

# اصول روانکاوی بالینی

دکتر زیگموند فروید

گردآوری و ترجمه از:

دکتر سعید شجاع شفتی



فریود، زیگموند. ۱۸۵۶-۱۹۳۹.

اصول روانکاوی بالینی / زیگموند فریود؛ گردآوری و ترجمه از سعید شجاع شفتی. - تهران: ققنوس، ۱۳۷۷.

ISBN 978-964-311-134-2. ۲۰۰ ص.

فهرست‌نویسی بر اساس اطلاعات فیبا (فهرست‌نویسی پیش از انتشار) پیوسته‌های هر فصل توسط مترجم نوشته شده است.

کتابنامه: ص. ۱۹۹-۲۰۰.

۱. روانکاوی ۲. روانشناسی بالینی. الف. شجاع شفتی، سعید، ۱۳۳۸ - ، مترجم. ب. عنوان.

RC ۵۰۴ / ف ۴ ۶ ۶۱۸/۸۹۱۷

۱۱۸۶-۷۷م

کتابخانه ملی ایران



انتشارات ققنوس

تهران، خیابان انقلاب، خیابان شهدای ژاندارمری،

شماره ۱۱۱، تلفن ۴۰ ۸۶ ۴۰ ۶۶

\* \* \*

زیگموند فریود

اصول روانکاوی بالینی

سعید شجاع شفتی

چاپ هشتم

۱۱۰۰ نسخه

۱۳۹۵

چاپ شمشاد

حق چاپ محفوظ است

شابک: ۲ - ۱۳۴ - ۳۱۱ - ۹۶۴ - ۹۷۸

ISBN: 978-964-311-134-2

www.qoqnoos.ir

Printed in Iran

## فهرست

- یادداشت مترجم ..... ۵
- مقدمه ویراستار متن اصلی ..... ۷
- مقاله اول: استفاده از تعبیر خواب در روانکاوی ..... ۱۱
- مقاله دوم: پدیده انتقال ..... ۱۷
- پیوست اول / ۲۵، پیوست دوم / ۲۹، پیوست سوم / ۳۱، پیوست چهارم / ۳۲
- مقاله سوم: چند توصیه به پزشکانی که به روانکاوی مبادرت می‌ورزند ..... ۳۷
- مقاله چهارم: درباره آغاز درمان ..... ۴۷
- پیوست / ۶۷
- مقاله پنجم: یادآوری، تکرار و پایان ..... ۶۹
- پیوست اول / ۷۸، بحث / ۸۵، پیوست دوم / ۸۷
- مقاله ششم: ملاحظاتی در باب عشق ناشی از پدیده انتقال ..... ۹۵
- پیوست / ۱۰۷
- مقاله هفتم: روانکاوی پایان‌پذیر و پایان‌ناپذیر ..... ۱۱۱
- پیوست اول / ۱۴۴، پیوست دوم / ۱۴۵، پیوست سوم / ۱۴۶، پیوست چهارم / ۱۴۷،  
پیوست پنجم / ۱۴۸، پیوست ششم / ۱۵۲

مقاله هشتم: تعبیرات در روانکاوی ..... ۱۶۳

پیوست / ۱۷۴

مقاله نهم: نکاتی چند در باب تکنیک روانکاوی ..... ۱۷۹

پیوست اول / ۱۸۹، پیوست دوم / ۱۹۰

واژه‌نامه ..... ۱۹۳

فهرست منابع و مآخذ ..... ۱۹۹

## یادداشت مترجم

این کتاب مشتمل است بر برخی مقالات برگزیده تکنیکی درباره شیوه روانکاوی کلاسیک، که به عنوان دومین مرحله<sup>۱</sup> از پیش درآمد جدید و اساسی فرایندهای روان‌درمانیهای عملی محسوب می‌شود. برخی از این روان‌درمانیها عبارتند از:

(الف) روانکاوی کلاسیک<sup>۲</sup> که موضوع اصلی بحث را تشکیل می‌دهد؛

(ب) روان‌درمانی روانکاوانه<sup>۳</sup>، خاصه نوع بینش‌گرایانه<sup>۴</sup> آن؛

(ج) انواع روان‌درمانی کوتاه‌مدت<sup>۵</sup> همچون روش روان‌درمانی کوتاه مدت دینامیک دوانلو<sup>۶</sup> یا روان‌درمانی کوتاه‌مدت اضطراب برانگیز سیف‌نوز<sup>۷</sup>؛

(د) برخی روان‌درمانیهای گروهی از جمله نوع تحلیل‌گرایانه<sup>۸</sup>؛ و نیز روانکاوی گروه<sup>۹</sup>؛

(ر) روشهایی که مبتنی بر تلفیق روان‌درمانیهای فردی با گروهی است و کلاً تمامی روشهای معیارمندی که با دیدگاهی اساسی و زیربنایی همچون روشهای فوق‌الذکر اجرا می‌شوند.

همچنین نظر به اینکه در پاره‌ای نقاط درک کامل مطلب مستلزم آگاهی بر یک سلسله اطلاعات مختصر درباره پاره‌ای از رئوس مطالب و فرضیات مکتب روانکاوی است، لذا حتی المقدور سعی شده تا با افزودن پیوستها و برخی تعاریف در خصوص واژه‌ها، و

---

۱. در نخستین مرحله، در کتاب مطالعاتی بر روان‌شناسی فروید، مراحل تکوین و تکامل ابتدایی روانکاوی و فرایندهای متعلقه که به دنبال و جهت غلبه بر نقایص هیپنوتیزم و پالایش روانی (کاتارزیس = Catharsis) به منصفه ظهور رسیده به تفصیل بیان گردید.

2. freudian, classic, traditional or orthodox psychoanalysis

3. psychoanalytic psychotherapy

4. insight oriented or intensive psychotherapy

6. davanloo short term dynamic psychoteraphy

8. analytically oriented group therapy

5. brief psychotherapy

7. sifneos short terx anxiety

9. psychoanalysis of group

یادآوری سریع یک سلسله مطالب نقل شده به استناد آثار معیار و معتبر، از الزام آن دسته از خوانندگان علاقمند که مایل به اخذ اطلاعات بیشتر بدون مراجعه به سایر کتب روانکاوی‌اند، کاسته شود.

در این راستا به استثنای مقالات اصلی که از سوی مؤلف (فروید) به رشته تحریر درآمده، سایر مباحثی که تحت عنوان پیوست به دنباله آنان ضمیمه گردیده و نیز واژه‌نامه انتهای کتاب در جهت نیل به هدف فوق‌الذکر از سوی اینجانب (مترجم) تهیه و تنظیم شده است. به همین منظور، ذکر چند نکته نیز ضروری به نظر می‌رسد:

۱. این آثار جهت استفاده حرفه‌ای پزشکان، روانپزشکان، روان‌شناسان بالینی و دستیاران و دانشجویان روان‌شناسی و نیز جامعه‌شناسان و سایر محققان در زمینه علوم انسانی تدوین یافته است؛

۲. اگرچه مقالات مندرج در متن کتاب از حیث زمانی قدیمی تلقی می‌شود، لکن به علت ماهیت ویژه فرایندهای روانزایی که جمعاً دیدگاه سایکودینامیک (روان‌پویایی) را تشکیل می‌دهد، بنیادهای اساسی و زیربنایی‌اش، همچون مسائل فلسفی، اگرچه قابل تکامل یا تأمل‌اند، لکن بعد زمان و مکان عاملی در کاهش ارزشهای سودمندشان تلقی نمی‌شوند.

۳. در طول قرن گذشته روانکاوان در خصوص نظریه‌ها و شیوه‌های روانکاوی ابداعات و بازنگریهای بی‌شماری کرده‌اند. این روندها از نخستین شاگردان فروید (همچون یونگ و آدلر) تا جدیدترین نسل‌های روانکاوان همچون اریکسون ادامه می‌یابد. لکن اصول کلی شیوه و نحوه اجرای روانکاوی هم از جنبه نظری و خاصه از نظرگاه عملی و فرایندهای اجرای فن کماکان برطبق سیاق گذشته استوار است و برای فردی که قصد ورود به این حوزه از علوم را دارد راهی جز شروع و طی مسیر پیشکسوتان و ابداع‌کنندگان نخستین وجود ندارد، چه این امر، در مرحله اول، جهت درک صحیح مراحل تکوین و فرایندهای جاری‌اش اجتناب‌ناپذیر و در مرحله دوم برای بررسی دقیق و انتقادی دیدگاههای منشعب از آن الزامی است.

در خاتمه امیدوارم، این کتاب بتواند گامی مؤثر در تبیین جایگاه روش‌شناسی روانکاوی باشد و به انضمام اثر قبلی و آثاری که در آینده آماده خواهد شد خلاً موجود در زمینه آثار تکنیکی را پُر کند.

## مقدمه ویراستار متن اصلی

فروید در کتاب مطالعاتی درباره هیستری<sup>۱</sup> گزارشی بسیار جامع راجع به روش روان‌درمانی‌ای (پسیکو تراپیوتیک) که بر مبنای کشفیات برویر تکمیل شده بود ارائه کرد. این را می‌توان به عنوان تکنیک فشار توصیف کرد. این تکنیک هنوز مقادیر مشابهی از تلقین را شامل می‌شد (اگرچه سریعاً تبدیل به چیزی شد که باید آن را تکنیک روانکاوی نامید). براساس بررسی آثار تکنیکی فروید، صرف‌نظر از دو گزارش بسیار مختصر که در سال ۱۹۰۳ و ۱۹۰۴ منتشر شد وی بیش از پانزده سال هیچ‌گونه شرح جامعی درباره تکنیک روانکاوی منتشر نکرد. اندک اطلاعاتی هم که ما درباره تکنیک وی در طی این دوره داریم براساس اظهارنظرها و تفاسیر ضمنی فروید در کتاب تعبیر خواب و رؤیا و بویژه از روی سرگذشت سه تن از معروفترین بیمارانش در<sup>۲</sup> (۱۹۰۹)، هانس کوچولو<sup>۳</sup> (۱۹۰۹) و رتمن<sup>۴</sup> حاصل شده است (ضمناً این دو نفر آخر نیز، در اواخر این دوره از سکوت نسبی واقع می‌شوند). ما از دکتر ارنست جونز می‌آموزیم که فروید در ۱۹۰۸ تصمیم داشت که گزارش جامعی راجع به تکنیک روانکاوی به رشته تحریر درآورد. قصد وی این بود که این مقاله بالغ بر پنجاه صفحه شود. سی و شش صفحه آن را همان سال نوشت، اما کار در این مرحله متوقف شد و تصمیم گرفت که اتمام آن را تا تعطیلات تابستان سال ۱۹۰۹ به تعویق اندازد. اما در همان سال وظیفه تکمیل مقاله رتمن و کسب آمادگی جهت دیدار از آمریکا پیش آمد، و دوباره کار در درباره تکنیک روانکاوی به دست فراموشی سپرده شد. مع‌هذا، در تابستان همان سال فروید به دکتر جونز گفته بود که وی یادداشت مختصری درباره اصول و قواعد

۱. رک. مطالعاتی بر روان‌شناسی فروید، ترجمه دکتر سعید شجاع شفتی، تهران، مؤسسه انتشارات امیرکبیر،

چ ۱، ۱۳۶۳؛ چ ۲: ۱۳۷۶ - م.

2. Dora

3. Little Hans

4. Rrtman

تکنیک طرحریزی کرده است، این مطالب قرار بود به طور محرمانه فقط در بین نزدیکترین همکارانش مطرح شود. از آن به بعد چیز دیگری درباره این موضوع شنیده نشد تا اینکه وی در اواخر مارس سال بعد در کنگره نورمبرگ (۱۹۱۰) مقاله‌ای در باب «دورنماهای آتیۀ روانکاوی»<sup>۱</sup> ارائه داد. در آن مقاله که خودش درباره موضوع تکنیک بحث می‌کرد، معلوم شد که قصد دارد در آتیۀ نزدیک روش شناسی کلی را در باب روانکاوی ارائه دهد (ظاهراً کاری منظم درباره تکنیک بود). اما دوباره، به استثنای برخی آرای انتقادی درباره تحلیل بی‌ملاحظه که چندماه بعد نوشته شده، وقفه‌ای به مدت بیش از هجده ماه به وجود آمد، و فقط در اواخر ۱۹۱۱ بود که همراه با انتشار شش مقاله حرکتی نو آغاز شد. چهارم مقاله نخست در طی پانزده ماه (بین دسامبر ۱۹۱۱ و مارس ۱۹۱۳) منتشر شدند. سپس وقفه‌ای دیگر پیش آمد، و دو مقاله آخری این سلسله در نوامبر ۱۹۱۴ و ژانویه ۱۹۱۵ منتشر شدند، اما در واقع این دو مقاله تا اواخر ژوئیه ۱۹۱۴ به اتمام رسیده بودند، یعنی درست قبل از بروز جنگ جهانی اول. اگرچه این شش مقاله به این صورت در طی دو سال و نیم منتشر شد، اما به نظر می‌رسد که فروید آنان را به صورت سلسله‌ای متوالی در نظر می‌گرفته، و این موضوع را از روی پانوشته چهارمین مقاله و نیز از چهار موضوع آخر که عنوان مشترک دارند می‌توان فهمید. به علاوه وی آنان را با هم در چهارمین گردآوری مقالات کوتاهش در ۱۹۱۸ تحت عنوان درباره تکنیک روانکاوی تجدید چاپ کرد. بنابراین، در این مورد خود را ذیحق می‌دانیم که درباره ترتیب تاریخی مقالات بی‌توجه بوده و تمام این سلسله از مقالات را در کتاب حاضر بگنجانیم. اگرچه این شش مقاله، تعداد زیادی از موضوعات مهم را شامل می‌شود، به زحمت می‌توان این مقالات را به منزله شرحی منظم در خصوص تکنیک روانکاوی دانست. مع‌هذا شبیه‌ترین و نزدیکترین وسیله دسترسی و تماس فروید را با فرد نشان می‌دهد، زیرا در بیست سالی که از انتشار این مقالات می‌گذرد وی هیچ چیز دیگری را بجز یک جفت توضیحات صریحتر در باب موضوع (بحثی درباره روشهای فعال درمان در مقاله کنگره بوداپست ۱۹۱۸ و چند پند عملی درباره تعبیر خواب ۱۹۲۳)، مطرح نکرد. گذشته از اینها ما بویژه مجبوریم که مانند سابق اعتماد خود را درباره موضوعات ضمنی و حاشیه‌ای واقع در گزارش سرگذشتها معطوف کنیم خاصه درباره آنالیز ولف - من (۱۹۱۴) - (۱۹۱۸) که کمابیش با مقالات حاضر همزمان است. به علاوه، بیانی

1. *The Future Prospects of Psycho-Analytic Therapy* (1910)



مفصل در خصوص اصول اساسی درمان روانکاوی در درسه‌های شماره XXVII و XXVIII کتاب درسه‌های مقدماتی<sup>۱</sup> یافت می‌شود. اگرچه شاید به زحمت بتوان آن را به عنوان کمکی مستقیم و صریح به سؤالات مطرح شده در باب تکنیک به حساب آورد. در واقع، فروید در اواخر سالهای زندگی‌اش در سال ۱۹۳۷ یک بار دیگر در دو مقاله مهم با یک ماهیت آشکار تکنیکی به آن بحث بازگشت. قلت نسبی نوشته‌های فروید درباره تکنیک، و نیز درنگها و تأخیرهایش در خصوص انتشارشان، این فکر را پیش می‌آورد که احیاناً از جانب او احساس بی‌میلی درباره انتشار این گونه مسائل وجود دارد و به دلایل متعدد صحت این امر به نظر می‌رسید. وی یقیناً از این تصور که بیماران آینده بیش از حد لزوم از جزئیات تکنیکش آگاه شوند بیزار بود، و آگاه بود که آنان مشتاقانه هر آنچه را که او درباره این موضوع بنویسد می‌خوانند (همان‌طور که در بالا ذکر شد، این احساس به قصد محدود کردن انتشار این کار تکنیکی در بین تعداد محدودی روانکاوان نشان داده می‌شود). اما قطع نظر از این مسئله، وی بسیار نسبت به ارزش آن چیزی که می‌توانست برای کارآموزان به عنوان «کمک به روانکاوان جوان» توصیف شود مشکوک بود. فقط در سومین و چهارمین مقاله از این سلسله است که چیزی شبیه به این را می‌توان یافت. همان‌طوری که وی در مقاله «در آغاز درمان» به ما می‌گوید، بخشی از این مطلب به این دلیل بود که عوامل روانی وارد در موضوع (از قبیل شخصیت روانکاو) آنقدر پیچیده و متنوع است که طرح هرگونه قوانین جدی و بی‌تأمل را غیرمقدور می‌سازد. چنین قوانینی زمانی می‌تواند ارزشمند باشد که موجبات آنان به‌طور صریح درک و هضم شود. در واقع بخش اعظم این مقالات مشتمل است بر بیان مکانیزم درمان روانکاوی، و روان‌درمانی. زمانی که این مکانیزم درک شود ذکر علت برای واکنشهای بیمار (و روانکاو) و تشخیص و قضاوت در باب آثار و نتایج احتمالی و در نتیجه شایستگی و محل هر وسیله تکنیکی ویژه، امکان‌پذیر می‌شود. اما فروید در کل بحثهایش در مورد تکنیک هرگز از پافشاری بر این نکته که تسلط صحیح و کافی بر موضوع فقط از طریق تجربه کلینیکی حاصل می‌شود و نه از روی کتابها، خودداری نمی‌کند. بدون شک تجربه کلینیکی با بیماران و نیز بالاتر از همه تجربه کلینیکی از روی روانکاوی خود روانکاو (همان‌گونه که فروید رفته رفته هرچه بیشتر بدان متقاعد می‌شد)، به عنوان ضرورتی میرم برای روانکاو به شمار می‌رفت. وی در ابتدا این ایده را نسبتاً به‌طور آزمایشی مطرح کرده بود (مثلاً در

1. *Introductory Lectures, (1916-17)*

دورنماهای آتیه روانکاوی<sup>۱</sup>). ولی این امر با قاطعیت بیشتر در یکی از مقالات کنونی مطرح شده و در یکی از آخرین تألیفاتش این نکته را مطرح می‌کند که هر روانکاوی باید به‌طور دوره‌ای مثلاً هر پنج سال این روانکاوی را تجدید کند. یقیناً این مقالات در خصوص تکنیک باید همراه با درکی صحیح از این شرط مطالعه شود. بالاخره می‌توان گفت که در این سلسله از مقالات، فروید به این سؤال که آیا داشتن نشان پزشکی صفت لازم برای هر روانکاوی است هیچ اشاره‌ای نمی‌کند. در این مقالات به‌نظر می‌رسد که این امر به عنوان فرضی مسلم پذیرفته شده که روانکاو باید دکتر باشد و وی غالباً از بیانی خلاف این مضمون (کلمهٔ دکتر یا پزشک) که به‌طور وافر در بین آنان توزیع می‌شود به دور است. در واقع نخستین سخن منتشرشدهٔ فروید در باب ظهور احتمالی روانکاوان غیرپزشک با آخرین مقالهٔ حاضر همزمان بود و در آن زمان در مقدمه‌ای که بر کتاب پفایستر<sup>۲</sup> نوشت بیان شد. بحثهای اصلی او دربارهٔ این مبحث در سالهای بعد در رساله‌اش دربارهٔ روانکاوی عوام<sup>۳</sup> (۱۹۲۶) و بعدالتحریرش از برای آن مطرح شد (۱۹۲۷). می‌توان گفت که اگر او مقالات فعلی را سالها بعد در زندگی‌اش می‌نوشت کلمهٔ دکتر بسیار کمتر به میان آورده می‌شد. در واقع در دو مقالهٔ آخر فروید دربارهٔ تکنیک، این امر به هیچ وجه مطرح نشده است و به جای آن در همه جا کلمهٔ روانکاو به میان آورده شده است.

---

1. *The Future Prospects of Psycho-Analytic Therapy* (1910)

2. Pfister

3. *Lay Analysis*

### استفاده از تعبیر خواب در روانکاوی<sup>۱</sup>

این مقاله نخستین بار در دسامبر ۱۹۱۱ انتشار یافت. مبحث آن، همان‌گونه که از عنوان مقاله برمی‌آید، صرفاً در خصوص خوابهایی است که در طی درمان تحلیلی بر شخص ظاهر می‌شود. برخی نکات دیگر درباره همین موضوع در بخش I یا VIII از نظراتی در باب نظریه و عمل تعبیر خواب آمده است.

زمانی که این مقاله منتشر شد، صرفاً قصد بر این نبود که خوانندگان از پیشرفتهای دانش روانکاوی مطلع شوند، یا نگارنده خود نسبتاً مطالبی مختصر درباره موضوع به اطلاع عموم برساند. بلکه هدف انجام دادن تکالیف بیشتر در خصوص نشان دادن طرحی روشن از آن چیزی است که اکنون از آن اطلاع داریم به طوری که سبب صرفه‌جویی در وقت و تلاش مبتدیها در انجام روانکاوی می‌شود (با ارائه دادن دستورالعمل مناسب به آنها). موضوعی که اکنون قصد داریم بررسی کنیم، اصول تعبیر خواب نیست. روشهای تعبیر خواب و طرز استعمال چنین تعبیرهایی را بررسی نمی‌کنیم، بلکه صرفاً طریقی که روانکاو باید هنر تعبیر خواب را در درمان روانکاوای بیماران بکارگیرد منظور می‌کنیم. بدون شک راههای گوناگونی برای انجام دادن این کار وجود دارد، اما جواب به سؤالات مطرحه در باب تکنیک روانکاوی، نمی‌تواند امری بدیهی و روشن باشد. اگرچه احتمالاً راههای خوبی جهت انجام دادن کار وجود دارد، انواع بسیار بدی نیز یافت می‌شود و مقایسه‌ای اصولی بین روشهای گوناگون نمی‌تواند از مطرح شدن باز ماند، اگرچه به تصمیمی خاص نیز منجر نمی‌شود. هر کس که از تعبیر خواب به عمل روانکاوی می‌رسد توجه و علاقه‌اش را درباره محتوای خوابها حفظ می‌کند و مایل می‌شود هر خوابی را که بیمار نقل می‌کند تا سرحد امکان به طور کامل تعبیر و تفسیر نماید. اما فی الفور ملاحظه می‌کند که تحت شرایط کاملاً

---

1. *The Handling of Dream-Interpretation in Psycho-analysis*, 1911.

و نیز جهت اطلاع کامل به کتاب تعبیر خواب و رؤیا *Interpretation of Dreams*, (1900) مراجعه شود. - م.

متفاوتی عمل می‌کند، و اگر سعی بر انجام دادن قصدش باشد، با ضرورت‌ترین تکالیف درمان مواجه می‌شود. حتی اگر یکی از نخستین خوابهای بیمار به‌طور شایان توجهی برای شروع نخستین توجیهات مناسب از آب درآید، سایر خوابها پی‌درپی به قدری طولانی و مبهم ظاهر می‌شوند که معنی و مفهوم مستتر در آنها را نمی‌توان در جلسه‌ای کوتاه در عرض یک روز استخراج کرد. اگر روانکاوی کار تعبیر را در طی روزهای بعد ادامه دهد، خوابهای جدیدی در این زمینه روی خواهند کرد و زمانی که وی بتواند نخستین خواب را به مرحله‌نهایی تجزیه و تحلیل برساند اینان مجبورند به کناری گذارده شوند. گاهی تولید خوابها به قدری زیاد است، و پیشرفت بیمار جهت درک و فهم آنان به قدری همراه با شک و درنگ است که ممکن است روانکاو را دچار این سوءظن کند که ظهور مطلب به این طریق صرفاً تجلی مقاومت بیمار است و حمل بر این است که این روش قادر به تسلط یافتن بر آنچه به این طریق ارائه می‌شود نیست. به علاوه در این ضمن درمان کاملاً دور از دسترس و دست‌ماز واقعیت کوتاه خواهد بود. برخلاف چنین تکنیکی، این قاعده که روانکاو باید همیشه از سطح و رویه ذهن بیمار در هر لحظه آگاه باشد و بداند که کدام عقده‌ها و مقاومت‌هایی در این وقت فعال‌اند و چه واکنش خودآگاهی در مقابل آنان رفتار و سلوکش را تحت نفوذ قرار می‌دهد، برای درمان حائز اهمیت بسیاری است. مشکل می‌توان نادیده گرفتن این هدف درمانی را در مقابل میل به تعبیر خواب توجیه کرد. بنابراین، اگر ما این قاعده را در نظر بگیریم، پس طرز تلقیمان نسبت به تعبیر خوابها در روانکاوی چگونه باید باشد؟ پاسخ را می‌توان کمابیش به صورت زیر داد: آن میزان از تعبیری که در طی جلسه‌ای حاصل می‌شود باید به عنوان فرصتی عالی در نظر گرفت و اگر هم محتوای خواب کاملاً روشن نباشد، نقص به حساب نمی‌آید. در روز بعد، تعبیر آن خواب نباید دوباره همچون امری بدیهی از سر گرفته شود، مگر اینکه معلوم شود، در این ضمن چیز دیگری خود را بر افکار بیمار تحمیل نکرده است. بنابراین، نباید هیچ استثنایی برله یک تعبیر گسیخته شده در قالب این قانون که صرفاً نخستین چیزی که به فکر می‌رسد همان چیزی است که باید بررسی شود مدنظر باشد. اگر قبل از اینکه خوابهای قدیمی را تجزیه و تحلیل کنیم خوابهای تازه‌تری پدید آید، در این صورت باید خوابهای جدیدتر بررسی شوند؛ و نباید هیچ‌گونه ناراحتی و تشویش درباره غفلت‌ورزی از خوابهای قدیمتر احساس شود. در آغاز کار خوابهایی که بیش از حد پراکنده و حجیم‌اند، باید از امید برای توجیه کامل و دقیق آنان چشم پوشید. به‌طور کلی شخص باید در مقابل ابزار توجه بیش از حد در خصوص تعبیر خوابها، به علت احتمال بیدار

کردن فکری در بیمار مبنی بر اینکه اگر او هیچ خوابی را مطرح نسازد در کار وقفه حاصل می‌شود محتاط باشد، و الا این خطر هست که مقاومت به سوی تولید خواب معطوف شود، و بعداً باعث توقف کامل آن گردد. برعکس، باید به بیمار قبولاند که در روانکاوی همیشه مواد لازم برای ادامه کار یافت می‌شود، طرح کردن یا نکردن خواب توقفی در این تحلیل به وجود نمی‌آورد. اکنون این سؤال مطرح می‌شود که اگر تعبیر خواب قرار است در معرض چنین محدودیتهایی باشد آیا ما بیش از حد مواد ارزشمندی را که می‌تواند به روشن‌سازی ضمیر ناخودآگاه کمک و افری کند از دست نمی‌دهیم؟ جواب سؤال چنین است که این فقدان به هیچ وجه در مقابل آن بهره‌ای که ممکن است از روی دیدی سطحی در خصوص موضوع حاصل شود بزرگ و مهم نیست. در ابتدا به این نکته باید تأکید کرد که در موارد نئوروزهای شدید هرگونه خواب ساخته پرداخته شده‌ای باید با در نظر گرفتن ماهیت امور به عنوان چیزی دانسته شود که قادر به تجزیه و تحلیل کامل آن نیستیم. غالباً رؤیا و خوابی از این نوع بر کل عنصر بیماریزای مریض حاکم است، یعنی چیزی که برای دکتر و بیمار مجهول است. (تحت عنوان خوابهای برنامه‌ریزی شده و خوابهای بیان‌کننده) و گاهی اوقات معادل ترجمه تمامی محتوای نئوروز به زبان خواب است. در تلاش جهت تعبیر چنین خوابی تمامی مقاومتهای نهایی که در عین حال تاکنون بررسی نشده‌اند فعال می‌شوند و به سرعت در مقابل درک و فهم مطلب محدودیت ایجاد می‌کنند. تفسیر کامل چنین خوابی با تکمیل کل روانکاوی منطبق است. چنانچه در آغاز درمان درباره آن خواب یادداشتی تهیه شود، در ماههای پایانی درمان، درک آن امکانپذیر می‌گردد. این مطلب همانند توجیه علامتی منحصر بفرد (شاید، علامت اصلی) است. برای توجیه آن تمام فرایندهای روانکاوی مورد نیاز است. فرد در طی درمان باید بکوشد تا معنی و مفاد علامت را یکی بعد از دیگری بررسی کند تا وقتی که همگی بتوانند با یکدیگر پیوند یابند. به همین نحو، چیز بیشتری نمی‌توان از خوابی که در نخستین مراحل روانکاوی روی می‌دهد توقع داشت. شخص باید راضی باشد، چنانچه تلاشش جهت تعبیر و تفسیر خواب، انگیزه‌ای مشخص و بیماریزا را روشن کند. بنابراین، اگر شخص فکر تعبیری کامل را رها سازد هیچ چیز قابل حصولی از دست نمی‌دهد، و نیز قاعده اگر کسی تعبیر خوابی نسبتاً قدیمی را قطع کرده، به خواب جدیدی پردازد نقصی در روال اصلی کار پیدا نمی‌شود. ما از روی برخی نمونه‌های جالب از خوابهای کاملاً روانکاوی شده دریافته‌ایم که چندین صحنه یا واقعه متوالی از خواب ممکن است محتوایی یکسان داشته باشد. مفهومی که می‌تواند با وضوح فزاینده‌ای در آنان قدرت

بیان یابد، و همچنین دریافته‌ایم که خوابهای متعددی که در شب رخ می‌دهند، لازم نیست چیزی به غیر از کوششهایی (بیان شده در قالبهای گوناگون)، جهت ارائه معنی‌ای مجرد دانسته شوند. به‌طور کلی، می‌توانیم مطمئن شویم که هر انگیزه‌آرزومندی که امروز خوابی را می‌آفریند مادامی که درک نشده و از زیر تسلط ناخودآگاه بیرون کشیده نشده است دوباره در سایر خوابها نیز ظاهر خواهد شد. بنابراین، غالباً جریان کار چنین است که بهترین راه جهت تعبیر خواب، رهاکردن آن و توجه به خواب تازه است، خوابی که ممکن است همان مطلب را در قالبی قابل دسترس قرار دهد. من می‌دانم که این مطلب به میزان بسیار در خصوص بیمار و نیز پزشک سؤال می‌شود که چطور می‌توانیم از آنان متوقع باشیم که مقاصد هدفدار و خودآگاهشان را در اثنای درمان رها کرده و خودشان را به چنین راهنمایی واگذارند. اما من به این ترتیب می‌توانم جوابگو باشم که شخصی می‌تواند هر دفعه به‌ازای حل مسئله‌ای پاداش گیرد که به اصول روش خودش معتقد باشد، و بر خودش هموار سازد که راهنماییهای ناخودآگاه را در برپایی و تثبیت حلقه‌های رابط انکار نکند. بنابراین، می‌پذیرم که تعبیر خواب نباید در طی درمان روانکاوی به عنوان فنی مستقل دنبال شود، بلکه استفاده از آن باید در معرض آن قواعد تکنیکی‌ای باشد که به‌طور کلی بر روال درمان حاکم است. البته، گاهی فرد به صورت دیگری نیز می‌تواند عمل کند و به علاقه نظری خود اجازه دهد که به نوعی آزادانه ایفای نقش کند. اما فرد باید همیشه از آنچه انجام می‌دهد آگاه باشد. وضعیت دیگری که باید در نظر گرفته شود حالتی است که بعد از اینکه ما اعتماد بیشتری در فهم‌مان از نمادگرایی خواب به دست می‌آوریم و می‌دانیم که باید با استقلال بیشتری از افکار بیمار عمل کنیم، حاصل می‌شود. تعبیرکننده‌ای فوق‌العاده ماهر گاهی خود را در موقعیتی می‌یابد که می‌تواند هرکدام از خوابهای بیمار را ملتفت شود، بدون اینکه به جهت رسیدگی به مراحل وقتگیر و کسل‌کننده کار بر روی آنان به وی نیازی داشته باشد. بدین ترتیب، چنین روانکاوی خود را از هرگونه کشمکش بین مطالبات تعبیر خواب و نیازهای اساسی درمان معاف می‌کند. به علاوه وی اغوا می‌شود تا در هر فرصتی باگفتن هر آن چیزی که از خوابهای بیمار کشف کرده، استفاده کاملی از تعبیر خواب به عمل آورد. ولی در انجام این کار، او روشی را تقبل می‌کند که بسیار از روش مقرر که در ارتباط با مسئله دیگری خاطر نشان خواهیم ساخت منحرف می‌شود. در هر حال، به مبتدیان در تکنیک روانکاوی، توصیه می‌شود که این مورد استثنایی را سرمشق خود قرار ندهند. هر روانکاوی مانند همان کسی که فرض کرده‌ایم در خصوص همان نخستین خوابهایی که بیمارانش مطرح

می سازند در مقام تعبیرکننده‌ای عالی مقام است (قبل از اینکه آنان چیزی را در خصوص اصول تعبیر خوابها آموخته باشند). خوابهای اولیه را می‌توان به عنوان خوابهای چشم و گوش بسته توصیف کرد. خوابهای اولیه همانند خوابهای اشخاص سالم مطالب بسیاری را نزد شنونده فاش می‌کنند. اکنون این سؤال مطرح می‌شود که آیا روانکاو باید فوراً تمام آنچه را که خود از خوابها استنباط می‌کند به بیمار انتقال دهد. فعلاً به این سؤال پاسخ نمی‌دهیم، زیرا این مطلب ظاهراً بخشی از سؤالی وسیعتر را شامل می‌شود: در کدام مرحله درمان، با چه سرعتی باید روانکاو بیمار را با آنچه در ذهنش پنهان است آشنا سازد؟ «هرچه بیمار به میزان بیشتری از کار تعبیر خواب آگاه شود، قاعدتاً خوابهای بعدی اش مبهمتر می‌شود. همچنین تمام اطلاع به دست آمده درباره خوابها به این منظور بکار می‌رود که روند تشکیل دهنده خواب را مواظب خود قرار دهد. در آثار علمی درباره خوابها که به رغم انکارشان در خصوص تعبیر خواب از جانب روانکاو می‌حرک جدیدی را دریافت داشته‌اند، شخص به طور مستمر درمی‌یابد که توجه بسیار غیرضروری‌ای به حفظ صحیح محتوای خواب معطوف می‌شود. گمان می‌رود که این امر محتاج به محافظت در مقابل تغییر شکل و فرسایش در نخستین ساعات بعد از بیداری است. حتی برخی از روانکاوان به رغم تجویز دستورهایی به بیمار جهت اینکه هر خوابی را فوراً پس از بیداری یادداشت کنند، به نظر نمی‌رسد که همیشه به اطلاعاتشان از حالات و شرایط تشکیل خواب اعتماد کافی کنند. در کار درمانی، این قانون زایدی است و بیماران خوشحال می‌شوند که از آن برای آشفته ساختن خوابشان و ابراز حرارت و تعصب بسیار در جایی که هیچ هدف مفیدی را دنبال نمی‌کند استفاده کنند. زیرا، حتی اگر به این طریق موضوع خواب بسختی از دست فراموشی رهایی یابد، به آسانی می‌توان خود را متقاعد کرد که با این کار هیچ چیزی برای بیمار حاصل نشده است. ارتباطات فکری در باب موضوع ظاهر نمی‌شود، و نتیجه همان است که اگر خواب خوب حفظ نشده بود چنین می‌شد. بدون شک پزشک اطلاعاتی را کسب کرده که به طور دیگر حاصل نمی‌شده است. لکن اینکه آیا فقط روانکاو چیزی می‌داند یا بیمار نیز از آن آگاهی دارد یکسان نیست. در جایی دیگر درباره اهمیت این فرق در تکنیک روانکاو به طور مفصل بحث خواهیم کرد. در خاتمه نمونه خاصی از خواب را ذکر می‌کنم که فقط در طی درمان روانکاو رخ می‌دهد، و ممکن است مبتدیان را گیج یا گمراه کند. اینان خوابهای تأکیدکننده‌ای هستند که به آسانی در دسترس روانکاو قرار می‌گیرند و تعبیرشان صرفاً نشان می‌دهد که در طی چند روز آخر از مطالب افکار روزانه چیزی در

درمان حاصل شده است. وقتی این امر اتفاق می‌افتد، چنان می‌نماید که گویی بیمار چنان خوشخو و مهربان بوده است که به شکل خواب برایمان عیناً همان چیزی را مطرح می‌سازد که اندکی قبل به او تلقین می‌کردیم. بی‌تردید روانکاوی مجرب در نسبت دادن چنین خوشخویی به بیمار تردید می‌کند. او چنین خوابهایی را به‌عنوان تأییدی امیدوارکننده می‌پذیرد و بجا می‌آورد که آنها فقط در شرایطی معین که تحت تأثیر درمان فراهم می‌شود مشاهده می‌گردند. اغلب این خوابها در حوزه روانکاوی خودنمایی می‌کنند ولی با وجود این بعد از تفریق هر چیزی که تاکنون شناخته و درک گردیده، هنوز در آنان اشاره کمابیش روشن به آنچه از مدتها قبل تاکنون پنهان بوده است باقی می‌ماند.



### پدیده انتقال<sup>۱</sup>

(اگرچه فروید این جستار را در سلسله مقالات تکنیکی گنجانید، این مقاله بیشتر در ماهیت بررسی نظری درباره پدیده انتقال و طریق عمل آن در درمان روانکاوی است. فروید قبلاً این پدیده را در چند یادداشت کوتاه در انتهای گزارش سرگذشت «درا» بررسی کرده بود؛ و سپس مختصراً در نیمه آخر درسهای XXVII و نیمه اول درسهای XXVIII در دروس مقدماتی (۱۹۱۶-۱۹۱۷) مطرح کرد و تقریباً در اواخر عمر خویش، در مقاله مفصلی به نام «تحلیل پایان‌پذیر و پایان‌ناپذیر» نکات مهمی در خصوص این موضوع بیان داشت). ویلهلم استکل اخیراً در یکی از مجلات تخصصی، زمینه توصیفی مبحث توانفرسای انتقال را بررسی کرده است. من مایلم در صفحات بعدی درباره توضیح این مسئله که چگونه در حین درمان روانکاوی انتقال پیش می‌آید و نیز درباره چگونگی ایفای نقش در طی درمان، نکاتی را بیفزایم. این مسئله را باید فهمید که هر فردی، به واسطه عمل مشترک مزاج ذاتی‌اش و تأثرهای واقع شده در او در نخستین سالهای زندگی‌اش، روشی اختصاصی در خصوص روال زندگی عاشقانه‌اش کسب می‌کند - یعنی در مورد حالتی که در خصوص عاشق شدن برای شخص پیش می‌آید. [رک. همین فصل، پیوست اول، ص ۲۵] غرایزی که اقناع می‌کند و هدفی که شخص خود را در مسیر نیل به آن قرار می‌دهد، چیزی است که به عنوان کلیشه (یا چیزی از این قبیل) توصیف می‌شود، چیزی است که دائماً در طی زندگی شخص تکرار می‌شود (دائماً تجدید می‌شود) - البته تا آنجا که مقتضیات بیرونی و ماهیت اهداف قابل دسترس برای شخص اجازه می‌دهد، و نیز یقیناً چیزی که در مواجهه با تجارب تازه کاملاً تغییرناپذیر نیست. اکنون، براساس مشاهدات ما فقط بخشی از انگیزه‌هایی که خط سیر زندگی عاشقانه را معین می‌سازد تمام فرایند تکامل روانی را طی می‌کند. آن قسمت به طرف

---

1. *The Dynamics of Transference*, 1912.

واقعیت معطوف می‌شود که در اختیار شخصیت خودآگاه قرار دارد، و بخشی از آن را تشکیل می‌دهد. بخشی دیگر از این انگیزه‌ها در طی تکامل و رشد باز نگاه داشته می‌شوند. این بخش اخیر از شخصیت خودآگاه و واقعیت دور شده و نیز از بسط و توسعه بیشتر، بجز در وهم و رؤیا منع شده یا تماماً در ناخودآگاه نگاه داشته شده‌اند. به طوری که برای خودآگاهی شخصیت مجهول‌اند. اگر نیاز کسی برای عشق و محبت تماماً با واقعیت ارضا نشود، وی مجبور است به هر شخص جدیدی که با او مواجه می‌شود با افکار لیبیدویی مذکور نزدیک شود، و بسیار متحمل است که هر دو بخش لیبیدوی فرد، یعنی آن بخشی که مستعد خودآگاه شدن است و به علاوه بخش ناخودآگاه، در شکل گرفتن این نظر و طرز تلقی مشارکت کنند. به این ترتیب، امری کاملاً طبیعی و فهم‌پذیر است که انرژی غریزی شخصی که کاملاً اقماع نشده است، (انرژی‌ای است که پیشاپیش مهیا نگه داشته می‌شود)، باید به شخص پزشک هم معطوف شود. از فرض قبلی ما اینطور نتیجه می‌شود که این فرایند به نخستین نمونه مرجوع و خود را به یکی از کلیشه‌هایی که در ذهن شخص موجودند متصل خواهد کرد. اگر، با استفاده از بیان مناسب یونگ، این «نمونه پدری» (یا اولیه)، عامل تعیین‌کننده‌ای در فراهم آوردن این مسئله باشد، پس نتیجه نهایی با روابط واقعی شخص با پزشک‌اش یکی خواهد بود؛ اما انتقال فقط به این نمونه خاص وابسته نیست، ممکن است در زمینه نمونه اولیه مادر یا برادر نیز ظاهر شود. اگر ما این مطلب را در نظر بگیریم که این پدیده انتقال دقیقاً نه فقط با افکار پیشاپیش خودآگاه، بلکه با افکاری که منع شده یا ناخودآگاه‌اند احیا می‌شود، ویژگیهای انتقال به پزشک، که به واسطه آنها از حیث میزان و ماهیت، از هر چیزی که بتواند بر اساس زمینه حسی یا عقلی توجیه شود مفهوم می‌گردند. چیز دیگری برای بحث یا نگرانی از بابت این طرز رفتار باقی نمی‌ماند، (چنانچه دو نکته که برای روانکاوی حائز اهمیت است در باب آن بدون توجیه باقی نمی‌ماند)، اولاً ما نمی‌فهمیم که چرا پدیده انتقال این قدر در افراد مبتلا به امراض عصبی (غیرعضوی) در زمان روانکاوی نسبت به افراد دیگری از این قبیل که روانکاوی نمی‌شوند شدیدتر است و ثانیاً این موضوع به صورت معمایی باقی می‌ماند که چرا در طی روانکاوی، انتقال در قالب نیرومندترین مقاومت در برابر درمان ظاهر می‌شود، حال آنکه در خارج از حیطه روانکاوی باید به منزله وسیله درمان و شرط موفقیت و حصول گرفته شود.

بر اساس تجربه‌هایی که داریم (و این امر می‌تواند هر چند دفعه که مایل باشیم تأیید شود) اگر خط سیر خاطرات و افکار آزاد بیمار از جریان باز ماند، مکث همیشه می‌تواند با

اطمینانی مبنی بر اینکه او در آن لحظه با فکری که مرتبط با خود دکتر یا چیزی مرتبط با وی است تحت تأثیر واقع شده، برطرف شود.

به محض اینکه این توضیح ارائه شود، یا مکث رفع می‌گردد یا وضعیت از آنی که در آن افکار از جریان باز می‌ماند به آنی که افکار دفع می‌شود تغییر می‌کند.

در نگاه نخست، این نکته در روانکاوی به عنوان یک فن، به صورت مانعی بزرگ نمایانده می‌شود که آنچه در جایی دیگر قویترین عامل در خصوص موفقیت و حصول نتیجه محسوب می‌شود در خود آن در قالب نیرومندترین وسیله مقاومت متجلی می‌گردد. ولی اگر ما وضعیت را با دقت بیشتر بررسی کنیم، دست‌کم می‌توانیم اولین سؤال را جوابگو باشیم. حقیقت امر به این گونه نیست که انتقال همراه با بیشترین شدت و فقدان منع در اثنای روانکاوی نسبت به خارج آن رخ می‌دهد. در مؤسساتی که در آنان بیماران عصبی با روشهایی غیر از روانکاوی درمان می‌شوند مشاهده می‌کنیم که این پدیده باز هم با بیشترین شدت خود رخ می‌دهد، و رنگ و بوی عشقی خام را نشان می‌دهد.

گابریل روتر، زمانی که اسمی از علم روانکاوی نبود، با دیدی دقیق این مسئله را توصیف کرد. وی در مهمترین کتابش از هر جهت روشنترین نظریات را در باب ماهیت و تکوین امراض عصبی ارائه داد. بنابراین، خصوصیات انتقال را نه به روانکاوی بلکه باید به خود بیماری نسبت داد.

درباره دومین مشکل ما دایر بر اینکه چرا انتقال در زمان روانکاوی در قالب مقاومت متجلی می‌شود تا به حال بحثی نشده است و ما اینک باید با دقتی بیشتر آن را بررسی کنیم. ابتدا وضعیت روانی را در طی درمان مجسم می‌سازیم. شرط ثابت و واجب در خصوص آغاز بیماری روانی، فرایندی است که یونگ آن را درون‌گرایی می‌نامد؛ یعنی، بخشی از انرژی وابسته به شور جنسی که مستعد خودآگاه شدن و معطوف به واقعیت بیرونی است که کاهش می‌یابد، و بخشی که از واقعیت منحرف می‌شود و ناخودآگاه است، اگرچه ممکن است هنوز رؤیاهای مشخص را تغذیه کند، متعلق به ناخودآگاه و متناسب با آن افزایش می‌یابد.

فرایند مزبور (خواه به‌طور کامل خواه قسمتی از آن) در خط سیر قهقرایی وارد شده و تصورات بیجانۀ فرد را احیا می‌کند؛ و درمان روانکاوی اکنون اقدام به تعقیب آن می‌نماید و درصدد پیگیری ردپای انرژی فوق‌الذکر است تا آن را در دسترس خودآگاه قرار دهد، و خلاصه آن را برای واقعیت موجود قابل استفاده و سودمند سازد.

جایی که کاوشهای روانکاوی مطرح می‌شود شور جنسی [رک. همین فصل، پیوست دوم، ص ۲۹]؛ به درون نهانگاهش (اید) کشیده می‌گردد، و به این ترتیب کشمکش ظاهر می‌شود؛ یعنی، تمام نیروهایی که باعث شده‌اند شور جنسی سیر قهقرایی را طی کند در قالب مقاومت‌هایی علیه کار روانکاوی برمی‌خیزد، تا این وضع را حفظ کنند. زیرا اگر درون‌گرایی یا سیر قهقرایی شور مزبور با رابطه‌ای ویژه بین فرد و جهان خارج توجیه نشده بود - یا به عبارت دیگر، به واسطه عقیم‌گذاری اقناع، فرایند فوق هرگز به‌وقوع نمی‌پیوست. به هر حال، این مقاومتها از این منبع تنها یا در واقع قویترین آنان نیستند.

شور جنسی در اختیار شخصیت فرد همیشه تحت تأثیر جاذبه‌های ناخودآگاهش (به بیان صحیحتر، بخشهایی از عقده‌های متعلق به ناخودآگاه) بوده است، و به علت اینکه کشش و جاذبه‌ی دنیای واقعی کاهش یافته، وارد خط سیری قهقرایی شده است.

برای آزاد کردن شور جنسی، این جاذبه از سوی ناخودآگاه باید مغلوب شود، یعنی واپسزدگی غرایز ناخودآگاه و محصولانشان، که در این ضمن در فرد برپا داشته شده است، باید برطرف شود. این امر مسئول بزرگترین بخش مقاومت است، چیزی که باعث می‌شود بیماری باقی بماند حتی اگر بعد از روگرداندن از دنیای واقع توجیهش را از دست داده باشد. روانکاوی مجبور است علیه مقاومت‌هایی برخاسته از هر دوی این منابع جدال کند. مقاومت قدم به قدم درمان را همراهی می‌کند. هر فکر مجرد و هر عملی از جانب شخص تحت درمان باید همراه با مقاومت محسوب شود و مصالحه‌ای را بین نیروهایی که در جهت درمان و بهبود می‌کوشند و نیروهای مخالفی که توصیف کرده‌ام نشان می‌دهد.

اکنون اگر ما عقده‌ای بیماریزا را از نمودش در خودآگاه (خواه این چیزی آشکار در قالب علامت باشد خواه چیزی کاملاً نامعلوم) تا ریشه‌اش را در ناخودآگاه دنبال کنیم، بزودی وارد مرحله‌ای می‌شویم که در آن مقاومت خود را به قدری محسوس و واضح می‌سازد که ارتباط فکری بعدی بیمار را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و نوعی مصالحه و سازش بین مطالبات آن و کار کاوش ظاهر می‌شود.

به گواه تجربه‌ی ما، در این مرحله انتقال وارد صحنه می‌شود. وقتی چیزی در دایره‌ی عقده بیماریزا برای انتقال به شخص پزشک مناسب است انتقال بوقوع می‌پیوندد. ارتباط فکری بعدی را به‌وجود آورده و وجود خود را به نشانه‌های مقاوم اعلام می‌دارد (مثلاً با مکث و ایست). ما از این واقعه استنباط می‌کنیم که فکر پدیده‌ی انتقال، پیشاپیش هر فکر ممکن دیگری، وارد خودآگاه شده است. زیرا به این طریق مقاومت را سیراب می‌کند. واقعه‌ای از

این نوع در مواقع بی شماری در طی روانکاوی رخ می دهد. بارها، وقتی که ما به عقده بیماریزا نزدیک می شویم، بخشی از آن عقده که مستعد انتقال است ابتدا به درون خود آگاه کشیده می شود و سپس با سرسختی بسیار از آن حمایت می شود. پس از اینکه مغلوب شد، مغلوب شدن بخشهای دیگر، عقده کمتر مشکلات بعدی کمتری را پدید می آورد.

هر چه درمان روانکاوی بیشتر طول می کشد بیمار بوضوح بیشتری می فهمد که تغییر شکل‌های عنصر بیماریزا نمی تواند به خودی خود دفاعی را علیه آشکار شدنش بروز دهد. وی پیوسته هر چه بیشتر از نوعی تغییر شکل که به وضوح برایش بیشترین امتیازات را به ارمغان می آورد استفاده می کند، یعنی تغییر شکل به وسیله انتقال. این کیفیات منجر به وضعیتی می شود که سرانجام در آن با هر کشمکشی در حوزه انتقال مقابله کند.

بنابراین، انتقال در درمان روانکاوی همیشه در وهله اول به عنوان قویترین سلاح مقاومت بر ما ظاهر می شود، و ما به این نتیجه می رسیم که شدت و دوام انتقال اثری و بیانی از مقاومت است. مکانیزم انتقال را وقتی می توان بررسی کرد که آن را به عقب، تا وضعیت فعالیت شور جنسی در تصورات بچگانه، پیگیری کنیم. ولی نقشی که انتقال در درمان ایفا می کند فقط در صورتی می تواند توجیه شود که ما به روابط درونی مقاومت، نظری بیفکنیم. چرا عامل انتقال این قدر وسیله ای مناسب برای مقاومت شده است؟ می توان تصور کرد که جواب می تواند بدون هرگونه اشکالی مهیا شود. زیرا واضح است که بخصوص پذیرفتن هر انگیزه آرزومند نهی شده ای بسیار مشکل است.

اگر بناست که آن فوری در پیش روی همان شخصی که انگیزه به او مربوط است آشکار شود. چنین ضرورتی باعث اوضاعی می شود که در جهان واقعیت به زحمت مقدر به نظر می رسد، اما وقتی که بیمار مفعول انگیزه های احساسی هیجانی اش را با پزشک هماهنگ می کند، دقیقاً همان را هدف قرار می دهد. با ملاحظات بیشتر پی می بریم که این منفعت ظاهری نمی تواند مشکل را حل کند. برعکس، در واقع رابطه محبت آمیز و وابستگی ارادتمندانه می تواند فرد را در ورای تمامی مشکلات مربوط به اعتراف وا دارد.

در شرایط قابل قیاس واقعی مردم معمولاً می گویند «من از شما خجالت نمی کشم». «من می توانم هر چیزی را به شما بگویم» بنابراین، انتقال به پزشک عیناً به همان سادگی به کار تسهیل اعترافات می خورد، و روشن نیست که چرا آن باید کارها را مشکلتر کند. جواب به سؤالی که این قدر در این صفحات تکرار شده است بنا نیست که سبب اندیشه و تفکر بیشتر

شود بلکه به آنچه ما در حین مقاومت‌های ناشی از انتقال انفرادی در طی درمان می‌آزماییم، پاسخ داده می‌شود.

در آخر درمی‌یابیم که نمی‌توانیم عمل انتقال را در قالب مقاومت دریا بیم، چنانچه صرفاً راجع به انتقال فکر کنیم؛ باید افکارمان را چنان تنظیم کنیم که انتقال مثبت را از نوع منفی تمیز دهیم؛ انتقال احساسات محبت‌آمیز را از انواع خصومت‌آمیز، و این دو نوع را جداگانه درمان کنیم. بازهم نوع مثبت تقسیم‌پذیر است، یعنی، به انتقال احساسات دوستانه یا محبت‌آمیز که در مقابل خودآگاهی جایز است، و نیز انتقال آن احساسات به درون ناخودآگاه.

درخصوص آخری، روانکاوی ثابت می‌کند که آنها همیشه به منابع عاشقانه برمی‌گردند. و ما به این ترتیب به این کشف نائل می‌شویم که بسیاری از روابط احساسی، هیجانی، همدردی، دوستی، اعتماد، و از این قبیل، که می‌توانیم در زندگی مان استفاده کنیم، به‌طور تکوینی با جنسیت مرتبط‌اند و از امیال صرفاً جنسی به‌صورت بی‌رنگ شدن اهداف جنسیشان برخاسته‌اند، اگرچه ممکن است به‌طور پاک و غیر شهوانی بر درک خودآگاهمان ظاهر شوند.

ما عمده‌تاً مقاصد جنسی را می‌شناسیم [رک. همین فصل، پیوست سوم، ص ۳۱] و علم روانکاوی به ما می‌گوید مردمی را که در زندگی واقعی مان تحسین می‌کنیم یا احترام می‌گذاریم ممکن است در مقام اهدافی جنسی از برای ناخودآگاه مان باشند. بنابراین، حل معما چنین است که وقوع انتقال به پزشک برای مقاومت در مقابل درمان تا آنجایی مناسب است که انتقالی منفی یا مثبت در خصوص انگیزه‌های عاشقانه واپس رانده شود.

اگر ما انتقال را با خودآگاه ساختن اش برطرف کنیم با این کار فقط این فرایند هیجانی - احساسی را از شخص پزشک جدا می‌کنیم. ولی آن جزئی که در برابر خودآگاهی جایز است و غیرقابل ایراد است، باقی می‌ماند و وسیله کسب موفقیت در درمان است، یعنی، عیناً همان طوری که در سایر روشهای درمانی است.

تا این حد ما بسادگی می‌پذیریم که نتایج روانکاوی گاه براساس تلقین است. اما با تلقین باید همان طوری که فرنچی (۱۹۰۹) عمل کرد، نحوه تحت تأثیر قرار دادن شخص را با پدیده‌های انتقال که در مورد او مقدر است درک کنیم. ما استقلال نهایی بیمار را با بکارگیری تلقین تأمین می‌کنیم تا بعداً او را وادار سازیم که تکه‌ای از کار روانی را انجام دهد که به عنوان نتیجه ضروری اش یک بهبودی دایمی را از وضعیت روانی اش به همراه دارد.

ممکن است سؤال دیگری مطرح شود که چرا پدیده مقاومت ناشی از انتقال فقط در روانکاوی رخ می‌دهد و نه در سایر روشهای درمانی؟ پاسخ چنین است که به‌طور مسلم آنها در جاهای دیگر بروز می‌کنند، ولی باید مطابق با شرایط آنجا شناخته شوند. در حقیقت بروز انتقالی منفی در مؤسسات درمانی چیزی عادی است. به محض اینکه بیماری تحت تسلط پدیده انتقال منفی قرار می‌گیرد، مؤسسه را در وضع تغییر نیافته یا عود یافته ترک می‌کند.

انتقال عاشقانه، چنین اثر بازدارنده‌ای در مؤسسات درمانی ندارد، زیرا مثل زندگی معمولی این امر در آنجا به جای مکشوف شدن پرده‌پوشی می‌شود. اما نه به وسیله راندن بیمار به خارج از مؤسسه (برعکس وی را در آنجا نگاه می‌دارد)، بلکه با نگاه داشتن بیمار در فاصله‌ای از گذر زندگی، در قالب مقاومتی در مقابل درمان متجلی می‌شود. زیرا از نظرگاه درمانی کاملاً بی‌اهمیت است که آیا بیمار بر این یا آن اضطراب یا منع درونی در این گونه مؤسسات غالب بیاید یا نیاید.

آنچه مهم است این است که وی در زندگی واقعی‌اش نیز به نحوی از دست آن تنش‌های رهایی‌یابد. انتقال منفی مستحق بررسی مفصل و جامعی است که در محدوده مقاله فعلی نمی‌گنجد. این نوع انتقال در انواع قابل درمان امراض عصبی پهلوی به پهلوی انتقال مثبت و غالباً به‌طور همزمان معطوف به شخص یافت می‌شود.

بلویلر اصطلاح مناسب دوگانگی عواطف<sup>۱</sup> را برای توصیف این پدیده اختیار کرده است! چنین دوگانگی و نوسان احساسات تا حدودی به‌نظر عادی می‌رسد. ولی درجه بالا و افراط‌آمیز آن به یقین از خصوصیات اشخاص بیمار است.

در افراد مبتلا به وسواس و وقوع تفرق زودرس در اعداد فوق‌الذکر ظاهراً از مشخصات زندگی غریزی و از شرایط مزاجیشان است. دوگانگی عواطف در تمایلات احساسی این‌گونه بیماران بهترین توجیه در خصوص توانایشان در بکارگیری انتقالهایشان در خدمت مقاومت است. جایی که ظرفیت انتقال اساساً محدود به نوع منفی آن شده است (مثل مبتلایان به سوءظن مرضی)، هرگونه امکان جهت نفوذ یا درمان ناکام و متوقف می‌ماند، ولی در تمام این نظریات ما تاکنون فقط جناح واحدی از پدیده انتقال را بررسی کرده‌ایم. ما باید توجه‌مان را به سمت دیگر همین موضوع نیز معطوف کنیم.

1. ambivalence

هر کسی که درک درستی درباره شیوه‌ای که در آن فرد تحت روانکاوی (به محض اینکه تحت نفوذ مقاومت قابل ملاحظه ناشی از انتقال قرار می‌گیرد) از رابطه واقعی‌اش با پزشک خارج می‌شود، اتخاذ کند، چگونه می‌تواند خود را مجاز احساس کند که نقش اساسی روانکاوی را که مقرر می‌دارد که هر آنچه را که به فکر بیمار می‌رسد باید بدون انتقاد کردن از آن افشاء گردد، بدون اهمیت تلقی کند. چگونه می‌تواند مقاصدی که با آن درمان را آغاز کرد فراموش کند؟ چگونه می‌تواند مباحث منطقی و نتایجی که فقط مدت کوتاهی قبل تأثیر زیادی در او به جا نهاده بود با بی‌قیدی ملاحظه کند؟ هر کسی که تمامی این کیفیات را درک می‌کند ضرورتاً جهت توجیه عقیده‌اش در عوامل دیگری به علاوه آنهایی که قبلاً اقامه شده بودند کاوش به عمل می‌آورد. چنین عواملی جهت جستجو دور از دسترس نیست. آنها یکبار دیگر از وضعیت روانی‌ای که درمان بیمار را در آن مستقر می‌سازد برمی‌خیزند.

در مرحله جستجوی انگیزه‌های که از خودآگاهی بیمار گریخته است داخل حوزه ناخودآگاه می‌شویم [رک. همین فصل، پیوست چهارم، ص ۳۲]، و با واکنشهایی که فراهم می‌آوریم در همان لحظه برخی از صفات مشخصه‌ای را که از مطالعه رؤیایها شناخته‌ایم آشکار می‌کنیم.

انگیزه‌های ناخودآگاه نمی‌خواهند به طریقی که درمان از آنان توقع دارد به یاد آورده شوند ولی می‌کوشند تا خود را مطابق با ناهنگامی ناخودآگاه و توانایی‌اش از بابت توهم و تخیل بروز دهند. عیناً همان طوری که در زمان خواب رخ می‌دهد، بیمار محصولات ناشی از فعالیت انگیزه‌های ناخودآگاهش را همزمان و واقعی می‌داند. وی می‌کوشد تا شور و هیجان‌ش را بدون در نظر گرفتن وضعیت واقعی از قوه به فعل در آورد. پزشک می‌کوشد او را وادار کند که این انگیزه‌های احساسی - هیجانی را با فرایند درمان و داستان زندگی‌اش جور و همسو و آنان را تسلیم بررسی عقلانی در پرتو ارزش روانیشان درک کند.

این کشمکش بین پزشک و بیمار، بین عقل و زندگی غریزی، بین فهمیدن و درصدد عمل برآمدن تقریباً در پدیده انتقال ایفای نقش می‌کند. در این وضعیت پیروزی باید حاصل شود پیروزی که تعبیرش درمان دایمی بیماری است.

نمی‌توان انکار کرد که کنترل پدیده انتقال؛ روانکاو را با بزرگترین مشکلات مواجه می‌کند. ولی نباید فراموش کرد که دقیقاً همانها خدمت فوق‌العاده گرانبهای روشن کردن و واضح ساختن انگیزه‌های عاشقانه مخفی و فراموش شده بیمار را برایمان انجام می‌دهند؛ زیرا، وقتی همه چیز گفته یا انجام می‌شود غیرممکن است که بتوان وجود کسی را حضوراً یا غیباً معدوم کرده و منکرش شد.



## پیوست اول

فروید در یکی از آثار خود تحت عنوان من و او<sup>۱</sup> دربارهٔ غرایز و مفهوم آنان چنین می‌نویسد: غرایز را می‌توان کلاً به دو دسته تقسیم کرد: الف) غریزهٔ عشق و زندگی (اروس)<sup>۲</sup> متشکل از غریزه جنسی (به مفهوم کلی و کامل آن از ابتدا تا انتها) و غریزهٔ جنسی منع شده (و الایش یافته در قالب سایر تجلیات برتر اخلاقی و اجتماعی) و غریزه حفاظت از خویشتن<sup>۳</sup> که از زمان آغاز حیات تا لحظه مرگ بی‌وقفه ادامه دارد و نقطهٔ آغازین آن نیز از زمان آغاز مکیدن شیر مادر به عنوان عمل تغذیه که برای حفظ موجود الزامی است آغاز می‌شود و سپس به تمامی فرایندهای مشابه تعمیم می‌یابد. این غرایز متشکله که کلاً تحت نام اروس (غریزهٔ عشق و زندگی) خوانده می‌شوند در ابتدا از یک منبع و سپس با افزایش سن بتدریج از یکدیگر تفکیک می‌گردند.

ب) غریزهٔ مرگ یا تخریب<sup>۴</sup> که سادیسیم<sup>۵</sup> (دگرآزاری) به عنوان یکی از تخیلات مهم آن در طول زندگی موجود زنده مطرح و باهدف بی‌جان کردن مواد جاندار و تسلط بر محیط اطراف دست به عمل می‌زند. فروید پس از مباحثی چند سرانجام چنین نتیجه می‌گیرد که هر دو غریزه به‌طور درهم تنیده و پیچیده در لابلای یکدیگر جهت حفظ و استقرار حالات پیشین و قبلی حیات و جلوگیری از ایجاد و افزایش تنش در موجود زنده مصروف می‌شوند.

از جمله تجلیات همکاری متقابل این دو غریزه متضاد با یکدیگر نقشی است که سادیسیم در طول زندگی جنسی ایفا می‌کند که در اکثر موارد پس از مرحلهٔ دهانی رشد جنسی در قالب جویدن و خرد کردن با دندانها در مرحلهٔ مقعدی به منصفهٔ ظهور مستقل می‌رسد (در قالب حرکات عضلانی). اما با افزایش رشد شکل محدود و پشت پرده‌ای به خود می‌گیرد، حال آنکه در برخی موارد به‌طور کاملاً مجزا و مستقل و آشکار به‌صورت وسیله‌ای جهت کسب لذت و ابراز شهوت کامل درمی‌آید (سادیسیم جنسی). همچنین ما به تجربه مشاهده می‌کنیم که به‌منظور تخلیهٔ انرژیهای درونی، غریزهٔ مرگ و تخریب معمولاً آلت دست غریزهٔ زندگی قرار می‌گیرد. همچنین پدیدهٔ دوگانگی عواطف (یعنی داشتن احساسات مثبت و منفی در یک زمان به یک مفعول<sup>۶</sup>)، نیز ترکیبی غریزی از این نوع است. در نهایت زندگی جنسی در مرحلهٔ آخر (تناسلی) خود محصول ترکیب این دو دسته از غرایز است. هرگونه برگشت بیمارگونه قهقرایی به عقب از مرحلهٔ تناسلی به مرحلهٔ مقعدی - سادیسیمی با

1. *The Ego and Id, 1923.*

4. death

2. eros

5. sadism

3. preservative

6. ambivalence

تجزیه‌ی غرایز همراه خواهد بود.

غریزه‌ی مرگ یا تخریب سه حالت می‌تواند داشته باشد: الف) به صورت ترکیب با غریزه‌ی عشق؛ ب) مشخصاً معطوف به جهان خارج (سادیسم جنسی و تجاوزطلبی)؛ ج) به‌طور عمده معطوف به درون انسان (از طریق درج در من برتر و نیز تغییر شکل به مازوخیسم یا خودآزاری).

فروید همچنین در یکی از آثار خود به نام *ماوراء اصل لذت*<sup>۱</sup> چنین می‌گوید: «به‌نظر می‌رسد که غریزه‌ی مشتمل بر اصرار ذاتی در زندگی آلی برای استرداد حالت پیشینی از امور است که، موجود زنده مجبور شده است تا در تحت فشار نیروهای ناراحت‌کننده بیرونی ترک گوید، یعنی، نوعی جهندگی آلی به عقب یا به عبارت دیگر بیان سکون ذاتی (و درنهایت بی‌جان) در زندگی آلی.

غرایز به‌طور تاریخی (ژنتیکی؟) تعیین و فعال می‌شوند و جهت‌گیری کلی موجود زنده در طول زندگی را بیان می‌کنند. پدیده‌های توارث و جنین‌شناسی گواه بر وجود پدیده‌ی اجبار به تکرارند. غریزه‌ی مرگ (تخریب) در جهت بازگشت به حالت بی‌جان (غیرآلی) که قبل از حالت جاندار (آلی) وجود داشته می‌کوشد و این نیز در هماهنگی با اصل سکون ذاتی و استرداد پیشین یا اولین است. تکامل اخلاقی و رفتاری در نتیجه‌ی واپس‌زدگی غرایز و امیال ارضا نشده‌ای است که جهت ارضای آنان در حد مقدرات (نه مطلوب نهایی) در جهات غیر مستقیم یا مستقیم فقط به سمت جلو راه باز بوده و طی طریق می‌کند، و به دلیل مقاومت منتج به واپس‌زدگی، راهی جهت ارضای کامل آنان وجود ندارد؛ لذا تکامل در یکجا مساوی با نبود تکامل و عقب‌افتادگی در جای دیگر است. جهت اصلی غرایز نیز بازگشت و حفظ وضع اولیه است (از جاندار به بی‌جان = غریزه‌ی مرگ)، که برای رسیدن به این وضع خط سیر مشخصی را حسب توارث تاریخی طی می‌کند و موانع بر سر راه را به کمک غرایز دیگر جهت حفظ خط سیر رفع می‌کند و غریزه‌ی جنسی (از حرکت و ترکیب سلول تخم تا موجود کامل و بعد از آن)، مستثنی از این حالت به طولانی شدن این سفر حیاتی و زیستی کمک می‌کند. در پایان، آغاز دیگری که سرانجام منجر به پایان دیگری می‌شود به وجود می‌آید.

غریزه‌ی اروس در جهت ایجاد تلفیق بین عناصر زنده عمل می‌کند. تمایز بین غرایز جنسی و سایر غرایز ایگویی (اصطلاحاً منظور غرایز مبتنی بر حفظ خویشتن است، از جمله خوردن، آشامیدن، فرار، خوابیدن و غیره) در جهت‌گیری غالب اولی به سمت مفعول است (در حالی که دومی به‌طور کامل معطوف به خود فرد است). یکی از اولین و مهمترین اعمال دستگاه روانی انسان تلفیق انگیزه‌های غریزی جاری در سطح آن و نیز جایگزین ساختن روندهای ثانویه تفکر (خودآگاه) به جای روندهای اولیه (ناخودآگاه) و برگردان انرژی متحرک و آزاد عصبی به انرژی ساکن و تحت انقیاد است.

فروید همچنین در یکی از آثار خود به نام *سه رساله درباره نظریه جنسیت* می‌نویسد: منظور از اصطلاح غریزه تجلی روانی منبع مستمراً جاری آندوسوماتیک (درون بدنی) تحریک و تهییج است و منظور از محرک، تهییجات انفرادی جاری از خارج یا مرتبط با خارج است. مفهوم غریزه در

1. *Beyond The Pleasure Principle*, 1920

حداصل بین روان و جسم است. گزینه فاقد کیفیت است و تا آنجاکه به زندگی روانی مربوط است باید به عنوان مقیاس مطالبات جسم از فرایندهای روانی محسوب شود. منبع گزینه فرایند تهییجی است که در خود عضو رخ می دهد و رفع این تحریک عضوی یکی از اهداف اولیه موجود زنده است. فروید در یکی دیگر از آثار خود به نام تمدن و نارضایتیهایش<sup>۱</sup> موضوع غرایز را به این نحو مطرح می کند که روابط بین زن و مرد که براساس نیازهای جنسی - تناسلی به تشکیل خانواده می پردازند تحت عنوان عشق خوانده می شود، اما همین اسم به احساسات مثبت بین والدین و فرزندان و برادرها و خواهرهای خانواده نیز اطلاق می شود. اگرچه این نوع عشق را عشق غیرجنسی یا از هدف جنسی بازداشته شده یا به عبارت دیگر محبت صرف توصیف می کنیم. چنین عشقی از نوع اخیر در اصل عشق شهوانی (اگرچه نه لزوماً تناسلی) بوده است و در ناخودآگاه انسان نیز همچنان باقی می ماند.

هر دو نوع عشق (شهوانی و غیرشهوانی) از خانواده به بیرون بسط یافته و با افرادی که تا قبل غریبه بوده اند به ایجاد روابط عاطفی می پردازد (براساس الگوهای اخذ شده از کانون خانواده) تمدن امروزی به دنبال سیر مراحل تکامل خود بالاخره این نکته را آشکار می کند که روابط جنسی فقط تا سرحد تشکیل خانواده و ایجاد رابطه ای انفرادی بین زن و مرد مجاز است و جنسیت را به عنوان منبع صرفاً لذت جویانه قبول ندارد و فقط بدین سبب حاضر به قبول آن است که هیچ جانشینی جهت استمرار نسل انسان به جای آن در اختیار ندارد.

تمدن (انعکاس عملکرد جامعه به عنوان حاصل جمع افراد) مجبور است نهایت سعی خود را بکار ببندد تا گزینه تهاجمی انسان را تحت کنترل درآورد و از طریق بکار بستن مکانیزمهای دفاعی (از جمله معکوس سازی)، تجلیات آنان را مهار سازد. لذا بهره گیری از روشهای وادارکننده افراد به الگو قرار دادن و اتخاذ روابط محبت آمیز غیر جنسی، اعمال محدودیت بر زندگی جنسی، و دوست داشتن همسایگان و سایرین، همگی به علت مهار این نیروی مهاجم از جانب بشریت علیه خود بشریت است.

در مازوشیسم (خودآزاری) گزینه تخریب معطوف به سمت درون انسان شده و با جنسیت درهم می آمیزد، حال آنکه در سادیسم این گزینه معطوف به جهان خارج و دستاویز اروس می شود و این امر با افزایش محدودسازی جهت این گزینه به سمت جهان خارج رابطه مستقیم دارد. نام لیبیدو (شور و شهوت) تجلیات قوه اروس را جهت متمایز ساختن آنان از انرژی گزینه مرگ خاطر نشان می سازد. استفاده از گزینه تخریب از طریق اروس جهت تسلط بر محیط پیرامون و رفع نیازهای حیاتی ایگو (من) صورت می گیرد.

تمدن فرایندی است در خدمت اروس که منظورش تلفیق انسانهای مجرد با یکدیگر و سپس خانواده ها و آن گاه نژادها و مردم و ملل گوناگون در قالب جامعه ای واحد است. اینکه چرا باید چنین

1. *Civilization And Its Discontents*, 1930.

چیزی رخ دهد، ما نمی‌دانیم؟! ولی عمل اروس دقیقاً همین است و این تجمع انسانها باید براساس رابطه‌ای لیبیدویی (محبت‌آمیز و جنسی) به یکدیگر مرتبط شوند. زمانی که غریزه تهاجمی انسان تحت تأثیر عوامل درونی و بیرونی معطوف به درون می‌شود، به سمت (من) ایگو بازمی‌گردد و در آنجا از طریق بخشی از ایگو که تحت عنوان من برتر ناظر بر اعمال ایگوست جذب و اکنون در قالب پدیده وجدان آماده است تا همان تهاجم خشنی را که ایگو مایل است تا بر روی سایرین اعمال کند بر روی خودش اعمال کند.

تضاد بین من برتر و من را احساس گناه می‌گویند و خود را در قالب نیاز به تنبیه متجلی می‌کند. در چنین موقعیتی حتی اگر شخص حقیقتاً هم کار بدی انجام نداده باشد بلکه فقط قصد انجام آن را کند، ممکن است خود را گناهکار محسوب کند. (زیرا، خودش از قصدش آگاه است لذا مستحق سرزنش و تنبیه است اگرچه نه به طور خودآگاهانه، زیرا یادآوریش رنج‌آور است؛ بنابراین، از طریق اعمال مقاومت درونی آن را به نوعی فراموشی کاذب یا به عبارت دیگر ناخودآگاه می‌سپارد).

در ابتدا فرایند نامطلوب آن روندی است که فرد را در معرض تهدید به از دست دادن عشق و محبت کند. با ترس از این موضوع فرد باید از آن پرهیز کند. این می‌تواند دلیلی باشد بر اینکه اگر فردی کار بدی انجام داده است یا فقط قصدش را داشته چندان فرقی نمی‌کند. در هر صورت خطر فقط در صورتی و زمانی بروز می‌کند که فرد آن را کشف می‌کند، ولی به هر حال فرد به صورتی واحد عمل می‌کند. فروید دو منشأ را برای احساس مبهم و ناخودآگاه گناه ذکر می‌کند: نخست ترس اولیه ناشی از شخصیتی مقتدر و دیگری ترس از من برتر. اول متضمن چشمپوشی از ارضا غریزی و دومی علاوه بر این نکته متضمن تنبیه است، زیرا امتداد امیال منع شده مخفی‌پذیر از دید من برتر (یعنی از خودش) نیست. در عین حال شدت عمل من برتر (مطالبات وجدان) امتداد درونی شدت عمل شخصیت مقتدر (والدین) در جهان خارج است که جانشین آن شده است.

تحت فشار احساس گناه ناراحتی دایمی و درونی، جایگزین تهدید به ناراحتی خارجی (از دست دادن عشق و محبت و دریافت تنبیه از سوی شخصیت مقتدر جهان خارج) خواهد شد. بنابراین، چشمپوشی از ارضای غریزه به علت ترس از تهاجم جهان خارج (والدین) صورت می‌گیرد. این موضوع اهمیت از دست دادن عشق را مشهود می‌کند. زیرا عشق در مقابل تهاجم تنبیه‌آمیز نقش محافظ را ایفا می‌کند. سپس شخصیت مقتدر درونی برپا شده و چشمپوشی از غریزه به علت ترس از آن (ترس از عذاب وجدان) صورت می‌گیرد.

در کیفیت اخیر مقاصد بد برابر با اعمال بد است، لذا احساس گناه و نیاز به تنبیه رخ می‌نماید. نتیجه کلی دیگر این است که اساساً هسته اولیه هر وجدان در نتیجه چشمپوشی از ارضای غرایز تشکیل شده و با هر چشمپوشی دیگر این هسته قویتر می‌شود.

این تذکر لازم است که رابطه بین من برتر و من قابل قیاس با رابطه بین من (هنوز تقسیم نشده) و مفعول خارجی است. تفاوت اساسی در این است که شدت عمل من برتر نشان‌دهنده شدت عملی

نیست که فرد از مفعول تجربه کرده یا بدان نسبت می‌دهد. بلکه بیانگر تهاجم خود فرد نسبت به آن است. اگر این امر را صحیح بینداریم، می‌توان اظهار داشت که در تشکیل اولیه وجدان سرکوب انگیزه تهاجم نیز نقش مهمی را ایفا می‌کند که بعداً به سبب سرکوبهای تازه‌ای از همان نوع تقویت می‌شود. این نکته را نیز باید به یاد داشت که در فرایند تشکیل من برتر و ظهور وجدان عوامل مزاجی ذاتی و آثار جهان پیرامون با هم مشترکاً عمل می‌کنند. خلاصه اینکه من برتر کیفیتی ذهنی است که ما استنباط می‌کنیم و وجدان، عملکرد منسوب به این کیفیت است. این عملکرد مشتمل بر نظارت بر اعمال و مقاصد ایگو (من) و ارزیابی آنان و برقراری روند سانسور است.

احساس گناه و شدت عمل و خشونت من برتر، فرایندی برابر با شدت عمل وجدان است. به عبارت دیگر، درک ایگو (من) از این نظارت، و ارزیابی تنش بین تمایلات خودش و مطالبات من برتر است. ترس از این من برتر (ترسی که زیر بنای کلیه روابط قرار دارد) و نیاز به تنبیه شدن، تجلی غریزی از (من) ایگوست که تحت تأثیر الگوی ایده‌آل از سادیسمی به مازوخیستی تبدیل شده است. آن بخش از غریزه تخریب معطوف به سمت اضمحلال درونی در ایگوست که به طور غیرمستقیم به کار برقراری اتصال عاشقانه با من برتر می‌خورد (زیرا این غریزه تخریبی در عین حال با اروس نیز در هم تنیده شده است و این دو رشته تا زمان آغاز ترس اولیه که بر زمینه‌ای محبت‌آمیز بنا شده است امتداد یا به عبارت دیگر ریشه دارند) بنابراین، ترس از گناه قبل از من برتر و قبل از وجدان وجود دارد. به همین دلیل بیانگر ترس از شخصیت مقتدر بیرونی (والدین، بخصوص پدر) و تأییدکننده تنش بین من (ایگو) و آن شخصیت است و مشتق از کشمکش بین نیاز به عشق و محبت آن شخصیت مقتدر و نیاز به ارضای غریزه‌ای است که منعش تمایل به تهاجم را علیه همان شخصیت فوق‌الذکر (و در عین حال بروز خطر از شخصیت فوق‌الذکر، بخصوص خطر اختگی) ایجاد می‌کند (این نکته بیانکننده علت دوگانگی عواطف نسبت به آن شخصیت مقتدر، یعنی پدر نیز است). پشیمانی اصطلاحی کلی برای واکنش (من) ایگو در مورد احساس گناه است و شامل عنصری اضطراب‌آمیز است که در پشت سر احساس گناه ایفای نقش می‌کند؛ و خودش می‌تواند تنبیه و زجر درونی نیز باشد. بنابراین، احساس گناه نیز می‌تواند از وجدان قدیمتر باشد. نهایت اینکه ما غالباً مجبوریم جهت اجرای درمان و پیشرفتش با من برتر به مخالفت برخاسته و از میزان مطالباتش بکاهیم تا به این وسیله من تحت فشار بیمار از قابلیت مانور بیشتری در ارتباط با محیط برخوردار شود.

## پیوست دوم

فروید در یکی از آثار خود به نام سه رساله درباره نظریه جنسیت<sup>۱</sup> در باب توضیح لیبیدو (شور جنسی) چنین می‌گوید: مفهوم لیبیدو نشان‌دهنده نیرویی است که از نظرگاه کمی متغیر است و

1. *Three Contributions to the Theory of Sex*, 1905.

می تواند به عنوان مقیاس روندها و تغییر شکل‌های واقع در حوزه تهییج جنسی بکار آید. این لیبیدو از نظرگاه منشأ، انرژی زیر بنایی کل روندهای روانی انفکاک‌پذیر تلقی می شود، لذا از خصوصیتی کیفی نیز برخوردار است. آن کمیتی از لیبیدو که در قالب تجلیات روانی ظاهر می شود تحت عنوان لیبیدوی ایگو<sup>۱</sup> خوانده می شود.

لیبیدوی ایگو (یا به قول دیگر لیبیدوی خودشیفتگی<sup>۲</sup>)، پس از مدتی معطوف به مفعول خارجی شده و تبدیل به لیبیدوی مفعولی<sup>۳</sup> می شود و این لیبیدو بر این مفعولها تثبیت شده یا آنان را ترک می کنند و از یکی به سمت دیگری رفته، بالاخره به سمت خود ایگو (من) باز می گردند و با این عمل به اطفاء تهییجات جنسی (به طور موقت و جزئی) می پردازند. این نظریه نیز ابراز می شود که لیبیدو همیشه و لزوماً از ماهیتی مذکر (فعال) برخوردار است (حال خواه در مردان باشد خواه در زنان و صرف نظر اینکه مفعولش یک مرد است یا زن). در حاشیه، بیان این نکته لازم است که در روانکاوی منظور از مذکر و مؤنث اطلاق صفتی فعال و انفعالی به پدیده مربوطه است. لذا این بیان که لیبیدو همیشه از ماهیتی مذکر برخوردار است دلیل آن این است که گزینه همیشه نقش فعالی را ایفا می کند، حتی زمانی که از هدفی انفعالی برخوردار باشد. از نظرگاه بیولوژیکی (زیستی) نیز مذکر و مؤنث با وجود اسپرماتوزوئید یا تخمک و اعمال آنها مشخص می شود. از این دیدگاه فعال بودن می تواند در قالب قدرت برتر عضلانی، تهاجم، شدت بیشتر لیبیدو، با مذکریت بیولوژیکی مرتبط شود. لکن همیشه چنین نیست، زیرا برخی گونه‌های حیوانات نیز وجود دارند که در آنها جنس مؤنث از این صفات برخوردار است.

سومین مفهوم موضوع از دیدگاهی اجتماعی و روان‌شناسانه مطرح و با مشاهده مردان و زنان آغاز می شود. چنین مشاهداتی مدلل می دارد که در انسانها مذکر و مؤنث خالص در مفهومی روان‌شناسانه، و نه در مفهومی زیستی یافت شدنی نیست. برعکس هر فردی مخلوطی از صفات و نشانه‌ها را متعلق به خودش و جنس مخالف و آمیخته‌ای از موضوع فعال و انفعالی را نشان می دهد، حال خواه این صفات با جنس بیولوژیکی وفق داشته باشد خواه نه.

فروید در کتاب مروری بر روانکاوی<sup>۴</sup> می نویسد که نیروهایی در پشت سر تنشهای ایجاد شده از طریق نیازهای اید وجود دارند که گزینه خوانده می شوند و مطالبات بدنی (سوماتیک) را در غالب نیازهای روانی جلوه‌گر می کنند و انرژی گزینه‌ای انتقال‌پذیر به دیگری است. یکی از خصوصیات مهم لیبیدو تحرک‌پذیری<sup>۵</sup> آن است، یعنی سهولت انتقال آن از مفعولی به مفعولی دیگر. این برخلاف تثبیت<sup>۶</sup> لیبیدو به برخی مفعولهای ویژه است که در طول زندگی باقی می ماند. فقط وقتی فردی کاملاً عاشق است تمام لیبیدو به مفعول منتقل می شود. لیبیدو منابع بدنی (سوماتیک) را دارد و از اعضا و

1. ego-libido

2. narcissistic-libido

3. object-libido

4. *An Outline Of Psychoanalysis, 1940.*

5. mobility

6. fixation