

گوش دادن تحلیلی

شیوه‌ها، محدودیت‌ها و نوآوری‌ها

فهرست

۹.....	قدردانی.....
۱۱.....	مقدمه.....
۱۷.....	فصل اوّل: چهار سبک گوش دادن تحلیلی.....
۴۷.....	فصل دوم: گوش دادن به سکوت.....
۸۹.....	فصل سوم: گوش دادن به اعمال.....
۱۲۰.....	فصل چهارم: گوش دادن به خویشتن.....
۱۴۶.....	فصل پنجم: گوش دادن ضعیف.....
۱۷۲.....	فصل ششم: امتناع از گوش دادن.....
۱۹۴.....	فصل هفتم: گوش دادن به موقعیت‌های غیربالینی.....
۲۰۹.....	منابع.....
۲۲۵.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....
۲۲۷.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....
۲۲۹.....	درباره نویسنده.....

آنا او، بیمار معروف جوزف بروئر، روانکاو را «درمان از طریق صحبت کردن» می‌نامید. از این لحاظ تا حدودی حرف او درست بود، چرا که تبادلات کلامی اساس روانکاو است. در واقع «قاعده اصلی» تکنیک تحلیلی این است که بیمار باید هرآنچه که به ذهنش می‌آید، بازگو کند. او نباید از صحبت کردن در مورد هیچ موضوعی به دلایل اخلاقی، زیبایی‌شناسانه و یا زبان‌شناسانه اجتناب کند. در برابر این «تداعی آزاد» از سوی بیمار، سخنان روانکاو قرار دارد. این «مداخلات» متنوع بوده و به تدریج با پیشرفت روانکاو به عنوان یک رشته بالینی، بسیاری از این مداخلات تکامل پیدا کردند. مفهوم «تفسیر» به تنهایی به زیرمجموعه‌های تفسیر انتقالی، تفسیر فرا انتقالی، تفسیر تکوینی، تفسیر نادقیق، تعبیر عمیق، تفسیر معنوی و مانند آن تفکیک می‌شود. از آنجایی که چنین تعبیری کافی نبودند، مداخلات بیشتری از جمله شفاف‌سازی، ساخت، بازسازی، مداخله پیوندی، مداخله تأییدی، مداخله عمقی، مداخله تکاملی و موارد مشابه با گذر زمان پدید آمدند.

تمرکز بر نحوه صحبت کردن بیمار و درمانگر باعث شده تا به چگونگی گوش دادن دو طرف به یکدیگر توجهی نشود. به این ترتیب، سؤالاتی که در اینجا مطرح می‌شود، نادیده گرفته شده است. آیا گوش دادن تحلیلی با گوش دادن روزمره متفاوت است؟ پیش‌نیازهای گوش دادن تحلیلی چه هستند؟ آیا در جلسات روانکاو تنها به یک نوع گوش دادن نیاز داریم؟ اگر به بیش از یک نوع گوش دادن نیاز داریم، چه چیزی باعث می‌شود تا نوع خاصی از گوش دادن را در یک لحظه مشخص استفاده کنیم؟ چگونه

انواع مختلف گوش دادن بر مداخلات فرد تأثیر می‌گذارند؟ روانکاو هنگام گوش دادن به چه چیزی توجه می‌کند؟ آیا او به کلمات، وقفه‌های بین کلمات یا موسیقی که جلسه روانکاوی را در بر می‌گیرد، گوش می‌دهد؟ آیا می‌توان به سکوت‌ها، تصاویر بصری، تغییرات نحوه نشستن و دیگر نشانه‌های غیرکلامی «گوش» فرا داد؟ آیا گوش دادن روانکاو باید محدود به آنچه بیمار می‌گوید یا انجام می‌دهد، باشد یا می‌توان به ذهن و رفتار خود نیز توجه کرد؟ و سؤالاتی از این دست.

همین سؤالات را می‌توان در مورد بیمار نیز مطرح کرد. آیا بیمار واقعاً به آنچه روانکاو می‌گوید، گوش می‌دهد؟ بیمار به سخنان روانکاو گوش می‌دهد یا لحن صدای او؟ بیمار چگونه به خودش گوش می‌دهد؟ آیا مهارت‌های شنیداری بیماران منشأ شخصیتی دارد یا می‌تواند در فرایند تحلیلی بهبود یابد؟ بدون شک، می‌توان تعداد زیادی از این سؤالات را مطرح کرد. نکته اینجاست که: حرف «آنا او» درست بود، اما همه حقیقت نبود. روان‌کاوی یک درمان گفتاری و شنیداری است. هر دوی این عناصر جزء لاینفک کار بالینی هستند. گوش دادن بدون سخن گفتن ره به جایی نمی‌برد. صحبت کردن بدون گوش دادن نیز می‌تواند گمراه‌کننده و آسیب‌زننده شود. با این حال در منابع روانکاوی، کمتر به مقوله گوش دادن پرداخته شده است.

هدف این کتاب حل این مشکل با تمرکز بر گوش دادن تحلیلی است. با توجه به توضیحات ابتدایی فریود درباره نحوه گوش دادن روانکاو، این کتاب به مسائل تاریخیچه‌ای، نظری و بالینی زیادی می‌پردازد. موضوعاتی که این کتاب مطرح می‌کند روش‌های گوناگون گوش دادن را در بر می‌گیرد، از ظرفیت آموزنده انتقال متقابل گرفته تا محدودیت‌های بیرونی نگرش معمول ما که در آن گوش دادن روانکاوانه دیگر کمکی نمی‌کند و حتی ممکن است با آن در تناقض باشد. اکنون به طور خلاصه درباره هر یک از فصل‌های این کتاب توضیح می‌دهم.

در فصل اول کتاب چهار مدل گوش دادن تحلیلی را توصیف می‌کنم: (۱) گوش دادن عینی (۲) گوش دادن ذهنی (۳) گوش دادن همدلانه و (۴) گوش دادن بین‌ذهنی. هر یک از آنها زمینه‌های نظری و تکنیک‌های مختص به خود را دارند. من پس از روشن کردن این زمینه‌های نظری و تکنیک‌ها، تلاش کرده‌ام تا حوزه‌های

همپوشانی این مدل‌ها را نشان دهم و به اشکال ترکیبی اشاره می‌کنم که به راحتی می‌توانند بین شکاف‌های این قسمت قرار گیرند. من همچنین منشا تکاملی انواع مختلف گوش دادن را بررسی کرده‌ام و دو قطبی موجود در این زمینه (زودباوری در برابر دیرباوری) را به ترتیب به شیوه‌های ارتباطی مادرانه و پدرانه نسبت به فرزندان ربط داده‌ام. به نظر من ترکیب مطلوبی از این دو قطب می‌تواند به گوش دادن بهتر (و مفیدتر) برای بیمار بینجامد. نیازی به اضافه کردن این نکته نیست که چنین گوش دادنی باعث می‌شود روانکاو علاوه بر شنیدن سخنان بیمار، ارتباطات غیرکلامی و سکوت‌های او را نیز درک کند.

در فصل بعد به پدیده چندوجهی سکوت می‌پردازم و هشت نوع سکوت را تشریح می‌کنم: (۱) سکوت ساختاری (۲) سکوت ناشی از عدم ذهنی‌سازی؛ (۳) سکوت ناشی از تعارض‌ها؛ (۴) سکوت به مثابه فعال‌سازی^۱؛ (۵) سکوت نمادی؛ (۶) سکوت متفکرانه؛ (۷) سکوت احیاکننده^۲ و (۸) سکوت خالی. من با تأکید بر این مطلب که صحبت کردن و سکوت هر دو می‌توانند برای رسیدن به اهداف مشابه کمک‌کننده باشند، سکوت را در جایگاهی برابر با صحبت کردن قرار می‌دهم. هر دو می‌توانند محتواهای ذهنی فرد را پنهان کنند و یا آنها را آشکار کنند. هر دو می‌توانند در برابر فشارهای مربوط به سائق از بیمار دفاع کنند و به تخلیه چنین تنش‌هایی کمک کنند. هر دو می‌توانند احساسات متقابل را برانگیزانند و وسیله‌ای برای به فعلیت درآمدن باشند. هر دو می‌توانند احساسات انتقال متقابل را تحریک کنند و به وجود آورند. هر دو می‌توانند مانع پیشرفت فرایند تحلیلی شوند و یا روند آن را تسهیل کنند. در تمام این موارد، هم سکوت و هم کلام به جزء لاینفکی در کار بالینی ما تبدیل می‌شوند، باین حال، اهداف و پیامدهای سکوت بیمار و سکوت روانکاو می‌تواند متفاوت باشند. علاوه بر توصیف اصول تکنیکی مربوط به سکوت هم‌زمان، پدیده «سکوت متقابل» و مبانی روانی و رشدی آن را تشریح می‌کنم.

بحث سکوت مرا به مقصد بعدی هدایت می‌کند، یعنی هر چیزی که از سوی بیمار به کنش درمی‌آید. این مبحث موضوع فصل بعدی این کتاب است. من مطالب خودم را

1. Enactment
2. Regenerative Silence

پیرامون گوش دادن به کنش‌ها به بخش‌های زیر تقسیم کرده‌ام (۱) هنگام هماهنگی برای اولین وقت ملاقات، (۲) هنگامی که بیمار برای اولین بار به مطب می‌رسد، (۳) در اولین جلسه روانکاوی، (۴) در مرحله نخست روانکاوی، (۵) در مرحله میانی روانکاوی و (۶) در مرحله پایانی روانکاوی. من این کنش‌ها را پیامی در مورد وضعیت آسیب‌شناسی روانی بیمار و رابطه‌مندی انتقال او - و بعدها در درمان - در نظر می‌گیرم و به مسئله دشوار تفسیر این جنبه‌های رفتاری در حین کار بالینی می‌پردازم.

در فصل بعدی، توجه خود را از گوش دادن به حرف‌های بیمار برمی‌دارم و به اطلاعاتی جلب می‌کنم که روانکاو می‌تواند از گوش دادن به خودش به دست آورد و در آنجا به مفهوم گسترده و روبه‌رشد انتقال متقابل می‌پردازم؛ مفهومی که به واسطه آن تجربه‌هایی که شرح می‌دهم، معنا پیدا می‌کنند. سپس بادقت بسیار زیادی گوش به زنگی آگاهی‌بخش روانکاو را دسته‌بندی می‌کنم: (۱) گوش دادن به تداعی‌های خود (۲) گوش دادن به احساسات خود، (۳) گوش دادن به تکانه‌های خود و (۴) گوش دادن به کنش‌های خود. من از این طریق تلاش کرده‌ام تا نشان دهم که چگونه توجه کردن روانکاو به تجربه ذهنی خودش می‌تواند منبعی غنی از اطلاعات درباره ماهیت گفتگوهای فردی باشد که تحت روانکاوی است. همچنین به درک رویدادهایی کمک کند که در سکوت و در محور انتقال - انتقال متقابل رخ می‌دهد. آگاهی از اینکه چگونه می‌توان تجربه ذهنی خود را از دیدگاه‌های مختلف «بررسی» کرد، در موقعیت‌های آشفته هیجانی برای روانکاو مفید است. من با به‌کاربردن ترکیبی از رویکردهای روان‌شناسی ایگو، روابط اَبژه و دیدگاه بین‌ذهنیتی و ارتباطی، سعی کرده‌ام ایده مذکور را در مسیر مناسبی پیش ببرم. همین چهارچوب مفهومی کمک می‌کند تا درک کنیم که چگونه و تحت چه شرایطی، توانایی ما برای گوش دادن تحلیلی مختل می‌شود.

این موضوع، عنوان فصل بعدی این کتاب است. در این فصل، شش متغیر را مشخص کرده‌ام که می‌توانند مانع گوش دادن تحلیلی شوند. این موارد عبارت‌اند از (۱) ضعف شنوایی، (۲) مقاومت شخصیتی روانکاو، (۳) موانع انتقال متقابل، (۴) انعطاف‌ناپذیری مفهومی و پایبندی متعصبانه به یک مدل نظری، (۵) تفاوت فرهنگی

اجتماعی بین روانکاو و بیمار و (۶) دوزبانه بودن یک یا هر دو طرف در فرایند درمان. ممکن است بیش از یک متغیر هم‌زمان وجود داشته باشد و یک متغیر (مثلاً انعطاف‌ناپذیری مفهومی) تحت تأثیر متغیر دیگری قرار گیرد (مانند موانع انتقال متقابل). برخی از عوامل (مانند ضعف خفیف شنوایی) ممکن است قابل درمان باشند، درحالی‌که برخی دیگر (مانند تفاوت فرهنگی) همیشگی هستند؛ بنابراین، فرد باید بداند که این عوامل به طور بالقوه می‌توانند اثرات زیان‌باری بر گوش‌دادن تحلیلی داشته باشند. من سعی کرده‌ام که این تأثیر را نشان دهم و با ذکر شواهد مناسبی از منابع موجود و با ارائه نمونه‌های بالینی از تجارب خودم آن را نشان دهم.

در فصل بعد به این مسئله اشاره می‌کنم که کلام می‌تواند در فرایند تحلیلی به شکل مقاومت خودش را نشان دهد. سپس این سؤال چالش‌برانگیز را مطرح می‌کنم که آیا گوش‌دادن همیشه «خوب» و مفید است یا خیر. روانکاو می‌تواند در موارد زیر از گوش‌دادن امتناع کند: (۱) هنگامی که بیمار از همان ابتدا تلاش می‌کند تا روانکاو را به سمت یک اتحاد نامناسب سوق دهد، (۲) هنگامی که بیمار کاری را به طرز نامناسبی تکرار می‌کند، (۳) هنگامی که بیمار از کلام برای تخلیه‌گریزی و یا تثبیت خودشیفتگی استفاده می‌کند و (۴) هنگامی که بیمار در پایان جلسه روانکاو، به طور ناخودآگاه یک احساس انتقالی که نیاز به تحلیل عمیقی دارد، به شیوه‌ای شیطنت‌آمیز پیش می‌کشد. به‌طورکلی، امتناع از گوش‌دادن یک رویکرد تکنیکی است که (۱) باید توسط کسانی مورد استفاده قرار گیرد که از تجربه بالینی کافی برخوردارند، (۲) باید به‌صورت محدود و تنها زمانی استفاده شود که یکی از نشانه‌هایی که در بالا نام بردیم به‌وضوح مشاهده شود، (۳) باید پس از انجام مداخلات تأییدی و تفسیری زیاد مورد استفاده قرار گیرد، (۴) باید پس از مشورت با یک همکار مورد استفاده قرار گیرد و اگر این امکان وجود ندارد، پس از به‌کارگیری مداخله با یک همکار در مورد آن صحبت کرد، (۵) باید پس از تلاش جدی برای تفکیک میان وسوسه‌های انتقال متقابل از نیت اصیل درمانی استفاده شود و (۶) مستلزم آن است که تأثیر آن بر بیمار بررسی و به‌طور تحلیلی مدیریت شود. همچنین لازم است بر این نکته تأکید کنم که روانکاو حتی زمانی که از گوش‌دادن خودداری می‌کند، نمی‌تواند فرایند شنیدن را متوقف کند. در واقع او تنها گوش‌دادن به مطالب سطحی را متوقف می‌کند و به بیمار اصرار می‌کند که

مطالب عمیق‌تری را مطرح کند.

من تلاش کرده‌ام تا پس از شفاف‌سازی تمامی جنبه‌های گوش‌دادن تحلیلی به محدودیت‌هایی که باید بر روی این ظرفیت باارزش خود اعمال کنیم، اشاره کنم. در فصل پایانی کتاب توضیح خواهم داد که چگونه در سه موقعیت زیر گوش‌دادن تحلیلی را تعدیل کنیم: (۱) در طول جلسه سوپرویزن یا نظارت بر کار بالینی، (۲) در گفت‌وگوهای عمومی و (۳) در خانه. در جلسه سوپرویزن، باید گوش‌دادن روانکاوانه خود را به مطالب بیمار و رابطه بیمار و کاندیدای روانکاو محدود کنیم و از گمانه‌زنی در مورد ابژه درونی کاندیدای روانکاو و شخصیت کلی او بپرهیزیم. در گفت‌وگوهای عمومی باید خطر تبدیل شدن به یک «روانکاو وحشی» را کاهش دهیم و نامناسب بودن شرایط و فقدان اطلاعات کافی را به خودمان یادآوری کنیم. در خانه باید سعی کنیم تا حد امکان گوش‌دادن روانکاوانه را کنار بگذاریم و نگذاریم اصطلاحات تخصصی روانکاو، مکالمات «روزمره» ما را به حاشیه براند. اعمال چنین محدودیت‌هایی به طور متناقضی باعث می‌شود ذهن تحلیلی ما زیرک‌تر شود.

این نگاه اجمالی بر محتویات هفت فصل این کتاب، به‌درستی حق مطلب را ادا نمی‌کند. لایه‌های تاریخی آن و متأثر بودن از ادبیات، تکیه آنها به نظریه و سناریوهای بالینی و روابط پیچیده آنها با یکدیگر، گفت‌وگوهای چندوجهی و متفاوتی را درباره موضوع گوش‌دادن تحلیلی شکل می‌دهد. از صمیم قلب امیدوارم که این تلاش منسجم به روانکاوان آینده و تازه‌کار برای تنظیم ظرفیت‌های گوش‌دادن تحلیلی به آنها کمک کند. اگر روانکاوان باتجربه نیز بتوانند از این کتاب بهره‌ای ببرند، بسیار خرسند می‌شوم.

چهار سبک گوش دادن تحلیلی

«[روانکاو] باید ناخودآگاه خود را مانند یک گیرنده در جهت ناخودآگاه بیمار قرار دهد»
زیگموند فروید (۱۹۱۲، ص. ۱۱۵)

فروید (د ۱۹۱۱، ب ۱۹۱۲، د ۱۹۱۲، ج ۱۹۱۳، ه ۱۹۱۴، الف ۱۹۱۵) در مقالاتش درباره تکنیک روانکاو، تقریباً به تمام جنبه‌های مهم اقدامات بالینی ما، از جمله نیاز به تعدد و نظم مشخص جلسات، نحوه پرداخت، استفاده از کاناپه، تداعی آزاد، محدودیت‌های حافظه و یادآوری، مقاومت، انتقال، ناشناس ماندن و بی‌طرفی، پرداختن به رؤیاها و مداخلات تفسیری روانکاو پرداخته است. وی همچنین درباره نحوه گوش دادن روانکاو و اینکه وی دقیقاً بایستی با چه چیزی سازگار و هماهنگ شود، نکاتی را ارائه کرده است. به نظریه‌های فروید در این زمینه توجه کنید.

- این تکنیک ... تکنیک ساده‌ای است ... و به این معنا است که توجه فرد نبایستی به سمت موضوع خاصی جلب شود و این «توجه معلق و بی‌طرفانه»^۱ نسبت به همه چیز بایستی به طور همگن و یکدست حفظ شود (ه ۱۹۱۲، صص ۱۱۱-۱۱۲).

1. Evenly suspended attention

- قانون روانکاو را می‌توان چنین بیان کرد: وی باید مانع ورود تمام تأثیرات آگاهانه به ظرفیت توجه خویش شود و خود را به طور کامل به «حافظه ناخودآگاه» بسپارد یا به بیان دقیق‌تر، وی باید حقیقتاً گوش فرا دهد و نگران نباشد که آیا چیزی در خاطرش می‌ماند یا خیر (همان منبع، ص. ۱۱۲).
- وی باید ناخودآگاه خود را مانند یک گیرنده با ناخودآگاه بیمار هماهنگ کند. او باید خود را با بیمار تطبیق دهد، همان‌طور که یک گوشی تلفن با میکروفن فرستنده هماهنگ می‌شود... ناخودآگاه روانکاو می‌تواند با استفاده از اطلاعات برآمده از ناخودآگاه بیمار که به او داده می‌شود، آن ناخودآگاهی را که تداعی‌های آزاد بیمار تعیین کرده است، بازسازی کند. (همان منبع، صص ۱۱۵-۱۱۶).

واضح است که فروید اعتماد زیادی به ارتباط مستقیم بین ناخودآگاه بیمار و روانکاو دارد و توجه سیال روانکاو را به مثابه نیمه دیگر تداعی آزاد بیمار در نظر می‌گیرد. این‌طور نیست که بگوییم فروید از موانع درمان ناشی از مشکلات حل نشده در شخصیت روانکاو آگاه نبوده است. وی روانکاو را تشویق می‌کند «که مقاومت را در خود کنار بگذارد» (همان منبع، ص ۱۱۶)، خود را روانکاو کند و «در قالب خودکاو شخصیت خود را تحلیل کند» (همان منبع، ص ۱۱۷). در غیر این صورت، این خطر وجود دارد که به‌درستی به حرف‌های بیمار گوش ندهد، سرخ‌های بیمار را نادیده بگیرد و بدتر از همه، مسائل شخصی خود را به موضوعاتی که بررسی می‌شود، فرافکنی کند.

برای فروید، گوش دادن تحلیلی به کلام بیمار محدود نمی‌شود؛ بلکه شامل توجه به سکوت‌ها و نشانه‌های غیرکلامی او نیز است (فروید، ۱۹۰۹ د، ۱۹۱۴ ج، ۱۹۱۷). توجهی با این وسعت، نیازمند این است که روانکاو در برابر تمام درون‌دادهایی که به سوی او روانه می‌شوند، از خود مقاومتی نشان ندهد. در این صورت، هیچ جایی برای تمرکز، انتخاب یا سانسور وجود ندارد. فروید بعدها در مقاله‌ای دوباره تکرار می‌کند که:

ما اطلاعات مربوط به کار خود را از منابع گوناگون جمع‌آوری می‌کنیم - از

آنچه توسط اطلاعات مستقیم بیمار و تداعی‌های آزاد او به ما منتقل می‌شود، از آنچه با احساسات انتقالی به ما نشان می‌دهد، از آنچه با تفسیر رؤیایها به آن می‌رسیم و از آنچه با لغزش‌ها یا کنش‌پریشی فاش می‌کند. همه این مطالب به ما کمک می‌کند تا درمورد اتفاقی که در گذشته افتاده و اکنون فراموش شده و درباره آنچه اکنون در درون او اتفاق می‌افتد، بدون اینکه از آن درکی داشته باشد، تفسیر کنیم. (الف ۱۹۴۰، صص. ۱۷۷-۱۷۸)

برای انجام چنین بده و بستانی، روانکاو باید مطمئن شود که در مسیر گوش‌دادن مقاومتی نمی‌کند؛ بهترین راه برای اطمینان از این موضوع، قرار دادن خود در معرض یک «پالایش روانکاوانه»^۱ است (فروید، ه ۱۹۱۲، ص. ۱۱۶). این موضوع به‌ویژه در مواجهه با عشق انتقالی بیمار مهم است، چرا که روانکاو می‌تواند که با تلاش زیاد از خودشیفتگی خود عبور کرده است - می‌داند که «عاشق شدن بیمار ناشی از وضعیت روانکاو است و نایستی آن را به جذابیت‌های فردی خود نسبت دهد» (فروید، الف ۱۹۱۵، ص. ۱۶۱). با این حال، رسیدن به چنین جایگاه ذهنی، به‌ویژه برای روانکاو مبتدی، نیازمند تلاش است. [۱] تنش بین تسلیم منفعلانه به یک حالت ذهنی «شناور و بی‌طرفانه»^۲ و اقدام‌های فعالانه لازم که برای ورود به آن حالت ذهنی انجام می‌شود، چیزی است که بعدها نظریه‌پردازان مجبور به بررسی آن شدند. آنها همچنین مجبور بودند با این تناقض مواجه شوند که عدم توجه ویژه روانکاو به هر جزئیاتی، دقیقاً همان چیزی است که منجر به یافتن مسائلی می‌شود که واقعاً مهم هستند. به این ترتیب روانکاوانی که پس از فروید آمدند، برای این مشکل راه‌حل پیدا کردند و نکات ظریف بیشتری را به شیوه گوش‌فرا دادن یک روانکاو افزودند.^[۲]

با توجه به طیف گسترده شیوه‌های گوش‌دادن و تنوع زیاد آنچه طرفداران این شیوه‌ها بر آن تمرکز می‌کنند، بدون شک هر تلاشی برای دسته‌بندی آنها محکوم به شکست است و یا ناقص می‌ماند. علاوه بر این، راه‌های مختلف گوش‌دادن که به‌مرور ارتقا یافته‌اند، از یکدیگر جدا نیستند و به طور قابل توجهی با یکدیگر همپوشانی دارند.

1. Psychoanalytic purification
2. Evenly hovering

با توجه این نکته می‌توان گفت که پس از ایده‌های اصلی فروید (۱۹۱۲) دربارهٔ این مبحث، گوش دادن روانکاو به چهار روش عمده توصیف شده است. این موارد عبارت‌اند از: (۱) گوش دادن عینی، (۲) گوش دادن ذهنی، (۳) گوش دادن همدلانه و (۴) گوش دادن بین‌ذهنیتی. باین حال، بهتر است که هر دیدگاه به طور جداگانه بررسی شود، هرچند نباید از مکمل بودن و همپوشانی آن‌ها با یکدیگر غافل ماند.

گوش دادن عینی

این شیوهٔ گوش‌دادن مبانی خود را از دیدگاه «کلاسیک نسبت به طبیعت انسان، بیماری‌ها و شیوهٔ بهبود آنها گرفته است. چنین دیدگاهی که به‌وضوح در اندیشهٔ کانت یافت می‌شود، تلاش برای استقلال و تسلط منطق را جوهرهٔ انسان بودن می‌داند که به روانکاو تعمیم یافته است:

دیدگاه کلاسیک انسان را تحت سلطهٔ اصل لذت می‌بیند و تکامل در جهت بلوغ را حرکت به سمت حاکمیت اصل واقعیت می‌داند. نگرش روانکاو نسبت به بیمار ترکیبی از احترام و تردید است و روانکاو از اصل واقعیت جانبداری می‌کند. اخلاق پیرو فلسفهٔ رواقی است: بلوغ و سلامت روان بستگی به این دارد که فرد تا چه حد می‌تواند واقعیت را آن‌طور که هست، عقلانی و خردمندانه ببیند. (استرنجر، ۱۹۸۹، ص. ۶۰۱)

دیدگاه «کلاسیک» روانکاو را در جایگاه ناظری که جداست و داور «واقعیت» قرار می‌دهد؛ و وقتی صحبت از گوش‌دادن تحلیلی به میان می‌آید، تاحدی شک و تردید نسبت به کلام بیمار ایجاد می‌شود. روانکاو هنگام گوش‌دادن به مشکلات بیمار گمراه نمی‌شود. بلکه وی به دنبال کشف راه‌هایی است که در آن خواسته‌ها و فانتزی‌های بیمار، درک وی را از واقعیت، گذشته و حال تحت تأثیر قرار می‌دهد. (همان منبع، ص. ۶۰۳). توجه روانکاو در ظاهر به مسئله‌ای است که بیمار در مورد آن صحبت می‌کند، اما او بیشتر به نحوهٔ صحبت‌کردن بیمار دقت می‌کند. در اینجا، فرایند بیشتر از محتوا ارزشمند است. در نتیجه، مکث‌ها، تردیدها، تأکیدها، آهنگ صدا و لغزش‌های کلامی،

بیشتر از «داستانی» که در ذهن بیمار می‌گذرد، توجه روانکاو را برمی‌انگیزد. چنین دیدگاهی درباره‌ی گوش دادن تحلیلی به‌شدت از ارزش «تداعی آزاد» بیمار حمایت می‌کند. مدافعان آن (برنر، ۱۹۷۶؛ بوش، ۱۹۹۷، ۲۰۰۴؛ فنیشل، ۱۹۴۱؛ گری، ۱۹۹۴؛ هوفر، ۲۰۰۶؛ کریس، ۱۹۸۲، ۱۹۹۲) بیان می‌کنند که تنها با پیروی از زنجیره‌ی افکار بیمار - و موانع آن - است که می‌توان به معانی ناخودآگاه تعارضات بیمار دست‌یافت. بدون شک، در طی زمان قلمرو «تداعی آزاد» گسترده‌تر شده است (به نظرات پیتر فوناگی در مک‌درموت مراجعه کنید، ۲۰۰۳) که عبارت‌اند از تصاویر بصری (کانزر، ۱۹۵۸؛ وارن، ۱۹۶۱)، حرکات بدنی و تغییر ناگهانی در نحوه‌ی نشستن روی کانپه (مک‌لافلین، ۱۹۸۷، ۱۹۹۲) و حتی دعوت گاه‌به‌گاه بیمار برای رسیدن به نتیجه‌ای که بیان آن در قالب کلمات برای بیمار دشوار است (براکل، ۱۹۹۳؛ اسلپ، ۱۹۷۶). همچنین مکاری و شاپیرو (۱۹۹۳) نیز در این زمینه توضیح داده‌اند که گوش دادن تحلیلی به ارتباطات غیرکلامی و همچنین مقوله‌های زبانی ظریف در روایت‌ها، ارجاع نمادین، فرم، اصطلاحات و قرارداد تعامل توجه می‌کند. یکی از ویژگی‌های انکارناپذیر روانکاوای که به طور «عینی» گوش می‌دهد این است که او کمتر به شهود خود و بیشتر بر ظرفیت عقلانی خود متکی است، هرچند «به‌طور نامحسوس» ظرفیت عقلانی می‌تواند در کار بالینی او اثر بگذارد. روش سختگیرانه‌ی برنر (۱۹۷۶) برای رسیدن به یک «حدس و گمان» یا «صورت‌بندی که روانکاو در ذهن خودش از آنچه در مورد تعارض‌های بیمار فهمیده است» (ص. ۳۶)، نمونه‌ای از چنین دیدگاهی است. برنر بدون کنار گذاشتن عنصر درک ذهنی ناگهانی معانی ذاتی در ارتباطات بیمار، تأکید بسیار زیادی بر فرایند گام‌به‌گام، منطقی و عقلانی شکل‌گیری حدس و گمان دارد. او صراحتاً بیان می‌کند که «مهم این است که دانش تحلیلی خود را از شکل‌گیری علائم در نظر داشته باشیم و آن را زمانی که در حال تحلیل بیمارمان هستیم، به کار ببریم» (ص. ۲۱) و «هرآنچه بیمار گزارش می‌دهد یا انجام می‌دهد، باید به همین شکل مشاهده شود، یعنی در سایه درک روانکاو از ماهیت، خاستگاه و عواقب تعارض در زندگی روانی» (ص. ۲۹). [۳]. برنر (۲۰۰۰) در همین راستا، (بعدها در کار روانکاوای خود) تا جایی پیش رفت که نشان داد که در گوش دادن به محتوای تحلیلی

تغییر انتخابی و راهبردی در جابه‌جایی مرکز توجه از «توجه معلق و بی‌طرفانه» مفیدتر (فروید، ۱۹۱۲، ص. ۱۱۱) است.

گری (۱۹۸۲، ۱۹۹۴) بیان می‌کند که داده‌های به‌دست‌آمده از گوش دادن به تداعی آزاد بیمار حتی از این هم مهم‌تر است. روش پیشنهادی او برای گوش دادن، توجه به تغییر لحظه‌به‌لحظه مسیر، تأکید و نکات ظریف در جریان تداعی‌های بیمار است. در این روش، او توجه زیادی به مکث، تغییر ناگهانی موضوع، بروز یک عاطفه نامتناسب و اجتناب غیرقابل توضیح از موضوعات منطقی نشان می‌دهد. چنین «نظارت دقیقی بر فرایند» (گری، ۱۹۸۲) ایگو را در مرکز تکنیک روان‌پویشی قرار می‌دهد، به آشکار شدن تمایلات انتقالی کمک می‌کند و تحلیل مقاومت را تسهیل می‌کند. بوش (۱۹۹۷، ۲۰۰۴) بادقت بیشتری به شرح این شیوه کار با بیماران پرداخته است.

گرچه پیروان کلاین در برخی ابعاد مهم نظری با «روانشناسی ایگو» مخالف هستند، اما توجه یکسانی به تغییرات لحظه‌به‌لحظه در جریان و مسیر تفکر بیمار نشان می‌دهند. با این حال، آنها تمایل دارند که تمام تداعی‌های آزاد را به‌نوعی انتقالی در نظر بگیرند (هینشل‌وود، ۱۹۸۹؛ کلاین، ۱۹۵۲؛ ریویر، ۱۹۵۲). همچنین بر خلاف روان‌شناسان ایگو که بر روی مسائلی تمرکز می‌کنند که باعث تغییر جریان تداعی‌های بیمار می‌شود، پیروان کلاین به مواردی علاقه‌مند که از تغییر جریان تداعی‌های بیمار ناشی می‌شود. دلیل این مسئله این است که پیروان کلاین تداعی‌های آزاد را به نوعی کنش می‌دانند. [۴]

گوش دادن ذهنی

برخلاف روانکاوانی که به‌صورت «عینی» گوش می‌دهند، برخی از روانکاوان بر ذهنیت خود تأکید زیادی دارند و تلاش می‌کنند به کمک آن بفهمند که بیمار می‌خواهد چه چیزی را بیان کند. چنین روانکاوانی، اغلب بدون هیچ‌گونه تلاش آگاهانه‌ای (تلاش بسیار کم) و بدون سنجش جوانب و به‌طور شهودی بیماران را درک می‌کنند. آنها پیروی این نظریه فروید (ه ۱۹۱۲) هستند که می‌گوید اگر ناخودآگاه روانکاو به درستی هدایت شده باشد، می‌تواند آنچه را که ناخودآگاه بیمار منتقل می‌کند، به‌طور

مستقیم دریافت کند. هشدار ریک (۱۹۳۷) دربارهٔ زیان بار بودن تفکر منطقی آگاهانه برای درک تحلیلی پیش گام این خط فکری است. بیانیه آیزاکز (۱۹۳۹) دربارهٔ این که برداشت مبتنی بر حدسیات در مورد نیت بیمار، ماهیتاً از جنس ادراک است، بیانگر یک شیوه شهودی برای کار در جلسهٔ بالینی است. با این حال، بیون تصویر دیگری را ارائه می‌دهد (۱۹۶۷) از آنجاکه «حافظه همیشه همراه‌کننده است ... و خواسته‌ها قضاوت فرد را تحریف می‌کنند» (ص. ۲۷۱) بهترین کار این است که روانکاو بدون دخالت حافظه و یا خواسته به بیمار گوش دهد. تنها در آن زمان است که حقیقت نهایی آن لحظه - به بیان بیون «O» (۱۹۶۵، ۱۹۶۷) - آشکار خواهد شد. پس از آن، این وضوح ناگهانی و پر قدرت منجر به «کنش باور» خواهد شد (بیون، ۱۹۷۰) که عبارت است از یک مداخلهٔ تحلیلی که مبتنی بر شهود است و تجربه و دانش را پشت سر گذاشته است.

دیدگاه‌های جیکوبز (۱۹۷۳، ۱۹۸۶، ۱۹۹۱، ۲۰۰۷) کمتر دراماتیک و بیشتر سازمان‌یافته‌تر است. او قاطعانه به نقش شریک روانکاو در «قاعدهٔ اساسی» برای بیمار (فروید، ج ۱۹۱۳، ص. ۱۳۴) باور دارد: این رهنمود که روانکاو باید، تمام آنچه در درون او رخ می‌دهد، دربارهٔ بیمار و دربارهٔ آنچه بین او و بیمار اتفاق می‌افتد به طور خصوصی بررسی کند، زیرا این اطلاعات ارزش بالقوه‌ای دارند. جیکوبز بیش از هر روانکاو دیگر - شاید به استثنای سرلز (۱۹۷۹) که تا حد زیادی با بیماران به شدت بیمار و اغلب روان‌پریش سروکار داشت - بر حالت هیجانی درونی خود، تداعی‌های آزاد زودگذر، خیال‌پردازی‌ها و حتی طرز پوشش و تغییرات ناگهانی رفتاری تأکید می‌کند تا وقایعی را شناسایی کند که بین او و بیمار رخ می‌دهد، رویدادهایی که خارج از آگاهی خودآگاه هر دوی آنها اتفاق می‌افتد. او به این نکته اشاره می‌کند که:

شیوه‌ای که روانکاو جلسه را آغاز می‌کند و به پایان می‌رساند؛ حالات بدنی، حالات صورت و لحن او هنگام خوشامدگویی و یا خداحافظی با بیمار، پیام‌های حرکتی خاصی را منتقل می‌کند که ممکن است از آنها آگاه باشد یا نباشد ... اما جنبهٔ دیگری از رفتارهای غیرکلامی روانکاو وجود دارد که در پیشینه نظری تأکید نسبتاً کمی بر آن شده است: یعنی آن دسته از حرکات بدنی که هم‌زمان با گوش دادن