، بسنده می‌کنیم. در مجموع گشاده‌رویی ما در برابر تأثیرات یک آنالیز بر همسر بیمار بدان منتهی شده که مثلاً ما به این موضوع توجه خاص داریم که بیماران زوج‌های خود را به‌عنوان انتقال منفی مورد استفاده قرار می‌دهند یا خیر.

● چنانچه به تقسیم انتقال دقت کنیم، سیر آنالیزها با مشکل کمتری مواجه می‌شوند و میل وابستگان برای صحبت با روانکاو به‌ندرت مطرح می‌شود.

● البته ما به دلایل درمانی ترجیح می‌دهیم که بیمار همسر خود را در جریان امور بگذارد تا وی اساساً میلی برای صحبت با ما نداشته باشد.

● زمانی که بیماران همسران خود را در جریان تجربیات درمانی خویش نمی‌گذارند، برای ما تردیدبرانگیز است. به همین خاطر به نظر ما نباید هنگام تشریح اصول کاری توصیه کنیم که بیمار خارج از موقعیت آنالیز در مورد آن صحبت نکند. چنین توصیه به فشارهای غیرضروری منجر می‌شود، ضمن آنکه به هر حال بیماران از آن تبعیت کامل نخواهند کرد. مهم آن است که بدانیم که بیمار چه چیز درباره آنالیز می‌گوید و نظر روانکاو را چگونه انعکاس بیرونی می‌دهد.

● همچنین به علت اجزای خودآزاری بسیاری از اختلالات نوروپاتیکی حائز اهمیت است بدانیم بیمار به چه نحو حضور یا عدم حضور همسر خود در موقعیت روانکاوی را زمینه‌سازی می‌کند.

نمونه: خودکشی

در آنالیز آقای مارتین Y که از علایم وسواس رنج می‌برد و خطر خودکشی وی را تهدید می‌کند، موضوعات تقریباً به تعارضات زناشویی مربوط می‌شد که بطور نهفته در جریان بود. تعادل ایجاد شده در رابطه زوجی بدانجا منتهی شده بود که از هرگونه تبادل عاطفی اجتناب می‌شد. در سمت گیری بیانات هیجانی علیه شخص خود که وی از همسرش پنهان می‌کرد، افکار خودکشی در بیمار شدت می‌یافت. در آنالیز انتقال، بیرون آمدن از این روند میسر نگشت. در رابطه زوجی که ۵ سال از عمر آن می‌گذشت، آن دسته از الگوهای ارتباطی تکرار می‌شدند که بیمار از دوران

کودکی آموخته بود. همسر بخشاً به جای مادرش ظاهر می‌شد. همچون گذشته، بیمار به حالت انفعالی لجوجانه فرو می‌رفت و همسرش نمی‌دانست که رفتار آرام‌بخش او در برابر بیمار و اینکه به سمت روشنگری در این باره قدم بر نمی‌دارد، تأثیرات تثبیت‌کننده علامت را در پی داشت.

من تا حدودی با نگرانی به تعطیلات در پیش رو نگاه می‌کردم. نگران آن بودم که در زمان قطع درمان، تنش‌های موجود به وخامت در روابط زوجی و تشدید خطر خودکشی منجر گردد. در چنین وضعیتی من پیشنهاد انجام یک گفتگوی ۳ نفره را مطرح کردم. بیمار خوشحال بود. مشخص شد که همسر بیمار به علت انزوای وی می‌خواست به یک روانکاو مراجعه کند، اما بر این نظر بود که نباید اختلالی در سیر درمان به وجود آورد.

جهت فهم بهتر برخی تعارضات زوجی که به تثبیت علامت کمک می‌کردند و همچنین گفتگوی مشاوره‌ای که انجام گرفت، در ابتدا برخی ویژگی‌های شخصیتی بیمار را که رفتار شخصی و شغلی وی را تعیین می‌کنند، توصیف خواهیم کرد.

آقای مارتین ۷۰ ساله دوران مدرسه تلاش داشته تا حد ممکن، بی‌احساس باشد، به همین خاطر گمان دارد که سرد، مغرور و مسخره است. او خیلی بسته و منزوی زندگی می‌کند. او به یاد می‌آورد که هنگام جوانی بارها این جمله را به زبان آورده است: "این که زندگی نیست." جالب توجه آنکه زمانی که وی به دیگران فکر می‌کرد و در مورد آنها هیجانی می‌شد، چیزی در وی زنده می‌شد، مثلاً غالباً موضوعاتی که با تهدید زندگی و یا مرگ مرتبط بودند. او در چنین شرایطی مایل بود از خانه بیرون زند، برود و با کوله‌پشتی خود به یک کشور بیگانه سفر کند و خود را با مخاطرات جانی درگیر سازد. همسر وی با آوردن نمونه‌های وحشتناک سعی می‌کند او را از چنین اقداماتی بر حذر کند. سپس او به امکانات دیگری فکر می‌کند که بتواند از معرکه بگریزد. در شرکت که نمونه نظم و انضباط است، دست به اعمالی می‌زند تا موقعیت شغلی خود را به خطر اندازد. او مایل است که او را اخراج کنند.

در ماه‌های اولیه درمان تصادفی می‌کند که مقصر بوده است. او به جلسات نمی‌آید یا دیر می‌آید. وقتی حس می‌کند که من نگران هستم، به ظاهر خوشش می‌آید. او تشریح می‌کند که چگونه در فضای سرد عاطفی رشد کرده است. والدین پس از مرگ خواهر کوچکترش خود را منزوی می‌کنند. برای سال‌های متمادی از این حس رنج می‌برده که باعث مرگ خواهرش بوده است. امکان صحبت با والدین برای روشن کردن مطالب موجود نبوده است. به همین خاطر این فکر در او ریشه دوانده که به علت آنکه زمانی کالسکه خواهرش را چپ کرده، مسئول مرگ او می‌باشد. زمانی طولانی می‌گذرد تا او متوجه شود خواهرش به علت یک بیماری ارثی در گذشته است. در مراسم

خاکسپاری او با خوشرویی به سوی عمویی که وی را دوست داشته می‌دود، به این علت از پدرش کتک می‌خورد. سپس برای مدتی لکنت زبان می‌گیرد.

بیمار گریه می‌کند و می‌گوید طرح این موضوعات از دوران کودکی برایش تسکین‌دهنده است. این که او چقدر به خشم سرکوب شده خویش نزدیک می‌شود، از جملاتی نظیر این آشکار می‌شود: "من دوست دارم اینجا فقط دم داشته باشم، چون می‌ترسم با بازدمم کارهای بدی از من سر بزنند." بیمار اکنون می‌تواند درباره یکی از وحشتناک‌ترین افکار خود صحبت کند: اینکه او مدت‌هاست رابطه جنسی با همسرش نداشته، چون می‌ترسد از این طریق جراحات جدی به همسرش وارد کند. همسرش به او دلداری می‌دهد. او درباره صبر و حوصله بی پایان خود که روزی همه چیز خوب خواهد شد، حرف می‌زند.

● بروز تصورات وسواسی، ترس و تکانش رو به کاهش گذارده است. این بهبود را می‌توان به شروع روشن شدن داستان احساس گناه ناخودآگاه وی نسبت داد. انتساب تقصیر واضح و تخیلی، جدا از تجربه وی با خواهرش، به انتظار مجازات در وی منتهی و در زندگی وی ماندگار شده بود، او را زجر می‌داد و شکل معما به خود گرفته بود. موضوع اصلی در اینجا تأثیرات احساس گناه ناخودآگاه بود که فروید (۱۹۱۶) در پاره‌ای از منش‌ها توصیف کرده بود.

در یک روز یکشنبه بیمار تمام روز در رختخواب می‌ماند. همسرش به مسافرت رفته بود. او غرق خیال و رویا بود. تدریجاً مشخص می‌شود که او افکار خودکشی داشته است. او در اینجا با افکار خود به بن‌بست کشیده می‌شد؛ او نمی‌دانست که آیا اول از همسرش طلاق بگیرد و بعد خودکشی کند و یا "قبل از آن" بلایی به سر خود بیاورد. همسرش که شب از مسافرت برگشت، از موقعیت او وحشتزده می‌شود، اوضاع را جمع و جور می‌کند و او را از این افکار باز می‌دارد. بر همه چیز پرده کتمان کشیده می‌شود. برای چندمین بار این ساعات زجردهنده مورد بحث و بررسی قرار نگرفتند.

پس از این واقعه با موافقت همگی گفتگوی مشاوره‌ای انجام شد. همسر بیمار تشریح می‌کند که او به تدریج آرام و ساکت شده است. او غالباً نمی‌داند چه باید کند. زمانی که از شوهرش سوال می‌کند، پاسخی نمی‌گیرد. اینکه شوهرش می‌خواهد کارش را از دست بدهد و ضمن آن ابراز خوشحالی می‌کند، برای او قابل درک نیست. او انسان با وجدانی است.

من می‌گویم که در اینجا می‌خواهیم درباره همین موقعیت‌هایی صحبت کنیم که برای هر دو نفر قابل فهم نیست: نوسان بین "همه چیز را رها کردن" و "همه کار را به طور کامل انجام دادن." بیمار که تا آن زمان سکوت اختیار می‌کرد، بطور ناگهانی بیدار می‌شود. بله، بله باید یک راه‌حل جدید پیدا کرد. همه چیز درست می‌شد، اگر او شغل فعلی خود را رها می‌کرد و به دنبال کار

دیگری می‌رفت. همسرش فوراً او را از این افکار بیرون می‌آورد. اینجوری نمی‌توان به نتیجه‌ای رسید. او به دوستانی اشاره می‌کند که با چنین اقداماتی به وضعیت ناگوار دچار شده‌اند. او بهتر است با آنان صحبت و استعلام کند، نه، او چنین کاری نمی‌کند. او مردد است. همسرش هیچگاه صحبت نمی‌کند. او شروع به گریه کردن می‌کند.

بیمار با چهره مات و غایب خود روی صندلی نشسته است. پس از مدتی می‌گوید، به نظرش مسخره است که همسرش درباره او چنین می‌گوید و برای او تعیین و تکلیف می‌کند. او برای بیمار تعیین می‌کند، چه بگوید و چه کار کند. گاهی مواقع او برای تشویق همسرش از زیر میز به پایش لگد آرامی می‌زند.

خانم Y بوسیله این گلایه‌ها، سرزنش‌های بیشتری را مطرح می‌کند. در خانه والدین همسرش نیز دقیقاً همین گونه است. او در آنجا نیز صحبت نمی‌کند. در مقابل سوالات مادرش لال می‌ماند. در آنجا نیز همسرش بجای او حرف می‌زند. بیمار دومرتبه عصبانی می‌شود. وقتی او چنین صحبت می‌کند امکان هیچ کاری نیست. وقتی هم که به پیاده‌روی و گردش می‌روند، اوضاع همین گونه است، همسر وی مرتب می‌گوید: نگاه کن، می‌بینی آنجا... چقدر... زیباست. او می‌گوید من خودم چشم دارم. در این لحظه هر دو شروع می‌کنند بخندند.

● در این وضعیت آرام من جمع‌بندی می‌کنم که در صحبت امروز نیز آنچنان گذشت. همسر است که صحبت می‌کند، او پاسخ می‌دهد، او احساسات خود را بیان می‌کند و اوست که گریه می‌کند. به نظر می‌رسد اوست که باید برای بیمار حرف بزند، جواب دهد، حس و گریه کند.

خانم Y با قاطعیت می‌گوید، نه این مرام او نیست. اما او در طی زمان اینگونه به دنیای همسرش رخنه کرده است. او نمی‌خواهد چنین باشد. او نمی‌تواند چنین باشد، چون بعضی مواقع نمی‌داند درون همسرش چه می‌گذرد. مخصوصاً زمانی که شوهرش او را با کلمات وحشت برانگیز درگیر می‌کند. من می‌گویم که این حالت برای او اضطراب‌آور است، مخصوصاً زمانی که او از خودکشی صحبت می‌کند. اینکه او با تمام وجود سعی دارد همسرش را از این افکار بیرون آورد، قابل فهم است. طبیعی است که اگر همسرش از خود بیرون آید بهتر است. این اواخر از همسرش خوشش آمده است: "بیدار شو، بیدار شو، نباید دیرمان بشود." همسر مصمم بود و ابتکار عمل را به دست گرفته بود. او نمی‌خواهد همیشه مبتکر کارها باشد، همه امور را مشخص کند و حتی گاهی صبح‌ها به همسرش بگوید که چه بپوشد. بیمار با هیجان وسط حرف می‌پرد و می‌گوید خودش می‌داند چه باید بپوشد. اکنون خانم Y حرف همسرش را قطع می‌کند و می‌گوید، همسرش دقیقاً مثل مادرش است. وقتی به او می‌گویم این لباس را بپوشید به شما می‌آید، با اما و اگر جواب می‌دهد. بله باید لباس دیگری می‌خرید و از این قبیل بهانه‌ها. پدرش نیز نمی‌گوید که این لباس‌ها به تو می‌آید.

همه چیز معلق می‌ماند. در مورد غذا نیز اوضاع چنین است. هر کس می‌داند چه چیزی میل دارد بخورد، اما هرگز به روشنی بیان نمی‌شود. هرگز به روشنی گفته نمی‌شود که چه کسی به کدام غذا اشتها دارد. بیمار عصبانی می‌شود، همسرش همیشه در تصمیم‌گیری هایش عجله دارد. زوج پس از مدت زمان طولانی برای اولین بار است که چنین با هم صحبت می‌کنند و درباره سرخوردگی‌های خود به بحث می‌نشینند. هر دو قرار می‌گذارند که در تعطیلات از این سیکل معیوب خارج شوند: سکوت، واگذاری مسئولیت به عهده دیگری و بعد غضبناک به حالت قهر فرو رفتن.

● بعد از تعطیلات مشخص می‌شود که صحبت سه نفره ما آمادگی زوج برای صحبت درباره مشکلات خود را افزایش داده است. نتیجه دیگر آن بود که من بنا بر تجربه بیمار، از همسرش حمایت کردم و تفاهم زیادی برای نگرانی و اضطراب او نشان دادم، بجای آنکه به ترس‌های بیمار بپردازم. من در انتقال از خواهر معیوب بیمار حمایت کردم. انتقال منفی مادر به کار درمانی وارد شد. بسیاری مواقع مادر و خواهر بر علیه او متحد شده بودند. بیمار اکنون می‌توانست عصبانی شود و پرخاشگری خود را حس کند. در زمان بعد از زوا و خطر خودکشی کمتر شد. رابطه زوجی توانست تا حدود زیادی از قید و بند کنش‌های بیمار خلاص شود.

۴-۶ گواهی و انتقال*

کلیه رفتارهای روانکاو باید در ارتباط با تأثیرات آن بر رابطه و انتقال بررسی شوند. اینکه آیا نسخه‌ای تجویز می‌شود یا نه، گواهی صادر می‌شود یا نه، همه اینها بر رابطه بین بیمار و روانکاو اثر می‌گذارد.

در حالی که علایم آقای آرتور Y به وخامت گرائیده بود، موضوع یک گواهی به مرکز ثقل پردازش انتقال منفی تبدیل گردید. بحث در این باره به چند جلسه کشید. در سیر درمان چند بار موقعیت‌های مشابه پدید آمد.

آقای آرتور Y با بیمه خصوصی به درمان مراجعه کرده است. جهت دریافت کل هزینه‌ها چند سال پیش یک بیمه نامه تکمیلی را منعقد کرده بود. این شرکت بیمه اکنون به او خبر می‌دهد که هزینه روان‌درمانی سرپایی را دیگر تقبل نخواهد کرد. بالاخره با سخاوت‌مندی قرار شد، چنانچه یک

* Reviewing and Transference
Gutachten und Übertragung

بیماری اثبات شود و نیز آنکه درمان روانکاوی بتواند در درمان آن مؤثر باشد، بیمه موافق خود را با تقبل هزینه اعلام کند.

در پائین قسمت‌هایی از ۲ جلسه که مربوط به این موضوع می‌شود، بازگو می‌شود.

ب: بله، آنها مرتب درباره بیمه و گواهی که من از شما می‌خواهم صحبت کردند. من احساس می‌کردم که نظر شما این است که من نباید همه چیز را به عهده شما بگذارم و باید واقعیت‌ها را در نظر داشته باشم.

ر: نه، من به واقعیت‌های تعریف شده فکر نمی‌کردم، بلکه بیشتر به سرخوردگی‌ها. شما الان حدود ۸ روز است که منتظر گواهی هستید.

ب: من احساس می‌کنم که شما عمداً از این کار اجتناب می‌کنید، چون من به اندازه کافی در این مورد با شما صحبت نکرده‌ام.

ر: نه، اما شما متوجه هستید که این یک موضوع مهمی است.

ب: من تعجب می‌کنم که شما موضوع بیمه را مهمتر از خود من ارزیابی می‌کنید، باوجود آنکه این مطلب مرا درگیر کرده است. به نظر من خیلی زشت است که بیمه چیزی را که حق من است، از من اجتناب کند.

ر: و اکنون شما متوجه شده‌اید که من نیز چیزی را از شما دریغ می‌کنم تا شما عصبانی شوید.

ب: بله و نه.

ر: هوم.

ب: تا اینکه من چیز بیشتری در این مورد بگویم.

ر: شما حس می‌کنید که کار دیگری از دستتان بر نمی‌آید و من از خواسته‌ای صحبت کردم که چقدر خوب می‌شد که کسی همه کار را به عهده می‌گرفت و منظم می‌کرد.

ب: یک انسان.

ر: و کسی که قوی باشد. اگر چنین میلی موجود نبود، کمی مسخره به نظر می‌رسید.

ب: بله.

ر: آیا چنین اشتیاقی اکنون در شما هست؟

ب: طبیعی است.

ر: چنین اشتیاقی می‌تواند به آنجا منجر شود که انسان تمام توان خود را بکار نگیرد. من این مسئله را گوشزد کردم، شاید شما اینگونه فکر کردید که من این گواهی را به عقب انداخته‌ام، یا اینکه من نمی‌خواهم کاری برای شما انجام دهم. اشتیاق، سرخوردگی و یا پس زدن؟

ب: بله، وقتی آدم در موقعیت من باشد، آرزوی بزرگی دارد که کسی پیدا شود که همه چیز را مرتب و منظم بکند.

د: بله، بله. نه فقط موضوع بیمه، بلکه همه ترس‌ها و اضطرابات را.

ب: اینکه این خطر وجود دارد که انسان از تمام توانش استفاده نکند، برای من روشن است.

د: برای اینکار لازم است که شما محتاط باشید و نگوئید که چقدر بد است که گرفتن یک گواهی طول می‌کشد.

ب: بله، من حقیقتاً فکر کردم شما تا زمانی که من اصرار زیاد نکنم، گواهی را برای من صادر نخواهید کرد.

د: شما از طرفی دست رد تجربه کردید، اما علیه من و بیمه طغیان نکردید. شما طغیان نکردید، بلکه اضطراب و افکار شما.

ب: مطمئناً وقتی فکر می‌کنم، به نظرم این سوال منطقی است که آیا گواهی تمام است، آیا می‌توانم آن را دریافت کنم. کاملاً واضح است.

بیمار یک سکوت طولانی را با این اظهار می‌شکند که اکنون افکار او مشکلی است که با رئیس خود پیدا کرده است. بیمار اما دوباره به موضوع باز می‌گردد.

ب: اما شما جواب سوال مرا ندادید.

د: بله، من الان فکر کردم چه بگویم، اما چیزی به خاطرم نرسید. البته موضوع تمام نشده است. شما می‌خواهید بشنوید که آیا الان گواهی را می‌گیرید یا نه.

ب: بله، دقیقاً.

د: و البته شما به موضوع دیگری اشاره کردید که هنوز باز است.

ب: شما هنوز پاسخ ندادید که آیا گواهی را می‌گیرم یا نه. همین الان، در غیر این صورت باز هم سوال خواهم کرد.

د: در این صورت باید نوشته شده باشد، یا اینکه همین الان در حین جلسه نوشته شود.

ب: پس در جلسه آینده خواهم گرفت.

من سوال می‌کنم آیا بیمار به این فکر نیست که اصلاً گواهی دریافت نکند، او نفی می‌کند. سپس این حس در او بوجود می‌آید که من گواهی را از او دریغ خواهم کرد.

ب: الان به نوعی به موضوع می‌رسیم. شما می‌توانستید بگوئید که من تمام تلاش خود را نکرده‌ام، و مادام که من چنین نکرده‌ام... اگر فکر می‌کنید من تمام توانم را بکار نگرفته‌ام، ممکن است ۱۰ سال دیگر منتظر بمانم.

او به یاد می آورد که جواب رد بیمه به وخامت علایم او منجر گردیده است، همه چیز بی ثبات تر شده است.

در پایان جلسه من آنچه را که اتفاق افتاده، جمع بندی می کنم: با این برداشت که من می خواهم او را اذیت کنم، عصبانیتی در وی جمع شده که در قالب وخامت علامت بروز نموده است.

تفسیر: روانکاو برای تهیه گواهی چند روز نیاز داشت که اکنون نزد منشی وی است. در این بین نااطمینانی و عصبانیت بیمار افزایش پیدا کرد و بر علامت او تأثیر گذاشت. جهت بازسازی این روند، روانکاو بیمار را عمداً بیقرار کرد. با وجود آنکه این رفتار برای پرهیز از شتاب مفید بود، اما جای بحث دارد. زیرا اگر به این جمله اتکا ورزیم که هدف وسیله را توجیح می کند، خطر ریسک زیاد است.

روانکاو یک گواهی امضا نشده به بیمار می دهد، با این تذکر که گواهی مشروح و امضاشده فقط برای یک پزشک معتمد بیمه صادر خواهد شد.

در جلسه بعدی مشخص می شود که بیمار در بین دو جلسه عمیقاً به گواهی فکر کرده است:

ب: اگر من جای شما بودم، از دید بیمه به این گواهی فکر می کردم. . . شاید من کمی تواضع و افتادگی بیشتر بخرج می دادم. شاید به همان نتیجه می رسیدم. اگر بیمه باقیمانده هزینه را می پرداخت، فرضیه من تأیید می شد: اگر انسان افتاده باشد به هدف می رسد. دیدگاه شما چیز دیگری است، البته من مطمئن نبودم نوشته خود را چگونه تنظیم کنیم، آیا بشکل یک خواهش و یا پافشاری بر یک حق.

بیمار چند پیشنهاد تکمیلی نیز ارائه می دهد. او از موضع گیری کوتاه و شفاف من راضی است و آن را تقدیر می کند.

ر: بله اینها دو چیز کاملاً مجزا هستند، چنانچه شما چیزی را طلب کنید، این نگرانی وجود دارد که بیمه واکنش منفی نشان دهد.

ب: اگر من نوشته خود را بر مبنای افتادگی تنظیم کنیم، آنها با من ترحم خواهند داشت و خواهند گفت: ای بدبخت بیچاره. ما به این آدم فلک زده کمک خواهیم کرد، ما، شرکت بیمه قدرتمند. چند یورو چه ارزشی دارد. به اندازید جلوی پیش تا آن را به بلعد. بله داستان سختی است.

ر: شما می دانید که من گواهی را هنوز امضا نکرده ام.

ب: بله، من گواهی را که شما نوشته اید می خواهم.

ر: شما می توانید با یک ضمیمه از خود برای بیمه بفرستید.

ب: بله من آن را همانگونه که تنظیم کرده اید می خواهم، کاملاً درست است.

من پاره‌ای توضیحات فنی درباره گواهی و موضوعات مندرج در آن را به بیمار می‌دهم. او سپس این موضوع را چنین می‌بندد.

ب: من هنوز نمی‌دانم نوشته خودم را چگونه تنظیم کنم. شاید بهتر باشد هر دو جنبه را در آن بگنجانم. خوب بالاخره چیزی به نظرم خواهد رسید. من تعجب می‌کنم که چنین موضوعاتی تا آن حد روی خلق و روحیه من اثر می‌گذارد که گویی نابود شده‌ام. اگر من در یک بحران واقعی وارد شوم، کارم را از دست بدهم و یا با همسرم به بن‌بست برسم، چه خواهم کرد؟

ر: گاهی مواقع برنده شدن در مبارزه با یک حریف واقعی آسان‌تر از مبارزه با حریفی است که در دسترس نیست و آدم باید خیلی مواظبش باشد.

ب: امروز شما مرتباً به شخص خودتان برمی‌گردید. خوب، اگر شما برای من مثل آن معلم هستید، چه نتیجه‌گیری و یا شناختی از این مطلب عاید من می‌شود؟ من یک کمبود دارم و این همان چیزی است که مرا نامطمئن می‌سازد.

آقای آرتور Y دومرتبه موضوع وابستگی را به میان می‌کشد و بر تلاش خود جهت رضایت من تأکید می‌ورزد.

او به ضبط صوت اشاره می‌کند. من با این موضوع هنوز کاملاً کنار نیامده‌ام. من احساس درماندگی، بی‌دفاعی و نیز تجاوز به خود می‌کنم (همچنین مراجعه شود ۵-۷). شاید به این خاطر است که من از برخی مشابیه‌ها نگرانم. اگر من بجای کتمان مطلب اقرار می‌کردم که این تجربه در آن زمان برای من واقعاً بد بود، شاید امروز پیش‌رفت بهتری داشتم (آقای آرتور Y به تجربیاتی اشاره می‌کند که با یک معلم غیرهم‌جنس گرا داشته است).

ر: داشتن چنین اشتیاق ارضا نشده‌ای بد است و همچنین تجربه آنکه از چنین اشتیاقی سوء استفاده نیز می‌شود، بدون آنکه انسان بتواند از خودش دفاع کند.

ر: قابل فهم است که شما آن را ساده‌سازی کنید.

ب: الان می‌خواهم از شما بپرسم که آیا تجربیات من با آن معلم نقشی در اضطراب‌های من نقش داشته است؟

ر: بله.

ب: این جواب به من کمک می‌کند. یک اطلاع شفاف. . .

جلسه پس از آنکه بیمار بروز اولیه علامت اضطراب در دوران پیش‌بلوغی را مطرح کرد، با طرح موضوع اشتیاق به پدر ختم شد.

۷ قواعد

Rules

Regeln

مقدمه

۷-۱ دیالوگ

۷-۲ تداعی آزاد

۷-۳ دقت و توجه متعادل

۷-۴ پرسش و پاسخ

۷-۵ استعاره‌ها

۷-۵-۱ جنبه‌های روانکاوی

۷-۵-۲ تفاسیر زبان‌شناختی

۷-۶ بی‌طرفی و دوری جستن از برخوردهای ارزشی

۷-۷ گمنامی/حفظ اسرار و رفتار طبیعی

۷-۸ ضبط صدا

۷-۸-۱ مثال

۷-۸-۲ استدلال مخالف

مقدمه

همانگونه که در جلد نخست (۷-۱) گفتیم، عملکرد چندجانبه قواعد روانکاوی، تحت‌الشعاع تکالیف و اهداف دیالوگ روانکاوی قرار دارد. به همین خاطر در جلد مبانی بر این موضوع تأکید کردیم که کاربرد و روایی کلیه قواعد همواره باید در هر یک از بیماران به طور خاص سنجیده شود. این ارزیابی و روایی بدینگونه متحقق می‌گردد که از خود پرسیم آیا قواعد مورد نظر به شرایط مطلوب برای تغییرات درمانی منجر می‌گردند یا خیر. چنانچه با هدفمندی قواعد سوگیری کنیم، نقطه شروع خوبی بدست می‌آوریم تا از قواعد استفاده مطلوب نموده و دیالوگ درمانی را به سمت اهداف

تعریف شده سوق دهیم. از آنجایی که قواعد در خدمت دیالوگ درمانی و در رتبه نازل‌تری قرار دارند، در این فصل جایگاه خاصی بدان اختصاص خواهیم داد (۷-۱).

خواننده در مبحث تداعی آزاد (۷-۲) نمونه‌های زیادی در فصل‌های متفاوت خواهد دید، به همین خاطر ما فقط به قسمت‌هایی در مرحله اولیه درمان بسنده خواهیم کرد. همین موضوع درباره دقت و توجه متعادل (۷-۳) نیز صدق می‌کند. این موضوع را با توجه به نوسانات آن با نگاهی گذشته‌نگر به جلسات بررسی خواهیم کرد.

چنانچه با سوالات بیمار به روش سوال متقابل کلیشه‌ای برخورد نکنیم، امری که در جلد مبانی به انتقاد از آن پرداختیم، می‌توانیم در سیستم قواعد، به انعطاف‌پذیری قابل دفاعی برسیم (۷-۴).

بررسی استعاره‌ها و تغییر آن‌ها در فرایند روانکاوی کار بسیار پرمهری است. اهمیت استعاره‌ها در زبان روزمره روانکاوی فوق‌العاده است. به همین خاطر ما به جنبه‌های روانکاوی استعاره یک بخش جداگانه اختصاص داده‌ایم (۷-۵-۱). بررسی‌های زبان‌شناختی یک دیالوگ روانکاوی با امعان نظر به استعاره‌ها (۷-۵-۲) نشان می‌دهد که دانشمندان رشته‌های دیگر که بی‌طرفانه متون روانکاوی را بررسی می‌کنند، می‌توانند به توسعه و گسترش آن کمک کنند. در اینجا دریچه‌ای به سبک تعاملات روانکاوی گشوده می‌شود که خود روانکاو معمولاً بدان نمی‌پردازد.

بخش‌های بی‌طرفی و دوری جستن از برخوردهای ارزشی (۷-۶) و نیز گمنامی/حفظ اسرار و رفتار طبیعی (۷-۷) مشکلات تقریباً مشابهی را مطرح می‌کنند که در جلد مبانی بطور مشروح بدان نپرداختیم. نمونه‌ها نشان می‌دهند که حل مشکلات مطروحه در اینجا از اهمیت درمانی بالایی برخوردار است.

نمونه‌های زیادی در این کتاب بر اساس ضبط جلسات بر روی ضبط‌صوت ارائه می‌شوند. ما در این بخش نمونه‌های زیادی آوردیم که تأثیر ضبط صدا را بر انتقال و مقاومت نشان می‌دهند. استفاده از ابزار تکنیکی در کنار تأثیرات قواعد بر دیالوگ موضوع خاصی است، به همین دلیل این مطلب و استدلال‌ات مخالف در این زمینه فضای زیادی را به خود اختصاص خواهند داد (۷-۸).

بدون این نوآوری، کتاب حاضر به وجود نمی‌آمد. تجربیات آموزنده و با اهمیت بدست آمده، ما را متقاعد ساخت که تأثیر ابزار کمکی بر رابطه میان بیمار و روانکاو را نقد کنیم. اختصارگویی در این باره که این یا آن مطلب آنالیز شده است، به کیفیت منحصر‌بفرد روش روانکاوی اشاره دارد، بدان معنی که تأثیر روانکاو بر بافتار کلی، به موضوع تعمق و تأمل طرفین تبدیل خواهد شد.

گفتگوی روانکاوی غالباً با دیالوگ‌های کلاسیک مقایسه می‌شود. به همین خاطر مفید است نگاهی به منشأ این واژه داشته باشیم.

دیالوگ همچون دیالکتیک، ریشه در واژه یونانی *dialegesthai* دارد: چیزی را در گفتگو تجزیه و تحلیل کردن، فکر کردن، تبادل نظر کردن، در مورد موضوعی با دیگران گفتگو کردن. دیالکتیک مشخصه دیالوگ در عملکرد مشاوره‌ای و آموزنده آن است. *dialegesthai* به این معنی است: با هم نشستن و شور و مشورت کردن. . . به نظر افلاطون دیالکتیک کسی است که بر سوال و جواب مسلط است. جایی که در شور و مشورت دیالوگ مقید به قواعد خاص می‌شود. غالباً سبک دیالوگی سقراط با جمله معروف "من می‌دانم که هیچ چیز نمی‌دانم،" به عنوان الگو برگزیده می‌شود. سقراط وظیفه خود را به عنوان قابله معرفی می‌کرد. مقایسه او با هنر قابلگی، شغل مادرش، روان‌درمانگران زیادی را به پیروری از او ترغیب می‌کرد. از آنجایی که تغییر یک معیار برجسته شناخت از خود است و این - به عنوان درمان - امکانات جدید، یک آغاز جدید را نوید می‌دهد، بعضاً و در غالب استعاره از هنر قابلگی روان‌درمانی صحبت می‌شود.

سبک دیالوگی که افلاطون از سقراط نشان می‌دهد، او را به مثابه یک قابله معرفی می‌کند که دقیقاً می‌داند کجا وارد عمل شود و نیز اینکه می‌داند چه موجودی به دنیا خواهد آمد: نحوه سوالات وی، نحوه پاسخ شاگردان وی را مشخص می‌کرد. سقراط فرزند فلسفی خود را می‌آفرید. سقراط هراسی نداشت که در دیالوگ‌های خویش بعضاً کنایه‌ها و گوشه‌های سفسطه‌آمیز بکار ببرد. اگر روانکاوی به سبک سقراط سوال می‌کرد و بدین ترتیب پاسخ بیماران خود را هدایت می‌کرد، به شستشوی مغزی بیماران متهم می‌گردید. در روانکاوی بیمار است که سیر امور را مشخص می‌کند. او ابتکار را به دست دارد، حرف اول و آخر از آن اوست، علیرغم همه تأثیرات چشمگیری که ممکن است روانکاو بر روند امور داشته باشد.

از ابتدا تا انتهای یک درمان، موضوع اصلی آن است که بهترین شرایط برای تغییر بیمار فراهم گردد.

* Dialogue
Dialog

در دیالوگ‌های روانکاوی هدف اساسی ایجاد شرایط خودجوشی و آزمودن برای بیمار است تا دریچه‌هایی بر تغییرات دلخواه او گشوده شوند.

دیدگاه فروید. رسیدن به رفتار مدبرانه از طریق تعمق و تأمل و نیز سپردن خویش به احساسات عمیق، هدف ایده‌آل دیالوگ روانکاوی است که در تاریخ مغرب زمین ریشه دارد. بنابراین مبالغه نیست اگر ایده یادآوری مجدد افلاطون، پیشینه کاوی، را به‌عنوان سرآغاز تأکید فروید بر یادآوری به‌عنوان بخشی از بینش و شناخت خود در روانکاوی ارزیابی کنیم. فروید درمان روانکاوی را به‌عنوان یک شکل خاص دیالوگ ارزیابی می‌کرد:

"در درمان روانکاوی اتفاق دیگری جز تبادل کلمات میان آنالیزشونده و پزشک او نمی‌افتد. بیمار صحبت می‌کند، از تجربیات گذشته خود و برداشت‌های کنونی خود حرف می‌زند، شکوه می‌کند و آرزوها و تمایلات خود را بیان می‌نماید. پزشک گوش می‌دهد، تلاش می‌کند سیر فکری بیمار را هدایت کند، گوشزد می‌کند، توجه وی را به سمتی خاص سوق می‌دهد، روشنگری می‌کند و واکنش‌هایی را می‌سجد که در بیمار خود ایجاد کرده است. بستگان کم‌سواد بیماران ما که فقط از چیزهای قابل رؤیت و قابل لمس شمع زده می‌شوند، همان رفتارهایی که ما در تئاتر می‌بینیم، همیشه ابراز تردید می‌کنند: که چگونه می‌توان فقط به‌وسیله حرف زدن چیزی را تغییر داد. این البته مبین کوتاه‌فکری و جدی نبودن است. اینان همان افرادی هستند که با اطمینان می‌گویند بیماران‌شان فقط "تصور" می‌کنند که بیمارند و علایم دارند. کلمات در ابتدا عملکرد جادویی داشتند و امروزه نیز کلمات نیروی جادویی خود را حفظ کرده‌اند. توسط کلمات می‌توان کسی را به آرامش برد و یا بذر تردید در وی کاشت، توسط کلمات است که آموزگار دانستنی‌های خود را به شاگردانش می‌آموزد، توسط کلمات است که یک سخنگو در یک جمع، مستمعان را با خود همراه می‌کند و بر قضاوت و تصمیم آن‌ها اثر می‌بخشد. کلمات هیجانات می‌آفریند و ابزار عمومی هستند که انسان‌ها برای اثربخشی بر یک‌دیگر از آن استفاده می‌کنند. بنابراین ما بر اهمیت کاربرد کلمات در روان‌درمانی واقفیم و از شنیدن کلمات مبادله شده میان بیمار و پزشک خرسند خواهیم شد... اظهاراتی که یک آنالیز نیاز دارد، فقط در شرایط احساسی خاصی در برابر پزشک بیان می‌شود، بیمار اگر یک اشاره بی‌ربط از روانکاو خود دریافت کند، لال خواهد شد. چون این اظهارات به خصوصی‌ترین دنیای روحی وی مربوط می‌شوند که او در زندگی اجتماعی خود از چشم دیگران پنهان می‌سازد. بنابراین شما (شنوندگان حاضر در کلاس) نمی‌توانید شاهد یک گفتگوی روانکاوی باشید. شما می‌توانید فقط درباره آن بشنوید و روانکاوی را از گفته‌ها بیاموزید" (فروید ۱۹۱۶،

فروید ۲۰ سال بعد در پاسخ به این سوال که روانکاو چه کار می‌کند، دقیقاً نظرات مشابهی ارائه داد: چیز دیگری اتفاق نمی‌افتد مگر آنکه شما با یکدیگر صحبت می‌کنید. روانکاو نه ابزاری دارد و نه معاینه و نه دارویی تجویز می‌کند. روانکاو بیمار را در ساعتی از روز ملاقات می‌کند، به او گوش می‌دهد، با او حرف می‌زند و به بیمار امکان می‌دهد به وی گوش دهد. فروید بدبینی رایج را از ذهن یک شنونده فرضی اینگونه بیان می‌کند: "او فکر خواهد کرد، هیچ چیز به غیر از کلمات رد و بدل نمی‌شود؟ کلمات، کلمات و باز هم کلمات، همانگونه که شاهزاده هاملت می‌گوید" (فروید ۱۹۲۶، ص: ۲۱۳). چنین واکنش‌هایی در برابر گفتگوهای روانکاو هنوز رایج هستند، البته تا زمانی که اینان از قدرت افکار خود و تأثیر کلمات متعاقب گردند.

با وجود آنکه فروید بر قدرت کلمه تأکید خاص می‌ورزید و صحبت از احساس و عواطف نیز هست، این جمله فروید که درمان روانکاو چیزی مگر تبادل کلمات نیست، دامنه درمان و نیز میدان تشخیص را محدود ساخت.

البته فروید در حالی که به زبان بدن نیز توجه داشت و در علایم جسمی به آن زبان اهمیت می‌داد- همان چیزی که ما امروز تئوری شخصی بیمار درباره بیماری خویش می‌نامیم (بیشوف و سویز ۱۹۸۹)- در واقع به عنوان متخصص مغز و اعصاب به نخستین روانکاو تبدیل شد. ما بر این مسئله اصرار می‌ورزیم تا بگوییم که درمان روانکاو فقط به تبادل کلمات محدود نمی‌گردد.

در رابطه بیمار و روانکاو و در بُعد ناخودآگاه، احساسات و هیجانات بیشماری به جریان می‌افتند که نمی‌توان به تفکیک و در سطح تجربه خودآگاه در مورد آن‌ها سخن گفت (بوسی ۱۹۸۵). مقاصد و اهداف پیش‌آگاه و پیش‌زبانی را نمی‌توان به سادگی در قالب کلمات بیان کرد.

به اختصار می‌توان گفت که در واقع، آنچه میان بیمار و روانکاو به جریان می‌افتد، بیش از تبادل کلمات است.

عبارت "چیز دیگری مگر" فروید را می‌توان به عنوان هشدار وی در این زمینه تلقی کرد که بیمار باید احساسات و افکار خود را حتی المقدور به طور کامل به زبان آورد. به همین ترتیب به روانکاو یادآوری می‌شود در دیالوگ و به وسیله تعبیرات خویش مداخله کند. خیلی تفاوت دارد که روانکاو دیالوگی را هدایت کند که همواره رابطه دوسویه را مد نظر داشته باشد، یا آنکه تداعی آزاد تقریباً یک سوپایه بیمار را با تفاسیر خود همراه سازد. همچنین تعاملات غیرکلامی که مقدم بر تعاملات کلامی هستند، از جانب اسپیتز به عنوان دیالوگ ارزیابی می‌شود (۱۹۷۶). قبل از آنکه کودک حرف

زدن را بیاموزد، رفتار تعاملی را یاد می‌گیرد. او به سرعت در ارتباطات اجتماعی پیچیده با مادر وارد می‌شود که وجه مشخصه آن دوسویه بودن آن است (نک جلد مبانی ۸-۱).

پژوهش‌های جدید پیرامون دیالوگ. در این بین پژوهش دیالوگ میان مادر و کودک نشان می‌دهد که عاطفه‌گری از اهمیت زیادی در کسب توانایی کودک برای صحبت کردن دارد (کلان-دلیوس ۱۹۷۹). این شناخت تأثیرات عمیقی بر تکنیک روانکاوی دارد. بالاخره بررسی‌های اشتزن (۱۹۷۷، ۱۹۸۵) بر تصورات فلسفی بوبر پیرامون اصل دیالوگی که اهمیت تعاملات بین‌انسانی را برجسته می‌نمود، مَهر تأیید زدند. می‌توان ایده‌های بوبر را در غنی‌سازی دیالوگ روانکاوی بکار گرفت. ما در اینجا به یک بررسی راهنما از تیشو اشاره می‌کنیم:

"اگر رابطه درمانی را فقط در قالب انتقال و انتقال متقابل ببینیم، خطر آن می‌رود که موقعیت روانکاوی به یک مونولوگ تبدیل گردد. چنانچه دیالوگ حفظ شود، مشاهده دقیق پدیده‌های انتقال و انتقال متقابل را جهت بازسازی دنیای گذشته بیمار را فراهم می‌کند. البته این کار به علت عوامل مؤثر دوران کودکی بعضاً بسیار مشکل می‌گردد، اما روانکاوان مایل به امتزاج دردناک با بیماران خویش نیستند، چرا که در غیر اینصورت استقلال خود را به خطر خواهند انداخت. در چنین شرایطی است که روانکاو مونولوگ برقرار می‌کند و تعارض میان وابستگی و استقلال در موقعیت درمانی تکرار می‌شود" (۱۹۷۴، ص: ۲۵۲).

اصل دیالوگی در تبادلات روانکاوی زمانی به سبک انجام گفتگوی سقراطی نزدیک می‌شود که بپذیریم که طرف گفتگوی ما توسط بینش به خرد نائل می‌گردد.

استفاده کاربردی قواعد دیالوگ در گفتگوی روانکاوی

غالب روانکاوان یک تصویر ایده‌آل از دیالوگ پیش روی دارند. از آنجایی که قواعدی که روانکاوان در حین گفتگو بکار می‌بندند، باید از مورد به مورد بررسی شود، مقید کردن خود به چارچوب‌ها و دستورات از پیش تعیین شده، مجاز نیست. در شرایط فعلی و سیر کنونی تکوین تکنیک روانکاوی، صورت جلسه‌های دقیق و بررسی‌های تجربی درباره چگونگی و محتوای گفته‌های روانکاو مهمتر از آن است که به مقررات از پیش تعیین شده درباره انجام دیالوگ ناب روانکاوی پرداخته شود. تفاوت میان گفتگوی درمانی و گفتگوهای روزمره در این بین پذیرفته شده است (لیوی ۱۹۸۰).

اشتراک و افتراق. اینکه اشتراک و افتراق میان روانکاو و بیمار در یک صحبت دوسویه چه تناسبی با یکدیگر دارد را نمی‌توان بطور عام پاسخ داد. از نقطه نظر درمانی مطلوب نیست که نقطه عزیمت ما بر افتراق باشد و دیالوگ درمانی جنبه قرینه‌ای به خود بگیرد. زیرا مطالعات تجربی نشان می‌دهند که روابط مؤثر، زمانی ایجاد می‌شود که تفاهم میان نقطه نظرات بیمار و روانکاو به وجود آمده و به رسمیت شناخته شده باشد. ممکن است در اینجا با موضوعات کاملاً ساده‌ای روبرو گردیم که شاید بیمار نیز بر آنان آگاهی نداشته باشد. به هر ترتیب یک رابطه قابل اتکا زمانی به وجود می‌آید که نقطه نظرات مشترک، موجود بوده و بیمار آن را حس کند. روانکاو نامأنوس و یا حتی غریب برای بیماران، بویژه برای آنان که دچار اختلالات اضطرابی هستند، اصلاً خوشایند نیست. به همین دلیل منطقی به نظر می‌رسد که در گفتگوهای درمانی بر پایه انس و اعتماد ایجاد شده به سمت موضوعات نامأنوس پیش روی بشود. بدون تردید عقل سلیم انسانی در اینجا فریب‌دهنده است، با این حال نباید فرایندهای قضاوتی که توسط آن ایجاد می‌شوند را به هیچ گرفت! بالاخره روانکاو و بیماران در واقعیت اجتماعی- فرهنگی مشابه بسر می‌برند، حتی به شرط آنکه نقطه نظرات گوناگون درباره این موضوع داشته باشند، امری که از چشم بیمار پنهان نمی‌ماند. قبل از همه، هر دوی آن‌ها در چنبره قانونمندی‌های مشابه بیولوژیکی قرار دارند که سیکل زندگی آن‌ها از تولد تا مرگ را تعیین می‌کند. بیمار از همان ابتدا حس می‌کند که روانکاو نمی‌تواند از ریتم طبیعت خارج شده و به همین خاطر روانکاو نیز با نیازهای حیاتی آشناست و از آنچه برای وی خوشایند و یا دردناک است، خبر دارد. این اشتراکات بدیهی به نظر می‌رسند. اینکه ما در فضاهای مشترک بسر می‌بریم، مبتنی بر دلایل عمیق‌تر است. زیرا این موضوع تأثیرات بزرگی دارد که بیمار چگونه می‌فهمد که روانکاو از پیر شدن و بیماری مصمون خواهد ماند.

تأثیر تفاهم بر سر نقش‌ها. هنگام ایجاد رابطه مدد رسانی توسط روانکاو، یک امر کلی‌تر نیز منتقل می‌شود که فراسوی نقش تخصصی و حرفه‌ای است که از طریق مسئولیت‌های درمانی تعریف می‌گردد. در اینجا یک رابطه متقابل متنوع و یک فضای هیجانی پدید می‌آید که توفیق یا عدم توفیق درمان به آن بستگی زیادی دارد. با وجود آنکه این موضوع ساده به نظر می‌رسد، نمی‌توان از کنار آن گذشت که اهمیت رابطه متقابل نقش- شخص و مداخله- رابطه به وسیله نتایج پژوهش‌های تجربی روان‌درمانی مورد تأیید قرار گرفته است. در تکمیل توضیحات ما در فصل دوم جلد مبانی این سوال مطرح می‌شود که آیا اتحاد کاری روانکاو که به یک تعریف خاص از نقش بستگی دارد، همچنین حاوی اجزایی هست که طبق نظر لوبورسکی، تشکیل‌دهنده یک رابطه درمانی مؤثر نیز هست؟ نه تنها ایجاد رابطه انسانی، آنگونه که فروید در مکاتبات خود با انشتین متذکر شد، بلکه

رابطه درمانی نیز عمدتاً بر این پایه استوار گردیده که "اشتراکات قابل توجه، حس جمعی و همانندسازی" در آن وجود داشته باشد.

◀ دیالوگ‌ها نشان می‌دهند که فرایندهای مهمی در میدان گفتگو تحقق می‌یابند. این برداشت چنانچه "روانکاوی را به‌عنوان گفتگو" (فلادر و همکاران ۱۹۸۲) تلقی کنیم، محکوم به یک‌جانبه‌نگری است.

◀ صحبت کردن و سکوت به‌عنوان عناصر مرتبط در یک گفتگو رفتار را - سکوت به معنی صحبت نکردن و در خود فرو رفتن - به رفتار کلامی متصل می‌کنند که معمولاً رفتارهای دیگر را پشت سر می‌گذارد. در تعویض این جایگاه‌ها برای هر دو طرف در گفتگوی روانکاوی فرایند تبدیلی مهمی به جریان می‌افتد. ما در جلد مبانی در ۵-۸ به جنبه‌هایی از سبک گفتگوی روانکاوی پرداختیم. در پائین نمونه‌ای ارائه می‌دهیم که اهمیت بالینی صحبت و سکوت در فرایند روانکاوی را نشان می‌دهد.

نمونه

آقای آرتور Y می‌گوید که حالش خیلی خوب است و همه چیز در مسیر درست است. او دقیقاً نمی‌داند کجا باید سوار شود. مشکلات شغلی و درگیری با رقیبان بطور حاشیه‌ای مطرح می‌شوند.

جلسه امروز با جلسات قبلی فرق دارد. بیمار خیلی سکوت می‌کند. او دوست دارد بخوابد.

ر: قبلاً تحت این فشار قرار داشتید که هنگام سکوت مقداری پول از دست خواهید داد.

آقای آرتور Y از احساس آرامش خود خرسند است.

ب: بله من امروز خودم را خیلی کمتر کنترل می‌کنم، پایه و اساس بهتر شده است. البته من مثل سابق نیز مقروض نیستم.

ر: قبلاً در ملاحظات اقتصادی خودتان کمتر به داشته‌هایتان دقت می‌کردید.

ب: بله، این آرامشی که من امروز دارم، اینکه اگر خودم را رها کنم، دنیا کفر و یکون نمی‌شود، برایم لذت‌بخش است. اینکه من می‌توانم بدون اضطراب این کار را انجام دهم برایم خوشایند است.

آیا سرنوشت اقتصادی من به این بستگی دارد؟

تفسیر: به نظر ما در اینجا با یک سکوت سازنده مواجه هستیم. زیرا بیمار اجازه این را به خود می‌دهد که آرامش و کمی انفعال را بدون عذاب وجدان تجربه کند. اعتماد به نفس او افزایش یافته و از امتحان سربلند بیرون می‌آید: او می‌تواند با وقت خود سخاوت‌مندانه‌تر از قبل برخورد کند، ترس از گرفتاری در فقر را کنار بگذارد و بر واکنش‌سازی در مقابل خساست غلبه کند.

۷-۲ تداعی آزاد*

در مقدمه درمان لازم است بیمار را با قواعد اصلی آشنا کنیم. اینکه چه اطلاعاتی درباره عملکرد چندگانه قواعد ضروری است، باید در هر مورد خاص مشخص گردد (نک به جلد مبانی ۷-۲). پس از آنکه بخش‌هایی از تئوری و تکنیک روانکاوی به دانش عمومی راه یافته‌اند، بیماران زیادی با انتظارات خاصی مراجعه می‌کنند.

نمونه ۱

خانم فرانچیسکا X در جلسه اول ابتدا درباره تحقیقات خود از بیمه گزارش می‌دهد، او درباره گواهی که من برای او خواهم نوشت، اطلاعاتی به دست آورده است. پس از توضیحات من، او می‌پرسد که طول درمان چقدر خواهد بود؟ او نگران است. برادر او که کمی از این موضوعات اطلاع دارد به او گفته کمتر از یک سال طول نخواهد کشید. پس از یک تأمل کوتاه می‌گویم، پیش‌بینی دقیق امکان‌پذیر نیست، بلکه به پیشرفت کار بستگی دارد.

من سپس اطلاعاتی درباره شکل درمان خانم فرانچیسکا X ارائه می‌دهم. بهتر است او روی کاناپه دراز بکشد و من پشت او بنشینم. او بهتر است آنچه را که به خاطر می‌آورد بیان کند. پس از آنکه من سوال می‌کنم که آیا او مطلبی برای گفتن دارد و او این موضوع را نفی می‌کند، پیشنهاد می‌کنم فوراً شروع کنیم.

ب: می‌توانم آنچه را به ذهنم می‌رسد، تعریف کنم؟

ر: هوم.

ب: باید الان به سرود "هفت فرشته در اطراف من هستند" فکر کنم (می‌خندد)، چون شما پشت سر من نشسته‌اید. دیشب خواب دیدم می‌خواهم بیایم اینجا. من نه شما و نه اتاق را پیدا می‌کردم. من رویاهای زیادی می‌توانم تعریف کنم. تقریباً هر شب رویا می‌بینم. وقتی بیدار می‌شوم آن‌ها را بخاطر دارم. دیروز شدیداً عصبانی شدم. من در آخر هفته در X بودم، جایی که تحصیل می‌کردم. از آنجا خیلی خوشم می‌آمد و وقتی دوباره به بازگشت به آلم فکر می‌کردم، خیلی ناراحت می‌شدم. در آلم خیلی بد است، دخترهای خوشگل وجود ندارند.

ر: آن‌ها برای شما مهم هستند؟

* Free Association
Freie Assoziation

ب: من به مردها علاقه‌ای ندارم. آسمان آلم همواره ابرآلود است.

تفسیر: به سادگی می‌توان دریافت که ما با یک بیمار سر به راه مواجه هستیم که از دستورات به راحتی پیروی می‌نماید. اولین فکر او درباره موقعیت - او روی کاناپه و من پشت سر او - ما را به یاد صحنه‌هایی می‌اندازد که فرشته‌ها به مدد آدمیان می‌آیند تا بچه‌ها هنگام شب احساس آرامش داشته باشند. نوعی ترس از تنها و رها شدن کودکانه که بیمار نشان می‌دهد، با لبخند تعدیل می‌گردد. فکر بعدی (۲) حاوی موضوع حس ناامنی است. خانم فرانچیسکا X در رویا اتاق درمان را می‌جوید و نه آن و نه روانکاو را پیدا می‌کند. فکر سوم از تنش موجود می‌کاهد، او بدینوسیله آمادگی خود را برای همکاری نشان می‌دهد و بر این مسئله تأکید می‌کند که حاضر است به خواسته‌های روانکاو توجه نشان دهد. فکر چهارم بطور غیرمستقیم به علایم ترسی شدید اشاره دارد که با شروع فعالیت شغلی وی در آلم شروع شده است. او اشتیاق فراوانی به بازگشت به محل دوران تحصیل از خود نشان می‌دهد.

او باز هم بیشتر درباره زمان تحصیل خود تعریف می‌کند، از رفتن به رستوران‌ها، با دوستان خود و نشستن تا آخر شب صحبت می‌کند. همسرش در همان زمان نیز از دست او عصبانی می‌شد. او خسته می‌شد و به تنهایی به خانه بر می‌گشت.

بیمار سپس خود را سرزنش می‌کند که هرگز نمی‌توانسته "نه" بگوید و موضوع را عوض می‌کند. او درباره نتیجه تست روانشناختی سوال و فکر می‌کند از بهره‌های پائینی برخوردار است، در حالی که در همین اواخر به این موضوع فکر کرده که دکترای خودش را بگیرد. برادر او که در پیدا کردن درمان به او کمک کرده، دکترای خویش را کسب کرده است.

خانم فرانچیسکا X پس از یک سکوت می‌پرسد، آیا فکر زیاد اوضاع را بدتر نخواهد کرد. پدر و مادرش به چنین موضوعاتی فکر نمی‌کنند و صحبت کردن با آن‌ها فایده‌ای ندارد. دومرتبه سکوت حاکم می‌شود و جوابی از من نمی‌شنود. او می‌ترسد دوباره مقروض شود، همیشه احتیاج به گوشزد دارد و این تنها نگرانی وی در انجام آنالیز است.

در سکوت بعدی من متوجه می‌شوم که بیمار به اتاق درمان توجه نموده و نگاهی به بخاری قدیمی در اتاق جلب شده است.

ب: اما اوضاع روان‌درمانی در آلم جالب نیست (می‌خندد).

ر: بخاطر بخاری قدیمی؟

ب: نه فقط به این خاطر، ساختمان قدیمی هم که من اولین صحبت‌ها را با دکتر A در آن داشتم در معرض خراب شدن است. من می‌ترسیدم که او مرا به خاطر این افکار بیهوده دیگر نپذیرد.

ر: همانگونه که در رویا نتوانستید اتاق را پیدا کنید.

ب: خوب البته اینها افکار بیهوده است. من از اینکه چه اتفاقی خواهد افتاد هیچان زده هستم.

تفسیر:

◀ افکار بیمار را می‌توان به عنوان نظرات بیمار نسبت به درمانگر ارزیابی کرد. در اینجا با یک داستان ساده سر و کار نداریم، در اینجا با قطعاتی از یک تصویر کلی‌تر مواجهه هستیم که درک آن ساده نیست.

◀ این فکر "همه چیز بد است"، متوجه اتاق درمان و روانکاو است که در برابر اشاره او مبنی بر اینکه "دخترهای قشنگ این جا نیستند"، بروز یافته است.

◀ در تجربه تداعی آزاد که بدون گذار رسمی از یک مرحله به مرحله دیگر رخ می‌دهد، اظهارات درمانگر عملکرد با اهمیتی دارد، زیرا به بیمار نشان می‌دهد که یک وجه دیگر اظهارات بیمار نیز وجود دارد: جواب به رشته افکار او. بدون تردید، مداخلات او بر سیر آتی تأثیرگذار است، زیرا این مداخلات معمولاً فرایند تزلزل در بیمار را قطع کرده، چون برای بیمار، جواب نشنیدن، نیز نوعی جواب است. بیماری که با موقعیت روانکاو مأنوس نیست، انتظار دارد که گفتگو با بیمار بر طبق قواعد تعاملات روزمره برگزار شود (نک جلد مبانی ۲-۷).

نمونه ۲

بررسی‌های کورفر و نویمان (۱۹۸۲) در باره موارد آنالیز شده بانک اطلاعاتی آلم حاکی از آن است که بیماران در شروع درمان از این امتیاز بهره می‌برند که کم و بیش بشکل منولوگ خویش را بیان می‌کنند و به همین خاطر نقش شنونده روانکاو کاملاً مثبت ارزیابی می‌گردد (ص: ۱۱۰).

این مطلب در نمونه جلسه اول آمالیا X مشخص می‌شود:

ب: حس مثبتی دارم که انسانی وجود دارد که من می‌توانم همه چیز را برای او تعریف کنم و نیز اینکه بد یا خوب، اگر مزخرفات هم بگویم، او اجازه بد رفتاری و بدگویی به من را ندارد.

بیمار زمانی که رفتار روانکاو برخلاف انتظارات او باشد، به تصورات دیگری در مورد روانکاو شنونده دست می‌یابد.

ب: البته من می‌دانم که شما کمابیش جواب نمی‌دهید، بلکه حداکثر تدقیق می‌کنید، من بفکرم چرا شما چنین کاری می‌کنید. بخاطر آنکه چنین گفتگویی هیچ ثمری نخواهد داشت. من فقط می‌خواهم

بدانم، دلایل این کار چیست. من فکر می‌کنم این نوع محاوره به غیر از آن چیزی است که می‌شناسم (از جلسه دوم).

در جلسه ۱۱ بیمار تفاوت‌های موجود میان سبک‌های گفتگو را مورد تأکید قرار می‌دهد و از اینکه پاسخ‌های مورد نظر خود را دریافت نمی‌کند، شکایت دارد.

ب: خوب به نظرم این نوع محاوره از آنچه من تاکنون می‌شناختم متفاوت است. چیزی که الان مرا ناراحت می‌کند، خلأهای موجود بین گفته‌های ما است، چون من نمی‌دانم که شما منتظرید تا من ادامه دهم و اینکه من باید منتظر بمانم تا شما چیزی بگوئید. همیشه مکث‌هایی بین گفته‌های ما وجود می‌آید. این برایم ناخوشایند است. و وقتی چیزی می‌گویم مثل آن است که به‌وسیله لوله پستی به شما ارسال می‌شود. اما آنوقت من دیگر اینجا نیستم و هرگز نمی‌دانم که شما در لحظه‌ای که من به شما چیزی می‌گویم، به چه فکر می‌کنید. من پاسخی دریافت نمی‌کنم.

● این قسمت تأثیرات منفی قواعد اساسی را نشان می‌دهد. مشکلات تکنیک درمانی باید حول این سوال متمرکز شود که ما چگونه می‌توانیم گذار بیمار به سمت این نوع گفتگو را تسهیل سازیم، بدون آنکه آسیب‌هایی به فرایند وارد سازیم که بعداً با زحمت زیاد باید به ترمیم آن پردازیم. ما در فصل قواعد جلد مبانی این نظر را ارائه دادیم که حتی‌المقدور انعطاف‌پذیر باشیم و خود را با شرایط بیمار انطباق دهیم.

بیمار در پایان درمان مجدداً به مشکلات اولیه باز می‌گردد:

ب: وقتی به عقب نگاه می‌کنم، برخی چیزها به نظرم عجیب می‌آید. برخی مواقع فکر می‌کنم چرا او همان موقع آنچه را که فکر می‌کرد به من نگفت (کمی می‌خندد) و بجای آن دستورالعمل کاری‌اش را جلوی من گذاشت، من که این چیزها را می‌دانم. من از خودم در نهایت ناراحتی سوال می‌کردم: آیا باید من روی کاناپه دراز بکشم، کاری که من خوشم نمی‌آمد. بعد از خودم می‌پرسیدم: من باید چکار کنم؟ و شما می‌گفتید هر بیشتر از آنچه به نظرت می‌آید بیان کنید.

د: بیشتر از موقع نشستن.

ب: بله و این همه چیزی بود که می‌گفتید. این تمام قاعده بود، در آن هنگام من به خودم می‌گفتم، او تو را دست بالا می‌گیرد، چرا خودش بیشتر حرف نمی‌زند تا من دست و پا نزنم. من به خودم می‌گفتم او انسان کاملاً دیگری را در مقابل خود می‌بیند. او مرا نمی‌شناسد و دارد امتحان می‌کند. او پیش شرط‌هایی را در نظر دارد که با من بیگان‌هاند و به تدریج به پیش شرط‌های من مبدل شدند. بله گرم شدن و احساس راحتی روی کاناپه حدود ۶ ما طول کشید. بله این زمان طولانی است و هر چقدر که هم در مورد آن بخوانیم فایده‌ای ندارد. البته من اگر نشسته بودم هرگز جرأت آنکه در چشمان شما نگاه کنم نداشتم. فکر می‌کنم از این نعمت هرگز برخوردار نمی‌شدم.

تفسیر: شروع آنالیز به سالیان خیلی قبل بر می گردد.

◀ بر پایه تجربیات و نگرش امروزی خود توصیه می کنیم که بویژه در مراحل اولیه درمان پاسخ های توجیهی و تفسیری بیشتری داده شود تا بدینوسیله مثلاً تأثیرات ضایعه ای سکوت کمتر شود، به گونه ای که بیمار بتواند از این سکوت ها استفاده سازنده بیشتر بکند. ایجاد یک رابطه کاری باید در مرکز ثقل قرار داشته باشد و در این راستا باید در مقابل هر بیمار انعطاف لازم را بخرج داد. در بخش های ۲-۱-۱ و ۲-۱-۲ نمونه هایی از شروع درمان در زمان حال را ارائه دادیم.

◀ خانم آمالیا X به تجدید نظر ما درباره تکنیک درمانی کمک شایان نمود، زیرا ما را به اهمیت شرکت در پس زمینه و بافتار فکر و عمل روانکاوی که توسط روانکاو اجرا می گردد، آگاه ساخت (نک به ۲-۴-۲). ما مطمئنیم که چنین شرکتی در بسیاری از درمان های روانکاوی مورد توجه کافی واقع نمی شود. به همین دلیل بویژه در شروع درمان ضایعه های غیرضروری و تأثیرات ضددرمانی ناشی از آن پدید می آیند.

نمونه ۳

در مرحله آغازین درمان معمولاً با این سوال بیماران مواجه می شویم که اگر چیزی به خاطر نمی آورند، چه باید کرد. نمونه زیر از درمان آقای کریستیان Y نحوه کنار آمدن با این مشکل را ارائه می دهد که هم به تقویت رابطه کاری می انجامد و هم حاوی تعبیرات اولیه است.

ب: اگر من چیزی بخاطرم نیاید که برای شما بگویم، باید چکار کنم، چیز با اهمیتی با یاد نمی آورم.
ر: بله، در ابتدا ذهنتان به چیزی مشغول بود، شما گفتید چیز با اهمیتی.

ب: بله.

ر: پس آنچه را که به نظرتان با اهمیت نیست، بگوئید.

ب: حتی مثلاً اینکه شما کتاب های انگلیسی زیادی دارید؟

ر: بله، خوب این یک فکری است که داشته/ید.

ب: یا سر و صدای اره بیرون، من ربطی به درمان نمی بینم.

ر: این را نمی دانیم. بهر جهت این فکر به ذهن شما رسیده است.

ب: اینجوری است؟

د: هوم.

ب: دارم در این دام گرفتار می‌شوم که ارزیابی نادرستی ارائه دهم؟

د: در ابتدا شاید، اگر می‌گوئید که چنین افکاری مرتبط با کار ما نیست، مثلاً کتاب‌های انگلیسی که شما در اینجا می‌بینید، این‌ها مورد توجه شما واقع شده، و به کار ما مربوط نیز هست، یا سر و صدای اره بیرون، شما آن را می‌شنوید، متوجه آن می‌شوید، و این نیز به ما مربوط می‌شود.

ب: من فکر می‌کردم ربطی به کار ما ندارد.

د: شاید شما از کتاب‌های انگلیسی به اره رسیدید، چون شما فکر می‌کردید موضوع کتاب‌ها یک موضوع شخصی است و به همین خاطر خیلی سریع به اره اشاره کردید. زیرا این گردش افکار است از کتاب‌های در اتاق که متعلق به من هستند به سمت خارج. نوعی منحرف کردن خود، نوعی گریز.

ب: از خودم سوال می‌کنم چرا؟

د: چون شاید، اگر بخواهم به زبان تصویری صحبت کنم، یک چراغ قرمز روشن شد که فکر درباره اتاق یا متون انگلیسی را ممنوع کرد.

ب: هوم (مکث).

د: دیروز هم با این مطلب مشغولیت ذهنی داشتید که نمی‌توانید به ادبیات انگلیسی فکر کنید.

ب: هوم (مکث).

د: آیا افکار دیگری دارید؟

ب: نه، من فقط به این فکر می‌کردم که شما چطور می‌توانید خیلی چیزها را بخاطر بسپارید، برخی کلمات و ارتباط آن‌ها با یک‌دیگر، تمرکز شما، چطور از عهده این کار بر می‌آئید (مکث).

د: بله، و بعد موضوع کتاب انگلیسی، کتاب‌های زیاد، این سوال که آیا او زبان انگلیسی را خوب بلد است، آیا او دانش زیادی دارد، تمرکز و حافظه خوب او، احتمالاً احساس حسادت پیدا نمی‌کنید؟

ب: نه تنها حسادت، بلکه علاقه نیز، چون می‌خواهم بدانم چگونه از عهده این کار بر می‌آئید. من تنها بیماری نیستم که شما دارید. شما باید به بیماران خود به همین نحوه دقت و توجه داشته باشید. اینجوری نیست؟

◀ در انحراف که بدون تردید یک بخش اساسی تداعی است، می‌توان مقاومت تداعی را دید. روانکاو برای این کار تصویر لامپ قرمز را بکار برد. انحراف زمانی ایجاد شد که بیمار می‌خواست بداند که بیمار آیا تمرکز دارد و اگر دارد، آن را چگونه به دست می‌آورد.

◀ در ادامه موضوع اصلی، کسب دانش و مقایسه‌های مرتبط با آن است، که به علت آنکه بیمار مشکل تمرکز و اختلال شغلی دارد، برخورد راحتی با آن ندارد. هر بیماری به این مسئله علاقه دارد که روانکاو چگونه اطلاعات زیادی در مورد انسان‌های مختلف و تاریخچه زندگی آن‌ها را به حافظه خود می‌سپارند و در ضمن آن‌ها را از یک‌دیگر تفکیک می‌کنند. با کمک مقایسه‌های بجا می‌توان بیماران را تا حدودی در این راندمان حافظه‌ای سهیم کرد. ایده‌آل‌زدایی ناشی از آن می‌تواند مدخلی بر فرایندهای شناختی بیماران بگشاید.

◀ تفسیر حسادت، قبل از آنکه روانکاو به علاقه بیمار در مورد ادبیات انگلیسی او توجه کند، اشتباه بود. تکانش‌های حسادت‌گونه‌ای که از طریق ایده‌آل‌سازی و نیز احساس تملک نسبت به روانکاو، کتاب‌های او، دانش او، توانمندی‌های او، قدرت او و غیره، تأثیرات مخربی بر دنیای تصوراتی دارند و فکر و عمل خویش را فلج می‌کنند. برای تعدیل قدرت خودتخریبی حسادت، اقدامات درمانی زیادی لازمند و شروع آن، بیان حسادت ناخودآگاه است. با وجود آنکه بیمار آن را رد نکرد، با این حال طرح موضوع حسادت در مرحله اولیه درمان زود بود. بهتر این بود که علاقه همانندسازی "او چگونه این کار را می‌کند، من چگونه از عهده آن بروا هم آمد" جهت یک رابطه مطلوب تقویت می‌شد.

۳-۷ دقت و توجه متعادل*

توصیه فروید مبنی بر اینکه در دقت و توجه متعادل "خود را به دست تحرکات روحی ناخودآگاه بسپاریم"، تدقیق‌کننده مشاهده شرکت‌کننده است که ادراک فرایند تبادلات عاطفی-شناختی را تقویت می‌کند. تنوع افکار فی‌البداهه روانکاو که در حین دقت و توجه متعادل ایجاد می‌شود، در بررسی‌های دقیقی که توسط مایر، تومه و کشله در یک پروژه تحقیقی مشترک بدست آمده، بخوبی انعکاس یافته‌اند (مایر ۱۹۸۱). افکار روانکاو را می‌توان بر حسب منشأ و هدف طبقه‌بندی کرد (مایر

* Evenly Suspended Attention
Gleichschwebende Aufmerksamkeit

۱۹۸۸). آن‌ها به لایه‌های مختلفی تعلق دارند و برخی از آنان در حین جلسه آشکار می‌گردند، در حالی که پاره‌ای دیگر بعداً به عنوان استمرار مستقل فرایندهای عاطفی - شناختی مشخص می‌شوند.

گزارش‌های گذشته نگر تداعی‌زا (مایر ۱۹۸۸)

درمان آقای ایگناز Y در چارچوب یک پروژه تحقیقی درباره شکل‌گیری و هدف مداخلات ضبط شد. در اینجا مرورهای آزاد و بخشاً ساختاربندی شده روانکاو، بلاواسطه بعد از جلسه یادداشت شدند. یک نمونه از گزارش‌های گذشته‌نگر (مایر ۱۹۸۱، ۱۹۸۸؛ کشله ۱۹۸۵) را بعد از نمونه آقای ایگناز Y ارائه خواهیم داد.

ب: این یک میکروفون بامزه است، ۳ تکه. (مکث) امروز صبح خیلی خسته هستم، دیشب یک بطری شراب نوشیدم (مکث طولانی).

ر: چیزهایی دیگری هم درباره میکروفون بامزه به نظرتان می‌رسد؟

ب: کمی ترسیدم، به فکر یک میکروفون شنود افتادم.

بیمار سپس به این موضوع فکر می‌کند که چیزهای ضبط شده از کجا سر در می‌آورند، او مدت‌ها فکر می‌کرد که من "مزخرفات او" را ضبط نخواهم کرد. اکنون او به علت وضعیت شغلی خود نگران است مبادا این نوارها به دست افراد ناباب بیفتد.

ب: آرام آرام از چیزهایی که اینجا می‌گویم، حالت خوف به من دست می‌دهد... شاید نیاز آن را دارم که از گنده‌کاری‌های خودم فرار کنم... من تاکنون درباره حرف‌های احمقانه خودم تعریف نکرده بودم، تا حالا خیلی خجالت می‌کشیدم... شاید شما متوجه شوید... این الان به خاطر می‌آید، اما نگرانم که کلماتی به ذهنم بیایند و من نام برخی افراد و مفاهیم را ضایع کنم.

بیمار تشریح می‌کند که چگونه نام‌ها را می‌چرخاند، نام فرزندان خودش را، دوستانش را، و نیز اینکه این نام‌ها برای او حاوی حس‌های خاصی هستند، به نوعی یک زبان مخفی. در دوران بلوغ وی حروف خاصی را ابداع نمود که از آن لذت می‌برد، او پادشاه آن قلمرو بود. بیمار به خاطر می‌آورد که این نامگذاری‌ها فقط در مورد افرادی انجام می‌شد که وی احساس تعلق مثبتی به آن‌ها داشت.

ر: پس ممکن است که گنده‌کاری بوده باشد که فقط از بیرون اینگونه دیده می‌شد، اما برای شما چیز بالارزشی بود.

ب: بله، با وجود آنکه عمیقاً بچه‌گانه به نظر می‌رسد، اما من حس شاهان‌های دارم، گویی که آن‌ها اسباب بازی هستند... من دیگران را به نوعی تبدیل به اسباب بازی خودم می‌کنم... اینگونه من از ترس خودم می‌کاهم، حتی نزد فرزندان خودم، مثلاً زمانی که می‌ترسم آن‌ها مرا بخورند.

در ادامه جلسه مشخص می‌شود که اولین تعویض نام مربوط به نزدیکترین فرد به وی در ایام کودکی بوده است، عمه (خاله) وی، ۷ سال بزرگتر از بیمار که نام لیلا را بر وی نهاده بود. بیمار بدینوسیله خود را التیام می‌بخشید تا سال‌های تنهایی خود را ترمیم بخشد. پس از آنکه وی در آخر جلسه به تعویض نام من اعتراف می‌نماید، نگرانی خود را نیز مطرح می‌کند که آنالیز را به‌عنوان یک دستگاه مکنده خطرناک تجربه می‌کند که دنیای درونی وی را بیرون می‌کشد و نگه می‌دارد. در نگاهی گذشته‌نگر به جلسه که بلاواسطه بعد از جلسه یادداشت شده بود، این "گزارش آزاد" را که جرح و تعدیل کمی در آن اعمال شده، می‌خوانیم:

"یک جلسه عالی، من واقعاً تعجب می‌کنم که چنین چیزهایی پیدا می‌شود، من قبل از جلسه امیدوارم که او باز به موضوع ضبط جلسات بپردازد، چون در آن صورت به این احساس می‌رسیدم، می‌توانم دوباره امتحان کنم که توافقاتی که ما درباره ضبط به آن رسیده بودیم، هنوز هم به قوت خود باقی هستند، در این صورت بر نگرانی و ناراحتی خود غلبه می‌کردم؛ به نظر خوب می‌رسید که ایده گنده‌کاری آنقدر پیش رفت که بیمار درباره روابط خود صحبت می‌کند، که اضطراب‌ها بروز می‌کنند، اینکه او به این خاطر مجازات می‌شود، و نیز اینکه او یک دنیای ابژه‌های گذار برای خود ساخته بود که تاکنون در مورد آن‌ها صحبت نشده بود.

من چنین احساس می‌کردم که با طرح موضوع گنده‌کاری همچنین یک مرحله سحرآمیز- حیوانی به منصفه ظهور می‌رسد. من در پاسخ سوال وی درباره روانکاوی کنترل‌کننده چیزی نتوانستم بگویم، ظاهراً او چنین تصور می‌کرد که من نیز کنترل می‌شوم و بنابراین باید بر ترس خود غلبه کنم، ترس از رازگشایی بزرگ است. . . در این جلسه برای من مهم آن بود که لیلا، این فرد ایام کودکی، دومرتبه مطرح شد، در حالی که طی سال گذشته همواره موضوع اصلی بود. . . من فکر می‌کنم او از این ترکیب بازی‌گونه کلمات، در واقع هدیه می‌ساخت. من به یاد بیماری افتادم که ناراحتی پوستی داشت و او هم برای من چنین داستانی تعریف کرده بود، کاملاً چیزهای شخصی که خیلی خصوصی‌تر و شرمسارانه‌تر از رفتارهای مربوط به رابطه با ابژه بودند، این تته پته کردن، افکار بلند، و به همین خاطر برایم خیلی جمع و جور و با معنا بودند، ناگهان این ایده در من شکل گرفت که در ادراک این کودک خردسال، مادر فقط در هیئت این لیلا، لیلای مهربان تجلی می‌یافت، اینکه او ترکیب کلمات را چنین زنده نگه داشته بود، من هرگز متوجه نشدم که منشأ نام لیلا چیست، هنوز هم نمی‌دانم لیلا واقعاً کیست، آیا او یک خواهر ناتنی است، یا فرزند نامشروع مادر، من هیچ چیز نمی‌دانم، او فرد مخفی و در ضمن حاضر است که جانشین مادر شده است، این تصویری بود که زائیده ذهن بیمار بود، با این حال خیلی مهم به نظر می‌آمد. من همیشه لیلا را با یک فیلم از آگنس واردا، خوشبختی، مقایسه می‌کردم، رنگ‌های فروزان، دنیای خوشبخت الوان. ترکیب نام‌ها مرا به

این سمت سوق داد که بیمار به این ترتیب دنیایی برای خود ترسیم نموده که به وی استقلال اعطا می‌کند.

به نظرم چنین می‌رسید که او بدینوسیله از خُلق افسرده اجتناب می‌کند. به نظر می‌رسد که او خود را در کتاب آلیس میلر درباره افسردگی باز یافته بود. او توانسته بود به وسیله کشف کود کانه و یک فرشته جادویی به مقابله با حالت افسردگی خود برخیزد.

به نظرم او کمی با عجله خدا حافظی کرد، سوگی که او نشان می‌داد به حق بود، اما من گمان نمی‌کنم او بر این سوگ خود چیره شده باشد.

این تعبیر که واژه‌سازی وی یک فعل خلاق بوده است وی را آرام می‌کند و از ترس‌های وی مبنی بر دچار شدن به اسکیزوفرنی را می‌کاهد. احتمالاً او نام من و رئیس دوم خود را نیز برگردانده بود، به احتمال قوی در قالب یک لهجه سوئیسی.

موضوع بازگشت وی به سوئیس و اظهارات او در این مورد، افکار زیادی را در من به وجود آورد: آیا او به دنبال زبان مادری یا پدری است؟ او چرا نام مرا عوض می‌کند؟ او اینکار را با افرادی انجام می‌دهد که رابطه صمیمی و خوبی با آنها دارد. من گمان دارم که بیمار در اینجا قدم بزرگی برداشته، زیرا حالت طنز و مسخره‌بازی خودش را به یک چشم‌انداز برای خود تبدیل کرده است، بدون آنکه من کار زیادی در این زمینه کرده باشم. بله من احساس می‌کنم که گزارش جلسه تداعی آزاد نبوده است، اما شاید ایجاد فضای کافی برای این کار به وقت بیشتری احتیاج دارد."

تفسیر: تداعی آزاد درباره یک جلسه انجام شده را نمی‌توان به‌عنوان استمرار بلاواسطه "فعالیت روحی ناخودآگاه" روانکاو قلمداد کرد. یک تجربه مهم این بررسی، تأثیر جدایی از بیمار در حین نگارش بود. گذار از موقعیت درمانی که ضمن آن بطور موازی، هم در سطح تعاملات دوسویه و هم در قالب منولوگ رابطه‌ای ایجاد می‌شود که متقابلاً همدیگر را تقویت و یا تضعیف می‌کنند؛ به موقعیتی که فقط از طریق یادآوری تداعی انجام می‌شود، باعث ساماندهی مجدد روحی روانکاو می‌شود. این در گزارش فوق مشخص می‌شود.

روانکاو بلاواسطه خوشحالی خود را از اظهارات بیمار که نوعی هدیه به خود تلقی می‌کند، ابراز می‌دارد. حتی در نحوه زبان روانکاو نوعی همانندسازی با بازی زبانی بیمار آشکار می‌گردد. افکار نهفته درباره فیلم آ. واردا بازگشت به دنیای تجربی خویش است که منش مایک-دپرسیو خوشبختی خیالی به شکل برجسته‌ای به نمایش گذاشته شده است. اشاره به زبان منشاً روشنگر این بازی زبانی است که نه تنها بر دنیای کود کانه مبتنی است، بلکه همچنین از ترس‌های کنونی بیکار و اشکال دفاعی ایجاد در بیمار پرده بر می‌دارد. روانکاو در ادامه گزارش خود دوباره فاصله خود را

حفظ می کند و بیلان جلسه را ارائه می دهد. سپس از شنونده تجسمی (که به عنوان پژوهشگر واقعیت دارد) خداحافظی می کند.

۷-۴ پرسش و پاسخ*

ما درباره این موضوع و در ارتباط با قاعده سوال متقابل در جلد مبانی (۷-۴) بطور مشروح بحث کردیم. بازگرداندن کلیشه‌ای سوالات بیماران با این بیان که "نظرتان در مورد سوالی که می کنید چیست؟" یا "اگر فکر کنید که چرا این سوال را می کنید، چه چیز به نظرتان خواهد رسید؟" از جانب غالب روانکاوان رد می شود. زیرا چنین روشی در غالب بیماران آثار ضددرمانی بر جای می گذارد.

نمونه

پس از فوت درگیری بر سر ارث و میراث بین بستگان به وجود آمده است. آقای آرتور در حال سردرگمی می پرسد: من از شما خواهش می کنم نظر شخصی خود را در این باره به من بگوئید و نه نظر روانکاوی خود را. بیمار ضروری بودن اوضاع خویش را با اشاره به دلشوره و وخامت علایم خود مورد تأکید قرار می دهد.

تعمق من درباره تفاوت نظر شخصی و تخصصی ام در ابتدا مرا کمی نامطمئن و سردرگم می کند. *د: از آنجایی که نظر من در این باره با عقل سلیم انسانی مطابقت دارد، احتمالاً ما درباره این موضوع با یک دیگر همخوانی داریم، اما وظیفه حرفه‌ای من ایجاب می کند که موضوع را بگونه‌ای هدایت کنم که شما بتوانید بر مبنای افکار و نظریات خودتان این مسئله را حل کنید. من از خودم سوال می کنم چرا شما مایلید من در نقطه‌ای شما را تأیید کنم که خودتان از آن آگاهی دارید.*

● با وجود آنکه در برابر عقل سلیم انسانی نیز می توان ابراز تردید، همانگونه که بعداً انجام شد، اشاره من مبنی بر توافق احتمالی برخاسته از سردرگمی و تردید نبود، بلکه به دنبال فکر عمیق صورت گرفت.

روشن بود که تعارض میان اعضای خانواده بسته به رفتار بیمار شدت می یافت و یا رو به کاهش می گذاشت. این الگوهای رفتاری ساده در عقل سلیم انسانی می گنجد. بیمار مردد بود و به دنبال نظر

* Questions and Answers
Fragen und Antworten

مشورتی من بود که نمی توانستم بیان کنم. برعکس من دانش او را تأیید می کردم و نیز اینکه در پیش گرفتن این یا آن رفتار چه پیامدی ممکن است برای او داشته باشد.

ب: این یک حالت کاملاً عادی است که نظر شما برای من مهم باشد.

ر: مطمئناً.

ب: با درمانگر قبلی همیشه این احساس را داشتم؛ زیاد به من نزدیک نشوید. مخصوصاً با آقای دکتر X حس می کردم برای داشتن رابطه دوستانه با وی برخی مرزهای ممنوع را خدشه دار می کنم. شاید من مطالبم را ناشیانه یا گنگ مطرح می کنم.

ما در این مورد صحبت می کنیم که توافق و ایجاد رابطه دوستانه آرام بخش است. سپس جنبه ای از روابط دوستانه ذکر می شود که بیمار در درمان قبلی آن را تجربه کرده بود.

موضوع امکانات متفاوتی است که می توان تعارض خانوادگی را کاهش داده و یا تشدید کرد. بیمار می دانست که ادامه نزاع خانوادگی احتیاج به یک عمل دارد. آقای آرتور Y حاضر بود در رفتار خود اصلاح ایجاد کند، اما برای آنکه اعضای خانواده خود را متوجه دعوی موجود بکند.

ب: جمله ای از به نظرم می آید که می خواهم در مورد شما بکار بندم؛ از شنونده مطمئن پند بگیر.

ر: بله، بله.

ب: اما اگر خواهان آرامش هستم نباید تیراندازی کنم. البته نباید بگذارم دیگران مرا نابود کنند.

ر: اما شما کشته نشده اید.

ب: اما من جریحه دارش شدم. به من توهین های سنگینی شد.

ر: شما چون احساس درماندگی می کردید، مورد توهین قرار گرفتید.

ب: بله، همین جور است. باجناب من اوضاع را جور دیگری تجربه کرد. او اصلاً ناراحت نشد. اعتماد به نفسم به حد صفر می رسد. احساس می کنم زمین زیر پایم نیست و ممکن است غرق شوم.

ر: به همین خاطر تأیید من برای شما خیلی مهم است، در غیر این صورت نظر من که به نوعی با آن آشنا هستید، برای شما زیاد مهم نیست.

ب: بله نظر شما را حدوداً می دانم.

ر: خوب، البته نمی توان همیشه مطمئن بود که دیگران نیز از عقل سلیم انسانی برخوردارند.

بیمار اکنون با ترغیب من به افکار فرقه ای در جلسه روانکاوی اشاره می کند. او می ترسد که مرا با افکار فرقه گرایانه خود رنجیده باشد. "امیدوارم در اینجا به کسی حمله نکرده و او را دشمن خود تبدیل نکرده باشم که برای من مهم است."

● بدین ترتیب جلسه وارد یک نقطه عطف شدت یافته انتقال می‌شود که من با اشاره خود زمینه آن را فراهم کرده بودم. بیمار به کرات تابع نظرات دیگران شده بود و افکار آن‌ها را پذیرفته بود، اما از درون مردد بوده است، امری که سال‌ها به طول می‌انجامیده است. بیمار در سوال درباره نظر شخصی من به دنبال مدخلی بر نیازهای خود بود که در موضوع وراثت دوباره زنده شده بود و او از آن می‌هراسید.

سوال درباره کتاب

خانم ارنا X به ادبیات روانکاوی علاقه داشت. او توسط یکی از دوستان خویش با کتاب دهان سایه اثر ماری کاردیناله آشنا شده بود. تذکر دوستش که آیا او می‌تواند در این باره از روانکاو خودش سوال کند، وی را متعجب ساخته بود. هر چقدر به زمان جلسه نزدیکتر می‌شد، تشویش وی شدت می‌یافت.

خانم ارنا X بدون مقدمه به این موضوع می‌پردازد که از دو جنبه پرده بر می‌دارد. ممکن است من این سوال را که می‌توان کتاب نایاب نامبرده را به او قرض دهم به‌عنوان جسارت بیمار برداشت کنم. پس از توضیح فراوان درباره احساس غلیظ او، به سوال او واقعی پاسخ می‌دهم و می‌گویم ضمن آنکه من این کتاب را ندارم، سوال وی را ناشی از جسارت و بی‌پروایی وی نمی‌دانم. بیمار سپس به جنبه دوم می‌پردازد. آیا روانکاو به او کتابی خواهد داد و آیا در این صورت او باید کتاب را کاملاً بخواند؟ خانم ارنا X می‌ترسد که در این صورت باید امتحانی پس دهد و درباره دانش خود مورد سوال قرار بگیرد.

ب: در این صورت احساس کنترل به من دست می‌دهد.

ر: یعنی باید آنچنان عمیق و دقیق می‌خواندید که بتوانید به سوالات پاسخ دهید.

ب: بله، و اصلاً نمی‌دانم آیا تمایلی دارم که آن کتاب را دقیق بخوانم یا نه.

من تأکید می‌کنم که چنین انتظاری ندارم و به عهده خود او است که چه کتابی بخواند.

تفسیر: افکار بیمار نشان می‌دهند که چنانچه روانکاو می‌توانست واقعاً کتاب را به او قرض دهد، چه آثار محدودکننده‌ای برای در پی داشت. تأثیرات قرض دادن کتاب که در عمل انجام نپذیرفت، می‌توانست مورد تفسیر واقع شود. رد یا پذیرش تأثیرات متفاوتی بر رابطه خواهد داشت.

امکانات متفاوتی برای ارضای علاقه بیمار نسبت به ادبیات روانکاوی وجود دارد. به نظر ما نادرست است که بیماران را از مطالعه آثار روانکاوی برحذر کنیم و یا حتی آن را ممنوع سازیم. نباید علاقه برای مطالعه را کاهش داد. طبیعی است که برخورد با بیمار روشنفکری که مطالعه کافی دارد، حاوی

پاره‌ای مشکلات است، اما اثر این مشکلات قطعاً از ممنوع کردن کمتر است. فروید در ابتدا تمایلی نداشت که بیماران در روانکاوی مطالعه کنند، اما بعدها بویژه از بیماران تحصیلکرده خود می‌خواست که به مطالعه آثار روانکاوی روی بیاورند (دولیتل ۱۹۵۶).

اکنون خانم کلارا X موضوع رایج در این باره را مطرح می‌کند.

ب: تا زمانی که در اتاق انتظار نشسته بودم، برایم مشخص بود که این سوال را طرح خواهم کرد. بعد تردیدها پس از دیگری آمدند. در امور دیگر هم همین طور است. تردید می‌آید که این یا آن چیز می‌تواند ناگوار باشد. همین موضوع در مورد پیشرفت شغلی من نیز صدق می‌کند. در اینصورت همه چیز را رها می‌کنم.

د: پس دوباره موضوع جسارت است، که شما وقتی پیشرفت می‌کنید، چیزی را از دیگری می‌گیرید، مثل وقتی که شما وارد کتابخانه من می‌شوید و یا در هنگام آنالیز به افکار من پی می‌برید. ماری کاردیناله درمان خودش را توصیف می‌کند.

ب: من قلباً می‌دانستم که اگر درباره کتاب از شما سوال کنم از دست من عصبانی نخواهید شد. پس ریشه ترس من که ممکن است جسارت بخرج دهم چیست؟

د: شاید به علت محدودیت‌های قبلی کنجکاوی زیادی در شما جمع شده است. شما آنقدر علاقه دارید، آنقدر رشد کرده‌اید که می‌ترسید آرزوهای خیلی بزرگی داشته باشید. آرزوی یک کتاب، نماد برای آرزوها و امیال دیگر است.

ب: بله، این درست است. آرزوی کتاب ممکن است خیلی شخصی تلقی شود. من مشکلی نداشتم که از دوستم درباره کتاب سوال کنم. اما شما آقای دکتر هستید، یک فرد خاص که من به او احترام می‌گذارم. من اجازه هرکاری را در مقابل شما به خودم نمی‌دهم.

د: در این صورت یک بُعد همطراز بین ما ایجاد می‌شد. شما شریک آن چیزی می‌شدید که به من تعلق دارد.

ب: من نمی‌خواهم به هیچوجه خودم را تحمیل کنم. شما باید دنبال آن می‌گشتید و شاید برای شما زحمت می‌شد. اگر اینجوری فکر کنم، راهی نمی‌ماند که باید رفته شود. اگر نمی‌پرسیدم، از اینجا ناراضی بیرون می‌رفتم.

سپس خانم ارنا X درباره فشارهای فعلی خود، یعنی بیماری مادرش صحبت می‌کند.

ب: وظایف من بیشتر می‌شوند. من وقت بیشتری برای مراقبت می‌گذارم. به همین خاطر به پرستار بچه‌ها نیاز بیشتری دارم. همسرم پیشنهاد کرد که زمان درمان را محدودتر کنم. در این باره رویایی داشتم؛ من در خانه بودم شما با ماشین به ملاقات من آمدید. شما معذرت خواهی کردید که به علت مشغله کاری زیاد باید درمان را قطع کنیم. من خیلی به خودم بالیدم که شما به ملاقات من آمده‌اید و

پیشنهاد شما را پذیرفتم. من شما را به سمت اتوموبیل‌تان مشایعت کردم و آنجا دو دانشجوی دختر زیبا نشسته بودند. برای من معما است که من پیشنهاد همسرم را طرح می‌کنم و شما در رویا درمان را قطع می‌کنید.

د: یک چیز عکس اتفاق افتاده است. برای برگشتن به موضوع: این بیان نگرانی شما است که چیز بیشتری از من بخواهید، من آن را رد کنم و سپس شما فکر می‌کنید جسارت بخرج داده‌اید. برای من چیز دیگری مهم است. در رویا نیز اشاره‌ای بدان شده است: آیا آن دو دانشجوی زیبا برای من مهمتر هستند؟

ب: بله، احتمالاً. در آخر کار من آنجا تنها ایستاده بودم، منزوی و با قیافه آویزان. من به چیز دیگری فکر می‌کنم، رد شدن. شما مهربان بودید، به هیچوجه بد اخلاقی نداشتید، نه مثل همسر من که رک می‌گوید: "راحتم بگذار"، بلکه همانگونه که همیشه هستید. شما چیزی را برای من توضیح دادید. من فهمیدیم، با وجود آنکه به نظرم درست نمی‌آمد.

د: شما قبول کردید. شما حس کردید کسی شما را زیر نظر دارد، اینکه من آمده‌ام تا جواب رد به شما بدهم.

ب: رویاها واقعاً آدم را غافلگیر می‌کنند. باورکردنی نیست چه چیزهایی در رویا اتفاق می‌افتد. خیلی چیزها فراموش می‌شود. آیا من می‌خواستم با شما بیایم؟ خدا حافظی خیلی ناگهانی بود.

د: شما می‌خواستید با من بیایید، و شما به نوعی با من همراه شدید، البته در هیئت آن دو دانشجو. خیلی بد بود که شما کوتاه آمدید و رد شدید، اما بطور غیرمستقیم حضور داشتید. رد شدن شما شاید با آن دو دانشجوی زیبا سر و کار داشته باشد که در اموری که در دانشگاه رخ می‌دهد، سهیم هستند. به همین خاطر شما اینقدر ترسیده بودید. برای شما داشتن یک کتاب جسارت بود.

ب: بله، من فکر می‌کردم آیا اگر من روانشناسی می‌خواندم و در کلاس‌های شما شرکت می‌کردم، نوعی جسارت بود. من از اینکه دیگر نمی‌توانم این کار را انجام دهم، غمگین هستم. وقتی فکر می‌کنم که آنزمان راه ساده و مطمئن را انتخاب کرده‌ام، عصبانی می‌شوم.

د: بله، برخی راه‌ها غیرممکن است، اما برخی دیگر نه، مثل پیشرفت شغلی شما.

تفسیر: قابل تأکید است که روانکاو در انتهای جلسه به امکانات مثبت اشاره و امیدواری ایجاد می‌کند. واقع‌بینانه آن است که بیمار شانس آینده خود را در پیشرفت شغلی خود بیازماید.

۵-۷ استعاره‌ها*

۱-۵-۷ جنبه‌های روانکاوی**

در جلد مبانی بر اهمیت استعاره‌گویی در ارتباط با ترجمه استریچی و نقش استعاره‌ها در تئوری زبان بحث کردیم (۱-۴). با تکیه بر اشاره آرلو (۱۹۷۹) مبنی بر اینکه در انتقال، فکر استعاری دست بالا را دارد، به توضیح شباهت و تفاوت سنجش واقعیت بر اساس تعبیرات انتقال توجه خاص نمودیم (۸-۴).

در سبک فروید، تشابهات، استعاره‌ها و مقایسه‌ها از جایگاه برجسته‌ای برخوردارند، این مطلب را می‌توان از اختصاص حجم عظیمی در آثار فروید به این موضوعات دریافت. در آنجا به اشارات و نقل قول‌هایی بر می‌خوریم که با مفاهیم روانکاوی رابطه مستقیم دارند. در آثار فروید بویژه به این مسئله می‌رسیم که فروید تلاش دارد نظریه روانکاوی را بر پایه تشابهات نشان دهد.

نمای زبانی استعاره در فن بیان جای دارد و توسط بکارگیری توسط والدین به عنوان استعاره‌شناسی قد علم کرد (بلومن برگ ۱۹۶۰). نقش استعاره‌ای اصیل آن است که ایده‌های جدید، شفاف می‌شوند (هاور کمپ ۱۹۸۳، لوین ۱۹۷۱).

در تمام علوم، استعاره‌ها مخصوصاً در فرایند کشف، عملکرد برجسته‌ای دارند، زیرا امر شناخته شده و مأنوس را با ناشناخته و غیرمأنوس پیوند می‌دهند. همانگونه که در ادبیات کانت مستتر است، استعاره‌ها ابزار مناسبی برای ایجاد تعادل هستند. به قول کانت، مفاهیم بدون بینش، پوچ، و بینش بدون دستگاه مفهومی، کور است.

پس از مطالعات تحول‌آفرین ریچارد (۱۹۳۶)، موضوع استعاره نظر بسیاری از دانشمندان را به خود جلب کرد. مطالعات و سمپوزیوم‌های زبان‌شناختی و بین‌رشته‌ای که اورتونی (۱۹۷۹)، میال (۱۹۸۲)، ساکس (۱۹۷۹) و واینریش (۱۹۶۸، ۱۹۷۶) گزارشات مستند آن را ارائه داده‌اند، نشان می‌دهند که استعاره‌ها در بسیاری از شاخه‌های علوم انسانی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار هستند. اما در روانکاوی، همانگونه که روبین‌اشتاین (۱۹۷۲) اشاره کرده، هنوز با کمبود آثار پایه درباره اهمیت استعاره‌ها در تئوری و عمل روانکاوی روبرو هستیم. در مطالعات بین‌رشته‌ای مقالات روانکاوی تقریباً یافت نمی‌شوند. البته راجرز (۱۹۷۸) نتایج یک کارگروه درون‌رشته‌ای در روانکاوی را منتشر ساخت. این

* Metaphors

Metaphern

** Psychoanalytic Aspects

Psychoanalytische Aspekte

بررسی، الگوی تنش و تخلیه فرایندهای شناختی را مبنا قرار می‌داد و به همان میزان انتقاداتی را متوجه خود ساخت (تلا ۱۹۸۱). گوبل (۱۹۸۰، ۱۹۸۶) رابطه میان استعاره و نماد را با استناد به مطالعه یانس و با در نظر گرفتن مقولات فلسفی و زبان‌شناختی توضیح داد. برای نزدیک شدن به معنای استعاره‌ها در دیالوگ روانکاوی، به منشأ این واژه می‌پردازیم که روشن می‌کند در روانکاوی با فرایند جابجایی مواجه هستیم.

این کلمه یونانی‌الاصل، در ابتدا به یک عمل مشخص مربوط می‌شد، یعنی انتقال یک شیئی از نقطه‌ای به نقطه دیگر. ارسطو از استعاره به عنوان "انتقال صحیح" یاد می‌کند، به عنوان توانمندی، به چیزی شبیه نگاه کردن. بعدها بود که این کلمه یک سبک و نمای زبانی پیدا کرد. انتقال زمانی به استعاره تبدیل می‌شود که نه از جنبه کلامی، بلکه از جنبه تصویری آن دریافت می‌شود. استعاره‌ها یک جایگاه میانی در مسیر نمادین‌سازی مطلق به خود می‌گیرند. آن‌ها در دنیای تصویری انسانی و در تجربه بدنی انسان‌ها ریشه دارد.

یکی از ویژگی‌های استعاره، امتزاج است. در ادبیات مفاهیمی چون تصویر، تشبیه، مقایسه و استعاره، بطور متعارف بکار گرفته می‌شوند (کولر ۱۹۸۶). در زبان‌شناسی نیز وفاق عمومی درباره ترسیم مرز بین این مفاهیم وجود ندارد. "تصویر" به عنوان چتر مفهومی درباره استعاره، تشبیه و مقایسه بکار برده می‌شود. در مقایسه با یک چرخش تصویری مواجه هستیم که غالباً با لفظ "گویی"، "مثل"، "شبیه"، ساخته می‌شود. یک مقایسه را می‌توان بدون لفظ مقایسه نیز انجام داد.

تنش میان شباهت و بی‌شباهتی در انتقال از شیئی مبدأ به سمت محتوایی معنایی جدید، در درک استعاره از اهمیت اساسی برخوردار است.

برخلاف تشبیه و مقایسه، در استعاره بجای شیئی یا چیز مورد نظر، تصویر آن مطرح می‌شود، در حالی که در تشبیه و مقایسه هر دو در کنار یکدیگر قرار دارند. به همین خاطر می‌توان تصور نمود که در برخی بافتارهای دیالوگی مشخص، اظهاراتی نظیر: "من خودم را مثل یک پامچال پژمرده حس می‌کنم"، حاوی یک فاصله بزرگتر گوینده است، تا زمانی که می‌گوید: "من یک پامچال پژمرده هستم"، "من ستاره دریایی هستم که در ساحل می‌میرد"، "من یک بیابان هستم"، "من یک جوجه تیغی هستم"، "من یک انبوه گند هستم".

استعاره‌ها جایگاه میانی خود را مدیون نقش برجسته در دیالوگ روانکاوی هستند، که ضمن آن بطور مدام درباره شباهت و تفاوت توضیح داده می‌شود (کاروت ۱۹۸۴، هزلر ۱۹۹۱). به همین خاطر ریچاردز ۵۰ سال پیش به عنوان یک غیرروانکاو از دیدگاه علوم زبان‌شناسی و فلسفی، پدیده‌های

انتقال را به یک استعاره‌شناسی منتسب و آن را با واژگان جدید غنی ساخت. بلاک (۱۹۶۲) همین مطلب را در تئوری تعاملات استعاره جمع‌بندی نمود.

چنانچه به این موضوع فکر کنیم که انتقال در ابتدا در مفهوم لغوی خود درک می‌شد، فهم این مسئله آسانتر می‌شود که بسیاری از استعاره‌ها در قیاس با بدن آدمی ساخته شده و یا بدان مرتبط می‌گردند. به همین خاطر از نقطه نظر درمانی مهم است که در زبان تصویری، نقطه عزیمت ناخودآگاه بدنی را مجدداً کشف و آن را بیان کنیم.

البته این بدان معنا نیست که کلیه استعاره‌ها به بدن آدمی مربوط می‌شوند. چنین تقلیل کلی، همانگونه که شارپ (۱۹۴۰) در یک مقاله اصیل مطرح نموده، بازتاب دهنده تنوع زبان استعاره نیست. ما همراه با ورمز بر این باوریم که استعاره‌ها ما را به معانی ناخودآگاه رهنمون می‌سازند، همانند رویاها، اشتباهات و یا علایم (۱۹۷۷).

خواننده استعاره‌ها و تشابهات زیادی را در این کتاب می‌یابد، به همین علت ما در کنار بررسی‌های زبان‌شناختی، فقط به ۳ نمونه در این باره بسنده می‌کنیم.

دنیای تصاویر شگفتی‌های زیادی دارد. استعاره‌ها برای بیان زیبای نیازهای مشخص جسمی و نیز شرمساری همراه آن مناسب‌اند. اینگونه نیست که فقط تئوری‌ها و مفاهیم به‌عنوان ابزاری در جهت ایجاد مقاومت نقش دارند. همین موضوع درباره استعاره‌ها نیز صدق می‌کند. به همین خاطر قابل توصیه است که پس از شکوفایی زبان تصویری که همراه با عواطف است، منشأ جسمی و معنایی ادراکات که در قالب استعاره بیان می‌شوند را پیدا و بیان کرد. این نگرانی که در اینصورت معنای تصویری عمیق و منشأ خلاق تخیلات از بین خواهد رفت، بی‌مورد است. تجربیات ما عکس این را ثابت می‌کنند. دنیای تصویری با اتصال به نقطه عزیمت انتقال، حتی زنده‌تر و اصیل‌تر خواهد شد. روانکاو همواره به دنبال ارج نهادن بر دنیای تصویری است.

از نقطه نظر روانکاو استعاره‌ها باید با توجه به عملکردشان در زندگی روانی انسان‌ها مورد بررسی قرار بگیرند.

روانکاو به‌عنوان مهندس آبیاری

آقای گوستاو X که در شروع درمان دنیای خود را به یک بیابان خشک که گیاهان سخت در آن می‌رویند تشبیه می‌کرد، تأثیرات آنالیز را به تأسیسات آبیاری تشبیه نمود که به‌وسیله آن در بیان برهوت وی حیات تازه‌ای دمیده شد.

● استعاره‌های گیاهی مخصوصاً برای توصیف رشد آرام و بی سر و صدای جنبه‌های روانی مؤثر هستند (کشله ۱۹۸۲). برای بیمار، مهم و غافلگیرکننده بود که روانکاو از وی پرسید، چرا و چگونه او دنیای خود را به‌عنوان بیابان توصیف می‌کند. در اینجا بر خلاف انتظار بیمار فرض شد که نباید چنین باشد، فرضیه‌ای که در بیماران نوروتیک به‌علت ماهیت عملکردی موانع آن‌ها، محق به نظر می‌رسد، و نیز اینکه چرا او روانکاو را به مهندس آبیاری تبدیل کرده است. این انتساب در خدمت دفاع اضطرابی در برابر تخیلات بارداری ادیپی و پیش‌ادیپی بیمار است. همانگونه که در ادامه مشخص شد، شکل‌گیری علامت و منش، نتیجه انکار آرزوهای غریزی در سرچشمه‌های متفاوت است. این همان استعاره‌ای است که فروید (۱۹۰۵) در تشریح تئوری غریزه از آن استفاده کرده بود. **تفسیر:** مثل همه چیزهای انسانی، ریزش آب نیز از دیرباز در قالب‌های شاعرانه توصیف شده است. به زبان روانکاوی، در زبان تصویری شاعران آن تخیلات ناخودآگاهی بیان می‌شوند که فروید در *مبحث روان-جنسی* به آن پرداخته است. گذار از بیان شاعرانه به کشف علمی، مستلزم در نظر داشتن مناسبات قانونمند در طبیعت انسان است. مثلاً رابلایس در هیئت گارگانتوا تخیلات قدرقدرتی عظیمی را به نمایش گذاشت که طی آن شهر پاریس را با ادرار خود به زیر آب می‌برد. خود و دنیای خود را به‌عنوان بیابان برهوت دیدن، بخشاً به انکار غرایز مربوط می‌شود که بعداً در روانکاو به عنوان مهندس آبیاری جستجو گردید.

چشمه

خانم ارنا X قبلاً و هنگامی که سرخورده و یا متشنج می‌شد خود را منزوی نموده و با تردید می‌گریست. اکنون وی با تعارضات خویش بهتر برخورد می‌کند، اما کماکان درباره آینده مردد است.

او بالاخره در مورد ذخایر حرف می‌زند. من این ذخایر را با یک چشمه مقایسه می‌کنم که می‌توان از آن بهره فراوان برد و بستر خلاقیت را آبیاری نمود. خانم ارنا X آن را به‌عنوان یک چشمه جوشان ترسیم می‌کند. جوشان واژه مرکزی تشبیه می‌شود. او می‌خندد: "این یک تصویر است و در مقایسه با آب را کد می‌توان به افکار گوناگونی رسید. من بیشتر خودم را در هیئت آب را کد می‌بینم تا در قالب یک چشمه جوشان. فوران برای من غیرممکن است، بسته شده است." جلسه با این جمع‌بندی خشنودکننده تمام می‌شود که وی به سرچشمه بازگردد و با کمک درمان، اشتباهات کمتری در تربیت فرزندان خود انجام دهد.

جلسه بعدی با تعجب من شروع می‌شود، چون بیمار گفت نمی‌خواسته به جلسه بیاید. او حس می‌کند در یک فضای بدون هوا بسر می‌برد. سوال من در این مورد که آیا جلسه قبلی برای وی بی‌نتیجه بوده است، با نه روشن او پاسخ داده می‌شود. او موضوع جوشان (فوران) بودن را از جلسه قبل به یاد داشت. این تشابهات تصویری را دوست دارد. او در اتاق انتظار درباره فوران فکر کرده است. بیمار سرزندگی دخترش را تشریح می‌کند که جوشان است. کودک شوق زندگی زیادی دارد که در چشمانش می‌درخشد. او راضی است و خیلی تحرک دارد. فوران یک پدیده عادی در کودکان است. خانم ارنا X به دوران کودکی خود و محدودیت‌های همراه آن فکر می‌کند.

من گمانم را بیان می‌کنم که او امروز بدین خاطر رغبتی برای مراجعه نداشته، چون بگونه‌ای تربیت شده که باید با یک برنامه منظم و مشخص رجوع کند، زمانی که چیزی برای گفتن داشته باشد. اگر محاورات خودجوش صورت بگیرند، او نگران و مضطرب می‌شود. من به یاد خانم ارنا X می‌آورم که زمانی از دادن دست با من مضطرب می‌شد. جهت ایجاد آرامش در وی متذکر می‌شوم که تمام ایده‌ها و تخیلات به سمت بیرون متمایلند، یعنی شامل همه انسان‌ها می‌شود.

تفسیر: مایلم مخصوصاً به این نکته آرام‌بخش اشاره کنیم که انتقال نسبت به روانکاو به کلیات یا کلی‌گویی می‌انجامد. بدین طریق انتقال کمرنگ می‌شود، زمانی که بیمار چنین کلی‌گویی را به‌عنوان پس زده شدن تجربه کند، نتایج منفی به بار خواهد آمد. در خانم ارنا X کلی‌گویی اما چنین اثر گذاشت که وی با خجالت کمتر توانست روانکاو را در دنیای تخیلات خویش وارد سازد.

ب: من هر از گاهی در اینجا قُل قُل ایجاد کردم، اما سیل در راه است، فوران. مثل یک شیر آب است که آنقدر محکم بسته شده که باید میلی‌متر به میلی‌متر باز شود. چیز دیگری نمی‌تواند به نظرم برسد، با وجود آنکه من تجربه عکس را داشته‌ام.

● من چنین تفسیر می‌کنم که فکر اتمام درمان با این نگرانی توأم است که ممکن است خیلی زیاد و نه خیلی کم به یاد آورده شود.

ب: شیر بسته شده است. این، هم ساده و هم خیلی پیچیده است. زیرا من در موقع باز کردن سعی می‌کنم آن را دوباره ببندم. سعی می‌کنم به خودم بگویم: با آنچه داری راضی باش و با آن کنار بیا. من امکان دیگری نمی‌بینم.

خانم ارنا X پس از یک سکوت طولانی سوال غافلگیرکننده‌ای مطرح می‌کند:

ب: آیا تاکنون بیماری را رد کرده‌اید و گفته‌اید که ارزش آن را ندارد که دیگر مراجعه کند؟

در سکوت بعدی حس می‌کنم که بیمار بی‌صبرانه منتظر جواب من است.

ر: دارم به آن فکر می‌کنم.

ب: می‌دانید چرا این سوال به ذهنم خطور کرد؟ برایتان می‌گویم. درمان یکی از آشنایان من با این استدلال که دیگر فایده‌ای ندارد، تمام شد. به نوعی این ترس در من وجود دارد که ممکن است درمان من هم فایده‌ای نداشته باشد.

د: شما می‌توانید که ممکن است چیزهای زیادی بگوئید و دیگر پذیرفته نشوید. نه بخاطر آنکه کم می‌گوئید، بلکه بخاطر آنکه زیاد تعریف کرده‌اید.

ب: اگر در اینجا کم بگویم شما مرا رد می‌کنید، اگر در خانه زیاد بگویم، همسر مرا رد خواهد کرد. من خود جوش‌تر از قبل شده‌ام. من بین آن دو گیر کرده‌ام.

من موافق خانم ارنا X هستم که درگیر یک مشکل واقعی است که اگر نمی‌آمد، حل می‌شد. پس اوضاع به همین نحو پیش می‌رفت. من درباره این سوال که فایده رجوع چیست و نیز اینکه این سوال بعضاً از جانب روانکاو و بیمار مطرح می‌شد، توضیح می‌دهم.

ب: اگر از من سوال کنید که آیا می‌خواهم مراجعه کنم یا نه، نمی‌توانم جواب آن را سریع بدهم، بله می‌خواهم، یا نه نمی‌خواهم.

او درباره دوگانگی خود پیرامون آرزوی بچه‌دار شدن از یک سو و رد بارداری از طرف دیگر صحبت می‌کند.

ب: اگر ادامه بدهم نتیجه آن چه خواهد بود؟ خیلی مشکل است.

د: از کدام فوران ترس دارید؟ از کدام قل قل ممکن است چشمه جوشان فوران کند؟

ب: اینکه من با موقعیت موجود دیگر کنار نیایم... من یک اشتباه کرده‌ام که باید جبران کنم. همزمان تغییر برایم غیرممکن است.

د: آیا حدس نمی‌زنید که اثربخشی خود بر همسران را دست کم می‌گیرید؟ آیا از امکانات موجودتان برای تأثیر بر همسران استفاده کرده‌اید؟

بیمار جواب منفی می‌دهد.

د: شما مطالب زیادی را مطرح نکرده‌اید و همسران شما را تشویق نمی‌کند. کنترل بسیار شدید بوده، به نحوی که خیلی از چیزها از بین رفته، آرزوهای شما، تخیلات شما و به گمان من، نزد هر دوی شما.

ب: بدم می‌آید که من همیشه باید پیش قدم شوم. خیلی دوست داشتم که همسر فعال‌تری داشتم.

د: این یک انتظار طبیعی است که انگیزه بیشتری دریافت کنید، اما جنبه‌ای هم هست که شاید نباید درباره آن بیشتر حرف بزنید، مثلاً موضوع ارتباطات جنسی.

ب: بله، روابط جنسی چیزی است که مردان باید آن را به عهده بگیرند. مثل یک پرتگاه می ماند، آیا می پرم توی آب یا نه؟ و این چیزی است که دارم با آن مبارزه می کنم. من به دنبال چاره هستم. بهتر است مسکوت بماند. اگر وقت بیشتری داشتم، بیشتر می خواندم. در این صورت با آمادگی به جلسه می آمدم. اما در آن صورت نیز اختیار جلسه را در دست نداشتم، و ممکن بود یک جایی قل قل کند. وقتی خودم شروع کنم، ممکن است خیلی زیاد در مورد اطلاعات بدهم. آرزوها و نیازهای من باید کاملاً خفه شده باشند. نه فقط آرزوها و نیازها، بلکه همچنین توانمندی های من. من هرگز جرأت این را ندارم بگویم که از عهده کاری برمی آیم. (سکوت طولانی) مقایسه تصویری همیشه همراه من است. من الان به یک برکه، یک چشمه فکر می کنم که جوشان شده است. نمی خواهم اینجوری باشم. نمی خواهم آنجا بایستم و نظاره گر شوم. تنها و در معرض دید. من مایل بودم در پائین توی آب باشم و محتاطانه به بالا نگاه کنم، اما ترجیحاً پائین بمانم، در بستر آب گرم. از این بیشتر خوشم می آید.

د: احتمالاً به این ربط دارد که زبان تصویری مقایسه ای، رابطه قوی با کل آدم، با بدن دارد، مخصوصاً هنگامی که از فوران، نشان دادن و غیره صحبت می کنیم. به همین خاطر مجسمه های فواره ها هم اینگونه ساخته شده اند که آب از دهان خارج می شود، پری دریایی و آب نیز آنجا هست. هنگامی که انسان ادرار می کند، خود به یک چشمه تبدیل می شود. به همین علت در بروکسل مجسمه های فواره ای معروفی وجود دارد. در آنجا آب از عضو خارج می شود. در این تصاویر چنین چیزهایی یافت می شود.

ب (می خندد): آن را می شناسم. چند سال قبل، من حدوداً ۱۲ ساله بودم که پدرم به بروکسل رفت و یک سری عکس با خودش آورد که عکس آن فواره نیز در بین آن ها بود. من به این عکس ها نگاه کردم اما کلمه ای حرف نزد. من فکر می کردم که چنین چیزهایی بی معنا است، اما شاید هم سوالاتی داشتم که آن ها را سرکوب می کردم.

تفسیر: استعاره ها و تشابهات، مبتنی بر تجربیات بدنی و معنوی و همواره به طور ناخودآگاه در جریان هستند. به همین خاطر استعاره ها بسیار جالب اند. با این وجود روانکاو در اینجا یک قدم اساسی برداشت.

حیوانات و گیاهان تیغی به عنوان استعاره

خانم کلارا X از یک تعطیلات کوهستانی که بواسطه آب و هوای مطبوع تأثیرات مطلوبی بر بیماری مزمن دختر او گذارده، با خلق و خوی خوبی مراجعه می کند.

هنگام سلام، وی نگاه بسیار دوستانه‌ای به من می‌کند که باعث جواب گرم من می‌شود. خانم کلارا X جلسه را با یک زوزه شروع می‌کند که من یک خس خس ملایم از آن برداشت می‌کنم و من نیز بی‌اراده با همان ندا پاسخ می‌دهم. این بازتاب در تهی می‌پیچید.

پس از یک سکوت من به این زمزمه بر می‌گردم. سلام و احوالپرسی دوستانه یک فضای صمیمی ایجاد کرد که نزدیکی و گرمای آن قابل لمس بود، لاقلاً من چنین گمان دارم. من به تشابهی فکر می‌کنم که شوپنهاور میان جوجه تیغی‌ها انجام داده و فروید آن را بازگو کرده بود. بدینوسیله می‌خواستم درباره تنظیم فاصله بحث کنم. جوجه تیغی اصطلاحی بود که بارها از جانب خانم کلارا X وقتی می‌خواست خودش را معرفی کند، مورد استفاده قرار گرفته بود. به اختصار می‌توان تمثیل بیان خویش خانم کلارا X را اینگونه بیان کرد، البته بدون آنکه وی به منشأ آن پی برده باشد.

"انبوهی جوجه تیغی در یک روز سرد زمستانی گرد هم جمع می‌شوند تا به وسیله گرمای متقابلی که به هم می‌رسانند، بر سرمای سوزان زمستان چیره شوند. اما به زودی تیغ‌های آن‌ها، باعث دور شدن آن‌ها از یک‌دیگر می‌شد. وقتی نیاز به گرما در آن‌ها شدت می‌یافت، مشکل ثانویه، دوباره مانع جمع شدن آن‌ها می‌شد، بگونه‌ای که آن‌ها مستأصل شده بودند؛ تا زمانی که بالاخره فاصله/نزدیکی قابل تحملی بین آن‌ها برقرار شد. . . نیاز جامعه و جمع نیز اینگونه عمل می‌کند، انسان‌ها را به هم نزدیک می‌کند، اما خصوصیات ناگوار و اشتباهات غیرقابل تحمل انسان‌ها، دوباره آن‌ها را از هم دور می‌کند. . . کسی که گرمای درونی زیادی دارد، ترجیح می‌دهد از جمع دور بماند، تا نه به کسی آزار رساند و نه خود آسیبی ببیند" (شوپنهاور، نقل از ۱۹۷۴، ص: ۷۶۵).

با این برداشت که خانم کلارا X به من کمی نزدیکتر شده است، گمان می‌کنم که با زوزه از جوجه تیغی به خوک تبدیل می‌شود. خانم کلارا X زوزه و خس خس خود را به عنوان هشدار یک خوک به بچه‌اش می‌فهمید. او این صدا را به علامت مطلوب نشنیده بود، گرچه حالت تعادلی در خود حس می‌کرد. دوباره سوال ادامه یا قطع درمان برای او مطرح شد. او فکر می‌کند دیگر نمی‌تواند به جلسات ادامه دهد. او فکر می‌کند مدت‌هاست که در جا می‌زند. او ترجیح می‌دهد که با خودش باشد، اما هم خود او و هم ارتباطات او با دیگران مشکلات فراوان دارد. فکر می‌کند باید با این اوضاع کنار بیاید. آیا روانکاو گمان دارد که وی تغییری در رفتار خود به وجود بیاورد.

در ابتدا من تردید بیمار را تأیید می‌کنم و به مشکلاتی اشاره می‌کنم که در اثر تغییر ممکن است به وجود آیند. بیمار دوباره از تصویر گل نسترن که در یکی از جلسات ترسیم شده بود، استفاده می‌کند. مانع شکوفایی گل چیست؟ خانم کلارا X مدت‌ها قبل، پس زدن نوجوانی که می‌خواست به او نزدیک شود را با این سرود: "جوانی گل رزی را دید"، را در قالب یک تخیل رد کردن نشان داد: یک پرنده ساحلی مدفوعات خود را بر صورت آن جوان فرو ریخت.

● در نزدیک شدن ظاهراً فرایندهای دفاعی قوی به جریان می‌افتند. پرنده مبین پرخاشگری مقعدی است.

آنگونه که از افکار بعدی بیمار نمایان می‌شود، خوش آمدن از خود به‌عنوان زن و اینکه دیگران از وی خوششان بیاید، تقریباً با یک تهدید مرگ‌بار گره خورده است. او به یک ایده قبلی من اشاره می‌کند. من قبلاً به صراحت گفته بودم که چنانچه وی خود را به‌عنوان زن دوست داشته باشد و آن را بروز دهد، قبل از همه در تغییر هیکل خود، من از او بیشتر خوشم خواهم آمد. از این طریق وی متقاعد شده بود که خودش هم از خودش بیشتر خوشش خواهد آمد و در این صورت همنوایی بیشتری در ارتباطات با همنوعان خود خواهد داشت. خانم کلارا X با توجه به سرگذشت بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی البته ابراز تردید کرد که آیا تغییرات بدان حد خواهند بود که فرد مبتلا که با کمبودهای خود مأنوس شده، به یک زن معمولی تبدیل شود. وی با دیده تردید به تجربیات مثبت من با بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی می‌نگریست. تردید او زمانی برطرف می‌شد که با یکی از بیماران معالجه شده روبرو می‌شد و احتمالاً او را به الگوی خود تبدیل می‌کرد. با آگاهی از این مطلب که این آرزو به سادگی قابل تحقق نبود، جستجوی الگو همچنان در هوا معلق ماند.

خانم کلارا X اکنون اظهار می‌کند که برخی لحظه‌ها احساس خوشبختی فراگیری را حس می‌کند. از افکار او چنین بر می‌آید که موضوع فعلی او، استمرار، شدت یافتن و فراوانی این لحظه‌ها است. بیمار از این لحظه‌ها با مفاهیم دهانی شفاف یاد می‌کند، در حالی که درباره شیر خوردن حرف می‌زند.

بیمار توضیح می‌دهد که اعتماد و امنیت وی ممکن است بیفتد. حال روشن می‌شود که کلمه "بیفتد" برای او تداعی‌کننده یک خطر مرگ‌بار است که با "سقوط" گره خورده است. به همین خاطر از استفاده این کلمه به هم می‌ریزد. خانم کلارا X خطری را که در معرض آن قرار گرفته به کمک یک داستان که جنبه طنز به آن می‌بخشد، نشان می‌دهد: مردی تلاش می‌کند زنی را متقاعد سازد که او می‌تواند بدون متحمل شدن کوچکترین آسیبی از طبقه ۱۰ یک ساختمان خود را به پائین پرت کند. مرد آن زن را پائین ساختمان خواهد گرفت. در پی سوال بهت‌انگیز زن، مرد جواب می‌دهد که اخیراً زنی را که خودش را از طبقه ۲۰ پرت کرده، گرفته است. حالا آن زن به جراحاتی که مرد

هنگام گرفتن آن زن برداشته بیشتر فکر می‌کند. اما برای مرد هیچ اتفاقی نیفتاده بود، چون در ابتدا گذاشته بود زن (مثل یک توپ) به زمین بخورد، بعد او را بگیرد.

پایان وحشتناک این داستان با اشاره به توپی که بالا و پائین می‌رود به صورت طنز درآمد. بیمار با تَن صدای طعنه‌آمیز خود بخوبی از عهده این کار برآمد.

برای ما هر دو به سرعت مشخص می‌شود چنانچه خانم کلارا X به من اعتماد کند، چه خطری او را تهدید خواهد کرد: اینکه اگر او می‌خواست خود را به دست نیازهای خودجوشش بسپارد، ممکن بود چه اتفاقی برای وی بیفتد، در داستان بخوبی نشان داد.

تفسیر: به کسی اعتماد کردن، یعنی ورود به یک فضای خصوصی. حتی فکر به این موضوع برای بیمار تشویش‌آور است. در چنین لحظه‌هایی دفع عطش گوارا می‌تواند مؤثر باشد. این ارضا برای او فقط یک تجربه دلنشین نیست. برای وی پایان هر دفع عطش یک فقدان است. برای گریز از چنین وضعیت ناگواری وی خودبسندگی را پیشه نموده، یعنی یک موقعیت تقریباً کاملاً مستقل. اینکه اشتیاق وی به بی‌نهایت رسیده، در قدرت نابوده کننده‌ای متبلور گشته که وی به گرسنگی خود در معنای وسیع و عمیق کلمه اعطا می‌کند: چنانچه وی به شوق زندگی و گرسنگی مفرط خود امکان بروز دهد، موضوعی که دنیا نام دارد، نابود خواهد شد. بیمار در خویشنداری و جمع‌گریزی مطلق خود تلاش دارد، ابژه - و حتی اگر متضاد به نظر برسد - بقای خویش را تضمین کند. چنانچه قدرت غرایز پرخاشگری چیره گردند، امتزاج یا یکی شدن در بُعد ناخودآگاه به‌عنوان اضمحلال مخرب خود تجربه می‌گردد. گرسنگی اولیه ایجاد شده به دلایل اندامی و نظیر آن به یک سیکل معیوب ثانویه تبدیل خواهد شد. سرخوردگی غریزه گرسنگی که با زحمت فراوان به دست آمده، نه فقط به تفکیک‌زدایی ناحیه دهانی هنگام گسیل غرایز منجر می‌شود، بلکه همچنین زمینه‌ساز تحریکات ممتد پرخاشگری خواهد شد. در هر تسلیم بجای تجربه "حس اقیانوسی" لذت بخش، وحدت بی حد و مرز با هستی و تخریب ابژه و خود را تجربه می‌کند. بنابراین تعجب ندارد که خانم کلارا X و روانکاو از عهده تغییر "بقای خویش" بیمار که ضمن بیماری بدان دست یافته، برنمی‌آیند.

بعد از مدتی خانم کلارا X پوست خاردار را به چارچوب معنایی خویش تبدیل می‌کند.

ب: من باید یک اسکلت بیرونی را سر پا نگه دارم. اگر آدم اسکلت بیرونی را از پوست خاردار جدا کند، همه چیز از هم می‌پاشد، چیزی باقی نمی‌ماند، همه چیز مضمحل خواهد شد.

ر: می‌فهمم که چرا شما یک پوست خاردار روی خود انداخته‌اید.

ب: بله، اگر آدم پوست خاردار نداشته باشد، خطرناک است، در این صورت آدم چیزی ندارد، بعد.

ر: ... اضطراب ایجاد می‌شود، اگر...

ب: ... اگر آدم اسکلت بیرونی را جدا کند، همه چیز از هم می‌پاشد، مثل حیوانات نرم‌تن.

روانکاو دوباره به موضوع جوجه تیغی بر می‌گردد.

ر: آه، جوجه تیغی‌ها اسکلت دارند.

ب: در این صورت من چیزی ندارم.

تفسیر: می‌خواهیم به این موضوع اشاره کنیم که جملات، بی‌وقفه به هم متصل شده‌اند. بیمار رشته افکار روانکاو را تکمیل می‌کند و بالعکس. روانکاو تشبیه با جوجه تیغی‌ها را با استعاره پوست خاردار تعویض می‌کند.

روانکاو با یک سوال ادامه می‌دهد.

ر: این ایده که اگر شما پوست خاردار نداشته باشید، از هم فرو خواهید پاشید، از کجا ناشی می‌شود؟

ب: اینها تجربیات واقعی هستند. من می‌توانم به گریه افتاده و صرف‌نظر از دلیل آن به استیصال نامحدود برسم. بعد نمی‌توانم بگویم چرا از خود بی‌خود شده‌ام. شاید آرزوی من باشد که می‌خواهم درک شوم، نقاط ضعفم پذیرفته شود و اینکه من نباید بزرگ و شجاع باشم. آرزوی من آن است که همه چیز را رها کنم و بگویم من دیگر نمی‌توانم، تو ادامه بده. اما واکنش بیرونی چیست؟ عدم درک من، یک همدردی چندش‌آور، سردرگمی و عبارت "اوه خدای من چه خبره شده؟" است. این وحشتناک است. این وضعیت خودش وحشتناک است. و بواسطه دیگران بدتر هم می‌شود. در این صورت فکر می‌کنم، بفرما، الان برای مجازات هم تنها گذاشته می‌شوی، چون رفتارت کودکانه بوده است. این وضعیتی بود که من به‌عنوان کودک خیلی تجربه کرده‌ام.

ر: و بعد احساس از هم پاشیدگی در شما ایجاد می‌شود که ناشی از طوفان درونی است.

ب: بله، دقیقاً اینجور است، در اشک غرق شدن. بله از اینجا ناشی می‌شود. این جزیی از یک نفر است. یا آنکه حس کندی زمین از زیر پایت کشیده می‌شود. فقط یک واکنش دیگر است که اوضاع را قابل تحمل می‌سازد، یعنی اگر بگذارند من گریه کنم، وقتی پذیرفته شود، دیگر به آن احتیاجی ندارم. در این صورت به اندازه ضرورت گریه می‌کنم و نه بیش از آن. اما غالباً واکنش دیگری نشان می‌دهند. وحشتزده، ترحم‌آمیز و از این سری رفتارها، سپس آن چیزی اتفاق می‌افتد که من نمی‌خواهم. در اینصورت تنش وجود مرا می‌گیرد. اخیراً حتی در برابر همسرم گریه کردم. هر دوی ما نسبت به این حالت بی‌تفاوت بودیم. او می‌دید و من توانستم گریه کنم، بدون آنکه واکنش‌های معمول از او سر بزنند. موقعیت‌هایی هست که من به گریه می‌افتم و بیرون آمدن از آن برایم دشوار است. من الان فکر می‌کنم که شما هم به‌عنوان مرد نمی‌توانید کاری برای گریه من انجام دهید، چون بحث گریه برای شما هنگامی که پسر بچه ۴ ساله‌ای بوده‌اید، بسته شده است.

د: با این حال من تصویر در گریه غرق شدن را ارائه دادم.

ب: بله، متوجه نشدم. پدرم هم همیشه به این موضوع چنین برخورد می‌کرد، به عمق آن وارد نمی‌شد.

د: چیز منفی نیست که کسی در چنین مواردی فراسوی موقعیت قرار بگیرد.

ب: اما من در اینصورت حس می‌کنم که فهمیده نمی‌شوم. در این موضوع اصلاً.

● از آنجایی که من برای بیمار خیلی تلاش می‌کردم، انتقاد او بر من سخت آمد. قطعاً در اینجا با یک سرخوردگی در انتقال مواجه بودیم، همانگونه که اشاره به پدر آن را نشان داد. به نظر غیرقابل پرهیز است که میان گریه‌کننده و محیط پیرامونش یک فاصله نسبی حاکم باشد. اشک‌های دیگران، انسان‌های بااهمیت، متعلق به او نیست، بلکه اشک‌های بیگانه است. ظاهراً همدردی، احساس یگانگی را هموار می‌کند، بدون آنکه یک هویت متشکل از دو فردیت باشد.

۲-۵-۷ تفاسیر زبان‌شناختی*

در مرحله کنونی تکوین تکنیک روانکاوی و برای آنکه دریابیم روانکاو چگونه و درباره چه موضوعاتی با بیمار خود صحبت می‌کند، صورت جلسه‌برداری و بررسی‌های تجربی که بین‌رشته‌ای نیز انجام می‌شود، حائز اهمیت گشته است. حتی در سال ۱۹۴۱ برنفلد به بخشی از یک مصاحبه درمانی که انتشار نیافت، عنوان: «گفتگو، تکنیک روانکاوی» را اعطا نمود. در یک فاصله زمانی، جهت‌گیری دیالوگی به حاشیه رانده شد. گروه مطالعاتی زبان‌شناسی در انستیتو روانکاوی نیویورک تحت سرپرستی روزن (۱۹۶۹) به زبان از زاویه عملکردهای خود توجه می‌نمود. از دورانی که گفتگوهای درمانی ضبط و ثبت می‌شوند، بررسی دیالوگ‌ها به مرحله جدیدی راه یافته است (استریک ۱۹۹۴).

مخصوصاً در همکاری‌های بین‌رشته‌ای مهم است که همگان این ضرب‌المثل را بخاطر داشته باشند: "کفاش، دو دستی به قالب‌های کفشت بچسب". در غیر اینصورت این خطر وجود دارد که در آنالیز گفتمانی زبان‌شناختی حدسیاتی در این زمینه ارائه شود که اگر روانکاو از قواعد اساسی پیروی کند، سیر یک گفتگوی روانکاوی چگونه طی خواهد شد.

* Linguistic Interpretations
Linguistische Interpretationen

واقعیت آن است که ماهیت درمان روانکاوی به عنوان شکل ویژه‌ای از گفتگو (به معنای یک فعالیت قاعده‌مند) در ادبیات روانکاوی هنوز به عنوان یک موضوع مورد مطالعه کشف نشده، چه رسد به آنکه بطور دقیق تشریح شده باشد (فلادر ۱۹۸۲، ص: ۱۹).

مانوی و سینگ (۱۹۷۵، ۱۹۷۹) در نقد تلاش‌های ادلسون (۱۹۷۲، ۱۹۷۵) جهت کاربست تئوری زبان چامسکی در تجدید نظر تئوری رویا، به نتیجه مشابه رسیدند.

در زبان‌شناسی گرایش‌های نظری متفاوتی وجود دارد:

● تئوری‌هایی که استعاره را به عنوان یک واحد زبان *langue* - (به عنوان سیستم نشانه‌ها) می‌شناسند و

● تئوری‌هایی که آن را به عنوان یک واحد بیان *parole* - (ساختار متحقق زبان و "بیان شده" زبان).

تئوری‌های *langue* از این نقطه نظر حرکت می‌کنند که استعاره، ویژگی اظهارات و یا جمله‌ها در یک سیستم زبانی انتزاعی است. این دیدگاه به تعریف ارسطویی از استعاره استناد می‌کند که طبق آن استعاره به عنوان یک مقایسه کوتاه جزو، نظیر "چگونه" عمل می‌کند. لغت "اصلی"، توسط یک لغت بیگانه جایگزین می‌شود. میان لغت اصلی و لغت بیگانه نوعی تشابه وجود دارد.

تئوری‌های *parole* بر پایه این مفروضات بنا گشته که استعاره‌ها در حین کاربرد ایجاد می‌شوند. تئوری تعاملات نماینده یک جریان فکری است که مطرح می‌کند، برای یک بیان استعاره‌ای در اصل بیانی وجود ندارد. واینریش بر این نظر است که معنای یک استعاره از تعامل بین استعاره‌ها و بافتار آن‌ها استخراج می‌شود. "به همین سبب معنای استعاری بیش از آنچه یک نتیجه باشد، یک عمل است، ایجاد معنایی ترسیمی که توسط یک معنای غالب انجام می‌شود، یک حرکت از... به...". (کورتسز ۱۹۸۲، ص: ۱۸).

کلر - باور دو شیوه اساسی را جهت درک استعاره‌ها از یک دیگر تفکیک نمود: "کاربست استعاری X که فقط از طریق کاربرد لغوی X می‌توان فهمید و کاربست استعاری X که می‌توان از کاربردهای استعاری قبلی X، مثلاً مأخذ درک نمود" (۱۹۸۴، ص: ۹۰). هر دو نوع فهم متافورها دارای یک وجه مشترک هستند. در حالیکه تعاملات کلامی بر پایه دانش رایج استوار گشته‌اند، تعاملات غیر کلامی بر مبنای دانش غیر رایج ایجاد شده‌اند. در فهم استعاری، افکار غیر رایج فعال می‌شوند و شناخت این "افکار" برای فهم ضروری است. "با کمک چنین مفروضات تداعی شده می‌توان استعاره‌ها را فهمید" (کلر - باور ۱۹۸۴، ص: ۹۰).

در تفسیر مشترک معنای استعاره‌ها در دیالوگ میان روانکاو و بیمار مفروضات تداعی شده نقش عمده‌ای و فراسوی نمادسازی قرار دارند.

به نظر کورتسز (۱۹۸۲) فقط یک تفاوت درجه‌ای میان استعاره و نماد وجود دارد: در استعاره توجه اصلی به کلمات معطوف است: به همخوانی یا غیرهمخوانی معناشناسی. در اینجا آگاهی زبان فعال می‌شود. در نماد برعکس، معنای لغوی حفظ می‌شود و مأخذ یا آگاهی شیئی فعال می‌گردد. سوال آن است که روش ما هنگامی که می‌خواهیم جزیی از یک متن را بطور نمادین بفهمیم، چگونه عمل کنیم. کورتسز برای توضیح روش فهم نمادین، میان فهم نمادین و فهم عملگرایانه تفکیک قائل می‌گردد. فهم عملگرایانه به عنوان فهم پایه در نظر گرفته می‌شود. مثلاً در زبان روزمره درباره دلایل و انگیزه‌ها، یعنی درباره تناسب‌های وسیله-هدف و داده‌های تجربی سوال می‌شود. در فهم نمادین موضوع اصلی درک معنا در فراسوست، یعنی مثلاً اینکه یک چاقو همچنین می‌تواند نماد پرخاشگری باشد. آنچه نمادین می‌نماید، یک عنصر عملگرایانه تجربی نیست، بلکه "همواره معنای دنیایی، روانی و اخلاقی دارد" (کورتسز ۱۹۸۲، ص: ۷۵).

در تشبیه با یک مقایسه پیشرفته مواجه می‌گردیم: در حالی که مقایسه فقط ۲ تصور انفرادی را به هم مرتبط می‌کند، تشبیه پهنه مقایسه را به یک واحد مستقل گسترش می‌دهد، همانطور که معمولاً برای تشبیه شعر حماسی از هومرز استفاده می‌شود. برخلاف استعاره، تشبیه تصویر را به جای چیز نمی‌نشانند، بلکه هر دو را توسط یک جزء قابل قیاس به هم پیوند می‌دهد (دیکشنری بزرگ بروک هاوس ۱۹۵۴، ص: ۶۹۹).

تفسیر استعاره‌ها و پیوند فضاهای تصوراتی گوناگون به عنوان عنصر دیالوگ روانکاوی

در پائین یک مطالعه زبان‌شناختی درباره یک دیالوگ روانکاوی ارائه می‌شود که نشان می‌دهد، کدام فعالیت‌های زبانی برای دیالوگ بین بیمار و درمانگر تعیین کننده‌اند. در اینجا می‌خواهیم فعالیت‌های زبانی را توصیف کنیم؛ در مورد اینکه دیالوگ روانکاوی بطور قاعده چگونه طی و یا تعبیر می‌شود، صحبت نخواهیم کرد.

اشارات روانکاو درمانگر: به وسیله این مطالعه زبان‌شناختی برای من روشن شد که در حین دیالوگ چه اتفاقی افتاده است. ارتباطات زمانی و مکانی مشخص شده که با کمک استعاره‌های قابل لمس ایجاد شد، حاوی عوامل بهبودبخش اساسی هستند. در حالی که بیمار خود را از چشم‌اندازهای گوناگون و ابعاد زمانی گوناگون می‌نگرد، به بینش جدید درباره خود دست می‌یابد.

آقای آرتور Y از تنش میان تأیید و تحقیر صحبت می‌کند. در بیان مشکل زیر، وی به مشکل و تردید خود درباره تأیید از بیرون اشاره می‌کند.

ب: اگر چیزی از بیرون تأیید گردد، چیزی که برای من مثبت است، چیزی را که خود من نیز می‌دانم، اما جایی، در گوشه‌ای از درون من، امکان آن را نمی‌بینم.

بیمار سپس به تردید خویش می‌پردازد.

ب: چیزی در درون من هست که همواره به من می‌گوید: هر جور خودت را نشان دهی و هر کاری که انجام دهی، کاملاً بی‌فایده است. این در اوضاع تغییری ایجاد نمی‌کند که تو در نهایت برای دیگران، برای محیط، برای همه کسانی که تو را می‌بینند، یک توده گند هستی که می‌خواهد، بو می‌دهد، سیگار می‌کشد و دود از او خارج می‌شود. تو موفق نمی‌شوی که این واقعیت، یعنی این توده گند را برای همیشه از دیگران پنهان کنی. و این کار با تهیه آثار هنری و یا پنهان کردن خود در پشت رفتارهای محبوبانه و موفقیت‌های شغلی، نیز میسر نخواهد شد. پس عملاً هر کاری که دلت می‌خواهد انجام بده.

او بگونه‌ای صحبت می‌کند که گویی این توده گند فقط از چشم دیگران دیده می‌شود، اما نه از چشم خود او. اما در ادامه طوری صحبت می‌کند که نه تنها از دید دیگران، بلکه از زاویه دید خود نیز خودش را بررسی می‌کند: "بالاخره زمانی کسانی که با من سروکار دارند می‌فهمند که آن پشت چیزی به غیر از یک انبوه گند چیزی نیست." بیمار سپس به تصویر ستاره دریایی می‌رسد که در آب کاملاً زیبا است، اما وقتی آن را روی ماسه می‌اندازی، مثل یک مشت لجن می‌شود. او بعد از بیان مشکل خود، یک استراحت طولانی می‌کند.

● در محاورت روزمره بعد از آنکه چنین مشکلاتی مطرح می‌شوند، سوالات و یا اظهار نظر شنونده قابل انتظار است (مثلاً: این وحشتناک است! یا: این حق تو نیست!). اما روانکاو برخلاف این رویه معمول پیش می‌رود و چنین افکاری را بیان می‌کند: "بله، این تصویر مرا به این فکر وامی‌دارد، به این فکر که شما بدین وسیله می‌خواهید بیان کنید که . . ."

روانکاو در اینجا از واژه تصویر، مترداف با استعاره استفاده می‌کند. همانگونه که ما در بالا توضیح دادیم در علم زبان‌شناسی، مفاهیم تصویر، تشبیه، مقایسه و استعاره غالباً مترادف با یکدیگر بکار برده می‌شوند. در زبان‌شناسی نیز مرزهای موجود میان این مفاهیم به درستی ترسیم نشده است. مثلاً واینریش از مفهوم استعاره برای تمامی اشکال تصاویر زبانی استفاده می‌کند. غالباً تصویر به‌عنوان یک چتر مفهومی برای استعاره، تشبیه و مقایسه بکار برده می‌شود.

● روانکاو به وضوح تصویر بیمار، یعنی استعاره ستاره دریایی را مورد توجه قرار می‌دهد. او به تجربه این ستاره دریایی و بدین ترتیب به تجربه بیمار خویش توجه می‌کند که خود را با این ستاره دریایی همانندسازی نموده است.

د: ... مثل آن موقعی که با احساس سرخوشی در آب شنا می‌کردید، یعنی در اوج شادکامی. من می‌توانم خوب تصور کنم که چرا شما هنوز به یاد این تصویر می‌افتید، چون شما آن را با وضعیتی مقایسه نمی‌کنید که در آن بسر می‌برید، چیزی که... .

ب: بله مشکل همین است.

د: ... شما از عهده آن برآمدید، بلکه به حالت شغف، به حالت ستاره دریایی، با حالت تکیه دادن به تخت شاهی.

روانکاو بر احساس خوشایند بیمار تأکید می‌ورزد، مادام که او (ستاره دریایی) هنوز در آب شنا می‌کرد بر تخت تکیه داده بود؛ قبل از آنکه به توده گند تبدیل شود. در حالی که بیمار بر جنبه‌های بیرونی تأکید می‌ورزید، روانکاو به تجربه درونی بیمار اشاره می‌کرد. روانکاو بدین ترتیب تعبیر استعاری بیمار را گسترش بخشید (گسترش معنا و رابطه استعاره)، وی در این گسترش مرکز ثقل جدیدی ایجاد (تعویض کانون توجه) و همزمان با تجربیات قبلی بیمار ارتباط برقرار کرد.

روانکاو با این تعبیر، چند فعالیت در حیطه زبان انجام داد. یکی از این فعالیت‌ها را بیشتر توضیح خواهیم داد: نمایش زبانی که فضای تصوراتی جدید در بیمار ایجاد می‌کند.

فضاهای راهنما در دیالوگ. بر مبنای مطالعات بولر (۱۹۳۴) و نیز مطالعات الیش (۱۹۷۹)، فلدر و گروودچیکی استفاده از مفاهیم نشان‌دهنده را "در ارتباط با فضاهای راهنمایی می‌بینند که هر گوینده ایجاد می‌کند تا به شنونده خود چیزهای مشخصی را نشان دهد" (۱۹۸۲، ص: ۱۷۴). آن‌ها سه نوع فضای راهنما را از یک‌دیگر تفکیک نمودند:

فضای صحبت و ادراک (برای گوینده و شنونده بطور مشترک)، در اینجا از ابزار نشان‌دهنده نظیر "من"، "تو"، "آن چیز در آنجا"، "اکنون" و غیره استفاده می‌گردد؛

فضای حرف اینگونه ایجاد می‌شود که در چارچوب ساماندهی زمانی و مکانی، یک حرف یا تبیین متن چیزی نشان داده می‌شود- با ابزاری نظیر "قبل از آنکه من شروع کنم، چگونه...". یا "در پائین اضافه خواهم کرد...".

بالاخره فضای تصورات داریم که در آن مفاهیمی چون "آن موقع"، "پس از آن"، "آنجا" استفاده می‌شوند. روانکاو در گفتگوی بررسی شده در اینجا، فضای صحبت و ادراک را با ضمائر "ما"، "شما را"، "این تصویر"، "در این تصویر" گشود. او همزمان فضاهای تصوراتی مختلفی باز کرد تا تجربه امروز را با تجربیات گذشته پیوند دهد. در این گفتگو ۳ فضای تصوراتی مشاهده شد:

فضای تصوراتی ۱: قبل از آن (قبل از تولد همشیره)،

فضای تصوراتی ۲: سپس، بعد (پس از تولد همشیره)،

فضای تصوراتی ۳: امروز.

روانکاو بین این ۳ فضای تصویری رابطه ایجاد کرده و نشان می‌دهد که تجربه امروزین بیمار تحت تأثیر "قبل از آن" و "سپس" بوده است. عمل نشان دادن بلحاظ زبانی اینگونه متحقق می‌شود که مفاهیم "تا زمانی که"، "هنوز"، "امروز" بکار برده می‌شوند.

روانکاو سپس در چارچوب تعبیر خود از استعاره "تاج" استفاده می‌کند که قبلاً نیز در این گفتگوی درمانی مطرح شده بود. برای روانکاو احساس خوشایند در آب به‌عنوان ستاره دریایی منطبق با احساس خوشایند بیمار بود، تا زمانی که وی حامل "تاج" بوده است، یعنی مادامی که به‌عنوان فرزند اول مورد توجه واقع می‌شده است.

"سپس"، یعنی بعد از تولد همشیره و بدین ترتیب "سقوط از تاج"، فقط یک توده گند بوده است، "بعد"، نوبت به شرمساری از مدفوع غیرارادی در مهد کودک می‌رسد. روانکاو با این اظهار نظر: "می‌توانم تصور کنم که شما هنوز این تحقیر را تجربه می‌کنید، چون شما این موقعیت را با آنچه امروز هستید، مقایسه می‌کنید"، با دنیای تجربی بیمار در امروز رابطه برقرار می‌کند (فضای تصویری ۳) و بر جنبه تجربه حقارت تأکید می‌ورزد.

در اینجا نیز روانکاو بعد تجربی را به تفسیر استعاره "انبوه گند" وارد می‌کند. روانکاو به بیمار متذکر می‌شود که وی امروز نیز به مانند گذشته حقارت را تجربه می‌کند (ترکیب فضای تصویری ۲ و ۳)، زیرا او شناسایی امروز را با توجه آن زمان (که متوجه فرزند اول خانواده بود) مقایسه می‌کند و به همین خاطر شناسایی امروزین خود را بی ارزش می‌کند.

روانکاو به‌علت اطلاعات قبلی خود قادر است در اینجا با بیان متمایز از ارزش‌زدایی و تحقیر صحبت کند، زیرا بیمار تاکنون چندبار در این باره صحبت کرده بود که به‌عنوان کودک در برابر تعارضی که تولد خواهرش ایجاد کرده بود با علامت بی‌اختیاری مدفوع واکنش نشان داده بود، و به همین سبب از جانب مادر بزرگ و مادر تحقیر شده بود.

تفسیر: بطور خلاصه می‌توان در تعبیر آنالیز شده که ضمن آن تفسیر استعاره به‌عنوان بخشی از الگوی رفتاری "تعبیر" مطرح شده، نکات زیر را مورد تأکید قرار داد:

روانکاو به‌وسیله تعبیر استعاره به تعویض مرکز ثقل توجه روی می‌آورد، از این طریق که به تجربه بیمار توجه می‌کند. همزمان او رابطه‌ای بین تجربیات گوناگون بیمار در حال و گذشته ایجاد می‌نماید.

روانکاو در تعبیر خویش، استمرار میان آن زمان و امروز را که بیمار تجربه می‌کند، روشن می‌سازد. او این استمرار را بدینگونه می‌شکند که تفاوت آن زمان و اکنون را نشان می‌دهد. همچنین فعالیت روانکاو برای ادغام تصاویر گوناگون در یک نمای منسجم قابل ذکر است.

استخراج معانی نمادین و تصویری در تعاملات بیمار و روانکاو

آقای آرتور Y از تجربه دیروز خود صحبت می کند که "تعجب آور، تعجب آور با ثبات" تشریح می کند. برعکس، تجربه شب گذشته وی است، هنگامی که چاقوی جیبی پسر و دخترش را می بیند. بیمار نگرانی خود در شب را توصیف می کند که توسط چاقو ایجاد شده بود:

ب: بله، دیشب این چاقو را پیدا کردم، بعد هراس در دلم افتاد که ممکن است با این چاقو فردی از خانواده خودم را مجروح کنم، چنین ترسی بیشتر در مقابل فرزندانم به من دست می دهد.

آقای آرتور Y تلاش دارد با این تهدید مقابله منظمی بکند، بدین ترتیب او رفتار خود را در شکل منسجم تشریح می کند (آن موقع، سپس)، (ترس، ترسیده بودم). بیمار تلاش دارد معنای چاقو را درک کند و بدین ترتیب در بعد فهم عملگرایانه آن نماد (چاقو) رفتار کند.

جالب توجه آنکه بیمار در تشریح خویش بر عادی بودن موضوع تأکید می ورزد و روش هایی در پیش می گیرد که مبین تلاش وی جهت تسلط بر اوضاع است. هر دو این کارها، احتمالاً به بیمار فرصت آن را می دهد که از تجربه خویش منفصل گردیده تا در آن مضمحل نگردد (این نشانه موقعیت های مرزی است).

همچنین تشبیه با هامستر (موش خانگی) که بیمار انجام می دهد، در خدمت ایجاد فاصله است.

ب: در این لحظه به یاد هامستر خودمان افتادم، وقتی او را بیرون می آوریم، روی صندلی می نشانیم، قاشق یا چیزی شبیه به آن نشانش می دهیم، آن را به دهانش می برد و سپس روی زمین می اندازد. وضعیت خنده دار و بامزه ای است، قاشق برای او ایجاد مزاحمت می کند. چاقو در خانه نیز برای من ایجاد مزاحمت می کرد.

اینکه بیمار در آن شب در ایجاد فاصله خود توفیق به دست آورد، اشاره به آن داشت که او فقط از "چیزی" صحبت می کرد که از آن ترسی به دل راه نمی داد.

آقای آرتور Y در ادامه به گره ای اشاره می کند که در جلسه دیگر در مورد آن صحبت شده بود. موضوع مربوط به گره ای است که بطور واقعی در یک دستگاه پله وجود دارد. این گره از نظر بیمار با پرخاشگری وی سر و کار دارد که زمانی روانکاو در باره آن بطور مستقیم صحبت کرده بود.

ب: اینکه من برای پذیرش واقعیت مشکل دارم، اینکه من پرخاشگری دارم.

او می گوید هنگامی که به این نقطه می رسد، کلافی از احساسات، امکانات، و قبل از همه اضطرابات و نیز شانس در وی به وجود می آید. بیمار سپس استعاره کلاف را که تداعی "باز کردن" آن را ایجاد می کند، برای یک مقایسه یا تشبیه بکار می گیرد.

ب: من مقایسه بهتری پیدا نمی‌کنم، اگر سر یا ته نخ را در دست داشتم، می‌توانستم کلاف را باز کنم، البته من سر نخ را دارم، من باید شروع کنم با کمک سرنخ به موضوع وارد شوم.

تشبیه کلاف که به هم‌ریختگی درونی بیمار را آشکار می‌کند، فقط به‌عنوان تشبیه مطرح نمی‌شود، بلکه جنبه مثبت آن نیز مورد تأکید قرار می‌گیرد: "من مقایسه بهتری پیدا نمی‌کنم." این نوع طرح یک مقایسه یا تشبیه می‌تواند به فاصله بیمار با تجربی درونی خویش اشاره داشته باشد.

آقای آرتور Y بعد از عوض کردن موضوع صحبت، دوبرتبه به چاقو می‌پردازد. او می‌گوید، دوست دارد این موضوع را در جلسه امروز بررسی کند. او درباره جلسه امروز ابراز تردید می‌کند، انتقاد نموده و سپس انتقاد خود را پس می‌گیرد. او بطور مستقیم نمی‌گوید که جلسه امروز برایش بیهوده بوده، بلکه می‌گوید: "والان، با وجود آنکه من این حس را ندارم، وقتی خودم را کنترل می‌کنم، که این جلسه بیهوده بود، واقعاً نبود، می‌خواستم از دهنم بپرد، و الان باز نتیجه‌ای نداد."

انتقاد چندین بار پس گرفته می‌شود از طریق:

جمله امتیازی: "با وجود آنکه"

حس نفی شده: "من این حس را ندارم."

تأکید: "واقعاً نبود."

غیرواقعی، تأکید بر عمل انجام نشده: "می‌خواستم از دهنم بپرد."

ده ثانیه سکوت برقرار می‌شود. روانکاو به موضوع مطروحه از جانب بیمار می‌پردازد و نه به انتقادی که بیمار مطرح می‌کند. وی این موضوع را به حیوان خانگی و چاقو مرتبط می‌سازد. او داستان هامستر را بازگو می‌کند که هر آنچه را که مزاحم اوست با نوکش می‌گیرد و بیرون می‌اندازد.

ر: شما به یاد هامستر افتادید که وقتی چیزی مزاحمش می‌شود، آن را با نوکش...

ب: بله.

ر: هل داده و پرت می‌کند...

ب: بله.

ر: ... چیزی که مزاحمت ایجاد می‌کند.

ب: خیلی بامزه می‌شود.

ر: هوم.

بیمار تشبیه با هامستر را بطور مستقیم به شرایط خویش منتقل می‌کند. او در تعبیر خود از این نماد به ابعاد ادراکی عملگرایانه نزدیک می‌شود.

ب: خوب بله، من می‌توانستم چاقو را بردارم و او را نابود کنم، اما این کار مسخره است. این راه حل نیست. چون در واقعیت ربطی به هامستر ندارد، و اگر من این را دور بیاندازم، در آشپزخانه به اندازه کافی هست، پس می‌توانم همه آن‌ها را یکباره دور بریزم (در ضمن صحبت می‌خندد)، در این صورت همسرم دنبال آن‌ها می‌گردد و می‌گوید: "ای وای، چاقوها دوباره کجا هستند؟" بعد من می‌توانم بگویم که: "همه آن را دور ریخته‌ام." او خواهد گفت: "دیوانه شده‌ای؟" و من خواهم گفت: "بله." روانکاو در ادامه جلسه به معنای نمادین هامستر می‌پردازد:

ر: بله، بله، هامستر که تبه و مجازات می‌شود و کشته می‌شود. . .

ب: بله.

هامستر و قبل از همه ذبح حیوانات خانگی - خوک و خرگوش - تاکنون در درمان زیاد نقش داشته‌اند. حیوانات نماد موجودات به بند کشیده شده و درمانده‌ای هستند که کتک می‌خورند و کشته می‌شوند. روانکاو در اینجا ارتباطی میان امروز و اظهارات پیشین بیمار ایجاد می‌کند (ارتباط چند فضای تصوراتی). بیمار با روانکاو موافق است، اما اشاره روانکاو به هامستر را اتفاقی خوانده و به آن نسبیت می‌بخشد.

آقای آرتور با بیان اینکه "اتفاقی است"، ارتباطی را که روانکاو ایجاد کرده بود، رد می‌کند. روانکاو در ابتدا موافقت می‌کند که اتفاقی بوده، اما سپس اظهار خود را با قید "شاید" نسبیت می‌بخشد. او تأکید می‌کند که هامستر به عنوان یک نماد معنادار است و فکر به او اتفاقی نبوده است (روانکاو بر ارتباطی که ایجاد کرده بود، تأکید می‌ورزد).

ر: این اتفاقی است بله، بله. شاید اتفاقی باشد. بله، مطمئناً اما من آن را در نظر دارم.

در اینجا مشخص می‌شود که بیمار از نگاه روانکاو چیزی را که خود درباره آن صحبت کرده، درک نکرده است. روانکاو با این اشاره که هامستر قبلاً هم در درمان نقش داشته، تعامل هم‌سطح را به نفع وارد شدن به سطح درمانی ترک می‌کند تا بدینوسیله آنچه را که برای بیمار غیرقابل فهم بوده را به وی منتقل کند. بیمار با عدم پذیرش سعی می‌کند، حالت همکارانه در سطح مشابه را دوباره برقرار سازد. روانکاو اما وارد این بُعد نمی‌شود و بر جایگاه خود تأکید می‌ورزد.

بیمار به بُعد تعبیر روانکاو وارد می‌شود.

ر: یعنی، وقتی چاقو مزاحمت ایجاد می‌کند، چون کسی را تهدید می‌کند، و کتک، وقتی به عنوان هامستر، می‌شود گفت. . .

ب: بله، همینجوری.

ر: . . . هامستر چیزی است که زمانی با یکی از این اشیاء. . .

ب: آه، بله.

ر: من به این یک بُعد انسانی می‌دهم.

ب: بله.

ر: ... کتک می‌خورد و دراز می‌کشد، پس نمی‌توان آن را نادیده گرفت. اما اگر اوضاع بگونه‌ای باشد که دیگر هامستر نباشیم، بلکه کسی که قدرت دارد و به همین خاطر باید کتک بخورد، تا از خودش دفاع کند. . .

ب: هوم.

ر: ... یک چاقو، نمی‌توان آن‌ها را جمع و جور کرد، بلکه. . .

ب: هرچقدر بگیرد، باز هم ناراضی است.

ر: هرچقدر بگیرد باز هم ناراضی است.

روانکاو نماد هامستر را در شکل کلی خود تعبیر می‌کند. هامستر نماد درماندگی اوست. اما روانکاو به بیمار درمانده، تخیلاتی را نسبت می‌دهد که بطور ناخودآگاه حفظ کرده، یعنی کسی باشد که قدرت دارد، مثل چاقو، تا از خودش دفاع کند. بیمار کسی نیست که از جانب چاقو تهدید می‌شود، بلکه فردی است که برای دفاع از خود به چاقو نیز نیازمند است.

روانکاو تلاش می‌کند روشن سازد که چاقو از طرفی نماد یک تهدید خارجی است، از طرف دیگر امکان دفاع از خود را فراهم می‌کند، یعنی نماد پرخاشگری خود نیز هست (پرخاشگری که می‌تواند دیگران را مجروح سازد).

بیمار به وسیله تذکرات مکرر خود "باز هم برایش کافی نیست"، به تأیید معنای نماد از جانب روانکاو دست می‌زند. بیمار به یاد می‌آورد فکر کرده بود که ترس ندارد. "می‌دانی که به کسی آسیبی نخواهی رساند، پس چرا از این چیز می‌ترسی؟"

روانکاو دنباله این فکر را می‌گیرد و آن را در پسر بیمار تدقیق می‌کند. روانکاو سپس گفته بیمار را نسبت می‌بخشد.

ر: شما خودتان هم می‌دانید که نمی‌خواستید به کسی لطمه‌ای وارد کنید، چون آسیب شما حد اکثر می‌تواند یک جنبه جانبی اجتناب‌ناپذیر باشد، اما. . .

ب: منظورتان چیست؟

ر: منظورم این است که شما اسیر نیستید، منظورم آن است که شما اگر قرار باشد کسی را به آن وادی بفرستید. . .

ب: بله.

روانکاو در اینجا روشن می کند که همانندسازی بیمار با هامستر با شرایط امروزی او خوانایی ندارد، چون امروزه او اسیر و برده نیست، بلکه کسی است که می تواند فرد دیگری را به آن وادی بفرستد، یعنی همکار خود را از محیط کار به بیرون براند.

با تعبیر پائین روانکاو سعی می کند به بیمار تفهیم نماید که او فرد قدرتمندی است که می تواند و می خواهد به دیگران لطمه بزند:

ر: موضوع این است که شما اسیر و برده نیستید، بلکه کسی هستید که قدرت دارد و می تواند اوضاع را بر طبق میل خود هدایت کند. در این صورت آن فرد ناراحت می شود، اما شما نه. به این معنا شما اگر اوضاع را برگردانید می توانید به آن دیگری آسیب وارد کنید.

ب: بله، این دقیقاً درست است، دوباره رسیدیم به آن گره.

ر: هوم.

ب: بله، آسیب رساندن؛ خوب است، انتقام بگیرم.

ر: بله، بله، هوم.

ب: خوب می شد، اگر چیزی...

ر: البته زمانی که انتقام می گیرید، درد آور نیز هست، شما آن را حس می کنید... در این صورت ورق را به سمت خودتان بر می گردانید، شما می دانید، که اگر آدم شلوارش را خیس کند، چقدر دردناک است.

روانکاو در تعبیر خویش ارتباطی میان تجربیات بیمار به عنوان برده (آن زمان) و واقعیت (امروز) ایجاد می کند؛ اکنون بیمار صاحب قدرت است و می تواند ورق را برگرداند (فضای تصوراتی ۴)، کسی که اما دقیقاً در لحظه ای که متوجه می شود، ورق را بر می گرداند و در خودش حس می کند (امروز)، چون او می داند که آدم وقتی شلوارش پر می شود چه حالتی دارد (آن زمان)، یعنی زمانی که انسان مورد بی توجهی واقع شده و ناراحت می شود. روانکاو بدین ترتیب تمام استعاره ها و نمادهای مطرح شده از جانب بیمار را در یک ارتباط منسجم قرار می دهد.

بیمار پس از یک مکث دوباره به نماد گره باز می گردد (در اینجا گره به معنای انسداد فکری است) که روانکاو آن را در قالب یک تشبیه تفسیر می کند:

ر: بله، تا کجا جرأت پیش روی دارید، شما الان در آخر خط ایستاده اید.

این خواسته روانکاو، پس از یک استراحت طولانی مطرح می شود: پس از آنکه بیمار بطور مختصر دوباره به پرخاشگری خود پرداخت تا بدین ترتیب در پایان این مرحله درمانی با تحقیر، پرخاشگری و درماندگی خود کنار بیاید. در ادامه مجدداً هامستر درمانده به موضوع گفتگو تبدیل می شود.

بیمار داده‌های تجربی مشخصی (چاقو، هامستر، گره) را به گفتگو وارد می‌نماید و تلاش می‌کند آن‌ها را در معنایی که برایش دارند درک کند (بعد ادراکی عملگرایانه). روانکاو به جنبه‌های معنایی این داده‌های تجربی فرای آنچه بیمار در نظر دارد می‌پردازد. او معنای نمادین این داده‌ها را در قالب تشبیهات ارائه می‌دهد. همزمان او حد و مرزهای معنای نمادین را متذکر می‌شود.

تفسیر: آنالیز زبان‌شناسی متن حاوی نکات زیر بود:

◀ در اینجا بیماری داشتیم که در حین درمان غالباً از تصاویر، تشبیه‌ها و نمادها استفاده می‌کرد. بر خلاف تعاملات روزمره، در اینجا بیمار و روانکاو از معنای آشکار نمادها فراتر رفته و به معنای پنهانی و نهفته آنان توجه داشتند.

◀ به عبارت دیگر: روانکاو در همکاری با بیمار اهمیت کلمات، تصاویر و استعاره‌ها را در متن زندگی بیمار جستجو کرد که تا آن زمان بیمار درک محدودی از آن‌ها داشت.

◀ روانکاو به بیمار کمک می‌کند که اظهارات خویش را بهتر درک نموده، آن‌ها را در ارتباط با هم قرار دهد و استمرار "آن زمان" و "امروز" و "فردا" را نشان دهد. این عمل با فعالیت‌های زبانی نظیر، توسعه معنایی و ارتباط آن، عوض کردن کانون توجه، گشودن فضای تصوراتی جدید و ایجاد تماس بین این فضاها تحقق می‌یابد.

◀ از زاویه علم زبان‌شناسی روشن می‌شود که تمام اظهارات در این دیالوگ بطور منظم از زاویه معنای نهفته آن‌ها قابل بررسی هستند و به وسیله مرتبط ساختن اظهارات بیمار، نوعی استمرار در تاریخچه زندگی او به دست می‌آید. این بررسی همچنین تأکیدی بر پربار بودن همکاری‌های بین رشته‌ای است (بوخ هولتز ۱۹۹۳).

۶-۷ بی‌طرفی و دوری جستن از برخوردهای ارزشی*

در درمان روانکاوی ارزش‌ها نقش مهمی ایفا می‌کنند. البته برای بیمار سوالات ارزشی زیادی مطرح هستند که مثلاً شامل حل مطلوب تعارضات، موضوع خوشبختی و یا اصالت برخی آرزوها می‌گردد. با این حال نمی‌توان ادعا کرد که درمانگر باید با تکیه بر ارزش‌های خود در این گفت‌وگوها وارد گردد.

دوری جستن روانکاوی از ارزش‌ها از جانب فروید در آن زمان بیشتر شامل حال موضوعات علمی می‌شد تا موضوعات درمانی

* Value Freedom and Neutrality
Wertfreiheit und Neutralität

"به علاوه کاملاً غیرعلمی است که درباره روانکاوی بر این مبنا قضاوت کنیم که قادر است مذهب، اقتدار و سنن را زیر پا بگذارد، چون مثل تمام علوم دیگر بی طرفانه عمل می کند و فقط به دنبال تبیین بخشی از واقعیت، عاری از تضاد است" (۱۹۲۳، ص: ۲۲۸).

هدف اصلی فروید در اینجا دفاع از جنبه علمی روانکاوی در بیرون و درون جریان روانکاوی بود. به نظر وی جنبه علمی روانکاوی قبل از هر چیز توسط انتقال متقابل مورد تهدید واقع می شد (نک به جلد مبانی ۱-۳). وی در هشدارهای خود پیرامون انتقال متقابل برای نخستین بار در سال ۱۹۱۴ مفهوم بی اعتنایی/بی تفاوتی را ارائه داد که بعداً توسط استریچی به واژه بی طرفی ترجمه گردید. بدین ترتیب فروید استنباطی از علم ارائه داد که مشخصه تجربه گرایی قرن ۱۹ بود: بر طبق این برداشت، عوامل ذهنی نباید در فرایند شناخت تأثیر گذارند تا اظهارنظرات درباره "واقعیت بیرونی" با یک دیگر خوانایی داشته باشند. پس هدف از بی تفاوتی یا بی طرفی استریچی، نهایتاً ضامن عینیت پذیری مطالعات روانکاوی بود. این هدف همانقدر غیرقابل حصول است که از روانکاو بخواهیم برای دستیابی به عینیت، بی اعتنا بماند. کاپلان (۱۹۸۲) نشان داد که خود فروید بارها به ایده آل خویش پشت کرد و اظهارات ارزشدوارانه بیان کرده است.

علیرغم ارزش مداری درمان روانکاوی، بحث آرمانی درباره یک علم بدون جهت گیری ارزشی همواره مطرح بوده است، بویژه زمانی که درباره بی طرفانه بودن روانکاوی صحبت می شود. ریشه این امر در تصورات عمیق درباره عینیت نهفته است. ارزش گذاری عموماً خصلت ذهنی دارد، بگونه ای که نمی توان آن را به عینه مستدل ساخت. از آنجایی که دستورالعمل ها و اصول راهنمای قابل اثبات بیناذهنی برای ارزشدآوری وجود ندارند، از طرفی هر فرد مختار است جهت گیری ارزشی خود را تعیین کند و از طرف دیگر با جبر عریان و یا مؤکدات اشکال متفاوت زندگی روبرو است. چنانچه درمان روانکاوی به دنبال انتقال برخی ارزش ها به بیماران باشد، آیا روانکاوی با این اصل که هر انسان باید بر مبنای درک خود به خوشبختی برسد، به تعارض دچار نمی شود؟ آیا در اینجا اعتبار یک مؤسسه پزشکی باعث نمی شود که به یک انسان نیازمند، یک ایدئولوژی خاص تحمیل گردد؟ یا می توان گفت که درمان روانکاوی ارزش گذاری نکرده و فقط کمک می کند تا انسان ها فقط به شناخت از خود نائل گردند؟ بطور معمول اینگونه استدلال می شود که روانکاوی در خدمت ارزش های اعتقادی نیست، بلکه فقط در خدمت خودمختاری فردی قرار دارد، بگونه ای که علایم فقط به عنوان تحدید حس و تجربه خودمختاری انسانی مورد نقد واقع شده و به وسیله انتقال خودشناسی مرتفع می گردند. طبق این نظریه روانکاو ایده آل کسی است که بیمار را درک و ادراکات خود را اظهار کند.

روانکاوی می‌تواند عملکرد درمانی و روشنگری خود را فقط در چهارچوب مواضع ارزشی درمانگر به انجام برساند.

دو فرضیه درباره بی‌طرفی ارزشی. دو فرضیه در این باره را در برابر هم بحث می‌کنیم. فرضیه اول درباره رها بودن درمان روانکاوی از ارزش‌ها است. دومین فرضیه ارزش-مداری درمان روانکاوی را بررسی می‌کند.

اولین فرضیه ادعا دارد که فرایند درمانی منحصرأ یک فرایند روشنگری است. به همین خاطر مهمترین اقدام درمانی تفسیر است. تفاسیر اظهار نظر درباره مؤلفه‌های رفتاری ناخودآگاه بیمار است. البته این تفاسیر غالباً توأم با ارزشداوری است، اما میان توصیف تصمیم‌گیری‌های ارزشی بیمار و اعلام موضع ارزشی این تصمیم‌گیری‌ها تفاوت وجود دارد. این، یعنی تفاوت میان واقعیت‌های تجربی و واقعیت‌های عاری از ارزشداوری و همان چیزی است که ماکس وبر (۱۹۰۴) بر آن تأکید داشت. این موضع بعدها توسط آلبرت (۱۹۷۱) تحت عنوان "منازعه ارزشداوری در جامعه‌شناسی" بسط یافت. طبق نظریه بی‌طرفی ارزشی، روانکاو نباید توصیه‌ای در جهت حل تعارضات ارائه دهند، بلکه باید بیمار را متوجه این نکته کنند که تعارضات مورد نظر حاوی چه نکاتی بوده و ریشه آن‌ها چیست.

فرضیه متقابل چنین مطرح می‌کند که درمان مقید به بی‌طرفی ارزشی، حاوی یک تضاد ذاتی است. زیرا درمان دربرگیرنده ارزشگذاری منفی بر دلیل رجوع افراد و معمولاً با علایم موجود همراه است. به علاوه در طی درمان اهداف قابل حصول مثبت و روش‌های دستیابی به این اهداف مورد نظر است. طبق این نظریه اعلام همزمان این مطلب ممکن نیست که روانکاوی بلحاظ ارزشی بی‌طرف است، اما می‌کوشد ناخودآگاه را به حیطه خودآگاهی هدایت کند. چنین انتظاری حاوی این ارزشداوری است که راهبردهای ناخودآگاه حل تعارضات موجود، در زمینه‌های خاصی نامطلوب‌تر از راهبردهای خودآگاه هستند. بر همین مبنا باید اشاره کرد که استقلال افراد، ارزشی است که در تضاد با ایده‌آل بی‌طرفی ارزشی روانکاوی قرار دارد.

در این صورت کسی که پیرو بی‌طرفی ارزشی است نیز اذعان دارد که تلاش وی در جهت سوق بیماران به سمت خودشناسی، حاوی ارزشداوری است. این پیش‌شرط شروع درمان است و توجیه خود را در باور عاری از ارزشگذاری دارد که طبق آن علایم بواسطه فرایندهای ناخودآگاه تولید می‌شوند. در این رابطه باید متذکر شد که یک تفاوت اساسی میان تبلور محتوایی برخی اهداف و روش‌های صوری وجود دارد که آیا افراد اساساً در موقعیتی هستند که بتوانند به نفع اهداف خود تصمیم‌گیری کنند. به همین خاطر استقلال به معنای لذت‌پرستی و یا ریاضت‌کشی یک ارزش نیست، زیرا این مفهوم به نوع و روشی برمی‌گردد که افراد خواسته‌های خود را تعیین می‌کنند. رفتار

نشانه‌دار مثلاً بواسطه محتوای اهداف آن به عنوان بیماری روانی تعریف نمی‌شوند، بلکه بدین طریق که افراد فاقد قدرت انتخاب بر علیه نشانه هستند. توگندهات (۱۹۸۴) مطرح می‌کند که رفتار نشانه‌دار توانمندی عملکرد خواستن را خدشه‌دار می‌نماید. مایسنر (۱۹۸۳) برخی ارزش‌هایی را تبیین نموده که به نظرش برای روانکاوی جنبه حیاتی دارند: فهم خود، جدی گرفتن خود، صداقت و نیز آمادگی پایبندی به ارزش‌ها. او نیز به این مطلب اشاره دارد که این ارزش‌ها در بُعدی انتزاعی قرار دارند و در تصمیم‌گیری‌های مشخص زندگی روزمره تبلور می‌یابند. بنابراین بی‌طرفی ارزشی باید حداقل به ارزشگذاری‌های مشخص محدود شوند و پایبندی به ارزش‌ها در ارتباط با ارزش‌های والاتر را رعایت کنند.

ایده آل بی‌طرفی ارزشی مخصوصاً زمانی در معرض فشارهای بیهوده قرار می‌گیرد که بخواهیم آن را در مورد نقش همدلانه روانکاوی بکار بگیریم. البته در همین نقطه است که معتقدیم اگر مفهوم بی‌طرفی ارزشی را در عمیق‌ترین معنای آن بکار بندیم، رفتار و درک بی‌طرفی ارزشی غیرممکن است. ما در معرض این تصمیم‌گیری داوطلبانه قرار نداریم که در ارتباطات بینانسانی ارزش-تهی رفتار کنیم. حتی زمانی که در برابر یک انسان دیگر فقط در بُعد مشاهده‌گری قرار داریم، همین دیدگاه و موقعیت نتیجه یک گرایش ارزشی است که آلترناتیوهای بهتر و یا بدتر از خود را نیز دارا است. می‌توان از یک مشاهده‌گر این سوال با معنی را کرد که آیا در موقعیت خاص درست است که فقط نظاره‌گر بوده یا نه. یک رابطه ارزش- تهی فقط زمانی قابل تصور است که روانکاو بتواند از رابطه خود با بیمار پرهیز کند. در غیر این صورت باید این سوال را در برابر خود بگذارد که آیا رفتار مشخص وی منطبق با شرایط است یا نه.

بدین ترتیب می‌توان گفت که بی‌طرفی روانکاوی ناشی از بی‌طرفی ارزشی نیست و نیز اینکه بی‌طرفی مجدانه در روانکاوی هنوز از بی‌طرفی ارزشی فاصله دارد. بی‌طرفی باید مبین یک رویکرد ارزشی در ارتباط با کار درمانی نگریسته شود. چنین رویکردی مثلاً شستشوی مغزی بیمار را مردود می‌شمارد. این رویکردهای ارزشی جنبه شخصیتی ندارد، بلکه به موقعیت مشخص بستگی دارد. موقعیت روانکاوی مبتنی بر این واقعیت است که فهم فرایندهای ناخودآگاه بر هر چیز دیگر مقدم است. چنانچه بیمار و روانکاو در این امر به توافق برسند که این هدف را در رأس فعالیت‌های خود قرار دهند، تصورات ارزشی دیگر و معیارهای تفکیکی دیگر معنای خود را از دست خواهند داد. طبیعی است که از این طریق نیز نمی‌توان به بی‌طرفی ارزشی در معنای فلسفی آن دست یافت، اما در این صورت حالتی پیش می‌آید که می‌توان از آن به عنوان فضای بازی یاد کرد که وجه مشخصه آن، تکرار تصورات ارزشی مشخص است. به نظر ما تثبیت چنین فضایی، بدون آنکه با تحقیر توأم

باشد، برای تفاهم میان روانکاو و بیمار از اهمیت بالایی برخوردار است. این فضا، به بیمار امنیت می‌دهد تا تکانش‌هایی را نشان دهد که احساس شرمساری و یا عذاب وجدان در باره آن‌ها دارد. چنانچه سیستم ارزشی و معیارهای قضاوت بیمار و نیز نگاه وی به واقعیت به موضوع مورد تفحص روانکاوی تبدیل گردد، چه کسی می‌تواند معیارهای ارزشی و کنترل واقعیت را بسنجد؟ تکیه بر بی‌طرفی روانکاوی از قوت این استدلال می‌کاهد که بیمار از طریق قطعیتی که به‌وسیله ارزش‌های روانکاو ایجاد می‌شود، توسط روانکاوی شستشوی مغزی داده می‌شود. بی‌طرفی از جانب دیگر باید مانع از آن شود که معیارهای قضاوتی که توسط اطرافیان بیمار و یا توسط نهاد یا فراخود بیمار ترسیم می‌شوند، بدون چون و چرا از جانب روانکاو پذیرفته شوند. در اینجا توصیه آنا فروید درباره ایجاد یک فاصله منظم قابل ذکر است.

"وظیفه درمانگر تبدیل ناخودآگاه به خودآگاه است، صرف نظر از آنکه این ناخودآگاه به کدام مرجع در دستگاه روان تعلق دارد. روانکاو توجه و دقت خود را بطور مساوی به هر سه مرجع (نهاد، خود، فراخود)، تا زمانی که حاوی اجزای ناخودآگاه می‌باشند، معطوف می‌کند و کار خود را از نقطه‌ای شروع می‌کند که از نهاد، خود و فراخود فاصله یکسانی داشته باشد" (۱۹۳۶، ص: ۳۴).

عینیت‌گرایی روانکاو مانع از آن می‌شود که از یک دیدگاه جانبداری نماید.

معیار واقعیت. مشکل مشابهی در ارتباط با رهیافت انتقال پیش آمد؛ چنانچه رابطه روانکاو و بیمار در معنای یک روانشناسی دونفره به موضوع روانکاوی تبدیل شود و انتقال فقط به‌عنوان تحریف الگوهای ارتباطی نگریسته نشود، پس دیدگاه قابل اطمینانی که بتوان از آن زاویه چنین رابطه‌ای را سنجید، در دسترس نمی‌باشد، زیرا هر دو طرف بطور متناوب "واقعیت" این رابطه را رقم می‌زنند. فروید و سپس هارتمن در برخوردی نسبتاً سطحی به "واقعیت جمعی سلیم" به‌عنوان معیار عادی یا غیرعادی بودن واقعیت بسنده کردند. از زمانی که روانکاوی نیز به نسبی بودن واقعیت پی برد (گولد ۱۹۷۰، والراشتین ۱۹۷۳)، دیگر نمی‌توان واقعیت را مستقل از معیارها و هنجارهای اجتماعی ارزیابی کرد. در اینجا نیز بی‌طرفی روانکاوی به یک رهیافت مهم تبدیل شد تا مانع از آن شود که روانکاو پیش‌فرض‌های نظری و شخصی خود را مبنای قضاوت انتقال قرار دهد و یا اینکه در تلاش برای فهم همدلانه بیمار، خود را اسیر پیش‌فرض‌های بیمار نماید. (شاپیرو ۱۹۸۴).

در اینجا عملکرد مصونیت‌بخش و بدین ترتیب ایدئولوژیک بی‌طرفی روانکاوی ایجاد شد. زیرا بن‌بست ارزشیابی محتواهای روانی از دیدگاه‌های متفاوت همچنان پا برجاست. می‌توان همراه با آنا

فروید توصیه کرد که نباید بطور کور از خواسته‌های نهاد یا فراخود پیروی کرد، اما فاصله همزمان و متعادل با هر سه مرجع روانی که ضامن صحت و مناسب بودن دیدگاه است را نمی‌توان متحقق ساخت. در شرایط متعارض "حقیقت" همیشه در معرض دید متعادل قرار ندارد، بلکه می‌تواند به گونه‌ای دیگر باشد. خوب یا بد، باید بدانیم که زمانی که به یک دیدگاه تکیه می‌کنیم، مکانیزم‌های دیگر روانی، از جمله مفروضات ناخودآگاه آن را نمی‌بینیم و نیز زمانی که می‌خواهیم با اجتناب از یک دیدگاه مشکلی را حل کنیم، مکانیزم‌های دیگر را بطور کامل از زاویه دید خود محو می‌کنیم. کار در مورد ناخودآگاه بطور اجتناب‌ناپذیر توأم با یک سویه‌نگری است. با این حال هنوز نوشته‌های زیادی بر این باور تأکید می‌ورزند که اگر روانکاو باز هم بی‌طرفی بیشتر در پیش می‌گرفت و یا باز هم شخص روانکاو بیشتر مورد آنالیز قرار می‌گرفت، می‌شد از یک سویه‌نگری پرهیز کرد. آن روی دیگر سکه خویش‌انداری از ارزشیابی که مشخصه کار بالینی است، ایده‌آل سازی بی‌رویه روش روانکاوی است. گرایش ایدئولوژیک پایه در این گرایش، حتی در نحوه بیان مطلب نیز تبلور یافته است: باید دقت کرد که در ادبیات روانکاوی بسیاری مواقع جملاتی نوشته می‌شوند که می‌گوید: وظیفه "روانکاو" چیست و یا روانکاوی چگونه باید باشد. چنانچه کسی از برخی ویژگی‌ها (مثلاً خنثی بودن) اجتناب ورزد، دیگر روانکاو واقعی محسوب نمی‌شود و یا رفتار غیرروانکاوی در پیش گرفته است. بدین ترتیب هرگونه تردید درباره روش روانکاوی منکوب می‌شود. همین دیدگاه است که مانع تعامل روانکاوی با رشته‌های دیگر گردیده و ظن خود محوربینی متعصبانه روانکاوی را در دیگران ایجاد می‌کند. چنین دیدگاهی سد بررسی نقش ذهنی و انسانی روانکاو در فرایند درمانی و مشاهده و مطالعه علمی و تجربی آن گردیده است.

دسترسی به یک نقطه مناسب برای ارزشیابی در روانکاوی و نیز کنترل واقعیت می‌تواند با رفتار بی‌طرفانه روانکاو تا حدودی تعدیل یابد، اما هیچ نوع بی‌طرفی و هیچ نوع عینی‌گرایی نمی‌تواند این مشکل را از اساس حل کند. واقعیت بر حسب موقعیت و بر اساس توافق طرفین تعریف می‌شود. علیرغم مقاومت و علیرغم همه پدیده‌های انتقال متقابل روانکاو و بیمار باید آمادگی آن را داشته باشند برای دستیابی به یک تفاهم یک‌دیگر را اقتناع کنند (نک به جلد مبانی ۴-۸).

جایگاه اجتماعی طرفین، یعنی موقعیت اجتماعی بیمار و قضاوت همکاران روانکاو، از تبدیل چنین تفاهمی به بیراهه جلوگیری می‌کند. تفاهم دست‌یافته به وسیله طرفین باید مفید بوده و به اثبات برسد، حتی اگر نتواند پاره‌ای قضاوت‌های بی‌مورد را تغییر دهد. چنانچه بیمار در حین آنالیز از موقعیت اجتماعی خود منفصل گردد، یا به عبارت دیگر به محیط اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، بی‌علاقه گردد، خطر شکل‌گیری یک دید محدود از واقعیت بزرگ خواهد شد. همین مسئله در مورد روانکاو نیز صدق می‌کند: آن زمان که وی خود را در معرض قضاوت همکاران قرار ندهد

و یا جامعه علمی روانکاو از بحث علمی در این باره پرهیز کند. اهمیت زیاد گزارشات موردی که از آغاز پیدایش روانکاوی وجود داشته، در این است که با بحث جمعی از بیراهه‌روی جلوگیری شود.

امتزاج با قاعده خویشنداری. امتزاج قاعده خویشنداری با موضوع بی‌طرفی، تأثیرات نامطلوبی بر تکنیک درمانی برجای گذارده است. قاعده خویشنداری، همانگونه که در جلد مبانی تحت ۱-۷ مطرح کردیم، بر رهیافت‌های پویایی‌گرایانه استوار گردیده است: این رهیافت باید مانع ارضای انتقالی گردد و با ویژگی‌های ناخوشایند رفتارهای اجتنابی پیوند خورده است. اما همانطور که گفتیم، پیشنهاد بی‌طرفی در خدمت استقلال بیمار و ایجاد فضای باز دیالوگ قرار دارد. این وضعیت با واژه "بی‌طرفی" بهتر از آن پوشش داده نمی‌شود که با مفهوم "بی‌تفاوتی" که فروید در ابتدا بکار گرفت.

به همین سبب ما پیشنهاد می‌کنیم که مفهوم "گشاده‌رویی ارزشی" یا "احتیاط" جایگزین واژه بی‌طرفی گردد.

گشاده‌رویی ارزشی در درمان از جوانب متفاوت مورد تهدید قرار می‌گیرد. زمانی که بیمار قصد آن داشته باشد که برخی تصورات خویش را بطور تهاجمی و یا استدلالی در برابر روانکاو به کرسی بنشاند، گشاده‌رویی ارزشی با خطر مواجه می‌گردد. این حالت در بیماران مذهبی و یا متعصبان ایدئولوژیک دیده می‌شود. تلاش برای گشاده‌رویی ارزشی در چنین حالتی همیشه باید به‌عنوان "نه" در برابر سیستم ارزشی بیمار تجربه گردد. در برخی موارد رسیدن به تفاهم در این زمینه طول می‌کشد. در برخی موارد درمان به‌علت عدم دستیابی به توافق ناکام می‌شود. طبیعی است که همین وضعیت زمانی که روانکاو بخواهد سیستم ارزشی خود را به بیمار تحمیل کند، پیش خواهد آمد.

حداکثر زمانی که بیماران در برابر خود و یا دیگران با خشونت و تندی رفتار می‌کنند، بی‌طرفی جایز نیست. در این مرحله روانکاو نیز باید حد و مرزهایی را تعریف کند تا بیمار از منظر درونی خود در موقعیت شناخت و اصلاح سیستم ارزشی قرار بگیرد.

هایگل و هایگل - اورز (۱۹۸۴) در این ارتباط بر اهمیت سنجش ارزش در فرایند روانکاوی تأکید و حد و مرزهای بی‌طرفی را ترسیم کردند.

چنانچه بخواهیم به استنباط صحیحی از گشاده‌رویی ارزشی به‌عنوان یک ایده‌آل درمانی برسیم، باید تدقیق شود که روانکاو از چه منظر و با تمسک به کدام اهداف مشخص، بی‌طرف یا گشاده‌رو خواهد بود. خویشنداری مبالغه‌آمیز و نیز ممزوج شدن با تعارضات بیمار مانع از شکل‌گیری بی‌طرفی مفید درمانی به‌عنوان یک ایده‌آل می‌شود. در ایده‌آل‌ها معمولاً معیارهای ساده و مشخصی

مبنا قرار نمی گیرند، بلکه بی طرفی یک جایگاه وابسته به شرایط است که با ادغام تضادهای قطبی تشریح می شود. این قطب بندی را می توان در ابعاد متفاوت توصیف نمود:

گشاده رویی در ساختار بندی فکری - نه پیشداورانه و نه غیر مطلع

نخستین گامی که ما را از ایده آل عینیت پذیری دور می کند، زمانی است که روانکاو سعی می کند به یک تصویر از بیمار دست یابد. در اینجا و بطور اجتناب ناپذیر پاره ای از اطلاعات به عنوان مهم و پاره ای دیگر به عنوان کم اهمیت ارزیابی می گردند، در همین جا الگوهای تجربی و انتظاری فعال می شوند. این الگوها از طرفی از تجربیات زندگی عملی روانکاو ناشی می شوند و از طرف دیگر منطبق با الگوهای کاری روانکاو بیمار هستند (نک به جلد مبانی ۳-۹). همانگونه که پیتروویند (۱۹۸۳) نشان داد، چنانچه این تصویر برای پردازش اطلاعات بعدی بسیار تعیین کننده باشد، می تواند به اختلال در فرایند و یا پیشداوری منجر گردد. به همین خاطر کاملاً لازم است که تصویر به دست آمده از بیمار را "ناکامل" گذاشته و از قبل تمام آنچه را که بیمار در آینده خواهد گفت و یا تجربه خواهد کرد، ندانیم.

چنانچه ایده آل عدم پیشداوری به ایدئولوژی تبدیل شود، اطلاعات مهم از جانب روانکاو دریافت نخواهد شد و نتیجه گیری های مهم تحقق نخواهد یافت. یک نمونه وحشتناک در این زمینه که در مراکز زیادی اجرا می گردد، کاری است که قبل از مصاحبه اول انجام می شود. در اینجا برای پرهیز از "آلودگی"، هیچگونه اطلاعاتی از بیمار جمع آوری نمی شود. نتیجه آنکه بیمار با روانکاو مواجه می گردد که از موضوعاتی که برای بیمار بسیار مهم هستند اطلاع ندارد. در چنین وضعیتی اختلال ارتباطی ایجاد می شود، زیرا بیمار عدم اطلاع رسانی در مورد موضوعات خویش را به مثابه بی علاقهی روانکاو ارزیابی خواهد کرد. در ثانی، چنین رویکردی مانع دستیابی به یک تصویر کامل از بیمار خواهد شد. بنابراین در یک بی طرفی صحیح باید نوعی تعادل میان پیشداوری و بی اطلاعی حاصل گردد.

احتیاط در احساس - نه وسوسه انگیز نه غیر قابل دسترس

احتیاط در احساس با موضوع انتقال متقابل پیوند دارد (نک به فصل ۳). ما در اینجا فقط به موضوع ترسیم حد و مرز می پردازیم. معمولاً خویششنده در طرح انتقال متقابل توصیه می شود، زیرا خطر آن می رود که روانکاو بیمار را به انحراف بکشاند و یا از جانب بیمار به انحراف کشیده شود. از طرف دیگر اجرای خشک و بسیار عقلانی انتقال متقابل این برداشت را به جای خواهد گذاشت که روانکاو هرگز قابل دسترس، جراحته پذیر و حساس نیست. این تجربه تا آن حد ممکن است بیمار را تحت تأثیر قرار دهد که از روانکاو چشم پوشی کند - نه از سر بینش، بلکه به علت سر خوردگی.

برای تغییر ساختاری بیمار لازم است که روانکاو خود را به عنوان یک فرد "جراحت پذیر" و "حساس" نشان دهد، ضمن آنکه قادر است بر جراحت پذیری و حساس بودن خود غلبه کند. در اینجا نیز باید برای هر جلسه به نوعی تعادل دست یافت.

گشاده رویی در تصورات ارزشی - نه جانبدارانه و نه بی رنگ و بو

هشدارهای فروید در راستای جلوگیری از تحمیل سیستم ارزشی بیگانه بر بیمار استوار شده بود. این خطر زمانی که بیمار و روانکاو ارزش های فرهنگی - اجتماعی مشابه دارند، کمتر می شود. اما می دانیم در صورتی که تفاوت میان سیستم های ارزشی بیمار و روانکاو زیاد باشند، امکان توفیق درمانی کمتر خواهد شد. این فاصله زمانی کم می شود که روانکاو خود را با سیستم ارزشی بیمار منطبق نماید تا بتواند از زاویه نگرش بیمار به او کمک کند. برحسب میزان انعطاف پذیری درمانگر، بالاخره در نقطه ای همانندسازی با بیمار دیگر ممکن نیست، در این جا ایده آل بی طرفی کنار گذاشته خواهد شد (گدو ۱۹۸۳). پس زمانی که یک روانکاو از پذیرش برخی بیماران اجتناب می ورزد از طرفی نوعی پیش بینی در آن نهفته است، از طرف دیگر مبین انعطاف ناپذیری روانکاو در سیستم ارزشی خود نیز هست.

در کار عملی روانکاو، بی طرفی در ارتباط با سیستم ارزشی خیلی سریع به حد و مرزهای خود نزدیک می شود: این امر اجتناب ناپذیر است که روانکاو به دنبال ارزشیابی های بیمار، لااقل تا حدودی بینش خود نسبت به موضوعات را ابراز کند. هر "هوم" در زمان بیان یک مطلب از جانب بیمار به عنوان تأیید جهان بینی خویش تفسیر می گردد و به همین سبب بیمار خواهان آن است. برعکس، فقدان "هوم" مبین بدبینی و یا عدم تأیید نهفته تفسیر می گردد. می توان این تفسیر بیمار را زیر سوال برد، اما قانع کردن او که چیزی را به اشتباه ادراک نموده امر بسیار دشواری است، این در حالی است که می دانیم بیماران بطور غریزی معمولاً ادراکات درستی دارند. به میزانی که روانکاو برخورد زنده و طبیعی با بیمار دارد، به همان میزان جانبداری غیرمستقیم در تفاسیر مشخص وجود دارند.

گریسون (۱۹۶۷) در نمایی مصور یک نمونه ارائه می دهد که به وسیله اظهارات شبه کلامی دیدگاه سیاسی روانکاو آشکار می گردد، که ضمن آن بیمار خود را تحت فشار حس می کرد. لیشتن برگ (۱۹۸۳) در یک نمونه موردی نشان می دهد که در فعالیت روانکاو تصورات ارزشی مشخصی نمایان گردیده که برای بیمار قابل رؤیت بوده و او را تحت تأثیر قرار داده بود.

یک راه برون رفت ظاهری از این بن بست آن است که روانکاو در تأیید بیمار به حداقل ممکن بسنده کند، بگونه ای که درک این مطلب برای بیمار مشکل باشد که روانکاو کجا تأیید و کجا تردید ابراز می کند. بدین ترتیب خطر جانبداری غیرمستقیم کوچک می شود، اما روانکاو تبدیل به

موجود بی‌رنگ و بویی می‌شود که دیگر قادر نیست عملکرد خود را به‌عنوان ابژه همانندسازی ایفا کند (نک ۴-۲). اینکه چه میزان سرزندگی برای یک فرایند مطلوب درمانی مناسب است، به خصوصیات شخصیتی روانکاو و بیمار بستگی دارد، البته نه فقط شدت اختلال، بلکه قبل از هر چیز نوع و سبک تربیتی طرفین در اینجا از اهمیت وافر برخوردار است.

گشاده‌روی درباره جهت تغییرات - نه قیم‌مأبانه و نه بی‌علاقه

تناسب بی‌طرفی روانکاوی با اهداف درمانی روانکاو، موضوع بس پیچیده‌ای است. اهداف درمانی الزاماً با سیستم ارزشی پیوند می‌خورند و با کمک چنین اهدافی تصورات ارزشی روانکاو به آسانی قابل تحقق هستند. اینکه فروید اهداف درمانی مشخصی در نظر داشت، از آنجا آشکار می‌شود که وی برای روانکاو وظیفه "بهبود و تربیت" بیمار را قائل بود (۱۹۴۰، ص: ۱۰۱). اما همزمان هشدار می‌داد که مبادا از این عملکرد سوءاستفاده‌ای شود و یا آنکه روانکاو بیمار را طبق سلیقه و الگوی خود درست کند. تجربیات بالینی می‌آموزد که روانکاو زمانی در معرض این خطر قرار دارد که احساس نزدیکی و همدلی با بیمار داشته باشد. رفتار قیم‌مأبانه روانکاو معمولاً با آمادگی بیمار جهت آنکه مورد پسند روانکاو قرار بگیرد پیوند دارد، به همین خاطر اشکال نرم و ظریفی به خود خواهد گرفت.

راه برون‌رفت دیگر که البته سوال‌برانگیز می‌نماید آن است که از تعیین و پیگیری اهداف درمانی چشم‌پوشی نموده و یا آن‌ها را چنان بی‌در و پیکر تعریف کنیم که عملاً معنای مشخصی نیابند. در این صورت "روانکاوی گرایش‌گریز" احیای خویش را در جامه‌ای نو جشن خواهد گرفت: در این صورت تنها هدف آن است که "آثار و کج‌روی‌های ناشی از زندگی را در فرهنگ خود پیگیری و کشف نماییم" (پارین و پارین ماتای ۱۹۸۳) و یا که آنالیز پایان‌پذیر را به آنالیز پایان‌ناپذیر تبدیل نماییم، در این حال فرایند روانکاوی به هدف غایی تبدیل خواهد شد (بلرر و بروگل ۱۹۸۳). در اینجا نیز با ایده‌آل‌سازی و مصونیت‌بخشی مواجه هستیم: تنها در موارد قلیل - آن هم فقط در مراحل رضایتبخش درمان - می‌توان خود آنالیزی بیمار را مد نظر قرار داد و عواقب آن را به عهده خود بیمار گذاشت. آنالیز خود یک ارزش قدسی نیست که سوءاستفاده از آن و استقلال آن از بافت اجتماعی تأمین شده باشد. ایده‌آل آنالیز خود با این تصور پیوند خورده که باید در موقعیت‌های گوناگون خود را به اثبات رسانده و از عهده آزمایش برآید. این که اثبات رساندن چه معنایی دارد، بستگی به معیارهایی دارد که روانکاو و بیمار برای شرایط متفاوت زندگی تعریف می‌کنند. اثبات کارآمدی فرایند روانکاوی معمولاً با تداوم علایم نوروپیک زیر سوال می‌رود و زمانی که روانکاو در برابر پیامدهای فرایند روانکاوی بی‌تفاوتی از خود نشان دهد، به معنای عدم علاقه خواهد بود.

هوفر نیز که قبلاً به او استناد کردیم زمانی که بی‌طرفی را با قطب‌نما مقایسه می‌کند، در معرض این خطر قرار دارد که علاقه بین‌انسانی در پروسه روانکاوی را انکار کند. به نظر وی قطب‌نما راهی را که باید برویم به ما نشان نمی‌دهد، بلکه کمک می‌کند که راهی را که اکنون می‌رویم شناخته و نیز دریابیم که چه مسیری را پشت سر گذارده‌ایم (۱۹۸۵، ص: ۷۹۱). بی‌طرفی در این استعاره در خدمت انکار علاقه و نفوذی است که روانکاو بر بیمار اعمال می‌کند. استعاره قطب‌نما، شبیه به استعاره راهنمای کوهنوردی است که فروید بکار می‌برد. دانش و آگاهی زیادی لازم است تا خطر راه و توانمندی بیمار جهت حل مشکلات خویش را درست ارزیابی کنیم، بگونه‌ای که شرایط پیچیده و غامض نگردد. گشاده‌رویی ارزشی به مثابه یک ایده‌آل آن نیست که بیمار را با مقید کردن به قواعد رفتاری از امتحان و تجربه شرایط خویش بازداریم، به عبارتی قیم او شده و دست او را بگیریم تا تاتی تاتی راه برود؛ اما بی‌طرفی به معنای آن نیز نیست که زمانی که بیمار از عهده شرایط خویش بر نمی‌آید، او را در آنالیز خویش به حال خود رها کنیم.

احتیاط در اعمال قدرت - نه مداخله‌گرانه و مزاحم و نه غیرهمدلانه

تأثیر قدرت در فرایند روانکاوی به ندرت مورد بحث واقع می‌شود. منتقدان روانکاوی معمولاً با گوشه و کنایه در این باره صحبت می‌کنند. کنایه حاوی تمایلی است تا با استناد به تکنیک روانکاوی خود را هر چه سریع‌تر از معرکه برهاند: این استدلال که روانکاو به علت محدودیت‌های تعبیر و نیز رفتار خویشتندارانه اعمال قدرت نمی‌کند، پاسخگوی این مشکلات نیست. اتفاقاً به علت محتوای ناخودآگاه، برخی شیوه‌های رفتاری می‌توانند در جنگ قدرت نقش داشته باشند. بطور عموم پذیرفته شده است که تعبیرات برای به کرسی نشاندن شرایط جلسه بکار گرفته می‌شوند. شکاف قدرت زمانی بزرگتر می‌شود که بواسطه تعبیرات عمیق، حقیقت ناخودآگاه بیمار مورد بحث واقع شود.

سکوت می‌تواند به عنوان ابزار قدرت تجربه شده و به همین منظور مورد استفاده قرار بگیرد. در موارد مطلوب روانکاو ساکت باعث آن می‌شود که بیمار در حالت پسرقتی خویش فرورفته و احساس آرامش داشته باشد. در سکوت‌های طولانی نباید از نظر دور داشت که بازخورد امتناع شده، تأثیرات متفاوتی بر جای خواهد گذاشت؛ هر چقدر روانکاو سکوت طولانی‌تری در پیش بگیرد، به همان میزان در چشم بیمار قدرتمندتر می‌شود و بدینوسیله الگوهای تجربی کودکانه در وی فعال می‌گردند (نک جلد مبانی ۵-۸). برای روانکاوانی که سکوت اختیار می‌کنند، ممکن است نوعی خودفریبی مطلوب باشد که بی‌طرف بوده و اظهارات ارزشی نمی‌کنند. در اینجا این مسئله انکار می‌شود که بیماری که شوق زیاد برای دریافت پاسخ عاطفی دارد، کوچکترین اظهار نظر یا مشوقی را با کمال میل پذیرا خواهد شد. حتی همین واقعیت که روانکاو در برخی مواقع دهان خود را باز می‌کند،

اهداف ناگفته روانکاو را برای وی آشکار می‌سازد. بدین ترتیب مقاومت بیمار تحت تأثیر قرار خواهد گرفت. چهره پُرراز روانکاو نوعی تجسم است که در پس آن سوءاستفاده از قدرت نهفته است. تنها یک روانکاو سرد و غیرهمدلانه که واکنش‌های غیرقابل پیش‌بینی و متزلزل از خود نشان می‌دهد، برای بیمار به یک چهره معمایی تبدیل می‌گردد.

سوءاستفاده به‌وسیله سکوت هدفمند و یا تعبیر مؤکد بویژه از جانب روانشناسی خود روانکاو مورد انتقاد قرار گرفته است (نک به ولف ۱۹۸۳). البته رهیافت همدلی نیز نمی‌تواند مانع از اعمال قدرت در روانکاو گردد. یکی از ابزار مهم به کرسی نشاندن معیارهای اجتماعی، امتناع از همدلی است. عدم درک بیماران را تا حدودی به ورطه انزوا نزدیک می‌کند، و روانکاو در کار درمانی خود "نباید درک کنند"، زمانی که تعجب می‌کنند، متوجه می‌شوند و می‌خواهند آنالیز کنند. بدین ترتیب آنان الزاماً ابزار قدرت به دست می‌آورند، بویژه آنکه در ید اختیار آنان است که چه زمان متعجب گردیده و آنالیز را شروع کنند. پس بنابراین اگر قرار باشد بی‌طرفی به‌عنوان یک ایده‌آل تکنیک درمانی مورد استفاده قرار بگیرد، باید از خویش‌تنداری، سکوت و تعبیرات مؤکد پرهیز کرد. جایگاه ایده‌آل در وسط قرار دارد، در حالی که بیمار در تعیین مسیر سهیم می‌گردد، بدون آنکه کنترل آشکاری در این فرایند اعمال کند. خطر سوءاستفاده آن هنگام کوچکت می‌شود که روانکاو گام‌های تکنیکی خود را برای بیمار توضیح داده و درباره شیوه‌های بروز اعمال قدرت با بیمار صحبت کند. اینکه توافق بر سر قدرت به چه نحو اعمال شود، فضای آزادی ایجاد می‌کند که به شکوفایی فرایند روانکاو ختم خواهد شد.

نمونه

ابعاد متفاوت بی‌طرفی را در نمونه‌ای روشن می‌کنیم که از آنالیز یک کارمند ۳۰ ساله برگرفته‌ایم. آقای نوربرت Y به علت اضطراب‌های جسمی که در ارتباط با مشکلات رابطه زوجی قرار داشتند، به درمان مراجعه کرده بود.

در جلسه ۲۰۰ آقای نوربرت Y در ابتدا از نگرانی خود درباره اقدامات تروریستی صحبت می‌کند. او از طرفی می‌ترسد از این جریانات آسیب ببیند، همزمان فکر می‌کند که حق آدم‌هاست که تروریست‌ها از خودشان دفاع کنند. بی‌پروایی و عدم رعایت حال دیگران فراگیر شده و زندگی را سخت و دشوار نموده است. مثلاً در حفظ محیط زیست آشکارا به طبیعت و حقوق انسان‌ها ظلم می‌شود.

در این مرحله من عمدتاً به بیمار گوش می‌دهم و اظهارات وی را با سوال‌ها و یا اشارات توضیحی تکمیل می‌کنم.

بیمار سپس به یاد موقعیتی می‌افتد که ضمن آن رانندگان اتومبیل بدون رعایت حال پیاده‌روها رانندگی می‌کنند. او از این حالت لذت می‌برده که بعضاً با یک ساک دستی به نحوی در خیابان راه می‌رفته که موجب انسداد خیابان گشته، بگونه‌ای که رانندگان مجبور بوده‌اند پشت سر او را آرامی رانندگی کنند.

من در ضمن این تشریح نیز عمدتاً به بیمار گوش می‌دهم.

سپس به مشاجره‌ای با دوست دخترش اشاره می‌کند که در برابر دوستش که می‌خواسته برای او تعیین و تکلیف کند، شدیداً مقابله کرده است. بیمار موقعیت نسبتاً کم درد و سری را تشریح می‌کند که در مقابل آن واکنش شدید نشان داده است. او به دوستش حمله شدید کرده و او را یک فرد خودخواه و غیرجذاب توصیف کرده است؛ به نظر بیمار دوستش فاقد حس ظریف است. به لحاظ عاطفی نوعی حس پیروزی جلب توجه می‌کرد، زیرا بیمار در مقابل دوستش که بارها او را تحت فشار قرار می‌گذاشت، از خود دفاع کرده بود.

من تحت تأثیر این گزارش قرار گرفتم، و به همین خاطر در این جا سکوت کردم، با وجود آنکه بیمار به نوعی انتظار داشت که من وی را تأیید کنم.

بیمار در اینجا اعتراض کرد که من در این نقطه از او حمایت نکرده، بلکه از دوست دخترش حمایت می‌کنم. او با تشدید عصبانیت اظهار می‌کند که من بیشتر جانب دوستش را می‌گیرم تا جانب وی را. او در جایی خوانده بود که روانکاوان اگر می‌خواهند به بیماران خود کمک واقعی کنند، باید از آن‌ها حمایت کنند. او فکر می‌کرد من در مقابل دوستش او را قائل گذاشته‌ام. به نظر بیمار من شاید روانکاو هستم که علایق بیمارانم را در نظر نمی‌گیرم و خیلی کتابی عمل می‌کنم.

من به بیمار می‌گویم که او ظاهراً دریافته که گزارش وی درباره مشاجره‌اش، مرا سردرگم نموده و او اینک از اینکه من جانب او را نگرفته‌ام، ناراحت است. می‌گویم، در این لحظه من جای دوستش را گرفته‌ام که دیگر یک تار موی خوب نیز در وی پیدا نمی‌شود. همچنین جای آلوده‌کنندگان محیط زیست و رانندگان بی‌پروای خیابان نیز قرار گرفته‌ام.

بیمار در اینجا یک‌بار خورد و پس از یک مکث کوتاه اظهار داشت: اول فکر کردم شما مرا از اینجا بیرون می‌کنید، و بعد یک مرتبه ترسیدم که شما شدیداً به کمبودهای من توجه کنید.

"توجه به کمبود" به عنوان محتوای ترس، توجه مرا برانگیخت و من در باره آن از بیمار سوال کردم.

او تصور داشت که من بطور اساسی وی را مورد سوال و جواب خواهم داد تا به او بفهمانم که چقدر افکار احمقانه، عقب افتاده و غیرمؤدبانه دارد. این افکار که از جانب بیمار شدیداً مسخره می شد و به همین خاطر شرمسارانه بود، بخشاً به رابطه او با مادرش مربوط می شد: برحسب خاطرات بیمار، مادر از طرفی او را نازپرورده می کرد و از طرفی دیگر در حضور آشنایان و فامیل به او می گفت چقدر احمق و غیرمؤدب است. اینکه او در چنین شرایط از خشم موجود به گریه می افتاد، اوضاع را بدتر می کرد. من با پاره ای از جنبه های تاریخچه زندگی او قبل از این جلسه آشنایی داشتم، اما اکنون می توانستم بفهمم که درماندگی و شرمساری او چقدر بزرگ بود. او به همین نسبت نیاز داشت تا با دست و پا زدن از بند این درماندگی خلاصی یابد. زمانی که ما این مکانیزم را درک کردیم، بیمار یک فاصله عادی با من و دوست دخترش برقرار کرد، دوستی که حق بجانبی هایش بیمار را ناراحت، اما از این پس دیگر عصبانی نمی کرد.

این نمونه نشان می دهد که من درباره نظرات سیاسی بیمار لازم نبود موضع گیری کنم و او نیز در انتقاداتی نیز که بعداً به شرایط سیاسی ابراز می کرد، از این بابت از من رنجور نمی شد. در آنالیز، مشکلات روانی حائز اهمیت درجه اول هستند و موضوعات سیاسی به پس زمینه رانده می شوند. برای من در مرحله اول قبل از هر چیز، هیجانات بیمار جالب بود، کشف پرخاشگری در اظهارات وی کار مشکلی نبود، اگرچه منشأ آن برای من ناروشن بود.

گزارش درباره رانندگان بی مراعات و انتقام او از آنها، این تفاوت را با گذشته داشت که بیمار در اینجا در مورد رفتار خودش بحث کرد. این رفتار با ایده آل مسئولیت پذیری فردی در تصادم است: بیمار از موقعیت قربانی، توجه برای عدم رعایت حقوق دیگران به دست می آورد.

گزارش درباره مشاجره با دوست دختر، افزایش اپیزودهای سابق را نشان می داد. در اینجا باز هم با سرزنش عدم رعایت و پرخاشگری روبرو هستیم که در تحقیر کم سابقه دوست دختر نمایان گردیده است. در اینجا نیز بیمار خود را به عنوان قربانی تجربه کرده بود و انتظار داشت من با تجربه وی همراه گردم. اما فاصله با ایده آل مسئولیت پذیری آنقدر زیاد بود که من نیز به آن واکنش نشان دادم و نتوانستم با بیمار همراه گردم. در اینجا من حتی از بکار بردن لفظ "هوم" که به معنای درک طرف مقابل می باشد، دریغ کردم. بدین ترتیب من از حد و مرزهای رفتاری که بیمار انتظار آن را داشت عبور کردم. در اینجا می شد این انتقاد را مطرح کرد که من از ارزشگذاری صریح ممانعت کرده و از جانب داری بیمار یا دوست دخترش پرهیز نموده ام. اما برای بیمار، پس از آنکه من در جلسه به لحاظ عاطفی با او همراهی کرده بودم، اجتناب آشکار من از جانب داری به معنای بی طرفی نبود. به همین خاطر او حق داشت به این نتیجه گیری برسد که من در خفا به اقدامات او به دیده انتقاد می نگرم.

این تعویض در رفتار روانکاوی، مرا به یک ابژه خودسر تبدیل کرد که به وسیله بیمار مورد حمله و تحقیر قرار گرفت. در اینجا من باید روی لبه تیغ جریحه پذیری ناخواسته و غیرقابل دسترس بودن ناخواسته حرکت می کردم.

مداخلات در این جلسه به گونه ای اجرا شد تا علاقه به واکنش های هیجانی بیمار را نشان بدهد. این واقعیت که اظهارات وی همچنین جریحه دار می ساخت، در پس زمینه ماند. خوشبختانه واکنش بیمار نسبت به این پیشنهاد مثبت بود؛ او اظهارات خود را به سرعت پس نگرفت و یا آنکه آن را بطور دفاعی تشدید نکرد، بلکه او به نوبه خود درباره یک هیجان تازه در خودش گزارش داد، یعنی درباره ترس خویش از من سخن گفت. فقط بر این مبنا که علاقه برای درک، بر محکوم کردن رفتارها چیرگی یافت، توانستیم ترس بیمار را فهمیده و واکنش های پی در پی دست و پا زدن وی را درک کنیم که در انطباق با تجربیات ضایعه ای او بود.

۷-۷ گمنامی/ حفظ اسرار و رفتار طبیعی*

تماس خارج از اتاق درمان

ما روانکاو گمنام و غیرصمیمی را در برابر رفتار طبیعی وی قرار می دهیم، زیرا در رفتار طبیعی او است که اعتبار شخصی وی بروز می کند. ما به وسیله نظرات خود می خواهیم به راه حل هایی در میدان پرتنش دست یابیم که واقعاً وجود دارد و نمی توان آن را نادیده گرفت. روانکاو در اتاق درمان نقش دیگری ایفا می کند تا در بیرون اتاق، این امر در مورد بیمار نیز صدق می کند. به همین خاطر این موضوع ایجاب می کند که نقاط تماس در محل تلاقی را دریابیم. تماس های بیرون از اتاق درمان که برای ما اهمیت فراوان دارد، باید در پرتو موقعیت درمانی دیده شود و برعکس. تعریف نقش های گوناگون با یک دیگر مرتبط است. مشکلاتی که بیمار و روانکاو در تماس های بیرون اتاق درمان با آن درگیر می شوند، به موضوع رفتار طبیعی در اتاق درمان گره خورده و چشم انداز تازه ای بر ما می گشاید.

"در حالت تردید طبیعی عمل کن"، این توصیه به سادگی قابل اجراست، البته مادام که انسان در وضعیت علوم اجتماعی ساده لوحانه قرار دارد. زیرا موضوع طبیعی بودن از ماهیت دوم انسان، یعنی تربیت اجتماعی او سرچشمه می گیرد. تجربه می آموزد که روانکاو و بیماران در برخوردهای بیرون از اتاق درمان نمی توانند آزاد و راحت با یک دیگر روبرو شده و حرف بزنند. احتمالاً این

* Anonymity and Naturalness
Anonymität und Natürlichkeit

مطلب به تفاوت میان موقعیت روانکاوی و دیگر بافت‌های اجتماعی بستگی دارد. چنانچه بیمار در یک جمع خود را به دست تداعی آزاد بسپارد و روانکاو بجای آنکه درباره موضوعات عام نظیر آب و هوا و تعطیلات صحبت کند، به تفسیرهای توأم با سکوت و تأمل روی آورد، جالب و مناسب نخواهد بود. تفاوت تجربه شده، به وسیله عدم تعادل و توازن ایجاد می‌گردد. بیمار احساس ناامنی پیدا می‌کند، زیرا از آن هراس دارد که روانکاو اطلاعات رد و بدل شده در جلسه درمانی را در ذهن داشته باشد. احساس شرمندگی بروز می‌کند. از طرف دیگر روانکاو در برخوردهای خودجوش خود محدود می‌گردد، زیرا به تأثیرات چنین رفتاری بر فرایند درمان فکر می‌کند.

شدت تفاوت میان درون و بیرون و اشکال محتوایی آن متفاوت است و در نحوه بروز به عوامل متعددی بستگی دارد. به همین خاطر ارائه مطلب در این باره از طریق جمع و ارائه نمونه‌ها غیرممکن است. پیش‌شرط اولیه جهت ارائه راه‌حل‌های مناسب برای این مشکل، پذیرش و شناسایی آن است. چنانچه روانکاو بپذیرد که این مشکل به او نیز مربوط می‌شود، بیمار نیز خواهد توانست نقش‌های متناسب خود را پیدا کرده، به نحوی که به اهداف و تکالیف درمانی آسیبی وارد نگردد. عملکرد روانکاو در اتاق درمان را می‌توان بر مبنای تئوری نقش‌ها توضیح داد، همانگونه که همان روانکاو می‌تواند در مباحث سیاسی و یا امور دیگر شرکت نماید.

شناسایی تنوع نقش‌ها حاوی تفاوت است. این در مقایسه با تجربیاتی که بیمار و روانکاو در اتاق درمان دارند قابل سنجش است.

به نمونه‌ای از طبیعی بودن اشاره می‌کنیم: هایمن در انتهای سیر شغلی خود (۱۹۷۸) این مسئله را کشف کرد که رفتار روانکاو با بیمارش باید طبیعی باشد. ما بدین خاطر و بدون هرگونه کنایه‌ای از کشف صحبت می‌کنیم، زیرا هایمن به‌عنوان روانکاو (زن) همواره و بطور غریزی به این مسئله باور داشت، اما در مقالات آخر بود که از زاویه درمانی، طبیعی بودن را در برابر بی‌طرفی و گمنامی قرار داد. قطعاً عنوان نوشته او "ضرورت برخورد طبیعی روانکاو با بیمارش"، تصادفی نبود. ضمناً این مقاله به زبان آلمانی تقریباً ناشناخته ماند.

تعیین نقش که به حذف خودجوشی می‌انجامد، چون می‌گوید اول فکر کن و بعد واکنش نشان بده، چیز غیرممکنی را می‌طلبد. چنانچه روانکاو گمان کند که خودجوشی با نقش حرفه‌ای او همسو نیست، در محیط اجتماعی با بیمارش مخصوصاً احساس راحتی نخواهد داشت. بیمار به نوبه خود حریص می‌شود تا درمانگر خود را به رفتار و اظهار نظر خودجوش بکشانند و یا آنکه با وی ملاقاتی در خارج و به‌عنوان یک فرد معمولی داشته باشد.

نشانه‌های زیادی به نفع این نظر وجود دارد که قاعده "در حالت تردید، طبیعی رفتار کن"، نه در موقعیت درمانی و نه بیرون از آن به راحتی قابل تحقق نیست.

ما پاره‌ای مشاهدات مهم در این زمینه را ارائه می‌دهیم.

● بسیاری از روانکاوان، چنانچه این امر منافاتی با آداب غالب اجتماعی نداشته باشد، از برخورد با بیماران خود پرهیز می‌کنند. مخصوصاً کارآموزان روانکاوی یافت می‌شوند که از آنالیزکننده خویش اجتناب می‌ورزند.

● چنانچه برخوردی ایجاد شود، معمولاً توأم با تنش و گرفتگی است و صحبت آزاد کمتر روی می‌دهد.

● رفتارهای غیرطبیعی در آنالیزهای آموزشی بیشتر مشاهده می‌شود.

تأثیرات نامطلوب رابطه شاگرد- معلمی که طی آن استاد از برخورد با شاگردان خویش حتی در سمینارهای تکنیک درمانی پرهیز می‌کند، از مدت‌ها قبل شناخته شده‌اند. خوشبختانه از طرف دیگر همیشه تلاش در جهت اصلاح انجام شده است. تمام تجربیات ناخوشایند با آنالیزگرهای استاد، همواره به ایده‌آل‌زدایی ختم می‌شوند و به همین سبب ارزش یادآوری دارند. باید این سوال را طرح کرد که چرا معمولاً یک اظهار نظر ساده روانکاو درباره بیمار و یا کارآموز روانکاوی، برخلاف بسیاری از تعبیرات عمیق، در خاطره آن‌ها از جایگاه ویژه‌ای برخوردار می‌گردد. هر چیز فوق‌العاده‌ای در حافظه ثبت می‌شود. مثلاً فقط یک شناسایی یا تقدیر بیمار و کارآموز از جانب روانکاو، درون یا بیرون اتاق درمان به یک تجربه منحصر بفرد تبدیل می‌شود.

به نظر کلاوبر (۱۹۸۷) خودجوشی روانکاو برای بیماران از آن روی حائز اهمیت است که می‌تواند ضایعه‌هایی را که در فرایند انتقال پدید می‌آیند مرتفع و یا تعدیل سازد. چنانچه طبیعی بودن روانکاو که ما آن را مترداف با خودجوش بودن وی تلقی می‌کنیم، دارای عملکرد متعادل‌کننده باشد، شدت ضایعه‌سازی نیز واحدی وابسته به برداشت از نقش‌ها خواهد بود. مشکلاتی که در برخوردهای خارج از اتاق درمان پیش می‌آیند، به میزان قابل توجهی نتیجه اجتناب از برخوردهای طبیعی در اتاق درمان است.

کنار آمدن با تنوع نقش‌ها

پذیرش تنوع نقش‌هایی که بیمار و درمانگر در زندگی اجتماعی و خصوصی خود ایفا می‌کنند، انعطاف متقابل آن‌ها را افزایش می‌دهد. به همین خاطر مهم است که روانکاو تازه‌کار در حین

آموزش خویش یک رابطه انعطاف‌پذیر با نقش‌هایی ایجاد کند که در حین زندگی حرفه‌ای و بیرون از حرفه خود با آن سر و کار پیدا خواهد کرد.

طبیعی بودن در درون و بیرون اتاق درمان که یک کارآموز روانکاوی از جانب روانکاو تجربه می‌کند، مقیاس مهمی در انعطاف‌پذیری وی نسبت به تنوع نقش‌ها است.

ما از این منظر تغییرات سیستم آموزشی روانکاوی را بررسی کردیم و به نتیجه نگران‌کننده‌ای دست یافتیم.

● ظاهراً تاده‌های ۱۹۴۰ رایج بود که روانکاو و کارآموز روانکاوی متقابلاً، همزمان و یا پشت سر هم نقش‌های متفاوتی را برای هم ایفا کنند. داستان معروفترین بیمار فروید، ولفزمن، آنگونه که مانوی (۱۹۸۴) نشان می‌دهد، درهم‌تنیدگی‌هایی دارد که فروید و شاگردان وی در آن درگیر بودند. همچنین امتزج نقش‌هایی که ملانی کلاین ایفا می‌کرد، کمتر از آن نبود. تا دهه ۴۰ و بویژه تا زمان شکل‌گیری گرایش‌ات و مکاتب مختلف روانکاوی، نقش‌های مخدوش غالب بودند. بسیاری از کارآموزان روانکاوی در آن ایام در اغتشاش شخصی، حرفه‌ای و اداری بسر می‌بردند.

● وقتی مرور می‌کنیم، قابل فهم می‌شود که این سیر به واکنش‌های متقابل منجر گردید که از انسان‌گرایی مفرط به قطب مخالف تغییر جهت داد. این جنبه سیر تکوین تکنیک روانکاوی را در جلد مبانی در بخش ۶-۱ و همچنین در فصل ۷ و ۲-۹-۸ مورد بررسی کافی قرار ندادیم. تجربیات دردناک بسیاری از روانکاو باعث تغییر جهت ناگهانی از امتزاج نقش‌ها به نقش‌های کلیشه‌ای گردید.

● وقتی کار به پایه‌گذاری مکاتب رسید، شاگردان و پیروان مکاتب، مسیحی‌تر از پاپ اعظم شدند. در حالی که به کلمات نوشته شده استناد می‌شود، ایده‌آل‌سازی شدیداً با علائق قدرت‌مدار گروهی گره می‌خورد.

در کلیشه‌های نقشی روانکاو منجمد، طبیعی بودن ناپدید شد. البته از این طریق بسیاری از سردرگمی‌ها از بین رفت، اما تصور وارد شدن در فرایند یک آنالیز که انتقال خالص و غیرقابل نفوذ در آن حاکم است، تبدیل به یک آرمان شد.

بجای تألمات ناشی از امتزاج نقش‌ها، ضایعه کلیشه‌های نقشی ایجاد شد.

به نظر ما رویارویی این گرایش‌ها، راه‌حل سومی را می‌طلبد که ما در جلد مبانی و مخصوصاً در بحث توسعه تئوری انتقال بدان پرداختیم. از منظر تئوری نقش‌ها، تکالیف روانکاو حاوی تعریف‌هایی است که در درمان مؤثر می‌افتند و بیمار خود را با آن‌ها مأنوس می‌کند. بیمار در اتاق درمان درباره دنیای خود فاش‌گویی می‌کند، اینکه چه نقش‌هایی را ایفا می‌کند، کجا این نقش‌ها واقعی و کجا غیر واقعی هستند و نیز اینکه او چگونه می‌تواند به ماهیت واقعی خود دست یابد.

جذابیت تحقق خویش و جستجوی خودِ حقیقی به این بستگی دارد که «خود» در فضای امکانات بی‌شمار گردش کند و به اشکال ناخودآگاه زندگی پیشین خود پی ببرد. اتفاقاً امکانات خفته و ناخودآگاه هستند که در اتاق درمان زنده می‌شوند. بیمار قطعاً از تجربیات زندگی خویش می‌داند که روانکاو به علت نقش‌های متفاوتی که در زندگی خود ایفا می‌کند، قادر است به نقش‌های متفاوت پاسخ داده و واکنش عاطفی در برابر آن نشان دهد. بیماران برای سنجش همدردی و همدلی روانکاو کارهای بی‌شماری انجام می‌دهند. چنانچه واکنش‌های طبیعی رخ ندهند، انتقال در نطفه خفه خواهد شد.

این صحنه بی‌بدیل که ما آن را جلسه درمانی می‌نامیم، اجازه رفتارهای آزمایشی بی‌خطری را به ما می‌دهد. پیش‌شرط آن است که شناسایی تضمین شده باشد و در کلیه انتساب نقش‌ها، پیشنهادات ناخودآگاه در سناریوی بیمار گنجانده شوند. محدودیت‌های حرفه‌ای رابطه بیمار و روانکاو نماد مرزهایی می‌گردد که ضامن/احساس/امنیت خواهد بود.

طبیعی بودن معقول

کشف مجدد خودجوشی و طبیعی بودن به آن معناست که بیمار درباره روانکاو بیشتر از آنچه که وی ضمن تعبیرات خویش در زمینه احساس و افکار خود بیان می‌کند، بداند. بیمار از طریق تعبیرات روانکاو به خودشناسی نائل می‌گردد، به همین خاطر بی‌نهایت اهمیت دارد که برای بیمار بافت کلی‌تری که ضمن آن اشارات، اظهارات و تعبیرات روانکاو مطرح می‌شوند، آشکار گردد.

شرکت بیمار در شکل‌دهی بافت موجود و ترسیم پس‌زمینه‌های تعبیرات به لحاظ درمانی حائز اهمیت است.

این را باید از سهم بیمار در انتقال متقابل روانکاو تفکیک نمود. هرچقدر بیمار از بافتار موجود کمتر بداند، به همان نسبت کنجکاوی بیمار درباره شخص روانکاو بیشتر خواهد شد. متأسفانه ما خیلی دیر به این موضوع اساسی در تکنیک روانکاوی پی بردیم (نک ۴-۲). بدین ترتیب می‌توان پاسخ ساده‌ای به سوال مطروحه داد:

بیمار تا چه حد اجازه دارد درباره زندگی شخصی روانکاو بداند؟ همه آنچیزی که مانع شناخت وی از خودش نمی‌شود؟

هنگامی که بیمار طبیعی بودن روانکاو را تجربه می‌کند، درباره خودش یاد می‌گیرد. بدیهی است که طبیعی بودن خودجوش روانکاو می‌تواند در چارچوب عرف رفتار اجتماعی باشد یا بیرون از آن. حالت آخر مخصوصاً زمانی پدید می‌آید که انتقال متقابل خاصی ایجاد شود. توصیه

جهت رفتار طبیعی در موارد تردیدآمیز، با قواعد آداب و عرف اجتماعی جهت‌گیری دارد که ناشی از عقل سلیم انسانی است.

نظر ما حاکی از آن است که روانکاو در اتاق درمان و یا برخورد اتفاقی در بیرون، رفتار طبیعی داشته باشد. در این صورت فضای بزرگی برای خودجوشی روانکاو در مقابل بیماران متفاوت ایجاد می‌شود. چنانچه روانکاو در یک کلیشه نقشی گمنام فرو رود، منبع بزرگی در شناخت روانکاوی را خشک خواهد کرد.

ما به‌وسیله دو مثال می‌خواهیم نظرات خود را توضیح دهیم. در ابتدا هدیه یک دسته گل به روانکاو را تشریح خواهیم کرد. ما به هیچ‌وجه نمی‌خواهیم در برابر قاعده، "اصولاً دریافت هدیه مجاز نیست"، قاعده دیگری عَلم کنیم. ما بنابر تجربیات خویش می‌دانیم که رد کردن هدیه غالباً مانع از شناخت معنا و مفهوم آن می‌گردد. رد و یا محکوم کردن، می‌تواند به عوارض جانبی بدی منجر گردد که به راحتی قابل جبران نخواهد بود (نک دام ۱۹۸۷، هواگه ۱۹۸۶). طبیعی است که دریافت یک دسته گل بر فرایند درمانی تأثیر خواهد داشت. بنابراین سوالی که مطرح می‌شود آن است که کدام رفتار تأثیرات مطلوب‌تری بر جای خواهد گذاشت و چه معیارهایی در این راستا باید در نظر گرفته شوند.

در مثال دوم برخورد در خارج از اتاق درمان در ساختمان انستیتو را تشریح خواهیم کرد. البته نمونه‌ها بی‌شمارند. در شهرهای بزرگ بسیاری از بیماران از قشر اجتماعی مشابه و یا گروه‌های شغلی نزدیک به روانکاو برخاسته‌اند. به همین خاطر برخورد بیماران با روانکاوان در مجامع عمومی امر نادری نیست. به نظر ما کاملاً طبیعی است که در چنین برخوردهایی نوعی احساس ناامنی ایجاد شود.

نمونه ۱: دسته گل

خانم آمالیا X با یک دسته گل به من سلام می‌کند.

ب: البته / این کار خیلی خاص نیست، ولی به فکرم رسید.

من دسته گل را می‌گیرم و متوجه می‌شوم که نیاز به آب دارد و به همین خاطر آن را در گلدانی قرار می‌دهم: سروصدای کاغذ، تبادل چند کلمه و اینکه بینم گل‌ها در گدان جای می‌گیرند یا نه.

ب: حتماً می‌شود، من مخصوصاً آن را خوب پیچیدم.

ر: دسته گل قشنگی است.

بیمار می‌گوید که شب قبل به این فکر رسیده است. کوتاه قبل از جلسه خود او دست گلی دریافت کرده و به همین خاطر دوباره به فکر افتاده بود.

ب: بعد فکر کردم آیا بهتر نیست آن را به خانه شما بفرستم.
او خودش متوجه می‌شود که این حر ها بیشتر بهانه بوده است. . .

ر: دلایل مهم دیگری در کار بوده است.

ب: من فکر می‌کردم که در این صورت اینجا طوفان کمتری بپا می‌کردم. (او می‌خندد و خودش را اصلاح می‌کند) اگر دست گل را به خانه شما می‌فرستادم خیلی برازنده و دلنشین بود، اما شاید نمی‌خواستم تا این حد برازنده باشم. . .

او می‌گوید که دسته گل: "فقط تجمعی از چیزهای زیادی است که آخر هفته اتفاق افتاده‌اند، بگونه‌ای که من هنوز نمی‌دانم جای آن کجاست."

خانم آمالیا X درباره موضوعاتی صحبت می‌کند که به ارسال گل به خانه او کوتاه قبل از جلسه منجر شده بود. او درباره ملاقات یک آشنای خود صحبت می‌کند که دانشجوی من بوده است.

ب: و او درباره دیدگاه دانشجویان در مورد شما صحبت می‌کرد و این مسئله خیلی مرا ناراحت کرد، اینکه من ناگهان چیزهایی در مورد شما شنیدم، کم، اما بهر حال بهتر از هیچ چیز. . . تا کنون و با وجود کنجکاوی زیاد چیز زیادی از شما نشنیدم، شما هیچ وقت جای خود را ترک نکردید، شاید گل‌ها هم مثل، نمی‌دانم، نمی‌توانم درست بگویم. . .

خانم آمالیا X سرنخ را از دست داد و مشخص است که قصد خروج از یک میدان تنش را دارد. من فکر می‌کنم نوعی مقاومت ایجاد شده، چون حدس می‌زنم چیز انتقادی در مورد من شنیده است. من به او یادآور می‌شوم که گزارش آن دانشجو را خیلی مختصر بازگو کرده است. مشخص شد که آن مرد جوان از او پرسیده بود آیا می‌تواند با من خوب کنار بیاید، زیرا خود او نمی‌توانسته با من کنار بیاید، چون حالت من برای او دست و پاگیر بوده است.

ب: امروز این احساس را داشتم که با دسته گل، نوعی جبران خواهم کرد، اما من از این کلمه خوشم نمی‌آید، جبران نیست، وقتی آشنای من گفت، ناراحت نشدم، چون خود من هم بعضی وقت‌ها این حس را داشتم که جملات شما گاهی طول و دراز است. ما تازه ۲ ساعت قبل در مورد آن صحبت کردیم، اما بعضی مواقع از خودم سوال می‌کردم چرا او می‌خواهد به من تفهیم کند که نمی‌توانم فکر کنم، و این برای جبران این سال‌ها است. . . من با خودم فکر کردم که شما از این طریق ثابت می‌کنید که چقدر می‌دانید و به عهده خود من می‌گذارید که آیا می‌توانم همه این چیزها را درک کنم یا نه. و در لحظه‌ای که آن دانشجو گفت که او نیز چنین فکر می‌کند، به نوعی آرام شدم و گفتم باید دهان این پسر بچه را ببندم (هنگام صحبت می‌خندد).

بیمار اکنون درباره تجربیات خویش و آشنایی‌هایی که از طریق آگاهی بدآن‌ها دست یافته صحبت می‌کند و نیز اینکه از این اوضاع چقدر سردرگم شده است.

ب: باشد، تقریباً همه کارهایی که می‌کنم، درست است و شاید چون می‌خواستم سهم شما در موقعیت کنونی خودم را در نظر داشته باشم، گل‌ها را خریدم (کمی می‌خندد). به نوعی این کار به نظرم درست می‌آید. شما می‌دانید در هر شرایطی چگونه رفتار کنید، مثل همین الان.

ر: همانگونه که شما قبلاً گفتید این دسته گل قرار است به یک سردرگمی پایان دهد. بیمار سپس یک تجربه برآشفته از خودش را تعریف می‌کند، آهنگام که قرار بود وی به مرد دیگری یک دسته گل هدیه دهد.

ب: من دوست داشتم به آقای س یک دسته گل هدیه کنم، اما فاصله ما از جنبه‌های متفاوت زیاد بود، و شما در اینجا نیز وارد میدان شدید. خوب این بد است. (مکث کوتاه) ناراحت می‌شوید؟ (مکث کوتاه) بله درست است من جوابی دریافت نخواهم کرد.

ر: چطور ممکن است از اینکه یک فاصله برای شما زیاد است و یا اینکه من کمک خواهم کرد، ناراحت شوم؟

ب: آخرین مطلب ممکن بود شما را ناراحت کند. من متأسفم که فاصله من با آقای س خیلی زیاد است. (مکث طولانی)

ر: و از طریق این دسته گل فاصله با من نزدیک می‌شود.

ب: شما بعضی مواقع حرف را از زیر زبان من می‌کشید و بعد آن را دوباره بی‌اثر می‌کنید. این، حالت‌های متفاوتی در من ایجاد می‌کند. از طرفی از دست شما می‌رنجم و از طرف دیگر شدیداً خوشم می‌آید.

ر: بله چون شما هم خودتان از طریق گل آن را بی‌اثر کردید. (مکث کوتاه)

ب: چه کسی یا چه چیزی را؟

ر: توفان را (بیمار می‌خندد).

تفسیر: با این اشاره دیالوگ وارد یک نقطه عطف می‌شود. بیمار نه فقط قبل از تحویل دادن گل در یک تنش درونی بسر می‌برد که باعث قاطی شدن طرز صحبت او شده بود، او ترس داشت محکوم شود. خیلی موضوعات در این دسته گل جمع شده بود. اگر روانکاوا این دسته گل را با مهربانی تحویل نمی‌گرفت، این دیالوگ بامعنی شکل نمی‌گرفت.

ب: من اول باید بخندم، چون فکر می‌کنم در طول مدتی که اینجا بودم کمتر در صحبت کردن قاطی می‌کردم، من فکر می‌کنم در این مدت کاری برای شما انجام نداده‌ام، آخر در ازای ۴ سال این چیزی نبود. . . می‌دانم که دسته گل کار ساده‌ای نیست. در اتاق انتظار گفتم که گل را به منشی می‌دهم. من احساس می‌کردم شما ناراحت هستید، به همین خاطر به خودم گفتم، این کار خیلی

اصیل نیست. . . من حس می‌کردم بهتر بود این گل را به خانه شما می‌فرستادم با کارت و دستکش (می‌خندد).

ر: چطور فکر کردید که اصیل نیست؟

ب: من باید بگویم: دوست داشتم به شما نگاه کنم و هدیه دهم (می‌خندد). خوب حالا حداقل گفتم.

ر: از طریق گل، مستقیم بودن خودتان را نشان دهید، اینکه شما بالاخره تصمیم گرفتید به آگهی‌ها جواب بدهید.

ب: بله، چون من در این اواخر همیشه به این تجربه دست یافتم که چیزهایی که من از آن‌ها می‌ترسم، مرا به نوعی به سمت جلو سوق می‌دهند، من خیلی از کارها را اگر اینجا نیامده بودم، نمی‌توانستم انجام دهم.

ر: بله، من از این بابت خوشحالم و از شما تشکر می‌کنم که آن را بیان می‌کنید و از اینکه من توانستم در جهت رسیدن شما به خواسته‌هایتان مؤثر باشم.

تفسیر: در انتهای جلسه، روانکاو تشکر می‌کند، در حالی که تشکر وی با جسارت‌بخشی و شناسایی توأم است. در اینجا تعبیر به پایان مرحله‌ای خود می‌رسد.

نمونه ۲: ملاقات خارج از اتاق درمان

در برخورد بین بیمار و روانکاو خارج از اتاق درمان، روی‌آوری به یک برخورد عادی با صدای طبیعی، راحت نیست. تبادل در اتاق درمان برای گذار از یک نقش به نقش دیگر، شدت و غلظت بیشتری دارد. به نظر ما باید این مشکلات را شناخت، زیرا تأثیرات رها بخشی هم بر بیمار و هم بر درمانگر دارد.

خانم ارنا X زمانی که من در ساختمان انستیتو با چند مرد صحبت می‌کردم، از کنار من گذشت. در اولین لحظه او فکر کرد از رنگ آبی لباس من خوشش آمده است: "او سرایدار است." از این فکر ترسید و احساس ناامنی عبور از کنار چند مرد برای او غیرقابل تحمل شد. مهمترین تداعی‌ها بطور اختصار بدین شرح‌اند:

آقای ز، سرایدار، مردی مهربان است، برخلاف بسیاری افرادی که در اینجا با آن‌ها برخورد می‌کنم. خیلی نادر است که کسی سلام کند. شاید پرسنل فکر می‌کنند نباید به بیماران نگاه کنند. خانم و آقایانی که در طبقه بالا اتاق دارند، نامهربان، در خیال خود، به لحاظ فکری غایب، کتاب‌زیر بغل هستند. مهربانی سرایدار یک تصویر متضاد ارائه می‌دهد. "شاید من شما را به سرایدار معرفی کنم، چون او تنها انسان مهربان در این ساختمان است."

سپس نقش دوگانه او به عنوان زن و بیمار و مورد توجه قرار گرفتن او مطرح می شود؛ به عنوان بیمار اول به روانکاو سلام کند و یا به عنوان زن، روانکاو به او سلام خواهد کرد. تعبیر من به احساس ناامنی وی درباره نقش خودش مربوط می شود. "شما بیماری هستید که به او سلام می شود، یا زنی که انتظار دارید و خوشحال خواهید شد که به شما سلام بشود، امری رایج در زندگی روزمره که مردان به زنان سلام می کنند." بیمار به یاد وظیفه سلام کردن دوران کودکی خود می افتد که به وی تحمیل شده بود. "برای مادر بزرگ من خیلی مهم بود که من یک بچه مهربان باشم." من تعبیری درباره عصبانیتی که از اطاعت در وی ایجاد می شود ارائه می دهم که به دنبال آن باز هم بیمار نامطمئن تر از قبل می گردد. در ادامه این گمان مطرح می شود که سریعاً سلام می کند تا به او سلام نشود. بنابراین او به پزشک فرصت آن را نمی دهد که به عنوان مرد به او احترام گذاشته و به وی سلام کند. بله، او از چنین موقعیت های ناخوشایندی پرهیز می کند، خودش پالتوی خودش را می کند تا برآشفته و سردرگم نشود.

خاطرات دوران بلوغ زنده می شوند. او از اینکه پدر یا عمویش در پوشیدن پالتو به او کمک می کردند، ناراحت می شد. "آدم احساس می کند تحت نظر است، او پالتو را نگه داشته و من آن را نمی پوشم. اگر شما پالتوی مرا نگه دارید، هیجانی شده و همه چیز را خراب خواهم کرد. نوعی احترام است که مرا سردرگم می کند." بیمار برای پرهیز از وارد شدن در چنین موقعیتی پالتوی خودش را در ماشین می گذارد. اگر او امروز می دانست که باید از کنار من عبور کند، راه دیگری را جستجو می کرد. از طریق تعبیر، تعارض نقش قبلی با تعارض فعلی پیوند زده می شود.

ر: شما نمی بایست به عنوان زنی که در حال رشد و نمو بودید، دیده می شدید. در این صورت ممکن بود آرزوهایی در شما زنده می شد. آرزوهایی که در معنای وسیع کلمه با لباس کردن و لباس پوشیدن مرتبط بود، دیده شوید، تحت نظر باشید و مورد نظر دیگران واقع شوید.

ب: من هنوز احساس می کنم یک دختر بچه هستم.

بیمار در هفته قبل نیز با موضوع کردن و پوشیدن لباس مشغول بود و اکنون چیزی به یاد می آورد. دقیقاً در زمانی که پالتو نگه داشته می شده، او برای شب های زیادی به این صحنه فکر می کرده است: عمه (خاله) و عمو (دایی) غالباً پیش ما بودند. عمه زود به رختخواب می رفت. دوبار اتفاق افتاده بود که عمو بدون آنکه در بزند به اتاق وی رفته بود، در حالی که وی تقریباً برهنه بوده است.

● من برای کاهش فشار بیمار در ابتدا به نقش عمو می پردازم.

ر: شاید او کنجکاو بود. احتمالاً اتفاق که نبوده، یا اینکه؟

ب: واقعاً بدطینتی او را نشان می داد، چون قبل از آن شراب نوشیده بود. همه چیز نگران کننده بود. و من اجازه نداشتم چیزی بگویم، چون من دختر بچه ای بودم که نمی شد وصله ای به او چسباند.

د: اگر حرف می‌زدید، در واقع می‌پذیرفتید که شما دیگر دختر بچه نیستید، بلکه جوانی هستید که جوانه‌های جنسی خود را احساس می‌کند. این چیزی بود که با شکایت خود بر آن مهر تأیید می‌زدید.

ب: او فوراً می‌گفت، چه می‌خواهی. والدین می‌گفتند این چه فکری است که می‌کنی؟ این عمو همیشه لطیفه تعریف می‌کرد و من اجازه نداشتم بخندم. اگر من می‌خندیدم، می‌گفتند چرا می‌خندی تو بهر حال از موضوع سر در نمی‌آوری. بدین ترتیب خنده بر لبانم خشک شد. این دو تجربه هنوز در استخوان‌های من وجود دارند.

او هر ترفندی را بکار می‌گرفت تا عمو به اتاق او نیاید.

قبل از یک جلسه‌ها که بعداً برگزار شد، صحنه مشابهی رخ داد: من بیمار را هنگام داخل شدن از در ورودی دیدم و قبل از او از پله‌ها بالا رفتم. برای پرهیز از پیمودن راه مشترک به طبقات بالا، به اتاق همکاری رفتم که ضمناً می‌خواستم با او درباره موضوعی صحبت کنم. این عکس‌العمل، واکنشی و با این هدف پیش‌آگاهانه انجام شد تا از بروز پیچیدگی ناشی از کنار هم رفتن با بیمار پرهیز کنم. صحنه قبلی را فراموش کرده بودم.

بیمار گمان می‌کرد من از سر مراقبت و جهت‌جویی از وضعیت ناخوشایند برای بیمار، به سرعت به اتاق همکار خودم رفته بودم. در این گیر و دار گفتم که من ماجرای سرایدار را به خاطر نداشتم. من واقعاً می‌خواستم با همکارم صحبت کنم. اما حل مشکلات ناشی از برخورد بیرون از اتاق درمان هم برای من ساده نبود. این موضوع برای من هم ناخوشایند است. زیرا صحبت‌های کوتاه و بریده با گفتگوهای درمانی متفاوت‌اند و سکوت من نیز غیرعادی می‌نمود.

این اظهارات فشار بیمار را کاهش داد. پس این یک مسئله عینی است که حتی حل آن برای من به‌عنوان روانکاو نیز ساده نیست: در حال سکوت در کنار هم رفتن، خلاف آداب اجتماعی است. رد و بدل کلمات پس از سلام امری طبیعی است. می‌گویم: "من هم چنین فکر می‌کنم." "البته لازم نیست حتماً به آن ملتزم باشیم، می‌توان در کنار هم سکوت کرده و راه رفت."

۸-۷ ضبط صدا*

بجای آنکه همچون ایسلر (۱۹۵۳) یک فرایند ایده‌آل روانکاوی ترسیم نموده و سپس بر سر جزئیات آن به بحث بنشینیم، بهتر است شرایط و داده‌های مشخصی را که می‌توانند بر این فرایند تأثیر داشته

* Audio Tape Recordings
Tonbandaufzeichnungen

باشند، بررسی کنیم. ضبط صدا از جمله شرایط جانبی است که ما بطور مفصل درباره آن بحث کرده‌ایم (روبرگ ۱۹۸۱، کشله و همکاران ۱۹۸۸). نتایج حاصله از بررسی‌های ما نشان می‌دهند که اهمیت این موضوع کم نیست و می‌توان آن را از جنبه‌های درمانی مورد استفاده قرار داد. غالباً مشکلات مشخصی سریع‌تر مطرح می‌شود، بگونه‌ای که فرافکنی آن‌ها روی ضبط‌صوت گامی مؤثر در جهت گفتگوهای مفید خواهد بود.

تجربه ثابت می‌کند که معمولاً طرفین عادت می‌کنند که طرف سومی نیز در جلسه حضور داشته باشد. بنابراین ضبط صدا بخشی از پس‌زمینه آرامی است که مثل دیگر ابزار و آلات روانکاوی، می‌تواند به موقع مورد بهره‌برداری قرار بگیرد. ضمناً حتی همین دستگاه غیرقابل رؤیت و همچنین میکروفون تعبیه شده با حضور خود، به یاد می‌آورند که بیمار و روانکاو در این دنیا تنها نیستند. موضوع رازداری و کدگذاری را می‌توان و باید بطور مشترک بحث کرد، البته اطمینان بخشی و حذف نام واقعی بیمار و روانکاو از پیش شرط‌های اصلی انجام کار است. بیمار باید از چنین حفاظتی برخوردار باشد. با وجود آنکه نام روانکاو نیز حذف می‌شود، در دایره همکاران گمانه‌ورزی می‌شود که کدام روانکاو با کدام سبک اجرای مصاحبه ممکن است اجراکننده آن مصاحبه بوده باشد.

تا حدود زیادی مفید است که بیمار از این موضوع مطلع گردد که روانکاو ممکن است محتویات نوار را با همکاران خود به بحث بگذارد. البته هنوز اکثر همکاران نسبت به استفاده از ضبط‌صوت خوش‌بین نیستند، با وجود آنکه این کار از مؤثرترین ابزار بهبود رفتار درمانی است. بدیهی است که روانکاو نه تنها حق دارد در این زمینه آزاد باشد، بلکه می‌تواند در جمع همکاران و تحت سیستم ارزشی حاکم بر صنف خویش، فضای حرفه‌ای شخصی خود را نیز پرورش دهد. خود را در معرض دید دیگران قرار دادن، مستلزم پاره‌ای ویژگی‌های شخصیتی و کنجکاوی علمی است. ما به هر شکل از ضرورت، فضیلت ساختیم و به نظرم ضبط صدا از جنبه‌های متفاوت دارای عملکرد درمانی - بهبود بخش است:

- برای روانکاوی که خودشیفتگی‌اش در معرض سنجش قرار می‌گیرد.
 - برای صنف شغلی ما که مباحث علمی نه بر مبنای تعاریف انجام خواهد گرفت، بلکه دیالوگ‌های مستند را مبنای قرار خواهد داد.
 - و برای بیمار که بطور غیرمستقیم از آن متنفع خواهد شد.
- برخی مواقع با گذشت زمان، بیماران ضبط‌صوت‌های خود را به همراه می‌آورند. بهتر است با چنین موارد غافلگیر کننده‌ای آشنا باشیم. اینکه بیماران بخواهند دیالوگ‌های انجام شده را بشنوند و درباره

آن تعمق کنند، امری پسندیده است که باید جدی گرفته شود. بعضی مواقع ممکن است درمانگر بخاطر خطاهای احتمالی خود در ضمن دیالوگ از این بابت خرسند نباشد. بهر ترتیب برای صنف روانکاوان ضرری ندارد که با اتکا به مستندات واقعی از کردار و بیان روانکاوان و نیز تئوری های آنها در ضمن درمان آگاهی یابند. تعمق و تفحص در رفتار درمانی، می تواند تأثیرات مثبتی بر تکبر خودشیفتگی داشته باشد. نیچه چنین گوید: "در جدال میان غرور، عمل و حافظه، صدای ضبط شده آنگونه به یاد آورده می شود که غرور به دشواری می تواند سرسختی خود را حفظ کند و بر حافظه پیروز شود."

۱-۸-۷ مثال *

ظاهراً استفاده از ضبط صوت بیش از آنچه موجب نگرانی بیماران باشد، از جانب روانکاوان مورد تردید واقع شده است. در تجمیع اظهار نظرات منتقدانه زیر یک مخرج مشترک، مجدداً به تکنیک ایده آل ایسلر بر می خوریم که به نظر ما بیش از آنچه به حل مشکلات کمک کرده، خود زمینه ساز مشکلات جدید بوده است.

ما تا کنون تجربه نکرده ایم که مقاومت هایی را که به علت حضور یک دستگاه ضبط صوت به وجود می آیند یا تقویت می شوند، نتوان تفسیر نمود. این موضوع را در پائین و با کمک تجربیات عملی استفاده از ضبط صوت نشان خواهیم داد، در حالی این کار را انجام می دهیم که مخصوصاً برخورد تأویلی با واکنش های بیمار را در نظر داریم.

ناظر اعظم

بیمار خانم آمالیا X در جلسه ۳۸ از تجربیات درمانی خویش ضمن تحصیل گزارش می دهد؛ درمانگر قبلی دفتر خاطرات او را به وی پس نداده و بیمار از این بابت دلخور است. من این مقایسه را مطرح می کنم؛ برداشتن دفتر خاطرات مشابه برداشتن افکار وی توسط ضبط صوت است. بیمار می گوید نمی داند ضبط صدا به چه کار می آید، اما متذکر می شود: "البته باید بگویم که تخیلات مرا به خود مشغول نمی کند." در جلسه بعدی موضوع اصلی پیرامون دادن و گرفتن دور می زند و من مجدداً مطرح می کنم که ضبط صوت افکار او را می گیرد.

* Examples
Beispiele

ب: این برای من مزاحمتی ایجاد نمی‌کند، وسیله‌ای است که از من دور است.

● این پاسخ نشان‌دهنده آن است که بیمار در مراحل اولیه درمان موفق شده، پس از یک تجربه ناخوشایند با درمانگر قبلی، در حال حاضر بر مطالب اشراف داشته باشد.

برخی مواقع موارد خیلی خاص موجب می‌شود که بیمار خواهش کند ضبط‌صوت خاموش شود. مثلاً بیمار می‌گوید که یکی از همکاران او نیز در درمان به سر می‌برد، او نام درمانگر را زمانی می‌گوید که دستگاه خاموش شود (جلسه ۸۵).

● من می‌توانم این خواسته را برآورده کنم، یا به جنبه‌های مقاومت پردازم، یعنی بیمار فکر می‌کند از این طریق به همکار خود آسیب خواهد رساند.

به کرات پیش می‌آید که هنگام روشن بودن ضبط‌صوت، فکر به ضبط‌صوت بر افکاری که بیمار می‌خواهد بیان کند، پیشی می‌گیرد، همانگونه که نمونه پائینی نشان می‌دهد.

خانم آمالیا X در جلسه ۱۰۱ بطور مصمم درباره مشکلات جنسی خود گزارش می‌دهد، در اواسط جلسه او از رفتار خود منزجر می‌شود. من ترس او را تعبیر می‌کنم: "اینکه شما خودتان و تخیلات خود را به عنوان اعتیاد و یا انحراف می‌بینید، من هم بنوعی رفتار می‌کنم که گویی اعتیاد و یا انحراف نیست." بیمار خودش به یک ارزشیابی تفکیکی روی می‌آورد: "می‌دانم که شما این چنین فکر نمی‌کنید،" اما او خودش را اینگونه می‌بیند و می‌ترسد که دیگران پشت سر او حرف بزنند. در این لحظه بیاد می‌آورد: "ضبط‌صوت کار می‌کند؟" این فکر با چنین تصویری همراه است که یک منشی سالخورده اکنون در حال تایپ کردن است و یا طرح افکار دیگر، مثل آن که در مقابل پدر روحانی در حال اقرار و توبه باشد. روشن است که ضبط‌صوت در اینجا به نماد ممنوعیت و پابندی به معیارها دیده می‌شود.

در جلسه ۲۰۲ خانم آمالیا X اظهارات مرا به عنوان توضیح تکنیک درمانی من دریافت می‌کند. به نظر او "خیلی مثبت" است و به گمان نادرست خود می‌رسد که گویی چون دستگاه خاموش است، من چنین آزاد و راحت رفتار می‌کنم. بیمار حضور دستگاه را برای خود و برای من نیز به عنوان یک عامل محدودکننده ارزیابی می‌کند و به آن لقب "ناظر اعظم" می‌دهد، قابل مقایسه با رئیس خود در محل کارش.

در جلسه ۲۴۲ بیمار به دنبال کابل میکروفون می‌گردد و گمان می‌کند، فقدان آن کابل به پایان درمان اشاره دارد. او از جدا شدن می‌ترسد. تصور قبلی وی مبنی بر اینکه همکاران من ممکن است بر گفته‌های او بخندند از بین رفته است.

بر حسب بررسی‌های تجربی انجام شده در مورد این بیمار می‌توان گفت که بررسی تصادفی

یک پنجم تمام جلسات (۱۱۳ جلسه) نشان داد که فقط در ۲/۷٪ جلسات موضوع ضبط صوت از جانب بیمار مطرح و مورد بحث واقع شد (روبرگ ۱۹۸۱).

شبيه

خانم فرانچيسكا X با نظر مثبت درباره ضبط صوت به جلسه می آید، چون برادر او در رشته علوم اجتماعی شاغل است و کاربرد دستگاه را به عنوان ابزار کمکی توصیه کرده بود. بیمار سریعاً به عشق انتقالی در می غلتد و مشکلاتی در این زمینه نشان می دهد (نک ۲-۲). او در جلسه ۳ می گوید، دوست دارد همه انتظارت و تخیلات، آرزوها، همه آنچه را به حس عاطفی نسبت به درمانگر وجود دارد را از بین ببرد.

ب: بله، اگر می شد چنین کاری انجام دهیم، می توانستم راحت تر درباره موضوعات صحبت کنم، اگر شما در ذهنم حضور نداشتید، اگر می توانستم شما را از مغزم بیرون کنم، اگر می توانستم در اتاق تنها باشم و فقط با ضبط صوت حرف بزنم.

● در اینجا ضبط صوت به مانند یک روانکاو مصنوعی عمل می کند که ترسی از فقدان دوری ایجاد نمی کند.

در جلسه بعدی خانم فرانچيسكا X سوال می کند که آیا ضبط صوت خاموش است، چون در آن بسته است. سپس می گوید که دیشب می گساری کرده است. من این دو گفته را در این سوال خلاصه می کنم که آیا بیمار مایل نیست ضبط صوت خاموش بماند. بیمار این را نفی می کند و می گوید: "نه فکر نمی کنم که این موضوع باعث ناراحتی من باشد (تقریباً کنایه آمیز)، شاید نگرانی من آن است که گفته های با ارزشم ثبت نشوند."

● همانگونه که در ادامه کار مشخص شد، در لحن کنایه آمیز اضطراب بی ارزشی نهفته بود. واکنش نسبت به ضبط صوت متناسب با تغییرات داینامیکی تغییر می کند. در جلسه ۸۷ بیمار میل و بی میلی خود به درمان را بازگو می کند.

ب: برخی مواقع از خودم سوال می کنم ما در حین جلسات به چه چیزی رسیده ایم، سپس به این فکر می کنم که دوست داشتم تمام نوارها را در آتش انداخته و از نو شروع کنیم. . . در نوارها من پرحرفی کردم. من فکر می کنم در هر جلسه یک جمله خوب گفته می شود و برای این جمله شما باید ۵۰ دقیقه بنشینید و به من گوش دهید، به امید آنکه کسی خواهد آمد، اما کسی نمی آید و به همین خاطر فکر می کنم که شما ناراضی و از دست من عصبانی می شوید.

ر: اینکه آدم هزینه زیادی متقبل می شود، اما در قبال آن چیزی به دست نمی آورد.

ب: بله، من فکر می‌کنم شاگرد تنبلی هستم، خیلی دوست داشتم زرنک باشم تا شما از من راضی باشید.

در جلسه بعدی خانم فرانچیسکا X کمتر حرف می‌زند؛ سپس توضیح می‌دهد که وقتی فکر می‌کند از کسی خوشش می‌آید، خیلی پرحرفی می‌کند "... و وقتی فکر می‌کنم که شما سر هستید، نمی‌توانم." من این مطلب را با نظر او درباره ضبط صوت مرتبط می‌کنم: "جلسه قبلی شما می‌گفتید که حرف‌های بی‌ارزشی برای من می‌زنید که چیزی عاید من نمی‌کند." او تأکید می‌کند که حس دارد برای کسب شناسایی باید همیشه مطلب خاصی را بیان کند.

سالن سخنرانی

آقای کورت Y شاغل در رشته علوم طبیعی، به علت ناتوانی جنسی و اختلال در کار در آنالیز بسر می‌برد. در جلسه ۴ هنگام عبور از کنار ضبط صوت به میکروفون نگاه می‌کند و روی کاناپه دراز می‌کشد و پس از یک سکوت کوتاه گزارش می‌دهد. او در ادامه جلسه قبلی به خاطرات جوانی خود می‌پردازد. در مجموع جوان آرام و با نزاکتی بود که فقط در باشگاه فوتبال شیطنت می‌کرد. البته او با این مشکل درگیر بود که وقتی تماشگران حضور داشتند، بد بازی می‌کرد.

ر: گویی که شما از توجه به خود هراس دارید.

ب: بله، وقتی انتظار از خودم داشتم که توانایی خودم را نشان دهم، همه چیز خراب می‌شد.

ر: شما هنگام ورود، نگاه کوتاهی به میکروفون انداختید، آیا چنین انتظاری در شما بوجود آمد؟

ب: امروز زیاد به این مطلب فکر نمی‌کنم، اما دیروز ذهنم را مشغول کرده بود، من احساس داشتم که باید نوار را پر کنم و خلائی در آن نباشد.

ر: انتظاراتی که شما از ضبط صوت دارید، نشان‌دهنده انتظارات من از شما است.

وی در جلسه ۵۴ صحبت درباره ضبط صوت را شروع کرد. او حس می‌کند باید سخنرانی کند، گویی در یک سالن سخنرانی، او گمان دارد که مطلبی را که می‌خواهد در مورد آن صحبت کند، هنوز آماده نکرده است. موقعیت مثل دفتر کاری اوست که در آن چیزهایی را می‌نویسد و یا رسم می‌کند که قرار است بعداً به افراد دیگر نشان دهد.

آقای کورت Y مدت زیادی در مورد ضبط صوت حرف می‌زند، بگونه‌ای که من بعد از مدتی نوعی مقاومت می‌بینم و می‌گویم، امروز صحبت کردن درباره ضبط صدا راحت‌تر از صحبت کردن درباره موضوعات دیگر است.

او سپس شروع می‌کند با احتیاط درباره تجربیات جنسی خود با نامزدش در آخر هفته قبلی صحبت کند.

در جلسه بعدی باز آقای کورت Y در همان ابتدا درباره ضبط صدا صحبت می‌کند؛ به نظر او امروز خیلی صمیمی‌تر است، ضبط‌صوت مثل نفر سومی است که او در تخیلاتش آن را شبیه به یک پزشک جوان می‌بیند. او بالاخره وجود یک نفر سوم را پذیرفت.

● بنابراین تخیل تهدیدآمیز یک سالن بزرگ سخنرانی تعدیل پیدا کرد، به واقعیت نزدیک و قابل تحمل شد. در ادامه این مطلب او به رابطه خود با نامزدش می‌پردازد که فعالیت بیشتری در ضمن آن داشته است.

به علت بیماری نامزدش برای مدتی رابطه‌ای بین آن‌ها برقرار نشده بود. ممنوعیت ایجاد شده توسط بیماری این حس را در او به وجود آورده بود که دیواری که وی باید از روی آن بپرد، آنقدرها هم که او فکر می‌کند، بلند نیست. در آخر هفته وی توانسته بود دقیقاً افزایش اضطراب انتظاری در خویش را ثبت کند. بالاخره او موفق نمی‌شود و نتوانسته بود به آمادگی کامل برسد.

● من چنین تعبیر می‌کنم که او احتمالاً در آنجا همانگونه نتوانسته احساس راحتی کند که در اینجا ضمن دادن گزارش نیز. من این فرضیه را مطرح می‌کنم که او این حس را داشته از جانب دیگران مشاهده می‌شود و خود را با مردان دیگر مقایسه می‌کند.

او سپس به یک خواب بدون رویا و سیاه فرو می‌رود و تلاش می‌کند که رنگ سیاه رویا را برای من توصیف کند، من تعجب می‌کنم. در صبح زود او کمی تحریک می‌شود و سعی می‌کند از روی دیوار بپرد.

● مثل یک دیوار صوتی و برای اولین بار بود که ظاهراً او نتوانسته بود آن را بشکند. من این مطلب را گفتم و او بسیار متعجب شد: او موافقت و اظهار می‌کند که تاکنون در این باره صحبت نکرده بود، علیرغم آنکه نیاز آن را در خود حس می‌کرده است.

در جلسه ۵۷ من درباره برنامه تعطیلات خود برای بیمار توضیح می‌دهم که در تداخل با یک سفر کاری، طولانی خواهد شد. بیمار در ارتباط با دلایل شغلی غیبت من، تصور می‌کند من قرار است در جایی سخنرانی کنم. در همین ارتباط موضوع ضبط‌صوت مجدداً مطرح می‌شود. این بار به عنوان ابزار علمی، خوکیچه آزمایشگاهی و نظیر آن؛ نشانی از سرد و خشک بودن درمانگر. در ادامه پردازش این مطلب، خلق و روحیه بیمار به هم می‌ریزد.

ب: البته ضبط‌صوت یک حُسن هم دارد، نوارها همیشه اینجا محفوظ‌اند و بدین ترتیب چیزی از رابطه ما بجای می‌ماند.

● من ارتباط میان تعطیلات، غیبت و واکنش او در این مورد را در چارچوب این سوال تعبیر می‌کنم که برای من چقدر ارزش دارد و تا چه حد برای او قابل اتکا هستم.

کنترل

ایجاد انگیزه برای حضور آقای هاینریش y در درمان کار مشکلی بود، زیرا او یک تردید اساسی در برابر درمانگران داشت که با ضبط صوت شدیدتر نیز می‌شد.

بیمار در جلسه ۱۶ مرا با ضبط صوتی که همراه آورده بود، غافلگیر کرد- و ضمن که از من سوال می‌کرد آیا اجازه دارد آن را روشن کند یا نه- و آن را آماده ضبط نمود. من به همزمانی اعمال او اشاره می‌کنم- سوال درباره موافقت من و اجرای کار خودش قبل از موافقت من- و متذکر می‌شوم که ضبط برای او اهمیت دارد. از آنجایی که من نیز خواهان موافقت او برای ضبط صدا بودم، به نظر می‌رسید موافقت من با ایده او نیز بجا باشد. وی سپس به آرامی خندید. من دیگر سوالی درباره منظور و دلیل کار او مطرح نکردم.

آقای هاینریش y سپس شروع به شکوه کرد که اتفاقی نمی‌افتد، درمان موفق نبوده و نیز اینکه خلق افسرده او به وخامت گرائیده است. او در آخر هفته گذشته به یک سمینار زن- بودیسم رفته تا بدین وسیله محرک‌های بیشتری برای غلبه بر مشکلات زندگی خود دریافت کند.

ر: محرک‌های بیشتری؟ این همچنین بدان معناست که جلسات ما زیاد مثرتر نیستند.

ب: دقیقاً، جلسات به سرعت طی می‌شوند و من نمی‌توانم بعداً بفهمم، به چه چیزی رسیدیم.

ر: نوارهای ضبط شده البته وسیله مناسبی هستند تا بعد از جلسه در آرامش به آنچه در جلسات گذشته گوش داده شود.

ب: بله، من امیدوارم که بتوانم دقیق‌تر در مورد جلسات تعمق کرده و از چون و چرای آن بیشتر بفهمم. من این نوارها را برای ریتا (دوستم) می‌گذارم که تجربه طولانی با روان‌درمانی دارد، او می‌تواند به من بگوید که جلسات چگونه طی شده‌اند.

ر: بله، در ابتدای کار که شما برای انجام جلسات مصمم نبودید، قابل درک است که مشورت دیگری بتواند به شما کند. بهر حال افسردگی شدید به این علت بروز نموده که ریتا فکر کرده باردار شده است. ممکن است که دوست شما همچنین از این طریق آنچه را که میان ما می‌گذرد، کنترل کند؟

ب: ریتا باید بداند که من حالم اصلاً خوب نیست و به نقش خودش در وضعیت من پی ببرد.

ر: بنابراین بدین ترتیب شما چیزی را که نمی‌توانید و یا نمی‌خواهید بطور مستقیم به ریتا بگوئید، به او منتقل خواهید کرد.

ب: بله، چیزهایی که من در اینجا می‌گویم، این توجیه را دارد که بخشی از گفتگوی درمانی است.

ر: اینکه مسئولیت اظهارات در اینجا به عهده من است و او پاسخگو نیست.

بیمار در اینجا می‌خندد و تأکید می‌کند که من به افکار مخفی او پی برده‌ام. شاید بهتر است تا دستگاه را خاموش کنیم و من به ریتا بگویم، دستگاه کار نمی‌کرد.

ر: بهر حال فضایی که ما در این اتاق در اختیار داریم، مانع از سانسور می‌شود، بدین ترتیب تا حدودی آزادی داریم.

● البته با این اظهارات جنبه درجا زدن جلسات که از جانب بیمار مطرح شده بود، مورد بررسی قرار نگرفت. به همین خاطر من دوباره تأکید می‌کنم که مشاهده بیمار خیلی مهم است و باید به دنبال راه‌هایی باشیم تا جلسات پرثمرتر از قبل برگزار شوند.

خاموش کردن

آقای آرتور Y در یک جلسه خواهش می‌کند ضبط‌صوت خاموش شود. بعد موضوعی را که نمی‌خواست ضبط شود، مطرح می‌کند. موضوع مربوط به تعارضی است که به علت غیرمصمم بودن دخترش در انتخاب شغل، پدید آمده است. او مردد بود که آیا کارآموزی در یک مدرسه عالی را قطع کرده و در دانشگاه ادامه تحصیل بدهد یا نه. موقع ثبت نام در دانشگاه اما باید یک گواهی مبنی بر عدم تحصیل در جای دیگر ارائه شود. از طرف دیگر دختر وی می‌خواست قبل از آنکه کارآموزی خود را رها کند، در ابتدا بطور آزمایشی وارد دانشگاه بشود. آقای آرتور Y اکنون می‌ترسد که مدارک دخترش کنترل شود.

● نگرانی مفرط او در بافت اضطراب‌های کهنه وی تفسیر می‌گردند، اینکه او می‌تواند به کسی آسیب رساند، همانگونه که به خود وی آسیب رسانده شده است، یعنی دوباره موضوع، سوژه و ابژه است، جابجایی همانندسازی‌های دگرآزاری- خودآزاری. با خاموش کردن ضبط‌صوت او نمی‌خواست فقط خطری را که وجود خارجی نداشت، از بین ببرد. هدف او جادوی پیشگیرانه بود، یعنی غیرقابل تحقق کردن یک آسیب که بر مبنای افکار جادویی او شکل گرفته بود. پردازش این موضوع باقیمانده جلسه را به خود اختصاص می‌دهد، ضبط‌صوت دیگر روشن نمی‌شود.

بیمار پس از مدت‌ها دوباره درباره ضبط‌صوت صحبت کرد. من قبل از خاموش کردن به او یادآوری کردم که او در حین یک جلسه قبلی تأکید کرده بود که گفتگو حتماً ضبط شود. او

می‌خواست همیشه این شناخت را پیش رو داشته باشد که برای یک لحظه احساس داشته، یک افسر خشن اس اس است. بدین ترتیب او با اضطراب مجازات و تغییر توهم خودبزرگ بینی به حقارت، از دگرآزاری به خودآزاری نوسان پیدا می‌کند. در ضمن، بیمار زمانی می‌خواست دست‌نویس جلسه اول را بخواند. مقرر شد که او قبل از جلسه بعدی پروتکل یک جلسه را در اتاق انتظار بخواند. او این زمان را برنامه‌ریزی کرد. نوشته چیز تازه‌ای برای او در برنداشت.

آبروریزی

آقای رودلف Y پس از بهبود علایم سخت خویش و افزایش میل به زندگی در آغاز یک جلسه سوال می‌کند و اینکه می‌تواند به درمان پایان دهد. او از دوستی‌ها و تقویت ارتباطات خود شاد و سر حال است. سپس این موضوع مطرح می‌شود که سهم روانکاو و خود او در پیشرفت‌های درمانی چه بوده است.

ب: بله، موضوع این است که من این خوشحالی را از شما دریغ می‌کنم که شما با مایه گذاشتن از من به کاروان علم خواهید پیوست، اینکه تأییدیه از من بگیرید که خوب هستید و خیلی در مورد من می‌دانید.

ر: پس بنابراین خوشحالی مربوط به شما نیست که می‌تواند برای شما نیز مفید باشد.

ب: بله، من وسیله‌ای جهت هدف هستم. (مکث خیلی طولانی) نواری که برای خودش تاب می‌خورد، هیچ چیز ندارد (می‌خندد).

ر: روانکاو به شنونده‌های کنجکاو چیزی برای عرضه کردن ندارد. (بیمار بلند می‌خندد)

ر: من که می‌خواهم چیزی نشان دهم، می‌خواهم نشان بدهم که چقدر خوب بله هستم، نمی‌توانم چیزی عرضه کنم.

ب: بله، درست است.

ر: اما مجموعه سکوت را می‌توان ارائه کرد. (هر دو می‌خندند) استیصال من ثابت شد.

ب: ، (سکوت).

ر: بدین ترتیب تعادل ایجاد می‌شود. امروز سکوت طولانی روی ضبط‌صوت، تعادلی با آن اطاعتی است که موافقت کردید تا من بیشتر در مورد شما بدانم. امروز من سوژه آبروباخته، درمانده و خنده شده‌ام. شما از این که همکاران من مرا مسخره خواهند کرد، خوشحالید.

ب: بله، من هنوز در نوسان بین این دو قطب افراطی هستم که یا باید کاملاً مطیع آن‌ها باشم و یا آن‌ها را تحقیر کنم.

تفسیر: ضبط صوت به بخشی از نوسان میان افراط و تفریط‌ها و در قطب‌بندی میان قدرت و درماندگی، تبدیل شده است. خنده متقابل و مشترک هر دو بر بینش نسبت به این مقوله صحنه می‌گذارد که به وسیله انتساب بیمار بزرگتر و حفظ می‌شود. ضبط صدا دلیل موجهی است که یک موضوع درباره انتقال را نمونه‌وار توضیح دهیم. آقای آرتور Y ظاهراً درک نموده که سکوت وی می‌تواند روانکاو را به سخره بگیرد. در انتقال به موازات تخلیه هیجانی، حساب‌های قبلی تسویه می‌شوند.

۲-۸-۷ استدلال مخالف *

اتفاقاً ما به دلیل نظر مثبت خود درباره استفاده کامل از متن‌های اصلی برای مباحث بالینی و بررسی‌های علمی، استدلالات مخالف را بسیار جدی می‌گیریم.

مثلاً فریک (۱۹۸۵) از این نظریه دفاع می‌کند که توسط ضبط صدا، فرایند درمانی تحریف می‌شود. او گزارش می‌دهد که علیرغم موافقت بیمار با ضبط صدا، تداعی‌های او حاکی از آن بوده که مورد استفاده و گمراه می‌شده است. بعد از آنکه درمانگر ضبط صوت را خاموش کرده، بیمار در چند زمینه زندگی خود بهبود یافته است.

نویسنده بر این نقطه نظر تأکید می‌ورزد که باید در چارچوب ایده آل درمانی، آنگونه که لانگ طرح نموده، باقی ماند تا "فضای مقدس" رابطه درمانی حفظ شود. ظاهراً هیچ تفسیر و نظریه‌ای نتوانسته تأثیرات منفی و مخرب ضبط صدا را "سم زدایی" کند.

اگر این نظریه بغیر از موارد خاص درباره گروه بزرگتری از بیماران صدق می‌کرد، باید مزیت‌ها و معایب این ابزار کمکی از نو و از پایه سنجیده می‌شد. به احتمال قوی در این یک مورد خاص خیلی اشتباه رخ داده است. بیمار در یک پلی کلینیک پشت سر هم به وسیله دو دستیار، احتمالاً دو روان‌درمانگر کارآموز تحت معالجه قرار گرفته بود. درمانگر اول (زن) پس از چهار هفته درمان، از کار خود انصراف داده بود. درمان دوم بر اساس هر هفته دو جلسه برای مدت ۹ ماه تعیین گشته بود. در ربع آخر جلسه اول درمانگر درباره قواعد اصولی کار

* Counterarguments
Gegenargumente

توضیح می‌دهد و توافق بیمار برای ضبط صدا در جلسات بعدی را تقاضا می‌کند. اینکه درمانگر کارآموز سوپروایزری می‌شد، مشخص بود، اما این مسئله با بیمار در میان گذاشته نشده بود.

می‌توان گمان داشت که نویسنده به‌عنوان سوپروایزر فعالیت می‌کرده است. کاملاً نامشخص است که آیا تعبیرات اصلاً و چگونه ارائه شده‌اند تا مشکلاتی را که احتمالاً بیمار در باره ضبط صدا طرح نموده، توضیح داده و حل شوند. بدون ارائه سری تعبیرات کافی، نه می‌توان تأثیر ضبط صدا را مشخص کرد و نه می‌توان ادعا کرد که بدین ترتیب فرایند درمان تحریف شده است. تنها در یک تعبیر، تشابهی میان موقعیت یک دوست و انتقال پیرامون دادن و گرفتن، و مورد سوءاستفاده قرار گرفتن مطرح می‌شود. این تشابه سازی‌ها قادرند حداکثر توجه بیمار نسبت به یک موضوع را نشان دهند، بدون آنکه مفید و مؤثر باشند؛ بدون روشنگری عمیق‌تر این تذکرات بیشتر سم‌زا هستند تا سم‌زدا. چنین توضیحاتی نقش ضبط صوت را به یک جایگاه پارانوئیدی ارتقا می‌دهند.

در مجموع و با توجه به سطح کنونی شناخت درباره تأثیرات ضبط صدا در موقعیت روانکاوی، یعنی بر بیمار و روانکاو، می‌توان جمع‌بندی مثبتی در این زمینه ارائه داد. بدیهی است که هر دو طرف با این موضوع درگیر هستند که یک مرجع سوم حضور دارد. می‌توان در انتها این سوال را مطرح کرد که انسان هنگامی که می‌داند مرجع دیگر گمنامی نیز با سیر افکار او همراه می‌گردد، مگر می‌تواند در خودجوشی و آزادی خود محدود نگردد. این سوال در مجاورت سوال دیگری قرار گرفته است: در چه مرحله‌ای از فرایند روانکاوی، نحوه فکر روانکاو درباره بیمار برای وی کم اهمیت می‌گردد؟ با زبان پگاه نیچه می‌توان گفت، زمانی "علاقه مندی‌ها" رنگ می‌بازند.

۸ ابزار و وسایل، راه‌ها و اهداف

Means, Ways, and Goals

Mittel, Wege, Ziele

مقدمه

۸-۱ زمان و مکان

۸-۱-۱ قرار نوبت

۸-۱-۲ نگه‌داشتن و حفظ

۸-۱-۳ واکنش‌های موسمی

۸-۲ تاریخچه زندگی، بیماری و زمان

۸-۳ فعالیت‌های تعبیری

۸-۴ کنش

۸-۵ پردازش

۸-۵-۱ تکرار ضایعه

۸-۵-۲ انکار اضطراب اختگی

۸-۵-۳ تقسیم انتقال

۸-۵-۴ دلبستگی به مادر

۸-۵-۵ اشتباهات روزمره

۸-۶ وقفه درمانی

مقدمه

موضوعات مهم نظیر، قرار نوبت، بدست آوردن و حفظ، واکنش‌های موسمی را در چارچوب زمان و مکان تشریح خواهیم کرد (۸-۱).

بازسازی عوامل تأثیرگذار تاریخی و سیاسی بر تاریخچه زندگی فردی به‌علت اهمیت خاص آن در یک بخش جداگانه (۸-۲) مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

مطالعه فعل تعبیر از سالیان قبل مورد توجه خاص ما بوده است، به همین دلیل ما به معرفی نمونه‌ای در این زمینه خواهیم پرداخت که سال‌ها پیش تهیه شده است. از مسیر بررسی کنش (۸-۴) به موضوع پردازش (۸-۵) خواهیم رسید. ۵ مثالی که در این زمینه می‌آوریم از تکرار ضایعه‌ها در انتقال و غلبه بر آن‌ها حکایت دارد. قطع درمان (۸-۶)، تا زمانی که بالاخره وقت خداحافظی فرا می‌رسد مشکلات خاصی را به همراه دارد. ما اهمیت این مسئله را در ارتباط با پایان درمان در فصل ۹ بحث خواهیم کرد. اینکه بیمار و درمانگر به وسیله کدام ابزار خاص و غیرخاص راه و مسیر خود را پیدا می‌کنند، در سرتاسر کتاب می‌توان ردیابی کرد. بنابراین کشف روانکاوی به مطالب مندرج در جلد مبانی (۸-۲) محدود نمی‌گردد.

۸-۱ زمان و مکان*

۸-۱-۱ قرار نوبت**

برای یک روانکاو کمال مطلوب آن است که مطب خود را بگونه‌ای ساماندهی کند که غالب بیماران وی در نوبت‌های منظم به موقع بیایند و بروند. بدون تردید فقط بیمارانی می‌توانند پذیرفته شوند که چندین بار در هفته حضور به هم رسانده و از عهده هزینه درمان نیز برآیند. برای پرهیز از ایجاد محدودیت‌های دست و پاگیر، بسیاری از روانکاوان آماده‌اند در برنامه روزانه خود انعطاف‌پذیری قابل توجهی نشان دهند تا مثلاً فرصتی نیز برای بیماران اورژانسی ایجاد شود (نک ورمرز ۱۹۸۷).

این نمونه، وابستگی روانکاو به بیمار را نشان می‌دهد که بزرگتر از وابستگی بیمار به روانکاو است. زیرا زمان، پول است. دستمزد دریافتی ضامن بقای روانکاو و بستگان اوست، به شرط آنکه وی به کار خود وابسته باشد. فراوانی و طول درمان‌های روانکاوی به این بستگی دارد که چه میزان پول در اختیار است. در تعیین اندیکاسیون روانکاوی، داده‌های مادی بیشتر از ملاحظات علمی نقش دارند. بدون هزینه زمانی در اختیار کسی قرار داده نمی‌شود.

* Time and Place

Zeit und Raum

** Scheduling

Stundenverabredung

هر راه‌حلی مزیت‌ها و معایبی دارد که ممکن است به نحو متفاوت بین طرفین تقسیم شود. چنانچه روانکاو نتواند پیش‌شرط‌هایی را ایجاد کند که بیمار او بدون محدودیت‌های زیاد در زندگی شخصی و شغلی خویش به درمان مراجعه کند، همه چیز موضوعیت خود را از دست خواهد داد. به همین خاطر ما طرفدار نوعی /انعطاف‌پذیری هستیم که البته مشکلات خودش را به همراه دارد. تجربه ما ثابت می‌کند که در فضای انعطاف‌پذیری اشتباهاتی رخ می‌دهد نظیر، عملکرد روانکاو، فراموشی نوبت‌های دیگر و غیره.

به علت کمی وقت و به دلیل منظم بودن، روانکاوان تحت فشار زیادی قرار دارند که به دلایل شغلی باز هم در انتقال متقابل، بویژه در برابر بیماران نامنظم رخ می‌نماید.

پس از جانی می‌دانیم که بیمار در اصل زمان پرداخت شده از جانب خود و یا بیمه است. از طرف دیگر با تأخیر و یا کنسل کردن جلسات وقت گرانها از دست می‌رود. جبران احتمالی پس دادن نوبت‌ها نهایتاً به آنجا منتهی می‌شود که روانکاو به بیماران فکر می‌کند، اما عملاً کاری از وی ساخته نیست. چنانچه چارچوب‌های زمانی، یعنی قرار نوبت‌ها مکرر خدشه‌دار شوند، امکان اثربخشی به صفر نزدیک می‌شود. روانکاو در چنین حالتی فقط می‌تواند به انگیزه بیمار و نیز سهم خود در این اوضاع فکر کند.

چنانچه اهداف روانکاوی را مد نظر داشته باشیم، به نظر نمی‌رسد که بحث درباره نوبت و یا جلسات لغو شده، به یک معضل تبدیل شود.

در پائین یک نمونه درباره وقت‌شناسی و کامل‌گرایی ارائه می‌دهیم.

آقای آرتور Y سراسیمه وارد اتاق می‌شود.

ب: من دیر کردم، راه را عوضی رفتم.

ر: یک دقیقه نه؟

ب: بله، اما ساعت شما هم یک دقیقه جلوست.

ر: راستی؟

ب: فکر می‌کنم.

ر: پس شما سر وقت آمده‌اید.

ب: یک دقیقه دیرتر. خوب حالا دوباره به اصل موضوع وارد شدیم.

ر: می‌توان حاکم بود، نباید همیشه پادشاه بود.

ب: بله یا پاپ.

ر: (می‌خندد): بله، اعظم بزرگ.

ب: یک قصه قشنگی هست به نام ماهیگیر و همسرش. بطور خلاصه اینگونه است: ماهیگیر یک ماهی صید می‌کند و ماهی می‌گوید مرا آزاد کن تا یک آرزوی ترا برآورده کنم. ماهیگیر بجای کلبه خود یک خانه معمولی آرزو می‌کند و وقتی به خانه می‌آید این را برای همسرش تعریف می‌کند و همسرش او را سرزنش می‌کند. تو می‌توانستی آرزوهای بیشتری بکنی. روز بعد دوباره آن ماهی به دام ماهیگیر می‌افتد. و قصه ادامه پیدا می‌کند. ماهیگیر باز هم آرزوهای بزرگتری مطرح می‌کند. در نهایت او پاپ شده است. بالاخره می‌خواهد به جایگاه خدای مهربان وارد شود، اما باز هم در کلبه ماهیگیری خود نشسته است.

ر: بله، که اینطور.

ب: بله من کلمه کامل‌گرایی را نوشتم و در مورد آن تعمق زیاد کردم. وقتی من در جنگ با زمان هستم، مثل آلان، دچار ترس می‌شوم و رفتارهای غیرعقلان‌های از من سر می‌زند. من با سرعت غیرمجاز رانندگی می‌کنم. وقتی فکر می‌کنم این سرعت بالا با یک یا دو دقیقه در اینجا هیچ تناسبی ندارد. (اظهارات بیمار هرگاه با یک "هوم" یا یک "بله" روانکاو تقویت می‌شوند). اگر در یک کنترل سرعت گرفتار شوم، خیلی بد شود.

ر: و تنش درونی شما زیاد می‌شود، به نحوی که فلج می‌شوید و نمی‌توانید به هیچ موضوع دیگری فکر کنید. کامل‌گرایی توسط قصه معنای عمیقی پیدا می‌کند.

ب: اوه، بله.

ر: یعنی در ارتباط با وقت شناسی بهترین بودن. اما با این نگرانی که ممکن است مجازات در راه باشد. فکر مجازات در شما خیلی قوی است. این بزرگترین چیز است که بخواهید خدای رحمان باشید، و وقتی آدم می‌خواهد جای او بنشیند، غرور در اوج است که قبل از سقوط بروز می‌کند.

آقای آرتور لا سپس به مشکل نوبت درباره یکی از جلسات آتی می‌پردازد. روانکاو چند پیشنهاد می‌دهد و ساعت ۱۹ یک شب را مقرر می‌کند. بیمار با این پیشنهاد موافق است و اضافه می‌کند:

ب: اما روزکاری شما خیلی طولانی خواهد شد، با وجود آنکه به من . . . بله، بله.

ر: هوم.

ب: در اصل به من ربطی ندارد.

ر: چرا این موضوع اتفاقاً خیلی به شما مربوط می‌شود. بله، مثلاً اینکه پس از یک روز طولانی کار، آیا او اصلاً توانایی کار در ساعت ۱۹ را دارد؟

ب: هوم، بله، دقیقاً به همین موضوع فکر می‌کردم.

ر: بله، خیلی برای شما مهم است.

ب: بله، درباره قصه می‌گفتم. ماهیگیر و همسرش. من خیلی این قصه را دوست دارم، چون عمق دارد، چون خیلی از فرزاندگی‌های زندگی را در خود جای داده است، و می‌توان از آن کلی چیز یاد گرفت. کامل‌گرایی چیزی است که من در زندگی شغلی خود با آن درگیر هستم. من خرسندم، من خیلی دوست دارم بزرگترین باشم، و البته در یک زمینه هستم. اما من با کامل‌گرایی خود به یک بن‌بست می‌رسم. . . آدم باید برخی مواقع کمی بی‌خیال باشد و بگوید، خوب من دو دقیقه دیرتر می‌آیم. بدترین چیزی که ممکن است برای من اتفاق بیافتد، آن است که دو دقیقه تلف شود. ارزش آن ۳ یورو است، این باعث فقر من نخواهد شد. اما موضوع این نیست. منظورم این است، شما اینجا به ساعت خود نگاه می‌کنید، اخم می‌کنید، کاری که شاید خود من می‌کردم و ناراحت می‌شوید، چون ساعت ۹ ساعت ۹ است و ساعت ۸ ساعت ۸، نمی‌توان چیزی در این مسئله تغییر داد. بنابراین کامل‌گرایی، آزادمنش نه، بلکه یک‌دنده.

● بیمار با اشاره خود درباره "عمق" و "فرزاندگی"، نحوه قرائت و امکان تفسیر قصه را به من گوشزد می‌کند. برعکس آن، موضوع کامل‌گرایی بطور محدود بحث می‌شود.

د: کامل‌گرایی مروارید است، پس چرا وحشتناک است. . .

ب: . . . وقتی مروارید از روی تاج می‌افتد.

د: یک مروارید گرانبها که ارزش‌اش بدان بستگی دارد.

ب: بله، بله.

د: این فقط یک دندگی نیست، بلکه شما می‌خواهید که من نیز آن را به بزرگترین ارزش خود تبدیل کنم و اخمو شوم.

ب: بله من این موضوع را به محیط اطرافم منتقل می‌کنم و می‌گویم، چون من اینگونه هستم، دیگران نیز این چنین‌اند.

د: پس بنابراین من هم باید این چنین باشم، چون اگر اینجوری نبودم، آمدن یا نیامدن شما برایم

تفاوتی نداشت درست است، برای من بی تفاوت بود؟

ب: فکر نمی‌کنم. لااقل به آن فکر نکرده‌ام.

د: چرا اینجوری است، چرا اینقدر اهمیت دارد؟

ب: چون دقیقاً عکس آن چیزی است که در کودکی عذابم می‌داد. اگر من سر دقیقه حاضر بشوم، یا فروش دو برابر داشته باشم و اگر به علت برتری شرکت‌مان در برابر رقبا احساس قدرت داشته باشم، و این واقعاً قدرت است که شرکت دیگری را به حاشیه برانید، در این صورت در درجه اول

وقت شناس هستم، در درجه دوم بهترین و در درجه سوم قدرتمندترین. بنابراین، دقیقاً برعکس آنچه قبلاً بوده‌ام.

ر: پس این برای شما جالب است که عکس آن چیزی باشید که قبلاً بوده‌اید. و اگر بتوانید مرا نیز وادار کنید که سروقت بودن را به والاترین ارزش خودم تبدیل کنم، ثابت کرده‌اید که با گذشته خود فرق کرده‌اید.

ب: بله، من در صحبت‌های خودم گفتم که من باید عکس آن چیزی باشم که قبلاً بوده‌ام.
ر: به همین خاطر این داستان برای شما دل‌انگیز است که ماهیگیر فقیر تبدیل به آدم دیگری شده بود.

ب: بله، و بعد دومرتبه یک تلاطم ایجاد شد و من می‌ترسم که همه چیز خراب شود و من یا به دیوانه‌خانه و یا زندان گرفتار شوم (یکی از افکار و ترس‌های وسواسی که بیمار دارد).

ر: و اگر یک دقیقه دیر بیاوید من کاملاً از شما ناراضی و نسبت به شما بی‌تفاوت خواهم بود.
ب: بله، عجیب است که قضاوت در مورد من، به این یک دقیقه بستگی دارد.

تفسیر: دیالوگ حول و حوش بقا و مبارزه رقابتی برای تبدیل پاپ به شیطان و برعکس، پیرامون قطب‌بندی میان بزرگترین نیکی‌ها و بزرگترین خباثت‌ها انجام می‌شود. روانکاو با اشاره به مبارزه بقای ناخودآگاه بیمار او را تقویت می‌کند. هنگامی که آدم بزرگترین و قدرتمندترین موجود باشد، اتفاقی برای او نمی‌افتد.

ب: بله، من منظور شما را فهمیدم. آنچه من در اینجا بدان رسیدم، حتی همین نحوه بیان برای من مشکل‌ساز است، زیرا یک مرتبه به فکرم رسید، اگر بگویم من در اینجا به چیزی رسیده‌ام، ممکن است از کلمه "من" بدتان بیاید. اینکه شما بگوئید: شما می‌توانید از "ما" استفاده کنید.
چند لحظه قطع افکار پیش می‌آید.

ب: می‌دانم که چنین نیست. خوب به هر حال، آنچه می‌خواستم بگویم از ذهنم پرید.
آقای آرتور Y سرنخ را از دست داده است.

ر: شاید این فکر که شما باید "ما" بگوئید، مزاحم شما شد. شاید از اینکه عقب‌نشینی کردید، ناراحت شدید.

ب: بله، شاید بتوانم دوباره افکارم را جمع و جور کنم. من فکر می‌کردم که در اینجا به نتیجه‌ای رسیده‌ام.

ر: و بعد سلسله افکار شما پاره شد. اگر شما "من" بگوئید، ممکن است مجارات شوید.
ب: هوم.

د: در این‌صور "من" از بین می‌رود. تا وقتی که از این ضربه رها نشده‌اید، احساس کوچکی خواهید کرد.

تفسیر: ما به خواننده توصیه می‌کنیم به "فراموشی لحظه‌ای"، یعنی گسست و پیدا کردن مجدد رشته افکار توجه خاص نماید. این امر در گروه بزرگی از پدیده‌ها قرار دارد و دریچه‌ای بر فرایندهای دفاعی ناخودآگاه را ما بر می‌گشاید. چنانچه در حین جلسه یک فعل اشتباه و یا علامت روانی و یا روان‌تنی ایجاد شود، می‌توان به نحوه پیدایش کنونی بیماری پی برد. مضافاً آنکه خیلی مهم است که روانکاو چه نقشی در تضعیف انکار به عهده می‌گیرد تا سرنخ دوباره به دست آید و علامت خُرد از بین برود.

ب: بله، بله. پیدا کردم. این نشانه سلب استقلال و آزادی من بود که در اتاق انتظار تا آمدن شما منتظر ماندم. اما حد و مرز این کجاست؟ یک دقیقه، ۲ دقیقه، ۵ دقیقه، ۱۰ دقیقه؟ شاید روزی فکر کنم که اصلاً دیگر نیایم.

سپس آقای آرتور Y داستانی درباره به کرسی نشاندن نظرات خویش بیان می‌کند. او می‌گوید در صورتی که یکی از همکارانش سر وقت ملاقات حاضر نشود، یک جمله دوستانه انتقادی به وی خواهد گفت: "اشکالی ندارد، دفعه بعد سر وقت خواهید آمد."

ب: در این حالت خیلی احساس آرامش خواهم کرد.

آقای آرتور Y در جایی دیگر با نگرانی پرسید که آیا زیاد در مورد خودش صحبت نمی‌کند، او اشاره کرد که ممکن است من از او خسته شوم.

د: اگر بگوئید که روز کاری طولانی داشته‌اید، خیلی جنبه شخصی به خود می‌گرفت. چرا نگران هستید؟ شاید به این خاطر چون این سوال مطرح است که آیا پس از یک روز کاری طولانی من می‌توانم کاری برای شما انجام دهم یا نه.

ب: برای من یک چیز اهمیت داشت، اینکه با این تذکر شخصی، از یک مرز عبور کنم.

تفسیر: اضطراب بیمار در عبور از مرز، همانگونه که از شناخت کامل روان‌پویایی و علامت او بر می‌آید، متکی بر تکانش‌های مقعدی- دگرآزاری است که در خودآزاری بیمار قرار دارد. همزمان او با قربانی، یعنی روانکاو کم‌رمق در آن شب همانندسازی نموده است. روانکاو بیمار را متوجه این موضوع می‌گرداند که پیشنهاد جلسه در شب باید توأم با این اطمینان باشد که چنین نوبتی برای وی مناسب و مفید خواهد بود. بنابراین ریشه نگرانی ناخودآگاه وی غیرواقعی است.

ما تحت این عنوان غیرعادی مایلیم به یک موضوع با اهمیت بپردازیم. موضوع، وصل شدن به جلسه قبلی و یادآوری مطالب آن است.

● چه کسی، چگونه از آنچه بیمار و روانکاو حس، فکر و بیان کرده‌اند را به خاطر سپرده است؟

● درباره فراموشی چطور؟ حفظ خاطرات برای مدت طولانی از اهمیت زیادی برخوردار است. در تئوری روانکاوی شکل‌گیری ثبات ابژه با استمرار روابط بینانسانی قابل اتکا پیوند خورده است.

● چه کسی هنگام انقطاع اجتناب‌ناپذیر در زندگی و درمان برای استمرار تلاش می‌کند، و روانکاو و بیمار برای از دست ندادن سرنخ و پاره نشدن آن چه کار می‌توانند انجام دهند؟

چنین سوالاتی زمانی مطرح می‌شوند که بیمار سرنخ مطالب را گم کرده و از روانکاو می‌خواهد که او را به نقطه قبلی وصل کند.

پس از چند دقیقه سکوت خانم کلارا X ادامه می‌دهد:

ب: من تلاش کردم بیاد آورم در جلسه قبلی چه گذشت. چیزی به خاطر نمی‌آید. آیا شما چیزی از جلسه بیاد دارید؟

ر: بله من بعضی چیزها را به یاد دارم، اما فکر می‌کنم شما هم نکاتی از آن را بخاطر دارید.

ب: من فقط می‌دانم که گریه کردم. شاید بتوانید یک سرنخی به من بدهید.

ر (پس از مکث طولانی): ممکن است شما کلمه‌ای از من بخواهید، با این حال من تأخیر نشان می‌دهم، چون بهتر است منتظر بمانیم تا شما خودتان به یاد آورید. شما حتماً چیزی می‌دانید، بالاخره باید چیزی در جایی مانده باشد. اما شاید شما چیزی به خاطر نیاورید، چون برای شما مهم است که آیا من چیزی از شما نگه داشته‌ام یا نه تا شما بتوانید آن را فراموش کنید. اگر شما یا چیزی از شما نزد من محفوظ مانده باشد، می‌توانید به راحتی آن را فراموش کنید.

ب: بله، این احساس قشنگی است.

ر: خوب خیلی وحشتناک می‌شد اگر هیچ چیز بخاطر نمی‌ماند. در واقع این موضوع یکی از جلسات قبلی ما بود. موضوع مربوط به جلسه‌ای می‌شد که برگزار نشد. من به عهده شما گذاشتم که احتمالاً یک جلسه اضافی با من داشته باشید. در ابتدای جلسه قبلی موضوع این بود که دلیل فرار شما از من، سرخوردگی تلخی بود که از من تجربه کرده بودید. من نفهمیده بودم که اهمیت اینکه من شما را فراموش کنم یا نه، چقدر است.

ب: اما من هنوز نمی‌دانم چرا گریه کردم.

من سکوت چند دقیقه‌ای بعد از این دیالوگ را می‌شکمم.

د: آیا امتحان را قبول شدم؟ نه، من هنوز چیزی درباره اشک‌های شما و دلیل گریه‌تان چیزی نگفته‌ام. پس هنوز امتحان را قبول نشده‌ام.

تفسیر: می‌توان حس کرد که روانکاو سعی می‌کند، بهترین حالت ممکن را از فراموشی بیمار بیرون کشد، اما او هنوز غیر مصمم است. او تردید دارد که حتی بتواند از عهده امتحان برآید. بدین ترتیب اعتراف به تردید در روانکاو، عملکرد درمانی می‌یابد و به رابطه درمانی وارد می‌شود.

ب: بله، من فکر می‌کنم این موضوع برای من خیلی مهم است، چه تأثیری بر شما خواهد داشت، اینکه شما بدتان می‌آید، اینکه به نظر شما بی‌ادبی است، آیا ناراحت می‌شوید، آیا شما می‌خواهید آن را نادیده بگیرید. همانگونه که در رفتار درمانی انجام می‌دهند - توسط عدم توجه، خاموش کنید، در حالی که در صورت عدم توجه، دقیقاً عکس آن بروز می‌کند، بیشتر و بیشتر، یا اینکه مثل درمانگر قبلی من می‌گفتید، داد و فریاد نکنید، در حالی که داد و فریاد نبوده بلکه بلند حرف زدن و گریه بود. خوب شما جان سالم بدر بردید، آنقدرها هم بد نبود.

د: خیلی چیزها بد بود. چیزی باقی نمانده بود. شما فراموش کردید. شما حفظ آن را به عهده من گذاشتید. شما به جلسه و به من فکر نکردید.

ب: به شما فکر کردم ولی نه در ارتباط با جلسه گذشته. اگر حملات پرخوری خودم را تحت کنترل نیاورم، خودکشی خواهم کرد. من می‌خواستم نزدیک مطب شما خودکشی کنم و دفترچه خاطراتم را بجای بگذارم، به آدرس شما. یک فکر تنفرانگیز، شما را مقصر جلوه بدهم، باعث عذاب وجدانتان شوم، با وجودی که مطمئنم کاری از دست شما برنمی‌آید. گفتم او بهتر است با گندابی که باقی می‌ماند، کنار بیاید. البته این افکار را به جلسه قبلی ربط نمی‌دهم، بلکه با احساس درماندگی خودم.

د: در حملات پرخوری شبانه شما مخصوصاً احساس درماندگی بیشتری می‌کنید.

ب: بله، اینکه من همیشه در دایره می‌چرخم و نمی‌توانم از این کار دست بکشم. بعد از پرخوری تنش‌های معدی زیادی دارم. هر شب مثل هم. من به لحاظ جسمی شب‌ها نیازی به خوراک ندارم. این یک رفتار وسواسی است، یک رفتار اشتباه، حالم به هم می‌خورد.

د: بله، شب‌ها بر شما غلبه می‌کند. عادت شما شده است و نمی‌توانید آن را کنار بگذارید، مزاحم شما شده و از آن نفرت دارید، چون یک شکم پر دارید که همه چیز را به آنجا منتقل کرده‌اید، جایی که دوست دارد آرام باشد، در حالت نیمه‌خواب، بدون آنکه خجالت بکشید. شما فکر می‌کنید که به این نیاز وابسته هستید. اشتیاق شما دیگر قابل سرکوب نیست. در طی روز آن را حس نمی‌کنید،

چون تحت کنترل خود در آورده‌اید. من فکر می‌کنم خجالت شما با وابستگی شما ارتباط دارد. افکار خودکشی شما مبین این مطلب است که من نتوانسته‌ام به شما کمک کنم و شما با این فکر که وابستگی دارید، هنوز آشتی نکرده‌اید.

ب: بله، من اگر می‌توانستم به هنر تغذیه دست یابم، خوشحال می‌شدم. الان اما دارم بیماری گاو‌میشی می‌گیرم. من از پر خوری بیشتر از کم‌اشتهایی می‌ترسم.

د: بله در بی‌اشتهایی شما مستقل بودید. خجالتی در کار نبود. ممکن بود بطور موقتی حد و مرز خود را تشخیص نمی‌دادید. این تنظیم می‌شد.

بیمار ترس خود از بیماری اعتیاد را متذکر می‌شود.

ب: من بدنبال امنیت و هویت خودم هستم. در غیر این صورت احساس از هم فروپاشیدگی دارم، احساس انطباق خودم با همه تا بتوانم به زندگی ادامه دهم. در آن حالت حس می‌کنم هیچ هستم، موجودی مثل یک ستاره دریایی از هم پاشیده در شن و ماسه. هر کس می‌تواند به من ور برود و هر شکلی می‌خواهد از من درست کند. اما حتی اگر شما از این مطلب خوشتان نمی‌آید، باید بگویم موجود استخوانی بودن، بهتر است. من اینجوری هستم و از آن دفاع می‌کنم. در این حالت احساس هویت دارم.

زمانی که چیز مشابهی می‌گوئیم، مثل هم نیست: با وجود آنکه خانم کلارا X خود را به‌عنوان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی و یا موجود استخوانی می‌نامد و خود را بدینوسیله تحقیر می‌کند، چون خود را تا حدودی با پر خاشگران همانندسازی نموده، تفاوت دارد که آیا او خودش را اینگونه می‌نامد و یا آنکه این القاب را از بیرون، از دهان کسی می‌شنود که تأثیرات تحقیرآمیز دارد.

د: می‌بخشید اگر در این نقطه حرف شما را قطع می‌کنم. به نظرم روشن می‌آید که شما از این طریق دارید از خودتان حمایت می‌کنید. در غیر اینصورت من می‌توانستم شما را لگدمال کنم و شما طاقت تحمل این فشار را نداشتید. آنچه از بیرون بر شما نازل می‌شود، به همین مسئله مربوط می‌شود، فعالیت و خودجوشی شماست که شما به افراد دیگر اعطا می‌کنید تا بر شما تأثیر گذارند، افرادی که می‌خواهند چیزی به شما بدهند. به همین خاطر شما خیلی محکم به هویت خودتان می‌چسبید تا از آن در مقابل خودتان دفاع کنید.

ب: من این را اینگونه قبول نمی‌کنم، حتی اگر به نظر شما روشن و طبیعی برسد.

بیمار از شکاف میان خودش و من شکوه می‌کند.

ب: یک شکاف بزرگ، یک فاصله آشکار که من را از خود بی‌خود می‌کند (عصبانیت وی زیاد می‌شود). روشن و طبیعی است، برای پدرم هم همه چیز روشن و طبیعی بود. پدرم درک همدلانه نداشت.

کاملاً روشن است که انتقال متقابل مرا در یک جدال دوسویه وارد کرد. به همین خاطر من این حالت را به یک مشکل مشترک تبدیل و درماندگی خودم را اقرار می‌کنم.

ر: بله، من خیلی تند برخورد کردم، چون شما نیز یک نظر خیلی قاطعانه ارائه دادید. من هم یک اعلام موضع صریح نمودم، مثل شما، و شما دلیل خوبی برای سرزنش کردن من دارید. جای توافق و وفاق نمانده، علیرغم آنکه شما شدیداً مایل بدین کار هستید. الان اینجا نیز چیزی شبیه اتفاق افتاد. نظرهای تند در برابر هم صف‌آرایی کرده‌اند.

بیمار اکنون درباره توافق پیشنهادی من سوال می‌کند.

ر: بله، من هم از خودم سوال می‌کنم که چطور می‌توانم شرایط را برای شما خوشایند سازم، بجای آنکه من نیز تند باشم و شما را در نظرات خودتان تشدید کنم.

ب: شما می‌توانید کلمه "روشن" را بکار نبرید. زمانی که من درباره یک فرایند شناختی صحبت می‌کنم و شما کلمه "روشن" را بکار می‌برید، چنین حسی پیدا می‌کنم. در این صورت مثل یک کرم کوچولو می‌شوم و اوقاتم تلخ می‌شود.

من نظر بیمار را تأیید می‌کنم و به او حق می‌دهم.

بیمار جلسه بعدی را با این ایده شروع می‌کند که می‌تواند زیر کاناپه قرار بگیرد.

ب: زمانی که دخترم کوچک بود با این فکر بازی می‌کردم که زیر تختخواب دخترم بخزم.

ر: شما در جلسه قبلی نیز در این مورد صحبت کردید که من برای اینکه شما خودتان را پنهان کنید و مطرح نشوید چکار می‌توانم انجام دهم. شما قدرت تحرک زیادی ندارید. من با استفاده بیش از حد از لغت روشن، شما را محدود کردم. نظر شما بواسطه اظهارات من تندتر شد.

ب: من گمان می‌کنم که در آخر جلسه موضوع را جمع و جور کردیم.

ر: بله، به تفاهم رسیدیم. بله موضوع بدون انفجار، ختم بخیر شد. من فکر می‌کنم شما دوست دارید، من و همسرتان شما را بگونه‌ای دیگر ببینیم. شما نمی‌خواهید به عنوان موجود استخوانی و یا مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی مورد اهانت قرار بگیرید.

من با توجه به نقاشی روزتی از "جلوس مریم" که چندین بار در مورد آن صحبت شده بود و بیمار از روی آن نقاشی کرده بود گفتم:

ر: من با زبان فرشتگان درباره تغییرات بدن شما حرف می‌زنم.

ب: بله، من هنوز دوست دارم موجودی لاغر و نحیف باشم، این هویت من است، در بیرون عادی و درون، همسری که چشم پوشی می‌کند.

ر: همسر سر به زیر و باگذشت؟

ب: اگر قرار بود من به نقش زنان‌های که همسر من تصور می‌کرد، وارد شوم، باید از خیلی چیزها صرف نظر می‌کردم. بلافاصله روحی ترش می‌کردم، حتی اگر عادی می‌بودم. هیچ قدمی که در جهت استقلال و زندگی خودم بر می‌داشتم از جانب همسر من حمایت نمی‌شد. برخی مواقع او چیزی را می‌پذیرد، اما دیر یا زود با واکنش منفی او روبرو و له می‌شوم.

د: بله، شما این تجربیات را دارید. همسر شما تغییر اوضاع را تسهیل نمی‌کند. شما تا الان کم آزمایش کرده‌اید، چطور می‌شد اگر اینجا و آنجا کار دیگری انجام می‌دادید، اگر جور دیگری می‌شدید، شاید دیگر با همسران زندگی نمی‌کردید، شاید شما یک دوست پیدا می‌کردید و سبک زندگی تان عوض می‌شد. بله، من فکر می‌کنم که غالب انسان‌ها شما را بگونه‌ای می‌بینند که توصیف کردید، یک موجود نحیف. با وجود آنکه شما با این وضعیت کنار آمده‌اید، اشاره تلخ و گزنده‌ای است که رفتار شما را شدت می‌بخشد. محیط و من نیز در ابقای این وضعیت سهیم هستیم، مثلاً وقتی من می‌گویم خوب روشن است، وقتی به شما توجه نمی‌کنم و بدین ترتیب نیرویی را تقویت می‌کنم که بهر حال در شما قوی است، یعنی پافشاری، اثبات خویش شما، پیروزی شما در تمام تحقیرها و کنایه‌هایی که شما تحمل می‌کنید. برای شما وحشتناک است که حس می‌کنید در بسیاری از زمینه‌های مهم مورد پسند افراد دیگر نیستید، با وجود آنکه شما حیای دوست‌داشتنی و حس مادرانه دارید.

ب: زمینه‌های مهم چی هستند؟

د: بله، من می‌خواهم شما آن را تزئین کنید.

ب: سوال این است که آیا من چنین چیزی را می‌خواهم.

د: نه در مقابله با اراده‌تان، هیچ چیز ممکن نیست، شما می‌توانید دُر آن را مشخص کنید. من کاری نمی‌توانم انجام دهم. شاید شما ندانید که چقدر قدرتمند هستید. شاید شما توسط درمان و یا شخص من خود را مورد تهدید می‌بینید. شاید نمی‌دانید که در چه موقعیت مطمئنی قرار دارید.

ب: من احساس محدودیت و قید و بند دارم. اما اینکه چکار باید بکنم، هنوز نمی‌دانم.

د: اگر من بخواهم بر چاشنی موضوع اضافه کنم، احساس خطر شدید می‌کنید.

ب: چرا نمی‌شود که همین جور که هست خوب باشد؟

د: خب، همین جور که هست خوب است. البته می‌توانم تصور کنم که می‌تواند بهتر از این باشد که هست و شما نیز زیاده‌تر از آنچه هستید باشید، این چیزی است که من نمی‌توانم روی آن سرپوش بگذارم، حتی زمانی که همین جور که هست خوب باشد. به نظرم شاید شما نیز زمانی که لازم نباشد خودتان را قایم کنید، احساس بهتری خواهید داشت. شما چه زیر کاناپه و چه روی آن بخواهید،

خودتان را پنهان می‌کنید، شما خیلی چیزهای تجربه نشده و پنهان در خود دارید. به همین خاطر من خیلی غمگین می‌شدم که شما با این وضعیت اینجا را ترک می‌کردید. با این حال همین جور که هست خوب است، البته از نگاه نسبی. (مکث طولانی) شما مشکلات زیادی را در گذشته و امروز به بهترین نحو حل کرده‌اید. کار ساده‌ای نیست که راه حل‌هایی انتخاب کنید که شادی و لذت بیشتری داشته باشند. شما زمانی از من پرسیدید که اگر شما درمان را تمام کنید برای من چطور است.

ب: بله، بعد چی شد؟

ر: من گمان می‌کنم شما از من پرسیدید آیا من غمگین یا مکدر می‌شوم.

ب: بله، الان چرا به این موضوع اشاره کردید؟

ر: بله، موضوع بر سر رضایتمندی است. اینکه آیا شما و من، روزی که از اینجا خواهید رفت، رضایتمند هستیم یا نه. درباره سوال شما که آیا من نبود شما را حس خواهم کرد، فکر جالبی به مغزم رسید. اگر شما با کمبود بزرگی از اینجا می‌رفتید، من نبود شما را شدیداً حس می‌کردم، به عبارت دیگر اگر من این حس را داشتم که خیلی از امور هنوز ناتمام باقی مانده و جایی که می‌توانستم برای شما کاری انجام دهم.

در سکوت چند دقیقه‌ای صدای نفس و آه شنیده می‌شود. یک سکوت کلام‌دار. من می‌گویم هوم، هوم.

در سکوت، کلام دوسویه بدون استفاده از کلمات ادامه می‌یابد. تفاهم و احساس یکی بودن چقدر باید عمیق باشد تا به بیمار اطمینان بیشتری اعطا شود، این سوالی است که توسط در برابر هم قرار دادن دیالوگ کلامی و غیر کلامی نمی‌توان بدان پاسخ داد.

ب: وقتی به سمت دیگری می‌تاییدم، فکر کردم با حرف زدن از یک نقطه خاص پیشروی نخواهیم کرد. از این در و آن در گفتن مثل نشخوار کردن می‌ماند. آنجا در عمق من چیزی نشسته که شبیه به تردید است. مرد استخوانی، زن استخوانی - مورد پسند واقع شدن و نشدن، احساس خوشایند داشتن و نداشتن، فرای همه این‌هاست.

ر: بله، شما نسبت به خودتان و به من تردید دارید و تردید شما آن است که شما چگونه باشید و چه باشید. برای پرهیز از به این و آن در زدن، شما به آن چیزی که دارید می‌چسبید، به تنها چیزی که برایتان اطمینان بخش است.

مجدداً سکوت برقرار می‌شود.

ر: در اینجا کلمات نیز دیگر کافی نیستند، با این حال در پایان می‌خواهم از شما سوال کنم که آیا مایلید چیزی بگوئید؟

بیمار تقاضا می‌کند که جلسه بعدی در یک پیش از ظهر برگزار شود، چون قصد مسافرت دارد. یک وقت مناسب پیدا می‌شود.

۳-۱-۸ واکنش‌های موسمی*

افراد افسرده در انبوه تردیدها و سرزنش‌هایی که به سمت خود روا می‌دارند، در بند گذشته بسر می‌برند. ظاهراً تجربه زمانی آن‌ها از حرکت باز ایستاده است. هر چقدر فرد افسرده تحت سیطره گذشته و عذاب وجدان قرار داشته باشد، به همان نسبت دریچه‌های آینده را بر خود می‌بندد. پدیدارشناسی و آسیب‌شناسی روانی تجربه زمان که ما در جلد مبانی تحت ۸-۱ به اختصار در مورد آن بحث کردیم، تعیین شدت افسردگی را برای ما ممکن می‌سازد. هرچقدر اختلال هیجانی شدیدتر باشد، به همان میزان بیمار آینده تیره‌تری را در مقابل خود می‌بیند. محدود شدن فعالیت‌ها در افسردگی‌های سایکوتیک یک مانع جدی در زندگی به‌شمار می‌رود. از منظر روانکاوی باید به این سوال پاسخ داد که اختلال هیجانی تا چه حد تحت تأثیر فرایندهای ناخودآگاه روانی ایجاد شده و به‌عنوان فقدان حس زمانی مثبت در شکل عارضه بروز می‌کنند. همراه با گباستل (۱۹۵۴، ص: ۱۴۱) می‌توان گفت که از دیدگاه روانکاوی، نزد افسرده‌ها نوعی "انسداد پایه" به‌عنوان اختلال در وقایع حیاتی زندگی، به فرایندهای دفاعی ناخودآگاه مربوط می‌شود. بدون تردید تجربه زمان، ارتباط تنگاتنگی با ضرب‌آهنگ ارضای غرایز دارد. تأخیر در آن به تجربه فقدان می‌انجامد که در بی‌امیدی و بی‌آیندگی متبلور می‌شود. تومه (۱۹۶۱) این مشکلات در نزد بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی تشریح نموده است.

در تعامل میان بیمار و روانکاو، تجربه درونی ساختار زمان در اکنون، یعنی زمان تجربه شده، جاری می‌شود (نک جلد مبانی ۸-۱). وقتی کافکا (۱۹۷۷) از روانکاوان به‌عنوان مخزن زمان، یا توسعه دهنده زمان یاد می‌کند، منظورش پیوند اظهاراتی است که به لحاظ زمانی از یک‌دیگر فاصله دارند، اما در ارتباط با معنا با هم قرار می‌گیرند. نمونه پائین روشن می‌کند که چگونه ترسیم زمانی ناخودآگاه در قالب واکنش‌های موسمی متبلور می‌شوند.

خانم اُرزولا X ۴۰ ساله به‌علت نورژ افسردگی مزمن در آنالیز بسر می‌برد. مشکلات افسردگی بیمار ۱۲ سال قبل و در پی خودکشی برادر کوچکترش شروع شد. این برادر، اولین پسر خانواده پس از سه فرزند دختر بود و از جانب همه، بویژه مادر مورد توجه خاص قرار داشت. جلسه اول آنالیز با

* Anniversary Reactions
Jahrestagsreaktionen

سالگرد مرگ برادر توأم شد. بیمار در ابتدا به این مسئله اشاره ای نکرد. بعدها و در حین درمان مشخص شد که هم سالگرد تولد و هم سالروز مرگ برادر علایم او را وخیم می‌نمایند. تعارض ناخودآگاه موجود در بیمار که ظاهراً با ترسیم زمانی گره خورده بود، فرصت آن را به من داد که رابطه میان بیمار و برادرش و نیز من و بیمار را در پرتو انتقال بنگرم.

در سال اول آنالیز دلبستگی نزدیک بیمار و برادرش در کودکی مشخص شد که هنوز در بیمار باقی مانده بود. وی در برادرش گرمی و امنیتی را جستجو می‌کرد که از مادرش دریافت نکرده بود. همزمان احساس مسئولیت زیادی می‌کرد تا مواظب او باشد و در واقع از عهده تکلیفی که والدین به‌عنوان بزرگترین دختر خانواده بر دوش وی گذاشته بودند، برآید. در سیزدهمین سالگرد فوت برادر، یعنی یک سال پس از شروع آنالیز، تعارض درونی بیمار شدیداً آشکار شد. در حالت افسردگی شدید و خودسرزنی فوق‌العاده تلاش داشت بفهمد که هنگامی که برادرش زیر قطار رفت چه حسی داشته است. آرزوی بزرگ وی، برای درک و فهم برادرش، بیانگر مبارزه خود با افکار و آرزوی مرگ بود. مرگ برای او، معنای رسیدن به وحدت جاودانه با برادرش را داشت. همزمان، سالروز مرگ بیمار با آنالیز متقارن شده بود که او می‌خواست طی آن شروع تازه‌ای در زندگی خود بگشاید. توسط آنالیز در واقع او نشان داد که میل به زندگی دارد؛ در همان روزی که در اصل قرار بود به‌علت سالروز مرگ برادرش به سوگ بنشیند. هر قدمی برای رفتن به سوی استقلال و بازگشت از حالت افسردگی برای او توأم با احساس گناه تنها گذاشتن برادرش در مرگ بود. افکار خودکشی باعث می‌شد تا وی وابستگی به برادرش را انکار کند.

در دومین سال آنالیز در تخیلات من و بیمار وضعیتی به وجود آمد که من به‌علت تفاوت سن با بیمار که کاملاً منطبق بود، جای برادر او قرار بگیرم. من به‌عنوان روانکاو و در تخیلات، اشتیاق، امنیت و گرمای او را ارضا می‌کردم و او از من بسیار خرسند می‌نمود. احساس حسادت او بیش از پیش نمایان می‌شد.

در جلسه آخر قبل از تعطیلات (جلسه ۲۵۰) بیمار با تردید مراجعه کرد که آیا به یک مسافرت با هواپیما اقدام کند یا خیر. این اولین مسافرت او کاملاً به تنهایی خواهد بود.

ب: من تا حدودی عذاب وجدان دارم، چون دخترم، والدینم و شما را باید ترک کنم.

سپس او پیشنهاد جدی می‌کند که من بجای او با هواپیما به سفر بروم. او در درباره قواعد مربوط به مسافرت مطالعه کرده و به من توضیح می‌دهد که تلاش خود را خواهد کرد که امکان سفر مرا مهیا کند.

ر: ما می‌توانیم این فکر را پیگیری کنیم که اگر من بجای شما سفر کنم، چه معنایی خواهد داشت.

او که به نحو بارزی سرخورده به نظر می‌رسد، تعریف می‌کند که تصور داشته من بعد از مسافرت درباره سفرم برای او تعریف کنم. او می‌داند، که از این طریق موضوع برایش آسان تر می‌شود. در این صورت او نیاز ندارد که از دختر، والدین و من جدا شود و می‌تواند در شادی من سهیم باشد. بعد از یک سکوت طولانی به یاد می‌آورم که امروز سالگرد تولد برادرش است. او تا آن لحظه به این موضوع فکر نکرده بود. در تداعی‌های خودش این موضوع جاری است که برادر بجای او و مادرش مسافرت‌های زیادی کرده و با شور و حال فراوان درباره آن مسافرت برای آن‌ها تعریف می‌کرده است. او به همین خاطر وابستگی شدید به برادرش داشته است. او احساس می‌کرده که با برادرش در سفر بوده، بگونه‌ای که با وجود فاصله مکانی، احساس با او بودن داشته است.

● پس از آنکه من مطرح می‌کنم که احتمالاً به همین خاطر این روزها حالش بدتر از قبل هست، تعبیر زیر را به بیمار ارائه می‌دهم:

ر: چنانچه من بجای شما مسافرت می‌کردم، شما در افکارتان با من بسر می‌بردید، در حالی که همزمان از من دور بودید. اما اگر از طریق سفر از من جدا می‌شدید، مطمئن نبودید که همچنان با من باشید.

سپس به یاد می‌آورد که همیشه از برادرش می‌خواسته بعد از سفر در تنهایی برای او تعریف کند. او با شرمساری تعریف می‌کند که تنهایی با برادرش چگونه بوده. اکنون نیز شرمزده است، چون به نحوه تعریف من درباره سفر در تنهایی با او فکر می‌کند.

ر: پس اگر قرار بود من بجای شما سفر کنم، شما در افکارتان با من بودید، اما شما در این صورت مرا به خود وابسته می‌کردید!

جواب بیمار با تردید همراه است، اما او اکنون بهتر می‌فهمد که از جدایی از روانکاو اجتناب می‌ورزد تا بدینوسیله از مسئولیت خود پرهیز کند و به اشتیاق خود برای یکی شدن پایبند بماند. بیمار بعد از یک استراحت کوتاه می‌گوید که بخشی از عذاب وجدان نابجای او درباره خودکشی برادر از اینجا ناشی می‌شود که او وی را بجای خود به سفر "دور دنیا" می‌فرستاده است. بدین ترتیب لازم نبوده جای خود نزد مادر را از دست بدهد و از طریق همانندسازی با برادر، هم با او و هم با مادر پیوند داشته است. در انتهای جلسه او با غمگینی ناله سر می‌دهد.

ب: اگر شما بجای من پرواز می‌کردید، خوشحال می‌شدم!

سیر بعدی فرایند روانکاوی که به پردازش ضایعه جدایی و تکرار آن در موقعیت روانکاوی مربوط می‌شد، به آنجا منتهی گردید که بیمار در چهارمین سال روانکاوی، برای اولین بار سالروز تولد برادرش را فراموش کرد.

تفسیر: پس از کار اصیل، اما فراموش شده فروید (۱۸۹۵)، هیلدگارد (۱۹۶۰) و هیلدگارد و همکاران (۱۹۶۰) نشان دادند که واکنش‌های موسمی به طور معناداری با تجربه فقدان در ایام کودکی ارتباط دارد، امری که در زندگی بزرگسالی به مشکلات شدید جدایی منجر خواهند شد.

مینتز (۱۹۷۱) دو نوع واکنش موسمی بالینی را از یک‌دیگر متمایز می‌سازد. این انواع بدین طریق از یک‌دیگر متمایز می‌شوند که آیا یک واقعه و یا یک تاریخ خاص، آگاه و یا ناخودآگاه می‌ماند.

● در حالت نخست، یک تاریخ که برای بیمار آگاه است، مثلاً سالگرد تولد و یا اولین روز تعطیلات، ممکن است باعث یک تعارض حاد گردد. واکنش موسمی به‌عنوان یک پاسخ خاص به این تعارض حل نشده به وجود می‌آید. ویژگی این حالت، پاسخ تکراری به این تعارض در تاریخی است که بطور خودآگاه تجربه می‌گردد.

● در حالت دوم، نشانه زمانی که با یک تعارض روانی مرتبط است، ناخودآگاه باقی می‌ماند. تاریخ طلاق همسر قبلی، تاریخ تولد و یا مرگ یک عضو خانواده، امر ناخودآگاهی است که باقی مانده است. این وضعیت در فرد مورد نظر به تغییرات خلقی مبهم و یا وخامت علایم منجر می‌شود که در طی این روزها حاد گردیده است.

نمونه ما بیشتر به نوع نخست نزدیک است. عامل بروزدهنده در سطح پیش‌آگاهی قرار دارد و بیمار به سادگی قابل دسترس است. ماهیت واکنش‌های موسمی و وخامت خلق افسرده او نشان دهنده یک تعارض درونی اوست. اشتیاق شدید جهت امتزاج در سالگرد تولد و مرگ برادر، به تشدید هراس از مرگ خود وی منتهی می‌شود. ارتباط میان واکنش‌های موسمی و سوگ بیمارگونه، آنگونه که از جانب چارلیز (۱۹۸۷) توصیف شده، شگفت‌انگیز است. از آنجایی که سالگرد فوت برادر با "تولد" آنالیز وی تقارن پیدا نموده، احساس گناه ناخودآگاه فعال می‌شود: یک زندگی آزاد مترداف با جدایی قطعی از برادر است. "انسداد پایه" در این تعارض قابل فهم می‌گردد.

دوگانگی در برابر برادری که بیمار هم او را دوست داشت و هم همزمان به او حسادت می‌ورزید به‌وسیله یک همانندسازی حل می‌شد، بگونه‌ای که رابطه با ابژه از دست‌رفته و احساسات شدید در ارتباط با جدایی کنترل می‌شدند. بنابراین "پدیده‌های موسمی، واکنش‌ها و نمادهای مهم تاریخی در زندگی، همانندسازی‌ها و درون‌فکنی‌های پیچیده هستند" (هزler ۱۹۸۵، ص: ۲۲۱).

ما بر این نظریه که پدیده‌های موسمی این بیمار در بافتار همانندسازی‌های دوگانه تحقق می‌یابند. مادام که تعارضات مرتبطه در برابر همسر نشان داده می‌شدند، بیمار نشانه‌های بیماری را از دست می‌داد. طلاق بود که نوعی افسردگی واکنشی ایجاد کرد، چون بیمار اجازه نداشت خود را آزاد حس و تجربه کند. همسر به‌عنوان چهره انتقالی عملکرد مهمی داشت. بیمار بطور ناخودآگاه او را با

برادرش پیوند داده بود. این پیوند ناخودآگاه پس از جدایی، احساس گناه قدیمی را زنده می‌کرد، تا آن حد که به افسردگی مزمن تبدیل شده بود.

۲-۸ تاریخچه زندگی، بیماری و زمان: یک بازسازی*

عنوان بالا حاوی در هم‌تنیدگی‌ها و تلاقی‌ها است.

زمانه ما تحت سیطره ایدئولوژی‌ها بسر می‌برد (براشر ۱۹۸۲). خودشیفتگی به استعاره دسته‌جمعی تبدیل شده است (لاش ۱۹۷۹). از دید روانکاوی ایدئولوژی و خودشیفتگی ریشه‌های مشترک دارند. بر طبق تعریف گروبرگر و چاسه‌گوت-اسمیرگل (۱۹۷۹، ص: ۹) در ذات ایدئولوژی نهفته است که به‌عنوان سیستم فکری فراگیر و نیز نهضت‌های سیاسی، هدف تحقق و تبدیل تخیلات به واقعیت را دنبال می‌کنند. انسان به‌علت قوه تخریب خود که با توان نمادسازی وی گره خورده، در معرض ایدئولوژی‌ها قرار دارد.

از دیدگاه روانکاوی قابل تأکید است که محتوای تخیلات فردی کودک در حال رشد قبل از هرچیز تحت تأثیر عوامل خانوادگی با روح زمانه پیوند خورده است. تقسیم ایدئولوژیک و انعطاف‌ناپذیر دنیا به انسان‌های خوب و بد و ایجاد سیستم‌های ارزشی که رویکردی حذفی با یک‌دیگر دارند، در ابتدا در خانه و سپس در مدرسه به افراد منتقل می‌شود. بسیاری از انسان‌ها از این وضعیت متضرر می‌شوند، اما می‌توانند خود را از قید این عوامل رها سازند. دیگران اما این بینش‌های خانوادگی را می‌پذیرند و از طریق تقبل نقش‌ها و انتظارات، بطور ناخودآگاه به ادامه‌دهندگان راه والدین خود تبدیل می‌شوند. دیگرانی نیز هستند که تحت ناهمسانی تضادهای موجود در این زمینه بیمار می‌شوند (اک اشت ۱۹۸۶، ایک هوف ۱۹۸۶).

در علایم و سواس نوروتیک قطب‌بندی وجود دارد که محتوای آن توسط نوسان میان افراطی‌گری و بی‌کفایتی در برابر انعطاف‌ناپذیری تعیین می‌شود. به لحاظ تاریخی و از دید بینافرهنگی محتوای و سواس متغیر، اما شکل آن ثابت است. این دیدگاه به نقش برخی عوامل مشخص روان-اجتماعی در شکل‌گیری بیماری‌های روانی و روان‌تنی نسبت می‌بخشد.

* Life, Illness, and Time: Reconstructing Three Histories
Lebens-, Krankheits- und Zeitgeschichte: eine Rekonstruktion

● بدون تردید بینش و جهان‌بینی رایش سوم (فاشیزم)، کودکی، جوانی و تاریخچه زندگی و بیماری آقای آرتور Y را تحت‌الشعاع قرار داده بود. البته گمراه‌کننده است که تفاوت میان قربانیان واقعی ایدئولوژی نژادپرستانه یهودی، آدلف هیتلر به‌عنوان عامل اجراکننده نابودی و یک بیمار وسواس نوروتیکی نادیده گرفته شود. همانندسازی‌های متقابل و متناوب خودآگاه و ناخودآگاه با قربانیان یهود و نیز افسران اجرایی اس‌اس، بیمار و محیط وی را از درغلتیدن به یکی از گرایش‌های فوق‌مصبون می‌داشت. تا اینجا، آقای آرتور Y دارای ساختار مشابه راتن‌من و ولفزمن داشت که فروید مکانیزم‌های ناخودآگاه علایم وسواس نوروتیکی را در آن‌ها تشخیص داده بود. این دیدگاه برای درک انتقال ایدئولوژی‌ها از نسلی به نسل دیگر حائز اهمیت است. پس باید مشخص شود که والدین در کدام گروه جای داشتند، هواداران فعال، دنباله‌روها، اکثریت خاموش که پیرو حزب باد هستند و یا قربانیان.

در درمان به دنبال حل و رازگشایی در هم پیچیدگی‌های نامساعد شخصی، خانوادگی و تاریخی بودیم. همیشه این سوال مطرح خواهد بود که اگر چنین و چنان اتفاقی نمی‌افتاد، اگر تا دوران بلوغ و بعد از آن تجربیات ضایعه‌ای حادث نمی‌شد آیا بیماری ایجاد می‌شد یا نه. قبل از آنکه آقای آرتور Y تصمیم به درمانی بگیرد که موفق طی شد، بیماری او ۳۰ سال قدمت داشت.

● من به‌عنوان روانکاو در این مورد خاص نه تنها یک هم‌دوره‌ای زمانی وی هستم، بلکه می‌توانستم در چهارمین درمان وی همچنین تاریخ تکنیک درمانی روانکاوی را که در خاطرات این بیمار وجود داشت، بازسازی کنم. برای خارج شدن از وضعیت گمنامی که در این مورد خاص نه می‌توانم و نه مایل به پابندی به آن هستم، با مروری بر گذشته اعلام می‌کنم که برخی پیشرفت‌های درمانی را در همکار معروف گذشته خودم تشخیص داده‌ام. پردازش انتقادی گذشته حرفه‌ای خودم به تغییر تکنیک درمانی من منجر شد؛ و بدین ترتیب از اشتباهات پی در پی گذشته دور شدم.

پردازش درمانی پاره‌ای از موضوعات که در بیان تاریخچه بیماری منعکس شده‌اند، در کدگذاری بیمار وجود دارد. تشریح مبسوط این تاریخچه بیماری می‌تواند به خواننده کمک کند، اجزاء یک فرایند، یعنی دیالوگ‌های منعکس شده را به یک کلیت فراگیر مرتبط کند که روانکاو نیز در آن شرکت داشته است. من به این خاطر در گذشته یک نقش جانبی داشتم، چون بیمار برای اولین بار در ۲۰ سال پیش به من مراجعه کرده بود. مهم، آنکه بسیاری از تعریف‌های بیمار، مرا به یاد دوران

جوانی خودم می انداخت. در درمان این بیمار بسیاری از تجربیات و اتفاقات کودکی من دوباره زنده شدند. رابطه فاعل و قربانی جلوه‌های گوناگونی داشت.

پس زمینه‌های خانوادگی. در خانواده مردی که در سال ۱۹۳۵ متولد شده بود، نظیر بسیاری از خانواده‌های دیگر آلمانی بین سال‌های ۱۹۳۳ الی ۱۹۴۵، ایده‌های نژادپرستانه ترویج می‌شدند. تقسیم نژادپرستانه انسان‌ها به آریایی‌ها و غیرآریایی‌ها، آلمانی‌ها و یهودان، پس‌زمینه ایده‌آل‌سازی و ارزش‌زدایی بود که در خانواده و زندگی در یک روستای کوچک به طور خاص جزو معیارهای خانوادگی به‌شمار می‌رفت.

هر دو والدین، از پیروان متعصب هیتلر بودند که تا دوران بعد از بلوغ، یعنی تا اوایل سال‌های ۵۰ میلادی همچنین محبوب بیمار محسوب می‌شد. پدر بیمار یک آسیاب‌بان متمول بود که در کنار مالک اصلی آنجا، نفر دوم روستایی در جنوب آلمان به‌شمار می‌رفت که هیچ یهودی در آنجا سکنی نداشت. او از سال ۱۹۳۹ به خدمت ارتش درآمد و مفقودالاثر شد. پس از سال‌ها انتظار، پدر به‌عنوان کشته شده اعلام شد. مادر که ۴ فرزند از خود را به رهبر و خلق پیشکش کرده بود و مخصوصاً از فرزند ارشد خود، یعنی بیمار انتظار داشت، پس از فوت پدر تکیه‌گاه خود را دست داد و از عهده گرداندن آسیاب‌ها برنمی‌آمد. او به افسردگی مزمنی دچار شد که به خودکشی منجر گردید.

پس از فرزند ارشد، سه فرزند دیگر متولد شدند، یک برادر ۱۹۳۹، دو خواهر ۱۹۴۰ و ۱۹۴۲. پدر از سال ۱۹۳۹ سرباز شده بود.

پس‌زمینه خانوادگی بر شکل‌گیری ایده‌آل‌های «خود» و این مطلب مؤثر بود، که فرزند ارشد انتظارات والدین خود را برآورده نمی‌کند. اینکه آیا مادر به فرزند ارشد خود می‌بالیده، برای بیمار دور و غیرمحتمل است. او چیزی در این باره به یادش نمی‌رسد که از جانب مادر مورد تمجید و شمع قرار گرفته باشد. سیر رشدی او از جوانان سال‌های ۳۰ آلمان کاملاً متفاوت بود. حتی تا شروع آنالیز فعلی، بیمار خودش را از زاویه دید مادر نسبت به خودش می‌نگریست. پس از تولد دومین پسر خانواده مادر بیمار را به‌عنوان کسی که شلوارش را کثیف می‌کند، خطاب می‌کرد. زیرا واکنش بیمار در برابر تولد برادر، کثیف کردن شلوار بود. او اجازه نداشت در خانه بماند، به نحوی که راه مهد کودک و مخصوصاً بازگشت وی به خانه برای وی تحقیر زجرآوری محسوب می‌شد. در رختشویی، همانجایی که حیوانات ذبح نیز می‌شدند، با شلنگ آب تمیز می‌شد. ضایعه‌های انبوه هر آنچه را که می‌توانست حس مثبت زندگی را در او ایجاد نماید، نابود کرده بود. البته اگر بخواهیم با کلمات کوهوت صحبت کنیم، بعید است که نگاه مادر به فرزند نخست خویش حداقل گاهی سرشار از تلاؤ نبوده نباشد.

در استمرار ضایعه خراب کردن خود، این تحقیر مستتر بود که "مقاوم مثل چرم، قوی مثل پولاد، چابک مثل آسیاب" نیست، گویشی که خاص آن دوران بود. پسرچه‌های تنومند، قوی و خوشگل، الگوهای آن زمان بودند که بیمار خود را متعلق به آن‌ها نمی‌دانست و حتی در مهد کودک و بعد نیز از آنان می‌ترسید.

اضطراب‌های نابودی که در طول زندگی وجود داشتند آنقدر قوی بودند و هستند که زمان درازی طول کشید تا بیمار امکان آن را درک کند که او نیز پرخاشگری و عصبانیت دارد، به عبارت دیگر می‌تواند آن را به سمت خارج فرافکنی کند. برعکس، او از اینکه به وسیله یک مرگ سریع و بی‌دغدغه زندگی را ترک کند، ترسی نداشت.

محتوای مذهبی افکار و سواسی بیمار که غیرمذهبی تربیت شده بود به سال‌های مدرسه و یک آموزگار دگرآزار و هم‌جنس‌گرا مربوط می‌شد. این آموزگار مخصوصاً از بچه‌های بیمار مراقبت می‌کرد. در بیمار که تا "آخرین لحظه" تسلیم آموزگار خود نشد و مانع سوءاستفاده از خود گردید، نگرانی در اشتیاق سیری‌ناپذیر به پدر شعله می‌کشید. ترکیب هم‌جنس‌گرایی و خود-دگرآزاری، آنچنان برای وی پرتعارض بود که پس از خواندن یک رمان جنایی برای اولین بار فکر و سواسی به ذهنش خطور کرد که جنایت این داستان- خودکشی به وسیله سم- را خودش انجام دهد. او در حالت پانیک کتاب را به دستشویی می‌اندازد. با نابود کردن کتاب، محتوای این اضطراب از وی دور می‌شود.

او سپس به وسیله مادرش از مدرسه بیرون آورده می‌شود تا در آسیاب خودشان به کارآموزی مشغول گردد. زمانی که آن‌ها منتظر بازگشت پدر بودند، یکی از عموها به‌عنوان آسیاب‌بان به کمک آن‌ها می‌آید. شرکت توان رقابتی خود را از دست داده بود و مادر و مادر بزرگ مادری در این تخیل و امید بسر می‌بردند که شرکت را تا زمان بازگشت پدر که باور به مرگ او نداشتند، سر پا نگه دارند. عمو که با مادر رابطه داشت و مدیر شرکت، به نفع خودشان کار می‌کردند. پس از کناره گرفتن آن‌ها، بیمار سال‌ها تلاش کرد که شرکت را نجات دهد، تا آن هنگام که چند قدم مانده به ورشکستگی آن را تعطیل کرد. قرض‌های زیاد توسط فروش زمین تسویه شدند. از آن پس تاکنون آقای آرتور Y در یک شغل مشابه به‌عنوان نماینده شاغل است و توانسته با تلاش زیاد، از موقعیت خوبی برخوردار شود. اما موفقیت‌های شغلی وی، تأسیس خانواده و به دست آوردن زنی برای خود که دانا و زیبا است و نیز ۳ فرزند در حال رشد، هنوز نتوانسته‌اند به تقویت احساس خودباوری وی کمک کنند.

درباره علایم. بیمار در تمام طول زندگی تلاش داشته بر دوگانگی‌های آشتی‌ناپذیر در خودش غلبه کند. علیرغم ترس‌های شدید، مبدا که مرتکب قتل شود و با وجود افکار و رفتارهای و سواسی

شدید، در شغل خود موفق بود. وابستگی به الکل که با اشتیاق نوشیدن آن، روز را شب می‌کرد، تا حدودی تحت کنترل بود.

یک بینش عمیق درمانی که روزی بیمار بدون کمک تفسیری من بدان دست یافت، قابل ذکر است: آیا اطاعت از همه فرامین فرمانروای مطلق - در هر پیکری - که برخلاف لذت و سکس بودند، بدانجا منتهی می‌شد که او به‌عنوان تنها پسر، محبوب و دوست‌داشتنی شده و بماند؟ این فراقنی قدرت و استیصال و شرکت در آن از طریق همانندسازی‌های همزمان و یا متناوب، به گذشته دور بازگشته و فراسوی حل بیمارگونه تعارضات ادیپی قرار دارد.

می‌دانیم که ایده‌آل‌سازی و تحقیر با محتواهای گوناگون پیوند می‌خورند. همواره ارزیابی خودآزارانه خویش - من یک توده گند هستم - با تصورات خودبزرگ‌بینی مقعدی - دگرآزارانه پیوند دارند، به نحوی که از زاویه تشخیصی، می‌توان از یکی به دیگری رسید. فرمول‌های وسواسی که به کاهش موقتی اضطرابات می‌انجامند، در اشکال متفاوت بروز می‌یابند.

محتوای سیستم‌های ارزشی و تقسیم مطلق خیر و شر، در تئوری‌های رابطه با ابژه، یعنی از نقطه نظر رابطه متقابل درون و بیرون، وزنه‌ای پیدا می‌کنند که فروید (۱۹۲۳) در همانندسازی با ابژه توصیف کرده بود.

"چنانچه این‌ها (همانندسازی‌های "من" با ابژه) دست بالا را بگیرند، حجم آن‌ها زیاد شده، بسیار قوی می‌گردند و تحمل یک‌دیگر را نخواهند داشت، بنابراین نتیجه آن بیمارگونه خواهد بود. در این صورت ممکن است «من» تجزیه شود، بدین ترتیب که همانندسازی‌ها به‌وسیله مقاومت در برابر یک‌دیگر صف‌آرایی کرده، و شاید معمای افراد چندشخصیتی در همین نکته باشد، بدین نحو که همانندسازی‌ها به‌طور متناوب به خودآگاهی راه یافته و آن را تحت سیطره خود در می‌آورند. حتی اگر چنین نیز نشود، تعارض میان همانندسازی‌های گوناگون پابرجاست و «من» در بطن آن مضمحل می‌شود" (ص: ۲۵۸).

ریشه‌های روانی. در بازسازی عوامل روانشناختی علایم بیمار، باید همانندسازی‌های ناسازگار با یک‌دیگر را در کانون توجه قرار داد. این‌ها مربوط به نگرش‌های والدین است که بطور اختصار: درونی‌سازی می‌شوند. در نگاهی دقیق‌تر همراه با لووالد (۱۹۸۰، ص: ۶۹) می‌توان همانندسازی با محتواها و افکار را اینگونه تصور کرد که در اینجا تعاملات هستند که درونی‌سازی می‌شوند. بنابراین هنگامی که مادر بیمار قبل از بیماری خود، یعنی در ایام کودکی بیمار، بر این عقیده بوده که افراد عقب‌مانده ذهنی باید کشته شوند - "سربه نیست" - در این صورت ابژه، یعنی

عقب مانده ذهنی و سر او، در بافت رفتاری درونی سازی می شوند. چنانچه در ناسازگاری همانندسازی های مختلف مخرج مشترکی ببینیم، به سادگی به زنجیره ای برمی خوریم که از دوگانگی های اولیه شروع و به تجزیه های بعدی ختم می شوند. فرایندی که همانندسازی ها را در برابر یک دیگر قرار می دهد، یک کنش دایره ای طولانی و خود تقویتی است. بدین ترتیب این بیمار به شوربختی دچار شد و پس از آنکه ۱۰ ساله شد و پس از آنکه ایده آل، یعنی آدلف هیتلر مرد، به فضای تربیتی وارد شد که وی را که تا آن زمان بی دین و مجیزگوی رهبر و متنفذ از یهود بود، با خدای مجازات گری درگیر کرد که نمایندگان زمینش اش تعارضات بیمار را افزایش می دادند.

ما این فرایند را که در حین درمان روانکاوی از آن شناخت پیدا کردیم، بازسازی می کنیم، ضمن آنکه خود را با خطوط راهنمایی همسو می سازیم که فروید در نقل قول بالا ارائه داده است. دو موضع قابل بررسی است: ۱) تجزیه خود در همانندسازی های مختلف که بطور متناوب مسلط می گردند و با هم مقابله می کنند. ۲) همانندسازی های بعدی که از همانندسازی های اولیه در ایام پیشین تغذیه می شوند. این نکته مهم است که فروید در یک پاورقی پیدایش ایده آل را در درجه نخست در همانندسازی با والدین می بیند.

جای تعجب دارد که آقای آرتور Y ناراحتی و درد خود را از محیط پیرامونش پنهان ساخته و نزدیکترین بستگان وی نیز نمی دانند که زیر بار اضطراب ها و افکار وسواسی شدید قرار دارد. او می ترسد، سرانجامی چون مادر خود داشته باشد که بیمار برای خودکشی او خود را مسئول می داند و بالاخره به علت آنکه وی طاقت ناله و شکوه های وی را نداشت، روز قبل از مرگ او با وی درگیر شده بود. او می گوید با خودکشی می تواند جلوی فجایع بزرگتر نظیر، منزوی شدن در زندان یا تیمارستان به علت جنایت جنسی را بگیرد. این افکار وسواسی برای نخستین بار در ۲۱ سالگی بروز کردند، هنگامی که نومیدانه انتظار داشت همسر آتی اش به اشتیاق های وی پاسخ دهد. آقای آرتور Y سپس بطور مخفیانه خود را در یک بخش روانپزشکی بستری کرد که البته بی ثمر بود. در حین دو روان درمانی او به بینش های جدیدی دست یافت که بعداً با گذراندن یک دوره درمان کلاسیک روانکاوی ۶۰۰ جلسه ای تعمیق یافت.

بیمار با نوسانات شدید در علایم اضطرابی و وسواسی خویش که محتوای آن تغییر می کرد، توانست بدون درمان به کار خود ادامه دهد. توانمندی های تخصصی و معاشرت عالی با مشتریان موجب می شد تا حضور خود را در لحظات ضروری به اثبات برساند، علیرغم آنکه پیوسته در دام افکار وسواسی بسر می برد. یک رنگ تند، یک سر و صدای خفیف و گفتن یا شنیدن برخی حروف در وی اضطراب تولید می کردند.

بیماری منجر به مرگ برادر کوچکتر وی به وخامت علایم او و تصمیم برای ملاقات با من منجر شد. چند سال قبل نیز یک بار دیگر به ملاقات من آمده بود. از آن جلسه در اوایل دهه ۶۰ میلادی فقط لهجه من با یاد او مانده بود. در آن زمان من به علت اسباب کشی، او را به درمان روانکاوی نزدیک هایدلبرگ ارجاع داده بودم. پس از پایان این درمان او موقعیت شغلی مناسبی نزدیکی محل اقامت من پیدا کرد و دلیلی شد تا پس از ۲۰ سال دوباره در آلم به ملاقات من بیاید.

موفقیت شغلی و انسجام خانوادگی در ارزیابی منفی بیمار از خودش و احساس عجز در برابر وسواس هایش تأثیری نداشت. او تصور مبهمی از تمایلات و توانمندی‌های خود دارد. با این حال وقتی در ابتدای آنالیز از او پرسیدم، آیا می‌تواند زندگی بدون اضطرابی داشته باشد، جواب داد: "در این صورت خیلی متکبر می‌شدم." در تجزیه، تکبر ناخودآگاه حفظ شده بود. همانندسازی با قربانی و ظالم در کنار هم و غیرقابل تجمع با یک‌دیگر در وی مانده بود. در طی سال‌ها محتوای این همانندسازی متراکم شده بود- ابژه‌ها در ژارگون فروید "همانندسازی ابژه"- وی به عنوان قربانی خود را با یهودان مورد ستم همانندسازی و دگرازارانه خود را ناخودآگاه با قهرمانان خودساخته همانندسازی می‌کرد. فروید کشف قدرقدرتی افکار را مدیون یک بیمار وسواسی بود. آقای آرتور Y آن پدیده مخوف را در حیطه تعبیری / راده قرار می‌داد. ایجاد رابطه میان قربانی و ظالم، مانند آن است که بخواهیم از یک دایره مربع بسازیم. خوشبختانه بیمار نمی‌خواست هیچ یک از آنان باشد. اما از آن زمان تا به امروز هر وقت امکان آن پیدا می‌شود که کلمه و تصویر با پدیده وحشتناکی مواجه شود، افکار تکراری به سراغ وی می‌آیند.

به نظر ما این امر به دلایل نظری و درمانی در چارچوب فرضیه بدیل فروید درباره وسواس تکرار، به عنوان تلاش برای پیدا کردن راه حل و محکوم به ناکامی بود، زیرا همانندسازی‌های ناخودآگاه به صورت تجزیه شده در کنار هم قرار گرفته‌اند. فروید در کابوس‌های تکراری، غلبه بر موقعیت‌های ضایعه‌ای را می‌دید که در رویا جستجو می‌شود. چنانچه برای خود عملکرد سنتتیک (نونبرگ ۱۹۳۰)، در نظر بگیریم، می‌توانیم تکرار خارج از کابوس را نیز به مثابه غلبه بر مشکلات و پیدا کردن راه حل ارزیابی کنیم. یا به عبارت دیگر: این سوال را بکنیم که چرا بیمار علی‌رغم کمک روانکاوی تاکنون نتوانسته بر تکرار و اضطرابات خود چیره گردد؟

کافی نیست که فقط ابراز کنیم که بیمار در همانندسازی‌های ناخودآگاهی بسر می‌برد که با یک‌دیگر سازگاری ندارند و به تناوب چنان فکر او را به سلطه خویش می‌آورند که "حس خود" در عرض یک دقیقه مملو از هیجانات افسردگی می‌گردد. برای ما این سوال مطرح است که چرا و چگونه چنین تجزیه‌هایی شکل می‌گیرند. چنانچه در بازسازی، ضایعه‌های متراکمی را ببینیم که به

توانمندی ادغام و انسجام‌پذیری بیمار در تمام مراحل زندگی و حتی در دوران بزرگسالی آسیب وارد کرده‌اند، به پاسخ سوال نزدیک می‌شویم.

تجربیات توصیف شده در بلوغ فقط محتوای اضطرابات اساسی و افکار وسواسی را تعیین نمی‌کنند. قطب‌بندی‌ها و تجزیه ایجاد شده در وی، طبق ایدئولوژی خانوادگی آن‌ها، در مدرسه نیز در پیکر دو آموزگار که معرف خیر و شر بودند، ادامه یافت. در این دو آموزگار به نوعی انتظارات و ترس‌های هم‌جنس‌گرایی و خودآزارانه- دگرآزارانه ارضا و بدین ترتیب مانع تغییر آن می‌شد، امری که معمولاً در بلوغ اتفاق می‌افتد. برعکس آن اتفاق افتاد. در این سال‌ها که پتانسیل بالایی برای نظم‌آفرینی جدید وجود دارد (فروید ۱۹۰۵) ساختارهای قدیمی تثبیت گردیدند.

تغییرات احساس هویت، باعث می‌شوند همانندسازی ایجاد شده رها گردند. به همین نحو بیمار جرأت پیدا کرد درباره لذت قدرت خویش در جنبه‌های خودآزارانه و خودتخریبی و شرکت ناخودآگاه در ظالم دگرآزار صحبت کند.

وضعیت وی هنگام بروز بیماری، در همان ایامی که به وی محبت می‌شده و به یک توفیق غیرقابل انتظار دست یافته، در معنای وسیع خود به آن سنجی تعلق دارد که با توفیق ناکام می‌شوند (فروید ۱۹۱۶). از آن زمان به بعد بیمار در تلاش کامل‌گرایی خودشیفته بسر می‌برد.

با وجود آنکه بیمار مدت‌هاست از سیستم ارزشی نازی‌ها رویگردان شده است، هنوز سیستم ارزشی قطبی در ارزیابی وی از خویش مؤثر است. آمادگی وی برای فداکاری در خانواده حد و مرز نمی‌شناسد. در مواقع ناخوشایند وی پرخاشگری را به جانب شخص خود سوق می‌دهد. بیمار در دنیای شغلی نیز موفقیت خود را با لطافت و رفتار خوش به دست می‌آورد، البته می‌توان گفت: از طریق همانندسازی با قربانی، یعنی با مشتری که جنس اعلای خود را به او می‌فروشد.

در آخر به موضوعی که قبلاً به آن اشاره شد می‌پردازیم: به بیان فروید: مشکل پیدایش همانندسازی متناوب با ابژه و تجزیه آن. جنبه دیگر موضوع به تناسب میان محتوا و شکل آسیب روانی مربوط می‌گردد. آشکار است که در کنار تأثیر ایدئولوژی نازی‌ها بر فرایند همانندسازی بیمار، محتواهای دیگری نیز که با هم سازگار نبوده‌اند، نقش داشته‌اند. همچنین روشن است که همانندسازی‌های اولیه، یعنی تعارضات پیش‌ادیپی و تعارضات ادیپی وزنه خویش را اعمال کرده‌اند. شخصیت‌های چندگانه، چهره‌های بدل و غیره، قبل از آنکه این بیمار ایده‌آل خود را در هیتلر بیابد، نیز وجود داشته‌اند. ما می‌توانیم تلاش‌های تردیدآمیز و بی‌نتیجه بیمار جهت غلبه بر تعارضات درونی میان نمادهای همانندسازی‌های خود را درک کنیم. در این استدلال اهمیت تزاید محتواهای همانندسازی‌های غیرقابل وحدت با یک‌دیگر در بروز بیماری دست کم گرفته می‌شود. از جانب دیگر اگر فقط فرایندهای دفاعی قبلی نظیر همانندسازی فرافکنی و درون‌فکنی را در نظر بگیریم، بدون آنکه

ضایعه‌های ایجاد شده در طول سالیان دراز را مورد توجه قرار دهیم، این محتواها درک نمی‌شوند. به همین خاطر در ابتدا متذکر شدیم که در درونی‌سازی، در هنگام شکل‌گیری ابژه‌های درونی، موضوع همانندسازی با فرایندهای تعاملی مطرح است.

بیمار نمی‌توانست همچون فاوست بگوید: دو روح در سینه من زندگی می‌کنند، زیرا یکی از این روح‌ها، یعنی همانندسازی با پرخاشگر، ناخودآگاه بود و همانندسازی با قربانی موجب حملات پانیک در وی می‌شد. آقای آرتور Y موفق شد در حین آنالیز دو جزء تجزیه شده "خود" خویش را با هم ادغام نماید.

کسی که این چنین در رنج است، برای هموعان احساس ترحم و همدلی دارد و از عمل به دور است.

۳-۸ فعالیت‌های تعبیری*

گزارش درمانی پائین حاوی فعالیت‌های تعبیری نزد یک بیمار مبتلا به اضطراب هیستریک است (نک ۱-۳). در اینجا ما به موضوعات مطروحه حین یک درمان که مدت زمانی از آن گذشته می‌پردازیم، بنابراین کلمه به کلمه بازگو نمی‌شود. آن موقع و اینک نیز، این انتخاب در خدمت اهداف آموزشی بوده و هست: منظور آن است که از بین رفتن علایم هیستریک را در فضای عملی برای خواننده روشن کنیم.

در ضمن درمان خانم باتریس X علایم اضطراب هیستریک بجای اضطراب حاملگی و زایمان بروز کرد که ما در بخش ۲-۹ توصیف نموده‌ایم. در آنجا در مورد علایم و اولین مرحله درمانی گزارش می‌دهیم. بیمار نمی‌تواند آرزوی بچه‌دار شدن خود و همسرش را برآورده سازد، زیرا ترس‌های نوروتیک وی مبنی بر وقوع حوادث ناگوار ضمن بارداری و زایمان، وی را مجبور به پیشگیری شدید از حاملگی کرده است. بهبود پیشرونده بیمار که توأم با بچه‌دار شدن بود، اضطراب ادیپی گذشته را در وی زنده کرد.

تجدید نظر در نظریه سیر تکوینی زنانه. از آنجایی که تفاسیر ما مربوط به درمانی می‌شود که ۲۵

سال پیش انجام شده، در ابتدا تغییر دیدگاه خود در زمینه سیر تکوین زنانه را توضیح می‌دهیم. به نظر فروید گذار دختران از عشق به مادر به عشق به پدر سیر پیچیده‌ای را طی می‌کند. موضوع تعویض ابژه در سال‌های ۱۹۳۰ توسط روانکاوان زن به شدت تعدیل یافت. چنانچه از دلبستگی و

* Interpretations
Deutungsaktionen

همانندسازی اولیه زن حرکت کنیم که فروید (۱۹۳۱، ۱۹۳۳) در تئوری تکوین زنانه تشریح نموده بود، پیچیدگی‌هایی که اشتباهاً با تعویض ابژه مطرح می‌شدند، ایجاد نخواهد شد. چنانچه این همانندسازی را از منظر تاریخچه زندگی، مبنا قرار دهیم، تقبل تقلیدی و ناخودآگاه نقش‌ها از طریق بازی انجام می‌گیرد تا سپس در زندگی بزرگسالی متحقق شود. به نظر لام د گروت (۱۹۵۳) یک زن معمولی ارتباطات با ابژه را از طریق همانندسازی با مادرش کسب می‌نماید.

بر مبنای شکل‌گیری احساس زنانه، تعارضات ادیپی بدون مشکل خاصی طی می‌شوند. پس احتمال آن می‌رود که ترس‌های سه گانه زنان که دویچ (۱۹۳۰) توصیف نمود، یعنی اختگی، تجاوز و زایمان، تنها نزد زنانی بروز یابند که در همانندسازی با مادر خویش دچار مشکل هستند. تومه (۱۹۶۷) نمونه در این زمینه مطرح کرد تا این موضوع را مورد تأکید قرار دهد.

به احتمال قوی تجدیدنظر درباره سیر تکوین هویت زنانه و نقش‌های جنسیتی در میان مجموعه تغییرات حاصله در روانکاوی، جزو عمیق‌ترین آن‌ها محسوب می‌گردد (روفه و گالنسون ۱۹۸۱، برگمن ۱۹۸۷). تعریف نقش‌های جنسیتی روان-اجتماعی که در هسته شخصیتی انسان رسوب می‌کند و با احساس "من یک زن هستم"، "من یک مرد هستم"، پیوند می‌خورد، بلاواسطه پس از تولد آغاز می‌شود.

مادر و پدر در مراقبتی که از نوزاد خود به‌عمل می‌آورند، با ایما اشاره‌ها، کلمات و نوع و روشی که با جسم کودک خود روبرو می‌شوند، تجربه خویش از جنسیت خویش را نمایان می‌کنند. ما در اینجا بویژه اثر اشتولر (۱۹۷۶) را یادآوری می‌کنیم که مفهوم «هسته هویت جنسیتی» را مطرح و از زنانگی اولیه صحبت می‌نماید. به موازات تجدید نظرهای عمیقی که بواسطه انبوهی از مطالعات، اهمیت همانندسازی اولیه دخترچه با مادر را مورد تأکید قرار دادند، استنباط روانکاوی درباره سکسوالیته زنانه نیز دچار تحول گردید (نک شاسه گوت-اسمیرگل ۱۹۷۴). تصورات اشتباه درباره فیزیولوژی روانشناختی اورگاسم زنانه که ناشی از اقدامات پزشکی اشتباه بود، برای دهه‌های متمادی باعث ناکارآمدی درمان زنان گشت. مثلاً آنگونه که برتین (۱۹۸۲) گزارش می‌دهد، ماری بناپارت یکی از شاگردان مشهور فروید، یک عمل جراحی در ناحیه کلیتوریس خود جهت اصلاح سردمزاجی جنسی انجام داد. نظریات نادرست فروید درباره پیدایش سردمزاجی به‌عنوان اختلال در مجاری ارگاسم کلیتوریسی به واژینال و تصورات غلط دیگر درباره فیزیولوژی روانشناختی سکسوالیته زنانه، درمان زنان سردمزاج را با مشکلات جدی مواجه می‌ساخت.

اهمیت همانندسازی اولیه در شکل‌گیری انحرافات که تا مرز ترانس سکسوالیتی (نارضایی جنسیتی) (ففلن ۱۹۹۳) می‌رسند، نباید به این نظر انحرافی منتهی شود که "زنانگی" و "مردانگی" در اولین سال زندگی مشخص می‌شود. تحت شرایط مناسب در دوستی‌ها، مهدکودک، مدرسه، تماس با مادران

جانشین و آموزگاران، خیلی چیزها ممکن است تغییر کرده و تکمیل شوند. فراسوی مرحله تعارضی ادیپی، فرصت همانندسازی‌های مکمل وجود دارد که تأثیرات عمیق‌تری از تقلیدهای اولیه دارند. جستجو و پیدا کردن الگوها، فرایند بهبود خویش را تقویت می‌کند.

غالباً فرایندهای دفاعی ناخودآگاهی که فروید کشف می‌کرد از نیروی طبیعت قوی‌تر بودند. بنابراین در مورد خانم باتریس X اضطرابات هیستریک در پس‌زمینه تعارضات ادیپی باقی می‌مانند. اینکه کدام شرایط زیستی در هر مورد، انکارهای ناخودآگاه مؤثر و یا فرایندهای دفاعی دیگر را به وجود آورده‌اند - جایی که اضطراب‌های نوروپاتی بارداری و زایمان وجود دارند - باید در کنار دیگر مشکلات همانندسازی، همچنین به تعارضات ادیپی نیز توجه داشت.

خانم باتریس X در یک قسمت درمانی که ضمن آن تعارضات ادیپی وی در ارتباط با اضطرابات بارداری و زایمان مطرح و بر آن غلبه شد، دلبستگی‌های احساسی و همانندسازی با زنان را جبران کرد. دوستی‌ها عمیق‌تر شد و او بر حسب اشتیاقی که داشت به ملاقات پرستاری رفت که سالیان طولانی با او بسر برده بود.

در کنار رویاهای اروتیک هم‌جنس‌گرایانه، خانم باتریس X در جلسه ۲۵۸ از همسر من رویایی دید که به‌عنوان بیمار ظاهر شده بود. او سریعاً گفته بود که از من راضی است. همچون گذشته نگرانی او از اینکه عشق به پدر را در انتقال، در صورت متمایل شدن به مادر، از دست بدهد بزرگ بود. به نظر می‌رسید که او از دوستان و مادران بارداری که به تازگی وضع حمل کرده بودند، اطلاعاتی به دست آورده بود.

تفسیر از دیدگاه امروزی: صرف نظر از ناکامی آرزوی‌های ادیپی وی در انتقال، خانم باتریس X حق داشت از روانکاو ناراضی شود و در خواب به همسر وی رجوع کند. روانکاو با تردیدهای زیادی از نام بردن کتاب‌هایی که می‌توانسته برای بیمار جنبه روشنگرانه داشته باشد، اجتناب کرده بود. البته در این مورد آسیب‌های جدی ایجاد نشد. چنانچه به دلیل پایبندی به قواعد خویش‌تنداری، از روشنگری پرهیز شود، شانس تقویت رابطه یاری‌دهنده و زمینه همانندسازی - در انتقال مادر - از دست می‌رود. پس‌زده شدن آرزوی به دست آوردن اطلاعات از یک متخصص، البته مانع ارضای غیرمستقیم ادیپی می‌شود، اما به همانندسازی نیز لطمه می‌زند. روانکاو احتمالاً به این فکر بوده که هرگونه ارضای غیرمستقیم به آنالیز آسیب می‌رساند. امروزه می‌دانیم که تئوری سرخوردگی درمانی که از کاربرد سختگیرانه قواعد خویش‌تنداری حمایت می‌کرد، اشتباه است. این نظریه از همان ابتدا پایه‌های سستی داشت، به همین خاطر از جانب وایس و سامپسون (۱۹۸۶) رد شد. مطالعات ایشان و نیز تجربیات بالینی بر درست بودن فرضیه بدیل فروید صحه می‌گذارند که بیمار ضمن موقعیت

روانکاوی تلاش دارد با کمک روانکاو بر ضایعه‌های خود غلبه نموده و تعارضات غیرقابل تا آن لحظه را حل کند.

◀ در مورد حاضر، ناکامی آرزوها، عنوان یک کتاب توسط روانکاو، توأم با تخیلات جنسی ناخودآگاه نبود، بلکه منتهی بدان گردید که بیمار بخشاً از روانکاو سرخورده شد و به‌عنوان راهکار مناسب‌تر به همسر روانکاو رجوع کرد.

◀ چنانچه روانکاو مرد بگونه‌ای دیگر رفتار می‌کرد و زمینه یک انتقال مادرانه را فراهم می‌نمود، بیمار می‌توانست تحت شرایطی نزد وی به امکانات همانندسازی دست یابد.

ما در اینجا بخش‌های آموزنده‌ای از صورت جلسه‌های درمانی درباره اضطرابات ادیپی را ارائه می‌دهیم، از این طریق خواننده تصویری نیز از آنچه در بخش ۳-۱ مطرح نمودیم، به دست خواهد آورد.

جلسه ۲۶۱. خانم باتریس X می‌گوید، خوشحال بود که می‌خواهد به جلسه بیاید، اما زمانی که اینجا منتظر است، نگران بوده و دوست داشته فرار کند.

او حالش خیلی خوب است و با همسرش مشکلی ندارد، اما یک جشن افتتاحیه فکر او را مشغول کرده است. او باید آنجا باشد ولی حس دوگان‌های دارد: شادی و اضطراب. او تأکید می‌کند که برای همسرش خوشحال است، بدون آنکه نسبت به موفقیت وی به‌عنوان مهندس معماری حسادت به ورزد.

رویا: او به سالنی وارد می‌شود، نورافکن و دستگاه فیلم‌برداری توسط یک مرد آماده می‌شود که برای او وقت ندارد. بیمار سرخورده بود.

بیمار در هنگام بازگو کردن رویای خود باز به احساس خود درباره جشن افتتاحیه می‌پردازد.

ایده: جلسه با ۵ دقیقه تأخیر شروع می‌شود. من می‌خواهم توجه بیمار را به سرخوردگی وی معطوف کنم و به همین خاطر سوال می‌کنم:

ر: آن مرد وقت کافی برای شما نداشت؟

واکنش: بیمار به سوال من جواب نمی‌دهد و بجای آن آرزوهای خود را مطرح می‌کند: چقدر خوب می‌شد در جشن افتتاحیه در کانون توجه قرار می‌گرفتم. سپس او جزئیات دقیقی درباره روزهای اخیر، مخصوصاً زندگی جنسی خود تعریف می‌کند. او در این اواخر به این علت به ارگاسم نرسیده، چون خودداری به خرج داده و هنگام افزایش هیجان، همکاری فعال نداشته است. سپس این اضطراب ایجاد شده که در صورت همکاری شدید ممکن است آسیبی به او رسانده شود.

این درست نیست که همسرش - و نیز مردی که در رویا دیده - وقت کافی برای او نمی گذارند. خود او مقصر است، چون شب‌ها بجای آنکه با همسرش بنشیند و از بودن با وی لذت ببرد، سر خود را با کارهای جانبی گرم می کند.

ایده: بیمار بطور ناخودآگاه مایل است خود را عریان نموده، در مرکز ثقل توجه قرار بگیرد و یک ارگاسم رضایت بخش داشته باشد. او از آسیب می ترسد. برای جلوگیری از عریان شدن، در رویا چنین پیش می آید که گویی آن مرد برای او وقت ندارد. بنابراین آن مرد است که او را سرخورده می کند و وی می تواند از او شکایت کند. بدین ترتیب انکار آرزوهای جنسی حفظ می شود.

تعبیر: در چارچوب ایده های خودم و با اشاره به یک رویای قبلی بیمار که وی یک زن رقصنده برهنه را دیده، می گویم او در هیجان جنسی مایل است خود را نشان دهد، اما از ترس شدت یافتن اوضاع، سرخوردگی را برای خود بوجود می آورد. او سپس از من شکایت می کند که وقت کافی برای او ندارم.

واکنش: بیمار می گوید بدون اما و اگر، صددرصد درست است. او اینک به یک رویا و ترس زایمان فکر می کند.

رویا: او رویای بچه رنگ پریده یکی از دوستان مدرسه خود را می بیند که همیشه بدقیافه است (در رویا مشخص شده که آن خانم در حین بارداری روابط جنسی مکرر داشته و به همین خاطر فرزندش آسیب دیده است). مردی پسر بچه ای را میان دو گوش یک فیل می گذارد و بیمار خیلی بابت آن کودک نگران بوده است.

تداعی: او می داند که چند هفته قبل از زایمان نباید رابطه جنسی برقرار کرد. او از طریق گوش های فیل به یاد پرده های ناحیه تناسلی می افتد. در اضطراب و ترس، هراس دارد ضمن بارداری و زایمان چیزی را از دست بدهد.

ایده: موضوع شناخته شده آسیب و فقدان دومرتبه مطرح می شود. من به این تصور بیمار فکر می کنم که هنگام تحریک، مدخل ورودی از هم گسسته خواهد شد. وی در کودک چیز تازه ای تجربه نمی کند. از این طریق به تجربیات او افزوده نمی شود، بلکه قبل از همه به این فکر می کند که چیزی پائین خواهد افتاد (بچه میان گوش های فیل / لب های ناحیه تناسلی). من به تشابه بچه و عضو مردانه فکر می کنم. بچه عضو تازه / اضافه شده نیست. او پائین می افتد، چرا؟

تعبیر: پس وی فکر می کند که هنگام زایمان آسیب دیده و چیزی را از دست می دهد. پسر بچه آنجایی نشسته که خرطوم فیل است، و گویی آن پسر بچه از خرطوم پائین می افتد. او تصور داشت که در مقایسه با برادرش چیزی از دست داده، یعنی عضو، و او می ترسد که این آسیب هنگام زایمان ادامه یابد.

واکنش: بیمار نمی‌تواند چنین مقایسه‌ای با برادرش را به یاد آورد، اما می‌داند که فکر آسیب هنگام زایمان و از دست دادن چیزی، همیشه او را به خود مشغول کرده است. او با وجود آنکه الان بیشتر می‌داند، از داشتن این تصورات و افکار نگران است.

اضطراب فقدان در یک جلسه بعدی بدون آنکه من کاری در این زمینه انجام داده باشم، مطرح می‌شود.

جلسه ۲۶۴. با وجود آنکه وی به افتتاح دفتری در چند روز آینده فکر می‌کند، موضوعی مطرح می‌شود که در چند جلسه قبل درباره آن بحث کرده بودیم. موضوع فقدان و افتادن پائین است. او در این باره یک رویای وحشتناک داشته است.

رویا: از مهبل او تکه‌های جگر به هم پیوسته خارج می‌شدند. او وحشتزده، مردد و سراسر ترس گردیده و بلند می‌شود تا با دست آن تکه‌ها را لمس کرده و اجزای کنار هم قرار گرفته جگر را بیرون بکشد. او سپس از زنی رویا می‌بیند که به مادرش نیز چیز مشابهی می‌داد، مادرش رد کرده بود.

تداعی: بیمار توصیف چندانش آور را تکرار می‌کند. سپس توضیحاتی در مورد ترس خود مبنی بر از دست دادن کودک هنگام زایمان ارائه می‌دهد. او درباره وضعیت بلند شدن خود فکر می‌کند. در واقع او برای مدت طولانی با بلند شدن بر ترس خود غلبه می‌کرده است. او نمی‌توانست کاملاً روی زمین بنشیند، بلکه به حال سرپایی می‌نشست. بیمار به این طریف و بوسیله لمس شرمگاه خود، بر اضطراب خویش غلبه می‌کرد. بیمار از رویا این نتیجه را می‌گیرد که در این حالت می‌تواند کنترل در پائین را از دست بدهد. بله، درست است، او هنگام قاعده ماهانه خود همواره ترس از خونریزی غیرقابل کنترل داشته است.

بیمار در حاشیه توضیح می‌دهد که پس از مدت‌ها توانسته با همسرش سر یک میز بنشیند، تغییر مثبتی که در پی پردازش برخی اضطرابات ایجاد شده است.

جلسه ۲۶۵. او پس از جلسه دیروز خیلی خوشحال بود، همسرش دسته گلی برای وی به خانه فرستاده است، بدون آنکه چیزی روی آن بنویسد. اما از امروز صبح خیلی نگران است چون فکر احمقانه‌های به سرش زده است. او فکر می‌کند که کفشی را که دیروز خریده باید تعویض کند. او می‌گوید خیلی دوست داشت با بیماری که در بخش با او آشنا شده و خودرو دارد، به ایستگاه راه آهن برود. او از این افکار ناراحت است و در برابر همسرش احساس گناه دارد.

ایده و تعبیر: در تعبیر خودم به این مسئله توجه می‌کنم که بیمار قبل از جلسه در بخش حضور داشته است. بیمار نامبرده از مدت‌ها قبل به او ابراز تمایل کرده بود. من به خانم باتریس X می‌گویم که او چنان رفتار می‌کند که گویی در جلب نظر آن مرد نسبت به خودش کاری انجام نداده است.

واکنش: او به من حق می‌دهد. چنین بوده است.

من تکمیل و به این موضوع اشاره می‌کنم که بیمار به همین دلیل از روبرو ایستادن با یک مرد در مترو اجتناب می‌نماید. او سپس اعتراف می‌کند که از ابراز علاقه آن مرد بسیار خرسند است.

ایده: احتمالاً در این جا با جابجایی انتقال سر و کار داریم. آن مرد بیمار سالمندی است که احتمالاً همسرهای متعددی داشته است. قبلاً او بعضاً از اینکه همسرش خیلی جوان‌مسلك، کم تجربه و فاقد جنبه‌های پدران‌ه است، شکوه می‌کرد.

تعبیر: بیمار از طریق رابطه با یک مرد مسن و با تجربه و از طریق رابطه جنسی با من، به دنبال تأیید و شناسایی بود که وی از پدرش دریافت نکرده بود. پدری که فقط با مادرش رابطه داشت. او اکنون به خاطر این آرزوها احساس گناه دارد و سعی دارد از خود دور کند.

واکنش: صددرصد درست است، ضمناً همسرش بعضاً پدران‌ه نیز هست.

ایده: از آنجایی که بیمار به علت تابوی زنای با محارم نمی‌تواند آرزوهای خود به رابطه با همسرش منتقل کند، رابطه زوجی کم‌سو است، به این معنی که او همسرش را به سطح برادرش تنزل می‌دهد.

این تعبیر با واکنش بیمار در این جهت تکمیل می‌شود که او به همین خاطر نتوانسته برای مدت طولانی با همسرش رابطه جنسی برقرار کند.

جلسه ۲۷۵. بیمار (بدرستی) حدس می‌زند که در راهرو با همسرش روبرو شده است. او نگران شده و دوست داشته دور بشود. او می‌گوید اصلاً حق ندارد اینجا بوده و در مورد موضوعات شخصی حرف بزند. در پاسخ سوال من، بیمار می‌گوید که او نه تنها در مقابل همسر خودش را تهی، بلکه کوچک نیز احساس کرده است. او غالباً به عنوان یک دختر بچه ۱۷ ساله مجرد ارزیابی می‌شود.

ایده: بیمار ملاقات اتفاقی را ادیبی تجربه کرده است. او برای آرزوهای زنای با محارم احساس گناه دارد و برای مقابله با آن از طرفی به علایم روی می‌آورد، از جانب دیگر اینگونه که در مورد خودش می‌گوید من خیلی کوچک هستم. او بدینوسیله در برابر امیال زنای با محارم خویش یک دیوار دفاعی درست می‌کند.

تعبیر: بیمار اخیراً همچنین از زنی رویا دیده که باردار و در مطب من بوده است. او فکر می‌کند باید خود را از معرکه خلاص کرده و به مادرش بگوید: من با برادرم/روانکاوم رابطه نامشروعی ندارم.

بیمار این افکار را می‌پذیرد. او درباره روش‌های رفتاری دیگری صحبت می‌کند که نقابی بر آرزوهای او می‌کشند. روانکاو باید وسوسه‌انگیز باشد و مثلاً از طریق تعیین ساعت جلسات بر او مسلط گردد. دوباره درباره ملاقات با مادرش صحبت می‌کند. من به او می‌گویم، در این روزها او به

اینجا نمی‌آید تا نزد مادر خود استراحت کرده و بدین تربیت به او تفهیم کند که: من کوچک و درمانده‌ام و پیش آن مرد نمی‌روم (پزشک به‌عنوان پدر).

او این نظریه را پذیرا می‌گردد و می‌گوید "بله". همزمان هیچ چیزی برای او خوشایندتر از آن نیست که با کودک خود به ملاقات مادر برود. او این تخیل را در برابر من نیز دارد: با همسر و فرزند خواسته خود به ملاقات من بیایند.

مرور: بیمار با همانندسازی مثبتی که به تدریج با جنسیت خود به دست آورد و از ترس خود درباره بارداری و زایمان کاست، به راه‌حل‌های مطلوب نزدیک شد. با پیگیری‌های انجام شده می‌توان گفت که خانم باتریس X از حدود ۲۰ سال پیش سالم و مادر چند فرزند است. تمام داده‌ها جهت قضاوت مثبت هستند. خانم باتریس X اضطرابات خود را از دست داد و راضی و خوشبخت با خانواده‌اش زندگی می‌کند.

۴-۸ کنش*

همانگونه که در جلد مبانی تحت ۶-۸ تشریح نمودیم، استنباط سنتی از کنش در دهه‌های اخیر و تحت تأثیر تئوری رابطه با ابژه تغییرات اساسی کرده است. هم پدیده‌هایی که به این مفهوم اطلاق می‌شوند و هم نحوه پیدایش آن‌ها در تئوری‌های فعلی تکنیک، از جایگاه دیگری برخوردار شده‌اند (بیلگر ۱۹۸۶). این مطلب در جایگزینی واژه "کنش‌نمایی" توسط "صحنه‌آرایی" در ادبیات جهانی نیز مشهود است (ژاکوب ۱۹۸۶، کلور ۱۹۹۵). در کنش و دو شکل آن یعنی، کنش‌نمایی و کنش درونی، تأثیرات قطب‌بندی میان درمان بینشی کلاسیک و درمانی که بر تعبیر و تجربیات عاطفی تأکید می‌ورزد، خود را نشان می‌دهند. همانگونه که ما در جلد مبانی در ۳-۸ نشان دادیم، این قطب‌بندی به آنجا مربوط می‌شود که تجربه در جلسات درمانی روانکاوی پس از مجادله میان فروید و فرانچی، مورد توجه کافی قرار نگرفته است. زمانی که کرمریوس (۱۹۷۹) این سوال را مطرح کرد که "آیا دو تکنیک روانکاوی موجود است؟"، هدفش برطرف کردن این قطب‌بندی بود. ادغام این گرایش‌های موازی با هم را می‌توان در بینش به پدیده‌هایی سنجید که در ابتدا تحت عنوان کنش نامیده می‌شدند.

پدیدارشناسی کنش متنوع است. اما چنانچه از دیدگاه روانکاوی، فراسوی پدیدارشناسی توصیفی بنگریم، موضوع ارزش عملکردی هر رفتار مطرح می‌شود. این امر حاوی جنبه‌های فردی و دوسویه

* Acting Out
Agieren

است. به همین سبب کنش باید هم در بیرون و هم در حین جلسه در بافتار فرایندهای انتقال و انتقال متقابل بررسی شود. در اینجا جنبه‌های مثبت و منفی با اهمیت و منشأ متفاوت آشکار می‌شوند. یک بیمار زن که به دنبال چهره همانندسازی زنانه بود، جهت رفع یک کمبود تخیلی، با ابتکار زیاد مرتب به همسر روانکاو اشاره می‌کرد؛ همان بیماری که در بخش ۴-۲-۲ توصیف نمودیم. این بیمار با دخالت‌های مکرر در زندگی خصوصی روانکاو، زمینه همکاری درمانی را از بین برد. ما در همانجا درباره وابستگی این رفتار بیمار به شرایط خاص زندگی روانکاو بحث کردیم. خواننده در جاهای دیگر این کتاب نیز نمونه‌هایی می‌خواند که بطور سنتی در گفتمان کنش قرار دارند. به همین علت ما در این بخش به دو نمونه اکتفا می‌کنیم که از زمان "شروع تازه" بالینت جنبه‌های منفی خود را از دست داده‌اند. البته در کنار جنبه‌های نوآورانه و صحنه‌آرایی کنش، جنبه‌های منفی در رابطه نیز طرح می‌شوند. کنش باید در طبیعت و اهمیت تعاملی ناخودآگاه آن شناسایی و بررسی گردد. در اینجا آنالیز دقیق انتقال متقابل مفید است، زیرا شناخت درهم‌تنیدگی‌های ناخودآگاه سوژه با ابژه (که بشکل چسبیده تجربه می‌شود) و نیز پردازش انتقال رفتاری موجود را تسهیل می‌سازد (بیلگر ۱۹۸۶).

نمونه ۱

پس از تعطیلات ۳ هفته‌ای کریسمس خانم اینگرید X به جلسه می‌آید و می‌خواهد چیزی را به من نشان دهد. او بدون آنکه منتظر جواب من بماند، به سمت کاناپه می‌رود، زانو می‌زند و بازی تاروت را پهن می‌کند. او پس سردرگمی اندک من، از من می‌خواهد روی صندلی مجاور بنشینم. کارت‌ها بگونه‌ای چیده می‌شوند که شب سال تحویل بودند. خانم اینگرید X بر این باور است که در این کارت‌ها به راز تفاهم ما درباره سیر زندگی خویش پی برده است. ما همراه با اشارات زیاد درباره جزئیات، به تک تک کارت‌ها نگاه می‌کنیم و او با توجه به هر کارت درباره تصوراتی که وی در این زمینه دارد، توضیح می‌دهد. در مرکز ثقل توجه، جام‌هایی قرار دارند که نه پر هستند و معنای زندگی می‌دهند و نه خالی که بی‌معنایی زندگی را به نمایش می‌گذارند. وی مخصوصاً از چهره‌ای که خود را در آن به‌عنوان یک مهاجر تنها می‌بیند، تحت تأثیر قرار گرفته است. در مرکز تفسیر خویش وی، مادر قرار دارد که جام را به او نمی‌دهد و بدین ترتیب چیزی را از او دریغ می‌کند.

پس از آنکه بیمار این جزئیات را توضیح داد، حس کردم انتظار دارد که من نیز اشارات مکملی در این زمینه ارائه دهم. من باید در جمع‌بندی آنچه تاکنون با هم انجام داده بودیم، فعال گردم.

او سپس با رضایتمندی کارتها را جمع می‌کند و روی کاناپه قرار می‌دهد.

اگر در زندگی شغلی هر روانکاوی موقعیت‌های غیرعادی وجود داشته باشد، این مورد بدون تردید یکی از آنها بود. غیرعادی بیش از هر چیز برای من آن بود که بیمار همه چیز را بطور بدیهی انجام داد. چنانچه می‌خواستم با پیروی از قواعد، همکاری نکنم، او ناراحت می‌شد.

بیمار سپس یک رویای پرمحتوا را تعریف می‌کند که نخستین تصویر آن به اتاق درمان مربوط می‌شد. سپس صحنه‌های دیگری گفته شد که مربوط به یک رابطه عاطفی بود که اخیراً تمام شده بود. بیمار در حین تعریف رویا چنین تفسیر می‌کند که او در رویا سعی می‌کند میراث آن رابطه را سر و سامان دهد.

خانم اینگرید X بدون آنکه رابطه‌ای بین رویا و رابطه ما ایجاد کند، ادامه می‌دهد و تشریح می‌کند که کریسمس را چگونه با همسرش سپری نموده و با مشکلات شناخته شده، چگونه دست و پنجه نرم کرده است.

نیاز بیمار برای گزارش کامل درباره تعطیلات، مرا به انتظار می‌برد. انبوه تعریف‌های وی پس از حدود نیم ساعت مرا مجبور کرد، به بیمار تذکر دهم که بیمار قرار است تجربیات خویش را برای من تعریف کرده و نیز اینکه او با یک رفتار غیرعادی جلسه را شروع کرده است. اشاره من باعث تعمق وی شد.

ب: بله، برای من مهم است که همه چیز را برای شما تعریف کنم. ضمناً من این کار را در غیبت شما نیز انجام می‌دهم، با شما صحبت می‌کنم و شما را در موضوعات خودم سهیم می‌کنم. او تشریح می‌کند که تقریباً ۱۴ روز توانسته دیالوگ درونی را با من ادامه دهد. اما بعداً ظاهراً این رابطه درونی قطع می‌شود، اما با غرور گزارش می‌دهد که توانسته با دیگران، مثلاً دوستان، آشنایان این نوع بیان خویش را ادامه دهد.

در این ارتباط این سوال به ذهنم می‌رسد و برای بیمار نیز مطرح می‌کنم که آیا ارتباط زمانی میان از بین رفتن رابطه درونی با من و بازی تاروت وجود داشت. این مسئله تأیید می‌شود و این بینش هر دوی ما را غافلگیر می‌کند. ما به این نتیجه می‌رسیم که فقدان رابطه درونی با عقب‌نشینی به سطحی دیگر جبران شده است؛ بجای روانکاوی غیرقابل دسترس، کارتهای تاروت قابل دسترس انتخاب شده‌اند که به کمک آنها در لحظه تحویل سال، بیمار هم بر گذشته مشترک ما و هم آینده رو بروی ما فائق گردیده است. تفاهم ما بر سر این موضوع که من در نتیجه این بازی سهم داشته باشم، زمان قبل از تعطیلات را با زمان پیش روی ما پیوند می‌دهد. خانم اینگرید X به یاد رابطه عاطفی

خویش با مربی ویلن خود می‌افتد. وقتی او به اندازه کافی تمرین می‌کرد، فرصت می‌شد تا تازه‌ترین کتاب‌ها و یا اسکیت‌های خود را نشان او دهد. زنده شدن این تجربیات، به این یادآوری تلخ منجر می‌شود که مادر وی که بلحاظ شغلی بسیار درگیر بود، وقت کافی برای بیمار نداشت و قابل دسترس نبود. بیمار به دلایل گوناگون توانست ارضای جانشینی رضایت‌بخشی برای این رابطه ناپایدار مزمن پیدا کند.

استنباط کنش بر مبنای تاریخچه زندگی به این نتیجه می‌رسد که ما با یک رابطه مربی ویلن سر و کار داریم. به عنوان واکنش در برابر جدایی طولانی روانکاو، به مادر غیرقابل دسترس تبدیل می‌گردد و باید در جایگاه مربی ویلن ظاهر شود. او باید از امکانات بیمار تمجید کند و راه‌حل‌های جانشینی پیدا کند که بیمار در پیدا نمودن آن‌ها به درستی به خود می‌بالد. این در صورتی که سرخوردگی بزرگ شود، ممکن است با ناکامی مواجه گردد. به عنوان نمونه او از پدرشهرش نام می‌برد که شخصاً از تهیه هدیه کریسمس برای وی خودداری کرده و بجای آن از یک گروه هنری خواسته چنین کاری را برای بیمار انجام دهد. در نمونه آخر بیمار می‌تواند اشتیاق خود به محبت شخصی را حس کند که تاکنون در پس پرده مکانیزم‌های غلبه او پنهان شده بود. همزمان در "باید"، یعنی نقشی که روانکاو بدان وارد می‌شود، جنبه‌های پرخاشگرانه انتقال آشکار می‌شود که باید مورد پردازش قرار بگیرد.

● بازی تاروت را می‌توان به عنوان یک تلاش موقعیتی موفق دید که فقدان ابژه درونی، یعنی روانکاو، با توسل به موضوع فراشخصی جایگزین می‌شود، امری که بیمار تا آن لحظه همکاری ما را در آن خلاصه و جمع‌بندی می‌کرد. توسط وقفه یک انتقال منفی مادر فعال شد: جام پر که مادر (روانکاو) از او امتناع می‌کند، چیست یا کیست؟ بیمار برای دفاع در برابر هیجانات توانست یک انتقال ایده‌آلی مادرانه را در شکل کنش درونی برای خودش ایجاد و بدینوسیله احساس تنهایی خویش را (مهاجر تنها) بیان کند.

نمونه ۲

آقای تئودر Y علیرغم موفقیت شغلی و علایق زیادی که دارد و به همین خاطر در دایره دوستان به چهره محبوبی تبدیل شده، هنوز تنها و نامطمئن مانده است. قیافه ظاهری وی در تناسب با حس منفی که وی از خود بروز می‌دهد، قرار ندارد: او می‌گوید که کاملاً غیرجذاب است. پدر در جنگ کشته شده بود؛ مادر برای امرار معاش فرزندان و تهیه خرج تحصیل آن‌ها باید بسختی کار می‌کرد. در کنار فشارهای اقتصادی، افسردگی مادر، دوران کودکی و جوانی بیمار را

تحت الشعاع خود قرار داده بود که در تمایلات همجنس‌گرایانه بعد از بلوغ برای وی کاملاً مشخص شده بود. پس از آنکه هم‌جنس‌گرایی وی در اثر سوء‌مصرف الکل، وی را به یک بحران اجتماعی سوق داده بود، به درمان مراجعه کرد.

در جلسه ۳۵۰ بیمار به یاد تجربه ای می‌افتد که ۱۵ سال پیش اتفاق افتاده بود و در پی آن بیمار ارتباطات هم‌جنس‌گرایی خویش را شدت بخشیده بود: چند ماهی بود که او با خانمی دوست بود و ارتباطات جنسی مطلوبی نیز با وی داشت. بیمار با یکی از دوستانش قصد مسافرت داشت و دوست دخترش از این بابت سرخورده و عصبانی می‌شود که چرا آقای تئودر Y او را همراه خود نمی‌برد. در حین این سفر او می‌فهمد که آن دو (دوست و دوست دخترش) قرار است با یک‌دیگر ازدواج کنند. بیمار اما گویی هیچ اتفاقی نیافتاده، به سفر خود با دوستش ادامه می‌دهد.

● این تشریح آنچنان مرا متعجب کرد که بطور ناگهانی پرسیدم: "شما در آن زمان با دوست خودتان بحث و درگیری نداشتید؟" من در انتقال متقابل خود را بجای او قرار دادم و منتظر واکنش‌های حسادت‌ورزانه بودم، بدون آنکه به این موضوع فکر کنم که رابطه سه‌سویه، ارضاهای متعددی را امکان‌پذیر می‌سازد که فقدان حسادت معمولی را قابل فهم می‌گرداند.

در جلسه بعدی وی خیلی زودتر از موعد همیشگی آمد. او به علت هوای مانده در اتاق با عصبانیت به سمت پنجره رفت. یک تنش کوچک کلامی - غیر کلامی پیش آمد و پنجره را باز کرد. ما برای مدتی در کنار هم می‌ایستیم. از آنجایی که هوای بیرون سرد است، می‌گویم نظر شما درباره هوا درست بود، "اما الان کافی است و می‌توانیم پنجره را دوباره ببندیم" و پنجره را می‌بندم. آقای تئودر Y فوراً درباره موضوع جلسه دیروز صحبت می‌کند.

● هنگام شنیدن متوجه می‌شوم که من هنوز ذهنم مشغول صحنه اول است که بیمار در مورد آن صحبت نکرد و من ارتباطی میان آن و موضوع بحث بیمار ایجاد می‌کنم.

ر (پس از مدتی): من فکر می‌کنم هم در جلسه قبلی و هم الان شما را ناراحت کردم.

ب (با شدت): نه، نه. من فقط هوای تازه می‌خواستم.

ر: از چیزی که الان پیش آمد من به این فکر می‌رسم که شما خودتان را بخاطر ماجرای دوست‌تان سرزنش می‌کنید.

بیمار دومین تلاش مرا نیز ناکام می‌کند و ورق موضوع را بر می‌گرداند.

ب: من فکر می‌کنم شما عصبانی هستید، چون به شما گفتم هوای اینجا گرفته است.

او مدت طولانی درباره پرخاشگری و شرارت صحبت می‌کند تا اینکه به وضعیت موجود می‌رسد.

ب: الان با شما مخالفت هم می‌کنم و دلواپسم که شما از دست من عصبانی باشید. من حس می‌کنم که شما بیشتر می‌دانید... دلواپس هستم و می‌ترسم از پرخاشگری شما... یا از پرخاشگری خودم؟.

.. اگر شما آنچنان که من تصور می‌کنم کامل نباشید... دیروز گفتید "خیلی جالب". آقای روانکاو به من توجه نشان می‌دهد، یا... بله، راستی چه چیز به لحاظ "روانشناختی" برای شما بسیار جالب است؟

او یک مونولوگ طولانی انجام می‌دهد، بعد متوقف می‌شود.

ب: زیادی وراجی می‌کنم؟

ر: واقعاً اینگونه به نظرم می‌رسد که کار مرا هم انجام می‌دهید، به همین خاطر بله، شما زیاد حرف زدید.

ب: بله، به نوعی ترس دارم (مکث).

ر: من می‌خواستم بگویم فکر می‌کنم، دیروز اشتباه کردم و به همین خاطر درباره نحوه ورود شما به اتاق حرف زدم.

آقای تئودر Y مجدداً رابطه ای را که من می‌خواهم ایجاد کنم، رد می‌کند و به مباحث عام فلسفی وارد می‌شود. در انتهای جلسه من سعی می‌کنم دوباره موضوعی را وارد جلسه کنم.

ر: من می‌خواهم الان دوباره شما را در یک موقعیت خاص قرار دهم. ممکن است شما نظر کاملاً مخالفی داشته باشید. من گمان می‌کنم که در این لحظه چیزی را می‌بینم که شما نمی‌بینید. شاید احساس ناراحتی شما مربوط به لفظ "خیلی جالب" بودن است که من استفاده کردم. برخی مواقع نظرات متفاوت هست، این من و شما را نابود نمی‌کند.

این نظر ظاهراً بیمار را آرام می‌کند، اگرچه با نگاهی مردد از من خداحافظی می‌کند.

● من بعد از جلسه هنوز به این موضوع فکر می‌کردم که بوی اتاق چه معنایی برای او داشت. آیا او از این موضوع ناراحت است که من فقط از زوایه روانشناختی به او توجه می‌کنم؟

آقای تئودر Y جلسه بعدی را با یک پیشنهاد آشتی‌جویانه شروع می‌کند.

ب: اگر شما بتوانید به من بگوئید که دیروز درباره پنجره چه فکری کردید... می‌توانستم چیزی یاد بگیرم. چون شما گفتید اهمیت دارد، ولی من چیزی نفهمیدم.

ر: آیا شما کنجکاو شده‌اید و یا موضوع دیروز هنوز ذهن شما را مشغول می‌کند و شما مایلید با اوضاع کنار بیائید؟

ب: نه، فکر نمی‌کنم. من حدس زدم شما منتظر می‌مانید، ببینید چه پیش می‌آید... چه می‌توانید به من نشان دهید؟... من یک احمق هستم. من نمی‌فهمم. با این حال درست است، اضطرابم کمتر شده است... من پنجره را باز می‌کنم و شما آن را می‌بندید، این حاوی یک مطلب است... یک به هم ریختگی بزرگی وجود دارد، نوعی نااطمینانی، آن صحنه نگران کننده بود.

ر: دیروز در این باره صحبت نکردید.

● این تذکر را با نیت خوب انجام می‌دهم تا پیشرفت مثبت افکار او از دیروز به امروز، از کنش به مشاهده را مورد تأکید قرار دهم.

ب: بله، دیروز نمی‌دانستم، نمی‌توانستم همزمان درک و درباره آن صحبت کنم.

آقای تنودر لا سپس به جنبه پنهانی و انتقادی تعبیر من می‌پردازد.

ر: حق دارید.

ب: پس من یک احمق هستم.

● من فکر می‌کنم آیا او اینک انتقاد مرا می‌پذیرد و تصمیم می‌گیرم درباره دیروز برخی توضیحات را بدهم.

ر: من الان متوجه شدم که این موضوع بیش از آنچه من تصور می‌کردم شما را نامطمئن ساخته است.

ب: در جلسه سه شنبه درباره دوستم حرف زدیم. اینکه شما انتقاد کردید که چرا من با او بحث نکردم، و من حس کردم که احمق هستم.

آقای تنودر لا درباره ترسی که دیروز داشته و آشفتگی برآمده از آن صحبت می‌کند.

● من به یاد فیلم فاس‌بیندر می‌افتم: "ترس خوره روح است."

ر: آدم نه تنها ترس دارد، بلکه ترس همچنین ویران می‌کند، باعث می‌شود تا از همه امکانات خودش استفاده نکند. به نحوه صحبت هم رسوخ می‌کند. ترس خوره روح است.

ب: خوب... دیروز در شرکت، قبل از جلسه، ماجرای از همین قرار بود: منشی مرا تحقیر کرد. وحشتناک بود. همه احمق هستند... و من پسر بچه‌ای هستم که چیزی نمی‌فهمم. رئیس هم آدم احمقی است. و من پسر بچه‌ای که از امکانات خودش استفاده نمی‌کند... واقعاً عبارت قشنگی بود که روح انسان چگونه جویده می‌شود. شباهت زیادی بین صحنه پنجره و محیط کار است، ترس مشابه. خدای من... شما حق دارید. اگر مرا هنگام کار می‌دیدید. روح بچگانه من در تار عنکبوت، تنها و بیقرار. اگر آنجا بودید از ترحم دلتان ریش می‌شد. بدبخت بیچاره... .

ر: من ترحم، شما خجالت.

ب: احساس خجالت؟... شاید غیرمستقیم بتوانم: من که هستم؟ روانکاو من احساسی در برابر من داشت که من در مقابل منشی شرکت دارم. وقتی من شروع به داد و فریاد کردم، او خیلی ترسیده بود. من سپس فکر می‌کنم که می‌خواهم چنین باشد و شما دهانتان را خواهید بست... در این حالت آدم مثل نظامی‌های قدیم می‌شود، عصبانیت، تظاهر خشن، و غیره، اما فایده‌ای ندارد.

● در افکارم، آرزوی تسلیم در برابر دوست و دوست دختر با موقعیت انتقالی کنونی پیوند می خورد؛ هر دو او را قال گذاشته بودند. او نمی توانست رقابت و یا دعوا کند، چون خیانت به شدتی او را متأثر کرده بود که فلج شده بود. تذکر من که او نتوانسته با دوست خود درگیر شود، حاوی همان مطلب است. من در انتقاد خودم از او، وی را "اخته" کردم.

ر: شاید می توان گفت که شما حس کردید من به شما انتقاد کردم و به همین خاطر موضوعات دیروز پیش آمد. این جواب سوال در ابتدای جلسه است و چیزی که من می توانم در این ارتباط به شما بگویم.

ب: بله. (مکث طولانی) وقتی من نتوانم درگیر شوم، کمبود مردانگی است. درست است. این مرا متأثر می کند و به همین خاطر کنش نشان می دهم. همانگونه که شما در جلسه دیروز مشاهده کردید، وقتی زود آمدم، و دیروز در شرکت با منشی. آدم ها وقتی حقیقت را به آن ها می گوئید، عصبانی می شوند.

آقای تنودر Y یک سخنرانی مبهم درباره حقیقت می کند، پس از مدتی من متذکر می شوم که او به دنبال حقیقت/حساسی است.

ب: حقیقت دارد که احساسات من شفاف نیستند، حساس بودن من درست است، جریحه دار شدن من. این حقیقت دارد. و اینکه من مرد نیستم. . . و ارتباط بین احساسات مهم ترین چیز است. باید همسو باشد. این درمان است. همسو بودن یعنی، بازتولید یک کلیت. شما در اینجا می توانید نقش داشته باشید (مکث طولانی). چرا نتوانستم این را ببینم؟ الان من اوضاع پنجره را با دید شما می بینم. آقای تنودر Y دوباره صحنه پنجره را مرور می کند.

ب: دیروز در کنار پنجره حس کردم مرد نیستم. چون شما برای من تعیین تکلیف کردید. من چنین صحنه ای ایجاد کردم، دیروز متوجه نشدم. . . اما لازم نبود شما پنجره را جلوی چشمان من ببندید. درست است. مردانگی باد کرده من، پرخاشگری. من می خواهم بالاخره حرف خودم را به کرسی بنشانم. . . الان حالم بهتر نمی شود. . . دیروز درد داشتم و شدیداً آشفته بودم. . . بعد شما می گوئید که من یک هیپوکندر هستم.

● این اظهارات از جانب بیمار، معمولی، نیمه جدی و نیمه کنایه آمیز بود. او همیشه فکر می کند که کسی جدیت او را از پس پرده ای که روی آن کشیده خواهد فهمید، با وجود آنکه او خودش را پشت آن پرده پنهان کرده است.

ر: من گمان دارم در اینجا باید مجدداً به شما کمک کنم.

ب: آیا می توانید؟

این به نظرم باز طعنه آمیز است، در پس این اظهار، تراکم زیادی قرار دارد.

د: شما زمانی هیپوکندر بودید، که آدم نمی‌فهمید که چرا احساس مرد نبودن می‌کنید. زمانی هیپوکندر نیستید که من بفهمم که شما از ضرورت موقعیتی که در آن قرار گرفته اید، چنین افکاری دارید. بهتر آن است که شما موقعیت اضطراری خود را به رسمیت بشناسید، اینکه شما احساس حقارت دارید، اخته هستید و یا هر لغت دیگری که می‌خواهید بکار ببرید. شناسایی این وضعیت، کمک به شما است. در این صورت به قعر سقوط نمی‌کنید، تا مرز کشته شدن یا خودکشی کردن.

بیمار اکنون می‌تواند توانمندی روانکاو در تحمل خود و ترسیم حد و مرز را دریابد، امری که برای او خیلی جالب است و او می‌تواند به درون خویش پردازد (بیلگر ۱۹۸۶).

۵-۸ پردازش *

۱-۵-۸ تکرار ضایعه **

قطب‌بندی میان تخلیه هیجانی و پردازش در مباحث و مناقشات پیرامون ارتباط تجربه و بینش ادامه یافته است. چنانچه از این نقطه نظر حرکت کنیم که اتصال هیجانی اکنون به گذشته، جزو گنجینه هنری روانکاو محسوب می‌شود، کنایه‌های موجود در این زمینه از بین خواهد رفت. در چنین لحظاتی انتظار می‌رود ضایعه‌ها تحت شرایط جدید و مناسب‌تر تکرار شوند. در این صورت آنچه تاکنون به طور منفعلانه اعمال نفوذ می‌کرده، به شکل فعال مورد بررسی قرار می‌گیرد، در همان معنای کلی که فروید آن را عنوان کرد:

"خود که ضایعه را بطور منفعلانه تجربه کرده است، اکنون یک شکل ضعیف آن را تولید می‌کند (همچنین در انتقال)، به امید آنکه این بار سیر آن را خود تعیین نماید. ما می‌دانیم که کودک نیز با توسل به بازی در شرایط ناگوار همین کار را انجام می‌دهد. بیمار از طریق گذار از انفعال به فعال بودن، سعی می‌کند بر ناملایمات خویش فائق گردد" (۱۹۲۶، ص: ۲۰۰).

* Working Through

Durcharbeiten

** Repetition of Trauma

Wiederholung der Traumatisierung

در اینجا به یک گزارش درمانی از جیمنس (۱۹۸۸) استناد می‌ورزیم و از دیدگاه خود آن را تفسیر می‌کنیم. ما می‌خواهیم نشان دهیم که ضایعه چگونه در انتقال، تکرار می‌شود و نیز آنکه تخلیه هیجانی و پردازش چه نقشی ایفا می‌کنند. روانکاو یادآوری هیجانی ضایعه با پردازش بعد از آن را برای بیمار اینگونه زمینه‌سازی می‌کند که فریب جنسی توسط پدر را صریحاً مطرح می‌نماید، امری که موجب شکل‌گیری دید واقعی نسبت به رابطه درمانی می‌شود. از این لحظه به بعد بیمار توانست میان تجربیات گذشته خود با پدر و تجربیات جدید با روانکاو، تفکیک قائل گردد (استریچی ۱۹۳۴).

گزارش درمانی

آقای پیتر Y ۴۰ ساله و تحصیلکرده، بنا بر توصیه یک کشیش و به علت مشکلات جنسی و هیجانی با همسرش به ملاقات من آمد. در جلسات نخست او درباره نارضایتی خویش از زندگی صحبت کرد. او با پدر الکلی خود تجربیات ضایعه‌ای داشته که بین سنین ۱۴-۱۲ سالگی، هم‌جنس‌گرایانه او را منحرف نموده و چندین بار سکس دهانی به او تحمیل کرده بود. از آنجایی که پدر به دلایل شغلی تقریباً همیشه غایب بود و انحرافات در زمان مرخصی او و بعد از بازگشت به خانه اتفاق می‌افتاد، رابطه پدر- پسر به نقطه اوج انحرافات محدود می‌شد. بیمار ضمن شگفتی من، درباره این دوران به آرامی و منطقی صحبت می‌کند، او می‌گوید که هم‌جنس‌گرا نیست و مشکل کنونی او انزال زودرس است و رابطه زوجی وی را تهدید می‌کند. در مرکز ثقل تاریخچه زندگی، او درباره موانع خود در برابر زنان صحبت می‌کند، زیرا بر خلاف تخیلات وی هستند. او تقریباً همواره در حالت تحریک جنسی بسر می‌برد که او را اذیت نموده و او موقتاً از طریق خودارضایی از آن رها می‌شود.

باوجود یک اختلال عمیق، علایم آسیب روانی جهت تشخیص اختلال مرزی بدست نیامد. من بیشتر به این نظر رسیدم که احتمالاً با یک نورژ منش سر و کار داریم.

تفسیر: مفید است که در اینجا به برخی نظریات درباره تشخیص در روانکاو پی‌پردازیم. همراه با کرنبرگ (۱۹۷۷) بر این نظریه که نمی‌توان یک بیمار را فقط بر مبنای تخیلاتی که حاوی الگوهای کهن هستند، به عنوان بیمار مرزی قلمداد کرد. همانگونه که تخیلات منحرف، نشانگر بیماری انحراف نمی‌باشند. همواره باید جنبه‌های توصیفی آسیب‌شناسی روانی و نیز جنبه‌های ساختاری را در نظر داشت. چنانچه قرار بود محتوای ناخودآگاه تخیلات را مبنا قرار دهیم، می‌بایست انسان‌های زیادی را تحت عنوان بیمار سخت ارزیابی می‌کردیم. در این صورت تشخیص، مهمترین عملکرد خود، یعنی تفکیک را از دست می‌داد. در نظر داشتن جنبه‌های صوری تخیلات ناخودآگاه، یعنی

ساختار محتویات، بدان معناست که این جنبه‌ها را در ارتباط با شخصیت کلی افراد ببینیم. در این صورت باید به تأثیرات آن بر رفتار بطور کلی، و نیز تأثیرات آن بر نحوه شکل‌گیری رابطه درمانی به طور خاص دقت نماییم.

در جلسات، انگیزه رجوع بیمار به روانکاو در این مقطع زمانی خاص روشن شد. او نگران آن بود که تجربیات ضایعه‌وار خویش را اینک با پسر خود انجام دهد.

صحنه‌سازی مجدد ضایعه در انتقال. پس از تقریباً ۶ ماه آنالیز، که در اینجا گزارش آن را نمی‌دهیم، تنش در جلسات به تدریج رو به کاهش گذاشت. آقای پیتز Y یک رویابین خوب بود. رویاها و تداعی‌های وی، درک انتقال و بازسازی سرگذشت زندگی ناخودآگاه وی را تسهیل می‌کردند. داده‌های به دست آمده مدخلی بر مراحل متفاوت همانندسازی وی با مادر و پدرش بود. رابطه جنسی میان پدر و پسر، در رویاهای متفاوت، تغییر می‌کرد، بدین ترتیب اشراف بر لایه‌های زیرین تجربیات، ممکن می‌گردید. در یک رویا، مادرش در حالت تحریک‌کننده، سینه خود را به او نشان می‌داد. او مادر و دوست دختر خودش را به مانند فواحشی که خود را نقاشی کرده‌اند روی تخت می‌دید. نگاه خود را از آن‌ها برگردانده بود. او خود را مثل یک کشیش می‌دید که می‌خواهد به صومعه برود و بدون توجه به التماس‌های آن دو زن از تصمیم خود برنگشته بود. در جلسه ۱۹۲ آقای پیتز Y از رویایی گزارش داد که ضایعه را در شکل تغییر یافته نشان می‌داد: من در حال آمیزش با همسرم بودم، اما در یک شکل کاملاً عجیب و غریب: من در واژن همسرم خودارضایی می‌کردم. همزمان همدیگر را می‌بوسیدیم و این رابطه واقعاً مهم بود. ما هر دو به ارگاسم رسیدیم و بوسیله دهان در دهان دیگری به انزال رسیدیم.

یادآوری‌های او مبین تلاش‌های قهرمانانه او جهت مقابله با آرزوهای نگران‌کننده ادیپی و پیش‌ژنیتهالی او نسبت به مادر و پدرش بود که می‌خواست با پناه بردن به صومعه از دست آنان رهایی یابد. البته آنجا محتوای اضطرابی جدیدی پیش آمد: خطر "از راه به در شدن" توسط یک راهبه و یا یک راهب.

آقای پیتز Y به علت تثبیت در لایه‌های عمیق، همه روابط بینانسانی را نگران‌کننده و به عنوان محرک‌های جنسی می‌دید. توسط رفتارهای انحرافی و ارضاهای دهانی - فالیک رابطه اولیه ناخودآگاه با سینه مادر تقویت می‌شد. به همین نسبت من در انتقال و در تجربه ناخودآگاه بیمار، نقشی از والدین و سوسه انگیز را بازی می‌کردم، در حالی که نقش مادرانه و پدرانه من مرتب عوض می‌شد. به هم ریختگی تصویر بدنی در نمادهای خود و ابژه، تعویض سریع نمادهای تعاملی را تسهیل می‌کرد.

لطافت و بوسیدن در رویای تعریف شده، مهمترین رابطه واقعی محسوب می‌شد. این در انتقال همچنین تکرار تمام راه‌حل‌های میانی است. در بُعد علامت، انزال زودرس یک راه‌حل میانی و توافقی است. بیمار در انتقال مرا به تفاسیر تحریک کننده می‌کشاند، در حالی که رویاهای هیجانی تعریف می‌کرد و ایده‌هایی به دهان من وارد می‌کرد که شبیه انزال در دهان پدرش بود.

صرف نظر از آنکه آقای پیتر Y چه آرزوهای ناخودآگاهی داشت، می‌توان از این نقطه نظر حرکت کرد که وی توسط رفتار پدرش شدیداً آشفته و تحقیر می‌شد. بتدریج روشن شد که بیمار در حالت پسرفت، تعبیرات مرا به عنوان مزاحمت تجربه می‌کرد، استقلال خود را به خطر می‌دید و فکر می‌کرد به جایگاه زنانه سوق پیدا کرده است. او بطور عمیقی در یک دیالوگ کلامی جنسی، به معنای ارضای خودشیفتگی درگیر شده بود که با تعبیرات "عالی" از جانب من مواجه می‌شد.

آقای پیتر Y در کنار این تخیلات، انتقال‌های دیگری نیز داشت. رقابت با من در رویاها از طریق مباحث سیاسی و پرخاشگرانه درباره جنگ قدرت و نظیر آن در کنش انتقالی رؤیت می‌شد. برای من روشن بود که بیمار از طریق رویاهای زیادی که تعریف می‌کرد، وارد شدن به جزئیات را غیرممکن می‌ساخت. من به کرات به این مطلب اشاره می‌کردم و آن را به عنوان دوگانگی تعبیر می‌کردم. علاوه بر آن وقتی تعبیری درباره جنبه‌ای از رویا مطرح می‌کردم، او با "بله طبیعی است"، یا "بله درست است"، پاسخ می‌داد تا به موضوع خودش ادامه دهد. من از این مسئله ناراحت می‌شدم که او به تعبیرات من اهمیت نمی‌دهد و عکس‌العمل او را ادای احترام و یا حتی اطاعت ارزیابی می‌کردم. رفتار منفعلانه- پرخاشگرانه، ناشی از خصایص شخصیتی او بود و بدین ترتیب می‌توانست سیر جلسات را کنترل کند.

بعداً مشخص شد که بیمار واقعاً به من گوش داده و تعبیرات مرا دریافت نموده است. او رویایی دید- پس از یک جلسه که می‌گفت احساس داشته من حد و مرز جلوی او گذاشته‌ام- که با یک فلز نوک تیز سوراخی در زمین می‌کند. بعد یک ژنرالی می‌آید و می‌گوید فلز متعلق به اوست و آن را در دهان بیمار فرو می‌برد، امری که بیمار به عنوان یک آداب مذهبی تعبیر می‌کند. بیمار در رویا نیز به حالت پانیک در می‌آید، چون در برابر قدرت ایستادگی کرده، همزمان از تحقیر خویش، "تحمل فلز در دهان خود"، عصبانی می‌شود. در حالت نیمه خواب "فلز" تبدیل به "عضو مردانه" می‌شود.

تفسیر: پس از آنکه بیمار و روانکاو متوجه می‌شوند که هم عمل تعبیر و هم محتوای آن عوارض جانی ضایعه‌وار دارند، قابل فهم است که در ژنرال، پدر متجاوزگر (روانکاو) دیده شود، خود بیمار نیز یک مقایسه تفسیری هنگام بیدار شدن ارائه داده بود. بنابراین درماندگی در انتقال تکرار می‌شود، و بیمار گمان می‌کند که نه در مقابل ژنرال و نه در مقابل پدر اجازه دفاع از خود را ندارد. یا درست‌تر آن است که بگوییم که او در آن زمان در برابر پدر و اینک در برابر ژنرال نمی‌خوهد از

خود دفاع کند؟ زیرا در اعمال انحرافی، بطور توافقی، پاره‌ای از آرزوها و تخیلات به یک‌باره ارضا می‌شوند. برخی جنبه‌ها چنین‌اند: اشتیاق به پدر همیشه غایب اینگونه ارضا می‌شود که او خود را بطور کامل به پسرش وابسته نماید. هنگام انزال، بیمار خود ژنرال است که در سطح ناخودآگاه از دهان به مثابه روزنه چندمعنا و حفره استفاده و خود را با فرد مکنده همانندسازی می‌کند. در آخر نباید نادیده انگاشت که لذت قدرت، با عصبانیت درباره سوءاستفاده از آن پیوند خورده است. وابستگی به پدر (و در ابعادی عمیق‌تر به مادر) و ارضای غریزه در این بیمار با سوءاستفاده از قدرت گره خورده است.

برخلاف این موقعیت انتقالی و پس از پردازش عمیق مشکلات، بیمار رویاهایی تعریف کرد در حالی که من در هیئت یکی از شاگردان با صبر و حوصله آموزگارش ظاهر شدم، انتقال مثبت و واقع‌بینانه آشکار شد. اما انتقال هم جنس‌گرایانه با تعویض سریع نقش‌های زنانه و مردانه، موضوع حاکم بود.

برعکس مشکلات موجود در رابطه درمانی، او از خرسندی بیش از پیش خود در زندگی روزمره خبر می‌داد. خلق و روحیه خوب او به توانمندی شغلی وی منجر شد و او می‌توانست در برابر رئیس خود عرض اندام کند. بیمار از کاهش موانعی که در برابر زنان حس می‌کرد، گزارش داد. اختلال ناتوانی جنسی او بهبود می‌یافت.

در ادامه البته یک کنش جنسی اتفاق افتاد که برای مدت طولانی ادامه یافت و بتدریج اهمیت انتقالی پیدا کرد. او رابطه‌ای با دختر تمیزکاری که چند بار در هفته به خانه آن‌ها می‌آمد شروع کرد؛ یک رابطه پنهانی که محدوده آن لطافت زیاد بود؛ رابطه‌ای که به انزال بدون دخول منجر می‌شد. این کنش در کنار معانی ناخودآگاه دیگر به منظور تضعیف انتقال هم‌جنس‌گرایانه نسبت به من انجام می‌شد. چنانچه این تمایل اوج می‌گرفت، بیمار قرار جلسه را به هم می‌زد، با این عذرخواهی که او در این ساعت می‌تواند با دختر تنها باشد.

انتقال هم‌جنس‌گرایانه در این مرحله به‌عنوان چیزی ظهور می‌کرد که در تعقیب بیمار بوده و بیمار با آن مقابله می‌کرد. تکرار این تخیلات و نیز شدت آن‌ها به معنای تثبیت در مرحله منفی عقده ادیپ بود که به‌علت ضایعه ایجاد شده در دوران بلوغ نتوانسته به همانندسازی مثبت با پدر منجر گردد.

● به منظور حمایت بیشتر بیمار در غلبه بر به هم‌ریختگی همانندسازی، راهبرد تعبیری خودم را تغییر دادم، به این شکل که جنبه‌های کنونی و واقعی رابطه خودمان را با تکرارهای پیش‌ادیپی مثبت و پرخاشگرانه در مقابل هم قرار دادم. من به دنبال آن بودم تا به فضای اروتیکی که بیمار جستجو می‌کرد غلبه کنیم. اکنون مشخص شد که اتفاقاً در حین این قبیل تعبیرات، تخیلات هم‌جنس‌گرایانه او ارضا می‌شدند. پس از وقفه‌های ایجاد شده، بیمار ناخودآگاه منتظر لحظاتی بود که پدر (او معمولاً

۳-۴ ماه در خانه بود) پس از بازگشت او را منحرف کند. ما برای مدت زیادی در این دایره نقیصه تاب خوردیم. ما یک زوج روانکاوی تشکیل داده بودیم که ضمن آن بیمار به وسیله رویاها و تداعی‌های خود کار تعبیر مرا زمینه‌سازی می‌کرد که هم ارضا می‌شد و هم احساس می‌کرد به او تجاوز می‌شود: یک سیکل مازوخیستی- سادیستی. هر چیز که من می‌گفتم تأییدی بود بر علاقه هم‌جنس‌گرایانه خودم نسبت به او. زمانی که به این مسئله واقف شدم، خویش‌تنداری بیشتری بخرج دادم و تلاش کردم با سکوت مکرر از این دایره خارج شوم.

پس از آنکه ما برای چندمین بار درباره این موضوع بحث کردیم، بیمار در جلسه ۳۸۵ رویای زیر را تعریف نمود.

ب: من می‌خواهم از اداره‌ای کاغذ مهم و شاید از یک مطب، نتیجه یک آزمایش را بگیرم. با کمال تعجب می‌بینم که آنجا یک دفتر وکالت است و آن برگه به دادگاه مربوط می‌شود. باز هم تعجب می‌کنم، چون آنجایی که من هستم، مقرر پلیس است. رئیس، ضمن بازجویی مفصل از من، همزمان مرا نوازش می‌کند. من بیرون می‌دوم، سوار اتوبوسی می‌شوم تا به خانه پناه ببرم، اما می‌فهمم که در هنگام سوار شدن از در عقب، اتوبوسم اشتباه است و به جهت عکس می‌راند.

تداعی‌ها و افکارم مرا به این تعبیر می‌رساند که او در آنالیز به دنبال یک وکیل بوده است که از او در برابر پدر منحرف و مادرش که او را نگران می‌کردند، دفاع کند. به این موضوع اشاره کردم که در طول آنالیز همواره مشکلات بزرگی در تفکیک میان تجربیات با من و آنچه وی در ایام کودکی تجربه نموده، موجود بود. این بدین دلیل است که در رابطه کنونی به شکل کاملاً پنهان، چیزی تکرار می‌شود که او را ارضا می‌کند. برای نخستین بار در حین آنالیز پدرش را فردی هم‌جنس‌گرا و الکلی نامیدم. این تعبیر او را خیلی نگران کرد و به یاد رویایی انداخت که این اواخر دیده بود. او دری بزرگ با قفل‌های زنگ‌زده دیده بود که مطمئناً برای سالیان سال باز نشده بودند. او تداعی اتاقی را می‌کرد که کپسول‌های گاز در آن نگه داشته می‌شدند. من به او می‌گویم که از طریق این رویا می‌خواهد به من بگوید که باز کردن در حافظه برایش مشکل است و او نمی‌تواند براحتی به من بگوید که چه چیزی بین او و پدرش اتفاق افتاده، چون از قدرت انفجار آن می‌هراسد. او در ادامه از شرم و حیای زیاد خود در بیان آرزوها و تخیلات هم‌جنس‌گرایانه خویش می‌گوید. آنالیز در مسیر اشتباه جریان داشت، زیرا در "عقبی" با "جلوبی" و من با پدرش جابجا شده بودیم.

تفسیر: ما در گزارش روانکاو کلمه "جابجا" شدن را مورد تأکید قرار دادیم، زیرا مبین نقطه عطفی است که در جمع‌بندی درمان دقیق‌تر توصیف خواهد شد. روانکاو در حالی که از پدر منحرف فاصله گرفت، با یک عمل، حد و مرزی میان خود و بیمار ترسیم نمود. این تفکیک آشوبی را اصلاح کرد که توسط ضایعه ایجاد شده بود و توسط تعبیر انتقال هم‌جنس‌گرایانه ادامه‌دار، کمتر نشده بود. بیمار

تعبیرات را خیلی طوطی وار و به عنوان سکه نقد برداشت می کرد و احتمالاً از آن طریق نه تنها به طرق متفاوت ارضا می شد، بلکه همچنین می ترسید که عاقبت کار با روانکاو همانگونه گردد که با پدرش تجربه کرده بود. روانکاو اما از عهده امتحان خود برآمده و به موقع، تفکیک لازم را ایجاد نمود. نباید این اطمینان بخشی های توضیحی را دست کم گرفت. برای خروج از جابجایی، به مکانی بیرون از محدوده تکرار نیاز است. در ارتباط با "جابجایی" به خواننده مطالعه بخش ۲-۳-۹ را توصیه می کنیم. در آنجا ما انتقاد یک بیمار درباره تکنیک تعبیری روانکاو را می آوریم که ضمن آن از قرار دادن تجربیات جدید با روانکاو در رابطه متعادل با تکرار، قطع تکرار، ناکام ماند.

سوءرفتار واقعی محارم و هم جنس گرایانه با بچه ها یک ضایعه واقعی است، زیرا در این حال به مرزهایی که برای ایجاد استقلال فردی ضروری هستند، تجاوز می شود. تکوین حیات امیال و تخیلات انسانی به یک فضای مطمئن نیاز دارد تا در گیر و دار واقعیت های اجتماعی گوناگون، میان درون و برون تفکیک کند. سوءرفتار جنسی فرزندان توسط والدین و یا بزرگسالان دیگر این فضا را نابود می کند، فضایی که به دلایل قابل فهم شکل تابو به خود می گیرد. آرزوها و تخیلات ادیبی و زنای با محارم اهمیت انسان شناسی خود را از تابوها به دست می آورند، یعنی اینکه، نباید به زنای با محارم ختم شود. در غیر این صورت امتزاج غیرقابل درمانی بین نسل ها ایجاد می شد که تأثیرات فاجعه انگیزی بر شکل گیری هویت کودکان در حال رشد و جوانان بر جای می گذاشت. همانگونه که این تاریخچه بیماری نشان می دهد: پس از انحرافات هم جنس گرایانه یا زنای با محارم پدر- دختر و یا پسر- مادر ناامنی شدیدی بر جای می ماند. از اینجا به بعد همه چیز امکان دارد. انحرافات واقعی محارمی اعتماد انسان را از ریشه نابود می کند (نک هیرش ۱۹۸۷، مک فارلن و همکاران ۱۹۸۶، والکر ۱۹۸۸).

● پویایی جلسه قبل از تفاسیر، باید مورد تأکید قرار بگیرد، زیرا من با توجه به آن، تکنیک درمانی خودم را عوض کردم. اکنون گمان دارم که این تغییر فقط نتیجه تعمق من نبود، بلکه همچنین نتیجه پردازش واقعی بیمار بود که همزمان با انتقال هم جنس گرایانه توصیف شده مرتبط بود. این تعبیر که آقای پیتر Y مرا در انتقال با پدرش عوضی می گرفت، تأکیدی بر جنبه تکرار است یا- به عبارت دیگر- تحریفی که انتقال توسط ریشه های خود در گذشته نیز اثر می گذارد. البته من فکر می کردم که به نوعی در شکل گیری این نحوه انتقال سهمی بودم. قسمت دوم تعبیر بر تحریف تأکید ندارد، بلکه بر واضح بود ادراکات بیمار تکیه دارد، همانگونه که گیل و هوفمن (۱۹۸۲) توصیف نموده اند.

● در مروری که می کنم، گمان دارم که باید شفاف تر و یا حتی زودتر بیان می کردم که این تکرار چگونه در انتقال ایجاد شده است. بهر حال تأکید من بر تفاوت موجب شد که از این لحظه به بعد، اجزای سالم بیمار در غلبه بر ضایعه، نقش تعیین کننده ای ایفا کنند. این واقعیت که من خودم را

به عنوان یک شخص واقعی و متمایز از پدر نشان دادم، موجب شد تا همانندسازی‌های فرافکنی و درون فکنی چرخشی قطع شوند.

تفسیر: موضوع اصلی در اینجا آن است که یک روانکاو چگونه زمینه تغییرات در بیمار و غلبه او بر ضایعات را زمینه‌سازی و تسهیل می‌کند. تکرار در انتقال یک روی سکه است که با مفهوم "شبهت" توصیف می‌شود. در این معنا کاملاً آشکار، درست و واقعی است که بیمار نفوذ روانکاو را به عنوان مزاحمت و وسوسه انگیزی تجربه کند. در طرف دیگر سکه، کلمه "تفاوت‌ها" با حروف بزرگ حک شده است. کشف شبهت‌ها نبود که به خارج شدن از مدار تکرار منتهی شد، بلکه تجربه تفاوت‌ها باعث این امر گردید. همانگونه که ما در موضوع جابجایی بحث کردیم، این مشکل فراگیر است و به مکتب روانکاوی محدود نمی‌گردد. در مکتب کلاینی موضوع تغییر از طریق تجربیات جدید برای مدت‌ها مورد توجه کافی واقع نمی‌شد. اثربخشی درمانی روانکاوی قطعاً در این نیست که ضایعه‌ها تکرار شوند و در انتقال، شرایط جنگی برقرار شود، بلکه برون‌رفت از این ضایعه‌ها و تکرار آن‌ها مد نظر است.

تخلیه هیجانی. در طول ۴ جلسه که بیمار هیجان‌زده در رابطه جنسی با پدرش تعمق می‌کرد، تکانش‌های زیادی رخ داد. او برای نخستین بار درباره شوق خود برای دیدن پدر صحبت کرد و نیز چقدر از آمدن او خوشحال می‌شد. چگونه پدر شروع می‌کرد الکل بنوشد، بامزه می‌شد، لطافت بخرج می‌داد، تحریک اوج می‌گرفت که به آنجا ختم می‌شد که در حالت زانو عضو پسرش را تا پس از انزال در دهان می‌مکید. او درباره احساسات متضاد خود گزارش می‌دهد: لذت جنسی، اضطراب، شرم، احساس پیروزی هنگام انزال در دهان پدر، احساس گناه متعاقب آن، احساس تسلط بر پدر.

● گزارش او، برخلاف سبک وسواسی گفتگوهای اول، با عاطفه فراوانی توأم بود. پس از این تخلیه هیجانی برای من روشن شد که خاطرات خودآگاه او در مراحل که قبلاً گزارش داده بود، از هرگونه احساس و عاطفه به دور بود.

او تعریف می‌کند که این وقایع را در یک توافق ضمنی با پدرش، از مادر پنهان نگه داشته، اما بعد از ۲ سال تصمیم می‌گیرد رابطه را قطع کند، چون تشویش وی رو به فزونی گذاشته بود. سپس روشن شد که تصویر پدر پرخاشگر و منحرف باید تکمیل گردد. بیمار یک پدر ضعیف و معتاد به الکل را در برابر خود می‌دید که با او یک رابطه پنهانی به منظور ارضای متقابل ایجاد کرده بود.

در مسیر غلبه بر ضایعه. تخلیه هیجانی با شروع ایجاد فاصله با پدر کلید خورد، چیزی که در انتقال تغییر یافته مشهود بود. مخصوصاً قابل توجه است که آقای پیتسر Y توانسته بود، رابطه‌ای بدون اضطراب با پسرش ایجاد کند. تجربیات جدید در رابطه درمانی به او کمک کرد تا در حالی که خود را جای فرزندش می‌گذاشت، از عهده تکالیف پدری برآید. او سعی داشت بفهمد، دوست داشت

چگونه پدری داشته باشد. فضای اروتیک رو به کاهش گذاشت و او توانست در قالب آنالیز خویش به تعمق پردازد. بیمار کار مرا شناسایی و تمجید کرد و آنچه را در طی آنالیز یاد گرفته بود به عنوان یک چیز تازه پذیرفت. جلسات با آرامش بیشتری برگزار شدند و بیمار رویای کمتری به همراه می آورد. اوضاع بگونه‌ای پیش می رفت که من بیشتر سکوت و کمتر تعبیر می کردم. اشتیاق هم جنس گرایانه به پدر که هنوز شدید بود، از جانب بیمار به رسمیت شناخته شد، اما همچنین به عنوان ارضای جانشینی و به عنوان جبران کمبود اشتراک میان پدر و پسر و واکنش‌های افسردگی مرتبط با آن درک شد.

رویای زیر در این مرحله شکل گرفت.

ب: من در خیابان می روم. یک آقای مسن به سمت من می آید، بگونه‌ای که باید پیاده رو را خالی کنم، چون او تمام جا را گرفته است. من یک کاغذ کادوی بزرگ زیر بغل گرفته‌ام. من ادامه می دهم و متوجه می شوم که کسی از عقب می خواهد آن را بردارد، و برای من خیلی مشکل است که کاغذ را نگه دارم. آقای است که از پشت مزاحم من شده است. من به خان‌های می روم و کاغذ را باز می کنم و یک درخت کریسمس با تمام زینت آلات مربوطه ظاهر می شود. خیلی زیبا است. اتاقی که من در آن هستم، پنجره‌ای به سمت اتاق جانبی دارد. نگاه من از پنجره به کاناپه‌ای می افتد که روی آن یک مرد ظاهراً مرده دراز کشیده است. من می ترسم. او را دقیق تر می بینم و متوجه می شوم که او نمرده است، بلکه سخت بیمار است، بندرت نفس می کشد. من آرام می شوم. من جلوتر می روم و متوجه می شوم که آن مرد خودم هستم. در قسمت عقب اتاق کشیشی ایستاده که در پیش یک پیشخوان دعا می خواند. او ردای با شکوهی به تن دارد. بالای کاناپه یک ساعت بزرگ آویزان است که زمان را نشان می دهد. یک ساعت پرنده دار است که هر از گاهی از آن چهره‌هایی مانند عروسک، اعضا، عروسک‌های چوبی مثل پینوکیو، کشیشان، ژنرال‌ها، آدم‌های مهم بیرون می آیند و اداهای مسخره اطاعت و تعظیم در می آورند. من از آن بدم می آید.

● توسط آنالیز این رویا توانستیم به هسته درونی زنده بیمار راه یابیم که با وجود آنکه تقریباً مرده بود و با نقش‌های متعدد درگیر بود، هنوز نفس می کشید. تداعی‌های مربوط به این قسمت رویا، جملگی به موضوع "خود اشتباه" (وینیکوت) مربوط می شوند که به طبیعت ثانویه تبدیل شده بودند. او مطیع درمانگر نیز شده بود. به نظر من این رویا برای بازسازی حاوی ارزش بالایی است. نکته جالب در این رویا اندیکاتور آن برای فرایند روانکاوی است. در لای لای این رویا، داستان درمان روانکاوی ثبت شده است. ما می توانیم این رویا را در سه بخش تقسیم کنیم:

● در قسمت اول، مرحله‌ای از آنالیز معرفی می شود که بیمار توسط تعبیرات تحت فشار بود. بیمار می گفت این تعبیرات تلاش دارند، عضو او را از عقب نابود کنند.

● در قسمت دوم، او در بُعدی عمیق‌تر (در درون خانه) پیروزی خودشیفتگی خود را به نمایش گذاشت. این احتمالاً منطبق با همان مرحله ارضا در انتقال است، همزمان اما با مرحله‌ای که او پنجره کوچک را کشف می‌کند و این که آنالیز برای وی اهمیت دارد و او را به سمت شناخت از خود سوق می‌دهد.

● قسمت سوم، انکار شده بود و حاوی یک دنیای درونی است که مملو از همانندسازی‌ها و ایده‌آل‌سازی‌های مذهبی هست، اما همزمان اجزای زنده او در آنجا "زندگی" می‌کنند. مخصوصاً جالب توجه است که در این قسمت که جنبه‌های عمیق مطرح می‌شوند، روانکاو به‌عنوان ساعت پرنده‌دار نمایش داده می‌شود که زمان را نشان می‌دهد و پشت سر هم نقش‌های متفاوتی را بیان می‌کند که بیمار در حین درمان بازی کرده بود.

آقای پیتر Y از کاهش میل جنسی که قبلاً او را آزار می‌داد گزارش می‌دهد. همچنین تعداد خودارضایی‌های وسواسی وی کم و فقط به آخر هفته و وقفه‌های درمانی محدود شد.

تفسیر: تلاش بیمار برای غلبه بر ضایعه و گذار از انفعال به فعالیت در حین درمان به مرور بهتر می‌شد. نظر فروید درباره این قسمت اثربخشی روانکاو که در ابتدا آن را نقل کردیم، مبین تئوری همانندسازی فراقنی و درون فکنی است، البته چنانچه آن را به‌عنوان تعامل و ارتباط درک کنیم. تکنیک درمانی، در حالی که بیمار رابطه درمانی را از منظر تجربیات ضایعه‌ای با پدرش طی می‌کرد، جایجایی را تقویت کرد. پس از ۲ سال منحرف کردن و اجازه منحرف داده شدن، روانکاو توانست معنای تکرار رویا در رابطه روانکاو را بفهمد. به‌رحال در این دوران، در کنار ارضای غیرمستقیم به‌وسیله تکرار در انتقال، همچنین زمینه تخلیه هیجانی و پردازش فراهم شد.

۲-۵-۸ انکار اضطراب اختگی*

آقای آرتور Y پس از ۲ سال شک و تردید تصمیم گرفت به‌عنوان نماینده شرکت در حیطه‌ای وارد شود که از جانب همکارش مورد بی‌توجهی واقع شده بود. عدم رعایت حال مشتریان بدان منتهی شده بود که فروش به پائین‌تر از حد میانگین سقوط کند. آقای آرتور Y ایمان داشت که می‌تواند بدون زحمت فوق‌العاده میزان فروش را به چند برابر افزایش دهد. علیرغم نارضایتی عمومی در مورد همکار تنبل، راحت‌طلب و الکلی که بیشتر مایه دردسر شرکت گردیده بود، آقای آرتور Y مدت زیادی بود که میل به جهش خود را سرکوب می‌کرد. عذاب وجدان و ترحم نه تنها مانع فعال شدن

* Denial of Castration Anxiety
Verleugnung der Kastrationsangst

وی شده بود، بلکه او را از این فکر نیز باز داشته بود که چگونه می‌تواند بدون آنکه به همکار خود لطمه ای وارد کند، به یک راه حل دست یابد. یکی پنداشتن توسعه با تخریب دگرآزارانه و در غلطیدن سریع در همانندسازی خودآزارانه با قربانی، برای مدت زیادی وی را به حالت ندانم کاری انداخته بود. به همین علت بیمار نمی‌توانست زمینه کاری خود را گسترش و موفقیت شغلی خود را افزایش دهد. به همین خاطر نتوانسته بود به راه حلی دست یابد که هم زندگی خودش و هم زندگی دیگری را بخطر نیاندازد.

کمک‌های تفسیری که درباره یکی پنداشتن توسعه و تخریب ارائه شد، باعث شد آقای آرتور Y توفیق بیشتری به دست آورد، با لذت بیشتری پیشرفت کند و به همکار خود نیز آسیبی وارد نکند. بیمار به یک راه حل مطلوب دست یافت.

ب: من دیگر از وارد شدن به این مقوله ترسی ندارم. این موضوع به توانایی جنسی من در وسیع‌ترین معنای خود مربوط می‌شود. من فکر می‌کنم که توانایی را می‌توان به روش‌های متفاوت نشان داد. این یک نوع توانایی است که جایی که فرد دیگری ناکام مانده، انسان به توفیق دست یابد. آیا ممکن است من موضوعی را با موضوع دیگر جایجا کنم؟ در این صورت می‌توانم در موضوعات جنسی باز هم بیشتر خودم را از همسر دور کنم. دیگر کسی نمی‌تواند از دست من عصبانی بشود. خوب من همه این کارها را به عنوان پدر مسئولیت پذیر خانواده انجام می‌دهم.

د: اینکه ثمره این فعالیت‌ها به نفع خانواده شما تمام می‌شود، از شدت فشار شما می‌کاهد. سوال این است که آیا لذت بیشتری از رابطه جنسی نمی‌توانید ببرید؟ ممکن است شما به دلایل درونی هنوز با موضوعاتی درگیر هستید که مانع شکوفایی حس لذت در شما می‌شود مثل، تصورات خاص شما درباره پاکیزگی، شرم و حیا و غیره که بطور خودکار حس می‌کنید.

ب: مشکل این است که من از وضعیت کنونی راضی هستم. من حالم خوب است، ارزش ندارد وارد این حیطه شوم. چه کسی می‌داند که در این صورت چه اتفاقی خواهد افتاد و مرا به چه روزی خواهد انداخت. آرامش روحی‌ام برای من بیش از هر چیز دیگر ارزش دارد. من با وضعیت شغلی خودم خوشبخت و راضی هستم، شاید کمتر از آنچه می‌توانم در سکسوالیته به دست آوردم، اما می‌ترسم که همه چیز از نو شروع شود. من نمی‌خواهم این خطر را بجان بخرم که مثل چند سال پیش به ورطه سقوط بیافتم. اگر می‌توانستم انتخاب کنم که میل جنسی‌ام توأم با ترس و اضطراب افزایش پیدا کند، هزار باره موقعیت کنونی‌ام را ترجیح می‌دادم. بله من از پرداختن به این موضوع دلشوره بزرگی دارم.

د: نگرانی شما از چیست، اینکه دومرتبه مثل سالیان قبل بشود، که در سکسوالیته اضطراب بزرگی به شما دست بدهد، نگرانی بیشتر از لذت؟

ب: به زبان بازاری، می‌ترسم معامله بدی بکنم، به نفع یک اصلاح نظری که نمی‌خواهم، چون از اوضاع راضی هستم. نمی‌خواهم ریسک کنم.

فکر ریسک بیمار را در سکوتی طولانی فرو برد. او چند دقیقه سکوت کرد تا اینکه روانکاو ادامه داد.

د: روشن است که شما از نگرانی می‌ترسید که ممکن است معامله بدی انجام دهید. امکان خوشی و لذت بیشتر برای شما جنبه نظری دارد.

بیمار یک مقایسه انجام می‌دهد.

ب: من در یک رستوران نشسته‌ام و در حال خوردن غذای خوشمزه‌ای هستم، یک نفر می‌آید و می‌گوید اگر شما پیش من جراحی شوید، من زبان شما را عمل می‌کنم و جای آن چیزی قرار می‌دهم که از غذا لذت بیشتری ببرید. البته این عمل جراحی خطر آن را دارد که زبان شما دیگر رشد معمولی خود را نداشته باشد. ممکن است خیلی پیچیدگی‌ها بوجود آید.

د: عواقب وخیم زیادی را می‌توان تصور کرد، اینکه زبان رشد نکند، این تصویر بیان نگرانی عمیق شماست، در حالی که من آشپز هستم.

ب: نه، شما جراح هستید.

● ظاهراً به علت فعال شدن مجدد اضطراب اختگی خودم، کل موضوع را سهل‌انگارانه دیدم. زیرا بدیهی است که جراح و نه گارسون دلیل خطر است. با وجود آنکه سریعاً این را می‌فهمم، در ادامه جلسه باز هم یک تهدید را کوچک نمایی می‌کنم.

د: آخ بله، آشپز نه، بلکه جراح. من به آشپز فکر می‌کردم.

ب: آخر آشپز که کاره‌ای نیست، او فقط یک غذای خوشمزه درست می‌کند.

د: بله، جراح. پس تردید شما قابل فهم است. جراحی که شما را در برابر یک تصمیم می‌گذارد.

ب: زیاد عجیب نیست، من چند بار این موضوع را با پرفسور س تجربه کردم. من زانودرد داشتم، او با جدیت گفت برای آنکه بتوانید به حالت مطلوب برسید، تکه‌هایی از استخوان شما را بیرون می‌آورم، قسمت‌های استخوان بعداً رشد خواهند کرد. او می‌گفت بدین ترتیب درد من تمام خواهد شد. در این بین بدون آنکه عملی انجام داده باشم، تمام آلمان را گشته‌ام. البته آقای پرفسور س انسان لایقی است. می‌خواستم بگویم که زمینه مقایسه با جراحی زبان، زیاد به زمان‌های دور بر نمی‌گردد.

د: بله مقایسه خیلی خوبی است. زمانی از آن نمی‌گذرد. مقایسه حتی به زمان نزدیکتری بر می‌گردد، چون با همه تهدیدها مرتبط است و فقط در برگیرنده زبان نیست، بلکه به مجازات‌هایی که شامل

حال عضو لذت جو است نیز ربط پیدا می‌کند. چه اتفاقی ممکن است بیفتد، همه این ماجراها. . .
ترس از سرایت، بیماری‌ها، آسیب‌های بدنی بعد از خودارضایی و نظایر آن- توسط x و y (نام برخی
آشنایان ایام کودکی و جوانی بیمار).

ب: الان چیز جالبی در خودم مشاهده کردم. وقتی شما این حرف‌ها را ردیف می‌کردید، به فکرم
رسید که در کودکی اینگونه نبود که والدین به من بگویند، اگر آنجا را بگیری، بزرگ و بعداً بریده
می‌شود. این مثال به یادم آمد و وقتی به آن فکر می‌کردم، در حین یادآوری تغییر کرد. مطمئنم که
مادر بزرگم چنین چیزی به من می‌گفت. دوبرتبه به یادم آمد.

د: تجربه کنونی شما شاید به این ربط داشته باشد که برای اولین کمی فاصله ایجاد کردید، در حالی
که گفتید، نه، در مورد من چنین چیزی نبوده است. شما در ابتدا چیزی را نفی کردید. شما در ابتدا
فاصله گرفتید و الان به آن نزدیکتر شده‌اید.

تفسیر: آموزنده است که آقای آرتور y به کمک ایجاد فاصله، یعنی کاهش اضطرابات خویش،
نگرانی‌ها و تهدیدهای فراموش شده را به یاد می‌آورد. احتمالاً او بدین طریق بدون آنکه متوجه
باشد، روانکاو را به الگوی خود تبدیل کرده است که به علت یک انتقال متقابل در ابتدا خطر را
کوچک نموده تا بتواند در قدم بعدی آن را بپذیرد.

ب: والدین برای ترس بچه‌ها، از تهدید استفاده می‌کنند. امروز هم هنوز اینکارها را انجام می‌دهند؟
روانکاو تأیید می‌کند.

ب: بله، خیلی بی‌معناست. اگر بچه‌ای آن را خیلی جدی بگیرد، در یک بن‌بست قرار خواهد گرفت.
من الان در اتوبان پشت یک کامیون حمل حیوانات حرکت می‌کردم. کامیون خوک بار کرده بود.
یک خوک، بینی خود را دراز کرده بود. من فکر کردم، ای بدبخت امکان فرار نداری. تفاوت با
انسان آن است که خوک اطلاع ندارد. شاید او ترس دارد، اما نمی‌داند به کجا برده می‌شود. حیات
روانی خوک با انسان فرق می‌کند. درماندگی آن خوک مرا به یاد برخی شرایط زندگی خودم
انداخت، جایی که همین حس را داشتم. حال من بدتر از خوک بود، چون او نمی‌داند چه چیزی در
انتظار اوست.

د: وضعیت شما بدتر بود، فرصت یک امکان اضافی نیز داشتید، چون همین الان گفتید، ماجراهایی
تعریف می‌شوند که شامل حال من نمی‌گردد. شما در ابتدا چیزی را نفی کردید تا بینی، یا به عبارت
دیگر عضو خودتان را نجات دهید: به من مربوط نمی‌شود. بعد از آنکه کمی امنیت بدست آوردید،
توانستید تصور کنید، چنین چیزی می‌تواند در مورد شما نیز اتفاق بیفتد. نفی شما، ترستان را کاهش
داد، مثل اینکه می‌دانید که عضو شما هنوز جای خودش قرار دارد. بخشی از یادآوری شما این است
که بزرگ می‌شود و به این علت مجازات خواهید شد.

تفسیر: این تبادل فکری هم از منظر تکنیک درمانی و هم از دیدگاه تئوری شکل‌گیری اضطراب نمونه است. اضطراب انسان با تصورات پیوند خورده است، به همین دلیل مهم اضطراب‌های نوروپتیک در ابتدا به عنوان انتظار به وجود می‌آیند. همزمان فضای مانوری برای حمایت و مکانیزم دفاعی پدید می‌آید. تفسیر روانکاو به همین نکته مربوط می‌شود و به همین خاطر از امنیت بدست آمده حرکت می‌کند. اضطراب، امروز با اتکا بر این دانستنی که خطری عضو را تهدید نمی‌کند، ممکن است از جایگاه مطمئن برطرف شود.

ب: وقتی آدم بچه است و عضو او راست می‌شود، نمی‌توان آن را پنهان کرد، مثلاً وقتی لباس خواب پوشیده است و یا نیمه برهنه است.

ر: یا راست شدن صبحگاهی که طبیعی است، و توأم با حس خروج توأم است.

ب: چیزی به یاد می‌آورم. خیلی به آن مطمئن هستم. وقتی ۴ یا ۵ ساله بودم عادت داشتم شلوارک بپوشم، می‌خواستم دستم را داخل شلوارم کنم و به عضوم برسم. یک عکسی هم از من هست که من با دختر بچه‌ای در شن و ماسه بازی می‌کردم و دستم داخل بود. این عکس را بزرگ کردند و به دیوار اتاق آویختند. هنوز صدای مادر بزرگم در گوشم است که می‌گفت، ببین چکار می‌کنی. بگذار همین جور باشد. . . یادآوری اینکه او چنین چیزی گفته باشد، به اندازه عادت خودم و عکسی که آویزان بود، مطمئن نیست. من نمی‌دانم آیا کار درستی بود که عکس را بزرگ کرده و آویزان کنند. آن عکس مدت‌هاست مفقودالثر شده، اما من آن را هنوز پیش چشم دارم. با آن عکس و مادر بزرگم هنوز هیجانات زیادی در خودم می‌بینم. بهتر است در مورد آن صحبت نکنیم، چون نمی‌خواهم این سال‌ها دوباره زنده شود.

ر: این خاطرات بد رابطه تنگاتنگی با لذت دارند. شما نمی‌توانید تصور کنید که لذت از محدودیت‌ها و نگرانی‌ها منفصل شود. اول اضطراباتی در شما زنده می‌شود که به تماس مربوط می‌شود تا به لذت. اگر همسر شما میل بیشتری داشته باشد، اضطراب و خطر ایجاد می‌شود، در اینصورت همسران را نیز مثل آن دختر بچه می‌بینید، اما همچنین مثل مادر بزرگ که تبدیل به جادوگر شده است. وقتی عضو بزرگتر شود، بریده می‌شود. در داستان هنزل و گرتل نیز چنین است، آنجا موضوع به انگشتی مربوط می‌شود که چاق است

ب: بله، می‌دانم، سعی می‌شود این داستان بگونه‌های متفاوت تعبیر گردد. چرا نمی‌شود همانگونه که در داستان آمده قبول کنیم.

ر: بله، مطمئناً.

تفسیر: روانکاو از بیمار پیروی می‌کند که شاید به همین دلیل با ساده‌سازی روانکاو همکاری نمی‌کند.

ب: (پس از مکث طولانی) کاملاً منطقی است. هنزل در قفس زندانی است و فقط می‌خورد و چاق می‌شود، خوب، نشانه آن در انگشتان او ظاهر می‌شود. افراد چاق، انگشتان سوسیسی دارند. خوب داشته باشند. جایی که ما اول بودیم. می‌توان اوضاع را به حال خود گذاشت.

د: بله، بگذاریم مثل قبل باشد تا تهدیدی متوجه ما نشود، همان چیزی که در داستان آمده، یعنی خطر اینکه توسط جادوگر خورده شوی.

ب: بله، خورده شدن، خیلی راحت است.

د: بله، من مسئله را کوچک کردم، البته این کار نامناسب بود، اما نتیجه‌اش آن شد که شما روشن کردید که اوضاع چقدر ناگوار است. شما تأکید کردید که همه چیز را می‌توان به حالت سابق خود گذاشت. اما این مطلب حاوی آن نیز هست که هنزل و گرتل جادوگر را فریب داده‌اند. رشد مخفی شد.

ب: بله، در حالی که یک چیز نازک، دراز شد.

د: بله، خطرناک بود. و شما عضو خودتان را پنهان کردید. احتمالاً این مخفی‌کاری ادامه دارد و شما خودتان را از همسران و حتی خودتان مخفی می‌کنید، در این صورت لذت کمتری ایجاد می‌شود. نوعی محدودیت خودکار ایجاد می‌شود.

آقای آرتور لا جلسه بعدی را با سکوت شروع می‌کند.

ب: برای گذار زمان لازم بود. اینجا دنیای دیگری است. چند روز پیش در روزنامه مقاله‌ای می‌خواندم. کاملاً اتفاقی نگاهم به شغالی افتاد که در دام بود، پاهایش گیر کرده بود. مقاله به موضوع تله‌گذاشتن پرداخته بود. خیلی از حیوانات در حالتی زجردهنده جان می‌دهند. برخی حس‌هایم دوباره زنده می‌شوند که فکر می‌کردم بر آن‌ها غلبه کرده‌ام. البته الان خیلی حالم بهتر شده، اما از مدت‌ها قبل می‌خواستم بیرسم، من تا چه حد در برابر عود، مصون شده‌ام. من از کلمه عود بدم می‌آید، چون به تمام بدبختی‌هایی فکر می‌کنم که در خاطراتم آن‌ها را ساده‌سازی کرده‌ام. تردید من سریعاً به احساساتم وارد می‌شود.

د: فکر می‌کنم، اتفاقی نیست که سوال می‌کنید. دوباره به ذهن شما می‌رسد که زندانی بودن، مثل آن شغال، چقدر حقیرانه است. من فکر می‌کنم نگرانی شما با موضوع جلسه قبل ارتباط دارد. زیرا فکر می‌کنم که شما نگران آن هستید که من شکارچی باشم که در صورتی که شما نخواهید در مورد سکسوالیته صحبت کنید، دامی برایتان خواهم چید. شما یک خطر خوفناک را در قالب یک عکس نشان دادید، زبانی که جراحی و بریده می‌شود و دیگر رشد نمی‌کند.

بیمار آن صحنه را "فراموش" کرده و می پرسد: "یک رویا بود؟ نه." روانکاو تخیلات پیرامون زبان را به یاد او می آورد که جراحی می شود و دیگر رشد نمی کند. بیمار جراح را بیاد می آورد، اما عضوی که قرار بوده جراحی شود، از خاطر او رفته است.

ر: این یک خطر خوفناک است و من فکر می کنم موضوع در شکارچی ادامه می یابد که شکار را از مخفی گاه خود بیرون می کشد.

بیمار به روانکاو یادآوری می کند که خطری که هنزل را تهدید می کرده، ساده سازی کرده است. **تفسیر:** ما توجه خواننده را به فرایندهای دفاعی ناخودآگاه معطوف می کنیم که بر پایه نادیده گرفتن و جابجایی می توان به آن ها پی برد: در ابتدا عضو، آلت تناسلی یا جانشین آن، یعنی زبان، کنار گذاشته می شود. پس اینکه جراح می خواهد چه کند، در ابهام می ماند. بدین ترتیب وقفه ای ایجاد می شود. بیمار می تواند ساده سازی را که خودش بدان دچار شده در روانکاو بیابد و توسط عینی کردن آن، بر آن غلبه پیدا کند.

روانکاو اینک دام را به عنوان نماد اضطراب اختگی تفسیر می کند. صحنه های جلسه قبلی، مخصوصاً نفی او و نیز عملکرد ایجاد فاصله از اضطرابات، تکرار می شوند. بیمار مجدداً درباره عکس حرف می زند که به یاد او می آورده که اجازه ندارد برخی کارها را انجام دهد.

ب: بله، رها شدن از اضطرابات و وسواس ها اینگونه است. دیروز در نقطه ای بودم که باحافظ طبیعت جاهای قشنگی داشت. از هتلی خوشم آمد که می خواهم در مأموریت های شغلی در آنجا اقامت کنم. قبلاً در تصورم نمی گنجید که به چنین ساختمانی وارد شوم. اما مایلیم سکسوالیته را کنار بگذارم. می خواهم چنان رفتار کنم که گویی چنین موضوعی وجود خارجی ندارد. من وقتی حرکات ظریف همسرم را می بینم، از چشم او دور می شوم و خودم را عقب می کشم.

ر: من گمان می کنم که شما از برخی چیزها پرهیز می کنید و به لذتی نمی رسید که امکان آن وجود دارد.

ب: من مایلیم از لذت چشم پوشی کنم.

ر: این چشم پوشی جدیدی نیست که شما به خود تحمیل می کنید. شما نگرانی خود را مطرح می کنید که ممکن است لذت بیشتری وجود داشته باشد. من در نگرانی شما این را می بینم که اگر میل بیشتری در شما ایجاد شود، ممکن است دوباره علائم ظاهر شوند، اشاره ای به اینکه هنوز در درون شما چیزی خواب است.

ب: بله، به همین دلیل من دوباره به موضوع سکسوالیته می پردازم. در غیراینصورت آماده بودم محدودیت را بجان بخرم.

ر: شما توسط همسران به یاد موضوع می/افتید. چه چیزی به یاد می/آورید؟ وسوسه/نگیزی نگران کننده؟

ب: نه، با خواسته‌هایی روبرو می‌شوم که از عهده برآورده کردن آن بر نمی‌آیم. به نظرم زور می‌آید. . . (سکوت طولانی). وقتی الکل می‌نوشم راحت‌تر می‌شوم. اکنون بیمار به حوالی اعضای تناسلی نزدیک و شرم او نیز آشکار می‌شود. ر: شما به یاد یک موقعیت شرم‌آور و تحقیرکننده می‌آئید، یاد دفع مدفوع در مهد کودک، نه به یاد دفع آرام‌بخش، بلکه به یاد احساس حقارت.

بیمار بعداً به این فکر می‌رسد که آداب نظافت از قبل باید مراعات شود و بدینوسیله میل خودجوش فروکش می‌کند. بی‌میلی مطلق بزرگترین سپر دفاعی در برابر تحریکات جنسی و نگرانی‌های پیوسته به آن است. اتفاقاً در رابطه زوجی که با محدودیت، پیچیدگی و یا تعارضی همراه نیست و در سکسوالیته مشروعیت می‌یابد، هشدارهای درونی بطور ویژه‌ای به صدا در می‌آیند. این مشاهدات بیمار را متقاعد ساخته که وی تعارضات و ترس‌های دوران کودکی را درونی‌سازی نموده و هم‌اینک نیز علیرغم علم و اراده او ادامه دارند: در رابطه زوجی خوشبختی که وی دارد و با وجود آنکه از جانب همسرش حمایت می‌شود، آمیزش برای او نگران کننده و انزال زودرس و اضطراب ناتوانایی جنسی در او زیاد است. بیمار در برابر چشیدنش و شرم خود عاجز است. او نگرانی خود را اینگونه جمع‌بندی کرد: "کسی که وارد گود خطر شود، هلاک

۳-۵-۸ تقسیم انتقال *

تقسیم انتقال معمولاً به منظور پیدا کردن ابژه‌های مناسب جهت همانندسازی‌های مورد نظر انجام می‌شود. همزمان می‌توان از این طریق به یک هدف دفاعی رسید، بدان معنا که به‌وسیله جابجا شدن سریع، در هیچ جایی توقف زیاد نکرده و بدینوسیله از همانندسازی و تثبیت جلوگیری به عمل آورد.

خانم کلارا X به تازگی داستانی درباره یک راهب ابداع نموده که در کوهی زندگی می‌کند و به‌وسیله زنی که در دره پائین زندگی می‌کند، مراقبت می‌شود. این زن برای کم شدن زحمت خود گاهی یک دختر بچه جوان را به پیش آن راهب می‌فرستد. بیمار در این مخلوق "دوست داشتنی" خود را به نمایش می‌گذاشت.

* Splitting of Transference
Aufteilung der Übertragung

خانم کلارا X داستان را با یکی از دوستان خود که شب را با او گذرانده، تعریف کرده بود. هر دو با آرزوی داشتن رویای خوب از یکدیگر خداحافظی می‌کنند. بیمار با خنده می‌گوید که واقعاً رویای قشنگی دیده است. رویا صبح به یاد نمی‌آمد. بیمار به تدریج این تصویر را از رویای خویش ارائه داد:

ب: یک جمع فامیلی بود، شما هم آنجا بودید، و نیز درمانگر قبلی‌ام، خانم ز. آنجا افراد دیگری نیز بودند که من با آن‌ها آشنا هستم و به نوعی آن‌ها را از زوایه روانی به‌عنوان خانواده خودم می‌بینم. برادر تنی من نیز آنجا بود. همه می‌خواستیم با هلیکوپتر به شهر من پرواز کنیم که والدین من در آنجا زندگی می‌کنند. خیلی منتظر هلیکوپتر ماندیم، ولی عجله نداشتیم، بگونه‌ای که من توانستم با افراد زیادی حرف بزنم. همه ما در حال سفر بودیم و فرصت گفتگو به خودی خود فراهم شده بود. با شما نیز حرف زدیم، ما پهلوی پنجره نشسته بودیم و به بیرون نگاه می‌کردیم. شما سمت چپ من ایستاده بودید و ماهیت گفتگوی ما با آنچه در اینجا انجام می‌شود، متفاوت بود. کمی طعنه‌آمیزتر، کمی راحت‌تر و با ایما و اشاره بیشتر. به قول پدرم: سر به سر کسی گذاشتن. شما نزدیکتر آمدید و به شانه‌های من چسبیدید. تماسی که می‌توانست از جانب پدرم باشد. یک پيله دوستانه و یا نوعی مزاحمت، همانگونه که بچه‌ها سعی می‌کنند هنگام بازی دیگران را در چاله چوله‌های خیابان‌ها گیر دهند.

پس از سوال، محتوای رویا تکمیل می‌شود، مخصوصاً حول و حوش کلمه "پيله کردن". بیمار بر ماهیت دوستانه این تماس تأکید می‌کند، که البته چاشنی پرخاشگری نیز دارد. بیمار معنای روزمره این کلمه را می‌شناسد، اما در رویا از این مسئله ناخرسند نبود. او به یاد دوران بلوغ خود می‌افتد که جوانان برای او، غیرقابل تحمل، بی‌تربیت و ناگوار نبودند.

ب: این یک روش ممکن و مانوس است، مثل قبل که بتوانم با جوانان هم سن و سال خودم رابطه برقرار کنم. من نمی‌توانستم برای آن‌ها چشم و ابرو بیایم و یا با آن‌ها لاس بزنم. اگر می‌توانستم تماس بدنی ایجاد می‌کردم و دستم را به دست آنان می‌مالیدم. بیمار سپس به رابطه خود و همسرش می‌پردازد.

ب: من همیشه به دنبال یک اسلحه جادویی هستم تا همسرم را از پناهگاهش بیرون بیاورم. من رابطه‌ای بین گذشته و اکنون ایجاد می‌کنم، در حالی که تذکر می‌دهم خانواده‌های قدیمی و تازه، از جمله خانواده روانکاوان دور هم جمع می‌شوند و ملاقاتی در شهر بیمار انجام می‌شود. خانم کلارا X با خنده می‌گوید "می‌بینید من چقدر خانواده دوست هستم."

ب: خیلی خوشم می‌آید، وسط آنجا بنشینم. این احساسی است که من در خانواده کنونی‌ام، یعنی همسر و فرزندم ندارم، احساس امنیت و گرمی. من احساس گریز قوی دارم، اما از طرف دیگر، یک

جبر، یک الزام برای آنجا ماندن. تنش شدیدی میان این دو نیرو وجود دارد. در رویا جایگاه درستی داشتم. از طرف دیگر در روزهای اخیر ادامه این داستان مضحک راهب مرا به فکر واداشته است. آن دختر دوست داشتنی به سمت راهب می‌رود، او را در آغوش می‌گیرد، به او نگاه می‌کند و می‌گوید: "الان چکار کنیم؟" سپس راهب بلند می‌شود و عذرخواهی می‌کند. "من تو را درک می‌کنم، ولی در حال حاضر نمی‌توانم به تو کمک کنم." سپس از کوه پائین و به کلبه آن زن پیر می‌رود. دختر جوان عقب می‌رود، به خانه رفته و سریعاً به دنبال معشوق جوانی از همسایگان می‌شتابد و شب را با او سپری می‌کند. روز بعد به کوهسار می‌رود و کلبه راهب را به آتش می‌کشد، او دیگر به آن کلبه احتیاج ندارد.

من مخصوصاً به درد و محنتی می‌پردازم که بیمار تجربه کرده است، بیمار پاسخ می‌دهد که خیلی فوری به دنبال یک جانشین است. او اما از جانشین راضی نیست، او فقط یک جانشین است. در ادامه من جنبه‌های انتقال داستان را تعبیر می‌کنم.

د: می‌توان حدس زد که شما مرا در قالب آن راهب و آن پیر زن را بجای درمانگر قبلی خود می‌بینید که مطب او در کوهسار قرار داشت.

● در این تعبیر من به این مطلب فکر نکردم که بیمار در درمانگر قبلی خود به هیچوجه یک زن مسن را نمی‌دید، بلکه با او همانندسازی کرده و نتیجه مطلوبی از رقابت ادیبی توسط همانندسازی به دست آورده بود. دوست او گفته است، ممکن است که راهب پیشنهاد دختر جوان را بپذیرد و به کلبه او اسباب کشی کند.

ب: دوست من می‌پرسد، آن خانم درمانگر اکنون چه می‌کند؟ من خندیدیم و بدون فکر گفتم، او روماتیسم می‌گیرد. من می‌دانستم که آن زن سالخورده به این بیماری مبتلا خواهد شد، بعداً به یاد آوردم که مادرم واقعاً سالیان سال از این بیماری درد می‌کشید. در آن لحظه برایم روشن شد که آن زن مسن مادر من است. من ۲۰ سال خودم را قربانی می‌کنم و اهداف و آرزوهای خودم را عقب می‌زنم، بعد دخترم تهدید می‌کند با مردی که من از او مراقبت کرده‌ام، یعنی راهب، روی هم بریزد. مادرم هرگز نمی‌توانست مجدانه خواسته‌هایش را به کرسی نشاند.

من در ادامه موضوع رقابت پرخاشگرانه را پیش می‌کشم، مخصوصاً در ارتباط با موانع وی که به علت ترحم نسبت به مادر بوجود آمده بود، به نحوی که وی دخترانگی خود را به شکل پنهان و مخفیانه می‌توانست بروز دهد. بیمار واقعاً در برابر دختر احساس کوچکی می‌کرد. او موقعیت خودش را به طرز تکان دهنده‌ای بیان می‌کند.

ب: بله، در آن داستان من، هم آن زن پیر هستم و هم آن دختر جوان، تا امروز نیز نمی‌دانم واقعاً کی هستم.

د: شما راه‌حلی پیدا کرده‌اید که از بن‌بست خارج‌تان می‌کند، یعنی آنکه هیچیک از آنان نباشید، پسرانه، تیغ‌تیغی و زره‌پوش بر تن.

ب: بله تصمیم گرفتم، زن نشوم. به نظرم بهترین راه‌حل برای کل خانواده آن بود که شعله‌ام را در خانه پائین کشیده و آنجا بمانم.

من به خانم کلارا X می‌گویم که دوستش وی را به یک رویای زیبا و هیجانی ترغیب نموده و ضمناً به او توصیه کرده قبل از خواب یک کار دوست‌داشتنی انجام دهد. بله او مصرف شیرینی‌جات مرا تأیید کرد. در ادامه درباره آداب نشستن سر میز صحبت کردیم، بویژه درباره نحوه هماهنگ کردن نیازهای کودکان با بزرگسالان.

در ارتباط با رویا صحبت به آنجا کشیده می‌شود که ایجاد فضای آرام و دلنشین سر میز، سخت است و این کار نباید فقط به عهده زن یا مادر گذاشته شود. بیمار اکنون از شوهرش شکایت می‌کند که به تقاضای مکرر وی مبنی بر بیرون رفتن و غذا خوردن بدون بچه، پاسخ مثبت نداده است. او این لذت را می‌تواند فقط با دوست دخترش تجربه نماید. بیمار به شدت از عدم درک همسرش شکایت می‌کند که همه ناملایمات را به او نسبت داده، اما خودش تلاشی برای سامان دادن اوضاع بخرج نمی‌دهد.

به موازات شناسایی مشکلات وی، یادآور می‌شوم که او خود نیز برای درک نیازهایش هنوز مشکل دارد و نیز آنکه شاید راه‌های دیگری برای جلب تفاهم همسر و آن مرد راهب وجود دارد. بیمار در انتهای جلسه می‌گوید، همسرش او را ب یک هیولا و یک موجود غیرطبیعی می‌داند. خانم کلارا X مایل است حداقل خود را از دست عذاب وجودان دایمی و سرزنش بخاطر ناکامی برهاند.

● کاملاً آشکار است که با سرزنش‌های متقابل، جبهه‌گیری تشدید گردد و فاصله آن دو از یک‌دیگر زیاد شود. همچنین روشن است که بیمار در حمله به همسرش که او را هیولا می‌نامد، از فشارهای خود می‌کاهد. در تعبیر انتقالی نهایی تأکید می‌کنم که بزرگی فضای تحرک در خانواده منشأ و نیز در خانواده روانی (خانواده روانکاوها، یعنی رابطه او با درمانگران مرد و زن) از جانب همه حاضران ایجاد می‌شود. او در داستان راهب کشف کرده که در برابر پیشنهاد با گشاده‌رویی برخورد کند.

بیمار در جلسه بعدی به رویا می‌پردازد.

ب: شما در جلسه قبلی چیزی گفتید که خیلی مهم بود. منظورم ترحم من نسبت به آن پیرزن است. من گفتم که آن زن روماتیسم خواهد گرفت. اما من او را مثل مادر خودم تجربه کردم که ۲۰ سال خود را قربانی کرد و آرزوها و امیال خود را به کناری نهاد. همزمان به‌عنوان دختر به او وابسته هستم، به نحوی که نمی‌توانم علیه او مبارزه کنم. چطور بگویم، من فکر می‌کنم خیلی ناجوانمردی

است که بر علیه او قیام کرده و او را از خانه بیرون کنم. شما همچنین گفتید که موقعیت رقابتی من با دخترم، برای من گران تمام می‌شود. می‌خواهم سوال کنم آیا واقعاً فکر می‌کنید که ما در یک وضعیت رقابتی نسبت به هم قرار داریم. من از طرفی اینگونه حس می‌کنم، اما از طرف دیگر به نظرم احمقانه می‌آید. همیشه به همین مجرا کشیده می‌شوم.

خانم کلارا X یک نمونه ساده و خنده‌دار برای عصبانیت خود می‌آورد، دخترش به خود بالیده بود که در لباس پوشیدن از او تندتر عمل کرده است.

من به بیمار یادآور می‌شوم که او از احساس ترحم خود به چه راه‌حلی دست یافته است: توافق وی که نه این باشد و نه آن، بلکه راه سومی را انتخاب کرده که غیرزنانه باشد.

ب: درست، اما کمی مبالغه آمیز است. این برای من مهم است که کسی آن را بفهمد. این به من کمک می‌کرد که جنگ روزانه‌های را که با دخترم دارم، تعدیل کنم. تا چد حد عملاً و تا چه حد سهواً چنین رفتار می‌کند؟ برای من تفکیک واقعیت و اشتباهاتی که انجام می‌دهم، مشکل است. همیشه اینجوری است؟

ر: منظورتان رقابت بین دختران و مادران است؟

ب: بله، این خیلی خشن است. بدترین چیز این فکر است که چنین چیزی نباید اتفاق بیفتد. بالای میز همه چیز درست و منظم است و به هم لبخند می‌زنند، اما زیر میز همدیگر را لگد می‌کنند.

ر: بله، رقابت بصورت آشکار جایز شمرده نمی‌شود. موضوع در آنجا داشتن و مالکیت، حسادت و حسادت غذا است. حسادت غذا یک وجه رقابت است. جنبه دیگر آن است که چه کسی زودتر می‌تواند خودش را قشنگ کند.

ب: بله، من به عنوان بزرگسال امکانات و قدرت مانور بیشتری دارم. اما از طرف دیگر چنین برداشت می‌کنم که من نقطه شروع بدتری در مقایسه با او دارم. فکر می‌کنم باید اهرم بزرگی را بکار بگیرم، اما این حالت بدین خاطر است که من در کودکی یاد گرفتم خود را آگاهانه محدود کنم. با این راه‌حل در خانه خودمان اوضاع روبراه بود، لازم نبود علیه مادرم شورش کنم، بلکه یک قدم پشت سر او می‌ماندم، پسرانه. از این طریق شناسایی زیادی، از جمله از جانب پدرم دریافت می‌کردم. یک نیم پسر از او، خوب بود. از این طریق شناسایی و صمیمت پدرم را به دست می‌آوردم. پدرم نمی‌توانست با یک دختر بچه کوچولوی نازنازی کنار بیاید، و این برای من یک راه‌حل ایده‌آل بود که آن را یاد گرفتم. تعجب نمی‌کنم که پیشرفتی نمی‌کنم.

بیمار سپس با توجه به نامه‌ای که برادرش برای او فرستاده درباره خلاقیت زنانه صحبت می‌کند. برادرش برای او نوشته که غالباً تخیلاتی درباره زن بودن دارد. این برعکس آرزویی است که

بسیاری از زنان دارند، آن‌ها مایلند برای یک مرتبه هم که شده در نقش مردانه ظاهر شوند. اما تاریخچه خانوادگی مشترک آن‌ها حاوی چه نکاتی است؟

ب: گمان می‌کنم که او هم چیزی شبیه به من برداشت کرده باشد، از نگاه پسر. برادر من نیز از این احساس رنج می‌برد که مادرم خودش را به عنوان قربانی می‌دید، گویی که خوشی و شادی در کار نیست. مثل اینکه او کار دیگری مگر تغذیه راهب‌ها نداشته است. بیمار آهی می‌کشد و متذکر می‌شود که من در جلسه قبل رابطه‌ای بین خودم و درمانگر قبلی او ایجاد کرده‌ام.

ر: آن‌ها هر دو در رویا بودند. بله خانم س. مدت‌ها در کوهسار زندگی می‌کرد. طبیعی است که هنوز روشن نیست چه ارتباطی موجود است، زیر میز یا روی میز.

ب: برای من موضوع بگونه دیگری است. من خانم س. را به عنوان یک زن سالخورده نمی‌بینم، بلکه او زنی جوان و مستقل است، از هر نظر. او اینجا بود و خودش را مستقل کرد. او آن راه مملو از زجر را نپیمود، برعکس، او شاد و سر حال است.

خانم کلارا X با روانکاو قبلی همانندسازی کرده که مستقل شده بود، او درباره جزئیات نامه‌نگاری خود با او تعریف کرد. موضوع به تصویری درباره جلوس مریم مربوط می‌شود (نک ۷-۴-۲). آن تصویر در کتابی تحت عنوان "جنسیت دیوانه" چاپ شده بود. بارداری ضمن حفظ باکره‌گی موضوع داغی برای افرادی است که از کنار سکسوالیته می‌گذرند.

ب: من فکر کردم، این واقعیت ندارد. مریم، در پیکر خویش و در چهره نیز به یک فرد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی شبیه است که هراسان به آینده خویش می‌نگرد. کمک، من قرار است مادر شوم. من چنین قصدی ندارم. ترس، ترس. وقتی به خانم س. نوشتم که می‌خواهم از روی این تصویر نقاشی کنم، برایم نوشت چرا این تصویر را به زنی تبدیل نمی‌کنم که روی تخت نشسته و نگاه امیدوار آن‌های به آینده دارد. در اینجا من از نقاشی فاصله گرفتم.

ر: بله، شما قادرید آینده و عکس خودتان را به معنایی که می‌خواهید درست کنید. نباید برای همیشه اوضاع بر همین منوال باشد.

ب: همسرم هنوز بسختی در یأس و سرخوردگی بسر می‌برد.

بیمار تلاش‌های خود برای نزدیک شدن را تعریف می‌کند و نیز اینکه چگونه پرخاشگری نهفته‌ای در او جریان دارد. جلسه با داستان زوجی پایان می‌گیرد که تلاش می‌کنند به لحاظ احساسی با هم منطبق شوند. بدین ترتیب انتقال مرکزیت یافت.

بیمار ۳۵ ساله، آقای هاینریش Y از دوران بعد از بلوغ دارای خلق افسرده توأم با اختلالات شدید کاری بود. وضعیت وی سبب شد تا وی در حین تحصیلات خویش به یک روان‌درمانی ۴ ساله ارجاع داده شود. او به علت وابستگی شدیدی که به مادر دارد هنوز در خانه والدین بسر می‌برد و تصویر مثبتی از پدر خود ندارد. البته او به دلایل آموزشی چند سال در شهر دیگری بسر برده، اما ناپرووردگی مورد نظرش را فقط از جانب مادر دریافت می‌کرد.

او به عنوان چهارمین فرزند از ۵ فرزند خانواده، همیشه احساس می‌کرده مورد کم توجهی قرار گرفته است. احساس خود کم‌بینی سایه خود را بر تمام دوران کودکی و بلوغ وی گسترانده بود. از مروری که وی بر درمان قبلی خود که با یک روان‌درمانگر مذهبی مسن انجام داده بود، چنین بر می‌آید که او از این طریق و بواسطه تکنیک‌های مستقیم، امنیت و راهنمایی در پاره‌ای امور زندگی را به دست آورده است. دوگانگی وی، همانگونه که از این گزارش نیز آشکار می‌گردد، هنوز سرکوب می‌شود.

اکنون وی دوباره با مادر متعصب خود زندگی می‌کند، مادری که فرزندش را دوست دارد، از او مراقبت و کنترل و به وی کمک می‌کند تا ملاقات‌هایی با زنان داشته باشد. افسردگی‌های متناوب بیمار از جانب مادر تحمل می‌گردد. ماهیت با ثبات این نحوه زندگی نوروپیک از آنجا آشکار می‌گردد که همکاران بیماران سالیان است به او توصیه می‌کنند به یک روان‌درمانی مراجعه نماید. بیمار چند سال پیش پیشنهاد آنالیز را به علت تردیدهای درونی رد کرده بود. بجای آن، انتظارات منفعلانه او در چند هیپنوز و نیز بواسطه درمان‌های همیوپاتیک ارضا می‌شدند که هریک تأثیرات کوتاه مدتی برجای می‌گذاشتند.

بالا و پائین رفتن خلق او به میزان شناسایی و توجهی بستگی داشت که او دریافت می‌کرد؛ اگر او چنین چیزی دریافت نمی‌کرد، خطر فرورفتن در خلق افسرده اوج می‌گرفت. بیمار در رفتار دلبستگی به مادر، احساس امنیت پیدا می‌کرد. بیمار می‌تواند همواره به مراقبت و توجه مادر دست یابد. دلایل خودآگاه بیمار برای ادامه اقامت در خانه والدین، هم، راحت‌طلبی اوست و هم امکان سرزنش کردن دایمی پدر. بیمار به علت خودبیمارانگاری شدید، مادرش را مجبور ساخته که برنامه غذای روزانه را با رنگ مدفوع صبحگاهی او هماهنگ کند.

* Mother Fixation
Mutterbindung

ارتباطات برون‌خانوادگی وی محدود است و متوجه افرادی می‌شود که هر یک وظایفی را به عهده دارند. بیش از همه زنانی هستند که او اوقات فراغت خود را با آنها می‌گذراند، اما انتظارات آنها را رد می‌کند. همزمان او به دنبال "زن زندگی" خود است که بتواند تمام آرزوهای او را برآورده سازد. او با مردان ارتباط شغلی دارد، اما از داشتن روابط صمیمی با آنان پرهیز می‌کند.

بحرانی که به درمان منجر شد برخاسته از این ترس بود که آقای هاینریش γ احتمالاً دوست خود را باردار نموده و باید پاسخگوی آن باشد.

پس از آنکه ابتداءً رفتار بیمار حاکی از نااطمینانی و سوءاعتماد شدید بود- و این مسئله آنقدر بزرگ بود که از پرداخت هزینه درمان امتناع می‌ورزید- تردیدهای وی پس از چند ماه آنقدر کاهش یافت تا بالاخره زمینه‌های بیرونی درمان فراهم گردید.

چند ماه پس از شروع درمان آقای هاینریش γ از عواملی صحبت می‌کند که زندگی وی را در این اواخر تحت‌الشعاع قرار داده‌اند. بیمار رابطه با روانکاو را از جمله این عوامل می‌نامد. او می‌گوید از زمانی که مرا می‌شناسد، برای نخستین بار احساس می‌کند که کسی را دارد، پذیرفته می‌شود و می‌تواند صحبت کند. در پس این تمجیداتی که به عمل می‌آورد، اضطراب آن وجود دارد که احساسات گرم او ممکن است به هم‌جنس‌گرایی ربط داشته باشد. رابطه نباید جنبه جنسی بخود بگیرد.

● من در ابتدا و برای آرام کردن وی تذکر می‌دهم که اعتماد و هم‌جنس‌گرایی دو مقوله متفاوت هستند. در اینجا می‌خواستم آنقدر بر تفاوت‌ها تأکید کنم تا هر چه بیشتر نوری بر تشابهات ناخودآگاه بیافکنم. این فرضیه مؤثر است:

او می‌ترسد که ممکن است اوضاع پیشرفت کند. "من نمی‌توانم دست در گردن شما بیاندازم"، کاری که وی دوست داشت در اول جلسه امروز انجام دهد. او می‌گوید نخستین بار این حالت را قبل از عید پاک به دست آورده بود، آن هنگام که وی از تعطیلات برگشته و احساس داشته به نزد معشوقه خود می‌رود.

من افزایش احساسات مثبت را در هفته‌های اخیر دیده بودم، اما از تعبیر این احساسات ممانعت کردم. اکنون وی را ترغیب می‌کنم ترس‌های خود را دقیق‌تر تشریح کند.

ب: من به خودم اعتماد ندارم که آیا این احساسات فقط ماهیت لطیف دارند: برخی مواقع من دورا دور عاشق پسران جوان (که به لحاظ شغلی با آنان سروکار دارد) می‌شوم، مخصوصاً عاشق آنسانی که شکل دوران جوانی خود من هستند، بلوندها مخصوصاً توجه مرا جلب می‌کردند.

در این نقطه او قطع و یک سکوت طولانی می‌کند. من می‌پرسم که آیا به یاد چیز بدی افتاده است.

ب: بله، فکری به ذهنم رسید که غالباً دارم، اما سعی می‌کنم آن را خود دور کنم. اگر می‌توانستم به یک جوان نزدیک شوم، خیلی چیز جالبی می‌شد.

ر: چه چیز جالب بود؟

ب: در این صورت من فاعل می‌شدم، طرف مقابل می‌تواند یک مرد یا زن باشد، من به هر حال نمی‌خواهم قسمت جلویی را ببینم، نه از زن و نه از مرد. تنها حرکت است که برای من جالب است، رفت و آمد. در این صورت بالاخره ماهیچه حلقوی وجود داشت که بتواند عضو مرا احاطه کند. در ادامه وی جهت دفاع از اضطراب اختگی خود، زنان را به علت داشتن حفره‌های شل مذمت می‌کند، جایی که وی می‌ترسد در آن فرو رود. به همین خاطر او تصور دیگری دارد: تنگی حلقه که برای وی جذابیت خاص دارد. البته او این فکر را به تندی از سر خود بیرون می‌کند، چون نمی‌تواند در مورد آن با کسی صحبت کند.

ر: وقتی در آغاز جلسه درباره این احساس خود صحبت کردید که اینجا چیز تازه‌ای پیدا کرده‌اید، یعنی کسی که به شما گوش می‌دهد، حاوی این مطلب نیز بود که شما می‌توانید در مورد این افکارتان صحبت کنید، بدون آنکه ترس از آن داشته باشید که مورد شماتت واقع می‌شوید. بیمار اکنون آنقدر احساس امنیت می‌کند تا درباره اعمال خودارضایی خویش برای من صحبت کند، او این کار را به آمیزش به زنان ترجیح می‌دهد، چون می‌تواند آنگونه که می‌خواهد خود را تحریک کند. کلاهی او خیلی حساس است، به همین خاطر با بدنه عضو خود تحریک می‌شود. تصور اینکه با دست خود آن ماهیچه حلقوی را ایجاد کند، او را مخصوصاً تحریک می‌کند.

● در سیر افکار خودم جهت پیشبرد جلسه مهم است که من نقش فعال را به او وامی‌گذارم و تعبیری ارائه نمی‌دهم، مثلاً اینکه در پس "حفره‌های شل"، یک تخیل اضطراب‌آور مبنی بر وجود یک زن (اخته‌کننده) که او را می‌بلعد وجود دارد. به همین خاطر در انتهای جلسه فقط اظهار می‌کنم که او چنین اظهاراتی را تاکنون برای خودش نگه داشته، چون می‌ترسیده با عدم پذیرش مواجه شود.

بیمار جلسه بعدی را با یک رویای اسکی شروع می‌کند که پس از جلسه قبلی داشته است.

ب: در اسکی گروهی، زنی ما را هدایت می‌کرد که به ما گفت شما به یک بیماری درمان ناپذیر مبتلا شده‌اید. او از ما انتظار داشت که خودمان را در یک رودخانه غرق کنیم. من ترس از مرگ وجودم را فراگرفت و گفتم نمی‌خواهم بمیرم. من خودم را به کناری کشیدم. دیگران از دستور وی اطاعت کردند و خود را غرق کردند. من سر غرق‌شده‌ها را در آب دیدم و به سوی آن‌ها فریاد کشیدم: من کسی را پیدا نخواهم کرد که مرا درمان کند. شاید شما دوست داشته باشید بمیرید، اما من می‌خواهم زندگی کنم. بعد از ساحل دیگری فرار کردم.

آن زن وی را به یاد "عمه خانم" می‌اندازد، لفظی که وی بطور تحقیرآمیز برای درمانگر قبلی خود انتخاب کرده است. این درمانگر برای او تعریف کرده بود که بیماری داشته که پس از ۴ سال درمان پیش او، خودکشی کرده، برای آن که بیمار را از انجام چنین کاری برحذر کند. آن زمان وی فکر می‌کرد: "من خودم را می‌کشم تا به این سگ نشان دهم که بی‌لیاقت است." لذت خودکشی در آن زمان بزرگ بود، اینک اما دوست دارد زندگی کند و نمی‌خواهد بمیرد. او به نوعی از من نیز عصبانی است که چرا بلافاصله بعد از صحبت مقدماتی درمان را شروع نکردم، اما از هیجانات سرزنش کننده در مقابل من چشم‌پوشی می‌کند. به نظر او رفتار من در آن موقع درست بود، اما به لحاظ احساسی نمی‌تواند آن را بپذیرد. او هنوز از دست من عصبانی است. بیمار بطور جدی به افکار خودکشی خود در فاصله صحبت مقدماتی و شروع درمان اشاره می‌کند. او همواره از من شکوه می‌کند و مرا مسئول وضعیت آن زمان خود می‌داند. وی در صحبت مقدماتی انتظار امیدواری و دلداری بیشتر از جانب من داشت، با وجود آنکه می‌داند که چنین رفتاری چند روز بیشتر اثرگذار نخواهد بود.

در اینجا من توجه وی را در انتظار بهبود در رویا جلب می‌کنم. آقای هاینریش Y سریعاً اشاره مرا می‌گیرد، بله، اما منتظر یک منجی است. او به یاد می‌آورد که جمله: "شما ممکن است بخواهید بمیرید، اما من می‌خواهم زندگی کنم"، از یک سرود مذهبی یهودی می‌آید که روزی ۳ الی ۵ بار آن را قالب دعا تکرار می‌کند. او درمانگر قبلی را به علت نگرش‌های مسیحی انتخاب کرده بود، اما پس از مدتی خود را تحت فشار اخلاقی حس می‌کرده است. البته آن درمانگر در موقعیت دشوار تحصیلی بیمار به او کمک کرده، مثل یک مادر سختگیر و دلسوز- او همزمان او را به لحاظ اخلاقی تحت فشار قرار داده است؛ اگر او از تخیلات کثیف خود دست بردارد، سرانجامی مثل آن بیمار گریبانش را خواهد گرفت.

آقای هاینریش Y اکنون به یاد می‌آورد که دیروز با خانمی بوده و با هم معاشقه کرده‌اند. به علت هیجان شدید یک برآمدگی بزرگ در بازوی وی ایجاد شده است. او می‌گوید می‌تواند درختان را از جای برکند، دختران اما برای اینکار خیلی ضعیف‌اند.

● من با توجه به موضوع انتقال هم‌جنس‌گرایانه که در حال تکوین است، تعبیر زیر را ارائه می‌دهم: او امیدوار است که من به اندازه کافی قوی باشم تا بتوانم در مسابقه بکس با او طاقت بیاورم، و او بتواند از نیروی انباشته شده در خود استفاده کند.

بیمار بلند و رها شده می‌خندد. هنگام خداحافظی آثار آشکار اشک در چشمان او دیده می‌شود.

● من با تعبیر خودم، انفعال رویابین را که در جستجوی یک ناجی است به یک موقعیت فعال تبدیل نمودم که می‌تواند در مقایسه نیروی خود با پدر، جایگاه خود را در این دنیا به دست آورد. تعبیر بر

پایه این فکر تبیین شد که بیان خویش تحقیرکننده و مضحک بیمار، دفاع شدید در برابر احساس رقابت است تا در درماندگی و در قالب پسری که از جانب مادرش اخته می‌شود، یک همانندسازی قوی مردانه با پدر خود پیدا کند. تشبیه مسابقه بکس قرار بود این مسئله را بیان کند، یک رویارویی نیروها در محدوده بازی - واقعی رینگ بکس. تخیلات تعریف شده در جلسه ماقبل درباره شکل خودارضایی - یک حلقه قوی و دایره مانند روی کلاهک عضو - حاوی درگیری هم‌جنس‌گرایانه و لذت‌بخش بدنی است.

در جلسه بعدی مشخص شد که آقای هاینریش Y مرا در دیالوگ‌های درونی خود با اسم کوچک صدا می‌کند، با لحنی که اسم پسر بچه‌ها را صدا می‌کنند. او بدن ورزشکارانه خود را با پیکر من مقایسه می‌کند و می‌گوید فکر نمی‌کند من بتوانم از عهده گلاویز شدن با وی برآیم. او آگاهانه از تفاوت قد صحبت می‌کند تا تنفر خویش از پدر را به نمایش بگذارد. او در مرحله اول درمان از پدرش تصویری ارائه می‌دهد که فرد بی‌جان و رمقی است که نتوانسته بعد از اتمام جنگ بلحاظ شغلی پابگیرد. او توانسته خانواده خود را با اشتغال موقت و درآمد تأمین کند.

● از زاویه تکنیک درمانی، موضوع نشان دادن "ساحل دیگر" بود که بیمار در جستجوی آن است تا بتواند خود را از قید تصور یک انسان قدرتمند و مراقب و نیز کسی که از جانب مادرش بلعیده می‌شود، برهاند. در ادامه جلسه مجدداً درباره این موضوع بحث می‌شود. مشخص می‌شود که فضایی که بیمار بطور عینی در آن قرار گرفته مادر پیش‌ادویی را به نمایش می‌گذارد که وی باید در ارتباط با او بماند، فضایی که زنان ایده‌آل و قابل تعویض و نیز زندگی اجتماعی وی را رقم می‌زنند. این موضوع مجدداً در رویایی تجلی می‌یابد که موضوع آن خطری برای زندگی است. این ترس بدین سبب حاد شد که بیمار پس از یک سال و نیم فعالیت شغلی تصمیم گرفت از خانه برود و مستقل بشود؛ فرای این موضوع وی برنامه‌ریزی کرد تا خانه بسازد.

بیمار در ابتدا کشیدن پرده‌های اتاق را تفسیر می‌کند (برای جلوگیری از تابش نور): "اگر می‌توانستم در خانه خودم پرده‌ها را بکشم، خیلی خوب می‌شد." بعد درباره جستجوی آپارتمان برای خودش تعریف می‌کند که کاری سخت است. او در خانه نسبت به خیلی چیزها حساسیت پیدا کرده، اما بنا ندارد غر و لند کند، بلکه در تلاش است مستقل شود. بیمار در این اواخر ۲ رویای مضحک داشته که مخاطرات زندگی پرده بر می‌داشت. او رویای زیر را تعریف می‌کند.

ب: من با کوله‌پشتی از یک زیرگذر رد می‌شوم، یک خانم ایتالیایی باید مرا همراهی کند. او می‌گوید آنجا اراذل و اوباش هستند، ممکن است به شما حمله کنند. بعد از زیرگذر آن خانم غیبش می‌زند و واقعاً دو جوان سر راه من سبز می‌شوند. یکی از آنان کوله‌پشتی مرا می‌قاپد، به آن دیگری

می‌دهد و من نمی‌توانم از خودم دفاع کنم. وحشتناک است در این رویاها من معمولاً مغلوب طرف مقابل می‌شوم.

آنچه او در ابتدا به یاد می‌آورد، آن خانم ایتالیایی است. بیمار چندین بار برای من تعریف کرده بود که زن رویایی او، یک زن مومشکی، رویای اوست، همچون تصویری که در اتاق نشمین والدین او قرار دارد.

ب: علت این چیست؟ در این اواخر غالباً پیش می‌آید، من این رویا را در ذهن خودم حک کرده‌ام. تا مادام که آن خانم با من است، کسی با من کاری ندارد. آن جوانان شرور کاری با من ندارند. دیروز با کسی که تازه با او آشنا شده‌ام، به گردش رفتم. به یاد آوردم که در امتحان، خانمی آنجا بود. ظاهراً من فقط با حضور یک زن می‌توانم از عهده زندگی برآیم. کوله‌پشتی چه معنایی دارد. دیگران چیزهای مرا از من می‌گیرند (او شروع می‌کند درباره زن تخیلی خویش صحبت کند). من فکر می‌کنم باید اموال را جدا کنم، یا بهتر، زن باید اجازه مرا بپردازد. شاید آن دو جوان شرور موجه باشند.

من درباره زیر گذر سوال می‌کنم.

ب: آخ، فقط چیزهای بی‌ربط. زیر گذر، من به یاد وظایف می‌افتم، سال آینده سال سختی خواهد بود. آدم‌های زیاد شاید تصمیماتی باشند که من باید بگیرم، ساختن خانه، وظایف کاری. از کودکی برای من مهم بود که بتوانم در برابر افکار مقاومت کنم، چون آن‌ها ممکن است ناپاک باشند. در افکارم، لعنت ابدی را می‌بینم. حتی در کمتر از یک ثانیه می‌توان به یک فکر ناپاک رسید که در حد گناه قتل باشد. اگر در چنین حالتی انسان بمیرد، تا ابد لعنت شده است. خیلی بد است. اینجا خیلی بد است، چون من باید و اجازه دارم همه چیز را بگویم. شب‌ها به یاد آن چیزهایی می‌افتم که در طی روز گفته‌ام.

د: افکار شما درباره زیر گذر ممکن است بی‌معنا و یا ناپاک باشند.

ب (می‌خندد): بله باید سریعاً بگویم، داخل کن و یا مهبل، در یک سوراخ عمیق رفتن، جایی که خطر در کمین نشسته است. آن زن در رویا به من می‌گوید، ترس. شاید زمانی که زن ایده‌آل را پیدا کنم، دیگر ترس نداشته باشم و می‌توانم به آن سوراخ وارد شوم.

د: شاید کوله‌پشتی هم یک جنبه ناپاک دارد.

ب: (با خنده): آن پسر بچه‌ها تقریباً ۱۴ ساله بودند، شاید آن جوان‌ها یک نماد بودند، شاید آن‌ها بار مرا بر می‌دارند. (پس از یک مکث طولانی) من در مورد کار امروز تردید دارم. هزینه آن زیاد است، پول من هدر می‌رود. ۷۷ یورو برای شما و ۳۰ یورو از کار خودم، مجموعاً ۱۰۷ یورو. من فکر می‌کنم دنبال دلیلی هستم تا جلسات اینجا را کم کنم. وقتی روزها بلندتر می‌شوند، باید ساعات کاری

جمعه را تعطیل کنم. شاید زیرگذر به این معنا باشد که من در درمان نوری نمی بینم. شاید شما آن زن باشید و زیرگذر بدان معناست که من باید مطیع باشم. من گمان می کنم، اینجا مثل جاهای دیگر است، می دانم در صورت اطاعت مطمئن می شوم که کاری را که انجام می دهم درست است.

د: یعنی من باید از شما در برابر آن جوانان شرور و افکار ناپاک تان حمایت کنم.

ب: بله، زدودن افکار ناپاک خیلی خوب می شد. این تنها چیز خطرناک در اینجا است. فکر می کنم به خودم می بالم، چون از آن رویا چیزهایی به دست آوردم. خیلی متحیر هستم.

د: زمانی که شما یک پسر بچه با افکار ناپاک بودید، چند سال داشتید؟

ب: آخ، من قبلاً با این افکار مبارزه می کردم. نه، درست نیست، طبیعی است که من در خفا مطالعه می کردم، مثلاً درباره بارداری مصنوعی زن. در آنموقع خیلی برایم جالب بود. یک بار یک سینه عریان دیدم. در ۱۸ سالگی کتابی خواندم که در آن نوشته شده بود، دو نفر با هم همبستر شده اند. خیلی هیجان زده شدم. بعداً من توبه کردم. دیوانگی محض، من خیلی گند بودم، زندگی ام را تباه کردم. الان ۳۵ ساله هستم و هنوز زندگی نکرده ام. خدا را شکر، شاید همه چیز درست بشود.

د: آیا همه چیز واقعاً در آن ساک وجود دارد؟

ب: آخ، من یک جوری احساس عقیم بودن می کنم، همانجور که کوله پشتی مرا گرفتند. من در کل آدم ناتوانی هستم. البته من بر زندگی ام سوار هستم، اما نه آنجور که می خواستم، من عقیم هستم. خیلی آرزوها داشتم. من فکر می کنم که درباره ماجراهای خودم با زنان سکوت می کنیم، چون از شما خجالت می کشم. دوست دختر جدیدم به من تبریک گفت که با ریتا ازدواج نکردم، آخر آن ها همدیگر را می شناسند. شما الان حتماً به من فحش خواهید داد. شنبه با کسی بودم که حسابی عاشق من شده است، برتا؛ یک شنبه با کلادیا بودم. من فکر می کنم، رابطه با چند زن رمق مرا گرفته، جدا کردن آن ها از هم خیلی کار سختی است.

د: رابطه با چند زن به شما ثابت می کند که هنوز در کوله پشتی شما چیزی وجود دارد.

ب: بله، این نوعی تقویت و حمایت من است. به مجرد آنکه بیشتر می شود، شما به کوله پشتی من اشاره می کنید. به همین خاطر هرگز دوست ندارم در زمستان ازدواج کنم، تمام انرژی من گرفته می شود، و اسکی هنوز بزرگترین عشق من است. در این صورت دیگر در مخزن وجودم انرژی باقی نمی ماند (استراحت).

د: شما همچنین به این خاطر خجالت می کشید، چون می ترسید من شما را محکوم کنم.

ب: بله، قبلاً خیلی زیاد بود، الان بهتر شده، اما هنوز هم افکاری به ذهنم می رسد که نمی توانم بیان کنم. مثلاً الان من یک عضو زنانه بریده شده را می بینم. این تصویری است که همیشه خودش را به

من تحمیل می‌کند، و هر چقدر علیه آن مقاومت می‌کنم، تصویر روشن‌تری می‌بینم. یاد می‌آید که زمانی آموزگاری دفتری را برای آموزش به ما داد. در آن جا تصویری بود که اعضا در هم آمیخته بودند. من آن دفتر را در کمد دارم، گاهی می‌روم و دفتر را نگاه می‌کنم. دوست دارم ببینم چطور رفت و آمد می‌کند. به همین خاطر بعضاً در مقابل آینه می‌ایستم، چون احساس می‌کنم که می‌توانم درست ببینم. مهم است که از جلوی چشمم نپرد. این احساسی است که من با زنان دارم، فکر می‌کنم از جلوی چشمانم دور می‌شود. به ریتا گفتم بهتر است با دست انجام دهد، برای من خیلی بهتر است، چون می‌توانم ببینم. نگاه کردن خیلی مهم است. در این جا تضاد دارم. در تخیلاتم خیلی دوست دارم عمل طبیعی انجام دهم، اما در واقعیت نمی‌توانم آن را از جلوی چشمانم دور کنم.

د: اگر ارتباط چشمی قطع شود، شما اضطراب پیدا می‌کنید.

ب: بله، اگر چیزی را نبینم، تسلط خودم را نسبت به آن از دست می‌دهم. کلادیا خیلی متعجب شد، اما به محض آنکه قرار است عملیاتی انجام شود، گم می‌شود، فکر می‌کنم واقعاً با اضطراب سر و کار دارد. چه خوب می‌شد می‌توانستم به دختران اعتماد کنم. شاید اگر زمانی زنی داشته باشم که بتوانم به او اعتماد کنم، مشکل حل شود. فکر می‌کنم فقط مربوط به ترس از بچه‌دار شدن نباشد.

د: شما در مقابل زنان احساس دوگانه دارید، از طرفی اضطراب‌آور است و از طرف دیگر در رویا کسی است که از شما حمایت می‌کند.

ب: بله، واقعاً مضحک است، از طرفی مایلیم زن داشته باشم، از طرف دیگر نمی‌توانم به او اعتماد کنم. من فکر می‌کنم نیاز زیادی به موفقیت دارم. معیار درمان برای من افزایش انرژی من است. من فقط در بالا تنه انرژی دارم، در سرم و در پائین تنه خیلی کم است. من رمق ندارم. به این فکر می‌کنم که به مجرد آنکه خان‌هام تمام شود، یک کیسه شنی درست و بکس را شروع می‌کنم.

تفسیر: چنانچه شروع جلسه را از دیدگاه بیمار ببینیم، می‌توان گفت که او اتاق درمان را محدودکننده تجربه می‌کند و با توجه به رویا، نوعی مقایسه زیرگذر با اتاق درمان ایجاد می‌شود. او به ارتباط چشمی با روانکاو برای کنترل اعمال پرخاشگرانه احتمالی نیاز دارد. به همین خاطر وقفه در کنترل چشمی، ترس‌های زیادی را زنده می‌کند که در انتقال، به ترس غارت اقتصادی، منتهی می‌شود. البته مطیع بودن، از وی در برابر اضطراب فقدان که به انحاء مختلف وجود دارد، حمایت می‌کند. ترس موجود در انتقال و در رابطه با روانکاو تجربه می‌گردد و لذا در همان جا باید موضوع جدایی در انتقال و در اشکال گوناگون خود مورد پردازش قرار بگیرد.

اشتباهات تکنیک درمانی اجتناب ناپذیر هستند. اشتباهات در قرار گرفتن روانکاوی در حد و مرزهای واقعی خود نقش مهمی دارند. اگر به اشتباه اقرار کنیم، از ایده آل سازی جلوگیری خواهیم کرد.

به نظر ما اشتباهات تکنیک درمانی یک روانکاو، انحراف از خط وسطی است که در رابطه دوسویه ایجاد شده و جلسه به جلسه و به مرور زمان ادامه یافته است. حائز اهمیت آنکه ما خط وسط را از منظر رابطه دوسویه تعریف می کنیم.

در هر بیمار و بر مبنای تجربیات خاص وی با روانکاو، یک حس متوسط برای جو مورد انتظار با درمانگر شکل می گیرد. از آنجایی که رفتار روانکاو توسط قواعد مشخص می شود، بیمار پس از مدتی متوجه نظر روانکاو درباره موضوعات متفاوت خواهد شد.

در دیالوگ روانکاوی نوعی تبادل افکار صورت می گیرد که بعضاً موجب سوء تفاهماتی خواهد شد که باید روشن شده و یا پس گرفته شوند. برعکس، اشتباهاتی که روانکاو انجام می دهد، واقعیتی است که نمی توان آن را اصلاح کرد، باید آن را به رسمیت شناخت، در حالی که تأثیرات این اشتباهات باید مورد بررسی قرار بگیرند. بویژه در هنگام وقوع اشتباهات مشخص می شود که روانکاو بر حسب شخصیت و شناخت های محدود خود، افق فهم محدودی دارد. در اینجا است که روانکاو در حد و مرز خودش تجربه خواهد شد.

اشتباهات فنی، انحراف از تکنیک درمانی است که به آسیب مستمر و جبران ناپذیر منتهی می شود. در تخمین اشتباهات باید رابطه / اتحاد کاری و انتقال را در نظر داشت. در این باره توافق کلی وجود دارد که علیرغم همه نوسانات و پیامدها، بویژه در مراحل پایانی درمان، اتحاد کاری باید آنچنان با ثبات شده باشد که نگرش واقع بینانه میسر گردد.

در دیالوگ روانکاوی، رابطه متقابل انتقال و انتقال متقابل توسط بازتاب های کلامی یا غیر کلامی درباره فرایندهای عاطفی و شناختی پی ریزی می شود که بخشاً به سیستم ادراکی راه می یابند. اکنون باید به این موضوع بیاندیشیم که سهم روانکاو در اینکه بیمار او را در جایگاه واقعی ببیند، چیست. آنگونه که از خاطرات لامپل دگروت (۱۹۷۶) درباره آنالیز خویش بر می آید، فروید این فرایند را بدین ترتیب تسهیل و ممکن می نمود که بازی متقابل رابطه نورو تیک انتقالی و رابطه معمولی را در رفتارهای متفاوت خود نشان می داد. این تفاوت های آشکار امروزه توسط روانکاوان کمتری

* Commonplace Mistakes
Alltägliche Fehler

برجسته می‌شوند. بنابراین این مسئله بیش از پیش اهمیت می‌یابد که راه‌هایی را بیابیم تا ایده‌آل‌سازی‌ها رو به کاهش گذارند.

همانگونه که نورژ انتقالی در شکل و محتوا، بدون اثربخشی خاص روانکاو شکل می‌گیرد، قابل انتظار نیز نیست که نحوه نگرش واقع‌گرایانه به خودی خود ایجاد گشته و همچون ققنوس از خاکستر آتش نورژ انتقالی تحریف‌شده برخیزد. وزنه سنگین اتحاد درمانی در مراحل بعدی درمان، تا آن جا وابسته به فرایند است که این جابجایی زمانی رخ می‌دهد که در موضوعات درمانی، اقدامات هموارکننده اتمام درمان در نظر گرفته شده باشند. در این ارتباط مخصوصاً وقفه‌های درمانی در حین تعطیلات مناسب هستند، چون این وقفه‌ها حاوی همان اجزایی هستند که در جدایی و پردازش با آن برخورد می‌کنیم.

ما اکنون مایلیم ۲ موقعیت تکنیک درمانی را توصیف کنیم که برای نشان دادن تأثیرات اشتباهات مناسب هستند. در اینجا ممکن است جابجایی میان نورژ انتقالی و اتحاد کاری پدید آید که نهایتاً پردازش جدایی هنگام اتمام درمان را تسهیل می‌کند.

در ابتدا به آخرین جلسه قبل از وقفه تعطیلاتی و اولین جلسه بعد از تعطیلات می‌پردازیم. این وقفه در مرحله‌ای از درمان قرار داشت که ضمن آن بیمار همواره موضوع اتمام درمان را مطرح می‌کرد. ظاهراً نورژ انتقالی به اندازه کافی مورد پردازش قرار نگرفته بود و من از دیدگاه خودم به پایان درمان فکر می‌کردم. به نظر من خانم دروتا X مایل بود بطور کلی موضوع جدایی به بحث گذارده شود. در جلسه قبل از تعطیلات به این موضوع اشاره شد که آیا بیمار هنوز به این امر وابستگی دارد که در حین وقفه درمانی بلحاظ فکری با من رابطه داشته باشد، یعنی امکان برقراری رابطه مجازی و یا کتبی با من را داشته باشد. من مطمئن نبودم و بیمار از تردید من آگاه بود. بازتاب این وضعیت آن بود که من محل اقامت خود را نگفتم و با تأخیری مختصر گفتم که می‌تواند در وضعیت اضطرابی از طریق منشی با من تماس برقرار کند و ممکن است من بتوانم یکبار در میانه تعطیلات به مطب خود بیایم. به نظر من وضعیت بیمار در مقایسه با حالات افسرده- اضطرابات نوروپاتیک قبلی بگونه‌ای بود که گمان نداشتم او به من نیاز پیدا کند، با این حال مردد بودم و تردید من باعث پیشنهاد تفاهمی بین ما شد.

خانم دروتا X از این پیشنهاد در حین تعطیلات نسبتاً طولانی استفاده نکرد. او سر حال و بدون ناراحتی به جلسه اول آمد. در دقایق سلام و احوالپرسی من به اشارات پنهان خانم دروتا X درباره تعطیلات خودم پرداختم، و با پاسخ به سوال وی درباره آب و هوا، صحبت را به کل تعطیلات تعمیم دادم. خودجوشی من باعث شد تا بیمار به افکار مقایسه‌ای با جلسه قبل از تعطیلات روی آورد. تعمق و تردید آن موقع من اکنون با خودجوشی من مقایسه شد. بیمار در مقایسه تردید و خودجوشی من

به این فکر رسید آیا این ربطی بدان دارد که من او را چقدر بیمار یا سالم می بینم. وقتی من درباره این موضوع فکر می کردم، سکوت طولانی تری نمودم و به افکار دیگر او در این زمینه دقت نکردم، بیمار متوجه غیبت فکری من شد. او سکوت مرا به عنوان عقب نشینی تلقی کرد و می ترسید که باعث آن شده باشد، چون ممکن بود اشارات وی درباره جلسه قبل از تعطیلات را به عنوان انتقاد تلقی کرده باشم.

من به خانم دروتا X توضیحی درباره پس زمینه های فکری خودم می دهم و روشن می کنم که من مخصوصاً درباره وقفه درمانی به این موضوع فکر می کنم که آیا از زاویه درمانی مفید و ضروری است که من آدرس محل اقامت خودم را به بیمارانش بدهم یا نه. بیمار سپس زنجیره ای از مشاهدات را ذکر کرد که همگی دال بر این مطلب داشتند که چقدر برای او اهمیت دارد که در ارزیابی من از توانایی های خویش سهیم گردد، زیرا او در اعتمادی که به وی می کنم احساس امنیت و اعتماد به نفس والایی به دست می آورد. در حالی که من طبیعی و خودجوش عمل کردم، تصویر او از من عوض شد و مرا در یک تصور درست به عنوان روانکاوی دید که مراقبت زیادی از وی به عمل می آورم؛ خودجوشی من او را سالم تر کرد. هر چقدر من به او اعتماد بیشتری می کنم، به این نحو که رفتار طبیعی از خود نشان می دهم، اعتماد او نسبت به خودش بیشتر می شود.

در آستانه پایان درمان بسیاری از موضوعات وزنه خاصی به خود می گیرند. خانم دروتا X با سرخوردگی بزرگی حس کرد که مرا بیش از پیش واقعی می بیند، با وجود آنکه همزمان شدیداً در مقابل این امر مقاومت می کند. برخی اشتباهات دیگر و یک رخداد دیگر که به نظر او یک اشتباه لپی یا "بی مباهاتی" واقعی بود، فرایند عادی سازی را تسهیل ساخت.

"بی مباهاتی" آن بود که من به علت یک بارداری که هم آرزوی بیمار بود و هم از آن هراس داشت و در تصور بیوه زنان و مادران فرزندان بزرگ نمی گنجد- از جمله به خاطر ریسکی که ممکن است متوجه کودک گردد- پیشنهاد انجام آزمایش را دادم. به گمان بیمار چنین راهکاری باید چند ماه قبل انجام می شد و در صورت یک وقفه لازم به نظر می رسید نباید وقت را از دست داد. در این بارداری تخیلی که تغییرات جسمی معمول را نیز به همراه داشت، من البته جنبه های آرزویی و خوشبختی بی حد و مرز بیمار را که در حین توصیف شرایط خویش از خود نشان می داد نادیده نگرفتم. اما بیمار اشاره من مبنی بر ضرورت انجام آزمایش جهت ایجاد شفافیت لازم را به عنوان فراهم کردن زمینه سقط فرزند (انتقالی) مشترک تجربه کرده بود.

بی مباهاتی من دیگر قابل ترمیم نبود. اما برای بیمار مشخص شد که بارداری تخیلی تلاش ناموفقی جهت ترمیم یک سقط قبلی بوده است. او آرزوی داشتن یک رابطه همونا را داشت که بدین صورت متحقق شد که دوستش موافقت خود را با بارداری وی، البته در زمان مناسب اعلام می کرد. این که

او این مرحله زندگی را بطور بازگشت‌ناپذیر پشت سر گذاشته، بر وی آگاه گشت. اشتباه من از جانب دیگر باعث ارزیابی واقعی وی از زندگی خویش شد.

به علت عدم درک یک آرزوی ناخودآگاه، دانه لعلی از تاج من فرو افتاد. موقعیت‌های دیگری نیز وجود داشت که به ایده‌آل‌زدایی روانکاو منجر شد.

در این رابطه موضوعی قابل ذکر است که در مرحله پایانی ایجاد شد و در ارتباط با موقعیت‌های درمانی قرار داشت. ظاهراً بیمار در صحنه تمرین اتمام درمان از من درباره نقش پرخاشگری پرسیده بود. او پاسخ مرا اینگونه فهمیده بود که در زمان اتمام درمان مجدداً موضوعات پرخاشگرانه ظاهر خواهند شد. من چنین مطلبی یاد نمی‌آمد، اما ظاهراً باعث یک سوء تفاهم شده بودم که به عنوان "اشتباه" غیرقابل اصلاح من ثبت شده بود. زیرا چنین اظهارنظری برای بیماری را که در اضطراب مجروح کردن و آسیب رساندن بسر می‌برد و بدین ترتیب همواره در صدد ترمیم بود، اتمام را سخت‌تر کرده و به پرخاشگری ماهیت تابو اعطا می‌کند. اما در واقع بیمار از اشتباه من چنین نتیجه گرفته بود که اجازه ندارد پرخاشگر باشد، چون او در مرحله پایانی قرار دارد و فرصت ترمیم اشتباهات خود را نخواهد داشت. در این ارتباط نوعی مقاومت خاص تولید شد که اینگونه اثر بخشید که بیمار موضوعات دیگر را میان کشید که پردازش آن‌ها ارزش درمانی بالایی داشت، اما همزمان به این علت مطرح گردید تا مانع بروز انتقال پرخاشگرانه و یا تأخیر در آن گردد. او از اشتباهات خاص زنانه صحبت کرد و نمونه‌های زیادی در این مورد گفت که چگونه با مقدس‌مآبی توأم با حسادت زنان مبارزه کرده است. همزمان اشتیاق عمیقی در هم‌نوایی با یک زن در او شکل می‌گرفت. بیمار در این بین به احساس دوگانه نسبت به مادر خویش و تکرارهای وسواس‌گونه وابسته بدان آگاه شده بود، بدون آنکه حاضر باشد به اشتیاق خود اعتراف کند.

● از پرخاشگری در انتقال اجتناب ورزیده شد و به رابطه با زنان منتقل شد. همچنین می‌توان گفت که بیمار انتقال مادر را چرخانده و آن را در رابطه با آشنایان و دوستان زن نشان داده و یا آنجا کشف نموده است.

نهایتاً پردازش رابطه دوگانه با مادر زمینه این مطلب را فراهم کرد که او در انتقال می‌تواند پرخاشگرتر بشود، همانگونه که در قسمت پائین روشن شده است:

بیمار در حالی که از این مطلب رنج می‌برد تجربه کرده بود که وی با برنامه‌ریزی حساب شده، مخصوصاً موقع خرید، بیش از آنکه بخواهد، دختر پدرش است. الگوبرداری وی از حساست پدر که از آن متنفر بود، او را آزار می‌داد. برای آنکه از طریق خودمدرسائی، این شیوه رفتاری را ترک کند و آنگونه نباشد که پدرش بود، برایش اهمیت داشت که بخشی از هزینه درمان را خود تقبل کند. به همین خاطر او به شرکت بیمه‌ای که تمام هزینه را تقبل می‌کرد، مراجعه نمود. او به تقبل

بخشی از هزینه درمان راضی بود. این حالت، فشار اقتصادی بر او تحمیل می کرد، بدون آنکه خود او و خانواده اش متحمل ضرر زیاد شوند. تقبل هزینه از جانب او نه تنها به عنوان نماد استقلال فردی در برابر پدر، بلکه همچنین در مقابل من تجربه می شود. تنش میان قصد او مبنی بر داشتن یک رابطه دست و دل باز با خرج کردن و میل افراطی پدر به پس انداز و حسابگری بیش از حد او به وسیله تأخیر نوشتن صورت حساب مشخص شد که احتمالاً می توانست به کسر سهم بیمه این صورت حساب ها از او منجر شود. این فشار اضافی برای او به دلایل درونی قابل تحمل نبود و در این صورت "پدر" می توانست بر استقلال وی غلبه کند.

مشاهده واکنش من درباره این موضوع و اشتباهی که من انجام دادم، شناخت دیگری را سبب گشت. او متوجه شد که من تلاش زیادی می کنم که دیگر مرتکب اشتباهی نشوم، در حالی که من اقرار کردم که سوء تفاهماتی ایجاد می شود که باید به حساب من گذاشت. اما ظاهراً اعتراف کلامی من درباره اشتباهات، توأم با ایده آل اشتباه نکردن بود. خانم دروتا X به دنبال یک روانکاو متکی به نفس انسانی بود که می توانست به او بگوید که اشتباه ابزار و بخشی از زندگی است. بیمار براستی چشمان مرا بر این واقعیت گشود که اشتباهات را به عنوان امور روزمره قبول کنم و با آن راحت تر و سخاوتمندانه تر برخورد کنم. زیرا خانم دروتا X به دنبال الگویی بود تا بتواند یک بینش جدید، از نوع سخاوتمندانه آن به دست آورد.

۶-۸ وقفه درمانی*

از دیدگاه تشخیصی مهم است که در وقفه درمانی، واکنش های عادی نسبت به جدایی را که اضطرابی و یا افسردگی خواهند بود، در نظر داشته باشیم. از دیدگاه درمانی حائز اهمیت است که آن دسته از اقدامات کمکی را انجام دهیم که تدریجاً به غلبه بر این حالات بیانجامد. به همین خاطر توصیه می کنیم در هنگام وقفه، به ایجاد سرپل فکر کنیم.

نمونه

خانم کلارا X آخرین جلسه قبل از تعطیلات کریسمس را شروع می کند:

* Interruptions
Unterbrechungen

ب: در جلسه آخر یا حرفی برای گفتن نیست و یا... آدم چیز مهمی برای طرح کردن دارد که به ذهنش نمی‌رسد. (سکوت) من نمی‌خواهم به موضوع جدایی وارد شوم. فکر می‌کنم که همیشه از این موضوع فرار کرده‌ام. برخی مواقع توسط بیماری. این حتماً با احساس ترس من مرتبط است.

د: از ترس از احساسات غیرقابل کنترل... از برخی چیزهای دردناک پرهیز می‌کنید و موارد دیگر. هرچقدر امکان پاسخ به احساسات، ضعیف‌تر باشد، درد جدایی ناگوارتر می‌شود. و اجتناب از احساسات مربوط به جدایی سخت‌تر از حد معقول خود منتهی و باعث حس کمبود می‌شود که ما در جلسه قبلی در مورد آن صحبت کردیم.

● در این تعبیر ایده‌های متفاوتی جمع شده‌اند. به گمانم خانم کلارا X به علت اختلال تغذیه، در یک حس کمبود مزمن و فراگیر بسر می‌برد. با توجه به قطع کوتاه مدت و یا حتی جدایی قطعی، اشتیاق وی برای نوعی جایگزینی و جبران این فقدان بالا می‌گیرد. همزمان در بُعدی از خود آگاهی به دنبال برآورد نتیجه درمان است. با وجود آنکه مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی تلاش می‌کنند خود را فریب داده، بدینوسیله که در مقابل خود و نیز در برابر دیگران خود را بی‌نیاز نشان می‌دهند، همین بیماران در گوشه‌هایی از روان خویش از اشتیاق بی حد و حصر خود برای سیر کردن غریزه گرسنگی خویش در معنای وسیع خود مطلع‌اند. محدودیت نیازها تا سر حد خویشتنداری افراطی، تلاشی است برای اجتناب از سرخوردگی‌هایی که با افزایش اشتیاق‌های ناخودآگاه، بطور عینی ایجاد خواهند شد. تعبیر من بر این مبنا استوار شده که جدایی از روان‌کاو زمانی آسان‌تر می‌شود که نیازهای اساسی ارضا شده باشند. البته درد جدایی ممکن است بزرگتر نیز بشود: "لذت ابدیت می‌جوید، در پی عمق است، ابدیت عمیق" (نیچه، چنین گفت زرتشت). این استعاره توشه راهی است که علی‌رغم معنای بزرگ آن، یک پیشنهاد حقیرانه جهت سرپل زدن بیش نیست.

خانم کلارا X به من متذکر می‌شود که من قبل از وقفه، غالباً از توشه راه صحبت کرده‌ام، امری که من نسبت به آن آگاهی نداشتم.

د: کلمات محبوب من نمی‌توانند توشه راه ایجاد کنند.

بیمار به این فکر می‌کند که آیا در خارج از درمان، توشه به جدا شدن کمک می‌کند یا نه. سکوت طولانی، آه افسوس. پس از تقریباً ۳ دقیقه او می‌گوید برای غلبه بر جدایی باید چکار کرد. یکی از راه‌ها آن است که آدم به ملاقات مجدد فکر کند. بیمار سوال می‌کند: "در این باره چیزی به نظرتان می‌رسد؟"

د: دیدار مجدد؟ شما به ملاقات دوباره فکر می‌کنید، به سرپل و ادامه، به شروع تازه به عنوان سرپل. ملاقات مجدد چشم انداز ترسیم می‌کند.

ب: من متأسفانه چشم‌اندازی نمی بینم. ۱۲ ژانویه جلسه بعدی. تا آن زمان پیش‌شرط‌های مطلوب سال نو فراموش شده‌اند. من امیدوارم که شما با پای گچ گرفته به اینجا نیائید (بیمار می‌داند که من به اسکی می‌روم). علاوه بر این امیدوارم در تعطیلات به شما خوش بگذرد. شما شاید حتی برنزه شوید (سپس سوال مستقیم مطرح می‌شود: آیا شما با همسرتان می‌روید یا تنها تا بتوانید با خیال آسوده فکر کنید؟)

د: هوم، برای شما کدامیک بهتر است؟

ب (بلند می‌خندد): شما که نمی‌خواهید مرخصی‌تان را طبق سلیقه من برنامه‌ریزی کنید.

د: این مهم است که کدام گزینه برای شما بهتر است. احتمالاً حالت دوگانگی وجود دارد و به همین علت پاسخ به سوال شما آسان نیست. تعمق و نوشتن بدون حضور همسرمان آسان‌تر خواهد بود. از این نقطه نظر من دوست داشتم تنها به مسافرت بروم.

ب: شاید من برعکس فکر می‌کنم، در درجه نخست به خانم شما. شاید برای خانم شما کسالت‌آور می‌شد که شما تمام وقت به افکارتان پناه می‌بردید، برای او یکنواخت می‌شد. پس بهتر این بود که اینجا بماند و کار کند. من اگر بجای خانم شما بودم، یک هفته با شما در محل تعطیلات سپری می‌کردم و هفته بعدی را در اختیار شما و افکارتان می‌گذاشتم و خودم جای دیگری می‌رفتم، مثلاً به ملاقات دوستانم.

د: این یک راه حل عاقلانه است که شما اینگونه درباره او و من و خودتان فکر می‌کنید. زیرا در این پیشنهاد مستتر است که من ۸ روز تعطیلاتم را به فکر کردن به شما اختصاص دهم.

ب: من منظورم این نبود که شما به من فکر می‌کنید، بلکه اینکه بطور عموم به بیمارانتان فکر خواهید کرد.

د: اگر من به بیمارانم فکر کنم، شما نیز جزو آنان هستید. اینکه شما در درجه نخست به خودتان فکر نکردید، به این علت است که شما یکبار گفتید، از احساسات و آرزوهای غیرقابل کنترل خویش هراس دارید.

ب: نمی‌دانم. بله این هم موضوعی است. وقتی شما در غیبت من و یا خودتان فکر کنید، موضوعی است که در من تشویش ایجاد می‌کند (۲ دقیقه استراحت). شاید از این می‌ترسم که شما به قضاوت نهایی برسید و من نتوانم در مورد آن اظهار نظر کنم.

د: آها، زیرا احتمالاً چون شما حضور ندارید.

ب: والدین درباره تربیت فرزندان خود در غیاب آنان فکر می‌کنند و تصمیم می‌گیرند.

د: به همین خاطر گفتم که مهم است که شما نیز آن را بپسندید.

ب: همین واقعیت که اینگونه اتفاق می‌افتد، ناگوار است، حتی اگر به نفع من باشد (وی با طعنه ادامه می‌دهد). همیشه همین جور است، همه چیز قرار است به نفع فرزند تمام شود، اما این فکر تشویش‌آور است.

ر: فکر برای شما تشویش‌آور نیست، اما شما در حین جلسات فکری دارید که به من مربوط می‌شود، در آنجا نیز من حضور ندارم.

ب: این چیزی است که من از آن پرهیز می‌کنم.

ر: چون شما تصاحب می‌کنید، بدون آنکه من نظرم را بتوانم بیان کنم. این برای شما ناگوار است، شما را تکان می‌دهد، که من در افکارم شما را تصاحب کنم، درباره شما تعیین و تکلیف و شما را تحقیر کنم، این ظاهراً دلیل مهمی است که شما از فکر کردن به من پرهیز می‌کنید و یا چیزی که مستقیم و یا غیرمستقیم به من تعلق دارد.

تفسیر: روانکاو گمان می‌کند که بیمار نسبت به وی ادعای تملک شدید دارد، وی را نگه دارد، به جنگ آورد، مالکش بشود، از وی سلب اختیار کند، بنابراین او از طریق همانندسازی فرافکنی می‌ترسد که روانکاو نیز بر وی مسلط گردد. بنابراین موضوع، کنترل محرک‌های غریزی دهانی است که آنقدر کامل نیست که باعث نگرانی نشود. برعکس، به میزانی که اجزای خود، انکار شوند و در فرافکنی انعکاس یابند، به همان میزان ترس از اینکه از خارج، یعنی توسط روانکاو، از جنبه دهانی مغلوب شوند نیز بزرگتر خواهد شد (همانندسازی درون‌فکنی، نک ۷-۳).

ب: چیز دیگری که برایم ناخوشایند است... این است که این تعمق، من این را از مادرم می‌شناسم، به مسیر تردید زجرآور منتهی شود، اینکه او چه کارهای اشتباهی انجام داده است، موضوع احساس گناه و بدبینی، تیره و تاریکی و این چیزها است، من از این حالت خوشم نمی‌آید. من الان یک جمله جسورانه بیان می‌کنم. یک مادر باید به فرزندان خود اعتماد کند و بدین ترتیب به خودش. این بدان معنی نیست که اشتباهی نباید اتفاق بیفتد، موضوع اصلاً این نیست. ترس‌ها و تردیدهایی که توسط آن‌ها از هم فرو می‌پاشد. درباره تعمق، چنین افکاری به ذهنم خطور می‌کنند و اینجور نمی‌خواهم. ممکن است فکر کنم که در صورت چنین تصوراتی، جنبه‌های منفی زیادی در شما پیدا می‌شوند. شما در درجه نخست فکر می‌کنید که او این احساس گناه را کنار نمی‌گذارد، ترک سیگار نمی‌کند، با غذا نیز کنار نمی‌آید، پس همه چیز مثل سابق می‌ماند، برخی مواقع از فرشته خوش سیرت صحبت می‌کند، و خودش را این طرف آن طرف می‌کشانند، با خودش صبحانه می‌آورد، گاهی مواقع بچه می‌خواهد، و چند هفته بعد می‌گوید بهتر است بچه‌ای در کار نباشد. بعد دوباره اینجا پرسه می‌زند، آدم از کارهای او سر در نمی‌آورد.

ر: و الان تعمق ما نتیجه خیلی رضایت‌بخشی داشت.

ب) (بلند می خندد): نه اصلاً اینجوری نیست.

د: برای من حداقل، یعنی این نتیجه که فهمیدم چرا شما مایل نیستید من درباره شما فکر کنم و نیز اینکه چرا شما از فکر به من اجتناب می کنید، چون شما می ترسید، احساس تملک داشته باشید، سلب اختیار کنید، اصلاً به این توجهی نکنید که من چه می خواهم و چه فکر می کنم، بلکه اینکه شما بدون کنترل می خواهید تصاحب کنید. الان همچنین فهمیدم که چرا ترک سیگار برای شما سخت است، چون شما به دلایل بهداشتی ترک چیزی را خواهید کرد، کاری معقول، اما به دلایل روانی می گوئید که نمی توانید به سادگی این کار بکنید، چون بدین ترتیب تمام لذت خود را زیر پا خواهید گذاشت. ب: بله در موضوع تصاحب حق دارید، من هم از این می ترسم. مسلط و تصاحبگر، من از این می ترسم. در واقعیت کجای کارم و تا چه حد از آن می ترسم؟

د: هر دو، شما هستید و می ترسید که باز هم مستبدتر بشوید، بیشتر از آنچه هستید، چون همه چیز در زیرزمین شما پنهان شده است.

تفسیر: به نظر می رسد مبنای جنبه های حمایت کننده و شهادت بخش این تعبیر در آن باشد که غرایزی که در تاریکی رشد می کنند، پیکرهای مخوفی پیدا نموده و سپس در کنار مفروضات پیش آگاه برای دیگر جنبه های انسان نیز تولید خطر می کنند. بنابراین این نتیجه به دست می آید که شر و تخریب، متغیرهای مستقل از فرایندهای رشدی، یعنی وابسته به فرایندهای دفاعی ناخودآگاه هستند. فروید بر این نظر بود که "حضور غریزه (یعنی تصورات و هیجانات) آن هنگام که بواسطه انکار، از تأثیرپذیری آگاهانه محروم می شوند، راحت تر و متنوع تر ایجاد می شوند. آن ها در تاریکی رشد کرده و اشکال بیانی افراطی به خود خواهند گرفت" (فروید ۱۹۱۵، ص: ۲۵۱).

ب: وقتی من وارد زیرزمین می شوم، احساس تنفر شدیدی در من ایجاد می شود، در این صورت زیرزمین را دوباره می بندم. آدم نمی تواند چیزهای آنجا را واقعاً ببیند. هر از گاهی به آنجا نگاه می کنم، در مقابل شما چنین حسی ندارم، در اینجا نوعی انسداد افکار دارم، در خانواده/اما گاهاً این کار را می کنم. من نمی دانم که چقدر این کار را انجام می دهم و آرزوی واقعی من چقدر است، زیرا در این صورت تمایل داشتم همه چیز را خودم در دست بگیرم و بر همه چیز مسلط باشم. مادر گروه. هر چه می گویم، انجام می شود. و اگر به خواسته هایم توجه نشود، شدیداً از حالت عادی خارج می شوم. اگر دقیق تر نگاه کنم، همه چیز قاطی خواهد شد. در ابتدا عصبانی می شوم، بعد خودم را عقب می کشم، و اکثر مواقع قبل از عصبانی شدن خودم را عقب می کشم، به دلیل ترس از عصبانیت شدن. اما اگر تصاحب گر هستم، چرا باید سیگار بکشم؟ من به یاد حس خودم در ضمن سیگار کشیدن و ترک آن می آیم.

ر: شما چیزی در دست دارید، چیزی به درون خود فرو می‌برید، نهایتاً در این نقطه می‌توانید ولع داشته باشید و با لذت در خود برید و انسداد خود را بشکنید.

سپس ۵ دقیقه سکوت آرام‌بخش برقرار می‌شود. در هنگام خداحافظی بیمار می‌گوید: "کریسمس خوبی داشته باشید." من به آرزوی او پاسخ می‌دهم.

تفسیر: احتمالاً تعبیر آخر باعث کاهش فشار و ایجاد آرامی شده است. زیرا روانکاو بیمار را در ارضای دهانی تقویت کرد، چون او به این ارضای جانشینی نیازمند است. ارضاهای جانشین در بیماران سخت به بقای زندگی کمک و واکنش به جدایی را تعدیل می‌کنند. ابژه‌های گذار، مراحل گذار را تسهیل می‌کنند.

۹ طبقه‌بندی خاص بیماری‌ها و فرایندهای معمولی درمان

The Psychoanalytic Process: Treatment and Results
Spezielle Krankheitslehre und typische Behandlungsverläufe

مقدمه

۹-۱ اضطراب و نورز

۹-۲ هیستری اضطراب

۹-۲-۱ اختلال تبدیلی و ریخت بدن

۹-۳ نورز اضطراب

۹-۳-۱ اضطراب جدایی

۹-۳-۲ مرحله‌ی پایانی

۹-۳-۳ شناسایی و اعتماد به نفس

۹-۴ افسردگی

۹-۵ بی‌اشتهایی عصبی

۹-۶ حساسیت‌های (التهابات) پوستی عصبی

۹-۷ موارد نامشخص

۹-۸ پسرفت

۹-۹ آلکسی‌تایمی (عدم توانایی در ادراک و توصیف احساسات)

۹-۱۰ بدن و روانکاوی

۹-۱۱ نتایج

۹-۱۱-۱ نظر بیماران

۹-۱۱-۲ تغییرات

۹-۱۱-۳ خداحافظی

طبقه‌بندی خاص بیماری‌ها از منظر روانکاوی به‌عنوان تئوری توضیحی و اهمیت گسترده آن در پهنه روانپزشکی و پزشکی روان‌تنی، باید صحت خود را در درمان، یعنی فرایندهای درمانی و نتایج حاصله از آن به اثبات رساند. همانند پزشکی، شناخت‌های خاص و افتراقی، به دیدگاه‌های عمومی درباره رشد و تکوین بهنجار و بیمارگونه مرتبط می‌گردند. به همین دلیل بخش‌های این فصل بر طبق «طبقه‌بندی عمومی نورژها» تنظیم شده‌اند.

بدین منظور ما با معرفی تئوری اضطراب عمومی و افتراقی روانکاوی شروع می‌کنیم که آن را طبق آخرین دستاوردها، به روز کرده‌ایم. شناخت تئوری شکل‌گیری و سیر بیماری‌های روانی و روان‌تنی، یکی از پایه‌های درمان است. تئوری و عمل درمان افتراقی می‌تواند تا حدودی زیادی همچنین مستقل باشد. کاربرد "اختلال-محور" و یا "متد-محور" را نمی‌توان به‌عنوان بدیل در برابر هم قرار داد. در پژوهش‌های روان‌درمانی، رابطه مکملی عوامل مؤثر عمومی و خاص مورد تأیید قرار گرفته است. ما رابطه این دو با یک‌دیگر را در معنای رابطه پیکر-زمینه در روانشناسی گشتالت ارزیابی می‌کنیم؛ این از زاویه روانکاوی بدان معناست که رابطه و مداخلات خاص بر یک‌دیگر تأثیر متقابل دارند. در کاربرد افتراقی روش‌های روانکاوی این هدف دنبال می‌شود که برای هر بیمار، عوامل تأثیرگذار را به حداکثر کارایی برسانیم.

سیر بیماری‌هایی که در این فصل تشریح می‌شوند، بخشاً به تاریخچه‌های منظم بیماری‌هایی مربوط می‌شوند که در بخش ۳-۱ ارائه گردید. ما به دلیل دلتنگی برای گذشته به این درمان‌ها که مدت زیادی از اتمام آن‌ها گذشته روی نمی‌آوریم، بلکه بدین سبب که پیگیری‌های طولانی، پایه و اساس بسیار محکمی برای بحث درباره نتایج درمانی به دست می‌دهند. تجربیات ما درباره تاریخچه سیستماتیک بیماری‌ها (تومه ۱۹۷۸) و مطالعه فعالیت‌های تعبیری (نک ۳-۸) که در آلم به پژوهش درباره سیر و نتایج درمانی منتهی گردید، به استنباط تازه‌ای از فرایند روانکاوی نائل شد (نک جلد مبنای ۹). از پژوهش‌های آینده چیزی بیشتر از آن انتظار می‌رود که ما در اینجا ارائه می‌دهیم (کشله و تومه ۱۹۹۳). یک کتاب درسی مرجع به دلایل آموزشی خود باید بر داده‌های بالینی بنا گردیده و نمونه‌های موردی زیادی ارائه دهد. پژوهش سیر و نتایج درمانی در هر مورد هنوز در ابتدای راه است (گراوه ۱۹۸۸). چنانچه می‌خواستیم موارد بررسی شده از جانب خود را بطور کاملاً مبسوط ارائه دهیم، این کتاب فقط از یک گزارش موردی تشکیل می‌شد.

خواننده می‌تواند در کنار سیر درمانی خلاصه شده در این فصل، با تکیه بر فهرست بیماران، سیر درمانی را نیز پیگیری کند، البته چنانچه نمونه‌های ارائه شده را به طور مرتب مطالعه کند. مضافاً آنکه در بخش‌های ۱-۵ الی ۳-۵ نمونه‌های آنالیز عادی در یک سری رویا تشریح شده‌اند.

این فصل با "اضطراب و نورز" شروع می‌شود. به نظر ما جایی بهتر برای طرح این موضوع مرکزی وجود ندارد. خواننده می‌تواند قبل از آنکه با تاریخچه بیمارانی آشنا شود که اضطراب، مرکز ثقل آن را تشکیل می‌دهد، اشرافی بر تئوری اضطراب روانکاوی به دست آورد (۲-۹ الی ۵-۹) از آنجایی که اضطراب‌های نوروپاتی در تمام درمان‌ها - حتی آنجایی که در علایم اولیه آشکار نیستند - نقش اساسی دارند، معیار اضطراب، اندیکاتور مهمی در سنجش موفقیت درمانی به‌شمار می‌رود. لازم بود که ما در این جلد برخی رهیافت‌های اساسی عمومی و افتراقی نورزها را مورد بررسی قرار دهیم. به همین خاطر در این فصل به دنبال ارائه یک مورد التهاب پوستی (۶-۹)، موضوع موارد نامشخص (۷-۹)، پسرقت (۸-۹)، آلکسی تایمی (۹-۹) و اهمیت بدن در روش روانکاوی (۱۰-۹) را بحث خواهیم کرد. در انتها از خواننده دعوت می‌کنیم تا با مشکلات پیگیری منظم روانکاوی (۱۱-۹) آشنا گردد.

۹-۱ اضطراب و نورز*

قبل از آنکه درباره اشکال خاص اضطراب صحبت کنیم، مختصری درباره تئوری اضطراب روانکاوی ارائه خواهیم داد. در جلد مبانی (۲-۴) بر نگرش تفکیکی هیجانات تأکید داشتیم. از آنجایی که بسیاری از هیجانات دارای اجزای اضطرابی هستند، به نظر صحیح می‌رسد که در این بخش اضطراب را در کانون توجه قرار دهیم. اضطراب مشکل اساسی همه نورزها است، همانگونه که فروید (۱۹۲۶، ص: ۱۷۵) این مطلب را بیان کرد.

در بررسی‌های تشخیصی باید نوع بروز و تثبیت اضطراب‌ها را در نظر بگیریم. یک معیار تفکیکی مهم، تشخیص موقعیتی است که اضطرابات نوروپاتی در آن بروز می‌کنند.

وجه مشخصه اضطراب نوروپاتی، ترس منتشر و غیرقابل کنترل است که ظاهراً بدون دلیل عینی بروز نموده و از همین روی به‌عنوان غیرقابل اجتناب، غیرقابل کنترل و تهدید به مرگ تجربه می‌گردد. مفهوم اضطراب نوروپاتی و نخستین توصیف کامل علامت، از جانب فروید صورت گرفته است که ضمن آن علامت اضطراب نوروپاتی را از روان‌خستگی تفکیک نمود. استرین (۱۹۸۳) نیز به همین توصیف بالینی فروید اتکا نمود و برای علایم اضطراب نوروپاتی در نظر گرفت: "زیرا تمام اجزای علامت اصلی حول و حوش اضطراب گرد آمده‌اند" (فروید ۱۸۹۵، ص: ۳۱۶). فروید در فهرستی، اختلالات بدنی را که به‌وسیله حمله اضطرابی ایجاد می‌شوند، نام برده است:

* Anxiety and Neurosis
Angst und Neurose

اختلال فعالیت قلب

طپش قلب با آریتمی کوتاه مدت

افزایش ناگهانی طپش قلب

اختلال تنفسی

تعریق

لرزش و تکان

حملات اسهالی

سرگیجه لکوموتوریک

اضطراب نوروتیکی همراه با بروز حمله‌ای و تصورات هیپوکندریایی است. معمولاً یک جزء سندرم، در تجربه بیمار جایگاه مرکزی پیدا می‌کند، غالباً اضطراب به یک علامت معطوف می‌گردد، مثلاً به افزایش ناگهانی طپش قلب، تنگی نفس، تعریق، فشار دفع مدفوع و غیره. به همین خاطر سندرم اضطراب نوروتیکی با اشکال متنوع خود در بسیاری از بیماران ما مشاهده می‌شود:

◀ خانم باتریس X (۲-۹) از اختلال تنفسی اضطراب هیستریکی رنج می‌برد.

◀ آقای کریستیان Y (۳-۹) از آریتمی و تعریق رنجور است.

◀ آقای رودلف Y (۸-۷) در حملات پانیک دچار اسهال می‌شود.

اضطراب مشکل اساسی همه نورژها و نیز عنصر روانی در پیدایش و سیر بسیاری از بیماری‌های جسمی است.

درباره تاریخ نورژ اضطرابی

نشان دادن نورژ اضطرابی با اتکا به علایم آن دارای جنبه‌های آموزشی قوی است، چیزی که البته با گذشت ۱۰۰ سال از تبیین پیدایش اولیه آن، تغییر کرده است. دانش درباره عوامل جسمی، فیزیولوژی، غددشناسی عصبی و فیزیولوژی عصب‌شناسی اضطراب در سال‌های اخیر رشد چشمگیری داشته است. بدین ترتیب نتایج مطالعات همه‌گیری‌شناسی، شیمی عصب‌شناسی و درمانی در زمینه اضطراب به آنجا منتهی شد که در طبقه‌بندی جدید آمریکایی (DSM) پاره‌ای اختلالات روانی نظیر اختلال پانیک با یا بدون هراس از مکان‌های باز (agoraphobia)، فوبی ساده و فوبی اجتماعی، اختلالات وسواسی و اختلال ضایعه پس از سانحه (PTSD)، تحت چتر مفهومی اختلالات اضطرابی گرد هم آیند. در این سیستم طبقه‌بندی، حملات پانیک، به‌عنوان یک زیر-

مجموعه خاص از اهمیت شایان توجهی حتی در فهم اختلالات اضطرابی دیگر برخوردار گردیده است. بدین ترتیب در ویرایش جدید سیستم طبقه‌بندی، آگورافوبیا نه به‌عنوان یکی از اشکال فوبی‌ها، بلکه در درجه نخست به‌عنوان پیامد حملات پانیکی تعریف می‌شود که زمینه‌ساز رفتار اجتنابی فوبیایی است. معیارهای تشخیصی جدید تعریف شده درباره اختلالات پانیک، با بسته‌گذاری‌هایی که فروید در سال ۱۸۹۵ برای حملات اضطرابی توصیف کرد، همپوشی دارند. فروید در نخستین توصیف خویش درباره نورز اضطرابی، آگورافوبیا را به‌عنوان پیامد حمله اضطرابی می‌نگریست. از طرف دیگر نظریه فیزیولوژیکی اضطراب که فروید (d ۱۸۹۵) مبنای نورز اضطرابی و نیز حملات پانیک قرار داده بود، در روانکاوی مورد تجدید نظر کافی قرار نگرفته است. اضطراب منتشر فقط در ظاهر بدون دلیل (روانشناختی عمیق) بروز می‌کند. در نورز اضطرابی به‌علت آمادگی جهت واکنش‌های اضطرابی که در تاریخچه زندگی ریشه دارند، مجموعه‌ای از علایم هشداردهنده‌ی خطر نامشخص و ناخودآگاه می‌توانند به بروز حملات اضطرابی منجر گردند. این کشفیات به تجدید نظر تئوری اضطراب روانکاوی در اثر دوران‌ساز فروید مانع، علامت، اضطراب ختم شد. یکی از اظهارات کلیدی در آنجا چنین است:

"خطر واقعی خطری است که می‌شناسیم، اضطراب واقعی، ترس از چنین خطر واقعی است. اضطراب نورویتیک، ترس از خطری است که آن را نمی‌شناسیم. بنابراین خطر نورویتیک باید در ابتدا جستجو شود؛ آنالیز به ما می‌آموزد که آن یک خطر غریزه‌ای است. در حالی که خطر ناخودآگاه در «خود» را به سطح خودآگاهی می‌کشانیم، می‌توانیم اولی را همانند دومی درمان کنیم. در خطر واقعی دو نوع واکنش نشان می‌دهیم، هیجانی و بروز اضطراب و رفتار دفاعی. به احتمال قوی در خطر غریزه‌ای همین اتفاق می‌افتد" (فروید d ۱۹۲۶، ص: ۱۹۸).

پیشرفت الگوی توضیحی فروید، مرتبط ساختن واکنش اضطرابی به یک موقعیت خطر است:

"هسته و اهمیت موقعیت خطر چیست؟ ظاهراً تخمین قدرت خویش در مقایسه با بزرگی آن، اقرار به درماندگی خویش در برابر آن، درماندگی مادی در حالت خطر واقعی، درماندگی روانشناختی در حالت خطر غریزه‌ای. چنانچه چنین موقعیت‌های درماندگی را ضایعه‌ای بنامیم، می‌توانیم موقعیت‌های ضایعه‌ای را از موقعیت خطر تفکیک کنیم" (فروید d ۱۹۲۶، ص: ۱۹۹).

فروید در آنالیز عملکرد، یک مکانیزم غایت‌شناختی، یعنی عملکرد خود مفروض را در نظر می‌گیرد:

"قدم مهمی در حفظ خویش است که یک موقعیت ضایعه‌ای درماندگی، بی‌ارزش جلوه داده نشود، بلکه قابل پیش‌بینی و قابل انتظار شود. موقعیتی که شرط چنین انتظاری در آن ایجاد می‌شود، موقعیت خطر نام دارد که در آن هشدار ترس داده می‌شود. این حاوی چنین مطلبی است: من منتظرم که یک موقعیت درماندگی پیش آید، یا آنکه موقعیت کنونی مرا به یاد تجربیات ضایعه‌ای قبلی می‌اندازد. به همین علت این ضایعه را مفروض می‌بینم، بگونه‌ای رفتار می‌کنم که گویی آنجاست تا در زمان باقی مانده، آن را از خود دور کنم. بنابراین اضطراب از سویی انتظار یک ضایعه (فاجعه) است، از طرف دیگر تکرار ضعیف همان چیز. دو ماهیتی که در اضطراب نام بردیم، منشأهای متفاوتی دارند. رابطه آن‌ها با انتظار از موقعیت خطر مربوط می‌شود، نامشخص بودن و بی دلیل بودن آن به موقعیت فاجعه‌ای درماندگی مربوط می‌شود که در موقعیت خطر انتظار می‌رود" (ص: ۱۹۹).

در حالت اضطراب یا آنگونه که امروز گفته می‌شود، در حملات پانیک، موقعیت ضایعه‌ای درماندگی به کانون ارزیابی روان‌پوایی تبدیل می‌شود.

اضطرابی - اضطراب - ترس

آمادگی برای واکنش‌های اضطرابی که در نوشته‌های انگلو-آمریکایی تحت عنوان ویژگی (trait) از آن نام برده می‌شود، می‌تواند توسط علایم خطری فراوان به یک حالت اضطرابی حاد تبدیل شود (نک اشپیل برگر ۱۹۸۰). در حالت‌های افراطی هر محرکی می‌تواند موجب یک حمله اضطرابی گردد و اضطراب منتشر، در صورتی که درمان نشود به حالت دایمی تغییر شکل دهد. در آنسوی دیگر قطب، فوبی‌ها قرار دارند که توسط یک محرک یا موقعیت مشخص به وجود می‌آیند که بیمار می‌تواند از آنان اجتناب کند. البته نمی‌توان در اینجا یک حد و مرز دقیق ترسیم نمود. گرینسون (۱۹۵۸) توصیف می‌کند که در آغاز بسیاری از فوبی‌ها در حالات اضطرابی نوروئیک مخدوش ظاهر می‌شوند، این در حالی است که بطور ثانویه ارتباطی توسط انتساب علیتی بین حمله اضطرابی بروز کرده و موقعیت تداعی شده درباره آن ایجاد می‌شود. مادامی که اجتناب از ابژه فوبیایی -

عقرب، مار، موش، میدان باز، پل، هواپیما و غیره میسر است، اضطراب وجود ندارد. وقتی درباره حالت اضطرابی و اضطراب صحبت می‌کنیم، باید در مورد ترس نیز بگوییم. منتسوز به تفکیک عامیانه میان اضطراب مخدوش، بدون موضوع و بی‌جهت با ترس که به یک خطر مشخص معطوف است، اشاره می‌کند:

"... این تفکیک اهمیت خود را از دست داده است، زیرا از کلمه اضطراب برای شرایط مشخص نیز استفاده می‌شود. با این حال به نظر من تمایز میان واکنش‌های اضطرابی مخدوش، سازمان‌یافته، بی‌جهت، جسمی از یک سو و اشکال واکنشی ساختاربندی شده، سازمان‌یافته، غیرجسمی و جهت‌دار، با معنا است؛ حتی با وجود آنکه می‌دانم تفکیک دقیق میان اضطراب و ترس در حین عمل به سادگی میسر نیست و شاید مطلوب هم نباشد: در حالت‌های معدودی می‌توان "یا این یا آن" را مبنا قرار داد. آنچه ما عملاً با آن روبرو هستیم، ظرایف زیاد در پیوستاری از اضطراب مخدوش و ترس مشخص است" (۱۹۸۴، ص: ۱۴).

فروید و کیرکگارد مستقل از یک دیگر به تفکیک میان اضطراب و ترس دست یافتند: ترس به یک چیز مشخص مربوط می‌شود، اضطراب بیشتر بدون موضوع خاصی بروز می‌کند. همین جا باید به این نکته اشاره کنیم که در برداشت جدید ما از تئوری اضطراب، اضطراب منتشر حاوی هدف‌ها و ابژه‌های ناخودآگاه است. فیلسوف، شولتز (۱۹۶۵) نیز تفکیک میان ترس و اضطراب را از زاویه زبان‌شناختی و روانشناختی درست نمی‌داند. در زبان روزمره اضطراب و ترس هم معنا استفاده می‌شوند. اما شولتز به تعریفی که کیرکگارد از اضطراب می‌کند، اهمیت زیادی می‌دهد، زیرا هایدگر مفهوم وی از اضطراب را مبنای تفکرات خویش قرار داده است. ما تحت تأثیر این مطلب قرار نمی‌گیریم. آیا این اظهارنظر ظاهراً عمیق فیلسوفانه می‌خواهد بگوید که بودن (هستی) در دنیا دلیل اضطراب است، خیلی بیشتر از این موضوع ساده که اضطراب در بطن زندگی ایجاد می‌شود؟ به نظر می‌رسد که شولتز زمانی که بودن در دنیا را به عنوان دلیل اضطراب، با اولین بخش گفته‌های مسیح توضیح می‌دهد، این موضوع بیولوژیکی را در نظر دارد: "دنیا پر از اضطراب است، اما آرام باشید، من بر دنیا مسلط هستم." افراد عادی نمی‌توانند به چنین تسلطی دست یابند. زندگی آن‌ها تا مرگ، همراه با اضطراب است. اضطراب می‌تواند موجب پیشرفت شود. مضر آن است که اضطراب خیلی کم و یا خیلی زیاد داشته باشیم. حالات اضطرابی فلج می‌کند و "رفتارهای ضدفویایی" از طریق انکار اضطراب‌ها می‌توانند در بحرآن‌های مربوط به تاریخچه زندگی، به یکباره فرو بریزند. کیرکگارد فیلسوف و استاد الهیات دانمارکی، از داستان مجموعه گریم، "در جستجوی ترس"، این

نقطه عزیمت فکری را برگزید: در داستان مجموعه گریم، با جوانی روبرو هستیم که تن به ماجراجویی می‌دهد تا ترس و وحشت را یاد بگیرد. ما می‌خواهیم آن ماجراجو به راه خودش ادامه دهد، بدون آنکه به فکر کنیم که او در سفر خود تا چه حد با ترس و وحشت برخورد کرده است. من می‌خواهم برعکس بگویم که این ماجراجویی است که هر انسان باید طی کند: وحشت، یادگیری ایجاد اضطراب در خود، برای آنکه از دست نرود، یا به کمک این فکر که او هرگز مضطرب نبوده و یا از طریق غرق شدن در اضطراب؛ بنابراین کسی که یاد گرفته مضطرب باشد، بالاترین چیز را یاد گرفته است (کیرکگارد ۱۹۵۲، ص: ۱۶۱).

در آن داستان، مرد جوان برخلاف برادر لایق و بزرگتر خود، کودن و جسور است. او برای آموختن وحشت کوچ می‌کند. مرد جوان از ماجراهای وحشتناکی عبور می‌کند، بدون آنکه اضطراب را تجربه کند. او حتی از یک مرده‌ای که با کمک حرارت بدن خودش، جان تازه‌ای به او می‌بخشد، نمی‌ترسد. بالاخره قصری در انتهای یک جاده جاودیی پدیدار گشته و او می‌تواند با دختر پادشاه ازدواج کند. اما شکایت او از اینکه چیزی وی را به وحشت نیانداخت ادامه پیدا کرد. این وضعیت همسرش را برآشفته کرد. بنابر توصیه ندیمه دربار، یک سطل آب مملو از ماهی‌های ریز را زمانی که خوابیده بود، بر صورت او ریختند. او در حالی که فریاد می‌کشید بیدار شد و گفت: الان فهمیدم وحشت چیست. اینکه چه چیزی در آن سطل برای مرد جوان وحشتناک بود، بماند. کیرکگارد در برخورد با اضطراب، خواهان برگزیدن راه میانی و طلایی است. می‌توانیم چنین بگوییم که در وحشت، "شرایط اضطرابی قدیمی"، در شکل جابجا شده مجدداً فعال می‌شوند که مرد داستان در "رفتار ضدفویایی" خویش با آن مقابله کرده بود. خطرهای اولیه به ماهی‌های بی‌آزار منتقل شده بودند.

این مشاهده فروید، برخورد درمانی با بیماران اضطرابی را که نمی‌فهمیدند چرا بدون دلیل خارجی دچار حملات اضطرابی شده‌اند تسهیل ساخت. حملات اضطرابی سایه خود را بر تمامی زندگی آن‌ها می‌گستراند.

ما همواره با اضطرابات تجربه شده سر و کار داریم. به بیان تحقیرآمیز هایدگر، اینان "در زمره حالت‌های روحی شناخته شده" هستند (هایدگر ۱۹۴۹، ص: ۴۲). البته هایدگر به حق از انفصال حالات درونی از شرایط مشخص و عینی انسان، ایراد می‌گرفت، "دنیای" خودش. اما اتفاقاً چنین تجربیاتی در همه اشکال روان‌درمانی‌ها، ایجاد می‌شوند. قابل توجه است که کونس (۱۹۶۵) در یک سخنرانی درباره "انسان‌شناسی اضطراب"، تزه‌های هایدگر در مقابله با تجربیات روانشناختی را رد کرد. بلحاظ تجربی نمی‌توان مستدل ساخت که فقط اضطراب ذاتی، اما نه احساسات جداگانه که معرف هیچ هستند، مقدم بر هیچ و نفی باشد (هایدگر ۱۹۴۹، ص: ۴۲). پدیدارشناسی هیجان

اضطراب حاوی طیف گسترده‌ای از عواطف و تعاملاتی است که بین ابژه و سوژه، انفعال و فعالیت در جریان است. در آنالیز اضطرابات منتشر که از زاویه پدیدارشناسی به اضطراب ذاتی هایدگر نزدیک است، اجزای پنهان دایره عملکردی قابل رؤیت می‌شوند. در اینجا بیمار کشف می‌کند که آرزوها و امیال ناخودآگاه وی به سمت ابژه‌ها و یا بهتر بگوییم، به سمت سوژه‌ها جهت‌گیری دارند. قدرقدرتی آن‌ها و احساس درماندگی در برابر آن‌ها زمانی کمتر می‌شود که قربانی، خود را به‌عنوان فاعل و کنشگر تجربه کند. اضطراب مخدوش و منتشر که ظاهراً هیچ را آشکار می‌کند، به اضطراب از خود و تکانش‌های مخرب خویش تبدیل می‌شود. اینها با ابژه جهت‌گیری دارند. اضطراب منتشر فروید در درمان به ترس تبدیل می‌شود.

بنابراین از منظر روانشناسی عمیق، تمایز میان اضطراب مخدوش و بی‌مورد و ترس که به یک محرک خاص محدود می‌شود، معنای خود را از دست می‌دهد. تفکیک میان اضطراب و ترس "... اهمیت خود را از دست داده است، زیرا از کلمه اضطراب برای شرایط مشخص نیز استفاده می‌شود. با این حال به نظر من تمایز میان واکنش‌های اضطرابی مخدوش، سازمان‌نیافته، بی‌جهت، جسمی از یک سو و اشکال واکنشی ساختاربندی شده، سازمان‌یافته، غیرجسمی و جهت‌دار، با معنا است؛ حتی با وجود آنکه می‌دانم تفکیک دقیق میان اضطراب و ترس در حین عمل به سادگی میسر نیست و شاید مطلوب هم نباشد: در حالت‌های نادری می‌توان "یا این یا آن" را مبنا قرار داد. آنچه ما عملاً با آن روبرو هستیم، ظرایف فراوان در پیوستاری از اضطراب مخدوش و ترس مشخص است" (۱۹۸۴، ص: ۱۴).

به همین دلیل همراه با منتسوز از جنبه تکنیک درمانی بر این نظریه "... که از دیدگاه روانشناسی رشدی باید تمایل به رشد را مبنا قرار داد و بدین ترتیب مثلاً حالات اضطرابی مخدوش و تجربه شده در بزرگسالان که دلیلی برای آن نمی‌توان یافت را به‌عنوان بازفعالی پسرقتی الگوهای اضطرابی قبلی و یا حداقل از هم گسیختگی الگوهای اضطرابی بعدی ارزیابی کنیم" (۱۹۸۴، ص: ۱۵).

ما نیز در توانمندی کنترل اضطراب، معیاری جهت بلوغ «من» می‌بینیم. شناخت درباره اضطرابات اساسی کودک، تشخیص اضطرابات نوروتیک در بزرگسالان را تسهیل می‌کند.

اضطراب و انکار

فروید در تجدید نظر تئوری اضطراب مجبور شد که تناسب شرطی میان اضطراب و انکار را عوض کند. فروید امیدوار بود که بررسی فوبی‌ها این نظریه را تأیید کند که لیبدو به اضطراب تبدیل می‌شود (d ۱۹۲۶، ص: ۱۳۷). این انتظار برآورده نشد. خلاف آن واقع شد. در اضطراب فوبی حیوانات باید اکنون یک اضطراب واقعی، اضطراب از یک خطر واقعی دیده می‌شد. در اینجا اضطراب، باعث انکار می‌شود و نه آنگونه که فروید گمان می‌کرد، انکار باعث اضطراب. ابژه‌ای که هراس فوبیک بر می‌انگیزد، تأثیرات ضایعه‌ای دارد، زیرا چنانچه اجتناب میسر نباشد، حالت درماندگی ایجاد می‌شود، یعنی حمله اضطرابی.

اضطراب حاد و اضطراب نورووتیک

جالب توجه است که فروید چگونه تلاش می‌کرد "ارتباطی میان اضطرابات نورووتیک و اضطراب واقعی ایجاد کند" (a ۱۹۳۳، ص: ۹۰). تجدید نظر تئوری اضطراب در نیمه راه متوقف شد، زیرا توضیح فیزیولوژیکی که اضطراب را نتیجه تراکم غریزه می‌دید نیز به این تلاش افزوده شد. تضادهای ناشی از این روند، حتی پس از تجدید نظر تئوری اضطراب، همچنان در تئوری و تکنیک روانکاوی پا برجای ماند.

اینگونه بود که فروید (d ۱۹۲۶) فصل ۴ کتاب *مانع، علامت و اضطراب* را با این تذکر بست که مشکل نحوه شکل‌گیری لیبدویی اضطرابات حاد، یعنی در معنای وسیع کلمه، "نورزهای اضطرابی" که مبنای فیزیولوژیکی دارند و فوبی‌های دارای منشأ روانی، حل نشده است.

پیامدهای مشکل حل نشده فروید

همانگونه که مطالعات کامپتون (۱۹۲، ۱۹۸۰) نشان می‌دهد، بسیاری از روانکاوان مشهور بعداً سعی کردند، ابهامات تئوری اضطراب را برطرف کرده و ظرفیت توضیحی آن برای شکل‌گیری و درمان سندرم‌های اضطرابی را افزایش دهند. بخاطر اهمیت مرکزی اضطراب در فعال شدن فرایندهای دفاعی ناخودآگاه هنگام شکل‌گیری بیماری‌های روانی و روان‌تنی، مشکل حل نشده فروید حائز اهمیت می‌گردد. برای حل این مشکل نامطلوب بود که اغلب تلاش‌ها، درون‌سیستمی انجام می‌گرفت، یعنی در چارچوب فرا روانشناسی سنتی. مثلاً پیشنهاد رانگل (۱۹۶۸، ۱۹۵۵) در راستای

تبیین یک "تئوری واحد" مبتنی بر مفروضات اولیه و آخرین فروید، از نمونه‌های شاخص این تلاش‌ها به‌شمار می‌رود. برای پاسخ به این مسئله اساسی باید پیش‌فرض‌های فرا روانشناسی اشتباه را که در غالب تفاسیری که درباره تئوری‌های اضطرابی ارائه می‌شوند، رها کرد. این‌ها به حفظ سردرگمی موجود کمک می‌کنند.

اضطراب و بقای خویش

تفاوت بزرگی دارد که ما بروز اضطراب را از نقطه نظر بقای خویش در ارتباط با یک خطر واقعی ارزیابی کنیم و یا آن را به‌عنوان تخلیه متراکم و تغییر شکل یافته‌ی لیبیدویی توضیح دهیم. فروید تلاش می‌کرد هر دو مسیر را طی کند. ابهامات موجود در مسئله حل نشده ناشی از همین رویکرد بود. بر این ابهامات سرپوش گذاشته شد، زیرا به تصوراتی که درباره اشغال، جابجایی و تخلیه انرژی و تبدیل آن‌ها به هیجانات مطرح می‌شدند، یک مبنای علمی و توضیح علیتی اطلاق می‌شد. فهم این عواطف که اهمیت آن‌ها برای بقای خویش، مبتنی بر استدلالات بیولوژیکی بود، با وجود همه تردیدها سایه خود را بر تئوری اضطراب گستراند. پیوند دادن هیجانات به تئوری غریزه، اضطراب را به محصولی از اشغال غریزه و تخلیه آن تبدیل می‌کند.

نظر ولدر (۱۹۶۳) مبنی بر اینکه توضیح اولیه فروید درباره نورز اضطرابی به‌عنوان نورز حاد با ریشه‌های بیرونی، در طول زمان از جانب روانکاوان مردود شمرده شد، درست است. اما نوشته‌های بلاو (۱۹۵۲)، فینشل (۱۹۴۵)، شور (۱۹۵۸، ۱۹۵۳)، گرین اکر (۱۹۵۲)، رانگل (۱۹۶۸، ۱۹۵۵)، لُخ (۱۹۵۹) نشان می‌دهند که گمانه‌ورزی‌های فرا روانشناسی درباره تغییر و تبدیل غریزه و رابطه آن با اضطراب حفظ گردیده و به روش ناخوشایندی در تئوری و عمل تأثیرگذار بوده‌اند. مثلاً برخی مفاهیم تئوری اضطراب اولیه در اضطراب تولد وارد شدند، به نحوی که تجدید نظر درباره تئوری اضطراب پس از اثر بزرگ فروید، چشمگیر نبود.

اضطراب تولد به‌عنوان الگوی پایه

فروید تا به آخر بر اساس اصل لذت - غیرلذت، تولد را به‌عنوان الگویی برای همه حالات اضطرابی می‌پنداشت، زیرا در حین زایمان، یک هیجان قوی ایجاد می‌شود که عاری از لذت است و با عمل تخلیه از بین نمی‌رود (۱۹۳۳a، ص: ۱۰۰).

با وجود آنکه فروید تئوری ضایعه تولد رانک در پیدایش نورژها را رد می‌کرد (م. ش. تومه ۱۹۹۰)، تغییر وضعیت نوزاد از حالت جنینی به زندگی زمینی و تجمع غریزه، به‌عنوان الگوی تجربه اضطراب باقی ماند. ما این ادعا را با رجوع به ادبیات زیر مستدل می‌کنیم. گرین‌اکر از فرا روانشناسی نوعی "اضطراب پایه" استخراج می‌کند (۱۹۵۲، ص: ۵۵). در کتاب درسی مرجع فنیشل (۱۹۴۵) با این جمله برخورد می‌کنیم: "علایم نوروتیکِ حاد، هسته مرکزی همه نورژهای روانی محسوب می‌شوند" (ص: ۱۹۲). طبق این نظر، همه نورژهای روانی از اضطرابی که در جسم ریشه دارند تشکیل شده‌اند.

رانگل گمان داشت، بتواند حالت نوروتیک حاد را با تئوری یکپارچه اضطراب هماهنگ سازد، به همین خاطر گفت: "تراکم غریزه شرطِ عینی - دینامیکی پیدایش غیرلذت است و اضطراب، یک واکنش خاص نسبت به خطری (یا هر موقعیت خطرناک دیگری) است که این تراکم به همراه دارد" (رانگل ۱۹۵۵، ص: ۳۹۹). توصیف فروید: "منشأ دوگانه اضطراب، یکی به‌عنوان نتیجه مستقیم تجربه ضایعه، دیگری به‌عنوان علامتی که حاکی بر تکرار آن است"، می‌توانست به تئوری یکپارچه رانگل ملحق شود، به شرط آنکه این فرضیه درست می‌بود: هسته نوروتیکِ حاد به‌عنوان علت نورژهای روانی باید در یک غیرلذت جسمی ناشی از غیرلذت قوی باشد نه در اضطراب. این فرضیه اما با تئوری‌های جدید هیجان همسو نیست و ما را به گمراهی می‌کشاند.

اضطراب در درجه نخست یک پدیده روان‌تنی است. به هم ریختگی‌های ناشی از عوامل فیزیولوژیک، مثلاً تزریق بی‌هوشی حامل آدرنالین در دندانپزشکی زمانی به حملات پانیک نوروتیک تبدیل می‌شود که در عرض چند ثانیه، محتویات روانی بوسیله آن فعال شوند. به بیان مدرن و امروزی: تپش قلب و بی‌هوشی، نشان مرگ می‌شود.

غریزه و هیجان

نقد امروزی تئوری اضطراب نمی‌تواند گره رابطه میان غریزه و هیجانات را باز کند. بدین ترتیب معنای هیجان اضطراب و نیز نقش خطرهای مبتنی بر غریزه ("خطر غریزه") در شکل‌گیری نورژها افزایش می‌یابد. مطالعات بین رشته‌ای، زمینه تداوم تجدید نظر در تئوری اضطراب و همسویی آن با دانش امروزی درباره فیزیولوژی روانی اضطراب و رابطه آن با هیجانات دیگر را فراهم کرده‌اند (کراوزه ۱۹۸۳، شرر و اکمن ۱۹۸۴، بوش و همکاران ۱۹۹۱، کوپر ۱۹۸۵، موزر و سپلین ۱۹۹۶).

تفکیک مفهومی هیجانات از تئوری غریزه به گشوده شدن تضادهایی که برای دهه‌ها برقرار بوده می‌انجامد و بر توان توضیحی بالینی تئوری اضطراب می‌افزاید. در این صورت، حملات پانیک به ظاهر درون‌خیز و نیز اضطراب منتشر به‌عنوان نورژهای روانی مطرح می‌شوند. حملات پانیک که فروید بکرات درباره آن‌ها سخن گفته است، غالباً سرآغاز بیماری‌های اضطرابی روان‌تنی هستند. اضطراب مرگ به‌علت جابجایی و دیگر فرایندهای دفاعی ناخودآگاه ایجاد می‌شود (نک منتسوز ۱۹۸۴).

حمله اضطرابی در صورت مزمن شدن به یک سیکل معیوب بین‌ذهنی تبدیل می‌گردد: اضطراب از خود و درباره خود، همواره همچنین حاوی اضطراب درباره "افراد دیگر با اهمیت" (مید) و اضطراب از او نیز هست. فرایندهای تبدیلی ناخودآگاه زمینه تبدیل سریع اثره به سوژه و جابجایی رابطه فاعل - قربانی، یعنی همانندسازی‌های متناوب را فراهم می‌کند.

اضطراب به‌عنوان پدیده و مشکل اساسی نورژها (فروید ۱۹۲۶، ص: ۱۷۵) از جایگاه مرکزی در توضیح علایم روان-ژنتیکی و روان‌پویایی برخوردار است. این علایم ایجاد می‌شوند تا از موقعیت‌های پرخطر و استیصال وابسته بدان (ضایعه) که در سیر پیشرونده اضطراب قابل پیش‌بینی هستند، اجتناب شود. اینکه ما در تمایز با فروید، تکوین اضطراب را به‌عنوان سیگنال ارزیابی نمی‌کنیم، قابل تأکید است و در پائین دلایل خویش را ارائه می‌دهیم.

اضطراب و خطر

ولدر (۱۹۶۳) انتقاد می‌کند که مفهوم "سیگنال اضطراب" روند درون‌روانی را به خوبی بازتاب نمی‌دهد. او مشخص می‌کند که ترس یا اضطراب عنصر غیرقابل چشم‌پوشی "درک واکنش متناسب با خطر" نیست. البته از جنبه بیولوژیکی "علامت خطر" برای بروز واکنش ضروری است. این سیگنال نباید الزاماً توأم با حس اضطرابی باشد. ولدر پیشنهاد می‌کند، بجای سیگنال اضطراب از سیگنال خطر سخن گفته شود، چون در این مرحله در خود سیگنال، حس اضطراب وجود ندارد و یا هنوز به وجود نیامده است. اینکه حس هیجانات روانی و جسمی اضطراب به میزانی شدت می‌یابد که غلبه بر موقعیت خطر واقعی و یا تجسم‌شده ناکام می‌ماند، پرتوی بر موقعیت‌های اضطرابی مزمن می‌افکند. چون در اضطراب‌های مزمن و به دلایل درونی، سیگنال‌پذیری دائمی خطر، توأم با عدم توانمندی در غلبه بر آن‌ها است.

اضطرابی که برای نخستین بار در یک شرایط خاص بروز نموده، می‌تواند بعداً توسط همان شرایط و یا شرایط مشابه بروز نماید. تعمیم محرک به میزانی به وقوع می‌پیوندد که با تکیه بر تقویت منفی، رفتارهای اجتنابی افزایش می‌یابد. اجتناب از طرف دیگر، اضطراب از موقعیت خطرناک را افزایش می‌دهد، چیزی که عدم تناسب میان بروزدهنده عینی و شدت حملات پانیک را به منصفه ظهور می‌رساند.

عدم تناسب یعنی، بیمار چنان واکنش روان‌تنی از خود نشان می‌دهد، که گویی در موقعیت خطر واقعی قرار گرفته است. چنانچه تصورات تهدیدآمیز آگاه و ناخودآگاه بیماران مبتلا به نورز اضطرابی را جدی بگیریم، دلایل موجهی برای بروز اضطرابات وجود دارد که ظاهراً بدون دلیل، اما منتشر است.

به زبان رفتاردرمانی، خطر (تهدید) "واکنش اضطرابی" تولید می‌کند (کانون ۱۹۲۰). نحوه ارزیابی خطر، بسته به آنکه توازن قوا بین تهدیدکننده و تهدیدشونده چگونه ارزیابی شود، به تمایلات رفتاری "فرار" یا "حمله" منجر می‌گردد. اضطراب و خشم، همبسته‌های هیجانی فرار و حمله هستند؛ آن‌ها به وسیله بازخورد، عملکرد انگیزاننده دارند. بدین ترتیب ممکن است از سیگنال خطر هیجان اضطرابی یا پرخاشگرانه تولید شود (کامپتون ۱۹۸۰). در حملات اضطرابی، تفاوت میان درماندگی فیزیکی و روانی مخدوش می‌گردد. نتیجه آنکه ضایعه‌سازی با تأثیرات تصاعدی و متراکم ایجاد می‌شود و پتانسیل رفتاری فلج‌شده، در مرحله ناخودآگاه می‌ماند. در اینجا واکنش‌های هدفمند، جنبه افتراقی خود را از دست داده و مخدوش می‌گردند. تکرار ناکامی‌ها همزمان پرخاشگری مسدود شده ناخودآگاه را شدت می‌بخشد که به قول فروید اینک با تبدیل شدن به خطر غریزه، بر میزان اضطراب می‌افزاید. بنابراین اتفاقی نیست که اضطراب و پرخاشگری از جنبه فیزیولوژی هیجان، کاملاً شبیه به هم هستند.

از بدو زندگی همواره با موقعیت‌های پرخاطر روبرو هستیم که می‌خواهیم آن را از بین ببریم. ما در ابتدا بطور کامل و با گذشت زمان کم و بیش برای انجام اینکار به کمک دیگران نیازمندیم. زمانی فروید این سوال را پیش کشید که هسته موقعیت خطرناک چیست و خود چنین پاسخ داد: "ظاهراً تخمین قدرت خویش در مقایسه با بزرگی آن" (d ۱۹۲۶، ص: ۱۹۹)، یعنی بزرگی خطر. تقریباً معجزه است که در زندگی روزمره، ارزیابی‌های اشتباه بیشتر و پیامدهای ویرانگر پیش نمی‌آیند. از منظر مقایسه قوت و ضعف در تعاملات دوجانبه بین انسانی ناخودآگاه است که می‌توان به نحوه غلبه کردن بر موقعیت‌های خطرناک پی برد. اضطراب نوروپیک در بافتار شناختی - هیجانی شکل می‌گیرد و از طرف "نماهای هیجانی" ناخودآگاه مؤثر هدایت می‌شود (جیومپی ۱۹۸۶، ویمر

۱۹۹۵). نماهای ناخودآگاه به عنوان مراکز ساماندهی هیجانی و شناختی از طریق درونی‌سازی الگوهای تعاملی رایج و از مجرای تکرار و تقویت، تشکیل می‌شوند. فروید از نماهای مبتنی بر الگوهای کهنی صحبت می‌کند که "مثل طبقه‌بندی‌های فلسفی، باعث کسب و ثبت تجربیات زندگی می‌شود. (b ۱۹۱۸، ص: ۱۵۵). فروید در همانجا از "عقده ادیپ" به عنوان شناخته شده‌ترین نمونه این نماها یاد می‌کند که "شامل رابطه کودک و والدین می‌شود" - به عنوان بازمانده تاریخ فرهنگی انسان.

به نماها مثل "تخیلات ناخودآگاه"، نمی‌توان بطور مستقیم راه یافت. آن‌ها از طریق اثبات ارتباط با پدیده‌های تجربه شده استخراج می‌شوند.

به نظر برن (۱۹۶۶، ص: ۳۱۰) تعاملات نوروتیک از طریق یک "برنامه" ناخودآگاه که در ایام کودکی ایجاد شده بوجود می‌آیند. تا زمان رهایی درمانی، این دستنویس ناخودآگاه، جبر تکرار (وسواس تکرار) را مشخص می‌کند. همچنین "ادراک صحنه‌ای" (آرگلندر ۱۹۷۰، اورنسر ۱۹۷۰) به استنتاجات بسنده می‌کند و مدخل مستقیمی بر ناخودآگاه نمی‌گشاید. این مقوله در تئوری نماهای تعاملی ناخودآگاه بستر گزیده است. البته بسط و توسعه مفهوم تعامل در تعامل نمادین (بلومر ۱۹۷۳، وایس ۱۹۸۸) فضای بیشتری در تفسیر پس‌زمینه‌های ناخودآگاه در اختیار ما می‌گذارد. "کلیشه‌های انتقال" فروید (۱۹۱۷) به مثابه یک شکل بیان نماها نیز فقط تا حدود کمی قابل مشاهده هستند.

نماهای ناخودآگاه، هدایت تجربه خطر در مقایسه توازن قوا را که در بالا توصیف شد هدایت می‌کنند. در ارزیابی منفی، استیصال ایجاد می‌شود که فروید آن را ضایعه می‌نامید. این مهم نیست که در این ارزیابی با یک خطر واقعی و یا خیالی مواجه هستیم. این تفکیک جایگاه خود را در آثار فروید نیز از دست داده است، زیرا اضطراب نوروتیکی و سایکوتیکی، بدون پیش‌زمینه در تجربیات عاطفی بین‌انسانی وجود خارجی ندارد.

برای فهم و درک میزان اضطرابات نوروتیک باید ناخودآگاه را جدی بگیریم. قدرت تصور و تخیل که از جانب نماهای ناخودآگاه هدایت می‌شود، نحوه تجربه را مشخص نموده و بدین ترتیب واقعیت انسانی را به عنوان یک واقعیت روان-اجتماعی رقم می‌زند. شاید پارادوکس به نظر برسد که ما اضطراب نوروتیک، یعنی اضطراب تصور شده را بزرگتر از ترس واقعی می‌دانیم. بجای سخن‌پراکنی طولانی، خواننده را به نوشته کوتاه درباره پادشاه اِرل، و قصیده گوستا شواب «سوار کار و دریاچه بُودِن» ارجاع می‌دهیم. در آنجا به مرگ ناشی از اضطراب در غیبت خطر واقعی اشاره شده است.

اضطراب مرگ

چنانچه پدیدارشناسی بیماران در توصیف اضطرابات خویش را مبنا قرار دهیم، اضطرابات روشن و ملموس هستند. در مورد ترس از دیوانه شدن با حالتی مواجه هستیم که توصیف فراگیر و متنوع آن شامل اجزاء حسی و رفتاری می‌گردد که بیمار آن را به عنوان فقدان کنترل فوق‌العاده تا سر حد اضمحلال یا نابودی هویت خویش تجربه می‌کند.

به نظر روشن می‌رسد که بیمار مضطرب نهایتاً از چه هراس دارد: از نابودی وجود خود که در فضای تجربی، یا خود اجتماعی او را مورد حمله قرار داده و یا خود جسمی او را به‌عنوان تصویر بدنی که از خود دارد.

در پدیدارشناسی تجربیات این طیف گسترده بیماران، ابهامات و تضادهایی وجود دارد که رویکرد روانکاوی آن را لحاظ می‌کند.

◀ در ابتدا باید متذکر شد که وجه مشخصه آن واقعه هراس‌انگیز آن است که اتفاقاً حادث نمی‌شود. از جنبه آماری کسی که می‌ترسد روزی دیوانه شود و یا توسط سکتة قلبی بمیرد، بیش از افراد دیگر دچار این سرنوشت نمی‌گردد. بله، اضطرابات توصیف شده ظاهراً بیشتر بیانگر عدم وقوع سایکوز و یا سکتة قلبی هستند. این داده‌های آماری اما برای بیماران کفایت نمی‌کند و یا حداکثر تأثیرات آرام‌بخش کوتاه مدت دارد.

◀ بیماران مبتلا به نورز اضطرابی بخوبی در موقعیتی بسر می‌برند که می‌توانند خطرهای واقعی را تحمل نمایند، آن‌ها خارج از محدوده ترس‌های تصور شده، ترس‌چندانی درباره زندگی خود ندارند. پس اینگونه نیست که مبتلایان به نورز اضطرابی، خود را بسیار با اهمیت می‌انگارند و به‌علت خودشیفتگی کلی نمی‌پذیرند که زندگی پایان دارد و مرگ حتمی است.

مردن و مرگ خود، در قلمرو تجربیات شخصی قرار ندارد، بلکه حداکثر از طریق تصورات و تشبیهات است که تجسم می‌شود (فروید ۱۹۲۳، ص: ۲۸۸؛ کونس ۱۹۶۵، ص: ۵۵). اتفاقاً به دلیل آنکه انسان نمی‌تواند مرگ خود را بلحاظ شخصی تجربه کند، پایان زندگی با تخیلات زیاد توأم می‌گردد. در این معنا و در ارزیابی دقیق یک مبتلا با نورز اضطرابی مشخص می‌شود که اضطراب تجربه شده مرگ و نابودی، سرپوشی بر اضطراب از زندگی است. بدین ترتیب روانکاوی نگاه خود را بر شکل‌گیری استیصال و درمان آن می‌گشاید. ترس از مرگ و یا ترس از نابودی موجودیت جسمی و روانی - ترس از ایست قلبی و یا دیوانه شدن - در درمان، در قالب موقعیت‌های خطر و درماندگی بازمعنایی می‌شوند. این موقعیت‌های خطر و استیصال در زمان خود مورد پردازش قرار نگرفته و اینک می‌توان در شرایط مناسب بر آن‌ها غلبه کرد.

بطور منظم شاهد یک سیر درمانی هستیم که ما را به نحوه شکل‌گیری اضطراب رهنمون می‌سازد: اضطراب مرگِ نوروتیک که در اشکال متنوع خود، نماد ترک‌شدگی، فقدان و نابودی شده، چیزی است که بیمار در انفعال نگران‌کننده به دام آن گرفتار گردیده است. در حین درمان می‌توان اجزای زمینه‌ساز انفعال در تاریخچه زندگی را تجزیه و تحلیل نموده و چیدمان جدیدی از این اجزا ارائه داد. در اینجا معمولاً شاهد کاهش خطی اضطرابات نوروتیکی و تبدیل آن به اشکال خطر واقعی تعدیل‌یافته نیستیم که در رابطه درمانی تجربه و بر آن غلبه می‌شود. شدت اضطرابات در انتقال که منجر به علایم شده‌اند ممکن است اوج بگیرد. این جزو هنر درمانی است که از قواعد تکنیک درمانی به نحوی استفاده کنیم که تغییر شکل اضطرابات تعاملی مرتبط با علایم در خدمت بهبود و درمان بیمار درآید.

برای جهت‌گیری می‌توان از قاعده کلی زیر پیروی کرد: هر چقدر بیماری اضطرابی شدید باشد، هر چقدر اعتماد به نفس را هدف قرار داده باشد و به اضطراب فراگیر تبدیل شده باشد، به همان نسبت در رابطه درمانی نیز اضطرابات بیشتری در تعاملات بوجود می‌آید.

همراه با منتسوز (۱۹۸۵) بر این نظریه که اضطراب مرگ تجربه شده توسط نوروتیکر اضطرابی، توسط جابجایی و دیگر فرایندهای دفاعی ناخودآگاه بوجود می‌آیند که طی درمان می‌توان در جهت عکس آن را پیگیری کرد.

بطور خلاصه تأکید داریم که اضطراب به‌عنوان نوعی هیجان با درماندگی و استیصال ارتباط مستقیم دارد که در موقعیت‌های خطر روزمره بروز می‌نماید.

اضطراب و افسردگی

در تئوری فروید، اضطراب از دست دادن ابژه و یا اضطراب از دست دادن محبت و عشق ابژه، از جایگاه مرکزی در اضطراب جدایی برخوردار است و اضطراب اختگی به‌عنوان شکل خاص جدایی در ذیل آن قرار می‌گیرد. هنگام از دست دادن ابژه، غالباً شاهد واکنش افسردگی هستیم (نک ۳-۹). مخرج مشترک میان اضطراب و افسردگی، استیصال در برابر فقدان‌های واقعی و یا فقدان‌های ذهنی است. هفتر این مشاهدات را که می‌توان از دید روانکاوی توضیح داد، بدینگونه توصیف می‌کند:

"چنانچه بیماری‌های مشهود اضطرابی، نظیر حملات پانیک، سندرم اضطراب فراگیر و یا آگورافوبیا را در نظر بگیریم، بسته به شدت سندرم اضطراب به ۹۰-۴۰٪ بیمارانی برخورد می‌کنیم که تاکنون حداقل یک بار مرحله افسردگی را پشت سر گذاشته و یا همزمان از علایم افسردگی رنجور بوده‌اند (هفتر و وایل ۱۹۸۶). ارتباط میان این دو احتمالاً تا حدودی جنبه اساسی دارد: اضطراب همانگونه

که من تلاش کردم روشن کنم، با تهدید به وسیله خطر سر و کار دارد. مبنای افسردگی، فقدان، ترک شدگی و یا تهدیدهای فراگیرتر درباره وجود خود و آنچه برایش ارزشمند می‌باشد، است. عناصر مشترک تهدید موجودیت در اضطراب و افسردگی، احتمالاً دلیل بروز همزمان آن‌ها است. ارتباط میان این دو می‌تواند پیاپی باشد: گذار از حملات شدید پانیک به درماندگی فراگیر و افسردگی، نمونه یک فرایند تناوبی سریع است. گذار آرام حالات اضطرابی به افسردگی، در حالی که اضطراب‌ها در حیطه‌های مختلف زندگی گسترش می‌یابد، فعالیت و اعتماد به نفس را مسدود می‌کند و به استیصال پیشرفته می‌کشاند، در سیر بیماری‌های اضطرابی سخت غالباً دیده می‌شود" (۱۹۸۷، ص: ۱۹۸).

در درماندگی افسردگی پس از فقدان، اضطراب ممکن است در پس‌زمینه بماند.

روانپزشکی بیولوژیکی و درمان‌های روان‌دارویی

حملات اضطرابی نوروتیک در یک بافت پیچیده شناختی-عاطفی ایجاد می‌شوند. به همین خاطر اضطرابات نوروتیکی می‌توانند از نقاط مختلف سیکل موجود، ایجاد و یا قطع شوند. مداخلات رفتاردرمانی عمدتاً با هدف ایجاد گسست در سیکل معیوب به‌عنوان یک فرایند خودتقویتی تأکید دارند. موفقیت‌های پیاپی مؤید آن است که مداخله در شکل حاد از جنبه علیتی کاملاً مؤثر است (مارگراف و شنایدر ۱۹۸۹). چنانچه امنیت در قطع اضطراب در برابر اضطراب بیشتر شود، آمادگی واکنشی مزمن نیز تغییر خواهد کرد. علیرغم انتقاد رفتاردرمانگران در مورد درمان دارویی، هر دو پرنسیپ نامبرده دارای یک نقطه اشتراک نیز هستند: روانشناسی تجربی که مبنای کار آن‌هاست، از شناخت‌های آسیب‌شناسی روانی و روانکاوی درباره عمق اضطرابات غافل است. یکجانبه‌نگری روانپزشکی بیولوژیک باعث چشم‌پوشی بزرگ از منابع دانشی می‌گردد که ما در پائین در مورد آن بحث خواهیم کرد.

از نقطه نظر درمانی مهم است که فقط به شناسایی موقعیت خطر بسنده نکنیم که در رابطه با استیصال و درماندگی قرار دارد، بلکه راه‌های غلبه‌ای را پیدا کنیم که برون‌رفت از درماندگی را ترسیم کرده و به گسترش قدرت عمل می‌انجامند. برای کسی که در تاریکی قدم می‌زند، بلند صحبت کردن، می‌تواند به او اطمینان بخشد که حداقل خودش هست.

تئوری اضطراب روانکاوی فقط به توضیح یک پدیدارشناسی متنوع بسنده نمی‌کند که از اضطراب به ظاهر تهی و ترس حیاتی شروع و به اضطرابات سایکوتیک ختم می‌شود. تئوری همچنین روشن

می‌کند که حیطه عملکرد درمان‌های متفاوت کجاست. تعجب انگیزتر آنکه، به قول هوفمن، "بیولوژیک کردن عجلانه اضطراب انسانی، که تبیین بیولوژیک بیماری‌های اضطرابی را به همراه داشت، شناخت‌های حاصله ۱۰۰ ساله در روانکاوی و پزشکی روان‌تنی را نادیده می‌انگارد.

با وجود اهمیتی که مراکز فیزیولوژی عصبی و سیستم لنفاوی در پیدایش اضطراب دارند، اشتباه است که منطقه‌ای در مغز را به عنوان مقر حملات اضطرابی در نظر بگیریم. ریکل و شاویتزر (۱۹۸۷) در اثر مرجع خود «درمان دارویی اضطراب و پانیک در حال حاضر» از تحول "جهانبینی" روانپزشکی در زمینه درمان روانپزشکی دارویی اضطراب صحبت می‌کنند. این جهانبینی در برابر نظریه اضطراب بیمارگونه به‌عنوان "نوروتیک" همراه با تعارض درون‌روانی و غرایز خطرناک لیبیدویی و پرخاشگرانه قرار می‌گیرد. دیدگاه‌های جهانبینانه و یا منافع صنفی به تشریح تحریف‌شده و یا حتی نادیده گرفتن کلی نظریات دیگر منجر می‌شود. قابل ذکر است که روانکاوان نیز با اصرار بر تئوری‌ها و نحوه عمل سنتی خویش که ما نیز بر آن انتقاد داریم، سهم قابل توجهی در وضعیت موجود دارند.

ف. کلاین (۱۹۸۱) و شیهان و شیهان (۱۹۸۳) الگوهای بیولوژیکی برای اضطراب تبیین نمودند، و بدین ترتیب استدلال‌ات بیولوژیکی در مفهوم "حملات پانیک" جاری شدند. طبق نظر این نویسندگان، بروز خودجوش و ناگهانی باعث تفکیک کیفی این نوع حملات اضطراب است و قابل پیش‌بینی هستند، نظیر فوبی‌ها. معیار تفکیکی دیگر از نظر این نویسندگان، پاسخگویی متفاوت به درمان دارویی است. به نظر می‌رسد که آنتی‌دپرسان‌های سه حلقوی و MAOها بر حملات پانیک تأثیرات مطلوب‌تری دارند، در حالی که مشتقات بنزودیازپین‌ها در اضطرابات قابل پیش‌بینی، اثربخشی بهتری بر علایم از خود نشان می‌دهند. نویسندگان نامبرده یک الگوی بیولوژیکی درون‌زاد درباره حملات اضطرابی و پانیک ارائه می‌دهند، بدون آنکه به این مسئله توجه داشته باشند که این اضطراب‌ها واکنش به عوامل ناخودآگاهی است که بر بیمار شناخته شده نیست و روانکاوی از عهده درمان موفق آن بر می‌آید. در بحث چالشی که میان کلاین و همکاران (۱۹۸۷)، کلاین (۱۹۸۷) و للیوت و مارکس (۱۹۸۷) صورت گرفت، مشخص گردید که همچنین از دیدگاه رفتاردرمانی، درمان دارویی اضطراب که به علایم جسمی محدود می‌گردد و بررسی و از بین بردن ریشه‌های روانی را نادیده می‌گیرد، جای نقد فراوان دارد.

به نظر ما نفوذ سیستم DSM-III در این زمینه جای تأمل دارد (ترس و همکاران ۱۹۹۵). در تحقیقات معاصر روانپزشکی برای شکل‌گیری حملات پانیک، عمدتاً فرضیه‌های بیولوژیک مورد بحث واقع می‌شوند.

در درمان اختلالات اضطرابی نیز به درمان دارویی، در مقایسه با روانکاوی و رفتاردرمانی ارجحیت داده می‌شود. بدین ترتیب موقعیت‌های بروزدهنده روان‌پویایی و عوامل روانشناختی حملات اضطرابی نادیده گرفته می‌شوند. بنابراین بخش بزرگی از بیماران حتی زمانی که عوامل روانشناختی بروزدهنده در آن‌ها تشخیص داده می‌شود، تحت درمان دارویی قرار می‌گیرند.

این در حالی است که بیماری‌های اضطرابی که تابلوی بالینی آن کمابیش از جانب فروید تبیین شده، در کنار ابتلا به الکل و افسردگی، شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی را تشکیل می‌دهند (ویتشن و سرزن ۱۹۸۸). در اضطراب به دلیل زمینه‌های واکنشی فردی، یک الگوی بیولوژیک آشکار می‌شود، در صورتی که عوامل بروزدهنده موقعیتی نیز بدان افزوده شود. از منظر تاریخ پزشکی واقعیت تعجب‌انگیزی است که اهمیت مرکزی توصیفات فروید درباره نورژ اضطرابی به عنوان یک سندرم بیمارگونه کشف مجدد می‌گردد، اما زمینه‌های روانی شکل‌گیری و سیر این بیماری نادیده گرفته می‌شود. بازتاب این امر، محدود شدن درمان اضطرابات به تجویز داروهای آرام‌بخش است. همراه با هفتر تأکید می‌کنیم، که فرایندهای روانی که به ایجاد شرایط اضطرابی منجر می‌شوند، معمولاً نمی‌توانند توسط درمان دارویی برطرف گردند.

"در بهترین حالت انسداد اضطراب‌های وخیم می‌تواند فرد مربوطه را به موقعیتی آورد که بتواند از قابلیت‌های خود برای غلبه بر اضطراب استفاده کند. حالات اضطرابی مزمن، و بیش از همه، نورژهای اضطرابی نیازمند روان‌درمانی هستند" (۱۹۸۷، ص: ۲۰۳).

تقدم درمان دارویی

تقدم درمان دارویی - بجای آنکه در ذیل یک برنامه درمانی روان‌درمانی قرار بگیرد - در درمان اختلالات روانی از آنجا آشکار می‌گردد که مثلاً در آمریکا ۱۰٪ مردم داروهای آرام‌بخش استفاده می‌کنند، آرام‌بخش‌ها سومین رتبه داروهای مصرف شده را به خود اختصاص می‌دهند. اتفاقاً در اختلالات نوروتیکی با علائم اضطرابی - افسردگی، اثربخشی معنادار آرام‌بخش‌ها بر علائم هنوز بطور مشخص اثبات نشده است، زیرا در مطالعاتی که با دارونماها صورت گرفته نیز، تأثیرات آشکار به دست آمده است. در اینجا به عوامل تأثیرگذار عمومی می‌رسیم که در رابطه بیمار - پزشک و نگرش‌های روانشناختی - روان‌درمانی متفاوت به حیطه درمانی وارد می‌شوند (کشله ۱۹۸۸a).

تشخیص

تشخیص مدرن جسمی نه تنها به درمان یکجانبه، بلکه به درمان اشتباه منجر شده است. در اینجا معمولاً انحرافات جزئی پیدا می‌شوند که معادل و یا همبسته با اضطراب در نظر گرفته شده، اما به غلط به عنوان دلیل و یا بخشی از نورژ اضطرابی استنباط می‌شوند. پزشک و بیمار گمان می‌کنند دلیل عینی پیدا کرده‌اند و زمانی به کاهش فشار می‌انجامد که اقدامات درمانی اجرا شوند. سرخوردگی زمانی بیشتر می‌شود که عمل تیروئید و یا درمان دیگری نتیجه‌ای نداشته باشد.

در پزشکی مدرن تقریباً هیچ تابلوی بیماری نظیر نورژ اضطرابی با تشخیص اشتباه مواجه نمی‌گردد. تشخیص‌های تقریبی بیشماری بر مبنای علایمی نظیر، پلک زدن چشم، تعریق، لرزش و غیره، تشویش را حفظ و اضطراب را تقویت می‌کند. از زاویه تشخیصی غالباً دشوار است که عوامل (روانی) جسمی معادل اضطراب را پیدا کرد. بر همین مبنا بیماران نمی‌توانند از موقعیت‌های بروزدهنده اضطراب پرهیز نمایند، امری که مبتلایان به فوبی امکان انجام آن را دارند. از آنجایی که یک نورو تیکر قلبی یا فوبیکر قلبی نمی‌تواند از قلب خود نظیر یک عقرب فرار کند، این سندرم به نورژهای اضطرابی در گذار به هیپو کندری تعلق دارد. بنابراین مفهوم فوبی قلبی، هم از دید پدیدارشناسی و هم به لحاظ روان‌پویایی درست نیست. بالبی نیز (۱۹۷۶) در گروه فوبی‌ها یک افتراق بالینی مستدل پیشنهاد نمود که هوفمن (۱۹۸۶) به آن اشاره کرد: فرد مبتلا به آگورافوبیا از میدان نمی‌ترسد، بلکه او در این موقعیت شخص مطمئنی را به عنوان "ابژه هدایت کننده" جستجو می‌کند (کونینگ ۱۹۸۱). ریشتر و بکمن (۱۹۶۹) نیز به چنین افتراقی در نورژ قلبی دست یافتند. آن‌ها ۲ نوع را توصیف کردند که در ارتباط با واکنش به اضطراب جدایی از یک دیگر تفکیک می‌شوند. در همین راستا و از زاویه تکنیک درمانی در بیماری‌های اضطرابی و زیر-مجموعه‌های آن تفاوت‌های مهمی وجود دارد.

توصیه‌های مربوط به تکنیک درمانی

روانکاوی بیش از درمان جسمی، به اجزای کارآمد و عملکردی شخصیت توجه دارد. هر چقدر بیماری اضطراب شدیدتر باشد، امکان آنکه بیمار به کمک روانکاو بر اضطراب مزمن و از طرف دیگر اضطرابی را که در شرایط حاضر حاد می‌شود، غلبه کند، کمتر می‌شود.

◀ در ناامنی مفرط بیمار مهم است که توسط اقدامات حمایتی، جایگاه بیمار را در ابتدا بگونه‌ای تثبیت کنیم که بتواند درباره شرایط فکر نموده و رفتارهای آزمایشی از خود نشان دهد.

◀ در موقعیت‌های تحریک‌کننده و اضطرابی حاد غالباً آرام نمودن کلامی کفایت نمی‌کند، بنابراین داروهای آرام‌بخش، آنتی‌دپرسان و مسدودکننده‌های بتا باید تجویز شوند. حائز اهمیت است که داروهای حمایتی در برنامه درمان روانکاوی ادغام گردیده و تحت هدایت آن قرار بگیرند (نک بنکرت و هیپیوس ۱۹۸۶، کاسپر و مولر ۱۹۰۵، استرین ۱۹۸۳، ورمزر ۱۹۸۷).

از زاویه روانکاوی، داروهای آرام‌بخش زمانی بامعنا و ضروری هستند که از آن طریق غلبه بر اضطرابات نروتیکی تسهیل و یا ممکن گردد. بیمارانی که اضطراب سراسر وجود آن‌ها را فراگرفته به این داروها نیاز دارند تا بتوانند به تعمق درباره مخاطرات بیان‌دیشند. چشم‌پوشی از ناب‌گرایی روشی در خدمت درمان، چیزی است که در درازمدت روانکاوی نیز می‌تواند از آن بهره‌مند گردد (میلرود ۱۹۹۵، روز و اشترن ۱۹۹۵، روز و گلیک ۱۹۹۵). امنیتی که به‌وسیله داروهای تجویز شده به دست می‌آید، نزدیک شدن به مقوله اصلی را هموار می‌کند. ایجاد یک رابطه یاری‌دهنده که در موارد مطلوب دست در دست اثربخشی تعبیرات انجام می‌شود، زمانی تسهیل می‌شود که حمایت‌های دارویی موجود در فرایند روانکاوی ادغام گردند.

هر چقدر اضطراب مخدوش‌تر و فراگیرتر باشد، شانس غلبه بر آن کمتر است و به همین خاطر، مهمتر است که همراه با بیمار به جستجوی این مطلب بپردازیم که اضطراب در کدام نقطه به ترس مرتبط با ابژه تبدیل می‌شود و بدین ترتیب راه برون‌رفت از درماندگی را دنبال کنیم.

این فرایند روان‌پویایی دست به دست افتراق‌پدیدارشناسی اضطراب و ترس به جریان می‌افتد. هر چقدر امکان عینیت‌پذیری اضطراب بیشتر و مشخص شود که بیمار از چه چیز می‌ترسد، امکان غلبه بر خدعه ترس بیشتر می‌شود.

این تفکیک در تئوری رشد روانکاوی جایگاه مهمی دارد، زیرا رشد از جمله از طریق تبدیل اضطراب مخدوش به ترس مشخص تعریف می‌گردد.

خلاصه: مشخص است که ضایعه‌های مستمر، اعتماد به نفس را لگدمال می‌کند. پس از زاویه درمانی کافی نیست که محرک‌های غریزی لیبیدویی و پرخاشگرانه ناشناخته را که در درماندگی حضور دارند به‌وسیله آگاهی ارتقا دهیم. این فرایند زمانی مؤثر است که همزمان با آن، اعتماد به نفس افزایش یابد. عوامل مؤثر درمانی کلی و خاص معمولاً دست به دست هم داده و یک دیگر را تکمیل می‌کنند. اما چنانچه اعتماد به نفس تقویت نشود، تعبیرات اثربخشی خود را از دست خواهند داد. اشکال ضددرمانی بی‌طرفی وجود دارد که به اعتماد به نفس بیمار ضربه می‌زند. نمونه این مطلب را در درمان کریستیان Y در بخش‌های ۲-۳-۹ و ۳-۳-۹ نشان خواهیم داد.

در پایان مایلیم برخی اصول تکنیک درمانی در درمان بیماری‌های اضطرابی از زاویه روانکاوی را طرح کنیم.

◀ تقویت انسجام بیمار در برابر عوامل بروزدهنده اضطراب، اساسی است (هوفمن و بازلر ۱۹۹۵). این واقعیت که مخصوصاً افراد مبتلا به نورژ اضطرابی از ضعف خود شدیداً رنجور هستند، حاکی از آن است که مرز انعطاف‌پذیری در برابر هیجانات نزول یافته و آرزوهای ساده به عنوان "اضطراب غریزی" علامت خطری را روشن نموده که به اضطراب منجر می‌شوند.

◀ این توصیف حاوی این پیامد تکنیک درمانی است که عملکرد خودِ کمکی روانکاو بطور کامل مورد استفاده قرار بگیرد. اضطراب‌های مزمن به از دست دادن اعتماد و احساس امنیت می‌انجامند. روانکاو در عملکرد خودِ کمکی و از طریق شناسایی آنچه بیمار اکنون از عهده آن بر می‌آید، وی را تشویق و هدایت می‌کند تا فضای رفتاری خود را توسعه دهد.

◀ حمایت مستقیم و غیرمستقیم باید از طریق ابزار خاص روانکاوی، یعنی تفاسیر روانکاوی مورد تأکید واقع شود. احساس امنیت و اعتماد به نفس اینگونه رشد می‌کنند که اضطراب‌های "سطحی" که از جانب فروید به عنوان "اضطراب فراخود" و "اضطراب اجتماعی" نامیده می‌شوند، از بین بروند. "اضطراب وجدان" حاوی رابطه اضطراب بیولوژیک و وجدان روان-فرهنگی است. کاهش فشار بر وجدان، به کاهش اضطراب مجازات ختم می‌شود.

◀ در تکنیک درمان، گذار از سطح به عمق، روش تأیید شده‌ای است که ما در مقدمه فصل ۴ در مورد آن بحث کردیم.

◀ غلبه بر اضطرابات نوروتیک زمانی تسهیل می‌گردد که انواع متفاوت امکانات درمانی بین‌رشته‌ای مورد استفاده واقع شوند. روانکاوی مدرن در این مسیر گام بر می‌دارد (نک بورن اشتین ۱۹۹۶).

در نورژهای اضطرابی مزمن و سخت با حملات پانیک، ناکامی‌های پیایی پتانسیل ناخودآگاه پرخاشگری را چنان افزایش می‌دهند که فضای شکل‌گیری آرزوهای معمولی را سلب می‌کنند. مثلاً اضطراب از مردن از طریق سکت قلبی، معمولاً و بطور ناخودآگاه با پرخاشگری زیاد نسبت به افرادی که انسان به حمایت آن‌ها نیازمند است، همراه است. این بن‌بست زمانی به پدیده‌ای ضددرمانی تبدیل می‌شود که روانکاو سریعاً به تعبیرات عمیق درباره عصبانیت روی آورد. تعبیرات مفید با توانمندی ادغام و انسجام بیمار در ارتباط با هیجانات جهت‌گیری دارد.

◀ اعتماد به نفس در رابطه با روانکاو زمانی رشد می‌کند که او محرک‌های حمایتی خویش را از جایگاه خودِ کمکی ارائه کند. دوگانگی‌ها همواره ترس ایجاد نموده ولذا باید به گونه‌ای که برای بیمار قابل فهم باشد درباره آن صحبت شود. بدین ترتیب توان تفکیک بیمار برای تخیلات ناخودآگاه افزایش می‌یابد که در روشنایی کمتر خوفناک به نظر می‌آیند تا در تاریکی شب.

ما با اضطراب به عنوان مشکل اساسی کلیه نورژها در سراسر کتاب مواجه خواهیم شد. نورژهای اضطرابی متوسط، یعنی همه بیمارانی که از سندرم تشریح شده توسط فروید رنجور هستند- مثلاً نورژ قلب- برای درمان روانکاوی و اندیکاسیون انطباقی که ما از آن جانبداری می‌کنیم، مناسب هستند. پیگیری‌های طولانی مدت حاکی از درمان موفق روانکاوی در نورژهای اضطرابی حتی مزمن است.

۹-۲ هیستری اضطراب*

اضطرابات و تصورات بدنی هیپوکندریایی پدیده‌های همراهی هستند که شارکو و فروید در بحث هیستری مطرح کردند.

محتوای اضطراب دریچه‌ای جهت فهم تجربه بیمار م‌گشاید و نیز انحراف عملکردی به‌عنوان معادل هیجانی را توضیح می‌دهد. در اینجا باید به تصورات بیمار و تئوری شخصی وی درباره بیماری دقت و توجه خاص معطوف نماییم.

در غیر این صورت نمی‌توان به این مسئله پی برد که مثلاً سندرم تنفسی عصبی، معادل جسمی یک نورژ اضطرابی است.

◀ علایم هیستریک به‌عنوان فعالیت‌های بامعنای اولیه، به‌عنوان رفتارهای شکننده، زمانی قابل انتظار هستند که اجزای ناخودآگاه تصویر بدنی با یک‌دیگر خوانایی نداشته باشند و یا برخلاف نظم فیزیولوژیکی ظاهر شوند.

◀ در فرایند اختلالات تبدیلی اهمیت مرکزی دارد که تصورات ناهمخوان در چارچوب تصویر بدنی جابجا شوند.

◀ منظور از مفهوم جابجایی مکانیزمی است که هم در تئوری شکل‌گیری رویا و هم در تئوری نورژها در ارتباط با علایم هیستریک و فویایی جایگاه مهمی را به خود اختصاص می‌دهند. بواسطه جابجایی در رویا و هنگام شکل‌گیری علایم، راه‌حل‌های توافقی و میانی و معیوبی به دست می‌آیند که روانکاوی برای درمان آن (تعارض) کارآیی خود را اثبات کرده است.

ما از آن روی مکانیزم جابجایی را مورد تأکید قرار می‌دهیم، زیرا این فرایند برای درک تصورات بدنی ناخودآگاه بیمارانی که در پائین نام برده می‌شوند و نیز برای درک سیر شکل‌گیری رویاها و علایم کمک می‌کند. تغییر شکل انرژی، آنگونه که فروید آن را به اختلالات تبدیلی ربط می‌داد،

* Anxiety Hysteria
Angsthysterie

به عنوان فرضیه، ضرورت خود را از دست می‌دهد. به خواننده‌هایی که درباره اختلالات تبدیلی و تصویر بدنی مایل به کسب اطلاعات بیشتر هستند، مطالعه مطالب بخش ۱-۲-۹ را توصیه می‌کنیم.

علامت. خانم باتریس X ۲۴ ساله که ۲ سال است ازدواج کرده و بدون فرزند می‌باشد، حدود ۸ سال است که از تشنجهای تنفسی توأم با احساس تنگی و خفگی و تشویش رنج می‌برد. علامت برای نخستین بار در سالگرد فوت پدر که به علت قلب درد مزمن ناشی از اختلال سیستم تنفسی در گذشته بود، بروز کرد. از ۲ سال قبل دردهای وی که به وسیله متخصصان داخلی به عنوان سندرم تنفسی عصبی تشخیص داده شده بود، شدت گرفته بود. خانم باتریس X می‌ترسید خفه شود. او در طول روز بطور مرتب و تیک‌وار سرفه می‌کرد. در سفر ماه عسل، اضطراب هنگام غذا خوردن با همسرش و بعداً در حضور دیگران تا آن حد شدت گرفت که از آن پس غذای خود را به تنهایی صرف می‌کند. این وضعیت با تصورات جسمی عجیبی همراه است: احساس تهی بودن وحشتناک؛ او فقط یک قفسه سینه توخالی دارد که هوا داخل آن نمی‌شود؛ او برای تنفس ضعیف است، هوا خارج می‌شود، مثل یک بادکنک نرم. سپس تجسم می‌کند مثل یک لوله محکم شده است. به علت واژینسم آمیزش غیرممکن است.

او غالباً سر پا می‌نشیند چون اینگونه احساس امنیت بیشتری می‌کند. برای او غیرقابل تحمل است که جلوی خود چیزی خالی داشته باشد، یا "از جلو خالی باشد." به همین خاطر هنگام ماشین سواری خودش را محکم می‌گیرد. رفتارهای سردرگم کننده زیادی خبر از ناامنی داخلی وی می‌دهد. بیمار وقتی با اشیاء پیرامونی بازی می‌کند، آرام می‌گیرد. او خودش و محیط پیرامونی‌اش را کنترل می‌کند.

در ارتباط با تاریخچه بیماری داده‌های زیر قابل اشاره هستند که بیمار در ابتدای درمان توانست گزارش دهد:

◀ بیمار از سن ۳ الی ۱۶ سالگی توسط سرسره بازی که ضمن آن می‌پرید و مادر آن را جست و خیز می‌نامید، خودارضایی می‌کرد. توسط ممنوعیت مادر، "جست و خیز" چیز بدی شد و در علایم بعدی او، اضطراب قدیمی با این محتوا که به خود آسیب رسانده، نمایان شد.

◀ در خودارضایی، تخیلات همراه مربوط به ابژه حضور نداشتند. او از سرسره بازی (جست و خیز) روی زانوی پدر پرهیز می‌کرد. زنده شدن آرزوی نزدیکی با محارم در دوران بلوغ رویاهای کلیشه‌ای به همراه داشت. در این رویاها همواره چیز وحشتناکی بین او و پدرش رخ می‌داد و او با ارگاسم بیدار می‌شد. برای مدت طولانی یک رویای روزانه دل‌نشین اتفاق می‌افتاد: او یک تاول در ساعد دست داشت که پزشکی باید آن را باز می‌کرد. این فرایند تخیلی با ارضای لذت شدید همراه بود.

◀ میل به زنای با محارم ادیپی در بازی با برادر اجرا می‌شد. برادر دوست داشت که خواهر عضو او را نوازش کند، در حالی که سعی وافر می‌کرد خود را کنترل کند. اینکه برادرش "گنده‌کاری" نمی‌کرد، برای او به یک الگوی مردانه "کنترل" بر خود، تبدیل شد. بیمار پس از این ارضای کنترل شده به وان حمام می‌رفت تا خنک شود. مادر که ظاهراً از جریان بو برده بود، خواهر- برادر را از هم جدا می‌کند. از آنجایی که پدر و مادر نیز جدا می‌خواهیدند، بیمار فکر می‌کرد آن‌ها با هم رابطه جنسی ندارند.

◀ بیمار با نگاهی به گذشته، زمان شروع مشکلات تنفسی خود را سن ۱۶ سالگی می‌نامد، زمانی که جست و خیز، یعنی خودارضایی را با موفقیت سرکوب کرده بود. اولین حمله اضطرابی جدی هنگام رابطه دوستی با شوهر آینده‌اش رخ داد که از یک سال قبل ازدواج صمیمی‌تر شده بود. بیمار از اضطراب آمیزش با همسرش، خود را کنار می‌کشید. تحریک متقابل و ارضای ناقص با دوست پسرش، قوی‌تر از آنچه با برادرش تجربه کرده بود، تکرار شد. پس از اولین حمله اضطرابی و مخصوصاً پس از سفر ماه عسل، دردهای هیستریک جسمی شدت یافتند.

● خانم باتریس X از علایمی رنجور است که در مجموع جزو سندرم اضطرابی محسوب می‌شوند. با توجه به محتوای جنسی- ادیپی اضطراب می‌توان همچنین از هیستری/اضطرابی سخن گفت. به سبب معنای تحقیرآمیز کلمه، قابل توصیه است که واژه هیستری در نامه‌های پزشکی و در گفتگو با بیمار و بستگان وی استفاده نگردد. در مبحث علمی اما چشم‌پوشی از این واژه قدیمی، نوعی سرپوش گذاشتن محسوب می‌گردد. مکانیزم‌ها و محتویات هیستریک در نورژهای اضطرابی کماکان تأثیرات بیمارگونه دارند.

در این گزارش درمانی که ۳۰ سال قبل طراحی گردیده، نکات برجسته تکنیک درمانی به مفروضاتی درباره دلایل روانزادی اضافه شده‌اند.

ارائه سیستماتیک این درمان حاوی ۱۰۰ صفحه است. درمان خاتمه یافته و موفق روانکاوی متشکل از ۳۵۰ جلسه بود. به دلایل بیرونی، بیمار باید دوبار برای مدت طولانی بستری می‌شد. در طول این مدت هر هفته ۶ جلسه برگزار می‌شد. پس از یک وقفه و بعد از دومین ترخیص بیمار، او ۲ بار در هفته تا انتهای درمان بطور سرپایی مراجعه می‌کرد. درمان وی در طول پیگیری ۳۰ ساله قطعی است. خانم باتریس X هیچ مشکل عمده‌ای ندارد، زندگی همنوایی با خانواده‌اش دارد و صاحب چند فرزند است. او بخوبی از عهده فشارهای زندگی برآمده است.

برای تسهیل فهم جلسات بعدی یادآور می‌شویم که وی در حین دوران بستری نخست، یک نورژ انتقالی متنوع پیدا کرد. زبان تصویری رویاهای بیمار، وارد شدن به تئوری‌های جنسی او را که کودکانه باقی مانده بودند و اختلالات جسمی و اضطرابات ناشی از آن را تسهیل می‌کرد. استعاره

روایاها در ارتباط تنگاتنگی با تصویر بدنی ناخودآگاه و لایه‌های متفاوت آن داشت. به عقب برگردان جابجایی‌ها، یعنی نام بردن مشخص انتقال‌ها، به تغییر نحوه بیان ناخودآگاه منجر گردید. آنالیز تقلید به سوالات خاصی درباره ریشه‌های روانی منتهی شد، مثلاً به سوالاتی درباره اهمیت احساس عذاب ناخودآگاه که بدین ترتیب ارضا می‌شود که خانم باتریس X با همان علایمی خود را مجازات می‌کند که پدرش از آنان رنج می‌برد. هیجانات روزمره و یا مشاهده تصادفات، بیمار را به آشفتگی زیادی می‌کشاند، زیرا وی را به یاد مرگ، بیماری و فوت پدر می‌اندازد. بیمار پس از فوت پدر، با دردها، تنگی نفس و اضطراب به بیماری پدر تداوم می‌بخشید که برای مدت طولانی بیماری قلبی و تنفسی داشت. وی از طریق دردهای خود با پدرش در رابطه مانده بود.

پزشک خانواده نیز به تشابه علایم در تنگی نفس، پی برده بود، اما بیمار اشاره او را ناشنیده گرفته بود. معمولاً مقدمات زیادی لازم است تا بینش درباره این دسته تقلیدها که مبتنی بر همانندسازی ناخودآگاه است، از زاویه درمانی به ثمر نشیند. آگاه کردن بر تشابهات ناخودآگاه که بیان نمادین خود را در علایم هیستریک می‌یابد، بدین طریق آسان می‌گردد که بیماران از طریق تقلید برخی خصوصیات، تشابهات ایجاد شده را همزمان در بدن خود تجربه کنند.

پس از یک مقدمه طولانی، زمینه درک تقلید در جلسه ۱۲۳ فراهم گردید. اشتیاق وی برای در ارتباط بودن با پدر، اکنون در تخیلات خودآگاه تجلی یافت. درد و سوگ که در ارتباط با جدایی از پدر بود، دومرتبه زنده شد. اینکه انسان فرای زمان و علیرغم جدایی، توسط درد یک رابطه را زنده نگه دارد، برای بیمار از طریق یک تخیل انتقالی روشن شد. بیمار با معذرت خواهی‌های مکرر که توأم با عذاب وجدان بود از توانایی خود در مشاهده دقیق صحبت کرد. پس از کسب اطمینان، خانم باتریس X بالاخره به اظهارات تحقیرآمیز درباره روش غیرمعمول من و حرکتهای ناهماهنگ دستان من روی آورد.

● خانم باتریس X مشاهدات خود را در بیرون جلسه به شکل پانتومیم نشان داد. این سعی تقلید به یک واقعه با اهمیت در مسیر شناخت همانندسازی‌های موجود ناخودآگاه و هیجانات توأم با آن منجر شد. اشارات تحقیرآمیز وی درباره روانکاو به شکاف احساس گناه وی در برابر پدر وارد شد. در همین جلسه بود که بیمار برای نخستین بار بشدت گریه کرد.

به همین خاطر مشاهدات بعدی مهم هستند: خانم باتریس X در تداعی‌های خویش ابتداءً به یک چیز بیرونی می‌رسد، یعنی به اینکه من قبلاً در بخش با او صحبت کرده‌ام تا مطمئن شوم که جلسه ساعت ۱۷ برگزار می‌شود. من خسته به نظر می‌رسیدم و خانم باتریس X می‌خواسته به من پیشنهاد کند که جلسه امروز لغو شود. سپس این تداعی که برای شکل‌گیری علامت و درک آن مهم بود، ارائه می‌شود: پدر او غالباً خسته بود و بویژه در طول بیماری خود قادر نبوده برای صرف غذا بر سر میز

بنشیند. از او خواسته می‌شد و او تلاش می‌کرد. من این تعبیر را مطرح می‌کنم: خانم باتریس X ظاهراً مضطرب بود که مبادا هنگام غذا خوردن برای پدرش اتفاقی بیفتد، او ممکن بود به علت تنگی نفس هنگام خوردن سیب زمینی که بیمار در بشقاب او قرار می‌داد، جان خود را از دست بدهد. او می‌خواهد امروز نیز از خستگی بیشتر من، از تضعیف من به علت چیزهایی که برایم تعریف می‌کند و یا حتی مرا خفه می‌کنند، جلوگیری کند. از آنجایی که در جلسه امروز یک بار دیگر نیز درباره رویای گوشت جوجه تیغی صحبت شده بود، من این اشاره را بهانه قرار داده و می‌گویم، او می‌ترسد که بدین وسیله چیز مضری به من بدهد، یعنی گوشت جوجه تیغی که حال مرا خراب خواهد کرد (در این رویا او با کمال تأسف به کسی از این گوشت داده بود).

موضوع همانندسازی با پدر بیمارش باز هم روشن تر می‌شود: در فرایند انتقال، مشکل با توجه به امری جزئی آشکار می‌شود. خانم باتریس X خواهش می‌کند پنجره بسته شود و آن را یک عمل مشمئزکننده می‌نامد. کار تعبیر، پرده از نفس تنگی پدر بر می‌دارد که پنجره باید بر روی او باز و نیز تشنج هنگام غذا که با وخامت بیماری، بیشتر می‌شد. بیمار با مرور گذشته این احساس را دارد که پدرش دیگر تحمل اوضاع را نداشت. چنین تفسیر می‌شود که او اینک نیز اضطراب آن را دارد که من با پنجره بسته نتوانم کار کنم و به من فشار وارد شود.

مسیر دیگر تعبیر حاکی از خشم نسبت به پدر است که فقط به کار و اشتغال خود سرگرم بود. در خانه باید از او پذیرایی و مراعات حال او می‌شد، اما درست موقع غذا خوردن اوضاع به هم می‌ریخت. بیمار مداخله و میانجیگری می‌کرد و کسی بود که تحمل صحبت درباره طلاق را نداشت. او دیشب این رویا را دید: شرکت خراب شده بود، او با مادرش در سوله ویران شده قدم می‌زد و به او می‌گفت هرآنچه پدر ساخته، از بین رفته است. در انتقال، احساسات مشابهی شکل می‌گرفت، نگرانی نسبت به من و انتقاد از من که من نیز زیاد به خانواده خودم نمی‌رسم.

جابجایی از پائین به بالا. در ارتباط با نظریات خویش درباره اختلال تبدیلی و تصویر بدن (۱-۲-۹) در ابتدا یک نمونه بالینی می‌آوریم که نقطه شروع آن در علایم تنفسی قرار دارد.

دو رویا:

◀ بیمار در دودلی و تشویش، در وحشت اضطراب‌انگیز خود را در محاصره آدمک‌های کوتوله‌ای می‌بیند که گویی از جنس پلاستیک هستند. این آدمک‌های پلاستیکی یکی بعد از دیگری می‌ترکیدند. بیمار در تلاش برای پیدا کردن یک نقطه اتکا بود و خود را به ریسمانی چسباند که از آسمان می‌آمد.

◀ در دومین رویا در همان شب، بیمار در کنار تماشاگران دیگر روی یک پل ایستاده است. یک ماشین نعش کش نیز از کنار آن‌ها گذشت. عنصر اصلی رویا اما شکار یک کوسه ماهی بود. از پل دیده می‌شد که کوسه ماهی که مقاومت می‌کرد با زور به داخل یک قایق کوچک کشیده می‌شد. با وجود آنکه او خودش را به این طرف آن طرف می‌زد، با خنجری که به وی زده شد، کشته شد. از آنجایی که بیمار بیاد آورد که قبلاً نیز توسط یک طناب به عمق پرتاب شده، رابطه‌ای بین محتوای آشکار رویای قبلی برقرار شد. در جلسه آخر به هر موضوعی پرداخته شد و بدون آنکه مفید باشد، موضوعات شناخته شده مطرح گردید: ترکیدن آدمک‌های پلاستیکی از جانب من به عنوان اضطرابی تعبیر شد که ممکن است با ترس ترکیدن کاندوم در جلوگیری از بارداری ایجاد گردد. این اشارات موجب شد تا مجدداً درباره وسواس کنترل وی صحبت کنیم.

● من در خفا گمان می‌کردم که اضطراب از ترکیدن به نوعی با اضطراب اختگی سر و کار دارد. در این راستا حالات بدنی تعجب‌آور وی روی کاناپه توجه مرا جلب کرده بود. او کمی کج می‌نشست، چون اینگونه احساس کنترل بیشتری بر خود داشت.

● اشارات او درباره حالات بدنی مرا به این تخیل واداشت که او ظاهراً اینگونه بر اضطراب اختگی خود غلبه نموده که به قول لوین (۱۹۳۳) از بدن خود به عنوان عضو بلند شده استفاده می‌کند. تعجب‌آور آنکه او می‌هراسد که در حالت دراز کشیده هوای کمتری تنفس نموده تا زمانی که بالاتنه خود را خم می‌کند.

او اکنون به این نکته آگاهی یافته که بازی با بدنش در خدمت تخلیه هیجانات است. از خودارضایی به عنوان تلاشی صحبت شد که از طریق تماس بر احساس تهی بودن غلبه می‌کند.

درباره رویای کوسه میل به انتقام در مورد روانکاو تعبیر شد، ضمن آنکه گفته شد او در ماهی-عضو- که می‌خواهد وارد او بشود، مثل یک راکت در رویای دیگر- انتقام می‌گیرد. بیمار در این ارتباط به یاد رویای دیگری افتاد که طی آن در یک ناودان حرکت می‌کرد. جلسه به قول او نتیجه‌ای نداشت. اضطراب اختگی و نیز آرزوی اختگی با خاطرات و یا تخیلات انتقال رابطه‌ای نداشتند.

خانم باتریس X شب‌ها به جلسه غیرمفید (۱۳۰) فکر کرده و به اطلاع من رساند که یک فکر مهم را از من پنهان کرده است. اکنون یک کار تعبیری نتیجه‌بخش ممکن شد. بیمار با اطمینان خاطر گفت ترکیدن آدمک‌ها را می‌توان اینگونه تعبیر کرد: او قبل و در حین ازاله بکارت تخیلات فراوانی داشته است.

خانم باتریس X در ابتدا مرا با گزارش دقیقی درباره مسافرت ماه عسل، شب عروسی و روز بعد از آن متعجب کرد. در این روز بیمار با همسرش در دریا شنا کرده بود و حس کرده- آنگونه که خودش گفت- سوراخی داشته باشد، بدون آنکه بتواند کنترل کند چه چیز به آن وارد و یا از آن خارج می‌شود. او بعد از ازاله بکارت حس بدنی خود را اینگونه تشریح کرد و من اضافه کردم: این تخیل را داشتید که وقتی در دریا شنا می‌کردید، آب و در بیرون، هوا به عضو شما وارد می‌شود. در زبان رویا به این معناست که یک ماهی (عضو) می‌تواند به شما وارد شود.

خانم باتریس X تا به امروز نیز گمان می‌کند که موضوع فقط به از بین رفتن بکارت ختم نشده، بلکه دهانه عضو دچار پارگی بیشتر شده است. او در این حال به یک رویای دیگر رسید. شکاف در بال پرندگان، همان شکاف‌هایی است که توسط ازاله بکارت بوجود آمده‌اند.

بیمار اکنون اضافه می‌کند که آن زمان اصلاً تمایلی نداشت با مهمانان دیگر غذا بخورد. اختلال تغذیه، کوتاه پس از زنانگی وی رخ داد، همزمان اختلال تنفسی شدت یافت. اینکه در اینجا با یک جابجایی به طرف بالا مواجه است، سریعاً از جانب وی پذیرفته شد. او اکنون تلاش می‌کند آنجا که ممکن است کنترل اعمال کند تا حداقل در آنجا "سوراخ‌ها" را ببندد.

تعبیر رویای ماهی باز هم ادامه یافت. بیمار در مورد تهوع خود از ماهیان صحبت می‌کند، حالت بهم خوردگی وی و نیز تهوع از بوی ماهی در تشبیهی که می‌کند به بوی مایع منی می‌ماند، از زمان عروسی پیدا شده است.

من تفسیری درباره پرخاشگری وی نسبت به همسرش ارائه می‌دهم.

ر: شما درد داشتید و حس می‌کردید مجروح شده‌اید و به همین خاطر از شوهرتان و عضو او انتقام گرفتید. در رویا کوسه ماهی را کشتید و در واقعیت، همسران را تحقیر می‌کنید.

ترکیدن آدامک‌ها، حباب‌های پلاستیکی- در یک تداعی بیمار چنین گفت که همه روند مثل ترکیدن حباب کف بوده است- در جلسه آخر به چیز دیگری نیز اشاره داشت. من فکر می‌کردم آنجایی که او در بازو یک حباب داشته که توسط یک پزشک باز شده بود، در ترکیدن یک تداعی مبهم در تخیل لذت‌بخش او نهفته است. بیمار به یاد نمی‌آورد که آیا چیزی در این حباب وجود داشته یا نه. موضوع در همین حد باقی ماند.

خانم باتریس X در جلسه ۱۳۱ فوراً به موضوع حباب برخورد نمی‌کند، بلکه بعد از آنکه درباره تعطیلات خود صحبت کرد. او چنین می‌گوید: با وجود آنکه در یک هتل خوب اقامت داشتند، او در حمام موشی را می‌بیند که دو مرتبه فرار کرده بود. او فکر می‌کرد موش خودش را در توالت پنهان کرده است. در همانشب او رویای چندش‌آوری می‌بیند.

ب: من می‌خواستم مدفوع کنم. در مدفوع یک ماهی بزرگ بود.

بیمار خود چنین ایده‌ای داشت که چیزی تولید می‌کند تا بدینوسیله استقلال خویش را نشان دهد. من تعبیر می‌کنم که بیمار در رویا چیزی دارد که از بیرون نمی‌آید، بلکه به درون وی وارد می‌شود.

پس از آن بود که رویای دیشب به یاد آورده می‌شود.

ب: روی بینی من یک حباب بود. مردی آمد و حباب را با یک قلم باز کرد، اما مشخص شد که خود من چنین قلمی را در حباب پنهان کرده بودم.

این رویا ظاهراً به رویای مقعدي حذف عضو مربوط می‌شد. تداعی‌های بیمار در تعبیر انتقال جمع‌بندی شدند. او گفت که مایل است گزارش روانکاو را بخواند تا بالاخره بداند که روانکاو در مورد او چه فکر می‌کند و چه یادداشت‌هایی بر می‌دارد. کار تعبیر تقریباً اینگونه ادامه یافت: آنچه او از موارد مخفی گزارش حدس می‌زند، آن چیز پنهانی است - این فرض که روانکاو نسبت به زن بودن او بی‌تفاوت است - و او گمان می‌کند که آن چیز پنهان باید ارزش بالایی داشته باشد. انتقام مخفی وی اینگونه تفسیر می‌شود، به عنوان فکر ناخودآگاه که روانکاو - مثل همسرش - افکار، مدفوع، پول او را به نفع خود به هدر می‌دهد تا به عنوان مرد، روانکاو و مهندس معمار، بزرگ و بزرگتر شوند، در حالی که او فکر و همه چیزش را فدا می‌کند و تهی می‌شود.

تیک سرفه تقریباً از بین رفته است. در هفته‌های اخیر او توانسته بود برای اولین بار با همسرش غذای مشترک صرف کند. ارتباطات جنسی و پیشگیری از بارداری راحت‌تر شده بود. اما ترس زایمان شدت یافته بود.

آنالیز تا اینجا توانست جابجایی از پائین به بالا را به حالت اولیه خود بازگرداند. ترس از بارداری بجای علایم نشست. محتوای اضطرابات جدید در ارتباط با ابژه است.

تفسیر: ما با ارائه ۲ قسمت از آنالیز یک هیستری اضطرابی می‌خواستیم خواننده را از طریق صورت جلسات دقیق، در از بین رفتن بخشی از علایم سهیم گردانیم. هم تقلیدهای ناخودآگاه علایم پدر و

هم جابجایی از پائین به بالا، به عنوان بخشی از دلایل مرتفع شدند، بدین ترتیب علایم وابسته بدان نیز تا حدود زیادی بهبود یافت. استمرار علایم حاکی از آن است که عوامل دیگر هنوز تأثیرگذار هستند. اکنون واقعاً محتویات اضطرابی دیگر به کانون توجه مبدل شدند. اضطراب زایمان بجای برخی علایم قبلی نشست. در اینجا شاهد تبدیل علامت بودیم (نک ۵-۹). تفاوت ساختار تعاملی اضطرابات جدید با اضطراب هیپو کندریایی قبلی قابل توجه است. همواره باید تلاش کرده که تعارضات درونی سازی نشوند.

۱-۲-۹ اختلال تبدیلی و ریخت بدن*

چنانچه به توصیف داروین درباره حرکات خلقی اتکا کنیم که برای تئوری هیجانات مدرن جنبه الگو دارد (جلد مبانی ۲-۴)، مشکل اختلال تبدیلی از بین می رود، یعنی فرضیه تبدیل انرژی و تکانش های روانی به جسمی. چنانچه بیان ناخودآگاه حالات خلقی را مبنای علایم قرار دهیم، این امر برای تشخیص و درمان علایم عملکردی کفایت می کند. برای وارد شدن به تئوری اضطراب روانکاوی، مطالعه بخش ۱-۹ را توصیه می کنیم. محتوای علایم هیستریک به سکسوالیته محدود نمی شود. فروید اختلالات تبدیلی را از اصل داروینی "مشتقات هیجان" استخراج نمود (d ۱۸۹۵، ص: ۱۴۷). مثلاً در نمونه تاریخیچه بیمار خانم الیزابت فون ر. می خوانیم: "تمام این هیجانات مبین حالات خلقی هستند که همانگونه که داروین گفته، ناشی از رفتارهای هدفمند و بامعنای اولیه هستند" (ص: ۲۵۱). در تاریخیچه بیماران فروید نمونه های زیادی به دست می آوریم که علایم نتیجه کشش های پرخاشگرانه هستند.

بدون آنکه بخواهیم به فرضیه تبدیل انرژی روانی به جسمی تمسک بجویم، می توانیم بگوییم:

به نظر فروید علایم هیستریک چیزی جز بیان تخیلات ناخودآگاه نیستند (۱۸۹۵، ص: ۱۹۴).

علایم هیستریک و بسیاری سندرم های عملکردی، رفتارهای شکننده، حسی و حرکتی هستند که به علت فرایندهای دفاعی فقط بخشاً و به نمایندگی از موضوعات بیشتر بروز می کنند. بیمار به بخش فردی، یعنی تصور و هدف علایم اشراف ندارد. بدین ترتیب معیارهای روشن علیتی و پیش بینی برای درمان، و نیز مستندات بالینی، آنگونه که گرون باوم (۱۹۸۴) مطرح می کند، به دست می آیند. مسئله غیرقابل حل بدن- روان را در اینجا بهتر است همانگونه به حال خود بگذاریم که "تبدیل و جهش معمایی پدیده های روانی به جسمی" (فروید ۱۹۱۷/۱۹۱۶، ص: ۲۶۵؛ d ۱۹۲۶، ص: ۱۴۱). زیرا

* Conversion and Body Image
Konversion und Körperbild

علایم هیستریک به عنوان فعالیت‌های بامعنا، پیچیده‌تر از رفتارهای هدفمند نیستند (رانگل ۱۹۵۹). در نمونه اختلالات تبدیلی به عنوان تغییر شکل انرژی به اشکال دیگر، مشخص می‌شود که روانکاوی چگونه تحت تأثیر این نظریه اشتباه برای دهه‌ها به کجراه رفته است (نک جلد مبانی ۱-۱). برای فهم زبان هیستری و توضیح نحوه شکل‌گیری علایم، می‌توان به روش روانکاوی بر مبنای نظریات روانشناسی عمیق فروید استناد ورزید:

"در حالی که ناخودآگاه را در خودآگاهی خویش استمرار می‌بخشیم، انکار را از میان بر می‌داریم، شرایط شکل‌گیری علامت را مرتفع می‌نماییم و بدین ترتیب تعارض بیمارگونه را به تعارض نرمالی تبدیل می‌کنیم که باید در مورد آن تصمیم‌گیری شود. تغییر روانی، همان چیزی است که ما در بیماران بر آن تأکید می‌ورزیم: دامنه این تغییر، دامنه میزان کمک ما را مشخص می‌کند. جایی که نمی‌توان انکار یا فرایندهای مشابه روانی را به عقب برگرداند، درمان ما نیز بی‌اثر خواهد بود" (۱۹۱۶/۱۹۱۷، ص: ۴۵۱).

در علایم هیستریک و پاره‌ای علایم عملکردی، بیان هیجانات با مانع برخورد می‌کنند. یک بخش معرف کل می‌شود. در چنین حالتی بیمار اشرافی بر مقاصد خود ندارد. به قول فروید اینان از پردازش آگاهانه بدور می‌مانند. مهم آن است که از طریق تفسیر می‌توان گسست ارتباط توسط انکار به عنوان شرط علیتی لازم، را به حالت اولیه خود باز گرداند. در علایم بیماری‌های جسمی موضوع چیز دیگری است. آلکساندر حتی در ۱۹۳۵ اظهار داشت که "این یک خطای شناختی است که بخواهیم یک علامت ارگانیک را تعبیر روانشناختی کنیم، با وجود آنکه آن علامت نتیجه نهایی یک فرایند مقطعی فیزیولوژیک است" (آلکساندر ۱۹۳۵، ص: ۱۹۲). این نظر منطبق با اصول روش شناختی فروید درباره اختلالات بدنی است که به لحاظ نمادین قابل تعبیر هستند (i ۱۹۱۰، ص: ۱۰۱). بدین ترتیب می‌توان با تئوری‌های رفتاری و هیجانی مدرن همراه شد و با کریستیان اظهار داشت:

"علایم هیستریک تبدیلی از نقطه نظر تئوری درمانی، تبلور حاد یک تخیل است. آنچه مهم است نحوه بیان تخیل است: بدان معنا که هیستری در یک رفتار بهنجار و طبیعی تجلی نمی‌یابد، بلکه مبین امکانات رفتاری محدود در بُعد صحنه‌های ساده‌شده است. این مطلب شاید از طریق مقایسه زیر مشخص شود: بیانات کامل زبان بدن، رقص بدنی است. در اینجا صحنه‌های زبان بدنی در قالب هنر تجلی می‌یابند. صحنه‌های هیستریک در برابر به شکل بدوی و غیرهنری "تئاترگونه" هستند و

هنری در خود ندارد. تقلیل به یک تخیل بدوی در علایم تبدیلی، چیزی است که فروید نیز متوجه آن شده بود. . . علایم هم جانشین رفتارهایی است که باید نشان داده شوند (رفتارهای جانشینی یا اجزاء رفتاری) و همچنین تبلور نحوه بیان تعارض ناخودآگاه (روش رفتاری نمادین)" است (۱۹۸۶، ص: ۸۱).

سندرم های عملکردی. هیستری های بزرگ و هیستری های اضطرابی قرن اخیر، از جمله به علت انقلاب جنسی و روشنگری های فروید در جامعه ما کمتر شده اند. از طرف دیگر همان علایم هیستری اضطرابی در سندرم های عملکردی تداوم یافته اند که تشخیص سخت آن ها پزشکی را در برابر چالش قرار داده است.

بیمار نگرانی که نمی داند دردهای وی مبین تعارضات ناخودآگاه روانی است، پزشک را مجبور می سازد که عدم وقوع یک بیماری مرموز و وخیم را در تشخیص خود بیاورد. در اینجا معمولاً خطاهای کوچکی رخ می دهد که به علت چندپهلوی بودن به سرچشمه جدیدی برای نگرانی تبدیل و به اقداماتی منتهی می شود که به هیچوجه برای کاهش اضطرابات نوروتیکی مفید نیستند. این وضعیت ناشی از ساختار این اضطرابات و شکل گیری یک سیکل معیوب است که ضمن آن درماندگی، ناامیدی و اضطراب متقابلاً یکدیگر را تقویت می کنند (اوکسکول و کوله ۱۹۹۶، ص: ۶۵۵).

درباره جایگاه اضطراب در روانکاوی در بخش ۱-۹ صحبت نمودیم.

انواع تخیلات ناخودآگاهی که تجسم می شوند، از مورد به مورد متفاوت اند. اما مفید است که در تمام فوبی های بدریختی- یعنی در تمام اختلالات تصویر بدنی، که در آن بدریختی و بی قوارگی واقعاً وجود ندارند، اما چنین برداشت می شود-، تکانش های ناخودآگاه و دفاع شده پرخاشگرانه را در نظر داشته باشیم (۵-۵).

این مشاهده دایمی زمانی قابل فهم می گردد که دریابیم، (با تعدیل استعاره فروید) سایه ابژه های رها شده بر تصویر بدنی خواهند افتاد. در اینجا یک درگیری پرخاشگرانه که در حین آن به رقبا (به ابژه ها) یک آسیب خیالی یا واقعی رسیده، در تصویر بدنی خویش به نمایش گذارده می شود، به این نحو که بخشاً خود را جای دیگری می گذارد. این فرایند می تواند مبنای تقلیدهای ساده و یا حضور اسطوره ای، مثلاً سهیم شدن در رنج مسیح صلیب شده باشد.

نمای بدن و تصویر بدن. به علت اهمیت اساسی که معنای نمای بدن و تصویر بدن برای آموزش بیماری ها دارد، در پائین به تشریح این مفهوم می پردازیم که یوراشکی (۱۹۸۳) بطور جامع بدان پرداخته است.

◀ نظریه نمای بدن در نورولوژی تبیین شد و پیک و هید از آن به عنوان چتر مفهومی برای ادارکات بدنی عجیب و غریب در بیماران مبتلا به جراحی مغزی استفاده کردند.

◀ هید از "نماهای وضعی" به عنوان چارچوبی برای ادراک بدن در ارتباط با جهت گیری مکانی و رفتار صحبت می کرد. "نماهای وضعی" هید بلحاظ فیزیولوژی عصبی تعریف شده است: استفاده انسان از نماها یک فرایند روانی نیست، بلکه در بُعد فیزیولوژی تحقق می پذیرد (هید ۱۹۲۰، به نقل از یوراشکی ۱۹۸۳، ص: ۳۵).

◀ شیلدر (۱۹۲۳) نیز در ابتدا از تعریف هید پیروی کرد. این نویسنده خلاق بعداً باعث شد تا این مفهوم به تجربه ذهنی بدن، یعنی به تعاملات روانی و بینانسانی بسط یابد. ما برای ساده سازی مطلب با شیلدر جهت گیری می کنیم که نظریه نماهای بدنی را بطور مجدانه در یافته های روانشناختی و روانشناسی عمیق ادغام کرد.

از نماهای بدن تا تصویر بدن - با این عبارت قصد آن داریم که کشفیات شیلدر را که در روانکاوی و پزشکی روان تنی بسیار مثمر ثمر بوده اند، مورد تأکید قرار دهیم؛ این در حالی است که به قول راپاپورت (۱۹۵۳، ص: ۷) وی یکی از متفکران اصلی در تاریخ روانپزشکی محسوب ، اما به وی کمتر ارجاع داده می شود. به همین خاطر مایلیم نظرات وی را بطور مبسوط ارائه دهیم و در این مسیر به کتاب "تصویر بدنی و روانشناسی اجتماعی" (۱۹۳۳) استناد خواهیم ورزید. ما بر آن نظریاتی از شیلدر نظر خاص داریم که حائز اهمیت تکنیک درمانی هستند: بدن و هستی، مفاهیم همبسته به هم را تشکیل می دهند.

آگاهی بر بدنیت، تصویر سه بُعدی از خود که در خود حمل می کنیم باید همانگونه ساخته شود که شناخت ما از دنیای بیرونی شکل می گیرد. بدن بطور پیوسته از مواد خام لمسی، حرکتی و بینایی در حال ساخت و شکل گیری است. . . بدین ترتیب تصویر بدنی تجربه شده به نقشه محرک های غریزی تبدیل می گردد (ص: ۳۶۸).

شیلدر به اختصار بیماری را توصیف می کند که حس می کرد بدنش قطعه قطعه شده است. در اینجا تکانش های همبسته ای مبنی بر تکه تکه کردن دیگران موجود بود. به نظر شیلدر اشتیاق به دیده شدن، همانقدر اهمیت دارد که اشتیاق دیدن.

"نقطه اشتراک عمیقی میان تصویر بدنی خویش و تصویر بدنی دیگران وجود دارد. زمانی که تصویر بدنی خویش را می سازیم، همواره امتحان می کنیم که چه چیز دیگری را می توانیم به بدن

خود اضافه کنیم. ما به همان میزانی که به بدن خود اهمیت می‌دهیم به بدن دیگران نیز اهمیت می‌دهیم. زمانی که چشم ارضا می‌شود، به دنبال ارضای لمسی هستیم. در هر شکاف بدن با انگشتان خود وارد می‌شویم. تماشاگری جنسی و خودنمایی جنسی دارای یک منشأ هستند. اما بدن انسانی هرگز در حالت سکون به سر نمی‌برد. همیشه در حرکت و جریان است. حرکت بدن یا بیان است و یا رفتار، بدن شخصی است که اشتیاقات و انگیزه‌های فراوان دارد" (ص: ۳۷۱).

شیلدر پس از توصیف یک علامت نوروتیک، تفسیر خلاصه شده‌ای را ارائه می‌دهد، در این تعبیر بیمار همزمان در رفتار خود نقش چند نفر را ایفا می‌کند. او در این بیمار نمونه‌ای می‌بیند

"... که در تصویر بدنی خویش، تصاویر بدنی دیگران نیز حضور دارد. اما این تصاویر قبل از آنکه بیمار بتواند آن‌ها را در بدن خود ادغام کند، باید به او داده شده باشند. او همزمان هم در درون و هم در بیرون بدن خود زندگی می‌کند. تصویر بدنی خود و دیگری همزمان به ما داده می‌شوند. تصویر بدنی حاصل شخصی‌سازی تصویر بدنی دیگران نیست، باوجود آنکه ما بخش‌هایی از تصویر بدنی دیگران را در خود جذب می‌کنیم. تصویر بدنی همچنین حاصل همانندسازی نیست، اگرچه چنین همانندسازی‌هایی تصویر بدنی ما را غنی می‌کنند (ص: ۳۷۳). ... تصویر بدنی در سکون بسر نمی‌برد و متناسب با شرایط زندگی عوض می‌شود. تصویر بدنی یک سازه خلاقانه است. آن ساخته می‌شود، از بین می‌رود و دوباره ساخته می‌شود. در این فرایند دایمی ساخته شدن، بازسازی و اضمحلال، همانندسازی، شخصی‌سازی و فرافکنی از اهمیت خاصی برخوردارند (ص: ۳۷۵). ... اما زندگی جمعی فقط بر پایه همانندسازی پیش نمی‌رود، بلکه همچنین بر پایه رفتارهایی که شخص دیگر به عنوان شخص با بدن خویش انجام می‌دهد. دو گرایش متضاد پیش می‌آید. یکی از این گرایش‌ها فرد نزدیک را به کمک همانندسازی و فرایندهای مشابه در خود جذب می‌کند، دیگری که ضعیف‌تر از اولی نیست، دیگری را به عنوان یک واحد مستقل دیده و می‌پذیرد. این تضاد اجتماعی بزرگترین گستره را به خود اختصاص می‌دهد (ص: ۳۷۵).

زبان شفاف و قاطع شیلدر شاید خواننده را به فکر درباره جنبه‌های متفاوت تصویر بدنی خویش سوق داده باشد. بدیهی است رابطه متقابل تصویر بدنی خویش با دیگران، فراسوی نقطه نظرات و قیاس‌های زیباشناختی است. تضاد اجتماعی ذکر شده در بالا همچنین حاوی رابطه نزدیکی - فاصله است. شیلدر بر مبنای مشاهدات بالینی گزارشی ارائه داد که ابعاد روانشناسی اجتماعی تکوین تصویر

بدنی را مورد تأکید قرار می‌دهد. تحرکات خلقی و بیانی و نیز اجزای رفتاری در قالب علایم هیستریک، همواره با جنبه‌هایی از تصویر بدنی خویش مرتبط‌اند که معمولاً ناخودآگاه هستند.

به موازات بنای نمای بدنی فیزیولوژی عصبی، تصویر بدنی در حالی شکل می‌گیرد که انبوهی از تصورات خودآگاه و ناخودآگاه در آن جاری می‌گردد. اینها می‌توانند منطبق بر یک‌دیگر باشند، با هم رقابت نموده و همچنین فراسوی عملکردهای جسمانی بروند.

می‌توان تصویر بدنی را با یک تابلوی نقاشی مقایسه کرد که تاکنون چندین بار روی آن نقاشی شده است، بگونه‌ای که روی همان بوم تصاویری وجود دارند که به هم می‌آیند و یا نمی‌آیند. در این تشبیه، بوم آن زمینه‌ای است که نمای بدنی فیزیولوژیکی ساخته شده و یا بدن خود (به گفته فروید) در آن حمل می‌شود. ناگفته نماند که شخص به عنوان نقاش به این خاطر بخشی از تصویر بدنی است چون تا آن زمان به آن چیزی که رسم می‌کند، وابسته بوده و نیز به خاطر آنکه ممکن است بین ایده و تصویر یک تنش سازنده و یا مخرب وجود داشته باشد.

۳-۹ نورژ اضطراب*

آقای کریستیان Y از آریتمی قلبی تشنجی سختی که با اضطراب نورژی همراه بود، رنج می‌برد. شدت بیماری او به حدی بود که در بخش داخلی بیمارستان بستری شد. حس اعتماد او در سال‌های اخیر به شدت کاهش یافته بود. محرک‌های کاملاً کوچک، مثلاً تغییرات جزئی شرایط جوی، اضطراب وی برای سکنه قلبی را افزایش می‌داد. بیمار در حالی که قادر به اشتغال نیست، به اقامت در بیمارستان وابسته شده و آنجا را پناه خود می‌داند.

بیمار در حین مصاحبه تشخیصی به زحمت می‌تواند حالت خود را حفظ نماید. او تشریح می‌کند که در سالیان اخیر عدم امنیت و اضطراب وجود او را فراگرفته‌اند. او بیم زندگی دارد، وارفته و افسرده است و فقط به دلیل حس مسئولیت در برابر والدین خود به زندگی ادامه می‌دهد. او مدت‌ها است به فکر خودکشی است. امنیت وی فقط ظاهری است. فقط در بیمارستان و یا در نزدیکی به افراد نزدیک خود می‌تواند اضطرابات و تأثیرات جسمی آن را تحمل کند.

نورژ اضطرابی در ساختار شخصیتی خودشیفته تشخیص داده شد. ترتیب زمانی سرگذشت علامت را می‌توان به اختصار به اینگونه بیان کرد:

*Anxiety Neurosis
Angstneurose

بیمار در کنار دو خواهر ناتنی از ازدواج اول پدرش که خیلی از او مسن تر بودند، به عنوان پسر ارشد در یک خانواده پر جمعیت رشد کرده بود. مادر بی نهایت مضطرب و نازپرور به فرزند نخست خود علاقه فراوان نشان می داد و جو خانه را تعیین می کرد. پدر به عنوان یک فیزیکی دان موفق در دوران کودکی بیمار برای چند سال غایب بوده و اکنون نیز حضور فعالی ندارد.

کودکی تا شروع مدرسه (۶-۷): اضطرابات متعدد کود کانه. بیمار در غیبت پدر رشد و به مادر وابستگی شدیدی پیدا کرد و علت ترس بیمار از تاریکی و یا تنها بودن، باز هم شدت بیشتری یافت. در ۴ سالگی بیمار پدر بر می گردد. در رویاهایی که بیمار از نگاه غضب آلود یک مرد و یا تهدید به مجازات بدنی به یاد می آورد، اضطرابات کودکی وی تقویت می شوند.

۱۲-۶ سالگی: فوبی شدید مدرسه با مراقبت مادر بهبود یافت. مادر پسر خود را به مدرسه همراهی می کرد و تکالیف او را انجام می داد.

۲۲-۱۲ سالگی: فوت پدر بزرگ محبوب به علت مشکل قلبی؛ بررسی و درمان بیمار به علت "دردهای قلب و عروق." تشخیصی که او به یاد می آورد، "قلب من ضعیف است"، با این توصیه پزشکی همراه شد که از وی خوب مراقبت به عمل آید. بدین ترتیب یک مرحله فعالیت های ورزشی- بدنی پایان پذیرفت و بیمار به انفعال و وابستگی وارد می شود. بیمار از سن ۱۲ سالگی به علت اضطراب و هیجانات قلبی تحت درمان پزشکی بوده است.

مراقبت و نازپروری مادر در پابندی به ایده آل های خود در انطباق با رفتار بیمار بود؛ بدین ترتیب جوان سر بره و کاملاً مطیع شد و کنجکاوی و فعالیت خود را شدیداً محدود کرد تا همچنان محبوب مادر بماند. رقابت او با دو برادر کوچکترش سرکوب شد. راندها تحصیلی وی بسیار کمتر از آن چیزی بود که وی توانست با بهره هوشی که داشت بدان دست یابد. اختلال تمرکز و کاری وی بدین گونه پنهان ماند که او بدون زحمت زیاد از عهده تکالیف مدرسه بر می آمد؛ مادام که او بدون زحمت به اهداف خود می رسید، احساس مطلوبی داشت. کوچکترین فشار او را به بی میلی و اضطراب سوق می داد و احساس اعتماد به نفس شکننده او را در هم می ریخت. با وجود آنکه او به دلیل مؤدب بودن همه جا محبوب بود، نمی توانست مرحله ای از زندگی خود را به یاد آورد که از خودش راضی بوده و در ارتباطات بین انسانی احساس امنیت کرده باشد.

در دوران بلوغ سعی نموده با اراده قوی خود را از قید مادر برهاند. او نتوانست یک مسابقه ورزشی رقابتی را تا انتها به پیش ببرد. یکی از ویژگی های الگوی رفتاری او عقب نشینی پیش از پیروزی بود.

بیمار مصممانه می کوشد ایده آل های دست و پاگیر مادر را دور بریزد، بدون آنکه در رابطه با دختران توفیقی به دست آورد. دوستی های او ماهیت خودشیفتگی داشتند. این دوستی ها، مثل

خودارضایی، بیش از آنکه موجب رضایت وی شوند، به تولید احساس گناه در وی منتهی می‌شدند. بیمار آخرین پسمانده اعتماد به نفس خود را زمانی از دست داد که دختری دست رد به سینه او زد. این پس‌زنی تعادل وی را به هم ریخت و اضطراب قلبی را در وی به وجود آورد که به‌عنوان دردهای غیرقابل ترمیم جسمی تجربه می‌شوند. آقای کریستیان Y مجبور شد به دلیل علایم خویش دوره کارآموزی خود را رها نموده و اکنون قادر به اشتغال نیز نیست.

تفسیر: در مرور این مورد می‌توانیم بگوییم که روانکاو درباره شدت بیماری اشتباه کرده بود. در شکل‌دهی درمان این مسئله از نظر دور مانده بود که آقای کریستیان Y هنوز در مرحله رشدی انتهای بلوغ به سر می‌برد. از آنجایی که برای این گروه سنی مشکل قدرت-درماندگی مخصوصاً حاد است، تکنیک درمانی باید عمدتاً بر مبنای "روح همکارانه" برنامه‌ریزی می‌شد (بوله ۱۹۸۲). مضافاً آنکه تکنیک درمانی آن زمان-قابل ذکر است که درمان ۲۰ سال پیش شروع شده بود- حاوی نقایص درونی بود که تأثیرات نامطلوب بر جای می‌گذاشت. مثلاً توصیه کاهش یا کنار گذاشتن داروها زودهنگام بود. همچنین همکاری بهتر بین پزشکان معالج می‌توانست به افزایش اعتماد به نفس بیمار منجر گردیده و از تعداد ناکامی‌های او که اعتماد به نفس او را هدف قرار می‌دادند، بکاهد.

در ارتباط با سیر بیرونی درمان باید به مراحل و مقاطع زمانی زیر اشاره کرد: آنالیز ۲۰ سال قبل شروع شد و با گذشت ۱۰ سال و برگزاری ۱۴۰۰ جلسه خاتمه یافت. آقای کریستیان Y به‌علت شدت نورژ اضطرابی باید بیش از یک سال و نیم بطور بستری درمان می‌شد. از جلسه ۳۲۰ او قادر شد درمان را بطور منظم و هر هفته ۵ جلسه بطور سرپایی پیگیری کند. او پس از مدتی قادر بود به تنهایی به مطب مراجعه نماید. پس از سال آقای کریستیان Y توانست علیرغم برخی محدودیت‌ها یک کارآموزی را شروع کرده و آن را با موفقیت به انتها برساند. از شروع کارآموزی و پس از آنکه به تدریج قابلیت‌های شغلی کسب کرد، تعداد جلسات هفتگی کاهش یافت، به گونه‌ای که ۳۰۰ جلسه نخست در عرض ۳ سال و ۷۰۰ جلسه دیگر در سال‌های دیگر تقسیم شد. بنابراین ما یک پیگیری طولانی مدت انجام دادیم. او امروز ۴۰ ساله و به لحاظ شغلی بسیار موفق است. او خانواده‌ای تأسیس کرد و با همسر و فرزندان خود خوشبخت است، علیرغم آنکه او هنوز از کاستی اعتماد به نفس خود گلایه دارد.

ما از این آنالیز ۴ نمونه استخراج کردیم. در بخش بعدی (۱-۳-۹) جلسه ۲۰۳ از دوران درمان بستری ارائه می‌شود. در جلسه ۵۰۳ بی‌میلی و عدم توانایی شغلی به اوج خود می‌رسد که ما در مبحث "غیرلذت به‌عنوان مقاومت نهاد" در ۳-۴ ارائه دادیم. بالاخره در مرحله خاتمه درمان در ۲-۳-۹ و ۳-۳-۹ بخش‌هایی را گزارش می‌دهیم که آقای کریستیان Y تفسیر نمود.

در بخش زیر شدت مشکل جدایی بر مبنای یک محرک موقعیتی روشن می‌گردد. این نمونه تلاش‌های روانکاو برای پردازش نیازها و آرزوهای متعارض بیمار را نشان می‌دهد. در حاشیه جلسه‌ای که آن را نقل می‌کنیم، بیمار به بهانه ملاقاتی که در آخر هفته با والدین خود داشته، از چسبندگی و وابسته بودن خویش به آن‌ها تعریف می‌کند. این حس تا آن موقع به این شفافی در وی ایجاد نشده بود. والدین با آشنایان برای چند ساعت بیرون می‌روند، بیمار این میل آشکار را در خود حس می‌کند که دوست داشت والدین نزد او مانده و از او مراقبت و پذیرایی کنند. در بیمارستان ۳ پزشک بطور مجدانه از او مراقبت می‌کنند، زیرا حملات قلبی او به سختی قابل کنترل هستند. بیمار در این بین به علت درمان روانکاو با دیده تردید به دارو می‌نگرد، ظاهراً او با نظر روانکاو مبنی بر اینکه بهتر است بدون درمان دارویی بر اوضاع غلبه کند، همانندسازی کرده است. از طرف دیگر مراقبت‌های پزشکی حاوی توجه مستقیمی است که وی از روانکاو خود دریافت نمی‌کند. بیمار با درد حاد به جلسه می‌آید.

ب: *حالم خوب نیست، من دوباره هیجان دارم، تنگی نفس و قلب درد دارم. من الان دارو مصرف نمی‌کنم، چون شما نمی‌خواهید، نمی‌دانم چیست، اما (مکث). وقتی حالم خراب است، اشتیاق آن دارم که شما پیش من باشید، در این صورت می‌بینم که از شما نیز عصبانی هستم، اما نمی‌توانستم شدت آن را بدانم. من به نوعی از دست شما ناراحت هستم (مکث). مسخره است، من الان به هیچ چیز فکر نمی‌کنم، دردهایم تمام شده، و فقط عصبانیت من باقی مانده، آنقدر که به نحو بدی در اتاق شما را زدم و ترسیدم از اینکه شما را ناراحت کرده باشم.*

د: *اما ظاهراً این اضطرابی است که در مقایسه با دیگر اضطراب‌ها خیلی کمتر است. آیا واقعاً دیگر درد ندارید؟*

ب: *هوم، بله.*

د: *این نشان می‌دهد که رابطه نزدیکی میان عصبانیت شدید و درد وجود دارد.*

ب: *بله، و وقتی که حالم مثل امروز خراب می‌شود، میل دارم سر یک نفر داد بکشم. من باید خیلی خودم را کنترل کنم تا داد نزدم. اینکه تنها گذارده نشوم، فکر می‌کنم دلیل آن چنین باشد.*

د: *بله و این چیزی بود که با آن مواجه شدید: در بسته "لطفاً وارد نشوید"، آیا دوباره مجبورم یک ربع ساعت منتظر بمانم!*

* Separation Anxiety
Trennungsangst

ب: بله، این بار تحمل آن را نداشتم. من قبلاً پزشک را خواستم و به او گفتم حالم خراب است. الان دوباره تپش قلب دارم، محکم، اما تند نیست. . . و این حسی است که زمانی که از پیش شما می‌روم و یا از خانه بیرون می‌آیم مرا تعقیب می‌کند. کم تحملی چیزی است که در من بوجود می‌آید. اما چرا یاد نمی‌گیرم این حالت مسخره‌ای است که نتیجه‌ای ندارد؟

ر: بله، چون شما بگونه‌ای سر من داد و غر نمی‌زنید که از وجود شما خارج شود. وقتی اینکار را نمی‌کنید، احساس امنیت بیشتری دارید، چون فکر می‌کنید، اگر چنین کنید، آن وقت است که شما را ترک خواهم کرد.

ب: شاید من به این دلیل آرام هستم و یا متعجب، چون شما اخم نکردید؛ من فکر نمی‌کردم که کسی در اتاق شما است، چون در این صورت در نمی‌زدم.

ر: بله، شما متوجه شدید که من عصبانی نیستم؛ این بدان معناست که خشمی که قبل از در زدن وجود داشت، پیامدهای بدی نداشت، در این صورت اضطراب هم فروکش می‌کند، بله، مشمنزکننده نیست، خیلی نرم‌تر بود، بعداً درد از بین رفت، عصبانیت رفت، واقعاً چیز بدی اتفاق نیافتاد.

تفسیر: در سیر اتفاقات، مطالب زیر روشن می‌شود:

◀ بیمار با نگرانی از بخش آمده و قبلاً از پزشک بخش اطمینان به دست آورده که اتفاقی نخواهد افتاد. سپس او به اتاق درمان می‌آید و با تابلوی "لطفاً وارد نشوید" مواجه می‌گردد. او این لحظه را به‌عنوان ترک‌شدگی ناگهانی تجربه می‌کند و عصبانیت واکنشی در او شکل می‌گیرد که چون نمی‌تواند به هدف خود برسد، در ناراحتی و دردهای خود بماند.

◀ حائز اهمیت است که روانکاوا لحظه "درهای بسته" را خودش مطرح می‌کند و عواقب ناراحت‌کننده آن را برای بیمار ترسیم می‌کند. او به نمایندگی از جانب بیمار، تخیلات پرخاشگرانه را به زبان می‌آورد و انگیزه آنکه بیمار نمی‌تواند داد و قال کند را بیان می‌کند. بدیهی است که مشکل با این قدم نخست حل نمی‌شود، حتی زمانی که این مشکل جلوی بیمار به نمایش گذاشته می‌شود. این موضوع در ادامه جلسه مشخص می‌شود.

ب: الان دومرتبه اضطراب پیدا می‌کنم، چون نمی‌دانم، آیا هیچگاه خواهم فهمید، که اگر عصبانی بشوم، اتفاقی نخواهد افتاد.

ر: شما همین الان فهمیدید.

ب: بله، اما، هوم، ظاهراً فقط می‌دانم، بدون آنکه در همه گوشه‌های مغزم جای داده باشم.

ر: بله، شما می‌خواهید دقیقه به دقیقه به وسیله برخورد دوستانه من مطمئن شوید.

ب: بله وقتی در بخش بودم، مرتب به خودم می‌گفتم که اگر عصبانی شوم، اتفاقی نخواهد افتاد. اما از این طریق آرام‌تر نمی‌شوم.

ر: وقتی من اینجا نباشم، عصبانیت شما زیاد می‌شود و شما می‌خواهید که من به شما اطمینان بدهم، بدین شکل که اینجا باشم و به وسیله رفتار دوستانه خودم نشان بدهم که چنین است.

ب: بله، از این طریق فقط موضوع جابجا می‌شود.

ر: منظورتان از جابجا شدن چیست؟

ب: الان چیزی که فکر مرا بخود مشغول کرده، عصبانیت نیست، بلکه موضوع اطمینان از اینکه اتفاقی نخواهد افتاد. شما تا حالا مکرر به من گفته‌اید و نشان داده‌اید که: اتفاقی نخواهد افتاد.

ر: بله، چیز جدیدی به مطلب اضافه می‌شود: شما البته دوست دارید که اتفاقی نیفتد، اما بدین ترتیب من کسی خواهم شد که حق به جانب اوست، دیروز در این مورد صحبت کردیم؛ خیلی بد است که من هرگز از نقش خودم خارج نشوم، کنترلم را از دست ندهم و نشان ندهم که من هم دلگیر شده‌ام.

ب: من الان در یک بن‌بست بدی قرار گرفته‌ام.

تفسیر: باید با بیمار موافقت کرد. او در بن‌بستی قرار گرفته که برای حفظ فرایندهای نوروتیکی اساسی است، همان مقوله‌ای که استرپ (واختل ۱۹۸۲، استرپ و بیندر ۱۹۸۴) "سیکل معیوب غیرمنطبق" نامید. اضطراب آهنگام که عواطف منفی بر علیه اشخاص نزدیک درجه یک هدایت شود، حاوی ترک شدن است. آرزوی برآمده از آن، یعنی اینکه دیگری باید همیشه مهربان و باثبات باشد، در برآورده شدن تأیید می‌کند که تفاوت میان کودک و مادر از بین رفتنی نیست. این آزرده‌گی، پرخاشگری‌های جدیدی ایجاد می‌کند، که انسان با اشتیاق‌های چسبندگی سعی در رفع آن‌ها دارد. چگونه می‌توان به بیمار کمک کرد تا از این بن‌بست خارج شود؟ روانکاو در ابتدا دلایل بن‌بست را ارائه می‌دهد.

ر: هر کاری انجام دهم، اشتباه است. اگر مهربان باشم، بد است؛ اگر بی‌تفاوت و نامهربان باشم، باز هم بد است.

سپس پیشنهاد می‌شود به این موضوع فکر کند که آیا در بن‌بست، جایی که او منفعل است، به نوعی ارضای غیرمستقیم دست می‌یابد. روانکاو ظاهراً روان‌پویایی مزیت ثانویه بیماری را در نظر دارد. این تعبیر به لحاظ تئوریک موجه است، اما از فضای تجربی بیمار فاصله دارد و نمی‌تواند به او کمک کند. قابل فهم است که بیمار در ادامه، خلق گرفته‌ای پیدا می‌کند، زیرا مکث‌های طولانی به وجود می‌آیند که با زحمت فراوان و بدون دستیابی به پیشرفت، به دیالوگ‌های گُند تبدیل می‌شوند. بیمار عصبانی و خشمگین می‌شود که باز هم چیز تازه‌ای اتفاق نیفتاد.

برای مقابله با این تخیل که پرخاشگری وی به فقدان ابژه و تنهایی منجر خواهد شد، و نیز برای آنکه وقفه آخر هفته کوتاه گردد، یک نوبت اضافی برای روز شنبه به او پیشنهاد می‌شود و او با خوشحالی قبول می‌کند.

ر: هوم؟

ب: خوب دیگر چیزی به نظرم نرسید، وقتی گفتم، که مادام که مطمئن نباشم شما اینجا هستید، اینکه تردید دوباره در من اضطراب به وجود می‌آورد. من. . .

ر: . . . یک ابزار قوی تا من برای شما کار بیشتری انجام دهم، بیش از آن که بنشینم و فقط حرف بزنم، آن هم درست روز جمعه، وقتی آخر هفته در پیش است، واقعاً کار بیشتری انجام دهم.
ب: بله، اما در اینجا نیز باز عصبانیت به یاد می‌آید. همه چیز مثل سابق است. عصبانی از اینکه تنها هستم و همیشه تنها گذاشته می‌شوم. یا اینکه من نمی‌فهمم، شاید شما می‌خواستید چیز دیگری به من نشان دهید.

ر: نه، چیز تازه‌ای نیست، اما این دقیقاً اصل مطلب است که دوباره چیز تازه‌ای اتفاق نمی‌افتد، فقط کلمات.

ب: خوب چیز دیگری نمی‌توان گفت. من غیرمفید و عصبانی هستم. این همه ماجرا است.

ر: غیرمفید؟ نمی‌دانم. شما عصبانی هستید.

ب: بله، و من حتی نمی‌توانم عصبانیت خودم را درست نشان دهم. احتمالاً من الان خیلی عصبانی هستم، اما با لحن بی‌تفاوت صحبت می‌کنم.

تفسیر: حالت درجا زدن از بین رفته است. روانکاو توانست هیجان را شناسایی کند، در حالی که میان "غیرمفید" و "عصبانی" تفکیک نمود. هیجان عصبانیت اکنون متوجه روانکاو است و هر دو آن را می‌پذیرند. نقطه عطف مهم آن است که موضوع جلسه در روز جمعه مطرح می‌شود- با توجه به اینکه بیمار ۵ بار در هفته مراجعه می‌کند و آخر هفته را به تنهایی در کلینیک سپری می‌کند، یک پدیده قابل توجه. زیرا برای ناخودآگاه بیمار، روانکاو کسی است که او را ترک می‌کند، بنابراین عصبانی بودن از روانکاو به نظرش محق می‌رسد.

ر: هوم، شما از اینکه ترسی را که هنگام ورود داشتید، از دست داده‌اید، خوشحال هستید. امروز جمعه است و مایلید امروز با روی خوش از هم جدا بشویم.

ب: بله، ما توافق کردیم که اگر من عصبانی شوم، چیز بدی نیست.

ر: بله.

ب: برعکس، از آن استقبال خواهیم کرد.

ر: اما مثل اینکه اعتقاد آنچنانی به این امر ندارید.

ب: می‌بینید، مشکل من هم همین است. چرا من اعتقاد ندارم و چگونه آن را به دست می‌آورم؟

ر: شما مایل نیستید که خودتان توجه شوید. من باید شما را توجه کنم، این اصل مطلب است.

تفسیر: روانکاو با این تعبیر انتقال، انگیزه بیمار برای چسبیدن به اضطراب خود را به زبان می‌آورد. او از استقلال اجتناب می‌ورزد و بدین ترتیب برای نازپروردگی دوسویه تلاش می‌کند. در اینجا باید بیمار را جهت کنار گذاشتن خواسته‌های کودکانه ترغیب کرد. این وضعیت در ارتباط با نقش پزشک بخش بررسی می‌شود:

ر: شما پزشک بخش را صدا کردید تا از او پرسید می‌توانید بروید، نظر او را جویا شوید، اینجوری بود؟

ر: نه، موضوع ساده است، نمی‌دانستم چطور باید داخل و خارج شوم، من حتی نمی‌توانستم نصف راهرو بخش را بروم، به همین خاطر اضطراب و تپش قلب پیدا کردم.

ر: با این حال دارویی نخوردید؟

ب: شما گفتید چیزی نخورم.

ر: البته پافشاری مطلق نکردم، این را می‌دانید.

ب: بله مطمئناً.

ر: مهم است که شما بخاطر من دارو مصرف نمی‌کنید. نمی‌دانم آیا واقعاً تحمل آن را دارید، شاید هم امتحانی بود که شما چقدر به من اطمینان دارید.

تفسیر: ایده امتحان، دوگانگی بیمار را وارد ماجرا می‌کند؛ آیا باید از پزشک بخش پیروی کند و یا از روانکاو؟ آیا این نوعی اثبات اعتماد غیرموجه است و یا آنکه با آوردن نام پزشک بخش می‌خواهد واکنش روانکاو را بسنجد. در اینجا به نظر می‌رسد که روانکاو به کلمات خود اعتماد وافری دارد.

ب: هوم، از این کار می‌ترسم. شاید- اما به نظرم عجیب است. من می‌ترسیدم که خرابکاری کنم. الان دوبرتبه حالم خراب شد.

ر: بله، الان به پایان جلسه نزدیک می‌شویم، بگونه‌ای که شاید دوباره...

ب: ... اضطراب می‌آید.

ر: و اشتیاق آنکه از جلسه امروز بهره بیشتری ببرید، زیاد می‌شود.

تفسیر: آقای کریستیان Y یک هدیه، در قالب جلسه اضافی در روز شنبه به دست آورد، به همین دلیل بهره بیشتری برد. بعد از صحبتی که با روانکاو انجام شد، ظاهراً او به دلیل آنکه فکر کرده این

جلسه برای بیمار سودمند نبوده، پیشنهاد جلسه فوق‌العاده را مطرح نموده است. در حقیقت بیمار در تعارض وفاداری نسبت به پزشکان گیر افتاد، و در تلاش برای کاهش دارو جهت اثبات وفاداری به روانکاو، دچار آسیب شد. بنابراین از منظر تئوری اضطراب روانکاو، یک ضایعه جدید به عنوان تکرار درماندگی اتفاق افتاد. جمله آخر نیز دال بر درماندگی بیمار بود. زیرا اگر اشتیاق برای بهره‌مندی بیشتر شدت بگیرد، بدون آنکه بیمار خود رأساً برای آن کاری انجام دهد، احساس درماندگی افزایش پیدا خواهد کرد. برخی جنبه‌های اضطراب جدایی مورد پردازش قرار گرفتند، اما در کل به نظر می‌رسد که طرفین دقیقاً نمی‌دانند چگونه می‌توان از این بن‌بست خارج شد.

۲-۳-۹ مرحله‌ی پایانی*

پس از ۱۰ سال، مرحله پایانی این درمان قبل از همه بدین منظور مورد توجه قرار گرفت تا اشتباهاتی را که روانکاو به‌علت تشخیص و درمان نادرست مرتکب شده بود، اصلاح گردد. با وجود آنکه در اینجا با ارزیابی‌های اشتباه در یک مورد خاص روبرو هستیم، می‌خواهیم بدین طریق از مشکلات رایجی سخن گوئیم که روانکاو درمانگر به استنباط خویش از تکنیک درمانی ربط می‌داد که ۲۰ سال پیش داشته است. البته انتقاد وی کمکی به آقای کریستیان Y نکرد و موجب ترمیم آن چیزی نشد که در حین درمان به اشتباه رخ داده بود. بیمار چشم روانکاو را بر اشتباهات مکرری که داشت، گشود.

هدف از مرور در اینجا، توضیح یک مطلب از جنبه تاریخی آن نیست. زیرا در یک درمان در حال جریان، همواره موقعیت کنونی و تکالیف مربوط به آن در کانون توجه قرار دارند. با این حال می‌توان با کمک اشکال جدید تبادل نظر و تعمق به شناخت‌های مؤثر درمانی رسید.

آقای کریستیان Y ابراز تردید می‌کند که من به‌وسیله تعبیرات انتقالی مثبت نه تنها می‌خواستم تصویر و تصورات وی از گذشته را تغییر دهم، بلکه از او خواسته‌ام مرا به آرزوهای دل‌انگیز مزین کرده و بدین ترتیب جانشین سازد. بیمار تقریباً چنین گفت:

ب: من همیشه فکر می‌کردم شما تلاش می‌کنید توسط "دیگران" که با این یا آن سوال به آنان چهره می‌بخشیدید، گذشته را تغییر دهید، یعنی خاطره مادر را که عمدتاً منفی است، تغییر و به او چهره مثبت دهید. بیمار در موقعیت‌گندی قرار دارد. بیمار به‌علت عوض کردن که شما آن را انتقال می‌نامید، مثل احمق‌ها می‌شود. او مثلاً انتظار محبت از شما دارد و وقتی شما حرف می‌زنید، از جنبه

* Termination Phase
Beendigungsphase

عقلی می‌دانم که از جانب شما دوست داشته نمی‌شوم، اما در این خطر بسر می‌برم که در ذهنم تخیلی درباره آن بسازم. من هرگز ادعا نکرده‌ام که تا کنون اصلاً دوست داشته نشده‌ام و یا در آینده دوست داشته نخواهم شد. ظاهراً شما سوء تفاهمی در این زمینه داشته‌اید. برعکس مادرم آنقدر عشق و محبت به پای من ریخت که برای چند زندگی کفایت می‌کند. اما آنچه برای من مهم بود و آنچه امروز برایم مهم است، رخ نداد. در آنجا چیزی به غیر عدم پذیرش قدیمی تجربه نکردم. تأییدی که من در ارتباط با سکسوالیته و پرخاشگری می‌خواستم، دریافت نکردم، به همین خاطر از آنچه در قلبم می‌گذرد، هراس دارم.

سپس یک گفتگوی روشن‌گرانه انجام و ضمن آن مطرح شد که بیمار آن چیزی نیست که می‌خواهد، بلکه یک تصویر کذایی از خود است. اما اضطرابات او اجازه نمی‌دهند که از آنچه مادرش می‌خواست، متمایز گردد.

● در این تبادل فکری به خود حقیقی و خود کاذب وینیکوت فکر می‌شد (شاخ ۱۹۹۶). قابل تأکید است که بیمار به علت اضطرابات ریشه‌ای خود در موقعیتی نبود که بتواند خودجوش عمل کند و آن را به عنوان خود خویش و یا رفتار واقعی از جانب خود ارزیابی نماید.

آقای کریستیان Y سپس به مرحله‌ای از درمان می‌پردازد که در حالت نشسته انجام شد.

ب: (با نگاه به گذشته) وقتی شما را می‌بینم مانع از آن می‌شود و می‌شود که تخیلاتم به بیراهه روند، بدین ترتیب به سادگی، فردی با فرد دیگر عوض گرفته نمی‌شود.

ر: نه / اینکه من فقط از دست شما خارج شوم، بلکه خودتان.

ب: منظور شما روشن است.

تفسیر: روانکاو در مراحل اولیه درمان از این ایده پیروی می‌کرد که مادر بیمار که به عنوان فرزند ارشد در حین غیبت طولانی پدر محبوب او بود، در برابر سرزندگی او فقط دید منفی نداشته است. اکنون مشخص شد که آقای کریستیان Y تعبیراتی که در این جهت ارائه شدند را به عنوان تلاشی در راستای پیچاندن گذشته تلقی می‌نمود، به معنای اصلاح گذشته‌نگر توهم، یعنی نوعی خودفریبی. همه تعبیرات محتاطانه و شرطی که باید به تعمق می‌انجامیدند، مثلاً اینکه آیا درست نبود که تکانش‌های پرخاشگرانه و یا لیبدویی او بعضاً مثبت ارزیابی می‌شد، شک و تردید او را بر می‌انگیخت. ممکن بود او تشویق به جابجایی شود و از طریق خودفریبی، یعنی توهم درمان شود.

درباره نحوه بیان شرطی در روانکاوی، که کاربرد آن در بیماران دیگر مطلوب به نظر می‌رسد، چند نکته قابل ذکر است: این روش برای ما امکان آن را فراهم می‌کند تا از چیزی که نیست، نام ببریم. آرنو اشمیت این شکل فعل برای بیان تصویرت را "ظغیان درونی علیه واقعیت" و یا حتی

"رأی عدم اعتماد به خدا" می‌داند: اگر همه چیز خوب بود، دیگر نیازی به افعال شرطی نبود. آلبرشت شونه می‌گوید که "این مدل، پتانسیل مخرب را با انرژی سازنده پیوند می‌دهد" (به نقل از شنایدر ۱۹۸۷، ص: ۲۶۹). بنابراین جای تعجب نیست که نحوه بیان شرطی در زبان عملی روانکاوی محبوب است و عبارتی نظیر: "چطور می‌شد، اگر... یا "نمی‌شد که... یا "می‌توانم تصور کنم... یا "آیا امکان نداشت که... که جملگی حالات احتمالی را بیان می‌کنند، ترجیح داده می‌شوند. ما به زبان شرطیِ غیرواقعیات سخن می‌گوئیم تا امکانات ناخودآگاه را زنده کنیم.

انسان‌هایی که خجالتی هستند و یا در چنبره اشکال قوی فراخود قرار دارند از محرک‌های محتاطانه مشوقی به دست می‌آورند تا قدرت مانور رفتاری خویش را افزایش دهند. این احتیاط لازم است تا مخالفت و لجاجت تولید نشود. برعکس در انسان‌هایی که مرزهای مخدوش دارند و به همین دلیل در جستجوی امنیت و نقطه اتکای زبانی هستند، این روش جواب نمی‌دهد. آقای کریستیان Y جزو این دسته از بیماران محسوب می‌شود که زبان شرطی را بر نمی‌تابد. در این رابطه گفتنی است که بیمار برای مدت‌ها اظهارات روانکاو را حفظ می‌کرد که به عنوان ایده‌آل‌سازی سوء تعبیر شده بود. به تدریج روشن شد که بیمار به علت عاطفه‌گری شدید مادر نسبت به خودش در مقابل احساسات مثبت تردید داشت. به همین دلیل او نیازمند یک زبان متعادل و شفاف و نیز تأیید افکار و رفتار خود بود تا با فاصله مطلوبی که با روانکاو ایجاد می‌کند با او همانندسازی کند. بیمار اکنون با عصبانیت مطرح می‌کند که سعی کرده مرا قانع کند که تأیید شفاف و شناسایی چقدر برای غلبه بر کمبود اعتماد به نفس او ضروری بوده است. در ادامه هر دو طرف درگیر در فرایند روانکاوی به یک همسویی مطلوب دست می‌یابند. دیالوگ بر حسب صحبت و صحبت متقابل انجام نمی‌شود.

ب: جملات شما آگاهانه/اینگونه بیان می‌شدند که نمی‌شد به شما نزدیک شد.

بیمار براستی علاقه چندانی برای پی بردن به اوضاع زندگی شخصی من نداشت، اما او می‌خواست بداند من درباره او چه فکر می‌کنم. آقای کریستیان Y می‌گوید که مایل است بافتاری را که تفاسیر در آن بیان می‌شوند را بشناسد تا از این طریق به احساس و افکار من درباره خودش پی ببرد.

ب: من همیشه شما به ایراد می‌گرفتم که شما در پشت می‌نشینید و خیلی بیشتر از آنچه می‌گوئید، فکر می‌کنید و این ما را به موضوع دیگری می‌رساند. برای من جالب بود بدانم که شما چه فکر می‌کنید. آنچه شما می‌گوئید، تفاسیری است که شما می‌بافید و یا تصاویری در ذهن خود ایجاد می‌کنید. من این را نمی‌خواهم، من هرگز چنین چیزی نخواستم، من تلاش کردم به شما بگویم که اجازه چنین کاری را ندارید. من بیشتر می‌خواهم تذکرات و اشارات حاشیه‌ای شما را در مورد خودم

بدانم. این چیزی است که صحبت بلاواسطه درباره مرا زمینه‌سازی می‌کند. من خواهان واقعیت هستم. وقتی از تصویر صحبت می‌کنید، احساس خوبی ندارم. من فکر می‌کنم شما می‌خواهید به من تلقین کنید که آنچه مطرح می‌کنید مقطعی از یک زندگی مطلوب است.

من تأیید می‌کنم که بحث درباره تعبیرات به واقع مدخلی بر نقد آنچه گفته شده می‌گشاید، بویژه زمانی که له یا علیه آن صحبت می‌شود. بیمار قبل از هر چیز برای نظرات مثبت من درباره سکسوالیته و پرخاشگری علاقه نشان می‌دهد.

● براستی تعبیرات زیادی که در این درمان ارائه شد، مبتنی بر این فرضیه نظری بود که اضطراب‌های نوروپاتیکی بیمار عمدتاً از اضطراب از دست دادن ابژه و یا عشق او ناشی می‌گردد. آقای کریستیان Y به این نوع تعبیر شدیداً انتقاد می‌کند.

ب: من عصبانی هستم، چون شما گفتید من می‌ترسم که محبت مادرم را از دست بدهم و به خاطر ترس نمی‌توانم تصور کنم که با وجود عصبانیت چیزی از محبت باقی بماند. من این را اینگونه فهمیدم که بدین ترتیب تصویری را که از مادرم در ذهنم دارم باید تغییر دهم تا مادر بهتری خلق شود، من در گذشته نیز مرتب به شما می‌گفتم که نمی‌خواهم در گذشته خودم تغییری ایجاد کنم، صرف نظر از اینکه مادرم واقعاً آدم بدی بود یا اینکه من در تصوراتم از او انسان بدی ساختم. برای من مشخص است و این را نمی‌خواهم تغییر دهم که او خواسته‌های مرا رد می‌کرد.

د: یعنی اگر چیزی تغییر کند، حس می‌کنید به خودتان دارید دروغ می‌گوئید.

ب: بله، در این صورت به خودم دروغ می‌گویم و من به شما همیشه انتقاد می‌کردم که می‌خواهید مرا به خودفریبی بکشانید.

د: اما ممکن نیست که شما علیرغم عصبانیت خود دوست داشته شوید و فقدان محبت به وجود نیاید؟ البته کار دشواری است که در همان لحظه‌ای که دیگری را می‌آزارید، محبت او را دریافت کنید.

برای بیمار معنای کلی تئوری اضطراب فقدان ابژه به عنوان بیان خشم ناخودآگاه را توضیح می‌دهم. د: من فکر می‌کردم شما اضطراب و خشم بزرگی دارید، آنقدر بزرگ که همه چیز خراب می‌شود و محبت نیز از بین می‌رود، چون در زندگی واقعی کسی که مورد حمله واقع شده، جواب می‌دهد و بنابراین جنگ می‌شود و شما می‌ترسیدید که نابود شوید، این برای من نیز زیاد می‌شد و باید به کار خاتمه می‌دادم.

ب: می‌دانید، من تصور دیگری داشتم، اینکه من زیاد از این یا آن خشم و اضطراب رنجور نیستم، بلکه بیماری من یک نوع بیماری کمبود است. البته درست است که زمانی که خشم نامحدود من برایم مشخص شده، از شدت اضطراب‌هایم کم شده است. برای من روشن شد که خشمی که در

دروغ هست برای ایجاد یک فاجعه کفایت نمی‌کند. من در اینجا امکان آن را دارم که درباره خشم صحبت کنم و برخی مواقع نیز خشمگین شوم. من می‌دانم که اتفاقی نمی‌افتد، اما چیزی که من یاد نمی‌گیرم آن است که با وجود خشم، احساس راحتی و آرامش داشته باشم. در این بین خشم کمابیش زیاد خودم را کم کرده‌ام، اما بجای آن غمگینی آمده، من آن شاخه را با غم بریدم. آقای کریستیان Y سپس درباره لذت و میل صحبت می‌کند و می‌گوید قصد دارد میل را به درخت پیوند زند.

ر: به نظر شما کمبودی که الان مطرح کردید، چگونه می‌تواند جبران شود؟

آقای کریستیان Y این سوال را به من بر می‌گرداند و می‌گوید رشته تخصصی من باید به این سوال پاسخ دهد، او چیزی نمی‌داند. اما روشن است که نمی‌توان با تغییر خاطرات به این هدف رسید. بعد از یک مکث طولانی من ابراز می‌کنم که من در شرایط کنونی نمی‌دانم این کمبود چگونه می‌تواند جبران شود. من به بیمار می‌گویم او چیزی را اصلاح نموده، یعنی فکر و رفتار درمانی مرا.

ر: آیا قدرشناسی من درباره انتقاد صریح شما می‌تواند به جبران آن کمبودها کمک کند؟ شما در مقابل من، رشد احساس امنیت خویش را تجربه کرده و محقق ساختید. بیمار سریعاً تعدیل می‌کند.

ب: برای من رابطه با دنیای بیرونی همیشه مهم است.

ر: بله، و قبل از همه در زمینه شناسایی، من چنین چیزی را به شما دادم.

تفسیر: پردازش اشتباهات در جلسات بعدی و در مرحله پایانی ادامه می‌یابد. اینکه روانکاو، بیمار با هوش و مستعد خود را از وارد شدن به حیطه‌های انتزاعی باز داشت و مثلاً مدت طولانی درباره مفهوم دوگانگی برای او توضیح می‌داد، تأثیرات منفی داشت. آقای کریستیان Y به این نتیجه‌گیری رسید که افکار انتزاعی و آنچه مربوط به روانکاوی است برای او جنبه تابو دارد. در تجاوز به این تابو هراس داشت به محدوده غیرمجازی وارد شده باشد.

ر: پس باید گفت که اشتباه بود که من اجازه ندادم شما در سیر فکری من همراه شوید.

ب: (همچنین برای کاهش فشار من): بله، برخی مواقع به پیامدها فکر نمی‌شود.

ر: بله، اما حاصل آن شد که شما در تلاش خود برای فهم من و درک ارتباط اجزای فکری من با مانع روبرو شدید.

ب: نتیجه دیگر آن بود که من شما را فردی ناصداق انگاشتم، چون فکر می‌کردم که شما آنچه را فکر می‌کنید به زبان می‌آورید، اما خیلی فکرها هم دارید که بیان نمی‌کنید.

● در اینجا دلیل تداوم سوءاعتماد بیمار آشکار می گردد. خونگرمی، انعطاف پذیری و همدلی مورد ظن بیمار قرار داشت. بیمار همچنین طرح می کند که روانکاو به دلایل عملی درمانی برخی افکار و اظهارات را باید گزینش و سپس بیان کند. موضوع احساس امنیت و عدم احساس اعتماد به نفس بیمار به عنوان پایه و اساس اضطرابات وی، دوباره به کانون جلسه تبدیل می شود.

ب: من تلاش کردم به شما بگویم که انعطاف پذیری و مشابه آن به درد من نمی خورد. جابجا کردن شما، یک امر واقعی نیست. این برای من یک تخیل دیگر است، اما واقعیت ندارد. واقعی چیزی است که مرا به بیرون وصل می کند، یا با آنچه که شما فکر می کنید. در این صورت خطر جابجایی کمتر می شود، یا بعبارتی می توان در صورت شکل گیری جابجایی آن را روشن کرد و در مورد آن توضیح داد. بله من کنجکاو هستم، مایلم این موضوع را بدانم.

ر: بله، دیدگاه من، افکار من، طرز فکر من با والدین شما فرق دارد. بنابراین چیز تازه ای خواهد بود. آقای کریستیان Y سپس در مورد مشکلاتی صحبت می کند که به علت انتقال پیش آمده بود. او یکی از جلسات خیلی قدیمی را به یاد می آورد که عصبانی بوده و من با لحن بد با او حرف زده بودم.

ب: سرخوردگی بزرگی بود، من عصبانی بودم و به نوعی جواب بدی گرفتم. من تا به امروز نفهمیده ام که چطور زمانی که شما را بجای کس دیگری می گیرم این قدر عصبانی می شوم، با وجودی که موضوع به شما ربطی نداشته است. من سرپلی بین آنچه که اینجا انجام می دهم، در حالی که شما را عوضی می گیرم و آنچه از شما بروز می کند، نمی بینم. البته من خصوصیات شخصی شما را به عنوان پل می بینم که از روی آن عمل می کنید، اگرچه ممکن است به عنوان انسان آن دور دست ها ایستاده باشید و برای من قابل ارزیابی نباشید. برای من بی تفاوت است که در مورد شما چه می دانم. مهم موضوع اعتماد و درک مطالب است.

ر: بله، بله، مختصر بگویم، چون من، من هستم و شما، شما. نباید اهداف من و شما با هم همپوشی داشته باشند.

ب: نقطه اشتراک را باید در جایی دیگر جستجو کرد. از زمانی که با این موضوع درگیر هستم، سعی کنم شما را در یک جایگاه خارق العاده قرار دهم بگونه ای که شما دیگر قابل تعویض نباشید، اما همزمان درباره گفته های من بتوانید اظهار نظر کنید، اینکه من از کجا می توانم برای تقویت خود نیرو بگیرم. اما شما به دلایلی که من نمی دانم از این کار پرهیز کردید. وقتی من درباره عصبانیت صحبت می کنم، شبیه به فردی می شوید که انگشت پای او را فشار داده باشند. اینکه این یک مشکل سخت و راه حل آن دشوار است، می دانم. اما اگر به جایگاه سوم وارد شوید، شاید بتوانم از آنچه می گوئید، بهره ای ببرم و خودم را با آن همانندسازی کنم. پیش شرط آن است که شما موضع گیری

کنید و در هوا معلق نباشید و نگوئید من به عهده خود بیمار می‌گذارم که افکار خود در این زمینه را شکل دهد. من ادعا می‌کنم که شما در اظهارات خویش، خودتان را بیان نمی‌کنید، چون حرف‌های شما همیشه متوجه بیمار است.

من با خرسندی به کشف "جایگاه خارق‌العاده" توسط بیمار می‌پردازم و برخی مزیت‌های آن را مطرح می‌کنم.

د: این جایگاه خارق‌العاده کار را برای من و شما ساده می‌کند و مانع اضطراباتی می‌شود که در حالت جابجا شدن ممکن بود ایجاد شود، آن زمان که می‌ترسیدید و انتظار داشتید که من مثل مادر و یا پدر و یا آموزگار شما و یا هر کس دیگر رفتار کنم. در زندگی شما همیشه تکرار، یا جابجایی اتفاق افتاده است.

ب: ببینید، اگر از این اضطراب طفره برویم، اضطراب مجازات و یا شبیه به آن، خلاصه عواقب آن باقی می‌مانند.

منظور بیمار تأثیرات درونی‌سازی تجربیات وی در اضطرابات فراخود و اضطرابات اجتماعی و مشکلات رفتاری ناشی از آن با از دست دادن امنیت و کاهش اعتماد به نفس است.

سپس بر سر این موضوع گفتگو می‌شود که آیا جایگاه خارق‌العاده روانکاو باعث آن می‌شود که بیمار در برابر پرخاشگری و جراحت‌پذیری حساس باشد. بیمار به‌عنوان یک مشاهده‌گر تیز از چهره روانکاو چیزهای زیادی خوانده، امری که در خدمت تأیید بدی پرخاشگری وی در آمده است.

د: جایگاه خارق‌العاده تحمل درد را برای شما و نیز انعطاف‌پذیرتر شدن رفتارهای شما را ممکن می‌سازد.

ب: ببینید دلیل عاقلان‌های وجود ندارد که من بخواهم به شما آزار برسانم.

د: اما من برخی کارها در حق شما کردم، من خیلی فرصت‌ها را از دست دادم، من اشتباه کردم، سیر بهبود شما ایده‌آل نبود، شما هنوز با سیرزندگی خود راضی نیستید.

ب: بستگی به این دارد که مفهوم اشتباه را چگونه تعریف کنیم، در ثانی شما بیشتر از آسیب‌هایی که من با خودم آوردم نمی‌توانید به من آسیب وارد کنید. من در آن موقع هم به شما ایراد نگرفتم، فقط از طریق جایگاه فوق‌العاده است، قسم می‌خورم که من هیچ (منظور بیمار شفافیت منطقی است) چیز فرض نمی‌کنم، همین برای ایجاد چند اضطراب کافی است، چون من جابجایی را به عنوان یک امر واقعی نمی‌بینم. بحث اصلی آن است که یک احساس اولیه مطلوب به پدیده‌ها نمی‌تواند عصبانیت تولید کند. اضطراب و عصبانیت تقلیل پیدا می‌کنند و احساس مطلوب، اضطراب واقعی را قابل تحمل می‌گرداند. این سوالی است که به تراز درونی افراد مربوط می‌شود، چیزی که من دنبال آن هستم، برخورداری از یک حس خوب است. شما در مورد حس خوب صحبت کردید، اما این

احساس در حین درمان کمتر به وجود می‌آید. از آن زمان تا حالا من فقط در مورد این مسئله صحبت می‌کنم.

بیمار به روانکاوا انتقاد می‌کند که او جایگاه خارق‌العاده را جدی نگرفته و عمدتاً نکته‌سنجی کرده است و گونه‌ای رفتار می‌کند که گویی در مقابل عصبانیت بیمار انعطاف به خرج می‌دهد. بیمار بجای آن از روانکاوا می‌خواهد که پرخاشگری و سکسوالیته او را صریحاً شناسایی نموده و در این بُعد با هم به توافق برسند. او جمع‌بندی می‌کند.

ب: در این صورت می‌توانستم خودم را با آنچه به من می‌گوئید همانندسازی کنم، اما نه به این خاطر که خود شما ابژه ای هستید که من در جستجوی آنم. من این را نوعی عدم صداقت دریافت کردم.

د: بنابراین من به ابژه جابجایی تبدیل شده‌ام. از این طریق که من خودم را به عنوان یک ابژه صوری از جایگاه خارق‌العاده عرضه می‌کنم، نمی‌توانم به خوبی به شما نشان دهم که شما نیز به نوبه خود از جایگاه خارق‌العاده با این ابژه ظاهری رابطه برقرار کرده‌اید.

ب: بله، شاید بتوان اینگونه مطرح کرد.

د: ما از طریق جایگاه خارق‌العاده با هم مرتبط و همانندسازی شده هستیم، و این می‌توانست به شناخت روشن در موارد جزئی و در نتیجه به احساس امنیت و صداقت بیانجامد.

ب: بله، مادام که بتوانیم جابجایی و واقعیت را از یک دیگر تفکیک کنیم.

د: امروز برای من مشخص شد که جایگاه خارق‌العاده چقدر برای فاصله گرفتن از سردرگمی، تکرار و جابجایی و نیز نیل به شناسایی و احساس امنیت، اهمیت دارد.

موضع آقای کریستیان Y. با کمال تشکر آقای کریستیان Y اعلام موضع مشروحی درباره گزارشاتی که در ۹-۳-۲ و ۹-۳-۳ ارائه شده‌اند، ابراز نمود. او با نگاه به بُعد طولانی مدت زمان گذشته چنین می‌نویسد:

آنچه من در طول این سال‌ها جابجایی می‌خواندم، در ابتدای درمان برایم خوشایند بود، زیرا من عملکرد درمان را در آن می‌دیدم. در ادامه بود که این مفهوم جنبه منفی به خود گرفت. در کنار درماندگی خودم، این موضوع به نحوه برخورد شما نیز بستگی داشت. من آن زمان تصور می‌کردم که جابجایی به خودی خود پدید نیامده بود، بلکه از جانب شما نیز به شدت حمایت می‌شد.

شما در آن زمان از یک "رابطه" صحبت می‌کردید. من همیشه این را قاطعانه رد می‌کردم، چون من رابطه را یک فرایند دوسویه می‌بینم و در جابجایی علیرغم تمام تلاشی که کردم، اثری از آن نیافتم. وقتی می‌گفتید "... که این هم حقیقی است"، مرا سردرگم می‌کردید. جابجایی برای من در لبه پستی کاناپه تمام می‌شد. جمله‌هایی نظیر "... چرا فکر نمی‌کنید که ممکن است دوست داشته شوید، اگر... " یا "... شما نمی‌توانید باور کنید که دوست داشته می‌شوید، اگر... " و "...

شاید دیگری آنقدر از شما فاصله نگرفته که شما می‌گوئید "و نظیر آن را فقط به محرک‌های جهت فکر مثبت تعبیر می‌کردم.

بعداً چنین شد که من برای اهداف خودم از جنبه عقلی ارزش قائل بودم، همانگونه که از تجربیات قبلی خود آموخته بودم. اظهارات شما به عنوان افکار ساده که فراتر از افکار خودم نبود، مؤثر نبودند.

من سپس به مقایسه فکری روی آوردم. من تصور کردم که یک انسان "سالم" و روی کاناپه درباره خودش تعریف می‌نماید، شما را بشکل "مثبت" جابجا می‌کرد. در ادامه فکر می‌کردم چهره "دیگری"، شیوه بیان شرطی و منفعلانه در خدمت این بود که تصورات منفی من در جابجایی و انتظاراتم را عوض کند و شما را "مثبت" جابجا کنم. به زبان تصویری، تصور می‌کردم شما روی پرده‌ای رفته‌اید که من چهره جابجایی‌شده را روی آن فرا می‌افکنم و حرکت می‌کنم تا به تغییرات برسم.

شما بعضاً از امتحان شدت‌تان توسط من صحبت می‌کردید. من چنین فکر نمی‌کنم. به نظر من اظهارات کلامی هر چند با عواطف همراه باشند، نمودارهای تصویری هستند که بیمار از شما در خود تجسم کرده است. این حتی یک رفتار جانشینی نیست. اتفاقاً به همین دلیل من همیشه وقتی شما به رفتارم در مقابل خودتان اشاره می‌کردید، بدبین بودم. زمانی که عصبانی بودم و شما می‌خواستید به من تلقین کنید که عصبانیت مرا تحمل خواهید کرد، من شک داشتم. اما واکنش شما درباره موضوعاتی نظیر عشق و سکسوالیته متفاوت بود. من برای یک موضوع واقعی، پاسخ واقعی می‌خواهم.

جایگاه خارق‌العاده نباید به حاشیه رانده شود، زیرا در این صورت روانکاو هرگز اهمیت انسانی را کسب نمی‌کند که می‌تواند با موافقت خویش، جایگزین چهره‌های قدیمی گردد. آنچه اهمیت دارد ایجاد فاصله‌ای است که زمینه‌ساز پدیده‌ای نو گردیده و همزمان از ایجاد احساسات مخدوش و به هم‌ریخته جلوگیری می‌کند.

۳-۳-۹ شناسایی و اعتماد به نفس*

روانکاو در درمان آقای کریستیان Y به دو دلیل از شناسایی مستقیم خودداری نمود:

◀ برای پرهیز از تحت اعمال نفوذ بر بیمار

* Confirmation and Self-Esteem
Anerkennung und Selbstwertgefühl

◀ بر مبنای این فرضیه که نظر مثبت وی درباره سکسوالیته و پرخاشگری اش بخودی خود قابل فهم است و نیاز به توضیح بیشتری ندارد.

آقای کریستیان Y به نحو محکمی ثابت کرد که به علت نحوه شرطی بیان، بسیاری از موضوعات بی جواب مانده و نتوانسته نقطه اتکایی به دست آورد. بیمار سپس درباره پیشرفت شغلی خود گزارش می دهد.

د: بدیهی است که از توفیق شغلی شما خوشحال می شوم، اما اینگونه بیان نکردم که شما بتوانید به درک شفاف برسید.

ب: بله، شما به این دلیل نتوانستید به طور کامل به من کمک کنید، چون شما موضوعات را فقط توصیف و از این نقطه نظر حرکت می کردید که اعتماد به نفس من به خودی خود ایجاد می شود. اما تصورات تعدیل یافته از خودم، زمانی که نتوانم آن ها را در خودم ادغام کنم، به چه درد من می خورد. (مکث) شما یک بار یک جوک روانپزشکی درباره بیماری تعریف کردید که گمان می کرد موش است و به همین خاطر از گربه ها می ترسید. او با روانپزشک به توافق رسید که اشتباه می کند. اما: حتی اگر گربه نداند که من موش نیستم، ترس من از گربه همچنان باقی می ماند. طنز این جوک واضح است: توافق میان اینجا و بیرون چه فایده ای دارد؟ آنچه من در اینجا به عنوان عوض گرفتن تشریح کردم (آقای کریستیان Y برای واژه انتقال از عوض گرفتن استفاده می کرد)، مربوط به اینجا و بیماران نمی شود، بلکه یک اصل کلی زندگی است. انسان محیط خود را نوعی چشم انداز دریافت می کند (بیمار این مطلب را به کمک عکس هایی توضیح می دهد که برف در رنگ های متنوع ظاهر شده است). برف سفید است، اما همیشه سفید به نظر نمی رسد. رنگ به نورپردازی بستگی دارد. من هر چه تجربه می کنم سیاه است، چون والدین من هر آنچه را که من می بینم، خراب کرده اند. بدون کمک بیرونی برایم مشکل است که موقعیت ها را بگونه ای دیگر تجربه و دریافت کنم، چون این موقعیت ها به وسیله تصاویری هدایت می شوند که نمی توان بسادگی عوض کرد.

آقای کریستیان Y خیلی هیجان زده است - من وقتی او درباره رنگ های گوناگون برف صحبت می کند، این موضوع را به او یادآوری می کنم.

د: آیا شما عکاس بودید که توسط عکس به مشاهده کننده نشان می دهید شما بهتر می دانید، یعنی شما به من هم چیزی نشان می دهید که دقیق تر نگاه می کنید و یا حداقل آنکه نگاه شما تعیین کننده است؟

ب: نه، من نامطمئن شدم، چون فکر کردم یک مقایسه کودکانه و بی مزه است.

او مشکلات خویش را به این موضوع مرتبط می کند که تصاویر مثبتی در زندگی نداشته است.

ب: ببینید، من با احساس امنیت مشکل دارم، چون تصاویر مثبتی از خودم ندارم. کسی که در بیرون اعتماد به نفس نشان می‌دهد، تصاویر مثبتی با خود حمل می‌کند و ساده‌لوح است. اگر او در شرایطی گیر کند که برایش ناخوشایند باشد، باز هم به آن تصاویر مثبتی که از خودش دارد رجوع خواهد کرد. من چنین چیزی ندارم، من به این موضوع فکر کرده اما آن را بیان نکرده بودم. اما من هنگامی که اوضاع بر وفق مرادم نیست و با شرایط مشکل روبرو می‌شوم، باید در مغزم کار کنم تا انسجام آن از بین نرود. مثلاً وقتی نمی‌توانم پرخاشگر باشم و از پرخاشگری دیگران آزرده می‌شوم، با همکاری که چنین رفتار می‌کند مشکل دارم.

آقای کریستیان y آخرین بار درباره یک آموزش ضمن خدمت صحبت کرد و اینکه هدف خاصی را دنبال می‌کند. تصورات هدفمند برای وی بسیار حائز اهمیت هستند. بیمار خوشنودی خود را از اینکه من برنامه او را تأیید کرده‌ام، ابراز می‌کند، همزمان گله می‌کند که چرا تصورات هدفمند او زودتر از جانب من مورد تأیید واقع نشده است.

ب: شما غالباً بی‌طرف هستید و این مسئله مرا قبلاً خیلی ناراحت می‌کرد. من فکر می‌کنم که شما به دلایل علمی از توجه به یک نکته خاص پرهیز می‌کنید.

ر: (در حالت تأیید) برای من روشن بود که انسان‌ها، مخصوصاً بیماران نیازمند اهداف هستند، من به اندازه کافی دقت نکردم که فقط کافی نیست که تعیین هدف را به عهده بیماران بگذارم، بلکه همچنین مهم است که این اهداف را تأیید نموده، یا بعبارتی با حمایت و تشویق بیماران برای آن‌ها نقطه اتکایی به وجود بیاورم. در این بین به ضرورت اینکار پی بردم. مهم است که من اظهار نظر شفاف داشته باشم و شما بتوانید فرای نظرات من حرکت کنید.

ب: بله من هم همین را می‌گویم، در غیر این صورت آزادی به حس گم‌شدگی می‌انجامد، فقط در این صورت است که می‌توان از آزادی لذت برد. و در واقع و در عمل، من نمی‌توانم تصویری از خودم ترسیم کنم، آنگونه که می‌خواهم باشم، برعکس، فقط فکر به این کار آنچنان اضطرابی در من ایجاد می‌کند که فوراً فکرم را رها می‌کنم. من چند سال است که اینجا شکوه و شکایت می‌کنم که از پرخاشگری و سکسوالیته اضطراب دارم، از چیزهای دیگر، اضطراب از تحرک، اما اینکه چه می‌خواهم و چگونه می‌خواهم باشم، چیزی است که نمی‌دانم. انسان عادی چیزی می‌شود که هست، نه به دلیل آن چیزی که با خود می‌آورد، بلکه در درگیری با محیط، اینجور نیست؟
ر: بله، دقیقاً.

ب: وقتی شما خیلی خنثی رفتار می‌کنید، کمبود محیط طبیعی را حس می‌کنم که با چهره‌های قبلی خود نداشته‌ام.

د: علیرغم همه اصطکاکات و با وجود همه پرخاشگری‌ها، جبهه مخالفی وجود ندارد، که با اتکا بدان خودتان را متمایز کنید.

ب: خاطره زمانی که من اینجا و پرخاشگر بودم، برایم جالب نیست، از آن خوشم نمی‌آید. من می‌خواهم حرف خودم را به کرسی بنشانم، من می‌خواهم بیرون از این اتاق هم بتوانم عصبانی بشوم، چیزی که از شما می‌خواهم آن است که - الان سرنخ را از دست دادم. می‌خواهم به من کمک کنید تا زمانی که بیرون هستم، اوضاع را دقیق‌تر ببینم. چند روز پیش یک نفر درباره روانکاوای صحبت می‌کرد و می‌گفت، افراد نوروتیک، قدرت رفتاری محدودی دارند، اما من کمبودی ندارم و به طرق زیادی می‌توانم واکنش نشان دهم، چیزی که من از آن رنج می‌برم این است که کسی که برایم مناسب است پیدا نمی‌شود، کسی که با من جور باشد. گفتگو دوباره به عکاسی و عکس برمی‌گردد.

د: شما عکاسی را خیلی دوست دارید، به کمک عکاسی دقت عمل زیاد می‌شود. شما یک مشاهده‌گر دقیق و تیز هستید. فقط نباید آگاهانه باشد، بلکه بشکل پنهان و نهفته. شما به این علت در شغل خود موفق هستید، چون صاحب یک روح نقادانه و یک مشاهده‌گر تیزبین هستید. این اما سرچشمه اضطراب شما نیز هست، چون آدم متوجه می‌شود که شما تیز هستید. به همین خاطر نگاه گذشته برای شما نامطلوب است، اینکه شما نسبت به من پرخاشگر و تیزبین بودید، شما نمی‌خواهید کنترل خود را از دست بدهید. به همین خاطر این یک روند روشنگری است که من باید صادقانه به شما بگویم که انتقاد شما پایه و اساس دارد. پس مهم است که انتقاد شما به عنوان یک امر معتبر پذیرفته شود و شناسایی به دست آورد، اما هیچکس وجود ندارد که کنترل‌اش را از دست ندهد.

تفسیر: آقای کریستیان y مشاهدات تیزبینانه و دقیقی از روانکاو دارد، بویژه از زمانی که درمان بر حسب تقاضای وی در حالت نشسته انجام شد. در آن زمان وی ایما و اشارات غمگینانه و ناراحت‌کننده مشاهده کرده و آن را به حساب عدم پذیرش خویش از جانب روانکاو گذاشته بود، به عنوان واکنش در برابر شهادت و شادی وی در بروز پرخاشگری؛ این موضوع در مراحل بعدی درمان صدرنشین بود. بدون تردید جایگاه تغییر یافته او و امکانات برآمده از آن، به رشد اعتماد به نفس در بیمار کمک کرده بود.

ب: من خاطره وحشتناکی از آن دورانی دارم که پرخاشگر بودم و شما چهره غمگینان‌های داشتید. من وقتی کودک بودم نمی‌توانستم در صورت پدرم نگاه کنم. پدر من هیولای بچه‌ها بود، بچه‌ها وقتی او را می‌دیدند به گریه می‌افتادند. من هم از او می‌ترسیدم، او چهره تیره، موهای سیاه و چشم‌های سبز براق داشت، پدرم یک روح هولناک بود. من در چشمان شما نیز نمی‌توانستم نگاه کنم. با گذشت زمان هنگام خدا حافظی طوری رفتار می‌کردم که گویی به صورت شما نگاه می‌کنم،

اما چنین نبود، من از ترس نمی‌توانستم در چشمان شما نگاه کنم. دوم آنکه من برای شما جایگاه خاصی در نظر گرفته بودم تا در بیرون چیزی مرا آزار ندهد و به من سرایت نکند. من نمی‌توانم در مورد همه کارهایی که بیرون انجام می‌دهم با شما صحبت کنم.

ر: همانگونه که شما به درستی می‌گوئید، زمانی می‌توان به سادگی همانندسازی کرد که فاصله ایجاد شود و همه چیز مخلوط نشود.

ب: وقتی شما می‌گوئید خوشحالم، بیشتر از آن چیزی است که من انتظار داشتم. من هرگز نگفتم که به دنبال چیز خاصی هستم. یک علامت و ایمای مثبت برای من کافی است. کار خارق‌العاده‌ای مد نظر من نیست، وقتی از فاصله میان خودم و شما صحبت کردم، منظورم این نبود که از صمیمیت ترس دارم. من فقط خواهان درهم آمیختگی نیستم. من گفتم اگر موضوع همانندسازی مطرح است، می‌توان از فاصله نیز انجام داد. این کار را می‌توان از فاصله نیز انجام داد و نیازی به صمیمیت شخصی ندارد، وقتی شما خوشحال می‌شوید، تزئینی نیست و صادقانه است، این امر به دلم می‌نشیند. وقتی موضوع تأیید مطرح بود، بدین خاطر رفتار مادرم منفی بود که مرا محدود می‌کرد. پس تأیید من می‌تواند صاحب وزن گردد، اما به اضافه وزن مبتلا نگردد. من چند هفته قبل گفتم از آنچه شما خواهید کرد ترس دارم. اما این حاکی از تردید من نبود. وقتی می‌گوئید خوشحالم، احساس خوشایندی دارم، اما ترس ندارم.

خوشحالی مشترک ربطی به هم‌جنس‌گرایی نهفته‌ای ندارد که بیمار را در مراحل آغازین درمان نگران کرده بود.

تغییر مسیر زمانی آسان‌تر می‌شود که گفتگو به مباحث محتوایی و بدون موضوع خاص کشیده شود. رابطه با انسان معمولاً سخت‌تر می‌شود، زیرا او در بیرون خود را فردی غیرمحبوب تلقی می‌کند. آقای کریستیان لا این موضوع را در مثال بازی تنیس گوشزد می‌کند. وقتی او می‌برد، تقریباً از حریف خود عذرخواهی می‌کند. او طبق میل طرف مقابل خود بازی می‌کند، متشنج است، چون می‌ترسد در صورت بازی مجدانه نامحسوب گردد. او به درستی می‌گوید، اگر می‌توانست با جدیت بیشتر بازی کند، قدرت تمرکز بیشتری می‌یافت. اضطرابات وی مانع از آن می‌شود که مقاصد خود را به سمت رفتارهای هدفمند سوق دهد.

ر: خوب شاید بتوانید از این مطلب به نتایج موفقی برسید که با استدلالات خود مرا قانع نموده و بدین ترتیب به یک هدف رسیده‌اید. در حالی که من تأسف می‌خورم که در این مسیر برای شما موانعی ایجاد کردم. چه کسی از اشتباهات خود شاد می‌شود!

ب: شما می‌دانید که من خودم را به این افکار نزدیک نمی‌کنم. شما باید کسی باشید که خوشحال می‌شوید، اگر من از عهده این یا آن کار برآیم، اما شما نباید کسی باشید، که من نیز در آن سهیم

هستم، چون مرا به یاد جابجایی می آورد. من آنچنان اشرافی به مطالب ندارم که بتوانم ادعا کنم که شما اشتباه کرده اید. من می گویم، ایست، این یا آن چیز مورد پسند من نیست، و از خودم دفاع می کنم، بدن آنکه بتوانم بگویم که حق با من است.

در چند جلسه بعد بیمار درباره رویایی حرف می زند که بازتاب وضعیت اوست. او در هواپیما و در هوا بود. اضطراب پیدا شده در او زمانی از بین رفت که فهمید می تواند به جایی که در آن نشسته اعتماد کند. او رویای خود را تعبیر کرده بود. اعتماد او به پیکری که در آن نشسته افزایش پیدا کرده است. او همانندسازی های خود با من را جمع بندی و مجدداً تأکید می کند برای او مهم است که من نگرش مثبتی به سکسوالیته و پرخاشگری وی داشته باشم. تأیید ضمنی و بیان نشده برای وی کافی نیست. او به یک اظهار نظر شفاف که حاوی شناسایی باشد نیازمند است.

در حین جلسه، انفعال او به عنوان تلاش برای حفظ خود در برابر مادر تعبیر می شود که از سویی حرکات آشوب انگیز هیستریک داشته، از طرف دیگر از پسر خود انتظار رفتارهای دقیق و منظم داشته، یعنی «خود اشتباه» را به او تحمیل نموده است. این فرضیه مشخص می کند که بیمار چگونه خود را عقب کشیده و به دنیای خیالی خود پناه برده است. همزمان بیمار حس می کرده که در اصل بگونه دیگری است و همواره می خواسته گونه دیگری از آنچه باشد که خود را نشان می دهد.

بیمار هنوز نسبت به نگرش من درباره سکسوالیته خویش مشکوک است. بار دیگر نیز به علت خجالت نمی تواند در این باره صحبت کند؛ بعداً بر خجالت خود غلبه می کند. ظاهراً این کار با یادآوری جلسات قبلی ارتباط دارد.

ب: می خواهم، اما نمی توانم در مورد آن صحبت کنم، عجیب است؛ من می خواهم (مکث)، باید برعکس، شاید بتوانم، به کجا می خواهم بروم، در اینجا، وقتی از شما چیزی می خواهم، من شناسایی می خواهم. این الگوی چیزی است که من در بیرون می خواهم. من از دیگران چیزی دیگری می خواهم و این خواستن برای من خیلی مشکل است، چون من... در خانه یاد گرفته ام از دیگران چیزی نخواهم و بر دیگران نفوذی نداشته باشم. مشکل من در بیرون، کسب شناسایی از جانب دیگران است، این چیز خیلی سختی برای من است.

د: بله، الان مشخص تر شد که شما در کدام نقطه به هم ریختگی دارید. همان لحظه ای است که از من خواستید که توجه بیشتر و ویژه ای به شما داشته باشم. من آرزو، انتظار و اشتیاق شما را اینگونه برآورده کردم که به شما گفتم "بله موضوع اصلی این است"، اینکه این علاقه و توجه نباید فقط از جانب من باشد.

ب: این مرا می ترساند، چون من...

د: شما سردرگم بودید، چون بالاخره برآورده شد.

ب: یک فکر دیگر مرا آزار می‌دهد. من می‌خواهم از تصویر یعقوب و فرشته که یک بار مطرح کردید استفاده کنم. من شاید خیلی کوچکتر از آن باشم که چنین نعمتی شامل حالم بشود.

ر: هوم.

ب: درست نیست؟

ر: هوم. (مکث) من گمان می‌کنم که شما با این افکار خودتان را در مقابل احساس رهایی پر قدرتی که در انتظار شما است، حفاظت می‌کنید.

ب: بله ممکن است.

ر: هوم.

ب: چون شناسایی نشد و من فکر می‌کردم، شما خواهان آن نیستید و فکر کردم فایده‌ای برای من ندارد و باید با این محدودیت کنار بیایم. مثل سابق است که می‌گفتند من برای خیلی چیزها هنوز کوچک هستم.

ر: هوم.

ب: نمی‌دانم، سرنخ را از دست داده‌ام. شما صاحب آن چیزی هستید که من در جستجوی آن هستم، اما چیزی مانع از آن می‌شد که آن را بیان کنید.

آقای کریستیان لا به یاد می‌آورد که در جلسه اول درباره سکسوالیته از من سوال کرده بود. من در آن موقع تقریباً اینگونه پاسخ داده بودم که مسئله اصلی این نیست که من چه نظری در این باره دارم، بلکه موضوع آن است که او در این باره چگونه فکر می‌کند. آقای کریستیان لا این جواب را به عنوان پس‌زنی و فقدان شناسایی دریافت کرده بود.

● نگرش درمانی من در آن زمان دقیقاً همانگونه بود که بیمار تشریح کرد. در آن زمان دادن پاسخ‌های انحرافی به این سوالات، جزو اصول سبک درمانی من به‌شمار می‌رفت. اصلاح بعدی رفتار درمانی من، باعث تغییری شد که بیمار در رویای امروزی خود و نیز جلسات قبلی بیان می‌کند و موجب شد تا وی یک زندگی خوشبخت و یک شغل موفق را تجربه کند. می‌توان تصور کرد که در صورتی که من از همان ابتدا همانندسازی با شناسایی خودم را زمینه‌سازی می‌کردم، درمان سیر دیگری به خود می‌گرفت.

● این اشتباه است که فکر کنیم بیمار در آن زمان و یا بعداً علاقه درباره سکسوالیته من داشته است. زندگی خصوصی من در حاشیه توجه او قرار داشت، اما نگرش من برای او مهم بود، مادام که این نگرش می‌توانست به همانندسازی با سیستم ارزشی که از معیارهای مادر متفاوت باشد، بیانجامد. او

همزمان فاصله می‌خواست. این گمان از مفروضات نظری بیمار و در اظهارات زیاد وی بر می‌خاست. در جلسه امروز نیز از شرمی صحبت کرد که ناشی از جابجایی بود. از مجموعه اظهارات فوق بیمار بخش‌های زیر را انتخاب کرده‌ایم:

من در ابتدا از یک فکر ساده حرکت کردم که در اصل هنوز هم آن را دارم. شما آن موقع به من گفتید من چگونه نگرش و نظریات چهره‌های قدیمی را پذیرفته و به روش نادرست، خودم را با آن همانندسازی کرده‌ام.

در ابتدا از حماقت خود عصبانی بودم. اکنون باید اضافه کنم که باور دارم انسان‌های زیادی با نگرش‌های متفاوت برای همانندسازی وجود دارند. من استنباطم از خودم چنین است که فردی هستم که به این همانندسازی‌ها نیاز بیشتری دارم.

اوضاع به زودی عوض شد و جای خود را برای یک امیدواری پایدار باز کرد: این خصلت به دست آورده خودم را به‌عنوان فرصت بزرگی دیدم که خودم را با افراد مناسب همانندسازی کنم تا از این طریق احساس عزت نفس دایمی پیدا کنم. از شما چنین واکنش‌هایی را انتظار داشتم که البته باید به انتظار آن می‌نشستم.

به‌علت فقدان امکان همانندسازی، همواره آسیب‌های خودم را به‌عنوان بیماری کمبود توصیف می‌کردم. در این ارتباط غالباً از میل به دوست داشته شدن و دوست نداشته شدن صحبت می‌کردم، منظورم آرزوی حاد نبود، بلکه آرزویی که برخاسته از ایام کودکی‌ام می‌شد. حس دوست داشته نشدن، نقطه زلال در همانندسازی با مادرم بود. این وضعیت را همواره به گونه‌های مختلف توصیف کردم تا راه برون‌رفت از آن را بیابم. آنچه روشن است، آنکه من این اواخر دیگر به "عشق" نیازی ندارم. موضوع "راه‌حل دیگر" بود. کمبودها را نمی‌توان با توصیف خالی برطرف کرد. قبل از همه خداحافظی از چهره‌های قدیمی، رهایی از آنان، به جای آن‌ها نمی‌نشیند. اهداف زندگی من در بیرون پراکنده هستند. زمانی من بی‌نهایت منفع می‌گردم که این اهداف با حمایت شما ارزشمند شوند.

من متوجه نمی‌شوم چرا گفتگو درباره اهداف کنونی من و یا اهمیتی که من در این جریان برای شما قائلم، از "تعاملات کلامی مستقیم" ارزش کمتری دارند. چیزی از شدت آن کاسته نمی‌شود، گفتگو به‌علت آن غیرصمیمی‌تر نمی‌شود. امکانات شما محدود نیست: راحتی می‌توان درباره پرخاشگری و سکسوالیته صحبت کرد، بدون آنکه به نقش و نگار، تعبیرات مصنوعی و اقدامات انحرافی کنترل‌نشده نیاز باشد. اگر در این بُعد به توافق برسیم، همواره مشخص است چه چیز و چه کسی مد نظر است.

به نظرم ضروری است که شما به اصل مطلب پرداخته و جانبدارانه‌تر رفتار کنید. کمی از آن کافی است؛ من گمان دارم که نشان‌های از گرایش کمک می‌کند، چنانچه متناسب با برخی شرایط عمل

کنید. خونگرمی، انعطاف پذیری و بینش مثبت، تنها به "بودن" سکسوالیته و پرخاشگری بیمار مربوط می‌شوند. همدلی اما به "آنگونه بودن" ربط دارد. چنانچه برای فهم و درک، ذره ای همانندسازی پزشک با بیمار نشان داده شود، می‌تواند به تغییرات بزرگ در بیمار منجر گردد. مهره قدیمی فرو می‌افتد و جایش چیز تازه‌ای می‌نشیند. همدردی به تنهایی ثمر زیادی ندارد، شما "خاموش" می‌شوید. اما ذره‌ای همراهی، تأثیر بسزایی دارد. بدین ترتیب رهایی از چهره‌های قدیمی با آرامش خاطر بیشتری تحقق می‌یابد، زیرا جای خالی آن‌ها با عوامل دلپذیر پر می‌شود. بنابراین خداحافظی از آن‌ها نیز ساده‌تر می‌شود.

مشکلات جای دیگری است. انسان آن چیزی که هست نه فقط بر مبنای داده‌های ارثی و ذاتی است، بلکه انسان همچنین در تعامل با محیط شکل می‌گیرد. من خودم را به علت کمبود تجربه، "دست و پا چلفتی"، "عقب مانده" و "ناقص" می‌دیدم. من تعامل سازنده با محیط خویش نداشتم. آنجایی که لکه‌های سیاه در روانم خانه کرده، کار آنالیز سخت‌تر می‌شود. این حالت مداخلات خلاق روانکاو را الزامی می‌ساخت. این با درک سنتی از درمان در تضاد است. قانع کردن شما در این مسیر، همواره برای من ساده نبود. البته من از راه دور می‌آیم و با کمک شما به بسیاری چیزها رسیدم.

با آنچه تا به امروز به دست آوردم، می‌توانم خشنود باشم. اینکه من از شما قبل از همه بخاطر رفتار انعطاف پذیرتان در برابر بیمار پر توقع و برخی مواقع سختی چون من، سپاسگزارم، نیاز به کلمات بیشتر ندارد.

تفسیر: بخاطر اهمیت زیادی که اظهار نظرات آقای کریستیان Y پیرامون مرحله پایانی درمان دارد، مایلیم چند نکته را بدان بیافزاییم. می‌خواهیم به اشتباهات مربوط به تکنیک درمانی پردازیم که مدت زمان طولانی از آن می‌گذرد. این اشتباهات تا حدود زیادی اینگونه جبران می‌شد که بیمار سخت، جوانی که سال‌ها در بند بیمارستان بود و بلحاظ روحی و جسمی عاری از هرگونه تحرک بود، در حین درمان توانست زندگی خصوصی و شغلی خویش را پی ریزی کند. انتقاد آقای کریستیان Y مربوط به بخش آخر است که معمولاً تراز کاری تنظیم می‌شود. قابل فهم است که بیماری که علیرغم ارضای زیاد از بیماری کمبود رنجور است - ظاهراً متضاد، چون او مراقبت‌های مبالغه آمیز از مادر خود دریافت نموده بود - اتفاقاً در پایان، کمبودهای خود را شناسایی و درباره آن صحبت می‌کند.

من درمان آقای کریستیان Y را ۲۰ سال پیش با درک آن زمانی خودم از تکنیک روانکاوی، یعنی تئوری و عمل، انتقال، انتقال متقابل، مقاومت و پسرفت شروع کردم. در ارتباط با موضوعاتی که در این دو بخش صحبت شد، من از آقای کریستیان Y و بیماران دیگری که اختلالات مشابهی داشتند، چیزهای فراوانی یاد گرفتم و برای آن‌ها اهمیت زیادی برای درک جدید خودم از تکنیک روانکاوی قائلم. با گذشت زمان به این مطلب پی بردم که تئوری‌های فلسفی و روانشناسی اجتماعی درباره نقش شناسایی در سیر تکوین اعتماد به نفس در فضای بیان انسانی را می‌توان برای غنی‌سازی تکنیک درمانی روانکاوی بکار گرفت. دوزینگ (۱۹۸۶) آثار فیشته، هگل، مید و شوتز در ارتباط با این موضوع را ارزشیابی نموده است. بدون آنکه نویسنده بحث خود را به تئوری و تکنیک پیوند دهد، مشخص است که نظریات متفاوت روانکاوی درباره اعتماد به نفس و نقش شناسایی در تاریخ علوم نظری ریشه دارد. شناخت‌های فلسفی درباره انسان اکنون با اظهارات تجربی درباره ارتباطات بین‌ذهنی میان مادر و فرزند از بدو تولد تلاقی پیدا کرده‌اند.

قطعاً نمی‌توان تفسیر معروف هگل درباره نسبت ارباب و رعیت و یا نظریات فلسفی او درباره مبارزه کشنده جهت کسب شناسایی را به موضوع مداخلات و تفاسیر درمانی تبدیل کرد. به همین نحو نمی‌توان تفسیر روانشناسی اجتماعی مید درباره نقش "دیگری با اهمیت" را در ایجاد اعتماد به نفس در محیط درمانی بکار گرفت (نک کشیر و تومه ۱۹۸۷). راه‌های جستجوی شناسایی نزد انسان‌ها متفاوت است. مثلاً آقای کریستیان Y به دنبال آن شناسایی نبود که طبق نظر کوهوت در برق نگاه مادر (یا روانکاو) باز می‌تابد. او می‌خواهد با کمک جایگاه خارق‌العاده‌ای که برای روانکاو ترسیم می‌کند، به خلاف آن برسد، یعنی، از انتقال خارج شود تا خود را پیدا کند. آقای کریستیان Y بدنبال شناسایی متقابل بود که در بی‌طرفی سنتی روانکاوی از آن پرهیز شد. موافقت من با انتقاد بیمار از باور درونی من بر می‌خاست که خوشبختانه به لحاظ درمانی نیز مؤثر افتاد. دیالوگ‌هایی که در اینجا ارائه شدند، رسم و معمول روش کار من نیست. این‌ها ساعات طلایی بودند که علاوه بر حل مشکلات موردی، به طرح و حل موضوعات مربوط به تکنیک درمانی نیز انجامیدند. نباید با زبان پرطمطراق و سیر در ابعاد انتزاعی خود را فریب داد: در اینجا ارزش‌های عاطفی و حیاتی با اهمیتی مطرح هستند. آقای کریستیان Y این مقوله را در مفاهیم گنجانده و به کمک زبان خویش، دنیای خویش و خودش - با شناسایی که از من دریافت کرد - را تفکیک نمود. شاید می‌شد خیلی زودتر به این نقطه رسید. اما در ابتدای درمان بهتر از این نمی‌دانستم.

یک خانم بیمار ۵۰ ساله مبتلا به نوعی افسردگی همراه با حالت اضطرابی بود و برای مدت طولانی دارودرمانی بدون توفیق انجام داده بود. نشانه، پس از ضایعه مرگ همسرش به علت یک بیماری و در حین واکنش سوگواری ایجاد شده بود. خانم درووتا X پس از آنکه متوجه شد همسرش به علت بیماری سرطانی که دیر تشخیص داده شده بود، رنج‌های زیادی را تحمل نموده، دچار اضطراب خودبیماری‌انگاری شده بود. الگوهای واکنشی افسردگی رایج، به دنبال وحدت همانندسازی ناخودآگاه با همسر ایده‌آل سازی شده و استمرار رابطه دوگانه درونی شده با او که در محکومیت خویش بیمار متبلور می‌شد، به وجود آمدند. خانم درووتا X به معنای دقیق کلمه در انزوا بسر می‌برد و خود را مخفی می‌کرد؛ او حساسیت چشم‌های خود را بهانه داده بود تا بتواند همواره یک عینک دودی حمل کند. به علت بیماری مزمن عروس خود، گمان می‌کرد روزی باید از دو نوه خود نگهداری کند، اما می‌ترسید به علت بیماری خود قادر به انجام این کار نباشد. این نگرانی درد وی را تشدید می‌کرد و همزمان وی را موظف می‌کرد تا به زندگی ادامه دهد و از افکار خودکشی پرهیز کند.

روانکاو به عنوان ابژه انتقال

بررسی روانکاوانه همانندسازی افسرده با همسر متوفی به بهبود نسبی دردها و بازگشت توانایی وی در ایجاد روابط، در ابتدا با روانکاو به عنوان "ابژه انتقال" منتهی شد. خانم درووتا X در انتقال، گرایش داشت نقش مادران‌های در برابر من ایفا کند. همزمان او مرا به خاطر آرامش و راحت بودنم، ایده‌آل‌سازی می‌کرد؛ "من همیشه می‌خواستم اینگونه باشم." نقطه عطفی که این انتقال نرم را به یکباره تغییر داد، اتفاقی بود که رخ داد؛ در یک جلسه درمانی که استثنائاً در آخر شب برگزار شد، خانم درووتا X با یک درمانگر خسته و متشنج روبرو شد. مشاهده او مبنی بر خستگی من، نگرانی غیرمنطقی عمیقی در وی ایجاد کرد؛ او فکر کرد در پس خستگی و کوفتگی من یک بیماری سخت قرار دارد و نباید فشار زیادی به من وارد شود. ایما اشارات مادران‌های که تا آن زمان شکل نرم و ظریفی داشت، به اشکال افراطی تبدیل شد. البته بهبودی کامل علامت ایجاد شد، اما توأم با این گلایه از خود که نباید به درمان خاتمه دهد، چون در غیر

* Depression
Depression

این صورت امکان آن را نخواهد داشت که بطور مرتب از احوال من با خبر و خاطر جمع شود که اتفاق بدی برای من نخواهد افتاد. همزمان او خود را سرزنش می کرد که با ادامه درمان به من فشار وارد می کند، بگونه ای که وی مجدداً با زنده شدن احساس گناه های قبلی خود، اکنون عمیقاً عذاب وجدان گرفته است.

نگرانی غیرواقعی نسبت به من به عنوان ابژه انتقال، پردازش درمانی روابط دوگانه ناخودآگاه بیمار که در طول زندگی گمان می کرده، در ایجاد هیپوکندری مادر خویش مقصر بوده است را تسهیل کرد: ریزش خون هنگام تولد بیمار تقریباً تا سر حد مرگ مادرش ادامه داشته، و مشکلات مادر برای سالیان سال به این موضوع ربط داده می شد. افکار اصلی دوران کودکی وی بر مبنای زمینه خانوادگی تخیلات مرگ و نجات بود. در پناه انتقال مثبت توانستیم جنبه های منفی پرخاشگرانه افکار و رفتار وی را روشن کنیم. هر چه می گذشت، ماهیت دفاعی ایده آل سازی ها بیشتر مشخص می شد. بدین ترتیب روشن شد که ایفای نقش مادرانه در برابر همسر متوفی اش، قبل از هر چیز در خدمت پنهان کردن نیازهای جنسی و ارضای پسرقتی بوده است. او زیر دامن خود شلوار می پوشید و در توفیق شغلی همسرش نقش عمده ای داشته است.

● من ضمن تعبیرات خویش تلاش کردم جنبه های "انسانی" روانکاو را برجسته کنم، بدون توفیق: البته بیمار در بُعد کاملاً شناختی به این مسئله پی برد که من نیز دارای نقاط ضعف هستم، اما او نمی خواست این شناخت را در عالم واقع پذیرا گردد.

ایده آل سازی و ایده آل زدایی در اینجا نیز به شکل رایج، جای خود را به یک دیگر می دادند. اشاره من مبنی بر اینکه دانش خودم را به بهترین وجه به نفع وی بکار می گیرم، از جانبی پذیرفته می شد، اما از طرف دیگر خانم دروتا X همین اشارات را به عنوان تأیید خودپسندانه از ارزش می انداخت. او این سیر فکری را با رفع فشار از من بست، بدین نحو که کمبود همدلی را که به من نسبت می داد به تجربیات منفی فرضی در تاریخچه زندگی ربط داد. افکار ارزش زدایی و نیز ایده آل سازی های او از جنبه درمانی برای مدت طولانی تعبیرپذیر نبود.

ایده آل زدایی و تجربه شخص واقعی

دومین نقطه عطف این درمان زمانی به وقوع پیوست که خانم دروتا X مرا در حین رانندگی با سرعت بالا مشاهده کرد. تشریحات او درباره زمان و مکان تردیدی نگذاشت که وی مشاهده درستی داشته است. اما او تلاش می کرد ادراکات خویش را پنهان نگه دارد و از شفاف شدن اوضاع پرهیز کند، بدین نحو با اتکا بر عادت رفتاری خود، از کنار اتوموبیل پارک شده من با "چشمان بسته" رد

شده بود. اسب بخار بالای ماشین اسپرت من با تصویر یک روانکاو آرام و ظاهراً دیرجوش خوانایی نداشت.

مشاهده او در خیابان ایده آل سازی های وی را دشتخوش تزلزل کرد. بعد از تردیدهای فراوان خانم دروتا X بالاخره دریافت که بله، روانکاو او نیز در زمره مردانی قرار دارد که در خرید اتوموبیل از نقطه نظرات غیرعقلانی پیروی کرده است. واقعیتی که وی از طریق ماشین من بدان دست یافت، اهمیت محتوایی متنوعی داشت: این اتوموبیل نماد نیرو، پویایی تا سر حد عدم رعایت حال دیگران و اصراف بود. نهایتاً اتوموبیل به نماد سکس تبدیل شد. تشویش بیمار تا حدی بزرگ شد که وی در آن ایده آل زدایی از ابژه انتقال را دید. او در ابژه انتقال نه تنها به دنبال ارضای نیازهای خود بود، بلکه قبل از هر چیز خودش را جستجو می کرد، یعنی پویایی خود را که در ایده آل سازی و ایفای نقش مادرانه در نوسان بود.

● کار تعبیر من قبل از همه این هدف را دنبال می کرد که به خانم دروتا X نشان دهد وی بخش های مهمی از زندگی خود را در من و "اتوموبیل" من می دید. از آنجایی که وی در رابطه زوجی شور و شوق خویش در جنبه های متفاوت را مهار کرده است، بازگشت سرزندگی ابتداءً وی را دچار تشویش می نمود. در ادامه بیمار توانست انرژی و سرزندگی خود را قدم به قدم بازیافته و در زندگی خود ادغام کند. درمان اینک از طریق پردازش موضوعات ناخودآگاه سیر مطلوبی به خود گرفت.

تفسیر: هر دو نقطه عطف این درمان با مشاهدات واقعی خانم دروتا X از روانکاو میسر شد. تأیید ادراکات او به تعبیرات من جوهر و نیروی اقبایی بخشید.

◀ در اولین مرحله، می توان نگرانی بیش از حد درباره خستگی مرا به جنبه های پرخاشگرانه انتقال مرتبط دانست. جای سوال دارد که آیا تعبیر تخیلات ناخودآگاهی که در مشاهدات مستتر بود، می توانست تأثیر مشابه داشته باشد یا نه: آیا چنین تعبیری به زیر سوال بردن ادراکات بیمار منتهی نمی شد - گویی که روانکاو خسته نبوده است؟

◀ در دومین مرحله، دوباره یک مشاهده واقعی بود که فرصت آن را داد که بازی متقابل میان ایده آل سازی و ایده آل زدایی رها شود و خانم دورتا X را به نقطه ای برساند که خصلت های مردانه را در من دریافت نموده و انرژی نهفته خود را در خود-پنداره خویش ادغام نماید.

ارزشیابی نهایی

تقریباً ۳ سال بعد از درمان، خانم دروتا X پرسشنامه ای را تکمیل کرد که حاوی یک سوال خاص درباره تأثیرات وقفه درمانی بود. او چنین نوشت:

پس از دریافت پرسشنامه فوراً تمام سوالات را پاسخ دادم، علامت مطمئنی برای من که من هنوز به روان‌درمانی و روان‌درمانگرم تعلق خاطر دارم. هرچقدر فاصله با جلسه آخر زیادتر می‌شود، استفاده‌های بیشتری از دوران درمان می‌برم. مثلاً تازه الان بسیاری از ایده‌های درمانگر را می‌فهمم و نحوه کنار آمدن با آن‌ها را یاد می‌گیرم. من برای هر جلسه درمانی تشکر می‌کنم؛ زیرا در حین هر جلسه یاد گرفتم کمی و اندکی راحت‌تر و خوشبخت‌تر از قبل زندگی کنم.

چند جلسه قبل از خاتمه روان‌درمانی با خنده و گریه، خودم را برای جلسه خداحافظی آماده می‌کردم. این بازی برای من آنقدر غیرقابل تحمل گردید که از درمانگر خواش کردم، جلسه آخر را سریعاً برگزار کند؛ مضافاً آنکه حس می‌کردم که زمان آن فرا رسیده است. سپس خودم را آزاد حس کردم - نه خوشبخت و نه غمگین - فقط منتظر. من مثل گذشته زندگی می‌کردم و در افکار خودم با درمانگر گفتگوهای زیادی انجام دادم. به بازگشت به درمان هرگز فکر نکردم؛ دایره بسته شده بود. من می‌دانستم که زمان خوب و پرثمری برای من بود. در درمان و با درمانگر زندگی آزادتر و بهتری را شناخته و آزمایش کردم؛ اینک من اراده قوی و حس نسبتاً مطمئنی دارم که می‌توانم بر زندگی "بیرون" بهتر چیره شوم.

۵-۹ بی‌اشتهایی عصبی*

این تاریخچه بیماری را که قبلاً تحت نام رمز هنریده آ. کاملاً منتشر شده بود برای بازسازی شکل‌گیری بی‌اشتهایی عصبی در دوران بلوغ انتخاب کرده‌ایم. با وجود آنکه مسئله کم‌اهمیتی نیست که بازسازی این مورد پس از ۳۰ سال هنوز درخور توجه است و در آن زمان در کانون مبحث همانندسازی و هویت‌یابی قرار گرفت که در این بین از جانب همه روان‌درمانگران پذیرفته شده است، ما در اینجا به منظوری دیگری این کار را انجام می‌دهیم. ما می‌خواهیم خواننده را با مرحله پایان یک روانکاوی آشنا سازیم، زیرا در قسمت درمانی ۸ و ۹ اشارات پنهانی وجود دارد که در بروز تبدیل علامت با اهمیت است.

هنریده X در ۱۶ سالگی بیمار شد. وزن قبلی ۵۲ کیلویی او به ۴۰ کیلو کاهش یافت. ۳ سال بعد، در آغاز روانکاوی بیمار ۱۷۲ سانتیمتری ۴۶ کیلو وزن داشت. از شروع بیماری عادت ماهانه او قطع شد و یبوست گرفت.

* Anorexia Nervosa
Anorexia nervosa

در حین روانکاوی- در مجموع ۲۸۹ جلسه در تقریباً ۲ سال- وزن بیمار به ۵۵ کیلو افزایش یافت. عادت ماهانه او پس از ۴ سال دوباره شروع شد، یبوست او بهبود یافت. برای ارائه‌نمایی از فرایندهای مهم روان‌پویایی این بیمار، از موقعیت بروز دهنده‌ای شروع می‌کنیم که رابطه تنگاتنگی با "ریاضت بلوغ" دارد، آنگونه که آنا فروید (۱۹۳۶) توصیف می‌نمود. هنرپته X زمانی که پسران به او نگاه می‌کردند و یا مطلبی درباره عشق در مدرسه گفته می‌شد، سرخ می‌شد او فوبی سرخ شدن را به‌عنوان یک علامت زجرآور تجربه می‌کرد. بیمار تا آن زمان "آقای خود" (فروید ۱۹۱۷، ص: ۲۹۵) بود، اما اینک اتفاقی می‌افتاد که نمی‌توانست آن را کنترل کند. او کشف می‌کند که زمانی می‌تواند اضطراب سرخ شدن را از خودش دور کند که صبح‌ها غذا نخورد. سرخ شدن با شروع لاغری وی از بین رفت. در حین روانکاوی این پیشرفت به عقب برگشت. با بروز مجدد سرخ شدن، تعارضات قدیمی که در آن زمان به ریاضت ختم شده بودند، شناسایی و تا حدود زیادی حل شدند.

تفسیر: مشخص می‌شود که هنرپته X به‌علت آنکه خجالت می‌کشید به‌عنوان "دختر" به او نگاه کنند، سرخ می‌شد. اضطرابی که به دنبال این اتفاق غیرارادی بروز می‌نمود و مکانیزم‌های دفاعی خود، مرکز ثقل جمع‌بندی زیر را تشکیل می‌دهند.

سوال این است، چرا اضطراب از سرخ شدن که از بیرون زیاد به نظر نمی‌رسید، چنان شدت یافت که امتناع چند ساله از تغذیه، پس‌زنی غریزی و انزوا را به همراه داشت؟ در پائین تلاش می‌کنیم رئوس مطالب روان‌پویایی را ارائه نماییم.

◀ این توصیف که بیمار تا زمان سرخ شدن آقای خود بوده، به زبان مکانی- داینامیکی به یک "ایده آل خود" خاص اشاره دارد: او می‌خواسته پسر باشد و تمایل نداشته به‌عنوان دختر به او نگاه شود. آرزوی پسر بودن در بیمار بر اثر تأثیرات تاریخچه زندگی کاملاً ریشه دار بود. او بدون پدر و به‌عنوان تک‌فرزند با مادرش تنها زندگی می‌کرد. مادر، یک بیوه زن تنها، تصویر همسرش را به دختر فراقنی کرده بود و او را به‌عنوان یک مشاور روشن‌ذهن می‌دید. به بیان عام، به دختر یک نقش "مردانه" تحمیل شده بود. از دید روانکاوی در اینجا تعارضات عادی ادیپی ایجاد نشد، بلکه نوعی همانندسازی مردانه شکل گرفت. خصوصیتی که ذاتاً "مردانه" و یا "زنانه" نیستند، اما در فرهنگ ما عمدتاً از جانب مردان بروز می‌کنند، بنابر شرایط خاص خانوادگی به بیمار منتقل گردید، خصوصیتی نظیر: استقلال، قوی بودن، قاطعیت در تصمیم و عمل. او تعیین‌کننده بود و مادر، خود را با او منطبق می‌کرد. این وضعیت تا حدودی مؤثر بود که بیمار مخصوصاً به ایده "قدر قدرتی افکار" (فروید) پایبند بماند.

بیمار همچنین در یک رابطه دوستی طولانی با دوست دخترش، بخش فعال این رابطه بود. مادام که او می‌توانست نقش‌های پسرانه ایفا کند و به سادگی به اهداف خود می‌رسید، یک ورزشکار و دانش‌آموز عالی بود. "ایده آل خود" بیمار بدین ترتیب دست نخورده باقی می‌ماند. تعادل روانی او در دوران بلوغ به هم خورد.

◀ بیمار در تعارض نتوانستن پسر بودن و نحو/ستن دختر بودن، به امنیت جدیدی از طریق ایده آل غیرجنسی دست یافت. بدین ترتیب خصومت اولیه و بی‌رنگ و بو میان "خود" و "غریزه" ایجاد شد؛ همان چیزی که آنا فروید در ریاضت‌کشی دوران بلوغ درباره آن صحبت می‌کرد. پیامدهای پس‌زنی کلی غریزه، هم در رفتار عمومی و هم در عدم تغذیه بطور خاص هویدا بود. توسط انکار جنبه‌های خطرناک بیرونی و سرکوب غرایز درونی، بی‌اضطرابی خود محقق گشت.

◀ گرسنگی در تجربه به نماد غریزه تبدیل شد و ریاضت‌کشی در خدمت غلبه بر اضطراب قدرت غریزه درآمد.

◀ در نگاهی دقیق‌تر، از نظر ما اضطراب از قدرت غریزه به اجزای ناخودآگاهی تبدیل می‌شد که سرکوب آن هم فکر و هم رفتار را مختل می‌کرد. نتیجه آن برای بیمار:

- محدود شدن توانایی در ایجاد روابط بین‌انسانی

- اختلال شغلی و تمرکز و

- اختلال عملکردی بود.

◀ در بی‌اشتهایی عصبی این فرایندهای روان-ژنتیکی را می‌توان از یک‌دیگر تفکیک نمود:

- اجتناب از ارضای واقعی غریزه، برگشت غریزه از ابژه و ارضای آن به تخیلات (رویای روزانه درباره غذا). در این جا تلاش برای گریز از یک خطر مطرح است که ممکن است در ارضای غریزه بروز کند.

- نشان داده شد که رفتار آمازونی بیمار در کل و بی‌اشتهایی وی بطور خاص، نتیجه دفاع در برابر پذیرش است ("چیزی به درون من وارد می‌شود")، زیرا تغذیه بطور ناخودآگاه به بارداری پیوند خورده است. چنندش و تهوع در ارتباط با دفاع در برابر سکسوالیته بود.

- ارضای دهانی بطور ناخودآگاه با نابودی و کشتن مرتبط بود. به همین خاطر خوردن، محدود و توأم با احساس گناه تجربه می‌شد.

◀ اضطراب پیرامون از بین رفتن همه مرزها، مبین اشتیاق برای ایجاد رابطه‌ای فراگیر و جامع است. از آنجایی که او از احساس دوگانه خویش و قدرت نابودکننده نیازهای دهانی اضطراب داشت، این اشتیاق سرکوب و به روش پسرانی ارضا شد. از منظر انرژی‌ک، تنش انباشته شده‌ی توقف فشار گرسنگی، در فشار برای حرکت تخلیه می‌شد.

سرگذشت. هنریته X در عمل به عنوان تک‌فرزند و بدون پدر بزرگ شد. دو همشیره بسیار مسن‌تر او، هنگامی که هنریته در آغاز جنگ به دنیا آمد، مشغول کارآموزی بودند. پدرش در جنگ کشته شد. قابل تأکید است که رابطه تنگاتنگی میان مادر تنها و فرزند بسیار محبوب او شکل گرفت که شب‌ها در رختخواب مادر می‌خوابید و در غیر این صورت به حالت اضطراب گرفتار می‌شد. از نگاه مادر و همه بستگان - یک عمو (دایی) دور دست با خانواده پر جمعیت خود نقش ایده‌آلی پدر را عهده دار شد - هنریته یک کودک شاد، معمولی، برخی مواقع لجباز بود که بیشتر در بیرون بازی می‌کرد تا در خانه و با عروسک‌هایش. او هشیار بود و تخیلات زنده‌ای داشت. هنریته از ایام کودکی با گوستی (دوست دخترش) دوست بود. واحد هنریته - گوستی امکان ایفای نقش‌های زیادی را فراهم می‌کرد، در حالی که هنریته نه فقط خلاق‌تر بود، بلکه غالباً نقش فعال‌تر و مردانه‌تر را نیز ایفا می‌کرد.

ورود به دبیرستان به راحتی انجام شد که او با گوستی هر روز پیاده به آنجا می‌رفتند. در دبیرستان نیز او در رأس قرار گرفت. همه چیز بر طبق مراد پیش می‌رفت. او یک ورزشکار برجسته و نوازنده پیانو بود، زبان آلمانی و زبان خارجی او مخصوصاً خوب بود. در کلاس مختلط، او در بین رهبران پسرانه قرار گرفت و نحوه رفتار را تعیین می‌کرد. رابطه با گوستی را ادامه می‌داد و در حالی که از نزدیک شدن او به همشاگردی‌های دختر و پسر جلوگیری می‌نمود، از او حمایت می‌کرد. با دیگران فقط در چارچوب رقابت‌های ورزشی سر و کار داشت. او در این حالت باقی ماند و از عادت ماهیانه خود که مانع حضور وی در فعالیت‌های ورزشی می‌شد، نفرت داشت.

با تغییراتی که در کلاس وی در ایام بلوغ ایجاد شد، موقعیت ممتاز خود را به تدریج از دست داد و رفتارش عوض شد. او ساکت شد، نوسان خلقی پیدا کرد و از جنب و جوش باز ایستاد. در حالی که قبلاً با گوستی با میل غذا می‌خورد، تغذیه‌اش کم شد و برخی مواقع استفراغ می‌کرد. تمرینات ورزشی او رو به کاهش گذاشت، بگونه‌ای که دیگر نتوانست در رقابت‌های ورزشی شرکت کند. در دوره متوسطه باید مدرسه‌اش را عوض می‌کرد و بدین ترتیب از گوستی جدا افتاد. در کلاس جدید که ۲ سال تا شروع درمان به آنجا می‌رفت، بیماری که در سن ۱۶ سالگی در بدن و روان او ایجاد شده بود، تغییر نکرد.

از مراحل پایانی درمان

هشتمین مرحله درمان. جلسات ۲۵۴-۲۱۵. هنریته X با کمی نگرانی و نیز شادی همزمان متوجه شد که در پی اضافه وزن اخیر خود که با تغییر حس بدنی او توأم بود، عضلاتش شل‌تر شده‌اند. نگرانی

به وسیله حس بدنی - فشار شکم هنگام پوشیدن دامن و یا بستن کمربند - ایجاد شده بود. پاره‌ای تنش‌های جسمی بخوبی قابل فهم نبودند، اما برای درک اختلال عملکرد تغذیه و تصویر بدنی مهم بودند. جالب توجه است که بسیاری از مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی، وزن خود را برای سالیان طولانی ثابت نگه می‌دارند. باید قبول کرد که ورود غذا بطور خودکار و از طریق ادراکات بدنی تنظیم می‌شود.

هنریته X هم درگیر نگرانی بود که او را به سمت خوردن سوق می‌داد و هم درگیر ادراک اشکال بدنی خود بود. در حالات اضطرابی از آن هراس داشت از درون، یعنی خطرهای غریزی ناشناخته و نیز از بیرون مورد هجوم واقع شود. ترکیب داخل و خارج، همانگونه که در عمل خوردن و آمیزش روی می‌دهد، موضوع رویاهای بعدی بود.

در جلسه ۲۳۷ وی از رویایی تعریف کرد که ضمن آن در ابتدا به دنبال حمایت مادر بود و سپس با روانکاو خود در تخت خوابیده بود. کار به دعوا کشیده شد و جراحی و خون‌ریزی پیش آمد. قسمت اصلی این رویا آن بود که هنریته X توسط تیرهای سقف اتاق که در رویا از بیسکویت بودند، خفه شد.

در رویاهای بعدی (جلسه ۲۴۰) هنریته X دوباره حس خفگی داشته و همزمان دچار عادت ماهانه شده بود. بالاخره در جلسه ۲۴۵ رویایی دید که عادت شده، که البته تا حدودی رنگ سفید داشته است. در رویا، خون‌های عادت با قسمت‌های سفید آن با غذا مخلوط و از جانب وی خورده شده است. در ادامه رویا او زیر یک دختر بسیار زیبا قرار گرفته و با او آمیزش داشته است. او عضوی حس نمی‌کند، اما بدن زیبایی این دختر را حس نموده و سینه‌های او را در مقابل خود داشته است.

اکنون روشن شد که "ازدواج با غذا" چه معنایی می‌دهد. هنریته X با این کلمات اوضاع کنونی خود را تشریح می‌کند. زیرا در رویا، خون عادت ماهانه که با تکه‌های سفید و غذا آغشته بود، اتفاقی افتاد که حاوی خودباروری دهانی و مراقبت از خود بود. ما این رویا را در دو لایه تفسیر نمودیم - بطور خلاصه - تکه‌های سفید را یک بار به عنوان منی و بار دیگر به عنوان شیر در ارتباط روانشناختی با یک‌دیگر قرار دادیم. اکنون می‌شد رویای قبلی را که طی آن یک کودک عضو بیمار را می‌مکید، بهتر فهمید: این ترشحات بطور ناخودآگاه با غذا برابر انگاشته می‌شد. در کنار تفسیر محتوایی رویا، به سیکل خودشیفتگی آن اشاره شد: "من خودکفا هستم و از عهده همه کار بر می‌آیم، خودم تولید مثل کنم و از مایه خود زندگی کنم."

تفسیر: خودکفایی از طرفی به اضطراب درباره فقدان و مرگ دلالت دارد (هیچ چیز نباید از دست برود) و همزمان تلاشی در جهت غلبه بر این اضطراب است. هنگامی که این فرایند فقط در رویا حادث نمی‌شود و تعیین‌کننده رفتار می‌گردد، موقعیتی پیش می‌آید که خیلی اوقات وجه مشخصه

اجتناب از غذا است. در حالی که حصارگزینی فوق العاده‌ای توسط فرایندهای دفاعی بوجود می‌آید، چیزی تغییر نخواهد کرد و بدین ترتیب- حتی در صورتی که زندگی عملاً نابود شود- بگونه‌ای توهم‌آلود اعتقاد به نامیرایی حفظ می‌شود. ما تلاش می‌کنیم علیل شدن و ضعف مفرط بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی را با کمک نظریات روانشناسی خود درک نماییم. این پارادوکسی را می‌توان در شکل فرمول به این ترتیب توصیف نمود: من از مایه پایان‌ناپذیر خودم زندگی می‌کنم و بنابراین دیگر در معرض تهدیدات تبادلات خطرناک قرار نمی‌گیرم که نهایتاً به مرگ منجر می‌شوند. این انکار بیمار را از ترس از مرگ می‌رهاند (مایه خود در ناخودآگاه مشابه با مایه و جوهر مادری است، بگونه‌ای که در مرگ، حالت جنینی ناخودآگاه ابدیت می‌یابد).

خوشبختانه هنریته X در عالم واقع در این حد خودکفایی نبود و ما توانستیم به کمک رویاهای دیگر بفهمیم که چرا وی به سیکل خودشیفتگی باز گشته است. او می‌بایست در برابر روابط خطرناک و روابط هم‌جنس‌گرایانه و غرایز وابسته بدان دفاع می‌کرده است. جابجایی ابژه تصویر رویا- خفه شدن توسط بیسکویت‌های الواری- متناسب با ادراک خاصی از بدن در هنگام تداعی بود. هنریته X حس می‌کرد که زبانش باد نموده و بدین ترتیب حس خفگی تجربه شده در حین رویا را بازسازی می‌کرد. باد کردن زبان به عنوان جابجایی محرک تفسیر شد. در این ارتباط او می‌توانست معمولی صحبت نموده و گرفتار لکنت زبان بشود. این ترس زمانی بطور ناگهانی از بین رفت که تمایلات لیبیدویی مرتبط با زبان به عنوان عضو بیان کننده، مورد تعبیر واقع شدند. در اینجا رویای هم‌جنس‌گرایی مطرح شد. هنریته X گفت او در حال حاضر، درمان با یک پزشک زن را قطع کرده، زیرا صحبت با یک زن درباره نیازهای لطیف برایش مقدور و قابل تحمل نیست.

جای خرسندی بود که هنریته X درک مطلوبی در تفاسیر داشت و می‌توانست حالات اضطرابی خویش را که در ابتدا بی‌انگیزه می‌نمود، در ارتباط با تجربیات خویش قرار داده و آن را در زندگی خود ادغام کند. آنچه او را مخصوصاً زجر می‌داد، پرخاشگری‌های او علیه مادر بود که از طرفی به عنوان دفاع در برابر تمایلات او برای تکیه کردن به مادر و از طرف دیگر نتیجه سرخوردگی بود. او به علت عذاب وجدان، برخی مواقع در ترافیک خیابانی تا سر حد خطر پیش می‌رفت، همزمان با این کار چیره‌دستی و چابکی خود را در دور زدن ماشین در آخرین لحظه به نمایش می‌گذاشت.

وضعیت تحصیلی او در حالی که متعجب بود و با وجود آنکه در مقایسه با همشاگردی‌های خود کمتر درس می‌خواند، بهبود می‌یافت و در دروس علوم طبیعی پیشرفت داشت. تصمیم درباره شغل، دوباره به مشکل انجامید. هنریته X می‌خواست در این موضوع نیز امکانات متفاوت را برای خودش محفوظ نگه دارد و شغلی را انتخاب نماید که بتواند جای همه چیز، یعنی رابطه زوجی و خانواده را برای او پر کند. در یک مشاوره شغلی، همه توانمندی بالای میانگین او را تأیید نمودند. بیمار فقدان

استمرار خویش را با زبر و زرنگی جبران می کرد. او دوست داشت مترجم شود و در پیشرفت های بعدی زمینه این کار فراهم شد.

قسمت ۹، جلسات ۲۸۹-۲۵۵. هنریته X قصد داشت از تعطیلات کریسمس برای دیپلم خود وقت بگذارد که نشد. او برای نخستین از میهمانی که به اتفاق گوستی آن را برنامه ریزی کرده بود لذت می برد و شاد بود. او آرام بود، از خودش خوشش می آمد و لازم نبود خودش را کنترل کند. او موفق بود، جوانان با او گرم بودند و به او ابراز تمایل می کردند. تکانش های خودکشی دیگر او را آزار نمی دادند. اما او هنوز جرأت پیاده روی تنها را نداشت و برخی مواقع از احساس خفگی شکایت می کرد.

رابطه او با مادرش تغییر کرده بود، هنریته X از این متأسف بود که از خانه خود فاصله درونی گرفته است. اما قابل کتمان نبود که او همچنان در برابر نیازهای متکی بودن دفاع می کرد. این حالت در برخورد و رفتار وی با کودکان تأثیر می گذاشت. او با برادرزاده ها و خواهرزاده های خود بازی می کرد، اما از این فشار درونی رنج می برد که دروناً آزاد و راحت نیست و نمی تواند با بچه ها رابطه خوبی برقرار کند. هنریته X می گوید: پس از آنکه دیگر حسی برای مادرم ندارم، می توانم برای بچه ها حس داشته باشم. طبیعی است که او داشتن یک رابطه عاطفی و زائیدن فرزند، تغذیه و تربیت او را غیرقابل دسترس می دید. این تعبیر داده شد که به این علت نمی تواند برای بچه ها حسی داشته باشد چون در این حال خودش را کم و بیش همانندسازی نموده و دقیقاً هنگام همانندسازی با فرزند خود وابستگی کودکان های را تجربه می کند. این تعبیر در رویایی که مربوط به مکیدن و لیسیدن بودن، باز هم عمیق تر شد.

● در اصل موضوعی که با آن مواجه هستیم مشکل درهم تنیدگی رابطه با ابژه و همانندسازی است که در کلمات بیمار و تعبیرات انعکاس می یابند.

هنریته X در مرحله پایانی درمان رویا می بیند که پزشک خود را خفه کرده است. رویا بگونه ای پیرامون عشق و حرص دور می زد. بیمار داستانی از شیطان به یاد می آورد که در کمین قربانیان خود می نشست تا در فرصت مناسب آن ها را ببلعد. او به یاد می آورد که زمانی بردارزاده ۴ ساله او بدون هیچ دلیلی در گوش او گفته بود: "الان می خواهم یک چیز خیلی قشنگ به تو بگویم، می خواهم تو را بکشم." قدرت مخرب عشق او به دفاع در برابر نیازهای وابستگی اش منجر می شد. چون در این صورت او نمی تواند تکانش های خود را کنترل کند.

باید به این مسئله اشاره کرد که بین جلسه ۲۵۸ و ۲۵۹ آخر هفته بود. هنریته X به دیسکو رفت و برای اولین بار عاشق شد. یکی از همشاگردی های او می گوید: "خوشحالم که داری عادی می شوی."

بیمار مراحل گرفتن دیپلم را بدون اضطراب و تشویش سپری می‌کند. او بی‌تابانه در جشن فاشینگ (جشنی که هر سال در ماه فوریه در آلمان برگزار می‌شود و افراد در قالب لباس‌های غیرمعمول ظاهر می‌شوند و جنبه طنز بالایی دارد، مترجم) شرکت می‌کند. نخستین عشق آتشین او با دلباختگی به فرد دیگری از بین می‌رود. در شب جشن او با یک جوان "اگزستانسیالیستی" آشنا می‌شود که در او تصویر خود را باز می‌یافت. نیمی از شب درباره خیر و شر صحبت و وجود آن انکار می‌شد. آن‌ها همزمان ایده‌آل‌های ریاضت‌کشانه را مبنای رابطه خود قرار داده و وابستگی به بدن را غیرانسانی نامیدند. این افکار مانع از تبادل احساسات ظریف با یک‌دیگر نشد. در خواب کوتاهی که می‌رود، رویایی می‌بیند که ضمن آن او با پسری در رختخواب قرار دارد و او را قبل از ورود مادر به اتاق در زیر پتو پنهان می‌کند. از این پس او مشکل به خواب رفتن پیدا می‌کند که با تحریکات جنسی همراه بود. هنریته X اکنون به یاد می‌آورد که قبلاً به لحاظ جنسی تحریک می‌شده، اما آن را نپذیرفته و خودارضایی نیز نکرده است.

تجربیات فاشینگ باعث رویایی شد که از یکی از ریشه‌های مهم احساس حقارت او را به‌عنوان زن برملا کرد. او رویا دید که از سینه‌های سفت و انباشته‌اش تعداد زیادی سوسک سیاه خارج می‌شوند. تحریک جنسی که او ضمن رقص با دوستش تجربه کرده بود، انگیزه این رویا بود. این رویا با تشابه میان سینه و عضو مردانه تعبیر شد. سوسک‌های سیاه نماد منی بودند که بطور همزمان به عنوان چیز چندان‌آوری دیده می‌شدند. هنریته X در اصل خودش به این تعبیر رسید، در حالی که روشن شد، توانایی تقبل عملکردی‌های مادرانه را در خود نمی‌بیند؛ سینه‌ها قرار بود تولید کنند و نه شیر بدهند.

در دوران پایان درمان اختلال به خواب رفتن بروز کرد که بیمار را خیلی نگران کرده بود. او قبلاً برای بخواب رفتن تخیل ساده‌ای داشت که اکنون دیگر عمل نمی‌کرد: تصور پریدن در یک چشمه عمیق. روشن شد که اختلال به خواب رفتن اینگونه قابل درک بود: پریدن در خواب از طرفی به‌عنوان تسلط غیر بر خویش و از جانب دیگر به عنوان پسرفت در احساس امنیتی که اشتیاق آن در بیمار وجود داشت، تجربه می‌شد. بیمار اکنون می‌ترسید که در حین جلسه بخوابد. این فکر به این خاطر ناخوشایند بود، چون او نمی‌خواست پیش پزشک خود بماند و در تلاش جدایی از او بود. این علامت به دنبال کار تعبیر، بهبود چشمگیری پیدا کرد.

هنریته X توانست پس از گرفتن دیپلم و در شرایط مطلوب از درمان مرخص شود. عادت ماهانه او از چند ماه پیش منظم شده بود. وزن او ۵۵ کیلو و یبوست او برطرف گردیده بود. در مجموعه سیر رشدی خوبی را طی می‌کرد. در ارتباط با علامت قابل ذکر است که بیمار هنوز بطور کامل هنگام غذا خوردن احساس راحتی نمی‌کرد.

اکنون موجه می‌نمود که باقیمانده کار را به دست قدرت شفادهنده طبیعت سپرده و درمان را پایان دهیم. بیمار می‌خواست دوره‌های آموزشی خود را در خارج بگذراند، ادامه درمان در حین تعطیلات بعدی دانشگاه مقرر شد. این درمان ۱۵ جلسه‌ای چند ماه بعد برگزار شد. سیر رشدی بیمار در مجموع مطلوب بود.

مشکل تبدیل علامت

بیش از ۳۰ سال از پایان درمان گذشته است. از طریق روانکاوی هنرپیشه X ریشه‌های روانی بی‌اشتهایی عصبی بیش از پیش شناخته شد. در پرتو این شناخت، جنبه‌های تعاملی و درون‌روانی تاریخچه بیماری و سیر آن راهبردهای تکنیک درمانی تبیین شد که می‌توان آن را تعمیم داد. درمان به تغییرات پیوسته و پایدار انجامید. می‌توان از شفای کامل صحبت کرد، زیرا هنرپیشه X توانست بعد از اتمام درمان زندگی شخصی و شغلی موفق را طی کند، بدون آنکه چیزی از علایم بیماری او باقی مانده باشد. هنرپیشه X توانست بعد از اتمام تحصیل و انتخاب شغل که وی را به خارج کشاند با دوست دیرینه‌اش ازدواج کند.

۲۰ سال پیش علامت نگران‌کننده‌ای بروز کرد و هنرپیشه X به همین علت به من مراجعه کرد: در حالی که او و همسرش آرزوی بچه‌دار شدن داشتند، بیمار بارداری را نمی‌پذیرفت و می‌ترسید ممکن است اتفاقی برای بچه‌هایش بیفتند و یا آنکه حتی خود او به آن‌ها آسیب برساند. هنرپیشه X که خاطره‌ای شاداب از من داشت، علامت خود را با این مرتبط می‌ساخت که به‌وسیله روانکاوی خیلی زود از مادرش فاصله گرفته بود. با وجود آنکه او با همسرش زندگی خوشبختی را طی می‌کند و ایجاد رابطه غیرهم‌جنس گرایانه را مدیون روانکاوی می‌داند، شدت اگزستانسیالیستی درمان و تغییرات عمیق مثلاً استقلال سریع از مادرش را مورد نکوهش قرار می‌داد. بیمار اینک از موضوع دیگری که مانع زندگی راحت او می‌شود و بار آن را نیز به دوش تغییرات ایجاد شده در طول روانکاوی می‌اندازد، سخن گفت: او فقط توانسته با غلبه بر اضطراب خویش، به تنهایی پرواز کند. هنرپیشه X این محدودیت را از چشم من می‌دید، زیرا به گفته او من در شناخت وابستگی او و بدین ترتیب احساس امنیت مطلق که در طول بیماری داشته است و پس از درمان دست داده، غافل بوده‌ام.

در حالی که من سرزنش او را شناسایی نموده و آن را، هم در سطح رابطه و هم در بُعد انتقال بازتاب دادم، درمان متمرکزی زمینه‌سازی و به دلایل بیرونی با فراوانی جلسات بالا در مدت زمان کوتاهی انجام شد. هنرپیشه X که از قدرت تخیل بالایی برخوردار بود توانست در آنالیز انتقال، احساسات

پرخاشگرانه غلیظی در برابر مادرش تجربه کرده و به نقد آن پردازد. از آنجایی که این احساسات پرخاشگرانه بطور ناخودآگاه در یک رابطه چسبنده تجربه می‌شدند، بیمار مطمئن نبود که آیا در مادر و در فرزندان هنوز متولد نشده خویش، خود را باز خواهد یافت یا نه. او از فرزندان متولد نشده خویش بدین خاطر اضطراب داشت، چون می‌ترسید رابطه چسبنده با آن‌ها تکرار شود. اضطراب از پرواز بدون همراه به راحتی به کانون درمان راه یافت، مخصوصاً به این خاطر که جنبه انتقال در این میان خود را نشان می‌داد: او بدین خاطر نمی‌تواند خود را به دست "فضای خالی" بسپارد، چون یک صورت حساب قدیمی را هنوز با من تسویه نکرده بود؛ اعتماد بیش از حد تا حدودی وابستگی و سرخوردگی تولید می‌کند. فضاهای وسیع نماد "ابژه انتقال" هستند که اعتماد به آن‌ها به‌وسیله پرخاشگری ناخودآگاه او مورد تردید واقع می‌شد.

اشتیاق به مادر فاضل و همه فن حریف، به سرخوردگی و پرخاشگری منجر گردیده بود که امنیت جستجو شده را از بین می‌برد. پس نهایتاً فرایند ناخودآگاه است که از مجرای آن، علامت به اضطراب می‌انجامد و توسط تأیید بیرونی که جنبه تقویت‌کننده دارد، پایدار می‌ماند. علایم از طریق تجربه شدید در تجربه انتقال و نیز بینش، بهبود یافتند.

خانم هنریته X اکنون مادر چند فرزند در یک خانواده پر جمعیت است. او توسط نامه چندین بار مرا از احوال خانواده خویش مطلع ساخت.

به دلیل پیگیری از جانب من، ۱۰ سال پیش چندین گفتگو انجام شد که به بیمار کمک کرد بر برخی فشارهای جاری بهتر غلبه کند. خانم هنریته X دارای رابطه بسیار نزدیک با فرزندان خویش است، به نحوی که تمایلات استقلال‌جویانه فرزندان در ایام مدرسه و بلوغ را به سختی تحمل می‌کرد. به علت علایم فویایی که تقریباً ۲۰ سال بعد از اتمام درمان بروز کردند، جای آن دارد که درباره مشکل تبدیل علامت بحث کنیم.

در گزارش درمانی مشروحی که انتشار نیز یافته است (تومه ۱۹۶۱، ص: ۱۳۱) کماکان با اشاره‌ای برخورد می‌کنیم که ممکن است با علامت بعدی در ارتباط باشد. در آن زمان بیمار فکر کرده بود: "پس از آنکه حس خودم نسبت به مادرم را از دست دادم، قادر خواهم بود برای فرزندانم عواطف زیادی حس کنم"، در حالی که زایمان فرزند، تغذیه و تربیت فرزندان برایش قابل تصور نبود. بر مبنای شناخت از سیر بعدی درمان، اکنون می‌توانیم بگوییم که یک موقعیت ناخودآگاه برجای ماند که منجر به تولید علامتی با موضوع دیگر شده است.

تئوری تبدیل علامت. این مشاهدات به تبیین تبدیل علامت و یا جابجایی علامت منتهی شد که فروید (۱۹۳۷ C) در اثر *آنالیز پایان‌پذیر و پایان‌ناپذیر* در مورد آن بحث کرده بود.

مشکل تبدیل علامت به مناقشه میان روان‌درمانی‌های روان‌پویایی و رفتاردرمانی منجر گشته است (پرز و اتو ۱۹۷۸).

در این باره و با توجه به سیر بیماری این بیمار نکات زیر قابل توجه‌اند:

◀ چنانچه اثربخشی عوامل نامشخص در روان‌درمانی را در نظر بگیریم، فرضیه درمان علامتی ناب زیر سوال می‌رود. زیرا انگیزش‌هایی که از علامت در قالب خودتقویتی بوجود می‌آیند با شرایط بیمارگونه قبلی ارتباط خود را حفظ می‌کنند، به همین خاطر شرایط بیمارگونه در یک درمان علامتی به ظاهر غیرعلیتی، مورد توجه واقع می‌شوند.

◀ ابعاد سیر و "مزیت ثانویه بیماری" با تأثیرات بازگشتی خویش بر عوامل بیماری‌زا، در عمل روانکاوی مورد توجه کافی قرار نگرفته است. بیماری نه فقط در ارتباط با نورژ انتقالی "... چیز مستقل و ایستایی (نیست)، بلکه مانند یک موجود زنده رشد و پیشرفت می‌کند" (فروید ۱۹۱۷، ص: ۴۶۱).

◀ از زاویه تئوری روانکاوی، زمانی می‌توان انتظار جابجایی علامت را داشت که شرایط اصلی پیدایش علامت توسط روان‌درمانی برطرف نگردیده و لذا همچنان اثربخشی خود را حفظ کرده باشند. در مورد خانم هنریته X یک وضعیت ناخودآگاه همچنان پا برجا بود که بنابر موقعیت خاص، دوباره زنده و مؤثر گردید.

◀ یک موقعیت نهفته به‌علت یک موضوع بروزدهنده آشکار گردید.

از آنجایی که همه علائم نوروپیک بطور دقیق مشخص و تعریف شده‌اند، معمولاً برطرف کردن این یا آن شرایط ایجادکننده کفایت می‌کند، بدین ترتیب مشکل تبدیل علامت به این سوال ختم می‌شود که آیا می‌توان بلحاظ تجربی پیش‌بینی کرد که تحت کدام شرایط یک وضعیت نهفته دوباره فعال می‌شود و یا آنکه زنجیره عوامل در کدام نقطه می‌تواند پاره گردد؛ آشکار است که چنین پیش‌بینی‌هایی ساده نیستند.

مشکلات عمده در روشن ساختن رابطه میان پیش‌زمینه‌های نهفته و شرایط احتمالی بروز دهنده، به تلاش برای دستیابی به راه‌حل‌های آرمانی منتهی گردیده است، یعنی برطرف کردن تمام عوامل و شرایط ناخودآگاهی که می‌توانند در آینده مؤثر باشند. با وجود آنکه فروید (۱۹۳۷C) نشان داد که هدف مورد نظر دست‌نیافتنی است، چنین آرمان‌هایی توجه زیادی را به خود معطوف نموده است. ایده پاول ارلیش، یعنی دستیابی به درمان بزرگ و فراگیری که با کمک آن تمام بیماری‌های عفونی را به‌وسیله شیمی‌درمانی درمان کنیم، هم وزن آرمانی است که طبق آن به‌وسیله آنالیز "پایان‌ناپذیر" تمام پیش‌زمینه‌های واکنش‌های بیمارگونه روانی را از بین ببریم.

وضعیت خانوادگی. اکنون به این موضوع می‌پردازیم که شرایط خانوادگی تا چه حد عامل پیدایش بی‌اشتهایی عصبی نزد خانم هنریته X بوده است. ما می‌خواهیم بحث نمونه‌ای انجام دهیم که می‌تواند استفاده مفید همگانی داشته باشد. پاره‌ای ویژگی‌ها در خانواده هنریته X جمع‌بندی می‌شوند که در شکل‌گیری دنیای درونی بیمار نقش داشته‌اند.

◀ ما گفتیم که هنریته تقریباً جایگاه پدر را نزد مادر تقبل کرده بود. بدین ترتیب رابطه تنگی میان مادر و دختر ایجاد شد: مادر در تنهایی خویش به دخترش پناه می‌برد و به خود تسلی می‌داد، هنریته این احساس را داشته که برای مادر خیلی مهم است. در ادبیات خانواده درمانی، تقبل یا اطلاق نقش والدینی به فرزند را جابجایی والدین - فرزند می‌نامند (بوژرمنی - نقی ۱۹۶۵). در اینجا با نقش‌های برعکسی مواجه هستیم که پدر یا مادر آرزوهایی را به فرزند منتقل می‌کنند که در رابطه با والدین یا همسر برآورده نشده است. فرزندان جابجا شده در این صورت تحت فشار قرار می‌گیرند و بطور زودهنگام وارد دنیای بزرگسالی می‌شوند. هنریته X قبل از هر چیز جانشین همسر مفقود شده مادرش بود. مشکلات موجود در همانندسازی جنسیتی را قبلاً مورد بحث قرار دادیم.

◀ زمانی که در هنریته X مزدوج آرزوی فرزنددار شدن بوجود آمد، اضطراب نوروپاتی در وی پدید آمد که ریشه در رابطه چسبندگی داشت. او بعداً در واقعیت به این مسئله پی برد که استقلال فرزندان برای او ناگوار بود. کار درمانی در این نقطه به دنبال از بین بردن جابجایی والد - فرزند نزد فرزندان خود او بود. او در رابطه نزدیک با فرزندان خویش آن نیازهای "کودکانه" تکیه کردن را ارضا می‌کند که خود در کودکی و در رابطه با مادرش از آن محروم بود. تمایلات استقلال‌جویانه و نیز ورود زودهنگام او به دنیای بزرگسالی مانع از آن شده بود.

◀ زمانی که هنریته X به‌وسیله روانکاوی به تدریج از مادرش فاصله گرفت، تمایلات استقلال‌جویانه خود را شناخت و به‌علت احساس گناه به دلیل پرخاشگری، در ترافیک خیابانی غیرمحتاط شد، مادرش به من رجوع کرد. او نگران بود که دخترش بلایی سر خود بیاورد. در معنای خانواده درمانی، به درمانگر نقش پدر اطلاق شد. از شدت فشارهای بیمار بطور محسوس کاسته شد: او توانست نگرانی خود درباره مادر را به دست درمانگر بسپارد. همزمان با مادر کار شد که بیمار چگونه ناخودآگاه تلاش می‌کند، مراقبت از مادر را به عهده بگیرد تا از این طریق تمایلات شدید خود برای استقلال را کنترل کند.

توجه به پویایی‌های خانوادگی مخصوصاً زمانی لازم است که سیکل معیوب توسط تغییر در فرد اصلی شکسته، اما راه برون‌رفت از مشکل هموار نمی‌گردد.

اما ما مخالف آن هستیم که پتزولد (۱۹۷۹) بی‌اشتهایی عصبی را یک علامت "نورژ خانوادگی" می‌نامد. این فرضیه که وضعیت‌های شفاف بیمارگونه خانوادگی وجود دارند که به "ایجاد"

بی‌اشتهایی عصبی، دیگر بیماری‌های روان‌تنی، اسکیزوفرنی و یا سیکلوتایمی، منتهی می‌شوند، بتدریج اعتبار خود را از دست داده است. اینکه چنین ارزیابی نادرستی چه تأثیرات نامطلوبی بجا می‌گذارد، از زمان تبیین فرضیه "مادر اسکیزوفرن" آشکار شده است. در عالم تجربه، تقصیر به معنای "علت"، به سادگی با تقصیر اخلاقی و یا مسئولیت پیوند می‌خورد. بنابراین درگیر کردن خانواده در درمان، دشوار و یا غیرممکن می‌گردد، زیرا اعضای خانواده فکر می‌کنند درک نمی‌شوند و بنابراین خود را عقب خواهند کشید.

الگوهای تعاملی. مباحث تشخیصی خانواده هنوز در ابتدای راه است. مطالعات درباره انواع خانواده‌های روان‌تنی، اسکیزوئید، مانیک-دپرئو (ویرشینگ و اشتیرلین ۱۹۸۲، اشتیرلین ۱۹۷۵، اشتیرلین و همکاران ۱۹۸۶) از کمبودها و نقایص فراوان متدیک برخوردارند، بگونه‌ای که مفروضات تناسب‌های علیتی آن مورد تردید است. آندرسن (۱۹۸۶) بطور نمونه مشکلات متدیک در الگوی "بازی‌های خانوادگی سایکوتیک" که سلوینی پالازولی (۱۹۸۶) ارائه کرد را مورد بحث قرار داده است. همچنین به دلایل تئوریک بهتر است به دنبال اهداف درمانی متواضعانه‌تری باشیم، یعنی بحران خانوادگی ایجاد شده به دنبال یک بیماری مزمن را درک نموده و آن را در برنامه درمانی وارد سازیم (ویرشینگ ۱۹۹۶). با وجود آنکه خانواده هنریته X به دلیل فوت پدر باید به عنوان خانواده ناکامل ارزیابی گردد، "درهم‌تنیدگی" توصیف شده توسط مینوچین (۱۹۷۷) بین مادر و دختر آشکار است. منظور در اینجا تعامل شدید و نزدیک میان آن دو است. در توصیف‌های دیگر عمدتاً به الگوهای تعاملی خانوادگی پرداخته می‌شود که پس از بروز علامت ایجاد می‌گردند (اشپرلینگ و ماسینگ ۱۹۷۲). رویکردهای خانواده درمانی زمانی می‌توانند درمان فردی را تکمیل کنند که برای فرد بیمار زمینه استقلال از خانه را فراهم نمایند (گورمن و همکاران ۱۹۸۶).

۶-۹ حساسیت‌های (التهابات) پوستی عصبی*

قضاوت درباره اثربخشی درمانی

در بیماری‌های مزمن، معمولاً زمانی روان‌درمانی انجام می‌شود که تقریباً امیدی به درمان‌های جسمی باقی نمانده است. این واقعیت و سیر طولانی بیماری از طریق مقایسه مورد با خودش قضاوت درباره اثربخشی درمانی و ابزار روان‌درمانی را تسهیل می‌سازد. تحت این پیش‌شرط که وضعیت، بویژه شرایط زندگی ثابت بمانند و فقط درمان روانکاو به آن اضافه شود، می‌خواهیم یک آزمایش

* Neurodermatitis
Neurodermitis

کاربردی بالینی ارائه دهیم. در اینجا از روش افتراقی کلاسیک میلز در پژوهش‌های بالینی استفاده خواهیم کرد.

در ابتدا برخی معیارهایی را نام می‌بریم که باید در مطالعات موردی این نوع در نظر داشت. "مقایسه مورد با خودش" (مارتینی ۱۹۵۳، شومبرگ و همکاران ۱۹۷۴) مهمترین اساس پژوهش درمانی در اینجا محسوب می‌شود. بشکل ایده‌آلی و بر مبنای مفروضات سبب‌شناسی، مداخلات درمانی به هدف حذف عوامل بیماری‌زا و برطرف کردن علائم تبدیل خواهند شد. پس باید سیر کلی یک مدت زمانی خاص را مشاهده نموده و تغییرات حاصله از درمان در تابلوی بیماری را ثبت کرد.

در ارتباط با قضاوت درباره اثربخشی درمانی روانکاو در بیمار مبتلا به التهابات پوستی که می‌خواهیم معرفی کنیم، باید ۳ مرحله را از یک دیگر تفکیک نمود:

- هنگام شروع روان‌درمانی ۸ سال از بیماری می‌گذشت. در این مدت بیمار بطور پیوسته تحت درمان تخصصی پوست قرار داشت و چندین بار توانایی اشتغال را از دست داده بود. او ۴ بار به علت وخامت بیماری پوستی خود باید بستری می‌شد (اقامت در بیمارستان مجموعاً ۶ ماه طول کشید).

- با شروع روانکاو ۲ سال و نیمه و در حین انجام آن، شرایط عینی زندگی ثابت ماند. درمان تخصصی پزشک پوست در شکل قبلی خود ادامه یافت. ابزار جدیدی که مورد استفاده قرار می‌گرفت در "اثربخشی" خاص روانکاو خلاصه می‌شد. تغییرات، بهبودها و وخامت‌هایی که در حین روانکاو بروز کردند، با عوامل روانی هبستگی داشتند. نه شرایط بیرونی و عینی زندگی بیمار، بلکه نگرش بیمار نسبت به زندگی در زمینه‌های عمده‌ای تغییر کرد. از آنجایی که همه عوامل دیگر ثابت مانده بودند، تغییرات حاصله توسط روانکاو به‌عنوان دلیل بهبود و درمان ارزیابی شدند.

- این فرضیه از طریق روند بعدی تأیید شد، زیرا بیمار در چارچوب زمانی ۳۰ ساله پیگیری سالم بود. بلاواسطه پس از خاتمه درمان (۱۹۵۹)، باید هنوز از پوست مراقبت می‌شد، هر از گاهی زخم‌های پوستی ایجاد می‌شد که بدون مراقبت پزشکی التیام می‌یافت.

بخش‌هایی از تاریخچه بیمار

تغییرات جلدی که از جانب آقای برنهارد Y به‌عنوان التهابات مزمن توصیف می‌شوند، تشخیص‌های متعدد پوستی گرفته بودند. بیمار ناکامی جنسی (ناتوانی جنسی) و اختلالات نوروتیکی (وسواس فکری) را از پزشکان پنهان ساخته بود. همچنین عوامل بروزدهنده بیماری در پرونده وی در درمانگاه پوست درج نگردیده بود. بعد از ۱۰ سال بیمار با یک پزشک که گرایش روان‌تنی داشت

برخورد کرد که دلایل روانی را نیز در بیماری او سهمیم می دانست و به او توصیه کرده بود به روان‌درمانی مراجعه کند.

سیر بیماری. قابل توجه است که بیمار از کودکی پوست خشک و ترک‌خورده و نیز از سن ۱۰ الی ۱۷ سالگی لکه بزرگی در ناحیه دهان داشته، اما این حالات را بعد از نخستین جدایی، به‌علت خدمت سربازی، از والدین از دست داد (والدین و خواهر- برادران سالم هستند، بیماری‌های جلدی و دیگر بیماری‌های ارثی در خانواده نیست).

آقای برنهارد Y در ۲۰ سالگی به استفراغ و بی‌اشتهایی مبتلا شد. بلافاصله بعد از کاهش این علائم، التهاب پوستی خارش‌ایجاد شد. لکه‌ها و التهابات پوستی به بازوها، سینه و کمر او پیشروی کردند، به گونه‌ای که از اشتغال عاجز شد و برای نخستین بار در سپتامبر ۱۹۴۸ به کلینیک پوست دانشگاه ارجاع داده شد. در آنجا التهابات پوستی چربی تشخیص داده شد و به‌عنوان دلیل، حساسیت بیش از حد در برابر صابون پالمولیو ذکر گردید. درمان‌های موضعی و پرتودرمانی تا آن حد به بهبود علائم منجر شد که بیمار توانست مرخص شود. از آن موقع به بعد بیمار از التهابات پوستی رنج می‌برد که به‌علت وخامت در چندین نوبت، یعنی ۱۹۵۰، ۱۹۵۱ و ۱۹۵۶ مجبور به بستری شدن در کلینیک پوست شد. در حین اقامت در کلینیک آزمایش‌های فراوان آلرژی انجام شد که نتیجه آن حساسیت وی به تخم مرغ بود. این حساسیت از جانب خود بیمار و به‌وسیله حس ناخوشایند دهانی شناخته شده بود.

تاریخچه. آقای برنهارد Y با تربیت سختگیرانه کاتولیکی در شهر کوچکی بزرگ شد و از سال ۱۹۴۱-۱۹۳۴ به مدرسه رفت. رانده‌مان تحصیلی او بالاتر از حد میانگین بود. اولین شغل مورد علاقه‌اش - شیرینی‌پزی - را رها کرد، چون به نظرش پرمشقت می‌آمد. بعد از اتمام کاردانی که تا ۱۹۴۳ طول کشید به دوره کارآموزی تجاری روی آورد و صرف نظر از وقفه‌ای که به‌علت جنگ پیش آمد تا به امروز در همان شرکت مشغول بکار است. بیمار از همان ابتدا انسان باوجدانی بود و مادرش معیارهای اخلاقی سنگواره‌ای را به او منتقل کرده بود. بیمار تا آنجایی که به یاد می‌آورد، به ویژه از دوران بلوغ به بعد، همواره انسانی گوشه‌گیر، خجالتی و با احساس گناه زیاد بوده است. دوستی طولانی مدت او با همسر آتی اش عمدتاً در زمان بیماری وی سپری شد که انزوای بیشتری را به همراه داشت. بیمار تحت تأثیر ملاک‌های تربیتی مادر که همواره به پسرش درباره عواقب روابط صمیمی هشدار می‌داد، در برابر همسرش هم در تبادلات عاطفی و هم بطور کلی نامطمئن و خویشتندار عمل می‌کرد. او به‌علت بیماری پوستی خود، روابط جنسی را به آینده نامعلوم موکول می‌کرد و حتی به این فکر بود که اصلاً ازدواج نکند. او همچنین می‌ترسید که بیماری پوستی‌اش

موروثی باشد. بیمار تا آخرین لحظه در برابر ازدواج مقاومت می کرد تا اینکه دوست دخترش به او اطمینان داد که خود او نیز مایل به بچه دار شدن نیست.

با وجود آنکه بیمار غالباً سر کار حاضر نمی شد و به علت خارش پوستی از تماس با همکاران و مشتریان پرهیز می کرد، در مجموع و به علت قابل اعتماد بودنش، همکار محبوبی به شمار می رفت.

موقعیت متعارض بروز دهند. بلاواسطه قبل از شکل گیری علامت اخیر، یک تعارض شغلی ایجاد شده بود. رئیس و استاد کار قبلی او یک مرد سخت گیر و غیرصمیمی بود که به کارکنان خود اطلاعات کافی مثلاً درباره اضافه حقوق و یا تعرفه های جدید و اینگونه مسائل نمی داد. یک تعرفه حقوقی جدید منعقد شده بود، بدون آنکه رئیس، بیمار را در جریان افزایش حقوق قرار دهد. روزی بیمار پس از اتمام کار سعی می کند روی میز رئیس جدول اضافه حقوق را پیدا و در آن نگاه کند. او در ضمن اینکار توسط رئیس اش غافلگیر می شود و توجیهی برای عمل خود می آورد که نیمه حقیقی بود: او دنبال نامه ای می گردد که قرار است به پست برسد. از این روز به بعد بیمار برای چند هفته به علت حالت تهوع و بی اشتها سر کار خود حاضر نمی شود و بعداً تردید جدی دارد که آیا رئیس او دیگر به وی اعتماد خواهد کرد یا نه. بالاخره او توانست با رئیس اش در این باره صحبت کرده و حقیقت را به او بگوید، رابطه بین آن دو به حالت سابق برنگشت. زمانی که بیماری جلدی او التیام نیافت، بیمار آن را به عنوان مجازات خودارضایی خود تلقی نمود. در حالی که قبل از بیماری کنونی او قادر به ایجاد روابط اجتماعی بود، اینک خود را منزوی کرد (و این عواقب ثانویه بیماری بود). بیمار تصمیم گرفت تا به بازنشستگی از کارافتادگی وارد شود.

درباره مقدمه درمان. بیمار بی نهایت در خود فرو رفته و پس از طول بیماری ۱۰ ساله و درمان های جسمی قبلی، ظاهراً به بیماری آلکسی تایمی (نک ۹-۹) مبتلا شده بود. اینکه درمان در همان ابتدا و در نطفه ناکام نشد، از سویی به علت شرایط سختی بود که بیمار در آن بسر می برد و علیرغم بدبینی به دنبال کمک بود و از جانب دیگر به این خاطر بود که به انسیتو و شخص من اعتماد کرد. پیش بینی مطلوب بود.

● تکنیک درمانی من در آن زمان کاملاً غیرمستقیم و غیرامری بود. مداخلات فعال، به معنای تعبیر، کمتر پیش می آمد. تشویق های غیرمستقیم رویاها و تداعی ها را تقویت می کرد. سبک صورت جلسه برداری بازتاب دهنده تکنیک غیرامری است. در دیکته صورت جلسات بعد از جلسه، تقریباً فقط افکار بیمار منعکس می شدند. احساس انتقال متقابل من، افکار و تعبیرات خودم به ندرت ذکر می شد. این نوع درمان و صورت جلسه برداری بلحاظ بالینی و علمی ناکافی بود و در حین زمان تغییرات اساسی یافت (تومه ۱۹۶۷، ۱۹۷۶؛ کشله و همکاران ۱۸۷۳). بدون آنکه بخواهم به دلایل آگاه و ناخودآگاه خودم برای تکنیک درمانی ام در آن زمان بپردازم، مایلم به نکاتی اشاره کنم که

برای ارزیابی اجزای درمانی به نظرم مهم می‌آیند. صرف نظر از احساس ناامنی خودم، نمی‌خواستم توسط تعبیرات خود بیمار را زیاد تحت تأثیر قرار بدهم، امری که باعث خویشتنداری من شد. من در مرحله سوء تفاهم و تعمق درباره تکنیک‌های روانکاوی و روان‌درمانی بسر می‌بردم (نک تومه ۱۹۷۷).

یک بخش درمانی طولانی در خدمت برقراری رابطه درمانی قابل اتکا بود که بیمار به‌علت دوگانگی شدید خود و ترس از مجازات، شدیداً خطرناک تجربه می‌کرد.

بیمار به‌علت وخامت علایم خویش مجبور شد ۲ ماه سر کار حاضر نشود و پزشک برای او مرخصی استعلاجی نوشت. او اعتماد و انعطاف‌پذیری مرا برای انتقاد و پرخاشگری امتحان کرد، در حالی که از پزشکان و درمانگران همیوپاتی، ارزیابی‌های تحقیرآمیزی درباره روان‌درمانی که انجام می‌داد، نقل کرد. با عدم توانمندی شغلی و ماندن در خانه، بیمار از باران به قطره‌های باران رسید. او از این طریق توانست از درگیری‌های شدید در محل کار خود اجتناب ورزد، اما به جای آن، افزایش تنش در رابطه زوجی را بجان خرید، عقب‌نشینی بعدی او پناه بردن به مراقبت‌های پوستی خودبرانگیزاننده و خودتخریبی بود. شرایط متعارضی که بیمار تشریح نمود و در ابتدا ساده به نظر می‌رسید، با اظهارات تصحیح‌کننده او ابعاد عمیقی یافت که فشارهای محیط کاری را نیز قابل فهم می‌ساخت: بیمار در اضطراب دایمی بسر می‌برد مبادا وسواس دزدی‌های خُرد وی روزی برملا گردد، ترس از اینکه اطرافیان با نگاه به پوست وی متوجه این امر شوند.

در یکی از رویاهای نخستین بیمار مسئول گم شدن یک کلید شناخته شده بود. بیمار درباره دست‌درازی و نیز درباره ناتوانی جنسی خود بعدها شروع به صحبت کرد. او به هیچوجه، آنگونه که در ابتدا گفته بود، به دلیل بیماری پوستی نبود که از ازدواج پرهیز می‌کرد. با تأخیر زیاد او درباره مشکلات جنسی خود صحبت کرد که قبل از آن با هیچ پزشکی در مورد آن صحبت نکرده بود. بیمار زمانی راضی به ازدواج شد که همسرش قول داد بچه‌دار نشود، چون او نیز به‌علت فشردگی ناحیه لگن ممکن است مثل دو خواهرش مجبور به سزارین شود. متقابلاً توافق کردند که رابطه زوجی ژوزف برقرار کنند. بیمار می‌ترسید به‌علت خودارضایی آنچنان به خود آسیب رسانده باشد که نتواند تولید مثل کند. از آنجایی که همسرش هنگام آمیزش درد داشته، عمل دخول نمی‌توانسته صورت بگیرد. پس از آنکه بیمار توانست بهانه‌سازی خویش در ممانعت از ایجاد رابطه جنسی با همسرش را بشناسد، توانست شرم، ترس و چندش از ناحیه تناسلی همسرش و احساس گناه و اضطراب از پرخاشگری خود را تجربه نماید.

در مجموع مشخص شد که بیمار از تصورات هیپوکندریایی سختی درباره نقایص بدنی رنجور بود که تلاش داشت با وسایل سحرآمیز (بازی های شمارشی و سواسی) و از طریق روش های پسرقتی- جبرانی، نقایص خود را جبران کند.

وخامت نخستین علایم او با شروع نگران کننده موقعیت روانکاوی ارتباط داشت. بیمار خود قبل از درمان تشخیص داده بود که بهبود یا وخامت علایم ربطی به درمان جسمی ندارد، بلکه اینکه آیا او آرامش خواهد داشت یا نه. به عنوان بازنشسته زودرس گمان می کرد، در خانه بهتر می تواند به آرامش دست یابد، بشرط آنکه مجرد بماند و وارد تنش با همسرش نشود.

اضطراب جنسی با تخیلات روزانه او ایجاد شد که ضمن آن بیمار با یک زن بسیار مسن تر از خود آمیزش داشت. افکار و تداعی های او ناچیز بود و لذا نتوانست ریشه های ادیپی اجتناب و نیز آرزوهای جابجا شده را آشکار سازد. رویاهای کم و مبهمی بیمار را دست در دست یک زن در خیابان نشان می داد. آنگونه که مشخص شد، در واقعیت وقتی او به خیابان می رفت، مشغول شمارش و سواسی خودروهای در حال حرکت بود. بیمار معمولاً صبح ها مشخص می کرد که امروز کدام خودروها را به شماره و نتیجه را چگونه جمع بندی کند. او بواسطه دستکاری همیشه به ارقام مطلوبی می رسید، حتی اگر قبلاً تصمیم به شمارش ماشین های دیگر گرفته بود؛ مثلاً اگر یک عدد فرد برای درمان سریع بیماری پوستی نامناسب فرض می شد، آنقدر ارقام را دستکاری می کرد تا نتیجه نامطلوب اصلاح گردد.

بیمار با سحر اعداد در آرزوی مزیت های مالی بود تا در خانه مورد محبت همسرش قرار بگیرد. تا زمانی که مادرش در قید حیات بود، او از مزیت های ثانویه بهره می برد تا بدینوسیله نسبت به پدر و برادرش ارجح شمرده و مورد توجه بیشتر واقع شود.

مراقبت پوست به عنوان پسرقت. مراقبت از پوست، ساعت های متمادی را به خود اختصاص می داد؛ او نمی خواست ضمن این کار همسرش مزاحم او بشود. مثلاً اگر همسرش به حمام می رفت، او چیزی نمی گفت، اما انتقادش متوجه مسائل دیگر می شد، مثلاً چرا پیراهنش درست آویزان نیست و نظیر آن.

جلسات درمانی نیز با تشریحات یکنواخت و تکراری او درباره وضعیت پوستش توأم بود. بیمار در این زمینه لغات زیادی یاد گرفته بود تا بدان وسیله وضعیت پوست خود را بخوبی تشریح کند. حتی آنجایی که متخصص پوست چیزی تشخیص نمی داد، بیمار در جایی پوست خود را قرمز، سخت و خشک توصیف می کرد. او جزئیاتی می یافت و به تشریح دقیق آن می پرداخت.

آنگونه که خودش می گفت، او از همسرش می گریزد و به پوستش پناه می برد؛ علامت در خدمات درگیری های بین انسانی او در آمده بود. این موضوع به روش های متفاوت خود را نشان می داد؛ او

درباره "افکار وحشتناکی" صحبت می‌کرد که طبق آن همسرش در ابتلای وی به بیماری مقصر است، زیرا او بعد از ازدواج هیچگاه بدون ناراحتی پوستی نبوده است و در موقعیت‌های گوناگون، نظیر مرخصی مشاهده کرده که تا روز ورود همسرش هیچگونه ناراحتی و علامتی نداشته است. او می‌گفت شاید همسرش یک چیز سمی و یا دانه‌زا از خودش ترشح می‌کند. او به تشریح ناحیه تناسلی فکر می‌کرد. او پوست خود را در عصبانیت می‌خاراند و ضمناً مثل یک ابژه محبوب آن را نوازش می‌کرد.

● از این توضیحات مشخص می‌شود که پسرقت توصیف شده به خود-من-بدن در محتوا و شکل به پسرقت خود وابسته است. این موضوع با جنبه‌های متنوع خود، در کانون هر روانکاوی قرار دارد. به علت تلاقی ابژه-سوژه و اهمیت آن برای درمان، تمرکز بر این نکته بدیهی بود. مشاهدات بیمار مشخص کردند که وضعیت پوست-بهبود و وخامت-در ارتباط نزدیک با پماد، سوزش و خارش قرار داشت که به آرامی به همراه مراقبت چندساعته پوست بوجود می‌آمد. آنالیز عقب‌نشینی شبانه او در حمام، مرکز ثقل درمان قرار داشت.

توصیفات بالا را می‌توان با این موضوعات طبقه بندی کرد، بیمار به دلایل ناخودآگاه از چه چیزهایی باید اجتناب می‌کرد، چرا او ناتوان شده بود، از ارضای جنسی طفره می‌رفت و اینکه او در مشغولیت اروتیک با خود در جستجوی چه چیز بود. اینکه او از این طریق به پوست خود آسیب وارد می‌کرد، به تدریج برای بیمار روشن شد، بدون آنکه بتواند در ابتدا از این سیکل معیوب خارج شود.

● هم به دلایل تئوریک و هم از زاویه تکنیک درمانی کافی نیست که در خاراندن، فقط پرخاشگری نسبت به خود را ببینیم. شور به این نکته اشاره کرد (۱۹۷۴، تومه ۱۹۸۱، ص: ۴۲۱) که بیمار در نزد خود به دنبال ابژه‌های ناخودآگاه است که خود را به آن‌ها وابسته می‌داند. در پسرقت‌های این مدلی، توسط سیکل‌های رفتاری خودتقویتی، همانندسازی‌های اولیه تقویت و مرزهای ابژه-سوژه تضعیف می‌گردند. برای این بیمار در حین پردازش روانکاوانه، پوست به ابژه‌های متفاوت تبدیل شد. از آنجایی که تصورات ابژه‌های ناخودآگاه، در ادراک آگاهانه با اضطرابات شدید توأم بود، بیمار می‌توانست در انزوای خویش، بر خود کنترل پیدا کند، یعنی در بدن خود ابژه را دوست و از آن تنفر داشته باشد و همزمان از یک رابطه واقعی، و احساس ذوب‌شدیدگی شدید و نگران‌کننده اجتناب ورزد.

بیمار بر این مسئله بخوبی آگاهی داشت که به علت اضطراب جنسی که خود را در علامت ناتوانی نشان می‌داد، شب‌ها به حمام پناه می‌برد. بر مبنای شناخت‌هایی که از تاریخچه زندگی بدست آمده و نیز نوع علامت که به پسرقت منجر شده بود، بیشتر به فرضیه موقعیت ادیپی فکر می‌شد.

آنالیز میان پردازش پسریت و بروز ادیپی آن در نوسان بود. بهبود چشمگیر علامت زمانی به وقوع پیوست که بیمار توانست احساس گناه ادیپی خود را برطرف نموده و پس از غلبه بر اضطراب اختگی توانایی خود را به دست آورد، البته این در حالی بود که تثبیت معقدی شدیدی در وی ایجاد شد. او نسبت به احساس گناه خود آگاه بود و آن را با خودارضایی مرتبط می دانست. سرزنش های او به خودش بعضاً آنقدر شدید می شد که آرزو می کرد به عنوان سرباز در جبهه کشته شود.

در دوران بلوغ تخیلات زنا با محارم او را آزار می داد و برای سال ها در مبارزه موفق با تکانش های دگرآزاری درگیر بود. اضطراب اختگی او آنقدر شدت یافت که وی ناحیه تناسلی خود را با یک حفاظ پوشش داد. او پس از آنکه توانایی خویش را به دست آورد نیز از نزدیکی با همسرش هراس داشت. بیمار در این تخیل سیر می کرد که چگونه هدر دادن منی خود و آسیب های ناشی از آن را جبران کند. به عنوان نمونه از یک صورت جلسه درمانی نقل می کنم:

بیمار از حساسیت فوق العاده خود صحبت می کند که آیا این کارها واقعاً مفید است و حال او خوب خواهد شد. تخم، زندگی است، اسپرم مردانه، مجازات خودارضایی، بیضه؛ افکار عجیب و غریب. او تخیل داشت، منی خود را بخورد تا از بین نرود، تا او ضعیف نشود، او به این موضوع فکر کرده بود، اما به دلیل احساس چندش، از آن کار امتناع کرده بود. تخیل دیگر او استفاده از دنبه برای مراقبت از پوست عضو خود بود. او دوست داشت ناحیه تناسلی خود را بپوشاند، اضطراب بالایی داشت که عضو خود را از دست بدهد. او در نگاه دیگران نوعی حمله را می دید، نوعی مداخله، می گفت بدمن فقط متعلق به خودم است.

بیمار در یک مرحله گذار طولانی تنش غیرقابل خود را تشریح نمود که زمانی که نمی توانست خود را بشوید و از پوست خود مراقبت کند به وی دست می داد؛ وقتی نمی توانست به خلوت خود راه یابد، نگرانی در وی چنان شدت می یافت که به فکر خودکشی می افتاد.

ب: شاید بتوانم مراقبت از پوست خودم را برای ۱ تا ۲ ساعت به تأخیر اندازم، اما در این صورت تنش در من آنقدر شدت می گیرد که می خواهم خودم را بکشم. مراقبت از پوست، مثل اعتیاد شده است، در صورت تأخیر می توانم در مقابل همسرم خشن بشوم، کاری که تاکنون چندبار انجام داده ام. اضطرابات او با انفصال از عواطف و تخیلات مرتبط با علامت، محتوای ملموس و قابل تعبیری یافتند. افکار سحرآمیز وی، یعنی آداب و سواستی معقدی محتوای آلتی پیدا کرد. خودشیفتگی آلتی او از جمله در خدمت دفاع در برابر اضطراب اختگی بود، امری که در رویای زیر مشخص شد:

ب: من در جشن ورزشی و در پرش عمودی و طولی ۷ متر و ۸۰ سانتیمتر شرکت داشتم. اووه زلر (یک ورزشکار قدیمی) در رادیو صحبت می کرد، زنان در استادیوم شیفته او شده بودند، فقط به

خاطر صدای او. زنی در کنار من حرکت‌های آمیزشی می‌کرد، او فقط از طریق صدای اووه زلر به ارگاسم رسید.

بیمار در این زمینه برخی افکار و تداعی دارد: به نظر او خیلی خوب می‌شد اگر عمل، بدون حرکت انجام می‌شد، فقط به کمک کلمات. او مایل بود یک ورزشکار سرشناس بشود و آنقدر بپرد که دیگر به زمین باز نگردد. یک عضو غول‌پیکر، بزرگترین ثروت او خواهد بود: یک روسپی مرد بودن و بدین طریق زنان را آزار دادن. بیمار در جوانی ورزش می‌کرد تا سکسوالیته خود را سرکوب کند، اما همچنین به این خاطر که تخیلات قدرقدرتی خویش را به اثبات رساند تا مثل اووه زلر در روایا، فقط با کلمات خویش زنان را شیفته خود کند. بیمار سپس بی‌قرار می‌شود و اضطراب مسمومیت آنی پیدا می‌کند که بلافاصله به عفونت پوستی مرتبط می‌گردد: ترشحات عضو زنانه ممکن است او را مسموم کند.

بیمار در قسمت دیگری از درمان مایل است صدای خود را که من ضبط کرده‌ام بشنود. او تاکنون صدای خود را نشنیده است.

بینش نسبت به اینکه او در پوست خود به دنبال ابژه است و در خارانندان و خش انداختن پوست، احساسات و هیجانات مرتبط با ابژه را جای می‌دهد، توسط رویایی تسهیل گردید که در شکل تعدیل یافته بازگشت. در این رویای بامعنا جای ابژه و سوژه با یکدیگر عوض شده بود: خاراننده و خارانده شده، پماد زننده و پماد گیرنده. بیمار خودش بود، و در عین حال خودش نبود، در حالی که پیکر دیگری، چهره مشخصی نداشت. در رابطه انتقال، من در این ایفای نقش تخیلاتی و جابجا شده ابژه و سوژه دخیل گردیدم. او تماس‌ها و بازی‌های هم‌جنس‌گرایانه با برادرش را به یاد آورد. در این تخیلات، اقدامات مربوط به پوست بیشترین فضا را به خود اختصاص می‌داد. پوست آسیب دیده بیمار در یک رویای دیگر به سینه‌های یک زن منتقل شد. این انتقال اضطراب وی درباره سمی بودن ترشحات همسرش را تشدید کرد. پس از فرونشینی فرافکنی‌های پرخاشگری خود که ابژه را به یک سوژه خطرناک تبدیل کرده بود، اضطراب وی کاهش یافت.

● اینکه فرافکنی‌های این چنینی "فقط یک عنصر همانندسازی مطلق با ابژه است"، از جانب مارتی (۱۹۷۴، ص: ۴۲۱) توصیف گردید و مبنای انسان‌شناسی بخود گرفت: "در اصل تمایل شدید همانندسازی مطلق بیماران آلرژیک با ابژه‌های خویش، حاوی یک تثبیت غیرقابل تبدیل است که در هر یک از ما به نوعی وجود دارد: "تمایل به دیگری بودن" (ص: ۴۴۵). به نظر اشتباه است که این فرایند را خاص بیماران آلرژیک تلقی کنیم. اما به نظر ممکن می‌آید که در آلرژی‌های موجود، مراقبت‌های پوستی خاص این بیمار و انزوای ناشی از بیماری او، آشفتگی و اختلاط ابژه-

سوژه را تقویت نموده و تأثیرات خود را نیز به جای گذارده‌اند. در این جا با احیای مجدد مرحله تفکیک نشده روبرو هستیم که فروید اینگونه توصیف نموده است:

"تضاد میان ابژه و سوژه از ابتدا وجود ندارد. این تضاد آن زمان ایجاد می‌شود که فکر از این توانمندی برخوردار می‌گردد که چیزی را که درک شده از طریق بازتولید در تصورات تجلی دهد، در حالی که دیگر لازم نیست ابژه در خارج حضور داشته باشد" (h۱۹۲۵، ص: ۱۴).

در این ارتباط می‌توان درباره حساسیت فوق العاده بیمار در مورد سفیده تخم مرغ بحث کرد. با وجود آنکه آلرژی در این زمینه موجود بود، بیمار حتی قبل از درمان نیز به این نتیجه رسیده بود که تأثیر این ماده به شرایط دیگری نیز بستگی دارد (او خود را از خوردن زرده و سفیده تخم مرغ محروم کرده بود و اگر اینها با غذای دیگری مخلوط می‌شدند، با سوزش دهان متوجه آن می‌شد). همانگونه که مشخص است، بیمار تئوری روان‌تنی خود را درباره حساسیت فوق العاده نسبت به تخم مرغ ساخته بود. در این تئوری ترشحات همسرش نقش اساسی داشتند. نگرانی درباره برخی مواد بدنی به مواد غذایی بسط یافته بود.

بیمار انزجار خود را از نزدیک شدن به همسرش بیان می‌کرد. بیمار می‌گوید همسرش برخی مواقع بوی بد دهان دارد و وی جهت مراقبت از پوست خود از نزدیکی با همسرش دوری می‌کند. او از بوی بد دهان ترس دارد. او نفس خود را وقتی از کنار انسان‌های دیگر عبور می‌کند در سینه حبس می‌کند، یا خود را عقب می‌کشد و یا از آن‌ها سبقت می‌گیرد؛ بدینوسیله نمی‌خواهد از هوایی به او سرایت کند که ممکن است آلوده باشد.

زمانی که وی موفق شد، فرافکنی‌های خود را به تکانش‌های ناخودآگاه خویش مرتبط سازد، اضطرابات پارانوئیدی او در ابتدا کاهش و سپس کاملاً برطرف شد. رویای جابجایی ابژه- سوژه که در مورد آن گفتیم، در اینجا عملکرد مهمی داشت. بیمار در این ارتباط تداعی کرد: آدم‌های بیمار مثل من، بیماریشان مسری است، بله، من می‌خواهم زخم خودم را به آن‌ها رسانده و آن‌ها را مبتلا سازم. اضطرابات خودآسیب‌رسانی و آسیب‌رسانی به ابژه دارای محتویات مرحله رشدی دهانی، مقعدی، مجرای و آلتی بود. محتویات گوناگون در ابتدا در تجربه ناخودآگاه بیمار ممزوج شدند، روندی که به نگرانی و وخامت علامت منجر گردید، سپس امتزاج به لایه‌های آگاهی راه یافت و بنابراین وی توانست با کمک تفکیک از دست اضطرابات خویش رهایی یابد.

او می‌خواست به کمک تغذیه، توان جنسی خود را بالا ببرد، به کمک داروهای هورمونی و تقویت بیضه؛ اما از واکنش‌های احتمالی آن می‌ترسید، چه بسا حالش بدتر شود.

"من می‌توانستم تمام مرغ‌ها را بکشم تا دیگر سفیده تخم مرغ وارد غذای من نشود." تنفر و چندش اکنون به سمت تخم سوق داده شد. او از اینکه بیضه‌هایش مجروح شوند، اضطراب داشت. وقتی به این فکر می‌کرد که همسرش به او محبت می‌ورزد، اما به یکباره حرکت غیرقابل انتظاری از خود نشان می‌دهد، "تماس با عضو من"، عصبانی می‌شد. اضطرابی است که مثل درد تأثیر می‌گذارد. ضمناً حساسیت فوق‌العاده در برابر تخم مرف در سال ۱۹۴۹ رخ داد، یعنی ۲ سال بعد از شروع بیماری، بیمار حس سوزش در دهان هنگام خوردن تخم مرغ را بعدها تجربه کرده بود.

صرف نظر از اینکه چه شرایطی پیش‌زمینه‌های نهفته را مشخص می‌کردند، سیر بیماری و پیگیری نشان داد که حساسیت فوق‌العاده در مزمن شدن التهابات جلدی عصبی وی نقش زیادی نداشته است. آنچه اهمیت بیشتر پیدا کرد، آن بود که بیمار در برابر برخی ابژه‌ها، مثلاً همسرش بسیار حساس شد و این حساسیت تا زمانی تداوم یافت که بیمار موفق شد حالت چندش خویش را به عنوان ارضای غیرمستقیم ربط دهد، آن را به‌عنوان لذت بپذیرد و در خود ادغام کند.

انزوای او جای خود را به یک رابطه آرام با همسر و محیط پیرامون‌اش داد. التهابات پوستی وی در مرحله پایانی درمان کمتر بروز کردند، در حالی که بطور همزمان پوست، ماهیت ابژه جانشینی خود راویکی و خودتخریبی را از دست می‌داد.

نقد روان‌پویایی و سیر درمان. تحدید موضوعی به پسرفت، سوالات زیادی برانگیخت. با وجود آنکه زندگی روزمره بیمار مملو از شیوه‌های رفتاری و تجربه پسرقتی بود، مواردی بود که در درمان مورد توجه کافی قرار نگرفت.

● من با فرایندهای روان‌پویایی جهت‌گیری داشتم که بر دیدگاه موقعیتی در تحرک علامت تأکید خاص می‌ورزیدند. از آنجایی که هدف، بازسازی پسرقت و مرتبط ساختن آن با تثبیت نبود، بر حالات موقعیتی انگشت گذاشتم که سیر بیماری را تعیین می‌کردند. در وسواس تکرار آشکارا ریشه‌های طولانی مدت مؤثرند. از نقطه نظر درمانی، فرایند خودتقویتی چرخشی و تأثیرات آن بر شرایط اولیه شکل‌گیری علامت حائز اهمیت فراوان هستند. اضطرابات فراوان و احساس گناه (ادیپی) که بنابر موقعیت به دلیل علایم پوستی می‌توانند بروز کنند، به فرایند پسرقت شدت بخشیده و غیرمستقیم به وخامت علامت منتهی گردید.

چنانچه فرایندهای پسرقتی برای مدت طولانی وجود داشته باشند- بیمار به مدت ۸ سال و بدون توفیق، تحت درمان متخصص پوست قرار داشت- اهداف متمایل به بیرون می‌توانند ناخودآگاه شده و بر حس بدنی تأثیرگذار شوند. برای جلوگیری از سوءتفاهم به اختصار باید گفت: زندگی بیمار در پوست به مرز هلاکت رسیده بود. این بیان ساده روشن می‌کند که تزه‌های گوناگون روان‌درمانی و روانکاوی درباره التهابات پوستی عصبی و یا بیماری‌های پوستی دیگر قابل دفاع و برای درمان مفید

هستند. زیرا در پُرسرفت نقاط ضعیف و آسیب پذیری آشکار می‌شوند که در حیطه روان‌پویایی التهابات جلدی عصبی قرار دارند و در یک همبستگی نامشخص با آن بسر می‌برند، همانگونه که در نمونه پرخاشگری نشان داده شده است (تومه ۱۹۸۱): در گرایش‌های خودآزارانه- دگرآزارانه و بدن نمایانه آلکساندر و در تمایلات غیر کلامی ناخودآگاه دیگر.

● ما در این نمونه یک شکل پُرسرفتی را نشان دادیم و بدین ترتیب نوعی دیدگاه انتظام‌بخش به دست آوردیم. دیدگاه‌های انتظام‌بخش حاوی خطر نیز هستند، چون ممکن است به عنوان مکانیزم‌های بیماری‌زای خاص و مشخص، سوءتفاهمی در مورد آنان شکل بگیرد. ما بر مبنای تجربیات خویش با این بیمار نمی‌توانیم از این تز دفاع کنیم. در این راستا مشاهدات پائین درباره سیر بیماری در حین آنالیز مهم هستند:

◀ با توجه به نقطه نظرات بالینی و علمی، توجه ما بطور عمده بر سیر علامت در همبستگی با فرآیندهای روان‌پویایی و تغییرات آن معطوف می‌گردد (نک تومه ۱۹۷۸). فشار بیمار به علت انزوا، اضطرابات و احساس گناه خویش محسوس بود و پوست او همواره واکنش نشان می‌داد.

◀ جدا ساختن تعارضاتی که بوسیله درمان قابل حل بودند، به کاهش تعداد و کیفیت "بروزدهنده‌ها" انجامید.

در پایان درمان، انگیزه‌هایی که بیمار را دچار پُرسرفت کرده بودند، برطرف شدند. علایم اصلی او یا از بین رفته و یا بطور معناداری بهبود یافته بودند. رابطه با همسر برای هر دو رضایت‌بخش بود. بیمار برای نخستین بار باور پیدا کرد که می‌تواند زندگی خود را به طرز بامعنایی ساماندهی کند. التهابات پوستی عصبی، طی پیگیری منظم انجام شده در ۳۰ سال گذشته بروز نکرده است. جالب توجه آنکه، حساسیت به تخم مرغ باقی ماند، بدون آنکه بر وضعیت پوستی وی تأثیر گذار بوده باشد.

ارزشیابی نهایی. اهمیت بالینی و علمی مقایسه مورد با خودش آشکار و مؤید اهمیت ریشه‌ای عوامل روانزاد است، بدون آنکه بتوانیم ادعا کنیم که داده‌های بیوگرافیکی و اشراف به دست آمده درباره شیوه‌های تجربی خودآگاه و ناخودآگاه این بیمار، شامل حال کلیه بیماران مبتلا به التهابات جلدی عصبی می‌گردد.

ما بخش‌های مهمی از این تاریخچه بیماری را ارائه دادیم. درست بود که از پُرسرفت مرتبط با علایم حرکت کنیم و تأثیرات مزمن‌کننده خارااندان و سوزش در سیکل خودتقویتی را به کانون توجه درمانی تبدیل نماییم.

بر مبنای پیگیری انجام شده، نشان داده شد که روان‌درمانی، ریشه‌های اصلی التهابات پوستی عصبی را برطرف کرد. بیمار، پوست نسبتاً خشک و قابل مراقبتی پیدا کرد که البته به درمان تخصصی پوست و یا درمان دیگری نیاز نداشت.

زندگی خانوادگی شغلی و حرفه‌ای بیمار بطور مطلوبی ساماندهی شد، زوجین صاحب یک پسر هستند و آقای برنهارد Y پیشرفت شغلی مطلوبی پیدا دارد. وی درمان التهابات جلدی عصبی و سیر مثبت زندگی خویش را مدیون روانکاوی می‌داند که او را از احساس گناه شدید و اضطرابات دست و پا گیر رهانیده است.

۷-۹ موارد نامشخص*

پژوهش‌های روان‌تنی که الهام گرفته از روانکاوی بود و توسط مطالعات راهنمای آلكساندر در دهه ۱۹۳۰ زیربنای روش‌شناختی پیدا کرد، به تبیین فرضیه موارد نامشخص منتهی گردید.

نتیجه چندین دهه تلاش‌های علمی حاکی از آن است که: با وجود اهمیت زیادی که عوامل روان-اجتماعی در شکل‌گیری و تداوم بیماری جسمی دارند، رابطه علیتی مشخصی بین این دو، غیرمحمّل به نظر می‌رسد. فرضیه بدیل، یعنی پذیرش اجزای نامشخص عوامل روانی در بستر شرایط چندعاملی بیماری‌ها، بر یافته‌های به دست آمده منطبق است.

مفهوم مشخص بودن برخاسته از تئوری علیتی است که ریشه اصلی خود را در بیماری‌های عفونی دارد. تحریک‌کننده‌های خاص دیفتری، تیفوس و یا سل، به تغییرات بیمارگونه-آنا‌تومیکِ مشخصِ بافتی منتهی می‌شود. داروهای مؤثر و راهکارهای درمانی که بر علیه این تحرک‌کننده‌ها تجویز می‌گردند، مشخص نامیده می‌شوند. اینکه تا چه حد دلایل مشخص وجود دارد، باید در بیماری‌های عفونی نیز پیش‌زمینه‌ها و آمادگی شخص جهت بیمار شدن را در نظر گرفت. همانگونه که در بخش ۱-۱ نشان دادیم، فروید این الگوی توضیحی هنوز معتبر پزشکی را در روانکاوی بکار بست و در قالب تئوری تکمیلی آن را به ناراحتی‌های روانی تعمیم داد.

رویکرد چندمتغیری آلكساندر

از دیدگاه امروزی، تلاش‌های علمی برای تفکیک دلایل لازم و کافی با اتکا به مفهوم مشخص بودن، اشتباه بود. در اینجا تأثیرات تن‌روانی از توجه لازم محروم شدند که به نوبه خود تأثیرات ریشه‌ای بر حالت روانی برجای می‌گذارند. جای تعجب دارد که بحثی که آن زمان پس از انتشار اشترن (۱۹۵۷/۵۸) "درباره مشکل مشخص بودن انواع شخصیت و تعارض در پزشکی روان‌تنی"

* Nonspecificity
Unspezifität

صورت پذیرفت، به پیامدهای بلاواسطه در این گفتمان منجر نگردید (تومه ۱۹۸۰). بنابراین چنانچه در پژوهش‌های بالینی، جستجوی نوع تعارض خاص در بیماری‌های جسمی اشتباه بود، رویکرد روشی از اهمیت تاریخی برخوردار می‌گردد، امری که به دلیل مطرح بودن پیوسته آن ثابت می‌شود. رویکرد چندعاملی آلکساندر برای پزشکی روان‌تنی، علیرغم جابجا شدن کانون‌های بحث پیرامون متغیرها هنوز از اهمیت پایه برخوردار است.

طبق مکتب آلکساندر، بیماری‌ها در نحوه شکل‌گیری و سیر، توسط ۳ دسته متغیر قابل تفکیک هستند.

- یک گروه از متغیرها متشکل از پدیده‌های روان‌پویایی است که شامل فرایندهای دفاعی ایجاد شده در دوران کودکی است.

- گروه متغیر دوم مربوط به شرایط بروزدهنده زندگی است، چه در قالب تجربه و چه در قالب رخدادهایی که بلاواسطه قبل از شروع بیماری حادث می‌شوند. این متغیرها برای بیمار اهمیت عاطفی خاص داشته و باعث می‌شوند تعارض‌های ناخودآگاه مرکزی از جنبه روان‌پویایی فعال شوند.
- بالاخره سوم متغیرها شامل وضعیت جسمی است و آلکساندر تحت این عنوان "پاسخ جسمی" (فروید) یا به عبارتی "نقص ارگانی" (آدلر ۱۹۲۷) را می‌دید.

آسیب‌پذیری هر ارگان یا سیستم ارگانی با گرفتن لقب فاکتور X در ابهام می‌ماند، زیرا اتفاقاً فرایندهای آسیب فیزیولوژیکی هستند که در بیماری نقش تعیین‌کننده دارند.

آلکساندر و همکاران (۱۹۶۸) در مرور نظریات‌شان، تز کاری خویش را چنین جمع‌بندی کردند:

بیماری که از آسیب‌پذیری یک ارگان یا سیستم ارگانی و یا حالت خاص روان‌پویایی برخوردار است، زمانی بیمار می‌شود که شرایط خاص زندگی وی یک تعارض قبلی، حل‌نشده و اساسی را فعال نموده و فرایندهای دفاعی اولیه را از کار می‌اندازد. مطالعات همبستگی که بر اساس این فرضیه کاری انجام شد، همسویی مطلوبی بین تشخیص‌های کور با تابلوهای بیماری برپایه شناخت‌های متغیرهای روان‌پویایی داشتند. بررسی‌های آلکساندر و مکتب او ظاهراً تأیید کرد که روش‌های تجربه و رفتاری که به تعارضات پایه درون‌روانی مربوط می‌شوند، در فراوانی مافوق اتفاقی و به نحو متفاوت در ۷ بیماری بررسی شده بروز نمودند. آلکساندر و مکتب او به عنوان پارادایم مطالعه،

- آسم برونشیتی
- عفونت روماتیسمی
- عفونت روده

- فشار خون اساسی
- پرکاری غده تیروئید
- زخم معده
- التهابات جلدی عصبی

را برگزیدند. این بیماری‌های به عنوان "هفت شیکاگو" به جایگاه خاصی در تاریخ روان‌تنی و توجه زیاد به خود دست یافتند، بگونه که پزشکان زیادی برای مدت طولانی گمان داشتند که روان‌تنی و مکتب آلکساندر به "هفت شیکاگو" محدود می‌شود.

نقد فرضیه مشخص. آثار روانی در تمامی بیماری‌های انسانی ممکن و میسر است. به همین خاطر پژوهش‌های پزشکی روان‌تنی نیز هرگز محدود به ۷ بیماری نامبرده نبوده است. اما به دلایل گوناگون، از جمله محدودیت‌های متدیک و عملی، فرضیه مشخص در ابتدا در ۷ بیماری نامبرده مورد مطالعه قرار گرفت. با وجود آنکه امروزه عمدتاً نامشخص بودن و یا متغیر بودن وضعیت‌های متعارض بانفوذ در بیماری‌ها را فرض می‌گیریم، این ۷ بیماری هنوز پارادایم اصلی پزشکی روان‌تنی محسوب می‌گردند. در فرضیه مشخص بودن آلکساندر همواره این مسئله بی‌پاسخ مانده که کدام جنبه‌های الگوی ۳ مرحله‌ای، دلیل مشخص وضعیت بیمارزا هستند. سه گروه نامبرده در اصل متشکل از ویژگی‌های متفاوتی هستند، بگونه‌ای که می‌توان از الگوی چندمتغیری سخن گفته و رویکرد مطالعاتی متناسب با آن نیز اتخاذ نمود. فقط در شرایط مرزی غیرقابل انتظار که نادر هستند می‌توان به عامل مشخص وزنه داد.

جنبه‌های پزشکی روان‌تنی

به همان میزانی که غیرمحمّل است در بیماری‌های جسمی، دلیل مشخصی را در وضعیت‌های متعارض خاص پیدا کنیم، به همان نسبت از زاویه تاریخ علم مفید بود که پژوهش روان‌تنی در ابتدا به چند تابلوی بیماری محدود شد. بدین ترتیب واینر (۱۹۷۷) توانست در یک اثر چشمگیر که مربوط به مطالعه درباره ۶ بیماری داخلی (به‌غیر از التهابات پوستی عصبی) می‌شد، مشکلات عمده بالینی و پژوهشی پزشکی روان‌تنی را تدوین نماید.

تحقق رویکرد عمومی روان‌تنی در رفتار پزشکی باید این نگرش متدیک را در نظر داشته باشد که اثر عوامل روان-اجتماعی در پیدایش و سیر بیماری جسمی را بطور دقیق بررسی نموده و بطور مشخص با توجه به پیامدهای این عوامل به بیماران خدمات روان‌درمانی ارائه دهد.

در اثر واینر (۱۹۷۷) و نیز دایره‌المعارف آموزشی اوکسکول (۱۹۹۶) چنین می‌خوانیم که گستره تأثیرات عوامل روان- اجتماعی بر بیماری‌هایی که در زمان خویش به عنوان پارادایم مطرح بودند، به بهترین نحو ارزیابی می‌شوند.

آئین‌های وحدت‌گرایانه معنوی و مادی‌گرا. همگان از ثنویت بدن- روان می‌نالند و با این حال پزشکی روان‌تنی نیز به روش‌شناسی چندصدای پایبند است که غالباً به وسیله وحدت‌گرایی معنوی و یا مادی در حد یک جهان‌بینی ارتقا پیدا می‌کند. در این صورت ثنویت نامطلوب می‌گردد (مایر ۱۹۸۷).

به عنوان نمونه معنویت‌گرایی فراگیر گرودک و ماده‌گرایی را مثال می‌زنیم که ترشحات فیزیولوژیکی عصبی را با فرایندهای روحی- روانی همانندسازی نموده‌اند. در گمانه‌ورزی‌های گرودک قانونمندی‌های بدنی نادیده گرفته می‌شوند، در حالی که در پاره‌ای زمینه‌های روان‌تنی معاصر، پدیدارشناسی روانی و روان‌پویایی در فیزیولوژی حل شده‌اند.

آشفته‌گی بزرگ در این حیطه را می‌توان با نگاه به تاریخ اثربخشی مفهوم "تبدیلی" بهتر شناخت. مثلاً لیپوسکی (۱۹۷۶) در مقاله پرنفوذ خود درباره وضعیت پزشکی روان‌تنی گفت: که بر اثر شناخت رو به تزاید فیزیولوژی عصب‌شناختی، فرایندهای غددی و سیستم ایمنی که ضمن آن محرک‌های نمادین تا مغز سلول نشان داده می‌شوند، جهش پرمعما از روان به بدن "انجام و در تحقیقات نیز در جزئیات بازسازی می‌شوند، "بدون شناخت روشن از فرایندهای گذار، در این صورت چاره‌ای نداریم مگر آنکه همبستگی میان رخداد‌های خاص و علایم روان‌شناختی افراد از یک طرف، و اختلالات بدنی یا بیماری‌ها را از طرف دیگر تعیین و مشخص کنیم (۱۹۷۶، ص: ۱۲).

هر پزشک روان‌تنی در برابر یکسونگرانی که پدیده‌های روانی را معادل ترشحات مغزی می‌پندارند، استقلال کیفی فرایندهای نمادین را مورد تأکید قرار می‌دهد. در ارتباط با گستره موجود می‌توان فکر کرد که فعالیت‌های نمادین انسانی که با ساختارها و عملکردهای مغزی مرتبط هستند، تمام فرایندهای ارگانیکی تا خود سلول را تحت تأثیر قرار می‌دهند. اشتباه بزرگی است که بخواهیم از شناخت فرایندهای انتقالی فیزیولوژیکی به تجربه روانی و ساخت نمادها دست یابیم (برویتینگام ۱۹۹۰، ۱۹۹۴).

از دیدگاه روان‌درمانی، مطالعات آلکساندر و مکتب او بسیار مثمر ثمر بوده‌اند.

کانون و رابطه کنونی

اتفاقی نیست که فرنچ (۱۹۵۲) که عضو گروه پژوهشی شیکاگو بود، به عنوان نخستین فرد، مفهوم کانون را به تئوری تکنیک وارد نمود. در آنجا همچنین اهمیت رابطه کنونی در مرکز ثقل توجه قرار گرفت. با توجه به تأثیرات متفاوت بیماری می‌توان اظهار داشت که مثلاً بیماران پوستی متمایل به صحبت کردن درباره موضوعاتی هستند که با مشکل خودنمایی سر و کار دارد. تجربه روزانه بالینی حاکی از آن است که در سیر بیماری، واکنش‌های پیشین نهفته فعال شده و خود را تقویت می‌کنند. قابل ذکر است که بوسیله پوست، زمینه‌های تجربی دیگری جز شهوت دهانی یا جنبدگی و محدودیت‌های آن‌ها تداعی می‌شوند.

ما بدین خاطر بر سیر بیماری و تأثیرات چرخشی آن در مفهوم یک سیکل خودتقویتی تأکید می‌نماییم، چون در همین نقطه است که تلاش‌های روان‌درمانی باید به اجرا گذارده شوند. از تأثیرات تن‌روانی می‌توان بدون بروز مقاومت زیاد به دنیای تجربی بیمار راه یافت.

چنانچه برعکس بیمار جسمی را در ابتدا به دنبال جستجوی دلایل روانی بفرستیم، باعث واکنش قابل فهمی می‌گردد که از یک بیمار معدی نقل می‌شود: "آقای دکتر من معده‌ام درد می‌کند و نه مغزم." چنانچه از دردهای جسمی حرکت کنیم و هم مفهوم بدن از زاویه علوم طبیعی و هم اکتشافات روانکاوی درباره تصویر بدنی (نک اسکول ۱۹۸۵) را جدی بگیریم، به خودی خود به روشی نزدیک می‌شویم که بیمار به کمک آن بر بیماری خود غلبه خواهد کرد. از این منظر است که مدخلی بر عوامل روان-اجتماعی مؤثر در پیدایش بیماری‌های جسمی گشوده می‌شود.

همیشه قابل توصیه است، سیر کنونی بیماری را با حوصله و به دقت زیر نظر داشته باشیم، همانگونه که ما در فصل ۵ در مورد بیمار مبتلا به گردن کجی انجام دادیم. بشرط آنکه روانکاوا به این نکته توجه داشته باشد که دردهای جسمی لااقل به پیچیدگی ثانویه نیازهای مرتبط با آنان منجر خواهند شد، گفتگوهای درمانی به ندرت ناکام می‌شوند. مثلاً اضطراب قلبی باعث محدود شدن تحرک انسان می‌گردد و همه دردهای رودی-معدی به حساسیت ناحیه دهانی منتهی می‌گردند، صرف نظر از آنکه نقش آن‌ها در پیدایش بیماری چقدر باشد.

در ایجاد رابطه درمانی با بیمارانی که مشکل جسمی دارند مهم است که هیئت و موجودیت بدن را به رسمیت بشناسیم. این در حالی است که بر مشکلات متدیک در دستیابی همزمان به تصویر بدنی روانکاوانه و مفهوم بدن از زاویه علوم طبیعی واقفیم.

ما با اسکول موافقیم که رویکرد روانکاوی همواره با بازتاب‌ها و نمادهای بدن مواجه است و "به ابعاد عمیق ناخودآگاه بدن و ابعادی که هرگز نمی‌توانند به خودآگاهی ارتقا کنند، راه نخواهد

یافت" (۱۹۸۵، ص: ۱۰۰). گستره درمانی روانکاوی در بیماری‌های جسمی به این بستگی دارد که تلاش‌های درمانی در مورد تصویر بدنی ذهنی تجربه شده تا چه حد بر یافته‌های عینی جسمی تأثیرگذار است. مشاهدات روانکاوی حداقل در محدوده وضعیت ذهنی حائز اهمیت‌اند که رانگل اینگونه جمع‌بندی می‌کند:

"هیچ گزارش روانکاوی مشروح موردی درباره بیماری پوستی، بدون مشاهدات درباره اهمیت دهانی انقباضات یا تنش‌های گوارشی؛ درباره زخم رودی، بدون تعارضات پایدار مقعدی که به گونه جسمی نشان داده می‌شوند؛ درباره آسم یا التهابات پوستی عصبی، بدون اختلال نمادسازی در مراحل مختلف مشاهده نمی‌شوند که در تغییرات عملکردی و ارگانیکی گوناگون وجود دارند" (۱۹۵۹، ص: ۶۴۷).

اتفاقی نیست که رانگل فقط از این موارد صحبت نموده که به علت علایم به نوعی با شخص رنجور، رفتارکننده، حس‌کننده و فکرکننده مرتبط می‌شوند. مثلاً پوست و شکاف‌های بدنی با تجربیاتی ارتباط دارند که می‌توانند با عملکردهای بدن همبستگی داشته باشند. در اینجا وظیفه اصلی آن است که پیدایش علایم را در بستر همبستگی با تعارضات درک کنیم. برای نمونه آلکساندر به تغییرات ارگانیکی "معنا" نمی‌داد، اما یک "استنتاج عاطفی" میان عملکرد و تجربه برقرار می‌ساخت. مثلاً او در کارهای اولیه خود درباره بیماری روان‌تنی رودی-معدی، تعارض در زمینه "دادن" و "گرفتن" را مطرح نمود که بعداً به عنوان عامل خاص مطرح شد. آلکساندر شاهد بود که یک بیمار مبتلا به زخم‌های روی-معدی اشتیاق سرکوب‌شده به محبت و کمک را بطور ناخودآگاه با نیاز به غذا یکسان می‌سازد ("استنتاج عاطفی"). بر مبنای این یکسان‌انگاری، تحرکات عصبی معده به جریان می‌افتد و اینگونه واکنش نشان می‌دهد که گویی غذا صرف شده و یا باید به زودی صرف شود.

از نقطه نظر روان‌درمانی، مهم نیست که کانون-به عنوان موضوع گفتگو- چقدر به فرایند بیماری جسمی دور یا نزدیک است. مهم آن است که بیمار به گفتگو به عنوان وسیله درمانی اعتماد پیدا کند. اینکه تغییرات بدنی که توسط عوامل روانی ایجاد شده‌اند تا چه حد برگشت‌پذیر هستند، سوالی است که نمی‌توان به آن پاسخ داد. هر کس قصد داشته باشد از منظر روان‌درمانی، علایم بیماری‌های جسمی مزمن را برطرف کند، باید با تئوری خود بر زمین واقعیت‌ها گام نهد.

در جلد مبانی (۴-۳-۸) درباره پسرفت در ارتباط "شروع تازه" بالینت بحث کردیم. پسرفت در درمان بیمار مبتلا به التهابات پوستی جایگاه خاصی داشت. به همین علت اشاره به این نکته برای ما مهم است که توسعه تئوری پسرفت به عنوان الگوی توضیحی بیماری‌های روانی، جسمی و روان‌تنی بدون در نظر گرفتن نحوه شکل‌گیری دوسویه آن از جانب ما مردود شمرده می‌شود.

زمانی که به فرایند پسرفت نگاه می‌کنیم، مشخص می‌شود که در اینجا با یک تعمیم توصیفی سر و کار داریم. مفهوم پسرفت، در مفهوم کلی خود، "بازگشت از یک مرحله رشدی بالا به مرحله رشدی پایین را به نمایش می‌گذارد، ... سرکوب نیز در رده پسرفت قرار دارد، زیرا می‌تواند به عنوان در غلطیدن به مرحله قبلی و نازل رشدی توصیف گردد" (فروید ۱۹۱۷، ص: ۳۵۵).

فروید در تعبیر رویا (۱۹۰۰a) در پسرفت، جنبه‌های مکانی، زمانی و شکلی را از یک‌دیگر متمایز نمود. فروید در ابتدا نظریات جاکسون درباره تکامل و اضمحلال را در پژوهش زبان‌پریشی بکار بست و از نظریات جاکسون برای ترمیم عملکردی مفهوم پسرفت در آسیب‌شناسی روانی استفاده کرد. او سپس گفت: "اشکال خاصی از پسرفت، وجه مشخصه انواع خاصی از بیماری‌ها است" (۱۹۳۳a، ص: ۱۰۶).

مفهوم پسرفت، فراسوی تعمیم توصیفی تئوری توضیحی روانکاوی، معنای فراگیر خود را در ارتباط با مفاهیمی به دست می‌آورد که مربوط به تعارض بروزدهنده و تثبیت است. این تا حدود زیادی به عنوان پیش‌زمینه‌های اکتسابی به معنای آمادگی واکنشی ناخودآگاه قابل فهم است (تومه و کشله ۱۹۷۳). باید تأکید کرد که مفهوم پسرفت فقط برای توضیح روندهای روانی بکار برده می‌شود.

چنانچه برعکس، تثبیت و پسرفت را در امتداد یک الفبای روان‌فیزیولوژیکی هجی کنیم، به نظر می‌رسد، بازگشت به مرحله قبلی و ناخودآگاه به روش مشابه بتواند شکل‌گیری بیماری‌های روانی و روان‌تنی را توضیح دهد. در حقیقت اینگونه است که پزشکی روان‌تنی از زمان گروودک به این سو، بر پایه این مفروضات بنا شده است، اگرچه شاید در نگاه اول چنین ننماید.

* Regression
Regression

رویکردهای نظری

فرد مطلع، علیرغم تنوع موجود در گنجینه زبانی، به سادگی می‌تواند به پاره‌ای الگوهای پایه در تعریف مفهوم پسرقت دست یابد. سرنخ اصلی که این الگوها را به یک‌دیگر پیوند می‌دهد، برخاسته از تئوری دفاع روانکاوی است که ۲ تر سبب‌شناسی از آن استخراج می‌شود.

◀ طبق یک نظریه، زمانی بیماری‌های جسمی پدید می‌آیند که "منش زره‌پوش" که رایش توصیف نموده، شدت گرفته و خود را در بدن نشان دهد. انکار دو مرحله‌ای میتشرلیج بر پایه یک نورژ منشی موجود استوار گردیده است که در آسیب‌های روان‌تنی شدت می‌یابد. تومه (۱۹۵۳، ۱۹۵۴) در آن زمان با سادگی تمام یک مورد الگویی منتشر کرد، بدون آنکه این نکته را در نظر بگیرد که فرایندهای دفاعی *فرایند* هستند و فروید در مبحث انکار از واژه *فشار دادن* یا به زور پیش بردن استفاده کرده بود.

◀ دومین ایده رایج که از تئوری روان‌تنی روانکاوی استخراج می‌شود، با پسرقت سوگیری دارد. نمونه واضح این گرایش، نظریه شور (۱۹۷۴) درباره ارتباط اختلالات روان‌تنی با فرایندهای رشد و پسرقت است، در حالی که او رشد یک کودک سالم را به عنوان فرایند "جسم زدایی" توصیف می‌کند.

نوزاد در ساختار نامتمایز و رشدنیافته که عوامل روانی و جسمی به یک‌دیگر پیوند خورده و به تناسب مرحله رشدی خویش، عمدتاً واکنش‌های جسمی و ناخودآگاه دارد، با وارد شدن به سیر رشدی، به تدریج شیوه‌های واکنشی روانی و خودآگاه را می‌آموزد. اشکال واکنش بدنی به عقب رانده می‌شوند، کودک می‌آموزد بجای واکنش‌های بدنی، شناختی- روانی واکنش نشان دهد. شور این فرایند جسم‌زدایی را با رانده‌مان خود در خنشی‌سازی انرژی غریزی مرتبط می‌کند. در بیماری‌های روان‌تنی، شرایط متعارض نمی‌توانند با انرژی موجود و خنشی‌شده توسط خود مرتفع گردند. توسط اضطراب پیوسته و بر بستر این فرایند، پسرقت به الگوهای رفتاری قبلی، یعنی واکنش‌سازی جسمی پیش می‌آید. انرژی‌هایی که قبلاً به وسیله فرایندهای دفاعی خنشی شده بودند، توسط خدشه‌دار شدن موضعی خود آزاد می‌شوند و متناسب با مرحله پسرقتی بازتاب نامتمایز جسمی پیدا می‌کنند. شکل‌گیری جسم‌سازی مجدد، یعنی انتخاب عضو و میزان گستره واکنشی جسمی، توسط ضایعه‌سازی ایام کودکی و تثبیت‌های متعاقب آن در عملکردهای بدن تعریف می‌شود. شور بر این نظر است که در بستر تفکیک خود در حین روند رشد فیزیولوژیک، فرایندهای بدنی ناهماهنگ بلحاظ شناختی- روانی ادغام و بدین ترتیب واکنش جسمی در فرایند

اولیه توسط فعالیت‌های فکری جای خود را بُعد فرایندی ثانویه می‌دهد. به نظر او پسررفت‌های روان‌تنی، بازگشت به بُعد اولیه‌ی واحد واکنشی جسم- روان با گرایش به تخلیه هیجانی جسمی است.

مبنای نظری این رویکرد توضیحی که نزد میتشرلیش (۱۹۸۳، ۱۹۶۷) و دیگر نویسندگان نیز دیده می‌شود، در تشابه شیوه‌های واکنشی جسمی- بدنی ایام کودکی با انواع واکنش‌های روان‌تنی است. الگوی پسررفت از نظر شور فراسوی بُعد روانشناختی به ابعاد فیزیولوژیک بسط پیدا می‌کند.

نقد. در تبیین تئوری، برخی گرایش‌های پزشکی روان‌تنی روانکاوانه، رویکرد خود را در معرض سنجش متدیک قرار نمی‌دهند و بیشتر به مبداءگزینی بیماری در ایام کودکی روی می‌آورند. چنانچه گول مفهوم‌پردازی‌های رایج را نخوریم، به الگوی واحد حاکم بر فرضیه‌های پیدایش بیماری‌های روان‌تنی در ایام کودکی (پیش‌ادیپی) پی می‌بریم که ضمن آن قانونمندی‌های فیزیولوژیکی نادیده انگاشته می‌شوند. تعجب‌انگیز است که چگونه مفروضات اشتباه، بدون ابراز تردید درباره محتوای واقعی آن‌ها، توسط نقل‌قول‌های متقابل حفظ گردیده و یا تغییرات مفهومی به‌عنوان شناخت‌های جدید عرضه می‌گردند. مثلاً کوتر (۱۹۸۱) در مبحث سبب‌شناسی نورزها مفهوم *اختلال پایه* تردید برانگیز بالینت را تحت مفهوم *تعارض/ساسی*، به مبنای تعارضات روان‌تنی ارتقا داده و آن را در برابر نورزها قرار می‌دهد. بدین ترتیب بیمارانی که از ۷ بیماری نامبرده رنجور می‌باشند، به مثابه موارد مرزی ارزیابی می‌شوند، امری که نه با یافته‌های آلکساندر و نه با شناخت‌های امروزی مطابقت دارد. کوتر بیماری‌های روان‌تنی را به یک تعارض اساسی تقلیل می‌دهد. تئوری سبب‌شناسی که توسط فروید در الگوی تکمیلی تبلور یافت، از آن تاریخ تاکنون به‌علت تنوع رو به تزايد فرایندهای روانی و جسمی در شکل‌گیری و سیر کلیه بیماری‌ها پیچیده‌تر شده است.

بر طبق "پسررفت روان‌فیزیولوژیکی یا روان‌تنی" و گمانه‌ورزی‌های دیگر که ضایعه‌های ایام کودکی، وحدت روان- تن را مورد هجوم قرار می‌دهند، می‌توان تمام بیماری‌های سخت روانی و جسمی، نظیر سرطان و یا اسکیزوفرنی را توضیح داد. ظاهراً می‌توان از "شخصیت روان‌تنی" همه چیز را استخراج و تبیین نمود. اینگونه است که بانسون در فرضیه مکملی خود ادعا می‌کند:

"در حیطه بدنی فرایندهای مشابهی نظیر پسررفت روانی جریان دارند (در نورزها و سایکوزها). چنانچه سرکوب مجبور شود بجای فرافکنی بار اصلی فرایندهای دفاعی را به عهده بگیرد، جابجایی انرژی غریزی به حیطه جسمی صورت می‌پذیرد. در این صورت شاهد پسررفت تدریجی و ژرف بدنی خواهیم بود که دامنه آن از هیستری تبدیلی تا فعل و انفعالات سلولی

بانسون در عمیق ترین نقطه پسرفت ایجاد شده توسط سرکوب، غده های خطرناک و در عمیق ترین نقطه پسرفت توسط فرافکنی، سایکوزها را می بیند.

نقد روان سالاری. جای تعجب است که ایده روان فیزیولوژیکی پسرفت چنان ذوق زدگی زاید الوصفی ایجاد نموده که مارگولین (۱۹۵۳) آن را تبلیغ و اخیراً از جانب مک دوگل (۱۹۸۷، ۱۹۷۴) به عنوان مبنای توضیحی برای کلیه بیماری های روانی و جسمی پذیرفته شده است. مفهوم پسرفت روان فیزیولوژیکی که مدت ها است از جانب مندلسن و همکاران (۱۹۵۶) رد شده است، ظاهراً طبق محتوای آن جنبه ابدی پیدا کرده، مثل امید به زندگی ابدی، و به احتمال قوی ریشه آن اصلاً در همین آرزو قرار دارد. در آنجا کشف معنا، بیشتر از حقیقت های علمی سایه خود را بر زندگی گسترانده است. از جمله پایه های این نظریه، جستجوی نمایندگی متقابل روان و جسم است که با ایده نهان کاری ناخود آگاه روانکاوی نیز مرتبط است. بر اساس این مفروضات به معادل سازی و نمایندگی یا جابجایی متقابل علایم روانی و جسمی می رسیم که به نظر وایتسگر بر مبنای روان سالاری از این فرضیه فراتر می رود: هیچ پدیده ارگانیکی معنا ندارد. فون وایتسگر در صدمین سالگرد تولد بنیانگذار پزشکی انسان شناسانه، بدون کوچکترین ابهامی چنین گفت، نمی شود که "بیماری های جسمی را همواره بر تفاسیر روانشناختی استوار نمود که در تعامل میان پزشک و بیمار جنبه علمی دارند (۱۹۸۷، ص: ۱۰۹). همانگونه که راد (۱۹۸۷) با استناد به نقل قول های فراوان بنیانگذار پزشکی انسان شناسانه ذکر نموده، تفکر فلسفه طبیعت گرای وایتسگر تحت الشعاع ایده روان سالاری قرار دارد. بدین ترتیب وارد کردن ذهن در پزشکی از همان ابتدا با مشکل روبرو شد. تحقق این ایده در کمبود توصیه های رفتاری برای عمل پزشکی روان تنی، با ناکامی مواجه گردید. پزشکی انسان شناسانه در روش شناسی علمی خود نیز هنوز در ابتدای راه است. چنانچه دوشخصیتی را از جنبه درمانی و علمی جدی بگیریم، به تمام مشکلاتی بر می خوریم که نشانگر پارادایم روانکاوی هستند. از زمان انقلاب شناختی (برونر ۱۹۸۶) رفتار درمانی، روانشناسی بالینی نیز با تحول پارادایمی مواجه گردیده است. تلاش های ادغام گرایانه ای که مثلاً از جانب وایس (۱۹۸۵، ۱۹۸۲) صورت گرفته اند، منطبق با دانش بالینی روانکاوی که در عرض یک قرن جمع آوری شده اند، نیست.

ایده پسرفت روان تنی در انواع متفاوت خویش که به عنوان الگوی توضیحی بیماری های جسمی معرفی می شود، موجب تشخیص های اشتباه گردیده و تبیین تئوری های قابل دفاع را با مشکل مواجه می سازد.

تشبیه شیوه‌های واکنشی روان- جسمی ایام کودکی با اختلالات روان‌تنی موجه نیست، امری که ما در نمونه کج‌گردنی در فصل ۵ نشان دادیم. همانگونه که مایر تأکید می‌کند، فیزیولوژی یک شیرخوار با یک بزرگسال تفاوت‌های فاحش دارد.

از تفاوت‌های بیشمار فعلاً به یکی از آن‌ها اشاره می‌کنیم: هموستازی که عملکرد ضعیف‌تر دارد. شیرخواران و کودکان خردسال در عفونت‌های بسیار ضعیف به تب ۳۹ تا ۴۰ درجه می‌رسند، آن‌ها به دلایل ناچیز استفراغ می‌کنند و میل به دفع مدفوع مکرر دارند. فقط، ما در کودکان خردسال، انحرافات آسمی و رودی مشاهده نمی‌کنیم که یک بزرگسال بدان مبتلا می‌گردد. برعکس، ما کمتر شاهد تب‌های روان‌تنی هستیم- دو موردی که من طی ۳۰ سال شاهد آن بودم، ربطی به پسرقت فیزیولوژیکی نداشت، بلکه مربوط به تب‌خال می‌شد.

◀ تخلیه هیجانات کودکی به علت فقدان اشکال مدیریت شناختی و بر مبنای وحدت بدن- روان صورت می‌گیرد. سیر رشدی شیرخوار یا کودک در این فرایند اولیه، جنبه حیوانی دارد. جالب توجه است که بیماری‌های روان‌تنی نزد حیوانات در طبیعت آزاد رخ نمی‌دهد، بلکه از طریق محرک‌هایی که بطور مصنوعی به آن‌ها وارد می‌شود.

◀ بر خلاف مرحله رشدی کودکی، در بیماری‌های روان‌تنی ادغامی صورت نمی‌گیرد، یعنی بر پایه وحدت روان- بدن حادث نمی‌شود، بلکه ویژگی بروز بیماری‌های روان‌تنی اتفاقاً فقدان همین جنبه ادغامی است. نظریه‌ای که نابهنجاری‌های روان‌تنی را با تخلیه هیجانی ایام کودکی مرتبط می‌کند، جنبه‌های مخرب بیماری‌های جسمی را نادیده می‌گیرد.

گرایش بسیاری از روانکاوان، یعنی روانشناختی کردن فیزیولوژی (شنايدر ۱۹۷۳) و گرایش مکملی آن‌ها، یعنی نادیده گرفتن قواعد فیزیولوژیک در اختلالات روان‌تنی، به نتایج ویران‌کننده‌ای منتهی گردیده است. در آنجا صحبتی از تفکیک بیماری‌ها از هم نیست، بلکه سرسختی در دفاع از دید کل‌گرایانه در باره بیماری‌های روان‌تنی مشاهده می‌گردد، همچنین صحبتی از بیماری‌های حاد و مزمن نمی‌شود. در حالی که در بیماری‌های مزمن بسیاری از علایم توصیف شده روانی، نظیر "درماندگی وخیم- ناامیدی" که انگل و اشمال (۱۹۶۹) ذکر کرده‌اند، ممکن است واکنش بیمار به جنبه‌های بدنی بیماری خود باشد.

۹-۹ آلکسی تایمی* (عدم توانایی در ادراک و توصیف احساسات)

ما زمانی به آلکسی تایمی اشاره کردیم که در توصیف بیمار مبتلا به التهابات پوستی گفتیم، گویی او بیمار مبتلا آلکسی تایمی بود.

مفهوم آلکسی تایمی معرف عدم توانایی در "خواندن"، درک و بیان احساسات است. ایده روان فیزیولوژیک پسرقت که از افکار روشمند فروید نیز فاصله داشت، در تأیید آلکسی تایمی بی خاصیت بود. این ایده حاوی تخیلات فراوانی است که شروع و ختم بیماری های جسمی و روانی، از سایکوز گرفته تا سرطان، را در دوران کودکی جستجو نموده و نقطه آغاز آن را قبل از تمایز روان و بدن می انگارد. بنابراین ادعا می شود که انسان هایی با ساختار روان تنی بوجود می آیند که فقر تخیلاتی زیاد و فکر مکانیکی دارند (pensee operateire یا آلکسی تایمی).

نویسندگان فرانسوی

نویسندگانی که به مکتب فرانسوی روان تنی نسبت داده می شوند، در تبیین نظریات خویش به هیچوجه و آنگونه که مفهوم آلکسی تایمی القا می کند، همسو و یکپارچه نیستند. با این حال فرایندهای پسرقت و تثبیت، نقطه مماس آنان به شمار می رود.

◀ دوموزان (۱۹۷۷) ریشه اصلی نقایص ساختار روانی در بیماران روان تنی را در فقدان امکان ارضای نیازهای توهمی در کودکی ارزیابی می کند.

◀ فاین (۱۹۶۶) پسرقت را مبتنی بر یک سیستم دفاعی بدوی خود به عنوان موتور شکل گیری علائم جسمی در بیماری های روان تنی می بیند.

◀ مارتی (۱۹۶۸) فرایندهای پسرقتی خاص را تبیین نمود (اضمحلال پیشرونده، پسرقت موضعی و کلی).

نویسنده شکل گیری علائم بدنی توأم با انواع پسرقتی متفاوت را به تثبیت مرتبط می سازد که از تعامل بیمارگونه هورمونی میان جنین و مادر، یعنی در مرحله جنینی بوجود می آید (مارتی ۱۹۶۹). نویسندگان در اینجا از پدیده های بالینی تشریح شده چنین نتیجه گیری می کنند: فکر عملیاتی به عنوان "تبلور ترجمه قابل لمس ترین، مشخص ترین و عملی ترین پدیده واقعیت" (دوموزان ۱۹۷۷) مطرح است که مانع مدخل بر ابعاد هیجانی و تخیلی بیمار شده، بلکه فقط بازتاب دهنده رابطه زمانی و

* Alexithymia
Alexithymic

مکانی می‌گردد و بدین ترتیب شکل "ارتباطی مبهم" با طرف گفتگو ایجاد می‌کند. این شکل ارتباطی شاخص در مبتلایان به بیماری‌های روان‌تنی است.

نظریه مارتی. مارتی که در ابتدا به فرضیه تثبیت جنینی پایبند بود، بعداً نظریه‌ای مطرح کرد که در آن شکل‌گیری مکانیزم‌های اولیه تثبیت که برای پیدایش بیماری‌های روان‌تنی مطرح می‌شوند، حاصل بازی بیمارگونه غریزه مرگ و فرایند رشد پنداشته می‌شود. مارتی در این نظریه (۱۹۶۸) تلاش می‌کند علایم قابل مشاهده فکر عملیاتی را با فرایند تکوین روان‌فیزیولوژیکی فرد مرتبط سازد. او زندگی آدمیان را سیر تکوین تدریجی می‌بیند که تحت تأثیر غریزه زندگی و مرگ تحقق می‌یابد. در ایام رشد کودک فرد مبتلا به بیماری روان‌تنی، توسط نفوذ غرایز ضد رشدی (غریزه مرگ)، اختلالی در سیستم اقتصاد بیولوژیکی ایجاد می‌شود که غلبه بر آن البته عملکردهای بیمارگونه را از بین می‌برد، اما مانع از آن نمی‌شود که این مراحل رشدی به عنوان نقاط تثبیت روان‌تنی بر جای بمانند.

نویسندگان آمریکایی

نویسندگان آمریکایی از یک فرضیه خاص حرکت می‌کردند که واژه آلکسی‌تایمی را روان‌تر می‌سازد: آن‌ها یک ساختار شخصیتی برای بیمار روان‌تنی لحاظ کردند که بر عکس فرد نوروتیکر، علایم آلکسی‌تایمی را از خود نشان می‌دهد، یعنی عدم توانایی در بیان عواطف خویش در قالب کلمات مناسب. سیفنوس (۱۹۷۳) علایم مربوطه در بیماران روان‌تنی مبتلا به آلکسی‌تایمی را اینگونه توصیف نمود:

- زندگی تخیلی فقیرانه توأم با طرز فکر عملی، قاطع
 - گرایش به فرار از شرایط متعارض توسط کنش
 - محدودیت در تجربه عواطف و هیجانات
 - مشکل در پیدا کردن کلمات برای توصیف احساسات خویش.
- در حالی که نویسندگان (نمیه و سیفنوس ۱۹۷۰) در ابتدا یک فرضیه روان‌پویایی، فرضیه رشدی و یک فرضیه فیزیولوژیکی عصبی را در کنار هم قرار می‌دادند، بعداً نظریه فیزیولوژی عصبی مک‌لین (۱۹۷۷) را مبنای نظریات خویش قرار دادند. این نظریه بر پایه ارتباط سیستم لیمبیک به عنوان بستر غرایز و احساسات با قشر جدید مغز بنا شده است. طبق این نظریه تحریکات می‌توانند مستقیماً از راه سیستم هیپوتالاموسی-رشدی در ناحیه جسمی وارد می‌شوند.

نقد تئوری‌های آلکسی‌تایمی

نویسندگان با طرح نظریات خویش باعث کارزار وسیعی جهت فعالیت‌های پژوهشی تجربی-کمی شدند که البته نتایج آن مایوس‌کننده بود؛ در ۱۷ کار تجربی جهت تبیین آلکسی‌تایمی به عنوان علامت شخصیتی، به‌غیر از کار سیفنوس و ۲ کار دیگر، هیچ یک از پژوهشگران نشانی از این ویژگی‌ها و علائم شخصیتی در بیماران مبتلا به روان‌تنی را پیدا و گزارش نکرد. برعکس علائم اندازه‌گیری شده در گروه‌های بالینی دیگر و نزد افراد سالم گروه شاهد، به اثبات رسیدند (آرنز و دیفنر ۱۹۸۵). اصرار بر ایده ساختار شخصیتی در بیماران روان‌تنی مانع تبیین علمی نظریه روان‌تنی در روانکاوی گردید (آرنز ۱۹۸۷).

تلاش برای دستیابی به یک ساختار شخصیتی واحد برای پیچیدگی‌ها و تنوع اختلالات روان‌تنی، به معنای محدود کردن دید و در تضاد با تجربیات بالینی است.

باید در نظر داشت که طبق یافته‌های پژوهشی حتی در یک تابلوی بالینی روان‌تنی، شاهد شرایط متفاوت بروز بیماری می‌باشیم. (اوربک ۱۹۷۷).

نشانه‌های رد نظریه ساختار شخصیتی روان‌تنی. احتمال زیاد می‌رود که تمام ویژگی‌های شخصیتی که برای ساختار روان‌تنی و فکر مکانیکی در نظر گرفته می‌شوند، عمدتاً به موقعیت‌های متفاوت بستگی دارند. به نظر می‌رسد این ویژگی‌ها بیشتر نتیجه مباحث انجام شده بر پایه مفروضات خاص باشند تا ویژگی‌های شخصیتی ثابت و قابل اثبات سبب‌شناسانه؛ اینکه چنین خصوصیتی در اولین سال زندگی افراد بوجود آمده باشند، قطعاً مقبول نیست. کرمیوس (۱۹۷۷) بدرستی این سوال را مطرح می‌کند که در بیمارانی که بدون هیچ‌گونه آمادگی قبلی و به یکباره در سالن بزرگی قرار می‌گیرند و با آن‌ها گفتگوی روانکاوی انجام می‌شود، توسط همین شرایط، وضعیتی ایجاد نمی‌شود که خلاقیت فکری بیماران تحت تأثیر قرار گرفته و باعث محدود شدن قوه تخیل آن‌ها می‌گردد؟ همچنین نحوه بیان تخصصی که معمولاً متناسب با میزان آگاهی افراد متعلق به اقشار پائینی جامعه نیست، باید در نظر گرفته شود. (آرنز ۱۹۸۶) مراحل مختلف یک سری مصاحبه‌های اول را که از جانب سیفنوس و نیمیه در سال ۱۹۷۰ منتشر و توسط آنان به عنوان یافته آلکسی‌تایمی در بیماران روان‌تنی ارائه شده بود را با یک روش آنالیز محتوای زبان سنجید. در سری مطالعه شده، نیمی از جملاتی که بیماران ادا کرده بود، حاوی تأکیدات پرخاشگرانه بود که از جانب مصاحبه‌گر شناسایی نشده و در کل مصاحبه بازتاب‌ناپذیری پیدا کرده بود. در آن کار، مشکل ارتباطی به بیماران انتقال داده و مقوله انتقال و انتقال متقابل کاملاً حذف شده بود. همچنین نتایج مطالعات گروهی متشکل از بیماران نوروپتیک و روان‌تنی خلاف ساختار شخصیتی روان‌تنی بود، زیرا تفاوتی میان این دو گروه

بدست نیامد (آرنز ۱۹۸۶). اما این یافته‌ها مورد توجه واقع نشد. تولید تخیلات سبب‌شناختی فراگیر در عدم تناسب با تلاش‌هایی قرار دارد که باید این تخیلات را به‌لحاظ عینی مورد سنجش قرار دهد. ارجاع به اسطوره‌گریزه فروید. ظاهراً در این مبحث پیش‌داوری‌هایی استمرار یافته‌اند که به‌وسیله ابزار عقلانی علمی تلطیف نگردیده و از بین نمی‌روند. به همین خاطر باید از دید روانکاوانه سوال کرد، کدام انگیزه‌ها، عودت تاریخ دلایل در یک بستر روان‌فیزیولوژیکی را آنچنان جذاب و در برابر سنجش واقعیت مقاوم نموده، تا آن حد که این مبدأگزینی تخیلاتی، خود را در برابر استدلالات علمی مصون کرده است.

فرضیه‌گریزه‌مارتی یک نمونه است: یک الگوی توضیحی بر پایه سازه‌های فرضی بنا می‌شود و دروازه خود را بر سنجش تجربی نمی‌گشاید. به همین خاطر این گمانه‌ورزی‌ها از یک طرف بی‌اساس هستند و از طرف دیگر رفتار درمانی را تعیین می‌کنند، و این همه، بدون آنکه مستدل باشند. روانکاوان زیادی بر این باورند که می‌توانند گمانه‌ورزی‌های خود را با رجوع به اثر فروید درباره اسطوره‌گریزه توجیه کنند.

تذکر کنایه آمیز - فلسفی فروید می‌گوید: علم‌گریزه، اسطوره‌ما است. غریزه‌ها موجودات اسطوره‌ای هستند، عظیم در ابهامات خویش. ما در حین کار نمی‌توانیم برای یک لحظه آن‌ها را نادیده بگیریم، اما هرگز مطمئن نیستیم که آن‌ها را بتوانیم بطور شفاف ببینیم (a ۱۹۳۳، ص: ۱۰۱).

ما به این جملات معانی متعددی اطلاق می‌کنیم. غرایز را بدین لحاظ نمی‌توان به شفافیت دید، زیرا در ناخودآگاه بیولوژیکی گم می‌شوند. به نظر فروید از زاویه روانی ما فقط با مشتقات آن روبرو هستیم، یعنی در قالب تصورات درباره آرزوها و امیال غریزی یا زمانی که در قالب علایم بیماری ظهور می‌کنند. عظمت غریزه که موجودی اسطوره‌ای است، اثرگذاری آن است. این در چارچوب تئوری غریزه فروید از زاویه علمی قابل توجیه است، بنابراین می‌توان با شناخت شرایط پیرامونی به پیش‌گویی درباره آن پرداخت. مثلاً آرزوهای ناخودآگاه ادیپی در معنای علم‌گریزه از جنبه بالینی بطور غیرمستقیم قابل اثبات هستند، حداقل به‌نوعی یک رابطه با اهمیت (گرونبوم ۱۹۸۴، کتنر ۱۹۸۷).

همانگونه که فروید تأکید داشت، نظریه غریزه، همانند غالب نظریات دیگر، بلحاظ اسطوره‌شناسی با تفکر یونان باستان درباره فلسفه طبیعت پیوند می‌خورد. این فلسفه در چارچوب فکری ثنویتی درباره تنفر و عشق، حاوی فرزاندگی‌های عمیق انسانی است که به‌عنوان حقیقت‌های کلی، به نظریاتی درباره سرنوشت غریزه‌ها که به لحاظ تجربی اشتباه می‌باشند، معنا می‌بخشند. اینکه فروید روشن‌گر،

به دنبال هدف دیگری از احیای مجدد اسطوره‌ها بود، جای تردید ندارد. بیماران حق دارند که بر مبنای تئوری‌های قابل سنجش درمان شوند. این نظریه که سبک فکری اسطوره‌ای جای خود را به توضیح تئوریک دهد، دو جنبه دارد.

● از طرفی اسطوره‌شناسی در تئوری بیماری‌های ذهنی بیماران توسط توضیحات علیتی را می‌توان به نحو علمی تبیین نمود.

● از طرف دیگر رهایی تئوری‌های علمی از اجزاء اسطوره‌ای به‌عنوان پیشرفت تلقی می‌گردد. چنانچه تفکیک تئوری و اسطوره‌شناسی پذیرفته شود، می‌توان به نحوه بیان اسطوره‌ای، اما فقط به دلیل نگرش وسیع آن، رجوع کرد. فروید از این مطلب استفاده فراوان می‌کرد. اما چنانچه تفکیک اسطوره و تئوری در نظر گرفته نشود، و شیوه بیان هستی‌شناسانه و واقع‌گرایی ساده‌لوحانه فرا روانشناسی را سکه نقد ببینیم، ایده فروید به ضد خود تبدیل می‌شود. اینکه فرا روانشناسی که فروید از آن به عنوان "جادو" نام می‌برد؛ فرا روانشناسی که باید بجای سحر، افسانه، داستان، اسطوره و مذهب، چارچوب‌های توضیحی عام ارائه دهد، در قالب یک تئوری علمی ظاهر گردد، اما در قید بندهای جادویی قدیمی خود باقی بماند، جای تعمق فراوان دارد.

● در الگوی توضیحی علیتی فروید، موضوع ماهیت اسطوره‌ای غریزه نیست، بلکه نشان دادن ارتباط میان شرایط و اثر آن است، مستقل از آنکه خود غریزه چیست (کرتس ۱۹۸۷).

● در جایی دیگر نوشته شده که در تئوری غریزی فروید که مبتنی بر فلسه طبیعی است، اجزایی وجود دارد که به اسطوره‌شناسی راه می‌یابد.

تعبیر بیماری‌های جسمی، در راستای اشتیاق انسان در پیدا کردن معنا است. این اشتیاق در بیماری‌های لاعلاج و مهلک رشد می‌کند؛ مشکل مرگ به نقطه عزیمت جهان‌بینی و زندگی تبدیل شده است. همانگونه که فروید در *توتم و تابو* (۱۹۱۲/۱۳) در جاندارپنداری توصیف می‌کند، انسان به طبیعت مرده، روح می‌دمد و بدین ترتیب به باور زندگی پس از مرگ می‌رسد.

البته فقط این تمایل جهانشمول وجود ندارد که انسان خود را مقیاس سنجش پدیده‌های دیگر قرار می‌دهد. خودشیفتگی می‌تواند با یک روش علمی و یا رویکرد درمانی آنچنان ممزوج گردد که حد و مرزی نشناسد. چنانچه پیدایش بیماری‌های سخت و کشنده - بیماری‌های روانی و سرطان - را به ابتدای زندگی مرتبط سازیم، از سیستم فکری جاندارپنداری تبعیت نموده‌ایم، این سیستم، "... نه فقط توضیح پدیده‌ها را شامل می‌گردد، بلکه اجازه می‌دهد کلیت جهان را به‌عنوان یک تناسب مفرد و از یک نقطه بنگریم" (فروید ۱۹۱۲/۱۳، ص: ۹۶).

تقسیم علم پزشکی به رشته‌ها و تخصصی شدن اجتناب‌ناپذیر، به پیشرفت‌های تشخیصی و درمانی زیادی منجر گردیده است. به دنبال تقسیم و به‌علت تهدیدات و پیچیدگی‌های گوناگون زندگی،

اشتیاق به وحدت و کلیت بر سر زبان ها افتاده است. بهشت در رجعت به گذشته جستجو می گردد؛ کلیت از دست رفته، فقدان آن بعد از گناه شناخته شد، اما زمان و مرگ را با خود به ارمغان آورد.

۱۰-۹ بدن و روش روانکاوی*

رویکرد روانکاوی از طریق تجربه بدن و بدون آنکه بدن به موضوع مورد مطالعه پزشکی تبدیل شود، بطور مستقیم به بدن انسان راه دارد. به همین خاطر مهم است که روانکاوان پزشک، بویژه آنانی که در حیطه روان تنی شاغل هستند، توانمندی های خویش در تشخیص و درمان پزشکی را حفظ کنند. اینکه شناخت های تخصصی و عمومی پزشکی، در حالی که مدام از آن استفاده نمی شود، چگونه باید حفظ شوند، مشکلی است که شامل حال همه متخصصان می شود.

حد و مرزهای روش روانکاوی

مشکلاتی که روانکاو به علت تخصص خود با آن درگیر است، ماهیت کلی دارد و شامل حال همه تخصص ها می شود. پزشکان عمومی همانگونه از عنوان آن ها بر می آید دارای دانش گسترده ای هستند و در سطحی کار می کنند که برای انجام وظیفه در یک حیطه خاص کفایت نمی کند. در پزشکان متخصص، اشراف کلی در زمینه های دیگر پزشکی که پزشک عمومی از آن برخوردار است، ضعیف می گردد. تخصص و فوق تخصص ها توأم با این مشکل است که افراد فوق تخصص کمتر و کمتر می دانند. این وضعیت کنایه آمیز فقط زمانی محق جلوه می کند که این موضوع را نادیده انگاریم که در تمام فعالیت های علمی دقیق که به جزئیات می پردازند، رابطه ای با مشکلات پایه باقی وجود دارد که از قلمرو یک رشته خاص فراتر رفته و همکاری بین رشته ای را طلب می کنند. همانگونه که در بخش ۱-۱ اشاره کردیم، روانکاوی به طور خاص به همکاری های بین رشته ای با شاخه های علمی دیگر نیازمند است. همه این ها تغییری در این واقعیت نمی دهد که روش روانکاوی قبل از همه به مشکلات روانی افراد می پردازد تا مشکلات جسمی آنان.

وحدت شخص و تنوع روش ها. روش ها فقط از این طریق با یک دیگر مقایسه نمی شوند که در هر یک از آنان چه چیزهایی مورد توجه واقع نمی شود. در چنین مقایسه هایی وحدت شخص را باید در نظر گرفت. بدین ترتیب میدان تنش چندگانه ای به وجود می آید. روانکاو در اتاق درمان برخی

* The Body and the Psychoanalytic Method
Der Körper und die psychoanalytische Methode

مواقع می‌تواند به نیازهای همه‌جانبه بیمار پاسخ دهد. در این حالت نباید همه مسئولیت را بر دوش حد و مرزهای روشی انداخت. بیش از آن میدان تنشی نامبرده است که در فضای کمبود میان توجه مورد نیاز، کلی و روانی-بدنی و واقعیت موجود ایجاد می‌شود. مبنای این تزلزل، فرضیه انسان‌شناسی است که وحدت انسان در انتظارات کل‌گرایانه تحقق می‌پذیرد و در هیئت پیکرهای تخیلاتی آگاه و ناخودآگاه تبلور یافته و پیوسته در صدد جبران کمبودهای خود بر می‌آیند. در انسان‌شناسی فلسفی، موجود ناقص انسان به‌عنوان سر دو چهره تعریف می‌شود که وجه مشخصه آن قوه تخیلات بیش از حد او است. بدین ترتیب نارضایتی از قبل برنامه‌ریزی شده است که مخصوصاً آنجایی بزرگ است که به دلایل روشی، حذف صورت می‌گیرد و یا روش‌ها کامل نیستند، چون مدخل به انسان بطور کامل میسر نیست.

تصویر بدن در قلمرو روانکاوی. در اتاق درمان روانکاو، انتظارات کلی و شدیدی که منشأ گوناگون دارند در بیمار بیدار می‌شوند که هم به گذشته-به‌عنوان بهشت برین قبل از جدایی و ضایعه‌زدگی- و نیز به آینده به‌عنوان آرمان، اشاره دارد. بالاخره این ضرب‌المثل نیز وجود دارد: «در تنگنا است که هنر استادی عرض اندام می‌کند». ما تجربه کرده‌ایم که علیرغم تنگنای موجود، این قدردانی، در برابر روانکاو نیز نشان داده خواهد شد، بشرط آنکه او بتواند افق محدود روش‌های خود را بخوبی و بگونه‌ای مسلط ترسیم کند. مادام که تصویر بدنی در تجربه آگاه و ناخودآگاه تجلی می‌یابد، افق روانکاوی به مرز بدن نخواهد رسید. ما خواننده را به بخش اختلالات تبدیلی و تصویر بدنی (۱-۲-۹) ارجاع می‌دهیم و تأکید می‌کنیم که تصویر بدنی از زاویه شکل‌گیری آن یکی از قلمروهای روانکاوی است و در درمان نیز نقش مهمی ایفا می‌کند. از طریق جدی گرفتن حس بدنی بیماران خود، به جنبه‌های گوناگون تصویر بدنی دست می‌یابیم. تصورات آگاه و ناخودآگاهی که در بدن با یک‌دیگر همسو و متضاد هستند، وجوه دیگری از بدنی است که در پزشکی علوم طبیعی ارائه می‌گردد.

تأثیرات تن‌روانی در وضعیت ذهنی رسوب می‌کنند و به‌عنوان تجربه بدن در ارتباط تنگاتنگ با تصویر بدن قرار دارند. از این قلمرو روانکاوی می‌توان تأثیرات روانی بر رخدادهای بدنی شناخته شده و تعدیل یابند.

برای توضیح موضوعات پیچیده به دانش تخصصی رشته‌های دیگر نیز نیاز است، لذا نمی‌توان در محدوده یک رشته خاص ماند. در اینجا مشکل ادغام و این سوال پیش می‌آید که مسئولیت چنین ادغامی به عهده کیست؟

به نظر ما روانکاو درمانگر باید علاقه شدید خود را به منصفه ظهور رساند و بیماران او هنگام بیماری‌های جسمی حاد و یا مزمن آنگونه تحت خدمات مراقبتی و درمانی قرار بگیرند که دوست داشت اعضای خانواده خویش در چنین حالتی از این خدمات بهره‌مند می‌شدند.

پیروی از این اصل راهنمای قدیمی، راه را برای نیل به بهترین سیمای پزشکی هموار می‌کند. اینکه روانکاو پزشک در موارد خاص چه کاری می‌تواند انجام دهد، باید از طرفی از زاویه متدیک و از طرف دیگر، بر مبنای قابلیت‌هایی که در کنار متخصص شدن برای او باقی مانده و او می‌تواند از آن قابلیت‌ها استفاده کند، بررسی شود.

جدی گرفتن بیماری‌های جسمی، بجای آنکه با تعصب روان‌سالاری به آن‌ها جنبه روانشناختی اعطا کنیم، همچنین پردازش روانکاوانه تئوری‌های بیماری‌های ذهنی بیمار، به روانکاوی قدرت مانور مداخله‌ای زیادی اعطا می‌کند. چنانچه وضعیت بیمار و تصویری بدنی او مد نظر باشند، مراقبت روانکاو در بیماری‌های جسمی بیشتر از آن چیزی است که فهم نادرست اصل خویش‌تنداری برای ما تجویز می‌کند.

تجویز داروهای روانی. روانکاو عمدتاً در درمان بیماران اضطرابی، بیماران مرزی و سایکوتیک‌ها با درمان دارویی مواجه می‌گردد. حتی روانکاوانی که در درمان دارویی مجرب هستند، از تجویز مسدودکننده‌های انتقال بتا و یا مشتقات بنزودیازپین‌ها در فرد مبتلا به نورژ اضطرابی تردید بخرج می‌دهند. این ترس که ممکن است در صورت تجویز دارو، فرایند انتقال تحت تأثیر عومل "غیرروانکاوانه" قرار گیرد و لذا به آن آسیب وارد شود، از این مطلب غافل است که عدم تجویز دارو نیز می‌تواند عوارض جانبی منفی در بر داشته باشد. مخصوصاً در بیمارانی که از فرایندهای تجزیه‌ای رنجور هستند، تقسیم و تجزیه عملکردهای پزشکی به افراد متفاوت مشکلات اضافی به همراه خواهد داشت. اوستو در کتاب "دارودرمانی در روان‌درمانی" چنین می‌گوید:

"با وجود آنکه همنوایی در انتقال بسیار مطلوب است، مهم است که تمام اقدامات درمانی را با بیمار در میان گذاشته و به نحوی هدایت شوند که تخیلات و واقعیت از یک‌دیگر قابل تفکیک باشند. مثلاً هیچ روانکاوی تردیدی به خود راه نمی‌دهد که برای بیمار افسرده خویش باید زمان، حوصله و حمایت بیشتری بخرج دهد. سوم آنکه تجویز یک دارو برای بیمار معانی ناخودآگاهی دارد که به همان نحو می‌توان تعبیر کرد که تمام حوادث دیگر در حین رابطه درمانی تعبیر می‌شوند، مثلاً نحوه چیدمان اتاق درمان، نام درمانگر، قرار پرداخت هزینه، یک بیماری و نظیر آن" (۱۹۶۶، ص: ۱۴).

این دیدگاه انعطاف پذیر امکان آن را به ما می دهد که به نیازهای بیماران سخت خویش بهتر پاسخگو باشیم.

بدیهی است که تجویز دارو در چارچوب درمان روانکاوی میسر است، البته باید نسبت به موضوع وابستگی به آن احتیاط به خرج دهیم.

بسیاری از روانپزشکان با گرایش بیوشیمیایی در حالی دارو تجویز می نمایند که به ریشه های اساسی روانی بیماری های روانی دقت نمی کنند (نک ۱-۹). ما نمونه های متعددی پیرامون مصرف دارو در بخش های ۱-۳، ۲-۴، ۳-۴، ۴-۶ و ۱-۳-۹ ارائه دادیم. به علت فقدان بررسی های علمی هنوز نمی توان به صراحت گفت که در درمان های ترکیبی، تجویز دارو به دست چه کسی باید انجام بگیرد (نک کلرمن و همکاران ۱۹۹۴).

انتظارات کل گرایانه

تنش های موجود بین انتظارات کل گرایانه و ناکامل بودن را که در ابتدا در مورد آن سخن گفتیم، می توان به نحوه سازنده ای ساماندهی کرد. در مقابل، بدنی که مورد کم توجهی واقع شده همانگونه می تواند از روانکاوی انتقام بگیرد که بستگان بیمار، یعنی آنانی که در طیف خانواده درمانی مدافعین خویش را می جویند. اما برآستی روان درمانگران بدنی، درباره کدام بدن صحبت می کنند (نک ماورر ۱۹۸۷)؟

همانگونه که از کتاب برهler (۱۹۸۶) تجربه بدن بر می آید، احیای بدن به تصویر بدنی که انسان از خود دارد، مرتبط می شود. موزر (۱۹۸۷) نیز شغف خود را از درمان بدنی اعلام می نماید؛ حذف بدن در اشکال خاص روانکاوی به پیدایش این جریان مقابل انجامیده و نمی توان سهم روانکاوی در بی طرفی نسبت به بدن را در این میان نادیده گرفت. ما نیز این انتقاد را می پذیریم، بدون آنکه به نتیجه گیری مشابه برسیم. اینکه ما به نتایج دیگر می رسیم، دلایل خود را داراست.

پس از تجربیات بندیتی (۱۹۸۰)، شنایدر (۱۹۷۷)، ولف (۱۹۷۷)، آرنز (۱۹۸۸) و نیز بر طبق مطالعات خویش در زمینه سیر درمان، در بیماران مبتلا به علائم بدنی پس از مدتی نوعی بازتاب هیجانی و فعالیت های تخیلاتی ایجاد می شود که هم بلحاظ کمی و نیز از جنبه کیفی با درمان نورژها قابل مقایسه است. مشکلات پیرامون تکنیک درمانی که مک دوگال (۱۹۸۷، ۱۹۸۵) و موزر توصیف کرده اند را نمی توان به آلکسی تایمی مرتبط ساخت. چنانچه کمبودی در مرحله تکوینی پیش کلامی ایجاد شود، می توان حداقل تلاشی با کمک بدن درمانی انجام داد. این امر را می توان امتحان کرد.

نقد "بعد گویی . . . که". ما به دلیل چارچوب‌های نظری خود کمتر به آزمون دست می‌زنیم. توفیق یا عدم توفیق آنالیزها به شرایط متعددی بستگی دارد، بدین ترتیب نسبت دادن عدم توفیق تکنیک کلاسیک در بیماران مبتلا به "ساختار روان‌تنی" به اختلالات پیشین، غیرممکن است. حتی هنوز در بُعد پدیدارشناسی تشخیص نیز وفاقی وجود ندارد، چه رسد به توافق درباره بازسازی شرایط شکل‌گیری علائم که دور از دسترس به نظر می‌رسد. ضمن آنکه نگرش فردی ما، چنانچه باور داشته باشیم که تئوری استدلالی ما اشتباه است، مانع تصمیم‌گیری جهت درمان می‌گردد. از طرف دیگر تکنیک و رفتار درمانی مفید نیز وجود دارد که بر پایه تئوری‌های اشتباه بنا شده است. مثلاً چنانچه بیماری سالیان سال در سرخوردگی بسر برده باشد، فکر می‌کنیم تماس بدنی با یک درمانگر می‌تواند معجزه کند. این شروع تازه فرضی، با ضایعه‌زدگی اولین سال زندگی بسیار کم و یا هیچ رابطه‌ای ندارد. در اینجا ثابت می‌شود، سرخورده کردن بیمار، بجای ایجاد موقعیت برای او جهت غلبه بر آنچه در حقیقت روا شده، مضر است. تأثیرات درمانی تماس هر چه باشند، باید دانست که تجربه و شکل‌گیری احساس عزت نفس جسمی ناقص، مقوله پیچیده‌ای است.

به نظر ما این مسئله که بدن‌درمانگر در بُعد "گویی . . . که"، رفتار می‌کند، جای تأمل دارد، اما ظاهراً در موقعیت مناسب کارهای مادرانه و یا پدرانه‌ای انجام می‌دهد که جنبه‌های واقعی عمیق به خود می‌گیرد. چگونه می‌توان از "گویی . . . که" به واقعیت عمیق رسید، سوال مهمی است! زیرا آنچه اهمیت دارد صرف تماس نیست، بلکه اهمیت محتوایی به عنوان ادراک حسی است که مهم می‌گردد.

چنانچه دقیق‌تر بنگریم، موضوع اصلی تصویر بدنی است، و نه خود بدن به عنوان یک جسم یا موضوع مورد مطالعه پزشکی.

حدود و ثغور قابلیت ترجمه

مرز قابلیت ترجمه زبان بدن به زبان کلامی کجاست؟ فورستر (۱۹۸۰) به کتاب خویش عنوان قابل تعمقی داد: «علامت به عنوان گفتگو- گفتگو به عنوان علامت». مطمئناً علائم، همچون گفتگوها، زندگی خود را دارند و ممکن است در کنار هم در جریان باشند. بنابراین می‌توان تکمیل کرد: علامت به عنوان علامت- گفتگو به عنوان گفتگو.

فورستر (ص: ۱۳۱) از دوپهلویی عمیقی صحبت می‌کند که از ابتدا در تئوری روانکاوی وجود داشته است. ما نمی‌توانیم این دو زبان، یعنی زبان علامت و زبان درمان را مشابه یک‌دیگر بدانیم، با وجودی که فروید کشف کرد که علامت به عنوان معادل می‌تواند جایگزین یا بیان یا اظهار نظر

باشد. ارزش مساوی این دو باید از جنبه متدیک در جایگزینی آن‌ها سنجیده شود. این برای ترسیم خطوط عملی گستره درمانی روش روانکاوی عالی است و مرز آن جایی است که علایم بدنی قابل ترجمه نیستند.

بدیهی است که می‌توان علایم بیماری سرطان را با کلمات نیز توصیف کرد، اما این علایم با کمک مفاهیم علوم طبیعی در ارتباط با تئوری‌های علیتی توضیح داده می‌شوند. اما این علایم و نیز دردهای دیگری جسمی را نمی‌توان با کمک ترجمه اینگونه در تجربه خود آگاه گنجانند که از زاویه روانشناسی عمیق توضیح داده شوند: این علایم بدنی معرف نماد چیز دیگری نیستند، آنگونه که بیمار به زندگی، درد و مرگ خود معنا اعطا می‌کند.

در تشخیص و درمان روانکاوی بیمارانی که از علایم جسمی رنجور هستند، باید به نکات زیر توجه نمود:

◀ بیمار و روانکاو در امر ترجمه، هم‌زبانی دردهای بدنی را مثلاً در ارتباط با موقعیت‌های پرفشار کشف می‌کنند. فرد سالم خود را کل‌گرایانه تجربه می‌کند. تظاهرات قابل مشاهده و یا علایم شادی، غمگینی، درد و نظیر آن که می‌توان به کمک درون‌نگری بدان‌ها راه یافت، مستلزم روش توصیفی دایره‌مند یا چرخشی است. اینکه این کلیت از کجا شروع می‌شود، بدون پاسخ می‌ماند. بروز همزمان یک درد جسمی هنگام جدایی از یک فرد محبوب، نمی‌تواند به اظهار نظر درباره علت و معلول منجر گردد.

◀ در همبستگی مشخص نیست که کدام جنبه رابطه، متغیر وابسته و کدام جنبه متغیر مستقل است، هر دو این‌ها ممکن است از متغیرهای سوم و چهارمی وابسته باشند. بدیهی است که پیش‌شرط توضیح تناسبات وابستگی عوامل روانی و جسمی، به معنای علت و معلول، مستلزم آن است که در ابتدا بتوانیم اصلاً خود همبستگی را ثابت کنیم. بنابراین ما همراه با فارنبرگ (۱۹۸۱، ۱۹۷۹) نگرش دوگانه را که متناسب با حیات روانی است، ترجیح می‌دهیم (نک راگر ۱۹۸۸، هازت ۱۹۸۸).

"فرایندهای حیاتی برتر، یعنی فرایندهای روانشناختی که با فعالیت‌های مغزی انسان مرتبط هستند، می‌توانند در دو سیستم متفاوت و غیرقابل گذار به هم توصیف و تجزیه و تحلیل گردند. یکی، نمود همراه، معادل، عملکرد کمکی و یا پدیده جانبی دیگری نیست، بلکه جهت توصیف مناسب و فهم کامل ضروری است" (۱۹۷۹، ص: ۱۶۱).

◀ از طریق آنالیز شرایط همبستگی میان تجربه، رفتار و عملکردهای فیزیولوژیکی و در حالی که متغیرهای گوناگون را از یک‌دیگر تفکیک می‌کنیم، می‌توان بطور سیستماتیک در زمینه استدلالی

وارد شد. در این معنا می‌توان *رو/نزدی* را بدون توسل به رابطه متقابل انرژی، آنگونه که در تئوری بیماران تبدیلی مطرح می‌شود، بطور تجربی در قالب یک رابطه علیتی اثبات نمود (گرونهاوم ۱۹۸۴).

گرایش به کلیت

معمولاً پزشک تشخیص‌دهنده در تمام ناراحتی‌های جسمی، همبستگی با تجربه را در ابتدا بطور یکجانبه جواب می‌دهد: چون ممکن است پایه و اساس تمام دردهای جسمی در جسم باشد، تشخیص حذفی از فضای رو به تزایدی در پزشکی برخوردار می‌گردد. از آنجایی که درد در ناحیه کشاله ران که به ناحیه تناسلی نیز سرایت می‌کند، نیز دردهای شکمی، دلایل زیادی می‌توانند داشته باشند که در تخصص‌های گوناگون پزشکی بررسی می‌شوند، بررسی‌های حذفی بطول می‌انجامند. غالباً انحرافات عملکردی کوچکی تشخیص داده می‌شوند که بیمار یا پزشک و یا هر دو به عنوان توضیح ارائه می‌دهند. از آنجایی که توضیحات تشخیصی متخصصان معمولاً توأم با پیشنهادات درمانی است، سیکل معیوبی از امید و سرخوردگی ایجاد می‌شود. قبل از آنکه به این نقطه برسیم، زمان آن فرا رسیده که حداقل بطور بطئی به نگرش کل‌گرایانه نزدیک شویم. خواننده شاید از لفظ "نزدیک شدن" ناراحت شود. چندزبانی ناشی از تنوع روش‌ها و نگرش‌ها مانع از آن می‌شود که ما مطلب خود را در یک معنای واحد فراگیر بیان کنیم، همانگونه که نمی‌توانیم رویکرد روانکاوی را به فیزیولوژی تقلیل داده و یا برعکس. به همین خاطر مهم است که در یک سنجش ادغامی، مشاهدات و یافته‌های خود را برای دستیابی به نگرش کل‌گرایانه بکار بندیم.

حضور علائم جسمی در مفهوم وابستگی به تجربه، نباید از طریق تشخیص حذفی تأمین شود، بلکه باید بطور مثبت اثبات گردد. زبان بدنی که فروید نزد بیماران هیستریک کشف کرد، بیان مخفی و ناخودآگاهی است که ظاهراً گسسته از خودآگاهی و کور عمل می‌کند. مخصوصاً دست‌ورزبان احساسات و هیجانات که فقط بطور مصنوعی می‌توان آن را از ادراکات متفصل کرد، از قواعدی پیروی می‌کند که کشف آن مدیون رویکرد روانکاوی است. در ارتباط قرار دادن اهدافی که بطور نمادین مطرح می‌شوند و اعطای معنا به آن، وجه مشخصه تئوری پویای فروید درباره حیات روانی است. فروید بدینوسیله از پدیدارشناسی توصیفی فراتر رفت. مهم‌تر، پیوند این تئوری با این ادعای متدیک است که تجربه و شناخت آرزوها و امیال ناخودآگاه باعث از بین رفتن علائم می‌شود. فروید در کتاب *مطالعاتی پیرامون هیستری* چنین گفت:

"معمولاً زمانی که به عمق لایه‌های دستگاه روانی نزدیک می‌شویم، کار درمانی مبهم‌تر و مشکل‌تر می‌شود. اما چنانچه تا هسته پیشروی کنیم، روشن می‌شود، و وضعیت عمومی بیمار نباید از تاریکی و ابهام بیشتر هراس داشته باشد. مزد کار، یعنی از بین رفتن علایم بیماری را زمانی می‌توان انتظار داشت، که برای هر علامت، آنالیز کامل را انجام داده باشد؛ بلکه در جایی که هر علامت با گره‌های زیاد به علایم دیگر درهم‌تنیده است، بیمار از توفیق‌های درمانی موضعی راضی نمی‌شود. نیروی ارتباطات علیتی متنوع هر تصور بیمارگونه به عنوان انگیزه همه نورژها وارد کارزار می‌شود. با آخرین کلمه درمان است که تابلوی بیماری بطور کامل ناپدید می‌شود، همانگونه که خاطرات بازتولیدشده عمل می‌کنند" (d ۱۸۹۵، ص: ۳۰۴).

از آنجایی که تصورات بیمارگونه از یک‌دیگر مجزا نیستند، بلکه متقابلاً هم‌دیگر را تقویت و حفظ می‌کنند، کار درمانی در یک نقطه یا کانون می‌تواند تأثیرات خود را به کل مجموعه اشاعه دهد. به علت ارتباطات ناخودآگاه، دیالوگ روانکاوی می‌تواند بطور شبکه‌ای گسترش یابد، بدون آنکه تمایلات خاص نامیده و یا در همان نقطه حل شوند. بدین ترتیب راهنمای عملی بدست می‌آید: دامنه رویکرد روانکاوی در ارتباط با بدن در مرزهای زبانی پایان نمی‌پذیرد، زیرا دیالوگ درمانی همچنین اجزای غیرزبانی را در بر می‌گیرد. ما در ابتدا و در انتهای زندگی لال هستیم. دایره اینگونه بسته می‌شود.

تأثیرات تن‌روانی بیماری‌های مهلک

از زمانی که روانکاوان به عنوان مشاور در بخش‌های مراقبت شدید و در غددشناسی روانی مشغول به فعالیت هستند، تأثیرات تن‌روانی بیماری‌های کشنده به افق تجربیات شغلی آن‌ها وارد شده‌اند (گاوس و کوله ۱۹۹۶، کوله و همکاران ۱۹۹۶، مرواین ۱۹۸۷، زلشاپ ۱۹۸۸). در اینجا نیز با تجربیات بدنی تحت شرایط خاص و با اطلاع از مرگی که در راه است مواجه هستیم. وقتی بیمار در انتهای زندگی خود سوالاتی درباره معنای زندگی از روانکاو می‌کند، توصیه می‌کنیم، تفکیک قائل شویم. قابل کتمان نیست که تئوری روانکاوی و انسان‌شناسی نهفته در آن، بر اساس اصل واقعیت، خواهان شناسایی مرگ است و به فرد در حال مرگ بشارت ارضای آرزوهای خویش در آخرت را نمی‌دهد. تغییراتی که در پی بیماری‌های کشنده حادث می‌شوند، مرزهای زمانی-مکانی را مضمحل می‌کنند؛ این را می‌توان فقط به کمک تشبیه بیان کرد که فقط در زبان روانکاوی نیست که به استعاره بازگشت به مبدأ ختم می‌شود.

این تشبیه باعث تسکین غیرمستقیم بیمار می‌گردد، زیرا تجربه امنیت را طرح نموده و بنابراین اطلاع از نابودی جسمی را قابل تحمل‌تر می‌کند (ایسلر ۱۹۶۹، هگولاند ۱۹۷۸). روانکاو نیز مثل هر پزشک دیگر در برابر سوالاتی قرار داده می‌شود که خود او به عنوان انسان درباره معنای مرگ و زندگی با آن درگیر است. برای ما جای تردید دارد که روانکاو پاسخ سوالات خود را در چارچوب تئوری غریزه مرگ و زندگی و نیز رابطه با ابژه پاسخ بدهد. گمان ما آن است که روانکاوان برخورد با بیماران در حال مرگ را بر پایه جهان‌بینی و استباط خود از زندگی شکل می‌دهند و از تئوری روانکاوی و فرا روانشناسی به عنوان استعاره و یک تکیه گاه استفاده می‌کنند.

۱۱-۹ نتایج*

سرآغاز درمان روانکاوی به نگارش تاریخچه بیماران توسط فروید بر می‌گردد (کشله ۱۹۸۱). نخستین بررسی منظم نتایج درمانی توسط انستیتو روانکاوی برلین توسط فنیشل (۱۹۳۰) ارائه شد. این انستیتو بر طبق نظریه ارائه شده از جانب فروید (J ۱۹۱۹) مبتنی بر وحدت مراقبت از بیمار، پژوهش و آموزش بنا شده بود. البته در ادامه، فعالیت همه انستیتوها به حیطه‌های آموزشی محدود شد (تومه ۱۹۹۱). در آلمان مطالعات انجام شده درباره بیماری‌های روانزادی دوزن (۱۹۶۲) سهم بزرگی در پذیرش خدمات روان‌درمانی روانکاوی و روانشناسی عمیق در کاتالوگ شرکت‌های بیمه‌ای ایفا نمود، با این حال در روانکاوی پیگیری‌های منظم مورد توجه مورد قبول واقع نگردید. در این بین پژوهش نتایج روانکاوی علاقه زیادی برای بررسی‌های تجربی از خود نشان می‌دهد (کشله ۱۹۹۲). در ایالات متحده آمریکا باخ‌راخ و همکاران (۱۹۹۱) وضعیت پژوهش روانکاوی را بررسی نمودند؛ آن‌ها به طور جداگانه درباره پروژه کلمبیا (باخ‌راخ ۱۹۹۳)، مطالعه منینگر (کرنبرگ و همکاران ۱۹۷۲) والراشتاین (۱۹۸۶)، مطالعه بوستون (کانتروویتس ۱۹۹۳) گزارش دادند. در آلمان مطالعه هایدلبرگ (برویتینگام و همکاران ۱۹۹۰، کوردی و همکاران ۱۹۸۳) و مطالعه برلین (رودلف ۱۹۹۱، رودلف و همکاران ۱۹۹۴) از جمله مطالعاتی هستند که بررسی نتایج فرایند طبیعی در دوره‌های متفاوت روند درمان روانکاوی را نشان می‌دهند.

در آلمان تأسیس بخش‌های دانشگاهی برای پزشکی روان‌تنی و روان‌درمانی - که غالباً از جانب روانکاوان هدایت می‌شوند - مسیر مطلوبی را طی می‌کند. اینکه آیا سه قلوبی پژوهش، آموزش و

* Results
Ergebnisse

درمان فراسوی عملکرد کنونی خود توسعه یابد یا نه، به میزان همکاری میان انستیتوهای آموزشی روانکاوی و مراکز پژوهشی دارد که بودجه آن‌ها از جانب دولت مرکزی تأمین می‌شود. در بسیاری از مؤسسات پژوهش توسط روانکاوان انجام می‌شود. روانکاوی در بستر عمل شکل گرفته و همین امر سبب شده فروید پیوند ناگسستنی میان پژوهش و درمان برقرار کند (نک جلد مبانی فصل ۱۰). کاری که در خیلی از رشته‌ها صورت می‌گیرد، یعنی، مورد توجه قرار دادن دانش تجربی تا آنجا که بر عمل آن‌ها صحنه گذارد، دارای جنبه‌های منفی نیز هست.

نقطه‌های عزیمت گوناگون. براسستی میان درمانگران و پژوهشگران یک تنش وجود دارد.

● درمانگر به امنیت نیاز دارد، زیرا انتقال مطمئن مطالب یکی از مجراهای اساسی برای اثربخشی درمانی است (کشله ۱۹۸۸a). وظیفه درمانگر آن است که شواهد مثبت خویش را افزایش دهد تا بتواند در موقعیت بالینی از قدرت عمل بیشتری برخوردار گردد.

● پژوهشگر اما علایق شناختی دیگری دارد، وظیفه او افزایش شواهد منفی است، یعنی زیر سوال بردن یافته‌ها و توضیحات موجود، همانگونه که بالبی تأکید می‌کند.

"یک دانشمند و پژوهشگر در کار روزمره خود باید نقد و نقد از خود را مرتباً تمرین کند؛ در دنیای او یافته‌ها و نظریات دانشمندان قبلی - هرچقدر هم به لحاظ شخصی محبوب باشند - همواره مورد نقد و انتقاد قرار دارند. جایی برای اقتدار وجود ندارد. این در مورد در زمینه انجام شغل صدق نمی‌کند. اگر فردی بخواهد در حیطه شغلی خود مؤثر باشد، باید گونه‌ای رفتار کند که گویی برخی اصول و نظریات از اعتبار برخوردارند. اینکه کدامیک از این نظریات و یا روش‌ها مفید هستند، وی از اساتید خود می‌آموزد. از آنجایی که ما جملگی گرایش داریم تا از توفیق یک نظریه به وجد آییم، شاغلین برخی مواقع با این خطر مواجه می‌شوند که اعتماد بیش از حدی به نظریه و روش‌ها پیدا کنند" (۱۹۸۲، ص: ۲۰۰).

به نظر می‌رسد روانکاوان زیادی خواهان همین احساس امنیت پس از درمان باشند، زیرا همانگونه که شلزینگر و روبینز (۱۹۸۳) تأکید می‌کنند، در گستره ادبیات وسیع بالینی روانکاوی، کمبود آشکاری درباره پیگیری به چشم می‌خورد (رودیگر و زنف ۱۹۹۴). به نظر ما رفتار دفاعی بسیاری از روانکاوان در برابر استدلال تئوریک نتایج درمان طولانی مدت خویش، در این وضعیت نقش مهمی دارد.

بدون تردید بسیاری از آنالیزها برای نیل به بهبود و درمان نیاز به زمان طولانی دارند (مرتنز ۱۹۹۵). ما نیز نمونه‌هایی در این زمینه ارائه دادیم (مثلاً آمالیا X، کلارا X، فرانچیسکا X، آرتور Y، کریستیان

Y، کورت Y). در چارچوب یک کتاب آموزشی مفید است که فقط از زاویه عملی به پیگیری نگاه نکنیم، بلکه بررسی‌های توفیق درمانی را در بافت بهینه‌سازی تکنیک درمانی ارزیابی نماییم (کرمربوس ۱۹۹۰). مثلاً تعداد جلسات بالا یکی از وجوه مشخصه روانکاوی محسوب می‌شود، این در حالی است که هنوز هیچگونه بررسی منظم ارتباط تعداد جلسات بالا با تغییرات ایجاد شده در سطح جهانی انجام نگرفته است (کشله ۱۹۹۴، تومه ۱۹۹۴). این سوال که "چه کسی چه مقدار روانکاوی نیاز دارد"، هنوز بی‌پاسخ مانده است.

به نفع روانکاو است که در مسیر خدمات رسانی بهتر به بیمار، تأثیرات تکنیک درمانی خود بر وی را مورد ارزیابی مداوم قرار بدهد. این کار بهتر است

- در حین درمان

- در پایان درمان

- در یک یا چند مقطع زمانی بعدی

انجام بگیرد.

هر روانکاوی در ابتدای درمان شدت علایم را مشخص کرده و بر حسب روان‌پویایی موجود، یک پیش‌بینی ارائه می‌دهد (زارگنت و همکاران ۱۹۶۸) که حاوی فرضیه‌های علیتی است. پیش‌بینی‌های انجام گرفته بر اساس نتایج میانی به دست آمده، در حین درمان اصلاح و تکمیل می‌گردند. ارزشیابی فرایند درمانی، انطباق اهداف و راهبردهای درمانی با بیمار را زمینه‌سازی می‌کند. بالاخره زمانی موضوع سنجش واقعی تناسب "هزینه- سود" مطرح می‌شود. در اینجا هر یک از طرفین درگیر ترازوی از وضعیت موجود ترسیم می‌کنند. حالات متفاوتی امکان دارد:

- هر کس برای خودش،

- با هم

- از جانب فرد سوم، مثلاً بستگان (کشله و کردی ۱۹۹۲).

نمونه این تکالیف با کمک ۵ روانکاوی که توسط گارگروه آلم تحت سرپرستی لویسینگر-بولبر انجام گرفت، به دست آمد. معیارهای تغییر ساختاری زیادی با توجه به درمان‌های ضبط‌شده ارزشیابی شدند که توسط ما انجام شده بود و شامل آمالیا X، فرانچیسکا X، کریستیان Y، گوستاو Y، می‌شد. ما بخش‌هایی از سیر درمان آن‌ها را در این کتاب گزارش داده‌ایم. پنجمین مورد مربوط به یک فرد مبتلا به مبدل‌پوشی جنسی است که لویسینگر-بولبر وی را درمان کرده و دفتر خاطرات او به عنوان منبع داده‌ها مورد استفاده قرار داد. قابل ذکر است که ۲ روانکاو آماده شدند درمان‌های خود را که بطور کامل ضبط شده بود، جهت ارزشیابی در اختیار یکی از همکاران کارگروه قرار دهند. تا آنجا که ما می‌دانیم در ادبیات معاصر چنین مطالعه پایه‌ای وجود ندارد (لویسینگر-بولبر و کشله ۱۹۸۵،

۱۹۹۰؛ لویسینگر - بولبر ۱۹۸۷، ۱۹۸۹). از آنجایی که موضوع اصلی درمان بطور مستقیم یا غیرمستقیم به تغییرات مربوط می‌شود، بدیهی است که در مراحل پایانی، تراز کار گرفته شود. روانکاو در حالت مطلوب در این مرحله است که از بیمار می‌شنود آیا او از نتیجه درمان راضی است و آیا ناراحتی‌هایی که دلیل مراجعه او به درمان بوده‌اند، برطرف شده‌اند یا نه؛ اینکه او خود را مثل انسان تازه‌ای تجربه می‌کند که دیگر در حصار حس‌های محدودکننده خویش گرفتار نیست و غیره. توان آنالیز خویش، همانگونه که ما در جلد مبانی (۴-۹-۸) مطرح نمودیم، از جانب بیماران مطرح نمی‌شود. او تشریح می‌کند که به چه نحود عملکردهای روانکاو را درونی‌سازی کرده است که بخشاً در آنالیز خویش ادامه می‌یابد.

درمان‌های روانکاو هزینه‌های مالی و زمانی زیادی را بر بیمار تحمیل می‌کند. شمار بیمارانی که یک روانکاو طی اشتغال ۲۰-۳۰ ساله خود مداوا می‌کند در مقایسه با رشته‌های دیگر پزشکی کمتر است.

همانگونه که شلزی‌نگر و رایبیز (۱۹۸۳) یادآور می‌شوند، اطلاع درباره نحوه اثربخشی مداخلات روانکاو برای جامعه صنفی روانکاوان به‌مثابه عنصر اصلاح‌کننده تلقی می‌گردد.

روانکاوان زیادی از مطالعات پیگیرانه بیماران خود سر باز می‌زنند، زیرا نگران آنند که روابط انتقالی فراموش شده، مجدداً احیا شوند. به دلایل متعدد این نگرانی بی‌اساس است:

◀ از زمان ففرز (۱۹۶۳، ۱۹۶۱، ۱۹۵۹) ثابت شده است که انتقال در ارتباط با خاطرات مثبتی که باعث بهبود گشته‌اند، حفظ می‌شود. انتقال در گفتگوهای پیگیرانه زنده می‌شوند.

◀ در سیرمطلوب جنبه‌های انتقال که حاوی بخش‌های نوروتیک هستند، مضمحل می‌شوند.

◀ مضافاً آنکه روانکاو به عنوان یک شخص مهم در تجربیات بیمار باقی خواهد ماند. به همین خاطر برای بیماران قبلی هنگام گفتگوهای پیگیرانه سخت نیست که با روانکاو رابطه ایجاد نموده و درباره این فعال شدن مجدد، فکر کنند.

بنابراین تصور اینکه رابطه انتقالی بطور کامل از بین برود، قابل دفاع نیست (والراشتاین ۱۹۹۵، ص: ۴۸۰).

مطالعات پیگیرانه باعث اصلاحات وسیع در تصویری می‌گردد که ما در حین درمان در ذهن خویش ترسیم کرده‌ایم. از آنجایی که این اصلاحات جنبه‌های منفی و مثبت دارند، برای تئوری درمان روانکاو حائز اهمیت فراوان هستند (کردی و زنف ۱۹۸۵، هنزler و وگنر ۱۹۹۳).

از آنجایی که ما نظر بیماران درباره اثرات درمانی را خیلی جدی می‌گیریم، گزارش‌های درمانی تبیین شده درباره آن‌ها را به ایشان داده و نظرشان را در این مورد جویا شدیم. اظهار نظر زیر از بیمار، آقای فریدریش Y است که ما در بخش ۱-۳-۲ در مورد وی گزارش دادیم. بیمار مشکلات و برداشت‌های خود از روانکاوی را توصیف می‌کند. در گزارش وی فقط آن چیزهایی را تغییر دادیم که در خدمت حفظ رازداری است.

نگاه گذشته‌نگر به سیر روانکاوی

مشکلات. من همواره با اضطرابات خودم مواجه می‌شوم، فکر می‌کنم باید برای به حرکت در آوردن نیروی خودم با ترمز کشیده حرکت کنم. فشار: من ناراحتی و خشم درباره همکاران را نمی‌توانم بشکل مستقیم بروز دهم و بدین ترتیب خودم و همسرم را اذیت می‌کنم. من معمولاً از تماس با دیگران، جشن و رقص اجتناب می‌کنم. من تلفن‌ها و ملاقات‌ها را به تأخیر می‌اندازم. در شرکت کنترل خودم را از دست می‌دهم و همسرم را بعضاً کتک می‌زنم. من غالباً به جنگل و یا فعالیت‌های طاقت‌فرسا پناه می‌برم. من نمی‌توانم راحت باشم، استراحت کرده و با بچه‌هایم بازی کنم. من به کار پناه می‌برم و خانواده‌ام را تنها می‌گذارم. غالباً مشکلات گوارشی، سردرد، گلودرد و کمردرد دارم. فشار من روز به روز بیشتر می‌شود.

یکی از دوستانم به من توصیه کرد به درمانگری رجوع کنم که می‌شناخت.

گفتگوی ۱. من رجوع می‌کنم:

- با این ترس که پذیرفته نشوم؛
- در گشاده‌رویی بی‌حد، فاش‌گویی؛
- با نظر به این نکته، یا الان یا هیچ وقت
- با آرزوی بزرگ: می‌خواهم ترمزها را در خودم شل کنم. می‌خواهم از زندگی چیز بیشتری نصیبم بشود، همین الان.

روانکاو مرا می‌پذیرد. من هم می‌توانم. می‌خواهم با او ادامه دهم. او با حوصله زیاد به من گوش می‌دهد. من می‌توانم خیلی حرف بزنم، گاهی اوقات تندخویی کنم. او سرزنده، مجرب، آزادمنش، و سوسه انگیز است. او تحمیل نمی‌کند و فشار نمی‌آورد.

مرحله ۱. من می‌توانم تنفر خود نسبت به مادرم را به او نشان دهم. او از من دریغ کرده، مرا کتک زده، سرکوب کرده و از من یک انسان سربراه ساخته است. او پدرم را هلاک و از من به‌عنوان جانشین پدر استفاده می‌کرد. مادرم با عذاب وجدان و فشارهای مذهبی، طغیان مرا سرکوب می‌کرد، مرا ضعیف و دست و پا چلفتی بار آورد. همزمان این شناخت: او به‌عنوان بزرگترین دختر که پدرش را زود از دست داده بود، مادری سختگیر و با انرژی داشت و مسئولیت خواهران دیگرش را بر دوش می‌کشید. او در ابتدای زندگی، شور و شوق را در خویش سرکوب کرده بود، بعد از مرگ پدرم. او باید مبارزه می‌کرد و با انرژی می‌بود. و: او پیر شده است، او از قوی به ضعیف و از حاکم به قربانی تبدیل شده است: در ۲ سال گذشته وضعیت خجالت‌آوری دارد، او از همسایگان خود می‌ترسد و می‌خواهد خودکشی کند، اکنون به‌عنوان یک بیمار مشکل در خانواده‌ای بسر می‌برد که از او مراقبت می‌کنند.

در سال‌های اخیر می‌توانم کارهای خوبی برای او انجام دهم، پس بدهم. من می‌توانم همچنین ببینم که او خود را قربانی من نیز کرده است. من مبارزه او را می‌بینم و از جدل او با زندگی متأسف هستم و ضمناً او را می‌ستایم. من در ضعف و درماندگی از او حمایت می‌کنم. او ۴۰ سال بعد از دوران هیتلر فوت کرد (او چطور زندگی کرد؟ در این مورد هرگز نتوانستیم به راحتی صحبت کنیم. او همیشه سپر دفاعی داشت، توجیه می‌کرد و بهانه می‌آورد).

مرحله ۲. من با فوت پدرم چه چیز از دست دادم؟ در درمان، در پشت سر مادرم، پدرم حضور پررنگ‌تری می‌یافت. من هرگز پسر، جوان و یا دخترچه، مثل خواهرانم نبودم. من دیگر ملاحظه خودم و دیگران را نمی‌کنم، ترس از اینکه ناراحت بشوم یا ناراحت کنم ندارم. من خودم را پنهان نمی‌کنم و از علاقه خودم نسبت به زنان خجالت نمی‌کشم. من متوجه می‌شوم که همسرم از چه چیز من رنج می‌کشد، کجا به او زور می‌گویم و او را پس می‌زنم. من می‌توانم بهتر از قبل با او تعامل داشته باشم و بدین ترتیب به هم نزدیکتر شده‌ایم. اگر او مردد باشد می‌توانم این وضعیت را تحمل کنم. من می‌توانم تا سرحد چیزی پیش بروم و بعد خودم را عقب بکشم، نه از سر عذاب وجدان یا فشار، بلکه بر مبنای تصمیم خودم: مثلاً همسرم از همه برای من مهمتر است. خانواده معمولاً مهمتر از شغل است. اطاعت برخی مواقع مهمتر از مجادله به هر قیمت است. در همزیستی جنسی من با همسرم احساس آزادی بیشتری دارم. من می‌توانم به خواسته‌های خودم و همسرم اهمیت بیشتری بدهم. من به همسرم می‌گویم که برای خودش هم کاری انجام دهد. من به او می‌گویم برای رها

شدن از زیر بار زحماتی که به او داده‌ام، احتیاج به وقت بیشتری دارد. اینکه او حق دارد بعد از یک گفتگوی سه جانبه با درمانگر عصبانی شود. من می‌توانم نقاط ضعف همسر را بهتر تحمل کنم و خودم نیز نقاط ضعفم را بپذیرم.

مرحله ۳. خاتمه درمان. زمینه‌هایی که باید هنوز در مورد آن کار کنم: ارتباط جسم و روان. سردرد، درد روده و کمردرد کی بروز می‌کنند؟ چگونه می‌توانم بر بیماری‌ها غلبه کنم؟ چگونه می‌توانم پیشگیری کنم؟ هفته‌ها پس از ختم درمان، گلودرد و مشکل حنجره در حین آواز خواندن و هنگام سخنرانی و در محل کارم داشتم. من بطور علنی درباره آنالیز خودم صحبت می‌کنم، برای دیگران تعریف و افراد را تشویق می‌کنم تا در مورد خودشان کار کنند. من مشکلات با همکارانم را انکار نمی‌کنم، از خودم دفاع می‌کنم و برخی مواقع آن‌ها را تحریک می‌کنم. هنوز تحمل مقاومت و خصومت برای من سخت است. من در خدمت به دیگران قوی‌تر می‌شوم و سرسپردگی ندارم. من دیگر پریشان و حیران نیستم، بلکه بطور فعال بر علیه ارواح خبیثه‌ای چون، اعتیاد، نژادپرستی، فاشیسم و غیره مبارزه می‌کنم. من از دیگران سوال می‌کنم: می‌خواهی سالم شوی؟ اگر نه، در این صورت من بیماری تو را خواهم گفت، نمی‌گذارم در منجلاب آن فرو بروم، نمی‌گذارم نوروتیک شوم. من ترجیح می‌دهم سیب گندیده را باز کرده و کرم آن را خارج کنم، غده چرکین را بیشتر بزنم و دیگر همدست بیماری، انکار و یأس نگردم.

درمانگر خود را چگونه تجربه کردم. او قبل از همه با حوصله بود. او می‌توانست سکوت را تحمل کند. او اما فرزند، چابک و مُصر نیز بود. او غالباً در مورد "چیزهای جزیی" سوال و از این طریق به من کمک می‌کرد: ایما و اشارات هنگام ورود به اتاق درمان، فراموش کردن یک جلسه، خداحافظی بعد از یک جلسه و از این قبیل. او رویاهای مرا با دقت دنبال می‌کرد و چشم مرا بر معنای آن‌ها می‌گشود. او خاتمه درمان را به موقع خبر داد و بعد از پایان درمان، در را به روی من باز گذاشت. او به من جرأت بخشید که زیاد ملاحظه او را نکنم (من برخی مواقع می‌خواستم به او محبت و بزرگواری کنم، اما او می‌تواند از خودش دفاع کند).

وقتی توانستم با کمک او حسابگری و حساست خودم را کنار بگذارم و می‌توانستم با اعتماد به نفس بیشتری ظاهر شوم، فکر به هزینه درمان برایم مشکل نبود. من درمان را آگاهانه انتخاب کردم (هنری نبود، شرکت بیمه بیشتر آن را تقبل کرد!) و من خوشحالم که به میزان زیادی بر سلامت جسمی و روانی خودم افزودم.

این مرور یک سال پس از ختم آنالیز نوشته شد. ادامه کار تا کنون حاکی از آن است که بیمار توسط درمان به نقطه عطف مهمی در زندگی خود دست یافته است. یک اپیزود افسردگی که ۶ سال

پس از آنالیز پیش آمد، به کمک درمان پیگیری شد و به حل تعارضات پردازش نشده در آنالیز قبلی کمک کرد.

برای مؤسسه‌های درمانی که قصد پیگیری وضعیت تعداد زیادی بیمار را دارند، پرسشنامه استروپ و همکاران (۱۹۶۴) مناسب به نظر می‌رسد. در این پرسشنامه ارزشیابی گذشته‌نگر درباره توفیق درمانی از زوایای مختلف ممکن است.

در مطالعه‌ای که انجام دادیم (کشله و همکاران d ۱۹۸۵) همین روش را برگزیدیم تا از گروهی متشکل از ۹۱ بیمار که با روش‌های متفاوت درمان شده بودند، سوال کنیم. منطبق با جدول نمرات مدرسه‌ای "حس رضایت عمومی درباره توفیق درمانی" میانگین ۲.۲ را به دست آورد (۶-۱ طیف نمرات مدرسه‌ای مدارس آلمان است، ۱ بهترین و ۶ بدترین نمره را نشان می‌دهد، مترجم). سوال متضاد با سوال بالایی، آیا حس می‌کنید، ضرورت دارد که درمان دیگری را انجام دهید، نمره میانگین ۳.۱ را بدست آورد. با وجود آنکه ۳۶٪ بیماران بسیار راضی و ۲۷٪ راضی بودند (این منطبق با پیگیری‌های متعددی است که انجام داده‌ایم)، تعداد نه چندان قلیل بیماران بر این نظر بودند که به درمان دیگری نیز نیاز دارند. بیماران تا حدودی و بر اساس این تخمین متضاد، ارزشیابی افتراقی داشتند: به همه اهداف نرسیدند، اما همه چیز نیز قابل حصول نبود. این فکر همچنین در سوالی بازتاب یافته که در رابطه تناسب هزینه و سود مطرح شد. این سوال نمره خیلی مطلوب ۱.۷ را گرفت. توانمندی جهت ابراز اهمیت شخصی درمان برای دیگران توسط ۷۲٪ بیماران از این طریق تأیید شد که آن‌ها حداقل به یک دوست صمیمی خود توصیه کرده بودند، در صورت نیاز به روان‌درمانی مراجعه کنند.

این نتیجه از اهمیت عملی زیادی برخوردار است که قضاوت بیمار درباره درمانگر در ابعاد "همدلی و پذیرش" و نیز "اعتماد و احترام" پیش‌بینی رضایت با درمان را امکان‌پذیر می‌سازد. این نتیجه حاکی از آن است که شکل‌گیری مطلوب رابطه درمانی یکی از شروط لازم دستیابی به رضایتمندی درمانی است.

یک سوال وجدانی

فراسوی نظرات بیماران، سوالی مطرح است که هر درمانگری باید در برابر خود بگذارد: آیا من راضی هستم؟ این یک سوال وجدانی است، چون ایده‌آل‌های شغلی خود را به عرصه سنجش وارد می‌کند.

روانکاو نمی‌تواند به تجربه ذهنی بیمار کفایت کند، بلکه باید ارزیابی کند که آیا سیر درمان و نتایج حاصله از آن در ارتباط قابل اثبات با مفروضات نظری درباره شکل‌گیری و رفع علائم قرار دارد یا نه. او باید به این موضوع فکر کند که اهداف اولیه او چه بوده و کدامیک از آنان متحقق شده‌اند. این دیدگاه بدان معنا نیست که مسئولیت بیمار را نادیده بگیریم؛ اما روانکاو باید برای خود و گروه همکاران بتواند از روش‌ها و نتایج به دست آمده دفاع کند.

اهداف تغییر یافته. مقایسه یادداشت‌های خود در ابتدای درمان با یادداشت‌هایی که در مرحله پایانی درمان انجام می‌شود، می‌تواند مبنای ارزشیابی قرار بگیرد. بویژه در درمان‌های طولانی مدت، تغییرات اساسی در اهداف روشن و پنهان درمان مشاهده می‌گردد. ما بنابر دلایل قابل دفاع اذعان داریم که درمان بدون هدف غیرقابل تصور است، برعکس درمان روانکاوی باید استنباط فرایندی از هدف داشته باشد. اشتباه بزرگی است که گمان شود می‌توان از اهداف مشخص درمانی که قابل ارزیابی نیز هستند، دوری جست (جلد مبانی ۱-۷). برویتیگام (۱۹۸۴) تغییرات تعریف اهداف در سیر تاریخ روانکاوی را نقادانه بحث و به این نکته اشاره نموده که اهداف درمانی نظیر، گسترش آگاهی، تخلیه هیجانی، پسرفت و غیره اهمیت رو به تزایدی به دست آورده‌اند. در تلاش برای حفظ بی‌طرفی ارزشی، این فرمول بر اقدامات روانکاوی سایه افکند: "جایی که نهاد بوده، باید خود، سرجای آن بنشیند." در چارچوب الگوی ساختاری، این بدان معناست که خود به کنترل بهتری بر نهاد دست یابد، چیزی که در الگوی مکانی، دستیابی آزاد به ناخودآگاه معنا داشت. هدف روانکاوی تغییر ساختاری، به این حرکت پیوند می‌خورد.

تغییرات ساختاری. پس از بررسی‌های اساسی والراشتاین (۱۹۸۶) که بر پایه نتایج "پروژه روان‌درمانی مینگر" انجام شد، این موضوع که تغییرات ساختاری چگونه از تغییرات رفتاری و علامتی قابل تفکیک هستند، با انبوهی از مشکلات همراه شد. این نظریه قابل دفاع نیست که آن نوع تکنیک روانکاوی که موجب ایجاد و انتقال بینش می‌شود، باعث تغییرات ساختاری می‌گردد. بر طبق تعریفی که راپاپورت نیز بر آن صحنه می‌گذارد، ساختارها، فرایندهای روانی با نرخ تغییری تدریجی هستند (۱۹۵۷، ص: ۷۰۱) که با کلمات مختلف بیان می‌شوند، اما همواره بر مبنای رفتار و

تجربه قابل ارزیابی هستند. از جمع‌بندی بالینی والراشتاین که وسیع‌ترین مطالعه نتایج سیر درمان در تاریخ روانکاوی است، نکات زیر را نقل می‌کنیم:

نتایج درمانی روانکاوی کلاسیک، یعنی درمان بیانی و حمایتی، همسویی بیشتری از آنچه انتظار می‌رفت نشان دادند. همچنین آنالیزهای کلاسیک، بیشتر از آنچه رهیافت‌های درمانی اجازه می‌داد، حاوی عناصر حمایت‌کننده بودند. والراشتاین این نتیجه‌گیری را می‌کند که جنبه‌های حمایتی هر روان‌درمانی، بویژه آنالیز کلاسیک، هم بلحاظ نظری و هم از جنبه بالینی باید بیشتر مورد توجه واقع شوند. علاوه بر آن مشخص شد که تغییرات ساختاری در همه اشکال درمانی یافت می‌شوند (به نقل از والراشتاین ۱۹۸۶، ص: ۷۳۰).

به باور ما نظر فروید در آنالیز پایان‌پذیر و پایان‌ناپذیر (۱۹۳۷، ص: ۹۶) که هدف هر درمان بطور عملیاتی تعریف می‌شود، مفیدتر و ارجح است:

"آنالیز باید بتواند شرایط روانشناختی مطلوب برای عملکرد خود را فراهم کند، بدین ترتیب از عهده تکلیف و رسالت خویش برآمده است." از این مسیر روشن می‌شود که میان اهداف زندگی و اهداف درمانی باید تفکیک قائل شد.

مفید است که از همان ابتدا به ارتباط راه و هدف فکر کنیم. بویژه هنگامی که مراجع دیگر هزینه درمان را تقبل نموده‌اند، تعریف اهداف درمانی ضروری است. تقبل هزینه از جانب شرکت‌های بیمه مستلزم توصیف نوع بیماری و امکان بهبود و یا درمان آن است. در اینجا باید اندیکاسیون و پیش‌بینی سیر درمان ارائه شود. به علت محدودیت تقبل هزینه لازم است که در همان ابتدا با بیمار در مورد انتظارات و اهداف صحبت شود.

توضیحات مربوط به جنبه‌های مالی، بر موضوع اهداف درمانی و اهداف زندگی تأثیر می‌گذارند. توفیق درمانی همچنین به این بستگی دارد که روانکاو و بیمار از همان ابتدا روشن کنند، در چه صورت درباره راه و هدف به توافق خواهند رسید. بیمار باید بر این نکته اشراف داشته باشد کدام مسیرها به کدام اهداف خواهند انجامید و روانکاو به چه طریق در جهت توفیق درمانی گام بر می‌دارد. بی‌طرفی مانع تعامل نمی‌گردد، بلکه به نوع خود تعامل متقابل میان بیمار و روانکاو را تقویت می‌کند. این امر اثربخشی روانکاو را میسر می‌سازد. وجه مشخصه روش روانکاو آن است که از طریق اثربخشی، که به عنوان "تلقین غیرمستقیم" مؤثر می‌گردد، صحبت شود. راه‌ها و اهداف فردی در بستر تعامل با افراد با اهمیت محیطی شکل می‌گیرند. خواننده می‌تواند در بخش ۶-۷ و ۷-۷ نقد اصل بی‌طرفی را مطالعه کند.

بالاخره اهداف درمانی کدامند و چگونه از اهداف زندگی تفکیک می‌شوند؟ ما می‌خواهیم به این سوال از طریق بحث مبسوط درباره تغییراتی که توسط درمان روانکاوی نزد خانم آمالیه X ایجاد شد، پاسخ دهیم.

ما این تغییرات را به روش‌های گوناگون ارزشیابی کردیم، زیرا این مورد در شکل خاص و در پروژه‌های متفاوتی که از جانب انجمن پژوهشگران آلمانی درباره فرایندهای روان‌درمانی حمایت می‌شد، بررسی گردیده است (هوهاگه و کوبلر ۱۹۸۷، هولتزر و همکاران ۱۹۹۴، نویدرت و همکاران ۱۹۸۷، لویسینگر-بولبر ۱۹۸۹).

از آنجایی که خانم آمالیا X در برداشت سبب‌شناسانه عامیانه خود، پُرمویی خود را یک عامل مهم ایجاد نورژ می‌دانست، افکار خود را به جایگاه این آسیب جسمی معطوف می‌کنیم، زیرا اهداف درمانی در ارتباط تنگ با آن قرار دارند.

پُرمویی برای خانم آمالیا X معنای دوگانه داشت:

◀ پُرمویی از طرفی همانندسازی زنانه را دچار مشکل می‌کرد، چون آرزوی ناخودآگاه بیمار، یعنی مردن بودن را تقویت می‌کرد. زنانگی در تاریخچه زندگی بیمار تداعی مثبتی در وی ایجاد نمی‌کند، بلکه با بیماری (مادر) و مورد تبعیض واقع شدن (در برابر برادران) گره خورده است. در بلوغ که رشد قوی‌مو نمایان می‌شود، هویت جنسی وی متزلزل می‌گردد. نشانه‌های مردانگی در قالب موی بدن، در بیمار حسادت و آرزوی آلت مردانه را زنده می‌کنند. چنین آرزویی باید قبلاً در کانون تعارضات حل نشده قرار گرفته باشد، چون در غیر اینصورت چنین اهمیتی نمی‌یافت. رابطه او با دو برادرش اشاره‌ای در این زمینه به دست می‌دهد: بیمار این دو برادر را دوست دارد، اما به آنان حسادت نیز می‌کند، او به‌عنوان دختر مورد توجه کافی قرار نمی‌گرفته است. مادام که بیمار آرزوی داشتن آلت را در تخیلات برآورده شده می‌بیند، پُرمویی کاملاً در تصویر بدنی او می‌گنجد. البته ارضای آرزوهای تخیلی زمانی آرام‌بخش است که بطور کامل حفظ شود. اما این ممکن نیست، چون سبک موی مردانه، نمی‌تواند از زن مرد بسازد. مشکل هویتی مجدداً مطرح می‌شود. بر مبنای این پیش‌زمینه، برای بیمار همه فرایندهای شناختی در ارتباط با نمادهای زنانگی با تعارض توأم می‌گردد، ایجاد تشویش می‌کند و لذا باید در برابر آن‌ها دفاع کرد.

◀ از طرف دیگر پرمویی بطور ثانویه چیزی از علامت قابل نشان دادن را با خود حمل می‌کند: برای بیمار دلیلی می‌شود تا از موقعیت‌های وسوسه‌انگیز جنسی اجتناب بورزد. البته او نسبت به این عملکرد آسیب جسمی آگاهی ندارد. بنابر آنچه گفته شد، درمان موفق این بیمار مستلزم دو چیز است: بیمار زمانی می‌تواند به ارتباطات جنسی و اجتماعی وارد شود که

- به یک هویت جنسی مطمئن دست یابد و بر احساس عدم اعتماد به نفس خود غلبه کند و
- عذاب وجدان ناشی از آرزوهای خود را کنار بگذارد.

پیش‌بینی مشروطی که در دو نکته بالا ذکر شده بود، مورد تأیید قرار گرفت. خانم آمالیا X توانمندی خود در ایجاد ارتباطات را افزایش داد. او از مدت‌ها قبل و بدون نشان دادن علائم در یک رابطه زوجی بسر می‌برد. رابطه او با سکسوالیته کم‌تنش شده بود. وجدان‌گرایی مفرط اولیه او کاهش پیدا کرده بود، اگرچه هنوز انتظاراتی که از خود و اطرافیان داشت، بزرگ بود. او ضمن گفتگو سر حال‌تر و شوخ طبع‌تر می‌نمود و ظاهراً از زندگی خود لذت بیشتری می‌برد.

آیا این تغییرات بخاطر از بین رفتن دلایل بیماری او توسط روانکاوی متحقق شده‌اند؟ پاسخ ما به این سوال مثبت است، اگرچه نمی‌توانیم به دلیل کمی جا این پاسخ را در جزئیات خویش تشریح کنیم. اثبات تغییرات ساختاری، مستلزم تشریح فرایندهای روانکاوی است.

بطور خلاصه می‌توانیم بگوییم که خانم آمالیا X علیرغم موهای مردانه خویش، در مسیر همانندسازی زنانه قدم گذاشت و خود را از جزم‌های مذهبی و احساس گناه در ارتباط با موضوعات جنسی رها کرد.

یافته‌های تست‌های روانشناختی. تست‌های روانشناختی که جهت کنترل نتیجه درمان، در ابتدا، در پایان و طی پیگیری انجام شدند، حاوی ارزیابی بالینی روانکاو درمانگر بودند. طبق یافته‌های درمان با موفقیت انجام شده است.

◀ در تست شخصیتی فرایبورگ که در پایان درمان انجام شد، مشخص شد که نیم‌رخ بدست آمده در مقایسه با شروع درمان، عمدتاً در حیطه نرمال قرار دارد و ارزش‌های افراطی کمتر به چشم می‌خورند. این گرایش در پیگیری‌های انجام شده، شدت یافت.

به ویژه در نمایه‌هایی که بیمار در ابتدا خود را به عنوان شدیداً (= ارزش استاندارد ۱) تحریک‌پذیر و مردد (نمایه ۶)، بسیار زیاد (= ارزش استاندارد ۲) مطیع و سازگار (نمایه ۷)، بسیار زیاد خجالتی و متشنج (نمایه ۸) و بلحاظ عاطفی شدیداً سست (نمایه N) توصیف کرده بود، ارزش‌ها به ابعاد عادی باز گشتند.

بیمار پس از پایان درمان در برخی نمایه‌ها از ارزش‌های معیاری، انحراف مثبتی نشان داد: خانم

آمالیا X بیان می‌کند که از اختلالات روان‌تنی کمتری رنج می‌برد (نمایه ۱)، راضی‌تر و دارای اعتماد به نفس بالاتر (نمایه ۳)، جوان‌تر و شاداب‌تر (نمایه ۵) و برون‌گراتر (نمایه E) شده است. ارزش استاندارد ۸ در نمایه ۳ مستلزم توجه ویژه است که بیان می‌کند بیمار بطور خودجوش در پرخاشگری و هیجانات خود را ناپخته تجربه می‌کند. احتمالاً او در این زمان هنوز از تکانش‌های پرخاشگرانه خویش هراس دارد که مثل دوران آغاز درمان تحت کنترل او نیستند. در پیگیری انجام شده، این ارزش نمایه به قلمرو عادی و نرمال برگشت. به نظر می‌رسد بیمار در این بین به امنیت خاطر رسیده که نباید از تکانش‌های پرخاشگرانه خویش هراس داشته باشد. همچنین ارزش بالای نمایه ۳ در زمان پیگیری قابل ملاحظه است: خانم آمالیا X که قبل از همه خواهان درمان خلق افسرده خود بود، در اینجا خود را کاملاً راضی و خوشنود تشریح می‌کند.

◀ در تست گیسن (GT) ارزش‌های نمایه خود-پنداره بیمار در هر سه زمان اندازه‌گیری خارج از محدوده نرمال قرار نداشتند.

ارزش‌هایی که بطور معنادار از محدوده عادی فراتر رفته بودند، شامل توصیف اولیه بیمار به عنوان نسبتاً افسرده و توصیف انتهایی خود به عنوان منش سلطه‌طلب، می‌شد. نیم‌رخ‌ها قبل از همه جابجایی ابعاد را نشان دادند، اینکه بیمار خود را پس از پایان درمان، سلطه‌طلب‌تر، کمتر وسواسی، کمتر افسرده و راحت‌تر تجربه نموده است. در زمان پیگیری نیم‌رخ نمایه‌ها درباره خود-پنداره مطلقاً عادی بود.

در تصویری که روانکاو در آغاز درمان از بیمار داشت مشخص شد که روانکاو خانم آمالیا X را بیشتر از خود او بیمار می‌پنداشت: به نظر او بیمار خیلی وسواسی‌تر، افسرده‌تر، منزوی‌تر و بلحاظ اجتماعی خجالتی‌تر بود. در این ابعاد «تصویر دیگری» خارج از محدوده نرمال قرار داشت. به نظر سنز و همکاران (۱۹۷۵) این تفاوت میان خود-پنداره و تصویر دیگری در شروع درمان زیاد مشاهده می‌شود. پس از پایان درمان این تفاوت از میان رفت. روانکاو اینک خانم آمالیا X را همانقدر سالم می‌بیند که خود او. اما هنوز در دو نمایه تفاوت بزرگی وجود دارد: روانکاو خانم آمالیا X را جذاب‌تر و محبوب‌تر می‌بیند، از جانب دیگر اما وسواسی‌تر از آنچه بیمار خود را تجربه می‌کند.

یافته‌های به دست آمده از تست‌های روانشناختی، ارزشیابی روانکاو را تأیید می‌کنند؛ همچنین یافته‌ها در زمان انجام پیگیری مؤید رشد مثبت خانم آمالیا X در مرحله پس از روانکاوی است.

توجه به تغییرات فرایندی. در تئوری تغییر روانکاوی (لوبورسکی و شیمک ۱۹۶۴)، تغییرات فرایندی توجه زیادی را به خود جلب می‌کند؛ یعنی تغییرات در نوع و روشی که بیمار در شکل‌دهی فرایند روانکاوی ایجاد می‌کند. این موضوع در این بیمار و در چارچوب یک پروژه پژوهشی مورد بررسی قرار گرفت که ضمن آن با توسل به نحوه کنار آمدن با رویاها، معیارهای تغییری مشخص روانکاوانه به دست آمدند (لوپسینگر - بوله برگ ۱۹۸۹). در تکمیل تست‌های روانشناختی بر پایه صورت جلسات شروع و پایان درمان و توسط آنالیز محتوایی مبتنی بر تئوری، نحوه تغییر فرایندهای شناختی در برخورد با رویاها به دست آمد.

انبوه نتایج موردی در ارتباط با تغییرات فرایندهای شناختی، مؤید ارزشیابی‌های بالینی و آزمون‌های روانشناختی بود.

تجربه درد. بررسی آنالیزی موردی تجربه درد و فشار بیمار نزد خود و در محیط، معرف یک سیر با اهمیت بالینی است.

موقعیت ارتباطی بیمار در نیمه اول درمان تقریباً ثابت ماند. او در حین آنالیز عمدتاً به خود و دنیای درونی خویش مشغول بود، امری که از اختصاص جلسات به علایم او مشهود بود. فوبی سرخ شدن، وابستگی به والدین، موانع در ارتباطات جنسی مانع از توجه بیمار به محیط پیرامونی خویش می‌شد. حدود جلسه ۲۵۰ به نظر می‌رسید که این مرحله تمام شده است؛ فشار بیمار بشکل قابل ملاحظه کم شده بود. در نیمه دوم، درد و فشار مجدداً زیاد می‌شود؛ درمان عمدتاً بر روابط با غیرهم‌جنسان متمرکز شده بود، امری که خود را بویژه در رابطه انتقال نشان می‌داد (نویدرت و همکاران ۱۹۸۷).

بررسی بینش عاطفی. بررسی بینش عاطفی نیز به عنوان معیار تغییر، نتایج مثبت این درمان را تأیید نمود

چنانچه ۸ جلسه اول را با ۸ جلسه آخر مقایسه کنیم، اظهارات بیمار شادابی بیشتری را نشان می‌دهند. در حالی که بیمار در آغاز از تجربیات کنونی فاصله می‌گرفت، به عبارت دیگر به غُر زدن روی می‌آورد، در جلسات آخر در تجربیات خویش شناور شد، بدون آنکه غرق شود. پیش‌شرط‌های بینش عاطفی سازنده در انتهای جلسه بسیار مطلوب‌تر از آغاز درمان بودند (هوهاگ و کوبلر ۱۹۸۷).

نتیجه. در نمونه خانم آمالیا X توانستیم همسویی بزرگی میان تغییرات قابل توصیف بالینی و تست‌های روانشناختی به دست آوریم. البته باید این مسئله را در نظر داشت که تغییر چندبُعدی است و همیشه در ابعاد متفاوت تغییرات هم‌وزن حادث نمی‌شوند.

۳-۱۱-۹ خداحافظی*

همانگونه که در مقدمه متذکر شدیم، پایان جلسات درمانی در روانکاوی طبق یک الگوی مشخص انجام نمی‌پذیرد. ما شاهدیم که غالباً درمان به تغییرات سبک زندگی می‌انجامد و پایان خویش را رقم می‌زند. اشتباه است اگر دلایل بیرونی و درونی پایان درمان را در برابر هم نهاده و دلایل بیرونی را با آنالیز پایان‌پذیر و دلایل درونی را با آنالیز پایان‌ناپذیر همانندسازی کنیم. اشتیاق شدید برای پایان‌پذیری به آرمان دستیابی به آن منتهی می‌گردد. این تخیل مشترک بیان خود را در طرح غیرواقعی مرحله خاتمه با مشخصات رایج پیدا می‌کند.

آقای کورت Y ۳۲ ساله، شاغل در علوم طبیعی، مردی که بی‌عرضه و بی‌روح و از طرفی مهربان و فروتن به نظر می‌رسید، پس از آنکه سعی او در رفتاردرمانی که طبق الگوی ماسترز و جانسون انجام شده بود، توفیق کوتاه مدتی بر جای گذاشته بود، به‌علت ناتوانی جنسی آزاردهنده به درمان روان‌درمانی مراجعه کرده بود. در همان گفتگوی اول بیمار خودجوش نبودن خود در مسائل جنسی را به ترتیب سختگیرانه خویش ربط داد. او برای نخستین بار رابطه نزدیک را با زنی برقرار کرد که می‌خواست با او ازدواج کند، زنی که طبق گفته‌های او با هم منطبق بودند. او در حرفه خویش به یک آزمایشگر مجرب شهرت داشت و در شرکت خود از جایگاه مهمی برخوردار بود، البته این جایگاه عمدتاً در خدمت ارتقای شغلی افراد دیگر قرار می‌گرفت و خود او نمی‌توانست از این جایگاه به مزیت برسد.

◀ در تست شخصیت فرایبورگ (FPI) مخصوصاً در نمایه‌های پرخاشگری (ارزش استاندارد ۷)، تحریک‌پذیری (ارزش استاندارد ۳)، ملایمت (ارزش استاندارد ۱)، سلطه‌طلبی (ارزش استاندارد ۷)، خجالت (ارزش استاندارد ۷) و گشاده‌رویی (ارزش استاندارد ۳)، انحرافات از حد میانگین بدست آمد.

در انتهای درمان، نیم‌رخ او فقط در نمایه‌های پرخاشگری (ارزش استاندارد ۸)، میل به تسلط

*Separation
Abschied

(ارزش استاندارد ۶)، خجالت (ارزش استاندارد ۵)، از یافته‌های ابتدای درمان انحراف نشان داد؛ از این مجموعه فقط نمایه خجالت، تغییر بالینی معناداری با ارزش استاندارد ۲ داشت. البته در تست گیسن، ۲ نمایه، تغییرات بیمار را نشان دادند: در نمایه "بدون کنترل-وسواسی" او در ارزش T از ۵۶ در قطب وسواس به ارزش T ۳۹ در قطب بدون کنترل رسید؛ یک تغییر دوم قابل توجه در نمایه خویشتندار-نفوذپذیر بدست آمد؛ جایی که بیمار از ارزش T ۵۸ به ارزش T ۴۲ در جهت نفوذپذیر رسید. قابل ذکر و چشم گیر آنکه، عزت نفس منفی او از T ۳۰ فقط به T ۳۲ بهبود یافت.

در تست رورشاخ نیز در خاتمه درمان، تغییر جزئی مشاهده شد. نظر تستگر در تهیه گزارش درمانی بدین شرح بود:

بیمار در برابر محرک‌های عاطفی واکنش نشان می‌دهد و می‌تواند با موقعیت‌های احساسی کنار بیاید؛ او برخی مواقع خود را به دست محرک‌های حسی ابتدایی و اساسی خود می‌سپرد، همچنین تحت شرایط دیگر می‌تواند به وسیله کنترل‌های فکری و دید واقع‌بینانه استفاده مثبت‌تری از آن‌ها بکند. تفاهم دست‌یافته در اینجا مانع از آن می‌شود که وی بتواند از قابلیت‌های بالای فکری خود در زمینه شغلی بهره مطلوب را ببرد. چنانچه کنترل هیجانات کافی نباشد، لجاجت کودکان و رفتار پرخاشگرانه نهفته‌ای ایجاد گردیده که تقریباً خودسر می‌شود. امکانات متنوع بیان عاطفی زمانی می‌تواند شکوفا شود که موقعیت توضیح داده شود، و نیز شفاف و بی‌خطر باشد. این توضیحات باید در ابتدا به بازگشت به رفتار عادی و نیز تفکر و تعقل در غلبه بر موقعیت منتهی گردد. با این وجود غلبه بر هیجانات او همواره با زحمت و غالباً یا اضطراب و احساس عدم امنیت توأم است. نیاز به صمیمت را پذیرا نیست؛ او تمایل دارد از هموعان فاصله گرفته و از آنان انتظار تجربیات مأیوس‌کننده دارد. امکانات محدود عاطفی او در پرخاشگری ریشه دارد، چیزی که منش یک جنگنده طبیعی را به او اعطا می‌کند.

جمع‌بندی تست رورشاخ در مقایسه با یافته‌های اولیه نشان می‌دهد که تغییرات ساختاری از زاویه تست در روانکاوی ۴ ساله هنوز دوران اولیه خود را می‌گذراند. برخلاف آنچه در بالا گفته شد، مایلیم درباره تغییرات بالینی قابل مشاهده‌ای صحبت کنیم که ما را محق می‌سازد از بهبود چشمگیر تابلوی عمومی یک شخصیت اسکیزوئید-وسواسی سخن بگوییم.

● این واقعیت که یک مرد در سن ۳۲ سالگی اولین رابطه نزدیک خود را برقرار می‌کند، به خودی خود گویا است. ناتوانی جنسی ناشی از معیارهای سختگیرانه تربیتی و فراخود برخاسته از آن جای تعجب زیاد ندارد؛ به موازات آن، شاهد ناتوانی شغلی وی هستیم که عمده‌تاً اینگونه بروز می‌کرد که او فقط برای دیگران می‌توانست توانایی‌های خود را بکار بگیرد. در زمانی که درمان را شروع کرد، سال‌های زیادی بود که نوشتن رساله دکترای خود را آغاز کرده بود که پس از پردازش تمایلات پرخاشگرانه و بزرگ‌بینانه مرتبط با آن توانست آن را تمام نموده و تحویل دهد. این تمایلات در بُعد پیش‌آگاهی مربوط به سقوط احتمالی رئیس‌اش از جایگاه خود بود؛ در بُعد ناخودآگاه اما حاکی از غلبه بر پدر ناتوان خود بود که به‌عنوان کارمند متوسط در اداره پست مشغول بکار بود. ناتوانی جنسی او عمده‌تاً به‌علت درون فکنی‌های مادرانه به وجود آمده بود که رابطه تنگاتنگی میان سکسوالیته و کثافت برقرار کرده بود. اجازه بروز میل و لذت جهت انجام آمیزش‌های جنسی، هدفی بود که برای مدت‌ها در طول درمان نتوانستیم بدان برسیم. در انتهای سال چهارم درمان بود که بیمار توانست رابطه خود با همسرش را از آخر هفته‌ها به روزهای طول هفته نیز بسط داده و به روابط لذت‌بخش دست یابد.

چنانچه توانمندی عشق‌ورزی و اشتغال را دو نوک پیکان اهداف روانکاوی بدانیم، باید بگوییم که در مجرای تغییرات صورت‌پذیرفته، جنبه‌هایی، هرچند ظاهراً جزئی، از زندگی وی پربارتر شده است، مثلاً اینکه تنها به سینما می‌رود و قبل از خواب فقط کتاب‌های تخصصی نمی‌خواند.

چنانچه ایده آل آنالیز کامل را مبنا قرار دهیم، این درمان خیلی ناقص بود. خاتمه درمان با این ارزیابی واقع‌بینانه انجام پذیرفت که آقای کورت لا پیشرفت علمی نخواهد کرد و به‌عنوان یک فرد مجرب آزمایشگاهی در سن ۳۶ سالگی قادر به پیدا کردن کار نخواهد بود. پس از جستجوی زیاد، پیشنهادی برای تصدی یک آزمایشگاه در یک شهرستان به دست آورد که منجر به ختم آنالیز شد. در جلسات آخر وی درباره سوال مهمی که فکرش را مشغول کرده بود صحبت کرد، اینکه آیا اثری از وی در محل زندگی‌اش بجای مانده، آیا روانکاو او را به یاد خواهد آورد، سوالی که همیشه مراقب بود مطرح نکند.

او همیشه به افرادی که محبوب روسا هستند، بدگویی می‌کرد، به آن‌هایی که تملق می‌گویند، و در عین حال توانست علاقه وافر خود به شب‌کاری پای کامپیوتر را بیان کند.

در جلسه ماقبل آخر او درباره تجربیات خویش با تست رورشاخ صحبت کرد؛ او تستگر را به یاد نمی‌آورد. اما برخورد او با تخته‌های تست با دوران شروع انجام آن متفاوت شده بود. او دیگر انتظارات اضطراب‌آور نداشت، بلکه از تجربیات فرحبشی صحبت می‌کرد که تحت کنترل داشت و

با آن بازی می کرد. اکنون امکان آن را در خود می دید که نقاشی کند، می گوید: "همیشه دوست داشتم برگ های پائیزی را با رنگ های مختلف نقاشی کنم."

کلام آخر در قضاوت درمانی را به بیمار واگذار می نمایم، در حالی که قسمت هایی از آخرین جلسه را نقل می کنیم.

ب: بله، به نظرم من چیزهایی را از اینجا با خودم می برم. جلسات اینجا، چطور بگوییم، می خواهم با کلمات شیک بگویم، برای من یک تجربه بود، واقعاً. بله، دیگر نمی دانم، اصلاً چه موضوعاتی مطرح شدند (سکوت). طبعاً من همیشه راضی نبودم، اما ارزش تجربه را داشت. (سکوت)

د: تجربه شما اینجا، چه بود؟ چه چیزی اینجا متفاوت بود، از آنچه شما تاکنون تجربه کرده بودید؟ (مکث)

ب: خوب فکر می کنم وقتی اینجا می آیم، بتوانم از گوشه ای که در آن خزیده بودم، بیرون بیایم. بله من در اینجا خجالت نمی کشیدم، بلکه از آن گوشه ای که در آن گیر افتاده بودم خجالت می کشیدم. ظاهراً همین کافی بود تا از بند آن بیرون بیایم (مکث). اما خجالت یعنی چه، من فکر می کنم همین که توانستم آن را بیان کنم، منظورم را می رساند. چون در مورد خجالت صحبت نمی شود، انسان خودش را عقب می نشاند و قایم می کند. قایم کردن در اینجا از بین رفت. بله، صحبت در مورد آن و فکر کردن در مورد آن، شخصاً تجربه کردن، من گمان می کنم، این همیشه جزیی از این موضوع بود که توانستم از آن پناهگاه خودم را خلاص کنم. این چطور بگویم (مکث) ماشین ابزاری بود که توانستم بواسطه آن اینکار را انجام دهم. الان چیزها به هم مرتبط می شود، گمان می کنم که امروز خاطره ای در طول درمانم خواهد شد. در کنار، مشخص تر، من الان به این اتاق و محل و شخص فکر نمی کنم. در شخص شما قبل از همه صدای شما روی من تأثیرگذار بود، این ابزاری بود که به من کمک کرد تا از گوشه خزیده خود بیرون بیایم. (مکث) یک درهم تنیدگی که قابل حل نبود. بله، فکر می کنم به این خاطر بود که در اینجا فضا در اختیارم گذاشته شد، فضا بطور عام. فضایی که در جستجوی آن بودم و با احتیاط توانستم به آن وارد شوم. این فضا جایی بود که توانستم خودم را بیان کنم.

د: و به نظر فضایی است که شما گم کرده بودید، یا جایی که شما هرگز نمی شناختید، با این صمیمیت، مراقبت از شما، در محدودیت هایی که در آن بزرگ شدید.

ب: بله، بله، من این فضا را از دست داده بودم، بله الان، نمی دانم، آیا اصلاً چنین فضایی را می شناختم، اکنون نزد همسرم هم فضای بیشتری پیدا کرده ام.

د: شاید به این علت که اینجا تجربه کردید که می توانید چنین خواسته ای را مطرح کنید.

ب: بله، بله، این یک کشف خیلی خیلی پر مشقت بود، ولی واقعاً کشف بود، وقتی که تجربه کردم، می‌توانم این فضا را طلب کنم. شاید در آخر بگویم که اکنون می‌توانم و اجازه دارم چنین فضایی را طلب کنم. منظور من از فضا در وسیع‌ترین معنای آن است، من می‌توانم چیزهای زیادی بخواهم. دیگر این تردید را ندارم، وقتی می‌خواهم چیزی را مشخص کنم، در آن وقت خواسته‌ام را مطرح کنم، اینکه جدی گرفته شوم، و اگر نه، بعداً عصبانی شوم. در این صورت خودم دست بکار می‌شوم، برای آن مبارزه و تلاش خواهم کرد. من می‌توانم حق خودم بدانم که در اینجا به نوع خودم ظاهر شوم، در سبکی که می‌خواهم. این حالت بتدریج پیش آمد، در آستانه خاتمه درمان. اینکه من به خودم قبولاندم که عادت خواهم کرد خواسته‌هایم را مطرح کنم، این یعنی من چنین حقی دارم (مکث). بله تدریجی بود. در مقیاس سنجش شروع و خاتمه می‌توانم بگویم که اینجا تجربیات زیادی داشتم، من هیچ آدم بی‌عرضه‌ای (عروسک خیمه شب بازی) نیستم.

تفسیر: نفی دو گانه در لهجه بیمار، شدت نفی را نشان می‌دهد. بیمار پس از آنالیز ۴ ساله به صراحت بیان می‌کند که آدم بی‌عرضه‌ای نیست. به احساس امنیت و عزت نفس تقویت شده بیمار باید اضافه کرد که این تغییرات با کشف مجدد لذت از حرکات روحی و جسمی گره خورده است. بالاخره عروسک خیمه شب بازی به عنوان یک استعاره نشان‌دهنده یک اسباب بازی است که حرکات او از جانب افراد دیگر و از بیرون هدایت می‌شود.

۱۰ موضوعات خاص

Special Topics
Besondere Themen

مقدمه

۱۰-۱ مشاوره

۱۰-۲ نظریات فلسفی درباره یک "جلسه خوب"

۱۰-۳ دینداری

۱۰-۳-۱ تصویر یزدانی در قالب فرافکنی

۱۰-۳-۲ روانکاوی روی یخ الهیات؟

مقدمه

موضوعات این فصل از موضوعات مشابه در فصل ۱۰ در جلد مبانی متفاوت است. خواننده به احتمال قوی و با کمک مثال‌هایی که فصل ۱۰ جلد نخست ارائه شد، به رابطه تئوری و عمل پی برده است. باید گفت که انتظارات علمی درباره رابطه ناگسستگی پژوهش و درمان را نمی‌توان در یک کتاب آموزشی بالینی برآورده ساخت.

بجای آن می‌خواهیم خواننده را با مطالبی آشنا کنیم که همانگونه که در نمونه مشاوره (۱۰-۱) می‌بینیم، از اهمیت کاربردی بالایی برخوردار است. همچنین موضوع دینداری (۱۰-۳) به دلایل درمانی و نیز به دلایل بین‌رشته‌ای اهمیت زیادی دارد. وارد کردن دانشمندی که در گفتگوهای روانکاوی شرکت مستقیم ندارند، موضوع دیگری است که در مبحث "جلسه خوب" (۱۰-۲) به آن روی می‌آوریم.

۱۰-۱ مشاوره*

همراه با سشودی (۱۹۸۱) تفکیک می‌کنیم بین:

* Consultation
Konsultation

● مشاوره همکارانی که در تناسبات وابستگی از یک دیگر بسر نمی‌برند، نظیر مشاوره پزشکان درباره موارد تشخیصی و درمانی که همیشه رایج بوده است و

● مشاوره به‌عنوان سوپروایزری در قالب یک موقعیت آموزشی در برنامه آموزشی مفهوم قدیمی Conslum غیررایج شده و ما در هماهنگی از ادبیات جهانی از مفهوم مشاوره و سوپروایزری استفاده می‌کنیم.

◀ سوپروایزری جایگزین کلمه قدیمی و سختگیرانه کنترل شده است، بدون آنکه این مفهوم آنلگو-آمریکایی و منشأ لاتین آن، یعنی مراقبت و نظارت، چیزی در اصل جریان و مشکلات مرتبط با این مقوله تغییر داده باشد. زیرا سوپروایزری با نظارت و ارزشیابی نیز توأم است.

◀ انجام سوپروایزری موظف است در حالی که مشاوره داوطلبانه است.

◀ در مشاوره ۳ نفر شرکت دارند: بیمار، درمانگر و مشاور. در سوپروایزری چهارمین مرجع، یک فرد نیست، بلکه یک مرکز و انستیتو است: انستیتوی آموزشی که استاندارد آن از بالا، توسط مراجع ملی و بین‌المللی تعیین و نظارت می‌شوند.

یک روانکاو بیرونی که در تعاملات دوسویه بیمار و روانکاو حضور ندارد، به دلیل فاصله موجود، چشم‌اندازی دیگر و در برخی جنبه‌ها دید گسترده‌تری دارد. او به‌عنوان یک سوپروایزر قابل، در فرایندهای انتقال و انتقال متقابل درگیر نیست. بنابراین او در جایگاه مناسبی قرار دارد تا درمانگر را متوجه تأثیرات و تأثیرات جانبی احساس و فکر خود قرار دهد.

میدان پیچیده سوپروایزری و مشاوره رویکردهای مطالعاتی فراگیر و چندجانبه‌ای را می‌طلبد تا بدینوسیله برای سوالات بیشماری را که در حیطه عمل با آن درگیر هستیم، پاسخ مناسب به دست آوریم. ما در اینجا قسمتی از یک مطالعه را بازگو می‌کنیم که شکل زیر را داشت:

۱۰ جلسه پشت سر هم به صورت نوشتار در آمدند. در بین هر دو جلسه یک مشاوره و در قالب سوپروایزری توسط یک همکار مجرب انجام شد. او قبل از جلسات دست نوشته‌ها را دقیقاً مطالعه می‌کرد و بعد از مطالعه برای انجام مشاوره تذکرات خویش را دیکته می‌کرد که در پائین تحت همین عنوان در متن اضافه و مشخص شده‌اند.

ما در اینجا به جلسه درمانی ۱۱۴ و مشاوره انجام شده بعد از آن استناد می‌ورزیم.

از اشارات مشاور چنین بر می‌آید که نه فقط روانکاو از یک راهبرد درک و مداخلاتی بهره‌مند است، بلکه همکار مشاور نیز به نوبه خود ایده‌ها و رهیافت‌های خود را در تعاملات جاری می‌سازد. جهت طبقه‌بندی تذکرات و پیشنهادات مشاور، رئوس دیدگاه ششگانه (۱۹۸۱) درباره سوپروایزری را ارائه می‌نماییم:

برای آنکه یادگیری جدید به هدف درمان روانکاوی تبدیل گردد، روانکاو و بیمار باید یک فضای تعاملی مطلوب ایجاد کنند. ساختارهای مهم روانی برای غلبه بر زندگی روزمره مانع از آن می‌شوند که تجربیات جدید جهت تغییر همین ساختارها مورد استفاده قرار بگیرند. این ساختارها در سیر تکوین روان-اجتماعی، شامل نماهای فردی از نمادهای خود و ابژه‌ها با احساسات، تخیلات و انتظارات وابسته بدن می‌باشد. این انتظارات ادراک ما را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهند (نایسر ۱۹۷۹) و در ما انگیزه ایجاد می‌کنند تا همان تجربیات را به‌وسیله تکرار تقویت کنیم. در تعاملات روانکاوی و از طریق تلاش‌های تکرار فردی، ساختارهای درونی‌شده تشکیل می‌شوند. در نتیجه بیمار می‌تواند چشم‌اندازی که در امتداد زندگی وی و نیز بر پایه عواطف کنونی خویش استوار باشد، به دست آورد، یعنی می‌تواند این سوال‌ها را از خود بکند:

- من کیستم؟
 - من چکار می‌کنم؟
 - چگونه و چرا این کار را انجام می‌دهم؟
- پیامد این چشم‌انداز تغییر یافته از خود، تغییر در ساختارهای روانی است، بدینوسیله فضای بزرگی برای تغییرات آتی به وجود می‌آید.

◀ جهت تسهیل تغییر و رشد، مهم است که روانکاو یک فضای مساعد ایجاد کند. مفهوم "فضا" بطور عام مد نظر است و به فیزیک اتاق درمان محدود نمی‌شود.

◀ از آنجایی که باید به گشاده‌رویی بالایی دست یافت، بهتر است، در سوپروایزری و مشاوره به این نکته توجه داشت که درمانگر در کدام نقطه به دلیل عدم دانش کافی درباره اختلالات بیمار خود و یا به دلایل عاطفی، یعنی به دلیل انتقال متقابل، جلوی رشد را می‌گیرد. سشودی در این رابطه از مفاهیم عدم دانش و نابینایی استفاده کرده است.

جهت ارائه جلسه ۱۱۴ درمان بیمار آقای آرتور Y صورت جلسه درمانی بر پایه دست‌نوشته‌ها خلاصه و با اشارات مشاور غنی گردید.

آقای آرتور Y جلسه را با تجربه‌ای که زیاد برایش پیش آمده تعریف می‌کند: اخیراً کشف کرده که می‌تواند اتاق کار خود را بزرگتر کرده و بدینوسیله فضای بیشتری را به خود اختصاص دهد. او نظرش به دکور چوبی بود. در حین این کار احساس ناامنی و این تصور را داشته است: اگر از عهده این کار برنایم، با هرج و مرج روبرو خواهیم شد. او از چوب‌های سفت استفاده می‌کرد. در ردیف‌بندی و رگه‌های چوبی می‌توان با بخرچ دادن کمی تخیل حرف W را دید. او به این ایده رسید: "w" را می‌توان چرخاند و به M، یعنی حرف اول کلمه Mord (به آلمانی یعنی: قتل، مترجم)

تبدیل کرد. مثل فیلم M در سال‌های ۳۰ که مردی پس از آنکه چند قتل کرده بود خود را M نامیده بود.

ب: همیشه همین جور است، خیلی از دست خودم عصبانی شدم. همه چیز درست پیش می‌رفت، یک مرتبه این فکر احمقانه که موهایم را لرزاند، به ذهنم آمد. بجای آنکه خوشحال باشم، به این فکر می‌کنم که بهتر نیست، تخته‌های چوب را عوض کنم. الان در ذهنم هست که این چوب‌ها هفته آینده آنجا نخواهند بود. حس درماندگی و تنها بودن بر من غالب می‌شود، من در این باره فقط با شما می‌توانم صحبت کنم، دیگران به من خواهند گفت، تو دیوانه شده‌ای.

تذکر: بیمار اظهار می‌کند که یک فضای بزرگتری به خود اختصاص داده، اما به این خاطر احساس خطر می‌کند. او قادر نیست دلبستگی و استقلال را با یک‌دیگر به وحدت برساند. وقتی او از دست روانکاو- پدر عصبانی می‌شود، چون می‌خواهد بیمار را ترک کند، عصبانیت او به خشونت کشنده تبدیل می‌شود. روانکاو علامت را به عنوان تغییر خلق و روحیه او تعبیر می‌کند که خیلی اوقات پیش می‌آید: نشاط، شعف و غرور درباره کار دلبزیر افزایش یافته، در این صورت احساس خودباوری تردیدآمیز و سرزنش خود نیز زیاد می‌شود.

روانکاو به اشاره‌ای که بیمار درباره حس تنهایی و ترک‌شدگی خویش می‌کند، توجه نمی‌نماید؛ این در مشاوره روشن شد. به جای آن او بر موضوع غرور متمرکز می‌شود، موضوعی که بکرات در مورد آن بحث شده بود.

ب: اگر M نبود، چیز دیگری جایش را می‌گرفت. این مسئله خوشحالی من درباره موفقیت کاری‌ام را ضایع کرد. من الان حالت لجبازی و عصبانیت دارم. چوب‌ها از جای خود تکان نخواهند خورد. اصلاً به این فکر نمی‌کنم که همه کارها را دوباره از اول انجام دهم. من از این تهدید نهفته که ۱۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰ بار تجربه کرده‌ام خشمگین هستم.

د: به نظرم فکری که کرده‌اید، جدید است، اینکه عصبانیت شما زیاد می‌شود.

ب: عصبانی از چیزی که مرا به هم می‌ریزد.

د: عصبانیت علیه چیزی که با شما مخالفت می‌کند.

ب: این برای شما تازگی دارد؟ تا الان درباره آن صحبت نکرده‌ام؟ حالت عصبانیت برای من تازه نیست. از فرط عصبانیت می‌توانستم قطعات چوب را تکه تکه کنم.

د: هنوز برای من روشن نشده است.

ب: در عرض یک ثانیه جوش می آورم: چوب ها را بر می دارم! بعد لجابت بخرج می دهم: چیزی به فکرم نمی رسد! نمی توانم همه آن ها را بردارم، چیزی که مرا ترساند و به خود مشغول کرد آن است، چیزها را منظم بغل هم بچینم.

تذکر: بیمار در اینجا به روشنی نشان می دهد که چگونه بر علیه رفتارهای غیرانطباقی گذشته خود مبارزه می کند. او می خواهد استقلال خویش را حفظ کند. او نمی خواهد فقط طفره برود، بلکه می خواهد از نیروی پرخاشگری خود به نحو سازنده استفاده کند.

د: بله، یک مبارزه دوجانبه است. مبارزه علیه فراقدرت خشن دنیا، علیه قدرت استثمارگر و چیزی که به شما حمله ور می شود، چیزی که از سرکوب به عصبانیت منتهی می شود. تذکر: روانکاو البته در حالی که تعارضات درونی شده را نشان می دهد، به موضوع اساسی می پردازد. اما الان مناسب نیست که تعمیم تاریخی فراگیر انجام شود. روانکاو می تواند عصبانیت در رابطه با خودش را مورد بررسی قرار دهد.

ب: دیروز با وجود هرج و مرج در اتاق، دعوت شده بودیم. دیشب پسر در گروه سرود، ارگ می نواخت. یک و نیم سال است که که پسر را همراهی می کنیم تا هنگام نواختن تنها نباشد. در این صورت در جریان پیشرفت او نیز قرار می گیرم.

د: احساس غرور هم می کنید که در سالن نشسته و شاهدید که فرزندان چطور سالن را پر می کند. تذکر: دوباره یک اشاره به روانکاو که از کنار پیشرفت های بیمار عبور می کند: مهم است بدانیم که چرا روانکاو موضوع غرور را مورد تأکید قرار می دهد. آیا او به بیمار و یا به خودش می بالد؟ آیا واکنشی به این مطلب است که بیمار اتاق را پر می کند، مثلاً فضای بیشتری به خود اختصاص می دهد و نیز اینکه می خواهد اتاق درمان را پر کند؟

ب: این بار نمی توانستم همراه پسر بروم. ما دعوت شده بودیم. . . الان در رابطه با برداشتن و یا گذاشتن چوب ها، مشکل من حجم کاری نیست که در این ارتباط باید انجام دهم، مسئله من این است که آیا باید تسلیم اضطراب های خودم بشوم؟ زمانی بالاخره من توسط آنالیز از قید گذشته رها خواهم شد.

د: یک جنبه قضیه این است که آیا شما تسلیم می شوید و یا آنکه قدرتمندتر هستید. جنبه دیگر که شاید به نظر تان ساختگی بیاید آن است که دشمن بنگیوس (یک آموزگار دگرآزار در مدرسه شبانه روزی که در آلمان شناخته شده است) است - یا آنکه تخته چوب شیطان است. در این صورت زمانی که آن را پائین می کشید و آن را ذره ذره می کنید، حس پیروزی خواهید داشت. برای یک جهش عظیم، اینکه آیا آنالیز به شما کمک می کند یا نه؟ اینکه شما از دست من عصبانی هستید، اینکه وقتی امروز می روید، دوباره بیرون نیامده اید و می خواهید مرا با تخته چوب لت و پار کنید.

تذکر: بیمار درباره امکانات خود درباره غلبه بر دشمنان خویش، نظیر اضطراب، وابستگی و غیره صحبت می کند. او به دنبال استقلال خود است، اما می خواهد رابطه را نیز حفظ کند. بنابراین کشمکش میان وابستگی و استقلال وجود دارد که بوسیله لجاجت و پرخاشگری دگرآزارانه تقویت می شود. روانکاو فکر می کند به ابژه عصبانیت تبدیل شده است. چرا؟ شاید بهتر می بود بر وابستگی بیمار بوسیله آزادی نسبی روانکاو پرتوی افکنده می شد (کودک - بزرگسال). روانکاو می تواند بدون ترس تصمیم بگیرد: او می تواند برود و بیمار را با اضطراب هایش تنها بگذارد. هنوز این سوال مطرح است که چرا روانکاو به اشاره بیمار مبنی بر جدایی قریب الوقوع نمی پردازد.

ب: من تصور می کنم که در یک دام گرفتار شده ام، در یک بن بست و زمان از دستم می رود. اگر تخته چوب نبود، چیز دیگری جایش قرار می گرفت. برایم روشن نیست، اضطراب می گیرم، چون این چهره را می بینم، مثل آنکه وقت آن رسیده که دوباره اضطراب داشته باشم.

ر: یا اینکه وقت آن رسیده که خشمگین باشید، لذت بی حد و حصر غرور داشته باشید. مثل همان افسر اس اس (به پیش زمینه تشریح شده در ۳-۸ اشاره می کند). و بعد در این غرور، شرارت و خشونت دیده می شود، تکبر زیاد.

ب: بله، نمی دانم، چیزی که امروز می گوئید خیلی انتزاعی است، این برای من مانع ایجاد می کند.
ر: بله انتزاعی است. از طرفی گفتم که اگر موفق و خوشحال، راضی و مغرور باشید، این فکر می آید: پس چه کسی ناموفق است؟ و بعد این فکر به ذهن شما می رسد که شما را ناراحت کرده و می خواهید از شر آن خلاص شوید: اینکه آن نفر من هستم که می خواهم به شما کمک کنم. . .

ب: بله، تمام شدید؟

ر: بله، تمام شدم.

ب: به نظرم می رسد (می خندد) که جمله شما ناتمام ماند.

ر: هوم.

ب: بله، وقتی امور تعمیرکاری را انجام می دهم، برایم تعجب انگیز است. مدت ها فکر می کردم از عهده چنین کاری بر نمی آیم. وقتی نتیجه کارم را می بینم، به خودم می بالم، اما نه برای مدت زیادی. . . و الان اصلاً یاد نمی آید که جمله آخر شما چه بود.

ر: اینکه در نتیجه افکاراتان ثابت شد که کاری از من بر نمی آید.

ب: (می خندد) و این باید باعث غرور من بشود؟ نمی فهمم. من به نوعی خودم را آویزان شما کردم. اگر من شما را شاخه ای مقایسه کنم که روی آن نشسته ام، وقتی شما بیفتید، من هم سقوط خواهم کرد: و چنین حالتی برای من توأم با غرور است؟

د: بله، اینکه من کاری را نمی‌توانم به پایان برسانم.

ب: اما چرا من باید از این بابت خوشحال باشم؟ من کوچکترین تفاهمی برای این ندارم. چه سودی برای من دارد؟

د: بله، همانجور که گفته شد، کمی به نظرم ساختگی می‌آید.

ب: من تعجب می‌کنم شما چطور به این فکر رسیدید. این فقط زمانی درست بود که من به شما به چشم یک رقیب نگاه می‌کردم، فقط در این صورت می‌توانستم خوشحال شوم که شما از عهده کارتان بر نمی‌آئید. اما من به اینجا می‌آیم تا از شما کمک بگیرم، مثل زمانی که آدم پیش پزشک می‌رود. در این صورت هیچکس خوشحال نمی‌شود بفهمد انسانی که به وی اعتماد کرده، نامستعد و بی‌کفایت است. من فکر می‌کنم امروز به یک گره برخورد کرده‌ایم.

تذکر: بیمار به روانکاو پیشنهاد می‌کند تا در باره وضعیت دیالوگ بین خویش به تفاهم برسند.

د: بله، گره ایجاد شده، بواسطه افکار من... من از این نقطه نظر حرکت نکردم که خوشحالی از آن روست که شما مرا به عنوان یک تعمیرکار تحقیر می‌کنید. برای شما مهم است که من یک تعمیرکار خوب باشم. نظرم این نیست، بلکه اگر لذت توفیق و شادی از شما دریغ شود، رقابتی با مبارزه و خشم سخت ایجاد خواهد شد. و من تلاش کردم که در جنگ میان شما و تخته چوب‌ها وارد شوم.

ب: (به نرمی می‌خندد) این وضعیت به نظرم مجاورت با جنون است، مبارزه میان من و چوب‌ها. شاید من امروز خیلی حساس هستم... بله، بله حیات روانی خیلی پیچیده است. "در زندگی مسرور باش، آدم‌ها نگرانی و تلاش را پیشه می‌کنند، دنبال خار و خس می‌گردند و آن را پیدا می‌کنند." گاهی اوقات این را باید روی پیشانی من بنویسند.

د: بله، وقتی خار به تن وارد می‌شود و نیش می‌زند، درد می‌آید، آدم عصبانی می‌شود و دوست دارد آن را از خودش دور کند، بریزد بیرون.

تذکر: آنچه قبل از همه برای بیمار دردناک است: "از کمک گرفتن ناراحت می‌شوم. با خشم و قدرت کامل می‌خواهم کسی را نابود کنم که مرا ترک می‌کند و بدین ترتیب وابستگی مرا بطور دردناکی به من نشان می‌دهد." این موضوعی است که درمانگر می‌توانست آن را با بیمار مورد بررسی قرار دهد: موضوع مناسب برای مشاوره‌های بعدی.

جلسه مشاوره (سوپروایزری)

اکنون خلاصه یک جلسه مشاوره (سوپروایزری) را ارائه می‌دهیم. مشاور مطرح می‌کند در ابتدا باید روشن شود چگونه می‌توان با تعارض بیمار (مبارزه برای استقلال و وابستگی) کار کرد. روانکاو تأکید می‌کند به این خاطر جلسه به نظرش بد بود که به منظور "اعطای معنا به علامت بی‌معنا" مباحث روشنفکری زیادی کرده است. روانکاو بدین خاطر ناراضی است، چون نتوانسته به بیمار نشان دهد که او در فضای مبارزه قصد داشته روانکاو را ناکام گذارد. سوپروایزر به روانکاو ناموفق این جمله فروید را یاد آوری می‌کند: "بیمار چگونه می‌تواند به مؤثرترین نحو انتقام بگیرد، مگر آنکه در شخص و رفتار خود استیصال و درماندگی پزشکی را به اثبات برساند" (۱۹۰۵ع، ص: ۲۸۴). هر دو جلسه درمان را بازسازی می‌کنند و به این نتیجه می‌رسند که "گره‌های" نامیده شده از جانب بیمار را به موضوع مشاوره تبدیل کنند.

مشاور: در ابتدا مایلم برای من بگوئید: وقتی به جلسه فکر می‌کنید، شما ناراضی هستید که گره‌ای به وجود آورده‌اید. با این گره چه می‌شود کرد؟ می‌توانید افکارتان را آزاد ساخته تا دریابید چه می‌خواستید با آن بکنید؟

ر: الان به نظرم می‌رسد - چیزی که با فکری که در حین جلسه نیز داشتم خوانایی دارد - خراب کردن چیزی که می‌سازد، بخشی از ارضا و احساس لذت او است. زیرا ابژه برای او به دشمن تبدیل می‌شود و او را مجبور می‌کند، پس منطقی است که او اول ابژه را درست و بعد آن را تخریب کند.

مشاور: به شکل نمادین.

ر: بله، اگر من کسی باشم که به او می‌گویم بهتر است به آرامی اضطراب خود را تا حدودی نشان دهد و افکار و سواسی خود را به تأخیر اندازد، تبدیل به کسی می‌شوم که حس لذت او را محدود کرده است.

مشاور: لذت خراب کردن چیزی.

ر: بله، و اگر الان بیاید، پس از زمانی که حالش خوب بود، دوبرتبه چیزی را خراب کرده است، ظاهراً من می‌خواستم به این مرحله برسد که تخته‌ها را همان بالا بگذارد و خراب نکند. من می‌خواستم امروز لذت ارضا را به او بدهم.

در حالی که مشاور از روانکاو می‌خواهد سیر افکار خود را آزاد بگذارد، بلند فکر کند - امری که با تداعی آزاد نباید اشتباه گرفته شود - روانکاو به سهم خود در جنگ دوسویه پی می‌برد. در حالی که او کاری انجام داده، مانع بیمار نیز شده است. بجای آنکه اول منتظر تکوین چیزی باشد، می‌خواسته، مانع از آن شود که بیمار چوب‌ها را نابود کند. روانکاو در ادامه می‌گوید که او خیلی تمایل دارد

این درمان با موفقیت طی شود. روشن است که روانکاو جایگاه خنثی خود را ترک نموده، اینکه بیمار چیزی را که او ساخته، نباید خراب کند.

سوپروایزر در گام بعدی اشاره‌ای به موضوع ترک‌شدگی می‌کند که ضمن مطالعه صورت‌جلسه با آن برخورد کرده بود. مشخص می‌شود که روانکاو با وجود اشارات مستقیم بیمار به "ترک‌شدگی"، "درماندگی"، "تنها"، این موضوع را نشنیده است. مرور جلسه البته او را به یاد این موضوعات می‌اندازد، اما بازتاب هیجانی در وی نمی‌یابد که این موضوعات در جلسه مهم بوده‌اند.

ر: من در این جلسه بیش از حد مسیر خودم را می‌پیمودم. پس از آنکه در این جاده قرار گرفتم، انعطاف‌پذیری برای خروج از آن را از دست دادم.

مشاور: شما از این نظریه حرکت می‌کردید که او ابژه را می‌سازد و سپس آن را نابود می‌کند. به نظر من این پویایی وجود دارد: بیمار از استقلال زیاد صحبت می‌کند. شما نتوانستید موضوع رقابت و موفقیت را به درستی منتقل کنید، در حد ساختگی ماند. با این وجود، موضوع شما در یک تعامل بوجود آمد و به تعامل نیز ختم شد: بجای همکاری و شادی مشترک برای توفیق به دست آمده، شما وارد یک مبارزه دوسویه شدید. شما نمی‌خواستید به او اجازه دهید که آنچه را که او، یا هر دوی شما ساخته بودید، خراب کند. اما بیمار احساس تنهایی می‌کرد، و این موضوع را با مثال پسرش نشان داد که نمی‌خواست او را در حین نواختن ارگ تنها بگذارد، اما مجبور بوده او را ترک کند.

ر: الان می‌دانم چرا خوب گوش ندادم: من به چیز دیگری فکر می‌کردم، به این فکر نمی‌کردم که او نمی‌تواند ببیند که پسرش به تنهایی می‌نوازد، بلکه به این که او می‌بالد که باید آنجا باشد، چون قرین با موفقیت او خواهد بود. این بدان معناست که او نمی‌تواند ببیند پسرش به تنهایی می‌نوازد، چون امکان شریک شدن در توفیق پسرش را از خود سلب نموده و نمی‌تواند با موفقیت پسرش همانندسازی کند.

برای مشاور این افکار تأیید استنباط خود بود که روانکاو به فکرش رسید و در همانجا ماند، چون خودش با توفیق جلسه درمانی همانندسازی شدید نموده بود، مثل بیمار به عنوان پدر پسر. مشاور در بخش بعدی گفتگو سعی می‌کند این استنباط را غنا بخشد.

مشاور: ایده غرور در یک رابطه معمولی پدر و پسر جنبه‌های مثبت و منفی دارد. می‌توان بطور مشترک به خود بالید، اما می‌توان به رقابت با هم نیز پرداخت و اینگونه واکنش نشان دهد: "من می‌خواهم این کار را خودم برای خودم انجام دهم، چون تو لذت اینکه من این کار را به تنهایی انجام دهم را در من همیشه نابود می‌کنی."

ر: بله، در یک جای جلسه، بیمار گفت: "اگر اینجور بود که از تحقیر شما لذت می‌بردم، باید دیوانه باشم."

مشاور: بله، و شما گفتید: شما باید از من به عنوان یک درمانگر خوب استفاده کنید. اما چنانچه بیمار توفیق شما را بشکل افراطی تجربه کند، در این صورت وارد گود مبارزه خواهید شد. گمان می‌کنم - برای آنکه افکارمان را در یک تصویر خلاصه کنیم - ما با یک تصویر برخوردی متفاوت داریم. من روی پویایی رابطه پدر - پسر متمرکز می‌شوم: او پدر خود را کشته است و باید همواره به دنبال پدر جدیدی باشد، تا اینکه بتواند زمانی که حال او خوب است، برنده شوند. اما به علت طردشدگی، آرزوی استقلال با سرخوردگی و خشم توأم شد.

ر: نکته جالب در این گفتگو برای من، کشف مجدد تئوری خودم است که او البته ممنوعیت ایجاد شده توسط مرا پذیرا شد، اما در عین حال عصبانی بود و تلاش می‌کرد از ممنوعیت ایجاد شده عبور کند. اکنون کنجکاوم ببینم آیا تخته چوب‌ها را پائین می‌کشد یا نه؛ امیدوارم برای هر دو حالت آمادگی لازم را داشته باشم.

تفسیر: برای مشاور روشن شد که در ابتدا و تا آن زمان که روانکاو توانست به دیدگاه‌های دیگر نیز برسد، یک جنگ دوسویه در جریان بوده است. روانکاو در پی آرزوی خود جهت تجربه حس موفقیت، برای بیمار ممانعت ایجاد کرد و بدین ترتیب از جایگاه خنثی خود خارج و وارد یک جنگ دوسویه با بیمار شد.

۲-۱۰ نظریات فلسفی درباره یک "جلسه خوب"*

جلسه ۱۱۵ در بخش قبلی که مربوط به مشاوره می‌شد، چنان پیش رفت که روانکاو را به یاد رهیافت "جلسه خوب" (کریس ۱۹۵۶) آورد. مقایسه یک جلسه "بد" با یک جلسه "خوب" در جایی دیگر انجام گرفته است (لوبر و تومه ۱۹۸۸).

مایلیم نظر خواننده را به یک جنبه خاص مطلب نقل شده جلب کنیم.

برای عمل و پژوهش روانکاوی، حضور و درگیر شدن طرف سوم، یعنی دانشمندانی از رشته‌های دیگر که نسخه‌های دیالوگ‌های روانکاوی را بررسی کنند، بی‌نهایت پرثمر است.

◀ بدین ترتیب پژوهش فرایندی تجربی بر یک پایه و اساس منطقی قرار می‌گیرد.

◀ بالاخره فیلسوفان نیز می‌توانند به متن‌های روانکاوی بپردازند، بدین ترتیب بررسی‌های علوم الهی - معنوی درباره روانکاوی به دوره معاصر و نزدیک به پدیده‌ها سوق داده می‌شود.

* Theoretical Remarks About a "Good Hour"
Philosophische Überlegungen zum Problem einer "guten Stunde"

◀ افکار و رفتار روانکاوی ما توسط همکاری‌های بین‌رشته‌ای که درباره نوشته‌ها صورت می‌گیرد، تقویت می‌شوند.

تفسیر پائینی که توسط یک فیلسوف انجام گرفته یک نمونه آموزنده است. در اینجا یک جلسه "خوب" بررسی می‌شود که همچنین به جلسه "نقطه عطف" معروف است. برای فهم این مطلب که یک جلسه چقدر خوب است، باید روشن شود که تغییرات مثبت بیمار در آن جلسه به چه میزان بوده است. در اینجا باید عواملی را تعیین کرد که از جنبه علیتی برای تغییرات مثبت مهم هستند. مفهوم "جلسه خوب" را باید حداقل از دو نظر توضیح داد:

● نخست باید توضیح داد که ارتباطات تعاملی خوب و تجربیات ناشی از آن در جلسات روانکاوی چه هستند، مثلاً اینکه تداعی‌ها و افکار بیمار و تفاسیر روانکاو مکمل یک‌دیگراند و بیمار حس می‌کند خوب درک شده است (کریس ۱۹۵۶، پیترفریوند ۱۹۸۳).

● نقطه نظر دوم که باید بطور خاص مورد توجه قرار بگیرد، مربوط به تغییرات بهبودبخش بیمار است که توسط تعامل با روانکاو مشاهده می‌گردد. در اینجا نمی‌توان نادیده گرفت که تعاملات ناموفق با روانکاو - مثلاً احساس عدم درک شدن - آن هنگام به تغییرات بهبودبخش منتهی می‌شوند که نبود همدلی به موضوع دیالوگ تبدیل می‌گردد.

چنانچه تفاوت این نقطه نظر را بدانیم، می‌توان سنتز جدیدی از آن‌ها استخراج نمود. خطر سنتزهای سطحی آن است که تکوین مؤلفه‌های توانمندی‌هایی را که می‌توانند به یک جلسه خوب روانکاوی منجر شوند، فقط در بیمار جستجو کنیم. منظور ادغام روانی، مشاهده خویش و پسرفت کنترل شده است. مقاله کریس و نیز اظهارات پیترفریوند عمدتاً بر جنبه‌هایی که به بیمار مربوط می‌شوند، تأکید می‌ورزند. در اینجا این سوال مطرح می‌شود که آیا توانمندی‌هایی که زمینه‌ساز جلسه خوب روانکاوی می‌شوند، با توانمندی‌هایی که در زمینه‌های دیگر زندگی لازم است، ارتباط دارند یا نه.

تلاش می‌شود که از زوایه توصیفی و علیتی، خوب یا بد بودن جلسات مشخص شود و نیز اینکه چه چیز باعث تغییرات معنادار در نزد بیمار می‌گردد. درباره نظرات علیتی باید احتیاط بخرج داد، زیرا متشکل از فرضیه‌هایی هستند که باید مورد سنجش واقع شوند. مثلاً نمود یک جلسه بد آن است که روانکاو دانش بیمار درباره علایم خویش را نادیده انگاشته، بلکه قصد آن داشته باشد که نگرش‌های بدیل خویش را به وی تلقین نماید. برعکس روانکاو نحوه کنار آمدن با علایم را بدینگونه توسعه می‌دهد که بیمار بتواند عناصر تاریخچه‌ای خویش را با یک‌دیگر ادغام نموده و یک چشم‌انداز معقول عاطفی - شناختی از آن بوجود آورد.

احتمالاً برای پیشرفت مثبت بیمار، هم سبک / ارتباطی روانکاو و هم تفاسیر وی مهم هستند. "تکنیک دراماتیکی"، به‌عنوان سبک ارتباطی روانکاو، نوع قابل توصیه‌ای از رفتار درمانی است.

آقای آرتور Y که بررسی‌های زیر مربوط به آنالیز وی می‌شود، از دوران جوانی دچار وسواس فکری بوده است. برجسته‌ترین قسمت افکار بیمار در این فکر وسواسی است که فرزندان خود را باید به قتل برساند. قتل فرزندان خویش برای او بدتر از مردن است، این در حالی است که افکار وسواسی وی به رفتارهای دفاعی منتهی می‌شوند: "فقط زمانی که این یا آن کار را انجام دهی، مانع از آن می‌شود که فرزندان خودت را به قتل برسانی." بدین ترتیب او برای مدت‌های طولانی از خداوند جباری می‌ترسید که در صورت عدم اطاعت از وی، او را مجبور به قتل فرزندان خواهد کرد. ب: گویی خدای رحمان... یک افسر اس/اس است،... که اگر به شکل کاملاً رسمی به وی سلام نکنی، مرا... مرا به مرگ محکوم خواهد کرد و یا شاید بدتر... اگر یکی از فرزندانم را می‌کشتم، این بدتر از مرگ است.

جلسه ۱۱۵ را می‌توان به عنوان نقطه عطف درمانی توصیف نمود. تغییرات مثبت در زندگی بیمار چشمگیر است. او با حالت مضطرب-مأیوس و با روحیه قربانی بودن به جلسه می‌آید و به حالت رهاشدگی از آن می‌رود. آقای آرتور Y تقریباً نحوه بیان شاعرانه کسب کرده بود. در حالی که تا آن زمان خشم او از اینکه باید در برابر خشونت شر سرتسلیم فرود آورد، به علامت او محدود می‌شد، اکنون نوسان بین خشم و استیصال به رابطه اساسی او با چهره‌های اقتدارگرایانه معطوف می‌شد. تجربه علامت در موقعیت‌هایی اتفاق می‌افتاد که مناسب به نظر می‌رسید. برای آنکه بتواند با روانکاو صحبت کند: بیمار احساسات خود را دوباره کشف کرد. فرضیه روانکاو آن است که موضوع مربوط به تعارضاتی است که بیمار بوسیله دفاع بیمارگونه در برابر آن واکنش نشان داده است.

تفسیر: ما در این جلسه بر نکاتی تمرکز می‌کنیم که فکر می‌کنیم به رشد و پیشرفت بیمار کمک کرده‌اند. چنین فرض می‌کنیم که موتور تغییر در کسب بینش بیمار نسبت به شخص خودش قرار ندارد، بلکه آقای آرتور Y به سبب نقش تحریک‌کننده روانکاو به نقطه‌ای کشانده می‌شود که در موقعیت‌های پرفشار بلحاظ هیجانی واکنش‌های مطلوب از خود نشان دهد. در اینجا با نوعی خاص از بینش مواجه هستیم: بیمار به درک مناسب از شرایط خود دست می‌یابد.

روانکاو در اینجا مثل یک کارگردان رفتار می‌کند و بیمار را تشویق می‌کند نقش‌هایی را که به خاطر می‌آورد ایفا کند؛ او اینکار را بوسیله توسعه دراماتیک آنچه در دست بازیگر است انجام می‌دهد.

بیمار از جراح سردمزاجی تعریف می‌کند که در ۹ سالگی لوزه‌های او را عمل کرده بود. بیمار ترس داشته و می‌خواسته آب دهانش را قورت دهد، اما جراح به وی گفته، دهانت را باز نگه دار.

د: آها، آنجا خون زیادی می آید.

ب: بله.

د: اینکه آدم همیشه قورت می دهد و می ترسد که خفه شود، اینکه آب یا خون از گردن بگذرد.

● اشاره به آب به این خاطر به ذهنم رسید، چون بیمار یک بار واقعاً در موقعیت خطرناکی قرار گرفته بود. او نزدیک بود غرق شود.

د: قیچی که او با آن شما را عمل کرد و تقریباً شما را به مرز خفگی برد. اینگونه هست، زمانی که خون از آن پشت آن به حلق می ریزد، در گردن. اگر خون را به صورت او بپاشی، باید از عصبانیت بیشتر او ترسید.

ب: بله، وقتی فکر می کنم، چطور آدم باید از خودش دفاع کند؟ درست آن است که مقابله به مثل شود.

د: بله، شما ابزار آن را دارید، قیچی یا اشیاء تیز دیگر.

ب: چنین افکاری سریعاً مَهر ممنوع می خورد.

د: این افکار به واسطه موقعیت نیز ممنوع اعلام می شود.

ب: و وقتی آدم آن را سرکوب و سرکوب می کند، از جایی دیگر بالا می زند- قیچی. آنجایی این فکر می آید، الان فکری به ذهنم رسید. اگر من به عنوان یک بچه ۹ ساله، نزدیکترین چیز را به صورت او می کشیدم، در تصورات یک پسر بچه ۹ ساله، مرا از بین می برد.

د: اگر شما چاقویی را بردارید که او با آن تکه تکه می کند.

ب: اگر از خودم دفاع کنم، او کار مرا تمام می کند، همه چیز تمام می شود. در این صورت پایان کار است، دقیقاً همان چیزی که من امروزه از آن هراس دارم.

د: بله.

ب: چون اگر من هم با قیچی چنین کاری کنم، فاتحه من نیز خوانده است، کار تمام می شود، برای همیشه.

د: بله، در قیچی شما جراح قدرتمند، افسر اس اس، هیتلر هستید، خدای رحمان با چاقو، در هیئت کودکان نحیف، شما کودک می شوید، شما قربانی هستید.

ب: بله، بله.

د: البته منظور شما بچه های خودتان نیست، نظر شما قدر قدرتی است که البته آنقدر ترسناک است که نمی توان چاقو را به سمت او نشانه گرفت، چیزی که روی چیزهای به ظاهر ساده تأثیر دارد، مثلاً اجازه ندارید از من به عنوان روان درمانگر انتقاد کنید.

ب: من شما را تا الان خوب درک کرده‌ام و شما می‌گوئید، منظور شما بچه‌های خودتان نیست.
ر: بله.

ب: مخالفان و دشمنان من. من نمی‌خواهم این تصویر از ذهنم پاک شود که اضطراب‌اتم مربوط به فرزندانم نمی‌شود، بلکه مربوط به دشمنی می‌شود که جرأت مقاومت در برابر او را ندارم. وقتی به این موضوع بیشتر فکر می‌کنم مشخص می‌شود که مثلاً وقتی شما از افزایش دستمزد خود صحبت می‌کنید، چنین حسی در من ایجاد می‌شود.

اکنون آرتور Y مملو از احساس انتقام و درماندگی است. همان بیماری که تاکنون در سیستم قربانی منفعل بود، با اربابان زورگوی متعدد در قالب منولوگ‌های دراماتیک تسویه حساب می‌کند؛ با پدرش که تلاش نکرد او را درک کند و او را بدذات و شیطان تربیت کرد و بدون خداحافظی به جنگ رفت، بیمار می‌گفت دوست دارم با اسلحه به پدرم حمله کنم؛ با آموزگار دگرآزار که عضو اس اس بود و می‌خواست او را زیر ضربات شمشیر هلاک کند. از مادرش دلگیر است که درباره ایام کودکی‌اش او را فریب داده است. بالاخره او به روانکاو حمله می‌کند که او را زیر فشار اعتراف قرار داده است. او روانکاو را سرزنش می‌کند که روح انتقامی را در وی بیدار کرده که دیگر نمی‌تواند به انجام رساند. بیمار سرزنش خود را در تصویری به نمایش می‌کشد که ضمن آن مردی نمی‌تواند خودارضایی کند، چون دست ندارد.

ب: بله، تمام این چهره‌ها ظاهر و زنده می‌شوند، و از این طریق خشم بی‌نهایتی در من شعله‌ور می‌شود، از چه کسی می‌توانم انتقام بگیرم؟ کسی دیگر نیست. این به فکرم رسید: چه فایده‌ای دارد که خودم را تحریک کنم، وقتی نه زنی دارم و نه ۲ دست که خودم را ارضا کنم.
ارزشیابی

◀ چه چیزی این جلسه را به یک جلسه خوب تبدیل می‌کند؟

◀ چگونه می‌توان درک و استنباط از یک جلسه خوب را مستدل نمود؟

◀ نقطه عطف چه تأثیراتی دارد؟

سه ویژگی مهم یک جلسه خوب درمانی را در پائین بطور اختصار بحث می‌کنیم.

بهبود چشم‌انداز به گذشته و اکنون خویش

آقای آرتور Y قادر نبود تا جلسه عطف، ارزش‌هایی را که برای او مهم بودند در بیوگرافی خود بکار بندد. او از جنبه فکری، اما بیش از آن از جنبه تجربی، برداشتی از سرگذشت زندگی خویش داشت که در تناقض با تصویر خود ایده‌آلی امروزی وی قرار داشت.

ما کودکی را که در برابر رفتار بد، مضطرب و به هم ریخته واکنش نشان می‌دهد، درک می‌کنیم. اما هنگامی که یک فرد بزرگسال موقعیت‌های ناراحت‌کننده‌ای تجربه می‌کند، انتظار داریم که او نسبت به شخصی که چنین رفتاری با وی کرده، عصبانی و خشمگین باشد. به نظر ما نباید با کودکان رفتار ناشایست داشت، نباید آن‌ها را زجر داد، همچنین باید فضای عرض اندام و بازی در اختیار آنان قرار داد و نباید از آن‌ها به عنوان سنگ صبور استفاده کرد. آقای آرتور Y نیز در مقابل فرزندان خود چنین رفتاری دارد. اما او نمی‌تواند سرگذشت زندگی خود را از همین منظر بفهمد. آنچه رخ می‌دهد، خشم و عصبانیت درباره رفتار ناخوشایند با خود نیست، بلکه شکوه و شکایت از آنکه قربانی شده است. نحوه تفکر قربانی بودن در موقعیت‌های جاری خود را بیشتر نشان می‌دهد. حتی شک نسبت به این موضوع که فردی که در سلسله مراتب اجتماعی فرای او قرار گرفته، ممکن است از او انتقاد کند، وی را دچار حملات پانیک نموده، زیرا فکر می‌کند نابود خواهد شد. او قادر نیست میان سلطه‌گری ارادی و خواسته‌های مشروع تفکیک نماید.

این که جلسه به یک نقطه عطف درمانی تبدیل شد، بخشاً مدیون آن است که آقای آرتور Y نه تنها در بُعد فکری از تجاوز به حریم حقوق اساسی و عدم شناسایی به‌عنوان کودک شکایت کرد، بلکه حس می‌کرد که این حقوق از وی ربوده شده و آن را به‌عنوان یک فقدان حیاتی تجربی می‌کرد که با خشم در مقابل آن واکنش نشان می‌دهد. واکنش‌های عاطفی او نه تنها در رابطه با گذشته خویش مطلوب‌تر شده بود، بلکه در رابطه با درمانگر نیز پیشرفت حاصل شده بود؛ و این نیز نه فقط از نگاه مشاهده‌گر، بلکه همچنین از نگاه خود او. بیمار در جلسات قبلی برخی حملات پانیک نسبت به روانکاو نشان داده بود. ویژگی این موارد در تناقض میان قضاوت عجولانه و قضاوت عاقلانه بیمار نهفته بود. او می‌فهمید که روانکاو با دستمزد خود نه می‌خواهد و نه می‌تواند بیمار را نابود کند، اما به لحاظ ذهنی خواسته روانکاو را تهدیدی برای زندگی خود محسوب می‌کرد. برعکس، سرزنش‌های او در مورد روانکاو در جلسه خوب، ناشی از پانیک نبود. او روانکاو را مورد ملامت قرار داد که وی را تحت فشار اعتراف قرار می‌دهد. همچنین سرزنش او مبنی بر اینکه روانکاو حس انتقامی را در وی زنده کرده، در حالی که نمی‌تواند ابژه‌های نفرت را در اختیار بیمار بگذارد، درست بود. تصویری مردی که نه دست دارد و نه همسر بسیار گویا است.

رهایی و فضای بزرگتر در رفتار با خود و با دیگران

یک جنبه‌رهایی در نحوه صحبت خلاق، در تصاویری که مبین احساسات متراکم هستند، تبلور می‌یابد.

در جلسات اخیر تفکر قربانی بودن بیمار چشمگیر بود. او حس می‌کرد تعقیب می‌شود، به او حمله می‌کنند و در مقابل خدایی تسلیم شده که حتی می‌تواند از او بخواهد فرزندان خودش را به قتل

برساند. برعکس در این جلسه، طغیان علیه وسواس، طغیان علیه جراح و مادر و نظیر آن مشهود بود. این طغیان علیه جبر یا وسواس، حاوی عناصر رهایی بخشی است. او دیگر نمی‌خواهد از درون و بیرون تسلیم جبرهایی بشود که به نظرش مطلوب نیستند.

رهایی فقط طغیان علیه جبر نیست، بلکه در توانمندی رفتار متناسب با اوضاع خویش نیز است، آنگونه که توکنهات (۱۹۷۹) مطرح نموده است. توانمندی بحث در درباره موقعیت گفتگوی کنونی در جلسه عطف بوجود می‌آید. بیمار نه تنها می‌تواند در قالب بازی به دنیای کودک‌کی خویش وارد شود، بلکه قادر می‌شود درباره آن صحبت هم بکند. او فقط به‌عنوان بچه خودش را تجربه نمی‌کند، بلکه به‌عنوان بزرگسالی که می‌تواند درک کند که سوءرفتار در ایام کودک‌کی چگونه بوده است. این جنبه بازیگرانه مانع از آن نمی‌شود که وی کودک‌کی خویش را جدی‌تر از قبل بگیرد. وقتی او ایام کودک‌کی را طبق آن چیزی می‌سنجد که باید باشد، سرشار از خشم می‌شود، همزمان به استیصال و درماندگی می‌افتد، هنگامی که باید با آنچه واقعیت داشته، کنار بیاید. "آنچه پدرم کرد، بی‌عاطفگی محض بود." او از خودش سوال می‌کند: "من الان با حس انتقام خودم چه کنم، چون ابژه‌های انتقام دور از دسترس قرار دارند؟"

بیمار بر خلاف جلسات قبلی، واکنش‌های عاطفی پیرامون فضای گفتگو را در سخنان خود ادغام کرد. اکنون چهره‌های تخیلی رهایی از وسواس نموده‌های واقعی به خود می‌گیرند. بیمار درک از نقش خود در شرایط درمانی را بیان می‌کند. برای او روشن می‌شود که تسلیم نقش‌های کلیشه‌ای شده است. او اکنون سوال می‌کند آیا باید این وضعیت را ادامه دهد و یا با روان‌کاوی رفتار دیگری را در پیش بگیرد. او در اینجا از وضعیت منفعلانه انجام وظایف، از شیوه‌های رفتاری قبلی خارج و به توانمندی تفکیک نقش‌ها نائل می‌شود.

ایجاد باورهای سازنده با کمک تجربه علامت

آقای آرتور Y علامت خود را به‌عنوان مبارزه علیه سرسپردگی تجربه می‌کند که فراقدرتی تهدیدکننده و اضطراب‌آور از او می‌خواهد. بیمار اکنون این تجربه را جهت توصیف وضعیت عاطفی خود در درگیری با سرکوبگران خویش بکار می‌بندد.

یادآوری می‌کنیم که روان‌کاوی در "جلسه بد" (نک ۱-۱۰) تلاش کرد، تجربه علامت بیمار را با تشابهی که در تجربه زندگی داشت، روشن کند. او در آنجا رابطه بیمار در نقش‌بندی چوب‌ها را با رابطه او نسبت به آزاردهندگان یکی انگاشت. در جلسه خوب، تجربه علامت جاری بیمار را در حالی که سعی داشت یادآوری شرایط زجردهنده را بلحاظ عاطفی زنده کند، پرثمر ساخت.

تکنیک دراماتیک یا الگوی صحنه در درمان روان‌کاوی. در جلد مبانی در ۳-۴ فرایندهای درمانی را با آنچه در صحنه رخ می‌دهد مقایسه کردیم. در اینجا روان‌کاوی و بیماران ایفای نقش نموده و به

مشاهده یک‌دیگر می‌پردازند. روانکاو در کنار انتظارات نقشی و همراهی بازیگرانه، عملکرد دستیار کارگردان و تماشاگر را نیز به عهده دارد. هدف اصلی در اینجا آزمودن نقش‌هایی است که بیمار جسارت ایفای آن‌ها را نداشته است.

روانکاو در آن جلسه عطف، این برنامه را متحقق کرد. او تخیلات خویش را معطوف به آن کرد که صحنه‌های خون‌آلود عمل لوزه را که بیمار در باره آن صحبت کرده بود، به وی نشان دهد. روانکاو جزئیات خونین عمل جراحی لوزه را از کجا می‌شناسد که بیمار را به آنجا می‌کشاند تا خود را جای یک کودک ۹ ساله قرار دهد؟ البته روانکاو نمی‌تواند از جزئیات عینی شناختی داشته باشد، اما بلحاظ فرهنگی آنچنان به بیمار نزدیک است که می‌تواند به ترسیم آن صحنه روی آورد. در الگوی صحنه، موضوع آن نیست که تجربیات زندگی بگونه‌ای بازسازی شوند که واقعیت داشته‌اند. موضوع فهم این مطلب است که بیمار تصور کند که زمانی که با یک کودک ۹ ساله چنین رفتاری شود، وی چه حالی خواهد داشت.

اشارات روانکاو درمانگر: جای خوشحالی است که یک دانشمند بی‌طرف بیرونی به تفاسیری دست می‌یابد که در الگوی صحنه انعکاس یافته و اینک از تکنیک دراماتیک سخن می‌رود. عمل لوزه مرا به یاد کشیدن دندان در بزرگسالی می‌اندازد که طی آن خون زیادی در حلق و دهان جمع شده و "آب تا گلوی من بالا آمده است." من با منظور از این استعاره استفاده می‌کنم، زیرا مثل تمام تشبیه‌ها، طیف وسیعی از تجربیات را پوشش می‌دهد. زبان استعاره درمانی بر شدت تجربیات می‌افزاید. در یادآوری توصیف‌شده من هنوز بر اوضاع کاملاً مسلط بودم، من به دندانپزشک نگران هیچ علامتی ندادم، زیرا می‌خواستم یک موقعیت مرزی را تا انتها امتحان کنم. در موقعیت‌های دیگر دوران کودکی‌ام اما مثل بیمار درمانده بودم. خواننده می‌تواند به راحتی قطب‌بندی میان قدرت و استیصال را حس کند. تئوری روانکاوی درک پیدایش ساختارها و پیش‌زمینه‌های ناخودآگاه را تسهیل می‌سازد. مثلاً نماهای خودِ ناخودآگاه در زبان رویا، بیان تصویری پیدا می‌کنند. ظالم و مظلوم، خودآزار و دگرآزار لازم و ملزوم یک‌دیگرند. این دانش، احیای تفسیری اجزای خودِ انکار و تجزیه شده در بیمار را امکان‌پذیر می‌نماید. شاید جزو محدودیت‌های شخصی من باشد که معنای یک صحنه در رابطه با انگیزه‌ها و ساختارهای ناخودآگاه را پس از تعمق فراوان درک کرده و می‌توانم تفسیر کنم. توصیه‌های کارگردانی برتولت برشت در پائین را اجرا می‌کنم و در این ارتباط مفهوم "تکنیک دراماتیک" را مناسب می‌دانم.

برای روشن کردن شیوه رفتاری روانکاو، ۳ شکل نگارش تاریخ را از یک‌دیگر تفکیک می‌کنیم: یک وقایع‌نگار به این بسنده می‌کند که بگوید، چه بود. تاریخ‌نگار دوم مایل است از دیدگاه امروزی، رخدادهای تاریخی را ارزیابی نموده و با چشم‌انداز خود نسبت به تاریخ، به دنبال مقاصد

توضیحی باشد. سومی تلاش دارد، تصور کند که زندگی در آن ایام برای او چگونه می‌توانسته باشد- این روشی است که معمولاً نویسندگان و بازیگران در پیش می‌گیرند.

روانکاو بیمار خویش را نسبت به سرگذشت خود در جایگاه آخر قرار می‌دهد. برخلاف یک مورخ، که بطور آزمایشی به عقب باز می‌گردد، برخلاف بازیگر که نقش وی با کف زدن تماشاگران پایان می‌پذیرد، بیمار بطور اجتناب‌ناپذیری از تاریخ و سرگذشت خود رنجور است که از مسیر جبر تکرار علایم، اکنون وی را در چنبره خود گرفته است.

بنابراین از دید تاریخی، موقعیت روانکاو بوسیله یک حرکت مخالف رقم خورده است. از طرفی وضعیت کنونی بیمار استمرار گذشته است، از طرف دیگر باید به او کمک شود، آن را در پرتو اکنون تاریخچه زندگی بازنگری کند (مارتن ۱۹۸۳).

به بیمار گفته نمی‌شود که "شلوار خراب کن بینوایی" باشد که قبلاً بوده است، بلکه او باید با تصوراتی که /مروزر درباره برخورد با کودکان دارد بفهد، ایفای نقش این کودک آزرد، برای او چگونه خواهد بود.

روانکاو در توصیه‌های کارگردانی خویش شبیه به برشت است. برشت می‌گفت، بازیگر نباید دید خود را نسبت به آن کسی که می‌خواهد در نقش او ظاهر شود، پنهان کند. اگر بازیگر نقش یک پادشاه را ایفا می‌کند، نباید به خود و تماشاگران این تخیل را منتقل کند که گویی او پادشاه است، بلکه باید نقش را بازی و از دید خود نسبت به این نقش اعلام موضع نماید.

مزیت تکنیک دراماتیک آن است که کاربرد تصورات ارزشی بر شخص خود را تقویت می‌کند، ارزش‌هایی که در قضاوت دیگرانی که در موقعیت مشابه بسر می‌برند، نمایان خواهند شد. عصبانیت زنده شده بیمار زمانی ممکن می‌گردد که وی موقعیت قبلی خود را به نفع نگرشی ترک نماید که در مقابل فرزندانش برای او قابل درک باشد. او می‌تواند خود را به‌عنوان یک کودک آزاردیده و جوانی که فریب خورد ببیند، همانگونه که او می‌توانست فرزندان خود را در شرایط مشابه ببیند.

این تغییر چشم‌انداز فقط بوسیله تکنیک دراماتیک قابل حصول نیست، حداقل در کوتاه مدت. چگونه می‌شود انسانی که علامت فکر وسواسی او مبنی بر به قتل رساندن فرزندان خویش برایش حائز اهمیت است، از دست یک جراح عصبانی شود؟ او چگونه می‌تواند با اعتماد به نفس آسیب دیده، حتی در تخیل خویش علیه آزاردهنده ایام کودکی خود قیام کند؟ به همین خاطر تکنیک دراماتیک باید با تفاسیری همراه باشد که اعتماد به نفس بیمار را تقویت می‌کند. روانکاو این کار را بدین صورت انجام می‌دهد که بیمار را بوسیله تفسیر آرام نموده و وی را مطمئن می‌کند که افکار قتل مربوط به فرزندان او نمی‌شود، بلکه متوجه افرادی است که او را آزار داده‌اند.

ما آن بخش دیالوگ را یک بار دیگر نقل می‌کنیم تا بر آن تأکید کرده باشیم.

د: بله، در قیچی شما جراح قدرتمند، افسر اس اس، هیتلر هستید، خدای رحمان با چاقو، در هیئت کودکانه نحیف، شما کودک می شوید، شما قربانی هستید.

ب: بله، بله.

د: البته منظور شما بچه های خودتان نیست، نظر شما قدر قدرتی است که البته آنقدر ترسناک است که نمی توان چاقو را به سمت او نشانه گرفت، چیزی که روی چیزهای به ظاهر ساده تأثیر دارد، مثلاً اجازه ندرید از من به عنوان روان درمانگر انتقاد کنید.

تفسیر: افکار قتل به فرزندان خود منتقل شده اند، زیرا او جرأت نداشت این افکار را به کسانی که در موقعیت فراقدرت نشسته بودند منتقل کند. این تفسیر بیمار را آرام می کند و او سعی دارد آن را بخاطر بسپارد. بر این مبنا او می تواند با آزاردهندگان خویش تسویه حساب کند. این تفسیر که طبق آن او نباید خودش را به عنوان انسان بدی که مستحق سوء رفتار است ببیند، دارای ۲ قسمت است: یک قسمت حاوی این مطلب است که بیمار خود را هم به عنوان قربانی و هم به عنوان آزاردهنده همانندسازی می نماید. به همین دلیل است که او زمانی که نسبت به حال خوب خود آگاهی می یابد، می ترسد فرزندان و در نتیجه خودش را به هلاکت برساند. دلیل آن است که او به عنوان آزاردهنده، قربانی خودش است. او قاتل بدل خودش است. این قسمت تفسیر، همانگونه که در جای دیگری (۲-۸) نشان داده شد، اساس تئوریک روانکاو بود. آقای آرتور Y از قسمت دوم تفسیر این استفاده را می کند: افکار به قتل رساندن به آزاردهندگان وی مربوط می شوند و نه به فرزندان او. فرزندان خود را در آن تصور جای داده اند، چون او از درگیر شدن با فراقدرت می هراسد.

اگر می گوئیم این تفسیر آثار شفابخش داشته، به ۳ دلیل زیر است:

● آگاهی بیمار نسبت به این موضوع که این تفسیر برای او با اهمیت است. او این تفسیر را مهم ارزیابی می کند، بیمار این تفسیر را فقط با رضایت خاطر پذیرا نمی گردد و آن را به وضوح مفید ارزیابی نمی کند، بلکه آن را توسعه داده و شفاف می سازد

● یک ارتباط موضوعی میان این تفسیر و موضوع گفتگوهای بعدی وجود دارد. موضوع تفسیر منطبق بر موضوع اصلی جلسه است. مبارزه علیه دشمنان، آموزگار دگرآزار، جراح و غیره، به محتوای مرکزی جلسه تبدیل می گردد. اینکه افکار کشتن وی در حقیقت به این دشمنان مربوط می شود، محتوای تفسیر را تشکیل می دهد.

● یک ارتباط معنایی میان پیشرفت بیمار در این جلسه خوب و تفسیر ارائه شده وجود دارد: روشن است که بیمار تا زمانی که فکر می کند افکار کشتن فرزندان خود را دارد، نتواند به راحتی با خشم سوء رفتاری روا شده بر خود، ایام کودکی را تفسیر کند. اگر او قادر باشد که زشت ترین کارهایی را که به ذهنش می رسد انجام دهد، پس آنچنان بد و سوء رفتار حقش است. کودکی او می تواند در این

راستا تفسیر گردد که جانپان غریزی، قربانی شرایط خویش بوده‌اند. اما پیش شرط خشم درباره سوءرفتار آن است که او برای خود چنان ارزشی قائل باشد که سوءرفتار با خود را با عصبانیت پس زند.

اشارات روانکاو درمانگر: نقطه نظرات تئوریک و تکنیک درمانی، انگیزه من برای این تعبیر بودند. من به این مسئله باور دارم که منظور آقای آرتور Y از فرزندان خود، اشخاص نیستند، بلکه فرزندان به عنوان چهره‌های نمادین درماندگی و استیصال عمل می‌کنند. البته در تجربه و بویژه در ابعاد ناخودآگاه، اشخاص مشخص از محتوای نمادین خویش جدا نیستند. در این معنا بیمار همچنین فرزندان خویش را هم مد نظر دارد. اما برای دستیابی به تفکیک درازمدت میان نماد و شخص واقعی، من به نفی روی آورم تا برای بیمار نوعی فاصله ایجاد کنم، حتی با وجودی که می‌دانم این فاصله ممکن است برای کوتاه مدت حفظ شود.

بطور ناخودآگاه فرزندان بیمار همپراز همشیره‌های جوان او، بویژه برادر کوچکترش تلقی می‌شوند که تولد او باعث بی‌اختیاری مدفوع تحقیرآمیز وی شد. اشارات زیادی حاکی از آن است که آرزوی مرگ متوجه همشیره‌ها می‌گردد. بازگشت به ریشه خشم و احساس گناه برخاسته از آن، خشم را از بین نمی‌برد، اما درک علایم غریب و هولناک را میسر می‌سازد. از زاویه تکنیک درمانی، کاهش فشار کوتاه مدت، فضای تعمق ایجاد می‌کند. مضافاً آنکه من گمان می‌کنم که افکار وسواسی به این خاطر متوجه فرزندان محبوب او گردیده، زیرا او بدینوسیله همزمان یک مانع بزرگ در برابر محرک‌های مخرب نفرت خویش ایجاد می‌کند. این نفرت از ایام کودکی - چون تجزیه شده، اما از تداوم آن کاسته نشده بود، و با جزئی‌ترین ناراحتی در زندگی روزمره بوجود می‌آمد - انباشته می‌شد. این تنفر قربانی درمانده‌ای است که نمی‌تواند در برابر ظالم حتی یک علامت مقاومت از خود نشان دهد. وقتی تا حد بی‌هوشی کتک می‌خوری، نمی‌توانی حتی یک فکر ناخودآگاه را دریابی. بعدها در زندگی و یا گرفتار در چنبره علامت وسواس می‌توان تناسب دگرآزارانه - خودآزارانه را چرخاند: فرزندان نماد درماندگی کودک خویش می‌شوند و در عمل شنیع و زجرآور می‌توان با نماد قدرت همانندسازی کرد، با پسرچه‌های کوچکی که شلوار خراب کن را مسخره می‌کردند، با مادر و پدر، با آموزگار دگرآزار، با هیتلر، با افسران اس اس و با خداوندگان انتقام که اطاعت محض را مبین عشق می‌داند و آن را حکم می‌کند.

تفسیر: از دیدگاه صوری سوالی که بیمار را نگران می‌کند این است: آیا افکار قتل در مورد فرزندان خود دارم، این سوال دو حالت دارد:

● "آیا افکار وسواسی من متوجه فرزندانم هستند؟"

● "آیا آرزوی قتل فرزندان خودم را دارم؟"

پاسخ سوال اول مثبت است. بیمار با افکار وسواسی و اظهارات کلامی خویش فرزندان خویش را مورد خطاب قرار می‌دهد. این همان چیزی است که وی را نگران کرده است. اما سوال دوم برای وی خیلی نگران کننده‌تر است. این همان سوالی است که روانکاو آن را نفی می‌کند. افکار وسواسی نباید به عنوان آرزوی قتل فرزندان خویش برداشت شوند. بیمار در انتخاب افرادی که در اظهارات خود به آن‌ها اشاره می‌کند، اشتباه نمی‌کند، اما او در انتخاب ابژه‌های امیال خویش در اشتباه است. حقیقت تفسیر: آیا تمایلات قتل آقای آرتور Y متوجه دشمنان است یا فرزندان محبوب خود؟ آیا او از بیم فراقدرتی دشمن افکار قتل را به فرزندان خود انتقال داده است؟ موضوع حقیقت در پائین مربوط به اظهارات درمانگر نمی‌شود، بلکه از برداشت قابل فهم و اظهار شده توسط بیمار که آرزوی قتل فرزندان خود را ندارد.

حقیقت یک تفسیر بطور کلی منوط به نکات زیر است:

◀ اگر موفق شویم که توسط تفسیر، انبوه اظهاراتی که ظاهراً انگیزه‌شان روشن نیست را در یک ارتباط منظم و قابل فهم با یک دیگر قرار دهیم (معیار انسجام و عقلانی)،

◀ اگر تفسیر با فرضیه پیدایش تأیید شده، همخوانی داشته باشد (معیار نحوه شکل‌گیری).

اگر این معیارها را مبنا قرار دهیم، مشخص می‌شود که لااقل یک جزء شکل‌گیری علامت را باید در آنجایی جستجو کرد که بیمار می‌خواهد از تصویر خویش قاتل بودن دوری بجوید. ممکن است او ناخودآگاه خود را چنان شرور می‌پندارد که می‌ترسد فرزندان محبوب خود را به قتل برساند. می‌توان براحتی فرض نمود که بیمار در افکار خود، خاطرات مربوط به همشیره‌های خویش را با تصوراتی که از فرزندان خود دارد، مخلوط می‌کند. چنانچه یک رابطه مشخص به ابژه‌های دیگر انتقال داده شود، حاوی این مطلب نیست که ابژه‌های انتقال با اظهارات زبانی مرتبط به آن مد نظر نیست. در این مورد، روانکاو در تفسیر خویش، بیمار را متوجه این مطلب نمی‌گرداند که وی فرزندان خود را با همشیره‌ها مقایسه می‌کند، بلکه این فکر برای بیمار مهم می‌شود که پرخاشگری او در اصل متوجه مرجع فراقدرت است.

تئوری علامت روانکاو:

علایم ارضای به تأخیر افتاده و ناقص امیال و آرزوهای ممنوع و سرکوب شده است.

این فرضیه با تفسیر نقل قول شده از روانکاو همخوانی دارد: بیمار در تخیلات ناخودآگاه خویش با کسی که او را عذاب می‌دهد همانندسازی لذت‌جویانه و رفتار او را تقبیل کرده است.

شخص با کمک علامت تلاش دارد بر یک موقعیت ضایعه‌ای غلبه پیدا کند. اشخاص بطور ناخودآگاه توسط علامت خویش تلاش دارند، نادرستی اظهارات ناخودآگاه و بیمارگونه خویش را به اثبات رسانند.

این گفته را می‌توان همچنین تحت نکته دوم جمع‌بندی کرد. شخصی در حالی که می‌کوشد، عدم صحت تفسیر موقعیت ناخودآگاه را ثابت کند، تلاش می‌کند بر یک موقعیت دشوار غلبه کند. دو نکته آخر با توضیح علامت پائین همخوانی دارند: بیمار می‌خواهد این نکته را پنهان کند که او خود را آنچنان بد می‌بیند که قادر است فرزندان خود را به قتل برساند. او تلاش می‌کند به خود و دیگران ثابت کند که آنقدرها هم بد نیست، چون در برابر وسوسه‌های قتل و سواسی خویش مقاومت بخرج می‌دهد.

بافتارهایی وجود دارند که الگوهای متفاوت توضیح علامت روانکاوی، همدیگر را تکمیل می‌کنند، و نیز بافتارهایی که در تضاد با یکدیگر قرار می‌گیرند. در اینجا همدیگر را تکمیل می‌کنند، زیرا همانندسازی با پرخاشگر، می‌تواند هم به عنوان تلاشی جهت غلبه بر شرایط دشوار و هم به معنای ارضای غیرمستقیم آرزوهای مخرب تلقی گردد. فرضیه در این مورد آن است که دفاع توسط همانندسازی با پرخاشگر، شرایط غیرقابل تحملی برای بیمار ایجاد می‌کند که سعی دارد با ایجاد علامت بر آن چیره گردد.

عملکرد علامت، پوشاندن تصویر خویش منفی است. افکار قتل و سواسی، بیمارگونه و منفک از بدیهیات بیمار است (یعنی او خود را به عنوان فردی معرفی می‌کند که افکار قتل برایش کاملاً بیگانه هستند).

◀ **معیار انسجام:** بیمار به علت مسائل کاملاً جزئی احساس گناه دارد، در عین حال فکر می‌کند همه قصد می‌گیری از او را دارند. مثلاً او در حرفه خود موفق و زرنگ است، اما هر بار که رئیس‌اش به او تلفن می‌کند، دچار ترس‌های پانیک می‌شود. غالب گفته‌ها در بخش ۱۰ ساعتی آنالیز به این مربوط می‌شود که بیمار می‌ترسد، ویران و نابود شود، یا آنکه می‌ترسد برای چیزی که کاری از دستش بر نمی‌آید مقصر باشد؛ مثلاً در تصادفی که او فقط نظاره‌گر آن است. او خسته نمی‌شود که به خود و روانکاو بگوید که به دلایل بسیار ناچیز و غیرضروری با اضطراب و احساس گناه واکنش نشان می‌دهد. این امر می‌تواند عملکرد آن را داشته باشد که نشان دهد، اگر فقط واکنش‌های بلاواسطه و غیرمنطقی وی وجود نداشتند، در حقیقت همه چیز منظم و مرتب می‌شد.

◀ نشانه دیگر فرضیه اعتماد به نفس مختل، طرز تفکر و رفتار قربانی بودن بیمار تا جلسه عطف است. او توانست تمام آزارهای روا شده بر خود در دوران کودکی و جوانی را به یاد آورد، اما این یادآوری توأم با اضطراب بود و نه خشم. چنانچه انسان تصویری منفی از خود داشته باشد، متناسب با

آن تصویر، رفتار بد را حق خود می‌داند. حداقل آن است که انسان حق خود نمی‌داند که با او رفتار معقول و مطلوب بشود. این اما پیش‌شرط آن است که سوءرفتار موجب بروز خشم گردد.

◀ **معیارهای ژنتیکی:** از زاویه ژنتیکی نیز شواهد زیادی به نفع فرضیه اعتماد به نفس مختل بیمار وجود دارد. اینکه تقبل نقش‌ها به‌عنوان یک عامل یادگیری اجتماعی مهم عمل می‌کند، مورد تردید نیست. واضح است که بیمار رفتاری را با خود دارد که دیگران نسبت به او دارند، یعنی او انتساب‌های بد دیگران را که پیوسته انجام می‌گرفته درونی‌سازی می‌کرد.

جمع بندی. شواهد زیادی به نفع این وجود دارد که علامت به منظور دفع مقاصد قتل، ایجاد شده و نیز این هدف را دنبال می‌کند که به بیمار اثبات کند که آنگونه که فکر می‌کند، بد نیست. این فرایند دفاعی باعث یک تصویر خود منفی می‌گردد. بیمار ناخودآگاه، خود را چنان بد می‌بیند، همانگونه که آزاردهنده خود را نسبت به خویش بد و منفی می‌دید. او حتی از او نیز پیشی می‌گیرد، زیرا خود را آنقدر شرور می‌پندارد که قصد کشتن فرزندان خود را دارد. شکل‌گیری علامت را می‌توان به‌عنوان تلاشی از جانب بیمار تلقی کرد که این تصویر خودِ کشنده را پنهان ساخته و با آن مخالفت ورزد. او افکار و سواسی را چنان تجربه می‌کرد که گویی با آرزوها و نگاه او به خود ربطی ندارد. مقاومت موفق در برابر فرامین قتل دلیل آن به‌شمار می‌رفت که تکانش‌های کشتن، پایه و اساس ندارند.

بینش و توفیق درمانی

بر طبق تفسیر روانکاو درمانگر، همانندسازی با پرخاشگر، نوعی مکانیزم دفاعی است که مانع از آن می‌شود که بیمار خشم خود از سرکوبگران را تجربه کند. آیا می‌توان چنین نتیجه گرفت که توسط تفاسیر باورهای نادرست به بیمار منتقل شده است؟

در پیوند با نظریات خود درباره تکنیک دراماتیک به نتایج دیگری دست یافتیم.

◀ ما تردید داریم که هدف از تفاسیر، آگاه‌سازی بی‌حد و حصر درباره ریشه‌های یک علامت است. بیشتر از آن باید بر دلایل و ریشه‌هایی متمرکز شد که می‌توانند تغییرات شفا بخش ایجاد کنند. هدف آن است که در تفاهم با بیمار، بینش درباره موقعیت زندگی بیمار به وی منتقل گردد. علایم حاصل فرایندهای دفاعی، یعنی تلاش‌های ناموفق برای غلبه بر موقعیت‌های ضایعه‌بار هستند. در موردی که ارائه دادیم، تجربه علامت مبتنی بر سرکوب و استیصال انباشته شده در طول زندگی بود. با کمک تکنیک دراماتیک این تجربه زندگی به بافت پیدایش آن برگردانده شد. بیمار باید بالاخره

امکان آن را به دست آورد که در برابر موقعیت‌های فشار و بی‌عدالتی نه با مکانیزم‌های دفاعی، بلکه با اعتماد به نفس و حق خویش در تعیین سرنوشت خود روبرو گردد.

◀ برای نیل به این هدف مهم است که به بیمار تفهیم کنیم که او خودش حاصل یک فرایند دفاعی است و بنابراین تصویر مخدوشی از خود حمل می‌کند. او هنگامی که آرزوی قتل فرزندان خود را دارد، با متجاوزان همانندسازی می‌کند. او هرگز جرأت آن را پیدا نکرد که خشم و مقاومت خود را در مقابل فراقدرت سفاک نشان دهد. باید برای بیمار شرایطی مهیا کنیم که بتواند بدون دفاع، ضایعه‌های انباشته شده خویش را ببیند. تفسیر، ابزاری جهت کسب بینش نسبت به شرایط است. تغییرات شفابخش در بیمار از جمله شامل بینش نسبت به موقعیت خویش است. مفهوم "تغییرات شفابخش" بخشاً مترادف با "کسب بینش" تعریف شده است. بدین ترتیب ارتباط مفهومی میان توفیق درمانی و کسب بینش برقرار می‌گردد. باید بررسی شود که جلسات موفق درمانی تا چه با زندگی موفق بیرون از جلسات ارتباط دارند.

◀ در کنار دیدگاه بدون مکانیزم‌های دفاعی درباره موقعیت خویش، منظور از کسب بینش درباره موقعیت خویش، تغییرات ارزشی و عاطفی است. بیمار در جلسه عطف از آزاردهندگان خویش عصبانی و خشمگین می‌شود، این عصبانیت مطلوب است. تغییرات ارزشی فقط از طریق فرایند آگاه‌سازی ایجاد نمی‌شود. این تغییرات برخاسته از تلاش جهت بازسازی تجربیات واقعی نیست. آنچه بیشتر اتفاق می‌افتد، جاری شدن تصورات ارزشی بیمار بزرگسال در تصویر خویش است. این موضوع مثلاً درباره تصوراتی که درباره کودکی و جوانی ابراز می‌گردد، نشان داده می‌شود: احتمالاً او به علت آنکه به سنگ صبور مادرش تبدیل شده بود، نیز رنج می‌کشید. اما اینکه او در جوانی نقش یک مشاور مسئولیت‌پذیر را ایفا کرده و بدین طریق جوانی خود را هدر داده بود، چیزی که از آن ناخشنود بود، برای او روشن نبود. یک نمونه دیگر: داستان علامت بیمار حاکی از آن بود که او تکانش‌های قتل در برابر مربیان دگرآزار خود داشته است. اما این بزرگسال است که مفهوم دگرآزاری را درک نموده و می‌تواند درباره رفتار نامطلوب آموزگار خود قضاوت کند.

بازسازی گذشته از دید کنونی تا حدود زیادی ضروری است. انسان‌ها نمی‌توانند بطور ارادی از تمام علایق و مفاهیم ارزشی خود دست بردارند. اما در اینجا با تفاوت‌های درجه‌ای مواجهیم. انسان یا می‌تواند از دیدگاه امروزی خود صرف نظر و تصور کند که یک شخص در گذشته چگونه بوده است، یا آنکه می‌تواند ترسیم کند که از نگاه امروزی در گذشته چگونه واکنش نشان می‌داد. تکنیک دراماتیکی، بیان صحنه‌ای تعارضات از نقطه نظر ارزشیابی مطلوب را زمینه‌سازی می‌کند.

فرهنگ ما تحت تأثیر طرز فکر مغرب زمین قرار دارد و ترکیبی از مذهب یهودی-مسیحی، فلسفه یونانی و جهان‌بینی رومی را به نمایش می‌گذارد. محتوا و شکل این فرهنگ، احساس، عواطف و فکر افراد را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهد، حتی نزد آنانی که مذهبی نیستند. زبان و سیستم ارزشی ما از این سنت فرهنگی اشباع شده است. هر فرد در یک واقعیت روان-اجتماعی زندگی می‌کند که اجزاء ذهنی و عینی آن توسط همین فرهنگ تعیین شده‌اند. در استنباط از واقعیت جمعی و فردی، یک سیستم ارزشی، مذهب، وجود دارد، زیرا واقعیت باید تعبیر و تفسیر گردد، که البته همزمان به انحاء گوناگون تعبیر شده است. قابل ذکر است که حتی سیستم ارزشی بی‌دینان تا حدود زیادی از محتوای ۱۰ فرمان تأثیر پذیرفته است. در جامعه ما کلیساهای توسط نمایندگان خود، یعنی کشیشان، محتوای دین مسیحیت را اشاعه می‌دهند. البته تصاویر یزدانی همیشه و بر حسب تجربیات انسان‌ها، رنگ و بوی فردی دارند. آن‌ها همچون مذهب و انسان، تغییر می‌کنند.

نقد مذهب که در قرن گذشته مخصوصاً توسط فویرباخ، مارکس، نیچه و فروید دامن زده شد، از تئوری فرافکنی پیروی می‌کند که طبق آن تمام تصاویر یزدانی ساخته و پرداخته دست انسانی است. نقد مذهب در تمایلات روشنگرانه خویش، به برطرف کردن و اضمحلال مذهب نظر داشت. به موازات عصر روشنگری، سیستم‌های ارزشی و تعبیری مذهبی رنگ باخته و جهان‌بینی‌های غیرمذهبی و ایدئولوژی‌ها بر افراد و جوامع حاکم شدند. سیستم‌های پوچ‌انگار نیز نوعی تعبیر واقعیت را به دست می‌دهند.

عملکرد این سیستم‌های معنایی-تعبیری؛ یعنی عملکرد مذهب، اسطوره، ایدئولوژی برای زندگی گروه‌ها، جوامع، ملل و افرادی که در این بافتارها زندگی می‌کنند، از زوایه روانکاوی قابل بررسی است. این امر هم در مورد تصویر یزدانی است که هر فرد دارد و هم شامل آن چیزی می‌شود که به او منتقل شده و یا فرد برای خود ترسیم کرده است.

اینکه محتوای باورها، عملکردهای روانی متفاوتی دارند، به سادگی قابل رؤیت است. در مذهب مسیحیت، فیستر (۱۹۴۴) در کتاب خود ترس و مسیحیت از عهده نشان دادن عملکردهای مسیحیت برآمد. او نشان داد که یک تصویر یکسویه از خدا، یعنی خدای مجازات‌گر، چگونه موجب پیدایش اضطرابات نرووتیک می‌گردد. فروید (۱۹۲۷) در *آینده یک خیال* به تسویه حساب با همه مذاهب پرداخت، فیستر (۱۹۲۸) با چرخاندن عنوان کتاب به *خیال یک آینده* به فروید جواب داد و او را

* Religiosity
Religiosität

متهم کرد که به یک جهان‌بینی علمی مبتلا شده است. فروید این نظر نسبت به خودش را مایه افتخار می‌دانست. آثار فروید مبتنی بر روشنگری علمی است که همواره فقط به حقیقت‌های موقت دست می‌یابد.

آیا استاد الهیات فیستر، اکنون حرف آخر را در برابر فروید روانکاو می‌زند، زیرا بعد از اسطوره‌زدایی از اعتقادات، ایدیولوژی‌ها و اسطوره‌های جدید ایجاد شده‌اند؟ فروید حقیقتاً توانمندی انسان در شناسایی خردورزانه واقعیت را زیاد نمی‌دانست و به همین خاطر در نوشته‌جات خود به دلگرمی‌های مذهبی، به‌ویژه اعتقاد به زندگی پس از مرگ بهای زیادی می‌داد. فروید برخلاف نیچه، اشتیاق انسان برای داشتن تکیه‌گاه‌های اعتقادی را جدی می‌گرفت. او از زاویه متدیک، رابطه میان روانکاوی و مذهب را توسط عبارت معروف زیر بیان کرد:

"اگر بتوان از کاربرد رویکرد روانکاوی، دلیلی علیه حقیقت محتوایی مذهب به دست آورد، طرفداران مذهب با همان حق می‌توانند از روانکاوی استفاده کنند تا اهمیت هیجانی آموزش‌های مذهبی را پاس گذارند" (C ۱۹۲۷، ص: ۳۶۰).

مزیت این امر به اثبات رسیده که در کلیه مشکلات مذهبی بر اصول خویش پایبند باشیم و از این نقطه نظر، اهمیت هیجانی تصورات مذهبی و عملکرد اعتقادات در زندگی افراد در بستر حیات جمعی آن‌ها را بررسی کنیم.

در این حال در بسیاری موارد با معنای فرافکنی در ایجاد تصاویر یزدانی برخورد می‌کنیم. اتفاقاً کشف فرافکنی انسانی در تصورات قدرقدرتی در فکر و تجربه سحری، اسطوره‌ای و مذهبی بود که فروید به پیروی از فوئرباخ در نقد مذهب خویش به آن توجه خاص می‌نمود. برخی توضیحات مقدماتی در این زمینه لازم به نظر می‌رسد.

ایده فرافکنی و دلایل آن. ایده فرافکنی و استدلال آن به قرن ۱۹ و فوئرباخ بر می‌گردد. فوئرباخ توضیحی "ژنتیکی-انتقادی" از مذهب ارائه می‌دهد و می‌گوید:

مذهب خود آگاه نخستین و غیرمستقیم انسان‌ها را تشکیل می‌دهد. بنابراین مذهب همه جا قبل از فلسفه به وجود آمده است، هم در تاریخ بشریت و هم در تاریخ افراد. انسان موجودیت خود را قبل از آنکه در خود بیابد، به خارج از خود انتقال می‌دهد. وجود خود در ابتدا به عنوان موجود دیگری عینیت می‌پذیرد. مذهب ذات کودکانه بشریت است؛ اما کودک موجودیت خود را بیرون از خود می‌بیند- انسان به عنوان کودک در انسان دیگر عینیت می‌یابد. به همین خاطر استمرار در مذاهب در

این است که آنچه در مذاهب قبلی به عنوان چیز عینی معتبر بود، اکنون به عنوان چیز ذهنی، یعنی آنچه به عنوان خدا پنداشته و نیایش می شد، به عنوان پدیده ای / انسانی شناخته می شود. . . به همین خاطر هرگونه پیشرفت در مذهب به معنای شناخت عمیق از خود است (به نقل از شنایدر ۱۹۷۲، ص: ۲۵۱).

به اعتقاد شنایدر، فوئرباخ تصورات مذهبی را بر مبانی انسان شناسی استوار می نمود که طبق آن انسان از بدو تولد آن را از خود نمی داند، بلکه در پیکر فرضی یا واقعی بیرون خویش که این خصوصیات را بر او فرافکنی نموده، می شناسد. فوئرباخ و سپس فروید مذهب را ذات کودکانه بشریت می نامند و بدین ترتیب می گویند که کودک، وجود خود را ابتداءً در چهره والدین دریافت می کند. فیلسوف به همین خاطر راز دعا و نیایش را اینگونه توضیح می دهد که یک کودک "در پدر احساس قدرت، . . اطمینان از برآورده شدن خواست های خود را می بیند" و می گوید: قدر قدرتی که انسان در دعا به او پناه می برد، . . در حقیقت چیزی دیگری مگر فراقدرت قلب و احساس نیست، چیزی که همه حد و مرزهای عقلانی را در می نوردد و فراسوی همه مرزهای طبیعت به پرواز در می آید. بطور خلاصه می توان گفت:

منشأ، جایگاه و اهمیت مذهب فقط در مرحله کودکی بشریت قرار دارد (نقل از شنایدر ۱۹۷۲، ص: ۲۵۲).

فوئرباخ ذات اصلی مذهب را در انسان شناسی جستجو می کرد. فروید چرخش انسان شناسانه در نقد مذهب را مجدانه در روانکاوی استمرار بخشید، بدین صورت که محتویات مذهبی و اسطوره ای را، با قاطعیتی بیشتر از فوئرباخ، به مراحل زندگی کودکانه ربط می داد. به نظر گرونهاوم (۱۹۸۷) نقد مذهب روانکاوانه ابعاد تازه و مهمی به گفتمان وارد کرد، بدین ترتیب که محتویات اعتقادی مشخصی از تابوهای مبنی بر تاریخچه زندگی استخراج و روشن گردیدند. در این تقلیل فروید به یک اسطوره برخورد کرد: افسانه ادیپ.

بررسی شکل گیری تصاویر یزدانی و کشف فرافکنی از طرفی به انتقاد از حقیقت فاش شده مسیحیت و اسطوره زدایی و از جانب دیگر و همزمان به اسطوره زایی منجر گردید.

نقش روانکاوی. روانکاوی در این فرایند تاریخی به انجا گوناگون سهمیم بوده است. در این جا به اختصار چند نکته را مطرح می کنیم:

◀ **فروید نظریه/ی** درباره پیدایش و شکل‌گیری اسطوره‌ها، مذاهب و ایدئولوژی تبیین نمود. او به‌عنوان یک روشنگر، **اصل/واقعیت** را طرح نمود که شامل دنیای واقعیت‌ها می‌شود و پذیرش آن شرط عقل و عقل عملگرایانه است. به نظر فروید جهان‌بینی علمی به شناخت ارتباط میان واقعیت‌ها و در نتیجه حقیقت می‌انجامد که به نوبه خود غلبه واقع‌بینانه بر زندگی را امکان‌پذیر می‌کند. در این راستا، واقعیت در برابر توهم و حقیقت در برابر فریب گذاشته می‌شوند. اما دنیای اسطوره‌ها و اعتقادات سرشار از تخیلات و توهمات است. تاریخ تقابل منطق و اسطوره به فلسفه یونان قدیم بر می‌گردد (دوپره ۱۹۷۳).

◀ فرایند اسطوره‌ای از منظر اصل واقعیت، عمدتاً از نقطه نظر مکانیزم‌های دفاعی نگریسته می‌شود. جونز (۱۹۱۹) با تکیه بر نمونه شاخص دفاع، یعنی انکار، از بدو روانکاوی تأکید داشت که آموزه‌های روانکاوی پیرامون نماد، به یک مفهوم محدود از نماد بسنده کرده است. تئوری روانکاوی اهمیت فراگیر اشکال نمادین در فکر و رفتار انسانی را پوشش نمی‌دهد.

وارد کردن مفهوم نماد روانکاوی در فلسفه اشکال نمادین (نک براون و همکاران ۱۹۸۸)، درک روانکاوانه از تجربیات مذهبی را تعمیق می‌بخشد.

تأثیر درمانگر. مثل همه یکسونگری‌ها، ارجاع محتویات مذهبی به ریشه‌های تجربیات احساسی کودکانه، نقاط ضعف و قوت خود را دارد. در فرایند رهایی از تصورات کودکانه درباره یزدان، قرار نیست احساسات مذهبی در هیچ حل شوند. با حل تصاویر یزدانی اضطراب‌آور ممکن است محتویات اعتقادی دیگری بوجود بیایند.

به عنوان روانکاو صلاحیت آن را نداریم که درباره سیستم‌های اعتقادی بر مبنای حقیقت نهفته در آن قضاوت کنیم. اما چنانچه دیدگاه انسان‌شناسانه فروید را مبنا قرار دهیم، می‌توانیم پرسیم که کدام محتویات اعتقادی برای یک انسان مطلوب بوده، یعنی با وجود او هم‌نواپی دارند، نیز اینکه کدام یک از آن‌ها در تضاد با وی بوده و تأثیرات زندگی‌ستیز بر وی می‌گذارند.

امروزه همه مذاهب و جهان‌بینی‌ها کم و بیش باید بپذیرند که در معرض قیاس قرار می‌گیرند، از جمله آنکه چه سهمی در زندگی رضایت‌بخش فردی، بین‌گروهی و بین‌فرهنگی ایفا می‌کنند. روانکاو بر پایه نگرش‌های مذهبی و جهان‌بینی خویش، بطور مستقیم یا غیرمستقیم بر بیماران خود تأثیر می‌گذارد. پس آن هنگام که موضوعات ارزشی در عمل روانکاوی جاری می‌شوند، روانکاوی نیز باید بپذیرد که سیستم ارزشی او مورد مطالعه و بررسی قرار بگیرد. همانگونه که فروید تأکید داشت، ارزش‌های انسان‌دوستانه باید یکی از ارکان نظری و عملی روانکاوی را تشکیل دهد.

گشاده‌روی. روانکاو درمانگر در نمونه پائین‌ابایی نداشت که تصویر یزدانی بیمار را به فرافکنی مرتبط سازد. با وجود آنکه وی بدین ترتیب روی "یخ الهیات" قدم گذاشت، فقط تا اندازه‌ای "لیز"

خورد. او به تصورات عامیانه خویش درباره الهیات منفی پایبند ماند. برداشت او چنین است که تمام اظهارنظرات انسانی درباره خدا و اینکه او چگونه است، بهرحال به او نمی‌رسد و اینکه از جانب دیگر غیرممکن است تصویر یا تشابهی از او بدست آورد. این نگرش باعث گشاده‌روی بزرگی در برابر تمام عواطف مذهبی می‌گردد. اینکه آیا یک کافر آماده است اشتیاق به پدر سرکوب شده خویش را به زبان آورد، یا آنکه طرفدار یک فرقه مذهبی می‌خواهد، ریشه‌های ناخودآگاه عملکرد اعتقادات آخرت خویش را در ارتباط با نابودی دنیا بررسی کند، موضوعات تکنیک درمانی هستند که ما نمی‌توانیم در اینجا وارد جزئیات آن بشویم

مهم آن است که گشاده‌رویی حضور داشته باشد، بگونه‌ای که طرفداران کلیه سیستم‌های ارزشی بتوانند از خدمات روانکاوی بهره‌مند گردند.

بروز جنبه‌های مذهبی در آنالیز. مشکلات مذهبی در آنالیز به‌ویژه موقعی که موضوع گناه مطرح است، بروز می‌کنند. غالباً می‌توان در مبحث پیدایش احساس گناه به شکل‌گیری فراخود استناد ورزید. مخصوصاً بیماران افسرده، بدون آنکه دلیل واقعی برای این کار وجود داشته باشد، احساس گناه دارند. توبه و عفو، در جایی که احساس گناه ناخودآگاه با اهداف سرکوب شده عجین شده‌اند، کارآیی ندارند. در این گروه بیماران نقش درونی‌سازی والدین مجازات‌گر و تصاویر یزدانی که منطبق با والدین می‌باشند کشف گردید. محل تلاقی الهیات و روانکاوی در نقطه گذار از احساس گناه به گناه واقعی قرار دارد (بوبر ۱۹۵۸).

محتویات مذهبی مخصوصاً در بیماران مبتلا به نوروز و سواسی مشاهده می‌شود. اشکال بیمارگونه روانی آداب و سواسی، معمولاً با خرافات و افکار سحرآمیز پیوند خورده‌اند. اضطراب‌ها و احساس گناه، نیز آرام کردن موقتی آن‌ها بوسیله افکار و رفتارهای وسواسی تا بدان حد پیشرفت می‌نمایند که رفتارهای عادی روزمره را فلج می‌کنند. محتوا و شکل نوروزهای وسواسی بستر مقایسه عملکرد آداب در زندگی روانی فردی با سیستم‌های اعتقادی فراگیرتر را فراهم می‌کنند.

از نقطه نظر روانکاوی موضوع اصلی بررسی تأثیر باورهای مسیحی و روایات انجیل بر اضطراب‌های نرووتیک بیماران است.

مشکلات مذهبی در عمل روانکاوی عمدتاً نزد انسان‌هایی بروز می‌کند که یا توسط مذهب و یا نمایندگان آن آسیب دیده‌اند. این امر در مورد آقای آرتور Y اتفاق افتاده بود. به همین خاطر با تغییر علائم، تصاویر یزدانی نیز متحول می‌شوند. اینکه اگر تصورات کودکانه و سحرآمیز اثربخشی خود بر افکار و عواطف را از دست دهند، چه چیز از احساسات مذهبی باقی خواهد ماند، موضوعی است که هم اساتید الهیات و هم روانکاوان در مورد آن اتفاق نظر ندارند (گی ۱۹۸۷، گونگ ۱۹۸۷، مایسنر ۱۹۸۴، کورواین ۱۹۷۸، وانگ ۱۹۸۹).

تاریخچه بیمار، آقای آرتور Y که در بخش‌های ۴-۶ و ۲-۸ تشریح شد، بیانگر آن است که در علایم و سواسی وی، محتویات و انگیزه‌های مذهبی نقش غالبی دارند. آقای آرتور Y خارج از محدوده علایم و سواسی خود نیز روانکاو را با موضوعات و سوالات مذهبی، نظیر عدالت پروردگار و همنوایی تصاویر یزدانی گوناگون با یک‌دیگر درگیر می‌کرد. سرگذشت ابراهیم و اسحاق نمونه قربانی کردن غیرقابل فهم و ناپسندی بود که به نظر بیمار عاری از عشق و مهر است. نمونه پائین مربوط به مرحله بعدی درمان است و بیمار تا آن زمان آزادی درونی بیشتری به دست آورده بود. به خاطر اهمیت مطلب در بخش ۲-۳-۱۰ موضع یک متخصص الهیات با عنوان "روانکاو روی یخ الهیات" ارائه می‌شود. در آنجا به بخشی از سخنان بیمار پرداخته می‌شود که گفته بود کشیشان برای پرهیز از قدم گذاشتن روی یخ، از طرح پاره‌ای مسائل اجتناب می‌ورزند. اظهارات روانکاو پیرامون انتقال متقابل خویش، نااطمینانی او درباره مشکل افکار موهن درباره خدا آشکار می‌سازد. تفاسیر قسمت پائین زمانی درج شد که اعلام موضع الهیاتی نوشته شده بود. بنابراین این قسمت به بخش تفسیر نشده جلسه درمانی مربوط می‌شود.

آقای آرتور Y تأکید می‌کند که هنوز با احساسات خود مبنی بر ادعای قدرت و خشونت درگیر است. برای روزهای متمادی حالش بسیار خوب است و قابل مقایسه با دوران قبل نیست، اما شاید بیشتر به علت فراموش کردن (اضطراب) باشد، برخی مواقع برای چند لحظه، چند دقیقه یا چند ساعت عود می‌کند. در باره موضوع اضطراب خیلی چیزها عوض شده، او به یک پایه و اساس محکم رسیده است، او می‌تواند اکنون سخاوتمند باشد، بدون آنکه فوراً تصورات ورشکستگی در وی بروز کند. اما اضطراب هنوز به شکل پنهان وجود دارد.

دو موضوع اساسی هنوز آقای آرتور Y را نگران می‌کند: خشونت و سکسوالیته. بیمار درباره اعتقادات مسیحی صحبت و سوال می‌کند که جنگ رقابت روزانه، کسی را از چیزی محروم کردن و یا حتی کسی را از نان بریدن تا چه حد با ایده‌آل‌های مسیحیت همسویی دارد؟ یکی از همکاران اخیراً زمانی که او این سوال را مطرح کرده به او نگاه تعجب‌آمیز نموده و گفته: "از قابلیت‌هایی که خداوند به انسان داده باید استفاده کرد، و اگر از این طریق علائق خود را به کرسی بنشانی، امری خلاف مسیحیت انجام نداده‌ای." او به همکار خود باید حق بدهد. جامه مسیحی "به نزدیکترین فرد خود مهر بورز" را نمی‌توان همه جا پوشید. تصور یک دنیای بدون خشونت واقعی نیست. تمایل

* The Image if God as Projection
Das Gottesbild als Projektion

برای ارتقا به سمت بالا در همه جای طبیعت به چشم می خورد. همه گیاهان در نور رشد می کنند. هر کدام همراهی نکند، پژمرده می شود. مشکلات مذهبی او را ناراحت می کردند. او در شب کریسمس نمی توانست شام بخورد: "چند سال پیش فکر کردم، اگر موقع خوردن شیرینی به اضطرابات خودم فکر نکنم، همه چیز درست شده است."

آقای آرتور Y گزارش خودش را با شام آخر تکمیل می کند. وقتی شیرینی را خوردم، به مغزم رسید: قاتل، سرش را از بدن جدا کن. به خودم فکر می کردم. بعد توانستم افکارم را منحرف کنم و به پایان ببرم. "چند روز پیش نیز وقتی در آرامش و همنوایی به آن صحنه شام شب فکر کردم، همین حالت به من دست داد."

موضوعات مذهبی در کانون توجه بیمار باقی مانده است.

ب: جشن کریسمس، یادبود هارمونی است، اما چند روز بعد روز استفان است، یک داستان وحشتناک، سنگسار کردن استفان مقدس، که از شهر رانده شد. خدا مرگ صلیبی پسرش را تأیید کرد تا در حالت آشتی بسر برد. تربیت غیرمذهبی ام در من احساسی ایجاد کرد که دنیا سرد و بی رحم است، اما این دنیا با طبیعت من سازگار نبود. زمانی که نازی ها سرنگون شدند و به خاطر فرصت طلبی مادرم روانه کلیسا شدم، تعجب کردم که وارد دنیایی شده ام که در آن پذیرفته می شوم و اجازه دارم بترسم. کشیش سالخورده به خوبی با من همراهی کرد. اما در مدرسه این احساس خوب ادامه نیافت. اما در مدرسه شبانه روزی من با یک نماینده رعب انگیز خدا آشنا شدم.

بیمار در مدرسه شبانه روزی به ۲ نماینده برخورد کرد، یکی مشمئزکننده، تنفرانگیز و هم جنس گرا و دیگری یک دگرآزار خشن بود. او به گفته ای از شیلر فکر می کند: "با ایجاد رعب و وحشت به درون خزید، هیولا آمد" - آن مرد اینگونه به نظرم می آمد. اینگونه بود که تصویری شیطانی از خدا در من بوجود آمد."

بیمار می خواست چند قصیده دیگر از "غواص" شیلر بخواند، اما نکرد، چون می ترسید من فکر می کنم می خواهد "پژ" دهد.

من بیمار را متوجه این مسئله می کنم که او قصد داشته از شیلر بخواند، اما چون نمی خواسته به عنوان کسی که فخرفروشی می کند، دیده شود، از این کار منصرف شده است. او می گوید وقتی بیشتر به تاریخ نگاه می کنم، به موضوع قدرت بر می خورم، و نه فقط به قدرتی که از بیرون می آید، به نمایندگان خشن تصویر یزدانی، بلکه به اشتیاق خودم نسبت به قدرت که برای اثبات خودم در برابر فراقدرت، مایلم از آن استفاده کنم.

بیمار جرأت می کند به هیولایی که در کمین او نشسته نزدیک شود.

ب: با این هیولا زمانی می‌توان دست و پنجه نرم کرد که خود آدم قدرتمند باشد، در این صورت به اندازه صاحبان قدرت، قدر خواهید شد، مثل قاتلان و خدای پدر که مانع کشته شدن پسرش بالای صلیب نشد.

● در یک سکوت کوتاه موضوع عدل، یعنی توجیه خداوند در برابر این ایراد که به عنوان آفریننده جهان، باید پاسخگوی بی‌عدالتی‌ها در دنیا نیز باشد، از ذهن عبور می‌کند. چه کسی مسئول شر در این دنیا است؟ آزادی انسان چه جایگاهی دارد؟ بعداً پاره‌ای پیشنهادات فلسفی و دینی درباره حل مشکل عدل را مطالعه می‌کنم. اما در این لحظه با یادآوری سبک تربیتی خود، انتقال متقابل شدیدی وجودم را فرا می‌گیرد. من حس می‌کنم که در پس این بیان منفی، یعنی خداوند مانع نشد، تخیل ناخودآگاه مثبتی نهفته است. او اجازه داد پسرش کشته شود= او در کمال قدرت خودش کشته است. بر خلاف یک مقاومت درونی بزرگ که نکند در اینجا به مقدسات خدش‌های وارد کنم، فکر می‌کنم به نمایندگی از جانب بیمار باید افکار او و نیز خودم را به اتمام رسانم.

ر: چنانچه این سلسله افکار را به پایان برسانیم، بدان معنا است که خداوند پسرش را کشته است. بیمار شوک‌زده شد و همزمان احساس آرامش می‌کند که روان‌کاو این افکار را به روشنی بیان نمود. ب: باید این حرف را به یک کشیش بگوئید. او با صلیب بر فرق شما می‌کوبد. ر: وقتی آدم زجر می‌کشد، ممکن است فکر انتقام پیدا شود. شما نمی‌خواستید اینگونه باشید، نمی‌خواستید خدای انتقام‌جو باشید، اما همزمان می‌خواستید چنین باشید. همانگونه که شما می‌گفتید، کشیش صلیب را بر سر من خواهد کوبید. قربانی شدن مسیح باعث پاک شدن و بخشش گناه آدمیان خواهد شد.

ب: ارتباط دادن این موضوعات به هم کار مشکلی است.

ر: پسر اطاعت می‌کند: اراده من نه، آنچه تعیین‌کننده است اراده تو است.

ب: بدیهی است که آدم از خودش سوال می‌کند که چطور در ۲۰۰۰ سال پیش انسان‌های زیادی جذب این موضوع شده و از سر اطاعت برآمدند. بله، آدم نمی‌تواند خداوند اعظم را با انگشتان خود لمس کند. من هرگز جرأت آن را نداشتم که بی‌پرده بگویم، خدا پسر خود را کشت. اگر چنان فکری می‌کردم، مجازات می‌شدم. در این صورت باید فرزندان خودم را می‌کشتم. خیلی وقت نیاز داشتم که این فکر را به انتها برسانم.

ر: بله، اگر آنچه من گفتم را بیان می‌کردید، یعنی اینکه شکوه و شکایت خود را بروز می‌دادید، اگر شما در برابر بردگی که تجربه کرده‌اید عصبانی شوید، وقتی در برابر اصحاب قدرت قد علم کنید، مثل یک خوک کشته خواهید شد (با اشاره به محتوای فکری خودآزارانه بیمار).

ب: شما یک بار به من گفتید که پروتستان هستید و تربیت مسیحی داشته/ید. با وجود آنکه مسیحی هستید چطور با این موضوع کنار می‌آئید که می‌گوئید خدا پسر خود را کشته است، این‌ها با هم جور در نمی‌آید؟

● پس از یک تعمق طولانی یک پاسخ انحرافی می‌دهم: الهیات مسیحی در این مورد چه می‌گوید؟ من به این اظهار نظر مذهبی کلی روی می‌آورم: قربانی به عنوان نماد عشق خدا. بیمار آرامش زیادی به دست آورد، زیرا توانست افکاری را که مدت‌ها است او را آزار می‌دهند، بر زبان آورد.

ب: آیا باید از بیان این افکار خوشحال باشم و یا آنکه اضطراب داشته باشم؟ من با آنچه شما گفتید موافق نیستم.

ر: بله، شما از آنچه من گفتم راضی نیستید.

● اکنون چیز دیگری به ذهنم نمی‌رسد، مگر آنکه تأیید کنم که بیمار حق دارد ناراضی باشد. زیرا من به کلی‌گویی پراختم، چون در این لحظه چیز بیشتری نمی‌دانستم. با این حال فضایی ایجاد شد تا اظهارات یاری‌دهنده درمانی بیان شوند. توسط تأیید به بیمار جرأت بخشیدم تا از نارضایتی خود به افکار عمیق‌تری دست یابد. آنگونه که سیر بعدی نشان داد، طفره رفتن من آثار منفی درمانی در بر نداشت.

بیمار درباره فیلمی از دون کامیلو و پیپون صحبت می‌کند.

ب: دون کامیلو آنچنان با خدا صحبت کرد که گویی همطراز اوست. او صلیب را به دوش می‌کشید، با خدا یا مسیح مثل انسان با انسان صحبت می‌کرد. او وقتی می‌خواست با صلیب ضربه زند، فریاد زد، مواظب خودت باش. یکی از جنبه‌های یزدانی، با آموزگار دگرآزار شبیه بود. او می‌گوید، خم شو، خودت را کوچک کن، در توده مردم پنهان شود تا دیده نشوی. در اردوگاه‌های نازی نیز چنین بود، اگر کوچکترین جلب توجهی می‌کردی، شرور به حساب می‌آمدی. اما آدم باید مثل یک کرم می‌خزید، روی زمین می‌افتاد، یا بهتر بگوییم زیر زمین می‌رفت.

ر: یعنی دون کامیلو با خدا مثل یک همطراز خود حرف زد و سوال کرد، چرا مانع کشته شدن پسرت نشدی؟ او نگفت که چرا پسر را کشتی. این یک عمل فاعلانه بود. اما اینکه چرا خدا مانع کشته شدن مسیح نگشت، موضوعی است که اساتید الهیات نیز به آن مشغول هستند. طبق روایات انجیل یزدان بر زمین و آسمان حکمفرماست.

ب: بله، این سیر افکار واضح به نظر می‌رسد، اما انسان باید جرأت آن را به خود بدهد. من به یاد می‌آورم به فردی گفته شد: رعد و برق به زودی تو را از پای در خواهد آورد. بعد واقعاً رعد و برق

آمد. مرد در سالن سراسیمه شد، تا زمانی که رعد و برق تمام شد، بدون آنکه وی از پای درآمده باشد.

د: بسیاری از انسان‌ها جسارت استفاده از فکر و قدرت تفکر خود را ندارند. کسی که کفرگویی کند، با یک رعد و برق مجازات می‌شود. شما با رعد افکار مجازات می‌شوید که از بالا بر شما نازل می‌شود، آموزگار قدر قدرت.

● در این تعبیر می‌خواستم، رخدادهای طبیعی را انسانی نموده و میان رعدهای گوناگون نقطه اشتراکی ایجاد کنم که ریشه مشترک آن‌ها در قطب‌بندی میان قدرت و درماندگی قرار داشت. آموزگار دگرآزاری که برق می‌فرستاد تا در ادامه، و در رعد افکار نورژ و سواسی بیمار بازتاب پیدا کند.

ب: بله، دون کامیلو کاری را اشتباه انجام می‌دهد. او از خدا طلب بخشش می‌کند، خداوند فرمان می‌دهد سیگار خود را خاموش کن، دون کامیلو سیگار را خاموش می‌کند. خداوند فرمان می‌دهد سیگار خود را فقط خاموش نکن، آن را بیانداز دور، در جیب پنهان نکن. اینجوری بود، دون کامیلو می‌خواست سیگار له شده را بعداً در پیپ بکشد، اما میچ او گرفته شد.

د: بله این خداوند مهربان تحمل طنز دارد، اما آن دیگری (آموزگار دگرآزار) نه.

بیمار در جلسه بعدی از آثار رهایی‌بخش جلسه قبلی صحبت می‌کند، با وجود آنکه او از اظهارات من تعجب کرده بود. او اینک اطمینان به دست آورده تا درباره موضوعاتی صحبت کند که قبلاً نمی‌شد. د: روشن است که انسان مایل است چیز هولناک را فراموش کند و به همین خاطر مطالب در جلسه قبل برای شما تازگی داشت، گویی که هرگز چنین افکاری نداشتید.

ب: بله، اما شما هرگز قبلاً آن افکار را به آن آشکاری بیان نکرده بودید. یزدان . . . خانه باید بر سر ما خراب می‌شد.

د: حال شما بهتر است نه به این خاطر که اتفاق نامیمونی نیفتاده است، بلکه به این خاطر که من آن جمله را بیان کردم. چنانچه یزدان غضب کند، من قربانی خواهم بود و نه شما. من آن موجود خبیث هستم نه شما.

ب: بله، شما گفتید، اما دلیل آن من بودم، این مسئله موجب اضطراب من شد. من خودم را آرام کردم، چون به خودم گفتم او گفت و نه من. بعداً بر خودم همچین بالیدم. در ابتدا ترسیدم. من خوشحال بودم که تا این حد جسارت نشان دادم، اما ناراحت از این که شما آن جمله را بیان کردید. من شما را به اندازه کافی می‌شناسم و می‌دانم که حرف‌های شما را باید جدی گرفت، در پاسخ سوال من که با این موضوع چگونه کنار خواهید آمد، مرا به الهیات ارجاع دادید. شما نظر خود را به من نگفتید. من دوباره به دون کامیلو و گفتگوی او با مسیح صلیب شده بر می‌گردم. دون کامیلو باید

سوال می‌کرد، چرا تو مانع آن نشدی؟ این سوال نرم تر است. شما نمی‌توانید بسادگی این جا نشسته و چنین افکاری را بیان کنید. بسیاری افراد، ده‌ها هزار نفر مثل من واکنش نشان خواهند داد.
د: بهر حال مسئولیت گفته‌های من با خودم است. اینکه من مسئولیت را عهده‌دار شدم، برای شما آرام‌بخش بود.

ب: من در این اواخر خودم را بیشتر زیر نظر گرفتم. من فهمیدم که برخی مواقع از ارتباط چشمی پرهیز می‌کنم. اگر من به این یا آن نگاه نکنم، کاری به من ندارد (سکوت طولانی). من یکی از گفته‌های شما را نمی‌پسندم. من زمانی ریسک می‌کنم که شما پیشقراول باشید. مثل این است که شما چیزی را از من می‌گیرید، چیزی که من خودم به دنبال آن هستم، کمی شجاعت. خوب می‌شود اوضاع را از زوایه دیگری نیز دید (بیمار می‌خندد). می‌شود گفت چون روانکاو جلو رفته، جرأت پیدا کردم به دنبال او بروم.
د: یا در خط خود بروید.

ب: من می‌خواهم به آن جمله برگردم و از شما مستقیماً سوال کنم: آیا از بیان چنین چیزهایی نمی‌ترسید؟ آیا بیش از حد پیشروی نکردید؟ یا اینکه درست بخاطر نمی‌آورم؟ من فکر نمی‌کنم که شما را تحریک کرده باشم.

د: برای شما عجیب است که اعمال قدرت نموده و مرا به کفرگویی تحریک کنید؟

ب: همین الان فکر می‌کردم به یکی از همکارانم راه‌حلی پیشنهاد کردم که خیلی خوشش آمد. چرا برای من سخت است بپذیرم که من هم می‌توانم ایده‌های خوبی داشته باشم؟ اگر من چنین قدرتی داشتم، برایم مثل قبل دردناک و عجیب و غریب نبود.

د: بله، شما مرا به این افکار ترغیب کردید. من در جمع خوبی از اساتید الهیات حضور دارم. یکی از اصول اساسی مسیحیت آن است که از خود بپرسیم، شر از کجا می‌آید. از آنجایی که خدا جهان را آفریده، این سوال وجود دارد که چرا او جلوی شر را نگرفت، و اجازه داده پسرش به قتل برسد. من این بخش را کنار گذاشتم تا روشن‌تر کنم که یک عمل غیرمستقیم و با واسطه هم عمل است.

ب: من همیشه ترس داشتم که صحبت در باره این موضوعات جایز نیست و نیز اینکه اجازه ندارم الگوی فکری خودم را داشته باشم. این فقط مسئله من نیست. هزاران هزار انسان همین مشکل را دارند. چرا در کلیسا درباره این موضوع که فکر افراد بسیاری را به خود مشغول می‌کند، بحث نمی‌شود؟ به این خاطر است که کشیشان نیز روی یخ قدم خواهند گذاشت؟

بیمار درباره نیایش‌هایی صحبت می‌کند که در زمان قبل از مسیح در اسطوره‌ها تبلور می‌یافتند و حاوی موضوعاتی نظیر تنفر، عشق، آشتی و قربانی بودند.

ب: من تعجب می‌کنم چرا سوال نمی‌شود که چرا از یزدان رحمان صحبت می‌کنیم، من می‌توانم بر اساس تاریخچه زندگی خودم به این سوال پاسخ دهم. نگذاشتند فکر انتقادی در من رشد کند. جلسه قابل تعمق، برای هر دو با این افکار پایان پذیرفت. این جلسه کمک کرد که بیمار اجزای فرافکنی شده خویش را در خود ادغام نماید.

۲-۳-۱۰ روانکاوی یخ الهیات*

برای بازتاب و تفسیر عمیق این صحنه با اهمیت که ظاهراً به مشکل بشریت تبدیل شده، لازم است ۵ سوال زیر را پیگیری کنیم:

● در این صحنه، درباره بیمار، بیماری او و پیشرفت درمانی او با در نظر گرفتن داده‌های بیوگرافیکی او چه به دست آوردیم؟

بیمار با احساس ادعای قدرت و زور کنار می‌آید. این توأم با اضطراب آسیب رساندن به انسان‌های نزدیک به خود است. تخیلات قدرقدرتی بیمار که افکار او را به تأثیرات جادویی وصل می‌کنند، واژگون می‌شود: بیمار به قربانی مستأصل و کسی که لب پرتگاه اقتصادی قرار دارد، تبدیل می‌شود. او خود را متعلق به ۲ دنیا می‌داند: در دنیایی که پذیرفته شده و اجاز دارد بترسد و در دنیای دگرآزارانه - سگسی که وی توسط همانندسازی، به دنیای درونی خود وارد کرده است. او از حسادت خدایان انزجار دارد، اما اکنون می‌فهمد که تکانش قدرطلبی انزجاردهنده در خودش قرار دارد. با این حال برای مقابله با پذیرش دوگانگی‌های خویش، مقاومتی در او ایجاد می‌گردد تا تمایز شفافی میان دو حوزه "خوب" و "بد" ایجاد نگردد. روانکاو در تعاملات نمادین روانکاو بدین شکل از بیمار پیشی می‌گیرد تا به نمایندگی از جانب بیمار "افکار موهن" یک یزدان دوگانه را به زبان آورد. تحت این چتر حمایتی بیمار می‌می‌تواند دوگانگی خویش را تغذیه کند، که البته به لحاظ منطقی "قابل تجمیع" نیست.

شکستن تابو توسط روانکاو بیمار را قادر می‌کند امکانات "مشروع" شکوفایی قدرت در زندگی خود را کشف کند.

● تصورات دینی بیمار با توجه به تربیت مذهبی او در فرایند درمانی چه تأثیری دارند؟ آیا این تصورات فرایند درمان را تسهیل می‌کنند و یا در خدمت مقاومت او در می‌آیند؟ خود بیمار در تفسیر خویش چه کمک‌هایی را به خدمت می‌گیرد و تئوری روانکاوی در این میان چه نقشی دارد؟

* The Analyst on Theological Thin Ice?
Der Analytiker auf dem theologischen Glatteis?

آقای آرتور y ظاهراً از این امکان برخوردار است که خودش را به سبک پیچیده و پر معمایان کند. در چنین اوقاتی دنیای بیرونی و درونی از هم جدا نیستند، ایده‌ها و عینیت‌ها، اثره و سوژه با هم ممزوج می‌شوند. او خود را آوردگاه مبارزه میان نیروهای اهورایی می‌بیند که حتماً باید از یک‌دیگر جدا نگه داشته شوند. همه چیز مرتب است، چنانچه او در استقبال از امور مقدس، به شر فکر نکند، زمانی که دوگانگی از بین برود. با این حال حس می‌کند که این راه حل نیست و بهتر است بیان دیگری برای دوگانگی‌های خود بیابد. او کوتاه مدت می‌تواند این را بپذیرد: "خدا مرگ صلیبی پسرش را می‌پذیرد، تا آشتی کند." در تصویر "خدای شیطانی"، "خدایی که می‌کشد"، جنبه‌های تاریک ادعای قدرت و خشونتِ خویش بازتاب داده می‌شود. برای آنکه در تفسیر این بن‌بست، یعنی خدای همزمان قدر و رنج‌دیده، کمک بگیرد به نمایی از دون کامیلو متوسل می‌شود که "طنز" آن در این است که خدایی نشان داده می‌شود که طنز دارد و دوگانگی‌های نمایندگان زمینی خود را می‌فهمد، همانگونه که بیمار برای مدتی عملکرد روانکاو را می‌پذیرد تا به امکانات جدیدی برای استفاده از توان و قدرت خویش دست یابد.

بروز ساختارهای پیچیده در اکثر موقعیت‌های روانکاوی باعث می‌شود تا در اینجا به یکی از مشکلات اساسی تبیین تئوری روانکاوی بپردازیم: برداشت "علمی" از خویش در برابر ساختارهای فکری پیچیده و پر معمای بسیاری از بیماران.

روانکاوی به عنوان علمی که در آن "توضیح" و "فهم" به طریق خاصی با هم مرتبط هستند (تومه و کشله ۱۹۷۳، کورنر ۱۹۸۵) و با وجود آنکه بسیاری روانکاوان متوجه این مسئله نشده‌اند، زمینه تغییر اساسی در فضای روشنفکری را هموار کرده است که قبل از همه به ارزشیابی جدید درباره موضوع اسطوره در علم منجر شده است. امید آنکه اسطوره‌شناسی بطور کامل در روانشناسی عمیق مضمحل و ریشه‌های آن به فرافکنی آرزوها و تخیلات ناخودآگاه متصل گردد، خیال باطلی بیش نیست.

فیلسوفان از جانب خود چنین مطرح می‌کنند که امروزه هیچ دلیل نظری علمی یا فلسفی برای رد اسطوره وجود ندارد (هوبنر ۱۹۸۵). "اگر قرار باشد جوامع بشری وجود داشته باشند، اسطوره‌هایی که به ما یاد می‌دهند، چیزی با ارزش است، غیرقابل اجتناب هستند" (کولاووسکی ۱۹۷۴، ص: ۴۰). برعکس رجعت غیرقابل کنترل اسطوره‌ها که در زمان حال با شدت ویرانگر در جریان است، به عنوان نقطه ضعف فرهنگ ما تشخیص داده می‌شود (هوبنر ۱۹۸۵، ص: ۱۵). در بسیاری از تبلورات فرهنگی ما اسطوره‌ها به اشکال نهان حضور دارند (هوبنر ۱۹۸۵، ص: ۲۹۳). اما فرای این مسئله، این فرصت نیز فراهم می‌شود که از طریق برخورد آگاهانه با اسطوره‌ها به بینش درباره

امیال و آرزوهای سرکوب شده دست یابیم (هاینریش ۱۹۸۶، ص: ۲۴۰). بسیاری شواهد بر این صحنه می‌گذارند که اسطوره زدایی با اسطوره‌زایی مجدد همراه است (شلزیر ۱۹۸۱، فوگت ۱۹۸۶).

ما اکنون و بعد از این نگاه فلسفی، دوباره به راهبردهای مداخلاتی درباره مورد حاضر روی می‌آوریم.

● رابطه روانکاو با بیمار و تصورات مذهبی‌اش، چه چیزی درباره روانکاو به ما می‌گوید؟

روانکاو در ابتدا ظاهراً خود را وکیل مدافع "واقعیت" می‌پندارد. او از ارائه یک نقطه نظر واقعی ابایی ندارد. او تلاش دارد میان ایده‌آل‌های بلندپروازانه از یک سو و مناسبات واقعی از سوی دیگر، با تکیه بر "طبیعت"، میانجیگری کند. او از درگیری این دو قطب در بیمارش می‌ترسد. روانکاو از تصورات مذهبی بیمار استفاده می‌کند (صلیب به عنوان ابزار قدرت) تا وی را به تخیلات دگرآزارانه سرکوب شده خویش وارد کند. او تلاش می‌کند بیمار را با صحنه "اطاعت" درگیر کند تا به او نشان دهد که "طغیان" در صورت مقتضی با مجازات‌های سنگین توأم خواهد بود. روانکاو بجای بیمار افکار کفرآمیز را بیان می‌کند، اما درباره سوال بیمار مبنی اینکه چگونه می‌توان این موضوعات را به هم پیوند داد، به اظهارات عام الهیاتی بسنده می‌کند که البته بیمار را قانع نمی‌کند. او بوسیله سازه کمکی تئوری ثنویت یزدان (یزدان دون کامیلو و یزدان آموزگار دگرآزار) به فضای دوگانگی بیمار وارد می‌شود و قدرت نهفته او را که روانکاو را به افکار کفرآمیز تحریک نموده، به وی نشان می‌دهد. جنبه‌های وحشتناک و منزوی دوگانگی خود از طرفی در همانندسازی با روانکاو، از جانب دیگر در مشکل عام بشریت، مرتفع می‌شوند که بلحاظ منطقی راه‌حلی بر آن متصور نیست و نمی‌توان پاسخ صریحی بدان داد.

روانکاو بدین ترتیب در یک بن‌بست قرار می‌گیرد که یا خودش و نگرش‌های مذهبی و یا غیرمذهبی‌اش را به عنوان پیشنهاد همانندسازی قویاً مطرح نماید و یا با اشاره به "مشکل بشریت" و یا یک موضوع عام الهیاتی که روانکاو مسئول آن نیست، بیمار را تنها بگذارد.

کدام ابزار کمکی در چنین بن‌بستی وجود دارد که تاکنون هم در تبیین تئوری روانکاوی و هم در تکنیک روانکاوی مورد توجه کافی قرار نگرفته است؟ اشتباه است که فکر کنیم، سیستم‌های معنایی اسطوره‌ای - مذهبی زندگی‌ستیز خود به خود مضمحل می‌شوند. آیا نقش روانکاو فقط به یک نظاره‌گر منفعل محدود می‌شود که باید ناظر رخدادهای آتی باشد؟ چنین برداشتی قطعاً ارزیابی نادرست از پویایی فرایندهای درمانی است.

روانکاو نیز باید این مسئله را برای خود روشن کند که در ارتباط با موضوعات مذهبی کجا قرار دارد، تا بدینوسیله انتقال متقابل را در خدمت بیمار بکار بندد، حتی زمانی که تصمیم‌گیری‌های

شتابزده در تعارض ارزش‌ها که بین او و بیمار ممکن است ایجاد شود، برای مدت طولانی در حالت تعلیق نگه داشته می‌شود.

● حضور مذهب در صحنه و در بازی متقابل انتقال و انتقال متقابل چگونه است؟

روانکاو به عنوان خودِ کمکی بیمار، به نمایندگی از جانب وی افکاری را که او قادر به بیان آن نیست، بیان می‌کند. این افکار حاوی موضوعات مذهبی است. جالب توجه است که در انتقال، تصویر پدر حضور ندارد (در این صحنه از پدر بیمار هیچ چیز گفته نمی‌شود)، بلکه پسر که البته مطیع است اما همزمان تابوی پدر را با دوگانگی‌های خوی می‌شکند و بدین ترتیب طغیان و خشم را به نمایش می‌گذارد. انتقال متقابل روانکاو نیز حاوی دوگانگی است. از طرفی او خود را نماد واقعیت نشان می‌دهد، از طرف دیگر تا آن حد تصورات بیمار را می‌پذیرد که به آن محتوایی فرافردی اعطا می‌کند. این امر باعث می‌شود که بیمار بتواند هم با روانکاو و هم با کل بشریت همانندسازی کند. اینکه بعد از رعد افکار، رعد دادگاه مجازات‌گر برقرار نمی‌شود، کمک می‌کند تا بیمار مکانیزم‌های دفاعی انکار و انزوا را نفوذپذیر نموده و دوگانگی خود را تجربه کند.

در صحنه درمانی مشخص می‌شود که تصورات مذهبی با هیجانات دوگانه اشغال شده‌اند. این‌ها به نحو جالب توجهی موقعیت فرایند روانکاوی را منعکس می‌کنند. اگر بیمار در این فرایند از تصورات مذهبی استفاده می‌کند و روانکاو تا حدودی به این مسئله واقف می‌شود که خود او شخصاً در ارتباط با مسائل مذهبی در چه جایگاهی قرار گرفته است، دارای مزیت است. روانکاو باید بتواند نقش تصورات اسطوره‌ای- مذهبی در برخورد با میراث‌های تاریخ روان یک فرهنگ را درک کند.

امید "روشنگری" روانکاوان پیشگام تحقق نیافت. اما اینکه به این خاطر و غیرمنتقدانه اسطوره‌ها به عنوان پدیده‌های "کهن الگویی، جهان‌گستر، فرا زمانی، نهفته، همواره حاضرو تکراری که انسان‌های زمان‌ها و مکان‌های گوناگون را دروناً به هم پیوند می‌دهد" (دریورمن ۱۹۸۴، ص: ۱۶۵)، معرفی کنیم، با توجه به تغییرات تاریخی اسطوره‌ها، به هیچ وجه قابل دفاع نیست. از دید روانشناسی عمیق و نیز از دید الهیات، نظرات دیگر دریورمن نیز جای تردید دارد (گورس و کاسپر ۱۹۸۸).

در حالی که فروید واژه "کار" را هم در مرکز فعالیت‌های درمانی و هم جهت توصیف رخدادهای درون‌روانی قرار داد، ارتباط میان "طبیعت" و "تاریخ" را مشخص ساخت.

ضمن کار روانی، طبیعت انسان، تاریخ خود را به دست می‌آورد و روانکاو هم در بُعد فردی و هم در بُعد جمعی در این فرایند شرکت می‌جوید. روانکاو چه بخواهد و چه نخواهد در فرایند "کار با اسطوره‌ها" که در این بین وظیفه مبرمی تلقی می‌شود، درگیر است (بلومبرگ ۱۹۸۱، ص: ص: ۲۹۱). روانکاو باید این وظیفه را آگاهانه‌تر و با تمایل بیشتر از آنچه اکنون موجود است، انجام دهد.

● چرا روانکاوان به موضوعات مذهبی با تأخیر و تردید برخورد می‌کنند، گویی که تابو است و چرا شکستن تابوها یکی از وظایف مهم روانکاوی محسوب می‌گردد؟

فروید تلاش کرد اسطوره‌شناسی را به روانشناسی ناخودآگاه تبدیل کند و بدین ترتیب طبق نظر او ساختارهای مذهبی "در طی فرایند رشد، استواری سرنوشت گونه" (C ۱۹۲۷، ص: ۳۶۷) خود را از دست خواهند داد.

جهان گستر بودن تصورات مذهبی که در بسیاری از آنالیزها به اشکال متفاوت خود را نشان می‌دهد، هشدار در این جهت است که جایگاه نسبی برای آن در نظر گرفته شود. این تصورات ابزار بیانی مهمی برای واقعیت‌های روانی به‌شمار می‌روند که در زبان روزمره منطقی به سختی انعکاس می‌یابند. طبیعی است که باید زحمت تفکیک محتوایی را نیز به خود داد. در موردی که بحث شد، ظاهراً با دو ایده مذهبی روبرو هستیم: از طرفی تلاش برای تفکیک مقدس و نامقدس و مطلق جلوه دادن شر و خیر و رویارویی میان آن‌ها. از طرف دیگر فراهم کردن زمینه‌های وحدت تعارض دوگانگی در وحدانیت الهی که توسط نقش نمایندگی درمانگر میسر شد، امری که البته به تضادهای منطقی منتهی، اما از جنبه عاطفی، آرام‌بخش و رهایی‌بخش تجربه شد.

ار منظر پیشرفت درمانی تردیدی نیست که ایده اول مانع رشد بیمار، اما ایده دوم سبب شکوفایی وی گردید. در این موضوع یک "ارزش" نهفته است، در حالی که مشخص نیست که این ارزش آیا مدیون تجربیات روانکاوی است و یا نتیجه میراث تاریخ رشد خودآگاهی انسانی و تبلورات مذهبی آن است.

روانشناسی مذهب روانکاوانه که در ابتدای روانکاوی در اوج شکوفایی بود (نک ناز و شارفن برگ ۱۹۷۷) بدین خاطر با انجماد مواجه شد، چون امید اولیه برای تبیین آن در قالب روانکاوی ناکام ماند. اما روانکاوی به هر حال تابوی تصورات اسطوره‌ای - مذهبی، به‌عنوان ارزش‌های تغییرناپذیر زمانی و مکانی را شکست. آشکار شدن ماهیت دوگانه آن‌ها، مسیر پردازش آن‌ها را هموار ساخت. نقد مذهب روانکاوانه در این بین در ابعاد گوناگون شروع شده و ادامه دارد (شارفن برگ ۱۹۶۸، کونگ ۱۹۷۹، ۱۹۸۷، مایسنر ۱۹۸۴)، بگونه‌ای که در مقایسه با فضای پرتنش اولیه، اکنون فضای دیالوگ جدیدی ایجاد شده است، حضور روانکاوی در دیالوگ ایجاد شده هنوز کمرنگ است. اینکه اینگونه همکاری‌ها که موجب شکستن بسیاری از تابوها گردیده، باید شدیداً تقویت شوند، از مورد بالینی ارائه شده در اینجا آشکار می‌گردد.