

تو نباید آگاه شوی

خیانت‌های جامعه در حق کودک



فهرست مطالب

سخن مترجم.....	۹
پیشگفتار.....	۱۳
مقدمه.....	۱۵
بخش نخست: روانکاوی: تعصب در برابر تجربه.....	۲۳
۱: دو رویکرد روانکاوی.....	۲۵
۲: درمان جو روانکاوی اش را توصیف می کند.....	۳۲
۳: اصول تربیتی ناهشیار در روان درمانی.....	۴۰
۴: چرا تا این حد افراطی.....	۵۴
بخش دوم: حقیقت اوایل کودکی و روانکاوی.....	۶۱
۵: روانکاوی عاری از اصول تربیتی.....	۷۲
۶: چرا بیمار در روانکاوش به وکیل مدافع نیاز دارد؟.....	۷۷
۷: زن اخته شده یا دختر کوچک تحقیر شده.....	۸۴
۸: جیزلا و آنیتا.....	۹۳
۹: درد جدایی و خودمختاری: تعابیری جدید از وابستگی کودک کم سن و سال.....	۱۰۱
بخش سوم: چرا حقیقت تا این اندازه رسواگر است؟.....	۱۲۷
۱۰: کاوش گر تنها.....	۱۲۹
۱۱: آیا چیزی تحت عنوان «میل جنسی در کودکان» وجود دارد؟.....	۱۴۳

- ۱۲: اُدیپ: قربانی گنهکار..... ۱۶۷
- ۱۳: سوءاستفاده جنسی از کودک: داستان گرگ‌مرد..... ۱۸۲
- ۱۴: تابوهای غیر جنسی..... ۲۰۰
- ۱۵: پدر روانکاو..... ۲۱۳
- ۱۶: اشکال خویشتن کاذب..... ۲۲۰
- ۱۷: هشتاد سال تئوری سائق..... ۲۲۴
- بخش چهارم: لیکن حقیقت خود را همیشه نمایان خواهد ساخت..... ۲۵۷
- ۱۸: قصه‌ها..... ۲۵۹
- ۱۹: رؤیاها..... ۲۶۵
- ۲۰: ادبیات: مصیبت‌های فرانتس کافکا..... ۲۶۹
- پی‌نوشتی بر نسخه اصلی..... ۳۴۷
- پی‌نوشتی بر نسخه آمریکایی..... ۳۴۹
- ضمیمه: دختران سکوت‌شان را می‌شکنند..... ۳۶۱
- کتابنامه..... ۳۷۱
- واژه‌نامه انگلیسی به فارسی..... ۳۸۳
- واژه‌نامه فارسی به انگلیسی..... ۳۸۴



مقدمه

«می‌توانم آن‌گونه که نیاز دارم خودم را تیره ترسیم کنم، اما مجبور می‌شوم به بقیه آدم‌ها لطمه بزنم.» فروید این کلمات را از زبان یکی از بیمارانش در نامه‌اش به ویلهلم فلیس به تاریخ ۲۸ آوریل ۱۸۹۷ نقل می‌کند. اینجا در ارائه نظرات‌ام، این کلمات را به‌مثابه نقطه خروج در نظر می‌گیرم زیرا باور دارم که نظرات‌ام، چیزی را بیان می‌کند که برای بیشتر افراد صدق می‌کند، یا حداقل برای عده کثیری که من می‌شناسم. در نخستین کتابم، در جستجوی کودک فراموش شده^۱، تلاش کردم نشان دهم که چگونه توجه کودک به والدین و ایده‌آل‌سازی با آن‌ها در سال‌های نخست زندگی، از یک سو می‌تواند نتیجه وابستگی کامل کودک به آن‌ها باشد یا از سوی دیگر، پاسخی به والدین در جهت تأمین نیازهای‌شان از جمله احترام، پذیرش و توجه که خود در کودکی از آن محروم بوده‌اند. پس از واکاوی پیشینه‌های چند مورد دردناک، توانستم در دومین کتابم «به‌خاطر خودت» نشان دهم که چگونه این افراد مجبور بودند نفرت خاموش مانده خویش را از دوره کودکی سرکوب کنند تا والدین خود را دلخور نکنند.

در کار بعدی، عمدتاً به این پرسش پرداختم که ریشه‌های تخریب‌گری و خودتخریب‌گری انسان کدام‌اند و به نتایجی سرتاسر مخالف با باور فروید درباره «سائق مرگ»^۲ رسیدم. قصدم در این کتاب این است که توضیح دهم چرا تردیدم به باور غالب روانکاوی درباره «میل جنسی در کودکان» بیشتر می‌شود، تا اینکه در نهایت این شجاعت را به خرج دادم که فکر کنم نتایج کشفیاتم در تضاد با

۱. این کتاب با ترجمه خانم کتیون زاهدی در انتشارات ارجمند منتشر شده است. م.

2. Death Instinct

استنتاجات منطقی آنان است.^۱

بدون شک در وهله نخست، آشنایی مستقیم با روانکاوی از طریق ناهشیار خود شخص و نیز احتمال ارتباط با ناهشیار دیگران ممکن است حاکی از آزادی بزرگی برای روانکاو تازه‌کار باشد. کشف اولیه و اغلب شگفت‌آور مکانیزم‌های دفاعی خود شخص (همچون انکار، واپس‌رانی، فرافکنی و غیره) راه‌های مشاهده و تفکر ما را در نوع خود تا حد زیادی دگرگون می‌کند. درک شفاف‌تری از چشم‌اندازها و خاطرات حبس‌شدهٔ کودکی مان به دست می‌آوریم. در مقایسه، روانکاوی نمایان‌گر دیدگاهی آشوب‌برانگیز است به‌ویژه از زمانی که با آن مخالفت شد، تحقیر شد و مدت مدیدی نادیده گرفته شد. زمانی که بعدها شخصی با تربیتی خشک و مذهبی به نظام فکری روانکاوی پی می‌برد، در ابتدا فکر می‌کند که آزاد شده است. همچون کسی که در دره‌ای تنگ و دوردست و پرارتفاع بزرگ شده و ناگهان در چشم‌انداز دشت‌های وسیع

۱. ممکن است خوانندهٔ این کتاب، بیهوده در پی یافتن تعریفی از «تئوری سائق» باشد که گاهی به آن اشاره می‌کنم. زیگموند فروید چند مرتبه - البته با داشتن دلیل - تئوری سائق را بازبینی کرده است، همچنین چنین تعریفی باید کل سرگذشت بسط این مفهوم را در نظر آورد که در اینجا امکان آن وجود ندارد. در عوض سعی می‌کنم در هنگام توضیح یک موقعیت معین، از محتوایش روشن کنم که به کدام جنبه از تئوری سائق اشاره می‌کنم. به‌طور کلی، منظور از این نظریه، همان باوری است که فروید پس از ۱۸۹۷ دربارهٔ میل جنسی در کودکان داشت و پیروانش هم به تبعیت از او به همین باور معتقد شدند؛ این نظریه به مراحل دهانی، مقعدی و آلتی تقسیم می‌شود و در آرزوی کودک چهارساله به اوج خود می‌رسد چنان‌که کودک قصد دارد والد جنس مخالف را از لحاظ جنسی به تملک درآورد و والد همجنس را از میان بردارد (عقدۀ ادیپ) که ناگزیر باعث تعارض خواهد شد زیرا کودک هر دو والد را دوست دارد و به آن‌ها نیاز دارد. شیوۀ حل این تعارض میان اید و ایگو - یا میان ایگو و سوپرایگو - است که تعیین می‌کند آیا شخص نوروپاتیک خواهد شد یا نه. بر طبق این نظریه، هیچ‌یک از تجارب کودک در دنیای بیرونی «آسیب‌زننده نیست، حتی اگر در تشکیل ایگو و شخصیت دارای اهمیت باشد.» (همچنین مقایسه شود با ایگو و مکانیزم‌های دفاعی، آنا فروید). در اینجا آنا فروید هیچ تناقضی را مشاهده نمی‌کند زیرا تأثیرات مخرب محیطی بر روی شخصیت را موضوعی برای روان‌شناسی قلمداد می‌کند نه برای روانکاوی. این دیدگاه عواقب مهمی برای روانکاوی در پی دارد، چنان‌که ملزم می‌دارد هر آنچه بیماران دربارهٔ کودکی‌شان بیان می‌کنند، تخیلات و امیال فرافکننده به دنیای خارج تلقی شود. به این ترتیب، با توجه به تئوری سائق، در واقع والدین نیستند که برای تحقق نیازهای خودشان از کودکان سوءاستفاده می‌کنند، لیکن کودکان هستند که این سوءاستفاده را همچون خیالی در ذهن می‌پروراند و امیال جنسی و پرخاشگرانه‌شان (سائق‌های غریزی) را واپس‌رانی می‌کنند و این امیال را - از طریق مکانیزم فرافکنی - طوری تجربه می‌کنند که از بیرون به‌سوی آن‌ها معطوف می‌گردد. این جنبه از تئوری سائق مرا به نوشتن کتاب حاضر سوق داد.

قرار می‌گیرد. نخست می‌تواند به هر سمت و سویی که تمایل دارد حرکت کند. جهان در منظر دید او است. دیگر کوه‌های مرتفع راهش را سد نمی‌کنند. اما شخص چه احساسی پیدا خواهد کرد آن زمان که بفهمد این دشت‌های حیرت‌انگیز که جهان را بر او ارزانی داشته‌اند دارای ممنوعیت‌اند و نشان‌دهنده مسیر جدیدی نیستند و حتی دال بر مقصد نهایی‌اش هستند؟ کشف دشت‌ها علاقه او را به سیر و سفر برانگیخت و در مقابل، او را از این مسئله آگاه ساخت که کودکی‌اش تا چه اندازه طاقت‌فرسا بوده است. وی از ترک‌گفتن آن دره کوهستانی تنگ شادمان است ولی به‌زودی از سرزمین‌های پهناور اما محصور ناخرسند خواهد شد. نیازش به آزادی و میل‌اش به کاوش دنیایی که در آن سوی ممنوعیت‌ها است برانگیخته شده، اکنون او بر حسب تجربه می‌داند نشانه‌هایی که می‌گفتند *از این نقطه فراتر نرو*، مثل همان کوه‌های مرتفع به سرحدی غایی اشاره نداشته‌اند.

این مرزها و ممنوعیت‌ها، به‌مثابه تعصبات گوناگون نظریه روانکاوی هستند، در حالی که سرزمین‌های پهناور را می‌توان با نخستین مواجهه با ناهشیار مقایسه کرد. چنانچه مسیرهای منتهی به بینش‌های جدید از هر سو باز بمانند، تحت هیچ شرایطی نباید با علاماتی که دال بر ممنوعیت هستند مسدود شوند؛ زیرا اگر قرار باشد هر رهسپاری ناگزیر در نقطه معینی توقف کند، آن‌گاه هر چقدر هم که این دشت‌های پهناور مجال خروج داشته باشند باز هم شبیه زندان هستند. همین امر درباره نظریه روانکاوی صدق می‌کند، چنان‌که با ماهیت جرم‌گرایانه خود و برای حفظ وضعیت کنونی‌اش و تضمین احساس امنیتی که از تعلق به گروه به دست می‌آورد، بهترین چیزی که دارد رها می‌کند، برای نمونه، جنبه خلاقانه، آگاهی‌بخش، و - در بهترین مقصود کلام - وجه جنجال‌برانگیز خود.

ما شناخت اساسی از اهمیت اوایل کودکی را در تمامی مراحل بعدی زندگی مدیون زیگموند فروید هستیم. این اکتشافی است که در تمامی جوامع در هر مقطعی از تاریخ کمابیش معتبر است. اظهار این مطلب که دوره کودکی شکل‌دهنده مراحل بعدی زندگی هر فرد است، مسلماً اظهاری است مطلق که تنها به این‌گونه می‌تواند دعوی اعتبار همگانی داشته باشد. شکل‌گیری دوره کودکی توسط فرهنگ تعیین می‌شود و متأثر از فراز

و نشیب‌های جامعه است؛ هر نسل باید این موضوع را از نو واکاوی کند و آن را در حیطهٔ ویژگی‌های منحصر به فرد زندگی هر شخص بفهمد. مبادرت به تعریف این شکل‌گیری برای همهٔ روزگاران - مثلاً به مدد عقدهٔ ادیپ و تئوری سائق - روانکاوی را در معرض این خطر قرار می‌دهد که به خودش ضربه بزند. اگر پرسش‌های مطرح‌شده دربارهٔ الگوهای رشدی کودک در یک نسل خاص، پیش‌تر یک‌بار و برای همیشه با عقدهٔ ادیپ پاسخ داده شده‌اند، چگونه می‌توان روش‌های روانکاوانه را خلاقانه به کار بست؟ چنانچه روانکاوان در حین آموزش، به جای تأویل موضوع‌های جدید با توجه به منحصر به فرد بودنشان، بیاموزند که این موضوع‌ها را چیز جدیدی به شمار نیاورند و بالعکس تأییدی بدانند بر نظریه‌هایی که دعوی جاودانگی دارند؛ آن‌گاه یاد می‌گیرند از پتانسیل‌های گسترده‌ای که روانکاوی برای روشن‌ساختن حقایق دارد چشم‌پوشی کنند پیش از آنکه بفهمند این پتانسیل‌ها چه هستند.

از تمثیل دشت‌های پهناور محصور برای تصریح رویکرد استفاده کردم. من به‌شخصه نخستین گام‌هایم را به‌سوی آزادی وام‌دار روانکاوی هستم ولی واژگان منحرف‌کننده و تعصباتش را مانعی بر سر راه پیشرفت‌های بیشتر در نظریه و حرفه می‌بینم. بعدها مثال‌هایی برای اثبات این دیدگاه ارائه خواهم کرد. اما نخست می‌خواهم در اینجا نتایجی را مطرح کنم. زمانی به این نتایج رسیدم که آماده شدم ممنوعیت‌های اعلام‌شده را کنار بگذارم و راه خودم را در پیش بگیرم.

نقطهٔ خروج من همان باوری بود که بر اساس آن، دورهٔ کودکی کلید فهم تمامی مراحل بعدی زندگی است. با لمس رنج‌های کودکی، بینشی عاطفی دربارهٔ حالت بغرنج کودک تماماً وابسته پیدا کردم که مجبور است آسیب‌های روانی خویش را واپس‌رانی کند در صورتی که همدمی دلسوز و یاری‌گر نداشته باشد که با او صحبت کند. از سوی دیگر، به تدریج از قدرتی که بزرگسالان بر کودکان اعمال می‌کردند بیشتر آگاه می‌شدم، قدرتی که در اغلب جوامع مجاز و پنهان است اما در دهه‌های اخیر، مطالعات تاریخی-روان‌شناختی، درمان‌هایی که با افراد سایکوتیک، کودکان و خانواده‌ها سر و کار داشته‌اند و از همه مهم‌تر درمان روانکاوانهٔ والدین، باعث شده‌اند که این قدرت بیشتر و بیشتر آشکار شود. بنابراین، پس از تردیدی بلندمدت که مربوط به

احساسم به وظیفه‌شناسی و «تربیت صحیح» بود، به این نتیجه رسیدم که نه تنها تخریب‌گری (که به معنای حالت مرضی برگرفته از پرخاشگری سالم است) بلکه اختلالات جنسی و سایر آن‌ها به‌ویژه از نوع نارسیسیستیک^۱ را بهتر می‌توان فهمید به شرطی که توجه بیشتری به سرشت و اکنش‌پذیر خاستگاه آن‌ها شود. درماندگی کودک، نوعی احساس قدرت را در بزرگسالان ناامن بیدار می‌کند، گذشته از این، کودک در بسیاری از موارد به ابژه جنسی مورد نظر فرد بالغ تبدیل خواهد شد. مکتوم ماندن طولانی مدت این اوضاع، در نگاه نخست عجیب به نظر می‌رسد آن زمان که می‌گوییم هر روانکاو می‌تواند طوماری در این باره بنویسد. دلایل متعددی برای این قضیه وجود دارد که در اینجا دو مورد را ذکر می‌کنم.

۱. افراد بالغ، کودک‌شان را که بر او نیروگذاری نارسیسیستیک شده، همچون بخشی از خودشان تجربه می‌کنند، از این رو، نمی‌توانند تصور کنند آنچه به آنان احساس ارضاشدن می‌دهد ممکن است تأثیر متفاوتی بر کودک بگذارد. گه‌گاه به این مسئله شک می‌کنند، با این حال، فعالیت‌های‌شان را از دید عموم پنهان می‌دارند. (اخیراً پدوفیل‌ها برای حق‌شان به‌جهت تقدیم عشق جنسی علنی به کودکان مبارزه می‌کنند! آنان در خیال خود یقین دارند که کودکان نیازمند آن چیزی هستند که بزرگسالان به آن‌ها می‌دهند.)

۲. بیمارانی که از لحاظ جنسی یا نارسیسیستیک مورد تجاوز قرار گرفته‌اند، تمایل شدیدی به رازداری یا پوشاندن آنچه بر آنان رفته یا سرزنش خودشان به‌خاطرش دارند. به این حقیقت به‌سادگی اذعان می‌شود اما اغلب نادیده گرفته می‌شود. برای مثال، چنانچه حالات وسواس عملی را نمودی از پرخاشگری واپس‌رانده تأویل کنیم، بدون حتی اشاره‌ای کوچک به آسیب‌های روانی که باعث این پرخاشگری شده‌اند، منجر می‌شود که بیمار خودش را به‌خاطر این مسئله بیشتر سرزنش کند؛ یا مثلاً، اگر بدگمانی یک زن به مردان را نمودی از «امیال و فانتزی‌های لیبدوئی او» تأویل کنیم، ممکن است نوعی اشتراک و

۱. نارسیسیزم (Narcissism): اتخاذ بدن یا ایگوی خود شخص به‌عنوان ابژه جنسی یا محل تمرکز لیبدو. - م.

پیشرفت در سیمپتوم‌های بیمار در پی عشق در انتقال^۱ پدید آید. این دو مثال از تأویل روانکاوانه، در نهایت حاکی از تکرار آسیب‌های روانی اولیه ناشی از تجاوز و بی‌خردی است که چه بسا به سیمپتوم‌هایی جدیدی منجر شوند، چون آسیب روانی اخیر (درمان روانکاوانه) قرار نیست به شکل آسیب‌زننده، بلکه کمک‌کننده، مفید و التیام‌بخش تلقی شود و بیمار عموماً آن را در این پرتو می‌بیند.

از زمانی که تئوری روانکاوانه سائق، بیمار را به انکار آسیب‌های روانی خویش و سرزنش خود سوق می‌دهد، احتمال پنهان کردن تجاوز جنسی و نارسیسیستیکی که بیمار در کودکی تجربه کرده، از آشکار ساختن‌اش بیشتر است.

چرا در اکثر موارد روانکاوان به آسیب‌های روانی واقعی کودکی پی نمی‌برند؟ همچنین دلایل متعددی برای این امر محتمل است: ایده‌آل‌سازی حل‌نشده با والدین خودشان؛ محدودیت‌های تحمیل‌شده توسط نظریه‌هایی که آموخته‌اند و مسلماً مهم‌تر از همه ترس مواجهه با آسیب‌های روانی خودشان. برای برخی روانکاوان، عاملی اضافه بر این وجود دارد و آن این است که هیچ‌گاه از ممنوعیت‌های اعلام‌شده آگاه نشده‌اند و در صحت اصول تعصب‌آمیز روانکاوی تردیدی نکرده‌اند.

چنین کتابی با آخرین این چهار دلیل سر و کار دارد؛ زیرا فائق‌آمدن بر انکار آسیب‌های روانی خود شخص بدون افزایش خودآگاهی غیر ممکن است. تا آنجا که به آثار نظریه‌های آموخته‌شده در حین آموزش مربوط می‌شود، در طی سال‌های بسیاری که مشغول کار سرپرستی و نظارت بر آموزش^۲ بوده‌ام بارها و بارها موانعی را مشاهده کرده‌ام که روانکاو را از درس‌گرفتن از تجاربش باز می‌دارد. از سوی دیگر، متوجه وجود برخی داوطلبان (هرچند نه خیلی زیاد) با آزادی عاطفی عالی‌تر شدم که خود را مقید به پافشاری بر تئوری سائق حس نمی‌کردند؛ به این معنا که ایشان امور بیماران را همانند خیالات و نمودهایی از امیال سائقی نمی‌پنداشتند بلکه بر اساس این فرض پیش رفتند که آسیب‌های روانی در سنین پایین رخ داده‌اند. آن‌ها در این راه، این امکان را

۱. عشق در انتقال (Transference love): عشقی که بیمار به درمانگر ابراز می‌کند که در این وضعیت، وظیفه درمانگر پیگردی تاریخی این رابطه به سمت زمینه‌هایش در دوره کودکی بوده بی‌آنکه آن را ارضا یا سرکوب کند. - م.

برای بیماران‌شان فراهم کردند که آسیب‌های روانی دورهٔ کودکی‌شان را به زبان بیاورند که این امر، تغییر را در مدت زمانی کوتاه‌تر از آنچه پیش‌تر ممکن می‌پنداشتم به ارمغان آورد. بنابراین، از ایشان تشکر می‌کنم نه تنها به خاطر آزمایش تجربی نظریه‌ام همچنین به دلیل اطمینان حاصل‌شده از اینکه نتایج کارهایم مطابق با موارد منحصر به فرد است و خلاقانه و منحصر به فرد می‌تواند به کار بسته شود.

برای روانکاوانی که رویکردشان بر مبنای قربانی‌انگاشتن کودک تعیین شده (نه با شخصی که قصد آموزشش را دارد)، احتمالاً هستهٔ مرکزی آموزششان از تمرکز منطقی بر مطالب روانکاوی به سوی درگیری عاطفی در روانکاوی خودشان تغییر می‌کند که در طی آن، باید یک‌بار دیگر اضطراب جدایی اوایل کودکی را تجربه کنند. روانکاوان با کشف تجربهٔ ذهنی^۱ خویش می‌توانند به تجربهٔ ذهنی بیماران‌شان دسترسی یابند که به‌واسطهٔ آن از زندگی بیماران‌شان آگاه می‌شوند. تنها آشنایی (محدود) با ناهشیار خودم و شناسایی تکرار اجباری^۲ است که شناخت تجربهٔ ذهنی فردی دیگر را برایم میسر می‌سازد. آن‌گاه این تجربهٔ ذهنی در هر آنچه فرد می‌گوید، انجام می‌دهد، می‌نویسد، رؤیا می‌بیند یا از آن فرار می‌کند بر من آشکار می‌شود. توانایی روانکاوی برای آگاهی از تجربهٔ ذهنی خودش، پیش‌نیازی برای فهمیدن بیمار است و بینش‌های حاصل‌شده در زندگی بیمار چیزی جز تفکرها و تعمق‌های فردی نیست. این است تلاش‌های روانکاوی برای فهمیدن معنا و رنج‌های نهفتهٔ یک زندگی منحصر به فرد در برابر پیشینهٔ یک کودکی خاص با کمک تجلی‌هایی که توسط تکرار اجباری در انتقال^۳ و انتقال متقابل^۴ برانگیخته می‌شوند.

از مطالعاتم در باب شرح‌حال‌های مختلف، مشخص است که صحت بینش‌هایی از این دست را می‌توان سنجید. احساس لزوماً مانع دقت و صحت علمی نمی‌شود. باور

1. Subjectivity

۲. Repetition Compulsion یا تکرار اجباری؛ به معنای تمایل ذهن به تکرار رویدادهای دردناک و آسیب‌زا برای کنارآمدن با آن‌ها در قالب رؤیا، داستان‌سرایی و توهم است. - م.

۳. Transference یا انتقال؛ به معنای فرافکنی یا جابه‌جایی احساسات ناهشیار بیمار به روانکاوی است که در کودکی با اشخاص مهم زندگی وی مثلاً والدین وجود داشته است. - م.

۴. Counter-transference یا انتقال متقابل؛ به معنای واکنش‌های ناهشیار یا اغلب هشیار روانکاوی به بیمار و انتقال او است؛ این واکنش‌ها، احساسات و افکار بر پایهٔ نیازها و تعارضات روان‌شناختی روانکاوی شکل گرفته و با پاسخ‌های او به رفتار بیمار آشکار می‌شوند. - م.

دارم رشته‌هایی (همچون روانکاوی) وجود دارند که ماهیت علمی‌شان با پذیرش احساسات پررنگ‌تر می‌شود؛ به شرطی که ادعاهای دروغینی که در طی زمانی طولانی با کمک نظریه‌های دور از فهم حمایت می‌شوند، افشا شوند. فقط شخص سرشار از احساس می‌تواند متوجه راهی شود که نظریه‌ای پوچ ممکن است از طریق آن همچون ابزاری برای اعمال قدرت عمل کند، زیرا او از نامفهوم بودن و گنگ بودن هراسی ندارد.

بخش نخست

روانکاوی: تعصب در برابر تجربه



آیا به فرانسوا خواهند گفت که او تقریباً مرده است؟
چه بسا فکر کند توسط پدر شگفت‌انگیزش نجات یافته...
به او نخواهند گفت که وی سعی کرد دختر کوچکی را که متعلق به او نبود بکشد... و
فرانسوا احتمالاً این داستان را که در بچگی برایش اتفاق افتاد تکرار خواهد کرد،
نمی‌داند چه چیزی، از آن زمان تاکنون برای درمان ران، ساق و پایش به بیمارستان
می‌رود به امید آنکه روزی بتواند مثل بقیه افراد راه برود.
... به هر حال، در حال پیشرفت است، و به او گفته‌اند که می‌تواند کفش‌های طبی
جدید بپوشد...

- لیلیا سبار، خشونت علیه دختران کوچک

دو رویکرد روانکاوی

البته فقط روانکاوی کلاسیک نیست که پرسش از شیوه رفتار هشیار یا اغلب ناهشیار والدین با کودک را در سال‌های نخستین زندگی سرکوب می‌کند؛ تمام مکاتب از این دست که با روان انسان سر و کار داشته‌اند چنین مشخصه‌ای دارند، از جمله آن‌هایی که دسترسی آزاد به حقایق مربوطه دارند؛ به عبارت دیگر، روان‌پزشکی، روان‌شناسی و مکاتب مختلف روان‌درمانی. احتمالاً عمده دلیلی که من توجه خاصی به پدیده‌های روانکاوی دارم به این باورم مربوط می‌شود که این مکتب می‌تواند عمیق‌ترین و مؤثقت‌ترین فهم را از سوژه ارائه دهد به شرطی که نظریه‌هایش به‌طور خودکار و ناهشیار، سرکوب‌گرانه عمل نکنند. به جهت توصیف مکانیزم‌های دخیل، باید به برخی جزئیات پردازم.

فرض کنید فردی نخستین بار وارد مطب من روانکاو می‌شود و من هم میل و توجه‌ام را معطوف به کشف امیال سائق می‌کنم که او در حال سرکوب‌شان است و اگر وظیفه‌ام این باشد که این مسئله را در طی روانکاوی برایش روشن کنم، دلسوزانه به آنچه درباره والدین و دوره کودکی‌اش می‌گوید گوش خواهم داد؛ لیکن تنها آن قسمت از تجربیات‌اش را می‌توانم جذب کنم که در تعارض‌های سائقی آشکار شده‌اند. حقیقت کودکی بیمار که در تمام این سال‌ها برایش دست‌نیافتنی بوده برای من نیز همین‌گونه خواهد بود. این بخشی از «دنیای خیالی» بیمار باقی می‌ماند که من با تفکرات و نظریات خودم می‌توانم در آن سهیم شوم بی‌آنکه آسیب‌های روانی که واقعاً اتفاق افتاده‌اند هرگز آشکار شوند. من از همان اول، شخصی را که وارد مطب می‌شود

با پرسش‌هایی درباره آنچه در کودکی بر او رفته روبه‌رو می‌کنم و اگر هشیارانه با کودک درون او همانندسازی^۱ کنم، آن‌گاه از همان نخستین ساعات، وقایع اوایل کودکی بر ما آشکار خواهند شد که پیش از این هرگز نمی‌توانستند در حدی برجسته شوند که رویکردم را بر آن پایه‌گذاری کرده بودم، رویکردی بر اساس همانندسازی ناهشیار با والدین و روش‌های منحرف تربیتی‌شان به‌جای همانندسازی هشیار با کودک پیشین. همانا پرسش از گذشته برای پدیدار کردن این وقایع کافی نیست، گذشته از این، برخی پرسش‌ها بیش از آنکه آشکار کنند، جنبه مخفی‌کننده دارند. ولی در صورتی که روانکاو توجه‌اش را به آسیب‌های روانی اوایل کودکی (خودش و هم‌بیمار) معطوف کند و دیگر مجبور به دفاع از جایگاه والدین نباشد، دیگر مشکلی با یافتن تکرار موقعیت‌های گذشته در وضعیت کنونی بیمار نخواهد داشت. مثلاً اگر بیمار مجبور باشد رابطه‌ای فعلی با همسر را که موجب می‌شود روانکاو آن را شدیداً دردناک بیندارد، با بی‌احساسی توصیف کند، آن‌گاه روانکاو از خود و بیمار می‌پرسد که اشخاص مزبور چه تجربیات دردناکی را در اوایل کودکی بایستی متحمل می‌شدند و اجازه نداشتند که آن‌ها را این‌چنین بشناسند؛ چون در حال حاضر، بیمار درباره ناتوانی، ناامیدی و تنهایی و حقارت مداوم در رابطه کنونی‌اش به‌شدت با بی‌احساسی صحبت می‌کند. هرچند ممکن است بیمار احساسات کنترل‌نشده‌ی معطوف به دیگری و افراد بی‌طرف را نمایان سازد و درباره والدینش بدون احساس یا با ایده‌آل‌سازی صحبت کند. اگر روانکاو بر آسیب‌های روانی اولیه متمرکز شود، با مشاهده چگونگی بدرفتاری بیمار با خودش می‌تواند به نحوه رفتار والدین با او در دوره کودکی پی ببرد. افزون بر این، شیوه رفتار بیمار با روانکاو اغلب می‌تواند نشانه‌ای از شیوه رفتار والدین با کودک باشد، به بیان دیگر، رفتاری تحقیرآمیز، با تمسخر، طردکننده، اغواگرانه. همچنین می‌تواند کاری کنند که کودک احساس گناه، شرم و ترس کند. اگر روانکاو خودش را در گوش دادن به بیمار آزاد بگذارد، می‌تواند در همان جلسه نخست به خصوصیات

۱. Identification یا همانندسازی؛ فرایندی است که به‌واسطه آن، شخص خودش را با افراد دیگر، ویژگی‌ها و دیدگاه‌های آن‌ها مرتبط می‌داند و به آن‌ها شبیه می‌کند. - م.

تربیتی بیمار پی ببرد. اگر روانکاو زندانی تربیت خویش باشد، به استاد یا همکارانش می‌گوید که رفتار بیمارش تا چه اندازه «ناخوشایند» است، چه میزان پرخاشگری واپس‌رانده و پنهان وجود دارد و از کدام میل سائق نشأت می‌گیرد، سپس با همکاران باتجربه‌ترش مشورت می‌کند تا چگونه این پرخاشگری را تأویل یا «کنترل» کند. اما آیا نخست نباید قادر باشد آن درد و رنجی را که اکنون خود بیمار نمی‌تواند حس کند، حس بکند سپس به این گمانه‌اش دامن بزند که نگرش‌های بی‌پرده بیمار، گونه‌ای از ارتباط و زبانی نمادین هستند و حوادثی را بیان می‌کنند که در این لحظه می‌توانند و باید دقیقاً به این شکل و نه شکل دیگر گزارش داده شوند. همچنین او باید بداند که پرخاشگری واپس‌رانده یا بارز، واکنشی است به آسیب‌های روانی که الان مبهم مانده‌اند اما در زمان مناسب باید با آن‌ها روبه‌رو شد.

در اینجا دو رویکرد متفاوت روانکاوی را که از هر جهت مخالف هم هستند خاطرنشان کردم. فرض کنیم یک بیمار یا یک روانکاو تحت تعلیم که در جست‌وجوی روان‌درمانی است با نماینده‌ای از هر دو رویکرد صحبت می‌کند. مجدد فرض کنیم که بر اساس جلسه اول باید گزارشی به کمیته نظارت یا به کلینیک ارائه شود. چنین چیزی در نوع خودش کم‌اهمیت است زیرا این گزارش‌ها در کشورها مخفی می‌مانند. مهم آن است که آیا این افرادی که در جلسات دیده می‌شوند قرار است به این سوق داده شوند که خودشان را سوژه بدانند یا ابژه. در مورد قبلی، آنان گاهی برای اولین بار، فرصتی برای مواجهه با خود و زندگی‌شان می‌بینند و به این وسیله می‌توانند به آسیب‌های روانی ناهشیارشان نزدیک‌تر شوند، فرصتی که می‌تواند با ترس و نیز امید لبریزشان کند. در مورد دوم، از خودبیگانگی فکری مرسوم، آماده‌شان می‌کند که خودشان را ابژه کوشش‌های تربیتی بیشتر ببینند که در طی آن، با استفاده از کلمات بیمار فروید، می‌توانند آن‌گونه که نیاز دارند خودشان را تیره رسم کنند اما مجبور می‌شوند به دیگران لطمه بزنند.

تفاوت‌های نگرش بیمار درباره خودش، باعث شد فکر کنم معانی دور از دسترسی دارند، نه تنها برای شخص بلکه برای جامعه. نگرش شخص دربارۀ خودش بر اطرافیانش نیز مؤثر است، خصوصاً کسانی که به او وابسته‌اند برای مثال فرزندان و