

کاربرد مفاهیم روانکاوانه
در درمان خانواده‌ها

فهرست مطالب

۹.....	تقدیر و تشکر
۱۱.....	مقدمه مترجم
۱۳.....	مقدمه
۱۷.....	فصل اول: روانکاوی
۳۱.....	فصل دوم: کار با خانواده‌ها و خانواده‌درمانی
۳۹.....	فصل سوم: نظریه روانکاوی، مفاهیم و درمان خانواده‌ها
۹۱.....	فصل چهارم: کودکان خردسال با مشکلات خوردن
۱۰۹.....	فصل پنجم: کودکان و نوجوانان مبتلا به بی‌اشتهایی روانی
۱۳۱.....	فصل ششم: کودکانی که دچار ضربه عاطفی شده‌اند
۱۴۹.....	فصل هفتم: خردسالانی با رفتار خشونت‌آمیز
۱۶۹.....	فصل هشتم: نوجوانانی که جسمشان متحمل آسیب‌های عاطفی می‌شود
۱۸۵.....	فصل نهم: کودکانی که والدینشان در «جنگ» هستند
۱۹۵.....	فصل دهم: رویکردها و کاربردها
۱۹۹.....	منابع
۲۰۵.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۲۱۲.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی
۲۲۰.....	درباره نویسنده

تقدیر و تشکر

تشکر ویژه از دکتر جین مگانیا به خاطر فرزانیگی و حمایت خاص و قابل توجهش در طی دوازده سال گذشته و نظرات ارزشمندش در پیش نویس کتاب حاضر.

و نیز سپاس فراوان از همکاران سابقم، جان هیلز، رزماری ویفن و آن وین-جونز برای انگیزه‌های به‌یادماندنی و منحصر به فردی که دادند.

تشکر پاینده و تا ابد از همکاران امروز و گذشته‌ام در بخش سلامت روان کودک و نوجوان در بیمارستان گریت اورموند استریت به خاطر انگیزه بخشیدن‌ها و ابتکارات اندیشمندانه‌شان.

صمیمانه‌ترین قدردانی‌هایم تا همیشه تقدیم به کودکان، جوانان و خانواده‌هایشان که در بیش از سی سال گذشته با آنها کار کردم و موجب لذت و افتخار من هستند: از آنها بسیار آموختم.

مقدمه مترجم

اغلب، پدر مادرها زمانی برای درمان مراجعه می‌کنند که در مدیریت فرزندشان و کنترل فضای خانه دچار مشکل جدی شده‌اند و دیگر روند زندگی مانند گذشته پیش نمی‌رود و در واقع مستأصل و ناکام شده‌اند. بارها وقتی در جلسه درمان به پدر و مادری که عصبانی هستند و از رفتار کلافه‌کننده فرزندشان به‌ستوه آمده‌اند، گوش می‌دهم، ردپایی از «سردرگمی نقش» را در هر یک از اعضای خانواده به‌وضوح می‌بینم. گاهی مرزهای میان افراد خانواده درهم تنیده شده و گاهی نیز شکاف عمیقی بین روابط آنها حاکم است. در بسیاری از موارد، کودک بیماری وجود دارد که با بیماری‌اش پدر و مادر و خانواده را مانند چسبی در کنار هم نگه می‌دارد، به‌گونه‌ای که اگر بهبود یابد خانواده از هم می‌پاشد.

جراحات و دردهای حل نشده والدین با والدین خودشان در رابطه با فرزندانشان انعکاس می‌یابد و هم‌چنان یک نسلی را مضطرب و دردمند نگه می‌دارد. چالش‌های مربوط به تفاوت‌های فردی هم‌زمان با فرهنگ و ساختار خانواده در اتاق درمان تجلی می‌یابد و مادران به‌واسطه نقشی که جامعه و فرهنگ بر دوش آنها نهاده، نسبت به سایر اعضا، نارضایتی بیشتری را ابراز می‌نمایند. آنها غالباً در زندگی روزمره مضطرب و افسرده هستند و بارها و بارها احساس بی‌کفایتی و ناتوانی می‌کنند؛ به تدریج فردیت و استقلال خود را از دست می‌دهند و همه چیز خود را وابسته به حضور دیگری می‌بینند و سرانجام از نفس می‌افتند زیرا زیستن و بودن، نیازمند جرأت‌مندی، عزت‌نفس و فردیت است. هر عضوی از خانواده که عزت‌نفس، فردیت و امنیتش مورد تهدید قرار گیرد، مانند غده سرطانی کل مجموعه را درمی‌نوردد و بیمار می‌کند.

همان‌گونه که یک کودک در دوران رشد به تدریج مسیر تکامل را طی می‌کند و شخصیتش از میان سال‌ها شکل می‌گیرد، خانواده نیز به‌عنوان یک مجموعه، یک سیر تکاملی را از نوپایی تا بلوغ و فرسودگی می‌گذراند و شخصیت منحصر به فرد خود را پرورش می‌دهد. خانواده نیز مانند یک فرد، ناخودآگاهی دارد؛ اگر نتواند هم‌زمان با رشد و تکامل شخصیتش، احساس، افکار و خواسته‌ها و آرزوهایش را مطرح کند، روابط بین اعضا سطحی خواهد بود و رضایت روانی وجود نخواهد داشت. فرد

زمانی در یک خانواده حال خوب و امنیت روانی را تجربه خواهد کرد که بتواند عقاید و خواسته‌هایش را بدون نگرانی بیان کند و در عین حال استقلالش نیز حفظ شود و خانواده نیز بتواند «اصل تفاوت‌های فردی» را در مورد هر یک از اعضایش بپذیرد. امروزه شاهدیم که جایگاه خانواده و کارکردش به سرعت در حال تغییر است؛ شاید به خاطر اینکه نیازهایش نیز تغییر کرده است اگرچه گویی حساس‌تر و آسیب‌پذیرتر هم شده است. لذا در عصر مدرن، خانواده‌درمانی جایگاه ویژه‌ای در بین درمان‌های روان‌شناختی پیدا کرده است زیرا باور دارد که انسان‌ها در بافت خانواده و فرهنگ بیمار می‌شوند و اصلاح روابط هر فرد در ساختار خاص هر خانواده، در بسیاری از موارد مؤثرتر خواهد بود. اما در این میان، «خانواده‌درمانی روانکاوانه» با تکنیک‌هایی که دارد، چارچوب‌های درمانی مناسبی را برای تفکر در مورد دنیای درون روانی بیمار و درک آن برای درمانگر فراهم کرده است. روانکاوی با هر خوانشی که باشد، در یک فضای همدلانه و به دور از قضاوت، پرده از کار ذهن برمی‌دارد و از همان جلسات اول رهایی‌ای با خود به همراه می‌آورد که التیامی بر زخم‌ها خواهد بود. خانواده‌درمانی روانکاوانه، بلوغ روانی خانواده و شهادت زیستن با دیگری به جای خشونت و نابردباری در خانواده را به ارمغان می‌آورد. امروز «حال خانواده خوب نیست» و خانواده ایرانی بی‌قرار است. این کتاب می‌تواند تکنیک‌های کاربردی مؤثری را در حوزه خانواده‌درمانی روانکاوانه، به درمانگران خانواده تقدیم کند؛ رویکردی که نوپاست و قدم‌های اولش را در کشور برمی‌دارد.

آنچه انگیزه ترجمه این کتاب شد، جلسات درمانی‌ای بود که با مراجعانم داشتم و اشتیاقی که آنها برای کشف معنایی داشتند که از دیدشان پنهان بود و فضای تأثیرگذار درون رابطه درمانی بین روان‌درمانگر و اعضای خانواده که فرایند تغییر را جذاب‌تر می‌کرد. در گذار از مسیر دشوار و پرفراز و نشیب ترجمه این کتاب، سپاس‌گزار و قدردان حمایت‌ها و همراهی خردمندان استاد فرزانه، جناب دکتر امیرحسین جلالی هستم که از ایشان بسیار آموختم.

نادیا صبوری

مقدمه

این کتاب قصد دارد تا به عنوان کتابی مکمل، برای درمانگرانی که با خانواده‌ها کار می‌کنند و علاقه‌مندند رویکرد و روش درمانی‌شان را با رویکرد و روش درمانی روانکاوی پیوند دهند، خواندنی و کاربرپسند باشد. این نظریه‌ها پیچیده هستند و تا جایی که ممکن است برای فهمیده شدن نیاز به درک جامع و فراگیری دارند. همچنین ممکن است در روند رشد و گسترش دانش و آگاهی در کار درمانی، برای متخصصان علاقه‌مند به این نظریات، مفید واقع شود. این کتاب وارد بحث‌های تئوریک درباره تفاوت‌های مکاتب مختلف یا مواضع فلسفی نمی‌شود؛ به‌طور مثال درباره تأثیر پست‌مدرنیسم، یا جزئیات تکنیکی که درمانگر به‌طور هم‌زمان هم می‌داند و هم نمی‌داند. بعضی از این مباحث به‌طور جذاب و فصیح‌تری در منابع دیگر نوشته شده‌اند، از جمله: فلاسکز (۱۹۹۷)، پوکوک (۱۹۹۵) و لارنر (۲۰۰۰). همچنین قصد معرفی کتابی درباره خانواده‌درمانی با رویکرد روابط ابژه را نیز ندارد زیرا آن‌هم به‌طور تحسین‌برانگیزی توسط باکس، کاپلی، مگانیا و موستاکی اسمایلانسکی (۱۹۹۴) و شارف و شارف (۱۹۸۷) معرفی شده است.

این کتاب، روشی برای مقایسه و تقابل خانواده‌درمانی سیستمی سنتی با خانواده‌درمانی مبتنی بر روانکاوی یا معرفی مکاتب مختلف خانواده‌درمانی نیز ارائه نمی‌دهد. پیش‌فرض این کتاب مدلی «دوگانه» است؛ جایی که جنبه روان‌تحلیلی دنیای درون‌فردی می‌تواند آگاهی یابد و درک رابطه درمانی بین درمانگر، خانواده و تعاملات خانواده افزایش یابد. اصطلاحات «درمان/ درمانگر با خانواده‌ها» همچنین «خانواده‌درمانی/ درمانگر» بارها و بارها استفاده شده‌اند. این کار عامدانه انجام شده است، هم برای ایجاد تنوع و هم برای محدود کردن احتمال منازعه بر سر تعریف «خانواده‌درمانی» یا فرضیه‌ای مبنی بر اینکه خانواده‌درمانی به‌نوعی متفاوت از کار با خانواده‌هاست. هدف دیگر، در برگرفتن تخصصانی بوده که با خانواده‌ها کار می‌کنند ولی خانواده‌درمانگر نیستند.

این کتاب به‌طور ویژه‌ای صمیمیت، پیچیدگی و درگیری‌های درونی شدید در

زندگی خانواده را برجسته می‌کند. هر کودک معنی ویژه و منحصر به فردی برای هر یک از والدین دارد و به ترکیبی غنی و پیچیده، اضافه می‌شود. نمونه‌هایی از خانواده‌ها برای تأیید این موضوع در نظر گرفته شده‌اند.

به باور نویسنده جایی که مکانیسم‌هایی مانند فرافکنی و همانندسازی فرافکنانه در خانواده‌ها رخ می‌دهد، چنین پیچیدگی‌هایی از نیت بدخواهانه اعضای خانواده نیست. در مقابل، ممکن است والدین یا کودک، نگرانی‌ها و احساسات دشوار را با هدف کاهش درد و مراقبت از زندگی خانوادگی به یکدیگر بدهند یا از هم بگیرند و برای باقی ماندن در وضعیت آشنای موجود تلاش کنند. آنها این‌گونه برای حفظ بقای خانواده به‌عنوان یک کل، به یکدیگر کمک می‌کنند. گاهی والدین به‌طور ناخودآگاه، برخلاف آنچه می‌خواهند و قصد دارند، ترس‌هایی از زندگی گذشته خود را در بچه‌هایشان ایجاد می‌کنند، درحالی‌که بچه‌ها به‌طور کاملاً آگاهانه تمایل دارند و تلاش می‌کنند از والدینشان مراقبت و حمایت کنند و سعی می‌کنند هر کاری انجام دهند تا در موقعیت‌های سخت، آنها را در کنار یکدیگر نگه دارند.

همچنین ممکن است بچه‌ها به‌طور غریزی تمایل داشته باشند زمان‌هایی که خود را در رقابت شدید با خواهرها و برادرها می‌بینند، هرکدام یکی از والدین را برای خودشان نگه دارند. گاهی اوقات آنها با همین مسئولیت‌ها آسیب می‌بینند و بیمار می‌شوند.

به‌عنوان مثال بهترین نیات والدین می‌توانند منحرف شوند:

- مادر خوش نیت مادری است که به کودک کمک می‌کند تا آن روی سکه را هم ببیند.
- مادر مضطرب و نگران است مانند توپِ کودک که بیش از حد باد شده است.
- کودک بیش از حد ناراحت و مضطرب است و مشتاق است که به مادر کمک کند.
- مادر نمی‌تواند گیاه گزنه یا یک سگ سیاه کوچک را در آن طرف ببیند.
- مادر سعی می‌کند درد کودک را کاهش دهد و آسیب را ترمیم کند اما همه‌چیز را بدتر می‌کند.
- والدین کودک را برای درمان نزد یک متخصص می‌برند.

لازم است درمانگران همواره محکم و استوار بهترین منافع را برای کودک در نظر داشته باشند. کار درمان را فقط می‌توان در زمینه امنیت و نیازهای کودک به کار گرفت؛ جایی که او در عین امنیت به عنوان وجود برتر شناخته شود و والدین قادر به پاسخ‌گویی به نیازها و تأمین امنیت کودک در همه زمان‌ها باشند. اگر والدین بعضی رازهای مگو را که ممکن است دانستن آنها خطرناک باشد، یا آسیب جدی به کودک برساند یا از روی غفلت نسبت به آن ناآگاه باشند، در اختیار کودک بگذارند ممکن است پاسخ متخصصان به مثال فوق بسیار متفاوت باشد.

ماهیت درمان خانواده‌ها می‌تواند به عنوان ساختن حس‌هایی با خانواده از آنچه اتفاق می‌افتد، درک شود. درمانگر آن حس‌ها را تفسیر نمی‌کند، بلکه از طریق پرسیدن و تفکر، انعکاس می‌دهد و نظرش را می‌گوید؛ بنابراین خانواده این توانایی را پیدا می‌کند که خودش تفسیرهایی را ارائه دهد و معانی جدیدی را برای استفاده از آنها رشد و گسترش دهد. البته که گذشته، نمی‌تواند تغییر کند. با این حال احساسات دفن‌شده و نگرش‌های مربوط به حوادث گذشته را می‌توان کشف کرد، سپس به نفع روابط و عملکرد کنونی، اصلاح و متعادل کرد.

این کار سخت و پیچیده است و همه درمانگران به یک گروه از همکاران حمایتگر و قوی و نظارت مستمر نیاز دارند. به‌طور قابل‌توجهی، نظارت مبتنی بر روانکاوی، تجربه درمانگر را در درمان به همان اندازه تمرکز بر خانواده‌ها مهم می‌پندارد؛ و درمانگران خانواده ممکن است از این مدل نفع ببرند.

این کتاب به‌طور مستقیم به موضوعاتی درباره تبعیض یا به‌طور خاص بحثی درباره جزئیات نژاد، جنسیت، فرهنگ، گرایش جنسی، طبقه، معلولیت و غیره اشاره نمی‌کند؛ جایگاه‌هایی که ممکن است کلیشه‌ها و تعصبات رخ دهند. برای این‌ها ممکن است به کتاب دیگری نیاز باشد. ضروری است که درمانگران شرح مفصلی از شرایط فرهنگی، سیاسی و موقعیت‌های اجتماعی افراد را هنگامی که روابط احترام‌آمیز و مفید درمانی در حال شکل‌گیری است، به دست آورند. ممکن است استفاده از مفاهیم روانکاوی، برای ایجاد روابط قوی و حرفه‌ای به پذیرش رویکردهای فرهنگی مختلف نیاز داشته باشد.

در فصل‌های بعدی نمونه‌هایی از خانواده‌ها آورده شده تا موقعیت خانواده‌های مشکل‌دار و راه‌حل‌های درمانی مناسب نشان داده شوند. هیچ‌کدام از خانواده‌هایی که نویسنده با آنها کار کرده است، به‌طور مستقیم و دقیق شناسایی نخواهند شد. کلمه

«والد» به عنوان مخفف «والدین یا مراقب اصلی» کودک استفاده شده است، زیرا اولین مراقب بعضی کودکان، کسی نیست که آنها را به دنیا آورده است. مثال‌ها عمداً به شکل ساده ارائه شده‌اند ولی مشکلات به‌ندرت ساده هستند یا به‌سرعت درمان می‌شوند، زیرا تغییر از درون، زمان می‌برد. گاهی اوقات چارچوب‌های زمانی به‌منظور ارائه شرح‌حال بیمار، به هم ریخته‌اند و ممکن است به نظر برسد که تغییرات سریع‌تر از واقعیت اتفاق افتاده‌اند. به‌طورکلی در این مثال‌ها نتایج امیدبخشی معرفی شده‌اند، هرچند اغلب، درمان طولانی و سخت است و فراز و نشیب‌هایی در این راه وجود دارد و نتایج همیشه روشن نیستند.

فصل اول

روانکاوی

در اینجا خلاصه‌ای از تلفیق تفکر روان‌تحلیلی که بیش از نیم‌قرن به‌خوبی پابرجا بوده، ارائه شده است. ما با تمرکز بر چهار چهرهٔ روان‌تحلیلی قصد آن نداریم تا سهم دیگران را بی‌اهمیت بشماریم؛ اما هدف ما این است که پیشرفت تفکر روانکاوی را از میانهٔ قرن بیستم، از اتاق مشاورهٔ زیگموند فروید به کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و محیط جامعه، در قرن بیست‌ویکم ببریم.

زیگموند فروید (۱۹۳۹-۱۸۵۶)

نظریه و درمان روانکاوی اولین بار در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم توسط زیگموند فروید به‌عنوان روش درمان بیماری‌های روانی معرفی شد. او نظریهٔ روانکاوی کلاسیک را بر اساس ریشه‌های روان‌شناختی پنهان علائم جسمی مختلف در بیمارانش که نه با طب فیزیکی توجیه می‌شد و نه به درمان‌های پزشکی مرسوم آن زمان پاسخ می‌داد، پایه‌گذاری کرد. او روانکاوی را با بیماران خاص که معمولاً بزرگسالان و بیشتر زنان بودند، رشد و گسترش داد.

در آن زمان، فروید و پیروانش برای حرفهٔ پزشکی می‌نوشتند، نه برای درمانگران. او طی کارش دریافت که پشت رفتار مشاهده‌پذیر، افکار بیان‌شده و هیجانات ابرازشدهٔ هر فرد، چیزهای پیچیده‌تر و عمیق‌تری نهفته است. او درصدد فهم این خود درونی بود و از بررسی بیمار، به فهمی وسیع‌تر و کاربردی‌تر از روابط و رفتار انسان رسید. او به‌ویژه، تفکرات و نوشته‌های خود را بر آن سطح از فرد و شخصیت متمرکز

کرد که به آسانی در دسترس آگاهی نیستند. فروید این لایه از ساختار شخصیت را «ناخودآگاه» نامید که در زیر لایه‌ای قرار دارد که فرد سریع و هشیارانه آن را تجربه می‌کند و توسط سایرین به راحتی قابل مشاهده است.

فروید در ۱۹۲۰، یکی از نظریات خود را درباره ماهیت ناخودآگاه ارائه داد که ناچار به تکرار آن هستیم. این نظریه فرض می‌کند که در سطح بسیار ابتدایی عملکرد، تمام تجاربی که روی شخصیت در حال تحول اثر می‌گذارد، بارها و بارها بدون توجه به لذت یا درد، محرومیت یا منفعت و تا زمانی که تعارض یا مشکل آشکار شود، تمایل به تکرار دارند. امروزه در درمان خانواده‌ها، این فرایند می‌تواند به‌عنوان تکرار و جست‌وجو برای راه‌حل شناخته شود که امکان دارد همواره ادامه یابد و تا چندین نسل منتقل شود (بینگ-هال، ۱۹۹۵). (به فصل سوم، «نقش تجربه اولیه در روابط و تأثیر بر تحول شخصیت و روابط بعدی؛ الگوها و افسانه‌ها در خانواده‌ها» رجوع کنید).

فروید مشاهده کرد که در این بیماران خاطرات غیرقابل قبولی که سرکوب شده‌اند، گاهی با استفاده از دفاع‌ها و با روش‌هایی که در زندگی بزرگسالان ناکارآمد هستند، مدیریت می‌شوند: برای مثال، علیه اضطراب (تلاش برای دور کردن خاطرات یا تعارضات و احساسات مدیریت‌نشده) یا افسردگی (کناره‌گیری از آنچه تحمل‌ناپذیر است). ما در کار بالینی، کودکان و افراد جوانی را می‌بینیم که به‌طور ناخودآگاه برای مقابله با خاطرات غیرقابل قبول، پریشانی و درد روانی، از مکانیسم‌های ناکارآمدی مانند تلاش برای سرکوب، فراموشی یا انکار آنها استفاده می‌کنند. (به فصل سه، «دفاع‌های مورد استفاده برای محافظت از فرد در برابر اضطراب تحمل‌ناپذیر یا افسردگی، شامل فرافکنی، همانندسازی فرافکنانه، جابه‌جایی، تجزیه و همانندسازی با پرخاشگر» رجوع کنید.) این فرایند می‌تواند منجر به بروز علائم، آشفتگی و بیماری‌هایی شود که درمان را برای کودکان، ضروری می‌سازد.

فروید به این باور رسید که کشف و بازتاب خاطرات دفن شده به‌طور بالقوه، اثر درمانی دارد و رویکرد و درمان روانکاوی در آن زمان بر این باور متمرکز شد. فروید نه تنها، علائم یا اختلال در عملکرد را ناشی از دفاع‌های به‌کاررفته توسط شخصیت نابالغ برای مدیریت اضطراب ناشی از حوادث زندگی می‌دانست، بلکه آنها

را به عنوان شکست در حل تعارضات اولیه بین بخش‌های مختلف شخصیت در حال تحول در نظر می‌گرفت، شکستی که پیامد آن رشد شخصیت و عملکرد سالم است. به‌طور مشابه در کار با خانواده‌ها دریافتیم که اعضای مختلف خانواده، مواضع متفاوتی اتخاذ می‌کنند که ممکن است با بخش‌های مختلف شخصیت فرد همخوان باشد: یک نفر به‌طور منفعلانه و کنترل‌شده و فرد دیگر بسیار کنترل‌کننده و سرکوبگر عمل می‌کند؛ مانند درمان فردی، هر یک از اعضای خانواده هدایت می‌شوند تا یکپارچه‌سازی جایگاه متفاوتشان را مدیریت کنند.

فروید بیشتر عمرش را به درک و بررسی اتفاقاتی که در طول رشد و تحول فرد روی می‌دهد و علائمی را به وجود می‌آورد که منجر به بدکارکردی می‌شود، پرداخت: به‌طور مثال مشکلات سلامت جسمانی، آرامش روانی یا عاطفی و یا روابط. اگرچه، در کار بعدی‌اش، بیشتر بر نظریه «بهنجار بودن» یا تحول کارکرد شخصیت از طریق تشکیل «ایگو» (شخصیت بالغ) با یکپارچگی بخش‌های «اید» (تکانه‌های ابتدایی و کنترل نشده) و «سوپرایگو» (احساس کنترل و سرکوب آنچه خوب و مورد انتظار است) تمرکز داشت. (فروید، ۱۹۲۳).

برخی از نویسندگان یکی از اولین کارهای ثبت‌شده با خانواده را به‌طور شگفت‌انگیزی به خود فروید نسبت داده‌اند. او فویبای هانس کوچولو را تحلیل کرد؛ پسر بچه پنج‌ساله‌ای که به دلیل ترس از اسب‌ها تحت درمان قرار گرفت. فروید مستقیماً با کودک کار نکرد، بلکه در عوض درمان را از طریق پدرش به‌عنوان «درمانگر» هدایت نمود.

به بیان دقیق تاریخچه بیمار از مشاهدات خود من به دست نیامد. درست است که خطوط کلی درمان را اجرا کردم و وقتی در فرصتی مناسب با پسر بچه گفت‌وگو کردم، نقش مستقیمی در درمان داشتم، اما خود درمان توسط پدر کودک انجام شد... به نظر من هیچ فرد دیگری نمی‌توانست کودک را وادار به چنین اظهاراتی کند؛ اطلاعات خاصی که به‌وسیله آن توانستم نشانه‌هایی را که توسط پسر پنج‌ساله‌اش ارائه می‌شد، تفسیر کنم، بسیار ضروری بود و بدون آن، مشکلات تکنیکی، مسیر درمان روانکاوی چنین کودک خردسالی را غیرممکن می‌کرد. [فروید، ۱۹۰۹، ص ۵]

درمان، منبع اضطراب کودک را، زمان بارداری مادر و تولد خواهر کوچک‌ترش در سه و نیم سالگی هانس، نشان داد. در این زمان، هانس فقدان مادرش را به خاطر فرزند جدید احساس کرد و به خاطر مادر، با پدرش رقابت داشت. او ترس و اضطرابی مهارناشدنی را دربارهٔ پیامدهای این رقابت احساس می‌کرد. ترس هانس با ابژه ایمن‌تری مثل اسب‌ها جابه‌جا شده بود که می‌توانست دربارهٔ آن صحبت کند، درحالی‌که نمی‌توانست رقابت با پدرش را به‌طور آشکار ابراز کند. او حیواناتی که از آنها می‌ترسید و موقعیت‌های بهارخوابش را برای پدر توصیف کرد که فروید به‌اتفاق پدر، آن را همانند اضطراب هانس در روابط با والدین و رقابت با خواهر تازه متولدشده‌اش دانستند. از طریق این درک جدید، هانس همان موقع تسکین و آرامش را تجربه کرد.

فروید در کار با هانس، مقام خود را به‌عنوان روانکاو توصیف کرد تا بتواند با دنبال کردن تداعی‌های بیمار به افکارش اجازه دهد که ترس پسرپیچه را احساس کند. فروید می‌نویسد که تلاش روانکاو:

... توانمندسازی بیمار برای به دست آوردن فهم آگاهانه از تمایلات ناهشیارش است و ما می‌توانیم با کار بر مبنای نشانه‌هایی که وی بروز می‌دهد، به آن دست یافته و با کمک روش تعبیر و تفسیر، عقده ناهشیار را به‌اصطلاح خودمان وارد هشیاری‌اش کنیم. بین آنچه او از ما می‌شنود و آنچه در جست‌وجوی آن است، شباهتی وجود دارد و علی‌رغم تمام مقاومت‌ها، تلاش می‌کند تا راهش را به‌سوی هشیاری طی کند و این شباهت است که او را قادر به کشف مواد ناهشیار می‌کند.

خانواده‌ها نیز ممکن است نشانه‌ها یا دیدگاه‌هایی نسبت به مواد ناهشیار دور از دسترس، از طریق «لغزش‌های فرویدی» به ما بدهند. این موارد می‌توانند اطلاعات ارزشمندی دربارهٔ ماهیت زیربنایی مشکلات فراهم کنند.

درمان تحلیلی هانس کوچولو با درمان هم‌زمان خانواده‌ها که در اتاقی همراه با اعضای خانواده انجام می‌شود، متفاوت است. هرچند، این کار از اولین نمونه‌های کار با کودک است که به‌تنهایی با روانکاو یا درمانگر در اتاق درمان انجام نمی‌شود، بلکه همراه با والدین کودک در خانه تحت «نظارت» روانکاو صورت می‌گیرد. همچنین

ممکن است مشابه کار درمانگران معاصری باشد که در اتاق درمان با خانواده‌ها کار می‌کنند و از تجربه و مهارت والدین به‌منظور درمان کودک استفاده می‌کنند.

فروید از طریق تفکر درباره چیزی که آن را عقده ادیپ نامید، احساسات قوی نسبت به تصاحب والدین در کودکان خردسال و حسادت و رقابت با خواهر برادرها را به‌عنوان بخش‌های بهنجار و قابل‌انتظار در رشد یک خانواده مطرح کرد. او رابطه خواهر-برادری را مانند نمونه هانس کوچولو به‌عنوان بخشی از عقده ادیپ در نظر می‌گرفت که در آن چشم‌وهم‌چشمی بین خواهرها و برادرها حول رقابت برای جلب توجه والدین متمرکز شده است. رقابت، به خواهران و برادرانی با پیوندهای خونی محدود نیست، چراکه این مسئله در خانواده‌هایی با فرزندان ناتنی هم به همان دلیل کسب توجه والدین وجود دارد و ممکن است به‌ویژه زمانی که یکی از والدین هنگام تولد از دست رفته باشد، آشکار شود. پیوند خواهر و برادری، قوی و پیچیده است و تحت تأثیر ترتیب تولد، فاصله سنی، جنسیت، رفتار متفاوت والدین نسبت به فرزندان (واقعی یا آن چیزی که توسط کودک درک شده)، صفات شخصیتی و تجارب زندگی کودکان قرار دارد. گاهی اوقات اگر رقابت خواهر و برادر زیاد شود، یا به‌طور غیرقابل‌قبولی پرخاشگرانه یا نگران‌کننده شود، باید از متخصص کمک گرفت. (به فصل سه، «ماهیت و ظهور فرایندهای ناهشیار، شامل انتقال و انتقال متقابل، مرحله ادیپی و تداعی آزاد» - «مرحله ادیپی» رجوع کنید).

در اکثر موارد، روش کار فروید از طریق رابطه مستقیم با بیمارانش در اتاق درمان بود که در طول زمان گسترش می‌یافت. در رابطه درمانی، بیان بازداری نشده افکار بیمار (از طریق تداعی آزاد و بازگویی رؤیایها) برای درک روانکاو (تفسیر) سودمند بود. تکنیک تفسیر به‌عنوان ابزاری درمانی، یکی از اولین کمک‌های فروید بود. (به فصل سوم «اهمیت تفسیر^۱ و دربرگیری^۲» رجوع کنید).

نکته مهم آنکه، بیماران نوعی وابستگی به روانکاو ایجاد می‌کنند که به روانکاو اجازه می‌دهد تا جنبه‌های رابطه بیمار با والدین یا مراقبان اولیه‌اش در نوزادی را از

1. interpretation
2. containment

طریق ماهیت رابطه بیمار با خودش در درمان بفهمد (انتقال). پاسخ خود روانکاو به محتوای این انتقال (انتقال متقابل) نیز در تفاسیر به بیمار منعکس می‌شود. این روش کار، از طریق رابطه درمانی با محتوای ناهشیار و تجربه گذشته بیمار که در روابط و دفاع‌های کنونی او آشکار است، ویژگی متمایزکننده‌ای در روانکاو و درمان مبتنی بر روانکاو است. (به فصل سه، «ماهیت و ظهور فرایندهای ناهشیار، شامل انتقال و انتقال متقابل، مرحله ادیپی و تداعی آزاد» رجوع کنید.)

کار فروید در تغییر مسیر تفکر حرفه‌ای، از تمرکز بر علائم به سوی تأکید بر اهمیت اساسی روابط خانوادگی اولیه و نیز در تحلیل، بر روابط بین روانکاو و بیمار، تأثیرگذار بود. او با بیماران بزرگسال خود از طریق روابط سازنده که بین روانکاو و بیمار در اتاق مشاوره در حال «انتقال» بود، کار می‌کرد. امروزه درمانگران خانواده در اتاق درمان مستقیماً روی افراد خردسال و خانواده‌هایشان و روابط کنونی‌شان کار می‌کنند که شامل الگوهای درونی‌شده روابط گذشته نیز هست.

ملانی کلاین (۱۹۶۰-۱۸۸۲)

به دنبال زیگموند فروید، ملانی کلاین کار خود را در ۱۹۱۹ شروع کرد و ایده‌های فروید را درباره دنیای درون گسترش داد. او به‌ویژه به ایده پرخاشگری ذاتی علاقه‌مند بود و آن را از نظریه غریزه مرگ فروید به وجود آورد (فروید، ۱۹۲۰). هم‌راستا با آن، ایده خود را درباره محوریت عشق به‌عنوان مبنایی برای زندگی ارائه کرد. او بر تعارض بین عشق و احساسات مخرب نفرت، گناه و پرخاشگری متمرکز شد و حل این تعارض را در رشد عملکرد فرد، بسیار مهم دانست (کلاین، ۱۹۳۷). از نظر پیروان فروید، کلاین درگیری دوران کودکی بین سوپرایگو (آنچه کودکان معتقدند باید انجام دهند یا احساس کنند) و اید (تمایلات و تکانه‌های طبیعی کودک) را با اضطرابی که در تشکیل ایگوی کنشگر (شخصیت یکپارچه) همراه است، موردتوجه قرار دارد. تحلیل یا درمان، رابطه و فضای درمانی امنی ایجاد می‌کند که تعارض میان احساسات، به‌طور مناسب دربرگیری، شناخته و درک شوند و دیگر نیازی به دفاع نباشد.

ملانی کلاین، نظریه روانکاوی فروید را برای تحلیل کودک به کار برد. او نقش بازی را در تحلیل کودک شناسایی کرد که می تواند معادل تداعی آزاد در بزرگسالان باشد. او همچنین بازی را به خودی خود برای کودکی که می تواند تا زمان بهبود نسبی، بارها و بارها تعارض ناهشیار درونی اش را نمایش دهد، دارای خاصیت درمانی دانست. برای مثال، مامان و بابا دوست داشتند، اما وقتی آنها با هم هستند و کودک محروم شده است، احساس تنفر مرگباری به او دست می دهد. هرچند خود بازی دارای خاصیت درمانی بوده است، اما درمانگر نیز ممکن بود تفسیر یا درک خود را از احساسات ناهشیار، ترسها، تعارضها و دفاعهایی که کودک در بازی ابراز می کرد، ارائه دهد. در این روش، کودک تجربه می کند که اضطراب شدید یا تعارض می تواند وجود داشته باشد و در عین حال قابل تحمل باشد و با هدف رسیدن به آرامش، درباره اش فکر کرد و آن را فهمید. همین طور درک کردن و دربرگیری احساسات و گفت و گوی تسهیل شده خانواده ها در جلسات خانوادگی، با کمک و همکاری درمانگران می تواند درمان بخش باشد. (به فصل سه، «اهمیت تفسیر و دربرگیری» رجوع کنید.)

یکی از باورهای اساسی کلاین در گسترش تکنیک بازی با کودکان، این بود که تمام بازیها اهمیت نمادین دارند. او اعتقاد داشت که فضای بالینی جدا از محل زندگی کودک، برای کار تحلیلی و نیز جعبه اسباب بازی جداگانه برای هر کودک که فقط برای درمان او به کار رود و بعد از هر جلسه در اتاق درمان گذاشته شود، اهمیت دارد. در این روش کودک امنیت و کاهش تعارضها و اضطرابها نسبت به درمانگر و مجموعه درمانی را تجربه می کند.

کلاین در به وجود آمدن ایده «جداسازی» که بسیاری از درمانگران خانواده در آینده آن را به رسمیت شناختند، سهیم بود. به طور مثال ممکن است پدری توسط مادر از تمام مسئولیتها کنار گذاشته شود و به عنوان فردی «بی مصرف» توصیف شود، یا کودک بیمار، ممکن است «تمام مشکل خانواده» توصیف شود و سایر فرزندان خانواده به عنوان افرادی که هیچ مشکلی ندارند در نظر گرفته شوند.

جداسازی به عنوان بخشی از رشد عادی در نظر گرفته می شود. نوزادان تجارب «خوب» را نگه می دارند و از آن سود می برند (تجارب مثبت و مدیریت شدنی

هستند) و در ابتدا مشکلات یا تجارب «بد» را به والدین فرافکنی می‌کنند تا آن را برایشان پردازش و مدیریت کنند.

نوزاد از حضور مادر احساس راحتی و لذت کرده و رشد می‌کند؛ اگرچه در ابتدا، نوزاد در غیاب مادر احساس خشم و آشفتگی کنترل‌ناپذیری را تجربه خواهد کرد. نخستین بار وقتی که این اتفاق بیفتد، نوزاد نیاز دارد تا احساس خشمش را از دو شخص مختلف جدا کند: فردی که با در آغوش گرفتن و دادن امنیت او را آرام می‌کند و کسی که احساسات او را تحمل و هضم می‌کند و بنابراین آزاردهنده نیست. برای مثال، وقتی مادر حضور نداشته باشد، نوزاد با وحشت جیغ می‌زند، مادر می‌رسد و او را در آغوش می‌گیرد، با او صحبت می‌کند و دوباره به نوزاد امنیت می‌دهد و نوزاد آرام می‌شود. بدون حضور فرد دیگری که از نوزاد نگهداری کند، او احتمالاً مدت بیشتری در وحشت به سر می‌برد. در آن هنگام تجربه مکرر احساسات «بد» فرافکنی شده، نگهداری و قابل تحمل می‌شود و نوزاد می‌تواند تجربه بغل شدن خوب را درونی‌سازی کرده و خودش احساسات بد را مدیریت کند.

درمان با خانواده‌هایی که در آن جداسازی ارائه می‌شود، هم در جهت بازشناسی و تصدیق کارآمدی و ناکارآمدی جداسازی‌ها و هم ادغام و یکپارچه‌سازی «خوب» و «بد»، عمل خواهد کرد: برای مثال، گرد هم آوردن و شناسایی همکاری‌های مثبت و مشکلات مادر، پدر و تمام فرزندان در خانواده. این کار ممکن است در ساختار خانواده‌ای به دست آید که به‌طور مثال تمام اعضای خانواده می‌توانند پرخاشگری و احساسات منفی‌تر خود را همانند احساسات خوب و موردقبول ابراز کنند، مانند رقابت و خصومت. (به فصل سه، «دفاع‌های به کار رفته برای حفاظت فرد علیه افسردگی و اضطراب تحمل‌ناپذیر، از جمله فرافکنی، همانندسازی فرافکنانه، جابه‌جایی، تجزیه، همانندسازی با پرخاشگر» رجوع کنید.)

آنا فروید (۱۹۱۲-۱۸۹۵)

حدوداً هم‌زمان با ملانی کلاین، آنا دختر فروید، کارش را در بسط و گسترش ایده‌های

پدرش برای تحلیل کودکان شروع کرد. در ۱۹۲۷، او اولین نوشته خود را به نام «مقدمه‌ای بر روش تحلیل کودک» منتشر کرد. او به پدرش به‌عنوان منبع ایده‌هایش ادای احترام نمود و اظهار کرد که احساس می‌کند آنها از اولین کسانی هستند که رفتار انسان و مشکلاتش را ناشی از فشار نیروهای غریزی برآمده از ذهن ناهشیار دانسته‌اند، نه عوامل آشکار.

درست قبل از وقوع جنگ جهانی دوم، فروید و خانواده‌اش از اتریش خارج و در ۱۹۳۸ در لندن ساکن شدند. زیگموند فروید بلافاصله بعد از شروع جنگ از دنیا رفت. بعد از مرگ پدر، آنا فروید به بررسی اثرات جنگ روی کودکانی که یکی از والدین را به خاطر مرگ یا جدایی مثلاً تخلیه خانه از دست داده بودند، ادامه داد. او در لندن، شیرخوارگاه همپستد^۱ را تأسیس کرد که در آنجا از کودکان تک‌والد مراقبت می‌کردند. کودکان تشویق می‌شدند تا دل‌بستگی با مراقب جانشین را تداوم بخشند و تا جایی که ممکن بود والدینشان را بیشتر ملاقات کنند. آنا فروید همراه با دوروتی بارلینگهام^۲ مطالعات خود درباره این کودکان در زمان جنگ را منتشر کرد: *نوزادان بدون خانواده* (۱۹۴۴) و *کودکان خردسال در زمان جنگ* (۱۹۴۲). آنا فروید همراه با همکارش دوروتی بارلینگهام قبل از حرکت به سمت لندن، در مجموعه پرستاری فقرای وین در ۱۹۳۷ مشاهده رفتار نوزادان را آغاز کرده بود. آنا فروید بعد از حرکت به سمت انگلستان، این کار را ابتدا در شیرخوارگاه همپستد و سپس در بولدداگز بانک^۳ که خانه‌ای برای یتیمان بود، ادامه داد. او معتقد بود که تا جایی که ممکن است والدین باید با کودکانشان در ارتباط باشند و مشاهدات او شامل تعاملات کودکان با والدینشان بود.

آنا فروید همچنین مطالبی درباره کودکانی که در موقعیت‌های عادی و محیط‌های

1. Hampstead War Nurseries

2. Dorothy Burlingham

دوروتی بارلینگهام (۱۸۹۱ - ۱۹۷۹)، روانکاو و مربی کودک آمریکایی بود، به‌عنوان دوست و همکار مادام‌العمر آنا فروید، در کار تحلیل کودکان شناخته شده است. بارلینگهام در دهه‌های ۶۰ و ۷۰ گروه پژوهشی مطالعه کودکان نابینا در کلینیک همپستد را در لندن رهبری می‌کرد. (مترجم)

3. Bulldogs Bank