

شرحی کوتاه درباره روانکاوی

نوشته زیگموند فروید

ترجمه حسین پاینده



می توان گفت که روانکاوی همزمان با قرن بیستم به وجود آمد، زیرا آن کتابی که این نظریه را به صورت پدیده‌ای نو به دنیا معرفی کرد (تألیف من با عنوان تعبیر رؤیا) تاریخ انتشارش سال «۱۹۰۰» است.^۱ لیکن بدیهی است که پیدایش روانکاوی، به صورت خلق الساعه و حاضر و آماده نبود. این نظریه از اندیشه‌هایی قدیمتر سرچشمه گرفته و آنها را گسترش داده است؛ یا به عبارتی، از آراء متقدمتری نشأت گرفته که خود آنها را شرح و بسط داده است. از این رو، به منظور ارائه هر تاریخچه‌ای از روانکاوی، نخست باید آراء و اندیشه‌های تأثیرگذاری را شرح داد که خاستگاه آن را معین کردند و نباید زمانه و اوضاع و احوال پیش از پیدایش روانکاوی را نادیده گرفت.

روانکاوی در حوزه‌ای بسیار محدود نضج گرفت. در بدو امر، هدف واحدی بیش نداشت و آن عبارت بود از فهم جنبه‌هایی از ماهیت آنچه بیماریهای عصبی «کنشی» نامیده می‌شد، تا بلکه بتواند از این طریق ناتوانی علم پزشکی در درمان این بیماریها را پایان دهد. پزشکان متخصص اعصاب در آن دوره به گونه‌ای آموزش می‌دیدند که برای حقایق

۱. در واقع این کتاب در اوایل نوامبر سال ۱۸۹۹ انتشار یافت. [توضیح از ویراستار انگلیسی. توضیحات مترجم

شیمیایی-بدنی و نیز حقایق آسیب‌شناسانه-کالبدشناسانه اهمیت فراوانی قائل شوند و چندی بود که تحت تأثیر یافته‌های هیتزیگ، فریتش، فری‌یر، گولتز و امثال آنان قرار داشتند.^۲ در آن زمان چنین به نظر می‌رسید که این محققان توانسته‌اند بین برخی کارکردها [ی بدن] و قسمتهای خاصی از مغز، ارتباطی تنگاتنگ و احتمالاً ویژه بیابند. آنان نمی‌دانستند که چگونه به ماهیت عامل روانی پی ببرند و آن را نمی‌فهمیدند. لذا [بررسی] آن را به فیلسوفان و عارفان و حتی پزشکان قلابی محول می‌کردند و پرداختن به این موضوع را کاری غیر علمی می‌پنداشتند. در نتیجه، نتوانستند رمز و راز بیماریهای روان‌رنجورانه را - و به ویژه بیماری مرموز «هیستری» که در واقع نمونه اصلی این‌گونه ناراحتیهای روانی بود - کشف کنند. در سال ۱۸۸۵، زمانی که در بیمارستان سالپتیر در پاریس می‌خواندم، دریافتیم که [روانپزشکان] هنوز به این کفایت می‌کردند که فلج هیستریایی را برحسب یک قاعده قلابی تبیین کنند. بر اساس این قاعده، فلج هیستریایی از اختلالات خفیف در کارکرد همان قسمتهایی از مغز ناشی می‌شد که - در صورت آسیب شدید - منجر به فلج عضوی می‌گردید.

البته باید در نظر داشت که این فقدان شناخت [علت واقعی فلج هیستریایی]، بر درمان این بیماریها نیز تأثیر نامطلوبی می‌گذاشت. روشی که برای درمان به کار می‌رفت به طور کلی عبارت بود از «مقاوم کردن» بیمار از طریق تجویز انواع دارو و کوشش - آن هم کوششهایی غالباً مبتنی بر تدابیر به غایت نادرست و به شیوه‌ای غیردلسوزانه - برای تأثیرگذاری ذهنی از راه تهدید و ریشخند و خط و نشان کشیدن و واداشتن بیمار به این که تصمیم بگیرد «خودش را جمع و جور کند». درمان از طریق وارد آوردن شوک برقی، به منزله روشی خاص برای معالجه ناراحتیهای عصبی، به طور گسترده اعمال می‌گردید. لیکن هر کسی که همت کند دستورالعملهای مشروح ارب^۳ را انجام دهد، حتماً متحیر می‌شود که خیالات بشر - حتی در به اصطلاح علوم دقیقه - چه قدر بی‌حد و حصر است. این وضعیت به نحو سرنوشت‌سازی در دهه ۱۸۸۰ دگرگون شد، یعنی زمانی که پدیده خواب مصنوعی [یا

۲. Euard Hitzig (۱۸۲۸-۱۹۰۷) استاد روانپزشکی در دانشگاه هال بود و Gustave Fritsch (۱۸۳۸-۱۹۲۷) مدیر گروه بافت‌شناسی دانشگاه برلین، سِر David Ferrier (۱۸۴۳-۱۹۲۸) استاد آسیب‌شناسی اعصاب در دانشکده کینگز لندن، و Friedrich L. Goltz (۱۸۴۳-۱۹۰۲) استاد فیزیولوژی در دانشگاه استراسبورگ.

هیپنوتیزم] بار دیگر کوشید تا به علم پزشکی راه یابد و این بار - به یمن آثار لایبول، برنهایم^۴، هایدنهایم^۵ و فُریل^۶ - به توفیقی بیش از دفعات متعدد قبل نائل شد. نکته اساسی این بود که اعتبار این پدیده به رسمیت شناخته شد. با تصدیق این موضوع، خواهناخواه دو سر مشق بنیانی و فراموش ناشدنی از خواب مصنوعی منتج شد. اولاً دلیل متقاعدکننده‌ای ارائه شد دال بر این که تغییرات درخور توجه در بدن ممکن است صرفاً نتیجه عوامل ذهنی باشند، عواملی که در این مورد خود شخص آنها را موجب شده است. ثانیاً روشن‌ترین نشانه وجود فرایندهای ذهنی‌ای که فقط می‌توان «ناخودآگاهانه» نامیدشان - به ویژه در رفتار آزمایش‌شوندگان پس از بیداری از خواب مصنوعی - مشاهده شد. البته درست است که فلاسفه «ضمیر ناخودآگاه» را به منزله مفهومی نظری مدتها قبل مورد بحث قرار داده بودند، لیکن اکنون برای نخستین بار «ضمیر ناخودآگاه» در پدیده خواب مصنوعی به چیزی واقعی و ملموس و آزمودنی تبدیل شد. علاوه بر همه این نکات، شباهت بسیار زیادی بین پدیده خواب مصنوعی و نمودهای برخی روان‌رنجوریها معلوم گردید.

مبالغه درباره نقش مهم خواب مصنوعی در تاریخ پیدایش روانکاوی، کار سبلی نیست. از دیدگاهی نظری و هم درمانی می‌توان گفت روانکاوی میراثی را در اختیار دارد که از خواب مصنوعی برایش به جای مانده است.

خواب مصنوعی همچنین به مطالعه درباره انواع روان‌رنجوری - باز هم در درجه اول هیستری - کمک ارزشمندی کرد. آزمایشهای شارکو^۷ در این زمینه تأثیری بسزا داشت. او احتمال می‌داد که روان‌رنجوریهای خاصی که پس از آسیبها (سوانح) حادث می‌شوند،

۴. Hippolyte Bernheim و Ambroise-Auguste Liébeault (۱۸۲۳-۱۹۰۴)، و شاگرد و همکارش

۵. (۱۸۴۰-۱۹۱۹) پیروان «مکتب خواب مصنوعی نسی» (Nancy) بودند. فروید در سال ۱۸۸۹ چندین هفته را در بیمارستان نسی گذراند.

۶. Rudolf P.H. Heidenhain (۱۸۳۴-۹۷)، استاد فیزیولوژی و بافت‌شناسی در دانشگاه برسلا.

۷. August Forel (۱۸۴۸-۱۹۳۱)، استاد روانپزشکی در دانشگاه زوریخ. فروید نقد و بررسی تأییدآمیزی راجع به کتاب فُریل در مورد خواب مصنوعی نوشت.

۸. Jean Martin Charcot (۱۸۲۵-۹۳)، آسیب‌شناس و از بنیانگذاران عصب‌شناسی. وی در بیمارستان سالپتریر پاریس استاد فروید بود. (م)

ماهیتی هیستریایی دارند و نشان داد که اگر به بیمار تحت خواب مصنوعی القا کند که دچار آسیب شده است، آنگاه می‌تواند همان نوع فلج را به طور مصنوعی در او به وجود آورد. بدین‌سان این اندیشه پیدا شد که تأثیر آسیبها چه بسا در همه موارد نقشی در ایجاد نشانه‌های هیستریایی ایفا می‌کند. خود شارکو بیش از این برای تبیین هیستری برحسب روانشناسی تلاش نکرد، اما شاگردش پی‌یر ژانه^۸ تحقیق درباره این موضوع را ادامه داد و به مدد خواب مصنوعی توانست ثابت کند که نشانه‌های هیستری کاملاً تابع برخی افکار ناخودآگاهانه هستند. وی هیستری را ناشی از ناتوانی جسمانی برای حفظ انسجام فرایندهای ذهنی تلقی کرد و نتیجه گرفت که این ناتوانی، به از هم گسیختگی (گسستگی) حیات ذهنی بیمار می‌انجامد.

با این حال، روانکاوی به هیچ روی مبتنی بر این تحقیقات ژانه نبود. عامل سرنوشت‌ساز در این مورد عبارت بود از تجربه یکی از پزشکان وین به نام دکتر جوزف بروئر.^۹ در سال ۱۸۸۱، بروئر مستقلاً و بدون استفاده از نظرات دیگران، به کمک خواب مصنوعی دختر بسیار با استعدادی را که به هیستری مبتلا بود مورد پژوهش قرار داد و موفق شد سلامتی را به او بازگرداند. تا پانزده سال بعد - یعنی زمانی که این نگارنده (فروید) همکاری خود را با بروئر آغاز کرد - یافته‌های او به عموم محققان عرضه نشده بود. تا به امروز هم جایگاه بروئر برای فهم روان‌رنجوریه‌ها همچنان حائز اهمیتی ویژه است و به همین سبب ناچاریم درباره او اندکی بیشتر توضیح بدهیم. ضروری است که به وضوح دریابیم تحقیقات او از چه لحاظ منحصر به فرد است. آن دختر به پدرش تعلق خاطر بسیار داشت و زمانی که هیستری مبتلا شده بود که از او پرستاری می‌کرد. بروئر توانست اثبات کند که تمام نشانه‌های بیماری دختر یادشده به همین دوره پرستاری از پدر مربوط می‌شدند و برحسب همان نیز تبیین‌پذیر بودند. بدین ترتیب بود که به دست آوردن چشم‌اندازی همه‌جانبه درباره این روان‌رنجوری معمایی برای نخستین بار امکان‌پذیر گردید و معلوم شد که کلیه نشانه‌های آن دلالت‌دار و بامعنا هستند. همچنین، یکی از ویژگیهای عام این نشانه‌ها عبارت بود از بروز آنها در وضعیتی که بیمار ناگهان انگیزه‌ای برای انجام عملی در خود احساس کرده بود که البته

۸ Pierre Janet (۱۸۵۹-۱۹۲۷)، روانشناس و عصب‌شناس فرانسوی. (م)

صورت تحقق به آن نمی‌داد بلکه به دلایلی دیگر آن را سرکوب می‌کرد. در واقع، نشانه‌های هیستری به جای آن اعمال محقق‌ناشده پدیدار شده بودند. به این ترتیب، سبب‌شناسی نشانه‌های هیستری ما را به زندگی عاطفی بیمار (یا به اثرپذیری عاطفی او) و نیز به تأثیر متقابل نیروهای ذهنی (پویش‌شناسی [روان]) رهنمون کرد. باید افزود که از آن زمان به بعد، این دو رهیافت [یعنی توجه به اثرپذیری عاطفی و پویش‌شناسی روان] همچنان دنبال شده‌اند. بر اثر عوامل تسریع‌کننده نشانه‌های هیستری را به همان چیزی مانند کرد که شارکو آسیب می‌نامید. نکته درخور توجه این‌که هیچ‌یک از این عوامل آسیب‌زاد تسریع‌کننده و هیچ‌یک از تکانه‌های^{۱۰} ذهنی ناشی از آنها، در حافظه بیمار باقی نمی‌ماندند، گویی که هرگز رخ نداده بودند؛ حال آنکه حاصل آنها (یعنی نشانه‌های هیستری) بی‌هیچ تغییری تداوم داشتند، گویی که اصلاً چیزی به نام تأثیر محوکننده زمان وجود ندارد و بر آنها اثر نمی‌گذارد. به این ترتیب، دلیل تازه‌ای در اثبات وجود فرایندهای ذهنی ناخودآگاهانه - که دقیقاً به سبب ماهیت ناخودآگاهشان از نیروی خاصی برخوردار بودند - به دست آمد، فرایندهایی که نخستین بار در علائم پس از خواب مصنوعی بر ما مکشوف شدند. روش درمانی که بروئر به کار می‌برد عبارت بود از برانگیختن بیمار تحت خواب مصنوعی به یادآوری آسیبهای فراموش‌شده و واکنش نشان دادن به آن آسیبها از طریق بیان احساسات با تعام وجود. پس از انجام این کار، نشانه‌های هیستری - که تا آن زمان جایگزین بیان عواطف شده بودند - از بین می‌رفتند. بدین سان، یک روش واحد در عین حال هم برای بررسی بیماری به کار می‌رفت و هم برای رهایی از آن. این تقارن نامعمول بعدها در روانکاوی همچنان حفظ شد.

در اوایل دهه ۱۸۹۰، پس از آنکه این نگارنده از طریق درمان تعدادی معتابه از بیماران بر نتایج تحقیقات بروئر صحه گذاشت، هر دو نفر ما [یعنی بروئر و فروید] تصمیم گرفتیم کتابی به نام پژوهشهایی درباره هیستری^{۱۱} منتشر کنیم که دربرگیرنده یافته‌های ما و نیز کوششی بود به منظور تدوین نظریه‌ای مبتنی بر آن یافته‌ها. در این کتاب آمده بود که علت بروز نشانه‌های هیستری این است که حالت عاطفی یک فرایند ذهنی برخوردار از نیروی

۱۰. «تکانه» یا «سائقه» (impulse) نامی است که در روانکاوی به هرگونه میل قوی و ناگهانی اطلاق می‌شود، به ویژه به امیال نشأت گرفته از «نهاد» (درباره نهاد، مراجعه کنید به یادداشت شماره ۳۹). (م)

سرشار عاطفی، از این‌که به طور خودآگاهانه و بهنجار مورد استفاده قرار گیرد اجباراً باز داشته می‌شود و لذا به مسیر نادرستی منحرف می‌گردد. طبق این نظریه، حالت عاطفی یادشده در بیماران مبتلا به هیستری به یک تحریک عصبی غیر عادی در بدن منجر می‌شود («تبدیل»^{۱۲})، لیکن اگر این وضعیت را در خواب مصنوعی دوباره ایجاد کنیم می‌توانیم با هدایت حالت عاطفی بیمار به مسیری دیگر («تخلیه هیجانی») او را از هیستری رهایی بخشیم. نویسندگان کتاب پژوهشهایی درباره هیستری، این روش درمان را «پالایش» نامیدند (به معنای بالودن یا رها کردن یک حالت عاطفی فروخورده شده).

روش پالایشی، منادی ظهور قریب‌الوقوع روانکاوی بود و به رغم گسترش تجربیات روانکاوان و تعدیل نظریه آنان، هنوز هم هسته اصلی آن را تشکیل می‌دهد. لیکن این روش صرفاً شیوه‌ای جدید در پزشکی برای اثر گذاشتن بر برخی بیماریهای عصبی بود و [در آن زمان] هیچ نشانه‌ای حاکی از این نبود که این شیوه درمان ممکن است هم علاقه‌ای وافر و همه گیر برانگیزد و هم تضادی بسیار شدید.

ب

مدت کوتاهی پس از انتشار کتاب پژوهشهایی درباره هیستری، همکاری بروئر و فروید خاتمه یافت. بروئر، که در واقع متخصص امراض داخلی بود، دیگر به درمان بیماران عصبی نپرداخت و فروید خود را وقف تکمیل بیشتر آن ابزاری کرد که همکار ارشدش نزد او به ودیعه گذاشته بود. بدعتهای فنی فروید و کشفیاتش، روش پالایشی را به روانکاوی تبدیل کرد. بی‌شک حیاتی‌ترین گام او در این مسیر این بود که تصمیم گرفت در روال کارش از خواب مصنوعی مدد نگیرد. فروید به دو دلیل چنین کرد: نخست به این سبب که به رغم گذراندن یک دوره آموزشی به استادی برنهایم در بیمارستان ننسی، موفق نشد بیماران را به تعداد مکفی به خواب مصنوعی ببرد؛ و دوم به این دلیل که از نتایج درمانی پالایش بر اساس خواب مصنوعی نارضی بود. درست است که این نتایج درخور توجه بودند و پس از درمانی

۱۲. «تبدیل» (conversion) یا «روان‌رنجوری تبدیلی» (conversion neurosis) عبارت است از تغییر شکل یک اضطراب روانی و ظاهر آن به صورت عارضه‌ای جسمی (مانند از دست دادن قدرت سنوایی یا فلج شدن بدون دلیل جسمانی). (م)

کوتاه مدت حاصل می‌آمدند، اما متعاقباً معلوم شد که تداوم ندارند و بیش از حد به روابط شخصی بیمار با پزشکش وابسته‌اند. کنار گذاشتن خواب مصنوعی، سیر تحول روش درمان هیستری تا آن زمان را بر هم زد و این به معنای آغازی نو در این مسیر بود.

با این همه باید توجه داشت که حُسن خواب مصنوعی، احیای خاطرات فراموش شده بیمار بود. از این لحاظ، لازم بود که راهکار دیگری جایگزین آن شود و به فکر فروید چنین خطور کرد که شیوه «تداعی آزاد» را جایگزین آن کند. به بیان دیگر، از بیمارانش خواست که از هرگونه تفکر آگاهانه خودداری کنند و با تمرکز حواس و سکوت، اندیشه‌هایی را که خود به خود (به طور غیر ارادی) به ذهنشان متبادر می‌شود بی‌اختیار دنبال کنند؛ یعنی «لایه فوقانی ضمیر آگاهشان را کنار بزنند». بیماران می‌بایست این اندیشه‌ها را با در مانگرتان در میان می‌گذاشتند، ولو این که آن اندیشه‌ها مثلاً زیاده از حد ناخوشایند و احمقانه و بی‌اهمیت یا نامربوط به نظر می‌رسیدند و بیماران احساس می‌کردند که مایل به این کار نیستند. انتخاب تداعی آزاد به منزله وسیله‌ای برای بررسی موضوعات فراموش شده ناخودآگاه، چنان شگفت‌آور است که جا دارد درباره‌ی درستی این روش توضیح مختصری ارائه کنیم. فروید به این سبب شیوه یادشده را برگزید که تصور می‌کرد تداعی به اصطلاح «آزاد» در واقع غیرآزادانه از آب در خواهد آمد، زیرا با سرکوب تمام مقاصد آگاهانه فکری، اندیشه‌های حاصل ناشی از مصالح ناخودآگاهانه تلقی می‌شوند. فروید بر اساس تجربیاتش چنین تصور می‌کرد. هنگامی که «اصل بنیادین روانکاو ی» (که پیشتر ذکر شد) رعایت می‌شد، سیر تداعی آزاد انبوهی از اندیشه‌ها را حاصل می‌آورد که روانکاو را به آنچه بیمار فراموش کرده بود رهنمون می‌شد. تردیدی نیست که این مصالح آنچه را عملاً فراموش شده بود آشکار نمی‌کرد، لیکن سرنخهای واضح و متعددی از مطالب فراموش شده را به دست می‌داد، به گونه‌ای که درمانگر - با اندکی تکمیل و تفسیر - می‌توانست آن مطالب را حدس بزند (یا بازآفریند). بدین سان، تداعی آزاد همراه با هنر تفسیر، همان کاری را کرد که قبلاً خواب مصنوعی انجام می‌داد.

از ظواهر امر چنین به نظر می‌آمد که کار ما بسیار دشوارتر و پیچیده‌تر شده است، لیکن دستاورد بسیار ارزشمندمان عبارت بود از بصیرتی درباره‌ی تأثیر متقابل نیروهایی که حالت خواب مصنوعی آنها را از چشمان مشاهده‌گران پنهان نگه داشته بود. معلوم شد که برای آشکار کردن خاطراتی که به نحوی بیماری‌زا فراموش شده‌اند، می‌بایست بر مقاومتی دائمی

و بسیار شدید غلبه کرد. اعتراضات انتقاد آمیزی که بیمار مطرح می‌کرد تا از بیان اندیشه‌های متبادر شده به ذهنش اجتناب کند - همان اعتراضاتی که اصل بنیادین روانکاوی نیز با آن تعارض داشت - خود نمودهای این مقاومت بودند. بررسی پدیده مقاومت، به پی‌ریزی یکی از شالوده‌های نظریه روانکاوانه روان‌رنجوری (یعنی نظریه سرکوب) منجر شد. می‌توان فرض کرد همان نیروهایی که می‌کوشند مانع آگاهانه شدن مطالب بیماری‌زا گردند، در زمانی پیشتر همین کوششها را به نحوی موفقیت‌آمیز انجام داده‌اند. بدین ترتیب، خلئی در سبب‌شناسی نشانه‌های روان‌رنجوری پُر شد. برداشتها و تکانه‌های ذهنی که اکنون نشانه‌های روان‌رنجوری جایگزینشان شده بودند، بدون دلیل یا به سبب ناتوانی بدنی بیمار برای حفظ انسجام این برداشتها و تکانه‌ها فراموش نشده بودند (آن‌گونه که ژانه تصور می‌کرد)، بلکه به دلیل تأثیر سایر نیروهای ذهنی با مقاومت روبه‌رو شده بودند. نشانه مؤثر واقع شدن این مقاومت دقیقاً همین بود که راه آن تکانه‌ها به ضمیر آگاه سد می‌گردید و از حافظه بیرون رانده می‌شدند. صرفاً در نتیجه این سرکوب بود که آن تکانه‌ها بیماری‌زا شده بودند، یا به عبارت دیگر می‌توانستند خود را در مسیرهایی غیر عادی به صورت نشانه‌های روان‌رنجوری بروز دهند.

تعارض بین دو دسته از گرایشهای ذهنی را می‌بایست به منزله سبب سرکوب و لذا علت هرگونه ناخوشی روان‌رنجورانه تلقی کرد. در این برهه، تجربه حقیقت جدید و شگفت‌آوری را درباره ماهیت نیروهایی که با یکدیگر در ستیز بودند به ما آموخت. سرکوب همواره از شخصیت آگاه بیمار (یعنی از «خود»^{۱۳}) نشأت می‌گرفت و بر اساس انگیزه‌های زیباشناسانه و اخلاقی عمل می‌کرد. آن تکانه‌هایی که مورد سرکوب قرار می‌گرفتند عبارت بودند از خودخواهی و بی‌رحمی - که کلاً ماهیتی شریرانه دارند - و مهمتر از همه تکانه‌های آرزومندانه جنسی. آن هم غالباً از مستهجنترین و منع‌شده‌ترین نوعش. بدین ترتیب، نشانه‌های روان‌رنجوری در واقع جایگزین ارضاهای غیرمجاز بودند و به نظر می‌آمد که این بیماری با فرمانبرداری ناقص جنبه غیر اخلاقی انسانها تناظر دارد.

پیشرفت دانش، نقش عظیم تکانه‌های آرزومندانه جنسی در حیات ذهنی را هر چه بیشتر

۱۳. فروید اصطلاح «خود» (ego) را برای اشاره به حوزه‌ای از روان به کار می‌برد که تحت سیطره «اصل واقعیت» قرار دارد و «مظهر جزو و مأن اندیشی» است، زیرا تحریکات غریزی را تعدیل می‌کند. (م)

روشن کرد و باعث شد که ماهیت و نحوه شکل‌گیری غریزه جنسی به طور جامع مورد مطالعه قرار گیرد. اما علاوه بر این، ما همچنین به یافته کاملاً تجربی دیگری نیز رسیدیم، زیرا کشف کردیم که تجربیات و تعارضات نخستین سالهای کودکی، نقش مهمی در رشد [شخصیت] فرد ایفا می‌کنند، نقشی که تا آن زمان به آن پی نبرده بودیم. تجربه‌ها و تعارضهای یادشده موجب خصصتهایی از بین نرفتنی در فرد می‌شوند که وی را در دوره بلوغ تحت تأثیر قرار می‌دهند. این یافته موضوع دیگری را نیز معلوم کرد که علم تا آن زمان به کلی از آن غافل مانده بود: میل جنسی در دوره کودکی که از اوان طفولیت هم در واکنشهای جسمانی و هم در نگرشهای ذهنی بروز پیدا می‌کند. برای سازگار کردن میل جنسی کودکان با به اصطلاح تمایلات جنسی بهنجار در بزرگسالان و زندگی جنسی نابهنجار منحرفان، خود مفهوم امر جنسی می‌بایست تصحیح می‌گردید و دامنه شمول آن افزایش می‌یافت به گونه‌ای که تکامل تدریجی غریزه جنسی دلیل موجهی برای آن باشد.

پس از آنکه تداعی آزاد جایگزین خواب مصنوعی گردید، روش پالایشی بروئر نیز به روانکاوی تبدیل شد و این نگارنده (فروید) آن را به مدت بیش از یک دهه به تنهایی شرح و بسط داد. در طی آن مدت، روانکاوی به تدریج نظریه‌ای به دست آورد که از خاستگاه معنا و هدف نشانه‌های روان‌رنجوری ظاهراً تبیین رضایت‌بخشی ارائه می‌داد و برای کوششهای پزشکی برای درمان این عارضه، شالوده‌ای عقلانی فراهم می‌کرد. در اینجا ما ایلم یک بار دیگر عوامل به وجود آورنده این نظریه را بر شمرم. عوامل مورد نظر عبارت‌اند از: تأکید بر زندگی غریزی (اثرپذیری عاطفی)؛ تأکید بر پویا شناسی [فرایندهای] ذهن؛ تأکید بر این‌که حتی پدیده‌های ذهنی به ظاهر کاملاً ناشناخته و بی‌حساب و کتاب همیشه معنا و علتی دارند؛ نظریه تعارض روانی و ماهیت بیماری‌زای سرکوب؛ این عقیده که نشانه‌ها [ی روان‌رنجوری] ارضاهایی جایگزین شده‌اند؛ تشخیص سبب‌شناسانه اهمیت زندگی جنسی و به ویژه اهمیت سرچشمه‌های میل جنسی در دوره کودکی. از دیدگاه فلسفی، نظریه یادشده ناگزیر می‌بایست به این نتیجه می‌رسید که امر ذهنی با امر آگاهانه انطباق ندارد؛ به عبارتی، فرایندهای ذهنی به خودی خود ناآگاهانه هستند و صرفاً به سبب عملکرد نهادهای (کنشگران یا نظامهای) خاصی ویژگی آگاهانه می‌یابند. برای تکمیل این فهرست باید اضافه کنم که در میان نگرشهای عاطفی دوره کودکی، رابطه پیچیده عاطفی کودکان با والدینشان (آنچه اصطلاحاً عقده ادیپ نامیده می‌شود) بسیار اهمیت یافت. بیش از هر زمان دیگری

روشن شد که این رابطه، هسته اصلی همه روان‌رنجوریهاست. همچنین، در رابطه بیمار با روانکاوش برخی پدیده‌های انتقال^{۱۴} عاطفی پدیدار گشت که هم به لحاظ نظری و هم به لحاظ عملی بسیار اهمیت داشت.

نظریه روانکاوانه روان‌رنجوری در شکلی که بدین‌سان به خود گرفت، از همان زمان شامل دیدگاههایی برخلاف گرایشها و عقاید پذیرفته‌شده بود که عمداً موجب می‌گردید دیگران آن را به دیده تحیر و تنفر و سوءظن بنگرند؛ مثلاً نگرش روانکاوی درباره مسأله ضمیر ناخودآگاه، تشخیص میل جنسی کودکان، و تأکید بر عامل جنسی در حیات ذهنی به طور کلی. لیکن از این دست دیدگاهها، در آینده نیز به روانکاوی افزوده شد.

ب

به منظور این‌که چگونگی تبدیل یک آرزوی جنسی منع‌شده به نشانه‌ای در دناک در دختری مبتلا به هیستری را ولو تا حدودی درک کنیم، لازم شده بود درباره ساختار و کارکرد دستگاه ذهن فرضیه‌های فراگیر و پیچیده‌ای بپردازیم. در اینجا بین تلاش انجام‌شده و نتیجه حاصل آمده مغایرتی آشکار وجود داشت. اگر آن وضعیتی که روانکاوی فرض می‌کرد واقعاً درست بود، آنگاه آن وضعیت به سبب ماهیت بنیادینش می‌بایست علاوه بر هیستری در پدیده‌های دیگری نیز باز نمود می‌یافت. ولی اگر این استنتاج درست می‌بود، روانکاوی دیگر صرفاً برای پزشکان متخصص اعصاب‌گیری نمی‌داشت، بلکه مورد توجه همه کسانی قرار می‌گرفت که برای تحقیقات روانشناسانه اهمیت قائل می‌شدند. به بیان دیگر، یافته‌های روانکاوانه نه فقط در حوزه حیات ذهنی بیمارگونه، بلکه همچنین برای درک رفتار بهنجار نیز نباید نادیده گرفته می‌شد.

از همان ابتدا شواهدی در دو پدیده دیگر حاکی از این بود که روانکاوی برای پرتو افشاندن بر موضوعاتی علاوه بر فعالیتهای ذهنی بیمارگونه متمرکز خواهد بود. این دو پدیده عبارت بودند از: کنش‌پریشیهای^{۱۵} بسیار متداول در زندگی روزمره (مانند

۱۴. «انتقال» (transference) که غالباً به طور ناخودآگاهانه صورت می‌گیرد، عبارت است از یکی پنداشتن شخصیتی که بیمار در محیط بلافصل خود می‌شناسد (به ویژه روانکاوی معالجش) با شخص دیگری که در گذشته می‌شناخته و برایش مهم بوده است. «انتقال» فرایندی است که هم در ذهن بیمار می‌تواند رخ دهد و هم در ذهن روانکاوی (م).

۱۵. اصطلاح «کنش‌پریشی» (parapraxis) در روانکاوی برای اشاره به اعمالی به کار می‌رود که به جای هدف

فراموش کردن مطلبی، تپق زدن و به یاد نیاوردن این‌که شینی را کجا گذاشته‌ایم) و رؤیاهایی که انسانهای سالم و به لحاظ روانی بهنجار به خواب می‌بینند. برخی در ماندگیهای کم‌اهمیت – مانند فراموشیِ موقتِ برخی اسامی که در حالت معمول به راحتی به یاد می‌آوریم، تپق زدن و اشتباه نوشتن کلمات، و از این قبیل – تا آن زمان اصلاً درخور بررسی تلقی نمی‌شدند و یا این‌که حمل بر خستگی یا حواس‌پرتی و مانند آن می‌شدند. این نگارنده در کتاب خود با عنوان *آسیب‌شناسی روانی زندگی روزمره*^{۱۶} (۱۹۰۱) با استناد به نمونه‌های متعدد نشان داد که این قبیل وقایع واجد معنا هستند و به این سبب رخ می‌دهند که یک قصد آگاهانه با قصد سرکوب‌شده یا در واقع ناخودآگاهانه دیگری تداخل می‌کند. معمولاً تأملی مختصر یا تحلیلی کوتاه برای معلوم کردن عامل تداخل‌کننده کفایت می‌کند. به دلیل کثرت کنش‌پریشی‌هایی مانند اشتباهات لپی، هر کسی می‌تواند برحسب تجربه شخصی وجود فرایندهای ذهنی ناخودآگاهانه‌ای را استنتاج کند که در این اشتباهات دخیل‌اند و دست‌کم به صورت بازدارنده یا تعدیل‌کننده اعمال موردنظر او تبلور پیدا می‌کنند.

تحلیل رؤیا به نتایج بیشتری نیز منتهی شد که این نگارنده در سال ۱۹۰۰ با کتاب تعبیر رؤیا توجه عموم را به آنها جلب کرد. کتاب یادشده نشان داد که رؤیا درست همان‌گونه ساخته می‌شود که نشانه‌های روان‌رنجوری. رؤیا همانند نشانه‌های روان‌رنجوری ممکن است عجیب و بی‌معنا به نظر برسد، اما اگر آن را با فنی که تفاوت اندکی با تداعی آزاد در روانکاری دارد مورد بررسی قرار دهیم، آنگاه از محتوای آشکار آن به معنایی مکتوم – یعنی اندیشه‌های نهفته رؤیا – پی می‌بریم. این معنای نهفته همواره تکانه‌ای مبتنی بر آرزوست که به هنگام خواب دیدن شکلی محقق شده به خود می‌گیرد. لیکن، این آرزوی مکتوم هرگز نمی‌تواند به صورتی تشخیص‌دانی هویدا شود، مگر در رؤیاهای کودکان کم‌سن و سال و تحت فشار نیازهای الزام‌آور جسمانی. آرزوی موردنظر نخست باید تحریف شود و این کاری است که نیروهای محدودکننده سانسورگر در «خود» رؤیابین انجام می‌دهند.

→ موردنظر شخص، هدفی دیگر را محقق می‌کنند. برخی از مصادیق این اشتباهات در زندگی روزمره عبارت‌اند از اشتباه لپی یا به کار بردن کلید اشتباه برای گشودن در. به اعتقاد فروید، این اشتباهات از امیال سرکوب‌شده نشأت می‌گیرند و در واقع ترجمان آنها هستند. اما شخصی که مرتکب اشتباهات یادشده می‌گردد، آنها را تصادفی و ناشی از فقدان تمرکز حواس قلمداد می‌کند. (م)

بدین ترتیب، رؤیای آشکار - آن‌گونه که در زمان بیداری به یاد می‌آوریم - شکل می‌گیرد. سانسور اعمال‌شده بر رؤیا آن [آرزوی مکتوم] را به قدری تحریف می‌کند که تشخیص ناممکن می‌گردد، لیکن روانکاوی می‌تواند آن را مجدداً به منزله ترجمان نوعی ارضاء یا تحقق یک آرزو بر ملا کند. درست مانند نشانه‌های روان‌رنجوری، رؤیا نیز مصالحه‌ای است بین دو دسته معارض از نیروهای ذهنی. پس آن قاعده‌ای که در نهایت می‌تواند جوهر رؤیا را تعریف کند، از این قرار است: رؤیا تحقق (با تغییر شکل) یک آرزو (آرزویی سرکوب‌شده) است. با مطالعه فرایند تغییر شکل آرزوی نهفته رؤیا به محتوای آشکار رؤیا (فرایندی که اصطلاحاً «کارکرد رؤیا» نامیده می‌شود)، بیشترین اطلاعات را درباره حیات ناخودآگاه ذهنی فرا گرفته‌ایم.

باید توجه داشت که رؤیا یک نشانه بیمارگونه نیست، بلکه از ذهن بهنجار برمی‌آید. آن آرزوهایی که رؤیا به صورت محقق‌شده باز می‌نمایاند، همان آرزوهای سرکوب‌شده روان‌رنجورها هستند. پیدایش رؤیا صرفاً نتیجه شرایط مساعدی است که در حالت خواب - یعنی عامل فلج‌کننده حرکات انسان - حادث می‌شود. در این شرایط، سرکوب به سانسور رؤیا تخفیف می‌یابد. اما چنانچه فرایند شکل‌گیری رؤیا از حد و حدود خاصی فراتر رود، رؤیابین آن را متوقف می‌کند و با وحشت از خواب بیدار می‌شود. بدین سان ثابت می‌گردد که همان نیروها و همان فرایندهایی که بین آنها رخ می‌دهند، هم در حیات ذهنی بهنجار وجود دارند و هم در حیات ذهنی بیمارگونه. از زمان انتشار تعبیر رؤیا، روانکاوی واجد اهمیتی مضاعف بوده است. این نظریه نه فقط روشی جدید برای درمان روان‌رنجوری، بلکه همچنین نوعی روانشناسی نوین است. لذا روانکاوی، علاوه بر پزشکان متخصص اعصاب، توجه همه پژوهندگان علم ذهن را نیز به خود جلب کرد.

با این همه، برخورد دنیای علم با روانکاوی دوستانه نبود. به مدت ده سال، هیچ‌کسی به آثار فروید توجه نکرد. حدوداً در سال ۱۹۰۷، گروهی از روانپزشکان سوئیسی (بلویلر^{۱۷} و یونگ^{۱۸}، در زوریخ) توجه محققان را به روانکاوی معطوف کردند و این کار به ویژه در آلمان توفانی از خشم برانگیخت، خشمی که چندان هم با روشها و استدلالهای باریک‌بینانه بیان نمی‌شد. سرنوشت روانکاوی از این حیث شبیه سرنوشت بسیاری اندیشه‌های نو بود که پس

از گذشت زمانی معین، مورد تصدیق عموم قرار گرفتند. با این حال، ماهیت روانکاوی چنان بود که مخالفتهای فوق العاده سرسختانه‌ای را برمی‌انگیخت. این نظریه احساسات تعصب‌آمیز بشر متمدن را در زمینه‌های بسیار حساسی جریحه‌دار کرد. می‌شود گفت با بر ملا کردن آنچه بنا بر توافق عام سرکوب شده بود، روانکاوی همه‌آحاد جامعه را در معرض واکنش تحلیلی قرار داد و بدین ترتیب معاصرانش را واداشت تا مثل بیمارانی که تحت درمان روانکاوانه قرار دارند رفتار کنند و به ویژه مقاومت‌هایشان را بروز دهند. همچنین باید اذعان داشت که متقاعد کردن اشخاص به درستی نظریه‌های روانکاوانه یا آموزش معالجه از طریق روانکاوی، کار سبلی نبود.

اما ضدیت عمومی نتوانست در دهه بعد مانع از گسترش مستمر روانکاوی در دو مسیر شود. روانکاوی به لحاظ جغرافیایی بسط یافت، چرا که در کشورهای گوناگون یکی پس از دیگری به آن علاقه نشان داده شد. و در حوزه علوم ذهن نیز هوادار یافت، زیرا در شاخه‌های جدید دانش یکی پس از دیگری کاربردهایی برای این نظریه یافته شد. در سال ۱۹۰۹، گ. استنلی هال^{۱۹} رئیس دانشگاه کلارک در آمریکا از فروید و یونگ دعوت کرد تا یک رشته سخنرانی در آن دانشگاه ایراد کنند و برخورداردی که با آنان شد، دوستانه بود. از آن زمان به بعد، روانکاوی در آمریکا همچنان پُر طرفدار بوده است، هر چند که در عین حال در همان کشور نام روانکاوی بسیار با سطحی‌نگری مترادف گردیده و تا حدودی مورد کاربرد نادرست قرار گرفته است. در همان اوایل، یعنی در سال ۱۹۱۱، هولاک الیس^{۲۰} نوشت که روانکاوی نه فقط در اتریش و سوئیس، بلکه همچنین در آمریکا، انگلستان، هند، کانادا و حتی استرالیا مطالعه می‌شود و به صورت روش درمان به کار می‌رود.

نیز در همین دوره مبارزه و شکوفایی اولیه بود که نشریات ادواری مختص روانکاوی شروع به انتشار کردند. این نشریات عبارت بودند از: *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* (۱۹۰۹-۱۴)، به مدیریت بلویلر و فروید و به ویراستاری یونگ، که با شروع جنگ جهانی اول دیگر منتشر نشد؛ *Zentralblatt für Psychoanalyse* (۱۹۱۱)، به ویراستاری

آدلر^{۲۱} و اشتیکل^{۲۲}، که اندک زمانی پس از شروع انتشار جای خود را داد به آن منتشر شده است). همچنین از سال ۱۹۱۲ نشریه *Imago*، که مؤسسانش رانک^{۲۳} و زاکس^{۲۴} بودند و به کاربرد روانکاوی به علوم ذهن می‌پرداخت. علاقه وافر پزشکان انگلیسی و آمریکایی به روانکاوی، در سال ۱۹۱۳ و با تأسیس نشریه *Psychoanalytic Review* توسط وایت^{۲۵} و جلیف^{۲۶} آشکار شد که هنوز هم منتشر می‌گردد. متعاقباً در سال ۱۹۲۰، *The International Journal of Psycho-Analysis* به ویراستاری ارنست جونز^{۲۷} به طور خاص برای خوانندگان انگلیسی منتشر شد. ناشری به نام *The Internationaler Psychoanalytischer Verlag* و هم‌نامی انگلیسی‌اش *The International Psycho-Analytical Press* مجموعه کتابهایی را تحت عنوان *Internationale Psychoanalytische Bibliothek* منتشر کردند. بدیهی است که نوشته‌های روانکاوانه صرفاً به این نشریات - که عمدتاً تحت حمایت انجمنهای روانکاوانه قرار داشتند - منحصر نمی‌شوند؛ نوشته‌های یادشده را در بسیاری منابع، در کتابها و نشریات علمی و ادبی، می‌توان سراغ گرفت. از میان نشریات دنیای لاتین زبان که توجه ویژه‌ای به روانکاوی مبذول می‌دارند، به طور خاص می‌توان از *Rivista de Psiquiatria* که در لیما ([پایتخت] پرو) به ویراستاری ه. دلگادو^{۲۸} منتشر می‌شود نام برد.

از جمله تفاوت‌های بنیادین بین دهه دوم پیدایش روانکاوی و دهه اولش این است که نگارنده حاضر دیگر یگانه نماینده این نظریه نبود. محفل دائماً فزاینده‌ای از شاگردان و پیروان فروید حول او جمع شده بودند. اینان در وهله نخست نظریه‌های روانکاوی را اشاعه دادند و سپس خود مبادرت به گسترش و تکمیل و تعمیق آن کردند. در سالهای بعدی، چندین تن از این هواداران به پیروی از روالی محتوم با جدا کردن راه خود، مسیر متفاوتی را

۲۱. Alfred Adler (۱۸۷۰-۱۹۳۷)، روانپزشک اتریشی. (م)

۲۲. Wilhelm Stekel (۱۸۶۸-۱۹۴۰)، روانپزشک اتریشی. (م)

۲۳. Otto Rank (۱۸۸۴-۱۹۳۹)، روانپزشک اتریشی. (م)

24. Sachs

25. White

26. Jelliffe

۲۷. Ernest Jones (۱۸۷۹-۱۹۵۸)، روانکاو انگلیسی. (م)

28. H. Delgado

در پیش گرفتند و چنان [با فروید] مخالفت ورزیدند که بیم آن می‌رفت که گسترش روانکاوای از تداوم بازایستند. بین سالهای ۱۹۱۱ و ۱۹۱۳، کوششهای ک.گ. یونگ در زوربخ و آلفرد آدلر در وین برای ارائه تفسیرهای جدید از حقایق روانکاوای و نیز انحراف از دیدگاه تحلیلی، کمابیش موجب جنجال شد. لیکن دیری نگذشت که گذرا بودن خسران ناشی از این جداییها معلوم شد. موفقیت کوتاه مدت آنان را به سهولت می‌توان توضیح داد: توده مردم حاضر بودند برای رهایی از فشار مقتضیات روانکاوای، هر راهی را که در برابرشان گشوده شود دنبال کنند. اکثریت عظیم همکاران فروید ثابت قدم ماندند و کارشان را به همان روالی که برایشان تعیین می‌شد ادامه دادند. در شرح مختصری که راجع به یافته‌های روانکاوای در حوزه‌های متعدد و گوناگون کاربردش در پی می‌آید، مکرراً به نام این همکاران برخورد خواهیم خورد.

ت

مخالفت پُر هیاهوی دنیای پزشکی نمی‌توانست مانع آن شود که هواداران روانکاوای این نظریه را، به پیروی از سمت و سوی اولیه آن، در بدو امر به نوعی آسیب‌شناسی تخصصی و درمان روان‌رنجوری بسط دهند. این هدف حتی امروز هم به طور کامل محقق نشده است. موفقیت انکارناپذیر روانکاوای در درمان بیماران، که به مراتب بیش از هر موفقیت به دست آمده در گذشته بوده است، همواره روانکاوان را به تلاشهای تازه ترغیب می‌کرد. در عین حال، مشکلاتی که پس از مطالعه عمیقتر مطالب آشکار می‌شدند، به تغییرات ژرف در فن تحلیل و نیز تصحیحات مهم در فرضیه‌ها و مفروضات نظری آن منجر گردیدند.

در جریان این گسترش نظری، فن روانکاوای به اندازه فنون سایر شاخه‌های تخصصی پزشکی، قطعی و دقیق شده است. عدم درک این موضوع بسیار باعث کاربرد نادرست روانکاوای شده است (به ویژه در انگلستان و آمریکا)، زیرا کسانی که صرفاً از راه خواندن مطالب روانکاوانه با این نظریه آشنا شده‌اند و هیچ‌گونه آموزش تخصصی ندیده‌اند تصور می‌کنند که می‌توانند متقبل درمان روانکاوانه شوند. پیامدهای این عمل هم به زیان علم است و هم به زیان بیماران، مضافاً این‌که بسیار هم مایه بدنامی روانکاوای شده است. تأسیس

نخستین درمانگاه بیماران سرپایی (در برلین به همت ماکس آیتینگن^{۲۹} در سال ۱۹۲۰)، به همین دلیل از لحاظ عملی اقدامی بسیار مهم است. این مؤسسه در پی آن است که از یک سو درمان روانکاوانه را برای اقشار وسیعتری از مردم میسر سازد و از سوی دیگر از طریق برگزاری یک دوره آموزشی (که از جمله شروط پذیرفته شدن در آن، موافقت شرکت‌کنندگان برای روانکاوی شدن خودشان است) متقبل آموزش پزشکانی می‌شود که می‌خواهند عملاً به روانکاوی اشتغال بورزند.

نخستین مفهوم فرضی‌ای که درمانگر را قادر به تحلیل مطالب می‌سازد، مفهوم «نیروی شهوی» است. در روانکاوی، منظور از نیروی شهوی در درجه اول نیروی غریز جنسی معطوف به مصداق امیال است (این نیرو را به لحاظ کمی متغیر و اندازه‌گرفتنی می‌دانیم). بنا به اقتضای نظریه روانکاوانه، غرایز یادشده را می‌بایست به مفهومی گسترده [و نه به مفهومی متعارف] «جنسی» دانست. مطالعه بیشتر نشان داد که لازم است در کنار این «نیروی شهوی متمرکز بر مصداق امیال»، یک نیروی شهوی «مبتنی بر خودشیفتگی» یا «نیروی شهوی متمرکز بر "خود" را نیز در نظر گرفت که معطوف به «خود» شخص است. تأثیر متقابل این دو نیرو، امکان تبیین بسیاری از فرایندهای بهنجار و نابهنجار در حیات ذهنی را برای ما فراهم کرده است. اندکی بعد، بین آنچه در روانکاوی «روان‌رنجوریهای انتقال» نامیده می‌شوند و اختلالات ناشی از خودشیفتگی تمایزی کلی قائل شدیم. بیماریهای گروه اول (هیستری و روان‌رنجوری و سواسی) به معنای اخص کلمه موضوع درمان روانکاوانه‌اند. حال آنکه درمان آن بیماریهای دیگر (روان‌رنجوریهای مبتنی بر خودشیفتگی) - گرچه می‌توان به مدد روانکاوی آنها را مورد بررسی قرار داد - با دشواریهای اساسی همراه است. البته درست است که نظریه روانکاوی درباره نیروی شهوی به هیچ وجه کامل نیست و نیز رابطه آن با نظریه عمومی غرایز هنوز روشن نیست، زیرا روانکاوی دانشی نوظهور و بسیار ناقص است که رشد پُرشتابی را از سر می‌گذراند. با این همه، در اینجا لازم است مؤکداً اشاره کنیم که اتهام جنسی‌نگری [یا فروکاهیدن همه چیز به مسائل جنسی] که غالباً درباره روانکاوی مطرح می‌شود، چه قدر بی‌اساس است. بنابراین اتهام، نظریه روانکاوی هیچ نیروی برانگیزاننده ذهنی‌ای را نمی‌شناسد مگر نیروهای کاملاً جنسی. کسانی که این اتهام را وارد

می آورند، کلمه «جنسی» رانه به مفهوم روانکاوانه، بلکه به مفهوم مبتذل آن به کار می برند تا نظر منفی عامه مردم را مورد سوءاستفاده قرار دهند.

دیدگاه روانکاوانه همچنین می بایست تمام بیماریهایی را که در روانپزشکی «روان پریشی» کارکردی» نامیده می شوند در زمره اختلالات مبتنی بر خودشیفتگی بگنجاند. نمی توان شک کرد که بین روان رنجوری و روان پریشی^{۳۰} تمایز اکیدی وجود ندارد، همان گونه که بین سلامت روان و روان رنجوری نیز مرز مشخصی نیست. به طریق اولی، تبیین پدیده مرموز روان پریشی براساس کشفیات حاصل از تحقیق درباره روان رنجوری که تا پیش از آن زمان به همان اندازه ناهمیدنی می نمود - کاری موجه بود. این نگارنده در زمان انجام تحقیقات انفرادی، خود شخصاً ابعاد نامعلوم یک مورد بیماری پارانویایی را از راه بررسی روانکاوانه تا حدودی روشن کرده و ثابت کرده بودم که در این روان پریشی انکارناپذیر، همان محتویات (عقده ها) و تعامل نیروها را می توان یافت که مشابهش در روان رنجوریهای ساده پیدا می شود. بلویلر آنچه را که «سازوکارهای فرویدی» می نامید در چندین مورد از روان پریشی مورد تحقیق قرار داد و یونگ در سال ۱۹۰۷ با تبیین عجیب و غریب ترین نشانه ها در واپسین ترین مراحل بیماری موسوم به «زوال عقل پیش رس»^{۳۱} براساس تاریخچه زندگی بیمارانش، توانست یکباره شهرت بسیار زیادی برای خود به عنوان روانکاو کسب کند. پژوهش جامع بلویلر در خصوص روان گسیختگی (۱۹۱۱)، موجه بودن رهیافت روانکاوانه برای فهم این روان پریشیها را به طور قطعی ثابت کرد.

بدین ترتیب روانپزشکی نخستین حوزه کاربرد روانکاوای شد و تاکنون نیز همین طور بوده است. همان پژوهشگرانی که در تعمیق دانش روانکاوانه درباره روان رنجوریها بیشترین سهم را دارند (مانند کارل ایبراهام^{۳۲} در برلین و ساندور فرنچزی^{۳۳} در بوداپست که صرفاً برجسته ترین این محققان هستند)، همچنین در تبیین روان پریشی برحسب نظریه روانکاوای نقش بسزایی ایفا کرده اند. به رغم تمامی تلاشهای روانپزشکان، اعتقاد به وحدت و رابطه تنگاتنگ همه اختلالاتی که به صورت پدیده های روان رنجوری و روان پریشی بروز

۳۰. «روان پریشی» (psychosis) اختلال حاد در شخصیت است که طی آن، تماس فرد با واقعیت قطع می شود. هذیان گویی و توهم و افکار گسسته و نامسنجم از جمله نشانه های روان پریشی اند. (م)

۳۱. dementia praecox، اصطلاحی قدیمی برای اشاره به بیماری روان گسیختگی (یا «اسکیزوفرنی»). (م)

می‌یابند هرچه قانع‌کننده‌تر اثبات می‌شود. این موضوع - شاید بیش از هر جای دیگر در آمریکا - کم‌کم درک می‌شود که مطالعه روانکاوانه روان‌رنجوری یگانه راه زمینه‌سازی برای فهم روان‌پریشی است، و نیز این‌که روانکاوی مقدر است تا در آینده پیدایش نوعی روانپزشکی را امکان‌پذیر سازد که به خشنود کردن خود، با توصیف تصاویر بالینی عجیب و غریب و رشته رویدادهای نافهمیدنی و یافتن تأثیر آسیبهای فاحش کالبدی و سمی بر دستگاه ذهن که دانش ما به آن راه نیافته است، نیازی ندارد.

ث

با این همه، اهمیت روانکاوی برای روانپزشکی هرگز نمی‌توانست توجه اهل اندیشه را به خود معطوف سازد و یا این‌که جایی در کتاب تاریخ زمانه ما بیابد. این ثمره را روانکاوی به سبب رابطه‌اش با حیات ذهنی بهنجار (و نه نابهنجار) برای خود به دست آورد. در بدو امر، تحقیقات روانکاوانه در واقع هیچ هدف دیگری را دنبال نمی‌کردند مگر معلوم کردن عوامل تأثیرگذار بر شروع (شکل‌گیری) برخی حالات ذهنی بیمارگونه. اما در ضمن این تلاشها، روانکاوان به کشف حقایق اساسی نوینی نائل شدند و عملاً نوعی روانشناسی جدید را به وجود آوردند؛ نتیجتاً معلوم شد که درستی این قبیل یافته‌ها را نمی‌توان به حوزه آسیب‌شناسی محدود کرد. در بخشهای قبلی دیدیم که دلایل قطعی در اثبات درستی این نتیجه چه زمانی ارائه شد: زمانی که روانکاوان توفیق یافتند با استفاده از فن تحلیل رؤیاهارا تعبیر کنند، رؤیاهایی که جزئی از حیات ذهنی انسانهای بهنجار هستند و در عین حال می‌توان آنها را پیامدهایی بیمارگونه دانست که انسانهای سالم به طور منظم به خواب می‌بینند.

چنانچه کشفیات روانشناسانه حاصل از مطالعه رؤیا به طور جدی در نظر گرفته می‌شدند، آنگاه فقط یک گام دیگر لازم می‌بود تا بتوان روانکاوی را نظریه فرایندهای ژرفتر ذهنی‌ای نامید که معمولاً ضمیر آگاه به آنها دسترسی ندارد («روانشناسی ژرفانگر») و سپس آن را در تقریباً همه علوم ذهن به کار برد. برداشتن این گام در گرو آن بود که روانکاوان توجه خود را از فعالیت ذهنی انسانهای منفرد به کارکردهای روانی جوامع انسانی و مردمان مختلف معطوف کنند؛ به بیان دیگر، از روانشناسی فردی به روانشناسی جمعی روی آورند. بسیاری تشابهات شگفت‌آور دیگر، ما را به این عطف توجه واداشتند. برای مثال، ما دریافته

بودیم که در لایه‌های عمیق‌ فعالیتهای ذهنی ناخودآگاهانه، موضوعات ضد و نقیض از یکدیگر تمایز داده نمی‌شوند بلکه از طریق عنصری واحد تجلی می‌یابند. لیکن پیش از آن زمان، در سال ۱۸۸۴ لغت‌شناسی به نام کارل آبل^{۳۴} (در مقاله‌ای با عنوان «معانی ضد و نقیض کلمات عمده») این نظر را مطرح کرده بود که در کهنترین زبانهایی که می‌شناسیم، مقولات ضد و نقیض ایضاً از یکدیگر تفکیک نمی‌شده‌اند. مثلاً در زبان مصر باستان، ابتدا فقط یک کلمه برای «قوی» و «ضعیف» وجود داشت و فقط بعدها بود که دو وجه این تضاد با تعدیلهای جزئی ز یکدیگر تمیز داده شدند. حتی در جدیدترین زبانها نیز آثار مبرهنی از این معانی متضاد باقی مانده است. لذا در زبان آلمانی، کلمه "Boden" [«اتاق زیر شیروانی» یا «زمین»] هم برای اشاره به مرتفعترین چیز در خانه به کار می‌رود و هم برای اشاره به کم‌ارتفاعترین چیز. به همین منوال در زبان لاتین، "altus" هم به معنای «بلند» است و هم به معنای «عمیق». بدین‌سان، معادل این تضادها در رؤیا عبارت است از گرایشی جهانشمول و بسیار قدیمی در اندیشه انسان.

برای ذکر نمونه‌ای از حوزه‌های دیگر، می‌توان اشاره کرد که مطابقت کامل اعمال و سواسی برخی بیماران مبتلا به وسواس و نحوه به جای آوردن آداب و شعائر دینی توسط دینداران در همه‌جای دنیا را مشکل بتوان نادیده گرفت. در واقع، برخی بیماران مبتلا به روان‌رنجوری وسواسی طوری رفتار می‌کنند که گویی دینی مختص خودشان درست کرده‌اند؛ لذا این فکر به ذهن انسان خطور می‌کند که ادیان رسمی را به نوعی روان‌رنجوری وسواسی تشبیه کند که به سبب عمومیت یافتن تعدیل شده است. ولی این تشبیه — که یقیناً از نظر همه دینداران جای بسی اعتراض دارد — از دیدگاه روانشناسانه بسیار روشنگر بوده است، زیرا روانکاوی به زودی دریافت که در روان‌رنجوری وسواسی کدام نیروها با یکدیگر آنقدر می‌ستیزند تا سرانجام تعارضاتشان به صورت آئین اعمال و سواسی به نحو بارزی متجلی شود. روانکاوان از این حیث هیچ مشابهتی در آئینهای دینی نمی‌دیدند، تا این‌که رابطه با پدر را عمیقترین ریشه و منشأ احساسات دینی یافتند و از آنجا توانستند وضعیت پویای مشابهی را مشخص کنند. این نمونه همچنین به خواننده هشدار می‌دهد که روانکاوی حتی وقتی که در حوزه‌های غیر پزشکی به کار می‌رود، نمی‌تواند از جریحه‌دار کردن احساسات پشداورانه،

یا از پرداختن به احساسات عمیقاً ریشه‌دار خودداری ورزد و بدین‌سان خصوصتهایی برمی‌انگیزد که شالوده‌ای کاملاً عاطفی دارند.

اگر فرض کنیم که عامترین ویژگی‌های حیات ذهنی ناخودآگاهانه (تعارضات تکانه‌های غریزی، سرکوبها و ارضاهای جایگزین) در همه‌جا مشهود هستند، و اگر نوعی روانشناسی ژرفانگر وجود دارد که آن ویژگیها را به ما می‌شناساند، آنگاه به حق باید توقع داشت که کاربرد روانکاری در متنوعترین حیطه‌های فعالیت ذهنی انسان در همه‌جا نتایج مهمی در پی داشته باشد، نتایجی که تاکنون [از راههای دیگر] نمی‌توانسته‌ایم به دست آوریم. آتورانک و هانس زاکس در پژوهشی فوق‌العاده ارزشمند (۱۹۱۳) کوشیده‌اند تا دستاوردهای روانکاروان برای تحقق این توقعات را تا آن زمان تدوین کنند. در این مختصر نمی‌توانم فهرست آنان را تکمیل کنم، بلکه صرفاً مهمترین یافته‌ها را با افزودن برخی جزئیات ذکر خواهم کرد.

صرف نظر از کششهای درونی شدید که چندان شناختی درباره‌شان نداریم، آن نیروی عمده‌ای که انسان را به توسعه فرهنگی برمی‌انگیزد، ضرورت مبرم بیرونی بوده است. این ضرورت، ارضای آسان نیازهای طبیعی را از آدمی مضایقه کرده، او را در معرض خطرات بزرگی قرار داده است. این استیصال بیرونی، انسان را به مبارزه با واقعیت سوق داد و در پایان این مبارزه، آدمی خود را تا حدودی با واقعیت منطبق کرد و تا اندازه‌ای هم بر آن فائق آمد. اما استیصال یادشده همچنین انسان را به همکاری و همزیستی با همنو عانش سوق داد و این دیگر مستلزم چشم‌پوشی از تسلیم شدن به برخی تکانه‌های غریزی بود که ارضای اجتماعی آنها امکان‌پذیر نبود. هر چه قدر تمدن پیشرفت می‌کرد، مقتضیات سرکوب نیز فزونی می‌یافت. از یاد نبریم که تمدن کاملاً براساس چشم‌پوشی از غرایز به وجود آمده است و هر فردی در گذار از کودکی به بلوغ می‌بایست خود شخصاً این تحول بشریت [از ارضاء طلبی] به حالت تسلیم خردمندانه [به مقتضیات تمدن] را به اختصار تکرار کند. روانکاری نشان داده است که عمدتاً - اما نه منحصراً - تکانه‌های غریزی جنسی هستند که مقهور این سرکوبی فرهنگی شده‌اند. اما بخشی از این غرایز واجد ویژگی ارزشمندی هستند: آنها به خود اجازه می‌دهند که از اهداف کنونی شان به اهدافی دیگر معطوف شوند و بدین ترتیب

نیرویشان به شکل گرایشهای «الایش شده»^{۳۵} در اختیار توسعه فرهنگی قرار می‌گیرد. در عین حال، بخش دیگری از غرایز یادشده همچنان به صورت آرزوهای کام‌نیافته در ضمیر ناخودآگاه باقی می‌مانند و انسان را تحت فشار قرار می‌دهند تا -ولو به شکلی تحریف‌شده - آنها را تا حدی ارضاء کند.

در قسمت‌های قبلی دیدیم که بخشی از فعالیت ذهنی انسان با هدف تسلط یافتن بر دنیای واقعی بیرون ذهن صورت می‌گیرد. اکنون روانکاوی می‌افزاید که بخشی دیگر از فعالیت خلاقانه ذهن که فوق‌العاده ارزشمند تلقی می‌شود، وظیفه دارد آرزوهای انسان را محقق سازد و، به عبارتی، جایگزین ارضای آن آرزوهای سرکوب‌شده‌ای می‌گردد که از زمان کودکی به صورت کام‌نیافته در روح هر یک از ما وجود دارند. از جمله این آفریده‌ها - که همواره حدس زده می‌شده است با ضمیر ناخودآگاه و فهم‌ناشدنی در ارتباط‌اند - اسطوره‌ها و آثار برآمده از تخیل [یعنی آثار ادبی] و آثار هنری هستند. در حقیقت، پژوهش‌های روانکاوانه انبوهی از بصیرت‌ها را در حوزه اسطوره‌شناسی و ادبیات‌شناسی و روانشناسی هنرمندان حاصل آورده است. کافی است تحقیق آتورانک را به منزله یک نمونه ذکر کنیم. ما نشان داده‌ایم که اسطوره‌ها و قصه‌های پریان را می‌توان همچون رؤیا تفسیر کرد؛ راه پُر پیچ و خمی را که از میل وافر آرزوی ناخودآگاهانه به تحقق آن آرزو در آثار هنری منتهی می‌شود معلوم کرده‌ایم؛ آموخته‌ایم که تأثیر عاطفی آثار هنری بر مشاهده‌کننده آن آثار را درک کنیم و در مورد خود هنرمند، همانندی درونی او با بیمار روان‌رنجور و نیز تمایزش از بیمار یادشده را روشن کرده‌ایم و پیوند خلق و خوی ذاتی او با تجربیات اتفاقی و دستاوردهایش را برشمرده‌ایم. البته فهم زیباشناسانه آثار هنری و تبیین قریحه هنرمندان، در زمره تکالیف روانکاوی قرار ندارند. اما به نظر می‌رسد روانکاوی از جایگاهی برخوردار است که می‌تواند در تمام مسائل مربوط به حیات تخیلی انسان حرف‌نهایی را بزند.

و نکته سوم این‌که روانکاوی - به رغم شگفتی‌فزاینده‌ما - نقش فوق‌العاده مهم آنچه را که «عقده ادیب» نامیده می‌شود (یعنی رابطه عاطفی کودک با والدینش) در حیات ذهنی

۳۵ «الایش» (sublimation) یا «تصعید» یکی از گونه‌های مختلف مکانیسم‌های دفاعی روان است که در آن فرد به سبب ناکام ماندن در تحقق اهدافی که ضمیر آگاه آنها را ناپذیرفتنی می‌شمارد، ناخودآگاهانه همان اهداف را به شکلی متفاوت اما پذیرفتنی محقق می‌کند. (م)

انسانها نشان داده است. شگفتی ما زمانی کاسته می‌شود که در پایین عقدهٔ ادیپ قرینهٔ روانی دو حقیقت بنیادین زیست‌شناسانه است: دورهٔ طولانی وابستگی کودک، و نحوهٔ شگرفی که حیات جنسی در سه‌الی پنج‌سالگی به نخستین اوج خود می‌رسد و پس از یک دوره باز داشته شدن مجدداً به هنگام بلوغ آغاز می‌شود. در این زمینه، روانکاوی به کشف این موضوع نائل آمد که سومین بخش فعالیت فکری انسان که واجد کمال حساسیت است. یعنی همان بخشی که نهادهای مهم دین، قانون، اخلاق و همهٔ اشکال زندگی مدنی را به وجود آورده است، در پی محقق کردن این هدف بنیادین است که فرد بتواند بر عقدهٔ ادیپ خود غلبه کند و نیروی شهوی خویش را از تعلقهای عاطفی کودکانه به تعلقات اجتماعی که نهایتاً مطلوب تلقی می‌شوند، معطوف سازد. کاربردهای روانکاوی در الهیات و جامعه‌شناسی (مثلاً در نوشته‌های نگارندهٔ مقاله حاضر و تئودور ریک^{۳۶} و اوسکار پیفستر^{۳۷}) که منجر به این یافته‌ها شده‌اند، هنوز ناپخته‌اند و به قدر کافی درک نمی‌شوند؛ با این حال، نمی‌توان تردید داشت که مطالعات بعدی حتماً بر قطعیت این نتایج مهم صحه خواهند گذاشت.

بر سبیل پی‌نوشت باید اضافه کنم که کارشناسان آموزش و پرورش نیز از اندرزهایی که از بررسی روانکاوانهٔ حیات ذهنی کودکان دریافت کرده‌اند، خواه‌ناخواه می‌بایست استفاده کنند. همچنین برخی روان‌درمانگران (مانند گرادک^{۳۸} و جلیف) اظهار داشته‌اند که درمان روانکاوانهٔ بیماریهای وخیم عضوی مبین نتایج امیدبخشی بوده است، زیرا عامل روانی در بسیاری از این بیماریها نقش دارد و می‌توان بر آن عامل تأثیر گذاشت.

بدین سان، می‌توانیم بگوییم که توقع داریم روانکاوی — که سیر تحول و دستاوردهایش تا این زمان را به اختصار و به نحوی نامکفی در مقاله حاضر بازگو کرده‌ایم — به صورت نظریه‌ای مهم و طغیان‌آور وارد سیر فرهنگی دهه‌های آتی خواهد شد و به تعمیق درک ما از جهان و نیز به مبارزه با آن جلوه‌هایی از زندگی که ناراحت‌کننده محسوب می‌شوند کمک خواهد کرد. لیکن نباید از یاد ببریم که روانکاوی به تنهایی قادر به ارائهٔ تصویری بی‌کم‌وکاست از جهان نیست. اگر تمایز پیشنهادی اخیر من دربارهٔ تقسیم دستگاه ذهن به

۳۶. Theodor Reik (۱۸۸۸-۱۹۶۹). روانکاوانتریشی. (م)

«خود» (که معطوف به دنیای بیرونی و مورد حمایت ضمیر آگاه است) و «نهاد»^{۳۹} ناخودآگاه را (که تحت سیطره نیازهای غریزی است) بپذیریم، آنگاه می‌توان در توصیف روانکاوی گفت که نوعی روانشناسی «نهاد» (و آثار آن بر «خود») است. لذا در هر حوزه‌ای از دانش، روانکاوی می‌تواند صرفاً سهمی ادا کند که روانشناسی «خود» می‌بایست آن را تکمیل کند. اگر این قبیل سهمها غالباً کُنه حقایق را شامل می‌شوند، باید آن را صرفاً با نقش ضمیر ناخودآگاهی متناظر دانست که مدتهای مدید ناشناخته مانده است.



این مقاله ترجمه‌ای است از :

Freud, Sigmund. "A Short Account of Psychoanalysis". 1924. *Historical and Expository Works on Psychoanalysis*. Ed. Albert Dickson. The Penguin Freud Library. Vol. 15. London: Penguin, 1993.

۳۹. در نظریه فروید، «نهاد» (id) حوزه‌ای از روان در ضمیر ناخودآگاه است که تحت سیطره «اصل لذت» قرار دارد و نقش آن سیراب کردن غرایز لذت‌طلبانه انسان بدون توجه به قید و بندهای اخلاقی و اجتماعی و قانونی است. (م)



مرکز تحقیقات کامپیوتر علوم اسلامی