

روانکاوی

*Psychoanalysis*  
*Psychoanalyse*

پروفسور هلموت تومه Helmut Thomä

پروفسور هورست کشله Horst Kächele

جلد اول: مبانی

ترجمه

دکتر سعید پیرمرادی

## درباره نویسندگان

**پروفسور هلموت تومه:** متولد ۱۹۲۱ و در سال ۱۹۴۵ در رشته پزشکی فارغ التحصیل شد. پس از اخذ تخصص در رشته‌های روانپزشکی، مغز و اعصاب و روانکاوی در دانشکده روان تنی دانشگاه هایدلبرگ و سپس به‌عنوان رئیس گروه روان درمانی دانشگاه آلم مشغول بکار گردید. پروفسور تومه از سال ۱۹۶۸ الی ۱۹۷۲ رئیس انجمن روانکاوان آلمان و از سال ۱۹۶۸ الی ۱۹۸۹ رئیس انستیتوی روانکاوی آلم بود. وی عضو انجمن روانکاوی آلمان و انجمن بین‌المللی روانکاوی است. وی تاکنون به دریافت جوایز متعدد از مراکز معتبر بین‌المللی آمریکا، اطریش و آلمان مفتخر گردیده است. از ایشان تاکنون بیش از ۱۵۰ مقاله و ۸ کتاب با موضوعات روانکاوی انتشار یافته است.

**پروفسور هورست کشله:** متولد ۱۹۴۴ و در سال ۱۹۶۸ در رشته پزشکی فارغ التحصیل شد. وی سپس در دانشگاه آلم تخصص خود در روان درمانی و روانکاوی را کسب نمود. در سال ۱۹۷۷ به‌عنوان رئیس بخش روش‌شناسی روانکاوی همان دانشگاه مشغول بکار شد. از سال ۱۹۸۸ الی ۲۰۰۴ به‌عنوان سرپرست مرکز پژوهشی روان درمانی در اشتوتگارت فعالیت می‌نمود. پروفسور کشله از سال ۱۹۹۷ به‌عنوان استاد دانشگاه و رئیس کلینیک پزشکی روان تنی و روان درمانی خدمت می‌کند. از ایشان تاکنون بیش از ۵۰۰ مقاله و مجموعه سه جلدی روانکاوی با همکاری پروفسور تومه انتشار یافته است. پروفسور کشله در سال ۱۳۸۶ در نخستین گنگره سایکوسوماتیک که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار شد، شرکت نمود. ترجمه کتاب حاضر حاصل این آشنایی است.

## درباره مترجم

**دکتر سعید پیرمرادی:** متولد ۱۳۳۷ در اصفهان، روانشناس و متخصص خانواده درمانی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، گروه روانپزشکی. دکتر پیرمرادی تاکنون چند کتاب در زمینه خانواده درمانی، درمان سیستمی، روانشناسی فرهنگی و خانواده ایرانی ترجمه و تألیف نموده است. وی از سال ۲۰۱۱ در آلمان مسئول گروه تخصصی «خانواده درمانی و مشاوره بین فرهنگی» در DGSF آلمان است و به عنوان مدرس و خانواده درمانگر در برلین مشغول بکار می‌باشد. کتاب حاضر با احتساب ترجمه فارسی آن تاکنون به ۱۳ زبان غیرآلمانی ترجمه گردیده است. پروفسور کشله به اتفاق دکتر سعید پیرمرادی در اکتبر ۲۰۱۲ یک گارگاه آموزشی چهار روزه درباره روانکاوی در شهر اصفهان برگزار نمود.

# فهرست مطالب

یادداشت مترجم

مقدمه

## ۱ وضعیت کنونی روانکاوی: مقدمه

۱-۱ جایگاه و موقعیت ما

۱-۲ نقش روانکاو به عنوان راهنم ۳-۱ بحران تئوری

۱-۴ استعاره‌ها

۱-۵ آموزش و تربیت روانکاو

۱-۶ جریان‌ها و گرایش‌ها

۱-۷ تحولات اجتماعی - فرهنگی

۱-۸ نقاط اشتراک

## ۲ انتقال و رابطه

۲-۱ انتقال به مثابه تکرار

۲-۲ تلقین، تلقین پذیری و انتقال

۲-۳ وابستگی پدیده‌های انتقال به تکنیک

۲-۴ نورز انتقالی به عنوان مفهوم عملیاتی

۲-۵ مجموعه مفهومی بحث انگیز: رابطه واقعی، اتحاد درمانی، اتحاد کاری و انتقال

۲-۶ عنیت جدید به مثابه ذهنیت. از رابطه عینی بسمت روانشناسی دو نفره

۲-۷ به رسمیت شناختن حقیقت‌های موجود

۲-۸ اکنون و اینجا در چشم اندازی نو

### ۳ انتقال متقابل

۳-۱ انتقال متقابل و تاریخ تحول آن

۳-۲ انتقال متقابل در قالبی نو

۳-۳ نتایج و مشکلات دیدگاه کل گرایانه

۳-۴ یکپارچگی و مکملی بودن انتقال متقابل

۳-۵ آیا باید انتقال متقابل را پذیرفت؟

### ۴ مقاومت

۴-۱ نقطه نظرات کلی

۴-۱-۱ طبقه بندی انواع مقاومت

۴-۱-۲ عملکرد مقاومت در تنظیم رابطه

۴-۱-۳ مقاومت و دفاع

۴-۲ عملکرد دفاعی - حمایتی مقاومت و اضطراب

۴-۳ مقاومت انکار و انتقال متقابل

۴-۴ مقاومت نهاد و فراخود

۴-۴-۱ واکنش درمانی منفی

۴-۴-۲ پرخاشگری و تخریب فراسوی اسطوره غریزه

۴-۵ امتیازات ثانویه بیماری

۴-۶ مقاومت هویت و اصل امنیت

### ۵ تعبیر رویا

۵-۱ رویا و خواب

۵-۲ فکر رویایی

۵-۳ پسمانده روز و آرزوی کودکی

۵-۳-۱ نظریه ارضای آرزوها به عنوان الگوی توضیحی واحد

۵-۳-۲ بیان خویش و حل مشکل

۵-۴ نظریه بیان خویش و پیامدهای آن

۵-۵ تکنیک تعبیر رویا

۵-۵-۱ توصیه‌های تکنیکی فروید و پیشرفت‌های بعدی

## ۶ مصاحبه اول و حضور نامریی طرف سوم

۶-۱ تعریف مشکل

۶-۲ تشخیص

۶-۳ جنبه‌های درمانی

۶-۴ فرآیند تصمیم‌گیری

۶-۵ وابستگی

۶-۵-۱ فشارهای وابستگی

۶-۵-۲ موقعیت‌های شایع

## ۷ قواعد

۷-۱ عملکرد چندگانه قواعد روانکاوی

۷-۲ تداعی آزاد به عنوان قاعده اصلی درمان

۷-۲-۱ ویژگی‌ها و تکوین روش‌ها

۷-۲-۲ اطلاع‌رسانی درباره قواعد اصلی

۷-۲-۳ تداعی آزاد در فرآیند روانکاوی

۷-۳ توجه و دقت متعادل

۷-۴ دیالوگ روانکاوی و قاعده سؤال متقابل. پاسخ دادن یا پاسخ ندادن، این است سؤال اساسی.

۷-۴-۱ پایه و اساس کلیشه و تاریخچه آن

۷-۴-۲ قواعد همکاری و گفتمان

۷-۴-۳ پیدا کردن ابژه و دیالوگ

## ۸ ابزار و وسایل، راه‌ها و اهداف

۸-۱ زمان و مکان

۸-۲ هنر کشف روانکاوی

۸-۳ ابزار خاص و غیر خاص

۸-۳-۱ نقطه نظرات کلی

۸-۳-۲ یادآوری و بازسازی

۸-۳-۳ مداخله، واکنش و بینش

۸-۳-۴ شروع تازه و پسرفت

۸-۴ تعبیر انتقال و واقعیت

۸-۵ سکوت

۸-۶ کنش‌نمایی

۸-۷ پردازش

۸-۸ یادگیری و ایجاد ساختارهای جدید

۸-۹ پایان درمان

۸-۹-۱ نقطه نظرات کلی

۸-۹-۲ طول درمان و محدودیت

۸-۹-۳ معیارهای پایان دادن

۸-۹-۴ مرحله پس از آنالیز

## ۹ فرآیند روانکاوی

۹-۱ درباره عملکرد الگوهای فرآیندی

۹-۲ مشخصات الگوهای فرآیندی

۹-۳ الگوهای فرآیند درمانی

۹-۴ الگوی فرآیندی اُلم

## ۱۰ درباره رابطه نظریه و عمل

۱۰-۱ سؤال فروید از ۱۹۲۲ تا ۱۹۹۶

۱۰-۲ عمل روانکاوی در پرتو نظریه پیوند ناگسستنی

۱۰-۳ بستر استدلالی دانش درمانی

۱۰-۴ الزامات گوناگون نظریه‌های پایه و کاربردی

۱۰-۵ پیامدها برای رفتار روانکاوی- درمانی و توجیه علمی نظریه

## یادداشت مترجم

در بهار ۱۳۸۶ نخستین کنگره سایکوسوماتیک ایران در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار شد. در این کنگره جمعی از صاحب نظران و اساتید مجرب این رشته از کشور آلمان نیز حضور داشتند. پروفسور هورست کشله از جمله اعضای این هیئت آلمانی بود. از ایشان کتاب جامع و پرباری در مورد روانکاوی به دستم رسید که بسیاری از مراجع معتبر بین المللی در این بین از آن به عنوان کتاب استاندارد در این زمینه یاد می کنند. تا آنجا که من مطلعم چنین اثری در زمینه روانکاوی به زبان فارسی موجود نیست. به همین دلیل دریغم آمد علاقه مندان ایرانی این قدیمی ترین رویکرد آکادمیک غیروارویی از مطالب این کتاب بدور مانند و لذا تصمیم گرفتم آن را ترجمه کنم.

واقعیت آن است که روانکاوی هنوز از نفوذ چشمگیری در گفتمان سلامت/بیماری روان برخوردار است و پیگیری سیر تحولات جاری در این رویکرد برای متخصصان و شاغلین شبکه بهداشت روان می تواند جنبه های مفید و سازنده ای به همراه داشته باشد. نقطه قوت این کتاب آن است که نویسندگان علاوه بر ارجاعات مکرر به دستگاه فکری و روشی بنیانگذار روانکاوی زیگموند فروید، سیر متحول این رویکرد را بررسی و ضمن آن دیالوگ سازنده و انتقادی با فروید برقرار می کنند. این سبک کار جنبه های آموزنده و مفیدی دارد و از نقاط قوت قابل توجه حوزه تمدن مغرب زمین بشمار می رود. به امید آنکه مطالب این کتاب بتواند در غنا و پربارسازی گفتمان روان در ایران مؤثر افتد.

سعید پیرمرادی - اصفهان



## ۱ وضعیت کنونی روانکاوی: مقدمه

۱-۱ درباره جایگاه و موقعیت ما

۱-۲ نقش روانکاو به عنوان راهنما

۱-۳ بحران تئوری

۱-۴ استعاره‌ها

۱-۵ آموزش و تربیت روانکاو

۱-۶ جریان‌ها و گرایش‌ها

۱-۷ تحولات اجتماعی - فرهنگی

۱-۸ نقاط اشتراک

### مقدمه

روانکاوی علیرغم آنکه بطور چشمگیر مرزهای درمان را در نوردیده "زمینه‌ی اصلی خود را ترک نکرده و جهت بسط و توسعه خود، همچون گذشته به ارتباط با بیماران نیاز دارد". این گفته فروید (۱۹۳۳، ص: ۱۶۳)، نقطه عزیمت ما برای نگارش کتابی درباره‌ی اصول و پایه‌های روش‌های روانکاوی است.

روانکاوی از سال ۱۹۸۵ به بعد، بسط و توسعه بیشتری یافته است. برای نخستین بار در اتحادیه بین‌المللی روانکاوی نیز که بطور خاص به حفظ سنت فروید پایبند است، از تکرر و چندگرایی سخن رفت. در اصل از سال‌های ۱۹۵۰ جریان‌های روان‌پویایی متعددی از جریان اصلی منشعب گردیده است. مشکلی که فروید در سال ۱۹۳۳ با استفاده از استعاره "آیاری" روانکاوی از آن صحبت کرده بود، ابعاد غیر قابل انکاری بخود گرفته است. استنباط ما از درمان روانکاوی، کاربرد روش‌های روانکاوی نزد بیماران به مفهومی است که فروید (۱۹۰۵) تعریف کرده است.

به‌عنوان نویسندگان آلمانی یک کتاب آموزشی درباره روانکاوی گمان داریم که نباید به پاره‌ای توضیحات مقدماتی بسنده کرده و از کنار تاریخ روانکاوی عبور نماییم.

منشأ حیات روانکاوی به‌عنوان یک رویکرد درمانی و یک علم، آن است که فرآیند شناخت به سمت بازیابی یک ابژه سوگیری دارد که در زمان راه‌یابی به لایه‌های خودآگاه و در حین تفسیرهای

شفاف، پیکری تازه می‌یابد. نه در موضوعات کوچک و نه در موضوعات بزرگ، نه در تاریخچه زندگی شخصی، نه در فرآیند درمانی و نه در علوم اجتماعی، هرگز نمی‌توانیم برای بار دوم وارد یک رودخانه شویم و در همان آب قبلی شنا کنیم؛ پیدا کردن ابژه‌ی جدید فقط یک بازیابی نیست، بلکه در اصل یک کشف جدید است. اگرچه شرایط تاریخی و شرایط مشخص در آلمان در دوران رایش سوم (فاشیسم) باعث شد که آثار فروید از دسترس جمع کثیری از مردم بدور باشد، ولی روانکاوی به بخشی از تاریخ علوم نظری تبدیل شده است. علمی که توسط زیگموند فروید یهود بنیانگذاری شد، تکفیر گردید. روانکاوان یهودی دچار همان سرنوشتی شدند که گریبانگیر تمام یهودیان در آلمان و سرزمین‌های اشغالی اروپا شده بود. فروید توانست در آخرین لحظه‌ها به اتفاق اعضای خانواده خود به انگلستان پناه برده و جان خود را نجات دهد. خواهران وی که در آلمان ماندند، در اردوگاه‌های نازی جان خود را از دست دادند. همانگونه که رئیس جمهور آلمان ریچارد فون وایتسکر (۱۹۸۵) در چهلمین سالگرد پایان جنگ جهانی دوم بیان کرد، نسل‌های مختلف روانکاوان آلمانی متحمل فشارهای تاریخی خاصی شده‌اند که بسی فراتر از آثار ویرانگر عمومی هولوکاست است. زیرا به‌عنوان یک روانکاو، انسان در سنت یهودی ادغام می‌شود. هویت شغلی روانکاوان در همانندسازی با آثار فروید به‌دست می‌آید. این وضعیت باعث مشکلاتی گردید که در لایه‌های عمیق ناخودآگاهی رسوب نموده و روانکاو آلمانی از سال ۱۹۴۵ به این سو سعی دارد، به شیوه‌های مختلف بر این مشکلات غلبه کند.

کلاوبر این موضوع را در سخنرانی خود در سمپوزیومی تحت عنوان "هویت روانکاو" تشریح کرد. او نشان داد که همانندسازی با فروید، پیامدهای ناخوشایندی برای شاگردان او و همچنین تاریخ روانکاوی داشته است. پدر معنوی روانکاوی، عواقب پیروی همانندسازی شده را در کتاب سوگ و ملانکولی (۱۹۱۷) و /ضمحل (۱۹۱۶) تشریح کرده است. به نظر کلاوبر روانکاوان نتوانسته‌اند مرگ و فقدان فروید را بپذیرند. این فرآیندهای ناخودآگاه از سویی باعث تنگ شدن افق فکری آنها شده و از سوی دیگر، روانکاوان را در فهم این مسئله ناتوان کرده است که همه چیز، از جمله علوم، ایده‌های مذهبی و فلسفی و نیز خود نظریه‌های فروید، زمانی مضمحل خواهد شد. در آن سمپوزیوم روشن شد که ما دیگر نباید و نمی‌توانیم بر همانندسازی با فروید متکی باشیم. بالاخره روانکاوی به این خاطر دستخوش تغییر و تحول است که برخی نوشته‌های اصیل فروید در طول زمان اعتبار خود را از دست داده است.

مفهوم هویت که از جانب اریکسون (۱۹۷۰) بر اساس ویژگی‌های روانشناسی اجتماعی ارائه شد، مبین ناامنی روانکاوان آلمانی در دهه‌ی گذشته است که در ارتباط با اختلاف نظر درباره‌ی روانکاوی و درمان روانکاو "اصیل" شدت یافته است. وضعیت ناخوشایند روانکاوان آلمانی - چنانچه به ابعاد

ناخودآگاه خود پر و بال نامحدود دهیم- از آن ناشی می‌گردد که با افکار مردی همانندسازی می‌شود که همقطاران وی به‌دست آلمان‌ها به قتل رسیده‌اند.

برای فهم ابعاد سطحی‌تر مشکلات هویتی روانکاوان آلمانی لازم است، نگاهی کوتاه بر سیر نزولی تأسیس مؤسسه‌های روانکاوی در آلمان بیاندازیم. پس از انحلال انستیتوی معتبر روانکاوی برلین و جامعه روانکاوی آلمان و کارگروه‌های آن در جنوب غربی آلمان، لایپزیک و هامبورگ، روانکاوان قلیل غیریهودی برای بقای حرفه‌ای خود به تلاطم افتادند و اکثراً به تأسیس مطب‌های خصوصی روی آوردند. از جانب دیگر این گروه توانست تا حدودی استقلال خود را در "انستیتوی آلمانی پژوهش‌های روانشناختی و روان درمانی" حفظ کند که در سال ۱۹۳۶ از جانب یکی از عموزاده‌های هرمان گورینگ هدایت می‌شد. گروه روانکاوی در آنجا توسعه یافت و البته به‌دلیل اهداف انستیتو، شدت تحت فشار بود. ادغام تمام گرایش‌های روانشناسی عمیق زیر یک سقف در برلین و چند شعبه نظیر مونیخ، اشتوتگارت و سپس وین می‌بایست "علم درمان روانی آلمانی" (گورینگ ۱۹۳۴) را تقویت و یک روان درمانی واحد ایجاد می‌کرد. شواهد به‌دست آمده از درگر (۱۹۷۱)، بامایر (۱۹۷۱)، کمپر (۱۹۷۳)، ریمن (۱۹۷۳)، برویتیگام (۱۹۸۴) و اشنویرت (۱۹۸۵)، جنبه‌های مختلف شرایط کاری در آن انستیتو را آشکار می‌سازند. نظریات جدید دورسن (۱۹۹۴) بسیار بحث‌انگیز بوده است (بلومن برگ ۱۹۹۵، اریک هوف ۱۹۹۵، اشمیت ۱۹۹۵، شولتز- ورنات ۱۹۹۵). کوکس (۱۹۸۳، ۱۹۸۴) در مطالعه خود به این نتیجه رسید که تجمع تمام گرایش‌های روانشناسی عمیق زیر یک سقف، دارای آثار بلندمدت و نیز پیامدهای جانبی بوده که در مجموع از جانب وی مثبت تلقی می‌شود. باز هم باید بر این مسئله تأکید کرد که آثار بلندمدت و جانبی تجمع ناخواسته، زمانی می‌توانست مثبت ارزیابی شود که هیچ رابطه‌ای با روان درمانی واحد ایدئولوژیک نمی‌داشت که از جانب حکومت هدایت می‌شد. اگر شروری، پدر یک فرزند خوب بود، می‌توان به آن پسر شک برد. اتفاقاً از نقطه نظر روانکاوی می‌توان فرض کرد که ایدئولوژی‌ها با فرآیندهای ناخودآگاه رابطه‌ی تنگاتنگ و خویشاوندی دارد و به همین خاطر، حیات‌شان ادامه دار بوده و در قالب‌های محتوایی جدید تجلی خواهد یافت.

ادغام همه‌ی روان درمانگران روانشناسی عمیق در یک انستیتو به ایجاد همنوایی بین نمایندگان فکری از جریانات متفاوت انجامید. جبر دوران، باعث تقویت همبستگی شد. ایده‌ی یک روان درمانی واحد همراه با ترکیب عناصر اصلی تمام مکاتب، برای مدت زمان طولانی به حیات خود ادامه داد. «جامعه روان درمانی، روان تنی و روانشناسی عمیق آلمان» در سال ۱۹۴۹ تأسیس شد. آثار مثبت این گردهمایی تا به امروز چشمگیر است. منافع صنفی و حرفه‌ای از آن زمان تاکنون بطور جمعی پیگیری می‌شود. روان درمانگران روانکاو در گنگره‌های سالانه و دو سالانه خود با انجمن

روان درمانی پزشکان عمومی، دیدار و تبادلات منظم دارند. البته تعقیب علایق مشترک بر مبنای تفاهم بر سر اصول و کلیات روانشناسی عمیق یک چیز است و کاربرد روش‌های ارزیابی و درمانی و نیز تبیین نظریه‌های جدی، چیز دیگر. ایده گردآوری، حاکی از اشتیاق برای وحدت و یگانگی است که در اشکال مختلف متجلی می‌شود. از دیدگاه علمی، اشتیاق و تلاش برای وحدت و یکسان سازی، یک امر ساده لوحانه و زیانبار بیش نیست. امروزه پژوهش‌های کلی تخصصی در حیطه روان درمانی بدین سمت گرایش دارند که هم نقاط تشابه و هم نقاط افتراق میان گرایش‌ها و جریانات گوناگون را نشان دهد. طبیعی است که در این صورت باید روش‌های درمانی و نیز نظریه‌های زیربنایی آنها تعریف و مشخص شود. روش‌های تلفیقی یکی از بزرگترین چالش‌ها در میدان عمل درمانی محسوب می‌شوند. عناصر ترکیب شده نه تنها باید با یکدیگر همخوانی داشته باشد، بلکه باید از جانب بیمار نیز دریافت و پذیرفته شود.

انزوای چندین ساله، پیامدهای گوناگونی داشت که پس از جنگ آشکار شدند. مولر برانشوايگ و شولتز هنکه در بنیانگذاری نهادهای روانکاوی قبل از ۱۹۳۳، تأثیر قابل توجهی داشتند. شولتز هنکه بر این نظر بود که در سال‌های عزلت‌گزینی، روانکاوی را حتی توسعه و بسط داده است. همانگونه که تومه (۱۹۹۴) مطرح می‌کند، اینکه در این جریان نئو- روانکاوی درک و استنباط از مفهوم «انتقال» (transference) محدود و مختصر شد، آثار بلندمدتی بر جای گذاشت. در همین دوران در ابعاد بین‌المللی توسعه مفهوم انتقال در سطح نظری و عملی دنبال می‌شد. نقدی که شولتز هنکه در طی نخستین کنگره بین‌المللی انجمن روانکاوی (IPV) در زوریخ در مورد نظریه لیبدو ارائه داد، امروزه دیگر حساسیت روانکاوان را بر نمی‌انگیزد و بسیاری آن را می‌پذیرند. اما در آن دوران، مفاهیم و نظریه‌ها وجه مشخصه‌ی هویت روانکاوی محسوب می‌شد. روانکاوان یهودی که جان سالم بدر برده بودند، به مولر- برانشوايگ اعتماد کردند، زیرا وی به مکتب فروید وفادار مانده بود و ادعای آن را نداشت که در سال‌های انزوا آن را توسعه داده و چهره‌ی جدیدی بدان بخشیده باشد. بدلائیل محتوایی، شخصی و گروهی، قطب‌بندی ایجاد و در این میان شولتز هنکه نقش سپربلا را عهده‌دار شد. مولر برانشوايگ در سال ۱۹۵۰ به اتفاق ۹ نفر دیگر که جملگی ساکن برلین بودند، اتحادیه روانکاوان آلمان (DVP) را تأسیس کردند. اکثریت قریب به ۳۰ روانکاوی که پس از جنگ حیات داشتند، در جامعه روانکاوان آلمان (DPG) گردهم آمدند این انشعاب آثار خود را نشان داد: فقط اتحادیه روانکاوان آلمان به‌عنوان شعبه‌ی انجمن بین‌المللی روانکاوی به رسمیت شناخته شد.

در برلین نه تنها میان آن دو گروه انشعاب صورت گرفت، بلکه آن شهر ویران شده در طی جنگ جهانی دوم، به مکان احیای روانکاوی پس از ۱۹۴۵ تبدیل گردید. شرط به رسمیت شناخته شدن، توسط IPV آن بود که انستیتوی روانکاوی برلین تحت سرپرستی برانشوايگ در سال ۱۹۵۰ تربیت

روانکاوان را بعهده گیرد. اولین نسل روانکاوان پس از جنگ فقط از طریق این انستیتو می‌توانستند به عضویت جامعه بین‌المللی روانکاوی درآیند.

به رسمیت شناخته شدن روانکاوی توسط بیمه‌های درمانی نیز در برلین آغاز شد. در سال ۱۹۴۶ انستیتوی بیماری‌های روانزاد بیمه‌ای تأسیس شد. این نخستین پلی کلینیک روان درمانی بود که بودجه‌ای نیمه دولتی دریافت کرد و بعدها به سازمان بیمه‌ای رسمی تبدیل شد. این، سنگ بنای دریافت دستمزد درمان روانکاوی توسط سازمان‌های بیمه‌ای بود. در این پلی کلینیک همواره روانکاوان غیرپزشک نیز حضور و فعالیت داشتند. پس از آنکه در انستیتوی آلمانی پژوهش‌های روانشناختی و روان درمانی، چارچوب شغلی روانشناس درمانگر تثبیت شد، روان درمانگران غیرپزشک نیز توانستند بدون مشکلات خاصی از تسهیلات خدمات بیمه‌ای در شغل خود بهره‌مند شوند. از سال ۱۹۶۷ به این سو، روانکاوان غیرپزشک در چارچوب بیمه‌های پزشکی فعالیت حرفه‌ای خود را دنبال می‌کنند.

در غرب آلمان در سال ۱۹۵۰ به ابتکار ویکتور وایتسگر و با حمایت بنیاد راکفلر، کلینیک روان تنی تأسیس شده در دانشگاه هایدلبرگ تحت سرپرستی آلکساندر میتشرلینگ، به انستیتویی تبدیل شد که همزمان آموزش روانکاوی، مراقبت از بیماران و پژوهش را انجام می‌داد. روانکاوی برای نخستین بار در تاریخ دانشگاه‌های آلمان موطن خود را پیدا کرد. با همت میتشرلینگ و با حمایت آدورنو و هورکهایمر، انستیتوی دولتی زیگموند فروید در فرانکفورت تأسیس شد.

بسیاری از روانکاوان نسل پس از جنگ، کار خویش را با خودآموزی شروع کردند. دوره آموزشی آنان نسبتاً کوتاه بود. نقطه‌ی مشترک همه آنان کنجکاوی روشنفکرانه، دلبستگی وافر و یا حتی عشق به آثار فروید بود که آنها با تمام وجود برای به رسمیت شناخته شدن آن تلاش می‌کردند. آنچه در رفتار نسل پس از جنگ، همگان را تحت تأثیر قرار داد، این بود که همه‌ی روانکاوان آلمانی زبان مقیم خارج، به سبب اهمیت موضوع، موضوعات شخصی خود را کنار نهاده و با وجود سرنوشت رقت انگیز، تعقیب و فرار اعضای خانواده‌هایشان، دست یاری به سوی روانکاوان مقیم آلمان دراز کردند. نقطه‌ی اوج این فعالیت‌ها و اشتیاق‌های درونی و بیرونی، بواسطه یک رخداد مهم نمادین شد: بمناسبت صدمین سالگرد تولد فروید در ۶ مه ۱۹۵۶ به ابتکار آدورنو، هورکهایمر و میتشرلینگ و با کمک مؤثر حکومت ایالت هسن، در دانشگاه یوهان ولفگانگ گوته فرانکفورت و با حضور رئیس جمهور وقت آلمان و اریکسون، یک سری سخنرانی تحت عنوان "فروید در زمان حال" انجام شد. در ترم تابستانی همان سال یازده روانکاو آمریکایی، انگلیسی و سوئیسی در دانشگاه فرانکفورت و هایدلبرگ سخنرانی نمودند.

در آلمان و در برلین غربی دوره‌های آموزشی تمام وقت برگزار شد که تأثیر بسیار مثبتی بر روند تکوین روانکاوی در آلمان داشت. روانکاوان آلمانی از طریق شرکت در سمینارهای فشرده و مباحث پایه در بین روانکاوان از همه کشورهای اروپایی و ایالات متحده آمریکا، همچنین بواسطه اقامت‌های آموزشی در خارج، توانستند تا اواسط دهه ۶۰ میلادی، کمبودها و خلاءهای علمی خود را برطرف کنند و به سطح جهانی گفتمان روانکاوی پیوندند.

رشد روانکاوی در آلمان فدرال را می‌توان از تعداد اعضای انجمن‌های تخصصی روانکاوی به‌دست آورد که در مقیاس بین‌المللی، پس از آمریکا رتبه دوم را به خود اختصاص داده است. گرایش رشته‌های همسایه به روانکاوی قابل توجه است، اگر چه همکاری‌های بین رشته‌ای فقط در برخی مکان‌ها نهادینه شده است. تعداد روانشناسان و پزشکانی که دوره‌های روانکاوی را طی می‌کنند در مقایسه با کشورهای دیگر خیلی زیاد است. روانکاوان در بسیاری از دانشگاه‌های آلمان، بخش‌های روان درمانی و روانکاوی را سرپرستی می‌کنند. می‌توان امیدوار بود که با تقویت پژوهش‌های روانکاوی، پارادایم علمی فروید در دانشگاه‌ها نهادینه شده و رو به توسعه گذارد. اهمیت کاربرد پزشکی روانکاوی بسیار فراتر از روش‌های درمانی آن است. جامعه پزشکی آلمان بود که علاقه زیادی برای پذیرش ایده‌های میشل بالینت از خود نشان داد. در هیچ کجای دیگر دنیا به اندازه آلمان، گروه‌های بالینت وجود ندارد؛ گروه‌هایی که از منظر نظریه ارتباطات و جهت ارتقای فرآیند درمان، نحوه شکل‌گیری رابطه‌ی پزشک-بیمار و کیفیت آن را بررسی می‌کنند.

جمع‌بندی کنیم: روانکاوی نه تنها به‌دنبال تغییر و تحول در فرآیند درمانی است، که خود به دنبال سوژه‌ها و موضوعات جدید نیز هست. روانکاوی از بدو پیدایش خویش انجماد فکری و جزم‌گرایی را برنتابیده و در برابر نقطه نظرات جدید با گشاده‌رویی برخورد کرده است. امیدواریم با کتاب آموزشی حاضر توانسته باشیم سهمی در تغییرات لازم ایفا کرده باشیم.

## ۴۱ جایگاه و موقعیت ما\*

از آنجایی که ما مکرراً و بطور مشروح به آثار فروید رجوع خواهیم کرد، مایلیم در ابتدا رئوس نظرات و برداشت‌های خود را از این آثار تشریح نماییم. رجوع ما به نقل قول‌های اصلی و نیز انتخاب آنها، چند هدف را دنبال می‌کند: با وجود نظم قابل ستایشی که در ادبیات روانکاوی حاصل شده، هنوز می‌توان گفت که روانکاوی زمانی به بهترین نحو درک می‌شود که "سیر تکوین و تکامل آن

---

\* Our Position  
Ueber unseren Standort

را پیگیری کنیم" (فروید، ۱۹۲۳ ص: ۲۱۱). درک و فهم آثار کلاسیک، پیش شرط درک مشکلات کنونی و ارائه راه‌های منطبق با زمان حال است.

در این کتاب سعی کرده‌ایم، تکوین دستگاه تئوریک روانکاوی را بر مبنای سیر تاریخی آن بررسی نماییم. ما به دنبال سرچشمه‌هایی هستیم که جریان روانکاوی را آبیاری کرده‌اند. ما نقل قول می‌آوریم تا خواننده را با مبانی مطالبی آشنا سازیم که به موقعیت و نظرات کنونی منجر شده است. از همین رو نقل قول‌ها وسیله‌ای در خدمت هدف‌اند: ما به وسیله استناد به فروید در صدد اثبات برداشت‌ها و نظریات خود هستیم. تضادهای موجود در آثار فروید نشان از افق فکری باز و گسترده روانکاوی دارد: "روانکاوی همیشه در سیر تجربی بسر می‌برد، همیشه دفترش گشوده و همواره آماده است تا در نظرات خود تجدید نظر کند و یا آنها را تغییر دهد" (فروید، ۱۹۲۳ ص: ۲۲۹). جوهر این نگرش در سه نقل قول پائین تبلور یافته است:

- در روانکاوی از همان ابتدا نوعی ارتباط و پیوند ناگسستنی میان درمان و پژوهش برقرار بود. شناخت حاصله از این ارتباط به این بینش موفق منجر شد که نمی‌توان درمان کرد، بدون آنکه تازه‌ها را دریافت کرد و نمی‌توان روشنگری نمود، بدون آنکه آثار آن را تجربه کرد. رویکرد درمانی ما تنها رویکردی است که این تلاقی با ارزش در آن اتفاق می‌افتد. تنها زمانی که مراقبت از روان را در عمل انجام می‌دهیم، می‌توانیم به تعمیق بینش خود از حیات روحی-روانی انسان دست یابیم. این نگاه که به ارتقا و یافته‌های علمی نظر دارد، شایسته‌ترین و فرحبخش‌ترین جنبه‌ی فعالیت‌های درمانی روانکاوی را تشکیل می‌دهد. (فروید، ۱۹۲۷ ص: ۲۹۳؛ فروید، ۱۹۱۲، ص: ۳۸۰).

- اتمام به موقع و مناسب آنالیزها برای اعتماد به نفس درمانگر امری با ارزش است و اهمیت پزشکی روانکاوی را آشکار می‌سازد، اما همین امر برای شناخت‌های علمی اکثراً فاقد اهمیت است و چیز تازه‌ای از آن نمی‌آموزیم. درمان فقط بدین سبب با موفقیت به اتمام رسیده، چون هر آنچه را برای اتمام آن لازم بوده می‌دانسته‌ایم. مطالب جدید را می‌توان فقط در خلال موارد پیچیده‌ای آموخت که به وقت زیاد نیاز دارد. فقط در این موارد است که می‌توانیم به لایه‌های عمیق و اولیه‌ی روان انسان نزدیک شویم و از آنجا راه حل مشکلات را ارائه دهیم. می‌توان گفت آنالیزی که تا به این حد به لایه‌های عمیق روان انسان نزدیک می‌شود، شایسته مفهوم آنالیز است. (فروید ۱۹۱۸، ص: ۳۲).

- من به شما گفته‌ام که روانکاوی به‌عنوان یک روش درمانی پا به عرصه حیات گذاشت. اما من نمی‌خواهم به‌عنوان یک رویکرد درمانی از آن دفاع کنم و علاقه شما را نسبت به آن برانگیزم، بلکه بدلیل حقیقت، بدلیل آنچه درباره انسان و ذات او و نیز ارتباط اجزای انسان و

عملکرد آنها به ما می‌گوید، از آن دفاع می‌کنم. در غیر اینصورت روانکاوی به‌عنوان درمان، یک رویکرد در انبوه روش‌های درمانی دیگر است. اگر روانکاوی ارزش درمانی نداشت، به درد بیماران نمی‌خورد و بیش از سی سال از قدمت آن نمی‌گذشت. (فروید ۱۹۳۳، ص: ۱۶۹).

نقل قول‌ها نشان می‌دهد که فروید نقشه یک بنای کلاسیک را طراحی کرده که بدلائل اصولی همواره ناتمام خواهد بود و نه به این دلیل که هر درمانگری در فرآیند درمانی سنگ بنایی تازه کشف می‌کند، سنگ بنایی که زمانی مخروبه‌ای بیش نبوده است.

## درمان و علم

سه نقل قول بالا که در واقع می‌توان از آنان به‌عنوان سه تن نیز نام برد، حاوی اجزای اصلی یک درمان علیتی است. نظرات و دیدگاه فروید تا حدودی از فرضیه ارتباط و پیوند ناگسستگی درمان و پژوهش دور می‌شود: روانکاو نمی‌تواند از صرف دستیابی به اهداف درمانی راضی باشد، بلکه او مایل است توضیحی برای پیدایش و شکل‌گیری رنج و درد روحی-روانی پیدا کند. او قبل از هر چیز مایل به فهم این مسئله است که درد و رنج روانی چگونه در فرآیند درمانی تغییر می‌کند و یا در برابر درمان و تغییر از خود مقاومت نشان می‌دهد. به همین خاطر عدم توفیق در دستیابی به اهداف درمانی، بزرگترین چالش‌ها را در برابر درمانگر قرار می‌دهد. بر طبق فرضیه ارتباط و پیوند ناگسستگی درمان و پژوهش، شرایط شکل‌گیری و تغییر و نیز ناکامی درمانی به‌لحاظ علمی قابل توضیح است. روانکاوی دوران درمان تلقینی مبتنی بر عارضه را پشت سر گذارده است. درمان کور و پرهیز از زحمت جهت تعمیم شناخت‌های حاصله، عقب‌گرد بسوی عملگرایی تهی از شناخت و "تجربه‌گرایی صرف" (فروید ۱۹۳۳، ص: ۱۶۵) است. فروید نگران آن بود که "درمان علم را از پای در آورد" (۱۹۲۷، ص: ۲۹۱). او گمان داشت بوسیله بررسی دقیق قواعد درمانی، قادر شده بهترین پیش شرط‌های علمی برای بازسازی خاطرات ایام کودکی و بوسیله فراموشی (amnesia) ایده‌آل‌ترین شرایط درمانی را مهیا سازد (۱۹۱۹، ص: ۲۰۲). امروز ما می‌دانیم که تحقق ارتباط و پیوند ناگسستگی درمان و پژوهش فراتر از رها کردن تلقین ساده و پیروی از قواعد درمانی استاندارد است. خود فروید نیز می‌گفت که شرایط تغییر مطلوب باید در بستر فرآیند روانکاوی بوجود آید، به بیان دیگر، انعطاف در برخورد با بیمار امری الزامی است (۱۹۱۰، ص: ۱۰۸).

ارزشیابی درمانی. ایجاد موقعیت درمانی پیش‌شرط وارد شدن به فرآیندهای روانی ناخودآگاه است. بنیانگذار روانکاوی به جایگاه علمی ارزشیابی تغییرات درمانی و توضیح عوامل درمانی، اهمیت لازم را مبذول نمی‌داشت. فروید زمانی بر این نظر بود: "روانکاوی یک بررسی علمی نیست، بلکه یک



مداخله درمانی است که مایل به اثبات چیزی نیست و فقط در پی تغییر است" (فروید ۱۹۰۹، ص: ۳۳۹). به نظر ما این رویارویی علم و درمان که از جانب فروید بیان گردیده، جای بحث دارد. امروزه گفتمان پژوهش‌های درمانی، به دنبال اثبات تغییرات حاصله در آغاز و پایان درمان روانکاوی و توضیح رابطه‌ی آن با تئوری‌هاست.

### رابطه طول درمان و موفقیت درمانی

فروید بر این نظر بود که آنالیزهایی که بر مبانی شفاف و قابل اعتماد استوار باشند، زودتر از آنالیزهایی که مبهم است، به نتایج موفق منجر می‌گردد. دانش فنی روانکاو، استعداد و تجربیات او باید حتی باعث تسریع روند درمانی شود. اعتماد به نفس روانکاو و بیمار می‌تواند بدلیل قابل پیش بینی بودن و دستیابی به توفیق درمانی افزایش یابد، امری که در عمل نیز به اثبات رسیده است. حقیقتاً درمان‌های کوتاه مدت موفق، چه به لحاظ طول درمان و چه به لحاظ ساعت درمانی نیز مشاهده و گزارش شده است. این موفقیت‌ها را نباید به عنوان مقابله با نشانه و عارضه و یا درمانی که بدلیل فرآیند انتقال در درمان پدید آمده است، کم اهمیت جلوه دهیم. البته امروزه آنالیزهایی که در کوتاه مدت به نتایج مطلوب برسند، از ارزش بالایی برخوردار نیستند و اعتبار حرفه‌ای را ارتقاء نمی‌دهند! بر عکس کیفیت آنالیزها با مدت طولانی آنها سنجیده می‌شود. این در حالی است که معلوم نیست شناخت‌های حاصله با معیارهای درمانی و علمی همخوانی دارد یا نه.

### ناب‌گرایی در تعبیر

از آثار فروید می‌توان به برداشت‌های گوناگون وی دست یافت. مثلاً اینکه سیستم فکری علمی و درمانی فروید از این ایده اساسی متأثر بود که بتوان روزی به تعبیر ناب و زدودن هرگونه تأثیرات خارجی رسید.

فروید (۱۹۱۹، ص: ۱۸۷) سؤالاتی در این زمینه طرح کرد:

- آیا آگاه کردن بیمار نسبت به موارد انکار شده و کشف مقاومت‌های او کافی است؟
- آیا باید بیمار را در کنار آمدن با مقاومت‌های آشکار شده، تنها گذاشت تا خود او بر آنها غلبه کند؟
- آیا نمی‌توانیم کمک دیگری بغیر از آنچه در فرآیند انتقال اتفاق افتاده، به بیمار ارائه نماییم؟

فروید خود به سؤالات بالا اینگونه پاسخ می‌دهد که باید بیمار را به سمت آنچنان موقعیت روانی سوق داد که بتواند بطور مطلوب بر تعارضات خویش غلبه پیدا کند. در تکنیک استاندارد، نظر آن است که تلاش‌های دیگر برای شکل‌دهی موقعیت روانکاوی لازم نیست. چنین ادعا می‌شود که به کمک قواعد مشخص و از پیش تعیین شده می‌توان بهترین شرایط را برای شناخت کشمکش‌های ناخودآگاه فراهم کرد. اما واقعیت آن است که هنر تعبیر روانکاوی، به‌عنوان هسته‌ی اصلی تکنیک، مستلزم شرایط دیگری نیز هست و بی‌توجهی به آنها، هم روند شناخت و هم اثربخشی درمانی را محدود خواهد ساخت.

### تغییر و تعدیل

فروید آنگاه خواستار تغییر و یا تجدید نظر در روش‌های روانکاوی می‌شد که می‌خواست شرایط درمانی را برای یک بیمار و یا گروهی از بیماران به حد اعلی برساند. در حالی که حلقه تشخیص اندیکاسیون در تکنیک استاندارد هر روز تنگ‌تر می‌شد و درمانگران به‌دنبال بیمارانی برای روش‌های درمانی خود می‌گشتند، برخورد انعطاف‌پذیر با روش‌ها و یا تغییر آنها، بیماران بیشتری را تحت پوشش خود قرار می‌دهد.

● تکنیک‌های استاندارد و کلیشه‌ای در امر اندیکاسیون، گزینشی برخورد می‌کنند و به‌دنبال بیمارانی هستند که بتوانند خود را با روش درمانی آنها تطبیق دهند.

● روش‌های انعطاف‌پذیر و غیرکلیشه‌ای برعکس، زمینه‌ی اندیکاسیون انطباقی را مهیا می‌سازد، بدان معنا که درمان با داده‌ها و موقعیت بیمار همسو شود. در این حال یک افق درمانی شکل می‌گیرد که می‌تواند طیف وسیعی از بیماری‌های روانی و روان‌تنی در گروه‌های سنی و اقشار مختلف جامعه را پوشش دهد.

به موازات رشد و گسترش نظریه روانکاوی، کاربرد روش‌های روانکاوی در مفهوم اندیکاسیون منطبق، به افراد سالمند و سنین بالا بسط و توسعه یافته است: بحران‌ها و تعارضات در بلوغ، زندگی بزرگسالی، دوران میانسالی و سالمندی، در کنار دوران خردسالی در شکل‌گیری بیماری‌های روانی و روان‌تنی، به جایگاه و وزن بایسته خود دست می‌یابند (اریکسون ۱۹۷۰، گرین اسپن و پلوک ۱۹۸۰، ۱۹۸۱، لیدز ۱۹۶۸).

روش اندیکاسیون منطع، مخصوصاً در روانپزشکی سالمندان تغییرات روش‌های روانکاوی را به‌دنبال دارد (استاری و بلانک ۱۹۸۱، رادبولد ۱۹۸۲). همانگونه که در بخش ۶-۶ نشان خواهیم داد، انتظار

فروید مبنی بر اینکه درمان روانکاوی برای عموم مردم از اقشار گوناگون ارائه شود، در برخی کشورها تحقق یافته است (استروتسکا ۱۹۶۹، ۱۹۶۹، ب، ۱۹۸۰).

## مفهوم "کلاسیک"

طرح‌ها و نظریات علمی کلاسیک را نباید مانند آثار تاریخی، تحت پوشش سازمان میراث فرهنگی قرار داد. بهمین سبب والن اشتین (۱۹۷۹) نیز در متاآنالیز خویش، هیچ تعریف قابل اتکایی از روانکاوی "کلاسیک" به‌دست نیاورده است.

● یک تئوری، روش یا مجموعه افکار مدون و به‌رسمیت شناخته شده، زمانی به‌عنوان "کلاسیک" تلقی می‌شود که تکامل جدید یا تغییرات اساسی نقطه نظرات، دامنه‌ی اعتبار آن را کاهش داده باشد. فروید تنها چهار مرتبه و آن هم بطور ضمنی از روش کلاسیک تعبیر رویا صحبت کرده است. این در حالی است که به تغییراتی در این زمینه نیز اشاره داشته است: "در کنار روش کلاسیک که از بیمار می‌خواهیم در مورد اجزای خواب خود به تداعی روی آورد، راه‌های دیگری نیز وجود دارد" (۱۹۳۳، ص: ۱۰). مثلاً فروید توصیه می‌کند از رویابین بخواهیم "اول از همه به‌دنبال پسمانده‌ی روز در رویا باشد. اگر ما این موضوع را پیگیری کنیم، می‌توانیم به یکباره گذار از مرحله دنیای بظاهر دور دست و غریب رویا به زندگی واقعی بیمار را طی کنیم" (۱۹۳۳، ص: ۱۱).

## سیستم قاعده‌مند تکنیک استاندارد

اثر کلاسیک فروید همواره به نوعی در فکر و رفتار روانکاو حضور دارد، اما این مطلب معمولاً و بویژه زمانی که با تکرار و چندگرایی در روانکاوی (والراشتین ۱۹۹۵، شافر ۱۹۹۰) مواجهیم، به فرآیند درمانی انتقال نمی‌یابد، آنگونه که بتوان از تکنیک کلاسیک صحبت کرد. اما پیروی از قواعد و استاندارد کردن آنها یک امر ضروری است.

قواعد درمانی بنا به توصیه فروید، برپایه‌ی تکنیک بنا شده است. این قواعد در تکنیک استاندارد خلاصه می‌شود.
---

● نقطه نظرات درمانی و علمی، الزاماً به تغییر و تحول در سیستم قواعد می‌انجامد. این امر هم به نفع گروهی از بیماران (هیستری، فوبیا، وسواس و یا انواع خاصی از بیماریهای روان تنی و غیره) و هم به نفع یک بیمار مشخص است.

● در تکنیک ارتدکس، برعکس، مفید بودن و هدفمند بودن این قواعد مورد پرسش قرار نمی‌گیرد. در تکنیک ارتدکس، اندیکاسیون گزینشی به گونه‌ای انجام می‌شود که بیمار پیرو قواعد گردد.

● در قطب دیگر شاهد روانکاوی بی‌در و پیکر هستیم. آنجایی که انحراف از استانداردهای میانگین و قابل قبول، آن هم بدون دلیل موجه، امری ساری و جاری است. در این حالت، هم درمانگران و هم بیماران به شدیدترین نحو ممکن گیج و سردرگم می‌شوند (۱۹۱۰).

وفور منابع در زمینه‌ی نحوه‌ی کار فروید (کرمیوس ۱۹۸۱، بایگلر ۱۹۷۵، کانسر و گلن ۱۹۸۰)، بررسی نقادانه تاریخ تکنیک درمانی روانکاوی را تسهیل می‌نماید. البته حل مشکلات و مسائل امروزی را نمی‌توان از طریق همانندسازی با فروید و خصوصیات انسانی و طبیعی او که بعضاً بیماران خود را نوازش می‌کرد و یا به آنان پول هدیه و یا قرض می‌داد، حل و فصل کرد. زیرا توسعه تئوری انتقال موجب شد تا به جنبه‌های ارتباطی و تعبیر آنها توجه بیشتر مبذول گردد. فروید (۱۹۲۷) تصریح می‌کند که همه درمانگران باید ابزارهای کاربردی روانشناختی را که منطبق با روانکاوی علمی است بکار گرفته و از روش‌های به‌دست آمده از پژوهش‌های علمی دیگر استفاده نمایند. روانکاوی علمی بویژه در حوزه کاربرد غیردرمانی، نیازمند تعامل بیشتر بین رشته‌ای است (مراجعة شود به ولر ۱۹۷۱، ۱۹۷۲).

اما از سوی دیگر روانکاوی درمانگر نمی‌تواند نتایج پژوهشی روز به‌دست آمده از بررسی فرآیندهای درمانی را نادیده بگیرد. نکته‌ی اساسی آن است که ویژگی‌ها و مختصات روانکاوی علمی کدامند. به‌عنوان نویسندگان یک کتاب درسی، وظیفه پژوهشگران با کفایت می‌دانیم که به بررسی کاربرد عملی روش‌های روانکاوی در علوم الهی، علوم فرهنگی، اسطوره‌شناسی و تاریخ ادبیات بپردازند و نشان دهند که ادعای علمی بودن روانکاوی تا چه حد قابل دفاع می‌باشد. در حوزه‌ی کاربرد درمانی روش‌های روانکاوی، سؤال این است که با رجوع به سه تز اساسی فروید که قبلاً ذکر شد، روانکاوی علمی چگونه قابل تعریف خواهد بود. هر چقدر قواعد سختگیرانه‌تر تعریف گردند و هر چه ارزیابی علمی آثار این قواعد بر فرآیند درمانی کمتر بررسی شوند، خطر ارتدکسی افزایش می‌یابد.

از آنچه گفته شد نتیجه می گیریم که بحث ما در نهایت به تکنیک روانکاوی مربوط می شود. در اینجا همچنین پیوسته قواعدی را در نظر داریم که طی سالیان طولانی استاندارد شده یا به عبارت دیگر به عنوان الگوهای بسته بندی شده مطرح می باشند. نحوه تفکر عملی و علمی منوط به پیروی از قواعد است. از آنجایی که بواسطه قواعد مشخص می شود که "انسان خالق و آفریننده چیست" (هابرمس ۱۹۸۲، جلد ۲ ص: ۳۱)، تأثیر آن بر پدیده های روانکاوی و تظاهر آن در فرآیند روانکاوی باید همواره مورد توجه قرار بگیرد.

تلاش نه چندان کم زحمت ما روشن می کند که پاسداری از سنت تکنیک های درمانی و برخورد نقادانه ی ما با آنها کار ساده ای نیست. اگر رفتار درمانی را بر پایه نقل قول بالا استوار سازیم، در نتیجه مسئولیت اصلی متوجه کسی می شود که قواعد را به این یا آن شکل مفروض بکار می برد. فروید در این زمینه توصیه هایی ابراز داشته است.

### ۲-۱ نقش روانکاو به عنوان راهنما\*

تفکر بنیادی کتاب آموزشی حاضر برخاسته از این باور است که نقش روانکاو در فرآیند درمانی باید به مرکز ثقل توجه تبدیل گردد. ما بطور منظم و پیوسته، همه چیز را از این دیدگاه بررسی خواهیم کرد، اینکه آیا مسئله مربوط به کنش های بیمار است یا با پدیده ی پسرفت مواجه هستیم، آیا پدیده ی انتقال و یا مقاومت بیمار فعال شده و غیره، همه و همه از منظر نقش روانکاو در این روند قابل بررسی است. هر پدیده ای که در موقعیت روانکاوی حس و یا مشاهده می شود، متأثر از روانکاو است.

### الگوی تعاملات

جریان و سیر درمان، موضوعی است وابسته به تأثیرات و نفوذ روانکاو. طبیعی است عوامل دیگری نیز در این فرآیند دخیل است:

---

\* The Psychoanalyst's Contribution  
Der Beitrag des Psychoanalytikers als Leitidee

- باید شرایطی را در نظر داشت که ناشی از سیر بیماری و نوع بیماری است.
- باید شرایط زندگی و تاریخچه‌هایی را مورد توجه قرار داد که زمینه‌ساز بروز یک بیماری است.
- همچنین عواملی که بطور ممتد و به‌عنوان تقویت کننده بیماری وجود دارد، باید مد نظر قرار بگیرد.

بیماری‌های روانی تحت چنین شرایطی است که پیشروی می‌کنند و دقیقاً شانس تأثیرات درمانی بمعنای ایجاد تغییرات و تجربیات جدید، در همین نکته نهفته است. روانکاو هم به‌عنوان یک انسان و هم به‌عنوان یک شاغل حرفه‌ای در این فرآیند دوسویه درگیر می‌شود. بهمین خاطر قابل درک است که از تعاملات موثر درمانی میان بیمار و درمانگر صحبت کنیم.

برای ترسیم فرآیند درمانی به یک الگوی تعاملی نیازمندیم که بر یک روانشناسی سه نفره بنا گردیده باشد (ریکمن ۱۹۵۷، بالینت ۱۹۶۸).

نفر سوم کیست؟ تعارضات ادیپی تعریف شده در روانشناسی ارتباطات. بنابراین نفر سوم اگرچه به‌لحاظ عینی قابل مشاهده نیست، اما همیشه حضور دارد.

تفاوت موقعیت درمانی با ارتباطات دیگر، حضور مجازی نفر سوم در ارتباطات دوسویه است. تأثیرات حذف متدیکِ نفر سوم در عمل و تئوری روانکاوی تاکنون کمتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

این مسئله کاملاً به روانکاو بستگی دارد که نفر سوم (پدر، مادر و یا همسر) چگونه در رابطه دوسویه که ما آنرا "مثلث منهای یک" می‌نامیم، متجلی می‌گردد و این رابطه‌ی دو سویه را به یک مثلث تبدیل می‌کند.

### شکل‌دهی موقعیت درمانی

برای درک این مطلب که در فرآیند درمانی واقعاً چه روی می‌دهد، باید رفتار روانکاو و سهم وی در ایجاد و استمرار شرایط درمانی را بررسی کنیم. این خواسته و انتظار برنامه - مدار که از جانب بالینت (۱۹۵۰) بیان شده تا کنون محقق نگردیده است. مدل (۱۹۸۴) معتقد است که این خواسته حتی بطور کامل به حیطه فراموشی سپرده شده است. حداقل در بسیاری از شرح حال‌ها سهم روانکاو، آنچه او فکر کرده و انجام داده، چرایی تفاسیر اینگونه و آنگونه‌ی وی، بسیار کمرنگ منعکس می‌شود.

به نظر ما، موقعیت درمانی باید چنان برنامه ریزی، شکل دهی و اجرا گردد که بیمار به بهترین شرایط ممکن برای حل تعارضات خویش و اشراف به ریشه‌های ناخودآگاه این تعارضات دست یابد.

آشکار است که بر این باوریم که روانکاو می‌تواند و باید تأثیرات عمیق بر بیمار بر جای گذارد. آزادی و حریم بیمار در این نقطه، نه تنها خدشه دار نمی‌شود، بلکه با تشویق به برخورد نقادانه، گسترش نیز می‌یابد.

هر قاعده باید از این منظر مورد ارزیابی قرار بگیرد که آیا شناخت و حل مشکل را تسهیل می‌کند یا بر پیچیدگی اوضاع می‌افزاید. در حالت آخر باید در صدد تغییر آن برآمد.

نتایج مباحث فوق آن است که ما حق نداریم تئوری تکنیک روانکاوی و قواعد آن را به‌عنوان اصول ازلی و ابدی تغییر نپذیر تلقی نماییم، زیرا این قواعد در هر مورد باید بر حسب تأثیرات درمانی، مورد سنجش قرار گیرند. مثلاً امروز دیگر نمی‌توانیم بپذیریم که *تداعی آزاد* به خودی خود و بدون متأثر شدن از عوامل دیگر، به جریان می‌افتد. کلیه استانداردهای می‌تواند تأثیرات مطلوب و تأثیرات جانبی اتفاقی، مثبت یا منفی، داشته باشد که از مورد به مورد، فرآیند درمانی را تسهیل و یا دشوار می‌سازد.

### جهت‌گیری نظری

روانکاو در رفتار تشخیصی و درمانی خود با تئوری روانکاوی به‌عنوان روانشناسی (آسیب شناسی روانی) نظام‌مند تعارضات، جهت‌گیری دارد. کریس (۱۹۷۵، ص: ۶) روانکاوی را بطور اختصار اینگونه تعریف می‌کند: "فهم رفتار انسان از منظر تعارضات". به نظر بینزواگنر (۱۹۵۵) همین تعریف، پارادایم تاریخ علم روانکاوی را رقم می‌زند که فروید (۱۹۱۶، ص: ۶۲) به طور ضمنی بدان اشاره داشته است: "ما نمی‌خواهیم علایم و بیماری‌ها را فقط توصیف و طبقه‌بندی کنیم، بلکه لازم است آنها را به‌عنوان نماد یک بازی قدرت در روان انسان در نظر داشته باشیم". اهمیت تئوری جامع روانکاوی در آن است که چرخه زندگی انسان را از همان روز نخست با توجه به کشمکش‌ها و تأثیرات آن بر زندگی جمعی و موقعیت فردی، بررسی می‌کند.

چنانچه تعارضات و نقش آنها را در شکل‌گیری بیماری‌های روانی و روان‌تنی، یک جانبه به‌عنوان درون- روانی و نه به‌عنوان فرآیندهای بین‌انسانی تعریف کنیم، هم افق تئوریک و هم دامنه‌ی تکنیک‌های درمانی را محدود و تنگ ساخته‌ایم.

هارتمن (۱۹۵۰، ۱۹۵۵) هشدار می‌دهد مبادا روانکاوی به دام "تئوری‌های تقلیل‌گرا" و "اوهام ژنتیک" گرفتار شود. در تئوری‌های تقلیل‌گرا فقط این محبوب نیست که یک جزء عمده و جایگزین کل می‌شود، بلکه همانگونه که فروید (۱۹۱۶، ص: ۳۵۹) تأکید ورزیده، در آن جزء، به‌دنبال همه حقیقت گشته و به مبارزه با آنچه حقیقت دارد، پرداخته می‌شود.

تئوری‌های تقلیل‌گرا نه فقط به‌خاطر یکجانبه‌گرایی و کمبودهای موجود قابل انتقاد است، بلکه قبل از هر چیز بدین خاطر که فرضیه‌های موقتی را به‌عنوان نظریات اثبات شده ارائه می‌دهد. البته همین انتقاد متوجه ادعاهایی نیز می‌گردد که روانکاوی را کاشف همه حقیقت نائل شده می‌پندارند.

نظریه‌ی ارتباط و پیوند ناگسستنی فروید ما را ملزم می‌سازد به معیارهای پیچیده علمی پایبند باشیم که بطور اجتناب‌ناپذیری ادعای دستیابی به حقیقت مطلق را نسبی و احتمال اثبات یک فرضیه و یا رد آن را مطرح می‌کند. اینکه یک کلیت چیزی بیشتر از جمع جبری اجزای آن است، در تئوری‌های مکملی مشهود است. این تئوری‌ها، پیچیدگی شکل‌گیری کشمکش‌ها در رابطه با آسیب‌شناسی روانی را به ما نشان می‌دهند. چند نمونه:

● بالینت الگوی یکجانبه کشمکش درون- روانی و نیز پافشاری مطلق بر تعبیر به‌عنوان ابزار درمانی را مورد انتقاد قرار می‌دهد.

● روانشناسی خودِ کوهوت از ابراز نارضایتی درباره تکنیک نئوکلاسیک و انتقاد بر مبانی تئوری آن درباره نقش کشمکش‌های ادیپی در برخی نورزهای انتقالی، آغاز شد.

شکل‌گیری مکاتب جدید در روانکاوی همیشه ناشی از نارضایتی‌ها و به دلایل گوناگون بوده است، و البته همواره توأم با امیدواری‌های محکم، به‌نحوی که خود، سرانجام در یکجانبه‌گرایی در غلطیده است. اصول راهنمای ما درباره‌ی نقش روانکاو، از طریق دامن زدن به نقد تئوری، می‌تواند بر روند مکتب‌سازی غلبه کند.

مبدأ نظریات ما، تئوری گسترده و جامع فروید درباره تعارض‌ها است و نه /جزای دورن- روانی تعارضات یک گروه خاص از بیماران. چنین محدودیت‌هایی منجر به حرکات و جریانات مخالف شده است که آخرین نمونه آن در روانشناسی خودِ کوهوت متبلور گشته است. محدودیت تئوریک در الگوی جامع تعارض به عدم توجه کافی به رابطه دوسویه در فرآیند درمانی منتهی شد. چنانچه افق تئوریک و عملی را دوباره در گستره کامل‌اش احیا کنیم، توصیفات مربوط به "خود" و نقایص



"خود" بدون کوچکترین مشکلی در تئوری تعارض روانکاوی به جایگاه بایسته خود می‌رسد، همانگونه که والراشتاین (۱۹۸۳)، مدل (۱۹۸۴)، تروینیت (۱۹۸۳) نشان داده‌اند.

### تئوری ساختاری: تعارضات و همانندسازی‌ها

تئوری ساختاری روانکاوی، تعارضات ادیپی و تأثیرات آن بر شکل‌گیری نورزها را به کانون توجه تبدیل نمود. محدود کردن زاویه دید به تعارضات درون- و بین سیستمی در میدان برخوردهای فراخود، ایده‌آل‌های خود، خود و نهاد، اما نتیجه‌ی جبری تئوری ساختاری روانکاوی نیست. همانگونه که ما در فصل ۴ در مبحث رابطه انواع مختلف مقاومت با مکانیزم‌های دفاعی نشان خواهیم داد، رد پای تئوری ساختار در بستر ارتباطات اولیه قابل پیگیری است. فروید (۱۹۲۱، ص: ۱۱۸) یادآور می‌شود که همانندسازی، نخستین قالب شکل‌گیری احساس و عاطفه است.

### روانکاوی: تکنولوژی هرمنوتیک

در حال حاضر، آسیب‌شناسی جامع تعارضات در روانکاوی از این واقعیت پذیرفته شده حرکت می‌کند که اختلال در ارتباطات اولیه با ابژه، به اختلال در احساسات خود منجر می‌شود. قابل توصیه است که تئوری روانکاوی که آسیب‌شناسی روانی تعارضات را بطور سیستماتیک توضیح می‌دهد، بوسیله نوعی درمان نظام‌مند که با حل مشکلات سوگیری دارد، تکمیل گردد. موضوع اصلی در فرآیند درمانی، غلبه بر تعارضات تحت شرایط مطلوب‌تر از پیدایش آنها است. ولدر (۱۹۳۰) با گنجاندن قابلیت حل مشکل در حوزه عملکردهای فراگیر خود، پیش شرط مهمی را در سوگیری با حل مشکل ارائه نموده است:

"خود همواره در مقابل وظایف و تکالیف قرار دارد و تلاش می‌کند برای آنها راه حل ارائه دهد. به همین دلیل رخدادهایی که در خود اتفاق می‌افتد، می‌تواند به عنوان تلاش برای راه حل تفسیر شود. خود هر انسان توسط انبوهی روش‌های حل مسئله، تعریف شدنی است." ولدر همچنین درباره‌ی مشکلات هنر تعبیر روانکاوی سخن می‌گوید و شاید نخستین کسی باشد که مفهوم هرمنوتیک روانکاوی را مطرح کرده است.

بر اساس آنچه تاکنون گفته شد، می‌توان برداشت ما از مقوله درمان را چنین بیان کرد:

◀ فرآیند انتقال که بواسطه تفاسیر شکل گرفته و شکوفا می‌گردد، در بستر رابطه ویژه درمانی بوجود می‌آید (اتحاد کاری).

◀ بیمار بواسطه حساسیت‌هایی که در تجربه‌های قبلی به‌دست آورده، در فرآیند درمانی مخصوصاً آن چیزهایی را دریافت می‌کند که بر اساس انتظارات ناخودآگاه قبل از هر چیز در خدمت تکرار و ایجاد یک هویت/دراکی باشد (فروید ۱۹۰۰).

◀ موقعیت روانکاوی برای بیمار شرایطی را مهیا می‌سازد تا بوسیله تجربیات جدید به راه حل برای مشکلات خویش دست یابد. شناخت از خود بیمار بوسیله تعبیرات روانکاو و با غلبه بر مقاومت‌های ناخودآگاه تسهیل می‌گردد، این در حالی است که بیمار می‌تواند بطور غیرمترقبه‌ای به دیدگاه‌های تازه‌ای دست یابد. از آنجایی که در تعبیرات روانکاوی با ایده‌هایی روبرو می‌شویم که حاصل ذهنیت روانکاو است، می‌توان از آنها به‌عنوان دیدگاه و برداشت سخن گفت.

◀ به‌عنوان دیدگاه و برداشت، این ایده‌ها، چنانچه از آزمون بیمار گذشته یا به‌عبارت دیگر اصلاً یک تصور انتظاراتی، یا یک واقعیت درونی در وی را منعکس سازد، می‌تواند بر بیمار تأثیرات بلندمدت درمانی بگذارد.

◀ پس از این مراحل است که دیدگاه‌ها در تجربیات نفوذ می‌کند و باعث تغییرات در زندگی روزمره می‌شوند. این تغییرات، ذهنی است، با این حال در رفتار و با از بین رفتن علایم اثبات می‌شوند. در نظریات بالا این مطلب نهفته است که ارزش روش‌های روانکاوی با تغییرات درمانی سنجیده می‌شود.

همراه با برنر (۱۹۷۹) می‌توان اظهار داشت که تغییر اصلی‌ترین موضوع فرآیند روانکاوی است و بهبود علامت بیماری معیار کافی برای موفقیت درمانی محسوب نمی‌گردد.

تعبیر، به‌عنوان شاخص‌ترین تکنیک روانکاوی، جزیی از یک شبکه ارتباطی پیچیده است. تعبیر نه یک اثربخشی ناب است و نه قواعد درمانی همیشه رعایت می‌شوند و بالاخره روانکاو با واقعیت روانی خویش، با انتقال متقابل و تئوری‌های خود در فرآیند تعبیر حضور دارد. از شناخت‌های کلی به یک مورد خاص رسیدن و برعکس، ویژگی روانکاوی و همه دیسپلین‌های عملی است.

روانکاوی در کاربرد درمانی و در تشخیص این ضرورت که باید به دنیای منحصر به‌فرد هر بیمار راه یافت، تبدیل به یک هنر شده است. هنری که برای نیل به اهداف درمانی و اجتناب از اشتباه، باید آن را آموخت. البته باید در نظر داشت که قواعد می‌تواند فقط در حیطه‌های کلی توصیه شود.

### ۳-۱ بحران تئوری \*

به نظر آنا فروید (۱۹۷۲) روانکاوی دیرزمانی است که در یک موقعیت "انقلابی-آنارشستی" بسر می‌برد. به‌ندرت می‌توان یک مفهوم تئوریک یا تکنیکی پیدا کرد که مورد حمله و انتقاد سخت قرار نگرفته باشد. آنا فروید این مطلب را بویژه و با اشاره به انتقاداتی که به تداعی آزاد، تعبیر رویا که نقش برجسته خود را باید به تعبیر انتقال می‌داد و نیز مفهوم انتقال که دیگر به‌عنوان یک پدیده خودجوش در رفتار و افکار بیمار تلقی نمی‌گردد، بلکه به‌عنوان موضوعی که بواسطه تفسیر روانکاوی بوجود می‌آید، نشان داده است (۱۹۷۲، ص: ۱۵۲). در این بین، درگیری‌های نظری در روانکاوی رو به افزایش نهاده است. حتی ارکان اصلی درمان روانکاوی، یعنی انتقال و مقاومت جایگاه سابق خود را از دست داده است. فروید درباره‌ی این موضوعات اساسی روانکاوی چنین گفته است:

"می‌توان گفت که تئوری روانکاوی تلاشی است برای فهم دو تجربه که بطور چشمگیر و غیرقابل انتظار در ریشه‌یابی علایم یک فرد نوروبتیک در تاریخچه زندگی او انجام می‌گیرد: انتقال و مقاومت. هر گرایش پژوهشی که این واقعیت را بپذیرد و مبنای کار خود قرار دهد، می‌تواند عنوان روانکاوی را برای خود برگزیند، حتی اگر به نتایجی به غیر از آنچه من بدان دست یافته‌ام، رسیده باشد" (۱۹۱۴، ص: ۵۴).

بدیهی است که چنانچه یکی از این ارکان جابجا شود و یا روش روانکاوی قرار باشد به ارکان متفاوت دیگری تکیه زند، تأثیرات بزرگی بر تئوری و تکنیک روانکاوی برجای خواهد گذاشت. اما ظاهراً می‌توان واقعیت انتقال و مقاومت را چون دیگر فرضیه‌های بنیادین روانکاوی مانند، فرآیندهای ناخودآگاه روانی، جایگاه موضوعات جنسی و عقده ادیپ پذیرفت و با این وجود، در کاربرد روش‌های پژوهشی و درمانی روانکاوی به نتایج متفاوت رسید. در اینجا به پیچیدگی رابطه‌ی تکنیک روانکاوی با تئوری روانکاوی پی می‌بریم.

---

\* Crisis of Theory  
Theoriekrise

## جایگاه رو به افول فراروانشناسی

تغییرات و نوآوری، فقط وجه مشخصه درمان روانکاوی نیست. روبنای بحث برانگیز درمان روانکاوی (فروید ۱۹۲۵، ص: ۵۸)، یعنی فرا روانشناسی، در دهه‌های اخیر رو به تزلزل و افول گذارده است. به باور بسیاری به حاشیه رانده شدن این روبنا که فروید بدینوسیله قصد نزدیک کردن روانکاوی به علوم طبیعی را داشت، سرآغاز دوران جدیدی در روانکاوی محسوب می‌گردد: برخی بر این نظراند که هنر تعبیر روانکاوی پس از فاصله گرفتن از فرا روانشناسی، موطن اصلی خود را در دیسپلین هرمنوتیک پیدا کرده و برخی دیگر اعتقاد دارند که دور شدن از فرا روانشناسی، تئوری بالینی روانکاوی را به لحاظ تجربی قابل سنجش نموده و بر اعتبار آن افزوده است. البته باید خاطر نشان کرد که طبقه‌های ساختمان تئوری روانکاوی آنچنان از یکدیگر قابل تفکیک و تمایز نیست. طرفداران فراروانشناسی که بیشتر در بدنه روانکاوی مشاهده می‌شوند، بر طبقات زیرین ساختمان نیز نفوذ کرده‌اند. فرضیه‌های فرا روانشناسی حتی در تئوری‌های بالینی قابل مشاهده وجود دارند. آنها رفتار درمانی روانکاو را تحت الشعاع قرار می‌دهند، حتی زمانی که وی گمان دارد بدون پیشداوری می‌شود و توجه خود را بطور متعادل به همه جوانب معطوف می‌کند. زیرا: "حتی زمانی که توصیف می‌کنیم، نمی‌توانیم از ایده‌های قبلی خود منفصل گردیم" (فروید ۱۹۱۵، ص: ۲۱۰).

روانکاو در فرآیند پردازش تجربیات خویش که در یک جلسه و یا روند درمانی به دست آورده با این موضوع درگیر می‌شود که افکار و ایده‌های وی چه رابطه‌ای با نظریه روانکاوی دارند. به نظر فروید این مهم، زمانی پاسخ داده می‌شود که یک فرآیند روانی از دیدگاه پویایی و مکانی توصیف شود. نقل قول از فروید:

"قابل ذکر است که چگونه به تدریج در تشریح پدیده‌های روانی یک نقطه نظر سوم را نیز اضافه بر دیدگاه پویایی و مکانی، مورد توجه قرار دادیم. این نقطه نظر جدید تلاش دارد، سرنوشت داده‌های تحریک برانگیز و تخمین نسبی آنها را دنبال کند. به شرط آنکه بتوانیم یک فرآیند روانی را در ارتباط با جنبه‌های پویایی و مکانی آن تشریح کنیم، به نظر من مانعی در کار نیست که نتیجه‌ی نهایی پژوهش‌های روانکاوی را فراروانشناختی بنامیم. می‌توان پیش‌بینی کرد که با توجه به وضعیت کنونی‌مان این امر فقط تا حدودی میسر است" (۱۹۱۵، ص: ۲۸۰).

فروید برای آنکه بر اهمیت این طرز نگرش تأکید ورزد، فرآیند انکار در سه مورد معروف نورز انتقالی را تشریح کرد. از آنجایی که انکار یکی از ارکان اصلی روانکاوی است، اهمیت توضیحات فرا روانشناختی نزد فروید مشخص می‌شود. منظور فروید از فراهم کردن زمینه‌های فرا روانشناختی

"توضیح و تعمیق مفروضات تئوریکی بود که بتواند سنگ بنای نظام روانکاوی قرار بگیرد" (فروید ۱۹۱۷، ص: ۴۱۲).

بنابراین فروید تا آخرین دوران خلاقیت خویش، در مفروضات فراروانشناسی، زیربنای تئوریک روانکاوی را در دیدگاه پویایی و مکانی جستجو می‌کرد. از طرف دیگر روش‌های روانکاوی بر روانشناسی عمیق استوار بودند و کشفیات فروید، بررسی سیستماتیک تأثیر فرآیندهای ناخودآگاه روانی بر سرنوشت انسان و نحوه پیدایش بیماری‌ها را امکان‌پذیر ساخت.

روش روانکاوی و بیان نظریه در سطح مشابه قرار ندارند. فروید در اثری که پس از وفات وی انتشار یافت (۱۹۴۰)، یعنی در *ارکان روانکاوی*، تلاش کرد دستگاه روانی را با تأکید بر نظریه غریزه توضیح دهد. فروید بطور همزمان مطرح می‌کرد که آنچه میان دو انتهای طیف دانستنی‌های ما، یعنی بین فرآیندهای مغزی و سیستم عصبی و رفتارهای خودآگاه در جریان است، برای ما ناشناخته است. ارتقای دانش درباره این رابطه می‌تواند حداکثر "به مکان یابی فرآیندهای خودآگاه یاری رساند، ولی به فهم آن کمکی نخواهد کرد" (۱۹۴۰، ص: ۶۷). فروید درباره پدیده‌های روانی، افکار و ایده‌های متفاوتی داشت؛ او همواره به نظریات دوران جوانی خود پایبند ماند، به نحوی که توضیحات بدنی، بیولوژیکی، مغزی و فیزیولوژی عصب رفتار انسان را در مفهوم مرزی غریزه و نظریه غریزه جستجو می‌کرد. الگوی توضیحی روانشناسی عمیق برعکس، با ارتباط معنایی جهت‌گیری داشت. در بررسی این ارتباط به آنالیز انگیزه برخورد می‌کنیم که باز ما را به علل و دلایل ناخودآگاه می‌رساند. با در نظر گرفتن این علل و دلایل، درک ارتباط معنایی، آنچنان گسترده می‌شود که رفتارهایی که بی معنا به نظر می‌رسند و یا حتی جنبه‌های توهم دارند، قابل توضیح می‌گردند.

تنش‌ها و تضادهای بزرگی که در اثر فروید دیده می‌شود و در بحران نظریه امروزی نیز مشاهده می‌شود، ریشه در افکار و ایده‌های گوناگون فروید دارد. زیرا فروید با تکیه بر روش‌های روانکاوی به این نتیجه رسید که وی از یک طرف برای تشریح فرا روانشناختی و نهایتاً ارتباط آن با فرآیندهای بیولوژیک تلاش می‌کند، در حالی که همزمان در پی تکوین یک روانشناسی عمیق بود که از جنبه متدیک ناروشن، و از علم فیزیک و بیولوژی قرن بدور بود.

تأثیر راپاپورت. اتفاقی نیست که هرگاه فرضیه‌های پژوهشی فراروانشناختی مورد بررسی و سنجش قرار می‌گرفتند، بحران فراروانشناسی در نظریه‌های بالینی برملا می‌شد. در بررسی بالینی یا تجربی نظریه‌ها نمی‌توان به گمان ورزی‌های فرا روانشناختی استناد کرد که ترکیبی از افکار فلسفی-بینشی، گویه‌های عمیق استعاره‌یک درباره‌ی انسان و نیز مشاهدات هرچند تیزبینانه، اما گمان ورزانه درباره ناراحتی‌های روانی انسان را در خود حمل می‌کند. راپاپورت از جمله بزرگانی است که راه را برای فرآیندهای توضیحی سیستماتیک هموار کرده است. وی همچنین تلاش کرد تا عمل روانکاوی را بر

پایه‌های علمی استوار سازد. راپاپورت در بررسی عمیق خود توانست نقاط ضعف فراروانشناسی را آشکار کند. راپاپورت و گیل (۱۹۵۹) با وارد کردن دیدگاه‌های تکوینی و انطباقی به فراروانشناسی، آن را غنا بخشیدند. روشن است که نگرش تکوینی و نیز انطباق روان-اجتماعی متشکل از عناصری است که با اصول بیولوژیکی فاصله زیادی دارند.

پس از آنکه همکاران و شاگردان راپاپورت بعد از مرگ وی به آثار علمی اصیل‌اش مراجعه کردند، دریافتند که رهیافت‌های فراروانشناسی نیاز به تغییرات اساسی دارند تا بتوانند در قالب فرضیه‌های قابل سنجش مورد استفاده قرار بگیرند. گردآورنده آثار راپاپورت، هولت (۱۹۶۷)، پیشنهاد کرد مفاهیم انرژیایی، نظیر اشباع، لیپیدو و غیره و نیز مفاهیم کاوشی نظیر خود، فراخود و نهاد حذف شوند.

توضیحات فراروانشناختی، فراسوی روش‌های ارزیابی روانکاوی قرار دارند. زیرا صحت فراروانشناسی با روش‌های بررسی روانکاوانه به دست نمی‌آید. اینکه با این وجود دیدگاه‌های فراروانشناسی رفتار درمانی را برای چندین دهه تحت الشعاع خود قرار داد، به دلیل کاربرد بسیاری از مفاهیم در قالب استعاره‌ها بوده است. این استعاره‌ها، نظریه بالینی روانکاوی را پربار می‌سازد.

### فراروانشناسی و بحران نظریه

ارزیابی بحران تئوریک و تعمیم آن به ابعاد گوناگون، بستگی به جایگاهی دارد که به فراروانشناسی اعطا می‌شود. عناوین تحریک آمیز، حاکی از بحث زنده در این زمینه است: گیل (۱۹۷۶): "فراروانشناسی، روانشناسی نیست". گ. کلاین (۱۹۷۰) تحت این عنوان نظریه لیپیدو را نقد می‌کند: "دو یا یک نظریه". مایسنر (۱۹۸۱) سؤال می‌کند: "فراروانشناسی، چه کسی بدان نیاز دارد؟" مدل (۱۹۸۴) به سؤال "آیا فراروانشناسی هنوز وجود دارد؟" با یک آری/ نه پاسخ می‌دهد: ذات فراروانشناسی گمراه کننده است و لذا باید کنار گذاشته شود. نوشته‌های فروید درباره فراروانشناسی تفاسیر گوناگونی عرضه می‌کنند و این ریشه اختلافات کنونی است.

### فرضیه‌هایی درباره‌ی فراروانشناسی

پاسخ به سؤالات داغ طبعاً به این موضوع بستگی دارد که نویسندگان چه در کی از فراروانشناسی دارند و نیز اینکه نوشته‌های فروید در این مورد را چگونه تفسیر می‌کنند. ما در بررسی‌های خود به این

نتیجه رسیده‌ایم که راپاپورت و گیل (۱۹۵۹) در تفسیر خود از فراروانشناسی با فروید همسویی دارند. آنها نقطه نظرات متفاوت فراروانشناسی را بطور مساوی مورد بررسی قرار داده‌اند. بعدها مخصوصاً گیل (۱۹۷۶) رویکرد بیولوژیک را در مرکز توجهات خویش قرار داد. برنر (۱۹۸۰) ادعا دارد به تفسیر حقیقی در این مورد نائل شده است. وی می‌گوید فراروانشناسی با روانشناسی ناخودآگاه و نیز کل روانشناسی روانکاوی یکی است.

#### ۴-۱ استعاره‌ها\*

##### کاربرد استعاره‌ها توسط فروید

فروید با مراجعه به آناتومی و فیزیولوژی اعصاب دوران خویش، مفاهیم مقایسه‌ای بوجود آورد تا بتواند در حیطه جدید و نامأنوس به یک جهت گیری مطلوب دست یابد. امروز باید هشدار دیرینه وی را آویزه گوش قرار دهیم که " باید با این وسوسه مقابله کرد که از عملکرد سیستم غدد و ترشحات و سیستم اعصاب به عنوان ابزار کمکی برای توضیح واقعیت‌های روانشناختی استفاده کنیم" (۱۹۲۷).

آنگونه که گراسی (۱۹۷۹، ص: ۵۵) بیان می‌کند، به کمک استعاره‌ها، بر طبق معنای کلمه، معانی یک شیئی و موضوع اولیه (مأنوس) به یک شیئی ثانویه (ناآشنا) منتقل می‌شوند. بنا به گفته فروید (۱۹۳۳، ص: ۷۹) با این تشابهات چیزی عوض نمی‌شود، اما این مقایسه‌ها کمک می‌کنند تا انسان در یک حوزه تازه و جدید احساس امنیت بیشتری بکند. پس قابل درک است که فروید در آغاز گام نهادن به حیطه جدید، به عصب شناسی دوران معاصر خود مراجعه می‌کرد و مثلاً دستگاه روانشناختی انسان را با میدان رفلکس‌ها و یا ناخودآگاه، یعنی نهاد را به "دیگ پر جوش و خروش هیجانات" (۱۹۳۳) تشبیه می‌کرد.

##### مشکلات استعاره‌ها

البته بدلائل عملی و علمی حائز اهمیت است، روشن شود، تشابهاتی که بوسیله استعاره‌ها ایجاد می‌شود تا چه حد کفایت می‌کند. هدف کاربرد استعاره‌ها آن است که نقاط مشترک و نقاط افتراق زمینه‌های متفاوتی را که بواسطه‌ی استعاره‌ها با یکدیگر پیوند برقرار کرده است، تفکیک نماییم، یعنی

---

\* Metaphors  
Metaphern

حوزه‌های مثبت و بویژه حوزه‌های منفی تشابه را مشخص سازیم (هسه ۱۹۶۶، چی شایر ۱۹۷۵). استعاره‌های با نفوذ و اثربخش از تدقیق تفاوت‌ها و نقاط افتراق، ممانعت بعمل می‌آورد و معمولاً ارزش توضیحی کاذبی به دست می‌دهند. فروید استعاره‌های زیادی خلق کرد که تا همین امروز نیز مورد قبول و استفاده روانکاوان است (ادلسون ۱۰۸۳، چی شایر و تومه ۱۹۹۱). استعاره‌های نامناسب به موازات تغییر تئوری‌ها، کنار گذاشته شد. البته حوزه‌ی "تشابهات منفی"، یعنی تفاوت‌ها، غالباً مورد بررسی کافی قرار نگرفته‌اند. استعاره‌های فراروانشناختی، زمانی دارای عملکرد انسجام بخش بودند، زیرا پلی از ساحل آشنا و مأنوس به آن سوی ناآشنایی می‌زدند.

### ارتباط یک موضوع مشخص با یک موضوع انتزاعی

استعاره‌ها در دیالوگ روانکاوی نقشی اساسی دارند، زیرا در قالب زبانی، میان یک موضوع مشخص و یک موضوع انتزاعی، پیوند برقرار می‌کنند. به علاوه ما در درمان، همواره با توضیح نقاط اشتراک و نقاط افتراق سر و کار داریم (کاروت ۱۹۸۴). به نظر آرنلو (۱۹۷۹) روانکاوی یک فرآیند و روش استعاره یک است. استدلال او چنین است که انتقال به عنوان یک پدیده تپیک، ناشی از یک فرآیند استعاره‌یک است، یعنی انتقال معنا از یک موقعیت به موقعیت دیگر. استنتاجات درمانی این دیدگاه در فصل تعبیر انتقال (۴-۸) بحث خواهد شد.

### ۵-۱ آموزش و تربیت روانکاو\*

سوگیری با جنبه‌های عملی، پژوهش‌های پایه را به حاشیه رانده است. بر خلاف تفکر و انتظار فروید، میراث روانکاوی در انستیتوهای روانکاوی عمدتاً در تربیت روانکاوانی تداوم یافت که فاقد پژوهش‌های سیستماتیک پیرامون حیطه بالینی و مراقبت از بیماران است. این وضعیت زمینه در جا زدن را مهیا کرد و به دلیل توسعه غیرقابل انتظار روانکاوی در ایالات متحده آمریکا پس از جنگ جهانی دوم، تثبیت گردید. پذیرش اجتماعی روانکاوی، انگیزه دیگری شد تا بسیاری از پزشکان جوان به روانکاوی روی آورند. بدین ترتیب انستیتوهای آموزش روانکاوی رو به فزونی و تکثیر نهادند. رهیافت‌های روانکاوی به اساس و پایه روان درمانی پویشی و روانپزشکی تبدیل شدند.

---

\* Training  
Ausbildung



بغیر از تعدادی قلیلی غیرپزشک که به خاطر توانمندی‌های زیاد خود در پژوهش‌های بین رشته‌ای در انستیتوها پذیرفته شدند، تا چندی قبل (مراجعه شود به تومه ۱۹۹۱) پذیرش برای دوره روانکاوی به روانپزشکان و پزشکان متخصص محدود می‌شد. پس، در نگاهی اجمالی می‌توان گفت که حالت ایستای روانکاوی به "تعصب پزشکی" و یا آموزش "پزشکی-محور" داوطلبین روانکاوی مربوط می‌شود (پرین و پرین-ماتای، ۱۹۸۳). با بررسی دقیق‌تر درمی‌یابیم که تشخیص سریع فقط به‌عنوان توصیف عارضه با یک زیربنای پزشکی-محور انجام می‌شود. واقعیت آن است که اهداف آموزشی همه جا به آثار واحد و یکپارچه می‌انجامد. همچنین در کشورهایی که غیرپزشکان اجازه سپری کردن دوره روانکاوی را دارند، انستیتوها، روانکاو پرورش می‌دهند. تخصص آنها در تکنیک استاندارد، آنها را قادر می‌سازد تا به درمان بیماران مناسب بپردازند.

واقعیت غیرقابل انکاری است که تقریباً همه روانکاوان غیرپزشک حرفه‌های قبلی خود را رها می‌کنند و تنها عده قلیلی از آنان در حیطه‌های آکادمیک خویش باقی مانده و در آنجا به پژوهش‌های بین‌رشته‌ای ادامه می‌دهند (تومه ۱۹۸۳). استثناء قابل توجه در این زمینه، گروه کوچکی از روانکاوان غیرپزشک هستند که به‌عنوان دانشمندان متخصص در انجمن روانکاوی آمریکا حضور فعال دارند. شرایط بیرونی مناسب سبب شده که غالب روانکاوان این گروه در پژوهش‌های بین رشته‌ای شرکت داشته و با قابلیت‌های کسب کرده به غنای روانکاوی کمک کنند. بنابراین می‌توان گفت که این اهداف آموزشی است که باعث محدود شدن دیدگاه و نوعی ارتودکسی شده است که به نظر ما به نا حق پسوند "پزشکی" را با خود حمل می‌کند.

علم پزشکی همیشه باعث رونق و شکوفایی تحقیقات پایه بوده است. در اصل سوگیری عملگرایانه آموزش روانکاوی است که به مفهوم پزشکی-محوری آراسته شده است.

بررسی موضوعات و سؤالات کلی و نیز خاص علمی که همچنین تحقیقات در زمینه درمان روانکاوی را در برمی‌گیرد، هیچگونه تعصب و ارتودکسی را بر نمی‌تابد. در روانکاوی همکاری و تبادل با علوم انسانی و اجتماعی یک اصل محسوب می‌شود. فروید (۱۹۲۳) در این زمینه تأکید کرده است:

"روانکاوی به‌عنوان تنها شاخه پزشکی، دارای گسترده‌ترین روابط علمی با علوم نظری است و در پیش است که با الهیات، اسطوره‌شناسی، ادبیات و نهایتاً با روانپزشکی نیز چنین رابطه‌ای برقرار سازد. بنابراین جای تعجب است که ادعا شود، روانکاوی هدفی دیگری مگر مقابله و تأثیر بر علائم نوروتیک ندارد. به سادگی می‌توان روشن ساخت که سرپل روانکاوی به علوم نظری از کجا بنا شده است: زمانی که آنالیز رویا نقبی به فرآیندهای روانی ناخودآگاه زد و نشان داد کدام مکانیزم‌ها به علائم بیمارگونه منجر می‌شوند، روانکاوی به روانشناسی عمیق تبدیل شد و بنابراین توانست به حیطه علوم نظری وارد شود" (فروید ۱۹۲۳، ص: ۲۲۸).

رویکرد بین رشته‌ای. علم پزشکی، آنگاه که وحدانیت و یکپارچگی ذهن- بدن را مبنا قرار دهد، در واقع همه علوم را درگیر گفتمان خویش می‌نماید، علمی که می‌تواند به پژوهش درباره درد انسان‌ها بپردازد و در نهایت درد آنها را التیام و بهبود بخشد. در این راستا رویکرد روانکاوی نیز یکی از شاخه‌هایی است که هدف آن کمک به بیماران و نه دفاع از حیثیت خویش است. روانکاوی در گذشته و در حال نیز باید به مراتب بیشتر از برخی رشته‌های تثبیت شده در دستیابی به جایگاه مقبول خود در کمک به بیماران و جامعه تلاش کرده و تأثیرگذار باشد.

اینکه به روانکاوی برای مدت طولانی به عنوان یک خدمه نگاه می‌شد و فروید شدیداً مخالفت آن بود که یک ارباب، یعنی روانپزشکی، بر آن آقایی کند، فرآیند شکوفایی عملی و علمی روانکاوی را با دشواری‌های جدی روبرو ساخت. اتفاقاً انفصال انستیتوهای روانکاوی از دانشکده‌های پزشکی و بطور کل از دانشگاه‌ها که با استقبال ایسلر (۱۹۶۵) مواجه گردید، یکی از دلایل ارتودکسی پزشکی مورد سرزنش است. زیرا بینش ارتودکسی در علوم پزشکی در درازمدت هیچگونه شانس ادامه حیات ندارد. پزشکی محوری روانکاوی به این معنا که درمان دامن مادری و نیز سرزمین شکل‌گیری تئوری فرهنگ آن است، اکنون نیز هبه قوت خود باقی است و همیشه خواهد بود. موقعیت بین رشته‌ای روانکاوی مخصوصاً در کلیه موضوعات و طرح‌های علمی و نیز تبدلات علمی با رشته‌های همسایه امری اثبات شده است. نقطه نظرات روانکاوی در علوم انسانی به ثمر می‌نشینند. البته هرگونه همکاری بین رشته‌ای نسبی شدن ادعاهای جهانشمول روانکاوی را در خود می‌پروراند، چه در زمینه روانشناسی و چه در زمینه تئوری فرهنگ. در دهه‌های اخیر هر کجا گروه‌های پژوهشی در انستیتوهای روانکاوی و یا دانشگاه‌ها تشکیل شده‌اند، هیچ ایدئولوژی از هیچ خاستگاهی با اقبال روبرو نشده است (کوپر ۱۹۸۴، تومه ۱۹۸۳).

پیامدهای نهادینه شدن. نهادینه شدن بخودی خود باعث دگماتیسم و جزم‌اندیشی نیست، بلکه یکجانبه‌گرایی حاکم بر آن است که حتی از جانب آنا فروید (۱۹۷۱) مورد انتقاد قرار گرفته و کرنبرگ (۱۹۸۵) به این جمع بندی در مورد آن رسیده است:

"انستیتوهای روانکاوی در ساختار و عملکرد خود بیشتر شبیه به مدارس فنی، حرفه‌ای و سمینارهای مذهبی شده‌اند تا شبیه به دانشگاه‌ها و آکادمی‌های هنری."

این شرایط نامساعد تقریباً همه جا مشاهده می‌شود، حتی آنجایی که خارج از چارچوب اتحادیه بین‌المللی روانکاوان، در کنار پزشکان، غیرپزشکان نیز در دوره‌های آموزشی نسبتاً غیرسختگیرانه، یعنی بدون امتحان ورودی، آموزش داده می‌شوند. آنا فروید بویژه آنجایی لب به انتقاد می‌گشاید که موضوع پژوهش در حین دوره‌های آموزشی به حاشیه رانده می‌شود و تجربه عملی فقط به کنترل و

تهیه گزارش از چند مورد خاص محدود می‌گردد. طولانی‌تر شدن فرآیند درمانی در چند دهه گذشته و شدت یافتن کنترل موارد، تأثیر چندانی بر این فضای محدود شده ندارد. عامل کمی. بدون آنکه بخواهیم وارد مبحث پیچیده آنالیز دوره آموزشی و آنالیز کنترل‌ها شویم، باید به یک مشاهده قابل توجه و با اهمیت اشاره کنیم: درمان بیماران همسو با طول آنالیز دوره آموزشی و آنالیز کنترل‌ها، طولانی‌تر می‌شود.

### چشم‌انداز تغییرات

جای امیدواری است که اینک اتحادیه بین‌المللی روانکاوان نیز درباره این موضوعات بحث می‌کند. مثلاً نظریه کرنبرگ که در بالا آورده شد، در سمپوزیومی بیان گردید که هیئت مدیره اتحادیه بین‌المللی روانکاوان درباره "تحول در روانکاوان و آموزش آنان" برگزار نموده است (والراشتاین ۱۹۸۵). چنانچه اوضاع را از دریچه خوشبینی بنگریم، می‌توانیم در چشم‌اندازی طولانی مدت، شاهد تغییراتی در این زمینه باشیم تا مثلث مورد نظر فروید در روانکاوی، یعنی آموزش، درمان بیماران و پژوهش تحقق یابد.

### ۶-۱ جریان‌ها و گرایش‌ها\*

#### بین‌روانشناسی خود و طرفداران کلاین

به همان میزان که روانکاوی توسعه می‌یافت، دستیابی به وفاق فراگیر در زمینه‌ی ارکان اصلی روانکاوی نیز دشوارتر می‌شد. در یک ربع قرن، تغییراتی حاصل گشت که منشأ آن به سال‌های ۱۹۳۰ و مباحث و گفت‌وگو بین روانکاوان وین و لندن باز می‌گردد (ریور ۱۹۳۶، ولدر ۱۹۳۶). این فرآیند به یک قطب بندی منجر شد: از یکسو به نظر راپاپورت (۱۹۶۷)، به لحاظ نظری، جنبه‌های روان-اجتماعی و موضوع رابطه با ابژه در روانشناسی خود با سوگیری روانکاوی، ناروشن ماند. از جانب دیگر همین نویسنده تئوری رابطه با ابژه ملانی کلاین (۱۹۴۵، ۱۹۴۸) را بطور کنایه آمیز، اسطوره‌شناسی نهاد می‌خواند. مطلب اصلی، جایگاه نهاد در تئوری و عمل است.

---

\* Directions and Currents  
Richtungen und Stroemungen

اگر چه فروید (۱۹۲۳) ریشه خود را در نهاد می‌دید، روانشناسی خود که تحت‌الشعاع لاکان قرار داشت با انتقاد سطحی نگرشی مواجه شد. پونتالیس (۱۹۶۸، ص: ۱۵۰) این سؤال را مطرح کرد که آیا روانشناسی خود آمریکایی، مفاهیم پایه مثل ناخودآگاه را از اعتبار ساقط و زمینه تبدیل روانشناسی خود به روانشناسی یادگیری را فراهم نکرده است؟

تئوری ملانی کلاین درباره رشد ایام کودکی با تأکید بر تعبیرات عمیق و کنار گذاشتن آنالیز مقاومت در تضادی آشکار با روانشناسی خود قرار گرفت. این موضوع بخوبی در نوشته کلاین (۱۹۳۶) بنام خود و مکانیزم‌های دفاعی منعکس شده است. در بین قطب بندی‌های ایجاد شده، گروهی میانه رو در لندن شکل گرفت. روانکاوی آمریکای شمالی همچنان از سنت روانشناسی خود تبعیت می‌کرد. تضادهای موجود بین طرفداران کلاین و روانشناسی خود که گاه به اشارات کنایه آمیز بین طرفداران آن منجر می‌شد، رو به تعدیل گذاشت. اکنون اکثریت، در میانه یک طیف وسیع دیدگاه‌های تئوریک و رویکردهای و روش‌های درمانی قرار گرفته‌اند.

نفوذ مکتب انگلیسی. کرنبرگ (۱۹۷۲) نتایج یک بررسی تطبیقی را ارائه داد که در آن، هم انتقاد طرفداران روانشناسی خود به تئوری‌های کلاین و هم واکنش طرفداران کلاین به این انتقادات، انعکاس یافته است. این گرایش بر کل روانکاوی تأثیرات بسزایی بر جای گذاشته است. ارکان عمده تئوری کلاین امروزه پذیرفته شده است. اهمیت رابطه با ابژه در ایام کودکی در رشد بهنجار و رشد بیمارگونه بطور عموم مورد تأیید قرار می‌گیرد. وقوع افسردگی‌های واکنشی در نخستین سال کودکی از جانب نویسندگان متعدد پذیرفته شده است. صاحب نظران روانشناسی خود که موارد مرزی و بیماران سایکوتیک را معالجه می‌کنند، وضعیت‌های دفاعی را مبنا قرار می‌دهند که مشخصه حالات پارانوئید-اسکیزوئید و افسردگی می‌باشند.

کلاین (۱۹۳۵) نقش مهم پرخاشگری در مراحل اولیه رشد را مورد تأکید قرار داد. دلبستگی فراخود در ایام اولیه و اهمیت ساختارهای فراخود در دو سالگی برای رشد آتی روحی-روانی از جانب ژاکوبسن (۱۹۶۴) مطرح شده است. همچنین پیش کشیدن تاریخ تعارضات ادیپی به سال‌های دوم و سوم زندگی و تأثیر عوامل و تعارضات پیش-ادیپی در رشد روان-جنسی و بنای منش، بطور گسترده مورد توافق است.

شاید جزو ذات کار است که یکجانبه‌گرایی‌های مکتبی، در فرآیند ادغام در تئوری روانکاوی عمومی، به میانه‌روی می‌گراید.

کلاین و مکتب انگلیسی، همچنین نمایندگان نظری روانشناسی رابطه با ابژه، نظیر فربرین، بالینت، گونترب و وینیکوت را تحت تأثیر قرار دادند. دستاورد بالینت، پس از آنکه در سال ۱۹۳۵ اهمیت رابطه را در رشد کودکی مورد تأکید قرار داد، استفاده از روانشناسی دو نفره و سه نفره در روش‌های

درمانی بود. بر عکس نظریه کلاین که ابژه، یعنی شخص مادر را حاصل تخیلات کودکی و فرافکنی می‌پنداشت، بالینت از رابطه متقابل بین آن دو به‌عنوان اساس شکل‌گیری ابژه یاد می‌کرد. به نظر ما روانشناسی دو نفره و سه نفره بالینت بدلائل گوناگون بر دیگر تئوری‌های تعاملاتی ارجح است:

◀ بالینت (۱۹۳۵) این موضوع را که بین دو نفر چه چیز به جریان می‌افتد، باز می‌گذارد. به نظر او انتقال‌ها و انتقال متقابل‌هایی که مبتنی بر ویژگی‌های شخصیتی است، همانگونه ایفای نقش دارد که نقطه نظرات تئوریک بر شرایط روانکاوی.

◀ به نظر بالینت دنیای پر کشمکش درون-روانی در رابطه متبلور می‌شود. بالینت همواره موقتی بودن نظریات خویش و اهمیت دیدگاه مشاهده‌گر را متذکر می‌شد. دیدگاه نسبی‌گرایانه بالینت یکی از دلایلی است که از وی شخصیتی غیردگماتیک ساخته و به همین خاطر خود وی هیچگاه به‌دنبال ایجاد یک مکتب نبود. اریکسون با رجوع به فلاسفه آمریکایی نظیر، جیمز، کولی و مید به توسعه روانشناسی خود مبادرت ورزید. این فلاسفه آثاری درباره شکل‌گیری هویت روان-اجتماعی و احساس خودباوری ارائه داده‌اند.

### تغییرات در تکنیک روانکاوی

در اینجا به موضوع مهم دیگری می‌پردازیم که نشان از تغییر در تکنیک درمانی روانکاوی دارد. اوج‌گیری روانشناسی رابطه با ابژه در کنار عوامل دیگر، بر آن دلالت دارد که بیماران بعثت احساس عدم اطمینان شدیدی که آنان را فرا گرفته، در شخص روانکاو به‌دنبال یک تکیه‌گاه می‌گردند. این حالت نباید بمثابه تکرار انتظارات و سرخوردگی‌های کودکانه نگریسته شود. این وضعیت به بسط و توسعه تکنیک تفسیری روانکاوی در حوزه‌هایی نظیر رابطه در اینجا و اکنون می‌انجامد که تاکنون کمتر بدان توجه شده است. از آنجایی که ما حتی در تلاش‌های خود جهت همگرایی، از شناخت حاصله از قطب بندی‌ها استفاده فراوان برده‌ایم، مایلیم به کمک مثال‌های درخور توجه، مسیر رسیدن تکنیک روانکاوی به موقعیت کنونی را به اطلاع خواننده برسانیم.

دو کنفرانس بین‌المللی مهم درباره تئوری نتایج درمانی در مارین باد در سال ۱۹۳۶ و ادینبورگ در سال ۱۹۶۱، دورانی را مشخص می‌کنند که در حین آن فقط تغییرات تکنیک درمانی صورت نگرفته است. فریدمن (۱۹۷۸) فضای این دو کنفرانس را با یکدیگر مقایسه کرده است. به نظر ما این مقایسه حاوی نکات بسیار مهمی است.

در حالیکه در سال‌های ۱۹۳۰ فضای باز و انعطاف زیادی بچشم می‌خورد، فریدمن فضای کنفرانس ادینبورگ در سال ۱۹۶۱ را با تصویری از یک قلعه تشبیه می‌کند:

فضای حاکم بر کنفرانس ادینبورگ، مانند یک شهر محاصره شده بود و این فضا تفاوت ماهوی با نوشته‌های فروید و کنفرانس مارین باد داشت. شرکت کنندگان در مارین باد تلاش نمی‌کردند بهر قیمت از یک مسیر ممنوعه، اجتناب کنند. آنها حتی در پرداختن به تأثیرات متقابل ناشناخته میان بیماران و روانکاوان ابراز خشنودی می‌کردند. چه اتفاقی افتاده بود که شرکت کنندگان در ادینبورگ را تا این حد محتاط کرده بود؟ چرا تفسیر به طبل جنگ تبدیل شد؟ (ص: ۵۳۶).

روانکاوی مرزهای جریان غالب در روانشناسی را در هم نوردیده بود. رفتار درمانی و درمان مراجع - محور راجرز به عنوان رویکردهای رقیب پا به عرصه ظهور گذاشته بودند. خلاصه آنکه رویکردهای متعدد در روان درمانی رو به توسعه یافت.

نااطمینانی مضاعف، هم در درون و هم به سمت بیرون، به مرزبندی‌هایی منجر شد که قبل از همه در تکنیک ایده‌ال ایسلر (۱۹۵۳) به عنوان نبوغ روش روانکاوی متبلور گردید.

به نظر ایسلر اثربخشی درمانی روش و تئوری روانکاوی باید قابل اثبات باشد. زیرا روانکاوی شکل‌گیری ساختارهای درون-روانی را مد نظر قرار دارد. از طریق درمان روانکاوی علیتی و اثبات تغییرات می‌توان به نحوه شکل‌گیری بیماری‌های روانی و روان-تنی راه برد.

تازه در سال ۱۹۵۳ تکنیک ایده‌ال پا به عرصه حیات گذاشت که تنها ابزار آن تعبیر بود (ایسلر ۱۹۵۳، ص: ۱۱۰). بنابراین تکنیک کلاسیک روانکاوی "درمانی است که در آن تعبیر به عنوان تنها ابزار و یا ابزار غالب انتخاب می‌شود" (ایسلر ۱۹۶۰، ص: ۶۱۱).

واقعیت آن است که این تکنیک به شکل خالص و ناب هیچ کجا وجود خارجی ندارد. محدودیت‌های ایجاد شده توسط تکنیک ایده‌ال. اکنون دیگر حد و مرزهایی مشخص شده بودند که ظاهراً تکنیک کلاسیک را از دیگر تکنیک‌های روانکاوی و روان-درمانی تفکیک می‌کرد. در اینجا بسیاری از متغیرهایی که در پراکتیس روانکاوی موجودند، نادیده گرفته می‌شوند. به نظر ایسلر، شکل‌گیری عارضه و ساختارهای شخصیتی هستند که مجوز یک "روانکاوی ناب" را به دست می‌دهند. ایسلر همچنین معتقد است که تحت شرایط متعارف پراکتیس روانکاوی، تغییر تکنیک ضروری است (۱۹۵۸، ص: ۱۱۰). فون بلر و بروگل (۱۹۸۳) تذهای ایسلر را با لوح قوانینی مقایسه می‌کنند که موسی از کوه مقدس به همراه داشت. البته از نقطه نظر علمی نمی‌توان ایرادی بر ناب‌گرایی متدیک، آنگونه که ایسلر مطرح می‌کند، وارد ساخت. اما نهایت آنچه ایسلر ارائه داد، نوعی کدگذاری بود که در مورد نحوه انتقال آن به پراکتیس درمانی، مطالعات پایه‌ای صورت نگرفته بود. معلوم نبود این قواعد کجا رعایت می‌شوند و کجا، مورد بی توجهی قرار می‌گیرند.

## موقعیت کنونی

فضای کنونی نسیمی از یک جهش و تحول را به همراه دارد. زاندلر (۱۹۸۴) سیر روانکاوی را با اطمینان خاطر در یک جمله بیان می‌کند که "روانکاوی آن چیزی است که روانکاوان در عمل انجام می‌دهند" (۱۹۸۴، ص: ۴۴). سادگی این فکر غافلگیرکننده است و اتفاقاً مبین تنوعی است که روانکاوان متعدد در حین کار عملی از خود نشان می‌دهند. واقعیت آن است که هم برای عامه مردم و هم برای هر بیماری که به یک روانکاو مراجعه می‌کند، این تعریف عملگرایانه از روانکاوی وجود دارد. در حال حاضر مشاهده‌گر روشی هستیم که آنگونه خود را نشان می‌دهد که هست و نیز آنگونه که از نگاه خارجی رویت می‌شود. فضای امروزی از معیارهای رسمی و انتظارات ایده‌آل که به دنبال اهداف دیگر در روش‌ها هستند، فاصله گرفته است. زاندلر فرضیه خویش را چنین مستدل می‌سازد که یک روانکاو خوب بهر حال جهت انطباق با بیمار، روش‌های خویش را تغییر می‌دهد، زیرا مطلوب نظر، از بیمار به بیمار فرق دارد. اگر بیماری یک یا دو بار در هفته مایل است به درمانگر مراجعه کند، درمانگر تکنیک درمانی خود را تغییر خواهد داد. آنچه معیار اصلی است، بینش روانکاوی است و نه بحث‌های بی‌فرجام درباره مشخصات صوری نظیر، تعداد جلسات درمانی، دراز کشیدن یا نشستن روی کاناپه و یا طول یک جلسه.

تکوین بینش روانکاوی. ضرورتاً با این سؤال درگیر می‌شویم که یک روانکاو کیست و بینش روانکاوی چگونه شکل می‌گیرد. در اینجا باز به نحوه آموزش و تربیت روانکاوان می‌رسیم. زاندلر گمان دارد که سپری کردن آنالیز کلاسیک به بهترین نحو، پیش شرط‌های شکل‌گیری نگرش روانکاوی را مهیا می‌سازد. درونی‌سازی و پیدا کردن سبک منحصر بفرد، امری است که یک روانکاو در طی تجربیات چند ساله شغلی بدان دست می‌یابد. قطعاً چیزی نمی‌تواند جایگزین تجربیات شخصی گردد، اما اگر انعطاف‌پذیری یکی از شاخصه‌های یک روانکاو خوب است، باید او را برای این هدف آماده کرد.

زمان، نظم، طول و تعداد جلسات داده‌های مهمی هستند، اما در این بحث که در زمان مورد نظر به لحاظ کیفی چه روی می‌دهد، فاقد اهمیت می‌شوند. بهمین خاطر متغیرهای نامبرده نمی‌توانند به عنوان مقیاس تمایز میان روان درمانی روانکاوی و روانکاوی مطرح باشند (تومه ۱۹۹۴).

در حیطه عملی در طیفی حرکت می‌کنیم که تمایزات شدید و تیز را بر نمی‌تابد. زیرا تاکنون هیچ بیماری با تکنیک ایده‌آل درمان نشده است: این تکنیک، فرضی است و برای بیماری ساخته شده که وجود خارجی ندارد. چنانچه اثربخشی درمانی را در تغییرات حاصله نزد بیمار ارزیابی کنیم، از قدر قدرتی روش‌ها و تکنیک‌ها کاسته می‌شود. پیشنهاد ما تمایزات کارشناسی و مستدلی است که

بحال بیماران مفید افتد. بیماران به دنبال بهترین خدمات و درمان هستند. تمایزات معمولاً در مغز روانکاوان انجام می‌شود. به نظر ما جمع جلسات خوب درمانی و نیز تعدد تعبیرات اثربخش می‌تواند در روانکاوا احساس رضایت و از عهده برآمدن تکالیف واقعی را ایجاد کند. تجربیات ذهنی روانکاوا توسط بررسی روند و نتایج درمانی بر روی بیماران، قابل سنجش هستند. فعلاً می‌توانیم همراه با کرنبرگ (۱۹۸۲) بیان کنیم که "ایجاد انشقاق بین تئوری و تکنیک روانکاوی، آنگونه که در پژوهش روی می‌دهد، بدلائل زیادی، عمل و پراکتیس روانکاوی را متضرر ساخته است" (ص:۸).

### جمع‌بندی

به نظر ما آسیب‌های حاصل را می‌توان در سه نقطه، مکان یابی کرد:

- ◀ جدایی شدید، آنگونه که در تکنیک ایده‌ال انجام می‌شود، به تقویت بینش ارتودکسی و نئو-کلاسیکی می‌انجامد که حاصل آن چیزی جز تنگ کردن هرچه بیشتر دایره اندیکاسیون نخواهد بود. بدیهی است در این رهگذر مسیر دستیابی به شناخت‌های جدید دشوار می‌گردد.
- ◀ در بُعدی دیگر، یعنی بُعد روان-درمانی روانکاوی، بسیار آزمایش شد، تغییر داده شد، بدون آنکه رابطه متغیرهای درمانی با روانکاوی مورد بررسی قرار گرفته باشند.

## ۷-۱ تحولات فرهنگی - اجتماعی \*

### فروپاشی ساختارهای سنتی

امروزه دیگر نمی‌توان برای حل مشکلات تکنیک‌های درمانی به تقلید از روش‌های بلندنظرانه و تصورات سنتی روانکاوی فروید روی آورد. راه حل‌های عملی و نظری که فروید به آنها دست یافت، اکنون فقط تا آنجا به مثابه الگو عمل می‌نمایند که شباهت‌ها و هماهنگی‌ها بین آنزمان و امروز را نشان می‌دهند.

تغییر و تحولات عمیق در دنیا از سال‌های ۱۹۳۰ به بعد و ناامنی جهانی در عصر اتم، تأثیرات خود را از طریق سست شدن ساختارهای اجتماعی و خانوادگی بر افراد نیز گذارده است. در اینجا ابتدا شاهد یک تأخیر زمانی هستیم. معمولاً چند نسل طول می‌کشد تا تأثیرات تحولات تاریخی و روان-اجتماعی بر زندگی خانوادگی آشکار گردد، تحولاتی که همچنین بر نحوه شکل‌گیری و محتوای

---

\* Sociocultural Change  
Soziokulturelle Veränderungen



بیماری‌های روانی و روان- تنی تأثیر می‌گذارند. از جانب دیگر بینش‌ها و نگرش‌های ناخودآگاه از آن چیزی پیروی می‌کنند که در خانواده‌ها به سنت تبدیل شده‌اند: قواعد رُمان خانوادگی. بدین ترتیب یک غیرهمزمانی شدید میان شتاب تغییرات در سنت‌های خانوادگی و فرآیندهای تاریخی- اجتماعی- فرهنگی مشاهده می‌شود. بهمین سبب در پاره‌ای از نقاط آلمان هنوز نورژ شیطانی و تلاش‌های درمانی قرون وسطایی وجود دارد (دیک هوفر و دیگران، ۱۹۷۱).

◀ انقلاب جنسی در مجموع، انکار سکسوالیته را تضعیف نموده است. قرص ضد بارداری استقلال زنان را شدیداً تقویت کرده و به زن حق تعیین سرنوشت بیشتری در نقش جنسیتی اعطا نموده است.

◀ بیماری‌های هیستریک، همانگونه که تئوری روانکاوی پیش بینی کرده بود، به‌ندرت مشاهده می‌شود.

◀ به نظر می‌رسد تعارضات ادیپی بجای آنکه بنوع پیچیده‌ای در ساختار فراخود قرار بگیرند، معمولاً در مرحله خاصی تثبیت می‌شوند.

## تأثیرات

از آنجایی که روش معالجه روانکاوی عمده‌تاً بر پایه بررسی ریشه‌های خانوادگی بیماری‌های روانی با نگاه ویژه به ایام کودکی انجام می‌شد، عوامل روان- اجتماعی در دوران بلوغ که برای جوانان یک "شانس دوم" (بلوس ۱۹۸۵، ص: ۱۳۸) محسوب می‌شود، تا زمان انتشار آثار اریکسون مورد توجه کافی قرار نداشتند. همچنین عواملی که به تداوم عارضه‌ها کمک می‌کردند، در فرآیند درمانی دیده نمی‌شدند.

## وضعیت کنونی

از آنجایی که در زمان حاضر بررسی‌های معرفت شناختی درباره فراوانی و شیوع نورژها انجام می‌شوند (شیپانک ۱۹۷۲، هفتر ۱۹۸۵)، نمی‌توان به مقایسه‌های دقیق با زمان‌های گذشته دست زد. بیشتر با تخمین برداشت‌هایی روبرو می‌شویم که از آنرو قابل اتکا نیستند، چون طبقه بندی‌ها و مفاهیم تشخیصی شدیداً تحت الشعاع جریان‌ات روز قرار دارند. بدون شک روانکاوا امروزی با مشکلاتی مواجه است که در پراکتیس فروید حائز اهمیت نخست نبودند (تومه و کشله، ۱۹۷۶).

اکثر انسان‌ها در جوامع دموکراتیک غربی در یک شبکه تأمین اجتماعی بسر می‌برند که از آنها در مقابل سرنوشت‌گرایی و تهدیدهای بیماری‌ها مراقبت می‌کند. در مطب‌های روانکاوان آلمانی تقریباً

هیچ بیمار کاملاً خصوصی دیده نمی‌شود. بیماران از اقشار گوناگون می‌توانند با استفاده از خدمات بیمه‌ای به درمان روانکاوی دسترسی داشته باشند. بدینوسیله می‌بینیم که در آلمان و پاره‌ای دیگر کشورها، پیش‌بینی فروید به واقعیت تبدیل شده است (۱۹۱۹). اکنون به اثربخشی درمانی روانکاوی بیشتر از گذشته اهمیت داده می‌شود. همچنین فرضیه ایسلر مورد تأیید قرار می‌گیرد که گفته بود: "پزشکی اجتماعی نقش برجسته‌ای در آینده روانکاوی ایفا خواهد نمود. نمی‌توانیم انتظار داشته باشیم که جامعه برای درمان یک نفر هزینه سنگینی را متقبل شود، در حالیکه درمان عارضه در تعداد بیشتری از بیماران امکان‌پذیر است" (ایسلر ۱۹۷۵، ص: ۱۵۱).

به نظر ما پایه‌های علمی روانکاوی و اثربخشی درمانی آن بیش از آنچه معمولاً برداشت می‌شود با یکدیگر مرتبط می‌باشند. فشار اجتماعی و رشد رقیبان، به تلاش‌های روانکاوان جهت قوی‌تر کردن پایه‌های علمی رفتار درمانی، شدت بخشیده است.

## ۸-۱ نقاط اشتراک\*

انتقادات درونی و بیرونی به تغییرات اساسی منجر گشته است. این در حالی است که گرایش‌ات آشکاری به سمت ادغام جریان‌ات مختلف مشاهده می‌شود (شین و شین، ۱۹۸۰). تصور ما این است که در حال حاضر، هم می‌توان از نقاط مشترک میان گرایش‌های مختلف روانکاوی و هم از نقاط اشتراک روانکاوی با رشته‌های همسایه سخن گفت. نقطه نظرات و سیر تکوینی که در پائین آورده می‌شوند، بر نقاط اشتراک و شباهت‌هایی دلالت دارند که به ما اجازه می‌دهد کتاب آموزشی حاضر را با وجود موقعیت انقلابی-آنارشیستی موجود، بر پایه‌های محکم و با ثباتی بنا کنیم.

## توسعه نظریه‌های رابطه با ابژه

نظریه‌های رابطه با ابژه بر پایه این شناخت که روانکاوا به‌عنوان ابژه جدید می‌تواند موثر باشد، به‌عنوان گام مهمی در مسیر به رسمیت شناختن ذهنیت و تعاملات بین‌ذهنی در شرایط روانکاوی تلقی

---

\* Convergences  
Konvergenzen

می‌گردد. در اینجا بحث درباره توسعه مفهوم انتقال متقابل مطرح می‌شود. روش روانکاوی از همان ابتدا بر پایه رابطه دو نفره ایجاد شده است.

بخش‌های ناخودآگاه رابطه با ابژه، از دریچه بررسی تعاملات به دست می‌آیند.

همه شواهد به نفع این نظریه است که مشکلات بزرگ درمانی و علمی بیناذهنی انتقال و انتقابل متقابل اینک قابل حل شده‌اند. از دید تکنیک درمانی، موضوع اصلی در اینجا قبل از هر چیز همانندسازی بیمار با عملکردهای روانکاو است (هوفر ۱۹۵۰). این عملکردها بمثابة فرآیندهای انتزاعی دریافت نمی‌شوند، بلکه بیمار آنها را در بافت درمانی با یک انسان تجربه می‌کند. همانندسازی با عملکردهای روانکاو با تعاملات نمونه‌وار وی گره خورده و فقط می‌توان در شرایط تصنعی آن را از روانکاو منفصل کرد. فردی که انسان خود را با او همانندسازی می‌کند، به عنوان یک ابژه، درونی سازی نمی‌شود. لووالد تأکید دارد که آنچه اتفاق می‌افتد، درونی سازی ابژه نیست، بلکه یک فرآیند یا زنجیره‌ای از تعاملات است (لووالد ۱۹۸۰، ص: ۴۸).

در واقع در توصیفات روانکاوی درباره اجزاء ناخودآگاه رابطه با ابژه، موضوع اصلی، جنبه‌های عملی و تصویرسازی آنها در دنیای تخیلات ناخودآگاه است. آنچه به عنوان "ابژه درونی" ثبت می‌شود، یک شیئی منفک و مجزا نیست، بلکه خاطره‌ای است که از یک بافت رفتاری منتج شده است.

پس بی سبب نیست که بعد از آنکه کریس (۱۹۴۷)، پژوهش در کنش را به عنوان اساس علمی روانکاوی مطرح نمود، شفر (۱۹۷۶) به زبان رفتاری- عملی رسید.

تصویرسازی از ابژه‌ها از بدو تولد و در چارچوب یک بافت رفتاری پیچیده انجام می‌شود. بواسطه کنش‌های تعاملی تکراری، نماهای ناخودآگاهی شکل می‌گیرند که می‌توانند به یک ثبات قابل توجه دست یابند.

رفتار مادر- فرزند. در تئوری رابطه با ابژه روانکاوی، بافت‌های تعاملی از همان ابتدا مورد نظر و توجه قرار داشتند. در حال حاضر اهمیت این رابطه با توجه به شناخت‌های حاصله درباره رفتار مادر- فرزند به کانون توجه تبدیل شده است. تئوری‌های رابطه با ابژه در دهه‌های اخیر بواسطه مطالعات بالبی (۱۹۶۹) پیرامون "دلبستگی" غنی‌تر شده است. اِمدِه (۱۹۸۱) در مقاله خود تأکید می‌کند "مدل‌های تغییر یافته کودکی و رشد در ایام کودکی می‌توانند به عنوان اساس تحول در رویکرد روانکاوی مطرح شوند". محقق نامبرده بدینوسیله بر اهمیت پروسه تأثیرات و تعاملات اجتماعی انگشت می‌گذارد. اِمدِه نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه را چنین جمع بندی می‌نماید:

کودک از همان ابتدا توانایی لازم برای تعاملات اجتماعی را داراست و در تبادل متقابل با افراد مراقبت کننده شرکت می‌کند. ما نمی‌توانیم هموعان کودک را به عنوان اهداف غریزی ایستا

حتی یک شیرخوار به نحو فعالی به تجربیات خویش شکل و فرم می‌دهد. در این فرآیندهای تعاملی، عواطف نقش برجسته‌ای ایفا می‌کنند.

تئوری لیبدو فرآیندهای متقابل عاطفی را پوشش نمی‌دهد. اشپیتز (۱۹۷۶) نشان داد که فروید ابژه لیبدویی را منحصرأ از دیدگاه کودک و نیازهای ناخودآگاه او و نه از زاویه روابط متقابل میان کودک و فرزند بررسی نموده است.

به نظر اشپیتز پایه و اساس دیالوگ بین مادر و فرزند، دو جانبه بودن آن است. با وجود آنکه وی به مفهوم رابطه با ابژه پایبند می‌ماند، آشکار است که توصیفاتش مبتنی بر یک سیستم بیناذهنی و تعاملی بنا گردیده است.

تئوری‌های جدید درباره رشد ایام کودکی، بر روانکاوی نیز تأثیرات بسزایی خواهند داشت (دونوس ۱۹۹۵).

## نفوذ روانکاو

انتقاد به فرا روانشناسی و تئوری لیبدو زمینه ادغام تئوری‌های تعارض درون- فردی و بینافردی را مهیا ساخت. البته نگرش بینافردی به "مشاهده‌گر شرکت کننده" محدود نمی‌شود. این مفهوم که از جانب سولیوان (۱۹۵۳) ارائه شده، به این موضوع دقت نمی‌کند که روانکاو از همان لحظه اول با حضور خود به مداخله روی می‌آورد. روانکاو چه با سکوت و چه بوسیله تفاسیر خود بر میدان مشاهداتی خویش تأثیر می‌گذارد. او نمی‌تواند از این واقعیت بگریزد که حضور وی باعث تغییرات خواهد شد، حتی اگر چنین وانمود کند که در گفتگوهای خود به دنبال هدف خاصی نیست.

روانکاو به عنوان موضوع پژوهشی. اعضای یک کار- گروه اتحادیه روانکاوان آمریکا که بین سال‌های ۱۹۷۷ و ۱۹۸۰ چندین بار تحت ریاست لیشتن‌برگ با هم ملاقات داشتند، به این نتیجه رسیدند که " ارزش‌ها اگر بطور مستقیم به موضوع پژوهشی تبدیل نشوند، تکنیک و تئوری روانکاوی را بطور ناخودآگاه و نادانسته بیشتر تحت الشعاع قرار می‌دهند" (لیتون ۱۹۸۳).

امروزه روانکاو باید بپذیرد که بدلائل عملی و علمی در حالی که به عنوان مشاهده‌گر عمل می‌نماید، خود مورد مشاهده نیز هست. بدان معنی که روانکاوان دیگر و دانشمندان علوم همسایه بررسی می‌کنند که روانکاو چگونه فکر و احساس می‌کند و فکر و احساس وی چه تأثیراتی بر بیمار دارد.

در بررسی شرایط روانکاوی توسط یک فرد سوم که بوسیله ضبط آنالیزها روی یک ضبط صوت ممکن شده، قبل از هر چیز به نقش روانکاو در فرآیند درمانی توجه می‌شود. همچنین جامعه علمی و نیز حامین هزینه‌های درمانی، به موازات به رسمیت شناختن حریم خصوصی دیگران، حق دارند از کم و کیف رفتار درمانگر در فرآیند درمانی مطلع باشند.

دفاع از رابطه دوسویه در شرایط درمانی، چک سفید امضا برای برداشت‌های ذهنی نیست. برعکس، اتفاقاً چون قابلیت و کفایت روانکاو یک موضوع شخصی است، باید هم پاسخگوی خاستگاه تئوریک خویشتن باشد و هم پاسخگوی موفقیت و یا عدم موفقیت درمانی. به همین خاطر تقاضای بررسی پراکتیس درمانی رو به افزایش گذاشته است (زاندلر ۱۹۸۳). عنوان کنگره بین‌المللی مادرید در سال ۱۹۸۳ به اندازه کافی گویا است: موضع اصلی این کنگره بررسی "روانکاو در حین عمل" بود.

### نوزاد شناسی و ارتباط مادر-کودک

استنباط دوسویه از شرایط روانکاوی که همه جا پذیرفته شده است، با نتایج تحقیقات نوزاد شناسی و مشاهده تعاملات مادر-کودک هماهنگ است. تریوارتن (۱۹۷۷) در اینجا از نخستین فرآیند بین‌ذهنی صحبت می‌کند. شاگردان اشپیتز، آمده و رابینسون (۱۹۷۹)، بعد از بررسی بیش از ۳۰۰ مطالعه به این نتیجه رسیدند که تحقیقات با پیش‌دوری‌های کهنه با این مضمون که شیرخوار، منفعل و غیرمتمایز بوده و رفتار وی بوسیله تنش‌های غریزی و تخلیه آنها هدایت می‌شود، سوگیری دارند. بنابراین اسطوره شیرخوار به‌عنوان یک ارگانسم منفعل که فقط در مقابل محرک‌ها واکنش نشان می‌دهد، از اعتبار ساقط شد.

اسطوره زدایی. نتایج به‌دست آمده از بررسی‌های آمده و رابینسون از طرف محققان دیگر پذیرفته شده و ادامه دارد. به نظر زاندلر و پیترسون (۱۹۸۰) استنتاجات برخاسته از این تحقیقات بسیار با اهمیت‌اند و به‌دنبال آن باید سه اسطوره زیر را بخاک سپرد:

- شیرخوار همانگونه است که من هستم.
  - شیرخوار آنگونه‌ای است که تئوری‌های من او را ترسیم می‌کنند.
  - شیرخوار مثل یک بیمار سایکوتیک فکر و احساس می‌کند.
- از آنجایی که فروید یک بار تئوری غریزه را به‌عنوان "اسطوره ما" توصیف کرده بود (۱۹۳۳، ص: ۱۰۱)، و در اسطوره‌ها حقایق عمیقی درباره انسان نهفته است، اسطوره زدایی باعث نگرانی بسیاری از روانکاوان شده‌است. اینکه تئوری غریزه روانکاوی دارای عناصر اسطوره‌ای است، عمدتاً به برخی

استعاره‌های با اهمیتی برمی‌گردد که اشتیاق به زندگی جاودانه و نیز اسطوره عشق و مرگ را بر پایه مفروضات فیزیولوژیک بنا نموده، بنحوی که گویی یک الگوی جامع روان- بیولوژیکی قادر به توضیح این فرآیندها می‌باشد.

رعایت رویکردهای متفاوت. ما قصد آن را نداریم که بیناذهنی بودن شرایط درمانی را فقط بر پایه تعامل مادر- فرزند بنا سازیم. برای ما آندسته تشابهات اصولی حائز اهمیت‌اند که نشانگر برداشت دوسویه از شرایط درمانی منطبق با طبیعت انسانی است، همانگونه که از اولین لحظه زندگی مشاهده می‌شود. ما با ولف (۱۹۷۱) همراه هستیم که به‌عنوان یک پژوهشگر و درمانگر بسیار محتاط به همکاران خود یادآور می‌شد که سؤالات اساسی در حیطه عمل و علم، نه بوسیله مشاهده شیرخواران، نه با رفتارشناسی، نه با نوروفیزیولوژی و نه بوسیله بیولوژی مولکولی پاسخ داده می‌شوند. چنانچه تفسیر قاعده‌مند را مبنا قرار دهیم که روانکاو بر طبق آن به اظهارات بیماران خود معنای ناخودآگاهانه تفویض می‌کند، نمی‌توانیم از تئوری‌های رشد که اهمیت پارادایمی کسب می‌کنند، چشم‌پوشی نماییم.

بنابراین حائز اهمیت است که آیا نظریه پیازه درباره تکوین، ابژه ثابت را رعایت می‌کند و یا خیر و نیز اینکه روانکاو چه نظری درباره رابطه مادر- فرزند دارد، دارای ارزش می‌شود. تضاد بین تئوری‌های گوناگون بعلت پیچیده بودن مطلب و همچنین روش‌های متفاوت، امر غیر منتظره‌ای نیست. به همین خاطر، اگر از راه‌های مختلف به یافته‌های مشابه دست یابیم، از وزنه سنگین‌تری برخوردار می‌باشد، مانند این یافته که نظریه اُتیسم دوران طفولیت دیگر قابل دفاع نمی‌باشد. از طرف دیگر با انبوهی از مشاهدات روبرویم که بعلت جدایی عینی میان مادر و فرزند، بر رابطه متقابل تعاملات تأکید می‌ورزند (اشترن و همکاران ۱۹۷۷). پاپوزک (۱۹۸۳) و پاپوزک و همکاران (۱۹۸۴) با تکیه بر مشاهدات تجربی، استقلال و قابلیت ادغام شیرخوار را می‌پذیرند. شاخت (۱۹۷۳) با اشاره به تأکید وینیکوت بر تعامل برای درمان بزرگسالان فرمول زیر را مطرح کرد: ذهن از ذهن استفاده می‌کند.

جدایی و فرآیند بیناذهنی اولیه، مهمترین و بزرگترین نقطه مشترک نتایج تحقیقات شیرخواری و روند دوسویه درمانی است.

چنانچه با میلتن کلاین (۱۹۸۱) همراه شویم که فردیت از لحظه تولد آغاز می‌شود، پذیرفته‌ایم که طفل به شیوه منحصر بفرد خود فعالانه، مشتاقانه و با خلاقیت آغاز به بنای دنیای خود می‌کند. بارسلتون و آلس (۱۹۷۹) به پاسخ‌های عاطفی و شناختی شیرخوار بلافاصله پس از تولد اشاره دارند. البته موضوع اصلی در اینجا تواتر دقیق زمانی نیست. طبیعی است که این برداشت که کودک دنیای خود را بطور فعالانه بنا می‌کند، چیزی در این باره که وی این دنیا را چگونه تجربه می‌کند، بیان

نمی‌دارد. در تئوری پیاز (۱۹۵۴) نیز فرآیند بیناذهنی میان مادر و کودک بر پایه خود-مرکز پنداری کودک بنا شده است. این فرضیه روانکاوی که کودک در حال گریه، رفتار پس زننده و یا آغوش باز مادر را طوری تجربه می‌کند که گویی خود دلیل رفتار مادر است، از جانب پیاز نیز تأیید می‌گردد. البته اینکه آیا این خود-مرکز پنداری کیفیتی مشابه قدرقدرتی خودشیفته در بزرگسالی دارد، موضوع دیگری است.

نظریه امده (۱۹۸۱) حاوی این مطلب اساسی است که نماهای ذاتی بیولوژیک از یک طرف رابطه میان مادر و شیرخوار را به‌عنوان یک تعامل انسانی تنظیم می‌کنند و از جانب دیگر همین وضعیت، موجب شکل‌گیری فردیت می‌شود: هر شیرخوار و هر مادر بنوبه خود و همچون رابطه دوسویه بین آن دو، منحصر بفرد می‌باشند. هر دوی آنها مکانیزم‌های نوع خویش و الگوهای پایه بیولوژیک را در ویژگی شخصی و فردی بی‌نظیر خویش بنا می‌کنند.

در فرآیند درمانی باید در پی ایجاد تعادل میان نقاط مشترک و نقاط تمایز یا به‌عبارتی، شکل‌گیری "خود" و شکل‌گیری "ما" بود. پژوهش درباره تبادلات عاطفی میان مادر و کودک در دهه‌های اخیر مویده نظریه وینیکوت است که می‌گوید:

"شیرخوار و مراقبت مادر ایجاد کننده یک واحد هستند. من در جایی گفته‌ام: شیرخوار بطور مستقل اصلاً وجود ندارد" (۱۹۶۵، ص: ۳۹).

وینیکوت اضافه می‌کند که منظور او از این جمله البته آن است که مراقبت مادرانه بخش لاینفک شیرخوار است و بدون آن کودک نمی‌توانست زندگی کند. بدینوسیله وینیکوت از فرضیه فروید درباره خودشیفتگی اولیه، به‌عبارت دیگر گذار از اصل لذت جویی به اصل واقعیت، تبری می‌جوید. اهمیت نظری. یافته‌های تجربی درباره تعاملات مادر-فرزند برای سرپل زدن میان قطب بندی‌های ایجاد شده در دهه‌های گذشته در تئوری روش‌های درمانی روانکاوی بین تئوری ساختاری و تئوری ابژه مفید به نظر می‌رسند. در روانشناسی دو نفره بالینت (۱۹۶۶) نیز نمی‌توان این موضوع را نادیده گرفت که درمانگر همیشه با یک بیمار منحصر بفرد و جانشین ناپذیر روبروست. وظیفه رابطه دوسویه درمانی به‌عنوان یک واحد متشکله از دو انسانی که در وجوه مختلف از یکدیگر متمایز می‌باشند، فراهم کردن مناسب‌ترین زمینه‌های استقلال برای بیمار است.