

انتقال: موقعیت تام / نویسنده: بتی جوزف ۱۹۸۵ / مترجم: پارمیس احمدی زاده

قصد من در این مقاله بحث درباره این موضوع است که امروزه چه استفاده از مفهوم انتقال در کار بالینی خود داریم. تاکید من بر ایده ی انتقال به عنوان یک چارچوب خواهد بود، چهارچوبی که در آن همیشه چیزی در حال جریان است و همیشه حرکت و فعالیت در آن وجود دارد.

فریود با مشاهده ی اینکه روابط بیمار با ابژه های نخستین، با غنای کامل، به شخص روانکاو انتقال داده می شوند، از در نظر گرفتن انتقال به عنوان یک مانع، به در نظر گرفتن آن به عنوان یک ابزار ضروری برای فرایند تحلیل رسید. استریچی (۱۹۳۴) با استفاده از کشفیات ملانی کلاین درباره ی اینکه فرافکنی و درون فکنی به چه شیوه ای ابژه های درونی فرد را می سازند و به آنها شکل می دهند، نشان داد که آنچه انتقال داده می شوند، عمدتاً نه ابژه های بیرونی زندگی گذشته ی بیمار، بلکه ابژه های درونی هستند و نحوه ی ساخته شدن این ابژه ها به ما کمک می کند تا بفهمیم که فرایند تحلیلی چگونه می تواند به ایجاد تغییر منجر شود.

ملانی کلاین، از طریق کار مداوم بر روی روابط ابژه اولیه و مکانیسم های ذهنی اولیه، شاید به ویژه همانندسازی فرافکنانه، درک ما را از ماهیت انتقال و فرایند انتقال دهی گسترش داد. او در مقاله ی خود به نام « خاستگاه های انتقال » (۱۹۵۲) نوشت: « تجربه ی من این است که هنگام تاگشایی و گره گشایی از جزییات انتقال، لازم است که برحسب موقعیت های تامی که از گذشته به حال منتقل شده اند و نیز بر حسب دفاع های هیجانی و روابط ابژه فکر کنیم». او در ادامه توضیح می دهد که تا سال های متمادی، انتقال بر حسب ارجاع های مستقیم به روانکاو درک می شده است، و صرفاً بعدها بود که معلوم شد که فی المثل، موضوعاتی مثل گزارش زندگی روزمره و ... سرخ هایی هستند درباره اضطراب های ناخودآگاهی که در موقعیت انتقالی برانگیخته می شوند. به نظر من، ایده ی موقعیت تام کمک اساسی به درک ما از انتقال و کاربرد آن در حال حاضر می کند و قصد بررسی همین موضوع را دارم. بر طبق تعریف، موقعیت تام باید شامل هر چیزی باشد که بیمار با خود وارد رابطه می کند. برای بهتر سنجیدن آنچه بیمار آورده است می توانیم توجه خود را متمرکز کنیم بر آنچه درون رابطه در حال رخ دادن است، و اینکه بیمار، با حرف های خود و فراتر از آنها چه استفاده ای از روانکاو می کند. بخش بزرگی از درک ما از انتقال حاصل این است که درک کنیم بیمار چگونه بر ما کنش انجام می دهد تا به دلایل مختلف احساساتی را تجربه کند، چگونه بیمار می کوشد ما را به درون سیستم های دفاعی خود بکشد، چگونه بیمار وجوهی از دنیای درونی خود که در دوران نوزادی ساخته شده اند را به ما منتقل می کند - وجوهی که در دوران کودکی و بزرگسالی شاخ و برگ پیدا کرده اند، تجربیاتی که اغلب و رای استفاده از کلمات هستند، و اغلب فقط از طریق احساساتی که در ما بر می انگیزانند می توانیم آنها را درک کنیم، یعنی از طریق انتقال متقابل در معنای وسیع آن.

انتقال متقابل، یعنی احساساتی که در روانکاو برانگیخته می شوند، همانند خود انتقال، ابتدا به عنوان مانعی در برابر کار تحلیلی قلمداد شدند، اما حالا که معنای وسیع آن به کار گرفته شده است، ما دیگر آن را یک مانع نمی دانیم، بلکه انتقال متقابل را نیز یک ابزار ضروری برای فرایند تحلیلی می دانیم. همچنین، ایده ی مورد استفاده بودن ما و ایده اینکه همه چیزی در حال جریان است، اگر فقط بتوانیم از آن آگاه شویم، بسیاری از وجوه دیگر انتقال، که بعداً درباره آنها صحبت خواهیم کرد را روشن می کنند. به عنوان مثال، این که حرکت و تغییر یکی از وجوه ضروری انتقال است - به طوری که هیچ تعبیری را نمی توان یک تعبیر یا توضیح محض دانست، بلکه باید به طریقی که مختص به بیمار و شیوه کارکرد اوست، درون بیمار طنین انداز شود - و اینکه سطح کارکرد بیمار در هر لحظه و ماهیت اضطراب های او را به بهترین شکل می توان با تلاش برای آگاهی از نحوه استفاده فعالی که از انتقال می شود درک کرد، و اینکه تغییراتی که در انتقال قابل

دیدن می شوند بخش ضروری آن چیزی هستند که سرانجام به تغییر روانی واقعی منجر می گردد. این نکات در صورتی روشن تر می شوند که ما بر حسب منتقل شدن موقعیت های تام فکر کنیم.

برای توضیح این موضوع، می خواهیم تکه کوتاهی از مطالبی را ارائه کنم که در آن می توان دید که اضطراب های مستقیم بیمار و ماهیت رابطه اش با شخصیت های درونی اش چگونه در موقعیت تامی که در انتقال پشت سر گذاشته شد نمایان شدند، گرچه در این مطالب تداعی های جداگانه و ارجاع به افراد مختلف نیز دیده می شود، گویی که خواستار تعبیر شدن هستند. این مطالب مربوط هستند به بحث درباره یک مورد در یکی از سمینارهای کارشناسی ارشد من. روانکاو مطالب مربوط به بیماری که ظاهراً ارائه ی کمک کافی به او بسیار مشکل بود را مطرح کرد: بیمار یک فرد اسکیزوئید و خشمگین بود، و دوران کودکی ناشادی را با والدینی که احتمالاً از نظر هیجانی دور از دسترس بوده اند طی کرده بود. روانکاو خانم از کاری که در جلسه ی مورد بحث انجام شده بود و نتایج آن راضی نبود. بیمار جزییاتی را درباره افراد و موقعیت های مختلف مطرح کرده بود.

در سمینار احساس می شد که بسیاری از تعبیری که در مورد این بیمار داده شدند حساس و بسیار بسنده هستند. سپس افراد حاضر در سمینار شروع به تلاش بیشتر برای درک بیشتر کردند. دیدگاه های متفاوت درباره ی وجوه مختلف این مورد مطرح شدند، اما هیچکس نه از دیدگاه های خود و نه از دیدگاه های دیگران رضایت کامل نداشت. به تدریج به این فکر افتادیم که شاید این خود سرنخ است، یعنی این که مشکلی که ما در سمینار داشتیم، منعکس کننده ی مشکل روانکاو در انتقال بود، و آنچه احتمالاً در انتقال در حال وقوع بود، فرافکنی دنیای درونی بیمار بود، دنیایی که در آن بیمار، که یک خانم بود، نمی توانست اوضاع را درک کند و از آن سردر بیاورد. بیمار داشت نشان می داد که چه حسی دارد داشتن مادری که نمی توانست با کودک هماهنگ شود و به گمان ما، حتی نمی توانست احساسات کودک را بفهمد، اما طوری رفتار می کرد که گویی می تواند، مثل کاری که ما در سمینار داشتیم انجام می دادیم. بنابراین بیمار دچار دفاع هایی شده بود که طی آنها اندیشه های ظاهراً منطقی را مطرح می کرد، اندیشه هایی که هیچ کس را راضی نمی کردند، اما تجربه ی فهم ناپذیری را مسکوت کرده، و به او چیزی می دادند تا خود را به آنها وصل کند و بچسباند. اگر در این وضعیت ها روانکاو تلاش کند تعبیرات مفصل درباره ی معنای تداعی های فرد ارائه کند، در این صورت سیستم دفاعی بیمار را تداوم داده است، و حس کاذب فهم ناپذیری را ایجاد کرده است، به جای اینکه بکوشد با تجربه ی بیمار، یعنی زندگی در یک دنیای فهم ناپذیر، تماس برقرار کند. این امر می تواند تجربه بسیار آزار دهنده برای خود روانکاو نیز باشد. برای ما راحت تر این است که باور کنیم که مطالب را درک می کنیم، نه اینکه نقش مادری که نمی تواند نوزاد /بیمار را درک کند را ایفا کنیم.

من تصور می کنم که سرنخ انتقال در این مورد (با فرض اینکه چیزی که توصیف می کنم درست باشد) در این است که پدیده ی چشمگیری که در سمینار رخ داد را جدی بگیریم، یعنی تقلای ما برای درک کردن، و نیاز عاجزانه ی ما برای درک کردن، به جای گرفتار شدن در تداعی های تک به تکی که توسط بیمار مطرح می شدند، تداعی هایی که به تنهایی ظاهراً معنای احتمالی زیادی داشتند. چیزی که اوضاع را بدتر می کرد عبارت بود از نیاز انتقال متقابل ما به گمانه پردازی، و احساس فشار برای درک کردن به هر قیمتی، که به زعم ما به ما امکان داد همانندسازی فرافکنانه ی بخشی از دنیای درونی بیمار و پریشانی وی، که شمه ای از آن را در سمینار چشیدیم، را حس کنیم.

من فرض را بر این می گذارم که این نوع همانندسازی فرافکنانه عمیقاً ناخودگاه و کلامی نشده است. اگر ما فقط با بخشی که کلامی شده است کار کنیم، در این صورت روابط ابژه ای که در حال کنش نمایی شدن در انتقال هستند را مد نظر قرار

نداده ایم، یعنی در خصوص این مورد، رابطه بین مادر بی فهم و نوزادی که احساس می کند قادر به درک شدن نیست، و همین است که بستر شخصیت او را شکل داده بود. به نظر من، اگر به خوبی به این وجه نپردازیم، شاید به درک هایی دست پیدا کنیم و یا حتی تغییرات ظاهری در مطالب و مواد بیمار ایجاد شود، اما تغییر روانی واقعی، که تا بعد از درمان به طول بیانجامد، میسر نخواهد بود. حدس من این است که اتفاقی که در این گونه موارد رخ داده است این است که روابط اولیه بیمار دچار یک ایراد جدی بوده اند، اما یک ساختار کارا کتری مبتنی بر نرمال بودن کاذب یا ظاهری بر روی این ایراد سرپوش گذاشته، به طوری که بیمار قادر شده است بدون فروپاشی واقعی به بزرگسالی راه پیدا کند و ظاهرا کارکرد کمابیش خوبی در بسیاری از حیطه های زندگی خود داشته باشد. تعبیراتی که فقط به تداعی های تک به تک می پردازند فقط بخش بزرگسال تر شخصیت را هدف قرار می دهند، در حالی که بخشی که واقعا باید درک شود، از طریق فشارهایی که بیمار به روانکاو وارد می کند، فهمانده می شود. در اینجا می توانیم زنده شدن چیزی را در انتقال ببینیم که از جنس روابط ابژه اولیه بیمار، سازمان دفاعی او و روش او برای فهماندن تعارض کلی اش است.

حالا در تکمیل این نکته می خواهم مطالبی را از یکی از بیماران خودم بازگو کنم، تا نخست نشان دهم که چگونه انتقال به شیوه ای نسبتا آرمانی شده تجربه شد، شیوه ای که از طریق جو و حال و هوایی که بیمار ایجاد کرده بود، و مرتبط به تاریخچه اش بود، فهمانده می شد. همچنین می خواهم این موضوع را نشان دهم که وقتی این جو فروپاشید، وجوه بدوی روابط ابژه اولیه و دفاع های او نمایان شدند و در انتقال زنده شدند، و بیمار کوشید روانکاو را نیز به دام کنش نمایی بکشد. و سرانجام این که، کار بر روی این وجه منجر به حرکت بیشتر و مقداری تغییر موقتی در ابژه های درونی بیمار شد.

این بیمار که او را به نام N می خوانم، سال های زیادی تحت تحلیل بوده است و پیشرفت بسیار رضایت بخشی هم داشته است، اما این پیشرفت به اندازه کافی تحکیم و تثبیت نشده بود و نمی شد پرداز کاری هیچکدام از مشکلات خاص او را کاملا دید، چه برسد به تصور خاتمه ی درمان. من متوجه یک احساس راحتی مبهم در خودم شدم، گویی که کاملا جلسات این بیمار را دوست می داشتم، و گویی این جلسات را تا حدودی کامروا کننده می یافتم، علیرغم این حقیقت که همیشه باید سخت با این بیمار کار می کردم. وقتی شروع به بررسی دوباره ی انتقال متقابل خودم و مطالب بیمار کردم، متوجه شدم که این تجربه ی نسبتا کامروای من، احتمالا متناظر با یک اعتقاد درونی از جانب بیمار بود، مبنی بر اینکه هر تعبیری که من ارائه می کردم، او به نوعی رو به راه بود. هر مشکلی که ظاهر می شد، حتی ویژگی های عذاب دهنده ی او که در کار نمایان می شدند، او از درون مطمئن بود که جایگاه بسیار ویژه ای دارد، و تعبیرات من چیزی نیستند جز تعبیر. او جایگاه خود را تضمین شده می دید و نیازی به تغییر در خود نمی دید. بنابراین، می شد به ارائه تعبیرات شبهه صحیح و نه چندان بی فایده ادامه داد و مسائل را بررسی کرد و توضیح داد، اما اگر این باور ناخودگاه و عمیق تر، بررسی نشده می ماند، کل درمان حالت کاذب و جعلی پیدا می کرد. باور او به داشتن جایگاه ویژه و عدم نیاز به تغییر دارای یک ویژگی دیگر هم بود، چون شامل این نگرش بود که من، روانکاو، دلبستگی یا عشق خاصی به او دارم و به خاطر خودم نمی خواستم او را رها کنم - امری که فکر می کنم پایه و اساس تجربه ی انتقال متقابلی من، یعنی راحتی و آسودگی را شکل داده بود.

می خواهم یک نکته کوتاه دیگر درباره این مطالب و در خصوص ماهیت تعبیر بیان کنم. اگر انتقال و تعبیرات را اساسا به عنوان موجودیت های زنده، در حال تجربه و در حال تغییر - یعنی به عنوان حرکت و جنبش - بدانیم، در این صورت تعبیرات ما باید بیانگر این موضوع باشند. بینش های N درباره ی باور ناخودگاه خود به جایگاه ویژه اش، غیر واقعی نبودن مبهم بخش زیادی از کار ما و به دلبستگی من به او و ... پیدایش دردناکی داشت. راحت تر این بود که این باور سریعا به تاریخچه او ربط داده شود - او آخرین فرزند خانواده و محبوب مادر بود که رابطه بسیار ناشادی با پدرش که یک مرد

نسبتا بیرحم بود داشت، گرچه والدینش تا آخر عمر کنار هم ماندند. اما اگر من این کار را کرده بودم، مجددا مهر تاییدی زده بودم بر باور بیمار مبنی بر اینکه تعبیرات چیزی جز تعبیر نیستند و من حقیقتا به حرف هایی که می زدم ایمان نداشتم. از نظر من، موضوع حائز اهمیت این بود که ابتدا پیش فرض های زیرلایه ای را آشکار کنم، تا بتوان این پیش فرض ها را، هر چقدر هم که دردناک بودند، در انتقال به عنوان واقعیت روانی او تجربه کرد، و صرفا بعدا و به آهستگی، آنها را به تاریخچه اش ربط داد. بعدا به مساله ی ربط دادن به تاریخچه بازخواهیم گشت.

اکنون مطالبی از مورد N می آورم که برگرفته از دوره ای کمی بعدتر از زمان مورد بحث هستند، تا نشان دهم که زمانی که پنداره های همه توان درباره برخورداری از جایگاه ویژه دیگر بر انتقال حاکم نبودند، اضطراب های اولیه، یا همانطور که گفتم، زنده شدن تعارض های روانی بیشتر، در انتقال و در یک رویا، نمایان شدند، و مواد رویا نیز در انتقال زیسته شدند. در این دوره، N علیرغم برخورداری از بینش، همچنان مستعد گرفتار شدن در نوعی مازوخیسم مایوس کننده و منفعل بود. روز دوشنبه، او رویای زیر را گزارش داد (من فقط رویا و برداشت خودم از رویا را نقل می کنم، نه کل جلسه یا تداعی های بیمار را).

رویا این بود:

«نوعی جنگ در حال وقوع بود. بیمارم در جلسه ای در یک اتاق در ساحل حضور داشت. افراد دور میز نشسته بودند که صدای هلیکوپتری را از بیرون شنیدند، و از روی صدا فهمیدند که این هلیکوپتر ایرادی دارد. بیمارم و یک سرگرد میزی که محل جلسه بود را ترک کرده و به کنار پنجره رفتند تا نگاهی به بیرون بیندازند. هلیکوپتر دچار نقص فنی شده بود و خلبان با پاراشوت بیرون پریده بود. دو هواپیما هم وجود داشتند که گویی مواظب هلیکوپتر بودند، اما به قدری ارتفاع داشتند که خیلی کوچک به نظر می رسیدند و نمی توانستند هیچ کمکی بکنند. خلبان داخل آب افتاد و بیمارم داشت به این فکر می کرد که آیا خلبان زمان کافی برای باد کردن جلیقه نجاتش دارد یا خیر، و این که آیا خلبان همین الانش هم مرده است یا خیر و...»

نمی خواهم مطالبی که شالوده ی تعبیرات من بودند را ارائه کنم، اما به طور کلی به او نشان دادم که می توان جنگی که همواره بین بیمار و خودم در وقوع است را ببینیم، جنگی که نمود آن عبارت بود از پشت کردن بیمار در رویا به جلسه ای که دور میز در حال انجام بود، یا پشت کردن به کاری که در هر جلسه از درمان انجام می شد. وقتی که او با دانستن اینکه مشکلی وجود دارد (در مورد هلیکوپتر)، از پنجره به بیرون نگاه می کند، او می بیند که یک روانکاو، یعنی من، آنجا وجود دارد و دو هواپیما، یعنی دو بازو، دو پستان، مراقب او هستند و می کوشند او را کمک کنند، اما او جذب تماشای وجه دیگر است، یعنی خودش، که همان خلبان است، و دچار دردسر است، سقوط کرده است و دارد می میرد - و این دنیای مجذوب کننده مازوخیسم اوست. منظورم این است که او ترجیح خود به جذب شدن در موقعیت های سقوط دردناک را نشان می دهد، به جای اینکه خواهان کمک و پیشرفت باشد.

در آن زمان به نظر می رسید که با ادامه جلسه، او به خوبی با این تعبیرات ارتباط برقرار کرده است، و به اهمیت کشش خود به مازوخیسم پی برده است. روز بعد او آمد و گفت که بعد از جلسه کار بر رویا، احساس ناراحتی می کرده است. او به شیوه های مختلف درباره آن جلسه و نگرانی اش بابت جنگ صحبت کرد، و توضیح داد که چقدر ناراحت است از اینکه هر اتفاقی که در تحلیل رخ می دهد، ظاهرا او به نوعی اسیر پس زنی و جنگ باقی مانده است، و همچنین گفت که از اهمیت برانگیختگی و هیجان زندگی خود در زمان اینگونه درگیری ها آگاه است. و سپس درباره مسائل مختلفی که در

طول روز رخ داده بودند صحبت کرد. حرف های او شبیه بینش ، و تقریبا مثل دغدغه خاطر به نظر می رسیدند. حرف های او به نوعی بینش بودند، اما من از روی لحن صدای او، که ریتم یکنواخت و تقریبا کسل کننده ای داشت، حدس زدم که تمام حرف های او دست دوم بودند، گویی که او داشت از این بینش ظاهری بر ضد پیشرفت در جلسه استفاده می کرد، گویی نوعی جنگ بی صدا و خاص بر ضد من در جریان بود، و من این برداشت را به او منتقل کردم. بیمار با لحنی غمناک پاسخ داد: « به نظر می رسد هیچ بخشی از من واقعا نمی خواهد کار کند، همکاری کند و ... ». من به او گفتم که این موضوع نمی تواند کاملا حقیقت داشته باشد، زیرا او واقعا به جلسات می آید - و بعد البته فهمیدم که من داشتم به عنوان بخش مثبت وی عمل می کردم، گویی بخشی که قادر به دانستن و کار کردن بود به من فرافکنی شده بود، و من یا در دام ایفای نقش این بخش مثبت گرفتار شده بودم، تا او مسئولیتی در قبال آن، یا در قبال بازشناسی آن نداشته باشد، یا مجبور بودم تصدیق کنم که هیچ بخشی از او واقعا نمی خواست همکاری کند و ... بنابراین در هر صورت، به بن بست می خوردم.

بیمارم متوجه این موضوع بود، گفت که هیچ کاری از دستش بر نمی آید، او شرایط را کاملا درک می کرد، اما احساس افسردگی می کرد و منظور مرا می فهمید. هر چه جلوتر می رفتیم، بیشتر جلسه اسیر این ایده می شدیم که او اوضاع را درک می کند، اما هیچ کاری در رابطه با آن، یا با آن، از دستش بر نمی آید (به نظر من این تصویر تا حدودی همان چیزی بود که در رویای روز قبل وصف شده بود، زمانی که او مجذوب تماشای خلبانی که داشت غرق می شد بود، و من به عنوان هواپیمای پر ارتفاع، نمی توانستم به او کمک کنم، و او حالا مجذوب کلمات خودش شده بود، مثل « درک می کنم، اما کاری از دستم بر نمی آید». حالا رویا داشت در انتقال زنده می شد).

من به او نشان دادم که او داشت فعالانه، با این جور گفته ها مرا به دام می انداخت - و این خود گویای جریان جنگ بین ما بود. بعد از مقداری پس و پیش شدن در این خصوص، بیمارم، به قول خودش « بدون هیچ دلیل آشکاری »، خاطره ای را درباره یک جعبه سیگار به یاد آورد و این که چگونه وقتی در مدرسه شبانه روزی بود و خیلی بدبخت بود، یک جعبه قلع یا مقوایی را بر می داشت و روی آن را به دقت با کرباس (پارچه برزنتی) می پوشاند. سپس صفحات یک کتاب را سوراخ می کرد و جعبه سیگار را داخل جلد کتاب می گذاشت. سپس به تنهایی به حومه شهر می رفت، و به طور مثال پشت یک بوته ی کهنسال قایم می شد و سیگار می کشید، این شروع سیگاری شدن او بود. خاطره ی او خیلی روشن نشان از تنهایی او داشت. او اضافه کرد که به نظر می رسید که هیچ لذت واقعی در سیگارها وجود نداشت.

من به او نشان دادم که مشکل در پاسخی بود که او به مداخلات من نشان می داد، یعنی اینکه من به او نشان می دادم که او داشت مرا با حرف هایی مثل « به نظر می رسد هیچ بخشی از من نمی خواهد همکاری کند » به دام می انداخت. او متوجه شد که به نوعی از این جنگ و به دام انداختن هیجان زده می شد، اما موضوعی که واقعا اهمیت داشت این بود که هیجان زدگی او در طول جلسات قبلی و در واقع در طول سال گذشته خیلی کمتر شده بودند و حالا کمتر به این طرز رفتار معتاد بود، اما نمی توانست دست از آن بردارد، چرا که این کار به معنی تسلیم شدن به کهنسال ها بود، یعنی خودم (با اشاره به نشستن پشت بوته ی کهنسال)، اما او حقیقتا از سیگار کشیدن لذت نمی برد، اما با این حال، مجبور بود بی صدا و مخفیانه این کار را انجام بدهد. بنابراین حالا مشکلی که در انتقال وجود داشت، چندان ربطی به این نداشت که او از این هیجان زدگی ها لذت می برد، بلکه مشکل در بازشناسی و اعتراف به بهبودش بود، کاری که مجددا به این معنی بود که او مایل بود از مقداری از لذت شکست دادن من، صرف نظر کند. او مایل بود درباره ی چیزهای بد خودش، مثل آزارگری و یا هیجان زدگی صحبت کند، و شما این را در ابتدای جلسه به یاد می آورید، اما مایل به صحبت درباره بهبودش نبود و

نمی خواست در این مقطع تسلیم شده و از بهتر شدن حالش لذت ببرد (از لحاظ رویای دیروز : اعتراف به خواستن دست های یاری بخش و استفاده از آنها، یعنی هواپیماها).

بیمارم با این مطلب موافق بود و بعد گفت که در آخرین تکه جلسه اوضاع تغییر کرده است، او متوجه شد که خلشش عوض شده است، حس زندانی و گرفتار بودن از بین رفته بود، و حالا احساس اندوه و شاید آزرده‌گی می کند، گویی من، روانکاو، توجه کافی به خاطره ی جعبه سیگار نکرده بودم، خاطره ای که برای او واضح و مهم به نظر می رسید، گویی که من خیلی با شتاب از این خاطره فاصله گرفته بودم. من به خاطره جعبه سیگار بازگشتم، و به برخی از احساساتش که به اهمیت آنها واقف نشده بودم پی بردم، همچنین تاکید می کردم که او بر هیجان زندگی اش داشت را به او یادآوری کردم، در حالی که احساس می کردم حالا این ماجرا بخش بزرگی از لذت خود را از دست داده است، مثل لذت نداشتن سیگار. اما به او تذکر دادم که از اینکه احساساتش عوض شده است آزرده است، او خلق گرفتار و ناراحت را از دست داده بود.

با حرف هایم موافق بود، اما گفت: « با این وجود هنوز فکر می کنم خیلی با عجله پیش رفتید». او قبول داشت که بخشی از آزرده‌گی اش به تغییری که در نتیجه تحلیل در او ایجاد شده بود ربط داشت – یعنی باطل شدن احساس گرفتاری- اما این تغییر زیادی پر شتاب بود، طبق توضیح او، گویی که من، روانکاو، به نوعی فلوت نواز هم‌لمین تبدیل شده بودم و او گذاشته بود که من او را با خود ببرم.

من اشاره کردم که به نظر می رسید من واقعا مشکل گرفتار بودن او را تحلیل نکرده ام، بلکه او را اغوا کرده و به زور از وضعیتش بیرون کشیده بودم. این ابتکار من بود که او را بیرون کشیده بودم، مثل وقتی که در کودکی توسط مادرش اغوا می شده است (ابتدای مطالب را به یاد می آورید که توضیح دادم او باور داشت که من و مادرش احساس ویژه ای نسبت به او داریم). او سریعاً خیلی سریع اضافه کرد که در این لحظه دچار یک ترس دیگر هم هست، ترس از گرفتار شدن در احساسات گرم و هیجان انگیز، مثل احساسی که قبلاً به نام توله سگ وار می خواند.

این بار من به بیمارم نشان دادم که این دو اضطراب، یعنی اغوا گری من به بیرون کشیدن او از وضعیت ذهنی قبلی اش، و ترس او از احساسات مثبت، هیجان زده، کودکانه یا توله سگ وار، هر دو نیاز به بررسی بیشتر دارند – هر دو اضطراب های قدیمی بودند که قبلاً هم اهمیت داشتند – اما فکر کردم او در آن لحظه دارد از آنها استفاده می کند تا بتواند آنها را به من فراقکنی کند، تا به این طریق مجبور به مهار سازی و تجربه و بیان احساسات خوب و واقعی و به خصوص حس محبت و قدرشناسی که داشت در لحظات آخر جلسه نمایان می شد نباشد. (فکر می کنم این حس به آگاهی از کیفیت یاری بخش هواپیماهای رویا ربط داشت). در این مقطع، که چیزی به پایان جلسه نمانده بود، بیمارم حرف های مرا تایید کرد و در حالی که آشکارا تحت تاثیر قرار گرفته بود، اتاق را ترک کرد.

دلیل مطرح کردن این مطالب دست اول، این بود که می خواستم بر چند نکته درباره ی انتقال تاکید کنم. نخست، اینکه رویا به چه طریقی معنای خود را به طور نسبتاً دقیق و از طریق زنده شدن در جلسه آشکار می کند و طی آن می توانیم درگیری خاص و خودخواسته بیمار با بدبختی و مشکلات را، به جای ملحق شدن به ابژه های یاری بخش و زنده اش، هواپیماها، که کوچک و بی اهمیت شده اند، را ببینیم. زمانی که بیمار تحلیل، تعبیرات و پستان ها را تغذیه کننده و یاری بخش می یابد، از آنها دور می شود. به خصوص اینکه بیمار یاری بخش بودن آنها را تشخیص می دهد، اما مشکلات قدیمی اش بر ضد این امر فعال می شوند – با نام هایی مثل هیجان زندگی، بد بودن، عدم همکاری و... و جوه مثبت شخصیت دیده میشوند، اما توانایی او برای حرکت محبت آمیز به سوی یک ابژه سریعاً تحریف شده و به من فراقکنی می شود، و

این من هستم که اغوا می کنم و بیرون می کشم. اما کل ماجرا با زیرکی پنهان شده است، مثل جعبه سیگار درون کتاب) احتمالا تعبیرات کتابی قدیمی که حالا دیگر چندان معنادار نیستند). اما او واقعا می داند که از این کار لذت نمی برد. ما در اینجا معنای خاص نمادها را داریم و می توانیم جای آنها را در انتقال پیدا کنیم. به نظر من، بیمار درباره چیزی که تقریبا انتخاب بین حرکت به سوی یک ابژه یاری بخش و افراط در ناامیدی است، بینش به دست می آورد- دفاع های او فعال شده و او راه دوم را در پیش می گیرد و می کوشد روانکاو را نیز به دام انتقاد گری و سرزنش گری بکشد - یعنی به درون سازمان دفاعی مازوخیستی خود او. سپس کار بیشتری انجام دادیم و دیدیم که این دفاع ها کاهش پیدا کردند، تا اینکه او واقعا می تواند به تسکین خاطر و محبت خود اعتراف کند. همچنین، همچنان که می تواند به وجود یک ابژه یاری بخش اعتراف کند، می تواند آن را تحمل کرده و درونی سازی کند، و این امر به تغییرات درونی بیشتر منتهی می شود.

من فکر می کنم که در این مثال می توان دید که انتقال مملو از معنا و تاریخچه است - داستان پشت کردن بیمار به ابژه های تغذیه گر خوب، که به گمان من کاری است که همیشه انجام داده است. ما در این مثال می بینیم که او با فرافکنی بخش های عشق و ورز خود به مادرش و پیچ و تاب دادن به آن، به تحکیم تصور مادر به عنوان اغواگر کمک کرده است، و این اضطرابی است که تا حدودی درباره زن ها تداوم داشته است. البته می توان اضافه کرد که ممکن است مادر وی واقعا یک زن اغواگر برای آخرین پسرش بوده است، اما می توان دید که بیمار چگونه از این موضوع استفاده کرده است. این مساله که این موضوعات را چه زمانی و آیا باید تعبیر کرد، یک مساله تکنیکی است که در اینجا فقط شمه ای از آن را می توانم توضیح دهم. من در تمام این مقاله بر انتقال به عنوان رابطه ای تاکید داشته ام که در آن چیزی همیشه در حال وقوع است، اما می دانیم که این چیز اساسا بر مبنای گذشته ی بیمار و رابطه او با ابژه های درونی اش یا اعتقادات او درباره ی این ابژه ها و خصوصیات آنها است.

من فکر می کنم که باید برای بیماران خود، انتقال را به زندگی گذشته شان ربط بدهیم، تا به آنها کمک کنیم به حس پیوستگی و فردیت برسند، تا حدودی گسستگی و جدایی ایجاد کنند، و در نتیجه به آنها کمک شود از برداشت قبلی تر و تحریف شده تر خود درباره گذشته رها شوند. در مورد این مسائل، مشکلات نظری و تکنیکی زیادی مطرح می شود. به طور مثال، آیا بیمار قادر است در انتقال، یک ابژه با خصوصیات خوب را کشف کند، در حالیکه قبلا هرگز این ابژه را در دوران نوزادی خود تجربه نکرده است؟ من در این خصوص تردید دارم، و فکر می کنم که اگر بیمار در دوران نوزادی خود هرگز چنین ابژه ای یا فردی که بتواند مقداری عشق و اعتماد هر چند اندک به او نسبت بدهد ندیده باشد، برای تحلیل به ما مراجعه نمی کند. چنین بیماری به تنهایی یک مسیر روان پریش را در پیش می گیرد. اما کاری که ما می توانیم بکنیم این است که با پیگردی حرکت و تعارض درون انتقال، مجددا احساسات درون یک رابطه که عمیقا بر ضد آنها دفاع شده است، یا صرفا به صورت گذرا تجربه شده بودند را زنده کنیم و بگذاریم که این ریشه این احساسات در انتقال محکم تر شود. اما ابژه های کاملا جدیدی نیستیم، اما به نظر من، ابژه های به شدت تقویت شده هستیم، زیرا هیجانان قوی تر و عمیق تری در انتقال پرداز کاری می شوند. من سعی کردم این نوع حرکت را در N نشان دهم، چرا که محبت و ارزش گذاری او ظاهرا با گذشت زمان زنده شد، اما من مطمئن هستم که قبلا هم این احساسات به صورت ضعیف وجود داشته اند، اما دفع می شده اند. حالا فکر می کنم که هیجانان او آزاد و تقویت شده اند و تصویر ابژه هایش بر این اساس تغییر کرده اند.

همچنین این مساله وجود دارد که چه زمانی و چگونه تعبیر رابطه با گذشته،

و بازسازی سودمند واقع می شود. به نظر من، اگر این ربط دهی موجب اختلال در جریان جلسه شود و به نوعی توضیح تبیینی منجر شود، بهتر است که ربط دهی انجام نشود، بلکه منتظر بمانیم تا از شدت و حدت جلسه کاسته شده و بیمار به اندازه کافی با خودش و موقعیت ارتباط برقرار کرده باشد که بخواهد ربط ها را درک کرده و برای ایجاد آنها تلاش کند. البته حتی این کار هم ممکن است به شیوه دفاعی انجام شود. در هر صورت، این ها مسائل تکنیکی هستند که حقیقتاً در مبحث این مقاله نمی گنجند.

می خواهم به موضوعی که قبلاً اشاره کردم بازگردم، یعنی زمانی که گفتم انتقال جایی است که نه تنها ماهیت دفاع های مورد استفاده را می توان در آن دید، بلکه سطح سازمان روانی که بیمار در چارچوب آن عمل می کند نیز مشخص می شود. برای روشن کردن این موضوع، باید تکه هایی از مطالب بیماری که وی را به نام C می خوانم ارائه کنم. این بیمار به نوعی دارای شخصیت وسواسی است، و زندگی اش دچار محدودیت های جدی است، محدودیت هایی که تا وقتی درمان را شروع نکرد، از وسعت آنها خبر نداشت. من اینطور برداشت کردم که زیر ساختار وسواسی، کنترل گر، خود برتر بین و سخت گیر او، یک سازمان اساساً فوبیایی وجود داشت. سعی می کنم مطالب را کوتاه کرده و فقط نکات اصلی را بازگو کنم.

C در طول هفته از من خواست تا روز جمعه، که اولین جلسه من در روز بود ربع ساعت زودتر بیاید، تا بتواند به قطار منچستر برسد، می خواست برای کاری به آنجا برود. سپس روز جمعه با جزییات مفصل و وسواسی درباره اضطرابش برای رسیدن به قطار، رد شدن از ترافیک و ... صحبت کرد، و این که چطور از خود در برابر این مشکلات محافظت می کند. همچنین اضطراب داشت که به علت عدم حضور در یک کلاب، عضویت خود در آن را از دست بدهد و درباره یکی از دوستانش که پشت تلفن رفتار کمی غیردوستانه داشت صحبت کرد. به نظر نمی رسید که تعبیرات من درباره ی احساس نامطلوب او در رابطه با آخر هفته، احساس طرد شدگی و نیاز به نرفتن و در عوض ماندن در اینجا یا در از درون به روی خود بستن، بر او اثرگذار بوده یا کمکی به او کرده باشند. اما در واکنش به حرف های من درباره نیازش به درون ماندن و امن ماندن، او با لحنی بسیار متفاوت و یکنواخت، شروع به صحبت درباره این کرد که این مشکل چقدر به دشواری اش در عوض کردن شغل، جا به جایی دفتر کار، خرید لباس های جدید، چسبیدن به لباس های قدیمی، با وجودی که کمبود لباس داشت، و ... شبیه بود. سپس مشکلاتی در رابطه با عوض کردن ماشین گزارش داد.

به نظر من در این لحظه یک اتفاق جالب افتاد. در عین حال که تمام حرف او مهم و درست به نظر می رسیدند، اما افکارش دیگر مورد فکر قرار نمی گرفتند و تبدیل به کلمه شده بودند، یعنی به ابژه های تحلیلی عینی که بیمار می توانست خود را درون آنها غرق کند، گویی همانند ذهنی یک بدن فیزیکی بودند، که بیمار در جلسات به درون آن پناه می برد. می شد از مساله ی جدا شدن، چه به صورت ذهنی و چه فیزیکی، صرف نظر کرد، زیرا ایده های ما حالا کاملاً هماهنگ شده بودند، و او به درون آنها پناه برده بود. وقتی این موضوع را به او گوش زد کردم او با تعجب گفت: «وقتی این حرف را زدید، به یاد منچستر افتادم. انگار که چاقو به درون من فرو کرده اید.» من فکر کردم چاقویی که وارد می شود فقط این نبود که من واقعیات را دوباره به درون ذهن او هل می دادم، بلکه چاقویی بود که بین من و خودش وارد می شد و ما را از هم جدا می کرد و او را از متفاوت و بیرونی بودن آگاه می کرد و این موجب اضطراب شدید در او می شد.

دلیل بیان این مطالب این است که می خواهم نشان دهم که تعبیرات من درباره ی کنترل وسواسی او و اطمینان بخشی اش به خودش و به من، و نیز تعبیراتم درباره ی نیاز او به اجتناب از جدایی و از چیزهای جدید، و همچنین نیازش به داخل بودن، به عنوان توضیحات مفید تجربه نشدند، بلکه به عنوان ابژه های عینی به کار گرفته شدند، یعنی به عنوان بخش هایی از من که او می توانست با حالت دفاعی وارد آن ها شود و اضطراب های روان پریشانه از نوع هراس از مکان

های باز و مرتبط به جدایی را دفع کند. بنابراین دو سطح عملکرد - دفاع و سواسی بر ضد فوبیا - در انتقال زیسته شدند، و زمانی که به لایه عمیق تر پرداخته شد، زمانی که استفاده ی دفاعی و زیرکانه ی او از کلماتم را به او نشان دادم، تعبیرات من همچون چاقو تجربه شدند و اضطراب ها دوباره در انتقال ظاهر شدند. این مطالب به نحوی مشابه موردی است که در سمینار بررسی کردیم. در این وضعیت ها، اگر تعابیر و درک بر روی سطح تداعی های فردی باقی بمانند، بر خلاف تمرکز بر موقعیت تام و نحوه ی استفاده شدن روانکاو و کلمات وی، در این صورت می بینیم که به درون یک سازمان شبهه بالغ یا روان رنجور تر کشانده شده ایم، و از اضطراب ها و دفاع های روان پریش تر غافل شده ایم، و اینها زمانی خود را نشان می دهند که ما موقعیت تام را مد نظر داشته باشیم - موقعیتی که در انتقال کنش نمایی می شود.

من در این مقاله بر روی آنچه در انتقال زیسته می شود تمرکز کردم و در این مورد آخر، همانند ابتدای مقاله، سعی کردم نشان دهم که تعابیر به ندرت به عنوان تعابیر محض شنیده می شوند، به جز زمانی که بیمار به جایگاه افسرده وار نزدیک است. در این صورت، تعابیر و خود انتقال واقع گرا تر شده و کمتر مملو از معنای پنداره و خیال خواهند بود. بیمارانی که بر حسب دفاع های بدوی تر مثل دو نیمه سازی و همانندسازی فرافکنانه کار می کنند به طرز متفاوتی تعبیرات ما می شنوند و از آنها استفاده می کنند و اینکه آنها چگونه می شنوند و استفاده می کنند و تفاوت بین این دو مفهوم را نیز باید مشخص کرد تا بتوانیم موقعیت انتقالی و وضعیت ایگوی بیمار و صحت یا عدم صحت ادراک های او را روشن کنیم. گاهی اوقات بیماران ما تعابیر ما را به طرز پارانویایی می شنوند، مثلا به عنوان یک انتقاد یا یک حمله C. بعد از جذب شدن در افکار من، تعبیرات من درباره منچستر را به عنوان چاقویی که درون او فرو رفت شنید - چاقویی که بین ما فرو رفت. گاهی اوقات موقعیت آشنا به نظر می رسد، بیمار از یک تعبیر ناراحت می شود، اما در حقیقت آن را به درستی شنیده، و درک کرده است، اما ناخودآگاه استفاده فعال از آن کرده است و به این طریق روانکاو را درگیر می کند.

به نظر من، N تعبیرات من درباره ی این رویای هیلکوپتر را به عنوان حرف هایی ستمگرانه یا تند نمی شنید، بلکه آنها را ناخودآگاه به منظور توبیخ، کتک زدن، یا شکنجه ی مازوخیستی خودش استفاده می کرد و بنابراین در پنداره اش از من به عنوان کتک زن استفاده می کرد. یا در مورد C: بعد از شنیدن درست برخی از تعابیر من و معنای آن ها، از کلمات و افکار استفاده می کرد تا فکر نکند، بلکه ناخودآگاه کنش کند و بکوشد مرا به این فعالیت بکشاند، حرف های را در دهان می چرخاند، اما حقیقتا با آنها ارتباطی برقرار نمی کرد. این فعالیت ها نه تنها به موقعیت انتقالی رنگ می دهند بلکه به آن ساختار می دهند و کاربردهای مهمی برای تکنیک دارند.

خلاصه

من در این مقاله سعی کردم کاربردی که به نظر من از مفهوم انتقال داریم را توضیح دهم. تاکید کردم که مهم است انتقال را به عنوان یک رابطه زنده بدانیم که در آن همیشه تغییر و حرکت وجود دارد. نشان دادم که هر چیزی که در سازمان روانی بیمار اهمیت دارد مبتنی بر شیوه های اولیه و خو گرفته اش برای کارکرد، پنداره پردازی، تکانه ها، دفاع ها و تعارض ها هستند و به نوعی در انتقال زنده می شوند. علاوه بر این، هر چیزی که روانکاو هست و هر حرفی که می زند، احتمالا ر طبق ساختار روانی خود بیمار پاسخ داده می شود، نه بر حسب قصد روانکاو و معنایی که به تعابیر خود می دهد. بنابراین سعی کردم توضیح دهم که شیوه ی بیمار برای بیان مشکلاتش به ما همواره ورای تداعی های فردی و ورای حرف هایش است و اغلب فقط می توان آن را از طریق انتقال متقابل سنجید. این ها برخی از نکاتی هستند که به نظر من باید تحت عنوان موقعیت تام که از گذشته منتقل می شود، بررسی شوند.

*این متن توسط تیم ترجمه و تالیف مجموعه روان تحلیلی مه‌رسای، و با هدف تسهیل دسترسی علاقمندان به منابع مهم روان تحلیلی، ترجمه و ویراستاری شده است. لازم به ذکر است برای ترجمه و ویراستاری این متون زمان و انرژی زیادی صرف شده؛ لذا خواهش‌مندیم از این متون صرفاً جهت مطالعه شخصی استفاده نمایید. در صورت الزام برای استفاده از مطالب، ذکر نام مترجم و ویراستار و ارجاع به وبسایت مه‌رسای، ضروری است.