

شرحی کوتاه درباره روانکاوی

نوشته زیگموند فروید

ترجمه حسین پاینده

الف

می‌توان 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. (۲) لیکن بدیهی است که پیدایش روانکاوی، به صورت خلق‌الساعه و حاضر و آماده نبود. این نظریه از اندیشه‌هایی قدیمیتر 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 شیمیایی - بدنی و نیز حقایق آسیب‌شناسانه - کالبدشناسانه اهمیت فراوانی قائل شوند و چندی بود که تحت تأثیر یافته‌های هیپتزیگ، فریتش، فریبر، گولتز و امثال آنان قرار داشتند. (۳) 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 غیرعلمی می‌پنداشتند. در نتیجه، نتوانستند رمز و راز بیماریهای روان‌رنجورانه را - و به ویژه بیماری مرموز «هیستری» که در واقع نمونه اصلی این گونه ناراحتیهای روانی بود - کشف کنند. در سال ۱۸۸۵، زمانی که در بیمارستان سالپتیر درس می‌خواندم، دریافتم که [روانپزشکان] هنوز به این کفایت می‌کردند که فلج هیستریایی را برحسب یک قاعده قالبی 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(۴) 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 هیپنوتیزم] بار دیگر کوشید تا به علم پزشکی راه یابد و این بار - به یمن آثار لایبول، برنهایم(۵)، هایدنهاین(۶) و فُریل(۷) - 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 سرمشق بنیانی و فراموش‌ناشدنی 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 روان‌رنجوریه معلوم گردید.

مبالغه درباره نقش مهم خواب مصنوعی در تاریخ پیدایش روانکاوی، کار سهلی 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 (۸) در این زمینه تأثیری بسزا داشت. او احتمال می‌داد که روان‌رنجوری‌های خاصی که پس از آسیبها (سوانح) حادث می‌شوند، 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 چه‌بسا 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 (۹) 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 (۱۰) 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 روان‌رنجوریها 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 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 (پویشن‌شناسی [روان]) رهنمون کرد. باید افزود که از آن زمان به بعد، این دو رهیافت [یعنی توجه به اثرپذیری عاطفی و پویشن‌شناسی روان] همچنان دنبال شده‌اند.

بروئر عوامل تسریع‌کننده نشانه‌های هیستری را به همان چیزی مانند کرد که شارکو آسیب می‌نامید. نکته درخور توجه این که هیچ‌یک از این عوامل آسیب‌زاد تسریع‌کننده و هیچ‌یک از تکانه‌های (۱۱) 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 مکتشف شدند. روش درمانی که بروئر به کار می‌برد عبارت بود از برانگیختن بیمار تحت خواب مصنوعی به یادآوری آسیبهای فراموش شده و واکنش نشان دادن به آن آسیبها از طریق بیان احساسات با تمام وجود. پس از انجام این کار، نشانه‌های هیستری — که تا آن زمان جایگزین بیان عواطف شده بودند — از بین می‌رفتند. بدین‌سان، 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 معتنابه از بیماران بر نتایج تحقیقات بروئر صحّه گذاشت، هر دو نفر ما [یعنی بروئر و فروید] تصمیم گرفتیم کتابی به نام پژوهشهایی درباره هیستری (۱۲) 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 سرشار عاطفی، از این‌که به طور خودآگاهانه و بهنجار مورد استفاده قرار گیرد اجباراً بازداشته می‌شود و لذا به مسیر نادرستی منحرف می‌گردد. طبق این نظریه، حالت عاطفی یادشده در بیماران مبتلا به هیستری به یک تحریک عصبی غیرعادی در بدن منجر می‌شود

«تبدیل» (۱۳))، 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 پالودن یا رهایی‌بخشی یک حالت عاطفی فروخورده شده).

روش پالایشی، منادی ظهور قریب‌الوقوع روانکاو بود و به رغم گسترش تجربیات روانکاو 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 همه‌گیر 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 روانکاو 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 ناراضی بود. درست است که این نتایج درخور توجه بودند و پس از درمانی کوتاه‌مدت 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 حس 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 درمانگرشان در میان می‌گذاشتند، ولو این‌که آن اندیشه‌ها مثلاً زیاد 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 درباره 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 درخواهد 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» (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). بدین‌سان، 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 درباره 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 روانکاو 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 غیرعادی 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» (۱۴) او) 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 شریانه 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 غیراخلاقی انسانها تناظر دارد.

پیشرفت دانش، نقش عظیم تکانه‌های آرزومندانه جنسی در حیات ذهنی را هر چه بیشتر 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 خصلتهایی 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 هنجار در بزرگسالان و زندگی جنسی ناهنجار 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 مايلم یک بار دیگر عوامل به وجود آورنده این نظریه را برشمردم. عوامل مورد نظر عبارت‌اند از: تأکید بر زندگی غریزی (اثرپذیری عاطفی)؛ تأکید بر پیش‌شناسی [فرایندهای] ذهن؛ تأکید بر این که 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 (۱۵) 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 تحقیر 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.

پ

به منظور این که چگونگی تبدیل یک آرزوی جنسی منع‌شده به نشانه‌ای دردناک در دختری مبتلا به هیستری را ولو تا حدودی درک کنیم، لازم شده بود درباره ساختار و کارکرد دستگاه ذهن فرضیه‌های فراگیر و پیچیده‌ای پردازیم. در اینجا بین تلاش انجام‌شده و نتیجه حاصل‌آمده 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 اعصاب گیرایی 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 متمر ثمر خواهد بود. این دو پدیده عبارت بودند از: کنش‌پیشیهای (۱۶) بسیار متداول در زندگی روزمره (مانند فراموش کردن مطلبی، تیق زدن و به یاد نیاموردن این که شیئی را کجا گذاشته‌ایم) و روئی‌های که انسانهای سالم و به لحاظ روانی بهنجار به خواب می‌بینند. برخی درماندگیهای کم‌اهمیت — مانند فراموشی موقت برخی اسامی که در حالت معمول به راحتی به یاد می‌آوریم، تیق زدن و اشتباه نوشتن کلمات، و از این قبیل — تا آن زمان اصلاً درخور بررسی تلقی نمی‌شدند و یا این که حمل بر خستگی یا حواس‌پرتی و مانند آن می‌شدند. این نگارنده در کتاب خود با عنوان آسیب‌شناسی روانی زندگی روزمره (۱۷) (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 کنش‌پیشی‌هایی 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 روئی‌ها به نتایج بیشتری نیز منتهی شد که این نگارنده در سال ۱۹۰۰ با کتاب تعبیر روئی‌ها توجه عموم را به آنها جلب کرد. کتاب یادشده نشان داد که روئی‌ها درست همان‌گونه ساخته می‌شود که نشانه‌های روان‌رنجوری. روئی‌ها همانند نشانه‌های روان‌رنجوری ممکن است عجیب و بی‌معنا به نظر برسند، اما اگر آن را با فنی که تفاوت اندکی با تداعی آزاد در روانکاوی دارد مورد بررسی قرار دهیم، آنگاه از محتوای آشکار آن به معنایی مکتوم — یعنی اندیشه‌های نهفته روئی‌ها — 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 روئی‌های 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» روئی‌ها انجام می‌دهند. بدین ترتیب، روئی‌های آشکار — آن‌گونه که در زمان بیداری به یاد می‌آوریم — شکل می‌گیرد. سانسور اعمال‌شده بر روئی‌ها [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 برملا کند. درست مانند نشانه‌های روان‌رنجوری، روئی‌ها نیز مصالحه‌ای است بین دو دسته معارض از نیروهای ذهنی. پس آن قاعده‌ای که در نهایت می‌تواند جوهر روئی‌ها را تعریف کند، از این قرار است: روئی‌ها تحقق (با تغییر شکل) یک آرزو (آرزوی سرکوب‌شده) است. با مطالعه فرایند تغییر شکل آرزوی نهفته روئی‌ها به محتوای آشکار روئی‌ها (فرایندی که اصطلاحاً «کارکرد روئی» نامیده می‌شود)، بیشترین اطلاعات را درباره حیات ناخودآگاه ذهنی فراگرفته‌ایم.

باید توجه داشت که روئی‌ها یک نشانه بیمارگونه نیست، بلکه از ذهن بهنجار برمی‌آید. آن آرزوهایی که روئی‌ها به صورت محقق‌شده باز می‌نمایند، همان آرزوهای سرکوب‌شده روان‌رنجوریها هستند. پیدایش روئی‌ها صرفاً نتیجه شرایط مساعدی است که در حالت خواب — یعنی عامل فلج‌کننده حرکات انسان — حادث می‌شود. در این شرایط، سرکوب به سانسور روئی‌ها تخفیف می‌یابد. اما چنانچه فرایند شکل‌گیری روئی‌ها از حد و حدود خاصی فراتر رود، روئی‌ها 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 روئی‌ها، 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، هیچ کسی به آثار فروید توجه نکرد. حدوداً در سال ۱۹۰۷، گروهی از روانپزشکان سوئیسی (بلویلر (۱۸) و یونگ (۱۹))، 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 فوق‌العاده سرسختانه‌ای را برمی‌انگیخت. این نظریه احساسات تعصب‌آمیز بشر متمدن را در زمینه‌های بسیار حساسی جریحه‌دار کرد. می‌شود گفت با برملا کردن آنچه بنا بر توافق عام سرکوب شده بود، روانکاوی همه آحاد جامعه را در معرض واکنش تحلیلی قرار داد و بدین ترتیب معاصرانش را

و داشت تا مثل بیمارانی که تحت درمان روانکاوانه قرار دارند رفتار کنند و به ویژه مقاومت‌پایشان را بروز دهند. همچنین باید اذعان داشت که متقاعد کردن اشخاص به درستی نظریه‌های روانکاوانه یا آموزش معالجه از طریق روانکاوی، کار سهلی 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 (۲۰) رئیس دانشگاه کلارک در آمریکا از فروید و یونگ دعوت کرد تا یک رشته سخنرانی در آن دانشگاه ایراد کنند و برخوردی که با آنان شد، دوستانه بود. از آن زمان به بعد، روانکاوی در آمریکا همچنان پُرطرفدار بوده است، هرچند 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 ایس (۲۱) 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* (14-1909)، به مدیریت بلویلر و فروید و به ویراستاری یونگ، که با شروع جنگ جهانی اول دیگر منتشر نشد؛ *Zentralblatt für Psychoanalyse* (1911)، به ویراستاری آدلر (۲۲) و اشتیکل (۲۳)، که اندک زمانی پس از شروع انتشار جای خود را داد به *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* (از سال ۱۹۱۳ و در حال حاضر دهمین جلد آن منتشر شده است). همچنین از سال ۱۹۱۲ نشریه *Imago*، که مؤسسانش رانک (۲۴) و زاگس (۲۵) 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 (۲۶) و جلیف (۲۷) آشکار شد که هنوز هم منتشر می‌گردد. متعاقباً در سال ۱۹۲۰، *The International Journal of Psycho-Analysis* به ویراستاری ارنست جونز (۲۸) به طور خاص برای خوانندگان انگلیسی منتشر شد. ناشری به نام *The Internationaler Psychoanalytischer Verlag* و هم‌نام 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 لیمّا [پایتخت پرو] به ویراستاری ه. دلگادو (۲۹) 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 در پیش گرفتند و چنان [با فروید] مخالفت ورزیدند که بیم آن می‌رفت که گسترش روانکاوی از تداوم بازیستد. بین سالهای ۱۹۱۱ و ۱۹۱۳، کوششهای ک. گ. یونگ در زوریخ و آلفرد آدلر در وین برای ارائه تفسیرهای جدید از حقایق روانکاوی و نیز انحراف از دیدگاه تحلیلی، کمابیش موجب جنجال شد. لیکن دیری نگذشت که گذرا بودن خسران ناشی از این جداییها معلوم شد. موفقیت کوتاه‌مدت آنان را به سهولت می‌توان توضیح داد: توده مردم حاضر بودند برای رهایی از فشار مقتضیات روانکاوی، هر راهی را که در برابرشان گشوده شود دنبال کنند. اکثریت عظیم همکاران فروید ثابت‌قدم ماندند و کارشان را به همان روالی که برایشان تعیین می‌شد ادامه دادند. در شرح مختصری که راجع به یافته‌های روانکاوی در حوزه‌های متعدد و گوناگون کاربردش در پی می‌آید، مکرراً به نام این همکاران خواهیم خورد.

ت

مخالفت پُرهیاهوی دنیای پزشکی نمی‌توانست مانع آن شود که هواداران روانکاوی 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 روانکاوی در درمان بیماران، که به مراتب بیش از هر موفقیت به دست‌آمده 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 روانکاوی به اندازه فنون سایر شاخه‌های تخصصی پزشکی، قطعی و دقیق شده است. عدم درک این موضوع بسیار باعث کاربرد نادرست روانکاوی 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 روانکاوی شده است. تأسیس نخستین درمانگاه بیماران سرپایی (در برلین به همت ماکس آیتینگن (۳۰) در سال ۱۹۲۰)، به همین دلیل از لحاظ عملی اقدامی بسیار مهم است. این موءسسسه 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 پزشکی 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 غرایز 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 هنجار و ناهنجار 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 نوظخته و بسیار ناقص است که رشد پُرشتابی را از سر می‌گذراند. با این همه، در اینجا لازم است موءکداً اشاره کنم 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 می‌آورند، کلمه «جنسی» را نه به مفهوم روانکاوانه، بلکه به مفهوم مبتذل آن به کار می‌برند تا نظر منفی عامه مردم را مورد سوءاستفاده قرار دهند.

دیدگاه روانکاوانه همچنین می‌بایست تمام بیماریهایی را که در روانپزشکی «روان‌پریشی کارکردی» نامیده می‌شوند در زمره اختلالات مبتنی بر خودشیفتگی بگنجانند. نمی‌توان شک کرد که بین روان‌رنجوری و روان‌پریشی (۳۱) تمایز اکیدی وجود ندارد، همان‌گونه که بین سلامت روان و روان‌رنجوری نیز مرز مشخصی نیست. به طریق اولی، تبیین پدیده مرموز روان‌پریشی براساس کشفیات حاصل از تحقیق درباره روان‌رنجوری — که تا پیش از آن زمان به همان اندازه ناهمیدنی می‌نمود — 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 روان‌پریشی انکارناپذیر، همان محتویات (عقد‌ها) و تعامل نیروها را می‌توان یافت که مشابهِش در روان‌رنجوریهای ساده پیدا می‌شود. بلویلر آنچه را که «سازوکارهای فرویدی» می‌نامید در چندین مورد از روان‌پریشی مورد تحقیق قرار داد و یونگ در سال ۱۹۰۷ با تبیین عجیب و غریب‌ترین نشانه‌ها در واپسین‌ترین مراحل بیماری موسوم به «زوال عقل پیش‌رس» (۳۲) براساس تاریخچه زندگی بیمارانش، توانست یکباره شهرت بسیار زیادی برای خود به عنوان روان‌کاو کسب کند. پژوهش جامع بلویلر در خصوص روان‌گسیختگی (۱۹۱۱)، موّجه بودن رهیافت روانکاوانه برای فهم این روان‌پریشیها را به طور قطعی ثابت کرد.

بدین ترتیب روانپزشکی نخستین حوزه کاربرد روانکاوی شد و تاکنون نیز همین‌طور بوده است. همان پژوهشگرانی که در تعمیق دانش روانکاوانه درباره روان‌رنجوریا بیشترین سهم را دارند (مانند کارل ایبراهام (۳۳) در برلین و ساندور فرنچزی (۳۴) در بوداپست که صرفاً برجسته‌ترین این محققان هستند)، همچنین در تبیین روان‌پریشی برحسب نظریه روانکاوی نقش بسزایی ایفا کرده‌اند. به رغم تمامی تلاشهای روانپزشکان، اعتقاد به وحدت و رابطه تنگاتنگ همه اختلالاتی که به صورت پدیده‌های روان‌رنجوری و روان‌پریشی بروز می‌یابند هرچه قانع‌کننده‌تر اثبات می‌شود. این موضوع — شاید

بیش از هر جای دیگر در آمریکا — کم کم درک می‌شود که مطالعه روانکاوانه روان‌رنجوری یگانه راه زمینه‌سازی برای فهم روان‌پریشی است، و نیز این که روانکاوی مقدّر 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 ناهمیدنی و یافتن تأثیر آسیبهای فاحش کالبدی و سمّی 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 این که جایی در کتاب تاریخ زمانه ما بیابد. این ثمره را روانکاوی به سبب رابطه‌اش با حیات ذهنی بهنجار (و نه ناهنجار) 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 روءیاها را تعبیر کنند، روءیاهایی 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 روءیا به طور جدّی 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 عمیقِ 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 آپل (۳۵) (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 از 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». بدین سان، معادل این تضادها در روءیا عبارت است از گرایش جهانشمول و بسیار قدیمی در اندیشه انسان.

برای ذکر نمونه‌ای از حوزه‌های دیگر، می‌توان اشاره کرد که مطابقت کامل اعمالِ سواسی برخی بیماران مبتلا به سواس 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 و سواسی 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 و سواسی 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 و سواسی کدام نیروها با یکدیگر آنقدر می‌ستیزند تا سرانجام تعارضاتشان به صورت آئین اعمالِ سواسی به نحو بارزی متجلی شود. روانکاوان از این حیث هیچ مشابهتی در آئینهای دینی نمی‌دیدند، تا این که 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 پیشداورانه، یا از پرداختن به احساسات عمیقاً ریشه‌دار خودداری ورزد و بدین سان خصومت‌هایی 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 روانکاوی در متنوعترین حیطه‌های فعالیت ذهنی انسان در همه‌جا نتایج مهمی در پی داشته باشد، نتایجی که تاکنون [از راههای دیگر] نمی‌توانسته‌ایم به دست آوریم. آتو رانک و هانس زاکس در پژوهشی فوق‌العاده

ارزشمند (۱۹۱۳) کوشیده‌اند تا دستاوردهای روانکاوان 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 کشتیهای 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 هموعانش 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. روانکاوی نشان داده است که عمدتاً — اما نه منحصرأً — 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 کنونی‌شان به اهدافی دیگر معطوف شوند و بدین ترتیب نیرویشان به شکل گرایشهای «والایش‌شده» (۳۶) 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 هریک 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 آتو رانک را به منزله یک نمونه ذکر کنیم. ما نشان داده‌ایم که اسطوره‌ها و قصه‌های پریان را می‌توان همچون روءیا 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 حرف نهایی را بزند.

و نکته سوم این که روانکاوی — به رغم شگفتی فزاینده ما — نقش فوق‌العاده مهم آنچه را که «عقده اُدیپ» نامیده می‌شود (یعنی رابطه عاطفی کودک با والدینش) در حیات ذهنی انسانها نشان داده است. شگفتی ما زمانی کاسته می‌شود که دریابیم عقده اُدیپ قریحه روانی دو حقیقت بنیادین زیست‌شناسانه است: دوره طولانی وابستگی کودک، و نحوه شگرفی که حیات جنسی در سه الی پنج سالگی به نخستین اوج خود می‌رسد و پس از یک دوره بازداشته 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 همه اشکال زندگی مدنی را به وجود آورده است، در پی محقق کردن این هدف بنیادین است که فرد بتواند بر عقده اُدیپ خود غلبه کند و نیروی شهوی خویش را از تعلقات عاطفی کودکانه به تعلقات اجتماعی که نهایتاً مطلوب تلقی می‌شوند، معطوف سازد. کاربردهای روانکاوی در الهیات و جامعه‌شناسی (مثلاً در نوشته‌های نگارنده مقاله حاضر و تئودور ریک (۳۷) و اُسکار پیفستر (۳۸)) 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 روانکاوانه حیات ذهنی کودکان دریافت کرده‌اند، خواه‌ناخواه می‌بایست استفاده کنند. همچنین برخی روان‌درمانگران (مانند گرادک (۳۹) و

جلیف) اظهار داشته‌اند که درمان روانکاوانه بیماریهای وخیم عضوی مبینِ نتایج امیدبخشی بوده است، زیرا عامل روانی در بسیاری از این بیماریها نقش دارد و می‌توان بر آن عامل تأثیر گذاشت.

بدین‌سان، 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 ارائه تصویری بی‌کم‌وکاست از جهان نیست. اگر تمایز پیشنهادی اخیر من درباره تقسیم دستگاه ذهن به «خود» (که معطوف به دنیای بیرونی و مورد حمایت ضمیر آگاه است) و «نهاد» (ی(۰) 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

ارغنون / ۲۱ / بهار ۱۳۸۲

۱. در واقع این کتاب در اوایل نوامبر سال ۱۸۹۹ انتشار یافت. [توضیح از ویراستار انگلیسی. توضیحات مترجم فارسی با حرف (م) مشخص شده است.]

۲. Euard Hitzig (1907-1838) استاد روانپزشکی در دانشگاه هال بود و (1927-1838) Gustave Fritsch) مدیر گروه بافت‌شناسی دانشگاه برلین، سر (1928-1843) David Ferrier) استاد آسیب‌شناسی اعصاب در دانشکده کینگز لندن، و (1902-1843) Friedrich L. Goltz) استاد فیزیولوژی در دانشگاه استراسبورگ.

۳. Erb

۴. (1904-1823) Ambroise-Auguste Liébeault)، و شاگرد و همکارش (1919-1840) Hippolyte Bernheim) پیروان «مکتب خواب مصنوعی ننسی» (Nancy) بودند. فروید در سال ۱۸۸۹ چندین هفته را در بیمارستان ننسی گذراند.

۵. (97-1834) Rudolf P.H. Heidenhain)، استاد فیزیولوژی و بافت‌شناسی در دانشگاه برسلا.

۶. (1931-1848) August Forel)، استاد روانپزشکی در دانشگاه زوریخ. فروید نقد و بررسی تأییدآمیزی راجع به کتاب فُزل در مورد خواب مصنوعی نوشت.

۷. (93-1825) Jean Martin Charcot)، آسیب‌شناس و از بنیانگذاران عصب‌شناسی. وی در بیمارستان سالپتریر پاریس استاد فروید بود. (م)

۸. (1947-1859) Pierre Janet)، روانشناس و عصب‌شناس فرانسوی. (م)

۹. Josef Breuer

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

۱۱. Studies on Hysteria

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

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

۱۴. «انتقال» (transference) که غالباً به طور ناخودآگاهانه صورت می‌گیرد، عبارت است از یکی پنداشتنِ شخصیتی که بیمار در محیط بلافصل خود می‌شناسد (به ویژه روانکاوِ 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 روانکاو. (م)

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

۱۶. The Psychopathology of Everday Life

Bleuler .۱۷

Yung .۱۸

G. Stanley Hall .۱۹

۲۰. (Havelock Ellis (1939-1859)، پزشک و محقق انگلیسی. (م)

۲۱. (Alfred Adler (1937-1870)، روانپزشک اتریشی. (م)

۲۲. (Wilhelm Stekel (1940-1868)، روانپزشک اتریشی. (م)

۲۳. (Otto Rank (1939-1884)، روانپزشک اتریشی. (م)

Sachs .۲۴

White .۲۵

Jelliffe .۲۶

۲۷. (Ernest Jones (1958-1879)، روانکاو انگلیسی. (م)

H. Delgado .۲۸

Max Eitingon .۲۹

۳۰. «روان‌پریشی» (psychosis) اختلال حاد در شخصیت است که طی آن، تماس فرد با واقعیت قطع می‌شود. هذیان‌گویی و توهم و افکار گسسته و نامسجم از جمله نشانه‌های روان‌پریشی‌اند. (م)

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

Karl Abraham .۳۲

Sándor Ferenczi .۳۳

Karl Abel .۳۴

۳۵. «والایش» (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)

۳۶. (Theodor Reik (1969-1888)، روانکاو اتریشی. (م)

Oskar Pfister .۳۷

Groddeck .۳۸

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)