

ييمار و روانكاو

فهرست مطالب

۷	دبیاچه.....
۱۱	پیشگفتار مؤلفان بر چاپ اول.....
۱۳	پیشگفتار مؤلفان بر چاپ دوم.....
۱۵	فصل اول: مقدمه.....
۲۵	فصل دوم: موقعیت تحلیلی.....
۳۴	فصل سوم: اتحاد درمانی.....
۴۷	فصل چهارم: انتقال.....
۶۹	فصل پنجم: انواع دیگر انتقال.....
۸۸	فصل ششم: انتقال متقابل.....
۱۰۵	فصل هفتم: مقاومت.....
۱۲۶	فصل هشتم: واکنش درمانی منفی.....
۱۳۸	فصل نهم: برون‌ریزی.....
۱۵۱	فصل دهم: تعبیرها و سایر مداخلات.....
۱۶۷	فصل یازدهم: بینش.....
۱۷۶	فصل دوازدهم: حل و فصل.....
۱۸۷	منابع.....

دیباچه

این کتاب ترجمه‌ای فوق‌العاده از کتابی فوق‌العاده است. دکتر نهاله مشتاق کاری فوق‌العاده ارائه داده است. مهارت او در ترجمه زبان مشکل و پیچیده این حوزه دانش، قابل تحسین است. کتاب، بدون استفاده از کلمات سخت و بدون اینکه دقت معنا در فرآیند ترجمه از دست برود، لذت‌بخش است. مترجم و ویراستار این کتاب، دکتر نهاله مشتاق، خود روانکاو خیلی خوبی است که به کارش عشق می‌ورزد، به حرفه‌اش معتقد است و به عقیده من دانش روانکاو و شور و اشتیاق خود را به بیماران، به دانشجویان و حال، به خوانندگان خود با موفقیت انتقال می‌دهد.

شهرت نسخه اول کتاب بیمار و روانکاو نزد روانکاوان به دلیل تلاش قاعده‌مند آن در توضیح مفاهیم بالینی پیچیده‌ای است که طی مراحل مختلف تکامل روانکاو، معانی چندگانه‌ای پیدا کرده‌اند. نسخه آخر این کتاب که توسط دکتر مشتاق به فارسی ترجمه شده است، نسخه بسط یافته چاپ اول است که در آن فرآیند تحلیل به‌عنوان یک رویداد بین فردی مورد تأکید قرار گرفته است. این بازتاب نگاه معاصر به روانکاو است که آن را به جای روانکاو در نقش آینه، یک روان‌شناسی دو نفره می‌داند.

روان‌شناسی دونفره، ذهن هوشیار فرد را محصول ساختار روانی ناهوشیار او نمی‌داند بلکه آن را محصول ذهن‌های چندگانه در نظر می‌گیرد. تصور اینکه می‌توان پدیده‌های خالص درون روانی را در موقعیت تحلیل مشاهده کرد، دیگر یک فرض بالینی یا نظری معتبر محسوب نمی‌شود. فرآیند تحلیلی، حوزه‌ای مشاهده‌ای است که تعامل تجربه بیمار و روانکاو در اینجا و اکنون را منعکس می‌کند.

امروزه بیشتر روانکاوان از مدل کلاسیک مطلق‌گرا و خشک روان‌شناسی یک نفره فاصله گرفته و به سمت مدلی از ذهن رفته‌اند که مبتنی بر مفهوم ساخت مشترک است، یعنی آنچه مشاهده می‌شود ناشی از تعامل تجربه بیمار و تجربه روانکاو در فرآیند روان‌تحلیلی است. تأکید نظری بر تعامل دو ذهنیت است، یعنی به‌جای آنکه بیمار سوژه باشد و روانکاو ابژه، فرآیندی بین‌ذهنی در جریان است. در این مدل مفاهیمی

مانند انتقال، انتقال متقابل و مقاومت، درون بافت تعاملی مورد بررسی قرار می‌گیرند. به‌عنوان مثال، انتقال محصول تعامل بیمار و روانکاو است. نه تنها هر دوی آنها در رابطه سهم دارند، بلکه هر دو در بروز انتقال نیز سهم هستند. مرتون گیل، یکی از برجسته‌ترین روانکاوان دوران اخیر، انتقال را آگاهی هوشیار یا نیمه هوشیار بیمار از رابطه تحلیلی تعریف کرده است. به همین ترتیب، مقاومت نیز دفاعی است که در انتقال بروز پیدا می‌کند. در پرتو تغییر مداوم مدل‌های روانکاو، ترجمه لغوی مفاهیمی مانند انتقال، انتقال متقابل یا مقاومت به زبان فارسی مسئله‌ساز می‌شود. باید به‌خاطر داشت که معنای مفاهیم ثابت نیستند بلکه به‌طور دائم تغییر پیدا می‌کنند.

همان‌طور که از عنوان کتاب پیدا است، این متن هم برای کسانی که تدریس می‌کنند ایده‌آل است و هم برای کسانی که در مورد اصول روانکاو درس می‌گیرند. برخلاف دیگر رشته‌های مرتبط با پزشکی یا بهداشت روانی، هیچ متن مرجع استانداردی برای روانکاو بالینی وجود ندارد. فروید از همان ابتدا به‌طور جدی با آموزش روانکاو به‌صورت معلم‌وار و از طریق کتاب، مخالفت کرد. او فکر می‌کرد نمی‌توان روانکاو را از طریق مطالعه کتابی در مورد تکنیک‌ها فراگرفت. این یکی از دلایلی است که روانکاو در انستیتوهای روانکاو آموخته می‌شود نه در سالن‌های سخنرانی دانشگاه‌ها.

با وجود اینکه امروز موضع فروید در مورد آموزش روانکاو همچنان پابرجاست، ما برای تدریس روانکاو به کسانی که لزوماً نمی‌خواهند روانکاو حرفه‌ای شوند به ابزار آموزشی نیاز داریم. در عین حال مهم است که ارتباط بین محققان رشته‌های دیگر تسهیل شده و اهالی علم در رشد تفکر روانکاو سهم بیشتری بدست آورند. به این دلیل ما به کتاب‌هایی نیاز داریم که زبان روانکاو را به محققان و اندیشمندان و همچنین دانشجویان روان‌پزشکی، روان‌شناسی یا مددکاری اجتماعی معرفی نمایند. این نیاز در چشم‌انداز تغییرات روز افزون در مفاهیم، نظریه‌ها و تکنیک‌های روانکاو هرچه بیشتر احساس می‌شود.

روانکاو تغییر کرده است، بنابراین طبیعی و مهم است که گام‌های خود را با تغییر زبان رشته‌مان هماهنگ کنیم. مفاهیمی از قبیل وضعیت تحلیلی، انتقال، انتقال متقابل، مقاومت، دفاع، بی‌طرفی، تعامل و غیره به نسبت بافت نظری که در آن ظاهر می‌شوند، معانی متفاوتی پیدا می‌کنند. معنای واژگانی که در یک چارچوب نظری مورد استفاده قرار می‌گیرد ضرورتاً با معنای همان واژگان در یک دیدگاه دیگر مطابقت ندارد. اغلب

با دانشجویانم در مقطع پیشرفته روانکاوی و برخی روانکاوان با سابقه‌ای مواجه می‌شوم که ماهیت چند بعدی بسیاری از مفاهیم مهمی همچون انتقال، انتقال متقابل، مقاومت و دفاع را به درستی درک نکرده‌اند. دقیقاً به همین دلیل، کارهایی همچون بیمار و روانکاو، کارکرد آموزشی مهمی در سطوح متفاوت دارند. همین موضوع، به خصوص در ترجمه چنین آثاری به زبان فارسی که ما با کمبود مژمن ادبیات روانکاوی مناسب مواجه هستیم نیز مصداق پیدا می‌کند. من عقاید عجیبی در مورد اینکه روانکاوی چیست و روانکاوان چه می‌کنند در برخی از محافل ایران شنیده‌ام. شاید این، یکی از دلایل خصومت و ضدیت با روانکاوی باشد.

روانکاوی روشی برای گوش دادن به فرد در تلاش برای رمزگشایی معانی، انگیزه‌ها و اهداف تعاملات چندصدایی و چندآوایی پیچیده او است. در موقعیت تحلیلی صداهای مختلف اجتماعی، فرهنگی یا فردی سکنی دارند، صداهایی که در کنار هم در حال ساختن یک قصه و گاهی قصه‌های متضاد هستند. بنابراین روانکاوی روشی برای مطالعه عمیق‌ترین لایه‌های روان بشر است. هیچ رویکرد دیگری نمی‌تواند به درک ما از مسائل زندگی بشر چنین عمق و غنایی ببخشد. تا وقتی به بررسی زندگی و روان‌مان علاقمند باشیم، روانکاوی غالب خواهد شد.

در راستای همین تفکرات روانکاوی است که من کار حاضر دکتر مشتاق را بسیار حائز اهمیت می‌دانم. این ترجمه از کتاب بیمار و روانکاو ژورف سندلر، کریستوفر دیر و الکس هولدر مطالب بسیاری برای ارائه به دانشجویان روانکاوی دارد. این کار، کتابی فوق‌العاده برای رزیدنت‌های روان‌پزشکی، دانشجویان مقاطع مختلف روان‌شناسی بالینی و اندیشمندان و محققان حوزه‌های مختلف علوم انسانی است. من واقعاً برای چنین کار تأثیرگذاری در حوزه روانکاوی، به دکتر نهاله مشتاق تبریک می‌گویم.

دکتر سیامک موحدی

استاد روانکاوی

دانشکده روانکاوی بوستون و دانشگاه ماساچوست

پیشگفتار مؤلفان بر چاپ اول

حدود سه سال قبل، ما مطالعه پژوهشی متمرکزی را در زمینه مفاهیم پایه‌ای روانکاوی آغاز کردیم. این کار به علت مشکلاتی که در آموزش نظریه روانکاوی به دانشجویان تحصیلات تکمیلی روان‌پزشکی وجود داشت، ضروری به نظر می‌رسید - به این نتیجه رسیده بودیم که این مشکل تا حد زیادی ناشی از عدم شفافیت خود مفاهیم بود. خوشبختانه، شفاف‌سازی مفاهیم پایه‌ای خاص، کاری پژوهشی بود که با نقش ما در انستیتو روان‌پزشکی مناسب داشت. این کتاب نتایج کار ما را در قالبی ارائه می‌دهد که امیدواریم مفاهیم بالینی پایه‌ای روانکاوی را، از نظر معنا و تحول آنها شفاف‌تر سازد. ما همچنین معتقدیم که این کتاب ممکن است پایه‌ای برای گسترش مناسب و کافی مفاهیم روانکاوی به حوزه‌های مرتبط، همچون حوزه‌های روان‌درمانی تحلیلی و کار با مراجع^۱ فراهم سازد. ما امید داریم که این کتاب بتواند به رفع برخی از ابهاماتی که هنوز پیرامون عقاید روانکاوی وجود دارد، کمک کند. به‌عنوان دانشجویان و اساتید روانکاوی دریافتیم که در طی این کار، تفکر خودمان در این حوزه بسیار شفاف شده و از جوانب بسیاری تعدیل یافته است. امید است که این کتاب در آموزش و تدریس در انستیتوهای آموزشی روانکاوی ارزشمند واقع شود.

ما مرهون زحمات آقای دنیس هیل، استاد روان‌پزشکی در انستیتو روان‌پزشکی، برای فراهم نمودن فرصت و تسهیلات انجام این کار و تشویق مستمر او هستیم. دکتر الیوت اسلاتر با پذیرش مجموعه‌ای از ده مقاله پس از ملاحظه تنها دو فصل نخست، (سندلر، دیر، و هولدر، ۱۹۷۰a, b, c, d، ۱۹۷۱؛ سندلر، هولدر، و دیر، 1970a, b, c, d؛ برخی مطالب اضافی از دو مقاله دیگر استخراج شده است: سندلر، ۱۹۶۸، ۱۹۶۹) که بخش عمده‌ای از آنها در این کتاب آورده شده است، اعتبار خود را به‌عنوان ویراستار ارشد ژورنال انگلیسی روان‌پزشکی به خطر انداخت و ما از این بابت و به‌خاطر حمایت صبورانه و خوش خلقی او سپاسگزاریم.

1. casework

تعدادی از همکاران - به‌ویژه دکتر مکس هرماندز، دکتر روبرت ل. تایسون، و خانم آنه - ماریه سندلر - پیش‌نویس‌ها را در مراحل مختلف خواندند و با نظراتشان ما را یاری دادند. حمایت مالی از سوی بیمارستان رؤیال بتلم و بودجه تحقیقاتی بیمارستان مادزلی و همچنین مؤسسه پژوهش در روانکاوی، لوس آنجلس، فراهم گردید. ما به‌ویژه از علاقمندی خانم لیتاهازن و دکتر رالف ر. گرینسون از این مؤسسه قدردانی می‌کنیم. از دفتر حق چاپ و نشر زیگموند فروید، انستیتو روانکاوی، خانم آلیکس استریچی، و دفتر چاپ هوگارت، برای اجازه نقل قول از نسخه استناد/رد کارهای روان‌شناختی فروید، که توسط جیمز استریچی بازمینی و ویرایش شده است بسیار سپاسگزاریم.

لندن

مارس، ۱۹۷۱

پیشگفتار مؤلفان بر چاپ دوم

از زمانی که مقالات برای چاپ نخست کتاب *بیمار و روانکاو* جمع‌آوری شد، بیش از بیست سال سپری شده است. از آن پس تحولات بسیار چشمگیری در تفکر روانکاوی به وجود آمده‌اند که تا حدی نتیجه آگاهی از "گسترش قلمرو روانکاوی" است که در دهه ۱۹۵۰ آغاز شد. به‌ویژه، در سال‌های اخیر به درگیری روانکاو به‌عنوان شریکی در موقعیت تحلیلی توجه شده است و در استعاره کلاسیک روانکاو به‌عنوان آینه، تغییراتی روی داده است. به درک بیشتری از ابعاد انتقال و انتقال متقابل دست یافته‌ایم و در واقع هر یک از مفاهیمی که در این کتاب به آن برمی‌خوریم، در دو دهه گذشته دستخوش گسترش معنایی شده است.

در نتیجه ویرایش دوم این کتاب بیش از زمان مقرر به طول انجامید، و ما سپاسگزار مؤلفان اصلی هستیم که به ما اجازه دادند تا کتابی را که در نوع خود کلاسیک بوده است، بازبینی کرده و گسترش دهیم. متن اصلی تا به امروز حفظ شده است و مطالب اساسی نیز اضافه شده‌اند. فصل جدیدی اضافه شده است و ۲۵۰ منبع به ادبیات قبلی افزوده شده است که باعث شده است متن جدید نیمی از ویرایش نخست باشد. البته، هدف ما این نبوده است که همه ادبیات موجود را در زمینه مفاهیم بالینی روانکاوی لحاظ کنیم، که کاری غیرممکن می‌بود. اگرچه سعی کرده‌ایم خلاصه‌ای از این حوزه ارائه کنیم و هر جا که امکان داشته باشد، منابع اختصاصی را معرفی کنیم، تا اینکه خواننده علاقمند بتواند مسیر خود را در میان انبوه نوشته‌های فعلی روانکاوی بیابد.

در نقل قول‌هایی از ادبیات ذکر شده در این متن، ما تا حد امکان آزادانه به‌املا ثابت وفادار بوده‌ایم. در نتیجه، برخی مؤلفان ممکن است نگران این موضوع باشند که 's's' آنها به 'z's' تغییر یافته است و برعکس، و ممکن است خط تیره‌های عزیز حذف شوند. در حالی که به‌طور کلی املا "fantasy" با "f" به کار برده می‌شود، در اقتباس از فروید و نویسندگان کلایینی به صورت "phantasy" نوشته می‌شود. ما امیدواریم که همکارانمان، برای این مجوز ادبی ما را ببخشند.

تشکر ویژه از ژان پتیت برای کمک ویرایشی دقیق و مطالعه موشکافانه، از پائولا شاپ که با دقت متن را لغت به لغت بررسی نمودند، همچنین ویکتوریا همیلتون و بروناسی یو، که در جمع‌آوری برخی ادبیات پژوهشی ما را یاری رساندند. کلارا کینگ، که این کتاب را برای چاپ آماده کرد، کاری عالی که از او بسیار سپاسگزاریم. همچنین به‌خاطر کمک مالی برای هزینه‌های مربوط به تهیه چاپ دوم این کتاب، مرهون زحمات شرکت the edith ludoowyk-gyomroi در لندن، و مؤسسه زیگموند فروید در فرانکفورت، هستیم. در آخر، از آلکس هولدر برای پیشنهادات بسیار مفیدش سپاسگزاریم.

ج. س. و آ. یو. د.

لندن و فرانکفورت

آگوست، ۱۹۹۱

مقدمه

این کتاب در مورد مفاهیم بالینی پایه در روانکاوی و معانی آنها است. معنای بسیاری از مفاهیمی که در روانکاوی رشد کردند، بالاخص آنهایی که به این کتاب مربوط می‌شوند گسترش پیدا کرده است و یکی از اهداف کار حاضر این است که تغییرات درمانی و کاربردی برخی مفاهیم پایه‌ای را که در طی زمان رخ داده مورد بررسی قرار دهد. به‌هرحال این کتاب قصد ندارد گونه‌ای لغت‌نامه یا خلاصه ارائه دهد، اگرچه که بحث پیرامون مفاهیم بالینی و پایه‌ای روانکاوی باعث می‌شود نقشی که این مفاهیم در روانکاوی امروز دارند بهتر درک شود.

در دو فصل اول، به معرفی بحث‌های پیرامون عبارات خاص می‌پردازیم. تعدادی از نویسندگان، تبعات فلسفی^۱ [ناشی از] تغییر معنایی که در انتقال از بافت اصلی پیش می‌آید را مورد بحث قرار داده‌اند (کاپلان ۱۹۶۴، سندلر ۱۹۸۳، اس شافر ۱۹۷۶، اسکون ۱۹۶۳) و در این مورد، نظریه روانکاوی مشکلات خاص خود را دارد. روانکاوی اغلب یک سیستم فکری کاملاً یکپارچه و با ثبات در نظر گرفته می‌شود، اما این دور از واقعیت است. همه مفاهیم روانکاوی به خوبی تعریف نشده‌اند و هم‌زمان با رشد روانکاوی و تغییر جنبه‌هایی از نظریه آن، در معانی آنها تغییراتی رخ داده است، به‌علاوه در برخی موارد یک عبارت با معانی مختلف به کار برده شده حتی اگر در نقطه مشابهی از نظر رشد تاریخ روانکاوی قرار داشته است. از مثال‌های اولیه از این

1. Philosophical implications

دست می‌توان معنی چندگانه عباراتی چون ایگو (هارتمن ۱۹۵۶) همانندسازی و درونی‌سازی (سندلر ۱۹۶۰) را نام برد. خواهیم دید که چطور ورود معانی چندگانه به مفاهیم این کتاب مشکل ساز شده است. در روانکاوی معنای مفاهیم فقط از طریق بافتی که در آن استفاده می‌شوند قابل فهم و تشخیص است. این واقعیت که مکاتب مختلف تفکر روانکاوی، واژگان تخصصی اصلی را به ارث برده و برای استفاده خود اصلاح کرده‌اند (به‌عنوان مثال معانی ارائه شده برای ایگو، خویشتن و لیبیدو در مکتب روان‌شناسی یونگ متفاوت از ادبیات فرویدی است) وضعیت را پیچیده‌تر می‌کند. هدف کلی کار پیش رو را می‌توان تلاشی برای تسهیل ارتباط نه فقط در خود حوزه روانکاوی بالینی بلکه در موقعیت‌هایی غیر از درمان روانکاوی کلاسیک (مانند روان‌درمانی و برخی از انواع کار با بیمار) به شمار آورد، که در آن نیاز به مفهوم‌سازی در قالب واژگان مناسب روان تحلیلی وجود دارد (سندلر ۱۹۶۹). چنین نیازی در بخش آموزش روان‌درمانی در رشته روان‌پزشکی عمومی بیشتر است.

در این بافت باید به‌خاطر داشته باشیم که منظور از روانکاوی نه تنها روش‌های درمانی خاص بلکه بدنه نظری است که سودای تبدیل شدن به یک نظریه روان‌شناسی عمومی را دارد. برخی از مفاهیم روانکاوی را می‌توان عمدتاً تکنیکی یا بالینی در نظر گرفت که در مدل روان‌شناختی عمومی آن جای نمی‌گیرند، در کتاب حاضر به این مفاهیم می‌پردازیم. این‌گونه مفاهیم بالینی شامل مفهومی مانند مقاومت است که به مجموعه‌ای از پدیده‌های بالینی اطلاق می‌شود اما تظاهر خاصی از کارکرد مکانیسم‌های دفاعی نیز هست (در واقع بخشی از روان‌شناسی روان تحلیلی است و به‌همان نسبت که در فرد نرمال وجود دارد در فرد آسیب دیده هم دیده می‌شود). مهم است که بین مفاهیم بالینی و روان‌شناسی روان تحلیلی (فرا روان‌شناسی) تمایز قائل شویم. مفاهیم بالینی روانکاوی می‌تواند به خارج از اتاق مشاوره روانکاوی گسترش یافته و ممکن است تا درجاتی در موقعیت‌های درمانی دیگر نیز کاربرد داشته باشد، از این رو ارزیابی مجدد و یا احتمالاً تعریف مجدد از مفاهیم، ضروری است. بنابراین اگر دوباره به مفهوم مقاومت برگردیم که ابتدا در روانکاوی به‌عنوان "مقاومت در برابر تداعی آزاد" تعریف می‌شد بی‌شک پدیده مشابه آن در دارودرمانی به شکل شکست بیمار در دریافت داروی مفید نیز دیده می‌شود. با وجود آنکه این پدیده ممکن است بازتاب فرآیند مقاومتی شبیه به آنچه در درمان روانکاوی وجود دارد باشد، تعریف قبلی مبتنی بر تداعی آزاد را نمی‌توان حفظ کرد. تمام روان‌پزشکان و مددکاران اجتماعی با پدیده

مقاومت آشنا هستند با وجود آنکه به شکل‌هایی غیر از تداعی آزاد تظاهر پیدا می‌کنند. اگر یک مفهوم بالینی در موقعیت‌های متعددی به‌کار رود، نمی‌توان به تعریف دقیقی از آن رسید. تلاش برای انجام این کار منجر به مشکلات و نا همخوانی‌هایی در ارائه مفاهیم روانکاوی در فرهنگ‌نامه‌ها و واژه‌نامه‌های متعددی شده است که تعداد آنها روبه افزایش می‌باشد. (آیدلبرگ ۱۹۶۸، هینشلوود ۱۹۸۹، لاپلانز و پونتالیس، مور و فاین ۱۹۹۰، ۱۹۶۷، ری کرافت ۱۹۶۸). مزایا و معایب این فرهنگ‌نامه‌ها نشان می‌دهد که رویکرد تاریخچه‌ای برای فهم مفاهیم روانکاوی ضروری است. از این روما کم و بیش به ترتیب زمانی پیش خواهیم رفت.

روانکاوی تا حد بسیار زیادی در کارهای فروید و از آن طریق رشد کرد، اما طی دوره تحول آن، خود فروید بسیاری از اوقات اقدام به اصلاح فرمول‌بندی‌هایش کرد، در مفاهیم تجدید نظر کرده و ابعاد جدیدی را به‌روشنی‌های تکنیکی‌اش اضافه نمود. همین مسئله در مورد روانکاوی بعد از فروید نیز صادق است. بنابراین وقتی فرد از جنبه‌های مختلف روانکاوی صحبت می‌کند باید تاریخ آن را مشخص کرده و برای راحتی کار به تقسیم‌بندی تاریخچه روانکاوی به مراحل مختلف (بعد از راپاپورت ۱۹۵۹) که با کارهای اولیه فروید شروع شد بپردازد.

فروید پس از فارغ‌التحصیلی در رشته پزشکی در سال ۱۸۸۱ و کار به‌عنوان فیزیولوژیست در آزمایشگاه مینرت، جهت مطالعه با نورولوژیست برجسته و معتبر، شارکو به فرانسه سفر کرد. شارکو پدیده روانی گسستگی که می‌توانست تحت القای هیپنوتیسمی بوجود آید را موازی با گسستگی بین هوشیار و ناهوشیار بیمار در علائم هیستریکال می‌دانست. شارکو و دیگر روان‌پزشکان فرانسوی به‌خصوص ژانه، این گسستگی را ناشی از نقص موروثی یا اکتسابی سیستم اعصاب می‌دانستند که مانع از یکپارچگی ذهن می‌شد. در بازگشت به وین، فروید همکاری خود را با ژوزف بروئر آغاز کرد، که چند سال پیش از آن دریافته بود بیماری (آنا ای معروف) که دچار علائم هیستریکال بود، پس از آنکه تحت هیپنوتیسم به راحتی حرف زد، تسکین یافت. فروید در طول همکاری‌اش با بروئر و پس از آن متقاعد شد که فرآیند گسستگی در نواحی مغزی هوشیار و ناهوشیار فقط مختص نوروتیک‌ها نیست و در هر بیماری رخ می‌دهد. علت ظهور علائم نوروتیک این بود که نیروهای سرکوب شده ناهوشیار به روش مناسب دیگری نمی‌توانست بیان شود. حال، فروید این گسستگی را فعال در نظر می‌گرفت و آن را فرآیند دفاعی می‌دانست که در آن هوشیاری از اینکه مورد هجوم

احساسات و خاطرات ناخوشایند یا تهدیدکننده قرار بگیرد محافظت می‌شد. این باور به گسستگی فعال به‌عنوان یک نقطه نظر مرکزی و به شکل‌های مختلف در نوشته‌های روانکاو باقی مانده است، اگر چه فروید و بقیه در زمان‌های مختلف بر جنبه‌های متفاوتی از مطالب جدا شده و ناهوشیار ذهن تأکید داشته‌اند. در ابتدا و بالاخص ضمن کار ابتدایی با بروئر، فروید مطالب ناهوشیاری که از آنها دفاع می‌شد را شامل خاطرات هیجانی از یک واقعه آسیب‌زای واقعی می‌دانست. در کتاب مشهور "مطالعاتی بر هیستریا" (۱۸۹۵) که آنها با هم چاپ کردند، حوادث آسیب‌زای واقعی پشت علائم بیماران نوروتیک قرار داشت. فرض بر آن بود که چنین تجربه‌های آسیب‌زایی باعث افزایش "بار عاطفی" می‌شوند. این بار عاطفی به همراه خاطرات حادثه آسیب‌زا به‌طور فعال از هوشیاری جدا شده و با تبدیل شدن به علائم امکان بروز پیدا می‌کنند. بر اساس این دیدگاه درمان شامل تلاش‌های مختلف برای آوردن خاطرات فراموش شده به هوشیاری است، بنابراین به‌طور هم‌زمان باعث می‌شود تخلیه عاطفه به شکل "کاتاریسیس" یا "تخلیه هیجانی" رخ دهد.

فاز اول روانکاو را می‌توان شامل کار فروید با بروئر دانست که تا سال ۱۸۹۷ طول کشید. در این دوره فروید به این نتیجه رسید که بسیاری از "خاطرات" بیماران هیستریک در مورد تجارب آسیب‌زا بالاخص اغواگری، در واقع خاطرات حوادث واقعی نبوده بلکه خیال‌پردازی محسوب می‌شده‌اند (فروید ۱۹۵۰ (۱۹۲۰-۱۸۸۷)).

فاز دوم روانکاو را می‌توان از نقطه‌ای که فروید نظریه آسیب^۱ نوروز را رد کرد تا اوایل ۱۹۲۰ در نظر گرفت که او مدل ساختاری روانکاو را معرفی نمود (فروید ۱۹۲۳). در فاز دوم به جای تأکید اولیه بر حوادث بیرونی (موقعیت آسیب‌زا)، بر آرزوها، ندها و رانه‌های ناهوشیار و شیوه‌ای که این تکانه‌ها خود را در سطح هوشیار نشان می‌دادند، تأکید شد. در این مرحله، غالباً آنچه که از درون می‌آمد و شیوه‌ای که واکنش‌های کودکی بارهای بار در حال حاضر تکرار می‌شدند، مورد توجه قرار گرفت. به علاوه ترجمه درمانگر از معانی ناهوشیار مطالب هوشیار بیمار مورد مطالعه قرار گرفت. در واقع از نظر فروید، هدف روانکاو "به هوشیاری آوردن ناهوشیار بود". در این مرحله تغییراتی که در رشد نظریه اتفاق افتاده بود باعث شد که می‌رفت، تغییر جهت بنیادینی از توجه به رابطه فرد با واقعیت‌های بیرونی به سمت رابطه او با تکانه‌ها

و آرزوهای ناهوشیارش اتفاق افتاد. خواهیم دید که شرح و بسط بسیاری از مفاهیم بالینی که به تفصیل در این کتاب به آنها پرداخته می‌شود، به فاز دوم رشد روانکاوی برمی‌گردد.

فروید در سال ۱۹۰۰ کتاب تعبیر رؤیا را منتشر کرد. مطالعه او بر روی رؤیایها یک نمونه از روشی است که تصور می‌شد آرزوهای ناهوشیار از طریق آن به سطح می‌آیند. فشاری که برای بیان مستقیم این آرزوها وجود دارد، باعث بروز تعارض در ارزیابی‌های فرد از واقعیت و ایده‌آل‌هایش می‌شد. این تعارض بین نیروهای غریزی از یک طرف و نیروهای واپس زده شده و دفاعی از طرف دیگر منجر به شکل‌گیری مصالحه‌هایی می‌شد، که تلاش در جهت ارضای آرزوهای ناهوشیار به شکل تغییر یافته را بازنمایی می‌کرد. بنابراین محتوای آشکار رؤیا می‌توانست ارضای یک آرزوی ناهوشیار به صورت سانسور شده یا تغییر یافته باشد. تداعی آزاد بیمار در روانکاوی نیز به شکل مشابهی می‌توانست شکل تغییر یافته آرزوهای ناهوشیار در نظر گرفته شود.

در فاز دوم همانند فاز اول، فروید فرض می‌کرد که بخشی از ذهن یا "دستگاه روانی" هوشیار است و بخش دیگری اساساً ناهوشیار می‌باشد. در این میان فروید بین دو نوع ناهوشیار تفاوت قائل شد. یکی از آن دو با "سیستمی" بازنمایی می‌شد متشکل از رانه‌های غریزی و آرزوهایی که اگر اجازه راهیابی به هوشیاری را پیدا کنند، تهدیدآمیز بوده و منجر به بروز اضطراب یا احساسات ناخوشایند دیگر می‌شوند. نیروهای ناهوشیار به‌طور دائم در تلاش برای تخلیه هستند اما تنها به شکل تغییر یافته یا سانسور شده اجازه بروز پیدا می‌کنند. نوع دوم ناهوشیار سیستم نیمه هوشیار نامیده می‌شد، متشکل از دانش و افکاری که خارج از دسترس هوشیاری قرار می‌گیرند اما مانند محتویات ناخودآگاه با نیروی متقابل واپس‌زنی عقب نگه داشته نمی‌شوند. محتوای نیمه هوشیار روانی می‌تواند در زمان مناسب به هوشیار وارد شود و نه تنها فرد برای انجام وظایف منطقی از آن استفاده می‌کند بلکه آرزوهای ناهوشیاری که برای پیدا کردن راهی به سمت هوشیاری فشار می‌آورند نیز به آن می‌چسبند - یعنی آنها می‌توانند برای بازنمایی این آرزوها مورد استفاده قرار بگیرند. مدل دستگاه روانی در مرحله دوم عموماً تحت عنوان مدل توپوگرافیک شناخته شده است که در آن سیستم نیمه هوشیار حد واسط بین هوشیار و ناهوشیار در نظر گرفته می‌شد (مورد آخر کیفیت سیستم هوشیار بود).

فروید رانه‌های غریزی را مانند "انرژی‌هایی" در نظر می‌گرفت که می‌توانند در

محتوای روانی متفاوتی سرمایه‌گذاری شوند (به نظر ما متأسفانه، در ترجمه انگلیسی از فروید کلمه آلمانی "سرمایه‌گذاری" [besetzung] نیروگذاری روانی (کاتکسیس) ترجمه شده است.) او از عبارت *لیبیو* برای انرژی جنسی رانه‌های غریزی استفاده کرد، اما با وجود اینکه پرخاشگری بعدها اهمیتی برابر با جنسیت بدست آورد، او هیچ عبارت متناظری برای "انرژی پرخاشگرانه" ابداع نکرد. این انرژی‌های رانه در ناهوشیار به طور آزادانه از یک محتوا به محتوای دیگر جابه‌جا می‌شوند و مطابق با آنچه *فرآیند اولیه* خوانده می‌شود کار می‌کنند. بین عوامل ناهوشیار روابط منطقی و صوری وجود ندارند: هیچ آگاهی از زمان وجود ندارد و فقط قوانین ابتدایی و ساده‌تداعی در آن کاربرد دارند. رانه‌ها و آرزوهای ناهوشیار طبق اصل لذت عمل می‌کنند، یعنی تخلیه، ارضا و رهایی از تنش‌های دردآور را به هر قیمتی می‌خواهند. می‌توان گفت سیستم هوشیار و نیمه هوشیار دقیقاً بر خلاف این عمل می‌کنند. در آنها منطق، استدلال (*فرآیند ثانویه*) و دانش در مورد واقعیت بیرونی و ایده‌آل‌ها و استانداردهای رفتار غلبه دارند. هوشیار و نیمه هوشیار برخلاف ناهوشیار، واقعیت بیرونی را پیرو آنچه فروید "اصل واقعیت" نامید در نظر می‌گیرند (یا تلاش می‌کنند که در نظر بگیرند). بنابراین به وجود آمدن موقعیت‌هایی مانند تعارض بین آرزوهای جنسی بدوی که به ناهوشیار واپس زده شده‌اند با استانداردهای اخلاقی شخص، و در نتیجه راه حلی که نیروهای مخالف را در خود جمع کند گریزناپذیر است.

تا اینجا طوری به رانه‌ها و آرزوهای غریزی پرداختیم که انگار در انزوا وجود دارند. اما از نظر فروید این‌طور نبود، زیرا در دیدگاه او از ابتدای رشد کودک امیال غریزی به چهره‌های مهم دنیای کودک یا همان ابژه‌ها متصل می‌شوند؛ متأسفانه روانکاوان برای توصیف افرادی که رابطه عاطفی مهمی با آنها وجود دارد از واژه غیر شخصی "ابژه" استفاده کرده‌اند. هر آرزوی ناهوشیار یک ابژه دارد و همان ابژه می‌تواند دریافت‌کننده آرزوهای کاملاً متضادی باشد که به طور معمول با احساس عشق و نفرت هم‌زمان نسبت به یک شخص تظاهر پیدا می‌کند. این *دوسوگرایی*^۱ به خودی خود یک منبع قوی تعارض روانی است. فروید معتقد بود که افراد در روابط بزرگسالی خود با دیگران، تعارضات و دلبستگی‌های کودکی‌شان را (اغلب به صورت تغییر شکل یافته) تکرار می‌کنند و این گرایش به تکرار، اغلب ریشه تعداد زیادی از مشکلاتی بود

1. ambivalence

که بیمارانش به درمان می‌آوردند.

در بین تعارض‌های اولیهٔ کودک که از طریق تحلیل، بازسازی^۱ می‌شود، مجموعه‌ی^۲ ادیپال کامپلکس وجود دارد که در آن همهٔ کودکان در حدود سنین ۴-۵ سال با شدیدترین نوع تعارض در ارتباط با آرزوها و روابط با ابژه‌هایشان مواجه می‌شوند. اساساً فروید این طور بیان می‌کرد که پسر کوچک آرزو دارد با مادرش رابطه جنسی داشته باشد، او را به‌طور کامل در تملک خود بگیرد و به شکلی از دست پدر خلاص شود، در این میان آرزوی کشتن پدر بعید نیست. از نظر فروید این آرزوها در تعارض با عشقی است که پسر کوچک هم‌زمان نسبت به پدرش احساس می‌کند، ضمن اینکه با ترس از طردشدن یا آسیب بدنی، بالاخص ترس از آسیب تلافی‌جویانهٔ پدر به آلت تناسلی او که آنرا اضطراب اختگی نامید نیز در تعارض قرار می‌گیرند. این تصویر برای دختر کوچک هم کم و بیش به‌طور مشابه وجود دارد، اما نقش والدین برعکس می‌شود، اگر چه تصور می‌شد که هم در دختران و هم در پسران، مجموعه‌های معکوس نیز وجود دارند. به این ترتیب که متعاقب دو جنس‌گرایی ذاتی، در پسر آرزوی به تملک پدر در آوردن و خلاص شدن از مادر نیز وجود دارد.

این نگاه به کارکرد روانی و تمایلات جنسی کودکی محصول مرحلهٔ دوم هستند، دوره‌ای که مطالعات بسیاری بر فراز و نشیب‌های رانه‌های غریزی نا هوشیار به‌ویژه رانه‌های جنسی و مشتقات آنها (فروید ۱۹۰۵) به عمل آمد. در اینجا به علت اینکه این مفاهیم برای توجه دقیق‌تر به مفاهیم بالینی که در فصول بعدی مورد بحث قرار خواهد گرفت اهمیت دارند، با تفصیل بیشتری به آنها پرداخته شد. در بافت مدل روان‌شناختی مرحلهٔ دوم، این مفاهیم را می‌توان نسبتاً ساده و سر راست در نظر گرفت. با وجود این، همان‌طور که نشان خواهیم داد، تحولات تفکر فروید باعث تظاهر پیچیدگی‌هایی شد.

فاز سوم را می‌توان از سال ۱۹۲۳ در نظر گرفت، دوره‌ای که تغییرات سرنوشت‌سازی در مفهوم‌سازی فروید از کارکرد روانی به عمل آمد. فروید به‌شدت تحت تأثیر به کار افتادن الگویی در بیماران قرار گرفت که فقط می‌توانست آن را به شکل یک حس نا هوشیار گناه تصور کند. به‌علاوه ناهماهنگی‌ها و تناقضاتی در کاربرد مشروح مدل "توپوگرافیک" و تقسیم دستگاه روانی به سیستم‌های هوشیار، نا هوشیار و نیمه هوشیار بروز کرد و منجر به این شد که فروید مدل نظری اصلاح شده‌ای را

1. reconstructed

2. constellation

ارائه دهد. شاید درست‌تر این است که بگوییم او نقطه نظر پیشرفته‌ای معرفی کرد، زیرا فرمول‌بندی جدید او به‌طور کامل جایگزین فرمول‌های پیشین نشد بلکه در کنار آنها به وجود آمد. وقتی پیشتر به این حقیقت اشاره کردیم که روانکاو، به‌عنوان یک بدنه فکری در حال رشد، دارای مدل نظری یکپارچه و با ثباتی نیست، چنین موقعیتی را در ذهن داشتیم. فروید در سال ۱۹۲۳ مدل ساختاری یا آنچه توپوگرافی دوم نامیده شده است را در مقاله‌ای تحت عنوان "ایگو واید" فرمول‌بندی کرد - تقسیم‌بندی سه‌گانه‌ای از دستگاه روانی به آنچه اید، ایگو و سوپرایگو نامیده شد. اید تقریباً متناظر با مفهوم ناهوشیار بود. می‌توان آن را حوزه‌ای از ذهن در نظر گرفت که در برگیرنده رانه‌های غریزی اولیه همراه با تمام عوامل ذاتی و وراثتی آنها است. اید تحت سلطه اصل لذت است و با فرایند اولیه کار می‌کند. طی فرایند رشد و رسش، و در پی تعامل با دنیای بیرون، بخشی از اید تغییر می‌کند و تبدیل به ایگو می‌شود. کارکرد اولیه ایگو، وظیفه بقای خود و کسب ابزاری است که تطابق هم‌زمان با فشارهای اید و تقاضاهای واقعیت را امکان‌پذیر نماید. ایگو ظرفیتی بدست می‌آورد تا تخلیه‌ی غرایز را به تأخیر اندازد یا آنها را از طریق مکانیزم‌های مختلف از جمله مکانیزم‌های دفاعی کنترل کند. بخش سوم، سوپرایگو، ته‌نشین یا باقی مانده‌ی تعارض‌های اولیه‌ی کودک به خصوص در رابطه با والدین یا دیگر مراجع قدرت و همانندسازی با آنها است. سوپرایگو حامل وجدان است بالاخص بخشی از وجدان که به صورت ناهوشیار وجود دارد؛ بخش اعظم کارکردهای سوپرایگو و ایگو، و همه‌ی بخش‌های اید خارج از هوشیاری کار می‌کنند.

قابل ذکر است که موضوع مورد تأکید مرحله‌ی قبلی، در نظریه‌ی ساختاری تغییر می‌کند. به ایگو نقش میانجی و حل‌کننده‌ی مسائل داده می‌شود به گونه‌ای که در تک‌تک لحظات باید به تقاضاهای اید، سوپرایگو و دنیای بیرون پاسخ دهد. گاهی برای حل این تقاضاهای متعارض، ایگو مجبور به ایجاد پیچیده‌ترین انواع مصالحه^۱ است که ممکن است در نهایت منجر به شکل‌گیری علائم بیماری شود. این علائم با وجود درد و ناراحتی که برای فرد ایجاد می‌کنند، بازنمایی بهترین تطابقی هستند که در آن شرایط خاص برای او امکان‌پذیر است. چنین مصالحه‌هایی وارد فرآیند شکل‌گیری کاراکتر و شخصیت، انتخاب حرفه و ایزه‌های عشق و تمامی آنچه که شخص را منحصر به فرد می‌کند، می‌شوند.

این مرحله‌ی خاص در رشد روانکاو تا زمان مرگ فروید در سال ۱۹۳۹ طول

کشید. این تاریخ نسبتاً دلخواهی است، زیرا آنچه که ما مرحله چهارم می‌نامیم معرف مشارکت روانکاوان دیگر به جز فروید است. بنابراین از زمانی که اولین همکاران به کار فروید مرتبط شدند و دیدگاه‌های او را پذیرفتند، نکات مهمی به نظریه و کار افزوده شد.

با وجود آنکه تا همان زمان هم در کارهای فروید آشکار شده بود، خط رشدی مهم مرحله چهارم نظریه روانکاوی با انتشار کتاب *ایگو و مکانیسم‌های دفاعی* آنا فروید در سال ۱۹۳۶ و کتاب *روانشناسی ایگو و مشکل انطباق* هارتمن در سال ۱۹۳۹ یک نیروی محرک قوی پیدا کرد. آنا فروید توجه خود را به نقش مکانیسم‌های دفاعی در کارکرد روانی بهنجار معطوف کرد و مفهوم دفاع را به گونه‌ای گسترش داد که دفاع بر علیه خطرت ناشی از دنیای بیرونی و تکانه‌های غریزی درونی را در بر بگیرد. هارتمن بر رشد ذاتی آنچه که او آن را "حوزه بدون تعارض" ایگو می‌نامید، تأکید خاصی داشت. بر خلاف فروید که تمرکز خود را به‌طور دائم بر پدیده‌های بالینی و شیوه‌ای که مهارت‌ها و ظرفیت‌های خاص می‌تواند به‌عنوان ابزار حل تعارض در فرد رشد نماید قرار داده بود، هارتمن معتقد بود که بسیاری از حوزه‌های کارکرد نرمال وجود دارد که دوره رشدی مستقلی را طی می‌کنند و محصول تعارض روانی نیستند. آنچه که "روانشناسی ایگو" خوانده می‌شود، معرف علایق خاص روانکاوان بسیاری است که کارکرد ایگوی نرمال را به‌اندازه غیر نرمال در مرکز توجه خود قرار دادند. نقش روانکاوان دیگر به‌جز فروید در خلال این کتاب در جای خود مورد بحث قرار خواهد گرفت و نیازی به ذکر جزئیات نیست. با این همه لازم به ذکر است که بسیاری از افکار کنونی روانکاوی، به‌ویژه آن بخش‌هایی که مربوط به موقعیت بالینی است هنوز به‌طور محکم و استواری ریشه در مرحله دوم رشد روانکاوی دارد. روانکاوان برای توصیف بیمارانشان از مفاهیم توپوگرافیک (یعنی مرحله دوم) در کنار نظریه ساختاری مرحله سوم استفاده کردند، اگرچه روانکاوان خاصی (آرلو و برینر ۱۹۶۴) تلاش‌های قهرمانانه‌ای برای نوشتن کل نظریه روانکاوی بر اساس مفاهیم مدل ساختاری به عمل آورده‌اند.

از دهه‌ی ۱۹۶۰ روان‌شناسی ایگو در ایالات متحده تا حدی جای خود را به برخی پیشرفت‌های جدید داده است که در فصول آینده مورد توجه قرار خواهند گرفت. از

آن جمله می‌توان به "روانشناسی خویشتن" هاینز کوهات و "روابط با ابژه" ادیت جاکوبسن وهانس لو والد و اوتو کرنبرگ اشاره کرد. دیدگاه کرنبرگ را می‌توان منشعب از روان‌شناسی ایگو و نظریات ملانی کلاین در انگلستان دانست. در انگلستان، مکتب کلاین و کارهای نظریه‌پردازان روابط با ابژه بریتانیایی مانند رونالد فیبرن، میشل بالینت و دونالد وینی کات به‌طور گسترده‌ای تأثیرگذار بوده است. طی سال‌های اخیر نوشته‌های ویلفرد بیون مهم تلقی شده و دیدگاه‌های مناقشه‌آمیز ژاک لکان نقش بزرگی در مطرح شدن روانکاوی در مجامع روشنفکری خاص بازی کرده است. بسیاری از روانکاوان، کار روانکاوان رشدی که با مارگارت ماehler آغاز می‌شود و با افرادی که آنها را "مراقبان کودک" می‌نامیدند مانند دانیل استرن و روبرت امد ادامه پیدا می‌کند، را در درک تحلیلی رشد انسان بسیار مهم می‌دانند. نظریه روانکاوی ذهن، از زمان فروید شرح و بسط اساسی پیدا کرده و شکاف بین نظریه‌های روانکاوی و کاربرد آنها دائماً گسترش پیدا کرده است. بنابراین مهم است که مفاهیم بالینی روانکاوی را مکرراً مورد توجه قرار دهیم.