

مهم ترین گزارش های آموزشی

تاریخ روانکاوی

فروید، زیگموند، ۱۸۵۶ - ۱۹۳۹. **Freud, Sigmund**

مهم‌ترین گزارش‌های آموزشی تاریخ روانکاوی / زیگموند فروید؛ گردآوری و ترجمه سعید شجاع شفتی. - تهران: ققنوس، ۱۳۷۹.

ISBN: 978-964-311-216-5 ۳۰۳ ص.

فهرست‌نویسی براساس اطلاعات فیپا.

کتابنامه.

۱. روانکاوی. الف. شجاع شفتی، سعید، ۱۳۳۸ - ، مترجم. ب. عنوان.

م۹ ۴۸ ف/ ۱۷۳ BF ۱۵۰/۱۹۵۲

۱۳۷۸

کتابخانه ملی ایران ۷۸-۱۹۲۹۲ م

مهم‌ترین گزارش‌های آموزشی

تاریخ روانکاوی

دکتر زیگموند فروید

گردآوری و ترجمه: دکتر سعید شجاع شفتی



انتشارات ققنوس

تهران، خیابان انقلاب، خیابان شهدای ژاندارمری،

شماره ۱۱۱، تلفن ۴۰ ۸۶ ۴۰ ۶۶

* * *

دکتر زیگموند فروید

مهم‌ترین گزارش‌های آموزشی تاریخ روانکاوی

دکتر سعید شجاع شفتی

چاپ هفتم

۷۷۰ نسخه

۱۳۹۹

چاپ شمشاد

حق چاپ محفوظ است

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۳۱۱-۲۱۶-۵

978-964-311-216-5 ISBN:

www.qoqnoos.ir

Printed in Iran

تو مان

فهرست

پیشگفتار مترجم ۷

مقدمه ۹

گزارش اول: قطعه‌ای از تحلیل یک حالت هیستری (دُرا، ۱۹۰۵) ۵۷

۱. ملاحظات مقدماتی ۵۷

۲. نمونه بالینی ۶۵

۳. نخستین رؤیا ۱۰۵

۴. دومین رؤیا ۱۳۱

۵. پی‌نوشت ۱۴۷

گزارش دوم: روانکاوی یک مورد هراس (فوبی) در نزد پسرکی پنج ساله

(هانس کوچولو، ۱۹۰۹) ۱۵۷

۱. پیشگفتار ۱۵۷

۲. شرح حال و تحلیل مورد ۱۷۱

۳. بحث ۲۴۰

۴. پی‌نوشت (۱۹۲۲) ۲۷۵

گزارش سوم: شناخت روانی یک مورد همجنس‌خواهی در یک زن (۱۹۲۰) ۲۷۷

منابع ۳۰۳

پیشگفتار مترجم

در دو اثر قبلی خود^۱ چگونگی تکوین و تکامل اصول و شیوه اجرای روانکاوی کلاسیک را به تفصیل بیان کرده‌ام. اما مثال‌های عملی در خصوص چگونگی به کارگیری این تمهیدات موضوع بحث اثر فعلی به شمار می‌آید. مطالعه گزارش‌های بالینی بیمارانی که دکتر فروید، بنیانگذار روانکاوی کلاسیک، شخصاً آن‌ها را تحلیل کرده و به درمانشان پرداخته از ملزومات اجتناب‌ناپذیر هر کارآموز روانکاوی است. با توجه به این‌که روانکاوی کلاسیک، چه به تنهایی به عنوان بستر اندیشگی مستقل و پویا، و چه در مقام دروازه ورود به سایر شیوه‌های روان درمانی مشابه (روان درمانی روانکاوانه و انواع روان درمانی‌های کوتاه‌مدت) از اهمیت خاصی برخوردار است، از این رو، ژرف‌نگری در این باب برای چیره شدن بر نحوه اجرای تدابیر پیش‌گفته، درخور توجه خاصی است. در این اثر، سرگذشت سه بیمار به نام دُرا، هانس و یک دختر مجهول به تفصیل تشریح شده است. در این میان، سرگذشت هانس، در مقام نخستین کودکی که مورد روانکاوی (البته، غیرمستقیم) قرار گرفت، هسته اولیه روانکاوی کودکان را تشکیل داده است که بعدها به توسط آنافروید، دخترش، بسط و گسترش یافت. این سه گزارش بالینی به پیوست چهار گزارش دیگر که توسط فروید در کتاب مطالعاتی در باب هیستری (مطالعاتی بر روان‌شناسی فروید) ارائه شد (امی، لوسی، الیزابت، کاترینا) و سه گزارش بالینی دیگر (که در کتابی جداگانه منتشر خواهد شد) جمعاً ده مقاله معروف او را که در قالب گزارش‌های تفصیلی بالینی انتشار یافته، و برحسب تاریخ انتشارشان چگونگی تکوین شیوه‌های اجرایی روانکاوی کلاسیک را منعکس می‌کنند، یکی از منابع عمده آموزش و تعلیم روانکاوان را در تمام مراکز آموزشی و پژوهشی معتبر در

۱. شجاع شفتی، سعید، مطالعاتی بر روان‌شناسی فروید، ج ۱ و ۲، تهران، امیرکبیر، ۱۳۶۳ و ۱۳۷۶.

- شجاع شفتی، سعید، اصول روانکاوی بالینی، ج ۱، تهران، انتشارات ققنوس، ۱۳۷۷.

حوزه روانکاوی تشکیل می‌دهند. بقای سرگذشت‌های مکتوب در این اثر، در طول یک قرن اخیر، به یمن این اتفاق بوده است که به خاطر واقعی بودنشان، خواننده رنج‌ها و مصیبت‌های آنان را لمس کرده و در خود بسیاری وجوه اشتراک را با ایشان یافته و از این رو خود را نگران فرجامشان می‌یابد، عیناً همان‌گونه که نگران سرنوشت خویشند. به این ترتیب، این کتاب توأم با دو کتاب قبلی به همین قلم، کامل‌ترین مجموعه آموزش شیوه اجرای روانکاوی کلاسیک به زبان فارسی را، به استناد معتبرترین آثار موجود در جهان، در اختیار علاقه‌مندان به روانکاوی و سایر روان‌درمان‌های مشابه می‌گذارد که مایلند مفاهیم و مقولات مربوطه را به‌طور کامل درک کنند. همچنین اینجانب سعی کرده‌ام با افزودن فصل اولی در قالب یک مقدمه به ابتدای این کتاب، برخی پرسش‌های مطرح در زمینه‌های مختلف را که احساس می‌کنم در این حوزه پیش می‌آیند، پاسخ دهم و برای توضیح و فهماندن دستاوردهای این مقوله‌ها پایه محکمی را بنا کنم.

سرانجام، امیدوارم این مقوله که با انتشار اثر فعلی تکمیل می‌شود، در نیل به مقصود، که همانا کاستن از رنج‌های روحی و گذران زندگی توأم با آرامش و ارتقای سلامت روانی است، به کار همگان بیاید و آنان را یاری دهد.

مقدمه

الف) سخنی چند پیرامون روانکاوی

از عمر روانکاوی به مثابه یکی از شیوه‌های درمان در قلمرو روانپزشکی، و نیز چارچوبی نظری در حوزه فراخ علوم رفتاری حدود یک قرن می‌گذرد. ابداع روانکاوی را دومین انقلاب در علم روانپزشکی می‌دانند. نخستین انقلاب در این زمینه عبارت بود از مردود شمردن نظریهٔ تسخیر بیماران روانی از جانب ارواح شریر. سومین انقلاب روانپزشکی نیز که بعد از آن پیش آمد، متعاقب کشف داروهای ویژه درمان بیماری‌های روانی حادث شد و مشتمل بود بر سپردن درمان و مهار بیماران روانی به امکانات موجود در سطح اجتماع؛ به بیان دیگر، روانپزشکی جامعه‌نگر نقش انقلاب سوم را بازی می‌کند. روانکاوی یکی از تدابیر مؤثر و پویا به شمار می‌آید که فراخور حال جامعهٔ پرتلاطم امروزی است، و از روش سادهٔ پالایش روانی (کاتارسیس) تا تداعی آزاد افکار در زمان معاصر، همواره در جهت کاستن از فشارهای روزافزون عصبی نقش اساسی خود را ایفا کرده است. درمانگران بالینی همواره به آن نظر داشته‌اند و ورود خود را به عرصه در حدود یک قرن قبل، در پی ناکامی تمهیدات طبی آن زمان و حدود نیم قرن به عنوان تنها تدبیر مؤثر در زمینهٔ روان رنجوری و گاه روانپریشی (پسیکوز) مدیون آن می‌دانند. و اکنون نیز در کنار سایر شیوه‌های درمان، از جمله مصرف دارو، به همان سیاق به راه خود ادامه می‌دهند. در بستر تاریخ کهن این مرز و بوم نیز، شاید بتوان از ابن سینا و زکریای رازی، چونان نخستین طبیبان ایرانی که از روان‌درمانی باگرایش دینامیکی (روان پویایی) در امر درمان بیماران خود سود می‌جسته‌اند (البته به سیاق خاص خود) یاد کرد. بقراط نیز در روند درمان پردیکاس، پادشاه مقدونی، به شیوهٔ یادشده در بالا اقدام کرد و در چارچوب حوزه‌ای که امروزه طب روان‌تنی

(پسیکوسوماتیک) خوانده می‌شود، بین هیجان و عشق از یک سو، و امراض جسمانی از سوی دیگر، رابطه‌ای مستحکم قائل شد.

روش‌های تحلیلی (روانکاوی و سایر روش‌های مشابه) در بسیاری نقاط جهان به مثابه روش برتر درمان از سوی درمانگران به اجرا درمی‌آید. مقولات عمده‌ای را که در روانکاوی به استناد تجارب و دستاوردهای قبلی به صورت محور قابل اتکایند، به اجمال در زیر برمی‌شمریم:

۱. ذهن‌گرایی^۱. پدیده روانی را به صورت موضوع مورد بحث و حائز اهمیت در درک دنیای تجارب درونی تلقی می‌کند. و در درک فرایندهای روانی و روابط، بین آن‌ها و چگونگی پیدایش این پدیده‌ها از تجربه‌های قبلی و تغییر صورتشان در طی فرایند تکامل، و ایجاد رفتار تطبیقی یا غیرتطبیقی و دگرگونی واکنش به روابط مفهوم انسانی تکیه دارد.

۲. علیت‌گرایی روانی^۲. یعنی، تمام رویدادهای روانی را می‌توان در چارچوب وقایع روانی قبلی درک و توجیه کرد، نه به عنوان پدیده‌ای ثانویه نسبت به واکنش‌های مغزی (پدیده همانند^۳). فرایند علیت‌گرایی غالباً به طور ناخودآگاه پیش می‌آید. این فرایند را جبر روانی نیز می‌گویند.

۳. دینامیک روانی^۴. بر پایه مباحثات مربوط به کشمکش‌ها، انگیزه‌ها، و نیروهای روانی، و تقسیم‌بندی، منشأ، تکوین، انعطاف‌پذیری، و محتوای اساسی آن‌ها (جنسیت، پرخاشگری، تسلط، کنجکاوی، ارضاء خویشتن و مقولاتی از این دست) استوار است. بنا به نظر فروید، انگیزه‌ها در انسان منشأ زیستی (بیولوژیکی) دارند و در طی فرایندی ازپیش تعیین شده آشکار می‌شوند. صاحب‌نظران دیگر نیز به اثر عوامل اجتماعی و فرهنگی در این امر تأکید می‌ورزند.

منظور از دینامیسم، پویایی و عملکرد مستقل و مرتبط ساختارهای روانی و ایده‌ها و انگیزه‌ها در حدوث وقایع روانی (مثل هذیان‌ها یا اندیشه‌های وسواسی و مانند آن‌ها) است و مفهوم انرژی روانی بر هیجان‌آلود بودن افکار و انگیزه‌ها دلالت دارد.

۴. ناخودآگاه^۵. به خصوص در باب حافظه، خاطرات، و آرزوها و هراس‌هایی که زندگی ما را شکل می‌دهند، و نیز تکوین علائم روان رنجوری و صفات شخصیتی تأثیر تعیین‌کننده خود را بر جای می‌گذارند. در خصوص فعالیت‌های روانی کاملاً شبیه به کردارهای

1. Mentalism

2. Psychic Detelminism

3. epiphenomenon

4. Mental Dynamics

5. Unconscious

خودآگاه، اما برخوردار از انگیزه ناخودآگاه، مانند بیماری‌های تجزیه‌ای و شبه جسمانی و ساختگی، نمادها و خلاقیت‌های هنری، رؤیاهای هنگام خواب، مطایبه‌ها و شوخی‌ها، افسانه‌های اساطیری، لغزش‌های کلامی و مانند آن‌ها، مشاهداتی وجود دارند.

۵. واپس‌رانی و دفاع^۱. نظر به این که نیروهای دینامیکی (پویای) ناخودآگاه در صورت خودآگاه بودن، رنج روحی به بار می‌آورد لذا اینان به کار می‌آیند؛ سابقاً آگاهی از انگیزه‌های ناخودآگاه و امروزه شناسایی نوع دفاع و کاهش توان این کیفیات مورد نظر قرار دارد.

۶. حال و گذشته. خواست‌ها و هراس‌های دوران کودکی، مقوله‌های اساسی زندگی روحی ناخودآگاه را تشکیل می‌دهند.

۷. میل جنسی دوره کودکی^۲. در صورتی که در بستر ناهنجاری طی شود، می‌تواند مبنای دشواری‌های بزرگسالی قرار گیرد.

۸. ساخت ذهنی^۳. برخی حالت‌های فعالیت روانی در خلال دوره‌های طولانی زمان ثابتند و معنای ساختار مناسب همین فعالیت‌هاست؛ از آن جمله می‌توان میل جنسی، پرخاشگری، دفاع، نهاد^۴، خود (من)^۵، من برتر، (فرامن)^۶ را نام برد. به آن گاهی سازماندهی روانی هم می‌گویند.

۹. کارکرد انطباقی رفتار^۷. حتی رفتارهای بیمارگونه نیز بر پایه‌ای ناخودآگاه، در جهت انطباق بیمار با جهان خارج یا درون متلاطم خودش، حادث می‌شوند. تشخیص‌های پزشکی بر مرز، بین سلامت و آسیب‌شناسی متمرکزند. ولی تدوین و ساماندهی روان‌پویایی بر امتدادها و تشابهات تمرکز یافته‌اند.

۱۰. تعارض و مصالحه^۸. این دو رفتار، به ترتیب، به حدوث علامت بیماری روانی و ویژگی‌های شخصیتی منجر می‌شوند. این کیفیات در ارتباط با مقولات پویای همسو و ناهمسو قرار می‌گیرند و در عین سپردن انگیزه‌های پریشان‌ساز به ناخودآگاهی، به ارضای سنی و نمادین امیال و انطباق با هراس‌های درونی می‌پردازد که در صورت همسویی با خویشتن از جمله صفات شخصیتی، و در صورت بیگانگی از خود، به صورت علامت بیماری بروز می‌کند.

1. Repression xdefense

2. infantile

3. Mental Structure

4. Id.

5. Ego.

6. Super ego

7. Adaptive Function of behavior

8. Conflict and compromise

۱۱. غریزه^۱. در روانکاوی کلاسیک، انسان موجودی غریزی انگاشته می‌شود. اگر بخواهیم غریزه را در این چارچوب تعریف کنیم، می‌توانیم آن را نوعی واکنش ساختاری و نسبتاً پیچیده بدانیم که از خصوصیات موجودات از نوعی ویژه به شمار می‌آید و در راستای تکامل نژادی با محیط خاصی سازگار شده است. غریزه دارای یک منبع، یک مفعول (وسیله)، و یک هدف است. منظور از منبع عبارت است از حالت تهییج درون بدن، و هدفش نیز رفع آن تهییج است. در این حد فاصل غریزه با بروز روانی خود فعال می‌شود. همچنین، می‌توان آن را برآیندی مشخص از انرژی قلمداد کرد که راهش را در مسیر معینی طی می‌کند. به اعتقاد فروید، غریزه نیازی اولیه است که نه می‌توان آن را حذف کرد و نه مشکلات ناشی از آن را حل کرد. مثلاً حسادت می‌تواند به عشق یا نفرت ختم شود و از این رو نه غریزه، بلکه یک عامل یا وسیله‌ای در اختیار غریزه است. از دید فروید، دو غریزه اصلی و زیربنایی در آدمی وجود دارد که عبارتند از غریزه زندگی^۲ و غریزه مرگ^۳.

امروزه در روان‌شناسی متکی بر روانکاوی، معمولاً اصطلاح سائق^۴ را بر غریزه ترجیح می‌دانند. غریزه عبارت است از استعداد یا الزامی ذاتی برای واکنش قالبی به مجموعه تحرکاتی خاص. این واکنش عبارت است از واکنشی خودبخود در سطحی پایین‌تر (مانند بازتاب^۵). برخلاف غریزه، واکنش به سائق خودبخودی نیست بلکه نیازمند عملکرد ساختار من (خود) و متکی بر یادگیری و کسب تجربه است.

در علم رفتارشناسی حیوانات، غریزه، سیستم ذاتی هماهنگی است که از یک سائق درونی ناشی می‌شود و به عنوان استعداد به انجام عملی ویژه، تا زمان رها شدنش انباشته می‌شود، و یک یا چند سازوکار آزادکننده ذاتی وجود دارد که استعداد عمل به کردار ویژه پیش گفته را رها و عمل غریزی یا حالت عملکرد قالبی را پدید می‌آورد. این عملکرد ویژه، مخصوص به هر نوع موجود، و یکنواخت و ثابت است؛ هرچند که (بنابر ارتقای تکامل نژادی موجودات) برخی حلقه‌های عمل غریزی از طریق یادگیری در معرض تعدیلند. این نوع یادگیری را می‌توان جانشین غریزه تلقی کرد (پدیده همبستگی غریزه - آموزش). در نزد

1. instinct

2. eros

3. thanatos

۴. Drive: حالتی یا انگیزه ناگهانی مبتنی بر نیازهای جسمی که حرکت اختیاری را برای کسب سیری و ارضاء هدایت می‌کند و در روان‌شناسی روانکاوانه کلاسیک دو تمایل جنسی (یا عشقی) و تهاجمی (یا تخریبی) وجود دارد و در عین حال به واکنش موجود زنده اشاره نمی‌کند، بلکه به جای آن بر حالت تحریک دستگاه عصبی مرکزی تأکید دارد.

5. reflex

انسان رفتاری غریزی که به نحوی بدوی و در مسیر ژنتیکی تعیین شده است، از طریق رفتار اکتسابی، انعطاف‌پذیر و هدفمند تطبیقی، یعنی به واسطه خود (من) جایگزین می‌شود. دو غریزه پیش گفته، نیروهای پایدار روانی‌اند که از وجود خود موجود زنده تراوش می‌شدند. سرچشمه آن‌ها در بدن و بازتابنده نیازهای بیولوژیکی جسمند. نیاز ناشی از فرایندهای جسمانی است که از طریق روان برای تأمین انواع ویژه تخلیه حرکتی در جهت تسکین فشار برانگیخته شده در منبع اولیه عمل می‌کنند. ارضای موفقیت‌آمیز نیازهای غریزه، فقط از طریق تماس با جهان خارج صورت می‌گیرد.

نخستین غریزه، یعنی اروس (زندگی)، هدفی سازنده دارد که عبارت است از حفظ حیات و از سه بروز اولیه برخوردار است: الف) انگیزه‌های مهارنشده جسمانی یا ارضاء کننده عضوی؛ ب) انگیزه‌های تصعید یافته ناشی از غریزه اولی؛ ج) انگیزه‌های خویشنداری در جهت محفوظ نگه داشتن جسم و روان. در این فرایند، اصطلاح لیبیدو^۱ (زیست مایه) از نظر تکنیکی و خام در خصوص رشد و تحولات غریزه جنسی (الف) سخن می‌گوید، ولی فرضیه لیبیدو غالباً به معنی تمام فرضیه‌های روانکاوی در خصوص غرایز در انسان است. دومین غریزه، یعنی غریزه مرگ (تخریبی یا تهاجمی) که هدفش برقراری مجدد حالتی از امور است که بر اثر ظهور حیات مختل شود و تشکیل می‌شود از: الف) انگیزه سیر قهقرای به ساختار اولیه شخصیت؛ ب) انگیزه آسیب یا تخریب خود شخص؛ ج) انگیزه‌های با هدف نوع ب در خصوص غیر از خود.

البته، فروید تأکید می‌کند که غریزه مرگ عیناً به این صورت در ناخودآگاه وجود ندارد، بلکه به صورت کاملاً انفعالی در خصوص آنچه که موجود به سمتش گام برمی‌دارد، بروز می‌کند. فرایند حیات ماحصل تعارض و سازش بین این دو غریزه اصلی به شمار می‌آید. ضمناً، هدف هر غریزه باید از موضوع آن متمایز شود. آب موضوع (مصدق) ویژه تشنگی است، حال آن‌که هدف تشنگی از طریق آشامیدن و جذب آب از بافت‌ها، یعنی، ناپدید شدن حالت نامطلوب تشنگی ارضا می‌شود. فرایند ارضای اهداف غریزی در خودآگاهی، از طریق احساس لذت بروز می‌کند، بنابراین صرف‌نظر از وسیله، هدف غریزه برقراری مجدد حالت تعادل نسبتاً کامل موجود زنده است که قبل از تحریک آن غریزه، از طریق محرک داخلی یا خارجی، وجود داشته است.

حالت تحریک غریزی در هر موجود زنده، عبارت است از حالت فشاری نامطلوب که موجود را در مسیر یافتن و بهره‌گیری از وسایل مناسب برای رفع فشار برانگیخته (یا عدم رضایت) از طریق ارضای آن‌ها، ترغیب می‌کند.

در روانکاوی، اصطلاح انگیزه‌آنی یا تکانه^۱ (محركی از جهان عینی یا بدن یا جزء خودآگاه یا ناخودآگاه ذهن که موجود را به طور ناگهانی به حرکت وامی‌دارد)، معادل غریزه است. گاه از اصطلاح محرک یا انگیزش^۲ نیز به معنی انرژی و یا نیرویی یاد می‌کنند که موجود را در جهت کاوش یک هدف یا ارضای یک نیاز به پیش می‌راند. فروید در توضیح غریزه مرگ، این نکته را برمی‌شمرد که همه فرایندهای روانی در معرض اصل رنج - لذت (ناخوشی - خوشی) قرار ندارند و اصلی قدیمی‌تر به نام اصل اجبار - تکرار وجود دارد که هدفش اعاده وضعیت قبلی ثبات و تعادل در هنگامی است که محرک مزاحم از طریق اصل رنج - لذت در حد کافی حل و فصل نشود (یعنی حالت رنج با بهره‌گیری از تدابیر موجود به شادمانی مبدل نشود). اصل اجبار - تکرار برای اعاده نهایی وضعیت با ثبات ولی بی‌جان موجود وارد عمل می‌شود، و از این روست که به آن غریزه مرگ گفتند و بازتابش بر موضوع‌های جهان خارج، غریزه تهاجم را تشکیل می‌دهد. بروز جسمی غریزه مرگ در خود شخص به صورت آزارطلبی (مازوخیسم)^۳ و در جهان خارج به صورت آزارگری (سادیسم)^۴ جلوه می‌کند. تا قبل از ۱۹۲۰، فروید کل ابرازهای غریزی را بخشی از غریزه جنسی تلقی می‌کرد، ولی از آن به بعد نظریه دوگانه بالا را پذیرفت. برخی از روانکاوان معتقدند که تخریب نه یک غریزه بلکه نوعی ابراز اشتباه یا ناهمگون برای زنده ماندن و زندگی کردن است و تنها هدفش کاهش تحریک فیزیولوژیک یا عدم تعادل و حفظ فشار مقبول، یعنی زندگی، است.

حالا خوب است تعریف جامعی از اصطلاح روانکاوی نیز ارائه دهیم:

روانکاوی^۵ عبارت است از تفکیک یا تجزیه روان به عناصر تشکیل دهنده‌اش. این اصطلاح حاوی سه معنی جداگانه است: (۱) روشی که زیگموند فروید برای کاوش فرایندهای روانی از طریق تداعی آزاد افکار و تعبیر رویا و تفسیر مقاومت و انتقال ابداع کرد؛ (۲) فرضیه‌ای روان‌شناختی که براساس تجربیات بالینی او در خصوص بیماران هیستریک بنا نهاده شد؛ (۳) نوعی درمان روانپزشکی که فروید بر پایه روش روانکاوی، به معنای (الف)،

1. Limpulse

2. motivation

3. masochism

4. sadism

5 Psycho analysis

ابداع کرد و بر شالوده روان‌شناسی روانکاوانه استوار شده است. در این مفهوم اخیر، روانکاوی عبارت است از اقدام به ترجمه (تعبیر) گفتار و بیان بیمار، مطابق با قواعدی در خصوص معانی، انگیزه‌ها و ساختارهای افکار. فروید محورهای اصلی نظریه روانکاوی را پذیرش فرایندهای روانی ناخودآگاه، به رسمیت شناختن مقاومت و واپس‌رانی، تأیید اهمیت میل جنسی (و تهاجم) و عقده اودیپ تلقی می‌کند.

ب) مکاتب روانکاوی

روانکاوی، در چارچوب نظری، در طی سالیان فراز و نشیب‌هایی پیموده است. گذشته از روانکاوی کلاسیک، که براساس مدل سائق-دفاع-تعارض^۱ استوار و بر غرایز نهاد و ارضاء یا عدم ارضاء، بیش از حد آن‌ها، به عنوان مبنای آسیب شناختی روانی تکیه دارد، دیدگاه‌های دیگری نیز از جانب عده‌ای از روانکاوان مطرح و از آنان در طی فرایند روان‌درمانی به عنوان نقطه کاوش و تمرکز بهره گرفته می‌شود که مهم‌ترینشان از این قرارند: ۱. روان‌شناسی من (خود)^۲:

نخستین بار آنا فروید تأکید اصلی را از غرایز واقع در نهاد (اید) به خود (ایگو) و مکانیزم‌های دفاعی به کار گرفته شده در آن، در جهت کنترل غرایز معطوف کرد. هارتمن (۱۹۵۲) که او را بنیانگذار مکتب روان‌شناسی من در آمریکا می‌شناسند، بر تطبیق من (خود)، جهان خارج و روابط اساسی موجود با مفعول‌های واقع در جهان خارج تأکید ورزید و در این امر بر حفظ تصور ذهنی از مفعول غایب^۳ و پایداری رابطه با مفعول (یعنی موجود غیر از خود) در انتهای سال دوم اشاره کرد. زمان و چگونگی حدوث این روابط به یکی از سه طریق امکان‌پذیر می‌شود: (الف) خودانگیزی جنسی^۴ که در این مرحله بین خود و غیر خود فرقی قائل نیست؛ (ب) خود شیفتگی^۵ که دیگران را نیز بسط و امتداد خودش تلقی می‌کند؛ و (ج) از همان ابتدا روابط با مفعول (غیر از خود)^۶ بر مبنایی غریزی که از جانب ملانی کلاین مطرح شد و اگرچه کوت و فیربرن و وینکات نیز در این نظر با او هم‌رأی هستند، لکن این سه به جای غرایز، بر رابطه بین طفل و مراقب تأکید دارند. مورد اخیر، خود

1. Drive-Defense-Conflict 2. Ego Psychology

۳. object permanence: حفظ یک رابطه درونی با غیر از خود (یعنی اصطلاحاً مفعول) به توسط ایجاد یک خاطره و تصویر درونی از آن. - م.

4. autoerotism

5. narcissism

6. object-related

در قالب مکتبی جداگانه به شرح زیر مطرح شد. این عقیده جاری است که افزایش محافظه‌کاری سیاسی و فرهنگی بعد از جنگ جهانی دوم به نمو روان‌شناسی ایگو که بر کنترل‌های درونی بر تهاجم و میل جنسی تأکید و سعی در تنظیم روانکاوی داشت منجر شد. ۲. نظریه روابط با مفعول (غیرخود):^۱

بر چگونگی تجربه جهان خارج و مفعول‌هایش از جانب طفل و بچه قبل از مرحله اودیپ و سازماندهی آنان، و تشکیل روابط با دیگران و اثرش بر ساختار روانی کودک تأکید می‌ورزد. از مکانیزم‌های مطرح در این خصوص، می‌توان از درونی‌سازی (فرایند ساخت دنیای درونی از طریق همانند سازی، درون فکنی و یکی شدن با غیر خود)^۲ و تعمیم روابط درونی به جهان خارج (برونی کردن)^۳ و درون فکنی^۴ (حفظ یک تصویر درونی از یک موضوع خارجی)، فرافکنی^۵، جدایی^۶، دلبستگی^۷، انشقاق^۸ و تبدیل یاد کرد. این دیدگاه در حوزه آسیب‌شناسی از یک مدل نقص ارتباطی پیروی می‌کند. این دیدگاه شبیه آرای فروید و آبراهام در خصوص سوگواری (درونی‌سازی موضوع از دست رفته و همانند سازی بعدی با آن) است که به تغییر در خود یا هویت خود فرد می‌انجامد.

ملانی کلاین بر این تغییرات درونی، به عنوان آینه روابط با مفعول تأکید کرد و این گونه نتیجه گرفت که کودک از آغاز حیاتش به یک مفعول (مشخصاً مادر) مرتبط است، و معرف اصلی طفل حفظ استمرار یک رابطه مطلوب، علیرغم احساسات متناقض نفرت، حسادت و طمع، است. بیماری زمانی عود می‌کند که درونی ساختن مفعول به نحوی ناکامل صورت گرفته، یا زمانی که اشتقاق مفعول‌ها (به کاملاً خوب یا کاملاً بد) همچنان حفظ می‌شود و بنابراین، نمی‌توانند در هم ادغام و کامل شوند. برخی همفکران کلاین مثل گانتریپ از فرضیه غریزه کاملاً دست کشیدند، حال آن‌که سایرین غریزه را نسبت به روابط با مفعول در مقامی ثانویه تلقی کردند.

به همین ترتیب، مکتب روان‌شناسی خویشتن نیز از اهمیت غرایز کاست و یا کلاً منکر وجودشان شد، و رابطه مادر، والدین و مفعول را نقطه مرکزی فرضیه رشد تلقی کرد. کوت و همفکرانش توجه خود را بر انفعال طفل و بر چگونگی رشد خویشتن او که بر اثر نقص یا تغییر شکل واکنش عاطفی مادر آسیب می‌بیند، متمرکز می‌کنند.

1. Object Relations theory

2. internalization

3. externalization

4. introjection

5. projection

6. separation

7. attachment

8. transmutation

ملانی کلاین نخستین هوادار فرضیه روابط با مفعول بود. مدل بسیار ساختار یافته دنیای تخیلات درونی که متضمن حسادت، حرص، همانندسازی برون فکنانه و درون فکنی بود، مکتب بالا را در انگلستان شالوده ریخت. موارد زیر را می توان از جمله فرضیه های او برشمرد.

(الف) آغاز تشکیل فراخود و مثلث اودیبی در اوایل کودکی.

(ب) غریزه مرگ نخستین مشکل حیات است و درون فکنی و برون فکنی از عناصر اساسی در حراست از کودک در مقابل آن به شمار می آیند.

(ج) خوی حسادت (غریزی) که درصدد تصاحب و تخریب پستان خوب مورد حسادت (یعنی مادر) است، از غریزه مرگ (تهاجم) ناشی می شود.

(د) مراحل اساسی و بحرانی در طی رشد عبارتند از موقعیت بدوی پارانویایی - اسکیزوئید^۱، که با انشقاق و همانندسازی برون فکنانه^۲ توأم است.

مرحله بعدی، وضعیت افسرده ساز^۳ است که در خلال آن توانایی درونی سازی تمام مفعول ها بسط پیدا می کند. از نظریه کلاین، پس از مرگش، برداشت های گوناگونی ارائه شد که از همه متداول تر و شایع تر نظریه تعدیل یافته کونبرگ است. در نزد این شخص نخستین واحد ساختار روانی یک تصور درونی از خود است که با تصویری درونی از دیگری (مفعول) به واسطه حدوث یک حالت احساسی و هیجانی خاص، مرتبط است. این واحد اساسی ساخته و پرداخته شده از درون، مشتمل بر غرایز جنسی و تهاجمی است. روابط درونی با مفعول ماحصل روابط حقیقی و خیالی گذشته با مفعول و دفاع از خود در مقابل آنان است. بنابر برخی آرا، کوچک شدن ابعاد خانواده ها در نیمه دوم قرن بیستم و افزایش بحران های هیجانی و عاطفی در چنین خانواده هایی، از جمله خانواده های تک والدین (پس از طلاق) و لزوماً افزایش نقش مادر در تربیت فرزندان به تنهایی به رشد این شیوه تفکر کمک کرد.

۳. روان شناسی خویشتن^۴

منشأ این مکتب در مطالعات هاینز کوت در خصوص اختلالات شخصیتی خودشیفتگی^۵ نهفته است که با رشد مفهوم خود - دیگری (تصور درونی از فرد دیگری همچون والدین، یا موضوع بی جان یا مانند آنها، که نه به عنوان یک فرد مستقل و مجزا، بلکه به مثابه یک بسط

1. paraniod-schizoid

2. Projective Identification

3. Depressive position

4. Self-Psychology

5. Narcissism

و استمرار از جانب خود تلقی می‌شود) و به انتقال ناشی از آن مرتبط است. این مکتب از ساختار ویژه‌ای برخوردار است که در آن، خویشتن (خود) به عنوان وزنۀ تعادل در بین سه مقولۀ آینه‌سازی (واکنش مثبت والدین به فرزند که در وی بها دادن به خویش و افزایش اعتماد به نفس به وجود می‌آورد)^۱، آرمان‌سازی (منسوب کردن صفات مثبت به دیگری (به‌خصوص والدین) یا خود که با ایجاد نزدیکی و احساس صمیمیت احساس آرامش می‌کند که در نهایت به پدیداری اهداف واقع‌گرایانه منجر می‌شود)^۲ و از نیازهای ثنویت (نیاز به این احساس که فرد شبیه سایر افراد است. و آن فرد مشابه همزاد تلقی می‌شود و در طی رشد این کیفیت به احساس تعلق داشتن می‌انجامد)^۳ برخوردار است. آسیب روانی زمانی رخ می‌دهد که خویشتن کودک در ارتباط با حداقل دو مقولۀ از سه مقولۀ پیش گفته دچار اشکال شود.

ج) روانکاوی و منتقدین آن

در سال ۱۹۷۵، سرپیتر مداوار، دانشمند انگلیسی، برنده‌ی جایزه‌ی نوبل ۱۹۶۰ رشته‌ی پزشکی و فیزیولوژی، طی مصاحبه‌ای اعلام کرد که فرضیه‌های روانکاوی بزرگ‌ترین حقه‌بازی ذهنی در قرن بیستم، همچون ادعای وجود دایناسور در عصر جدید، بوده است. فردریک کروینز که از منتقدان برجستۀ این علم به حساب می‌آمد، از عقاید روانکاوانه‌اش دست کشید و اظهار داشت که نه تنها ادعاهای روانکاوی، بلکه هوش و ذکاوت علمی فروید نیز افسانه‌ای بیش نبوده است.

در حال حاضر پرسش‌هایی اساسی که هم از نظر خود روانکاوان از اهمیت برخوردارند و نیز از جانب منتقدان بر آن‌ها تأکید می‌شود، به این قرارند:

۱. بر پایه‌ی چه معیارهایی روانکاوی علم تلقی می‌شود؟
۲. نظریه‌های فروید در خصوص جنسیت و میل جنسی تا چه اندازه‌ای معتبرند؟
۳. کدام نشانه‌هایی به نفع تعبیرهای روانکاوی گواهی می‌دهند؟
۴. آیا تجربه و آزمایش این تعبیرها را تأیید و تصدیق می‌کنند؟
۵. آیا روش واحد تبیین شده‌ای در دست هست که گزارش‌های بالینی بر پایه‌ی آن استوار شده باشد؟

۶. آیا فرضیه‌های مربوط به روان کودکان نباید براساس مشاهدات مستقیم آنان، و نه بر پایه اطلاعات مربوط به گذشته حاصل از روانکاوی بالغان، متکی باشد؟

۷. هرگاه قرار بود درمانگران متفاوتی یک بیمار را واریسی و معاینه کنند، کیفیت کار به کجا می‌کشید؟

۸. معضل تلقین از جانب روانکاو یا بیمار آشنا با فرضیه‌های روانکاوی، اعتبار روانکاوی را تا چه میزانی با دشواری مواجه کرده است؟

همراه با دگرگون شدن تعریف علمی بودن در گستره تجربه‌های طبی، و نیاز به وجود گروه کنترل (شاهد) و مطالعات دوسو کور، مطالعات مبتنی بر یک مورد واحد از جانب یک درمانگر واحد، که اساس روانکاوی را تشکیل می‌دهد، مورد سؤال قرار گرفت؛ اما باید گفت که فراهم آوردن گروه کنترل از میان بیماران بدون اخذ درمان برای فرایندی به طول مدت دراز روانکاوی، احتمالاً ناممکن است. افزون بر این‌ها، مطالعات کنترل شده، بیش‌تر با تجویز دارو و یا روش‌های اختصاصی سازگار است، و نه برای بیمارانی با مشکلات فردی پیچیده که برای روان درمانی مراجعه می‌کنند.

ظهور روانکاوی در اواخر قرن نوزدهم پیامد ناتوانی و عجز روش‌های طبی مرسوم در آن روزگار بود. برخی از نخستین نشانه‌های بیماری‌های درمان شده از جانب روانکاوی از جمله نشانه‌های تنی (جسمی)^۱ محسوب می‌شدند (مانند، فلج‌های هیستریایی)^۲ و بعدها به سایر نشانه‌های مشخصاً روانی، چون وسواس، فوبی (هراس)^۳، و سرانجام بیماری‌های روان - تنی و دشواری‌های شخصیتی گسترش یافت.

از سوی دیگر، افزایش قابلیت درمان برخی نشانه‌ها یا بیماری‌ها به کمک دارو و تدابیر طبی، به کمرنگ شدن باور به توانایی تأثیر روانکاوی کمک کرد. ولی مناسبات مابین ذهن و جسم ظریف‌تر و پیچیده‌تر از چیزی است که علم طب امروزی، ما را در چارچوب آن محدود می‌کند.

بی‌گمان برای درمان بیماری‌های روان - تنی و نشانه‌های روان پریشی (پسیکوز)، داروها مؤثرترند، لکن مشکلات روانی و احساسی - هیجانی تسکین‌ناپذیر و رو به وخامتی که برای آن‌ها روان درمانی و روانکاوی می‌تواند مناسب‌تر از روش‌های طبی باشد، مقوله‌هایی دائمی و پای برجا به شمار می‌آیند. از روش‌های درمان جسمی (همچون مصرف دارو و مانند آن)

برای درمان افرادی که معضل آنان برپایه روابط انسانی، شوربختی‌ها، احساس حقارت ناشی از ناتوانی در حفظ روابط با محیط علیرغم تمایلشان، حفظ رفتار مبتنی بر تحقیر خویشتن، عدم توانایی در حفظ بهره‌وری شغلی، یا شکست و ناکامی به دلایل غیرقابل فهم استوار است، چه کاری برمی‌آید؟ کدام داروست که آگاهی پدید می‌آورد یا خط سیر حیات را چنان می‌آزماید که با حصول آگاهی بر خویشتن خویش لگام زده شود و عملکرد مؤثرتری فراهم آید؟ آیا پای فشاری بر درمان صرفاً طبی و رفتارگرایانه بر استانداردهای عینی نتایج درمان در مورد بسیاری از این مشکلات معقول است؟ آیا احساسات بیماران و درمانگران آنان در خصوص نتیجه درمانشان بی‌ربط است، (همان‌گونه که برخی منتقدان روانکاوی چنین می‌پندارند!) آیا به‌راستی چنین است که یک نفر نمی‌تواند در خصوص اندوه یا شادمانی خودش به درستی داوری کند؟ یا این‌که درمانگر نمی‌تواند نتیجه درمان را ارزیابی کند؟ یا این‌که آیا بیمار و درمانگر در کنار هم نمی‌توانند در خصوص پیشرفت کار به داوری بنشینند؟ آزمون‌های روان‌شناختی در واقع به نحو فزاینده‌ای پخته می‌شوند و جا می‌افتند. اما، آیا این حالات بسیار پیچیده (شامل تغییرات جزئی در پیامد و رفتار) می‌توانند عیناً و به نحوی واقعاً معنی‌دار درجه‌بندی شوند؟ روان‌درمانی در چارچوب روابط انسانی، به حوزه آموزش و پرورش نزدیک‌تر است تا شیوه‌های طبی.

جزئی از مشکل فعلی روانکاوی ناشی از پای فشاری اجراکنندگان آن بر این موضوع است که آن هم علمی در چارچوب طب به شمار می‌آید. ولی چه نوع علمی است؟ روانکاوی، خیلی فراتر از طب صرف، یک هنر و فن متکی بر فرضیه ساختار یافته‌ای برای ارشاد و هدایت درمانگر در پیچاپیچ عبارت‌ها و زندگی بیمار است. فرضیه‌هایش خیلی بیش از این‌که شبیه به علوم تجربی باشند، به فرضیه‌های جامعه‌شناختی شباهت دارند، با این تفاوت که کاربرد جامعه‌شناسی در حوزه درمان بیماران نیست. توفیق‌های اولیه فرضیه روانکاوی نه تنها بر اشتیاق مجریان آن، بلکه بر همسویی بی‌نظیر نیازهای بیمار با ساختار فرضیه و سودمندی‌های درمانی روانکاوی متکی است. روانکاوی، همچون فرایندی افشاگر، که انگیزه‌های بالقوه موجود و معمولاً تهی شده‌ای را آشکار، و به عنوان یک واقعیت تصحیح‌کننده و بیانگر شفاهی و تشویق‌گر تعدیل آن‌ها، عمل کرده است. مهار زدن بر اضطراب، افسردگی و دشواری‌های عملکرد شخصی، به صورت معمولی‌ترین اهداف بیماران تحت روان‌درمانی باقی می‌ماند، و نه واپس زدن مشکلات، بلکه گفتگو پیرامون آن‌ها با فردی حرفه‌ای یا یک شخص محرم اسرار، به صورت روشی استاندارد و متعارف با

مشکلات تطبیق می‌کند و به صورت یکی از یادگارهای عمده به شمار می‌آید که از فروید (البته در شکل‌های گوناگون) به میراث مانده است.

جامعه‌شناسانی چون موریس جانوویتز و پیتر برگر آمریکایی و نیز ارنست گلنر (انسان‌شناس انگلیسی) معتقدند که روانکاوی به این دلیل با توفیق قرین شد که همچون ابزار انسان‌گونه طب، نیازهای جامعه نو را برآورده کرد و با تقویت خود مستقل افراد در لگام‌زدن بر روابط اجتماعی و ابراز هیجان‌ها و هویت بخشیدن به افراد، در جوامعی ظهور می‌کند که به سرعت در حال انفکاک حرفه از هویت شخصی است. فقدان محدوده مشخص و توانایی روانکاوی به خلق فرضیه‌ها به این معناست که می‌تواند در گستره وسیعی از تجلیات ذوق انسانی (هنر، علوم اجتماعی، ادبیات، در فراسوی قلمرو درمان) به کار رود. این انعطاف‌پذیری، به معنای امکان وجود تجدید مستمر و منظم مشاهدات، و بالطبع فرضیه‌هایی در خصوص واکنش به شرایط متغیر اجتماعی و نیازهای بیماران است.

(د) فلسفه و آسیب‌شناسی روانی

مباحث مرتبط با علوم انسانی، به خصوص روان‌شناسی و سایر مباحث مرتبط با رفتار و تفکر آدمی، از دیرباز با دیدگاه‌های غالباً فلسفی عجین و درآمیخته بوده است. اگرچه در طی دوران‌های معاصر مبحث مستقلی تحت عنوان روان‌شناسی، ضمن ابراز وجود و اخذ هویت مستقل به تدریج به زدودن زنگاره‌های فلسفی و کسب شواهد تجربی به نفع عناصر تشکیل‌دهنده‌اش، اعم از فرایندهای تفکر یا شاخص‌های رفتاری، کمر همت بسته است، اما هنوز هم برخی اندیشمندان بررسی روندهای بالا را بدون قرار دادن آن‌ها در چارچوب فلسفی جامعی، ناقص و نارسا تلقی می‌کنند. گرچه اقدامات کسانی چون لوب با نفی غریزه و وارد کردن روان‌شناسی به حوزه دانش مکانیکی، ارنست هانری و بر استاد دانشگاه لایپزیک با اندازه‌گیری ادراکات و تأثیرات، گوستاو تئودور فشر و ژرژ دارمو با کاربرد ریاضیات در روان‌شناسی، و گیوم ووندت با وارد کردن روان‌شناسی به آزمایشگاه و ایوان پتروویچ پاولف با معرفی اراده و اختیار در چارچوب اعمال غیرارادی شرطی همراه با صیقل تعلیم و تربیت ستودنی است؛ و هرچند که عقاید رادیکال فویر باخ مبنی بر این‌که آدمی چیزی جز آنچه می‌خورد نیست، و تلاش هربرت اسپنسر و هاگل برای کاربرد نظریه‌های مکتب تکامل داروین بر مکتب مکانیکی در حوزه روان‌شناختی، و کلود برنار به خاطر تلفیق جبر علت و معلولی (اصول فیزیک و شیمی) با فیزیولوژی برای توجیه تظاهرات روحی

بسیار مغتنم است که جملگی برای فرمولبندی کاربردی و متکی بر شواهد عینی و آزمودنی فرایندهای بالا تلاش فراوانی به خرج می‌دادند، اما هم آنان و هم سایر پژوهشگرانی که به امر توجیه نوروشیمیایی فرایندهای رفتاری مشتاقند، هنوز درنیل به اهداف نهایی، که همانا توجیه ابعاد گوناگون کردار و پندار انسان است، توفیق لازم را کسب نکرده‌اند. تنوع مکاتب و دیدگاه‌های موجود نیز گواه بر این امر است. در همین راستا، فلسفه برای پرکردن فضاهای خالی برای توجیه وارد عمل می‌شود.

از جمله نخستین فیلسوفانی که به این وادی گام نهادند می‌توان از امانوئل کانت یاد کرد که به استناد نظریه اخلاط اربعه جالینوس، موضوع تنوع اخلاقی و ماهیت شخصیت را مطرح کرد و سپس شاگرد مکتب وی، آرتور شوپنهاور، که ایده‌هایش همچون هارتمن بر افکار فروید تأثیر گذاشت و پلاتو را که همچون فروید ماهیت انسان را در چارچوب کشمکش بین تعقل و شور و اشتها به رسمیت شناخت، می‌توان از جمله آن‌ها به شمار آورد. جالب این است که نظریه ماهیت شخصیتی افراد، با تحقیقات اخیر مبنی بر این‌که افراد پس از روی دادن حوادث مطلوب یا نامطلوب، از طریق سازوکار سازگاری به سرعت به سطح احساسی‌شان (مثل خوشحالی و مانند آن) برمی‌گردند، و این امر با ارشی بودن و ثبات درازمدت بسیاری از بیماری‌های روانی همخوانی دارد همسو می‌گردد. امانی‌توان انکار کرد که روان‌شناسی هر جایی که به تأیید تجربی نظریه‌ها نیاز پیدا کند، از فلسفه جدا می‌شود؛ اما، این را هم باید اذعان کرد که فلسفه نیز برای توجیه نظریه‌های خود از مطالعه در زمینه رفتار، عملکرد و روابط انسان‌ها و موجودات ناشی می‌شود.

دکتر جی، کاتینگ، استادیار انستیتو روانپزشکی و بیمارستان کالج سلطنتی لندن، در یکی از آخرین آثار خود تحت عنوان اصول آسیب‌شناسی روانی که در سال ۱۹۹۷ انتشار یافت، در این خصوص می‌نویسد: «فلسفه با در نظر گرفتن دوگانگی مابین یک شیء منحصر به فرد در جهان و طبقه و جایگاهی که به آن تعلق دارد، به نحوی پی‌ریزی‌کننده مباحث تلقی می‌شود. روان‌شناسی در پیوند با موقعیت فلسفی ویژه‌ای پویایی می‌یابد و مکتب‌های روان‌شناسی در قرن حاضر تابع جزئی از این دیدگاهند و از این رو نمی‌توانند جز بر بخشی از امور پرتو افکنند. گذشته از فلسفه، تنها جزء دیگری که روشنی‌بخش مبحث آسیب‌شناسی روانی به شمار می‌آید، مقوله روان‌شناسی عصب‌شناختی (نورو پسیکولوژی) است. هدف این مبحث عبارت است از تمرکز بخشیدن به عملکرد مغز.

قلمرو فلسفه حتی از دوران زاده شدنش در یونان باستان، همواره مورد بحث بوده است،

ولی در هر حال می‌توان آن را در مقام نظم‌ی عالی تلقی کرد که روابط بین جنبه‌های مختلف حیات را می‌کاود.

وجود نوعی دوگانگی در فرایندهای انسانی، همان چیزی است که در اغلب دیدگاه‌های جاری در قرن اخیر، مانند نظریه‌های شوپنهاور و برگسون (ادعای وجود دو جهان، و در مورد ترس‌ون به اضافه وجود دو ذهن) یافت می‌شود. از فلسفه هگل (دیالکتیک) و دیدگاه کیرکه‌گور و نظر برادلی در خصوص گرانیگاه تغییرپذیر مابین فاعل و مفعول نیز می‌توان یاد کرد. در قرن بیستم، خودآگاه و ناخودآگاه فروید، قلمرو دوگانه شیلر در خصوص روح (ذهن و روان) و انگیزه، اعتقادات هایدگر در خصوص تناقض، بین تعقل و اشتیاق، و عقاید سارتر و پونتی در خصوص بی‌جان و جاندار (بی‌روح و روح‌دار) هر کدام از این دوگانگی‌ها بر نکته متفاوتی در خصوص وضعیت آدمی صحه می‌گذارد....

... به طور کلی هر چیزی دو هویت دارد، یکی آن‌که در بین بقیه چیزهاست و دیگری، وقتی است که دیده و لمس می‌شود. این دو هویت با هم می‌آمیزند و از این رو پی در پی در مقام فاعل و مفعول قرار می‌گیرند. سایر نظم و سامان‌ها، خواه در حوزه علوم انسانی یا در قلمرو علوم طبیعی، نمی‌توانند در این حد بروز یابند، زیرا به چارچوبی تجریدی محدودند. مشکل مکتب‌های روان‌شناسی محدودیت بینش آن‌هاست. منشأ این دوگانگی در انسان، دوگانگی در عملکرد نیمکره‌های مغزی اوست. چهار قلمرو متضمن دوگانگی‌اند، که عبارتند از:

۱. تعقل و میل

۲. شناخت و اشراق

۳. بی‌تفاوتی و هیجان‌پذیری

۴. متعلق بودن و وجود داشتن

نیمکره راست مغز، بیش‌تر در مقوله‌های تعقل، شناخت، هیجان‌پذیری و تعلق داشتن؛ و نیمکره چپ آن با بقیه مقوله‌ها سروکار دارند. در اسکیزوفرنی، صرف نظر از علل، غالباً غلبه عملکرد فرایندهای نیمکره چپ و در افسردگی عکس آن، یعنی نیمکره راست مشاهده می‌شود....

... بنابراین، دوگانگی جنبه‌های رفتاری انسان در حیطه فلسفه، افزون بر اختلاف عملکرد دو نیمکره مغزی در قلمرو روان‌شناسی عصب‌شناختی، توضیح فرایندهای رفتاری بر طبق یک الگوی تلفیقی را امکان‌پذیر می‌کند....

سمتگیری فکری توماس ساس نیز، که از معاندان شناخته شده نگرش‌های مکانیکی و محدود در علوم رفتاری به شمار می‌آید، در این جهت است. بنابراین، با توجه به موارد ذکر شده، شاید هرگز نتوان در چارچوب یک نگرش تقلیل‌گرایانه به توجیه جامع فیزیکی - شیمیایی رفتار بنه‌نچار و سپس رفتار نابه‌نچار دست یازید، زیرا رشد قطعاً پیشانی مغز و قدرت منحصر به فرد چند بعدی و انتزاعی آن، و عملکرد هماهنگ و همسوی مراکز مختلف مغزی که در تبلور یک حرکت خاص متجلی می‌شود، و پیچیدگی‌های رفتار انسان که در قالب یک واحد زیستی - روانی - اجتماعی تعریف می‌شود، امکان توجیهی یکسونگرانه و انتقال‌دهنده عصبی را کم‌رنگ می‌کند و وقتی این واحد را با سایر واحدهای موجود در جهان در حالت تعادل یا تقابل قرار دهیم، شاید به پذیرش دیدی فلسفی برای توجیه جامع آن ناگزیر شویم. این بحث نه از باب لزوم قرار دادن مبحث روانکاوی در یک چارچوب فلسفی خاص، بلکه از باب ذکر دیدگاهی است که کل روان‌شناسی را نیز به عنوان یک زیرمجموعه از دیدگاه برتر فلسفی تلقی می‌کند و آن را (اعم از مکاتب مختلفش همچون، روانکاوی، رفتارگرایی، شناختی و گشتالت) برای توجیه عملکرد هنجار و ناهنجار انسان کافی نمی‌داند.

ه) تحقیقات در حوزه روانکاوی

به‌طور کلی، در تحقیقات مربوط به روانکاوی و شیوه‌های مشابه، دو پرسش اساسی مطرح می‌شود:

۱. در خصوص حاصل درمان (کوتاه یا بلندمدت)؛

۲. در خصوص فرایند و نحوه حصول نتایج.

آنچه که در آزمون‌های مختلف باید بازجست، عبارتند از بحث در خصوص اهداف درمان؛ تقابل درمان‌پذیری با تحلیل‌پذیری؛ موارد اجرا و عدم اجرا؛ نقش ارزیابی اولیه تشخیصی در تعیین خط‌مشی درمانی؛ جایگاه پیش‌بینی‌های اولیه در خصوص فرایندهای بعدی؛ نظریه تکنیک؛ تفاوت‌ها و تشابه‌ها، بین روانکاوی و سایر روان‌درمانی‌های دینامیکی (پویا)؛ معیارهای لازم برای ختم درمان؛ ارزیابی نتایج؛ مفهوم وضعیت آرمانی بهداشت روانی؛ جایگاه پیگیری در درمان؛ و جایگاه تبیین اطلاعات فزاینده در این حوزه که از شیوه مطالعات فردی بر روی بیمار تا تحقیقات بالینی نظام‌دار ساختاریافته استخراج می‌شود.

از جمله نخستین مراحل مطالعات آماری که بر ارزیابی نتایج مبتنی‌اند، و به دلیل جنبه‌های خاصش در چارچوب مطالعات نسل اول قلمداد می‌شود، می‌توان این موارد را برشمرد:

۱. بررسی‌های کوریات در سال ۱۹۱۷ روی ۹۳ بیمار، که با بهبود نسبی یا کاملِ حدود ۷۳٪ بیماران، توأم بود.

۲. فنیشل (۱۹۳۰)، در یک بررسی ده ساله در مؤسسه روانکاوِ برلین روی ۷۲۱ بیمار از بین ۱۹۵۵ بیمار مراجعه‌کننده، بهبودی قابل توجهی را در ۶۰٪ بیماران روان‌رنجور و ۲۳٪ بیماران روان‌پریش گزارش کرد.

۳. مطالعات جونز (۱۹۳۶)، که ۲۸ بیمار از بین ۵۹ مورد روان‌رنجور روانکاو شدند و به طور اساسی از فواید درمانی بهره بردند و از میان ۱۵ بیمار روان‌پریش، یکی درمان شد. ۴. مطالعه آلکساندر (۱۹۳۷)، بر روی ۱۵۷ بیمار بستری در درمانگاه روانکاوِ شیکاگو که ۶۳٪ روان‌رنجورها و ۴۰٪ روان‌پریش‌ها و ۷۷٪ بیماران روان‌تنی (چون زخم معده یا کولیت عصبی و غیره) از مواهب درمانی بهره‌مند شدند.

۵. مطالعه هیمن و کسل (۱۹۳۳)، که هر دو متخصص داخلی بودند و وضعیت ۲۹ بیمار را گزارش کردند که برای انجام روانکاو به آن‌ها ارجاع شده بودند. تقریباً تمامی بیماران روان‌رنجور (نوروتیک) امراض روانی غیر از جنون از درمان بهره بردند و تمامی بیماران روان‌پریش (سایکوتیک) مبتلا به جنون بدون بهره ماندند و یا وضعیتشان وخیم‌تر شد.

۶. نایت (۱۹۴۱)، نتایج کلی روانکاو را با تلفیق یافته‌های مطالعات قبلی (به استثنای اولی) با مطالعه بر روی یکصد بیمار دیگر که در درمانگاه منیگر تحت درمان بودند، مورد بررسی قرار داد. از بین ۹۵۲ بیمار، ۶۰٪ بیماران روان‌رنجور و ۸۰٪ بیماران روان‌تنی و ۲۵٪ بیماران روان‌پریش از مواهب درمان از طریق روانکاو بهره بردند.

ایراد اصلی تمامی این مطالعات عبارت بود از: فقدان تعریف و معیارهای کلی پذیرفته شده از جانب همگان، عدم تبیین اصطلاحات و طبقه‌بندی تشخیصی و عدم بیان چگونگی اجرای تکنیک‌های درمانی در انطباق با موارد مختلف.

۷. مطالعه کمیته مرکزی انجمن روانکاوِ آمریکا (هامبورگ ۱۹۶۷)، براساس یک بررسی ۵ ساله بر روی ده هزار پرسشنامه در مرحله اول، سه هزار پرسشنامه در مرحله پایان درمان، از جانب ۸۰۰ روانکاو که در آن اکثریت بیماران از بهبودی چشمگیر خویشتن اظهار شادمانی کرده بودند.

۸. فیلدمن (۱۹۶۸)، از نتایج حاصل از بررسی روی ۱۲۰ بیمار (از بین ۹۶۰ نفر) که در

درمانگاه روانکاوی کالیفرنیاى جنوبى در طى ۱۱ سال تحت درمان قرار گرفته بودند، گزارشى ارائه داد که دو سوم نتایج در محدوده خوب یا خیلی خوب قرار مى‌گرفتند. اما این دسته تحقیقات در خصوص نتایج درمان روانکاوی که از ۱۹۱۷ تا ۱۹۶۸ انجام گرفتند، کلاً از لحاظ علمى فاقد پویایی لازم بودند، و از این رو راضى‌کننده به نظر نمى‌رسیدند.

مطالعات منظم و سامان‌یافته در خصوص نتایج (تحقیقات نسل دوم):

دو ایراد اساسى در تحقیقات نسل اول عبارت بودند از: (الف) فقدان ملاک مورد توافق همگان در مراحل مختلف؛ (ب) اشکال در شیوه اجراء، و گذشته‌نگر بودن این مطالعات. از این رو در تحقیقات زیر رفع این دو ایراد مورد توجه قرار گرفت:

۱. انستیتو بوستون: در سال ۱۹۶۰ ناپ^۱ در بررسى یکساله خود روى ۲۷ بیمار، از میان یکصد بیمار تحت روانکاوی، از درمانگران خواست تا ملاک و معیار مناسب بودن بیماران را مشخص کنند. این روش به نحوى کورمال و بی‌هدف انجام گرفت. ملاک‌های اولیه در این خصوص از توفیق نسبتاً مطلوب، ولى محدودى برخوردار بودند. محدودیت زمانى و یکسونگرى در انتخاب بیماران دو ایراد اساسى این مطالعه به شمار مى‌آمدند.

۲. ساشین در سال ۱۹۷۵، تعداد ۱۸۳ بیمار را که از ۱۹۵۹ تا ۱۹۶۶ در همان درمانگاه تحت درمان بودند، مورد بررسى قرار داد. نتایج نهایی در خصوص ۱۳۰ بیمار (۷۲ درصد) بعد از حدود ۶۷۵ ساعت درمان و نیز به طور متوسط شش سال پس از ختم درمان جمع‌آورى شد. متغیرهای پیش‌آگهی دهنده، براساس یک پرسشنامه ۱۰۳ پرسشى و شش معیار مرتبط با نتیجه درمان مورد سنجش قرار گرفت، در نهایت این مطالعات قضاوتى نسبى در خصوص تحلیل‌پذیری را تبیین کرد، ولى قادر به تبیین هیچ‌گونه پیش‌بینی مؤثر در خصوص نتایج درمان، براساس ویژگی‌های بیمار در زمان ارزیابى اولیه نبود.

۳. مرکز روانکاوی کلمبیا: در این پروژه که گزارش آن در سال ۱۹۸۵ منتشر شد، مطالعات آینده‌نگر در خصوص دسته بزرگى از بیماران (۱۳۴۸ نفر در دسته اول، و ۲۳۷ نفر در دسته دوم) که از جانب گروه واحدی از درمانگران تحت درمان قرار گرفته بودند، انجام گرفت. در این بررسى، برای اولین بار نتایج روانکاوی کلاسیک (۴۰٪ کل بیماران) با روان‌درمانى روانکاوانه (۶۰ درصد بعدی) مورد مقایسه قرار گرفت. محققین این پروژه

معتقد بودند که تمامی مطالعات قبلی به یکی از راه‌های زیر دستخوش محدودیت بوده‌اند: کوچک بودن نمونه، اطلاعات نامناسب در خصوص نتایج (که بر پایهٔ موارد خاتمه یافته متکی نبوده و یا بر اطلاعات گذشته‌نگر اتکا داشته است).

بارزترین یافتهٔ این تحقیق، به این قرار بود که در هر دو دستهٔ بیماران مقیاس فواید درمانی همیشه به طور اساسی بر مقیاس فرایند روانکاوی پیشی داشت. مثلاً؛ فقط ۴۰ درصد کسانی که روانکاوی را با فواید درمانی مطلوب به پایان رساندند، در چارچوب معیارهای طرح بالا به عنوان افراد کاملاً روانکاوی شده، مشخص شدند. یافتهٔ بارز دیگر این بود که نتایج این درمان‌ها (در قالب فواید درمانی و تحلیل‌پذیری) فقط به طور نسبی و محدودی براساس ارزیابی اولیه قابل پیش‌بینی بودند (همچون یافته‌های انستیتو بوستون). یک یافتهٔ مهم دیگر این بود که ارزیابی‌های گذشته‌نگر کیفیت‌های بیمار از طریق روانکاو رابطهٔ اساسی‌تری را با سودمندی‌های درمانی نشان می‌داد تا ارزیابی‌های به عمل آمده در آغاز درمان. آن‌ها که برای روانکاوی برگزیده شده بودند، در ابتدا برایشان سطح عملکرد بالاتری نسبت به افراد گزینش شده برای روان‌درمانی روانکاوانه تخمین زده شده بود، و آن‌ها که مورد روانکاوی قرار گرفتند، نسبت به آن‌ها که به روش روان‌درمانی روانکاوانه درمان شدند، از سودمندی درمانی بیش‌تری بهره‌مند شدند.

دیگر این‌که افراد روانکاوی شده فواید درمانی بیش‌تری را در مقایسه با انجام صرف فرایند روانکاوی به دست آوردند، و تکمیل انجام فرایند روانکاوی نیز با حداکثر فواید درمانی همراه است.

مزیت‌های این طرح نسبت به سایر طرح‌ها عبارت بودند از: (الف) نمونه مقیاس بزرگ بود؛ (ب) مطالعه‌ای آینده‌نگر همراه با ارزیابی‌های پیش‌بینی کننده بود که قبل از دانستن نتایج انجام یافته بود؛ (ج) در طی انجام آن از مدارج بالینی بسیاری استفاده به عمل آمد؛ (د) صرف نظر از ارزیابی‌های به عمل آمده از جانب بیماران و درمانگران، از داوری‌های مستقل (ثالث) نیز سودجسته شد؛ (ه) روانکاوی و روان‌درمانی روانکاوانه با یکدیگر مقایسه شدند.

۴. انستیتو روانکاوی نیویورک: ارل و گلدبرگ: در نخستین فقرهٔ مطالعه (ارل، ۱۹۷۹) ۴۰ بیمار تحت روانکاوی از میان ۸۷۰ بیمار انتخاب شدند. نتایج شبیه بود به مطالعات بوستون و کلمبیا. به طور اجمالی ۲۵ بیمار درمان را با موفقیت به پایان رساندند، ولی فقط

۱۱ نفر اصولاً خط سیر درمان را به طور کامل طی کرده بودند؛ در ارزیابی عینی به عمل آمده، ۲۴ بیمار به طور اساسی از درمان فایده برده بودند، ولی فقط ۱۷ نفر در چارچوب یک فرایند صحیح روانکاوی قرار داشتند. تحقیق روی ۴۳ بیمار از ۷ روانکاو دیگر که درمانشان را در همان دوره زمانی آغاز کرده بودند و به همان طریق مورد ارزیابی قرار گرفته بودند، نتایج قابل مقایسه‌ای را به دست می‌داد.

در تحقیق بعدی (۱۹۸۴)، روی ۱۶۰ بیمار خصوصی در طی مدت ۵ سال متعلق به ۱۶ روانکاو مطالعه‌ای انجام گرفت. نتایج حاصله از این تحقیق نیز کاملاً با نتایج قبلی مشابهت داشت.

۵. انستیتو روانکاوی نیویورک (فیر^۱، ۱۹۶۳): یافته اصلی این تحقیق که روی ۹ بیمار انجام شده بود، شامل تجدید فعالیت سریع انتقال‌ها^۲ و فوران موقتی نشانه‌ها و تسکین سریع آنان بود (نسبت به روانکاو دیگری که فرایند درمان را پیگیری می‌کرد).

به طور کلی چنین نتیجه گرفت: بازگشت نشانه‌ها قبل از روانکاوی در چارچوب یک انتقال احیا شده در مطالعات پیگیری، توأم با خاموشی سریع آنان مؤید این نظر است که کشمکش‌هایی که در زیربنای نشانه‌ها قرار دارند، در واقع از طریق روانکاوی، خنثی یا حذف نمی‌شوند، بلکه فقط با ارائه راه‌حل‌هایی تازه‌تر و مناسب‌تر مغلوب می‌شوند. بنابراین، کشمکش‌های روان‌رنجوری، تلخی خود را از دست می‌دهند.

۶. گروه تحقیقاتی سانفرانسیسکو و شیکاگو: نتیجه مطالعات گروه تحقیقاتی سانفرانسیسکو (۱۹۷۶) شامل نورمن و اولند^۳ به این قرار بود که روان‌رنجوری دوران کودکی محو نشده، بلکه آنچه تغییر کرده میزان نفوذ و تأثیر فرایند یادشده بر زندگی روزمره بیمار بود.

نتیجه گروه تحقیقاتی شیکاگو (۱۹۸۳) شامل رویین و شلزینگر به این قرار بود که کشمکش‌های روانی در طی فرایند روانکاوی حذف نمی‌شوند... نتیجه مهم‌تر روانکاوی، بسط یک عملکرد فعال خود تحلیل‌گونه نیمه خودآگاه، در همانندسازی با عمل روانکاوی از جانب روانکاو، همچون روشی اکتسابی برای تطبیق با کشمکش‌هاست.

از خصوصیات منفی مشترک این مطالعات نسل دوم، ناتوانی در تفکیک نتایج نهایی

درمانی مشاهده شده در خاتمه درمان از موضوع ثبات (یا عدم ثبات) همین نتایج در اوقاتی متعاقب خاتمه درمان به شمار می آید.

مطالعات مربوط به بررسی تلفیقی فرایند انجام و نتایج درمانی روانکاوی (تحقیقات نسل سوم):

این دسته تحقیقات برخلاف تحقیقات نسل دوم، به دقت نتایج حاصل در پایان درمان را از عملکرد فرد در لحظه زمانی دیگری در طی مراحل پیگیری جدا و سعی کرده تا تغییرات بعدی را که در حین این دوره پس از روانکاوی پیش می آیند، مدّ نظر قرار دهد:

۱. مطالعات انستیتو و انجمن روانکاوی بوستون: این مطالعه در دهه ۱۹۷۰ صورت گرفته و نتایج آن در دهه ۸۰ انتشار یافته است. ۲۲ بیمار تحت روانکاوی در انستیتو بوستون برای این مطالعه آینده‌نگر برگزیده شدند. در بررسی اولیه موارد زیر تحت ارزیابی قرار گرفت: (الف) وضعیت ابراز ظاهری هیجانات^۱؛ (ب) کیفیت روابط با مفعول^۲؛ (ج) قدرت واقعیت‌آزمایی^۳؛ (د) انگیزه برای ایجاد تغییر در خود.

یک سال پس از ختم درمان، این آزمون تکرار شد: هم با بیمار و هم با روانکاو درمانگر مصاحبه انجام شد. از ۲۲ بیمار، ۹ نفر به طور کامل، و ۵ نفر به طور نسبی بهره درمانی بردند و ۸ نفر نیز درمان را به پایان نرساندند. ولی اکثر آنان به طور عینی از درمان فایده بردند و در چارچوب سنجش نسبت فایده درمانی به میزان تکمیل فرایند روانکاوی، پی بردند که اکثر بیماران بهره درمانی برده‌اند و نتایج موفق بالینی همواره از آنچه که می‌توانست از طریق استخراج و تعبیر روان‌رنجوری ناشی از انتقال روانی حاصل شود، پیشی می‌گرفت و اگرچه اکثر بیماران بهره درمانی چشمگیری را از تجربه روانکاوی‌شان بردند، ولی مع‌هذا نمی‌شد از روی متغیرهای پیش‌بینی کننده، نتیجه موفق را حدس زد.

یکی دیگر از موارد مورد مطالعه در این تحقیق، هماهنگی بیمار با درمانگر بود. حدود ۵ تا ۱۰ سال پس از ختم درمان، ۱۹ بیمار از بین ۲۲ نفر، ردیابی شدند که ۱۸ نفرشان با مصاحبه مجدد موافقت کردند؛ کلاً ۳ نفر بازهم بهتر شده، حال ۴ نفر ثابت مانده، ۶ نفرشان دچار اختلال زودگذر، و ۴ نفر دچار اختلال مستمر شدند. یک نفر نیز نزد روانکاو اولی بازگشته و هنوز تحت درمان بود و از این رو در نتیجه‌گیری منظور نشد.

بنابراین شاخص‌ترین یافته این مطالعه عبارت بود از این‌که ثبات نتایج به دست آمده در

دورهٔ پیگیری از روی ارزیابی‌های به عمل آمده در خاتمهٔ درمان قابل حدس نبود؛ یعنی، طبق نظر گانتروویتز^۱ تغییرات روانی در طی زمان، برای گروهی از بیماران که فرایند تحلیلی موفق را توأم با فایدهٔ درمانی چشمگیری به دست آورده بودند، از گروهی که فقط بهرهٔ درمانی را دریافت کرده بودند، پایدارتر نبود. همچنین، در نزد ۱۲ بیمار (از بین ۱۷ بیمار) چگونگی هماهنگی بین درمانگر و بیمار (تسهیل‌کنندگی و یا منع) در نتایج حاصل نقش ایفا می‌کرد. مثلاً، هماهنگی تسهیل‌کننده با نتایج مطلوب، هماهنگی منع‌کننده با نتایج نامطلوب و تبدیل هماهنگی اولیه تسهیل‌کننده و طبعاً آشکار ساز فرایند روانکاوی به نوع ایجاد کنندهٔ مانع، بر سر راه تکمیل کار روانکاوی نیز اثر خود را بر جای می‌گذارد.

۲. پروژهٔ تحقیقاتی روان درمانی (مؤسسه مینگر)^۲: این مطالعه از جانب والراشتاین^۳ بین سال‌های ۱۹۵۶ تا ۱۹۸۸ صورت گرفت. این بررسی بر روی ۴۲ بیمار انجام گرفت که نیمی از آن‌ها تحت روانکاوی و نیمی دیگر تحت روان درمانی‌های مشابه قرار داشتند. طول مدت درمان بین ۶ ماه تا ۱۲ سال متفاوت بود. در طول پیگیری در طی ۲ الی ۳ سال، تمامی آنان در دسترس قرار داشتند و پیگیری یک سوّم آنان نیز به مدت ۱۲ تا ۲۴ سال پس از خاتمهٔ درمان، امکان‌پذیر بود. سه گروه عمدهٔ درمانی، شامل روانکاوی، روان درمانی روانکاوانه بینش‌گرایانه^۴ و نیز نوع حمایتی^۵ بودند. نتایج به دست آمده را به این قرار می‌توان جمع‌بندی کرد:

(الف). نتایج درمانی در روانکاوی و در تلفیق‌های متفاوت روان درمانی‌های بینش‌گرایانه و حمایتی، به همسویی (به جای پراکندگی) در نتایج گرایش دارند.

(ب). در امتداد طیف کامل فرایندهای درمانی، اعم از نوع بینش‌گرایانه تا حمایتی، کل درمان از عناصر حمایتی بیش‌تری نسبت به آنچه قبلاً تصور می‌شد، برخوردار بوده است، و این عناصر عامل تغییرات بیش‌تری نسبت به آنچه که قبلاً انتظار می‌رفت، بوده است.

(ج). جنبه‌های حمایتی روان درمانی، در چارچوب قالب‌های نظری روانکاوی، شایسته برخوردار از جایگاهی برتر نسبت به آن چیزی است که معمولاً در نوشتارهای روان‌پویشی^۶ مشاهده می‌شود.

(د). براساس بازجست در نوع تغییرات به دست آمده از این بررسی که بخشی از آن

1. kantrowitz, 1990

2. Psychothropy Research Project (P.R.P)

3. Wallerstein

4. Insight Oriented Psychoanalytic Psychotherapy

5. Supportive Psychoanalytic Psychotherapy

6. Psychodynamics