

روان زخم و پیامدهای آن با تأکید بر دیدگاه اسلاوی ژیتک

دکتر سید رحیم موسوی نیا^{۱*} مهسا دهاقانی^۲

دکتر کریم لویمی مطلق^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۶/۱۶

چکیده

هدف تحقیق حاضر بررسی و تحلیل مفهوم روان زخم و پیامدهای آن از منظر اسلاوی ژیتک است. ژیتک معتقد است که روان زخم ناشی از ورود نابهنگام امر واقع به امر نمادین است و در ساختار کنش به تعویق افتاده معنا می یابد. افراد مختلف واکنش های متفاوتی نسبت به روان زخم نشان می دهند. به زعم لاکاپرا واکنش ها به روان زخم در دو دسته کلی قرار می گیرند؛ برون ریزی و درونی سازی. فرایند برون ریزی با نشانه های ترومایی از جمله اختلال های انگیزشی، تحمیل یا محدودیت همراه است. ولی در فرایند درونی سازی سوژه با فقدان ناشی از رویداد آسیبزا کنار می آید و به سوگواری می پردازد. در پیوستار واکنش های گوناگون به روان زخم، ژیتک مدعی است که روان زخم در نهایت به تولد یک سوژه جدید موسوم به سوژه پساترومایی می انجامد. بارزترین پیامد تجربه یک رویداد آسیبزا این است که بحران بیرونی به تجربه یک بحران درونی منجر می شود، چراکه روان زخم ماهیتی پس نگر دارد و کارکرد موفقیت آمیز زنجیره دلالت را تضعیف می کند. روان زخم به صورت یک اختلال و همراه با نشانه هایی نمایان می شود که هویت سوژه را تحت تأثیر قرار می دهد و او را رها نمی کند.

واژگان کلیدی: روان زخم، نشانه ها، پیامدها، ژیتک.

* moosavinia@scu.ac.ir

۱. دانشیار زبان و ادبیات انگلیسی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه شهید چمران اهواز

۲. کارشناس ارشد زبان و ادبیات انگلیسی دانشگاه شهید چمران اهواز

۱- مقدمه

بنا بر قانون فراگیر کنش و واکنش هر پدیده‌ای به دلیلی روی می‌دهد. برای هر معلول علتی معین و برای هر علت معلول معینی وجود دارد. افکار، رفتارها و اعمال ما معلول انتخاب‌های گوناگون ما در طول زندگی هستند. روان‌زخم^۱ پدیده‌ای است که روی می‌دهد و «علل و پیامدهایی دارد که هم شخصی و هم اجتماعی است» (Berger, 2004: 57). بنابراین، تجربه فردی یک بحران مجموعه اثراتی فردی و اجتماعی در پی دارد.

روان‌زخم رنج شدیدی برای فرد به ارمغان می‌آورد. از نظر کروت روان‌زخم یک تجربه بسیار «طافت‌فرسا از رویدادهای ناگهانی و فاجعه‌آمیز است که واکنش به آن پس از یک وقفه و در شمایل هذیان‌های تکراری بی‌اختیار و مزاحم روی می‌دهد» (Caruth, 1996: 11). علائم و نشانه‌های روان‌زخم بلافاصله پس از رویارویی با رویداد آسیب‌زا^۲ یا کمی بعدتر بروز پیدا می‌کند. هرچه میزان مواجهه با رویداد آسیب‌زا بیشتر باشد، احتمال واکنش‌های پساترومایی^۳ بیشتر می‌شود (Herman, 1992: 41). بهتر است واکنش‌ها نسبت به روان‌زخم را در قالب یک پیوستار در نظر بگیریم. این واکنش‌ها در دو کران در نوسان هستند. اولین مرحله این پیوستار واکنش بی‌درنگ به بحران است. واکنش‌های بی‌درنگ اصلی به رویدادهای آسیب‌زا شامل «مبارزه، ترس و سکون»^۴ می‌شود. به عنوان مثال، اگر به فردی حمله شود، احتمالاً او واکنش مبارزه را انتخاب می‌کند. معمولاً افراد در رویارویی با رویدادهای طبیعی مثل سیل، زلزله و طوفان پا به فرار می‌گذارند و دنبال پناهگاه می‌گردند و مثلاً سربازی که در میدان جنگ تحت محاصره دشمن درآمده در واکنش به این شوک هیچ راهی به جز تسلیم شدن ندارد.

این پیوستار از واکنش‌ها شامل اثرات بلندمدت و کوتاه‌مدت می‌شود. اثرات کوتاه‌مدت بلافاصله پس از اولین واکنش در فرد نمایان می‌شوند. این اثرات متعدد هستند و نشانه‌های زیادی دارند از جمله افزایش ضربان قلب، افزایش فشار خون، اضطراب، خشم، درماندگی، کابوس، بازگشت به گذشته^۵، اختلال در خواب و غیره. معمولاً اثرات کوتاه‌مدت پس از چند هفته کاهش می‌یابند. اما عده‌ای هم هستند که ماه‌ها و حتی سال‌ها بعد این نشانه‌ها را به

1. Trauma
2. Traumatic event
3. Post traumatic
4. Fight, flight and freeze
5. Flashback

دفعات تجربه می‌کنند. افرادی که اثرات بلندمدت روان‌زخم در ایشان هویدا می‌شود مشکوک به اختلال تنش‌پساترومایی (PTSD)^۱ هستند. این اختلال ناشی از زخم‌های عاطفی عمیق و پیامد نهایی مواجهه با بحران‌هایی از جنس تروما است. اگرچه تحقیق درباره این نوع اختلال کمتر مورد توجه مطالعات علوم انسانی است، ولی به هر روی لازم است چون نشانه‌های این نوع اختلال از جمله بازگشت به گذشته، هذیان‌گویی، کابوس‌ها، رفتارهای وسواسی، فراموشی، بی‌عاطفگی و احتراز، محور مطالعات روان‌زخم هستند (Berger, 2004: 564). بازماندگان/ قربانیان روان‌زخم از رویداد آسیب‌زا به‌شدت رنج می‌برند و یادآوری آن رویداد آنها را در هم می‌شکند. خاطره رویداد آسیب‌زا در ذهن فرد حک می‌شود و بازتجربه یا اجتناب از به یادآوردن آن خاطره نیز رنج‌آور است.

نباید این نکته را فراموش کنیم که شدت رفتار هر کسی در واکنش به روان‌زخم با دیگری فرق دارد. عده‌ای به‌شدت تحت تأثیر یک رویداد آسیب‌زا قرار می‌گیرند، درحالی‌که عده‌ای دیگر احساس یا نگرانی اندکی نسبت به آن پیشامد نشان می‌دهند. هیچ‌یک از این دو نوع واکنش بهتر از دیگری نیست، بلکه همه چیز به خود فرد و شخصیت وی بستگی دارد.

مفهوم روان‌زخم تاریخچه‌ای بسیار طولانی دارد که حداقل به دوره هومر و آثار شکسپیر برمی‌گردد، ولی در سال‌های اخیر با معرفی و پیشرفت مفهوم اختلال تنش‌پساترومایی توجه زیادی به سوی آن جلب شده است (Kudler, 2000: 4). نشانگان^۲ پساترومایی در سال ۱۹۸۰ و پس از جنگ ویتنام به حوزه تشخیص‌های روانپزشکی راه یافت. به گفته انجمن روانپزشکی آمریکا:

سربازهای جنگ‌آموده‌ای که شاهد نبرد ویتنام بودند نشانه‌هایی از بیماری داشتند که مشخصاً در هیچ دسته تشخیصی قرار نمی‌گرفت. اما در واقع، این نشانه‌ها در سربازهای جنگ‌آموده بسیاری از نبردهای پیشین هم دیده شده بود. به نظر می‌رسد که اختلال تنش‌پساترومایی دائماً در حال کشف شدن است [...] در سرتاسر تاریخ روایت‌هایی وجود دارد که کابوس‌ها و مشکلات عاطفی مربوط به اضطراب‌های جنگ را بازگو می‌کند. گویا با هر جنگ گوشه‌ای از اثرات روان‌زخم بر انسان دوباره کشف می‌شود (Fullerton et al, 2003: 73).

وقتی افراد از تجربه‌های ترومایی و رنج‌های ناشی از آن حرف می‌زنند «سزاوار است که باورشان کنیم» و به همین دلیل بود که اختلال تنش‌پساترومایی شناسایی شد (Kudler,)

1. Post-traumatic stress disorder
2. Syndrome

4: 2000). اختلال تنش‌پساترومایی برگرفته از «استنباط روانی از یک رویداد خارجی و تبدیل آن به نشانه‌های روانی، زیستی و اجتماعی است. این نموده‌ها ناشی از رویداد خارجی و نیز روحيات فرد بازمانده پیش از درگیری با این بیماری است» (ibid: 9). اختلال تنش‌پساترومایی یک شرایط روانی است که به سبب تماشای تجربه یک رویداد تهدیدآمیز مثل جنگ، حملات تروریستی، تجاوز، از دست دادن عزیزان و غیره پیش می‌آید. اختلال تنش‌پساترومایی منعکس‌کننده تحمیل مستقیم حقیقت اجتناب‌ناپذیر رویداد آسیب‌زا بر روان است و لذا مخرب‌ترین اختلال روانی برشمرده می‌شود که در آن «پیوندی مستقیم میان روان و خشونت بیرونی» فراهم می‌شود (Caruth, 1996: 49).

خاطره^۱ کلید درک ساز و کار و پیشرفت اختلال‌های پساترومایی است. به تأکید الن یانگ «روانشناسی اختلال تنش‌پساترومایی بر مبنای خاطره صورت می‌گیرد: رویدادهای مسبب، خاطراتی بیماری‌زا می‌سازند و به‌جای رویدادها، این خاطرات هستند که به بروز نشانه‌های اختلال منجر می‌شوند» (Young, 2000: 60). خاطرات ترومایی با خاطرات معمولی فرق دارند: «در شرایط عادی خاطره‌ها به شبکه‌های به‌هم‌پیوسته‌ای سپرده می‌شوند که به عواطف، احساسات و تمایلات همایند و نیز سایر خاطرات متصل‌اند. برخلاف آن خاطرات ترومایی مجزا یا به عبارتی گسسته هستند» (ibid: 59).

خاطرات ترومایی «به شبکه خاطرات متصل نیستند» و به صورت «گروهی منسجم از اندیشه‌های همبسته عمل می‌کنند که همانند پارازیت در ذهن ثبت می‌شود» و لذا از بقیه خاطرات جدا هستند (ibid: 59). رویدادهای آسیب‌زا از این روی موجب اختلال می‌شوند که «نه تغییر می‌کنند و نه از بین می‌روند، بلکه تغییرناپذیر و درهم‌وبرهم هستند» (ibid: 66). خاطره معمولی همانند «قصه گفتن» است، درحالی‌که خاطره ترومایی «بی‌کلام و ساکن» است (Herman, 1992: 125). خاطره بازمانده از رویداد آسیب‌زا و روان‌زخم گسسته است و محور اختلالات تنش‌پساترومایی همین گسستگی است. خاطرات ترومایی نه پذیرفته و نه قسمتی از گذشته فرد می‌شوند، بلکه مستقل از سایر خاطرات به بقای خود ادامه می‌دهند. جودیت هرمن از مطالعه بازماندگان فجایع طبیعی، حملات تروریستی و جنگ دریافت که حالت گسست در لحظه مواجهه با رویداد آسیب‌زا عمدتاً به اختلالات تنش‌پساترومایی پایدار منجر می‌گردد (ibid: 172).

1. Memory

فروید میان خاطره ترومایی و وسواس تکرار یک رابطه در نظر گرفت. او در اولین نوشته‌های خود درباره ساز و کار روان‌زخم چنین نوشت: «ممکن است خودآگاه رویداد مقاومت‌ناپذیر و غیر قابل قبول را فراموش کند ولی خاطره آن به صورت نشانه‌های جسمی و وسواسی و رفتارهای تکراری بازمی‌گردد» (Berger, 2004: 570). تحمیل کابوس‌های تکراری و مرور مجدد تجربه‌های ترومایی در ذهن نشانگر «وقوع بی‌واسطه رویدادهای خشونت‌بار» است (Caruth, 1996: 50). رویاهای ناشی از رویداد آسیب‌زا از اراده فرد خارج است و لذا اختلال‌های پساترومایی غیر قابل پیش‌بینی و غیر قابل کنترل هستند (van der Kolk, & McFarlane, 1996: 1).

دومینیک لاکاپرا نظریه‌پرداز برجسته حوزه مطالعات روان‌زخم است؛ وی واکنش افراد به روان‌زخم را در دو دسته کلی تقسیم‌بندی می‌کند: «برون‌ریزی و درونی‌سازی»^۱. واکنش برون‌ریزی چنین است که فردی که متحمل محنت تجربه روان‌زخم شده در گذشته باقی می‌ماند و زندگی‌اش در هراس از یک رویداد ناگوار دیگر و آرزوی امنیت محصور می‌شود. در واکنش بی‌درنگ نسبت به روان‌زخم این رفتار عادی است، اما برون‌ریزی طولانی‌مدت سلامت فرد را به خطر می‌اندازد (LaCapra, 2001: 23). اما واکنش درونی‌سازی کمی دشوارتر است و مستلزم نوعی خودشناسی و تقلا برای گذشتن از رویداد آسیب‌زا و بازگشت به روند عادی زندگی است.

اسلاوی ژیزک^۲، یکی از نظریه‌پردازان معروف و معاصر است که نظراتش عمدتاً متأثر از مارکس، هگل و لکان^۳ است. او در تدوین دیدگاه‌های روانکاوانه خویش از تعبیر لکانی بهره می‌جوید. از نظر ژیزک رویداد آسیب‌زا در قالب یک رابطه کهن الگویی بین امر واقع^۴ و نمادین^۵ قرار می‌گیرد و روان‌زخم دو مؤلفه مهم دارد: امر واقع و کنش به تعویق افتاده^۶ (Myers, 2003: 31). از دیدگاه وی روان‌زخم از یک سو ناشی از ورود نابهنگام امر واقع به امر نمادین است و از سوی دیگر در ساختار کنش به تعویق افتاده معنا می‌یابد. در حقیقت رویداد آسیب‌زا ذاتاً ویژگی خاصی ندارد که عامل بروز روان‌زخم شود، بلکه تجربه این رویداد با عطف به ما سبق معنا می‌یابد. چنین رویدادی می‌تواند بسیار ساده یا بسیار پیچیده باشد

1. Acting out and working through
2. Slavoj Žižek. (1949)
3. Lacan
4. The Real
5. The Symbolic
6. Deffered action

و در عین حال جراحت‌های روحی ساده یا پیچیده‌ای از خود بر جای بگذارد. اثرات ساده یک رویداد آسیب‌زا با تجربه دوباره خاطره آن رویداد یا پرهیز از مرور آن خاطره بروز پیدا می‌کند. درحالی‌که ناهنجاری‌های پیچیده و عمقی ناشی از روان‌زخم منجر به نابودی دیدگاه قبلی فرد نسبت به خودش، دیگران و جهان پیرامونش می‌شود، یا به عبارت دیگر به تولد سوژه جدیدی می‌انجامد.

در این پژوهش نشانه‌های روان‌زخم و پیامدهای آن را با توجه به دیدگاه‌های روانکاوانه مورد بررسی قرار می‌دهیم. منظور از پیامد اثرات فردی و اجتماعی تجربه یک رویداد آسیب‌زا بر سوژه است. پیش از بررسی پیامدها، مفهوم روان‌زخم و تعابیر فروید، لکان و ژیک از آن را مرور می‌کنیم. سپس واکنش‌های برون‌ریزی، درونی‌سازی و نشانه‌های درگیری با روان‌زخم را بررسی و سرانجام سوژه پساترومایی را معرفی می‌کنیم. در نهایت درمی‌یابیم که افراد پس از تجربه یک رویداد آسیب‌زا دچار نوعی تحول درونی می‌شوند. به بیانی دیگر، برای آنها یک بحران بیرونی به یک بحران درونی تبدیل می‌شود. این تبدیل دال بر ماهیت پس‌نگر روان‌زخم و اختلال ناشی از آن در زنجیره دلالت^۱ است.

۲- روان‌زخم

دنیای ما حوادث آسیب‌زای بی‌شماری را به خود دیده و خواهد دید و بی‌شک به تعبیر استورلو، «عصر ما، عصر روان‌زخم است» (Vide. Resende & Budryte, 2014). مطالعات گسترده‌ای در زمینه روان‌زخم انجام شده و ابعاد مختلف این مفهوم از دیدگاه‌های گوناگون تاریخی، فرهنگی، اجتماعی، روانشناختی، روانکاوی و پسااستعمارگرایانه مورد بررسی قرار گرفته‌است. در این نوشتار به منظور درک بهتر مفهوم روان‌زخم پیشینه آن را از منظر روانکاوی مرور می‌کنیم. در اواخر قرن نوزدهم گمان می‌کردند که میان روان‌زخم و شوک رابطه‌ای وجود دارد. زمانی که فروید^۲ مشغول مطالعه بیماران هیستریایی بود فکر می‌کرد «روان‌زخم عامل بروز هیستری است» (Herman, 1992: 7). اما پس از مدتی روان‌زخم و هیستری را از هم جدا کرد و بروز روان‌زخم را به افزایش هیجانانی که خارج از قدرت سیستم عصبی بدن است نسبت داد. از نظر فروید روان‌زخم در دو حالت به وجود می‌آید؛ یک، زمانی که سیستم

1. Chain of signification
2. Freud

عصبی قادر به رها کردن هیجانانگ نباشد؛ دو، زمانی که هیجانانگ در زمان و مکان نادرست رها شوند. روش او برای آزاد کردن این هیجانانگ و معالجه بیمارانش هیپنوتیزم بود (Mijolla, 2005: 180). در سال ۱۹۸۵ فروید مدل جدیدی برای روان‌زخم ارائه داد. طبق نظریه اغوا^۱ نیازها و خواسته‌های جنسی سرکوب‌شده منجر به بروز علائم هیستری در فرد می‌شود، نه خاطره تجربه یک رویداد آسیب‌زا. اگرچه فروید پس از مدت کوتاهی این نظریه را کنار گذاشت، اما بعد زمانی آن به جزئی از تعریف کلی ماهیت روان‌زخم تبدیل شد. بر اساس این نظریه کودک در زمانی موسوم به لحظه اول با مسائل جنسی روبه‌رو می‌شود ولی به دلیل درک ناکافی از آنها می‌ترسد و پس از سال‌ها در لحظه دوم، لحظه اول را دوباره تجربه می‌کند. روان‌زخم در این ساختار زمانی که گُنش به تعویق افتاده^۲ نام گرفت، رخ می‌دهد. در سال ۱۹۱۸ فروید دوباره به بررسی مسأله روان‌زخم پرداخت و اصطلاح وسواس تکرار^۳ را به مجموعه اصطلاحات مرتبط با آن افزود. از نظر فروید «هر هیجان خارجی که آن قدر قدرتمند باشد که بتواند سپر دفاعی روان ما را بشکند» روان‌زخم نام می‌گیرد (Luckhurst, 2008: 9). ترس و دستپاچگی ناشی از تجربه غیرمنتظره یک رویداد آسیب‌زا باعث می‌شود که در روان یکپارچه فرد شکاف ایجاد شود. ذهن علاقه دارد که صحنه‌های ناخوشایند رویداد آسیب‌زا را پیوسته مرور کند؛ چون با مرور دوباره و دوباره آن لحظات می‌خواهد چیز غیرقابل درکی را که تجربه کرده، پردازش کند. بنابراین، ذهن می‌کوشد تا پس از مدتی بر جراحتهای وارده بر روان و خاطرات آن تجربه ناخوشایند فائق آید یا حداقل معنایی برای آن پیدا کند (ibid).

آنچه که فروید روان‌زخم یا حادثه آسیب‌زا می‌نامد، همان امر واقع است که در گنجینه زبان نمی‌گنجد (Fink, 1997: 49). لکان معتقد بود که نباید کابوس‌های ناشی از روان‌زخم را به عنوان اثر خاطرات سرکوب‌شده یا عقده ادیپ تفسیر کنیم، بلکه باید به مقاومت پایدار روان‌زخم در برابر نمادینه شدن^۴ و به زبان درآمدن توجه کنیم (Caruth, 1996: 113). از نظر لکان امر واقع در قالب روان‌زخم به حیطه علم روان‌کاوی وارد شد (Noys, 2010: 4).

1. seduction theory
2. Nachträglichkeit
3. repetition compulsion
4. Symbolization

لکان اوایل فکر می‌کرد امر واقع «بدوی و پیش‌نمادین است و همیشه به جایگاه اولیه‌اش برمی‌گردد» (Žižek, 1989: 182). یعنی امر واقع نقطه شروع و منبع فرایندهای نمادینه‌سازی است. لکان در اولین سمینارش حادثه آسیب‌زا را «چیزی خیالی که هنوز به طور کامل نمادینه نشده و در دنیای نمادین سوژه جایی پیدا نکرده» تعریف کرد (ibid). پس امر واقع چیزی است متفاوت و بیگانه که خارج از امر نمادین قرار دارد. تعریف لکان از امر واقع به‌مرور تکامل یافت. از نظر وی امر واقع جزئی از روان‌زخم و «پوسته‌ای مقاوم در برابر نمادینه‌شدن» است که در زنجیره دلالت قرار نمی‌گیرد ولی اثراتی از خودش بر جای می‌گذارد و ما آن را به‌واسطه اثراتش شناسایی می‌کنیم (ibid). بنابراین، مواجهه غیرمنتظره با امر واقع، روان‌زخم در پی دارد. این رویارویی بر مرحله نمادین تأثیر می‌گذارد و روان‌زخم حقیقی در گذر زمان و با عطف به ما سبق به وجود می‌آید.

اسلاوی ژیژک با بررسی و بسط مفاهیم امر واقع راه لکان را ادامه می‌دهد. مفهوم امر واقع یکی از دغدغه‌های او در مطالعات روانکاوانه است که به تدریج دچار تغییراتی می‌شود. ژيژک تعریف صریحی از امر واقع ندارد، چراکه ذات امر واقع غیر قابل دسترسی است (ibid: 195). از نظر ژيژک حادثه آسیب‌زا زمانی روی می‌دهد که «امر واقع حرکت ملایم امر نمادین را بر هم زند» (Myers, 2003: 31). طبق تعریف ژيژک چرخه روان‌زخم به این صورت است:

روان‌زخم عاملی است که موتور حرکت ملایم نمادینه‌سازی را از مسیر منحرف می‌کند و تعادل آن را بر هم می‌زند؛ و باعث عدم انسجام غیر قابل زدودنی در امر نمادین می‌شود؛ اما با همه اینها روان‌زخم پیش از نمادینه‌سازی وجود ندارد؛ و مقوله‌ای تغییرشکل‌دهنده باقی می‌ماند که تنها با عطف به ماسبق و وقتی که از مرحله نمادین به آن پرداخته شود انسجام می‌یابد؛ و انسجام و یکپارچگی خود را از ضرورت ساختاری امر واقع دریافت می‌کند (1994: 31).

روان‌زخم از ورود غیرمنتظره امر واقع به امر نمادین حاصل می‌شود. امر نمادین تا پیش از ورود امر واقع در یکپارچگی و انسجام خود به سر می‌برد چون امر نمادین در حقیقت ساختار زبانی دارد و طبق نظریه ساختارگرایانه فردیناند دو سوسور^۱ در زنجیره دلالت هر دال^۲ (تصویر ذهنی از صوت نشانه) یک مدلول^۳ (مفهوم مرتبط با آن صوت) دارد. در مرحله نمادین و با زنجیره دلالت همه کلمات معنای منحصر بفردی پیدا می‌کنند. به بیان دیگر، هر چیزی معنایی

1. Ferdinand de Saussure
2. Signifier
3. Signified

دارد و در قالب کلام می‌گنجد. برای اینکه امر واقع معنایی پیدا کند باید وارد زنجیره دلالت شود. اما امر واقع نامفهوم و بی‌معنی است و وحدت آن با جهانی که ما در آن زندگی می‌کنیم میسر نیست. حتی می‌توان گفت که امر واقع جهان پیش از زبان و نماد تمام چیزهای غیر قابل دسترسی است. پس، امر واقع دال بدون مدلولی است که با ورود به امر نمادین موجب تضعیف و تخریب زنجیره دلالت می‌شود. امر واقع پس از ورود به امر نمادین معنا پیدا می‌کند، یعنی «این امر نمادین است که معنای حادثه (امر واقع) را تغییر می‌دهد و تفسیر ما از امر واقع از طریق امر نمادین تغییر می‌کند» (Myers, 2003: 31-32).

روان‌زخم ماهیت پس‌نگر دارد و گذر زمان بر درک معنای روان‌زخم و بروز نشانه‌ها و پیامدهای آن تأثیر می‌گذارد. فروید اصطلاح‌کنش به تعویق افتاده را معرفی کرد و بعداً سایر نظریه‌پردازان آن را بسط دادند تا متذکر شوند که اثر روان‌زخم با وارونه‌کردن رابطه علت و معلول بروز پیدا می‌کند (Luckhurst, 2008: 81). رویداد آسیب‌زا وقتی به روان‌زخم تبدیل می‌شود که سوژه با عطف به ماسبق معنای آن رویداد را درک کند. ساختار زمانی روان‌زخم غیرخطی است و از دو لحظه مجزا تشکیل شده است؛ لحظه اول، رویارویی با رویداد آسیب‌زا و لحظه دوم، تجربه دوباره لحظه اول. به عبارت دیگر، در لحظه اول شوک رویداد آسیب‌زا به فرد وارد می‌شود اما پیامدهای آن در خاطره سوژه سرکوب می‌شوند تا اینکه در لحظه دوم و در اثر تجربه دوباره، آن خاطره مربوط به لحظه اول شناخته می‌شود و سپس سوژه آن را به روان‌زخم تعبیر می‌کند. در حقیقت سوژه در لحظه اول دچار روان‌زخم نشده، بلکه با گذر زمان (چند روز یا چند سال بعد) نشانه‌های جراحتهای ناشی از حادثه اولیه بر روان وی ظاهر می‌شود. در ساختار کنش به تعویق افتاده اتفاقی در گذشته روی داده ولی به دلیل عدم شناخت و درک نسبت به آن، نشانه‌های بروز پیدا نکرده، اما پس از مدتی و در اثر تجربه دوباره رویداد مشابه یا رویدادی دیگر خاطره آن رویداد آسیب‌زای اولیه برای سوژه زنده می‌شود. در حقیقت، در لحظه دوم نشانه‌های روان‌زخم ظاهر و سوژه دچار روان‌زخم می‌شود.

۳- نشانه‌های روان‌زخم

در همه رویکردها به مقوله روان‌زخم این فرضیه اصلی وجود دارد که روان‌زخم اختلال آسیب‌شناختی سوژه در پاسخ به رویدادی است که بیرون از تجربه انسان قرار دارد. لذا باید پیوستار گسترده نشانه‌ها و تجربه‌های همراه با بحران آسیب‌زا را شناخت. تمرکز اصلی

مطالعات روان‌زخم روی «تفسیر نشانه‌های روان‌زخم» است (Berger, 2004: 565). تجربه ترومایی به دو روش معنا می‌یابد. نخست، رویداد آسیب‌زا با عطف به ماسبق ادراک شده و پس از یک وقفه در ذهن بازسازی می‌شود. دوم، ادراک روان‌زخم با بررسی نشانه‌ها و تفسیر آنها میسر می‌شود (Ibid).

درگیری با اختلال تنش پس‌اترومایی با چهار عامل مشخص می‌شود. اولین عامل، رویارویی با رویداد آسیب‌زا است و عوامل دیگر آن شامل نشانه‌های روان‌زخم می‌شود که در سه دسته قرار می‌گیرند: تحمیل، محدودیت، انگیزتگی^۱ (Herman, 1992: 25). مواجهه با رویداد آسیب‌زا در دو صورت به بروز اختلالات ترومایی منجر می‌شود. نخست، تجربه، مشاهده یا اطلاع از اتفاق یا اتفاقاتی که حیات فرد را تهدید می‌کند، آسیب‌های جدی به او وارد می‌کند یا منجر به تعدی و تجاوز به وی می‌شود. دوم، واکنش به این اتفاق با ترس، وحشت یا عجز همراه باشد که در مورد کودکان باید رفتارهای تهییجی، بی‌تابی و بی‌نظمی را نیز افزود (Schiraldi, 2009: 6). فرد در مواجهه با یک تجربه مرگ‌زا، اندوه و درماندگی شدیدی را تجربه می‌کند. منظور از «تحمیل» یادآوری و تجربه مکرر خاطرات ترومایی در قالب تصاویر، رفتارها، احساسات، حالات جسمی و روابط بین فردی است. در مورد کودکان یادآوری مکرر رویداد آسیب‌زا ممکن است به شکل بازی‌های تکراری که شامل بخشی از آن اتفاق می‌شود بروز کند. در حالت تحمیل خاطرات مزاحم، رویاهای تکراری و یادآوری مکرر (و البته ناخواسته) یک تجربه تلخ آرامش سوژه را بر هم می‌زند و گاه ممکن است سوژه فکر کند که آن رویداد آسیب‌زا دارد دوباره رخ می‌دهد و لذا در واکنش به آن اعمال و رفتارهای ناگهانی از خود نشان دهد. در مواردی سوژه حتی در صورت مواجهه با یادآورهایی از آن رویداد آسیب‌زا نیز دچار اندوه و اضطراب شدیدی می‌شود. یادآورها نشانه‌هایی درونی یا بیرونی هستند که رویداد آسیب‌زا یا ابعاد آن را دوباره به ذهن فرد می‌آورند و گاهی اوقات آن قدر قدرت دارند که باعث می‌شوند فرد تجربه تلخ گذشته‌اش را دوباره تجربه و زندگی کند. «محدودیت» به نشانه‌هایی حاکی از احتراز و کرختی تعبیر می‌شود. در این حالت سوژه سعی می‌کند که از احساسات، هیجانات و گفتگوهای مرتبط با روان‌زخم فرار کند و گاهی اوقات حتی منکر تجربه ترومایی خویش می‌شود. اغلب سعی می‌کند از افراد و

1. Intrusion, constriction, arousal
2. Life threatening experience

مکان‌هایی که یادآور آن تجربه تلخ هستند، دوری کند و حتی در مواردی قادر نیست بُعد مهمی از ترومایش را به یاد آورد. او از انجام بعضی فعالیت‌ها خودداری می‌کند و علاقه‌اش به برخی از کارهایی که قبلاً دوست داشته را از دست می‌دهد و احساس گسلس و بیگانگی می‌کند. در مواردی گستره عواطف فرد محدود می‌شود و مثلاً به‌سختی می‌تواند کسی را دوست بدارد یا به دیگری اعتماد کند. حتی در مواردی آینده کوتاهی برای خودش تصور می‌کند که در آن نه شغلی، نه همسری، و نه بچه‌ای دارد و حتی طول عمرش هم کوتاه است (Herman, 1992: 125). «انگیختگی» نیز به نشانه‌های فیزیولوژیکی معطوف می‌شود که تا پیش از تجربه رویداد آسیب‌زا در فرد وجود ندارد. در حالت انگیختگی فرد همیشه انتظار خطر را می‌کشد. در این حالت خواب فرد دچار اختلال می‌شود و خود فرد تحریک‌پذیر و زود خشمگین می‌شود. به‌شدت گوش‌به‌زنگ رویداد ناگوار است و هول و هراس بسیار شدیدی دارد. همچنین در حفظ تمرکز خود دچار مشکل می‌شود و عموماً نمی‌تواند حواسش را جمع کند. موارد مذکور از جمله نشانه‌های اختلال تنش‌پساترومایی ساده است (ibid: 121). شایان ذکر است که رفتارهای پساترومایی سوژه واکنش‌هایی عادی محسوب می‌شوند که بسته به میزان انعطاف‌پذیری در افراد مختلف فرق دارند. تجربه‌های قبلی فرد در زندگی و نیز سن وی در زمان مواجهه با رویداد آسیب‌زا نیز بر تفسیر او از آن رویداد اثر می‌گذارد (van der Kolk, & McFarlane, 1996: 15).

دسترسی مستقیم به گذشته امکان‌پذیر نیست و رویدادهای پیشین از طریق خاطره و یادآوری به زمان حال راه می‌یابند. به یاد آوردن، مشخصه اصلی و هادی رفتارهای ناشی از روان‌رخم است. فروید تشخیص داد که در فرایند انتقال^۱ دو شیوه یادآوری وجود دارد: برون‌ریزی و درونی‌سازی. مفهوم روانکاوانه برون‌ریزی از نظر فروید نوعی عقده‌گشایی در عمل است، نه کلام (Mijolla, 2005: 186). به عبارت دیگر، تکرار مستقیم یا غیرمستقیم احساسات و خاطرات مرتبط با رویداد آسیب‌زا از طریق رویاها، کابوس‌ها، هذیان‌ها و غیره در این دسته قرار می‌گیرند. اما درونی‌سازی به توانمندی بیمار در گذر از بحران روانی اطلاق می‌شود. زمانی که بیمار بر مشکل خود چیره می‌شود، یعنی توانسته با بحران ناشی از رویداد آسیب‌زا کنار بیاید. در روند درونی‌سازی فرایند سوگواری روی می‌دهد و در آن بی‌رحمی‌هایی که بر سوژه روا شده مورد تصدیق و تأمل قرار می‌گیرد و به طور کامل ادراک

1. Transference

می‌شود. روانشناسان معتقدند برای اینکه فرد بتواند به جریان معمولی زندگی‌اش بازگردد باید تجربه روان‌زخم را برای خودش درونی کند.

لاکاپرا این مفاهیم را در بستر مطالعات تاریخی درباره هولوکاست بسط داد. یکی از نشانه‌های برون‌ریزی در برابر رویداد آسیب‌زا، تجربه مجدد آن است. به گفته وی:

برون‌ریزی به تکرار و حتی وسواس تکرار - یعنی تمایل به تکرار بی‌اختیار چیزی - ربط دارد. این مسئله در مورد افرادی که دچار روان‌زخم می‌شوند بسیار واضح است. آنها گذشته را در نظر مجسم می‌کنند، در حال زندگی می‌کنند، اما گویی کاملاً در گذشته سیر می‌کنند و فاصله‌ای با آن ندارند. آنها پیشامدها را در ذهن مرور می‌کنند، یا حداقل آن پیشامدها به زندگی کنونی آنها تحمیل می‌شود، مثلاً به صورت بازگشت به گذشته، کابوس‌ها یا کلماتی که بی‌اختیار تکرار می‌شوند و ظاهراً معنای همیشگی را نمی‌دهند، چراکه از شرایطی دیگر در مکانی دیگر معانی ضمنی متفاوتی می‌گیرند (LaCapra, 1998: 2).

فردی که دچار روان‌زخم شده مبتلا به تکرار می‌شود و رویدادهای آسیب‌زا را در هذیان‌ها، کابوس‌ها، رویاها و رفتارهای وسواس‌گونه و بی‌اختیار خویش دوباره تجربه می‌کند. در فرایند برون‌ریزی، تجربه مجدد روان‌زخم به گونه‌ای است که انگار فرد دارد در شرایط آن رویداد آسیب‌زا دوباره زندگی می‌کند. احساس می‌کند که زمان در هنگامه وقوع رویداد آسیب‌زا از حرکت بازایستاده و «گذشته با همان شدت هیجانی و عاطفی قبلی‌اش دوباره تکرار می‌شود» (van der Kolk, & McFarlane, 1996: 8). افرادی که واکنش برون‌ریزی از خود نشان می‌دهند نمی‌توانند گذشته و حال را از هم تشخیص دهند و در درک آینده دچار مشکل می‌شوند.

دیگر نشانه برون‌ریزی، کرختی و بی‌حسی است. فردی که دچار روان‌زخم شده دائماً درصدد است که از یادآورهای آن رویداد آسیب‌زا دوری کند. محرک روان‌زخم چیزی است که به رویداد آسیب‌زا مربوط می‌شود و بخشی یا همه آن خاطره تلخ را به یاد فرد می‌آورد. گاهی اوقات یک منظره، یک صدا، بو، درد یا حتی یک تاریخ مشخص یک خاطره خاص را به ذهن متبادر می‌کند. این نوع کرختی و بی‌حسی به انزوا و بیگانگی فرد منتهی می‌شود.

چنین واکنش‌هایی پس از ابتلا به روان‌زخم ناگزیر است، ولی برای اینکه فرد دچار روان‌زخم بتواند این محدودیت‌ها را کنار بزند و دوباره به زندگی بازگردد، می‌بایست تجربه روان‌زخم را درونی سازد. اگرچه این کار دشوار و گاه بی‌ثمر است، ولی برای پشت سر گذاشتن نشانه‌های تضعیف‌گر روان‌زخم باید تجربه روان‌زخم را به زبان آورد. لاکاپرا

درونی‌سازی را یک «تمرین بیانی» توصیف می‌کند که به تدریج به فرد کمک می‌کند تا گذشته، حال و آینده را از هم تمیز دهد. این فرایند خطی نیست و نمی‌توان میان برون‌ریزی و درونی‌سازی تفاوت‌های دو به دو قائل شد؛ برعکس، درونی‌سازی فرایندی پیچیده است که نمی‌توان آن را مرتب و منظم حل کرد (Schick, 2011: 11). لاکاپرا در کتاب نگارش تاریخ، نگارش روان‌زخم^۱ درباره درونی‌سازی چنین می‌نویسد:

درونی‌سازی مستلزم آن است که مشکلات را دوباره مرور کنیم، حل کنیم و احتمالاً درک خویش از آنها را تغییر دهیم. حتی وقتی مشکلات درونی‌سازی می‌شوند، باز هم به این معنی نیست که عود نمی‌کنند و مستلزم تغییر دوباره در شیوه درونی‌سازی نیستند. به عبارتی، خود درونی‌سازی فرایندی است که شاید هیچ وقت به طور کامل از مرحله برون‌ریزی فراتر نرود و حتی در بهترین شرایط هم برای هیچ‌یک از اعضای جامعه پیش نیاید (LaCapra, 2001: 148-149).

محور اصلی مفهوم درونی‌سازی، سوگواری است. سوگواری باعث سهولت در بازگشت دوباره به ابعاد فردی و اجتماعی زندگی‌ای می‌شود که پس از روان‌زخم دچار بحران شده‌است (Schick, 2011: 12). جویدیت هرمن معتقد است که «سوگواری قدرت ترمیم دارد» و تنها راه بزرگداشت درخور فقدان است (Herman, 1992: 193). بخشی از فرایند سوگواری این است که اندوه ناشی از محنت و فقدان که فرد تحمل کرده بیان شود. ممکن است انجام این کار برای برخی از افراد یا گروه‌هایی که دچار روان‌زخم شده‌اند کار بسیار دشواری باشد، چراکه در تجربه روان‌زخم نوعی کرختی به وجود می‌آید که باعث می‌شود فرد از واقعیت و احساسات راستین خودش فاصله بگیرد. انگار واژه‌ها نمی‌توانند بار تجربه و احساس فردی که دچار روان‌زخم شده را به دوش بکشند و انتخاب و استفاده از واژگان برای بیان احساسات به کار دشواری تبدیل می‌شود. در این شرایط عده‌ای برای سوگواری از نموده‌های غیرکلامی و خلاقانه استفاده می‌کنند: از جمله «هنر، موسیقی، رقص، نمایشنامه‌نویسی، نویسندگی، نماز و دعا، مراقبه و آیین‌های فرهنگی» (Yoder, 2005: 54). بازمانده یک حادثه آسیب‌زا در سوگواری برای فقدان‌هایش به کمک دیگران نیاز دارد. لزوم سوگواری و بازسازی برای کنار آمدن با رویدادهای ترومایی زندگی در همه نوشته‌های کلاسیک تأیید شده‌است. به انجام نرساندن فرایند عادی سوگواری و عزا موجب تداوم واکنش‌های ترومایی می‌شود

(Herman, 1992: 50) و به گفته لیفتون «سوگواری‌های حل نشده یا ناکامل باعث سکون و گیرافتادن در فرایند تروما می‌شود» (به نقل از Herman, 1992: 51).

وقتی سوژه نمی‌تواند تجربه تلخ خود را شبیه خاطرات معمولی و در میان آنها به ذهن بسپارد، تلاش می‌کند که از آن بگریزد و صورت مسأله را پاک کند. در این حالت قربانی حادثه آسیب‌زا رنج و فقدان ناشی از آن تجربه تلخ را در فانتزی خود به محیط دیگری منتقل و از یادآوری آن خاطره ناخوشایند پرهیز می‌کند. در این حالت سوژه با ساخت یک روایت فetiš^۱ تجربه روان‌زخم خویش را بازنمایی می‌کند. منظور از روایت فetiš «ساخت و استفاده آگاهانه یا ناآگاهانه از یک روایت» برای از بین بردن «آثار روان‌زخم یا فقدانیه که برای اولین بار با آن روایت به وجود آمده» است (سانتور، ۱۹۹۲: ۴۳). ساخت روایت فetiš شبیه سوگواری است، چراکه هر دو رفتار نوعی واکنش به فقدان هستند. اما بر خلاف سوگواری، روایت فetiš نشان می‌دهد که سوژه فقدانش را هنوز باور نکرده‌است. به این ترتیب در روایت فetiš «در اثر ناتوانی یا عدم تمایل به سوگواری یک رویداد آسیب‌زای جدید طراحی می‌شود و سوژه از طریق این راهبرد در فانتزی خود فضا و مکان رویداد آسیب‌زا را به جای دیگری منتقل می‌کند و فقدان را در جای دیگر و برای کسی دیگر رقم می‌زند» (Santner, 1992: 43). مقاومت در برابر سوگواری در پوشش‌های مختلفی ظاهر می‌شود. اما اغلب به شکل یک فانتزی است که در آن سوژه با یک راه‌حل سحرآمیز از متجاوز انتقام یا غرامت می‌گیرد یا او را می‌بخشد (Herman, 1992: 135).

۴- پیامدهای روان‌زخم

روان‌زخم که خود پیامد خشونت است، پیامدهایی نیز در پی دارد. رویدادهای آسیب‌زا نه تنها بر ساختارهای روانی فرد، بلکه بر روابط و مفاهیمی که موجب پیوستگی فرد و اجتماع می‌شوند نیز تأثیر می‌گذارند (Herman, 1992: 37). افراد مبتلا به روان‌زخم احساس می‌کنند که رهاشده، مطرود و تنها هستند و از نظام‌های مراقبتی و حمایتی بشری و الهی کنار گذاشته شده‌اند. این حس انزوا و عدم پیوستگی بر همه روابط آنها اثر می‌گذارد، از روابط خانوادگی صمیمی گرفته تا روابط اجتماعی و باورهای دینی (Ibid). در مواردی تجربه یک رویداد آسیب‌زا ابتکار عمل و شایستگی‌های فرد را از او سلب می‌کند و در عوض حس گناه و حقارت

1. Fetish narrative

به او القا می‌کند. گاهی اوقات بازمانده‌های جنگ و بلایای طبیعی از اینکه چرا برای نجات جان بقیه (مثلاً اعضای خانواده‌شان) جان خودشان را به خطر نینداختند، دچار احساس گناه و عذاب وجدان می‌شوند. دو حس شرم و تردید از جمله واکنش‌های عاطفی پس از رویدادهای آسیب‌زا هستند. شرم عکس‌العملی است نسبت به عجز در برابر تعدی به وحدت روحی و جسمی؛ و تردید منعکس‌کننده ناتوانی در حفظ دیدگاه مستقل فردی در حضور جمع است. به بیان دیگر، بازمانده به دیگران و حتی به خودش اعتماد ندارد (ibid: 38).

در بررسی پیامدهای فردی روان‌زخم باید به یاد داشته باشیم که درونی‌سازی یک واکنش فعال و آگاهانه نسبت به روان‌زخم است که از برون‌ریزی فراتر است و در پی شناخت حقیقت پیچیده و اجتناب‌ناپذیر روان‌زخم است. برخلاف آن برون‌ریزی یک واکنش انفعالی است که در آن فرد بحران روان‌زخم را بی‌اختیار دوباره تجربه می‌کند و در گذشته ناخوشایند خویش به دام می‌افتد. نشانه‌های ترومایی طیف وسیعی دارند که ماهیت برخی از آنها جسمانی است و برخی دیگر بر ادراک و هویت فرد اثر می‌گذارند.

در صورتی که اختلال ناشی از روان‌زخم شدت یابد نشانه‌های آن به صورت گسست در شناخت و هویت نمایان می‌شود. رویداد آسیب‌زا و روان‌زخم ادراک و استنباط سوژه نسبت به خویشتن، دیگران و دنیا را دچار دگرگونی می‌کند (Bloom, 1999: 12). در اینجاست که اسلاوی ژیزک سوژه پساترومایی که دچار حس بیهودگی و ناکارآمدی است را به پیوستار پیامدهای ناشی از روان‌زخم اضافه می‌نماید. حقیقت روان‌زخم «با خویشتن‌شناسی و جهان‌بینی آشتی‌ناپذیر است» و انسجام و تداوم سوژه را بر هم زده و سوژه‌ای جدید می‌سازد (Bistoen & Others 2014: 678). ژیزک توضیح می‌دهد که «روان‌زخم‌ها گسست‌های سخت و بی‌معنایی هستند که بافتار نمادین هویت سوژه را نابود می‌کنند» و رویدادهای آسیب‌زا «می‌توانند شخصیت قربانی را به کلی تغییر دهند و حتی آن را نابود سازند» (2008: 2-3). پس از روان‌زخم سوژه تغییر را تجربه می‌کند، چون «روان‌زخم حاکی از فروپاشی زنجیره دلالت است. دنیای پس از روان‌زخم، چیزی است نشأت گرفته از هیچ. چیزی دیگر است» (Berger, 2004: 566). ژیزک در تعریف سوژه پساترومایی چندین شاخص را لحاظ می‌کند. از نظر وی سوژه جدید فردی بی‌تفاوت است که حس مشارکت عاطفی خویش را از دست داده است (2008: 5). این سوژه اشتیاق خود را از دست می‌دهد و به تدریج به موجودی «عاری از زندگی فعال که صرفاً خور و خواب دارد افول می‌کند» (ibid: 12).

اشکال مختلف رویارویی‌های ترومایی، مستقل از ماهیت ویژه‌شان (اجتماعی، طبیعی، زیستی، نمادین و غیره) نتیجه یکسانی دارند: یک سوژه جدید پدید می‌آید که از مرگ خویش، یعنی مرگ (پاک شدن) هویت نمادین خویش، نجات یافته‌است. میان این سوژه پساترومایی جدید و هویت قبلی‌اش، هیچ پیوستگی وجود ندارد: پس از شوک حقیقتاً یک سوژه جدید به وجود می‌آید. ویژگی‌های این سوژه جدید عبارتند: از عدم مشارکت عاطفی، بی‌تفاوتی شدید و گسلس (ibid: 3).

برای درک بهتر منظور ژیزک یک فرد مبتلا به آلزایمر را در نظر بگیرید. شخصیت و هویت این بیمار قبل و بعد از بیماری بسیار متفاوت است، هرچند ممکن است در ظاهر وی تغییری ایجاد نشود. این بیماران در یک برهه زمانی از تاریخ زندگی خود گیر می‌افتند و ارتباط آنها با دنیای حال به تدریج از بین می‌رود. به عبارت دیگر، هویت نمادین آن فرد مثلاً در جایگاه مادر حفظ می‌شود، ولی این مادر، مادر قبلی و همیشگی نیست. سوژه پساترومایی نیز سوژه جدیدی است که با سوژه قبل از روان‌زخم فرق دارد و هویت وی دچار تغییراتی شده‌است.

بارزترین پیامد یک رویداد آسیب‌زا این است که یک بحران بیرونی به تجربه یک بحران درونی منجر می‌شود. از دیدگاه روانکاوانه اینکه سوژه‌ها بر اثر تجربه مستقیم یا غیرمستقیم یک رویداد ناگوار دچار یک نوع بحران درونی می‌شوند دو دلیل دارد؛ یکی ماهیت پس‌نگر روان‌زخم و دیگری تضعیف زنجیره دلالت.

در ساختار کنش به تعویق افتاده اتفاقی در گذشته روی داده ولی به دلیل عدم شناخت و درک نسبت به آن، نشانه‌هایش بروز پیدا نکرده و پس از مدتی (چند روز یا چند سال) و در اثر تجربه دوباره رویداد مشابه یا رویدادی دیگر خاطره آن رویداد آسیب‌زای اولیه برای سوژه زنده می‌شود. در حقیقت، در لحظه دوم نشانه‌های روان‌زخم ظاهر و سوژه دچار روان‌زخم می‌شود. به این دو دلیل یک رویداد آسیب‌زا در هیئت یک بحران جدید، بحران‌های قبلی زندگی سوژه را به یادش می‌آورد و لذا وی را دچار یک بحران درونی می‌سازد. در واقع بحران جدید، لحظه دوم چرخه روان‌زخم محسوب می‌شود که اثر دومینویی^۱ دارد، یعنی در این لحظه «کسی که قبلاً از یک خاطره محنت‌بار رنج نمی‌برد، ممکن است در اثر مواجهه با یک رویداد آسیب‌زای دیگر، خاطرات آن تجربه قبلی را به یاد آورد» (van der Kolk & McFarlane, 1996: 9-10). شرایط آسیب‌زا کشمکش‌های ناخودآگاه مراحل قبلی زندگی فرد

1. Domino effect

و همچنین سایر تجارب آسیب‌زای وی را فعال می‌کند (Blum, 2003: 418). چیزهایی در گذشته وجود دارند که به واسطه تجربه رویداد آسیب‌زا جانی تازه می‌گیرند و دوباره راه خود را به زندگی سوژه پیدا می‌کنند. این بحران درونی که پس از لحظه دوم پیش می‌آید بر هویت و معنای زندگی سوژه اثر می‌گذارد. بسیاری از پژوهشگران حوزه روان‌زخم معتقدند که خویشتن^۱ قبل و بعد از روان‌زخم با هم فرق دارند. جودیت هرمن در توصیف خویشتن آسیب‌دیده در افراد دچار تروما توضیح می‌دهد که رویداد آسیب‌زا باور فرد نسبت به خویشتن سابق را از بین می‌برد (Herman, 1992: 38). سازه اصلی خویشتن و هویت این افراد لطمه می‌خورد (Ibid: 40) و باعث می‌شود که فرد یک بحران وجودی را تجربه کند (Felman & Laub, 1992: 16). پس از مواجهه با رویداد آسیب‌زا، حقیقت تکان‌دهنده‌ای بر ملا می‌شود که حس انسجام خویشتن سوژه را تهدید به شکستن می‌کند. حقیقت لحظه اول که در لحظه دوم شکل می‌گیرد، با دیدگاه فرد نسبت به خود و دنیایی که پیش از این ساخته بود سازگاری ندارد ... امر واقعی که در حقیقت روان‌زخم بر ملا می‌شود مستلزم واکنشی از جانب سوژه است، که به زعم ژیزک در نهایت در تولد یک سوژه جدید خلاصه می‌شود (Bistoen & Others 2014: 678).

یکی از ویژگی‌های این سوژه جدید بی‌تفاوتی و بی‌اشتیاقی است. سوژه‌های جدیدی انگیزه خود برای زندگی را از دست می‌دهند. ژیزک در توضیح دلیل بی‌تفاوتی و گسلس سوژه پساترومایی به مرگ^۲ اشاره می‌کند. از نظر لکان «قصد و نیت رانه رسیدن به یک هدف مشخص نیست، بلکه دنبال کردن و جستجو کردن هدف است، خود مسیر است، یعنی گشتن و چرخیدن پیرامون ابژه» (اسلامی، ۱۳۹۴: ۳۷۹). رانه مأخذ اصلی کیف^۳ است، یعنی اشتیاق رسیدن به یک آرزو، لذت‌بخش‌تر از رسیدن به آن آرزو است (Žižek, 2008: 12). ژیزک معتقد است که از بین رفتن این اشتیاق موجب شکل‌گیری یک سوژه جدید می‌شود:

در فرم جدید ذهنیت^۴ (در خود مانده، بی‌تفاوت و بدون مشارکت عاطفی) شخصیت قبلی نه دچار تغییر شکل شده و نه با یک فرم ترمیمی عوض شده، بلکه کاملاً نابود شده است – ویرانی فرم مختص به خود دارد و به یک فرم زندگی تبدیل می‌شود [...] به بیان دقیق‌تر، فرم جدید، فرم زندگی نیست، بلکه فرم مرگ است، نه شمه‌ای از رانه مرگ فرویدی، بلکه مرگ رانه است (Ibid: 7).

1. Self
2. Death of drive
3. Jouissance
4. Subjectivity

بنابراین، رسیدن به نقطه بی تفاوتی و پوچی سوژه را به سوژه پساترومایی تبدیل می‌کند. در همه روایت‌های روان‌زخم نوسانی بین بحران مرگ و زندگی وجود دارد. سوژه‌های پساترومایی درصدد ساختن یک فرم جدید از زندگی برمی‌آیند، اما شکافی که آن زخم‌های عمیق در زنجیره نمادین و هویت آنها به وجود آورده باعث می‌شود که این فرم جدید بیشتر به فرم مرگ شبیه باشد.

۵- نتیجه‌گیری

مطالعات روان‌زخم پیوسته در حال پیشرفت و گسترش است و نظریه‌ها و رویکردهای پیش از قرن بیست‌ویکم با بیست سال اخیر تفاوت بسیاری دارد. فروید مطالعات خود در زمینه روان‌زخم را با بررسی تصادفات قطار و افراد آسیب‌دیده و نیز ناظران بر آن رویداد آغاز کرد. اگرچه اوایل رویداد آسیب‌زا را اتفاقی نادر می‌دانستند، در دوره معاصر دیگر نمی‌توان آن را رویدادی هرازگاهی پنداشت، چراکه در بافتار زندگی روزمره انسان‌ها تنیده شده و راهی برای گریز از آن وجود ندارد. امروزه ترور، جنگ، استعمار، خشونت خانگی، تجاوز و غیره رویدادهایی معمولی هستند که با زندگی ما عجین شده‌اند. به تبع این درهم‌تنیدگی، نظریه روان‌زخم نیز به عرصه برهم‌کنش رشته‌های مختلف از جمله تاریخ، جامعه‌شناسی، روانشناسی، روانکاو و مطالعات ادبی و فرهنگی تبدیل شده‌است. مطالعات روان‌زخم پیوسته در حال تعمیم و بازتعریف مؤلفه‌های سازنده خود و لذا تأکید بر این ماهیت بین‌رشته‌ای است. ماهیت بین‌رشته‌ای این مطالعات به ارائه مدل‌ها و الگوهای جدید جهت بازنمایی ریزه‌کاری‌های مفهوم روان‌زخم، نشانه‌ها و پیامدهای آن در زمینه‌های مختلف اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و حتی در نسل‌های آتی انجامیده‌است. با این وجود، مطالعات این حوزه عمدتاً بر مقوله‌هایی از جمله گریزناپذیری از رویداد آسیب‌زا، ناتوانی در درک و بیان آن، هویت و خویشتن افراد آسیب‌دیده، رنج و محنتی که این افراد تحمل می‌کنند و واکنش‌های آنها و نیز خاطرات ترومایی تمرکز دارد. ما در این نوشتار با تأکید بر دیدگاه نظریه‌پرداز معاصر، اسلاوی ژیژک، به‌مرور یکی از مدل‌های پایه روان‌زخم از منظر روانکاونه پرداختیم و سپس نشانه‌ها و پیامدهای روان‌زخم را تحلیل و بررسی نمودیم. ماهیت روان‌زخم به گونه‌ای است که بر اثر تجربه یک رویداد آسیب‌زا، خاطره رنج‌های قبلی زنده می‌شوند و با عطف به آنچه که در گذشته‌ها روی داده معنا می‌یابند. در حقیقت، عطف به

ماسبق و تأکید بر این ویژگی متناقض روان‌زخم جزء پایه‌های اصلی اکثر نظریه‌های روان‌زخم است. پیامد اصلی روان‌زخم این است که یک بحران بیرونی به تجربه یک بحران درونی تبدیل می‌شود. این بحران درونی بر هویت سوژه‌ها و دیدگاه آنها نسبت به خویشتن و دنیا اثر می‌گذارد و آنها را به سوژه‌های جدیدی تبدیل می‌کند. به زعم ژیکس سوژه‌های پساترومایی افراد بی‌تفاوتی هستند که حس مشارکت عاطفی و اشتیاق خود را از دست داده‌اند. سوژه‌های پساترومایی به پوچی می‌رسند و آنقدر که به مرگ فکر می‌کنند در پی زندگی کردن نیستند.

منابع

- اسلامی، م. ۱۳۹۴. لکان-هیچکاک، آنچه می‌خواستید درباره لکان بدانید اما جرئت پرسیدنش از هیچکاک را نداشتید، تهران: نشر ققنوس.
- Berger, J. 2004. "Trauma without Disability, Disability without Trauma: A Disciplinary Divide." *jac*, (24): 563-582. (Journal)
- Bistoën, G. & Craps, S. & Vanheule, S. 2014. "Nachträglichkeit: A Freudian Perspective on delayed traumatic reactions". *Theory & Psychology*, 24 (5): 668-87.
- Bloom, S. L. 1999. "Trauma Theory Abbreviated". Received December 4, 2013, from http://www.dhs.vic.gov.au/data/assets/pdf_file/0005/587966/trauma_theory_a_bbreivated_sandra_bloom, p Bloom, S. L. 1999df. (Website)
- Blum, H. P. 2003. "Psychic Trauma and Traumatic Object Loss". *Journal of the American Psychoanalytic Association*, (5): 415-431.
- Caruth, C. 1996. *Unclaimed Experience: Trauma, Narrative, and History*, Baltimore and London: The Johns Hopkins University.
- Felman, S. & Laub, D. 1992. *Testimony: Crises of Witnessing in Literature, Psychoanalysis, and History*, New York: Routledge.
- Fink, B. 1997. *A Clinical Introduction to Lacanian Psychoanalysis: Theory and Technique*, London: Harvard University Press.
- Fullerton, S. & Ursano, R. J. and Norwood, A. E. 2003. *Terrorism and Disaster: Individual and Community Mental Health Interventions*, New York: Cambridge.
- Herman, J. 1992. *Trauma and Recovery*, New York: Basic Books.
- Kudler, H. 2000. "The Limiting Effects of Paradigms on the Concept of Traumatic Stress". *International Handbook of Human Response to Trauma*, Shalev, A. Y., R. Yehuda and A. McFarlane (Eds). New York: Springer Science + Business Media: 3-10. (Book)
- Resende, E. & Budryte, D. 2014. *Memory and Trauma in International Relations: Theories, Cases and Debates*, New York: Routledge.

- Santner, E. L. 1992. "History Beyond the Pleasure Principle: Some Thoughts on the Presentation of Trauma". *Probing the Limits of Representation: Nasims and the Final Solution*, Cambridge, MA: Harvard University. 130- 170.
- LaCapra, D. 1998. "'Acting-Out" and "Working-Through" Trauma". Received January 28, 2014, from http://www1.yadvashem.org/odot_pdf/Microsoft%20Word%20-%203646.pdf. (Website)
- LaCapra, D. 2001. *Writing History, Writing Trauma*, New York: JHU press.
- Luckhurst, R. 2008. *The Trauma Question*, London & New York: Routledge.
- Mijolla, A. 2005. *International Dictionary of Psychoanalysis*, USA: Thomson Gale.
- Myers, T. 2003. *Slavoj Žižek*, London: Routledge.
- Noys, B. 2010. "The Horror of the Real: Žižek's Modern Gothic". *International Journal of Žižek Studies*, (4): 1-13. Web. 10 Dec 2014.
- Schick, K. 2011. "Acting out and working through: trauma and (in)security". *Review of International Studies*, (37): 1-19.
- Schiraldi, G. R. 2009. *The Post-Traumatic Stress Disorder Sourcebook: A Guide to Healing, Recovery and Growth*. 2nded. New York: McGraw-Hill.
- van der Kolk, B. A., & McFarlane, A. C. 1996. "The black hole of trauma". In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*, New York: The Guilford : 3-23. (Book)
- Yoder, C. 2005. *The Little Book of Trauma Healing: When Violence Striked and Community Security is Threatened*, New York: Good Books.
- Young, A. 2000. "An Alternative History of Traumatic Stress". *International Handbook of Human Response to Trauma*, Shalev, A. Y., R. Yehuda and A. McFarlane. New York: Springer Science + Business Media: 51-66. (Book)
- Žižek, S. 1989. *The Sublime Object of ideology*, New York: Verso.
- _____. 1994. *The Metastasis of Enjoyment: Six Essays on Woman and Causality*, USA: Verso.
- _____. 2008. "Descartes and the post-traumatic subject". *Filozofskivestnik*, XXIX (2): 9-29.