

مقدمه بالینی بر روانکاوی لاکانی  
نظریه و روش

# فهرست مطالب

مقدمه ..... ۱۱

## I- میل و روش روانکاوی

۱- میل در تحلیل ..... ۱۹

دانش و میل ..... ۲۵

بحران رضایت ..... ۲۶

۲- مشارکت بیمار در فرایند درمان ..... ۳۹

«جلسات مقدماتی»: آموزش تحلیلی ..... ۳۹

«جلسات مقدماتی»: جنبه‌های بالینی ..... ۴۱

«جلسات مقدماتی»: دخالت‌های روانکاو ..... ۴۴

هیچ چیز را نمی‌توان چنان‌که هست پذیرفت ..... ۵۲

معنا هیچ‌گاه آشکار نیست ..... ۵۵

معنا همواره مبهم است ..... ۵۶

۳- رابطه تحلیلی ..... ۶۹

دانش و تلقین ..... ۶۹

سوژه‌ای که قرار است بداند ..... ۷۳

«شخص» روانکاو ..... ۷۴

روابط نمادین ..... ۷۶

روانکاو در مقام داور ..... ۷۹

روانکاو به منزله علت ..... ۸۳

- ۴- تفسیر: گشودن فضای میل ..... ۹۷
- تقاضا در برابر میل ..... ۹۷
- تفسیر: نشان دادن فقدان در میل ..... ۹۹
- تفسیر به منزله سخن مبهم ..... ۱۰۱
- تفسیر به امر واقعی اصابت می‌کند ..... ۱۰۵
- ۵- دیالکتیک میل ..... ۱۱۵
- میل ابژه ندارد ..... ۱۱۷
- تثبیت شدن بر علت ..... ۱۱۸
- میل دیگری به مثابه علت ..... ۱۲۰
- جدا شدن از میل دیگری ..... ۱۲۳
- فانتزی بنیادی ..... ۱۲۴
- شکل‌بندی مجدد فانتزی بنیادی ..... ۱۲۹
- اختگی و فانتزی بنیادی ..... ۱۳۱
- جدا شدن از روانکاو ..... ۱۴۵

## II- تشخیص و جایگاه روانکاو

- ۶- رویکرد لاکانی به تشخیص ..... ۱۶۳
- ۷- روان‌پریشی ..... ۱۷۱
- طرد و کارکرد پدری ..... ۱۷۱
- عواقب نقص کارکرد پدری ..... ۱۷۵
- درمان روان‌پریشی: تحلیل موردی ..... ۲۰۵
- از پدر تا بدتر ..... ۲۱۸
- ۸- روان‌رنجوری ..... ۲۴۳
- سرکوب ..... ۲۴۴
- بازگشت امر سرکوفته ..... ۲۴۶

۲۴۸	موقعیت‌های سوژه لاکانی.....
۲۵۰	هیستری و وسواس.....
۲۷۸	یک مورد وسواس.....
۲۹۴	یک مورد هیستری.....
۳۱۷	ملاحظات سبب‌شناسی.....
۳۲۰	هراس.....
۳۴۹	<b>۹- انحراف.....</b>
۳۵۰	هسته جنسیت بشر.....
۳۵۲	انکار.....
۳۷۳	برخی از ساختارهای انحراف.....
۳۷۹	«فالوس مادری».....
۳۹۰	انحراف و ژوئیسانس.....
۳۹۱	اختگی و دیگری.....
۳۹۵	فراآملات.....
۳۹۷	استعاره پدری به مثابه اصل روشنگر.....

### III- روش روانکاوی فراسوی میل

۴۲۵	<b>۱۰- از میل تا ژوئیسانس.....</b>
۴۲۵	فراسوی میل: بازنگری فانتزی بنیادی.....
۴۲۸	از سوژه میل تا سوژه ژوئیسانس.....
۴۳۳	تقویت اژس [شهو] روانکاوی‌شونده.....
۴۳۵	روش، فراسوی میل.....
۴۳۸	پرده برداشتن از ژوئیسانس سوژه.....
۴۵۱	پی‌گفتار.....
۴۵۵	یادداشتی درباره اسناد.....

پیشنهاد به مطالعه بیشتر ..... ۴۵۷

واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ..... ۴۷۳

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ..... ۴۷۵

## مقدمه

هدف تعلیم من تربیت روانکاوان بوده است و خواهد بود.

— لاکان، سمینار XI، ۲۰۹

به رغم دشواری فراوان نوشته‌های لاکان، بسیاری از مفاهیم و نوآوری‌های بالینی او واضح و راحت صورت‌بندی می‌شود. با این وجود، امروزه تعداد کتاب‌هایی که توضیح بدهند روانکاوی لاکانی چگونه اجرا می‌شود و واقعاً حاوی چیست و از این رو چه چیز آن را از دیگر اشکال درمان، با سوگیری روانکاوانه یا غیره متمایز می‌کند، حتی در صورت وجود اندک‌شمار است.

این کتاب اقدامی در جهت اصلاح وضعیت فوق است. کتاب مختص متخصصان بالینی (روانکاوان، روان‌شناسان، روان‌پزشکان، روان‌درمانگران، مشاوران، مددکاران اجتماعی و غیره) و افراد تحت درمان- یا علاقه‌مند به آن یا مصمم به شرکت در آن- است. کتاب، حاصل فعالیت من در امر تعلیم درمانگران جدید دانشگاه دوکین<sup>۱</sup> و نظارت متخصصان بالینی است که- برخی از آن‌ها چند سال- به حرفه درمان اشتغال داشته‌اند. تعدادی از آن‌ها معلومات پیشینی فراوانی از کار لاکان داشتند، به این وسیله توانستیم در تجربه بالینی خود زمینه‌های مشترکی پیدا کنیم، به انواع مسائلی پردازیم که طیف وسیعی از درمانگران با آن‌ها مواجه بودند: بیمارانمان را به مشارکت در درمان سوق بدهیم، به اضطراب‌ها و تقاضاهایشان پردازیم، عشق انتقالی را کنترل کنیم،

---

1 Duquesne University

احساسات له (یا علیه) خود نسبت به بیمار را کنار بگذاریم، قضاوت‌های خود را از جلسه درمان دور نگاه داریم، با پرخاشگری‌ها، گوشه و کنایه‌ها و انتقادات بیمار مواجه شویم و غیره.

به تجربه من، متخصصان بالینی از مکاتب گوناگون معتقدند فهم روش لاکان در توضیح موقعیت‌های بالینی عینی و شرح حال‌های انفرادی ساده است. بنابراین تا حد امکان کوشیده‌ام جنبه‌های روزمره تجربه درمانگر را شرح بدهم و در توضیح نکاتم از مثال‌های متعدد استفاده کنم.

دانش پیشینی از روش لاکان مد نظر من نبود و مطالب خواندنی تکمیلی از جمله کتاب‌ها و مقالات فریود، لاکان و شاگردان او را در بخش جداگانه‌ای از انتهای کتاب پیشنهاد داده‌ام. این کتاب به‌رغم بخش عمده مطالعات سابقم درباره لاکان، تفسیر موشکافانه مفاهیم پیچیده لاکانی یا رمزگشایی دشوار صورت‌بندی‌ها در نوشته‌های انبوه او نیست. فرضم این است که خواننده حین درمان بیماران با تعداد بی‌شمار مسائل عملی مواجه است، و هنوز اطمینان ندارد رویکرد لاکان به اندازه کافی توجه او را به خود جلب کند که ساعت‌ها و به احتمال زیاد ماه‌ها و سال‌ها وقت خود را به حل‌جلی نکات باریک‌تر نظریه لاکانی اختصاص بدهد.

بنابراین رویکردم در کتاب دست‌کم به دو شیوه قابل ارزیابی است. (۱) فهم روش لاکان را که ناروا پیراسته شده و بر تعمیم عوامانه و تحویل‌گرایی استوار بوده آسان کند- در این مورد به ناچار عده‌ای به من خرده می‌گیرند. (۲) بکوشد امکان مواجهه نظریه و عمل را که کمبود آن به شدت احساس می‌شود، از نوعی که در اغلب بیمارستان‌های پاریس و کلینیک بیماران سرپایی زیر نظر لاکانی‌ها وجود دارد فراهم آورد. در این جلسات بالینی، درمانگران تازه‌کار و تحت آموزش هر روز با لاکانی‌ها سروکار دارند- نه در باب نکات باریک‌تر دیالکتیک هگلی، منطق وجه‌نما، توپولوژی، نظریات هایدگری وجود و حقیقت، یا مجازهای ادبی، بلکه در موارد عینی که در آن‌ها

تشخیص، درمان، بستری شدن در بیمارستان و مشارکت بیمار در درمان از موضوعات اساسی به شمار می‌آیند. متخصصان بالینی فرانسه غالباً در بستر ارائه‌های موردی، بحث از اقدامات ضروری برای فلان بیمار، یا تفسیر رؤیا، فانتزی یا رؤیای روز برای اولین بار با مفاهیم میل روانکاو، ساحت نمادین، ابژه  $a$ ، ژوئیسانس و غیره مواجه می‌شوند. اگرچه حتی در این موقعیت نیز خودبه‌خود با این مفاهیم آشنا نمی‌شوند، اما دست‌کم در فرانسه زمینه‌ای برای استفاده روزمره از مفاهیم لاکانی در جلسات بالینی و صورت‌بندی وضعیت بیماران در مواقع خاص و توصیه به درمانگرانی که با این دسته از بیماران سروکار دارند وجود دارد.

هیچ‌کس روانکاو به دنیا نمی‌آید و توده مردم فرانسه از قواعد لاکان چیزی نمی‌دانند، چه رسد به اظهارات چندلایه و چندوجهی او. هیچ‌کس در فرانسه برای فهم لاکان نوشته اصلی او، *نوشتارها*<sup>۱</sup> را نمی‌خواند؛ چنان‌که لاکان خود می‌گوید، «هدف از این مطالب خواندن آن‌ها نیست» (سمینار XX، ۲۹). درمانگران فرانسوی با روش لاکان در زمینه‌های دانشگاهی و بالینی آشنا می‌شوند و زیر نظر یک یا چند درمانگر از بین هزاران درمانگری آموزش می‌بینند که مستقیماً با لاکان و همکارانش کار کرده‌اند، در سخنرانی‌ها حضور یافته‌اند، به ارائه‌های موردی بیمارستان‌ها سر زده‌اند، سال‌ها روی کاناپه گذرانده‌اند و غیره. آن‌ها بی‌واسطه به صورت تمرینی — با کار لاکان آشنا می‌شوند.

در آمریکا، روانکاوای لاکانی تا اکنون چیزی بیش از مجموعه متون — گفتار منسوخ دانشگاهی — نبوده است. از این رو برای ارائه سرزنده گفتار لاکان، رویکرد بالینی باید از طریق تحلیل، سرپرستی و کار بالینی معرفی شود. به عبارت دیگر، از طریق تجربه سوژکتیو. کتاب‌ها صرفاً نقطه آغازند. اگر با اتکا به تجربه روزمره متخصصان بالینی



بتوانم آن‌ها را به توجه بیشتر به مجموعه غالباً فهم‌ناپذیر کار لاکان و برخورد جدی با نگرش او به تجربه تحلیلی ترغیب کنم، به هدف خود در این کتاب دست یافته‌ام. این کتاب به هیچ وجه ادعا ندارد که شرح کامل دیدگاه لاکان نسبت به روش درمان بالینی است. بلکه یک مقدمه و دعوت به مطالعه است.

این کتاب برای روانکاوان تحت آموزش، درمانگران تمام حوزه‌ها و سمینارهای پیشرفته لیسانس و فوق لیسانس روان‌شناسی و دیگر حوزه‌های مرتبط مناسب است. کتاب به مرور وسیع رویکرد لاکان به درمان اختصاص دارد، اما هم‌زمان بسیاری از مفاهیم پایه‌ای او را معرفی می‌کند: خیالی، نمادین، واقعی؛ نیاز، تقاضا، عشق، میل، فانتزی، ژوئیسانس؛ سوژه، ابژه، دیگری؛ دال و مدلول؛ سه شکل نفی (طرد، انکار و سرکوب) و ساختارهای بالینی ناشی از آنها؛ میل روانکاو، نقطه‌گذاری، جلسه با زمان متغیر و غیره. در فصل‌های بعد چهار بحث موردی مفصل آورده‌ایم که شرح رویکرد لاکان به درمان و مقوله‌های تشخیصی متفاوت در روانکاوی است. در فصل‌های آغازین نیز چند مطالعه موردی گنجانده‌ام (اگرچه بیشتر با سرشتی پراکنده و ناپیوسته)؛ بخش عمده آن‌ها را از درمانگران تحت سرپرستی‌ام گرفته‌ام. استفاده از اقدامات و توضیحات آن‌ها را غالباً از کار خود مفیدتر دانسته‌ام، زیرا همیشه در موارد خود گرایش دارم بیش از حد مجاز زمینه به بحث مفصل پردازم. دو مورد پژوهی فصل ۸ از من و حاوی مطالب زمینه‌ای فراوانی است.

اینجا نه «لاکان متقدم» - یعنی، متخصص بالینی دهه ۱۹۵۰ - بلکه لاکان متأخر اواسط تا اواخر دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ را معرفی می‌کنم. تفسیر من از کار او حاصل هفت سال آموزش حرفه‌ای در The Ecole de la Cause Freudienne است که لاکان پیش از مرگ خود در پاریس راه‌اندازی کرد و نیز از تحلیل و سرپرستی شخصی با دانشجویان لاکان، از دوره دکترا در دانشگاه پاریس VIII، سن دنی، و از سال‌ها درمان، سرپرستی، پژوهش و ترجمه مستمر.

ذکر این نکته لازم است که بسیاری از فرازها از آثار لاکان را به شیوه آزاد ترجمه کرده‌ام. در حال حاضر مشغول تهیه ویراست جدید و کاملی از نوشته اصلی لاکان، *Ecrits* (Paris:Seuil,1966) هستم و برایم روشن و واضح است که ترجمه موجود، *Ecrits: A Selection* (New York: Norton, 1977)، نه تنها غلط‌انداز بلکه غالباً به کلی نادرست است. هدفم در تمام موارد این بود که معنا(ها)ی کلام فرانسه لاکان را وفادارانه ترجمه کنم، اما از طرف دیگر کلام او را به انگلیسی آمریکایی رایج ارائه کنم چنان‌که برای مخاطب آمریکایی به اندازه مخاطب فرانسوی قدرتمند و اثرگذار باشد. این به گمان من جنبه‌ای از ترجمه است که در بسیاری از ترجمه‌های آثار لاکان تا امروز جداً از قلم افتاده است.



# I

---

میل و روش  
روانکاوی



## میل در تحلیل

«چندتا روان‌شناس برای ایجاد تغییر در یک لامپ نیاز داریم؟»

«تنها یک نفر، اما لامپ هم واقعاً باید بخواهد که تغییر کند!»

این لطیفه مربوط است به دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ و برخلاف آنچه در نگاه اول به نظر می‌رسد پیش‌پاافتاده نیست، زیرا در واقع بسیاری از روان‌شناسان معتقدند اگر بیمار صمیمانه خواهان تغییر نباشد تمام درمان‌های دنیا نیز مؤثر نخواهد بود. اگر وودی آلن بیست سال تحت درمان باقی ماند، بی‌تردید به این دلیل بود که «در باطن» خواهان تغییر نبود. و اگر موفقیت روان‌درمانی تا به این حد ناچیز بوده، به این دلیل است که اراده اکثر مردم به تغییر به اندازه کافی قوی و پرشور نبوده است. از این رو مسئولیت به عهده بیمار نهاده شده بود.

رویکرد لاکان اساساً متفاوت است. معلوم است که بیمار واقعاً خواهان تغییر نیست! اگر سمپتوم‌ها گسترش یافته و بیمار رفتار نشانگر<sup>۱</sup> از خود بروز داده، از آن‌روست که انرژی فراوانی به این سمپتوم‌ها وابسته است. بیمار در حفظ امور چنان‌که هست تا حد زیاد نیروگذاری کرده، زیرا به قول فروید از سمپتوم‌ها «رضایت جانشین» به دست آورده و به سادگی از آن‌ها صرف‌نظر نمی‌کند (SE XVI, 365-371). چه بسا بیمار از ابتدا ادعا

---

1 symptomatic

کند که می‌خواهد از شر سمپتوم‌هایش رها شود، اما سرانجام اوضاع را خراب می‌کند.

در یک کلام مشخصه‌اساسی سمپتوم‌ها از این قرار است: آن‌ها نوعی رضایت به بار می‌آورند، هرچند از دید ناظر بیرونی یا حتی شخص مبتلا به سمپتوم‌ها چنین نباشد (SE XVI, 365-366). او تا حدی از سمپتوم‌هایش لذت می‌برد.<sup>[۱]</sup> در واقع تنها با این شیوه لذت بردن آشناست. حالا واقعاً چرا باید بکوشد تا از تنها رضایت خود در زندگی دست بشوید؟

از چشم‌انداز فرویدی / لاکانی واضح است که درمانگر نمی‌تواند به نوعی «اراده بیمار به بهبود» تکیه کند- نوعی «میل واقعی به تغییر». چنین چیزی وجود ندارد.<sup>[۲]</sup> در واقع بیماران غالباً از آن‌رو به درمان روی می‌آورند که دیگر اراده‌ای برای زیستن یا انجام هیچ کاری ندارند، یا از آن‌رو که حس می‌کنند لیبیدوی آن‌ها فروخواهیده و پژمرده است؛ در یک کلام، میل آن‌ها در حال مردن است. پس اصلاً چطور می‌تواند به منزله محرک اصلی تغییر مفید باشد؟

میل عملگر در درمان به منزله نیروی محرک، میل روانکاو است نه میل بیمار. بسیاری از درمانگران حرفه‌ای و تحت آموزشی که با آن‌ها کار کرده‌ام معتقدند به هیچ‌وجه روا نیست میلی به بیمارانشان ابراز کنند. آن‌ها حتی با بیمارانی که در جلسات مقرر حاضر نمی‌شوند<sup>[۳]</sup>، یا به کلی درمان را متوقف می‌کنند تماس نمی‌گیرند. آن‌ها ادعا می‌کنند «این حق بیمار است که درمان را متوقف کند» و اگر بیمار نخواهد ادامه بدهد، «من که هستم که به او بگویم چه کند؟» در واقع بسیاری از درمانگران وقتی بیمار سر قرار حاضر نشود یا به کلی نیاید ناراحت می‌شوند و حس می‌کنند طرد شده‌اند و تمایل دارند به خود بگویند، «شَرش کم!» یا با این تصور که اشتباه کرده‌اند حس می‌کنند صلاحیت ندارند.

این درمانگران تشخیص نمی‌دهند که میل بیمار به ادامه درمان باید در مواقع خاص به کلی تضعیف یا ناپدید شود- در غیر این صورت تعارضات اساسی بیمار که با

سمپتوم‌ها پیوند تنگاتنگ دارد متأثر نخواهد شد. درست است که بیمار از حق قانونی توقف درمان برخوردار است و احتمال دارد کار احمقانه‌ای از درمانگر سر بزند که بیمار را به ترک درمان وادار کند، اما بیمار در اکثر موارد به دنبال بهانه‌ای برای ترک درمان است و عملاً هر بهانه‌ای غالباً در این راستاست. اگر بیمار احساس کند قرار است از او بخواهند چیزی را رها یا فدا کند که او برایش آمادگی ندارد غالباً جلسات را ترک و حتی درمان را قطع می‌کند.

این میل روانکاو است، نه میل از رمق افتادهٔ بیماران که به آن‌ها اجازه می‌دهد ادامه بدهند. چه بسا ابراز بسیار هوشمندانهٔ میل روانکاو برای حفظ بیماران خاص در جلسهٔ درمان کفایت کند، حال آنکه آنان در خود اراده‌ای به ادامهٔ درمان نمی‌بینند. چه بسا سخن روانکاو که «فردا می‌بینمت» برای مراجعهٔ بیماران خاص کفایت کند، حتی اگر گمان کنند حرفی برای گفتن ندارند و احساس درماندگی کنند. حتی اگر تصور کنند حوصلهٔ روانکاو را سر می‌برند و از مراجعهٔ احساس پوچی کنند، اما درخواست روانکاو به مراجعهٔ آن‌ها و تداوم آن، چه بسا آن‌ها را حفظ کند و به آن‌ها اجازه بدهد به سختی از باتلاق سکون لیبیدویی و رکود همبسته با آن عبور کنند.

اکثر بیماران به ابراز قوی‌تر میل روانکاو نیاز دارند تا با آن بر تمایل به انصراف و اجتناب از فداکاری چیره شوند. روانکاو باید غالباً به آن‌ها بگوید می‌خواهد آن‌ها ادامه بدهند، می‌خواهد مراجعه کنند و دقیقاً چنین و چنان ظاهر شوند، می‌خواهد بیشتر مراجعه کنند. دو بار در هفته، نه یک بار، یا پنج بار در هفته، نه چهار بار.

نمونه‌ای از اهمیت میل روانکاو را دوستی فرانسوی برایم تعریف کرد که چند سال زیر نظر یک روانکاو تحت درمان بود و قصد داشت ادامه بدهد. روانکاو به او گفته بود دیگر کاری از دستش ساخته نیست و منظورش این بود که ترجیح می‌دهد بیمار دوباره مراجعه نکند. بیمار نه تنها عمیقاً ناراحت شد، بلکه از درمان نیز به کلی دلسرد شد. او با این خیال به حال خود رها شد که نمی‌توان هیچ کاری برایش انجام داد. شاید



واقعیت این طور بود که روانکاو او دیگر نمی‌توانست به او کمک کند، اما رویکرد روانکاو باید اساساً به گونه‌ی دیگری می‌بود. خواست بیمار به ادامه‌ی درمان حاکی از این است که حرف بیشتری دارد و درمان روانکاوانه خود را به پایان نرسانده است؛ از این رو روانکاو باید میل به /د/ممه درمان را به بیمار ابراز کند، اما نه با او بلکه با دکتر فلانی که روانکاو بی‌اندازه مطلع و باتجربه‌ای است.

درمانگر در کار با روان‌رنجورها همیشه باید میل به ادامه‌ی درمان را به بیماران ابراز کند، حتی اگر احساس کند آن‌ها کار خود را انجام داده‌اند. این دسته از بیماران زمانی به درمان خاتمه می‌دهند که میل آن‌ها به ادامه‌ی زندگی به اندازه‌ی کافی قوی باشد. (البته اگر این وضعیت اتفاق نیفتاد حاکی از این است که بیمار به جای استقلال بیشتر، بیش از پیش به درمانگر وابسته شده است. به این نکته در فصل‌های آینده می‌پردازیم.)<sup>[۴]</sup>

این نکته آشکارا حاکی از این است که روانکاو مانند یک بازیگر نقشی را ایفا می‌کند که لزوماً بیانگر «احساسات واقعی» او نیست. روانکاو «موتق» نیست، عمیق‌ترین باورها و واکنش‌های خود را با بیمار مانند دو انسان در میان نمی‌گذارد. روانکاو چه بسا بیمار را آزارنده و غیرقابل تحمل بداند اما چه فایده دارد که بیمار از این موضوع باخبر شود؟ شاید بیمار به جای تحلیل واقعی با ترک یکسره‌ی درمان، یا تلاش برای جلب نظر و تأیید روانکاو، یا با کتمان اندیشه‌ها و احساسات خاصی که به نظرش موجب ناراحتی روانکاو است، به خوبی نسبت به حس انزجار روانکاو واکنش نشان بدهد. حداقل می‌توان گفت واکنش‌های بدانجام!<sup>۱</sup> روانکاو باید جایگاه میل را به‌رغم هرگونه بی‌زاری احتمالی نسبت به بیمار حفظ کند. درخواست از بیمار به سخن گفتن، رؤیاورزی، خیال‌پردازی، معاشرت و تفسیر. از روانکاو درخواست می‌شود این جایگاه، این میل مملو از سوگیری اکید روانکاوانه را در مورد مخالف نیز حفظ کند. یعنی زمانی که بیمار او را جذب کند یا بر سر شوق آورد.<sup>[۵]</sup>

روان‌پزشک، روانکاو، یا روان‌شناس در فیلم‌ها، از فراتر از درمان<sup>۱</sup> ساخته رابرت آلتمن تا تحلیل نهایی<sup>۲</sup> ساخته فیل جینو (با شرکت کیم بیسینگر و ریچارد گیر) تا جایی بر میل درمانگر تمرکز دارد که از حدود رابطه درمانی تجاوز نکند. درمانگر معاصر تقریباً همیشه شخصی توصیف می‌شود که تنها و آسیب‌پذیر است، دلباخته بیمار شده و با هم‌خوابی با بیمار مغلوب و سوسه سوءاستفاده از قدرت خود می‌شود. این برداشت از درمانگر در محصولات رسانه‌های جمعی نظیر کشش درمانگر معاصر به یکی از وجوه انتقال متقابل است: احساسات درمانگر که از روابط او با بیمار استنباط می‌شود.

لاکان وجود احساسات انتقال متقابل را انکار نمی‌کند: هر که تا کنون در جلسه درمان با بیماران سروکار داشته هرازگاهی به آن‌ها علاقه‌مند شده یا از دست‌شان عصبانی شده، نسبت به آن‌ها احساس دلسوزی کرده یا از آن‌ها ناامید شده است. اصالت کار لاکان بر این واقعیت استوار است که از روانکاوان می‌خواهد این احساسات را حین تفسیر کنار بگذارند یا به گونه دیگر در درمان دخالت کنند. شاید روانکاو حین روانکاوای شخصی خود بتواند خود را با اتکا به این احساسات بشناسد، و برآورد کند که بیمار در اقتصاد لیبیدویی خود، او را کجا قرار می‌دهد، اما نباید آن‌ها را به بیمار نشان بدهد یا افشا کند.

عبارت «میل روانکاو» لاکان<sup>[۶]</sup> نه به احساسات انتقال متقابل روانکاو بلکه به «میل پیراسته»<sup>[۷]</sup> و خاص روانکاو ربط دارد. روانکاو نه چون موجود انسانی با احساس بلکه چون کارکرد یا نقشی که باید اجرا شود؛ و افراد متفاوت می‌توانند این نقش را ایفا کنند. «میل روانکاو» فقط بر درمان متمرکز است. بسیاری از درمانگران به من گفته‌اند برای بیمارشان نقشه‌ها دارند و مخفیانه (اما نه چندان مخفیانه) امیدوارند این بیمار

---

1 Beyond Therapy

2 Final Analysis

چنین شود، آن بیمار چنان شود، فلانی از شوهرش جدا شود و دیگری سر و سامان بگیرد و صاحب فرزند شود؛ این خواسته‌ها در صورت‌بندی لاکان مطلقاً به «میل روانکاو» ربط ندارد. «میل روانکاو» این نیست که بیمار بهتر شود، در زندگی موفق شود، شاد باشد، خود را درک کند، به مدرسه برگردد، به آنچه دلش می‌خواهد برسد، یا به مورد خاصی اشاره کند. مثلاً بگوید خوک رؤیا نشانه پدرش بود یا در یازده سالگی در مصیبتی که برای خانواده اتفاق افتاد نقش داشت. میل اسرارآمیز روانکاو به بیمار فاش نمی‌کند که انتظار شنیدن کدام سخن یا انجام کدام عمل را از او دارد.<sup>[۸]</sup> روان‌رنجورها تنها مشتاقند بدانند دیگران از آن‌ها چه می‌خواهند تا بتوانند میل ایشان را برآورده کنند یا چوب لای چرخشان بگذارند.

میل روانکاو نوعی میل‌ورزی محض است و هیچ ابژه ویژه‌ای ندارد، و قصد روانکاو را برای روانکاو‌ی شونده (آن‌که درگیر روانکاو‌ی خود است) افشا نمی‌کند. هرچند روانکاو‌ی شونده به ناچار تقلاً می‌کند وجود میلی ویژه را از جزئی‌ترین دخالت‌ها یا تفسیرها استنباط کند. یکی از روانکاو‌ی شونده‌هایم مجاب شده بود که من معتقدم او همجنس‌گراست زیرا از او خواسته بودم در مورد چند برخورد همجنس‌گرایانه که چند بار بدون ذکر جزئیات و سرسری به آن‌ها اشاره کرده بود سخن بگویم. چندتا «آهان» از طرف من کافی بود تا نتیجه بگیرد خواسته‌ام به او بفهمانم که او همجنس‌گراست؛ او با اکراه از بحث در این باره به میل فرضی من اعتراض کرد. میل روانکاو با تأکید بر تمام تجلیات ناخودآگاه توازن برقرار می‌کند (حتی زمانی که میل روانکاو در سخنی که او شخصاً علاقه به شنیدنش دارد وقفه بیندازد، یا به‌ظاهر در چارچوب تفسیر روانکاو تا این مرحله از درمان جفت و جور نشود) و از این رو به نوع اقدام مورد انتظار از بیمار در روند درمان اشاره دارد، نه به این موضوع که روانکاو برنامه کار مشخصی دارد و تلاش می‌کند بیمار را به انجام فلان کار یا اظهار نظر سوق بدهد.

در فصل‌های بعد دربارهٔ میل روانکاو مطالب بسیاری خواهم گفت، اما از پیش معلوم است که میل روانکاو، درخواست خستگی‌ناپذیر از بیمار به ادامهٔ درمان، بیان تجربه، افکار، فانتزی‌ها و رؤیاهایش و همراهی با آنهاست. میل روانکاو، «شخصی» یا از نوعی که آدم بدون از سر گذراندن دورهٔ طولانی تحلیل حفظ کند نیست. با وجود این لاکان از آن به عنوان نیروی محرک درمان یاد می‌کند.

## دانش و میل

اگر ادراک واقعیت مستلزم ناخرسندی است، این ادراک - که حقیقت است - باید فدا شود.

— فروید، SE XXIII,237

همان‌طور که بیماران با «میل واقعی به تغییر» به درمان روی نمی‌آورند، با «میل واقعی به خودشناسی» نیز مراجعه نمی‌کنند. اگرچه بسیاری از بیماران در آغاز اظهار می‌کنند که می‌خواهند بدانند کجای کار اشتباه است، چه کرده‌اند که نتیجهٔ منفی داشته، چرا روابطشان همیشه به هم می‌خورد، و غیره، اما - به نظر لاکان - خواست عمیقاً ریشه‌دار *ندانستن* هیچ‌یک از اینها نیز وجود دارد. بیماران به محض قرار گرفتن در شرف فهم دقیق این موضوع که چه کرده‌اند یا چه می‌کنند که زندگی آن‌ها را ویران کرده، غالباً در برابر پیشروی مقاومت نشان می‌دهند و از درمان می‌گریزند. وقتی رفته‌رفته به انگیزه‌های عمیق‌تر خود پی ببرند و طاقت آن را نداشته باشند، غالباً اعلام انصراف می‌کنند. اجتناب، از اصلی‌ترین گرایش‌های روان‌رنجوری است.

فروید هرازگاهی از سائق دانستن (Wissentrieb) سخن گفته است.<sup>[۹]</sup> اما لاکان این سائق را به کنجکاوای کودک دربارهٔ جنسیت محدود می‌کند («نوزادها از کجا می‌آیند؟»). به نظر لاکان، موضع اساسی روانکاوای شونده در درمان، انکار دانش و اراده به ندانستن (*a ne rien vouloir savoir*) است.<sup>[۱۰]</sup> روانکاوای شونده نمی‌خواهد از مکانیسم روان‌رنجوری خود و دلیل سمپتوم‌هایش چیزی بداند. لاکان حتی تا آنجا پیش

می‌رود که جهالت را اشتیاقی برتر از عشق یا نفرت به شمار آورد: اشتیاق به ندانستن.<sup>[۱۱]</sup>

تنها میل روانکاو است که امکان چیرگی بر «خواستِ ندانستن» را به روانکاو می‌شونده می‌دهد و او را در گذر از فرایند دردناک صورت‌بندی دانش جدید پا برجا نگه می‌دارد. اگر روانکاو می‌شونده در برابر دانش مقاومت کند و روانکاو نتواند از تمام میل خود استفاده کند، دانش جدید صورت‌بندی نخواهد شد. لاکان تا آنجا پیش می‌رود که بگوید تنها مقاومت موجود در درمان، مقاومت روانکاو است<sup>[۱۲]</sup>، زیرا اگر روانکاو بخواهد دخالت کند، می‌تواند بر مقاومت بیمار به دانستن چیره شود. اگر روانکاو مانع ایجاد کند و فرصت استفاده از میل خود را از دست بدهد، مقاومت شدید از جانب اوست، نه از جانب بیمار. زیرا مقاومت بیمار را مفروض گرفته‌ایم: از همان آغاز فرض کرده‌ایم که بیمار خواهان تغییر، دانستن یا ترک هیچ چیز نیست. مقاومت ساختاری بیمار تغییرپذیر نیست، اما خواهیم دید که مقاومت روانکاو تغییرپذیر است.

## بحران رضایت

*آن چیزی که سوژه آن را پیدا می‌کند محرک تلاش او برای بازیابی نخواهد بود.*

— لاکان، سمینار X، ۲۱۹/۱۹۹

اگر مردم واقعاً خواهان تغییر یا دانستن نیستند، پس اصلاً چرا باید به درمان روی بیاورند؟ با این اقدام به چه چیزی امید بسته‌اند؟

در اکثر موارد مردم در مواقع بحرانی که روال کار عادی آن‌ها درهم می‌شکند به درمان روی می‌آورند. اگر سمپتوم‌ها، چنانچه فروید گفته، رضایت‌جانشین فراهم کنند، این جانشین‌ها برای همیشه جواب نمی‌دهند. آن‌ها چه بسا با جامعه، با بردباری افراد مورد علاقه، با خلق و خوی کارفرما، یا با انتظارات خود شخص مغایر باشند. یا

چه بسا تشدید شوند: چه بسا ترس شخص از مکان‌های باز به تدریج وخیم‌تر شود، فعالیت‌هایش را هرچه بیشتر محدود و زندگی را طاقت‌فرسا کند. مردم زمانی به درمان گرایش دارند که رضایت ناشی از سمپتوم‌ها دیگر کافی نباشد، زمانی که دیگران این رضایت را تهدید کنند، زمانی که به سرعت در محاق فرو برود یا عوامل دیگر بر آن چیره شوند.<sup>[۱۳]</sup>

اما شاید واژه «رضایت» در وصف نوع لذت ناشی از سمپتوم‌ها بیش از حد «پاک» و «روشن» است. همه ما با افرادی آشنا هستیم که مدام از فقدان رضایت در زندگی گله دارند اما سراغ درمان نمی‌روند. این از آن‌روست که آن‌ها تا حدی از ناخشنودی و از ابراز شکایت رضایت حاصل می‌کنند: از سرزنش دیگران به خاطر ناخشنودی خود. به همین ترتیب، برخی افراد از آزار خود، از تن دادن به تجربه‌های دردناک، لذت فراوان می‌برند. در زبان فرانسه این نوع لذت دردناک، یا رضایت در عدم رضایت با واژه مناسبی توصیف می‌شود: *ژوئیسانس*. این واژه «لذتی» را توصیف می‌کند که آدم از مجازات، مجازات خود، ارتکاب عملی چنان لذت‌بخش که صدمه بزند (مثلاً، اوج لذت جنسی)، یا ارتکاب عملی چنان دردناک که لذت‌بخش شود به دست می‌آورد. اکثر مردم قبول ندارند که از سمپتوم‌هایشان لذت یا رضایت کسب می‌کنند، اما از دید ناظر بیرونی واضح است که از سمپتوم‌ها لذت می‌برند، از سمپتوم‌ها «به هیجان می‌آیند» به شیوه‌ای که انحرافی، «زشت»، یا «ناپاک‌تر» از آن است که لذت‌بخش یا رضایت‌بخش توصیف شود.<sup>[۱۴]</sup> واژه «ژوئیسانس» با ظرافت تمام ایده به هیجان آمدن به هر وسیله ممکن، پاک یا ناپاک را افاده می‌کند.<sup>[۱۵]</sup>

بنابراین می‌توان گفت آدم زمانی سراغ درمان می‌رود که شیوه مطلوب یا معمول دستیابی او به ژوئیسانس درهم بشکند. این «بحران ژوئیسانس» است. سمپتوم تأمین‌کننده ژوئیسانس جواب نداده یا به خطر افتاده است.

کسانی که به درمانگر مراجعه می‌کنند اما در حال تجربه بحران ژوئیسانس نیستند

معمولاً به اصرار خانواده، دوستان یا کارفرما آمده‌اند. شاید همسر آن‌ها در بحران ژوئیسانس گرفتار باشد، اما آن‌ها چنین نیستند. و کلاً در وهله اول به ایجاد مانع در برابر میل همسر خود گرایش دارند و به تأثیر میل روانکاو نظر مساعد ندارند.

کسانی که در بحبوحه بحران ژوئیسانس مراجعه می‌کنند امیدوارند درمانگر مشکل را برطرف و رفع و رجوع کند و سمپتوم را به شیوه سابق به راه اندازد. آن‌ها نمی‌خواهند از شر سمپتوم خلاص شوند، بلکه از ناکارایی و نابسندگی اخیر آن گلایه دارند. تقاضایشان این است که درمانگر رضایت‌شان را به سطح اولیه بازگرداند.<sup>[۱۶]</sup>

اما درمانگر در آغاز، رضایت‌جانشین دیگری پیشنهاد می‌دهد: نوع عجیبی از رضایت که از رابطه انتقالی و رمزگشایی ناخودآگاه حاصل می‌شود. بیماران در پی این پیشنهاد نیستند. آن‌ها جایگزین تقاضا نمی‌کنند. آن‌ها ابزار وصله‌پینه طلب می‌کنند تا با آن رضایت سابق را احیا کنند.

اساساً به این دلیل است که درمان را قرارداد به شمار نمی‌آوریم و به نظر من کاربرد گسترده اصطلاح «مُراجع» در توصیف بیماران نادرست است. «مراجع» حاکی از این است که آدم مشتری است و دقیقاً می‌داند دنبال چیست و چه چیز به دست می‌آورد. موردی که در هیچ‌یک از انواع موقعیت‌های واقعی درمانی صدق نمی‌کند. مفهوم «قرارداد» حاکی از این است که شرکا به‌طور برابر با هم توافق می‌کنند. قرارداد، وظایف هر طرف در انجام کاری را یادآور می‌شود. اما درمانگر هنگام درمان، تقاضاهای بیمار را نادیده می‌گیرد، آن‌ها را نقش بر آب می‌کند و سرانجام می‌کوشد بیمار را به سمت آنچه اصلاً نخواست به هدایت کند. چه قراردادی! با اینکه چه‌بسا «مراجع» از برخی جهات به «بیمار» ترجیح داده شود، زیرا گرایش دارد شخص در حال درمان را آسیب‌شناسی یا نشان‌دار کند، لاکان اصطلاح متفاوتی پیشنهاد می‌کند: