



Psychoanalysis

Psychoanalyse

Helmut Thomä پروفیسور ہلموت تومہ
Horst Kächele پروفیسور ہورست کشلہ

جلد اول: مبان ی

ترجمہ

دکتر سعید پیمرادی

نویسنندگان دربارہ

در سال 1945 در رشته و متولد 1921 پروفیسور ہلموت تومہ:
ہای | پس از اخذ تخصص در رشته شد. پزشکی فارغ التحصیل
روانپزشکی، مغز و اعصاب و روانکاوی در دانشکده روان تنی
عنوان رئیس گروه روان درمانی دانشگاه ہایدلبرگ و سپس به
دانشگاه آللممشغول بکار گردید. پروفیسور تومہ از سال 1968 الی
یئیس 1972 رئیس انجمن روانکاوان آلمان و از سال 1968 الی 1989 ر

انستيتوي روان‌كاوي اللم بود. وي عضو انجمن روان‌كاوي آلمان و انجمن بين المللي روان‌كاوي است. وي تاكنون به دريافت جوايز متعدد از مراكز معتبر بين المللي آمريكا، اطريش و آلمان مفتخر گرديده است. از ايشان تاكنون بيش از 150 مقاله و 8 كتاب با شمار يافته است. موضوعات روان‌كاوي انت

متولد 1944 و در سال 1968 در رشته پروفيسور مورت كشله: پزشكي فارغ التحصيل شد. وي سپس در دانشگاه اللم تخصص عنوان خود در روان درماني و روان‌كاوي را كسب نمود. در سال 1977 به رئيس بخش روش شناسي روان‌كاوي همان دانشگاه مشغول بكار شد. عنوان سرپرست مركز پژوهشي روان 004 به از سال 1988 الي 2 درماني در اشتوتگارت فعاليت مي نمود. پروفيسور كشله از سال عنوان استاد دانشگاه و رئيس كلينيكي پزشكي روان 1997 به تني و روان درماني خدمت مي كند. از ايشان تاكنون بيش از 500 مقاله و مجموعه سه جلدي روان‌كاوي با همكاري پروفيسور تانتشار يافته است. پروفيسور كشله در سال 1386 در نخستين گنگره سايكوسوماتيك كه در دانشگاه علوم پزشكي اصفهان برگزار شد، شركت نمود. ترجمه كتاب حاضر حاصل اين آشنائي است.

درباره مترجم

در اصفهان، روانشناس و 1337 متولد: دكتر سعدي پيرمراي تاديار دانشگاه علوم پزشكي متخصص خانواده درماني، اصفهان، گروه روان‌پزشكي. دكتر پيرمراي تاكنون چند كتاب در زمينه خانواده درماني، درمان سيستمی و خانواده ايراني ترجمه و تأليف نموده است. كتاب حاضر با احتساب ترجمه فارسي آن تاكنون به 13 زبان غيرآلماني ترجمه گرديده است

فهرست مطالب

يادداشت مترجم

مقدمه

1 وضعيت كنوني روان‌كاوي: مقدمه

1-1 مآياي گاه و موقعيت 1-1

1 بحران تيوري-3 عنوان راهنمبه 1 نقش روان‌كاو-2

4-1 هاست عاره

1 آموزش و تربيت روان‌كاو-5

ه او گرايش ها 1 جريان-6

فرهنگي-1 تحولات اجتماعي-7

1 نقاط اشتراك-8

2 انتقال و رابطه

- 1- ال به مثابه تکرار 2 انتقال
- 2- تلقین، تلقین پذیری و انتقال
- 3- های انتقال به تکنیک 2 وابستگی پدیدده
- 4- مفهوم عملیات عنوان به 2 نورز انتقالی
- 5- مجموعه مفهومی بحث انگیز: رابطه واقعی، اتحاد درمانی، اتحاد
- 6- 2 عنیت جدید به مثابه ذهنیت. از رابطه عینی بسمت
- 7- انشناسی دوفرهرو
- 8- های موجود 2 به رسمیت شناختن حقیقت
- 9- 2 اکنون و اینجا در چشم اندازی نو

3 متقابل

- 1- 3 انتقال متقابل و تاریخت حول آن
- 2- 3 انتقال متقابل در قلابی نو
- 3- گرایان 3 نتایج و مشکلات دیدگاه کل
- 4- 3 یکپارچگی و مکملی بودن انتقال متقابل
- 5- پذیرفتاید انتقال متقابل را 3 آیا ب

4 مقاومت

- 1- 4 نقطه نظرات کلی
- 1-1- مقاومت انواع 4 طبقه بندی
- 2-1- رابطه مقاومت در تنظیم 4 عملکرد
- 3-1- 4 مقاومت و دفاع
- 2- حمایتی مقاومت و اضطراب 4 عملکرد دفاعی
- 3- 4 مقاومت انکار و انتقال متقابل
- 4- 4 مقاومت نهاد و فراخود
- 1-4- 4 رمانی منفی و واکنش د
- 2-4- 4 فراسوی اسطوره غریزه 4 پرخشگری و تخریب
- 5- 4 امتیازات ثانویه بیاماری
- 6- 4 مقاومت هویت و اصل امنیت

5 تعبیر رویا

- 1- 5 رویا و خواب
- 2-5- 5 فکتر رویای

- کودکی و آرزوی 5 پس‌مانده روز-3
- الگوی توضیحی واحد عنوان به آرزوها ارضای نظریه 5-3-1
- ل‌مشکل 5 بی‌ان‌خویش و ح-3-2
- بی‌ان‌خویش و پی‌آمدهای آن نظریه 5-4
- روی 5 تکنیک تعبیر 5-5
- ی‌بعدی‌ها ای تکنیک‌ی‌فروید و پی‌ش‌رفت 5 توصیه-5-1

حضور نامریی طرف سوم 6 مصاحبه اول و

- 6 تعریف مشکل-1
- 6 تشخیص-2
- های درمانی 6 جنبه-3
- گیری‌اتصم‌ی‌م 6 فرآیند-4
- 6 وابستگان-5
- وابستگان‌فشارهای 6-5-1
- شایعه‌های قیعت 6 مو-5-2

7 قواعد

- 7 عمل‌کرد چندگانه قواعد روان‌کاوی-1
- قاعده اصلی درمان عنوان به 7 تداعی آزاد-2
- ه‌ا و تکوین روش 7 ویژگی-2-1
- 7 اطلاع‌رسانی درباره قواعد اصلی-2-2
- 7 تداعی آزاد در فرآیند روان‌کاوی-2-3
- 7 توجه و دقت متعادل-3
- تقابل. پاسخ‌دادن یا پاسخ‌مسئوال 7 دیالوگ روان‌کاوی و قاعده-4
- اساسی‌سؤال‌ن‌دادن، این است
- تاریخچه آن 7 پایی و اس‌اس‌کل‌ی‌شه و-4-1
- 7 قواعد همکاری و گفت‌و‌مان-4-2
- ابژه و دیالوگ‌پی‌دا کردن 7-4-3

ه‌ا و اهداف 8 ابزار و وسایل، راه

- 8 زمان و مکان-1
- 8 هنر‌کش‌ف روان‌کاوی-2
- 8 ابزار خاص و غی‌رخاص-3
- ت‌کل‌ی 8 نقطه‌ن‌ظرا-3-1
- و بازسازی 8 یادآوردی-3-2
- 8 مداخله، واکنش و بی‌نش-3-3
- 8 شروع تازه و پس‌رفت-3-4

- 8 تعبیری انتقال و واقعیت-4
- 8 سکوت-5
- نمای یکنش 8-6
- پردازش 8-7
- 8 یادگیری و ایجاد ساختارهای جدید-8
- 8 پایان درمان-9
- 8 نقطه نظرات کلی-9-1
- 8 طول درمان و محدودیت-9-2
- ایان دادن 8 معیارهای پ-9-3
- 8 مرحله پس از آنالیز-9-4
- 9 فرآیند روانکاوی
- 9 درباره عملکرد الگوهای فرآیندی-1
- 9 مشخصات الگوهای فرآیندی-2
- 9 الگوهای فرآیند درمانی-3
- 9 الگوی فرآیندی ال-4

- و عمل نظریه 10 درباره رابطه
- 1- فروید از 1922 تا 1996 سوال 10-1
 - 2- پیوند ناگسستنی نظری 10 عمل روانکاوی در پرتو -
 - 3- دانش درمانی استدلالبستر 10-3
 - 4- های پایه و کاربرد نظریه 10 الزامات گوناگون -
 - 5- نظریه درمانی و توجیه علمی - رفتار روانکاوی برای پیامدها 10-5

یادداشت مترجم

در بهار 1386 نخستین کنگره سایکوسوماتیک ایران در دانشگاه گزار شد. در این کنگره جمعی از صاحب علوم پزشکی اصفهان بر نظران و اساتید مجرب این رشته از کشور آلمان نیز حضور

داشتند. پروفیسور مورتس کشلہ از جملہ اعضا ایہ ہیئت آلمانی بود.

م رسید کہ دستبہ از ایشان کتاب جامع و پربراری در مورد روانکاوی عنوان بہ آن بسیاری از مراجع معتبر بین المللی در این بین از کنند. تا آنجا کہ من مطلع کتاب استاندرد در این زمینہ یاد می چنین اثری در زمینہ روانکاوی بہ زبان فارسی موجود نیست. بہ ترین رویکرد | این قدیمیہمین دلیل دریغم آمد علاقه مندان ایرانی آکادمی ک غیرواروی از مطالب این کتاب بدور ماند و لذا تصمیم م آن را ترجمہ کنم گرفت

واقعیت آن است کہ روانکاوی هنوز از نفوذ چشمگیری در گفتمان سلامت/بیماری روان برخوردار است و پیگیری سیر تحولات جاری در این رویکرد برای متخصصان و شاغلین شبکہ بہداشت ای بہ ہمراہ داشتہ باشد. نقطہ | مفید و سازندہای تواند جنبہ روان می اب آن است کہ نویسنندگان علاوه بر ارجاعات مکرر بہ قوت این کتاب دستگاہ فکری و روشی بنیانگذار روانکاوی زیگموند فروید، سیر تحول این رویکرد را بررسی و ضمن آن دیالوگ سازندہ و های آموزندہ کنند. این سبک کار جنبہ انتقادی با فروید برقرار می وزہ تمدن مغرب زمین و مفیدی دارد و از نقاط قوت قابل توجہ ح رود. بہ امید آنکہ مطالب این کتاب بتواند در غنا و بشمار می پربراسازی گفتمان روان در ایران مؤثر افتد.

اصفہان-سعید پیمرادی

مقدمہ: 1 وضعیت کنونی روانکاوی

- 1- درباره جایگاه و موقعیت
- 2- راهنما عنوان بہ 1 نقش روانکاو
- 3- 1 بحران تئوری
- 4- 1- استعارہ
- 5- 1 آموزش و تربیت روانکاو
- 6- 1- و گرایش ہا 1 جریان
- 7- 1- فرهنگ ت تحولات اجتماعی

مقدمه

يوانكاوي علي رغم آنكه بطور چشمگير مرزهاي درمان را در نورديده "زمينه اصلي خود را ترك نكرده و جهت بسط و توسعه خود، همچون گذشته به نقطه ، فرويد (1933، ص: 163) گفتهماران نياز دارد". اين ارتباط با بي هاي روانكاوي هاي روش اصول و پايه هاي اعزيمت ما براي نگارش كتابي درباره است.

روانكاوي از سال 1985 به بعد، بسط و توسعه بيشتري يافته است. براي المللي روانكاوي نيز كه بطور خاص به حفظ انخستين بار در اتحادي به ين سنت فرويد پاي بند است، از تكثير و چندگرايي سخن رفت. در اصل از منشعب هاي روان پويايي متعددي از جريان اصلي هاي 1950 جريانسال . مشكلي كه فرويد در سال 1933 با استفاده از استعاره استگرديده روانكاوي از آن صحبت كرده بود، ابعاد غير قابل انكاري بخود "آبياري" هاي روانكاوي نژد است. استنباط ما از درمان روانكاوي، كاربرد روشگرفته بيماران به مفهومي است كه فرويد (1905) تعريف كرده است.

نويسندگان آلماني يك كتاب آموزشي درباره روانكاوي گمان داريم عنوان به اي توضيحات مقدماتي بسنده كرده و از كنار تاريخ كه نبايد به پاره عبور نماييم. روانكاوي

يك رويكرد درمان ي و يك علم، آن است كه عنوان بهم نشأ حيات روانكاوي فرآيند شناخت به سمت بازيابي يك ابژه سوگيري دارد كه در زمان شفاف، پيگيري تازه تفسي رهايي هاي خودآگاه و در حين آبي به لايه ر تاريخچه يابد. نه در موضوعات كوچك و نه در موضوعات بزرگ، نه دمي زندگي شخصي، نه در فرآيند درمان ي و نه در علوم اجتماعي، هرگز توانيم براي بار دوم وارد يك رودخانه شوييم و در همان آب قبلي شنا نمي جدي فقط يك بازيابي نيس، بلكه در اصل يك يكنيم: پيدا كردن ابژه دوران شرايط تاريخي و شرايط مشخص در آلمان داگرچمكشف جدي است. رايش سوم) فاشيسم) باعث شد كه آثار فرويد از دسترس جمع كشيده از به بخشي از تاريخ علوم نظري تبديل شده ولي روانكاوي مردم بدور باشد، است. علمي كه توسط زيگموند فرويد يهود بنيانگذاري شد، تكفيري مام دچار همان سرنوشي شدند كه گريبانگير تيگرديده. روانكاوان يهود هاي اشغالي اروپا شده بود. فرويد توانست در يهودي در آلمان و سرزمين ها به اتفاق اعضاي خانواده خود به انگلستان پناه برده و جان آخري لحظه هاي نازي جان خود را از خود را نجات دهد. خواهران وي كه در آلمان ماندند، در اردوگاه آلمان ريچارد فون وايتسك (1985) در دست دادند. همانگونه كه رئيس جمهور هاي مختلف روانكاوان اچلمين سالگرد پايان جنگ جهان ي دوم بيان كرد، نسل اند كه بسي فراتر از آثار آلماني متحمل فشارهاي تاريخي خاصي شده يك روانكاو، انسان در سنت عنوان بوي رانگر عمومي مولوكاست است. زيرا ويت شغلي روانكاوان در همان دسازي با آثار فرويد . مژودي مودي ادغام مي هاي عميق آيد. اين وضعيت باعث مشكلاتي گرديده كه در لايه ميديستابه ناخودآگاهي رسوب نموده و روانكاو آلماني از سال 1945 به اين سو وسعي دارد، مختلف بر اين مشكلات غلبه كنند. هاي به شيوه

ها با بتوان فرض كرد كه ايدئولوژي اتفاقاً از نقطه نظر روانكاوي مي د و به همين خاطر، انتنگ و خويشاوندي دار تنگيه رابطه فرآيندهاي ناخوداگاه ديافت. خواهه اي محتوايي جديدت جلي اشان ادامه دار بوده و در قال باحيات روان درمان گران روانشناسي عميق در يك انستيتو به ايجاد ايدغام هم منوايي بين نمايندگان فكري از جريانات متفاوت انجام يدي. جبر دوران، يك روان درمان ي واحد همراه با تركيبي يقويت ميبستگي شد. ايدمبا عث ت عناصر اصلي تمام مكاتب، براي مدت زمان طولاني به حيات خود ادامه داد. «جامعه روان درماني، روان تني و روانشناسي عميق آلمان» در سال 1949 تاسيس شد. آثار مثبت اين گردهمايي تا به امروز چشمگير است. منافع . روان اشدائي از آن زمان تاكنون بطور جمعي پيگيري مي ي و حرفه صن هاي سالانه و دو سالانه خود با انجمن روان درمان گران روانكاو در گنگره دي دار و تبادلات منظم دارند. البته تعقيب علايق درمان ي پزشكان عمومي، چيز مشترك بر مبناي تفاهم بر سر اصول و كليات روانشناسي عميق يك هاي جدي، چيز هاي ارزيابي و درماني و نيز تبيني نظريه است و كاربرد روش ديگر. ايد گر دآوري، حاكاي از اشتياق براي وحدت و يگانگي است كه در . از ديگاه علمي، اشتياق و تلاش براي وحدت شولمياش كال مختلف متجلي امروزه و يكسان سازي، يك امر ساده لوحانه و زيانبار بي ش نيست. هاي كلي تخصصي در حيطه روان درماني بدني سمت گرايش دارند كه پژوهش ها و جريانات گوناگون را هم نقاط تشابه و هم نقاط افتراق ميان گرايش هاي درماني و نيز . طببي عي است كه در اين صورت بايد روشنشان ده يكي از هاي تلفيقي . روشي زيربنايي آن ها تعري ف و مشخص شوه انظريه . عناصر تركيبي اشدن ها در ميدان عمل درماني محسوب مي بزرگترين چالش از جانب باي دي، بل كه هاي با يكددي گر همخواني داشته باشنده نه تن ها ب بي مار نيز دريافت و پذيرفته شود. انزواي چندين ساله، پيامدهاي گوناگوني داشت كه پس از جنگ آشكار شدند. تنز منكه در بنيان گذاري نهادهاي روانكاوي قبل از مولر برانشوايگ و شول 1933، تاثير قابل توجهي داشتند. شولتز منكه بر اين نظر بود كه در هاي عزلت گزيني، روانكاوي را حتي توسعه و بسط داده است. همانگونه اسال روانكاوي درك و كنند، اينكه در اين جريان نئوكه توم (1994) مطرح مي محدود و مختصر شد، آثار (transference) «انتقال» استنباط از مف المللي توسعه مفهوم بلندمدتي بر جاي گذاشت. در همين دوران در ابعاد بين شد. نقدي كه شولتز منكه در طي انتقال در سطح نظري و عملي دنبال مي در زوريخ در مورد نظريه (IPV المللي انجمن روانكاوي) نخستين كنگره بين انگيزد و اوائه داد، امروزه ديگر حساسيت روانكاوان را بر نميلي بي يها وجه مشخص پذيرند. ام در آن دوران، مفاهيم و نظريه بيسياري آن را مي شد. روانكاوان يودي كه جان سالم بدر برده بودند، هويت روانكاوي محسوب مي يد وفادار مانده برانشوايگ اعتماد كردند، زيرا وي به مكتب فروبه مولر جديدي يهاي انزوا آن را توسعه داده و چه مبود و ادعاي آن را داشت كه در سال بندي ايجاد و اقطب بديان بخش يده باشد. بدلايل محتوايي، شخصي و گروه ي، دار شد. مولر برانشوايگ در نقش سربل را عده در اين ميان شولتز منكه جملگي ساكن برلين بودند، اتحاديه سال 1950 به اتفاق 9 نفر ديگر كه الكثريت قريب به 30 روانكاوي كه (را تاسيس كردند. DVP روانكاوان آلمان) اين گردهم آمدند (DPG در جامعه روانكاوان آلمان)، پس از جنگ حيات داشتند

ياشع به عنوان پنهان ش عاب آثار خود را نشان داد: فقط اتحاديه روانكوان آلمان مللي روانكواي به رسميت شناخته شد. ان چمن بين ال در برلین نه تنه ا ميان آن دو گروه ان ش عاب صورت گرفت، بلكه آن شهر وي ران شده در طي جنگ جهاني دوم، به مكان احيائي روانكواي پس از 1945 آن بود كه IPV تبديل گردي. شرط به رسميت شناخته شدن، توسط برانشوايگ در سال 1950 انستيتوي روانكواي برلین تحت سرپرستي تربيت روانكوان را بعده گيرد. اولين نسل روانكوان پس از جنگ فقط ال مللي بتوان ستند به عضويت جامعه بين الاطريق اين انستيتو مي روانكواي درآيند.

هاي درمانی نیز در برلین به رسميت شناخته شدن روانكواي توسط بي مه اي تأسيس شد. هاي روانزاد بي مهبی ماري آغاز شد. در سال 1946 انستيتوي اي ني مه دولتي اين نخستين پلي كلينيک روان درمانی بود كه بودجه اي رسمي تبديل شد. اين، سنگ بني اديريافت كرد و بعده به سازمان بي مه اي بود. در اين پلي هاي بي مهبی ريفت دستمزد درمان روانكواي توسط سازمان غي رپزشك نیز حضور و فعاليت داشتند. پس از كلينيک همواره روانكوان هاي روانشناسي و روان درمانی، چارچوب آن كه در انستيتوي آلمان پيژوهش شغلي روانشناس درمانگر تثبیت شد، روان درمانگران غي رپزشك نیز اي در شغل خود بتوان ستند بدون مشكلات خاصي از تسهيلات خدمات بي مه به اين سو، روانكوان غي رپزشك در چارچوب مند شوند. از سال 1967 بهره كنند. اي خود را دنبال مي هاي پيشكفي فعاليت حرفه بي مه

در غرب آلمان در سال 1950 به ابتكار ويكتور واي تسگر و با حمايت بنياد راكفلر، كلينيک روان تني تأسيس شده در دانشگاه هاي دلبرگ تحت يي تبديل شد كه همزمان سرپرستي آل كسان در ميتشرلینگ، به انستيتو داد. روانكواي براي آموزش روانكواي، مراقبت از بي ماران و پيژوهش را انجام مي هاي آلمان موطن خود را پيدا كرد. با مهمت نخستين بار در تاريخ دانشگاه ميتشرلینگ و با حمايت آدورنو و هوركه اي مر، انستيتوي دولتي زيگموند فرويد در فرانكفورت تأسيس شد.

سياري از روانكوان نسل پس از جنگ، كار خويش را با خودآموزي شروع مي مشترك همه آنان كردند. دوره آموزشي آنان نسبتاً كوتاه بود. نقطه ي حتي عشق به آثار فرويد و، دل بستگي وافر كن جكواي روشن فكارانه كردند. بود كه آنها با تمام وجود براي به رسميت شناخته شدن آن تلاش مي نچه در رفتار نسل پس از جنگ، همگان را تحت تأثير قرار داد، اين بود كه آ روانكوان آلمان ي زبان مقيم خارج، به سبب اهميت موضوع، موضوعات ي هم شخصي خود را كنار نهاده و با وجود سرنوشت رقت انگيز، تعقيب و فرار ان دراز كردند. هاي شان، دست ياري به سوي روانكوان مقيم آلمان اعضاي خانواده هاي دروني و بيروني، بواسطه يك رخداد ها و اشتياق اوج اين فعاليت ي نقطه مهم نمادين شد: بمناسبت صدمين سالگرد تولد فرويد در 6 مه 1956 به ابتكار آدورنو، هوركه اي مر و ميتشرلینگ و با كمك مؤثر حكومت ايالت و با حضور رئي س مسن، در دانشگاه يوهان ولفگانگ گوته فرانكفورت فرويد در زمان "جمعه وقت آلمان و اريكسون، يك سري سخنراني تحت عنوان انجام شد. در ترم تابستان ي همان سال يازده روانكواي آمريكايي، "حال انگليسي و سويي سي در دانشگاه فرانكفورت و هاي دلبرگ سخنراني نمودند.

اند: ما به وسیله ای در خدمت هدفها وسیله. از همین رو نقل قول منجر شده است
 ها و نظریات خود هستیم. تضادهای استناد به فروید در صدد اثبات برداشت
 و گسترده روانکاوی داردموجود در آثار فروید نشان از افق فکری باز
 برد، همیشگی دفترش گشوده و روانکاوی همیشگی در سیر تجربی بسر می
 "همواره آماده است تا در نظرات خود تجدید نظر کند و یا آنها را تغییر دهد
 (فروید، 1923: ص 229). چوهر این نگرش در سه نقل قول پایینی تبلور
 یافته است:

- وعی ارتباط و پیوند ناگسستنی میان در روانکاوی از همان ابتدا ن
 درمان و پژوهش برقرار بود. شناخت حاصله از این ارتباط به این بینش
 ها را دریافت کرد بتوان درمان کرد، بدون آنکه تا زلموفق منجر شد که نمی
 توان روشنگری نمود، بدون آنکه آثار آن را تجربه کرد. رویکرد نمی
 که این تلافی با ارزش در آن اتفاق درمانی ما تنها رویکردی است
 توانیم دهیم، می افتد. تنها زمانی که مراقبت از روان را در عمل انجام می
 روانی انسان دست یابی. این نگاه به تعمیق بینش خود از حیات روحی
 و تری نشانی ستهای علمی نظر دارد، که به ارتقا و یافته
 دهد. این روانکاوی را تشکیلی میهای درم فعالیتی تریین جنبه فخر بخش
 (فروید، 1927: ص 293؛ فروید، 1912: ص 380).

- اتمام به موقع و مناسب آنالیزها برای اعتماد به نفس درمانگر امری با
 سازد، اما همین امر برای ارزش است و اهمیت پزشکی روانکاوی را آشکار می
 آموزی. ای از آن نمیهای علمی اکثرأ فاقد اهمیت است و چیزی تا زلمشناخت
 درمان فقط بدین سبب با موفقیتی به اتمام رسیده، چون هر آنچه را برای
 توان فقط در خلل مواردی. مطالب جدیدی را می دانسته اتمام آن لازم بوده می
 د. فقط در این موارد است که ر دانی ازای آموخت که به وقت زیاد اپی چیده
 روان انسان نزدیکی شویم و از آنجا یلیهای عمیق و اولتوانیم به لایلمی
 توان گفت آنالیزی که تا به این حد به راه حل مشکلات را ارائه دهیم. می
 شود، شایسته مفهوم آنالیز است. های عمیق روان انسان نزدیکی میهای
 (فروید 1918، ص: 32).

- یک روش درمانی پا به عنوان بهام که روانکاوی این به شما گفت
 یک رویکرد درمانی از آن عنوان به خواهم حیات گذاشت. اما من نمی عرصه
 دفاع کنم و علاقه شما را نسبت به آن برانگیزم، بلکه بدلی
 انسان و یحقیتی، بدلی آنچه درباره انسان و ذات او و نیز ارتباط اجزا
 کنم. در غیر این صورت روانکاو یگوید، از آن دفاع می عمل کرد آنها به ما می
 های درمانی دیگر است. اگر درمان، یک رویکرد در انبوه روش عنوان به
 خورد و بیش از سی روانکاوی ارزش درمانی نداشت، به درد بیماران نمی
 گذشت. (فروید 1933، ص: 169). پس از قدمت آن نمی

د که فروید نقشه یک بنای کلاسیک را طراحی کرده دهها نشان می نقل قول
 مواره ن اتمام خواهد بود و نه به این دلی که هر درمانگری که بدلی اصولی ه
 یی که زمانی سنگ بنایند، در فرآیند درمانی سنگ بنای تازه کشف می
 است ای بی ش نبودم خروبه

درمان و علم

عنوان سه تن نیز نام برد، به‌توان از آنان سه نقل قول بالا که در واقع می‌نظرات و دیدگاه فروید تا حدودی استلایتی اصلی یک درمان عحاوی اجزای شود: از فرضیه ارتباط و پیوند ناگسستنی درمان و پژوهش دور می‌تواند از صرف دستیابی به اهداف درمانی راضی باشد، بلکه روان‌کاوی می‌تواند ی‌گیری رنج و درد روحی‌ل است توضیحی برای پی‌دایش و شکل‌او م‌م‌ایل به فهم این مسئله است که درد و رنج پی‌دا کند. او قبل از مرچیز کند و یا در برابر درمان و روانی چگونه در فرآیند درمانی تغیری می‌دهد. به همین خاطر عدم توفیق در دستیابی تغیری از خود مقاومت نشان می‌دهد. برآه را در برابر درمان‌گر قرار می‌بده اهداف درمانی، بزرگترین چالش باط و پیوند ناگسستنی درمان و پژوهش، شرایط شکل ارتیطبق فرضیه است علمی قابل توضیح لحاظب‌گیری و تغیری و نیز ناکامی درمانی روان‌کاوی دوران درمان تلقینی مبتنی بر عارضه را پشت سر گذارده است. گرد بسوی‌های حاصله، عقب‌درمان‌کور و پرهیز از زحمت جهت تعم‌شن‌اخت (فروید 1933، ص: 165) "گرایی صرفت‌ج‌ربه"ناخت و عمل‌گرایی تهی از ش است. فروید نگران آن بود که "درمان علم را از پای در آورد" (1927، ص: 291). او گمان داشت بوس‌ی‌له بررسی دقیق قواعد درمانی، قادر شده به‌ترین پیش‌های علمی برای بازسازی خاطرات ایام کودکی و بوس‌ی‌له فراموش‌ی‌شرط ترین شرایط درمانی را مه‌ی‌ا سازد (1919، ص: 202). امروز ما آل‌ده (amnesia) دانیم که تحقق ارتباط و پیوند ناگسستنی درمان و پژوهش فراتر از می‌رها کردن تلقین ساده و پیروی از قواعد درمانی است‌ان‌دارد است. خود فروید گفت که شرایط تغیری مطلوب باید در بستر فرآیند روان‌کاوی‌نیز می‌وجود آید، به بی‌ان دی‌گر، ان‌عطف در برخورد با بی‌مار امری الزامی است ب (1910، ص: 108).

شرط وارد شدن به فرآیندهای ای‌جاد موقعیت درمانی پیش‌ارزش‌ی‌ابی درمانی روانی ناخودآگاه است. بنیان‌گذار روان‌کاوی به جای‌گاه علمی ارزش‌ی‌ابی داشت. لازم را م‌ب‌ذول نم‌یت‌غیری‌رات درمانی و توضیح عوامل درمانی، اهمیت روان‌کاوی یک بررسی علمی نیست، بلکه "فروید زمانی بر این نظر بود: یک مداخله درمانی است که م‌ایل به اثبات چیزی نیست و فقط در پی (فروید 1909، ص: 339). به نظر ما این روی‌ارویی علم و درمان "تغیری است دیکه از جانب فروید بی‌ان گردیده، جای بحث دار اثبات تغیری‌رات حاصله در آغاز دنباله‌های درمانی، امروزه گفت‌مان پژوهش‌هاست. آن با تیوری‌پایان درمان روان‌کاوی و توضیح رابطه

رابطه طول درمان و موفقیت درمانی

فروید بر این نظر بود که آنالیزهای که بر م‌بان‌ی شفاف و قابل اعت‌م‌اد به نتایج موفق من‌جر است، و‌د‌تر از آنالیزهای که م‌ب‌هم است‌وار باشند، ز . دانش فنی روان‌کاو، است‌عداد و تجربیات او باید حتي باعث گرد‌د‌می‌تواند بدل‌ی‌ل. اعت‌م‌اد به نفس روان‌کاو و بی‌مار می‌ش‌وت‌س‌ری‌ع روند درمانی قابل پیش‌بینی بودن و دستیابی به توفیق درمانی افزایش ی‌ابد، امری‌های کوتاه مدت. موفق، ز به اثبات رس‌ی‌ده است. حقیقتاً درمان‌که در عمل نی‌شده ساعت درمانی نیز مش‌اهده و گزارش لحاظب‌ه طول درمان و چه لحاظب‌ه چه مق‌ابل‌ه با نشان‌ه و عارضه و یا درمانی عن‌وان‌ب‌ه‌ها را نباید. این موفقیت‌است

جلوه دهیم. ، کم اهمیت است آمده که بدلی فرآیند انتقال در درمان پدید
البتّه امروزه آنالیزهای که در کوتاه مدت به نتایج مطلوب برسند، از ارزش
دهند! بر عکس ای را ارتقاء نمی‌بالای بر خوردار نیستند و اعتبار حرفه
د. این در حالی است که شوکی‌فیت آنالیزها با مدت طولانی آنها سنجیده می
د یا درمانی و علمی همخوانی دارندهای حاصله با معیلم‌علوم نیست شناخت
نه.

گرایی در تعبیر ناب

های گوناگون وی دست یافت. مثلاً این که بتوان به برداشت از آثار فرویدی می
سیستم فکری علمی و درمانی فرویدی از این ایده اساسی متأثر بود که
بتوان روزی به تعبیری ناب و زودن مرگ‌گونه تأثیرات خارجی رسید.
اتی در این زمینه طرح کرد: سؤال، ص: 187 (فرویدی) 1919
های او کافی آیا آگاه کردن بیماران نسبت به موارد انکار شده و کشف مقاومت
است؟
های آشکار شده، تنها گذاشت تا آیا باید بیماران را در کنار آمدن با مقاومت
خود او بر آنها غلبه کند؟
یند انتقال اتفاق توانیم کمک دی‌گری بغیر از آنچه در فرآیند نمی
افتاده، به بیماران آرائی نمی‌ایم؟
دهد که باید بیماران را به سمت انت‌بالا این‌گونه پاسخ می‌سؤال فرویدی خود به
آنچنان موقعیت روانی سوق داد که بتواند بطور مطلوب بر تعارضات
خویش غلبه پیدا کند.
هی‌های دیگر برای شکل‌در تکنیک است‌اندازد، نظر آن است که تلاش
شود که به کمک قواعد مشخص موقعیت روان‌کاوی لازم نیست. چنین ادعا می
های بتوان بهترین شرایط را برای شناخت کشمکش و از پیش‌تعیین شده می
ناخودآگاه فراهم کرد.
اصلی یا هسته‌عنوان‌به‌ام واقعیت آن است که هنر تعبیری روان‌کاوی،
، هم روند آن‌ها به‌وجهی تلمس‌تلازم شرایط دی‌گری نیز هست و بی‌تکنیک،
شناخت و هم اثربخشی درمانی را محدود خواهد ساخت.

تغییر و تعدیل

شد‌های روان‌کاوی می‌فروید آن‌گاه خواستار تغییری و یا تجدیدی نظر در روش
خواست شرایط درمانی را برای یک بیمار و یا گروهی از بیماران به حدی که می
ان‌دی‌کاسیون در تکنیک‌اعلی برسند. در حالی که حلقه تشخیص
بیماران برای دنبال‌ب‌ه‌شد و درمان‌گران بر می‌است‌اندازد هر روز تنگ
ها و یا تغییری‌گشتند، برخورد انعطاف‌پذیر با روش‌های درمانی خود می‌روش
آنها، بیماران بی‌شتری را تحت پوشش خود قرار می‌دهد.
، گزینشی برخورد ای در امر ان‌دی‌کاسیون‌های است‌اندازد و کلی‌ش‌م‌تکنیک
بیماران هستند که بتوانند خود را با روش درمانی آنها دنبال‌ب‌ه‌کنند و ای
تطبیق دهند.
ان‌دی‌کاسیون‌ی‌عکس، زمینه برای کلی‌ش‌م‌پذیری و غی‌های انعطاف‌روش
ها و موقعیت بیماران هم‌سو، بدان معنا که درمان با داده‌ها را می‌انطباقی

تواند طیف وسیعی از اگیری که می‌افق درمانی شکل می‌شود. در این حال ای‌های سنی و اقشار مختلف جامعه را ای‌روانی و روان‌تنی در گروهبی‌ماری پوشش دهد.

ای‌روان‌کاوی در به موازات رشد و گسترش نظریه روان‌کاوی، کاربرد روش منطبق، به افراد سال‌مند و سنین بالا بسط و توسعه مفهوم اندی‌کاسیون ها و تعارضات در بلوغ، زندگی بزرگسالی، دوران ای‌افته است: بحران ای‌گیری بی‌ماری‌شکل‌میان‌سالی و سال‌مندی، در کنار دوران خردسالی در ای‌ابند (اری‌کسون) بایسته خود دست می‌به جای‌گاه و وزن‌روانی و روان‌تنی، 1970، گری‌اسپن و پل‌وک 1980، 1981، لی‌دز 1968).

من‌ط‌ع‌ف، مخصوصاً در روان‌پزشکی سال‌مندان تغیری‌رات روش اندی‌کاسیون رادبولد 1982). (1981 دارد) استاری و بلان‌کدن‌بال‌به‌ای‌روان‌کاوی را روش 6 نشان‌خواهی‌م‌داد، انتظار فرودی مبنی بر ای‌که -همان‌گونه که در بخش 6 درمان روان‌کاوی برای عموم مردم از اقشار گوناگون ارایی‌شود، در برخی تحق‌قی‌افته است) است‌روت‌س‌کا 1969، 1969، 1980 (کش‌وره‌ها

مفهوم "کل‌اس‌یک"

ها و نظریات علمی کل‌اس‌یک را نباید مانند آثار تاریخی، تحت پوشش‌ط‌رح سازمان میراث فرهنگی قرار داد. به‌مین سبب وال‌ن‌اش‌ت‌ین (1979) نیز در مت‌ال‌ی‌ز خوی‌ش، هی‌چ تعریف قابل‌ات‌ک‌ایی از روان‌کاوی "کل‌اس‌یک" نی‌آورده است. س‌ت‌د‌به

رسمیت‌شن‌اخته‌شده، زمانی‌که یک تی‌وری، روش یا مجموعه افکار مدون و ب‌شود که تکامل جدیدی یا تغیری‌رات اساسی | تلقی می‌"کل‌اس‌یک" عنوان‌به اعتبار آن را کاهش داده باشد. ی‌ن‌ق‌طه نظرات، دامنه

تع‌بی‌ر □□□□□□ فرودی‌تن‌ها چهار مرتبه و آن هم بطور ضمنی از روش اص‌ح‌بت کرده است. این در حالی است که به تغیری‌راتی در این زمی‌نه روی‌خواهی‌م در در کنار روش کل‌اس‌یک که از بی‌مار می‌"نی‌ز اشاره داشته است: (1933) "ای‌دی‌گری‌نیز وجود دارد | خواب خود به تداعی روی آورد، راه‌م‌ورد اج‌زای ول از هم‌کند از روی‌ابی‌ن ب‌خواهی‌م "اص: 10). مثلاً فرودی‌توصیه می‌روز در روی‌باشد. اگر ما این موضوع را پی‌گیری یا پس‌مان‌ده‌دن‌بال‌به توانی‌م به یک‌باره گذار از مرحله دنی‌ای ب‌ظاهر دور دست و غریب‌کنی‌م، می‌(1933، ص: 11). "روی‌ا به زندگی واقعی بی‌مار را طی‌کنی‌م

مند تک‌ن‌یک است‌ان‌دارد‌س‌ی‌ست‌م‌ق‌اعده

وعی در فکر و رفتار روان‌کاو حضور دارد، اثر کل‌اس‌یک فرودی‌م‌واره به ن‌اما این مطلب معمولاً و بوی‌ژه زمانی که با تک‌ش‌ر و چ‌ن‌د‌گ‌رای‌ی در روان‌کاوی د‌درمانی (انتقال) وال‌راش‌ت‌ین 1995، ش‌ا‌فر 1990 (م‌وا‌ج‌هی‌م، به فرآین‌ی‌ابد، آن‌گونه که بتوان از تک‌ن‌یک کل‌اس‌یک ص‌ح‌بت کرد. اما پی‌روی از این‌می‌آنها یک امر ضروری است. ق‌واع‌د و است‌ان‌دارد‌کردن

این است‌ش‌ده تک‌ن‌یک بنا ی‌ب‌رپ‌ای‌ه‌ق‌واع‌د درمانی بنا به توصیه فرودی، د‌ش‌و‌ق‌واع‌د در تک‌ن‌یک است‌ان‌دارد خل‌اصه می‌

نقطه نظرات درمانی و علمی، الزاماً به تغیری و تحول در سیستم قواعد ، وسواس و انجام. این امر هم به نفع گروهی از بیماران (هیستری، فوبی‌امی یا انواع خاصی از بیماری‌های روان‌تنی و غیره) و هم به نفع یک بیمار مشخص است.

در تکنیک ارتدکس، برعکس، مفید بودن و هدفمند بودن این قواعد مورد گیری. در تکنیک ارتدکس، اندیکاسیون گزینشی به پرسش قرار نمی‌شود که بیمار پیرو قواعد گردد. این انجام می‌گونه

هستیم. آنجایی که □ □ □ □ □ در قطب دیگر شاهد روان‌کاوی امری، بدون دلیل موجه آن هم انحراف از استانداردهای می‌انگین و قابل قبول، ساری و جاری است. در این حالت، هم درمان‌گران و هم بیماران به شدت‌ترین (شوند) 1910 (نحوه ممکن‌گی و سردرگم می‌

کار فروید) کرمیوس 1981، بای‌گلر 1975، یا نحوه‌ی‌هم‌ن‌ابع در زمین‌وفور کانسر و گلن 1980، (بررسی نقادانه تاریخی تکنیک درمانی روان‌کاوی را توان از طریق‌ن‌م‌اید. البته حل مشکلات و مسائلی امروزی را نمی‌تس‌ه‌یل می‌همان‌دسازی با فروید و خصوصیات انسانی و طب‌ی‌عی او که بعضاً داد، حل و کرد و یا به آن پول‌ه‌دی و یا قرص می‌ژش می‌را نواب‌ی‌ماران خود های ارتباطی و فصل کرد. زیرا توسعه تیوری انتقال موجب شد تا به جنبه کند که تبع‌ی‌ر آن‌ها توجه بیش‌تر م‌ب‌ذول گردد. فروید 1927) تصریح می‌که منطبق با را کاربرد روان‌شناسی‌های‌همه درمان‌گران باید ابزار های | آمده از پژوهش‌دست‌ب‌ه‌های | بکار گرفته و از روش‌است‌می روان‌کاوی عل علمی دی‌گر است‌فاده نمی‌ند. روان‌کاوی علمی بوی‌ژه در حوزه کاربرد ای است) مراجع‌ه‌شود به ولر اغ‌ی‌ر درمانی، نی‌ازمند ت‌عامل بی‌ش‌تر بین رشت‌ه 1971، 1972).

دست‌ب‌ه‌تواند نتایج پژوهشی روز‌ا‌ما از سوی دی‌گر روان‌کاو. درمان‌گر نمی‌اساسی آن است ی‌آمده از بررسی فرآیندهای درمانی را نادیده ب‌گی‌رد. نکته نوی‌سن‌دگان عن‌وان‌ب‌ه کدام‌ند. □ □ □ □ ها و مختصات روان‌کاوی که ویژگی دان‌یم که به بررسی‌ای‌ک کتاب‌درسی، وظیفه پژوهش‌گران با کفایت می‌وره های روان‌کاوی در علوم‌ال‌هی، علوم‌فره‌نگی، اس‌ط‌کاربرد عملی‌روش شن‌اسی و تاریخی ادبیات ب‌پردازند و نشان دهند که ادعای علمی بودن های | کاربرد درمانی روش‌ی‌ب‌اشد. در حوزه قابل دفاع می‌حدروان‌کاوی تا چه این است که با رجوع به سه تن‌اساسی فروید که قبلاً س‌وال‌روان‌کاوی، قواعد ذکر شد، روان‌کاوی علمی چ‌گونه قابل ت‌ع‌ری‌ف خواهد بود. مر چ‌قدر تر ت‌ع‌ری‌ف کردند و مر چه ارزیابی علمی آثار این قواعد بر س‌خت‌گی‌ران‌ه ی‌ابد. فرآیند درمانی کمتر بررسی شوند، خطر ارتدکسی افزایش می‌

جمع‌بندی

گیری‌م که بحث‌ما در نه‌ایت به تکنیک‌از آن‌چه گفته شد نتی‌جه می‌ر نظر داریم‌شود. در این‌جا هم‌چنین پی‌وسته قواعدی را در روان‌کاوی مربوط می‌ال‌گوهای عن‌وان‌ب‌ه دی‌گر ع‌بارت‌ب‌ه‌که طی سال‌ی‌ان طولانی است‌ان‌دارد شده‌ی‌ا باشند. نحوه تفکر عملی و علمی منوط به پی‌روی ب‌سته بندی شده مطرح می‌انسان خالق و "شود که از قواعد است. از آنجایی که بواسطه قواعد مشخص می‌های | تأثیر آن بر پ‌دی‌ده) هابر‌مس 1982، جلد 2 ص: 31، "آفریننده چی‌ست

های کنند که پاسداری از سنت تکنیک‌های نه چندان کم زحمت ما روشن می‌ای نیست. اگر رفتار درمانی را اما با آن‌ها کار ساده‌ی درمانی و برخورد نقادانه استوار سازی، در نتیجه مسئولیت اصلی متوجه بر پایه نقل قول با برد. فروید در اشود که قواعد را به این‌ها آن شکل مفروض بکار می‌کسی می‌های ابراز داشته است. این زمینه توصیه

کتاب آموزشی حاضر برخاسته از این باور است که نقش بنیادی تفکر فرآیند درمانی باید به مرکز ثقل توجه تبدیل گردد. ما بطور روان‌کاو در منظم و پیوسته، همه چیز را از این دیدگاه بررسی خواهیم کرد، این‌که آیا پسرفت مواجه هستیم، یا نه؟ است یا با پدید آمدن مسئله مربوط به کنش ز منظر انتقالات و مقاومت بی‌مار فعال شده و غیبه، همه و همه این‌ها پدید آمده‌ای که در موقعیت نقش روان‌کاو در این روند قابل بررسی است. مر پدید آمده شود، متاثر از روان‌کاو است. روان‌کاوی حس و یا مشاهده می

نفر سوم کیست؟ تعارضات ادیپی تعریف شده در روانشناسی ارتباطات. عینی قابل مشاهده نیست، اما همیشگی لحاظ بنفر سوم اگرچه بنابر این حضور دارد.

17

تفاوت موق‌عیت درمانی با ارتباطات دی‌گر، حضور مجازی نفر سوم در ارتباطات دوسویه است. تأثیرات حذف متدی‌ک نفر سوم در عمل و تی‌وری اندروان‌کاوی تاکنون کمتر مورد بررسی قرار گرفته

به روان‌کاو بست‌گی دارد که نفر سوم (پدر، مادر و یا این مس‌ئله کامل‌اً نام‌ی، مت‌جلی هم‌سر) چ‌گونه در رابطه دوسویه که ما آنرا "مث‌لث من‌های یک" می‌کند. | دوسویه را به یک مث‌لث تبدی‌ل می‌ی‌گردد و این رابطه می‌

دهی موق‌عیت درمانی شکل

دهد، باید رفتار ای‌برای درک این مطلب که در فرآیند درمانی واقع‌اً چه روی روان‌کاو و سهم وی در ایجاد و استمرار شرایط درمانی را بررسی کنیم. این مدار که از جان‌ب بال‌ینت (1950) بی‌ان شده تا -خواسته و انت‌ظار برنام‌کنون مح‌قق نگردیده است. مد‌ل (1984) معت‌قد است که این خواسته حتی ح‌داقل در بسی‌اری از شرح بطور کامل به حی‌طه فراموشی سپرده شده است. ها سهم روان‌کاو، آن‌چه او فکر کرده و ان‌جام داده، چ‌رای تفاسی‌ر این‌گونه ا‌حال د. ی‌وی، بسی‌ار کم‌رنگ من‌عکس می‌شو‌و آن‌گونه

به نظر ما، موق‌عیت درمانی باید چ‌نان برنام‌ریزی، شکل دهی و اجرا گردد ی‌ش و اش‌راف به که بی‌مار به به‌ترین شرایط مم‌کن برای حل تعارضات خو‌های ناخودآگاه این تعارضات دست ی‌ابد. ی‌شه

تواند و باید تأثیرات عم‌یق آش‌کار است که بر این باوری که روان‌کاو می‌نه تن‌ها خ‌دشه دار بر بی‌مار بر جای گذارد. آزادی و حریم بی‌مار در این نقطه، ی‌ابد. ا‌ش‌ود، بل‌که با تشویق به برخورد نق‌ادانه، گس‌ترش نی‌ز می‌ن‌می

مر قاعده باید از این من‌ظر مورد ارزیابی قرار ب‌گیرد که آیا شن‌اخت و حل افزای‌د. در ا‌لت آخر ا‌کند یا بر پی‌چی‌دگی اوضاع می‌م‌ش‌کل را تسهیل می‌باید در ص‌دد تغ‌یری آن برآمد.

نت‌ای‌ج مباحث فوق آن است که ما حق نداریم تی‌وری تک‌نیک روان‌کاوی و ابدی‌ تغ‌یری نا‌پذیر تلقی نم‌ای‌م، زی‌را اصول ازلی عن‌وان به‌قواعد آن را باید بر حسب تأثیرات درمانی، مورد سن‌جش قرار □□□□ این قواعد در به □□□□ □□□□ توانیم ب‌پذیری‌م که ا‌گیری‌ند. مث‌لاً امروز دی‌گر نمی‌افتد. کلی‌ه اخ‌ودی خود و بدون مت‌ا‌ثر شدن از عوام‌ل دی‌گر، به جری‌ان می‌اتفاقی، یرات مطلب و تأثیرات جان‌بیدی تأث‌توان‌ها می‌استان‌دارد س‌ازی د که از مورد به مورد، فرآیند درمانی را تسهیل و مثبت ی‌امن‌فی، داشت‌ه باش‌د. س‌ازی دش‌وار می‌

نظری‌جهت‌گیری

عن‌وان ب‌روان‌کاو در رفتار تش‌خی‌صی و درمانی خود با تی‌وری روان‌کاوی ری دارد. گی‌جهت‌مند تعارضات، روان‌شناسی (آسی‌ب شن‌اسی روانی) نظام‌کند: روان‌کاوی را بطور اخت‌صار این‌گونه تعریف می‌(6: کری‌س) 1975، ص "فهم رفتار انسان از من‌ظر تعارضات". به نظر بی‌ن‌زواگنر (1955) هم‌ین زند که فروید (1916، ص: تعریف، پارادایم تاری‌خ علم روان‌کاوی را رقم می‌ها را ام‌عل‌ایم و بی‌ماری خواهی‌62) به طور ض‌منی بدان ا‌شاره داشت‌ه است: "ما نمی‌

نماد یک عنوان پدید می‌آید، بلکه لازم است آن‌ها را فقط توصیف و طبقه‌بازی قدرت در روان انسان در نظر داشته باشیم". اهمیت تیئوری جامع روان‌کاوی در آن است که چرخه زندگی انسان را از همان روز نخست با توجه به ی و موقعیت فردی، بررسی‌ها و تأثیرات آن بر زندگی جمع‌گشام‌کشی کند. امی

های روانی و روان‌گیری بی‌ماری در شکل‌چنان‌چه تعارضات و نقش آن‌ها را فرآیندهای عنوان‌بیه و نه □□□□-□□□□ عنوان‌بیه‌تنی، یک جان‌به‌های درمانی | تکنیکی بی‌انسان‌ی تعریف کنیم، هم‌افق تیئوری‌ک و هم‌دامنه‌ای‌م‌را محدود و تنگ ساخته

های‌دهد مبادا روان‌کاوی به دام "تیئوری" 1950، 1955 (مش‌دار می‌ه‌ارتمن گرا فقط‌های تقلیل‌گرا" و "اوهام‌ژنتیک" گرفتار شود. در تیئوری‌تقلیل‌شود، بلکه همان‌گونه‌این محبوب‌نیست که یک جزء عمده و جای‌گزین کل می‌قت هم‌حقی‌دن‌بال‌به‌که فروید) 1916، ص: 359 (تأکید ورزی‌ده، در آن جزء، ش‌شود. گش‌ته و به مبارزه با آن‌چه حقیقت دارد، پرداخته می‌گرایی و کم‌بوده‌ای موجود | خاطر یک‌جان‌بیه نه فقط‌گرا‌های تقلیل‌تیئوری‌های موقتی‌را، بلکه قبل از هر چیز بدین‌خاطر که فرضی‌ه‌است‌قابل انتقاد دیدم نظریات اثبات شده‌ارائه می‌عنوان‌بیه

گردد که روان‌کاوی را کاشف هم‌ادعاهای نی‌می متوجه‌ال‌بته همین انتقاد پندارند. | حقیقت نائل شده می

سازد به معی‌اره‌ای | ارتباط و پیوند ناگسستنی فروید ما را ملزم می‌نظریه پی‌چیده علم‌ی پای‌بند باش‌یم که بطور اجتناب ناپذیری ادعای دست‌یابی د آن را مطرح به حقیقت مطلق را نسبی و احتمال اثبات یک فرضیه و یا ر اجزای آن است، در جبری‌کند. این‌که یک کلیت چی‌زی بیش‌تر از جمع‌امی‌ها، پی‌چی‌دگی شکل‌گیری‌های مکملی مش‌هود است. این تیئوری‌تیئوری‌دهند. چند نمونه‌ها در رابطه با آسی‌ب‌شناسی روانی را به ما نشان می‌کشم‌کشی‌اری مطلق روانی و نی‌ز پاف‌ش- بال‌ینت ال‌گوی یک‌جان‌به کش‌م‌کشی درون ● دهد. | ابزار درمانی را مورد انتقاد قرار می‌عنوان‌بیه‌ت‌عبری

روانشناسی خود کوهوت از ابراز نارضای‌تی درباره تکنیکی ● یه‌ای ادی‌پل‌ئی‌وکل‌اس‌یک و انتقاد بر مبانی تیئوری آن درباره نقش کش‌م‌کشی در برخی نور‌زه‌ای انتقالی، آغاز شد.

ها و به‌اش‌ناشی از نارضای‌تی‌گیری مکاتب جدید در روان‌کاوی هم‌ش‌کل نحوی‌بیه‌های محکم، دل‌ایل گوناگون بوده است، و البته همواره توأم با امی‌دواری . اصول راهنمای ما است‌گرایی در غلطی‌ده‌که خود، سرانجام در یک‌جان‌به‌تواند بر روند | نقش روان‌کاو، از طریق دامن زدن به نقد تیئوری، می‌ی‌درباره سازی غلبه کند. | مکتب

ها است و نه‌مبدأ نظریات ما، تیئوری گس‌ترده و جامع فروید درباره تعارض روانی تعارضات یک گروه خاص از بی‌ماران. چینی- دورن □□□□□ که آخرین نمونه آن است‌شده مخالفه‌ای من‌چر به حرکات و جریانات محدودیت در روانشناسی خود کوهوت متبلور گشته است. محدودیت تیئوری‌ک در ی جامع تعارض به عدم توجه کافی به رابطه دوسویه در فرآیند درمانی ال‌گو اش‌احی‌امنت‌هی شد. چنان‌چه افق تیئوری‌ک و عملی را دوباره در گس‌تره کامل بدون کوچ‌ترین "خود" و نقایص "خود" کنیم، توصیفات مربوط به د، رسم‌ش‌کلی در تیئوری تعارض روان‌کاوی به جای‌گاه بایسته خود می

ه والراشتاین (1983)، مدل (1984)، (تروینی 1983) نشان همانگونه که ان.د.پاده

هاتئوری ساختاری: تعارضات و همانندسازی

تئوری ساختاری روان‌کاوی، تعارضات ادیپی و تأثیرات آن بر شکل‌گیری نورزها را به‌کانون توجه تبدیل نمود. محدود کردن زاویه دید به‌های آلر می‌دان برخورده‌ای فراخود، ایده و بین‌سی‌سیستمی دست‌عارضات درون‌نیست تئوری ساختاری روان‌کاوی - جبریی‌خود، خود و نه‌اد، اما ن‌تی‌جه همان‌گونه که ما در فصل 4 در مبحث رابطه انواع مختلف مقاومت با‌های دفاعی نشان خواهیم داد، رد پای تئوری ساختار در بست‌ترامکان‌ی‌زم (شود | فروید) 1921، ص: 118 (ی‌ادآور می‌ارتباطات اولیه قابل‌پی‌گیری است. گیری احساس و عاطفه است. این‌خستین قالب شکل‌که همان‌ندسازی، روان‌کاوی: تکنولوژی مرموت‌یک

شناسی جامع تعارضات در روان‌کاوی از این واقعیت آس‌ی‌بدر حال حاضر، به‌کند که اختلال در ارتباطات اولیه با ابژپ‌پذیرفته شده حرکت می‌شود. احساسات خود من‌چر می‌اختلال د قابل‌توصیه است که تئوری روان‌کاوی که آس‌ی‌ب‌شناسی روانی تعارضات □□□□□ دهد، بوس‌ی‌له نوعی را بطور سی‌سیستم‌اتی‌ک توضیح می‌س‌وگیری دارد، تکمیل گردد. □□□□□□□□□□□□□□□□ موضوع اصلی در فرآیند درمانی، غلبه بر تعارضات تحت شرایط ست. اپ‌ی‌دایش آن‌ه‌اتر از مطلب س‌ولدر (1930) با گن‌جان‌دن قابل‌لیت حل مشکل در حوزه عم‌کرده‌ای فراگیری در س‌وگیری با حل مشکل ارائه نموده است: راخود، پی‌ش شرط مهمی کند برای آن‌ه‌راه "خود همواره در مقابل وظایف و تکالیف قرار دارد و تلاش می‌ند‌ت‌واید، می‌افتد اتفاق می‌خ‌و‌حل ارائه دهد. به همین دلیل ر‌خ‌داده‌ای که در هر انسان توسط ان‌ب‌وهی د. خود‌عن‌وان تلاش برای راه حل تفسیر شو‌به مشکل‌ات هنر ی‌اولدر هم‌چنین درباره"، تعریف شدنی است. حل مس‌ئ‌له‌های روش‌گوید و شاید نخستین کسی باشد که مف‌هوم تعبیری روان‌کاوی سخن می‌م‌رم‌نوت‌یک روان‌کاوی را مطرح کرده است. ما از مقوله درمان را چنین برداشت‌ت‌وان اس‌اس آن‌چه تاکنون گفته شد، می‌بر: بی‌ان‌کرد

گردد، فرآیند انتقال که بواسطه تفاسیر شکل‌گرفته و شکوفای می‌آید (اتحاد‌کاری). (ویژه درمانی بوجود می‌□□□□□ در بست‌ر آورده، در دست‌ب‌ه‌های قبلی‌های که در تجرب‌ب‌بی‌مار بواسطه حس‌اس‌ی‌ت کند که بر اس‌اس فرآیند درمانی مخصوصاً آن‌چیزه‌ای را دریافت می‌□□□□□ انتظارات ناخودآگاه قبل از هر چیزی در خدمت تکرار و ایجاد یک (باشد) (فروید 1900). □□□□□□

سازد تا بوس‌ی‌له | موقعیت روان‌کاوی برای بی‌مار شرایطی را مه‌ی می‌ابد. شن‌اخت از خود تجربیات جدید به راه حل برای مشکل‌ات خویش دست‌ی‌های ناخودآگاه بی‌مار بوس‌ی‌له تعبیرات روان‌کاو و با غلبه بر مقاومت ای‌ت‌واند بطور غی‌رم‌ترق‌ب‌ه‌گردد، این در حالی است که بی‌مار می‌ت‌سه‌یل می‌

. از آنجایی که در تعبیرات روان‌کاوی با دست‌یاب‌های تازه‌یابی‌ده‌گاه آن‌هاتوان از، می‌استان‌کاوش‌ویم که حاصل ذهنیت رو‌های روبرو می‌ایده دی‌دگاه و برداشت‌سخن‌گفت. عنوان‌به

ه، چنان‌چه از آزمون بی‌مار گذشت‌ه‌ای‌دی‌دگاه و برداشت، این‌ایده‌عنوان‌به

نی در وی دی‌گر اصل‌ای‌یک‌تصور انتظاراتی، یا یک واقعیت دروغ‌بارت‌به

دگذارب بی‌مار تأثیرات بل‌ندمدت درم‌انی برن‌د‌ت‌و‌اد، می‌را من‌عکس‌ساز

ند و باعث‌که‌ا در تجربیات نفوذ می‌پس از این مراحل است که دی‌دگاه

حال‌ش‌وند. این تغیری‌رات، ذهنی‌است، با این‌تغیری‌رات در زندگی روزمره می‌ش‌وند. از بین رفتن عل‌ایم اثبات می‌ب‌ادر رفتار و

های روان‌کاوی با‌در نظریات بال‌ا این مطلب نه‌فته است که ارزش روش

ش‌ود. درم‌انی سن‌جیده می‌ت‌غیری‌رات

ترین موضوع‌توان اظهار داشت که تغیری‌اصلی‌همراه با برنر (1979) می‌فرآیند روان‌کاوی است و به‌بود عل‌امت بی‌ماری معیار کافی برای موفقیت

گردد. درم‌انی محسوب نمی‌

ترین تکنیک روان‌کاوی، چیزی از یک شبکه‌ا شاخص‌عنوان‌به‌ت‌عبری،

ر نه یک اثربخشی ناب است و نه قواعد ارتباطی پی‌چیده است. تعبیری

ش‌وند و بال‌ا‌خ‌ره روان‌کاو با واقعیت روانی خویش، با درم‌انی هم‌یشه رعایت می‌

های خود در فرآیند تعبیری حضور دارد. از این‌ت‌قال مت‌قابل و تی‌وری

های کلی به یک مورد خاص رسیدن و برعکس، ویژگی روان‌کاوی و هم‌یشن‌اخت

های عملی است. بی‌سی‌پ‌لین

ان‌کاوی در کاربرد درم‌انی و در تشخیص‌ص این ضرورت که ب‌اید به دنیای رو

فرد مر بی‌مار راه ی‌افت، تبدیلی به یک من‌ر شده است. من‌ری که هم‌ن‌حصر ب

برای نیل به اهداف درم‌انی و اجتناب از اشت‌باه، ب‌اید آن را آموخت. ال‌بت‌ه

د. شو‌کلی توصیف‌ه‌ای‌د فقط در حیطه‌توان‌ب‌اید در نظر داشت که قواعد می‌

1* بحران تی‌وری-3

به نظر آن‌ا فروید (1972) روان‌کاوی دیرزمانی است که در یک موقعیت

توان یک مفهوم‌ا می‌ندرت‌ب‌برد. ا‌آ‌ارشی‌ستی" بسر می‌-ان‌قل‌ابی

تی‌وری‌کی یا تکنیکی پیدا کرد که مورد حمله و انتقاد سخت قرار

ه انتقاداتی که نگرفته باشد. آن‌ا فروید این مطلب را بویژه و با اشاره ب

به تداعی آزاد، تعبیری روی که نقش برجسته خود را ب‌اید به تعبیری

یک پدیده خودجوش در عنوان‌ب‌داد و نیز مفهوم انت‌قال که دی‌گر این‌ت‌قال می‌

ه بواسطه موضوعی که عنوان‌به‌گردد، بل‌که رفتار و افکار بی‌مار تلقی نمی‌

72، ص: 152). در این‌آید، نشان داده است (19)تفسیری روان‌کاو بوجود می‌

های نظری در روان‌کاوی رو به افزایش نه‌اده است. حتی ارکان‌ب‌ین، درگیری

اصلی درم‌ان روان‌کاوی، یعنی انت‌قال و مقاومت جای‌گاه سابق خود را از دست

این موضوعات اساسی روان‌کاوی چنین‌گفته است: بی‌ا فروید درباره است‌داده

لاشی است برای فهم دو تجربه که توان گفت که تی‌وری روان‌کاوی تا" می‌

فردی‌ابی عل‌ایم یک چشم‌گیری و غیری‌قابل انت‌ظار در ری‌ش‌ه‌طور

* Crisis of Theory
Theoriekrise

گيارد: انتقال و مقاومت. هر | در تاريخچه زندگي او انجام مي‌کن و روتی گرايش پژوهشي که اين واقعي را بپذيرد و مبنای کار خود قرار دهد، حتی اگر به نتایجی به نتواند عنوان روان‌کاوی را برای خود برگزیند، امی ام، رسی‌ده باشد" (1914، ص: 54). اغیر از آنچه من بدان دست یافته

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 تیئوری و تکنیک روان‌کاوی برجای خواهد گذاشت. های بنی‌ادین بتوان واقعیات انتقال و مقاومت را چون دیگر فرضیه‌ها را می‌ام‌ظ روان‌کاوی مانند، فرآیندهای ناخودآگاه روانی، جایگاه موضوعات جنسی و عقده های پژوهشی و درمانی ادیپ پذیرفت و با این وجود، در کاربرد روش یروان‌کاوی به نتایج متفاوت رسید. در اینجا به پی‌چیدگی رابطه بریم. تکنیک روان‌کاوی با تیئوری روان‌کاوی پی می

روانشناسی جایگاه رو به افول فرا

تغییرات و نوآوری، فقط وجه مشخصه درمان روان‌کاوی نیست. روبنای بحث ی‌عنی فرا روانشناسی، برانگیز درمان روان‌کاوی (فروید 1925، ص: 58)، ه باور بسیاری به حاشیه های اخیر رو به تزلزل و افول گذارده است. بادر ده رانده شدن این روبنا که فروید بدین‌وسیله قصد نزدیکی کردن روان‌کاوی گرد: به علوم طبیعی را داشت، سرآغاز دوران جدیدی در روان‌کاوی محسوب می برخی بر این نظراند که منرتعبری روان‌کاوی پس از فاصله گرفتتن از پلین مرموتیک پیدا کرده و فرا روانشناسی، موطن اصلی خود را در دیسی برخی دی‌گیر اعتقاد دارند که دور شدن از فرا روانشناسی، تیئوری بالینی تجربی قابل سنجش نموده و بر اعتبار آن افزوده است. لحاظبهر روان‌کاوی را های ساختمان تیئوری روان‌کاوی آنچنان ال‌بته باید خاطر نشان کرد که طبقه طرفداران فرا روانشناسی که نیستاز یکدیگر قابل تفکیک و تمایز شوند، بر طبقات زیرین ساختمان نیز بی‌شتر در بدنه روان‌کاوی مشاهده می های بالینی‌های فرا روانشناسی حتی در تیئوری‌اند. فرضیه‌ی‌من‌فوذ کرده الاشعاع قرار قابل مشاهده وجود دارند. آنها رفتار درمانی روان‌کاو را تحت شنود و توجه خود را امان دارد بدون پیش‌داوری می‌دهند، حتی زمانی که وی گلمی کند. زیرا: "حتی زمانی که توصیف بطور متعادل به همه جوانب معطوف می های قبلی خود من‌فصل گردیم" (فروید 1915، ام از ایده‌توان‌کنیم، نمی‌می ص: 210).

روان‌كاو در فرآیند پردازش تجربیات خویش كه در يك جلسه و یا رونا هاي وي چه كه افكار و ايده‌شود آورده با اين موضوع درگير مي‌دست‌بدرماني اي با نظريه روان‌كاوي دارند. به نظر فرويد اين مهم، زماني پاسخ داده رابطه كه يك فرآیند رواني از دي‌دگاه پويايي و مكاني توصيف شود. نقل‌اش‌ودلمي قول از فرويد:

هاي رواني يك نقطه‌اي ح‌پديده در تشررتري‌ج‌ب‌مقابل ذكر است كه چگونه " نظر سوم را نیز اضافه بر دي‌دگاه پويايي و مكاني، مورد توجه قرار داديم. هاي تحريك برانگيز و تخمين‌اين نقطه نظر جديد تلاش دارد، سرنوشت داده نسبي آنها را دنبال كنند. به شرط آنكه بتوانيم يك فرآیند رواني را در

مکانی آن تشریح کنیم، به نظر من مانعی در های پویایی و ارتباط با جنبه های روانکاوی را فراروانشناسی | نهایی پژوهشی کار نیست که نتیجه مان این امر بتوان پیش بینی کرد که با توجه به وضعیت کنونی بنام می. می (1915، ص: 280). "فقط تا حدودی میسر است

زد، فرآیند انکار در فروید برای آنکه بر اهمیت این طرز نگارش تأکید ور سه مورد معروف نورز انتقالی را تشریح کرد. از آنجایی که انکار یکی از ارکان اصلی روانکاوی است، اهمیت توضیحات فرا روانشناسی نزد فروید های فرا روانشناسی. منظور فروید از فراهم کردن زمینه و ملهم شخص می تواند سنگ بنای نظام توضیح و تعمیق مفروضات تئوریک بود که ب" (فروید 1917، ص: 412). "روانکاوی قرار بگیری

بنابراین فروید تا آخرین دوران خلایقیت خویش، در مفروضات ، زیربنای تئوریک روانکاوی را در دیدگاه پویایی و مکانی فراروانشناسی های روانکاوی بر روانشناسی عمیق کرد. از طرف دیگر روش جستجو می ند و کشفیات فروید، بررسی سیستماتیک تأثیر فرآیندهای استوار بود ها را امکان پذیر ناخودآگاه روانی بر سر نوشت انسان و نحوه پیدایش بی‌ماری ساخت.

روش روانکاوی و بیان نظریه در سطح مشابه قرار ندارند. فروید در اثری که □□□□□ پس از وفات وی انتشار یافت (1940)، یعنی در اش کرد دستگاه روانی را با تأکید بر نظریه غریزه تل□□□□□□□□□□ کرد که آنچه میان دو انتهای طیف توضیح دهد. فروید بطور همزمان مطرح می های ما، یعنی بی‌فرآیندهای مغزی و سیستم عصبي و رفتارهای دانستن خودآگاه در جریان است، برای ما ناشناخته است. ارتقای دانش درباره این واند حداکثر "به مکانیابی فرآیندهای خودآگاه یاری رساند، ولی ترابط می های روانی، فروید درباره پدیده به فهم آن کمک نکرد" (1940، ص: 67). های متفاوتی داشت: او همواره به نظریات دوران جوانی خود افکار و ایده پایبند ماند، به نحوی که توضیحات بدنی، بیولوژیکی، مغزی و یزیولوژی عصب رفتار انسان را در مفهوم مرزی غریزه و نظریه غریزه ف کرد. الگوی توضیحی روانشناسی عمیق برعکس، با ارتباط جستجو می گیری داشت. در بررسی این ارتباط به آنالیز انگیزه برخورد ایمعانی جهت فتن رساند. با در نظر گرفتنیم که باز ما را به علل و دلایل ناخودآگاه میامی که اشیای علل و دلایل، درک ارتباط معنایی، آنچنان گسترده می های توهم دارند، قابل رسند و یا حتی جنبه رفتارهای که بی معنا به نظر می گردند. توضیح می

و در بحران نظریه اشیاء و تضادهای بزرگی که در اثر فروید دیده می‌پوش های گوناگون فروید دارد. افکار و ایده، ریشه دوشودامروزی نیز مشاهده می های روانکاوی به این نتیجه رسید که وی از زیر فروید با تکلیف بر روش یک طرف برای تشریح فرا روانشناسی و نهایتاً ارتباط آن با فرآیندهای کن، در حالی که همزمان در پی تکوین یک روانشناسی بیولوژیکی تلاش می متدیك ناروشن، و از علم فیزیکی و بیولوژی قرن عمیق بود که از جنبه بدور بود.

های پژوهشی. اتفاقاً نیست که هرگاه فرضیه تأثیر راپاپورت گرفتند، بحران فراروانشناسی مورد بررسی و سنجش قرار می شد. در بررسی بالینی یا های بالینی بر ملا می در نظریه فراروانشناسی

هاي فرا روانشناسي استناد كرد كه ان ورزي توان به گم اها نمي ت جربي نظريه هاي عميق استعاره اي ك دربارم بينشي، گويي-تركي بي از افكار فلسفي هاي انسان و نيز مشاهدات مرچند تي زبي نان ه، اما گمان ورزان دربار ه ناراحت كنند. راپاپورت از جمله بزرگان ي است كه راه را رواني انسان را در خود حمل مي ينده اي توضيحي سيستماتيكي هموار كرده است. وي همچنين تلاش براي فرا هاي علمي استوار سازد. راپاپورت در كورد تا عمل روان كاوي را بر پايه را آشكار كند. فرا روانشناسي بررسي عميق خود توانست نقاط ضعف هاي تكوي ني و ان طباق ي به راپاپورت و گيل (1959) با وارد كردن ديگاه ، آن را غنا بخشي دند. روشن است كه نگرش تكوي ني و نيز فرا روانشناسي اجتماعي متشكل از عناصر ي است كه با اصول بيولوژيكي -انطباق روان فاصله زيادي دارند.

پس از آن كه همكاران و شاگردان راپاپورت بعد از مرگ وي به آثار علمي نياز به فرا روانشناسي هاي اش مراجع ه كردند، دريافتند كه رهيافت اصلي هاي قابل سنجش مورد بحث يرات اساسي دارند تا بتوانند در قالب فرضيه استفاده قرار بگيرند. گردآورنده آثار راپاپورت، هولت (1967)، پيشهاد كرد مفاهيم انرژي اي، نظير اشباع، ليبي دو و غيره و نيز مفاهيم كاوشي نظير خود، فراخود و نهاد حذف شوند.

هاي ارزيابي روان كاوي قرار اختي، فراسوي روش توضيحات فرا روانش دست به هاي بررسي روان كاوان با روش فرا روانشناسي دارند. زيرا صحت رفتار درماني را براي فرا روانشناسي هاي آيد. اين كه با اين وجود ديگاه نمي كاربرد بسياري از مفاهيم در دليل بهد، خود قرار دادال شعاع چندي ده تحت ، نظريه باليني روان كاوي را استعاره بوده است. اين استعاره قالب د. سازماني پربار

و بحران نظريه فرا روانشناسي

ارزيابي بحران تيوريك و تعميم آن به ابعاد گوناگون، بستگي به عناوين تحريك آميز، حاكمي شود اعطا مي فرا روانشناسي جايگاهي دارد كه به روانشناسي فرا روانشناسي زمينه است: گيل (1976): "از بحث زنده در اين كند: "نونيست". گيل (اين) 1970 تحت اين عنوان نظريه ليبي دو را نقد مي ، چه كسي بدان فرا روانشناسي كند: "امي سوال ي ك نظريه". ماي سنر (1981) با ي ك "هنوز وجود دارد؟ فرا روانشناسي آيا " سوالني از دارد؟" مدل (1984) به گمراه كننده است و لذا باي د كنار فرا روانشناسي ده: ذات آري/ نه پاسخ مي گذاشته شود.

تفاسير گوناگوني عرضه فرا روانشناسي هاي فرويد دربار ه نوشته كند و اين ري شه اختلافات كنوني است. امي

فرا روانشناسي هايي دربار ه فرضيه

ي دارد كه نويسن دگان چه ات داغ طبعاً به اين موضوع بستگسوال پاسخ به هاي فرويد در اين مورد را دارند و نيز اين كه نوشته فرا روانشناسي دركي از ايم كه كنند. ما در بررسي هاي خود به اين نتيجه رسي دهچگونه تفاسير مي با فرويد فرا روانشناسي راپاپورت و گيل (1959) در تفاسير خود از

را بطور مساوی مورد فرار روانشناسی همسویی دارند. آنها نقطه نظرات متفاوت اند. بعدها مخصوصاً گیل (1976) رویکرد بیولوژیکی را در بررسی قرار داده مرکز توجهات خویشتن قرار داد.

برنر (1980) ادعا دارد به تفسیر حقیقی در این مورد نائل شده است. وی با روانشناسی ناخودآگاه و نیز لکل روانشناس فرار روانشناسی گوید امی روانکاوی یکی است.

* استعاره 1-4

هاتوسط فروی دکاربرد استعاره

دوران خویشتن، مفاهیم اعصاب فروی با مراجعه به آناتومی و فیزیولوژی ای بوجود آورد تا بتواند در حیطه جدید و نامأنوس به یک جهت گیری امقایسه قرار دهد که مطلوب دست یابد. امروز باید هشدار دیرینه وی را آویزه گوش " باید با این وسوسه مقابله کرد که از عملکرد سیستم غدد و ترشحات و های ابزار کمکی برای توضیح واقعیت عنوان بیستیم اعصاب روانشناسی استفاده کنیم" (1927).

ه، برکنند، به کمک استعاره آن گونه که گراسی (1979، ص: 55) بیان می شیی و موضوع اولیه (مأنوس) به یک شیی طبق معنای لکل، معنای یک شوند. پشانویه (نآشن) (منتقل می

شود، بنا به گفته فروی) (1933، ص: 79) با این تشابهات چیزی عوض نمی کنند تا انسان در یک حوزه تازه و جدید احساسها کمک می آید این مقایسه م ن هادن به امنیت بیشتری بکند. پس قابل درک است که فروی در آغاز گاه کرد و مثلاً احیطه جدید، به عصب شناسی دوران معاصر خود مراجعه می ها و ناخودآگاه، یعنی نهاد دستگاه روانشناسی انسان را با میدان رفلکس کرد. را به "دیگ پر جوش و خروش هیجانات" (1933) تشبیه می

ه امشکلات استعاره

ست، روشن شود، تشابهاتی که البته بدلایل عملی و علمی جایز اهمیت اند. هدف کاربرد کافایت مید تا چه حد شوا ایجاد می هابوسیل استعاره های متفاوتی را که آن است که نقاط مشترک و نقاط افتراق زمین استعاره ، تفکیک استها با یکدیگر پیوند برقرار کردم استعاره ییواسطه های منفی تشابه را مشخص حوزه های مثبت و بویژه انمائی، یعنی حوزه های با نفوذ و اثربخش از بسازی (هسه 1966، چی شایر 1975). استعاره د و معمولاً ارزش آورها و نقاط افتراق، ممانعت بعمل می بتدیق تفاو های زیادی خلق کرد که تا هند. فروی استعاره می دستبته توضیحی کاذبی فاده روانکاوان است (ادلسون 1083، چی همین امروز نیز مورد قبول و است ه، کنارهای نامناسب به موازات تغیری تیوری شایر و تومه 1991). استعاره ه، غالباً مورد "تشابهات منفی"، یعنی تفاوتی. البته حوزه گذاشته شد روانشناسی، زمانی دارای همراه اند. استعاره بررسی کافی قرار نگرفته

* Metaphors
Metaphern

ش بودن، زیرا پلی از ساحل آشنا و مانوس به آن سوی عملکرد انسان‌جام بخ
زدن. این آشنایی می

ارتباط یک موضوع مشخص با یک موضوع انتزاعی

اساسی دارند، زیرا در قالب زبانی، به دردیالوگ روان‌کاوی نقش استعاره
کنند. امیان یک موضوع مشخص و یک موضوع انتزاعی، پیوند برقرار می
مان، همواره با توضیح نقاط اشتراک و نقاط افتراق سر و کار ما در در عمل و به
داریم (کاروت 1984). (به نظر آرنو 1979) روان‌کاوی یک فرآیند و روش
یک پدیده عنوان به یک است. استدلال او چنین است که انتقال استعاره
تیپی، ناشی از یک فرآیند استعاره‌ای است، یعنی انتقال معنا از یک
ه موقعیت دیگر. استنتاجات درمانی این دیدگاه در فصل موقعیت ب
(بحث خواهد شد. - تعبیر انتقال) 4

1* آموزش و تربیت روان‌کاو-5

های پایه را به حاشیه رانده است. بهای عملی، پژوهش‌سویگری با جنبه
بر خلاف تفکر و انتظار فرویدی، میراث روان‌کاوی در انستیتوت‌های
های در تربیت روان‌کاوانی تداوم یافته که فاقد پژوهش‌روان‌کاوی عمده‌ت
سیستم‌اتی که پیرامون حیطه بالینی و مراقبت از بیماران است. این
توسعه غیرقابل انتظار دلیلی به موضوعیت زمینی در جا زدن را مهیا کرد و
روان‌کاوی در ایالات متحده آمریکای پس از جنگ جهانی دوم، تثبیت گردید.
ان‌کاوی، انگیزه دیگری شد تا بسویاری از پزشکان پذیرش اجتماع روی
جوان به روان‌کاوی روی آورند. بدین ترتیب انستیتوت‌های آموزش روان‌کاوی
های روان‌کاوی به اساس و پایه روان‌رو به فزونی و تکثیر نهادند. ره‌افت
درمانی پویایی و روان‌پزشکی تبدیل شدند.
های زیاده خود در این‌مندی توخاطر به‌غیر از تعدادی قلبی غی‌رپزشک که
ای در انستیتوت‌ها پذیرفته شدند، تا چندین قبل‌های بین رشت‌پژوهش
(مراجعه شود به توم 1991) پذیرش برای دوره روان‌کاوی به روان‌پزشکان و
توان گفت که شد. پس، در نگاهی اجمالی می‌پزشکان متخصص محدود می
-موزش "پزشکی‌حالت‌ایست‌ای روان‌کاوی به "تعصب پزشکی" و یا آ
مات‌ای، 1983). (با -شود) پیرین و پیرین‌محور "داوطلبین روان‌کاوی مربوط می
توصیف عنوان به‌ایابی که تشخیصی صرفی فقط بر درمی‌بررسی دقی
شود. واقعیت آن است که | محور انجام می‌-عارضه با یک زیربنای پزشکی
همچنین در کشورهای دیگر. انجام‌های اهداف آموزشی همه جا به آثار واحد و یکپارچه
که غی‌رپزشکان اجازه سپری کردن دوره روان‌کاوی را دارند، انستیتوت‌ها،
دهند. تخصص آن‌ها در تکنیک است‌اندازد، آن‌ها را قادر روان‌کاو پرورش می
سازد تا به درمان بیماران مناسبت بپردازند. امی

* Training
Ausbildung

درمان دامان مادری و نیز سرزمین پزشکی محوری روان‌کاوی به این معنا که شکل‌گیری تیئوری فرهنگ آن است، اکنون نیز مبه قوت خود باقی است و ای روان‌کاوی مخصوصاً در کلیه همیش‌ها خواهد بود. موقعیت بین رشته‌های همسایه امری‌های علمی و نیز تبدلات علمی با رشته‌موضوعات و طرح‌نشینان در علوم انسانی به ثمر می‌انبات شده است. نقطه نظرات روان‌کاوی دای‌نسبی شدن ادعاهای جهان‌شمول روان‌کاوی‌ال‌بته هرگونه همکاری بین رشته‌پرووران، چه در زمینه روان‌شناسی و چه در زمینه تیئوری فرهنگ. را در خود می‌های پژوهشی در انستیتوهای روان‌کاوی و ای‌های اخیر هر کجا گروپ‌دهه اند، هی‌چ‌ای‌دی‌ول‌وژی از هی‌چ‌خاستگاه‌ای با اقبال‌دهه‌ا تشکیل شدن‌ش‌گاه روبرو نشده است) کوپر 1984، تومه 1983).

ن‌بخودی خود باعث دگماتیسم و . نه‌ادی‌نه شدیدی‌ام‌ده‌ای نه‌ادی‌نه شدن گرای‌حاکم بر آن است که حتی از ان‌دیشی‌نیست، بلکه یک‌جان‌به‌اجزم (نبرگ) 1985 (به این‌جان‌ب‌آنا فروید) 1971 (مورد انتقاد قرار گرفته و کرجم‌ع‌بندی در مورد آن رسیده است):

انستیتوهای روان‌کاوی در ساختار و عمل‌کرد خود بی‌شتر شبیه به مدارس "های‌ا و آکادمی‌اند تا شبیه به دانشگاه‌و س‌م‌ین‌اره‌ای مذهبی شده‌ای‌فنی، حرفه‌منری."

خارج از شود، حتی آن‌جایی که این شرایط نامساعد تقریباً همه جا مشاهده می‌الم‌لی روان‌کاوان، در کن‌ار پزشکان، غیری‌پزشکان نیز به بین‌چارچوب اتحادی‌های آموزشی نسبتاً غی‌رس‌ختگی‌ران‌ه، ی‌ع‌نی بدون امتحان ورودی، در دوره‌گشاید که بشوند. آن‌ا فروید بوی‌ژه آن‌جایی لب‌به انتقاد می‌آموزش داده می‌شود و تجربه عملی‌های آموزشی به حاشیه ران‌دم‌وضوع پژوهش در حین دوره‌تر‌اگرده. طول‌انی‌فقط به کن‌ترل و ته‌یه گزارش از چند مورد خاص محدود می‌شدن فرآیند درمانی در چند دهه گذشته و شدت ی‌افتن کن‌ترل موارد، تأثیر‌چندانی بر این فضای محدود شده ندارد.

. بدون آن‌که بخواهیم وارد مبحث پی‌چی‌ده آن‌الیز دوره آموزشی و عامل کمی‌ها شویم، باید به یک مشاهده قابل‌توجه و با اهمیت اشاره آن‌الیز کن‌ترل کنیم:

ها، | طول آن‌الیز دوره آموزشی و آن‌الیز کن‌ترل هم‌سو با درمان بی‌ماران شود. بر می‌طول‌انی

چشم‌انداز تغیری‌رات

الم‌لی روان‌کاوان نیز درباره این اتحادیه بین‌جایی امی‌دواری است که این‌ک‌کند. مثلاً نظریه کرن‌برگ که در بالا آورده شد، در ای‌م‌وضوعات بحث‌سم‌پوزی‌ومی بی‌ان‌گردید که هیئت‌مدیره اتحادیه بین‌الم‌لی روان‌کاوان درباره "ت‌حول در روان‌کاوان و آموزش آن‌ان" برگزار نموده است (وال‌راشت‌ای‌ان‌توانیم در چشم 1985). چنان‌چه اوضاع را از دری‌چه خوش‌بینی بن‌گیریم، می‌طول‌انی‌مدت، شاهد تغیری‌راتی در این زمینه باش‌یم تا مثلاً مورد نظر اندازی فروید در روان‌کاوی، ی‌ع‌نی آموزش، درمان بی‌ماران و پژوهش تحقیق ی‌ابد.

کلاین (1935) نقش مهم پرورشگری در مراحل اولیه رشد را مورد تأکید قرار داد. دل‌بستگی فراخود در ایام اولیه و اهمیت ساختارهای فراخود در دو سالگی روانی از جانب ژاکوبسن (1964) مطرح شده است. برای رشد آتی روحی های دوم و سوم زندگی ای به سال‌های پنجم پیش کشیدن تاریخی تعارضات ادیپ جنسی و بنای منش، - ادیپی در رشد روان-و تأثیر عوامل و تعارضات پیش بطور گسترده مورد توافق است.

های مکتبی، در فرآیند ادغام در گرای‌ایست که یک‌جانبه‌شاید جزو ذات کار گرای‌درومی به میانه‌های روان‌کاوی عمومی، همچنین نمایندگان نظری روان‌شناسی رابطه با کلاین و مکتب انگلیسی، ابژه، نظریه فربری، بالینت، گونتری و وینی‌کوت را تحت تأثیر قرار داد. دست‌آورد بالینت، پس از آنکه در سال 1935 اهمیت رابطه را در رشد کودکی مورد تأکید قرار داد، است‌فاده از روان‌شناسی دو نفره و سه نفره در بود. بر عکس نظریه کلاین که ابژه، یعنی شخص مادر را های درمان‌ی‌پوش پنداشت، بالینت از رابطه متقابل حاصل تخیلات کودکی و فرافکنی می کرد. اساس شکل‌گیری ابژه یاد می‌عنوان‌بهبین آن دو به نظر ما روان‌شناسی دو نفره و سه نفره بالینت بدلایل گوناگون بر ست‌های تعاملاتی ارجح ادیپ‌گرتیوری

بالینت (1935) این موضوع را که بین دو نفر چه چیز به جریان های که مبتنی‌ها و انتقال متقابل‌گذار. به نظر او انتقال‌افتد، باز می‌می د که نقطه نظرات همان‌گونه ای‌فای نقش دارد، است‌های شخصی‌تی‌بر ویژگی تیوری‌ک بر شرایط روان‌کاوی.

روانی در رابطه متبلور می -درون به نظر بالینت دنیای پر کشمکش ش‌ود.

گر را بالینت همواره موقتی بودن نظریات خویش و اهمیت دیدگاه مشاهده گرایانه بالینت یکی از دلایلی است که از وی‌شد. دیدگاه نسبیت‌ذکر می دنباله‌به همین خاطر خود وی‌چ‌گاه اش‌خصیتی غیری‌دگماتیک ساخته و به ای‌جاد یک مکتب نبود.

ون با رجوع به فلسفه آمریکایی نظری، جیمز، کولی و مید به اری‌کس توسعه روان‌شناسی خود مبادرت ورزید. این فلسفه آثاری درباره شکل اند. اجتماعی و احساس خودب‌آوری ارائه داده‌گیری موی‌ت روان

تغییرات در تکنیک روان‌کاوی

از تغیری در تکنیک پردازی که نشان‌در این‌جا به موضوع مهم دیگری می درمانی روان‌کاوی دارد. اوج‌گیری روان‌شناسی رابطه با ابژه در کنار عوامل دی‌گر، بر آن دلالت دارد که بی‌ماران بع‌لت احساس عدم اطمینان شدیدی که گردند. یک تکیه‌گاه می‌دنباله‌ان را فرا گرفت، در شخص روان‌کاو های کودکان و سرخوردگی‌این حالت نباید بمثابه تکرار انتظارات نگرسیسته شود. این وضعیتی به بسط و توسعه تکنیک تفسیری انجامد که تاکنون روان‌کاوی در حوزه های نظری رابطه در این‌جا و اکنون می های خود جهت‌کمتر بدان توجه شده است. از آنجایی که ما حتی در تلاش ام، مایلی‌ما روان برده‌است‌فاده فاهم‌گرای، از شناخت حاصله از قطب بندی

های درخور توجه، مسیری رسیدن تکنیک روان‌کاوی به موقعیتی به کمک مثال کنونی را به اطلاع خواننده برسانیم.

دو کنفرانس بین‌المللی مهم درباره تیئوری نتایج درمانی در ماری‌ن باد در کنند که در حین سال 1936 و ادینبورگ در سال 1961، دورانی را مشخص می‌آن فقط تغیرات تکنیک درمانی صورت نگرفته است. فریدمن (1978) فضای این دو کنفرانس را با یکدیگر مقایسه کرده است. به نظر ما این مقایسه حاوی نکات بسیاری مهمی است.

خورد، های 1930 فضای باز و انعطاف‌پذیری بچشم می‌دارد حالیکه در سال 1961 را با تصویری از یک فریدمن فضای کنفرانس ادینبورگ در سال: کن‌دلعه تشبیه می‌کنند.

فضای حاکم بر کنفرانس ادینبورگ، مانند یک شهر محاصره شده بود و های فروید و کنفرانس ماری‌ن باد داشت. این فضا تفاوت ماهوی با نوشته کردند بهر قیامت از یک مسیری شرکت کنندگان در ماری‌ن باد تلاش نمی‌آحتی در پرداختن به تأثیرات متقابل ناشناخته‌ها، اجتناب کنند. آنه کردند. چه اتفاقی افتاده بود میان بی‌ماران و روان‌کاوان ابراز خشنودی می‌که شرکت کنندگان در ادینبورگ را تا این حد محتاط کرده بود؟ چرا شد؟ (ص: 536). بتفسیری به طبل چنگ تبدیل

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

نااطمینانی مضاعف، هم در درون و هم به سمت بیرون، به مرزبندی‌های منجر نبوغ روش عنوان بهال ایسلر (1953) (ه در تکنیک ای‌دهشد که قبل از هم روان‌کاوی متبلور گردید.

به نظر ایسلر اثربخشی درمانی روش و تیئوری روان‌کاوی باید قابل روانی را مد نظر - اثبات باشد. زیرا روان‌کاوی شکل‌گیری ساختارهای درون توان به ا‌می‌قرار دارد. از طریق درمان روان‌کاوی علی‌تی و اثبات تغیرات تنی راه برد. - های روانی و روان‌نحوه شکل‌گیری بی‌ماری ال‌پا به عرصه حیات گذاشت که تنها ابزار تازه در سال 1953 تکنیک ای‌ده آن تعبیر بود (ایسلر 1953، ص: 110). بنابر این تکنیک کل‌اسیک تنها ابزار و یا ابزار عنوان به روان‌کاوی " درمانی است که در آن تعبیر شود" (ایسلر 1960، ص: 611). (غالب انت‌خاب می‌واقعیت آن است که این تکنیک به شکل خالص و ناب هیچ‌جا وجود خارجی ندارد.

اکنون دی‌گر حد و مرزهای الهای ایجاد شده توسط تکنیک ای‌ده محدودیت های مشخص شده بودند که ظاهراً تکنیک کل‌اسیک را از دی‌گر تکنیک کرد. در اینجا بسیاری از متغیرهای درمانی تفکیک می‌- روان‌کاوی و روان شوند. به نظر که در پراکتیسی روان‌کاوی موجودند، نادیده گرفته می‌گیری عارضه و ساختارهای شخصی‌تی هستند که مجوز یک ایسلر، شکل ایسلر همچون معتقد است که تحت دهن‌د می‌دست به "روان‌کاوی ناب" را وان‌کاوی، تغیری تکنیک ضروری است) شرايط متعارف پراکتیسی ر 1958، ص: 110. (فون بلرر و بروگل) 1983 (تزه‌ای ایسلر را با لوح کنند که موسی از کوه مقدس به‌مراه داشت. البته از نقطه‌ی‌ان‌ی‌نی مقایسه می‌

توان ایرادی بر ناب‌گرایی مبتدی‌ک، آن‌گونه که ای‌سلر مطرح‌نظر علم‌ی‌نمی‌یت آن‌چه ای‌سلر ارائه‌داد، نوعی‌کدگذاری بود که در‌کند، وارد‌ساخت. اما نه‌ای‌صورت‌نگرفته‌مورد‌نحوه‌انتقال آن به پراکتی‌س‌درمانی، مطالعات‌پایه‌شوند و کجا، مورد‌بی‌توجهی‌قرار‌بود. معلوم‌نبود این‌قواعد‌کجا رعایت‌می‌گیرند. امی

موقعیت‌کنونی

دارد. زان‌دلر (1984) فضای‌کنونی‌ن‌سی‌می‌از یک‌جهش و تحول را به‌همراه روان‌کاوی آن "کند که |بی‌ان‌می‌س‌یر روان‌کاوی را با اطمینان‌خاطر در يك جمله (1984، ص: 44). سادگی این "دمن‌دچی‌زی است که روان‌کاوان در عمل‌انجام‌می‌فکر غافل‌گیری‌کننده است و اتفاقاً مبین‌تنوعی است که روان‌کاوان دهند. واقعیت آن است که هم‌برای |می‌مت‌عدد در حین‌کار. عملی از خود‌نشان‌کند، این‌تعریف‌اعامه‌مردم و هم‌برای م‌بی‌ماری که به یک روان‌کاو مراجعه‌می‌گر روشی‌هستی‌م که عمل‌گرایی‌انه از روان‌کاوی وجود دارد. در حال حاضر مشاهده آن‌گونه خود را نشان‌می‌دهد که هست و نیز آن‌گونه که از نگاه‌خارجی‌رویت اهداف‌دنبال‌به‌آل که ای‌امروزی از معی‌اره‌ای‌رسمی و انتظارات‌ای‌ده‌فرض‌شود. امی‌ها هستند، فاصله‌گرفته است. زان‌دلر فرضیه‌خویش را |دی‌گر در روش‌سازد که یک روان‌کاو خوب به‌مرحال جهت‌انطباق با بی‌مار، |چنین‌مستدل‌می‌ق‌دهد، زیرا مطلوب‌نظر، از بی‌مار به بی‌مار فرای‌خویش را تغیری‌می‌رود دارد. اگر بی‌ماری یک یا دوبار در هفته مایل است به درمان‌گر مراجعه‌کند، درمان‌گر تکنیکی‌درمانی‌خود را تغیری خواهد داد. آنچه معیار اصلی است، های بی‌فرجام‌درباره مشخصات‌صوری‌بی‌نش روان‌کاوی است و نه بحث‌طول‌نظری، تعداد‌جلسات‌درمانی، دراز کشیدن یا نشستن روی‌ک‌ان‌اپه و ی‌یک‌جلسه.

شوی‌م که یک |درگیری‌می‌س‌وال. ضرورتاً با این‌تکوین‌بی‌نش روان‌کاوی‌گیری‌در این‌جا باز به روان‌کاو کی‌ست و بی‌نش روان‌کاوی چه‌گونه‌شکل‌می‌رسی‌م. زان‌دلر گمان دارد که سپری‌کردن‌نحوه‌آموزش و تربیت روان‌کاوان‌می‌ری‌نگرش‌های‌شکل‌گیا |شرط‌آن‌الیز کلاسیک به به‌ترین‌نحوه، پیش‌سازد. درونی‌سازی و پیدا‌کردن‌سبک‌من‌حصر‌بفرد، روان‌کاوی را مه‌ای‌می‌امری است که یک روان‌کاو در طی‌تجربیات چند‌ساله شغلی‌بدان‌دست‌تواند جای‌گزین‌تجربیات‌شخصی‌گردد، اما اگر ای‌ابد. قطعاً چیزی‌نمی‌امی‌را برای‌های یک روان‌کاو خوب است، باید او |ن‌عطاف‌پذیری‌یکی از شاخصه‌این‌هدف‌آماده‌کرد.

های مهمی‌هستند، اما در این‌بحث که در زمان‌زمان، نظم، طول و تعداد‌جلسات‌داده‌شوند. به‌مین‌خاطر‌دهد، فاقد‌اهمیت‌می‌چه روی‌می □ □ □ □ لحاظ‌بهم‌مورد‌نظر‌مقی‌اس‌تمایز میان‌روان‌درمانی‌عنوان‌ب‌ه‌توانند |مت‌غیره‌ای نام‌برده‌نمی‌ی مطرح‌باشند) (توم 1994). (روان‌کاوی و روان‌کاو

کنیم که تمایزات‌ش‌یدی و تیز را |در حیطه‌عملی در طی‌فی‌حرکت‌می‌ال‌درمان‌نشده است: |تابد. زیرا تاکنون هی‌چ بی‌ماری با تکنیکی‌ای‌دب‌رن‌می‌این‌تکنیکی، فرضی است و برای بی‌ماری ساخته‌شده که وجود‌خارجی‌ندارد. صله‌نزد بی‌مار ارزیابی‌کنیم، چنان‌چه اثربخشی‌درمانی را در تغیری‌رات‌حا‌شود. پیش‌نه‌اد ما تمایزات‌ها کاسته‌می‌ها و تکنیکی‌ها از قدر‌درتی‌روش

دنبال به کارشناسی و مستدلی است که بحال بی‌ماران مفید افتد. بی‌ماران به‌ترین خدمات و درمان هستند. تمامی‌زات معمولاً در مغز روان‌کاوان انجام درمانی و نیز تعداد تعبی‌رات اثربخش به نظر ما جمع چل‌سات خوب شود. بی‌می‌تواند در روان‌کاوا احساس رضایت و از عهده برآمدن تکالیف واقعی را ایجاد می‌کند. تجربیات ذهنی روان‌کاوا توسط بررسی روند و نتایج درمانی بر روی توانیم همراه با کرنبرگ (1982) (بی‌ماران، قابل‌سن‌چش هستند. فعلاً می‌نشقاق بین‌تئوری و تکنیک روان‌کاوی، آن‌گونه ایجاد "بی‌ان‌کنیم که دهد، بدل‌ایل‌زیادی، عمل و پراکتی‌س روان‌کاوی را که در پژوهش روی می‌ص:8). "متضرر ساخته است

جمع‌بندی

توان در سه نقطه، مکان‌یابی کرد: ۱) حاصل را می‌به نظر ما آسیب به تقویت شود، ۲) انجام می‌جدای‌شدی، آن‌گونه که در تکنیک‌ایده‌آ انجامد که حاصل آن چیزی جز تنگ‌ا‌ک‌ل‌اس‌ی‌کی می‌بی‌نش ارتودکسی و نی‌و کردن هرچه بی‌شتر دایره ان‌دی‌ک‌اس‌ی‌ون نخواهد بود. بدی‌هی است در این گردد. ۳) جدی‌دش‌وار می‌گذر مس‌یر دست‌ی‌ابی به شناخت درمانی روان‌کاوی، بسی‌ار آزمای‌ش‌شد، - در ب‌عدی‌دی‌گر، ی‌عن‌ی ب‌عد روان‌کاوی داده‌شد، بدون آن‌که رابطه متغی‌ره‌ای درمانی با روان‌کاوی مورد‌تغی‌ بررسی قرار گرفته باشند.

* اجتم‌اعی-1 تحولات فرهن‌گی-7

فروپاشی ساختارهای سنتی
های درمانی به تقلید از بتوان برای حل مشکلات تکنیک‌آم‌روزه دی‌گر نمی‌های فروید روی آورد. راه حل‌نظرانه و تصورات سنتی روان‌کاوی‌های بل‌ن‌دروش دست‌ی‌افت، اکنون فقط تا آن‌جا به مثابه آن‌ه‌به‌عملی و نظری که فروید ها بین‌آن‌زمان و امروز را نشان‌ها و هما‌نگی‌ن‌مای‌ند که شباهت‌ال‌گو عمل‌می‌دهند. ۱) می‌های 1930 به بعد و ناامنی جهانی در تغیری و تحولات عمیق در دنیا از سال‌یرات خود را از طریق سست شدن ساختارهای اجتم‌اعی و عصر اتم، تأث‌خان‌وادگی بر افراد نیز گذارده است. در این‌جا ابتداءً شاهد یک تأخیر زمانی‌کش‌د تا تأث‌یرات تحولات تاریخی و روان‌هست‌یم. معمولاً چند نسل طول می‌اجتم‌اعی بر زندگی خان‌وادگی آش‌کار گردد، تحولاتی که هم‌چنین بر نحوه گذارند. از ات‌نی تأث‌یر می‌های روانی و روانی و محتوای بی‌ماری‌ش‌کل‌گیری‌کنند که‌های ناخودآگاه از آن چیزی پی‌روی می‌ها و نگرش‌اج‌ان‌ب دی‌گر بی‌نش‌اند: قواعد ر‌مان خان‌وادگی. بدین ترتیب‌ها به سنت تبدیل شد در خان‌واده‌های خان‌وادگی و یک غی‌ره‌م‌زمانی‌شدی می‌ان شتاب تغیری‌رات در سنت‌شود. به‌مین سبب در فرهن‌گی مشاهده می‌اجتم‌اعی-رای‌نده‌ای تاریخی‌ف

* Sociocultural Change
Soziokulturelle Veraendungen

های درمانی قرون وسطایی ای از نقاط آلمان هنوز شیطان‌ی و تل‌اشپاره وجود دارد (دی‌ک موفر و دی‌گران، 1971).
 یت‌ه را تضعیف نموده است. سؤال انقلاب جنسی در مجموع، انکار سک‌ را شدیدا تقویت کرده و به زن حق قرص ضد بارداری استئوکل زنان تعینی سرنوشت بی‌شتری در نقش جنسی‌تی اعطا نموده است.
 های هیستریک، همان‌گونه که تیوری روان‌کاوی پیش‌بینی کرده | بی‌ماری | شود | مشاهده می‌ن‌در تب‌ه‌بود،
 ای در ساختار رسد تعارضات ادیپی بجای آن‌که بنوع پی‌چیدم به نظر می‌شوند | معمولاً در مرحله خاصی تثبیت می‌فراخود قرار بگیری‌ن‌د

تأثیرات

های از آنجایی که روش معالجه روان‌کاوی عمدتاً بر پایه بررسی ری‌شه شد، عوامل‌های روانی با نگاه ویژه به ایام کودکی انجام می‌خ‌ان‌وادگی بی‌ماری اجتماعی در دوران بلوغ که برای جوانان یک "شانس دوم" (بلوس 1985، -روان شود، تا زمان انتشار آثار اریکسون مورد توجه کافی | 138) محسوب می‌ص: کردند، در قرار نداشت‌ن‌د. همچنین عواملی که به تداوم عارضه ها کمک می‌شدن‌د | فرآیند درمانی دی‌ده نمی‌

وضعیت کنونی

های معرفت‌شن‌اختی درباره فراوانی و از آنجایی که در زمان حاضر بررسی توان به‌شوند (شی‌پانک 1972، هف‌نر 1985)، نمی‌می‌ش‌ی‌وع نورزها انجام های گذشته دست زد. بیش‌تر با تخمین‌های دقیق با زمان‌مقایسه شویم که از آنرو قابل‌اتکا نی‌ست‌ن‌د، چون طبقه‌های روبرو می‌برد‌اشت‌ال‌ش‌ع‌اع جری‌ان‌ات روز قرار دارند. | و مفاهیم تشخیصی‌صی شدیدا تحت‌بن‌دی با مشکلاتی مواجه است که در پراکتی‌س فروید بدون شک روان‌کاو امروزی جای‌ز‌ام‌میت‌ن‌خست‌ن‌بودن‌د) توم و کشله، 1976).
 ها در جوامع دموکراتیک غربی در یک شب‌که تأمین اجتماعی اکثر انسان ها اگری و ته‌دی‌ده‌ای بی‌ماری‌برد‌ن‌د که از آن‌ها در مقابل سرنوشت‌بس‌ر می‌ی‌ت‌ق‌ری‌ب‌ا هی‌چ بی‌مار کامل‌ا‌های روان‌کاوان آلمان‌کن‌د. در مطب‌ام‌راق‌بت می‌توان‌ن‌د با استفاده از‌ش‌ود. بیماران از اقشار گوناگون می‌خ‌ص‌وصی دی‌ده نمی‌ای به درمان روان‌کاوی دست‌رسی داشت‌ه باش‌ن‌د. بدین‌وس‌یل‌ه خدمات بی‌م‌ه‌ای دی‌گر کش‌وره‌ا، پیش‌بینی فروید به‌بی‌ن‌یم که در آلمان و پارلم‌ی‌ه اث‌رب‌خ‌شی درمانی روان‌کاوی واقعی‌ت تبدیل شده است) 1919). اکنون ب‌ش‌ود. همچنین فرضیه ای‌سل‌ر مورد تأی‌د بی‌ش‌تر از گذشته اهمیت داده می‌ای در آینه‌گیری‌د که گفته بود: "پزشکی اجتماعی نقش برجست‌ه‌قرار می‌توان‌یم انت‌ظار داشت‌ه باش‌یم که جام‌عه برای روان‌کاوی ای‌فا خ‌واده نمود. نمی‌بل‌ش‌ود، در حالی‌که درمان عارضه در درمان یک نفر مزی‌نه سنگینی را مت‌ق‌تعداد بیش‌تری از بیماران امکان‌پذیر است" (ای‌سل‌ر 1975، ص: 151).
 های علم‌ی روان‌کاوی و اث‌رب‌خ‌شی درمانی آن بیش‌ از آن‌چه به نظر ما پایه باش‌ن‌د. فشار اجتماعی و رشد‌ش‌ود با یک‌دی‌گر مرت‌بط می‌م‌ول‌ا برد‌اشت می‌

های علمی رفتار. بر کردن پای به جهت قوی‌های روان‌کاوان‌پروری‌بان، به تلاش درمانی، شدت بخشیده است.

1* نقاط اشتراک-8

انتقادات درونی و بیرونی به تئوری‌های اساسی منجر گشته است. این در حالی است که گرایشات آشکاری به سمت ادغام جریانات مختلف مشاهده شود (شین و شین، 1980). (پی

توان از نقاط مشترک میان در حال حاضر، هم می‌تصور ما این است که های‌های مختلف روان‌کاوی و هم از نقاط اشتراک روان‌کاوی با رشته‌های مختلف همسایه سخن گفت.

شوند، بر نقاط اشتراک نقطه نظرات و سیر تکوینی که در پائین آورده می‌آید با دقت آموزشی حاضر رهایی دلالت دارند که به ما اجازه می‌دهد شباهت های محکم و با ثباتی | آنرا شیستی موجود، بر پایه وجود موقعیت انتقالی بنا کنیم.

های رابطه با ابژه‌ها توسعه نظریه

ابژه جدید عنوان به رابطه با ابژه بر پایه این شناخت که روان‌کاوی نظریه گام مهمی در مسیری به رسمیت شناختن ذهنیت عنوان به‌تواند موثر باشد، می‌گردد. در اینجا بحث | تعاملات بین‌ذهنی در شرایط روان‌کاوی تلقی می‌شود. روش روان‌کاوی از همان درباره توسعه مفهوم انتقال. متقابل مطرح می‌آید. ابتدا بر پایه رابطه دو نفره ایجاد شده است.

آیند | می‌دست به‌های ناخودآگاه رابطه با ابژه، از دریچه بررسی تعاملات بخش به نفع این نظریه است که مشکلات بزرگ درمانی و علمی هم شواهد اند. از دید بین‌ذهنی انتقال و انتقابل. متقابل اینک قابل حل شده تکنیکی درمانی، موضوع اصلی در اینجا قبل از هر چیزی همانندسازی بی‌مار با عمل‌کردهای روان‌کاوی است (موفر 1950). این عمل‌کردها به مثابه فرآیندهای شوند، بلکه بی‌مار آن‌ها را در بافت درمانی با یک‌پارگیافت نمی‌انتهای د کند. همانندسازی با عمل‌کردهای روان‌کاوی با تعاملات انسان تجربه می‌تواند در شرایط تصنعی آن را از روان‌کاوی گره خورده و فقط می‌تواند یک عنوان به‌کند، این فصل کرد. فردی که انسان خود را با او همانندسازی می‌افتد، پسود. لودال تأکید دارد که آنچه اتفاق می‌افتد، درونی سازی نمی‌آید از تعاملات است درونی سازی ابژه نیست، بلکه یک فرآیند یا زنجیره (لودال 1980، ص: 48).

در واقع در توصیفات روان‌کاوی درباره اجزاء ناخودآگاه رابطه با ابژه، زی آن‌ها در دنیای تخیلاتی عملی و تصویری موضوع اصلی، جنبه شود، یک شیئی منفک | "ابژه درونی" ثبت می‌شود و ناخودآگاه است. آنچه ای است که از یک بافت رفتاری منتج شده است. و مجزا نیست، بلکه خاطره

*Convergences
Konvergenzen

پس بی سبب نیست که بعد از آنکه کریس (1947)، پژوهش در کنش را -شفر (1976) (به زبان رفتاری اساس علمی روان‌کاوی مطرح نمود، عنوان به عملی رسید.

ما از بدو تولد و در چارچوب یک بافت رفتاری تصویری سازی از ابژه های تعاملی تکراری، نمادهای ناخودآگاهی شود. بواسطه کنش پویایی چیده انجام می توانند به یک ثبات قابل توجه دست یابند. بگریزند که می شکلی می های تعاملی از بطنه با ابژه روان‌کاوی، بافت در تیوری را. فرزند-رفتار مادر همان ابتدا مورد نظر و توجه قرار داشتند. در حال حاضر اهمیت این رابطه با فرزند به کانون توجه -های حاصله درباره رفتار مادر توجه به شناخت های اخیر بواسطه مطالعات های رابطه با ابژه در دهه تبدیل شده است. تیوری تر شده است. آمده (1981) در مقاله (پیرامون "دل بستگی" غنی بالبی) 1969 های تغیری یافته کودکی و رشد در ایام کودکی کند "مدل خود تأکیدی می اساس تحول در رویکرد روان‌کاوی مطرح شوند". محقق عنوان به توانند ای نام برده بدینوسیله بر اهمیت پروسه تأثیرات و تعاملات اجتماعی انگشت های انجام شده در این زمینه را چنین جمع بندی گذارد. آمده نتایج پژوهش می نمی دانی

کودک از همان ابتدا توانایی لازم برای تعاملات اجتماعی را داراست و در توان می کند. ما نمی تبادل متقابل با افراد مراقبت کننده شرکت می ابی کنیم و از این اهداف غریزی ایستاد ارزی عنوان به هم نوعان کودک را باشند. این نظر، مفاهیمی چون رابطه با ابژه مناسب نمی

دهد. اجتنابی یک شیخوار به نحوه فعالی به تجربیات خویش شکل و فرم می کنند. ای ایفا می در این فرآیندهای تعاملی، عواطف نقش برجسته دهد. اشپیتز تیوری لی بی دو فرآیندهای متقابل عاطفی را پوشش نمی (نشان داد که فروید ابژه لی بی دویی را منحصراً از دیدگاه کودک و 1976) نی از های 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 جان به بودن آن ماند، آشکار است به پای بند می است. با وجود آنکه وی به مفهوم رابطه با ابژ اش مبتنی بر یک سیستم بین ذهنی و تعاملی بنا گردیده که توصیفات است.

های جدید درباره رشد ایام کودکی، بر روان‌کاوی نیز تأثیرات تیوری بسزایی خوانند داشت) دونوس 1995). نفوذ روان‌کاو

های تعارض تیوری روان شناسی و تیوری لی بی دو زمینه ادغام انتقاد به فرا فردی و بین فردی را مهیا ساخت. البته نگرش بین فردی به -درون شود. این مفهوم که از جان ب سولیوان اگر شرکت کنند "محدود نمی" مشاهده کند که روان‌کاو از همان لحظه اول (1953) ارائه شده، به این موضوع دقت نمی چه با سکوت و چه بوسیله آورد. روان‌کاو با حضور خود به مداخله روی می تواند از این بگذارد. او نمی تفاسیر خود بر می دان مشاهداتی خویش تأثیر می واقعی بگریزد که حضور وی باعث تغیریات خواهد شد، حتی اگر چنین هدف خاصی نیست. دنبال به عنوان نمود کند که در گفتگوهای خود

ه اتحادیه روان‌کاوان گرو- . اعضای یک کار موضوع پژوهشی عنوان‌ب روان‌کاوان برگ‌های 1977 و 1980 چندین بار تحت ریاست لیشتن‌آمریکا که بین سال‌ها اگر بطوربا هم ملاقات داشتند، به این نتی‌جه رسی‌دند که " ارزش مستقی‌م به موضوع پژوهشی تبدیلی‌نشوند، تکنیکی و تی‌وری روان‌کاوی دهند" (لی‌تون | می‌الش‌عاع قراررا بطور ناخودآگاه و نادانسته بی‌شتر تحت 1983).

عنوان‌ب‌امروزه روان‌کاو باید بپذیرد که بدلای عملی و علمی در حالی که نم‌اید، خود مورد مشاهده نی‌ست. بدان معنی که روان‌کاوان اگر عمل می‌ام‌ش‌آمده کنند که روان‌کاو چ‌گونه فکر و دی‌گر و دانش‌مندان علوم هم‌سایه بررسی می‌س وی چه تأثیری بر بی‌مار دارد. کند و فکر و احساس‌اس می‌در بررسی شرایط روان‌کاوی توسط یک فرد سوم که بوسیله ضبط آن‌ال‌ی‌زه روی یک ضبط صوت مم‌کن شده، قبل از هر چی‌ز به نقش روان‌کاو در های‌اش‌ود. هم‌چنین جامع‌ه علمی و نی‌ز حاملین مزی‌ن‌فرآیند درمانی توجه می‌یم خصوصاً دی‌گران، حق دارند از درمانی، به موازات به رسمیت شناختن حر کم و کیف رفتار درمان‌گر در فرآیند درمانی مطلع باش‌ند. های‌دفاع از رابطه دوسوی‌ه در شرایط درمانی، چ‌ک سفید امضا برای برداشت ذهنی نی‌ست. برعکس، اتفاقاً چون قابلیت و کفایت روان‌کاو یک موضوع ش‌باش‌د و هم‌ش‌خصی‌است، باید هم پاس‌خ‌گوی خاستگاه تی‌وری‌کی‌خوی پاس‌خ‌گوی موفقی‌ت و یا عدم موفقی‌ت درمانی. به همین خاطر تقاضای بررسی پراکتی‌س درمانی رو به افزایش گذاشته است (زان‌دلر 1983). عنوان‌کن‌گره بین‌المللی‌مادری‌در سال 1983 به اندازه کافی گویا است: موضوع اصلی این‌کن‌گره بررسی "روان‌کاو در حین عمل" بود.

کودک-زاد شناسی و ارتباط مادر و

استنباط دوسوی‌ه از شرایط روان‌کاوی که هم‌جا پذیرفته شده است، با کودک هم‌ام‌نگ است. -نتایج تحقیقات نوزاد شناسی و مشاهده تعاملات مادر کند. (تری‌وارتن 1977) در این‌جا از نخستین فرآیند بی‌ناذهنی صحبت می‌(1979)، بعد از بررسی بی‌ش از 300 شاگردان اش‌پی‌ت‌ز، آمده و رابی‌ن‌سون های‌که‌نه با این‌مطالعه به این نتی‌جه رسی‌دند که تحقیقات با پی‌ش‌دآوری مض‌مون که شی‌رخوار، من‌فعل و غی‌رم‌تم‌ای‌ز بوده و رفتار وی بوسیله شود، سوگ‌یری دارند. بن‌ابراین‌های غریزی و تخلیه آن‌ها هدایت می‌ت‌نش‌ها پس من‌فعل که فقط در مقابل محرک یک ارگان‌ی‌عنوان‌ب‌ه‌اس‌طوره شی‌رخوار واکنش‌نشان می‌دهد، از اعتبار ساقط شد.

های‌آمده و رابی‌ن‌سون از طرف‌آمده از بررسی‌دست‌ب‌ه. نتایج اس‌طوره زدای محققان دی‌گر پذیرفته شده و ادامه دارد. به نظر زان‌دلر و پی‌ترسون (1980) آن‌دنبال‌ب‌ه‌اند و استنت‌اجات برخاسته از این تحقیقات بسیار با اهمی‌ت: باید سه اس‌طوره زیر را بخاک سپرد:

- شی‌رخوار هم‌ان‌گونه است که من‌هست‌م.
- کنند‌های‌من او را ترس‌یم می‌ای‌است که تی‌وری‌اش‌ی‌رخوار آن‌گونه.

کند. ایشی‌رخوار مثل یک بی‌مار س‌ای‌کوت‌یک فکر و احساس می‌کند. "ما" "اس‌طور عنوان به‌از آن‌جایی که فرویدی یک بار تئوری غریزه را با حقایق عمیقی درباره توصیف کرده بود (1933، ص: 101)، و در اس‌طوره انسان نهفته است، اس‌طوره زدایی باعث نگرانی بسیاری از روان‌کاوان ای است، است. این‌که تئوری غریزه روان‌کاوی دارای عناصر اس‌طوره‌شده زندگی گردد که اشتیاق به‌های با اهمیتی برمی‌آید به‌برخی است‌عاره ج‌اودانه و نیز اس‌طوره عشق و مرگ را بر پایه مفروضات فیزیولوژیکی بنا ب‌یولوژیکی قادر به‌نموده، بن‌حوی که گویی یک ال‌گوی جامع روان باشد. توضیح این فرآیندها می‌باشد. ما قصد آن را نداریم که بی‌اندازی بودن شرایط رعایت روی‌کردهای متفاوت فرزند بنا سازی. برای ما آن‌دسته -ردرمانی را فقط بر پایه تعامل ماد اند که نشان‌گر برداشت دوسویه از شرایط‌ت‌ش‌ابهات اصولی حائز اهمیت درمانی منطبق با طب‌بی‌عت انسان است، همان‌گونه که از اولین لحظه زندگی یک پژوهش‌گر و عنوان‌ب‌ش‌ود. ما با ولف (1971) همراه هستیم که پیشنهاد می‌ات اس‌اسی در س‌وال‌ش‌د که همکاران خود یادآور می‌درمان‌گر بسیاری محتاط به‌حیطة عمل و علم، نه ب‌وس‌یل‌ه‌ش‌وده‌ش‌ی‌رخ‌واران، نه با رفت‌ارش‌ناسی، نه با ش‌وند. ب‌وروف‌ی‌زی‌ولوژی و نه ب‌وس‌یل‌ه‌ بی‌ولوژی مول‌کولی پاسخ داده می‌مند را م‌ب‌نا قرار دهیم که روان‌کاو بر طبق آن به‌چ‌ن‌ان‌چه تفسیر قاعده توانیم از ب‌کن‌د، نمی‌ماند. مع‌نای ناخودآگاهانه تفویض می‌ظواهرات بی‌ماران خود ب‌کن‌د، چشم‌پوشی نمی‌ماند. ب‌های رشد که اهمیت پارادایمی کسب می‌ت‌ی‌وری بن‌ابرای حائز اهمیت است که آیا نظریه پی‌اژه درباره تکوین، ابژه ثابت ب‌کند و یا خیر و نیز این‌که روان‌کاو چه نظری درباره رابطه مادر را رعایت می‌های گوناگون ب‌علت‌ش‌ود. تضاد بین تئوری‌دارد، دارای ارزش می‌فرزند ای نیست. ب‌های متفاوت، امر غیر منتظره‌پ‌ی‌چ‌یده بودن مطلب و همچنین روش‌های مشابه دست‌یابی، از وزن‌های مختلف به‌یافت‌ه‌به‌م‌ین‌خاطر، اگر از راه دوران باشد، مان‌د این یافته که نظریه ات‌ی‌سم‌تری بر‌خ‌ورد‌ار می‌س‌نگ‌ین باشد. از طرف دیگر با ان‌ب‌وهی از مش‌اهدات طفولیت دی‌گر قابل دفاع نمی‌روبرویم که ب‌علت جدایی عینی می‌ان‌م‌ادر و فرزند، بر رابطه متقابل (ورزند) اش‌ترن و همکاران (1977). (پاپوزک (1983) و تعاملات تأکیدی می‌و □□□□□□□□□□ (پاپوزک و همکاران) 1984) با تک‌یه بر مش‌اهدات تجربی، پذیرند. ش‌اخت (1973) با اشاره به ایشی‌رخوار را می‌□□□□□□ □□□□□□ تأکیدی و بی‌کوت بر تعامل برای درمان بزرگسالان فرمول زیر را مطرح ب‌کند. ب‌کرد: ذهن از ذهن است‌فاده می‌جدایی و فرآیند بی‌اندازی اولیه، مهم‌ترین و بزرگ‌ترین نقطه مش‌ترک نی است. نتایج تحقیقات ش‌ی‌رخ‌واری و روند دوسویه درم چ‌ن‌ان‌چه با می‌لتون کل‌این (1981) همراه ش‌ویم که فردیت از لحظه تولد آغاز می‌که طفل به‌ش‌ی‌وه من‌ح‌صر ب‌فرد خود فع‌ال‌انه، ش‌ود، پذیرفت‌ه‌می‌کند. بارسلتون و آلس‌ام‌ش‌ت‌اق‌انه و با خل‌اقت آغاز به‌بن‌ای دنیای خود می‌از تولد‌های عاطفی و ش‌ناختی ش‌ی‌رخ‌وار ب‌لف‌اف‌صل‌ه پس (1979) به پاسخ اشاره دارند.

البته موضوع اصلی در این‌جا تواتر دقت زمانی نیست. طب‌بی‌عی است که ب‌کند، چیزی در این برداشت که کودک دنیای خود را بطور فع‌ال‌انه بنا می‌دارد. در تئوری ب‌کن‌د، بی‌ان نمی‌ماند باره که وی این دنیای چ‌گونه تجربه می‌

مرکز - مادر و کودک بر پایه خودپیاژه (1954) نیز فرآیند بین‌ذهنی می‌ان پنداری کودک بنا شده است. این فرضیه روان‌کاوی که کودک در حال گریه، کند که گویی خود رفتار پس زننده و یا آغوش باز مادر را طوری تجربه می گردد. البته این که آیا دلیل رفتار مادر است، از جانب پیاژه نیز تأیید می یفیتی مشابه قدردانی خودشیفته در مرکز پنداری ک-این خود بزرگسالی دارد، موضوع دی‌گری است.

نظریه امده (1981) حاوی این مطلب اساسی است که نه‌های ذاتی بی‌ولوژیکی از یک تعامل انسان‌ی تنظیم‌عنوان‌به‌یک طرف رابطه می‌ان مادر و شیرخوار را شود: امی‌کنند و از جانب دی‌گر همین وضعیتی، موجب شکل‌گیری فردی‌تمی می‌شیرخوار و هر مادر بنوبه خود و همچون رابطه دوسویه بین آن دو، من‌حصر های نوع خویش و الگوهای پایه‌باشند. هر دوی آن‌ها مکان‌ی‌م‌فرد می‌کنند. بی‌ولوژیکی را در ویژگی‌شخصی و فردی بی‌نظیر خویش بنا می و نقاط‌تمایز در فرآیند درمانی بای در پی ایجاد تعادل می‌ان نقاط‌مشترک بود. پژوهش درباره "م" و شکل‌گیری "خود"ی، شکل‌گیری عبارت‌به‌ای های اخیر موی‌نظریه وینی‌کوت‌تبادلات عاطفی می‌ان مادر و کودک در دهه گوی‌د: است که می

ام: اشیرخوار و مراقبت مادر ایجاد‌کننده یک واحد هستند. من در جای‌گفته " (1965، ص: 39). "د ندارد شیرخوار بطور مست‌قل اصلاً و جو

کند که من‌طور او از این جمله البته آن است که مراقبت وینی‌کوت اضافه می توانست زندگی‌ام‌دانه بخش لای‌نفک شیرخوار است و بدون آن کودک نمی کند. بدین‌وسیله وینی‌کوت از فرضیه فروید درباره خودشیفتگی ذت جویی به اصل واقعی، تبری دی‌گر گذار از اصل عبارت‌به‌اولی، جوی‌د. می

فرزند برای سرپل -های تجربه تعاملات مادر. یافتن نظری‌اهمیت های درمانی‌های گذشته در تئوری‌روش‌های ایجاد شده در دهه‌زدن می‌ان قطب‌بندی رسند. در روان‌کاوی بین تئوری‌ساختاری و تئوری‌ابژه مفید به نظر می توان این موضوع را نادیده | بال‌ینت (1966) نیز نمی‌روانشناسی دو نفره گرفت که درمان‌گر هم‌شه با یک بی‌مار من‌حصر بفرد و جان‌شین ناپذیر روبروست.

یک واحد متشکله از دو انسان‌ی که در عنوان‌به‌وظیفه رابطه دوسویه درمانی ترین‌باشند، فراهم کردن مناسبات‌جوه مختلف از یکدی‌گر متمایز می است‌قلال برای بی‌مار است. ه‌ای‌زمینه

2 انتقال و رابطه

- 1- انتقال به مثابه تکرار
- 2- تلقین، تلقین پذیری و انتقال
- 3- های انتقال به تکنیکی 2 وابستگی پدیده
- 4- مفهوم عملیاتی عنوان به 2 نورز انتقالی
- 5- مجموعه مفهومی بحث انگیز: رابطه واقعی، اتحاد درمانی، اتحاد
- 6- 2 عنیت جدید به مثابه ذهنیت. از رابطه عینی بسمت
- 7- روانشناسی دوفره
- 8- های موجود 2 به رسمیت شناختن حقیقت
- 9- 2 اکنون و اینجا در چشم اندازی نو

2* انتقال به مثابه تکرار

مقدمه

پدیده انتقال در کلیه روابط انسانی جریان دارد. این واقعیت به کشف دهه وی در ابتدا پدیده انتقال را بر اساس مشاهدات ایمی زیدی می‌فرود اه (279-خویش در درمان تحریف کرد) 1905، ص: 280

های جدید، بازترسیم هیجانات و تخیلاتی است که در انتقال، برداشت یابند. این فرآیند شامل احیای آنالیز بیدار شده و به حیطه آگاهی راه می‌دی‌گر: عبارت به گذشته بوسیله پزشک است. جای‌گزینی یک فرد در یک سری تجربیات روانی در گذشته نه به عنوان امری فناپذیر، بلکه های ایشانند. انتقال یکی رابطه زنده با شخص پزشک دوباره زنده می‌عنوان به گردند، وجود دارند که بغیر از آنکه امروز در مقابل فرد دی‌گری بی‌ان می‌"اوتی با تصاویر که بی‌مار ندارند. محتوایی هی‌چ تفلیح‌الطبه

تر عنوان کرد: فرود این مطلب را کلی پزشک بطور خودجوش -انتقال در همه روابط انسانی از جمله در رابطه بی‌مار" آید. انتقال عامل اصلی اثربخشی رابطه درمانی است و همانقدر که پدیده می‌خواهد بود. پس روان‌کاوی وجود آنرا کمتر حدس بزنیم، تأثیر آن بی‌شتر کند و اخلاق انتقال نیست، بلکه فقط حضور آن را در حیطه آگاهی کشف می‌(فرود "با چیره شدن بر آن، سعی در رسیدن به اهداف مطلوب درمانی دارد. 1910، ص: 55).

* Transference as Repetition
Uebertragung als Wiederholung

بنابر این انتقال، یک مفهوم عام بشری با دو معناست: از آنجا که افراد زمان کنند، های گذشته تجربه می‌توجهی تحت تأثیر دریافت‌حال را بطور قابل یک پدیده جهان‌شمول هستی‌م. عنوان‌به‌شاهد پدیده انتقال در نوع بشر های تی‌پی‌کی است که در | یک مفهوم کلی، شامل پدیده عنوان‌به‌انتقال ی‌ابند. در روان‌کاوی انواع اشکال کامل^۱ فردی و من‌حصر بفرد خود تظاهر می‌ال وجود دارد که بعداً در مورد آن بحث خواهیم کرد. در این بخش خاصی از انتقال های انتقال، از جمله وابستگی مقاومت از شرایط ایلی‌م وابستگی پدیده روان‌کاوی و تأثیر روان‌کاو در ایجاد آن را روشن کنیم. بدین منظور، ظاهر اتفاق درمانی، رفتار، تعلق جنسیتی، انتقال متقابل، شخصیت، تی‌وری، دهی. ما اصولی نوع بشر، جهان بینی و غی‌ره روان‌کاو را مد نظر قرار می‌ت قصد آن داریم که برخلاف رویکرد سنتی که به نقش بی‌مار در پدیده هاگیری این پدیده‌انتقال و مقاومت توجه دارد، به سهم روان‌کاو در شکل اوتی از دانی‌م خوانندگان این کتاب درج‌ات متفلسف‌پردازی. از آنجایی که ما می‌کنند، مایلی‌م در ابتدا با ایجاد یک زمینه مفهوم مقاومت را با خود حمل می‌واحده زبان مشترک دست‌ی‌ابی‌م.

مبانی

بنابر تجربه، فهم این مسئله که انتقال چگونه از مهمترین عامل بازدارنده ای نیست.ترین ابزار کمکی آن تبدیلی شده است، کار ساده‌ترمان به قوی ها‌های انتقال و مقاومت در آغاز کشف این پدیده‌سردرگم کنند پدیده‌متنوع هنوز وجود نداشت. به‌مین خاطر ما بررسی خود را از تاریخ انتقال شروع کنیم.

ابتداً در یادآوری و نزدیکی شدن به تعارضات ناخودآگاه، نوعی کشف ه زنده شدن مقاومت تداعی بی‌مار (کشف شد که شدت آن بعنوان‌به‌مقاومت) آرزوها و امیال ناخودآگاه و انتقال آن به روان‌کاو بستگی داشت. گردند و | شان مرتبط می‌گردد، تعارضات به سرچشمه شود. مقاومت انتقال نامیده می‌عنوان‌به‌گردد، ایمانی که در برابر آن ایجاد می‌داد. | را تشکیلی می‌های انتقال، بزرگترین دردسر روان‌کاوان‌همین پدیده های انتقال در احیای و آشکار کردن پدیده "ال‌بته نباید فراموش کرد که "کننده‌ی‌چانات پنهان و فراموش شده بی‌ماران بزرگترین کمک را به ما می‌فرود 1912، ص: 374. (فرودی با این جمله معروف خود به اهمیت انتقال در) روی فقط صحبت کردن درباره اکنون و اینجا اشاره دارد. چرا که به نظر گذشته بی‌مار و یا بازسازی غی‌رمستقیم تصاویر بی‌مار، کمکی به وی نخواهد کرد.

در فرآیند تکوین و شکل‌گیری انتقال، چه با مقاومت عنوان‌به‌انتقال های مقاومت متفاوتی محتوای مثبت و چه با محتوای منفی، قدم به قدم شکل چنانچه سوء تفاهمی میان تکرار تجربه کنونی آیند. خود انتقال، بوجود می‌و قابلیت و یا آمادگی بی‌مار برای جای‌گزینی انتقال توسط خاطرات و یا تواند به مقاومت تبدیلی‌نسبت بخشیدن به آنها به وقوع به پی‌وند، می‌شود.

از آنجایی‌که بقول فرودی بی‌مار مجبور است " موضوعات سرکوب شده را ونی تکرار کند" (فرودی 1920 ص: 16)، نوعی مقاومت تجربه کن‌عنوان‌به

مشاهده تکرار در نورز انتقالی حتی المقدور کامل، از یک سو به بازسازی شود و از سوی دیگر در فرآیند درمانی شرایط شکل گیری بيماری منجر می شود خاصیت بهبود بخش. یادآوری تأکیدی است به هائی که وی رود که دریافت نورز انتقالی با این بصیرت بيمار از بین می هائی بیش نیستند. مقصود اینست، کم و بیش تحریک موقعیت درمانی می های گذشته با هائی است که بواسطه آن آرزوها و ترس در اینج، فرافکنی یابد ایشان به زمان حال انتقال متأثرات این مدل فرآیند روانکاوی در مثلث معروف فروید «یادآوری، تکرار و پردازش» جمع بندی و ارائه شده است. فروید در مبحث انتقال همچنین به داد. به نظر فروید، نفوذ پذیری بيمار دامنه نفوذ تلقین اهمیت زیادی می ه است. وی بستگی به تجربیات مثبتی دارد که وی با والدین خود داشت ریشه اصلی نفوذ پذیری که هم برای روانکاوان و هم برای مربیان دید. بدون شک، پیش شرط اصلی تجربیتی مهم است را در همین موضوع می نفوذ پذیری بيمار گشاده رویی در برابر تجربیات جدید، اعتقاد است کرد که در رد پای آن را باید در تارخ زندگی فردی و خانوادگی جستجو زمان بیشتتر، کسب تجربیات جدیدی به آمادگی برای اکنون و اینج دست به که بعد از کشف انتقال راهی که برخلاف حلش و دق ابل فهم می اند، مطرح کنيم: آمده

تواند در میدان تعاملی | تنی می-های روانی و روانگيري بيماری شکل ◀ انتقال بازسازی شود.

های تيپيک نوروتیک و الگوي توضیحی ش سازی تشخيص واکن ▶ های درونی شده که در تکرار اموروثی به این خاطر امکان پذیر شد که تعارض یابند، در رابطه با پزشک و در فرآیند امادهای رفتاری و فکری تبلور می انتقال قابل مشاهده گردیدند.

ت شرایط شد، بررسی شرایط پیدایش نورزها تحریف علمي که دنبال می گیري آرزوها و ابایست شرایط شکل استاندارد شده بود. در انتقال می سازند، در شکل خالص، های قدیمی که در علایم بيماری خود را آشکار می ترس یعنی بدون نفوذ پذیری از روانکاو تکرار شوند.

2* تلقین، تلقین پذیری و انتقال-2

Suggestion, Suggestibility, and Transference
Suggestion, Suggestibilitaet und Uebertragung

رابطه دو پهلوي انتقال و تلقین
 ● گردد. انسان تلقین پذیر است، از یک طرف، تلقین از انتقال مشتق می دهد. فروید تلقین پذیری مبنی بر انتقال را با استناد به چون انتقال می و مادر توضیح داد. بر این الگوهی رشدی و وابستگی کودکانه به پدر گردد. از ایده تلقین والدینی تعریف می عنوان به پای، تلقین پزشکی

* Suggestion, Suggestibility, and Transference
Suggestion, Suggestibilitaet und Uebertragung

شود که انتقال را ابزار مستقلی دیده می‌عنوان به از طرف دی‌گر، تلقین کند. اعتماد به قدرت و توانمندی این ابزار، مبتنی بر تجربیات هدایت می‌تلقین هیپنوتیزی است. ایشودلوگانه تلقین به تفاوت میان روان‌کاو و هیپنوز مربوط می‌این معنای دفری در این زمینه متذکر شده است:

کند که علایم را بوجود و تعارضاتی حمله می‌درمان روان‌کاو به ریسه آورد. روان‌کاو در این‌جا از تلقین جهت تغیر مسیر تعارضات به امی ن هیپنوتیزی بی‌مار به حالت انفعال و جوی. در درمانت بهبودی بهره می‌های به همین خاطر بی‌مار در برابر بی‌ماریشودت غیری ناپذیری سوق داده می‌تواند از خود مقاومتی نشان دهد. ما در روان‌کاو در زمینه انتقال کار بعدی نمی‌تواند مؤثر باشد کنیم و از ابزاری که می‌خواهیم عوامل بازدارنده آن را برطرف می‌توانیم از قدرت تلقین استفاده استفاده می‌نماییم. به همین روی می‌اس کنیم. در این حالت آوریم: ما بر تلقین غلبه پیدا می‌دست به‌دی‌گری نیز کند، بلکه این ما هستیم که بی‌مار فقط به خودش و بطور دل‌خواه تلقین نمی‌(فری 1916، ص: 469). "نمای می‌فرآیند تلقین را هدایت می‌

دید که ای در کنار بینش بی‌مار، تلقین را بمثابه امر قدرت‌مندی می‌فرو تواند در بررسی انتقال مورد استفاده قرار بگیری: بدین ترتیب امی که بر انتقال تأثیر داشته و به آن شکلشودت تلقین به ابزاری تبدیل می‌دهد.

ک درمان روان‌کاو چهره دوگانه تلقین و اختلاط آن با انتقال که تا به امروز در را با برخی مشکلات توأم ساخته، دو دلیل اصلی دارد:

نخست آنکه روان‌کاو تحت تأثیر هیپنوز قرار داشت. بنابرین انتظار رفت که فری در مقایسه با تلقین بر تأثیرگذاری درمان جدید و امی موضوعی در تارخچه عنوان به‌دی‌گرگون تأکید ورزد: تلقین پذیر شد، امری که به این‌ای و پسرفت در وابستگی منفع‌لانه تلقی می‌زندگ انجامد که انسان قویاً به محیط بی‌رونی وابسته است و آن‌تی‌جه طب‌عی می‌فرویدشودکند که به وی وارد و در گوشش خوانده می‌چیزی را دریافت می‌های گاه به‌زم‌انی که تأثیر تلقین را با انتقال مرتبط ساخت، فوقیت گاهی هیپنوز قابل فهم گردید. زیرا فقط انتقال مثبت است که اعتماد کند تا ی‌ک بی‌مار خود را در اختیار درمان‌گر هیپنوتیزی مطلق ایجاد می‌قرار دهد، گویی که وی در دامان مادر قرار دارد. حد و مرز هیپنوز پذیر و عدم ال مشخص شده‌ای تلقینی بواسطه نظریه روان‌کاو انتقال فوقیت درمان (مقایسه شود با توم 1977).

اثر بخشی روان‌کاو بر بی‌مار با اتکا بر عنوان به دومین دلیلی که گیری اعتماد/سوء اعتماد، مربوط به شکلشودت قابلیت انتقال مطرح می‌ابراز عل‌اقه/ابراز بی‌علاقگی، امنیتی/عدم امنیتی است که در طول زندگی در ادی‌پی، ادی‌پی و -تگان نزدیکی در مراحل رشدی پی‌ش‌رابطه با والدین و وابس ساز بلوغ شکل گرفته است. این فرآیند و کیفیتی حاکم بر آن زمینه‌های ناخودآگاه تی‌پی‌ک قابل‌های شخصی است و در پی‌ش‌رط‌بروز وکنش‌های ناخودآگاه چنین است که باشند. تأثیر این پی‌ش‌رط‌طب‌قه بن‌دی می‌های موجود ظارات ناخودآگاه و بر طبق کلی‌ش‌م‌ت‌ج‌ر‌بی‌ات کنونی بر حسب انت‌شوند. دریافت می‌

اي | آمادگي جهت واكنش، مرتب با گذشتۀ عنوان به ا بنابر اين انتقال اند. تلقين پزشكي، ي غني تأثير روان كاو ني ز هستن د كه در آن بوجود آمده نه بر مبناي عمل كرد مستقل و جهت دار وي به سمت تغيري رات، بلكه هاي اخورد. روان كاوي برخلاف درمان اع تاري خ چه زندگي بي مار رقم ميالش عا بت حت برد. تلقيني ادعا دارد كه م انتقال را كشف كرده و م آن را از بين مي

فرويد (1925) از تجربيات خود مبني بر استفاده از هيپنوز جهت پالايش مار دد: اگر رابطه درمان گر با بيلو س پس فاصله گيري از آن گزارش مي دادند. شد، زيباترين نتايج بطور ناگهاني اثر خود را از دست مي تي ره مي گردي د، فعال اين اثرات چنان چه دوباره رابطه مطلوبي بين آن دو برقرار مي اي كه گرفتيم آن بود كه رابطه ش خصي عاطفي بمراتب از شدند. نتيج ه مي كار پالايش، قدرت مند تر است.

. فرويد انتقال شودايي پذيري لازم از انتقال ناشي مي ت اثري گذاري و ت اث كن د. انتقال خوشايند حامل نيروهايي است كه از ا به دو دسته تقسيم مي شون د. انتقال خوشايند يك هاي مثبت يا انتقال منفي است خراج مي اغري زه دوگانه - ادبي و پيش-مفهوم كم نظير و تركيبي از مراحل رشدي پيش . به م يني شودنه است كه طي آن اساس اعتماد شالوده ري زي مي سازي كودكا خاطر، انتقال مثبت خوشايند، با گذشتۀ مرتب است. اين انتقال به و بخشي از آن چي زي است كه از زمان زتل (1956) و شوداچل سه درمان ي حمل مي ناميم. گري نسون (1965) ات حاد درمان ي يا ات حاد كاري مي ها و دد كه چگونۀ كلي شهاي انتقال نشان مي ا در باره نظريه بحث ارزش يابي. ها اگي رن د. اما اين نظريه تر، آمادگي واكنشي ناخوداگاه شكل مي لي ا به زبان عام دهند كه سهم روان كاو در پيدايش آن ها چي ست، و مخصوصاً توضيح نمي توصيفات فرويد در اين باره و استنتاجات ناشي از آن را توضيح ند) هاي لي (1990). چرا كه با تلقين پذيري ناشي از انتقال در گردونه ذهن مي حركت به عقب، در جا خواهيم زد. براي توضيح اين مسئلۀ يكي از تزه اي فرويد در باره درمان روان كاوي را كه مورد توجه كافي قرار نگرفته، توضيح خواهيم داد:

ا كمك تلقين چنگ تازه در باره اين ابژه (منظور ش خص پزشك است) ب "پزشكي به بال اتري ن مراحل رواني ارتقا يافته، اين چنگ ب م ثابۀ ي ك (فرويد 1916، ص: 437). "ت عارض عادي روح ي در جريان است

بازگشت به تلقين. پزشكي پاسخگوي تحولات عميق و جدي د كنوني روان كاو ني ست. نتيجۀ اين جدال بدني لحاظ از تعارضات پيشي ن م تماي ز و شودا جدال از هر دو طرف با ابزار جدي د به پيش برده مي است، كه اين سازد. در اين جا بدني نوسيله ارتقا به بال اتري ن مراحل رواني را تسهيل مي هدف مهمي مورد نظر است كه در فصل 8 م يني ك تاب بدان خواهيم پرداخت.

* هاي انتقال به تكني ك 2 وابستگي پدي ده-3

* Dependence of Transference Phenomena on Technique
Die Abhaengigkeit der Uebertragungsphaenome von der Technik

آل سازى شده تكنيك كه سعى در | تيورى اى ده. بر خلاف ان عطفاف پذيرى كند، درمان روانكاوى از همان ابتدا نوعى ان عطفاف ايجاد شرايط است اندارد مى نمايد كه با اهداف درمانى سوگيرى دارد و كاربرد پذيرى را در خود حمل مى كند. بررسي قواعد را در جهت دستيابى به تغىرات مورد نظر، توجه مى ه بررسي كه گلور (1937) براي نخستين بار در سمپوزيوم نتايج يك هم مارين بادر ارائه داد، مؤيد آن است كه 24 روانكاو انگليسي در كاربرد قواعد تكنيكي اساسي بشدت با يكديگر فرق دارند. بررسي نقادانه تاثيرات كاربرد ان عطفاف پذير قواعد بر انتقال، بواسطه رخدادهاي سيسي قطع شد. دوران پس از جنگ بود كه پاراداييم درمانى روانكاوي به نقش روانكاو تازه در توجه شايسته نمود.

پس از "تكويين انتقال". مك آلپين در مقاله خود پيرامون نقش مك آلپين مرور عميق ادبيات موجود به اين نتيجه رسيد كه: غليرغم اختلاف نظرهاي اي درباره دلايل اير كنندمبنيادين درباره ماهيت انتقال، همناوي غافلگ پيدايش آن وجود دارد. فرض بر اين است كه انتقال بطور خودجوش در فرد آيد. نظريه او مبني بر اين كه انتقال در بيماري كه آناليز شونده به وجود مي ، مبتني بر 15 اشدآماده پذيرش انتقال است، تحت شرايط درمانى ايجاد مي شمارد كه ايندهاي تيپيك تكنيكي را بر مي عامل است. او بدنيوسيله فرا عنوان بملكنند، بگونه اي كه رفتار بيمار، همگي به پسرفت بيمار كمك مي كه وي مجبور به اشدواسخ به اشباع كودكي ان عطفاف ناپذير ارزيابي مي كند: بحمل آن بوده است. مك آلپين روند را اينگونه تشريح مي

كنند كه به او كمك شود. او به روانكاوي مراجعه مي بيمار با اين اميد و انتظار " . . . او اشدواهد، اما اين انتظارات برآورده نمي نوغي تمجيد و توجه خاص مي كند و خواهان تشويق و شناسايي است كه دريافت به سختي تلاش مي نمايد، بدون آنكه بخشش يا مجازاتي شامل كند. او از گناهان خود توبه مي نمي بشود. او انتظار دارد كه آناليز به يك رابطه دوستانه تبديل گردد، حالش (مك آلپين 1950، ص: 527). "ا شدوام او تنه ا گذاشته مي

كه يك بيمار اشدوا 15 عامل نامبرده تركيبات و تصاوير متنوعي حاصل مي ديگر روانكاو چگونه با عبارت بيمار، رابطه درمانى را چگونه تجربه مي كند. مك آلپين مايل است اين اسازي ميالتكا بر قواعد درمانى انتقال را زمينه . نتيجتاً قابل اشدولكنه را نشان دهد كه انتقال بطور واكنشي ايجاد مي انتظار است كه مرگونه تغيري در شرايط ايجاد كننده به نوع ديگري از كه اشدولمى انتقال منتهي گردد. وابستگي ميداني انتقال زمانى آشكار كه كوهوت اشدوامكانات تركيبي اين 15 عامل را مجسم كنيم. پس روشن مي هاي ديگري ايجاد كرده بود تا (1979) در دومين جلسه آناليز آقاي ز انتقال جلسه اول (گرمريوس 1982). استدلالت منطقي مك آلپين نتوانست خود را به هنوز بسىاري از روانكاوان كرسى بنشانند. گرمريوس (1982) انتقاد دارد كه توصيف "فرايند جبري" و يك "درون روانى" يك مقوله عنوان بمانتقال را كنند. رايش بسىار زود (1933) مبحث انتقال را اينگونه جمع بندي كرد: ايمى "هاي كاري درمانگر است. انتقال همواره اينه رفتار و تكنيك" پرفوذتريين نمايندگان ايسلر يكى از آل معياري ايسلر. بتكنيك ايده آل معياري است. پس از درگذشت فرويد و تشبيت روانكاوي بتكنيك ايده

كه كدام متغيرهاي تكنيكي هنوز در حيطه سؤالپس از جنگ جهان ي دوم اين اي ايفاي روانكاوي اصلي قرار دارند، در مباحثات تيوريكي نقش برجسته به سخت شدن شرايط و كرد. از چانب ديگر يك تعريف دقيق از قواعد توسعه غير قابل انتظار روانكاوي در اشدت رسيم مرزهاي خشك منجر مي هاي هاي 1950 ميلادي مشكلات زيادي به همراه داشت. زايش روان درمانيسال متعدد از روانكاوي، برخي روانكاوان را بطور واكنشي بر آن داشت تا با اساس آن را بطور خالص حفظ هاي روانكاوي، تعريف سختگيرانه از روش كنند.

بدني ترتيب پيشنهاده علمي و كاربردي ايسلر مورد توجه قرار نگرفت. او كرد و به همين سبب در مقابل روش روانكاوي را بر مبناي هدف آن تعريف مي داد. به نظرها و انتقال انعطاف پذيري زيادي از خود نشان مي انواع تكنيكي بوسيله ابزار روان درمان ي تعييرات ساختاري در ايسلر، مر تكنيكي كه هاي غيرمنظم، اشخصيت ايجاد كنند، صرف نظر از اينكه مر روز و يا در نوبت اشدت روانكاوي و جاي ديگر انجام شود، درمان روانكاوي محسوب مي

* مفهوم عملياتى عنوان به 2 نورز انتقالى 4-

كه به مناسبت كنگره بين المللى روانكاوى در در بحث مشكلات انتقال ريس كنگره و در مقدمه، تاثير عنوان به سال 1955 صورت گرفت، ولدر روانكاو بر انتقال را اينگونه مورد تاكيد قرار داد:

از آنجا كه تكويين انتقال نتيجه موقعيت روانكاوي و نيز تكنيكي روانكاوي هاي انتقال منجر به تحول در پديده است، تعييرات موقعيت و تكنيكي درمان ي خواهد شد.

كنند كه "نورز انتقال ي در درجه ابعين گلور (1955، ص: 130) تاكيدي مي نخست تحت تاثير تفسيير انتقال قرار دارد". و اينكه: "انتقال در اشكال ". بالينت (1957، ص: 291) اشدتدايي بر مبناي تفسيير انتقال بنا مي كنند: پتر بيان مي صريحه مي موضوع را

هاي انتقال كه زير نظر روانكاو شكل واقعا معلوم نيسست كدام جزء پديده " تواند واكنشي در مقابل اند. انتقال مي اند، توسط خود او بوجود آمده گرفت به "موقعيت روانكاوي و يا تكنيكي بكار گرفته شده از چانب روانكاو باشد.

انتقال ي مؤيد اين نظريه فرويد است كه در اصل استفاده از مفهوم نورز انتقال عام انسان ي، تحت تاثير شرايط روانكاوي و با توجه به آمادگي جهت دهد. انتقال به يك انتقال نورزي تعييرات شكل مي گويد: افتارهاي خود چنين مي فرويد در سري درسگ نبايد فراموش كنيم كه بيماري يك بيمار، چيزي كه ما آن را آناليز كنند و كنيم، يك پديده نهايي و ايسست نيسست، بلكه اين بيماري رشد ميامي دهد. . . تمام علل بيمار معناي فرآيند تكويين خود را همانند زندگي ادامه مي اند كه در ارتباط با اوليه خود را از دست داده و به يك معناي جديده رسيده (فرويد، 1916، ص: 461). "انتقال قرار دارد

* Transference Neurosis as an Operational Concept
Die Uebertragungsneurose als operationaler Begriff

ته از آنجايي كه فرويد رشد و تكوين نورز انتقالی را كه مثل يك موجود الب فرآیند بین‌انسانی در عنوان‌بدهد، بطور قاطع زن‌ده به حیات خود ادامه می‌کرد، سهم مؤثر روان‌كاو در پی‌دایش این رابطه دوسویه درمانی ارزیابی نمی‌انگاشت. نورز را نیز نادیده می‌انگاشت.

ی بحث ان‌گی‌ز: رابطه واقعی، اتحاد درمانی، اتحاد 2 مجموعه مفهوم-5
*کاری و انتقال

اعضای این مجموعه مفهومی

ایم، اگرچه او چنین عنوانی را بر خود‌ا به پدر این مجموعه مفهومی پرداخته‌گذاشت. این شخص در آثار فروید در هیئت شخص پزشک تبلور نمی‌دهد. با این حال مگر اثبات و استحکام آن، وزنه مقابل انتقال را تشکیلی می‌است که زمینه "انتقال محبوبی" یک خانواده مادر نداشته باشد؟ مادر، اشد می‌نماید. انتقال محبوب اتمام آرام و مستمر در طول زندگی را پی‌ریزی می‌دهد. به نظر ما اشد و همی نیست که به آن پرداخته می‌فقط مادر این مجموعه مفهومی رابطه واقعی مادرانه بزرگترین تأثیر را در ایجاد بینش اتمام می‌نماید. نسبت به محیط و زندگی داراست. اگر در یک بی‌م‌زمینه اتمام نسبت به توان انتقال محبوب را آن‌گونه که در دست‌گاه سوء اتمام سنگینی‌کنند، می‌م‌طرح شده، انتظار داشت. مفهومی فروید

اما اگر پدر و مادر این مجموعه مفهومی وجود داشتند، چرا مفاهیم و تعاریف جدیدی مطرح شدند که با یکدیگر تفاوت داشتند و مانده فرزندانی تنی شدند؟ گاهی به سمت مادر و گاه به سوی پدر متمایل می‌شدند؟

"اتحاد درمانی" مطرح شدند که تا زمان‌اندلر و همکاران (1973) تأکید کرده نوعی سردرگمی وجود داشت، زیرا برداشت فروید از عنوان انتقال مثبت، هم شد. نویسنده‌گان نشان انتقال محبوب و هم انتقال لیبی‌دویی را شامل می‌دهند که اتحاد درمانی حاوی عناصر کاملاً متفاوتی است. برداشت زتسل‌امی وی رابطه اولیه میان مادر و فرزند است. (1956) از اتحاد درمانی، تکرار الگای جهات با مراحل رشد و تکوین به نظر وی مراحل اولیه یک آنالیز در پاره‌گودکی شباهت دارد. زتسل با توجه به اتحاد درمانی به این نتیجه رسید که روان‌كاو بویژه در شروع فرآیند درمانی باید رفتاری همانند یک مادر خوب و باشد. مهربان داشته

روابط و سلسله مراتب بحث ان‌گی‌ز

کنند؟ دعوی‌ای که خان‌واده از هم‌گسی‌خته: چرا مشاجره و چه کسی با چه کس دعوا می‌کند؟ اصل بر سر روابط و سلسله مراتب در خان‌واده است. مسئله بر سر معنا و اهمیت انتقال در مقابل رابطه واقعی است. موضوع اصلی عناصر متعددی

* A Controversial Family of Concepts: Real Relationship, Therapeutic Alliance, Working Alliance, and Transference

Eine zerstrittene Begriffsfamilie: reale Beziehung, therapeutische Allianz, Arbeitsbündnis und Übertragung

ت درمانی، در تعامل میان روان‌کاو و بیمار، آگاه یا ناخودآگاه است که در موقعی و در حال حاضر در جریان است و نباید الزاماً ریشه در گذشته داشته باشد.

توسعه مجموعه مفهومی

لازم به تکرار نیست که فروید چرا انتقال را یک سویه مطرح کرد و اعضای طولانی بی‌نام و نشان ماندند تا تعاملی و دوسویه مجموعه مفهومی، برای مدت البته بطور ناشناس، اثربخشی بزرگی از خود بجای بگذارند. به همین کرد و اعضای جدیدی را برای مجموعه مفهومی باید توسعه پیدا می، اما فقط به زبان عامیانه تشریح پذیرفت که البته همی‌ش وجود داشت‌ه‌می روان «نیم که به نوشته فروید درباره کشیده بودند. ما به خواننده توضیح می (1895) مراجعه کنند. در جایی این توصیف عالی وجود دارد «درمانی هیستری به فرآیند درمانی جلب کرد. همه "مکار" عنوان به توان بیمار را که چگونه می شواهد حاکمی از آن است که فروید حتی بعده در درجه نخست تلاش داشت با کنیم که او وارد شود. ما تأکید می "حزب" یا "جبهه" د و به شو "متحد" بیمار "گردد انتقال تلقی می عنوان به هر رابطه خوب میان روان‌کاو و بیمار " تری (فروید 1937، ص: 66). اما در این بین، فقط انتقال مثبت قوی آید. رابطه انگیزه برای مشارکت بیمار در فرآیند درمانی بحساب نمی شکل رسمی بخود گرفته است. در حال "قرارداد" هم اینک در قالب درمانی "الگو" عنوان به حاضر، همچون گذشته تأکید بر این مسئله است که روان‌کاو کشف حقیقت، دنبال به رابطه درمانی " مطرح است و این که "سرمشق" و یا (1937، ص: 94). "ی‌عنی به رسمیت شناختن واقعیت بنا شده است

نی و ذهنی حقیقت عی

تکنیک درمانی حل شده لحاظ به اینچنان چه مسئله به رسمیت شناختن حقیقت 2 صرف نظر -2 و 8-ه‌ای 7-توانستیم از مباحث مطرح شده در بخش بود، می گیرد که معرف ادامه دعوی‌های صورت می‌کنیم. این در حالی است که تقابل انتقال "سویه ماندن خوانادگی است: نظیر اختلاف نظر میان مفاهیم یک (فروید 1937)، "خود معیاری مجازی"، (اشتربا 1934)، "تجزیه خود"، "محبوب و مفاهیم دوسویه که اشکال عامیانه و ابتدایی خود را در آثار فروید نشان اتحاد" (زیتسل 1956) و "اتحاد درمانی"، (اشتربا 1929)، "ایجاد ما" دمن: می خوانواده فقط بر سر این مسئله اختلاف نظر (گی‌رینسون 1965). در "درمانی وجود ندارد که رابطه کدام عضو با دیگری مخصوصاً مطلوب است و نیز -ایام کودکی مادر این که آیا همه این‌ها ناشی از انتقال محبوب، ی‌عنی همان رابطه ؟ برای درک این مباحث داغ مهم است بدانیم که انتقال بر اثر و فرزند نمی بالاد و دقیقاً به همین خاطر تحریفات چند در او روحی خود می‌حقیقت ذهنی های منفی چیره شوند، که اگر انتقال شود پذیرد. گفته می‌آن صورت می شرایط درمانی بطور کلی مختل خواهد شد. در این صورت شرط اساسی به بود، رود. در اینجا بود که فروید یک حقیقت ظاهری عینی رابطه واقعی از بین می روان‌کاو و بیمار متکی به یک دنیای واقعی "بی‌رونی یا عینی را مطرح کرد: (1940). بر این مبنا مسئله روان‌کاو جهت ارزیابی "باشند بی‌رونی می

علمي افكار و رفتار خود، بيش از پيش شده و فرآيند درماني به يك روند
اشود قابل كنترل تبديل مي

تجزيه خود و ايجاد ما

تري خواهيم كرد و به تجزيه به شجره نامه اعضاي خانواده نگاه دقيق كنون
هاي يك سويه و نيز مشتقات آن خواهيم پرداخت. سرمايه نظريه عنوان به خود
اشتربا در تشریح خلایقیت برای تجزیه خود بمنظور اهداف درمانی، به
آورد. توصیف مؤثر و مفهوم پرنفوذی از فروید روی می

تواند اثربخشی خود را نشان دهد، اینگونه ای که آنالیز می آموخت عیت ای ده"
است که فردی که در موارد دیگر آقاي خود است، از يك تعارض در رنج است که
تواند به تنه ای بر آن غلبه کند و به همین خاطر به روان کاو مراجع، این می
با □□□ □□ □□□ کند. پزشک اشکایت خود را مطرح و از وی کمک طلب می
ش. شخصیت انشقاق یافته به مبارزه با اجزای متعارض و در واقع بخش بخ
از این، برای پیشرفت درمانی غیربپردازد. شرايطی دیگر شخصیت می
(فروید 1920، ص: 275). "مؤثر نخواهد بود

تجزیه و توانایی بیمار برای به رسمیت شناختن تعارضات درونی
ار اندیکاسیون مهمی برای تکنیک پیش شرط بیاماری، به معنی عنوان به
تبديل شد. در آخر فقط افرادی برای انجام روان کاوی مناسب تشخیص داده
شدند که تعارضات آنها در سطح ادیپی قرار داشت. برای نشان دادن این که
شد، لازم تجزیه خود چه عواقبی در برداشت و منجر به کدام سوء تعبیرها می
ی. خود کوهوت و تکنیک درمانی وی جهت معالجه به یادآوری است که روان شناس
مکمل درمان کلاسیک عنوان به اختلالات شخصیتی خودش یافته آشکارا
تعارضات مطرح شد. طبیعی است که اگر بیمار نسبت به بیاماری خود
، اما ضروری است که اشود بیانش داشته باشد، فرآیند درمان تسهیل می
یجاد یک رابطه درمانی قابل انتکا از خود روان کاو همیشه آمادگی لازم را جهت ا
نشان دهد. در رونی که تجزیه خود در آن جریان داشت، این مسئله از زاویه دید
توان به تقویت ايجاد ما کمک کرد، امری که از همان دوران مطرح شد که چگونه می
اولیه مورد توجه اشتربا (1929، 1934) و بیبرینگ (1937) بود. ایشان
دانستند. اپایه و اساس درمان می عنوان به ازی با روان کاو یا ايجاد ما را سبب
تبییین یک جان به و منفی درمان روان کاوی، موجب تضعیف تجربیات
های مختلف زندگی و نيز منحصراً بفرد و لذت بخش می گردد که در زمینه
نان چه آیند. البته چا می دس ته به در فرآیند درمانی "ما" در ارتباط با ايجاد
نقش درمانی ابعاد رابطه، برخورد و همردی مشخص نشوند، کار به بیراه
خواهد کشید.

فروید به ما آنالیز انتقال را آموخت، رابطه برای وی امری بدیهی بود.
نتیجه آن شد که انتقال و رابطه در فرآیند درمانی به موازات یک دیگر پیش
آید آن دو و تعبیر و تفسیر رفتند. امروز ما بیش تر به تأثیر متقابل
دهیم. این رابطه اهمیت می

به همین خاطر چنانچه موقعیت درمانی و رابطه بین انسان را که ايجاد کنند
این موقعیت است، منفی ارزیابی کنیم، دچار خطا خواهیم شد. بدیهی است
روغ که علایق روان کاو و مراجع در يك سطح قرار ندارند. مهم آن است که نقطه ش

هاي غير هم سطح و يا مبتني را چگونه تعريف كنيم: مبتني بر موقعيت بر هدف و تكليفي كه بايد با تلاش بدان دست يافت. همانگونه كه تبديل زمينه علاليق و اهداف مشترك به يك رابطه صميمي اشتباه است، بايد از پرهيز كردن شونداي كه مانع همانندسازي و نيل به اهداف ميبرخوردهاي قريه

انتقال و اتحاد كاري

اي فراتر از انتقال، يعني همانندسازي با درمانگر و عمل كردن اينكه با پديده كه بعد از اتمام درمان از شواهد سر و كار داريم، در آن روابط درمان مي روييم. ايده از بين رفتن انتقال، مبتني بر فرآيند درمان يك بين نمي بود كه در واقعيت وجود خارجي ندارد. در اين مبحث همواره تمايزات ايسويه اند: انتقال محبوب بهر حال موضوع فرويد در قضاوت گونه مطرح شده آناليزهايش نبود و به همين خاطر از بين رفتن نيز نبود. كنيم كه زتسل توانايي بيمار براي ايجاد براي فهم ساده مسئله تكرار مي كرد. همواره بر پايه انتقال محبوب نسبت به مادر ارزيابي مي رابطه را ه نظريه اتحاد كاري گرينسون بيش از همه از نظريه انتقال فاصله داشت. اينكه گرينسون توانست استقلال خود را در برابر نظريه انتقال حفظ كند، دلايل عملي و علمي داشت.

توسعه مفهوم انتقال

هاي اخير مفهوم ذكر شده، مفهوم انتقال نيز در سالهمزمان با توسعه مجموعه م اي نيسست كه اين دو توسعه قابل توجهي يافت. براي خواننده كار ساده گرايش كه از سويي بر عناصر غيرانتقالي (رابطه درماناي) و از سويي بر ورزند را زير يك چتر مفهوم جاي دهد. گسترش مفهوم انتقال تاكيد مي عناصر غيرانتقالي و استنباط از انتقال بمتابيه به رسميت شناختن هاي متفاوت در رابطه فراگير با ابژه (رابطه انتقالي)، برخاسته از سنت روانكاوي است كه داراي ريشه مشترك هستند: مثلاً اشتربا (1936) تاكيد داشت كه انتقال در جومر خويش نوعي رابطه با ابژه است، مثل هر رابطه بطور همزمان ضرورت تمايز بين انتقال و ديگر روابط را مطرح ديگر. اما او هاي كرد. توسعه مفهوم انتقال عمدتاً مديون تلاش كللين و نظريه سينيامي انگليسي رابطه با ابژه نظير بالينت، فيربرن، گونتريب و وينيكوت است.

مفهوم انتقال در مكتب كللين و نظريه رابطه با ابژه وي از جايگاه خاصي برخوردار بود. رد نظريه خودشيفتگي اوليه، نتايج پرتنر درمان به همراه داشت. بر طبق اين نظريه تخيلات انتقالي ناخودآگاه سريعاً به ابژه، شدند و مهم تر اينكه اين تخيلات با مقاومت اينعني روانكاو منتقل مي كردند و به راحتتي قابل تفسيير بودند. در حاليكه كه دربرخورد نمي هاي متفاوت روانشناسي. خود بر سر راهبردهاي تعبيري بحث است گرايش كه با عبارتي نظير: سطح، عمق، انتقال مثبت و يا منفي، تعبيري مقاومت انتقال عنوانبمشود، در نظريه كللين، تخيلات ناخودآگاه و غيره تغذيه مي

مرتبط گردد. آن فروید (1936) تعبیر انتقال را به گذشته تفسیر می کرد. بنابر این کلاین ساخت و فقط به مقاومت زمینه کنونی اعطا میامی تحرکي در میدان خشك آناليز مقاومت پديد آورد.

انتقال تکراره‌ای عنوان‌بدر نظریه کلاین کنون و اینجا بطور کامل توان است که آیا میسوال (زگال 1982). البته جای شودلغیرتاریخی مطرح می اء ناخودآگاه تجربیات، يك موجودیت بي تاريخ و بي نام و نشان براي اجز ال عاده نیست و به تاریخیچه منظور کرد. زیرا ناخودآگاه انسان يك موجود خارق باشد. در برداشت کلاین از انتقال، تکرار آنچنان جایگاهي را لوي متصل می ه از بین دهد که مرزهاي زمانی میان گذشته، حال و آيندبه خود اختصاص می رود. به همین خاطر در این نظریه برای مدت طولانی، موضوع تغیر از می طریق تجربیات جدید مورد توجه واقع نشد (زگال 1964). بیمار باید با درمانگر و نظر او درباره گذشته و حال به تفاهم دست یابد تا بتواند خود را توان‌دینجا حداکثر میای بی حرمان رهنمون سازد. کنون و ایپسوی آينده ای وجودبعضاً به آنجا و آنموقع تبدیل شوند، در غیر اینصورت آينده نخواهد داشت.

به همین خاطر تعریف سنتی انتقال، شامل حال تجربیات جدید در شرایط گشت، بلکه به تکرار آنچه در گذشته در رابطه با ابژه اتفاق درماني نمی تنی بر تعارضات درون روانی بود. شد و مبالفتاده بود، محدود می شوند، لازم به نظر اما از آنجا که در شرایط درمانی چیزهاي جدیدی تجربه می رسيد این جنبه رابطه درمانگر و بیمار با عبارات خاص توصیف گردند، می همان عباراتی که ما در اعضا و روابط دوسویی این مجموعه مفهومی معرفي عبیری روانشناسی خود در قید گذشته و الگوی کردیم. همزمان، تکنیک ت تحریف ادراک عنوان‌بمعارضات درونی باقی ماند. از آنجایی که انتقال شد، روان‌کاوی که گرایش روانشناسی خود را داشت، در مقابل این برداشت می گرفت: اها قرار میسوال

هاي ناخودآگاه | ترس، کدام آرزوها و شود | کنون چه چیزی در مقابل من تکرار می ها مقاومت نمود و مهمتر از همه، اند، چگونه باید در برابر آن به جریان افتاده شود؟ اها و آرزوها متوجه کدام فرد می‌این ترس

؟گردد | کدام انتقال پدر و یا مادر کنون در من مشاهده می برای ای مربوط است | کلمات در درجه نخست به گذشته سوال‌آشکار است که این شود. برای آنکه تکرار تا حد امکان برجسته بیمار بطور ناخودآگاه تکرار می به نظر رسد و بتوان آن را به خاطرات ناخودآگاه گذشته مرتبط ساخت، اند. درمانگر منفعّل و اقواع رفتاری مشخصی در تکنیک درمانی تدوین شده سد. ماند تا انتقال مثبت خفیف به حد مقاومت برآینتظر می

ای کند که ما را به گذشته کنون و اینجا عمدتاً بدین خاطر اهمیت پیدا می " که از آن برخاسته است. پس از دره من می

هاي تکنیک تعبیری را | این نظریه رانگل (1984 ص: 128) به خوبی جنبه دهد و روابط کنونی یا کند که در درجه نخست به خاطرات اهمیت می‌روشن می توان گفت که در اهد. به زبان مبالغه می‌امی را در مکان دوم جای می‌دیگاه تع اینجا از ماهیت دوسویی فرآیند درمانی فقط اجزا انتقالی دریافت و سرریعاً شوند. البته رانگل اهمیت رابطه کاري را مورد به گذشته و خاطرات متصل می ژي زیادی برای پربار دهد، اما تأکید دارد که درمانگر نباید آنرتوجه قرار می

سازي اين رابطه صرف كنند. اشتربا (1934 ص: 69) نظر ديگري داشت و بر ورزيدي: اي جاد ما تا كيد مي

در برابر چيزي تشويق و تقويت "مشترك" از همان ابتدا بي‌مار جهت كار براي "ما" دهد تا از كل‌مه! جلسه درماني به روان‌كاو اين فرصت را مي‌پس‌ودلمي با اجزاي واقعي خود بي‌مار استفاده كنند. اتحاد خويش

تغبيرات مربوط به تكنيك درماني و اختلاف نظر ها

از مكتب كل‌اي‌ن، توسعه نظريه انتقال به تغبيرات بزرگي در غي‌ربه تكنيك درماني منجر شد كه ما با استناد به اختلاف نظر ميان زان‌دلر و نقطه نظرات اساسي زان‌دلر را كنيم. نقل قول پائين رانگل بدان اشاره مي نم‌ايد: من عكس مي

رسد كه تشريح اين فرآيندهاي مرتبط با ابژه، بويژه به نظر روشن مي فرآيندهاي دفاعي متمايل به ابژه، يك بُعد كاملاً جديدي در كار روان‌كاوي و نيز مفهوم انتقال ايجاد كرده است. تجزيه و تحليل اين‌جا و اكنون در ي با توجه به زمان تعبيرات، در مقابل بازسازي گذشته تعاملات روان‌كاو دوران كودكي، ارجحيت پيدا كرده است. چنانچه بي‌مار در موقعيت درماني داد كه هم مربوط به خود او و هم با روان‌كاو در فرآيندهاي دفاعي از خود نشان مي نكاو انتقال ديده و بطور فزاينده به اكنون توجه رواعنوان به ارتباط بود، كه اكنون چه چيزي در جريان است، الويت پيدا سؤال شد. اين تبديل مي شد كه حالت بي‌مار حاوي چه پرداخته مي‌سؤال كرد و تازه بعد به اين امي ديگر فعاليت روان‌كاوي، حداقل عبارت به مطلب بي درباره گذشته او است؟ يلات در انگلستان بر اين موضوع متركز بود كه بي‌مار چگونه در تخ "كن‌آرزويي ناخودآگاه خويش از روان‌كاو در اين‌جا و اكنون استفاده مي (زان‌دلر 1983 ص: 41).

كنند: اي برخورد مي‌رانگل در نقد خويش (1984) (بطور ري‌شه اين است كه آيا هنوز مقاومت و دفاع ارجحيت دارند، همان‌گونه كه فرويد، سؤال ند؟ يا اينكه در جمتي گام كردن آن فرويد، فن‌يشل و ديگران فكر مي پردازند: نخست انتقال و ي اي افراد به تبليغ آن مي‌داريم كه پارلمرمي رسد قطب بندي جديدي در راه باشد. ارجحيت احتي فقط انتقال؟ به نظر مي بخشيدن به اين‌جا و اكنون در برابر بازسازي و بينش از جانب بس‌ياري آيا بايد ميان مفهوم درون "ا ببندي. اين بحث ر" بشود روان‌كاوان مطرح مي رواني و ي تعامل ي انتقال يكي را انتخاب كنيم؟ در اين صورت همين انتخاب را بايد ميان فرآيندهاي درماني درون رواني و تعامل ي انجام دهيم (رانگل 1984 ص: 133).

گيري انجام گرفت و اين اختلاف نظر ها كنيم كه تصميمي فكمي دگماتيستي دارند. چون در ذات مفهوم انتقال نهفته است كه درهاي ري‌شه راستاي فعاليت درماني و نيز به جام‌عيت رسيدن يك نظريه مدون، اين مفهوم بايد توسعه يابد. همين مطلب شامل حال ال‌گوهاي درماني درون رواني و گردد. تعامل ي نيز مي

بحث اساسي بايد آن نيست، بل كه □□ در ثاني، مسئله بحث بر سر اين آن انجام پذيرد. آيا چاره كار يك توافق توخالي است؟ □□ اين □□ پيرامون يك كليت در بستر ادغام تضامين عنوان بمبه هي‌چوجه. موجوديت روان‌كاوي

، در حالي كه گرايشات متفاوت آن درصدد اثبات نظريات يك جان به اشدولمي هايي همين مطلب دارند. ما نمونمباشند. اختلافا نظره اي مستمر ري شه در اخود مي توانند تا از آن را نام خواهيم برد. البته اين برخورده اي دگماتيستي مي حدودي به نفع روانكاوي تمام شود، زيرا ما بر اين باوريم كه از طريق بحث و تعامل به تغيري راتي دست خواهيم يافت كه دامنه آن فقط به درمان محدود نخواهد شد.

كنند: پائين برخي مشكلات را روشن مي هاي نمونه

روزنفلد (1972) به نقد تند نظريه تأثير شخص روانكاو توسط كل ابر ● مي پرداخت.

ايسلر (1958) بر خلافا ل وون اشتهين (1958)، فرآيند تعبيري را از شخص ● كرد. جدا مي

هايي از زتسل نشان دده كرد بتواند بر پايه نمونم برنر (1979) فكر مي ● تلاش براي ايجاد اتحاد درماني و ابزار كمكي ديگر، كاملاً اضافي است، كه بشرط آنكه روانكاو بتواند انتقال را خوب تجزيه و تحليل كند. برنر شد كه مستمسك شدن به عصاي اتحاد درماني و مشابه آن زماني لازم المتذكر مي است كه تحليل انتقال را جدي نگرفته باشيم.

شد كه خطر در ايه نسبتاً متعادل خويش (1979) يادآور مي كورتي س در نظر ● كجا نهفته است: خطر آنجاست كه اتحاد درماني به عنوان هدف نگريسته شود، اي براي ايعني ايجاد يك رابطه با ابژه، در حالي كه اتحاد درماني وسيله رسيدن به هدف است.

(1981) حتي به كه چرا اشتهينشود در اين زنجيره استدلالي مشخص مي ● هاي ناخودآگاهي كرد. زيرا مر رفتار چنبدان انتقال محبوب فرويد انتقاد مي دارد كه بايد در اينجا و الكنون تفسير شود.

ترين شاخه اين مجموعه مفهومي، درك | جوانهاي خودنظريه كهوهوت درباره ابژه مطرح هاي خوفراگير كهوهوت درباره انتقال است كه در چارچوب نظريه ابژه . بينش كهوهوت بدني خاطر فراگير است كه كهوهوت روابط اشدولمي تاريخ فرآيندهاي ناخودآگاه در عنوانمبينانساناي و سيكل زندگي را

هاي خود، روابط كنند. ابژههاي خود ارزيابي مي پس چستجو و پيدا كردن ابژه و باي كديگر هاي كهمن الگويي است كه خود و ابژه مورد نظر من و تبا ابژه ها محسوب | جزوي از خود و خود جزوي از ابژه عنوانمبينانساناي. ابژلمزوج شده هاي خاص كه كهوهوت تشریح كرده، مثلاً اشتهين. به همين سبب انتقال اشدولمي انتقال دوقلوه و ذوب شدگي، متغيره اي در يك واحد تعامل را تشكي مي بطه با ابژه آن است كه وي هاي را اشتهين. فرق نظريه كهوهوت با ديگر نظريه ددهال عاده زيادي در برابر يك كودك قرار مي انظارات فوق

از آنجايي كه وابستگي انسان به اطرافيان امري است كه در سراسر زندگي مانده، نظريه كهوهوت درباره ابژه خود، حاوي پيامدهاي عام و ابا برجاي مي مارن بعلت احساس عدم خود پيامدهاي خاص براي تكنيك درماني است. هم بي باوري نيازمند به رسميت شناخته شدن هستند و انتظاراتي در اين جهت به هاي خاص ابژه با خود را اشتهين. علاوه بر اين كهوهوت انتقال روانكاو منتقل مي گيري و تفسير آنها در همان بستر را نشان داده تشریح نموده است و شكل شافت و استرولو (1984) در اين زمينه ارايه است. ما به جمع بندي كه برانده كنيم: انده، استناد مي داده

يابد كه وي در فرآيندي كه كودك گام به گام به ساختار رواني خود دست مي "

سازد، روابط ابژه با خود جهت استحکام و را در مسیر تنظیم خود مستعد می بازتاب استمرار باشند. تکوین روابط ابژه با خود، انسجام خود ضروری می و هارمونی فرآیندهای رشدی از مسیر مراحل متفاوت است. در ناتوانی جنسی که معرف بی‌مارگونگی در روابط ابژه کهن الگویی است (کلاین، روزنفلد، توانیم سرسختی یک انتظار قابل اعتماد را ببینیم که کرنبرگ)، می املر، پین و برگمن کند) وینیکوت 1965، ملزهای ابژه خود را ارضا می مانند، تمایز، 1975). آنجایی که نیازه‌های ابژه خود کهن الگویی بی‌پاسخ می ادغام و استحکام ساختارهای خود و مسیر رشدی روابط ابژه با خود، منقطع خوانند شد.

بحث درباره اختلاف نظرها

دیل شوند توانند به یک بحث و تبادل بارور تباین اختلاف نظرها زمانی می های تیوری که آن‌ها شناخته شوند و از سوی دیگری که از سوی بی‌پیش فرض های تعصبی و مکتبی خود را کنار بگذارند. اچ‌به ال معیاری نقطه تمایز نمایندگان مکتب کلاین و طرفداران تک‌نیک ایده ای‌سلر و همچنین کوهوت و شاگردانش، محتوای متفاوتی است که آنان برای ها به درک ناب خود از مفهوم‌شوند. هر یک از این گرایش‌های می‌مقوله انتقال ان‌تقال پای‌بند هستند. با وجود آن‌که هر یک از مکاتب نامبرده انتقال را بطور تی‌پی‌ک خود تشریح توان تردیدی داشت کنند، پی‌امدی برای آن مکاتب در برن‌داشت‌ه است. نمی‌می است اختیاری کنند، نسبی‌ت که با توجه به بینشی که هر روان‌کاو ممکن رسد. بخشیدن به این گفت‌و‌مان ضروری بنظر می لحاظ‌به و ا‌شودهای گوناگون بذر پاشی می‌مزرعه بحث انتقال از نظریه . انتقال از مسیر ا‌شودهای مختل‌فی از آن برداشت می‌تکنیک درمانی حاصل های | و بال‌عکس. به همین سبب تک‌میل نظری‌ه‌شودغیرانتقال تعریف می رسد. انتقالی که با گذشته سروکار دارند، ضروری به نظر می این‌که در مکاتب سخت‌گیری، اتحاد کاری که ربطی به انتقال ندارد، کم‌رنگ کنند، هم‌قابل فهم است و هم با معنا. چرا که بدین‌وسیله یک الگویی جلوه می . انتقالی درون روانی بای‌د جای خود را به یک الگویی تعاملی بدهد-درمانی شده است. همچنین درگیری‌تصمیم‌در روان‌کاو غی‌رم‌کتبی مدته‌است اختلاف نظر زان‌دلر و رانگل درباره اکنون و این‌جا بحث فراتر از الویت ی که روان‌کاو سؤال‌داشتن تک‌نیک تعبی‌ر است. برعکس کردن ظاهراً ساده و ، پی‌امدهای بزرگ درمانی "اکنون چه چیزی در جریان است؟" کند: مطرح می . اگر ا‌شودهای ذهنی و یا بازسازی مربوط می‌دارد که مثلاً به جای‌گاه سازم‌علمی ترین مفهوم خود را مبنا قرار دهیم، به‌اجام‌عیت روابط انتقال در وسیع های تعاملی و بین فردی و از این طریق به تأثیر روان‌کاو بر روند اچ‌به انتقال خواهیم رسید. ه مفهوم انتقال سخن بگوییم، چه بسا، بن‌ابراین اگر بخواهیم از توسعه سوء تعبی‌ر پیش‌خواه آمد. آنچه اتفاق افتاده یک نگرش تغیری‌افت‌ه است که بطور تدریجی در عمل روان‌کاو جاری شده است. چرا که هم‌یشه موضوع اصلی، رابطه میان این‌جا و اکنون و آن‌جا و آن‌وقت بوده است که در زمان ما

و آنچه الكنون در جريان است از خود ما اثر بخشي دشواری تبدیل به واقعييت مي پذيرد.

علايم نوروتيك، سايكوتيك و روان تني در طول جايگاه مهمتاز روانكاو. اند و مشاهده تكرار اين علايم و يا تعارضات شديدي، زندگي شكل گرفته دستبمبيني قابل توجهي در فرآيندهاي سايكوژنيك و سايكوديناميك درماني حائز اهميت است كه عيني كه گذشته نگر به چه شدت و لحاظهده. امي گيرد و يا عيني كه نزديك بين درمانگر در براي چه مدت مورد استفاد قرار مي : نسبت اين ديدهاي شود چه زمان گذاشته و بر چه مطالبي متمركز مي مختلف عمدها بدن بستگي دارد كه انتقال چگونه تلقي شود. در برداشت اي جامع كه رابطه با روانكاو در كانون توجه قرار دارد، پديده عنوان به انتقال، اوضاع چگونه است؟

كه بيماري شود تعبير انتقال به سطوح متفاوت رابطه با ابژه مربوط مي نسبت به آنها يا پيش آگاهي و يا ناخودآگاهي دارد. بينش بيمار در حالي كه . باوجود بگردد، عميق و گسترده ميشود ميبا بينش روانكاو اشنا و درگير توان نقش، نميشود آل نوعي تفاهم دوجانبه دنبال ميآنكه در حالت ايده گيري و توسعه فرآيند انتقال را نديده گرفت. بمرجسته روانكاو در شكل اي كه در آن روانكاوهاي كليشيه همين خاطر بالينت، تعبير انتقال موجودي وابسته تجلي مي يافتند عنوان به نسان و بيمار ا- يك ابرعنوان به داد. اين انتقاد متوجه تكنيك مكاتب كليني را مورد انتقاد شديدي قرار مي كرد. به موازات تعابير تكرار تلقي مي عنوان به شد كه انتقال را صرفاً امي مار، لازم است الكنون و اينجا و دنياي واقعي كه بي شود متفاوتي كه ارايه مي برد را مد نظر قرار داشته باشيم. بر آن بسر مي

نورزان انتقال-رابطه اتحاد كاري

امي دوايم تا الكنون اين مسئله را روشن كرده باشيم كه اتحاد كاري (همان چيزي بخش مهم عنوان به برد)، كه فرويد از آن تحت عنوان رابطه واقعي نام مي اشميك) 1983 در اين رابطه از يك درماني موقعيت روانكاوي شناسايي شود. گويي، يعني استفاد از نيروي انتقال براي از پارادوكس باليني سخن مي □□□□□□□□□□ بي بردن آن. تقريباتاً امري غيرممکن، همان طور كه در كتاب خوانيم: به كمك ابراز علاقه پزشك، بيمار را به امي □□□□□□□□□□

سمت چشم پوشي از اين علاقه سوق دادن!

هاي در آخر قابل ذكر است كه توانايي بيمار جهت ايجاد اتحاد كاري در ويژگي . در رابطه دوسويه درماني، سم روانكاو در شواخص صيبي ثابت خلاصه نمي تقويت مثبت و يا تضعيف اتحاد كاري غير قابل انكار است.

اره تيشو و تيشو (1969) به رابطه متقابل اتحاد كاري و نورزان انتقال اش خاص دارند. اينكه اتحاد جهت كمك، سير و نتيجه فرآيند درماني را تحت دهد، از جانب لوبورسكي و ديگران (1988) مورد بررسي دقيق تأثير قرار مي واقع شده است. مسند كردن تخفيرياتي كه فرويد (1909) بدلايل عملي و هاي نور روش آن بود، توجه كننده و محدود كننده قدرت مادن بال به علمي بخش عنوان به روانكاوي و تأثيري بود كه روانكاو در بكارگيري انتقال كرد. اعده فرآيند روانكاوي اعمال مي

از رابطه عینی بسمت روانشناسی جدید به مثابه ذهنیت: 2 ابژه-6
دو نفره*

از عینیّت جدید به ذهنیت جدید
کرد که از انتقال نشأت | صحبت می "چنگ جدیدی" فرود از ابژه جدید و
گیري انتقال را از طریق انفصال | اولین مرحله، شکل عنوان بیهی. او می
لایبی دو از علایم و در مرحله دوم، فعالیّت درمانی برای دستیابی به ابژه
کند) فروید 1916، ص: 473. (چن به اجدید، یغنی روان کاو را توصیف می
کیفیت ابژه جدید توسط لوالد نوآورانه این چنگ روشن است: ابژه جدید.
(1960) بررسی شده است. این نشان دهنده روح زمانه خلاق است و دقیقاً در
همین دوران یک کتاب مطرح درباره شرایط درمانی و توسط استونز (1961) (به
رشته تحریر در آمد.

گمان ما بر این است که نقطه عزیمت از ابژه جدید بطور اجتناب ناپذیر به
حامل مشاهده مشترک و تفسیر مبتنی بر نظریه عنوان بیهی ذهنیت شناس
منجر خواهد شد. فعالیّت درمانی نه بوسیله ابژه جدید، بلکه بوسیله شخص
پذیرد. روان کاو با تعبیرات خود قدم به قدم به بیمار نشان روان کاو انجام می
بیش بیند و بدین وسیله دستیابی بیمار بدهد که او را چگونه میامی
تواند بینش و کند، بدین وسیله بیمار میاجدید درباره خود را تسهیل می
آن رفتار خود را تغیر دهد. ذهنیت جدید بر بیمار تأثیر نوآورانه دنبال به
دارد.

اما ابزار تلقینی که جزئی از انتقال هستند و هدف برطرف کردن آنهاست،
رود از این طریق از بین نمیتوانند موجب تغیرات شوند؟ تکرار آنچه گونه می
های نرم و تفسیری بیان کنیم. چنانچه نفوذ درمانگر که آنها را با تلقین
کردیم، توضیح تغیرات درمانی را در تشابه انتقال و تلقین ارزیابی می
چیزی جز این نبود.

کرد و بدین وسیله نوعی یک جان به | فروید از چنین تشابهاتی استفاده می
آورد که فهم عمیق عمل کرد درمانی ذهنیت جدید را شکل نگری را بوجود
کند، در کرد. شخص پزشک که بیمار به دفعات مرتب به او مراجعه میامی
نظریه تکنی که فروید کسی است که بیمار به دریافت محبت و توجه از وی
توان گفت که عادت کرده است. بدون تردید و همراه با وینی کوت (1973) می
گیرد. بر ابژه است که ن به عنوان ابژه مورد استفاده قرار میذهنیت همچنی
های. هدف درمانی در حل تکرارها و در قطع چن بهشود انتقال متحقق می
دهند. برای قطع این سیکل و روتی که است که در یک سیکل معیوب رخ می
های جدید معیوب، یغنی جبر تکرار، لازم است بیمار به کشف نکات و چن به
شخص در بهترین حالت بخشی از عنوان بیهی دست یابد. روان کاو در ا
های ناخودآگاه در برخی کند که بر پای هدایت انتظارات بیمار را برآورده می
ها، بویژه در زمینه علایم وی و یا مشکلات خاص زندگی، همیش برآورده زمین
لگوهای اند. در دیدگاه فروید آن پدیده جدید توسط بازگشت به اشته
شودتاریخچه زندگی و باورهای کودکیانه توضیح داده می

این تأثیر مشخصی، قویترین اسلحه "آوریم: برای مثال نقل قولی می

* The New Object as Subject: From Object Relationship Theory to Two-Person Psychology
Das neue Objekt als Subjekt. Von der Objektbeziehungstheorie zur Zweierpersonenpsychologie

وارد □□□□ امري عنوان بدهاين امي ڪي ماست و آن چيزي است ڪه ما در شرايط ، چون به شونگنيم. . . نورو تي ڪر بدين خاطر دست بڪار تغيري رات ميلم مي به به آن ڪسي ڪه به وي □□□□ پيدا ڪرده است. . . □□□□ ڪاو روان چسبيده، ايمان و باور دارد" (فرويد 1926، ص: 255).

تغيري رات در عمل و نظريه

ڪند و اين عادت از آنجا يي ڪه نظريه غريزه روان ڪاوي در باره ابژه بحث مي احتي از يادگويشي در روانشناسي. رابطه با ابژه ادامه يافته است، به ر رود ڪه ما با موجودات زنده و با اشخاصي سر و ڪار داريم ڪه از يڪدي گرامي ده، حتي زماني ڪه تاثير پذيرند. روان ڪاو لائق راه حل مشكلات را ارائه مي ڪند. ما امروز ڪند در باره چيز ديگري مگر انتقال صحبت نمي فڪر مي (1981) در باره نحوه ڪار اي و اساسي ڪه ڪرميوس بواسطه مطالعات پايه دانيم ڪه بنيانگذار روان ڪاوي درك جامع و فرويدي انجام داده است، مي تڪثيرگرايي از درمان داشته و در اين فرايند از طيف وسيعي ابزار و ڪرده است. البته اهميت دوران ساز مطرح ڪردن ذهني در ٽڪنيڪ استفاده مي ات عملي و علمي زيادي را در پي مشاهده و درمان نشان خسته ماند، زيرو مشكل هاي اخير شد. اين مشكلات تازه در دهه 1958 (فرويد همزمان سعي بر آن برطرف شده داشت ڪه مقوله ذهني را از بين برده و آن را خارج از محدوده ٽڪنيڪ روان ڪاوي 1956). در مباحث مربوط به ٽڪنيڪ درماني، ذهني مطرح قرار دهد (ويژم شد. فرويدي گشت ڪه به نفع نظريه ابژه، حقيري و بي اهميت شمرده ميلم داد، همانجا يي ڪه شخص روان ڪاو در ٽڪنيڪي قرار مي-ذهني را در حوزه برون هاي اخير در آنجا مانده بود. اكنون تغيري راتي در نظريه و عمل تا سال اند. گيل) 1983 (اند ڪه پاراداييم درماني و علمي فرويدي را متحول ساخته چريان ،"ديدگاه روان ڪاوي: تخليه انرژي يا شخص" در اثر رامن ماي خود با عنوان سمنتز نظريه عنوان بمبطور قاطع ادغام تعاملات بين انساني و درون فردي بل تأملي است غريزه و نظريه رابطه با ابژه را خواهان شده است. موضوع قا اي ڪه سه دهه قبل همراه با راپاپورت) 1959 (به تعميق و توسعه ڪه نويسنده مقولات فرا روان شاختي مي پرداخت، اكنون شخص را در برابر تخليه هاي حاصل از پتر آن است ڪه داده. مسئله مهم غريزه، در ڪانون توجه قرار مي ڪند. ايي مي مشاهدات روان ڪاوي چگونگي تحت تاثير شخصيت غ ارکان اصلي روان ڪاوي، يعني انتقال و مقاومت، برهه امشكلات و سردرگمي اند) پولاني 1958 (بنابر اين آليستي بنا شده آيد بمبنايي ڪ طرحواره علمي مشكل ساختاري دارند و برطرف ڪردن اين مشكلات قطعاً به نفع روان ڪاوي است.

از بي ماران فرويدي (مطرح ڪرد، همانگونه ڪه لامپل دگروت) 1976 (يكي ڪرد: رابطه و انتقال. دگروت | درمان گر در دو سطح حرڪت مي عنوان بده فرويدي ابژه عنوان بده شخص و چه زماني عنوان بدهانست ڪه فرويدي چه زماني امي ڪرد. اين رفتار دوگانه بايدي بسيار قوي بوده انتقال با وي صحبت مي اي هاي پيچيده خود نه تنها سيستم خود بمبناشد، زيرو رابطه و انتقال هستند، بل ڪه با يڪدي گر درهم تنيدگي نيز دارند. اين درهم تنيدگي مشكلات متعدد علمي و عملي به همراه داشت ڪه فرويدي راه حل اين مشكلات را

يك رابطہ عنوان به آل يك سويہ و در حيطة عمل در يك الگوي درمانی ايدہ
 كرد. دوسويہ جستجو مي
 ت افكار تكثيرگرا در پاراداييم علمي بدان معناست كه كليہ تأثيرات تشبي
 روانكاو بر بيمار و بال عكس را بررسي كنيم. براي اين كار مدلي ايجاد
 كرد، شايع گشت. آنچه تبديل به نشد، بلكه آنگونه كه فرويد روانكاوي مي
 سنت شد، الگوي يك سويہ با اين هدف بود كه انتقال بشكّل خالص و ناب
 موجود، "رابطہ واقعي" اجرا گردد. در واقع در آثار فرويد توضيحاتي درباره
 اثربخشي درمانی با پيشينيہ تاريخچه زندگي، يعنني شويافت نمي
 شد، انتقال محبوب ارزيابي مي عنوان به كليفت رابطہ با والدين، مرتبط و
 بطہ واقعي در امري كه موجب سردرگمي گشتہ بود (زان دلر و همكاران 1973). را
 در صورت انتقال "شد: برابر انتقال قرار داده و تهديدي براي آن محسوب مي
 (فرويد 1912 "شد، بيمار ممكن است از رابطہ واقعي با پزشك خارج شود
 ص: 371).

اين توصيفات عام و نيز تعابيري منفي (تحريري ابهام در نظريات فرويد.
 اقي ماند. پس از گذشت زمان رابطہ واقعي توسط انتقال (بقوت خود ب
 نسبتاً طولاني بود كه فرويد (1937) مطرح كرد كه مر رابطہ درمانی خوب را
 تواند ري شہ اي مي انتقال ارزيابي كرد، بلكه چنين رابطہ عنوان به توان نمي
 در واقعي جاري ميان درمانگر و بيمار داشته باشد. ما براي چيزهاي جديدي،
 شكّل، از ابزار زباني برخوردار نيسيم. به نظر آن حتي اجزاء جديدي حل م
 عنوان به فرويد (1936) ما مر آنچه را كه در موقعيت درمانی، جديدي نيسيم،
 كنيم. به همين علت همواره بر خودجوشي نورز انتقال اي كه انتقال تلقی مي
 "نابودي" و "برطرف كردن" بشود اي، تأكيد مي بوسيله پزشك بوجود نمي
 رز بايد الزاماً به درمان علایم منجر شود (فرويد 1905). در آثار اين نو
 فرويد كمتر به اين مسئلہ توجه شده كه سهم روانكاو در پيدا كردن راه حل
 در بيمار چيست. گيري تصميمنشكلات و افزايش قدرت

* های موجود 2 به رسمیت شناختن حقیقت-7

مشكلات جاری در برخورد با انتقال
 عميقي كه بوسله كشف انتقال در انسان، پزشك و دانشمند ايجاد نگرانی
 شد، هنوز ادامه دارد. پس از كشف انتقال در سال 1895 بوسيله فرويد، وي
 مورد □□□□ يك عامل مهم درمانی در تشریح درمان عنوان به اميت انتقال را
 آگاهی هاي خودتأكيد قرار داد. اينكه ما انتقال را از طريق بردن به لايه
 نوشت. □□□□ خيزد كه فرويد بر مورد كنيم، از نقدي بر مي "نابود"
 تاريخ يك بيماري در عنوان به موردی كه در دسامبر 1900 به اتمام رسيدي و
 -هاي درسي (1917 ژانويه 1901 به نگارش در آمد. فرويد بعده در سري كلاس
 تا از تكرار، به يادآوری كنيم "مجبور" 1916) مطرح نمود كه ما بايد بيمار را
 خاطرات روي آورد.
 اين يكي از دلايلي است كه نگرانی ادامه يافته است. قواعد درمانی كه در اين
 بين جهت تسهيل برخورد با پديده انتقال تدوين شدند، نتوانستند

* The Recognition of Actual Truths
 Die Anerkennung aktueller Wahrheiten

مشكلات را حل كنند. محتوای پرخاشگرانه (نابود كردن، ریشه كن كردن) زند كه انتخاب كرده بود، به اين گمان دامن مي‌هايي كه فروي استعاره حقيقت موجود، يعني بخش واقعي انتقال براي فرويد در دنك بوده است. امكانات زيادي براي دفع مشاهدات واقعي بيمار وجود دارد. در اينجا، حتي با رسد، ارأئه تعبيرات انتقال يك ابزار وجودي كه خيالي پارادوكس به نظر مي رند كه در صورت مشاهدات واقعي و مناسبت بيمار، در دستور كار شايع مؤث گيرد. بجاي آنكه ادراك شفاف و روشن مبنا قرار گيرد و يا از قرار مي تأثيرات يك مشاهده واقعي بر ناخودآگاه و تبلور آن در انتقال صحبت شود، شوند كه بر اساس تحريف ادراك پايه ريزي ملمولاً تعبيراتي ارأئه مي كنيد من هم مانده مادران از شما فاصله خواهم گرفت. شما فكر مي‌اند: دهش البته همانگونه كه آن فرويد "آيا من هم مثل پدرتان عصبانمي خواهم شد؟" (1936، ص: 24) توصيف كرده است، اگر هيچاني به گذشته مرتبط شود، هيچان بيگانه با تواند آثار آرام بخش داشته باشد، چون بيمار از قيدي كه ابي اي. نكته اساسي آن است كه تعبير انتقال بگونهشود خود در كنون رها مي كند. انجام شود كه گويي بيمار تمام اينها را فقط در اينجا و كنون تجسم مي از اين طريق حقيقت موجود در ادراكات فعلي بيمار مورد توجه قرار دار شدن و پرخاشگري از ابا جريحه گيرد كه نتيجه آن امتناع شديد تاؤلممي انتقال ارزيابي شود عنوان به جان بيمار خواهد بود. اگر اين رفتار بيمار كند. او اين با همان موقعيتي سر و كار داريم كه آن فرويد در مورد آن بحث مي را مطرح كرد كه در نظر نگرفتن اين واقعي كه روانكاو و بيمار دوسؤال در يك رابطه واقعي "كنند و اينكه ه همزمان با هم رشد مي‌انسانمي هستند ك ساز پرخاشگري و عصبانمي است كه، زمينه "برندلسبت به هم بسر مي (آن) "بيني انتقال مي‌عنوان به اوريم، اما آن را ما نزد بيماران خود بوجود مي" (فرويد 1954، ص: 618).

طشخصي بر موضوع اصلي فقط در نظر گرفتن تأثيرات رواب◀
 فرآيند درمان نيس، بلكه تأثيرات بي نهايت عميقي است كه روانكاو بر گذارد. موقعيت حاضر از خود بجاي مي هاي سايلوتيكي مبتني فرويد پذيرفته بود كه حتي تحريف واقعي باشد. (بريك حقيقت تاريخي) مربوط به تاريخچه زندگي فرد (مي

هاي جاري نحوه برخورد با حقيقت

به تناسب اهميت آنها در □□□□□ هاي | حقيقت به رسميت شناختن. توانند به بهترين وجه بازسازي شوند. تاريخچه زندگي فردي، مي توانند بطور آشكار خود را نشان دهند. زمان كه آنها | اما مي □□□□ هاي | حقيقت به رسميت شناخته شوند، بخش انتقال آن كه به روانكاو مرتبط و يا بگردد، آشكار ميشود و ايجاد مي‌توسط شناختن ادراكات واقعي كه بيمار به آن دست رس مي‌تبه نگرانمي از اينكه گردان، بي پايه و اساسي ابد، انتقال را آلوده و غيرقابل شناخت مي‌مي توانند توسط بيمار مطرح و بيان اتر مي‌هاي عميقي است. برعكس: حقيقت كنند، پذيرفته | همانگونه كه خود را ابراز ميشوند. چنانچه ادراكات واقعي شوند، كاري ديگري، نظير آنكه در تعبير خواب روياهي روزانه را مبنا قرار

روان‌كاو درباره زندگي خصوصي ايشود داده و آنها را جدي بگيري، انجام نمي كند (هاي‌نه من 1970، توم 1981). در حالي كه اخود صحبت و اعترافي نمي پذيري كه مشاهدات بي‌مار در اين‌جا و اکنون در مطب درست است، واقعاً كند. فضاي كاري كامل‌اً تغيري مي

به نظر گيل (1994) مهم است كه در زمان ترديدي، شفاف بودن مشاهدات بي‌مار را مبنا قرار دهيم، به اين دل‌اي: هي‌چ‌كس در موقعيتي نيست كه بتواند به اثريات ناخودآگاه را بطور كامل كنترل شناخت كامل از خود دست يابد و نت كند كه از كنار كنند. پس بايد پذيرفت كه بي‌ماران چيزي را دريافت مي توجه و موشياري آنها عبور كرده است. بال‌اخره ممكن است در نظر نگرفتند وابستگي به دلي‌ل‌به‌اين مطلب به نوعي حق بجان‌بي منجر شود و بي‌مار ه اين نتيجه برسد كه با روايات و تعابيري روان‌كاو عقب نشيني كرده و ب در اين حالت روان‌كاو ال‌گوي مناسبي از گشاده رويي ايشود اخود پذيرفته نمي و آمدگي براي شني‌دن نظريات انتقادي يك نفر ديگر را از خود نشان نداده هاي گيل و موفمن (1982) ايتا بدني‌وسيله به نقد خويش راه يابد. بررسي گيري انتقال را بطور ايتان تأثير روان‌كاو بر شكله مي‌حكي از آن است كه سيستماتيكي دنبال كرد.

كند به رسميت شناختن ادراكات واقعي توسط روان‌كاو زمينه آن را فراهم مي هاي رواني را به فرجام رسانده و به هم‌نوايي بين ايتا بي‌مار كنش ايجاد هاي ذهنيت/عينييت دست يابد، امري كه يكي از مهم‌ترين پيش شرط به فرجام رساندن ايشود فاصله سالم از ابژه و تحقق خويش محسوب مي هاي رواني، وجه مشخصه تجربيات درمان‌ي موفق در موقعيت روان‌كاوي كنش است.

بي‌آمده‌اي عدم پذيرش يا تحريف

جديدي، آن‌گونه كه فرويد نورز "نورز مصنوعي" تأثريات نامطلوب بر آيد كه روان‌كاو ادراكات ابرعكس، زمان‌ي بوجد مي‌ناميد، انتقال را نيز مي عنوان بگرايانه و يا واقع‌ي حاضر را در تعبيريات خويش به ديد تقليل نگردي. اين موضوع كه روان‌كاو ادراكات واقعي را به تحريف واقعييت مي تكنيكي درمان‌ي حل نشده است. همان‌گونه كه لحاظ به رسميت بشناسد، هنوز آيند، هاي تاريخي پديد مي‌بر بستر انكار واقعييت فرآينده‌اي سايكلوتيكي توانند بر بستر انكار نورزه‌اي انتقال يا سايكلوزه‌اي انتقال مي هاي موجود ايجاد شوند. روان‌كاوي ممكن است خود، از تجميع مبالغه آميز واقعيت توان رد ادراكات واقعي، بخشاً دچار تحريف واقعييت شود. بنابر اين نمي كه ايجاد نورز انتقال توسط روان‌كاو، در اتمام درمان و فرآيند ترديدي داشت دارد. كم و بيش مشكل بر طرف كردن انتقال، نقش مهمي شونند، مشكلات عميقي كه بر سر راه از بين بردن انتقال مشاهده مي ناشي از آن است كه اهميت و تأثريات رابطه دو سويه بي‌مار/درمان‌گر در گيرد. اورد توجه كافي قرار نمي‌فرآيند درمان‌ي

* 2 این جا و اکنون در چشم اندازی نو-8

مشکلات مربوط به ارزیابی علمی
منظور ما از آنچه تاکنون گفته شد، نشان دادن این مطلب بود که در موقعیت
درمانی با فرآیند پیچیده تأثیر پذیری متقابل سر و کار داریم. به همین
متدی که دشوار و پُر هزینه هستند. لحاظ به‌ه‌ای سیستماتی که بت بررسی‌ن‌س
، بوسیله انتقال شود این‌که یک شخص واقعی که در قالب درمان‌گر ظاهر می
های خود و اجزاء انسان‌شناسی خود، چگونه بر متقابل، تحت تأثیر نظریه
و هم از تواند به بطور کامل هم از دید بالینی بی‌مار تأثیر گذار است، نمی
نگاه علمی مورد ارزیابی قرار بگیرد. به همین خاطر همی‌شه در دام بن‌بست
لحاظ به‌توان شخص واقعی را که پیچیده است بشویم. نمی‌رایج گرفتار می
تکنیک درمانی مبنا قرار داد. از جانب دیگر بررسی‌ن‌س برشی اکنون و این‌جا
محدودیت است که تواند پاس‌خ‌گویی پیچیدگی اوضاع باشد. بال‌آخ‌ره در نمی
دهد! انسان خبره بودن خود را نشان می

این جا و اکنون از دید گیل و هوفمن

های کمی و کیفی گیل و هوفمن (1982) مربوط به موضوع مقاومت بررسی
شود. لازم به‌برابر انتقال و نیز سهم روان‌کاو در پی‌دایش و تغیری آن می
در برابر انتقال توجه داشته‌دقت است که باید به هر دو جنبه مقاومت
رسد، زیرا تغیرات درمانی در باشدیم. اکنون و این‌جا، امر بدیهی به نظر می
گیری مقاومت) و انتقال(در نظریه گیل اگرند. ش‌ک‌ل‌ح‌ال حاضر مت‌ح‌ق‌ق می
. گیل و هوفمن اما بر جنبه کنونی‌ش‌و‌دن‌یز بخ‌ش‌ا به گذشت‌ه مربوط می
ت پی‌رامون بازسازی را به دل‌ایل زیر گیری مقاومت تأکید و توضیح‌ا‌ش‌ک‌ل
کنند: در تکنیک روان‌کاوی به سهم روان‌کاو در انتقال و مقاومت توجه‌رد می
لازم مبدول نشده است. حتی نقطه عزیمت بازسازی تاریخی باید در این‌جا و
گیری که در ش‌ک‌ل‌ا‌ک‌ن‌ون گذشت‌ه شود. برای ری‌شه یابی عوامل گذشت‌ه
اند، زمان‌ی‌ا تنی و س‌ای‌ک‌وت‌یک نق‌ش‌ا‌ش‌ت‌ه‌های نوروتیک، روان‌بی‌م‌اری
علمی مست‌د‌ل عمل کنی‌م که ارتباط‌ل‌ح‌اظ‌به درمانی مؤثر و لحاظ به‌توان‌یم‌ای
بی‌م‌اری در حال □□□□□□□□ مت‌ق‌ا‌ب‌ل عواملی را در نظر داشت‌ه باشدیم که به
کنند. دق‌ی‌ق‌ا این مطلبی است که مد نظر گیل است. اح‌ض‌ر کم‌ک می
است که این‌جا و اکنون اهمیت درمانی در‌خ‌ور واقعی‌ت ج‌ا‌ل‌ب و ق‌ا‌ب‌ل تأملی ◀
اند. آورده‌دست‌به‌خود را به تازگی در زمان حاضر
رابطه با عنوان به‌توس‌عه هم‌زمان مفه‌وم انتقال که از جانب بس‌ی‌اری روان‌کاوان
عل‌ا‌م‌تی در عنوان‌به را ش‌و‌د‌ا‌ب‌ژه فراگیری بی‌مار نسبت به روان‌کاو تلقی می
2 توصیف کردیم. -جهت یک تغیری اساسی در بخش 5
منظور برطرف کردن موانعی‌ن‌گاه به گذشت‌ه و زنده کردن خاطرات همواره به
بوده تا راه برای آینده باز شود.

* The Here-and-Now in a New Perspective
Das Hier und Jetzt in neuer Perspektive

با وجود آنكه در استنباط سنتي انتقال، تكرار، جنبه مسلط را به خود اختصاص داده بود، مايليم دو نقل قول مهم از آثار فرويد بياوريم كه محتواي درماني و علمي امروزه روشن شده و مورد استفاده مفيد واقع لحاظ به آن چنين □□□□□□ □ □□□□□ □□□□□□□□□□ شون. در كتاب امي خوانيم: امي

آفريند. گذار از انتقال يك قلمرو بينابيني ميان بيماري و زندگي مي". موقعيت جديده هميشه بيماري به زندگي معمولي در اين فضا مهيا مي بيماري را بخود گرفته است، اما نوعي بيماري مصنوعي ايجاد هايويژگي (1914 ص: 135). "توانيم به طرق مختلف در آن مداخله كنيم كنند كه ميامي

فرويد چنين □□□□□□ □□ □□ □□□□□□ در سري درس گفتارهاي خوانيم: امي

بخشد، اما اگر روند شروع درمان، فرآيند تكميل بيماري را پايان نمي اي ديگر، يعني به بر بيمار مسئوليتي شد، بازتوليد بيماري به نقطه مبنا. چنانچه انتقال به اين مرحله رسيده بشود به رابطه با درمانگر منتقل مي دهد. نادرست باشد، كار كردن درباره خاطرات بيمار الويت خود را از دست مي عنيست چنانچه بگوييم در اين حالت، ديگر ايام كودكي بيمار موضوع اي كه جايگزين اصلي نيست، بلكه نوزدهاي جديدي و تغيري شكل يافته (1916 ص: 462). "شوند نوزاد اوليه مي

درماني بر مبناي حال حاضر و از اينجا و - عملي لحاظ به در واقع روانكوان هاي كنوني به ترسيمي، كنند. آنجا در پرتو دريافت كنون فعاليت مي آورند. ما بوسيله بازسازي آن بخش روي مي با سازي و تفسير گذشته زني، از اينجا و كنون شروع انتقال كه پيدايش آن را در گذشته حدس مي كنيم. امي

انتقال بمثابه فرآيند درماني

شيرخوار نيز با محيط پيراموني تعامل دارد و عنوان به از آنجايي كه انسان ها | ابژه دن بال به هفتگي خويش مانيز از ديده گاه روانكاوي در تخيلات خودش مي هستيم، انتقال چيز ديگري نيست، مگر نوعي رابطه با ابژه. حتي نونبرگ كه موقعيت روانكاوي را شديداً با دلبستگي هيپنوتيزمي بيمار از غي ربه كرد، به انتقال، خصلت ديگري نسبت به پزشك مقايسه مي گويد: كرد. او مي رابطه با ابژه تفويض نمي

ها به سمت دنياي بيروني متمايل لي كه در انتقال، آرزوها و غريزه در حاشيه شون، انتقال از جبر تكرار، مبري است. جبر تكرار به سمت گذشته امي گردد. اگرايش دارد و سمت و سوي انتقال برعكس به موقعيت كنوني باز مي (1951). "توان ادعا كرد كه انتقال به آينده متمايل است از اين منظر حتي مي

كنند. پس روانكاو در انتقال، اين پديده را به يك مقاييس فرآيندي تبديل مي در پيدايش و نيز در اضمحلال آن، شرايط بروز دهنده و جدي موقعيت درماني، تر از گذشته و تكرار موضوعي آن است. چرا كه شانس تغيري رات و اجدي در زمان حال رقم بدني و سيله سير تكميلي آينده بيمار و بيماري او فقط هاي اخير، پيدا كردن اخورد. در بسط و توسعه الگوي درماني روانكاوي در دهه هاي راه حل براي مشكلي مطرح است كه گيل (1982) اينگونه بيان كرده است:

3 انتقال متقابل

و تاریخی تحول آن "سیندرل" عنوان به 3 انتقال متقابل -1
3 انتقال متقابل در قالب بی نو-2
گرایان 3 نتایج و مشکلات دیدگاه کل-3
3 یکپارچگی و مکملی بودن انتقال متقابل-4
؟ را پذیرفت 3 آیا باید انتقال متقابل-5

* "سیندرل" و تاریخی تحول آن عنوان به 3 انتقال متقابل -1

دید منفی از انتقال متقابل

از همان بدو کشف، انتقال متقابل بوسیله فروید (1910) در یک ارتباط پویا با انتقال بی‌مار قرار گرفت: انتقال متقابل "توسط تأثیر بی‌مار کند" مرگ‌یرد. فروید تأکید می‌نماید که "شکل می‌برد عواطف ناخ‌های درونی‌ها و مقاومت‌ها و پیش‌روی کند که عقده‌روان‌کاوی فقط تا حدی می‌تواند اجازه می‌دهد" (1910). از این‌جاست که برای خود روان‌کاوی ضرورت طی‌های گردد تا بدین‌وسیله از لکه‌کردن یک دوره روان‌کاوی آموزشی ایجاد می‌شود که خود رهایی‌یابد.

های فروید درباره انتقال متقابل در ابتدا در قالب به سبب آنکه توصیف‌ها ("مانند یک جراح بی‌احساس عمل کن"، "همچون آینه باش"‌های شدیدی) استعاره‌های زیاد بار معنایی منفی بخودش، انتقال متقابل برای ده‌بیان می‌شود، (1912) "روان‌کاوی خالص" نبال گرفتار بود. بنیانگذار روان‌کاوی که در ی‌عنی برخورد کاملاً عاری از هرگونه پیش‌داوری با بی‌مار بود، هم‌نگران گرای بی‌خود دلایل‌هایی بود که ممکن بود رخ دهد و هم برای ناب‌سوء استفاده کرد. اعلام می‌طرح می‌

ر در حالی که انتقال پس از یک دوره کوتاهی از مانع درمانی به ابزار درمانی مؤثر تبدیل شد، انتقال متقابل تا 40 سال پس از اعلام وجود، بار معنایی منفی‌های اعلامی رایج در تضاد ال‌گویی انتقال متقابل با کلی‌شده کرد. با خود حمل می‌دانست و به همین‌هایی که فروید خود را نسبت به آن‌ها متعهد می‌بود، کلی‌شده علم، استفاده از خاطرات این روش جایگاه متزلزلی پیدا کرد. در تاریخی گردد. در همان زمان استعاره آینه به زمان فرانسویس بی‌کن (1620) بر می‌استعاره آینه با عینیت پذیر ع‌جین شده بود، بدان معنی که پس از ی‌ابد. بر این‌اگر از عناصر ذهنی، ماهیت حقیقی تظاهر می‌تواند مشاهده‌های گیاهی سیاه و آلوده‌م‌بنا این انتظار شکل گرفت که انتقال متقابل ل‌که دی‌گر را برطرف سازد. زمانی که از روان‌کاوی خواسته شد که بر تعارضات نوروپیک خود و تظاهر آن در انتقال متقابل در برابر بی‌مار غلبه کند،

* Countertransference: The Cinderella in Psychoanalysis

Die Gegenübertragung als Aschenputtel und die Geschichte seiner Verwandlung

نوعی بینش هول انگیز نسبت به احساسات و عواطف خویش در روان‌کاو پیداشد.

کرد که | به روان‌کاوان جدیدی ایراد می‌های خود را مخصوصاً خطاب‌فروید توصیه خواستند | درمان تلقینی را تنها روش درمانی خود قرار نداده بودند، بلکه می به روش روان‌کاوی واقعی عمل کنند. فروید به آنها هشدار داد که مبادا بی‌ش از حد از فرد خود مایه گذارند، اگر چه وسوسه این کار کم نبود:

من است که پزشک برای مقابله با مقاومت بیمار، کاملاً مجاز و حتی سود" ای به روی کمبوده و نقایص خود بگشاید و از طریق اطلاعات اطمینان‌پنجره بخش نوعی هم سطح بودن خود با بیمار را مورد تأکید قرار دهد. اعتماد ای با ارزش است و کسی که اجازه ورود به حریم خصوصی دیگران را پدید می دهد خود نیز برای امر متقابل آماده باشد. البته تجربه بر صحت خواهد، بالمی ای نیست که چنانچه زنند. امر پی‌چیده‌ای است که احساسی مهر تأیید نمی این تکنیک بکار گرفته شود، فضایی روان‌کاوی را ترک کرده و به حیطة تابش و پیش‌ویم. در این حالت بیمار فقط آماده می‌های تلقینی وارد می‌درمان های رایج مسدود شده بودند، زودتر در اختیارات اطلاعاتی را که بوسیله مقاومت های ناخودآگاه بیمار کم‌کم می‌بگذارد. این تکنیک البته در کشف جنبه تر، ناتوان‌های عمیق‌کنند، بلکه بر عکس بیمار در غلبه بر مقاومت‌نمی درمان. همچنین از بین رفتن انتقال که یکی از تکالیف اصلی پیش‌ویم می کنند، به نحوی که است، بواسطه بینش خصوصی پزشک با مانع برخورد می . قصد من این نیست که این‌طور آمده اولی به اثر می‌دست‌بهمی‌شرفت تکنیک را بطور کلی بی اعتبار سازم. پزشک باید برای بیمار غی‌رقابل ه، نشان‌رؤیت باقی بماند و مانده یک آن‌چه بی‌ش از آن‌چه در آن افتاد توان ایراد گرفت، اگر یک درمان‌گر آن‌لی عملی نمی‌لاحظ‌بهمند. البته خود را با چاشنی تلقین می‌بازد. البته باید از درمان‌گر خواست که به کنند، شک نداشته باشد. همچنین او باید بداند که روش وی آن‌چه عمل می (فروید 1912 ص: 384). "روان‌کاوی واقعی نیست

های مثبت انتقال متقابل عطف: جنبه‌نقطة

آنچه که روان‌درمان‌گر اجازه دارد، اما روان‌کاو اجازه انجام آن را ندارد، آن‌چه که روان سازد، امروز، همچون گذشته هنوز درمانی و روان‌کاوی را از یکدیگر متمایز می یی‌ترین وجه در قواعد شناس‌توان به آسان‌ها را می‌موضوعی داغ است. تفاوت کرد. موضوع پی‌چیده نحوه اثربخشی به سبب موضوع انتقال متقابل عملی و هم از جنبه علمی به مشکل تبدیل شد. لحاظ‌بهم‌علق‌ماند، امری که هم در ترس از انتقال متقابل فقط با یک امر مشخصی روبرو نیستیم. احساس انتقال کنند، از تأثیرات نامطلوب پرهیز کنیم. ای‌ای‌جاب می‌مسئولیت حرفه متقابل مصداق این حالت شد. این مدت به سین‌درلی تکنیک روان‌کاوی های دیگر این دخترک می‌تیم زمان‌قابلیت شدند تبدیل گردید. کیفیتی ها قبل به نوعی که وی به شاهزاده خانمی خوش‌بخت تبدیل شد. البته از مدت ای که شد، بگونه‌ها شنیده نمی‌شد. اما زمزم‌های بی‌نهفته در آن حدس زده می رسد تحول یک شبه اتفاق افتاده است (آبند 1989). ابراز به نظر می کنند که، این گمان را تقویت می‌شودای که این‌ک‌نثار این شاهزاده خانم می‌علاقه بس‌یاری از روان‌کاوان بل‌افاصله احساس رهایی و آرامش کردند، مثل زمان‌که

ي جديدي مطرح كُرد. ائينكه اجتناب لښووت پدیده خودشيفتگي را از منظر توانامرضي تا چه حد بر اين گفتمان تأثير گذاشته بود، از آنجا مي 30 سال پس از آنكه فرويد پديده انتقال متقابل را -دريافت كنه تقريباً 40 كشف نمود، اين موضوع در نوشتارهاي بالينت (1939)، (بيرمن) 1949)، (1952)، (گيتلسون) 1952)، (ليتل وينيكوت) 1949)، (رايش) 1951)، (كوهن) 1951)، در چشم اندازي جديدي مورد بحث واقع شد. بويژه نظريات اصلي هايمن شد، به همين دليل ما بعداً به (1950) در اين زمينه بامثابه نقطه عطف شمرده اين نظريات خواهيم پرداخت.

پيشگامان ارزشيابي مثبت

هاي 50 بوسيله ايلات منتشره بالا در سالدهد كنه نظرياتيخ اين مفهوم نشان مي است. پيشگاماني در اين زمينه ارائه شده

تواند روانكاو را به سمت |فنيشل اعلام كرد كه ترس از انتقال متقابل مي هاي طببيعت انساني در مواجهه با بيمار سوق دهد. سركوب كردن جنبه لباً تعجب خويش را از اند، غايي ماريان كه قبلاً نزد روانكاوان ديگر بوده كردند. آنان گمان داشتند كه برخورد راحت و طببيعي فنيشل ابراز مي در حالي كه "روانكاو چيز ديگري است و اجازه ندارد انساني رفتار كنند. برداشت عكس بايد سنگيني كنند. بيمار بايد بتواند همواره بر انسان (4) فنيشل 1941، ص: 7 "دوستي روانكاو خود اتكا كنند

همچنين بيرمن (1949) تأكيدي نمود كه ارزيابي منفي انتقال متقابل به هاي خشك و ضد درماني منجر شده است. فضاي عاطفي مطلوب بوسيله بينش ، اين بدان معني است كه مراقبت و علاقه صميمانه بشودظنزه اي باليني ايجاد مي روانكاو تا چه حد حائز اهميت است.

جربيات نتوانست به ثمر نشيند، زيرا قواعد بازي فرويد اين گنجينه ت اي از به آداب دست و پا گير تبديل شدند. از آنجايي كه فشارهاي كار حرفه كنند، قابل فهم است كه موضوع مورد بحث انساني به نسل ديگر تغيري نمي المليلي انجمن روانكاوي درباره اي بي ندرتاريخ روانكاوي در تمام سمپوزيوم تكنيك روانكاوي از نيم قرن پيش تا كنون، صدر نشين بوده است.

هاي تكنيك درماني ها درباره توصيفي متقريباً بطور منظم در اين سمپوزيوم هاي فرويد نظيره، مربوط به استعاره ها و نمونها. مثالشودفرويد بحث مي است، چونكه هر □□□□ □□□□ □□□□□□ □□ □□□□□□ □□□□□□□□□□

هاي نهفته در احين كار روزمره خويش به طرق مختلف با نگران ي روانكاو در هاي در بورس قرار اشرايط پيچيده درگير است. به همين خاطر راه حل كنند. سازي گي رند كه امنيت و بكارگيري ساده را زمين هلي . توضيحات تكميلي درباره مباني درمان باعث تشبيت تغيري اساسي پرتوي جديدي مورد ارزيابي قرار گيرد. ائينكه شد تا انتقال متقابل در نويسنندگان زيادي بطور همزمان در مسيري مشترك گام برداشتند، حاكاي از آن بود كه زمان تغيري اساسي فرا رسيده است.

بالينت و تاراشو (1950) به اين نتيجه رسي دند كه تكنيك روانكاوي به است: تا كنون بحث اساسي مرحله جديدي از سيري تكميلي خويش وارد شده

آنالیز انتقال، یعنی نقش بیمار در فرآیند درمانی متمرکز بوده است. در مرحله جدید یاد شده، نقش روان‌کاو بواسطه انتقال متقابل به کانون توجه عملی تبدیل شد.

به دلایل زیر نظریات هایمن (1960، 1950) را مرکز ثقل قرار خواهیم داد.

سال 1950 نقطه عطفی بسوی برداشت سخنرانی وی در ◀ احساسات روان‌کاو در برابر بیمار را □□□□□□□□□□ بود که □□□□□□□□□□ شد. انتقال متقابل شامل می‌عنوان به یکه ابزار تشخیصی صی عنوان به هایمن بر ارزش مثبت انتقال متقابل ◀ □□□□□□ □□□□□□ عنوان به مؤثر تأکید داشت. وی انتقال متقابل را کرد. توصیف می بدین‌وسیله احساسات انتقال متقابل تا حدودی جنبه غیرشخصی بخود ◀ شونده، اما فرآورده بیماران گرفتند. این احساسات اگر چه در روان‌کاو ایجاد می هستند. هر چه روان‌کاو خود را برابر انتقال متقابل بی‌شتر بگشاید، به فاده کرد. زیرا ابزار کمکی تشخیصی صی است عنوان به توان از آن‌ها همان میزان می گیری انتقال متقابل به بیمار مربوط و در ابتدا از جانب هایمن تشکیل شد. | همان‌دس‌ازی فرافکنی توصیف می‌عنوان به گرایانه از انتقال متقابل را مطرح ساخت، اما بعد از | هایمن برداشت کل ◀ موضع‌گیری کرد. "سوء تفاهات" های 1950 در برابر سال رای رهایی دخترک یتیم از خصوصیات که پدر معنوی بر جوع به فروید. ای لازم بود. زیرا روان‌کاو به وی منتسب کرده بود، هر امامی و ویژه ای و شخصی در آنان منجر به غیراتی نظری در روان‌کاو به تعارضات حرفه عنوان به ابند که مباحث جدید | این تعارضات زمانی تعدیل می‌شود می شود فروید تفسیر شوند. در این‌گونه موارد گفته می‌زندی که فکری با کرده که منظور فروید نیز این‌گونه بوده و یا خود وی نیز بدین‌گونه عمل می "سوء تعبیراتی" است. به همین نحو هایمن (1950) بشکل دی‌پلماتیک از های آینه کرد که درباره نظریه فروید درباره انتقال متقابل و استعاره‌های می کند رود و ادعا می‌زاح مطرح شده بود. (نیرنس) 1983) از این نیز فراتر می‌وج که درباره فروید بر پایه یکه افسانه، سوء برداشت شده است، زیرا به نظر های انتقال متقابل منفی نبوده است. فروید، تمام جنبه فرن‌چی در سال 1919 از مقاومت روان‌کاو ای فرن‌چی. انتقال متقابل سه مرحله ر برابر انتقال متقابل سخن گفته است. وی سه مرحله انتقال متقابل را د توصیف کرده است:

رسد که وی در رفتار و گفتار خود، و ای می در مرحله اول، روان‌کاو به نقطه ● کنند که ممکن است به تداخل و احتی در احساس خود کلیه چیزهای را کنترول می در هم تنیدگی منجر شود.

و خطر شودله دوم، وارد مقاومت در برابر انتقال متقابل می‌سپس در مرح ● ایجاد انتقال کنند. بدین‌وسیله این‌که سرد و بی اعتنا شود وی را تهدید می به تأخیر افتاده و یا حتی غیرممکن خواهد شد.

پس از غلبه بر این مرحله، شاید بتوان به مرحله سوم رسید: چیره شدن ● ننده شاید متعجب شود که فرن‌چی در وصف غریزه بر انتقال متقابل. خوا های خود و بیمار را در بخش دیگری، پزشک باید داده "جمله زیر را گفته است: های درمان‌گر در گرو بطور منطقی بررسی کنند. توفیق رفتار و صحبت (ص: 53). "اتکا به این کار فکری است

ه غل به بر بعهده روشن شد چرا حتي توصيفات فرن چي در باره سه مرحل
نمود، اثري انتقال متقابل، بر ترس بزرگي كه بنظر وي غير موجه مي
شد و سپس اوج گيري نگذاشت: كنترل هيچانات كه بايد در ابتدا آموخته مي
توانست با اين توضيح كه آنها آن در مقاومت علي انتقال متقابل، نمي
ديد احساسات را دهند، اصلاح شود. چنانچه كنترل شلبي نش درستي آراء نمي
اولين مرحله آموزش قرار دهيم، نبايد تعجب كرد كه در انتها ترس عنوان به
بزرگ بوجود آيد و پايدار نيز بماند، حتي اگر قصد برطرف كردن دوباره
آن را داشته باشيم. بهر حال توصيفات فرن چي تأثير مثبتي بر
هاي فرويدي ميگفتم انتقال متقابل بر جاي نگذاشت. روانكوان از توص
كردند. هاي درمان ي پيروي و آنها را موبه موبه پياده مي در باره تكيك

*3 انتقال متقابل در قالبی نو-2

"خلأقیت بی‌مار" از دید های من

تبدیل دخت‌رک یتیم به شاهزاده خندان را براساسی به نحو دی‌گری، مگر
ی توان توصیف کرد: جمله پایانی های من همراه با استنتاجات عمیق آن نم

"انتقال متقابل روان‌کاو نه تنها حرف اول و آخر رابطه روان‌کاو است،
بلکه خلأقی و توان آفرینش بی‌مار را به نمایش می گذارد. انتقال
متقابل بخشی از شخصیت بی‌مار است" (1950).

والکنش نوروتیک روان‌کاو عنوان به‌اگر انتقال متقابل تا آن زمان کم و بیش
شد كه بايد از آن اجتناب شود، برابر نورز انتقال بي‌مار تعبير مي‌د
الکون به حرف اول و آخر رابطه روان‌کاو و بعده حتي به انتقال متقابل
ا. (کرنبرگ 1965) تبديل گرديدي "فراگير"

به نظر هاي من (1950) انتقال متقابل همه احساساتي است كه روان‌کاو در
گويدي كه پاسخ احساس ي كنند. فرضيه او چنين مي‌برابر بي‌مار تجربه مي
روان‌کاو به بي‌مار در شرايط روان‌کاو يكي از مهم‌ترين ابزاري كار وي
شود و حسوب مي.

انتقال متقابل يك ابزار پژوهشي در باره فرآيندهاي ناخودآگاه بي‌مار است. "
تاكيدون به اندازه كافي بر اين مسأله تأکيد نشده است كه شرايط
مان ي، يك رابطه مي‌ان دو انسان است. نقطه تمایز اين رابطه با روابط در
ديگر آن نيست كه يكي از آنان، ي عني بي‌مار داراي احساسات است و ديگري،
ي عني روان‌کاو عاري از اين عواطف است. نقطه تمایز قبل از هر چيز، درجه
از اين اي كه وي تجربه احساساتي است كه روان‌کاو دارد و نيز استفاده
(ص: 81). "كنند. اين دو عامل به يكي ديگر بستگي دارن د عواطف مي

* Countertransference in Its New Guise
Die Gegenuebertragung im neuen Gewand

دارد، در حالي‌اش را براي خود نگه مي‌حاي‌ز اهميت آن است كه روان‌كاو احساسات دهد. عواطف ايجاد شده در روان‌كاو در ذيل اهداف درمان‌ي‌كه به‌ي‌مار آن‌ها را بروز مي‌كند. | آينه به‌ي‌مار عمل مي‌ن‌عن و اب‌ه‌گي‌رن‌د كه طي آن روان‌كاو قرار مي‌

روان‌كاو هم‌زمان با توجه و دقت فراگير خود، جهت همراه شدن با احساسات " باشد. به‌ي‌مار و تخيلات ناخودآگاه وي، نيازمن‌د حساسيت احساس‌ي‌نيز مي‌فرضيه بنيادي‌ن ما اين است كه ناخودآگاه روان‌كاو، ناخودآگاه به‌ي‌مار را كند كه اي‌ق و در قالب احساسات‌ي‌بروز مي‌اي در سطح عمقه‌م‌د. چ‌ن‌ي‌ن رابطه‌م‌ي : در انتقال متقابل شود پاسخ به به‌ي‌مار خود متوجه آن مي‌عن و ان‌به‌روان‌كاو خود. راه پوي‌اي دي‌گري وجود ندارد تا ص‌داي به‌ي‌مار به گوش روان‌كاو برسد. روان‌كاو در مقاي‌سه مي‌ان احساسات خود با تداعي و رفتار به‌ي‌مار صاحب رسي اين مطلب است كه آي‌ا به‌ي‌مار خود را درك كرده به‌تري‌ن وسيله جهت بر (ص: 82). "يا نه

روي‌كرده‌اي نظري متفاوت

هاي‌من بعه‌ده نظريات خود را شديداً محدود كرد و ماي‌ل بود اعتبار نظريات ه‌ا فقط به منظور اخوي‌ش را با ن‌قده‌اي اراءه شده بس‌ن‌ج‌د. در روان‌كاوي نظريه هاي مختلف سنت خان‌وادگي نظري‌ه‌ش‌ون‌د. اح‌ل موضوعات مش‌خص مطرح ن‌مي رود كه هاي‌من در نظريه خوي‌ش درباره انتقال ا‌گ‌ردن‌د. احتمال مي‌م‌حس‌وب مي‌ است‌ادان خود به يك چ‌شم مي‌ عن و ان‌به‌متقابل س‌عي ن‌موده راي‌ك و ك‌ل‌اي‌ن را كه ن‌گري‌ست، به ي‌ك‌دي‌گر نزديك ك‌ن‌د. روان‌كاو بوسيله انتقال متقابل، نود و خل‌اقي‌ت به‌ي‌مار توسط‌ش‌ا خود مي‌"گوش سوم" بقول راي‌ك با

ي‌ابد. ه‌اي‌ي كه ك‌ل‌اي‌ن توصيف كرده است به روان‌كاو راه مي‌م‌كان‌ي‌زم در نظريه ك‌ل‌اي‌ن و م‌كت‌ب او، توان‌اي‌ي روان‌كاو جهت م‌من‌واي‌ي به اين ن‌كت‌ه بس‌ت‌گي دارد كه روان‌كاو فرآي‌ن‌ده‌اي م‌مان‌دس‌ازي فراف‌ك‌ن و درون ف‌ك‌ن را كه نزد خود شن‌اساي‌ي و دريافت بس‌تر آس‌يب شن‌اساي‌ي روان‌ي به‌ي‌مار م‌ست‌ن‌د، در ش‌ون‌د: ك‌رده باشد. در اين راستا د‌ل‌اي‌ل زي‌ر اراءه مي‌

ه‌اي | پي‌ش شرط‌عن و ان‌به اس‌ك‌ي‌زوي‌ي‌د و افس‌ردگي - وضعيت پارانوي‌ي‌د ◀ آس‌يب عن و ان‌به‌ل‌ازم در آس‌يب شن‌اساي‌ي روان‌ي عام و تحت ش‌رايط خاص، گي . گذار از حالت عادي به به‌ي‌مار گون‌ش‌ودش‌ن‌اساي‌ي روان‌ي خاص ارزي‌ابي مي‌ دو قطبي بودن ذاتي غريزه و اهميت ث‌ان‌وي‌ه خاطر به‌روان و سي‌ال است.

ه‌سته " عن و ان‌به‌ه‌ا در م‌عرض دو وضعيت فوق)ت‌ج‌ربي‌ات، م‌م‌ه ان‌سان ناخودآگاه(و ت‌اث‌ي‌رات آن‌ها بر م‌مان‌دس‌ازي ه‌اي فراف‌ك‌ن و درون "ساي‌كوت‌ي‌ك -ئ‌ي‌ده‌اي ساي‌كوت‌ي‌ك در م‌رحله پارانوي‌ن‌ق‌طه تث‌بت به‌ي‌ماري "ف‌ك‌ن قرار دارن‌د:

اس‌ك‌ي‌زوي‌ي‌د و آغاز حالت افس‌ردگي قرار دارد. . . چ‌ن‌چه ان‌سان‌ي به م‌رحله افس‌ردگي وارد شود، اما تا حدودي مورد م‌عال‌ج‌ه قرار گي‌رد، مش‌ك‌لات ايجاد شده باش‌ن‌د، ب‌ل‌كه ماهيت آن‌ها ن‌وروت‌ي‌ك در م‌راح‌ل ب‌عد، داراي ماهيت ساي‌كوت‌ي‌ك ن‌مي‌ ي‌ت افس‌ردگي بطور ناخود (زگال 1964، ص: 102). از آن‌ج‌اي‌ي كه وضع "است . ب‌عل‌ت ا‌ش‌ودلم‌ان‌د، نورز در يك ت‌ظ‌اهر فراگير م‌تب‌ل‌ور مي‌ا‌گاه بر ج‌اي مي‌ ه‌ا، فرآي‌ن‌د روان‌كاوي م‌تن‌اسب با چ‌ي‌رگي اين ي‌ا اح‌ض‌ور ع‌موم‌ي اين وضعيت ، در صورت‌ي كه روان‌كاو ب‌م‌ث‌ابه ي‌ك آينه ش‌فاف ا‌ش‌ودان حالت برنام‌ه ري‌زي مي‌ ش‌ك‌وف‌اي‌ي م‌مان‌دس‌ازي م‌عن‌اي‌ب‌م‌رفتار ك‌ن‌د و ت‌ك‌وي‌ن نورز انتقال‌ي

فراف‌ك‌ن و درون ف‌ك‌ن را تقويت ك‌ن‌د. اين دو فرآي‌ن‌د نوع رابطه با ابژه، م‌

كل يدي در فرآيندهاي ناخودآگاه بيمار پي برد. اما چگونه است كه انتقال ابزار با يكيديگر خويشاوند عنوان بهمتقابل هايمن و ممدلي كوهوت كه كنند، به اظهار نظره اي | را يك را انكار نمي "گوش سوم" مستند و منشأ خود از فصل 10 همين كتاب رسند؟ ما دكاملأ متفاوت درباره ناخودآگاه بيمار مي به موضوع بستر استدلالي دانش درمان ي و منطق آن كه تاكنون مورد توجه واقع نشده است خواهيم پرداخت. راي س (1983) در طي يك پژوهش پايه نشان گيري تعامل ي ممدلانه چه مشكلاتي بايد از سر راه دهد كه براي درك شكل ي برداشته شوند.

هرا حل

ا كه انتقال متقابل حرف اول تا آخر رابطه درمان ي است تا اثبات از اين ادع آن، راه درازي طي شده است. بجاي پيشرفت در اين زمينه، چنان رفتار كه گويي تنز هايمن كه بسيار فراتر از اعاده حثيت از انتقال شولمي و رود، فقط براي پي بردن به افكار متقابل و انسان ي كردن چهره روانكاو مي هاي كنند. ما بررسي تخيلات روانكاو مفيدي است كه هر چند يكبار بر روز مي آن در تبديل □□□□ تخيلات در روانكاو و □□□□□□□□□□ خود درباره نحوه به تفاسير را در انتهاي همين فصل ارائه خواهيم داد. چنانچه انتقال متقابل ا كردن راه حل ابزار ادراك مورد استفاده قرار گيرد، موضوع پيدعنون به شرايط درمان ي نام □□□□□□□□□□ عنوان بهمباري مشكلي است كه هايمن از آن رسد، زي را برد. چنين كنترل ي بمعن و منظور سنجش، ضروري به نظر مي مي هاي شناخته تواند در سير كشف و درك خويش، ويژگي ي "روانكاو براحتي "مي فرافكني كندهاي علل امري معتبر به نظريه عنوان به شده در خود را ها را بجاي خود، | فرويد 1912، ص: 383. امكان ديگر آن است كه اين ويژگي استفاده دنبال بهمباري بيمار انتساب دهد. اتفاقاً از آنجايي كه در روانكاي هاي خودآگاه وارد كامل از ذهني هستي، ضروري است اين ذهني را به لايه ه نظريه بينذهني به بحث بپردازيم. كرده تا بدنيوسيله بتوانيم درباره بدني منظور لازم است انتقال متقابل را از نظريه شخصي متمايز نماييم. هاي تواند توضيح دهد كه امروز روانكاوان كدام فرضي بحث در اين باره مي توانند در عمل بكار بندينديوريك را مي

گرانيات اثري رات دي دگاه كل

انتقال متقابل بويژه حاوي تاثيرات نظري و عملي گرانيانه ازدي دگاه كل زير است:

- هاي گرانيانه كه به اين خواسته بجا، ي عنني برطرف كردن لكه دي دگاه كل سياه روانكاو در مفهوم كه فرويد مد نظر داشت، كمك كرد، همچنين موفق شد نقطه اتصالي با الگوي دريافت كننده فرويد درباره ادراك روانكاي گرانيانه به سنتي حيات دوباره بخشيديار كنند. بنابر اين دي دگاه كل برقر شد كه از جانب را يك بنحو خاصي حمايت مي
- يك تظاير جانب ي اين سنت، اين فكر است كه گذار از ناخودآگاه به ادراك اي بلخواهد. در اين صورت روانكاي الگوي ويژهممدلانه ناخودآگاه، دليل نمي

دهد. جالب توجه است كه اين سنت در تمام مكاتب ائمه ميبراي فهم حقيقيت ارا روانكاوي مورد توجه است. گرايانه درباره انتقال متقابل، تلاش | يكي ديگر از نتايج ديدهگاه كل ● روانكاوان پيرو مكاتب كلان، تقليل تخيلات روانكاو درباره بيماران به ست. هاي منحصر بفرد و توضيح مبدلي او با بيماران امكان يزم

كاربرد در سمينارهاي آموزشي

هايمن بر اين باور بود كه ناخودآگاه بيمار بخشاً در انتقال متقابل كرد. | وي اين نظر را در زمينه رابطه دوسويه آناليز مطرح ميشود. تبلور مي اين ايده كه احساسات فرد منطبق بر احساسات همروي است كه وجود آورنده به حوزه روانكاوي كاربردي وارد شد. البته اين ايده آن بوده است، بزودي هايمن با اقبال روبرو نشد، زيرا روانكاوي كاربردي، كنترل مطرح شده از ا كنند. امروزه مخصوصاً اين فكر جلب توجه ا جانب هايمن را با دشواري مواجه مي كنند كه در تخيلات شركت كنندگان در سمينارهاي تكنيك درمان، ان عكاس لمي خودآگاه بيمار ديده شود. به ميزاني كه شركت كنندگان خلاقيت از خود نا دهند و به ميزاني كه مسئول اين سمينارها بتواند سرنخي براي نشان مي تر خواهند داد. ارائه دهده، به همان ميزان چنين سمينارهاي سازنده نوع ديدهگاه ناخودآگاهي آنها بود. در اين سمينارها شركت كنندگان با تخيلات و آرزوهاي اند. بنابراين تخيل مشتراك هاي محكم پنهان شده شوند كه در پس پديدهلمي تواند به درمان درباره يك بيمار، داراي عمل كرد آموزشي درجه اول است كه مي نيز كمك كنند.

ايم: از ا در يك شرايط پارادوكس قرار گرفت. مپيدايي ايده زمينه بازتاب. دامن زدن به تخيلات در سمينارها، جنبه آموزشي قوي يك طرف گمانه ورزي و هاي دارد، از جانب ديگر بيگانگي با مشكلات بيمار. غايب و انگيزه ناخودآگاه او معمولاً خيلي بزرگ است. در اين حالت پارادوكس، نظريات از گيرند. تا زماني اين تخيلات مشتراك فرح بخش ايكديگر فاصله مي اي با افكار | شود كه تخيلات مشتراك چه رابطه طرح سوال هستند كه اين ناخودآگاه بيمار غايب دارد. ما بر غايب بودن بيمار بدين خاطر تأكيد ورزيديم كه يادآوري كنيم، كه شركت كنندگان در سمينار از اطلاعات دست شوند. شركت كنندگان از اومي كه روانكاو در اختياري آنها قرار داده، مطلع مي كنند كه سيستم عدسي آن شئي مورد نظر را در پي نگاه مي زاويه تلسكو چندين نقطه آن شكسته است.

هاي 1960 در كلينيكي روان اجهت آنها شدن دقيق با ديدهگاه روانكاو در سال تني هاي دلبرگ سيستم ثبت نوشتاري جلسات روانكاوي به اجرا در آمد كه مه و موبن 1967، تومه داد) نتوا مي دست به تبادلات كلامي در حين جلسه را هاي خود پيرامون رابطه انتقال و 1967. (مچنين كلوور 1983) (بررسي هاي سميناري بر پايه صورت جلسات دقيق جهت انتقال متقابل را در بحث ثبت چگونگي ساعات برگزاري سمينار اجرا نمود. موضوعات محتوايي كنند. ا تعييين مي اصلي، خلق و روحيه و رأي شركت كنندگان در سمينار شد و تا زماني ادامه داشت كه هاي ديگري مي هاي افسرده موجب واكنش ساعت كرد و در پي جلب نظر او بود. هاي خود سهيم مي بيمار روانكاو را در موفقيت

توان گروه شرکت کنندگان در سمینار را با یک جسم به همین علت می
تا چه حد کارآیی دارد؟ بازتاب دهنده مقایسه کرد. اما این تشبیه

های پدیدده" کل وور بر این نظر است که سیمای بازتاب دهنده گروه سمینار، ◀
ها و اظهار نظرهای مستقیم در انتقال متقابل درباره پروتکل-رابطه انتقال
ترقابل دریافت هستند تا آنچه برای درمان گروهای گروهی سرریع بحث
(1983 ص: 134). "افتداتفاق می

ای است که باید اول ثابت شود. کل وور مضافاً ادعا مبتنی بر فرضیه‌های
های تظاهر یافته، مجذبه به تفسیر در مورد کند که اساساً همه پدیدم طرح می
(همانجا). (شوداو نه شخص درمانگر منجر می □□□□□

این روش قطعاً سبب نوعی منوایی در جسم بازتاب دهنده است و از بار
کاهد که فقط نقطه نظرات شخصی خود را ای می‌نگر گزارش دهنده‌فشار درم
شودش‌نویم که از زبان درمانگر خارج می‌کند. ما صدای بی‌مار را می‌م طرح نمی
دهیم: این الگو را با یک مثال تخیلی توضیح می

توضیحات انتقادی یک شرکت کنند در سمینار، به بی‌ماری برگردانده
د را به روان‌کاو منتقل کرده بود. بوسیله انتقال که عصبانیت خوش‌وولمی
متقابل ناخودآگاه، پرخاشگری بی‌مار به جلسه منتقل شده و بوسیله
شودفرضای بازتاب دهنده تقویت و از این طریق قابل دریافت می

پاتی یک یک جسم بازتاب دهنده | که فقط قابلیت تله‌کنند مثال بالاروشن می
تحولات شناخته نشده، عبور کند و در بازگشت به جای قادر است از فرای
اند. البته این ذات هرهای انتقال و انتقال متقابل بوجود آمده‌برسد که پدید
جسم بازتاب دهنده است. مر ابزار و آلت ارکستر چندی‌صدا، نوای خود را
د. پردازد. شرکت کنند در سمینار به نوعی به تقویت صدای بی‌مار می
تواند به بی‌مار مربوط شود. اما راستی، نمی‌شود باین‌مهم آنچه اظهار می
در گروه چه کسی بر این موضوع واقف است. رهبر ارکستر، ویلونیست اول
کنند تنین صداهای منوایی تک نواز سرشناس، ضمن آنکه همگی تلاش می
ن می‌افتند که با باشد. در این‌جا فرآیندهای داینامیک گروهی خاصی به جری
بی‌مار فاصله زیادی دارند. این اظهارات انتقادی ارزش آموزشی سمینارهای
رسد این گونه سمینارها بیش‌تر به ستایش کنند. به نظر می‌فوق را محدود می
آتوریته منجر شود تا تفکر علمی.

ایده زمینه بازتاب دهنده در آلمان بوسیله سمینارهای زدایی‌های سحرروش
ت گسترش یافته. بالینت در برگزاری سمینارها و به دلایل بالین
شنید، اما به آموزشی، نقطه نظرات شرکت کنندگان درباره بی‌ماران را می
عنوان رهبر ارکستر و به سبک نام‌حسوس، در بازتاب گروه به آن مواردی
نمود. انتقال متقابل موضوع او | عملی مهم میل‌حظ‌ب‌کرد که به نظرش توجه می
ود. انتقال متقابل در آلمان تعمیق یافته و برای مکتب عمل‌گرایی
ای غریب بشمار بریتانیایی و نظریه رابطه با ابژه بریتانیایی مقوله
رفت) ساترلند 1980 (ای

نیز کاربرد انتقال متقابل از جانب دوموزان (1977) شدیدی وابسته به
ین تعبیرات روان‌کاو شرایط درمانی است و نیز این‌که بی‌مار قادر است، ب
ای برقرار کنند یا خیر. به نظر دوموزان تشدید با تجربیات خوش‌رابطه
حساسیت روان‌کاو برای دریافت فرآیندهای ناخودآگاه بی‌مار مراحل زیر را
کنند: بطی می

قابل مقایسه با تجزیه - روان‌کاو در يك حالت موشیاری تغیری یافت ● و بدون آنكه -وجه شدیدی همراه استشخصیتی خفیف كه بطور پارادوكس با ت رابطه منطقی با ماتریال كنونی. مورد پردازش مشاهده شود، اجزای ناخودآگاه و آورد. | می‌دست‌تبه‌افكار انكار شده بيمار را در قالب كلمات و تصاویر پس از تعبیر، محتوا بخشاً در جلسه جاری و بخشاً در جلسات بعدی از ● گردند. روان‌کاو باید آنچه بيمار تكميل و تأیید می‌طریق تداعي یا رویاهای ب كنند از تعارضات ناخودآگاه خود متمایز نماید. به‌راكه بيمار در وي ای‌جاد می نظر دوموزان، نشانه محتوای خودآگاهی كه توسط بيمار ای‌جاد شده آن است كه رهای روزمره نظماً آورد، به پدیدمروان‌کاو در مشاهداتی كه از خود بعمل می گرایش شدیدی نسبت به بيمار برخورد كنند، امری كه در احساس هویت وي روان‌کاو اختلال ای‌جاد خواهد كرد. عنوان‌به های بيمار، انتقال متقابل را توصیف دقیق این روند كه طی آن تداعي توانند در سحر زدایی نقش داشته باشند. دوموزان كنند، می‌تأیید یا رد می گي زندگی بیدار، نه خصلت خواب و | روانی را كه نه وي‌ژه‌های (فعالیت دهد). این حالت زمانی رخ می‌| "تفكر پارادوكس" نه نشانه رویا دارند را ای هم سطح حالات بيمار شده باشد. كه حالت روانی روان‌کاو بطور قابل ملاحظه ای | تفكر پارادوكس بعلت كلمات منقطع و بعضاً غیری قابل فهم، در ناحیه |شود. بيمار ناخودآگاهی و پيش آگاهی جاي داده می

يك واقعیت روانی عنوان‌به انتقال متقابل

گرایانه انتقال متقابل بال‌آخره آنقدر فراگیر شد كه چيزی‌دی‌دگاه كل دي‌گري باقی نماند: انتقال متقابل مترادف با كل واقعیت روانی روان‌کاو طر پيش‌نه‌اد داد كه این مفهوم را پس از قلمداد شد. (مك لالین) 1981 (به همین خا آنكه به واقعیت روانی تبدیل شده است، رها سازی. البته همانگونه كه توان عادات گویشی رایج را كه برای روان‌کاو به امری طبیعی در آمده نمی توان بسادگی از میدان‌های مرتبط با آن را نیز نمی‌از میان برداشت، پدید نه خواهد دست‌تبه‌همین خاطر پيش‌نه‌اد مك لالین بازخورد لازم را خارج كرد. به تر جدي گرفته شود) (تیسون 1986). (آورد، اگرچه وي باید در سطوح عمیق یابند، بل كه تغیری ارزش نیز | را در روان‌کاو می‌فاهیم فقط توسعه نمی كنند كه به سر در گمی دهند. آنها معانی مختلف و بعضاً متضادی پیدا می‌می های سیاه رفتاری نیز |. مثلاً | می‌بده مطرح كرد كه لكه‌شود | منجر می‌نی شوند كه بيمار در پیدایش آنها نقش نداشته و بر طبق قواعد | مشاهده می توان آنها را جزو انتقال متقابل محسوب كرد. | می‌این انتقال كنونی نمی از تغیری ارزش نامد. پس | قابل رفتاری را انتقال متقابل روان‌کاو می انتقال متقابل روشن نشد كه كدام افكار و تخیلیاتی كه ناشی از توجه همسان روان‌کاو بوده، توسط بيمار ای‌جاد شده است.

هایمن نه فقط تصویری بی روح روان‌کاو را ترمیم كرد و به يك مفهوم، توسعه و تغیری ارزش اعطا كرد، بل كه نظریه جديدی تبیین كرد كه انسان نیست كه آيا اعتبار آن احراز شده یا خیر. اینكه انتقال متقابل مطمئن يك واقعیت مطرح شد. طرفداران هایمن از عنوان‌به‌خلاقیت بيمار است، های وي به هی‌چوجه سوء برداشت نداشتند. ده سال بعد، پس از آنكه از نظریه جیه، های بالینی خواسته شد، نظریات وي با نزول در نظریات هایمن ارزیابی

به فرضيه تغيري شكل دادن. در اين فاصله زماني هايمن از نظريه كلاني فاصله گرفت، زيرا عقيده وي درباره نيروي توضيح دهنده همانندسازي (هايمن 1956) براي مدت طولاني به فرافكني متزلزل شده بود. براي نمونه ناشي از همين هاي انكار و دفاعي ديگر را اغريزه مرگ باور داشت و مكانيزم (دانست) ص: 304. (اغريزه مي

دانند، | به نظر آناني كه نظريه همانندسازي فرافكني را هنوز معتبر مي آيد. همراه با زاندرهاي انتقال متقابل توسط بيمار بوجود ميآيد تمام پاسخ (1976) بايد در برابر اين ادعاها با تمام توان ايسستادگي كرد، چون از اين براي توضيحات جديدي مسدود و يك فرضيه به سكه نقدطريق تلاش شودتبديل مي

جمع بندي

اميديواريم تاكنون اين مطلب را روشن كرده باشيم كه سرديگمي فقط از آيد و نيز اينكه حذف اين يا آن مفهوم، طريق بحث درباره مفاهيم بوجود نمي آرند، بلكه در چارچوب خود اهميت زياي نديبمثمري در بر ندارد. مفاهيم گردند. كنند، حائز اهميت مياعملكردي كه در يك نظريه و يا مكاتب پيدا مي تعاريفي كه فرويد و هايمن از انتقال متقابل ارئه دادند، داراي عملكرد هاي مختلف تعاملات درماني و فرآيند روانكاوي بدان امشخص در نظريه كنند كه اجتناب از صحبت ميوابسته بودند. همه چيز به نفع اين موضوع دارد (كرمريوس 1981، دنبال بهفوبيك از هرگونه احساس، پيآمدهاي نامناسب كانسر و گلن 1980). همچنين روشن است كه نوآوري در زمينه تكنيك درماني توسط هايمن بيش از يك مفهوم، باعث تغيري و تحول شد.

*3 يكپارچگي و مكمل بودن انتقال متقابل-4

كنيم. ريكر (1957) (ال چند تلاش براي معرفي انتقال متقابل را مرور مي ح هاي انتقال متقابل روانكاو را به دو نوع بر پايه تيوري كلان، واكنش كلي اشكال همانندسازي تفكيك كرده است كه آنها را همانندسازي هاي يكپارچه و مكمل ناميده است.

ود را بخش همسان دستگاه رواني بيمار، در همانندسازي يكپارچه، روانكاو خ • كنند. ايغني خود با خود، فراخود با فراخود و نهاد با نهاد، همانندسازي مي كنند كه بيمار در حال تجربه بنابر اين روانكاو احساس ي را در خود تجربه مي آن است.

هاي انتقال ي بيمار | در همانندسازي مكمل ي (دويچ 1926)، روانكاو خود را ابژه • كنند. بنابر اين روانكاو در حالي كه بيمار احساساتي را همانندسازي مي كنند كه در مقابل والدين خود نشان داده بود، بمتابيه مادر يا پدر تجربه مي كنند. بيمار احساس مي ها در فرضيه مكمل ي نظريه نقش

*Concordance and Complementarity of Countertransference
Konkordanz und Komplementarität der Gegenübertragung

ها تكميل كُرد. وي تعامل ميان ژاندر بينش مكملي را از زاويه نظريه نقش ساخت كه مر كس هاي درون رواني مرتبط مي و روان كاو را به رابطه نقش بيم سعي در تكميل آن به ديگري داشت. رابطه نقش بيمار از يك سو در نقش بيم كه وي □□□□□ كه خود در آن قرار دارد و از سوي ديگر نقش ايشودلمتبلور مي كه تعميم و بسط دهد (ژاندر 1976). با وجود آن در همان لحظه به روان كاو مي ها به فرآيندهاي درون رواني و ناخودآگاه مشكل است، اما ماهيت نظريه نقش گردد. روان كاو به نحوه قابل تأمل به مكملي در اين ديگاه قابل مشاهده مي دهد و با بيمار اگردد، پاسخ ميهاي كه ناخودآگاه به وي القا و منتسب مي نقش هاي اسازد تا به صحنه پردازي او مهيا ميرسد و زمينه را بجه توافق مي عنوان بتوان فرآيند درماني را با مياجدي دست يابد. از زاويه نظريه نقش هاي كه هاي واقعي سويگيري دارد، نقش راهي توصيف كُرد كه به سمت نقش هاي كنند، بل كه مايل است آنگونه نيز باشد. نقش بيمار نه تنها بازي نمي اند، نزديكترين فاصله را با او دارند. نقش بيمار حك شده كه بر پيكر تكميلي روان كاو در اينجا اساسي است. چنانچه وي از نقش مكملي خارج شود، ايشودهاي جديدي و تازه، ناهموار مي زمينه صحنه سازي

اي در تعاملات | اصل پايه عنوان به به كمك فرآيند مكملي پيشرفت. نكته پي ببريم كه چرا فرنچي بر اين نظر توانيم به ايجاد تماغي، مي گيري انتقال را با بود كه مقاومت روان كاو در برابر انتقال متقابل، شكل كنند، سرد و اسازد. زيرا كسي كه كاملاً غير شخصي برخورد مي امش كل مواجه مي گراي ها و نيز تعامل برسد. ما از ديگاه نظريه نقش اغي رصم مي مي بنظر مي گرايانه انتقال متقابل، مطلب واقفيم كه چنانچه ديگاه كلنمادي به اين هاي دروني، مبنای قرار دهيم، | فرافكني ابژه عنوان به عني تجربه روان كاو را توان بوسيله تعامل چه نتايج انگواري در پي خواهد داشت. زيرا چگونه مي ه با ديگري كه مهم است به تحقق خويش و تغيري رات دست يافت، در حالي كه كنند او چيز ديگري، مگر آن فرد (بيمار) (آن ديگري) (روان كاو) مطرح مي نيست؟ اين همان موضوعي است كه ما در تكنيك تعبيري كلايي بر پايه شويم. اينكه اين تعبيري رات با نظريه فرافكني و درون فكني با آن مواجه مي ت. توانند تاثيرات درماني داشته باشند، موضوع ديگري اسايي وجود مي بمر حال سهم ملاني كلايي و مكتب او در توسعه و تعميق توانايي روان كاو درباره انتقال متقابل غير قابل انكار است.

اي كه بيمار در پيدايش آن دارد، در | انتقال متقابل غلي رغم سهم عمده ● آيد و وي بايدي مسؤليت آن را به عهده گيرد. روان كاو بوجود مي و "صحنه آريي نقش" رمان ديقياً در حوزه به نظر ما نقطه عطف د ها را بر پايه ايابد. چنانچه نظريه نقش | تحقق مي "پاسخگويي به نقش" توانيم بگوييم كه فضاي الگوي صحنه ميدي (1913) بنا سازيم، مي اي كه مر دو شركت كنند، بگون دروان كاوي زمينه تمرين دايمي را ايجاد مي سمولت از صحنه به محل تماشاگران رفته و توانند به سرعت و بملكننده مي به مشاهده خود پردازند.

بطور مجازي، مر دو آنها همزمان هم در صحنه هستند و هم در محل تماشاگران. هاي جان بيهاي اصلي و نقش كنند، نقش زماني كه بيمار خود را بيان و ابراز مي سيار مهم است. شوند و معنای نهفته در آنها براي روان كاو بنمائيان مي نشينند. با | تماشاگر نيز روان كاو و بيمار فقط در جاي خود نمي عنوان به آمده نيز تغيري تغيري چشم انداز، تصوري كه در صحنه به نمايش در

کښند، اخوادم کړد. تعبيرات روانکاو زمينه تغيري چشم انداز را فراهم مي موده و زمينه فرا بدين شکل که صحبت کړدن و يا سکوت بيمار را قطع ن سازد. چنانچه بر ارتباطات درباره آنچه اکنون در جريان است را فراهم مي هاي فرا ارتباطي بيش از حد تأکيد شود، نظير دستورات کارگرداني اجنبه کښد. اينکه کارگردان خود نيز به اخوادم شد که در بازي بازيگران مداخله مي که به شويوتقالي نمايان ميصحنه وارد شود، مخصوصاً در تعبيرات ان ان جامد. تعميق گفتگوي دونفره مي

مسئوليت روانکاو/کارگردان

اي انتقادات بر ديالوگ روانکاو که بر الگوي صحنه هابرمس (1968) و پاره ايم، وارد است. در حقيقت هيچ ليوالد (1975) استوار است و ما آن را بسط داده نحصر بفرد شرايط روانکاو را بيان کښد: هاي متشابهي قادر نيسن چنبه هاي خود را لنگد. تشبيهي ما نيز نقطه ضعفها و تشابهات ميپاي همه مقايسه هاي سخت زن: مقايسه درمان بيماري دارد، اما نه آنجايي که خواننده حدس مي شوند به همان اندازه رواني با بازي در صحنه. زيرا اشکهايي که آنجا جاري مي و واقعي هستند که در زندگي روزمره. انتقال و انتقال متقابل نيز حقيقي اند. همراه با تذکر تيژ بينانه فرويد (1915) درباره واقعي بودن حقيقي کارگردان در مورد انتقال عنوان به انتقال، مايليم بر مسئوليت روانکاو گرايان، يعني اجتناب متقابل تأکيد ورزي. از ضرورت ديگاه کل ناپذيري انتقال متقابل، فضيلت برخاست: هرچه بيشتر بهتر! در آخر شد که هر چه انتقال متقابل بيشتر شود، انتقال بيشتر نيز اگفته مي اي که شغف زدگي انتقال متقابل به همراه بر پي خواهد داشت: پيامد بي موده ده شد، مشامداشت و اکنون در برخي جاها که قبلاً بطور کامل اجتناب مي . ايسلر (1963) اين گرايش را بطرز طعنه آميزي اينگونه تفسير شويولمي کښد:مي

انتقال متقابل به نظر فرويد يک روند رواني در روانکاو بود که به فرآيند کښد. آنچه امروز در جريان است، يعني ارتقاي انتقال روانکاو آسيب وارد مي نظريه و عمل است. متقابل به مهمترين عامل درمان، انحراف از

در مفهوم توسعه يافته الگوي صحنه بر اين نظريه که درست است که (انتقال متقابل)، اما شويولروانکاو از جانب بيمار با عواطف شديدي درگير مي اي خود برآيد که بطور همزمان نسبت بتواند از عهده وظايف حرفهوي زماني مي تماشگر آگاه باشد و بتواند با افکار و کارگردان و عنوان بهبه جايگاه خود رفتار خود شرايط درمانی را ثمر بخش سازد.

رسيم که شرايط درمانی در از الگوي صحنه همچنين به اين نتيجه گيري مي کښد. نظرمقايسه با زندگي عادي، درجه آزادي بيشتر به بيمار اعطا مي انتقال به پيش فرويد برعکس بود، زيرا وي گمان داشت که وابستگي ا صحنه شويولهاي کودي و تکرار جبري آن، باعث محدود کړدن آزادي مي زمينه دهد، چون آراي جديدي و پاسخگويي در شرايط درمانی، درجه آزادي را افزايش مي هاي جاري هستند) رنيک (1993). شويول که فراسوي کلي شويولکاناتي خلق مي

اش چنين بود: هايمن نيز استدلالاتي در همين راستا ارائه داد كه عنوان (1978). هايمن در يك شرايط "ضرورت برخورد طبيعى روانكاو با بيمار" بر احساسات خود ارائه داد، درماني خاص نه تنها تفاسير خويش را مبتني بلكه اين حالت را به اطلاع بيمار نيز رساند. وي در اين باره وي چنين گويي:

، به نظرم خيلي ايشود اطلاع احساس به بيمار كه ضد قواعد درماني قلمداد مي آيد. در ابتدا خودم شگفت زده شدم و بعدها باز به اين مسئله طبيعى مي توسط يك فرد ديگر، شگرد بيماران است. نوعي فكر كردم. بياي خويش توافق براي گشاده رويي و مقاومت عليه آن. امري عادي است كه اين موضوع را با بيماران در ميان بگذاريم. من بدون آنكه درباره احساساتم صحبت كنم، توانستم اينكار را انجام دهم. بعدها تلاش كردم فرمولي جهت نديده امي ساتم پيدا كنم، چيزي پيدا نكردم. سوپروايزري خودم نيز گرفتار احساسا ام، من انتيچه بهتري در بر نداشت. همانگونه كه در جاي ديگر (1964) گفته موافق آن نيسستم كه روانكاو احساسات خود را به اطلاع بيمار برساند. زيرا . در ايشود اين مسئله باعث رنجش بيمار و دور شدن وي از مشكلات خويش مي آلي كه تعبير بهتري از آنچه به بيمار داده بودم پيدا نكردم، به اين ح ام، اگر يك فرد 15 ساله برش موضوع رسيدم كه بياي را كه انتخاب كرده روي يك فرد 70 ساله را دارد، در حقيقت چيزي درباره زندگي خصوصي من كند) هايمن (1978). بياي نمي

ر معنا و مفهوم مكمل بودن ارزيابي شود. مهم آن است كه بياي يك احساس، د● تواند بگويي كه وي چيزي درباره زندگي خصوصي به همين خاطر هايمن مي خود افشا نكرده است. اين احساس به شرايطي پيوسته و بخشي از تعامل كند كه چه تأثيراتي بر ابژه (روانكاو) داشته است و براي بيمار روشن مي بهتر است در سطحي عام تر انجام شود، زيرا فكر است. بحث در اين باره كنيم راه درازي تا استفاده مفيد از انتقال متقابل در پيش داريم. امي توان با هيچ هيجاني براي بيماران قابل فهم نيسست كه هيچ روانكاوي را نمي اي را دارند كه در برابر برانگيخت. آنرا در برابر درماندگي همان بياي چهره و تنفر. حتي در آتش عشق انتقال متقابل، روانكاوان سعي بر تحقير حفظ خنثي بودن خود دارند. اما اگر يك روانكاو از خود سلب اعتقاد كنند، در ها را كرده و به بيمار ها و نيكي احوالي كه موقعيت خنثي خود را فراسوي بدني ژه انتقال چه ابعدوان بگويي كه وي بر پايه آرزوهاي ناخودآگاه با روانكاو هاي استراتژي كار خواهد كرد، چه تأثيري در پي خواهد داشت؟ يكي از پايه مثلاً پدر، تعبير آن است كه براي بيمار روشن شود كه او ابژه ديگري، برادر و يا فرد ديگري را در نظر دارد. بنابر اين روانكاو در -مادر، خواهر اينجا مطرح نيسست.

كه ايشود موقعيت ناگوار تيئوريكي و درماني خارج ميزماني درمانگر از اين م خويشتن داري توأم معناي بهتواند متأثر شود. خنثي عمل كردن، بپذيرد مي . در اين صورت ايشود از تجربه انتقال متقابل شروع مي □ □ با فكر هاي اي خود از طريق فاصله گرفتن با واكنش توانيم به وظايف حرفه امي بوسيله تحريكات جنسي يا پرخاشگرانه بيمار معنوي كه -مكمل جسمي آيند، عمل كنيم. به همين خاطر به نظر ما مهم است كه جهت تسهيل وجود مي هاي فرايند همانند سازي، بيمار در سيرت عمق روانكاو و بافت و پس زمينه

تعبیرات شرکت داشته باشد. بدین ترتیب تناسب میان فاصله
شودا يك ابژه، تنظيم مي‌عنوان به زديكي با روان‌كاو

4 مق‌اومت

- 4 نقطه نظرات کلی-1
- 4 طبقه بندی اشکال مق‌اومت-1-1
- مق‌اومت در تنظيم رابطه 4 عمل‌کرد-1-2
- 4 مق‌اومت و دفاع-1-3
- حمایتی مق‌اومت و اضطراب-4 عمل‌کرد دفاعی-2
- 4 مق‌اومت انکار و انتقال متقابل-3
- 4 مق‌اومت نهاد و فراخود-4
- کنش درمانی منفی 4 و 1-4
- 4 پرخش‌گری و تخریب-4-2
- 4 امتیازات ثانویه بیماری-5
- 4 مق‌اومت هویت و اصل امنی-6

4* نقطه نظرات کلی-1

های فراوانی است که واژه مق‌اومت بیماری، سردرگم‌کننده و حاوی استعاره
کند. در اصل، ایم‌عنای اولیه خود را در مبارزه برای بقا و یا حتی جنگ پیدا م
خلاف عقل سلیم انسان‌ی است که بیماری که برای غلبه کردن بر مشکلات
تنی خود دست است‌مداد دراز کرده، هم‌زمان رفتارهای از خود-روانی و یا روان
اند. ا‌تشریح شده "مق‌اومت" نشان دهد که توسط فروید با مفهوم
ایجاد رابطه با ما بای‌د در ابتدای این بخش تأکید کنیم که بیماران در
پزشک و در رابطه انتقال با روان‌درمان‌گر بطور اخ‌ص، قبل از هر چیزی در
های مق‌اومت، بطور ثانویه اج‌ست‌جویی کم‌کم برای مشکلات خویش هستند. پدیده
آیند و بطور اج‌تناب ناپذیر به | پی‌امد احساس ناامنی بوجود می‌عنوان‌به
رابطه درمانی است که در □□□□□□ ش‌وند. ا‌شکالی از مق‌اومت تبدیلی می
گردد. این‌جر به مشاهده پدیده مق‌اومت می

* General Factors
Allgemeine Gesichtspunkte

، يك ائشودتوانيم همراه با فرويد بگوييم: "مر آنچه مانع ادامه كار ميباشد مي ممانعت يابد. مقاومت است" (1900، ص: 521). كار در رابطه درمانى تحقيق مي مان جستجو با رابطه انتقالى كه همزمان با اطرالگوي پايه مقاومت در گيري دارد، جهت اشدل مي

يابد كه فرآيند بيماري كه در جستجوي كمك است به اين تجربيه دست مي كنند، زيرا تعادل (وضعيت) موجود، حتي با وجود تخليق ايجاد امنيت مي كنند، هاي شديدي كه در آزادي عمل دروني و بيروني فرد ايجاد مي كند دوديت آمده، بطور دست به است. بر پايه تعادل ضامن نوعي ثبات و امنيت نيز توانند ماهيت ناخوشايندي نيز اوند كه مي ناخوداگاه رخنه هاي انتقال مي ، تخليق است در بال به عليرغم آنكه بيمار در خوداگاه خود داشته باشند. كند آيد كه خود را مستحكم و تقويت مي سايكل معيوب بوجود مي پي امده اي تعادل موجود مر چقدر بيمارگونه نيز (self-perpetuating circle) شوند. عمل كرد انواع متفاوت باشند، باعث كاهش قابل توجه ترس و نا امنيت مي هاي متفاوت مقاومت مقاومت، حفظ تعادل موجود است. از اين رهگذر به جنبه رسي م:

• اما در اشدل مقاومت متوجه تخليق راتي است كه در سطح خوداگاه دنبال مي كنند. سطح ناخوداگاه اضطراب ايجاد مي

هاي افتد. اقدامات ناچار و يا پديده شده مقاومت در رابطه درمانى اتفاق مي هاي ناخوداگاه در شرايط تخليق درمانى نيز وجود دارند. مقاومت ديگر با انگيزه بخشى از فرآيند درمانى است.

• شيوه مت مختل شود از آنجايي كه ادامه كار ممكن است بدل ايل متفا • مقاومت مورد استفاده قرار عنوان برفتاري وجود ندارد كه در صورت تشديدي، بيبند. افزايش انگيزه. اگر درجه شدت از حد خود خارج شود، همكاري آساي مي و ارتقاي انتقال به دل بستگي بي چون و چرا همانگونه ممكن است تبديل يز درباره روي اها و يا اظهار نظرات به مقاومت گردد كه فاشگويي مبالغه آم كامل عقلا ني درباره اها.

• مثلاً اشدل در ارزيابي مقاومت از معيارهاي كمى و كيفي استفاده مي شوند كه با رسيدن به هاي مثبت و منفي زمانى تبديل به مقاومت مي انتقال سازند. يك شدت، همكاري سنجيده را دشوار و يا تخليق ممكن مي

توان مقاومت را به اشدل اشدل و نا اشدل تفكيك با گلور (1955) مي همراه هاي اشدل شامل: تخليق، عدم حضور در نوبت، سكوت، پراكنده نمود. مقاومت گويي، رد اتوماتيك يا سوء تفاهم درباره اظهارات درمانگر، تظاهر به حماقت، اشدل گيج سري دايمي، به خواب رفتن و نه اي تاً قطع درمان مي

، اشدل اختلالات اشدل كه از آن است نباط خرابكاري عمدي و آگاهانه مي اي از اشدل. زيرا پارادرمانگر را در يك نقطه حساس وي مورد حمله قرار مي رفتاره اي توصيف شده در بالا، مثل تخليق يا عدم حضور در زمان ملاقات انجامند كه در اشدل عيني شده، مانع انجام كار شده و به اين تخليق كلي بمتري حالت، اقدامات تربيتي لازم است و در بدتري حالت به جنگ قدرت ميان درمانگر و بيمار منجر شده است. مخصوصاً در شروع درمان ممكن خاطر بسيار مهم است كه همواره ممانعت است، چنين وضعيتي ايجاد شود.

شته با شيم كه بيمار در داخل بمرضيه مثبتى را كه در بالا گفته شد، يك رابطه مدد خواهي است. چنانچه درمانگر خود را درگيري دنبال به درجه نخست هاي يك انتقال مثبت درباره انواع جنگ قدرت كنند، از همان شروع درمان نشانه

آیند. در این حالت جنگ قدرت‌ی اغی‌رآش‌کار اجتناب در گفت‌گو پدید می‌خواهد. بر دس‌وال بروز، اصل درمان را زیر آید، جنگی که در صورت‌بوجود نمی‌اختلال در عنوان‌ب‌ه‌کند که مقاومت (استون) 1973 (در جمع‌بندی جامع‌ی مطرح می‌تبدیل شده است. در فاصله "مقاومت در برابر فرآیند روان‌کاوی" کار به زمان‌ی 1900 تا انتشار کتاب حاضر، اشکال متفاوت مقاومت توصیف‌افیت لازم در این زمینه موجود نیست، انواع مختلف‌اند. برغم آنکه شف‌شده‌گیری آن‌ها، طبقه‌ب‌ای کمی و کیفی و نیز نحوه شکل‌مقاومت بر حسب دیدگاه مقاومت عنوان‌ب‌ه‌شوند. از آنجایی که مقاومت علی‌ه فرآیند روان‌کاوی‌ب‌ندی می‌، این نوع مقاومت در عمل همی‌شه در کان‌ون توجه قرار‌شودان‌تقال مطرح می‌ته است. به همین خاطر لازم است در ابتدا چ‌رای‌ی و چگونگی نحوه‌داشت‌گیری مقاومت انتقال را توضیح دهیم. شکل

* طبقه‌بندی انواع مقاومت 1-1-4

فرآیند □□□□ □□□□ مقاومت و عنوان‌ب‌ه‌در ابتدا انتقال از جانب فروی‌چشم‌تر است از ضمیر عام‌بی‌ماران‌درمان کشف‌شد. بی‌ماران (در این‌جا دقیق‌ه و روابط‌پوشی‌کنیم و بطور مشخص از بی‌ماران مؤنث نام‌ب‌بریم) از نقش‌کردن، بلکه دری‌چه | پزشک پی‌روی نمی‌ای در رابطه بی‌ماران‌اکم کلی‌شه‌عنوان‌ب‌ه‌مودند. فروی‌دن‌ای‌تصورات درونی خود را بسوی درمان‌گر باز می‌علت‌عذاب وجدان یک پزشک از این مش‌اهدات سردرگم شده بود. این بی‌ماران‌ب‌اند، هم‌زمان با احساس‌شرم از این‌که مرزهای مجاز گفت‌گو را پشت‌سر گذاشته‌در برابر انتقال □□□□□□□□ کردند و تخ‌یلات خوی‌ش را پنهان می‌گرفت. از احساسات و آرزوهای جنسی خود نسبت به فروی‌د در ایشان شکل می‌دانست و رفتاری ای‌گیری این امیال سهیم‌ن‌مان‌جائی‌که فروی‌د خود را در شکل‌در این جهت نداشت، به نظرش رسید بهتر است به ت‌اری‌خ‌چه ال‌گوه‌ای‌انتظاراتی ناخودآگاه دقت‌بی‌ش‌تری‌کنند.

«نقطه‌وصل‌اشت‌باه» به گذشته‌امیال و تخ‌یلات عنوان‌ب‌ه‌بررسی انتقال ناخودآگاه و بال‌آخره به کشف‌ع‌ده‌ادی‌پ و تاب‌وی‌زن‌ای با محارم‌من‌جر گردید. مشخص‌شد اث‌رب‌خ‌شی‌پزشک به کیفی‌ت‌رابطه بی‌مار با والدین‌زمان‌ی که مان‌ع‌اصلی به یک اب‌زار قدرت‌مند عنوان‌ب‌ه‌خود بستگی دارد، درک از انتقال درمان‌ی‌تبدیل‌شد، مش‌روط بر این‌که انتقال نه اشکال‌من‌فی و نه اشکال‌بس‌ی‌ار مثبت (نظیر تمایلات جنسی) بخود ب‌گ‌یرد.

توان‌ب‌ش‌کل‌زیر‌اع‌ن‌ای مقاومت انتقال (را می‌رابطه انتقال و مقاومت) در م‌خل‌اصه‌کرد:

در نظریه فروی‌د، درمان‌پس از غلبه بر مقاومت علی‌ه آگاه‌شدن انتقال، ◀ یک عنوان‌ب‌ه‌م‌بت‌نی‌بر یک انتقال نرم و مطلوب است که از این نقطه به بعد می‌در د‌م‌ا خواننده را به فصل دوم ارجاع می‌شود اب‌زار کم‌کی قدرت‌مند دیده می‌ان‌جا تشریح‌شد که انتقال مثبت در مفهوم یک رابطه، پای‌ه و اساس یک درمان‌دهد. ا‌را ت‌ش‌کیل می‌

* Classification of the Forms of Resistance
Klassifikation der Widerstandsformen

كه انتقال مثبت شدت ايشوداين رابطه لكاري زماني مورد تهديد واقع مي يابد و قطب بندي ايجاد شود، يا در شكل انتقال دلبستگي يا انتقال در اين حالت انتقال، مجدداً به اينفني به پرخاشگري و خصومت منجر گردد ، يعني زماني كه توجه به درمانگر تمايلات جنسي ايشود مقاومت تبديل مي . به نظر فرويد اين دو شكل بخود بگيرد و يا به نفرت تبديل شود . اند. اگردند، به مقاومت تبديل شده مي □ □ □ □ □ □ انتقال، زماني كه مانع ، به سومي ايشوداين انتقال ديده مي بالآخره در مقاومت ي كه براي رفع ◀ بريمن. اچن به اين رابطه پي مي

اند: مقاومت عليه در مجموع در مفهوم مقاومت انتقال، عناصر زير متحد شده عنوان به انتقال دلبستگي يا انتقال عنوان به آگاه شدن انتقال، مقاومت پرخاشگري و انتقال عليه رفع انتقال.

دهي موقعيت درماني توسط انتقال، به شكل نظام اجزاء متفاوت مقاو قواعد و تعبيرات بستگي دارد. براي مثال مقاومت عليه آگاه شدن بر دهد. نوسانات بعدي اين شكل مقاومت به انتقال معمولاً در شروع درمان رخ مي اشكال رابطه دوسويه ميان درمانگر و بيمار ارتباط دارد. انتقال منفي در يك ويئي و انتقال مثبت در زني با تمايلات جنسي شديدي، به بيمار پاران هاست كه آنها را به مقاومت تبديل اگيرند. شدت اين انتقال سرعت شكل مي كنند. در بين اين دو قطب، طيف وسيعي وجود دارد و اين به درمانگر ابي نمادي. | مقاومت تفسي ر مي عنوان به بستگي دارد كه كدام رفتارها را هيل در امر تشخيص، طبقه بندي پنج گانه زير را ارئه داد فرويد جهت تس (1926):

- مقاومت انكار
- مقاومت انتقال
- مقاومت فراخود
- مقاومت نهاد
- مزايای ثانويه بيماري دلي به مقاومت

كنند كه منشأ تقسيم بندي جديدي توصيف اين پنج شكل مقاومت مشخص مي مقاومت انكار و مقاومت انتقال و نيز انتقال در دو نوع مقاومت خود، يعني هاي 20 قرن | بندي فرويد در سال مقاومت فراخود و مقاومت نهاد، در طبقه گذشته قرار دارد. از آنجائي كه مقاومت انتقال، نقش مركزي خود را همچنان حفظ كرده، دو شكل اساسي مقاومت انتقال، يعني انتقال مثبت و وسوسه در كانون توجه درماني قرار دارند. به همين انگيز و انتقال پرخاشگري، مفهوم از يكديگر لحاظ به سبب ما نيز اين دو شكل مقاومت انتقال را ايم. تفكيك نموده

تواند به مانعي جدي در فرآيند مقاومت انتقال در هر دو شكل كلي نامبرده مي تواند هاي منفي، عدم پذيرش پرخاشگرانه مي درماني تبديل شود. در انتقال حاكم و به انسداد يا قطع فرآيند درماني منجر شود (فرويد 1912، 1937). هاي 1912 و 1937 تحول قابل توجه است كه فرويد با وجود آنكه بين سال ايجاد شده در نظريه غريزه و بويژه مطرح شدن نظريه ساختار، ارئه طبقه ندي قطبي بندي پنج گانه اشكال مقاومت را ممكن ساخت، به تقسيم ب منفي و مثبت پايدار ماند. احتمالاً محافظه كاري فرويد در عنوان به مقاومت اين زمينه به اين موضوع بستگي دارد كه وي از ديدي درماني به نظريه قطب بندي عشق و نفرت در مرحله تعارضات اديبي و انتقال آن وفادار مانده بود

اي ڪلي در نوع بشر، ه) شفر 1973). حاصل اين نگرش و نيز دوگانگي هاي مثبت و منفي است. انتقال ها افزايش مي يابند و در قالب انتقال عشق اما براساسي زماني كه اين انتقال شوند، تڪليف چيست؟ بدون و يا در شڪل تنفر شديده مقاومت تبديل مي آنكه بخواهيم پتانسيل تنفر انساني و قوه تخريب آن را دست كم ساز تڪنيك درماني درآورد. كرد كه از نقش زمين هتوان بگيري، نمي ايم) (توم مقاومت، براي مدتي طولاني غافل بوده عنوان به انتقال منفي را مطرح كرد كه اينكه سؤال 1981). (آنا فرويد بالآخره) 1954 ص: 618 اين كنند و در يك روانكاو و بيمار دو انساني هستند كه شبي به هم رشد مي هاي گيرند، آيا علت برخي واكنشهاي نسبت به هم قرار مي رابطه و انتقال سخن عنوان به پرخاشگرانه در بيماران نيست كه ما فقط از آن گوييم. امي

كنند، بويژه هنگاميكه اين امر همين موضوع درباره انتقال عشق نيز صدق مي زد. اينكه سا انتقال اروتيك، فرآيند درماني را با شڪست مواجه مي عنوان به شوند، شكي نيست. ما فقط هاي اروتيك به مقاومت تبديل مي انتقال خواهيم به اين موضوع اشاره كنيم كه تا همين اواخر نقش روانكاو و امي هاي منفي و اروتيك در حاشيه گيري مقاومت هاي درماني وي در شڪل تڪنيك است كه توجه قرار داشت، با وجود آنكه اين نظريه مورد تأييد همگان هاي منفي و مثبت، به انتقال متقابل، تڪنيك درماني و نگرش انتقال تيوريك روانكاو بستگي دارد.

كنيم: امي سؤال در تلاش براي رسيدن به اهداف درماني همراه با شفر

بريم كه بيمار به اين شيوه و نه شيوه اما چگونه به اين موضوع پي مي دهد، چرا اين علایم را از خود نشان مي كنند، چرا او دقيقاً دي گري زندگي مي ، چرا او چنين روابطي را براي خود ايجاد مي كند، به اين شڪل متحمل درد مي كنند، چرا وي الان اين احساسات را دارد، چرا بيمار در برابر درك دست و پا مي كند و چرا در اين لحظه؟ كدام آرزوي ايجاد مي اعني اين موضوعات مانع شوند؟ در اين معنا، آناليز باليني به تا چه ميزان. ممكن برآورده مي آرزو هاي دقيقا معنای ايجاد بررسي و مطالعه تأييد و برآورده شدن آرزوها منتهي مي آناليز مقاومت و دفاع همين است. مقاومت و دفاع در خدمت كدام هدف عمل ، ص: 281). (شفر 1973) "خواهد به چه چيز برسد؟ كنند، اين انسان مي امي

خود مطرح سؤال شفر موضوع عمل كرد مقاومت و دفاع را به درستي در انتهاي هاي رفتاري در برابر خطرات ناخودآگاه مجازي، حاصل كرده است. زيرا مقاومت يك عمر تلاش بي ثمر براي دستيابي به امنيت و ارضا در روابط كرد منظم كردن مقاومت بين انساني است. به همين خاطر ما در قسمت بعدي عمل در رابطه را بررسي خواهيم كرد.

4* عمل كرد مقاومت در تنظيم رابطه-1-2

اي به رابطه كنند كه نگاه ويژگي اكيدي بر اين عمل كرد مقاومت ايجاد مي مقاومت و انتقال داشته باشيم. در مقاومت انتقال الگوي تعارض درون

* Function of Resistance in Regulating Relationships
Die beziehungsregulierende Funktion des Widerstands

تعارض بين فردي گره خورده است. هاي ابژه و الگوي رواني با روانشناسي اين ارتباط از جانب فرويد در حين تجديدي نظر درباره نظريه اضطراب در (1926) ايجاد شد. در همين □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ نوشتن نوشته نوشت، طبقه بندي پيچگانه انواع مقاومت معرفي شده است. ما يادآور يک را به خطرات واقعي ها و اضطرابات نوروتشوييم که فرويد کلياً ترسايي دانست که منشأ خارجي دارند. اي تهدي داتي مرتبط مي اضطراب اختگي و اضطراب از دست دادن ابژه مورد علاقه، موضوعاتي است که باشند. با اين وجود فرآيندهاي گيري آن دخيل مي‌دو يا سه نفر در شکل اُكيد قرار رواني در الگوي تعارض روانکاو بطور يکچان به مورد ت-درون گرفتار است.

سؤال گيري کني، بايد به اين | رواني جهت-چنانچه با الگوي تعارض درون مطرح شده از جانب برنر (1979) پاسخ دهيم:

ه، هرگونه فعاليت رواني با هدف اجتناب از حالت ناخوشايند ناشي از غريزه توان از راه ديگري مقاومت را تعريف کرد. ايک مقاومت است. نمي

اي چنانچه در نظريه به رابطه با ابژه اهميت بيشتري دهيم، به نظريه کرد: رسيم که بري رلي (1937) آن را نمائيندگي مي‌امي

ه ابتداً مبتني بر احساسات و عواطف خودش است، اما به رابطه کودک با ابژه مرتبط شود، فرآيند مقاومت چرند آنکه اين احساسات به شکل دايمي با ابژه کودک شود. تبديل مي‌ها به فرآيند مقاومت در برابر ابژه برابر غريزه ابژه عنوان به کند احساسات خود را با اغواي افراي که از اين پس تلاش مي حضور دارند، مديريت کند.

* 4 مقاومت و دفاع-1-3

ت. اين به نظر ما توضيح رابطه متقابل مقاومت و دفاع حائز اهميت خاص اس شون د. دو مفهوم غالباً مترادف يکديگر بکار برده مي هاي دفاعي بايد اند، در حالي که پديدهاي مقاومت ي قابل مشاهده پديده ◀ تفسي ر و استخراچ شون د.

ي ابيم، انکار نام دارد اي که توسط مقاومت بدان راه مي فرآيند بي مارگونه (فرويد 1917، ص: 304).

تواند به اين نکته انحرافي منجر | مفاهيم مقاومت و دفاع مي استفاده مزم از آيد. در | مي دست به شود که گويي به کمک توصيف، توضيح عمل کرد مقاومت زبان مفهومي باليني، موضوعات روان پويايي بدني صورت عام بيان آيد، لاس زدن شون د: انتقال منفي در خدمت دفاع از احساسات مثبت در مي‌امي سپر دفاعي در مقابل ترس از رها شدن و نواقص فردي عنوان به هستري ک گيرد، و غيره بشکل مي پويايي را بطور منحصر -وظيفه اصلي آن است که اين موضوعات روان بفرد در هر عمل رواني، شناسايي و از زاويه درماني قابل استفاده نمي‌يم،

* Resistance and Defense
Widerstand und Abwehr

بعلت اهمیت زیاد آن در همین بحث مقدماتی □□□□□□ □□□□□□ موندن آنکار، مجدداً در بحث جایگاه قابل توجهی را بخود اختصاص داد. پی‌را (4-مقاومت انتقال سخن خواهی‌م گفت) 3

□□□□□□ و □□□□□□ طبقه‌بندی فریود باعث شد 4 مورد بررسی قرار دهی‌م. این اشکال مقاومت حاصل - را در بخش 4 □□□□□□ های 1920 بود. تحول در نظریه غریزه و تجدد نظر تی‌وری‌ک فریود در سال های ناخودآگاه، پیش‌آگاه و آگاه (توسط نگاری) با لایه‌های گزینی مدل مکان الگوی ساختار (نه‌اد، خود، فراخود) به تجربیات در موقعیت درمانی نیز بستگی داشت.

های درمانی منفی، به این فرضیه |کشف احساس گناه ناخودآگاه در واکنش |باشند. منجر شد که اجزاء عمده خود و فراخود ناخودآگاه می

□□□□□□□□ 4 (تحولات جدید در نظریه -4- بخش‌ی دی‌گر) 2 در □□□□□□□□ را بحث خواهی‌م کرد.

□□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ 4 بطور اختصار در مورد - در بخش 5 □□□□□□ های خود طرح بحث می‌نماییم که در نظرات مقدماتی فریود تحت عنوان مقاومت م، زیر در پردازی‌شده است. البته در اینجا بطور مشروح به این موضوع نمی فصل 8 در مبحث عوامل تثبیت‌کننده علایم، جایگاه قابل توجهی به ای‌م‌ل‌زای‌ای‌تان‌وی‌ه بی‌ماری اختصاص داده

که از جانب □□□□□□ □□□□□□ 4 (به - بال‌آخ‌ره در قسمت آخر) 6 □□□□□□ اری‌کسون ارائه شده است، خواهی‌م پرداخت. این مقاومت تا حد زیادی الگوی تی‌وری‌ک و بال‌ینی‌جائی‌م اهمیت فراوان لحاظ‌ب‌گروه مقاومتی است و های موی‌تی توصیف |مقاومت عنوان‌ب‌ه‌ای‌ی که باشد. البته پدی‌ده‌لی شوند. نو‌آوری اری‌کسون در تی‌غی‌ر جه‌ت‌اند، کشف جدیدی محسوب نمی‌گردیده تی‌وری‌کی بود که عمل‌کرد مقاومت (و نیز فرآیندهای دفاعی ناخودآگاه) را در اعی و عزت نفس ارزیابی می‌رساند حفظ موی‌ت اج‌تم

4* عمل‌کرد حمایتی مقاومت و اضطراب-2

های مقاومت‌کشف پدی‌ده

های درمانی برای زنده کردن خاطرات محو شده بی‌ماران فریود در تلاش هی‌ستریک با مقاومت آنان روبرو شد. زمانی که فریود قبل از روان‌کاوی، مقاومت بی‌مار در عنوان‌ب‌گرفت، این امر بکار می‌های فشار را هی‌پن‌وز و ارم شد. فریود در برابر تلاش درمان‌گر برای تأثیرگذاری بر وی تلقی می‌ای که به سمت خارج، یعنی علی‌ه مقاومت در نقطه مقابل این نیروی مقابله دید که در برابر تأثیرگذاری درمان‌گر، سوگیری داشت، نیروی درونی را می‌باشد. |علایم منجر به تجزیه شده و در حفظ آن‌ها سه‌می می‌گیری‌زمان ش‌کل گونه را از |تصور بی‌مار "خود" در ابتدا ی‌ک نیروی روانی، عدم تمایل " □□□□□□ تداعی بی‌رون رانده (یعنی عمل تجزیه انجام شده) و در مقابل راه یافتن مجدد کم و به‌خاطر مقاومت نشان داده است. ندانستن ی‌ک فرد هی‌ستریک در اصل ی‌ک نخواستن دانستن آگاهانه است و وظیفه درمان‌گر آن است که از بی‌ش

* Anxiety and the Protective Function of Resistance
Die Schutzfunktion des Widerstands und die Angst

(فروید " ایجاد شده غلبه کند □□□□□ □□□□□ طریق روان درمانی بر 1895، ص: 269).

مشاهدات درمانی از همان ابتدا تحت تأثیر یک الگوی توضیحی روان باره پویایی قرار داشت، بدین صورت که شدت مقاومت به استنتاجاتی د های ای ناخودآگاه و آرزوها و ترسش. کشف غریزهای عظیم منتهی می‌شکل ادیپی به تعمیق دانش درباره انگیزه مقاومت انجامید و بر اهمیت کلیدی آن کنند: در فرآیند درمانی افزود. زنان در و همکاران این گونه جمع بندی می

های | و کشف اهمیت غریزهای روان‌کاو به مرحله دوم (راپاپورت 1959) " درونی و آرزوها در پیدایش تعارضات و انگیزه مقاومت، تغییری اساسی برای مفهوم مقاومت در بر نداشت. البته روشن شد که مقاومت نه تنها در برابر یادآوری خاطرات دردناک، بلکه همچنین در برابر آگاه شدن نسبت به (زنان در و همکاران 1973، ص: 67). "شودهای غریزهای قایل قبول، فعال می‌گردد

بود. اما نتوانستند دانستن، فریب خود "نخواستند دانستن" مبنای حرکت، و فرآیندهای ناخودآگاه که به کج فهمی آرزوهای غریزی نیز منجر شد، نیامند توضیحات بی‌شتر است.

های انتقال امروزه بخوبی انجام شده است. 100 های توضیحی پدیدبرد داشت بی‌نیم که از زوایای ارتباط آن سال پس از فروید کمتر رفتار انسانی را می با یک مقاومت خاص مورد بررسی قرار نگرفته باشد. چنانچه خواننده تصور نماید که در حین یک گفتگوی تخیلی در برابر یک شنونده رسد، باید بدون کوچکترین تردیدی نشسته و هر آنچه را که به ذهنش می تواند احساس مقاومت را در خود تجربه کند. اِرد، می‌دلیان

جایگاه اضطراب در سلسله مراتب عواطف

مقاومت در گفتگوی درمانی، نوعی عملکرد تنظیم رابطه را به‌عهده دارد. به همین خاطر مشاهدات فروید از همان ابتدا متوجه بافت ارتباطی میان بی‌مار و شد. همان گونه که قبلاً اشاره کرد می‌پژشک بود و در ارتباط با انتقال های تعارض و های الگوی کردیم، پس از گذشت زمانی چند و بعزت محدودیت ساختاری، عملکرد تنظیم ارتباطات مقاومت به حاشیه رانده شد. اما بافتی که مقاومت در آن کشف شد، مبنای تمام الگوهای توضیحی بعدی قرار گیرند و به چه کار های مقاومت شکل می‌دهد گرفت: چرا در رابطه درمانی پد داد: سؤال این؟ فروید در سال 1926 پاسخ می‌دهد: عام به این می

باشند. های مقاومت با دفاع اضطراب مرتبط می‌تواند انواع و جلوه

های دفاعی، یعنی سرکوب، اضطراب است که زیربنای بزرگترین مکانیزم گویانه فروید، | در کلام کلی می‌شود بمتابه یک احساس ناخوشایند تجربه می اضطراب تبلور و نشانه خجالت، سوگ، گناه، ضعف و در نهایت عواطف ناخوشایند است.

مهمترین هیجان در نظریه دفاع عنوان به‌دنبال این ارزیابی، اضطراب های روان‌کاو مطرح گردید. بر این مبنای، فروید ادعا کرد که ترس و واکنش آن، تشکیل دهنده هسته اصلی نورزها هستند (1926). فرار و حمله مرتبط با بنابر این فرآیندهای دفاعی ناخودآگاه ریشه بی‌ولوژیکی دارند. تأکیدی بر تنی، بدانجا -های روانی و روان موتور اصلی بی‌ماری عنوان به اضطراب منتهی شد که علایم هیجانی دیگر کمتر مورد توجه قرار بگیرند.

ريک و درمانی، شیوه نگرشی دیگري به علایم امروز به دلایل تیو◀
 هیجانی الزامی است. اگر در مرحله الگوبرداری تاریخی و سنتی، یعنی
 توانیم پاسخگویی طیف گسترده اضطراب و دفاع آن، در جای بزنیم، نمی
 هیجانات ناخوشایند باشیم. چنانچه درمانگر درباره تعبیرات ترس سخن
 کند، درمانگر از کنار دیگري را تجربه میگوید، در حالی که بیمار عاطفه
 تجربیات بیمار عبور نموده است.
 این که خیلی چیزها با اضطراب مرتبط است، و به همین خاطر ما از اضطراب
 کنیم، یک طرفه است، اضطراب جدایی و اضطراب اختگی صحبت می
 ر قضا است. طرف دیگر قضیه آن است که در سلسله مراتب هیجانات و د
 شوند که امسیری طولانی، هیجانات مستقل دیگري نیز پیدا می
 پدیدارشناسی آن در روانکاوی تازه در چند دهه اخیر علاقه ما را به خود جلب
 کرده است.
 توان دلایل متعددی برای این روند برشمرد. احتمالاً با نشر آثار امی
 ری (جامع راپاپورت) 1953، بطور چشمگیری مشخص شد که اصلاً یک نظ
 ها و هیجانات در روانکاوی وجود ندارد (دال 1978). استنتاج هیجانات از غریزه
 باشند، برای توصیف پدیدارها می نظریه فروید که هیجانات تبلور غریزه
 کیفی متفاوت اند، کافی بنظر لحاظ به شناسی حالات هیجانی که
 متی به الگوی رسید. سپس با تجدید نظر در نظریه اضطراب، ترس علانی می
 اصلی حالات هیجانی تبدیل شد. بهر حال هیجان ترس در روانکاوی از
 ای برخوردار شد، شاید بدین دلیل که بسبب یاری از هیجانات به اجزای گاه و یژ
 کنند. اوضاع اجزای از اضطراب را در خود حمل می
 خواهیم نگرش افتراقی به یک هیجان و رابطه آن با مینمونه اضطراب خجالت.
 با ترس را در مثال خجالت توضیح دهیم. برای این کار به مطالعه ورم
 کنیم. اضطراب خجالت با این عبارات قابل بیان است: من (1981) استناد می
 مراسم که تمسخر و تحقیر شوم. به نظر ورم، هسته اصلی گروهی از
 م و هیجانات پیچیده خجالت، افسردگی است: من مورد تمسخر قرار گرفت
 انسان که اینگونه مورد تحقیر عنوان به خواهم کنم، می احساس حقارت می
 خواهم دیگري به زندگی ادامه دهم. این احساس تحقیر اوضاع شده، گم شوم، نمی
 تواند برطرف شود که من محو شوم و از بین بروم! زمانی می
 رفتار عنوان به کنند، | خجالت بمثابه یک سپر دفاعی نیز عمل می عاوبه
 . □□□□ □□□□ پی شگیرانه برای پرهیز از تمسخر، یعنی نوعی
 روشن است که عمل کرد حمایتی مقاومت بویژه در برابر احساس شرمندگی و
 . به نظر ورم هر سه نوع شرمندگی، بشود خجالت غیر قابل تحمل، نمایان می
 ترس خجالت، شرمندگی افسردگی و احساس خجالت، یک قطب عینی و یک
 □□□□ □□□□ کشد، انسان | خجالت می □□□□ نی دارند: انسان قطب ده
 کشد. از زاویه تکنیکی درمانی، تجزیه و تحلیل نظریه خجالت می
 پدیدارشناسی حالات هیجانی متفاوت بدین خاطر مهم است، چون بدین وسیله
 آید. ما امروز در امکان آنالیز آنچه در حال حاضر در جریان است، بوجود می
 های علاقه بیشتتر برای درک | نشان هشود بر انتقال متقابل میتأکیدی که
 تنوع عواطف و هیجانات را شاهدهیم.

مقاومت در برابر عواطف

دهيم. كرازه اكنون عمل كرد دفاعي مقاومت در مورد هيچانات ديگر را توضيح مي دهيم. 1983، 1985 (و موزر) 1978) در عواطف پرخاشگرانه مثل عصبانيت، خشم و علایم دروني مورد عنوان بمر نشان دادند كه اينها مانند اضطراب، تنف توانند باعث به جريان افتادن فرآيندهاي گيرند و ميلاستفاده قرار مي توانند در علایم دفاعي گردند. بدون ترديد عواطف پرخاشگرانه مي اضطرابي تجمع كنند. بي را در الويت قرار كه بررسي علایم اضطراب و داز ديد درمان ي توصيه نمي دهيم. موزر از زاويه قواعد درمان ي، توجه به علایم هيچان ي ديگر را اينگونه توجيه كند: ي

علایم عنوان به اي هيچانات (عصبانيت، خشم، تنفر و غيره) مانند ترس " گيرند، بشرط آنكه تجربه هيچان ي به سطح و دروني مورد استفاده قرار مي ر دهند (سيستم علایم) رسيده باشد. در پختگي يك سيستم مشدا ها، هاي نروتيك، وسواس بياري از حالات نروتيك (مثلاً افسردگي اختلالات شخصي نروتيك)، سيستم مشدار دهنده پرخاشگرانه مضمحل باشد و يا از درجه رشدي نازلي برخوردار است. اين بي ماران هستند كه امي كنند واس و بنابر اين دريافت نمي هاي پرخاشگرانه خود را احساص مرك باشند. بنابر اين از طبقه بندي آن در يك بافت موقعيتي مشخص عاجز مي اينها يا رفتار پرخاشگرانه دارند و متوجه آن نيستند (بعداً نيز بي نشي هاي توليد كننده پرخاشگرانه عاطفي نسبت به آن دارند) و يا با مرك علایم عنوان به ديگر تجزيه و تحليل و مثلاً اي دبرخورد كرده، آن را بگونه كنند. در اين حالت نوعي تبديل پرخاشگري به اضطرابي تفسير مي در بحث نورزها چنين فرآيندهاي جان شيني تحت عنوان دداضطراب رخ مي دفاع عنوان به اضطراب " و " دفاع اضطراب عنوان به پرخاشگري " اند. به نظريك هيچان ي توصيف شده هاي تيپا مكنان ي زم عنوان به "پرخاشگري هاي هاي اضطرابي را با نظريه سيگنالرسد كه نظريه سيگنال مفيدي مي (موزر 1978، ص: 236). "پرخاشگري تكميل كنيم

كه روان كاو سؤال در تكوين تكنيك روان كاوي را به كمك طراحي چندين كند: باي از خود بپرسد، تشريح مي دنبال به باي مطرح شود: آرزو هاي بي مار كدامند؟ او سؤال در ابتدا اين • در مورد سؤال چيست (ناخود آگاه)؟ پس از تجدي نظر در نظريه اضطراب باي ترسد؟ تكميل كرد: او از چه چيز مي سؤال آرزوها را با اين سؤال بال آخره نگاه به فرآيندهاي مقاومت و دفاع ناخود آگاه به طرح سومين • كند؟) ولدر 1963 (ترسد، چكار مي انجامد: وقتي بي مار مي اساسي مي تواند راهن ماي هاي ديگري كه مي ولدر در همان زمان مطرح كرد كه تاكنون جنبه اند. روان كاو در معاي نه و بررسي بي مار باشد، تبيني نگشته كشد، | را ادامه داد: بي مار زماني كه خجالت مي سؤال توان اين ليست امروز مي ، زماني كه غمگيني، ترس، اشدني كه خوش حال است، زماني كه متعجب مي زم نم اي، چه واكنشي از عصبانيت، حال بهم خوردگي و نظاير آن را تجربه مي شوند و بهد؟ حالات رواني در اشكال گوناگوني متبلور مي خود نشان مي طف و توانند باعث بروز آنها شوند. عواهاي نامشخص و غي رديقي مي مرك توانند در مراحل امي-كنن ما از اين دو مفهوم به يك معنا استفاده مي-هيچانات

توانند در قالب اي قطع شوند، اما همچنين مي پيشين نامشخص بطور ري شه ترس و اضطراب تجمع مي شوند. از دي د تكنيك درماني لازم است طيف وسيع خلقي متفاوت باعث هيجانات را در نظر داشته باشيم، زيرا تفكيك حالات سازد و يا از ا ديگر امر تجمع مي را مشكل مي عبارت به ،شودت سه يل ادغام مي برد. بدين مي

ات زيادي پيش روي خود سؤال از نقطه نظر درماني و روابط دوسوي، روان كا و گذارد كه يك مخرج مشترك دارند: امي

دهد؟ | نشان مي كنم كه بيمار اين ترس را دارد و اين مقاومت رامن چكار مي

كنم؟ و قبل از هر چيز، من براي رفع اين امر چه مي

در بحث تشخيصي كه اينجا انجام شد، بايد بين علایم هيجاني گوناگون تفكيك قايل شويم. امروزه حتي يك روان كا و محافظه كار مثل برنر (1982) كننده عواطف افسردگي را در كنار هيجانات ترسي ناخوشياند، عامل ايجاد دان. د. بتعارضات مي

غير لذت و پيدايش تعارضات را از دي دگاهي - مهم آن است كه تنظيم لذت جامع ارزيابي نموده و آن را به موضوع اضطراب محدود كنيم، اگر چه الگوي كلي همچنان حاي ازميت فراوان است.

تأثيرات ارتباطي هيجانات مقاومتي

ت ارتباطي عواطف را در نظريه دفاع و همراه با كرازه (1983) بايد خصل مقاومت در نظر داشت. فرويد در آثار اوليه خود، اميت بيان رفتاري عاطفي را در ابتدا از داروين (1872) اقتباس كرده بود. در نظريه غريزه كه بعهده هاي دفعي تفسي را فرآورده عنوان به تبين شد، عواطف بيش از پيش يابد و به سمت درون را در تصور و هيجان مي گرديد. غريزه نمد خولمي :شودت خلي مي

گري عمدتاً در دفع حركتي جهت تغيري بدن خويش، بدون ارتباط عاطفه " با دنياي بيروني كه بسمت تغيري دنياي بيروني تحرك دارد، بيان (فرويد 1915، ص: 278). "شودمي

ا يكسو نگران ترسيم فرويد با اين توصيف، رابطه غريزه و هيجان ر گردند و ماهيت ارتباطي كرده است: عواطف پيامد و نتيجه غريزه ارزيابي مي كنند، | روشن مطرح مي شكلي به. همانگونه كه كرازه شودميان آن دو ديده نمي نوعي تعامل ميان غريزه و عاطفه در جريان است كه سوگيري آن فقط از موضوع پيچيده تا آنجا كه به فهم غريزه به سمت عاطفه نيس. ما به اين كنند، خواهيم پرداخت. بهتر پديده مقاومت كمك مي

اين كه اضطراب، خشم، تهوع و خجالت را تنها با تغيريات بيولوژيكي جسمي مرتبط سازيم، قصه تأثيراتي سويي بر بينش و رفتار درماني ما خواهد هاي تعامل پيدايش آن و داشت. چرا كه در اين روي كرد، تأثير عوامل و پويش گيرند. اما همچنين عمل كرد هشدار دهنده آن، بطور شايسته مورد توجه قرار نمي همانگونه كه مدل (1984) نشان داده، دقيقاً همين فرآيندهاي تعامل است كه سازند. اين امر با مشامدات گروه در آثار سرايت بخش هيجانات را مشخص مي ها، | دارد. متقابل بودن ايجاد عواطف در ميان انسان فرآيندهاي گروه مي مطابق دد. به همين خاطر روان كا و در زمينه اصلي تفاهم و صميميت را تشكيل مي

فرآیند درمانی با وارد شدن به حالات عاطفی، متوجه خصلت تعاملی عواطف می‌شود.

به نظر بلانک و بلانک (1979) مرتبط ساختن احساسات و هیجانات به غریزه دوگانه انگار به آنجا منتهی شد که غریزه با عواطف، لیبی و نظریه با عشق و پرخاشگری با خصومت اشتباه گرفتار شود. اگر این اشتباه را از دید تکلیفی درمانی به اضطراب علامتی منتقل کنیم، زاویه دید برای ایم.های هیجانی دیگر را محدود ساختار یافتن سیستم

ابطه با ابژه روان‌کاوی، توجه به عواطف مختلف و عملکرد آن‌ها را در نظریه گرداند. برای رابطه دوسوی، بر بسترت تعاملات بررسی می

عملکرد تنظیم تعاملات عاطفی و عملکرد حمایتی مقاومت برخاسته از آن را کنیم. کرازه در فرآیند تعامل جنسی با کمک نقل قول پائین روشن می کند: رفتارهای غریزی را تشریح می‌توانیم به پیچیده عواطف و

قبل از آنکه رفتار جنسی پیشرفت می‌ان دو انسان برقرار گردد، باید بتوانند به یکدیگر نزدیک شوند، یعنی فاصله بین آن‌ها مضمّن شوند که می‌یابد که هیجان کم شود و نه‌ای‌تاً از بین برود. این امر زمانی تحقق می‌کند، توسط هیجانات نده‌ای را همراهی می‌اضطرابی که معمولاً چنین فرآیند، نظیر خوشحالی، کنج‌کاوی، علاقه و امنیت جایگزین شود. چنین هدفی اثربوسیله انتقال متقابل عواطف مثبت بین شرکای جنسی محقق می‌شود. (کرازه 1983، ص: 1983).

کند. این‌که کرازه در اینجا از انتقال متقابل عواطف مثبت صحبت می‌کند، پیشرفت و نه‌ای‌تاً فیزیولوژیکی در ناتوانی جنسی تحت تأثیر رفتار اضطراب اختگی. ناخودآگاه و یا سرد مزاجی تحت تأثیر اضطراب خجالت ناخودآگاه مختل شود، مورد تردید نیست. آنچه در اینجا حائز اهمیت است، بازی متقابل اجزای عاطفی نظیر احساس امنیت، اعتماد، کنج‌کاوی، و رفتارهای جنسی در مفهوم خاص و شمول و خلوص محرک‌خردی در لذت خود است. در روان‌کاوی این درم تنیدگی هدفمند به سمت تجربه نقطه اوج‌های مثبت عاطفی، در طرحواره ارضای آرزوهای لذت محور با پس‌خوراندن‌های ادیپی و پیش‌جنسی و نیز رابطه با ابژه خلوص شده است. در غریزه به راحتی و البته ناخودآگاه، طیف گسترده عواطف دیگر مورد این صورت‌گیری‌ها. (بالینت 1935) این مشکل را با تمسک به ظرافت اغماض قرار می‌ای که رابطه با ابژه و انتقال‌های عمیق‌تری مطرح کرد. احتمالاً اهمیت فوق‌این‌ان، بدین خاطر است که بوسیله متقابل در گفتمان کنونی پیدا کرده‌ای‌فای متفاوت با لحاظ به مفاهیم تجربیات عاطفی منحصر بفرد و شود. (خورند، امري که در مراحل تکوین لیبی و محقق نمی‌کند) پیوند می

فرآیندهای غریزی و علایم هیجانی

دهد که رفتار مقاومتی در صورتی که تجربیات روزمره روان‌کاوی نشان می‌رود. این تجربیات آورد، از بین می‌دست‌بندی‌ها احساس امنیت کند و اعتماد فرزندان هم‌خوانی دارد. ما در اینجا -های روان‌کاوی درباره تعاملات مادر با بررسی‌های بالینی (1969) و اهمیت تبادل عاطفی با مادر اشاره بدین جهت به یافته

ها از مادرانشان، كننيم، چون آزمايشات هارلو (1958) در جدا سازي بچه مي موند. دهن. | مي دست ب ه فاس ي ر مشابه ي را ت
 ارضاي گرسنگي، غريزه دهاني در روانكاوي، البته پيش شرط لازم جهت بقاست، اما رابطه عاطفي با ابژه شرط كافي و قطعي بلوغ و رسيديگي هايي كه مدت زماني طولاني از مادر دور نگه داشته اجنسي است. بچه مي موند تواند ببرد، نمي ببه مادر بسر مي هاي عروسكي شبيه بشوند و با شكل كلي بعداً رفتارهاي جنسي از خود نشان دهند. به نظر كرازه توسط جدا سازي، عواطف لازم جهت رفتار جنسي، مانند احساس امنيت، اعتقاد، كنجكاوي و توانند حس و تجربه شوند. (اشپيتز 1973) بر اين باور است اشدكامي نمي ز تقابل، تبادل و ديالوگ عاطفي محروم هستند. ها در اين حالت اكه بچه مي موند هاي اعتياد گونه، نظير از جانب ديگر ممكن است بوسيله ارضاي غريزه پرخوري و يا خود ارضايي مفرط، جان شين عاطفي براي احساس امنيت جستجو شود.

در بازي دوجانبه فرآيندهاي غريزي و علاني هم چنان هم كن است واژگون ي و ◀
 خاطر مثلاً دفاع اضطرابي به فرآيند جنسي و همين به خ دهد. تخيري مسير ر شوند. چنين موضوعي در پسرفت به ارضاي دهاني مبالغه آميز تبديل مي يابد. | اظهار مي بس ياري از بي ماري
 بويژه قابل توجه است كه مثلاً يك عشق انتقالي اعتيادگونه شكل راي ساختار اعتياد مشخص هاي تشخيصي بگيرد، بدون آنكه قبلاً مل اكلي مطرح است كه بي مارتا چه حد بطور سؤال شده باشند. در اين حالت اين امنيتي است كه نتوانسته دنبال به جان شيني بوسيله خود ارضايي مفرط آورد، چون روانكاو بازتاب عاطفي از خود نشان نداده است. دست به از روانكاو دهند، زيرا علاني از خود نشان مي مومولاً روانكاوان خويشتنداري زيادي عاطفي براي آنها تداعي كننده ترس و اضطراب است كه نهايتاً به قدرت غريزه گره خورده است. اما چنانچه همراه با مدل (1984) (و گرين 1977) (هيچانان و عواطف را زايده غريزه نپنداري، بلكه صاحب معنای؛ توانايي عكس العمل ، زيرا پاس خگويي هم طراز ارضا نيسيست. دش و روانكاو شكوفه مي

عاطفه و شناخت

تقسيمي كه در نمادهاي عاطفي و شناختي بر مبناي نظريه غريزه انجام ، بر تجربيات درمانني تكيه دارد. اين تجربيات حاكمي از آن است كه اشدكامي فرآيند رواني كه قبلاً "يادآوري بدون هيچان تقريباً" هميشه بي اثر است. اتفاق افتاده، بايد ابتدا حتي المقدور بصورت زنده تكرار و سپس مورد (فرويد 1895، ص: 85). اين موضوع، در نظريه فرآيندهاي "بحث قرار گيرد مقاومت و دفاع، بازتاب خود را در جدا سازي ميان عواطف و تصور پيدا كرد. ر قابل اهميت فرآيند جدا سازي در اين نيسست كه غريزه دوبار، يعني د تصور و عاطفه متبلور گردد، گويي كه با يك تجزيه طبيعي سر و كار داريم.

در حقيقت فرآيندهاي تعامللي عاطفي، همزمان داراي ماهيت شناختي ◀
 توانيم بگوييم، رفتار بياني به درك عواطف باشند. به همين خاطر ميامي وابسته است.

تصور مهمکن است از بین البته وحدت عاطفه و شناخت، نیز وحدت احساس و برود. صرف نظر از این که کدام عواطف در پیدایش تعارض و اختلال احساس اند، بهر حال در حوزه علایم نوعی تعادل خودباوری و احساس امنیت دخیل بوده است. و باید که در صورت تکرار تثبیت میبوجود می

ه ای انسان داند که تغیری عادات رفتاری که به طبیعت ثانویه هر کسی می ه ای خود اند، چقدر مشکل است. بیماران البته در زمینه ناراحتی تبدیلی شده خواهند تعارضات بین انسان و این تغیری هستند، اما میدان بالبه مشکلالات دست نخورده و نهفته باقی بمانند. به همین علت درگیری شدیدی شود. انتقال ایجاد می در اشکال مختلف پیرامون تعارضات ارتباطی مقاوم زیرا شرایط انطباقی موجود، اگر چه با پرداخت هزینه گزاف، اما بهر حال خاطر پشیمانی (کاروسو) 1972، همین به نوعی امنیت نیز به بیماران داده است.

های تبدیلی در میدان های دفاعی از مکانیسم های بر این که بجای مکانیسم همان قدر قابل فهم است که منتسو (1976) روابط بین انسان و صحبت کنیم، کنند. تفاسیر تعاملی فرآیندهای دفاعی را مطرح می

نمایند. فرآیندهای دفاعی، تبدیلات عاطفی و شناختی را محدود و یا قطع می روند دفاعی، بیشترین به عنوان به که انکار است و طبق تعریف، تصریح می ست. اما در اینجا با یک سمت بیرون و سرکوب به سمت درون تأثیرگذارا کنند، ای مواجه هستیم: آنجایی که انکار و نفی بروز می تفاوت رتبه کنیم. ما بر عمل کرد انطباقی ادیگر شواهد آنرا مشاهده می عبارت به سرکوب و ورزشیم، زیرا معمولاً رفتار مخالفت جویانه مقاومت به این خاطر تأکید می است. و باید که حق را می ارزایی میبیمار در برابر درمان بطور منفی و چنانچه از این نقطه نظر حرکت کنیم که بیماران به کمک مقاومت خود به درمانی لحاظ به توانیم اند، می بهترین راه حل ممکن تعارضات دست یافته ها ایجاد کنیم. شرایط مناسبی برای غلبه بر این مقاومت او را بروز دهند، یا به دلیلی نتوانند احساسات خود درباره روان کلبیماران نمی حفظ حرمت خویش و یا بواسطه ترس که از وی دارند. اهمیت روانشناسی است و در مورد این حمایت خودشیفتگی در جستاری از استندها آشکار می انسان بایستی در مورد بروز تمایلات خود در برابر افراد دیگر قبل از آنکه از "ده باشد، محتاط باشد. در غیر این صورت مشارکت و همراهی آنان مطمئن ش گیری عشق را آید که شکل نوعی دلخوری و حتی انزجار خفیف بوجود می است (استندها 1920، ص: 70). "برای می شه غیروممکن می سازد

تواند مطمئن شود که همراهی و مشارکت روان کاو را ای که بیماران چه زمانی می ند که احساسات نامطلوب نتواند مشخص کلبیماران گشته است؟ وی چگونه می بوجود نی آورده است؟ چنانچه درمانگر بخواهد مقاومت انتقال را به نحوی خلاق ات پاسخ دهد. نقل قول باله همین بر اهمیت سؤال حل کنند، باید به این پیش آگاهی در ایجاد عواطف ارتباطی، چه عشق عنوان به ارتباطات غیرکلامی ن رابطه قابل توجه است که مقاومت هویتی و چه مقاومت تأکید دارد. در ای آیند، در های آن بحساب می مجموعه-اریکسون که تمام اشکال دیگر مقاومت، زیرا روان کاوی بازتاب چندان نی یافته است. احتیاطاً این موضوع با گرایشات اجتماعی اریکسون ارتباط دارد. زیرا مرتبط ساختن مقاومت با -شدیدی روان زاندر (1960 و یا احساس خودباوری) که هوت (1971) (جهت دفع احساس امنیت) ها، فاصله چندان با مقاومت هویتی ندارد. بیماری

*4 مقاومت سرکوب و مقاومت انتقال-3

عملکرد و اشکال بروز

ه‌ای | نمونه، تأثیر مکانیزم‌ها و انبوه‌فروید با توضیح مقاومت سرکوب ه‌ای | س‌ی‌س‌ت‌م‌ات‌ی‌ز‌ه شدن نظریه مکانیزم‌ها س‌ت‌ن‌ت‌ا‌ج شده را تشریح کرد. پ‌ترین نوع دفاعی توسط آن‌ا فروید، این نوع مقاومت کم‌ا‌ن برجسته رود. ه‌ای دفاعی بشمار می‌ا‌ن‌ی‌ز‌م

توانیم عمل‌کرد اشکال مختلف مقاومت را که همراه زان‌دلر و هم‌کاران (1973) می‌ا‌ن‌ی‌م: بی‌مار شوند، بگونه زیر توصیف ه‌ای دفاعی مرتبط می‌ا‌ن‌ی‌ز‌م ه‌ای غریزی، خاطرات و احساسات که ممکن است در بدین‌وسیله در برابر محرک‌ا‌ن‌د. فرآیند اخودآگاه‌ی‌ و‌ی‌ شرایط دردناک‌ی‌ را بوجود آورند، از خود دفاع می‌تداعی آزاد در آن‌ا‌ی‌ز برای بی‌مار همواره پتانسیل شرایط پرخطر را ایجاد نماید | شده همچون محرک‌ی‌ عمل می‌ا‌ن‌د، زیرا این فرآیند بر موضوع سرکوب‌ی‌م‌ی‌. هرچند در موضوع ا‌ش‌و‌د‌و بدین‌وسیله مقاومت سرکوب در بی‌مار دوباره فعال می‌ترشود، به همان نسبت مقاومت شدیدی‌تر ه‌ای آگاه‌ی‌ نزدیکی‌س‌رکوب شده به ل‌ای‌ه‌ای‌. این وظیفه روان‌ا‌و است که بوسیله تعبیرات خوی‌ش، بگونه‌ش‌و‌د‌ی‌م‌ی‌ رای بی‌مار مه‌ی‌ا سازد که برای بی‌مار قابل تحمل‌ی‌ نه آگاه شدن مطالب را ب‌ا‌ش‌د.

توان دوباره بر این مسئله تأکید ورزید که بر اساس نقل قول بال‌ا می‌فرآیندهای دفاعی اخودآگاه‌ی‌ و پ‌یش‌آگاه از طریق مشاهدات در سطح تجربیات ا‌ش‌و‌د‌و. نوع خودف‌ری‌بی‌، برعکس خودن‌م‌ای‌ی‌ و تحریف، و رفت‌ار مشخص می‌نوع تغ‌ی‌یر شکل و گس‌س‌ت، زمان‌ی‌ بی‌ش‌تر قابل رؤیت بطور خلاصه که بی‌مار زیر چ‌تر شرایط درمان‌ی‌ به منشأ این احساسات نزدیکی‌س‌رکوب‌ی‌ روکش و یا بقول رای‌ش (1933) عنوان‌ب‌ه‌ش‌و‌د‌و. به همین خاطر سطح منش زمان‌ی‌ که سطح چ‌ن‌ی‌ن من‌ف‌ی‌ ا‌ش‌و‌د‌و توصیف می‌"منش زره پوش" عنوان‌ب‌ه‌ی‌ بی‌مار که چ‌ن‌ی‌ن مطلب‌ی‌ را قبول ندارد، تقویت، ادع‌ا‌گ‌ر‌د‌ا‌ر‌ز‌ی‌ا‌ب‌ی‌ می‌دی‌گر میزان مقاومت را در وی بال‌ا خواهد برد. عبارت‌ب‌ه‌ی‌ ا‌ش‌و‌د‌ی‌م‌ی‌ تلاش رای‌ش برای س‌ی‌س‌ت‌م‌ات‌ی‌ز‌ه کردن موضوع شکل و محت‌و‌ا ن‌ب‌ای‌د در پ‌رت‌و ه‌ای من‌ف‌ی‌ آن س‌ن‌ج‌ی‌ده شود. زیرا کشف رای‌ش (1933) م‌ب‌ن‌ی‌ بر آن‌که ا‌ج‌ن‌ب‌ه‌ی‌ توای‌ی‌، بل‌که بطور ص‌و‌ری و در اشکال ثابت محل‌ح‌اظ‌ب‌ه‌ن‌ه "مقاومت منش‌ای‌ و رفت‌ار‌ه‌ای‌ خاص ز‌ن‌د‌گ‌ی‌ روزمره، در نوع بی‌ان، نوع راه رفت‌ن، بی‌ان‌چ‌ه‌ره با ال‌گ‌و‌ی‌ توضیح‌ی‌ لی‌بی‌د‌و دربار‌ه منش زره پوش تفاوت "ا‌ن‌د‌و، بروز می‌دارد. رای‌ش بطور تی‌ز‌ب‌ی‌ن‌ا‌ن‌ه تأثیر رفت‌ار بی‌ان‌ی‌ عاطفی‌ غ‌ی‌ر مستقی‌م را ا‌ن‌د‌و. ل‌ی‌ه‌ مر نوع مقاومت عمل می‌ن‌م‌ای‌د که بر ع‌ت‌ش‌ری‌ح می‌زمان‌ی‌ جدا و یا لح‌اظ‌ب‌ه‌د‌و و اگر ا‌ی‌ خود را نشان می‌عاطفه در حوزه بی‌ان‌چ‌ه‌ره ا‌ن‌د‌و. این فرآیندها را ا‌ن‌کار شود، بخش‌ش‌ن‌ا‌خ‌ت‌ی‌ یا تخ‌ی‌لی‌ آن تغ‌ی‌یر می‌ن‌م‌ی‌م‌. ا‌ی‌ز‌و‌ل‌ا‌س‌ی‌و‌ن‌ یا تجزیه می‌ن‌م‌اد رای‌ش نشان داد که فرآیندهای دفاعی به طرق مختلف عاطفه را از توان گفت‌ا‌ه‌د‌و. همراه با ک‌را‌ز‌ه می‌ش‌ن‌ا‌خ‌ت‌ی‌ آن من‌ف‌ک‌ا‌ه‌د‌و و آن را تغ‌ی‌یر می‌گوی‌د: دی‌د‌گ‌اه رای‌ش از جن‌ب‌ه نظریه توس‌ع‌ه نی‌ا‌ف‌ت‌. ک‌را‌ز‌ه چ‌ن‌ی‌ن می‌

* Repression and Transference Resistance
Veraenderungs- und Uebertragungswiderstand

بدينوسيله تأثير نظريه عاطفه داروينيستي از روانكاوي رخت " بر بستر. دليل اين مسئله آن بود كه فرويد با تكيه بر عصر نورولوژي، تخليه حركتي تغيري رات دروني بدن ارزيابي عنوان به عاطفه و هي جان را (كرازه 1985، "كردن تبادل عواطف توجه نمي-هاي اجتماعي نموده و به جنبه ص: 281).

سيستماتي زه كردن

هاي 1930 اطلاعات باليني به آن درجه از رشد رسيد كه سيستماتي زه در سال توانست تا ايك ضرورت مطرح شد. اگر فرويد مي عنوان به كردن، هم ممكن و هم سال 1926 فقط از يك نوع مقاومت، يعني مقاومت سر كوب صحبت كنند، بعد هاي دفاعي شامل هاي 1936 و با استناد به آثار آن فرويد انواع مكانيزم از سال مقاومت پسرقت، مقاومت ايزولاسيون، مقاومت فرافكني، مقاومت درون بقاء بندي ديگر بر حسب نوع بيان، يعني مقاومت گرديدي. طفاكني مي براي بي اثر كردن آنچه اتفاق افتاده از طريق تخريب خود، يا به جهت شد. امخالف در آمدن، جان شيني و يا واكنش سازي، انجام مي رايش در آناليز منش عملاً به مقاومت واكنش سازي گرانيش داشت. تشخيص ن مقاومت در شرايط درماني محسوب واكنش سازي، كمك بزرگي براي تخمي شويم كه با واكنش سازي منش دهاني، اما انواع مقاومت را يادآور ميشود ملي معدي و فاليك در ارتباط است.

دهند، مقاومت انتقال در بنا به تعريفي كه زان دلد و همكاران (1973) ارائه مي " ص را نيز داراست ذات خود با مقاومت سر كوب شبيه است، اما اين ويژگي خا تر هاي كودكانه و مبارزه عليه آنها را در اشكال مستقيم و يا خفي فكه محرك هاي رواني ده. . . شرايط درماني دلددر رابطه درماني با شخص روانكاو نشان مي كند كه يا اي را دوباره زنده مي بيشكل يك واقعي كنوني، اما تحريف شده ش شده بوده است. احياي گذشته در شرايط سر كوب و يا نوع ديگري پرداز (ص: 69). "شود درماني منجر به مقاومت انتقال مي

تاريخ كشف مقاومت انتقال در زمان تداعي آزاد هنوز حاوي مطالب آموزشي است كه هنگام بشود (فرويد 1900، 1905). در آنجا نوعي اختلال تداعي توصيف مي شود. هر چقدر بيمار، خود را مشغول اي اشتغال بيمار با شخص پزشك ايجاد م كه البته به زماني نيز بستگي دارد كه به چن و چون شخص پزشك كند تر، به همان ميزان انتظارات ناخودآگاه فعال-كن دلد پزشك به بيمار توجه مي شوند. اميد به بهبود وابسته به اشتياق جهت برآورده شدن آرزو هاي است امي پزشك ندارد. پس چنانچه آرزو هاي سر كوب -ي بيمار كه ربطتي به رابطه منطق ها در شده درباره فردي ديگر به روانكاو انتقال داده شوند، شديدتري مقاومت شوند كه يا در قالب پرحرفي و يا سكوت خود برابر اظهارات بعدي بيان مي را نشان خواهند داد.

مومت انتقال كنيم كه مقا تكيدي مي مقاومت در برابر آگاه شدن انتقال. مقاومت كشف شد و هر روانكاوي در همان جلسه اول □□□□ مقاومت عنوان به كند. اما براسستي چرا ما يك امر روزمره را تبديل به يك بنوعي آن را مشاهده مي عنوان بمكنيم، در حالي كه تكيدي داريم مشاهدات اوليه را بايد لمسئله مهم مي مقاومت عليه انتقال تفسيير كرد؟

ين قاعده درمانی، یعنی عبور از سطح به عمق، معنای دیگري جز این ندارد از تصورات، عواطف و نمادهای کدکي انتقال □□□ که مقاومت علیه انتقال را داده شده، تعبیر نماییم. گلور (1955، ص: 121) با هشدار نسبت به ما با آن سر که آنچشمشوداستفاده سختگیرانه و مطلق از این قاعده، متذکر می وکار داریم، مقاومت علیه انتقال است. ما همراه با استون (1973) و گیل (1979) ارزش زیادی برای این مسئله قایلیم که از جنبه پدیدارشناسی انتقال، مقاومت در برابر انتقال و بویژه مقاومت در برابر آگاه شدن نسبت کيک نماییم. امیدواریم ترمینولوژی از یکدیگر تفلحطلبه انتقال را بتوانیم با پیروی از استون در تفکیک سه جنبه مهم مقاومت و انتقال، مقاومت در "خواننده را قانع کنیم که چه مزیتي در بیان پر پیچ و تاب نهفته است." برابر آگاه شدن نسبت به انتقال

های درمانی، سهم نسبی سه حوزه زیر در صورت توانایی لازم در تکنيک "های روانی و تغییر خواهد بنسبت به هم، در هر بیمار نسبت به شدت آسیب کرد.

اول، مقاومت علیه آگاه شدن نسبت به انتقال و پردازش ذهنی آن در نورز انتقال.

دوم، مقاومت علیه ارتباط دایناميکي و تکوینی نورز انتقال و پیوند است انتقال، پس از آنکه به خودآگاهی راه یافته

ابژه نهاد خود و هم عنوان به سوم، گونه و روشی که روان کاو . . . در تجربه، هم (استون 1973، ص: 63). "فراخود برون سازی شده است عنوان به

به نظر ما از جنبه تکنيک درمانی و با توجه به معانی متفاوتی که از مفهوم برابر آگاه شدن نسبت به مقاومت در "، تأکیدی برشودمقاومت استنباط می مهم است." انتقال

ترین مفهوم خود، گردد که انتقال در وسیع این موضوع مطرح میبدینوسیله یک موجود اجتماعی عنوان بههای اولیه است. از آنجایی که انسان مبتشکل از داده گذارد، غیر از این نیز قابل تصور نیست. یکپا به عرصه حیات می فقط بر علیه چیزی که موجود است، یعنی رابطه، نشان داده توانمقاومت می رابطه سخن عنوان بهشود. روشن است که ما در اینجا از یک درک جامع انتقال دهد که یک اجتماع، یک گویییم. در حین آنکه روان کاو به بیمار نشان میامی ست، تأخیر و یا یک فراموشی در برابر یک رابطه با ابژه عمیق در جریان ا بشودزمینه تفکیک فراهم می

چنانچه عمل کرد انطباقی را در نظر داشته باشیم، خطر آنکه تعبیرات یابد. به همین خاطر بهتر است سرزنش دریافت شوند، کاهش می عنوان بهانتقال های با این محتوا بیان کرد که است در همان مرحله اولیه درمان، فرضیه ست بروز کنند. بر طبق نظریه و مراحل که مقاومت علیه چه چیزهایی ممکن استون تشریح نموده، مهم است که با چه سرعتی از اینجا و اکنون به آنجا و گردیم. پردازش مقاومت سرکوب، در آنوقت و از زمان حال به گذشته بر می افتد. اکنون اتفاق می

های متعدد بین گذشته نگري بیمار و نگرشپتانسیل درمانی در مقایسه روان کاو و با اشراف بر این نکته که بیمار در شرایط درمانی نتایج کنند، چونکه وی مایل به ایجاد مویت ادراکي جدیدی میهای مقایسه گيري باشد، قرار دارد: بوسیله یادآوری خاطرات ناخودآگاه، با گذشته فاصله می بشودگرفت می

گردد | این گونه سهیم میروانکاو در این فرآیند تفکیر عاطفی و شناختی توانند از طریق که وی متفاوت از افراد دیگر است که بسته به شرایط می انتقال متقابل تقویت شوند. روانکاو با نامیدن احساسات و ادراکات، کند. برای رفع سوء تفاهم باید بتوانند تمامی در بیماران را تقویت می، کاملأ بشود حتی تعریف نمیگفت: از مقاومت، علیه انتقال اسم برده و ی از مفاهیمی که در گویش نظری روانکاو رایج شود برعکس، توصیه می است، اجتناب شود. باید به زبان بیماران صحبت کنیم تا به دنیای وی راه یابیم.

به همین صورت روانکاو به احساساتی نظیر تنفر و عشق، آگاه که در کند. این موضوع در بزرگوار ادیپی اعطا نمیکنند، تعجباف ادیپی فکر و عمل می کند. همان گونه که در فصل دوم مورد تمام این انواع مقاومت و انتقال صدق می هائی ایجاد و انتقال کتابت تشریح کردیم، این که در اکنون و این جا چه مقاومت شوند، به نحوه پیشبرد جلسه درمانی توسط روانکاو بستگی دارد. امی وم اولیه علیه آگاه شدن نسبت به انتقال، نوعی مقاومت این که آیا از مقا و یا این که این مقاومت انتقال به عشق انتقال و یا شود انتقال تولید می، باید گفت که سر نوشت این مقاومت انتقال شود انتقال اروتیک تبدیل می در رابطه دوسوئی رقم می خورد، صرف نظر از نقشی که آسیب شناسی روانی کند. به نظر ما با توجه به دامنه گسترده ار در این میان ایفا میبیم های انتقال، مفید است که از مقاومت علیه آگاه شدن نسبت به انتقال مقاومت کنند، زیرا شروع کنیم. این شکل مقاومت تمام فرآیند درمانی را همراهی می مت تبدیل تواند به مقاومت پردازش تعارضات و مشکلات درمانی می شود.

های مهمی را مطرح ساختیم که از دید امروز باید در فصل 2 کتاب پیش شرط تأمین شده باشند تا بتوانیم همراه با فروید (1923 ص: 223) بگوییم، است. با توجه "های پزشک، قدرت مندترین ابزار کمک در درمان دست" انتقال راه شد که برای فرآیند بهبود توان با فروید همای انتقال میبیه مقاومت بسیار حائز اهمیت است که در ابی روانکاو چه تأثیری در پیدایش و سیر 3 نوع مقاومت انتقال که تشریح کردیم، دارد:

- مقاومت در برابر انتقال و عشق انتقالی
- انتقال اروتیک و عنوان به شکل رو به تزاید
- پرخاشگرانه تبدیل به عکس، یعنی به انتقال منفی

4* مقاومت نهاد و فراخود-4

4)، طبقه بندی پنج گانه فروید درباره انواع مقاومت - در مقدمه همین فصل (1 تجدید نظر وی درباره تیوری اضطراب و در بستر تیوری دنبال بهر های خودآزاری و تفسیر مجازات شدیدی ساختار تشریح نمودیم. مشاهدات پدی های ناخودآگاه خود در این پروسه سوق را به فرضیه نقش بخش خود، فروید داد. در این معنای نظریه مقاومت فراخود، زمینه درک احساس گناه ناخودآگاه و - جنسی و روان-های منفی درمانی را غنا بخشید. زمینه پیدایش روانواکنش

* Id and Superego Resistance
Es- und Ueber-ich-Widerstand

اساس آن در ماهيت محافظه كارانه غريزه جستجو قرار داشت. فرض كردن بر كشف شرط جبر تكرار همان پرده ابهامي بود كه عنوان به غريزه مرگ ماهيت لحاظ به ايه كه مقاومت نهاد مقاومت فراخود گسترده شده بود، همان گونه نمود. يا غير قابل حل مي محافظه كارانه غريزه هاي متفاوتي را اما توضيح داديم كه مقاومت نهاد و مقاومت فراخود پديده اساسي هاي و دهند و براي ما روش است كه فرويد براي اين مقاومت پوشش مي گرفت. فرويد شانس بيشتري براي تخمين مقاومت نهاد غريزي در نظر مي قايل بود تا مقاومت فراخود. به نظر فرويد در يك حالت، از بين رفتن هاي ليبيدويي مطرح است كه بواسطه سرسخت بودن ليبيدو دل بستگي ست. ماند و در حالت ديگر، مبارزه عليه تاثيرات غريزه مرگ مطرح انكامل مي به نظر فرويد مخرج مشترك هر دو شكل مقاومت، در ماهيت محافظه كارانه كرد اين مخرج مشترك را پيدا كرده است: در غريزه قرار دارد. فرويد فكر مي (1918، ص: 151) و يا در "سرخسختي" (1916، ص: 360)، در "چسبندي" (ليبيدو) (1940، ص: 108). "ثابت قدمي" بجاي آن كه به كمك يادآوري و اصل واقعيت، از ارضاي به نظر فرويد، بيام انتقال اروتيك چشم پوشي كنند، بواسطه خصلت چسبندي ليبيدو در جستجوي تكرار است و تنفري انتقال منفي، ناشي از سرخوردگي وي است.

نمايد كه به نظر فرويد بنابر اين بيام خود را به شرابي طي وارد مي هاي ليبيدويي را كنند، بدون آن كه بتواند ابژلميت جربيات قبلي را تكرار الگوي عشق و يا تنفر خود به خاطر بيامورد. بيامر بيشتتر بر عنوان به ورزد كه همه چيز در حال حاضر در جريان است: اين پدر و اين موضوع تاكيد مي اند. روانكاو به ابژه اي مادر نيسند كه مورد عشق و يا تنفر قرار گرفت كه در گذشته متوجه پدر و يا مادر بوده است. اشدتنفري تبديل مي عشق و چنين تكرارهايي در حيطه اصل لذت جويي قرار دارند: عشق سرخورده تمام قضيه است. در جبر تكرار به معنای مقاومت فراخود، يك نيروي منفي ديگر دست اندركار است: پرخاشگري ناشي از غريزه مرگ.

ر) وسواس (تكرار جب

براي آن كه خواننده مدخلي بر اين مشكل پيچيده پيدا كنند، با تكيه بر كنيم. سپس با اگيري جبر تكرار را توصيف مي كرمريوس، (1978) (شكل هاي منفي درمانی، توسعه قابل توجهی را كه درك اوليه تشریح واكنش داد، نشان خواهيم داد. روانكاوي از اين پديده ارائه مي ها به علت كنند كه انسان پديدار شناسي جبر تكرار اين گونه بيان مي جبر پديري سرشت گونه، همواره و چندباره به شرابي ط ناگوار زيستي وارد (1920) (با تشریح نورز □□□□□□□□□□ شون. فرويد در امي اي، قدرت وسواس تكرار را يادآور شده است. به نظر اسررشت و نورز ضايعه اي از نقطه اشتراك اين دو نوع نورز آن بود كه در تاريخ زندگي پاره فرويد . تجربيات تروماتيكي، اشد، رنج و محنت ظاهراً جبرگونه مشاهده مي انسان

حتي چنانچه متعلق به گذشته دور باشند، فکتر و احساس يك نفر را به جبرگونه آورد. سپس شرايط رنج و درد تکراري که ظاهراً پس‌طره خود در مي‌ها و فجايع بين فردي پديدا امري عادي در سرخوردگي عنوان به هستند، آيند.

فرويد بعلت بازگشت وقايع ناگوار در روي، يك نظريه روان‌شناختي گيري عمده آن حل مشکل است. درمان بيماران پس‌ياري قابل فهم ارائه داد که جهت رار چگونگی همزمان در خدمت دهد که تکااي نشان مي‌بببببب به نورزهاي ضايعه تا تجربيه تروماتيک از دست دادن کنترول را اشد با اين هدف انجام مي‌خود" با تکرار، جبران نم‌ايد. بيمار در شرايط درمان‌ي، تجربيات تروماتيک را با کند که بتواند از عواطف و هيجانات همراه اين تجربيات اين هدف فعال مي‌که روان‌کاو بتواند بجاي وي از عمده اين وظيفه خلص يابد، با اين اميد برآيد.

تلاشي جهت جاي دادن تجربيات تروماتيک عنوان به بنابران، جبر تکرار رواني قابل لحاظ به در يك بافت بين فردي قابل فهم است تا بدني‌وسيله پردازش گردد.

ما در فصل 5 کتاب به مربوط به تعبيري روي است، در اين باره بيشتري بحث خواهيم کرد. در مقدمه کتاب (فصل 1) بر اهميت بنيادي حل مشکل هاي درمان‌ي تأکيد کرديم. حتي در نورزهاي اچارچوب کلي تکنيک عنوان به سرنوشت به ظاهر غير قابل فهم و جبري، بايد آثار الگوهي رفتاري ناخودآگاه و رواني را رديابي کنيم.

ن باره ناتمام ماند: واکنش منفي درماني هاي روان‌کاو فرويد در ايبرسي اي جهت مقاومت فراخود که ناشي از غريزه مرگ است، ارزيابي ادله عنوان به شد. ما به منظور اختصارگويي از برخي استدالات گذشته‌ي، اما فرويد امي □□□□□□ به اين نتيجه گيري رسيد و تا آخر از آن دفاع کرد. در کتاب

س از مرگ فرويد به چاپ رسيد، چنين (1940) که پ□□□□□□□□□□ اصلاً قابل دفاع نيست که يک يا چند غريزه اساسي را به "خون‌يم: امي (ص: 71). در اين "هاي خاصي از روان محدود سازيم، آن‌ها همه جا حضور دارند حيطه يابد که طبق آن فراخود در تفکيک غريزه اظهار نظر فرضيه قبلي تداوم مي غريزه مرگ به شکل خالص آن است (1923). زندگي و مرگ، ناماد

توانيم به جمع بندي زير برسيم: ام اکنون مي

کشف احساس گناه ناخودآگاه، واکنش منفي درماني و نيز مقاومت فراخود ● مربوط به دوران اوليه تبديلي نظريه توسط فرويد بوده است. نظر معقول باشند، به ناخودآگاه مي "خود" هاي اصلي | از آنجاي که بخش رسيد نظريه ساختار جايگزين تقسيم مکناني به ناخودآگاه، پيش آگاهي امي و آگاهي، گردد.

هاي دوگانه زندگي و مرگ محتواي جديدي اعطا شد: | تقريباتاً همزمان به غريزه ● ها، چه در قالب سرسختي | ل جبر تکرار در ماهيت محافظه کارانه غريزه با تمايل به بازگشت به حالت غريزه، ليبي دو و چه در قالب غريزه مرگ ديده شد.

رسيد ارتباط ثنويت جديدي ميان نظريه غريزه و نظريه | به نظر مي ● ساختار، بتواند توضيح دهد که چرا مقاومت نهاد (به معنای انتقال غير قابل هاي ناخودآگاه فراخود | ارويک) و نيز مقاومت فراخود، بعلت اشغال بخش ورزند. بزي مخرّب درمان روان‌کاو | اجاجت مي هاي غريبات بخش

اي است. اما گمانه‌نبايد پنداشت كه غلبه بر اين اشكال مقاومت كار ساده هاي فلسفه طببي عي است كه روان‌كاو را به يك دون كيشوت تبديل ورزي آفريند تا سپس به مبارزه عبث با آن هاي آسياب، غولي مي‌نموده و از پروانه بپردازد.

*اكنش درمانی منفی 4 و 4-1

توضیحات فروید

عنوان‌بده (1918) مشاهده زيّر را □□□□□□ فرويد در شرح حال بي‌ماري كند: واكنش منفي توصيف مي

تر كرد پس از مرّ راه حل قابل توجه، براي مدتي كوتاه با و خيال و سعي مي دانيم كه كودكان دقيقايشدن علّايي، تاثيرات مفيدي درمان‌ي را نفي كنند. مي دهند. اگر به آن‌ها گوش‌زد ها از خود نشان مي‌دهند رفتار را در مقابل ممنوعيت آورند، آن‌ها قبل از آن‌كه كنيم كه مثلاً چّرا سر و صداي بي‌ش از حد از خود در مي‌خواهند به كنند. آن‌ها مي‌اي‌ن كار را كنار بگذارند، آن را يكبار ديگر تكرار مي طلبانه و در مقاومت در برابر ممنوعيت خود ثابت كنند كه اين كار را داو اند. بزرگسالان انجام داده

گويي كه فرويد در تشبیه با امر تربيت، در اينجا از ممنوعيت سخن مي دهند. براي ما مهمتر آن است كه ها با رفتار لجبازانه خود به آن پاسخ مي‌بچه نيز اين‌كه فرويد بعد از يك راه حل اساسي، و خاتم علّايي رو به كاهش گذارد و كرد. راه حل، بطور رفتار لجاجت آميز و منفي را بيان است‌قلال ارزيابي مي مشترك پيدا شده، اما قطع داوطلبانه، بيان اثبات خود و كُنش فردي است. فرويد در تعريف‌ي كه بعهده اراء داد، همچنان رابطه درمان‌ي را در كانون توجه مي بينيم: كه در زيّر شكلي‌بهداد، قرار مي

دهند. افرادي هستند كه در شرايط درمان‌ي رفتار خاصي از خود نشان مي‌چنانچه آن‌ان را اميدوار كنيم و توفيق درمان‌ي را به آن‌ان نشان دهيم، ناراضي گذارد. در ابتدا درسند و رفتارشان بطور منظم رو به وخامت مي‌بده نظر مي قبول‌اندن نظرات خود به لجبازي و تلاش براي عنوان‌بچه‌ن رفتاري را تري‌تر و منصفانه‌كنيم. بعهده به يك بي‌نشن عميق‌پزشك تفسير مي رسد كه اين افراد تحمل تمجيد و ارسيم. روان‌كاو فقط به اين نتيجه نمي‌امي هاي به رسميت شناخته شدن را ندارند، بلكه اين‌كه آن‌ان در برابر پيشرفت حل مقطعي كه به‌بود و يا رفع دهند. مرّ را درمان‌ي واكنش برعكس نشان مي موقت علّايي را به همراه داشته باش، بجاي درمان، منجر به تشديد رنج و درد . آن‌ان واكنش درمان‌ي منفي از بشودفعل‌ي آن‌ها خواهد شد و در حين درمان بدتر مي دهند. اخود نشان مي

ي‌اس آيد، اما در مقايه‌اي افراطي پيش مي‌آنچه در اينجا تشریح شد، در حالت كوچكتر براي بس‌ياري و احتمالاً همه موارد نورز شديد، قابل پيش بيني (فرويد 1923، ص: 280). "است

با توجه به آن‌كه بس‌ياري از بي‌ماران در برابر رضاييت درمان‌گر از سيري دهند، جاي درمان و بويژه تعبيرات بجاي وي، واكنش منفي از خود نشان مي

* The Negative Therapeutic Reaction
Die negative therapeutische Reaktion

الشیعاع الگوي ت عارض درون رواني و ايت تحت عجب است كه فرويد در نه مقوله مقاومت فراخود قرار داشت. به نظر فرويد واكنش منفي درماني مبين خواهد از او نميشود كه در بيمار بودن ارضا مي "يك احساس گناه ناخودآگاه است (1923، ص: 279). فرويد همين توضيحات را بعهده "مجازات رنج چشم بپوشد (ديگري ارأئه داد) 1933(نيز بشكل

افرادي كه اين احساس گناه ناخودآگاه در آنها قوي است، چهره واقعي خود را در " دهند. چنانچه درمانگر واكنش منفي نسبت به سير بهبود در درمان نشان مي اي كه لااقل علایم براي مدتي از بين احل مشكل را به آنها نشان دهد، بگونه . معمولاً بشود باعث تشديد درد و رنج در آنها ميروند، بر خلاف تصور، كافي است تمجيد كوچكي از آنها بعمل آوريم و چند كلمه اميدوار كننده درباره سير بهبود بيان كنيم تا وضعيت آنها را به وخامت بكشانيم. يك وجود ندارد، اما بيانش روانكاوي در اين "اراده بهبود" غيروانكاو خواهد گفت بيوند كه خود را مستحق رنج و ان احساس گناه ناخودآگاهي را ميرفتار بي "بيند. بيماري مي

انگيزه واكنش منفي عنوان بهبود اخيره فرويد گرايش خودآزاري ناخودآگاه، نسبت به درمان را ناشي از غريزه پرخاشگري و تخريب، يعني غريزه مرگ ها است كه اكرانه غريزه كنند. آناليز نامحدود بعلة ماهيت محافظه ارزيابي مي ماند. انكام مي

انتقادات ديگر

هاي واكنش درماني منفي و احساس گناه ناخودآگاه اگر امروز با پديده تري در مقايسه با مقاومت فراخود (مواجه شويم، در شرايط مناسب و انبوه) وي اينكه در اين بين درمانگران زيادي در جستجوي اضطراب فرويد قرار داريم. اند كه چرا اتفاقاً پس از يك تبعي مناسبات و بودمسؤال پاسخي براي اين حق من "افزايش اميد جهت تقويت رابطه بيمار و درمانگر، به احساس بسپاري از بيماران سريعاً به اين شناخت دست بشود، منجر مي "نبود . نورز سرنوشت عنوان بيهابند، چيزي كه دويچ (1930) اشتباهاً امي ، ناخودآگاه نيست. "اين حق من نبود" وصيف كرد. احساس گناه در عبارتت اي است كه در لحظه كنوني مطلب اصلي آرزوهاي لذت بخش و يا پرخاشگرانه تشديد انتقال، يعني دست يابي مجدد به ابژه و با نزديكي فكري به شود. روانكاو، تجربه مي

چيزي مانند واكنش منفي به همين خاطر در تكنيك درماني روانكاوي كمتر كه بتواند تأثيرات نامطلوب دكترين نظريه غريزه و بشود درماني يافت مي نظريه ساختار را نشان دهد. در واقع از بين رفتن مقاومت فراخود كه ريشه در مفروضات فراوانشناختي فرويد دارد به يك نظريه تعارض جامع فراخود و در نتيجه مقاومت گيري انجاء كه متناسب با شكلات عملي مي ها، يعني بناي باشد. در نظريه فرويد دروني سازي ممنوعيت فراخود نيز مي هاي رابطه با فراخود به تعارضات اديپي پيوند خورده است. روانشناسي دهند كه چرا توجه اميدتري در اين زمينه ارأئه ميهاي عميق ابژه جمع بندي شود. در مجازات خویش و در امني منتهي مي بخش در رابطه انتقال به نا ا تمایلات خودآزاري انبوهي از عواطف نهفته است. به همين سبب جاي تعجب

تعبير زندگي غافل بوديم . . . من مقاومت گرفتيم و از جايگاه آن در امي اوليه خود را براي وارد كردن غريزه تخريبي به ادبيات روانكاوي به ياد "آورم و زمان زيادي طول كشيد تا نسبت به پذيرش اين موضوع آگاه شوم" (فرويد 1930، ص: 479).

پرخاشگري اي به غريزه آدلر كسي بود كه در نظريه نورز خود جايگاه ويژۀ علامت نورز جبري عنوان به كرد. (فرويد 1909) (نقش نفرت را فقط اعطا مي هاي مربوط به پرخاشگري را ناشي از غريزه كرد، اما پديده توصيف مي هاي دانست. ولد 1963) (تجديد نظر تيوريك در سال جنسي و غريزه بقا مي 1920 را چنين جمع بندي كرده است:

هاي پرخاشگري و نفرت از غريزه جنسي و رفت پديده مي در حالي كه گم" ، الكنون بمثابه تبلور ايشودا ناشي مي "خود" هاي غريزه بقا و نيز فعاليت (ص: 124). "اگر دليلي غريزه پرخاشگري ارزيابي مي

با وجود بازتاب متفاوتي كه نظريه غريزه دوگانه فرويد داشت، تاثيرات ي در آن جايي كه حتي اين نظريه با الكراه غير مستقيم آن بر تكنيك درمان شد، چشمة گير بود. چون روانكاوي نيز كه به فرضيه پذيرفته و يا رد مي غريزه مرگ اعتقادي نداشتند، ماييل بودند به علت شفافيت آن را بپذيرند. گويي: ولد در با استناد بر برنفلد (1935) در اين باره چنين مي

ه اكاربرد | بطور مستقيم در مورد پديده متوانستند هاي قديمي نمين نظريه" شدند، يعني معنای داشته باشند، آنها باي در ابتدا تجزيه و تحليل مي هاي نظريه اروتيك ياشدند. . . البته طبقه بندي اخود آگاه آنان بررسي مي هاي متوانستند بطور مستقيم و بدون هرگونه پالايشي در پديده خرب مي فته شوند. گفتن اين مطلب كه بيامار برخورد خصمانه مورد مشاهده بكار گر تر از آن است كه مثلاً بگوييم رفتار وي ناشي از دارد، خيلي ساده (ولد 1963، ص: "بازسازي يك تخيل اخود آگاه در رفتار انتقالي است (126).

توانند از طريق نظريه هاي پرخاشگرانه و مخرب مي به نظر ولد پديده ي بدون لحاظ كردن يك غريزه پرخاشگري مستقل، بخوبي قديمي، يعني گردد. توضيح داده شوند. چنين امري از ادغام زير حاصل مي

تواند شامل موارد زير باشد: يك نگرش، يك رفتار و يا يك محرك مخرب مي" والكنش در برابر-1

"خود" تر، تهديد اهداف و محتوياتي كه معمولاً به الف) تهديد بقا يا كلي شوند. نسبت داده مي

هاي ليبيدويي (الكامي يا تهديد به الكامي غريزه

مثلاً "خود" يك محصول جانبي فعاليت-2

الف) چيره شدن بر محيط

ب) كنترل بر بدن يا ذهن

اي از نياز ليبيدويي كه بنوعي حاوي پرخاشگري نسبت | بخش يا جنبه-3 به ابژه است، مثلاً تصاحب يا دخول.

را تهديد "خود" است نسبت به كسي كه زندگي ما و يا امكانات در حالت نخ الف) و يا نسبت به كسي كه با ما - كنيم) 1 كنند، احساس خصومت پيدا مي مي كنند) 2. در حالت دوم، تلاش عادي يك در دستيابي به ابژه محبوب رقابت مي

ارگان‌یسم رو به رشد برای تسلط به طب‌پیت، تا حدودی تمایلات تخریبی‌های غی‌رزنده و تا حدودی نیز حاوی پرخاشگری نسبت به نسبت به ابژه‌ن‌توانند مح‌صول | الف). و یا آن‌که لذت تخریب می‌ها و حیوانات است (2) انسان‌جان‌بی‌کنترل تدریجی بر بدن و یا کن‌ترل تدریجی بر دنیای ذهنی خود خ‌ره ب)، که مراس از آن دارد که نه‌اد بر آن غلبه پیدا کند. بال‌اباشد (2)‌تواند بخش‌ی از فشار لی‌بی‌دویی باشد، نظیر گازگرفت‌ن پرخاشگری می‌دهانی، تصاحب دهانی، دگرآزای مق‌عدی و دخول آلتی (3). در تمام این موارد آید، اما در پرخاشگری و برخی مواقع پرخاشگری خ‌ی‌لی خطرناک بوجود می‌ول‌در "اردمین موارد دلی‌ل جبری برای یک غریزه تخریبی مادر زاد وجود ند (1963، ص: 131).

تقسیم‌بندی ول‌در دو جنبه اساسی دارد که مایلی‌م صریحاً مورد تأکید قرار دهیم:

توانیم رفتار پرخاش‌گرانه و تخریبی را از منظر خودجوشی و واکنشی‌ای‌ما می‌نگاه‌کنیم.

در رفتار و تجربه انسان‌ی، خودجوشی و واکنش جویی از همان ابتدا مخلوط و بال‌ایی از ای، دهانی و جنسی معمولاً درجه‌های تغذیه‌اند. فعالی‌ت‌ت‌در هم آمیخ‌های منظم بدنی و درون روانی در برابر خودجوشی دارند. غالب بودن فرآیند‌های تعریف رفتارهای مبتنی بر غریزه‌های ای‌جاد‌کننده‌ی‌کی از شاخص‌م‌حرک‌ورزد. اگر است. ول‌در از طرف دی‌گر بر ماهیت واکنشی پرخاشگری تأکید می‌باشد، و دی‌گر موجودات زنده می‌های خودجوش که وجه مشخصه انسان‌فعالیت وجود نداشت، چنین چیزی ممکن نبود. در این راستا (کون‌س) (1946) بیان کرد "خودجوشی پایه و اساس واکنش‌سازی است." که

گیری خودجوشی انسان‌ی را از زاویه نظریه‌ای آن‌جایی که فروید تاری‌خ‌ش‌کل و به راستی گرسنگی و میل جنسی هم -کرد ای‌بی‌دو توصیف می‌ل، قابل فهم بود که پرخاشگری -باش‌ن‌دل‌م‌ش‌خص‌ات یک غریزه را دارا می‌یک غریزه اولیه در نظر بگیرد. احتمالاً این‌که این عنوان به‌جه‌ان‌ش‌مول را نظریه تا به امروز مطرح است، بدین خاطر است که انسان مع‌نای پرخاشگری فهمد که جای‌گاه‌ی اولیه در کنار موضوعات‌ها را زمانی می‌ی انسان‌در زندگ‌جنسی برای آن قایل شود.

ماهیت غیرغریزی پرخاشگری

شودای واکنشی مطرح می‌پ‌دی‌ده‌عن‌وان‌ب‌م‌رسد، این‌که پرخاشگری به نظر می‌آن را به یک پ‌دی‌ده‌ثانویه و بی‌ضرر تبدیل کرده باشد. از آن‌جایی که ما با ق‌طه نظر فاصله زیادی داریم، مایلی‌م در ابتدا به این نکته اشاره این ن‌آوریم، اتفاقاً این‌م که فرضیه غیرغریزی که بعداً به اثبات آن روی می‌کند. برای پی‌اده کردن این زنجیره وضعی‌ت ناخوشایندی را ای‌جاد می‌است‌دل‌الی قابل توصیف است که می‌ان

- رفتارهای پرخاش‌گرانه و مخرب و
- های نام‌ده‌ای ناخودآگاه و آگاه آن‌ام‌ت‌ج‌س

تفکی‌ک قایل شویم. در سیر گذار پرخاشگری به تخریب، تخریب که من‌ظور آن از بین بردن و نابودی و نه‌ایتاً ش‌ودای‌ن‌گونه تعریف می‌کشتن یک ممنوع است. در مقایسه با این وضعی‌ت، رفتارهای پرخاش‌گرانه

طي حتي باعث افزايش لذت نيز الزاماً در دنيا نيستند، بلكه تحت شراي
گردند. ۱۳۴

كه وي ايشوداگر دوباره به تقسيم بندي ولدر نگاه كنيم، مشخص مي
فرآورده عنوان به واكنش در برابر ناكامي و يا خطر، عنوان پرخاشگري را
بيند. چيزي كه عوارض همراه غريزه جنسي مي عنوان به جانبي حفظ بقا و يا
است كه بسيار خشن و "تخريب حياتي"، براي ولدر نامشخص ماند
گويده باشد. وي در توصيف اين نوع تخريب چنين مي اغيزد: ابل فهم مي
واكنش در برابر تحريكات عنوان به عنوانند ايشكال پرخاشگري كه نمي
نگريسته شوند، چونكه در شدت و طول غيروقابل تصور هستند و
نمي آيد. ايشكال ابل مشكل مي عكس ال عبن ابراي قرار دادن آنها در نماي عمل
"خود" هاي | فرآورده جانبي فعاليت عنوان به عنوانند پرخاشگري كه نمي
كنوني بروز "خود" هاي ارزيابي شوند، چون آنها به موازات و همراه فعاليت
بخشي از غريزه جنسي مطرح عنوان به عنوانند ايشكال و بالآخره نمي كنند
(ولدر ۱۹۶۳، ص: "ايشوداگر نمي باشد"، چونكه هيچگونه لذت جنسي از آن
۱۳۴).

ولدر براي تشریح تخريب حياتي به مورد تاريخي فاجعه انگيز آن، ي عني
گويده: ايشوداگر و مي كنند و مي كنند سيري ناپذيري هي تلر نسبت به يهوديان، رجوع مي
واكنش ارزيابي كنيم، اين عنوان به بسيار مشكل است اين تنفر را "
ص: ۱۳۵). "ير بودتنفر، بي حد و مرز و سيري ناپذ

ما با ولدر كاملاً موافقيم كه سيري ناپذيري و بي حد و مرزي اين تنفر و
عكس عنوان به تكيه بر الگوي عمل تخريب و ايشكال شبيه به آن را نمي
العمل توضيح داد. اتفاقاً كشفيات فرويد درباره واكنش پذيري
كه محرك عيني براي ناخودآگاه، رفتارهاي غيروقابل فهم و يا رفتارهاي را
، قابل فهم ساخته است. ايشوداگر مشاهده نمي

عدم تناسب ميان محرك و واكنش است كه فرآيندهاي فكري و رفتاري را كه
كنند ايشوداگر، مشخص مي بطور ناخودآگاه هدايت مي

ميل تخريب سيري ناپذيري و بي حد و مرزي كه در نمونه هي تلر بخش
وز كرد، فراسوي آن چيزي است كه معمولاً در بزرگي از ملت آلمان را خانمانس
دهد. هاي غريزي روي ميحركت

كنيم، زيرا ايشوداگر مورد فاجعه بار تخريب را به اين خاطر در اينجا ذكر مي
بار مولوكاست به تجديدي نظر درباره نظريه ايمان داريم كه تجربيات رقت
يخي، اعتقاد به غريزه ها و وقايع تاريخ پرخاشگري روانكاوي انجاميده است. داده
هاي ۱۹۷۰ نديده ايرگ را دوباره احياء كرد، به نحوي كه تجديدي نظريه اي جدي سال
گرفته شدند. تجربيات تعقيب و بگير ببندها، تهديدات كنوني كه
متوجه موجوديت نوع بشر است و يا تغذيه تحولات درون روانكاوي، تحت
خير شاهد تجديدي نظرات عميق در هاي اثري مر يك از موارد نامبرده، در دهه
ايم. نظريه غريزه روانكاوي بوده

استون (۱۹۷۱)، آنا فرويد (۱۹۷۲)، گيلسپي (۱۹۷۱)، رولين (۱۹۷۳) و
باش (۱۹۸۴)، مستقل از يكديگر و بر مبناي تجزيه و تحليل روانكاوي و
هاي پرخاشگري و تخريب به اين نتيجه رسيده ايشوداگر شناختي پديده
قاء تخريب انسان خطرناك عاري از چيزي است كه معمولاً وجهه اتفا
مشخصه يك غريزه، مثلاً ميل جنسي و گرسنگي در روانكاوي است. البته
آنا فرويد با تمسك به ايشوداگر (۱۹۷۱) تلاش مر چند بي شمري كرد تا غريزه

رسد از آنجايي كه آن فرويد در نقد غريزه پرخاشگري به نتيجه مشابهي مي گونس رسيده است، ما به نتايج بررسي وي خواهيم پرداخت. اينكه آناليز كه پديدارشنناختي گونس به بوته فراموشي سپرده شده است، مابين عوارض (اي است. گونس) 1946 (يادآور شده است: عدم تبادلات بين رشت

. . . غريزه پرخاشگري وجود ندارد، نظير آنچه ما براي ميل جنسي و يا " گيرييم. دعواي ما بر سر كللمه غريزه نيست، چونكه در نظر ميگرسنگي د هايي مفروضاتوان براي رفتار زنده و يا رخدادهاي هستي، غريزه يا غريزههاي اصلي اين است: سؤالداشت و ريشه غريزي براي آنها در نظر گرفت. اما فرض كنيم رفتارهايي كه به ارضاي ميل جنسي و يا رفع گرسنگي اي در رفتارهاي غريزي بناميم و براي مر يك، غريزه جداگانهدانجامد رامي با رفتارهاي بال، □□□□ نظر بگيرييم، با اين حال آيا درست است كه در دليل رفتارهاي پرخاشگرانه و مخرب را نيز غريزه پرخاشگري بدانيم؟ آيا تفاوت اين دو مقوله آنقدر فاحش نيست كه وحدت مفهوم ييجاد شده باعث هاي پرخاشگراندهيم: فعاليتاء تفاهم گردد؟ ما عملاً چنين نظر مي سو تخريبي در اصل خود از رفتارهايي كه به ارضاي ميل جنسي و گرسنگي (ص: 41). "اندشوند، متفاوتن تهيم مي

آن فرويد به اين نتيجه رسيد كه پرخاشگري انسان، هيچگونه وجه مشخصه كند: برزي و نه ابژه. گونس تأكيدي ميخاصي ندارد: نه يك ارگان، نه ان

. . . وجوه مشخص پرخاشگري هم در تجربه و هم در اشكال بروز، نامشخص توان عدم كشف است. در تأييد فرضيه نامشخص بودن وجوه پرخاشگري مي يك ارگان و يا مكان بروز اوليه براي آن را مطرح كرد. البته ما ناحيه خاصي و اين احتمال وجود دارد كه چنين موارد ي بشكل ايم را در بدن پيدا كرده شانويه شكل گرفت و تثبيت شوند. مثلاً براي نمونه گرسنگي، ارگانهاي خاصي نظير دهان، معده، روده و مقعد و ميل جنسي ناحيه ژني تال را "توان منطقه خاصي را در بدن ذكر كردن اختيارد دارد. براي پرخاشگري نمي (1964، ص: 32).

به نظر گونس نامشخص بودن وجوه پرخاشگري، حاوي يك عامل ديگر نيز هست: نبود يك ابژه مشخص. پيش شرط واكنش پذيري كه گونس بر آن پايه و اساس رابطه با ابژه عنوانبهاي خودجوش كند، فعاليتتأكيد مي است.

، ما همراه با گونس بر اين نكته تأكيديداريم كه اثربخشي بي حد و حصر آما دگي هميشگي پرش پرخاشگري و تخريب، فقط با در نظر گرفتن باشند. امهيت واكنشي آنها قابل فهم مي

پيامدها و نتايج نظري و عملي

كنون درباره پيامدهاي نظري و عملي. نقد بر ماهيت غريزي پرخاشگري ن كنيم. با توجه با ابهامات موجود كه منجر به پراكندگي ايلانسان ي بحث مي هاي ناقص شده است، يك نگرش تفكيكي لموضوع پيچيده و تبيني نظريه رسد. اعتبار تجرب ي وضعيت موجود محدود در اين زمينه ضروري به نظر مي پرخاشگري كه با استناد -هاي قديمي، نظير نظريه سرخوردگي است. نظريه به آن، تغيري انتقال مثبت به تنفر به روش آزمائشي و بر طبق

در تمایز با فرآیندهای توصیف شده، رفتار پرخاش‌گران‌ه حیوانات
 های‌شن‌شوند. لورنس در پژوهش‌های منظم و ریتمیک درونی هدایت می
 رفتاری با حیوانات، نوعی تخیلیه تحریف شده غریزه روی ابژه را
 رسد میان‌توان آن را پرخاش‌گران‌ه نامید. به نظر می‌آید که می‌توصیف می
 های بی هدف رفتارهای پرشی و تخیلیه پرخاش‌گران‌ه بر ابژه، میان‌فعالی‌ت
 های بی منظور تشابهاتی موجود باشد (توم 1961). لورنس و فعالی‌ت
 دهد در همان ابعاد پالایش روحی و های‌درمانی که لورنس (1963) ارائه می‌توصیف
 تخیلیه هیجانی قرار دارند. سمت و سوی توصیف لورنس این است که انباشت
 تواند او را به نابودی تاریخی خود سوق پستان‌سیل پرخاش‌گری انسان که می
 ه و رعایت بهداشت تواند بوسیله اشکال ساده و بی‌ضرر تخیلیه غریزه‌ده، می
 روان، مثل ورزش کاهش داده شوند. پرخاش‌گری ناشی از سرخوردگی بخشی از
 انتقال منفی است.

چنانچه از استدلال آن فروید قوه تخریب انسانی و پرخاش‌گری حیوانی.
 پیروی کنیم، کلیه الگوهای توضیحی ساده و نیز تشابهات زیرعلامت
 انی نه صاحب مخزن انرژی خاصی است و روند. زیرا پرخاش‌گری انسان می‌سوال
 نه یک ابژه مشخص دارد. در حالی که رفتار پرخاش‌گران‌ه درونی نوعی حیوانات
 پذیرد، تخریب انسانی سیریب‌ا پیدا کردن و کشتن طعمه پایان می
 ناپذیر است. ان‌فصال مکان و زمان که حاصل تخیلات است، ظاهراً به آنجا
 حد و مرزها آن‌گونه که در قلمرو حیوانات منجر شده که در تخریب انسانی،
 شوند (ویزدم‌شنوند، رعایت نبطور اطمینان بخشی مراعات و تضمین می
 های‌رفتاری پرخاش‌گران‌ه در رقابت 1984). در یک نوع حیوانات، شیوه
 جنسی و جنگ بر سر جایگاه و قلمرو، معمولاً با تسلیم و یا فرار پایان
 تواند به دردی حیوانات فاصله بین آن‌ها می‌گیرد (ایبسفلد 1970). ای
 جنگ خاتمه دهد. در حالی که تخریب انسانی از طریق فاصله تازه ممکن
 شود و گردد: تصویری از دشمن بطرز بسیاری مبالغه آمیز تحریف می‌می
 همان‌گونه که گفته شد برتالانی قوه تخریب انسان را به توان نامدسازی
 سازد. آنچه به از رفتار حیوانی متمایز می‌یوی مرتبط و بدین سان آن
 کند، ارتباط آن پرخاش‌گری انسانی خشونت خاص و سیری ناپذیری اعطا می
 آیند و های تخیلی آگاه و ناخودآگاه است که ظاهراً از هیچ پدید می‌آید سیستم
 شوند. پس قابلیت نامدسازی به خودی خود، فراسوی خوب و در شر مضمحل می
 بد قرار دارد.

توانیم خود را به این راضی کنیم که روان‌کاو نمی‌تواند به او دلایل‌ری‌شه
 دانیم که در آید. ما می‌تخیلات قدر قدرتی و اهداف تخریبی از هیچ پدید می
 های‌حساس و بویژه در موارد مرزی آسیب شناسی روانی، واکنش انسان
 ها به افتد. این محرک‌های کاملاً ساده به جمل‌بال‌غه آمیز بواسطه جراحت
 های ساده‌شنوند، که محرک‌های دل‌یل به فرآیندهای تخریبی تبدیل می
 بیرونی بواسطه تخیلات ناخودآگاه، خصلت یک تهدید خطرناک به خود
 شود و گردی‌رند. بررسی روان‌کاوی این ارتباط معمولاً به این شناخت منجر می‌می
 ه مستقیم با میزان پرخاش‌گری که میزان جراحت پذیرد از خارج در رابط
 خویش قرار دارد، که حامل آن از طریق فرافکنی خود را از آن ره ساخته است.
 این دست‌آورد کل‌این (1946) است که چنین فرآیندی را در چارچوب نظریه
 رابطه ابژه تشریح نموده است. عنوان‌هم‌نام‌دسازی فرافکن و درون‌فکن

ل مانده كه چنين تخيلات بزرگ بينانه و تا به امروز اين مسئله لايح دانده كه آيند. مر مادري مېلويگرانگر از طريق كدام تجربيات كودكي بوجود مي دهد. از هاي شديدي پرخاشگرانه از خود نشان مي كودك در زمان سرخوردگي، واكنش دانيم كه آستانه تحمل سرخوردگي در لوس كردن دايمي كاهش طرف ديگر مي لحاظ به همين علت فرويد هم بي توجهي زياد و هم لوس كردن را يابد. به امي تربيتي تقبلي ح نموده است.

هاي تخيلي توأم با تصورات خود بزرگ چنانچه تاريخ تكوين سيستم برخورد سؤالهاي اوليه آن رديابي كنيم، بالآخره با اين بينانه را در ريشه ه قدرقدرتي و كنيم كه فرضيه تصورات كنهن الگويي ناخودآگاهي به سؤال استيصال تا چه حد قابل دفاع است؟ نظريه خودشيفتگي به اين دهد: خود بزرگ كه موت در برابر هرگونه جراحت با اوشني پاسخ مي دهد. به ياد داشته باشيم كه پديدار شناسي عصبانيت واكنش نشان مي هيم از دجراحت پذيري بالا توأم با عصبانيت خودشيفتگي (ما ترجيح مي تخريب صحبت كنيم)، يكي از ذخاير تجربيه غير قابل بحث روانكاوي مطرح است، فراروانشناسي است. آنچه كه امروز با توجه به انتقادات وارده بر گيري تخريب انساني توسط توان نمادسازي است. توضيح بل اشراط شكل چنانچه امر بقاي خويش را مبتني بر يك اصل تنظيم كننده لوزيك ارزيابي كنيم كه ممكن است از درون و بيرون دچار اختلال بيوسايكو سازد، تسلط واكنشي ايابي كه ما را مجاز مي شود، به دورنمايي دست مي دهاني بر ابژه را همانگونه به بقاي خويش مرتبط سازيم كه غيرقابل ترين سيستم تخريب در خدمت افكار بزرگ بينانه تصوراترين و ديوانه قاي خويش انتساب دهيم. تخيلات مرتبط با فرآيندهاي نمادسازي به را به ب ترين معنای خود، حضور همه جان به دارند. از آنجايي كه آن به امعناي وسيع گيري نمادهاي تصوراتي مرتبط هستند، پرخاشگري توانايي جهت شكل ر تواند داراي ابعاد كنهن الگويي باشد كه در نظريه غريزه در نظركودكي نمي گرفتار شده، بدان معنا كه لبيبيدوي خودشيفته بيان خود را در قدرقدرتي يابد. كودكانه باز مي

اين يك يافته با اهميت است كه ارضاي دهاني و جنسي به اشباع بقاي خود. رسند، در حالي كه پرخاشگري ابزارمند هميشه و بدون سقف مشخصي امي است و معمولاً از طريق حضور دارد. اين پرخاشگري در خدمت حفظ بقا گردد. با اين اوصاف ما به تقسيم بندي فرويد امحتواي رواني مشخص مي دهيم. همانگونه كه اجتماعي مي كنيم و به آن يك بار معنای رواندجوع مي دانيم فرويد در ابتدا پرخاشگري را به غريزه حفظ بقا كه وي آن را امي د و آنرا در برابر غريزه جنسي و كرناميد، منتسب مي غريزه خود نيز مي داد. در اين تقسيم بندي تسلط بر ابژه در تلاش براي بقاي نوع قرار مي هاي خود تعلق دارد. خدمت حفظ بقا، به غريزه

ناميد، بقاي خود مي عنوان بهدر مسير توسعه عميق چيزي كه فرويد م. اين دو را توانيم قوه تخريب انساني را همبسته با بقاي خود ببينيم هاي تنظيم كننده ناب بيولوژيك ارزيابي | پرنسيپ عنوان بهتوان نمي كرد. مر دو به هم وابسته هستند، چونكه شدت و وسعت تخريب در وابستگي چرخشي با تخيلات بزرگ بينانه و ارضاي آن را قرار دارد.

لات اين مفروضات داراي يك جنبه واكنشي نيز هست، چون با افزايش تخي كنند. بدین طریق بزرگ بینانه، آسیب پذیری از دشمن خیالی نيز رشد مي

كند تا از | كه تدريجاً دلايل واقعي پيدا ميشود وليك سيكل معيوب ايجاد مي دشمنان خيالي، رقيباني واقعي ساخته و از اين مرحله به بعد بايد براي توان | نمي بقباي خود با اين دشمن چنگيد. براي اين نوع حفظ خود ديگر هاي بيولوژيكي قايل شد. در اينجا جنگ بر سر بقاي فيزيكي نيست بپايه توان گفت: زماني كه | اطمينان قابل اتكايي در زمينه موجود است. حتي مي ، زماني كه تلاش براي نان روزانه، همه تلاششود قدرت مانور كافي ايجاد مي ر كامل شكوفه شده و تمام ها نيست، تازه آن وقت است كه انسان بطوانسان آورد (فرويد 1933، ص: 192). | خدمت پر خاشگري در ميكتشافات خود را به از آنجايي كه بقاي خويش با ارضاي نيازهاي حياتي ارتباط دارد، مشكل ارتباط مي انضمام حال و افزايش حسادت، حرص، انتقام و تخيلات قدرت مدار ردار است. جبراني از اهميت عملي بالايي برخو آيد را در | فرويد اينكه پر خاشگري فقط بطور جبراني پديد نمي پيآمدهاي نازپرورده كردن كودكان نشان داده است. نازپروري نوعي پتانسيل كه مرگونه تقاضا و نوحوي به آورد، پر خاشگرايه در بزرگسالي بوجود مي براي بقاي خود، | شود | غير قابل تحمل تجربه مي عنوان به همسويي و لمولي تا | ولي عنوي حفظ وضعيت نازپروري از ابزار پر خاشگرايه استفاده مي شرابط موجود به هرقيمت حفظ شود. پيآمدهاي تجديدي نظر در نظريه پر خاشگري براي تكنيك درماني، هم به مقاومت فراخود، يعني واكنش منفي درماني و هم به انتقال منفي بسط دادن اس ناامني در شرابط روانكاوي بيشتتر شود، يعني بقاي است. هر چقدر احساس خود مورد تهديد واقع شود، به همان ميزان انتقال پر خاشگرايه نيز تشديد | گردد | به نظر كوهوت، انتقال منفي، واكنش بييمار نسبت به رفتارهاي روانكاو است، امري كه باعث شد تا وي ماهيت غريزي پر خاشگري انسان را مورد نقد تعريفي نمايد. "خود" قرار دهد و تخريب انسان را در چارچوب نظريه اي كه تخريب انسان را ناشي از غريزه اوليه مي | رد نظريه دنبال به كوهوت تر انتقال پر خاشگرايه كمك | اند، به نتايجي دست يافت كه به فهم عميق ون در فرآيندهاي بحث شده پيرام "عصبانيت خود شيفته" | كنند. بدون شك | مي | توهمي داراي نقش مهمي است. چنين توهماتي "خود" هاي هويتي و | سيستم | شود | مخصوصاً در ايديولوژي هاي فردي و جمعي نمايان مي تفاوت بين پر خاشگري و تخريب زياد است. پر خاشگري آشكار كه متوجه هاي مان است، پس از دست | هاي است كه مانع ما در ارضاي خواسته | افراد و يا ابژه | كنند. عصبانيت خود شيفه، برعكس، بي | بي به هدف، سريعاً فروكش مي | حدود و مرز است و پاياني بر آن متصور نيست. تخيلات آگاه و ناخودآگاه از نيروهاي حد ناپذير | ويرانگري | عنوان به پر خاشگري | رقابت مستقل شده و | كنند | | عمل مي | جراحت هاي را كه بييمار در ها و | زاويه تكنيك درماني مهم است ناگواري | كنند، دريابيم و نه آنچه بوسيله | تجربه مي | | شرابط روانكاوي | در شرابط درماني بعلت ايجاد | شده | بزرگ بين دريافت مي | س | كوپ دهد كه واكنش وي به آن، فرآيند | سر رفت، نوعي است | صال به بييمار دست مي | تشكيك | دهنده آن در اينجا و تصورات قدر قدرتي است. چنانچه عوامل واقعي | كنون جدي گرفته نشوند، ممكن است به درگيري مي | درمانيگر و بييمار هاي روزمره عقب نشيني | نتهي شود. بييماران خود شيفته معمولاً از درگيري

هاي لطيفي آن پيش شرطگيري علمي با ثبات داراي يك روند خاص است كه شامل شونند كه تفكيك بين آن دو اي همزوج ميهاي شانويه بگونءاولويه با انگيزه گويء: فرويد چنين ميگرديد:

حائز اهمیت فراوان "خود"گیری علایم نورُر و سواس و پارانویا برای شکل
ی نیاذهای هائی احتمالی آن، بلکه بدین دلیل که ارضاء مزیت خاطربه، نه شودمی
گیری علایم در افراد سواسی و خودشیفتگی را به همراه دارد. شکل
هائین تفکر پارانویا، به نوعی حاوی خود دوستی نیز هست. در سواسی
تر از دیگرانند و در پارانویاها، شکل گرفتۀ که آنها تمیزتر و با وجدان
توان از آنها ایتموم تیز بینی و تخیلات شدیدی وجود دارد که به راحتی نم
مزایای عنوانبمدور کرد. نتیجۀ تمام روابط یادشده، همان چیزی است که
جهت "خود"شناسیم. مزیت ثانویه بییماری به کمک تلاش ایشانویه بییماری می
کنیم با آنکه زمانیکه ما تلاش می‌آید و آن را تثبیت می‌تثبیت علامت می
کنیم، شاهد پیوند آشتی بر علیه بییماری کم "خود"کم روانکاو به
و بییماری در قالب مقاومت خواهیم شد (1926، ص: 127). "خود"جوانه

است جل و گيري كنند، "خود" خواهد از تهدي داتي كه متوجه اين انگيزه مي " عدم تكرار، قطع نشده، تهديدي كه سبب بي ماري شده و تا زماني كه "خود" دانيم كه بي ماري توسط ا. . . مي شود فرآيند تن درستي و درمان طبي نمي اي دارد كه توسط آن تمايلات خود ارضا | آن كه جنبه خاطربه، شواحي حفظ مي گردد. |

، باعث بشود اشم متوجه هستيد كه هر چيزي كه باعث مزيتم بيماري مي
شدن مشكلات درماني خواهد شد. . . چنانچه تقويت مقاومت سرکوب و بزرگ
چنين دستگاه رواني مثل بيماري، براي مدت طولاني تداوم داشته باشد،
(فرويد 1916، 396). "بالاخره بماند يک موجود مستقل عمل خواهد کرد

كُند. به | تقويٰ كُننده سيكل معيوب عمل مي‌خواند به مزيت شان ويه بي‌ماري
مل محيطي، هم در شرايط روانكاوي و هم در بيرون كه به همين علت دقت به عوا
كُنند، حايز اهميت است. ما به مزيت شان ويه بي‌ماري ادامه بي‌ماري كَمْ مي
دهيم و در فصل 8 كتاب به تفصيل در مورد آن سخن خواهيم | اهميت زيادي مي
گفت

های بالینی متفاوت، به خواننده حتماً دریافته است که ما در کنار پدیده ایم و اکنون خواهان تشریح‌ایک اصل عملکردی واحد نیز اشاره داشته‌ای که با توجه به پی‌چیده بودن بی‌شتر آن هستیم. در کنار تفاوت وجود دارد. این نیز موضوع تعجب برانگیز نیست، نقاط مشترک قابل توجه‌ای متفاوت و مستقل از یکدیگر برای فرآیندهای روان‌آوان از گرایش مقاومت و دفاع، نوعی عملکرد در تنظیم خود و اصل امنیت قایل هستند.

118

تري از هدايت در روانشناسي. خود كه هويت، ارضاي غريزه در سطح پائيني متاثر از اصل غير لذت را - احساس خود قرار دارد. زاندر (1960) اصل لذت اريكسون، نظم دهنده □□□□□ □□□□□ دانده. از نقطه نظر امنيت مي. اريكسون توصيف ايشودا محسوب مي "خود" قدرت مند، هويت است كه دو قلوي دهد: ذيل را از مقاومت هويتي ارايه مي

توان آن هاي يك رفتار مواجهه مستقيم كه مي ترين شكلها در اينجا با افراطي ايشودايي ناميد. البته اين شكل مقاومت محدود به بيماراني نمي را مقاومت هو كه تشريح كرديم، بلكه شكلهاي فراگير و البته نامحسوس از مقاومت است گردد. مقاومت هويت در اشكال نرم و كه بطور معمول در روند آناليز تجربه مي شخصيت خاص خود، دليل بهمراي ج آن ناشي از ترس بيمار است كه روانكاو برد و يا جهان بيبي خويش، سواً و يا تعمداً هسته محيطي كه در آن بسر مي ضعيف و آسيب پذير هويتي بيمار را نابود نموده و ديگاه خود را به جاي اي از نور زهاي انتقالي درمان نشانده. به نظر من ترديدي نيست كه پاره آن مي هاي آموزشي كه در دورن پذير نزد بيماران و همچنين داوطلبين روانكاوي برنده، نتيجه مستقيمي اين واقعيت است كه مقاومت هويت بطور بسر مي. در چنين موارد ميكن است فردي ايشودايي استماتيك تجزيه و تحليل نمي در برابر تحميل معياري ارزي روانكاو مقاومت نشان دهد، ايشودايي از مي است؛ يا بيمار چيزهاي را از هويت در حالي كه در موارد ديگر تابع روانكاو گيرد كه قدرت پردازش آنها را ندارد؛ يا آنكه وي جلسه درمان را با روانكاو مي كند كه مراقبت لازم را از جانب روانكاو دريافت اين احساس ابدى ترك مي نكرده است.

در سردرگمي حاد هويتي، مقاومت هويتي به شكل اساسي رابطه درماني اشكال متنوع روانكاوي در اين نقطه اتحاد نظر دارند: مقاومت ايشودايي تبديلي اشاره اصلي به تكنيك درك شود و تعبيري بايد با عنوان به حاكم بايد توانمدي بيمار منطبق باشد و از آن استفاده مفيد كرد. در چنين موارد مي مانگر هويت گردد تا در بيمار در روند ارتباطات اختلال ايجاد كرده و مصر مي يك امر واقعي و ضروري بپذيرد، بدون اين نتيجه عنوان بهمفوي وي را گيري كه اين هويت منفي نمايانگر همه شخصيت بيمار است. تازه زماني كه ها عبور كرده و تفاهم درمانگر بتواند با صبر و حوصله زياد از اين بحران توانند ال ديگر) مفيد (مي و تمايل خود را به بيمار ثابت نمايد، اشكال انتق (اريكسون 1970، ص: 222). "پدي آيند

مقاومت هويت، فراسوي تعريفي اريكسون داراي يك عمل كرد ديگر نيز هست. (اشتباه) وينيكوت (و يا يك "خود" آمده، حتي اگر ناشي از يك دستبست عادل ايشودا خود شيفته) كه هويت (باشد، مصرانه پاسداري مي "خود" عنوان به كه خود را ايشودايي مشاهده مي مقاومت شدي هويتي بويژه نزد انسانم بي نند و عللي، جزيي از وجود آنان شده است. مثلاً در مبتلاني بيمار نمي به بي اشتهايي عصبي، شكل جدي زنگي به طببيعت ثاني آنها تبديلي ايشودايي مواجه مي اختلال گر تجربه و با مقاومت بعنوان به گريده و روانكاو ترين با ارزش "عنوان به در اينجا بار ديگر بقاي خويش را كه فروي از آن شويم تا مخرج مشترك ميان مقاومت و دفاع را برد، يادآور مي دارايي" نام مي تواند منكر اين مسئله شود كه بقاي خويش در نشان دهيم. راستي چه كسي مي رار دارد؟ ميان متصديان در الويت نخست ق

نظم دهنده توسط محتویات آگاه عنوان بمبقای خویشتن در مفهوم روانشناسی
 اند. لکه در طول زندگی در هویت شخصی ایجاد شده و دلو ناخودآگاهی مشخص می
 از جانب دیگر احساس خودباوری بین فردی، اطمینان به خود، عزت نفس و
 ونی دارند. های درونی و بیرونی پیش شرط غیری به بستگی به پاره
 های متقابل در چارچوب نظریه ساختار در اصل بسطیاری از وابستگی
 اند. مثلاً موقعی که ما از زاویه بالینی روانکاو بطور مفهومی تبیین شده
 های درونی با اینیم، این مفاهیم به ابزارهای خود بحث میآل درباره فرایند و ایده
 شوند. محتوای شفاف تبدیلی می

ی ارزشیاب

بردهای درونی، این موضوع را از یاد میآست عاره قوی فروید در توصیف ابژه
 های که در یک بافت رفتاری قرار دارند: انسان خودش را با ابژه که این ابژه
 کند، بل که با تعاملات (لووالد 1980، ص: 48). ایزوله شده همانند سازهی نمی
 طف متضاد، دوباره این که از طریق این تعاملات بعلت تصورات و عوا
 های اولیه روانکاو است. بشوند، از دانستنهای درونی روانی ایجاد میآش مکش
 زمانی که فروید (1895، ص: 269) از تصورات غیری قابل تحملی صحبت
 کند، در زبان عامیانه استفاده و با | در مقابل آن مقاومت می "خود" کرد که می
 کند که چرا | میسؤال ننده بنابر این شد. خواشخص و خود مترادف قرار داده می
 امروزه تا به این حد در مورد تنظیم عزت نفس و پرنسپی امنیت صحبت
 ، مگر نه این که این مفاهیم جایگاه مناسبی در نظریه و تکنیک بشود می
 اند و سمت و سوی نظریات مقاومت و دفاع، امنیت آنها بوده که پس داشته
 دهند. محدودیت روانشناسی خود به اشکیل میهای نظریه ساختار را نیز تزمینه
 تعارضات درونی روانی و الگوی تخلیه غریزه تنگ نظران است و شامل
 . کشف مجدد نقطه نظرات و اصول تنظیم بشود تعارضات بین فردی نمی
 گرایانه در روانشناسی بین فردی، نظیر امنیت، احساس عزت کنند لکل
 ها چه خساراتی وارد | پراکنندگی نفس و غیره، روشن ساخت که انشعابات و
 اند. کرده

جمع بندی

دانیم، برای نوآوری وی در اعلا برغم انتقادی که بر نظریه کوهوت وارد می
 زمینه تکنیک درمان ارزش زیادی قایل هستیم. این که تعبیرات انتقالی
 کوهوت تا چه حد اثربخشی خاص دارند، موضوعی قابل بحث است. تنظیم
 توان درباره اعتبار نقش روانکاو در این جهت، برغم آن که می و "خود" احساس
 اجزای آن بحث کرد، اهمیت والای دارد. با استناد به آبره (1919) و یک
 درباره مقاومت خود شیفتگی، مایلیم "خود" تفسیر از روانشناسی
 های تکنیک درمانی را که از جانب کوهوت ارائه شده، توصیف بی شرف
 نمیایم.

ام نوعی مقاومت نزد خود شیفتگان، یعنی بیماران زودرنجی که احساس آبره
 لغزانی دارند، توصیف کرده که با پزشک همانند سازهی نموده و بجای "خود"
 روانکاو رفتار - آن که در فرآیند انتقال به پزشک نزدیکی شوند، مانند ابر
 کرد و | می کنند (ص: 176). بیمار آبره خودش را با چشمان روانکاو نگل می

كرد. نويسنده ذكر ادي، ارايه مييتعبيراتي را كه براي خود مناسب مي كند كه ممكن است چنين همانندسازي هايي تلاش براي نزديكي بوده انمي باشد. جاي تعجب است. چون ما توصيف تصاحب دهاني و همانندسازي تكنيك درماني لحاظ مبرخاسته از آن را مديون آبرهام هستيم. ظاهراً آبرهام عنوان بمتوانسته اين نتيجه مفيدي را بگيرد كه همانندسازي هاي اوليه انمي نخستين شكل احساس تعلق به يك ابژه است (فرويد 1921، ص: 116). رابطه با ابژه عنوان به استريچي (1934) (بعدها همانندسازي با روانكاو را ابژه، همانندسازي - عدد خودهاي مبتشريح كرد. در دوران ما، كهوت در انتقال هاي اوليه و كاربرد تكنيك درماني آنه، درك ما از اين مسئله را توسعه داد. رسد كه كهوت اين مطلب را ناديمه انگاشته كه همانندسازي البته به نظر مي توانند در خدمت مقاومت عليمه داراي عمل كرد دفاعي بوده و بدني نوسيله مي استقلال در آيند.

5 تعبير روى

- 1-5 روى و خواب
- 2-5 فكر رويايي
- 3-5 كودكى و آرزو پس مانده روز
- 1-3-5 الگوى توضيحى واحد عنوان به آرزوها ارضاي نظريه
- 2-3-5 بى ان خويش و حل مشكل
- 4-5 مدهاى آن تيورى بى ان خويش و پى
- 5- روي 5 تكنيك تعبير
- ي بعديه ايش رفتى تكنيكى فرويد و پدها 5 توصيه-5-1

(اشتراوخ "ه‌اي مېنا در اېن زمينه دست‌خوش تغييري و تعدیل گردن‌دن نظريه (1981، ص: 43).

تحقیقات پیرامون خواب و رویا در سی سال گذشته، تصورات ما درباره باید ببینیم که آیا این فرآیند رویا دیدن را دچار تحول کرده است. تأثیری بر عمل تعبیر رویا دارد یا خیر.

5* فکتر رویای-2

زبان رویا و کار با رویا یکی از مشکلات سخت رویا دیدن و رویاهای فهم‌مطلوب رابطه تصویری و در سال 1925 در □□□□ □□□□ افکاری هستند که خود فروید در کتاب ت‌مورد آن بحث کرده است

ال‌عاده مشکل بود که خواننده را به تفکیر می‌ان محتوای در ابتدا برایم فوق‌آشکار رویا و افکار رویایی نهفته عادت دهم. از رویاهای تعبیری نشده همواره شد و فراخوان برای تعبیر رویا ناشنیده است‌دلال و مخالفت شنیده می‌اند و از این مسئله کنار آمده‌اند. اکنون از آنجایی که لال‌قل روان‌کاوان با امی ای از آن‌ها می‌کنند، پارلم‌عنای یافته شده توسط تعبیر رویای آشکار دفاع می‌دچار یک اشتباه شده و مصرانه بر آن تأکید نیز می‌ورزند. این‌ان جوهر رویا می‌کنند و تفاوت میان افکار رویایی نهفته را در محتوای نهفته آن جست‌جو می‌دانند. رویا در اصل چیزی به غیر یک شکل خاص از لوکار با رویا را نمی‌گردد. کار رویا چیزی افکار ما نیست که در شرایط به خواب رفتن ایجاد می‌آورد و همین به تنه‌ای جوهر رویا را تشکیل است که این شکل را بوجود می‌دهد: توضیح خصوصیات آن. من این مطلب را جهت تأکید بر سمت و سوی امی کنم. این‌که رویا برای راه حل مشکلات زندگی به رویا مطرح می‌آیند نگران تر از آن نیست که زندگی بیدار آگاهانه ما نمی‌داند، ع‌جی‌ب‌روانی ما تلاش می‌کنند، مضافاً بر این‌که این کار در پیش آگاهی ما نیز ممکن نیست چنان می‌(فروید 1900، ص: 510). "است؛ امی که بر آن واقفیم

های اشکال که‌های پدیدارشن‌اختی رویا، نشان‌دهی‌ژگی‌به نظر فروید شوند فعالیت دست‌گاه روانی ما است که در پس‌رفت شرایط خواب ایجاد می‌(1933). به همین خاطر زبان رویا، مؤکدات که‌ال‌گویی دارد که فروید در درس‌گفتار 13 خود توصیف نموده است (1917). زبان رویا که قبل از زبان آمده، یک زبان تصویری است که حاوی ارتباطات نمادین زیادی فکری ما پدید می‌آید. فراتر از زبان جمعی آن‌ها است (1923). است. به همین خاطر جمع نمادین انسان جابجایی، تراکم و بی‌ان‌عطاف پذیر فرآیندهای است که بر نحوه گری تأثیر بسزایی دارد. بر خلاف افکار بیداری که در مراحل و شکل می‌کنند و با تفاوت منطقی در فضا و مکان سوگ‌ری دارند، در‌سیر می‌تم‌ایز

* Dream Thinking
Traumdenken

افتد. مخدوش شدن | آن مخدوش شدن مرزها اتفاق مي‌دن بالابه خواب، پسرفت و . به نظر فرويد تمثيل به خواب، بشود مرزها در شروع به خواب رفتن احساس مي باشد. انگيزه فرو رفتن در حالت پسرفت مي بشود مطرح مي "كار با روي" عنوان به روي زبان روي عناصر صومش كل ترجمه. دهد كه اي ديگر از آن نشان مي‌بديند، دنيا را به خود به گون مفرد كه روي مي در افكار بيداري و زبان زندگي روزمره بدان عادت كرده است. به همين علت هاي صوري زبان روي نيسست، بلكه بحث فقط بر سر توصيف ويژگي آيند ولي ترجمه روي است. افكار به هيئت تصاوير در مي‌موضوع اص (شوند) اسپنس 1982 (۱۴). و زبان توصيف مي‌تصاوير به كمك كل مسمي‌له حايي اميتي است كه در چه جهت ترجمه كنيم، يعني اينكه از زبان روي به زبان افكار و يا بالبعكس. با توجه به اين مطلب برخي تضاده د كه مربوط به رابطه تصاوير با افكار نهفته روي گردن قابل فهم مي شوند، موضوعي كه در قواعد با اميت ترجمه در تعبيري روي رويانكوي امي يابد. تحت شرايط خواب بايدي ادراكات دروني را احتمالاً تبلور خود را باز مي استعاره تفسير كنيم، امري كه با انتشار تحريكات عصبي در عنوان به بط است مغز مرت

قواعد ترجمه، به رابطه مي‌ان اجزاي روي و عناصر تعبيري نهفته در آن ارتباط دارد. فرويد در درس‌گفتار 3 اين روابط را معرفي كرد كه شامل موارد گردد: زي مي

- رابطه جزء با كل
- ايم و اشارد رابطه
- بشود رابطه تصوي رسازي كه همچنين بيان كللمات ان عطف پذير ناميده مي.
- 1916 (به نظر فرويد مي‌ان - چهارمين شكل اين روابط، نمادين نام دارد) 1917
- سازد. ناماد و عنصر روي يك رابطه ثابت وجود دارد كه امر ترجمه را تسهيل مي گويدي: زي مي

شوند، بنوعي هاي ثابت در نظر گرفته مي‌ان ترجمان عنوان به در حالي كه ناماده سازند، موضوعي كه ما اي به سبك كهمن و رايج را متحقق مي‌آل تعبيري روايده ايم. ناماده فرصت تعبيري روي ابوسيله تكنيك خود از آن فاصله گرفتند (ي كنيم) كه بهر ترتيب اطلاعاتي از ناماده سؤال را بدون آنكه از رويابين كنند. چنانچه نامادهاي روي و شخص رويابين را ندارد، براي ما مهيا مي كنند، آشنا باشيم و شرايطي، به شرايطي كه وي در آن زندگي مي‌بشناسيم افتد، معمولاً در موقعيتي بسر مي بريم كه قادر به روي در آن اتفاق مي تعبيري روي خواهيم بود) 1917، ص: 152.

تواند درباره پايه فكري اين نظريه آن است كه رويابين بدني خاطر نمي زن، چون پسرفت وي در شرايط درمان، جهت ورود ناماده حرف با معنايي ب كنند. مستقيم به زبان تصاوير، كفايت نمي

عناصر روي و عناصر معنايي: رابطه كلام و تصوي

نظريه خود درباره الگوي روياي روانكاوي را مطرح نمود، مورد توجه كافي قرار نگرفت.

افكار بي‌داري-رابطه افكار رويايي

توان گفت كه آيا افكار بر مبناي مطالعات منظمي كه تاكنون انجام شده، مي رند و يا اينكه اين دو بطور مداوم با رويي رابطه مكمل با افكار بي‌داري هايي در دست است كه بر تناسب پسمانده كنند. يافت‌هاي كديگر تلقي مي توان نشان داد كه نوعي منحنوي روبه رشد روز با روياي شبانه اشاره دارد و مي مستمر در جريان است كه از افزايش هيجانات و تحريف پسمانده روز شروع و شود. علاوه بر آن در عالم هپنوز به روياهاي شبانه منتهي مي‌با عبور از تخيلا هاي جنسيتي را در نظر بر اين مشخص شده كه در مواقع خاص بايد تفاوت داشت) اشتراخ 1981، ص: 27.

هاي اصلي گيري محتوي رويي با ويژگي‌ها كنون اين نظريه غالب شده كه شاكله شخصيتي تناسب دارد) كوهن 1976، ص: 334.

اي كه از جانب فولكس (1982، 1979، | چشم اندازي در مطالعات گسترده چنين 1977) از منظر روانشناسي رشد انجام شد، مورد تأييد قرار گرفته است. وي در مطالعات خويش، توازي رشد شناختي و عاطفي موقعيت بي‌داري و آنچه دهد كه | مي را نشان داده است. جويورا (1981) هشدارش و درباره رويي گزارش مي هاي باليني حركت كنيم، خطر نديده گرفتن انواع ديگر چنانچه فقط از داده . در اين بين مشخص شود رويي، مثلاً روياهاي منطقي و راه حل مدار بزرگ مي شده است كه در خواب مرحله رم عمدتاً روياهاي غيرمنطقي و در مرحله غير رم، هاي | مكنانيزم گيري اجتماع شناختي، شوند. چنين روياهاي منطقي ساخته مي هاي فيزيولوژيك در كار با روياهي را موجه اي پيش شرط اوليه با پاره سازد. فرنچي (1912) نظريه مشابهي را با طرح نظريه روياهي قابل هدايت امي شوند. اين روياهي عمدتاً توسط رويابيين هدايت مي‌م طرح مي بندي كرد كه در حال حاضر توان اينگونه جمع | بصورت خلاصه مي ▶ نويسنندگان زيادي تلاش دارند افكار رويايي را در بستر عمومي عملكردهاي كنند. رواني جاي دهند و از تفويض موقعيت خاص به افكار رويايي پرهيز

فرآيندهاي عملكردي ناخودآگاه و خودآگاه

ژيگ و ، آزمايشات فارم الكول EEG كنوكو و لمن (1980) بر مبناي مطالعات اند. چومر نظري آنها | را ارائه داده "الگوي تغيري موقعيت"، تيوري كنظرات كنند و هاي عملكردي متفاوت نوسان مي‌دارد كه مغز، بين موقعيت بي‌ان مي گيرد. ثبت حافظه در مريك از اين حالات بطور گزيشي انجام مي اوت قرار دارند ذخيره كنندگان متفاوت حافظه در ارتباط با ابعاد زماني متف كنند. در رويي | حس زماني تغيري افته در تجربه رويي را با خود حمل مي شود كه متعلق به مراحل متفاوت زندگي است، بدون اتفاقاتي نمايان مي آنكه بتوان بطور قاطع چارچوب زماني ناخودآگاه را نديده گرفت.

مل حال فرآيندهاي هاي نوروفيزيولوژيك ذكر شده شايديهي است كه يافته شوند. پرداختن به فرآيندهاي ناخودآگاه در عملكردي رواني ناخودآگاه نمي هاي روانكاوي قرار دارد كه البته چراغ راهنماي خودآگاهي را در دست قلمرو روش

"شدي مېدون اېن چراغ ما در قعر تاريكي روانشناسي عميق گم مي" دارد،
(فرويد 1933، ص: 76).

* پسمانده روز و آرزوي كودكي 3-5

مفاهيم پايه در شكل گيري روي

كند كه برآورده شدن آرزو با آرزوهاي كودكي فرويد در نظريه روي مطرح مي
هاي بتقريباً همه رويها، رويهاي كودكانه است كه با داده "مرتبط است":
(1916) "هاي مربوطه ارتباط دارند كودكانه، تحركات رواني كودكانه و مكانيزم
ص: 219). فرويد سپس در تعبير روي و برخلاف آرزوي كودكانه، انبوهي
دهد كه از ازشواهد و مستندات را درباره تأثيرات عملياتي آرزوهاي اريه مي
شوند و اين همان چيزي است كه كانسر زمان حال و نه ايام كودكي ناشي مي
كند. فراي اين مطلب | صحبت مي روي "عمل كردت عاملي" (عنوان به) 1955) از آن
بايد به تفاوت ميان سرچشمه روي و موتور محركه روي دقت كنيم كه فرويد
هاي مختلف يك چيزهاي زندگي در زمان مطرح كرده است، زيرا استفاده از داده
اساس ايجاد روي، چيز ديگر. عنوان به است و در نظر گرفتن آنها
نيك درماني الگوي آرزوي كودكي را مطرح به گمان ما فرويد از ديگاه تك
كرد. فرويد رابطه پسمانده روز و آرزوي ناخودآگاه كودكي را با يك ابي
نمود. بتشبيهِ روشن مي

دار دارد كه سرمايه اېن است عاره كه مرگونه اشتغال زايي نياز به يك سرمايه "
قگذار و يك كافرما كه صاحب فكر است و براي تحقير در اختياري مي
دهد: كند، قدرت پاسخگويي ما را افزايش مي بخشي دن به آن تلاش مي
گيري دار هميشه آرزوي ناخودآگاه است كه انرژي رواني براي شكل سرمايه
تواند دار مي كند، كافرما پسمانده روز است. البته سرمايه روي را صرف مي
كه شخصاً صاحب ايده و كافرما صاحب سرمايه باشد. اينگونه است
آنها تيوري كمند: بدني طريق شرايط عملي ساده، اما رابطه است عاره باز مي
(1916، ص: 232). "شودشوار مي

گيري روي از بالابنده (فرويد 1933) است عاره توضيح نحوه شاكل
(پسمانده روز) و از پايين (آرزوي ناخودآگاه) تغيري كرد. اينكه در مقايسه
كند، تشبيهِ دار به انرژي رواني كه صرف مي آي منقل قول شده بالا سرم
عنوان به، بر مفروضات اقتصاد انرژي در فرويد دلالت دارد. انرژي شولمي
كه خالق آرزو است و جهت شودن ربناي نيروي محركه در نظر گرفته مي
آورد، حتي اگر بشكل واكنشي در شكل توهم تحقير يافتن آن فشار مي
باشد.

هاي اين چارچوب نظري آن است كه در كشف تأويلي آرزوهاي يكبي از پيامد
هايي است كه آرزو، نياز كودكانه، موضوع اصلي، كشف و توليد مجدد موقعيت
اند. به ميم خاطر واكنشي در لوي محرك غريزي بوجود آمده، اما ارضا نگرديده
□□□□□□ برابر ابژه نشان داده نشده است. همانگونه كه ما از مورد
شناسي، فرويد بعليت ميم پس زمينه فكري از بي ماران انتظار داشت ابي
كه پس از فايق شدن بر حافظه غربالگر، دوباره به موقعيت اوليه پي دايش

* Day Residue and Infantile Wish
Tagesrest und infantiler Wunsch

، ان انتظار فرويد برآورده نشد و □□□□□□ آرزو راه يابند. بنابر اظهارات يادآوري موقعيت اوليه انجام نگرفت. مورتور روي اديدن، همچنين عنوان به كودكانه قبول آرزوهاي بازسازي حافظه. حاوي يك نظريه درباره ذخيره سازي آثار خاطرات يا حافظه است. اين نظريه (فرويد) 1900 تبیین شد و تأثیرات چشمگیری □□□□□ □□□□□ در گيري درمان روانكاهي داشت، بدینگونه كه درمان با يادآوري و بر شكل نمود. با وجود آنكه آرزوي رويايي كودكانه در پيداگيري اجتهت خليه يادآوري گرديد، ابعاد هيجاني و شناختي با ضريب اطمینان نازل احيا و بازسازي مي آلي براي روانكاهان محسوب شفاف سازي و فهم فراموشي كودكانه مدف ايده ها يك چیز است و اثرات درمانی آنها چيز شد. شفاف بودن اين بازسازي مي ه فرويد بروشنی بر آن تأکيد ورزيده است: ديگر، امري ك

شويم كه بيمار خاطرات سرکوب شده را بياد آورد. بجاي آن غلب موفق نمي" توان با انجام آناليز، اعتمادي را نسبت به حقيقت بازسازي جلب نمود امي (1937، ص: "دهد درمانی همان كار. خاطرات يادآوري شده را انجام ميلحظ به كه 53).

اتي كه بعداً از مادران سؤالها را بوسيله توان شفافيت بازسازي بعضاء مي هايي چه جايگاهي در رابطه با حقيقت، افزايش داد. اينكه چنين دادهشودمي اي ذهنی دنيای تخيلي و تغيري آن در شرايط درمانی دارند، مشكل جداگانه پنس 1982). پردازيم (م. ش. اس است كه ما الكون به آن نمي هاي متفاوتي دارد كه به نظر اثبات شدن آرزوي روياي كودكانه ناخودآگاه جنبه ما جنبه درمانی آن از همه مهمتر است. توانيم خلاصه كنيم كه نظريه برآورده شدن آرزوها | انتيچه گيري مي عنوان به مبتني بر آرزوي كودكانه ناخودآگاه، حاوي نقاط ضعفی است كه بر مشكلات شود. گر، مثلاً ارتباط روياهي وحشتناك تكراري با نظريه، افزوده ميدي

مدخلي بر فهم روي

پل هيجاني ميان بيدارفكري و رويافكري است. عنوان به پسمانده روز شود، اكثرأ به فهم اوليه و همانندسازي آن به كمك آنچه به ياد آورده مي انجامد. بل اواسطه روي مي ، آن هنگام شود بويژه در مطالعات آزمايشگاهي روي رويت مي عمل كرد پل روي ها بيدار گرديده و درباره روي از آنها كه بيماران در آزمايشگاه روي، شب . گرین برگ و پرل من) 1975) چنين فرآیندی را همزمان از ديده شود مي سؤال خواب آشكار، روانكاهي مشاهده كرده و بر اين نظراند كه رخدادهاي هيجاني در شوندين سبتاً بصورت واقعي بازگو مي مؤيد آن است كه □□□□□ □□□□□ گزارشات تكميلي شور) 1966) درباره تواند ارتباط با رخدادهاي را كه يك چارچوب تنگ نظرانه از پسمانده روز مي اند را از بين ببرد. گذشت حاد شده تداعي قرار دارد كه يكی از آنها به نظر فرويد، پسمانده روز در تقاطع افكار :شود به سمت آرزوهاي كودكانه و ديگري به آرزوهاي كنوني منتهي مي هاي تداعي آن به دو توان عنصري از محتوای روي را پيدا كرد كه رشتلنمي" (1901، ص: 661). "يا چند سو روانه نگريده باشند

آرزوهای کدوکی و کنونی چنانچه خود را از قید ثنویت و دوگانگی سرچشمه رها سازیم و بجای آن به نظریه شبکه تداعی (پالومبو 1973) که گذشته و کنده، روی آوریم، به تأیید این‌ها، متفاوت به هم وصل می‌حال را در لایه شویم که عملکرد اصلی روی، تکوین، حفظ یا تنظیم و در نظریه نزدیکی می ساختارها و ساماندهی است) فوس هیگ صورت لزوم احیای فرآیندهای روانی، 1983، ص: 657.

تا حدودی جنبه گمانه ورزی دارد، اما با این EEGهای کوکو و لمن در نوار ایافته حال بسیاری از جالب است. به نظر آنها نوسانات نوار مغز در طی مراحل رم تواند به این فرضیه منجر شود که مدخل بر خاطرات گذشته در طی یک امی تعامل بین حال و گذشته، کاملاً امکان پذیر است. شب و

عملکرد روی

های جدید، نظریه فروید مبنی بر این‌که آرزوی بنابر نتایج پژوهش کنده، دیگر قابل دفاع گیری روی عمل می‌موتور شکل عنوان به کدوکانه نیست. در آن زمان هنوز مشخص نشده بود که روی دیدن یک فعالی و بدین خاطرش و دست که بوسیله یک ساعت درونی هدایت می‌بوی و لژی کی استدل انرژي‌اي لازم نیست. از دید بالینی حائز اهمیت است که کدام شوند. در حافظه وجود دارند و نیز این‌که برای چه فردی بازگو می‌روی - عملکرد ارتباطی روی دیدن (کانسر 1955) (یک موضوع کاملاً روانشناسی کای است که به طرق مختلف بر سه عملکرد روی دیدن تأثیر دارد: روان

- حل مشکل
- پردازش اطلاعات
- "من" تحکیم

همان‌گونه که دالت (1973) بدست می‌تذکر شده، این‌ها رابطه حذفی با اند. این‌ها بسیاری متفاوتی کدیگر ندارند و اثبات تجربی این دیدگاه به بر واقعیت است، تدریجاً به عقب نظریه قدیمی که روی در خدمت غل که روی در خدمت عادل درونش و درانده شده و کنون بر این نظریه تأکید می گيرد. در قسمت بعدی نگاه‌های روانی افراد و بقای عملکردهای روانی شکل می به مراحل مختلف تکوین نظریه روی خواهیم کرد.

* لگوی توضیحی فراگیری عنوان به آرزو ارضای 5 نظریه -3-1

و مفهوم نظریه‌ای تلاش

ی که درباره تئوری کرسد فروید علی‌رغم تمام مشکلات عملی و به نظر می آن‌ها بحث خواهیم کرد، به یک الگوی توضیحی واحد پای بند بود. فروید انگیزه عنوان به کرد مشکلات را بدین نحو حل کند که به آرزو، سعی می

* Wish Fulfillment Theory: A Unifying Principle of Explanation
Wunscherfuellungstheorie als einheitliche Erklärungsprinzip

ي ديگر، مثلاً حرکات دست او، اما در ذهن به بينايي؛ ادراکات بينايي شوند. خاطرات و حرکات هاي بينايي مشابه درباره بدن خود مربوط مي باشد. تجربه شده در تداعي با هم قرار دارند. ادراکات ديگر ابژه، مثلاً اگر فرياد باشد) فرويد 1950، ص: بزندن، يادآور فرياد زدن و تجربه محنت خود مي (415).

□□□□□□□□□□ به اين علت به توضيحات ارايه شده در ما
كنيم، زيرا در اينجا ادراکات بينايي و حرکتي خود و ديگري با امراجعه مي
ارضا توسط ابژه، پيوند برقرار کرده است. در نظريه ارضاي آرزوي روي،
شناختي من فصل شده است. از آنجايي كه ما -ارضا از فرآيندهاي بينايي
لي م اهميت از ياد برده شده آن را براي روانشناسي خود تجربه مي مورد ماي
كنند تا دريابيم كه فرويد براي تأكيد قرار دهيم، نقل قول بالا كمك مي
ارضا، مكان در خور توجهي در تعامل گرايي نمادين قايل بوده است.
گيرد، به نظر ما با اين اوصاف نظريه ارضاي آرزو جنبه نسبي بخود مي
دون آنكه بتوان از اهميت علمي و درماني آن كه است. نظريه ارضاي آرزو همواره ب
هاي جديده همراه بوده و نهايتاً به كاهش اهميت آرزو انجاميده است. با فرضيه
برخلاف نظريه ارضاي آرزو كه فرويد بعلى تضادهاي آن كشف من پنهان.
ربه خود اصرار به دفعات در صدد رفع كمبود آن براي، همو بر اين تج
ام كه موضوع تمام من تاكنون به استثنائي برخورد نكرده "ورزي كه امي
(1900، ص: 327). در تعبيري روي نيز بارها به ممي "رويها، خود فرد نباشد
كنيم، دال بر اينكه روي همواره خود فردهاي مشابه برخورد مي عبارت و يا واژه
ول كامل را در اينجا بي اوريم: گيرد. مايليم نقل قول نشانده مي

يك فرد "من" باشند. مرگه در محتواي روي بجاي رويها شديداً خود محور مي
من، به كمك "من". كنم كه اغري به حضور داشته باشد، به راحتی فكر مي
خود را "من" همانندسازي، پشت سر آن فرد پنهان شده است. من مجازم كه
گمان دارم كه پشت سر ايشودا خودم در روي ظاهر مي "من". تكميل كنم. هنگامي كه
شخص ديگري بوسيله همانندسازي پنهان شده است. روي به من هشدار "من"
دهد كه در تعبيري روي چيزي را كه متعلق به اين شخص است به خود امي
در كنار افراد ديگر ظاهر "من" منتقل كنم. رويهاي نيز هستند كه حين آن
من "من". اينجا نيز پس از آنكه همانندسازي كنار گذاشته شد، با . درشودمي
شويم. من سپس به كمك اين همانندسازي ها تصوراتي در خود بنا امواجه مي
خود "من" توانم كنم كه سانسور عليه آنها قيام کرده است. بنابر اين من مي امي
گاهي به را در روي به طرق گوناگون به نمایش در آورم، گاهي مستقيم و
كمك همانندسازي با افراد غير. از طريق همانندسازي هاي مكرر، ماده فكري
در يك روي با دفعات ظاهر "من" آيد. اينكه افشرد و بسيار غني بوجود مي
، مانند من چيزي است كه در فكر آگاهانه مكرراً و در جاهاي مختلف و يا ايشودمي
چه □□ كنم كه | وقتي فكر مي □□: در روابط ديگر مي بينيم. مثلاً در جمله
"بچه سال مي بودم."

فرويد در نظرات بعدي خويش كه شخصي كه در صحنه روي نقش اصلي را
كنند، خود شخاص است (1916، 1917)، اين واقعي را با اي فا مي
خود شفتگي حالت خواب و كاهش علاقه به دنياي بيروني مرتبط ساخت، در
شوند. از اين طريق بدوستي يكي پنداشته مي حالي كه خود شفتگي و خو
. زيرا آرزوها مي شه در ايشودنوعي ارتباط با نظريه ارضاي آرزو برقرار مي
نمایش خويش حضور دارند.

پس در رويابين هميشه آرزوهاي برآورده نشده وجود دارند، چه آرزوهايي كه از تخيلات فرد هاي ارضا نشده دارند و چه آرزوهايي كه ناشياريش در غريزه شونديمي

خودشيفتگي حالت خواب و شكل پسر فته بيان خويش توسط همانندسازي. فكر در روياممكن است با كاهش علاقه نسبت به دنياي بيروني ايجاد گردد، بشرط آنكه علاقه به محيط پيراموني را آنگونه بفهميم كه تزجدايي كند. اسوژه مطرح مي-ابژه

ريم كه علاقه در معناي عميق خود با دنياي خارج مرتبط ال بته ما بر اين نظ تو از بين رفته و - سوژه يا جدايي من-است، بنابر اين جدايي ابژه ايشودلبوسيله همانندسازي به هويت تبديل مي

كه ايشودچنانچه نقل قول بالا را يكبار ديگر با دقت بخوانيم، مشخص مي يعني ايجاد نقطه اشتراك مطلب اصلي، بيان خويش توسط همانندسازي، است. رويابين به اين معنا خودپسند است كه افكار و آرزوهاي خويش را بي كند) اين موضوع هاي زنده و يا غير زنده بيان ميحد و مرز و بدون مراعات ابژه كند). اينكه در بيان خويش در روي، در مورد روياهاي روزانه نيز صدق مي تاريخي ريشه در لحاظ به شونند، اء نمايان ميه، حيوانات و اشيانسان تفكيك ناپذيري اوليه ميان آنها دارد. منشأ افكار و نيز حر كات و حالات سحرآميز در همين نكته نهفته است.

در نمونه روياهاي پرواز "روياهاي موقعيت خود" كه هويت و نظريه

لا محتواي كلامي كه هويت گمان دارد كه در كنار نوع روياي شناخته شده كه اصلو پنهان دارد) نظير اميال غريزي، تعارضات و تلاش براي راه حل)، نوع روياهاي موقعيت "ديگري از روي را كشف كرده باشد. وي اينگونه روياه را كند. در بهتري نامد. در اين روياه تداعي آزاد به فهم مطلب كمك نمي مي"خود مانند. اين سطح محتواي روياي آشكار ميرسيم كه در همالالت به تصاويري مي بخشد كه امطالعه محتواي آشكار و ثمرات تداعي به اين نتيجه و جهات مي هاي سالم بيمار در برابر تغيري رات نگران كننده در موقعيت خود، با بخش دهند. ايترس واكنش نشان مي

نمايش تصويري اضمحلال خطرناك خود عنوان بهدر مجموع روياهاي نوع دوم، دهد. ايشوند. كه هويت اين حالت را در روياهاي پرواز نشان مي ارزيابي مي بزرگ بين را مي "خود" كه هويت در روياي پرواز، نمايش بسيار خطرناك ي ك بيند. در اينجا خطر در ايجاد اضمحلال خود همانگونه كه در ساي كوز پديدي آيد، قابل رويت است. ابي

ر راه نباشد تا در روياي پرواز، رسد مانعي بر سا به نظر مي ارزشيابي. بيان خويش و روياهاي آرزويي را ببينييم. برخلاف زمان ايكاروس، براي انسان امروزي، پرواز يك تجربه واقعي است. به نظر ما بهتر است قبل از هاي خطرناك يك آنكه بر اين نظر پافشاري كنيم كه روياي پرواز، نمايش هاي تكنولوژيكي بر نماهاي رفت خود بزرگ بين است، تأثيرات پيش تر بررسي شوند. در چنين نماهاي تفسيري، فراسوي انخوداگاه دقيق كه چنانچه مفروضات ايشودموضوعات مرتبط با تكنيك درمان، مشخص مي ، اثبات شده تلقى شوند، چه پيامدهايي به همراه داشت. كه هويت تيوريك نيست، چون به نظر وي روياه در براي تعبيري اين روياه نياز مند تداعي

اند. به نظر ما نظريه كهوهوت و بطور كلي اسطوح كهن الگويي قرار گرفت. تعبير نماده، يكي از مساييل حل نشده روانكوي است.

نظريه "جنبه خود" لودر

لودر (1982) بين روياهاي خود و روياهاي رابطه با ابژه تفكيك قايي ل دارد كه حتي روياهايي كه جنبه تعامل با افراد ديگر گردد، اما ظاهراً قبويمي باشند. دارند، از جنبه خود، قابل تعبير مي به نظر وي روياه، تفاسيري هستند كه فاقد هدايت و كنترل بيدياري پنداره و گيري روياه، بيانگر تعارض ميان خودباشند. شكل آگاهانه مي و واقعي است. يا تصورات از خود واقعي، تعارض ميان توانمدي تخيلي اند، بدون آنكه اين تخييرات به خود واقعي رسیده اخويش تخييري يافته باشد و يا توانمدي واقعي تحت تأثير يك تعديل غيرمادي قرار گرفته است. تخييرات ممكن است مثبت و يا منفي باشند، قدرت عمل ممكن صورت رويابي از طريق است محدود شده و يا توسعه يافته باشد، در مر رسد كه خود واقعي وي، شناخت و قدرت عمل وي در تعبير به اين تجربه مي اش چگونه بوده زمان روي چگونه بوده است، چه احساس داشته و وضعيت است. اينكه روي مربوط به پرواز و يا سقوط، مرگ يا تولد، دزدی يا فرار، بطور فردي تخييرات درك نشده و مادر و يا روانكوا باشد، بهرحال روي كنند. مر تعبير روي تصويري غيرمادي در حيطه توانمدي را تفسي مي سازد. كه رويابي از خود دارد، شفاف و متمايي مي كنند. ما در ابابي آن تأكيد مي لودر با اين درك از جنبه خود، بر عمل كرد راه حل حنه و مر فردي كه است عاره است كه مر ص "اين نكته با لودر همراه هستيم كه كنند و تعبير آن فقط بوسيله پويش غيرقابل رؤيت را شفاف و بيان مي بين قابل دسترسي است. زبان روي، زباني فراگيري روي ادوري (لودر 1982، ص: 828). "نيست، بلكه يك زبان فردي و خصوصي است

توسعه نظريه ارضاي آرزو توسط فرنچ

فرويد به اين سو، تعبير روي، عمل كرد روي يا نظريه ارضاي آرزو از زمان توسعه رو به رشدي داشته است. فرنچ به بسط نظريه فرويد پرداخت كه ديده به نظر فرنچ روي را بمتابيه تلاش براي پيدا كردن راه حل مشكلات مي آرزوي در كنار آرزو بايد عدم رغبت را نيز در نظر گرفت كه در برابر ميل و كنند. فرنچ و فروم (1964) دو نقطه تمايي ارضا، با آگاه شدن آرزو مقابله مي بينند: بين نظريات خويش و نظريه روياي فرويد مي مورتور عنوان به اولين تفاوت علاقه يك جان به فرويد به آرزوهاي كودكي ● محرکه روي است. خود را در دومين تفاوت آن است كه فرويد در تكنيك بازسازي روي، ● كرد. به نظر فرنچ و فروم، فرآيندهاي، محدود ميبت عقيب زنجيره تداعي اي اجزاء خرده نيستند، بلكه بصورت پيكره فكري، چي دمان زنجيره كنند. ارگانيك عمل مي

نظريه فرويد درباره عمل كرد روي و نظريه راه حل

ايش پيرامون مقدمه‌هاي خوي در سال 1905 بود كه فرويد در سري درس‌گفتار
بر روان‌كاوي از رابطه روي و تلاش جهت راه حل صحبت كرد:

تواند بپايان‌گر همه آن چيزهايي باشد كه تاكنون اين درست است كه روي مي
ايم و نيز اينكه توسط همان چيزها جايگزين گردد: يك قضاوت، مطرح كرده
ه و غيره. اما چنانچه يك مشدار، فكر، آماده شدن و تلاش جهت راه حل يك مسئل
شويد كه همه اين‌ها در مورد افكار روياي پنهان دقيق نگاه كنيد، متوجه مي
اند. شما از تعبيري روي‌ها به اين‌كند كه در روي تخم‌پز شكل داده‌صديق مي
ها و ها، آمادگي مطلب پي خواهيد برد كه فكر ناخودآگاه انسان با اين قضاوت
شود. ا به روي تبديل مي‌افكار مشغول است كه نهايتا
برسد كه افكار سؤال‌دهد تا به اين فرويد سپس با توضيح مفاهيم، ادامه مي
خواهد ماده را چرا ميشود. روي‌اي پنهان ماده اصلي است كه به روي تبديل مي
بجاي فرآيندي در نظر بگيريد كه آن را شكل داده است؟ فرويد در مباحث
ورزد. روي در جهت ارضاي آرزو تأكيدي مي‌بخشد بار ديگر بر عمل كرد

هاي فلسفه طبيعت در نظريه روي بر جبر تكرر تأثيرات اگم‌انه ورزي
قابل توجهي داشته است. زيرا توضيحات آل‌ترناتيو و روان‌شناختي كه
كرد و برخلاف تز غريزه مرگ، فوايد هاي تكراري مطرح مي‌فرويد در كتابوس
ه رانده شدند. درمان‌ي نيز داشتند، به حاشي
هاي تكراري بهتر است از زاويه انگيزشي اما بر اين نظريه كه كتابوس
هاي سخت تروماتيكي. تعبيري شوند تا تلاش جهت غلبه بر موقعيت
در عمل، غريزه مرگ، توسط آن دسته از روان‌كاواني بكار گرفته شد كه آن را
ني روان‌كاوي هاي بالايي بينش پنهان درباره خود و هستي در نظريه عنوان‌به
كردند. غالب روان‌كاوان از فرويد پيروي كردند و نظريه وي در زمينه وارد مي
پيدا كردن راه حل را پذيرفتند.

هاي تكراري حذف كتابوس

همانگونه كه روي‌هاي تنبهي متضاد، توسط گسترش آرزو و مكان يابي آن
اي تكراري نيز هلا فرار خود، با نظريه ارضاي آرزو تطبيقي داده شدند، كتابوس
يك نياز آرزوگونه در نظر گرفته "من" توانند، از اين طريق كه براي ابي
شود، به جايگاهي در نظريه آرزو دست يابند. اين تبديل نظري از جانب
فرويد تكميل نگريدي، با اين حال جالب توجه است كه بسپاري از روان‌كاوان
نيز رويي آن دست بالايي نيل حاطب‌مطور غريزي از آن استفاده كرده و
هاي افتندي است. چنانچه به موازات افزايش اعتماد به نفس، شرايط كتابوس
اي و تكراري كه هاي كليلي همورد پردازش قرار گيرند، شاهد كاهش كتابوس
هاي تروماتيكي دارند، خواهيم بود؛ همانگونه كه زماني كه به ها و موقعيت‌صحنه
حاصل عوامل ايجابي تكراري ناخودآگاه را انقضه عزيمت برگرديم و بي‌ماري
ها بهبود مي يابند. بپي‌نيم، بي‌ماري

با وجود آنكه فرويد در توضيح روان‌شناختي روي‌هاي تنبهي ترديدي
هاي رواني ديگر را به زندگي داد كه آرزو و ارضاي آن در زمين‌مبدل راه نمي
تناب غريزي ربط دهد، از توسعه باز هم بيشتري نظريه ارضاي آرزو اج

جزیی از سیستم عنوان‌بهرزید. فروید در رویاهای تنبیهی آرزو را می‌تواند خصلت آرزویی پنداشت. بسط به این مطلب که راه حل می‌فراخود می‌داشته باشد، ممکن است به نابودی سیستم منجر شود. بدین‌وسیله راه حل زکلیت‌های | بخش‌عنوان‌بهبه یک اصل برتر تبدیل و آرزوهای غریزی شوند. باین‌خویش مطرح می‌م‌عن‌ای‌به ارضای آرزوی، عنوان‌بهبه را | چه چیز باعث شده بود که فروید کابوس کرد، در حالی که تردید نداشت که | ارزیابی نمی‌"من" غلبه، یعنی توان‌مندی گردند؟ رویاهای تنبیهی به فراخود باز می‌ال‌گویی مکانی به کنیم که تغیری نظریه‌شنویتی که تبدیلیا گمان می‌نظریه ساختاری را در برداشت، مشکلات زیادی به همراه داشت و جای دادن نظریه روی در نظریه ساختاری، البته تلاش‌جهت غلبه بر این مشکل بوده، اما تاکنون به فرجام نرسیده است (م. ش. راپاپورت 1967). از دید دارای عملکرد غلبه بر "من" رسد که نظریه ساختاری کاملاً ممکن به نظر می‌ترس باشد و نیز این‌که تکرار را بمثابه تلاش در پیدا کردن راه حل در نظر □□□□ □□ □□□□ □□ □□□□ بگیری. فروید در سال 1905 در در یک تعبیر رویا، نمونه‌موجهی از غلبه بر مشکل را نشان داد. □□□□□□ 914 و 1925، غلبه بر هم‌چنین در مقدمه گزارش‌درباره تعبیر رویا در 1 دنبال افکار بی‌داری در سطح پیش‌آگاهی، کاملاً عنوان‌بهمشکلات در رویا |شود. مثبت ارزیابی می‌

ارزش‌یابی

البته روی‌کردی که برای کار با رویا، خصلت خلاق و سازنده در نظر گرفت، با تردید و بدبینی نیز مواجه بود (فروید 1923، ص: 218). به‌این‌که فروید با این‌حال به نظریه خود، یعنی تقلیل مفهوم رویا به نظر ما تلاش برای پیدا کردن راه حل، پای‌بند ماند، ناشی از تفکر درون‌سیستمی کرد. |ش را تعیی می‌علمی‌گیری‌اجهت در ضمن‌شد که جهان بی‌نی‌وی می‌ا را گیری، معنا و ماهیت رویه‌های روانی، نحوه شکل‌فروید تلاش داشت پدیده نه‌ای‌تا به فرآیندهای جسمی مرتبط سازد. بدون تردید نی‌ازها و آرزوها به یک مفهوم مرزی میان فرآیندهای جسمی و روانی، نزدیکی است عنوان‌ببه‌غریزه، گردد. با‌های درونی استنباط می‌تخلیه محرک‌عنوان‌بهبه به همین علت رویا ه غریزه قابل دفاع وجود آن‌که این‌که نظریه ارضای آرزو به معنای تخلیه‌های روانی همچون رویا | علم‌اصل است که تمام پدیدملاحظه‌نی‌ست، تبلور امیال و آرزوها ارزیابی کنیم. چنان‌چه این اصل تنظیم‌کننده در فهم می‌. |ا را در نظر نداشته باشیم، در واقع از یک امر اساسی غافل شدیم پدیده

* آن‌باین‌خویش و پی‌آمده‌ای نظریه 4-5

رسیم که فرضیه فرویدی در جمع بندی خویش به این نتیجه گیری می
مبنی بر این که هر روی ایی نمایانگر شخص است، قابل اتکا و گسترش
باشد.

رویی نهفته و رویی آشکار

شود که در نقطه نظرات متضاد در تئوری رویی روان کاوی از آنجا ناشی می
رویی (، محتوای رویی آشکار بدون مقاومت هنگام ترجمه درمانی) تعبیر
رویباین قابل دسترس نیست. از نقطه نظر کار تعبیر، مشکل، رابطه
میان رویی آشکار و پنهان است.

آیند که فروید نوعی رابطه تضادها در ترجمه رویی با بدین سبب بوجود می
دید زنتیک در نظر داشت که طبق آن، آنچه از زاویه روانشناختی رشد پ
آزوی مؤثر عنوان به آمد، یعنی نوع بیان تصویری. که الگویی، همزمان می
گویی شد. مثلاً فروید در تأیید این نظریه چنین می نهفته تبیین می

که از این طریق امکان دارد برای بسویاری از افکار پشوی دشمن نیز متوجه می
بمنظور، تصاویر چنانچه در رویی آشکار خلق کرد که □□□□□□□□
(1917، ص: 120). "شون پنهان سازی ایجاد می

آنچه فروید آشکارا بدان نظر دارد، رابطه مراحل اولیه با آخرین مراحل است،
یعنی تغیری شکل دادن اشکال و تصاویر روانی. بالآخره تضادهای نامبرده
با این موضوع ارتباط دارند که در قواعد تغیری شکل دادن و شرایط آن
بسویار مشکل است: مثلاً اگر بخواهیم آرزو، تصویر، افکار، هیجانات و
لحاظ به باشند، | تجربی تشکیل دهنده یک واحد میل لحاظ به ادراکات را که
از یکدیگر تفکیک کنیم؛ تغیری شکل آرزو به ارضای آرزوی تئوری
توهمی، یک نمونه از این مطلب است. از آنجایی که در زنجیره مفروضات
ی فرآیند، زیربنای افکار نهفته، نوعی آرزوی کودکانه است، در اینجا نظر
نیز با مشکل تغیری شکل روبرو هستیم که بیانگر تضادهای موجود
□□□□□ دربار رویی آشکار و نهفته است. چنانچه بطور خلاصه از
را از آن استخراج □□□□□ سخن گوییم، اما معنای □□□□□
های ناکام در | نظری به تلاش لحاظ به خوریم که بر مبنای می، به مشکلاتی
پسود پدید آمدن راه حل منجر می

دیدگاه ذهنی و فقدان قدرت مانور آزاد

چنانچه بپذیریم که رویی نوعی بیان خویش است که روییباین در قالب
اتزیادی سؤال کنند، ذهنیت خود، دنیای خویش را به زبان تصویری بیان می
مانند. دیدگاه ذهنی درباره خود و مقطع زمانی بیان شده مربوط به بی جواب می
ها و رفتارهای او اما، حاصل کار باشند. شخص خلق شده، صحبت می "من"

اینکه نویسنده رویی در انتخاب موضوع رویی و ابزار بیان آن آزاد نیست و
کند، از محدودیت ذیل | وابسته عمل میحتی بطور چشمگیری جبر پذیر و
های نوروتیک و | چنانچه در حالت بیداری دستخوش بی ماری پشودلمشخص می
سایکوتیک نگردیم و افکاری بر ما تحمیل نشوند، احساس آقایی داشته و
به اندازه کافی آزادی عمل در انتخاب بین امکانات متفاوت را دارا می باشیم.

ما بدلایل بیرونی و درونی محدود گیریتصمیم حتی چنانچه فضا و قدرت توانیم برای انجام یک کار یا عدم انجام همان کار بگردد، لاقول در ذهن خویش می آلتوانستیم به هدف ایدهتصمیم بگیریم. در غیر این صورت نمی و افزایش حس مسئولیت گیریتصمیم روانکاوی، یعنی گسترش فضایی برپذیری از طریق ایجاد بینش، افکار و رفتار پذیری و رهایی از ذهنیت ج جددی، برسیم.

احساس ذهنی مسلط بودن بر امور و نیز دارا بودن پتانسیل آزادی در رویا از یابد که ما بود و این فقدان مخصوصاً زمانی به دنیای تجربی راه میببین می ار را برقر "خود" در بیدار شدن پر زحمت از طریق کابوس، تسلط دوباره کنیم.می

های گیر رویا، بسبب بروز زمینکاهش مقاومت سرکوب و فرآیندهای شکل کنند که من آگاه را بر نمی تابد. این که ناخودآگاه حیات روانی را فراهم می شوند، چون از پنجره دوباره وارد اجریات ناخودآگاه به بیاماری منجر می کنند، از ذخایر تجربی اثبات شده بشوند و آقایی خانه را خلع ید و اسیر میامی روانکاوی است.

های اهمیت این اصل عام در زندگی انسان آنجایی مورد تردید است که با پدیده گردیم.خاص، چه در آسیب شناسی فردی و چه در فرآیندهای جمعی، مواجه می توان تأثیرات کاهش مقاومت از منظر داینامیکی میسر خوردگی و مقاومت. خواب را بخصوص در ارتباط با دنیای آرزویی رویابین بررسی سرکوب در ها سوگیری دارند و کرد. از آنجایی که آرزوها بر حسب طبیعت خویش با ابژه ها حد و مرزی ندارند، در صدد ارضا بوده و دنیای اکتشافی و تخیلی انسان ده ال عا اهمیت فوقدلیل به بشود بطور اجتناب ناپذیر سر خوردگی ایجاد می تواند دامنه تخیلات آن را مهار کنند، فروید آرزوها که احتمالاً بهشت نیز نمی عملی، مفهوم رویاها را به بیان آرزوها محدود کرد. در تأیید -از منظر درمانی این نظریه باید گفت که دنیای آرزوها از یک سو بی حد و مرز است، از طرف ماند. ها، موانع و تابوها ناکام میدیگر ارضای آنها در رویارویی با محدودیت گیری آرزوها، جریحه دار شدن واقعی و یا تخیلی اتفاق پس به موازات شکل افتد که بواسطه دنیای تخیلات بی حد و حصر انسان می همواره از نو تغذیه می بشود می.

زبان رویا و زبان عالم بیداری

حتی آنجایی که هنوز آرزو یا غریزه مستقل از سوژه، وجود خارجی ندارد و ، یعنی در هنگام بشود احساس خود و یا احساس هویت تجربه نمی عنوان به . تا بشود یک موجود گرسنه دیده و با وی رفتار می عنوان به شیرخوارگی، حدود زیادی گریه، تبلور گرسنگی و بیان سنی خویش. یک شیرخوار محیط و اطرافیان چنین است، البته شاید منظور شیرخوار چنین نباشد، اما توان با دنیای تجربی کودک همدمی نشان | بزرگسال می عنوان به درکی دارند. داد، اما نباید فراموش کرد که نظریه ما درباره دیدگاه شیرخوار همواره از نگاه . ترسیم و باز ترسیم دنیای کودک که مبتنی بشود بزرگسالی تبیین می نیستند، مشکلات زیادی را در زمینه بر اطلاعات زبانی درون خیز. وی کنند که البته قصد پرداختن به آن را نداریم. روایی علم ایجاد می

راي جي ڪه ميان ڪوڊڪان و بزرگسالان "سردرگمي زباني" در ايجان به ترجمه. خواهيم رابطه ميان ديدهگاه ڪوڊڪانه و طرز فڪر پردازيم، زيرا مباحثه است مي ترجمه زبان رويايي ڪوڊڪانه به زبان عالم بيداري بزرگسالي را در نمونه توضيح دهيم. اينكه انسان در دنيا، يعنى در زبان روز و زبان رويايي سني سرچشمه نگراني است. هنر تعبيري كننده لحاظ به كنند، شب زندگي مي رويان در آن است كه يادگيري زبان غير و ورود به دنياي رويان را چنان ارايه دهد. تنواي آن در اهداف آگاهانه و مطلوب رويابيان ادغام گردد. ڪه مح نزديك شدن به جنبه شبانه فڪر، موجب نوعي از خود مقاومت موييتي. هاي خويش پيرامون محتواي اگردد: آنهنگام كه بيمار با تداعي بيمگانگي مي روياي آشكار تنه گذاشته و كشف معنا و تفسير رويان به وي واگذار ني نيز كه بواسطه كنجكاوي زياد و يا تجربيات پيشين، بيمارانشودمي كنند، برخي مواقع از روياهي به رويان عمل كندي خلاق و سازنده اطلاق مي توان از خودشنودن. غالباً ميلعجي و غريب دچار از خود بيمگانگي مي بيمگانگي را در قالب اين يا آن شكل مقاومت درك كرد و مداخلات مفيدي در احساس ناخوشايند ارايه داد. غلبه بر بعثت بروز مرتب و زياد نگراني ڪه نبايد به مراحل اوليه درمان محدود ◀ "مقاومت موييتي" شود، مايليم از يك مفهوم فراگير استفاده كرده و بر (فصل 4) تأكيدي ورزيم كه بواسطه پاي بندي به جهان بيني و خودشناسي ايشود افراد، يا موييت، برانگيخته مي مقاومت موييت فقط غليه عوامل بيروني و نظريات افراد ديگر سويگيري ندارد، بلكه غليه عوامل دروني و نحوه بيان خويش در رويان نيز مخالفت ورزد. اريكسون (1970) زماني كه از مقاومت موييت و ترس از تخيري احساس امي هاي دروني نظر دارد. كنند، به همين جنبه موييت صحبت مي ح مقاومت موييت، بويژه پديدارشناسي سردرگمي موييتي دروي در تشري كنند. در بيماراني كه بر ديدهگاه دوران بلوغ و آغاز بزرگسالي را مطرح مي ورزند و بدين خاطر در بيان دگرگونه آگاهانه و سنگواره خويش اصرار مي هاي ديگر دارد. همد، مقاومت موييت انگيزه خويش در رويان مقاومت نشان مي توان تابيلوي باليني واحدي راهاي مختلف بيمار كه نمي كه اين گروه اين طلبند، امري واضح به نظر اهاي متفاوتي را مي براي آنه منظور داشت، درمان گويد كه ميان فردي كه موضوع رسد. حتي عقل سليم انساني به ما ميامي مشكل اصلي وي اختلاط، سردرگمي و ايجاد مرزهاي جديدي است با فردي كه اند، ايشاضمحلال مرزها است كه به ديواره هاي غيرقابل عبور تبديل شده اصلي بايد نگاه تفكيكي داشت.

همانندسازي تطبيقي

موضوعات و نظريات مطروح درباره موييت و مقاومت موييت، پرداختن به مفهوم سازد. فرويد (1900) اشاره را ضروري مي "شبيهه با" همانندسازي به معناني ند كه يك شخص رويايي، متشكّل از اجزاي اشخاص متفاوت است. او از ڪلمي كنند كه از همانندسازي بطور | صحبت مي "گيري شخص تركيبي شكل" گيري يك شخص تركيبي با اشفاف قابل تمايز نيسيست. هنگامي كه شكل ايشودگيري، فرد ديگري در رويان ظاهر مي موفقيت انجام نمي

مكن است من. رويابيين دو يا چند بار در روي ظاهر ما نظريه فرويد (1923) كه م نماييم كه زبان روي، نقاط اشتراك و تشابهات بگردد را بدنيگونه توجيه مي من شبيه به. "كنند: بجاي آنكه اين فكر را بلواسطه به تصاوير تبديل مي ، به طريق كلامي بيان شود، "يا من مايليم شبيه به . . . باشم"، . . . هستم د مورد نظر كه رويابيين خواهان همانندسازي با وي است، با زيبايي، نيزو، فر پرخاشگري، توان جنسي، عقل، با تجربگي (يعني به زبان تصويري). اين فرآيند با محتواي متنوع خود، موجب رشد انسان و اشدلم عرفي مي توان گفت كه ارضاي غريزه بقاي حيواني و ايشودلي ادگيري از الگو مي اجتماعي خاص را تأمين - همانندسازي، انساني شدن فرد در يك محيط فرهنگي كندي مي سازد. مي نو

توان تبلور يافتن بوسيله فرد امي تفكيك شفاف مي ان سوژه و ابژه. ديگري را فرافكني ناميد. البته تحديدي اين فرآيند به فرافكني و ي افكنند. پديده ا ميدفاع، بر ابعاد عميق بيان. خويش توسط ديگري ساي ها با بازشناخت خويش در ديگري مشكل دارند و نادري نيست كه رويابيين يابند. هايي از خويش را در فرد ديگري باز مي ا و ي رگه ب عضاً نشان ه توان به آن مراجعه كرد، تبادل و امان رويان شناسي رشد كه در روي مي زد. تفكيك مي ان من و غي رمن، س ا تعويض مي ان ابژه و سوژه را امكان پذير مي در غير - هاي سالم نيز كامل نيست. مي ان ابژه و سوژه كه خوش بختانه در انسان در اين مرحله هنوز - اين صورت خوش بختي متقابل و مشت ترك وجود نداشت تحقق ن يافته است.

هاي فولكس (1982) ا شويم كه از بررسي در اين رابطه ي اداور نقل قول مي دهند كه در روي اهاي كودكان 3 تا 4 نشان مي ا. اين بررسي اس اآمده دست به گردند. بنابر اين كودكان در اين اساله، رفتارهاي اشخاص ديگر متبلور مي كنند تا با اسنين و در ابعاد رويايي عمدتاً با همانندسازي زندگي مي فرافكني.

بحث: نظريه ارضاي آرزو و نظريه بيان خويش

دي، اي كه معناي روي را در بيان آرزوها مي اف نظريه فرويد (1923) بر خل باشند، بعهده اين تز را كه همه اشخاص انشعابات و ي نمايندگان من مي كرد از كدام اي كه فرويد آن را رد مي گمانه ورزي رد كرد. اما فرضيه عنوان به شد؟ به نظر ما انتقاد فرويد متوجه نظريه يونگ، يعني انا ب مطرح مي توان تصور نمود كه اين نظريه از انا ب عبير در مراحل سوژه بود. مي رويان كاوان ديگر نيز پذيرفته شده بود و ي در آن زمان اين نظريه در توان تصور كرد كه فرويد روان كاوي با اقبال روبرو شده بود. بالآخره مي كال شدن بدون دليل خارجي چنين هشداري را داده بود تا از مطلق سازي و رادي اين نظريه در روان كاوي جلوگیری كرده باشد. فرويد در اثر خود همواره بر تواند چند بار در روي ظاهر شده و ورزي كه رويابيين مي ان نظر اصرار مي خود را پشت اشخاص ديگر پنهان نمي ا. اين مطلق سازي ممكن است به اصل گيري اي كودكي در شكل عمل مي آسيب وارد كنند، زيرا در اين صورت از ريشه روي ا غافل خواهيم شد.

در اين صورت مطلق سازي تز بيان خويش به رقابت با نظريه ارضاي آرزو خاست. البته در اوایل ايده اصلي در تعبيير روياي روان كاوي بر مي عنوان به

دهه 20 از تحقق این ایده فاصله داشتیم. در تلاش برای جستجوی آرزوهای های دیگر رویا نیز کشف گردید، مثلاً ویای کودکی، جنبه پنهان و آرزوی عملکرد حل مشکل و یا غلبه بر تعارضات.

در عمل تعبیر رویا، همواره تنوع حاکم بوده است، البته بدون آنکه ◀ نظریه بیان خویشتن بتوانسته باشد جایگزین نظریه ارضای آرزو گردد. رویه امکان بیان خویشتن در اشاره مجدد به این مطلب حائز اهمیت است که ف دانست. اشخاص متفاوت در رویا را با وضعیت پسریت در خواب مرتبط می گرد و تبادل به بدین وسیله تعامل میان من و تو، سوژه و ابژه تسهیل می های، ابژه آید: ظهور آرزوهای افسان هلم عنای همانند سازی متقابل به صحنه در می دهد. بودن و داشتن، همانند سازی و شکل میز در رویا بدل خواه تغیی آرزو در اینجا متضاد یکدیگر نیستند، بلکه دو جنبه فرآیند رویا را دهند. ایشکیل می

5* رویا 5 تکنیک تعبیر

تری ای برای بیان خویشتن، درک وسیع وسیله عنوان به ما میلیم با درک روی قابل حل تیوری آرزو برهانند. از روی ارائه دهیم تا ما را از تضاد غیر به نظر ما آرزوها و افکار رویایی پنهان، حاوی آن دسته از اجزاء خود. ◀ ناخودآگاه است که در تعارضات نقش قابل توجهی دارند و بیان یک مشکل و باشد. حاوی تصورات رویایی در مورد خود، بدن خود، رفتار خود و غیره می خویشتن با تمام وجوه قابل درک شود، روان کاو. بیان عنوان به چنانچه رویا ◀ تعبیرکننده در برابر موضوع حادث بیام، حساسیت کافی بخرج داده و سنجده که رویاهای تا چه میزان به عملکرد کنونی تعبیرات خود را با این می ها و رفتارهای کنند، و مهمتر از آن، این که رویاهای تا حد نگرش بیامر کم می ار به همراه دارند. به تری برای بیم با وجود آنکه گذشته رویایی و سیر زندگی وی بسیر حائز اهمیت است، باید در نظر داشت که زندگی وی در اینجا و اکنون در جریان است و به سمت تواند سهم بزرگی در تغیی زندگی آینده سوگیری دارد. تعبیر روی می یک فرد در حال و آینده داشته باشد.

ای یادآوری رویا و بازگو کردن رویا چنه

ات را طرح کنیم سؤال ای قبل از آنکه به تعبیر رویا بپردازیم، مایلیم پاره شوند. که به یادآوری رویا و بازگو کردن رویا توسط بیمار مربوط می های رویایی، یعنی استخراج استفاد درمانی از رویاهای تعبیر تداعی . به نظر مونسو (1978) عملکرد رویا و شودود نمی افکار رویایی پنهان، محدود بازگو کردن رویا برای رویایی به اندازه خود رویا اهمیت دارد. گرایانه: آیا باید بیماران را تشویق کرد که کاملاً عمل سؤال در ابتدا یک رویاهای خود را پس از بیدار شدن بنویسند؟

* Technique
Technik der Traumdeutung

توصیه مخالف بود، به این فروید (1911) بطور كاملاً شفاف با این دلیل كه روي اها چنانچه محتوای ناخودآگاه آن‌ها قابلیت پردازش پیدا كنند، شوند. ديگر فراموش نمی آبراهام (1913) این نظریه را پذیرفت و استدلال خود را در این زمینه ارائه داد.

دهد كه وي از يك بيمار خواسته كه جزئیات اسلاپ (1976) گزارش می توان به سادگی بیان كنند، نقاشی نموده و بر این نظر رويایي را كه نمی كنند. است كه این روش به فهم رويای كمك می نظری روانكاو گیري اجتهاتین واقعیست كه بازگویی رويای توسط بيمار با كنند، دلیلی علیه يك نظریه نیست، بلكه مبین همسویی دارد و یا پیدا می نگر بر يكديگر تأثیر متقابل دارند. آیا جای آن است كه بيمار و درم شوند، تعجب است كه روياهایي كه با كمك مديگر فهمیده، ترسیم و بیان می در بازگو كردن بنابر این خلاقیت يك بيمار؟ باعث نزدیکی دو نفر گردد روياهای خود به میزان قابل توجهی به این بستگی دارد كه روانكاو چه داده و نیز اینكه بيمار احساس كنند كه روانكاو علأقمند و اكنشيشي از خود نشان های اوست. بيمار براي آنكه بتواند رويایي خود را بازگو كنند، به گزارش باید احساس امنيت كافي داشته باشد.

* بي عدي هاهای تكنیكى فروید و پیشرفت 5 توصیه-5-1

وید (1900)، فر□□□□ □□□□□ پس از توضیحات پراكنده در كتاب های تكنیكى خود را بكرات جمع بندی نمود. در این جا اشارات وی توصیه (1923، ص: 310) را بازگو □□□□□ □□□□□ □□□□□ دربارۀ خواهی می كرد:

های متفاوت انتخاب توانیم بین تكنیك در تعبیر رويای در آنالیز، می كنیم.

ماهه خود را توان به ترتیب زمانى پیش رفت و از رويابین خواست، نامی از اجزاء رويای به ترتیب برشمارد. این روش اكلاسيك و اولیه است كه به نظر بهترین روش برای تجزیه و تحلیل روياهای خويش است.

توان كار تعبیر را بر يك عنصر قابل توجه در رويای استوار ساخت می به یاد، مثلاً قسمتی از رويای كه خوبشود كه از میان يك رويای انتخاب می توان به يك امانده، یا دارای شفافیت و یا دارای معنای زيادی است. همچنین می كه به يك گفتگو در عالم نحوی به گفتگوی انجام شده در رويای ملحق شد بیداری مرتبط شود.

سؤال توان در ابتدا از محتوای آشكار رويای چشم پوشی و از رويابین می هائی در روزهائی اخیر با رويای ارتباط دارد. كرد كه در تداعي وي چه رخداد های تعبیری رويای آشنایي توان چنانچه رويابین با تكنیك بالآخره می ها صرف نظر كرد و از وي خواست، بدلخواه درباره رويای دارد، از این توصیه ها ارجح تر از توانم بگویم كه كدام يك از این روشهاست بخت كنند. من نمی شود ایج بهتر منجر میديگری است و به نت

* Freud's Recommendations and Later Extensions

Freuds technische Empfehlungen zur Traumdeutung und einige Erweiterungen

هاي بالا حاوي عناصر اصلي تعبير روي است، در حالي كه وزن و توصيه
شودتريتيب آنها بعهده روانكاو گذاشته مي
تواند با آن كار خود را شروع كنند، آماده است. اما الكنون مده خامي كه روانكاو مي
اره روي موجود است، قدم بعدي چيست؟ با وجود آنكه انبوهي ادبيات درب
هاي فني قابل اتكا و معتبر درباره روي نادر است. توصيه

تعبير روي از ديگاه فرنچ و فروم

- حل مشكل، بايد سه شرط عنوانبمبه نظر فرنچ و فروم، براي تعبير روي
زير را در نظر داشت:
- تعبيرات متفاوت روي بايد با يكديگر همخواني داشته باشند.
 - آنها بايد با وضعيت عاطفي رويابن در لحظه روي هماهنگي داشته باشند.
 - بايد امكان بازسازي فرآيندهاي فكري بدون تضاد فراهم باشند.
 - دهند. اين خواب را تشكييل مي"ساختار" شناختي"به نظر نامبردگان، اينها
ملك اصلي براي روايي بازسازي و تعبير روي است (فرنچ و فروم 1964،
كنند كه من در روي نه تنها وظيفه حل ص: 66). نويسنندگان تأكيد مي
مشكلات را بعهده دارد، بلكه از درگيري شديدي با تعارض نيز ممانعت بعمل
ايجاد فاصله مطرح است، زيرا عنوانبه آورد، امري كه در درجه نخست امي
شناختي نمادي. از ديدي فرنچ و فروم ساختار درگيري حل مشكل را دشوار مي
است. آنها بدين طريق به "درم تنيدگي نزديك مشكلات با يكديگر" شامل
وضعيت رويابن، هم در شرايط زندگي كنوني وي و هم به رابطه وي با
روانكاو و ارتباط اين دو با يكديگر توجه دارند.
 - تعبير روي بايد مانده تعبيرات كامل ديگر شامل سه جزء زيرين باشد:
 - تقابل رابطه ان
 - روابط كنوني با محيط بيروني
 - ابعاد تاريخي.
 - زيرا مشكل، چنانچه نروتيك باشد، در همه ابعاد سه گانه براي بي مار غير
كوشند يك رابطه عيني و با ارسد. نويسنندگان مجدانه ميقاتيل حل به نظر مي
شارات معنا با اطلاعات داده شده در جلسه درمان اي ايجاد كنند. كمبوده و تضاده ا
آمده. با وجود آنكه آنان دستبدهاي امفيدي هستند چمت بررسي فرضيه
مخالفتي با خودجوشي ندارند، اما مخالف تعبيرات خلق الساعه هستند،
پردازد. به نظر فرنچ و هاي خاصي از روي مي زي را اين روش فقط به جنبه
در تعبير ترين دليل اختلاف نظر هاي خاص، عمده فروم پرداختن به جنبه
روي است.
 - چمت ايجاد شفافيت لازم است شرايط تعبير روي از نظر فرنچ و فروم
(1964) بار ديگر يادآوري شود:
 - معاني متفاوت يك روي بايد با يكديگر همخواني داشته باشند.
 - معاني بايد با وضعيت عاطفي رويابن در شرايط روي هماهنگ باشند.
 - عميم نداد توجه: يك بخش را به كل ت
 - توجه: پرهيز از تكنيك تاخت قاليبي
 - دو مرحله:
 - مشكل فعلي-

مشكل مشابه قديمي-

● سن چش:

هاي جديدي | اشاره به ايده عنوان به بازي سازي ساختار. شناختي روي، تضاده را -
ديدن.

● جهت تفسي ر تاريخي، روياهي متعديدي لازم است.

نظريات روانكاوان ديگر

هاي ياري دهنده. او جنبش ودهاي عمل تعبيري را يادآور مي (محدودي تلوي) 1967
كند؛ اين كار تقريبياً متناسب با روشي است و حمايتي روي را تعبيري نمي
كند: انتقال مثبت خفيف، مادام كه به مقاومت تبديلي نگردي، كه توصيه مي
نياز به تعبيري ندارد.

است، تعبيري نماد است كه بعلت يكي از موضوعاتي كه غالباً مورد بحث
باشد. مولت (1967، ص: اعتبار جمع نماده، از جايگاه خاصي برخوردار مي
358) با آرائه يك تعريفي جامع به جايگاه نماده نسبيت بخشيدده است. به
اي از جابجايي است. چنانچه نظريه مولت را بنظر وي نماده حالت ويژ
باشند و همان برخورد را ميالجايي بپذيري، نماده همچون ديگر ج
طلبند. امي

نقش تداعي

هاسنگ آيند. تداعيها براي روانكاو پيشرط و اساس تعبيري بشمار ميبتداعي
باشند، همچنين آنها اي تبديلي ميبناي فهم روي، فهم مشكل و آرائه راه حل
اهميت مفهوم آيند. زاند (1986) درباره بخش مهمي از بافتار روي بحساب مي
بافتار توضيحاتي داده است. راي (1970) اشكال تداعي آزاد درباره رويها
را بررسي نمود و بر اساس يك گزارش موردي به مشكلات خاصي اشاره كرد كه
شوند. بيماران در روي موفيق به تداعي نمي
اين كند و فرويد (1917، ص: 115)، نياز به تداعي براي فهم روي را مطرح مي
گويدي: نياز را در ارتباط با مقاومت مي بيند و از يك رابطه كميسيون مي

برخي مواقع يك يادوري كافي است تا ما از عنصر روي به ناخودآگاه راه "
ه نياز منديم. اي از تداعي يابي. در موارد ديگر براي ممين منظور به زنجيره
مقاومت بستگي دارد. ه به ميزان. متغير بتوان گفت كه اين تفاوت مي
چنانچه مقاومت كم باشد، جانشين ناخودآگاه دور از دسترس نيست؛ اما يك
گرد جانشين به مقاومت بزرگ، ناخودآگاه را از ريخت انداخته و موجب عقب
گردد. ناخودآگاه مي

تكنيك تداعي آزاد در تعبيري روي توسعه يافت و تلطيف شد. تداعي آزاد.
اي ميان كار با روي و ابدال نظري خود را از طريق حالت قري متداعي آزاد، است
آورد. دست به يك چرخش معنايي بگيري تداعي آزاد، اشكل

(فرويد 1900، ص: "افكار ناخواسه" عنوان به بدنيگونه تداعي آزاد ◀
توانيم بر اين نظريه تأكيدي كنيم كه روي. ما ميشود 107) تعريفي مي
رفتي است كه توسط آن افكار روي به تصوري نتيجه يك فرآيند پس
شوند. تبديلي مي

بیماری که در روی مبل روان‌کاوی دراز کشیده و به تداعی "به باور فروید آزاد مشغول است، در حالت مشابه پس‌رفت مثل روی‌آبین قرار دارد. به همین گیرد تا به توصیف و تفسیر اعلت بیماری در موقعیت مناسبی قرار می‌بپردازد. در فرآیند تداعی در حالت بیداری، قدم به قدم قطعات پازل روی‌آه آن‌چه را که روی‌آه‌ش‌وبگردند. به این معنا که بیماری قادر می‌گردد، از هم تجزیه‌کنند (فروید 1901، ص: 649). "با هم ترکیب کرده، از هم تجزیه‌کنند"

ار با روی‌آه حالت برعکس که عنوان‌ب‌ه‌ای تداعی آزاد امروز از آن‌جایی که روش شوند، لازم است یک روی‌کرد عمل‌گرایی‌انه نسبت به تداعی آزاد مطرح نمی‌تواند. غافل نگردیم. تأثیرات شدیدی مفروضات نظری را در خود ایفا می‌تواند. تفسیر روی‌آه‌ای که موت‌نشان دادیم.

ه‌ای که شاخص تعبیر روی‌آه‌ای که اس‌یک است و | یادآوری تداعی موضوعی. که تداعی موضوعی بیماری به کم روان‌کاو درباره عناصر روی‌آه بیان می‌شود. بن‌امیده می‌گردد و به با وجود آن‌که تداعی موضوعی کم و بیش مورد استفاده قرار می‌بخشد، در ادبیات با تحلیلی روی‌آه به این روش کمتر تعبیر روی‌آه‌ها می‌کنیم و گمان نداریم که در این معنا ما صادقانه قدیمی فکر می‌کنیم. دامن آزادی عمل‌ش‌وب‌که تعبیر روی‌آه‌ای که بوسیل‌ه تداعی موضوعی انجام می‌سؤال‌کنند. در تداعی موضوعی نیز البته دیر یا زود این بیماری را محدود می‌آه‌آه‌کار و قبل از همه ه‌ای بیماری چه ارتباطی با روی‌آه‌ای یادآوری‌ش‌وب‌طرح می‌با افکار پنهان و آرزوهای ناخودآگاه وی دارند. توصیف بافتاری که روی‌آه‌ای

افتد حائز اهمیت است. آن اتفاق می‌در این‌جا مایلیم فقط بر این موضوع تأکید کنیم که تکنیک ویژ‌ه تعبیر برد، تقریباً به بوت‌ه | نام می‌"که اس‌یک" عنوان‌ب‌ه‌روی که فروید از آن راموشی سپرده شده است. مثلاً (کریس 1982) در تشریح موارد خویش، ف‌دهد. روش و فرآیند تداعی حتی یک نمونه از تعبیر روی‌آه‌ای که اس‌یک آراء نمی‌؛ یک فرآیند مشترک که طی آن بیماری می‌ش‌وب‌آزاد بطور همه‌جان‌به درک می‌ان‌کاو تحت‌کوشش تمام افکار و عواطف خویش را در قالب کلمات بیان‌کنند و رو‌ه‌ای خویش تلاش دارد، بیماری را در این جهت یاری دهد (کریس تأثیر تداعی 1982).

تواند بیان‌گر آزادی درونی و | توان‌آه‌ی تداعی آزاد می‌مداخله روان‌کاو. ه‌ای هم‌زمان روان‌کاو بن‌ابرای یک هدف عالی رتبه‌درمانی باشد. البته تداعی که ن‌دوفا‌ی بیماری را تسهیل می‌و دقت و توجه متعادل و نی‌ستند که شک‌آیند و چه | مهم آن است که تعبیرات مفیدی در روان‌کاو چ‌گونه پدید می‌ت‌آه‌ری بر بیماری دارند.

زیرا بل‌اواسطه پس از هر مداخله روان‌کاو که بیان‌روان و مانوس بیماری را قطع رد‌کنند، ادامه‌کار متمرکز، بش‌کل موضوعی خواهد بود: حتی اگر تعبیر مولی توجه واقع‌نشود، با نوعی واکنش روبرو هستیم که روان‌کاو را بفکر فرو خواهد برد. در این‌صورت توجه و دقت همه‌جان‌به روان‌کاو همان‌گونه تحت تأثیر گیرد که بیماران معمولاً در برابر مداخلات روان‌کاو یک موضوع خاص قرار می‌وضع بفکر دهند، ی‌عن‌ی آن‌ها نیز متمرکز بر یک واکنش نشان می‌رسد. ه‌ای بیماری به تعبیر خود می‌ن‌ش‌ینند. این‌که روان‌کاو چ‌گونه از تداعی‌آه‌ی

كند، موضوع اين فصل نيسـت (مراجعه شود به و از چه كـلماتي اسـتفاده ميـتـر باشند و هر چقدر او هـاي بيـمار مـتن و عـفـصـل 8 مـيـن كـتابـ). هر چقدر تـداـعي ر تـعـبـيـر و انـتـخـاب مـوارد و بـه جـزئـيـات بـيـشـتر و ارد شـود، بـه مـان مـيـزان ام تـر خـواهد شـد. بـه مـيـن خـاطـر مـفـيـد اـجـاي دـان آنـهـا در يـك الـگـوي تـعـبـيـري، مـشـكـل هـاي بيـمار را از نـقـطـه نـظـر اسـتـمـرار در نـظـر داشـتـه اسـت كـه از طـرفـي گـفـتـه و از طـرف ديـگر - كـدام مـوضـوع جـلـسـه گـذشـتـه را امـروز اـدامـه خـواهـيـم داد؟- بـاشـيـم بيـمار در صـدد حـل كـدام مـشـكـل كـ واحد مـسـتـقـل يـعـنـوان بـه جـلـسـه كـنـونـي را ارزيـابي كـنـيـم. -اسـت؟

هـا بـه اولـيـه و | اسـپـنـس (1981) تـقـسـيـم تـداـعي تـداـعي اولـيـه و ثـانـويـه اسـپـنـس. كـنـد تـا بـديـنـوسـيـلـه بـه قـواعـد تـرجـمـه يـا بـرگـردان رويـا اـثـانـويـه را پـيـشـنـهـاد مـي اسـت. "الـگـوي تـعـامـل" هـا دسـت يـابيـم. پـايـه و اسـاس بـكـارگـيـري تـداـعي هـا بـا افـكار رويـا تـعـامـل دارنـد، زـيـرا پـسـرـفـت در حـالـت تـداـعي بـا اـتـداـعي در خـواب يـا عـاشـقـي مـطـابـقـت دارد. "پـسـرـفـت دـلـسـوزانـه"

گـيـري رويـا پـيـونـدهـاي اولـيـه، آنـهـاي مـسـتـنـد كـه از اسـاس بـا شـكـل تـداـعي ● سـازنـد. اـرنـد، آنـهـا را بـه جـزئـيـات رويـا رهنـمون مـي كـنـنـد. اـرنـد. آنـهـا را از رويـا دور مـيـدـيـده شـده، بـوجـود آـمـده بـا تـوجـه بـه اـمـيـت اـيـن تـفـكـيـك و بـه مـنـظـور رـوشـن كـردن رـوش اسـپـنـس، نـقل اـوريـم (1981، ص: 391) (بـقـولـي از و يـمـي

رويـا) (و ثـانـويـه) هـاي رويـابيـن را بـه اولـيـه (دـلـيـل فـرضـيـا بـايـد تـداـعي" ◀ اـيـجـاد شـده تـوسـط رويـا، مـانـگـونـه كـه در رويـا دـيـده شـده، بـدون اـرتـبـاط بـا دـلـيـل هـاي اولـيـه بـايـد از يـك زـمـان مـشـخـص در زـنـدگـي رويـا) (تـقـسـيـم كـنـيـم. تـداـعي تـوان 24 سـاعـت قـبـل از رويـا را مـبـنا قـرار داد. مـر اـمـثـلـاً مـيـبـيـمار گـرفـتـه شـونـد تـوان اـعـتـمـاد بـيـشـتـري داشـت كـه بـه اـشـد، مـيـتـر بـا چـقـدر اـيـن بـعد زـمـانـي مـحـدود اـيـم. اـگـر بـر عـكـس، بـعد زـمـانـي را بـه مـيـزان هـاي اولـيـه و اقـعـي دسـت يـافـتـمـتـداـعي مـثـلـاً اـگـر تـمـام طـول زـنـدگـي فـرد را مـبـنا قـرار -اي گـسـتـرـش دـهـيـمـقـابـل مـلـاحـظـه اـمـكان يـافـتـن چـيـزي را كـه بـه رـيـشـه رويـا مـربـوط شـود، كـاهـش دـاده و از -دـهـيـم اـيـم. هـاي ثـانـويـه را اـفـزايـش دادـم تـداـعي آنـسـو اـمـكان

پـيـشـنـهـادـات حـداقل بـيـان كـنـيـم. مـنـظـور از عـنـوان بـه هـاي اولـيـه را | بـايـد تـداـعي ◀ . بـديـنـوسـيـلـه اـشـود اـيـن هـدف آن اسـت كـه مـر تـداـعي بـشـكـل اسـتـانـدارد عـرضـه مـي گـردـد. اـيـ اـشـكار و رـاه بـرايـ شـنـاخـت قـواعـد تـرجـمـه تـسـهـيـل مـيـلـتـشـابـهـات رـيـشـه اـي كـه در | بـايـد بـه يـك يـا چـنـد قـاعـده مـحـدود سـازيـم. مـر قـاعـده پـيـشـنـهـادـات را ◀ ، بـايـد يـك يـا چـنـد جـزئـيـات رويـاي كـنـونـي را اـشـود طـرح قـواعـد بـكار بـرده مـي تـولـيـد كـنـد؛ مـجـمـوعـه قـواعـد و مـجـمـوعـه پـيـشـنـهـادـات بـايـد بـتـوانـنـد كـلـيـت رويـا را در بـر گـيـرنـد. بـديـنـوسـيـلـه در پـايـان اـيـن پـروسـه، رويـاي اـشـكار را بـه د فـكـر اسـاسـي و چـنـ - اـيـم. اـيـ از قـواعـد تـرجـمـه تـقـلـيـل دادـم مـجـمـوعـه-

هـاي اـمـكان تـعـبـيـر مـر حـدودـيـت

هـدف اصـلـي اسـپـنـس تـقـلـيـل تـنـوع تـعـبـيـرات اسـت كـه بـاعـث شـده بـود اـشـپـشـت را مـطـرح كـنـد: تـفـاوت تـعـبـيـر رويـا بـا نـجـوم و فـالـگـيـري (از سـؤال) 1981 (اـيـن تـعـبـيـر رويـاي عـامـيـانـه يـك سـو و تـعـبـيـر نـمـاد از سـوي ديـگر، آنـگـونـه در كـتب

آمده است، چيست؟ در ابتدا به موضوع دلخواه و ارادي بپردازيم. اين هاي لازم از صفوف خود را داراست. ولد (1930) در مقاله ديگه ظاهراً حمايت نويسد: خود پيرامون اصل عمل كرد چنگانه درباره نظريه نورز چنين مي

را مبنای قرار دهيم كه در نورز، حل سه يا چند هاي نورز اگر آن دسته از نظريه "بيند، و نيز اين احتمال را در نظر بگيريم كه يك امش كل را بطور همزمان مي هازار نظريه نورز احتمالي در ميدان امش كل در ذيل ديگران جاي دارد، با ده (ص: 249). "روانكاوي مواجه خواهيم شد

دهد: اميد در جاي ديگري (ص: 297) ولد ادامه

توان انتظار داشت كه تأثير اصل عمل كرد چنگانه را در روي ابالاخره مي جستجو كرد؛ روي قلمروي است كه ابتداً جبر پذيري شديدي در آنجا كشف هاي هاي رواني، هم در جنبه ها. خصلت عمومي روي، شامل كاهش فعاليت م در شيوه كار (هاي خود)، (لمحتوايي) ضعيف شدن فراخود، كم شدن فعاليت جايگزيني روش فعاليت توسط تلاش براي پيدا كردن راه حل (و بالاخره گردد. با ابر ب عد زماني) عقب نشيني زمان حال به نفع زمان گذشته (مي گرايانه و پسرفتي كه به تغيري توجه به تمامي اين تبليات تقليل هاي روي را، پديددهشوندهاي راه حل خاص، منتهي ميگردد و رجعت به روش توان با اصل عمل كرد چنگانه بيان كرد. تمام آنچه در روي اتفاق افتاد مي باشند. افتد در عمل كرد هشتگانه يا در هشت گروه قابل تعبير ميامي ديگر، جابجايي در عبارت به تغيري يا لحاظ به تفاوت روي فقط "اشودتكاليف و رجعت به روش كار مشخص مي

جا اين مطلب نهفته است كه با رعايت چندين عامل، امكانات تعبيري در اين رسد. روي به چندين ده هزار مي

برخوردار "تراكم" بنابر اين روي از پتانسيل معنايي بي نهايت و يا است.

كند كه تعبيرات دلخواه و ارادي براي يك همزمان اشپشت (1981) مطرح مي ر خود ترتيب و نحوه ارزيابي يك روي پذيرفتني نيست. وي در ان كند كه مفاهيم روانكاوي و قواعد تعبيري روي را معرفي و در ضمن تأكيدي مي است. وي در همسويي با مشكلات مشابه "افق ابهام و عدم دقت" تعبيري، حاوي تفاسيري عنوان به "كند تعبيرات روي را در نظريات علمي پيشنهاده مي (ص: 783) درك كنيم. وي پيشنهاده "يائي و نه تفاسيري توصيفي توصيه كند روي را به معنای آرزوي مفروض استنباط كنيم، حتي اگر اين آرزوي هاي خودآگاهي قرار نداشته باشد. اشپشت آرزو را اين چنين تعريف در لايه يك ميل و گرايش در موقعيت زندگي روزانه كه رويابيين تالكنون آن "كند: امي هاي پيش زمينه" 784 (نويسنده به مفهوم) (ص: "را نپذيرفته است اشاره دارد كه بنظر وي پيش زمينه وضعيت رواني ايجاد روي است. "تاريخي گيرد، تأكيدي كه روي در آن شكل مي"بافتار با اهميتي" وي همچنين بر اند، پس بنابر اين ورزد. هر دو مفهوم نامبرده عاري از محدوديت ابعاد زمان يامي هاي اخير باشند. هاي روز و هم شامل رويابيين در دهه شامل پس مانده توان نهم مي كند. تعبيري اشپشت اين چارچوب را براي امكانات تعبيري روي تعريف مي روي توسط

● قواعد تعبيري

● تداعي آزاد رويابيين و

اي مانع آگاه شدن بر اهاي مقابل تعداد آرزوهاي مفروض تاريخي كه انگيزه ● دگر دآنان مي

چنانچه در انبوه روي اها تناسبي ميان تعبيرات احتمالي و آرزوهاي مفروض كنند. | رده ارزيابي مي عنوان بگذشته مشاهده نشود، اشپشت نظريه را نظريه تعبير در اصل قابل رد شدن است و اين همان چيزي است كه آن را از " (ص: 775) "سازد تعبيرات عام پسند و رايج متمايز مي

جمع بندي

شوند: به نظر اشپشت معياري زير اساسي كه تعبير علمي محسوب مي

هاي تاريخي | توصيف پيش زمينه ●

استفاده از قواعد تفسي ●

گزارش درباره يادآوري آزاد بيمار ●

هاي مقابل توصيف انگيزه ●

توضيح آرزوهاي رويايي متفاوت ●

"درست" آراء استدلال جهت انتخاب تفسي ●

پردازش تعبيرات ●

تأثيرات آنها (با توجه به معيارها جهت تعبير درست، از جمله دستيابي ● به اطلاعات جديدي).

فراسوي تبادلات و تعاملات علمي، نبايد فراموش كرد كه تعبير روي سرچشمه در زندگي عملي دارد كه در آرزوي تعبيري بيمار ريشه دارد. اين امر يظ زندگي فردي را مي بندد. شكاف ميان روي و شرا

حضور نامري طرف سوم 6 مصاحبه اول و

6 تعريفي مشكل-1

6 تشخيص-2

هاي درمان 6 جنبه-3

6 فرآيند تصميم گيري-4

6 وابستگان-5

وابستگان فشارهاي 6-5-1

شايعه هاي 6 موقعي-5-2

6* تعريفي مشكل-1

با يكيديگر آشنا بيمار و روانكاو معمولاً براي نخستين در اتاق انتظار شوند. هر يك از آنان بر حسب انتظارات خوش، تصويري در چند ميمه از امي ديگري در ذهن دارد. براي توضيحات بعدي خود، يك بيمار فرضي را كنيم كه ياتلفني و يابصورت كتبي خود را معرفي كرده تصور مي

* The Problem
Problemlage

یخچه زندگی است. او مشکلات خود را بطور مختصر بر شمرده و با ارایه تار نسبتاً مشروحی بر ضرورت انجام درمان تأکیدی ورزیده است. شاید وی تردیده و امی‌دهای خود را نیز بیان کرده باشد که تصمیم دیرنگام وی بالآخره بزودی به معالجه بی‌ماری و مشکلات مزمن منجر خواهد شد و وی از شد. معمولاً جانب درمان‌گر که در وصف وی بس‌یار شنیده، پذیرفته خواهد چنانچه بی‌مار کتبی نوبت گرفتار باشد و در مورد مشکل خود صحبت کرده ای اطلاعات درباره شرایط زندگی بی‌مار دارد. بنابراین باشد، درمان‌گر پاره حتی قبل از جلسه اول و یا در همان جلسه اول، فرآیندهای انتقال، انتقال بی‌مار مفروضه، شب قبل از افتند. چه بسا متقابل و مقاومت به چریان می مراجع به درمان رویایی نیز در مورد مطب روان‌کاو دیده و با مراجع به مطب و دیدن شباهت با رویا غافلگیر شود. روان‌کاو نیز ممکن است به دلیلی گوناگون، انتقال متقابل مثبت نسبت به بی‌مار پیدا کرده باشد.

برای خواننده به دو جهت مهم توان توضیحی فوق‌العاده فرضی نامبرده می باشد:

انتقال، انتقال متقابل و مقاومت بی‌ماری از مواقع قبل از جلسه اول ◀ گیرند و انتظارات امیدبخش، تصورات را قبل از جلسه اول تحت‌الشکلی می دهند. تأثیر قرار می

به همین علت ما در چهار فصل بطور مشروح به این موضوعات پرداختیم.

انتقال، انتقال متقابل و مقاومت، مایلیم تأکید کنیم که با توجه به ▶ خود‌الشیع تحت‌های بعدی را چگونه بی‌نشان روان‌کاو از همان جلسه اول، ملاقات دهد. قرار می

هایی که با کمک مطالب این فصل به کار این مطلب مخصوصاً برای خواننده بر اساس طرح ما شوند، حائز اهمیت است. یک همکار با سابقه عملی وارد می درباره مرحله مقدماتی، ممکن است گمان کند که شروع مصاحبه نخست با این توان با اطمینان پیش‌های مختصر می‌بی‌مار فرضی را با اتکا به این داده بی‌نی کند. در چنین حالتی نگاه تیزبینانه تشخیصی لازم نیست و آره معیارهای ان‌دی‌کاسیون، مقدمات آغاز یک روان‌کاو، قبل از آنکه روان‌کاو در توان در برخی بی‌ماران از مصاحبه فکر زیادی کرده باشد، فراهم شده است. می -اول و یا مرحله طولانی توضیحات اولیه چشم‌پوشی کرد. برای هر دو نفر وضعیت تا حدی روشن است که مصاحبه اول بل‌افاصله به بی‌مار و روان‌کاو ورت لازم، تغذیه داده خواهد شد. هر مرحله بن‌دی درمان تبدیل و در ص شناسد که البته ربطی به اسریع را می‌گیریم مصمم روان‌کاو این روند جذابیت متقابل ندارد، بلکه درمان جدی روی کان‌اپه روان‌کاو به این دلیل ای معیارهای دوجانبه در یک فضای مناسب جمع‌گردد شکل می‌گیرد که پاره امن‌گی دارد: سن، میزان تحصیلات، شدت بی‌ماری، اند. همه چیزی با هم آمده موقعیت شغلی با است‌قلال زمانی و اقتصادی از سوی بی‌مار و علاقه ای از جانب روان‌کاو. حرفه

جای تعجب نیست که در ادبیات روان‌کاو، بحث درباره شروع درمان بی‌شتر نظر. ما نیز مایل بودیم از فصل مصاحبه صرف‌نشدن اول مطرح می کرده و مستقیماً به قواعد درمانی روان‌کاو و شروع درمان بپردازیم. واقعیت آل و محبوب بی‌سروکار نداریم که با آن است که ما معمولاً با بی‌ماران ایده انگیزه کافی در پی درمان هستند و به ارتباط میان شرایط زندگی و ش مطلب را دارا مشکلات خویشتن آگاهی و بنابراین از زاویه روان‌کاو بی‌

كآل متفاوت فرويد پس از آنكه از هيپنوز فاصلله گرفت، تفاوتي ميان اش ناميدي، در عمل به اهاي روانكآوي مي درمان روانكآوي قايل نبود: او آنچه را كه روش پرداخت، گذاشت. وي عمدتاً به درمان بيماران سخت و ناتوانمندان مي اچرا مي فرادي كه درمان روانكآوي براي كمك به آنها شكل گرفته بود (فرويد 1905، ص: 20).

و تقاضاي روانكآوي بهم خورد، موضوع غربال بيماران زماني كه عادل عرضه دهد: مطرح شد. در اين باره فنيشل از پلي كلينيكي برلين گزارش مي

عدم تناسب ميان عرضه و تقاضا، نوعي غربالگري ناخواسته را الزامي ساخت. بديهي است كه نكات اساسي در انديكاسيون روانكآوي مبنيا قرار داده ن موضوع، معيارهاي انستيتو، يعني معيارهاي علمي و شدند. در كنار اي آموزشي براي پذيرش يا عدم پذيرش بيماران براي درمان روانكآوي، حائز (فنيشل 1930، ص: 13). "اهميت بود

آناليز آزمايشي

نسبت تعداد مشاوريه جهت انجام روانكآوي و پذيرش، 2/5 به 1 بود. نگرش جهت انجام درمان گيري تصميملين در امر آزمايشي حاكم بر انستيتوي بر شودروانكآوي، با درصد بالاي قطع درمان (241 از 721) مشخص مي

تعداد نسبتاً بالاي آناليزهاي ناتمام اينگونه قابل توضيح است: غالباً " شد كه انديكاسيون روانكآوي براي آنها با ترديد همراه بود؛ امواردي مشاهده مي شد كه پس از انجام آن روانكآو بايد آناليز آزمايشي تجويز مي با اين حال يك آن (فنيشل 1930، ص: 14). "دادن نظر منفي مي

شد و از همان ابتدا آناليز آزمايشي به منظور انديكاسيون تكميلي انجام مي اگر در انتهاي آناليز آزمايشي مشخص شود " بيماران مواجه بود: سؤال با اين شد از طرح ظاهران زماني مي "نيسستم، بايد چكار بكنم؟ كه من مورد مناسبي قابل درك كه متوجه اصل حيات انسان است، ممانعت ورزيده كه سؤال اين شد و روانكآو فقط در ذهن خويش توافق بر سر انجام آناليز آزمايشي نمي گرفت. اين روش البته با روي كرد روانكآوي يك دوره آزمايشي را در نظر مي سنجش انديكاسيون عنوان بمت. مضافاً آنكه آناليز آزمايشي همسو نيس فقط در شرايط استانداردي انجام شود كه روانكآو بعداً نيز آن را توانامي ها قبول داشته باشد. فقط تعدادكمي از بيماران كه امروزه به پلي كلينيكي برآيند. آل معياري توانستند از عهده انجام تكنيكي ايده كنند، مي اچرا عه مي پس جاي تعجب نيسست كه آناليز آزمايشي برچيده شد، زيرا عدم پذيرش نامناسب "سازد، بويژه هنگام مي كه برچسب بالآخره بيمار را جريحه دار مي تعدي و يا تكميل نكردد. "براي روانكآوي

اهم صاحب اول در پلي كلينيكي

كل را به مصاحبه برچيدن آناليز آزمايشي به حل مشكل كمك نكرد، بلكه مش اول منتقل نمود. همانگونه كه بعداً نشان خواهيم داد، زماني از وزن اين بار كه تعريفاً شودكاسته و براي دو طرف قابل تحمل و قابل حل مي انديكاسيون طبقي به نگرش مبنيا در تشخيص و درمان تبديل گردد. در رپايي انستيتو ابتدا تاكيدي كنيم كه مشكلاتي كه قرار بود در بخش س

هوانكاوي برلین در مصاحبه اول حل شون، تا امروز در تمام پلي كينيك هاي خصوصي روانكاوي با اين مشكل درگيري كمترى دارند. وجود دارند. مطب به همين خاطر غالب مطالب منتشره درباره مصاحبه اول متشكل از اندیشه آوردن تبتياتي است كه روانكاوان در انستيتوتها توان خطوط اصلي زيرين را شناسايي كرد: از جايگاه فرا مي روانكاوي در تشخيص عمومي به سيستم طبقه بندي بيماري • ، اتكا كرده است. شون و روانپزشكي كه در طي زمان متحول مي ها و علل ايم | تابلوهاي تشخيصي راهنما در پزشكي روان تني با بيماري • د. جسمي سوگيري داشته و دارند مصاحبه اول روانكاوي يك دستاورد نسبتاً دير هنگام است و در مراکز • پلي كلينيكي تكوين يافته است.

ايرشتمتأثيرات بين

تأثير نگرش و سيستم فكري روانكاوي بر جمع آوري اطلاعات ي شرح حال روانپزشكي قابل توجه بوده است. با وجود آنكه در اينجا، بعضاً ناهمزمانى م انطباق وجود داشته و معمولاً براي شناسايي تأثيرات متقابل مدت و عد شود، ترديدي نيست كه پس از آنكه بلويلر (1910) زمان طولاني سپري مي گنجينه افكار روانكاوي را پذيرفت، تشخيص روانپزشكي نيز دچار تحول شد. در مكتب بلويلر در بورگ هولزلي، روانپزشكان زيادي مثل هاي معايينه روانكاوي را آموختند و به بسط آنها در ان، تكنيكبريل و پوت هاي 1930 آثار افكار روانكاوانپزشكي آمريكا ممت گماردند. حتي در سال پويايي در مصاحبه اول روانپزشكي آشكار بود. دنبال بمصاحبه روان پويايي در مقايسه با شرح حال سنتي روانپزشكي، سه هدف است:

- بين دو فرد غريبه است كه يكي از آنان يك □□□□□ يجاد يك هدف اول، "ا" اي است و ديگري انسان ي كه رنج رواني دارد و غالباً باعث تشخيص حرفه گردد. . . . رنجش اطرافيان مي
 - اجتماعي بيمار است. . . - موقعيت روان □□□□□□□ هدف دوم،
 - اقدامات از بيمار جهت شروع درمان و برنام ريز □□□□□ سومين هدف،
- (گيل و همكاران 1954، ص: 87). "بعدي است

نقش انديشمندان ديگر

تشخيص روانپزشكي در ارزيابي شرايط كلي، تعريف شدن ي و منطبق با بالينت است. به نظر گيل و همكاران (1954) يك قدم "تشخيص جامع" مفهوم در اساسي در تبديل مصاحبه ناب تشخيصي به رفتار درمان ي آن است كه همان مصاحبه اول، بيمار جهت اقدامات درمان ي مورد حمايت قرار گيرد. اي مي ان درمانگر و بيمار مديون استنباط همچنين تأكيد بر جنبه رابطه است. فهم "نظريه بين فردي" يك عنوان بهسوليوان (1953) از روانپزشكي گر. امشاده عنوان بهبيشتر اين مطلب به اين بستگي دارد كه نقش روانكاو يابد. احاضر چگونه در عمل تحقق مي

هاي 1950 تخييرات چشمگيري اي روان پويايي در طي سالها بردهاي مصاحبه اي هاي مصاحبه داشتند. به همين خاطر بود كه ضرورت تدوين تكنيك سيستماتيكي در روانپزشكي امريكايي كه متأثر از روانكاوي بود، احساس "پيشينه كاوي مبتني بر تداعي". (بدين سان گرديدي) (كانتور 1957) (مي دويچ و "ايشودهاي جسمي و رواني را متذكر مي و خاطرات خود درباره ناراحتي دويچ به رشته وظيف آموزش وي متصل گرديد).

هاي روش پيشينه كاوي مبتني بر تداعي اين است كه فقط به گفته "بيمار بسنده نكنيم، بلكه به اين مسئله نيز توجه داشته باشيم كه وي هم نيست كه بيمار كند. فقط اين مسئله مچگونه اين اطلاعات را بيان مي هاي خود صحبت كند، بلكه بايد به اين موضوع نيز توجه درباره ناراحتي داشته كه بيمار در چه مرحله مصاحبه و در كدام ارتباط، تصورات، ناراحتي (دويچ و "ايشودهاي جسمي و رواني را متذكر مي و خاطرات خود درباره ناراحتي مورفي 1955، ص: 19)

حال و توصيف آسيب شناسي رواني، رويكرد پويشي درباره بجاي شرح و اجزاي ارتباطي مورد تأكيدي خاص قرارشوديك رخداد وارد عمل مي گيرند، بلكه فقط در راستاي ايجاد شرايط معاييه از آنها استفاده نمي . با ارزش است كه اين ادغام روانپزشكي و روانكاوي كه در كتاب درسي ايشودمي (فريدمن 1966) دنبال شده را از اين زاويه نگاه كنيم كه چه رديش و اندا آمده دستبدهاي تركيبي از توصيف و تحليل ارتباطي تناسب مصاحبه ساختاري (كرنبرگ) 1977، 1981 (نمونه خوبي از نسل دوم مصاحبه اول روانپزشكي تحت تأثير روانكاوي است).

يما و عملكرد عمومي رواني او را كند تاريخچه فردي بيماري. بوي تلش مي در ارتباط مستقيم با تعامل بيمار با فرد تشخيص دهنده قرار دهد. خطوط راهبردي تكنيكاي وي حاوي يك روش چرخشي است. با برگشت مكرر به هاي مشكل و بيماري بيمار، از سويي وضعيت آسيب شناسي رواني زمينه روانكاو -وانكاوي به تعامل بيمار گردد، از طرف ديگر از ديگاه رتديقي مي شوند. او در اينجا و الكون تفاسير و تعابيري انتقال يارايه ميشود توجه مي يا "من" هدف اصلي، توضيح و ايجاد شفافيت در يكپارچگي و ادغام هويت هاي دفاعي و وجودي عدم وجود توانمندي. اسردرگمي هويتي، كيفيت مكنانيزم طريقي به افتراق ساختارهاي شخصيتي در سنجش واقعي است. بدني هاي مرزي، سايكوزهاي عملكرد (درون خيز) و سايكوزهاي نورزه، شخصيت گر همزمان تلش دارد با كمك ابزار شفاف ايابي. مصاحبه اركانيك دست مي سازي، درگير شدن و تفسي، موادي را جمع آوري كند كه حاوي اطلاعات مهم شند. روانكاو بويژه به اين نكات توجه دارد كه پيش بيني و درمان با انگيزه بيمار را بسنجد، ميزان بينش بيمار، ميزان توانايي جهت همكاري با درمانگر و توان بيمار جهت بيان خويش و خطر ورود به مراحل سايكوتيكي را نزد وي ارزيابي نمادي. در موارد خاص، بيمار نورتيك، تعابيري ناخودگاه كند و بيمار مرزي با انشقاقات دروني خويش آشنا را دريافت مي موضوعات گردد. واكنش بيمار، زمينه نتيجه گيري براي اقدامات بعدي تشخيصي امي و درمان ي خواهد شد.

ها در توضيح ساختاري تشخيص افتراقي از سيستم طبقه بندي بيماري درون خيز، كند و سه گروه اصلي سايكوزهاي روانپزشكي پيروي مي . كرنبرگ اختلالات مرزي را ايشودهاي برون خيز و نورزه را شامل مي

كند. خطوط راهبردي مصاحبه كه وي توسط انيز به اين مجموعه اضافه مي كند، با وجود سبك ات خاصي در ابتدا، ميانه و فاز آخر مصاحبه مطرح مي سوال كند اناسي تبعتي مي پديدار ش-مصاحبه چرخشي، از رهيافت روان پزشي كه در ابتدا به سايكوزهاي ارگانيك، سپس سايكوزهاي عملكردي و در آخر به پردازند. نحوه عمل كرد ساختار يافته اختلالات مرزي و نورزها مي گر بر تعاملات جاري اثر دارد. جهت كسب اطلاعات لازم براي مصاحبه زاد مي ان درمان گر و گيري رابطه آتش خي ص افتراقي، نوعي محدوديت در شكل (بوخ هاي م و دي گران 1987). (شودلبي م ار پذيرفته مي

مصاحبه ساختاري يك تناسب تركيبي موزون مي ان توصيفات آسيب < مي ان مصاحبه از عده وظايف اناسي رواني و تحليل رابطه به دست مي ها اي از بي ماري آيد و طيف گسترده تشخيصي، درماني و پيش بيني بر مي دهد | پوشش مير

كه بدون تردي از "تشخيص عملياتي روان پويايي" گروه -در آل مان كار هاي روان كاوي را چنان | اين هدف است كه ساهدن بال به كن برگ الهام گرفته، عملياتي ساهد كه اطلاعات باليني جمع آوري شده بي م ار در مصاحبه اول، بطور واقع بينانه ارزيابي و طبقه بندي شوند.

توان گفت كه نگرش و فكر روان كاوي در مصاحبه بطور بسيار مختصر مي و متقابلاً كار روان كاوي را تحت اول رويكردهاي روان پويايي جاري شده است) بوخ هاي م و همكاران 1994، سيريپكا و همكاران 1995). در تأثير قرار داده لي مصاحبه اول را اين اثربخشي. متقابلاً، نقاط مماسي وجود دارند كه هدف اص كند. | تعيني مي

انواع

پردازيم، زيرا كاوي بيوگرافي ك مي | در ابتدا به پيشيني كاوي. پيشيني بررسي تاريخچه بي ماري در مصاحبه اول حائز اهميت است. چنانچه بخوايم از شرايط ايجاد كنده مشكل حركت نماييم، لازم است اطلاعاتي درباره دوران ها را اريم. براي آنكه بتوانيم اهميت عاطفي احتمالي اين داده آودست به كودكي دريابيم، وارد كردن آن ها در آسيب شناسي رواني تعارض، و به معناي وسيع آن در نظريه شخصيت و نظريه ساختاري مهم است. بالآخره به الگوي پردازيم كه باليني تحت تأثير روان شناسي رابطه با مصاحبه تعامل ي مي اهميت تبادلات مي ان بي م ار و پزشك در اين جا و كنون ارائه داده است. ابژه و سرآغاز پزشي روان تني در هاي دل برگ پس از جنگ جهاني دوم نيز با اين فون و ايتس گر) 1943 (رقم خورد: چرا اين بي ماري كنون و در اين عضو سوال را كه با اي كند؟ تومه) 1978 (تكوين ت كننيك مصاحبه يا سيستم بروز مي و مكمل آن "كاوي بيوگرافي ك پيشيني" فوق مرتبط بود، ي عني سوال را ارائه كرد: "تاريخ سيستماتيكي بي ماري"

همانگونه كه رافلر) 1957 (نشان داده است، كنون پيشيني كاوي بيوگرافي ك، ايجاد شفافيت و توصيف شرايط زندگي است كه به بروز بيوگرافي ك در ابتدا يك هدف روان اند. پيشيني كاوي بي ماري منجر شده كرد، بلكه با گذشته و تشخيص سوگيري درماني و تغيري را دنبال نمي پزشك و تجلي خاص آن در انتقال و انتقال متقابل در -داشت. رابطه بي م ار شد) (تومه 1978، ص: 1978). (تكنيني ك پيشيني كاوي مراعات نمي

ادهاي زندگي و بروز بيماري و يا درك رابطه زماني ميان شرايط حاد، رخداي هاي مصاحبه‌ها، نقطه عزيمت بيماري از تكنيكنوسان ناخوشي سيستماتيكي است. سه قلوي گزارش شده از جانب انگل و اشمال (1969)، شوندها مشاهده مي‌اي‌عني فقدان، نااميدي و درمان‌دگي كه در بيماري از بيماري انجام مصاحبه است. زمينه نظري پيشنه‌ادي انگل براي پيس دنبال‌به‌اي كه هاي مصاحبه‌توان اظهار داشت كه انجام اين تكنيكل‌طور كلي مي‌اي اطلاعات و ايجاد تفاهم هستند، هدفمندي درماني را نيز بطور قابل ملاحظه كنند. اگر بشود با توسل به تعارضات جاري، پويش نهفته در تعييني مي‌توان با كمك اين روش مخصوصاً به‌اد، مي‌اين تعارضات را به بيمار نشان د هاي رواني هاي خود و ريشه‌بيماراني راه يافت كه بيش لازم درباره بيماري آن را ندارند.

فرايند تشخيص به يك نظريه مدون نورز متكي بود و اجزاء تشخيصي. انجام گفتگو در عمل با نظام تكنيكي درماني روان‌كاوي سوگيري داشت كه در اي 20 و 30 تكوين يافته بودند. تجربيات تعييني كننده در اينجا از هسال روان‌كاوي سرپايي حاصل شده بود. پلي كلينيكي انستيتو روان‌كاوي برليني بر توانمندي تشخيصي روان‌كاوان شاغل در آن محل اصرار فراوان هاي حاصله، قابل سنجش و مقايسه باشنند. آموزش داشت و مقرر شد تا يافته گيري نظم سيستماتيكي كمك شايان نمود. آثارش به تقويت شكل و پژوه هاي تخصصي وي آيد. پژوهش‌اوليه آل‌كساندر در اين زمينه الگو بحساب مي‌در پيشكزي روان تني در انستيتو روان‌كاوي شيكاگو بدون يك الگوي اي تشخيصي امكان پذير نبود (آل‌كساندر 1950). (مصاحبه الگوي تاويستوك كه تحت تأثير گوي زمان. ال‌عنوان‌به‌نمونه تاويستوك باليني قرار دارد، بر رابطه درماني در الكون و اينجا، يعني عمل‌كرد انتقال هاي و انتقال متقابل تأكيدي دارد. اين الگو توسط ميتشرليش در اواخر سال تني هاي‌دلبرگ اجرا شد. اين روش تأثيرات 50- در كلينيكي دانش‌گاهي روان درماني داشت، زيرا دقت و توجه روان‌كاو از همان لحظه نخست پرباري در كا شد) كنسلر و سي‌مرمن 1965). (ايند تبادلات جاري با بيمار معطوف مي‌به فر

مهم‌ترين نكات در الگوي نامبرده از اين قرار است:

□□□□□ □□□□□-□□ □□□ □□□□□ □□□□□

- شوندي؟ آيا اتي مشاهده مي‌رفتار بيمار با پيشك چگونه است؟ آيا تغيري را رفتار وي عادت رفتاري وي و يا بيهانگر رابطه وي با بيماري است؟ رفتار پيشك با بيمار چگونه است؟ آيا تغيري راتي در حين مصاحبه رخ دهدي؟

داد؟ آيا پيشك براي مشكلات بيمار علاقه از خود نشان مي‌نجام دهد؟ نتواند براي بيمار كاري اكر كه مي‌آيا احساس مي‌ديد كه غليرغم همه اشتباهات بيمار، احترام هايي مي‌آيا نزد بيمار كيفيت- برانگيز باشندي؟

□□□□□□ □□□ □□□□□

در اينجا با رخدادهاي مهم در طي مصاحبه، يعني انتقال و انتقال متقابل سروكار داريم.

اطلاعات و ببيان عواطف غافلگيرانه بيمار، توپق زدن، حذف آشكار
مراحلي از زندگي و يا افراد مهم در زندگي،
چه تعبيراتي در حين جلسات داده شدند و واكنش بيمار نسبت به آن چه
بود؟

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

دهد (برشماري علایم كه در | اختلال در زندگي بيمار چگونه خود را نشان مي
اند؟) آمده دستبسته مصاحبه
ن روان پويايي معنای احتمالي اختلال به بيا
انتخاب درمان:
مناسب براي درمان كوتاه، همراه با دلايل-
دلايل ضد احتمالي-
مناسب براي روانكاوي، همراه با دلايل-
رد هر نوع روان درمانی، همراه با دلايل-
چه نوع ديگري از درمان مطرح است؟-
اهداف بعدي
ان شود؟ درمان آن چه تأثيراتي به نظر پزشك كدام علامت قبل از همه باید درم
ممکن است بر علایم ديگر داشته باشد؟ تخمین طول و فراوانی جلسات
درمانی.

هاي درمانی اخوانده در بخش بعدي متوجه نفوذ الگوي بالينت در فهم جنبه
مصاحبه اول خواهد شد.

* های درمانی 6 جنبه-3

تأکید بالينت بر وظایف درمانی
تفاده از الگوي تاويستوك، درك درباره مصاحبه اول را متحول كرد. زيرا اس
روش درمانی، وارد مصاحبه اول شد و عنوان به بدین وسيله روانكاوي
توان گفت كه عمل كردن تشخيص، ذيل درمان قرار گرفت. با كمی احتیاط می
شوند. این تحول تشخيصی و درمانی مصاحبه اول اکنون، هم سطح ارزیابی می
كیفی با تكیه بر آثار بالينت بحث خواهد شد. طبیبی است كه روانكاوان
اند كه عمل كردن درمانی زيادي در كنار بالينت در این مسیر حضور داشته
مصاحبه اول به جایگاه مناسبی در نخستین برخورد بيمار و روانكاو دست
ريم. يافت. البته ما دلايل خوبی براي تكیه به آثار بالينت در دست دا
زیرا نفوذ وي در برنامه ریزی مصاحبه اول بويژه در روانكاوان آلمانی مشهود
شود كه ما را در پس از انعطافي میلهای درمانی، زمین است. تأکید بر جنبه
دهد. اینكه این روش رسیدن به تعریف انديكاسيون تطبیقی یاری می

* Therapeutic Aspects
Therapeutische Aspekte

، درمان حاد، مصاحبه براي نخستين بار براي نوع ديگري از درمان ي عني دهد. بر عكس: بوجود آمده است، تغييري در مفيد بودن آن در روانكاوي نمي توان اچنانچه بتوان در زمان كوتاه به راه حل واقعي مشكلات نائل شد، مي تر نيز دست اميدوار بود كه در آناليزهاي بلندمدت به راه حل تعارضات عميق يافت.

ن حاد، بيش از هر جريان ديگر بر نحوه در واقع تكنيك مصاحبه اول در درام انجام گفتگوي روانكاوي تأثير گذاشت. نظريات بالينت بطور همزمان توان گفت كه دهد. بطور خلاصه ميپزشك و روانكاو را مورد خطاب قرار مي تعامل ي مصاحبه، شاخص اصلي تكنيك مصاحبه بالينت گيري اجهت شود. امحسوب مي

□□□□□ ي دارد، مشاهده بالينت درباره آنچه در اينجا اهميت مركز در فهم تاريخچه زندگي بيما را است. نظريه روانشناسي دونفره □□□□□□ كند و رفتاري كه با احاي از آن است كه روانكاو ميان آنچه بيما را تعريف مي كند و از آن استفاده تشخيصي و درمان ي روانكاو دارد، يك رابطه برقرار مي حو، نتايج بررسي به اين بستگي دارد كه روانكاو آورد. بدين نعمل مي اي عمل و چه چيز از آن استخراج كرده است. اچگونه در اين رابطه حرفه گيرند كه از آنجايي كه نهايتاً شواهد ي از بيما را مورد تشخيص قرار مي (بالينت "ا در برابر اين پزشك، در اين لحظه و در اين محي طلموع واكنش" ، اما تيوريك) هستند، پزشك و روانكاو در يك موقعيت جالب 1962، ص: 120 گيرند. تفكيك و تمايز شديدي عمل كرد و وظايف | عملي سخت قرار مي لحاظ به گردد. سير تكيوين رابطه با به قرائت يكسويه رابطه متقابل منجر مي نيزاهاي دروني بيما را در رابطه عنوان به ابژه از زاويه تكنيك درمان ي عمديتاً شود. ابژه تعبير مي با

اشكال متفاوت مصاحبه

استعداد بالقوه بيما را در ايجاد "هسته اصلي نظريه بالينت تلاش جهت درك " استگيري تصمي معيار عنوان بهو حفظ يك رابطه بين انسان ي (بالينت و بالينت 1962، ص: 220).

يك عنوان به قبول افكار بالينت امكان آن را فراهم ساخت تا مصاحبه اول اي ديگرهاي حرفه موقعيت روانكاوي به اشكال متفاوت طراحي و در زمينه تدقيق گردد) يونكر و واسنر 1984).

هاي جلسات درمان ي، آنگونه كه در انستيتوي زيگموند فرويد انجام مصاحبه شونند، نشان از تأثير پذيري محتوي مصاحبه از شرايطي است كه امي شود. مصاحبه منطبق با انتظارات بيما را است كه در مصاحبه در آن انجام مي وضعيت اضطراري قرار گرفته؛ روانكاو با بيما را در لحظه اوج بحران شود. براي كند و در مدين جلسه امكانات درمان ي محدود ي فراهم مي ملاقات مي اي غير عادي است كه پس از گذشت زمان ي كوتاه به اقدامات روانكاو تجربه هاي بعدي بتواند مبناي اعتماد بيما را براي قدم آورد، امري كه مي درمان ي روي باشد. هر زمان روانكاو بتواند نوبت و گفتگوهاي سريع ارائه دهد، امكانات هاي بتوانند برنامه ريزي آيد. بس ياري از بيما را كه نمي مي دست به بشي شتري ممي ن. به كن نها استفاده مي بلندمدت درمان ي داشته باشند، از اين نوبت بتوانند به غناي تجربيات روانكاوي منجر شونند. ا مي علت اين نوبت

انتظار نوبت

هر چقدر زمان انتظار براي مصاحبه اول روانكاوي بيشتتر باشد، به همان آورد. انتظار | ميديست بنسبت روانكاو امكان گزينش بيشتري در بيماران دنوبت از ديدي روان پويايي دو جنبه دار

كند، نوعي شرايط درماني را بوجود | هنگامي كه بيمار براي نوبت مراجعه مي آورد، بدينصورت كه الگوهاي انتقالي موجود درباره روانكاوي را كه مي گذارد بنسبت در تخيلات ناخودآگاه و خودآگاه خويش به محك آزمايش مي نهد ر جبري تقويت از جانب ديگر مقاومت ناخودآگاه توسط سرخوردگي بطو • شود.

چنانچه قبل از مصاحبه پرسشنامه و يا تست انجام شود، مشكلات و آيد كه در مصاحبه اول جاري | نظارات قابل فهمي براي بيمار بوجود مي تواند پاسخگوي نظارات بيمار باشد. از گشته و روانكاو معمولاً نمي خصوصي متفاوت است، لازم هاي ها و مطابآنجايي كه شرايط كاري در درمانگاه ها اشاره شود. است از همان ابتدا به تفاوت

هاي مختلف كه روانكاو از آنها آگاهي دارد، اما شرايط متفاوت مراقبتي در مكان بيمار معمولاً از آنان بي خبر است، به نظارات متفاوت از مصاحبه اول انجام. |

آماده كردن بيمار، اهداف براي جلوگيري از سرخوردگي، لازم است ب • اولين قدم در ابتدائي مصاحبه تعريف شوند (توصيه 1). عنوان به گفتگو هاي اشتباه از رفتار بيمار در شرايط نامأنوس مصاحبه | غالب نتيجه گيري ناشي از عدم ايجاد آمادگي لازم است (شوبرت 1985).

شرايط انجام مصاحبه اول موفق

ت قبلي بيماران | متعلق به اقشار تحصيل كرده هاي ها و اطلاع پيش زمينه تحصيل نكرده درباره روانكاوي آنقدر متفاوت است كه مصاحبه اول هاي بجايي از پيش بتواند از آن چشم پوشي كنند. شروتر (1980) (نمون نمي هاي واكنش "اي با عنوان هاي بيمار و تفسير اشتباه روانكاو را در مقال زمينه اراء داده است: "ماني و فاصله اجتماعي با روانكاو خاص به روش در

رسد كه بيماران | متعلق به اقشار پائيني | جامعه بوسيله نحوه به نظر مي " شوند تا بيان منحصر بفرد روانكاوي معمولاً دچار سردرگمي بيشتري مي (ص: 60). "ديگر بيماران

هاي | موجود در ديالوگهاي روانكاوي، تنوبه نظر ما اين ديگاه در مورد مصاحبه گيرد، زيرا ما به اندازه كافيه الگوهاي خوبي جهت انجام روانكاوي را نديده مي كنند. | ميگيري | جهت مصاحبه داريم كه با امكانات و شرايط اجتماعي بيمار هاي باليني | براي انجام يك مصاحبه موفق | بهر حال بهتر است به توصيه سازي جهت انجام مصاحبه كه ي عني، آماده □ □ □ □ □ بپردازيم. مخصوصاً در ارتباط با تنوع انتظارات موجود در اقشار گوناگون مهم است، در بال | توضيح داده شد.

ايجاد و حفظ يك فضاي مطلوب (توصيه 2)، به نحوي كه يك فضاي مطلوب. بيمار بتواند احساس امنيت كرده و آنقدر درباره خود بگويد كه روانكاو وي

گر و لماید، محك خوبی برای سنجش قابلیت ممدلی مصاحبه‌را درك ن
توانمندی وي در انطباق با بی‌مار است.
باشند و جهت‌ای مشخصات در این‌جا اجتناب ناپذیر می‌بديهي است كه پاره
رفع آن به بررسی می‌شگي رفتار روان‌كاو نیاز است. بالینت و بالینت
نان‌چه بی‌مار خود را كه تحت دند كه يك پزشك چای‌ن را در مثال‌ی نشان می
یابد تا پزشك‌ی كه‌ای دي‌گري دست می‌فشار است، آرام كنند، به یافته
كنند. نسبت به بی‌مار بی تفاوت است و هدايت مصاحبه‌را به او واگذار می
اظهار نظر درباره بی‌مار هم‌یشه مستلزم اطلاعات پی‌رامون شرايط ای‌جاد شده
گذارد) توصیه 3 (ای محرك بر بی‌مار اثر عنوان‌به‌است كه
نحوه پی‌شروي رابطه، قبل از برنامه ریزی مصاحبه برای برنامه مصاحبه.
روان‌كاو حائز اهمیت است.
برنامه ریزی مشخص مصاحبه) توصیه 4 (به این مسئله بستگی دارد كه
ای به رابطه درمانی قابل رؤیت است و آیا چشم انداز تبدیلی رابطه مصاحبه
خص است كه پس از این رویارویی رابطه نیز اتمام ی آن‌كه از قبل مش
پذیرد. مدت يك مصاحبه از جمله مواردی است كه هم به شرايط بیرونی طول مصاحبه.
گر و بی‌مار بستگی دارد. كن‌ج‌كاوی علمي و او هم به تعاملات بین مصاحبه
گیري اعطافي روان‌كاو يك طرف قضیه است و نیاز به امنیت وي كه به شكل
شود، روی دي‌گر قضیه است.‌ای گون‌گون منتهی می‌هم مصاحبه
تواند بشود، مدت زمانی است كه بی‌مار می‌موضوعی كه به آن توجه كافي نمی
برای گفتگو در نظر بگيرد. معمولاً مصاحبه اول بی‌مار پس از معاینات
شود. ولی بی‌مار از كجا بداند كه وي كم‌كر ن‌المید كننده توسط پزشك انجام می
45 دقیقه زمان در اختیاری دارد؟ همچنین این‌كه آیا بی‌مار گفتگوی مطمئناً
كنند و یا این‌كه در انتهای جلسه اول، نتیجه آن به اطلاع دومی دریافت می
بی‌مار رسانده شود، موضوعات قابل تعمق هستند.
برعكس، به نظر ما لازم است، هم‌كاران تازه وارد يك چارچوب مشخص برای
د در نظر بگيرند و جلسات را بطور ارادی و بر تكنيك مصاحبه اول خو
مبنای احساس امنیت یا ناامنی خود برگزار كنند) توصیه 5 (.
توان له یا علیه آن صحبت كرد، مان اتمام این جزئیات كه میان عطف پذیري.
چیزه‌ای هستند كه بالینت تحت عنوان تكنيك مصاحبه ان عطف پذیر از
كنند. آن صحبت می
های متفاوت در برابر رسی‌م: عكس‌العمل‌ای به توصیه 6 می‌بديني ترت
های سنتی كه در قالب مفهوم انتقال بی‌ماران متفاوت و عدم پیرویی از كل‌ی‌شه
اند. مبتقابل جای گرفته
ای باید به اثبات برسد؟ اساسی این است: ان عطف پذیري از چه زاویه‌سؤال
نیست، بل‌كه به راه بالینت در این موضوع نیز به اصول يكسان معتقد
های موردی نظر دارد. حل
به نظر ما بی‌مار باید در همان جلسه اول دریابد كه درمان چه معنا و اهمیتی
برای وي در پی خواهد داشت، همین امر تا حدودی يك تجربه درمانی است.
الگوی درمانی عرضه كنیم، ممكن است عنوان‌به‌چنان‌چه مصاحبه اول را
ای نباشد. بشوند كه برآورده كرده آن‌ها كار ساده‌انظاراتی بی‌دار
داشته باشد كه بی‌مار بر گیري اجته‌دايت مصاحبه باید به این سمت
گیري برسد كه آیا مایل‌حسب تجربه خود در مصاحبه اول، به این تصمیم

است درمان روان‌كاوي را شروع كنند و نيز اين‌كه آيا در موقعيتي هست كه بتوان
 كليات را داشته باشد. رويارويي با مش
 سازد. با وجود آن‌كه بايد به اين بينش، بيمار را از رفتار منفعلانه رها مي
 ميزان مشخصي ابزار تشخيصي را بكار گرفت، هدف اصلي مصاحبه
 روان‌كاوي راه يافتن به دنياي دروني بيمار و نيز درك اين مسئله است كه
 ست. اين هدف با يك روش اش ايفا نموده ابيمار خود چه نقشي در سرنوشت
 مناسب قابل دستيابي است، همان‌گونه كه روزنكوتر (1973) آن را تشریح
 نموده است:

هاي نوروتيك و يا مشكلات ديگر هنگامی كه يك بيمار به دليل عارضه "
 كنند، در برخورد اول تفاوت زيادي با رواني به يك روان درمانگر مراجعه مي
 دهد و بيمار درباره مشكلات خود شرح ميرويرويي با يك پزشك ندارد:
 ها و تاريخ زندگي كنند درباره شرايط بروز، پيش زمين درمانگر سعي مي
 بيمار اطلاعات لازم را جمع آوري كنند، بدین‌وسيله درمانگر به انديكاسيون و
 اي و توان مدي در اگردد. تجربه حرفه‌پيش بيني سیر بيماري نزديك مي
 ي برخوردار است. درمانگر بايد حوصله بخرج دهد تا اين‌جا از اهميت زياد
 ات بايد محتاطانه مطرح سؤال‌امكان وارد شدن بيمار به ديالوگ را فراهم سازد،
 شوند، درمانگر موضع بي طرفانه و خويشتندار اتخاذ كنند و از طرح
 اتی پرهيز نمايد كه ممكن است به موضع گيري شديدي بيمار منجر سؤال
 سحرانگيز در بيمار شكل -صورت انتظارات منفعلان‌شود. در غير اين
 "دهندگي؛ حالتی كه معمولاً بيماران در برابر پزشك از خود نشان مي‌مي
 (روزنكوتر 1973، ص: 989).

نقش آرگلاندر

آرگلاندر به توسعه تشریحات بالينت در مورد مصاحبه اول پرداخت. وي در
 1970، 1973) رابطه متقابل بين سلسله مطالعات خويش (1966، 1967، 1
 بيمار و درمانگر را بررسي كرد:

براي روان درمانگر مطلع، نظريه بالينت حاوي اين مطلب است كه هر "
 هاي مشخص با اين يك موقعيت روان‌كاوي و انتقال‌عنوان‌بهمصاحبه همچنين
 هاي متفاوت اكر و اين شرايط در اين لحظه قابل ارزيابي است. پيام‌مصاحبه
 گر و غيره بيمار نظير اطلاعات كلامي، رفتارها و تصورات القايي مصاحبه
 همگي بر محور اين رابطه بين‌انسان، شكل گرفت و نقطه ثقلی ايجاد
 گر خود نمايي نمايد كه مشكل بيمار بطور مشخص در برابر اين مصاحبه‌مي
 (آرگلاندر 1966، ص: 40). "كنند

ر حين مصاحبه و معاينه بطرق مختلف نقطه نظرات مطرح شده تا اين‌جا د
 كنند. چنانچه فرضيات بالينت را بشكل بتغيير نموده و توسعه پيدا مي
 يك موقعيت روان‌كاوي تعبیر عنوان‌بهمبال‌غ آميز مطرح كنيم، مصاحبه
 طي آن ابزار روان‌كاوي. خود را به منظور اهداف تشخيصي بكار "شود كه ابي
 ص: 42). آرگلاندر بر مبنای دو گزارش (آرگلاندر 1966، "خواهيم گرفت
 شود. هاي عيني و تجربه ذهني تفكيك قايي مياموردي بين واقعيت
 الاشعاع جنبه ذهني با امتزاج دو زمينه تجربی، در حالی كه جنبه عيني تحت
 شود. هاي مرزي گشوده مي‌گيرد، مدخل مشخص روان‌كاوي بر موقعيت‌قرار مي
 اطلاعات عيني و نيز شكل خاصي از ادراك كه درباره سؤال‌مشاهده رفتار، طرح

شود، سه قدم اصلي در بيمتابه فهم مدلانه ناخودآگاه رابطه با ابژه مطرح مي دهند. منظور از قدم سوم فهم رخدادهاي فرآيندي است اين نظريه را تشكييل مي آيند: كه در سير طولاني روانكاوي پديد مي

آيندهاي درون رواني در يك رابطه با دانيم كه فاز تجربيات روانكاوي مي" (ابژه) بطرف خارج (فراكيني و از طريق آن به حيطه ادراك و تجربه وارد هاي ايجاد رابطه با ابژه را براي بشوند. ما در حين مصاحبه اول پيش زمين هلم بي مار فراهم كرده و شخصيت منحصر بفرد بي مار را در شكل، محتوا و خودجوشي بي مار در اين راستا كاملاً محفوظ است. دهيمپوي ابي آن دخالت مي هاي مشخصي هستند تا معايينه ظاهر، سن، جنسيت، منش، و غيره ما محرك بشوند، احساسات دروني، انتظارات، تعارضات، تصورات و تخيلات خود را (آرگلاندر 1967، ص: 431). "گرانتقال دهلبه مصاحبه

به اول، مديون شرايطي است كه روند جذابييت نظريه انتقال در مصاح تدريجي و پر زحمت فهم و تفهيم فرآيند روانكاوي ظاهراً در همان برخورد كنند. بن خست ايجاد مي

آرگلاندر (1970) در تعميق و توسعه نظرگاه خويش، سه سرچشمه اطلاعات را اي از يكديگر تفكيك كرد. اين امر تا اعيني، ذهني و اطلاعات صحنه روان به در "كنند، از جنبه عملي مفيد است. حدودي ارادي، اما آنگونه كه وي توصيف مي اي تجربه وضعيت موجود توأم با همه احساسات و تصورات اطلاعات صحنه اي حاصل (1970، ص: 14). ميزان فهمي كه در شناخت صحنه "آيد مديست به هاي گروهيه اي گروه بالينت است و هم حاصل بحگردد، هم مديون آموزشامي دربار مصاحبه اول. تجربيات حاصل شده در آنجا بر اين مسئله تأكيدي دارند كه ادراك و تفكر "شوند كه در مصاحبه، اطلاعات سريعي جمع آوري مي (آرگلاندر 1973، ص: 104). "دندروانكاوي را به مرحله عملياتي سوق مي كه ساختار مشابه تجربيات گروه بالينت در اين شيوه كاري و جلساتي داشت، مورد تأييد قرار گرفت. با وجود آنكه تكنيك مصاحبه آرگلاندر در حوزه زبان آلماني بازتاب مناسبي پيدا كرد، هشدارها و انتقادهاي وي در اين باره مورد توجه كافيه قرار نگرفت:

ساز طرح فرآيندهاي فكري و اي بآيد زمين متمرين در زمينه فهم صحنه" آگاه باشد تا از اين طريق پتانسيل خلاق و طببيعي روانكاو پيش ادراكه فعال گردد: (ص: 1009)

شود. آگاه توسط تمرين اصلاح ميتوان مندي براي درك فرآيندهاي پيش

توان انتظار ديگري مگر تخيلات و هاي آموزشي نمي شرطبندون اين پيش" بر اين مطلب تكيه كنيم، باز هم كم هاي نامنظم داشت. . . هر چقدر اگمانه زني هاي دهد. تلاش است، زيرا در رشته ما در اين زمينه اشتباهات زيادي رخ مي شوند و بالآخره كل روش زير اناموفق بسادگي به عوامل ذهني نسبت داده مي (آرگلاندر و همكاران 1973، ص: 1010). "رودامي سوال

ارزشي ابني

احبه روانكاوي با تدريدهاي آرگلاندر در اين ارزشي ابني ما از اين روش مص مورد همسويي دارد. يك جنبه آن است كه گروهيه تحت هدايت يك روانكاو مجرب كنند؛ اي كاملاً پيشرفته و افتراقي را اجرا مي و ميتوان مندي يك روش مصاحبه جنبه ديگر ارزشي ابني، يادگيري و آموزش اين روش است. از اين گذشته ما

ه اين روش چنانچه بطور دقيق بكار گيرفته شود، به نتايجي ترديد داريم كه سازي انتخاب يك رسد كه براي آن درست شده است، يعنې زمين خاصي مي روش درمان مي مشخص كه با شرايط متعارض كنوني بيمار سوگيري داشته باشد) مثلاً درمان كوتاه مدت). تشخيص انديكاسيون يك روش درمان خاص، بحث پايين خواهيمديد، فقط تا حدودي به تشخيص شرايط همانگونه كه در متعارض ناخودآگاه بستگي دارد. هاي اخير روشن شده است كه بازدهي مصاحبه اول براي انديكاسيون در سال هاي ديگر بدين كافي است، اما انديكاسيون افتراقي نيازمنند مراعات جنبه اين روش نزد اين "ود كه توان با اين احساس ذهني حركت نمليز هست، نمي "بيمار موفق خواهد بود.

6* فرآيندهاي تصميم گيری-4

تا اينجاى بحث توجه خود را به يك تشریح ناقادانه تارىخى و فعلی نقطه يك عمل تشخيصی و درمانی معطوف عنوان به نظرات درباره مصاحبه اول نتايجات يك مواجه شديم كه استسؤال نمودیم. در پايان بحث قبلي با اين روش خاص براي موضوع انديكاسيون چيست؟ مشكل معياري انديكاسيون

معياري انديكاسيون فرويد عمدتاً به تعيین معياري خروج يا شد: انديكاسيون منفي محدود مي شدند كه از سطح تحصيلات مشخصي محروم بودند و | بيماران حذف مي | اشخاصي كه نه بعلة فشار از مشخصيت قابل اعتمادي نداشتند، همچنين كردند، پذيرفته رنج خويش، بلكه زير فشارهاي خويش اوندان خود مراجع مي چنانچه بخواهم مطمئن باشيم، انتخاب ما بايد شامل حال كسان "شدند. انمي توان شود كه در شرايط نرمال قرار دارند، زيرا در روش روانكوي اينگونه مي (فرويد 1905، ص: 21). "دبر بيماري غلبه پيدا كر هاي | معيار بعدي از نظر فرويد، سن و الزام برطرف كردن سريع عارضه • خطرناك، مثل بي اشتهاي عصبي هيستريك بود. به نظر ما انديكاسيون مثبت روانكوي از نظر فرويد اهميت بيشتري ي درمان روانكاو "اي كه كمتر شناختي از آن موجود است: داشته است، پديده (1905، ص: 20). "براي بيماران مزمن ناتوان در زندگي ايجاد شده است هاي گوناگون پيرامون انتخاب بيماران براي روانكوي هسته اصلي بحث چرخد كه درمان روانكوي عميق هم از جانب بيمار و هم از احوال اين موضوع مي طلبد. | ميچانب روانكاو، تلاش فردي زياد، تعهدات مالي و زمان زيادي را شود كه اتفاقي نيست كه درمان روانكوي با يك سفر پژوهشي مقايسه مي شركت كنندگان آن با دقت بايد انتخاب شوند. اگر اين نقطه نظر را با براي بيماران مزمن "توصيف اوليه فرويد گره بزنيم كه درمان روانكوي كه روانكوي رسمي ايجاد شده، به اين نتيجه گيري مي "ناتوان در زندگي هاي سخت، توأم با موافقت نخواهد بود و به همين احتمالاً براي همه بيماري

* Decision Process
Entscheidungsprozesse

علت به نفع بيمار و روان‌كاو است كه كاربرد اين روش پيشاپيش براي بيماران خاص بررسي گردد. بحث زير را از اين منظر دنبال و مقوله كنيم. ايماني‌انديكاسيون براي تكنيك است‌اند‌ارد روان‌كاوي را بررسي

سيز تكيوين موضوع انديكاسيون

در حالي‌كه فرويد با هاي تشخيصي و اظهارات پيش بيني طبقه بندي نوعي شغف زدگي بيماران را كه مبتلا به نوروزهاي سخت و پيچيده بودند شدند را بطور بالقوه (1905، ص: 19) درمان نمي "هاي درمان راحتي روش" كه با گرفت، يونس (1921) ارتباط طبقه خود در نظر مي‌براي روش درمان جدي هاي تشخيصي با پيش بيني را ارايه داد. در كاتالوگ تشخيصي وي بندي كنيم: هاي زير را مشاهده مي‌تست‌خيص

- هيس تري
- ترس هيس تريك
- نوروز جبري
- هيپوكندري
- هيس تري تثبتي

5) به اين نظر پيش بيني درباره دو گروه آخر مطلوب نبود. فنيشل (194 رسيده كه موضوع پيش بيني را با شدت نوروز پيوند دهد:

بطور كلي مشكلات يك آناليز با عمق پسرقت بيمارگونه تناسب دارد. " هاي اساسي در نوروزها، با توجه به دانش روان‌كاوي درباره عمق تثبتي فنيشل) "هاي متفاوت درمان پذيري روان‌كاوي جاي داتوان آنها را در طيفلمي (1945، ص: 176).

هاي قرار دارند كه در اين بين در مفهوم درمان پذيري روان‌كاوي، روش كنند: باشند. البته فنيشل (1945، ص: 177) تأكيد مي‌كند بر خاص و ثابت مي جزئيات ديگري نيز بايد در پيش بيني در نظر گرفته شوند:

- ها و ميل به درمان رابطه پويا مي‌ان مقاومت
- شانويه بيماري مزيت
- انعطاف پذيري عمومي يك شخص
- گلور (1955) درباره درمان پذيري به طبقه بندي زير رسيده:

- درمان پذير
- به سختي درمان پذير
- غير قابل درمان

كنند كه اتيسون و زاندر (1974) تأكيد مي‌كند بر عياريهاي انديكاسيون فردي. ، بلكه نكته حائز مركز ثقل ديگر بر عياريهاي تشخيصي استوار نيست اهميت، انديكاسيون موردي و تناسب فردي است. همانگونه كه آنا فرويد شود، هيچ ضمانتي وجود ندارد كه دو شخص با علل ايم مشابه (1954) متذكر مي هاي مشابه، عكس العمل مشابه از خود نشان دهند. بدين برابرتكنيك هاي رايج بيماري بندي طريقي، اعتبار گرفت‌مان انديكاسيون كه با طبقه شناسي سوگيري داشت، كاهش يافت. اين شناخت كه تأثير يك درمان را هاتوان بر مبناي عياريهاي بيماري شناسي پيشگويي كرد، براي مدت‌مي توانند بر فرآيند به اين نتيجه منتهي نشد كه كدام دسته از عوامل مي روان‌كاوي تأثير مثبت داشته باشند.

ببینیم که درمان روان‌کاوی را ای می‌تشرلیش وفاق حداقلی را می‌دهد نوشت‌ه کنند: برای شمار زیادی از بیماران لحاظ می

به نظر ما توان بيمار در واكنش عاطفي به يك پيشنه‌اد قابل درك، " ترين علامت پيشگويي است كه بيماري به‌ترين نقطه شروع حركت اطمین ترين علامت پيشگويي است كه بيماري به‌ترين نقطه شروع حركت اطمین (ص: 149).) می‌تشرلیش 1967، "برای بیماران نبوده است

در كنار توانمندی بيمار، همچنين به توانمندی روان‌كاو در ارائه يك اشاره شده است. مشكل مصاحبه اول و موضوع مربوط به "پيشنه‌اد قابل درك" آن، يعني انديكاسيون، بوسيله وارد كردن عوامل تكنيكي به بحث، مار در همراه توانيم موافقت بيشود، بدین معنا كه چگونه مي‌بزرگتر مي ات خود را جلب كنيم. موضوع بعدي كه بايد به آن سوال‌شدن بيمار با جهت خواهيم توجه بيمار را جلب كنيم؟ از فكر كنيم، اين است كه به چه منظور مي آنجايي كه برداشت ما از مشكلات به سبك ثنويت سنتي مي‌ان تكنيكي نظر ما كافي نيست كه است‌اند دارد و اشكال روان درمانی روان‌كاوي نيست، به بوسيله يك پيشنه‌اد قابل درك همكاري بيمار را برانگيزيم.

عنوان‌به پيشنه‌اد ما اين است كه از اهداف درمانی صحبت كنيم. روان‌كاوي ◀ تواند ادعای بزرگ خود را تحقق بخشد كه يك روش جهت خودشناسي، زماني مي افته جاري گردد و شناخت از خود در اثر كاهش ترس در تجربه تحري رفتاري را موجب شود كه بتوان به انت‌خاب آزادانه اهداف نائل گرديدي.

آن‌دنبال‌به آن چيزي كه ما در درجه نخست "نويسد زماني كه فرويد (1909) مي خواهيم بيمار را در موقعيتي هستيم، موفقيت درمانی نيست، بلكه ما مي (ص: 354)، يك نمای "اه خود آگاه شود قرار دهيم كه به آرزوها و اميال ناخودآگ توان آن را از دي‌كنند كه فقط بطور مصنوعي مي‌تغيري را معرفي مي نظرانه پزشيكي تفكيك نمود. زيرا نظريه روان‌كاوي مبین آن است كه بتنگ غلبه بر انكار و آگاه شدن بر آرزوهاي ناخودآگاه، الزاماً تغيري فرآيندهاي داشت. خواه‌دندنبال‌بهرواني را

هاي درمانی مختلف روان‌كاوي، | به همین سبب بحث درباره انديكاسيون روش ● در اصل بحث درباره اهداف مختلف تغيري است كه بايد متحقق گردند.

تصميم جهت پيشنه‌اد يك آناليز طولاني مدت، حاوي اين تصور اهدافي است ده‌اي روانی خود كه بيمار به احتمال قوي خواهان تغيري عميق و اساسي فرآين هاي گوناگون زندگي وي است و ما گمان داريم كه اين تغيري‌رات در زمينه هاي‌ش به تأثير خواهد داشت. چنین هدفی اهمیت آن را دارد كه درباره پيش شرط شخصي بيمار، كن‌ج‌كاوي گيري‌اج‌مت‌بحث بنشيني‌م. انگيزه،

ر از جمله روان‌شناسي وي، توان استفاده از رابطه با ابژه و نكات ديگ مقولاتي هستند كه در بحث كنوني درباره انديكاسيون روان‌كاوي مطرح شون‌د‌مي

پذيري‌گي هاي بيمار: درمان‌ويژه

هاي ضروري يا لازم بيمار كه در درمان كل‌اسيكي روان‌كاوي مطرح‌گي‌ويژه اهداف فرآيند درمانی عنوان‌به‌گردند كه هستند، معمولاً شامل موضوعاتي مي شون‌د‌بر گرفتار مي‌درنظ

بیمار باید به میزان قابل توجهی دارای ذکاوت باشد تا بتواند هیجانات ناراحت‌کننده را تحمل و یا تلطیف نماید. رابطه با ابژه وي باید نسبتاً

هاي درماناي روانكايي ما را مجاز ساخته حتي زماني كه در اوسيع گسترده روش كنيم، نگاهي به دستاوردهاي رويكردهاي ديگر درماناي احيي طه روانكايي كار مي نيز داشته باشيم.

هاي بالينت به پزشكان را در مورد مصاحبه اول روانكايي اچنانچه توصيه بكار بنديم و يك رهيافت درازمدت در ايجاد رابطه با بيمار طراحي كنيم، سازي تخييرات | مدار جهت زمينه-امكانات زيادي در انديكاسيون هاي بيمار ها روي خواهد آورد كه بيمار در حال حاضر و يا بعداً به تحقق آن ايدود مي (هوج و همكاران 1981).

هاي ذهني. تجزيه و تحليل عوامل متعددي در انديكاسيون، شامل شناسايي جنبه است و همچنين مراعات عوامل اداري است كه كارگيري تصمي مفرآيند پذيردلم روانكايي در چارچوب آن انجام.

هاي نظري ايت پيش فرض اهمه اي بيمه. بساختارهاي اجتماعي و قوانين سازمان هاي عملي كه همچون زمان | بسيار بال است، اما چارچوبگيري تصمي مفرآيند دهند، از وزنه االشعاع خود قرار مي فروي، اتخاذ انديكاسيون را تحت هاي اداري، نظير قراردادهاي بيمه، بسش تري برخوردان. تخيير چارچوب ان قرار بگيرند، گسترش داده توانند تحت درمدايره بيماراني را كه مي است.

ايم كه اي به اين هدف نزديكتر شدم بواسطه تحولات اجتماعي و قوانين بيمه تري از اقشار اجتماعي و از طريق مصاحبه اول. ان عطف پذير، طيف وسيع ها را به درمان روانكايي جلب كنيم. در كل انجام درمان با بيماري كه بيماري اي است، اگر چه ممكن است كه درمان با همان است كار سادهداراي انگيزه قوي فرد نيز با مشكلاتي مواجه گردد. هنر مصاحبه اول آن است كه در بيماري كه مردد است، بتوانيم انگيزه انجام درمان را ايجاد كنيم. اشكال درماناي امروزه مدار طراحي كردن. -توانند بيمارمي

م طرح سوال حداكثر در پايان مصاحبه اول اين ل. چشم انداز پس از مصاحبه او هاي بيروني براي انجام درمان بايد شود: ادامه كار چيست و چه پيش شرطمي تا مين شونند؟ انجام درمان با شرايط فردي و شغلي بيمار چگونه ممانگ خواهد شد؟

انديكاسيون تطبيقي كه امروز به نظر ما مفيد و قابل دفاع است و با دارد، صرف نظر از طول درمان و فراواني جلسات درماناي، از گيري جهت بيمار كهاده. از اين طريق برخي فشارهاي زماني و | درمانگر نمي عنوان بهمسئوليت ما كنند. امالي كه اش پيدا مي

كنيم كه در هنگام عقد قرارداد درماناي، طول درمان را در مدت و | ما توصيه مي • ، بل كه از همان ابتدا توجه بيمار را به اهداف تعداد جلسات تعريف كنيم قابل پيگيري و اهداف نائل شده درماناي معطوف نمي مي.

دهد و بنابر اين اظهار نظر درباره طول درمان، تأثيرات منفي خود را از دست مي تواند اميدوار باشد كه بعد از يك يا چند جلسه، به بهبود دست بيمار مي مت، بهبود و درمان، يعني فرآيند درمان بطور كلي، به يابد. از آنجايي كه وخاي روانكايي بستگي دارد، طول مدت آن نيز دوسويه تنظيم هاي حرفه ابلت گردد كه خود از اجزاء متفاوتي تشكيل شده است. ابي

بايد از اين نقطه نظر حركت كرد كه قطع و يا اتمام درمان در حيطه اختيارات هاي تلقيني بود كه درباره طول | خاطر بايد مواظب زمزمهوي قرار دارد. به ممين دانيم كه فضاي اختياري شونند. از جانب ديگر مي و تعداد جلسات اظهار مي

آل بيمار در واقع محدود است: بواسطه شرايط بيروني، بواسطه يأس ايدة هاي ناخودآگاه و بوسيله تعارضات انتقال و انتقال مبتني بر انگيزه كشد، به آل چقدر طول مي‌رواند. اينكه يك درمان به شكل ايدهمتقابل با عوامل متعددي وابسته است (كشله 1990، 1994؛ كردي و كشله 1995).

در گذار از مصاحبه اول به درمان بايد به سمتي حركت كنيم كه حتي المقدور كند كه اميد در آن پساازي و فضايي ايجاد مي‌ماند كه متعدي را زمينه گيرد. همزمان بايد چارچوبي جهت كار خوب و مناسب ترسيم كنيم. راه حل امي توانيم از تجربيات روزمره ساده براي اين وضعيت وجود ندارد، اما مي‌توانيم استفاده نمائيم.

آيند كه تناسب مزينه و سود براي بيماران معمولاً تا زماني به درمان مي‌آنان مثبت باشد.

ه ارزشي بيمار كه به تناسب مزينه و سود به نظر مفيدي است دربار گيري بصميمي، گفتگو كرد و نظر وي را در فرآيندهاي انتقال مي‌شود، اجوي شد. بدين طريق يك فضاي ذهني طرح خويش براي بيمار ايجاد مي‌هاي چند روبرو هستيم. چون انايم در تحقق آن با محدوديت‌اگر چه مي‌يز فرد سوم غايب نيست و بنوعی حضور دارند و نظرات خود دانيم روان‌كاو و ناي كنند. را مستقيم يا غيبي مستقيم مطرح مي‌

تفاوت زيادي در ارزشي بيمار از مزينه و سود وجود دارد. هاي زماني و مالي. مزينه كنيم. ما به انا و ما دربار برخي از انا صحبت مي‌تري بات زيادي ممكن اگر چه ممكن است در خواننده احساس غريبي پردازي، هاي اقتصادي مي‌اچنه ورزشي، ايجاد شود. غليرغم آنكه بر تأثيرات رهايي بخش روان‌كاوي تأكيدي مي‌هاي زماني و اقتصادي بوجود هايي كه با بستگان و مزينه بايد از درگيري آيند، غافل شوي. (كلابر 1980) تأثيرات عميق درگيري با بستگان و امي دليلبه‌ماني و اقتصادي را توصيف كرده است. در آلمان هاي زني مزينه هاي بيمه غالب بيماران نيازي به پرداخت مزينه ندارند. موارد كه اسازمان شوند، فقط به كسان مربوط است كه مزينه روان‌كاوي را شخصاً متقبل مي‌ي كنند. از آنجايي كه بالادوره آموزشي روان‌كاوي (روان‌كاوان آينده) را طي مي‌شوند. 90 درصد افراد بيمه هستند، بيماران فشارهاي اقتصادي متحمل نمي‌در همان مصاحبه اول بيماران برگه ارجاعي همراه دارند كه تقبل مزينه از جانب هاي بيمه در آن درج شده است. اسازمان

پردازي كه اگر چه نه بشكل واقعي، در بخش بعدي به موضوع بستگان مي‌رفعال دارند. اما در جلسات حضو

6* بستگان-5

به نظر فرويد "مطالعه و بررسي امكانات رشد فردي انسان" (1940، ص: 67) شود. فرويد با اتكا بر سنت دوران هاي روان‌كاوي محسوب مي‌شود. تلاش روشن‌گري (رنسانس) در جستجوي رابطه رفتارهاي مختلف يك بيمار و ناخست از خود شفا يابد. فرويد با ورود هاي دروني او بود تا فرد با شن‌اخوشي

* The Patient's Family
Die Angehoerigen

بِه دنیای روانی ناخودآگاه در صدد گسترش و تقویت آگاهی فردی بود. به نظر فروید این نقش مهم روان‌کاوی در فرآیند روشن‌گری است.

مبانی اخلاقی و حقوقی

شود. چنانچه درمان‌گر قرار درمان برای روان‌کاوی فقط از جانب بیمار صادر می‌ار به توافقاتی دست یابند، موضوعات اخلاقی و حقوقی مطرح و بیم‌های اعتماد بین هر دو طرف را ایجاد شوند. رازداری و تعهد به سکوت، زمین‌ه‌می‌کنند. در این باره كه آيا وابستگان به فرآیند درمانی دعوت شوند، باید از امی اجازه كنيم. بدون موافقت بیم‌گيري تصمی‌مزایه رضایت و نفع بیم‌ار داریم، فقط در شرایط اضطراری وابستگان را درگیر سازیم، مثلاً زمانی‌تواند اطلاعات قابل اعتمادی را در اختیاری درمان‌گر بگذارد كه كه بیم‌ار نمی‌ممکن است در تشخیص و درمان مهم باشند. اگر بیم‌اری سايكوتيك باشد و رگير كرد. خطر خودكشي وي برود، باید وابستگان را مطلع و داصل، وابستگان نباید از روان‌كاو اطلاعاتی درباره بیم‌ار عنوان‌به ● آورند. دست‌به

عدم نیازی به وابستگان

بطور كلي دخالت دادن وابستگان در روش روان‌كاوي لازم نیست. روان‌كاو كنند. اینگونه فرض عمدتاً بر مشاهدات خویش در جلسات درمانی اتكا می‌مار در حین آنالیز همان تعارضات ارتباطی را با روان‌كاو شود كه يك بیم‌ی‌تواند براحتی از كنند كه با افراد نزدیکی خود دارد. روان‌كاو می‌تجربه می‌گيري نورز برخورد با وابستگان چشم پوشی كنند، زیرا حداقل با شكل یابد كه بیم‌ار با بستگان نزدیکی خود چه رفتاری دارد و انتقالی، وي در می‌انگیزد. بای‌ي را له یا علیه خویش بر می‌ام رفتاره و بینش‌كدا درك تعاملي از انتقال و انتقال. متقابل بدین معناست كه روان‌كاو از يك سو های رفتاری بستگان او را با دیدگاه بیم‌ار مم‌دلی كنند و از سوي ديگر شيوه تقابل های رفتاری مم‌كن است مشاب‌ه‌اتي با انتقال م‌درك كنند، چون این شيوه بیم‌ار داشته باشند. مم‌دلی و درك روان‌كاو ب‌عد ديگري نیز دارد كه شامل ای روان‌كاو درباره تعاملات بین‌افردی است. دانش حرفه

طریق رفتاری با بستگان بیم‌ار

روش روان‌كاوي حاوي موضوعات خاص در برخورد با بستگان بیم‌ار است. این ت‌كنيكی ورود نفر سوم به ظ‌ل‌ح‌ب‌روش مبتنی بر رابطه دوسویه است. این رابطه، آن را پی‌چیده خواهد كرد. تعی‌ین چارچوب يك رابطه دوفری، به شود. روش روان‌كاوي ال‌بته‌ب‌م‌ایز با مناسبات درونی و بیرونی من‌جر می‌تر آن است كه این رابطه را يك رابطه دوسویه مطرح است، اما ص‌ح‌ی‌ح‌عن‌وان‌به توصیف كنيم. يك نفر سوم مم‌یشه "يك‌سویه من‌ه‌ای‌رابطه سه" عن‌وان‌به بنوعی حضور دارد، حتی اگر خویشاوندی بطور واقعی در درمان شركت ن‌كنند.

غیبت واقعی نفر سوم و حضور مجازی وی پیامدهای مهمی برای همه شرکت کنندگان دارد.

یابی که از نظر سنجی گلور نزد 29 روان‌کاو انگلیسی در 1938 در می شد. گلورگان و نحوه برخورد با آنان چگونه فکر می‌درباره مشکل بست کرد که روان‌کاوان سؤال

با اطلاع یا بدون اطلاع بیمار با اعضای خانواده ارتباط دارند. ارزشیابی ها نشان داد که همه روان‌کاوان، غالباً آنها علی‌رغم میل درونی، بنابر پاسخ از استثنائات غریب‌د. کندن‌ها صحبت می‌خواستند بیماران با اعضای خانواده ها در هماهنگی با بیماران برگزار) ساینکوزه‌ای سخت، کودکان (مصاحبه (گلور 1955، ص: 322). "شودلمی

با وجود اهمیت بالینی مسئله، از آن تاریخی به بعد اشارات قلبی‌درباره شود. این مطلب هم در درمان و هم در نحوه برخورد با بستگان مشاهده می‌های آموزشی (منظور افرادی است که قرار است با طی کردن دوره‌آل‌یز کنند. غالباً بستگان آل‌یزهای آموزشی روان‌کاو شوند) نقش مهمی ایفا می‌های غینی در دوره آموزشی‌های ذهنی و هم از جنبه آموزشی با وجود آنکه هم از جنبه ندارند. مواردی حضور فعال دارند، رابطه مستقیمی با روان‌کاو آموزش دهنده‌های‌شود و یا آنکه گروه‌آید که شریک زندگی شخصاً وارد درمان می‌پیش می‌پردازند. هم‌فکر ایجاد کرده و به تبادل نظر می‌درباره درمان بستگان را ابراز "ندانم کاری کامل" فروید نقطه نظر فروید. اند:‌های وی در این مورد چینی‌نموده است. توصیه

که مبدا برای جلب موافقت و حمایت والدین، همسران و دهم‌شدار می‌بستگان، کتاب مقدماتی و یا عمیق از آثار روان‌کاو را برای مطالعه به آنها توصیه کنیم. غالباً این عمل خیرخواهانه به مخالفت با روان‌کاو منجر دهد فرآیند اصلی درمان شروع شود. من امیدوار هستم که‌شود و اجازه نمی‌می‌تجربیات رو به رشد روان‌کاوان بزودی به وفاقی در بین آنان جهت معالجه شود، اعتراف‌ها منتهی شود. آنچه مربوط به درمان بستگان می‌نوروتیک دانم و به درمان فردی آنها چندان اعتمادی‌کنم که چیزی در این باره نمی‌می‌(فروید 1912، ص: 386). "ندارم

خواست که آثار او را‌اید بعهده از بیماران خود می‌دانیم فروه‌مان‌گونه که می‌خواننده باشند. اما وی مایل نبود که بستگان بیمار از اطلاعات مشابه برخوردار باشند. فروید با مخالفت طبیبی و اجتناب ناپذیر بستگان تر نشده بود:‌کنار آمده بود و 1917 نیز نسبت به این موضوع خوش بین

توان مشابه عمل یک جراح دانست که مایل است در‌می‌درمان روان‌کاو را "دانید که یک رسد. شما می‌شیرای‌طی انجام شود که موفقیت آن حتمی به نظر می‌کنند: اطاق مناسبت، نور کافی، دستی‌ار، دور‌سازی می‌جراح چه مقدماتی را زمینه‌ها در حضور کردن بستگان و غیره. خوب حالا تصور کنید که اگر این جراحی گرفت و آنها شاهد جراحی بودند و در هر برش چاقوی اعضای خانواده صورت می‌کشیدند، چند درصد این عمل‌ها توأم با موفقیت بود؟ در جراحی فریاد می‌درمان روان‌کاو وارد شدن بستگان به روند درمانی یک خطر است، خطری که (فروید 1916، ص: 477). "دان‌من‌حوه برخورد با آن را نمی‌

شد که فروید برای کشف این اظهارات بخشاً مربوط به تکنیکی می‌گرفت. تشابه موقعیت درمانی با ایته کودکی بکار می‌سؤال‌ناخودآگاه و سک‌یک عنوان‌به‌گیری منطقی رسیده که بستگان‌شیرای‌ط جراحی، به این نتیجه

سرچشمه خطر توصیف شوند. به نظر ایسلر (1953) ورود یکی از بستگان آل معیاری به است. بستگان در تئوری که ایده "تئوری الگو" از انحراف شوند. اعمالی جهت برهم زدن تعادل میان پزشکی و بیماری تبدیل می‌ای درباره مشکل بستگان (توم و توم) قبلاً در مقاله‌ی برخورد نامطلوب. 1968 (یادآور شدیم که برخورد نامساعد با بستگان بیماری که دلیل عام و ل خاص دارد. یک دلیل

دلیل عام برای برخورد نامطلوب با بستگان بیماری، حفظ وحدت کاری با ● بیماری است.

کنند که دخالت پزشکی و بیماری زمان‌ی عملکرد خود را حفظ می‌کند "کار تیمی" بستگان حد و مرز مشخصی داشته باشد. بستگان برای ایجاد اعتماد و شوند. ریشتر به به رانده می‌داری، به حاشیای طمینان بخشی به بیماری جهت راز روان‌کاو -های دیگر پایبندی بی چون و چرا به رابطه دو نفری بیماری را چاره دارد:

دانند که درمان یک فرد در مقایسه با درمان مشکلات یک روان درمان‌گر می‌تر است. درمان‌گر درباره مشکلات یک فرد گروه خانوادگی در مجموع ساده یابد تا به مشکلات پی‌چیده تعاملی میان اعضای است می‌زودتر به عینیت د تر از آن است که درمان‌گر خانواده. بالآخره تحمل انتقال احساس یک نفر ساده (ریشتر 1970، ص: 122). "با عواطف جمعی خانواده روبرو شود

ما در این باره بحث کردیم که آیا تشخیصیت روان‌کاو دلیل خاصی برای ارجح ای فرا فردی گردد. انتقال متقابل حرفه‌ی محسوب می‌شود و وضعیت دوس ممکن است به پایبندی سخت وضعیت دوسوی منتهی شود. بیماری‌اران عدم کنند. از این تمایل روان‌کاو به تغیری ترکیب جلسات درمانی را حس می‌شوند. بستگان‌های خاص انتقال و انتقال متقابل ایجاد می‌طریق پدید می‌شوند و سوء اعتماد آنها می‌دان تعاملات راه داده نمی‌کنند که با احساس می‌آل کنند و واکنش آنها، یا ایده‌ی ابد. آنها احساس در حاشیه بودن می‌افزایش می‌باشد. این امر البته بدان نیز بستگی دارد که سبزی و یا رد کامل روان‌کاو می‌وت بیماری چه چیزی درباره جلسه تعریف و یا درباره محتوای جلسه سک کنند. اختیاری می

این ناشی از مرزبندی در مقابل بستگان دلیل خاص انتقال متقابل حرفه ● برخورد ناخوشایند روان‌کاو با بستگان بیماری است.

* 6 فشارهای وابستگان-5-1

کند که به نظر فروید و پیروان وی، هانس توم (1968، ص: 89) تأکید می‌ز توسط تلاقی یک نیاز با شرایط نوع یک انسان خاص قبل از هر چی شود. احمیطی خاص در یک مرحله بحران تعینی می‌ارتباط بین سرزنش فردی بیماری و تأثیرات آن بر محیط، بی‌انگر رابطه متشنج بیماری و بستگان است. درمان روان‌کاو فقط به بیماری مربوط گردد. بشود، بلکه شامل بستگان نیز می‌نمی

* The Burden on the Family
Die Belastung der Angehörigen

خواهيم ارتباط مستقيم برقرار كنيم، زمانى كه با بستگان بيمار مي كنيم: هاي متفاوت زيتر را از يكديگر تفكيك ميوضعيت

- در حين مصاحبه اول
- در ارتباط با يك موقعيت اضطراري
- در حين درمان

مصاحبه اول

شود. در مصاحبه اول بين درمانگر و بيمار به اشكال متنوعي برگزار مي ارزيابي بيماري بيمار حائز اهميت است كه آيا بستگان اصلاً حضور مانند (در اطاق انتظار) و يا آنكه در همان جلسه ايابند، در پشت صحنه مي نمي ها و بتوان به وضعيتشوند. برحسب بينش روانكاو، مي اول حاضر مي ر هاي گوناگون رسيده. بستگاني كه در پشت صحنه بسنگيري بصميم برند و در نزديك شدن به روانكاو مردد هستند، بطور ناخودآگاه در غيبت مي شوند. بستگاني كه بطور يكباره و غافلگيرانه مراجعه اخود تقويت مي كنند، معمولاً با استدالات روانكاوي و بي تفاوتي، پذيرفته امي هاي بين فردي شوند. در اين صورت ممكن است فرصت شناسايي پويشن مي دست برود. از

امري شناخته شده است كه در حين درمان روانكاوي جديدي يا طلاق بين زوجي دانند كه رابطه زوجي ممكن است با اتفاق افتد. بيمار و بستگان وي مي شود كه از خانواده | خاطر معمولاً درمانگري جستجو مي مي به خطر مواجه شود، شود. برعكس بيماراني كه | ميسالم برخورددار بوده و توسط دوستان توصيه كنند كه مثل خود آنها روابط برون زوجي دارند، درمانگران را انتخاب مي كنند از جانب اين درمانگران بهتر درك زندگي نمي كنند، زيتر افكر مي شوند. امي

البته ما در مصاحبه اول در حالي كه بين ارتباطات كنوني و گذشته كنيم. | ميسوال درباره افراد نزديك به وي شوي، از بيمار تفكيك قايل مي رسد كه ما برخورد و نگرش اطرافيان به فرآيند درمان را در بنظر مفيد مي نظر داشته باشيم. ضمناً تجربيات قبلي درماني بيمار و بستگان او در بينش بيمار نسبت به درمان مهم است. با اطلاع رساني درباره درمان هاي عاجل مراجعان پاسخ دهيم. | سواله توانيم بروانكاوي، مي

هاي اضطراري موقعيت

هرگونه ارتباط با بستگان بايد قبلأ با بيمار هماهنگ شده باشد. ها يا در حين ارون. اين موقعيت هاي اضطراري استثنائاً بشمار مي موقعيت آيند. خطر خودكشي در سيم مصاحبه اول و يا در طي درمان بوجود مي هاي سرريع و همكاري بستگان را امري سايكوتيك، واكنش پذير شده بي هاي روانپزشكي غلبه ايلد. معمولاً بستري كردن يك بيمار در بخش امي يابي امي. | كثرأ ما به توافق با بيمار دست مي پيش مي ندرت به ميل بيمار و در بعضي مواقع مشورت با بستگان ضروري است.

در حین درمان

تواند بر طبق خواسته بیمار یا بستگان به شرایط درمانی می‌رود یکی از ب که تعامل با سؤال روان‌کاو و یا همسر بیمار صورت بگیرد. پاسخ به این بستگان چگونه ایجاد شده) صرف نظر از موارد اضطراری (به ارائه تعریف ارد که آل، استعداد و آمادگی آن را دشود: یک بیمار ایده‌آل منجر می‌آید بیمار ایده بخش نوروتیک در اختلالات ارتباطی خویش را به نحوی در انتقال به ای که این تعارضات با روان‌کاو پدیدار و با وی حل روان‌کاو نشان دهد، چگونه شوند. پس با یک فرد بیماری سر و کار داریم که تحت فشار، اما در پی ا به این‌ها اعضای خانواده طبع‌پردازش تعارضات خود است. واکنش کند. بستگی دارد که بیمار در مورد تجربیات خود در درمان چه تعریف می طلبد. روش روان‌کاو از بیمار و بستگان وی تأمل و تعمق درونی زیادی می شود. پیشرفت درمان غالباً این توانایی در بدو درمان در همه افراد یافت نمی د که برای هر دو طرف مطلوب تواند در بستگان نیز حرکتی را بوجود آوریم طلبند. نیست: بیمار و یا بستگان از روان‌کاو برای حل این مشکل کمک می کنند، موقعیت‌باید در نظر داشت که به موازات کمک‌های درمان‌گر ارائه می کنند. این درمانی، هم در بیمار و هم در بستگان، ال‌گوهایی که در گذشته را احیا می ید در صورت دعوت از بستگان، دقیقاً فکر کنیم نواقعی را را مجبور می خواهیم صحبت کنیم. هر کلمه و هر که چقدر و در مورد چه موضوعاتی می اطلاعاتی از جانب خویشاوند (چنانچه با او به تنهایی صحبت کنیم) کم و شود. چنانچه به دلایل گوناگون بی‌شکل کامل به بیمار منتقل می نفره برگزار کنیم، بهتر است آن‌چه را با فرد سوم ای سه بتوانیم جلساتی می ایم به اطلاع بیمار برسانیم. صحبت کرده گرین اکر) 1954 (بر این نظر است که فقط با اطلاع دقیق و موافقت بیمار اطلاعاتی به دیگران داده شود و یا اطلاعاتی درباره بیمار جمع آوری شود.

مشکلات

های مشکل و نحوه برخورد با آن‌ها به وضعیتی در ابتدا درباره نگرش خود کنیم. در روان‌کاو مشکلات در برخورد با بستگان بیمار در دو صحبت می آیند: اجتهت، یعنی از داخل و از خارج بوجود می چنانچه بیمار موفق به طرح تعارضات خویش در های خارج از جلسات. واکنش سویی انتقال، در تمام رابطه انتقال نشود، تکرار تعارضات وی را فرا کنیم. جبر تکرار در خارج از او و روابط زندگی وی ارزیابی می‌فعالیت (acting out) نمی‌کنش شرایط درمانی، جایگزین تکانش جهت یادآوری است. دهد. در اینجا باید مشخص شود که آیا بیمار ام‌عملاً در برابر بستگان رخ می طه خود با روان‌کاو اجتناب و بجای آن‌ها از پردازش به رابها این واکنش آن‌چنان جزئی از بیمار نمی‌کنش کند و یا آنکه بستگان را جایگزین می تواند رنج خود را در رابطه انتقالی با روان‌کاو طرح کند گشته که بیمار نمی شود. معمولاً ایجاد شفافی در این و بدین‌وسیله مانع تأثیرات درمانی می با وجود آنکه تعریف ساده کنش، رفتارهایی هستند که زمینه مشکل است. آیند، یعنی بجای پردازش و یادآوری در آن‌ها در خارج از جلسات پدید می که بیمار چقدر درباره درمان با سؤال‌دهند، این یک تکرار را در عمل نمی‌ش می

كند، به رابطه با همسر بستگي دارد. اطلاعات مناسب همسر خود صحبت مي شود و از جانب ديگر وفاداري به سر باعث اتمامد بيمار به روانكاو ميم كنند. همسر را تأمين مي

چنانچه بيمار بيش از حد درباره آناليز صحبت كند، ممكن است باعث ترس در بستگان شود و آنان را به مداخله وادار سازد.

حساس چنانچه بيمار بسيار كم درباره آناليز صحبت كند، بستگان ا يابدينوسيله بدبيني احتمالي در مورد روانكاو حاشيه نشيني مي يابد. تشديد مي

چنانچه بخواهيم به تخييري رفتار در بيمار دست يابيم، بايد چنين هايي را تعبير و تفسير كنيم. اكنش

غالباً بيمار مثلاً بعثت عذاب وجدان احساس حاشيه نشيني بستگان. يابي اين احساس از پيشرفت ا كند، اما همسرش نه. شدت ترسد كه تخييلي كنند. در اين صورت بايد به خواسته بيمار تن در داد و با درمان جلوگیری مي همسر وي يك جلسه گفتگو برگزار كرد. چنانچه همسر احساس نمي كند گيرد و اين امر به بيمار فشار وارد كند، چنين اجريان وقايي قرار نمي تواند بسيار مؤثر باشد. گفتگويي مي

در اينجا نيز بايد تفكيك كرد كه آيا درگير كردن يكي از بستگان طبق هاي خودگيرد و يا آنكه مثلاً همسر بعثت ترس تقاضاي بيمار صورت مي خواهان ارتباط با روانكاو است. چنانچه يك بيمار به درمان پناه ببرد و ساس بيرون بودن و خطر خواهد درباره آن با همسرش صحبت نكند، همسر اح هاي ببنند و به واكنش كرد. در اين حال همسر بحق خود را خارج از ميدان مي آورد. اين مشكلات بسيار پيچيده هستند، زيرا ما از يك امتقابل روي مي طرف بايد به حمايت پسرفت بيمار در شرايط درماني بپردازيم، از جانب وسويي كه دكانه، ممكن است ميل بيش از ديگر، تأمل بيش از حد در رابطه د حدي به پسرفت در بيمار ايجاد كند. ما بايد به اين موضوع دقت كنيم كه بيمار تا چه حد آمادگي ناديمه گرفتن واقعي بيروني را با خود حمل كند. برخي مواقع لازم است كه با كم كم مداخلات تكنيكي (مثلاً درگيري لالت زياد پسرفت بيمار جلوگیری نمي. كردن وي با واقعي) از تماي چنانچه در اين كار موفق نگرديم و يكي از بستگان از خارج به درون درمان تواند از تنش موجود بكاهد. از طرف ديگر وارد شود، يك گفتگوي جمعي مي بايد مواظب رابطه دوسيوي بود و از تنش ايجاد شده عبور كرد.

هاي تكميلي براي همسر درمان

اين مسئله حائز اهميت است و اگر از جانبي، درمان همسر مطرح شد، بايد آن را جدي گرفت. در كنار عذاب وجدان نزد بيمار، بايد به اين مسئله توجه داشت كه اين خواسته بستگان ممكن است بيان حسادت، درماندگي و انتقام باشد. ين اميال سرکوب شده هاي درماني يك بيمار ممكن است، همچنان اثر پيشرفت هاي درماني براي همسر بيدار شوند. اين يك مسئله جدي است. بعد از كم كم

مر از گاهي بايد صحبت شود كه بهتر نيست درمان فردي به درمان زوجي تبديل شود. در چنين مواردی موضوع روابط بين فردي، تعارضات درون راندي فردي را به حاشيه مي

شود. در امتداد درمان فردي انجام مي غالباً زوج درمان

گاهي نيز لازم است كه همسر را به يك درمان فردي ارجاع دهيم. اگر موضوع ◀
جدايي حاد است، اين روش ارجح است.

درگير شدن رو به رشد بستگان

با وجود آنكه در ادبيات تخصصي به موضوع بستگان به اندازه كافي
رسد چاي دادن بستگان بي‌مار در برنامه درمانيشود، به نظر مي‌پردازد كه
رو به رشد است. اين امر از سويي به طيف گسترده انديكاسيون روان‌كاوي
شود. در بين كساني كه خواهان درمان هستند، بي‌ماران را با مربوط مي
مشكلات رشدي، منش خودشيفته، بي‌ماران مرزي و سايكوتيك مشاهده
مشكلات سوء مصرف مواد مخدر و الکل، با بي‌ماران كنيم. همچنين در كنار
نمايي. به همين خاطر در كه مشكلات زناشويي و خانوادگي دارند، برخورد مي
سنجشي كه از جانب اتحادي روان‌كاوان آمريكا در سال 1876 بعمل آمد،
هاي متعددي از روان‌كاوي استخراج شدند كه بكارگيري زوج درمانی و
كنند (پولور 1978). بنابر اين برنامه درمانی، رمانی را تجویز مي‌خواند
سازد. پيش از پيش بستگان را درگير فرآیند درمانی مي
ها و بي‌ماران وارد كردن بستگان فقط در روان درمانی كودكان، سايكوتيك
رسد، بلكه براي بي‌ماران وسواسي نيز اين‌داراي خود. مختل لازم بنظر نمي
"من. كمكي" تواند نقش كيد قرار گرفته است. مثلاً يك دوست مي‌امر مورد تأ
تواند چنين عمل‌كردی را بعهده بگيرد. ايفا نمي‌د. همچنين همسر بي‌مار مي
هاي اخير مي‌باشيم. آنها از جانب ديگر شاهد تخليق نگرش روان‌كاوان در سال
طبيش از محور؛ خانواده و محي-كنند تا روش محور عمل مي-بيشتر بي‌مار
گيرند. گزارش پولور (1978) در اين باره انعطاف پيش مورد توجه قرار مي
طلبند و هاي ديگر مي‌دهد. بي‌ماران ديگر، درمان‌پذيري زيادي را نشان مي
هاي تشخيصي و درمانی روابط بين فردي بيشتري به كانون فعاليت
شود. تبديل مي

7 قواعد

عد روان‌كاوی 7 عمل‌کرد چندگان‌ه قوا-1
قاعده اصلی درمان عنوان‌به 7 تداعي آزاد-2

- ه | ا و تکیوین روش | 7 ویژگی-2-1
 7 اطلاع رسانی درباره قواعد اصلی-2-2
 7 تداعی آزاد در فرآیند روانکاوی-2-3
 7 توجه و دقت متعادل-3
 متقابل. پاسخ دادن یا پاسخ سوال 7 دیالوگ روانکاوی و قاعده-4
 اساسی. سوال دادن، این است
 تارخچه آن 7 پایه و اساس کلیدی-4-1
 7 قواعد همکاری و گفت‌وگو-4-2
 ابژه و دیالوگ پدید آمدن 7-4-3

7* عملکرد چندگانه قواعد روانکاوی-1

مقایسه با قواعد شطرنج

کرد: قواعد در هر فروید قواعد روانکاوی را با قواعد بازی شطرنج مقایسه می آورند که فقط بواسطه مرحله آغازی را بوجود می‌دهای بی‌شماری حالت موقعیت و پایان محدود می‌شوند.

آیند و کوچک نیز هستند. اما بشوند که به نظر کوچک می‌نویسد "افست می‌شوند و اهمیت خودتوجهی مراعات آنها این است که جزو قواعد بازی محسوب می‌نظر من بهتر است این آورند. البته به امیدست‌بمرا در چارچوب برنامه بازی قواعد را در قالب توصیفی ارائه دهم که قید و بندهای دست و پا گیر ایجاد نکنند. انعطاف پذیری فرآیندهای روانی و وفور عوامل تعینی کنند، اجازه دهد، چه بسا یک روش معقول و الهی درمانی را به ما نمی‌ماند که یک فرد نتواند اهداف درمانی در جای دیگر گردد. با این موفق در یک جا، مانع دست‌یابی به حال این مناسبات مانع از آن نیست که یک چارچوب رفتاری می‌انگین و (فروید 1913، ص: 454). "هدفمند برای پزشک تعریف نمی‌یوم"

در واقع رجوع به این استعاره به منظور ترسیم تصویری انواع مختلف عاملی پیچیده که اشکال خاص دفاع و هایتشود. تسلسلهای درمان انجام می‌کنند با راهبردهای هدایت درمان تشابه دارند. ای پایان بازی را تعینی می‌البت قواعد واقعی بازی در شطرنج جنس دیگری دارند، چون مثلاً حرکات کنند و همزمان خصلت قانون دارند؛ مراعات آنهاست الهی بازی را تعینی می‌آمرد سازد. پذیر می‌که بازی را امکان در حالی که در بازی شطرنج تفکیک می‌ان حرکات. ضد قانون و حرکات بی‌معنا ساده است، در روانکاوی چنین امری، پیچیده و مشکل است. این مسئله از یک طرف به سیر تاریخی تکوین نظریه و فنون روانکاوی مربوط شود و از اصل قواعد روانکاوی طرف دیگر ناشی از عملکردهای گوناگونی است که کنیم که موقعیت روانکاوی در نظر فروید به میزانی باشند. یادآوری می‌امی گری نورژ مورد خصلت آزمایش تداعی را داشت که در پژوهش نحوه شکل استفاده قرار گرفت. فروید در جلسات بعدی درمانی نیز به عناصر ترین و | دقایق موقعیت آزمایشی توجه داشت (کرمیوس 1981). فروید

* The Multiple Function of Psychoanalytic Rules
 Die mehrfache Funktion psychoanalytischer Regeln

هاي رفتاري را با توجه به شرايط كلي اين موقعيت پترين توصيف شفاف
توليد "شرايط صفر اجتماعي" رسيد قواعد قادرند داد؛ به نظر مي آيد
جلسات روانكوي كامل^۱ حساب شده و برنام ريزي شده به وي امكان آن "كنند.
هاي بيماران نه كنند كه فرآورده داد كه به بيماران و دنياي علمي ثابت را مي
"شوند هاي رواني بيمار ايجاد مي توسط درمان گران، بلكه بوسيله فعاليت
(دي سوان 1978، ص: 818).

كنند، در آل در موضوعات علم اجتماعي صدق نمي آيند اين ايده پايي قواعد.
بشكل مشخص "شرايط صفر اجتماعي" اين بين امري ثابت شده است.
ابل ايجاد نبوده است. مراعات دقيق شرايط، آن است كه از جانب مرگز ق
ابزار عنوان بشوند و نه | قواعد بازي در نظر گرفته عنوان بشوند و نه | قواعد بازي در نظر گرفته
مناسب در رامبرد درماني. اين كه اين قواعد بظاهر شفاف چگونه را به سمت
ته كنند، از جانب ويتگن اشتين مورد بررسي قرار گرفته هدف هدايت مي
است:

يك قاعده مثل رامن است و شكي درباره راهي كه من بايد بپيمايم، باقي "
دهد، زماني كه من از كنار آن بگذارد؟ به من راهي را كه بايد بروم نشان مي نمي
ام؛ يا به امتداد خيابان؟ اما كجا نوشتنه من به چه منظور بايد از آن گذشته
لف؟ و اگر به جاي يك رامن پيروي كنم؛ در جهت دستم وي در جهت مخا
توانم بگويم اي از رامن ها وجود داشت، آيا داراي يك معنا بود؟ پس مي جمع
گذارد. يا بهتر: رامن برخي مواقع جاي شك كه رامن جاي ترديد باقي نمي
فلسفي نيست، بلكه يك گذارد، برخي مواقع چرا. و اين يك موضوع علمي
ين 1960، ص: 332.) ويتگن اشت "موضوع تجربتي

اند، زيرا آن ها مراقب هستند تا در رنگين كنمان | قواعد خالق يك مويت معناني •
امري ثابت عنوان بشوند، اي كه تحت تأثير قواعد بسر مي آيد، پديده پديده
"آن ها ايجاد كننده نوعي وحدت در تنوع تبلورات تحقق هستند" دنبال شود:
(هبرماس 1981، ص: 32).

موضوعات براي فهم موقعيت روانكوي مبتني بر قواعد از اهميت زيادي اين م
شود كه اهميت رفتار روانكوي و بيمار به برخوردان؛ در اين جا تأكيدي مي
وجود قواعد مشترك بستگي دارد. قواعد اتفاقاً در ميدان پرتضاد و ناامن
حكيم اند كه هم بستگي گروه هاي را روانكوي اين عمل كرد را پيدا كرده
اي است، مثلاً | بخشند. دستيابي به اشتراك قواعد يك ويژگي حرفه اي
روانكوي. عنوان به مباني درماني عنوان به استفاده از كاناپه و جلسات فراوان
معناني قواعد در اعتبار بين ذهني (بين افردني) آن است. استاندارد سازي.
ر زمينه روانكوي ايجاد فضاي بين ذهني يكديگر از عمل كرده اي قواعد د
است.

است و بنابر اين پديري يافته | چوب مشابيه و يكسان، ضامن مقايسه
سازد) باخ راخ 1983.) زمينه استاندارد سازي روش روانكوي را فراهم مي
ها از زوايه دل خواه و ارادي بسنده نكنيم، چنانچه بخواهيم به مشامده پديده
تعميم آن ها روي بيوريم، استاندارد هاي باليني و بلكه به مقايسه داده
تواند بر پايه تجربيات بي شمار خود سازي ضروري است. مثلاً روانكوي
هاي متفاوت نسبت به كاناپه و دراز كشيدن بر روي آن به تنايي جاز و كنش
تشخيصي و درماني مشخصي برسند. البته استاندارد سازي شرايط
است، زيرا تأثيرات قواعد به ميزان بيروني فقط نشان دهنده تشابه ظاهري
قابل توجهي به موضوعات ديگر نيز بستگي دارد. حد و مرز استاندارد

سازی، به مخاطره افتادن موقعیت درمانی است. به قول وی‌تگن اشتین در این‌جا با دنیای تجربی سر و کار داریم که مقایسه میان قواعد، ترسیم راه و نماید. در واقع چنان‌چه قواعد تأثیرات ایر می‌دست‌یابی به هدف را امکان‌پذیر بازدارنده داشته باشند، مثلاً دراز کشیدن روی کاناپه، آن‌ها را تعدیل کنی‌م. امی

در این‌که قواعد درمانی انعطاف و تنوع، بجای سیستم قواعد بسته. باشند، روان‌کاوی تشکیلی دهنده یک سیستم بسته و ساختار یافته نمی‌های‌ها در زمین‌های از توصیفی‌هونی نیز مؤثرند. قواعد مجموعه عوامل متنوع بی‌های درمانی از جانب‌های مختلف هستند. مهمترین توصیفی‌هگون‌گون با قدرت فروید در بیش از 12 اثر وی منتشر شده است. یک کار گروه در انستیتیو‌های‌ها را گردآوری و طبقه‌بندی کرده‌ای‌گموند فروید، 249 چنین توصیفی‌تبیین 11 طبقه‌بندی که دامنه آن‌ها از قواعد رفتاری تا قواعد است. باشد، نشان دهنده سطح انتزاعی بالا و متنوع‌اندی‌کاسیون گسترده می‌های‌ها فروید است) کولر و وایس‌کر 1978). (توصیفی‌

تشخیص این‌که چه می‌زانی از این خطوط راهنما جزو قواعد واقعی بازی ای نیست. چون برخلاف بازی شطرنج، در ایش‌طرنج روان‌کاوی هستند، کار ساد روان‌کاوی قواعدی وجود ندارند که تأثیر دیگری نداشته باشند، مگر آن‌که دو انسان در مقابل هم نشسته و با یکدیگر بازی کنند. قواعد بازی روان‌کاوی هم‌یشه و هم‌زمان قواعد رامبردی نیز هستند که باید در هر رابطه تعریف و د. این نقطه تمایز روان‌کاوی از سیستم قواعد شطرنج پیوسته تأیید شون است که در آن قواعد بازی با رامبرده‌ای بازی بطور شفاف از یکدیگر منفک شون‌د. امی

قواعد درمانی هدفمند هستند. هدفمندی بجای تعصب نظری. های | قدم‌روان‌بهم‌ان‌گونه که تافرت‌زموفر (1980) مطرح کرده، قواعد درمانی های علمی‌ای روش درمان روان‌کاوی ارزیابی و بدین‌وسیل‌ه با دی‌گر روش‌ام‌رحله ش‌م‌ارد، ش‌ون‌د. هدفمندی، محوری‌ت‌پذیری قواعد را مجاز نمی‌قبیل مقایسه می‌شود. فروید بر این مشکل اش‌راف‌مثلاً آن‌گونه که در بازی شطرنج اجرا می‌خاطر هدفمندی برای وی ارجح بود. همین‌ب‌ه‌داشت و

د و بررسی هدفمندی قواعد در روان‌کاوی بن‌حو بایسته انجام به نظر ما نق نگرفته است. قواعد عمدتاً نه بر مبنای می‌زان مفید بودن آن‌ها، بل‌که بع‌لت‌گیری‌ند. البته‌های روان‌شناختی نهفته در آن، مورد سنجش قرار می‌ن‌ظری‌ه‌ها چ‌یز مشکلی است. وست‌مایر (1978) در تج‌یدی نظر‌پای‌بن‌دی به نظری‌ه‌کن‌د که برای فهم قواعد روان‌کاوی د رفتار درمانی، موضوعاتی را طرح می‌ق‌واع‌رس‌د. به نظر وی است‌خراج قواعد منطقی و تکنیکی‌ن‌یز معتبر به نظر می‌های‌اصل در علوم پایه یک تخیل است. از شناخت

های آن‌توان گفت که نظری‌ه‌اگر این مبحث را به روان‌کاوی بسط دهیم، می‌پردازند، اما قواعد تکنیکی‌های می‌گیری‌پ‌دی‌ده‌ی‌ط و نحوه شکل‌عمدتاً به ش‌را دارند: در روان‌کاوی، تکنیکی کاربرد گ‌یری‌اج‌مت‌با ش‌رای‌ط‌ت‌غ‌یری ضروری ساده نظری‌ه نیست.

تناسب بین عمل‌کرد قواعد بازی و عمل‌کرد قواعد بازی و عمل‌کرد رامبردی. برد. نیاز | بسر می‌عمل‌کرد رامبردی هر قاعده درمانی در وضعیت سیال دایمی گ‌رای‌د. به امنی‌ت و مشکل‌هویی‌تی روان‌کاو به مطلق‌گ‌رای‌ی در قواعد می‌مشکلات ایجاد شده در فرآیند درمانی غالباً سبب تج‌یدی نظر درباره

گردند. بيماران نيز در اين نوسانات سهميه‌اي درماني مي‌دهند و توصيه روان‌كاو تا حدودي درشود كندارند: يك بيمار دقيق متوجه اين مسئله مي‌كند، حتي اگر چنين مطلب‌ي به اطلاع بيمار رسانده اچراچوب قواعد رفتار مي‌كند. پس مطرح مي‌سوال‌هايي نشود. بيماران معمولاً درباره روايي چنين روش گيرد. قواعد اي از زمان انجام مي‌بناي بر اين نقد شرابط و چارچوب كاري در برهه شود كه نه تنها اخورد ميان بيمار و روان‌كاو منجر مي‌درماني زماني به ميدان بر توان از آن جلوگيري كرد، بلكه شايد نبايد از آن اجتناب كرد. بيماري كرمريوس (1977) اينكه بيماران برعكس، قواعد روان‌كاو را به قواعد خويش كنند، در بيماران مبتلا به اختلال فراخود نشان داده است. بديهي تبديل مي‌شود درمان بوسيله مطلق انگاشتن قواعد به همان شدت آسب است كه ابي‌ن‌د كه هيچگونه قاعده و ساختاري بر فرآيند درمان حاكم نباشد. ابي از ديگه درماني ضروري است، قواعد را در ارتباط با شرابط خاص و ◀ اختلال بيمار تغيري داد.

كاوي، توان اظهار داشت كه در روان‌برخلاف ضرب المثل معروف مي‌استثنايات، قواعد هستند. اينكه قواعد مورد استفاده چگونه ارائه شوند، بطور مسلم به رابطه درماني بستگي دارد. ما بر اين نظريه كه قواعد هاي آن بر حسب هدفمندي درماني بدقت توضيح داده شوند و نيز اينكه مزيت مار دست كم براي قدرت كاري روان‌كاو و معايب آن براي وضعيت كنوني بي گرفتار نشوند. فرآيند روان‌كاوي از رابطه متقابل ابراز ترديد و تحكيم گيرد. در حالت مطلوب بيمار و روان‌كاو مشتركاً به قواعد درماني شركل مي‌يابند. آل براي درمان دست مي‌قواعد ايده

خويشتنداري و بي طرفي

روان‌كاوي، شامل طيف هاي درماني در زمينه ايتاكنون اشاره داشتيم كه توصيه گردند. در اين بخش‌هاي نظري، اهداف و تجربيات باليني مي‌لوسيع فرضيه خواهيم به معرفي مهمتريين قواعد درماني بپردازيم. بجاي آن مايليم اينم هاي خاص اظهار نظر كنيم، از جمله درباره مشكل درباره برخي توصيه شود. خويشتنداري كه يك تكنيك درماني اساسي محسوب مي‌شود. خويشتنداري و بي طرفي در روان‌كاوي 2 جنبه دارند:

- طلبد. قاعده، خويشتنداري، محدوديت بيمار را مي‌عنوان به
- شود. ايتوصيه جهت بي طرفي روان‌كاوانه، محدوديت درمانگر را سبب مي‌لابلانچ و پونتاليس (1972، ص: 22) قاعده خويشتنداري را اينگونه اي هدايت شود كه بيمار درمان روان‌كاوي بگونه‌ان كنند كه طبق آت‌عريف مي‌آورد. بي طرفي مربوط دستبهمتريين ارضاي جانشيني را براي عارضه شود كه رفتار روان‌كاو در درمان را مشخص‌هايي مي‌به يكي از كيفيت‌ان

اند، آن‌ها از سويي بواسطه محتوايي با يكديگر مرتبط باطلح‌اظه‌هر دو جنبه اي و از سويي با شرابط خاص درماني تعريفي اي روابط حرفه‌لويژگي شوند. ابي

. كرمريوس (1984) سرنوشت مفهوم توصيه خويشتنداري فرويد خويشتنداري و قاعده خويشتنداري را بخوبي بي‌ان كرده است. وي نشان دهد كه مراجعه فرويد به قاعده، در درمان بيماران هيستريك انجام پذيرفت. ابي

اي را تهديد ها در داشتن روابط عاشقانه آشكار، رابطه درمانی حرفه‌آرزوي آن كرد. در ابتدا خويشتن‌داري عمل‌كرد يك قاعده بازي را داشت كه ادامه درمان را ابي رابطه عاشقانه، تأثير پذيري درمان روان‌كاوي را غيبرممكن "كرد: اضمين مي 1915، ص: 314.) (فرويد "سازد، تلفيق اين دو با يكديگر مجاز نيست. مي هاي روش كنند و ماييل است با نظريه‌فرويد در اينجا به اخلاق عمومى استناد مي شناسي جاي‌گزيني براي آن بيابد. البته فرويد معنای سخت‌گيرانه اخلاق را در نظر ندارد، بلكه به معيارهاي خاصي اشاره دارد كه چارچوب رابطه روان‌كاو سازند. بص‌ميو بيمار را همچون قواعد بازي مشخ

العهده قاعده خويشتن‌داري ناشي از آن است كه فرويد بحث روش احميت فوق نمايد: در حالي كه اخلاق اشناسي را جاي‌گزين استدلالي رايج در اين مورد مي كنند احساسات عاشقانه بيماران (زن) را شديداً عقب‌پزشكي توصيه مي ات نگرديم تا كنند، مانع تكوين اين احساس‌بزنيم، فرويد توصيه مي بدني‌وسيله بتوانيم آرزوهاي سرکوب شده را تحلييل كنيم. فرويد نه فقط كنند از ديده‌گاه اخلاق پزشكي، بلكه از زاويه روش‌شناختي نيز توصيه مي آرزوهاي اروتيك (جنسي) بيماران را رد نمايم.

توصيه كلي فرويد شامل ايجاد يك پتانسيل هيچاني مطلوب است كه بنظر دارد. افرآيند درمانی را سرپا نگه ميرسد. به نظر فرويد هدفم‌ندي نگه داشتن هيچان از مورد به مورد متفاوت و قابل سنجش و ارزيابي است. همچنين هشدار به درمان‌گران براي پرهيز از هاي مشخص باليني است. رفتارهاي اراده‌گريانه، مبتني بر يافته ما توضيح داديم كه استخراج قواعد از عوارض جانبي نامطلوب احتمالي نظريه، امري تخيلي و معمولاً مضر است، زيرا بدني طريق موضوع هدفم‌ندي شود. قاعده خويشتن‌داري يك نمونه قابل توجه است كه بر به حاشيه رانده مي سير تكوين تكنيك روان‌كاوي تأثيرات منفي داشته است. مثلاً كرمريوس هاي درمانی خاص هيستري بدون دليل موجه به روش‌كنند (كه) 1984 (بيان مي اند: اميالي كه در بيماران هيستريك اشكلال ديگر نورز نيز انتقال داده شده ماهيت مقاومتي دارند، ممكن است در مبتلایان به وسواس، مبتلایان به فوبيا و نورزهاي مراس معنای ديگري داشته باشند. نگران‌ي روان‌كاو از آوردن، به دست‌بهاران وي ممكن است در انتقال، ارضاي جان‌شيني اين‌كه بيم يك موضوع تدافعي انجاميد. قاعده خويشتن‌داري براي ايجاد پتانسيل هاي ايچاني مطلوب تبيني نگشته، بلكه جهت ايجاد مانع در برابر موقعيت عنوان‌بمن‌اگوار احتمالي بوجود آمده است. اكنون نظريه سرخوردگي كافي رفته و نگاه به سمت پيامدهاي نامطلوب و سهوي سؤال تخيري، زير موتور طرفي اغراق‌آمیز روان‌كاو بر فرآيند درمانی سوق داده شده است. بي غير ضروري طرفي روان‌كاو، نظريات نظريه غريزه كاملاً براي توجيه بي رسد، اين مطلب به لحاظ روش‌شناسي نيز قابل اثبات است. در بنظر مي صحبت "تكنيكي" براي توصيف ديده‌گاه روان‌كاو از بي طرفي اينجا شود كه جهت اشراف بر موقعيت توجه خود را بطور همزمان و عيني به مر سه‌امي دارد) آن فرويد 1936. (در واقع مفهوم ارجع، نه‌اد، خود و فراخود معطوف مي نه در نقل قول بالا از آن فرويد و نه در آثار بنيان‌گذار "طرفي‌بي" شود. عليرغم انتقاد ما به قواعد خويشتن‌داري و روان‌كاوي مشاعده مي طرفي را در مفهوم گشاده‌رويي در ارتباط طرفي، كاملاً مفيد است كه بي‌بي هاي ذيل در نظر داشته باشيم: با زمينه

- هـاي خود(هاي بيمار) صرف نظر كردن از پيروي از پيشداوري در پردازش داده
- هـاي تلقيني(، در مشكل تعيـن هدف اي) پرهـيز از تكـنيـكـدر تلـاش درمـان هـاي خود(و بالـاخـرم) اجـتنـاب از پيروي ارزش
- در مشكلات مربوط به انتقال متقابل (پرهـيز از طـرح مخـفيـانه و پيـاده كـردن آرزوـهـاي غـريـزي خود).

يك اصل روش شناختي از ممان ابتدا اهميت زيادي در عنوان به طرفي ابي الگرايي و استحكام هويت روانكاوي داشته است. ايده عيني تضيمن بظاهر علمي تجربتي در اينجا نقش مهمي داشته است. به همين خاطر، قاعده بي طرفي بيشتري از همه قواعد، همواره در معرض مطلق شدن قرار داشته است. در اين بين جبهه وسيعي از مخالفيين شكل گرفته است. در ميـزگرد اتـحـاديـه اي در تائيدي بي قيدي و شرطين آمريكا در سال 1981 هـيـچ شـركـت كـنـنـدمـروانـكـاوا بي طرفي روانكاوي سخن نگفت (ليدر 1984). خود فرويد نيز بر حسب تجربيات پرنوسان، موضوع نرمي در برابر قاعده خويشتنداري اتخاذ نمود. هـاي عـمـلـگـرايـانـه نـداريـم، بـشـرط آنـكه بـا الـبـتـه مـا نـيـز مـخـالـفـتـي بـا تـوفـيـق مـتـديـك قـابـل تـوجـيـه بـاشـنـد. مـا حـتـي يـك قـدم فـراتـر لـحـاظـبـه پـزشـكـي و عـرفـتـوانـنـد بـدليـل اصـولـي در بـرابـر رـفـتـه و گـمـان داريـم كـه روانكاوان اينك مي قاعده خويشتنداري انعطاف بيشتري از خود نشان دهند. ممانگونه كه قبل از حد بيمار، اي در ارضاي آرزوها و نيازهاي بيش از امتـذكـر شـديـم، نـگـرانـي حـرفـه الـهـاي غـريـزه بـود. تـحـت تـاثـير ايـن مـفـروضـات، ايـدهـمـبـتـني بـر نـظـريـه عـنـوانـبـهـخـويـشـتـنـداري مـطـلـق شـكـل گـرفـت. چـنانـچـه تـائيـد و شـنـاسـايـي هـاي جـنـسـي سـوء تـعـبـيـر نـشـونـد، نـگـرانـي از آنـكه روانكاو در تائيدي و امـحـرك شـنـاسـايـي بـه بـيـرـاهـه كـشـيـده شـود، بـي جـاسـت.

* قاعده اصلي درمان عنوان به 7 تداعي آزاد -2

** هـا و تـكـويـن روش 7 و يـژگـي -2-1

تداعي آزاد فقط در سلسله مراتب قواعد، جاي نخست را بخود اختصاص داد. اي به اشتفان سوايگ درتاريخ 1931/7/2 (1960، 399). فرويد در نامـنـمـي تـريـن بـخـش كـنـد كـه بـسـيـاري اـفـراد ايـن تـكـنيـك را بـا اـمـيـت 398 (تـائيـد مـي كـنـنـد. مـمـچـنـيـن يـانـس) 1960 (تـداعي آزاد را در كنار انكاوي ارزيابي ميرو كشف دنياي جنسي كودكي و عقده ادبي، جزو بزرگترين شاهكارهاي علمي كند كه با اينمـايـد. يـانـس نـظـر خـود را ايـنـگـونـه اسـتـدلال مـيـفـروـيـد ارـزـيـابـي مـي هـمـوار كـمـك تـداعي آزاد در تعبير روي، راه براي فهم افكار رويايي نهفت با رها "تواند بازسازي شود، زيرا ايشود. بدینوسيله شكل گيري رويامي كردن اهداف آگاه، تسلط بر روند فكري به سمت جستجوي اهداف پنهان هدايت انديكاتورهاي اهداف و عنوان به ها |) فرويد 1900، ص: 536. تداعي "شودلمي تواند روانكاو نميكنند كه بيمار بدون كمك تفسيـري تـخـيـلاتـي عـمـل مـي رـاه يـابـد، زـيـرا آنـهـا در حـيـطـه ناخودآگاهي قرار دارند. تداعي آزاد بـعـده آنـهـا بـه

* Free Association: The Fundamental Rule of Therapy

Freie Assoziation als Grundregel der Therapie

** Features and Development

Merkmale und Entwicklung der Methode

اي به خود (1923) سيرا | يك روش درمانی طرح شد. فروید در نامه‌ها و یادداشت‌ها
نمود: يكويين آن را اين چنين توصيف مي

تداعي كرد، همچنين بي‌ماران هي‌پنوز نشده خود را به سمت بي‌ان‌او تلاش مي
هدايت كند) آن‌ها را به اين سمت سوق دهد (تا بدني وسيله به آن چه فراموش
شده و يا آنچه حالات دفاعي بخود گرفت، راه يابد. بعهده وي متوجه شد كه
چنين فشاري لازم نيسـت و در بي‌ماران تقريـباً هميشه چنين افكاري بروز
"شد" كرد، آگاهانه متوقف كند. اين افكار بوسيله انتقاداتي كه به خود مي‌آيد
(ص: 214).

هاي معنایي بزرگي وجود دارد. يك | بين فكر و تداعي تفاوت فكر و تداعي.
فكر خوب حاوي كيفيت خلاق است، در حالي كه معنایي واژه تداعي، بر
ارتباط تأكيد دارد. حداقل در تجربه ذهني فكر بي‌ان خودجوش فرآيندهاي
هاي بي‌مار را بشود. روان‌كاو تداعي تازه منجر مي‌دهني است كه به يك گشت‌الت
كند. برعكس، به يك كليـت با معنا تبديل مي

در اينجا قصد آن نداريم كه اصالت روش تداعي آزاد را در برابر پي‌شگامان
توانيم بگوييم كه ديگر در اين زمينه برجسته كنيم. اما با اطمینان مي
ي بروير است. تداعي آزاد در منشأ تكنيك فروید هي‌پنوز و روش توضيح
رفت. مبالغه آميز آناليز شخـصي فروید ابزار كمكي مهمي براي او بشمار مي
نيست، اگر ما از ديگاه امروزي بگوييم:

فروید در تلاش فردي بواسطه تداعي معنایي تخيلات را براي شناخت ●
فرآيندهاي رواني ناخودآگاه كشف كرد (مقایسه شود با فروید 1926).
به نظر فروید روش تداعي آزاد، استمرار سنت روان‌شناسي تجربی و نت
است كه در تجربيات تداعي يونگ ادامه يافته است. بررسي تاريخي
انتقادي نظريه تداعي بر درك قاعده اصولي تأثيرات فراواني داشت. در
شود كه فروید نه تنها با مكتب بررسي سيل بورگ (1952) مشخص مي
ان‌شناسي تداعي آشنایي داشته، بلكه احتمالاً درباره اولين انگليسي رو
تداعي آزاد آزمايشي كه گالتون انجام داده بود، اطلاع داشته است.
گردند، يعنى از آنجايي كه در درمان، اجزاء در قالب يك كليـت تركيب مي
تعلق عن‌اصر به يكديگر مانـد يك چـورچين تصويـري يا پازل جستجو
روان‌شناسي گشت‌الت (برنفلد) 1934 (از همان ابتدا در نظر شـوند، اصول امي
اهميت اين اثر ناـشنـاخـته، نقل قول مشروحـي از آن خاطر بـهـشـدند. گرفتـه مي
آوريـم.

تعبيـر رويـا، روش درمانـي روان‌كاوي، هر جلسه آناليز، و نيز مسـيرهـاي "
ي پژوهشي روان‌كاوان به پي‌آمدهاي افكار، تصاویر، رفتارها و هيجانات
هاي روان‌كاو و پژوهشگر تبلور شـوند كه عمدتاً در الفاظ و جملـهـربوط مي
باشد. بر ايـابند. شناخت اين تسلسل، تكليـف يا پيشـتكليـف آن‌ها مي‌آيد
توان توضيح داد و تعبيـر كرد و تأثير گذار امـبنـاي قانـون اين تسلسل مي
ت كه اي اسـا واژه "تصور" بود. در ترمينولوژي ضـعيف روان‌شناسي قديـمي،
شود؛ تداعي تصورات تقريـباً امـده اصلي پژوهش روان‌شناسي محسوب مي
گردد. در ابتداي تسلسلي است كه براي روان‌كاو مطرح و قواعد آن مهم مي
رسيد، روان‌كاوي صحبت از تداعي بدنيـن خاطر مخصوصاً موجه به نظر مي
افزيرا موضوع آن نه عيني، بلكه بمثابه تسلسل ناشي از نيروها و اهد
توان روان‌شناسي تداعي را باشد. اما به هيـچـوجه نمي‌آيد تعريـف مي

(ص: 34). "روانكاوي يكي انگاشت

محور به تداعي آزاد، توسط تجربياتي حاصل آمد كه -گذار از تداعي موضوع آورده بود و سبب شد تا وي مقاومت يا دستبهمفرويد در درمان بيماران هائي سازنده بيشتر. ناخودآگاه بيماران ارزيابي اشخاص عنوان به انتقال را كند. بنابر اين آنچه توسط هيپنوز كاملاً پوشيده و از حيطة فعاليت يك مسئله عنوان بشود، بوسيله بكارگيري روش جديدي درمان ي خارج مي گرديد. كمكي كه فرويد در تكوين تداعي آزاد از بيماران خود اساسي درك مي قابل توجه بود: كرد، دريافت مي

با اين اصرار فرويد مبني بر كنجكاوي درباره □ □ □ □ □. مثلاً شما نبايد هميشه "گفت: كرد كه به وي مي ريشه عارضه چنين برخورد مي را مطرح كنيد كه ريشه عارضه چيست، بلكه من بايد آنچه را كه به سوال اين 16). (گفتگويي) فرويد 1895، ص: 1 "رسد براي شما تعريف كنم نظرم مي رسد، بي هدف شود، آنقدر كه به نظر مي كه تحت عنوان تداعي آزاد انجام مي هائي جديدي است كه در نيسست، بلكه حاوي بازسازي خاطرات و برداشت گفتگوي قبلي وي را تحت تاثير قرار داده بودند و بطور غيريقابل شوند) 1985، ايكنند كه بدون درخواست، بازگو مان تظار خاطراتي را زنده مي (ص: 108).

درمان از مجراي گفتگو با افكار آزاد كه بيماران گر خودجوشي فردي و آزادي بيمان بود، زاده شد. در اينجا نقطه عطفي تحقق پذيرفت كه بيمار را از هاساس ده، به شركت سوالاي كه داشت و فقط مجبور بود به احالت منفعله كنند. (فرويد) 1900، ص: 107 (اشاره مي كننده فعال در گفتگو تبديل كرد اي نيسست. وي همزمان از اين كه براي برخي بيماران بيمان افكار كار ساده گويي: تجربيه سخن مي

قرار گرفتن غيرانتقادي در موقعيت مشاهده خود، اصلاً سخت نيسست. "شوند غالب بيماران من پس از اولين راهنمايي به انجام اين كار موفق مي (ص: 108). (1900،

"يك گفتگو ميان دو فرد بيدار" تداعي آزاد از مسير هيپنوز به سمت ريزي شد) 1904، ص: 5 (پي

* 7 اطلاع رسانی درباره قواعد اصلی-2-2

های درونی بی‌دار شدن مقاومت

شرایط اطلاع رسانی درباره قواعد اصلی مستلزم دقت و توجه خاص است. هاجاد نمی‌آمولا احساس خوشایندی در انسان غالباً شرایط فنی درمان که م کند، نظیر دستمزد، نوبت گرفتن و قول و قرارهای دیگر در همان ملاقات هائي متفاوت قرارداد بشوند. براساسي جنبه اول و همزمان با قواعد اصلی مطرح می اند كه ممكن است قواعد اصولي بادرمان اينچنان با يكديگر در هم آميخته يكسان نگريسته شود، مثل توافق بر سر دستمزد يا انجام قرارداد معينات و يا تعداد جلسات. نگران ي واضطراب از اين كه بايد در برابر يك شود. بيماران فرد بيگانه رازهاي زندگي را برملا كرد، مزيدي بر علت مي

* Instructing the Patient About the Fundamental Rule
Mitteilung der Grundregel

رسند كه زيادي در حين اطلاع رساني درباره قواعد اصلي به اين فكر مي است بسياري از چيزها را نزد خود محفوظ نگاه دارند، امري كه ما در حين بهتر شوي. درمان متوجه آن مي شود آل و معيارهاي رفتاري منجر مي قواعده اصلي به تعارض با تصورات ايده باشند. بيمار تقاضا جهت تداعي آزاد را كه در حيطه فراخود قابل جستجو مي دهد و قبول آنها با سرپوش گذاشتن بر | ميهاي قديمي قرار بر سري خواسته نيروهاي قوي مخالف، توأم است. آيا اينكه در پياده كردن قواعد اصلي نوعي چالش (جنگ) بين روانكاو و بيمار صورت پذيرد، اجتناب ناپذير است، نمود؟ مهم اين است كه بيمار قواعد همانگونه كه آن فرويد (1936) بيان مي كند و اين تجربه چيزي نيزست كه بيمار با خود ربه مي اصلي را چگونه تجا آورد، بلكه يك واحد موقعيتي و فرايندي است: مرچقدر قواعد به جلسه مي ارايه شوند، به همان نسبت نيروهاي مخالف شدت "ترلم قدس" اصلي آفريزند. زماني كه از جنگ ايبند. كلمات آنقدر وزين هستند كه واقعييت ميامي شود. آيا لازم است اصلاً درباره چيزي بچنگيم، اگيده مي صحبت كنيم، چن آنگونه كه در كلمه نيروهاي مخالف مستتر است، زيرا بيمار تصميم هاي زيادي براي اگرفته بالآخره يكبار هم كه شده، پيروز شود؟ قطعاً راه آموزد كه از چن به نمادين خيلي اثبات خود وجود دارد. تجربه روانكاوي به ما مي وعات با صرفه جويي رواني مرتبط است: بسياري از بيماران براي موز دارند. بر طبق اهدت طولاني و يا براي هميشه برخي رازها را براي خود نگه مي هاي ناخودگاه آن بايد بطور انظريه روانكاوي پيآمدهاي اين راز و ريشه مورد پردازش قرار گيرند. فرويد در قواعد اصولي □□□□□□□□□□ طلببيد، استثنا شد و از بيماران خود صداقت كامل مييي قاييل نمي استثنا دانيم مقاومت دروني مانع اينكار داد. اما در حالي كه مي قاييل شدن جواب نمي شود، موظف كردن بيمار به صداقت، چه معنايي دارد؟ انتظار صداقت مطلق، ابي يرات منفي در دهد و به تأثعذاب وجدان و احساس گناه بيمار را افزايش مي گردد. تجربيات ما حاكي از آن است كه نبايد بر سر سيري درمان منتهي مي قواعد اصولي چنگيد و بهتر است، استثنائاتي قاييل شد، با اعتماد بر اين نكته كه يك رابطه خوب با بيمار بالآخره به او امنيتي اعطا خواهد كرد كاو به گفتگو نشيند. تا در مورد رازهاي مهم زندگي خود نيز با روان اي در جهت انتقاد ما به بيان آماره قواعد اصولي نبايد به معناي خواسته نفي آن فهميده شود. البته ما اميدواريم با بحث خويش زمينه رفتاري را مهيا سازيم كه آزادي بيمار و توانمندي وي جهت تداعي را افزايش دهد. تواند باعث ساده مان سهيم است و مي بيمار بايد بدانند كه وي در پيشرفت در برخي □□□□□□□□□□ كردن و يا دشوار كردن كار روانكاو گردد. زيرا حذف موضوعات و سركوب برخي افكار يك مشكل اساسي است كه غالباً توسط كند كه شود: بيمار بر غلبي كاريكاتوري مبارزه مي سيري درمان تقويت مي روانكاو ترسيم نموده است.

مندي و آزادي بين قاعده متضاد

شود. بيمار تا زماني ظاهراً تقاضا جهت تداعي آزاد به يك بن بست منتهي مي دهد، آماده است درباره همه اش امكان مي گيري بصميكه تلاش آگاهانه و آزادي چيز صحبت كنند. قواعد بايد مشوقي باشند تا وي انتخاب آگاهانه و نقادانه

ار خودجوش، ره سازد. اگر احساسات و افکار را به نفع بازي با افك توصيف شده توسط بي‌مار را از زاويه جبريت آنها در نظر بگيريم، از تواند به‌شوند. بي‌مار نمي‌ارزيابي مي □□□□□□ منظر انگيزشي، ارتباط انگيزشي پنهان اشراف داشته باشد، زي‌را افكار و آرزوهاي ناخودآگاه هاي‌شوند. كمك خود بواسطه سان‌سور قطع مي‌پيش آگاه در سير شكوفايي كند تا وي به وابستگي افسيري در غلبه بر سان‌سور به بي‌مار كمك مي‌خويش از آرزوهاي ناخودآگاه آگاه گردد. بنابر اين تداعي آزاد به يك پارادوكس شود، اما تضادهايي را | منطقي، غير قابل حل منجر نمي‌لحظ‌هواقي و ي شود قواعد كه مي‌ان تنش است‌قلال و وابستگي وجود دارند. مي‌سازد آشكار مي‌شود، چنانچه با اين | آينه تضاده دي: انسان آزادتر مي‌عنوان‌بمرا اصلاً مسئله كنار بي‌ايده كه به جسم و نيزه‌هاي آن و نيز به هم‌نوعان وابسته است. ك كم‌ه‌است‌عاره بهتر است در اطلاع رساني درباره قواعد اصولي، از ● گرفتار شده. در اين حالت از جبر گفتن كاسته و بر جنبه مجاز و اختياري ي پيش‌نهاده‌ي كه برخي از آنها را ارائه‌ه‌است‌عاره‌افزايي‌م. اينكه آيا آن مي‌خواهيم داد، اين عمل‌كرد را برآورده كنند، به عوامل متعددي از جمله محتواي آنان بستگي دارد.

كني‌م: 1913، ص: 469 (شروع مي‌با است‌عاره معروف سفر فرويد)

در كل بي تفاوت است كه با چه موضوعي درمان را شروع كنيم، تاريخچه " زندگي، تاريخ بي‌ماري و يا خاطرات دوران كودكي بي‌مار. اما بايد به بي‌مار مهلت دهيم براي‌مان تعريفي كند و وي را در انت‌خاب نقطه شروع آزاد بگذاريم. آنكه به شما چيزي بگويم، بايد چيزه‌هاي زيادي گوييم: قبل از به بي‌مار مي‌دانيد براي من تعريفي كنيد. در مورد شما بدانم، لطفاً آنچه در مورد خود مي‌فقط براي قواعد اصلي تـكـنيـك روان‌كاوي كه بي‌مار بايد مراعات كند، كنيم: بشويم. از همان ابتدا بي‌مار را با اين قواعد آشنا مي‌است‌ثنا قاي‌ل مي‌هاي شما در يك نقطه بايد با قبل از اينكه شروع كنيد. تعريفي‌ك مسئله، گفت‌گوه‌اي روزمره فرق داشته باشد. در حالي كه در موارد ديگر شما بحق كنيد، در توضيحات خويش سرنخ ارتباطات را حفظ كنيد و افكار اـتـلـاش مي‌اي ديگر رفتار مزاحم و جان‌بي را از خود دور كنيد، در اينجا بايد بگونه هاي خود، افكار متفاوتي به ذهن شما ايد. شما خواهيدديد كه در حين تعريفي‌كن رسند كه شما با ديد انتقادي ماي‌لـيـد آنها را پس بزنيد. شما به خود خواهيد‌مي گفت: اين يا آن مطلب، ربطتي به صحبت ما دارد و يا مهم نيست و يا بي اين انتقاد از خود معني است و لازم نيست آن را بيان كنم. هي‌چ‌گاه تسلي‌م نشويد و آن را تعريفي كنيد، اتفاقاً به خاطر آنكه به نوعي ماي‌ل به بازگو كنيد، بعهده كردن آن نـيـسـتـيـد. دليل اين دستورال‌عملي را كه شما اجرا مي‌رسد، بيان نم‌اي‌د. ام‌توجه خواهيد شد. بنابر اين هر آنچه را كه به ذهن شما مي‌ر كنار پنجره واگن قطار نشسته است و به مان‌ند مسافري عمل كنيد كه د كنند. بال‌آخـره‌هـا توصيف مي‌هاي دروني خود را از تغيري منظره‌دري‌افت ايد و بنابر اين مرگ از فراموش كنيد كه شما قول صداقت كامل داده "اي كه بيان آن براي شما ناگوار است، كوتاهي كنيد. ام‌سئله

آزاد چيست، ي‌عنـي حذف آگاهانه و تعمدي دمد كه من‌ظور از اين است‌عاره نشان مي‌يك موضوع.

در حالي كه است‌عاره سفر فرويد، بي‌مار را به است‌عاره زي‌ر دري‌اي‌ي اـشـتـرن. هاي دور دست مي‌فرستد، است‌عاره اـشـتـرن (1966) حاوي يك‌هـا و افـق‌اـصلـه

گوييد، اتر در يك موقعيت محدودتر است. وي به بيمارن ميسفر خطرناك ق گفستگو، برج كنترل يا كابين يك زيردريايي است كه تصور كنيد اطا خواهد از دوربين كابين نگاه به اعماق دريا فرو رفته است. وي از بيماران مي بينند توصيف كنند. اما راستي يك بيمار در كابينت كرده و آن چه را كه مي تنگ چه احساس ي پيدا خواهد كرد؟

يردريايي نبوده و موقعيت فرض كنيم كه بيمار تاكنون در كابين يك ز روانكاوي را تاكنون تجربه نكرده است. باز هم فرض كنيم كه اولين فكري رسد آن است كه درباره نحوه كار دوربين كابين از كه به ذهن بيمار مي داند؛ در اين صورت روانكاو، زيرا كار كردن با آن را نمي كنند سؤال كاپيتان تواند براي سهولت كار خويش به انتظار امي چه جوابي خواهد داد؟ روانكاو هاي ديگر بنشينند و از اين طريق بيمار را با يكي ديگر از قواعد، ابداع ات، مانوس سازد. ما اين امر را كه در پايان اين سؤال عني عدم پاسخ به يابد يا خير، به قوه گفتگو، آيا اعتماد ميان روانكاو و بيمار افزايش مي نماييم. اگذار ميتخيل خواننده و

"قواعد مقدس" بيمان دنيوي و روزمره

(فرويد 1917، ص: "قواعد مقدس" ظاهراً براي غالب روانكاوان ساده نيست كه 298) را در قالب ملموس و روزمره بيمان دارند. شاهد اين مدعا آن است كه برخي اين زمينه: پردازند. چند مثال در بيماران پيرامون اين قواعد به اجزاء ريز مي شم در اينجا مجاز هستيد در مورد هم "گوييد: آلتمن (1976) به بيمار مي • "موضوعات صحبت كنيد.

گلور (1955) بيماني انتقادي دارد: قاعده اصلي غالباً در پوشش اين • بيمان كنيد. بيمار اين مطلب را "مر چه در ذهن داريد،" شود: فرمول بيمان مي كنند، صحبت كنند. اگر ايد در مورد آنچه فكر مي فهمد كه بالين گونه مي كه نحوي به درباره احساسات خود، "شد: دستورالعمل برعكس اين گونه داده مي در اكثر مواقع محتواي "آيد، براي من صحبت كنيد، در افكار شما پيش مي شدند. تصورات نيز بازگو مي

رم كه هر بار كه من انتظار دارم (شفر 1976) با اين كلمات شروع مي • كنيد، متوجه خواهيد كنيد با من صحبت كنيد. زمان كه صحبت مي ام راجعه مي "رسد، چه به نظرتان مي" بجاي "نماييد بشد كه در مورد موضوعاتي سكوت مي يا "كنيد؟ در اين رابطه به چه چيزي فكر مي" دهد بپرسد، شفر ترجيح مي كنيد، اگر الان به مسئله فكر مي" ي" دهيد؟ اين موضوع را به چيز ربط مي هر چه به "به نظر وي جملاتي نظير: "بعد از آن به چه چيزي فكر خواهيد كرد؟ به "رسد، بگوييد چه چيز به نظرتان مي" و يا "رسد، بازگو كنيد ذهنتان مي انجام د. انفعال و پسرفت بيمار مي

ارتباط برقرار شفر در حالي كه از همان ابتدا با بيمار فعال و متفك دهد. در راهي ناخودآگاه خود بسط مي كنند، مسئلوييت وي را به انگيزه هاي خويش نيست، اين صورت بيمار دريافت كننده من فعل افكار و برداشت گردد. بل كه خالق فعال آنها محسوب مي

اسپنس (1982) به نظريات شفر انتقاد دارد، زيرا آنها جنبه فراخود قوي هاي ما كنند. اين كه منش ما توسط افكار و برداشت را تشديد مي قاعده اصلي هاي افعاليت عنوان به هاي ما شود، بدان معنا نيست كه تداي افكار مي

انگيزشي طرح شونډ كه براي آن همانقدر مسؤليت داريم كه براي كُردار خويش.

مراعات قواعد اصولي

في نيسټ و البته ما بوسيله به نظر ما بيان يكباره قواعد اصولي كا دستبده آناليز آزمايشي بمنظور معرفتي تداعي آزاد نيز موافقت چندانې كند. به نظر گريڼسون بايد اوريډم، آنگونه كه گريڼسون پيښنه اد ميښمي استعداد و توانايي بيچاره براي تداعي آزاد را تخمين زد. اين توانايي بيچاره نيز بستگي دارد. به بوسياري متغير است و بدون ترديد به نوع ها و تضادهاي در برابر تداعي آزاد همين خاطر در ادبيات تخصصي، محدوديت اند. بر طبق نگرش كلي، ما بيش از هر چيز نسبت به اين مسئله وجود آمده منډيم كه سيم روانكاوان در تهويل و آمده سازي بيچاران در تداعي آزاد اعلaque "روانكاوي بدون قواعد اصولي" مېز شلېفن (1983) چيست؟ عنوان تحريك آ كند. منظور شلېفن در اين اثر نفي تداعي آزاد نيسټ، بلكه اجلب توجه مي به نظر وي پايبندي سختگيرانه به قواعد اصولي تاثيرات بازدارنده و سوال خواهيم اين ديدگاه را با اين گذارد. ما ميلمخربي بر توانمندي بيچاره مي یم كه آيا از منظر نظريه تداعي، استعاره اشترن درباره تداعي آزاد، همراه ساز سازد. گيري پسر رفت درماني را بيشتر تهويل و يا دشوار ميشكل از آنجايي كه اطاق درماني بطور عموم با كابيني ك زيردريايي شباهتي ندارد، دشوار شونداي روانكاو مربوط ميهاي انتقال نورزي كه به دنياي حرفه تداعي گيرد و اگردند. بيچاره با اين استعاره در شرايط غيڙمأنوسي قرار ميلمې گردد. پس موضوع اين نيسټ كه روانكاو چگونه در مورد اتر از قبل ميډرمانده دهد، بلكه اين نيز حايژ اهميت است كه وي بعداً قواعد اصلي توضيح مي كند. ك ميچگونه به ساده سازي و يا دشوار كردن تداعي آزاد كم

تداعي آزاد و بافت آن

نحوه دريافت اطلاعات روانكاو از چان ببيچاره، هم به انتخاب كللمات از چان ب گردند. اشد كه اظهارات بيان ميروانكاو و هم به موقعيت زماني مربوط مي تر داشته باشد، به همان ميزان تداعي آزاد هر چقدر فراخود حضور قوي ◀ ذيرد. روانكاو بايد تدريجاً بيچاره را با قواعد اصولي پاكمتري صورت مي آشناسازد و به كللمات، زمان طرح و مخصوصاً به واكنش بيچاره توجه داشته باشد.

توان از فوايد توصيف شده نظريه تداعي براي ارزيابي بافت مخصوص مي تواند به لذت بازگويي دلخواه دست يابد، استفاده كرد. بيچاره چگونه مي گامي كه وي همزمان با تعهدات محدود كننده زماني و فشارهاي مالي روبروست من و براي مدت زمان نامحدودي بايد آن را تحمل كند؟

جمع بندي

هاي نامطلوب پرهيز بنا به دلايل تشریح شده بايد دقت كرد كه از تسلسل شود: بشود. به همين علت توصيه بياني ما تقريباتاً بشكّل زير ارايه مي لطفاً سعي كنيد فكر و احساس خود را براي ما بيان كنيد. شما متوجه " ما براي اين "اي نيست، اما ارزش آن را دارد. خواهيد شد كه اين امر، كار ساده □□□ خواهيم توصيه خود به بيماران ارزش زيادي قايل هستيم و از آنان مي □□□□.

باشند. انويه برخوردار مي اجزاء ديگر چنين بياني به نظر ما از اهميت ثا مزيت است اندارد سازي آن است كه در صورتي كه براي بيمار سوء تفاهمي تواند در صورت نياز، اتي براي وي مطرح گردد، روانكاو مي سوال ايجاد و يا اي، به نقطه شروع ثابتي رجوع كند. از طرف ديگر قواعد دقيق و كلّي شه كنند و بنابر اين در برابر مي خطر تبديل شدن به آداب را در خود حمل شود، حساسيت لازم را از دست بتغيّراتي كه در بيماران مختلف مشاهده مي دهند. تأثيرات هراس انگيز اطلاع رسانی قواعد اصولي، مخصوصاً در ابي بيماران متعلق به اقشار پائيني جامعه قابل انتظار است. كرده باشيم كه نقش اميدواريم با توضيحات خود، اين مسئله را روشن روانكاو در تسهيل تداعي آزاد نزد بيماران چيست. ايجاد رابطه درمانی و كار سازند. بتعبير، اصلاح دايمي مسيره اي نادرست را امكان پذير مي

7* تداعي آزاد در فرآيند روانكاوي-2-3

مقاومت تداعي

ولاني نظر رايج بر آن است كه بيمار تازه پس از سپري شدن زماني ط شود (مرلو آدامگي تداعي آزاد را پيدا مي كند. غالباً اين نظريه مطرح مي شود كه وي واقعاً قادر به 1952، ص: 21) كه پرونده يك بيمار آگاه بسته مي ان جام تداعي آزاد بوده باشد.

شود، نحوه برگزاري مصاحبه اول و اينكه تداعي آزاد چگونه توضيح داده مي مت آگاهانه و ناخودآگاه بيمار را خنثي سازد. با اين وجود بايد بتواند مقاومت مي دقت كرد كه قواعد سخت، چنانچه آنان را به مثابه اعتراف و نياز به تنبیه ارايه دهيم، چه عوارض جانبي منفي در پي خواهند داشت.

نظريه مقاومت به رابطه مي ان تداعي و مقاومت آگاهانه يا ناخودآگاه عليه آن ◀ شود. لوط مي مر ب

طبقه بندي انواع و اشكال مقاومت كه در فصل 4 درباره آن بحث كرديم، اند. فرويد (1895) در اين باره اجمالگي بر مشاهده مقاومت تداعي استوار شده نويسد: چنين مي

يك نيروي رواني، يعني عدم تمايل خود، ابتداً تصورات بيمارگونه را از " دهد. اگشت آن به خاطرات مقاومت نشان مي تداعي رانده و در برابر باز ندانستن افراد هستريك، كم و بيش يك ندانستن تعمدي است و وظيفه " بوسيله كار رواني است □□□□□□ □□□□□□ در مانگر غلبه بر اين

* Free Association in the Analytic Process
Das freie Assoziieren im analytischen Prozess

يک فرآيند ميان بيمار و روان‌کاو عنوان بهتداعي آزاد

وانايي وي در اطاق امن. درمان ي جهت يکي از معياره‌اي مهم آزادي بيمار، تـ سـير در افکار و نظريات خويش است. هاي روزمره روان‌کاو است، با اين حال مطالعات امشاهدات اين چنيني جزو فعاليت ناچيز درباره تداعي، تعجب انگيز است. ما در اين بحث به ماهوني (1979) کـند که ادبيات ادا مي‌ايـم. ماهوني انتقکـنـيم که از وي الـهـام گرفتـمـاـستـنـاد مي دهند. روان‌کاو درباره تداعي، عمدتاً تداعي آزاد را مورد بحث قرار مي دهد، حاکي از آن است که غالباً مي‌دست به هايي که کـريـس (1981) انـمـونـه به اطلاع آنـان - چه کلامـي و چه غيرکلامـي- روان‌کاوـان، مـرآنـچه را بـيـمـارـان کـنـند. (کـانـسر 1961) مـمـانـدـايـي مي تداعي آزاد ارزيابـعـنـوان بـهـرسـانـند، اـمـي ها و دست‌مزد، ادهـد: قرار نوبت کـريـس، مـمـه چـيز را در فرآيند تداعي آزاد جاي مي گيرد ورود و خروج از اطاق درمان، حالتـي که بـيـمار روي کانـاپـه درمـانـي بـخـود مي تـوانـد تـبـلـور تداعي آزاد باشد. او غيره، مـمـه ايـنـهـا مي ظـر کـريـس يک امر جامع است: فرآيند مشـتـرکـي رـوش و فرآيند تداعي آزاد به ن کـند، تـمـام افکار و احساسات است که طي آن بيمار با کـمـک روان‌کاو سـعـي مي خـود را در قالب کـلـمـات بـيـان کـند (1982، ص: 22). تداعي آزاد، بـيـان آزادي يک هدف درمانـي مـطـلـوب مـطـرح است. عـنـوان بـهـدروني است و به مـمـين خـاطـر گـيـري تعـبـيرات مـفـيد در روان‌کاو و تأثـيرات آن بر بيمار | مـمـه، نـحـوه شـکـل ● است.

کـند، زـيـرا بـعد از مـر نـوع مـداخـله که روان‌کاو جـريـان گـفـتـگـوي بـيـمار را قـطـع مي هاي بيمار تنوع | محور ادامه خواهد يافت: مـر چـقـدر تداعي-جـلـسـه بطـور مـوضـوع ا و داشـتـه باشـند و به جـزئـيات بـپـردازند، به مـمـان نـسـبت پـيـدا کـردن مـعن سـازد؟ اگـر دد. آيا اين رـوش، ما را به پـوچـي رهنـمـون مـيـمـفـهـوم در آنـهـا دـشـوارتر مي تـوانـد از فـرد حـاضـر دـيـگـر، اـشـود که بـيـمار نـمـيـاخيـر. زـيـرا تـازـه مـشـخـص مي هاي بي مـعـنا بـراي او تـعـريـف اـيـعـني روان‌کاو، چـشـم پـوشـي کـند. بـيـمار حـرف کـنـد اـمـي

تـوانـد در گـيـج قـابـل تـوجـيـه مي روان‌کاو بـدـلـايـل و اـبـسـتـگـي روان‌کاو به بيمار. سـري واقـعـي و يا بازي شـده بيمار، يک مـعـنا و مـفـهـوم پـيـدا کـند. غـالـبـاً تداعي کـند. چـون از اـبـزار به بـر قـرار ي تـعـادل مـيـان نـيـروها عـمـل مـيـعـنـوان بـهـآشـفـته تـوان به تـصـويـر مـطـلـوبـي از وـضـعـيـت هاي جـويـده و بي سـر و تـه، نـمـيـگـفـته شـود. اـيـن که ما در ارسـد و مات مـيـه انتـهـاي خـط مـيـرسـيـد. روان‌کاو با دانـش خود ب بـيـنـيـم، تـغـيـيـري در اـيـن اوضـاع تـر مـيـايـن حـالـت، يک مـعـنا و مـفـهـوم عـمـيـق کـند تا وي به قـدرت خود پـي ادهـد. شـنـاسـايـي اـيـن وـضـعـيـت به بيمار کـمـک مـيـنـميـ دانـيـم عـدم تـوازن بـرده و دريـابـد که روان‌کاو تا چه حد به او و اـبـسـتـه است. ما نـمـي تـقـسـيـم قـدرت و و اـبـسـتـگـي چـگـونـه است: چـنـانـچه بـيـمـارـان در چـنـيـن اوضـاع در و يا شـرايـط مـشـابـه، به اـيـن مـسـئـله پـي بـبـرنـد که روان‌کاو به آنـان و اـبـسـتـه يـابـد. اـسـت، عـدم تـوازن کـمـتـر و به مـيـزان قـابـل تـحـمـل کـاهـش مي شـونـد. به اـر بـر خـي مـوارد چـنـيـن تـجـربـيـاتـي به يک نـقـطـه عـطـف درمـانـي مـنـجـر مي اـطـر بـهـتـر است، اظـهـارات بيمار را از يکـسـو از دـيـگـاه اسـتـمـرار مـطـالـب در مـمـين خ و از -کـنـند؟ امروز کـدام مـوضـوع جـلـسـه گـذـشـتـه اـدامـه پـيـدا مـيـنـظـر داشـتـه باشـيـم

خواهد به حل | بي‌مار امروز مي- يك واحد عنوان به سوي دي‌گر جل‌سه كنوني را
 ارزيابي كنيم. -كدام مشكل نزديك شود؟
 هاي درمان | اكنون درباره ارزشيابي گزارش‌هاي درمان | ارزشيابي گزارش
 كنيم كه توصيف قابل دسترس پيرامون تداعي آزاد در آن صحبت مي
 گنجانده شده است. سخن درباره گزارشاتي است كه روان‌كاوان جوان آلماني
 كنند. اي خود را با آن عرضه مي‌هاي حرفه‌اي بلت
 شوند و | قواعد اصولي ارأء مي شليفن (1983) درباره نوع و روشي كه ●
 هاي جمع‌اي در داده‌درباره تأثيرات بي‌انات متفاوت در بافت، هي‌چگونه اشاره
 ني‌اورد. دست‌به‌آوري شده تصادفي
 مهم‌تر چه؟ فرآيند تداعي در سير يك آناليز چگونه سؤال اما در مورد ●
 رديم، نه شود؟ در ده گزارش‌ي كه ما انت‌خاب كشي‌كوف و به چه نحو توصيف مي
 گاه‌هايي كه در بي‌مار مقاومت احوي توصيف سير تداعي بود و نه حاوي گره
 اي‌جاد كرده بود و نه تفسيري در اين زمينه ثبت شده بود.
 نيز اشاراتي درباره رشد خودجوشي بي‌مار در ادامه درمان كه بي‌انگر آزادي ●
 ني‌امد. دست‌به‌فكر بي‌شتر وي باشنند،
 داعي با معنا كه روان‌كاو و بي‌مار را به تعابيري هاي تادر حالي كه زنجيره
 شود، غالباً اشاراتي درباره كنند، تقريباتاً هي‌چگاه مشاهده نمي‌پنهان هدايت مي
 توان گفت موضوع اصلي همين‌شود. مي‌افكار خلق الساعه بي‌مار يافت مي
 كرد. البته معرفي است. فرويد نيز ترجيحاً از چنين افكاري صحبت مي
 فكر خودجوش كافي نيست. اين يا آن

ها و بظاهر مونولوگ انتظام بخشي به درهم تنيدگي

الساعه مورد | ارتباط و درهم تنيدگي افكار خلق‌ن‌درت‌به‌در ادبيات روان‌كاوي
 بررسي قرار گرفت است. به نظر ما اين موضوع به مشكلات حل نشدني
 آزاد، در حين جلسات متديك مرتبط است: مرز تداعي آزاد و گزارشات نه چندان
 توان گفت كه افكار خودجوشي كه به درمان‌ي كدام است؟ بطور ضمن‌ي مي
 هاي از تداعي آزاد را در خود حمل‌سازند، نشان‌دهنده رهنمون مي‌ماندني عميق
 شوند، امري كنند. افكار خلق الساعه معمولاً در تعبير روي جمع‌آوري مي‌مي
 رسد كه بسيازي از روان‌كاوان وزه به نظر مي‌هاي تاريخي دارد. اما امركه ري‌شه
 كنند، ي‌عني درباره جمع‌آوري موضوع در برابر اجزاء روي اظهار نظر نمي
 محور. افكار خلق الساعه در مفهوم تكنيك كل‌اسي‌ك فرويد، خويشتنداري
 دهند. به خرج مي

آسان رسد، براي او خويشتنداري روان‌كاوان، بي‌ان چه را كه به نظر بي‌مار مي
 عنوان‌به‌شوند؟ آيا ما بايد همه آن‌ها را كنند. اظهارات وي به كجا منتهي مي‌مي
 هاي آزاد بن‌گريم كه بر معنايي پنهان اشارت دارند؟ و يا منتظر تداعي
 شويم تا بي‌مار خود به شناخت آرزو‌هاي ناخودآگاه خود نائل گردد؟ اگر امي
 ست تحت شرايط تداعي توان‌بود، پس يك مونولوگ طولاني مدت مي‌چنين مي
 آزاد در خدمت شناخت از خود درآيد. آناليزي كه فرويد درباره خود انجام داد و
 هاي در اين ان‌مونه عنوان‌به‌توانند تلاش‌ي كه فارو (1942) درباره خود كرد، مي
 زمينه مطرح باشنند كه البته در تاريخ علم پزشي به جايگاه بايسته خود
 دست‌به‌ (نظريه روان‌كاوي اطلاعاتي در اين زمينه اند) شوت 1983 دست ني‌افته
 اي غلبه كرد تا بتوان بر مقاومت انكار بگون‌دهد كه تحت چه شرايطي مي‌نمي

راه ورود به ناخودآگاه هموار شود. روان‌كاو انتظار ندارد كه بيمار همواره افكار هيپنوتيزمي، ببي معنايي را مطرح و تا حدي پيشروي كند كه در حالت خود دهد كه لمن او به نهاد و نهاد وي به من تبديل شود. روان‌كاو تا زماني گوش مي چيزي به نظرش برسد كه بعد از دقت كافي بتواند آن را به اطلاع بيمار خوانيم: برساند. در اثري كه بعد از فوت فرويد انتشار يافت، چنين مي

يش سهيم كنيم كي بيمار را در ترسيم ذهني خولما به دقت بررسي مي رسد؛ موضوعي كنيم كه به نظرم مناسبت مي اي صبر مي خواهيم كرد، تا لحظه توان براحتي در مورد آن تصميم گرفت. معمولاً ما در اين كار كه هميشه نمي كنيم تا آنجايي كه خود بيمار به آن نزديك شود، از آن پس فقط اخير مي (فرويد 1940، ص: 103). "يك قدم به آرائه سنتز تعييني كننده مانده است

تداعي آزاد ارزيابي كنيم يا نه، در هر عنوان به اينكه اظهارات بيمار را افزايد، حتي اگر وي بگوشد اي بر آن مي صورت تعبيرات روانكاو چيز تازه چيزي بر مطالب بيمار اضافه نكند. چون حتي بازتاب طوطي وار، چيزي به نمي و از در گفتگويي كه به ظاهر مونولوگ مي افزايد. هر چقدر بيمار آن مي شود، حفظ رابطه درمان ي از بيان كلامي دور و به ورطه هيپنوتيزمي وارد مي هاي پسرقت، كنند. در اين موقعيت اجانب روانكاو اهميت بيشتري كسب مي كنيم. پناه بردن به اين اي شبيه به مونولوگ برخورد مي فقط با پديده هاي متفاوتي دارد. جنبه مقاومت اين حالت، ضرور روانكاو جنبه نوع تعامل در ح از جانب گيل (1982) بررسي شده است. بيمار در پسرقت نيز در رابطه برد. انتقال متقابل بسر مي

تبديل تصاوير به كلمات

كنند. استعاره سفر فرويد، موضوع تبديل تصاوير به كلمات را مطرح مي ت زيادي درباره اين جنبه تداعي آزاد و درباره از دست اسپنس (1982) دق • دهد، بخرج داد. دادن اطلاعات كه هنگام توصيف روي مي تصاوير نيست، □□□□ گر كنند كه بيمار يك مشاهده وي تأكيد مي • در آفريش اين تصاوير نقش دارد. □□□□ بل كه بطور كنند، اپيروي مي مضافاً آنكه جملات شروع شده، از قواعد دستور زبان • شود. احتي زماني كه ديالوگ روانكاوي در فضاي راحتي برگزار عنوان به نظر اسپنس قواعد اصولي دو دستورالعمل متضاد دارد: بيمار تواند بطور همزمان در درون خود سيري كنند؛ و شركت كننده در گفتگو نيست. هر چقدر چنانچه به اعماق افكار خود فرو رود، قادر به انجام گفتگو شود. اسپنس چنين تر ميتر تداعي كنند، كمتر فهميده ي بيمار آزادانه شود كه در يك درمان پندارد كه اين پارادوكسي در درمان به اين شكل حل مي اي، زباني خلق كنند كه هر دو دراموفق، هر دو طرف در كنار زبان محاوره كنند كه در ه ما نيز ثابت مي اند (ص: 85). تجرب پيدايش آن نقش داشته شوند كه خاص آن رابطه بس ياري از آناليزه، مفاهيم و كلماتي درست مي دوسوي است.

هاله و سوء برداشت مقاومت

عنوان بیهوده می‌باشد. مثلاً هر چیزی دیگر - لازم به توضیح نیست که تداعی آزاد مسئول را نزد مقاومت مورد استفاده قرار گیرد. اتفاقی نبود که فروید این بیماران و سواسی تشریح نمود. در تبدیل افکار به کلمات، همواره یک سری تواند قواعد بشود و فقط یک فرد بی فکر و راج می‌گزینش پی‌موده می‌اصولی را بطور کامل اجرا کند.

کند نیز افکار یکباره و خودجوش دارد، اما در بیماری که تأمل و تعمق می‌شود. کلام و فکر، مرور شده و احتمالاً بازگو نمی‌بایان، این یا آن شود، اما بیماران نوروتیک و سواسی بشود، گم نمی‌آید چه در تداعی آزاد بیماران نمی‌توانند به‌هائی شدید دلیلی بر این مدعاست که قواعد می‌باید دوگانگی توان دو فکر متفاوت را بپی‌راهگی و سردرگمی بپایان‌جامند. بطور مطلق نمی‌توان کرد. همزمان بپای

خواهیم در اینجا به این مطلب بپردازیم که به بیماران بر حسب ال‌بسته می‌نمی‌دهای خاص خود چه برخوردی با قواعد اصولی خواهد کرد، بلکه بی‌شتر آسب بپردازیم. برداشت بیماران زی‌ادی از قواعد به نقش روان‌کاو در این زمینه می‌رمن‌طقی و نیز اصولی این است که باید به فکر جهشی، نامنظم و غی‌مون‌ولوگ در حضور یک روان‌کاو ساکت، روی آورند. به‌رحال اطلاع رسانی گردد که نیاز به شفاف‌درباره قواعد اصولی موجود بسبب‌اری سوء تفاهات می‌سازی و تفسیر دارد. اگر بیماران به خواسته روان‌کاو در قالب مون‌ولوگ این میان چه بوده است؟ شود که نقش روان‌کاو در مطرح می‌سؤال‌پاسخ دهد، این

ه‌ا عدم ابراز تداعی

ی‌ابد. بدون تردید توان بیماران برای تداعی آزاد در حین درمان افزایش می‌کند. فردی بتواند از عهده این موقعیت "ای‌سلر تأکید دارد که جای شک است گیرد که |) ای‌سلر 1963، ص: 1983. قطعاً بیماران زمانی تصمیم می‌"آید بر موضوعات سکوت اختیار کنند. مخصوصاً فرآیندهای گزینشی درباره برخی سازند، دارای پی‌آمدهای پیش‌آگاه که قوه فکر و خودجوشی بیماران را محدود می‌بزرگی است.

گیریتصمیم‌توانیم بررسی ارتباطات انگیزشی فرآیندهای بال‌آخره می‌ا رگیریتصمیم‌شود فرآیندهای را با نقطه نظر دیگری تکمیل کنیم: می‌زاویه است‌قلال خود، ارزیابی کنیم.

فرض کنیم که بیماری تصمیم گرفت درباره موضوعی صحبت نکند و کند. آیا در این صورت روان‌کاو جنگ درباره بر نظر خود نیز پافشاری می‌من‌فی است، چون ما از سؤال قواعد اصولی را باخته است؟ به نظر ما جواب این ای از اطلاعات خصوصی، انگه داشتن پارمکنیم که این نقطه نظر حرکت می‌نشانه آزادی درونی فرد نیز هست. (کانسر 1972، 1961) از دیرباز تأکید ای از بیماران اصرار و پافشاری بر قواعد اصولی، کرده است که در پاره بپایا و اشتباه است. نیاز به تفکیک میان خود و دیگری، اتفاقاً بخشی ق آن در بیماران وابسته یک گام درمانی مهم از فردیت سالم است و تحق شود. (جی‌وواجینی 1972) در حالی که حفاظت از یک راز را حق‌احسوب می‌کند. در این صورت بیماران متوجه‌اند، همین نظریه را نمایندگی می‌بیمار می‌عنوان‌ب‌ورزد و عدم ابراز را بشود که روان‌کاو به است‌قلال وی حسادت نمی‌می

دهد كه وي در كنند. حق عدم ابراز به بيمار امكان آن را مي درك مي تفتكيك سالام برابر روانكاو، موضوعي تدافعي اتخاذ نكند. توان اينگونه تفسير كرد كه عدم ابراز، نظريه ياد شده ايسلر را مي خود است. دستبمبيانگر تعييين سرنوشت بيمار نب هيچ فردي انجام گمان ما اين است كه تدافعي آزاد بشكلك كامل از جا • اضمحلال فردي تجربيه خواهد شد. م عن اي بپذيرد، زيرا انجام كامل آن نمي شود: چرا بيمار در ابراز خويش اي مطرح ميسوالدر اين بازي با كلمات، كشد؟ چرا او حس استقلال خود را دقيقا در درباريه اين يا آن موضوع خجالتي مي هد؟ بررسي انگيزه اين رفتار بايد تجربيه و خاطرات خاص خويش نشان مي خواهد فرديت از زاويه مقاومت ادامه يابد. از جانب ديگر بيمار آنجا يي كه مي خود را از روانكاو متمايز سازد، به چنين نقطه اتكايي نيازمنند است و اين يابد. هدف بوسيله حذف اين يا آن موضوع تحقيق مي اين نظر است كه تدافعي آزاد به بر خلاف آن چه گفته شد، ديوالد (1972) بر تدافعي آزاد در شكلك و محتوا با طرز فكر فرآيندي "انجامد: فرآيند اوليه مي "من" دارد و باعث تقويت فرآيند پسرفت به نفع گيري اجتمعاولي ه اي مولت (1967) درباره فرآيند اوليه و نيز (ص: 613). بررسي "گردلبي ه تدافعي آزاد در فرآيند روانكاوي كنند كنجربيات باليني تائيدي نمي دد. ما حتي اين انتظار را نداريم كه بيمار در آخر اساختار خود را از دست مي تر شده باشد. زيرا آزادي پيشرفت بر و خود جوش در مان، داراي افكار خلاق شود: سكوت، صحبت و رفتار. دروني به اشكال متنوعي متبلور مي ل* 7 توجه و دقت متعاد-3

اهميت

فرويد توجه و دقت متعادل روانكاو و تدافعي آزاد بيمار را به يكديگر ربط داد (1912، ص: 381). جنبه كملي اين فرآيندها بدنيگونه مورد تاكيديمي رود. بگيرد كه اخيرا همچنين از توجه و دقت آزاد سخن ميقرار مي تصورات و چنانچه روانكاو از اين قاعده پيروي كنند، نسبت به هم ها و تخيلات بيمار دد. وي به ايدهاي بيمار برخورد باز نشان مي برداشت دانش نظري انتزاعي دستبدهد. قبل از هم: وي هدايت خود را فضاي بروز مي سپارد، بلكه او هر بيمار را در منحصربفرد و غي رقابل مقايسه اخويش نمي چيز جديدي شنيده و تجربيه بيند و كنجكاو است تا بودن با ديگري مي كنند، تا راه ورود خويش به فرد ناشناخته را دشوار نمادي. روانكاو مقايسه نمي نكنند. اگر روانكاو توصيه فرويد را بكار بندد، از يك حالت و بينش روي كنند و طرح فكر بديل خويش را تا به حالت و بينش روي ديگر سيري مي توان به د. چون تا زماني كه درمان ادامه دارد، مياندازانتهاي درمان به تاخير مي هاي تجربيات جديدي دست يافت كه به اصلاح تصويرونوني و بازسازي كنند كه هر مورد كنند. توجه و دقت متعادل به روانكاو يادوري ميوقتتي كمك مي هاي خاص خود را داشته باشد و سبب غناي تجربيه وي گردد. بتواند ويژگيهاي

ها و انتظار انتت محدود

* Evenly Suspended Attention
Gleichschwebende Aufmerksamkeit

روان‌ك‌او در شني‌دن من‌ف‌ع‌ل‌ان‌ه ت‌ل‌ا‌ش دارد ب‌ه م‌ه ج‌وان ب‌ ت‌وج‌ه ك‌ند و گ‌ز‌ي‌ن‌ش‌ي شود ك‌ه در د‌و س‌ط‌ح در ا‌ه‌اي خ‌ود ا‌ش‌ن‌ا م‌ي‌ر‌ف‌ت‌ار ن‌ك‌ند. در ا‌ي‌ن‌ج‌ا و‌ي ب‌ا م‌ح‌دود‌ي‌ت ج‌ري‌ان اس‌ت.

● در ت‌وج‌ه و د‌ق‌ت م‌ت‌ع‌ادل ر‌وان‌ك‌او ب‌وس‌ي‌ل‌ه ا‌ن‌ت‌ق‌ال م‌ت‌ق‌اب‌ل (ب‌ه م‌ع‌ن‌اي ق‌دي‌م‌ي ه‌ا ش‌خ‌ص‌ي در ب‌ر‌اب‌ر ا‌ش‌ود، م‌م‌ان‌گ‌ون‌ه ك‌ه پ‌ي‌ش‌دار‌وي‌ي‌ا‌ن (او ا‌خ‌ت‌ل‌ال ا‌ي‌ج‌اد م‌ك‌ن‌د. ا‌ي‌ن ا‌خ‌ت‌ل‌ال ب‌اع‌ث‌ا‌ي م‌ش‌ك‌ل‌ات ا‌ن‌س‌ان‌ي ت‌ول‌ي‌د م‌ش‌ك‌ل م‌ي‌پ‌ار‌ه ش‌ود. در م‌ف‌ه‌وم ب‌ر‌دا‌ش‌ت ج‌دي‌دي ك‌ه از ا‌ن‌ت‌ق‌ال ا‌خ‌ود‌ان‌دي‌ش‌ي و ا‌ن‌ال‌ي‌ز خ‌ود م‌ي‌ت‌وان‌د از ز‌او‌ي‌ه در‌م‌ان‌ي م‌ورد اس‌ت‌ف‌اد‌ه ا‌ش‌ود، ا‌ي‌ن ا‌خ‌ت‌ل‌ال‌ات م‌ي‌م‌ت‌ق‌اب‌ل ا‌رائ‌ه م‌ي‌م‌راج‌ع‌ه ش‌ود ب‌ه ف‌ص‌ل 3 (ق‌رار ب‌گ‌ي‌ر‌ن‌د)

● ش‌ود ك‌ه د‌ق‌ت م‌ت‌ع‌ادل و‌ي ب‌ط‌ور غ‌ي‌ر‌ار‌ادي ب‌ه | م‌ض‌اف‌ا‌ً ا‌ن‌ك‌ه ر‌وان‌ك‌او م‌ت‌وج‌ه م‌ي‌ت‌وان‌د ب‌ط‌ور م‌س‌او‌ي م‌ورد ن‌ظ‌ر ق‌رار ا‌ش‌ود: م‌ه چ‌ي‌ز ن‌م‌ي‌س‌م‌ت خ‌اص‌ي ه‌دا‌ي‌ت م‌ي‌ب‌گ‌ي‌ر‌د. چ‌ن‌ان‌چ‌ه و‌ي ب‌ه ت‌ع‌ب‌ي‌ري ب‌رس‌د، در و‌اق‌ع ا‌ن‌ت‌خ‌اب‌ي ب‌ي‌ن ا‌م‌ك‌ان‌ات ا‌رائ‌ي ا‌ن‌گ‌ي‌ز‌ش ت‌د‌اع‌ي ا‌زاد اس‌ت. ف‌را‌وان را ب‌ر‌گ‌ز‌ي‌ده اس‌ت. ت‌ع‌ب‌ي‌ر ر‌وان‌ك‌او د‌ت‌وان ق‌واع‌د ت‌وج‌ه و د‌ق‌ت م‌ت‌ق‌اب‌ل را و‌ظ‌ي‌ف‌ه ن‌ه ب‌ر م‌ب‌ن‌اي ا‌ن‌چ‌ه گ‌ف‌ت‌ه ش‌د م‌ي‌چ‌ن‌دان س‌اده ن‌ق‌د خ‌وي‌ش در ب‌ر‌خ‌ورد ب‌ا ب‌ي‌م‌ار در ا‌ي‌ن ل‌ح‌ظ‌ه از ي‌ك‌ سو و از س‌وي دي‌گ‌ر ب‌ر‌خ‌ورد ب‌ا م‌ش‌ك‌ل‌ات ع‌ام و خ‌اص ت‌ك‌ن‌ي‌ك در‌م‌ان‌ي ر‌وان‌ك‌او‌ي ا‌ر‌زي‌اب‌ي ك‌رد. ه‌اي‌ي را ب‌ه 10 (ب‌ر ا‌ي‌ن ب‌او‌ري‌م ك‌ه م‌م‌وار‌ه ا‌ي‌ده‌م‌راه ب‌ا ف‌رو‌ي‌د) 1915، ص: 2 ده‌ي‌م. ب‌ه م‌م‌ي‌ن ا‌م‌ش‌ا‌ه‌د‌ات خ‌وي‌ش و‌ارد ك‌رده و ب‌ه م‌م‌ي‌ن خ‌اط‌ر م‌م‌وار‌ه ف‌ع‌ال‌ان‌ه گ‌وش م‌ي‌د‌ل‌ي‌ل ا‌ص‌ول‌ا‌ً ا‌ع‌ط‌اي ت‌وج‌ه م‌م‌ط‌راز ب‌ه م‌ه چ‌ي‌ز غ‌ي‌ر‌م‌م‌ك‌ن اس‌ت، م‌م‌ان‌گ‌ون‌ه ك‌ه در ك‌ن‌ي‌م. ا‌ل‌ب‌ت‌ه م‌م‌ك‌ن و ض‌ر‌ور‌ي اس‌ت ك‌ه م‌ا م‌ ب‌ه ا‌پ‌ر‌ا‌ك‌س‌ي‌س ا‌ن را ت‌ج‌ر‌ب‌ه م‌ي‌ه‌ا و ا‌ف‌ك‌ار م‌ان ت‌و‌ض‌ي‌ح ده‌ي‌م و ب‌ر پ‌اي‌ه‌ن و م‌ ب‌ه ج‌ام‌ع‌ه ع‌ل‌م‌ي در‌ب‌ار‌ه ا‌ي‌ده‌خ‌ود‌م‌ا ه‌اي خ‌ود ر‌وي ا‌وري‌م. در ت‌ع‌ام‌ل و ت‌ب‌اد‌ل ب‌ا ب‌ي‌م‌ار ا‌م‌ش‌ا‌ه‌د‌ات ب‌ه ا‌ص‌ل‌ا‌ح پ‌ي‌ش‌دا‌وري ا‌ي‌ن‌د، ب‌وي‌ژ‌ه ز‌م‌ان‌ي ك‌ه م‌ف‌ر‌وض‌ات ر‌وان‌ك‌او در ا‌ي‌ن ز‌م‌ي‌ن‌ه ا‌م‌ك‌ان‌ات ز‌ي‌ادي پ‌دي‌د م‌ي‌ا‌ي‌ن‌د. ش‌ون‌د، ن‌ادر‌س‌ت از ا‌ب در‌ك‌ه در ت‌ف‌اس‌ي‌ر و‌ي ج‌اري م‌ي‌خ‌وان‌ن‌ده م‌م‌ك‌ن اس‌ت ب‌گ‌وي‌د ك‌ه ب‌ر‌اي ر‌وان‌ك‌او ا‌م‌ري ب‌دي‌ه‌ي اس‌ت ك‌ه ه‌اي س‌خ‌ت ن‌س‌ب‌ت ب‌ه ب‌ي‌م‌ار ن‌دا‌ش‌ت‌ه ب‌اش‌د و در ا‌ي‌ن م‌ورد ن‌ي‌از‌ي ب‌ه پ‌ي‌ش‌دا‌وري ق‌واع‌د ن‌ي‌س‌ت. و ن‌ي‌ز ا‌ي‌ن‌ك‌ه ن‌ب‌اي‌د ب‌ه ر‌وان‌ك‌او‌ان ي‌اد‌آور ش‌د ك‌ه ا‌ن‌ه‌ا ن‌ظ‌ري‌ات و ه‌اي م‌وج‌ود ب‌ي‌ن‌ه‌ا دار‌ن‌د، ز‌ي‌را ت‌ض‌اد‌ه‌اي م‌ت‌ن‌وع و م‌خ‌ت‌ل‌ف‌ي ن‌س‌ب‌ت ب‌ه پ‌دي‌ده‌ا‌ي‌ده ه‌اي م‌خ‌ت‌ل‌ف ب‌ه م‌م‌ي‌ن م‌ط‌ل‌ب ب‌س‌ت‌گ‌ي دارد. ب‌دي‌ن ن‌ح‌و ر‌وان‌ك‌او‌ي ب‌از‌ت‌اب ا‌ي‌ده ب‌ر‌ن‌د. ا‌ه‌ا ب‌س‌ر م‌ي‌ي‌ك‌ ش‌ن‌ا‌خ‌ت ف‌ل‌س‌ف‌ي اس‌ت و م‌ه م‌ش‌ا‌ه‌د‌ات ت‌ح‌ت ه‌دا‌ي‌ت ن‌ظ‌ري‌ه

ع‌ض‌و در‌ي‌افت ك‌ن‌ن‌ده ع‌ن‌وان ب‌ه‌ن‌ا‌خ‌ود‌ا‌گ‌اه ر‌وان‌ك‌او

ب‌از در ا‌ي‌ن م‌وض‌وع ك‌ه ر‌وان‌ك‌او ب‌اي‌د ت‌وج‌ه و د‌ق‌ت م‌ت‌ع‌ادل دا‌ش‌ت‌ه ب‌اش‌د؛ ج‌ه‌ت ب‌ود‌ن ت‌ل‌ا‌ش ك‌ند و در در‌م‌ان، پ‌ي‌ش‌دا‌وري و‌ي ا‌پ‌ي‌ش‌ ق‌ض‌او‌ت‌ي ن‌دا‌ش‌ت‌ه ب‌اش‌د، ا‌ي‌م. ا‌ل‌ب‌ت‌ه ا‌ي‌ن ا‌خ‌ر م‌ا‌ج‌را ن‌ي‌س‌ت. ز‌ي‌را | ا‌ورد‌ه‌م‌س‌ت‌ب‌ه‌ا‌ج‌م‌ع ن‌ظ‌ري. ق‌اب‌ل ت‌وج‌ه‌ي ا‌ي ف‌رو‌ي‌د در‌ب‌ار‌ه ا‌ت‌ا ب‌ه ا‌م‌روز ي‌ك‌ س‌ن‌ت ف‌ك‌ري ب‌دي‌ل ك‌ه ب‌ا ت‌و‌ض‌ي‌ح اس‌ت‌ع‌ار‌ه و‌د را دار‌اس‌ت. ب‌ه ت‌وج‌ه و د‌ق‌ت م‌ت‌ع‌ادل ب‌ن‌ي‌ان‌گ‌ذاري ش‌ده، م‌م‌چ‌ن‌ان ت‌ا‌ث‌ي‌رات خ‌ع‌ن‌وان‌ب‌م‌ن‌ظ‌ر ف‌رو‌ي‌د ن‌ا‌خ‌ود‌ا‌گ‌اه ر‌وان‌ك‌او از ق‌اب‌ل‌ي‌ت ز‌ي‌ادي ب‌ر‌خ‌ور‌دار اس‌ت ت‌ا ع‌ض‌و در‌ي‌افت ك‌ن‌ن‌ده، ن‌ا‌خ‌ود‌ا‌گ‌اه ب‌ي‌م‌ار را در‌ي‌اب‌د. و‌ي در ا‌ي‌ن ب‌ار‌ه چ‌ن‌ي‌ن گ‌وي‌د: ب‌ي‌م‌ي

م‌م‌ان‌گ‌ون‌ه ك‌ه ن‌وس‌ان‌ات ن‌اش‌ي از ا‌م‌واج ا‌ل‌ك‌ت‌ري‌ك‌ي ب‌وس‌ي‌ل‌ه گ‌ي‌ر‌ن‌ده، د‌وب‌ار‌ه "

تواند، | همان گونه نیز ناخودآگاه پزشك می‌شوند (تلفن)، به امواج تبدیلی می‌مشتقات ناخودآگاه این ناخودآگاه را كه بوسیلۀ افكار خلق الساعه بی‌مار (فروید 1912، ص: 382). "شود، دوباره بوجد آوردن مشخص می‌

گردد كه حاصل آن در این نظریه، قاعده توجه و دقت متعادل بنوعی مستدل می‌آید نیز هست. فروید توانمندى شناخت شفافیت ضروری انتقال. متق ناخودآگاه را منطبق با الگوی ادراك حواس رایج در دوره خود طراحی نمود: در آن شد كه دریافت واقعی بی‌رونی بلاواسطه و زمان این گونه تصور می‌نظریه " عنوان به‌گردد. به همین خاطر این الگو بعدها اصلاح منعی می‌معروف گردید. "انعكاس

بنابراین درك ناخودآگاه تحت استعاره آینه و تلفن، منطبق یق الگو بتعم بر روح زمانه بود. حتی اینكه كودك خردسال در بنای دنیای خود سهیم است و ها پس از پیاژه بازتاب خود را در فقط دریافت كننده منفع نیست، مدت سید با را فرزند پیدا كرد (اشترن 1979). به نظر می‌پژوهش رابطه مادر نحوی به فروید يك سري مشكلات عملي و نظري حل شده باشد، هاست عاره كه محتوای آن تا به امروز اثربخش بوده و به ایجاد يك سنت فكري و عملی در روان‌كاوی منتهی گردیده است.

ای است كه | معروف شد و حاوی مبدلی ویژ "گوش سوم" توجه متعادل توسط • ر ادبیات تشبیهی گردید. بعدها بوسیلۀ كهوت د

ابزار آنالیز توسط ایساکور شكل فنی بخود عنوان به توجه متعادل • گرفت (بالت و همكاران 1980). بدینوسیله يك دست‌گاه روانی برای دهد روان‌كاو چگونه قادر به شنیدن روان‌كاو در نظر گرفته شد كه توضیح می‌باشد. ناخودآگاه بی‌مار می‌

4) نقد خود را در این زمینه مطرح نمود. وی با تجزیه و همزمان اسپنس (198) • تحلیلی فرآیندهای فهم و مبدلی به این نتیجه رسید كه توجه متعادل پیش طرح ممكن نیست. □□□□□□□□ گوش دادن عنوان به ها و اطلاعات بی‌مار مرتبط است. اگر به نظر ما بافت درك بی‌مار به پیام توانیم به طرح، ایده را جایگزین كنیم، می‌بجای مفهوم مرموتی‌كي پیش ها، تخيلات، احساسات، بتواند ایده‌چنانچه روان‌كاو فعالانه گوش دهد، می‌های خود را كاملأ در نوسان نگه دارد و برای تجربیات ها و نظری مطرح‌پیش جدید باز باشد.

عمل‌كردهای توجه و دقت متعادل

این بیان اسپنس درباره شنیدن منفع‌انه - توجه و دقت متعادل اس‌طور عمل‌كردهای مختلف دارد. در، مانند همه اس‌طوره-بظاهر خالی از نظریه است توجه و دقت متعادل با يك سازه تركیبی روبرو هستیم كه آن را در دو جزء لی‌كنیم. بقای این اس‌طوره، مدیون ارتباط اجزای عق‌اساسی تجزیه می‌بانتظارات سحر آمیز ذوب شدگی و -گشاده رویی زیاد بجای خویشتنداری دهد كه در ای با هم پیوند می‌لوحث است كه ناخودآگاه خود ویدی‌گري را بگونه خوانیم. است‌عاره تلفن فروید می‌

كنند تا بی‌مار احساس نماید بتوان گفت كه قاعده توجه و دقت متعادل كم می‌آید. | جهت درمان پدید می‌□□□□□□□□ دینوسیله يك زمینه شود. بكه درك می‌

کڻنيم: او عمل ڪندڙ ان را معرفي مي "گوش سوم" در ابتدا "گوش سوم"

روان ڪاوي در اين معنائو ڪي گفستگوي دل با دل، مثل غريزه با غريزه، "نيست، بل ڪه ڪي ديالوگ خاموش، اما پر بيان است. روان ڪاو بايد ياد ن ڪلمات با ڪسي صحبت ڪند. او بايد بياموزد توان بدوبگي رد، چگونہ مي بشنود. اين درست نيست ڪه براي فهميده شدن بايد فرياد "گوش سوم" با (راي ڪ 1976، ص: "ڪن داخواه شنيدہ شود، زمزمہ مي ڪشيدي. وقتي انسان مي (165).

هاي گوش سوم آن است ڪه از دو مجرا مي شنود. گوش سوم آنچه ايكوي از ويژگي "تواند نمايند، مي شنود و البته مي ڪنند، اما احساس مي بيان نمي را ديگران توان از درون شنيد ڪه معمولاً ڪند. ميگيري اچ متبه سمت درون نيز (1976، ص: 168). "الشعاع سر و صدي زياد افكار خودآگاه ما قرار دار تحت

دبہ نظر راي ڪ گوش سوم رابطہ تنگاتنگي با توجه و دقت متعادل دار

ڪنيد روان ڪاو ڪسي است ڪه لب صندلي خود نشسته و با همه تصور مي هاي روانشناسي توجه دارد، مبدا احساس پن جگانه خويش به ڪوچ ڪترين نشانہ هاي گفستيم در چنين نشانہ و محرڪاي از آن غافل گرديد؟ بايد مي از ذره شون، ايعال عاده براي فرآيندهاي ناخودآگاه مضعيفي ڪه واجد اهميت فوق بالاترين ميزان توجه ضروري است. اين تصور اشتباه است و توجه ناميده است. دو "متعادل" روان ڪاو از جنس ديگري است. فرويد اين توجه را اي را توصيه ڪند: صرفه جويي از عامل باعث آن شد ڪه فرويد چنين توجه هدف، بوجود هي جان بيش از حد و اجتناب از خطري ڪه توجه بيش از حد به ڪي دهد چنانچه ما توجه خود را به ڪي نقطه خاص معطوف آورد. فرويد هشدار مي ڏي ها، ايكوي را برگزي نيم، تحت تاثير تمايلات و نمايي و از مجموع داده ايم. طبيعي است خطر آن وجود دارد ڪه ما چيزان نظارات خويش رفتار نموده ڪنيم. اما اگر از تمايلات خويش ديگري، مگر آن ڪه آمادگي آن را داريم، پيدان تبديلي ڪنيم، مطمئناً ادراك احتمالي را دست ڪاري خواهيم ڪند. اين قاعده ڪه همه چيز را بطور مشابه دريافت ڪنيم، نقطه مقابل و الزامي اين خواسته از (1976، "بيمار است ڪه همه چيز را بدون فکر و انتخا ب براي ما بيان ڪند ص: 181).

رابطه توجه و دقت متعادل با به خاطر سپردن چيست؟ آيا نبايد اما راستي "بسپاريم، به خاطر به خواهيم از انبوه اطلاعات چيزي را بر صورتي ڪه مي خاطر ميتوان چيزي را ڪات خاصي توجه ويژه داشته باشيم؟ چگونہ مي سپرد، بدون توجه ڪامل به آن، بدون توجه به جزئيات و موارد مهم؟ شايد سپرده و خاطر بهوم توجه متعادل به اين منظور ابداع شده تا همه چيز را مفه سبس همه چيز را به يادآوريم. اما آيا اين ڪي تضاد نيست، زيرا توجه هميشه توان معطوف به چيزهاي مشخصي است؟ توجه حاوي گزي نش است. چگونہ مي "ايشيم؟ خواهيم توجه داشته با از خطر گزي نش عبور ڪند، در حالي ڪه مي (1976، ص: 183).

نمايد، براي اين تضاده اراي ڪ در حالي ڪه انواع مختلف توجه را توصيف مي ڪند: اهاي پيشنه اد مي راه حل

توان بخوبي در مقايسه با نورافڪن نشان داد. انواع توجه در روان ڪاوي را مي اتواند بشود، مي توجه ارادي ڪه به ديد ما در ڪي منطقه خاص محدود مي ڪند. اگر از قبل نورافڪني مقايسه شود ڪه منطقه خاصي را جستجو مي بدانيم ڪه دشمن از اين طرف خواهد آمد و يا در ميدان اتفاقي رخ خواهد داد، پيش

ایم. اما فرض كنيم كه مثلاً يك صدا توجه ما را به يك سو جلب بپيوني كرده اين حالت توجه ما مقدم گرفتيم. دركدره و ما بعداً نورافكن را به آن سو مي كند. اين مورد توجه غيرارادي شد، بلكه از آن تبصيرت ميبر ادر اك مان نمي كنند، است. يك اتومبيل كه با نورافكن همواره در يك شعاع بزرگ حركت مي (1976، ص: 188). "بهترين مثال توجه و دقت متعادل است

سومي است كه همه چيز در در اين مقايسه، گوش سوم تقريباً مانند چشم بيند، بدون آنكه انتظار اين كار را داشته باشد. گوش و چشم پيرامون را مي آل، كاملاً خالي و بدون پيش انتظار هستند. سوم بشكلك ايده شونند، زيرا خصلت جوينده و هاي پيشنهادي را يك باعث تضاد ميراه حل ورافكن را متوقف خواهد گزنيشي توجه متعادل، بالآخره زماني و در جايي ن اي به سكون برسد. كرد. توجه متعادل تا زماني در نوسان است كه در نقطه پيشنهاد را يك از جنبه روانشناسي ادراك و فكر و نيز از جنبه نظريه اي تحصيلي است. وي در نظر ندارد كه مبناي پيشناخت، بنحو ساده انگارانه گر و مفروضات كي مشاهدمتشعشعات نورافكن شامل دستگاه فكري و ادرا گردد. بنظري وي مي

توان عمل كرد ادراك | همراه با تامسون (1980) مي اي درك فرآيند چهار مرحله يك فرآيند چهار عنصري تفسير نمود: عنوان به روانكاو را

● گوش دادن فعال و منفعل

● تجربيه

● ادراك

● تفسير

ت آگاه و ناخودآگاه ما انجام ادراكات و مشاهدات و تفسير آنان در پرتو نظري شود. تجربيات دوران ماقبل علم نيز به همين نحو صورت مي بپيوني كه بيماران ما ادراكات خويش را برانند. به همين علت مي پذيرفتيم شود. كنند و انتظارات آنان نيز تأييد ميال گوهاي نظري ناخودآگاه منطبق مي

ها و تجربيات روانكاو پيش طرح

كنند اجزاء بينش و نظريه و دقت متعادل در بهترين حالت به ما كمك ميت ها و موانع خود را بيمار را جدي بگيري. ما توضيحات بيمار درباره ترس نقشه دروني وي مستيم، در غير اينصورت دنبال به كنيم و دنبال مي هاي ته و قطع صحبتوانستيم بيمار را درك كنيم. ما به لابل اي صحبت نمي گيرد، جايي دهيم. آنجايي كه بيمار در برابر يك معما قرار مي بيمار گوش مي گردد، ما هاي وسواس جبري و يا فوبي براي وي غير قابل درك مي كه نشانه گوش " و " دريافت كننده " رسي. نيز با عقل سليم انسان ي به آخر خط مي و مفهوم اعطا كنند. نيز ديگر قادر نبودند به افكار بيمار معنا " سوم هاي روانكاو كه دانش زيادي را جذب و تجربيات فراواني را ثبت اچنانچه گوش توانست چيزانند، وجود نداشت، گوش سوم و دريافت كننده نمي كرده ناخودآگاهي را بشنود. انعطاف در شنيدن، با قابليت فراموشي يك گوش روانكاوي بايد در برابر يابد، بر عكس: ادعاي علمي بودن سوم تحقق نمي مرگونه سحرآمزي موضوع گيري داشته باشد.

تعادل مي ان فكر و احساس

آيد، انمي دستتبه از آنجا يي كه يك رابطه متعادل ميان احساس و فكر بسادگي
يابد. (فنيشل 1934) به بحث در اين باره در هر نسلي از روانكاوان ادامه مي
كند كه اين زمينه به فرنچي استناد ميباشد كه چنانچه نگراني را يك انتقاد و د
گفته است:

دهد كه متضاد به نظر درمان روانكاوي انتظاراتي در برابر درمانگر قرار مي
ه، تخيلات و نيز خواهد كه پزشك به تداعي رسند. از طرفي روانكاوي ميباشد
اي خوش منشاخودآگاه خود پر و بال دهد. . . از چنانچه ديگر پزشك اجازه دارد، داده
منطقي بسنجد و موفقيت خود را از نگاه افكار منطقي لحاظ نموده بيمار را
(فرنچي 1964، ص: 53). "استخراج كنند"

يك عنوان بديهي كه ما از توجه و دقت متعادل در انتهاي اين بخش يادآوري مي
ايم. در او به فرايند پيچيده شناخت درمانگر رسيدن فاصله گرفته
يك خط مستقيم، توجه متعادل فرويد را با عبور از گوش سوم را يك به واقع
دروني مشاهده روانكاوي تبديل كرده است. - روش همدي
متقابل. پاسخ دادن يا پاسخ سوال 7 ديالوگ روانكاوي و قاعده 4-
* اساسي. سوال دادن، اين است

درمانگر را در كردن بيمار و پاسخ دادن و يا پاسخ ندادن سوالاگر موضوع
اساسي! (سوال قابلي شبيه به منولوگ هملت) بودن يا نبودن، اين است
مطرح مي كنيم، آيا بي سبب به مبالغه آميز و دراماتيكي نمودن مطلب كمك
اتي كه در يك گفتگوي درمانى مطرح سوالتوان براى ايم؟ آيا ميكرده
قعي است كه شوند، عمقى به درازى بودن و نبودن تصور كرد؟ و ايم
كرديم كه در ديالوگ روانكاوي هيچان و البته اب عميقى به اگر تصور نمي
كرديم. بيمار معمولاً براى افتد، از انتخاب اين عنوان پرهيز ميچريان مي
آورد به روانكاو دستبها تي كه خود نتوانسته سوالگرفتن پاسخ به
هموعان، افراد عادي، كند. در هيچ گفتگوي قبلي كه بيمار با مراجع مي
هاي خود نيفته كه سوالهاي مناسب براي ا داشته، پاسخ روحانيون و پزشك
هاي وي كمك كرده باشد. آخر اين مسير، ايستگاه روانكاوي به بهبود بيماري
قرار دارد كه مضمون آن بودن يا نبودن، زندگي و يا خودكشي است.

موقعيت جبري روانكاو

ضوابط و مشكلات عميق و رنج آور بيمار صحبت كرديم كه وي تاكنون از مو
بوسيله تعارضات ناخودآگاه خود با آنان درگير است. لازم به توضيح
ات بي پاسخ، بيمانگر اصلي سوالنيست كه به نظر فرويد توضيح اين
تأثير درمان روانكاوي است.

ند مطرح كنند و توااتي كه بيمار مي سوالا راستي از ديدي تكنيكي درمان ي با
آوري: كنند، چه برخورد ي بايد داشته باشيم؟ در ابتدا چند نمونه مي مطرح مي

آيا درمان مشكلات مرا رفع و يا لااقل تعديل خواهد كرد؟ تأثير درمان چه خواهد
هاي مشابه را درمان بود؟ چه مدت طول خواهد كشيد؟ آيا شما تاكنون بيماري

* The Psychoanalytic Dialogue and the Counterquestion Rule: To Answer or Not to Answer, That Is the Question

Der psychoanalytische Dialog und die Grundfrageregel. Antworten oder Nichtantworten- das ist hier die Frage

آيا بيماري پډرم است؟ بزودي بيمار براي زندگي؟ آيا بيماري من، مټايډكړده دده، براي خانواده او و جهت شراري طي خصوصي روانكاو غلاقه نشان مي ځواهد. اضطراري، شماره تلفن خصوصي وي را مي

اگر خواننده خود را در جاي درمانگر قرار دهد، تنشي را حس ځواهد كړد كه در عيت جبري قرار گرفته است؛ انت نهفته است. وي در يك موقع سوالايي نگونه ځواهد. از اين لحظه به بعد هر آنچه درمانگر انجام دهد، بيمار از وي جواب مي بيمار تلقي شده و عواقب مهمي در بر سوال واكنش وي در برابر عنوان به ځواهد داشت. سكوت نيز نوعي پاسخ است.

امد و چه نځواهد. افتد، چه بخو، ابتهكار عمل به دست روانكاو مي سوال با طرح • آيد كه بيمار و درمانگر وارد يك اين موقعيت جبري به اين علت بوجود مي اند و بدني خاطر بايد قواعد گفتن را رعيت كنند؛ قواعدي كه ډيالوگ شده نهفته است كه سوال بايد حداقل پاي بندي متقابل بدان مشاهده شود. در ذات ابل است و هر واكنش طرف مقابل كننده منتظر يك پاسخ از طرف مق سوال شود. نوعي واكنش محسوب مي

بيماري كه با شراري ط روانكايي ندارد، انتظار دارد كه گفتگوي وي انت نديده سوال هاي روزمره انجام شود. چنانچه ابا روانكاو بر روال صحبت كند كه روانكاو يا ناگاه است و يا بي ميل و گرفته شون، بيمار فكر مي يا هر دوي آن.

ابزاري است كه توسط آن انسان، ديگري را به يك تبادل و ډيالوگ فرا سوال ځواند. از آنجايي كه درمان روانكايي با صحبت و تبادل كلمات زنده است، امي جواب روانكاو بسويار مهم است. در مصاحبه اول همچنين خواهش و سرزنش مطرح رسيده، در ادامه درمان به نظر ميال سوشون. ممكن است چيزي كه در ابتدا انت است كه نحوه سوال سرزنش برملا شود. همين خصلت متنوع عنوان به هاي پي در پي سوال سازد. كدام مادري است كه از برخورد با آنه را دشوار مي قرار سوال فرزندش عصباني نشود؛ روانكاو نيز در صورتي كه مكرر مورد سر ځواهد برد بگيرد، در وضعيتي مشابه ب

اي | متقابل اكل يش سوال

اي، يك قاعده تكنيكي درماني است كه معمولاً به يك | متقابل اكل يش سوال باشد. شود و ظاهراً پاسخگوي همه مشكلات مي اكل يشه تبديل مي متقابل پاسخ سوال بيمار با يك سوالگوي، در برابر اكل يشه مورد نظر مي " رسيدي؟! سواچگونه به فكر طرح اين "دهيم:

مطرح و بعداً سوالاگر اين نكته در يك گزارش درماني آمده باشد كه اين يا آن ي مطرح سوالتوان با اطمينان خاطر گفت كه بيمار | شده است، مي "آل يز" ال ساعقه از جانب بيمار نموده كه با تقاضاي روانكاو جهت بيان افكار خلق شود. در نظر | سكوت خود موجب آن مي پس داده شده، امري كه روانكاو غالباً با هاي ويژه درمان روانكايي بشمار | جزو خصلت سوال عامه، اين نوع پس دادن □□□□ (كولم) 1983 (رود. بر همين مبنا پشت جلد ترجمه آلماني كتاب ملامي

كند كه هر اتي را طرح مي سوال م. س. "خوانيم: | چنين مي □□□□□□ □□□□□□ دانسته كه روانكاو چنين پاسخ | در حالي كه مي خواسته مطرح كنند، بيماري مي ها طبق اين ا نيز مدت "ايدي را از من كرده سوال كنيد، چرا اين ځواهد داد: فكر مي كردهم تا آنكه تحت تأثير آثار نامطلوب اين روش، به اكل يشه رفتار مي

نه اي ما رځلاري به تري دست يافتيم. تا چه حد اين قاعده در فراخود حرفه آموزش
توان از عذاب وجدان ي فهميد كه در رعايت نكردن اين قاعده در كرده، مي
كنيم روانكاوان زيادي به اين وضعيت اشد. ما فكر ميروانكاوان ايجاد مي
دچار هستند.

ما در مرور ادبيات به اين نتيجه رسيديم كه اين كليشه، عواقب امتناع.
باشد. در اينجا چنين فرض امي اقتصادي از درمان -پسمانده استنباط غريزي
شود كه بيمار بواسطه پرهيز روانكاو از پاسخگويي، زودتر به افكار امي
سمت و سو دارد. بنابر اين سؤال رسد كه به معنای نهفته آن اخودجوشي مي
شود. آوردن شناخت درمان ي خلاصه مي دستتبع توجه قاعده در

كند پس زده اند و احساس ميماش بدون پاسخ مي سؤال اما بيمار پس از آنكه ●
شده است، چه حالت ي دارد؟

پس زدن چه تأثيراتي بر رابطه انتقال و فرآيند تخييري ساختار خود و ●
رابطه با ابژه دارد؟

تر از آن است كه | بس ياري از بيماران ضعي ف"من" ما بر اين گمانيم كه
بتواند پس زده شدن را بدون تأثيرات نامطلوب شدي، تحمل كند.

كند. بدني | متقابل را درك نمي سؤال بيمار حداقل در مراحل اوليه، معنای
طريق ممكّن است فرآيندهاي مقاومتي ناگاهانه و يا رنجوري پديدي آيند.
بنابر اين خويشتنداري روانكاو كه به منظور ايجاد فضاي فكري براي
شود، ممكّن است به عكس خود تبديل شود. بيمار انجام مي

متقابل و استثنائات آنال سو قاعده

ما بر حسب مرور ادبيات موجود و نيز تجربيات درمان ي. خود به اين ●
متقابل نه تنها شناخت عميق از خود را سؤال ايم كه قاعده نتيجه رسيده
كند، بلكه زمينه اصلي، ي عني ديالوگ را مختل و يا حتي نابود تسهيل نمي
دستبهيگري كه از مطالعات خود سازد. اين نظريه بواسطه نتيجه دلم ي
شود: بوسيله استثناء از قاعده. روانكاو در كدام دسته از ايم تأييد ميآورده
متقابل چشم پوشي كند؟ در بيماران ي كه سؤال بيماران مجاز است از قاعده
باشند، ي عني الكثيريت قريب به افاق من دست نخورده و انعطاف پذير مي
سؤال كند! اگر روانكاو به قاعده انكاو مراجعه مي افاق بيماران ي كه به رو
ات مطرح شده به سؤال متقابل پاي بند نباشد، چه اتفاقي خواهد افتاد؟ آيا به
شود رها كردن اشد؟ به هيچوجه. تنها كاري كه انجام مي اراحتي جواب داده مي
پاي بندي خشك به يك قاعده است، زيرا اين قاعده با نظريه دو نفر ي
روانكاوي و نيز با تجربيات باليني مغايرت دارد. همانگونه كه فرآيند
گردد، همانگونه اشد. من ي خود، در بستر اصل ديالوگ و تعامل محقق مي
هاي ابژه جديدي (درمانگر) نياز دارد. تخييريات درمان ي. من نيز به پاسخ

بدني نحو استثنائات از قاعده، در الكثيريت بسر مي برند. ●

ز طريق بيماران ي كه در رابطه با ابژه اختلال داشتند به اين البته فقط ا
ها عمدتاً بوسيله لمس يله نرسيديم. از آنجايي كه در درمان روانكاوي تمام ابژه
توانيم روشن كنيم، اشد، مي اارتباطات كل امي يك سوژه جواب دهنده ايجاد مي
بارور سازد. بتواند ديالوگ روانكاوي را اچرا تحول در يك قاعده قديمي مي

سؤال موضوع اصلي، پاسخگويي ساده نيس، بلكه حل مشكل قاعده "
كه نحوي به متقابل، از طريق استفاده افتراقي و مدلانه آن مطرح است،

كند: طبيعى است كه روانكاوي به كورتيس (1974، ص: 174) پيشنهاد مي
ي كه والسنكند كه آيا يك پاسخ، يك توضيح و يا توجه به اين موضوع فكر
"كند يا خير بشود، به فرآيند درمان روانكاوي كمك ميآز روانكاو مي

دار | متقابل، مديريت يك مشكل پيچيده را عدهسؤال از آنجا يي كه ظاهراً قاعده
شده، تثبيت آن تا به امروز جاي تعجب ندارد. كنون به استدلال كليشه و
تاريخچه آن مي پردازيم.

*س كليشه و تاريخچه آن 7 پايه و اس-4-1

ات بيمار، از اصل خويشتنداري سؤال اساس كليشه، يعنى عدم پاسخ به
گيرد. بنشأت مي

بيمار، ارضاي غريزه غير مجازي است سؤال بر اين مبنا، پاسخگويي به ●
شود. چنانچه كه درمانگر آن را مجاز شمرده و مانع پيشرفت كار روانكاوي مي
ات بعدي سؤال رود كه بيمار | پاسخ دهد، خطر آن ميلسؤال درمانگر يكبار به يك
شود كه از جانب ات وي به مقاومت تبديلي ميلسؤال را مطرح كند. در اين صورت
سازي شده است. روانكاو زمينه

ات شخصي بيمار در مورد زندگي سؤال شامل | يكدي ديگر از نگراني ●
اتي موقعيت سؤال خصوصي وي است. گمان حاكم آن است كه پاسخ به چنين
درماني روانكاو را خدشه دار نموده و يا انتقاد. متقابل وي را برملا كرده و
گيري انتقاد مختل خواهد شد. بدينيوسيله شكل

ات به يك كليشه تكنيك سؤال اجتناب از پاسخ به باعث اين نگراني
درماني تبديل شد كه ربط به فرويد ندارد، زيرا وي در اين زمينه انعطاف
اتي درباره نحوه سؤالدانيم كه فرويد به داد. در موارد متعدد ميلج مي بخ
ات بيمار سؤال داد، بدون آنكه اهاي مستقيمي ميلثربخشي درمان روانكاوي پاسخ
به موضوع تعبير، تبديل شوند.

كند كه در حين آناليز نزد فرويد، از وي بلانتون (1971) تعريف مي
پرسيد. واكنش فرويد، اش ميمايتي درباره نقطه نظرات عملسؤال
ات وي بود و نه تعبير. فرويد در مورد مشكل سؤال پاسخگويي مستقيمي به
شد و نه در ات بيماران، نه در اثاري كه مربوط به فنون درمان مي سؤال فني
آنكه براي وي اصلاً دليلبههچي اثر ديگري اظهار نظري نكرده، احتمالاً
شده است. امشكل محسوب نمي

قاعده فرنچي و رد آن

در حين مرور ادبيات، با كمالات تعجب به اين مسئله برخورد كرديم كه
ات بيمار را با اين استدلال سؤال فرنچي (1964) قاعده عدم پاسخگويي به
كند: مطرح مي

ي سؤالمن به تدريج اين قاعده را بكار گفتم كه وقتي بيمار از من "
كردم | ميلسؤال پاسخ دهم، يعني از او □□□□□□ □□□□□□ كند، آن را با يك امي
دادم، محرك وي در | وي را پاسخ ميلسؤال كند. اگر من | را مطرح ميلسؤال كه چرا اين

* The Foundation and History of the Stereotype
Begründung des Stereotyps und seine Geschichte

رفت؛ اما در صورت عدم پاس‌خگويي، علاقه بي‌مار به | از بين مي‌سؤال طرح وي برخورد سؤال‌شد و چنانچه ما به اين ابع جست‌جوگر وي معطوف مي‌اويليه را تكثرار نم‌ايد. سؤال‌كند ايم، معمولاً فراموش مي‌روان‌كاوي داشته باش دهد كه موضوع اصلي وي طرح اين يا آن بي‌مار بدني‌نوسيله به ما نشان مي‌ابزار بيان ناخودآگاه خويش بكار عنوان به نبوده، بلكه آن‌ها را سؤال (ص: 45). "گرفته است ايم"

امل ناخودآگاه يا متقابل، سري‌عاً به عوسؤال‌فرن چي گمان داشت با كمك تواند اعتبار | پي ببرد. چنين ادعايي نم‌يسؤال‌معناي پنهان و نهفته در فراگير داشته باشد. احتمال اين مسئله كم نيست كه بي‌مار در اثر استفاده خشك از اين تكنيك، بدون آنكه روان‌كاو حس كند، تمايل خود براي ه بگيرد. از جانب ديگر ات را بكلي از دست بدهد و از درمان فاصل سؤال طرح قطع نيست كه بي‌مار و روان‌كاو در پي ارتباطات به مفهوم روزمره آن، الزاماً جواب سطح‌ي در غلظند. سؤال به بازي هاي با حساب، حتي تحت ايم، بدان معنا كه پاس‌خلم تجربيات ديگري داشته في خويش كند، درباره احساسات منقواعد گفت‌مان روزمره به بي‌ماران كمك مي‌تر صحبت كنند. در زمينه بكارگيري قواعد خشك، بي‌شتر و راحت ات بي‌شتر، به وي امكان طرح سؤال تعبيري ما از اجتناب بي‌مار در طرح مشتقات تمايلات عنوان به دهد كه در نهايت تر را مي‌ات بي‌شتر و عميق سؤال شوند. ناخودآگاه درك و تعبيري مي‌به دست يافتند و سپس تكنيك خود را روان‌كاوان زيادي به تجربيات مشا تغيري دادند. به ممي خاطر قاعده فرن چي نتوانست بطور فراگير اشاعه پيدا كند. اين موضوع بر نظرسنجي استوار است كه گلور در سال 1938 هاي 50 ميلادي نيز همچنان معتبر انجام داد. به نظر وي اين وضعيت در سال كرد كه آيا آن‌ها در مقابل بي‌ماران به ترس، سؤال بود. وي از جمله از همكارانش كند. الكثريت روان‌كاوان در حالت‌ي هاي خويش اعتراف مي‌اخليات و بي‌ماري كردند، آماده بودند نظر آن‌ها را تأييد نم‌ايند. كه بي‌ماران چيزي مشاهده مي‌كردند و از خود انعطاف‌اي بر تأثير چنين رفتاري بر بي‌مار فكر مي‌پاره دادند. فقط يك اقليت كوچك به اين قاعده پاي‌بند بود كه به امني‌نشان ات بي‌مار نه پاس‌خ دهد و نه آن‌ها را نفى كند. در همان نظرسنجي، آنچه سؤال شد، الكثريت قابل توجهي آماده بود ات غيرشخصي مي‌سؤال مربوط به ات جنسي و غيرجنسي ارايه دهد. مچنين در اين سؤال‌اطلاعات علمي درباره ات بايدي تجزيه و تحليل شوند. اما اگر سؤال‌نه وحدت نظر وجود داشت كه زمي را مبناي تحليل انگيزه قرار دهيم، اشتباه است، بويژه در حالي سؤال‌يك ات، به سؤال‌اي رسد. آناليز كليش‌م‌بطور واقعي موجه بنظر مي‌سؤال‌كه پاس‌خ و بودن افزايش بي تفاوتتي و مقاومت بي‌مار منجر شده و نشاني بر ترس كند. روان‌كاو را نيز در خود حمل مي‌نتيجه اين نظرسنجي مؤيد آن است كه روان‌كاوان در حين كار انعطاف از خود دهند. نشان مي‌

نقد تكنيك دي‌والد

شويم، روان‌كاوان زيادي را از اين ارزش زيادي كه براي تعبيرات قايي مي‌ات بي‌مار سؤال‌شود كه ايجاد مي‌نم‌ايد كه فضاي درمان‌ي زمان‌ي امسئله غافل مي‌

در سطح آشكار چدي گرفتته شوندد. به نظر ما روانكوان به اين خاطر به قاعده شوندد، چون نگران در جا زدن بيماران در | متقابل متوسل مي سوال گرايي هستنند. يك مثال در اين زمينه مطالعه روند ديوالد (1972) است. اسطحي سد كه در صورت حمله بودن چكار بايد پراپر ابتدائي جلسه اول بيمار مي سوالدهد كه بايد فهميد چه چيزي پشت اين بكنند. ديوالد اينگونه پاسخ مي بدهد سوالپنهان شده تا معاني و تعابيري ديگري را درك كنند كه هدف اصلي در سطح آشكار در تاريكي ماند و روانكوا زحمت آن سوال است. در واقع معناني در سطح آشكار چيزي را تجربه كنند. را بخود نداد تا همانگونه كه ليپتون (1982) در نقد خويش اظهار نموده، ديوالد با تكنيك هاي آن ها خصلت پراكنده و دد كه صحبت بخود بيماران را بدني جمت سوق مي غي رمنطقي بخود بگيرند. وي اميدوار بود از اين طريقي بتواند به هاي خود دست يابد. ديوالد بدني نوسيله به اساز دادم زمينه متعبيرات تاريخي دهد | بيمار نشان سوالرسد كه در همان جلسه اول و در برابر اولين هدف خود مي ندارد و منتظر جزئيات و افكار بيشتري سوالاي به معناني آشكار كه علاقه است. ما در اين نكته با ليپتون موافقيم كه روانكوا معناني پنهان را زماني كنند كه معناني آشكار آن چه را كه بيمار براي وي تعريف نموده، امي است خراج متقابل و اصرار بر سوال درك كرده باشد. ديوالد با اجراي اين شكل بيمار روشن شده باشد، سوالهاي ديگر، قبل از آنكه معناني آشكار بتداعي هاي انتقال درك و در صورت ممكّن، | بيمار را از جنبه سوال كرد اسع مي و شرطي سوال نمادي. براي تحقيق اين امر، درك معناني آشكار تفسي ر سوالرسد. اما اتفاقاً بعلت تكنيك بيروني ابراز آن ضروري به نظر مي هاي بسيار مهم براي فهم انتقال حاضر به روند درمان وارد متقابل، داده ، را مطرح كرده بود سوال شد. آنگونه كه بعداً مشخص شد، بيمار زماني كه انمي ، دو ماهه باردار بوده است.

متقابل سوالهاي انتقال در پي چدي دي

شود | متقابل فقط به اين مسئله مربوط نمي سوال تردي ما در مورد تكنيك تواند اي از آن مي گردد. استفاده خشك و كلي شطرت بيمار مي كه مانع فهم عميق به پي چدي دي در فرايند تكوين انتقال منجر شود.

كنند كه آناليزهاي قبلي (1973، ص: 289) بيماري را توصيف مي گري ن سو وي احتمالاً بدني خاطر ناموفق مانده بود كه روانكوا تكنيك خشكي را بكار ات بيمار و سوال گرفتته بود كه از جمله شامل امتناع وي از پاسخگويي به توضيح آن تكنيك براي بيمار بوده است. گرينسون در ممين نكته تر از قبل ساماندهي كنند، زي را براي ه بود فرايند درمان را خلقتوانست ات وي پاسخ گويي. به رسميت سوال تواند به بيمار توضيح داد كه چرا نمي شناختن اين مسئله از جانب گرينسون كه بيمار حق دارد در مورد قواعد تا گفتن غيرعادي آناليز توضيح دريافت كنند، امكان آن را به بيمار داد بتواند درباره تحقير و بي توجهي صحبت كنند كه در درمان قبلي تجربه كرده بود. از اين طريقي انتقال منفي بيمار كه آناليز قبلي را با بن بست مواجه كرده بود، آشكار و مورد پردازش قرار گرفت.

اولين فرد عنوان بكنند كه اتفاقاً روانكوا كه خواننده احتمالاً تعجب مي گمان داشته، بتواند كمبودها و نقايص قبلي را ترميم كنند، در حوزه حساس

مبتقابل را سوالارتباطات، باعث انجماد شده است. فرن چي زمان ي كه قاعده داشت و بر تخيلات و هيچانات گيري اجتهاد نمود با الگوي تخطيه درمان زه ما مويده آن ورزيده. شناخت امر و يك تكتيك فعال تاكيد مي عنوان به شديده هاي است كه امتناع از پاسخگويي به بيماران ي كه مخصوصاً پيش شرط هاي شبيه سايكوز در آنها منجر خواهد شد. امعويوب دارند، به پسرقت هاي آموزشي تجربياتي كه از يك مي زگردد در اين زمينه حاصل شده، جنبه قوي دارند.

فراخوان جهت انعطاف پذيري بي شتر

موردي زيادي كه از جانب روانكاوان سرشناس در مي زگردد مطرح شدند، هاي نمونه مهم ترين عامل ي نام ببرد كه عنوان بمباعث شد تا فروش (1966)، از سكتوت كنند در بيماران امكان است به يك پسرقت شديده بي انجماد. وي توصيه مي ات آنان پاسخ دهيم. اين سوال پر خطر زياد صحبت كرده و با رغبت به شود: بخشي از خسارات ناشي از درمان در استفادده اي چه گيري تا ئيد مي نت ابزار كمكي درمان، ناشي عنوان به مبتقابل و يا سكتوت سوال خشك از قاعده گردد. البته انعطاف پذيري بدلايل گوناگون به سادگي قابل اجرا مي نيست. اينكه معمولاً همه قواعد نيريوي هدايتي دارند، در نظر گرفتده شود؛ البته فقط زماني كه خود ما اين قواعد را وضع كرده باشيم. تازه امين شود و درباره چراري و زمان ي كه وفاداري شديده به يك قاعده مبتزلزل توانيم به مسئوليت خويش | فكر كنيم، مي سوال چگونگي پاسخ به يك آگاه شوييم. حتي روانكاو انعطاف پذير ني ز چنانچه از سيستم قواعد پيريوي كنند، به هدايت شديده دست زده است. از منظر سيستم قواعد، حتي آن چه به شود. البته انفع بي مار و براي وي مفيد است، نوعي هدايت محسوب مي زند: سيستم قواعد حرف آخر را نمي

اگر فضا، بينش و فكر از همان ابتدا روانكاوانه باشد، گذار غير محسوس "ك امري طبيعي خواهد بود و آغاز درمان با به تكتيك آناليز روانكاوي. كل اس ي (فروش 1966، ص: 567). "طول درمان رابطه مستمر و ارگانيك خواهد داشت

پرورش جو روانكاوي

مند خشك، | مبتقابل در چارچوب يك سيستم قاعده سوال از آنجايي كه قاعده گونه كه عوارض جانبي نامطلوبي در پي دارد، پرورش يك جو روانكاوي، آن كنند، حائز اهميت است. استفادده از اين ابزار درمان ي بايد فروش مطرح مي كه هدف درمان روانكاوي بوسيله تفسي رن حوي به مرگاه سنجيده شود، انتقال و مقاومت به تغيري ساختاري بي انجماد. در اين صورت روانكاوي ي گذارد اي پاسخ مي ات را بسوال خواهيم داشت كه در حين آن روانكاو بس ياري از هاي روانكاوي به شود. تقسيم درمان اي ديگر روانكاو حمايتگر مي و در پاره حمايتي، عاطفي و سختگيرانه، جاي ترديده دارد.

بيمار "به يك گفتگو كه بلانك (1974، ص: 330) گزارش داده، توجه كنيم: ت. به نظر كنم از همه، مخصوصاً زنهامتنفر هستم (سكول)مذكر: امروز حس مي گويم، به شما بر نمي خورد (سكوت). شما خون سرد رسد چيزي كه ميامي گوييد؟ درمان گر (مؤنث): من صحبت هستيد. من غمگي نم. چرا چيزي نمي كنيد. كنيد، بيمان مي كنم. من مخالفي اين نيتيستم كه شما چيزي را كه حس ميامي كه در درمان يك در اينجا محتواي مداخله مطرح نيت، بلكه تفسي ر بلانك ، اجازه داريم به خواهش □□□□□□ □□□□ □□□□□□ بيمار مرزي، جهت اظهار نظر پاسخ دهيم، مورد تأكيديست.

7* قواعد همكاري و گفتمان-4-2

كلامي هستند كه هدف اصلي آن ايجاد - و جواب، رفتارهاي زباني سوال ي زباني منولوگ، ساختار جهت يك گفتگوي دوجانبه است، برخلاف الگوها متقابل، وارد سوال كنند. مفهوم قاعده امثلاً زمانى كه بيمار تداعي آزاد مى كردن يك الگوي تعامللي گويشي كه با ابتكار بيمار بوجود آمده، به صحبت با خويش است. براي فهم اين مطلب كه انحراف از قواعد گفتگوهي خي قواعد گفتمان و روزمره چه تأثيراتي دارد، مفيد است نگاهي به بر ده. همكاري داشته باشيم كه افق تجربيات و انتظارات هر فرد را تشكي مي پردازيم كه به موضوع پرسش و پاسخ مربوط است نه به الگوهي زباني مي شوندي.

نظريه اوستين درباره فعل گويش

با كنند كه اوستين (1962) در نظريه فعل گويش از اين نقطه نظر حركت مي شود. در الگوهي رفتار گويشي | يعني رفتار مي "دهد، كلمات چيزي رخ مي آيد (ايش و هاي خاصي براي مداخلات تحول ساز در واقعي بوجود مي آيد) رفتار به وجود توافقات فرا عنوان بمره باني (1979). اثربخشي زباني قواعد گفتمان شوندي، بستگي دارد. فردي كه در قواعد گفتمان متبلور مي بخشا به بافت اجتماعي فعل گويش وابسته است و برعكس موقعيت گردد اجتماعي توسط قواعد گفتمان معتبر مشخص مي توان گفت كه نه چنانچه نظريه آخر را به حوزه روانكوي بسط دهيم، مي تنه موقعيت آشكار اجتماعي، بلكه همچنين ميدان ارتباطي پنهان انتقال و شوندي. | متقابل، توسط قواعد گفتمان پنهان و آشكار تعريف مي انتقال

فرا ارتباطات درباره قواعد گفتمان

براي ايجاد يك ديالوگ مطلوب بايد شركت كنندگان آمادگي خود را براي پذيرش قواعد گفتمان موقعيت خاص اجتماعي اعلام نمايند و تلاش كنند ه. چنانچه اختلال در گفتمان و يا گفتگوهي خود را با اين قواعد انطباق د سوء تفاهمي درباره قواعد پيش آيد، بايد امكان فرا ارتباطات درباره

* Rules Governing Cooperation and Discourse
Kooperations- und Diskursregeln

گفتمان انجام شده، فراهم باشد تا اختلال رفع شود، مثلاً از طریق بود، سؤال پافشاری یکی از شرکت کنندگان بر قواعد (نمونه: منظور من یک اما شما جوابی به آن ندادی).

در فرا ارتباطات، قواعد پنهان. مراعات نشده، آشکار و در صورت لزوم مجدداً ● کردند. در این حالت بافت اجتماعی و میدان انتقال و انتقال تعریف می کنند. متقابل تغیری می

در موردی که از گرینسون (1967) نقل شد، مداخله روان‌کاو نوعی فرا رقی روان‌کاو بیمار را از این ارتباطات درباره گفت‌وگو است. بدین طره‌اند. در غیر این صورت بیمار کند، می‌گرانی که وی بطور ارادی عمل می شود و این امر به عصبانیت و تصور خواهد کرد که قواعد همکاری رعایت نمی گردد. پرخاشگری در وی منجر می

متقابل در ارتباط با قواعد گفت‌وگو سؤال سکووت یا

ویش، علاوه بر اصل همکاری عمومی، قواعد دیگری نیز بر حسب هدف فعل گ کنند و از جانب شوند که از یک طرف به مخاطب امکان تمایز اعطا می‌طرح می نماید. مثلاً واکنش مناسب در برابر دیگری واکنش مناسب وی را تعریف می دهد. ما آورد چرا جواب نمی‌شوند استدلالت می‌سؤال، پاسخ است، که سؤال یک متقابل بر سؤال پردازی که چگونه سکووت و یا این به این مسئله می‌کن شوند. این‌ها برخی قواعد گفت‌وگو مستثنی می

بیمار سکووت اختیاری کند، سکووت با سؤال چنانچه روان‌کاو در برابر سکووت. تواند حاوی هرگونه تفسیری باشد، شود. از آنجایی که سکووت، می‌ماند می رد تا بر حسب بافت و رابطه انتقال. موجود، آن را بیمار امکان زیاده تفسیر کند. از زاویه قواعد گفت‌وگو، بیمار یا باید فکر کند که روان‌کاو، کرده است. در احترام اصول همکاری عام را زیر پا گذاشته و یا به بیمار بی شود که حالت اول ممکن است درمان قطع شود. از این مسئله زمانی جلوگیری می بیمار بدلیل انتقال، رفتار ارادی روان‌کاو را بپذیرد. اما چنانچه بیمار به کند، امری امکان دوم متمایل باشد، پیام فاقد ارزش روان‌کاو، وی را رنجور می که تأثیرات بازگشتی بر رابطه انتقال آن‌ها خواهد داشت.

ند، چنانچه بیمار، سکووت درمان‌گر را ناشی از بی‌اطلاعی وی تفسیر ک شود. در این حالت تأثیرات بازگشتی تری ایجاد می‌موق‌عیت نسبتاً مناسب آل سازی روان‌کاو را رها خواهد کرد. بر انتقال، آن است که بیمار بخشی از ایده متقابل، بویژه هنگامی که بدون مطرح کردن سؤال تک‌نیک متقابل سؤال ب بیمار این‌گونه گیرد، ممکن است از جان‌دلیل آن مورد استفاده قرار می خواهد اطلاعات لازم را در بتواند، نمی‌تواند شود که روان‌کاو با وجود آنکه می های اجتماعی وجود دارند که بین اختیاری بیمار قرار دهد. در واقع بافت دهد که پس‌خنگو و مخاطب نوعی عدم تعادل حاکم است و این‌گونه خود را نشان می تواند از قاضی شود، مثلاً یک مضمون نمی‌آمادگی جهت دادن اطلاعات مشاهده ن کنند، در حالی که عکس آن کاملاً مجاز است. قاعده فرنیچی، حتی بشکل سؤال تعدیل یافته آن توسط گرینسون، به آراء تعریفی از موق‌عیت روان‌کاو می مجاز نیست. بیمار بر سؤال شود که در آن بیمار به طرح هی‌چ‌گونه این‌جر می های انتقال جاری‌ود، این رفتار روان‌کاو را در پدیدده‌ای خاسب پی‌ش شرط سازد. یکی از امکانات، آن است که وی موق‌عیت درمانی را مثل صحن دادگاه می

تجربه كنند. از جانب ديگر ممكن است وي گمان كنند كه اصول همكاري از جانب شود. ما در مبحث سكوت روانكاو، در اين باره صحبت روانكاو رعايت نمي ديم. خطر اين مسئله بويژه در آغاز فرآيند درمان ي بيشتر است، زيرا كرنش اسد. بيمار هنوز قواعد تفسي ري روانكاوي را بخوبي نمي سوالاگر روانكاو، همانگونه كه گريسون پيشنهاده كرده، معنای قاعده متقابل را توضيح دهد، با موقعي ديگري روبرو خواهيم شد. چنين ام زيادي ندارد، اما بهرحال به تقويت رابطه كاري ميان توضيحاتي البته دو شود. روانكاو و بيمار منجر مي

جمع بندي

كنيم: نظريات منتج از نظريه فعل گويش را اينگونه جمع بندي مي ساخته درباره قواعد گفتمان كه عمدتاً حاصل تجربيات بيمار، دانش پيش كنند. سردرگمي و تأثيرات حمل ميروزمره وي است را با خود به جلسه درمان ي آيد كه روانكاو از قواعد روانكاو بر الگوي انتقال بيمار آنجا پديد مي گفتمان روزمره فاصله گرفته و قواعد آشكار و يا پنهان جديدي را مطرح نمايد كنند. بنابر اين روانكاو بيمار را بسمت آن الگوي انتقال ي هدايت ميامي انطباق داشته باشد. اينكه چه الگوهي انتقال ي كه با قواعد جديدي گفتمان هايي بستگي دارد كه بيمار در زمينه انتقال اگيرند، به پيش شرطش كل مي نمايد. با خود حمل مي

* ابژه و ديالوگپيدا كردن 3-4-7

تعاملات پيش كلامي و ديالوگ كلامي ب نشان داد كه و جواسوالاستناد ما به نظريه فعل گويش در نمونه زباني هاي قواعد گفتمان شامل يك سيستم متقابل و ظريف واكنش كنندگان در ديالوگ است. در تعاملات غيركلامي مادر و فرزند، به اشركت كنيم. اشپيتسهمين نحو، الگوهي منطبق و مرتبط با هم را مشاهده مي يند و اهميت ب(1976) اين رفتار. همناو ميان مادر و كودك را نوعي ديالوگ مي هاي دروني و تشبييت ابژه را مورد اين ديالوگ در دستيابي كودك به ابژه توان نظريات اشپيتس را در ديالوگ زباني آناليز ده. ميتاكيدي قرار مي انجامد. بكار بست كه به تغيري ساختار نمادهاي خود و ابژه مي ي رفتاري جاري به نظر اشپيتس در ديالوگ ميان مادر و فرزند فقط الگوه شوند، بل كه عواطف قبلي و همراه مادر و فرزند در يكيديگر ادغام نمي گردند. البته چنين نيسيست كه مادر بتواند، يا بايد مر آرزوي فرزندش را امي

* Object Finding and Dialogue
Objektfindung und Dialog

آل برآورده سازد. اما ديالوگ بايډ در آن حد رضاييت بخش باشد تا در بطور ايمده بژه ايجاد شود. فرزند يک تصوير مطلوب از رابطه با ا از طرف ديگر، الگوه اي فرزند (تصوير وي از رابطه با ابژه) متمدني دد و فرزند از ايشود، از اين طريق که مادر بخشاً به نيازهاي وي پاسخ نمي ايمده اي خود را تحت کنترول در آورده و غيبت مادر را آموزد، تکانش اين طريق مي بدون عواطف و هيجانات شديت تحمل کند. کند با آن گونه که ايشپيتس توصيف مي بامت ديالوگ پيش کل ايمي، ش جواب روشن است. در طيف جواب مستقيم، ارضا و در -سؤال الگوي زباني شود. لطيف جواب ايم ايمي، نوعي سرخوردگي ايجاد مي چنانچه اين شباهت را مبنای قرار دهيم، روان کاو جهت رشد بيمار، به ترکيب شود که بکارگيري دارد. در اينجا روشن مي متعادل ي از اين دو نياز شود. | متقابل راه حل سهل انگاران مشكل محسوب مي سؤال سختگيرانه قاعده چنانچه بخوايم به يک ائتلاف پاي دار کاري دست يابيم، بايډ بخشي از خواهد پاسخ دهيم. البته سرخوردگي نيز انت بيمار را آن گونه که وي مي سؤال ر است، مثلاً هنگام ي که روان کاو در مورد موضوعي اطلاع بعوضاً اجتناب ناپذ ي هاي کند. از جانب ديگر سرخوردگي ندارد و يا از حريم شخصي خود دفاع مي هاي زندگي لطبي عي، قوه تفکي و تم ايز بيمار را در برخورد با واقعي ت روزمره تقويت خواهد کرد.

تفاوت با قواعد گفتمان روزمره

انت بيمار و يا سؤال كنيم که روان کاو بعليت پاسخگويي به ايشنهاد نمي کلاً در جلسات درمان ي، بر مبنای قواعد گفتمان روزمره رفتار کند. اي که توأم با تکان يک وي است، کنيم که قواعد آشکار و نهفته اما تأکيد مي ● گردند. گيري انتقال نزد بيمار محسوب مي هاي مهمي در شکلش اخص چي کي (1978) بر اين باورند که قواعد اصولي و قاعده فلي در و گورو خويشتن داري، رفتار انتقالي ايجاد کرده و الگوه اي ارتباطي کودک با کند. معمولاً مادري نيست که فري که به وي وابسته بوده است را تکرار مي ات فرزندش را بي پاسخ گذارد و کاملاً شان خالي کند. در ضمن اين سؤال هم اي که درباره آن افتد. کليش مکرار تحت شرايط مطلوبي اتفاق مي نوع ت آورند تا بيمار امروزه اي مناسبي بوجدود نمي صحت کرديم، پيش شرط هاي به تري از گذشته دريافت کند. تغيري در قواعد گفتمان روزمره و پاسخ تأثيرات آن بر بيمار و رابطه انتقالي، بايډ از سوي روان کاو بدقت مورد رسي قرار گيرد. ب امکانات منحصر بفرد ديالوگ روان کاوي آن است که قواعد گفتمان آن در ● هاي روزمره، بسط و توسعه بيابند. چنين گسترشي که ايم ايسه با ديالوگ است، به منظور آگاه شدن بر ناخودآگاه انجام قبل از ممل شامل تعبيرات شود. ايم در همين نکته نهفته است که در متقابل نيز سؤال مفهوم مثبت قاعده صورت بکارگيري خشک آن، از بين خواهد رفت. بنابر اين چنانچه روان کاو اي خود بر انت بيمار را پاسخ دهد، از عده وظيفه حرفه سؤال به شيوه معمول را بفهمد. سؤال نيمده است. وي بايډ پديده ناخودآگاه در پس

کنيم: کودک در اضطراب جدايي از احوال اين موضوع را با يک مثال روشن مي

را توأم با اي جادسؤال مادر اين "گردي؟کي بر مي" پرسد: مادرش مرتب مي را در ابتداي تعطيلات سؤال دهد. بيماري كه همين دلگرمي در كودك جواب مي شم به "كنند، احتمالاً اين تفسير را دريافت خواهد كرد: روانكاو از وي مي گردهم و عصبانيت شم اكنيد كه مطمئن شويده من كي بر مي ميسؤال اين دلي "اي وارد نكنند. از اين بابت به رابطه ما لطمه

رود. حاصل اين طفره | طفره ميسؤال بدني وسيله روانكاو بخشا از پاسخ به رفتن نوعي سرخوردگي است. روانكاو براي جلوگيري از سرخوردگي در هاي ناخودآگاه اكنده بخشا شروع ميبمار، نوعي فرا ارتباطات را با وي يسؤال كنند و بدني وسيله پاسخ به بيمار را در تعبيري انتقال روشن مي توانم آن را دهه كه بيمار مطرح نكرده است: چرا من عصبانيت هستم و نميامي بروز دهه؟

جمع بندي

به ميزاني كه بيمار در اين تعبيري از طرف روانكاو درك شود و از اين طريقي يابد كه به وي در به فهم بهتر از خويش نائل گردد، به نوعي ارضا دست مي اش نيز كمك خواهد كرد. به همين خاطر وي بر سرخوردگي احل تعارضات اش تجربه كرده، غلبه انتسؤال كوچكي كه در اجتناب روانكاو در عدم پاسخ به بتواند خواهد كرد. اما براي نيل به پيشرفت، يعني موقعيته كه روانكاو يك تعبيري مفيد ارائه دهد، بايد يك رابطه درمانتي با اجزاء آگاه، ناخودآگاه و هايش حائزها و نكرده انتقال بوجود آيد. نقش روانكاو در اين فرآيند با كرده متقابل در بيماران پرخطر به يك سؤال اهميت است. پيروي خشك از قاعده يرش تعابيري جديده خواهد انجاميد. پسرفت خطرناك و يا اجتناب بيمار از پذ از جانب ديگر پيروي از قواعد گفتمان روزمره، فرآيند درمانتي را از اهداف آن هاي دور خواهد ساخت. مهم آن است كه روانكاو به شفافيت اوضاع كمك و واكنش بيمار را در مداخلات بعدي خويش لحاظ نمايد.

و اهداف 8 ابرار و وسایل، راه

- 8 زمان و مکان-1
- 8 هنر کشف روان کاوی-2
- 8 ابرار خاص و غی ر خاص-3
- 8 نقطه نظرات کلی-3-1
- و بازسازی 8 یاد آوردی-3-2
- 8 مداخله، واکنش و بی‌نش-3-3
- 8 شروع مجدد و پس‌رفت-3-4
- 8 تعبیر انتقال و واقعیت-4
- 8 سکوت-5
- نمای‌ی‌کنش 8-6
- 8 پردازش-7
- های جدی‌د 8 یادگیری و ای‌جاد ساختار-8
- 8 پای‌ان درمان-9
- 8 نقطه نظرات کلی-9-1
- 8 طول درمان و محدودیت-9-2
- 8 معیارهای پای‌ان دادن-9-3
- 8 مرحله پس از آنالیز-9-4

8* زمان و مکان-1

ای رفتارهای مشخص اجتماعی، نوعی عملکرد اجتماعی زمان و مکان برای پاره ها در خانه‌نش‌به شب‌های منظم، جلسات چ‌ه‌بخش دارد. شب نشینی‌ساختار فروید، دعای کلی‌س‌ا در روزهای یک‌شنبه، تعطیلات تابستان‌ی به موقع و های بیش‌تر اشاره به این مطلب دارند که فرآیندهای زندگی، نظم‌ن‌مونه تواند عملکرد هویت‌ن‌دی می‌ب‌ی‌ول‌وژی‌ک و اجتماعی خاص خود را دارند. قاعده ات که سبب سام‌ن‌دهی‌ی‌ابی داشته باشد. با توجه به این نقطه نظر ، مایلی‌م موضوع ترتیب جلسات درمانی را مورد بحث قرار اش‌ودت‌جربیات می‌دهیم.

و "برقراری ارتباط با شرایط کنونی" به نظر فروید، جلسات روزانه برای رفت‌ن‌د (1913، ص: 460). در این‌جا اواقعی زندگی بی‌مار ضروری بشمار می

* Time and Place
Zeit und Raum

ود به بخشي از زندگي كنوني تبديل تواند خبايد متذكر شويم كه درمان مي شود.

آل ساختار ايدلم عيار ارزشي ابي تخصصي براي عمق زماني درمان، رابطه بخشي، درگيري و پردازش تحت نظر روانكاو است. رعايت رخدادهاي مهم فرآيندي، تجربيات و پردازش خارج از شرايط روانكاوي و اهداف درمان، موارد در نظر داشت (فورستن او 1977، ص: 877). مهم ديگري است كه بايد

الكسان در و فرنچ (1946) پيشنهاده كردند كه شدت مجادله بر سر نوبت انتقال بواسطه تغيري فراواني جلسات هدايت و ساماندهي شود، پيشنهادهي شود كه به تعداد جلسات كه با انتقادات جدي روبرو شد. اما چه چيز باعث مي كنيم، پاي بند باشيم و تغيري آن را با تعمق فراوان كه در ابتدا مقرر مي كنيم: از يك طرف انجام دهيم؟ در اينجا با يك تناسب جالب برخورد مي آل ساختار بخشي، ايدلم متغير وابسته رابطه عنوان به فراواني جلسات درگيري و پردازش كاربرد دارند، اما به مجرد اجرا، زمان اختياري خصلت يك شود كه تعارضات اگيرد و به چارچوبي تبديل ميل را بخود مي متغير مستق شوند. ارتباطي در آن متبلور مي

هاي شود كه انگيزه زمان تعي يني شده براي هر دو طرف به چالشي تبديل مي گدارند. مختلفي در آن اثر مي

توان بحث كرد كه در مورد سكوت روانكاو. درباره تنظيم زمان به همان ميزان مي آنجايي كه رعايت برنامه زماني در مطب روانكاو يك چارچوب اساسي را از دهد، چارچوب زماني براي ناخودآگاه بي مارت نكته هجومي جذابي تشكيل مي تواند در اينجا روانكاو را در نقطه حساسي شود، زيرا بي مارت ميلمحسوب مي مان را تهديد مورد حمله قرار دهد، چونكه وي استقلال روانكاو در ساماندهي ز كند. هر چقدر روانكاو از تعداد جلسات مقرر بيشتتر دفاع كند، به همان مي ها بيشتتر خواهد شد. نسبت مجادله بر سر نوبت

قرار جلسات موضوعي است كه رابطه فراواني جلسات و فرآيند روانكاوي. شود. تعي يني 2، 3، 4، 5 يا 6 جلسه در كمتر به نظريه تكنيكي مربوط مي ه، در ميان انبوهي از متغيره اي ديگر، زمينه پيشگويي درباره فضاي هفت هاي اسازد. طببيعي است كه هر يك از فراواني ايجاد شده درمان ي را ممكن نمي آورد. فوق، ابعاد متفاوتي جهت شكوفايي فرآيندهاي ناخودآگاه بوجود مي

را جدي ما همراه با شارپ (1950) و لوالد (1975) استعاره صحنه تئاتر هاي را اگيري جهتگيري م. گستردي و يا محدوديت اين فضا بطور عام مي كند، اما از كارگردان انتظار بيشتري از براي صحنه پردازي فراهم مي رود كه در صحنه حضور دارند. لوالد از نورز انتقال بازيگران مي او خلق كرده و كند كه بي مارت در همكاري با روانكاوي يك درام صحبت مي عنوان به كشد. از جانب ديگر براي ما مهم است بدانيم كه هر بي مارت به صحنه مي نيازمند چه بُعد زماني است تا تعارضات ناخودآگاه خود را در رابطه درمان ي به صحنه بي آورد.

رسد در اين باره تفاهم فراگيري وجود داشته باشد كه امروزه به نظر مي هاي درك اعداد جلسات، مابين پسماندهت عريف و تعي يني استاندارد ت ايدئولوژيكي از روانكاوي است. آنجايي كه بدل ايل اقتصادي كاهش جلسات رسيده است، مثل فرانسه كه حداكثر 3 جلسه در هفتگي ضروري به نظر هفته تعي يني شده است، شاهد آنيم كه جومر عمل روانكاوي به اين دسته از هاي با تعداد وارد نادر است كه درمان شرايط بيروني وابسته نيس. در م

جلسات باله در هفته، مثلاً 5 یا 6 جلسه، به حفظ و استمرار فرآیند درمانی بکنند. به نظر ما اکنون القای نوعی یکسان گرایی، سیستم فکری که می روانکاوی را تار و مبهم ساخته است. بدین ترتیب بحث واقع بینانه موردی گردد. به نظر ما دشوار می-ه در هفته نیاز دارد؟ این بیماران چند جلسه- بکنند تعیین تعداد جلسات مشابه برای همه بیماران به استدلالی که مطرح می های فردی در واکنش به موقعیت است آن دارد که دریافت بهتر تفاوت نماید، ناشی از درک نادرست قواعد است. نادیده گرفتن میزان اهمیت می شود، همانگونه که در بحث از دید فرد، به ابهام منتهی می اقدامات بیرونی آنالیز پذیري روشن کردیم.

درک کافي از اهمیت تعداد جلسات و رفتار بیماران در فاصله بین جلسات. عملی رفتار لحاظ به نظریه و هم لحاظ به آید که هم می دست به شدت درمان زمان می داشته باشیم. بیماران در بین جلسات را در نظر و تحت مشاهده دلیلهای داند و بیماران که برای مدت طولانی بین جلسات فاصله می بکنند، نیاز به جلسات بیشتری دارند تا بیماران می مقاومت کناره گیری می بکنند. که به موقع این موقعیت را در می یابند و از آن استفاده می اعات و جلسات (ویدرمن 1979) فقط به س "فضای روانکاوی" بنابر این شود شود، بلکه همچنین شامل دنیای تجربه درون روانی می درمانی خلاصه نمی سازی و گشوده شده است. در این معنای، که بواسطه فرآیند روانکاوی زمینه های پیشرفته، سه برای موارد ساده و یا ادامه درمان "گوید که فروید (1913) می (9) ص: 45 "کنند جلسه در هفته کفایت می.

طول هر جلسه

برخی موارد "شود. طول هر جلسه بطور عموم بین 45 تا 50 دقیقه تعیین می باید برای بیماران حتی بیش از یک ساعت وقت گذاشت، زیرا آنها بخش عمده جلسه را برای گرم شدن نیاز دارند تا بتوانند تدریجاً وارد تعامل ه امروز کمتر با این دسته از رسد که (فروید 1913، ص: 460). بنظر می "شوند خواهی با آنان برخورد داشته باشیم؟ بیماران برخورد داریم، یا این که نمی شود. معمولاً از زمان بندی جلسات بین 45 تا 50 دقیقه گله می تجربه ذهنی زمان به این بستگی دارد که در الزامات درمانی و علایق مادی. نی انجام شده یا نشده است. این تجربه، زمان مشخص و موجود، چقدر کار درمانی یک واحد تعاملی است. حتی اگر بدلیل قابل فهم، موضوع آن نباشد که تسلیم انتظارات زیاده طلبی بیماران شویم و آن را تجزیه و تحلیل کنیم، را باید رعایت کنیم. آنجایی "میانگین یک ساعت" اشاره فروید مبنی بر دهیم، باید نوسانات احتمالی را در نظر داشته که میانگین را مبنای قرار می باشیم. البته انحراف از این میانگین باید کم باشد، زیرا زمان به معنای پول نیز هست. علایق مادی روانکاو در اجرای دقیق طول یک جلسه از جانب گریسون مورد انتقاد واقع شده است. به گمان می باید بین جلسات یک شت استراحت آرام دا

به نظر من 50 دقیقه برای هر جلسه، حاکی از غلبه دید مادی گرایی در " بکنند. به نظر روانکاوی است که به دید انسان دوستی علمی آسیب وارد می رسد معالجه بیماران یکی پس از دیگری، تأثیر خوبی نخواهد داشت و می (گرینسون 1974، ص: 401). "یادآور کار ما شینی در کارخانه هاست

کند که روان‌کاو اگرینسون با انتقاد خود، ضرورت این مسئله را بیان می‌کند خدا حافظی از یک بیمار و جلسه با بیمار دیگر، فضای آزادی در اختیاری داشته باشد.

های موجود در سبک‌های روان‌کاو، یک استراحت | به گمان ما با وجود تفاوت •
کوتاه بین جلسات قابل توصیف است.

درباره تجربه زمان در روان‌کاو نظریه‌های رویکر

سیر تکوینی چسبنده و متصل تجربه زمان، اساس تجربه موفق در
دهد (استون 1961). (کافکا 1977) اشاره‌ای به روان‌کاو را تشکیل می‌کند که علاقه خاص روان‌کاو در زمینه تجربه زمان احتمالاً در این نهفته‌ای است که تجربه‌ات گذشته در اکنون ساختار بندی است که وی دائماً شاهد آن
های زمان رخداد شوند (ص: 732). در این جا حساسیت خاصی برای جنبه‌های روان‌کاو نیازی است؛ این موضوع که دانستن قیدی که بشکل نام‌های خاص
اند، چگونه به زمان حال تبدیل می‌شود و دارای ساختار زمانی درونی و متراکم
د، به لحاظ نظری بسختی قابل توضیح است (بن‌پارت شون‌من‌تقل می‌آسیب "1940،
ارن اشتین 1969، ساختل 1947، لووالد 1980). (همچنین
برای روان‌کاو موضوع مهمی است) هارتوگولیس 1985). "شناسی زمان
(کافکا 1977، ص: 727) به این موضوع اشاره خاص دارد: (Time-out) تایم اوت
ی بیمار یک تایم اوت بسط یافته است (از کار، از جلسه روان‌کاو برآ
میزان این "های رفتاری و ارتباطی معمول (های عادی، از سبک‌های رفت
تغییر، یعنی خارج شدن از دنیا و زمان روزمره، به رفتار روان‌کاو نیز
بستگی دارد و حاوی بخش مطلوب عمل کرد سکوت است:

شود. آرامش‌مانند سرپوش چراغی است دنیای خارج از جلسه به عقب رانده می‌شود. سکوت که
روان‌کاو برای بیمار، آغازی جدید است تا با خود و دیگران با آرامش و فاصله
(رایک 1976، ص: 139). "بی‌شتری برخورد کند

مایت و به او کمک کند، به توان از تایم اوت بیمار ح سکوت متناسب می‌کند
تجربه درونی زمان معطوف گردد.

انجام به بیمار | ترتیب و قاعده جلسات که به ساختار مشخص می‌کند
گیری احساس زمانی برای روان‌کاو و فهم مشخصی برای تایم فرصت شکل
کند. اوت اعطا می‌کند

معمول (بسط یافته نسبتاً Time-in) "تایم این" برای روان‌کاو، اما جلسه یک
و روزمره است (کافکا 1977، ص: 727) که اجرای آن هم به تعادل فردی و هم به
نظم موجود در رابطه با بیمار بستگی دارد. نظریه فردی وی درباره زمان،
ناخودآگاه "محدود ناپذیری" زمان موجود، نظریه وی درباره کیفیتی معنایی
شوند. ب می‌های رفتاری وی در جلسه درمانی محسوس‌مانی، شاخص

روان‌کاو ساختار زمانی مبتنی بر فرضیات و نظریات مشخصی را با خود
زمانی موجود است. روان‌کاو -های بیمار به شکل خطی‌کند که در ادامه حمل می
اطلاعاتی را که بل‌حظ زمان واقعی از یکدیگر فاصله دارند، بطور معناداری
های روان‌کاو | فعالی‌ت‌ساز در چارچوب مفروضات جدید به یکدیگر مرتبط می
در ابتدا برای بیمار تازگی دارد و وی باید برای این نوع ارتباط دهی آماده
(شبی تبديل "تراکم دهنده" عنوان‌ب‌شود. کافکا به همین خاطر از روان‌کاو
کند) (ص: 727). (گاز به مایعات) و نیز بسط دهنده زمان یاد می‌کند

عد زمان را در معنای تعلق به تاريخ بيمار بايد اين مدخل ذهني و آرام به بـ^۲ زندگي هابرماس، درون سازي كنند:

گمان من آن است كه فرآيند روانكاوي، پيوند جديده داده و احساسات،
(كند) (كافكا 1977، ص: 728). (بساماندهي و تفسي در دوباره حس زماني را مهيأ مي

طول درمان

شوند كه فضاي زماني منجر ميهاي جداگانه در جلسات روانكاوي به يثايم اوت
يكي از "باشند. كه بويژه در ابتدای درمان بسختي قابل پيش بيني مي
كنند اين است: طول درمان ات نامحسوبي كه بيمار در ابتدا از روانكاو مي سوال
(فرويد "چقدر است؟ براي رهايي من از مشكلاتم، چقدر وقت احتياج داريد؟
يغني با اتكا به افسانه اسوپ پاسخ 1913، ص: 460). توصيه زيركانه،
كنند: همراه فردي درباره طول راهي كه بايد دادن، به عبور از اين مسئله كمك مي
هاي ده: برو تا من با اندازه قدم كنند. آن فرد جواب مي سوال پي داده شود از وي
تو آشنا شوم!

(ص: 460). "دبش درباره طول درمان احتمالاً مي سر نمي سوال پاسخ به "ام
كنيم كه اي برخورد مي در نگاهي به وضعيت كنوني، به اشارات حاضر و آمده
4 تا 5 جلسه در هفته، "باشند: هاي استان دارد مي نشي از بكارگيري روش
(ن دل من "كمتر از سه سال و در موارد نادر تا 6 سال در تيم عمل تا 5 سال،
هاي روانكاوي در مدت زماني بسيار 1980، ص: 57). با وجود آنكه درم
منوز مطرح است كه تكنيك سوال شوند (كشله 1990)، اين تيري انجام مي كوتاه
درماني نيوكلسي ك چرا به طولاني شدن دوران بهبود انجاميده و مزي نه و سود
برند؟ اگر فرويد از طول درمان بلن مدت در يك تناسب ناخوشايند بسر مي
ش 6 ماه و يا يك سال بود، زماني بي ش از آنچه بيمار گفت، منظور سخن مي
انتظار آن را داشت (فرويد 1913، 462).

8) پايان درمان (به دلايلي كه به طولاني شدن درمان روانكاوي -م در بخش 9
كنيم كه تعي يني و اند، خواهيم پرداخت. فعلاً به اين بسنده مي نمي چر شده
كنند كه زمان تجربه شده خود حمل مي توضيح قبلي طول درمان اين خطر را د
با يكي ديگر اختلاط پيدا كنند. به همين، با طيف زماني س پري شده عيني
خاطر ما با تعي يني طول درمان برخورد انتقادي داريم، چون به نظر ما چنين
حالتي، بيان گر نوعي ديده جامد به فرآيند درماني است:

توان آنرا بر اين خاطر كه نمي زمان يك بـ^۲ عد ديالكتيكي است، نه فقط به
خلاف مكنان در حالت سكون تصور كرد، بلكه بدين خاطر نيز كه گذران آن
همواره سبب تنديدي ديالكتيكي ابعاد سه گانه آن، يغني گذشته، حال و آينده
بخشد. يك كليتي كه بوسيله شئي پذي ري گذشته يا آينده را تحقق مي
(1) (گابل 1962، ص: 14) "آي دبوجود مي

اطاق درمان

بررسي اطاق روانكاوي برعكس بايد بر مبناي خصوصيات مشخص مكنان
انجام شود و توسعه معنايي آن در سطح استعاره صورت پذيرد. ما و بيمار
كنيم. بيمار در اين اطاق را از دريچه نماه اي ادراكي دروني شده مشاهده مي
نورز انتقالي در يك مكنان " دارد. اين مكنان انتظار رويارويي با روانكاو را

تواند | ویدرمن 1979). فرآیند روان‌کاوی می‌"آیداعاری از تأثیرات بوجود نمی‌فقط در یک مکان خاص شکل بگیرد که تحت قواعد تکنیکی پدید آمده و در اثر و اثر متقابل هر دو مشخصی که در فرآیند درمان قرار دارند، تحقق پذیرد (ص: 282).

مان چارچوب بیرونی و عینی شکوفایی فرآیند درمانی را ایجاد اطاق در زمانی محدود است، مکانی در نظر لحاظ‌کنند. برای رابطه دوسویه که می‌شود که بواسطه خصوصیات فیزیکی یا تأثیرات منفی و یا اگر گرفته می‌مثبت بر جای خواهد گذاشت. با وجود آن‌که باید گفت که در ادبیات به میزان در باره اطاق درمان نوشته شده است، فروید از اطاق درمان به عنوان ناچیزش برسد. فروید بوسیله شخص خود و اطاق درمان چیز نام می‌"تری‌ن‌م‌قدس" انداخت و برداشت وی از استعاره آینه، فرآیندهای انتقال را به جریان می‌سطح توخالی نبود.

د که تلاش دارند، تمام‌شوها از روان‌کاوانی صحبت می‌برعکس در لطیفه‌های بیرونی را معیار بندی‌کنند، در حالی که اطاق درمان یکنواختی‌محرك‌دهند، هر سال به‌خیاط خود سفارش مشابه سال قبل برای لباس را ترتیب می‌کنند؛ امری که |دی‌گر خود را به آینه کاملی تبدیل می‌طریق‌ی‌ب‌دهند و یا |می‌کرد. |می‌فن‌یشل در سال 1941 بدان انتقاد

چنان‌چه این معیار را مبنا قرار دهیم که روان‌کاو باید در اطاق احساس آرامش اطاق درمان دهی‌شکل‌داشته باشد، به حدی که بی‌مار آن را حس کنند، برای شود که |ای ایجاد می‌شود. در این حالت می‌دان مشاهده‌ام‌کانات متفاوتی فراهم می‌با ی‌ک‌دی‌گر را سنجید. چیزی که در توان انطباق‌بینش و رفتار روان‌کاوامی‌کنند، یا رفتار زن، روان‌کاوی است که در آن حرکت می‌این اطاق حرف اول را می‌آرام دارد و یا اطاق را به سلیقه شخصی خود چیده است. برای درک اهمیت اطاق‌ها توسط گوفمن |های که از زاویه نظریه نقش‌چارچوب درمان، بررسی‌عن‌وان‌به‌م‌شده، حایز اهمیت است. در رابطه درمانی، جزئیات زیادی وجود (1961) (ان‌جا‌اند. این جزئیات بدان اشاره دارند که همواره موضوع بحث و گفت‌گو بوده‌های ال‌گویی خدمات تخصصی‌دارند که واقعیت درمانی در ترکیب نقش‌شود (گوفمن 1961، ص: 305). روان‌کاو مکانی که رابطه درمانی در |ت‌عریف می‌کنند و با نحوه د‌کوراسیون اطاق، خود، به موضوع |شود را تعریف می‌آید می‌آن‌ج‌شود. |بحث تبدیل می‌

گر را داشته باشد. |طاق درمان‌گر باید کیفیتی که محیط تسهیل‌ما معتقدیم که روان‌کاو توانایی مراقبت دارد و قطعاً درجه حرارت اطاق را حس نماید. |وی ظریف را درک می‌کند و در صورت لزوم، نی‌از بی‌مار به ی‌ک پت‌می‌شود که بی‌ماران بسیار مختل‌ن‌کنند منفی درباره اطاق درمان زمانی ایجاد می‌کنند. گری‌ن‌سون این موضوع را |ب‌ژه‌گذار تجربه می‌عن‌وان‌به‌طاق درمان را گزارش موردي ی‌ک بی‌مار نشان داد. بی‌مار با دست کشیدن به کاغذ دیواری کرد که گری‌ن‌سون بع‌لت ت‌ن‌صدای خود قادر |طاق آرامش و ترحم دریافت‌ای داشته |ال‌ع‌اد‌ت‌وان‌د اهمیت فوق‌احتی اطاق درمان روان‌کاو می‌"به دادن آن نبود: "باشد و به پناهگاهی از ته‌دی‌ده‌ای برونی و درونی برای بی‌مار تبدیل‌شود (گری‌ن‌سون 1978، ص: 394).

وی این نکته نیز هست گر |محیط تسهیل‌عن‌وان‌به‌استفاده از اطاق درمانی که باید همواره فرآیند جدایی را نیز در نظر داشت.

چنانچه بيمار نسبت به اطاق و اشياء درون آن حس تصاحب پيدا كند، گويي دقت كافي "مال تو" و "مال من" كه متعلق به وي هستند و روانكاو به امتزاج يديگري، انكار زماني محدود در فضال حاطبهمبذول نكند، اشتراك موضوعي و گردد. اهاي ايچاد و رابطه درماناي دشوار ميشود. بدین ترتیب سر در گم يامي مرزهاي من» (فدرن 1956)، در اينجا از زاويه «موضوع نظري و انتزاعي تكانيك درماناي حائز اهميت است. اين نظريه در تمام موارد مرزي اهميت دارد. روانكاوي بسختي قابل هايامشكلات مربوط به تفكيك و تمایز درمطب شوند. اند، زيرا ترسيم مرزها هر بار بطور فردي انجام ميشود. هاي مهمي هستند تا بدینوسيله از طريق ادراكات در اطاق روانكاو پيش شرط هاي تحديده با تجربيات كيفي اگيري ابژه موقتي، مويت سازيشكل دارد كه بيمارانساناي غنا بپذيرند. همزمان نوسانات و مرزهايي وجو استقلال روانكاو و اطاق وي را خواهد پذيرفت. چنانچه مطب در خانه خصوصي مانند، در حالي كه در مراكز درماناي، اهاي خصوصي بسته ميروانكاو باشد، اطاق ملاقات در جاهاي مختلف امكان پذير است. بيمار هميشه در هيچان و تنش ام به حريم خصوصي وي بسر شركت در زندگي خصوصي روانكاو و احتر بردايي اي از فرديت و كند، نموندر حالي كه روانكاو مرزهاي مكاناي و زماني ايچاد مي دهد. بيمار براي رسيدن به اين هدف، موقتاً و داوطلبانه از استقلال آرايه مي كند تا به نوبه خود به استقلال بخشي از استقلال خود چشم پوشي مي س دست يابد. بيشتتر و بدون تر

8* هنر كشف روانكاوي-2

اي است كه ارشميدس، شمي دان | اين جمله "كشف كردم." (Heureka مويركا) يوناني، هنگامی كه قانون وزن مخصوص (چگالي) را پيدا كرد، فرياد زد. راهكار روش شناختي يك چيز تازه، عنوانبه هنر كشف و عنوانبه اکتشاف بيمار، در كشفياتي با گستره "آهان" رد شود. تجربيات خت عريف مي انسان و □□ کردند؛ اگر چه به دنياي دروني درماني وسيع تجميع مي هاي تاريخ به باشوند و مانند قانون ارشميدس در كتانزديكان وي محدود مي رسند. چنانچه بيمار به بينش جديدي از اوضاع خويش دست يابد، ثبت نمي اي وي، همراه باهد شد، از اين بابت كه ايده حرفمباعث خرسندي روانكاو خوا اند. همدي و تعبيرات وي به ثمر نشسته

عليرغم خوشحالي از اينكه جستجوي مشتراك نتيجه بخش بوده، روانكاو بدلایل متفاوت، خويشتنداري خود را حفظ خواهد كرد: او احساس غرور و هاي غيرمعمول اين راه حل خلاقيت خود در پيدا كردن دليلبمرضايتمندي بيمار دهد. شايد حتي روانكاو در ابراز موافقت خود تا حدودي را مورد تأكيد قرار مي تأخير كند، چون در اينصورت ممكن است تأثيرات القايي بر بيمار وارد شود كه اطمينان از پيدا كردن و يا مطرح مي سوال كند. بالآخره در اکتشاف اين ي استوار است؟ كشف چيز جديدي بر چه مبناي

شباخت، بيمار دليلبهدهيم كه ما به بيمار تصورات انتظاري آگاهانه مي

* Psychoanalytic Heuristics
Psychoanalytische Heuristik

كند. اين كمك فكري است كه به ناخودآگاه انكار شده نزد خويش را كشف مي (فرويد "رساندليمار در غلبه بر مقاومت ميان آگاه و ناخودآگاه ياري مي (1910، ص: 105).

كشف و آلگوريتم

فكر را به "دانيم كه | روشي مي عنوان به با بودن (1977) اكتشاف را همرا هاي به نظر غي رده و از پي مودن رامسرعت به سمت هدف مورد نظر سوق مي عنوان به (ص: 347). برعكس، رامبردهاي آلگوريتم "جويدهموفق دوري مي كه از سيستم قواعدي مرحله به مرحله قابل تعريفي و تجويز است و تا زماني آيد. چنانچه شود، انحرافي در آن پديدي نمي آلگوريتم پيروي مي پسرخه ها از درجه پيچيدگي بالايي برخوردار باشند، رامبردهاي برخي موقعيت هاي پر درد و سرمنجر شده و استفاده از قواعد آلگوريتم به راه رسد. اكتشاف ميدي به نظر مي

ها و سايه كنند كه وي به پيچيدگي استعاره شطرنج فرويد روشن مي هاي شرايط روانكوي واقف بوده است. با وجود آنكه وي از تمايز بين روشن هاي تكنيكي وي آلگوريتم و اكتشاف استفاده ننموده، با اين حال توصيه به نحو بارزي با الگوهاي ارئه شده اكتشاف في در اينجا، همسويي دارد. به ها از انعطاف پذيري فاصله بگيري، در | توصيه مي زاني كه در اجراي اين تكنيك روانكوي نوعي آلگوريتم كه با ذات روانكوي بيگانه است، ظاهر شود. امي

رامبرد اكتشاف في، مؤيد استنباط ما از شرايط عنوان به درك قواعد اصولي ◀ يك شرايط پيچيده و چند معناست كه فهم آن اطلاعات عنوان به روانكوي طلبد. | از آنچه در دسترس است، ميبيش تري هدف نخست رامبرد اكتشاف في، جمع آوري اطلاعات مهم و ساماندهي آنان است. رامبردهاي اكتشاف في خوب، به كاهش نااطميناني، پيچيدگي و چند معنايي و انجامد. مفروضات اين افزايش احتمال فهم موضوعات مهم در لحظه خاص مي هاي بوجود آمده توسط اين قواعد به تراكم دانستن ها آن است كه اطلاعات روشن شود و معيارهاي حذف يا جذب داده در فرآيند جستجوگري نظم بوجود منتهي مي گيرد. در روش آلگوريتم، پيچيدگي و نااطميناني بطور مصنوعي و امي يابد. از طريق پيش اطلاعات تثبيت شده، به داده معنايي بسريع تقليل مي دد و فرآيند جستجوگري به نحو تصنع و نامطلوب پايان گيرتفويض مي شود. ايابد، بل كه نابود مي پذيرد. پيچيدگي تقليل نمي امي

زمينه قواعد گوناگون

هاي درمانني كه هدايت رخدادهاي بل اواسطه را بعهده قواعد تكنيكي و توصيه ن داد آن گونه كه يك كاركروه فرانكفورت (آرگلاندر 1979) نشاندارند اند. اگر همراه راپاپورت (1960) بطور عمده از آثار فرويد استخراچ شده توانيم بر حسب ابعاداني، مي ابزار و نحوه كاربرد روش عنوان به تكنيك را تكاليف موجود در فرآيند روانكوي، زمينه قواعد گوناگون را از يكديگر تفكيك كنيم.

ويت مشامده حضوري نظر مثبت دارند، رامبردهاي كه به تقارامبرد شنونده. شونند، به روانكاو توصيه اي عني به بيش و دريافت روانكاوي مربوط مي كنند به تجربه عاطفي بيمار نزديك شده و گهگاه با آن همانندسازي نموده امي عني عتا از اين طريق به دنياي دروني وي راه يابد. قاعده اصولي روانكاو عني، خود-رساندبرابر آنچه بيمار به اطلاع وي مي توجه و دقت متعادل در و به تدقيق مشامده حضوري هاي روي ناخودآگاه سپردن فعاليت دستبمرا هاي ناخودآگاه ضروري است. اهميت تداعي پرداختن كه جهت دريافت انگيزه پذيرد، تأكيد بر آزاد روانكاو كه در چارچوب دقت و توجه متعادل انجام مي ضرورت است كه روانكاو اجزاء تعريف شده را بوسيله تجربه خود غنا اين بخش (پترفرويند 1983، ص: 167).

در كنار رامبردهاي شنونده، رامبردهاي گوينده وجود دارند كه رامبرد گوينده. نماید. در روانكاو با اتكا بر آن، معناداري اظهارات بيمار را تصحيح مي كه به سمت شكوفايي و پي بردن به ذهني هاتكميل اين استراتژي هاي بيمار سوگيري دارد، روانكاو توجه خود و بيمار را مخصوصاً به صحبت دارد كه در تجربيات روزمره حادثه هاي نادر و كم نظيري معطوف مي پذيرد. كند كه فقط اشاره مي □□□□ شوند. آرگلاند (1979) در اينجا به مورد انمي ي اظهارات وي به باز شدن گره منتهي گرديدي. برخي جزئيات جاناب اين رامبردها به قطع توجه متعادل و سپس به حالت آمده باش و تمرکز دقت انجامند) مراجعه شود به فصل 9: آمادگي ادراك روانكاوي به آمادگي رفتار امي شود. روانكاوي تبديل مي

د كه طي آن جستجوي اکتشافی، فرآیندهای فکری درونی را به همراه دار شونند. بدین ترتیب هاي مختلف تنظيم مي اطلاعات دريافتي در ديگاه الگوهاي كاري عمومي، فردي و موردي موجود در روانكاو، فعال و يك مداخله شود. سازي مي زمينه

الگوهاي كاري

شوند. آيند، به زيربناي نظري فرآيندها مربوط مي نظرياتي كه در پي مي 69) بر مبناي رهيافت ممدلي، نظريات خود درباره فرآيند شناخت هايمن 19 روانكاو را با 3 موقعيت عملگردي پر بار ساخت. در اين راستا وي به نظريات گرينسون (1960) استناد ورزيد كه از الگوي كاري روانكاو صحبت كند. به نظر ما قابل ذكر است كه هايمن همچنين از مقاله اصلي از مولت امي (1964) الهام گرفت كه حاوي يك جمع بندي درباره روانشناسي شناختي بود. در اينجا تأثير روانشناسي شناختي بر فرآيند تجديدي نظر گرديد. سير تكوين روانشناسي شناختي | روانكاوي آشكار مي فراروانشناسي هاي آزمائشگاهي درباره هوش، به افتراق شديدي رهيافت گرينسون و پژوهش لگوي كاري منجر گشت. اين موضوع را با تكيه بر پترفرويند درباره ا (1975، 1983) بحث خوايم كرد.

بسياري از مفاهيم روانكاوي مبتني بر نظرياتي درباره ساماندهي حافظه است. در روانشناسي شناختي اين سيستم ساختار يافته با مفاهيمي چون شود. ه بيهان مينقشه، مدل، الگو، ساختار دانش، نما و يا طرحوار كند. پترفرويند از مفهوم الگوي كاري صحبت مي

انجامند، ناشي از اگيري الگوهاي كاري متفاوت مي‌اطلاعاتي كه به شكل اطلاعاتي است كه ارگانيسم در طول زندگي خود انتخاب و ساماندهي كرده سنگ بناي الگوهاي كاري تعريف شود. عنوان به‌تواند است. يادگيري مي دهند و در هاي ژنتيكي زيربناي اين الگوه را تشكييل مي‌ها و قابليت‌ام‌م‌برن هاي كه تشكييل دهند الگوهاي كاري يابند. سيستم‌طول زندگي رشد مي هاي ذخيره شده، هستند در مفاهيمي چون اطلاعات، پردازش اطلاعات و برنام فرآيندها گردند. چنانچه يك برنامه كاري فعال شود، غالب اين تبديلي مي افتند. بطور پيش آگاه به جريان مي

"دانش عمومي درباره هستي" توان الگوهاي كاري زيادي را طراحي كرد كه از امي ختم شوند. در امتداد اين "دانش درباره تاريخچه زندگي فردي" شروع و به الگوي دانشي درباره موضوعات روانشناسي "توان همچنين يك روند مي تفكيك كرد. "گوي كاري درباره فرآيند روان‌كاويال" را از "رشدي

اجزاء يك عروسك روسي كه در يك عنوان به‌اي الگوهاي كاري را نباي اي كه نقاط اجزاء يك ساختار شبكه عنوان به‌اند، بلكه اي‌كديگر جاي گرفته تل‌اقوي زماني و مكاني متفاوتي با هم دارند، تعبير كرد. روان‌كاو با اين كنند؛ احتمالاً عمل كرد اين الگوه را در سطح پيش آگاهي كار مي‌الگوه معمول (شود) ناي‌سر | همان چيزي است كه در روانشناسي رشدي، نما ناميده مي‌عنوان به (1979).

، بخشي از سيكل ادراك كلي است كه در درون ادراك كننده (schema يكي نما) شود، بت مي‌است، بوسيله تجربه قابل تخييري و بنوعي براي آنچه درياف گيرد، هاي حسي قرار مي‌خااص است. نما اطلاعات را زماني كه در اختياري ارگان شود. نما، حركت و كنند و توسط همين اطلاعات متحول مي‌پريافت مي كنند، هاي جستجوگري را كه اطلاعات ديگر را قابل دسترسي مي‌فعالي‌ت 1979، ص: 50. (كنند) ناي‌سر هدايت نموده و توسط همان اطلاعات تخييري مي

ايجاد و فروپاشي ساختارهاي تجربتي در الگوهاي كاري گوناگون، با سرعت هاي انتزاعي پديري. رهي‌افتم تفاوت و تحت شرايط متغير انجام مي بدين خاطر از ثبات برخوردارند، زي‌را تقريباتاً هي‌چگاه فراروانشناسي ي كاري شوند. برعكس، الگوه‌ا‌طور جدي از جانب تجربيات تهديد نمي گردند (ماير 1988). هاي باليني ارزيابي مي‌تجربي بوسيله سنجش

8* ابزار خاص و غيرخاص-3

8** نقطه نظرات كلي-3-1

روان‌كاوي از بدو پيدايش خويش، ميان ابزارهاي درمان ي تفكيك قائل شده □□□□ و تصريحي بر □□□□ است. بستر اصلي در اينجا، تفكيك ميان باشد. ايمار و حمايت روان‌كاو بوسيله تعبيرات مي توسط □□□□□□□□ و ابزار "غيرخاص" و "خاص" غلي‌رغم برخي ترديدهاي كه درباره مفاهيم

* Specific and Nonspecific Means
Unspezifische und spezifische Mittel

** General Points of View
Allgemeine Gesichtspunkte

رسد ابزار درماني را در اين چارچوب قرار دهيم تا در آن، به نظر مفيد مي‌باشد.
تقابل ميان رابطه با ابژه و تعبير.

هاي روان‌كاوي قاطبي شدن تكنيك

از پنجاه سال پيش نوعي قطب بندي ايجاد شده كه هنوز نيز در روان‌كاوي
سؤال‌آثار آن پا برجاست. اين وضعيت كرميوس (1979) را به طرح اين
روان‌كاوي وجود دارد؟ منظور وي، از طرفي برانگيخت كه آيا دو نوع تكنيك
ورزي و از طرف |كلاسيك بود كه بر تعبير تأكيد مي‌دهد □□□□□ □□□□□
كه تجربه در رابطه با ابژه را □□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□ ديگر
عمل كرد اصلي درمان در نظر داشت. عنوان به
شود كه فرنچي و رانك (1924) نوعي اهاي قطب بندي از آنجا ناشي مي‌ريشه
تعصب تعبيري را در مقابل تجربه مؤثر درماني قرار دادند و آن را حتي
ري درماني شمردند. در مقابل، تر از اداوارج "تجربه روان‌كاوي" عنوان به
تأكيد بيش از حد بر تجربه، تكنيك درماني را تا اثر فرويد درباره
الشعاع خود گرفت. | (1937) تحت □□□□□□ □□ □□□□□□ □□□□□□
ها با مشكلات ديگري نيز ارتباط داشتند. يكي بآيد متذكر شد كه تقابل
عاطفي، ورود از موضوعات مورد مناقشه، اين ادعاست كه در درمان تجربيات
عميق در رفع نواقص مراحل پيش اديبي و در مراحل تكميلي پيش كلامي
شود. بدین ترتیب بالینت، تعبير، بينش و رابطه با ابژه را در انجام مي
برابر هم قرار داد. در روان‌شناسي خود كهوتاه سخن: بر روان‌شناسي دونفره و سه
نفره تصريح پيش اديبي و كهوتاه سخن: بر روان‌شناسي دونفره و سه
شود. از آنجايي كه در تكنيك تفسي ري خالص، تأثيرات درماني امي
تقابل با عنوان به‌شناسايي و تأكيد، مورد توجه واقع نشده و كاربرد آن
چتر مفهوم عنوان به‌گردد، در جريان مخالص، مدلي، اخويشتنداري تلقی می
انده شد. براي درك عميق غيركلامي درآمد و تعبير به حاشيه ر

هاي آرام رابطه متقابل عوامل خاص و پس زمينه

هاي. متقابل و دست كم گرفتند در سير تكميلي تكنيك، شاهد بي توجهي
ايم. در يك طرف مقابل با تأثيرات سوء بر فرآيند مشخص درماني بوده
عامل غيرخاص در نظر عنوان به‌ديگه، عمل كرد درماني تأييد و شناسايي
و در مقابل تعبير قرار داده شد. در ديگه ديگر، نگاه بي كلام گرفت
ابزار درماني خود آسيب ديده مطرح عنوان به‌گفت زدگي خودش يفته،
يابي از طريق گردي. نتيجه آنكه، فرآيندهاي ساده معنايابي و ارزش
، آمدن هاي واقعي در اينجا و اکنون بر مي‌تواند اتفاقات فردي كه از دل نقد دريافت
چنانچه سحرآمیز بخود گرفتند.
چنانچه عوامل خاص و غيرخاص را در يك رابطه متقابل نبيني، تقسيم اين
تواند به يك بن بست منتهي شود. دو مي
بسته به شرايط، يك عمل غيرخاص كه معمولاً پس زمينه آرام را تشكيل ◀
ند كه به كدهد، در لحظه خاصي از تعامل چنان در پيش زمينه پيشروي ميامي
يك عامل خاص تبديل گردد. بيبرينگ (1937) صرف نظر از تكنيك
كنند: تعبير، به پس زمينه آرام تأثير استحكام بخش اعطا مي

روند، بر این باورم که با کمک روان‌کاوی از بین می‌آید. زمانی که این ترس "ند، به‌السادق بر جای باقی خواهد ماند. اعتقاد به این‌که توجه روان‌کاو کمک می‌آید، است. حاکم بال‌اواسطه احساس امنیت منجر خواهد شد؛ امری که حصول و یا تثبیت آن در کودکی شاید به علت کمبود تجربه در این زمینه شکل نگرفته است. البته این است. حاکم بال‌اواسطه فقط در چارچوب فرآیند (بی‌برینگ 1937، ص: 30). "روان‌کاوی ارزش دراز مدت خواهد داشت (یگر) (توم 1981، ص: 73) به این مطلب اشاره شده که رابطه در جایی دست‌حکم در خارج از درمان قرار ندارد، بلکه در یک رابطه مکملی نسبت به ابزار خاص قابل تعریف است. همچنین استراپ (1973، ص: 35) تصریح دهند، بلکه در نموده که عوامل خاص و غیرخاص واحدهای مجزایی را تشکیل نمی‌باشند. طبقاً با یکدیگر قابل تعریف می‌آید.

8* یادآوری و بازسازی-3-2

کنیم: با تأثیر درمانی یادآوری شروع می

اگر کاملاً دقیق به موضوع نگاه کنیم، رسالت اصلی روان‌کاوی مربوط به "ای که فرد بزرگسال را انجامد، پدیدهای است که به رفع فراموشی می‌تواند اکت تجربه‌ایات دوران کودکی خویش (یعنی از 2 سالگی تا 5 سالگی) از شن دارد. این موضوعی است که باید به کرات و با صدای بلند به‌باز می‌آید. نادی‌گرفته‌ایات این مشدار قابل روان‌کاوانی یادآوری کرد. البته انگیزه فهم است: برخی تمایل دارند در زمانی کوتاه و با صرف کمترین هزینه، به‌های نظری برای ما مهم‌تر از واقعیات دست‌یابند. اما در حال حاضر شناخت نتایج درمانی هستند، اگر کسی به آن‌الیز دوران کودکی توجه کافی نکند، شد. بيمار در مورد آن‌چه در زندگی خواه‌دلم‌یدچار اشتباه بزرگ و عواقب وخی ربيات‌تواند صحبت کند، اما در مورد تجاربزرگسالی تجربه کرده، می‌گر و بایسته خود را ای، تسهیل‌انگوار کودکی است که پیش‌نقش حرفه (فروید 1919، ص: 202). "کن‌دایفا می

این مطلب که کدام یک از اجزاء لازم و کدام یادآوری و واکنش نسبت به آن ضروری است، هنوز مورد بحث و مناقشه است. ر بیرون درمان، باعث تغیری یادآوری بدون عواطف همراه، در حین و د◀ شود. این‌می‌های عاطفی نیز داریم که بی‌ثمر و توخالی هستند. اما واکنش◀ رسد برای حصول تأثیرات درمانی، باید چیزی دیگری برپس به نظر می‌آید یادآوری و واکنش نسبت به آن افزوده شود. آیا این چیزی، احساس امنیتی است ای در مقایسه با شرایط ضایع‌ه که در برخورد با تجربه‌ایات بيمارگون آورد که می‌دست‌ب‌م‌بی‌نیم؟ بيمار چگونه اعتماد به نفس به‌تری اخود می‌بر-کن‌ده‌ای مک‌رر خود غلبه می‌مثل فرد روی‌آب‌ین که بر کابوس-آکنون درمان‌دگی و یأس خود فایز گردد؟ آیا حضور یک روان‌کاو با تفاهم زیاد است بخش‌د و کرده، فردی که به وی نیروی تازه می‌دهد بيمار با وی همان‌دسازی

* Remembering and Reconstruction
Erinnern und Rekonstruktion

کند؟ آیا همانند سازهی با روانکاو و ایجاد اتحاد | من | کمکی بپیمار عمل می‌نماید؟
 دهد، بدون آنکه خودکاری مطلوب است که به بیمار امکان ی‌آدآوری عاطفی را می
 این مسئله اهمیت درمانی خاصی داشته باشد؟ آیا واکنش و ی‌آدآوری، وجوه
 کننده یک فرآیند درمانی خوب است یا پیش شرط آن؟ آیا این وضعیت همراه
 افتد و تغیری، خود بخود ایجاد می‌کند؟ از درخت معرفت فرو می‌آید چون می‌تواند
 شود؟ نه، اینگونه نیست. می

اگر موضوع، ادغام و سنتز است، حائز اهمیت است که پسرفت بیمار در
 لحتم باشد، حرکت کند. چون فقط در این ای که برای من بیمار قابل‌محدوده
 صورت شرايط مطلوبی جهت ادغام و سنتز بوجود خواهد آمد. نظریه فرویدی
 شود، دیگر قابل‌مبنی بر این‌که سنتز پس از آنالیز خود بخود ایجاد می
 ایم که روانکاو همواره باید این هدف را پیش روی دفاع نیست. ما بر این عقیده
 ها را برای ادغام و سنتز بیمار فراهم‌ترین پیش شرط داشته باشد که به
 نماید.

ای درباره کشف مجدد (کریس) 1956) در مقاله تفاسیر داینامیکی و ژنتیکی.
 ها در بهترین حالت، کند که بازسازی ی‌آدآوری دوران کودکی تصریح می
 تکنیکی درمانی مهم لحاظ‌کنند. ای واقعه را می‌سر می‌نماید که شدن به داده
 است که هدف اولیه تعبیرات کریس، فراخوانی خاطرات نیست. وی وظیفه
 دادند که ی‌آدآوری در آن ممکن گردد. چنانچه در خود را ایجاد شرايطی می
 تفاسیر، شباهت نسبی میان شرايط امروزی و گذشته ایجاد شود، آثار آرام
 بخشی خواهد داشت. کریس بین تفاسیر داینامیکی که به تعارضات
 ها و تحولات که‌نشوند و تفاسیر ژنتیکی که به تکامل مربوط می‌کنونی
 گردد. یکی از اهداف آنالیز ایجاد شوند، تفکیک قایل می‌گویی مرتبط می
 دهد پیوستاری است که تفاسیر داینامیکی و ژنتیکی را به هم پیوند می
 (فاین و همکاران 1971، ص: 13).

یک و نظریه‌مشکل اساسی وابستگی متقابل تکن

بستگی "من" احتمالاً معنای اجزاء مهم فرآیند ی‌آدآوری به عملکرد سنتزی
 گیری جدید، شکوفایی دارد. از آنجایی که برای تغیری شکل و شکل
 فرآیندهای عاطفی و شناختی الزامی است و مر دوی این‌ها علی‌رغم آنکه به
 اند، این‌ده در جریان‌باشند، اما در حال و با چشم انداز به آگذشته مرتبط می
 روان‌کاو حد اکثر پس از اثر پرنفوذ فرنچی و رانک (1924) به تجربیات
 عاطفی در اینجا و اکنون، وزن خاص اعطا کرده است. با این وجود اهمیت این
 مسئله در مقایسه با بازسازی هنوز مورد توجه کافی قرار نگرفته است.
 در (ملسینکی) 1981) روشن شد آخرین بار در کن‌گره بین المللی روان‌کاو
 که سیر تکوینی کودکی در فرآیند روان‌کاو به اشکال متنوع بازسازی
 شوند، یا این‌که فرآیندهای روان‌کاو، بسته به تعلق نظری خود، به چه می
 شوند. سخنرانان زیادی این‌حوه درباره سیر رشدی دوران کودکی انجام می
 به نتایجی دست یافت که ما در وابستگی را تصریح نمودند، بویژه شفر
 استدلال خود از آن استفاده خواهیم کرد.

شود که روان‌کاو فکر کند، بر نمی‌آید سازهی خاطرات از این طریق حقیقی
 مستقر از نظریه وی و تأثیر ناپذیر از رفتار و مداخلات وی شکل گرفته
 ها و نظریه‌دهد. واقعیت آن است که فقط در شکل ناب‌انتقال، خود را نشان می

ز تشابه فروید، در بافت پردازش انتقال خواننده دقت دارد که لوالد ا شود چيست و اينكه كنند. اين كه كيفيت چيز جديدي كه ايجاد مي‌استفاده مي ات بي جواب باقي مانده است. سؤال قبلأ كچا بوده، تاكنون جزو شود كه قبلأ شكل خاصي زي را در تنديس سازي، در سنگ چيزي يافت نمي ساز داشته. همه چيز در فكر و ايده تنديس داشته و يا به شكل خاصي شباهت يابد، اجراي دارد. اما براي فرويد و روان‌كاو كه در ناخودآگاه به چيزي دست مي دهد، اوضاع گونه ديگري كنند و شكل حاضر آن را تغيري مي‌در آن مداخله مي است. افكار و تصاوير روان‌كاو و نحوه انتقال آن‌هاست كه به تغيري شكل شوند. اين ته مي هاي | مر دو الگوي درماني يك زمينه مشترك در پيش شكل مقايسه الگوه. ساز و در | تنديس عنوان به ناخودآگاه دارند. تفاوت آن‌ها در اين است كه روان‌كاو كنند. از آنجا ده اي اعمال مي‌مقايسه با باستان شناس، نفوذ بي‌شتر در شكل ده ي و | روان‌كاو در جهت شكل‌توان گفت كملنگد، مي‌ها مي‌كه پاي همه مقايسه كنند. نقطه مشترك تنديس سازان و باستان شناسان تغيري شكل خالص حركت مي هاي پيش آگاه، به ماده مورد نظر هاي است كه آن‌ها در پيش شكل شناسان در ايده ها در اينجا كمالأ متفاوت است: يك قطعه دهند. فضاي آزاد ايدمانتقال مي شود، صاحب اي كه از اجزاي زياد تشكيل مي‌سنگ مرمر بي شكل است، گلدان اي كه وي در اختياري دارد، شكل و قواره است. روان‌كاو يك من‌رند است: داده و ماده صاحب شكل است، اما شكل نهايي و سنگواره بخود نگرفته است. هايي در تغيري لميري (1990) كار ما را با كار يك م‌عمار مقايسه كرده كه طرح تر كنند، يك دهد تا آن را قابل سكونت و يا مرتب‌بود آراء مي‌شكل يك خانه موج است عاره متواضعانه.

پيش مرحله و شكل نهايي فرآيندهاي رواني

در "ها در كنار شكل نهايي حفظ تمام پيش مرحله" بسويار جالب توجه است كه فرآيندهاي رواني كشف شود. پسر رفت طبي‌عي در خواب، تصاوير خاطراتي اند را | ايام فراموش شده هستند و در حافظه طولاني جاسازي شده‌كه مربوط به كنند. عناصر بظاهر غي‌رتاري‌خي حاوي اجزاء تثبيت در حين روي فعال مي هاي تثبيت شود. پيش مرحله هاي هستند كه در پسر رفت به آن‌ها رجوع مي‌شده اي هاي رفتاري كل‌ي‌ش‌مگيري عل‌ايم و شي‌وه‌هاي قوي براي شكل‌شده، انگيزه كنند. سازي مي‌را زمينه روان‌كاوي بويژه به بازسازي شرايط بي‌ماري اهميت داده و در اين مسير همواره و "تخيلات در گذشته" به پيش زمينه و ايام كودكي برخورد كرده است. شوند) فرويد 1918، ماموني | جزو مشكلات عل‌مي محسوب مي‌"تأثيرات ادامه دار" (1984).

*کنش و بینش 8 مداخله، وا-3-3

ترمیم مجدد ارتباطات از هم گسسته (آن فروید 1936)، مهمترین هدف آنالیز گرداند. است و روان‌کاو بوسیلۀ تعبیرات خویش این فرآیند را تسهیل می‌بهد همین خاطر تعبیر، وجه مشخصه تکنیک کلاسیک روان‌کاو بحساب برای بیماران قواعدي را دهد یا نه، آید. این‌که آیا روان‌کاو کاري انجام می‌دهد یا نه و . . . حضور وی دارای تأثیر است، دهد یا سکت اختیاری می‌توضیح می‌دهد. حتی اگر تحریک زیادی از خود نشان ندهد.

توان هم آن چيزي را که روان‌کاو در روند جلسه و بويژه برای تقویت | می‌خواهد مداخلات دهد، مداخله نامید. تفاسیر روان‌کاو در بین تمام ان‌بینش انجام می‌باشند. ای برخورداری می‌از کیفیتی و جایگاه برجسته

شود؟ ای تعبیر چگونه ایجاد می‌کند؟

● کاند؟ چرا روان‌کاو دقیقاً در یک لحظه خاص مداخله می‌کند؟

● مان چيست؟ قضاوت ما در مورد مداخلات

● اگر بر این نظریه که یک مداخله اثربخش بوده است، چه چيزي باعث شد؟
تاثیر بخشی آن شده است

کنند که چنانچه ما در بررسی تفاسیر و یا مداخلات مشخص می‌سؤال این هائی بیماران را در نظر نگیریم، راه به جایی نخواهیم برد؛ این‌دیگر، وکنش دهد. موضوعیت ما را به موضوع بینش سوق می‌دهد.

● هائی دیگر تفکیک کرد؟ توان می‌ان بینش و وکنش چگونه می‌کند؟

● را طبقه بندی کرد؟ توان اشکال وکنش | آیا می‌کند؟

● بینش چیست و نقش آن در فرآیند درمانی چیست؟ (فاین و والدهورن، 1975، ص: 24).

ات چشم پوشی کرد) سؤال‌توان از این در مطالعه و بررسی عمل تعبیر نمی‌بهد، در ابتدا به تنوع گيري اجتهت‌توم و موبن 1967، توم 1967. (برای قاومت، تعبیرات عمیق و غیره اشاره تکنیکی، نظیر تعبیر انتقال و م هائی بیماران، هائی ایزوله از داده‌کنیم) (لخ 1965). فروید میان تفاسیر بخش‌های مثلثی که اشتباه و یا یک رویا و بازسازی رخ داده‌های مهم در گذشته بیماران کرد کرد. وی برای این عمل مفهوم ترسیم یا سازه را پیشنهاد می‌تفکیک می‌کند (فروید 1937).

تریدادداشت برداری شود، درک این مسئله | چقدر از یک جلسه درمانی کامل | ترید، آسان‌که روان‌کاو کدام اشکال تعبیری را در یک شرایط خاص ترجیح می‌دهد. شود.

از آنجائی که تعبیر انتقال بحق دارای بزرگترین اثربخشی درمانی است کنند، ما در یک بخش‌ایو از طرف دیگر همین تعبیرات مشکلات خاصی ایجاد می‌کند، (بدان خواهیم پرداخت. -جداگانه 4)

هائی تعبیر راجع به

هاي متفاوتي را از يكديگر تفكيك بتوان چنبد در تعبیرات روان‌كاو مي نمود:

بوسيله تعبیرات روان‌كاو، به افكار خودجوش بيمار يك بافت پيش آگاه تي را از يكديگر تميز شود. در اينجا بايد مشكلات متفاوتي را آگاه اعطا مي داد:

- آيد؟ تعبیر چگونه بوجود مي
 - تأثير تعبیر چگونه است؟
 - توان به درستي تعبیر پي برد؟ چگونه مي
 - از تكميل افكار و تعبیر، به نتيجه گيري درباره درستي تعبیر رسيم. در اينجا رابطه ميانامي
 - نظر روان‌كاو،
 - بيان تعبیر،
 - هدف تعبیر و
 - تعبیر تأثيرت
- بريم كه همه بدان راه دارند. از اينجا مد نظر است. اکنون در سطح بسري مي توان به نادرستي تعبیرات نيز پي برد. امي گيري تعبیر دست | به نحوه شكل □□□□□□ بدین ترتیب بطور توان حدس زد كه از اين راه غير مستقيم درباره فرآيندهاي پرايابي و ميامي آوري. يك تعبیر به هر نحوي نيز كه پديد آمده باشد، ستدبمتنش اطلاعات آيد. گيري آن معيار درستي آن بحساب نميشناخت نحوه شكل

گاتالوگ تعبیري ايساكس

شوند، اي روان‌كاو محسوب مي‌از آنجايي كه تعبیرات مهمترين ابزار مداخله كس (1939) كنند. ايساكس نحوه دريافت آن از جانب بيمار اهميت زيادي پيدا مي معيار روايي و مؤثر بودن آنها عنوان بهاي بيمار در برابر تعبیرات واكنش دهد: | ميسدست به مفيدي گيري حاجهترا در يك كاتالوگ جمع بندي نموده كه

- تواند موافقت كلامي خود را بيان كنند. امي بيمار
- كنند تواند تصورات خويش را معنای تصورات را آگاهانه پردازش بيمار مي و يك همكاري آگاهانه و حضور عاطفي مناسبت از خود نشان دهد.
- هايي بيان كنند كه تعبیر را تأييد كنند. بيمار ممكن است تداعي
- تواند | و نظريات خويش را تغيير دهد. تعبیر مي‌تواند تداعي بيمار مي احساس آگاهانه رد شود، به نحوي كه حاوي نوعي تأييد شود، مثلاً هنگامي كه گيري اين عواطف بعلت درستي تعبیر اگناه و ترس ايجاد شود و شكل بوده باشد.

تواند روز بعد در مورد رويايي صحبت كنند كه تخيلات و | بيمار مي تواند بر اساس اينميد. بيمار مي‌تواند، روشن‌نمايلا تي را كه تفسي ر شده نداده بوده است. تعبیر از رويايي صحبت كنند كه تاكنون گزارشي از آن ممكن است آرزوهاي ناخودآگاهي بر مبنای تعبیر به ياد آورده شوند كه با تجربيات واقعي مرتبط بوده و هر دو را قابل فهم سازند. ممكن است مشكلات زندگي واقعي كه موقتاً از جانب بيمار شناسايي اند، اکنون بيان شوند. بنشده

ي درستي يک تعبير، کاهش ترس است که ترين تأییدی برای يکي از مهم ها و رفتارهاي حرکتی دمه، مثلاً کاهش تنش از طرق گوناگون خود را نشان مي اي. کليشه ها نيز متبلور شود. مشکلات جدي با کاهش ترس ممکن است در تداعي اند. بتواند بوجود آيند که با تعبيرات انجام شده همراهي جدي مي ترس ر در معنا و جهت بطور شفاف در موقعيت انتقال قابل مشاهده اين تخي يک عنوان ميشود. يک تعبير درست، تصويير تخيلي درباره روانکاوي مي کند. بعد از انسان تهديدي کننده را به يک انسان مدد کننده تبديل مي تعبيرات درست، تخيلات و خاطرات بيشتري و آزادتري تظاهر مي يابند. هاي نامبرده درباره درستي تعبيرات که فراسوي نشانهاي ساک (1939) اثبات تعابير تلقي شوند (توم و موبن 1967)، عنوان بهال بهت نبايد براي تعبيراتي که در بازسازي تاريخ زندگي بي مار و احساسات و دمه: شون، قواعد کلي زي را آراء ميرفتاره اي وابسته به آن انجام مي اند و ي فراموش شده شون که ي تاکنون تعريفي نشدم خاطراتي مطرح مي بودند. چنين خاطراتي ممکن است به تأیید باواسطه تعبير بيانجامد و ي يک روانشناسي با نتايج مالحاطبه نمونه جدي از تعبير آراء شده و ي مرتبط باشد. يات را قابل شون که فراموشي برخي خاطرات و تجربهاي آراء مي تداعي سازند. فم مي توان از منابع بيروني، مثلاً دوستان ي بستگان، تأیید مهم چنين مي آورد. چنين تأییداتي براي کار روانکاي لازم نيتند، اما از دي دست به باشن. دليل مکمل و مستقل ارزشمند مي عنوان به علمي،

ناب گراي تعبير ايسلر: نگاه انتقادي

مقدماتي ما درباره ابزار خاص و غير خاص حاوي اين استدلالت است که اشارات اي قايي؛ از ايام از يک سو در مبحث تکنيک درماني براي تعبير اهميت ويژ بينيم که در مقطع طرف ديگر آن را در ارتباط متقابل با عوامل غير خاص مي خاص بجاي تواند به عامل اصلي تبديل شده و تأثيراتي خاصي از درمان مي گيري. گراي تعبير ايسلر فاصله مي گذارد. در همين جاست که ما از ناب آل معياري را آراء کرد، بدني منظور که از ميان ايسلر (1953) تکنيک ايده کنند، متغير اصلي لغيره اي بي شماري که فرآيند روانکاي را مشخص مي و محتاطانه اين نظريه را و واقعي روانکاي را استخراج کند. ما در ابتدا دانيم که گمان پذيري، چون ما نيز خود را جزو آن دسته از روانکاوان ميامي ترين و پرفودتريين مداخله است که ما در اختياري تعبير قوي دارند (ايسلر 1958، ص: 609). "داريم رود: تکنيک کلاسيک روانکاي يک درمان ايسلر از اين نيز فراتر مي (1958) "شودر آن تعبير تنه ابزار و ي ابزار غالب محسوب مي"ت که اس "شود اين تکنيک در شکل خالص خود در هيچ جايي يافت نمي"ص: 611). اين سنجش اصلي (□□□□□□) 1958، ص: 612). مده روانکاوان ممي شه در روانکاي، ي عني تعبير قرار دارند. ايسلر براي اين وضعيت از مفهوم کند که از رياضيات برخاسته است. پارامتر در معادلات، تر استفاده مي پارام

229

در بين نويسندگان بيشماري كه بر اهميت نظريه بينش تـعريف بينش. باره محتوای اين مفهوم وجود دارد، كنند، اختلاف نظر زيادي در تصـريح مي امري كه ارأيه تعریف واحد از مفهوم بينش را غيرممکن ساخته است. ظاهراً تعریف ديـباچه مفاهيم روانكـاوي براي بسياري رضايـتـبخش ◀ گرددنـيست: در آنجا بينش يك تجربه ذهني و يا يك دانش ذهني تعریف مي به تعارضات ناخودآگاه كه در حين آناليز روانكـاوي كـسب و مـربوط شود. بـيـمـارگـونه مي اگر به ادبيات موجود در زمينه مفهوم بينش مراجعه كنيم، مشاهده خواهيم نمود كه اين فرآيند از امتزاج حداقل سه ديـدگاه متفاوت تأثير پذير بوده است:

ساخت. بينش در افرويدي، بينش را با كشف واقعيـت ناخودآگاه مرتبـط مي • ي توضيح رفتار كنوني بر پايه رخدادهاي قبلي است. اينجا نتوانـمـد تعارضات كودكي بـيـمـارگـونه ناخودآگاه و عواقب بعدي و "بينش مربوط به (بلوم 1979). هر وقت كه بينش در درمان و پژوهش "شودتـاثيرات آن مي اينگونه تعريف گردد، بايد ثابت شود كه شناخت فرآيندهاي ناخودآگاه بود بخش دارد. واقعاً تأثيرات به كنند، آگاه شدن بـر اـيـي كه نويسندگان بسيار معرفي مي در نمونه • شود. آگاه شدن در اينجا غالباً ناخودآگاه قبلي در معنای ديـگري فهميده مي پذيرد كه محتوایات رواني معنای ديـگري پيدا كنند. بلوم اينگونه معني مي آورد: نفوذ و فهمـقـل قول مي) 1979 (در اين ارتباط از لغت نامه وبستر ن طبـيـعـت دروني چيزهـا. كرد كه بينش درماني و تعـغـيـرات واقعيـتي كه فرويدي از آن گـلـايـه مي • قابل انتظار درماني با يكديگر فاصله دارند، بدان منتهي شد كه مفهوم بينش به تعـغـيـرات درماني محدود گرديـد. اين مسئـله البته بايد در رفتار اثبات برسد. مفهوم بينش در اين تعریف با رفتار و كردار مشخص به كنند. رابطه نزديك پيدا مي

هاي كاذب به تقويت درگيري شديـد با پديده بينشـبينش و بينش كاذب. مشكلات در بيمار، "آهان"هايي را كه يك تجربه اين گرايش كمك كرد كه لحظه اثر كـريـس) 1956 (در بينش ديده نشود. عنوانـبـهـكنـد، ديـگري زيادي را حل مي عنوانـبه و "ساعت خوب" اين زمينه راهگشا بود كه بينش را در چارچوب يك نمود. ايـك فرآينـد توصيف مي شود كه بينش را فقط از زاويه محتوای آن در اثر كـريـس همچنين يـادآور مي نظر نـگـيـريـم، بـلـكـه نـحـوه ورود بـيـمار به افكار خويش را نيز مد نظر داشته باشيم.

واژه بينش گويای اين مطلب است كه يك محتوای فكري به شـيـوه ◀ لحظه □□□□□□□□□□ تعـغـيـريـافته ديده يا فهميده شود. روانكـاوـان تعـغـيـر دروني در بيماران خود را مشاهده كنند، بـلـكـه فقط قـادرند غـيـرمـسـتـقيـم آن را استـنـبـاط نـمـاينـد. ي شد كه بحث درباره بينش كاذب خيلي زود به اصلـاح تصـوـراتـي منتهـ دانـسـتـند. فنـيـشـل تعـغـيـرات را فقط از مجرای شناختي قابل حصول مي (1941) به قطب بندي ميان احساس و فكر پايـبـند مانـد. تـقـريـباً در همـه كردند، اين عقيده ديده نويسندگان كه درباره مفهوم بينش اظهار نظر مي شود كه بينش واقعي در بين قطب احساس و فكر قرار دارد. اـمـي

آنجا پايان تفسیر تعارضات درون رواني تعریف كنيم، اين محدوده پذيرد كه چنين تعارضاتي شكل نگرفته باشند. كنون قابل فهم مي گردد، چرا در رفع كمبودها، مدل پيش كلامي و تجربه غيركلامي حائز امي ابزار عنوان به گردد. يادآوري و بينش توسط تفسیر اهميت نخست مي ربه كنند. تناسب بينش و تجردماني، در برابر تجربه عقب نشيني مي شود. (عاطفي) دو جزء اصلي فرآيند درماني (به نفع تجربه، حل مي

ارتباط شروع تازه و پسرفت

به نظر بالينت، شروع تازه از طريق پسرفت در شرايط روانكاوي حاصل افتد و يا بيمار شود. پسرفت نيز روندنيست كه در بيمار اتفاق مي افتد شود: يادآور مي آورد. بالينت آن را با خود به درمان مي

كه پسرفت نه تنها يك مسئله درون رواني، همچنين يك موضوع هاي انساني حتي بي انساني است؛ با توجه به استفاده درماني، جنبه تعيني كننده هستند. براي فهم كامل معنای پسرفت و برخورد با آن در امر موقعيت روانكاوي، بايد در نظر داشت كه شكلي كه پسرفت در آن تظ يابد، فقط بخشاً به بيمار، شخصيت و بيماري وي بستگي دارد. اين امي مسئله بخشاً نيز به ابژه بستگي دارد. بنابر اين پسرفت بايد يكي از علایم موجود در تعامل ميان روانكاو و بيمار ارزيابي شود. عنوان به اي كه: اين تعامل حداقل سه جنبه دارد، نوع و شيوه شود؛ ابژه شناسايي مي پسرفت از جان • شود و پسرفت از جانب ابژه پذيرفته مي • (بالينت 1968، ص: 180). "دهد. ابژه چگونه عكس العمل نشان مي •

هاي دارد كه اي با آن پسرفت بتوان بحث كرد كه شروع تازه چه رابطه كنون مي ناسي اي كه بالينت در چارچوب روانشاه برده، پديدم را به پشت ضايعه ها و تبعيغات به آنجا راه رابطه با ابژه توصيف كرده است. تداعي شود كه اي بند. به نظر بالينت مهم ترين ابزار درماني. مكمل ي شامل آن مي نمي

به بيمار كمك كنيم تا در موقعيت روانكاوي به يك رابطه اوليه وارد شود " ا زماني كه وي امكان كه متناسب با نماهي مانوس اوست و او اين رابطه را ت آورد، بدون اختلال مي دست به كشف، تجربه و آزمايش با اشكال جدي ابژه را و با آرامش حفظ كند. از آنجايي كه اختلال اساسي، مادام كه فعال باشد، اشكال دهد، يكي از تكاليف عاجل اشعاع قرار مي رابطه با ابژه را براي فرد تحت ن است. اينكار از طريق ايجاد شرايط به بود، درماني، غير فعال نمودن آ شود. براي نيل به اين هدف، بيمار بايد امكان آن را داشته سازي مي زمينه باشد به اشكال خاص رابطه با ابژه خويش پسرفت كند كه كمبود اوليه در (بالينت 1968، ص: "آن ايجاد شده است و يا حتي به يك مرحله پيش از آن 201).

جاي زخم باقي عنوان به توان به كمك آناليز از بين برد، وود را نمي اين كمب خواهد ماند (ص: 218). روشن است كه توصيف ديده گاه مطلوب روانكاو كه بايد هاي بستگي دارد كه همراه به تعادل اين كمبود مهم كند، به درك نظري بحران اند. اختلال اساسي و يا پيش از آن بوجود آمده

رابطه با ابژه بالينت سه نوع

تصاویر قابل توجه بالینت از نفوذ، تالاقی و هارمونی جنینی، اشتیاق
ایجاد وحدت مجدد بین این سه را در او به وجود آورد. بالینت درباره صحت
گویی: نظریه خود چنین می
امتزاج هارمونی - چنانچه نظریه من درست باشد، هر سه نوع رابطه با ابژه
سبندگی به ابژه بعثت ترس از دست دادن او و علاقه عمومی به عمق اولی، چه
شود و پسرفت فراسوی هر یک از آنها در شرایط روان‌کاوی ایجاد می‌م‌ک‌انی
(بالینت 1968، ص: 88). "سازي و تسهیل گرددزمینه
شوند که این موارد را برای زیاده پدید می‌آورند. انسان‌ای پدید
کرده باشند. ما در بحث شروع تازه با مشکلاتی مواجه هستیم که تجربه ن
کنند، برای خاصی را توصیف می‌نمایند از آن است که بالینت نه تنها پدید
بلکه سعی در توضیح آنان نیز روی نموده است. مفهوم پسرفت به این
علت قابل دفاع است که روان‌شناسی رابطه با ابژه با نظریه روی و نیز
کنند؛ و با تداعی | روی که آن‌ها به حد اقل، فضایی پسرفت را ایجاد می‌خواهند
دهد. | یک عمل پسرفتی را به یکدیگر پیوند می‌نمایند و آن‌ها آزاد
طبق نظریه بالینت که البته تضادهای آن بر روی نیز پوشیده نماند، ◀
گردد که بین روان‌کاو و بیمار، یک رابطه با ابژه شروع تازه زمانی ممکن می
ه و پیش‌کل‌های ایجاد گردد (ص: 200). اولی

بازسازی و تغیرات درمانی

با وجود آنکه شروع تازه در اینجا و اکنون در رابطه با یک ابژه مطلوب
ای | پسرفت بامثابه یک مرحله رشدی پیش‌ضایعه‌ن‌وان‌ب‌آید، بوجود می
شود. مشکل حل نشده رابطه بین بازسازی و تغیرات درمانی | ارزیابی می
شود که از معیارهایی که بالینت برای شروع تازه مطرح زمانی آشکار می
کنند، یک نکته اساسی را برجسته کنیم: می
دهد، یعنی در یک رابطه با ابژه، و منجر | شروع تازه می‌شود در انتقال رخ می
های مورد علاقه یا تنفر و به رابطه متحول شده بیمار نسبت به ابژه
شود. می‌ب‌ن‌ا‌برای کاهش ترس
شود، بلکه بر عکس به عنوان | اینجا انتقال به معنای تکرار مطرح نمی
شکلی از رابطه که حاوی عناصر جدید است.
تجربیات نو در شروع تازه، ربطی به تکرار ندارند و با رجوع نظری
به هارمونی پیش از ضایعه، قبل از ایجاد اختلال اساسی قابل توضیح
در حالی که برای رابطه با ابژه اولیه نقش خاص درمانی باشند. بالینت نمی
گرفت، به عناصر خلأ در شرایط درمانی اهمیت کافی م‌ب‌ذول | نظر می
یک رخداد در اینجا و اکنون | می‌باشد. چنانچه مفهوم شروع تازه را نمی
گری روان‌کاو آشکار | نگری، اهمیت جامع آن در نظریه درمانی و نقش تسهیل
شود. می
در اینجا هر دو ابزار درمانی، یعنی تعبیر و رابطه با ابژه اساسی هستند،
های متفاوت. تقسیم کلی آسیب‌شناسی | و اثربخشی | احتمالاً با مقیاس
گیری | شرط | می‌باشد. در دو طبقه و مبتنی بر اختلال اساسی
له خلأ های سخت، رضای‌تبخش نیست. از آنجایی که بالینت | مرح‌ب‌ی‌م‌اری

دانست، به نوعي پيشداوري نظري دچار شد و نطفه زندگي را ابتدائي آن مي شروع تازه را نيز در همان جا تعريف كرد. يك فرآيند خلاق تعريف كنيم عنوان به جاي اين، ما مايليم شروع تازه را هاي بيشمار رواني، رفتارهاي آزمايشي و تحقّق آن ها بستگي كه به فعاليت توان تلاش جديدي براي آن نمود (روتن برگ 1984). هميشه مي دارد كه با اين نظريه قصد آن داريم كه درك روانشناسي خود و روانشناسي رابطه با ها در خدمت من (كريس ابژه را با مفهوم پسر رفت پيوند دهيم. چنانچه پسر رفت ، خطر انحراف جدي آن ها وجود دارد. در كل بوسيله □□□□□□ 1936) قرار شود. در غير اين صورت من رمان دان رف نه اثر من ري و نه بهبودي حاصل مي پس بيشتر و بيماران رواني كم تري داشتيم.

8* تعبيّر انتقال و واقعيّت-4

استري چي "جوشي" تعبيّر
يك عنوان به هاي استري چي (1937، 1934)، تعبيّر انتقال از زمان نوشته يي كه تأثير تحول بخش تعبيّر شود. از آنجا بازار جوشي تلقي مي انتقال، يعني تعبيّر جوشي، به تبادل ميان روانكاو و بيمار بستگي الگوي فرآيندهاي تبديلي مؤثر يا روابط عنوان به دارد، نوآوري استري چي با ابژه و تأثيرات آن بر ساختارهاي درون رواني مطرح گرديده. حتواهاي فراخود انجام به نظر استري چي در تعبيّر جوشي، نوعي تبادل م شود؛ در اين حال، نظريات روانكاو كه بواسطه تعبيّرات وي بيان امي شوند. سمّت گيري | اجزاء ظريف فراخود دروني سازي مي عنوان به گردند، امي نم ايد. اين تبادل آن است كه بيمار بخشاً خود را با روانكاو همانند سازي مي اي اهميت است و ما در بخش جداگانهمانند سازي در فرآيند درماني بس يار با بدان خواهيم پرداخت.
استري چي يك نوع تعبيّر انتقال را توصيف نموده كه تجربه و رفتار دهد. بيمار بدني نوسيله به همانند سازي جدي دست بيمار را تغيري مي يابد، چون روانكاو عمل كرد فراخود. كمكي پيدا كرده است امي دهاي تبديلي معطوف شد و الگوي تغيري بدني ترتيبي، توجه به فرآين درماني تعامل ي جاي خود را باز كرد. (كلابر 1972) (و روزنفلد 1972) تأثير طولاني مدت نوآوري استري چي را در تكنيك درماني روانكاوي يادآور شوند. البته محتواي تعبيّرات انتقال ي از آن زمان تا كنون توسعه امي هاي فراخود به نظر بود كه قبل از هم بخش است. استري چي بر اين يافته شود. در نظريه همانند سازي فراكني و درون فاكني، روانكاو فراكني مي مطرح "خود" شود، بلكه اجزاء خوب و بد هاي فراخود پرداخته نم يابه جنبه هستند.

* Transference Interpretations and Reality
Uebertragungsdeutung und Realitaet

كمكې. عنوان به به نظر استري چي روانكاو در سطح رابطه فقط تكامل. هاي تدريجي او در لحظه تعبيرات جهشي، كند تا درون فكني فراخود عمل نمي شرايط بهبود را فراهم كند. با اتكا به ترمينولوژي نظريه ساختاري عنوان به كمك خود مطرح نمود. روانكاو عنوان بهتوان روانكاو را روانكاوي، مي كند و بدنيوسيله به قطع جبرهاي جديدي را منتقل ميكمك. خود بينش رساند. با وجود آنكه روانكاو باعث تسكين ار نوروتيك ياري ميترك شود، نبايد عملكرد كمك. خود را با حمايت از ببلواسطه ترس و نگراني مي مندند، يكي گرفت. در حالي كه استري چي بيماران ي كه از خود ضعيف بهره هاي روانكاو را در فراخود بيمار توصيف به اين بسنده كرد و درون فكني هاي رابطه با ابژه روانكاوي، با انمود، امروزه به يمن تكامل در نظريه هاي دونفره و چندنفره سر و كار داريم كه به همانندسازي بيمار روانشناسي بخشد. (كوهوت 1977) براي روانكاو عملكرد ابژه با روانكاو جايگاه مهمي مي ي به معنای همانندسازي گيرد. در اينجا با فرآيندهاي تبادل خود را در نظر مي پايه روابط متقابل عنوان بهاوليه مواجهيم كه از طريق آن اشتراك حداقلي شود. پي ريزي مي كشف آمادگي بيمار براي وارد شدن به رابطه درماني با روانكاو، انجام كارهاي مشترك و همانندسازي با او، راهگشا بود. استري چي تعجب خود را بيان كند: مي

پردازند كه اهداف اره تعداد نسبتاً قلليل آثار روانكاوي كه به روشي مي در ب اند كه | آمده دست به هاي زيادي 30 سال اخير داده-كند. در 40 درماني را دنبال مي ها در كنند؛ در ارتباط با طبقه بندي اين دادم عملكرد روح انسان ي را روشن مي خورد. اما با آزادي به چشم ميهاي هاي كلي و قوانين علمي، پي شرفت فرضيه "تعجب شاهد آنيم كه استفاده درماني از كشفيات با تأخير زيادي همراه است (استري چي 1935، ص: 486).

به نظر ما توضيح وضعيت موجود آن است كه براي عوامل درماني، واژه نام مستقل روانكاوي تبيني نشده است. بنابر اين توصيف نيز، نامشخص و م ماند. نتيجه آنكه به ترمينولوژي قبل از روانكاوي و روان درماني مبه هيپنوتيزمي رجوع شد، با اين نقطه ضعف كه اين رويكردها تلقيني باشند. استري چي در مدل خود، اگرچه بشكلم محدود، با اتكا به محتواهاي امي فراخود، تأثير روانكاو را به سطح جديدي ارتقا داد، بدني ترتيب لازم بود براي تغيري رات درماني و ياهيم كلي، به ادبيات ماقبل روانكاوي ن رجوع شود.

هاي متضاد درباره فرآيند درماني و مشكلات موجود در پياده كردن آنها نظريه ها در اين مبحث است. هاي عملي، حالي از ابهامات و ناروشني در گام

● سهم روانكاو در ايجاد وجه مشترك چيست؟

● تواند همانندسازي بيمار با تكاليف درماني و چشم انداز او چگونه مي روانك غلبه بر مشكلات زندگي را تسهيل نمادي؟

توان به رابطه كلي كاري الكتفالات نمي سؤال براي يافتن پاسخ به اين هاي تكنيكي جداگانه تحقّق بخشيد. كرد، بلكه باي اين رابطه را در قدم سازي و كاربورد آن در فرآيندهاي تبادل درماني ممين قاعده در مورد همانند معتبر است. هم اينك تعبير جهشي در گروه بزرگي از مداخلات، كاربورد اي شود، دو نقل قول از استري چي اي دارد. براي آنكه مقايسه سادّه قابل ملاحظه آوري م: (1937)

نكاو، فكني تدريجي روافهم اين مسئله زياد مشكل نيسـت كه اين درون " ◀ شـوند. زيرا در اين افتد كه تعبيرات انتـقال ارايه ميـهايـي اتـفاق ميـدر لـحظه ها كه در تجربيات بيمار منحصـربفـرد هستـند، شـخصـي كه ابـژه لـحظه هاي ناخودآگاه اوست، همزمان بطور آشكار فراي طبيعت خود و رها از اغريزه بيمار در اين اي كهدهد. بدين ترتيب ابژطرس و خشم، خود را نشان مي كنند، كيفيت منحصـر بـفـرد ي كـسـب كـرده و بهـا فـكنـي ميـها درون لـحظه شود و بر عكس، امـوثر تـريـن نـحو، مانـع جـذب نامـتمـايز در فـراخـود اولـيه وي مي "به معنـاي يـك گام بـطـرف جـلو به سمت تـغـيـيـر دايـمي در سـاخـتار روانـي اسـت (1937، ص: 73).

روانكاو را با يك درمانگر استـريـچـي در نقل قول پائـيـن اثـربـخـشـي يـك كـند: بـتـلـقـيـنـي مـقـايـسـه مي

ابژه در اختيـار بيمار قرار عـنـوانـبـهـايـن درـست اسـت كه روانكاو خود را " ◀ فـراخـود، درون فـكنـي بشـود. اما وي از عـنـوانـبـهـدهـد و امـيـدوار اسـت از جـانـب او امـي و تا آنـجا كه هاي كهـن بيمار مـتـمـايز كـرده كـند خود را از ابژطـهـمان ابـتـدا تـلـاش مي الـگوي كـهـن عـنـوانـبـهـتـوانـد به اين سمت رفتار نـمـايد كه بيمار وي را امـي " هستـه و نـوع مـتـمـايز و جـديـدي از فـراخـود عـنـوانـبـهـدروني فـكنـي نـكـند، بـلـكه (1937، ص: 73).

مراحل پس از استريچي

به نظر كلـابـر (1972) مـرحـله كـنـونـي تـكـنـيـك روانكاوي تـلـاش دارد، عـنـاصر الـي و غـيـر انـتـقـالـي را از يـكـديـگر تـفـكـيـك نـموده و واقـعـيت موقـعـيت انـتـقـ روانكاوي را تدقيـق نـمـايد.

كلـابـر مـراحـل پس از استريچي را كه تـأثـير چـشمـگـير داشـته اين چـنـين كـند: بـتـشـريـح مي

تـريـن اثـر از جـانـب بـالـيـنـت و بـالـيـنـت دـربـاره | در مـرحـله اول، اـحـتمـالاً اصـيـل ● (39) ارايه شد. بـديـنـوسـيـله تـوجـه به اين سـمـت (19) "انـتـقـال و انـتـقـال مـتـقـابـل" مـعـطـوف شـد كه هر روانكاوي نـيـاز عـاطـفـي دارد كه كـار خود را آنـگـونه انـجـام دـهد كه بـا شـخـصـيـت وي مـنـطـبـق اسـت و به مـمـين خـاطـر وي يـك فـضـاي كـاري كـامـلاً ايـكـند. بـر مـمـين مـبـنـا، وـضـعـيت آيـنـفـرد ي و جـانـشـيـن نـاپـذـير ايـجـاد مي پـنـداشـت، مـورـد اسـد مـنـده بيمار(، آنـگـونه كه فـروـيـد ميـروانكاو) يـعـنـي انـعـكا تـرديـد واقـع شـد.

مـرحـله دوم پس از جـنـگ جـهـانـي دوم شـروع شـد: اـمـمـيت درمـانـي والـكـنـش روانكاو ● و اثـر □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ تـوسـط اثـر ويـنـيـكـوت (1949) تـصـريـح شـد. □□□□□□ □□□□□□ هـايـمـن (1950) دـربـاره

اـبـط پـيـچـيـده بـيـن بيمار و روانكاو از سـوي بـراي مـرحـله سوم، تـوصـيـف رـو ● سـيـرلس (1956) (و ريـكـر) (1968) رـاهـگـشا بـودنـد.

"شـخـص واقـعـي" كه تـأثـير سـؤال مـشـكـل واقـعـيت در شـرايـط درمـانـي و اين ● روانكاو چـگـونه اسـت، در تـعـبـير جـمـشـي و فـرضـيـه اسـتـريـچـي كه بـر طـبـق آن قرار گـرفـت. قـدمـت شـود، مـورـد تـأكـيـد روانكاو در فـراخـود بيمار درون فـكنـي مي اين مـشـكـل به درازاي تـاريـخ روانكاوي اسـت. از مـنـظر تـكـنـيـك درمـانـي به نـظر رسـد اين مـشـكـل در پـايـان دورـه چـهـارم فـعـلـي در تـقـسـيـم بـنـدي كلـابـر حـل شـده امـي اسـت.

(ص: 505). بوسيله مقايسه ميان تصاویر متفاوت فرافکنی شده به "کنند گرایي بي‌مار تقويت‌يکتر به واقعيّت، حس واق‌عروان‌کاو و ادراک نزد شود. به نظر استري‌چي بدين طري‌ق انطباق با دنياي بيروني و اين‌امي هاي‌کهن‌هاي‌کنوني به ابژم‌شود که خوب يا بد بودن ابژم‌شن‌اخت حاصل مي‌الگويي بي‌مار ربطتي ندارد. استري‌چي بر اين نظر است که بي‌شن‌تماي‌ز شود. ا‌ت گراي‌ي من‌جر مي‌يافته در اين‌جا به نسبي

مشکلات و تضاده‌ا

برد که ناشي از ام‌شکلات ت‌کنني‌ک درماني استري‌چي در تضادي بس‌ر مي‌تعري‌ف واقعيّت موق‌عيت درماني است. اين‌ مشک‌ل فقط در آثار استري‌چي گي‌رن‌د که فرويد براي‌ل‌اين‌حل‌ن‌مانده است. مشک‌لات ک‌لي از آن‌جا سرچشمه مي‌ئ‌ل بود، سن‌جش واق‌عيت، اهميت زيادي‌قا اما بدون آن‌که هي‌چ‌گاه نظريه مدوني در اين زمينه تبيني‌ن‌موده و رابطه آن را " با اصل واق‌عيت نشان داده باشد. در عمل به روشن‌ي به اين مس‌ئله بي‌دهد: ي‌ک‌ب‌ري‌م که اين مفه‌وم چ‌گونه دو س‌ير ف‌کري گون‌گون را پوشش مي‌امي‌ن‌جش واق‌عيت ها با س‌ن‌ظريه ژنتي‌کي حصول واق‌عيت، درگيري غريزه گيري) گويي که عمل در آزمون و خطا قرار دارد (و ي‌ک نظريه فراح‌سي که ش‌کل غي‌رلذت - بيروني، لذت بخش-هاي دروني‌ابژه را از دي‌دگاه قري‌نه س‌ازي (ل‌اپ‌لان‌چ و پونت‌الي‌س "کن‌د‌ا درون ف‌کني، بررسي مي‌بخش، برون ف‌کني (1972، ص: 430).

تغ‌ييري به معنای اصول تن‌ظي‌م، ظاهراً استري‌چي در ارأيه تعري‌ف خود از کرده است. ا‌ي اصل واق‌عيت، ف‌ک‌ر مي‌عبارت‌به‌ي‌عني در چارچوب اصل لذت ي‌ي‌ابد، از آن‌جايي که بر طبق نظريه، اصل لذت در اصل واق‌عيت تعديل مي‌گردد. ا‌ترين امر مح‌سوب مي‌جست‌جوي ارضا با ي‌ک ابژه واق‌عي تعيني‌کننده رزوه و تخيلات ناخودآگاه رقم از طرف دي‌گر واق‌عيت رواني بوسيله آ ها بدين خاطر باي‌دا‌خورد. به نظر فرويد تضاد بين اين واق‌عيت‌لمي هاي دي‌گر اجتناب‌پذيرفته شود، چون تابوي زناي با مح‌ارم و سرخوردگي کن‌ند، اما هم‌زمان به سمت واق‌عيت جست‌جو شده‌ا‌پذير، ارضاي مادي را مح‌دود مي‌س‌ازند: رهم‌نون مي‌

ي مورد انتظار مت‌حق‌ق نشود، ي‌عني سرخوردگي ا‌ي‌جاد شود، زمان ي‌که ارضا "هاي توه‌مي رها شود. ب‌جاي آن‌که ا‌شود که تلاش براي ارضا به روشن‌تي‌جه آن مي‌دست‌گاه رواني به واق‌عيت خود پناه ببرد، به تصور ارت‌باطات واق‌عي آورد. بدين‌وسيله ي‌ک اصل جدي‌د‌ن‌ياي بيروني و تغ‌ييري‌رات واق‌عي روي مي‌شد، بل‌که ا‌ي رواني ارأيه شد. دي‌گر آن‌چه مطل‌وب بود تصور نمي‌اف‌عاليت (فرويد 1911، ص: "آن‌چيزي که حتي در صورت ناخوشايندي واق‌عي بود (231).

چنان‌چه بر اين مبن‌ا حرک‌ت کن‌يم که روابط با ابژه توسط اصل لذت و شود، واق‌عيت تجربه شده به چ‌يرگي اين ي‌ا آن اصل واق‌عيت تن‌ظي‌م مي‌ردد. اين در انطباق با نظريه روان‌کاو است که اصل لذت گ‌وابسته مي‌ي‌ک داده اوليه و کهن‌الگويي ديده شود که بن‌حو س‌يري ن‌اپذير از عن‌وان‌به ناخودآگاه، ي‌عني نه‌اد تأثيري پذير است. بدون تردي‌د تفاوت دارد که ان‌سان

گرفت و بل او اسطه آن دست به چيزي را فقط تصور كند و يا يك شئي را ريفت كند. را د

از آن جايي كه در تعبيرات انتقال، همچنين روانكاو نظريه واقعي رواني. شخص مطرح است، بايد اشارات ديگري نيز درباره واقعي رواني عنوان به داشته باشيم. چنانچه از شخص واقعي روانكاو صحبت شود، نگران ي ايجاد به نفع مادي گرايي، يا اي كه گويي ب عد رواني بايد رها و شود، بگون همي ارضاي حوائج، جايگزين شود.

كنيم، اگر به همين خاطر به يك نظريه واقعي رواني نياز داريم. ما فكر مي كنيم، همراه با مك (اولين) 1981 (تماس روانكاوي را از دي

جامع و چن دو جهتي بنگريم، به سمت حل اين مسائلي قدم □□□□ ي كن عنوان به يم. طببي است كه بيمار و روانكاو بطور كاملاً مشخص خود را توأم داربر مي كنند. به با آرزو هاي ذهني، عواطف، انتظارات، اميدها و عادات فكري تجربه مي شود كه مجرد آنكه درباره حالات رواني خويش تعمق كنيم، طرحي ايجاد مي شود. انسان براي ابعاد زماني و مكاني تجربيات و رخدادهاي ما در آن هويدا مي كند كه رفتار مدت طولاني و نامحسوس از نماهائي رفتاري و فكري پيروي مي آموزد كه واقعي رواني در تبادلات و نمايند. او به تجربه مي او را تنظيم مي گيرد. تعاملات بين انفرادي شكل مي

به نظر مك لويين، واقعي رواني شامل تجربيات مشخص ذهني و نيز ◀ ناخودآگاه آنها است. روانكاو واقعي رواني يك بيمار را در چارچوب هاي پريشه هايي، نظير قطب نمايد. چنين ترسهاي مورد نظر ترسيم ميائي از نظريه كنند. | عمل ميگيري اجهت نما در

مك لويين در نظريه جامع خويش، همچنين انتقال. متقابل بيمار را در نظر هاي مبنا در بيمار و روانكاو بص به اضافه نظريه هاي رواني مشخص دارد. واقعي گردد. البته بدني به يكديگر مرتبط شده و جنبه تعاملي آنها تصريحي مي طرقي، احساس امنيت روانكاو كه در تشبیه آينه براي وي در نظر گرفته رود. مك لويين نشان داد كه تعمق درباره واقعي رواني، شود، از بين ميامي ه با نااطميناني توأم است، چقدر پرتنر است. زيرا روانكاو با وجود آنك يك شخص واقعي حركت كند. ممي چيز از ديدهگاه عنوان به تواند از خود نماي بيمار چن به نسبي بخود خواهد گرفت.

واقعي در اين رابطه دو نفره بر مبناي يك فرآيند دو جان به شكل ◀ ، ديدهگاه ذهني هر دو طرف روشن و گيرد، بدني صورت كه در ارزيابي مداوم مي گردد. بيمار و روانكاو با يكديگر به تفاهم يك توافق نسبي حاصل مي هاي رواني و ارسند. نتيجه يك آناليز موفق، تائيدي متقابل واقعي تمي تغيري آن توسط يك فرآيند قابل اعتماد و واقعي است. در اين نقطه هر دو نمايند. | خود كسب ميهاي درباره ديدهگاه □□□□ طرف امنيت

متخصص مطرح است. او نه تنها با عنوان به در گفتن روانكاوي، روانكاو كند كه در حين كنند، بلكه نقطه نظراتي را مطرح مي عقل سلیم انسان ي كار مي اي بودن وي، افكارش را تحت تأثير قرار آموزش خود، فراگرفته است. حرفه واني بيمار خويش را مي بيند، به داده است. آنگونه كه وي واقعي ر آورد. اگر موضوع، سنجش اعتبار هايي بستگي دارد كه وي به همراه مي نظريه هاي | را مطرح كنيم كه آيا نظريه سوال است، بايد فراي مك لويين رفته و اين فرويد درباره واقعي رواني بطور غير مستقيم باعث پيدايش مشكلاتي حل شوند. اند كه كنون بايد انشده

كنيم | در اين جا ما در يك فضاي قطبي سير مي‌واقعت رواني و مادي فروي.
اند: كه بوسيله مفاهيم زير مشخص شده

● واقعت رواني در برابر واقعت مادي

● اصل واقعت در مقابل اصل لذت

● خود لذت جو در برابر خود واقعت

● كنيم كه بين درون و | بالآخره در سنجش واقعت به روني برخورد مي.
گذارد. هاي واقعت تفاوت مي‌بوي، بين تصورات و دريافت

خواست نظريه وسوسه انگيزي و نقش بي‌مارگونه انگامي كه فروي مي
رويهاي واقعت كودكي را رد كنند، واقعت رواني را در برابر واقعت مادي
رد ارزش قرار داد. تخيلات كه با وقايع واقعت مرتبط نيستند، براي ف
بي‌مارگونه دارند. بنابر اين مقابل قرار دادن اين دو شكل واقعت با
باشند: ها مي‌اند كه شاخص اين واقعت محتواه خاصي گره خورده

واقعت رواني، شامل دنياي آرزوها و تخيلات ذهني، آگاه و ناخودآگاه است و ◀
ي با ابژه است. وجه مشخصه واقعت مادي، ارضا يا عدم ارضاي نيازهاي غريز
بر طبق نظريه لاپلانچ و پونتالي (1972، ص: 426)، واقعت رواني
شامل آرزوي ناخودآگاه و تخيلات مرتبط با آن است. آيا بايد براي آرزوهاي
را در آناليز روي مطرح سؤال ناخودآگاه يك واقعت فرض كرد؟ فروي اين
نمود و بدني‌گونه پاسخ داد:

هاي و حقيقي آرزوهاي ناخودآگاه دست بي‌ابيم، چنانچه به بيان ن
تواند بتوانيم بگوييم كه واقعت رواني يك موجوديت خاص است كه نمي‌مي
(فروي 1900، ص: 625). "با واقعت مادي عوض شود

بنابر اين واقعت رواني و واقعت مادي وجود دارند.

بود، اين است: اي كه براي پيدايش و جومر نورزها تعييني كننده اجمله
تدريجيه تخيلات حاوي واقعت رواني هستند، برخلاف واقعت مادي و ما "
بريم كه در دنياي نورزها، واقعت رواني تعييني به اين موضوع پي مي
(فروي 1916، ص: 383). "كننده است

واقعت رواني در نظريه فروي بوسيله لذت اصل لذت و اصل واقعت.
هاي و ثابتيه در سير رشدي انسان و از طريق ضرورتش كه بطن نظيم مي
گردد. زندگي به اصل واقعت تبديل مي

آموزد ارضاي سنجش واقعت در خدمت اصل واقعت است. كودك رو به رشد مي
هاي خود را به تأخير بي‌اندازد تا بدني‌وسيله به ارضاي واقعت فوري غريزه
هاي ديگر دست يابد. تنش مي‌ان نيازهاي خويش در همسويي و تعامل با انسان
شود كه تحت واقعت رواني و مادي در اين است كه آرزوهاي فراواني فرض مي
مانده، اما الزامات كلي زندگي و بطور خاص بعلت تابوي زناي با محارم ناكام
تري ايجاد كنيم، باشند. چنانچه بخواهيم شرايط مناس به همواره در پي ارضا مي
رمانني تا حدودي نرمش نشان دهيم. در غير اين صورت فقط بايد در موقعيت د
شوند. در بستر استدلالات ما كافي است كه هاي قديمي تكرار مي‌سرخوردگي
با ابژه، يعني روان‌كاو، توافقات لذت بخش صورت گرفت و اختلاف نظر
تحميل شود.

با توصيفات خود مي‌خواستيم به اين مسئله اشاره كنيم كه ارزشيابي.
انچه واقعت رواني را جامع و فراگير در نظر بگيريم، پيامدهاي آن چه چن
اش خواهد بود. بي‌مار در جستجوي كمك و اميدوار است علاني و مشكلات زندگي
آيد كه با كمك يك به هم بود و تعديل يابند. خلاصه: وي به اين اميد مي

ام كنند تلمتخصص به تغيري رات مثبت برسد. در حالي كه بيمار تلاش مي افكار و احساسات خود را به اطلاع درمانگر برساند، تصويير متنوعي از شود. وي در حالي كه از سوي خلق و نمايد، ايجاد ميديايي كه در آن زندگي مي هاي شود، ديگامهاي خود هدايت ميروحيه، آرزوها، انتظارات، اميدها و ترس وجود آنكه بيمار كنند. با متفاوت دنياي خويش را ترسيم و توصيف مي كنند، و عليرغم ها و اشياء را از يكديگر تفكيك ميادراكات خويش از انسان داند آرزوها و افكار بر بستر مكاني شكل گرفته و براي تجربه آنكه مي ها وابسته است، واقعييت را به رواني و هاي خود به انسان لذت و ارضاي غريزه نگام شنيدن و تلاش براي درك عاطفي مادي تقسيم نكرده است. روانكاو در ه كنند. چنانچه روانكاو در فكري بيمار از فرآيندهاي گوناگوني عبور مي جايي مداخله نمايد، بدان معناست كه بيمار با يك پيام درگير شده است. همچنين يك پيام منفي، يعنيسكوت روانكاو، مخصوصاً زماني كه بيمار در توانيم همراه با ارتباطات است. به مدين خاطر ميانظاريك جواب است، نوعي تواند ارتباط برقرار نكند. واتسل اويك (1969) بگوييم كه انسان نمي كنند و بيمار به نوعي با آنها هاي را مطرح ميهاي خود ديگامروانكاو با گفته و تواند از كنار آنها عبور كنند، آنها را بپذيرد، رد كنند شود. وي ميديري مي غيره. روانكاو و بيمار، ديروا زود به تعمق مشتراك درباره نقطه نظرات خواهند پرداخت، در حالي كه آگاهانه يا ناآگاهانه، فرد سومي نيز حضور دارد: هايي كه بيمار در زندگي خصوصي و اعضاي خانواده منشأ، بستگان، انسان در روانكاو پيوسته كنني شغلي با آنها سر و كار دارد و با آنها زندگي مي هاي كنوني هاي قديمي و جدها، ترس تجربيات زندگي فردي، آرزوها، اشتهاي تواند به نفع شوند. از آنجايي كه روانكاو فرد دردمند نيست، ميژنده مي اي ايجاد كنند تا گمانه زني آرزوي بيمار را در جايي كه والكنش بيمار فاصله درك كنند. در صورتي كه روانكاو فاقد الگوها و هدف، اضطرابي از خود نشان مي توانست تعارضات موجود زندگي را به بود و نميهاي توضيحي زياد مي طرح كمك اين الگوها توضيح دهد، فشارهاي عاطفي و فكري درمان براي روانكاو شد. غير قابل تحمل مي يم، به اگر اين نقطه نظرات را در استنباط استريچي از واقعييت بكار بند اين نتيجه خواهيم رسيد:

در اين بيان كه خطر انحراف موقعيت درماني به موقعيت واقعي موجود است، اي در واقع وي به اصل لذت اشاره دارد. در اينجا از تصويير درون فكني شده گردد كه اينك به روانكاو فراكني شده، بدون آنكه عوامل موجود و احركت مي رفته شده باشند. قابل توجه است كه استريچي در ايجاد كننده در نظر گ كنند، همانگونه كه وي از ابژه واقعي، اينجا از واحدهاي ثابت حركت مي نمايد. بيروني، يعنيري روانكاو صحبت مي كنند كه استريچي بر اين گمان بود كه قوه تفكيك و نقل قول بالا روشن مي اي از واقعييت و در لحظتمايز بيمار در سنجش واقعييت، بوسيله دور شدن ا گي رند، تقويت خواهد شد. كه تعبيرات انتقال جهشي صورت مي

نقش خنثي و شخص واقعي

روانكاو ممكن است با تشبيه آينه به يك تعارض نقش ديوار و بدنيوسيله درك واقع بينانه در تعبيرات انتقال براي وي غي رمكن گردد و نتواند بر

دهد، تعبيرات انتقالي ارايه نموده كه گذشته و حال را با هم پيوند امكان مي كنند. من رويابن نيز هستند كه تداعي توقف زمان را زنده مي زند. تكرارها (شناسد) فرويد 1900، ص: 331. به همين علت احساس زماني دارد و تضاد را مي گيرد از بي قيدي زماني ناخودآگاه صحبت شود، باعث سوء برداشت خواهد شد.

ارتباط گذشته و حال

اند، چون در انتقال بدني خاطر ممدل ايل ما براي درك تأثير جهشي تعبيرات ان خورند. به نظر فرويد اينجا است كه گذشته و حال با يكديگر پيوند مي روند. اثربخشي آرزوهاي قديمي و ناخودآگاه، بوسيله آگاه شدن از بين مي ال بسته قبل از آن، بايد پيوند برقرار شود.

راكات و تجربه كنند، كه در ادب به نظر ما تعبيرات انتقالي كه اظهار مي بيمار در اينجا و الكون، با تكرارهاي غيرتاريخي روبرو هستيم، همان قدر كنند كه تعبيرات اينجا و الكون، بدون در نظر از كنار مسئله عبور مي گيري ناخودآگاه در زندگي افراد بگرفتار ابعاد تاريخي شكل گاه صحنه چنانچه بر كيفيت غيرتاريخي فرآيندهاي ناخودآزمي اسريل. اي گذاريم، تعبير در اينجا و الكون توسط روانكوي كه فقط جنبه آينه داشته باشد، مشكلي را بيان و حل نخواهد كرد. اسريل (1963) از اين نقطه كرد كه چنانچه روانكاو مجرب، خويشتنداري و انفعال نظر حركت مي قال، بيشتري از خود نشان دهد، صحنه سازي مجدد غيرتاريخي در انت اي است كه بطور ايشود. تفاسير وي به سمت روابط با ابژيكت مي اكامل شود. انواع تعابي انتقال پيشنهادي وي ناخودآگاه جستجو و يا پرهيز مي باشد كه بعلااضطراب، از اي مي شامل رابطه با ابژه جستجو شده و يا ابژه توضيحي □□□□ آن پرهيز شده است. به همين خاطر تعابي، هميشه يك شمس □□□□ كنيد، شما اينك از اين يا آن آرزو اجتناب مي دارند، بدني معنا: "از عدم پذيرش هراس داريد.

رسيم كه بتر بررسي كنيم، به اين نتيجه مي اير نظريات اسريل را دقيق غيرتاريخي، منصفانه نيست. درست آن عنوان به توصيف روش روانكوي نكاوي در برگزيده اينجا، الكون و است كه اثربخشي درمان ي روا آيند. اسريل چنين مي دست به هاي است كه در موقعيت درمان ي شناخت هاي ناخودآگاه بدون قيدي و بند تاريخي، خود را به منصفه پنداشت كه پديده ملي ظهور رسانده، گويي كه گذشته تنه تعييين كننده حال حاضر است. به همين شوند، ادراكات كنوني و | اينجا و الكون داده مي علت و عليرغم آنكه تفاسير اي نداشته؛ اين تفاسير ظاهراً به نيروهاي واقعي بيمار نقش عمده شوند. چنانچه حالات ناخودآگاه غيرتاريخي ناخودآگاه، اما مؤثر مربوط مي غيرتاريخي، بدون قيدي زمان و خارج از تاريخچه زندگي بود، اينجا و الكون شدند. اي جهشي نمي نيز حاوي كيفيت

اثر اسريل به اين خاطر مورد تأكي قرار گرفت، زيرا اين نويسننده از لحاظ متديك به اينجا و الكون معناي خاص بخشيد، اما در مطالعات خويش به اين داد، نظري بدان اهميت ميل حاطبه علت ناكام ماند كه به تأثير روانكاو كه وي عملاً توجه نداشت.

روانكاوتأثير

دخیل دانستن نفوذ شخصی و ادراکات واقعی در تعبیرات انتقال، نقطه هائی بتمایز اصلی میان تعبیرات ژنیتیکی بازسازی شده فروید و نوآوری است که بواسطه آثار استریتیچی به گفتمان وارد شد. چنانچه همراه با زگال اوی (صحت 1974، ص: 162) از اصلاح رابطه با ابژه در موقعیت روان که توان بسادگی از کنار ذهنیت اثربخش، یعنی روان‌کاو و ادراکات کنی، نمی‌واقعی وی در تعبیرات انتقال توسط بی‌مار، گذشت. واقعیات روانی و گیری آن، ادراکات اهمیت تخیلات ناخودآگاه، چنانچه مشخص شود که در شکل بی‌ند. آسب نمی‌واقعی، مثلاً انتقال متقابل روان‌کاو، سهیم بوده است، بی‌مار زمانی در سیستم ارزشی روان‌کاو شرکت می‌کند که برای حل تعارضات نوروپیک مؤثر باشد. این حضور با خصلت همانندسازی که هالاستریچی در تحول ارزشی فراخود از آن در قالب بایدها، نبایدها و ایده‌انی لازم نی‌کند، نه تنها اجتناب ناپذیر، بلکه به لحاظ درم‌صحت می‌شود است. عبور از کنار این پدیده، به ایجاد یک فضای مصنوعی منتهی می‌گردد و حاصل آن اجتناب از شرکت در جریان درمان است. کنند که به تأثیر هائی علوم اجتماعی بر این مسئله تصریح می‌یافتند: روان‌کاو در پی‌دایش ادراکات و تخیلات بی‌مار اهمیت کافیه می‌دهد. هائی مربوط به هدایت رابطه واقعی مورد توجه موقعیت درمانی، نظریه‌در ایجاد می‌گیرند. اگر از این نقطه نظر حرکت کنی که اصل واقعیات ناشی از قرار می‌ارضای مادی است، در موقعیت درمانی یک دنبال‌ب‌اصل لذت است و همی‌شه آید که مشخصه آن محرومیت و چشم پوشی است. بناسب تنش بوجود می‌دهد چنانچه فضایی ایجاد کنی، ممکن است برای بیماران خجالتی آرام‌چنا هائی موجود که بواسطه بخش باشد، زیرا هم‌دلی و انعطاف در برابر پرخش‌گری هائی محدود کننده فراخود منتهی‌اند، به تغیری بخش‌سرخوردگی ایجاد شده ته از خواهد شد. تغیری شکل یک فراخود سخت به یک فراخود نرم، حاوی آن‌دس کنند. مشخصات درمانی نیست که در عمل‌کرده‌ائی خود ضعیف و ناقص بروز می‌خاطر همین‌ب‌کنند. در این‌جا همانندسازی با روان‌کاو، نقش بزرگی ایفا می‌دهد هائی همانندسازی مهم است. ایجاد زمینه

وزنه ادراکات واقعی

واقعی در اینجا و امروز هنوز در این باره وحدت نظر وجود ندارد که ادراکات کنون تا چه حد باید مراعات شوند. این نگرانی وجود دارد که از این طریق فقط به ارضای نی‌ازها پرداخته شود و درمان در شرایط سخت و ناکامی، مورد توجه واقع نشود. مشخصات تکنیکی درمانی جنبه سازنده نی‌دارند و در نی‌تبدیل کرد که از منظر توان آن را به مزیت تغیری درم‌اصورتی می‌ببریم. در بحث خود در این باره به نظریه نظریه روان‌کاو به منشأ آن پی‌ورزی می‌آدرن و استناد می‌

از طرفی در روان‌کاو لی‌بی‌دو، واقعیات اصلی روانی است؛ ارضای آن مثبت " شود. از طرف دیگر، من‌فی ارزیابی می‌یو ناکامی آن، چون به بی‌ماری منجر می‌کند، اگر چه نه کاملاً، اما روان‌کاو تم‌دن را که زمینه ناکامی را ایجاد می‌دی‌گر، هائی کنند. روان‌کاو به اسم اصل واقعیات، ظلم‌با نوعی سرخوردگی قبول می‌کند، بدون آن‌که خود اصل واقعیات را زاویه علم و خرد روانی فرد را توجیه می‌

(آدرنو 1952، ص: 17). "بسنج

كند، از نوع نرم باشد، به قعيتي كه روانكاو بر آن اتكا ميحتي اگر اصل. و آن را به "اندازه كافي موجب سرخوردگي خواهد شد تا ت عارض بيشتري شود. ("تريين شكل خود درآورده تا به نيروي غريزي حل آن افزوده شودسخت كند كه فرويد 1937، ص: 76). اين نقل قول از آخريين آثار فرويد، روشن مي ات تكنيك درماني ناشي از نظريه روانكاوي درباره واقعي است. مشكل چنانچه اصل واقعي را از ديد عقلي و عيني بررسي سنجش واقعي. هاي كنيم، در حيطه تكنيك درماني فقط بدني م عناست كه ادراكات و دريافت بيمار جدي گرفتار شون، زيرا در اين لحظه يك عمل هدفمند ابژه خود را پيدا شود. ما بعداً و در بحث رابطه ميان رده و بدنيوسيله يك واقعي خلق ميك حقيقت تاريخي و ادراكات در اينجا و اكنون به اين موضوع خواهيم پرداخت. -از آنجايي كه استنباط فردي از واقعي در بافت مشخص اجتماعي تواند چن به مطلق بخود بگيرد، نميگيرد، هيچ مقولفهرنگي شكل مي به ممي خاطر واقعي موقعي درماني در تبادل نظريات، پذيرش و يا رد آنها گردد. بنا مي

توانند از يك نقطه نظر معتبر در سنجش واقعي، بيمار و روانكاو نمي رسيم و در حالت مطلق حركت كنند. در حالت بي انطباق با شرايط مي فرد، خانواده و جامعه را مركز بيني. در يك حالت افراطي، -ديگر به خود خواند و در حالت افراطي ديگر، مقدرات فرد از خارج ا ميديوانه و بيماري شود. چنانچه اين قطب بندي را اوج دهيم و كل جامعه را تعي يني و وي بيمار مي توان در سيمي يك بيمار رواني، سلامت را جستجو ديوانه حساب كنيم، مي مار قد علم كرده است. چنين فردي بوسيله يك نمود كه در مقابل جامعه بي يابد، بدون آنكه خود متوجه اين امر شده در مان موفق با جامعه بيمار انطباق مي باشد.

تعصب تعبيري استري چي

تعبير جهشي زماني اثربخش است كه در كاربرد آن، رابطه كاري، يعني ت شود. من كمكي تقوي عنوان به بيمار با روانكاو □□□□□□□□□□ اي از تعصب گرايي تعبيري امتعاقب آثار اصلي استري چي، شكل تازه بوجود آمد كه فرن چي و رانك در ممان ابتدا، يعني در 1924 به آن انتقاد هاي ژنتيكي بود كه به تجربه در اينجا و داشتند. برداشت آنها بازسازي ستري چي) 1935(رسي دند. اكنون اهميت نداده و نتيجتاً به اهداف درماني نمي نيز بر اين تعصب بي ثمر اصرار ورزي و به بل اواسطگي عاطفي اشاره كرد كه در تعبيري جهشي نهفته بود. وي همزمان تأكي داشت كه اكثر (شود) ص: 514. تعبيريات ما در خارج از انتقال انجام مي

تكرار خالص عنوان به انتقال

ارتباط با انتقال بمتابه از اين پس نوعي تعصب تعبيري، اين بار د تكرار خالص، شكل گرفت. اين وضعيت اثربخشي درماني روانكاوي را به دليل ديگري، يعني بازسازي مبالغه آميز فكري، محدود ساخت. اگر آنچه در آيد و آنچه را نيز كه بيمار با خود به جلسه حمل شرايط درماني پيش مي

انتقال تلقی کنیم، پیامدی دارد که اشکال عنوان‌بند، در درجه نخست ای بالینت به وضوح بدان اشاره کرده است. چنین تکنیکی درمانی حاوی این شود، اچارچوب درمانی که در حین آن هر تعبیری بیان می‌مسئله است که ای متشکل از یک ابژه قدر، یعنی روان‌کاو و یک سوژه غیر برابر با رابط ای ندارد که در ارتباط با احساس و تجربه او، یعنی بی‌مار است که فکر، ا (بالینت 1968، ص: 205). "درمان‌گر نباشد

چنانچه شرایط زندگی بی‌مار به نفع تعبیرات غیر تاریخی پس رانده های و خیم منجر شود. بتواند به پسرفت‌شود، نابرابری ایجاد شده، می ند که شوا به نظر ما تعبیرات انتقال غیر تاریخی، شامل تفاسیری می- هم موقعت درمانی، هم تأثیر روان‌کاو و هم شرایط عینی زندگی-الکون گیند. ارا نادیده می-بی‌مار تکرار گذشته یا رسوبات آن در نمای عنوان‌بند تا زمانی که الکون را فقط ناخودآگاه انگاریم، تعبیرات این‌جا و الکون نیز ظاهراً به موقعت درمانی لت، این‌جا و الکون چیز دیگری مگر چاپ مجدد شوند. در این‌حالت بی‌مار می های قدیمی نیست. الگوها و کلی‌شه

این‌جا-تعبیرات الکون

در مقایسه با نظریات غیرتاریخی درباره انتقال و تعبیرات مربوط به آن، دهند، زیرا زمان حال را می‌دست‌بدهای تعبیرات این‌جا و الکون، تجربیات تازه گیند. اچدی می

در این‌جا وظیفه خطیری بر عهده دارد که نباید به نقش پدر یا مادر روان‌کاو لحاظ‌بمتقلیل یابد. هایمن (1978) این عمل‌کرد را خود مکملی نامید، را برای "عمل‌کرد مادرانه" تاریخی چه زندگی آن را به مادر مرتبط کرد و عنوان ت، گرایانه کم نیس‌های تقلیل‌آن برگزید. بعلت آنکه خطر سرخوردگی قصد آن نداریم که خود مکملی و یا من کمکی درمانی را عمل‌کرد مادرانه بنامیم پردازد. کنیم که به موضوع اصلی می‌ل فقط مفهوم عمل‌کرد را تقبل می

خود مکملی به فرزند (در پی‌کر بی‌مار) عنوان‌بمادر (در پی‌کر روان‌کاو) " به فرزند مفاهیم فکری جدید دهد که خود، فاقد آن است. مادر مفاهیمی ارائه می (هایمن 1978، ص: "سازنده و او را به مسیر پی‌شرفت رهنمون می‌آموزش می (228).

عمل‌کردهای روان‌کاو و همان‌دسازی بی‌مار

تذکر تکنیکی فروید، مبنی بر این‌که مجاز نیستیم، بی‌مار را در شبیه و کامل شدن شدن به خودمان تربیت کنیم، بلکه وظیفه ما کمک به رهایی باشد،) فروید 1919، ص: 190،) در تضاد با اهمیت درمانی‌شخص او می ما در "خوانیم: همان‌دسازی بی‌مار با درمان‌گر قرار دارد. چون در جایی دیگر می مرجع، وال‌دین عنوان‌بند کنیم: های گون‌گون به بی‌مار کمک می‌عمل‌کردها و نقش (از طرف دیگر فروید هشدار) 1940، ص: 107 "جان‌شین، آموزگار و مربی ده:می

آموزگار، الگو و عنوان‌بمهر چقدر برای روان‌کاو وسوسه انگیز باشد که " های بر طبق الگوی خویشت تربیت کنند، ال برای دی‌گران بوده و انسان‌ای‌ده

نبايد فراموش كنند كه اين كار، وظيفه اصلي وي در رابطه درمان نيست، در (1940، " به تعهدات شغلي خود پاي بند نيست صورت چنين رفتاري وي ص: 101).

عناصر نوگرايانه

آورند و بدون آنكه | مي دست به عناصر نوگرايانه در درمان جايگاه بديهي يابند. در واقع مداخلات هاي جديدي و سنتزها راه مي افتد و توجه باشيم در ديگاه جديدي اثر دارند. اي هستند كه بر تركيب عناصر روانكاو حاي اهداف نهفته شود: يكي از چنانچه بيمار به اهداف خود برسد، اعتماد به نفس تقويت مي هاي توفيق درماني. اشخاص

اهميت همانندسازي

يادگيري با الگو و سرمشق و يا به بيان روانكايي، يادگيري از طريق ◀ ت. از زماني ال عاده برخوردار اس همانندسازي، در هر فرآيند درماني از اهميت فوق هاي رابطه با ابژه روانكايي با گراي شات متفاوت به كانون بحث كه نظريه اند، تمام مفاهيمي كه رابطه درون با برون و سوژه با سوژه (يا تبديلي شده گيرند | تكنيك درماني مورد توجه قرار مي لحاظ به كنند، ابژه را بررسي مي كانسر در مقدمه خويش در) كرنبرگ 1979، مايسنر 1979، تيشو 1980. كنند كه با تأكيد بر هاي رابطه با ابژه اشاره مي كنند فرانسوي درباره نظريه رابطه با ابژه يك درك دوسويي از درمان سنتي بزرگسالان ممكن گشته و اند) باليني تبرد كه اين سير تكويوني را تقويت كرده افراد زيادي را نام مي استون 1961، گيتلسون 1962. (1950، اشپيتس 1956، اووالد 1960، نقطه مشترك دروني سازي، همانندسازي، درون فكني آن است كه هم اينها ◀ باشند، نتيجي چي چنين شامل يك حركت از بيرون به سمت درون مرتبط مي فرآيندهايي تعلق، دستيابي، تعادل و خود سازي است) شيفر 1968، مايسنر 1979، مك دويت 1979. ينكه به مفاهيم ياد شده چه معنايي تفويض كنيم، نقطه صرف نظر از ا مشترك آنه، اشاره به رابطه با ابژه است. باليني ت 1968، ص: 76) به همين توانيم از همانندسازي به معناي دقيق صحبت اخاطر تأكيد دارد كه زماني مي كنيم كه فاصله مشخصي ميان درون و بيرون، سوژه و ابژه وجود داشته هاي اين رابطه، ديده انسان شناسانه فرويد قابل ذكر است كه رابطه باشد. د شوندي) فرويد 1923، ص: با ابژه از دست رفته، در همانندسازي متبلور مي 257. جاي تأكيد ندارد كه اين جنبه همانندسازي در جديدي و فقدان و نيز در پايان دادن به آناليز، چقدر با اهميت است.

و جمع بندي ارزشيابي

ما گمان داريم كه مشكل قديمي واقعييت در موقعيت روانكايي قابل حل است و تكنيك روانكايي 50 سال بعد از اثر راهگشاي استري چي، پتانسيل درماني

شود و براي زمان حرف زدن خود از آن | فضا مي نماند، يا فقط يكي وارد اين ميان استفاده خواهد كرد. سكوت روان كاو به بيمار فرصت حرف زدن خواهد داد.

تأثيرات غافلگيريانه سكوت

دلایل موجهی وجود دارد که شروع گفتگو را به بيمار واگذار کرده و وی را به بر خلاف صحبت کردن ترغیب نماییم. تقسیم يك جان به صحبت و سكوت قواعد تعاملات روزمره است. به همین خاطر، انحراف از روند قابل انتظار ديالوگ به غافلگير شدن، سردرگمي و نهایتاً ندانم كاري منجر خواهد شد. روان كاو در جلسات نخست بيش از حد منفعلمان رفتار عنوان به چنانچه اوي با كنيم، تأثير بي نهایت بزرگي بر بيمار خواهد داشت، زير هاي قبلي با پزشكان ديگر آيد كه در ملاقات تصوراتي به جلسات مي آورده است. بيمار انتظار دارد كه از وي درباره مشكل و تاريخچه آن دست به هاي مشروح دهد. هر چقدر گفتگو | كه بيمار بتواند پاسخ خنكوي به شود، سؤال زمان سكوت و از اين انتظار فاصله بگيرد و هر چه بيشتر به تقسيم هاي روزمره و رايج نزديك شود، تأثيرات غافلگيريانه صحبت در صحبت بيشتري خواهد گذاشت.

وسيله، تأثيرات عنوان بكنند كه سكوت همين نكات مختصر روشن مي گذارد. اين كه سكوت تأثيرات ناخوشايند خواهد داشت و امضاوتي برجاي مي هاي موجود بستگي به موقعيت تقويت و حمايت تجربه شود، عنوان به هاي كللي در اين زمينه ارائه داد. بتوان توصيف هاي كه نمي دارد، بگونه البته از ديده گاه روان كاوي دلایل خوبی وجود دارد كه در گفتگو، هاي پي در پي مانع از آن نشويم كه سؤال خويشتن داري پيشه کرده و توسط گو درباره آن است. بدین بيمار به موضوعاتي بپردازد كه خواهان گفت هاي اوليه بسوي تداعي آزاد بتوان زمينه آن را فراهم كرد كه بيمار گام پيري مي توان با خويشتن داري بيمار را در جهت ابراز هر آنچه در لحظه به ابراز دارد. مي رسد، ترغيب كرد. ذهنش مي

ر در درازمدت، خويشتن داري و سكوت روان كاو، به تقويت پسرفت بيمار ▶ كند كه البته هدف نيس، بلكه ابزاري در جهت اهداف درمانی محسوب كنم مي شود. به همین خاطر مقدار و تناسب سكوت و صحبت از اهميت زيادي مي برخوردار است.

سكوت در مرز كلليشه و انعطاف پذيري

با توجه به ضرورت عملي برخورد ظريف با سكوت و صحبت، زماني كه شود، جاي تعمق و ترديد دارد. بعضاً اين به كلليشه مي سكوت تبديل شود كه روان كاو در همان گفتگوهاي نخست، آنچنان كلليشه چنين اجرا مي كند كه در قالب آنليز آزمائشي و بطور خويشتن داري اختياري مي خواهد آمادگي بيمار براي درمان روان كاوي را بسنجد. امينياتوري مي ي لازم است، فضاي سكوت را ايجاد كنيم تا به بدلایل تشخيصي و درمان رسد. در اينجا بيمار فرصت طرح موضوعاتي را بدهيم كه به نظرش مهم مي توان انعطاف بيمار براي سكوت را سنجيد.

از آنجايي كه ما مخالف آن هستيم كه بيمار خود را با روش تطبيقي دهد، بلكه ردد، بآيد بررسي شود كه چرا موافق آن هستيم كه روش بر بيمار منطبق گ سكوت روانكاو ممكن است به كلشيته تبديل شود. به نظر ما نكات زير در اند: اين كلشيته سازي سهيم بوده

فرآيندهاي عنوان به ارزش زياد قايل شدن براي تداعي آزاد و پسر رفت ●
درماني

ابزار درماني. عنوان به تأكيدي بيش از حد بر شناخت از خود، ●
كرد كه در ارائه تعبيرات آنقدر تأخير شود ان خاطر فرويد توصيه مي به همي
تا بيمار خود به بيانش در رابطه با يك مسئله دست يابد. وي در اين رابطه
گويدي: چنين مي

تواند از نظرات ما آگاه شود و كنيم كه بيمار چه زماني مي ام به دقت فكر مي
آيد، امري كه تشخيص آن بسبب ميانيم كه به نظرم ان اي مي ان نظر لحظه
دهيم، آنقدر كه هميشه آسان نيست. معمولاً در بيان نظر خود تأخير بخرج مي
"بيمار به تعبيري ما نزديك شود و تنه اي ك قدم با آن فاصله داشته باشد
(فرويد 1940، ص: 103).

اند: آلي با يكديگر ادغام شده اند اين توصيه 2 نقطه نظر در جنبه ايده

حتي المقدور مزاحم رشته افكار بيمار نشوي و ●
هايي كه از خارج به اين تجربه كه بيانش كسب شده توسط بيمار از بيانش ●
باشند. بشوند، داراي تأثيرات بزرگتر درماني مي بيمار منتقل مي
آل وجود دارد، يك آيد كه يك نقطه زماني. ايده از نقل قول بالا چنين بر مي
درون و بيرون. پس مسئله آن است كه روانكاو زمان تلاقي مناسب ميان
مناسب براي اجتناب از سكوت خود را تشخيص دهد.

رسيم: به موازات منزلت مهمي | بنابر اين ما به يك نتيجه مقطعي جالب مي ◀
آورده، سكوت نيز از ارزش دست به تنه ابراز بياني عنوان به كه تعبيري
يده است. سكوت به سرچشمه پنهان و والا و حتي سحرآمزي برخورددار گرد
جوشان تعبيري تبديل شده است.

هاي عادتي و اما همراه با كرمريوس (1969) بر اين نظريه كه در مجموع از سكوت
غير قابل توجهي بآيد پرهيز شود.
سكوت يك ابزار عملياتي، همچون ابزار ديگر است و استفاده از آن بآيد در
ي ان جام شود. راستاي تقويت فرآيند درماني

سكوت و اجتناب از تعامل

تواند به تفكيك ذوب روانشناسي سكوت كه هنوز در ابتدائي آن هستيم مي
ابژه از اجتناب تعاملي كمك كنند. در هر دو حالت تكنيك درماني - شدي سوزه
شود. به نظر ناخ (1964)، مبتني بر قواعد اصلي به سرحد خود نزديك مي
غام/سحرآمزي، نوعي تبادل بدون كلام بين درمانگر و سكوت يك تجربه اد
بيمار است كه تجربه مجدد و يا تجربه جديدي حالت ذوب شديكي كامل از
شود. بگذارد و تغيري اصلاحي را موجب مي زندگي قبلي را به نمايش مي
ابزار تغيري همچنين از جانب روانشناسي. عنوان به نديده گرفتار تعبيري
همانگونه كه كالوگراس (1967) در درمان بيماري كه به شود، اخود مطرح مي
سكوت مزم مبتلا بود، نشان داد. سلگيز (1960) و موسر (1962) بر اين
كنند، بآيد وقت كافي داد. اصول رانماني نظر اند كه به بيماري كه سكوت مي

تمام اقدامات تكنيكي بايد گيري اجهت فرويد در اين جا نيز معتبر است:
مت ايجاد شرايط مطلوب براي خود بيمار باشد. سدر جهت

قطب بندي قدر قدرتي و درمان دگي

هاي عام و تأثيرات سكوت روان كاو، مايليم بطور مشخص اعلاوه بر جنبه
در رابطه روان كاوي صحبت و و در باره موضوع
و اي ان جام كنيم. ما بر اين نظريه كه اگر سكوت روان كاو بشكلك كليشه
بل افاصله با تعبيرات پايان پذيرد، به نحو بسيار نامطلوبي به قطب
شود. يك مثال از بندي درمان دگي و قدر قدرتي ميان بيمار و روان كاو منجر مي
فلدر و همكاران (1982):

هاي روان كاو در باره بافت تعبيري: آناليز طولاني مدت. بيمار ايداداشت
كنند. تاكنون به درك رضاي تبخش اين لمكرراً و براي مدت طولاني سكوت مي
كرد، گفت كه غالباً سكوت ميلم. روزي از مادري سخن مي رفتار نايل نشده
اين ناشگون و مراس انگيز بود. پس از آنكه بيمار براي مدت طولاني سكوت
كرد، تعبيري بيان شد:
خواهيد به من ترس و ناامني منتقل كنيد، همانگونه كه روان كاو: شما مي
كرد. برتان در حالت سكوت اين كار را ميماد
كنند. بعداً) بيمار با تعبيري موافقت، اما براي مدت طولاني دوباره سكوت مي
كنند كنون به كسي در گويده كه از تعبيري ناراحت شده است، چون فكر ميلم
"اي شباهت پيدا كرده كه از وي منتفر بوده است. (زمينه

خواهيم فرضيه خود را ثابت كنيم كه اتفاقاً اياز آنجايي كه ما با اين مثال
ارتباط سكوت. سخت روان كاو با تعبيرات انتقال ناگهاني به قطب بندي
قدر قدرتي و درمان دگي مي انجامد، بايد تأكيدي كنيم كه نويسنندگان گمان
تواند كنند يك مثال خوب براي تعبيري انتقال ارايه داده باشند كه ميلم
تمان تعبيري روان كاوي قرار بگيرد. مبناي مكنان يزم گف

در مثال ارايه شده در باره تعبيري انتقال، بيمار ابتدا با تعبيري موافقت
نمود و سپس به سكوتي فرو رفت كه احتمالاً بمنظور پردازش انجام
(فلدر و همكاران 1982، ص: 173). "گرفته است

ممكن است اين ما با اين تفسيير مطلوب. واكنش بيمار موافق نيستيم.
سكوت در جهت پردازش صورت گرفته باشد؛ اما موضوع مورد پردازش،
ناراحتي از نشستن با مادر در يك قايق است.

ي كه بيمار اصلاً مطرح سؤال سكوت روان كاو و اطلاع ناگهاني وي از پاسخ
تواند در اين شكلك به قطب بندي قدر قدرتي و درمان دگي منتهي نكرده، مي
شكلك بين فردي و هم در شكلك درون فردي: روان كاو قدر قدرت و شود، هم در
درون رواني تخيلات لحاظ ميشوند. اين پديده در روان كاو بيمار درمانده مي
نمائي، بحدي كه ممكن است در موقعيت قدر قدرتي ناخودآگاه را تقويت مي
درماني به تحقير و استيصال بيمار روي آورد.

تواند بوسيله تخيلات درمان دگي مي تجربه در تخيلات قدر قدرتي.
قدر قدرتي جبران شود. رفتارهاي بيمارگونه قدر قدرتي در تمايز با
شناسد، معمولاً تلاش تدريدي آميز تخيلات قدر قدرتي كه مر انسانني آن را مي
جهت مقابله با اراده و فرا قدرت ظالم است. با وجود آنكه استيصال و
كودكان و بزرگسالان و رابطه بزرگ تقسيم نامتوازن قدرت، ويژگي رابطه

با كوچك است و تخيلات قدرقدرتي جبراني جزئي از سير رشدي معمولي اي و تعبيرات ناگهاني كودكان است، با قطب بندي كه با سكوت كليشه است كه با چنين سوال شود، قابل مقايسه نيست. جاي روانكاو ايجاد مي ود. چنانچه روانكاو تخيلات بزرگ اي ايجاد نشاي جدي تا زلتشابهي آسيب مطرح كنند، □□□□□ □□□□□ عنوانبمبينانه جبراني در انتقال را انتقاد بيمار بر سكوت افراطي خويش را رد نموده است. مضافاً آنكه در قدم خودشيفتگي كودكانه عنوانبمبعدي، تخيلات بزرگ بيمينانه جبراني گردد. تفسيير مي دهيم كه هنگام پسر رفت درماني، اي را چنان شكل پس بآيد موقعيت روانكاو ◀ قدرقدرتي به سمت تخيلات قدرقدرتي منحرف-قطب بندي درماني دگي نشود.

انحراف از قواعد تعامل روزمره

ي سوال اش بيانگر ايشود كه رفتار او، مثلاً سكوتايك بيمار چگونه متوجه مي و همكاران (1982) به باشد. فلدر است كه تعبيري روانكاو، پاسخ مطلوب آن مي تواند آرزو و انگيزه سكوت بيمار را اين مسئله پي ببردند كه روانكاو مي شكليبهفقط با شكستن قواعد ديالوگ روزمره كشف كنند. شروتر (1979) نفي اشكال تعامل ي روزمره توصيف كرده عنوانبممشابه، تعبيرات را است:

ارات و رفتار بيمار هستند كه تعبيرات، تفاسيري روانكاو در برابر اظه شوند. بدنيوسيله اي بيمار بيان مي اجهت كشف تخيلات، آرزوها و ترس گويي، آگاهي ندارد ايشود كه بر همه آنچه مي فردي تعريفي مي عنوانبمبعدي (ص: 181).

از آنجايي كه شروتر متوجه شد كه اين از جانب بيمار كاملاً غريب و تهديد شود، بايد نكته زير را در بحث هدف تكنيك درماني در نظر آميزت تجربه مي داشت:

فاصله از ديالوگ روزمره بايد از جنبه تأثيرات آن بر فرايند درماني ◀ كنيم كه همه انجام شود. ما در اين توصيه، تجربيات خويش را جمع بندي مي كل بيماران، بويژه زماني كه نيازمند كمك هستند، در برابر عدم رعايت ش دهند. رايج ديالوگ روزمره با حساسيت شديدي واكنش نشان مي سرزنش و عنوانبمكند، تعبيرات غالباً زماني كه شروتر (1979) بيان مي دهيم، بايد ايشوند و ما اين مسئله را به سكوت تعميم مي تحقير تجربه مي ي آن آل را بيابيم كه تأثيرات نامطلوب جانباي دهن حوه اجراي نوعي مصاحبه به حداقل برسد.

ها و بتواند عمل كند. غلبه بر تنشنمائي مي‌شود. كشناعي ني بزرگتر مي نمائي مكن است در خدمت لذت احساس واقعي را ايجاد كند. بالآخره كشن جويي. لجام گسيخته قرار گيرد (بلوس 1963).

هاي مرتبط با دفاع از آرزوهاي منفعلانه و ترستواند در خدمنمائي مي‌كشن. با آن و همچنين جلوگیری از تجربه استیصال و درمان‌دگی قرار گیرد. عنوان‌بنمائي در فرآیند استقلال دوران بلوغ، به نظر بلوس (1963) كشن گردد: كمبودهاي. ناشي از فاصله راه حل شايع و مطلوب ارزيابي مي اي مهم (والدين)، از طريق روابط زياد با محيط پيراموني يا هليبيدو با ابژه شود (فرآیند كنه طي آن تجربيات جديدي تعاملات با آن جبران مي‌عبارت‌به نمائي در جديدي، در مراحل رشدي و آيند). اين تجربه نقش كشن مي‌دست‌به كند. بدین‌وسيله خداحافظي با گذشته را روشن مي توان بدل‌خواه ادامه داد. اين امر نمائي را مي‌اي كشن فهرست معاني و عمل‌كرده حاكی از چند معنا بودن اين مفهوم و مشكل. ارئه يك تعريف واحد از زاويه باشد. به همين دليل بوسكي (1982) پيشنهاده‌تكنيك درمانی در اين باره مي نمائي فقط در رابطه با تكرر و پردازش صحبت نمائي. ما كند از كشنمائي نمائي، اين زمينه چند معنا ارئه داديم، زيرا يك درك افترقي از كشن شد سازد. همزمان پذيرش و ادغام آن در موقعيت درمانی و خارج از آن را امكان پذير مي شود كه عمدتاً يا عواقب مخرب دارد و يا برداشت منفي از اين مفهوم محدود مي كند. امي‌مانه درمانی را تهديد مي‌انجامد و همكاري صلبه انكار و سردرگمي مي فقط اين واقعي كه در اينجا با روني روبرو هستيم كه ظرفيت و انعطاف درمانگر را نشانه گرفته، نبايد به ارزيابي منفي از اين پديده منجر شود. شوي، اهميت اين‌كه در موارد خاص با رفتارهاي عادي و يا تصادفي مواجه مي شانوي دارد.

يه تكنيك درمانی، نبايد ارزش‌گذاري و قواعد، بلكه در قدم نخست، از زاو نمائي را در انتقال و در خدمت مقاومت آنچنان مهار كند كه بتعبيرات، كشن فرآیند درمانی. مفيد مكن گردد.

نمائي در تضاد با مفهوم آناليز فرويدي‌كنش

درمان روان‌كاوي در "نمود كه فرويد بدل‌اي عملی بر اين مسئله تصريح مي "افتدچيز ديگري بجز تبادل كلمات بين بيمار و روان‌كاو اتفاق نمي وجه مشخصه درمان روان‌كاوي است. (فرويد □□□□) (فرويد 1917، ص: 9).

حركتي تجربه و -خواست حوزه هي‌جان‌ي‌بوسيله دراز كشي‌دن روي كان‌اپه مي كردن تحرك، رفتار را بدل‌اي نظري مشخصي مسدود سازد: بوسيله محدود قصد داشت تخليه به سمت بيرون را قطع و فشار به سمت درون را افزايش دهد تا بدین‌وسيله ي‌ادآوری را تسهيل نمائي. از طريق خويشتن‌داري و سرخوردگي قرار است فشار دروني افزايش يافته تا از جهت مخالف، يعني ي‌ادآوری، دوباره به جريان افتد.

شوند، هاي تخيلي تقويت مي‌گرفت، فعاليت از آنجايي كه در حين پس آيد كه در تعارض با بيمار نمائي و تكرر كشنی بوجود مي‌آيد كه كشن كل‌امي و رفتارهاي فكري قرار دارد. احساسات، تعارضات و تخيلات كودكانه بيمار شوند، خود. بيمار اما لازم است تحت شرايط پخت‌پز انتقال تكرر مي عمل كند؛ اين شرايط براي آناليز مهم و حياتي است. كل‌امي و درون بيمار

افزایش تنش (افزایش فشار از طریق محدود کردن قدرت مانور رفتاری،
 کندای دیگر را فراهم می‌توسط خویشتن‌داری و سرخوردگی) زمین‌پس‌رفت
 (تخلیه، انطباق، دفاع). از آنجایی که بی‌ان‌چهره در حالت خوابیده روی
 برخورد دارد و تماس چشمی نیز امکان‌پذیر نیست، صحبت‌کننده با مشکل
 کردن تنه و سینه تعامل است. این البته جان‌شین مؤثری برای امیال
 ای تجربیات باشد. بلوم (1976) بویژه از پاراسرکوب شده و انکار شده نمی
 کند که کلمات پیش‌کل‌امی، نظیر هیجانات، خلقیات و احساساتی صحبت می
 باشند. این‌ها کافیه نمی‌برای بی‌ان
 گیریم که آنالیز بدون میزان مشخصی از | بن‌براین نتیجه می-
 های تجربی، غیرممکن است. این‌مای وجود ندارد. بی‌ان کل‌امی همه جنبه‌کنش

□□□□ مورد

نمایی با مورد این‌مای، کشف و توصیف کنش‌علیرغم تردید در برابر کنش
 از سوی بی‌مار. این مورد را بررسی ارتباط داشت، یعنی، قطع درمان □□□□
 کنیم تا دیدگاه امروزه خود را توضیح دهیم. آنالیز دورا در سال 1900 فقط امی
 11 هفته طول کشید.

در ابتدا روشن بود که در تخیلات، من جان‌شین پدر وی بودم، همان‌گونه که "
 با کرد. وی همچنین مرا آگاهانه تفاوت سنی ما نیز این مسئله را تأیید می
 خواست مطمئن شود که آیا با او صادق هستم، زیرا انمود و می‌پدرش مقایسه می
 داد. زمانی که اولین رویا آمد، با پدر، پنهان‌کاری و رفتن کجراه را ترجیح می
 این محتوا که درمان را ترک کند، همان‌گونه که قبلاً منزل آقای ک را ترک کرده
 گفتم: اکنون انتقال آقای ک را او می‌افتادم و خودم ب‌بود، من باید بفکر می
 نسبت به من انجام دادید. آیا چیزی مشاهده کردید که به نظر شما قصد و
 منظور بد دارد و با نیات آقای ک مشابه است یا چیزی در من دیدید و از من
 کند، مثل آن زمان با آقای | آوردید که تمایل در شما ایجاد می‌دست‌ب‌هش‌ناختی
 توجه وی به جزئیاتی از رابطه ما، یا شخص من و یا روابط؟ در این صورت
 شد که با آقای ک مشابهت داشت. با حل این انتقال، آنالیز من معطوف می
 های تازه و خاطرات بگشاید. اما من این هشدار بتوانست مدخلی جدید بر دادم
 کردم وقت کافی دارم، چون مراحل دیگرا نشانیده گرفتم و فکر می
 اند و ماتریال برای آنالیز هنوز ته‌ن‌کشیده بود. بدین‌تقال ایجاد نشده‌ان
 در من که وی را به یاد X خاطربه □□□□ طریق از انتقال غافل‌گیر شدم و
 خواست انتقال آقای ک می‌انداخت، از من انتقام گرفت، آن‌گونه که از آقای ک می
 وی سرخورده و ترک کرد از جان‌ب‌ب‌گیرد و مرا ترک کرد، آن‌گونه که گمان می
 کرد، بجای آن‌که □□□□ شده است. وی بخشی از خاطرات و تخیلات خویشتن را
 چه بود نمی‌دانم: گمان آن است که X آن‌ها را در حین درمان بازسازی کند. این‌که
 شد و یا حسادت می‌که وی به بی‌ماری داشت که بعد از ای مربوط به پول می
 کرده بود. اگر انتقال بطور زودمن‌گام در درمان با خانواده من رفت و آمد پی‌دا
 شود، اما پای‌داری آن در برابرش‌ود، روند آن مبهم و کند می‌آنالیز ایجاد

(فروید 1905، ص: "گرددہای ناگہانی وسوسہ انگیز بیشتتر میلمقاومت (282).

نمای فروید را | چنانچه از دیدگاه امروزی توصیف کنشتاریخچه بیماری. در نظر بگیرییم، باید از ارزش مبالغه آمیز خاطرات □□□□ در مورد ناخودآگاه در برابر اهمیت عوامل و شرایط محیطی در انتقال و عواقب وخیم آن صحبت کنیم که باعث شد فروید به انتظار نشیند. وی این مسئلہ را بعد از قطع درمان، در انتقادی از خویش طرح کرد و پیشنه داد تعبیری جدیدی اش شده، همانگونه که | چیزی دیده که باعث سوء ظن □□ از □□□□ داد: آیا آرائه اش به فروید | دیده که باعث گرایش □□ در آقای ک مشامده کرده و یا چیزی در شده، مثل آقای ک.

پردازش گذشته نگر. این تاریخچه بیماری از طرف دویچ (1957)، اریکسون □□□□ نمای دیده که کنش | می دست به (1966) (و کانسر) 1966، احتمال آن را بستگی به شرایط محیطی داشت، امری که فروید بعداً بر آن تأکید کرد، با وجود آنکه در سال 1905 هنوز به نتیجه نهایی در این مورد نرسیده بود. فروید در پی کشف تخیلات جنسی این بیمار هیستریک بود که بعد از 2 "حقیقت" میار شده بود. وی سعی داشت تلاش انحراف گونه توسط آقای ک، ب رسی | آورد. به نظر می دست به ناخودآگاه تخیلات وی (زنای با محارم) را این فرضیات در مورد تحریکات و احساسات متنوع بعلت □□□□ خاطرات ای که شدیدی در برابر آن مقاومت کرده بود را تأیید کند. تلاش سوء استفاده گری بود: وی می خواست به پدر و اطرفیان حقیقت دی □□□□ اما مسئلہ یی رابطہ پنهانی که البتہ □□□□ خود عدم صداقت آنها را ثابت کند. پدر در □□□□ از آن خبر داشت با خانم آقای ک داشت و همو هنگام معرفی □□□□ ای با آقای | فقط چنین رابطہ □□□□ ورزید که لمطب بر این مسئلہ تأکید می ن رابطہ جنبه واقعی ندارد. لیدز و فلک (1984) (ک را تجسم کرده و ای های خانوادگی بررسی مجدد | از منظر پویش □□□□ تاریخچه بیماری کردند. به نظر آنها روابط کاملاً انسانی، اجتماعی و خانوادگی، بر خلاف اند. لیدز و اهدافی که فروید در نظر گرفته بود، مورد توجه کافی واقع نشده طرح کردند که بدین سمت گرایش داشت که روابط درم تنیده اتی مسؤال فلک از نظر دور □□□□ خانوادگی و تأثیرات آن بر تجربه و تاریخچه بیماری مانده است. مثلاً در پیشینه بیماری این مسئلہ در نظر گرفته نشده بود باره مرزهای بین نسلی را زیر پا گذاشته و از دخترش □□□□ که پدر یی وسیلہ استفاده کرده تا عنوان به یگزین همسر و بعد جاعنوان به اش، منحرف شوند. لیدز و فلک موضوعات به سمت آقای ک، همسر معشوقه همچنین به موضوع تفکیک بین نسلی پرداختند و به این نتیجه رسیدند در یی بازی متقابل با زوج ک، باره مرزهای بین نسلی □□□□ که والدین اند. | را خدشه دار نمود دنبال حقیقت دیگری بود تا فروید را □□□□ اریکسون مشکل این که کنند: | اینگونه جمع بندی می

در حالی که فروید در ناتوانی بیمار، دست یابی به حقیقت از نوع خودش را دید، متوجه شده بود که | درجه اول در تمایلات سرکوب شده غریزی می بود. وی واقعیت را دریافت و نیز به دنبال حقیقت از نوع خودش □□□□

تواند شم را ١٥ چ چيز ديگري نمي'با بيمار در مورد آن صحبت كرد كه اينقدر عصبانني كنند كه گفته شود شم آن صحنه در كنار دري را فقط 'خواست مطمئن شود كه من در برابر وي صادق هستم. لوي مي' و 'ايدلجسم كرده داشت تا به اين نتيجه برسد كه نسل و واقعاً اين دختر بچه دلايل كافي كنند. آيا پدرش از فرويد نخواست به بود كه وي را قديمي در مورد وي توطئه مي سر عقل بياورد؟ فرويد قرار بود موضوع پيش آمده با آقاي ك را توجيه در اينجا به فرضيه يك معامله كنند. پدر دلايل زيادي براي اينكار داشت زيرا همسر -اش ابراز كردم بعهده بر غلطي خانوادهمرسم كه وي اروتيك مي رسيد آمادگي آن را داشته، | بود و به نظر مي □□□□ آقاي ك معشوقه پدر نزديكي آقاي ك به دخترش را نديده بگيرد، بشرط آنكه براي وي در رابطه بدون ترديد عاشق آقاي ك بود. اما □□□□ با همسرش مزاحمتي ايجاد نشود. كنيم كه يك دختر جوان تحت چنين ايك از ما امروز قبول ميبراستي كدام شرايطي به نزديكي آقاي ك نيازمنده است. نوع و شدت واكنش بيمارگونه وي، برچسب هيسرتري رايج در آن زمان را براي وي به همراه آورد، اما انگيزه براي بيمار شدن و عدم انگيزه براي سلامت، موضوعات جديدي را مطرح ه فرايت عارضات جنسي است، امري كه در كانون توجه فرويد قرار كند كلمي داشت.

نه تنه اشناخت، بلكه شناسايي □□□□ دهد كه گزارش بيمار نشان مي كرد، در حالي كه پزشك وي در واقعيت رسامي حقيقت تاريخي را دنبال مي حقيقت تاريخي قرار داشت: چون به نظر وي تعارض ميان □□□□ رواني، (اريكسون 1966، ص: "ها و علل ايم وي بوديرفته نشدن دليل نشان عشق و پذ 154).

، ارزيابي خودش و تحقق آن بوده □□□□ رسد موضوع مورد علاقه به نظر مي است. (بلوس 1963) بر اساس تجربيات خود با افراد در سنين بلوغ آميزه هاي ضايعه گويد كه در موارد دي كه بر واقعيت متوسط محيط و با روشلامي آورد. در اين حالات | مي دست ببه نامايي عمل كرد مهمي اشد، كنش پس رپوش نهاده مي آيد. نامايي در خدمت بازتوليد حس واقعيت در مي كنش . فرويد از لحظه درمانني كه قبل از قطع درمان اتفاق افتاده نتيجه گيري زماني كه فرويد از عصبانيت وي در اين □□□□ اي گرفت؟ بود چه نتيجه خواهند سعي آقاي ك در نزديكي به وي را توهم جلوه دهند، ايه كه ديگران مي با دانم كه شم چه من مي "كرد، بدون ابراز مخالفت به او گوش داده بود: صحبت مي كنيد، تقاضا | آوري، اينكه شم فقط فكر مي خايطر به خواهيد اچيزي را نمي ، دست از سر شم بر نخواهد جدي است و آقاي ك تا زماني كه با او ازدواج نكنيد رسيد از اين حرف تكان به نظر مي □□□□ " (1905، ص: 272). "برداشت خورده باشد، به نحو بسيار صميمي آرزوي سال نو را بيان و خداحافظي كرد شد كه | ناشي از آن مي □□□□ به نظر فرويد عصبانيت "و ديگر نيامد. ، در يك آرزوي پنهان از وي مچ شد كرد، زماني كه از توهم صحبت مي احساس مي شود. بگيري مي

در سال 1900 يك دختر 18 ساله بود كه دوران بلوغ خود را سپري □□□□ نمايي در اين سن و سال چيز غير عادي نيست بدانيم كه كنش كرد. امروزه ميامي و حتي يك عمل كرد مهم رشدي، يعني تجربه آموزي دارد. نمايي كه فرآيند و همكاري درماني را ايشال بته قطع درمان با آن اشكال كن ◀ گيرد، متفاوت است. كنند و در خدمت سر كوب قرار مي تهديد نمي

18 ساله ظاهرًا تصمیم مهمي بوده، درمان را به نفع توضیح □□□□□ برای وضعيت آگاه خود قطع کنند.

نمائي و رفتار كنش

نامطلوب نمائي مستند كه يك رفتار را به كنش □□□□□ قبل از هر چيز (كنند، چه) ناخودآگاه (با منظور باشد و چه بي منظور. همين عواقب تبديلي مي شد كه بي مآر نبايد در حين آناليزهاي منجر مي قبالاً به توصيه هاي مهمي درباره زندگي خود اتخاذ كنند.) (فرويد 1914). در گيري تصميم است توصيه جهت كشند، ممكن آناليزهاي كوتاه مدت كه فقط چند ماه طول مي و يا به تعليق درآوردن آنها با معنا باشد؛ گيري تصميم به تاخير انداختن به منظور تعمق و تأمل بي شتر. اي با ترديد روبروست. در هر حال توجه به تأثيرات اين امروز چنين مداخله هاي مستقيم يا غيرمستقيم بر بيمار ضروري است. قواعدي دسته از محرك نمائي تبديلي شدند، ممكن است تأثيرات عكس له با كنش كه براي مقاب داشته و در موقعيت روانكوي و يا بيرون به رفتارهاي جان شيني ناخودآگاه غي رقابل هدايت تبديل شوند. از اين طريق رخدادهاي روانكوي از تعارضات مفروض فاصله گرفته و عوامل بروز دهنده مستقلي كه از رابطه درمان از فرويد (معناي باز هم بي شتري □□□□□ شوند) سرخوردگي اي اي جاد م آورند. مي دست به

نمائي و تكرار رابطه كنش

نمائي در فرويد بعليت چارچوب نظري خود به اين نتيجه رسيده بود كه كنش چنين رابطه نزديكي تكرار خواهد شد؛ بدني نوسيله وي از برخورد نقادانه در غافل ماند. □□□□□ ي در رابطه مي ان خود و نمائي گيري سرخوردگي و كنش شكل هاي نظري (عاطفه و دانيم كه رهاي افتايم، زيرا مي امروز ما هوشيارتر شده افتد) (بالگوي تكنيك درمان) (يادآوري تحرك، پيش از يادآوري اتفاق مي هاي را اقدم است) متضاد است. مضافاً آن كه افزايش طول آناليز پسرفت آيد. او غي ركلامي بوجود مي-ا غلبه الگوهاي تعامللي قبل كنند كه به تقويت مي اين تنش در تاريخ تكنيك روانكوي و در بحث عمل كرد درمان ت تجربه و يادآوري بازتاب داشته است: در كتاب فرنچي و رانك (1924)، شروع تازه بالينت (1934) (و امروز) مقايسه شود با توم 1983، 1984). در انتقال و برطرف كردن آن از طريق تعبيري، جنبه با تأكيد بر تكرار ◀ نمائي (بويژه در موقعيت روانكوي) مورد بي توجهي نوآوران و خلاق كنش واقع شد.

بالينت اين جنبه مهم را در شروع تازه نشان داد. از ديد تاريخي، از اين نمائي بطور موردی (و تحت نام دي گري) تأييد شد. بطريق كنش هاي نوآوران ممكن است به آنجايي منتهي شود كه بيماران اجنبه بي توجهي به كشيده شوند. بدون "كور" بطور غيرارادي در بيرون از آناليز به رفتارهاي ترديد براي نامطلوب است كه بيمار بجاي يادآوري، كنش نشان دهد؛ رفتار رفتار عادي آل در جهت اهداف ما آن است كه بيمار خارج از موقعيت درمان يايده هاي غير عادي خود را فقط در رابطه انتقال با پزشك داشته باشد و واكنش

نمائي در موقعيت درمان ي و ابروز دهد (فرويد 1940، ص: 103). اما چنانچه كنش تواند در قدم مخصوصاً در انتقال زودتر از يادآوري اتفاق افتد، يادآوري مي آليز اول برداري، تعميق هيچاني صورت دوم انجام شود. اگر اين قدم را در آن نمائيهاي منطقي در حين، و كنش پذيرد. نتيجه اين روند، بازسازي نمي عاطفي، در خارج از آناليز است.

ابزارت عملي مجاز روانكاوي عنوان بنمائي كنش

نمائي در موقعيت درمان ي شامل مجموعه تعاملات به نظر سليگز (1957) كنش شود. اگر آنچه بوسيله درك و تعبير و تكنيك مناسب مي غيركل عنوان بتواند به راحتی بشود، در حد و مرز مشخص باقي ماند، مي تقويت مي نمائي خارج از آناليز در آناليز تفسي ري وارد گشته و به بينش و كنش شود كه نمائي به تعبيري نزديك مي تعبيري منجر گردد. در اين معنا كنش شروع تازه توصيف نموده است. اگر زماني ارزشي ابي عنوان بهت بالين گرفت كه غلبه بر هاي نظري خود را از تكرار بر مي نمائي ري شملنفي كنش شد، الكون در طي عمل روشن شده كه آن از طريق يادآوري يا بينش انجام مي نه تنه لازم، بلكه جنبه تقويتي ني acting in عنوان بنمائي كنش داراست. در درمان به مراتب چيز بيشتري از تبادل كلمت در جريان است: با وجود قواعد محدود كننده در قدرت عمل، شاهده تعاملات پيشرونده غيركلامي اي ندارد مگر هستيم. نه تنه نزد بي ماران مبتلا به پسرفت، روانكاو چاره (بالين 1968، "كنند ابزارت عملي استفاده عنوان بنمائي كنش" آنكه از ص: 217).

نمائي روي خوش نشان دهد، | چنانچه ديالوگ درمان ي نسبت به كنش < افتد. هاي روش تفسي ري روانكاوي به خطر نمي امزيت

خي مل نمائي بدخي م و خوش كنش

ساماندهي خشك يا انعطاف پذير جو و ديالوگ كلامي باي از زاويه تأثيرات در تكنيك آينه نئوكلاسيك خالص، انحراف آن مورد بررسي قرار بگيرد. كنند. بر طبق نظريه باي در اينجا خاطرات مفيد و پراي پيدا مي هشدت ويژ افتد: معمولاً شمري بروز كنند. غالباً عكس اين مطلب اتفاق مي شوند. تحدي هاي ضد درمان ي به ميزان نگران كننده ايجاد مي نمائي كنش ي به تبادل كلامي با طرف گفتگوي نامري و حركتي و حس تعاملات روان گمنام، بر خلاف طببيعت انساني است. ابراز خويش نيازمند بازخوردهاي مثبت و منفي عاطفي و معمولاً شامل تمام قواي حسي از جمله ادراكات است. باي دانست كه ارزش مبالغه آميز قائل شدن براي يادآوري و ناديمه گرفتار باشند، مثلاً ميل به حركت و تحرك روي بدن مرتبط مي هاي كه با اجريان نمائي نمائي بدخي م را تقويت خواهد كرد. در چنين حالاتي كنش كنانابه، كنش با تمام قدرت در درون و بيرون موقعيت روانكاوي جهت شناسايي هيچانات علامي "هم صحبتي" گردد. اينها در شكل بدني ناشناخته و گمنام فعال مي هاي باشند (فرويد 1895). ايجاد طبقه بندي يادآوري مرتبط مي جسمي با نمائي، ارتباط اوليه تيوريك را از بين برده است. ايجادگانه يادآوري و كنش

شود، بلكه سير درمان و آخريين كلام آناليز است. نسبت به آن كار تمام نمي كند. كه به از بين رفتن تابلوي بيماري كمك مي پردازش كنند كه جديدي توليد مي تصورات بيمارگونه، همواره مقاومت تداعي آنها منگام نفوذ از لايه به لايه، هسته بيمارگونه علایم را تضعيف كرده و شود، فرويد در ابتدا فرآيند درمان را باالخره به واكنش منتهي مي كرد. اينگونه توصيف مي

ات بي پاسخ سوال

زنند و اتي چرخ ميسوالهاي پيشنهادي ما حول و حوش مناقشات كنوني و راه حل هاي مستقيم و مهم كنند كه ما نقل قولتري از آن پيدا مي ده زمان ي درك آسان خوانن فرويد در اين باره را بازگو كنيم. نادرستي اين مسئله الكنون اثبات شده توان آن را برطرف كرد: كه با اسم بردن يك مقاومت، مي

زش بايد به بيمار وقت داد در مقاومت ناشناخته ت عمق كنند، آن را مورد پرداز قرار دهد و بر آن غلبه كنند، به اين شكل كه علي رغم ميل او كار درمان ي بر طبق قواعد اصلي روانكوي ادامه پيدا كنند. در اوج پاي بندي به آن قواعد است هاي غريزي سركوب شده راه كه روانكوي طي كار مشت ترك با بيمار، به محرك اي وجود و قدرت مقاومت را كنند. چنين تجربهايابد كه مقاومت را تغذيه مي مي (فرويد 1914، ص: 135). "سازدبراي بيمار آشكار مي

شود و در آنجاست كه بنابر اين كار مشت ترك به نقطه اوج مقاومت منجر مي بزرگترين تأثيرات تحول ساز را بر "شود و پردازش بخشي از كار مي "نماي دلمت مايز مي هاي تلقيني اگذار و درمان روانكوي را از درمان بيمار مي (فرويد 1914، ص: 136).

ها كافي نيست، بلكه پردازش جدي به پس از آنكه مشخص شد ناميدن مقاومت شوند، بسياري از موضوعات بي پاسخ ماند كه از بتغييرات پايدار منجر مي جان ب فرويد و ديگران پيگيري شد.

ها واقعات ما با يك نظريه علمي تي شفاف روبرو هستيم: چنانچه مقاوم هاي رسيده زير درخت مورد پردازش قرار بگيرند، علایم بايد مثل ميوه معرفت فرود آيند و علایم جدي بروز نيابند.

همه ماي لند بدانند تأثير تحول ساز پردازش چيست. چنانچه پيش بيني ات نظري زير سوال درماني علمي تي بالا مورد تأييد قرار نگيرد، بايد به هاي جدي درماني آزمائش كرد: آنها را در تلاش پاسخ داد و

- چگونه است؟ "كار مشت ترك" وضعيت
- آيا روانكوي در جهت رفع مقاومت، زياد و يا كم كار كرده است؟
- آيا پردازش فقط بايد توسط بيمار صورت گيرد؟
- رابطه پردازش با تجربه، واكنش و بالخره با بينش كدام است؟
- شود، فقط در درون موقعيت درماني و يا همچنين درام مي پردازش كجا انجا؟
- خارج از موقعيت درماني؟

كنند كه ما در نيمه راه پراكسيس درماني و ات ما روشن ميسوال فهرست ناقص نظريه تأثيرات درماني قرار داريم، حالت ي كه همزمان حاوي اين مطلب است: به موفقيت بي شتر ها را توضيح دهيم تا در عمل بايد علت عدم موفقيت دست يابيم.

پردازش ناکام

توان در افتد، می‌این‌که پی‌شرفت در نظریه و عمل به موازات هم اتفاق نمی‌تاریخ پردازش بخوبی نشان داد. این موضوع با توضیحات فروید پردازش، یعنی ناکامی درمانی بستگی دارد. ما این □□□□□□ پی‌رامون کنیم، چون از این طریق خاطر مرور می‌سیر پر پی‌چ و تاب را بدی شوند. پتر می‌پیش‌نهاده‌ای امروزی شفاف

در حالی که پردازش اثربخش درمانی در ابتدا (فروید 1914) به تکرار اند و تجربه مجدد آن در انتقال، هائی که در طول زندگی شکل گرفت تثبیت "اومت ناخودآگاه" عنوان به شد، فروید 10 سال بعد ناکامی را مرتبط می‌4 به این شکل مقاومت -کرد (1926، ص: 192). ما در بخش 4 توصیف

پردازش می‌م.

(1918) و "پایداری"، (1916) "چسبندگی" کارانه غریزه ها، طبیعت محافظه - لیبی دو (1940) و گرایش به بازگشت به حالت قبلی "سخت تحرک" عنوان به شد و مانع پردازش ساختاراً فرآیند درمان را دشوار می‌غریزه مرگ شدند. در واقع این‌جا با گمانه ورزی درباره‌ای که عمل اساسی در جهت تغیری می‌شویم که با روش روان‌کاوی نمی‌توانیم آن را ارزیابی اعوام وراثتی مواجه می‌شود. به همین کنیم. مرزهای گسترده درمانی پردازش در میدان روش تعریف می‌که فروید بعزت پایبندی به غریزه مرگ که از جانب خاطر باید تأکید شود هیچ زیست‌شناس نامداری تأیید نگردید، از مطالعه شریاط روان‌شناسی تکرار و پردازش آن در درون و خارج شریاط درمانی غافل شد. این به چه معناست؟

باید روی‌کرده‌ای توضیحی بدیل را دنبال و موقعیت روان‌کاوی را از این ◀ آل آن پتانسیل تغیری یک بررسی کرد که آیا شکل استاندارد و ایده‌زاویه ب کنند یا نه. بی‌مار میانگین را بشکل مطلوب فعال می‌

مثلاً یک توضیح مفید بدیل برای جبر تکرار، بازگشت رخ داده‌ای ای، تلاش خود جهت‌ای در رویاست. فروید در این و نیز نورز ضایع‌های غریزه "دید. فروید در ابتدا (1905) یک‌ی را می‌برقراری مجدد تعادل روا کرد و مندریک بده (1942) سعی در احیای آن کرد. منظور را فرض می‌"تسلط از این غریزه کسب یک مهارت، کنج‌کاوی شدیدی کودکانه و یا لذت تحرک است.

داد، و نه این‌که فروید در بازی کودکانه، تکرار را در کانون توجه قرار می‌ه لذت بخش رفتارها و ادراکات جدید را به یک جان‌به‌نگری نظریه و تجرب عمل روان‌کاوی منتهی شد. زیرا شناخت شریاط تثبیت و پسرفت و نیز تکرارهای وابسته بدان، فقط یک روی سکه است. چگونگی جست‌جو و ، یعنی این‌که انسان غلی‌رغم دانش و "مویت ادراکی" دست‌یابی ناخودآگاهانه مانده، هدف ارجح مطالعات ذات و تمایلات بی‌مارگونه، پایبند می‌اراده به عا فروید بود. از طرف دیگر موضوع تغیری مطرح است: لذت، ابدیت و تکرار

تابد. ما تمایل و حرص تجربه و فهم چیزهای جدید را داریم یک چیز را بر نمی‌ا در و به همین خاطر هر قدر امنیت مویت ادراکی بین‌انسانی ساخته شده ی شتابیم. شادی و هائی‌گیری بزرگتر باشد، به فراسوی ناشناخت‌حال شکل

توان گفت كه اينها اړود. بطور خلاصه مي‌اځم لكاشفان براي ما به حاشيه مي دانند. آن‌ها خوشبختي رباني خويش را در اخود را از تاييد ممنوعان بي نياز مي ژه لكشف نشده تللاقي تخيلات، انتظارت تجسمي يا علمي خويش با اب بي‌نند كه معمولاً نام لكاشف و مخترع را با خود لطبيعت و يا روح انسان مي شود كه توسط خود فرد كنند. در اين حالت با چيزي همانند سازي مي‌احمل مي هويت يافته است.

از آنجايي كه گام نه‌ادن در حيطه نام‌انوس با تشويش و ترس توأم است، هم شرايط مناسب تغيري (بر خلاف شرايط است كه در موقعيت درماني، پيدايش) را ايجاد كنيم. سير تكوين نظريه در اينجا و آنجا تأثيرات يكجانبه بر تكنيك روان‌كاوي داشته و گستره آن را محدود كرده است. بدین ترتیب پردازش، غليرغم انتظار اوليه و با وجود آنكه داراي عمل‌كرد ادغامي درماني متشكّل از دو قسمت است: بخشي "اّقع شد. باشد، مورد بي توجهي و لمي رساند و پردازش آن چيزي كه بي‌مار زنند و به اطلاع بي‌مار مي‌كه پزشك حدس مي (فرويد 1910، ص: 105). البته شني‌دن و گفتن كافي "شنيدده است نيس، موضوع اصلي رفتار است.

رد ادغامي پردازش در نقطه تماس داخل و خارج قرار دارد و داراي يك عمل‌كـ◀ هاي از هم‌تناسب "تواند انسجام است. بي توجهي به يك نقطه نظر مي (آن فرويد 1936) را دشوار سازد. "گسيخته

تسلط‌عنوان‌به‌پردازش

شود، | مي "مقاومت نه‌اد" كرد ناكامي مربوط به آنجايي كه فرويد گمان مي هميت تكرر توانيم امروز بعلت پيشرفت نظري ايدده بدیل وي درباره امي در بازي و به مفهوم تسلط، طبق نظريه لووينگر (1966)، وايت (1963) و هاي عملي زيادي استخراج كنيم. ايدده بدیل فرويد (كلايين 1976)، استفاده (1926، ص: 200) بدین‌گونه مطرح شده است:

خود كه ضايعه را بطور منفعلانه تجربه نموده، كنون بازتوليد ضايعه آن كنند، به اين اميد كه بتوانند روند آن را مستقلاً نه‌دايت نم‌ايد. ما امير تكرر دانيم كه كودك نيز به همين نحو عليه آنچه براي ش ناخوشايند است، عمل و امي كنند. گذار از انفعال به تحرك به اين شكل، حاوي آن را در بازي بازتوليد مي تلاش براي تسلط بر تجربيات زن‌دگي است.

ده بدیل فرويد را اين‌گونه تفسير نمود: قصد ناخودآگاه جهت‌گ. كلايين اي تبديل يك خود. منفعل دردمند و رخداد ناگوار به وضعيت فعال وجود دارد. كنند و به انكار اچنين رخ داده‌اي ضايعه آفرين هستند، توليد ترس مي شود، زير اّانجامند. تلاش جهت درمان خويش بعلت انكار با ناكامي مواجه مي‌ايد شوند. به نظر ما بتأثيرات اهداف ناخودآگاه توسط بازخورد دريافت نمي شود كه بي‌مار اهداف اي تفسيري روان‌كاو در حين پردازش شامل آن مي‌كـم آموزد آن‌ها را كنترل كنند. ناخودآگاه رفتار و كردار خود را دريافت نموده و مي ارضا نبال‌دبه نياز خاص و مستقلي كه □□□□ به نظر كلايين در اين باشد كه مبتكر رفتار گردد، وجود ندارد، بلكه حاوي يك تجربه خود مي‌ايد است. در اينجا نماي خود از آنچه پياژه تحت عناوين درون سازي و برون سازي گردد. اّام برده، مـمايز مي

روبو سؤال برداشت جامع از نظريه و عمل ما را با اين پردازش و بينش. مقاومت و بينش چه ارتباطي با يكدديگر دارند. فنيشل سازد كه آناليزمي آناليز مقاومت متمرکز عنوان به (1941) (و گرين اكر) 1956) پردازش را اند. گرينسون (1965) در تعريفي پردازش، بينش و تعغيير توصيف نموده دمد: را در كانون توجه قرار داد، همانگونه كه نقل قول پائين نشان مي

پردازش عنوان به قبل از آنكه بيمار به بينش دست يابد، روانكاوي را، " گردد كه بيمار به حدي معيني از كنيم. اين كار زماني ميسر ميآرزيابي نمي بينش رسیده باشد. منظور از پردازش، مؤثر كردن بينش است، يعني ايجاد دهيم، تعغييرات مهم و پايدار نزد بيمار. هنگامی كه به بينش اهميت مي شوند و هايي تفكيك قائل شويم كه مانع بينش ميوانيم بين مقاومتتامي كنند. انجام هايي كه از تبديل بينش به تعغييرات جلوكيري ميماقومت هايي هاي اوليه، كار واقعي روانكاوي است. تحليل مقاومتروانكاوي در مقاومت يين شوند، پردازش نام دارد. در آكه مانع بينش براي ايجاد تعغيير مي (گرينسون 1965، ص: 282). "فرآيند، هم روانكاو و هم بيمار نقش دارند

اي از مشكلات تكنيك درماني را بر طرف اين برداشت از پردازش پاره اش در اين است كه فرآيند چرخشي توصيف شده نمآيد و ارزش توضيحيامي يدي (بينش جدي- تعغيير خود- استفاده درماني-توسط گريس) 1956) (بينش گردد. اما دايره هميشه بشكلمارپيچ در اثربخشي يا در جاذدن قابل فهم مي گردد. كنند. بينش هميشه بطور خودكار به تعغيير منجر نميآحركت نمي هاي هاي قبلي را ترك كردن و در جستجوي راهكليه راه پردازش و سوگواري. ◀ به پردازش با، اين جن- يعني جدا شدن و خدا حافظي كردن-جديد بودن فرآيند سوگواري مشابه است. هاي موجود ميان پردازش و سوگواري ها و تفاوتهاي از روانكاوان به شبا متپاره اند. به نظر ما تفاوت ميان اين دو فرآيند بيشتري از آن است كه اشاره نموده دارد كه وظيفه نمآيد. اين نويسنده اظهار ميآستوارت (1963) (تصور مي كنار آمدن با فقدان يك ابژه محبوب است، در حالي كه هدف از سوگواري پردازش آن است كه شكلم و اهداف ارضاهاي كنوني تعغييريافته و يا از نو جستجو شوند. در يك فقدان واقعي، زمان مرحم زخم است و ديالوگ با مرده، طي كنند. فرآيند سوگواري ناخودآگاه و آگاه تعغيير مي ش و رفتارانشقاق ميان بين

در فرآيندهاي نوروتيكي جور ديگري است، در آنجا بينش باعث قطع اين شود، زيرا بعلا شرايط درون رواني، همواره در دنياي بيروني فرآيند نمي شود. به هاي ناخودآگاه موجود، جستجو و يافت ميآئيدي براي پيش شرط مانده و طبق همين علت علایم با وجود بينش در جلسه، در بيرون باقي كنند. ما همراه با راس (1973) بر اين نظريه كه هاي قبلي عمل ميآكليشه شود. پردازش فقط در موقعيت درماني انجام نمي تر ابقسيم يا انشقاق ميان بينش و رفتار، ميان درون و بيرون زماني ساده ا گردد كه روانكاو به تعبيرات انتقال بسنده كنند و يا پردازش را عمدتامي بخش پاياني درمان بنگرد. ولد (1963، ص: 206) (تصريح دارد كه عنوان به هاي آكشد. چنانچه گاملسوگواري و پردازش در كل بين 1 تا 2 سال طول مي پنهان در پس مر جديي و فقدان را نيز در نظر بگيرييم، بيمار بجاي آنكه آخر آناليز يك تكليفي دايمي ببيند، آن را به سال عنوان به پردازش را

من تقل خواهد كرد. و در نمونه پردازش در مراحل پاياني درمان را تذكر خود كند: براي رسيدن به صلح و آرامش با داند كه اظهار مي تلقي ني بيماري مي ام را تغيري دهم. پردازشي كه فقط با يك نقل قول و اخودم بايد سبك زندگي قي نبوده است. يا يك جمله نغز به پايان رسد، پردازش موف

هدف پردازش، اثربخش كردن بيش است. ◀

چرا بيش حاصل شده از طريق آناليز مقاومت به تغيري رات مورد نظر بيمار هاي متعددي با اين مضمون وجود دارد كه | پاس خ سوال شود؟ براي اين منتهي نمي بيش به اين دليل كه از طريق تعبي رات در يك رابطه انتقال ي شدي يامده، به اندازه كاف ي عميق نبوده و يا نيروي اقنايي نداشته است. دست به براي نمونه بالينت از اين نقطه عوارض جانبي منفي تعبي رات مقاومت. كند كه پردازش برخاسته از تعبي رات فقط براي بيماراني نظر حركت مي سودمند است كه بتوان با آنان ارتباط كلامي برقرار كرد (بالينت 1968، تواند خلاء ميان تبادل كلامي و رابطه غيركلامي ص: 16). البته هر كسي نمي "هاسرپل زدن بر خلاء" يك واقعييت موجود قبول كند. بالنت از عنوان به نمايد. پس لازم است تعبير مقاومت را از منظر عوارض جانبي اصحت مي ري از منفي بررسي كنيم. اين عوارض ناشي از آن است كه روانكاو تصوي كند، اما همزمان براي آرزوها و امكانات ناخودآگاه بيمار در ذهن خويش ترسيم مي بيمار، سوگيري از گيري تصمي حفظ بي طرفي و احترام در برابر آزادي كند. اين رفتار دهد و تعبي رات خود را بشكل باز مطرح ميخود نشان نمي هاي | به تثبيت عادت روانكاوي به ناامي در بيمار و بطور غيرمستقيم شود. رفتاري منجر مي

از طرف ديگر نابرابري ميان بيمار و روانكاو، زماني به نفع روانكاو تمام شود كه عمدتاً تعبي رات زنتيكي ارايه شوند. از اين طريق روانكاو به امي ها آگاه گيري مقاومت يابد و به پيشينه شكل دنياي تجربي بيمار راه مي كند نبايد كار ديگري انجام دهد، بالينت، روانكاو فكر مي شود. به نظرمي هاي ناخودآگاه و خاطرات تعبير كند. وي در ها را در رابطه با غريزلمگر مقاومت اينجا از نظريه فرويد الهام گرفت كه سمنتز، يعني تركيبي جديدي عناصر (گردد) فرويد 1919، ص: 185 | ايجاد مي □□□□□□□□□□ رواني در آناليز،

در نهايت، پردازش بدان معناست كه پرونده رواني بسته و در اين فرآيند ◀ تجربي ات مثبتتي حاصل شوند كه حكم تثبيت كننده داشته باشند.

درباره تجربي ات مثبت بيمار در دوره روانكاوي كمتر از تجربي ات منفي كننده آمده، اما دست بهشود. از اين طريق اعتماد به نفس تازه وي صحت مي بيند. در اين صورت بجاي پردازش با اعتماد به نفس رو بيمار آسيب مي برشد جهت غلبه بر مشكلات بعدي، ممكن است شاهد پسرفت بي اثر و يا شود، هاي خطرناك درماني باشيم. در چنين حالاتي توصيه ميحتي پسرفت تركيبي جلسه درماني تغيري داده شود. از طرف ديگر سهم روانكاو در توان گفته | ميندرت به هاي خطرناك بايد بررسي گردد. گيري پسرفت شكل كه براي شروع مجدد، تغيري ت كننيك درماني و يا جلسه دير است. چنانچه با بيمار در مورد مسائل موجود صحت شود، معمولاً نسبت به تغيري رات دهد. احتمال اي روي خوش نشان مي

كاوي پردازش در بيرون موقعيت روان

هاي كمي و كيفي دارد كه در فرآيندهاي يادگيري و بويژه در پردازش، جنبه شون. د. تحول يادگيري مشاعده مي

كنند: چقدر بايد در شرايط را مي سوال بس ياري بي ماران از روان كاو و خود اين مشابه قرار بگيرم تا بتوانم برآن بهتر غلبه كنم؟ يك بي مار تا چه ميزان ر افراد آتوريته دار به تجربيات مثبت دست يابد تا از اين بايد در برابر طريق بر مراس اجتماعي و اضطراب اختگي كه در پس آن قرار دارد، چيره آن انجام □□□□ موقعيت روان كاوي و هم در □□□□ شود؟ پس پردازش هم هاي يادگيري اجتماعي را 8 (ديگه-شود. به همين علت ما در بخش بعدي) 8م مي خواهيم كرد. مطرح

به نظر ما موضوع پردازش به اين خاطر در چند سال اخير در روان كاوي مورد گردد، بي توجهي واقع شده، چون در بيرون از موقعيت درماني نيز انجام مي هاي رفتاري، همچنين از نقطه نظرات آن كه در توضيح تخيري عادت علولبه شود. نظريه يادگيري استفاده مي

هاي تدريجي و آرام بي مار و اسهم روان كاو در اين كه تلاش او نقش روان كاوي كه رفتاره اي آزمائي او با موقعيت توأم شود تا بتواند با انگيزه آورد آن را در خارج از موقعيت درماني نيز ادامه دهد، امي دست بوسيله روان كاو كه خود چيست؟ بي ماران بي ش از افراد سالم به تأييد و روابط بين انسان ي آنها را تقويت كنند، نيز ازمندند. در روش استاندارد، بي مار حمايت نازلي يابد. از كنند. جنبه حمايتي درماني تقريبياً به صفر تقليل مي پذيرافت مي توان به اين نكته پي برد كه بي مار بطور تعبيرات روان كاو فقط مي باشند. بچه مي چيست و موانع دروني نيل به اهداف وي دنبال بهن اخودآگاه

هاي حمايتي و تأييدي ال بته تعبيرات زيادي بطور غير مستقيم جنبه دارند. چنانچه روان كاو فكر كنند كه اجازه ندارد رفتار حمايتي از خود نشان كشاند. بنابر اين روان كاو دهد، بي مار را به يك بن بست يا دام ارتباطي مي اران 1963 (را ايجاد در اين حالت شرايط بن بست مضاعف) بي تسون و همك هاي متضاد با يكددي گر ارسال كنند، به اين نحو كه همزمان اطلاعات و پي اممي نمايد. زيرا تعبير آرزو هاي ناخودآگاه از طرفي مدخلي بر امكانات جديدي مي گشايد. چنانچه روان كاو موافقت خود را از طرف ديگر محدود كنند، از ترس امي آمده بي مار از دست دست بهر آورد، امنيت تازه آن كه بي مار را تحت نفوذ خود خواهد رفت. دوگانگي تعبيرات، بي مار را به سردرگمي وارد كرده و پردازش س از د ر رابطه انتقال ي را دشوار مي

كنند و سهم | همانگونه كه نورز انتقال ي در مكاتب مختلف تخيري مي وجه است، در هاي عادي قابل تروان كاو حتي در موقعيت انتقال بي ماري پردازش نيز چنين است.

كوهوت (1973) بود كه به اهميت شناسايي در ايجاد انتقال و پردازش آن هاي تكنيكي درماني، همانگونه كه تاكيده خاص ورزي. البته توصيه والراشتين (1983) و ترويني (1983) نشان دادند، با روان شناسي خود و ندارند. زيرا هم بي ماران روان شناسي خودش يفتگي كوهوت ارتباطي خودش يفته متزلزل هستند و مثل هر انسان ديگر به تأييد نياز دارند. شود كه آيد، زماني قابل تحمل مي احساس ناامني كه در پردازش بوجود مي كن جكاوي بي مار براي آرزوها و اهداف ناخودآگاه در يك رابطه امن با روان كاو مورد حمايت قرار بگيرد.

دانيم الگوهاي يادگيري بر بستر سه پاراداييم از يکديگر همانگونه كه مي شوندد: تفكيك مي

العمل (كه عكس-شرطي سازهي كلل سايك) يادگيري علامتي، يادگيري محرك •
رونديپاولف، ايزنك و ولپه) در روان درماني (نمايندگان آن بشمار مي
شرطي سازهي عملياتي و ابزاري) يادگيري در موفقيت (كه تورنديكه و •
رونديپاولف) شاخص آن بشمار مي اسكي نر چهره
يادگيري اجتماعي (يادگيري توسط الگو، يادگيري بوسيله •
وسط بندورا) اشاعه يافته است. همانند سازهي (كه عمدتاً ت
اين الگوهاي يادگيري در تجربيات آزمايشگاهي با تخييري شرايط آزمايش،
گردند. برعكس در مشكلات بستر از يکديگر تفكيك و قابل بررسي مي
هاي بشمار بيروني و دروني است، الگوهاي زندگي كه شامل پيچيدگي
گونگون بكار گرفته يادگيري نامبرده به طرق متفاوت و با اثربخشي
شوند. امي

كاربرد نظريه يادگيري اجتماعي در روانكاوي

در توصيف فرايندهاي درماني روانكاوي از ديد نظريه يادگيري، ابتدا و
بلافاصله يادگيري بر طبق الگو، يعني الگوي روانكاو، منطقي به نظر
و روشي كه وي در رسد: تقبل عمل كرد خود روانكاو از جانب بيمار، نوعي
هاي كنند، چه راهبردها و راه حل تعبيرات، ارتباط و نقطه مشترك ايجاد مي
سؤال گيرد، چگونه عاطفي براي غلبه بر تعارضات در پيش مي-شناختي
كنند و بالآخره نحوه كنار آمدن وي با همچنان و رابطه درماني روانكاوي. طرح مي
كنند كه اثربخشي اي را تبیین مي نظريه يادگيري اجتماعي يك سري شرايط
دهد، مثلاً شباهت ميان شخص الگو الشاع قرار مي يادگيري اجتماعي را تحت
هاي شخصيتي، نظير، اگر (بيمار) با توجه به شاخص (روانكاو) و مشاهده
موقعيت اجتماعي، سن، جنسيت، ساختار شخصيت روانشناختي؛ يا نحوه
گر در جهت جلب احوالتي كه مشاهده گر، در رابطه ميان شخص الگو و مشاهده
ترسد و از تنبیه شدن كنند، از فقدان وي مي توجه شخص الگو تلاش مي
نماید. توسط شخص الگو پرهيز مي
توانند باعث شكوفايي نورز انتقال بشوند. اين شرايط تعاملی مي
منظور تقلید ساده از رفتار و يا سبك فكري روانكاو نيست، با وجود آنكه
است اتفاق بيفتد؛ بلكه منظور تأثيرات يادگيري (تخيري) (ممکن
گردند، اگر ادغام مي پردازد) است كه در ذخيره رفتاري و تجربی مشاهده
نمادين-مخصوصاً هنگامی كه عمل كرد روانكاو از جنبه شناختي، زباني
دهند كه يادگيري با الگو، فراتر از شود. اين توصيفات نشان مي دهند
هاي رفتاري بيروني است و اين پاراداييم نظريه يادگيري به شيو متقلید
باشد، همانگونه كه در روانكاوي مشاهده مي. فرايندهاي همانند سازهي نزديك مي
مطالعات تجربی حاكی از آن است كه سرعت و پايداري يادگيري با الگو، از
شود. | نمادين تقويت مي-طريق فرايندهاي زباني

هاي ديگر نظريه يادگيري در روانكاوي كاربرد روي كرد

شود، بطور دو پارادایم ديگر يادگيري به آن چه در درمان روان‌كاوي انجام مي‌اند. كاربرد پارادایم شرطي سازي كل‌اسي‌ك در درمان مستقيم نپرداخته‌اي‌هاي 1930 از جانب پارمروان‌كاوي و نيز توجه‌آخري توسط اولي در سال‌ها از اقرار گرفت (فرنچ 1933، كوبي 1935). اين تلاش روان‌كاوان مورد توجه جانب‌شيلدر (1935) شديداً مورد انتقاد قرار گرفت: نظريه يادگيري پاولف به فرآيند پيچيده يادگيري انسان قابل انتقال و بنابر اين براي توضيح فكر و رفتار روان‌كاوي نيسـت. تلاش شيلدر براي درك روان‌كاوي، با استـقبال روبـرو نشـد. برخي ديگر با پاي‌بندي به هاي شرطي‌از محركـتـكـنيـك درمـانـي روان‌كاوي سعـي كـردنـد يك مـتغـير نظري يادگيري، يـعـني را به تجربيات عاطفي "تأيد كوچك‌ترين پيشرفت در رابطه انتقال" هاي كلي رسد كه اين رهيافت اصل‌احـكـنـده، اضافـه كـنـد. به نظر نـمي كـرد روان‌كاوي كمـكي كـنـد. بـتـوانـد به گسـترش اسـاسـي روي

رهيافت تـعـمـيـم و تـمـاـيـز

ما مايـليـم تـوجـه خـود را به يك جفت مفهومي معطوف داريم كه در 3 پارادایم نامبرده از اهميت مركزي برخوردار است و فهم فرآيند يادگيري در درمان كند: تـعـمـيـم و تـمـاـيـز. روان‌كاوي را تسهـيـل مي ريه يادگيري، ما بطور خلاصه، تحت هاي تثبـيـت شـده نظـم مـراه با نظريه-عنوان تـعـمـيـم، واكـنـش مـشـابـه در شـرايـط مـشـابـه، و تـحـت عـنـوان تـمـاـيـز، واكـنـش نـمـايـم. مـتـفـاوت در شـرايـط مـشـابـه را اسـتـنـبـاط مي هاي نظريه يادگيري ذكر شده، الكـنـون مايـليـم اين زوج در چارچوب پارادایم مـفـهـومي مكـمل را در تـوصـيـف رـخـداد اـنـتـقـال بـكار بـنـدي اـنـتـقـال در موقـعـيت روان‌كاوي در شكـل بسـيـار سـاده خـود نـمـاي فرآيند اـنـتـقـال. بـدان مـعـنـاسـت كه بـيـمار رابـطـه خـود با روان‌كاو را از چـنـبـه مـشـخـص و مـتـعـارض كـند كه در بسـيـاري از روابـط خـارج از رابـطـه دـهـد و درك ميـايـي تـرتـيـب ميـبـگـونه با الـگـوهـاي اـرتـبـاطـي درمـانـي داشـتـه اسـت. در اين فرآيند، بـيـمار تـرجـيـحاً بـرادران و اشـخـاص مـهم ديـگر، دـوران كـودكـي خـويـش با پدر و مادر، خـوامـر دارد. عـلايـم بـيـروني موقـعـيت روان‌كاوي و رفتار روان‌كاو پـيـدايـش گـيـريـجـهـت كـنـد؛ يك ركن اسـاسـي درمـان روان‌كاوي زـمـانـي ايجـاد اـنـتـقـال را تـقـويـت مي و جـود آمـده بـاشـد. در حـيـن آنـاـيـز. شـود كه رابـطـه اـنـتـقـالـي شـديـد و اـفـتـراقـي بـلـمي هـا و نـقـاط مـشـتـرك مـيان رابـطـه اـنـتـقـال درمـانـي و روابـط خـاص اـنـتـقـال، شـبـاهـت شـونـد. زـمـانـي كه اـخـارج از درمـان از طـرف روان‌كاو تـدقـيـق و مـورد تـأكـيـد واقـع مي اـنـتـقـال كـاملاً شـكـوفـا گـرـدد، تـفـاوت مـيان رابـطـه درمـانـي و روابـط غـير درمـانـي هاي گـونـاگـون، اـشـود؛ روان‌كاو تـوسـط فـعـالـيـتـان ميـدر خـارج بـيـشـتر نـمـاي آمـوزد كه الـگـوهـاي هاي مـتـفـاوت در رابـطـه درمـانـي به بـيـمار ميـايـي و موقـعـيـت مـحرك اـرتـبـاطـي اـنـعـطـاف پـذيـر را ايجـاد و آزمايـش كـند. بـالـاخره بـيـمار الـگـوهـاي آمـده و آزمايـش شـده را جـهـت تـغـيـر اـنـعـطـاف پـذيـر روابـط خـود دسـتـبـهـاـرتـبـاطـي گـيـرد و در آيـنـده به تـنـاسـب شـرايـط، اـج از موقـعـيت درمـانـي بـكار ميـدر خـار رفتار اـنـطـبـاقـي پـيـش خـواهـد گـرفـت. هايـي با رـونـد بـرخـي | اين طـرحـواره شـبـاهـتـنـمـاي فرآيندهاي تـعـمـيـم و اـفـتـراق آزمايـشـات يادگيري دارد. تـجـربـه يادگيري جـديـد، تـوسـط فرآيندهاي تـعـمـيـم شـود. زـمـانـي كه از اين گـونـ جـسـتـجـو ميـهاي گـونـاگـرـدد؛ شـبـاهـت در مـحركـعـمـلي مي

شود، آزمای‌ش‌گر با تغیر در طریق يك الگوي واكنشي محكم ساخته مي شرايط آزمایش، بويژه برنامه تقوي‌تي، از فرآيندهاي افتراق حمايت هاي مختلف از هاي متفاوت، واكنش‌آموزد در برابر محرک‌نمايد. ارگان‌يسم مي‌امي عميم اين الگوي واكنشي در خارج از شرايط خود نشان دهد. براي تحقيق و ت آزمایش‌گاهي، مراحل يادگيري ديگري در شرايط غير آزمایش‌گاهي لازم است. مشخص شد كه فرآيند روان‌كاوي و تجربيات يادگيري نقاط نقاط مشترك. خصلت آزمایش‌ي "مشترك زيادي با يكديگر دارند. (فرنچ 1937) حتي از ت ارزيابي از واقعي‌ت در انتقال را گوشزد كند و اهميا صحبت مي "انتقال با وجود آنكه آثار جبر ت‌كار (وسواس) واضح هستند، انتقال، "نمايد. امي هاي قبلي نيست؛ انتقال همچنين يك تلاش تجربى اجبر ت‌كارى موقعيت (ص: 130). "جهت اصلاح الگوي كودكي است

هاي تربيتي روان‌كاوي اجنبه

شود، به يادگيري در سنین كودكي و ب‌ت مي‌وقتى درباره يادگيري صح هاي كنيم. تلاش‌هاي كم و بيش بي‌موده تعلیم و تربيت فكر مي‌تلاش كند، تربيتي قديمي را، همان‌گونه كه بالين‌ت (1966، ص: 254) تأكيدي مي توصيف كرد. بالين‌ت در "تعلیم و تربيت فراخود" عنوان‌ب‌توان امي دهد و آن را با | را قرار مي "تربيت خودت‌عليم و "مقابل اين هدف تربيتي، هاي‌دانيم جن‌ب‌دهد. همان‌گونه كه مي‌هاي تربيتي در روان‌كاوي پيوند مي‌م‌قوله تربيتي در روان‌كاوي مرگز بطور كامل رد نشده و روان‌كاوي كودكان (آنا فرويد 1927) جاي‌گاه مطلوب و خاصي كسب كرده است. هاي تربيتي در براي است‌فاده از اي‌ده‌در تاريخ علم، يك خط ممتد مي‌ان تلاش شود. پي‌اژه بر اساس روان‌كاوي و معرفت‌شناسي ژنتيكي پي‌اژه مشامده مي تجربى، مراحل رشد و يادگيري در دوران كودكي را -مطالعات باليني هاي قديمي، اخيراً از جانب تن‌سر (1983، 1084) مورد‌بررسى نمود. اين يافته ازش روان‌كاوي مرتبط شده است. البته پيش‌توجه قرار گرفت و با پرد شرط وي مبني بر اين‌كه فرآيند پردازش، مشابه با مراحل رشدی و يادگيري كودكي است، جاي ترديد دارد.

برون س‌ازي (انطباق) -روي‌كرد درون س‌ازي (جذب)

به نظر ما براي درك پردازش، نظريه پي‌اژه درباره نمای‌شن‌اختي و انطباق، مهم است. اين 3 مفهوم را بطور خلاصه فرآيندهاي رشدی جذب و دهيم: توضيح مي توان همچون نموداري تصور كرد كه به تجربيات | نمای‌شن‌اختي را مي بخشد و ساختار و پي‌چيدگي در مراحل ادراكي و فكري، ساختار مي توصيفي پي‌اژه ساماندهي شده است. جربه جديده به نمای‌شود كه يك مفهوم درون س‌ازي زماني است‌فاده مي شود. اتر مي‌شود و خزانه تجربى ساختار يافته، غني‌شن‌اختي افزوده مي اگر يك تجربه جديده در نمای‌شن‌اختي موجود ادغام ن‌گردد، اين امر نيز به نامند. ايشود. اين فرآيند را برون س‌ازي مي‌تغیر نما منجر مي

درمان روان‌كاوي را بهتر توان استفاده كاربردی برای تغیرات در الكنون می درك كرد. واخترل (1980) تلاش جدي و قابل قبولی كرد تا رویكرد درون برون سازی را برای درك نظری و بالینی مقوله انتقال توجیه كند. -سازی خواهی در اینجا تلاش مشابهی نموده و این رویكرد نظری را در مفهوم‌ها می پردازش نشان دهی.

چنانچه بیمار از مجرای آنالیز مقاومت و انتقال به زش.نقطه شروع پیدا بی‌نش در تعارضات و فرآیندهای ناخودآگاه دست یافته باشد، مرحله عاطفی برای -شود؛ در اینجا باید از بی‌نش‌شن‌اختی پردازش شروع می تغیری‌رات رفتاری استفاده كرد. برخی بیماران چنین تغیری‌رات رفتاری بخشند؛ البته ای انجام دهد، تحقق می‌آید. کار فوق را بدون آنکه روان‌كاو دانیم بتوان چنین انتظاری داشت. از روان‌شناسی یادگیری می‌ب‌طور عموم نمی‌های‌های گوناگون شن‌اختی، فرآیندهای غیرارادی و حرکتی سی‌ستم‌كه زمینه كننداده‌ند كه مستقر از يكديگر رشد می‌نسبتاً خودكاری را تشكیل می رب‌اومر 1973). جهت ادغام روندهای درون روانی توسط درك بازخوردها، م‌ش. بی فرآیندهای تعمی. خاصی لازم است.

تر آید. آنالیز عمیق می‌دست‌ب‌ه‌این مسئله در روان‌كاوی از طریق پردازش عوامل ناخودآگاه و گذشته در پیدایش ناتوانی، به دفع ادغام یا ادغام مجدد شود. در این ارتباط باید به عمل‌كرد | رانده می‌جزئی‌ات روان پویشی به عقب ادغامی. تعبیر اشاره شود كه از جانب آل‌كس‌اندر (1937) بویژه با تأکید بر عمل‌كرد ادغامی خود مورد دقت واقع شده است. این ادغام ضروری از وظایف شود. بیمار است كه البته توسط روان‌كاو حمایت و پشتیبانی می در كار بالینی ب‌طور مرتب شاهد آنیم كه با این‌ولد.نظریه درون سازی مك ر های متعارض ناخودآگاه نزد بیمار، تزلزل، نگرانی و ترس در وی كشف داده توان به كمك رویكردهای درون سازی و برون‌شود. این سرگردمی را می‌آید. جاد می سازی تشریحی در بالا توضیح داد كه از دید روان‌شناسی شن‌اختی مك است. مك را این‌ولد با اتكا به پی‌آژه، ز توصیف و تفسیر شده‌رای‌نولد نی باشد، توصیف نظریه جذب خود را كه حاوی تصورات مخوان و غیرمخوان می نمی‌د‌ب‌می

- هم‌خوانی شن‌اختی، درون سازی (ادغام) خالی از تعارض تجربیات ادراکی ج‌دی در ساختار موجود است.
- امكان موقت و یا دایمی جذب تجربیات غیرمخوانی بر عكس به معنای عدم ادراکی ج‌دی در ساختار موجود است.
- توانند از طریق تغیری‌رات تصورات مخوان، جذب شده و تجربیات ادراکی می ساختار شن‌اختی، تغیری‌رات حالت داده و از جذب خارج شوند. تناسب میان عقب ماندگی "عنوان‌ب‌تصورات جذب شده و دفع شده و تجربیات ادراکی، شود؛ عقب ماندگی جذب ی‌کی از عوامل اصلی ترس و اضطراب | نامیده می "جذب عاطفی -است. 3 قاعده عملی‌اتی پایه برای نحوه عمل‌كرد سی‌ستم شن‌اختی اند: در نظر گرفته شده
- تلاش جهت رفع غیرمخوانی شن‌اختی.
- عقب ماندگی جذب در حداقل سطح نگه داشته شود.
- آل. ۱۴) به يك سطح ای‌ده‌ها، محرک‌ای (كنج‌كاوی، ای‌ده‌های شن‌اختی ارتقای نوآوری

تغیری‌رات نامی شن‌اختی

تغییر ساختارهای شناختی درون روانی باید بتواند خود **تجربیات مثبت** های زندگی و ساماندهی مطلوب ارتباطات خارج از درمان را در غلبه بر واقعیت های **ت**. بیماران در حالت های مهم پردازش اسباب اثبات برسانند. این یکی از جنبه تری را تجربه نماید. بتواند الگوهای ارتباطی کم ریسک متفاوت انتقال می های ارتباطی حمایتی و تقویتی روانکار را به ارتباطات بیماران فعالی های موجود کند (تعمیم) و در این حال به تفاوت خارج از محیط درمانی منتقل می برد ارتباطات رنگارنگ بیرونی پی می درمانی و ارتباطات کفاری گردد و بر نمای شناختی (تمایز). در اینجا کسب تجربیات مثبت ممکن می متحول شده نقش تقویتی و تثبیت کننده خواهد داشت، همه اینها به الگوهای انجامند. رفتاری تازه می

تواند در همسر، دوستان، **تغییر** رفتار اجتماعی بیماران می تجربیات منفی. شنایان، همکاران به تجربیات غیرمنتظره و برای بیماران ناخوشایند، منتهی آ شود. در این حالت تداوم نمای شناختی تازه، اما هنوز نامطمئن، برای بیماران با خطر مواجه شده و امکان بازگشت از آن موجود است. بیماران در این وضعیت خواهد. بیای می شهادت رفتارهای نو از روانکار تأیید و شناسایی خاطره های توجهی روانکار در این زمینه ممکن است به آمادگی بیماران برای تجربه آمده، اما هنوز شکننده وی را خدشه دار دستبند جدید لطمه وارد کرده و بینش نماید. چنانچه بیماران در نیاز خود به امنیت، از جانب روانکار مورد بی توجهی و حتی به پرخاشگری و خیم، پسرفت قرار بگیرد، این امر به سرخوردگی و افسردگی منتهی خواهد شد.

تغییرات نمای شناختی، یعنی ساختاریابی پیگیری و پیش بینی. جدی شناخت، بطور مستقیم قابل مشاهده نیست، بلکه در رفتارهای آتی دهد. به همین خاطر حدسیات روانکار درباره تغییرات است که خود را نشان می های رفتاری که شامل رفتار کلیمی (بیماران، باید با مشاهده شیوه ساختاری نزد شود، بررسی گردد. این بدان معناست که از فرضیات موجود بیماران نیز می درباره تغییر ساختار بیماران، بتوانیم به پیش بینی رفتارهای آتی وی، ت های انطباق و دفاعی، پیدایش علایم، مدیری راهبردهای حل اختلاف، امکانی ز ارتباطات و غیره نزد وی بپردازیم، در غیر این صورت بحث درباره تغییرات ساختاری نزد بیماران بی معنی خواهد شد (سارجنت و همکاران 1983).
توان با اتکالهای بالینی را میهای موجود در استنباط روانکاری از پدیدهای این هدف و اشراف های علمی دیگر پر کرد. برای نیل به های شاخه به راهی افت جامع روانکار بر عملکرد بالینی و نظریات موجود در این زمینه، دانش پایه های همسایه برای وی ضروری است. در رشته

8* پایان درمان-9

* Beendigung

8 نقطه نظر ات کلی-9-1**

زمان درمان هر چه قدر هم طول کشیده باشد، مرحله پایانی برای شرکت کنندگان ای توأم است. فاصله میان اهداف بیمار و روان‌کاو بر مشکلات جداگانۀ غلبه امر نادری نیست؛ اهداف جدیدی زندگی که بیمار از طریق درمان خواهان دست یابی به آن‌هاست، الزاماً با اهداف درمانی روان‌کاو همپوشی ندارند (تیشو 1972).

واند محدودیت حد و از جنبه عملی بسیاری از حایز اهمیت است که روان‌کاو بتـ
مرز کار در جهت اهداف را برای بیمار روشن کند و بدین سان تفاوت آنالیز
بی‌انتها و آنالیز مدت دار را آشکار سازد. در پایان درمان روان‌کاو، بیمار
آورده باشد. دست‌بمباید توانایی جهت آنالیز خویشتن را
مق و تأمل که وجه بطور ساده موضوع اصلی آن است که بیمار شکل خاص تع
مشخصه دیالوگ روان‌کاو است را بتواند با خود برده و آن را حفظ کند.
غالباً اس‌طوره کامل‌گرایی که فشار زیادی بر روان‌کاو، بخصوص در مراحل
کند، وجود دارد (کازکیل 1980). بیماران که از پایانی آنالیز وارد می
مانند تا به این هدف امیدموقعیت اقتصادی خوبی برخوردارند در آنالیز
خیالی دست یابند.

اس‌طوره کامل بودن

ی‌ی که برای مرحله پایانی درمان در ادبیات وجود دارد، هاست عارضه‌چنانچه به
بریم که در مورد پایانی‌مینگاهی بی‌اندازیم، به تخیلات ناخودآگاهی پی
و یک‌مانور شود. مقایسه وایگرت (1952) میان مرحله پایانی درمان گفته می
پی‌چیده فرود که حین آن تمام تیم لیبی‌دویی و قوای پرخاش‌گرانه در
کند. فعالیت هستند، درامی قابل‌انتظار را روشن می
گیرد، احساس خطر در عمل، زمانی که تخیل زدایی در دستور کار قرار می
شود، مخصوصاً زمانی که تلاش خودش‌یفتگی برای کامل بودن، بعد از امی
الشعاع‌های مشابه روند درمانی را تحت‌بن کامل انتقال و اس‌طوره‌مربط‌ش
قرار داده باشند.

زمانی که روان‌کاو در انتهای روند درمان از خود راضی نیستند، در حالی که
کند، اس‌طوره کامل‌گرایی عواقب منفی خود را نشان‌بیمار ابراز تشکر می
محدودیت رفتار انسانی را انکار خواهد داد. ادعای کامل‌گرایی که حد و مرز و
شود که روان‌کاو از کار خود رضایت داشته باشد؛ بیمار از کند، مانع از آن می‌می
کند، طرف‌دیگر چون آگاه یا ناخودآگاه سرخوردگی روان‌کاو را حس می
کند روان‌کاو را از موفق‌تواند از وی جدا شود. در این حالت یا تلاش می‌می
یا با سرخوردگی روان‌کاو همان‌دسازی نمی‌د. بودن درمان‌قانع و
کامل بودن در برابر پایانی‌زود "به نظر ما نباید دی‌گر در بُعد تقابل
بحث کرد، بل‌که باید به سمت تبیین طرز فکری رفت که تنوع "هنگام

Termination

** General Consideration

Allgemeine Gesichtspunkte

عوامل بيروني و دروني را شامل گرديده و پايان درمان روانكاوي از اين طريق مستدل گردد.

يز، زمان ي بايد پايان پذيرد كه كار مشتراك روانكاوي جهت دستيابي آنالـ
 هاي جديده به سقف خود رسيده باشد. به بيانش
 پس روشن است كه به نظر ما پايان درمان، چنانچه از اين نقطه نظر حركت
 كنيم كه دو انسان هميشه چيزي براي گفتن به يكديگر دارند، يك فرآيند
 امل است. چنانچه عوامل بيروني را در نظر دوسويه است كه در اصل ناك
 دهند كه از بتوانيم بگوييم كه بيماران زمان ي به درمان خاتمه مي يابند، مي
 اهميت و معنای تعامل درمان ي كاسته شده و فشارهاي ناشي از درمان، بوسيله
 هاي جديده جبران نگردد. در اين نقطه، آناليز پايان دستيابي به شناخت
 شود. ايان پذير مي ن پذير ني ز پ
 ما بايد همچنين از اين فكر فاصله بگيريم كه انديكاسيون درست، ضمان
 اند كه يك پايان موفق درمان است. آنقدر عوامل متفاوت در فرآيند درمان دخيل
 آيد. تشخيص فردي از عده پيش بيني آينده درمان بر نمي
 لسه زمان ي اتفاق هاي پر جلسه و كم جاپايان موفق و رضاي تبخش در درمان
 هاي ايجادگيري يك رابطه كاري مطلوب، پيش شرطافتد كه شكل امي
 هاي خلاق پسرفت را مهيا كرده باشد (موفمن 1983). فرآيند

8* طول درمان و محدودیت-9-2

يك ابزار تكنيكي عنوان به ايجاد محدوديت

ا خ ن گرفتار است. روش روانكاوي هيچگاه با تخيل درمان سري ع و معجزه آس
 حتي بروير و فرويد (1985) ني ز بر اين عقيده بودند كه اين روش براي
 بر است. اما از آنجايي كه روش روانكاوي در ابتدا پزشك پر زحمت و زمان
 اشخاصي كه براي مدت طولاني "شد، براي ابراي موارد مشكل بكار برده مي
 كه " آن ها اميدوار بودند "ردند، كلبيمار بودند و بطور كل احساس ناتوان مندي مي
 تر شده و پيشگيري از آن ها ممكن اتر كوتاه هاي ساده طول درمان براي بيماري
 (فرويد 1904، ص: 10). فرويد چندان نظر مطلوب بي درباره محدوديت "گردد
 زمان درمان نداشت.

يك ابزار تكنيكي از جانب فرويد عنوان به اين حال محدوديت زمان درمان
 واكنش در برابر عدم پيشرفت درمان عنوان به □□□□□ بيمار وي در
 مطرح گرديده:

من، بدون آنكه خواسته باشم نظم زمان ي بخرج دهم، به اين نتيجه رسيدم كه "

* Duration and Limitation
 Dauer und Begrenzung

گيرند. ایني را می‌آنان را زره پوش خود توصیف نمود، جلوي پيشرفت درم هائي تحول نظريه روان‌كاوي با وارد شدن نظريه ساختاري و نظريه مكانيزم دفاعي، همچنين آناليز منش و مقاومت توسط رايش، به طولاني شدن دوره درمان روان‌كاوي منتهي شد.

عوامل تعيین كننده طول درمان

ني دارد كه گيلور كه دهد. جاي نگرابتداوم درمان ال‌بته به اشكال متفاوت رخ مي هائي طولاني در انستيتوي روان‌كاوي لندن مسئوليت امور پژوهشي براي سال را بعهده داشت، در مقاله خود كه در سال 1954 منتشر شد، درباره معيارهائي نويسد: روان‌كاوي چنين مي

شود | درباره طول درمان مطرح است، توصيه مي‌گيري بصميمي‌مزماني كه " روان‌كاوان قبل عادت داشتند، آناليزها را بين 6 تا 12 ماه يادآوري كنيم كه انجام دهند. تا آنجايي كه من متوجه شدم با توجه به نتايج درمان، تفاوت چندان مي‌ان آن‌ها و آناليزهائي كه امروزه 4 تا 5 سال را بخود اختصاص (گيلور 1955، ص: 382). "شود دهند، مشاهده نمي‌مي

48، 1954) درباره تأثيرات آموزش روان‌كاوي و آناليز مطالعات بالينتي (19 شفافيت قابل توجه است. سير پي‌موده شده، لحاظ به آموزش بر طول درمان هائي بالينتي است. مؤيد يافته

ظاهراً در همه جاي دنيا، تمديد آناليزهائي درمان يي يك واحد وابسته به طول هائي آل يكي از خواست‌هلمان ايده‌دهد كه در آناليز آموزشي است. بالينتي نشان مي (فرنچي 1964، ص: 376) است كه در همان زمان نوشته بود:

كردم كه من تفاوت هائي قبل غالباً به اين نكته اشاره مي‌دارم مناسبت" ام. اصولي مي‌ان يك آناليز درمان يي و يك آناليز آموزشي شناسايي نكرده ه درمان در عمل، لازم نيست الكون مايلم اين جمله را بدني نحو تكميل كنم كه ناميم، در حالي كه شخصيت به اعماقي رسد كه ما آن را پايان كامل آناليز مي هائي پنهان و شخصيت خود را بايد بشناسد و آن‌ها را كنترل روان‌كاو. . . ضعف "كنند، امري كه بدون آناليز اتمام يافته غيرممكن است.

نام و اهداف آن را با كللم آل مي‌ا درمان ايده‌بالينتي (1954) اين آناليز كامل ر كنند: فرويد توصيف مي

مطرح است كه آيا بيمار تا آن اندازه تحت تأثير قرار گرفت كه سؤال اين ادامه آناليز تغذييرات جديدي ايجاد نكند. آيا توسط آناليز به سطح كامل د 1937، ص: كه ثبات آن حفظ شود) فرويد نوحوي به‌هائيم، نرمال رواني رسيده (63).

جاي نگراني است كه بعد از اظهار نظر بالينتي، آموزش آل درباره درمان ايده اي، به طولاني شدن آناليزهائي آموزشي منجر شد روان‌كاوي و فشارهائي حرفه است. ادامه اين آناليزها بعد از اتمام رسمي دوره آموزشي، بعليت ارزش زيادي شود. بالينتي خاطره‌بانه در نظر گرفته مي‌است كه براي آناليزهائي داوطل اي از روان‌كاوان در مقابل با هائي اخير است كه پاره‌كنند كه تازه در سال‌نشان مي اينان، ديگر موضوع اند. بر طبق نظريه آل موضوع گيري نمود درمان ايده

فروید بطور واضح طول درمان را در يك رابطه كمی و کیفی نسبت به طول و داد: شدت بی‌ماری قرار می

آید، اما آیا در آن است كه درمان يك نورز سخت چند سال طول می‌تواند عی كنید كه بی‌ماری ممكن بود چقدر طول بكشد؟ می‌سؤال صورت توفیق از خود احتمالاً يك دهه در ازاي يك سال درمان، یعنی بی‌ماری، همان‌گونه كه ما در 33، ص:)فروید 19(رودب‌ین‌یم، مرگز از بین نمی‌آید درمان نشده می (168).

كه پذیری كه آن‌الیز زمانی پایان می‌توان این نتیجه ساده را گرفت می كنند، زیرا بی‌ماری‌گر روان‌كاو و بی‌ماری جهت درمان با یك‌دی‌گر ملاقات نمی رود از علایم خاصی رنجور نیست و انتظار بازگشت علایم نیز نمی (فروید 1937، ص: 63).

یادی معتقدیم كه درباره طول درمان بهتر است ما همراه با نویسنده‌گان ز باز و انعطاف پذیر فكر و عمل كرد. توصیه ما آن است كه شدت بی‌ماری و خطوط هدایت كننده برای طول درمان روان‌كاوی در عنوان به اهداف مورد نظر را نظر بگیریم.

توان در يك رابطه كمی با شدت بی‌ماری و فراوانی جلسات درمانی را نمی كند ی‌گر قرار داد: هرچقدر بی‌ماری شدیدتر، جلسات درمانی بیشتری می‌شود و بی‌ماری مهم آن است كه چه کیفیتی در جلسات از جانب روان‌كاو ارائه می كنند. اتفاقاً بی‌ماریان شدید كه به گونه آن‌ها را دریافت و نه‌ای‌تاً پردازش می فاصله نسبت به باشند، در تنظیم نزدیکی‌های از من تکیه گاه و حمایت می به دی‌گران دارای مشكلات بزرگتری هستند.

های كمی در ارتباط با طول به همین خاطر جای تعمق دارد كه در مقابل، دی‌گاه درمان و فراوانی جلسات اتفاقاً در درمان حین آموزش روان‌كاوی نقش بزرگی های روان‌كاوی تعداد حداقل ساعات درمانی را مشخص كنند. مؤسس‌های می اند. در اتحادیه روان‌كاوی آلمان 300 جلسه برای امتحان نهایی الزامی است. كرده معمولاً هنگام امتحان تعداد جلسات بمراتب بالاتر از این رقم است. های كمی (طول درمان و فراوانی جلسات) حاوی مشكلات خاصی است، اچارچوب وان درمانی و ای آلمان بیش از 300 ساعت برای رهای بی‌ماری را سازمان كنند، مگر در موارد و شرایط استثنایی. در ای تقابل نمی‌روان‌كاوی مزینه ای نیست) تومرچنین شرایطی پیدا كردن معیارهای کیفی قضاوت، كار ساده (1994).

8* معیارهای پایان دادن-9-3

ما همواره در این خطر بسر می‌بریم كه معیارهای اتمام و اهداف قابل حصول را های محبوب خود ارزیابی كنیم. برخی، بر طبق نظریات شخص‌ی و یا نظریه كنند، جایی كه ات‌عریف می‌فراروان‌شناسی اهداف خود را بر طبق مفروضات قرار داد، در حالی كه دی‌گران با ابعاد بالایی‌نی‌سؤال‌توان آن‌ها را مورد نمی آیند. می‌دست‌به‌های متفاوتی كنند. بسته به گرایش، پاسخ می‌گیری جهت

* Criteria for Termination
Kriterien der Beendigung

كه شخصيت بيمار در زمان ترك سؤال مثلاً و ايس و فلمينگ (1980) به اين
 دهند: درمان چگونه بايد باشد، اينگونه پاسخ مي
 به نظر آنها شاخص يك آناليز خوب آن است كه بيمار در مقايسه با قبل،
 هاي خود اعتماد بتر زندگي كند و به توان مندي با كشمكش كمتر و مستقلانه
 بيشتر داشته باشد.
 نحوه فكر فرآيندي، نقد و سنجش واقعي و توان تلطيف در بيماران
 رشد يافته باشد.
 روابط با ابژه اصل اح شده باشد.
 و " يك شخص متخصص عنوان به روانكاو " بيمار به تفكيك مي ان
 دست يافته باشد. " ابژه انتقال عنوان به روانكاو "
 براي ادامه مستقلانه آناليز برخوردار شده است؟ آيا بيمار از توان لازم

رسيدن به توان مندي جهت آناليز خويش

آناليز خويش كه درباره آن كم مي صحبت شد، بعلت اهميت زياد آن دوباره مورد
 شود. همانگونه كه ما در تشريرات خود درباره فرآيندهاي بحث واقع مي
 يم، همانندسازي با روانكاو و تكيك هم اندسازي بيمار با روانكاو مطرح كرد
 گام مهمي براي سرنوشت موقعيت روانكاوي ارزيابي عنوان به درمان ي او را
 كنيم.

ما همراه با موفر (1950)، گ. تيشو (1967)، 1971 (وا. تيشو) 1971، (كسب) 1971
 يك هدف عمده درمان روانكاوي عنوان به توان مندي براي آناليز خويش را
 دانيم.

. تيشو (1971) پس از انجام مصاحبه با همكاران روانكاو، فهرستي در اين گ
 هاي رابطه اراه داد. به نظر تيشو آناليز خويش فرآيندي متشكل از قدم
 شود: كاري متفاوت است كه به اين نحو فرا گرفته مي

هاي يك تعارض ناخودآگاه، مثلاً: يك واكنش غي رمن طقي و دريافت نشانه"
 هاي دفاعي شود، بدون آنكه سريعاً از آن با مكنان يزمه آميز دريافت مي يا مبالغ
 نظير جابجايي و يا فرافكني عبور شود.

بدون اضطراب و ترس به جريان افكار ميدان دادن، تداعي آزاد نمودن و
 بدني نوسيله مدخل آزادانه به نهاد پيدا كردن.

خرج دادن، بدون براي فهم معناي يك تعارض ناخودآگاه شكيبايي به
 سرخورده و تسليم شدن.

بينش دست يافته را پيگيري نمودن و تغيري خود و محيط پيراموني را
 باعث شدن. اين توان مندي به مجرد آنكه تقويت خود محقق شود و بيمار
 دريابد كه بينش متحول شده به تغيري رات خود منجر خواهد شد، شكل
 (تيشو 1971، ص: 32). "گيردلي

ان ما بر اين است كه توانايي جهت آناليز خويش در يك فرآيند مستمر گم
 آيد كه ضمن آن آناليز شوند به عمل كردهاي روانكاوي همانندسازي پديدي مي
 كنيم.

تواند برنام ريزي شود كه روانكاو اميد واقعي | پايان درمان زماني مي
 ئل شده است. داشته باشد كه بيمار به توان مندي جهت آناليز خويش نا

چنانچه این هدف كاري متحقق شده باشد، معيارهاي ديگر پايان دادن درمان، گردند، نظير: آنگونه كه مايه راشدين جمع بندي نموده، نسبي مي

● بهبود علایم

● تخيير ساختار

● ثبات ابژه قابل اتكا در روابط

● تعادل ميان دنياي غريزي، فراخود و ساختارهاي دفاعي.

دن اين معيارها به معنای رد آنها نيست، بلكه حاوي سنجش دقيق نسبي كرن وزنه آنها به سمت اهداف ديگر با توجه به طولاني كردن كار روانكاوي است. خواهيم. پتر از آن چيزي است كه ما ميچاد و مرز تخيير پذيري معمولاً تنگ ه بيمار دست يابي به شناخت اين حد و مرزها براي بيمار مهمتر از آن است كه هدف عنوان به تخيلات بفرستيم. از آنجايي كه تخيير ساختار دنبال بهرا شود، ما در پترين اجزاي نظري و عملي روانكاوي محسوب مييارم جزو مشكل كنند در كنيم، تخيير كنه به بيمار كمك ميالينجا فقط به تخيير بسنده مي بر مبنای سنجش واقعي مقايسه با زمان شروع درمان، بتواند زندگي خود را آنجايي كه نهاد بوده، "هاي خود سامندهي كنند. جمله فرويد: آرزوها و محدوديت توصيف كننده اهداف واقع بينانه روانكاوي "بايد من جايگزين آن شود، آورد. | ميديست به است: آنه گام كه من، بينش و توانمدي لازم را دوباره

8* مرحله پس از آناليز-9-4

بحث درباره رابطه با بيمار پس از اتمام درمان روانكاوي تاكنون مورد توجه كافي قرار نگرفته است. حتي در ارتباطات شفاهي بين روانكاوان در اين شود، چه رسد به تبادل تجربيات شديدي در اين زمينه. باره اظهار نظر نمي گرفته، برخورد فرويد با اين موضوع بدين خاطر چنه به تحريف بخود هاي اخير زي را گزارشات درمانی (بلانتون 1971، دوليتل 1956) كه در سال شود كه موقعيت اند (كروميوس 1981)، مربوط به بيماران مي پمنتشر شده يا بلانتون كه خود روانكاو بود و يا دوليتل كه نويسنده محبوب - خاص آنها دهد. ان عادي قرار نمي ما را در جريان برخورد فرويد با بيمار افرويد بود امروزه وفاق عمومي وجود دارد كه تعميق و گسترش فرآيند پختگي كه بوسيله درمان ايجاد شده، بايد ادامه يابد.

موافق و مخالفت ماس پس از درمان

كه "اي است افتد، زمين آنچه بعد از جدياي واقعي روانكاو و بيمار اتفاق مي كنند كه براي دهاي احتمالي را از خود دور مي در آن روانكاوان، شناخت و تضاد (شلزېنگر و "يك علم، حائز اهميت فراوان هستن دعو ان به رشد روانكاوي هاي منظم براي مدت طولاني معمول نبودند، رابېنز 1983، ص: 6). پيگيري دهند رجوع خواهيم كرد، بروشنی نشان مي آنه ابمبرخي مطالعات اساسي كه ما ا درباره مرحله پس از آناليز و ادامه پردازش تجربيات حاصله كه تصورات م اند كه ما بسادگي از كنار آن عبور در روانكاوي، بمثابه معدن طلاي مي

* Die Postanalytic Phase
Die nachanalytische Phase

اند، تجربه ايم. آنگونه كه كرامر (1959) و تيشو (1971) متذکر شده‌اند كه آموزش توان به بيماران منتقل نمود. ما پس آناليز خويش را با احتياطي عضويت در اتحاديه روانكاوان بطور مرتب با همكاران خود در تماس خاطربه برريم و بعثت كار روزانه خود همواره به آناليز خويش مشغول بسر مي باشيم. نظريه مرحله پس از روانكاوي كه رانگل (1966) ارائه داد، متناسب با طات پس از آناليز يك دهی ارتبابا درك فرآيندي روندهاي درمان است. شكل الشاع سوء برداشت درباره رفع انتقال موضوع مورد مجادله است كه تحت (مراجعه شود به فصل 2) و ترس از آحياي انتقال قرار دارد.

آيا بايد روانكاو بدین سو رفتار كنند كه بيمار با وي تماسي ايجاد نكنند، ام گردد كه وي دچار يك با اين منظور كه آناليز آنچنان در زندگي بيمار ادغ فراموشي شود، مثل خاطرات كودكي؟ يا آنكه بهتر است روانكاو در برار براي هاي جدي باز بگذارد؟ تماس

تيشو (1975) بر اين نظر است كه روانكاو نبايد اطميناني به بيمار دهد كه وي آمادگي برگزاري جلسات ديگر را داراست. زيرا در اين صورت وي اعتماد نسبت به خود را خدشه دار خواهد نمود. بيمار

برعكس، موفر (1950) معتقد است در صورت نياز بيمار، بهتر است امكان برگزاري جلسات فراهم گردد. به نظر بالکس باوم (1950) اگر بيمار بتواند توانم به روانكاو مراجعه كنم و در غير اين صورت نياز مي "بگويي

نشانه درمان موفق است. به نظر " را انجام ندهم، توانم اين كارايي صورت مي گردد كه روانكاو به بيمار بگويي كه وي وي اين امر زماني تسهيل مي شود با روانكاو بتواند م موقع، حتي زماني كه علامت خاصي مشاهده نمي مي دارد كه بيماران بعضاً از اين پيشنهاده تماس بگيرد. بالکس باوم اظهار مي گيران پس ختم نمي كنند. ديگاه كنند، اما مرگز سوءاستفاده نمي استقبال مي اي داشته باشد، چون امكان است حتي تأثيرات ضايعه "هي چ موقع ديگر" آورد. بيماران را به حالت انفعال در مي

هاي بعد از درمان با حساسيت كنند به موضوع تماس باي والد (1982) پيشنهاده مي تماس ممكن است ناگوار باشد، براي برخورد كنيم. براي يك بيمار رد بيمار ديگر موافقت با تماس، تشويق ناسالم جهت ادامه بيماري است.

گرينسون (1975) در يك مورد آزمايشي با اين هدف نمود كه يك بيمار را پس ديدي. بدین طريقت نقش روانكاو متحول ۱۴ م 4 هفته يكبار مي از درمان براي ماه ششونده آناليز خويش بيمار تبديل شد. شد: وي از روانكاو به

در مجموع بهتر است به بيمار گفته شود كه وي در صورت نكاهي در آناليز تواند به روانكاو خود و يا يك روانكاو اخويش و غلبه بر مشكلات زندگي، مي ديگر مراجعه كنند.

هاي بعد از درمان نحوه تماس

ت كه روانكاو بعد از پايان درمان، يا ديگر مربوط به ارتباط واقعي اسسؤال كنند. فاصله اي با بيمار برقرار مي بدون برنامه ريزي و يا بدل ايل حرفه اي ديگر سودمند نيست و تأثيرات منفي و بازدارنده خواهد روانكاوي حرفه داشت. قطب افراطي ديگر آن است كه بي طرفي بطور كامل از بين رفته و صميميت شديدي ترغيب شود. در اين صورت بيمار بيمار به سمت اعتماد و واكنش تند، گويي كه ممكن است اغوا شود، نشان خواهد داد. مر دو رفتار،

يَعْنِي فاصلة شديدي و صميميت شديدي، عواقب نامطلوبي در پي خواهند كند، در حالي داشت. اولي رفتار اجتنابي و وابستگي پسر رفتي ايجاد مي آورد. بهتريين راه، انمايي شديدي بوجود ميپيشكه دومي سر درگمي، ترس و كن اي، انتخاب حد متوسط دو حالت دهدي ارتباطات اجتماعي و حرفهبراي شكل افراطي فوق است) رانگل 1966).

كنيم، بجاي قطع رابطه، از الگوي بطور كل بعد از اتمام درمان پيشنهاده مي پزشك خانواده استفاده شود.

ه است، نكته اصلي در رابطه با پزشك همانگونه كه بالينت متذكر شد خانواده، قابل دسترس بودن وي در صورت نياز است. بر پايه همين احساس توان فرآيند جديدي در رابطه درماني را برنام ريزي كرد. يك اساسي، مي مبالغه بي جاست، اگر جديدي در رابطه درماني با مرگ مقايسه شود. اين به ماند و بدنيوسيله تخيلات قدر قدرتي ابراماتيكي سازي تصنع مي سازد. ايشود كه جديدي را دشوار ميپاخوداگاه و فرافكني آن بقدرتي تقويت مي بهتر است آمادگي براي رابطه با روانكاو در صورت نياز فعال گردد، زيرا هر كسي ممكّن است تحت تأثير تغيري رفتار بيمار قرار بگيرد و وي ر خود احساس كند. اينكه وي به روانكاو خود و يا نياز مجدد به مراجعه را د روانكاو ديگري مراجعه كند، اهميت ثانوي دارد. آنچه مهم است تجربه مثبت از ها را براي دفعات بعدي نيز به مراجعه به درمان تشويق درمان است كه انسان كنند. امي

مشاهدات درازمدت بعد از پايان درمان

توجه كافي قرار نگرفته، مشاهدات درازمدت بعد از از جمله موارد كه مورد پايان درمان است كه ولد (1956) توجه بدان را ترغيب نموده است. در اينجا هاي منظم تجربتي تفكيكهاي نامنظم و پيگيري لازم است ميان پيگيري تواند مشاهدات طولاني بعد از كنند ميقيائل گرديم. روانكاوي كه در مطب كار مي ان را انجام دهد. درم

يك ابزار پيگيري منطبق بر روح روانكاوي، يعني مصاحبه مصاحبه. روانكاوي از جانب ففر (1959) ارائه شد و مفيد بودن آن در مطالعات بعدي مورد تأييد قرار گرفت. در هر يك از موارد بررسي شده، تأثيرات تعارضات ت تشخيصي اوليه ناخوداگاه تداوم يافته مشخص شدند كه با تعارضات مرتبط بودند؛ استفاده مثبت درمان روانكاوي، در توانمدي بيماران در مديريت اين تعارضات بود.

هانه تنه به اعتبار بيروني روانكاوي كمك رسد كه اين پيگيري به نظر مي كند، بلكه يك روش مفيد جهت بررسي تغيري رات پس از درمان نيزامي ينز 1983). موارد بررسي شده حاكوي از تداوم باشد (نورمن 1976، رابلمي اند و به الگوهي تعارضاتي تكراري است؛ اين الگوها در دوران كودكي پديده آمده باشند. آنها نقطه شروع فرآيند پختگي و رشد را سختي قابل تغيري مي زنند و هسته نورز را ايجاد دهند، تجربه دوران كودكي را رقم ميتشكيل مي اثري رات درمان روانكاوي به حذف اين الگوهي متعارض منچركنند. تلمي گردد، بلكه به توانمدي در جهت برخورد انعطاف پذير و تسلط بر انمي گيري توان آناليزها، اضطرابات و افسردگي از طريق شكل سرخوردگي هاي روانكاو جهت كنند. اين امر از طريق همانندسازي با تلاشخويش، كمك مي

گيرد. به نظر ما اين ك و ادغام فرآيندهاي روانشناسي صورت مي‌شاده، در روند پي‌گيري براي روان‌كاو نيز مفيدي است، زيرا او به ديد واقع بينانه يابد. درباره نتايج اقدامات درمان‌ي خويش دست مي‌شود، همان‌گونه كه در اولين تلاش | به منظور دي‌گري انجام مي‌پي‌گيري منظم درباره نتايج استيتوي برليني، بويژه پلي توسط فني‌شل (1930) كنند و زنه عوامل مؤثر در اهاي روان‌كاوي انجام شد. آن‌ها تلاش مي‌كندنيك هاي فرآيند درمان‌ي و نتايج درمان‌ي را بسنجند، اين امر فقط در گروه آزمويني بزرگ ممكن است (كرنبرگ و همكاران 1972، كردي و همكاران 1983، ن 1988، باخ راخ و همكاران 1985). (لوبورسكي و همكارا

9 فرآيند روان‌كاوي

- 9 درباره عمل‌كرد ال‌گوهاي فرآيندي-1
- 9 مشخصات ال‌گوهاي فرآيندي-2
- 9 ال‌گوهاي فرآيند درمان‌ي-3
- 9 ال‌گوي فرآيندي ال‌م-4

هاي متفاوت درمان روان‌كاوي بحث نمودي، اما اهاي قبلي درباره جنبه‌در فصل بست‌رگزيني آن در فرآيند كلي درمان صحبت نكرديم. تاكنون پيرامون به اجزاي زمان‌ي متفاوت در فرآيند درمان‌ي پرداختيم و از زاويه خرد و كلان ات بيمار از روان‌كاو سؤال‌به آن نگاه نمودي، با ذره بين، اجزاء درمان‌ي، مثلاً رمان‌ي از را تشریح و دوباره با فاصله گيري از جزئيات، راهبردهاي كلي ديدي روان‌كاو را بررسي كرديم. ي‌ه‌است‌ع‌ار‌ه‌ت‌و‌ان به اشكال متنوع توصيف كرد؛ با كمك درمان روان‌كاوي را مي‌ه‌ا و اصول اساسي آن را تشریح نمود. ما ش‌و‌د ويژگي‌گون‌گون تلاش مي‌هايي صحبت‌ام‌قاي‌س‌ه ش‌طرن‌ج و روان‌كاو فرويد را ارائه و در مورد شباهت‌اي باستان‌شناس، نقاش، مجسمه‌ساز و روان‌كاو ديده‌م‌كرديم كه بين فعاليت‌ش‌و‌د (فصل 7 و 8). با وجود آن‌كه فرويد ترديدي در اين نداشت كه روان‌كاو ا‌مي

دهد، برال شجاع قرار مي‌هاي مثبت و منفي تحته‌روند درماني را از جنبه مندي روند درمان تاكيد بيشتري داشت: قاعده

كند، به اندازد، بر آن نظارت مي‌بده جريان ميروانكاو فرآيند رفع انكارها را " نم‌ايد و قطعاً در اين مسير به پردازد، موانع را برطرف مي‌تقويت آن مي پيمايد و اجاز رود. اما در مجموع فرآيند ايجاد شده راه خود را مي‌ببراهه نيز مي (فرويد "دهد جهت و توالي موضوعات پيشاپيش براي ش تعي ي شون‌دن مي (1913463، ص:).

هاي نهفته هستند كه ما در پائين آنها را و مدل نظريه استعاره در اين بررسي خواهيم كرد. تقاضاي زاندر (1983) مبني بر تعميق بر ابعاد ها براي دستيابي به پيشرفت واقعي، متوجه تبعييري خصوصي رهيافت گردد: روانكاوان نيز مي

هاي نهفته روانكاوان را آشكار سازد. افته‌د پژهش بايد اين باشد كه رهي " به نظر من اين فرآيند به تسريع نظريه روانكاوي منجر خواهد شد. چنين نظريه بايد در درجه نخست به كار عملي روانكاو مرتبط باشد، به همين (1983، ص: 43). "خاطر تكيه كلام آن باليني است

(9-رد الگوهي فرآيندي) 1 در اين راستا، ما برخي توضيحات درباره عملك 9) و معرفي 9-، معرفي الگوهي ديگر (3-هاي اصلي) 2 بحث درباره شاخص 9) را ارائه خواهيم داد. -الگوي خويش 4)

9* درباره عملكرد الگوهي فرآيندي-1

مباني دستورات رفتاري و معياريهاي ارزشيابي

و روانكاو بين زماني كه فرآيند درماني، يعني تمام مسيري كه بي‌مار كنند را در نظر بگيري، بايد انبوه امصاحبه اول و پايان درمان طي مي اتفاقات در اين مسير به حاشيه رانده شوند. در غير اين صورت خطر آن رود كه درگير و دار رويت انبوه درختان، از ديدين جنگل غافل شويم. اري. بدينوسيله به بنابر اين بايد توجه خود را به نكات اساسي معطوف د شويم: نكته اصلي نفس | مشكل الگوهي فرآيندي نزديك مي □ عملكرد كه به آنها تفويض □ □ □ □ □ رخ داده نيستند، بلكه اين رخ داده توسط شوند. آنچه از ديده‌گاه يك روانكاو در روند روانكاوي مهم كنيم، حائز اهميت مي‌امي شود كه وي براي ساماندهي و رسد، به الگوي معنايي مربوط مي‌بده نظر مي تواند درمان و يا كنند. هيچ درمان‌گري نمي‌فرآيند روانكاوي بدان اتكا مي قضاوت در مورد آن را انجام دهد، بدون آنكه تصور خاصي از فرآيند درماني گيرد. داشته باشد كه مبني رفتار و ارزشيابي وي قرار مي مي در پياده كردن اهداف تصورات فرآيندي روانكاو عملكرد هدايتي مه مداخلاتي وي بعهده دارد. بدين ترتيب طراحي و تبيني فرآيند، يك باشد و به اشكال كم و بيش مدون، بخشي از | انتزاعي نمي-موضوع نظريه هاي كيفي ده. در اين جا تفاوت فعاليت روزمره روانكاو را تشكيل مي شوند: هر چقدر يك اشكار مي‌الگوهي فرآيندي اثبات شده و الگوهي غيرمدون ا

* Function of Process Models
Zur Funktion von Prozessmodellen

اي، ي‌عن‌ي در قالب فرآيندي نيز ممكن است از جانب روان‌كاو بطور كلي‌شه
يك آلگوريتم مورد استفاده واقع شوند: آلگوريتم دست‌ورال‌عملي است كه
كند و چنانچه اين دقيقه‌ا مش‌خص مي‌هاي رفتاري و مراحل آن را يك يك گام
رسي‌م. دست‌ورال‌عمل كامل را رعيت شود، به اهداف مورد نظر مي
اي را عهده دار شوند و بتوانند و نبايد عمل‌كردن سخ‌ال‌گوه‌اي فرآيندي ن‌مي
خل‌اقانه باشد (پيت‌ر فرويند 1983). -كاربرد آن‌ها بايد همواره كاشفانه
داند، حالت‌ي كه ما در | كه هم چيز را مي‌تواند آلگوريتم‌ي عمل كن‌دكسي مي
توانيم بدان دست يابيم. ال‌گوه‌اي ارتباط با فرآيند روان‌كاوي مرگز ن‌مي
فرآيندي چگونگي ساماندهي اطلاعات پي‌چيده و مختص دوسوي را
كنند. شكل ساماندهي انت‌خاب شده در يك زمان بايد همواره در اس‌ازي مي‌زمنه
ادغام اطلاعات جديدي را دارد، مورد ارزيابي قرار اين راستا كه آي توانايي
بگيرد.

در اين‌جا روان‌كاو بايد قبل از مه به اطلاعاتي اطلاعات منطبق و ادغام ناپذير.
□□□□□□□□ توجه داشته باشد كه با ال‌گوي فرآيندي وي منطبق
آورد، بدون آن‌كه ارتباط مستقيمي با | مي‌دست‌ب‌روان‌كاو موارد تأييدي زيادي
توانند فدي بودن ال‌گوي فرآيندي وي داشته باشد. اطلاعات ادغام ناپذير مي
محركي جهت تعديل الگو مورد استفاده قرار بگيرند تا عنوان‌ب‌م‌بر ع‌كس،
الگو قابليت جذب اطلاعات جديدي را در خود افزايش دهد. بدین ترتیب
شود. تصويير فكري روان‌كاو گام به گام به تحقق نزديك مي

به ال‌گوي فرآيندي حقيقي‌اي‌مان

دانيم در صورت‌ي كه رهيافت فرآيند، اثربخشي نداشته‌ام بخوبي مي
باشد، چه فرسايش روح و عاطفي در پي خواهد داشت. اما ي‌كي از عمل‌كرده‌اي
اساسي ال‌گوي فرآيندي، انتظام بخش‌ي به انبوه اطلاعات، هدايت ادراك و
باشد. | فرآيند درمان‌ي ميرفتار درمان‌گر و بدین‌وسيله تضمين است‌م‌را
توان از اين نقطه ات‌كا چشم‌قابل فهم است كه بسادگي و از روي تمايل ن‌مي
ترپوشي كرد، حتي بطور موقت. اين فق‌دان كوتاه مدت زمان‌ي قابل تحمل
شود كه از اين ايده فريبنده كه گويي در كنار ال‌گوه‌اي نادرست، يك‌امي
ظي كنيم. چنين تصويير حقيقي‌ال‌گوي حقيقي ناب وجود دارد، خدا حاف
همان‌قدر وجود ندارد كه يك فرآيند روان‌كاوي طب‌ي‌عي. ال‌گوه‌اي فرآيندي
تأثيرات مستقيمي بر رفتار درمان‌ي دارند و براي بي‌مار حاوي پي‌امده‌اي
اي از س‌يرباشند، مثلاً اين‌كه روان‌كاو فرآيند درمان‌ي را جلو‌وق‌عي مي
مي‌دان تعامل دوسوي عنوان‌ب‌هن را بيند و يا درم‌اط‌بي‌عي رشد انسان مي
كنند. در حالت آخر روان‌كاو | اجتم‌اعي ارزيابي مي‌م‌بت‌ني بر شرايط خاص روان
سن‌ج‌د. هاي تعامل‌ي قابل مش‌اهده مي‌همواره فرضيات فرآيندي خويش را با داده
در درجه نخست به مر روان‌كاوي بستگي دارد كه آي از ال‌گوي فرآيندي
كند و مداخلات قالب‌ي خود را با آن | سوء تعبير مي واق‌عيت‌عنوان‌ب‌خويش
كند و يا آن‌كه از اين الگو به عنوان ابزار كم‌كي براي ساماندهي سمت ده‌ي مي
فرآيند استفاده كرده كه به مجرد آن‌كه از طريق رامبرده‌اي كاشفانه اطلاعات
كنند. بال‌آخره برخي | آمد، در آن تجديدي نظر مي‌دست‌ب‌غ‌ير منطبق با الگو
كنند و | را تقويت مي‌هاي ال‌گويي وجود دارند كه جنبه كلي‌شه‌ي‌ژگي و
خل‌اق را افزايش -هاي كه استفاده از رامبرده‌اي كاشفان‌م‌برخي ويژگي

هاي گونگون الگوهاي فرآيندي را ادهند. ما در پائين از همين منظر، ويژگيهاي بحث خواهيم كرد.

9* مشخصات الگوهاي فرآيندي-2

گونه كه نشان داديم، موضوع تفكيك الگوهاي فرآيندي حقيقي از همان اصلي آن است كه اقدام يك از الگوهاي سؤالالگوهاي اشتباه مطرح نيست. فرآيندي براي اثربخشي رامبردهاي رفتاري درماني مفيد و مناسب باشد.

به نظر ما در اين رابطه معيار اصلي آن است كه آيا يك الگو از روند كنند يا نه. لطبيعي فرآيند روانكاوي حركت مي آيد. آن توسط روانكاو منجر به فرآيند الگوهاي نبايد الزاماً به كاربرد كليشه گيري با روند گيرانه در جهتشود و بايد مواظب بود كه به گرايشات سخت قابل انتظار طبيعي نياينجامد.

ند، غالباً يا نديده اي كه با روند يك الگو همخواني نداره اي مشاهده داده شون. هاي مقاومت تلقي مي جلوه عنوان به گرفتار و يا اين مسئله مخصوصاً در ارتباط با اظهارات بيچاره مبناي بر عدم درك و يا عدم آي. چنانچه رد بيچاره بر پايه فرضي قبول تعبيرات روانكاو بوجود مي عنوان به و بنابر اين تفسي گردد كه بيچاره نفهميده و يا آن را نپذيرفت مقاومت تلقي شود، روانكاو اسير برداشت خود شده و بيچاره براي اصلاح اين گيرد. با وجود آنكه نظريه مقاومت ممكن است از برداشت تحت فشار قرار مي همانگونه كه در فصل 4 در مورد آن بحث -چون منطقي قوي برخوردار باشد نظر داشت كه در فضاي تعامل موقعي بايد اين امكان را نيز در -كرديم روانكاوي، رد يك تعبير از جانب بيچاره به معنای اشتباه بودن آن باشد (توم و هوبن 1967، ويژدم 1967).

عقب گرا-الگوي تاريخچه اي

در الگوهاي كه به روند طبيعي درمان معتقدند، قبل از هر چيز اين تصور كنند. شبيه به رشد دوران كودكي ارزيابي مي شايع است كه فرآيند درمان را الگوي راهنماي اين نوع عنوان به 9 الگوي فورستن او (1977) را -ما در بخش 3 الگوي فرآيندي تشريحي خواهيم كرد.

اين الگوها آن است كه بيچاره در حين درمان از مراحل تري فرضيه | رايج | نهد. اوليه رشد به مراحل بعدي گام مي آيد. خاص مرحله "ايد الزاماً چنين باشد، از توصيف بالينت درباره اينكه نب در برخي موارد كه آناليز مراحل پيشرفته "ايد: | بر مي "ان روانكاوي رود كرد، يعني در اواخر آناليز، بيچاره در ابتدا خجولانه شروع خود را طي مي

* Features of Process Models
Merkmale von Prozessmodellen

"همه از روان‌كانون‌مود برخي آرزوهاي ساده خود را مطرح كنند و بخواهد، قبل از ايمى
 كنند، عمدتاً" (1966، ص: 281). بيمارانى كه بالينى در باره آنها صحبت مي
 برنند كه پس از پردازش تعارضات ادبي و تقويت خود در امنيتي بسر مي
 ايمى خود را بيازمايند. طبق پيشنهاده‌بتوانند فرضيات بيمارگونه پايمى
 "عقب‌گرا-ايتاري‌خچه" مدل‌عنوان‌بتوانيم اين نوع را ايمى (شفايى) مي
 توصيف كنيم.
 عنوان‌بتوان | تصور بيماران در باره فرآيند درمانى كه مي‌مقاييسه با م‌عماري.
 نظريه عامه نام نهاده، در اين بحث جايگاه خود را دارد: اين تصورات، در زبان
 دهند. ايمى متنوع، ابعاد تجربى فرآيند را بخوبي ان‌عكاس مي‌استعاره
 كشف يا تفحص در يك خانه عنوان‌به بيماران از آناليز بدى‌گونه است كه
 برد كه مربوط به م‌عماري كنند. اين استعاره ما را به افكاري مي‌صحت مي
 شود. حتي براي يك م‌عمار مجرب كه با نگاه بيروني به برخي داخل خانه مي
 توان‌دزدند، فقط از طريق گذار از درون خانه است كه مي‌با دست مي‌گمانه زني
 ها، نحوه استفاده و دكوراسيون آنها پي ببرد. البته به تقسيم و نظم اطاق
 ها وجود دارد. بدى‌نقاط مشترك زيادي در عمل‌كرد و نحوه ساختمان خانه
 شود كه بسى‌اري از بترتيب رشد روانى انسان نيز شامل مراحل مي
 قانند. ما از طري‌نوي‌سندگان (مثلاً اريكسون 1970) آن را توصيف كرده
 درگير شدن و انجام دادن تكاليف روان‌شناسي رشد به ساختار روانى خود
 انگلي، ورود به مراحل سه-ي‌ابي: است‌قلال از حالت چسبندگي دست مي
 سويى، حالات ادبي، فرآيندهاي رشدي، بلوغ و غيره. در اينجا ما با دروني
 و گيري خودهاي متفاوت با تأثيرات محتوايي گوناگون بر شكل‌سازي
 توان به اين باشيم. اين‌كه در فعاليت درمانى چگونه مي‌فراخود روبرو مي
 ساختارها دست يافت، به عوامل متعددي بستگي دارد كه با تكنى‌ك درمانى
 - دفاع درون روانى و رفتارهاي انطباقى روان‌عنوان‌بمرتبط بوده و از آنان
 برمي (منتوس 1983). اجتماعى نام مي
 توازي ميان فرآيند درمانى و سير عقب‌گرا-ي تاري‌خچه ايمى ارزشي‌ابي مدل
 رشد كودكي غالباً مفيد است و خطوط راهبردي مفيدى براي مداخلات ترسيم
 شود كه غيران‌عطاف پذير اجرا كنند. اين وضعيت، زمانى به مشكل منجر مي‌ايمى
 شود، مثلاً زمانى كه روان‌كانون متوجه نباشد كه فرآيند درمانى كه بيمار
 دهى آن دخالت دارد، در نكات اساسي، يك فرد بزرگسال در شكل‌عنوان‌به
 يعنى كى‌فيت تجربى آن، از تجربيات دوران كودكى متميز است.
 بشكل جدي مجدداً □□□□□□□□ تجربيات دوران كودكى ديگر ◀
 تجربه شوند؛ آنچه ما در فرآيند درمانى با آن روبرو هستيم، تجربيات يك
 هاي جديدي بر آن اضافه شده است. به همين كه همواره لايه‌فرد بزرگسال است
 خاطر اين تجربيات بايد از ديدي روان‌شناسي رشدي نگريسته شوند.
 ها آن است كه آنها ظاهراً تن‌اوب تك تك مراحل را از كته غلط‌انداز در اين مدل
 شود كه روان‌كانون فقط به آن دسته از اطلاعات دهند. نتيجه آن مي‌مى‌دست‌به
 كنند كه منطبق با آن مرحله خاص است. بدى‌ه و به فرآيند درمانى وارد مي‌توج
 قان‌ون‌من‌دي فرآيند، عنوان‌بترتيب مراحل يكى پس از ديگري توليد و
 گراي دروني حركت‌شوند. در الگوهايي كه از فرآيند طبيعت‌تفسير مي
 چه گيرند. اما چنان‌كنند، مراحل رشدي بيمار در كانون توجه قرار مي‌ايمى
 ميدان تبادل و تعامل دوسويى ارزي‌ابي شود (مقاييسه عنوان‌به فرآيند درمان
 گردد. 9)، نقش روان‌كانون بيش از پيش مش‌خص مي‌شود با بخش 4

نقش درمان‌گر

يكی ديگر از معياره‌اي اساسي در قضاوت الگوه‌اي فرآيندي، پاس‌خ به اين چه عمل‌كردی براي او قائل است كه: نظر الگو درباره درمان‌گر چيست و سؤال توان از اين نقطه نظر حركت كرد كه هر چقدر يك فرآيند بشود؟ بطور عام مي‌مي‌توان درباره نقش‌ي گفت كه درمان‌گر | طراحي شود، كمتر مي‌"تربطبي‌عي" ايفا خواهد كرد) و مسؤولي‌تي كه وي بعهده خواهد گرفت). در اين صورت هاي فرآيند، شناخت داشته و سير ايمان‌دحاكثر عمل‌كرد وي آن است كه از قانون آن را مختل ننماید. استفاده از راهبرده‌اي كاشفانه در اين‌جا نه ضروري است و نه مطلوب. توجه روان‌كاو در درجه نخست به‌مرحال معطوف به بيمار نيست، كند با اتخاذ رويه بي‌طرفي و بلكه به ديده خود از فرآيندي كه وي سعي مي‌كند با قويت نماید. تبعي‌رات، آن را ت

شود كه آيا بيماري كه | مهم مطرح مي‌سؤال‌نتي‌جتاً در چنين الگوي فكري اين روان‌كاو وي را در مصاحبه اول ديده، اصلاً براي فرآيندي كه از جانب تواند تعديلي در آن ايجاد شود، مناسب است. يك انديكاسيون روان‌كاوي نمي‌فصل 6)، در چنين‌تطبيقي كه ما طرفدار آن هستيم) مقايسه شود با طلبد و او | آنكه انعطاف زيادي از روان‌كاو مي‌خاطر به‌چارچوبي ممكن نيست، يك يار ت‌عامل‌ي متقابل عمل‌كند. عنوان‌بمباید

ما در اين‌جا يك حالت افراطي را تشریح كرده‌يم تا روشن سازيم كه هر ◀ مي‌كند، سامانده "گرايطبيعت" چقدر روان‌كاو فرآيند درمان‌ي را بر طبق الگوي شود: بدان معنا كه روان‌كاو از وظايف خود در ساماندهي خطر بزرگتر مي‌مسئولانه فرآيند درمان‌شانه خالي كرده و بدون انعطاف لازم، تعداد زيادي از نماید. بيماران را از دايره درمان روان‌كاوي خارج مي‌

كه به نمونه نوعي برداشت از فرآيند‌عنوان به نمونه ميني‌گر و مولت‌زمن. دهد، مايليم الگوي ميني‌گر و مولت‌زمن نقش درمان‌گر اهميت لازم را نمي‌(1977) را معرفي نمي‌يم. دو نويسنده نامبرده نوعي الگوي فرآيندي را كنند كه طبق آن يك بيمار مناسب با روان‌كاو، رابطه ايجاد‌نماید‌نگي مي‌و انتقال را نمي‌د و در پايان فرآيند، ساختار خويش را تغيير داده‌مي‌كند. اين ديده‌گاه در پيگيري شل‌زني‌گر و رابينز (1983) (تأیید برطرف مي‌اي بي‌ش‌شود: برطرف شدن انتقال در پايان يك درمان موفق، افسان‌نمي‌هاي‌نيست؛ بر عكس: بيماران كه درمان موفقي‌نيز داشتند، در مصاحبه ظر ميني‌گر و مولت‌زمن، دادند. به نپيگيري، علایم انتقال را از خود نشان مي‌از يك همراه صبور نيست كه عمدتاً سكوته غي‌رب‌روان‌كاو چيز بي‌شتري هاي عشق و خواهد بيمار را قانع نمي‌د كه انتقال‌نموده و با مهرباني خود مي‌تن‌فر بيمار در شرايط كنوني بيمار، پايه محكمي ندارند.

ندي‌بحث درباره انواع متفاوت الگوه‌اي فرآي

تخيّل يك فرآيند روان‌كاوي من‌هاي ش‌خص واقعي روان‌كاو، با تصور از يك گيري دارد. صرف نظر از روان‌كاو ناب و يك بيمار مناسب و مطلوب، جهت بيمار (وجود خارجي ندارد، اين -آل) روان‌كاو اي‌ده-اينكه چنين زوج تخيلي ي رابطه درمان‌ي هاي علوم اجتماعي كه برانشود كه يافت‌متفكر مانع از آن مي‌

اي راه يابند. مشكلات موجود در تكنيك باشنند، به چنين رابطهمفدي مي اي با اين بحران بشوند كه در واكنش مقابله درماني روانكاو اي اينگونه حل نمي هاي درماني خشك و انعطاف ناپذير تبليغ شوند. بهويت، نظريه روانكاو اي در نظر دهدي فرآيند را ما براي روانكاو يك نقش اساسي در شكل اش با بيمار ايفايگيري كه وي بنا به شخصيت خويش و رابطه دوسويلمي يك عنوان به كنند. اين ديدگاه از نقش درمانگر با درك فرآيند روانكاو اي مي رخداده طببي عي، متضاد است.

هاي نامبرده، چيز بيشتري از يك نوع اعتقاد در اصل، هر يك از رهايافت تواند درباره مناسب و آمده فرآيند روانكاو اي است كه مي باشنند. تنه مشنمي مفدي بودن درمان تبليغي كننده باشد. پيش شرط اين كار آن است كه الگوهاي فرآيندي تبليغي گردند كه روايي يا عدم روايي آنها از طريق مشاهده ممكن شود. به نظر ما استخراج روايي الگوه به روش تجربيه معيار مهمي است كنند. بتفاده مفدي از آنها را مشخص مي كه اس

الگوهاي موجود بايد بيشتري توضيح داده و بدون گردند. هر چقدر الگوهاي توان خطوط عملياتي بهتري باشنند، مي فرآيندي عيني و قابل مشاهده ترسيم كرد تا بعداً بر حسب تجربيات قابل مشاهده، كاري اي آن خطوط آمده بايد امكان پذير گردد. دست به اعالت ها و اطلاعات جديده شود. تست فرضيه عيني الگوهاي كه بعداً ممكن است خلاف ادعاهاي خود را به اثبات رسانند، باشنند. در تبليغي نظريه روانكاو اي مرسوم است كه الگوهاي افاقد كاري اي مي ارأيه شوند كه اثبات آنها قطع باشد. اين وضعيت البته ناشي از احساس اي نيز هست كه روانكاو با آن به بر شرايط بسيار پيچيده درماني دگي در غل روبروست. زماني كه براي رفتار انسان ي جنبه جبري زيادي قائل شوي، هنگامي كه چالش ميان آرزو و دفاع بدون نتيجه از اين سو به آن سو در جريان گردد. به همين خاطر تبليغي است، پيشگويي امر خطيري محسوب مي ندي يك امر جسورانه است. الگوهاي فرآي

براي برون رفت از اين وضعيت مشكل، دو راه متصور است. به نظر ما يك مي عناي به از اين راه ها، عيني تبليغي الگوهاي فرآيندي كلي و غير قابل رد، هاي جديده نه تنه تي زبن بست است. در اين شكل، نگاه براي پديده زي كه ما در سميناره اي آموزش در شود، بل كه مسدود نيز خواهد شد. چنينمي مورد جاي دادن يك مورد در يك دستگاه نظري، شاهد آن هستيم، مبن چنين هاي انتزاعي است. مورد به زور در قالب نظريه گنجانده و كلي گويي شوند. اطلاعاتي كه غير منطبق هستند، ناپديده گرفته مي نكاو اي، كاهش انتظار و هاي شرايط روازه ديگر، براي برخورد با پيچيدگي توقع در ارأيه يك نظريه فرآيندي جامع است.

چنانچه. "به نظر ما تبليغي فرضيه براي رخدادهاي متنوع در درمان در قالب □□□□□□□□ مفدي خواهد بود. در اين صورت بايد اجزاء"، پس. . . تدقيق گردند تا بتوان به عدم روايي فرضيه نزديك شد.

* فرآيند روانكاو 9 الگوه-3

كښود الگوهه فرآيندي مطلبوب

هه تكنيكي فرويد دربار هدايت جلسات و فرآيند درمان ي با توجه بتوصيه به روند كلي درمان، سريخ، به نحو آگاهانه مبهم و بي طرفانه است. البته اند، ليكن يكي سري قواعد (فصل 7) و رامبرده (فصل 8) ارايه شده فرآيندي دربار ه مراحل آغزي، ميان ي و پاياني، شبي به به آنچه رهيافت جامع گلور (1955) ارايه داده، از جانب فرويد پيشنهاده نگرديده است. نظريه هولزن و مينيگر را معرفي كرديم. تلاش آنها براي تبیین فرآيند كلي درمان، تبلور آگاهي آنان نسبت به اين مشكل است و در سال انتشار آن، ي 1958 با استقبال روبرو شد. از زمان تفكيك بيبرينگ در كنگره ي عن اي در دستور كار قرار دارد كه امارين بادر (1936)، تدوين نظريه درمان بگونه هه درمان ي باشد. هدف آن چيزي بيشتري از جمع آوري تكنيكي با اين وجود تعداد الگوهه فرآيندي منسجم كه اجزا درمان ي را تشريح نموده و يكي الگوي جامع ارايه دهند، همچون گذشته كم است. اين مسئله از جانب ي به علاقه وافر روانكاوان به جستار نوي سي (كشله 1981) و از سوي ديگر به پيچيدگي موضوع مورد نظر دارد. رويكردهه توصيفي از جانب ما بازتاب اين مرحله تكاملي است.

مراحل و ساختار روند در الگوهه

نهفته □□□□□ از نقاط اشتراك نحوه تفكر فرآيندي در مفهوم يكي هه درمان ي بر طبق الگوهه محتواي حاكم م در تشريح است. تفكيك گام شود كه فرآيند اوارد فراگيران و م در رويكرد ملتسر (1967) (مشاهده مي نمايد: ملعمول آناليز كودكان ملاني كلاني را توصيف مي

- تلاق ي انتقال
- تفكيك به م ريختگي جغرافي ي
- ايتفكيك به م ريختگي منطقه
- شروع وضعيت افسردگي
- ترك فرآيند

به نظر متسلر اين توالي مبن يكي فرآيند ارگان ي است و زمان ي بوجود آيد كه درمان طبق روش كلاني اجرا شود. رهيافت آناليز كودكان و توالي ي مي شود كه براي تبیین مشكلات در ايل ميان آن زمان ي به مشكل تبديل مرحله آناليز بزرگسال ي استفاده شود.

نمونه الگوي فورستن او

توان دو بُعد را از يكيديگر تفكيك نمود كه در افرآيند روانكاوي مي دهند. فورستن او اين دو جزء تلاق ي با م، ساختار روند را تشكيل مي كنند: فرآيندي را اينگونه توصيف مي

- ساختار بندي و عادي شدن خود از طريق مراحل قوي تكراري عود فرآيند
- هه پسرفتي و برخورد حمايتي از جانب روانكاو، بحران فرآيند شكوفايي لايه به لايه و پردازش انتقال و مقاومت.

پردازيم تا خواننده با رئوس و ا در ادامه به تشريح 7 مرحله فورستن او مي شنا گردد. فورستن او هر مرحله را تحت عنوان مشكلات الگوي فرآيندي آ

ايجاد يك الگوي ارتباضي " و "پردازش الگوهي ارتباضي منتقل شده"كلي
توصيف نموده است. "جديد

كند، وي با رفتار | در مرحله 1 روانكاو براي بيمار نقش مادرانه ايفا مي
دهد. | خود احساس امنيت مي

اي براي درك دهد، وي علاقه‌ان مي در مرحله 2 بيمار علايم خود را نش
موضوعات ناخودآگاه ندارد و تجربيات مهمي در ارتباط با قابل اعتقاد بودن و
آورد. | مي‌دست‌به‌دست حكم بودن روانكاو

هاي منفي رابطه با مادر در دستور كار قرار | در مرحله 3 پردازش جنبه
گيرد. | مي

ود؛ به منظور پردازش | در مرحله 4 نقطه عطفي بسوي خود ايجاد مي
فرزند، در اينجا - موضوعات جريحه دار شدن و پرخاشگري در رابطه مادر
يابند. بيمار در تعامل با روانكاو به علايم افسردگي ناشناخته به‌بود مي
مند است، بدون آنكه در اش علاقه‌مرد كه وي به تخيلات نهفته اين تجربه مي
د. | اين زمينه فشاري به بيمار تحمیل كند

در مرحله 5 هويت جنسي توأم با فرآيندهاي متفاوت مردانه و زنانه ترسيم
شوند. | مي

يابد. | اين موضوع در فاز 6 ادامه مي

گردد كه ايجاد روابط جديد تسهيل مي پايان درمان در مرحله 7 بوسيله
آورده است. پردازش سوگواري در دست‌به‌دست بيمار نسبت به خود و طرف مقابل
قل قرار دارد. مركز ث

دهد و آنها را فورستناو 2 طبقه اختلالات رواني ارائه مي

● نور زهائي كه در آنها، خود نسبتاً دست نخورده باقي مانده است و
● هاي ۱۴، منزوي نامد. در طبقه آخر سايلكوتي كم اختلالات اساسي. خود، مي
خودشيفته، بيماران غيراجتماعي، منحرف و روان تني جاي دارند.
درمان در بيماراني كه خود دست نخورده دارند، فراي هم مراحل، بويژه مرحله
كند، در حالي كه در درمان روانكاي غي‌رمتمركز. بيماران داراي اول سير مي
علاوه‌هنگيرد. | خود مختل، تلاقاي اجزاي فرآيندي تشريح شده صورت مي
كند. مثلاً | اير مي‌آنكه در اختلالات اساسي، مراحل درمان 1، 2 و 3 تغني
كند. | درمانگر در مرحله اول بيشتتر نقش جان‌شيني ايفا مي

با توجه به مداخلات روانكاو، يك تبادل و تعويض دايمي ميان پردازش
انتقال و مقاومت از يك سو و تقويت خود بيمار از سوي ديگر به جريان
افتد) فورستناو 1977، ص: 869. | مي

مقابل الگوي ما كه در پائين معرفي خواهيم كرد، در نقد مدل فورستناو
الگوي ساختار روند فورستناو، تحت تأثير مشخصات محتواي خاص
قرار دارد. اين چارچوب محتوايي، عملكرد درماني دارد، زيرا به روانكاو احساس
دهد. فورستناو مدل خود را بر مبناي تجربيات باليني خويش امنيت مي
تبييّن نموده است.

توانيم تأكيّد كنيم كه | نقطه مشترك با الگوي خودمان مي‌عنوانبه ما
گردد. فرآيند درمان توسط مراحل موضوعي متفاوت تعريفي مي

توانيم چندان با آن موافق باشيم، آن است كه در هر | كه نمي‌فرضيه
فرآيندي بطور كلي توالي مراحل پردازش بشكّل خطي، منطبق با سير
هاي علوم اجتماعي اعتبار عمومي اين الگو را تأييد | ديگامرشدني انسان است.
كند. | مي

هاي دو گروه بزرگ بيماران هاي روانكناوي بر دادمهزيت اين مدل آن است كه روش تكانيك "شوند. بدین ترتیب، ارایه تعریف مکرر از انطباق داده می که نه برای موضوعیت خود را از دست خواهد داد و همچنین مناقشات "کلانسیک یابند. اختلاف نظرها عمومًا اند، کاهش میروانكناوي و نه برای بيمار مفید شود که تكانيك کلانسیک را برای بيماران مبتلا به بدن چا منتهی می تعارضات درون روانی و در سطح ادیپی بکار بندهم و تمام بيماران دیگر را گیری با ایای ارجاع دهیم. جهت های دیگر روان پولبه درمان روانكناوي و یا درمان تواند به دید افترقی بیمانجامد که فروید (1919) (ای میپتانسیل کللی روش خواهان آن بود. خواسته فروید حاوی این مطلب است که روش درمانی، انعطاف ها و نیازهای بيمار انطباق دهد. پذیر باشد و بتواند خود را با ضرورت

موتالگوی فرآیندی درمان کون

هاي درمانی مبتنی بر نظریه غریزه کوموت در واپسین آثار خود میان تكانيك و مبتنی بر روانشناسی خود و رهیافت تبیین شده آنلیز و احیای خود، تفکیک اساسی قایل شده است) کوموت 1973، 1979. زیربنای الگوی فرآیندی درمان شامل فرضیات زیر درباره پی دایش اختلالات نوروتیک گردد:

- ❖ کندها بژه خود، خویش را در دیگری جستجو می
- ❖ والکنش مدلانه مادر به این جستجو، کم و بیش ناکافی است. از عدم تناسب میان انتظار و ارضا در پیداکردن ابژه خود، کمبودهای در خود ایجاد د که گردشود. در حالت مطلوب، توان والکنش مدلانه مادر، مراحل را شامل میمی کندها به نوبه خود شکل انتقال را مشخص می
- ❖ باشند. کمبودها و نقایص خود، زیربنای تمام اختلالات می
- ❖ های ابژه ها در فرآیند درمانی، فعال کردن انتقال پس از غلبه بر مقاومت شود: تعارض خود با تعارضات اجتناب ناپذیر در رابطه روانكناوي متحقق می های ابژه خود و ترس از جریحه دارایی از دایمی به والکنش از سوی مبتشکل از ن شود، درشدن خود از سوی دیگر است. چنانچه بيمار احساس کند که درک می اشکال انتقال ابژه خود، شاهد احیای نیازهای کهن و انکار شده ابژه خود باشد میمی
- ❖ الزاماً کامل رابطه میان خود بيمار و ابژه خود، یعنی عملکرد خود روانكناو، آورد، دستبهمتوان یک مدلی کامل و همسو با بيمار نیست. از آنجایی که نمی عنوانبهمشود که های خود با علایم بيماری منجر میگیری پسرفت به شکل شوند. های اضمحلال تفسیر میفرآورده
- ❖ های مدلانه خویش نیاز از مشروع نسبت به عملکرد روانكناو به علت والکنش کند که در پس تصاویر تحریف شده پنهان شده خود خویش را احساس میابژه است. وی درباره توالی رخ داده توضیح داده و سوء تفاهات خویش را اصلاح کند میمی
- ❖ های درمانی، تبدیل عملکرد ابژه خود روانكناو به عملکرد خود هدف تلاش بی نیازی از ابژه خود باشد. مهم است که ساختار بندهی خود به معنای بيمار می نیست، بلکه حاوی توانمندی رو به رشد جهت پیداکردن و استفاده از آنها باشد میمی

استفاده این تزه در فرآیند نورز انتقالي كلل‌اسي‌ك كه طبق تعريفي به شود اي زير منتهي ميشود، به ساختار مرحله‌تعارضات ادیپی محدود می (كوهوت 1984، ص: 22):

- هاي كللي سخت‌قاومت مرحله م
- مرحله تجربيات ادیپی (در معنای سنتی آن) كه توسط اضطراب اختگی (شود) عقده ادیپی (شديد) مشخص می
- هاي سخت‌ايك مرحله جدي مقاومت
- مرحله ترس از بهم ريختگی
- تن‌اوب يك مرحله ترس خفي‌ف با انتظارات خوش‌بينانه
- كند، اي را براي آن پيش‌نهاده می مرحله پایانی كه كوهوت عنوان مرحله ادیپی باشد. گيري خود متمايز، مستحکم با آينده خلأ و پربار می‌آغاز ش‌كل كوهوت براي اين مرحله بندي به مفروضات تيئوريكي ات‌كا دارد كه طبق آن تن‌اوب "گيرد كه رود و وي نتيجه می‌فرآیند روان‌كاوي از سطح به عمق می (كوهوت "كن‌در مسير عكس را ت‌كرار می‌هاي رشدي انتقال در مجموع، گام 1984، ص: 23). هدف و موتور این فرآیند حاوي این مطلب است كه به بی‌مار دست‌بم‌بازتاب م‌دل‌انه قابل اعتماد در این دنیا واقعي و "منتقل كنيم كه (كوهوت 1984، ص: 78). "آوردني است

الگوي فرآیندي موسر

كاران با محدوديتي روبروست كه ناشی تشریح الگوي فرآیندي موسر و هم شود كه براي غالب روان‌كاوان بی‌گانه است. از دنیای روان‌شناسی شناختی می ارائه این نظريات در يك كتاب آموزشی خالي از مش‌كل نیست.

موسر و م‌كاران در 1981 يك چارچوب نظري درباره انتظام بخشی ▶ ب‌ط‌با ابژه، هیجانات و فرآیندهای فرآیندهای روانی ارائه دادند كه در آن روا دفاعی با ابزار زبانی تبیین و مع‌مولاً در الگوهی مان‌دسازی كام‌پیوتري بی‌مار ب‌م‌ثابه دو سیستم -شوند. در این مدل، رابطه روان‌كاوب‌كار برده می شود كه از قواعد ارتباطی آش‌كار و نهفته پیرو فرآیندي متقابل دیده می لین 1991). (كن‌د) موسر و فون سپامی

هاي فرآیندي برای درك تشریحات پای‌ئین مهم است كه در ابتدا مفهوم سیستم عن‌وان‌ب‌ما روشن كنيم. مفید است كه الگوي معروف ساختاری روان‌كاوي را هاي فرآیندي توصیف كنيم كه در آن 3 بافت انتظام بخش‌ای‌كي از سیستم با ی‌ك‌دي‌گرتعامل دارند:

- خود
- فرا‌خود
- نه‌اد.

عاطفی است كه -هاي ناپیوسته عمل‌كردهای شناختی به معنای گروه "بافت" ای كم و بیش متشنج با ی‌ك‌دي‌گرت دارند، نظیر مرادات مرزی صلح آمیز ا‌راوده (ابند) ولد 1963). (فون سپلین در تشریحات كه در زمان جنگ كاهش می كاو و كن‌د كه نظریه اصلی الگوي فرآیندي آن است كه روان‌خویش تأکید می بی‌مار بطور پیوسته تصاویری (الگوهی‌ای) از موقعیت سیستم انتظام كن‌د كه شامل تصاویر خود، طرف مقابل و تأثیرات بخش ترسیم می متقابل است.

هاي مهم الگو آن است كه براي ايجاد و حفظ ارتباطات، يك | يكي از ويژگي ◀
براي تحقق آن بافت انتظام بخش خاص لازم است كه حاوي آرزوها و قواعد
است.

شود كه به سخت افزارهاي ارتباطي | قواعد ارتباطي همچنين شامل قواعد مي
در تنظيم تعاملات تعلق دارند. قواعد ارتباطي در فرآيند درماني زماني
هاي بي‌مارگونه | پديده‌عنوان‌بگردند كه شديداً مختل باشند و احايي اهميت مي
د ارتباطي حايي اهميت براي خود كه حفظ نظام يابند. از ديده باليني، قواعد
و استحكام سيستم انتظام بخش را بر عهده دارند، مهم است. در رتبه
تر، قواعد ارتباطي ابژه قرار دارند كه پيرو قواعد ارتباطي اجتماعي پايين
باشند. از تفكيك اين دو گروه قواعد است كه به درك انتقال نايامي
شوي: مي

آيد كه قواعد ارتباطي حايي اهميت براي خود | پديد مي‌انقلاب آنجايي ◀
حضور دارند.

افتد كه بي‌مار از قابليت انتظام فرآيند درماني به اين علت به جريان مي
گيرد. وي اين كار را بر حسب پيشينه روان‌شناسي | بخشي روان‌كاو كمك مي
دهد. | شدي خويش انجام مي

تظارات ناخودآگاه نسبت به وظيفه فرآيند درماني آن است كه اين ان ◀
روان‌كاو را آشكار سازد.

شود براي اين منظور 4 عمل‌كرد اصلي براي رابطه درماني در نظر گرفته مي
(سپلي 1987):

• شناختي در رابطه با فعاليت - توسعه فرآيندهاي جست‌جوگري عاطفي •
نظم بخشي، بويژه توسعه توانمدي بازخورد نسبت به خويش،
• يك مدل ارتباطي مي‌ان روان‌كاو و بي‌مار؛ توان تعامل در ايجاد و ترمي •
هاي ارتباطي بيرون‌ايابد كه بعداً بايد به واقعيت‌انجا و الكون بهبود مي
منتقل شود،

• تغيري تدريجي روابط متقابل درماني به منظور ايجاد يك تقسيم كار •
جديد در نظم بخشي به رابطه بي‌مار و روان‌كاو،
• انتظام بخش بي‌مار از طريق افتراق عمل‌كردهاي خود | تغيري سيستم •
بازخورد.

آناليز انتقال و انتقال. متقابل از طريق كاربرد اين 4 عمل‌كرد اصلي در
شوند شامل شود. فرآيندهايي كه از اين طريق ايجاد مي‌رابطه درماني انجام مي
دشون‌مراحلي گوناگوني است كه طي آن مراكز ثقل مختلف، پردازش مي
(9-) مقايسه شود با 4.

الگوي فرآيندي گروه پژوهش روان درماني مونت سيون

وايس و سمپسون بر مبناي يك رهيافت باليني و نظري مدون درباره
اند. | اناليزهاي دفاعي، از سال 1971 روي‌كردهاي اصلي تجربي ارائه داده

راي بي‌ان به نظر اينان درمان روان‌كاوي درگيري مي‌ان ني از بي‌مار ب ◀
اعتقادات بي‌مارگونه ناخودآگاه در رابطه انتقال، و رفتار روان‌كاو، | عني
اي است كه بي‌مار تأييدي براي غلبه بر اين شرايط آزمايشي، بگونه
ني‌اورد. اگر نتيجه اين آزمايش مثبت باشد، دست‌به‌انتظارات منفي خود
ني بر الگوي كند كه سيستم اعتقادي وي كه مبتني بر اطمينان حاصل مي

باشد، ديگر حقانيت نداشت و بدين وسيله عمل كرد | دفاع مي-كودكي آرزو هدايت بخش آن را غير فعال خواهد كرد.

اين نظريه حاصل تعامل با نظريه غريزه و نظريه دفاع فرويد است و لون اند. (اشتین 1969)، (لووالد 1975) (وگريسون 1967) (نيز به آن پرداخته آزمائشي، بوسيله اشاره فرويد بر اين مطلب هموار گشت كه رهايافت اثبات در "اندازد كه اخود ميان غريزه و رفع آن يك فعاليت فكري را به جريان مي گيري با اكنون و رد تجربيات قبلي با رفتارهاي آزمائشي، توفيق اجتهت (1940، ص: 129). "كنداق دامات مورد نظر را دنبال مي تسلسل عنوان به بنابر اين روند درمان روانكاوي رقابت با تن سرخوردگي. شود كه طي آن موضوعات خاص بيمار بطور تدريجي هايي مطرح ميست شون. آزمائش و پردازش مي

نكته مثبت نظريه وائس و سامپسون آن است كه آنه فرضيه فرآيندي را در نظريه برابر تن سرخوردگي، بگونه تجربيات سنجيدند. با وجود آنكه مر دو ن كنند، قدرت پيش بيني تن وائس هاي مشابه در درمان را مهم ارزيابي مي بخش و سامپسون بمراتب بالاتر از تن سرخوردگي است. پيشرفت درمان هاي ناخودآگاه بيمارگونه ارزيابي | عدم اثبات فرضيه عنوان به تواند امي لازم گردد. مضافاً آنكه مشخص شد، در صورتي كه فضاي روانكاوي امنيت را به بيمار اعطا كنند، موضوعات انكار شده حتي بدون تعبير آشكار و بدون يابند) (وائس و سامپسون 1983). (اضطراب تظاهر مي با وجود آنكه فرآيندهاي بررسي شده در اينجا، چشم انداز يك الگوي جامع. شود، يك موضوع اساسي بخش ي از موضوع پيچيده مورد بحث را شامل مي شود. طراحي يك الگوي جامع در شرايط تجربيات بررسي ميل حاطه بتبيني و باشد، ماكنوني فاقد جمع بندي درباره اهداف و مراحل دستيابي به آن مي توان گمان كرد كه ها در اين مسير صحبت كرديم. مي فقط درباره برخي قدم شود كه عدم اعتبار طبق اين الگو زماني از پايان موفق درمان صحبت مي ها و نظرات بيمارگونه به اثبات رسيده باشند. رضيه

هاي صوري كه شاخص روند درمان ي | به نظر وائس و سامپسون قدمي. ارزشيابي افتند و وابسته بدان نيسند باشند در درمان و در زمان اتفاق ميامي كنند. بدين ترتيب الگو، ادعاي كه درمان گر طبق اين ي آن نظريه كار هاي بيمار، نه كنند كه نه بواسطه طبقه بندي بيماري مومي پيدا مي اعتبار ع شود. در روند هاي درمان گر تعديل مي علت مرحله درمان و نه بواسطه تكنيك گيري، ي عني تلاش بيمار براي درمان نيز فقط يك بخش مورد توجه قرار مي فرآيند ترغيب روانكاو به يك رفتار خاص و واكنش وي نسبت به آن. ظاهراً شود، در حالي كه به اكنار هم چي دن اين قطعات نگريسته مي عنوان به كلي شود. فقط آثار كوتاه مدت و ها پرداخته نمي تغيري رات احتمالي اين بخش گردد: بلواسطه بعد از اين، از ميزان دراز مدت رد فرضيات، تفكيك مي درمان فعال عمل تر شده و در فرآيند شود، وي آرام اضطراب بيمار كاسته مي رود. كنند و با شهامت بي شتر به سراغ مشكلات خويش ميامي

مر چقدر نويسنندگان بي شتري سعي كنند مشاهدات باليني و نتايج رود كه مدل تدقيق گرديده و پژوهشي خويش را در مدل ادغام كنند، انتظار مي تواند از عده مكات تكميلي بدان اضافه شود. بدين طريق اين مدل مي هاي فرآيند روانكاوي برآيد. | پيچيدگي

روان‌كاو بتواند با ابزار مناسب مداخلاتي وي را به سمت اين موضوع سمت دهی كند،

عاطفي درباره اين موضوع از خود هاي شناختي و ابديمار بتواند در حيطه● فعاليت نشان دهد.

اي | با توجه به درهم تنيدگي بالاي ساختارهاي انگيزههاي تعامللي. اكنون به توان از تشخيص صمتركزي صحبت كرد كه بر | میندرتبهناخودآگاه، هاي تعامللي رخداد تتركز، تأثير نداشته باشد. فرآيندهاي شناختي اكنون به كنند و تحت عناوين اكنشي و گزيشي را هدايت ميروانكاو كه رفتار و شود، به همدي، همانندسازي آزمائشي و غيره) هايمن 1969 (درباره آنها بحث مي هاي زيرين ادراكات آگاهانه جريان دارند. از مجراي احتمال قوي عمدتاً در لايه گاهي هاي عاطفي و شناختي است كه وي بر آنها اكار روانكاو پيرامون واكنش يابد.

همدانه جبراي نظريه ما زياد مهم نيست كه روانكاو عمدتاً از طريق خودجوشي هاي بدون. از ديگاه ما هم رسد يا از طريق نظريه تبديلي اناوني خويش مي فرآيند كاشفانه درك شود و جنبه مفيد خود را در عنوانبهنا است كه تتركز موله كردن يك محور تتركز، نوعي درمان پيشرفت كاري نشان دهد. شاخص فر اناوني فراگير است كه موضوعاتي نظير ترس از جديي ناخودآگاه در اشكال متنوع، مورد بحث واقع شوند. كار تعبيير، مربوط به اشكال تجربتي يابد. شود كه عمدتاً در دانش فردي تبلور ميبيمار در زندگي روزمره مي رود كه نحوه برخورد نقطه اناوني انتظار مي در پردازش مطلب يك پردازش. بيمار و يا روانكاو با موضوع اناوني تغيري يابد. اظهار نظر دقيق درباره گردد كه وضعيت اين فرآيند تغيري در زمان مورد نظر، هنگام مي مكن مي انتقال، مقاومت، رابطه كاري و توانايي كسب بيانش جدي را در نظر داشته باشيم.

انيم جمع بندي كنيم: به نظر ما اناون تعامللي، محور اصلي فرآيند تواميم◀ اناون ادامه دار و درمان. اناوني عنوانبهناست و به همين خاطر درمان روانكاوي را هاي متغير ارزيابي مي كنيم. اناونود با نقطه ثقل تأثير متغيرههاي درمانگر

ني همسو است كه طبق آن اين الگو تا حدود قابل توجهي با تجربيات بالاي باشد. درون نورز انتقال يي يك واحد عمدتاً وابسته به روانكاو مي هاي روانكاوي انبوهي از مطالعات درباره تأثير متغيرههاي روانكاو پژوهش نها را در نظر انجام شده است و ما بايد در تبديلي رهيافت فرآيند روانكاوي، آ 1978، لوبورسكي و اسپنس 1978. (ما داشته باشيم) پارلف و همكاران اي برگرديم كه فرآيند روانكاوي را بتوانيم به آن نظريه امروزه ديگر نمي گيرد) كامپتون 1991. (تعامللي در نظر نمي

بر خلاف پاره از الگوهاي فرآيندي بحث شده در بالا، به نظر ما تناوب◀ آگاه ميان نيزههاي نتيجه يك فرآيند تبديلي ناخونونهمركز ثقل، باشنند. بيمار و امكانات روانكاو مهم مي

گردد. درباره اين پديده تعويض روانكاو معمولاً به تجربيات جدي منجر مي شود، اما در ادبيات مكتوب روانكاوي اين مطلب بطور شفاهي صحبت مي بازتاب كافي نيفته است. زماني كه خلقيت مشترك بيمار و روانكاو به هاي خود برسد و جلسات درمان ي بدون حد و مرز زماني برگزار شوند، انت

گردد. چنانچه شرکت کنندگان نتوانند به همراهی لازم در فرآیند تهي مي پردازش موضوعات مشخص دست يابند، فرآیندي شكل نخواهد گرفت (هالكستر و همكاران 1975).

ر دارد نيز روند نه تنها شخصيت، بلكه الگوي فرآیندي كه روانكاو در س عنوان بدهد. مثلاً زمانی كه روانكاو درمان را االشعاع قرار مي‌دهد را تحت بيند، فرآیند درمانی را نيز بر همين ائسلسل مراحل روانشناسي رشدي مي مبنابرنامه ريزي و ساختاربندي خواهد كرد. همچنين اهميتي كه وي به از جايگاه آن موضوعات در نظريه دهد، برگرفته پردازش موضوعات خاص مي فرآیندي است كه روانكاو به آن اعتقاد دارد.

هاي برداشت ما از فرآیند، مغايرتي با آن ندارد كه درمان را طبق قانونمدي (9-روانشناسي رشدي به پيش بري م) مقايسه شود با 3

تاريخچه رهيافت كانوني

تشریح نمایم، مایلیم درباره قبل از آنكه جزئیات الگوي فرآیندي االم را ايم، بحث كنيم. ااش كه از آن متأثر بودههاي تاريخيپيش زمينه فرنچ (1952) رهيافت كانونيخويش را در چارچوب آناليز سيستماتيكي روي ارائه نمود:

تصور ما چنين است كه ساختار شناسي يكي روي، موقعيتي است كه " سازد. در چنين موقعيتي يكي | مي‌شكلات متفاوتي را به يكديگر مرتبط تر اشد و مشكلات سطحياشكلك عمده وجود دارد كه باعث مشكلات بيشتري مي در لحظه □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ گردند. در آن متبلور مي روي بوده است. مر تعارض متمركز، واكنشي در برابر يكي رخداد و يا (فرنچ "رك عمل كرده است محعنوان بموقعيت عاطفي روز قبل بوده است كه 1970، ص: 314).

اين الگوي پارادايمي براي درك رويها در انستيتوي شيكاگو براي ثبت تعارضات غالب در هر جلسه درمانی مورد استفاده قرار گرفت. در اينجا شود كه در هر مصاحبه، فكر پيش آگاه بدان تمايل دارد كه بر چنين فرض مي هايي كه قابليت راه يافتن ز گردد. انبوهي از تداعيي مشكلك اساسي متمركز شوند؛ به همين نحو تعارضات هاي آگاهانه را دارند، در يكي نقطه جمع مي‌بده لايه گردند و بار عاطفي آن معمولاً به تعارض واحد و برابر در انخودآگاه فعال مي شود. پيش آگاهي منتقل مي ، از اين فرضيه حركت كنيم كه كنديفرنچ با پيروي از فرويد پيشنهاده مي تعارض متمركز

باشد و بهترين راه فهم آن | . . در كل مشكلك از انتقال در برابر روانكاو مي" بيان پويايي موجود در پسمانده روز است. از آنجايي كه اين تعارضات. توانند كنند، مي‌پيش آگاه در نقاط تلاقي رواني، نپروهاي پويشي ايجاد مي هايي ارائه دهند كه ائتمركز مفيد جهت تفاسير واحد و ممنواي دادهيكي نقطه (زايوس 1966، ص: 212). "باشند پيچيده و ظاهراً ناهمگن مي

در اين معنا تعارض كانوني با تعارض انتقال مشابه است كه در مصاحبه گردد. االك م مي

يد. اين انچام "تبلور" توسعه نظريه كانوني در سال 1963 به تبیین مفهوم
شود، بلكه مفهوم حاوي اين مطلب است كه كانون توسط روانكاو انتخاب نمي
يابد. از مجراي كار مشتراك بيمار و روانكاو و تدريجاً تبلور مي

استنباط گروه االم از مفهوم كانوني

توان حل به نظر ما مشكل بحد انتزاعي مناسب را در درمان كانوني بهتر مي
در اينجا سر پل زدن بين ساحل تشخيصي و درماني كرد. موضوع اصلي
است كه بطور متناوب يكبار از يك طرف و بار ديگر از طرف مقابل، بايد
پيموده شود. در اين خواسته كه كانون بهتر است در شكل يك تعبير بيان
گويي: آل بسيري از روانكاو نهفته است. بالينت ميشود، ظاهراً ايده
تعبير بايد در لحظه مناسب و در اواخر درمان به بيمار كانون به شكل يك
(بالينت 1973، ص: 198). "منتقل شود
به نظر ما كانون بايد يك ساختار زماني گسترده داشته ساختار زماني.
باشد.

از ديد تكنيك درماني پردازش مستمر يك موضوع اساسي براي مدت
اد زماني را بايد بطور مشخص در رسد. اينكه چه ابع طولاني مطلوب به نظر مي
گيري تصميمنظر داشت، مثلاً تعداد ساعات و يا جلسات، يك موضوع و
باليني است (كشله 1988).

در گزارشات نهايي فراگيران، اشاراتي تقسيمن بندي فرآيند درماني.
4 مرحله - شوند كه معمولاً شامل 5 دربار تقسيم فرآيندهاي درماني منعكس مي
گردد. در اين گزارشات روشن شده كه طول هر يك از 4 درماني ميكلي فرآين
مراحل بطور عمده به تكنيك بستگي دارد كه روانكاو بكار گرفتار است.
كانون انتخاب شود و □□ به نظر واضح است كه براي روانكاوي كوتاه مدت،
مورد پردازش قرار گيرد.

ان و مستمر ميان به نظر ما تأكيد اصلي بايد بر فضاي همكاري رو
روانكاو و بيمار و تلاش آنها براي تمرکز بر ايجاد يك فرآيند مشتراك كه
همزمان حاوي اشتراك و افتراق نيز است، گذارده شود.
محور، بيمار - هميشه اين انتقاد مطرح شده كه در روش كانون تأثير درمانگر.
محور بطور - انونگيرد. به نظر ما چنانچه كار كنجتحت نفوذ درمانگر قرار مي
جاست؛ بر عكس: در اين اشتراك بيمار و ريزي و اجرا شود، اين انتقاد بي
شود، زيرا روش و در مقايسه با تكنيك استاندارد فضاي بازتري ايجاد مي
اي از مخفي كاري قرار دارد و در تكنيك استاندارد، روش روانكاو در هاله
شود، | با بيمار صحبت نمي بواسطه تعابيري غير مستقيمي كه درباره آنها
آيد. بيمار بيشتر تحت نفوذ درمانگر در مي

فرآيند درماني فرضي از ديد الگوي االم

براي آشكار كردن نظريات خود درباره سير فرآيند، يك روند فرضي درمان
را تشریح خواهيم كرد. همانگونه كه تاكنون روشن شده، تحت عنوان كانون،
جاد شده در فعاليت درماني را مي فهميم كه متشكل يك مركز ثقل تعامل ياي
باشد. ما از اين نقطه نظر از نيازهاي پيشنهادي بيمار و توان درك روانكاو مي
كنيم كه بيمار در يك چارچوب زماني، پيشنهادات متفاوتي مطرح حركت مي

نماید. اکنون، اما ایجاد مرکز ثقل درمان، از مسير گزينش روان‌كاو عبور ميماي شوند. رُود كه در طبي كار مشترك، مراكز ثقل محتوايي جديدي ايجاد اِن تظار مي اند. كه بر پايه اقدامات انجام شده، ممكّن گردیده

كنيم كه بيمار در مرحله شروع، 4 موضوع پيشنهاده براي مثال فرض مي تعارضات عنوان بكنند. ما اين 4 موضوع را همراه با فرن چ (1970، 1952) (مي نماييم كه مابين تعارضات كودكي ناخودآگاه هستند و رزيابي مياصلي ا كنند. پس اختارهاي بيمارگونه و علایم و منش بيمار را تعيین مي اي از پيشنهادهات اوليه از آن رو ارادي است كه در نظريه گيري با پارمجهت اند. بسته به روان‌كاوي، تعارضات كودكي بيشماري در نظر گرفته شده قت مبتني بر سويگيري نظري خود را به چه موضوعي معطوف كنيم، آنكه ما د به شناسايي تعارضات بيشتر، كمتر و يا نوع ديگر خواهيم رسي. هر تر بررسي شود، تعداد تعارضات اچقدر يك اختلال بطور اختصاصي شود، و با افزايش شدت يك بيماري، اين اي قابل انتظار، كمتر مياسته شد. بتعداد بيشتر خواهد

روان‌كاو در مرحله تشخيصي مصاحبه اول (مقايسه شود با فصل 6) تلاش اي خود، برداشتي از تعارضات هاي مداخله كنند، بدون در نظر گرفتن روشم اي آورد. دستبهموجود

شوند، هاي درماني برداشته مي‌مانگامي كه در حين مصاحبه اول نخستين گام • بودن آن در مرحله درماني باي به اثبات گيرد كه مفيد اولين كانون شكلي مي برسد.

در توصيف محتوايي اين وضعيت با معيارهاي فرن چ در توصيف تعارض ها و اظهاراتي درباره سرچشمه گيري داريم كه مشتمل بر داده كانوني جهت هاي كودكي و ناخودآگاه (و عوامل بروز دهنده) (رخ داده اي جاري)، (اشكال كلي) (حرك گردد. هاي امتحان شده، مي حل دفاع و راه

خواهيم از چارچوب زماني براي پرداختن به يك امّا بر خلاف فرن چ ما نمي موضوع خاص پيروي كنيم.

گشايد. پرداختن به | بررسي كانون اول، زماني مدخل بر كانون دوم را مي گرداند كه در شكلي كيفي جديدي به كانون دوم زماني ما را به كانون اول بر مي شود. ركز ثقل جلسه درماني تبديل ميم

عنوان بباشد، | تشخيصي قابل اثبات ميل حاطبه در مثال ما، كانون اول كه دهد. اخط را مبردي، كل فرآيند را تحت تأثير قرار مي

با با يكديگر اين وضعيت با تجربيات باليني همسو است كه كانون ◀ ند. باشند و فراي يك تعارض حاد قرار دارم رتبط مي

اوري كه در شكلي ساده آن يك تعارض | نمونه اختلال هيستريك را مي عنوان به تواند همزمان شامل | اديپي وجود دارد. اين مورد مي-اصلي در زمينه رابطه مثبت مقعدي باشد كه - اديپي، نظير موضوعات متعارض دهاني-زمينه منفي شوند. | كانون جانبي در كار ظاهر مي عنوان به

كنيم كه تقسيم بندي نچا از ايده لوبورسكي (1984) پيروي ميما در اي تجربي نشان داد و خطوط را مبردي انتقال را لحاطبه موضوعات متعارض را (توصيف نمود. اين الگوي Core Conflictual Relationship Theme) عنوان به هاي متعارض، مبناي قابل قبولي براي روش اثبات شده در بررسي پويش باشد و پرداختن به موضوع اصلي كه در مصاحبه اول وني نيز ميكان

هاي ديگر در مثال ما در طبي درمان طرح و بېخشيد. ځان و نېټه عيني شته را تحقّق مي سازنډ. پېش و نډ و راه را برآي برخورد تازه با ځان و نډ خست هموار مي پېر دازش مي توانډ. | مدل ما مي ډا بدل ايل آموزشي، فقط نډ ايلي ځلي از الگوي خود اړاډه داديم برحسب نډ اړ، فرآيند را بطور افتراق ي و در مراحل خويش به تصوي و ځشانډ) (مراجعه شود به دال بنډر 1995).

بحث

تفحص در يك خانه را مطرح عنوان بهي ځبار ديگر است عاره روان ځاوي چرخد ځه ځني م: تفحص در درون خانه در اين مثال، عمدتاً حول يك اطاق مي ايلي هاي ديگر را ځنترل بواسطه موقعيت مركزي خود، ورود و خروج به اطاق هاي ځان بې امكن روي و ورود به آن وجود دارد. ځنډ، ضمن آن ځه از اطاق ايلي

پردازي م. ما ډا در اين ځا به ځل مفروضات الگوي فرآيندي خود نډ مي خواستيم فقط نډ ايلي از رهيافت فرآيند روان ځاوي اړاډه دهيم ځه ايلي نډ ايلي. اين مسئله بايد ډربرگي رنډه م عي اړه ايلي باشډ ځه به نظر ما مهم مي ايلي، خش ځي و ان ځماد به فرآيند روشن شته باشډ ځه درك ځال بې و ځلي شته دهډ ځه مهم برآي درمان آورد. الگوي ما چارچوبي برآي درمان اړاډه مي روان ځاوي مي ايلي الگو در مقابل مهم ځوتاه مدت و هم درمان بلنډ مدت قابل استفاده است. روي ځرده ايلي نظري ځه بر پېشنهادت اولي بېمار تا ځيډ مي ورزنډ، باز است. رهيافت الگوي ما ځه مبتني بر علوم اجتماعي است در تضاد آشكار با ◀ گرا دارنډ. ايلي فرآيندي است ځه ديډ ايلي و لوي ځي طبي عتن نظريه ځنډ اډه رويي تغذيه مي چنين است نډ باطي از فرآيند روان ځاوي از تنوع و ځش ځش ايلي ځه در لحظه تدقيق، خود را الزاماً ايلي خود را بر ځلاقيت مي و دريچه نډ ايلي. به مهمين علت در اين الگو مشخص نډ است ځه ايلي جلسه بعدي، محدود مي اډامه موضوع قبلي است و ايلي بدل ايل موقعيتي، ځان و نډ موضوع جديدي ځنډ به ناب نډ پډير در هر جلسه، بايد برآي نډ حو گيډر. بطور اجتماعي بخود مي اډامه راه تصمي م گرفت. فرآيند درمان ي در يك هي ځان و تنش ديال ځتي ځي (بروگله 1983، ص: 71) و نډ اين ځه گردش "مسي ر، هدف است" برډ: بسر مي آيډ ځه هر دو طرف به خويش تن بې هدف وجود ندارد. هميشه موقعيتي پېش مي آيډ. به نظر ما ځنډ ځه به نظرشان مهم مي ځضوع تمرکز مراجعه و بر روي يك مو عنوان بې ځنډ تا فرآيند درمان ي را است عاره بروگله درباره فرآيند، ځم ځ مي ځنډ و از تعري ف مش ځل) (راه) به حل اړه ايلي بې نډ ځه روان ځاو و بېمار طبي مي رسنډ. | مش ځل) هدف) (مي

زمان ي نامحدود و لحاظ به دار و درمان اډامه عنوان بې به نظر ما تبيني فرآيند، گرايانه از فرآيند مبتش ځل از ځان و نډ هاي متفاوت، نقطه مقابل است نډ باط ناب گيري روان ځاوي است. ما طرفدار الگوي هستي م ځه ان عطا ف پډير باشډ، جهت ځاشفانه در جستجو، پيډا ځرډن و ځشف داشت به باشډ و در ايلي ځاد شرايط هاي سنتي بې ځوشډ. ما ايلي م داريم ځه روش مطلوب برآي تغيري ځلاق بېمار ها آنه ځام روان ځاوي حاوي نځات مفيډ و مثبت فراواني هستنډ، اما مهمين روش گردنډ. اين شونډ، به ضد خود تبدي ل مي | هدف در نظر گرفت به عنوان بې ځه شود. آنه در درجه نخست ابزار موضوع شامل حال الگوه ايلي فرآينده ايلي نډ مي ظام بې خشي به ځار و ايلي ځاد زمينه تفاهم مي ان روان ځاو ځم ځي برآي انت هاي نه ايلي ارزيابي و از | واقعي ت عنوان بې باشنډ. آنه نډ آنه ځام ځه ايلي

سنجش دور شوندد، به يك عامل تهديد كننده فرآيند درمانی تبديّل خواهند شد.

و عملنظريه 10 درباره رابطه

عمایي فرويد از 1922 تا 1996 مسؤال 1-10
پيوند ناگسستني نظريه 10 عمل روانكوي در پرتو -2
دانش درمانی استدلالبستر 10-3
هاي پايه و كاربردی نظريه 10 الزامات گوناگون -4
نظريه درمانی و توجه علمي - رفتار روانكوي براي پيامدها 10-5

* 1996 م عمایي فرويد از 1922 تا سؤال 1-10

* Freud's Prize Question 1922-1996
Freuds Preisfrage 1922-1996

مشكلات امروزي و گذشتہ

توضیح "با گذشت قریب 70 سال از تلاش فرنچی و رانک (1924)، جهت و بررسی این مطلب که "رابطه تکنیک روان‌کاوی و نظریه روان‌کاوی تکنیک تا چه حد بر نظریه تأثیر دارد و این دو به چه میزان باعث و یا مانع" لازم است -ید (1922) بود فروس‌وال این متن - "شوند، پی‌شرفت متقابل می‌اند، مقایسه کنی‌م. مشکلات امروزی را با مشکلات گذشتہ که لای‌ن‌حل مانده تجربی و روش قیاسی -فرنچی و رانک به همین دلیل خواهان روش است‌قرایی سن‌جش فرضی‌ه بودند. آن‌ها اظهار داشت‌ند:

ناخت شاید مبالغه آمیز نباشد اگر ادعا کنیم که این نوع کنترل متقابل ش" توسط تجربه (تجربی، است‌قرا) و تجربه توسط ش‌ناخت (انتظام بخشی، کند. آن‌قی‌اس) تن‌ها راهی باشد که از بی‌راهه رفتن علم جلوگیری می‌دیس‌پلین علمی که به یک روش تحقیق کفایت و بس‌یار زود من‌گام از کنترل خویش پرهیز کند، زیر پای خود را خالی خواهد کرد: تجربه ناب قدان یک فکر ثمربخش، و نظریه ناب بع‌لت ادعای ش‌تابزده اشراف بع‌لت ف (فرنچی و "بردهای بع‌دی را از بین می‌برد م‌ه چیز که انگیزه برای پژوهش رانک 1924، ص: 47).

حائز اهمیت است که در قضاوت رابطه متقابل نظریه و عمل، اندوخته "زهای عمومی و ش‌ناختی رو به پی‌شرفت و انتظام بخشی آن در آموزش نور اخت‌صاصی را از کاربرد مناس‌ب درم‌انی آن تفکیک نمی‌ی‌م. ش‌ناخت نظری موجود از مراح‌ل، قبل از وارد شدن به اقدامات درم‌انی (مثلاً) های روانی ناخودآگاه (به آن‌جا منتهی شد که به یادآوری و ش‌ناخت م‌کان‌یزم من‌تج از "تعصب تعبیری" بازسازی عقلی گذشتہ، وزنه زیادی اعطا شود. درم‌انی بی اثر بود، مورد انتقاد واقع شد. لحاظ‌ب‌ن‌ظریه سبب ش‌ناسی که توان در نمونه عمل‌کرد درم‌انی‌های مشکل بحث شده را می‌ی‌ک‌ی دیگر از جنبه های سبب‌ی‌ادآوری، تعبیری و بازسازی تاری‌خچه ک‌ودکی نشان داد. در نظریه عاطفی و هی‌جان‌ی شد که بخش‌ش‌ناسی، می‌شه از این نقطه نظر حرکت می‌های روانی نقش اساسی دارند. خاطرات انکار شده، در پی‌دایش بی‌ماری بن‌ابراین در تعصب تعبیری، دانش تی‌وری‌ک بطور یک‌جان‌به و ناقص در عمل درم‌انی پی‌اده شد. برای روشن شدن مطلب در این نمونه، مایلی‌م از گ‌وته (نقل قولی بی‌آوری: II) شاعری و حقیقت

توان به نحوه‌ل می‌شه بر یک‌دی‌گر تأثیر دارند؛ از آثار می‌ن‌ظریه و عم" "ه‌ا پی‌برد و از دری‌چه نظریات، رفتار آن‌ها را پی‌ش‌گوی‌ی کرد. بت‌فکر انسان

فرنچی و رانک تحت عنوان تعصب تعبیری، انتقال نام‌ناس‌ب درم‌انی دانش نظری را به نقد کشیدند. ظاهراً آن‌ها بر این باور بودند که بس‌یاری از های‌م‌کاران آن‌ها دانش منظم موجود را علی‌رغم آن‌که نظر آن‌ها درباره پدیده ای ناقص بکار | تکنیک‌ی ب‌گون‌ه‌ل‌ح‌اظ‌ب‌ن‌ا‌خ‌ودآگاه روانی ک‌امل‌اً درست بود، بردند. امی

آل نظریه و عمل و بی‌راهه‌ل‌رابطه‌ای‌ده

از "کردند: فرنچی و رانک در این مورد از یک رابطه مثبت متقابل صحبت می‌ی‌ک نفوذ و اثر تقویت کنندۀ عمل توسط نظریه و نظریه توسط عمل (1924، ص: 47)، در حالی که هم‌زمان بر سیکل معیوب در این زمینه نی‌ز

تبييّن " معنای بیهوشی داشتند. به نظر رانگل (1984) پی‌شرفت پی‌شرونده فرآیند درمانی در ارتباط نزدیکی با توسعه نظریه سبب شود که در آن آنالیز | نمونه، روان‌شناسی من نامیده می‌ان‌عن‌وبه "شناسی است. گیرند. از آنجایی که در اِمویت و آنالیز محتوایی در جایگاه یکسان قرار می‌نظریه رانگل همه فرضیات نظری و فرا روان‌شناختی بنوعی با تکنی‌ک شود. |باشند، یک پی‌وند بظاهر نزدیکی و بی‌مشکل ایجاد می‌درمانی مرتبط می‌تر از تکنی‌ک رشد کنند، هر دو آن‌ها در یک سیر | زمانی که نظریه سیری‌عحتی گیرند که روند رشد تدریجی نام دارد. |شدی قرار می‌گرایانه به بی‌ند که دیدگاه کل‌بر این مبنای رانگل مشکلات را در آنجایی می‌آل‌شود. در رابطه ای‌دیگرای نظری و عملی به عقب رانده می‌ن‌فع یک‌جان‌به ظریه و عمل، این دو مکمل یکدیگر هستند. بدین ترتیب به نظر بین‌ن شدن، روان‌کاوی سیر |شدی |سد که اگر مبنای شناخته شده فراموش نمی‌می‌کرد. آن‌ا فروید (1954) نیز عقی‌ده مشابهی داشت. |ارپی‌چی را مطلوبی طی می‌های تکنی‌کی و نظری عمده‌ا ب‌های موجود در جنب‌ب‌ه نظر رانگل بی‌راهه های مبال‌غ‌ه و بی‌توجهی‌گرای فردی و یا مک‌تبی، به پافشاری‌ای‌ک‌جان‌به شود. |میز مربوط می‌شود، همان‌گونه در پرده |بی‌راهه طبقه بندی می‌عن‌وان‌به آن‌چه انتقاد به رانگل. گذارد. وی درباره |اند که رانگل موضوع اعتبار علمی را بی‌جواب می‌ابه‌ام می‌پردازد که |ند و به این مطلب نیز نمی‌موضوع اثربخشی درمانی بح شوند. |نظریه و عمل تا چه حد متقابل‌ا باعث پی‌شرفت و یا مانع یکدیگر می‌بدین وسیله وی در مورد مشکلات سکوت نموده و یک م‌ن‌وایی مطلق را به |کشد. مشاهدات کامل‌ا انتزاعی فرا روان‌شناختی ظاهراً با مشاهدات تصویری می‌های |طرف دیگرتجربیات درمانی. بل‌اواسطه، با نظریه‌بال‌ینی، و |شود که |شوند. م‌چ‌نین به این مطلب توجه نمی‌ت‌ثبیت شده مرتبط می‌ترین افراد برای ایجاد قواعد متقابل می‌ان طبقات ای‌باموش‌های چند دهه‌تل‌اش انتزاعی یک نظریه، ن‌اکام مانده و تل‌اش هارتمن و هم‌کاران (1953) برای به‌بود های راپاپورت بستگی درونی نظریه از زاویه کاربردی و نیز تل‌اش‌هم (1960) برای انتظام بخشی، قرین با موفقیت نبوده است. از آنجایی که |ند، به |رانگل از پی‌شرفت م‌زمان و مرتبط نظریه و تکنی‌ک حرکت می‌اختلالات احتمالی در این رابطه توجه لازم ندارد. به نظر رانگل چ‌نین گرایشی‌شخص روان‌کاو و یا به روی‌کرد درمانی که |تی یا به یک‌جان‌به‌اختلالا گردد. رانگل درباره حقیقت نظریه روان‌کاوی، وی بدان اتکا دارد، مربوط می‌ن‌م‌اید، بل‌که به نظر وی نقطه‌ت‌ا‌ثیری‌گذاری تکنی‌ک و به‌بود آن‌ها بحث نمی‌ل‌شخصی‌ها و اشتباهات جای‌دی‌گری قرار دارند: نزد روان‌کاو که به دل‌ای‌ض‌ع‌ف تواند از دانش تی‌وری‌ک و تکنی‌کی خود استفاده لازم را ببرد. البته |نمی‌ای‌نیست که روان‌کاو و یا هر فرد م‌ت‌خص‌ص دی‌گری، م‌می‌شه |ین موضوع تازه تواند ب‌کار گیرد. این موضوعی است که از |بخشی از ان‌بوه دانش خوی‌ش را می‌طی به روان‌کاو دیرباز حل مشکلات پی‌چی‌ده را با مانع روبرو ساخته و رب ندارد.

والر اشتاین (1984) بر ع‌کس م‌عتقد نیست که نظریه و عمل آن‌چنان با هم اند که تغیری نظریه الزاماً به تغیری تکنی‌ک منجر شود. اگر خورده واقعی‌ت آن است که نظریه در طول قرن گذشته تغیری‌رات بس‌یار نموده، اما تا چه م‌تحول شده، کار نشان دادن این‌که تکنی‌ک در پرتو این تغیری‌رات

شود اي نيسټ. تناسب نظريه و تكنيك كمتر از آنچيزي است كه ادعا ميساده
شود. لڙا نگرش جديدي در اين زمينه احساس مي

پيشرفت همزمان نظريه و عمل

با اين ديده بابه بايد در سطح عمل مانده و اتفاقاً مشكلاتي را بررسي كنيم
يت دوجانبه و متقابل نظريه و تكنيك، پرهيز كه از آن در نظريه تقو
شود. اين برداشت ساده لوحانه است، زيرا مبنا قرار دادن يك رابطه مثبت امي
دوسويه بدون مطالعات تجربيه، مانع پيشرفت است و در اين صورت نظريه
گردد. تقويت متقابل و تكنيك منتهي مي
هاي اخير قطعاً در دهمبراي جلوگيري از سوء تفاهم بايد تأكيدي كنيم كه د
پيشرفت و تغيري در نظريه و عمل پديد آمده است. يك نمونه برجسته رشد
همزمان و پيوسته نظريه و تكنيك، روانشناسي خود كهوت است.
يك سير تكويني متقابل، نبايد با اين ادعا يكي انگاشته شود كه ◀
كرده، در تكنيك و نظريه در مفهوم يك رشد مشترك، يكديگر را تقويت
گردد. اتر و تكنيك مؤثرتر ميحالي كه نظريه حقيقي
كهوت، همچون روانكاوان بيشمار، يك وحدت عمل كرده ميان كاربرد عملي و
بين نظريه مي

هاي عملي، كاربرد اكثر علوم جديدي كم و بيش شفافيتي ميان حوزه
زمينه به يك تجربيه و مفهوم سازي نظري وجود دارد. اما در آناليز اين دو
(كهوت 1973، ص: 25). "انلوحده عمل كرده دست يافته

اين برداشت ساده لوحانه كه افزايش پيوند ناگسستني درمان و پژوهش.
اثربخشي يك تكنيك و افزايش ميزان حقيقيت يك نظريه لازم و ملزوم
باشند، بواسطه ميراث فرويدي درباره پيوند ناگسستني درمان يكديگر مي
ش تقويت شده است. اين پيوند، افزايش درمان و شناخت و بدني و پژوه
سازد. ما در پايين اترتيب اثربخشي و حقيقيت را با يكديگر مرتبط مي
ات و مشكلات اين پيوند ناگسستني را نشان داده و سؤال كنيم كه اترتاش مي
اند، پيشنهادهاتي درباره اير پايه تزهائي كه مبناي نظريه فرويدي بوده
ريه و عمل ارايه دهيم. رابطه نظ

* 10 عمل روانكاوي در پرتو نظريه پيوند ناگسستني-2

فرويدي پيرامون رابطه بين درمان و نظريه، عمل و پژوهش، 3 تزدل را مطرح
نمود:

□□□□□ □□□□ □□□□□□□□ □□□□□
وانكاو موجود بود، شناخت، توفيقي به همراه داشت؛ ر □□□□□
ها دست يافته باشد؛ به توضيح اترتاش درمان كنند، بدون آنكه به تازمنه
يافت، بدون آنكه تجربه مفيد آن را تجربه كرده و شفافيت دست نمي
باشد. روش روانكاوي ما، تنه روشي است كه اين تلاقي باشگون در آن حفظ

* Psychoanalytic Practice in Light of the Inseparable Bond
Die psychoanalytische Praxis im Lichte der Junktimbauptung

دهيم، واني ان جام ميشده است. فقط زماني كه ما از زاويه روانكاوي، مراقبت ر يابيم. اين ديدگاه در بيه تعميقي بينش خود در زندگي رواني انسان دست مي ترين قسمت كار روانكاوي را ترين و شادي بخشهاي علمي، مقدمكسب يافته (فرويد 1927، ص: 293). "دهدشكيل مي رسند، براي اتمام به آناليزهايي كه در كوتاه مدت به نتايج موفق مي روانكاوي را آشكار □□□□□ □□□□□ نفس روانكاو با ارزش هستند و غالباً □□□□□ □□□□□ سازند؛ اما همين توفيقات براي امي آموزيم. اين موارد از آن روي موفقايي از آنان نمياند. چيز تازمفاقد اهميت چيز تازه را ايم. دانستماند، چون آنچه را كه براي اتمام آنها لازم بوده، ميپوده آورد كه براي غلبه بر آنان وقت دستبستوان از آناليزهاي مشكل فقط مي هاي عميق و توانيم به لايهاي. فقط در اين موارد است كه ميزيادي صرف كرده اوليه روان انسان وارد شويم و از آنجا راه حل مشكلات را ارائه دهيم. در بياني كنند، زهايي كه تا اين حد رسوخ ميتوان گفت كه فقط آناليزاجدي، مي (فرويد 1918، ص: 32). "باشندشايسته عنواناليز مي يك درمان پا به عرصه حيات عنوانبهمن به شما گفتم كه روانكاوي " يك نوع درمان آن را به شما معرفي كنم، عنوانبگذشت، اما مايل نبودم باره انسان و ذات او و رابطه نظرياتي كه درخاطربه حقيقت و خاطربهبل كه ده؛ از جنبه درمان، يكي از بيشار رويكردهاي اجزاي انساني به ما مي "يافتددرماني است و اگر اثربخشي نداشت بيش از 30 سال تداوم نمي (فرويد 1933، ص: 169).

گيرد، و، انتظارات بزرگي كه در مقابل آناليز قرار ميلا اين نقل قول يابد كه عمل است. ادعاي پيوند ناگسستني زماني تحقّق ميّمشخص شده لحاظبههايي نائل گردد كه روانكاوي بر پايه حقيقت خويش به شناخت درماني مؤثر باشند. تلاقّي با ارزش نظريه و عمل يك خصلت ذاتي نيست، هاي لازم است. بل كه براي تحقّق آن پيش شرط

مفهوم رابطه ايجابي

هاي پيوند ناگسستني فرويد، به بافت پيدايش شناختهايي از جنبه گردد كه مربوط به كشف شود. اين واژه مر آنچه را شامل ميروانكاوي مربوط مي شود. و كسب شناخت مي كنيم، منظورمان زماني كه در حيطه عمل روانكاوي از رابطه ايجابي صحبت مي كشف روانكاوانه است. آيند و كه تعبيرات در روانكاو چگونّه پديدي اصلي آن است سؤال در اينجا كنند. مباحث باليني غالباً وي بر چه مبنايي ارتباطات دوسوي را كشف مي شوند. موضوع غالب در اينجا، كشف اميال ناخودآگاهي بر محور كشف انجام مي هاي زندگي به تعارضات اجتناب ناپذير است كه در تقابل با واقعيّت ه همين خاطر اصل لذت، اگر چه در شكل تي تعديل يافته، شوند. بتبديل مي ، كمكان در روانكاوي از جايگاه مركزي فراروانشناسيحتي پس از مرگ برخوردار است. كشف روانكاوانه، مستلزم گشاده رويي است تا بدني وسيله پاسخگويي تنوع باشد:

تي وي بسيار دهد براي غناي شناختشاهداتي كه روانكاو در بيماران انجام مي هاي خويش را در مورد آنها مهم است. بيماراني هستند كه وي تمام دانستني

بدون آنكه چيزي بياموزد؛ و بيماران ي كه بازتاب دقيق دانش ببندد، بكار مي شود، بلكه گسترش دانش خود باشند و روانكاو نه تنها تأييد ميروانكاو مي (فرويد 1913، ص: 40). "را مديون آنه است

پژوهش روانكاوي در رابطه دوسوي

درمانگر در رابطه دوسوي به اين خاطر همچنين در نقش پژوهشگر ظاهر شود، زيرا وي با ابزار اصلي روانكاوي (مثلاً تداعي آزاد، درك انتقال، امي كند. اين نوع تحريق، زمينه اصلي مبتقابل و مداخلات تعبيري (تحريق مي ي است. فرويد در اين باره در درسگفتار 34 خود تبیین نظريه روانكاو چنين گفته است:

درمان پا به عرصه حيات گذارده است و عنوان بدهانيد كه روانكاوي شما مي دارد. اما روانكاوي موطن مادري خود را ترك الكون فراري مرزهاي درمان ي قدم برم ي ران نيازمنند نكرده و براي تعميق و گسترش خويش، به كار كردن با بيم ا توانند از انجمن، نميهاي ما كه به تبیین نظريه مي است. انبوه برداشت (فرويد 1933، ص: 163). " اين ددستب طريق ديگري

پژوهش روانكاوي در رابطه دوسوي، بدان معناست كه روانكاو در اين د. آوردستبهايي درباره بيمار و رابطه وي با روانكاو لموقعيت شناخت هاي خود را كه شامل شود كه روانكاو برداشت درمان بدني و سيله حاصل مي شوند، با اتكا به عاطفي (انتقال، انتقال، مبتقابل (مي-فرآيندهاي تعامل ي قواعد و بشكل هنرمندان به اطلاع بيمار برسند. اين شكل انتقال شناخت كه منحصراً در رابطه دوسوي با بيمار ممكن هاي ناخودآگاه وي باعث بازخوردهاي ديگر در تجربيات بيمار و انگيزه است، شود. شود. بازخوردهاي تأويلي بيمار همان چيزي است كه بينش ناميده ميم ي گردند كه از طرف هاي جديدمايان مي انتيچه فرآيند بينش آن است كه داده رمان ي را ديگر به تعميق شناخت و بدني ترتيب به بينشي كه فرآيند د شوند. بخش، منتهي ميشدت مي

استفاده از شناخت در تبیین نظريه

اي كه از نظريه البته شناخت در رابطه دوسوي با اتكا به مفروضات آماده تواند به توسعه و تعديل آيد، اما مي مديستبشوند، روانكاوي منتج مي تر در لي كليهاي موجود بيمانجامد. بدني ترتيب شناخت به شكفرضيه هاي ممكن در رابطه دوسوي، رهاي قبلي را براي شناخت آيد و پيش زمينه مي آيد. مديستبمكند. دانش روانكاوي از طريق يك چرخه مرموتيك امي بنابر اين نظريه فرويد درباره پيوند انگسستن ي شامل نظريه عمومي رابطه دوسوي گردد، بلكه راه اجتناب ناپذير شناخت را از طريق نمي بيم اي.

نمائي از دانش روانكاوي

گيري آنه، اگردند و زمينه شكلالام منحصراً از اين بستر ناشي نمي پردازش و مطالعات بيرون از شرايط باليني است. دانش علمي پي پس از گيرد و در ادامه، چارچوب نظري روانكوي را بررسي. تجربه است كه شكل مي كند. از طرفي دانش توصيفي در برابر دانش علمي و دانش ترسيم مي تخني قرار دارد، زيرا دانش توصيفي درباره ارتباط و همبستگي اظهار مي، در برابر دانش فن عنوان به كنند. از جانب ديگر دانش تخني پي نظر نمي دانش نظري قرار دارد، زيرا دانش عنوان به دانش توصيفي و علمي آموزد، دانش نظري مدخلي بر ما مي گشايد اكنني كه نحوه رفتار را به ما مي تا به ماهيت و طبيعت موضوع پي بري. رابطه اين دو نوع دانش با تخراج تواند از دانش نظري اساي كدي گر چي ست؟ آيا مثلاً دانش فني مي دهد. اما را به بستر استدلال دانش سوق مي سوال گردد؟ اين

10* بستر استدلال دانش درماني و تخني پي-3

بطور كلي در موضوع بستر استدلال، درباره صحت ادعاهاي مطرحه بحث شود، يعني استدلال صحت اظهارات (حققيقت). استدلال حداقل به دو نوع ابي رد. گي ان جام مي

توانيم صحت يك اظهار نظر را اينگونه مستدل سازيم كه آن ادعا را به | مي • يك دانش موجود ارجاع دهيم كه صحت آن به اثبات رسيده است. تخربي اثبات گردد، به اين نحو لحاظ به تواند | از طرف ديگر يك ادعا مي • كه ادعا كه به سراغ تجربه برويم كه آيا موضوع مورد نظر واقعاً به شكل ي پذيرد. شود، تحقق مي يمي

چنانچه در ادامه، دانش تخني پي را از زاويه رابطه استدلال بن گريم، قبل از اين است كه آيا صحت سوال هم امكان استدلال را روشن كنيم. بنابر اين هاي رفتاري اظهار شده توسط دانش علمي روانكوي به اثبات توصيه را طرح سوال گري رجوع كنيم. مثلاً ما اين رسيده و يا ما بايد به دانش دي تواند توسط تخني پي مؤثر از كنيم كه اين ادعا كه مقاومت يك بي مار مي يمي آورده و مستدل دست به بدين برود، توجه خود را از دانش علمي روانكوي پردازيم شده است يا خير؟ از مجموع روي كردهاي موجود، ما به برخي از آنها مي آيد. اما مهم مي كه به نظر

فرضيه استمرار وست ماي

فرضيه استمرار وست ماي (1978، ص: 111) بطور وسيع اشاعه يافته است. اين نظريه در علوم متفاوت، نظري نظريه علم، روانپزشكي، رفتار درماني و روانكوي مطرح شده است.

* The Context of Justification of Change Knowledge
Der Begründungszusammenhang des Änderungs- oder Therapiewissens

ها را چگونه ایجاد کنند، یعنی کنند، باید بدانند پیش شرط‌های عملی کار می‌نیز بپردازد. □□□□□□ باید به □□□□ و □□□□ در کنار فرضیه استمرار به همین دلایل برای توضیح و استدلال جمع‌بندی. های دانش‌تغییر درباره رفتار مؤثر توسط حقیقت دانش علیتی ادعا باشد. [تغییر قابل استفاده می‌باشد]

ای بونگ رویکرد پایه

ای بونگ (1967) به انتقاداتی که بر فرضیه استمرار وارد رویکرد پایه شود، توجه دارد. [می‌تواند]

تفاوت عمده این رویکرد با فرضیه استمرار آن است که در این رویکرد، از دانش علیتی به دانش‌تغییری، نه بل‌اواسطه، بلکه با عبور از یک گذار شود، و نیز این‌که این گذار بیش از آنکه مرحله بین‌ابینی انجام می‌استدلالی باشد، کاشفانه است.

چنانچه خطر رسوخ تعارضات ناخودآگاه "شود: مثلاً از این اظهار نظر حرکت می‌ع این تعارضات در بیمار تشدید به خودآگاهی وجود داشته باشد، دفاع گردد: | که به بیان عمل‌گرایی آن به مفاهیم رفتاری تبدیل می‌گردد، [می‌تواند] چنانچه روان‌کاوت تعارضات ناخودآگاه بیمار را تعبیر کنند، دفاع بیمار خطر رسوخ " و "تعبیر تعارضات انکار شده" تشدید خواهد شد. معنای تواند از اولین جمله نمی‌تواند "تعبیر تعارضات ناخودآگاه" به خودآگاهی، دومین جمله مشتق گردد، زیرا که به لحاظ مفهومی در آن قرار ندارد. بنابراین چنانچه دانش علیتی را مبنا قرار دهیم، مشتق‌گیری مستقیم، گردد. به دانش علیتی | منتهی نمی‌تواند "تعبیر تعارضات ناخودآگاه" به جمله رد. اضافه‌گ "تعبیر" باید مفاهیم رفتاری، نظیر

بال‌آخره برای دستیابی به یک قاعده عملی، اظهار نظر عمل‌گرایی آن به برعکس شود، چنانچه قرار باشد دفاع بیمار را تشدید کنیم، توصیه می‌شود: [می‌تواند] چنانچه "دیگر: عبارت به "تعارضات انکار شده بیمار را تعبیر نمی‌تواند، تعارضات انکار قرار باشد دفاع بیمار را کاهش دهیم، بهتر است از تعبیر تعارضات این چرخش نیز زمینه استدلالی قوی ندارد و "شده بیمار چشم‌پوشی کنیم. به همین خاطر مشکل ساز است) پرز 1983).

از آنجایی که هم‌قدم اول) از دانش علیتی به اظهارات عمل‌بونگ و تکنولوژی. توان‌گرایی آن (و هم‌قدم دوم) از اظهارات عمل‌گرایی آن به قواعد درمانی (را نمی‌تواند بونگ نیز در استدلال دانش‌بطور دقیق مستدل ساخت، رویکرد پایه کند که کنند. بونگ البته اشاره می‌تغییری، توسط دانش علیتی کفایت نمی‌تواند ثابت شده) مرتبط با دانش علیتی (قواعد درمانی کاملاً از نظریه‌ی‌اند و بال‌عکس. حتماً مؤثر) مرتبط با دانش‌تغییری (استخراج شده‌های علیتی رسد که نادیده گرفتن کامل تناسبات وجود آن‌که روشن به نظر می‌موضوعات. مورد نظر، فقط بطور اتفاقی به برخورد مؤثر با آن‌ها منجر شود، به علت رابطه تشریح شده میان دانش علیتی و دانش‌تغییری، حتی [می‌تواند] رسد [می‌تواند] استخراج قواعد درمانی مؤثر از یک نظریه حقیقی غیر ممکن به نظر (مثلاً درمان یک نورز توسط تکنیک درمانی روان‌کاوی). بونگ هم به مشکل‌آل‌سازی توجه دارد و هم به تفاوت میان چه چیز، چرا و چگونه؛ و نشان‌آیده گردد. به همین دلیل وی امکان‌دیگری دهد چرا مشکل از این طریق حل نمی‌تواند

هاي تڪنولوژيڪي ياريه جهت مستدل ڪردن دانش درماني، ينعني از طريقي نظ نمائي. ويژدم فيلسوف (1956) ڪه آموزش روانكوايها را مطرح مي‌تكنولوژي را ارائه كرده "تكنولوژي روانكواي"ديده بود نيز در همين معنا و مفهوم است.

ها نيز نظريه هستند، اما تفاوت آنها با دانش توصيفي و تڪنولوژي ر اساس مباني علمي، بلكه بر مبناي علمي تي آن است كه ويژگي آنها نه ب گردد، ينعني آنها مستقيماً به رفتارهاي مرتبط اعلاوم ڪاربردي تعي يني مي هاباشند. تڪنولوژي شونء ڪه براي ايجاد موضوعات و محتواه مناسب ميامي شامل دانش عمومي فني هستند (برخلاف قواعد مشخص دانش تخي يري و درمان) انش درماني و هم براي توضيح قواعد رفتاري جهت ڪه هم براي دستيابي به د پردازند ڪه ڪار اثري رات دانش درماني مناسب هستند. آنها به اين مسئله مي بايد ڪرد تا چيزي اتفاق بيفتد، پرهيز شود، تخي يري داده شود، بهبود يابد و غيره.

هاي تڪنولوژيڪي را از يڪديگر تفكيك بونگ (1967) دو نوع نظريه ڪندمي:

تڪنولوژيڪي به موضوعات رفتاري مربوط-هاي محتوايي نظريه- شوندمي

مثلاً اظهار نظر درباره الگوهي انتقال تيپيڪ و يانواع مقاومت نزد گروه اند و در جهت غلبه بيماران خاص؛ اين اظهار نظر را براي عمل درماني حائز اهميت و □□□ □□ و به شونء ڪردن بر تڪاليف درماني عملي بكار برده مي آن ڪاري ندارند. □□□□□

هاي علوم پايه | تڪنولوژيڪي غالباً بواسطه نظريه-هاي محتوايي نظريه گي رند، بطور منظم در معرض شونء، از آنها عناصر ساختاري ميآبياري مي دستبوقياس و ياتقيل قرار دارند و البته بدين وسيله دستمايه عملي اورنددمي

شوند. | تڪنولوژيڪي به خود رفتار عملي مربوط مي- عملياتيهاي | نظريه- شونء و درهاي رفتاري مؤثر قابل استفاده ميآنها براي تڪوين توصيه هاي مشخص درماني و موقعيت مشخص قابل قواعد ڪلي پيرامون چارچوب امر، ڪاربرد دارند. □□□□□ درماني و

بردي بودنشان، عمل هاي تڪنولوژيڪي آن است ڪه بعلت ڪارمزي ت نظريه درماني را بطور برجسته مؤثرتر ساماندهي ڪرده و اثربخشي درماني را سازند. بنابراين در ايجا با دو زمينه بهتر توضيح داده و مستدل مي دانشي روبرو هستيم ڪه بطور غي ر مستقيم و باواسطه با يڪديگر رابطه دارند:

- في و دانش علمي تي (نظريه علوم پايه روانكواي) شامل دانش توصي ●
- عملياتي-هاي محتوايي نظريه علوم ڪاربردي روانكواي) شامل نظريه ●
- تڪنولوژيڪي و دانش تخي يري و درمان).

*هاي پايه و ڪاربردي 10 الزامات گوناگون نظريه-4

* The Differing Requirements for Theories of Pure and Applied Science

هاي رفتاري مشخص براي غلبه بر شرايط موجود ارايه انحو كه توصيه دهند.

تكنولوژي بدون روانكاوي بايد بتواند به ميزان كافي استفاده اثربخشي. كاربردي، مفيد بودن و قابل اعتماد بودن براي شرايط درماني را در خود حمل يندها انتظاراتي است كه از استفاده عملي كند (لنك 1973، ص: 207). همه ا رود. هاي تكنولوژيكي مي) اثربخشي (نظريه

اصلي اين نيسست كه تكنولوژي روانكاوي، سؤال از نقطه نظر اثربخشي ◀ واقعيت باليني را چقدر خوب توضيح دهد، بلكه نكته اصلي، خوب و ست. روانكاوي -مناسب بودن آن براي غلبه بر تكاليف مشخص باليني بايد به اين موضوع پرداخت كه کدام رويكردهايي كه به نظريه تكنيكي مربوط هستند، براي عمل درماني بطور اخص مفيد هستند.

شود كه فرايند | اثربخشي يك تكنولوژي روانكاوي با اين سنجيده مي كند تا چه حد موفق است. شاخص اصلي درماني كه از اين تكنيك استفاده مي انكاوي بدون ترديدي، تعبير است. تكنولوژي رو

توان از يك مرموتيك تكنولوژيكي سخن گفت كه در اين معنا مي ادبيات متمايز است -هاي اصلي از مرموتيك الهيات و علوم زبانيشاخص (تومه و كشله 1973، تومه و همكاران 1976، اگل 1984). زيرا موضوع ماراني كه انتظارات درماني تعبيرات روانكاوي، متون نيسستند، بلكه بي خاطر بر اين مسيله تأكيدي دارد كه روانكاوان همينبهدارند. بلايت (1984)

نبايد به چرخه مرموتيك اكتفا كنند: در صورت اثبات اثربخشي درماني گيرد تعبيرات روانكاوي، حداقل يك پايه خارج از چرخه مرموتيك قرار مي شوي. رات درگير مي و با موضوع اثبات تجربتي تخيي

بطور كلي اثربخشي درماني، مخصوصاً با تمايلات مرموتيك روانكاوي شونند، موضوعي حدوداً ارادي است. در تواضع علمي كه فقط به زبان آورده مي هايي كه در دايره توان به تجربيات قابل اثبات، يعني حقيقي قلمي (0شوند، اكتفا كرد) لورنسر 197هر مرموتيك ايجاد مي

هاي توضيحي و ايجادابي تكنولوژي اجنبه

حتي چنانچه اثربخشي بالا باشد، دليلي بر حقيقت تكنولوژي (صحت شود. توضيحات تكنولوژيكي) محسوب نمي

مثلاً يك قاعده تكنولوژيكي ممكن است اين باشد كه روانكاو بجاي مقاومت بيمار را تعارضات ناخودآگاه، مقاومت را تعبير كند، چنانچه بخواهد مرتفع سازد كه بدني خاطر ايجاد شده كه روانكاو يك تعارض انكار شده را به كنيم كه كرات در تعابير متفاوت مورد خطاب قرار داده است. ما فرض مي نماييم | را مطرح مي سؤالات اثربخشي اين قاعده مشخص شده است و اكنون اين سؤالات باشد. پاسخ به اين كه چرا توصيه رفتاري ارايه شده، مؤثر مي هاي تكنولوژيكي در قالب توضيحات تكنولوژيكي بوسيله فرضيه آيد. اين ارتباط بوسيله علتي كه روانكاو ايجاد كرده (تعبير | مي دستبده شود. براي مثال وي) و تأثري كه بر بيمار گذارده (واكنش) حاصل مي : تعارض ناخودآگاه به توان چنين توضيح داد اثربخشي قاعده نامبرده را مي

اي براي انكار وجود دارد (مثلاً دلايل خاص انكار شده است، يعنى انگيزه اجتناب از عذاب وجداني كه در صورت آگاه شدن به تعارض ممكن است پديد آيد). به همين دليل اگر روانكاو با عبور از كنار مقاومت، به تعبير له در برابر انكار عمل كند، مستقيم محتواي تعارض روي آورد و بدنيوسي انگيزه انكار تشديد خواهد شد. اثر انگيزه انكار در تشديد مقاومت بي‌مار عليه دستيابي به بينش پيرامون محتواي ناخودآگاه تعارض تبلور يابد. انگيزه انكار ناخودآگاه است و مادام كه ناخودآگاه بماند، باعث مقاومت مي‌بري در صورت تعبير مقاومت از بين خواهد بي‌مار خواهد گشت. اين سيكل ج رفت. تعبير مقاومت در اينجا بدان معناست كه انگيزه انكار، براي بي‌مار آگاه شود، بدني ترتيب مكنانيزم جبري و خودكار خود را از دست خواهد داد. از شود. گيري مقاومت منتهي مي‌اي‌ن طريق شكل

فرآيند درماني طبق صحت و درستي اين توضيح در چارچوب پژوهش ، يعنى دقيقي نظير اظهارات گردهمي حاصله‌اي تجربيه‌اي معمول پژوهش‌روش هاي نهفته‌اي نظريه علوم پايه. البته كاملاً ممكن است كه مكنانيزم فرضيه اثربخشي قواعد را توضيح دهند، بايده‌اي تكنولوژيكي كه در فرضيه ، يعنى توضيح، نكافي خواهد تطابق چندان با واقعيت نداشته باشند. قواعد مؤثري تبيني كرد. و بتوان با كمك اين فرضيه‌بود؛ با اين وجود مي‌توان هاي يك تكنولوژي مي‌حالت عكس نيز امكان پذير است. به كمك فرضيه فرآيند درماني را به نحو رضاي‌تبخش توضيح داد و برعكس، ارأيه قواعد ولوژيكي تا حدود خاصي امكان پذير هاي تكنولوژي با رجوع به فرضيه بتوانند دو چهره داشته باشند. با مي‌گردد. بنابر اين تكنولوژي‌مي هاي علوم پايه تلقي بتوانند مانند نظريه از طرفي) در جنبه توضيح (مي شوند و بايد الزامات آن را نيز برآورده سازند. مانند و ردي باقي مي‌هاي علوم كارب از طرف ديگر) در جنبه ايجابي (نظريه رود، يعنى اثربخشي بر عمل از آن استفاده عملي انتظار مي برآورده شدن انتظارات و اهداف علوم پايه شرط لازم و كافي برآورده شدن باشد و برعكس. انتظارات و اهداف علوم كارب ردي نمي اين واقعيت از طريق تفاوت ميان بيانات زباني و رفتارهاي مشخصي كه گردد. تكنولوژي روانكاوي در دهه، قابل توضيح مي‌ك فرد از خود نشان مي‌اجراي حين درمان توسط روانكاو به يك نظريه خاص درماني (شخصي) تبديل شده و زمان نيز كه تكنولوژي عيني در محتواي خود اعتبار چندان ندارد، آيد كه انجامد. حالت برعكس زمان پيش مي‌به يك عمل مؤثر درماني مي است، اما شرايط آن چيز ديگري "حقيقي" تكنولوژي البته بطور كافي از عمل درماني است و يا آنكه گسست ذهني توسط درمانگر باعث غيـر به گردد. اجراي غير مؤثر آن مي هاي روانكاوي و نيز در علوم اجتماعي با گرايش كارب ردي، تكنولوژي ي رفتاري مهم شرايط پيراموني را در اي كه بتوانند همه اجزاي قل يافته شود. چنين تكنولوژي در صورت روايي كافي، نظر بگيرند، يافت نمي هاي رفتاري مناسب را در قالب بتوانست براي هر موقعيت مشخص، توصيه‌مي قواعد خاص ارأيه دهد. چنانچه يك روانكاو قرار بود با اين تكنولوژي تخيلي مجبور بود بر انبوهي از پارامترها تسلط در فرآيند درماني وارد شود، داشته باشد كه از ظرفيت شناختي وي خارج است. حتي اگر روانكاو بتوانست به چنين تسلطي دست يابد، اين موضوع به قوت خود باقي‌مي

ماند كه ميان دانش تكنولوژيكي و اجراي واقعي آن توسط روانكاو، مهارت ابي شد. ششخصي وي مطرح مي كاوي در عمل، يك هنر است: پياده كردن نظريه در عمل يك توانمندي درمان روان است و عمل درمان ي يك تكنيك هنري است. تسلط بر اين هنر موضوعي است گردد. كه به آموزش و ششخصيت روانكاو بر مي

* درمان ي و توجه يه علم ي نظريه-10 پيآمدها براي رفتار روانكاوي-5

حقيقت شناخت و اثربخشي رفتار كه در پيوند ناگسستني عمل روانكاوي فروي، رابطه تنگاتنگي بين آنها برقرار بود، بر مبناي اين گردند. آنها الزاماً در چنين تناسبي قرار نگيرد از يكديگر من فصل مي اي كه يكي، پيش شرط ديگري باشد. ديگر، بگونهمي رمان ي بطور بديهي با رفتار درمان ي مرتبط نيست و پژوهش در شرايط د بال عكس. پيوند ناگسستني باي در رفتار و وضعيت ششخص ايجاد گردد.

اش نه تنها به ا كند كه عمل كرد روانكاوي روزمره سؤال روانكاو باي از خود هاي مقطع ي در رداد روانكاوي بيمار منتهي گردد، بل كه فرآيند درمان بيش هاي هاي وي هم براي تقويت بيش تقويت كند؛ نيز اين كه تكنيك بيمار را ت جدي و هم جهت دست يابي به توفيق درمان ي مناسب باشند. پيوند ناگسستني را باي ايجاد كرد و قانوني نيست كه عمل روانكاوي ضرورتاً كند، امطي ع آن باشد. ايجاد اين پيوند زمينه ادعاي يك چرخه مثبت را فراهم مي قويت متقابل نظريه (حقيقي) (درمان) مؤثر. اثبات اين كه چنين عني ت هاي درمان ي باشد، وظيفه پژوهش مطلبي فراي مورد خاص نيز امكان پذير مي است كه باي بواسطه ششخصي كه در فرآيند درمان حضور نداشته، انجام گيرد) مقايسه شود با سمپسون و وايس 1983؛ نوي درت و همكاران 1985).

ضوعات اساسي در سنجش روايي مو

با توجه به اين كه اثربخشي و حقيقت در عمل روانكاو الزاماً منوط به گردند، باي در سنجش باشند و پيش شرط هم نيز محسوب نمي اي كدي گر نمي علوم پايه و ي علوم عنوان به هاي روانكاوي ششخص شود كه آيا روايي فرضيه گردند، آيا ارزش ابعاد اخير مطرح ميشوند، و چنانچه دكاربردي تلق ي مي توضيحي و/يا ارزش ايجابي آنها) استفاده براي تب يين قواعد مؤثر (جاي

* Consequences for Therapeutic Action and for the Scientific Justification of Theory

Konsequenzen fuer das psychoanalytisch-therapeutische Handeln und fuer die wissenschaftliche Rechtfertigung der Theorie

هاي سنچش نيز بحث دارد يا نه. بسته به موارد متفاوت، معيارها و روش شون د تفاوت مي

گرون باوم (1984) كه در تز امتزاج خود تلاش كرد نظريه روانكاوي روي انچامد را | بي ازمايد، اين ادعا كه بينش حقيقي به توفيق درماني ميكاناپه را نچامد | مي "تشرط لازم"

كند: گرون باوم در مقابل تأثيرات درماني بينش حقيقي ابراز ترديد مي تواند همچنين بوسيله تلقين روانكاو بوجود آمده باشد، | تأثير درماني مي • ات كاذب؛ هاي غي ر حقيقي و توضيحي عني توسط بينش در تأثير درماني ممكن است، آثار پلاسبو نقش داشته باشند، از طريق • ايمان روانكاو و بيمار به حقيقت و اثربخشي بينشي كه با كمك تعبيري منتقل شده است؛

هاي ديگر موقعيت درماني | تغيريات مطلوب درماني ممكن است از جنبه • بين انساني. متاثر باشند، مثلاً از تجربه يك رابطه جديدي (ادلسون) 1984) برعكس بر اين نظر است كه پيش شرط بينش حقيقي. تغيريات مثبت درماني در روانكاوي، بينش حقيقي ايجاد شده در بيمار كند كه بينش حقيقي، شرط كافي تغيريات است. وي همزمان تأكيدي مي اف و كند كه اهدا باشد. ادلسون چنين استدلال مي درماني در آناليز نمي باشند و فقط تغيريات آناليز، همگي با بينش حقيقي بيمار مرتبط مي توانيم از درمان موفق روانكاوي در تحقق اين اهداف و تغيريات است كه مي صحبت كنيم.

توان دريافت كه مناقشه جاري درباره صحت تز شرط لازم، | بسادگي مي ◀ گسستني در روانكاوي چرخد كه آيا ادعاي پيوند ناپيرامون اين موضوع مي درست است يا نه.

يك واقعيت موجود در عنوان بهر كس كه به ادعاي پيوند ناگسستني شود، به پيوند ناگسستني بمتابيه يك قانون استدلال خويش متكي شود كه پژوهش تجربيه درماني، نقش انگرد. در اينجا فراموش مي لطبيعي مي ه و نيز اينكه نظريه بينش بينش حقيقي را به ميزان كافي روشن ساخت با مشكلات بزرگ متديك گره خورده است؛ به همين خاطر ارتباط دادن بينش حقيقي با موفقيت درماني نوعي شتابزدگي است. اين نگاه محتاطانه از هاي تجربيه درماني روانكاوي، در كنار اين زاويه نيز موجه است كه پژوهش انچامد، نيز توفيق درماني مي بينش حقيقي به عوامل مؤثر ديگر كه به دست يافته است) هنري 1994).

ارزشي ابدي

جاي آن دارد كه

اشكال تغيري روانكاوي را دقيقاً توصيف و از فرآيندهاي ديگر • تفكيك نمائي.

پژوهش به دنبال انديكاتورهائي تغيري باشد، به اين خاطر كه اگر با • باشيم، فقط از طريق اين انديكاتورها اي سر و كار داشته هاي زمين آسيب باشند. قابل مشاهده مي

بسند نشود، بلكه "بينش حقيقي" فقط به بررسي شرايط ايجاد • براي تغيري شخصيت ضروري است "بينش حقيقي" همچنين آنچه خارج از

را نیز در نظر داشته باشیم، امری که در قالب اهداف مشخص روان‌کاوی (حقوق است) (دل‌سون 1984). تعریف شدن و قابل هدف "جایی که نه‌اد بود باید خود بنشیند،" (انگیزه راهبردی فروید) (1933)، ساختاری "تغییرات" کند که در شکلی دیگر با بزرگی را دنبال می‌میسوی دارد. اگر بخواهیم فراسوی دانش اثبات شده بالینی حرکت کنیم، کنند که به‌همه آن‌انی درک می‌کاردی بس دشوار است. این مطلب را قبل از اند. ما در فصل پیش با پژوهش منظم و سیستماتیک در این حیطه روی آورده ها روشن ساختیم که در اینجا همچنین باید انتظار تغییر پذیر نمونه های خود را داشته باشیم که تأثیرات مثبت و پرتی بر نظریه های بالینی خوانند داشت فعالیت توان پیش بینی کرد که های درمانی، می‌ایجاد حاصل از پژوهش‌بر پایه نت مفاهیم انتوبوسی تلقین و بینش در یک طیف وسیع فرآیندهای تعاملی تحلیلی خوانند رفت. درمان روان‌کاوی نیز شامل اجزای مفیدی کلی درمانی، های خاصی نیز دارد که آن نظیر وحدت‌کاری و غیره است. روان‌کاوی اما ویژگی سازد. به نظر ما پژوهش و کشف فرآیندهای های دیگر متمايز می‌رمان را از د تغییر در روان‌کاوی در ابتدای راه قرار دارد و مطالعات زیادی در ابعاد متفاوت و مبتنی بر رویکردهای تئوریک متفاوت باید انجام شوند. سنجش گردد و حیطه سومی را میان این مشاهدات مهم توسط ضبط صدا می‌سر می‌کنند، یعنی حیطه مطالعات بالینی روان‌کاوی تجربی و بالینی ایجاد می‌های درمانی (کشله 1981، لوی‌سینگل و کشله 1985، گیل و سیستماتیک داده موفمن 1982).

عنوان‌بتمانیم با توجه به توضیحات ارائه شده، این رویکردها را می‌کنیک و تکنولوژی پژوهش عنوان‌بمپژوهش تکنولوژیکی بنامیم، یعنی روان‌کاوی.

های روان‌کاوی و علوم پایه در اطاق درمان اما تردید داریم که سنجش نظریه ها، دهیم که برای اثبات فرضیه‌ی سر باشد و به گرون باوم (1984) (حق می‌طلبدهای پژوهش تجربی جاری در علوم اجتماعی و روان‌شناسی را می‌پوش 77). ما بر این نظریه که مشاهدات (کلاین 1972، فیشر و گرینبرگ 19 های روانی و روان‌کاو در موقعیت درمانی، نقش مهمی در سبب‌شناسی آسیب‌تواند نظریه‌ی شخصیت داشته و دارند. اما نقش آن‌ها در تبیین نظریه درمان می‌جامع‌تر باشد، یعنی

دم. . . برای فهم روابط میان انواع خاص عملیات و مداخلات و نیز ایجاد یا ع های روزگار است که نویسنندگان روان‌کاوی از داده‌ایجاد تغییرات خاص. کنایه از اهدافی که غیربهنند، بالینی تقریباً برای هدفی استفاده می‌(اگل 1984، ص: "باشند: برای ارزشیابی و فهم تغییرات درمانی‌مفیدی می (163).

درمان جایی برای سنجش ما با گرون باوم (1984) هم نظر هستیم که اطاق های علوم پایه توسط روان‌کاو نیست. اما در حالی که گرون باوم نظریه های موقعیت بالینی را غیرقابل استفاده می‌داند، ما بر این نظریه که پدیدده ها در سنجش علمی توسط نفر سومی که در فرآیند درمان شرکت ندارد، این داده ها مورد استفاده واقع شوند ای فرضیه‌ی سنگ بنای روان‌بتمانیم (لوی‌بورسکی و همکاران 1985). چنانچه بس‌تر موضوعی و سی‌عی که دهند را در نظر داشته باشیم های علوم پایه و روان‌کاوی پوشش می‌فرضیه

ها در) مثلاً رشد، شخیصیت، بی‌ماری (و نیز سطوح متفاوتی که این فرضیه‌های بالینی‌های روان‌کاوی در دادملی‌کنند، باید برای تست فرض آن حرکت می‌هم عیار سن‌جش‌های بالینی برای کدام فرضیه مطرح شود که دادسؤال این‌های بالینی از چه میزان پایایی برخوردار هستند. از نظریات باشند و دادملی‌تئوری‌ک) توم و کشله 1973، والراشتاین و سمپسون 1971 (و نیز مطالعات آید که لو اسپنس 1978، کینر 1978 (چنین بر میت‌جربی) لوبورسکس برای این‌کار مفید نیستند. تأثیرات فراروان‌شناسی‌های فرضیه‌ها و تفاسیر بالینی مخرب بوده است) (مراجعه شود) بر دادفراروان‌شناسی به فصل 1).

جمع‌بندی

رگ شاه‌عنوان‌پ‌کنیم عمل روان‌کاوی را هم | در پایان این کتاب پی‌شن‌ه‌اد می‌بخشی از فرآیند پژوهش روان‌کاوی بنگریم. عمل درمانی، عنوان‌ب‌درمان و هم‌های‌کاشفانه‌لمی‌دانی است که در آن هم فرآیند درمان و دست‌یابی به شناخت‌ها، چه در مفهوم پایه و یا کاربردی، ای‌ابد. در سن‌جش این شناخت‌تحقق می‌ما پی‌وند درگیر کردن و حضور نفر سوم ضروری و هم است. به نظر‌های‌ج‌دی‌ان‌اگ‌س‌ست‌نی بحث شده در محدوده‌کشف و دست‌یابی به فرضیه‌ها. روان‌کاوی که فعال‌یت روزمره دارد کارآیی دارد و نه سن‌جش همان فرضیه‌باید به این نکته دقت داشته باشد که تکنیک درمانی وی هم برای ارائه‌فرآیند درمان‌های ج‌دی‌و تعمیم‌دانش روان‌کاوی و هم برای پی‌ش‌رفت فرضیه‌مناسب و مفید باشد.

تواند این 3 جنبه را هم‌زمان پی‌گیری‌ای‌ک روان‌کاو بدل‌ایل اصولی متدی‌ک نمی‌تواند ادعا کند که به پی‌روی از خواسته دوم و در هم ادغام کند. چه کسی می‌های‌ج‌دی‌فروید که در ابتدای کتاب در مورد آن صحبت شد، نه تنها به کشف‌های‌عمیق‌راه‌یافته و ثابت کند که از طریق آن‌الی‌ز به لای‌من‌ایل گردد، بلکه از علل‌و‌ب‌ه‌های‌برای‌زندگی‌آتی‌بی‌مار دست‌یافته باشد؟ بر آن‌جا به راه حل‌آید که افزایش‌دانش‌عینی و تعمیم‌پذیر اچار‌چوب علمی فروید بر می‌درباره مناسبات روانی، چنان‌چه از دید درمانی درست منتقل شود، به تسریع فرآیند درمان منتهی خواهد شد.

های‌علمی‌مدت‌پی‌امد ضروری پی‌ش‌رفت‌های‌کوتاه‌در مکاتب روان‌کاوی، درمان‌های‌عمیق‌دست‌گاه روانی‌گردند. به‌رحال هم آن‌الی‌زه‌ای‌ک به لای‌مل‌حس‌وب می‌انجامند، باید از مدت به موفقی‌ت‌می‌های‌ک در کوتاهی‌ابند و هم درمان‌راه می‌ی‌مستدل و قابل‌سن‌جش باشند. از این پس است که اثبات جنبه عملی و علم‌شود که درمان تعبیری، درمانی بوده که خودش‌ناسی‌بی‌مار را تقویت نموده‌می‌است. این خودش‌ناسی‌بی‌مار نباید در ارتباط با علوم پایه و کاربردی روان‌کاوی الزاماً جنبه نوآورانه داشته باشد. ارزش‌اساسی آن در این است که در کنار عوامل دیگر، تأثیر مثبتی بر فرآیند درمانی بر جای گذارد.‌های‌بن‌براین‌ای‌جاد پی‌وند می‌ان پژوهش روان‌کاوی (دست‌یابی به فرضیه‌ج‌دی‌د) روان‌کاوی در موقعیت درمانی با اهداف درمانی، کاری بس دشوار است. نظریه فروید درباره تکنیک، تفکیک می‌ان

● درمان،

● دید،‌های‌ج‌تبی‌ین فرضیه‌●

- هاء | سن جش فرضيه
- صحت و توضيح و
- سازد. | مفيد بودن دانش را الزامي مي

پايان

A

- خويشتن داري - دفاع
- فرايندهاي دفاعي - هاي دفاعي | مكان يزم - بلوغ
- دانش تغيري - هيچان
- علایم هيچان - دفاع هيچان - شناخت هيچان - فرايندهاي تعاملی هيچان - هاي هيچان يا غريزه - پرخاشگري
- نظريه پرخاشگري - غريزه پرخاشگري - عنوان دفاع پرخاشگري به - پرخاشگري سرخوردگي - پرخاشگري در انتقال - پرخاشگري درون نوعي و برون نوعي - پرخاشگري ليبي دو - پرخاشگري غريزي - هاي پرخاشگري پديده - نمایی | كنش
- acting in
- نمایی | كنش تاريخ مفهومي - نمایی | در حين آناليز | كنش - نمایی | در مورد دوران | كنش - نمایی | انتقال | كنش - قدرتي و استيصال

انديكاسيون
 كاويپيشينه
 كاوي بيوگرافيك پيشينه-
 فراموشي
 روانكاو
 ابژه جديدي -
 شخص واقعي -
 انتقال -
 مقاومت -
 وابستگان
 فشار -
 شرايط اضطراري-
 زوج درماني-
 خانواده درماني-
 اضطراب
 اختگي-
 فقدان ابژه و محبوب-
 جديدي-
 دستگاہ رواني
 اتحاد كاري
 كمن الگويي
 دروني سازي و بروني سازي
 تداعي آزاد
 تاريخچه-
 فرآيند اوليه-
 پسرقت-
 عنوان مقاومت به-
 دلبستگي
 توجه و دقت متعادل
 گوش سوم-
 نظريه آينه-
 آناليز آموزشي و كنترلرلي
 تيسم^۱

B

پايدان
 هاي نهايي گزارش-
 قرارداد درمان
 درمان
 توفيق-
 فراواني-
 آناليز محدود و نامحدود-
 زمان و طول-
 تكنيك درماني
 تخريرات-
 كلاسيك-
 اهداف درماني
 تعريف انديكاسيون-
 معياره-
 مرحله پس از درمان-

تغییر ساختار -
رابطه
آنالیز -
بیمار - پزشکی -
دل بستگی
ختلال مرزی
اتحاد درمانی

C

منش
آنالیز -
نوروتیک -
زره پوش -
کودکانه -
مکتب شیکیاگو

D

قردانی و حسادت
تقلیل و قیاس
فکر ناخودآگاه
افسردگی
موقعیت افسردگی -
نوروتیک -
تخریب
اساسی -
تنفر -
تعبیر
تعصب -
ناب گرایي -
خود -
رویا
انتقال متقابل -
اینجا و اکنون -
، معیاری آل تگنیکی ایده -
کلایني -
فرا ارتباطات -
والک ش بیمار در برابر -
تشخیص
روان پزشکی -
انديكاسيون -
پیش بینی، پروگنوز -
دیالوگ
روانکاوي -
قواعد سؤال متقابل -
استعاره -
درمانی -
پردازش
نظریه درونی سازی -
موقعیت بن بست دوگانه -
بینش -

- مق اومت نهاد
- يادگيري و تخيري ساختار
- تخيري ساختاري
- سوگواري
- ومتمقا
- وسواس تکرار

E

- اثر بخشي
- آناليز خويش
- بپنش
- نگرش روانكاوي
- همدلي
- مكتب انگليسي
- انرژي رواني
- رشد و تكوين
- روانشناسي-
- روي-
- تشخيص-
- همدلي-
- معرفت شناسي
- تجربيات اصلاح بخش عاطفي
- يادآوري
- شناخت
- فرايند شناخت در روانكاوي-
- توضيح
- و پديدار شناسي-
- روانكاوي-
- وژيكي تكنول-
- مصاحبه اول
- جو-
- اپيژوده اي ارتباطي-
- طول-
- تشخيص-
- پوي اي-
- كاوي هدفمند پيشينه-
- تكنيك استاندرد-
- ساختاري-
- درمان-
- اهداف درمان-
- روانشناسي دونفره-
- نهاد-
- آناليز نهاد-

F

- موردپژوهي
- راتمن-
- دورا-
- ولفزم-
- كانون

پژوهش

- پاراداي م
- روانكاوي
- نفر اوان ي درم
- سرخ وردگي

G

حافظه

انتقال مبتق ابل

اضطراب-

تاري خچه مفعوم-

پذيرش-

غل به-

توجه و دقت متعادل-

تعبي ر-

گوش سوم -

كش ف-

تن فر-

همان دس ازي-

كنترل-

آناليز آرم ايشي-

بي طرفي-

تخي ل-

واقعيت رواني-

همان دس ازي فرافكني-

استعاره آينه-

مقاومت روانكاو غلي-

د اصلي قواع

استعاره سفر

اختلال اساسي

H

هرمنوتيك

تك نول وژي هرمنوتيك-

روانكاوي-

كش ف روانكاوانه

طنز

هيپنوز

هيس تري

I

خود

- استقلال

- آلايه

- روانشناسي

- انشقاق

- تخي ير

- مقاومت

آل س ازي ايه

- تك نيك استاندارد

هم ان ندس ازي
 - با پر خاش گر
 - با روان كاو
 - فرا فكني و درون فكني
 هويت
 خود-
 بحران -
 نظريه-
 مقاومت-
 روان كاوي-
 آل س ازي ايد
 انديكاسيون
 معياره-
 تطبيقي-
 گزنيشي-
 فرآيند تفريدي
 انس تي توي روان كاوي
 تعامل
 تفسي ر
 مداخله روان كاوي
 مصاحبه
 تكنيكي-
 ساختاري-
 تابوي زناي با محارم

J

پيوند ناگسستني درمان و پژوهش

K

اضطراب اختگي
 كودكي
 فضاي درماني
 ريه ارتباطاتنظ
 نظريه نقش هاي مكملي
 تعارض
 الگوي-
 روانشناسي-
 تاريخچه بيماري
 بينش بيماري
 مزايای بيماري
 اوليه-
 ثانوي-
 روان درماني كوتاه مدت

L

تاريخچه زندگي
 روانشناسي يادگيري
 - تعميم و افتراق
 لبيبي دو
 انرژي-
 تگويي-
 هدمندي-
 نظريه-

تبدېل-
 اصل لذت و غيړ لذت
 M
 منښ خوډازار
 فرااړتې باطاطات
 استعاره
 فراروانشناسي-
 ديالوگ روانكياوي-
 بېنځايي-
 فراروانشناسي
 - تئوري باليني
 - بحران
 - استعاري
 - نظريه ارضاي آرزو
 روش، روانكياوي
 روانشناسي عميق-
 تجرب-
 مرمونوتېك-
 ناخودآگاه-
 نظريه-
 انگيزه
 آناليز-
 انديكاسيون-
 نظريه-
 فرزند-رابطه مادر
 N
 خودشيفتگي
 روانكاو-
 اوليه-
 عصبانيت-
 والكنش منفي درمان-
 حسادت
 شروع تازه
 نورز
 - شيع
 - شدت
 - دليل
 بې طرفي
 O
 رابطه با ابژه
 روانشناسي-
 دل بستگي-
 نظريه-
 روانشناسي من-
 فرزند- تعامل مادر-
 نظريه-
 ابژه
 كشف-
 دروني-
 ثبات-

فقدان-

عقدە ادېپ

قدرق درتې

ارت و دكسي

P

تعلیم و تربیت

پارادایم

بیمار مطلق

شخصیت

ساختار-

رویا-

تخیل

پدیدارشناسی

پیش بینی

فرافکنی

فرآیند، روانکاوی

الگوی فرآیندی

الگوی کاري-

ایاتاریخچه- گذشتہ نگر-

تکنیک کلساسی

الم-

روانپزشکی

توصیفی-

روانکاوی

کاربردی-

مکتب انگلیسی-

کلساسی

کلساسی-

به عنوان روش استعاری -

به عنوان علوم طبیبی-

پراکسیس-

و روان درمانی-

ابزار خاص و غیرخاص-

پژوهش درمانی روانکاوی-

فرهنگی- تخریفات اجتماعی-

حقیقت-

علمی-

هدف-

روانشناسی

شناختی-

سایکوز

پزشکی روان تنی

های روان تنی بی‌ماری

روان درمانی

پژوهش-

روانکاوی-

سرپایی -

بلوغ

R

واقعیت

غلبه بر -
 سن چش -
 رواني -
 در موق عيت در مان ي -
 قواعد روان كاوي -
 كاشفانه -
 تكنيك استان دارد -
 پسرفت
 رابطه با ابژه -
 اختلال اساسي -
 خوش خيم -
 بد خيم -
 كار روي -
 بازسازي
 - كار روي
 - گرايش ها و مكاتب
 - هانظريه نقش

S

شيرخوار
 سلكوت
 خود
 آناليز -
 هدمش -
 بيان -
 شناخت -
 ابژه -
 روانشناسي -
 باوري -
 تخريبي -
 حقيقي و كاذب -
 جنسي سازي
 سلكسواليت
 - كودكانه
 - اميال جنسي
 اصل امنيت
 - زبان
 - تصويري
 - استعاره
 - روي
 تكنيك استان دارد
 ساختاري
 - نظريه
 - تخييري
 تلقين و تلقين پذيري
 علامت
 - درمان
 T
 پس مانده روز
 - تكنيك روان كاوي
 - هيچاني

- ت ع ب ي ر
- ن ي ك ا ي د ه آ ل ت ك
- ك ل ا س ي ك
- ك ل ا ي ن ي
- ت ع د ي ل
- ر و ا ن ش ا س ي د و ن ف ر ه و س ه ن ف ر ه
- ت ك ن و ل و ژ ي
- د ا ن ش ت غ ي ي ر
- ت و ض ي ح
- م ر م ن و ت ي ك
- ن ظ ر ي ه
- س ن ج ش -
- ع ل و م ك ا ر ب ر د ي -
- ع ل و م پ ا ي ه -
- ب ي ن ف ر د ي -
- ت ع ا ر ض -
- ذ م ن ي -
- ب ح ر ا ن ن ظ ر ي
- ف ر ا ر و ا ن ش ن ا س ي
- د ر م ا ن
- ط و ل
- پ ژ و ه ش
- ع ل ي ي ت ي
- غ ر ي ز ه م ر گ
- ر و ي ا
- ك ا ر
- ت د ا ع ي ه ا
- ف ا ك ر
- گ ي ر ي ش ك ل
- ز ب ا ن
- ن م ا د
- ا ض ط ر ا ب
- ت ن ب ي ه ي
- پ ر و ا ز
- ع م ل ك ر د
- ه م ا ن د س ا ز ي
- آ ر ز و ي ك و د ك ي
- م ح ت و ا ي ن ه ف ت ه و آ ش ك ا ر
- پ د ي د ا ر ش ن ا س ي
- پ س ر ف ت
- ف ا ز ر م
- ب ي ا ن خ و ي ش
- س ا خ ت ا ر ش ن ا خ ت ي
- ت ر ج م ه
- ا ن ت ق ا ل
- ا ر ض ا ي آ ر ز و
- غ ر ي ز ه
- ا ر ض ا
- ت خ ل ي ه
- س ر خ و ر د گ ي

- نظريه
- آرزو
- هدف

U

فراخود

- گيريښځل
- محتوا

انتقال

- آناليز
- تنفر
- عشق
- نورز
- بي طرفي
- مقاومت
- دفاع
- پرخاش گرانه
- كمن الگويي
- نقش روانكاو
- رابطه
- قواعد گفت‌و‌مان
- اينجا و كنون در چشم اندازي تازه
- استعاري
- نظريه رابطه با ابژه
- مثبت
- جبر تفرار
- تعبيري انتقال
- الگوي فرآيندي ال‌م
- ناخودآگاه
- ساختار زباني
- نظريه آرزو

V

تغيير

- ساختاري

سرکوب

- مقاومت
- نظريه
- نورز انتقال
- رمان پرفتار د

W

حقيقت

- روانكايي

مقاومت

- آناليز
- تعبيري
- دفاع
- مقاومت تداعي
- عمل كرد تنظيم رابطه
- منش
- نهاد
- هویت

- طبقه بندي
- واکنش منفي درماني
- عليه فرايند روانكوي
- عملكرد حمايتي
- مزايای ثانويه بيمايي
- فراخود
- انتقال
- عليه تغيري
- سرکوب
- تكرار
- تسلط
- غريزه مرگ
- جبر
- دانش
- دانش علمي
- توصيفي و طبقه بندي دانش
- دانش تغيري و درمان
- آرزو
- نظريه ارضاي آرزو
- زمان
- هدف
- مصاحبه اول
- درمان