



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

## 21 در بررسی روانشناسی خویش

کوهات<sup>1</sup> در کتابی که پس از مرگش با عنوان *تحلیل چگونه درمان می‌کند؟* منتشر شد، یادآور شده است که اگرچه روانشناسی خویش بر ابزارهای یکسانی مانند ابزارهای تحلیل سنتی (تفسیر به دنبال آن عمل در فضایی از خودداری) تکیه می‌کند تا شفای تحلیلی را به ارمغان بیاورد؛ اما روانشناسی خویش از دیدگاهی دیگر نه تنها نتایج به دست آمده بلکه نقش تفسیر و عمل در فرایند تحلیلی را بررسی می‌کند (1984).

این فصل از نظریات کوهات در تحلیل چگونه شفا می‌دهد؟ و نیز دیگر نوشته‌های وی (1971، 1977) فراتر رفته و مفهوم روانشناسی خویش را نوعی «پویش» می‌داند. اجازه دهید ابتدا به روش فروید و پیشینیان وی در استفاده از این مفهوم پرداخته و بدین ترتیب تفاوت آن را با تعریف کوهات روشن کنیم.

در میان ابتدایی‌ترین دستورات عمل‌های تکنیکی فروید برای تحلیلگران توجه صرف به مقاومت در یک موقعیت خاص تغییر درمانی ایجاد نخواهد کرد. وی مشاهده کرد که:

فرد باید به بیمار زمان بدهد تا با مقاومتی که با آن اخت شده است محافظه‌کارانه برخورد کند تا وارد «پویش» شده، بر تداوم آن غلبه کند، تحلیلگر بر اساس قانون اساسی تحلیل وارد عمل می‌شود. تنها زمانی که مقاومت در بیشترین حد خود قرار دارد تحلیلگر می‌تواند با کمک بیمار نیروهای غریزی سرکوب‌شده را کشف کند که باعث این مقاومت شده‌اند، این نوع تجربه است که بیمار را در مورد وجود و قدرت این نیروها قانع می‌کند (1914).

تاکید فروید بر نیاز به غلبه بر مقاومت در مقابل مشتقات غریزی سرکوب‌شده لازمه‌ی نظریه‌ی شفای تحلیلی وی است. وی این دیدگاه را بر مقاومت در برابر تاثیر سوابق موردی دورا، رات من، و وولف من، ارائه داده و نیز در مقالات نظری دوران خود بر اهمیت غلبه بر مقاومت در برابر مشتقات غریزی و خاطرات «بیدارکننده» (1914) بعنوان درمان مرکزی روانپزشی تاکید می‌کند (موسلین و جیل، 1978). در انواعی از تحقیقات فروید بر این تاکید کرد که تنها تفاسیر مکرر می‌توانند در نهایت مقاومت بیمار را از بین ببرند و نیز شفای تحلیلی ناشی از این تفاسیر مکرر (پویش) در

<sup>1</sup> Kohut

<sup>2</sup> Muslin and Gill, 1978

دسترسی آگو به محتوای نهفته، به شکل مشتقات غریزی، خاطرات بیماری، یا فانتزی‌های ادیپی قرار دارد. در این شرایط بود که فروید به تفسیر انتقال - مقاومت پرداخت. در مورد رات من<sup>۳</sup>، برای مثال فروید (1909) تفسیر انتقال را به عنوان روشی برای دستیابی به خاطرات سرکوب شده به کار گرفت (موسلین، 1979). تفاسیر انتقال بر بیمار در زمان حال و اینجا تمرکز داشت که به هدف تحلیلیگر مربوط نمی‌شد، زیرا انتقال وسیله‌ای برای کشف خاطرات سرکوب شده است.

فروید در کتاب موانع، نشانه‌ها و اضطراب خود در سال 1926 این دیدگاه ابتدایی را با بیان این مطلب گسترش داد که «بیمار باید با حداقل پنج نوع مقاومت ناشی از سه جهت آگو، اید و سوپراگو مبارزه کند» (1926). البته حتی در اینجا نیز فروید بر این نکته تأکید دارد که با توجه به مقاومت اید است که عبارت «پویش» ارتباط خاصی پیدا می‌کند: زیرا درمی‌یابیم که حتی بعد از اینکه ایگو تصمیم گرفت مقاومت خود را کنار بگذارد باز هم بازگرداندن سرکوب دشوار است، ما این دوره‌ی تلاش‌های مصرانه که بعد از تصمیم ارزشمندش رخ می‌دهند دوره‌ی «پویش» می‌نامیم. باید اینگونه باشد که بعد از حذف مقاومت ایگو نیروی اجبار به تکرار، باید بر جذابیت الگوهای ناخودآگاه برای فرایند غریزی سرکوب شده نیز غلبه کرد (1926).

نسل‌های پیشین روانکاوان مفهوم «پویش» فروید را توضیح داده، اصلاح کرده و در برخی مواقع تغییر داده‌اند. در میان این افراد به فنیچل (1939) اشاره می‌کنم که مفهوم فروید را چنان گسترش داد تا «عناصر شامل نشده‌ی شخصیت کلی را نیز در آن وارد کند». برای فنیچل که افکار وی اساساً درمانی بوده‌اند، «پویش» صرفاً تحلیل مقاومت و از طبیعت مقاومت یا محتوای شامل نشده مستقل بوده است. الکساندر (1925)<sup>۴</sup> و لویین (1950)<sup>۵</sup> «پویش» را به عزاداری تشبیه کرده و بر این نکته تأکید داشته‌اند که «پویش» با هدف چشم‌پوشی از عقده‌های خاطرات و آرزوهای اولیه انجام شده و نهایتاً به آن دست پیدا می‌کند. گریناکر (1956)<sup>۶</sup> مشاهده کرد که در میان خاطرات سرکوب شده‌ای که از طریق «همل» در نهایت بر آن‌ها غلبه می‌شود، تروماهای واقعی اهمیت بسیار زیادی دارند. استوارت (1963)<sup>۷</sup> دیدگاه فروید

<sup>3</sup> Rat Man

<sup>4</sup> Alexander (1925)

<sup>5</sup> Lewin (1950)

<sup>6</sup> Greenacre (1956)

<sup>7</sup> Stewart (1963)

را به صورت خلاصه بیان کرده و مشاهده کرد که «پویش» باید در زمان مورد نیاز برای بیمار قانع کننده شود چنان که «الگوهای عادت کنونی وی تغییر کنند». در پیروی از باور فروید مبنی بر اینکه این تغییر شامل غلبه بر مقاومت اید می شود، استوارت اشاره می کند که مقاومت مورد نظر را می توان با تثبیت لیبیدی، «دلبستگی لیبیدی» و / یا انرسی روانی برابر دانست.

درمیان افرادی که دستاوردهایی در زمینه‌ی تعاریف «پویش» ارائه اده و با تاکید فروید بر مقاومت اید همپا بوده‌اند، به گرینسون (1956)<sup>8</sup>، کریس (1956)<sup>9</sup> و لوالد (1960)<sup>10</sup> اشاره می‌کنم. گرینسون که مفهوم اتحاد درمانی را به حیطه‌ی «پویش» معرفی کرد، آن را «تحلیل مقاومت‌ها و دیگر عواملی می‌داند که از درکی منجر به تغییرات مهم و طولانی مدت در بیمار جلوگیری می‌کند» (1956). وی اظهار داشت بیمارانی که می‌توانند اتحاد درمانی را از طریق تحلیل روانپزشکی انتقال ایجاد کنند همچنین قادر به «پویش» بوده و به هدف نهایی دست خواهند یافت. به جای تاکید فروید بر تحلیل مقاومت‌های اید و به دنبال آن کشف مواد بیماری‌زا در ناخودآگاه، تعریف گرینسون بر رهایی آرزوها و ترس‌های ابتدایی در انتقال تمرکز داشته و زمانی که اتحاد درمانی دست نخورده باشد، درک درمانی ناشی از این رهایی مورد تاکید واقع می‌شود. کریس (1956) «پویش» را از دیدگاه کارکردهای ادغامی ایگو مورد بررسی قرار داده و اظهار داشته است که مرحله‌ی «پویش» روانکاو انرژی‌های تقویت‌کننده‌ی کارکردهای ادغامی ایگو را که با ظهور درک از آن تایید شده‌اند، رها می‌کند. در نهایت لوالد (1960) در یک تحقیق به این فرایند از ید عملیات درمانی روانکاو نظر داشته که نه بر غلبه‌ی مقاومت‌های اید و ورود سرکوب‌شده‌ها به خودآگاه، بلکه بر از سرگیری رشد ایگو تمرکز دارد. این از سرگیری برای لوالد از روابط بیمار با ابژه‌ی جدید، روانکاو، از طریق انتقال به دست می‌آید.

#### یک دیدگاه روانشناسی خویش در باب «پویش»

من بر این عقیده‌ام که روانشناسی خویش دیدگاهی جدید درباب فرایندهای «پویش» روانکاو بوده زیرا انتقال ابژه‌های خویش را به حالت فوق قائم نظریه‌ی درمان ارتقا می‌دهد. از دید من، «پویش» بدین معناست که موانع خویش

<sup>8</sup> Greenson (1965)

<sup>9</sup> Kris (1956)

<sup>10</sup> Loewald (1960)

درمان‌کننده، انتقال ابژه‌های خویش، به کار گرفته شده و رفع این مقاومت به صورت تحلیلی صورت گیرد. مانند لوالد (1960)، کوهات اهداف «پویش» را از طریق شروع مجدد رشد برابرسازی کرده است، اما برعکس لوالد که رشد را از طریق رشد فرایند ثانویه‌ی کارکردهای ایگو درک کرده است، کوهات آن را در سایه‌ی آمادگی نهایی خویش برای تعامل همدردانه‌ی با ابژه‌های خویش بررسی می‌کند (1984).

کوهات فرایند اساسی درمان را شامل سلسله‌ای از وقایع می‌داند: شکل‌گیری انتقال ابژه‌ی خویش که بعدها از طریق شکست‌های همدردی غیرترومایی، شکست‌های بهینه یا سرخوردگی بهینه، متوقف می‌شود:

در واکنش به خطاهای روانکاو در درک یا در واکنش به تفاسیر خطا یا غیردقیق یا نامناسب روانکاو، بیمار شکل موقتی تکیه‌ی خود بر همدردی را به روابط قدیمی ابژه‌ی خویش بازمی‌گرداند (برای مثال به ابژه‌های خویش یا جابجایی مجدد نیاز برای انعکاس فوری و کامل) که پیش‌تر در انتقال ابژه‌ی خویش کنار گذاشته بود. در یک تحلیل مناسب، روانکاو از رفتار مجدد بیمار یادداشت‌برداری کرده، هر گونه اشتباه احتمالی خود را جستجو کرده و به صورت غیرتدافعی اعتراف می‌کند که آن‌ها را شناسایی کرده است (اغلب با کمک بیمار) و سپس به بیمار تفسیری سانسورنشده از دلایل رفتار مجدد وی می‌دهد. بدین ترتیب جریان همدردی بین روانکاو و بیمار که از طریق انتقال ابژه‌ی خویش رخ داده است مجدد جایگزین می‌شود. خویش بیمار بدین ترتیب بار دیگر با یک ماتریکس ابژه‌ی خویش احیا می‌شود که با وی هماهنگی و همدردی دارد.

در توصیف این مباحث، محقق باید نشان که چگونه شکست موقتی کوچک به دستیابی به ساختار روانشناختی تعدیل عزت نفس در بیمار ختم می‌شود، به شرط اینکه شکست‌های بیمار غیرترومایی بوده باشند. زمانی که روانکاو متوجه رفتار مجدد بیمار شد، باید رفتار وی را مشاهده کرده و با ذهن باز به ارتباطات وی گوش دهد. منظور من از ذهن باز این است که باید در مقابل وسوسه‌ی تحمیل درک خود از بیمار یا هر گونه پیش‌فرض نظری، کلینی، رانکی، یونگی، آلدری، روانکاو کلاسیک، یا حتی روانشناسی خویش مقاومت کند تا زمانی که بتواند نیاز اساسی بیمار را درک کرده و درک خود را از بیمار از طریق تفسیری درست‌تر بیان کند (1984).

نتیجه‌ی این جنبه از تحلیل این است که بیمار قادر خواهد بود ابژه‌های مناسب خویش را شناسایی و جستجو کند و نیز بتواند از طریق همدردی با آن‌ها خود را احیا کند. بعلاوه ساختار روانشناسی به دست آمده و خویش محکم‌تر می‌شود (1984). از دید من «پویش»، که راه را برای جوانب درمانی خویش درمانگر، یعنی انتقال ابژه‌ی خویش باز می‌کند، باید از جوانب دیگر تحلیل روانشناسی خویش مانند کشف تدریجی خویش درمانگر، انتقال ابژه‌های خویش و شفافیت تحلیلی آن‌ها از طریق سرخوردگی بهینه و درونی‌سازی تبدیل جدا شود. بدین ترتیب این شفافیت جنبه‌ی «پویش» تحلیل است که در این روند رشد انتقالی و سلسله‌ی درمانی آن هادی خواهد بود. همانطور که کوهات در توصیف بن‌بست درمانی که می‌توان از طریق «پویش» بر آن غلبه کرد، گفته است: «با کمک تحلیل انتقال، یعنی «پویش» احساس رد شده‌ی وی توسط من در مقابل طرح نشاط ایده‌آل وی از سوی من، توانستم بر بن‌بست قدیمی رشد وی غلبه کنم» (1984).

از دیدگاه روانشناسی خویش، چگونه مقاومتی را که باید تحت «پویش» قرار گیرد را بررسی کنیم؟ بیمار به دیدگاه‌های سنتی چنگ می‌زند که بشر با آن در طول زندگی روبرو شده و این دیدگاه‌ها بخشی از تعادل خویش وی می‌شوند. این «مقاومت»ها امنیت تجربی و روانشناختی را برای بیمار فراهم می‌کنند که البته با پوچی، احساس بی‌ارزشی، هیپوکاندریا، و مانند آن همراه است. به دنبال آن، خویش قدیمی احیا شده، یعنی تجربه‌ی ابژه‌ی خویش تنها زمانی از دیدگاه روانکاو «مقاومت» تلقی می‌شود که می‌بیند خویش بیمار به دنبال دستیابی مجدد به یک پیوند قدیمی است. برای بیمار، انتقال این جستجو به موقعیت تحلیلی به معنای «انحراف انتقال» نیست. بلکه به معنای واکنشی واقع‌بینانه به آن است که به صورت ناخودآگاه دیده شده است، مانند صحنه‌ای از محیط دوران کودکی. تازمانی که این تجربه‌ی ابتدایی به مقاومت بیمار در برابر خویش درمانگر، روابط خویش، کمک کند آن را در تشابه با «انتقال دفاع» در تحلیل سنتی، «انتقال دفاع خویش-ابژه‌ی خویش» می‌نامیم (دنیلز، 1964<sup>11</sup>).

اجازه دهید بیشتر در مورد ماهیت تجربی این مقاومت صحبت کنیم. بیمارانی که خویش تهی داشته و احساس پریشانی و بی‌ارزشی می‌کنند، باید در مقابل توجه روانکاو مقاومت نشان داده و در الگوهای از روابط تداوم داشته باشند که

---

<sup>11</sup> Daniels, 1964

نیازهای آنها را نه شناسایی کرده و نه برطرف می‌کند. همین بیماران هستند که در مراحل اولیه‌ی درمان محرومیت را به صورت مداوم تجربه می‌کنند، آنها نه از تقویت یک ابژه‌ی خویش انعکاسی بهره می‌برند و نه از مستحکم‌سازی ابژه‌ی خویش ایده‌آل. این افراد در دلان‌های قدیمی کودک‌ی غرق شده و بر تنهایی اصرار دارند زیرا قانع شده‌اند که آرزوهای آنها هرگز شناسایی نخواهد شد. چرا باید چنین باشد؟ برای این بیماران، هیچ تضمینی وجود ندارد که بیان نیازهای انسانی‌شان، حتی با احتیاط، به تکرار توهین‌های پیشین نیانجامد. بنابراین هیچ راهی جز مسیر امن خویش تهی شده نخواهند داشت. روانکاو از این دیدگاه گیرافتادگی بیمار را خویش - الگوهای ابژه‌های خویش مداوم محسوب می‌کند که در مقابل رشد خویش بیمار ایستاده‌اند.

مرحله‌ی «پویش» تحلیل با درک همدردانه‌ی روانکاو از ساختاربندی ناخودآگاه رابطه‌ی تحلیلی از سوی بیمار به عنوان احیای یک پیوند قدیمی صورت می‌پذیرد. تفاسیر در این مرحله نشانگر تلاش برای اتصال کارکردهای مشاهده‌ی خویش بیمار با روانکاو بوده که تلاش برای پیوند قدیمی را «بدنه‌ای خارجی» می‌داند. نشانه‌ی موفقیت این تفاسیر تمایل و آمادگی بیمار برای ورود به انتقال ابژه‌ی خویش است که به صورت خودکار بر اساس کمبودهای بزرگ خویش در بیمار کشف می‌شود.

در سال 1971 کوهات «پویش» را فرایندی در تحلیل معرفی کرد که می‌تواند شامل «غلبه‌ی یک مقاومت در برابر انتقال خودشیفته‌وار» باشد.

اولین تکلیف فرایند «پویش» می‌تواند غلبه‌ی مقاومت در مقابل انتقال خودشیفته‌وار (انتقال انعکاسی در نمونه‌ی حاضر) باشد، یعنی جابجایی مجدد در خودآگاه یک آرزوی یا نیاز کودک‌ی برای پذیرش والدین. در مرحله‌ی بعدی تحلیل تکلیف درمانی این است که انتقال انعکاسی فعال نگه داشته شود، علیرغم اینکه نیاز کودک‌ی مجدداً سرخورده خواهد بود. در طول این مرحله است که تجارب زمان‌بر و مکرر فرایند «پویش» پدیدار می‌شوند. تحت فشار سرخوردگی‌های سربازشده بیمار تلاش می‌کند به دو طریق از درد جلوگیری کند (a) با بازسازی تعادل از طریق جدایی افقی و / یا مانع سرکوبی یا (b) از طریق فرار برگشتی، یعنی دستیابی مجدد به درجاتی از کارکرد روانی که از کارکرد بیماری‌زا قدیمی‌تر هستند.

در پیروی از کوهات، جوانب «پویش» تحلیل را به بخش‌های زیر تقسیم کردم: 1) مرحله‌ی «پویش» پیش از تثبیت خویش درمانگر-انتقال ابژه‌ی خویش، 2) فرایند «پویش» که بعد از انتقال ابژه‌ی خویش آغاز می‌شود. کاربرد این تقسیم‌بندی به چندین روش دیده شده است: تعیین مرحله‌ی «پویش» کار انجام‌شده برای غلبه بر مقاومت در طول دوره‌ی ابتدایی تحلیل را نشان داده و برجسته می‌کند که پیش از ظهور انتقالات ابژه‌ی خویش صورت گرفته و زمانی به پایان می‌رسد که بیمار وارد انتقال ابژه‌ی خویش ابتدایی شده باشد. در مواردی که خویش-انتقال ابژه‌ی خویش به صورت خودکار کمی بعد از شروع تحلیل پدیدار شود این مرحله ممکن است کوتاه باشد. در مواردی که مبارزه در مقابل الگوی انتقال خویش صورت گیرد، ممکن است این مرحله طولانی یا ناموفق باشد.

فرایند «پویش» که البته به عنوان بخش الزامی تحلیل ادامه پیدا می‌کند، نشان‌دهنده‌ی این مطلب است که ورود بیمار از مرحله‌ی «پویش» همیشه ناقص بوده و با پیشروی تحلیل تحقیقات بیشتر باید برای غلبه بر گرایش بیمار به ورود مجدد به خویش - ابژه‌ی خویش دوران کودکی در واکنش به آسیب‌های خیالی یا واقعی خودشیفته‌وار به جای انتقال خویش-ابژه‌ی خویش صورت گیرد (کوهات، 1984). فرایند «پویش» مانند مرحله‌ی «پویش» از لحاظ اهمیت و طول زمانی متنوع است، تحلیل‌هایی وجود دارد که در طی آن‌ها پیوند انتقال درمانی مکررا و به دلیل شکست‌های کوچک در همدردی یا دیگر نواقص روانکاو متوقف می‌شود. در دیگر تحلیل‌ها کمتر اتفاق می‌افتد در این تحلیل‌ها زمانی که پیوند انتقال درمانی ایجاد شد استحکام بیشتر خواهد داشت.

تنوع مرحله و فرایند «پویش» نشان‌دهنده‌ی طبیعت خاص تثبیت خویش ترومای خویش است که بیمار در برابر آن قرار گرفته است. مثال‌هایی وجود دارد که در طی آن‌ها مرحله یا فرایند «پویش» هرگز موفقیت‌آمیز نبوده و در نتیجه به بن‌بست ختم می‌شود. باید گفت بیمارانی هستند که رشد از امنیتی غیرممکن است که داستایوفسکی آن را «انسان زیرزمینی» نامیده است. برای این افراد خاطرات تجربه‌های اولیه از توهین یا ترک بسیار زنده‌اند به طوری که فرد به پاداش‌های کوچک خویش-ابژه‌ی خویش قدیمی خود که با تنهایی همراه است دلبستگی دارد. این افراد هرگز نمی‌توانند به سوءاستفاده‌گران بالقوه‌ی خود پشت کنند، آن‌ها به خویش قدیمی خود به عنوان تنها پناهگاه امن متوسل می‌شوند.



می‌توان تا اینجا به صورت خلاصه گفت همانطور که نظریات روانشناسی در طی 60 سال گذشته گسترش یافته و مفهوم اولیه‌ی فروید از «پویش» را تغییر داده‌اند، روانشناسی خویش از طریق مفهوم خویش-انتقال ابژه‌ی خویش درمانی نیز گسترش یافته و دیدگاه‌هایی در باب روانشناسی ایگو و نظریه‌ی روابط ابژه را نیز تغییر داده است. برای روانکاوان سنتی «پویش» همچنان مبارزه علیه مقاومت‌های اید (گریناکر، 1956، نوی، 1962<sup>12</sup>، استوارت، 1963) با هدف بازیابی محتوای «محفوظ‌مانده» (فنیچل) است. برای روانکاوان با گرایش روانشناسی ایگو (کریس، 1956) یا آن دسته که به مفهوم اتحاد درمانی (گرینسون، 1965) اعتقاد دارند، «پویش» با رشد درک و شناخت متناظر است. به نظر می‌رسد تنها لوالد پیش از کوهات «پویش» را به آغاز مجدد پتانسیل رشد پیوند می‌زند، البته لوالد این پتانسیل را از دیدگاه روابط ابژه بررسی می‌کند که روانکاو را به «ابژه» ای موقتی تبدیل می‌کند که خود را به ناخودآگاه بیمار عرضه می‌کند. این کوهات بود که چارچوب رشد را با ابراز توجه به موقعیت ابتدایی تر روانکاو به عنوان «ابژه‌ی خویش» و نیز «پویش» گسترش داد که می‌بایست خویش-انتقال ابژه‌ی خویش درمانی را صورت می‌داد تا از طریق دستیابی به ساختار به بیمار کمک کند خویش تهی‌شده را مجدداً پر نماید. تاکید این فصل بر مقاومت بیمار در برابر ظهور خویش-ابژه‌ی خویش درمانی است که باید از طریق مرحله‌ی «پویش» یک تحلیل روانشناسی خویش بر آن غلبه شود، زیرا تمایل بیمار رها کردن این رابطه‌ی درمانی جدید به خاطر امنیت الگوهای ابژه‌ی خویش-خویش کودک خود است که می‌بایست با فرایند «پویش» در طول درمان به آن پرداخته شود.

این نکات در مورد پویش به نظر می‌رسد بر دیدگاه‌های کوهات در باب تحقیق اساسی در یک تحلیل اضافه کنند. این نکات تلاشی برای جلب توجه به کاری هستند که در مراحل اولیه‌ی تحلیل در باب مقاومت در برابر شکل‌گیری خویش-انتقال ابژه‌ی خویش (مرحله‌ی «پویش») و نیز کاری که حین تلاش بیمار برای بازگشت به ابژه‌ی پیشین بعد از تکمیل انتقال (فرایند «پویش») انجام می‌شود. این نکات از تعریف «پویش» که در این جا ارائه شد نشات می‌گیرند: «پویش» کاری است برای درگیر کردن و حذف موانع انتقال ابژه‌ی خویش-خویش صورت می‌گیرد.

**«پویش»: مطالعه‌ی موردی روانشناسی خویش**

---

<sup>12</sup> Novey, 1962

بیمار، یک زن ضعیف 32 ساله، چندین سال بعد از اولین تحلیلی که از طی آن بهره‌ی زیادی برده بود. وی در دوره‌ی بعد از تحلیل، ازدواج کرد، دو فرزند داشت و در یک خانه‌ی زیبا به سبک زندگی راحتی دست پیدا کرده بود. با وجود این جوانب امنیت قشر مرفه اجتماع، وی تجارب درونی پریشان‌کننده‌ای را مخصوصاً درباره‌ی احساس دوست‌نداشته شدن را گزارش می‌داد که از حس مداوم نادیده گرفته شدن و توجه زیاد وی به انتقادات سخت از تمامی افرادی ناشی می‌شد که با وی در ارتباط بودند. این مسائل که از زمان کودکی با وی همراه بودند در طول تحلیل پیشین درمان نشده بودند.

در زمان مراجعه، بیمار حالت خود را «افسردگی» نامید که حدود 6 ماه تداوم داشت. وی هنوز عزادار پدرش بود که یک سال از مرگ او می‌گذشت و همچنین چهار ماه پیش از اولین جلسه کودک دوم خود را به دنیا آورده بود. وی سابقه‌ی دوازده ساله‌ای از تحلیل و روانکاوای ارائه داد که در طی آن ارتباط خود را با مادر خود حفظ کرده بود. مادر این بیمار از دوره‌ی دبیرستان دخترش شدیداً افسرده بود. بعد از ورود وی به کالج وی نیز افسرده شده و در واکنش به پریشانی شدید مادرش این افسردگی شدت یافت تا زمانی که به روانکاو مراجعه کرد. وقتی مادرش در سال آخر کالج او بر اثر سرطان سینه درگذشت وی در جلسات تحلیل شرکت کرد تا زمانی که در سن 25 سالگی ازدواج کرده و به جایی رسیده بود که خودش آن را «نتایج خوب» می‌نامید. وی با توضیح نتایج توانایی خود برای تعامل ساده‌تر اجتماعی تحسین کرد که در نهایت توانسته بود بر ترس رابطه‌ی نزدیک با یک مرد غلبه کند. این بیمار اظهار داشت که اولین تحلیل «درباره‌ی عقده‌ی ادیپ من و آرزوی حذف مادرم بود».

داده‌ها در نهایت به غیاب تراژیک حضوری کافی و انعکاسی در طی زندگی وی ختم شد. وی اظهار داشت که مادرش هرگز نتوانسته بود آرامش کند. وی به یاد داشت که به او گفته شد که در دوره‌ی نوزادی قولنج داشته است تا جایی که در اولین سال زندگی‌اش وی را برای عمل جراحی معاینه کردند (به باور خودش این قولنج، تنگی پیلور بوده است). خاطرات کودکی این بیمار حول محور ترس وی از این موضوع می‌چرخید که مادرش او را بلند کرده و بغل کند، او خاطره‌ی واضحی از تولد سه سالگی خود داشت که در آن مادرش وی را بغل کرده بود، او وحشت کرد و اصلاً آرام نشد. این بیمار بیان داشت که تنها زمانی مادرش او را بغل می‌کرد که به نظر می‌رسید بسیار پریشان است و به محض اینکه

آرام می‌گرفت او را زمین می‌گذاشت. در ابتدای درمان، الگوی کودکی خود را در درون و بیرون تحلیل نشان داد: در ادامه‌ی زندگی هر گاه کسی قصد داشت به او نزدیک شده، لمسش کند یا او را در آغوش بگیرد به هم می‌ریخت.

تنها در سال سوم تحلیل بود که اساس اضطراب وی پدیدار شد: وی حضور مادر خود و لمس او را با درد روانی تنهایی اجباری مرتبط می‌دانست. تجربه‌ی بغل کردن مادرش تهدیدی بود برای اینکه در نهایت توسط او رد می‌شود. این رد شدن بدین شکل بود که ناگهان زمین گذاشته می‌شد و دیگر هیچ تماسی با وی برقرار نمی‌شد. این الگو زمانی بدتر شد که حضور آغوش مادر تنها با پریشانی روانی بیمار در ارتباط قرار می‌گرفت، بدین معنا که ناراحتی شدیدی وی را در بر می‌گرفت که نمی‌توانست آن را تسکین دهد. با اینکه تنها می‌توانیم تاثیر غیرقابل ترمیم نوزاد بر مادرش را حدس بزنیم، می‌توانیم مطمئن باشیم که نه بیمار و نه مادرش رابطه‌ی لذت‌بخشی نداشته‌اند. مادر برای بیمار هرگز منبع گرمی از پذیرش نبوده است، در عوض از ابتدای کودکی از نزدیک شدن به مادر خود واهمه داشته است مبادا مادرش ایراد قابل انتقادی در وی پیدا کند. رد کردن انتقاد مادرانه از سوی بیمار با این پیشینه‌ی دوران نوزادی همراه بود که لحظه‌ای در آغوش گرفته شده و سپس در تنهایی رها می‌شده است.

بنابراین عامل بزرگ پریشانی روانی بیمار به عنوان تجربه‌ی وی از مادرش به عنوان یک زندانبان شناسایی شد. اگرچه وی در طی زندگی خود به دنبال پذیرش و علاقه می‌گشته است اما ظرفیت وی برای دریافت گرما و آرامش از سوی دیگران و بدین ترتیب ایجاد سازه‌های آرامش‌بخشی به خود در وی به شدت تحت تاثیر ترس از رهاشدگی قرار می‌گرفت. بنابراین کاری به جز نمی‌توانست انجام دهد که ابراز پوچی کرده و بیان دارد که توجه لازم را دریافت نمی‌کند. در واقع وی خود را خارج از روابطش قرار داده بود، قربانی برابری ناخودآگاه زندانی شدن با نزدیک شدن.

زمانی که بیمار بزرگتر شد، دیگر مادر خود را منبع یاری نمی‌پنداشت، در خانه‌ی خود تنها شد، همیشه تنها و همیشه گوشه‌گیر از دیگران. در مدرسه و در تعاملات بین فردی خارج از کلاس به شدت پریشان می‌شد. چه توسط خود و چه توسط دیگران دریافته بود که غیرممکن است زمان طولانی یک جا بنشیند و بنابراین نمی‌توانست در کتاب، فیلم یا یک گفتگو غرق شود. تنها محرکی که دریافت می‌کرد از این مسئله ناشی می‌شد که مادرش تا زمانی که در سن 12 سالگی بیمار مورد نظر، به افسردگی مبتلا شد، خانه را مانند یک پادگان نظامی اداره می‌کرد. بیمار گزارش داد که

خواهران و برادرانش تا حدودی مادرشان را تحسین می‌کردند بنابراین در حضور او کمتر احساس اضطراب داشتند. اما اتمسفر کلی فضای خانه برای همه سرد بود، هیچکس لمس نمی‌شد، در آغوش گرفته نمی‌شد و بوسیده نمی‌شد، حتی شاید مهم‌تر از همه زمانی که مادرشان حضور داشت به هم لبخند هم نمی‌زدند.

پدر خانواده که بیمار به او حس مثبت‌تری داشت، شخصی خونگرم و شوخ توصیف شد که خانواده را هر از گاهی به کوهنوردی و قایق‌سواری می‌برد، تفریحاتی که موجبات لذت بیمار را فراهم می‌کردند. در طول دوران کودکی کسب و کار پدر وی را در طول هفته در جاده نگه می‌داشت، او عمدتاً آخر هفته‌ها به خانه می‌آمد. بنابراین نمی‌توانست حضور ابروی خویشتن را برای بیمار داشته باشد. در تجربه‌ی بیمار از خودش، این پدر یک پرسونای ایده‌آل بود اما نه یک حضور ملموس در وقایع مهم زندگی. حتی در طول تفریحات هیچ رابطه‌ی خاصی با بیمار برقرار نمی‌کرد و او صرفاً به عنوان یکی از اعضای خانواده از این تفریحات لذت می‌برد. البته تجربه‌ی ذهنی بیمار از پدرش ممکن است انصاف را در مورد حضور او به عنوان تأثیری قوی و آرام‌بخش در خانواده رعایت نکرده باشد. در نتیجه‌ی رشدگی از سوی مادر، از پدر نیز هراس پیدا کرده و ممکن است قدرت خود برای تحمل رابطه‌ی نزدیک با او را نیز از دست داده باشد.

تجربه‌ی مدرسه‌ی راهنمایی برای بیمار در موازات تجارب وی در خانه قرار گرفت. او به صورت سطحی به سمت گروهی از دختران جذب شده بود که در میان آن‌ها همان شخصیتی را نشان می‌داد که در خانه داشت: دوستی همراه که هرگز نیازهای شخصی خود را بروز نمی‌دهد. متأسفانه عدم توانایی وی در دسترسی عاطفی به دیگران وارد تکالیف مدرسه نیز شده و موجب شد نتواند با پیشنهادات مربیان یا محتوای کتاب‌هایش ارتباط برقرار کند. در دبیرستان وارد رابطه با جنس مخالف نشده و در هیچ فعالیت اجتماعی ایفای نقش نکرد. انزوای اجتماعی با افسردگی رو به شدت مادرش افزایش یافت که باعث شد به علت روند درمانی مادر، فرزندان در خانه تنها بمانند. نه بیمار و نه دیگر خواهر و برادرانش هرگز دوستی را به منزل نیاوردند. افسردگی مادر در طول سال‌های کالج بیمار شدت یافته نهایتاً به روانکاوی خود بیمار در سن 18 سالگی ختم شد. وقتی مادر در اثر سرطان سینه درگذشت وی با ادغامی از احساس ناراحتی از مرگ وی و آرامش از راحت شدن مادر از رنج واکنش نشان داد.

در ادامه‌ی تحلیلی موفقیت‌آمیز که بر رقابت ادیبی بیمار با مادرش نسبت به علاقه‌ی پدر تمرکز داشت، بیمار همسر خود را در یک مراسم رقص ملاقات کرده و یک ماه بعد ازدواج کردند. گرچه بیمار به دیدگاه جدی همسرش نسبت به زندگی و ایده‌آل‌های والای او احترام می‌گذشت رابطه‌ی آن‌ها تحت تاثیر عدم توانایی بیمار در برقراری دسترسی عاطفی قرار گرفت، می‌توان گفت بیمار به خودش اجازه نمی‌داد بوسیله‌ی همسرش شاد شود بدین ترتیب مانعی برای رابطه‌ی رمانتیک آن‌ها ایجاد می‌شد. این دشواری به کودکان وی نیز سرایت پیدا کرد تا جایی که نتوانسته بود از تجارب خود با آن‌ها لذت برده و محبت مادرانه‌ی وی بیشتر از سر وظیفه می‌نمود. همانطور که گفته شد تعادل وی از تحلیل اولیه ناشی می‌شد که با مرگ پدرش متوقف شده بود. اگرچه پدرش را بعد از مرگ مادر چندان زیاد ملاقات نمی‌کرد اما مرگ او احساس تنهایی غیرقابل تحملی به بیمار منتقل کرد. همانطور که بعدها دریافتیم مرگ پدر باعث شد بیمار کورسوی امید خود برای رفع و شناسایی نیازهای کودکی خود را نیز از دست بدهد.

### تحلیل

تحلیل با بیان این ترس از سوی بیمار آغاز شد که نمی‌توانست به من اجازه دهد وارد زندگی روانی او شده و باور داشت شبیه احساس وی در ابتدای تحلیل اولیه است. وی اضافه کرد که نه تنها رفتار او بلکه صدایش دقیقا به همان شکلی است که در دوره‌ی درمان پیشین داشته است. از دید من این بیمار بسیار به حرکات بدن من واکنشی همراه با اضطراب بالا نشان می‌داد. در واقع تحریک‌پذیری وی در طول سال‌های اولیه‌ی تحلیل گاهی چنان شدید می‌شد که در جلسات دچار رعشه می‌شد. من سریعاً دریافتیم که تکلیف ابتدایی من این است که محیط را امن کرده و هیچ کنترلی از سمت خودم نشان ندهم. بدین معنا که مداخلات آشکار خودم را به حداقل رساندم.

کم‌کم روش ساختاربندی زندگی او، که به صورت خلاصه ذکر شد، آشکار گشت: چطور کاری می‌کرد که هر کسی از لحاظ عاطفی از او فاصله گرفته و چطور احساس پوچی و تنهایی می‌کرد و در نتیجه نمی‌توانست بدون وحشت در دسترسی عاطفی دیگران قرار گیرد. این الگوی تدافعی در مرحله‌ی اولیه‌ی تحلیل مجدداً ظهور کرد: اظهارات وی در مورد تنهایی دفاعی در برابر میل او به آغاز رابطه‌ی نزدیک بود. این دفاع به صورت گفتاری به شکل متهم ساختن

من به بی تفاوتی و نیز رد کردن نظرات تفسیری من، و به صورت غیرگفتاری به شکل تمایل وی به دیررسیدن و زود رفتن خود را نشان می داد.

در این برهه از درمان سابقه‌ی محرومیت‌های کودکی وی را مرور نکرده و بنابراین به ترس کنونی وی پرداختیم. البته با نگاه به گذشته می توان این اضطراب‌های اولیه را به عنوان جزئی از رابطه‌ی خویش-ابژه‌ی خویش قدیمی درک کرد که بیمار تلاش دارد در تحلیل مجدداً به کار گیرد، می توانیم کار تحلیلی زمان را با مرحله‌ی «پویش» درمان ببینیم. بدین معنا که بیمار تحلیل خود را با انتقال دفاع ابژه‌ی خویش برای حفظ حالت یخ‌زده‌ی خویش آغاز کرد، این تکلیف مرحله‌ی «پویش» است که این انتقال را به وسیله‌ی تفسیر روشن‌سازی کند. در طی سال دوم درمان انتقال دفاع ابژه‌ی خویش آشکارتر شده و همچنان نسبت به کشف نیاز وی به ایجاد موانع در تحلیل مقاومت نشان می داد. بعد از ارائه‌ی تفاسیر از ابرازات وی درباره‌ی تنهایی از سوی وی رد می شد.

در پایان سال دوم نهایتاً به این مداخلات و فضای تحلیلی واکنش نشان داده و تجربه‌ی کودکی خود با مادرش را با من در میان گذاشت. در این برهه بود که ترس وی از ترک شدن و زندانی شدن در گهواره برای ما روشن شد. الگوی مداوم وی از محافظت از خود از طریق تنهایی از بین رفته و گلایه‌های مکرر وی از بی تفاوتی من در کنار آرزوی آرامش و حمایت بیشتر از سوی من ابراز می شد.

با ورود به سال سوم تحلیل انتقال دفاع ابژه‌ی خویش بیمار جای خود را به انتقال ابژه‌ی خویش نوعی ایده‌آل داد. در طی چهار سال بعد، توالی تحلیل سرخوردگی‌های بهینه باعث شد درونی‌سازی‌هایی صورت گرفته و بیمار به ساختارهای جدیدی از خویش دست پیدا کند که به او در آرامش‌بخشی به خویش کمک می کرد. مانند هر تحلیل دیگر این دستاوردها با رفتار مجدد انتقال ابژه‌ی خویش درمانگر به سمت حالت تدافعی پیشین متوقف می شد که در طی آن من به شکل فردی غیرقابل اعتماد در می آمدم که قصد دارم او را در گهواره‌ای زندانی کنم. در این برهه‌ی زمانی از درمان فرایند «پویش» با اصلاح بیمار از طریق تفاسیر فعال‌سازی می شد.

این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی