

تحليل رفتار متقابل

به همراه متن کامل «بازیها»

اریک برن

ترجمه

اسماعیل فصیح

فرهنگ نشرنو
با همکاری نشر آسیم
تهران-۱۳۹۷

فهرست

پیشگفتار / ۱
سپاسگزاری / ۵
مقدمه / ۷

۱. ملاحظات کلی / ۱۳

الف: معقول / ۱۳ □ ب: رویه / ۱۴ □ ج: زبان / ۱۵

بخش اول: روان‌درمانی فرد و تحلیل ساختاری / ۱۹

۲. ساختار شخصیت / ۲۱

۳. کارکرد شخصیت / ۳۱

الف: پاسخ در برابر انگیزه‌ها / ۳۱ □ ب: جریان نیروگذاری روانی / ۳۲ □
ج: حد و مرزهای «حالات من» / ۳۳ □ د: مسئله «خود» / ۳۴ □ ه: جابه‌جایی
در «حالت من» / ۳۶

۴. آسیب‌شناسی روانی / ۳۹

الف: طرد / ۳۹ □ ب: آلودگی / ۴۳ □ ج: آسیب‌شناسی کارکردی / ۴۶

۵. بیماری‌زایی / ۴۹

۶. نشانه‌شناسی مرضی / ۵۹

۷. تشخیص / ۶۹

الف: آمادگی برای یادگیری / ۶۹ □ ب: ملاکهای تشخیص / ۷۳ □ ج: تشخیص
کامل - خلاصه / ۷۸

بخش دوم: روانپزشکی اجتماعی و تحلیل رفتار متقابل / ۸۷

۸. آمیزش اجتماعی / ۸۹

الف: تئوری تماس اجتماعی / ۸۹ □ ب: ساخت بخشیدن به زمان / ۹۱ □
ج: آمیزش اجتماعی / ۹۳

۹. تحلیل رفتار متقابل / ۹۸
الف: مقدمه / ۹۸ □ ب: تحلیل رفتار متقابل / ۱۰۰
۱۰. تحلیل بازیها / ۱۰۷
الف: وقت‌گذرانیها / ۱۰۷ □ ب: بازیها / ۱۱۱
۱۱. تحلیل پیش‌نویسها / ۱۳۰
۱۲. تحلیل روابط / ۱۴۴

بخش سوم: روان‌درمانی / ۱۵۳

۱۳. درمان روان‌پریشیها / ۱۵۵
الف: روان‌پریشیهای فعال / ۱۵۵ □ ب: روان‌پریشی نهفته / ۱۶۰
۱۴. درمان روان‌رنجوری / ۱۷۲
۱۵. گروه‌درمانی / ۱۸۸
الف: هدفها / ۱۸۸ □ ب: روشها / ۱۸۹ □ ج: تشکیل یک گروه / ۱۹۰ □
د: گزینش بیماران / ۱۹۳ □ ه: نخستین مرحله / ۱۹۴ □ و: کنترل اجتماعی / ۲۰۲ □ ز: پیشرفتهای بعدی / ۲۱۱ □ ح: کناره‌گیری / ۲۱۴

بخش چهارم: مرزهای تحلیل تبادلی / ۲۱۷

۱۶. ساختار دقیق‌تری از شخصیت / ۲۱۹
۱۷. تحلیل ساخت پیشرفته / ۲۳۰
الف: تحلیل ساختار «والد» / ۲۳۰ □ ب: تحلیل ساختار «کودک» / ۲۳۷
۱۸. درمان ازدواجها / ۲۴۴
الف: شاخصها / ۲۴۴ □ ب: ساختار ازدواج / ۲۴۷ □ ج: اهداف درمان / ۲۴۹ □ د: عشق / ۲۵۱ □ ه: روند ازدواجی آشفته / ۲۵۱ □
نمونه‌های بالینی / ۲۵۳ □ ز: مقاومتها / ۲۵۶
۱۹. تحلیل واپس‌نگریستن / ۲۶۰
۲۰. ملاحظات تئوری و تکنیکی / ۲۷۰
الف: اصول نظری / ۲۷۰ □ ب: نقش بازی کردن / ۲۷۱ □ ج: آموزش / ۲۷۲ □
د: پیشنهادات درمانی / ۲۷۳ □ ه: نتایج / ۲۷۶ □ و: دستگاه روان / ۲۷۷

ضمایم: یک مورد درمان‌شده با پی‌گیری / ۲۸۹

- جلسه اول: ۱ آوریل / ۲۹۰ □ جلسه دوم: ۸ آوریل / ۲۹۲ □ جلسه سوم: ۱۵ آوریل / ۲۹۳ □
جلسه چهارم: ۲۲ آوریل / ۲۹۴ □ جلسه پنجم: ۲۸ آوریل / ۲۹۴ □ جلسه ششم: ۴ مه / ۲۹۵ □ جلسه هفتم: ۱۱ مه / ۲۹۵ □ جلسه هشتم: ۱۸ مه / ۲۹۶ □
جلسه نهم: ۲۵ مه / ۲۹۷ □ جلسه دهم: ۱ ژوئن / ۲۹۸ □ جلسه یازدهم: ۸ ژوئن / ۲۹۸ □
جلسه دوازدهم: ۶ ژوئیه / ۲۹۹ □ جلسه سیزدهم: ۱۳ ژوئیه / ۳۰۰ □ جلسه چهاردهم: ۲۰ ژوئیه / ۳۰۱ □ جلسه پانزدهم: ۱۰ اوت / ۳۰۳ □ جلسه شانزدهم: ۱۷ اوت / ۳۰۳ □

- الف) تعریف / ۳۰۹ □ ب) یک بازی نمونه / ۳۱۱ □ ج) پیدایش بازیها / ۳۲۱ □
 د) کارکرد بازیها / ۳۲۳ □ ه) رده‌بندی بازیها / ۳۲۶
- فرهنگ بازیها / ۳۲۹
- الف) علائم / ۳۳۰ □ ب) نام عامیانه بازیها / ۳۳۱
- بازیهای زندگی / ۳۳۳
- الف) «الکلی» / ۳۳۳ □ ب) «بدهکار» / ۳۴۲ □ ج) «یک اردنگ به من بز» /
 ۳۴۶ □ د) «حالا گیت آوردم، پدرسگ» / ۳۴۷ □ ه) «بین مجبورم کردی
 چکار کنم» / ۳۵۰
- بازیهای ازدواج / ۳۵۵
- الف) «قهر» / ۳۵۵ □ ب) «دادگاه» / ۳۵۹ □ ج) «زن سردمزاج» / ۳۶۲ □
 د) «مظلوم» / ۳۶۶ □ ه) «اگر واسه خاطر تو نبود...» / ۳۷۰ □ و) «بین من چقدر
 سعی کرده‌م» / ۳۷۰ □ ز) «عزیزم» / ۳۷۴
- بازیهای مهمانی / ۳۷۶
- الف) «وحشتناک نیست؟» / ۳۷۶ □ ب) «عیب» / ۳۷۹ □ ج) «شلمیل» / ۳۸۱
 □ د) «چرا فلان کار را نمی‌کنی - آره، اما» / ۳۸۳
- بازیهای روابط جنسی / ۳۹۲
- الف) «یالا تو و اون با هم دعوا کنین» / ۳۹۳ □ ب) «انحراف» / ۳۹۳ □
 ج) «تجاوز» / ۳۹۵ □ د) «بازی جوراب» / ۳۹۹ □ ه) «سرسام» / ۴۰۰
- بازیهای دنیای تبهکاری / ۴۰۳
- الف) «دزد و پلیس» / ۴۰۳ □ ب) «چه جوری از اینجا دریم» / ۴۰۹ □ ج) «بیا
 سر فلانی رو شیره بمالیم» / ۴۱۱
- بازیهای اتاق مشاوره / ۴۱۴
- الف) «گلخانه» / ۴۱۴ □ ب) «من فقط دارم کمک می‌کنم» / ۴۱۶ □
 ج) «بی‌بضاعت» / ۴۲۱ □ د) «دهاتی» / ۴۲۵ □ ه) «روانپزشکی» / ۴۲۹ □
 و) «احمق» / ۴۳۳ □ ز) «چوب زیر بغل» / ۴۳۵
- بازیهای خوب / ۴۴۰
- الف) «تعطیلی راننده اتوبوس» / ۴۴۱ □ ب) «شوالیه» / ۴۴۱ □ ج) «خوشوقتم
 کمک کنم» / ۴۴۴ □ د) «فرزانه فروتن» / ۴۴۵ □ ه) «افتخار خواهند کرد که مرا
 می‌شناخته‌اند» / ۴۴۶

پیشگفتار

این کتاب اصول سیستمی واحد از روانپزشکی فردی و اجتماعی را ارائه می‌دهد که طی پنج سال اخیر در «سمینار گروه درمانی» بیمارستان «مانت زیون» (Mount Zion Hospital) سانفرانسیسکو، و در کنفرانسهای روانپزشکی بالینی شبه‌جزیره مونتري، و سمینارهای روانپزشکی اجتماعی در سانفرانسیسکو، و این اواخر در «بیمارستان ایالتی آتاسکادرو» (Atascadero State Hospital) و «انستیتو روانپزشکی عصبی لانگلی پورتر» (Langley Porter Neuropsychiatric Institute) تدریس شده است. این نظریه اکنون به وسیله درمانگران و متخصصین گروه درمانی در بسیاری از انستیتوها و مراکز روان‌درمانی و همچنین در جلسات خصوصی، برای انواع مختلف اختلالات روانی هیجانی و شخصیتی استفاده می‌شود. جذابیت رو به رشد و توسعه گسترده این اصول نشانگر نیاز به تدوین این کتاب بوده است، زیرا چنین می‌نماید که سخنرانیها و سمینارها و جزوه‌ها و مکاتبات به تنهایی نمی‌توانند جوابگوی مشکلات موجود در این پدیده باشند.

نگارنده، در سالهای اخیر همچنین این افتخار را داشته است که از بیمارستانهای امراض روانی در حدود سی کشور اروپایی و آسیایی و آفریقایی و جزایر متعددی در اقیانوس کبیر و اقیانوس اطلس دیدار کند؛ و این فرصت را داشته است که اصول «تحلیل ساختاری» را در محیطهای گوناگون نژادی مورد آزمایش و بررسی قرار دهد. صحت و سندیت ارزش این مطالعات در زمینه «تحلیل ساختاری» تحت شرایط سخت که اشخاص مختلف با روحیه‌های بیگانه و عجیب نیاز به خدمات و توجهات ویژه دارند، تا حدی رضایتبخش بوده است.

نظر به اینکه «تحلیل ساخت» نظریه‌های عام‌تر از روانکاوی سنتی [فرویدیسیم] است، اگر خواننده این دو نظریه را با هم ادغام نکند، هم نسبت به خود، و هم نسبت به نویسنده، منصف بوده است. اگر این ادغام صورت نگیرد، خواننده بزودی خواهد دید که «تحلیل ساختاری» با روشهای ویژه و ساده، به آسانی جای خود را در علم روانکاوی باز کرده است. برای مثال، در «تحلیل رفتار متقابل» یا «تحلیل تبدالی» که جنبه اجتماعی «تحلیل ساخت» است، چندین نمونه مختلف از «تبادل رفتارهای متقاطع» مطرح می‌گردد: به‌طور کلی پدیده‌های گوناگون و بسیاری از این ارتباطات تحت نوع واحدی از رفتار متقابل به عنوان «رفتار متقابل متقاطع نوع ۱» آمده است. مثالهای دیگر از انواع ارتباط بین روانکاوی و «تحلیل ساختاری» در متن داده است.

معناشناسی

من بعد، کل نظام جدید، از جمله «تحلیل ساخت» را تحلیل رفتار متقابل (Transactional Analysis) یا تحلیل تبدالی می‌نامیم. در مواقع لزوم، این اصطلاح به مفهوم خاص خود، «تحلیل تبادل فردی» بکار خواهد رفت.

روانپزشکی اجتماعی (Social Psychiatry) در اینجا به منظور مطالعه جنبه‌های مختلف روانپزشکی یک تبادل خاص است، یا مجموعه‌ای از تبادلها که بین دو شخص یا اشخاص متعدد، در زمانی معین و در مکانی معین صورت می‌گیرد. روانپزشکی اپیدمیولوژی تطبیقی، یا تطبیق مسائل روانپزشکی گروههای مختلف اجتماعی و فرهنگی را که «روانپزشکی اجتماعی» نیز نامیده می‌شود، شاید مناسب‌تر و صحیح‌تر باشد که «روانپزشکی تطبیقی» بنامیم. (مسئله نامگذاری (در سال ۱۹۵۶) به وسیله نگارنده به بحث گذاشته شد حال آنکه این مطلب قبلاً (در سال ۱۹۵۱) توسط دکتر یاپ (Yap) «روانپزشکی تطبیقی» عنوان گرفته بود.)

کلمه «او» معمولاً به اشخاص اعم از زن یا مرد اطلاق می‌شود. کلمه «است» در جملات فنی بدین معنا می‌باشد: «معمولاً است»، یا «تا آنجا که تجربه نگارنده دلالت می‌کند». «به نظر می‌رسد» به این معناست: «بر اساس مشاهدات مکرر من، چنین به نظر می‌رسد ولی نه به اندازه کافی که مطمئن باشم». به اشخاص واقعی به صورت بالغ و والد و کودک اشاره می‌شود. هر جا این سه کلمه در گیومه (()) یعنی «بالغ» و «والد» و «کودک» بکار روند، در این صورت منظور «حالات من» (یا سائق غریزی) آنها است، و نه اشخاص

معمولی. صفات مشتق از این واژه‌های نهادی نیز به صورت «بالغانه»، «والدانه» و «کودکانه» در جاهای مختلف و به مصداق معنای جمله گاهی در گیومه و گاهی بدون گیومه آمده است.

واژه «روانکاوی» و کلمات هم‌ریشه آن در این کتاب به مفهوم سنتی آن یا آنچه اعتقاد قدیمی (orthodox) روانکاوی است معطوف می‌گردد. منظور بررسی تعارضهای دوران کودکی با بکارگیری روش تداعی آزاد (free association) و نیز توجه به پدیده‌های انتقال و مقاومت احساسهای شخصی طبق اصول زیگموند فروید است. با وجود این، باید احتمالاً بخاطر داشت که پس از پانزده سال جنبش و تحرک در علم روانکاوی، نگارنده (به‌طور دوستانه) از سایر پزشکان همکار خود جدا شده و مفهوم کار «نهاد» برای او با آنچه این مفهوم در نظر روانکاوان سنتی داراست، تغییر یافته، و بیشتر منطبق با نظریات دکتر «فدرن» (Fedren) (سال ۱۹۵۲) و شاگرد او دکتر «ادوارد وایس» (Edoardo Weise) (۱۹۵۰) است.

مقدمه

هر «حالت من» (ego state) (یا سائق غریزی) را ممکن است از لحاظ پدیده‌شناسی (یا اصالت عرضی) به صورت سیستمی از احساسهای بهم‌وابسته و مربوط به موضوعی واحد دانست، و در عمل نیز می‌توان آن را مجموعه‌ای از رفتارهای بهم‌وابسته دانست، که نهایتاً و عملاً سیستمی از احساسها و طرحهای رفتاری مربوط به هم را موجب می‌شوند. دکتر پن‌فیلد^۱ نشان داده است که در مبتلایان به صرع کانونی، خاطره‌ها به صورت «حالات من» حفظ می‌شوند. با تحریک الکتریکی مستقیم هر دو سمت قشر مخ، او توانست چنین پدیده‌ای را نمایش دهد.

آزمودنی همان هیجانی را که در موقعیت اصلی تجربه کرده بود دوباره احساس می‌کند و آگاهانه می‌تواند تعبیری را که، درست یا غلط، از آن موقعیت داشت دوباره به یاد آورد. بنابراین در مغز انسان خاطره‌هایی که بر اثر تحریک به یاد می‌آیند فقط پدیده‌های تصویری یا صوتی از رویدادهای گذشته نیستند، بلکه این خاطره‌ها تولید مجددی است از آنچه بیمار در موقعیت اصلی دیده و شنیده و احساس کرده و درک نموده است. پن‌فیلد همچنین متوجه شد که چگونه احضارها به طور مجزا از هم به وقوع می‌پیوستند و «با دیگر تجارب مشابه آمیخته نیستند.»

1. Penfield, W. "Memory Mechanisms." *Arch. Neurol. & Psychiat.* 67:-178-198, 1952. with discussion by L. S. Kubie et al.

او همچنین نشان داد که دو «حالت من» مختلف به طور هم‌زمان ممکن است آگاهی ذهن شخص را به صورت دو ماهیت (entity) روانشناختی جدا از هم اشغال کنند. در یکی از این «تجربه مجدد» عمدی که با کمک تحریک الکتریکی صورت گرفت، بیمار فریاد برآورد که صدای خنده مردم را می‌شنود. در حالی که خود بیمار در آن لحظه «احساس نمی‌کرد که تمایلی به خندیدن به آن مزاح، هرچه بود، داشته باشد.» او به نحوی از دو وضعیت هم‌زمان در ذهنش آگاهی داشت. تعجب او نمایانگر آگاهی وی از ناهماهنگی این دو تجربه در ذهنش بود - یکی در زمان حال، و دیگری آنچه از گذشته به ذهن او تحمیل شده بود. این عطف به این واقعیت است که بیمار اگرچه آگاه است در اتاق عمل است و تعجبش را به پزشک ابراز می‌دارد، هم‌زمان، هنگامی که «چنین خاطره‌ای به ذهن هوشیار او تحمیل می‌گردد، چنین به نظرش می‌رسد که این تجربه زمان حال است.» تنها هنگامی که این تجربه به پایان رسید، او می‌تواند آن را به عنوان خاطره‌ای زنده از گذشته محسوب کند. این خاطره اکنون «درست همان قدر در ذهن او روشن است که سی ثانیه پس از تجربه اصلی آن را به یاد داشت.» در لحظه تحریک، خود بیمار «هم بازیگر است و هم تماشاگر.»

پن‌فیلد و جاسپر^۱ و رابرتز^۲ تأکید می‌کنند که میان «تجربه‌های مجدد» چنین خاطره‌هایی به طور کامل، یعنی دوباره زنده ساختن یک «حالت من» کامل در زمان حال، با پدیده‌های مستقلی که در گذشته بر اثر تحریک قشر دیداری و یا شنیداری مغز ضبط شده‌اند باید تمایز قائل شد. آنها اصرار دارند که ضبط‌های گیجگاهی در خود عناصر فیزیکی مهمی را نگهداری می‌کنند: از قبیل درک معنی تجربه‌ای خاص و همچنین احساسی که آن تجربه ممکن است در شخص برانگیخته باشد. به هر حال، خود پن‌فیلد واژه «حالت من» (یا سائق غریزی) را به کار نبرده است.

دکتر کوبی در ملاحظات خود در رابطه با این تجربیات، اشاره می‌کند که در چنین مواردی بیمار هم مشاهده‌کننده است و هم

1. Penfield, W. & Jasper, H. *Epilepsy and the Functional Anatomy of the Human Brain*. Little, Brown & Company, Boston, 1954, Chap. XI.

2. Penfield, W. & Roberts, L. *Speech and Brain-mechanisms*. Princeton University Press, Princeton, 1959.

مشاهده‌شونده؛ که هم قشر قدیم و هم قشر جدید هردو تحریک می‌شوند. «این‌گونه به‌یادآوردن‌ها اصولاً کامل است، و بسیار بیش از آن چیزی است که شخص می‌تواند هوشیارانه از تجربه‌ای تجدید خاطره کند، و تقریباً به همان اندازه‌ای است که از بیماران در جریان خواب مصنوعی می‌توان بیرون آورد». یعنی گذشته به همان روشنی زمان حال زنده است. آنچه تحریک‌شده احیاء ویژه‌ای از تجربه‌ای ویژه است. به‌نظر می‌آید که خاطره بیان‌شده یا قشر جدید به‌عنوان حافظ خاطره عمل می‌نماید و خاطرات حسی یا گذشته همان تجارب را می‌پوشاند. کوبی چنین اظهار می‌دارد که رویدادها در آن واحد به دو صورت «حجاب قدیمی» و «حجاب جدید» تجربه می‌شوند. لازم است که گفته دکتر کاب^۱ در همین سمینار را به‌خاطر داشت که: «مطالعه و بررسی احساسها امروز یکی از رشته‌های مجاز حرفه پزشکی است» و او این مطالعه و بررسی را مربوط به روانشناسی (ضبطهای قدیمی) قشر مخ می‌داند.

برای روانشناسان، یا دانش‌پژوهان ذهن انسانی، بدون توجه به مدرکشان، این نکته به‌خوبی آشکار است که «حالات من» می‌توانند به‌طور دائمی در مغز ضبط گردند. دکتر فدرن^۲ اولین کسی است در روانپزشکی که بر واقعیت‌های روانشناختی مبتنی بر «حالت من» که با بصیرت و احتیاط بینانگذاری شده تأکید ورزید. یعنی همان مسائلی که بعدها پنفیلد در آزمایش‌های ارزشمند خود در زمینه «جراحی اعصاب» نشان داد. او اظهار می‌دارد که واژه «حالت من» هنگامی که مطرح شد با مقاومت روبرو گردید. برای مردم عادی آسان‌تر است که در قالب مفاهیم قدیمی و سنتی فکر کنند تا به روشی پدید‌شناختی روی نمایند. دکتر وایس^۳ مهم‌ترین مفسر عقاید فدرن، مفهوم روانشناختی «حالات من» فدرن را به‌نحو بهتری روشن می‌کند و به نظم در می‌آورد. وایس «حالت من» را به‌صورت تجربه‌ای واقعی از نهاد روانی و جسمی توصیف می‌کند که «محتوی حاصل دوره‌ای است که شخص از آن گذشته است»، در این رابطه، فدرن از «حالات من روز-به-روز» صحبت

1. Cobb, S. "On the Nature and Locus of Mind." Ref. 1, 172-177.

2. Federn, P. *Ego Psychology and the psychoses*. Basic Books, New York, 1952.

3. Weiss, Edoardo. *Principles of Psychodynamics*. Grune & Stratton, New York, 1950.

می‌کند. وایس نیز به همان اصولی اشاره می‌کند که پنفیلد نشان داد و به اثبات رساند: «حالات من» سالها و در سطوح مختلف گذشته زندگی، در بطن شخصیت فرد به صورت عامل بالقوه وجود دارند و نگه داشته می‌شوند. این حقیقت هم‌اکنون از طریق تجربیات بالینی به خوبی تثبیت شده است که این «حالات من» را می‌توان، تحت شرایط خاص، مستقیماً در حال تحریک مجدد یافت: «مثلاً در خواب مصنوعی، در رؤیا، و در شرایط روان‌پریشی». او همچنین یادآور می‌شود که دو یا چند «حالت من» مختلف ممکن است در تلاش حفظ یک حالت تکامل یافته باشند یا در زمانی واحد در ذهن آگاه شخص وجود داشته باشند. طبق اظهارات فدرن، سرکوب خاطره‌های مخل (traumatic memory) یا تعارضها در بسیاری از موارد تنها از طریق جلوگیری از «حالات من وابسته» (pertinent) امکان‌پذیر است. «حالات من» اولیه زندگی در حالت‌های پنهان شده حفظ می‌شوند، و در انتظار تحریک مجددند. علاوه بر این، در بحث از انرژی «حالات من»، به عقیده فدرن، در واقع اصل موضوع نفس انرژی است که در احساس من تجربه می‌شود، و این مربوط به مسئله‌ای است که چه چیزی ساختار «خود» را تشکیل می‌دهد.

وایس به نوعی «حالت من کودکان» اشاره می‌کند که «حالت من» رسوب‌کرده زمان طفولیت در اشخاص بالغ است که به سهولت آماده تحریک مجدد می‌باشد. از طرف دیگر، نوعی نفوذ دیگر در شخصیت افراد وجود دارد که او آن را «حضور روانی» (psychic presence) می‌نامد. این «تصویر ذهنی» یک «حالت من» دیگر و اغلب از نوع والدانه است که بر هیجانها و رفتار فرد اثر می‌گذارد. او وضعیتهای مختلفی را توصیف می‌کند که عبارتند از: ۱) «حالت من» ناشی از رسوبات دوران طفولیت؛ ۲) «حالت من کنونی»؛ و ۳) «حضور روانی» که ممکن است پاسخ فرد را تعیین کند.

در سالهای اخیر، دکتر چندلر و دکتر هارتمن^۱ که روی مسئله LSD-25 فعالیت‌هایی داشته‌اند، نشان داده‌اند که شباهت چشمگیری بین فعال شدن «حالات من قدیمی» از طریق استفاده از مواد مخدر و آنچه

1. Chandler, A. L. & Hartman, M. A. "Lysergic Acid Diethylamide (LSD-25) as a Facilitating Agent in Psychotherapy." *A. M. A. Arch. Gen Psychiat.* 2: 286-299, 1960.

پنفلد از طریق انگیزه شوک الکتریکی به قشر مخ بدان دست یافت، وجود دارد. اگرچه این دو پزشک مانند پنفلد واژه «حالات من» را به کار نبرده‌اند، آنها نیز همان دو «حالت من» را توصیف می‌کنند که در آن واحد در شخص حضور می‌یابند: که یکی به واقعیت جاری بیرونی و روانشناختی توجه دارد و دیگری صحنه‌هایی از گذشته را فاش می‌سازد (و نه تنها یادآوری صرف) که به سالهای طفولیت تا حد یک‌سالگی برمی‌گردد. «با همان روشنی و رنگ و سایر جزئیات، به طوری که بیمار احساس می‌کند خودش در آن وضعیت وجود دارد و با همان شدت اثر اصلی آن حالت را تجربه می‌کند.»

مؤلفین دیگری نیز هستند که کارهایشان در ارتباط با موضوع «حالات من» به‌شمار می‌آید. اما نقل‌قولهایی که از آنها در اینجا آمده به‌طور اخص به‌منظور متوجه ساختن خواننده با این پدیده‌هاست. تحلیل ساخت و تحلیل رفتار متقابل، که موضوع اصلی این کتاب است، تنها براساس ملاحظات و آزمایشهای بالینی بر روی بیماران ارائه گردیده، و برکنار از پیشداوریها می‌باشد. تحت این شرایط، مطالعه و بررسی کامل «حالات من»، از روند «طبیعی» روانشناسی و روان‌درمانی ناشی می‌شود. اما همان‌گونه که فدرن اظهار می‌دارد، از آنجا که بیشتر روانکاوان و درمانگران ما تحصیلات خود را براساس اصول سنتی انجام داده‌اند، و از این‌گونه افکار و واژه‌ها استفاده می‌کنند، طرز فکر و طرز کار «طبیعی» همیشه با عمق کافی مورد کاوش و پژوهش قرار نمی‌گیرد. در کسب تأیید از کارهای نوشته‌شده در پیشرفتهای مبحث «تحلیل ساختاری و تحلیل رفتار متقابل» باعث امتنان و سپاس نگارنده است که کشف نموده است، یا کشف مجدد نموده است، که خود در این رهگذر همان راهی را پیموده که دو استاد عالیقدر او (پنفلد و فدرن) رفته‌اند. شایستگی و مناسبت نقل‌قولهایی که در این کتاب جمع‌آوری گردیده در متن کتاب معلوم خواهد شد.



ملاحظات کلی

الف: معقول (Rationale)

«تحلیل ساخت» و «تحلیل رفتار متقابل» نظریه‌ای منظم و استوار از شخصیت و پویاییهای اجتماعی را ارائه می‌دهد که نتیجه تجارب بالینی است و شکل عملی و مقعول درمان می‌باشد که به آسانی قابل درک، و بر اکثر قریب به اتفاق بیماران روانی به‌طور طبیعی قابل تطبیق است.

روشهای روان درمانی سنتی را به‌طور کلی می‌توان به دو بخش تقسیم کرد: آنهایی که شامل پیشنهاد دادن و اطمینان مجدد بخشیدن و سایر اعمال «والدانه» است؛ و گروه دیگری طرز عمل «عقلانی» براساس رویارویی با مسئله و توجیه و تفسیر معنای آن، مانند روشهای درمان «بدون رهنمود» و روانکاوی. روش «والدانه» این ایراد را دارد که درمانگر چنان با رؤیاهای و خیالات قدیمی بیمار درگیر می‌شود که اکثراً در درازمدت، کنترل وضعیت را از دست می‌دهد، و در پایان کار، خود را متعجب و مأیوس می‌یابد. روشهای «عقلانی» به‌نحوی طراحی شده‌اند که از درون کنترل ایجاد نمایند؛ که با روشهای متداول ممکن است مدت زیادی به‌طول بینجامد، و در طی آن نه تنها خود بیمار بلکه نزدیکان و همکاران او، احتمالاً در معرض رفتارهای نابخردانه او قرار می‌گیرند. اگر بیمار صاحب فرزندان کوچک باشد، چنین مدت طولانی درمان ممکن است اثرات حتمی بر رشد شخصیت اطفال بگذارد.

روش «ساختاری-رفتار متقابل» کمک می‌کند که بر این مشکلات غلبه کنیم. از آنجا که این روش کمک می‌کند که توانایی بیمار برای تحمل و کنترل هیجاناتش به‌سرعت رو به افزایش گذارد و اعمال خود

را محدود نماید، بسیاری از امتیازات درمان «والدانه» را نیز دارا می‌باشد. در عین حال، از آنجا که درمانگر به‌طور کامل از عناصر قدیمی‌شده شخصیت بیمار آگاه می‌ماند، هیچ‌یک از ارزشهای درمان «عقلانی» را از دست نمی‌دهد. این روش به‌خصوص، در مواردی که درمانهای سنتی به‌طور بارزی بی‌اثر بوده‌اند، ارزش خود را ثابت کرده است. این موارد شامل انواع مختلف بیماران روانی (psychopaths)، اسکیزوفرنیهای پنهانی و دائمی و مرزی، و شیدایی (manic-depressive) و همچنین بزرگسالان عقب‌افتاده فکری می‌شود.

از نقطه‌نظر آموزشی نیز، روش «تحلیل ساختاری و تحلیل رفتار متقابل» را از سایر روشهای بالینی سهل‌تر و مؤثرتر می‌توان آموخت. اصول کلی را در مدت ده هفته می‌توان فرا گرفت، و یک پژوهشگر یا متخصص بالینی، با یک سال کارآموزی، از لحاظ نظری و عملی مهارت کسب می‌نماید. روانکاوان سنتی لااقل در ابتدا، با روش «تحلیل ساختاری» به‌شدت مخالفت نشان می‌دهند، مگر آنکه فرد شخصاً به «روانشناسی نهادی» به‌طور خاص علاقه‌مند باشد.

در این روش، «خودارزیابی» بعضی از مشکلات «خودروانکاوایی» را ندارد. لذا برای کسی که در این زمینه فعالیت می‌کند، کشف و کنترل عناصر قدیمی و تعصب‌آلود پاسخهایش آسان‌تر می‌باشد.

ب: رویه (Procedure)

در هر دو مورد کار گروهی و فردی، این روش طی مراحل پیش می‌رود که این مراحل را به‌وضوح می‌توان تعریف نمود، و به‌لحاظ نموداری لااقل در پی هم می‌آیند تا هم درمانگر و هم بیمار بتوانند در هر لحظه از زمان، وضعیت درمانی را با دقت و صحت تمام بیان کنند: یعنی تا این لحظه چه پیشرفتهایی حاصل شده و قدم بعدی چه باید باشد.

«تحلیل ساختاری» که بر «تحلیل رفتار متقابل» مقدم است، شامل تفکیک و تحلیل «حالات من» است. هدف از این رویه تعیین تسلط هر یک از «حالات من» واقعیت‌آزما (reality-testing) و پاک ساختن آنها از آلودگی توسط عناصر قدیمی‌شده و خارجی است. هنگامی که این کار انجام گرفت، می‌توان بیمار را به‌سوی «تحلیل رفتار متقابل» سوق داد.

در ابتدا تحلیل رفتارهای متقابل ساده، بعد تحلیل رفتارهای «کلیشه‌ای» و بالاخره تحلیل رفتارهای متقابل پیچیده که اغلب شامل افراد مختلف و براساس رؤیا و خیالات می‌باشد. نمونه‌ای از تحلیلهای نوع آخر رؤیا و خیالات نجات از جانب زنی است که با مردان الکلی، یکی پس از دیگری، ازدواج می‌کند. هدف از این مرحله «کنترل اجتماعی» است: یعنی کنترل تمایلات فردی برای دست‌اندازی به زندگی اشخاص دیگر از راههای ویرانگر و مخرب، و تمایل شخص به نشان دادن عکس‌العمل بدون بینش و اراده به دست‌اندازیهای دیگران.

در طی این عملیات درمانی، «حالات من» تثبیت شده ناشی از ضربه‌های روانی قدیمی از یکدیگر متمایز می‌گردند، ولی از بین نمی‌روند. در پایان این برنامه، فرد به‌خاطر تسلط بر معیارهای واقعیت‌آزما، در وضعیت مساعد ویژه‌ای قرار می‌گیرد تا کوششی برای نتیجه‌گیری از درگیریهای قدیمی و سایر اختلالات خود به‌عمل آورد. تجربه نشان داده است که این پیامد ضرورتاً ناشی از موفقیت روش درمانی نیست، و تصمیم‌گیری در مورد اینکه این روش را به‌کار برد یا نه، به مسائل بالینی و قضاوت درمانگر و آزادی عمل وی در موقعیت خاص هر مورد بستگی دارد.

ج: زبان

اگرچه شرح نظریه «تحلیل ساختاری» و «تحلیل رفتار متقابل» پیچیده می‌نماید، به‌کارگیری آن تنها مستلزم دانستن شش واژه است: واژه‌های «روان برونی» (extero Psyche)، «روان جدید» (neopsyche)، «روان قدیمی» (archeopsyche) به‌عنوان دستگاههای روانی (psychic organs) تلقی می‌گردند که از لحاظ پدیده‌شناسی (اصالت عرضی) به‌صورت حالات من نشان داده می‌شوند: «روان برونی» (مثلاً حالت من «تشخیص‌دهنده»)، «روان جدید» (مثلاً حالت من «داده‌پرداز شده»)، «روان قدیمی» (مثلاً حالت من «واپس‌رونده»). به زبان عامیانه این انواع «حالات من» را به‌ترتیب «والد» و «بالغ» و «کودک» می‌نامیم. این سه اصل، اصطلاحات کلی «تحلیل ساختاری» شخصیت را تشکیل می‌دهند. از لحاظ روش‌شناسی ابتدا دستگاهها، سپس پدیده‌ها، و سرانجام حالات من می‌باشند که در عمل چنین مناسبتی وجود ندارد.

مجموعه‌ای از رفتارهای اجتماعی تکرارشونده نیز وجود دارند که به نظر می‌رسند ترکیبی از اعمال دفاعی و تحسینی‌اند. چنین رفتارهایی را به زبان عامیانه «وقت‌گذرانیها» و «بازیها» می‌نامیم. بعضی از آنها که به آسانی دارای «برد»های اولیه و ثانویه هستند معمولاً به صورت عام‌تری درمی‌آیند: مثلاً بازی «انجمن خانه و مدرسه» که در این کشور [در ایالات متحد] بین پدر و مادرهایی که در میهمانیها یا نظایر آن جمع می‌شوند، شایع است. عملیات پیچیده‌تری که براساس نقشه‌های زندگی به طور آگاهانه و گسترده‌ای انجام می‌گیرد «پیش‌نویس» می‌نامیم که شباهتی به نمایشنامه‌های تئاتری دارند و در حقیقت مشتقات بی‌واسطه نمایشنامه‌های روانشناختی هستند. این سه واژه یعنی «وقت‌گذرانی» و «بازیها» و «پیش‌نویس» نامه تحلیل رفتار متقابل را تشکیل می‌دهند. در فصلهای آینده نشان خواهیم داد که واژه‌های «والد» و «بالغ» و «کودک» تصوراتی نظیر «فرامن» و «نهاد» و «من» یا ساختارهایی از «یونگ»^۱ نیستند، بلکه واقعیهایی با اصالت عرضی‌اند؛ همچنان که «وقت‌گذرانیها» و «بازیها» و «پیش‌نویسها» نیز مفاهیمی انتزاعی نبوده، واقعیهایی از اعمال اجتماعی‌اند. هنگامی که متخصص تحلیل رفتار متقابل، درک کاملی از معنای روانشناختی و اجتماعی و بالینی این شش واژه به دست آورد، خواه پزشک عمومی باشد، یا روانشناس یا جامعه‌شناس، یا مددکار اجتماعی، در موقعیتی قرار می‌گیرد تا از این واژه‌ها به عنوان ابزاری در زمینه‌های درمانی و پژوهشی، و یا در موارد مختلف، و منطبق با فرصتها و معلومات و ویژگیهای خود، استفاده نماید.

یادداشتها

به علت انعطاف‌پذیری درمانگران مجرب ارائه یک طبقه‌بندی استوار از روشهای روان‌درمانی امکان‌پذیر نیست. تقسیم‌بندی روشهای درمانی به دو صورت «والدانه» و «عقلانی» کم و بیش مطابق با طرحی است که جایلز دابلیو تامس (Giles W. Thomas) در سال ۱۹۴۳

۱. Carl Gustav Jung (۱۹۶۱-۱۸۷۵): روانشناس سوییسی مؤسس مکتب روانشناسی تحلیلی. -م.

بر مبنای طبقه‌بندی مریل مور (Merril Moore) ارائه داد.^۱ کی. ای. اپل (K. E. Appell) روشهای روان‌درمانی را به دو گروه تقسیم می‌کند:^۲

۱) روش روانشناختی نشانه‌ای یا مستقیم شامل: خواب مصنوعی، تلقین، اغنای اخلاقی (دوبوا) (Dubois)، متقاعد ساختن (دژرین) (Déjérine)، تسلط، ارشاد، و اراده؛ و ۲) «روش بازسازی شخصیت»، شامل: روان‌زیست‌شناسی (ای. مایر) (A. Meyer)، «مطالعه شخصیت»، روانکاو و آشکال فرعی آن، و درمان «رشد پویا» که امروزه درمان «غیرارشادی» (راجرز) (Rogers) نیز به این روشها افزوده شده است. تقسیم‌بندی اخیر نیز تقریباً با روشهای «والدانه» و «عقلانی» مطابقت می‌کند. نوع سوم روان‌درمانی، روش ویژه «بازی‌درمانی» است که در مورد کودکان به کار برده می‌شود، این روش ممکن است در مواردی نه «والدانه» و نه «عقلانی» بلکه «بچگانه» باشد.

قابلیت تدریس (یا قابلیت فراگیری) روش تحلیل رفتار متقابل بدین نحو نشان داده است که دانشجویان «تحلیل رفتار متقابل» امروزه آن را در درمانهای فردی یا گروهی، در موارد مختلف و در زمینه‌های عمومی بیماران روانی به کار می‌برند، یا در مواردی خاص که در این کتاب توصیف یا ذکر خواهند گردید. (در سالهای اخیر این روش همچنین به وسیله پرستاران رشته روان‌درمانی، یا مأمورین و مسئولین نظارت آزادی مشروط زندانیان، کشیشان، و افراد ارتش و نیروی دریایی به کار گرفته شده است.)

در بحث تحلیل خود (self-analysis)، این اعتقاد شایع است که: «مشکل عمده تحلیل خود ضدانتقالی بودن» آن است. (و لااقل روانپزشکانی هم هستند که متواضعانه اذعان دارند خود این کلام موجز را ابداع کرده‌اند). این اشکال نیز با «روش ساختاری» به نحو کاملاً مؤثری قابل حل است.

1. Thomas, G. W. "Group Psychotherapy: A Review of the Recent Literature." *Psychosom. Med.* 5: 166-180. 1943.

2. Appell, k. E. "Psychiatric Therapy" In *Personality and the Behavior Disorders*. (Ed. by. J. M. Hunt) Ronald Press Company, New York, 1944, pp. 1107-1163.

واژه‌های «روان جدید» و «روان قدیمی» را در فرهنگ روان‌درمانی هینسی و شاتسکی (Hinsie & Shatzski) می‌توان یافت.^۱ و «قشر قدیم مخ» و «قشر جدید مخ» نیز واژه‌هایی معروف و جاافتاده در رشته عصب‌شناسی می‌باشند.^۲

1. Hinsie, L. E. & Shatzsky, J. *Psychiatric Dictionary*. Oxford University Press, New York, 1940.
2. Tilney, F. & Riley, H. A. *The Form and Functions of Central Nervous System*. Paul B. Hoeber, New York, 1928.

P

ساختار شخصیت

خانم پریموس^۱، خانم جوان خانه‌داری بود که به توصیه پزشک خانوادگی‌اش برای دیداری تشخیصی به روانپزشک ارجاع شده بود. در آغاز ملاقات، خانم پریموس چند دقیقه‌ای با حالتی عصبی و چشمان به زیر افکنده نشسته بود؛ سپس شروع کرد به خندیدن. لحظه‌ای بعد از خنده باز ایستاد و زیرچشمی نگاهی به پزشک انداخت. بعد دوباره نگاهش را برگرداند و خندید. این حرکات سه چهار مرتبه تکرار شد. بعد یک مرتبه کرکر و خنده قطع شد، خانم پریموس صاف نشست، دامنش را مرتب کرد و سرش را به سمت راست برگرداند. پس از اینکه مدتی در این حالت ماند، روانپزشک از او پرسید آیا صداهایی می‌شنود؟ بیمار بدون آنکه رویش را برگرداند سرش را به علامت مثبت پایین آورد و گوش به‌زنگ نشست. روانپزشک از او پرسید آیا صداهایی می‌شنود؟ بیمار بدون آنکه رویش را برگرداند سرش را به علامت مثبت پایین آورد و گوش به‌زنگ نشست. روانپزشک بار دیگر سکوت را قطع کرد و از بیمار پرسید چند سال دارد؟ لحن دقیق و حساب‌شده پزشک توانست توجه خانم پریموس را جلب کند. رویش را به طرف پزشک برگرداند، خودش را جمع و جور کرد، و به سؤال وی پاسخ داد. از این پس بیمار به یک سری سؤالات دقیق و بجای پزشک به طور مختصر و مناسب جواب داد. در مدت کوتاهی روانپزشک توانست

۱. Primus: در زبان لاتین به معنای «اول» است. در طول کتاب اسامی مستعار بیماران به ترتیب اعداد لاتین استفاده شده است. -م.

اطلاعات کافی برای تشخیص احتمالی اسکیزوفرنی حاد به‌دست آورد و بعضی از عوامل آغازگر بیماری و ویژگی‌های برجسته سابقه بیمار را نیز بازسازی نماید. آنگاه، برای مدتی سؤالی از بیمار پرسیده نشد. و به‌زودی خانم پریموس به حالت قبلی خود بازگشت. دور خنده‌های عشو‌ه‌گرانه، ارزیابی و نگاه‌های زیرچشمی، و دوباره توجه عمیق به اوهام تکرار شد، تا اینکه از بیمار پرسیده شد صداهای چه کسانی را می‌شنود و آنها چه می‌گویند.

خانم پریموس در جواب گفت که به‌نظرش می‌آید صدا متعلق به مردی است که به او فحش‌های رکیک و وحشتناک می‌داد، کلماتی که او قبل از آن هرگز نشنیده بود، سپس موضوع صحبت به خانواده خانم پریموس کشیده شد. او پدرش را به‌صورت مردی عالی، شوهری باملاحظه، پدري دلسوز و پرمهر، و عضو محبوب جامعه و بسیار قوی توصیف کرد. لیکن به‌زودی معلوم شد که پدر خانم پریموس زیاد مشروب می‌خورد و مست می‌کرد، و در چنین مواقعی آدم دیگری می‌شد و حرف‌های رکیک می‌زد. از خانم پریموس پرسیده شد این حرف‌های رکیک دقیقاً چه بودند؟ در آن موقع به ذهن بیمار خطور کرد که بیشتر عبارات رکیکی که در اوهام می‌شنید قبلاً از دهان پدرش درآمده بود.

این بیمار به‌وضوح سه «حالت من» مختلف را نشان می‌داد که به‌واسطه اختلافاتی در حالت بدن، طرز رفتار، حالات چهره و سایر خصوصیات جسمی از یکدیگر متمایز می‌شدند. نشانه‌های ویژه «حالت من» نخست خنده و کرکر و خجالت‌زدگی بود که یادآور دختر بچه‌ها در سن بخصوصی است؛ نشانه ویژه «حالت من» دوم، حالت پرهیزکاری خودنمایانه است؛ حالت دختر مدرسه‌ای که درگیر خطاهای جنسی کوچکی گردیده باشد؛ در «حالت من» سوم، بیمار قادر بود مانند زن بالغی، همچنان که بود، به سؤالات پاسخ دهد و نشان دهد که در این حالت قدرت درک و تفکر منطقی و حافظه‌اش سالم هستند. دو «حالت من» اول کیفیت قدیمی‌شده (archaic) داشتند، به‌طوری که مناسب تجربیات مراحل قبلی بیمار بودند ولی برای واقعیت فعلی این ملاقات نامناسب بودند. در «حالت من» سوم خانم پریموس در رابطه با نظم بخشیدن و داده‌پردازی (processing) اطلاعات و ادراکات

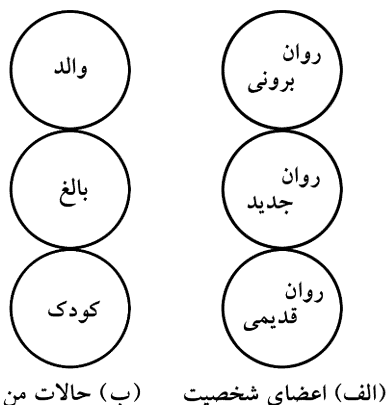
مربوط به موقعیت کنونی خود توان و مهارت قابل توجهی از خود نشان می‌داد: آنچه به آسانی می‌توان «کارکرد بالغ» دانست و از عهده یک بچه کوچک یا یک دختر مدرسه‌ای گرفتار هیجانانگیز جنسی بر نمی‌آید. فرایند «خود را جمع و جور کردن» بیمار که با لحن جدی روانپزشک به فعالیت افتاده بود، نشانگر انتقال از «حالاتِ من» قدیمی شده به این «حالتِ من» بالغ بود.

اصطلاح «حالتِ من» تنها برای اشاره به حالات ذهنی و الگوهای رفتاری مربوط به آنها، آن‌طور که در طبیعت ظهور می‌کند، اطلاق می‌شود و در وهله اول از به‌کار بردن واژه‌هایی چون «غریزه» و «فرهنگ» و «فرامن» (super ego)، «غرض» (onimus)، «آشکار» (eidetic) و غیره پرهیز می‌کنند. تحلیل ساخت تنها این فرضیه را ابراز می‌دارد که «حالاتِ من» را می‌توان طبقه‌بندی و روشن ساخت، و در مورد بیماران روانی چنین رویه‌ای «خوب است».

در جستجوی یافتن چهارچوبی برای طبقه‌بندی این حالات، متون بالینی به این فرضیه اشاره دارند که آثار و بقایایی از «حالاتِ من» دوران کودکی در نزد فرد بالغ باقی می‌مانند و تحت شرایط ویژه‌ای ممکن است دوباره احیاء گردند. به طوری که در مقدمه اشاره شد، بروز چنین پدیده‌ای در رابطه با رؤیا و خواب مصنوعی و روان‌پریشی و مسمومیت دارویی و تحریک الکتریکی مستقیم قشر مخ به‌کرات گزارش شده است. مشاهدات دقیق‌تر این فرضیه را یک قدم جلوتر برده است و به این فرضیه نزدیک ساخته است که چنین آثاری می‌توانند در حالت بیداری عادی نیز به‌طور خودبه‌خود فعال شوند.

چیزی که عملاً رخ داد، در واقع این بود که تغییر حالات (shifting) بیماران از یک حالت ذهنی به حالت ذهنی دیگر، یا از یک الگوی رفتاری به الگوی رفتاری دیگر می‌توانست به‌وسیله روانپزشک یا حتی خود بیمار مشاهده گردد. به‌طور نمونه، یک «حالتِ من» وجود داشت که مشخصه آن واقعیت‌آزمایی مناسب و نتیجه‌گیرهای عقلانی (یعنی فرایند ثانویه) بود؛ و «حالتِ من» دیگری وجود داشت که به‌واسطه تفکر خودمحوارانه (reality testing) و ترسها و انتظارات قدیمی شده (فرایند اولیه) قابل تشخیص بود. «حالتِ من» اول شیوه کارکرد معمولی افراد بالغ و مسئول را داشت. در حالی که شیوه کارکرد «حالتِ من» دوم

نظیر طرز تفکر و رفتار بچه‌های کوچک در سنین پایین را داشت. این امر راهگشای فرضیه وجود دو دستگاه روانی: یعنی روان جدید و روان قدیمی شد. به نظر می‌رسد که افراد دست‌اندرکار مناسب دانسته‌اند که تجلیات محسوس (phenomenological manifestations) و عملی این دو دستگاه را به ترتیب «بالغ» و «کودک» بنامند.



تصویر ۱

«کودک» خانم پریموس خود را به دو شکل مختلف نشان می‌داد. یکی به شکل کودکی که در هنگام فقدان محرکهای مشغول‌کننده مسلط بود، همان دختر «بد» (سکسی)، بدیهی است که در چنین حالتی خانم پریموس قادر نبود مسئولیتهای خانمی را که به بلوغ جنسی رسیده به عهده بگیرد. شباهت رفتار او با آن دختر بچه به قدری بارز بود که این «حالت من» را می‌توان حالتی قدیمی‌شده دانست. در لحظه‌ای خاص، صدایی که به نظر بیمار از خارج احساس می‌شد، به او [چیزهایی] تذکر می‌داد، و بیمار به «حالت من» یک دختر «خوب» (محبوب) تغییر حالت می‌داد. معیارهای قبلی ایجاب می‌کرد که این حالت نیز به‌عنوان یک حالت قدیمی‌شده طبقه‌بندی شود. تفاوت میان دو «حالت من» در این بود که دختر «بد» تسلیم بیان حال (self-expression) خودمختارانه شده بود و از انگیزه‌های طبیعی خود پیروی می‌کرد، حال آنکه دختر

«خوب» خودش را به وسیله تنبیه و تذکر تطبیق می‌داد. دو حالت طبیعی و تطبیق‌یافته تجلیات روانی قدیمی بوده و در نتیجه از جنبه‌های «کودک» خانم پریموس محسوب می‌شوند.

مداخله در مانگر باعث جابه‌جایی وضع بیمار به سوی سیستم روانی دیگر شد. با فعال شدن «حالت من» بالغ زن خانه‌دار مسئول، نه تنها رفتار پاسخ‌دهی و واقعیت‌آزمایی و شیوه تفکر بیمار تغییر نمود بلکه حالت بدن و چهره و آهنگ صدا و حالت عضلات بیمار نیز الگوی آشناتری به‌خود گرفت. این جابه‌جایی، که در طول ملاقات مکرراً مشاهده گردید به‌منزله تسکین موقت روان‌پریشی بیمار بود. این امر ایجاب می‌کند که روان‌پریشی را به‌عنوان جابه‌جا شدن انرژی روانی از سیستم «بالغ» به سیستم «کودک» تعریف کنیم، که در تعبیر پذیرفته‌شده نیروگذاری روانی (cathexis) نامیده می‌شود. بنابراین بهبود را باید واژگونی جابه‌جایی تعریف کنیم.

منشأ صدای توهم‌آلود، همراه با فحشهای رکیک و «ناآشنا»، با توجه به تغییری که در رفتار بیمار ایجاد می‌کرد، برای مشاهده‌گر متخصص مشخص است. تنها تأیید و اثبات این تشخیص مانده بود که به‌همین منظور موضوع خانواده بیمار به‌میان آمد. اگرچه این مسئله برای خانم پریموس تعجب‌آور بود، ولی همان‌طور که انتظار می‌رفت. معلوم شد که این صدا چیزی جز انعکاس زبان پدرش نبود. به‌عبارت دیگر، این صدا متعلق به سیستم روانی قدیمی یا والدانه بود. این «صدای فرامن» بیمار نبود، بلکه صدای شخصی واقعی بود. این امر مؤید آن است که «والد» و «بالغ» و «کودک» نمایندگان افراد واقعی هستند که هم‌اکنون نیز با اسامی حقیقی و هویت قانونی وجود دارند یا زمانی وجود داشتند. در مورد خانم پریموس، «والد» خود را به‌عنوان یک «حالت من» نشان نداد، بلکه تنها به‌صورت صدایی موهوم ظاهر گردید. در آغاز کار، بهتر است توجه درمانگر به تشخیص و متمایز ساختن «بالغ» و «کودک» بیمار معطوف و متمرکز شود؛ رسیدگی به «والد» در کارهای بالینی را می‌توان به فرصتهای بعدی موکول نمود. فعالیت «والد» را در دو مورد دیگر نیز می‌توان توصیف کرد.

آقای سگوندو (Segundo)، بیماری که نخستین تحرک تکامل تحلیل ساخت است؛ حکایت زیر را تعریف می‌کند:

پسر بچه هشت ساله‌ای که تعطیلات خود را در مزرعه‌ای می‌گذراند و لباس گاوچرانها را به تن داشت، روزی به خدمتکار اصطبل کمک کرد که زین اسبی را بردارد. پس از اتمام کار کارگر به پسرک گفت: «ممنونم، گاوچرون». دستیار کوچک در جواب گفت: «من که راستی گاوچرون نیستم، من فقط یک پسر بچه‌ام.»

آنگاه بیمار فوق‌الظهار داشت، «این دقیقاً احساسی است که من دارم. من واقعاً یک وکیل نیستم، فقط یک پسر بچه‌ام.» آقای سگوندو وکیل دادگستری موفق و معروفی بود که موقعیت خانوادش را اعتلا بخشیده و در امور خیریه فعال و در اجتماع فردی محبوب بود. ولی در جریان درمان اغلب بازخورد پسر بچه‌ها را داشت. گهگاه در طول جلسه درمانی می‌پرسید، «آیا با وکیل حرف می‌زنید یا با پسر بچه؟»

هنگامی که در دفترش یا در دادگاه نبود، پسر بچه بر او تسلط می‌یافت. او در این مواقع خانواده خود را ترک کرده و به کلبه‌ای کوهستانی می‌رفت که در آنجا ذخیره‌ای از ویسکی و مواد مخدر و عکسهای هرزه و انواع تفنگ نگه می‌داشت. در آنجا خود را تسلیم خیالپردازیهای کودکانه می‌کرد، تخیلاتی که زمانی به‌عنوان پسر بچه برای خود داشته، و اعمال جنسی که در تعبیر عام «کودکانه» نامیده می‌شوند.

مدتی بعد، پس از اینکه آقای سگوندو تا حدی در ذهن خود مشخص کرده بود که کدام جنبه‌های او «بالغ» و کدام جنبه‌های او «کودک» بودند (زیرا همیشه پسر بچه نبود و گاهی واقعاً وکیل زبردستی بود)، کوشید «والد» خود را وارد وضعیت سازد. به تعبیر دیگر، پس از آنکه فعالیتها و احساسات او به دو دسته «بالغ» و «کودک» تقسیم‌بندی شد، چندین حالت دیگر نیز بود که به هیچ‌یک از این دو دسته مربوط نمی‌شد. این حالات کیفیت خاصی داشتند که بیمار را به یاد والدینش می‌انداختند. این امر مستلزم تعیین یک جنبه سوم «حالت من» شد که در آزمایشات بعدی نیز صحت و اعتبار بالینی آن ثابت گردید. این «حالات من» ویژگیهای خودمختارانه «بالغ» و «کودک» را نداشتند. چنین می‌نمود که این حالات اکتسابی بوده و رنگ و بوی تقلیدی داشتند.

به‌عنوان مثال در این مورد که آقای سگوندو با پولش چکار می‌کرد، سه جنبهٔ مختلف وجود داشت. «کودک» او خیلی خسیس بود و گاهی دست به انواع و اقسام رذالته‌ها و شیطنتها می‌زد؛ با اینکه می‌دانست این امر موقعیت اجتماعی‌اش را به مخاطره می‌اندازد؛ مع‌الوصف در این حالت «کودک» بیمار با شادی و شیطننت از فروشگاهها آدامس و خرت و پرت کش می‌رفت؛ درست همان‌طور که در کودکی این کار را کرده بود. «بالغ» او با ذکاوت و دوران‌دیشی و موفقیت یک بانکدار، با مبالغ هنگفت معامله می‌کرد و حاضر بود برای به‌دست آوردن پول بیشتر، پول کلان هم خرج کند. لیکن جنبهٔ دیگری نیز در او بود که در رؤیای بخشیدن تمام این پولها برای بهبود وضع جامعه بود. او از خانواده‌ای خیر و نوع‌دوست بود و در واقع با همان نیکخواهی احساساتی پدرش، مبالغ هنگفتی را به سازمانهای خیریه اهداء می‌کرد. ولی پس از اینکه تب بشردوستی‌اش فرو می‌نشست، «کودک» او با خشم و کینه بر نیکوکاران مسلط می‌شد و سپس به‌دنبال آن، «بالغ» حیران می‌ماند که اصلاً چرا ثروت خود را به‌خاطر چنین علل احساساتی به خطر انداخته بود.

یکی از مشکل‌ترین جنبه‌های تحلیل ساخت شخصیت در عمل این است که بیمار (یا دانشجو) را متوجه این امر سازیم که «کودک» و «بالغ» و «والد» تنها مفاهیم سهل‌الوصول یا واژه‌پردازیه‌های جالب نیستند، اینها پدیده‌هایی مبنی بر واقعیتها هستند. مورد آقای سگوندو این نکته را تا حدی روشن می‌سازد. شخصی را که از مغازه آدامس می‌دزدید نباید به‌خاطر سهولت این امر یا به این دلیل ساده که بچه‌ها اغلب دزدی می‌کنند «کودک» بنامیم، بلکه او به این دلیل «کودک» است که خود در کودکی، با همان شیطننت و با استفاده از همان روش آدامس کش می‌رفت. «بالغ» او را نیز نه به‌خاطر اینکه او نقش فردی مسن و بالغ را بازی می‌کند و از رفتار آدم بزرگها تقلید می‌کند «بالغ» می‌نامیم، بلکه به‌خاطر این «بالغ» می‌نامیم که این جنبهٔ شخصیت در انجام امور حقوقی و مالی خود آزمون واقعیت بسیار مؤثری از خود نشان می‌دهد. حالت سوم او را نیز «والد» می‌نامیم چون واقعاً در کارهای نوع‌دوستانهٔ خود از کردار و حالات ذهنی پدرش تقلید می‌نمود، نه به‌خاطر اینکه افراد نوع‌دوست سنتاً «پدرانه» یا «مادرانه» هستند.