

مرزها و تخطی از مرزها در روانکاوی

"ترجمه این کتاب را تقدیم می‌کنم به استاد عزیزم  
زنده یاد دکتر غلامرضا ناطقی"

## فهرست مطالب

پیشگفتار نویسنده.....	۹
مقدمه.....	۱۳
سخن مترجم.....	۱۵
فصل ۱: چارچوب تحلیلی، مرزهای تحلیلی و ابژه تحلیل.....	۱۷
فصل ۲: تاریخچه اولیه در مورد تخطی از مرزها در روانکاوی.....	۳۸
فصل ۳: تخطی از مرزهای جنسی.....	۶۱
فصل ۴: نقش گرایش به خودکشی در تخطی از مرزهای جنسی.....	۹۶
فصل ۵: تخطی‌های غیرجنسی از مرز.....	۱۱۴
فصل ۶: سرانجام انتقال: مرزهای بعد از خاتمه درمان.....	۱۴۰
فصل ۷: مرزها در فضای مجازی.....	۱۶۱
فصل ۸: مرزها در نظارت روانکاوی.....	۱۸۲
فصل ۹: نقش مؤسسات.....	۱۹۳
فصل ۱۰: اثر بر قربانیان.....	۲۱۱
فصل ۱۱: پیشگیری.....	۲۲۲
منابع.....	۲۳۵
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۲۵۱
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۲۵۳



## پیشگفتار نویسنده

بیش از ۲۰ سال از اولین چاپ این کتاب گذشته است. در آن زمان، تخطی از مرز در روانکاوی هنوز موضوعی تابو محسوب می‌شد. امروز که این پیشگفتار را تایپ می‌کنم، این مفهوم وجود دارد که روانکاوی دچار تخطی از مرزهای جنسی و غیرجنسی است. البته تخطی از مرز، پاشنه آشیل حرفه ما است، تصویر روانکاوی را تیره می‌سازد و سؤالات زیادی را در ذهن بیماران بالقوه روانکاوی راجع به آنچه انجام می‌دهیم، ایجاد می‌کند.

در چاپ اول، دوست و همکارم، دکتر اوا پی. لیستر در تألیف شریک بود. او در سال ۲۰۰۸ بعد از سال‌ها خدمت ممتاز در روانکاوی درگذشت و من سپاسگزار هستم که فرصت کار کردن با وی را داشتم. هر چند از درگذشت وی غمگین شدم، می‌دانم که او از من می‌خواهد تا به پیشرفت برای فهم تخطی‌ها از مرز و علل آن ادامه دهم. از این رو، من دومین ویرایش را خودم می‌نویسم و یک یا دو قدم بیشتر در این راه می‌گذارم. از زمانی که او درگذشته است، من به کارم در زمینه تخطی از مرز ادامه داده‌ام، از سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۱ در کلینیک مینگر در توپیکا، کانساس، از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۱ در کلینیک روان‌پزشکی مربوط به دانشگاه بایلور در هوستون، تگزاس و از سال ۲۰۱۱ تا کنون در بخش خصوصی همراه با تیم پنج نفره از همکاران در مرکزی به نام مرکز گابارد در هوستون کار می‌کنم، در این مرکز ارزیابی‌های سه روزه و به صورت سرپایی برای متخصصین انجام می‌دهیم. من ۳۰۰ مورد از روانکاوان، روان‌درمانگران و دیگر مشاغل مدرسانی را که درگیر تخطی از مرز بودند، ارزیابی، مشاوره و درمان کرده‌ام.

در این ویرایش، من تعداد زیادی مطالب جدید افزوده‌ام. فصل ۱ برای بحث درباره چارچوب و تبدیل اخیر آن به یک ساختار منعطف‌تر با تأثیر تفکر بینادهنی و ارتباطی

تنظیم شده است. در فصل ۲ مروری تاریخی داریم در این باره که چگونه تخطی از مرزها به عنوان قسمتی از زایش دشوار یک علم و تخصص بالینی جدید ایجاد شدند. در فصل ۳ من آسیب‌زایی تخطی‌های جنسی از مرز را بررسی می‌کنم، این که چگونه گسترش می‌یابند، چطور رابطه تحلیلی را تخریب می‌کنند و چگونه انواع مختلف روانکاو از مرزها برای انگیزه‌های متفاوت، خودآگاه و ناخودآگاه، تخطی می‌کنند. من طبقه‌بندی تخطی‌کنندگان از مرز را که در چاپ اول کتاب بود، مورد تجدیدنظر قرار داده‌ام. هرچند طبقه‌بندی‌ها در ارزیابی تناسب برای بازتوانی و بازگشت به کار سودمند هستند، من متوجه شدم که پیچیدگی‌هایی که در تخطی از مرزهای جنسی است با مطالعه بیشتر، چالش‌برانگیزتر می‌شوند. سوپرایگو از آنچه ابتدا فکر می‌کردیم، سیال‌تر است و "تناسب" خاص بین آنالیست و بیمار ممکن است شبکه بینذهنی خلق کند که مستعد به کنش‌آوری نیروهای قدرتمندی باشد که به نظر می‌رسد قضاوت خوب بیمار و آنالیست را در هم می‌شکند. همچنین من تحت تأثیر این موضوع قرار گرفته‌ام که ظرفیت خودفریبی حتی در افرادی که به خوبی تحلیل شده‌اند و در آنهایی که اساساً افرادی اخلاقی هستند، فوق‌العاده است، در نتیجه به طور فزاینده‌ای نسبت به توانایی خودمان در پیشگیری از تخطی از مرز حتی با وجود تلاش‌های آموزشی بسیار، بدبین شده‌ام.

فصل ۴ یک فصل کاملاً جدید است که بر نقش تمایل به خودکشی در تخطی‌های جنسی از مرز متمرکز است. یکی از ابعاد غم‌انگیز در بسیاری موارد این است که درمانگران باهوش و خوب آموزش‌دیده، خودشان را متقاعد می‌کنند که رابطه جنسی با یک بیمار مبتلا به خودتخریبی، به طور جادویی او را درمان خواهد کرد. اینکه چگونه این فانتزی ایجاد می‌شود و به عمل در می‌آید با مثال‌های کلینیکی مفصل توضیح داده خواهد شد. در فصل ۵ من بر تخطی‌های غیرجنسی از مرز تمرکز می‌کنم، ناحیه خاکستری بین کنش‌نمایی انتقال متقابل و تخطی‌های واقعی از مرز کاوش می‌شود. در فصل ۶ پدیده مرزهای بعد از اتمام روانکاو را با کمک داده‌های اخیر که مدت کوتاهی قبل از تکمیل این کتاب در دسترس قرار گرفتند، بررسی می‌کنم.

فصل ۷ فصل جدید دیگری است که تلاش دارد تا قلمروی کاملاً جدیدی را ترسیم کند، مرزها در فضای مجازی. مشکل است که نیروی دیگری در ۲۰ سال گذشته را تصور کنیم که به اندازه اینترنت باعث تغییر جامعه شده است. هم اکنون چارچوب باید پیامک دادن در داخل و خارج مطب، ارتباطات با ایمیل، از بین رفتن گمنامی توسط جستجوی آنالیز در گوگل و پدیده بالینی نسل جوانی را که در یک حوزه ارتباط فوری زندگی می‌کنند، در نظر بگیرد.

چهار فصل آخر به عواملی می‌پردازد که با زندگی مؤسسه‌ای مواجه هستند. در فصل ۸ من ماهیت مرزهای نظارتی را بررسی می‌کنم. در فصل ۹ من به مشارکت مؤسسه در آسیب‌زایی تخطی از مرزها و همینطور به پاسخ‌های بهینه و کمتر از بهینه به شکایت‌ها و شایعات می‌پردازم. موضوع پیچیده‌ بازتوانی هم با جزئیات در این فصل بحث می‌شود. در فصل ۱۰ مروری در مورد تأثیر بر بیماران قربانی تخطی از مرز، موضوعی که مدت طولانی مغفول بوده است، می‌کنم. مؤسسات روانکاوی به طور فزاینده‌ای به نیازهای قربانیان پاسخگو شده‌اند به جای آن که به دنبال تخطی بگریزند. فصل نهایی به موضوع پیشگیری می‌پردازد. علیرغم بدبینی من در مورد پیشگیری از تخطی از مرز در این رشته، من متقاعد شده‌ام که برخی تخطی‌ها با استفاده از مشاوره قابل اجتناب هستند. بنابراین در فصل ۱۱ بر روی استفاده‌ها و سوءاستفاده‌ها از مشاوره با یک همکار تمرکز می‌کنم.

مانند اولین چاپ کتاب، معرفی موارد بالینی با مشکلات زیادی در این حوزه همراه بود. در برخی موارد من هویت افراد را با خلق مواردی ترکیبی که موضوعات اصلی روان‌شناختی مرتبط با بحث را در بر می‌گیرد، پنهان کرده‌ام. در سایر موارد، من از درمانگر و آنالیزستی که در درمان یا مشاوره دیده‌ام، بعد از آن که آنها با دقت مورد بالینی مبدل را که مرتبط با آنها بود مرور کردند، اجازه کتبی گرفتم. امیدوارم که خواننده با دیدگاه من مبنی بر اینکه نیاز ضروری برای درک پدیده تخطی از مرز در این رشته، استفاده از ارائه موارد حساس را مجاز می‌کند، هم نظر باشد.

هرچند یک نویسنده به میزان زیادی در تنهایی کار می‌کند، او تنها نیست. وقتی من می‌نویسم داستان‌های فراوان، بسیاری تجارب با همکاران و قربانیان که درونی شده‌اند و تجربه بالینی غنی قریب به ۴۰ سال کار بالینی را با خود حمل می‌کنم. من از بحث

با طیف وسیعی از همکاران منفعت برده‌ام. می‌خواهم به تعدادی از افراد با نام اشاره کنم: آندره اسیلینزا، هولی کریسپ-هان، جی گرینبرگ، گابرییلا هوبیدی، اکسل هوفر، جودیت کانتروویتز، هووارد لوین، ماروین مارگولیس، مارکی مک میلان، این اواخر، موریس پلتز، کینت پوپ، اروین روزن، گاری شونر و جودیت یانوف. من سپاسگزارم که این امتیاز را داشته‌ام که در این حوزه کار کنم و به بسیاری مردم که با شیطان خود دست و پنجه نرم می‌کنند، کمک کنم. همینطور می‌خواهم از جان مک‌دافی و گرگ کانی از انتشارات انجمن روان‌پزشکان آمریکا به خاطر مساعدتشان با این طرح و از جیل کرایج برای تایپ دقیق دست نوشته من، تشکر کنم.

**گلن گابارد**



## مقدمه

از آغاز روانکاوی مقولهٔ مرزها و اخلاق موضوع مباحثات و هشدارها و مناقشاتی جدی و مهم بوده و جایگاه مهمی در ادبیات روانکاوی دارد. به دلیل پدیده مهم پسرفت (Regression) که در سیر روانکاوی و روان‌درمانی‌های مبتنی بر روانکاوی به‌طور مشخص تسهیل و تشویق می‌گردد، برگشت واپس زده‌شده (Return of Repressed)، امیال و هیجانات قدرتمند کودکانه را در طول درمان برمی‌انگیزد و احساس‌ها و عواطف درمانگر نیز در این میان از پدیدار شدن امیال قدرتمند واپس زده‌شده بیمار در امان نمی‌ماند. به این معنا که انعکاس ناگزیری از آنچه بیمار وارد جلسه درمان می‌کند در درمانگر را، با مفهوم انتقال متقابل می‌شناسیم که چه از تعارضات حل‌نشده درمانگر سرچشمه بگیرد و چه از تلاش طبیعی درمانگر برای درک آنچه به جلسه آمده است، خود می‌تواند به معنای تجارب حسی مقتدر درمانگران در مواجهه با بیمارانشان باشد. در سیر روانکاوی، آنچه با کمک واپس‌زنی خفته‌تر و نا آشکار بوده، پدیدار می‌شود بدون اینکه بیمار و حتی درمانگر به سرشت انتقالی این عواطف به‌راحتی بتوانند آگاهی یابند. در این شرایط اصول و چهارچوب‌های حرفه‌ای هستند که می‌توانند همچون فانوس دریایی در اقیانوسی متلاطم عمل کرده و راهنمای سفر پرمخاطره روانکاوی گردند و از اهمیت بسیار زیادی برخوردار می‌شوند. آموزش مناسب و درخور به درمانگران و نیز بیماران در این زمینه برای کار نوپای روانکاوی و روان‌درمانی‌های روانکاوانه و پویا در کشور ما، اکنون یک ضرورت ویژه محسوب می‌شود. سرکار خانم دکتر شیخ مونس با انتخاب کتاب بسیار مهم حاضر و ترجمه‌ای روان و قابل‌درک بر آن، گام مهمی برای بسط و تعمیق آموزش چهارچوب‌های حرفه‌ای روانکاوی برداشته‌اند که بسیار شایان تحسین است. بدون تردید مرز، چهارچوب و اخلاق روانکاوی در مفهوم کلی‌تر، برای حفاظت از بیمار و درمانگر هر

دو و نیز مراقبت از درمان است. در کتاب حاضر با طبقه‌بندی‌های عالی گلن گابارد و نمونه‌های بالینی روشن به‌خوبی آسیبی که از هر نوع زیر پا گزاردن مرزهای حرفه‌ای متوجه روانکاوی و درمان می‌شود، تبیین گردیده است. مطالعه این کتاب را به‌تمامی دانشجویان رشته‌های روانشناسی و مشاوره، دستیاران روان‌پزشکی و تمامی درمانگران تحلیلی و روانکاوان توصیه می‌کنم.

### **دکتر مهدیه معین**

روان‌پزشک، رئیس دپارتمان روان‌درمانی بیمارستان روزبه  
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

## سخن مترجم

در سال‌های اخیر شاهد آموزش وسیع روان‌درمانی تحلیلی در مراکز خصوصی و دانشگاهی در ایران بوده‌ایم. دستیاران روان‌پزشکی نسبت به قبل توجه بیشتری به یادگیری درمان‌های غیر دارویی در بیماران روان‌پزشکی نشان می‌دهند، کتاب‌های متعددی در زمینه روان‌درمانی تحلیلی ترجمه شده و افراد بیشتری از جامعه با این رویکرد درمانی آشنا شده‌اند. بسیاری از مراجعین به روان‌پزشک هم درخواست می‌کنند که درمان صرفاً به دارو محدود نشود. در این شرایط که میزان عرضه و تقاضا برای روان‌درمانی تحلیلی بیشتر شده، توجه به اصول حرفه‌ای و اخلاقی در این مقوله بسیار مهم‌تر می‌شود. هرچند مطالعه متون روان‌کاوی کلاسیک برای دانشجویان حوزه روان‌درمانی، امری ضروری است اما تکنولوژی نوین و ظهور انواع ابزارهای جدید برای تسهیل ارتباط بین افراد، به کلی دنیای امروز را تحت تأثیر قرار داده است. دنیای مجازی قسمتی از واقعیت روابط ما شده و می‌تواند بر روابط بین روان‌کاو و مراجع هم تأثیرات عمیقی بگذارد. در این زمانه لازم است که حدود مرزها در روان‌کاوی و روان‌درمانی تحلیلی با توجه به تغییرات جدی در نوع ارتباط بین افراد، دوباره بازتعریف شود و تخطی از مرزها دوباره تعریف شود. آیا می‌توانیم در فضای مجازی در مورد بیمارانمان صحبت کنیم؟ آیا می‌توانیم با کسب اجازه از آنها شرح زندگی آنها و مآووقع جلسات روان‌درمانی را با دیگران به اشتراک بگذاریم؟ این مسائل سؤالات چالش‌برانگیزی هستند که تعمق جدی را در مورد حدود مرز در روان‌کاوی و روان‌درمانی تحلیلی می‌طلبند. گلن گابارد در این کتاب به تفصیل در مورد انواع تخطی از مرز در روان‌کاوی می‌نویسد و به‌خصوص فصل ۷ از جذاب‌ترین فصل‌های این کتاب است که در مورد حدود مرزهای روان‌درمانی در فضای مجازی است. در ترجمه این کتاب، برای

معادل‌سازی برخی واژه‌های تخصصی روان‌درمانی از کمک اساتید بزرگوارم جناب  
آقای دکتر صنعتی و سرکار خانم دکتر معین بهره‌مند شدم و از ایشان بسیار سپاسگزارم.

دکتر فاطمه شیخ مونسى

تابستان ۱۳۹۸

# فصل ۱

## چارچوب تحلیلی،

## مرزهای تحلیلی و ابژه تحلیل

مرز معمولاً یک کلمه مربوط به جغرافیا است که به طور دقیقی حاشیه یک شهر، کشور یا چیز دیگری را تعریف می‌کند. در مفهوم فیزیکی، کلمه‌های محدودده<sup>۱</sup> و مرز<sup>۲</sup> به جای هم استفاده می‌شوند که نشان‌دهنده حدی است که ورای آن فعالیت یا عملکردی نمی‌تواند یا نباید رخ دهد. در رشته روانکاوی، کلمه مرز تاریخچه‌ای طولانی دارد و برای مشخص کردن حد بین خود<sup>۳</sup> و اجزای ابژه در دنیای درون روانی و مشخص کردن مرز بین اجزاء روان‌شناختی و زیست‌شناختی، بعدی از ایگو (من)، استفاده می‌شود و مؤلفه‌ای از فرایند روان‌تحلیلی است. در این کتاب، من به مفهوم مرزها در حوزه بین فردی، در زمینه تحلیلی تأکید خواهم کرد. هرچند عوامل بین فردی به طور درهم‌تنیده‌ای با مسائل درون روانی مرتبط هستند، من نشان خواهم داد که چگونه مرزهای درونی ممکن است به‌طور چشمگیری بر مرزهای بیرونی تأثیر بگذارند.

در سال‌های اخیر، بیشترین استفاده‌ای که از کلمه مرزها شده است مرتبط با مفهوم «مرزهای حرفه‌ای» بین بیمار و تحلیل‌گر<sup>۴</sup> است که منعکس‌کننده بسط این مفهوم است. در فرایند تعریف این مفهوم، به طوری که شامل مرزهای بین بیمار و تحلیل‌گر در فضای تحلیلی شود، اختلاف‌نظرهای مهمی در روانکاوی از جمله مباحث مربوط به پرهیز،

- 
1. Limit
  2. Boundary
  3. Self
  4. Analyst

بی‌طرفی، ارضای بهینه<sup>۱</sup>، کنش‌نمایی انتقال متقابل و خود افشایی به‌وسیله تحلیل‌گر و همین‌طور خود مفهوم انتقال شده است

بیشتر نگرانی‌های اخیر در مورد مرزهای تحلیلی و حرفه‌ای به‌واسطه زنگ خطرهایی ایجاد شده که بر اثر تخطی از مرزها رخ داده و انعکاس وسیعی در رسانه‌ها داشته و به شهرت روانکاوی به‌عنوان حرفه خدشه وارد کرده است. همچنین من تلاش می‌کنم تا در جریان تعریف چارچوب و مرزهای تحلیلی، موقعیت بهینه تحلیلی را توضیح دهم. به‌علاوه، رعایت چارچوب و مرز، ظهور<sup>۲</sup> ابژه تحلیلی را که مسئله‌ای حیاتی در گفتمان تحلیلی است اما به‌طور وسیع بررسی نشده است، تسریع می‌کند؛ بنابراین من بحث را با تعریف چارچوب و مرزها که بنیاد چارچوب را وضع می‌کنند، آغاز می‌کنم تا بتوان از این راه مستقیماً ماهیت ابژه تحلیلی را در نظر گرفت.

## چارچوب تحلیلی

چارچوب تحلیلی پوششی است که درمان درون آن رخ می‌دهد. هرچند این کلمه تصاویر یک قاب عکس را به ذهن متبادر می‌کند اما این مفهوم اصلاً خشک و غیرقابل انعطاف نیست. بلکه، مجموعه شرایطی پویا و انعطاف‌پذیر است و منعکس‌کننده تلاش مداوم تحلیل‌گر در پاسخگویی به بیمار در عین برقراری جوی بهینه برای کار تحلیلی است. رابرت لانگز (۱۹۷۷) چهارچوب را این‌طور تعریف کرده است:

یک طرف چندجانبه بشری و بنیادی زنده است که مرزهای رابطه تحلیلی را تعیین می‌کند، قوانین تعامل را می‌سازد، ماهیت واقعیات و فانتزی‌هایی را که در آن رخ می‌دهند وضع می‌کند، برای شرکت‌کنندگان، کنترل مؤثر و ابزار امنیت را فراهم می‌کند، کیفیت درمانی را مشخص می‌کند، بر ماهیت شبکه ارتباطی در آن محدوده مؤثر است و همین‌طور اضطراب‌های خاصی را در شرکت‌کنندگان ایجاد می‌کند.

به‌علاوه، لانگز چارچوب را به دو مجموعه مؤلفه تقسیم کرد. یک مجموعه مؤلفه شامل جزئیاتی از تفاهم‌نامه قراردادی در مورد شرایط و وضعیت تحلیل است. این

---

1. Optimal gratification  
2. Emergence

موارد نسبتاً ثابت هستند و شامل مواردی مثل پرهیز از تماس فیزیکی، حفظ رازداری، محل ملاقات در محل کار تحلیل‌گر، وضعیت تحلیل‌شونده<sup>۱</sup> بر روی کاناپه و تحلیل‌گر در صندلی پشت کاناپه، پرداخت هزینه و توافق در مورد دفعات و مدت‌زمان کلی درمان است. دومین مؤلفه شامل عوامل انسانی است که تعامل را مشخص می‌کنند و شامل این موارد می‌شود: پذیرش بدون قضاوت توسط تحلیل‌گر، تلاش برای فهم معنی گفتگوها و رفتارها، ناشناسی نسبی تحلیل‌گر، توافق با بیمار در این مورد که هرچه به ذهنش آمد بیان کند، ارائه ارضای متناسب در مورد نگرانی‌ها و تلاش برای درک و تفسیر تعارضات ناخودآگاه، وقتی که آشکار می‌شوند و توجه خاص بر روی درک تعامل بین تحلیل‌گر و تحلیل‌شونده.

وان اسپروئیل (۱۹۸۳) در مورد چارچوب تحلیلی از دیدگاهی متفاوت با لانگز نوشته است. او تأکید داشت که استفاده او از این اصطلاح مرتبط با نظریه چارچوب<sup>۲</sup> است و با دیدگاه‌های خاص روانکاوای درباره تعامل اجتماعی که از رشته‌های دیگر آمده است ارتباط دارد. مخصوصاً اسپروئیل بر روی قوانینی که توسط آنها انواع خاصی از تعاملات «چارچوب بندی می‌شود» تأکید داشت؛ به این معنا که چگونه این تعاملات خاص از دیگر تعاملات بین افراد متمایز می‌شوند و مرزبندی می‌شوند. او چارچوب موقعیت تحلیلی را چنین تعریف کرد «اجزاء اصلی بدون تغییر یا اصول ساختاری که یک واقعه اجتماعی خاص را تعریف می‌کند و آن را از دیگر وقایع متمایز می‌کند.»

بیشتر تأکید اسپروئیل بر ماهیت غیر متوازن موقعیت دونفره تحلیل بود که عامدانه ایجاد می‌شود. تا حد زیادی، چارچوب تحلیلی به وسیله ماهیت نامتوازن تعامل بین دو شرکت‌کننده، تعریف و ساخته می‌شود. وقتی که بیمار بر روی کاناپه دراز می‌کشد و تلاش می‌کند هر آنچه را که به ذهنش می‌آید، بیان کند، اکثر اوقات تحلیل‌گر در سکوت به او گوش می‌دهد بدون اینکه خیلی متمرکز باشد و درعین حال بدون اینکه جرت بزند. هم ساز بودن تعلیقی تحلیل‌گر که بی‌طرفانه و بدون تمرکز بر مورد خاصی

---

1. Analysand  
2. Frame Theory

هست در سراسر فرایند تحلیل وجود دارد، به طوری که توجه بین فرایند درونی تحلیل‌گر و تداعی‌های بیمار در نوسان می‌ماند. تحلیل‌گر باید هم‌زمان شرکت‌کننده در یک رابطه باشد و درعین حال به یک وضعیت آگاهانه دوچندانی برسد تا رابطه و مشارکت برای وی، بافاصله قابل مشاهده باشند (فریدمن ۱۹۹۱).

به دنبال هدایت تحلیل‌گر، بالاخره بیمار برای شفاف‌سازی و ساختن چارچوب به وی می‌پیوندد. بیمار «قواعد بازی را می‌آموزد» و ساختن یک رابطه صمیمی و خصوصی را آغاز می‌کند به طوری که گذشته در تکرار روزهای جاری می‌تواند درک شود.

علاوه بر سایر موارد، چارچوب تحلیلی فضای امنی را ایجاد می‌کند. عواطف نیرومند می‌توانند برانگیخته شوند بدون اینکه از آسیب یا انتقاد تمسخرآمیز تحلیل‌گر واهمه‌ای وجود داشته باشد. به بیمار فضایی داده می‌شود تا واپس روی کند و به احساسات و آرزوهای ناخودآگاه و غیرقابل قبول اجازه داده می‌شود تا نمایان شوند. دقیقاً به این دلیل که قواعد این بازی متفاوت از سایر تعاملات اجتماعی دیگر است و بیمار آزاد است تا خود را با نگاه جدیدی تجربه کند.

## مرزهای تحلیلی

گاهی مفهوم مرزهای تحلیلی و حرفه‌ای به اشتباه برداشت می‌شود و به معنی مجموعه‌ای از قوانین دلخواهی تلقی می‌شود که کمیته‌های اخلاقی و هیئت‌های صدور مجوز توسط آنها مشخص می‌کنند اقدامات انضباطی لازم است یا خیر. در مورد این مفهوم غالباً سوء تفاهمی می‌شود مبنی بر اینکه از نگرش غیرقابل انعطاف و رباتیک مانند دور تحلیل‌گر حمایت می‌کند. اغلب اصلاح نظرات فروید در مورد فن‌ها به ذهن تحلیل‌گر تازه‌کار خطور می‌کند. چنین وضع افراطی، نیت فروید را که در نامه‌ای به فرنزی در سال ۱۹۲۷ مطرح شد، در برنمی‌گیرد:

من فکر می‌کردن مهم‌ترین چیز تأکید روی این نکته است که یک فرد نباید به وسوسه‌ها برخلاف جهت تحلیل اشاره کند. تقریباً هر چیز مثبتی که کسی باید انجام دهد را به «کاردانی» او واگذاشته‌ام، بحث در مورد همان چیزی که شما معرفی کرده‌اید. نتیجه آن شد



که تحلیل‌گران مطیع، انعطاف‌پذیری قوانینی را که مطرح کردم، درک نکردند و چنان تسلیم آنها می‌شوند که گویا تابو هستند. گاهی اوقات در همه چیز باید تجدیدنظر شود، این درست است، مثل متوقف کردن آن مقرراتی که اشاره کرده بودم. (جونز ۱۹۵۵)

وقتی که مرزها مانند کاریکاتور می‌شوند، منجر به وضعیت انتقال متقابل می‌شوند که غیرقابل انعطاف و سرد است. هرچند که نیت کاملاً برعکس است. مرزها محدوده رابطه تحلیلی را مشخص می‌کنند بنابراین بیمار و تحلیل‌گر در عین اینکه خودانگیخته هستند، می‌توانند امن باشند. البته الیزابت لیود مایر (۱۹۹۴) مطرح کرد یکی از منابعی که باعث افزایش خطر تخطی از مرزها می‌شود این است که احساسات گرم و دلسوزانه تحلیل‌گر نسبت به بیمارش را به‌عنوان نوعی انحراف در نظر بگیریم. به عبارتی دیگر، عشق به بیمار ممکن است از نگاه ویژه تحلیلی که در طی سال‌ها نظارت<sup>۱</sup> و دستورالعمل‌های آموزشی درونی شده است، عجیب به نظر برسد. نگاهی که تحلیل‌گر را مانند «جراحی» عینی تصور می‌کند. نظر مایر این بود که اگر این احساسات، قابل انتظار و قابل قبول و در محدوده فن‌های روان تحلیلی دیده شوند، آنها در یک بخش مخفی و مجزای روان تحلیل‌گر جایی که قدرت تخریبشان ممکن است بیشتر باشد قرار نمی‌گیرند.

در اینجا استفاده از یک تشبیه مفید خواهد بود. بازدیدکنندگان از گرند کنیون (نام دره‌ای عمیق در آمریکا-مترجم) متذکر می‌شوند که به وسیله محافظ فلزی که به‌طور استراتژیک در لبه پرتگاه قرار داده شده، از پرت شدن به دره محافظت می‌شوند. این اقدام امنیتی به کودکان (و بزرگسالان) اجازه می‌دهد تا بازی کنند و لذت ببرند درحالی که خطر یک فاجعه به کمترین حد می‌رسد. هرچند مرزهای تحلیلی به‌طور کلی منعطف‌تر از محافظ فلزی کنار جاده هستند، در بعضی حوزه‌ها مثل تماس جنسی، به همان اندازه سفت و سخت هستند.

البته مرزهای تحلیلی چیزی فراتر از محافظ فلزی یا وسیله بازدارنده است. یکی از تناقض‌های اصلی موقعیت تحلیلی این است که مرزهای حرفه‌ای باید حفظ شود به‌طوری که هر دو شرکت‌کننده آزادی داشته باشند تا از نظر روان‌شناختی از آن عبور

کنند؛ به عبارت دیگر، فرایندهایی مانند همدلی و همانندسازی فرافکنانه از لایه نیمه تراوایی که به وسیله موقعیت دوتایی تحلیل ساخته می‌شود، عبور می‌کنند. تحلیل‌گر انتظار نوعی پس‌روی درمانی دارد که در هر دو شرکت‌کننده رخ می‌دهد بنابراین وضعیت بدوی‌تر پیوستگی<sup>۱</sup> و تبادل<sup>۲</sup> امکان‌پذیر می‌شود.

یک تمثیل رشدی، بیانگر اهمیت تغییر آزادانه در حالات عاطفی است. همان‌طور که ملتزوف و موور (۱۹۹۲) مطرح کردند نوزاد کوچک از تجارب اولیه‌ای که در زمینه تبادل عاطفه بین نوزاد و مراقب ایجاد می‌شود، هویتی را متمایز می‌کند و بسط می‌دهد. برخی از این تبادلات عاطفه، شبیه به آن چیزی است که در دوره رشدی مربوط به دوران قبل از رابطه با ابژه<sup>۳</sup> با آن ارتباط برقرار می‌شود و سرانجام در روانکاوی هم احیا می‌شود. در خلال واپس روی روانکاوی، ممکن است بیمار با کلمات یا بازنماها<sup>۴</sup> ارتباط برقرار نکند بلکه از راه انتقال عاطفه از طریق بدن، گفتگو کند.

اساس کار رشدی‌ای که توماس آگدن (۱۹۸۹) مطرح کرد با این بحث مرتبط است و شامل میانکنش بین سه مرحله‌ای است که تجربه را می‌سازند. مرحله پارانوئید-اسکیزوئید و مرحله افسرده از بسط کارهای ملانی کلاین، مشتق شده‌اند. مرحله سوم، مرحله درخودمانده-متصل<sup>۵</sup>، منعکس‌کننده استنتاج آگدن و بسط عقاید استریبیک (۱۹۶۸)، دونالد ملترز (۱۹۷۵) و فرانسس تاستین (۱۹۸۰) است. از نظر تکاملی مرحله درخودمانده-متصل بدوی‌ترین مرحله از چشم‌انداز رشدی محسوب می‌شود و شامل رشد حس اولیه‌ای است که مرز بین خود و ابژه را بر اساس حسی که در سطح پوست است، می‌سنجد. آگدن (۱۹۸۹) فاز درخودمانده-متصل را این‌گونه توصیف کرد:

این مرحله رابطه‌ای بین شکل و احساس پیرامون، ضربه و احساس ریتم، سختی و احساس لبه است. توالی، تقارن، تناوب، نمونه پوست با پوست، همگی مثال‌هایی از وابستگی و مجاورت هستند که از آغاز تجارب اولیه خود<sup>۶</sup> به وجود می‌آیند.

- 
1. Fusion
  2. Exchange
  3. Pre-object relatedness period
  4. Representations
  5. Autistic-contiguous
  6. Self-experience

اگر پیوستگی تجارب در این مرحله با شکست مواجه شود، ممکن است در فرد اضطرابی به وجود آید با این مضمون که درونش به بیرون نشت پیدا کند و به موجودی بی شکل و فاقد مشخصات یا سطح تبدیل بشود.

هرچند در مرحله پارانوئید - اسکیزوئید، حدود مرزی بین خود و ابژه ایجاد شده است، وابستگی به ابژه به شکل همانندسازی فرافکنانه است. جنبه‌های خاصی از فرد به همراه وضعیت عاطفی، جدا شده و بر فرد دیگری پس زده می‌شود. این کار به فرافکن کننده اجازه می‌دهد تا از جنبه‌های در معرض خطر خود محافظت کند و در عین حال به شکل همه جانبه ابژه را کنترل کند. فرد فرافکن کننده به طور ناخودآگاه وضعیت احساسی را به گیرنده القا می‌کند که متناسب با عاطفه فرافکنی شده یا مجموع خود و ابژه است. چون در مرحله پارانوئید - اسکیزوئید، هنوز حس «من بودن» به طور کامل ایجاد نشده، همانندسازی فرافکنانه یک رابطه مستقیم از فرد فرافکن کننده به گیرنده است، بدون این که سوژه میانجی آن را تفسیر کند. در این مرحله، مرزهای بین خود و ابژه به طور کافی نفوذپذیر است به طوری که گیرنده بتواند احساس کند که وادار شده تا به روشی پاسخ دهد که گویا بخشی از دنیای درون فرد فرافکن کننده است. به علاوه نماد و نمادین، از نظر هیجانی معادل هم محسوب می‌شوند، به همین دلیل ادراکات به مثابه اشیایی فی نفسه در نظر گرفته می‌شوند، مثل آنچه در انتقال هذیانی<sup>۱</sup> دیده می‌شود که کیفیت «انگار که»<sup>۲</sup> از بین می‌رود.

سوژه بنیادی کامل با سوژه‌ای که بین نماد و نمادین واسطه‌گری می‌کند، در مرحله افسرده تجربه رشد پیدا می‌کند. مرزهای بین خود و دیگری محکم تر می‌شود، بنابراین یک نفر خودش را به عنوان شخصی تجربه می‌کند که به فکرهای خودش فکر می‌کند و احساسات خودش را حس می‌کند. همچنین این مرحله، یک فرد را قادر می‌کند تا فردیت دیگری را تجربه کند و با آن هم‌دلی کند. هرچند در مرحله پارانوئید - اسکیزوئید، هم خود و هم دیگری به عنوان ابژه تجربه می‌شوند، در این مرحله خود و دیگری می‌توانند به عنوان سوژه نیز تجربه شوند.

---

1. Delusional transference

2. "As if" quality