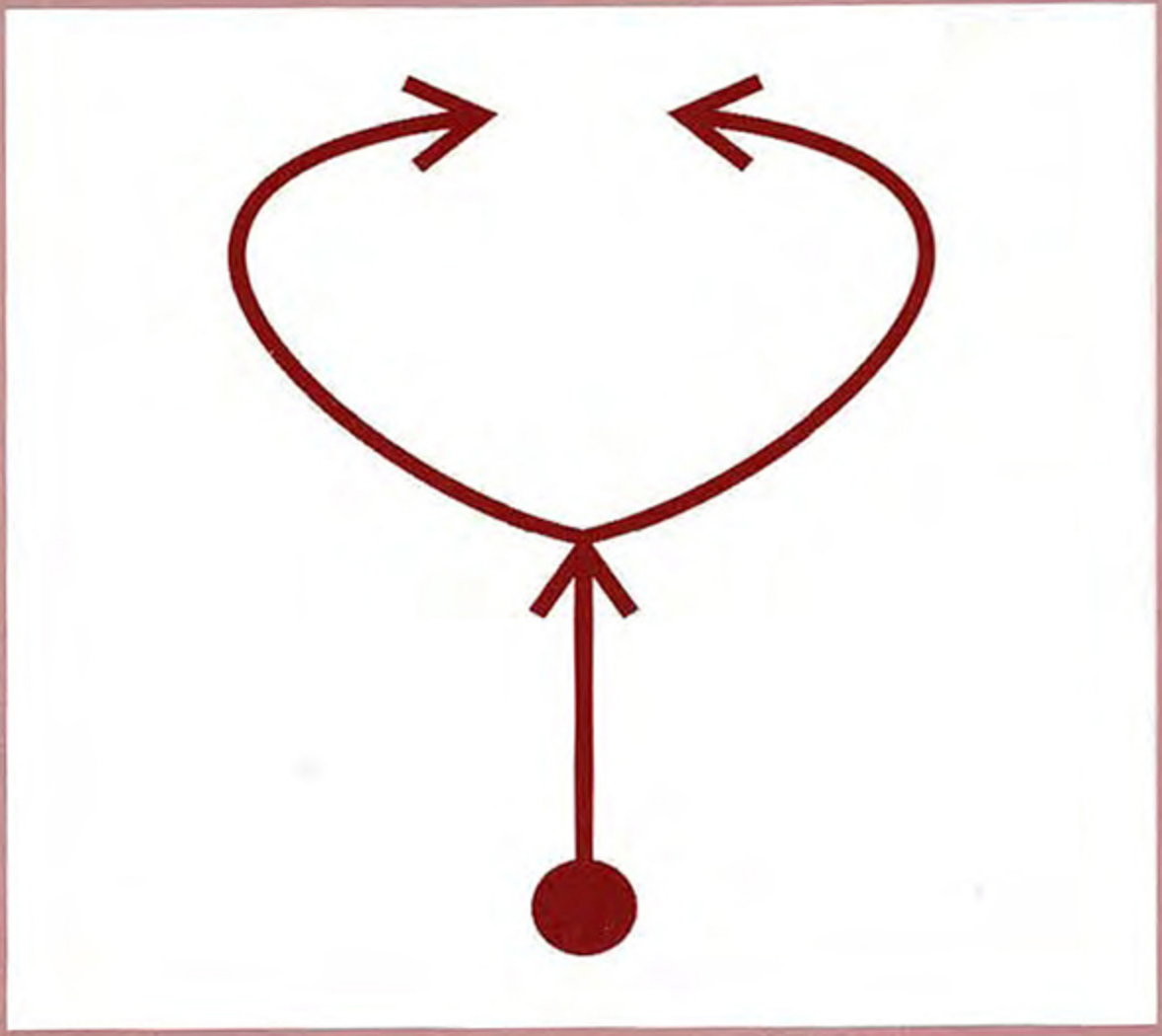
کشف انرژی اورگن

فونکسیون اورگاسم

روانشناسی در عمق



دکتر ویلهلم رایش

ترجمهٔ دکتر استپان سیمونیان

کشف انرژی اورگن

فونکسیون اورگاسم

روانشناسی در عمق

نوشتهٔ دکتر ویلهلم رایش

ترجمهٔ
دکتر استپان سیمونیان
و آندرانیک رئیسان

کتابفروشی ایران

فونکسیون اورگاسم، کشف انرژی اورگن
نوشتهٔ دکتر ویلهلم رایش
ترجمهٔ دکتر استپان سیمونیان و آندرانیک رئیسان

The Function of the Orgasm by Wilhelm Reich
Translated into Persian by Stephan Simonian
and Andranik Reysan

Copyright © 1973 by Mary Boyd Higgins as Trustee of the Wilhelm Reich Infant Trust Fund. *Die Entdeckung des Orgons, Erster Teil: Die Function des Orgasmus*, Copyright © 1968 by Mary Boyd Higgins as Trustee of the Wilhelm Reich Infant Trust Fund. Published by Arrangement with Farrar, Straus & Giroux, inc. All rights reserved

Persian Translation Copyright © 1994 Stephan Simonian

ISBN: 0-936347-38-4

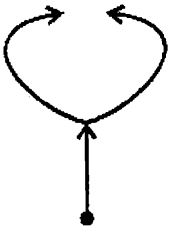
Library of Congress Catalog Card Number: 93-80640

Manufactured in the United States of America

Printed on acid free parper

Published by:
Iranbooks, Inc.
6831 Wisconsin Avenue
Bethesda, Maryland 20815
Telephone 301/986-0079
Facsimile 301/907-8707

عشق، کار و دانش سرچشمه های حیات اند
پس باید فرمانروای آن نیز باشند
ویلهلم رایش



«تن ز جان و جان ز تن مستور نیست
لیکن کس را دید جان دستور نیست»
مولوی

فهرست

مقدمه مترجم		۷
بررسی کلّی		۹
فصل ۱:	زیست شناسی و دانش مسائل جنسی (سکسولوژی) قبل از فروید	۲۶
فصل ۲:	پیرجنت	۴۸
فصل ۳:	گسستگی ها در روانشناسی و تئوری جنسی	۶۴
فصل ۴:	تکوین و رشد نظریه اورگاسم	۱۰۲
فصل ۵:	توسعه روش تجزیه و تحلیل شخصیت (کاراکتر)	۱۳۷
فصل ۶:	تغییر و تحولی نارسا در جهت ادغام علم بیولوژی در رشته روانکاوی	۲۲۰
فصل ۷:	راه گشائی به حیطهٔ بیولوژی	۲۸۳
فصل ۸:	شخصیت و درمان گیاهی (وجتیتو)	۳۳۶
فصل ۹:	از روانکاوی تا تولید حیات (بیوژنی) عمل بیوالکتریکی لذت و اضطراب	۴۰۹

مقدمهٔ مترجم

کتاب حاضر یکی از نوشته های دکتر رایش در سال ۱۹۴۰ است. این کتاب مانند سایر تألیفات او نمایانگر سیر تکاملی فکر نویسنده است. این اثر، نتیجه و چکیدهٔ تحقیقات و تتبعات قبلی دکتر رایش است که بصورت کتابها و مقالات نوشته و منتشر شده اند. دکتر رایش کتابها و مقالات بسیارِ دیگری نیز پس از تألیف کتاب حاضر، تألیف و منتشر کرده است.

شاید حق آن بود که ابتدا کتابها و مقالات اولیهٔ او ترجمه و در اختیار خوانندگان و دانشپژوهان فارسی زبان قرار می گرفت تا خواننده بهتر به چگونگی سیر تحول افکار دکتر رایش وقوف یابد. متأسفانه یک چنین کاری متضمن ترجمهٔ کتابها و مقالات بیشمار، کاری است بسیار دشوار و باری است بسیار گران، که نویسندهٔ این سطور فرصت عملی نمودن آن را نداشته است.

در کتاب حاضر، دکتر رایش سعی در توضیح سیر تکاملی افکار خود نموده است. معهذا درک بخش هایی از این کتاب برای غیرمتخصصین و افرادی که به تئوری روانکاوی آشنا نیستند، دشوار خواهد بود. لذا به مقدار توانایی خود، هرجا که ضرور دیدم، برای روشن تر شدن مطلب از طریق افزودن پاورقی به توضیح و تحلیل مطالب کوشیده ام. پاورقی های مترجم در سراسر کتاب با علامت (*) مشخص شده اند. همهٔ تأکیدها در متن کتاب از آن دکتر رایش است.

به دلایلی که خود دکتر رایش در این کتاب عنوان کرده است، بسیاری از نظریات و عقاید وی در محافل روانپزشکی آمریکا مورد استقبال قرار نگرفته اند. تنها اثر او که گهگاه در مدارس روانکاوی آمریکا مورد بحث قرار می گیرد، فصلهای اول و دوم کتاب وی دربارهٔ تحلیل شخصیت (کاراکتر آنالیز) است.

عدم استقبال از نوشته های دکتر رایش لزوماً نمایانگر نادرستی نظریات او نیست، بلکه می تواند منعکس کنندهٔ عدم علاقه و ناتوانی متخصصین این رشته به درک نظرات وی باشد. کتاب حاضر درسال ۱۹۴۰ به رشتهٔ تحریر درآمده و بعضی از نظریات دکتر رایش که در آن زمان مردود دانسته می شد، اکنون مقبول واقع شده و رایج گشته است. از اینرو، احتمال می رود در دهه ها و شاید قرنهای آینده، نظریات وی بهتر مفهوم گشته و مورد استقبال واقع گردد. و به قولی: «اگر مقبول باشد به رد خلق مردود نگردد، و اگر مردود باشد به قبول خلق مقبول نگردد.»*

در پایان وظیفهٔ خود می دانم از عزیزان گرانمایه: آقای دکتر فرهنگ مهر و خانم برجوهی دالجریان که متن اولیهٔ کتاب را قبل از انتشار خوانده و نکات ارزشمندی را پیشنهاد کرده اند، و آقای مهندس رئیسان که درترجمهٔ این کتاب همکاری نموده اند، و همچنین خانم ژولیت رئیسان که ماشین نویسی نسخه های اولیه را برعهده گرفتند، عمیقاً سپاسگزاری نمایم.

دکتر استپـان سیمونیـان
جولای ۱۹۹۲ ــ بوستون

* این جمله از فصل آخر کتاب «تذکرة الاولیاء» که دربارهٔ حلاج است نقل شده است.

بررسی کلی

این کتاب محصول بیست سال کار پزشکی و علمی من برروی موجود زنده است. در آغاز قصد انتشار این نوشته ها در کار نبود از اینرو ابائی از ثبت آزادانه افکار خود نداشتم. شاید اگر از اول بمنظور انتشار این کتاب را مینوشتم از برای ملاحظات شخصی، مادی و اجتماعی قسمتهائی از آن را حذف میکردم. اکنون که تحقیقات روانشناسی من از حیطهٔ روان فراتر رفتند و به حیطهٔ تن و بدن گسترش یافته است، برای توضیح این جهش تصمیم به تألیف این کتاب گرفتم.

بسیاری از افراد از اینکه در آن واحد در زمینه های روانشناسی، جامعه شناسی، فیزیولوژی و بیولوژی فعالیت دارم در شگفت اند؛ عده ای از روانکاوان ترجیح میدهند که من منحصراً بکار روانکاوی برگردم؛ دوستان سیاستمدار مرا به علوم طبیعی و رفقای زیست شناس مرا به رشته روانشناسی ارجاع میکنند!

موضوع روابط جنسی (سکسوالیته) مشترک بین رشته های مختلف علمی است و دانش پدیده اورگاسم جنسی* در مرکز این پژوهشها قرار دارد که زمینه هائی از روانشناسی را در بر میگیرد. در کمتر زمینه تحقیقی ارتباط علوم مختلف

---

* اورگاسم: این واژه بمفهوم اوج هیجان جنسی و حالت انزال است. هیجان جنسی حاوی سلسله پدیده هائی است که منشاء فیزیولوژیک (بدنی) و همچنین روانی دارد. این هیجان در اثر تحریکات مکانیکی و روانی و یا هر دو صورت میگیرد. این حالت همراه با تند شدن ضربان نبض و ازدیاد فشار خون، ازدیاد جریان خون به بعضی از اندامها مانند لبها، لاله های گوش، نوک پستانها، آلت تناسلی است. ازدیاد این تحریکات تا بحد و نقطه ای مشخص ناگهان باعث رهائی تنش میشود که با انقباضات عضلات آلت تناسلی و انقباضات عضلات بدن که مشابه با تشنجات عضلانی است مشخص میشود. پس از این حالت، احساس راحتی و آرامش و خواب ایجاد میشود.

اینچنین نمایان است. در عصر ما اکونومی جنسی (اقتصاد جنسی) بصورت یک رشته علمی مستقل با روش تحقیق مختص بخود در آمده است. در اینجا لازم میدانم چگونگی این رشته علمی را توضیح دهم و در ضمن سهمی را که در معرفی و مرتبط ساختن این علم با علوم دیگر داشته ام بیان کنم، و پاسخی هم به شایعات بی اساس در مورد فعالیتهای علمی خودم داده باشم.

اکونومی جنسی* (Sex economy) از بطن روانکاوی (پسیکو آنالیز) که بانی آن فروید بود در سالهای بین ۱۹۱۹ ۱۹۲۳ متولد شد و رشد کرد. جدائی اساسی آن از روانکاوی در حدود سالهای ۱۹۲۸ اتفاق افتاد. شش سال بعد در ۱۹۳۴ من بطور رسمی از جامعه روانکاوی بین المللی کناره گرفتم.

قسمتهائی از کتاب حاضر در واقع گزارش رویدادها و حوادث آن دوره است. بخشهای مختلف این کتاب توضیح چگونگی تکوین این تئوری در جریان پرسش و یا پاسخهائی که پیش آمده است میباشد. این تئوری زائیده فکر علمی و منطقی است که من خود را عامل آن میدانم. در این کار علمی کوشیده ام جانب صداقت را رعایت کرده و از هر نوع تحریف و ملاحظه کاری پرهیز کنم.

تقریر تجربیات و کارهای علمی در سالهای جوانی مزایائی مختص بخود را دارد. برخی از تصورات فریبنده که شخص در سنین جوانی به آنها معتقد است، از جمله باور به آمادگی مردم برای قبول عقاید انقلابی، به شخص امکان میدهد که در نوآوریهای خود پایدار مانده و در مقابل وسوسه های سازشکارانه مقاومت نماید و به منظور خوش آمد دیگران از معتقدات خود سر باز نزند. وسوسه انکارِ

* اکونومی جنسی (اقتصاد جنسی): دکتر رایش این واژه را به منظور بیان جریان نیروی جنسی در بدن و تأثیر آن در روان و عوارض رکود و انسداد آن و خلاصه آنچه که مربوط به جریان طبیعی انرژی جنسی است بکار برده. علم اقتصادمالی (اکونومی) نیز از گردش مناسب و صحیح ذخائر و نیروهای مادی صحبت میکند که در حیات و پیشرفت یک کشور نقش اساسی دارد. تشبیه این دو مفهوم به یکدیگر یادآور تئوریهای مزدک است.

ریشه جنسی بسیاری از امراض در تحقیقات «اکونومی جنسی» قویتر از این وسوسه در رشته روانکاوی است. از اینرو با کوشش و پایداری توانستم همکارانم را به قبول نام اکونومی جنسی متقاعد نمایم. اکنومی جنسی علم جدیدی است که در مورد انرژی روانی و بدنی تحقیق و بحث میکند. بنظر عده زیادی، عنوان تمایلات جنسی (سکسوالیته) فی نفسه زننده است و بنابراین صرف نظر کردن از آن خصوصا تحت فشارهای اجتماعی بسیار ساده است. بدون شک، پیش از آنکه این علم موقعیت شایسته خود را بدست آورد لازم است چندین نسل درباره آن بطور جدی از نظر علمی مطالعه و پژوهش کنند. بهرحال مساله زندگی و مرگ و امور وابسته به آنها لزوم فهم و تبحر در فرایند جنسی، فارغ از قید و بندهای اجتماعی را بما تحمیل خواهد کرد. یک مثال آن مسئله سرطان و دیگری آفتهای روانی است که به ایجاد دیکتاتوری در جامعه منجر میگردد.

اکونومی جنسی یک رشته علمی و طبیعی است و از بحث علمی درباره موضوعات جنسی شرمنده نیست و کسانی را که از ترس بدنام شدن از مباحثه درباره مسائل جنسی احتراز میکنند در خود نمیپذیرد. واژه وجتوتراپی (Vegetotherapy) به تکنیک درمانی بر مبنای اکونومی جنسی تلقی میشود. اورگاسمو تراپی (Orgasmo-therapy) واژهٔ صحیحتری است ولی برای دانشجوی جوان این رشته مشکلاتی از نظر اجتماعی ایجاد میکند. چاره ای نیست، هرگاه از ریشه تمناهای طبیعی انسان صحبت کنیم با تمسخر و استهزای آنان روبرو میشویم.

در دهه های آینده امکان تفرقه در مکتب اکونومی جنسی وجود دارد. تفرقه بدو گروه متخاصم، یک گروه معتقد به این خواهند بود که طرز کار و عمل جنسی و مجامعت تابع و ثانوی به کار و عمل زندگی است و نتیجتاً امری مهم محسوب نمیشود، گروه دوم به نبردی شدید و ریشه ای در مورد بنیادی بودن مسائل جنسی در الگوهای رفتاری انسان بر خواهند خواست. در این مجادله ممکن است ماهیت اساسی فرایند زندگی و فرایند جنسی کاملا مخدوش شود. خود

منهم ممکن است به انکار عقاید خود که در سالهای جوانی مبارزه به آنها باوری بی غل و غش داشتم دست زنم. هیچ دلیلی مبنی بر اینکه دنیای فاشیستی کار مشکل ما را به نابودی تهدید نکند موجود نیست. امکان این نابودی بدست روانپزشکان واپس گرا و معتقد به وراثت و بوروکراتهای حزبی عملی خواهد شد. دوستانی که به تهمتهای روزنامه های فاشیستی در نروژ برعلیه اکونومی جنسی آگاهی دارند منظور مرا بخوبی میفهمند. بنابراین قبل از اینکه خود من نیز تحت فشار شرایط اجتماعی، طرز فکر خود را تغییر دهم و با توسل به شهرت خود مانع از تحقیق محققین جوان در راه کشف واقعیات گردم، بدون اتلاف وقت لازم میدانم که به تشریح و چاپ نظریه خود راجع به اکونومی جنسی اقدام کنم.

تئوری اکونومی جنسی را میتوان در چند جمله خلاصه کرد. سلامتی روانی بقدرت و توانائی اورگاستیک شخص وابسته است، یعنی به درجه قابلیت شخص در تسلیم به اوج هیجان مجامعت. این بنوبه خود به سلامت شخصیت آدمی در قابلیت قبول عشق متکی است. ناخوشی روانی نتیجه بی نظمی در قابلیت طبیعی انسان در دوست داشتن و عشق ورزیدن است و در ناتوانی اورگاستیک که اکثریت مردم به آن مبتلا هستند. انسداد نیروی طبیعی، منبع اعمال و رفتار نامعقول است. شرط اساسی برای علاج ناهنجاریهای روانی برقرار کردن مجدد قابلیت طبیعی عشق ورزیدن است که به شرایط اجتماعی و روانی بستگی دارد.

بیماریهای روانی نتیجه هرج و مرج جنسی در جامعه است. برای هزاران سال این هرج و مرج بمنظور مطیع ساختن انسان بشرایط متداول زندگی بکار گرفته شده. همچنین این هرج و مرج بمنظور ذهنی کردن شرایط اجتماعی که بر اساس اتوریته و ماشینی بنا دارد و تثبیت و معمور کردن آن در روان افراد بکار گرفته شده. این بنوبه خود به ناتوانی انسان برای زندگی مستقل و به بی اعتمادی او بخود منجر گشته است.

نیروهای حیاتی در شرایط طبیعی تابع نظم مربوط بخود است و نمیتوان آنرا مقید بقواعد اجتماعی که محصول فکر آدمی در برقراری قواعد اجبار است نمود.

قواعد اجباری اجتماعی نمایندگر انگیزه های ضدانسانی و مخرب است. اعمال ناهنجار و مخرب نمایشگر انگیزه های غیرطبیعی (انگیزه های ثانوی) است. این انگیزه های ثانوی که بعلت سرکوب تمایلات جنسی طبیعی بوجود میآیند، جانشین انگیزه های طبیعی (انگیزه های اولیه) زندگی میگردند. انگیزه های ثانوی با انگیزه های طبیعی و خواستهای طبیعی جنسی در تضادند افرادی که به زندگی و عشق ورزی جنسی نظری خصمانه نشان میدهند از شادی و لذت ترس دارند. این ترس بنوبهٔ خود باعث ایجاد حالت دفاعی و نتیجتاً ایجاد خشکی و انقباضات عضلانی میگردد. اضطراب از لذت و شادی پایه و اساس نظریه های منفی و ضد زندگی است که بنوبهٔ خود زمینه ایجاد دیکتاتوری را فراهم مینماید. هسته مرکزی این اندیشه ها، واهمه از استقلال و آزادی در زندگی است. این واهمه مهمترین عاملی است که یک شخص یا یک گروه برای تسلط به اکثریت مردم مورد استفاده قرار میدهد.

ساختار روانی انسان معاصر که فرهنگ پدرشاهی شش هزار ساله را بدوش میکشد، خود را در مقابل طبیعت درونی و مصیبت های اجتماعی برونی با زره پوشانده است. این زره شخصیتی مبنای تنهائی، بیچارگی، اشتیاق به استبداد، ترس از مسئولیت، دلبستگی به موهومات، بیچارگی جنسی، یاغی گری های بی نتیجه و همچنین تسلیم و تحمل ناسالم مصائب را بدنبال دارد. با اتخاذ این روش انسان خود را نسبت به نیروی زندگی که در درون اوست بیگانه و دشمن کرده است. ریشه این بیگانگی، اجتماعی و اقتصادی است. علائم این بیگانگی در دوره های قبل از پدرشاهی دیده نمیشود.

از دوره های بوجود آمدن پدرشاهی، تنفر از اجباری بودن وظیفه جانشین لذت طبیعی کار و فعالیت شده است. افراد متوسط به توده هائی از مردم با واهمه از زندگی و ناتوان تبدیل شده اند. این توده های ناراضی و ناسالم نه تنها دیکتاتوری را بنیان میگذارند بلکه بهانه ای بدست دیکتاتورها میدهند که علت وجود خود را با اشاره به بی مسئولیتی و رفتار بچگانه آنها توجیه نمایند. فاجعه

های بین المللی که اکنون ما شاهد آن هستیم نتیجه این بیگانگی از زندگی و حیات است.

ساختار روانی توده های مردم که کورکورانه از دیکتاتور پیروی میکنند در خانواده هائی مملو از عشق طبیعی والدین به فرزندان شکل نمیگیرد بلکه در خانواده هائی ریشه میگیرد که بصورت استبدادی اداره میشوند. سرکوب کردن تمایلات جنسی در کودکان و نوبالغین مهمترین وسیله بوجود آوردن این فرمان برداری است.

طبیعت و فرهنگ، اخلاق و غریزه، سکسوالیته و موفقیت در کار و زندگی، در نتیجه شکاف در ساختار روانی انسان منافی یکدیگر شده اند. وحدت و هماهنگی آنها که بشر آنرا از عهد قدیم آرزو کرده از بین رفته است و تا هنگامی که بشر احتیاج طبیعی و بیولوژیکی رضایت جنسی را تقبیح میکند این وحدت بصورت خواب و خیالی باقی خواهد ماند. همچنین دمکراسی و آزادی واقعی که بر حس مسئولیت و وجدان استوار است تا عملی شدن این احتیاج سرابی خواهد بود، مردم بی اراده و سرسپرده خواهند ماند و تخریب حیات توسط تعالیم اجباری و سازمانهای آن و جنگ ادامه خواهد یافت.

در رشته روان درمانی (Psychotherapy) روش تجزیه و تحلیل شخصیت و درمان از طریق سیستم اعصاب غیرارادی (وجتوتراپی) را پایه گذاری کردم. اساس این رشته برقرار کردن مجدد تحرک روانی ـ بیولوژیکی* توسط انحلال و تجزیه شخصیت (کاراکتر) ناسالم و انحلال زره بدنی است که بصورت سختی و انقباض ماهیچه ها نمایان میگردد. صحت این تکنیک با کشف ماهیت بیوالکتریکی احساسات جنسی و اضطرابات تائید شده است. تمایلات جنسی (سکسوالیته) و اضطراب هر دو از ماهیت واحدی سرچشمه میگیرند که در جهت

* Bio-psychic mobility

مخالف یکدیگر عمل میکنند، اولی در جهت فراهم آوردن لذت و انبساط و دومی در جهت اضطراب و انقباض.

فرمول اورگاسم که هدایت کننده سیر تحقیقی اکونومی جنسی است بصورت زیر میباشد:

تنش بدنی (تانسیون بدنی و فیزیکی)

⮟

ازدیاد بار بیوالکتریکی (شارژ بیوالکتریکی)

⮟

رهائی از فشار بار بیوالکتریکی (دشارژ بار بیوالکتریکی)

⮟

آسایش بدنی (آسایش فیزیکی)

این فرمول بصورت فرمول عملکرد موجود زنده قبول گشته و سپس به تحقیق در مورد پدیدآئی حیات از مواد بیجان و آزمایش در مورد انرژی بایون و سرانجام به کشف تشعشعات اُورگون (Orgone) انجامید. تحقیق در رشته احساسات و روابط جنسی و بایون راهی تازه در جهت حل مسئله سرطان و بعضی بیماری های دیگر که مربوط به عملکرد اعصاب خودکار است، گشود.*

* بایون و اورگون: سیر تکاملی تحقیقات دکتر رایش او را به این اصل متقاعد کرد که نیروی مخصوصی در موجود زنده در کار است که باعث فعالیتهای حیاتی او میباشد. او مدعی کشف کیسه های مخصوصی در درون سلولها بود که دارای ضربانی منظم هستند و محتوی نیروی حیات میباشند. او این کیسه های محتوی انرژی را بایون (Bion) نامید. درسال ۱۹۳۹ دکتر رایش برای اولین بار مشاهدات خود را مبنی بر وجود انرژی مخصوص درمحیط زیست بنام اورگون بقلم آورد. این انرژی از نقطه نظر دکتر رایش انرژی کهکشانی است که ما را محیط نموده و کیسه های بایون حاوی این انرژی میباشند. این مشاهدات و برداشتها تا بحال توسط فیزیکدانان و دانشمندان علوم تکرار نشده و از نقطه نظر دانش امروزی مطرود مانده است.

ریشه اولیه بسیاری از فجایع اجتماعی و بیماریهای ویران کننده را میتوان در آن دانست که انسان تنها حیوانی است که از قانون طبیعی جنسی پیروی نمیکند. مرگ میلیونها نفر در جنگها و اختلال روانی و بدنی محصول مستقیم نفی اجتماعی نیروی زندگی است.

فرایند جنسی همطراز با فرایند انبساط بیولوژیکی و شادی و لذت است که خود سازنده زندگی میباشد.

این عبارتِ به ظاهر ساده، حاوی نکات و مطالب بسیار دقیق است. این ظاهر ساده رمزی است که بسیاری از مردم در عقاید من مشاهده میکنند. در این کتاب میخواهم توضیح دهم که چگونه و از چه طریق موفق بحل این مسائل که تاکنون پوشیده بوده اند گشته ام. امیدوارم خوانندگان را متقاعد نمایم که در نظرات علمی من هیچگونه سحر و جادوئی وجود ندارد و برعکس نظریات من چیزی است که همه بر آن واقفند و در عین حال آنرا ندیده انگاشته اند. این انکار و ناتوانی یافتن ارتباط بین مسائل نتیجه بیگانگی و جدائی مردم از جریان زندگی است.

برای تکمیل تاریخ اکونومی جنسی لازم است که نقش دوستان و همکاران را یادآوری کنم. در محدوده کتاب حاضر مجبور به چشم پوشی از یادآوری و ادای احترام بدست آوردهای آنان هستم، ولی به همه آنهایی که در این راه مبارزه کرده و رنج برده اند اطمینان میدهم که بدون کمک و سعی آنها توسعه کامل اکونومی جنسی میسر نمی شد.

بحث و معرفی اکونومی جنسی در این کتاب با زمینه اجتماعی در اروپا، زمینه ای که منجر به فاجعه جنگ جهانی شد، در تضاد است. پیروزی دیکتاتوری را بعد از جنگ جهانی اول میتوان نتیجه بیماری روانی توده های مردم اروپا دانست که حاضر بقبول هیچگونه سیستم دمکراسی، چه از نظر اجتماعی و یا اقتصادی نبودند. من جز برای مدت کوتاهی در ایالات متحده آمریکا نبوده ام از اینرو نمیتوانم در مورد درستی و یا نادرستی نظریه خود در

مورد این کشور قضاوت نمایم. برای قضاوت درست باید از شرایط زندگی در آمریکا آگاه باشم. ولی شرایطی که‌من درنظر دارم تنها شرائط خارجی روابط انسانی و شرایط اجتماعی نیست بلکه منظورم ساختار عمیق روانی مرد و زن آمریکایی در جامعه خود میباشد که فهمیدن آن به صرف وقت و تحقیق احتیاج دارد.

میتوانم پیش بینی کنم که چاپ انگلیسی این کتاب از جهات مختلف مورد اعتراض و ایراد آمریکائیها واقع خواهد شد. تجربه سالهای متوالی من در اروپا توانائی پیش بینی و تشخیص اهمیت این اعتراضات را بمن داده است و دلیلی نمیبینم که عکس العمل محافل مختلف در آمریکا بطور ریشه ای با اروپا متفاوت باشد بنابراین مایلم به اعتراضات ممکنه قبلاً پاسخ دهم.

اکونومی جنسی هیچگونه رابطه ای با ایدئولوژی و یا سازمان سیاسی مخصوصی ندارد. اندیشه های سیاسی که گروههای اجتماعی را به طبقات مختلف تقسیم بندی میکند در اکونومی جنسی نقشی ندارد. تغییر شکل و تحریف اجتماعی تمایلات جنسی و واپس زدن و سرکوب کردن آن در کودکان و نوجوانان یک پدیدهٔ جهانی است و در مرزهای ممالک مختلف متوقف نمیشود.

اکونومی جنسی توسط نمایندگان همه احزاب و گروههای مختلف مورد حمله قرار گرفته است. نشر کتب و نوشته های من توسط کمونیستها از یکسو و فاشیستها از سوی دیگر ممنوع اعلام شده است و مقامات حاکم، پلیس و سوسیالیستها و همچنین لیبرالهای بورژوا از آنها انتقاد کرده اند، ولی از طرف دیگر محتویات نوشته های من مورد تصدیق و احترام طبقات مختلف مردم واقع شده و تفسیر عمل اورگاسم خصوصاً در گروههای مختلف علمی و فرهنگی با نظری مثبت پذیرفته شده است.

واپس زدن و کتمان جنسی، خشکی و انعطاف ناپذیری بیولوژیکی، اخلاقیات خشک و خشن و زجرکشیدن، محدود به گروه یا طبقه خاص جامعه نیست. روحانیونی را میشناسم که فرق بین روابط جنسی طبیعی و غیرطبیعی را داوطلبانه اذعان کرده و نظریه های علمی برابری و یکسان بودن قوانین الهی را

با قوانین طبیعی قبول کرده اند. همچنین روحانیونی را میشناسم که تفسیر و حلاجی و شناسائی سکسوالیته را در نوجوانان و خردسالان تهدیدی برای خود و برای کلیسا تلقی میکنند و در نتیجه به سختی با آن مبارزه میکنند. از موضوع تحلیل مسائل جنسی، لیبرالیسم بهمان اندازه تهدید شده است که دیکتاتوری پرولتاریا و یا سوسیالیسم. ولی واقعیت امر این است که فقط یک طرز فکر و تنها یک نوع قاعده اجتماعی با حلاجی و روشن شدن عمل زندگی و ادامه حیات تهدید میشود و آن هم رژیم استبدادی و دیکتاتوری است که از طریق کار و اخلاقیات خشک و اجباری مصمم به از بین بردن حالت ظریف و طبیعی و پاکیزه تنظیم خودبخودی نیروی حیات میباشد.

بگذارید موضوع را صادقانه روشن نمایم، استبداد و دیکتاتوری نه تنها در کشورهای دیکتاتوری و حکومتهای مطلقه بلکه در کلیسا و در تشکیلات فرهنگی و دانشگاهی و در مجامع کمونیستی و همچنین دولتهای پارلمانی وجود دارد. این یک تمایل جهانی است که مولود واپس زدگی و کتمان نیروهای حیات میباشد. تعلیم و تربیت به روش آمرانه سنگ بنای روانی توده ها را برای قبول حکومت استبدادی پایه گذاری میکند. اجزاء اصلی آن عبارتند از مرموز جلوه دادن فرایند زندگی، ناتوانی و بیچارگی مادی و اجتماعی، ترس از قبول مسئولیت برای تعیین طریق و هدف زندگی برای خود و در نتیجه طلب امنیتی موهوم از آمر بصورت علنی یا ضمنی. بشر از زمانی دیرین برای رسیدن به دمکراسی واقعی که بر پایه تصمیم گیری مستقل، انسان دوستی، اخلاقیاتی طبیعی و ذاتی و شادی و لذت در کار و عشق قرار دارد کوشیده است. افرادی که در راه برقراری یک چنین دمکراسی میکوشند، نه تنها از فهم زندگی بصورت ذاتی و علمی واهمه ای ندارند بلکه از پیشرفت دانش برای درک مسائل زندگی بصورتی عملی و علمی استفاده میکنند. اکنون در مراکز مختلف علمی و اجتماعی کوششهائی برای برقراری دمکراسی واقعی بجای دمکراسی ظاهری و جعلی کنونی بکار میرود.

در رشته بهداشت روانی مهمترین و نخستین وظیفه جایگزینی هرج و مرج

جنسی و فاحشگی و هزلیات و تصویرهای مبتذل با شادی طبیعی در عشق و زندگی است بنحوی که از حمایت جامعه برخوردار باشد. مفهوم این سخن، تضعیف خانواده و یا اخلاقیات نیست، زیرا که بنیاد خانواده و اخلاقیات مدتهاست که در شرایط فعلی توسط قوانین خشک و اجباری تضعیف شده است. از نظر حرفه ای، ما با وظیفه تفوق بر سُستیها و ناهنجاریهای روانی روبرو هستیم که بصورت امراض روانی ظهور میکنند و نتیجه هرج و مرج جنسی اند. برای تبحر و تفوق به آفت روانی لازم است که مرز بین عشق طبیعی میان والدین و کودکان را از اجبار و اضطرار موجود در خانواده جدا نمائیم.

اگر چه من به هیچ دسته مذهبی و سیاسی وابسته نیستم معهذا در مورد زندگی اجتماعی نقطه نظرهای بسیار مشخصی دارم که علمی و منطقی است و مخالف عقاید سیاسی و ایدئولوژی های گوناگون و برداشتهای موهوم و مرموز است. تا هنگامیکه سیاستمداران و دیکتاتورهای ناآگاه، از هر نوع آن، عهده دار رهبری توده مردمی هستند که از نظر جنسی بیمارند، به اعتقاد من دنیای ما هرگز روی صلحی پایدار و واقعی را نخواهد دید. وظیفه اساسی سازمانهای اجتماعی، حفاظت از کار و عشق است که همواره متکی به تفکری علمی و منطقی بوده است. دانش، کار و عشق طبیعی منابع زندگی ما هستند و باید زندگی را نیز اداره و رهبری کنند، و مسئولیت برقراری آن نیز بعهده افرادی است که با کار خود در پیشرفت و تولید سهیم هستند.

از ما میپرسند که آیا طرفدار دمکراسی هستیم و یا مخالف آن هستیم؟ جواب ما این است که: ما بدون هیچ شک و شبهه و بدون سازش طرفدار دمکراسی هستیم. معهذا دمکراسی مورد نظر ما دمکراسی واقعی است. منظور ما تنها نوشته ای بر کاغذ نیست بلکه دمکراسی در زندگی روزمره واقعی مردم است. ما موافق شناسائی عمیق و ریشه ای ایده های دمکراتیک هستیم، چه شعار آن «حکومت مردم بر مردم توسط مردم» و یا «آزادی، برابری و برادری» باشد. ما تنها یک موضوع اساسی را بر آن اضافه میکنیم: موانعی را که در راه شناخت

دمکراسی است از میان بردارید! دمکراسی را به موضوعی زنده تبدیل کنید! تظاهر به دمکراسی نکنید وگرنه فاشیسم در همهٔ جبهه ها پیروز خواهد شد!

اشاعه بهداشت روانی در میان توده های مردم نیاز به تفوق دانش بر جهل؛ تفوق نیروی واقعی و زنده بر هرنوع حالت انگلی دارد، چه اقتصادی یا فکری و فلسفی. علوم طبیعی اگر جدی تلقی شوند، خود بتنهائی سنگری درمقابل نیروهای مخرب هستند. بدیهی است که هیچ کس به تنهائی دانش لازم برای حفظ و حراست کار و فرایند طبیعی حیات را ندارد. نظریه های علمی و منطقی دیکتاتوری را مردود میشمارند و خواستار دمکراسی اند.

قدرت اجتماعی که مولود عاطفهٔ ذاتی و احترام متقابل مردم به زندگی و کار باشد شکست ناپذیر است. شرط لازم برای پیدایش این قدرت اجتماعی استقلال و آزادی روانی توده های زحمت کش جامعه است؛ جامعه ای که قادر به قبول مسئولیت و تصمیم گیری منطقی در زندگی باشد. آنچه از بوجود آمدن این قدرت ممانعت میکند، ناهنجاری روانی توده هاست که در انواع دیکتاتوری و هرج و مرجهای سیاسی نمودار میشود. برای فائق آمدن به ناهنجاریهای روانی توده ها و تفکر نامعقول آنان در زندگی اجتماعی و برای برقراری سلامت واقعی روانی در مردم، ساختار اجتماعی ای لازم است که پیش از همه پریشانی مادی را برطرف و نموّ نیروهای حیاتی را در هریک از افراد خود تأمین نماید. فقط یک چنین ساختار اجتماعی را میتوان دمکراسی واقعی دانست. دمکراسی واقعی امری نیست که ازطرف گروهی منتخب و یا حکومتی استبدادی بمردم عرضه شود و یا بر آنان تحمیل گردد. دمکراسی واقعی فرایندی است طولانی و راهی است پیمودنی که در آن تودهٔ مردم با داشتن امنیت قانونی و اجتماعی به تعلیم خود برای زندگی فردی و اجتماعی میکوشند، زندگی ای مملو از حیات که بی وقفه پیش میرود و توسعه مییابد. از اینرو دمکراسی واقعی بهیچوجه حالت به اتمام رسیدهٔ رشد جامعه، شبیه به پیرمردی که از گذشتهٔ غرورآمیز و دلاوریهای خود راضی و خوشحال باشد، نیست. بلکه برعکس، این یک روند لاینقطع رشد و نمو است که

دائماً با ایده ها و کشفیات جدید روبروست. این رشد هنگامی ناگسستنی خواهد بود که عقاید منسوخ گذشته پس از انجام وظیفهٔ تکاملی خود با بصیرت و فراست جای خود را به عقاید نوین دهند و با دستیازی به استبداد، آنچه جوان و نوین است پایمال نکنند.

سنن و رسوم اجتماعی با همه اهمیت خود هنگامی دمکراتیک خواهند بود که وظیفهٔ طبیعی خود را که عبارت از انتقال دانش و تجارب گذشتگان به نسلهای آینده است انجام دهند، تا نسل آینده بدون تکرار اشتباهات آنان از تجارب گذشتگان استفاده کند. سنتها و رسوم وقتی مانع از امکان انتخاب آزاد برای نسل آینده شوند، زهری هستند برای دمکراسی. سنت گرایان را عادت بر این است که آنچه خارج از سنت است نشناسند. آنان توانائی قضاوت درمورد امور خارج از سنت را از دست داده اند. برای مثال، تکامل میکروسکوپ با تخریب نمونه های ابتدائی آن حاصل نشده، بلکه تکامل آن با نگهداری و بهبودی نمونه های ابتدائی و تطبیق آن با پیشرفت دانش بدست آمده است. میکروسکوپ زمان پاستور، محقق امروزی را قادر به بررسی ویروسها و تحقیق درمورد آن نمیکند. حال فرض کنیم که میکروسکوپ زمان پاستور قدرت و گستاخی ممانعت از پرورش میکروسکوپ الکترونیکی امروزی را دارا باشد!

جوانان هیچ خصومتی نسبت به سنتها نخواهند داشت و آنها را محترم خواهند شمرد مشروط براینکه به آنها آزادی انتخاب داده شود تا هرآنچه را که مطابق با شرایط روز و قابل استفاده است بپذیرند وآنچه را منطبق با واقعیتهای زمان آنان نیست رد کنند. این فرایند دائمی است و جوانان امروز که افراد فردا هستند، باید آمادگی پذیرش چنین برخوردی را از سوی فرزندان خود نیز داشته باشند.

تبدیل دمکراسی قبل از جنگ به دمکراسی واقعی و کامل بمعنی آن است که توده مردم بجای قدرت ناقص و پاره پاره، قدرت واقعی برنامه ریزی زندگی خود را داشته باشند. در دمکراسی واقعی، سرشتن نامعقول اراده مردم جای خود را به فرایند معقول اجتماعی میدهد. لازمه این تحقق خودآموزی مردم به توانائی

دستیابی به آزادی بجای توقع بچگانهٔ دریافت آن است بمثابه دریافت هدیه ای از شخصی. اگر دمکراسی مصمم به از بین بردن زمینه دیکتاتوری در توده مردم باشد، ابتدا باید قابلیت خود را برای ریشه کنی فقر و ایجاد استقلال منطقی در افراد جامعه تثبیت کند.

عقیده من این است که در دمکراسی اروپائی از آنچه واقعاً دمکراسی است بسیار قلیل و از آنچه اضطراری و اجباری است بسیار زیاد بهمراه داشت از اینرو نیز در جنگ با دیکتاتوری مغلوب گشت. تعلیم و تربیت در دمکراسی اروپائی با ترس از هر آنچه زنده است آغشته بود. دمکراسی بمثابه حالت خاتمه یافته آزادی و نه فرایندی که بی وقفه رشد میکند و مسئولیت توده هاست نگریسته میشد. حتی در حکومتهای دمکراسی، مردم به اطاعت کورکورانه از آمر تعلیم داده میشوند. حوادث پرفاجعه بما آموخته است که مردم طوری بار آمده اند که کورکورانه مطیع چیزی شوند که آنانرا از آزادی خود محروم کند. آنان نماینده آزادی را میکشند و بدنبال دیکتاتور راه میافتند!

من متبحّر در امور سیاسی نیستم ولی دانش پژوهی هستم با احساس مسئولیت اجتماعی. این احساس مسئولیت مرا وادار میکند آنچه را که صحیح بنظرم میآید بیان کنم. اگر نظرات علمی من موجب بهبود وضع مردم شود کوشش من به ثمر رسیده است. وقتی دیکتاتوری درهم شکَنَد و فروریزد جامعه بدنبال حقیقت خواهد گشت هرچند که این حقیقت ناخوشایند باشد. این حقایق که مبین علل هرج و مرج فعلی جوامع است چه مردم بخواهند و چه نخواهند روشن خواهد شد. یکی از این حقایق این است که ریشه دیکتاتوری در ترس غیرمنطقی توده ها از زندگی است. کسی که این حقایق را شرح دهد، بدون تردید درمعرض خطری عظیم خواهد بود.* ولی او شتابی برای قبولاندن اجباری حقایق به توده ها ندارد. او برای قبولاندن حقایق به مردم به جبر و زور نیز نیازی ندارد. او میتواند صبر کند قدرت او

* گفت آن یار کزو گشت سر دار بلند جرمش این بود که اسرار هویدا میکرد (حافظ)

دانش او به حقیقت انسان است و هر چقدر که این حقایق تلخ باشند در هنگام بحران، اراده مردم برای زیست آنان را مجبور به قبول واقعیات خواهد کرد.

دانشمندان وظیفه دارند که برای حفظ حق آزادی بیان و برای ابراز عقاید خود تحت هر شرایطی پافشاری کنند. آنان این حق را نباید به کسانی واگذار کنند که هدفشان خفه کردن زندگی است. همان گونه که سرباز در دفاع از کشور بپای شهادت میرود دانشمندان هم در حفظ حق بیان آنچه را که صحیح میدانند و به آن معتقدند عنداللزوم باید از جان خود بگذرند.

مسئولیت غیر قابل انکار پزشک و معلم این است که وظیفه خود را بدون توجه به نیروی ارتجاعی که مصمم به ایجاد خفقان و جلوگیری از آزادی است انجام دهد و از اعتمادی که به آنان شده است سوء استفاده نکنند. اینان نباید از هیچ گونه ایدئولوژی که مغایر با علوم پزشکی و تعلیم تربیت است دفاع کنند.

کسانیکه خود را آزادیخواه معرفی کرده ولی با این وظیفه و حق دانشمندان، متخصصین، پزشکان، معلمین و نویسندگان مخالفت میورزند در زمره ریاکاران ویا قربانیان تفکر نادرست هستند. استواری در نظرات متکی بفرایند زندگی، پیروزی بر علیه دیکتاتوری را تسجیل میکند. انسان جاهل بیچاره است و دیکتاتوری بر سیاهی جهالت انسان رشد میکند. بیچارگی ناشی از جهالت زمینه باروری برای رشد دیکتاتوری است. یک سیستم اجتماعی را نمیتوان دمکراتیک نامید مگر آنکه از بحث و برخورد با مسائل اساسی و جوابگوئی به آنها ترس و ابائی نداشته باشد، هر چند که این جوابها و راه حلها نوین و غیرمنتظره باشند. در غیر این صورت این سیستم اجتماعی با کوچکترین حمله از طرف کسی که به مقام دیکتاتوری چشم دوخته است شکست خورده و سازمانهایش بهم میریزد همانگونه که این وضع در اروپا بوقوع پیوست.

هنگامیکه مذهب مانع از آزادی علم و در نتیجه مانع از رقابت آزاد در تعبیر و شناخت فرایند زندگی باشد به دیکتاتوری تبدیل میشود. برای یکبار باید با صراحت معلوم کرد آیا خداوند یک نقش ریشدار قدرتمندی است که هر چه

بخواهد میکند و یا اینکه خداوند نمودی از قوانین ذاتی جهانی و کهکشانی است که همه چیز را سامان میدهد. فقط در صورتی میتوان بین علم و دین تفاهم برقرار کرد که خداوند و قوانین ذاتی و طبیعی منطبق باشند. از دیکتاتوری کسانی که مدعی نمایندگی خدا در زمین اند تا کسانی که میخواهند نقش خدا را در زمین بازی کنند قدمی بیش نیست.

اخلاقی که تمایلات طبیعی زندگی را با فاحشگی یکسان انگارد به دیکتاتوری مبدل میگردد. چنین اختلاطی شادی و عشق طبیعی را خواه و یا ناخواه مانع میگردد. عنوان غیر اخلاقی دادن به کسانی که بجای قوانین اجباری و غیرطبیعی بر طبق قوانین درونی و طبیعی خود رفتار میکنند گناه نابخشودنی است. زن و مرد نه بعلت شعیره دینی بلکه بدلیل علاقه به همسری عنوان زن و شوهر میگیرند. قوانین ذاتی و طبیعی و نه قوانین مصنوعی سنگ زیربنای آزادی واقعی هستند. ریاکاری اخلاقی خطرناکترین دشمن اخلاق ذاتی و طبیعی است. با وضعِ قوانین اخلاقی اجباری و خشک نمیتوان بجنگ ریاکاری اخلاقی رفت. ولی با علم به قوانین طبیعی حاکم بر فرایند جنسی میتوان این مبارزه را عملی کرد. لازمه رفتار نیک و ذاتی آن است که فرایند زندگی و جنسی بطور طبیعی و آزاد رشد کند. روابط جنسی بیمارگون و اخلاق اجباری با یکدیگر مرتبط و بموازات هم پیش میروند.

مردم کمترین مقاومت را دربرابر فشار و زور نشان داده و تسلیم می شوند. وادار کردن اطفال به رعایت مقررات و نظم با اِعمال زور آسانتر از بکاربردن تشویق و ابتکارات و روش های انسانی است. خود را همه دانا دانستن، و رهبر فرستادهٔ خدا معرفی کردن و درمورد روش اندیشیدن و عمل کردن مردم فرمان و حکم دادن، از پانهادن در مباحثه منطقی و شرکت در برخورد عقاید آسانتر است. اصرار بر رعایت قانونی احترام و عشق، از جلب دوستی از راه رفتار انسانی آسانتر است؛ فروختن استقلال فردی بخاطر امنیت مادی، از زندگی مستقل و با مسئولیت و «آقای خود بودن» آسانتر است. تحکم به زیردستان از

هدایت کردن و محترم دانستن آنان سهل تر است. از اینرو دیکتاتوری عموماً از دمکراسی واقعی آسان تر است. بهمین جهت نیز رهبر دمکرات ضعیف النفس به قدرت دیکتاتورها حسد ورزیده و میکوشد بطرق نامناسب از آنان تقلید نماید. طرفداری از آنچه در بین عوام متداول است سهل تر از پافشاری بر حقیقت است. بنا بر آنچه گفته شد، آنهائی که بفرایند زندگی اعتقاد و ایمان ندارند و یا این ایمان را از دست داده اند، از زندگی میترسند و درنتیجه بقبول دیکتاتوری تن درمیدهند.

آنچه زنده است ذاتاً فرایندی منطقی دارد، ولی هنگامیکه از رشد طبیعی آن ممانعت شود این فرایند تحریف شده به کژی میگراید. وقتی فرایند زندگی به کژی گرائید، واهمه و ترس پدید میآید. از اینرو فقط دانش به مراحل تکاملی زندگی است که ترس را برطرف می کند. دنیای ما از راسته زندگی طبیعی بیرون افتاده است. صرفنظر از مبارزات امروزی که قرنهای آینده را شکل میدهد، علم بزندگی از قوای نهی کننده حیات قویتر و از هرشکل خودکامگی نیرومندتر است. گالیله اساس تکنولوژی امروز را بنا نهاد نه نِرو (Nero)؛ پاستور برضد بیماریها جنگید نه ناپلئون؛ فروید به کندوکاو در اعماق انسان دست زد نه شیکلگروبر (Schicklgruber). اینگونه دانشمندان اند که زندگی راستین ما را تضمین کرده اند. ولی عدهٔ زیادی، از کشفیات این مردان بزرگ برای نابودی زندگی سوء استفاده کرده اند. بهرحال ریشه های علوم بی نهایت عمیقتر از هر آشوب فاشیستی موقتی است.

ویلهلم رایش
نیویورک
نوامبر ۱۹۴۰

فصل اول

زیست شناسی و دانش مسائل جنسی (سکسولوژی) قبل از فروید

موضع علمی که در فصل قبلی بطور اجمالی تشریح شد در بین سالهای ۱۹۲۲ ۱۹۱۶ در سمینارهای مسائل جنسی در وین ریشه گرفت. رشد و نموّ این نظریه بهیچ وجه متأثر از عقاید و تعصّبات قبلی نبود. بعضی میخواهند اینطور جلوه دهند که با شخصی طرفند که گذشتهٔ غیرعادی دارد و از جامعهٔ «محترم» مطرود است و میخواهد وَهم و خیالات خود را به مردم تحمیل کند. اینان از حقیقت بسیار دورند. واقعیت این است که زندگی مملوّ از فعالیت و تجربه مرا قادر به فهم و بیان حقایقی ساخت که بر دیگران پوشیده مانده بود.

قبل از اینکه در اکتبر سال ۱۹۲۰ به انجمن روانکاوان وین بپیوندم تا آنجائی که امکان داشت بطور وسیع در رشته های علوم طبیعی، روابط جنسی و روانشناسی و فلسفه مطالعه کردم. این قدری گستاخانه به نظر میآید ولی فروتنی بیجا نیز گرهی از کار نمیگشاید. هیچ گونه شعبده ای در کار نبوده است. پس از چهار سال بیکاری و ول گشتن در جنگ جهانی اول و داشتن استعداد یادگیری سریع و منظم، در علومی که برایم جالب بود غوطه ور شدم و وقت خود را در کافه ها و شب نشینی ها به بطالت نگذراندم.

آشنائی من با علم روانکاوی کاملاً اتفاقی بود. در ژانویه ۱۹۱۹ در کلاس تشریح، کاغذی از میزی به میز دیگر دست بدست گشت که دانشجویان علاقمند را به سمینار روابط جنسی دعوت میکرد. من در نخستین جلسهٔ این سمینار شرکت کردم. غیر از من هشت دانشجوی پزشکی دیگر نیز حضور داشتند. در این جلسه گفته شد که برای دانشجویان پزشکی اطلاع از دانش روابط جنسی لازم

است در حالیکه دانشگاه وین این مسئله مهم را ندیده گرفته بود. بعد از آن من مرتباً در جلسات شرکت میکردم بدون آنکه در بحثها وارد شوم. چگونگی برخورد با این موضوع در جلسات اول سمینار برای من عجیب مینمود زیرا فاقد حالت طبیعی بود. احساسی از درون مرا به طرد این سمینار وامیداشت. یکی از یادداشتهای روزانه من به تاریخ مارچ ۱۹۱۹ باین مضمون است. «شاید موضع اخلاقی خود من باعث نارضائی میشود». تجربه شخصی من و آنچه از دیگران شنیده بودم مرا متقاعد ساخته بود که علائق جنسی محوری است که زندگی جامعه و زندگی ذهنی و درونی هر فرد بدور آن میچرخد».

در حدود ده سال بعد علت نارضائی ام از بحثهای سمینار برایم روشن شد. برخوردی که در سمینارها با مسائل جنسی میشد با طرز فکر و تجربه من مغایر بود. در جلسات اول این سمینار، برخورد با موضوعات جنسی بسیار عجیب مینمود. مثل آن بود که احتیاجات جنسی طبیعی وجود خارجی ندارد، استنباط من از بحثهای سمینار این بود که احتیاجات جنسی، چیزی جز خواهشها و غرائز هرزه و فاسد نیست. برای مثال تئوری روانکاوی (پسیکوآنالیز) در آنروز وجود احساسات شهوانی محبلی در دختران جوان را منکر شده و آنها را به غرائز پیچیده دیگری مرتبط میدانست.

از طرف یکی از شرکت کنندگان پیشنهاد شد که از یکی از روانکاوان پیش کسوت و مجرّب دعوت شود که چند جلسه ای در مورد موضوع روابط جنسی تدریس کند. سخنرانی او جالب و مطالب قابل استفاده و گیرا بود، ولی من بطور غریزی از نحوه برخورد او به مسئله سکسوالیته ناخشنود بودم. در این جلسات مطالب تازه بسیاری را آموختم ولی مُدرِّس را لایق تدریس این درس نیافتم. در آن موقع علت این ناخشنودی خود را و احساس بی لیاقتی مُدرِّس را نمیدانستم.

در آن دوران رساله های متعددی در مورد سکسوالیته گردآوری کردم. کتابهائی از نویسنده معروف بلوچ (Bloch) خواندم، مانند Sexualleben unserer Zeit همچنین کتاب Die sexuelle Frage نوشته فورل، کتاب Sexuelle Verillungen نوشته

باک، و کتاب Hermaphroditismus und Zeugungsum fahigkeit تروفی. سپس به مطالعه کتاب لیبیدو نوشته یونگ و بالاخره به مطالعه کتابهای فروید پرداختم. تألیفات متعددی را با سرعت و بطور دقیق بررسی کردم. بعضی از کتابها را دو یا سه بار خواندم. کتاب سه مقاله در مورد تئوری غرائز جنسی* و مقالات مقدمات در مورد روانکاوی** نوشته فروید مرا به گزینش پیشه امروزیم ترغیب کرد. من بلافاصله مقالات و انتشارات مربوط به موضوعات جنسی را به دو گروه تقسیم کردم: گروه اول جدی و گروه دوم هرزه. در این مرحله اشتیاق فراوانی به بلوچ و فورل (Forel) و فروید پیدا کرده بودم. ایده های فروید دنیای تازه ای را برای من گشود. در عین حال بی چون و چرا به پیروی یا قبول نظرات فروید نیز نپرداختم بلکه بتدریج کشفیات او را درک کردم و همزمان با آن به مطالعه و بررسی کشفیات اشخاص بزرگ دیگری پرداختم. قبل از اینکه بطور اساسی به رشته روانکاوی بپیوندم از علوم طبیعی و فلسفه توشه ای فراهم آوردم. کتاب Handbuch der sexual wissenschaft نوشته مول را بطور دقیق بررسی کردم. میخواستم بدانم که دیگران در مورد غرائز چه میگویند. این پژوهش مرا به تئوری سامون (Semon) رساند. تئوری احساسات هوش افزای*** او در برخورد با مسائل حافظه و غرائز برایم غذای فکری بود. سامون مدعی بود که حرکات غیر ارادی همه موجودات زنده همانا تجربیات تاریخی‌نقش بسته درآنهاست. پروتوپلاسم

---

* سه مقاله در مورد تئوری جنسی (Three Contributions to the Theory of Sex) در سال ۱۹۰۵ فروید کتاب «سه مقاله درباره تئوری جنسی» را منتشر کرد. در این کتاب موضوع مسائل جنسی گسترش یافته و مفهوم روانی ـ جنسی (پسیکوسکسوال Psycho-sexual) بکار برده شده است. همچنین در این کتاب رابطه احساسات جنسی با دیگر لذتهای جسمی و رشد جنسی ـ روانی کودکان و مراحل مختلف رشد انرژی لیبیدو تشریح شده است.

** مقالات مقدماتی در روانکاوی (Introductory Lectures to Psycho Analysis) فروید نگارش و نشر سری مقالات مقدماتی درباره روانکاوی را از سال ۱۹۱۵ شروع نمود.

*** "Mnemic Sensations"

زنده که مرتباً در حالت تولید و تقسیم است تأثیرات محیط را جذب کرده و به تناسب آن عکس العمل نشان میدهد. این عمل و عکس العمل در پروتوپلاسم نقش میبندد این تئوری بیولوژیکی با تئوری خاطرات ناخودآگاه* فروید کاملاً مطابقت میکرد. در تئوری سامون زندگی و غرائز غیرارادی با منظور و هدفی عقلانی و منطقی توصیف شده بود.

در ورای هرآنچه میاموختم این سئوال نهفته بود که «زندگی چیست»؟ زندگی، بنظر میآمد که با منطق و مقصود مشخصی از أعمال غیرارادی و غریزی مشخص گشته. تحقیقات فورل بر روی سازمان زندگی مورچگان توجه مرا به اینکه زندگی وابسته به یک نیرو و یا اصل حیاتی است (ویتالیسم)** جلب کرد.

در بین سالهای ۱۹۱۹-۱۹۲۱ با کتابهای دریش (Driesch): Ordnungsleher و Philosophie des Organischen آشنائی یافتم، کتاب اول اورا فهمیدم ولی کتاب دوم را نفهمیدم. واضح بود که برداشت خشک و بیروح از زندگی که بر دروس پزشکی

---

* ناخودآگاه (Unconscious): تئوری خودآگاه و ناخودآگاه فروید در بین سالهای ۱۹۲۰ ۱۸۹۰ تکوین یافت. مطابق این تئوری، بخش بزرگی از محتویات فکری شخص بصورت ناخودآگاه میباشد. اندیشه های ناخودآگاه یا بعلت نداشتن اهمیت لازم، دارای انرژی کافی برای بروز در خودآگاه نیستند، و یا توسط نیروئی فعال سرکوب شده و مکانیزم روانی انسان از ظهور آن به حیطهٔ خودآگاه جلوگیری میکند.

کارل گوستاو یونگ (Carl Gustav Jung) که از شاگردان برجسته فروید بود و بعداً با او اختلاف نظر پیدا کرد، برداشت گسترده تری را از ناخودآگاه ارائه نموده. او از طریق تعبیر خوابها، افسانه های مختلف ملل، نقاشیها، سمبلهای مختلف قدیمی از جمله مطالعه در کتب و برداشتها و سمبلهای کیمیاگران به این نتیجه رسید که در ورای ناخودآگاه شخصی، ناخودآگاه عظیمتری نهفته است که از دایره زندگی خصوصی شخص بیرون میباشد و دربرگیرنده تجربیات فرهنگی ملتها است و هر یک از افراد بشر در آن سهیم هستند. او افراد بشر را ساخته شده از پیکری واحد میداند. خلاصه اینکه مطابق برداشتهای او:

بنی آدم اعضای یکدیگرند که در آفرینش ز یک گوهرند

** ویتالیسم (Vitalism): دیدگاه فلسفی بر پایه اینکه فرایند زندگی دارای ویژگیهائی است که اساساً از پدیده های فیزیکی و شیمیائی جداست.

حکمفرما بود قادر به توضیح کافی مسائل نبود. سخن دریش در مورد اینکه در حیطهٔ حیات امکان پدیدآئی کل از جزء وجود دارد ولی ماشین نمیتواند از یک پیچ درست شود برای من قابل انکار نبود. از طرف دیگر قادر نبودم با روش او و استفاده از نظریه فلسفی «انتلکی»* برای توضیح طرز کار در موجود زنده موافقت کنم. اینطور احساس میکردم که دریش از مسئله ای عظیم با یک حرف طفره رفته است. از اینرو بصورتی ابتدائی آموختم که فرق بین پدیده های واقعی (فاکتها) و تئوریهای مربوط به آنها را از هم دیگر تفکیک و روشن کنم.

مدت مدیدی در مورد سه فرق اساسی بین مواد بیجان و جاندار که دریش (Driesch) مطرح کرده بود تحقیق و تفکر کردم. این تئوریها صحیح مینمود معهذا اصل کیفیت مافوق طبیعی حیات مطلب را چنان که باید نمیرساند. هفده سال بعد موفق شدم که این تضاد را بر اساس فرمول عملکرد انرژی توضیح دهم. هرگاه در مورد ویتالیسم فکر میکردم برداشتهای دریش را بیاد میآوردم. احساس من در مورد غیرمنطقی بودن فرضیه او بعداً توجیه گشت. او بعدها بصفوف متخصصین «جن و پری» پیوست.

نظریه های برگسون (Bergson) با افکار من سازگاری بیشتری داشت. کتابهای «ماده و حافظه»، «زمان و آزادی» و «تکامل سازنده» او را بدقت مطالعه کردم. احساس میکردم که در انکار ماتریالیسم مکانیکی و فاینالیزم** میکوشد. توضیح و تفسیر برگسون درمورد تأثیر زمان بر درک تجربه ها و همچنین وحدت

---

* انتلکی (Entelechy): دیدگاه فلسفی در فلسفه ارسطو مبنی بر شناخت ماهیت چیزی بر اساس قابلیت و لیاقت واقعی آن. در دیدگاههای مختلف فلسفی این کلمه به نیروی حیاتی ای اطلاق شده که موجود را بسوی کمال پیش میراند.

** فاینالیزم (Finalism): نظریه فلسفی مبنی بر اینکه علتی غائی و نهائی سبب بوجود آمدن پدیده هاست.

وجود، اعتقاد مرا به طبیعت غیرماشینی موجود زنده راسخ تر کرد. همه اینها در ابتدا بسیار مغشوش و مبهم و بر مبنای احساس بود و نه دانش. تئوری من در مورد وحدت روان و تن (پسیکوفیزیکال) از افکار برگسون ریشه گرفت و به تئوری جدیدی مبدل گشت که از رابطه بین فکر و تن صحبت میکند.

برای مدتی مرا بعنوان مجنون برگسونی میشناختند. من در اصول با برگسون موافق بودم ولی نمیتوانستم دقیقاً بفهمم که تئوری او از چه نقطه ای فرومیریزد. فرض اصل نیروی حیاتی او (elan vital) شبیه به فرض انتلکی دریش بود. اصل نیروی سازنده ای که مولّد و اداره کنندهٔ زندگی است غیرقابل انکار بود ولی این تئوری چون به صورت ملموس و عینی بیان نمیشد اقناع کننده نبود. استفاده علمی و عینی از چنین نیروئی حقّاً بعنوان هدف نهائی علوم شناخته شده است. بنظر من همواره ویتالیستها در مقایسه با مکانیستها به فهم اصول زندگی نزدیکتر بودند زیرا مکانیستها زندگی را به تکه پاره هائی مجزا از هم تقلیل میدادند و سپس سعی در درک آن میکردند. از طرفی نیز تصور موجود زنده بصورت ماشین به منطق و عقل خوشایند بود زیرا شخص میتوانست همانگونه که دروس فیزیک را آموخته بود زندگی را نیز تجزیه و تحلیل کند.

من در کار پزشکی یک مکانیست بودم و تفکرم کاملاً بصورت سیستماتیک بود. درس مورد علاقهٔ من یادگیری آناتومی (تشریح) بصورت سیستماتیک بود. آناتومی مغز و اعصاب را بطور کامل آموختم. ترکیب غامض سلولها و رشته های عصبی، مرا متعجب و مسحور میساخت. بسیار بیشتر از آنچه برای رشته پزشکی لازم بود آموختم و همزمان با آن به علوم ماوراءالطبیعه علاقمند شدم. به نوشته لانگه (Lange) بدلیل اینکه بطور وضوح از لزوم فلسفه ایده آلیستی در فرایند زندگی صحبت میکرد، علاقمند شدم.

بعضی از همکاران بعلت متغیر بودن عقایدم از من دلگیر میشدند. هفده سال بعد موفق به حل ترادف بین تفکر مکانیستی و ویتالیسم شدم. تفکر روشن و صحیح در عرصه های شناخته شده آسان است ولی قدم برداشتن در عرصه های

ناشناخته و غیرمکشوف و مرعوب نگشتن از پیچیدگیهای آن پزشکی دشوار است. خوشبختانه بسرعت بتوانائی خودم در منظم کردن افکار و برداشتها و ارائه نتایج عملی از آن واقف گشتم. اختراع اورگونوسکپ که میتوان با آن جرقه هائی از انرژی بیولوژیکی را دید به این خصوصیت خود مدیون هستم.

تلقّون علائق علمی من، مرا به این موضوع معتقد ساخت که «هر کس به نحوی صحیح است». مسئله فقط فهمیدن این بود که به چه نحوی صحیح است. من دو یا سه کتاب مربوط به تاریخ فلسفه را مطالعه کرده ام که مرا با بحثهای مربوط به اولویت اندیشه بر ماده یا برعکس آن آشنا ساخت. این مطالعات در مراحل اولیه رشد فکری و علمی اهمیت بسیار داشت زیرا مرا برای درک صحیح تئوری فروید آماده میکرد. در کتاب بیولوژی که پس از قبول شدن در امتحان شفاهی آن، آن را مطالعه کردم دنیائی از دانش یافتم. کتابهای بیولوژی نوشته هرترینگ (Das Werden der Organismen و Allgemeine Biologie) مطالب پرارزشی داشت ولی از توضیح رابطه شاخه های مختلف علوم طبیعی به همدیگر قاصر بود. اگر چه در آن موقع قادر به توضیح آن بصورت کنونی نبودم ولی پس از خواندن این کتابها به نقص آنها پی بردم. استفاده حکمت علل غائی (Teleological principle) در رشته بیولوژی مرا ناراحت و نگران میساخت. مطابق این حکمت سلول دارای غشائی است برای اینکه در مقابل تأثیرات خارجی از خود حفاظت کند! اسپرماتوزئید مرد (سلول جنسی) فعال و متحرک است برای اینکه رسیدن به تخمک زن آسانتر انجام گیرد! جانور مذکر بزرگتر و قوی تر و غالباً الوانتر از جانور مؤنث است برای اینکه جنس مؤنث را به خود جلب کند! و یا اینکه حیوان شاخ دارد برای اینکه با دشمنان خود بهتر مقابله کند و مورچه های کارگر فاقد جنسیت اند برای اینکه بهتر کار کنند، و چلچله ها لانه میسازند برای اینکه نوزادان خود را گرم نگهدارند و طبیعت چنین یا چنان میکند برای اینکه این یا آن منظور عملی شود! خلاصه اینکه مخلوطی از ویتالیسم و فاینالیسم و ماتریالیسم سببی برشته بیولوژی حکمفرما بود. من در جلسات درس کامرر که

بسیار جالب بود و در مورد تئوری وراثت و خصوصیات اکتسابی صحبت میکرد شرکت میکردم. کامرر متأثر از نظرات استانیچ (Steinech) بود که به سبب تحقیق در مورد بافتهای هورمونی دستگاه تناسلی معروفیت یافته بود. من با آزمایشهای او در مورد خصوصیات جنسی و خصوصیات ثانوی جنسی و تقلیل مناسب آن به تئوری مکانیکی وراثت علاقمند بودم. کامرر طرفدار سرسخت این عقیده بود که ساختار طبیعی حیات از ماده های خاکی (غیراورگانیک) و نیروی بیولوژیکی مخصوص درست شده است. طبیعتاً من قادر بقضاوتی علمی و روشن در این مورد نبودم ولی به مطالعه این نظریه های علمی علاقه داشتم. این نظریه ها بمواد درسی که بصورتی خشک در دانشگاه به ما عرضه میشد روح میبخشید. کامرر و استانیچ هردو بسختی مورد مخالفت دیگران قرار گرفتند. من یکبار برای دیدن استانیچ از او وقت ملاقات گرفتم، وقتی او را دیدم بنظرم خسته و فرسوده بود. بعدها برایم روشن شد که چگونه شخص بدلیل کار و تحقیق علمی ارزشمند در معرض بدرفتاری بیجهت و بی قید دیگران قرار میگیرد. کامرر بعداً خودکشی کرد. بسیار سهل است بر مَرکب عیب جوئی نشستن مخصوصاً وقتی که فرضیه ای فاقد دلائل ملموس علمی باشد.

طرز فکری که علم بیولوژی بر اساس آن بود و بر مبنای «برای آنکه» قرار داشت در بسیاری از فلسفه های مذهبی نیز حکمفرما بود. در کتاب بودا نوشته «گریم» مردود شناختن شادی به این علت که در تحلیل نهائی منبع زجر بود عمیقاً مرا تحت تأثیر قرار داد. نظریه تبدیل و تغییر شکل ارواح بنظرم مهمل مینمود ولی مسئله این بود که چگونه میلیونها نفر به یک چنین اندیشه هائی معتقد اند. ترس از مرگ به تنهائی نمیتوانست جوابگوی این مسئله باشد. من هیچگاه رودلف استانیر را مطالعه نکردم ولی با بسیاری از صوفیان، انسان شناسان و عرَفا آشنائی داشتم. در همه آنها حالتی غیرعادی وجود داشت ولی شوق و حرارت در گفته های آنها به مراتب بیشتر از گفته های ماتریالیستهای خشک بود. آنها هم مسلماً باید بنحوی صحیح میبودند.

در تابستان ۱۹۱۹ رساله نهائی را در سمینار مسائل جنسی تحت عنوان «نظریه لیبیدو از فورل تا یونگ» را قرائت کردم. در این رساله برداشتهای مختلف از سکسوالیته توسط فورل، مول، بلوچ، فروید و یونگ بررسی شده بود. تفاوت عمیق عقاید این دانشمندان در مورد موضوعات جنسی مرا دچار حیرت کرد. به استثنای فروید بقیه به این عقیده بودند که احساسات جنسی پس از سن بلوغ ناگهان از غیب در شخص حلول میکند. بعضیها اینرا احساسات جنسی «بیدار شده» مینامیدند. هیچکس نمیگفت که احساسات جنسی تا آن هنگام کجا نهفته بوده است. احتیاجات جنسی و تولید مثل یکی قلمداد میشد. در پشت همین تصور اشتباه انبوهی از برداشتهای نادرست روانشناسی و جامعه شناسی نهفته بود. تنش (تانسیون) و احتیاج و فشار جنسی و آسایش بعد از آن را به غرائز متفاوتی نسبت داده بودند. در سکسولوژی و روانشناسی آن وقت تقریباً به تعداد اعمال انسانها غریزه شمرده بودند مثلاً غریزه گرسنگی، غریزه تکثیر، غریزه خودنمائی، غریزه قدرت، غریزه خودکامی، غریزه بقاء، غریزه ماده، غریزه تکامل، غریزه فرهنگی، و همچنین غریزه اجتماعی، غریزه خودخواهی و غریزه انساندوستی و غریزه دردطلبی و مازوشیسم و غریزه سادیسم و غریزه تغییر جنسیت. بطور خلاصه کار را بسیار سهل و در عین حال بسیار مشکل کرده بودند. سر و ته را نمیشد از هم تمیز داد. غریزه اخلاق از همه بدتر بود. امروزه تعداد بسیار کمی واقفند که زمانی اخلاق را نیز جزء غرائز حیوانی به شمار میآوردند. بطور کلی یک فاصله زمانی بسیار بظاهر اخلاقی را میگذراندیم. انحرافات جنسی از دیدگاه اعمال شیطانی و فساد اخلاقی نگریسته میشد. برخورد به امراض روانی نیز از همین دیدگاه بود. کسی که به افسردگی روانی و یا ضعف اعصاب مبتلا بود لابد دارای «آلودگی ها و تیرگی های مخصوص ارثی» بود، به عبارت دیگر شخصی بود ملعون. بیماران روانی و تبهکاران، مجرمین فطری با آلودگیهای ارثی محسوب میشدند که برای آنها هیچ امکان اصلاح نبود. شخص نابغه چیزی شبیه جنایتکار بود نه شخصی که خشکی و ناباروری محیط را

پشت سرنهاده و قادر به حفظ تماس با طبیعت شده است. کافی است کتاب ولفن (Wulffen) درمورد تبهکاری یا کتاب روانپزشکی تألیف پلیتز و یا هرکس دیگر از روانپزشکان آن زمان را مطالعه کنیم، کس نمیداند آیا با کتابی علمی سر و کار دارد یا با کتاب درس اخلاق. وجود امراض روانی و امراض جنسی که در مورد آنها چیزی نمیدانستند فقط موجب بروز خشم و نفرت میشد. این خلاء علمی را با توضیحات اخلاقی متحجّر پرمیکردند. همه چیز را به عوامل ارثی و بیولوژیکی مربوط میکردند والسلام و نامه تمام. علت اینکه چهارده سال بعد با وجود پیشرفتهای علمی یک چنین برداشت ناامیدانه و بزدل مآبانه‌ای تمام آلمان را فراگرفت، بیتفاوتی دانشمندان و پیشگامان علوم اجتماعی بود. در همان موقع من این برداشت متافیزیکی اخلاقی را مردود دانستم. ابتدا صادقانه در پی دلائل نظریه های اخلاقی و ارثی به جستجو پرداختم ولی این دلائل را نیافتم. تحقیقات بیولوژیکی مندل* که قوانین وراثت را بررسی کرده، دلائل فراوانی برای اثبات گوناگونی و تنوع وراثت ارائه میکند، ولی در آن دلائل نشانه ای برای اثبات یکسانی وراثت وجود ندارد. اوائل متوجه نمیشدم که ۹۹ درصد تئوری وراثت یک طفره زنی شگفت آمیز است. از طرف دیگر به تئوری موتاسیون دی وریس (de Vries) و آزمایشات استانیچ و کامرر و تئوری فلیس (Fliess) و سوبودا (Swoboda) علاقمند شدم. تئوری انتخاب طبیعی داروین این تصور منطقی را ثابت مینمود که اگرچه حیات بر اساس قوانین مشخص استوار است ولی عوامل محیطی نیز اهمیت زیادی دارند. در این تئوری هیچ چیز برای ابد غیرقابل دگرگونی نبود همه چیز کفایت و قابلیت بسط و ترقی را داشت.

در آن زمان ارتباط غریزه جنسی با این تئوریهای بیولوژیکی بفکر من خطور

* مندل (Mendel): جوهانا مندل، کشیش اتریشی (۱۸۸۴ ۱۸۲۲) که اساس انتقال خصوصیات ارثی و قوانین وراثت را بطور علمی کشف و تشریح نمود.

نمیکرد، غریزه جنسی بصورت یک پدیده نزار و کوچک در حیطه علوم تلقی میشد.

برای درک احساس آسودگی من پس از مواجه شدن با نظرات فروید باید به فضای ناظر برشته های سکسولوژی و روانپزشکی در آنزمان واقف شد. فروید راهگشای درک صحیح از مسائل جنسی بود. او نشان داد که احساسات جنسی در شخص بالغ از رشد و تکامل احساسات جنسی در کودکی و عبور آن از مراحل مختلف سرچشمه میگیرد. این کشف روشنگر آن بود که احساسات جنسی و تولید مثل مترادف یکدیگر نیستند. با در نظر داشتن اینکه احساسات جنسی لزوماً مترادف با تجربه تناسلی شخص نیست میتوان گفت که در مقایسه با تجربه تناسلی، آزمون جنسی شخص حیطه بسیار وسیعتری را شامل میشود. وگرنه لذت بردن از سرگین خواری (خوردن فضولات و مدفوع) و یا از سادیسم و شکنجه دیگران، انحرافات جنسی نامیده نمیشد. فروید تضادهای فکری را افشاء کرد و منطق و نظم در آنها برقرار نمود.

نویسندگان قبل از فروید فرضیه* لیبیدو را فقط بخواستهای خودآگاه جنسی

---

* تئوری لیبیدو (Libido theory): فروید انرژی مخصوصی را در افراد فرض نمود که از آغاز زندگی در آنان وجود دارد و از یک سو در ارتباط با اعمال حیاتی آنان است و از سوی دیگر در ارتباط با لذت ها و خواستهای جنسی است. او این انرژی را انرژی لیبیدو نامید. پیش از او نیز این واژه بعنوان تظاهرات غریزه جنسی بکار برده میشد. این تئوری در سال ۱۹۱۵ در کتاب سه مقاله در مورد مسائل جنسی متبلور گشت. بر اساس مشاهدات در نوزادان و رشد آنها و کودکان خردسال او چنین برداشت نمود که انرژی لیبیدو در حین رشد نوزاد از مراحل گوناگونی میگذرد، که در هر مرحله مشخص این انرژی در ناحیه ای مشخص متمرکز میگردد. مثلا در نوزادان این انرژی در ناحیهٔ دهان (اورال) متمرکز بوده و کودک از مکیدن پستان مادر نه تنها از برای سیر شدن لذت میبرد بلکه از عمل مکیدن هم لذت برده و آرامش مییابد. این مرحله تا حدود سن یک و نیم سالگی ادامه مییابد. مرحله بعدی تکوین و رشد انرژی لیبیدو، مرحله آنال (مربوط به مقعد) میباشد. در این دوره که همراه با رشد اسفنکترها و اعصاب مربوط به آن است، کودک با مسئله تضاد نگهداشتن مدفوع و ادرار خود و خواست بـه

اطلاق میکردند آنها نمیدانستند که لیبیدو چیست. فروید میگفت که نمیتوان بطور ملموس بماهیت غریزه پی برد ولی میتوان مشتقات آنرا مثل تصورات و احساسات جنسی تجربه کرد. غرائز در عمق هسته بیولوژیکی موجود نهفته اند و بصورت احساساتی که ابرام در ارضاء خود دارند بروز میکنند. ما فشار آنرا احساس میکنیم و میخواهیم خود را سبک کنیم، ما از ماهیت خود غریزه چیزی درک نمیکنیم. این برداشتی بسیار وزین بود ولی نه دوستان روانکاوی قادر به درک آن بودند و نه دشمنان آن. ولی این نظریه اساس و پایه ای را بنا مینهاد که بر روی آن با اطمینان خاطر میشد که به ساختار دانش ادامه داد. برداشت من از سخن فروید چنین بود: این استدلال منطقی است که غریزه نمیتواند خودآگاه باشد

ول کردن آن دست به گریبان است. انرژی لیبیدو در این دوره بیشتر متمرکز بر این ناحیه است و اعمال مقعد (دفع و نگهداشتن مدفوع) در این دوره همراه با لذت میباشد. این دوره تا سن سه سالگی ادامه مییابد. دوره بعدی تکوین انرژی لیبیدو، دوره تناسلی (Phallic) است. در این مرحله که تا سن پنج سالگی ادامه مییابد، انرژی لیبیدو در ناحیه اندام تناسلی متمرکز میگردد. در این دوره کودک غالباً به لمس اندام تناسلی خود مشغول میشود و از آن احساس لذت میکند. فروید و پیروان او رشد و تکوین انرژی لیبیدو را در رابطه با بعضی از اختصاصات روانی میدانند و بر این عقیده اند که اگر در حین رشد انرژی لیبیدو، در هریک از مراحل فوق بعلت صدمه ای روحی و یا جسمی این رشد مختل گردد، انرژی لیبیدو یا بخشی از آن در آن دوره مشخص بازایستاده و باصطلاح تثبیت میگردد (Fixation) و در زندگی آینده کودک خصوصیات این دوره با شدتی بیشتر خود را مینمایاند. مثلا کودکی که در مرحله آنال با بی مبالاتی و سختی روبرو شده و مثلا شدیداً تنبیه شده، در آینده دارای خصوصیاتی وسواسی در مورد پاکیزگی میشود و مستعد بیماری وسواس خواهد شد. (شگفت انگیز است که چگونه عامهٔ مردم خصوصیات این چنین افراد را درک کرده و نام نهاده اند، مثلاً گاهی چنین افرادی را مبتلا به یبوست (یبس) مینامند). بنا بر آنچه در بالا گفته شد، برداشت فروید از «سکسوالیته» مختص به مرحله تناسلی آن ـ چنانکه معمول است ـ نمیباشد، بلکه تمام مراحل رشد و نموّ انرژی لیبیدو نیز شامل رشد جنسی کودک است اگر چه به اندام تناسلی مربوط نباشد و بعبارت دیگر هر چه جنسی (سکسوال) است لزوماً تناسلی نیست و هر چه تناسلی است، لزوماً جنسی نیست.

زیرا غریزه محرک ماست. غریزه فاعل و ما مفعول آن هستیم. الکتریسته را در نظر بگیرید. ماهیت و چگونگی بوجود آمدن الکتریسیته بر ما روشن نیست ولی آنچه ما را بوجود آن آگاه میسازد تجلی آن بصورت نور و یا شوک الکتریکی است. البته امواج الکتریکی قابل اندازه گیری هستند ولی این امواج خود تجلّی چیزی دیگرند که آنرا الکتریسته مینامیم.

همانطوری که نیروی الکتریسته توسط تظاهراتش قابل اندازه گیری است، غرائز هم توسط تظاهراتشان که همان احساسات باشند قابل سنجش هستند. نتیجه گیری من این بود که انرژی لیبیدو که فروید در مورد آن صحبت میکرد با تصوری که پیشینیان فروید از لیبیدو داشتند متفاوت بود. پیشینیان فروید، لیبیدو را خواهشهای آگاهانه جنسی میدانستند در حالیکه انرژی لیبیدوئی که فروید در نظر داشت انرژی غریزه جنسی بود. امکان این هست که روزی موفق به اندازه گیری این «انرژی» گردیم. در آن هنگام کمترین آگاهی ای را نداشتم که ۱۶ سال بعد توفیق بیان همانندی انرژی جنسی و انرژی بیولوژیکی را خواهم داشت. تفکر علمی و طبیعی فروید و توصیف غریزه بعنوان انرژی مرا مسحور ساخت. این تفکر معقول و روشن بود.

سمینار سکسولوژی با اشتیاق توضیحات مرا پذیرفت. آنها فقط شنیده بودند که فروید سمبولها و خوابها را تعبیر میکند و کارهای غیرمعمول و عجیب انجام میدهد. ولی من برای نخستین بار موفق به برقراری رابطه بین نظرات فروید و تئوریهای جنسی آن وقت شدم.

در پائیز سال ۱۹۱۹ به ریاست کرسی سمینار انتخاب شدم. در این مقام آموختم که چگونه انضباط را در کار علمی برقرار کنم. گروههائی برای تحقیق و مطالعه در رشته های مختلف مربوط به سکسولوژی تشکیل شد: اندوکرینولوژی (رشته غدد داخلی) و تئوری هورمونها، بیولوژی مسائل جنسی و برتر از همه روانکاوی (پسیکوآنالیز). در ابتدا مسائل جنسی در جامعه شناسی را از کتاب مولر مطالعه کردیم. یکی از دانشجویان پزشکی در مورد عقاید تاندلر در

بهداشت جامعه و دیگری در مورد جنین شناسی سخنرانی کرد. از سی نفر اول که در سمینار نام نویسی کرده بودند فقط هشت نفر باقی ماندند که بطور جدی به کار ادامه میدادند. ما در آنوقت به زیر زمین «هایاک کلینیک» نقل مکان کردیم. آقای هایاک با شوخی پرسید که آیا ما خیال داریم که سکسولوژی را بطور عملی نیز تجربه کنیم! در آن موقع دیگر ما بطرز برخورد استادان دانشگاه به مسائل جنسی بخوبی آشنا بودیم و این طرز برخورد دیگر خاطر ما را ملول نمیکرد. نظر ما این بود که حذف درس سکسولوژی مانعی است بزرگ و ما مصمم بودیم که حرف خود را بگوش دیگران برسانیم. من برای تدریس آناتومی و فیزیولوژی اندامهای تناسلی اطلاعات زیادی جمع آوری کرده و دانش قابل ملاحظه ای اندوخته بودم. اطلاعات جمع آوری شده از کتابهای درسی مختلفی بود که اندامهای تناسلی را منحصراً به منظور تولید مثل مینمایاند. توضیحی در مورد رابطه اندامهای تناسلی با سلسله اعصاب اتونومیک* (خودکار) (autonomic nervous system) نبود. مطالبی که در مورد رابطه غدد و هورمونهای جنسی با اندامهای تناسلی نوشته بودند مبهم و متناقض بود. بما یاد داده بودند که «جوهری» از غدد میان بافتی بیضه ها و تخمدان ترشح میشود که این جوهر تعیین کننده خصوصیات ثانویهٔ جنسی است و باعث بلوغ جنسی در نوجوانان میگردد. همچنین این جوهر را تحریک کنندهٔ هیجان جنسی معرفی کرده بودند. این محققین به این موضع توجه نکرده بودند که توانائی جنسی مردی که قبل از

* اعصاب اتونومیک (خودکار) (Autonomic Nervous System): دستگاه عصبی انسان از اعصاب حسی و حرکتی که بطور ارادی عمل میکند و همچنین سلسله اعصاب اتونومیک (خودکار) و یا وجتیتو (نباتی) که در اختیار شخص نیستند تشکیل شده است. سلسه اعصاب اتونومیک (خودکار) خود بدو گروه سمپاتیک و پاراسمپاتیک تقسیم میشود. اعمال غیرارادی مانند تنفس، ضربان قلب، حرکات روده ها، ترشّح غدد و غیره از طریق اعصاب خودکار تنظیم و اداره میگردند.

بلوغ اخته میشود کمتر از توانائی جنسی مردی است که بعد از بلوغ اخته شود. اینکه اشخاص خواجه به نوعی سادیسم مبتلا میشوند بی اهمیت تلقی شده بود. سالها بعد وقتی به مکانیسم جنسی وقوف یافتم توضیح این پدیده ها ممکن شد. احساسات جنسی پس از بلوغ، کاملاً توسعه یافته و اخته شدن شخص دیگر تأثیر زیادی در آن ندارد. انرژی جنسی در تمام بدن عمل میکند نه فقط در غدد میان بافتی بیضه ها. سادیسمی که خواجه ها به آن مبتلا میگردند انرژی جنسی ای است که از عمل طبیعی و تناسلی خود محروم شده و در عضلات بدن انباشته شده است.

در فیزیولوژی آنوقت مبحث مسائل جنسی به اندامهای مهم جنسی مثل بیضه ها و تخمدانها محدود میشد و مطلبی فراتر از خصوصیات ثانویه جنسی گفته نمیشد. درست به همین دلیل بود که توضیح فروید در مورد طرز کار جنسی تأثیری رهایی بخش داشت، هرچند فروید در کتاب سه مقاله درباره تئوری جنسی فرضیه ماده شیمیائی که تحریک جنسی را باعث میشود حفظ نمود ولی در مورد هیجان و تحریک جنسی، از موضوع «لیبیدو»ی اندامها صحبت نمود و به هریک سلول آن «چیز» عجیب را نسبت داد که زندگی ما را با وسعتی بسیار تحت تأثیر قرار میدهد. بعدها من موفق به اثبات این نظریه فروید شدم . روانکاوی در این زمینه به تدریج بر رشته های دیگر برتری یافت. اولین بیماری که من روانکاوی کردم مرد جوانی بود که خود را مجبور میدید تند راه برود. او قادر به راه رفتن بصورت معمولی و آرام نبود. خوابهای او سمبولهای معمولی داشت. در واقع من از نظم و ترتیب این سمبولها متعجب بودم. بسیاری از مردم کتاب فروید در مورد تعبیر خوابها* را شگفت انگیز میدانند. من با سمبولیزم خوابها نه تنها از کتاب

* Interpretation of Dreams: در سال ۱۹۰۰ فروید کتاب تفسیر خوابها را منتشر کرد. او در این کتاب رابطه بین ناخودآگاه شخص و بروز آن را در خوابهااز طریق سمبولهای مختلف

فروید بلکه از تحلیل خوابهای خودم آگاه بودم و نمونه هائی از تحلیل خوابهای خودم را جمع آوری کرده ام. درمان اولین بیمار بخوبی پیش رفت. معمول بود که دانشجوی ناشی در کار اول خود موفق تر مینمود زیرا به مشکلات ناخودآگاه وقوف نداشت. از اینکه توانسته بودم علت این وسواس بیمار را تجزیه و تحلیل کنم بسیار مغرور بودم. در سنین کودکی این شخص چیزی را از دکانی دزیده بود و از ترس تعقیب، به سرعت دویده و از محل دور شده بود. او این حادثه را واپس زده و به فراموشی سپرده بود ولی بعداً بصورت وسواس و اجبار «سریع راه رفتن» ظاهر شده بود. در رابطه با این موضع به آسانی واهمه کودکی او از گرفتار شدن در هنگام استمناء ظاهر میشد. وضعیت روانی مریض حتی در زمینه های دیگر بهبود یافت. همچنین من در این بیمار نشانه های زیادی از وابستگی و نیاز بسیار شدید او به مادر کشف کردم.

در مورد تکنیک روانکاوی بیمار، من کاملا مطابق دستورات و تعلیمات فروید پیش رفتم. روانکاوی بیمار باین صورت انجام میشد: بیمار بر روی مبل دراز میکشید، آنالیست (روانکاو) بالا و پشت سر او مینشست، بیمار در حد امکان از نگاه کردن به پشت سر احتراز میکرد، نگاه به پشت سر بعنوان نشانه ای از

شرح داده است. او تفسیر خوابها را شاهراهی طلائی به ناخودآگاه قلمداد نمود. در روانکاوی تفسیر خوابها از مهمترین راههای درک چگونگی ناخودآگاه بشمار میرود.

ارنست جونز، از شاگردان برجسته فروید، که کتاب زندگی و کار زیگموند فروید را در سال ۱۹۵۳ منتشر کرد که در واقع تاریخ روانکاوی زمان فروید است، مینویسد که روزی فروید به او چنین گفت: «گوئی مأموریت من در این دنیا این بوده است که مسائلی را کشف کنم که همه آنرا میدانند. تفسیر خوابها را کشف کردم که گویای آرزوهای تحقق نیافته است و همه به آن آگاهند، و احساسات جنسی کودکان را کشف کردم که هر دایه ای آنرا میداند.»

Ernest Jones, The Life and Work of Sigmund Freud -- Edited in one volume, by Lionel Trilling, pp. 228.

مقاومت (Resistance)* به روانکاوی محسوب میشد. بیمار به تداعی معانی بطور آزاد (Free association) تشویق میشد. او قرار بود هر چیزی را که به فکرش خطور میکرد بیان کند، چیزی را پنهان نکند ولی قرار نبود عملی انجام دهد. خوابهای بیمار بصورت جزء به جزء یکی پس از دیگری و بصورت تسلسل تجزیه و تحلیل میشد. بیمار قرار بود به هر جزء از خوابهای خود تداعی معانی کند. تفکری منطقی در پشت این روش تحلیل قرار داشت. ناهنجاری روانی، نمایانگر قسمتی از نیروی غریزی منکوب شده ای است که از نیروی مانع گریخته و با سیمائی مبدل ظهور کرده است. بنابراین اگر روانکاو از نظر تکنیک بطریق صحیح عمل میکرد، جمع امیال واپس زده جنسی و نیروهای اخلاقی مانع، در علائم ناهنجاری بیمار مشهود میشد. مثلا ترس و اضطراب دختری که از حمله تخیلی مردی مسلح به چاقو رنج میبرد نمایشگر خواست منکوب شده او به آمیزش جنسی از یک سو و موانع اخلاقی از سوی دیگر بود. این موانع اخلاقی باعث اختفاء امیال غریزی در ناخودآگاه شخص میگردید. ناهنجاری روانی بعلت ناآگاهی شخص به خواستهای پنهان شده غریزی بود، مثل میل به استمناء و میل به آمیزش جنسی. در مثال ذکر شده، بعلت عدم امکان ظهور امیال مخفی بصورت اصلی خود، این امیال بصورتی مبدل نمایان شده اند. طبق نظریهٔ فروید درمان ناهنجاری بوسیلهٔ آگاهی شخص به امیال ناخودآگاه و پنهان و مقابله با آن بطور خودآگاه صورت میگرفت. نظر به اینکه آگاه نبودن میل غریزی اساس

* مقاومت (Resistance): شخصی که تحت روانکاوی قرار گرفته، بطور انعکاسی و ذاتی در برابر بروز اندیشه های ناخودآگاه خویش مقاومت مینماید. این مقاومت بیشتر بصورت ناخودآگاه میباشد. این مقاومت بصور گوناگون خود را مینمایاند، مثلاً بیمار ممکن است از گفتار در مورد مسائل اصلی خود بپرهیزد و به گفتگو درباره مسائل جزئی و بی اهمیت بپردازد، یا به بهانه های مختلف از جلسات روانکاوی غیبت کند. به مخالفت و مشاجره با روانکاو سرگرم شود، در جلسه روانکاوی اصلاً صحبت نکند و غیره...

ناهنجاری بود بنابراین آگاهی به آن باید بهبودی بدنبال میداشت. چند سال بعد از آن فروید این فرمول را زیر سئوال قرار داد.

وقتی که من به بسط تئوری تناسلی خود دست زدم مردم یا آنرا به فروید نسبت دادند و یا آنرا کاملاً مردود دانستند. برای درک اختلاف نظرهای آینده من با فروید لازم است که ریشه های آنرا در همین مراحل اولیه مورد توجه قرار دهیم. در سالهای اولیه روانکاوی توانستم بسیاری از ناهنجاریها را بطور کلی یا جزئی بهبود بخشم. این دستاورد از طریق پیروی از فرمول آگاه سازی ناخودآگاه حاصل شد. در سال ۱۹۲۰ کسی از «کاراکتر» (شخصیت) و «ناهنجاریهای شخصیت» صحبت نمیکرد. درست برعکس هر ناهنجاری روانی بصورت چیزی خارجی در درون شخصی سالم قلمداد میشد. این نکته بسیار مهمی است. اینطور تشریح شده بود که بخشی از شخصیت از رشد و نموّ بازایستاده و در مراحل اولیه رشد جنسی متوقف و تثبیت شده است «فیکساسیون».* در نتیجه این قسمت عقب مانده شخصیت با بقیه شخصیت پیش رفته در تضاد قرار میگیرد. ناچاراً بخش تکامل یافته شخصیت قسمت بازایستاده را منکوب کرده و پنهان میکند. تئوری من در مورد شخصیت (کاراکتر) که بعدها تکوین یافت این بود که ناهنجاری روانی «نروز» بدون ناهنجاری کل شخصیت ممکن نیست. علائم ناهنجاری که به بهانه آن بیمار به پزشک مراجعه میکند تنها قله هائی است بر کوه ناهنجاری شخصیت. این نظریه را بر مبنای تئوری نروز برداشت کرده و

* فیکساسیون (بازایستائی، تثبیت) (Fixation): رکود یا تثبیت انرژی لیبیدو- هرگاه در حین رشد کودک، آسیبی روانی به او وارد آید، فرایند رشد لیبیدو از مراحل مختلف (دهانی، آنال و تناسلی) نیز مختل شده و مقداری از انرژی لیبیدو در آن مرحله از رشد که آسیب خورده راکد میماند و در آنجا بازمیایستد. این رکود و تثبیت انرژی باعث میشود که رشد مراحل بعدی با دشورایهای بیشتری توأم گشته و دستاوردهای بعدی کودک متزلزل باشند. در چنین شخصی امکان برگشت روانی به این مرحله تثبیت شده در هنگام فشارهای روانی بیشتر میشود. (رجوع کنید به پاورقی صفحه ۳۶)

پرورش دادم. این نظریه از جهت تکنیک نیازهای مخصوص داشت که نهایتاً باعث تکوین قاعده ای شد که با قواعد روانکاوی متفاوت بود.

بعنوان رئیس سمینار سکسولوژی من وظیفه داشتم که مطبوعات و مطالب مربوط به سمینار را برای دانشجویان تهیه کنم. باین سبب به ملاقات کامرر (Kammerer)، استانیچ (Steinach)، اِستکل (Stekel)، بوکورا (Bucura) (استاد بیولوژی)، آلفرد آدلر (Alfred Adler) و فروید رفتم. شخصیت فروید از همه برتر بود؛ قویترین و دیرپاترین تأثیر را بر من گذارد. کامرر قابلیت تشخیص داشت و مهربان بود ولی علاقه مخصوصی به موضوع مورد بحث نداشت. استانیچ از گرفتاریهای خود گله کرد. استکل* سعی میکرد موثر جلوه کند. ملاقات با آدلر** مأیوس کننده بود. او به ناسزاگوئی علیه فروید مشغول شد و اصرار داشت که او دارای بینش واقعی است نه فروید. بر طبق نظر آدلر عقده اودیپ*** موضوعی است

---

* استکل (Stekel): روانشناس و روانکاو آلمانی (۱۹۴۰ ـ ۱۸۶۸)، او در تفسیر سمبولها و شناخت ناخودآگاه بسیار تیزبین و توانا بود ولی توانائی نتیجه گیری و داوری او بسیار نارسا بود. ارنست جونز در کتاب زندگی و کار زیگموند فروید مینویسد که استکل فاقد وجدان علمی بود و از اینرو برای کار در محافل علمی شایسته نبود. مثلاً او بمنظور اثبات نقطه نظرهای خود در مباحثات و مقالات از بیمارانی مثال میآورد که اصلاً وجود خارجی نداشتند و این رفتار باعث سلب اعتماد همکاران و شاگردان به گفته های او میگشت.

The Life and Works of Sigmund Freud, pp. 316.

** آلفرد آدلر (۱۹۳۷ ۱۸۷۰): روانپزشک اتریشی که به صفوف روانکاوان و همکاران فروید پیوست ولی بعداً موضع خود را تغییر داد. او اساس برخورد خود را در درک و درمان بیماران بر پایه عقده حقارت (ناچیز و ناتوان انگاشتن خود) که در سنین کودکی در شخص ایجاد میشود و سپس سعی و کوشش شخص در جبران آن که گاهگاهی بخرد بزرگ بینی میانجامد بنا نهاد. او تئوری جنسی فروید را مورد انتقاد قرار داد.

*** عقده اودیپ و ترس از اختگی: برداشت فروید از رشد جنسی و روانی کودک در دوره فالیک (تناسلی) که از حدود سن سه سالگی شروع شده و تا حدود پنج سالگی ادامه مییابد چنین است: در حین این دوره علاوه بر عشق و وابستگی کودک به مادر به اقتضای مراقبت و تغذیه و فراهم نمودن عوامل ضروری برای زندگی، کودک از نظر جنسی نیز بطور ناخودآگاه

چرند، ترس از اختگی تصوری است واهی و تئوری او بسیار گویاتر است. نتیجه تئوری «علمی» او گروههای رفرمیستی خرده بورژوازی بود. در جائی دیگر من در مورد نکات صحیح تئوری او و بی عدالتیهائی که بر او رفت و علت اینکه تئوری او دوامی نداشت توضیح خواهم داد.

فروید با بقیه فرق داشت. در حالیکه بقیه هرکدام سعی در خودنمائی و نمایش نقش مصنوعی از خود بودند فروید تظاهر به چیزی غیر از خود نمیکرد.

به والد جنس مخالف خود علاقمند میشود. این علاقه در کودکان پسر از یک طرف با میل به نابودی پدر، (رقیب قوی و شماره یک خود) و جانشینی بجای او، و از طرف دیگر با وحشتی عظیم از نابود شدن و اخته شدن توسط پدر همراه است. در کودکان دختر این ترس از والد همجنس (مادر) بر اثر ترس کودک از طرد شدن و از بیمهری مادر نسبت به خود میباشد. با رشد کودک و تحلیل صحیح این دوره، کودک پسر هویت خود را با پدر تعیین نمود و به متابعت از او میپردازد و از رقابت با او چشم میپوشد و به تصاحب زنی دیگر برای خود در آینده چشم میدوزد. در کودکان دختر نیز همین فرایند صادق است. این فرایند، فرایندی ناخودآگاه است و افراد بالغ نمیتوانند بدون داشتن دانش به روانکاوی و بدون اینکه خود روانکاوی شوند صحت آنرا در روان خود دریابند. ولی درستی این نظریه را میتوان با نگرش به داستانها و افسانه های ملل استنباط نمود. فروید، عقده اودیپ را از پی افسانه ای یونانی اودیپوس نام نهاده. مطابق این افسانه قدیمی، اودیپوس فرزند لائوس شاه تبس (Thebes) و جاکوزتا (زن او) بود. لائوس از معبد یونانیان که کاهنان پاسخها و الهامات غیبی را میگرفتند چنین شنید که سرنوشت او آن است که بدست پسر خود کشته شود. شاه، پسر خود را به چوپانی سپرد تا در دامنه کوه رها کند تا که بدون داشتن غذا و مراقبت بمیرد. ولی چوپان دلرحم نوزاد را بشاه کشور دیگری سپرد که فرزندی نداشت. وقتی اودیپوس بسن بلوغ رسید از معبد کاهنان شنید که او پدر خود را خواهد کشت و مادر خود را به زنی خواهد گزید. از برای حذر از چنین سرنوشتی او تصمیم گرفت که بکشور خود برنگردد. او به مسافرت پرداخت و در برخوردی خصمانه با لائوس او را کشت. سپس با حل معمائی که مردم تبس از حل آن عاجز بودند به رهبری آنان برگزیده شد و مردم لائوس بعنوان قدردانی، جاکوزتا را برای همسری به او دادند.

افسانه رستم و سهراب ایرانیان نیز شبیه افسانه ادیپوس نمایانگر تضاد رابطه و ترس ناخودآگاه پسر از نابودی توسط پدر، خواست ناخودآگاه نابودی و جانشینی بجای او از یکسو و احساس لزوم هماهنگی و پیروی از او و وحدت هویتی با او از سوی دیگر است.

مثل یک شخص عادی با من صحبت میکرد. چشمانی براق و هوشیار داشت ولی در صدد نفوذ در دیگری نبود و تظاهر به حالتی الهامی نمیکرد. با نظری بی ریا و بی غلّ و غش بدنیا مینگریست. از فعالیت ما در سمینار پرسش کرد و آنرا ستود و از اینکه مردم علاقه ای به فهم مسائل جنسی ندارند اظهار تأسف کرد و وعده داد که به ما در تهیه نشریات کمک کند. در مقابل قفسه کتابهایش خم شد و مشتاقانه چند کتاب و مقاله بیرون کشید: چاپ جدیدی از تغییرات غرایز و ناخودآگاه، یک جلد از کتاب تعبیر خواب، کتاب آسیب شناسی روانی در زندگی روزمره و غیره. فروید سریع و منطقی و گرم صحبت میکرد. حرکات دست او طبیعی بود. گوشه ای از طعنه در حرفهایش نهفته بود. قبل از ملاقات با او مضطرب بودم ولی بعداً شاداب و خوشحال برگشتم. از آن به بعد من چهارده سال بکاری سخت در رشته روانکاوی پرداختم. در پایان امر از فروید شدیداً مأیوس شدم ولی خوشبختانه این ناامیدی به تنفر و حذر نیانجامید و درست برعکس، امروز من قادر به تقدیر هر چه بیشتر و عمیقتر دستاوردهای فروید هستم. خوشحال و سپاسگزارم که برای مدتی طولانی شاگرد او بودم و هیچگاه عجولانه به انتقاد از او برنخاستم و همواره صمیمانه در راه و هدف او کوشیدم. وقف بی قید و شرط در راه هدفی خاص مهمترین شرط استقلال فکری و علمی است. در مدت زمانی که مبارزه ای سخت برای بکرسی نشاندن تئوریهای فروید در جریان بود من شاهد افرادی بودم که در صحنه مبارزه وارد و سپس ناپدید شدند. بعضی شبیه به ستاره ای دنباله دار با نویدی بسیار به اوج صعود کردند و به دستاوردی اندک قانع گشته و افول کردند. بعضی مانند موج شکن بکار سخت مشغول بودند بدون اینکه کوچکترین توفیقی در کشف نکته ای پیدا کنند. بعضی به رقابت با فروید برخاستند، غافل از اینکه فروید از علوم معمول آن زمان بعلت تحقیق در موضوعات جنسی فراتر رفته و از آنها پیشی گرفته بود. و بالاخره بعضی به سرعت شاخه ای از تئوری او را گرفته و با آن به کاسبی پرداختند. بهرحال از نظر منطقی موضوع نه رقابت با فروید و نه جلب منفعت

از آن بود بلکه موضع پیشبرد و پرورش کشف عظیم او بود. موضوع اصلی بالاتر از شاخ و برگ دادن و تفصیل واضحات و معلومات بود، هدف اصلی پی بردن به اساس بیولوژیکی تئوری لیبیدو بوسیله آزمایشات و تجربیات علمی بود. ضرورت داشت که احساس مسئولیت برای گردآوری و پیشبرد دانش ادامه یابد و لازمهٔ آن مبارزه ای مستقیم با دنیای سطحی و تشریفاتی بود. مقاومت و ایستادگی اگرچه تنها و یک تنه لازمهٔ این مبارزه بود هرچند که محبوبیتی نیز بدنبال نداشت. برای بسیاری که در این رشتهٔ بیولوژی- روانی (پسیکوبیولوژیک) مشغولند روشن است که تئوری آنالیز* کاراکتر درواقع ادامه تئوری ناخودآگاه است. گشودن مرزهائی تازه در رشته «بیولوژی- روانی» نتیجه ادامه کار بی وقفه بر مبنای تئوری لیبیدو بود.

تاریخ علوم رشته ای است دراز و بی وقفه از خلق و تکوین، گمراهی و تصحیح، تکوین و خلق مجدد، ارزیابی دوباره، گمراهی مجدد و تصحیح و تکوین و خلق نوین. این راهی دشوار بوده و هست و ما هنوز در ابتدای آنیم. این راه سابقه ای بیش از دو هزاره با مدت زمانهای غیربارور بینابینی ندارد. دنیای ما صدها هزار سال سابقه دارد و احتمالاً قرنهای متمادی بجای خواهد بود. زندگی بی وقفه به جلو میرود و هرگز پسگرد نمیکند. حیات هرچه پیش میرود پیچیده تر میشود و آهنگ آن شتاب بیشتری مییابد. تحقیقات و کارهای علمی پیشرو همواره راهنمای زندگی بوده و خواهد بود وگرنه زندگی از هر سو در محاصره ای خصمانه است و این ما را تحت تعهدی مهم مینهد.

---

* تئوری آنالیز کاراکتر (تحلیل و تجزیه شخصیت): روش روانکاوی که اساس آن بر تسلسل افکار و تداعی معانی بیمار قرار داشت توسط فروید ابداع و پایه گذاری شد. دکتر رایش بین سالهای ۱۹۲۵-۱۹۳۳ تکنیک جدید آنالیز کاراکتر را ابداع نمود و آنرا بر روش روانکاوی که توسط فروید کشف شده بود اضافه نمود. در این روش کاوش در روان بیمار فقط از طریق تسلسل افکار و تداعی معانی صورت نمیگیرد بلکه طرز رفتار، نشست و برخاست و اعمال بیمار همچنین حالات عاطفی بیمار و احساساتی که با سخنان بیمار همراه است بررسی و تحلیل میشود. در فصلهای آیندهٔ کتاب حاضر دکتر رایش گوشه هائی از روش آنالیز کاراکتر را شرح میدهد.

فصل دوم

«پیر جینت»*

تأثیر روانکاوی بسیار عمیق و فراگیر بود، ضربه ای بود بر پیکر تفکّر مرسوم. تصور وجود اختیار در اتخاذ تصمیمات از حقیقت بدور است. اعمال اختیاری قطره ای است در دریائی از ناخودآگاه که آدمی از آن بی خبر است و از آگاهی به آن میترسد. مردمان از خود راضی بگمان اینکه شخصیتی متفکر و بی همتا هستند به خود میبالند در حالیکه جز بازیچه ای در دست غرائز خود نیستند؛ غرائزی که با آدمی هر آنچه خواهند انجام میدهند. این مطالب ممکن است غرور ما را خدشه دار کند، ممکن است از شنیدن آنکه از اعقاب میمون هستیم ناراحت شویم و یا از شنیدن اینکه زمینی که روی آن میخزیم مرکز کائنات نیست دل آزرده شویم. اکثر مردمان هنوز باور دارند که زمین که یکی از میلیونها سیاره است تنها مکانی است که موجودات زنده در آن زندگی میکنند. بطور خلاصه آدمیان در اختیار فرایندی هستند که آنرا نمیشناسند، از آن میترسند و تعبیراتی نادرست از آن دارند. واقعیت آن است که فرایندی ماورای مرزهای فکر خودآگاه در کار است. ناخودآگاه بخودی خود قابل فهم نیست و ما تنها از روی اثرات آن آنرا میشناسیم. نوشتهٔ ایبسن در پیر جینت مبیّن این احساس است: «دور یا نزدیک اینجا یا آنجا، دیر یا زود در صحنه ظاهر خواهی شد، خودت را آفتابی کن بگذار ترا ببینند، تو کیستی؟»

کتاب پیر جینت را چندین بار خواندم و تفسیرهای متعدد آنرا مطالعه

---

* پیر جینت (Peer Gynt): نمایشنامه پیرجینت در سال ۱۸۶۷ توسط نمایشنامه نویس نروژی، هنریک ایبسن (Henrik Ibsen) نوشته شد و در سال ۱۸۷۶ برای نخستین بار به نمایش گذارده شد.

کردم. تنها تفسیری که به احساس و قلب من نزدیک بود تفسیر «براندز» فاضل بزرگ نروژی بود.

مردود شمردن تئوری ناخودآگاه فروید تنها ناشی از ترس مردم از ایده های جدید نیست. بشر ناچار است به زیست خود از لحاظ مادی و روانی ادامه دهد. او باید بتواند در جامعه ای که الگوی مخصوصی را تجویز میکند گلیم خود را از آب بیرون کشد. اینرا زندگی روزمره ایجاب میکند. انحراف از آنچه متداول و شناخته شده است، سردرگمی و اغتشاش و تخریب بدنبال دارد. وحشت انسان از آنچه نامشخص و بی انتها و کهکشانی است قابل توجیه و یا لااقل قابل فهم است. آنکه پا از دایره تفکر متداول بیرون مینهد به پیر جینت خُل و خیالاتی تبدیل میشود. پیر جینت به نظر من میخواست رازی را فاش کند، رازی عمیق را که قادر به گفتن آن نبود. داستان پیر جینت داستان مرد جوانی است که با تجهیزات ناقص خود را از صفوف آدمها میرهاند. او را نمیفهمند، وقتی بی آزار است بر او میخندند، وقتی قوی است در نابودی او میکوشند. وقتی در فهم ژرفای بی انتهائی که افکارش در آن سیر میکند ناموفق باشد خود او مجبور است به تنهائی آنچه را که از هم پاشیده دوباره بسازد.

هنگامی که من پیر جینت را خواندم و فروید را ملاقات نمودم دنیا دوران بحرانی و انتقالی را میگذراند. من آشکارا خود را مشابه پیر جینت میدیدم. احساس میکردم که سرنوشت او سرنوشت هر کسی است که زنجیر تعلق را از تفکر سنتی و علوم متداول بریده و خود را از آن رها نماید. من شکّی در صحت تئوری فروید دربارهٔ ناخودآگاه نداشتم، از اینرو نظریهٔ عمق بی انتهای روان انسان قابل فهم مینمود. انسان در جریان روح خود به نقطه ای بسیار کوچک مبدل میشد. من همهٔ اینها را بطور مبهم احساس میکردم ولی از تشریح روشن و علمی آن ناتوان بودم.

از نقطه نظر زندگی کنونی، تئوریهای علمی پایگاهی مصنوعی برای حفظ و حراست از زندگی است و نتیجتاً در این هرج و مرج فقط به دلگرمی انسان

کمک میکند. اگر کسی این هرج و مرج را با توسّل به تئوریهای کنونی طبقه بندی کند، تشریح نماید و تصوّر کند که آنرا شناخته است، از خطر هرج و مرج تا اندازه ای در امان خواهد بود. حتی از این طریق میتوان بر بخشی از هرج و مرج زندگی نیز فائق آمد. ولی این مقدار پیروزی برای من تسلّی بخش نبود. در بیست سال گذشته تصور محدود بودن توانائی شخص در مقابل بی انتهائی حیات همواره در فکر من بوده است. در پس هر کارِ تحقیقی، احساس میکردم که نقطه ای بی نهایت کوچک در کهکشانی عظیم هستم. وقتی در ارتفاع هزار متری پرواز کنی در پائین ماشینها بسیار حقیر مینمایند.

در سالهای بعد من به مطالعهٔ ستاره شناسی، الکترونیک، تئوریِ کوانتمِ پلانک و تئوری نسبیّت انشتین پرداختم. هاینزبرگ و بوهر اندیشه هایِ زنده بودند. شباهت بین قوانین ناظر به الکترونها و قوانین حاکم به سیاره ها برای من موضوعی بیش از یک تئوری علمی بود. این شباهت، ماهیت کهکشانی زندگی را در من برمیانگیخت. فانتزی شناوری در کهکشان چیزی بیش از صرفاً فانتزی برگشت به رَحِم و شناوری در آن است. با یک چنین دیدگاهی ماشینهای خزنده و درسهای الکترونیکی بسیار بی اهمیت جلوه میکرد. من میدانستم که آنچه به بیماران مجنون میگذرد از همین گذر است. آنها چیزی بیش از آنچه افراد عادی حس میکردند در خود احساس مینمودند. روانکاوی معتقد بود که در بیماران روانی مجنون (پسیکوز)،* حصارهای خودآگاه در هم شکسته و ناخودآگاه در آن رخنه کرده است. حصارهائی که بر علیه هرج و مرج نا خودآگاه برقرار بود فروریخته و قدرت تشخیص واقعیات خارجی از دست رفته است. فانتزی شخص

* پسیکوز (psychosis): حالت پریشانی روانی که در فارسی جنون و یا روانپریشی نامیده شده. در این حالت، مرز بین واقعیات و خیالات در هم ریخته، بیمار قادر به تمایز بین توهّمات و خیالات خود و واقعیات زندگی نیست.

اسکیزوفرنیک* (شیزوفرنی) که روز وحشت و قیامت را در حال وقوع میانگارد، انعکاس از هم گسیختگی قریب الوقوع ساختار روانی خود اوست.

تلاش صمیمانه فروید برای درک بیماران روانی مرا عمیقاً تحت تأثیر قرار داد. نظرهای او یک سر و گردن بالاتر از نظرهای روانپزشکانی بود که از عقاید قدیم دست بردار نبودند. از نظر آنها بعضی از علائم بیمار روانی، جنون محض بود و بس. هنگامیکه دانشجوی پزشکی بودم از پرسشنامه ای که به بیماران روانی میدادند شرمگین گشتم و مقاله ای بصورت هجو دربارهٔ آن نوشتم. در آن مقاله تصویری از تلاش مأیوسانه بیمار روانی را ارائه کردم که با محسوسات قوی و در هم کوبندهٔ درون خود در ستیز است و درخواست کمک میکند و در عوض با پرسشنامه پزشکان روبرو میگردد. سئوالاتی که روانپزشک مثلاً از بیمار کاتاتونیک** که با رفتار تکراری و یکنواخت ساعتهای متمادی در یک موضع نشسته

---

* اسکیزوفرنی (شیزوفرنی): نوع مخصوصی از جنون (پسیکوز) که نسبت به بیماریهای دیگر بدخیم تر است و در فارسی جنون جوانی نامیده میشود. این بیماری قبلا به نام Dementia precox خوانده میشد و یوجین بلولر نام اسکیزوفرنی را بجای Dementa precox استفاده نمود. یکی از علائم و عوارض بیماری اسکیزوفرنی اشتغال فکری بیمار به خطر نابودی عنقریب دنیا و برقراری روز قیامت و وحشت از فاجعه ای است که در شرف وقوع است که بازتاب واهمهٔ بیمار از گسستن ساختار روانی خود اوست.

** کاتاتونیا (Cathatonia): بیماری اسکیزوفرنی (جنون جوانی) ابتدا توسط کراپلین تحت عنوان (Dementic precox) تشریح شد و سپس در سال ۱۹۱۰ توسط یوجین بلولر بنام اسکیزوفرنی (شیزوفرنی) نامیده شد و علائم و انواع آن تشریح گشت. یکی از انواع اسکیزوفرنی نوع کاتاتونیک آن است. حالت کاتاتونیک خود یا بصورت حالت کرختی و بی تفاوتی به محیط است و بیمار دارای حرکاتی کند و گاهی نیز بیحرکت و خشک است. حالت دیگر اسکیزوفرنیک کاتاتونیک نوع خشم آلود آن است. در این حالت بیمار بسیار هیجان زده و مضطرب است و رفتار او نمایانگر توفانی از خشم است. در هردو حالت، برقراری تماس عاطفی با بیمار بسیار مشکل است و معمولاً بیمار خود را از واقعیات زندگی به دور نگهمیدارد.

در دهه های اخیر حالت کاتاتونیا را که قبلاً منحصر به بیماری اسکیزوفرنی میدانستند در بیماریهای دیگر روانی ازجمله بیماریهای «اورگانیک مغزی» مشخص نموده اند. اگرچه

و انگشت بر پیشانی میفشارد، گوئی در فکری عمیق فرورفته و از خود بیگانه شده و در جست و جوی گمشده ای بسیار دور است، چنین بود: «اسمت چیست؟ سه شیش تا چند تا میشود؟ فرق بین کودک و کوتوله چیست؟» آنها در این بیماران علائم گیجی در تعیین موقعیت، از هم پاشیدگی شخصیت و مگالومانی (خودبزرگ بینی) می یافتند و قضیه را در همینجا ختم میکردند. از چنین بیمارانی حدود بیست هزار در وین وجود داشت. فرد فرد این عده هر یک شاهد فروریزی ساختار روانی خود بودند و این اضمحلال را تجربه کرده و برای حفظ خود دنیائی واهی و وهمی ساخته بودند که در آن زندگی میکردند. فروید در این باره میگفت: دیوانگی و جنون کوششی است که بیمار برای بازسازی شخصیت فروریخته خود بکار میبندد. این نظر هر چند بسیار روشن بود ولی به نظر من کافی نبود. تئوری فروید در مورد بیماری اسکیزوفرنی بعلت نتیجه گیری زودرس او در اینکه این بیماری نتیجه رجعت روانی بیمار به مرحله خودشیفتگی* دوران کودکی است در بن بست گیر کرده بود. نظریه او این بود که تثبیت (fixation) روانی کودک در مرحله خودشیفتگی، او را مستعد بیماری اسکیزوفرنی میکند. بگمان من این نظر صحیح ولی ناکافی و غیرملموس بود. بعلاوه اینطور مینمود که وجه مشترک نوزادی که شیفته و مشغول بخود است با شخص اسکیزوفرنی همانا

بیماری اسکیزوفرنی ممکن است حالت کاتاتونیک را بخود بگیرد ولی هر بیماری که دارای حالت کاتاتونیک باشد لزوماً اسکیزوفرنیک نیست.

* خودشیفتگی (نارسیسیسم)(Narcissism): این واژه بیانگر خودشیفتگی و عشق بخود است. خودشیفتگی یکی از مراحل سیر رشد و تکامل روانی کودک میباشد. هرگاه این مرحله با موفقیت و رضایت تکامل نیابد شخص در دوره های بعدی ممکن است بعلت کمبود آن مبتلا به خود شیفتگی بیش از حد و عشق شدید بخود گردد. این نام از افسانه یونانی نارسیسیوس اقتباس شده است. ناسیسیوس جوانی بود که شیفته و عاشق تصویر خود گشت که در برکهٔ آبی منعکس شده بود و از غصهٔ عشق تصویر خود به تدریج تحلیل رفت و به گُلی مبدل شد که بنام گُل نارسیس (نرگس) معروف است.

نحوه آزمون وبرداشت آنها از محیطشان است. درمورد نوزاد، تهییجات و وتحریکات بیشمار محیط، مخلوط و همراه با حسهای خود از درون بدن، محیط زیست را به مکانی درهم و برهم و آشفته مبدل میکند. برای نوزاد هنوز وجه تمایزی بین دنیای خارج و دنیای داخل وجود ندارد. عقیده من بر این بود که دستگاه روانی نوزاد ابتدا به تمیز احساسهای مطبوع از نامطبوع و دردآور دست میزند. هر چیز خوشایند و مطبوعی به بخشی از شخصیت در حال رشد نوزاد میافزاید و به آن میپیوندد و هرچیز دردآور نامطبوع از شخصیت او دفع شده و به غیر او مبدل میگردد. به مرور زمان این حالت تغییر مییابد، بخشهائی از احساسات نوزاد که به دنیای خارج مربوط است اندک اندک در شخصیت نوزاد جذب میشود و به همین منوال بخشی از محیط که لذت بخش و مطبوع است (مانند پستان مادر) بدنیای بیرون منسوب و مشخص میشود. بدینسان اندک اندک شخصیت کودک از کابوس اغتشاش حسهای درونی و بیرونی بدر آمده و متبلور میگردد و مرز بین شخصیت کودک و دنیای خارج روشن میشود. اگر در هنگام تکوین این فرایند کودک متحمل ضربه ای شدید شود، مرز بین خود و دنیای خارج نیمه روشن و نامشخص باقی میماند و تردید کودک به محسوسات و ادراکات خود ادامه مییابد. درچنین حالتی ممکن است ادراکات خارج بصورت احساس درونی تعبیر شود و یا برعکس احساسات درونی بدنیای خارج منسوب گردد. در حالت نخست توبیخات خارج به درون منسوب شده و شخص دچار افسردگی و سرزنش خود میشود و در حالت دوم، بیمار دچار این توهّم میشود که دشمنی مخفی و سرّی او را با برق الکتریکی میآزارد و شکنجه میدهد در حالیکه این احساس جریان بیوالکتریکی خود اوست. در آن هنگام من دربارهٔ حقیقی بودن محسوسات بدنی بیمارن روانی چیزی نمیدانستم، فقط میکوشیدم که رابطه ای میان محسوسات درونی و بیرونی پیدا کنم.

این مشاهدات اساس اعتقاد من درباره تعبیر نادرست احساسات در بیماری اسکیزوفرنی بود. طبق این عقیده، ناتوانی شخص اسکیزوفرنی در تشخیص واقعیات درونی از تعبیر نادرست از حسهای اندامهای درون خود سرچشمه

میگیرد. همهٔ ما بمثابه ماشین الکتریکی هستیم که بنحوی مخصوص سازمان یافته و به نیروئی کهکشانی وابسته است. بهر جهت من مسلم دانستم که نوعی هماهنگی بین جهان و انسان برقرار است. این تنها راه خروج از بن بست بود. من امروز میدانم که بیماران روانی، این هماهنگی را بدون قابلیت تفکیک خود و جهان تجربه میکنند. شهروندان عادی کوچکترین آگاهی به این هماهنگی را ندارند. آنها خود را سخت از جهان جدا کرده و با غرور، خویشتن را مرکز آن میدانند. این تجربه ژرف بیماران روانی از نقطه نظر انسانیت از ایده های وطن پرستانه شهروند متوسط الحال بسیار با ارزشتر است. اولی لااقل آگاهی ای اندک به رابطهٔ کهکشانی خود دارد، ولی دومی ایده های گنده اش ناشی از ضعف فکری و سستی نفس است.

همه این نکات و مشاهدات بود که مرا به خواندن مکرر داستان پیرجینت وادار کرد. در خلال این داستان شاعری بزرگ دیدگاه خود را نسبت به جهان و زندگی بیان میکند. در سال ۱۹۲۰ من این داستان و همهٔ نقدها و نوشته های مربوط به آنرا مطالعه کردم. نمایش آنرا بر روی صحنه یکبار در بورگ تئاتر وین (Burg Theater) و بار دوم در برلین دیدم. در سال ۱۹۳۶ اجرای آنرا در تئاتر ملی اوسلو با شرکت «مورستاد» که در نقش پیر جینت بازی میکرد تماشا کردم. در آنجا بود که بالاخره علت علاقه خود را به این داستان فهمیدم. ایبسن (Ibsen) فقط بدبختی انسانهائی را به نمایش گذاره بود که مسیری غیر از مسیر متداول را میگزینند. در ابتدا پیر جینت ایده هائی درخشان و تخیلی بسیار داشت. با زندگی روزمره همگام نبود، شخصی بود رؤیائی. دیگران به مدرسه میروند و یا بکار مشغولندو به خیال پرداز میخندند. در عمق وجودِ خود هر یک از آنان نیز پیر جینت هستند. پیر جینت نبض حیات را که بی پروا ادامه دارد، حس میکند. زندگی روزمره تنگ و سختگیر است. انسان عادی از جهان بی حد و حصر ترسناک است از اینرو خود را از جهان بی انتها جدا کرده، راه به آنرا مسدود نموده و برای خود امنیتی محدود میآفریند. دانشمند همه زندگی خود را به

مسائل خُرد مشغول میدارد، کفاش در حرفه ای نه چندان بزرگ جدّ و جهد میکند، انسانهای متعارف دربارهٔ کل زندگی فکر نمیکنند، آنان به دفتر کار یا کارخانه و یا به ملاقات بیماران و یا به مدرسه میروند. آنها وظیفه خود را انجام میدهند و لب به اعتراض نمیگشایند. آنها مدت مدیدی است که پیر جینت درونی را از خود بیگانه کرده اند، وگرنه زندگی بسیار مشکل و خطرناک خواهد بود. پیرجینت تهدیدی است به راحتی خیال آنان. طریق او را پیمودن و همانند او شدن بسیار وسوسه انگیز است. انسان متوسط الحال بیش از پیش ناتوان میشود، فکری عقیم و بدبین مییابد، او ایدئولوژی های مختلف سر هم میکند و یا اعتماد به نفس فاشیستی به هم میزند. او بصورت برده ای در میآید، او کسی نیست ولی جامعه ای که او متعلق به آن است «جامعه ای منظم و شریف» است. او چنین میانگارد که «آرمانها و ایدئولوژیها» اختیار بدن را دارند و اُمَراء حفاظت از «آبرو» را.

پیرجینت پر از شور و شوق زندگی است بقیه شبیه بچه فیلی هستند که در داستان کیپلینگ (Kipling) آمده است. یکی بود یکی نبود، بچه فیلی بود که زیاد سئوال میکرد، میخواست همه چیز را بداند. کنجکاو بود و دربارهٔ هر چه میدید و میشنید و میبوئید سئوال میکرد. دائی ها و عمّه های او، او را تنبیه میکردند ولی او هنوز کنجکاو بود. او میخواست بداند که تمساح برای شام چه میخورد. یک روز از مادرش دور شد و فرار کرد. به رودخانه ای رسید و تمساح را غلغلک داد. او کنجکاو بود و مملوّ از شور و شوق. تمساح خرطوم او را گرفت، خرطوم او هنوز کوتاه بود، او از خود به بهترین وجهی که مقدور بود دفاع کرد، او دو پای پیش را محکم به زمین کوفت و تمساح خرطوم او را کشید و کشید. خرطوم او کِش آمد و دراز شد. بعد تمساح ول کرد و رفت. بچه فیل مأیوس و ناامید گریه کنان برگشت، او با خود میگفت «این دماغ بلام بزلگه». از آن به بعد همیشه از دماغ بزرگش خجالت میکشید. بعضی ها به او میگفتند این است مجازات حماقت و نافرمانی.

پیرجینت با بی خردی سرش را بر باد میدهد، مردم باید مطمئن شوند که او مجازات شده است. دنیا بی رحم است و اگر غیر از این بود پیر جینتی وجود

نمیداشت. او خیز میگرفت ولی مثل سگی زنجیری که بدنبال ماده اش میرود، پس کشیده میشد. او مادر و نامزدش را ترک میکند، هر چند قلباً به هر دوی آنها دلبستگی دارد و قادر به دوری از آنها نیست. وجدانی سختگیر دارد. بهمین علت هم در دام اغوا و شیطنت میافتد. او خود را مبدل به حیوانی میکند و برای خود دُم میگذارد، یک بار دیگر از دام خطر میرهد. او به ایده های خود چسبیده ولی دنیای اطراف او فقط به داد و ستد مشغول است و هر چیز دیگر را بی معنی میداند. او میخواهد دنیا را تسخیر کند ولی دنیا تسلیم نمیشود، تنها راه تسخیر، غلبه بر آن است. ولی این کاری پیچیده و وحشیانه است، ایده آلها برای افرادی سفیه درست شده اند. برای غلبه بر دنیا دانش قوی و عمیق لازم است. ولی پیرجینت یک رؤیاپرداز است. او میخواهد دنیا را با رؤیا تغییر دهد. او در خیال عشقی است بزرگ برای معشوق و نامزد خود که بچه اش را حمل خواهد کرد، ولی معشوقه اش سولیگ در دسترس نیست و مادرش هم از طریق خیرخواهی مرتباً او را سرزنش میکند. او مادرش را بیاد پدرِ خُل وضعش میاندازد. آنیتا زن دیگری که با او آشنا است پتیاره ای بیش نیست. پس کجاست زنی که بتوان او را واقعاً دوست داشت، زنی که شبیه زنِ رؤیائیِ او باشد. باید مثل «براند» قوی باشد تا بتواند به رؤیاهای خود جامهٔ عملَ بپوشاند. ولی افسوس براند قوّهٔ تخیل کافی ندارد او فقط زور دارد و پیر جینت عشق بزندگی دارد. چه احمقانه است اینگونه توزیع استعدادها. او به جرگه تُجّار و سرمایه داران میپیوندد و مطابق قواعد آنان همهٔ سرمایهٔ خود را میبازد. دیگران تاجرانی واقعی اند و نه واهی و رؤیائی. آنها حرفه خود را مخصوصاً وقتی مسئله پول در میان است بسیار خوب میدانند. در مسئلهٔ داد و ستد آنها مثل او احمق نیستند. او خسته و دل شکسته به آلونک جنگلی «سولیک» که نقش مادر را برای پیر دارد برمیگردد. او از خیالات واهی خود بدر آمده و شفا یافته است. او بالاخره درمییابد که زندگی چه جزا میدهد نسبت به کسانیکه جرأت قبول و احساس آنرا بخود میدهند. همینطور است سرنوشت و جزای کسانیکه از تبعیت از آنچه

متداول است تَمَرّد کنند. اکثر افراد نیز حتی احتمال شکست را برخود روا نمیدارند و از ترس آن از دست زدن بکاری غیرمتعارف حذر میکنند.

این بود خلاصه ای از ایبسن و نمایشنامه او پیر جینت. این داستانی است که ارزش خود را وقتی از دست خواهد داد که پیر جینت بالاخره در آخر داستان پیروز شود. تا یک چنین زمانی، عدالت و نیکی سهمی از تمسخر را خواهند داشت.

در تابستان ۱۹۲۰ رساله ای طولانی تحت عنوان تضاد لیبیدو و تصورات واهی پیر جینت نوشتم و به عضویت انجمن روانکاوی وین بعنوان عضو مَدعُوّ در آمدم. اندک زمانی بعد کنگره هیگ (Hague) به ریاست فروید برقرار شد. اکثر سخنرانیها در مورد مسائل کلینیکی بود. سخنرانان گزارشات جامعی از مسائل مورد بحث ارائه کردند. فروید بطور ماهرانه نکات مهم هر گزارش را خلاصه میکرد و سپس نظر خود را ارائه مینمود. گوش دادن به صحبتهای فروید واقعاً لذتبخش بود. او بی تزلزل و غرّا صحبت میکرد و ذکاوت و شوخ طبعی خاصی داشت. او آخرالامر از موفقیتی لذت میبرد که پس از سالهای طولانی نصیبش شده بود. در آن موقع هنوز هیچ روانپزشک راسخی در انجمن وجود نداشت. تنها روانپزشک فعال و دانای انجمن بنام تاسک، کمی قبل از آن خودکشی کرده بود. کتاب* او کتابی با ارزش بود، او نشان داده بود که مکانیسم روانی که در اسکیزوفرنی مؤثر است، مکانیسم بازتاب (projection) اندامهای خود شخص است، بویژه اندامهای تناسلی. بعداً هنگامی که تحریکات بیوالکتریکی و کورانهای وجتیتیو** (گیاهی) را کشف کردم، به درک درست این موضوع نائل گشتم.

---

* Uber den Beeinflussungsapparat bei der Schizophernie

** کورانهای وجتیتیو: سلسله اعصاب خودکار (اتونومیک) را سلسه اعصاب گیاهی (وجتیتیو) نیز مینامند، زیرا کارهای حیاتی اولیه و انعکاسات حیاتی را بعهده دارد. این سلسله اعصاب دارای دو بخش است: سمپاتیک و پاراسمپاتیک. منظور از کورانهای وجتیتیو، جریان بیوالکتریکی است که از طریق این گروه از اعصاب جریان مییابد.

برداشت تاسک (Tausk) صحیح بود. این احساسهای بدنی و اندامهای شخص اسکیزوفرنی است که او را زجر می دهد. من می توانم ضافه کنم که شخص اسکیزوفرنی قادر به تحمل کورانهای وجتیتیو که از کنترل خارج میشوند نمیباشد. او این تأثرات را اجباراً احساسی خارجی و بیگانه میبیند که بدنیای خارج مربوطند و هدفی شیطانی و خصمانه دارند. شخص اسکیزوفرنیک بنحوی بی تناسب و اغراق آمیز نمایشگر خصوصیاتی است که افراد جامعهٔ مدرن دارا هستند. انسان عادی از طبیعت خود، از هسته بیولوژیکی خود بیگانه شده و آنرا چیزی خارجی و خصمانه میپندارد. او اجباراً از هر کسی که او را به برقراری تماس با طبیعت خود یاری کند منزجر است.

جامعهٔ روانکاوان گروهی بودند که میبایستی بطور متّحد با دنیائی از دشمنان به مبارزه برمیخاستند. در میان پیش کسوتان و بزرگان که اکثراً ده تا بیست سال از من مسن تر بودند من تنها پزشک جوان بودم. این دانشمندان در خورِ تحسین و ستایش بودند. در ۱۳ اکتبر ۱۹۲۰ من در مقام کاندیدای عضویت جامعه روانکاوان سخنرانی کردم. فروید از اینکه کاندیداهای جوان سخنرانی خود را از نوشته قرائت کنند دلگیر میشد. او میگفت که شنونده در چنین حالتی مانند شخصی است که زبانش از خستگی از دهان آویزان شده و لَه لَه زنان از دنبال سخنران میدود در حالیکه سخنران مانند کسی است که در اتوموبیل نشسته و بفراغت مشغول سواری است. او درست میگفت من رساله خود را بطور کامل تهیه کردم و برای ارائه آن بدون مراجعه به یادداشت ها آماده شدم. ولی از برای احتیاط، نسخه ای از رساله را در دست آماده داشتم. هنوز چند جمله اول را نگفته بودم که رشته افکار از دستم خارج شد، خوشبختانه بسرعت توانستم جائی که سخنم گسسته بود پیدا کنم و به قرائت ادامه دهم. سخنرانی بسیار خوب به انجام رسید، به غیر از اینکه خوشایند فروید نبود. این گونه جزئیات مهم هستند. اگر اشخاص از ترس آمر (اتوریته)، خود را باز ندارند، سخنانشان بیشتر با معنی و کمتر تهی و نامفهوم خواهد بود. برای هر کس مقدور است در

موضوعی که تبحّر دارد فی البداهه سخنرانی کند و توازن خود را نیز حفظ نماید. ولی من میخواستم کاملاً نافذ باشم، میخواستم مطمئن باشم چیزی نگویم که مورد تمسخر واقع شوم. من احساس کردم که همه چشمها بمن دوخته شده و ناچار تصمیم گرفتم که از روی نوشته قرائت کنم. از آن به بعد صدها بار بطور فی البداهه سخنرانی کرده ام و به نام سخنرانی فصیح شناخته شده ام. اینرا مدیون تصمیمی هستم که در آن هنگام گرفتم که دیگر هرگز نوشته ای بهمراه نیاورم و بعبارت دیگر ترجیح دادم که «شنا» کنم. رساله من مورد استقبال واقع شد و در جلسهٔ بعدی بعنوان عضو جامعهٔ روانکاوان قبول شدم.

فروید بخوبی میدانست که چگونه فاصله و استقلال خود را از دیگران حفظ کند و حس احترام در آنان برانگیزد. او کِبر و غرور بیجا نداشت و بر عکس رفتارش دوستانه بود. ولی ماورای این صورت، باطنی سرد محسوس بود. او بندرت به شخص خوشخو و گرم مبدل میشد. حملات او به روانپزشکانِ پرمدّعا و یا به روانپزشکانی که به او بی احترامی میکردند بسیار محکم و خشن بود. در هنگام بحث از نکات مهم تئوری، انعطاف ناپذیر بود. در آنزمان برای تربیت روانکاوان نه مدرسه ای و نه برنامه ای وجود داشت. هر کس بحال خود رها شده بود. من برای راهنمائی غالباً به نزد روانکاوان مسن تر میرفتم. آنان کمک مؤثری نمیکردند، میگفتند «به کاوش ادامه بده، بالاخره به نتیجه میرسی»؛ به چه نتیجه ای قرار بود برسیم کسی نمیدانست. یافتن راه درمان شخص بیماری که حرف نمیزد و یا همکاری نمیکرد از همه مشکلتر بود. بیمار وقتی تداعی معانی نمیکرد، حرف نمیزد و یا «نمیخواست خواب ببیند» و یا آنرا برای روانکاو بازگو نمیکرد، روانکاو و جلسه ای پس از جلسه دیگر صُمّ بُکم مینشست و نمیدانست چه کند. البته تکنیک تجزیهٔ مقاومت از نظر تئوری وجود داشت ولی در عمل استفاده ای از آن نمیشد. ما میدانستیم که خودداری بیمار نمایشگر مقاومت او به کشف محتویات ناخودآگاه و همچنین ما به لزوم برطرف کردن این مقاومت آگاهی داشتیم. ولی سئوال اساسی این بود که چگونه میتوان این مقاومت را از میان

برداشت. اگر به بیمار گفته میشد که تو «مقاومت میکنی» او با نگاهی تهی به روانکاو مینگریست. در نتیجه این مذاکره بیک رابطه بی معنی تبدیل میشد. همچنین فرق زیادی نمیکرد اگر به بیمار میگفتیم که او خود را از آگاهی به محتویات ناخودآگاه باز میدارد و حالتی دفاعی بخود میگیرد. چنانچه روانکاو سعی میکرد بیمار را متقاعد کند که سکوت او نشانه مقاومت اوست و این رفتار هیچ مسئله ای را حل نمیکند و در واقع نمایشگر اضطراب و عدم اعتماد او به روانکاو است، باز کمکی به حل مسئله نمیکرد، هر چند این روش کمی منطقی تر از روش قبلی بود. راهنمائی روانکاوان مسن تر نیز همواره همان بود که «به کاوش ادامه دهید».

همین حرف «به کاوش ادامه دهید» الهام بخش ابداع روش آنالیز کاراکتر* من بود. در سال ۱۹۲۰ من در این مورد هیچ نظری نداشتم به ناچار نزد فروید رفتم. فروید استاد حل مسائل غامض نظری بود ولی از نظر تکنیک توضیحات او رضایتبخش نبود. بالاتر از همه او اظهار داشت که روانکاوی یعنی حوصله و صبر و اینکه برای ناخودآگاه زمانی موجود نیست و روانکاو نباید در این کار عجله کند بلکه باید صبر و حوصله پیش گیرد. بعضی اوقات او مرا به مداخله فعالانه در روانکاوی بیمار تشویق میکرد. بالاخره فهمیدم که کار درمان بیمار وقتی مؤثر است که روانکاو صبر و حوصله فهم فرایند درمان را داشته باشد. دانش در مورد ماهیت بیماریهای روانی در آن زمان اندک بود. اهمیت این جزئیات ممکن است در رابطه با توضیح فرایند زندگی ناچیز جلوه کند ولی این جزئیات بسیار مهم است. موشکافی در این مسئله که چرا و چگونه زندگی روانی شخص میخشکد و قشر میبندد و غیرقابل انعطاف میشود مرا به قلمرو نیروی زندگی راهنمائی نمود.

* آنالیز کاراکتر: بنگرید به پاورقی صفحه ۴۷

در یکی از کنگره های بعدی فروید فرمول درمانی خود را تعدیل کرد. او ابتدا گفته بود که نشانه های بیماری پس از کشف ریشه های ناخودآگاه آن باید برطرف شود. اکنون او میگفت «من باید حرف خود را باین صورت تصحیح کنم، نشانه های بیماری ممکن است پس از کشف ریشه و مفهوم ناخودآگاه برطرف شوند». این تصحیح و تعدیل در من تأثیر زیادی گذاشت و برایم این سئوال پیش آمد که چه شرایطی میتواند جمله فروید را از «ممکن است برطرف شوند» به «باید برطرف شوند» مبدل کند. اگر آگاهی به ریشه های ناخودآگاه ناهنجاریهای روانی لزوماً باعث بهبودی بیماری و برطرف شدن علائم آن نیست، چه عوامل دیگری میتوانند این بهبودی را تضمین کنند؟ هیچکس جواب این سئوال را نمیدانست. در آن موقع تغییر فرمول درمانی فروید نیز توجه زیادی را جلب نکرد. روانکاوان کماکان به تفسیر خوابها، لکنتها، اشتباهات لفظی بیمار و تفسیر افکار بیمار که بطور تسلسل تداعی میشد ادامه میدادند. آنان مسئولیت زیادی برای فهم مکانیسم درمانی حس نمیکردند. فکر اینکه چرا در درمان بعضی از بیماران ناموفق هستند در آنان خطور نمیکرد. این از نظر موقعیت روان درمانی در آن زمان قابل توجیه بود. روش معمول درمانی متخصصین اعصاب که بطور عمده استفاده از بَرُم و یا سرزنش بیمار به اینکه «چیز مهمی نیست فقط عصبی هستی» طوری بیماران را ناامید کرده بود که در مراجعه به روانکاو بیمار از اینکه فرصت دراز کشیدن بر روی تخت روانکاوی و فرصت گفتن آنچه در فکر انباشته داشت، احساس بهبودی میکرد. به بیماران گفته شده بود که باید آنچه که به فکر آنها خطور میکند بی محابا بگویند. سالها بعد فرنزی* (Ferenzi) اظهار داشت که در واقع هیچکس قادر به اجرای این دستور نیست. امروزه این امر برای ما چنان روشن است که دیگر چنین انتظاری هم از بیماران نداریم.

* فرنزی (Sandor Ferenzi): روانکاو مجارستانی (۱۹۳۳-۱۸۷۳).

در سال ۱۹۲۰ اینطور متصوّر بود که ناهنجاریهای روانی* (نروز) عادی را میتوان در مدت سه تا شش ماه درمان کرد. فروید گاهی بیمارانی را به من ارجاع میکرد و یادداشتی همراه پروندهٔ آنها مینوشت «برای روانکاوی، ناتوانی جنسی، سه ماه». این امروز غیرممکن بنظر میرسد. در این گیرودار روانپزشکانی** که تکلیف معلوم میکردند، روانکاوی را به فساد و تباهی نسبت داده و حملات بسیار بر علیه آن مینمودند. تعهدی عمیق نسبت به روانکاوی وجود داشت و ما مدافعان آن، ایمانی راسخ نسبت به صحّت آن داشتیم و هر مورد درمان، نمونه و دلیلی بود در اثبات صحت تئوریهای فروید. همکاران مسن تر کماکان این سخن را تکرار میکردند که «به کاوش ادامه دهید».

نوشته های اولیه من در مورد مسائل تئوریک بود نه تکنیک. این روشن بود که قبل از اینکه نتایج بهتری بدست آید مسائل زیادی میباید دانسته گردد. آگاهی به این امر، شخص را به کنجکاوی هر چه عمیق تر و مبارزه ای هر چه سخت تر ترغیب میکرد. شخص احساس میکرد که متعلق به گروه دانشمندان برگزیده و مبارزی است که کاملاً از حقه بازی بدورند. احتمالاً این جزئیات

---

* نِروز (Neurosis) (روان نژندی): این واژه امروزه به همهٔ بیماریهای روانی اطلاق میشود که در آن بیمار به ماهیت دردناک بیماری خود آگاه است و آنرا چیزی غیرطبیعی میداند. انواع مختلف بیماری نروز را امروز بعناوین نروز اضطراب، نروز وسواس، نروز فوبیا، نورز ناشی از صدماتی جسمی و روانی تقسیم بندی کرده اند.

** روانپزشک (Psychiatrist): پزشکی که در درمان بیماریهای روانی تخصص داشته باشد روانپزشک نامیده میشود. روانپزشکی از راههای گوناگون به درمان بیماران میپردازد. استفاده از داروهای مناسب برای درمان هر بیماری مخصوص، روان درمانی، استفاده از شوک الکتریکی و خلاصه کاربرد روشهائی که در آن مقطع زمانی روش قابل قبول شناخته شده است. همهٔ بیماران روانی مستعد روانکاوی نیستند، از اینرو روانکاوی تنها یک راه از درمان ناهنجاریهای روانی است. یک روانپزشک لزوماً روانکاو نیست و ایندو نام برابر یکدیگر نمیباشد. حتی ممکن است یک روانپزشک از روشهای روانکاوی استفاده نکند و آنرا روشی پسندیده برای درمان نداند.

تاریخی، به متخصصین اورگون تراپی امروز که در درمان بیماران مخصوصاً در حالتهائی که هدفهای درمانی سریعاً بدست نمیآیند، آرامش فکر میبخشد.

فصل سوم

گسستگی ها در روانشناسی و در تئوری جنسی

۱- «لذت» و «غریزه»

با سابقه مطالعاتم در رشتهٔ بیولوژی و با توجه به تعریفی که فروید از غریزه کرده بود، به تحقیق در مسئله لذت و درد (تحریکات ناخوشایند) پرداختم. فروید به این پدیده اشاره کرده بود که بر خلاف خاصیت ناخوشایند تنش (تانسیون ـ فشار)، تنش‌جنسی خوشایند و لذتبخش است. معهذا مشاهدات روزمره نمایانانگر آن بود که فشار و تنش آزاردهنده است ولی رهائی از تنش لذتبخش میباشد. من مسئله فوق را به این صورت تفسیر کردم: تنشی که در ابتدای عشق ورزی جنسی ایجاد میشود اگر به رضایت خاطر و سبکباری منجر نشود به احساسی ناخوشایند مبدل خواهد شد. تصور لذت جنسی اگر چه ایجاد تانسیون و فشار جنسی میکند ولی در عین حال مقدار کمی از هیجان جنسی را رها مینماید. این سبکباری اندک و امید رسیدن به لذتی بزرگتر (حالت اورگاسم)* حالت ناخوشایند تنش را تحت الشعاع قرار میدهد. این آگاهی مختصر سررشته ای بود برای تفسیر طرز کار غریزهٔ جنسی و از این طریق من متوجه شدم که غریزه چیزی جز حالت حرکتی لذت نیست. تحقیقات نوین روانکاوی این نظریه را که ادراکات ما تجربه ای است بدون دخل و تصرف شخصی مردود شناخته است.

---

* بنگرید به پاورقی صفحه ۹

این نظر که درک مشاهدات توسط تمایل فکری شخص صورت میگیرد صحیحتر مینمود. این قدمی مهم به پیش بود. تحریکی که در یک شخص معمولاً ایجاد احساسی لذتبخش مینماید در شخص دیگر با تمایل فکری متفاوت نتیجه ای متفاوت دارد. بعبارت دیگر اگرچه نوازش و مالش قسمتهای جنسی و حساس در یک شخص احساس لذت را بوجود میآورد در شخصی دیگر با تمایل روحی و فکری متفاوت ممکن است صرفاً بصورت لمس و یا مالش بدون احساس لذت احساس شود. این تعبیر، اساس افتراق بین «تجربه لذت کامل اورگاسم» از یک سو و تجربه حالت «مالش بدون لذت» از سوی دیگر بود. بعبارت دیگر اساس افتراق بین توانائی اورگاستیک و ناتوانی اورگاستیک بود. کسانی که به تحقیقات بیوالکتریکی من آشنائی دارند میدانند که تمایل فکری شخص در درک او از امور، مشابه جریان الکتریکی اورگاسم است که از مرکز به محیط جاری است.

من لذت را به دو بخش حرکتی-فعال* و حسی-غیرفعال** تفکیک کردم که این دو به نوبهٔ خود در هم ادغام شده و به یک واحد تبدیل میگردند بطوری که همزمان با هم بخش فعال لذت را بطور مفعولی و بخش مفعولی احساسات را بطور فعال درک میکند. تفکر علمی من در آن موقع با وجودِ کندی در جهتی صحیح بود. بعدها توانستم مشاهدات خود را بطور ساده تری تنظیم کنم: امیال دیگر بصورت چیزی که در جائی مستقرند و طلب لذت در جائی دیگر دارند مفهوم نمیشد بلکه خود حالت فاعلی لذت بود.

معهذا این تفسیر سئوالی را مطرح میکرد و آن این بود که چگونه میتوان اشتیاق تکرار عملی لذتبخش را که در گذشته تجربه شده توضیح داد؟ تئوری سِمون در اینجا به حل این مسئله کمک کرد. انگیزه جنسی چیزی جز خاطره حرکتی‌لذتی که در قبل تجربه شده نمیباشد. به این طریق برداشتی که از انگیزه

* Motor -Active

** Sensory - Passive

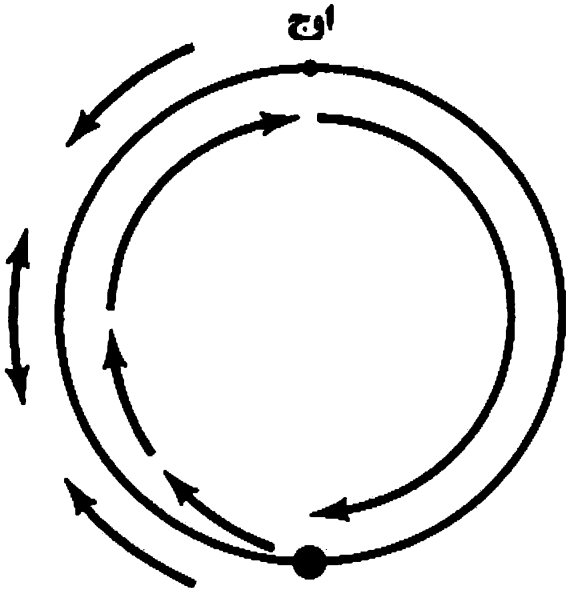
میشد به نظریه لذت تقلیل یافت. ولی هنوز این سئوال باقی بود که لذت چیست؟ طبق رسوم آن روز که مبتنی بر شکسته نفسی بیمورد بود با این موضوع با تردید و بی اطلاعی برخورد کردم. معهذا کوشش خود را برای فهم رابطهٔ «کیفیت انگیزه و کمیّت لذت» ادامه دادم. طبق نظریه فروید «انگیزه» بوسیله مقدار کَمّیِ تحریک و هیجانی که محتوی آن است مشخص میشد. بعبارت دیگر توسط مقدار انرژی لیبیدو. از طرف دیگر من تازه کشف کرده بودم که لذت، ماهیت انگیزه است و دارای کیفیت روانی میباشد. با درنظر داشتن طرز فکر آن زمان، عوامل کیفی با عوامل کَمّی قابل مقایسه و تطبیق نبودند و در حیطه ای کاملاً متفاوت و مجزّا از یکدیگر قرار داشتند. بنابراین، روش من به بن بست رسیده بود. معهذا قدم اول را برای ادغام «کَمّیِ تحریک» و «کیفی لذت» برداشته بودم. با بکار گماشتن روش بالینی و نظری در مورد غرائز من به سرحد تفکر مکانیکی رسیده بودم. تفکر آن زمان مبتنی بر ناسازگاری و آشتی ناپذیری بی چون و چرای اضداد بود. بعدها این تضاد را در تجربه های مشابهی مانند «علم» و «زندگی روزمره» همچنین «تحقیق و بررسی نتیجه تحقیقات» مشاهده کردم.

مرور فوق که ناظر به گذشته است مدرکی است برای اثبات اینکه مشاهدات صحیح بالینی هیچگاه به سرگردانی و گمراهی نمیانجامد. اگر مُحقّق زود مأیوس و منصرف نشود و یا در نتیجه گیری تعجیل نکند، مشاهدات صحیح و دقیق همواره باید به تفکری عملی (فونکسیونِل) و قاعده ای بر اساس انرژی بیانجامد. ترس از تفکری عملی (فونکسیونِل) از سوی بسیاری از متفکران بلندپایه، خود معمائی است. من این نتایج مختصر را در مقاله ای کوتاه بنام zur Triebenergetik نوشتم و در هشتم ژوئن ۱۹۲۱ در مجمع روانکاوی وین قرائت نمودم. مقالهٔ من در سال ۱۹۲۳ در مجله Zeitschrift für Sex Welforschung انتشار یافت. یادم هست که مقاله مرا بسیاری از متخصصین نفهمیدند. از آنزمان به بعد من فقط نتایج کلینیکی را عرضه مینمودم و از گزارش برداشتهای تئوریک حذر میکردم. بزودی آوازه ای بلند کسب کردم و بعنوان متخصصی مجرب و حاذق در رشته

روانکاوی معروف شدم. مردم مرا به سبب روشنی و دقت مشاهداتم و همچنین توانائی بیان و تشریح آنها میستودند.

۲- سکسوالیته تناسلی و غیرتناسلی

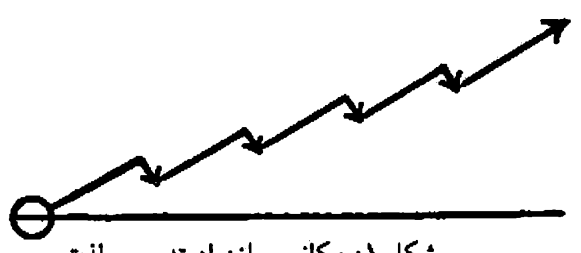
دیاگرامهای ذیل نمایانگر رابطه بین انگیزه و لذت میباشد.



دیاگرام رابطه بین غریزه و لذت

دیاگرام بالا ما را قادر میسازد که فرایند جنسی غیرتناسلی را با فرایند تناسلی فرق نهیم. قسمت خارجی این دایره نمایانگر تحریکی است که قبل از رسیدن به نقطه نهائی به عقب برمیگردد. در داخل دایره حالت تخلیهٔ تنش انجام گرفته و حالت تحریک به صفر نزول مینماید. حال این دیاگرام را بصورت دیگری بررسی مینمائیم:

در شکل ۱ مشاهده میشود که در ابتدای لذت، تنش همواره در حال ازدیاد است. در انتهای لذت (شکل ۲) انرژی رها شده برابر با انرژی ذخیره شده میباشد.



شکل ۱: مکانیسم ازدیاد تدریجی لذت



شکل ۲: مکانیسم انتهای لذت

این ایده همواره زیربنای برداشتها و نظریه های من در حیطهٔ اکونومی جنسی بوده است. شکل۱ نمایانگر ازدیاد و جمع شدن انرژی جنسی است که در حالت نارضائی بوجود میآید و باعث انواع ناهنجاریهای روانی و اختلال اعصاب نباتی میگردد. شکل ۲ نمایانگر توانائی اورگاستیک است که تضمین کننده توازن انرژی میباشد.

برداشتهای تئوریک بالا بر مبنای تجارب دقیق بالینی بدست آمده است. مثلاً پیشخدمتی را معالجه میکردم که هیچگاه قادر به نعوظ آلت تناسلی نبود. امتحانات پزشکی هیچگونه علت بدنی (جسمی) برای ناتوانی این بیمار نشان نمیداد. در آنزمان میان ناراحتی های روانی و تنی فرقی صریح و مرزی مشخص قائل بودند. درمان از طریق روانکاوی هنگامیکه علت جسمی برای توجیه بیماری وجود داشت خودبخود حذف میشد. از نظر دانش امروزی ما، این طرز برخورد اساساً اشتباه است ولی البته فرض اینکه ناراحتیهای روانی علتهای روانی دارند صحیح است. برداشتهای نادرست بسیار در مورد رابطهٔ بین روان و تن متداول بود.

درمان روانکاوی این بیمار را در ژانویه سال ۱۹۲۱ شروع کردم تا اکتبر ۱۹۲۳ شش ساعت در هفته بدون حصول نتیجه ای این درمان را ادامه دادم. فقدان هرگونه فانتزی* مقاربتی در این بیمار توجه مرا به عمل استمناء در بیماران دیگر جلب نمود. بزودی برای من روشن شد نحوهٔ استمناء بیمار به فانتزی ناسالم او مربوط است. درعمل استمناء حتی یک بیمار نبود که تصور لذت ازطریق مقاربتی

* Fantasy

طبیعی و تناسلی را داشته باشد. وقتی با دقتی بیشتر در مورد فانتزیهای استمناء سئوال کردم، متوجه شدم که آنان تصور مشخصی ندارند. واژه «مجامعت» بطور مکانیکی استفاده میشد و غالباً اشاره به اشتیاق شخص به «اثبات مردانگی» بود. همچنین گاهی شامل خواستهای کودکی مثل آسودن درمیان بازوان زن، معمولاً زنی سالمندتر و یا رخنه کردن در درون او بود. بطور خلاصه واژهٔ مجامعت معنای متفاوتی برای افراد مختلف داشت که هیچگاه با مفهوم اصلی آن بصورت لذت طبیعی تناسلی تطبیق نمیکرد. این برای من پدیده ای جدید و عجیب بود. من قادر به تصور ناهنجاری ای به این وسعت و عمق نبودم. در مورد مسئلهٔ اختلالات جنسی مطالب بسیاری در کُتب و مقالات روانکاوی نوشته بودند ولی در این مورد هیچگونه نوشته و تحقیقی نبود. از آن به بعد من به فانتزی استمناء بیماران و چگونگی عمل استمناء در آنان توجه دقیقتری مینمودم. این پدیده عجیب انتهائی نداشت. عجیبترین اعمال جنسی تحت چند کلمه بی معنا مثل «من دیروز جلق زدم» و یا «من دیروز با فلانکس خوابیدم» پوشیده میشد.

من بزودی قادر به تشخیص دو گروه مهم شدم. در گروه اول آلت تناسلی طوری عمل میکرد که گویا شخص در فانتزی بود. انزال بوقوع میپیوست ولی همراه با لذت نبود. آلت تناسلی مرد بمثابه آلتی قتال تصور میشد و یا برای اثبات توانائی استفاده میشد. بیماران توسط مالش آلت تناسلی به تشک به حالت انزال میرسیدند. در این حالت بدن گویا بیجان بود. آلت تناسلی را در حوله پیچانده و آنرا میفشردند، میان پاچه ها میمالیدند و یا به ران خود میمالیدند. گاهی فقط فانتزی تجاوز به عنف قادر بود شخص را به حالت انزال برساند. در بسیاری از موارد بیمار خود را از حالت انزال بازمیداشت و یا پس از یک یا چند وقفه به انزال تن درمیداد. معهذا با وجود همه اینها آلت تناسلی تحریک شده و در حالت نعوظ بود. در گروه دوم هیچگونه فانتزی یا عملی که بتوان آنرا تناسلی پنداشت موجود نبود. این بیماران آلت تناسلی خود را که شق نبود میفشردند، آنها خود را با داخل کردن انگشت به مقعد خود تحریک میکردند،

گاهی سعی میکردند که ذکر خود را در دهان خودشان بگذارند، فانتزیهای آنان شامل کتک خوردن، طناب پیچ شدن و شکنجه شدن بود. خوردن ترشحات دیگران و مکیدن آلت تناسلی که گاهی نمایانگر مکیدن پستان بود جزء فانتزیهای آنان بود. کوتاه سخن، با وجود اینکه آنها از اندام تناسلی خود استفاده میکردند ولی فانتزی آنها هدفی غیرتناسلی داشت.

مشاهدات فوق مرا به این نتیجه رساند که نحوه و محتوای عمل مقاربت و یا فانتزی آن راهی است آسان برای بررسی و فهم عقده های ناخودآگاه. گزارش کوتاهی در این مورد تحت عنوان über spezifitat des Onanieformen منتشر نمودم. این گزارش شامل چند پیشنهاد کوتاه دربارهٔ اهمیت درمانی این برداشتها و همچنین اهمیت آنها در پیش بینی سیر ناخوشی بود ولی مهم تر از همه، این مشاهدات طریقی را ارائه میکرد که مرا به اهمیت نقش سکسوالیته تناسلی در درمان ناهنجاری روانی رهبری میکرد.

همزمان با این من متوجه محدودیت حافظه بیمار در فرایند روانکاوی بودم. یادآوری خاطرات واپس زده کودکی مهمترین وظیفه روانکاوی تلقی میشد. ولی خود فروید نیز احتمال یادآوری خاطرات و احساسات واپس زدهٔ سالهای اولیهٔ کودکی را زیاد نمیدانست. بعقیده او روانکاو بایستی خود را به این مقدار قانع میکرد که خاطرات سالهای اولیه کودکی بصورت فانتزیهای مختلف نمایان شود که از آن فانتزیها به نوبه خود میشد «وضعیت اولیه کودکی» را تعبیر و تصور نمود. درک وضعیت اولیه کودکی حقّاً موضوعی مهم بود و اهمیت زیادی به آن داده میشد. کسانی که هرگز دردسر کندوکاو در عمق روان بیمار را بخود نداده اند، قادر به تصور فراوانی خاطره ها و تجربیات کودکی نیستند و در درازمدت این تجربه و دانش بسیار مهمتر از حصول موفقیت های سطحی در درمان بیماران است. روانکاوانی که این تجربه و دانش را بدست آورده بودند در دراز مدت توانائی حصول نتایج عمیقتری را در درمان بیماران داشتند. هیچکدام از نظریه های فعلی من در مورد ارتباط بیولوژی و روان بدون تحقیقات و

کاوشهای قبلی من در فانتزیهای ناخودآگاه تحقق نمی یافت. امروز هدف کار درمانی من همان است که ۲۰ سال قبل داشتم و آن احیای دورترین خاطرات و تجربیات کودکی است. هر چند هدف همان است ولی طریق رسیدن به آن تغییر فاحشی یافته است. بطوری که دیگر نمیتوان آنرا روانکاوی نامید.

مطالعه اعمال تناسلی بیماران عقاید مرا شکل بخشید و مرا قادر به دیدن روابطی جدید در روان انسان نمود. بهرحال، کار من به انضمام عمل خاطره ها و حافظه هنوز در چهارچوب قواعد روانکاوی بود.

پس از ۳ سال کار کلینیکی من دریافتم که حافظه بیماران در یادآوری خاطره ها و تجربیات دوران کودکیشان ضعیف است. مثل اینکه دیواری بین بیمار و خاطرات او وجود داشت. من گزارشی در این زمینه در سال ۱۹۲۲ در جامعه روانکاوی ارائه کردم. همکاران من بیشتر به توضیح تئوری دژآوو*(Dejavu) که من بعنوان مقدمه و نقطهٔ آغاز مطرح کرده بودم ــ و مطلب زیادی نیز در این مورد برای گفتن نداشتم ــ علاقه نشان دادند تا به مسائل درمانی و تکنیک درمانی.

تأسیس سمینار تکنیک روانکاوی در وین

در سپتامبر سال ۱۹۲۲ کنگرهٔ بین المللی روانکاوی در وین تشکیل شد. روانکاوان آلمانی به رهبری کارل آبراهام** برای موفقیت این کنگره زحمات زیادی کشیدند. روانکاوانی از ایالات متحده نیز در این کنگره حضور داشتند. زخمهای جنگ رو به التیام بود. جامعهٔ بین المللی روانکاوی تنها سازمانی بود که ارتباط بین المللی

* Dejavu (دژاوو): احساس آشنائی قبلی با مکان یا موقعیتی جدید که شخص آنرا قبلاً ندیده و یادر آن موقعیت نبوده است. مثلاً شخص ممکن است برای اولین بار وارد شهری شود که هرگز آنجا نبوده ولی احساس کند که با آن محیط آشنائی کامل دارد و گوئی قبلاً آنجا را دیده است.

** Karl Abraham: کارل آبراهام (۱۹۲۵-۱۸۷۷) دوست و همکار نزدیک فروید، کتابها و مقالات بسیاری مخصوصاً درمورد مانیک-دپرسیون و سمبولیسم، مراحل رشد ماقبل تناسلی و انواع شخصیتها برشته تحریر در آورد. او اولین روانکاو آلمانی و مؤسس سازمان روانکاوی آلمان است.

را در زمان جنگ و بعد از آن حفظ کـرده بـود. فروید در مـورد «Id و Ego»*

* اید، ایگو، سوپرایگو (Id, Ego, Super ego): پس از تدوین و ارائه تئوری خودآگاه و ناخودآگاه (تئوری توپوگرافیک) فروید با مسائلی روبرو شد که تئوری ناخودآگاه جوابگوی آن مسائل نبود. از اینرو فروید تئوری دیگری را مبنی بر ساختار و طرز کار روان ارائه داد. این تئوری جدید بنام تئوری ساختاری (Structural Theory) نامیده شد. این تئوری که در سال ۱۹۲۳ در کتاب «ایگو و اید» (The Ego and the Id) ارائه شد مبنی بر سه عنصر اصلی است که ساختار روانی بر آن بنا دارد. این عناصر بنامهای اید، ایگو، و سوپرایگو نامیده شدند. هر یک از این عناصر نمایانگر جنبه مخصوصی از عملکرد روانی است و هر چند غالباً هر یک بصورت مستقل عمل میکنند، معهذا آخرالامر با یکدیگر به نحوی هماهنگی دارند. این عناصر را نمیتوان بنحو تجریدی مشاهده کرد، ولی وجود آنرا میتوان از اثرات آن استقراء نمود.

اید (Id): فروید غرائز را به گروه مشخصی تقسیم کرد و آنرا اید نامید. این نام را او از پزشک دیگری بعاریه گرفت که غرائز را (Et) (غیرمن و آنچه به من بیگانه است) نامیده بود. فروید اید را بخش کاملاً نامنظم و ابتدائی مملو از نیروی غرائز فرض نمود. مطابق این فرضیه نوزاد این بخش از روان را بطور ارثی بدست میآورد. «اید» در نوزادان اصرار به حصول رضایت دارد. نوزاد هیچگونه توانائی در مقابله با خواستهای غرائز (اید) را ندارد، از اینرو برای روبروئی با محیط و تطابق به آن به کمک افراد بزرگتر نیازمند است.

ایگو (Ego): بخشی از ساختار روانی که برخلاف اید دارای سازمانی منظم است و وظیفه میانجیگری بین خواستهای روانی و واقعیات برونی را بعهده دارد. درک واقعیات زندگی و تطابق با آنها، اعمال ارادی، حفاظت خویش از خطرات، توانائی فکر کردن و ادغام اطلاعات درونی و برونی و استفاده از آن، یافتن راه حل برای آشتی دادن افکار و احساسات متضاد همه از وظائف و توانائیهای این بخش از ساختار روانی است. فروید در سالهای آخری که به حرفه روانکاوی مشغول بود ایگو را به این صورت تعریف کرد.

ایگو اداره عضلات و وظیفه حفظ خویشتن را بعهده دارد. در مورد پدیده های برونی، ایگو به انواع مختلف تحریکات خارجی آشنائی یافته و آنرا در حافظه خود ذخیره مینماید و به اتکاء به این دانش در مقابل تحریکات عکس العمل مناسب را نشان میدهد. از تحریکات شدید میگریزد، خود را به تحریکات متعادل وفق میدهد، میآموزد که چگونه محیط را به نفع خود تغییر دهد. در مورد مسائل درونی در رابطه با «اید» وظیفه اراده غرائز و تعادل آنرا بعهده دارد. ایگو تصمیم میگیرد که کدام خواست غریزی در چه جائی قابل اجراست و چنانچه محیط خارج مناسب بروز آن نباشد به آینده موکول میکند و یا آنرا بکلی سرکوب مینماید.

سوپر ایگو: این بخش از ساختار روانی نمایانگر ارزشهای اجتماعی و اخلاقی است کـه در

(ایگو و اید) سخنرانی کرد. پس از انتشار کتاب «ماورای اصل لذت»* که سال قبل از آن به طبع رسیده بود، این سخنرانی ره آوردی جالب بود. نکات اصلی این سخنرانی به قرار زیر بود: تا آنزمان ما فقط برای غرائز واپس زده اهمیت زیادی قائل بودیم، ولی این غرائز بیشتر در دسترس ما بود تا «ایگو». این واقعیتی عجیب بود چراکه همه میدانستند که «ایگو» به خودآگاه نزدیکتر است، معهذا بسیار مشکل تر است آشکار کردن خواستهای جنسی تا واپس زدن آن. تنها راه توضیح این پدیده آن است که فرض شود که قسمتهائی اساسی از «ایگو» در حالتی ناخودآگاه قرار دارد و بعبارت دیگر حالتی واپس زده است. احساسات جنسی منع شده تنها مضمون ناخودآگاه نمیباشند بلکه نیروهای مانع نیز خود جزئی از ناخودآگاه میباشند. فروید، از این تفسیر، احساس گناه ناخودآگاه را در افراد استنباط نمود. ولی این احساس را برابر با احتیاج ناخودآگاه شخص برای تنبیه خویش قلمداد نکرد. الکساندر و رایک احساس گناه و احتیاج به تنبیه ناخودآگاه را در ارتباط و برابر یکدیگر دانستند. همچنین فروید در مورد پدیده عجیب اثر منفی روان درمانی بحث و سخنرانی کرد. مضمون این سخنرانی این بود که بعضی از بیماران پس از مکشوف شدن ریشه های ناخودآگاه بیماری روانی، بجای بهبودی،

روان شخص ادغام شده و بصورت وجدان و هویت ایده آلی (Ego Ideal) خود را مینمایاند. سوپر ایگو معمولاً بصورت ناخودآگاه عمل میکند و آخرین بخش در تکامل ساختار روان است. رشد سوپر ایگو در سنین اولیه کودکی صورت میگیرد و کودک با گذر صحیح از مرحلهٔ تناسلی در سنین بین سه سالگی تا به ۵ سالگی و با حل مظفرانهٔ عقده اودیپ و ادغام هویت ولد همجنس در خود تبلور سوپر ایگو را در روان خود شکل میدهد.

* Beyond the Pleasure Principle: فروید کتاب ماوراء اصل لذت را در سال ۱۹۲۰ منتشر کرد. در این کتاب او در تئوری قبلی خود در مورد غرائز تجدید نظر نمود. در این کتاب او فرض دوگانگی (Dualistic) غرائز را ارائه کرد. مطابق این فرضیه، غرائز در تحلیل نهائی به دو گروه تقلیل مییابند. گروه غرائز و انگیزه های سازنده و زاینده که گاهی بعنوان اروس و یا غرائز جنسی نامیده میشوند و گروه دوم غرائز و انگیزه های مخرب و غریزه مرگ که به نابودی و تخریب خود و دیگران منجر میگردند.

عارضه آنان شدت مییابد. این پدیده ای برخلاف انتظار بود. نظر فروید این بود که لزوماً نیروئی در ناخودآگاه از بهبودی بیمار ممانعت میکند. هشت سال بعد ماهیت این نیرو بر من بصورت ترس فیزیولوژیکی شخص از لذت و ناتوانی جسمی او در آزمون لذت آشکار شد.

در همان کنگره فروید پیشنهاد کرد که رقابتی بین محققین تعیین شود و جایزه به کسی تعلق گیرد که رابطه بین تئوری درمانی و پروسه درمانی را به بهترین نحوی بررسی نماید. مسئله این بود که تا چه حد تئوری در درمان بیمار مؤثر است و تا چه حدی پیشرفت تکنیک درمانی موجب توجیه و روشنی تئوری میگردد؟ معلوم بود که فروید در آن موقع نگران وضع بی سامان روان درمانی بود و دنبال راه حلی میگشت. سخنرانی او حاوی نکاتی از تئوریهای بعدی او در مورد غریزهٔ نابودی و مرگ بود.

پیشنهاد فروید برای تحقیق در مورد رابطه تئوری با عمل، اساس تحقیقات مرا در ۵ سال بعداز آن تشکیل داد. این پیشنهاد ساده و روشن در جهت احتیاجات کلینیکی بود. در کنگره بعدی در سالزبورگ در سال ۱۹۲۴ ، سه نفر از روانکاوان معروف رساله های خود را در مورد حل مسئلهٔ مطرح شده توسط فروید عرضه کردند. هیچکدام از آنان حتی به یک مسئله عملی و روزمره اشاره نکردند و در پیچ و خم حدسیات و تصورات سرگردان ماندند. مسئله ای حل نشد و جایزه ای نیز به کسی تعلّق نگرفت. هرچند من به این مسئله بسیار علاقمند بودم ولی در آن کنفرانس مقاله ای عرضه نکردم ولی چند طرح در دست اقدام داشتم که به حل این مسئله کمک میکرد. تجزیه و تحلیل شخصیت (آنالیز کاراکتر) و درمان از طریق اعصاب وجتیتیو که در سال ۱۹۴۰ عرض شد حل مسئله ای است که در سال ۱۹۲۲ از سوی روانکاوی مطرح شده بود.

دهه ای کار و تحقیق منظم لازم بود تا به نتیجه برسم. دستاوردها بسیار بیشتر از آن بود که من در آن هنگام تصور میکردم. در عین حال برای من بسیار رنج آور بود که این دستاوردها باعث اخراج من از جامعه روانکاوی گشت، معهذا

اجر علمی آن بسیار بزرگ بود.

هنگام برگشت از برلین به وین با روانکاوان جوانی که هنوز عضو جامعهٔ روانکاوی نبودند ولی به پیشهٔ روانکاوی اشتغال داشتند گفتگو کردم. به آنها پیشنهاد کردم که سمیناری در مورد تکنیک درمان برگزار کنیم. ما میخواستیم نمونه هائی از درمان را بطور سیستماتیک بررسی و به بالاترین درجه مهارت در تکنیک دست یابیم. علاوه بر آن من پیشنهاد کردم که سمینار کوچکی (Kinder Seminar) سازمان دهیم که در آن روانکاوان جوان «بدون حضور روانکاوان قدیمی» بطور منظم دور هم جمع شده و بحث و گفتگو کنیم. منظور من از این «سمینار کوچک» این بود که روانکاوان جوان فرصتی بیابند برای طرح و بحث مسائل و مشکلات و تردیدهای تئوریکی خود و بالاتر از همه بیاموزند که چگونه آزادانه سخن گویند. فعالیتهائی بر اثر این پیشنهاد انجام شد. در یکی از نشستهای انجمن در وین، پس از کنگره برلین من بطور رسمی پیشنهاد خود را برای تشکیل سمینار در مورد تکنیک ارائه کردم. فروید با خوشوقتی این پیشنهاد را قبول کرد. در ابتدا فقط اعضای فعال در سمینار شرکت میکردند. هیتسچمن بطور رسمی به ریاست این جلسات انتخاب شد. او مدیر کلینیک روانکاوی وین بود. من خود علاقمند به ریاست این جلسات نبودم زیرا احساس میکردم که تجربه کافی برای انجام وظیفه در این مقام را ندارم. نانبرگ ریاست جلسات را سال بعد از آن بعهده گرفت. در سال ۱۹۲۴ من به ریاست جلسات سمینار برگزیده شدم و سمینارها تحت ریاست من تا هنگام عزیمت من به برلین در سال ۱۹۳۰ باقی ماند. این سمینارها به مهد روانکاوی بصورت سیستماتیک تبدیل شد. روانکاوان برلین نیز بعداً سمیناری مشابه آن در مورد تکنیک برگزار کردند. سمینارهای وین نسلی از روانکاوان جوان را عرضه کرد که در مراحل اولیه تکوین تکنیک «تحلیل شخصیت» (آنالیز کاراکتر) سهیم بودند. آنان قسمتهائی از تکنیک «تجزیه و تحلیل شخصیت» را در نحوهٔ درمانی خود ادغام کردند ولی در تکوین مراحل بعدی آن شرکت نکردند و با آن به مخالفت و حتی به دشمنی برخاستند. در

اینجا لازم میدانم منابع کلینیکی را که سمینار تکنیک از آن منابع تغذیه میشد شرح دهم. اعتقادات راسخی که در طول این سمینارها شکل گرفت امکان جهش به حیطهٔ بیولوژی را تحقق بخشید.

۳- مشکلات روانپزشکی و روانکاوی در درک امراض روانی

دیپلم دکترای پزشکی را در تابستان سال ۱۹۲۲ از دانشگاه وین اخذ کردم. من بیماران را از سه سال قبل از آن روانکاوی میکردم و عضو جامعهٔ روانکاوان بودم و در چندین پروژه تحقیقی شرکت داشتم. علاقه من بطور عمده معطوف به بیماری اسکیزوفرنی بود. روانپزشکی در آن زمان به طبقه بندی و نامگذاری بسنده میکرد و درمانی در کار نبود. بیماران یا خودبخود خوب میشدند و یا به تیمارستان استانهوف مخصوص بیماریهای مزمن روانی منتقل میگشتند. در وین حتی از روشهای جدید درمانی که در درمانگاه بلولر* در برزگولزی معمول بود استفاده نمیشد. نظم را به سختی و با خشونت به بیماران تحمیل میکردند. کارکنان تیمارستان خصوصا در بخش بیماران مضطرب، فرصت سر خاراندن نداشتند. واگنر جوراگ** که در آن زمان رئیس من بود، بر روی تئوری درمان ضعف عمومی (General Paresis) از طریق بیماری مالاریا مشغول مطالعه بود. او بعداً به مناسبت این تحقیقات برنده جایزه نوبل شد. او نسبت به بیماران رفتاری پسندیده داشت و توانائی عجیبی نیز در تشخیص بیماریهای اعصاب داشت، ولی از روانشناسی چیزی نمیدانست و این کمبود را نیز پنهان نمیکرد. او ساده، رک‌گو و خوش‌مشرب بود. من چندبار به کلینیک روان درمانی او سرکشی‌کردم. بیماران عصبی با برُماید (Bromid) و تلقین درمان میشدند. رئیس درمانگاه غرّه از

---

* Bleuler

** Wagner Jauregg

از این بود که بیشتر از ۹۰ درصد بیماران درمان قطعی یافته اند. از آنجائیکه من بدون هیچگونه شبهه ای میدانستم که او حتی یک نفر را نیز معالجه قطعی نکرده است و موفقیت او فقط مرهون تلقیناتی بوده که به بیمار شده است، علاقمند شدم که بدانم این متخصصین چه چیزی را «درمان قطعی» مینامند.

از این طریق مسئله تئوری روان درمانی در سمینارهای تکنیک روان کاوی مطرح و به بحث کشیده شد. همچنین این سمینارها از طرفی به مشکلات خود من در مورد تکنیک رابطه داشت. در آن موقع معمولاً شخص بیمار را وقتی شفا یافته میدانستند که بگوید حالش بهتر شده و یا علتی که برای معالجه آن رجوع کرده مرتفع شده است. منظور از علاج بیماری در روانکاوی هنوز تعیین نشده بود. من فقط مواردی از تجربیات درمانی را ذکر میکنم که در تکوین تئوری اکونومی جنسی مؤثر بود. در آن موقع قادر به طبقه بندی آنها نبودم ولی بعداً در تئوری (تنی-روانی) بخوبی ادغام شدند. هنگامیکه من در بیمارستان روانی کار میکردم تئوری اسکیزوفرنی بلولر* که متکی بر نظریه های فروید بود، پامیگرفت.

اکونومو** در شرف نشر تحقیقات مهم خود در مورد Post encephalitic Lethargics بود. پاول شیلدر در حال تهیه تحقیقات درخشان خود در مورد «بیخودی از خود» (Depersonalization) انعکاسات عصبی اندام و ناخوشیهای روانی

---

* یوجین بلولر (Eugin Bleuler) (۱۹۳۹-۱۸۵۷): روانپزشک سوئیسی و مؤلف کتاب مشهور Dementia Precox. دکتر یوجین بلولر با نگارش این کتاب و کتابهای دیگر در رشتهٔ روانپزشکی شهرتی جهانی یافت. ایشان در این کتاب با دقتی بی‌نظیر علائم بیماری اسکیزوفرنی را مشاهده کرده و آنرا بروشنی بیان نموده است. همچنین این بیماری را به گروههای مختلف تقسیم بندی کرده و فرایند بیماری را توضیح داده است. دکتر بلولر نام بیماری اسکیزوفرنی را بجای نام Dementia Precox پیشنهاد کرد و بکار برد. یافته های دکتر بلولر از اساسی ترین و با ارزش ترین یافته های روانپزشکی است و تا به امروز چراغ روشنگر و راهنمای روانپزشکان است.

** Economo

در ضعف عمومی بود. در آن موقع شیلدر در حال جمع آوری مطالب برای تحقیق در مورد «تصور شخص از بدن خود»* بود. او نشان میداد که بدن از نظر تصور روانی شخص بصورت احساسات پیوسته واحد شکل میگیرد و این تصور روانی تقریبا با عملکرد اندامهای شخص مطابق است. او همچنین سعی میکرد که رابطه بین هویت ایده آلی (Ego-Ideals) که شخص آنرا در تصور خود میپروراند با ناراحتیهای بدنی در ناتوانی صحبت کردن (aphasia) و ضعف عمومی (Parasis) پیدا کند. پودزل** نیز بهمین طریق بر روی تومورهای مغزی مطالعاتی کرده بود. شیلدر معتقد بود که ناخودآگاهی را که فروید تعریف کرده در واقع میتوان بطور نیمه روشن در ماوراء خودآگاه احساس کرد. روانکاوان این نظریه را مردود میدانستند. پزشکانی مانند فروشل (Froschels) که از اصول فلسفه متأثر بوده اند این نظریه را که افکار ناخودآگاه کاملاً از آگاهی شخص پنهان و پوشیده اند قبول نداشتند. همه این مجادلات به منظور این بود که تئوری ناخودآگاه را از اعتبار بیاندازند. با توجه به منفی بافیهای دانشمندان در مقابل تئوریهای جنسی، لازم بود که موضعی سخت در مقابل آنان گرفته شود. این برخورد عقاید مهم بودند. آزمایشات در حیطهٔ اکونومی جنسی بعدها موفق به نمایاندن این پدیده شد که ناخودآگاه فروید بطور عینی و ملموس در احساسهای وجتیتیو (نباتی) اندامهای بدن وجود دارد.

نظریه های کنونی من در مورد احساسهای بدنی و رابطه آن با روان بصورت زیر ظاهر شد و شکل گرفت: دختری در حالیکه هر دو دست او کاملاً فلج بود و ماهیچه های دست او تحلیل رفته بود وارد کلینیک شد. آزمایشات و امتحانات پزشکی از نظر اعصاب هیچگونه دلیل اورگانیک (بدنی) در سلسله اعصاب وی و یا در عضلات او نشان نمیداد. بررسی روانی در آن موقع معمول نبود. خود بیمار بمن

* Body image

** Potzl

گفت که این حالت پس از واقعه ای تکان دهنده بوقوع پیوسته. نامزد این دختر به منظور در آغوش گرفتن او به او نزدیک شده بود و او با اضطراب و واهمه دستهای خود را پس کشیده و سپس احساس میکند که دستهایش فلج شده و از آن به بعد قدرت حرکت دست از او سلب گشته بود. تحلیل ماهیچه ها اندک اندک در اثر بی حرکت بودن دست و بازو بوجود آمده بود. اگر بدرستی یادم باشد، من این واقعه را در پرونده بیمار ذکر نکردم. در کلینیک روانپزشکی ذکر چنین داستانهائی در آن زمان باعث شرمساری شخص میشد. رئیس بخش یا با استهزاء میخندید یا خشمگین میشد. واگنر جوراگ از هر فرصتی برای استهزاء سمبلهای جنسی استفاده میکرد. آنچه مرا در این مورد تحت تأثیر قرار داد آن بود که چگونه یک تجربه روانی بصورت عارضه ای بدنی خودنمائی کرده و باعث تغییری مهم شده است. بعداً من این پدیده را بعنوان تثبیت و لنگر انداختن* تجربه ای روانی در بدن (تن) نامیدم. این پدیده با حالت هیستریک از آن جهت که تحت تأثیر حالت روانی نیست متفاوت است. پس از آن در تحقیقات کلینیکی، فرصتهای زیادی برای بکار بستن این نظریه بدست آوردم، مثلاً در زخم معده و اثنی عشر، آسم، اسپاسم معده، روماتیسم و بیماریهای مختلف پوست، تحقیقات بعدی در مورد سرطان برا اساس اکونومی جنسی نیز بر همین اساس تثبیت فیزیولوژیکی تضادهای جنسی در اندامها قرار داشت.

یکی دیگر از حوادثی که برمن تأثیری عمیق گذاشت آن بود که روزی بیماری که در حالت کرختی و سستی کاتاتونیک** بود به خشم و هیجان کاتاتونیک تغییر حالت داد. این تغییر حالت نمایانگر رها شدن انبوه خشمی ویرانگر بود. پس از این حالت خشم بیمار آرام شد و قادر به صحبت کردن بطور عادی گشت. او مرا متقاعد نمود که خروش این هیجان برایش لذتبخش بوده است. او دیگر

---

* Physiological anchoring of a psychic experience

** بیماری کاتاتونیا: بنگرید به پاورقی صفحه ۵۱

چیزی از دوره کرختی خود بیاد نمیآورد. ما میدانستیم که احتمال بهبودی بیمارانی که بطور ناگهانی به حالت کرختی کاتاتونیک دچار میشوند و پس از یک دوره خشم و هیجان به حالت عادی برمیگردند بهتر از حالتهائی از اسکیزوفرنی مانند هبفرنی* است که موذیانه و اندک اندک پیشروی میکرد و بیمار را آهسته ولی به یقین به نابودی میکشاند. در کتابهای روانپزشکی تفسیر و توضیحی در این مورد وجود نداشت. من بعداً قادر به درک این پدیده شدم. وقتیکه در بیماران قادر به تحرک و بروز خشمی مسدود شده که با انقباضات ماهیچه ای توأم بود میشدم، غالباً بهبودی چشمگیر مشاهده میکردم. حالت خشکی زره بند دفاعی عضلات در بیماری که از کرختی کاتاتونیک رنج میبَرَد تمام بدن را فرامیگیرد و امکان رهاشدن انرژی را بیش از پیش محدود میکند. در بروز خشم، حرکتی ناگهانی از مرکز «نباتی» بدن که هنوز فعال و متحرک است آغاز شده و از پوشش زرهی میگذرد و مقداری انرژی ادغام شده در عضلات را رها میسازد. به مقتضای ماهیت این فرایند، یک چنین حالتی باید لذتبخش نیز باشد. تئوریهای روانکاوی در مورد کاتاتونیا قادر به توجیه این پدیده نبود.

کاتاتونیا را اینگونه توجیه میکردند که «بیمار کاتاتونیک بطور کامل بحالت جنینی و رَحِمی رجعت کرده است». این توجیه رضایتبخش نبود زیرا عکس العمل بدن در حالت خشم و هیجان کاتاتونیک بسیار شدید بود. به عبارت دیگر، مقتضای فکری و روحی بیمار کاتاتونیک و فانتزی او بنا به این تئوری نمیتوانست باعث یک چنین عکس العمل شدید بدنی و عضلانی باشد.

تضاد شدیدی در تئوری روانکاوی بوجود آمده بود. فروید برای تئوری ناخودآگاه

* اسکیزوفرنی هبفرنیک: نوعی از بیماری اسکیزوفرنی که طبق تقسیم بندی های کراپلین و بلولر دارای سیر قهقرائی و بدخیم است.

خود، اصل و اساس فیزیولوژیکی* فرض کرده بود ولی هنوز نشانه ای از این اصل ارائه نداده بود. تئوری غرائز او اولین قدم در این مسیر بود. همچنین سعی در برقراری رابطه ای با آسیب شناسی (پاتولوژی) پزشکی در جریان بود. اندک اندک تمایلی مشهود میشد که تقریبا ده سال بعد من آن را به عنوان «روانیزاسیون بدن» نامیدم و از آن انتقاد کردم. این تمایل بر مبنای تفکر غیرعلمی قرار داشت که فرایندهای بدنی را از طریق تئوری ناخودآگاه تفسیر و توجیه میکرد. اگر زنی یک ماه قاعده نمیشد و حامله نیز نبود میگفتند که این علامت وازدن و نپذیرفتن شوهر یا فرزند خویش است. مطابق این تئوری تقریباً همه بیماریهای بدنی نتیجه اضطراب و خواهشهای ناخودآگاه روانی بود. شخص مبتلا به سرطان میشد «زیرا که ...»، شخص دیگری به سل مبتلا بود و از بین میرفت زیرا مثلاً بطور ناخودآگاه خواستار نابودی خود بود! عجبا که در کلینیک روانکاوی، شواهد زیادی نیز برای اثبات این تئوری پیدا میکردند. این شواهد ظاهراً غیرقابل انکار بود. معهذا بررسی دقیق این شواهد نمایانگر نادرستی این نتیجه گیری بود. چگونه ممکن بود خواستی ناخودآگاه باعث بوجود آمدن سرطان گردد؟ دانش درمورد سرطان قلیل و علم به ماهیت ناخودآگاه ــ که در آن شکی نبود ــ کمتر بود. گرودک در کتاب خود** Buch vom Es نمونه‌های فراوانی در این مورد آورده است. این موارد به صورت فرضی مطرح میشد، ولی‌حتی اعتقادات و باورهای خرافاتی نیز «به نحوی درست اند» این عقاید تا وقتی خرافی بودند که کسی به چگونگی صحت آن واقف نبود و یا تا وقتی که از مشاهداتی انکار ناپذیر نتایج نادرستی استنباط میکردند. «خواستن» به مفهوم معمول آن، نمیتوانست یک چنین تغییرات عمیقی را در اندامهای بدن ایجاد کند. این «خواست روحی» لزوماً بایستی بسیار عمیق تر از آنچه در روانشناسی و روانکاوی آنروز درک شده بود

* فیزیولوژی (Physiology) علم طرز کار اندامهاست.

** The Book of the Id

استنباط شود. همه شواهد نشان میداد که فرایند بیولوژیکی عمیق تری در جریان است که ناخودآگاه یکی از نشانه های آن است.

اختلاف عمیقی بین توجیه روانکاوی بیماریهای روانی از یک سو و توجیه فیزیولوژیکی* و نورولوژیکی** آن از سوی دیگر وجود داشت. دو توجیه مطلقا ضد یکدیگر بودند. روانکاو جوان که با بیماران روانی کار میکرد مجبور بود به نحوی راه خود را در این اغتشاش بیابد. یکی از راههای گریز از این اغتشاش، فرض این بود که بیماریهای روانی دارای عوامل متعدد و مختلفی هستند. این فرضیه در مقابل مشکلاتی که با آن روبرو بودیم تا حدی تسلی بخش بود.

فلج پس از تورم مغز (Postencephaletic paralysis) وبیماری صرع (Epilepsy) جزئی از همان مشکلات بود. در زمستان ۱۹۱۹ در وین اپیدمی آنفولانزای بسیار سخت و بدخیمی شیوع یافت که باعث مرگ بسیاری شد. علت بدخیمی آنرا کسی نمیدانست. وضع کسانی که از این بیماری نمیمردند اسفناکتر بود. آنها مبتلا به فلج اندامهای مهم بدن میشدند. حرکات آنان بطئی و صورتشان بی حالت و خشک بود و تکلّمی مغشوش و آهسته داشتند. مثل آن بود که هر حرکت آنان با نیروئی بازدارنده مواجه است. ساختار روانی و حالت روحی آنان سالم و بی نقص بود. این بیماری بنام Postencephaletic Lethargica*** نامیده میشد و قابل درمان نبود. بخشهای بیمارستانها از اینگونه بیماران پر بود و منظره ای اسفبار بوجود آمده بود. بعضی از این بیماران تحت درمان من بودند و در حالتی از ناچاری و درماندگی ناگهان این ایده به ذهنم خطور کرد که بیماران با ورزش عضلات به بطئی بودن حرکات و خشکی عضلات و علائم دیگر خشکی اعصاب فائق آیند. فرض

---

* Physiology

** نورولوژی(Neurology): شاخه ای از علم پزشکی که در مورد اعصاب و بیماریهای آن صحبت میکند.

*** رخوت پس از تورم مغز.

آن بود که رشته های جنبی مغز حرام (Lateral spinal tracts) و همچنین مراکز وجتیتیو (نباتی) مغز صدمه دیده اند. اکونومو حتی قدم فراتر نهاده و فرض کرده بود که مرکز خواب* نیز صدمه دیده است. واگنر جوراگ پیشنهاد مرا بعنوان پیشنهادی مفید و منطقی پذیرفت. من چند قطعه وسیله ورزش سر هم کردم و مطابق وضعیت مخصوص هر بیمار دستور ورزش مناسب را دادم. حالت صورت و قیافه بیماران در هنگام ورزش بسیار تکان دهنده بود. انقباض عضلات صورت و حالت سیمای یکی از بیماران شبیه به تبهکاران بود. طرز رفتار خشن او با وسائل ورزشی مؤید این تشبیه بود. یک دبیر دبیرستان در حال ورزش قیافه رسمی به خود میگرفت و حالتی ناظم مآب و مدیرمنش داشت. نوجوانان مبتلا به این بیماری بی تاب و پرحرکت بودند. این بیماری، نوجوانان را فوق العاده تحریک پذیر کرده بود و بر عکس در افراد مسن باعث خواب آلودگی و رخوت شده بود. من هیچ گونه مقاله ای در این مورد منتشر نکردم ولی این مشاهدات اثری عمیق بر من گذاشت. در آن موقع اختلالات اعصاب وجتیتیو (نباتی) از طریق اختلال سیستم اعصاب ارادی و حسی و حرکتی بررسی و مشخص میشد. بعضی از مراکز عصبی را متأثر از این بیماری قلمداد میکردند. تحریکات اعصاب را مختل شده و یا تغییر ماهیت یافته میپنداشتند. زخمهائی در سلسله اعصاب را عامل این اختلالات میدانستند. هیچ کس فکر این را نمیکرد که ممکن است اختلالات عمدتاً در اعصاب وجتیتیو (گیاهی) باشد. بنظر من این مسئله حتی امروز نیز حل نشده است و من نیز حرفی در توجیه آن ندارم. به احتمال زیاد بیماری (Post encephalitic) بیماری ای است که تحریکات را در تمام بدن مختل مینماید بطوریکه رشته های سلولهای اعصاب فقط نقش میانه و واسطه ایفا میکنند. شکی در این نیست که رابطه ای بین شخصیت و نوع بخصوصی از وقفه های اعصاب نباتی

* Sleep Center

وجود دارد. بطور خلاصه اختلال در تحریکات عصبی در کل بدن از یک سو و وقفه های (تحریکات بازدارنده) عملکرد نباتی از سوی دیگر عوامل اساسی در تظاهر این بیماری بودند که در کار و تحقیقات آینده من تأثیری عمیق گذاردند. در آن موقع در مورد ماهیت تحریک وجتیتیو (نباتی) مطلب زیادی نمیدانستند.

اختلال جنسی که بصورت واضح و روشن در بیماری اسکیزوفرنی و بیماریهای مشابه آن مشهود بود مرا بیش از پیش به صحت افکار فروید در مورد ریشه های جنسی امراض روانی (نروز و پسیکوز) معتقد ساخت. چیزی را که روانکاوان برای مشهود ساختن آن ماهها وقت صرف میکردند، بطور صریح در سخنان بیماران مجنون (پسیکوز) مشهود بود. از همه عجیب تر امتناع روانپزشکان از قبول دلائلی بود که به صحت عقاید فروید شهادت میداد. اینان در استهزاء فروید میکوشیدند از هم پیشی گیرند. حتی یک نمونه از بیماری اسکیزوفرنی را نمیتوان یافت که با تضادها و عقده های جنسی همراه نباشد. ماهیت این تضادها متفاوت است ولی ریشه های جنسی آن کاملاً آشکار و در درجه اول اهمیت قرار دارند. روانپزشکی مرسوم فقط به تقسیم بندی و نامگذاری اهمیت میداد. از اینرو نیز ماهیت این تضادها نامفهموم و آزاردهنده بود. برای روانپزشکی مرسوم، مهم آن بود که آیا فکر بیمار در تعیین موقعیت خود مغشوش است یا نه و آیا فقط فکری مغشوش در تعیین زمان دارد و یا اغتشاش در تعیین مکان نیز وجود دارد. برای روانپزشک مهم نبود که چه عاملی و به چه نحوی باعث اغتشاش حواس بیمار شده است. بیمار مجنون (پسیکوز) از هر سو با افکاری جنسی محاصره شده که این افکار در اشخاص دیگر محتاطانه کتمان شده است و یا فقط به بخشی از آن اقرار و اعتراف میشود. عمل مقاربت، انحرافات جنسی، نزدیکی با مادر و یا پدر، آلودن مدفوعات بدن بر اندام تناسلی، دلربائی و عشوه گری برای شوهر و یا همسر دوستان و آشنایان، فانتزی لذت بخش مکیدن و فانتزیهای بیشتری از این قماش بر فکر خودآگاه بیمار غلبه کرده و آنرا مغروق خود میکند. بنابراین جای تعجب نیست که بیمار حس موقعیت درونی خود را گم کرده و

فکرش مختل گردد. این حالت درونی عجیب باعث اضطرابی شدید در بیمار میشود.

شخصی که به موضوع ناخودآگاه و ممنوع شده جنسی ــ در حالی که حالت دفاعی بر ضد آنرا داراست ــ اجازه خودنمائی و ابراز وجود میدهد، لزوماً دنیای خارج را دنیائی بس عجیب میبیند. این دنیای خارج به نوبهٔ خود به او برچسب «خُل و دیوانه» میزند و او را از درجات و امکانات خود محروم میکند. در واقع احساسات جنسی طوری واضح و شدید در جنون (پسیکوز) نمایان است که بیمار را اجباراً بدوری از تفکر مرسوم و زندگی عادی سوق میدهد. در مقابل، او معمولاً به رنگ و ریای جنسی که در محیط خود میگذرد بدرستی آگاه است و به پزشکان و اطرافیان خود چیزی را نسبت میدهد که خود مستقیماً آنرا حس میکند و آنچه را که خود او حس میکند حقیقت است و نه فانتزی. مردم به اشکال مختلف و به صورت کثیرالوجوه «منحرف»اند و همچنین است اخلاقیات و سازمانهای آنان. از اینرو مردم برای زنده ماندن باید مهمترین و حیاتی ترین علائق خود را از خود برانند و با آن بیگانه شوند. آنان باید بطور مصنوعی چهارچوب قالبهای دیگری را اختیار کنند که خود باعث بوجود آمدن آنند. نتیجه آنست که بطور دائم این بار گران را که مخالف طبیعت آنان است احساس کرده و از آن تحت عنوان «طبیعت جاودانی اخلاقی بشر» و «بشر واقعی» در مقابل «حیوان» دفاع کنند. بسیاری از فانتزی هایی که بیمار مجنون در مورد واژگونی حقایق روزمره داراست بر اساس این دوگانگی است. گاهی این بیماران تصور به غُل و زنجیر کردن کارکنان و پزشکان تیمارستان را میکنند، گویا آنان بیماران واقعی اند. بعضی از شخصیتهای بزرگ و دانا به این موضوع اهمیت داده و در این مورد فکر کرده اند. نمونه آن پیر جینت است. هر کس به نحوی مُحقّ است حتی بیماران مجنون (پسیکوز) نیز بی شک باید بنحوی در جائی محقّ باشند. ولی سئوال اینست که به چه نحوی و در چه جائی؟ وقتی شخص موفق به برقراری رابطه با این بیماران میگردد متوجه میشود که این بیماران قادر به

گفتگوئی جدی و با معنا در مورد بسیاری از عجایب زندگی هستند.

خواننده این کتاب که تا بحال مطالب را تعقیب کرده، احتمالاً میخواهد بداند افکار و احساسات منحرف جنسی که از ناخودآگاه به ضمیمر خودآگاه رسوخ میکند و توسط بیمار مجنون (پسیکوز) تجربه میشود آیا واقعاً افکار و احساساتی است که در ناخودآگاه خود او نیز بطور طبیعی وجود دارد؟ آیا نجس خواری (coprophagia)، فانتزیهای همجنس بازی، سادیسم و غیره تجربه های طبیعی زندگی اند؟ خواننده این کتاب بحق در بهت و سرگردانی فرومیرود. افکاری که در بیمار اسکیزوفرنی به ضمیر خودآگاه هجوم میآورند، واقعاً افکاری منحرفند. ولی در پس این افکار ناخودآگاه منحرف جریان دیگری پنهان است. بیمار اسکیزوفرنی، کوران الکتریکی نباتی اندامهای خود را بصورت تصورات و ایده ها احساس میکند که بخشی از آن را از محیط زندگی خود بیاد دارد و بخشی دیگر مولود انسداد خواستهای جنسی طبیعی اوست. هر شخص عادی و متوسط نیز سکسوالیته را چیزی غیرطبیعی و منحرف میپندارد. زشتی کلمات «کردن» و «گائیدن» در عرف نشانه این برداشت است. به موازات زوال احساسات طبیعی جنسی، کلمات مُبَیّن آن نیز به تباهی میگرایند. اگر فقط فانتزیهای جنسی منحرف به خودآگاه بیمار اسکیزوفرنی هجوم میآورد، بیمار اسکیزوفرنی دیگر تخیلات وحشتناک نابودی و فانتزی روز قیامت* را در سر نمی پروراند. اگر چه بیمار اسکیزوفرنی جریان طبیعی زندگی را حس میکند ولی قادر به تحمل آن نیست. او در گیجی و سرگردانی، این احساسات را بصورت احساسات جنسی منحرف تعبیر مینماید. از نظر آزمون حیات، در مقایسه با بیمار مجنون، بیمار نروز و بیمار منحرف جنسی خرگوشی است در مقایسه با فیلی.

به اینصورت تجربه رخوت پس از التهاب مغزی (Postencephalitic Lethargica) به تجربه اسکیزوفرنی افزوده شد. ایده زوال تدریجی یا سریع «وجتیتیو» (نباتی) و

* بنگرید به پاورقی صفحه ۵۱

شکاف در وحدت و ترتیب عمل وجتیتیو، منبع و اساس تحقیقات بعدی من شد. فقدان قابلیت تمرکز، بیچارگی، گیجی، سرگردانی، بیحرکتی کاتاتونیک و زوال هبفرنیک، از نظر من انواع مختلف یک فرایند واحد است و آن شکاف افزاینده در یکپارچگی وجود است. دوازده سال بعد موفق شدم که تجلی وحدت عمل حیات را بصورتی کلینیکی در عکس العمل اورگاسم تشریح کنم.

اگر شخص به منطقی بودن و صحت فکر «افراد محترم» در این دنیا مشکوک شود، دستیابی به ماهیت افکار بیمار مجنون برای او آسانتر خواهد بود. من زمانی دختر جوانی را در کلینیک مشاهده کردم که سالها بر تختی خوابیده بود و هیچ کاری انجام نمیداد و فقط باسن خود را حرکت میداد و انگشتان خود را به اندام تناسلی میمالاند. او در انزوای کامل بود. گهگاهی لبخندی بر صورت او نقش میبست. به ندرت کسی قادر به برقراری رابطه با او میگردید. او بهیچ سئوالی جواب نمیداد ولی گاهی حالتی مناسب و معنی دار بصورت او نقش میبست. اگر کسی واقعاً غمگینی تکان دهنده کودکان خردسال را که از استمناء منع میگردند حس کند این چنین رفتاری را نیز از سوی بیمار مجنون درک خواهد کرد. آنان از دنیا صرفنظر کرده و در حالت جنون کاری را انجام میدهند که وقتی دنیای غیرمنطقی، آنرا برای ایشان منع کرده بود. آنان پی انتقام و تنبیه و آزار نیستند. آنها فقط بر روی تخت خوابیده و سعی در نجات آخرین بقایای لذتی تحریف شده و بیمارگون را دارند.

روانپزشکی نه تنها از این حرفها هیچ نمیفهمید بلکه از فهم آنها هم میهراسید. با فهم این مطالب او مجبور به تغییر زیربنائی در نظرات و روش درمانی اش میشد. فروید راهی برای حل این مسئله ارائه کرده بود ولی تعبیرات او را مسخره میکردند و بر آن میخندیدند. از طریق دانش به تئوری جنسی در خردسالان و اختناق و واپس زدگی غرائز، من قادر به شناخت هرچه بهتر بیمار مجنون شدم. من منظور و هدف فروید را صمیمانه درک کردم. برای من روشن بود که اساسی ترین هدف روانپزشکی مرسوم منحرف کردن هرگونه روشنگری در

جهت اثبات شرط جنسی وجود است. روانپزشکی همه گونه سعی در جهت اثبات آنرا داشت که بیماران مجنون از روز آزل از خمیری آلوده سرشته شدند و پروتوپلاسم آنان فاسد است. روانپزشکی، سعی در اثبات این نظریه را داشت که اختلالات شیمیائی در مغز و اختلالات ترشحات آن باعث بیماری روانی است. روانپزشکان از اینکه بعضی از علائم شیزوفرنی و افسردگی در بیماری ضعف عمومی* نمایان است مشعوف بودند. جملهٔ «ملاحظه بفرمائید این است عاقبت بی حرمتی و اعمال غیراخلاقی» وجه برخوردی بود که بسیاری از روانپزشکان در این مورد داشتند و هنوز نیز دارند. هیچکس در این فکر نبود که تخریب اندامها و طرز کار آنها ممکن است نتیجهٔ اختلال در عمل سلسله اعصاب وجتیتیو (گیاهی) باشد.

سه برداشت اساسی در مورد ارتباط بین بدن و روان موجود بود:

اول - هرنوع بیماری روانی و علائم آن دارای علتی بدنی و فیزیکی است! این فرمول از تفکر ماتریالیسم مکانیکی سرچشمه میگرفت.

دوم - هرنوع بیماری روانی و یا علائم آن فقط علتی روانی دارد! برای افرادی با تفکر مذهبی همهٔ علتها و امراض بدنی نیز ریشهٔ روانی داشتند. این فرمول تفکر ایده آلیسم متافیزیکی (ماوراء طبیعی) بود که مطابق نظریه ای است که روح بوجود آورنده ماده است و نه برعکس آن.

سوم - روان و بدن دو فرایند موازی یکدیگرند که بر یکدیگر تاثیری متقابل دارند.

در آنزمان هیچ نظریه ای مبنی بر وحدت عمل تن و روان وجود نداشت، سئوالات فلسفی در کار کلینیکی من نقشی نداشتند و کارهای کلینیکی من نیز دنبالهٔ هیچ گونه عقیده فلسفی نبود. درست برعکس آن بر اساس مشاهدات

* General Paresis

بالینی روشی را بنا نهادم که در ابتدا آنرا بطور ناخودآگاه بکار میبردم. این روش نیازمند روشن شدن رابطه تن و روان و تأثیر متقابل آن بر یکدیگر بود.

با آنکه بسیاری از دانش پژوهان در مشاهدهٔ پدیده های مشابه هم عقیده بودند ولی در آزمایشهای علمی خود، بر علیه یکدیگر سخن می گفتند. برای مثال تئوری آدلر* در مورد شخصیت عصبی مخالف تئوری فروید در مورد علت جنسی نروز بود. در روانکاوی، شخصیت و سکسوالیته به دو قطب مخالف و آشتی ناپذیر تبدیل شده بود. هرچند امروز قبول یک چنین اختلاف عمیقی بین این دو قطب مشکل به نظر میآید. بحث زیاد دربارهٔ شخصیت خوشایند مجمع روانکاوان نبود. علت آنهم برای من روشن بود، کمتر موضوعی به اندازهٔ موضوع «شخصیت» مجادلاتی نامربوط برمی انگیخت. کسی نیز در مورد افتراق اخلاقی بین شخصیت به صورت «خوب و بد» و برآورد علمی آن نظری نداشت. به علوم شخصیت و اخلاق تقریباً یکسان نگریسته میشد و میشود. حتی در علم روانکاوی برداشت از شخصیت متأثر از قضاوت های اخلاقی بود. شخصیت آنال** (مقعدی) از نظر اخلاقی داغ ننگی به همراه داشت. این ننگ در مورد شخصیت اورال*** (دهانی) کمتر بود ولی یک چنین شخصیتی را به مثابه طفلی شیرخوار می پنداشتند.

فروید ریشه های بعضی از رده های شخصیتی را که به طفولیت و خواستهای کودکی بر می گشت روشن کرده بود. آبراهام مشاهدات ارزشمند خود را در مورد رده های شخصیت در افسردگی (ملانکولی) و (Manic Depressive) ارائه کرده بود. تضادها بین مشاهدات کلینیکی و ارزشهای اخلاقی هر چه بیشتر شدت می گرفت و گمراهی بیشتری را نیز باعث می گشت. به محققین تذکر داده میشد که سعی کنند مشاهدات و آزمایشات علمی آنها معقول و عاری از قضاوت های

* آلفرد آدلر: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۴۴.

** رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۳۶.

*** رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۳۶.

شخصی باشد. معهذا بطور وضوح هر اظهار نظری در مورد شخصیت حاکی از قضاوت شخصی نویسنده بود. منظور ما از قضاوت در اینجا قضاوت اخلاقی به مفهوم خوب و بد است نه قضاوت در مورد سلامت و بیماری اعمالی خاص. نظر این بود که بعضی از شخصیت‌ها به‌علت بدی مناسب درمان روانکاوی نمی باشند. گفته میشد که درمان روانکاوی محتاج به درجه ای از سلامت ساختار روانی است و بسیاری لایق این جد و جهد نیستند. مضافاً بر اینکه از نظر روانکاوی بعضی از بیماران به قدری به اصطلاح خود شیفته (Narcissistic)* بودند که هیچ درمانی قادر به شکستن دیوارهای دفاعی نبود. هوش کم را هم سدی در مقابل درمان روانکاوی می پنداشتند. بنابراین درمان بطریق روانکاوی محدود به بیماری نروز در اشخاص با هوش که قادر به تداعی معانی و دارای شخصیتی متعادل بودند میگشت.

این برداشت فئودالی از رواندرمانی به مقتضای ماهیت خود بسیار انفرادی بود و بناچار پس از تأسیس کلینیک روانکاوی برای غیر متمکنین در ماه مه ۱۹۲۲ در وین به سرعت در تضاد با کار کلینیکی و پزشکی قرار گرفت. در سال ۱۹۱۸ در کنگرهٔ روانکاوان در بوداپست فروید در مورد نیاز به تأسیس کلینیک روانکاوی برای افراد غیر متمول که قادر به پرداخت هزینه درمان بطور خصوصی نبودند صحبت کرد. او چنین گفت که طلای ناب روانکاوی به ناچار باید با مس رواندرمانی و درمان از طریق تلقین آغشته گردد. درمان در سطح توده ها این را می طلبید.

کلینیک روانکاوی از سال ۱۹۲۰ در برلین تحت نظر کارل آبراهام تأسیس شده و بکار مشغول بود. در وین رؤسای پزشکی مسئول صدور جواز قانونی برای کلینیک و همچنین رؤسای ادارهٔ بهداشت موانع زیادی در راه فعالیت کلینیک

* (Narcissistic): رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۵۲.

روانکاوی ایجاد کردند. روانپزشکان مؤکداً برعلیه آن بودند و برای کارشکنی بهانه های گوناگون پیش می کشیدند، اتحادیه پزشکان نیز از کاهش درآمد شخصی واهمه داشت و سرمایه گذاری و افتتاح این کلینیک را بیهوده میدانست. آخرالامر بهر نحوی بود جواز لازم صادر شد. ما به چند اطاق در بخش قلب ساختمان «کافمن و مایر»* نقل مکان کردیم. شش ماه بعد حکمی بر علیه ادامهٔ کار کلینیک صادر شد. این حکم مرتباً صادر و سپس لغو میشد زیرا رؤسای پزشکی نمی دانستند با آن چه بکنند. «هیتسمن»** رئیس کلینیک روانکاوی مشکلات را در کتابی که به مناسبت دهمین سالگرد کلینیک بود توضیح داده است. بهر حال برگردیم به موضوع مورد بحث.

کلینیک روانکاوی به مرکز کشف مکانیسم های نروز در بیماران تبدیل شد. من از روز افتتاح به عنوان نایب رئیس بکار در کلینیک مشغول شدم. هشت سال در این کلینیک کار کردم و تجربیات فراوانی اندوختم. ساعات مشاوره برای بیماران بسیار متراکم بود. کارگران صنایع، منشیهای ادارات، دانش آموزان و دهقانان مراجعین ما را تشکیل می دادند. ما در مقابل تعداد مراجعین، بخصوص پس از شهرت یافتن کلینیک، حیران و سرگردان مانده بودیم. هر یک از روانکاوان قبول کردند که روزی یک جلسه بدون دریافت حق الزحمه به کلینیک اهداء کنند. ولی این نیز کافی نبود و ما بایستی افرادی را که مناسب برای روانکاوی بودند انتخاب می کردیم. این ما را مجبور به یافتن راههائی برای بررسی و تعیین دورنما و نتیجهٔ درمان می نمود. بعداً من روانکاوان را ترغیب به پرداخت ماهیانه ای نمودم که از محل آن بتوان یک یا دو پزشک استخدام کرد. از این طریق امیدوار بودم که روزی نام کلینیک برای این مؤسسه مصداق پیدا کند. طبق ضوابط آنروز اعتقاد بر این بود که برای درمان لااقل روزی یک جلسه برای

---

* Kaufman and Meyer

** Hitschmenn

مدت شش ماه لازم است. یک موضوع به سرعت روشن شد و آن این بود که روانکاوی درمان توده ها نمی باشد. ایده پیشگیری نروز وجود نداشت و کسی نیز در این مورد سخنی نداشت. کار در کلینیک به زودی نکات زیر را روشن نمود:

نروز بیماری توده هاست، عفونتی شبیه به اپیدمی عفونی و نه تّلوّن مزاج زنی لوس و نازک نارنجی، شعارهائی که با آن بر علیه روانکاوی به ستیز بر می خاستند. اختلال توانائی جنسی تناسلی علت عمدهٔ ناراحتی مراجعین بود.

مسئولیت به نتیجهٔ درمان برای پیشبرد و خوش نامی کلینیک بسیار مهم بود. معیارهای بهبودی چه بود؟ برای این سئوال کسی پاسخ نداشت.

چرا یک روانکاو در درمان یک بیمار موفق بود و در درمان بیمار دیگر ناموفق. این نیز سئوالی بود با اهمیتی بسیار. جواب این سئوال امکان انتخاب مناسب تر بیماران را برای یک روانکاو ممکن میساخت. هیچگونه تئوری درمانی در آن موقع وجود نداشت.

نه روانپزشکان و نه روانکاوان به فکر سئوال از شرائط زندگی بیماران نبودند. البته میدانستند که فقر و فشار مادی وجود دارد ولی به نحوی این مسئله را نامربوط به درمان قلمداد می کردند. معهذا وضعیت مادی بیماران مسئلهٔ تمام نشدنی کلینیک بود. غالباً کمک های اجتماعی ارجحیت پیدا میکرد. ناگهان شکافی عظیم بین طبابت خصوصی و طبابت در کلینیک نمایان شده بود.

پس از تقریباً دو سال کار، این موضوع بیش از پیش روشن شد که روان درمانی انفرادی اهمیتی بسیار محدود دارد. فقط بخش بسیار محدودی که ناهنجاری های روانی داشتند قادر به دسترسی به درمان بودند. صدها ساعت کار با بعضی از بیماران به علت مشکلات حل نشدهٔ روش درمانی بی نتیجه تلف میشد. پاداش ما فقط درصد کوچکی از بیماران بود که نتیجه ای مطلوب از درمان آنها حاصل میشد. روانکاوی هرگز ضعف خود را در این مورد کتمان نمی کرد.

بیمارانی نیز بودند که فرصتی برای مشاهده و شناخت آنان در مطب

خصوصی نبود. این بیماران از نظر فکری به حدی آشفته حال بودند که در واقع بیرون از جامعه می زیستند. بیماری آنان را در آن موقع «پسیکوپاتی»* و «جنون اخلاقی» یا «تحلیل و فساد اسکیزوئیدی» می نامیدند. تنها علت اصلی را در این بیماران آلودگی شدید عوامل ارثی می پنداشتند. علائم آنان تحت هیچکدام از طبقه بندی های شناخته شده نمی گنجید. اعمال اضطراری، بی هوشیهای هیستریکی فانتزی های قتل و جنایت و اعمال ناگهانی، آنان را از زندگی روزمره دنیای ما بکلی دور کرده بود. اگر چه چنین بیمارانی در طبقات مرفه معمولاً بطور بی آزار به زندگی خود ادامه می دادند، در طبقات فقیر حالتی عجیب و خطرناک می یافتند. در نتیجه فشارهای مادی، عوامل بازدارندهٔ اخلاقی تا به درجه ای از هم می گسیخت که اعمال منحرف و جنایت کارانه بروز می نمود. کتاب من به نام (Der Triebhefte Character) (سال ۱۹۲۵) تحقیقی است در این مورد. برای مدت سه سال غالباً با چنین بیماران مشکلی روبرو بودم. آنان را در بخش بیماران آشفته حال می گذاشتند تا آرام شوند، سپس از بیمارستان مرخص می نمودند، و یا اگر جنون «پسیکوز» آشکار می گشت آنانرا به تیمارستان می سپردند. اکثر قریب به اتفاق آنان از طبقهٔ کارگر و کارمندان جزء بودند. یک روز دختری شاغل، جوان و زیبا به کلینیک آمد. او دو پسر بچه و یک کودک کوچک همراه داشت. او قادر به صحبت کردن نبود چون صدایش را از دست داده بود. این عارضه را لالی هیستریکی می نامیدند. او بر روی ورقه ای کاغذ بطور خلاصه نوشت که چند روز قبل ناگهان صدایش را از دست داده است. چون روانکاوی در این بیمار ممکن نبود من تصمیم گرفتم به طریق هیپنوز و «خواب کردن بیمار» این عارضه را برطرف کنم. پس از چند جلسه درمان از طریق هیپنوز، عارضه برطرف شد. او با صدائی آرام و گرفته و ناراحت صحبت میکرد.

* Psychopathy

او سالها از وسواس انگیزهٔ ناگهانی کشتن بچه های خود رنج می برد. پدر کودکان، او را ترک کرده بود. او تنها بود و به زحمت خوراک خود و بچه ها را تأمین میکرد. او در خانه خیاطی میکرد ولی درآمدش بسیار اندک بود. در این موقع بود که فکر کشتن بچه ها به مخیله او خطور کرده بود. او در شرف هل دادن بچه هایش به درون آب بود که اضطرابی شدید بر او مستولی شده و مانع از این عمل میگردد. از آن به بعد او در عذاب بود که آیا این موضوع را با پلیس در میان بگذارد و بدین وسیله کودکان خود را حفاظت نماید. این قصد، وحشتی عظیم در او ایجاد میکرد. او می ترسید که به جرم این گناه اعدامش کنند. این فکر باعث انقباض گلو و هنجرهٔ او شده بود. لالی به نوبهٔ خود او را از افشای این راز به پلیس محفوظ می داشت. لالی او نتیجهٔ انقباض شدید تارهای صوتی بود. انگشت گذاردن بر گذشتهٔ کودکی او که در پشت این حادثه نهفته بود کار مشکلی نبود. او در کودکی یتیم شده و مجبور به زندگی با ناآشنایان گشته بود. او با شش نفر در یک اطاق زندگی میکرد. مردان بالغ وقتی او دختر بچه ای بیش نبود به او تجاوز کرده بودند. او از کودکی در آرزوی مادری دلسوز، مادری که از او محافظت کند رنج میبرد و در تخیلات خود، او خود کودکی شیرخواره بود. گردن و حلق همواره محل اضطراب خفقان آور و آرزوهای کودکی است. حال که خود او مادر شده بود، کودکان خود را در موقعیتی می دید که خود او زمانی در آن موقعیت بود. او نمی خواست که فرزندانش این زندگی را ادامه دهند. علاوه بر آن تلخی و خشمی را که نسبت به شوهرش احساس میکرد به فرزندانش منتقل کرده بود. وضعیت بسیار پیچیده ای بود، کسی او را نمی فهمید. هر چند بسیار سرد مزاج بود ولی با مردان بسیاری هم خواب میشد. من موفق شدم او را کمک کرده و از بسیاری از مشکلات برهانم. من توانستم برای کودکان او جائی در مدرسهٔ شبانه روزی پیدا کنم. او کمی شهامت یافت و دوباره به کار کردن مشغول شد. ما برای او اعانه ای جمع آوری کردیم. بدبختی او کمی سبک شد. بیچارگی، اشخاص را به انجام اعمالی سوق می دهد که خود مسئول آن نیستند. او گاهی

شبانه به منزل من میآمد و تهدید میکرد که اگر این و یا آن کار را انجام ندهم و یا او را در این و یا آن موقعیت یاری و حمایت نکنم خود و بچه هایش را خواهد کشت. من روزی او را در آپارتمانش ملاقات کردم. در آنجا من با سئوال رفیع علت نروز دست به گریبان نبودم بلکه با این سئوال روبرو بودم که چگونه انسان سالی پس از سال دیگر قادر به تحمل چنین شرایطی است. در آنجا هیچ چیز، مطلقاً هیچ چیز قادر به آوردن روشنی به زندگی او نبود. چیزی جز بدبختی، تنهائی، غیبت همسایه ها، نگرانی برای غذای بعدی، و بالاتر از همهٔ اینها مَکر و حیلهٔ بیرحمانهٔ صاحب کار و صاحب خانه وجود نداشت. علیرغم مزاحمت شدید به عنوان بیمار روانی، در محل کار استثمار شده بود. برای ده ساعت کار دو شیلینگ حقوق می گرفت. به عبارت دیگر او قرار بود مخارج خودش و سه کودکش را از محل ماهی حدود شصت یا هشتاد شیلینگ تأمین کند. پدیدهٔ عجیب آن بود که اینکار را بهر نحو بود انجام میداد و مخارج خانواده را تأمین میکرد! من هرگز نتوانستم بفهمم که او چگونه قادر به این کار بود. با وجود همهٔ اینها او از آرایش خود غفلت نمی ورزید. او حتی کتاب میخواند و بعضی از کتاب های مرا به عاریت می گرفت. بعد ها وقتی مارکسیست ها علت جنسی امراض روانی را هوس بورژوازی عنوان می کردند و اصرار می نمودند که «فقط کمبودهای مادی» باعث نروز می گردد من به یاد بیمارانی مانند این بیمار می افتادم. از نظر مارکسیست ها کمبودهای جنسی کمبودی مادی نیست معهذا به نظر من ناهنجاری روانی مردم است که آنان را از اقدام منطقی جهت برطرف ساختن محدودیت ها و استقامت و رقابت در بازار کار باز میدارد و توانائی آنان را برای تفاهم با افراد دیگری که در موقعیت اجتماعی مشابه هستند برای تغییر وضع موجود کم میکند. ادعای کمونیست ها که اینها حالت های استثنائی و متعلق به زنان مرفه بورژوا است با دلیل میشود رد کرد. نروز طبقهٔ زحمت کش، در فقدان پختگی فرهنگی آنان نمایان می گردد. آنان خام و بی تعارف، با گستاخی بر ضد کشتار روانی توده ها که بر همه کس میگذرد سر به شورش می

نهند. شهروند متمول، نروز خود را با متانت تحمل می کند و از این یا آن طریق به صورت مادی آنرا می نمایاند. در میان توده های وسیع کارگران نروز به شکل کریه و مصیبت بار آن ظاهر می شود.

بیمار دیگری به بیماری به اصطلاح نیمفومانی* مبتلا بود. او هرگز احساس رضایت جنسی نمیکرد و لاجرم با هر مردی که در دسترس بود همخواب میشد. او با دستهٔ چاقو و گاهی با تیغهٔ آن استمناء میکرد، آنرا در فرج خود فرو می برد تا خون جاری می گشت. کسانیکه به عذاب هیجان سیر نشدهٔ جنسی واقف اند از لاف زدن در مورد افول اخلاقی این بیماران حذر میکنند. در این بیمار نیز تأثیر ویران کنندهٔ فقر و عجز مادی در خانواده ای کارگر با فرزندان زیاد، بی رحمانه مشهود بود. در چنین خانواده هائی مادران نه وقت کافی و نه امکانات لازم را برای تربیت صحیح کودکان دارند. وقتی مادری می بیند که بچه اش استمناء میکند، موضوع را با پرت کردن چاقو به طرف کودک حل میکند. کودک چاقو را با ترس و تنبیه به جهت عمل جنسی و احساس گناهی که به آن وابسته است تداعی کرده و به خود اجازه لذت و رضایت خاطر نمیدهد، و بعداً معذب از احساس گناهی ناخودآگاه، با همان چاقو سعی در دستیابی به رضایت جنسی (اورگاسم) می نماید. این شرح حال در کتاب (Pertriebhefte Character) تشریح شده است.

این گونه بیماری ها تحت طبقه بندی بیماری های سادهٔ نروز و یا اختلالات پسیکوز نمی گنجید. به نظر میآمد که شخصیت عصبی (Impulsive Character)** حالتی بین نروز و پسیکوز باشد. ایگو هنوز منظم و منسجم بود ولی بین خواستهای غریزی و دستورهای اخلاقی، بین نفی همزمان غریزه و اخلاق به دو نیم شقه شده بود. به نظر می رسید که شخص بر علیه وجدان خود خشمگین

* نیمفومانی (Nymphomania): حالت اقناع نشدنی و بیمارگون احتیاج جنسی در زنان.
** امروز آنرا شخصیت بینابینی Borderline می نامند.

است، گویا میخواست با شورش و تشدید اعمال عصبی و ناگهانی خود را از فشار او برهاند. وجدان او به روشنی نمایانگر تربیتی سفاک، خشن و ضد و نقیض بود. نروز های وسواسی (Compulsive Character) و بیماران هیستریکی از سنین طفولیت با تربیت بی وقفهٔ ضد جنسی بار می آیند. در حالیکه کاراکتر عصبی (Impulsive Character) در سنین کودکی یا بدون راهنمائی جنسی و یا فعالیت زودرس جنسی روبرو بوده اند، و سپس ناگهان بطور خشن تنبیه شده اند. این تنبیه سخت در ناخودآگاه آنان به صورت احساس گناهی شدید از برای امیال جنسی تثبیت شده است. ایگو* از وجدان سخت گیر با نهی آن از خود دفاع میکند، همانگونه که معمولاً با نهی امیال جنسی از خود دفاع میکند.

در این بیماران رکود انرژی جنسی به مراتب شدیدتر از افرادی است که غرائز آنان سرکوب شده است. در درمان این بیماران، من ابتدا با کل وجود آنان با شخصیت «کاراکتر» آنان در مجموع دست و پنجه نرم می کردم. مشکلاتی که در آنان تظاهر میکرد رابطه ای مستقیم با درجهٔ فشار و تنش جنسی و یا به درجهٔ توانائی و دست یابی به رضایت جنسی داشت. رها کردن انرژی جنسی توسط رضایت مقاربتی تناسلی بلافاصله باعث سبکباری و تخفیف انگیزه های ناسالم می گشت. اشخاصی که با اصول اقتصاد جنسی آشنا هستند متوجه اند که جنبه های مختلف این بیماری در تئوری اساسی من ادغام شده است: مخالفت و مقاومت کل شخصیت در برابر معالجه، نقش درمانی رضایت جنسی، تأثیر مهم رکود جریان جنسی در انگیزه های ضد اجتماعی و انحراف جنسی. پس از تحقیق و تجربه در بیماری نروز که در اثر ممانعت از بروز غرائز پدید میآمد توانستم همهٔ این اطلاعات و مفروضات را جمع بندی و با هم مقایسه کنم. مقاله ای هشت صفحه‌ای در این مورد نوشتم و در آن برای اولین بار لزوم عمل «تجزیه و تحلیل

* ایگو: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۷۲

شخصیت» (Character Analysis) در بیماران را شرح دادم. فروید نسخه ای از آنرا در عرض سه روز مطالعه کرد و نامهٔ تشکر آمیزی برای من ارسال داشت. او در نامه اش نوشته بود که ممکن است از این به بعد مکانیسم های مشابهی که بین ایگو و اید در عمل است بین ایگو و سوپر ایگو نیز کشف شود.

این نظریه که مسدود و معیوب شدن عملکرد طبیعی جنسی باعث رشد انگیزه های منحرف و ضد اجتماعی می گردد، ایده ای نوین بود. روانکاوان عادت کرده بودند که این انگیزه ها را به شدت غرائز نسبت دهند. سکسوالیته آنال (مقعدی) بیماران وسواسی و اضطراری* را بشدت استعداد شهوانی ناحیهٔ مقعد نسبت می دادند و آنرا در ارتباط با ساختار طبیعی و ذاتی بیمار می دانستند. آبراهام مدعی بود که افسردگی ملانکولیک در بیماران، نتیجهٔ شدید شهوانی در ناحیهٔ دهان می باشد که شخص را از قبل به افسردگی مستعد می نماید. اینطور فرض شده بود که استعداد شهوانی شدید پوست باعث فانتزیهای مازوشیستی** مضروب شدن و کتک خوردن می گردد. لذت از خود نمائی را به احساس شهوانی شدید در حس بینائی مربوط میدانستند. تشدید در حس شهوانی عضلات را باعث سادیسم می دانستند. با شرح مفروضات فوق من می خواهم درجهٔ اعتشاش و سردرگمی را که در تئوری های روانکاوی موجود بود نشان دهم. قبل از آنکه مشاهدات و برداشتهای خود را در مورد مسئلهٔ تناسلی و جنسی که در ارتباط با این بیماران بود قاعده بندی نمایم لازم بود ابتدا نظرات گمراه کننده را تصحیح و روشن کنم. حالت غیر دوستانه ای که همکاران در مقابل کوشش های من اتخاذ می کردند غیر قابل توجیه بود. این واقعیت که شدت اعمال منحرف

---

* رجوع شود به پاورقی صفحات ۳۶ و ۴۳

** مازوشیسم (Masochism): حالتی است که در آن شرط رضایت جنسی شخص، تنبیه شدن و احساس درد بدنی و یا توهین و تحقیر است. حالت قرینهٔ آن سادیسم است که شخص مبتلا به آن از زجر و آزار دیگری لذت میبرد.

و ضد اجتماعی بستگی به شدت اختلال عمل تناسلی دارد غیر قابل انکار بود، ولی این موضوع با برداشت روانکاوی در مورد «غرائز جزئی» در تضاد بود. اگر چه فروید فرضیهٔ رشد غرائز جنسی را از مرحلهٔ ماقبل تناسلی به تناسلی* ارائه کرده بود، ولی این نظریه در پیچ و خم برداشتهای مکانیستی پنهان مانده بود: اینطور تصور شده بود که هر ناحیهٔ شهوانی (Erogenous Zone) مانند دهان، مقعد، چشم، پوست و غیره دارای انگیزه های انتزاعی (Partial Impulse) مخصوص به خود است. برای مثال لذت مکیدن، لذت دفع کردن مدفوع، نگاه کردن، لمس شدن و غیره.

فرنزی** معتقد بود که سکسوالیته تناسلی از حاصل جمع احساسات جنسی ماقبل تناسلی متشکل میباشد. فروید به این نظریه چسبیده بود که دختران فقط دارای احساسات جنسی مربوط به کلیتوریس (Clitoris) هستند و در کودکی فاقد حس شهوانی در واژن (فرج) می باشند.

من یادداشتهای خود را بارها زیر و رو کردم، کاری نمیشد کرد، مشاهدات من به روشنی نماینگر این بود که انگیزه های جنسی ماقبل تناسلی (Pregenital Sexual Impulses) با ناتوانی تناسلی شدت یافته و با توانائی جنسی تناسلی تخفیف می یابند. در جریان مقابلهٔ مشاهداتم متوجه شدم که در همهٔ مراحل تکامل جنسی کودک، رشته تعلقی جنسی در نهایت تکامل خود ممکن است مابین والدین و کودک برقرار گردد. ممکن بود پسر بچه ای حتی در سن پنج سالگی فقط و فقط اشتیاقی دهانی ــ أورال(Oral) ــ به مادر داشته باشد و در همان سن دختر بچه ای پدرخود را فقط از نظر دهانی و یا فقط از نظر آنال آرزو نماید. رابطهٔ کودکان و والدین می توانست أشکال گوناگونی داشته باشد. فرمول فروید که به

---

* رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۳۶ (تئوری لیبیدو) و پاورقی صفحهٔ ۴۴ (عقدهٔ اودیپ و ...).

** ساندئر فرنزی (Sandor Frenzi) ۱۸۷۳-۱۹۳۳: روانکاو مجارستانی و دوست و همکار نزدیک فروید.

صورت «من پدر خود را دوست دارم و از مادرم متنفرم یا مادرم را دوست دارم و از پدرم متنفرم» سرآغازی بیش نبود. برای سادگی کار خود وابستگی والدین و کودک را به وابستگی به شکل ماقبل تناسلی (Pregenital) و تناسلی (Genital) تقسیم کردم. از نظر کلینیکی وابستگی اولی برگشت و قهقرای شخصیتی عمیق تری را نمایانگر بود و گویای صدمهٔ روانی به مراتب شدیدتری بود. از نظر توسعه و رشد جنسی من لزوماً پنداشتم که وابستگی تناسلی (Genital) مرحله ای طبیعی در رشد جنسی کودک است و وابستگی ماقبل تناسلی و تداوم آن رابطه ای بیمارگونه و آفت زا است. پسر بچه ای که موفق به برقراری وابستگی روانی تکامل یافتهٔ تناسلی با مادر میشود در سنین بالاتر به سهولت بیشتری قادر به برقراری رابطهٔ تناسلی با جنس مخالف خود خواهد بود تا پسر بچه ای که مادر خود را با خواستهای روانی مرحلهٔ آنال (مقعدی) و یا اورال (دهانی) خواهان باشد. در حالت اول فقط لازم است که شدت وابستگی ــ تثبیت ــ (Fixation) کمی شل شود و لینت یابد. در حالت دوم کل شخصیت با حالت مفعولی و با صفاتی مؤنث شکل میگیرد. به دلائلی مشابه، معالجهٔ دختری که وابستگی محبلی به پدر خود دارد سهلتر از معالجهٔ دختری است که صفاتی مذکر و سادیستیک را دارا است.* بنابراین بیماری هیستری با علائم وابستگی های شدید محبلی ـ تناسلی ــ (Genital) مشکلات درمانی کمتری را موجب بود تا بیماران اضطراری وسواسی (Compulsive) با تعلقات و ساختار شخصیت ماقبل تناسلی مقعدی.**

---

* طبق تئوری روانکاوی دختری که در مرحلهٔ رشد جنسی ماقبل تناسلی متوقف شده، از دورهٔ تکامل عبور نکرده و عقدهٔ اودیپ را به نحو صحیح حل نکرده است، نتیجتاً دارای تثبیت هائی در مرحلهٔ ماقبل تناسلی مثلاً در مرحلهٔ اورال و یا آنال (دهانی و یا مقعدی) خواهد بود. خصوصیات شخصیتی او نیز مطابق با این تثبیت ها خواهد بود. در حالتی مخصوص ممکن است خواص سادیسمی دورهٔ آنال (مقعدی) را دارا باشد و چون از مرحلهٔ عقدهٔ اودیپ گذر نکرده و با والد هم جنس وحدت شخصیتی نیافته، شخصیت مردانه به خود میگیرد.

** رجوع شود به پاورقی صفحات ۳۶ و ۴۳

هنوز معلوم نبود که چرا درمان و حل تعلقات تثبیت شدهٔ تناسلی آسانتر از درمان تعلقات ماقبل تناسلی است. در آن موقع من چیزی در مورد تفاوت های اساسی سکسوالیته تناسلی و ماقبل تناسلی نمی دانستم. در روانکاوی هیچگونه تمایزی بین این دو قائل نبودند. قابلیت تبدیل ــ تصعید ــ (Sublimation)* سکسوالیته تناسلی را یکسان با سکسوالیتهٔ ماقبل تناسلی (مقعدی و یا دهانی) می دانستند و کامرانی در حالت اول را برابر با کامرانی در حالت دوم می پنداشتند. محکومیت و کتمان فرهنگی و اجتماعی در هر دو حالت نیز موجود بود.

در اینجا لازم است به توضیح بیشتر و دقیق تر این عقاید بپردازم. ادعای روانکاوان بر اینکه تئوری های متداول بروز شامل تئوری تناسلی نیز هست ادعائی نادرست است. بنابراین لازم است که تعریفی دقیق از مفهوم جنسی و تناسلی به عمل آید. این موضوع که مقالات من در این مورد از سال ۱۹۲۲ تا حدی در تئوری روانکاوی ادغام شده صحیح است. همچنین این موضوع که هنوز تفاهمی از اساسی ترین موارد ایده های من موجود نیست صحیح است. توسعه و رشد مستقل اکونومی جنسی از این سئوال آغاز گشت که فرق بین لذت تناسلی و لذت ماقبل تناسلی چیست؟ هیچ یک از تئوریهای من بدون پاسخ به این سئوال معتبر نیست. جواب صحیح به این سئوال به خودی خود به راهی ختم میشود که من آنرا بناچار بایستی می پیمودم.

* سوبلیماسیون (Sublimation) ــ تصعید: فرایند تغییر شکل خواستهای غریزی به گونه ای که با قوانین جامعه مطابقت کند را سوبلیماسیون می نامند. این فرایند ناخودآگاه است. از این طریق شخص می تواند با تغییر شکل خواست های غریزی و ابراز آن با لباسی مبدل به نحوی که مقبول قوانین جامعه باشد تا حدی لذت و رضایت خاطر بدست آورد.

فصل چهارم

تکوین و رشد نظریهٔ اورگاسم

الف ـ آزمایشات اولیه

در سال ۱۹۲۰ فروید دانشجوی جوانی را برای درمان به من ارجاع نمود. او از وسواس تکرار خیالات و شمارش اعداد رنج می برد. تخیلات اضطراری «مقعدی»،* عادت به استمناء مکرر، علائم ضعف اعصاب مثل سردرد، درد در ناحیهٔ کمر و پشت، حواس پرتی و حالت تهوع از علائم بیماری او بود. من او را برای چندین ماه معالجه کردم. اضطرار و وسواس تکرار خیالات فوراً به وسواس تداعی معانی تبدیل شد. درمان بیماری او یأس آور بود. ناگهان فانتزی زنای با محارم ظاهر شد و بیمار برای اولین بار قادر به استمنائی رضایت بخش گشت. همهٔ علائم بیماری او یکباره از بین رفت. در حین مدت هشت روز دوباره و بتدریج علائم بیماری برگشت. پس از استمناء مجدد علائم مجدداً ناپدید شد و چند روز بعد علائم دوباره ظاهر شد. این تسلسل پدیده چندین هفته ادامه یافت. بالاخره ما موفق گشتیم که بریشهٔ احساس گناه او درمورد استمناء پی بریم و موفق به تصحیح برخی از رفتارهای ناهنجار او گشتیم. حال او بطور محسوسی بهبود یافت. جمعاً پس از ۹ ماه درمان او را خاتمه دادم. در خاتمهٔ درمان، بیمار میتوانست کار کند و حال او بطور محسوسی بهتر شده بود. یادداشتهایم حاکی از سلامتی او در مدت ۶ سال پس از درمان او بود. پس از آنهم ازدواج کرد.

---

* Compulsive Oral Fantasies

همزمان با این بیمار، من پیشخدمتی را روانکاوی میکردم که قادر به نعوظ آلت تناسلی نبود. درمان، دوره هموارى را میگذراند. در سال سوم بیاد آوری و بازسازی صحنهٔ اولیه «Primal Scene»* رسیدیم.

او دو ساله بود که این اتفاق بوقوع پیوست. مادر او نوزادی به دنیا آورد. او از اطاق مجاور جزئیات وضع حمل مادرش را مشاهده کرده بود. تأثیر منظرهٔ فرجی فراخ و خون آلود درمیان پاهای او بسختی در ذهنش باقی مانده بود. در سطح تفکری خود آگاه این خاطره تنها بصورت احساس خلأ ای در ناحیه تناسلی خود او باقی مانده بود. مطابق دانش روانکاوی آن زمان من ناتوانی تناسلی او را به تأثیر تخریبی شدید مشاهدهٔ منظرهٔ آلت تناسلی «اخته شده» مربوط دانستم. بدون شک این تعبیر صحیح بود. علی الحال فقط در چند سال گذشته بود که من اهمیت خاصی بفهم «احساس خلأ» در ناحیهٔ تناسلی در بیماران خود دادم. این احساس مطابق بود با نکول «بازگیری» نیروی بیولوژیکی از ناحیهٔ تناسلی. در آن موقع، من کل شخصیّت بیمار را به غلط برآورد کرده بودم. او مردی بسیار آرام و متین بود و هرکاری را که از او درخواست میشد انجام میداد. او هرگز به هیجان نمی آمد. در حین سه سال دورهٔ درمانی هرگز عصبانی نشد و زبان به انتقاد نگشود. طبق نظریه های رایج آنزمان، او شخصیتی کامل و استوار داشت که فقط دارای یک عارضهٔ حاد بود «نروز تک عارضی» (Mono Symptomatic Neurosis). من گزارشی در این باره به سمنیار تکنیک نوشتم و به جهت یافتن ارتباط صحیح بین عارضهٔ بیمار و تأثیر تخریبی صحنهٔ اولیه (Primal Scene) مورد تشویق واقع شدم.

---

* در تئوری روانکاوی اولین باری که کودک عمل جماع را در والدین مشاهده می نماید و یا آنرا بنحوی تصور میکند بنام صحنهٔ اولیه مینامند. فروید عقیده داشت که کودک قبل از مرحلهٔ اودیپ با این تصور و مشاهده برخورد مینماید. کودک، از سوئی مقاربت بین والدین را عملی خطرناک و مهلک تصور کرده و از آن می هراسد و از سوی دیگر به هیجان می آید و بعلت ناتوانی تحمل این هیجان آنرا بصورت ناخوشایند و دردناک احساس میکند. بعقیدهٔ فروید چگونگی این برخورد در ساختار روانی کودک مؤثر است.

از نظر تئوری، من عارضهٔ ناتوانی نعوظ تناسلی بیمار را بطور کامل تجزیه و تشریح کرده بودم. نظر به اینکه بیمار شخصی منظم و ساعی بود و به اصطلاح آن موقع خود را با واقعیات محیط تطبیق داده بود، کسی متوجه نمیشد که همین آسایش ظاهری عاطفی و متانت بیمار، نمایانگر اساس ناسالم ساختار شخصیت اوست که ناتوانی نعوظ تناسلی برمبنای آن شخصیت قرار دارد. روانکاوان مسن تر روانکاوی مرا در این بیمار صحیح و خاتمه یافته پنداشتند. من این سمینار را با احساسی ناراضی ترک کردم. اگر کار روانکاوی من کامل و صحیح بود، چرا هیچگونه تغییری در ناتوانی جنسی این بیمار پدید نیامده بود. بی شبهه چیزی نادرست درجائی نهفته بود که هیچکس از ما آنرا نمی دید. من چند ماه بعد درمان این بیمار را خاتمه دادم. بیمار بهبود نیافته بود. حالت بی تفاوتی و خونسردی ای که بیمار درمورد ختم درمان نشان داد همانند خونسردی و بی تفاوتی او در تحمل هرچیز دیگری در طول درمان بود. معالجه این بیمار در فهم انسداد عاطفی در تحلیل شخصیت تأثیر مهمی بر من داشت. من به رابطه دور و دراز تکوین شخصیت فرد امروزی که با برودت عاطفی و مرده حالی تناسلی همراه است دست یافته بودم.

این همزمان با دوره‌ای بود که روانکاوی مدت زمان طولانی تری را برای درمان لازم میدانست. در ابتدا، وقتی من شروع به درمان بیماران کردم، دوره درمانی بمدت شش ماه، دوره‌ای نسبتاً طولانی محسوب میشد. درسال ۱۹۲۳ دوره متوسط درمان یکسال شده بود.

اندک اندک این فکر که دو و یا حتی سه سال درمان نتیجهٔ بهتری خواهد داشت پاگرفت و رشد کرد. از این که نروز مرضی پیچیده و وخیم است گریزی نبود. فروید مقاله معروف خود را درمورد شرح حال نروز طفولیت* که بر اساس

* History of an Infantile Neurosis

درمان طفلی به مدت پنج سال قرار داشت منتشر نمود. فروید مسلماً در طول مطالعه و درمان این کودک دانشی عمیق از دنیای کودکان آموخته بود، معهذا روانکاوان این تجربهٔ ضروری را به عادت تبدیل کردند و دورهٔ درمان را هرچه طولانی تر نمودند.

آبراهام بر آن بود که سالها وقت برای درک افسردگی مزمن لازم است و تکنیک بردبارانه (Passive Technique) را تنها تکنیک راستین میدانست. روانکاوان درمورد چرت زدنهای خود هنگام روانکاوی بذله هائی طعنه آمیز میگفتند. اگر بیمار برای ساعتهای متوالی تداعی معانی نمی کرد، روانکاو برای احتراز از چرت زدن مجبور به کشیدن سیگارهای متعدد میشد.

بعضی از روانکاوان در نتیجه گیری از این موضوع غلو میکردند. اگر بیمار سکوت اختیار میکرد، پس آنان نیز بایستی سکوت میکردند، چه برای چند ساعت و یا چند هفته. این را تکنیک «تصحیح کننده» مینامیدند.* از همان ابتدا، احساس کردم که اشتباهی اساسی در این برداشت وجود دارد. معهذا من نیز سعی در پیروی از این «تکنیک» کردم که چیزی از آن حاصل نشد. بیماران عمیقاً احساس بیچارگی مینمودند. اوضاع نیز با بذله هائی که دربارهٔ روانکاوان گفته میشد بهبود نمی یافت. مثلا اینکه روانکاو در جلسهٔ روانکاوی از خواب عمیق بیدار شده و نیمکت بیمار را خالی دیده و غیره، و نه با دلیل و برهانی پیچیده بهتر میشد، مثلاً اینکه چرت زدن روانکاو برای مدتی محدود کاملا بلامانع است زیرا که ناخودآگاه روانکاو ناظر به بیمار است هرچند که او در چرت باشد. حتی گفته میشد که ناخودآگاه روانکاو در حین جلسهٔ روانکاوی قادر است پس از بیداری از خواب دقیقاً از نقطه ای که ناخودآگاه بیمار در حرکت است ادامه دهد.

این موضوع هم غم‌انگیز بود و هم یأس آور. از طرف دیگر فروید هشدار داده

* Consumate Technique

بود که از خوش بینی و اشتیاق زیاده در کار درمان برحذر باشیم. سالها بعد من مفهوم این سخن او را دانستم. پس از کشف مکانیزم کار ناخودآگاه، فروید در ابتدا باین امید که بر روی زمینه ای محکم بسوی روان درمانی عامیانه تری گام بردارد، دل بسته بود. او خود را فریب میداد. او لزوماً به تلخکامی شکست برخورد کرده بود. نتیجه گیری او در این که تحقیقات بیشتری ضروری است کاملاً صحیح بود. اشتیاق عجولانه درمان بیماران، به کشف حقایق جدید کمکی نمیکند. من مثل هرکس دیگری در آن زمان اندیشه ای برای نوع و زمینه تحقیقات ضروری و هدفی که این تحقیقات به آن ختم میشد نداشتم. همچنین در آن زمان دانش به اینکه ترس روانکاوان از عواقب اجتماعی روانکاوی باعث اتخاذ چنین حالت غریبی در جوابگوئی به سئولات درمانی شده است نداشتم. سئوالات زیر مورد بحث بود:

۱- آیا تئوری فروید در مورد نروز کامل است؟

۲- آیا ممکن است به تئوری علمی روش درمانی «تکنیک» دست یافت؟

۳- آیا تئوری فروید در مورد غرائز صحیح است؟ آیا کامل است؟ و اگر کامل نیست نقص آن در کجاست؟

۴- چه چیزی در وهله اول، سرکوب و منع سکسوالیته را که به «واگیر نروز» انجامیده باعث شده است؟

این سئوالات نطفهٔ همهٔ مطالبی بود که بعداً به نام اکونومی جنسی رشد کرد. اگر سئوالات فوق پاسخی میداشت دیگر لزومی برای ادامهٔ تحقیقاتم وجود نمی داشت. خوشحالم که در سالهای اول هیچگونه پیش داوری و یا برداشت جدی نسبت به این سئوالات نداشتم و صادقانه به کار تحقیقی خود در کلینیک روانکاوی ادامه دادم، با این اعتقاد که فعالیت من بنام فروید و دنبالهٔ کار و زندگینامهٔ اوست. با تعهدی عمیق بکار خود ادامه دادم و امروز نیز هیچگونه پشیمانی از این بابت ندارم، گو اینکه این طرز برخورد رنجهای زیادی را برای من به همراه داشت معهذا این برخورد لازمه دستاوردهای بعدی بود.

ب ـ متممی بر برداشت فروید از نروز اضطراب

در اینجا می خواهم به خواننده این کتاب یادآوری کنم که آشنائی من با فروید با مطالعاتم در روابط جنسی آغاز شد. در نتیجه تعجبی نیز در این نیست که تئوری نروز او که من آنرا نروز رکود انرژی جنسی (Stasis Neurosis) نامیده ام به علت علمی بودن آن بیشتر مورد توجه من قرار گرفت تا تعبیر مفهوم علائم آن. فروید نروز را بیماری ای میدانست که به علت ناهنجاری زندگی جنسی شخص ایجاد میشود. مطابق برداشت او نروز اضطراب (Anxiety Neurosis) و ضعف اعصاب (Neurosthenia) بیماریهائی بودند که علت و ریشه روانی نداشتند. نظر فروید این بود که این بیماریها تظاهر مستقیم انسداد غرائز جنسی هستند. نروز اضطراب و ضعف اعصاب کاملاً شبیه به ناخوشیهای ناشی از مسمومیت اند. فروید فرض میکرد که بدن دارای مواد «شیمیائی» با «ماهیت جنسی» است. چنانچه این مواد سوخت و ساز کافی نداشته باشند باعث طپش قلب، بی نظمی جریان قلب، حمله های اضطراب، تعرق شدید و علائم دیگر دستگاه عصبی وجیتیتیو (گیاهی) میگردند. فروید رابطه ای بین نروز اضطراب و دستگاه وجیتیتیو ارائه نکرد. او بر اساس مشاهدات و تجربیات کلینیکی خود معتقد بود که نروز اضطراب بعلت کمبود و یا خودداری جنسی و مقاربت ناقص به وجود میآید. این با بیماری نوراستنی (ضعف اعصاب) فرق داشت. بیماری نوراستنی طبق برداشتهای آنوقت، برخلاف نروز در اثر سوء رفتار جنسی مانند افراط در استمناء بوجود میآمد. علائم نوراستنی شامل درد کمر، لومباگو، سردرد، تند مزاجی و تحریک پذیری کلی، اختلال در حافظه و غیره بود. به عبارت دیگر فروید عوارضی را که از طریق علم اعصاب (نورولوژی و روانپزشکی) درک نشده بود، مطابق علت بیماری تقسیم بندی کرد. به همین دلیل نیز او توسط روانپزشکی به نام لونفل (Lowenfeld) و صدها روانپزشک دیگر که ریشه جنسی

بیماری نروز را کاملاً مردود میدانستند مورد انتقاد و حمله قرار گرفت. فروید سعی داشت برداشتهای خود را با تقسیم بندی و نامگذاری بیماری ها وفق دهد. او میگفت که علائم بیماری نروز نمایانگر هیچ گونه کیفیت روانی نمی باشد. در حالیکه پسیکونروز مخصوصاً هیستری و وسواس آشکار کننده کیفیت و محتوی خاص روحی است. علائم در این بیماری ها همواره و بطور وضوح آشکار کننده ریشه جنسی بیماری بود که برای درک آن فقط برداشتهای جنسی را میباید وسعت داد. فانتزی زنای با محارم و وحشت از گزند و آسیب در ناحیهٔ اندامهای جنسی هسته اصلی هر پسیکونروز بود. فانتزیهای ناخود آگاه که در پسیکو نروز توسط بیماران بروز داده میشد به طور وضوح محتوی کیفیت نارس و کودکانه جنسی بود. فروید وجه تمایزی روشن بین نروز و پسیکو نروز قائل بود. بدون شک پسیکو نروز اهمیت اساسی در روانکاوی بالینی داشت. نظر فروید این بود که نروز را میتوان با تصحیح مشکلات جنسی مانند برطرف کردن امساک و خودداری جنسی یا مقاربت ناقص و در حالت نوراستنی با تصحیح زیاده روی در استمناء معالجه نمود. از سوی دیگر بنظر او درمان پسیکو نروز تنها از طریق روانکاوی ممکن بود. با وجود این تمایز صریح، فروید قبول داشت که رابطه ای بین این دو گروه موجود است. او معتقد بود که هر پسیکونروز بر پایه و اساس نروز قرار دارد. این نظر روشنگرانه او نقطهٔ عطف تحقیقات مرا در مورد اضطراب ناشی از انسداد جنسی تشکیل داد.

مطابق برداشت فروید، در بیماری نروز انرژی جنسی منحرف شده و راه آن برای رسیدن به خودآگاه مسدود گشته است. ممانعت از حرکت انرژی جنسی باعث ایجاد اضطراب گشته و علائم عصبی نتیجهٔ بدخیمی است که از تحریک جنسی تخلیه نشده بوجود میآید. ولی تظاهر علائم بدخیم و غریبی که در بیماران وسواسی و هیستریکی شکل میگرفت و تکثیر میشد هیچگونه تفسیر بیولوژیکی نداشت. پس انرژی لازم برای فعال کردن این علائم از کجا بود؟ آیا میتوان در اینکه این انرژی از انرژی مسدود شده جنسی ناشی میشود شک نمود؟ به عبارت

دیگر منبع انرژی پسیکو نروز نیز باید همین انرژی مسدود شدهٔ نروز باشد. اشاره فروید راه دیگری را برای تفسیر و تعبیر باز نمی گذاشت. این تنها برداشت ممکن بود. اعتراضی که بعضی از روانکاوان باین موضوع داشتند این بود که اساساً چیزی بنام «نروز اولیه» وجود ندارد و اینکه این نروز مانند پسیکو نروز دارای علتی روانی و ناخودآگاه است. استکل* یکی از مهمترین مدعیان این نظریه بود. او میگفت که همه انواع اضطراب و اختلالات روانی منجمله «نروز اولیه» علت روانی دارد و علت تنی و بدنی ندارد. او نیز مانند بسیاری دیگر از دیدن این موضوع قاصر بود که تفاوتی اساسی بین تهییج تنی - روانی (پسیکو سوماتیک) و محتوای روانی علائم موجود است. فروید راه حل روشنی در این مورد ارائه نکرد ولی به تفسیر اولیه خود پایبند ماند. از سوی دیگر من تعداد بسیاری از علائم بدنی را در کلینیک روانکاوی مشاهده کردم. بهرحال نمیتوان انکار کرد که علائم نروز دارای روبنای روانی و همراه با عقده های ناخودآگاه روانی است. فرق بین پسیکونروز و باصطلاح «نروز اولیه» آن طور که فروید تصور میکرد روشن نبود. مسائلی این چنین خاص برای افراد غیر متخصص احتمالاً بی اهمیت مینماید ولی مسائلی بسیار مهم مربوط به سلامت افراد در این بحثها نهفته است. خلاصه اینکه پسیکو نروز بی شبهه هسته ای از نروز را شامل بود و نروز دارای روبنای پسیکو نروز بود. با آگاهی به این موضوع آیا هنوز لزومی برای افتراق ایندو موجود بود؟ آیا این سئوال فقط به اختلاف کمیت محدود نمیشد؟

درحالیکه اکثر روانکاوان اهمیت زیادی به محتوی روانی علائم نروز میدادند، افرادی مانند جاسپر** که بداشتن دانش آسیب شناسی روانی (Psychopathology) معروف بودند ماهیت علمی تفسیر روانی علائم بیمار و نتیجتاً کل دانش روانکاوی را انکار میکردند. جاسپر عقیده داشت که مفهوم روانی علائم بیمار را از نقطه

* استکل: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۴۴

** Jasper

نظر فلسفی و نه علمی میتوان درک کرد. او میگفت علوم طبیعی(Natural Science) ناظر به مسائل کَمّی هستند درحالی که فلسفه به مسائل کیفی و روانی مربوط است. هیچ راهی و ارتباطی بین عوامل کمّی و کیفی موجود نبود. سئوال مهم این بود که آیا روانکاوی و روش های آن دارای ماهیت علمی است یا نه؟ بعبارت دیگر آیا ممکن است روانشناسی با قوانین طبیعی و علمی با مفهوم مطلق کلمه آن وجود داشته باشد یا نه؟ آیا روانکاوی میتواند خود را رشته ای علمی بداند و یا یکی از شُعب فلسفه است؟ فروید اهمیتی به این سئوالات نمیداد و بی توجه به این موضوع، به نشر مشاهدات کلینیکی خود مشغول بود. او به بحث های فلسفی علاقمند نبود. ولی در جریان این بحث ها من میبایستی به مخالفین کوتاه بین پاسخگوئی کنم. آنان میخواستند روانکاوان را در صفوف متخصصین جن و پری جا دهند. ولی ما میدانستیم که برای نخستین بار در تاریخ علمی بکاری علمی و طبیعی مشغول هستیم. میخواستیم که ما را جدی تلقی کنند.

در این مجادله مشکل برای توضیح سئوالات و مشکلات اطلاعاتی جمع آوری شد که میتوانست در دفاع از برداشتهای فروید مورد استفاده قرار گیرد. اگر تنها روانشناسی تجربی «واندت»* بعلت اندازه گیری کمّی عکس العملها علمی بود، و اگر روانکاوی بعلت عدم توانائی در اندازه گیری کمّی نمیتوانست «علمی» باشد و فقط برای توضیح و تفسیر روابط پدیده های روانی که از هم گسیخته اند میتوانست مورد استفاده قرار گیرد، پس علوم طبیعی نیز میبایست نادرست باشند. زیرا که واندت و شاگردانش چیزی از انسان و حقیقت زندگی او نمیدانستند. برآورد آنها از انسان بر اساس اندازه گیری مدت زمان عکس العمل آدمها به کلماتی مثل «سگ» بود. امروز نیز هنوز این روشها بکار گرفته میشوند. برآورد ما از انسان بر اساس طرز برخورد او با عقده ها و تضادهای درونی خود

* Wandt

و انگیزه ها و رفتار و کردار او استوار بود. در پس این مباحثه این سئوال مطرح بود که آیا میتوان به برداشتی عینی از تئوری فروید درمورد نیروی روانی (Psychic Energy) رسید و یا میتوان آنرا حتی تحت برداشت کلی انرژی قرار داد؟ پدیده ها (فاکتها) در مقابله با بحث های فلسفی زیاد هم کارگر نیستند. آلرز، فیلسوف و فیزیولوژیست اطریشی، از بحث درمورد وجود ناخودآگاه روانی امتناع میورزید زیرا از نقطه نظر فلسفی فرض ناخودآگاه را از بیخ و بن غلط میدانست. تا به امروز هم گاهی با این گونه استدلالات برمیخوریم. وقتی من میگویم که حیات در مواد ضد عفونی شده (استریل) نیز ممکن است، میگویند که بدون شک اِسلاید آلوده بوده است و یا اینکه حرکتی را که من در زیر میکروسکپ مشاهده کرده ام حرکات اتفاقی «برونیان»* بوده. اینکه افتراق کثافات بر اسلاید از حرکات موجود زنده کار ساده ای است و اینکه تشخیص حرکات اتفاقی از حرکات گیاهی «وجیتیتیو» کاملاً ممکن است برای آنان فرقی نمیکند. خلاصه اینکه علوم نظری خود برای خود مشکلی شده است.

پاره ای از مشاهدات در کلنیک بطور غیرمنتظره ای مرا در یافتن راهی برای رهائی از این سردرگمی کمک کرد. بتدریج روشن شد که درجه شدت یک ایده روانی متناسب است با مقدار تحریک بدنی که به آن وابسته است. عواطف از غرائز سرچشمه میگیرند و بنابراین ریشه آنان در حیطه تن و جسم نهفته است. از طرف دیگر ایده و فکر ماهیتی کاملاً روانی دارند. بنابراین چه رابطه ای بین ایده و فکر غیرجسمی (غیرفیزیکی) و تحریک فیزیکی و جسمی وجود دارد. وقتی شخص از نظر جنسی کاملاً تحریک شده است فکر لزوم مقاربت جنسی شدید و مبرم است. از طرفی دیگر پس از رضایت جنسی نمیتوان دوباره و بسرعت این فکر را احیاء نمود، این فکر کمرنگ و ضعیف خواهد بود. شکی نیست که این

* حرکات برونیان (Brownian Movements) حرکات اتفاقی ذرات میکروسکپی که بعلت تصادم مولکولها در مایعات انجام میگیرد.

پدیده دربر دارنده رمز ارتباط نروز «بدنی و فیزیولوژیکی» و پسیکو نروز «روانی» است. در یکی از بیماران پس از رضایت جنسی همه علائم وسواس اضطرار ناپدید میگشت، با برقراری مجدد تحریک، علائم بیماری نیز دوباره ظاهر میشد و تا رضایت جنسی بعدی باقی میماند. بیمار دیگر من کاملاً عقده های روانی خود را بررسی و تحلیل کرده بود ولی هیچگونه تحریک جنسی احساس نمیکرد. درمان بر ایده های ناخودآگاه که در این بیمار از قرار معلوم باید باعث ناتوانی نعوظ آلت تناسلی او میگشت تاثیری نگذاشته بود. ناگهان این مسائل به یکدیگر مربوط شدند. فهمیدم که فکر و ایده روانی با اخذ مقدار کمی انرژی تحریک و تهییج میشود. از طرف دیگر این هیجان و تحریک، ایده را تشدید مینماید. اگر تحریک متوقف گردد، ایده نیز ناپدید میشود. اگر همانطور که در نروز ناشی از سرکوب انرژی جنسی معمول است، ایده و عمل جنسی به علت قوانین اخلاقی باز دارنده به خودآگاه راه نیابد، آنچه حاصل میشود این است که تحریک و تهییج به ایده و فکر دیگری که مقبول تر است منتقل میگردد. بنابراین نتیجه گیری من این بود که نروز ناشی از انسداد جنسی یک عارضه ای جسمی (فیزیکی) است که به علت انتقال تهییجات بوجود می آید. ولی اگر بازداشت تهییجات جنسی در بین نباشد این تحریکات بطریق مناسب فروکش خواهد کرد. تعجب میکردم که چگونه فروید این پدیده را ندیده گرفته بود. سرکوب تحریک جسمی، انسداد جنسی را باعث میشود که به جمع شدن و ازدیاد نیروی جنسی منجر شده و در نتیجه این نیرو ایده های نارس طفولیت را تشدید و فعال می نماید و جایگزین افکار بالغ میگرداند. سرکوب دائم تحریکات، آزمونهای طفولیت را که به خودی خود بی ضررند بطور نامناسب تقویت کرده، ایده های وابسته به آن نیرو گرفته، بخود نمائی میپردازند و با ساختار روانی بالغ در تضاد قرار میگیرند. از این به بعد سرکوب دائم این ایده ها بعلت تضادی که با ساختار روانی بالغ دارد ضرورت پیدا میکند. به این ترتیب بوجود آمدن پسیکو نروز مزمن با محتویات نارس جنسی، از واپس زدن «بی ضرر» تحریکات جنسی آغاز میگردد. مشاهدات

بالینی مؤید این بود که مشکلات و موانعی که در زندگی جنسی شخص ایجاد میشود باعث انسداد نیروی جنسی گشته و این انسداد و جمع شدن انرژی بنوبه خود عقده ها و اضطرابات جنسی کودکی را تشدید مینماید. این حالت در سنین پس از بلوغ باعث به وجود آمدن نروز میگردد. این چکیده مطالبی بود که فروید به عنوان مکانیسمهای روانی طفولیت و پس رفت و سیر قهقرائی ناسالم عرضه کرده بود. در همه بیماران این مکانیسم نمایان بود.

سئوال بعدی این بود که آیا سرکوب خواستها و هیجانات جنسی و طرد خواستهای جنسی که در آغاز این بیماری مزمن بوجود میآمد، عملی عادی و سالم است یا ناسالم؟ کسی در این مورد صحبت نمیکرد. بنظر میرسید که واپس زدن خواستها و علائق جنسی یک دختر با تربیت طبقه متوسط چیزی است طبیعی و باید همانطور هم باشد. خود من نیز همین عقیده را داشتم. به عبارتی در آنوقت حتی فکر این موضوع نیز به مخیله ام راه نیافته بود. اگر به علت ازدواجی ناهنجار زنی جوان و با شوق به زندگی دچار «نروز اولیه» (Stasis Neurosis)، مثلاً دچار طپش قلب عصبی و اضطراب میشد، کسی به این فکر نمی افتاد که علت ناخشنودی جنسی و وازدن احساسات جنسی را، با وجود داشتن شوهر، از او سئوال کند. با گذشت زمان ممکن بود او دچار هیستری و یا نروز اضطرار* و وسواس گردد. در این حالت، علت اولیه نروز، سرکوب احتیاجات جنسی بود ولی نیروی محرک تداوم علائم بیماری از انرژی سرکوب شده جنسی مایه میگرفت.

این نقطهٔ عطفی برای حل بسیاری از مسائل بود. ولی هنوز موانع و مشکلات زیادی در راه حل این مسائل وجود داشت. تا هفت سال تصور میکردم که کار من کاملاً مطابق مکتب فروید و همگام با آن است. هیچکس پیش بینی نمیکرد که این

* Compulsion Neurosis

سلسله سئوالات سرآغاز برخوردی مرگبار بین دو نظریه مخالف باشد.

پ_ توانائی اورگاستیک "Orgastic Potency"

درمان نشدن بیماری پیشخدمت سابق الذکر فرمول درمانی فروید را مورد سئوال قرار داد. در حالیکه دانشجوی درمان شده بطور وضوح مکانیسم درمان را تأیید می نمود. برای مدتی سعی میکردم که این دو حالت مخالف را وفق دهم. در کتاب «تاریخ جنبش روانکاوی» فروید داستانی نقل میکند که شارکوت برای رفیقش شرح میداد و او آنرا استراق سمع کرده بود. شارکوت* از زن جوانی صحبت میکرد که از علائم شدید بیماری نروز رنج میبرد. شوهر او از لحاظ جنسی ناتوان و یا در عمل مقاربت خام و ناهنجار بود. وقتی شارکوت متوجه میشود که همکارش رابطه ای بین علائم بیماری و نارضایتی جنسی زن جوان را در نمی یابد با ناراحتی فریاد میزند: «درچنین حالاتی همواره موضوع اصلی جنسی و تناسلی است، میدانم». فروید مینویسد برای یک لحظه من از حیرانی و سردرگمی مبهوت بودم و به خود گفتم اگر او این را میداند پس چرا هرگز در این مورد لب نمی گشاید؟

یک سال بعد شارباک (پزشک وینی) بیماری را برای فروید فرستاد. او از اضطرابی حاد رنج میبرد. پس از هجده سال ازدواج با مردی که از نظر جنسی ناتوان بود هنوز باکره مانده بود. شارباک نوشته ای به این مضمون برای فروید ارسال داشته بود:«ما بسیار خوب میدانیم که داروی درمانی برای این بیماری چیست ولی قادر به تجویز این دارو نیستیم. داروی او این است:"Rx: Penis Normalis"

---

* شارکوت: (Jean Martin Charcot، ۱۹۳۳_۱۸۲۰) پزشک فرانسوی متخصص اعصاب و اولین پزشک در قرن اخیر است که سعی در درک و درمان بیماریهای روانی با برخوردی علمی نمود.

"Dosim Repetetur"، به عبارت دیگر بیمار هیستریک به علت فقدان رضایت جنسی تناسلی به ورطه بیماری سقوط میکند.* این فروید را در طریق کشف علت جنسی هیستری قرار داد ولی او از قبول نتایج کامل سخن شارکوت سر باز زد. عقیده من هرچند به ظاهر پیش پا افتاده بنظر میاید، این است که هر فردی که دست کم بخشی از طبیعت خود را حفظ کرده باشد میداند که بیماران عصبی نروز فقط به علت فقدان رضایت کامل و مکرر جنسی به ورطهٔ بیماری سقوط میکنند. به جای بررسی و اثبات این موضوع، سالها خود را در پیچ و خم تئوریهای روانکاوی گرفتار کردم که باعث گمراهی من میگشت.

اکثر تئوریهایی که توسط روانکاوان پس از تألیف کتاب «ایگو و اید»** فروید پیش کشیده شده تنها دارای یک وظیفه بوده، و آن بی اثر کردن سخن شارکوت است. در این مورد همواره مسئله جنسی نادیده گرفته میشد و میشود. این پدیده که اندامهای جنسی انسان بطور طبیعی و عادی عمل نمیکنند و نتیجتاً نارضائی جنسی را در زن و مرد باعث میگردند و بنوبه خود منتهی به رنج و عذاب روانی میشوند و حتی گاهی سبب به وجود آمدن سرطان نیز میشوند بسیار ساده است، آنگونه که از فرط سادگی قابل فهم نیست. ببینیم آیا این سخن اغراق آمیز است؟

تجربیات پزشکی من چه در مطب خصوصی، چه در کلینیک روانکاوی و چه در کلینیک اعصاب و روان، پدیده های زیر را مکرراً ثابت کرده است:

— شدت هرنوع بیماری روانی مستقیماً مربوط به درجه وخامت و ناهنجاری روابط تناسلی است.

— دورنمای بهبودی و درجه موفقیت و شفای بیمار، مستقیماً مربوط به امکان برقراری رضایت کامل تناسلی است.

---

* زن کز بر مرد بی رضا برخیزد بس فتنه و جنگ از آن سرا برخیزد

«سعدی»

** کتاب ایگو و اید، نوشتهٔ فروید. رجوع کنید به پاورقی صفحهٔ ۷۲

ـ از هر صد بیمار زنی که من در طول سالهای طبابت معاینه و معالجه کردم، حتی یک نفر از نارسائی اورگاسم واژنی* مستثنی نبود. حدود شصت یا هفتاد درصد مردها نیز دارای نارسائیهای شدید تناسلی بودند. آنها یا قادر به نعوظ آلت تناسلی در هنگام عمل مقاربت نبودند و یا از انزال زودرس (Premature Ejaculation) رنج میبردند. عدم توانائی بهره مندی از طبیعی ترین کارها، علامت بیماری ای بود که همواره در زنها وجود داشت و در مردها نیز اکثراً دیده میشد. در آن موقع من به ۳۰ یا ۴۰ درصد مردهائی که ظاهراً از نظر جنسی سالم ولی دارای ناهنجاری روانی بودند اهمیتی نمیدادم. این بی توجهی معلول طرز فکر روانکاوان آن زمان بود که ناتوانی جنسی و سرد مزاجی را فقط یکی از علائم بی شمار بیماری میدانستند.

در نوامبر ۱۹۲۲ در مجمع روانکاوان وین مقاله ای در مورد تحدیدات حافظه در روانکاوی عرضه کردم که با تشویق حاضران روبرو گشت، زیرا که همه روانکاوان از بکار بستن قوانین اساسی روانکاوی که بیماران از پیروی آنها سرپیچی میکردند بستوه آمده و از ناتوانی بیماران در تداعی خاطره های لازم معذب بودند. در مورد روانکاوان متوسط الحال، یادآوری از صحنه اولیه (نخستین رویداد آسیب زا) "Primal Scene"** موضوع مهمی نبود بلکه چیزی دل بخواه و اختیاری بود.

تأکید من بر این بود که در نظریهٔ فروید مبنی بر اهمیت نخستین رویداد آسیب زای کودکی در طول سنین یک سالگی تا چهار سالگی شکی نمیتوان کرد. موضوع مهم این بود که چگونه میتوان این نخستین رویداد را که در ناخودآگاه بیمار مدفون است دوباره احیاء نمود.

---

* در مورد اورگاسم واژنی رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۱۱۹

** صحنهٔ اولیه: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۱۰۳

در ژانویه ۱۹۲۳ تاریخچه بیماری شخصی را ارائه کردم که به تیک روانی* "Psychogenic Tic" مبتلا بود. بیمار زن مسنی بود که از تیک دیافراگم زجر میبرد. هنگامیکه بیمار قادر به استمناء گشت، این عارضه تخفیف یافت. مقاله من مورد تشویق حاضرین واقع شد.

در اکتبر ۱۹۲۳ در مورد درون نگری "Introspection" در بیماری شیزوفرنی مقاله ای در مجمع روانکاوان قرائت کردم. زن بیماری را معالجه میکردم که به شیزوفرنی مبتلا بود. او تصور میکرد که مورد تعقیب و زجر و آزار قرار گرفته. او برداشتهای «تاسک» را مبنی بر تأثیر دستگاه تناسلی تأئید میکرد.

در ۲۸ نوامبر ۱۹۲۳ پس از سه سال بررسی، اولین مقاله اساسی و مهم خود را دربارهٔ موضوع «مسائل تناسلی از نقطه نظر نتیجه و سیر بیماری و درمان از طریق روانکاوی» در مجمع روانکاوان قرائت کردم. در حین قرائت این مقاله حالتی سرد بر حاضرین حکمفرما بود. این سردی اندک اندک شدت یافت. من سخنرانی فصیح بودم و همواره حاضرین با شوق و ذوق به سخنان گوش میدادند. پس از پایان مقاله سکوتی مطلق در اطاق حکمفرما شد. بحث در مورد مقاله پس از مدت کوتاهی استراحت آغاز گردید. نظر من مبنی بر اینکه ناهنجاری تناسلی "Genital Disturbance" علامتی مهم و حتی مهمترین علامت نروز است نادرست تلقی شد. همچنین درمورد نظر من دالّ بر اینکه این علامت تعیین کننده نتیجه بیماری و نتایج درمانی آن است نادرست قلمداد شد. دو نفر از روانکاوان ابراز داشتند که بیماران متعددی را میشناسند که از «زندگی بسیار سالم مقاربتی و جنسی» برخوردارند. از طرز صحبت آنها حدس زدم که آنها هیجانی متفاوت از حالت خوددار معمول روانکاوان داشتند. در این مباحثه من در وضع نامساعدی قرار داشتم

* تیک (Tic) حرکاتی سریع و کوتاه مدت و بی اختیار و بی منظور هستند که در قسمتی محدود از بدن اتفاق میافتند.

زیرا مجبور به اقرار این واقعیت بودم که تعداد بسیاری از بیماران مرد ظاهراً عارضه ناتوانی و یا عوارض دیگر مقاربتی و جنسی نداشتند. از طرف دیگر در بیماران زن وضع چنین نبود. من به دنبال منبع انرژی بیماری نروز و یا هسته «بدنی»* آن بودم. این هسته لزوماً باید انرژی مسدود شده و ذخیره شدهٔ جنسی باشد. ولی من نمیتوانستم علت این انسداد و تراکم انرژی را در حالیکه توانائی جنسی برقرار بود توضیح دهم. دو نظریه اصلی روانکاوی مرا به گمراهی کشانده بود. هرگاه شخصی میتوانست عمل مقاربت و مجامعت را انجام دهد از نظر جنسی توانا محسوب میشد و هرگاه میتوانست عمل جنسی مقاربت را چندین بار در طول یک شب انجام دهد او را بسیار توانا میدانستند. شیرین ترین صحبت ها بین مردها از هر طبقه آنان بدور این موضوع می چرخید که کدام یکی از آنان قادر است به دفعات بیشتری در طول یک شب با زنی مجامعت کند. روانکاو روحیم (Roheim) حتی تا جائی پیش رفت که تعریف توانائی جنسی مرد را در مقاربت با زن به نحوی که باعث التهاب فرج زن شود توصیف کرد.

نظریهٔ گمراه کنندهٔ دیگر نظریهٔ «انگیزه های گسیخته شده» (Partial Impulses) بود. طبق این نظریه انگیزه ای مثل علاقه به مکیدن پستان مادر ممکن بود به طور مجزا مسدود گردد. به این طریق میشد عوارض عصبی را در بیمارانی که از نظر مقاربتی توانا بودند توجیه نمود. این نظریه مطابق بود با ایده تفکیک ناحیه های شهوانی از یکدیگر به اینصورت که ناحیه های شهوانی را مستقل از یکدیگر میدانستند.

علاوه بر این، روانکاوان اصرار مرا در مورد اینکه حتی یک زن بیمار پیدا نمیشود که قادر به اورگاسم و ارضاء کامل مقاربتی باشد مردود دانستند. زن وقتی قادر به اورگاسم کلیتوری بود او را از نظر مقاربتی سالم میدانستند. در آن

* Somatic

موقع افتراق بین اورگاسم کلیتوری و اورگاسم واژنی زن ناشناخته بود.* بطور خلاصه هیچ کس ایده ای از عملکرد و هدف طبیعی اورگاسم نداشت. موضوع مشکوک سلامت تعداد کمی از مردها، نظریه مرا در مورد اهمیت روابط جنسی تناسلی مقاربتی در بیماریهای روانی بی اعتبار می ساخت زیرا روشن بود که اگر فرض من مبنی بر اینکه «اختلال تناسلی» تشکیل دهندهٔ منبع انرژی بیماری نروز است صحیح می بود، پس نتیجتاً بایستی حتی یک نمونه از بیماری نروز بدون اختلال تناسلی و مقاربتی یافت نمیشد.

روش کار من در این مورد همانند موارد دیگر تحقیقات علمی بود. فرضیه ای که عنوان میکردم استقرائی از سلسله مشاهدات کلینیکی بود. ابهاماتی در این فرضیه پیدا میگشت و ایراداتی بر آن وارد میشد. مخالفین بندرت یک چنین شکاف هائی را ندیده میگیرند. آنها بر اساس این کمبودها سعی میکنند کل فرضیه را مردود بشمارند. دوتیل (Duteil) یکبار گفته بود «قضاوت علمی با بی غرضی متعلق به این دنیا نیست، در واقع وجود یک چنین چیزی قابل تردید است». امید زیادی به همکاری غیرمغرضانه در مسائل موجود نیست. دقیقاً اعتراضات اساسی منقدین بود که مرا در فائق شدن بر مشکلات راسخ تر کرد. هرچند که دستیابی به این صلابت منظور اصلی منقدین نبود. این اعتراض که تعداد زیادی از بیماران روانی از نظر جنسی و تناسلی سالم اند مرا به شناخت و تشریح هرچه بیشتر و دقیقتر «سلامتی جنسی» وادار نمود. باور کردنی بنظر نمی

* اختلاف نظر در مورد اورگاسم کلیتوری و واژنی هنوز ادامه دارد. ماستر و جانسون (Masters and Johnson) که بزرگترین محقیقن سالهای اخیر در مورد روابط جنسی میباشند، معتقدند که فرقی بین اورگاسم کلیتوری و واژنی وجود ندارد. معهذا بنظر میرسد که صحیح ترین عقاید در این مورد عقیده زنی است که هر دو نوع اورگاسم را تجربه کرده باشد. بدون شک او در مورد فرق این دو نوع احساس پافشاری خواهد نمود. (پاورقی از خانم ماری هیگنز، نایب مؤسسهٔ ویلهلم رایش).

آید معهذا حقیقت این است که در روانکاوی، تحلیل دقیق رفتار مقاربتی و تناسلی که عمیقتر از اظهار «من با فلان زن یا مرد خوابیدم» اکیداً ممنوع شده بود. دو سال کار و تجربه مرا قادر به رهائی از قید و بندهائی نمود که اثری بازدارنده داشت. من توانستم این موضوع را درک کنم که مردم «گائیدن» را با پذیرش عشق و همآغوشی عوضی گرفته اند.

هر چقدر بیماران رفتار جنسی خود را دقیقتر توضیح میدادند، اعتقاد من بر اینکه همه بیماران بدون استثناء از نظر جنسی مغشوش و ناتوانند راسخ تر میشد. مغشوش ترین بیماران مردانی بودند که علاقمند به گزاف گوئی و لاف زدن در مورد مردانگی خود بودند. مردانی که یا دارای روابطی متعدد بودند و یا در پی تصرف زنان بیشتری بودند، مردانی که به دفعات زیاد در یک شب میتوانستند «جماع کنند». بسیار واضح بود که هرچند آنها از نظر نعوظ آلت تناسلی بسیار توانا بودند، این اشخاص در هنگام انزال یا لذت بسیار کمی میبردند و یا احساس کاملاً برعکس مثل احساس انزجار و ناخوشایند داشتند. تحلیل فانتزیهای این اشخاص در هنگام عمل جنسی نمایانگر این بود که مردها معمولاً تخیلاتی «سادیسمی» و یا خودخواهانه داشتند و زنان معمولا احساس ترس و شرم مینمودند و یا خود را مرد تصور میکردند. برای مردان ظاهراً توانا، نزدیکی جنسی به مفهوم سوراخ کردن، غلبه کردن و تصرف زن بود. یک چنین مردانی فقط میخواستند توانائی خود را ثابت کنند و یا برای توانائی نعوظ آلت تناسلی ستایش شوند. این توانائی را میتوان بسادگی با کشف انگیزه های آن بی ارزش دانست. اختلالات شدید انزال و نعوظ در زیر پوشش این نوع توانائی کاذب کتمان شده بود. در هیچیک از این حالتها نشانه ای از رفتار غیر ارادی و خود به خودی و یا ازدست دادن موقتی هشیاری در حین عمل مقاربت دیده نمیشد. بتدریج، قدم به قدم و کورمال کورمال پیش رفتم. به خصوصیات ناتوانی اورگاسم واقف شدم. یک دهه طول کشید تا این اختلال را بطور کامل شناخته، شرح داده و به تکنیک علاج و درمان آن دست یافتم.

ناتوانی اورگاسم (Orgastic Impotency) همواره در خط مقدم تحقیقات اکونومی جنسی قرار داشته و همه جزئیات آن هنوز بطور کامل شناخته نشده است. نقش آن در اکونومی جنسی همطراز نقش عقده اودیپ* در روانکاوی است. کسی که به مفهوم و معنی دقیق آن نا آشنا باشد نمیتواند مدعی تخصص در این رشته باشد. یک چنین شخصی واقعاً هیچوقت قادر به فهم تقسیم بندی اکونومی جنسی و منشعبات آن نخواهد بود. او نه فرق سلامتی و ناخوشی، نه مفهوم اضطراب و لذت، نه رابطهٔ بیمارگون والدین و فرزندان و نه بدبختی رقّت بار زناشوئی را خواهد فهمید. او حتی ممکن است در برقراری رفرمهای جنسی نیز بکوشد ولی هرگز نمیتواند اساس بیماری جنسی را تغییر دهد. او شاید تحقیقات در مورد بایون (Bion)** را تحسین کند و حتی آنرا تقلید نماید، ولی هرگز قادر به انجام آزمایشات و تحقیقات واقعی در رشته اکونومی جنسی نخواهد بود. او هرگز حالت خلسهٔ فرقه های مذهبی را نخواهد فهمید و به حالت دور از عقل فاشیسم پی نخواهد برد. او الزاماً به تضادهای بین طبیعت و تربیت، غریزه و اخلاق، سکسوالیته و موفقیت خواهید چسبید. او قادر به حل واقعی حتی یک مسئله تعلیمی و تربیتی نخواهد بود. او هرگز ارتباط نوین بین پروسه جنسی و پروسهٔ زندگی را درک نخواهد کرد و بالنتیجه تئوری سرطان بر مبنی تئوری اکونومی جنسی را نیز نخواهد فهمید. او بیماری را بجای سلامت، و سلامت را بجای بیماری خواهد انگاشت. او به بیراهه ای خواهد رفت که آرزو و ترس انسان از شادی را تعبیری غلط میکند. خلاصه اینکه او هرگز آن متخصص اکونومی جنسی ای نخواهد بود که میداند انسان تنها نوع جانوری است که عمل طبیعی جنسی خود را ویران کرده و مرض او نتیجهٔ این ویرانی است.

---

* عقدهٔ اودیپ: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۴۴

** بایون: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۱۵

من میخواهم به جای معرفی سیستماتیک تئوری اورگاسم چگونگی تکوین آنرا از ابتدا شرح دهم. درک تئوری اورگاسم از طریق منطق تکوین آن برای خواننده سهل تر خواهد بود و او متوجه خواهد شد که این تئوری ساخته و پرداختهٔ خیال پردازی نیست و روابط آن نمیتواند اختراع من باشد.

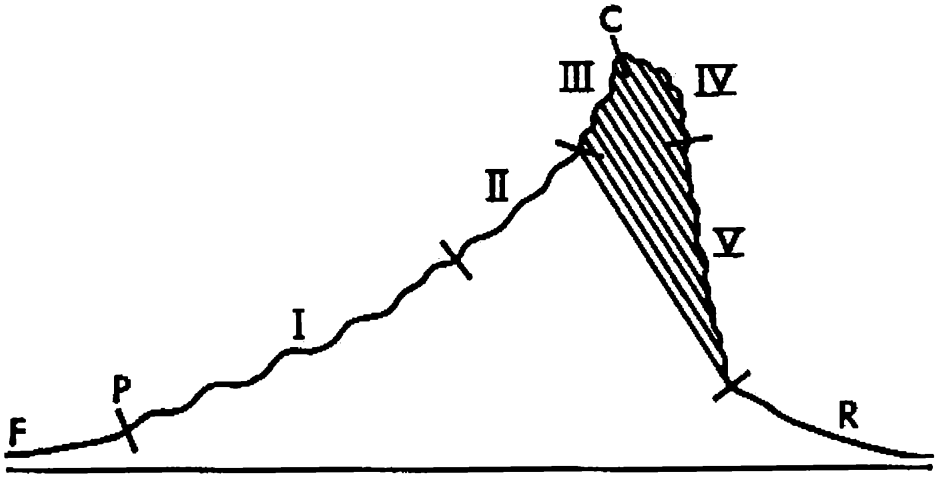
قبل از سال ۱۹۲۳، سالی که تئوری اورگاسم پا به رشد گذاشت، توانائی جنسی در روانکاوی و علم روابط جنسی فقط با توانائی نعوظ آلت تناسلی و توانائی انزال برآورد میشد. تعریف و برداشت از توانائی جنسی بدون شمول اجزاء دیگر آن مثل وظیفه و کار و تقسیم و حرکت انرژی و خاطره های آن معنی و مفهومی ندارد. توانائی نعوظ و انزال را فقط میتوان شرط لازم آن دانست. توانائی جنسی "Orgastic Potency" توانائی تسلیم بی دغدغه به جریان نیروی بیولوژیکی است که بطور آزاد و عاری از هر مانعی صورت میگیرد و قابلیت آزاد کردن کامل انرژی مسدود شده جنسی را از طریق تشنجات غیر ارادی و لذت بخش بدن دارد. حتی یک شخص مبتلا به نروز از نظر جنسی توانا نیست و ساختار شخصیت اکثریت قریب به اتفاق مردان و زنان عاری از نروز نمیباشد.

در عمل جنسی عاری از اضطراب و عاری از ناخوشی و فانتزی، شدت لذت در هنگام اورگاسم به مقدار تانسیون و تحریک جنسی که در ناحیهٔ اندامهای مقاربتی متمرکز شده مربوط است. هرچه تحریک شدیدتر و اُفت آن تندتر باشد لذت نیز شدیدتر است. شرح زیر از عمل مقاربت رضایت بخش، مشروح رفتار و مراحل مختلف مقاربت طبیعی است. در این مشروح از تقریر قسمتهای ابتدای مقاربت که مربوط به احتیاجات شخصی و فردی است و دارای نقش همگانی نیست صرفنظر کرده ام. همچنین باید در نظر داشته باشیم که فرایند بیوالکتریکی اورگاسم در مشروح زیر تجزیه و تحلیل نشده است و نتیجتاً شرحی ناقص است.

i- فاز کنترل ارادی هیجان (Phase of voluntary control of excitation)

۱ـ نعوظ آلت تناسلی که بطور طبیعی انجام گیرد برخلاف نعوظ آن در بیماری پریاپیسم (Priapism) و اسپاسم دیواره رحم یا اِسپاسم مجرای اسپرم دردناک نیست و لذت بخش و خوشایند است. آلت تناسلی مرد برخلاف مواردی که پس از امساک طولانی و انزال زودرس پیش میآید، بیش از حد تحریک نمیگردد. در زنان جریان خون در فرج شدت یافته و فرج بعلت ترشح غدد دیوارهٔ واژن (Genital Glands) نمناک میگردد. در حالتهائی که اختلال عمل تناسلی دربین نمیباشد، ترشحات دارای ترکیب شیمیائی مخصوص اند که این خواص در حالت مختل شده جنسی تغییر مییابد. از خواص مهم توانائی اورگاسم در مرد انگیزه و احساس احتیاج به داخل کردن است. نعوظ آلت بدون داشتن این احساس در مردانی که دارای شخصیت خود شیفته (Narcissism) و یا دارای شهوتی تسکین ناپذیرند دیده میشود.

نمودار زیر نمایانگر مراحل مختلف عمل مقاربت جنسی در زن و مردی است که از نظر اورگاسم توانا هستند.



F: دورهٔ لذت قبل از دخول (۱ و ۲)، P: دخول آلت تناسلی مرد در واژن (۳)، I: فاز کنترل ارادی لذت و هیجان که طولانی شدن آن در این مرحله بی ضرر است (۴ و ۵)،II: فاز انقباضات غیر ارادی عضلات و ازدیاد هیجان خودکار (اتونومیک) (۶)، III: اوج سریع و ناگهانی به نقطه نهائی لذت (C) (۷)، IV: اورگاسم (انزال) (۸). قسمت مخطط نمایانگر انقباضات و تشنجات غیر ارادی بدن است. V: افت سیر هیجان ، احساس آرامش و لذت (R) (۹ و ۱۰). مدت زمان این عمل بین ۵ تا ۲۰ دقیقه است.

۲- مرد و زن نسبت به یکدیگر مهربان، ملایم و دلسوز بوده و انگیزه های خصمانه بین آنان وجود ندارد. ملایمت و مهربانی در حالتهای سالم بطور طبیعی و خود بخودی وجود دارد، برخلاف حالت ناسالم که مهربانی و ملایمت مصنوعی، مخفی کنندهٔ حالت خصمانه و سادیسمی است. آنچه در زیر میآید انحرافات از رفتار طبیعی است: خشونت که در انگیزه های سادیسمی ریشه دارد و در بعضی مردها که از نظر نعوظ آلت تناسلی توانا ولی مبتلا به بیماری نروز اضطرار و وسواس هستند و همچنین در اشخاصی که شخصیتی غیرفعال، وامانده و بی اراده دارند دیده میشود. این حالتی منحرف و بیمارگون است. این افراد فاقد مهربانی و ملایمت طبیعی هستند. بطور طبیعی و عادی رفتار و اعمال زن فرقی با رفتار و اعمال مرد ندارد. حالت متداول بی علاقگی و خودداری زنان، حالت بیمارگونه است که معمولا نتیجهٔ فانتزی مازوشیستی و فانتزی تجاوز به عنف میباشد.

۳- هیجان خوشایندی که در حد ثابتی در هنگام عشق ورزی قبل از عمل تداخل بوجود میآید ناگهان با عمل تداخل ازدیاد مییابد. احساس بدرون کشیدن در زن متناسب است با احساس کشیده شدن بدرون در مرد.

۴- احساس احتیاج به داخل کردن هرچه عمیقتر آلت تناسلی در مردها مرتباً زیاد میگردد ولی حالت سادیسمی مانند احساس سوراخ کردن و یا پاره کردن مانند حالتهای شخصیت نروز اضطرار (Compulsive Neurotic Character) بخود نمیگیرد. از طریق اصطکاک و حرکات تدریجی متقابل و غیر ارادی و بی جد و جهد، تحریک در ناحیهٔ سطح و سر آلت تناسلی مرد و قسمت خلفی غشاء آلت تناسلی زن (واژن) متمرکز میگردد. احساس مخصوصی که حدوث قریب الوقوع انزال را خبر میدهد برعکس حالت انزال زودرس، هنوز پدید نیامده و شدت تحریک در کل بدن در مقایسه با اندام مقاربتی کمتر است. خودآگاه شخص درجهت هماهنگی و ادغام جریانات لذت‌بخش متمرکز است. ایگو* فعالانه

* ایگو: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۸۸

در جهت کشف همه طریقه های ممکنه برای بالابردن هرچه بیشتر لذت و تانسیون قبل از رسیدن به انزال میکوشد. عمد و قصد آگاهانه مسلماً نقشی در این فرایند ندارد. همهٔ اینها بطور خودبخودی و بی اختیار و طبق تجربه های مخصوص هرکس در ابتدای عشقبازی و سپس از طریق حرکات و حالت و ریتمهای مختلف و ماهیت اصطکاک که برای هر شخص متفاوت است شکل میگیرد. برای توانا ترین مرد و زن، اصطکاک هرچه آهسته تر و آرام تر و حرکات هرچه هماهنگ تر باشد احساس لذت شدیدتر است. لازمه این حالت، داشتن درجه والای وابستگی و پیوستگی زن و مرد است. شکل بیمارگونه و متقارن با حالت فوق هنگامی است که شخص احساس احتیاج به اصطکاک خشن و سخت بنماید. این حالت مخصوصاً در شخصیتهای سادیستی و اضطراری که از بی حسی آلت تناسلی و ناتوانی انزال زجر میبرند دیده میشود. مثال دیگر، حالت عصبی و تعجیلی است که در انزال زودرس (Premature Ejaculation) وجود دارد. مرد و زنی که از نظر اورگاسم توانا هستند در ضمن عمل مقاربت حرف نمیزنند و نمی خندند مگر برای رد و بدل کردن چند کلمه محبت آمیز و نوازش. صحبت کردن و خندیدن در ضمن عمل مقاربت نمایانگر اختلال شدید در قابلیت تسلیم است. توانائی تسلیم اولین شرط لازم برای غرق شدن در کوران احساسات لذت بخش است. مردانی که تسلیم شدن را صفتی زنانه میپندارند دارای اختلالات شدید اورگاسم هستند.

۵- در این مرحله درنگ و تأمل در اصطکاک، بدون تقلا و کوشش و بخودی خود لذت بخش است زیرا به این طریق عمل مقاربت طولانی تر میگردد. برخلاف موارد بیمارگون، در حین این درنگ، شدت تحریک اندکی تخفیف مییابد ولی کاملاً خاموش نمیگردد. بیرون آوردن آلت از فرج پس از مکثی کوتاه نیز ناخوشایند نیست. با ادامهٔ اصطکاک، تحریک بطور منظم افزایش یافته و از حد قبلی بیشتر میگردد و هرچه بیشتر کل بدن را دربر میگیرد و بالاخره در نتیجهٔ افزایش ناگهانی تحریک به مرحلهٔ انقباضات غیر ارادی عضلانی تمام بدن خاتمه مییابد.

ii ـ مرحلهٔ انقباضات غیر ارادی عضلات

۶- در این مرحله کنترل ارادی تحریکات دیگر امکان پذیر نیست. این مرحله دارای خصوصیات زیر است:

الف- ازدیاد تحریک دیگر قابل کنترل نیست و تحریکات کل بدن را فرا گرفته و باعث ازدیاد نبض و عمیق شدن تنفس میگردند.

ب- تحریک بدنی بیشتر در ناحیهٔ اندام مقاربتی متمرکز شده بصورت احساس شیرین ذوب شدن از اندام مقاربتی به نواحی دیگر بدن منتشر میگردد.

پ- این تحریکات باعث انقباضات غیر ارادی عضلات اندامهای تناسلی و دیوارهٔ کف لگن خاصره شده و بصورت موجی احساس میشود. صعود موج همراه است با تداخل کامل و نزول موج با پس کشیدن آن. هرگاه این حرکات از حد معینی بگذرد انقباضات اسپاسمی باعث انزال میگردد. در زنان این حرکات با انقباض ماهیچه های صاف واژن همراه است.

ت- در این مرحله منع عمل مقاربت بطور کلی هم برای مرد و هم برای زن ناخوشایند است. اگر در این مرحله مانعی پدید آید، انقباضات ریتم دار عضلانی که باعث اورگاسم و انزال در مرد و اورگاسم در زن میباشند به انقباضات شدید اسپاسم تبدیل میگردند که با احساس ناخوشایند شدیدی همراه است و گاهی نیز درد ناحیهٔ کف لگن و دمبالچه را بهمراه دارد. در نتیجهٔ انقباض نامنظم، انزال بر عکس حالت ریتم دار و بی اختلال آن، زودتر از موقع صورت میگیرد.

طولانی کردن فاز اول عمل مقاربت (۱ تا ۵) تا حدی بی ضرر است و به بیشتر شدن لذت کمک میکند. از طرف دیگر مختل کردن و یا تغییر ارادی فاز دوم بعلت غیر ارادی بودن آن مضّر است.

۷- با تشدید و ازدیاد انقباضات غیر ارادی ماهیچه ها، تحریک بسرعت بیشتر شده و به حد اعلای آن میرسد (قسمت در نمودار) که معمولاً با اولین انقباض انزال در مرد همزمان است.

۸- در این مقطع، آگاهی و هوشیاری شخص کم و بیش مغشوش میگردد.

پس از مکث کوتاهی که انزال صورت میگیرد، اصطکاک بطور بی اختیار بیشتر شده و احساس تداخل با هر انقباض انزال بیشتر و شدیدتر میگردد. انتقباضات عضلات در زنان نیز مراحل مشابه مرد را طی میکند، و فقط تفاوت روانی بین آنان این است که زن سالم در حین اوج لذت و بلافاصله بعد از آن ادغام و ادخال کامل را میطلبد.

۹- تحریکات اورگاسم تمام بدن را فرا گرفته و باعث تشنجات شدید میگردد. مشاهدات عینی از طرف زنان و مردان سالم و همچنین تجزیه و تحلیل بعضی از ناهنجاری های اورگاسم نمایانگر آن است که آنچه را ما رفع فشار (تانسیون) مینامیم و آنرا بصورت تخلیه (دشارژ) و قوس نزول اورگاسم تجربه میکنیم در واقع نشر تحریکاتی است که برعکس حالت قبل از اورگاسم، اکنون از اندام تناسلی به سایر قسمتهای بدن منتشر میگردد. این حالت انتشار معکوس تحریکات، بصورت کم شدن تانسیون تجربه و احساس میشود.

بنابراین اوج هیجان جنسی و یا اورگاسم نقطهٔ برگشت تحریکات از اندام تناسلی به سایر قسمتهای بدن است. قبل از رسیدن به این نقطهٔ اوج، جهت جریان تحریکات از بدن به طرف اندام تناسلی ولی پس از نقطهٔ اوج، جهت این جریان معکوس شده و تحریکات از اندام تناسلی به سایر قسمتهای بدن نشر مییابد. برگشت کامل تحریکات از اندام تناسلی به سایر قسمتها باعث احساس رضایت میشود. این خود مبین دو موضوع است:

اول ـ برگشت جریان تحریک به کل بدن.

دوم ـ آسایش دستگاه تناسلی.

۱۰- قبل از برگشت به نقطهٔ خنثی (Neutral Point)، تحریکات به آهستگی و به آرامی کم شده، احساس راحتی و آسودگی خوشایندی جایگزین آن میشود. معمولاً شخص میخواهد بخوابد. احساسات شهوانی خاموش شده و احساس رضایت و بی نیازی همراه با احساسی لطیف و محبت آمیز نسبت به زوج ادامه مییابد که خود باعث ازدیاد حالت رضایت میشود.

در مقابل، اشخاصی که از نظر اورگاسم ناتوانند، احساس خستگی مفرط و احساس انزجار و بیزاری و بی تفاوتی و گاهی نیز احساس تنفر نسبت به زوج خود مینمایند. در بعضی از حالتهای ناسالم مثل شهوت تسکین ناپذیر مرد و یا زن، تحریکات جنسی فروکش نمیکند. بی خوابی یکی از خواص نارضائی جنسی است. ولی اگر شخص پس از عمل جنسی فوراً بخوابد نمیتوان نتیجه گرفت که لزوماً رضایت حاصل شده است.

اگر دو مرحلهٔ عمل جنسی را دوباره بررسی کنیم خواهیم دید که فاز اول با احساس لذت از طریق حسی و فاز دوم با احساس لذت از طریق حرکتی مشخص میگردد.

تشنجات غیر ارادی و تحلیل کامل تحریکات، مهمترین خصوصیت توانائی اورگاسم است. بخش مخطط نمودار نمایانگر تخلیه (دشارژ) غیر ارادی فشار و تنش است که مربوط به اعصاب خودکار میباشد. از بین رفتن ناکامل تحریکات گاهی شبیه تحلیل کامل آن جلوه گر میشود و تاکنون نیز آنرا آسایش واقعی میدانستند. تجربیات بالینی نمایانگر آن است که بعلت سرکوب گسترده و جهان گیر خواستهای جنسی، مرد و زن قابلیت تجربه تسلیم نهائی به حالت بی اختیار اورگاسم را ازدست داده اند. منظور من دقیقاً همین فاز نهائی هیجان است که سابقاً مشخص نبود و من آنرا توانائی اورگاسم نامیدم. توانائی اورگاسم شامل اساسی ترین و ابتدائی ترین عمل بیولوژیکی است که انسان در آن با همه موجودات زنده شریک است. توانائی تماس با طبیعت از این عملکرد و یا از آرزوی رسیدن به آن سرچشمه میگیرد.

مراحل تحریک و هیجان در زن دقیقاً شبیه به مراحل تحریک در مرد است. اورگاسم وقتی در هردو شدیدترین است که همزمان با یکدیگر واقع گردد. این حالت غالباً بین زن و مردی واقع میشود که قادرند احساسات خود را متمرکز به تنها زوج و یا زوجهٔ خود نمایند، و نیز قادر به برگرداندن این احساسات بطور متقابل هستند. قاعدهٔ کلی آنست که اگر رابطهٔ عشق ورزیدن توسط عوامل درونی

و یا برونی مختل نگردد، لااقل فانتزی های خودآگاه کاملاً مسکوت مانده و «ایگو» بکمال و تمام در احساسات لذت بخش جذب شده و در آن غرق میگردد. درچنین حالتی لااقل فانتزی های خودآگاه کاملاً مسکوت اند. درعین حال توانائی تمرکز احساسات به آزمون اورگاسم، علیرغم تضادهای ممکنه، از خصوصیات «توانائی اورگاسمی» است.

بسادگی نمیتوان دربارهٔ مسکوت ماندن فانتزی های ناخودآگاه نظر داد. برخی از شواهد دال برآنند که این فانتزی ها نیز مسکوت میباشند. فانتزی هائی که اجازهٔ خودنمائی بطور خودآگاه را ندارند، باعث کاهش شدت آزمون اورگاسم میگردند. لازم است بین دونوع فانتزی که با عمل مقاربت همراه است فرق نهیم. نوع اول فانتزی هائی است که با عمل مقاربت همگام هستند و نوع دوم فانتزی هائی که مخالف آن میباشند. اگر شخص لااقل بطور موقت، قادر به تمرکز همه علائق جنسی خود باشد، فانتزی های ناخودآگاه نیز دیگر زائد خواهند بود. اساساً ماهیت این فانتزی ها چنان است که با تجربه واقعی در تضاد اند. زیرا شخص وقتی فانتزی ای را در مخیله میپروراند که از تجربهٔ آن در زندگی واقعی محروم باشد. در عمل طبیعی عشق ورزی، انتقال* واقعی احساسات از «شیئ اولیه»** (Primal Object) به زوج یا زوجه ممکن است. شخص میتواند زوج خود را بعلت تشابه اساسی خصوصیتها جانشین موضوع فانتزی خود نماید. ولی اگر انتقال احساسات جنسی فقط بر اساس خواهشهای بیمارگونه برای وصول به شیئ اولیه باشد و شخص دارای قابلیت انتقال واقعی احساسات نباشد و وجه تشابهی نیز بین زوج یا زوجه و موضوع فانتزی موجود نباشد شکی نمیتوان کرد که احساسات

---

* Transference یا انتقال احساسات: در تئوری روانکاوی پدیدهٔ جابجائی (انتقال) احساسات و انتقال افکار و آرزوهای بیمار را به روانکار و یا به شخصی ثالث که در آن مقطع زمانی نمایانگر مهمترین فرد در زندگی اوست انتقال یا جابجائی (transference) مینامند.

** Primal Object یا شیئ اولیه به معنای اولین و مهمترین شخص در زندگی کودک است.

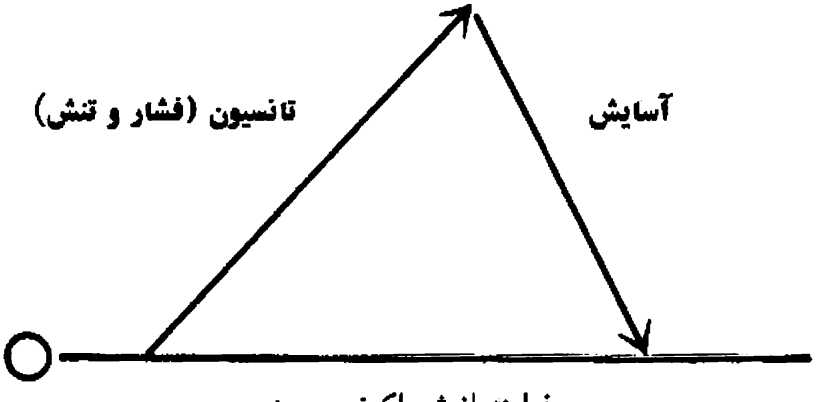
و روابط مصنوعی خواهند بود. درحالت اول، عمل مقاربت احساس یأس بدنبال ندارد ولی در حالت دوم، عمل مقاربت احساس یأس و ناامیدی بدنبال دارد. ما میتوانیم فرض کنیم که در این حالت تخیلات و فانتزی در حین عمل مقاربت ادامه داشته و در واقع این تخیلات و فانتزی برای زنده نگاه داشتن سرابی است که همواره شخص در آرزوی آن است. درحالت اولیه علاقه شخص به شیئ اولیه خاموش شده و نتیجتاً نیروی مولّد فانتزی آن نیز بتدریج تحلیل رفته و ناپدید میشود. شیئ اولیه سپس توسط جانشینی شریک جنسی و زوج یا زوجه دوباره متولد میشود. در انتقال واقعی احساسات، زیاده روی در تجلیل از زوج یا زوجه وجود ندارد بلکه خصوصیات مغایر با «شیئ اولیه» بدرستی و بطور عادلانه برآورده شده و تحمل میگردد. در انتقال مصنوعی و بیمارگون احساسات، طرفین در تجلیل و تمجید از یکدیگر زیاده روی میکنند و رابطهٔ خود را با یکدیگر کمال مطلوب جلوه میدهند در حالیکه رابطه آنها پر از خیالات فریبنده و سراب گون است. خصوصیات منفی ندیده گرفته شده و فانتزی کماکان ادامه مییابد زیرا اگر غیر از این باشد خیالات فریبنده که رابطه بر آن استوار است ناپدید خواهد شد و نتیجتاً رابطهٔ آنان نیز در هم خواهد ریخت.

شدت یافتن فانتزی در عمل مقاربت باعث کاهش لذت جنسی میشود. چگونگی تقلیل لذت جنسی طرفین به ماهیت اختلافات بوجود آمده در رابطه طولانی بین آنها نیز بستگی دارد. وقتی که شدت تثبیت* بر شیئ اولیه زیاد و توانایی شخص در برقراری انتقال واقعی احساسات کم باشد، کاهش لذت جنسی بطور سریع و بصورتی بیمارگون ظهور میکند. همچنین وقتی که انرژی زیادی برای فائق شدن بخصوصیات زوج یا زوجه که با خصوصیات شیئی اولیه مغایر است صرف گردد، لذت نیز شدیداً کاهش مییابد.

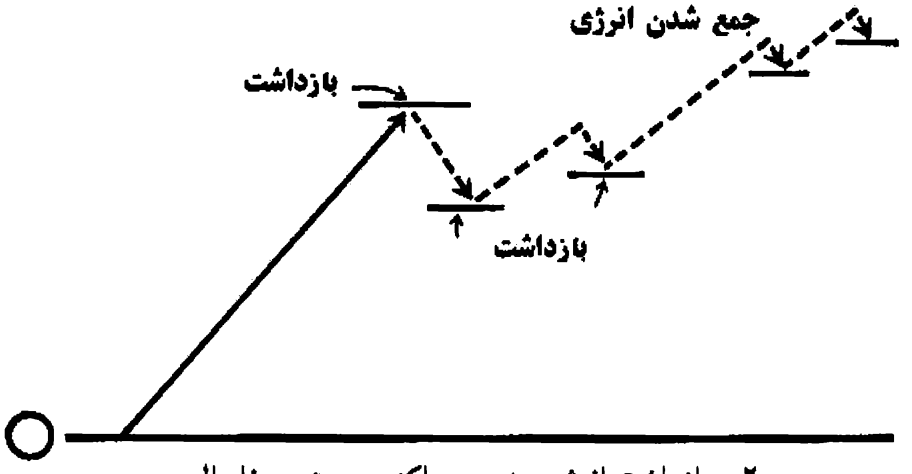
* تثبیت، Fixation: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۴۳

رکود جنسی ـ منبع انرژی نروز

از زمان اولین مشاهدات کلینیکی درسال ۱۹۲۰ متوجه اختلالات تناسلی بیماران شدم و با دقت به پژوهش پرداختم. در طول مدت دو سال، مشاهدات و دلائل کافی برای ارزیابی و نتیجه گیری اختلالات گرد آوردم: بر خلاف عقیدهٔ موجود، اختلال جنسی تناسلی تنها یکی از علائم بیماری نبوده بلکه علامت مشخصهٔ نروز است. در طول بررسی متوجه شدم که دلائل اندک اندک به یک نتیجه منجر میشود: نروز نتیجهٔ اختلال جنسی به مفهوم وسیع کلمه و آنگونه که مورد نظر فروید بود نمی باشد، بلکه نتیجهٔ اختلال عمل تناسلی و ناتوانی اورگاسمی است. اگر خواستهای جنسی را بار دیگر فقط به عنوان خواستهای جنسی تناسلی (Genital Sexuality) در نظر گیریم، به همان برداشت نادرست قبل از فروید بر میگردیم. در آنصورت موضوعهای جنسی فقط به آنچه مربوط به اندام تناسلی است اطلاق خواهد شد. در عوض با درک عمیق تر عمل تناسلی (Genital Function) در توانائی اورگاسمی و تعریف آن بصورت انرژی، بُعد دیگری را به تئوری روانکاوی سکسوالیته و انرژی لیبیدو در چهارچوب اصلی آن می افزائیم. واقعیات زیر نظریهٔ بالا را تأئید میکند.



فرایند انرژی اکونومی جنسی



۲- بازداشت انرژی جنسی ـ اکنومی جنسی ناسالم

۱- اگر منبع هر بیماری روانی انسداد هیجانات جنسی باشد این انسداد فقط از طریق اختلال توانائی اورگاسمی ظاهر خواهد شد. بنابراین ناتوانی جنسی و سرد مزاجی کلید درک بیماری نروز است.

۲- منبع انرژی علائم بیماری نروز از حاصل تفریق مقدار انرژی جنسی متراکم شده با مقدار انرژی تخلیه شده بدست میآید. هیجانات جنسی ارضاء نشده که همواره در ساختار روانی شخص مبتلا به نروز موجود است، عامل تمیز دهندهٔ ساختار روانی نروز از ساختار روانی سالم است.

۳- فرمول درمانی نروز فروید هرچند که صحیح است ولی کامل نیست. نخستین شرط لازم درمان، آگاهی بیمار به خواستهای جنسی مخفی و واپس زده خویش است. ولی این آگاهی به تنهائی لزوماً باعث درمان نمیگردد. آگاه کردن بیمار به خواستهای واپس زده ناخود آگاه جنسی هنگامی باعث بهبودی و درمان میگردد که همزمان با آن مرکز و منبع انرژی نروز نیز از بین برود. به عبارت دیگر این نوع درمان وقتی به نتیجه میرسد که آگاهی به خواستهای غریزی به برقراری توانائی اورگاسم منجر گردد. از این طریق شاخه های ناسالم انحرافات از منبع انرژی لازم محروم خواهند ماند و از بین خواهند رفت (اصل عدول انرژی).

۴- بنابراین شکی باقی نمی ماند که مهم ترین هدف روانکاوی برقراری رضایت و توانائی اورگاسمی و توانائی تخلیهٔ انرژی جنسی متراکم شده است.

۵- تحریک و تهییج جنسی، پروسه ای جسمی و بدنی است. تضادها و عقده های نروز دارای ماهیتی روانی اند. آنچه واقع میشود این است که تضادی کم اهمیت باعث بهم خوردن خفیف توازن انرژی جنسی میگردد. این رکودِ کمِ جنسی باعث تشدید تضادهای روانی میشود و تضاد نیز بنوبهٔ خود رکود جنسی را تشدید مینماید. بنابراین تضادهای روانی و رکود و تراکم هیجان جسمی و بدنی همدیگر را تشدید میکنند. اساسی ترین تضاد روانی، تضاد جنسی بین والدین و فرزندان است. این تضاد در هر حالت بیماری نروز نمایان است و بایگانی تاریخی موضوعاتی است که محتویات نروز از آن تغذیه میکند. هر فانتزی نروز را میتوان به تضادهای جنسی بین والدین و فرزندان ردیابی کرد ولی اگر این تضاد به علت رکود جنسی بطور دائم تقویت و تغذیه نگردد، باعث اختلال توازن روانی نخواهد شد. بنابراین رکود و تراکم هیجانات و تحریکات، عامل اصلی و همیشگی بیماری است. این انرژی راکد بدون افزودن چیزی به محتویات تضاد، به آن نیرو و انرژی میبخشد. وابستگی های ناسالم جنسی بین محارم هنگامی که رکود و تراکم انرژی در بین نباشد قدرت خود را از دست میدهند. این که عقده اودیپ* به عقده ای بیماری زا منجر شود یا نه به درجهٔ تخلیهٔ انرژی جنسی شخص مربوط است. بطور خلاصه نروز و پسیکو نروز در نقاطی با هم مشترکند و نمی توان این دو بیماری را جدا از هم دانست.

۶- فرایند جنسی ماقبل تناسلی (Pre-genital Sexuality)، (دهانی، مقعدی، عضلانی و غیره**) و طرز کار آن اساساً از طرز کار عمل جنسی تناسلی جدا است. اگر عمل جنسی ماقبل تناسلی حفظ شود، عمل جنسی تناسلی مختل خواهد

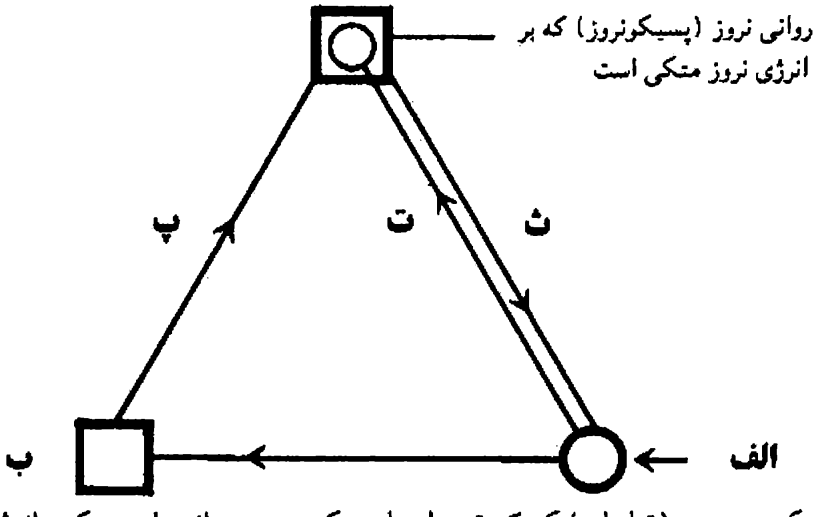
---

* عقدهٔ اودیپ: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۴۴

** رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۳۶

شد. این اختلال باعث برانگیختن فانتزی ها و اعمال ماقبل تناسلی میشود. فانتزی ها و اعمال جنسی ماقبل تناسلی که ما آنرا در بیماری نروز مشاهده می کنیم، و انحرافات جنسی ناشی از آن، نه تنها علت اختلال تناسلی است بلکه معلول آن نیز میباشند. این برداشتها درسال ۱۹۳۶ زمینهٔ تفکیک بین انگیزه های طبیعی و اولیه را با انگیزه های ثانوی فراهم نمود. درمورد تئوری غریزه و تئوری فرهنگ و تربیت، اساسی ترین رابطه بصورت زیر است: اختلال جنسی بطور کلی نتیجهٔ اختلال تناسلی و به بیان دیگر نتیجهٔ ناتوانی اورگاسمی است. مردم با مفهومی که من آنرا عمل جنسی تناسلی نامیده ام ناآشنا بودند، این برداشت با موضوعات جنسی آن وقت متفاوت بود. واژهٔ «تناسلی» در چهارچوب دانش اکونومی جنسی با مفهوم عوامانهٔ آن تفاوت دارد. همچنین کلمهٔ جنسی «سکسوآل» و «تناسلی» یکی نیست.

نمودار زیر نمایانگر رابطهٔ تضادهای روانی کودکی با انسداد جنسی است.



الف ـ سرکوب جنسی (تناسلی) کودک توسط جامعه که منجر به انسداد و رکود انرژی جنسی میشود (O).
ب ـ رکود و بازایستائی جنسی که منجر به تثبیت های روانی کودک به والدین میشود.
پ ـ فانتزی زنای با محارم.
ت ـ نیرویی که علائم روانی نروز (پسیکو نروز) را قوام می بخشد.
ث ـ علائم روانی نروز (پسیکو نروز) که بنوبهٔ خود باعث ادامهٔ رکود جنسی میگردد.

۷ـ مشکلات تئوری نروز نیز که فروید را بستوه آورده بود، با نظریات من بسادگی برطرف میشد. ناهنجاری های روانی فقط نمایانگر کیفیت است. علی ایحال بنظر میرسد که این ناهنجاریها همواره به عوامل کَمّی بستگی دارند و مبتنی بر انرژی همراه با تجارب و اعمال روانی هستند. فروید یک بار در مجمع خصوصی به ما هشدار داد که باید جانب احتیاط را نگه داریم و آمادهٔ روبروئی با رقبائی باشیم که درمان بدنی (Organotherapy) را برتر از درمان روانی میدانند. کسی از چگونگی این درمان خبری نداشت. فروید گفت که روانکاوی روزی بایستی براساس بدنی (اورگانیک) بنا گردد. این یک بینش اصیل فرویدی بود. وقتی فروید این نظر را بیان کرد برداشت من این بود که حل مسئلهٔ کمیّت نیز شامل حل مسئلهٔ درمان بدنی نروز است. دستیابی بر حل مسئلهٔ دوم تنها با فهم و ترکیب صحیح رکود و تراکم جنسی ممکن است. در آن زمان پژوهش در این باره را شروع کرده بودم. اولین نتیجهٔ این تحقیقات، ۵ سال قبل با دستیابی به اصول اساسی تکنیک تجزیه و تحلیل شخصیّت* حاصل گشت. در سالهای بین ۱۹۲۲ و ۱۹۲۶ تئوری اورگاسم بتدریج اثبات و ابرام شد و متعاقب آن روش تجزیه و تحلیل شخصیّت (آنالیز کاراکتر) توسعه یافت. موفقیت یا عدم موفقیت هر آزمایش و تجربه ای که بعداً حاصل شد دال بر صحت این تئوری بود. مسائلی که به کار من مربوط می گشت به سرعت نمایان و روشن شد. کار بالینی از یک جهت به سطح فعلی تحقیقات در اکونومی جنسی انجامید و از جهتی دیگر به تحلیل مبدأ و علت کتمان و سرکوب سکسوالیته پیش رفت.

از سال ۱۹۳۳ به بعد، شاخه بیولوژیکی اکونومی جنسی از اولین گروه سئوالات رشد نمود: تحقیقات در مورد بایون (Bion)، تحقیق در مورد سرطان و پدیدهٔ تشعشعات اورگون.** هفت سال پس از آن گروه دوم مسائل از یک سو به

* روش تجزیه و تحلیل شخصیّت: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۴۷

** بایون و تشعشعات اورگون: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۱۵

صورت جامعه شناسی جنسی (Sexual Sociology) و از سوی دیگر روانشناسی سیاسی پیشرفت کرد. تئوری اورگاسم، بخشهای روانشناسی، روان درمانی، فیزیولوژی و اجتماعی اکونومی جنسی را تعیین کرده است. من ادعا نمی کنم که چهارچوب اکونومی جنسی می تواند جانشین کلیه این رشته های تخصصی شود. ادعای من این است که این تئوری، تئوری علمی و طبیعی جنسی است که بر اساس آن میتوان همهٔ جنبه های زندگی انسان را دوباره حیات بخشید و آنرا بارور نمود. نتیجتاً این مسئولیت متوجه ماست که در همهٔ رشته‌های مربوطه، چهارچوب این تئوری را بطور روشن تعیین نمائیم. با درنظر گرفتن اینکه فرایند زندگی و فرایند

جنسی یکی است، لازم است که موارد کار برد اقتصاد جنسی را تشریح نمائیم. انرژی جنسی و وجیتیتیو (نباتی) در هر چیز زنده ای نمایان و فعال است. این سخن به علت سادگی و صحت آن سخنی خطرناک است. برای کاربرد صحیح آن مواظبت و مراقبت مداوم ضرورت دارد. پیروان یک نظریه غالباً برای راحتی خود تمایل به سهل انگاری دارند. آنان نتیجه کارهائی را که با سخت کوشی بدست آمده میگیرند و به سهل ترین طریق موجود که برای آنان مناسب است عمل میکنند. آنان کوشش برای یافتن کاربرد جدید و کشف دقایق آن نمی نمایند، به سستی میگرایند و انبوه مسائل نیز بدون روبروئی و مبارزه رها میشوند. من امیدوارم که در رهائی اکونومی جنسی از این سرنوشت موفق شوم.

فصل پنجم

توسعه روش تجزیه و تحلیل شخصیت (کاراکتر)

۱- مشکلات و تضادها

برای دست یابی به فانتزی های ناخودآگاه و تعبیر و تفسیر آن، روانکاوی از روش تداعی معانی و تسلسل افکار استفاده می نمود. ولی نتایج درمانی تعبیر افکار ناخودآگاه محدود بود. تعداد بیمارانی که قادر به تسلسل افکار و تداعی معانی بودند زیاد نبوده، بهبودی حاصله از این طریق را به راه گشائی انرژی تناسلی منسوب می نمودند. معمولاً این راه گشائی بطور اتفاقی و در نتیجهٔ سست شدن ساختار روانی توسط تسلسل افکار و تداعی معانی حاصل میشد. میدیدم که رها شدن انرژی تناسلی تأثیر درمانی عمیق دارد ولی نمی دانستم که چگونه این انرژی را کنترل کنم و درجهت دلخواه سوق دهم. واقعاً هرگز قادر نبودم به یقین بگویم که کدام فرایند در بیمار باعث جهش بسوی بهبودی و شکسته شدن موانع شده است. نتیجتاً لازم بود که تکنیک روانکاوی بدقت بررسی شود. در صفحات قبلی وضعیت یاس آور تکنیک را در آن موقع شرح دادم. در پائیز سال ۱۹۲۴ هنگامی که به ریاست سمینار تکنیک در وین برگزیده شدم، عقاید روشنی درمورد کارهائی که بایستی به انجام میرسید داشتم. فقدان گزارشهای منظم از بیماران تحت درمان بسیار محسوس بود. طرحی را برای ارائه منظم گزارشات پیشنهاد کردم. گزارشات، انبوه گیج کننده ای از تجربیات را در برداشت. از اینرو پیشنهاد کردم که فقط موضوعاتی که مربوط به تکنیک است ارائه گردد و مطالب دیگر در حین بحث مطرح شود. قبلاً رسم بر آن بود که گزارشات مبسوطی از تاریخچهٔ کودکی بیمار بدون ذکر مشکلات روانی حاضر داده میشد و

در خاتمه پیشنهاداتی غیرمنظم و مغشوش ارائه میگردید. من نکته مثبتی در این طرز تدریس نمی دیدم. اگر دانش روانکاوی، درمانی علمی و ناظر به رابطه علت و معلول بود، پس تکنیک مخصوص آن نیز باید از ساختار روانی بیمار نتیجه میشد و ساختار روانی نروز نیز مربوط به تثبیتهای انرژی لیبیدو* در کودکی است. همچنین مشاهده میشد که روانکاوان غالباً از مقابله با مقاومت** بیمار طفره می رفتند. بخشی از این طفره به علت عدم تشخیص مقاومت مریض بود و بخش دیگر مربوط به این طرز فکر بود که روبروئی با مقاومت بیمار باعث کندی درمان میگردد. به این جهت در سال اول سمینار فقط حالتهای مخصوص درمورد مقاومت بحث و گفتگو میشد. ابتدا مبهوت و درمانده بودیم ولی به سرعت به دانش ما افزوده شد.

مهمترین فایده سمینارهای سال اول این بود که روانکاوان متوجه شدند که فقط جنبه های مثبت انتقال احساسات*** بیمار را در نظر داشتند و غالباً جنبه های منفی آنرا نادیده می گرفتند. هرچند افتراق این دو مدتها قبل توسط فروید توضیح داده شده بود، روانکاوان تاب و تحمل شنیدن و بررسی، قبول و یا رد عقاید تنفر آمیز، خوارکننده و شرم آور بیمار را نسبت به خود نداشتند. کوتاه سخن اینکه روانکاوان به علت مسائل جنسی خود و ناآشنائی به پیچیدگی های طبیعت انسان از نظر شخصی و از نظر حرفه ای احساس عدم اعتماد میکردند.

همچنین این موضع بیش از پیش آشکار می گشت که تمایلات خصمانه و ناخودآگاه بیمار تشکیل دهندهٔ اساس نروز است. هر تفسیری از افکار ناخودآگاه بیماران به علت این خصومت پنهان، با مقاومت بیمار مواجه می گشت. از این

---

* انرژی لیبدو: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۳۶

** مقاومت: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۴۲

*** انتقال احساسات (Transference) رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۱۲۹

موضوع میشد نتیجه گرفت که مطالب ناخودآگاه نبایستی تفسیر شود مگر اینکه تمایلات خصمانه و خوارکنندهٔ بیمار آشکار شده و از بین برود. هرچند که این نتیجه گیری مطابق اصول شناخته شده روانکاوی بود ولی کاربرد آن محتاج به کسب تبحر بیشتری بود.

بحث درمورد مسائل عملی، بسیاری از عقاید و طرز برخوردهای نادرست روانکاوان را تصحیح می نمود. برای نمونه، «صبر و انتظار» که برحسب قرار می بایستی دارای معنی و مفهومی می بود معمولاً حالت درماندگی مطلق به خود می گرفت. ما معمولاً عادت بسیاری از روانکاوان را که بیماران خود را بعلت مقاومت به روانکاوی سرزنش می نمودند محکوم می کردیم. چرا که سعی در شناخت و درک مقاومت بیمار و برطرف کردن آن جزء لاینفک فرایند روانکاوی و کاملاً مطابق با اصول آن بود. در آن زمان روانکاوان را عادت بر این بود که هرگاه رکود در درمان به درازا می انجامید، تاریخ مشخصی را برای ختم روانکاوی تعیین می کردند. استدلالی که برای این عمل داشتند این بود که بیمار از قرار معلوم بایستی تصمیم خود را مبنی بر رها کردن مقاومت و بهبودی تا تاریخ معینی اتخاذ نماید. اگر او قادر به اتخاذ این تصمیم نمی شد پس او دارای مقاومتی غیرقابل نفوذ بود و علاقمند به بهبودی نبود. باید در نظر داشت که کلینیک بطور مداوم انتظارات زیادی درمورد مهارت حرفه ای از ما داشت. هیچ کس نیز ایده ای درمورد ریشه های فیزیولوژیکی مقاومت نداشت.

دستورالعملهای نادرستی نیز در کار بود که باید از میان برداشته میشد. خود من نیز برای مدت پنج سال مرتکب این اشتباهات شده و به علت این اشتباهات بعضی از بیماران را بدون حصول موفقیت تحت درمان قرار داده بودم. من دقیقاً این اشتباهات را میدانستم و قادر به شناخت آن در روانکاوان دیگر نیز بودم. یکی از این اشتباهات، بررسی نامنظم روانکاو از مطالب ارائه شده بیمار بود. این مطالب بهمان ترتیبی که ارائه میشدند بدون در نظر گرفتن عمق آن و یا

مقاومت وابسته به آن مورد تفسیر و تعبیر روانکاو قرار می گرفت. این خود مانع از شناخت واقعی ساختار روانی بیمار می گشت. این طرز برخورد وضعیتی درهم و برهم و مغشوش می آفرید. بیماران به آسانی و به سرعت درمی یافتند که روانکاو از نظر تئوری از آنان چه می خواهد و مطابق آن به تسلسل افکار و تداعی معانی می پرداختند. کوتاه سخن، آنان موضوعاتی را که خوش آیند روانکاو بود ارائه می کردند. اگر آنان افرادی حیله گر بودند، بطور نیمه آگاه روانکاو را به بیراهه و سرگردانی می کشاندند. مثلاً با ارائهٔ خوابهائی مغشوش که کسی از آنها سر در نمی آورد روانکاو را منحرف می کردند. در واقع ادامه بیان خوابهای سردرگم مسئلهٔ اصلی بود و نه ماهیّت آنها. گاهی بیمار سمبولی پس از سمبول دیگر ارائه میداد. مفهوم جنسی این سمبولها را آنان به سادگی پیش بینی می نمودند و در مدت کوتاهی قادر به ارائهٔ این مفاهیم می گشتند. آنان دربارهٔ «عقدهٔ اودیپ» بدون نشانه ای از احساس، داد سخن می دادند. آنان معمولاً تعبیرات روانکاو را از تسلسل سخنان خود در باطن خودشان نمی پذیرفتند. تقریباً تمام معالجات صورتی آشفته داشت. نظمی در موضوعات و ترتیبی در فرایند درمان نبود و نتیجتاً تکاملی در کار حاصل نمی شد. اکثراً پروسه روانکاوی پس از دو یا سه سال در هم می ریخت. هر چند گاه یکبار درمان موفقیت آمیز می گشت و بیمار بهبود میافت ولی کسی نمی توانست دقیقاً بگوید که چه چیزی باعث بهبودی بوده است. از این رو ما به اهمیت کار منظم و سیستماتیک در مورد مقاومت آگاهی یافتیم.

در فرایند درمان، نروز به مقاومت های به اصطلاح مختلفی تجزیه می شود. روانکاو باید این مقاومتها را از یکدیگر تمیز داده و یک به یک برطرف کند. همواره بر طرف کردن مقاومت ها از سطحی ترین آنها آغاز می گردد، یعنی مقاومتی که نزدیکتر به آگاهی بیمار است باید اول برطرف گردد. این ایده تازه ای نبود بلکه کار برد منظم برداشت فروید بود. من روانکاوان را از سعی در

«متقاعد» کردن بیماران به صحت تفسیرات خود منع میکردم. اگر بیمار به مقاومت ناخودآگاه خود آگاهی پیدا میکرد، پیشرفت درمان نیز ادامه میافت. آن عنصری از غریزه که مقاومت را باعث شده خود جزئی از ماهیت مقاومت است. اگر بیمار به مفهوم مقاومت آگاهی یابد طبیعتاً به مفهوم آنچه که مقاومت بر ضد آن افراشته گشته نیز پی خواهد برد. این به آن معنی است که روانکاو باید بطور دقیق و ممتد هرگونه نشانه ای از عدم اعتماد و وازدگی را از طرف بیمار آشکار نماید. هر بیماری به فرایند درمانی عمیقاً مشکوک است و فقط مخفی نمودن این شک در هر بیماری متفاوت است. من یک بار گزارشی را از بیماری که شک سِرّی خود را بنحوی بسیار زیرکانه پنهان نموده بود ارائه کردم. او مردی بسیار مؤدب بود و با هر چیزی موافقت می کرد. منبع و مرکز اضطراب در پشت این ادب و تواضع و توافق بیش از حد او نهفته بود. از این رو او مقدار زیادی از افکار خود را بروز میداد ولی بنحوی زیرکانه خشم خود را پنهان می نمود. این وضعیت مرا وادار کرد که دیگر به تعبیر خوابهای بسیار روشن او که حاکی از عشق به محارم بود نپردازم تا اینکه خشم او نسبت به من بروز نمود. درمان در آن زمان، تفسیر و تعبیر هر بخشی از خواب را بطور جداگانه و تداعی معانی مربوط به آن را تجویز می کرد. رفتار من اگر چه کاملاً مغایر با تکنیک آن زمان بود معهذا مطابق با اصول تجزیه مقاومت بود. من به سرعت احساس کردم که در تضادی گرفتار گشته ام. نظر به اینکه عمل روانکاوی کاملاً مطابق تئوری نبود، بعضی از روانکاوان ناراحت می شدند زیرا آنان اکنون بایستی روش درمان را با عمل آن تطبیق میدادند و آنرا از نو می آموختند. ما بدون عمد در برابر شخصیت عجیب و غریب انسان مدرن و تمایل او به پوشاندن خواستهای جنسی و تحریکات خشم آلودش با توسل به رفتار ریاکارانه و فریب قرار می گرفتیم. تطبیق تکنیک روانکاوی به شخصیت ریاکارانه بیمار نتایجی به دنبال داشت که کسی را قدرت پیش گوئی آن نبود و هرکس نیز بطور

ناخودآگاهانه از آن می هراسید. اصل و اساس مسئله رها ساختن احساسات جنسی و خشم پنهان شدهٔ بیمار بود و ساختار شخصیت روانکاو بود که بایستی با رهائی این احساسات در بیمار روبرو گردد و آنرا جهت بخشد. ولی ما روانکاوان فرزندان زمان خود بودیم، ما با موضوعاتی سر و کار داشتیم که اگرچه آنرا در تئوری قبول داشتیم، در عمل از آن پرهیز می کردیم. ما نمی خواستیم آنرا تجربه کنیم. مثل آن بود که ما به آئین های دانشگاهی زنجیر شده بودیم، ولی روانکاوی مستلزم آزادی از قیود و معیارهای قراردادی و برخورد با خواستهای جنسی بیمار بدور از تأثیر از تعصبات اخلاقی بود. در سالهای اولیهٔ سمینار، از تأثیر برقراری ظرفیت و توانائی اورگاسم صحبتی نمی کردم. من بطور فطری از پیش کشیدن این موضوع حذر می کردم. این موضوعی حساس بود و هنگام بحث در میان افراد ایجاد خصومت می نمود و علاوه بر آن خود من نیز اعتماد کافی به صحت آن نداشتم. درک انحرافات جنسی و ناهنجاری مربوط به دفع فضولات و طهارت و غیره در بیماران و در عین حال نگاه داشتن شأن و منزلت خود در جمع دانشگاهیان و جامعه نیز کار آسانی نبود. از اینرو ما ترجیح می دادیم که از آموزش کنترل حرکات روده و یا خواهشهای مرحلهٔ دهانی صحبت کنیم و مسئله اصلی نیز دست نخورده باقی می ماند.

وضعیت در بقیه موارد نیز مشکل بود. بر اساس تعدادی از مشاهدات بالینی نظریهٔ ای در مورد درمان نروز تنظیم کردم. برای تشخیص هدف درمانی، مهارتی قابل ملاحظه در تکنیک لازم بود. مشاهدات کلینیکی از یک طرف گویای آن بود که هرگاه رضایت جنسی تناسلی در بیمار امکان می یافت علاج نروز سریع تر و سهل تر می گشت و از طرف دیگر هرگاه این رضایت تحقق نمی یافت و یا تحقق آن کامل نمی بود علاج نروز نیز دشوارتر می شد. این مشاهدات شخصی مرا وادار به تحقیقی جدی در مورد موانعی که در راه رسیدن به هدف قرار داشت نمود. تفسیر روشن و مشروح این مطالب کاری است دشوار، معهذا من

کوشش خواهم کرد که تصویری نسبتاً واضح از تقارب تدریجی و هرچه بیشتر تئوری اورگاسم و تکنیک تحلیل شخصیت را ارائه دهم. در طول چند سال این دو تئوری به واحدی جدا نشدنی از یکدیگر تبدیل گشتند. هر چقدر قوام و وضوح این روش بیشتر میشد تضاد با روانکاوانی که پیرو تعلیمات قدیمی بودند نیز بالا می گرفت.

در دو سال اول تضادی درمیان نبود، سپس مخالفت همکاران قدیمی محسوس گشت و کم کم بالا گرفت. آنان از بررسی و درک کار ما سر باز می زدند. آنان از از دست دادن شهرت خود بعنوان مرجعی با تجربه و متخصصی حاذق هراسناک بودند. از این رو در مورد تجربیات جدید، یکی از دو حالت زیر را بر می گزیدند یا منکر وجود نظریه تازه می شدند و می گفتند «فروید همهٔ اینها را گفته است» و یا مدعی غلط بودن برداشت ما می گشتند. در دراز مدت نقش رضایت تناسلی در درمان نروز را نمیشد کتمان نمود و بدون شک در بحث هر نمونه از بیماران، این موضوع نمودار می گشت. این مرا دلگرم میکرد و در عین حال به تعداد مخالفان من نیز می افزود. هدف توانا نمودن بیماران برای تجربه «رضایت اورگاسم تناسلی» شده بود. این هدف، تکوین تکنیک مخصوص خود را بصورت زیر شکل بخشید: همه بیماران در عمل تناسلی خود مغشوش و ناسالم اند. این عملکرد ناقص را بایستی دوباره ترمیم نمود و وحدت بخشید. از این رو باید همه برخوردهای ناسالم را که سد راه برقراری توانائی اورگاسمی است شناخت و آنان را نابود کرد. تکوین این تکنیک به وظیفه ای تبدیل گشت برای نسلی از روانکاوان، چه انسداد عملکرد طبیعی تناسلی شکلهای متعدد و بسیار داشت. این انسداد، ریشه هائی در چهاچوب روانی شخص و جامعه داشت. مهمتر از همه، همانطور که بعداً کشف شد، ریشه های سرشته شده در تن و بدن داشت. من ابتدا اساس کار را بر مطالعهٔ تثبیت های روانی ماقبل تناسلی (Pre-genital Fixation) وطرق انحرافی ارضاء جنسی و مشکلات اجتماعی که سد راه رضایت جنسی بود قرار دادم. بدون قصد قبلی سئوالاتی مربوط به ازدواج، نوجوانی و تقبیح اجتماعی

مسائل جنسی اندک اندک میان کشیده شد. همه اینها هنوز در چهارچوب تحقیقات روانکاوی بود. همکاران جوان من بسیار مشتاق بودند و پشت کار زیادی از خود نشان می دادند. آنان اشتیاق خود را در سمینارهای من کتمان نمی کردند. رفتار دور از تعهد حرفه ای آنان که بعدها پس از قطع رابطه من با مجمع روانکاوان بوقوع پیوست از احترام من نسبت به دست آوردهای آنان در سمینار نمی کاهد.

انتشار کتاب «ایگو و اید» در سال ۱۹۲۳ توسط فروید اثری ناهماهنگ در کار روزمره روانکاوی داشت که مسئلهٔ اصلی آن مشکلات جنسی بیمار بود. تطبیق دادن برداشتهای فرضی و مبهم مانند سوپر ایگو (من برتر)* و یا احساس گناه «ناخودآگاه» با کار عملی در روانکاوی بسیار مشکل بود. تکنیک مشخصی نیز برای کاربرد این برداشتها پیشنهاد نشده بود. در نتیجه شخص ترجیح میداد که با فرضیه هائی از قبیل اضطراب استمناء و احساس گناه جنسی به کار ادامه دهد. در سال ۱۹۲۰ فروید کتاب «ماوراء اصل لذت» (Beyond Pleasure Principle) را منتشر کرد. در آن بصورت فرضیه ابتدا غریزهٔ مرگ** را همطراز و حتی قویتر از غریزهٔ جنسی قلمداد کرد. روانکاوان جوانی که هنوز مشغول بکار نشده و روانکاوانی که ساختار تئوری جنسی را درک نکرده بودند سعی در کاربرد تئوری جدید ایگو کردند. وضعیتی بسیارمغشوش پیش آمده بود. بجای احتیاجات

---

* سوپر ایگو: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۷۲

** فروید کتاب ماوراء اصل لذّت (Beyond Pleasure Principle) را در سال ۱۹۲۰ منتشر کرد. در این کتاب او در تئوری قبلی خود در مورد غرائز تجدید نظر نمود. در این کتاب او فرض دوگانگی (Dualistic) غرائز را ارائه کرد. مطابق این فرضیه، غرائز در تحلیل نهائی به دو گروه تقلیل می یابند. گروه غرائز و انگیزه های سازنده و زاینده که گاهی بعنوان اِروس و یا غرائز جنسی نامیده می شوند و گروه دوم غرائز و انگیزه های مخرب و غریزهٔ مرگ «تاناتوس» که به نابودی و تخریب خود و دیگران منجر می گردند.

جنسی، روانکاوان از اِروس (Eros)* نام می بردند. روانکاوان متوسط الحال ادعا داشتند که قادر به لمس سوپر ایگو «من برتر»، فرضیه ای که برای کمک به فهم ساختار روانی پیشنهاد شده بود شده اند. آنان این تئوری را طوری بکار می بردند که گوئی پدیده ای است واقعی و لمس کردنی.

«اید» طبق برداشت روانکاوان از تئوری فروید، شریر و بدکار بود و «سوپر ایگو» با ریش سفید بلندی بر تخت طاوس نشسته و سخت گیر و جبار بود. بیچاره «ایگو» سعی داشت بین آن دو میانجیگری کند. توضیح موضوعات و پدیده ها به جدولها و نمودارهائی تبدیل شد که دیگر نیازی نیز به فکر کردن نداشت. بحثهای کلینیکی بیشتر حول و حوش مسائل مربوط به گذشته بیمار دور میزد و بازار پیش گوئی های مبتنی بر فروض، دوباره آغاز شد. بزودی سر و کلهٔ ناآشنایانی پیدا شد که هرگز کسی را روانکاوی نکرده بودند ولی سخنرانی هائی «درخشان» در مورد «اید» و «سوپر ایگو» می کردند، و یا دربارهٔ بیماران شیزوفرنی ای که هرگز ندیده و معاینه و معالجه نکرده بودند ابراز عقیده می کردند. در سال ۱۹۳۴ همزمان با قطع روابط من با مجمع روانکاوان، اینان بعنوان طرفداران با تجربه و ممتاز روانکاوی، بر ضد اصول اقتصاد جنسی به مخالفت برخاستند. تحقیقات کلینیکی به رکود گروید، مسائل جنسی به صورت سایه ای مبهم درآمد، تئوری «لیبیدو» از محتوای جنسی تُهی شد و فقط بصورت کلمه ای برای لفاظی درآمد. روانکاوی دیگر موضوع علمی جدی تلقی نمیشد و در حد اعلی جزء مباحث اخلاقی فیلسوفان قرار داده شده بود. اندک اندک تئوری نروز با نظریه های «روانشناسی ایگو»** بیان شد. محیط حاکم به روانکاوی اندک اندک «پاک» میشد.

---

* اِروس (Eros): در افسانه های قدیمی یونانی اِروس بمنزلهٔ «خدای عشق» است. فروید این نام را به مفهوم غریزهٔ جنسی و انگیزهٔ حیات به کاربرد.

** Ego Psychology

بتدریج و با آهستگی محیط از همه دستآوردهای فروید پاک میشد! روانکاوی در تحت تأثیر اصول فلسفی و اخلاقی حاکم به دنیا از مسیر اصلی خود خارج شد. گروهی نیز بی‌انصافی کرده و یافته های جدید مرا غضب کرده و به منظور نابودی آن، آنرا جزئی از روانکاوی مرسوم قلمداد کردند. با زوال هرچه بیشتر ماهیت انجمن روانکاوان، سازمان روانکاوی اهمیتی بیشتر از وظیفهٔ خود پیدا کرد. فرایند فساد و زوال، که هر حرکت ترقی خواهانه و مثبت اجتماعی را در تاریخ نابود کرده، آغاز شده بود. همچنان که عیسی و مسیحیت به کلیسا و دانش مارکسیسم به دیکتاتوری فاشیستی مبدل شد، بسیاری از روانکاوان نیز به بزرگترین دشمن ایده های خود تبدیل شدند.

شکاف در درون جنبش روانکاوی دیگر قابل ترمیم نبود. امروز پانزده سال بعد از آن، این موضوع بر همه روشن است، ولی تا سال ۱۹۳۴ اهمیّت این شکاف را به خوبی درک نکرده بودم و بعد از آن نیز دیگر دیر شده بود. تا آن موقع با سرپوش گذاردن بر اعتقاد درونی خود در چهارچوب مجمع بین المللی روانکاوی، بطور رسمی و بنام روانکاوی با صداقت برای نظرات خودم پافشاری میکردم.

در حدود سال ۱۹۲۵ انشعاباتی در جامعه روانکاوان از بابت تئوری های روانکاوی به وقوع پیوست. در بدو امر به عمق این انشعابات توجهی نشد ولی امروز این موضوع کاملاً روشن شده است. به میزانی که دفاع از عقیده ای زمینه را میبازد، تحریکات شخصی توسعه می یابد. آنچه در آغاز بنام علاقه علمی قلمداد شده به سیاست بازی پشت پرده تبدیل میشود. این تجربه شخصی در انجمن بین المللی روانکاوی برای من درد آور بود هرچند که دانش بعدی خود را مرهون همین تجربه تلخ میدانم.

توضیح این حقایق بهیچوجه بی ارتباط با موضوع نیست. موضع مخالفی را که من بر علیه بعضی از تئوریهای روانکاوی مانند تئوری غریزهٔ مرگ اتخاذ کردم، زمینه مناسبی برای جهشی موفقیت آمیز به قلمرو زندگی وجیتیتو (گیاهی) فراهم

نمود. یکی از روانکاوان معروف بنام رایک کتابی تحت عنوان «اضطرار اعتراف و تمنای تنبیه» نوشت که در آن کل برداشت ناخوشی روانی را وارونه جلوه داد. از همه بدتر اینکه کتاب مزبور مورد ستایش و تصویب قرار گرفت. او این برداشت روانکاوی را که؛ «کودک از تنبیه شدن برای عمل جنسی می ترسد» نادرست می دانست و اصرار داشت که این اصل از اصول روانکاوی حذف گردد. در کتابهای «ماورای اصل لذت» و «اید و ایگو»، فروید وجود خواست ناخودآگاه تنبیه شدن را ارائه نموده بود. این خواست، ظاهراً اکراه و مقاومت بیمار را به بهبودی توجیه می نمود. همزمان با آن فروید «غریزهٔ مرگ» را بصورت جزئی از تئوری روانکاوی عرضه کرده بود. فروید فرض کرده بود که موجودات زنده با دو غریزهٔ متضاد اداره می گردند. از یک سو غریزهٔ زندگی که برابر با غریزهٔ جنسی* (اِروس) بود. مطابق نظریهٔ فروید این غریزه مسئول صعود زندگی از جسم بی جان به موجود زنده است. این غریزه باعث تولید تنش و تَسَری زندگی به واحدهای بزرگتر است. این غرائز مسئول قیل و قال و زرق و برق حیات اند. اما در ورای غرائز جنسی، غریزه ای خاموش ولی بمراتب مقتدرتر در کار است و آن غریزهٔ مرگ** (تاناتوس) است. این غریزهٔ تمایل به نزول موجود زنده بصورت غیر زنده، به هیچ، به «نیروانا»*** (Nirvana) دارد. مطابق این برداشت، زندگی اختلالی است در میان دو سکون و سکوت ابدی، اختلالی است در نیستی. مطابق این نظریه، غریزهٔ مرگ در مخالفت با زندگی سازنده و در مخالفت با غرائز جنسی است. غریزهٔ مرگ قابل فهم و درک نیست بلکه گفته میشد که اثرات آن به

---

* «اروس»: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۱۴۵

** «تاناتوس»: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۱۴۴

*** نیروانا (Nirvana): در آئین بودائی و هندو حالت آرامش مطلق است. در این حالت شخص با خاموش کردن درون خود به حالت آرامش مطلق دست می یابد. این واژه به مفهوم قابلیت تقلیل تحریکات درونی برای برقراری توازن روان نیز بکار برده میشود.

اندازه‌ای واضح است که نمی شود آنرا ندیده گرفت و انسان در انجام هر کاری میل به ویرانی و نیستی خود را مشهود مینماید و این به علت غریزهٔ مرگ است. غریزهٔ مرگ، خود را به صورت تمایلات مازوشیستی (خود آزاری) نشان می دهد. به دلیل همین تمایلات مازوشیستی است که بیمار نروز از بهبودی امتناع می کند. این غریزه، احساس گناه ناخودآگاه را که همان خواست تنبیه است نیرو می بخشد. به عبارتی ساده تر بیماران به علت این احتیاج به تنبیه شدن، نمی خواهند بهبود یابند.

آشنائی با عقاید رایک مرا متوجه اشتباه فروید نمود. من فهمیدم که فروید از کجا به بیراهه رفته است. با ندیده گرفتن موضع محتاطانهٔ فروید، رایک غریزهٔ مرگ بیمار را بهانه نارسائی روش روان درمانی خود کرده بود. رایک در برداشتهای صحیح غلو کرده و آنها را بیش از حد تعمیم داده بود، مثلاً اینکه رفتار جنایتکاران که منجر به افشاء جرم و دستگیری آنها میشود و یا اینکه بسیاری از افراد وقتی جنایت و خلافی را اعتراف می کنند احساس سبکی می نمایند. تا آن موقع نروز را نتیجهٔ تضاد بین خواستهای جنسی و ترس از تنبیه به علت خواستهای جنسی می دانستند. ولی اکنون می گفتند که نروز به علت تضاد بین خواستهای جنسی و خواست تنبیه است. یعنی درست برعکس ترس از تنبیه شدن برای اعمال جنسی. این بطلان کامل تئوری روانکاوی نروز بود و با کل مشاهدات بالینی نیز مغایر بود. مشاهدات بالینی شکی به صحت تئوری اولیه فروید باقی نمی گذاشت که نروز نتیجهٔ تضاد بین ترس از تنبیه شدن برای اعمال جنسی و نه به علت خواست تنبیه است. بر اساس اشکالاتی که در بعضی از بیماران به علت خودداری از خواستهای جنسی پیش می آمد آنان حالتی مازوشیستی (خود آزاری) پیدا می کردند که تنبیه و جراحت را برای خود طلب می نمودند و یا به بیماری خود می چسبیدند. این وظیفهٔ روانکاو بود که خواست خودآزاری را درمان نمایند و آنرا بصورت ساختاری ثانوی بداند و ترس از تنبیه را از بین برده و خواستهای جنسی را آزادی بخشد. وظیفهٔ درمان این نبود که

خواسته های خودآزاری (مازوشیستی) بیمار را به عنوان شواهدی از خواستهای عمیق ذاتی و بیولوژیکی تأیید نماید. شماره هواداران و نمایندگان غریزهٔ مرگ مرتباً افزایش می یافت و ظاهر آنان تشخصی بیشتر بهم میزد، چرا که آنان اکنون به جای خواستهای جنسی می توانستند در باب تاناتوس سخن رانند و گرایشهای خودآزاری بیمار روانی را مربوط به غریزه اولیه و بیولوژیکی او بدانند. روانکاوی هرگز از این ضربه بهبودی نیافت.

روانکاور دیگری به نام «الکساندر» دنباله رو کار «رایک» بود. او روی تعدادی از جنایتکاران تحقیقاتی انجام داد و نتیجهٔ تحقیقات خود را چنین بیان داشت که در اصل، جنایت انجام شده نتیجهٔ خواست ناخودآگاه جنایتکار به آزار و تنبیه خویش می باشد. این خواست ناخودآگاه، شخص را به ارتکاب جنایت سوق می دهد. او در اصل علت رفتار غیرطبیعی شخص که چه چیز باعث این خواست ناخودآگاه میشود تفکر و تتبعی ننمود. او حتی یک کلمه در مورد عامل اجتماعی که جنایت را باعث میگردد نگفت. این البته او را از دردسر سئوالات بعدی محفوظ می داشت. اگر روانکاو در درمان بیمار عاجز و ناموفق می بود، مسئولیت شکست به حساب غریزهٔ مرگ گذاشته میشد! افراد مرتکب جنایت می شدند زیرا که قصد خودآزاری داشتند! دزدی کودکان برای رهائی از فشار شدید وجدان بود! هنگامیکه به گذشته می اندیشم از نیروی هدر رفته در جریان این بحثها حیرت می کنم. بدون تردید فروید در بیان تئوریهای خود منظوری والاتر و ارزشمندتر داشت، ولی مدعیان بی خرد روانکاوی بر این نظریات چنگ انداختند و حاصل کار دهه ای را به بیراهه کشاندند. بعدها معلوم شد که عکس العمل درمانی منفی بیمار (Negative Therapeutic Reaction) بعلت کمبود دانش روانکاو در تکنیک و تئوری و ضعف او در برقراری توانائی رضایت جنسی در بیمار بود. به عبارت دیگر این عکس العمل حاصل ناتوانی روانکاو در روبروئی با اضطراب بیمار از شادی و لذت بود. به علت این مسائل با فروید تماس گرفتم. از

او پرسیدم که آیا او غریزهٔ مرگ را به قصد ایجاد تئوری کلینیکی به میان کشیده است یا نه. او شخصاً «غریزهٔ مرگ» را به صورت یک تئوری کلینیکی قابل استفاده در درمان بیماران انکار نمود. او به من اطمینان داد که غریزهٔ مرگ فرضیه ای بیش نیست و حذف آن نیز صدمه ای به ساختار اساسی روانکاوی وارد نمی کند. او برای یک بار به خود اجازه ابراز نظری فرضی را داده بود. او می دانست که از این نظریه سوء استفاده شده است. او از من خواست که بدون ناراحتی در این باره به کار کلینیکی خودم ادامه دهم. ولی من تصمیم گرفتم که موضعی قطعی بر علیه فرضیهٔ غریزهٔ مرگ اتخاذ کنم. این اندیشه مرا وادار به نوشتن مقاله ای در ردّ نظریهٔ الکساندر نمود که در سال ۱۹۲۷ هم زمان با انتقاد من از کتاب رایک به چاپ رسید. در سمینارهای من که در مورد تکنیک برگزار میشد به ندرت از غریزهٔ مرگ و احتیاج به تنبیه به عنوان علت عدم موفقیت درمانی یاد میشد. ارائهٔ دقیق شواهد کلینیکی از هر بیمار، جائی برای پیش کشیدن این تئوری باقی نمی گذاشت. اگر احیاناً کسی صحبتی از آن میکرد، بجای حملهٔ مستقیم سعی میکردم ضعف و نادرستی آنرا از طریق کار بالینی روشن کنم. هرچه در سمینار بطور دقیق تر مکانیسم نروز را بررسی می کردیم اعتقاد ما به صحت کارمان بیشتر می گشت. از طرف دیگر در مجامع روانکاوی تفسیر غلط تئوری «ایگو» نفوذ هرچه بیشتری می یافت. وضع من هرچه بیشتر حساس و وخیم میشد. مخالفین مرا به پرخاشگری و یک دندگی متهم کردند و اصرار مرا در اهمیت موضوع تناسلی مبالغه آمیز خواندند.

در کنگرهٔ روانکاوی در آوریل ۱۹۲۴ در سالزبورگ من «توانائی اورگاسم» (Orgastic Potency) را به تحلیل اولیه اهمیّت درمانی تناسلی اضافه نمودم. سخنرانی من بر محور دو واقعیّت اساسی می چرخید.

۱- نروز فقط نتیجهٔ اختلال سکسوالیته بطور کلی نمی باشد بلکه نتیجه و تظاهر اختلال تناسلی است.

۲- برگشت بیماری نروز پس از درمان آن تا آن اندازه قابل پیش گیری است که رضایت اورگاسم در عمل جنسی برقرار شده باشد. سخنرانی من با موفقیت روبرو شد و مورد پسند و تمجید مستمعین قرار گرفت. روانکاو مشهور آبراهام موفقیت مرا در تنظیم عوامل اکونومی جنسی در نروز تبریک گفت.

برای برقراری توانائی اورگاسم در بیماران فقط رهائی هیجان تناسلی از موانع و عوامل بازدارنده آن کافی نبود. انرژی جنسی آمیخته با تظاهرات بیماری بود. بنابراین از بین بردن هر نشانهٔ بیماری، رهائی مقداری از انرژی روانی را بهمراه دارد. در آن موقع انرژی روانی و انرژی جنسی دو برداشت جداگانه تصوّر می شد. نیروی آزاد شده جنسی به خودی خود به سیستم تناسلی منتقل گشته و توانائی جنسی بهبود می یابد. بیمار شجاعت برقراری رابطه و نزدیک شدن به شخص مورد علاقه را به دست می آورد و گوشه گیری را کنار می گذارد و یا از عشق ورزی و همخوابگی لذت و رضایت بیشتری می برد. معهذا فقط در تعداد معدودی این انرژی رها شده به برقراری عمل اورگاسم می انجامید. ملاحظات دقیق به این نتیجه منتهی میشد که ظاهراً یک مقدار ناکافی از انرژی با بهبودی علائم نروز آزاد میشود. هرچند این علائم بهبودی یافته بودند و قابلیت کار و فعالیت بیمار فزونی یافته بود ولی در واقع نیروی جنسی شخص هنوز مسدود مانده بود به این ترتیب این سئوال مطرح میشد که این انرژی جنسی غیر از علائم نروز در چه جای دیگری مسدود مانده است؟ این پرسش هرچند در چهارچوب روانکاوی سنتی بود ولی هدف آن در مورد درمان بیماری به نقطهٔ جدائی روش درمانی من از روانکاوی معمول تبدیل شد. ابتدا جوابی برای این سئوالات نداشتم. مسائل بالینی و درمانی تنها با اندیشیدن حل نمی شوند، بلکه باید در فرایند عمل و در جهت فائق شدن به مشکلات حل گردند. این در هرگونه کار علمی نیز صادق است. تنظیم صحیح مسائل علمی مرتباً مسائل تازه ای را مطرح میکند که دست آخر در یک تصور واحدی از کل مسئله شکل میگیرد.

طبق تئوری روانکاوی نروز، انرژی لازم برای تأمین توانائی اورگاسم باید در ناحیه های شهوانی غیرتناسلی (Non-genital) و فانتزی ها و کارهای ماقبل تناسلی مستتر باشد. اگر مقدار زیادی از انرژی متمرکز بر مکیدن، گاز گرفتن، اشتیاق به مهر و محبت و عادتهای آنال (مقعدی) و غیره اختصاص یافته باشد، توانائی تناسلی نیز تقلیل خواهد یافت. مطالب ذکر شده این اعتقاد را قوت بخشید که خواستهای جنسی به تنهائی و مستقل از یکدیگر عمل نمی کنند بلکه واحدی را تشکیل می دهند شبیه به مایعی در درون لوله های مرتبط، انرژی جنسی فقط می توانند از یک کیفیت واحد باشد که در صدد کامرانی در ناحیه های مختلف شهوتزا و وابسته به ایده های مختلف است. این نظر با نظریه های متداول آن زمان مغایر بود. در آن زمان فرنزی (Frenzi)* تئوری تناسلی خود را منتشر کرد. مطابق تئوری او هیجانات تناسلی از تحریکات ماقبل تناسلی، (اورال و آنال) و احساسات خشم آلود متشکل می گردید. مشاهدات بالینی من درست برعکس این نظر بود و گویای این بود که هرگونه اختلاط هیجانات غیرتناسلی در عمل مقاربت یا استمناء باعث تضعیف توانائی اورگاسم می گردد. زنی که بطور ناخودآگاه فرج (واژن) خود را مقعد می انگارد، احتمالاً از رها کردن باد در هنگام هیجان جنسی و مضحکه کردن خود هراسناک است. یک چنین احساسی می تواند تأثیر فلج کننده در زندگی او داشته باشد. مردی که آلت تناسلی خود را به صورت تیغی برتنده می انگارد و یا آنرا دالّ بر اثبات توانائی مردانگی خود میداند، در هنگام عشق ورزیدن قادر به تسلیم خود نخواهد بود. هلن دویش (Helen Deutsch) کتابی را در مورد سکسوالیته در زنان انتشار داد و در آن ادعا نمود که برای زنان تجلی اوج رضایت جنسی در عمل زایمان و تولید مثل است. مطابق برداشت او هیچگونه تهییج اولیه واژنی وجودندارد. به نظر او تهییج واژنی

* فرنزی: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۶۱

ناشی از هیجانات دهانی و مقعدی است که به رحم منتقل میشوند. درست همزمان با انتشار این کتاب، روانکاو اتو رانک (Otto Rank) کتاب «صدمهٔ زایمان» را منتشر کرد و در آن عمل مقاربت جنسی را مترادف با «برگشت به رحم دانست». من با این دو روانکاو روابط خوبی داشتم ولی شکافی وسیع بین تجربیات من و نظرات آنان وجود داشت.

اندک اندک روشن گردید که سعی در تفسیر روانی عمل مقاربت و سعی در پیدا کردن مفهومی روانی و سمبولیک برای عمل مقاربت جنسی از بیخ و بن غلط است. بلکه برعکس، هرگونه ایده روانی در حین عمل مقاربت فقط میتواند از غرق شدن شخص در هیجان بکاهد. و علاوه بر آن تفسیر های مختلف روانی از مقاربت مستلزم انکار ریشه بیولوژیکی آن می باشد. نسبت دادن مقاربت تناسلی به تجمع هیجانات غیرتناسلی به مثابه انکار وجود آن است. در تشریح عمل اورگاسم تفاوت بین مرحلهٔ ماقبل تناسلی و مرحلهٔ تناسلی را دریافتم. فقط دستگاه تناسلی است که شخص را قادر به رسیدن به اورگاسم نموده و باعث رها کردن کامل انرژی بیولوژیکی میگردد. حالت ماقبل تناسلی فقط میتواند تنش وجیتیتو (گیاهی) را زیاد کند. از اینجا می توان به علت انشعابات عمیقی که در این مقطع زمانی در تئوری غرائز روانکاوی پیش آمد پی برد. کار برد درمانی که از این دو تئوری متضاد نتیجه گیری میشد با یکدیگر مغایر بود. اگر تحریکات تناسلی چیزی جز اختلاط و جمع تحریکات ماقبل تناسلی نبود، پس درمان نیز بایستی درجهت جریان دادن این تحریکات (هیجانات اورال و آنال) به سوی ناحیهٔ تناسلی میشد. از طرف دیگر اگر نظر من صحت داشت تحریکات تناسلی بایستی از تحریکات ماقبل تناسلی (اورال و آنال) پاک و آزاد می گشت و به عبارت دیگر از تحریکات ماقبل تناسلی تقطیر می شد. در نوشته ها و راهنمائی های فروید هیچ پیشنهادی در جواب این مسئله یافت نمی شد.

فروید گفته بود که تکامل پیشرفت انرژی لیبیدو در اطفال از مرحلهٔ دهانی

(اورال) شروع شده به مرحلهٔ مقعدی (آنال) و سپس به مرحلهٔ تناسلی (فالیک) ختم میگردد. او مرحلهٔ تناسلی (فالیک) را برای هر دو جنس مذکر و مؤنث همانند قلمداد کرده بود. طبق نظریهٔ او حالت شهوانی تناسلی دختر در ناحیهٔ کلیتوریس آلت تناسلی و حالت شهوانی پسر در ناحیهٔ ذکر متمرکز می گشت. فروید می گفت که فقط بعد از مرحلهٔ بلوغ است که کلیهٔ هیجانات جنسی تابع هیجان تناسلی شده و همزمان با آن آمادهٔ انجام عمل تولید مثل میگردد. این نظریه عقیدهٔ کهنه مطابقت احساسات جنسی تناسلی و تولید مثل را حفظ می نمود. مقاربت فقط بعنوان وسیله ای برای تولید مثل تلقی می شد. در ابتدا من متوجه این موضوع نبودم. چند سال بعد یکی از روانکاوان در برلین این موضوع را به من گوشزد نمود. در آن موقع من هنوز عضو مجمع بین المللی روانکاوان بودم، زیرا در توجیه تئوری های جدید تناسلی به سخنان و نوشته های فروید استناد می کردم. ولی چنین طرز برخوردی حق تئوریهای جدید مرا اداء نمی کرد و از طرف دیگر استقلال دستیاران مرا از مجمع روانکاوان مشکل تر می نمود.

امروز چنین برخوردهائی غیر ممکن می نماید. امروز که به گذشته می نگرم از اینکه روانکاوان چگونه و با چه کیفیتی در مورد این مسائل بحث می کردند و از تعصبی که روانکاوان دربارهٔ مثلاً وجود یا عدم وجود عملکرد اولیه تناسلی به خرج می دادند حیرت می کنم. هیچ کس به ساده لوحی علمی که باعث این گونه برخوردهائی می گشت آگاهی نداشت. توسعهٔ هرچه بیشتر تئوری تناسلی این علتها را کاملاً برملا ساخت.

۲- تفسیر حالت اضطراب از طریق اقتصاد (اکونومی) جنسی

از سال ۱۹۲۲ به بعد اختلاف نظرهای عمیق در تئوریهای روانکاوی دربارهٔ پدیدهٔ اضطراب به وجود آمد. فرضیه نخست که فروید ارائه کرده بود چنین بود: اگر تخلیه (دشارژ) هیجانات جنسی مسدود شود این هیجانات به اضطراب تبدیل

می گردند. دربارهٔ چگونگی این تبدیل چیزی گفته نشده بود. از آنجائیکه من مرتبا با مسئلهٔ آزاد کردن انرژی جنسی از لنگرگاههای بیمارگون آن روبرو بودم لازم بود این مسئله را توجیه نمایم. از بین بردن اضطراب نیاز به تبدیل مجدد آن به هیجان جنسی داشت و برای این کار لازم بود نخست چگونگی تبدیل اولیه هیجانات جنسی به اضطراب را روشن نمائیم.

در سال ۱۹۲۴ دو زن بیمار را که مبتلا به نروز قلبی (Cardiac Neurosis)* بودند معالجه می کردم. با ظهور هیجانات جنسی، اضطراب قلبی تقلیل یافت. در یکی از این دو بیمار توانستم در حین مدت چند هفته تناوب بین اضطراب و هیجان تناسلی را مشاهده کنم. هرگونه جلوگیری از هیجانات واژن بلافاصله اضطراب قلبی را به صورت احساس فشار بر قفسهٔ سینه و ناحیهٔ قلبی ظاهر می کرد. این پدیده تأییدی بر برداشتهای نخستین فروید بود که رابطهٔ بین لیبیدو و اضطراب را نشان می داد. همچنین این مشاهده گویای مطالب بیشتری نیز بود. حال من قادر بودم که تمرکز احساس اضطراب را که در ناحیهٔ قلب و دیافراگم بود معین نمایم. بیمار دوم علاوه بر علائم نروز قلبی که شبیه به بیمار اول بود «کهیر» هم داشت. اگر بیمار از تن دردادن به احساس هیجانات واژنی سرباز میزد اضطراب قلبی و یا لکه های بزرگ با احساس خارش شدید در نقاط مختلف پوست ظاهر می شد. نتیجتاً به روشنی معلوم بود که هیجان جنسی و اضطراب با عمل سلسله عصبی نباتی مربوط است.

از اینرو من در تئوری فروید به این صورت تجدیدنظر کردم: تبدیل احساس جنسی وجود ندارد، بلکه احساس تغییر موضع میدهد. احساسات جنسی وقتی در

* نروز قلبی (Cardiac Neurosis) حالتی است که نروز با علائم قلبی نمایان میشود. در این حالت قلب از نظر جسمی سالم است ولی بیمار از علائمی مانند طپش قلب و دردهای نامشخص در ناحیهٔ قلب رنج می برد.

اندامهای تناسلی ظاهر شوند لذت و سرور ایجاد می کنند و هنگامی که مسدود شوند ممکن است در موضع دیگری از بدن به شکل اضطراب بروز نمایند که در این حالت احساسی کاملاً برعکس احساس لذت ایجاد خواهند کرد. این ایده بعدها نوید موفقیت های بسیاری را همراه داشت. تکامل این ایده قدم به قدم مرا به نظریات فعلی‌ام هدایت نمود که سکسوالیته و اضطراب دو تظاهر متضادالجهت هیجانات نباتی (وجیتیتیو) هستند. حدود ده سال دیگر برای روشن کردن ماهیت بیو الکتریکی این احساسات و تهییجات صرف وقت شد.

فروید از سیستم عصبی نباتی در رابطه با تئوری اضطراب چیزی نگفته بود. من هیچ شکی نداشتم که او این نظریه را متمم و مکمل تئوری خود خواهد دانست و آنرا خواهد پذیرفت. معهذا هنگامیکه نظریه خودم را در اواخر سال ۱۹۲۶ در جلسه ای که در منزل او برگزار شد ارائه کردم او رابطهٔ بین اضطراب و سیستم عصبی نباتی را مردود دانست. من هرگز علت آنرا نفهمیدم.

ادامهٔ تجربیات هرچه بیشتر این موضوع را روشن میکرد که افزون شدن بار سیستم اعصاب نباتی از یک سو، و رها نشدن احساسات جنسی از سوی دیگر، هسته مرکزی مکانیزم اضطراب و نتیجتاً نروز را تشکیل می دهد. هر نمونه از درمان بیماران جدید نوید صحت این تئوری بود. این موضع که وقتی سیستم نباتی بیش از اندازه تهییج گردد همواره اضطراب نمایان می شود، هرچه بیشتر تأئید می شد. اضطراب قلبی در شرایط گوناگون از قبیل درد ماهیچه های قلب، آسم و برونشیت، مسمومیّت ناشی از نیکوتین و ازدیاد کارکرد غدهٔ تیروئید (گواتر) دیده می شود. بنابراین هنگامیکه سیستم قلب متأثر از هیجانات غیر طبیعی گردد اضطراب قلبی نیز به موازات آن ظاهر می شود. بطور خلاصه می توان گفت که اضطراب ناشی از رکود و مسدود شدن انرژی جنسی به وضوح با مسئلهٔ کلی اضطراب مرتبط است. در این حالت هیجانات جنسی مسدود شده سیستم قلب را «سنگین بار» می کنند، همچنان که نیکوتین و یا سموم دیگر چنین

حالتی را به وجود می آورند. سئوال دربارهٔ ماهیت تهییج هنوز بی جواب مانده بود. در این مورد هنوز درکی در مورد رابطه عمل متضاد سیستم سمپاتیک و پاراسمپاتیک نداشتم.

از جهت احتیاجات کلینیکی خودم، مفهوم اضطراب را از ترس جدا نمودم: «شخص می ترسد که کتک بخورد، تنبیه شود یا اخته شود». این ترس با اضطراب فرق دارد. هنگامیکه شخص با خطری واقعی و حقیقی مواجه می گردد ترس به وجود می آید. ولی مهار کردن هیجانات بدنی که منجر به «سنگین بار» شدن عصبی نباتی میشود به دلهره و اضطراب می انجامد. بیمارانی بودند که بدون اینکه احساس اضطراب نمایند احساس اخته بودن می کردند. و همچنین بیماران دیگری نیز بودند که اضطراب و دلهره داشتند بدون اینکه علت آنرا بدانند. مثل بیمارانی که از نظر جنسی خوددار و ممسک بودند. بنابراین لازم بود که اضطرابی را که نتیجهٔ رکود هیجان بود از اضطرابی که باعث رکود جنسی می گشت جدا نمائیم.

اضطراب اولیه نمایانگر نروز به علت رکود و اضطراب ثانوی «پسیکونروز» نامیده میشد ولی هر دو نوع اضطراب همزمان با یکدیگر در کار بودند. ابتدا ترس از مجازات یا ترس از طرد اجتماعی باعث مسدود شدن و در نتیجه انباشته شدن احساسات جنسی می گشت. این هیجانات از ناحیهٔ تناسلی به ناحیهٔ قلب منتقل و انباشته شده و به صورت اضطراب نمایان میگشت. فقط مقدار اندکی از اضطراب مسدود شده میتواند باعث دلهره گردد. حتی تصور حالتی خطرناک قادر به تولید این حالت اضطراب و دلهره است. در چنین حالتی تصور موقعیتی خطرناک، انتظار روبروئی با آن را عملاً به وجود می آورد. این پدیده کاملاً مطابق با برداشت قبلی است مبنی بر اینکه شدت یک ایده روانی چه با ماهیت لذت و چه با ماهیت اضطراب، به شدت مقدار تحریک و تهییجی بستگی دارد که در آن مقطع زمانی در بدن شخص در کار است.

در پائیز سال ۱۹۲۶ فروید کتاب (Hemmung, symptom und angst)* را منتشر کرد. او در این کتاب بسیاری از قاعده بندی های اولیه مسئلهٔ اضطراب را پس گرفته بود. در این کتاب فروید اضطراب را به عنوان اخطاری از ایگو قلمداد کرده بود. اضطراب اخطار آماده باشی قلمداد شده بود که «ایگو» در هنگام مقابله با خطر سرکشی و شورش غرایز ممنوعه از درون و یا مخاطرات واقعی از برون، از خود بروز میدهد. فروید می گفت که افتراق اضطراب بیمارگون و اضطراب واقعی ممکن نیست. او این عدم افتراق را مایه تأسف بسیار میدانست. ولی فروید این نتیجه گیری را از برداشتهای نامدلل نمود. اضطراب دیگر نتیجهٔ واپس زدن خواهشهای جنسی تلقی نمی شد بلکه به علت سرکشی غرائز منظور میشد. این سئوال که اضطراب از چه عامل اولیه ای متشکل گشته و رشد می کند دیگر مهم نبود. رابطه بین انرژی لیبیدو و تبدیل آن به اضطراب دیگر اهمیت خود را از دست داد. فروید نتوانسته بود غور آنرا ببیند که اضطراب پدیده ای بیولوژیکی است و نمی تواند بدون تکوین در عمق بیولوژیکی انسان در ایگو ظاهر شود.

این ضربه ای شدید به نظریات و تحقیقات من در زمینهٔ اضطراب بود. من بتازگی موفق شده بودم که قدمی بزرگ به سوی جدا کردن اضطرابی که باعث واپس زدن امیال است و اضطرابی که نتیجهٔ امیال واپس زده است بردارم. از این ببعد ارائه نظرات من مبنی بر اینکه اضطراب نتیجهٔ رکود و انسداد جنسی است، بعلت قاعده بندی جدید فروید مشکل تر می گشت زیرا فروید بی شبهه دارای اعتباری نافذ بود. داشتن عقیده ای متفاوت با عقیدهٔ او خصوصاً در مسائلی که اهمیت اساسی داشت کار آسانی نبود. از اینرو در کتابم که درمورد عملکرداورگاسم تقریر کرده بودم با نوشتن پاورقی با احترام و با توضیح تفاوت موضع خود از کنار این تضاد بدون برخورد با آن گذشتم. در آنجا اشاره کردم که متخصصین بطور کلی متفق القولند که اضطراب در نروز باعث واپس زدن تمایلات

* خودداری، علائم و اضطراب (Inhibition, Symptoms and Anxiety)

جنسی میگردد و همزمان با آن به اعتقاد خود نیز مبنی بر اینکه اضطراب نتیجهٔ انسداد و رکود جنسی است پایدار ماندم. ولی اکنون فروید عقیدهٔ مرا نفی میکرد.

این اختلاف به سرعت عمیق تر شد. من در صحت نظر خودم راسختر می شدم. من مطمئن بودم که روانکاوانی که تاب تحمل و درک ریشه های جنسی بیماری را نداشتند از این عقیدهٔ فروید که اشتباهی بیش نبود استفاده کرده و آنرا به صورتی بی تناسب بسط خواهند داد. متأسفانه در این برآورد، محقّ بودم. پس از انتشار کتاب (Hummuny Sympton und Angst) تئوری دیگری در روانکاوی درمورد اضطراب که مطابق مشاهدات بالینی جوابگوی احتیاجات بالینی باشد ارائه نشده بود. همچنین به این موضوع که نظریات من بسط و گسترش منطقی نظریات نخستین فروید دربارهٔ اضطراب است اعتقادی راسخ داشتم. با اعتقاد به صحت کارم در بسط و توسعهٔ تئوری اولیه فروید در مورد اضطراب ادامه دادم. این مایهٔ خوشنودی من بود که هرچه بیشتر به منبع فیزیولوژیکی اضطراب نزدیک می شدم ولی به موازات آن نیز تضاد بین عقاید من و عقاید فروید عمیق تر و تندتر می گشت.

درمان بیماران و کار کلینیکی بطور وضوح گویای اهمیت تبدیل اضطراب ایستا (Stasis Anxiety)* به احساسات جنسی تناسلی بود درمواردی که موفق به تبدیل اضطراب به هیجان تناسلی می گشتم، نتایج خوب و بادوام حاصل میشد. معهذا من اوائل در تبدیل اضطراب قلبی و برگشت آن به احساس جنسی تناسلی موفق نبودم. بنابراین سئوال بعدی این بود: وقتی احساسات جنسی تناسلی مسدود میگردد چه چیزی میتواند از نمایان شدن هیجان بیولوژیکی به صورت اضطراب قلبی پیش گیری کند؟ چرا اضطراب ایستا در همه موارد پسیکو نروز ظاهر نمی شود؟ برای یافتن پاسخ به این سئوالات قواعد اولیه روانکاوی مرا یاری کردند.

* اضطراب ایستا (Stasis Anxiety): اضطرابی که بیمار آنرا همواره در خود احساس می کند.

فروید نشان داده بود که اضطراب در نروز، خود را به ایده های دیگری متصل می کند. بیمار می تواند از اضطراب بگریزد اگر مثلاً علائم وسواسی بهم زند.* (اضطراب به ایـده ای متصل می گردد.) اگر از رفتار های وسواسی ممانعت شود، اضطراب نمایان خواهد شد. ولی در بسیاری از موارد ممانعت از اعمال اضطراری و یا افکار وسواسی عملی نبود. در موارد وسواسهای مزمن و طولانی و افسردگیهای مزمن حالت و ایده های وسواسی را نمیشد مختل نمود. آنها به نحوی در دسترس نبودند. من خصوصاً با شخصیتهای وسواسی و اضطراری که احساسات آنان مسدود شده بود دشواریهای زیادی داشتم. آنها بدون نشان دادن هیچگونه احساس قادر به تداعی معانی و تسلسل افکار بودند. همهٔ جدّ و جهد من مثل اینکه به سنگ خارا برخورد کند بی نتیجه می ماند. آنان در برابر تدابیر من مسلح و پوشیده از زره بودند. در کتب و مطبوعات روانکاوی هیچگونه روشی برای نفوذ به ورای این زره تشریح نشده بود. در اینجا کل شخصیت (کاراکتر) بیمار در مجموع مقاومت می نمود. اینان خود را در پشت دیواری دست نایافتنی و یا داخل زرهی غیر قابل نفوذ پنهان می کردند و تدابیر روانکاوی من نمی توانست به پشت دیوار یا داخل زره راه یابد. من در آستانهٔ تجزیه و تحلیل شخصیت (کاراکتر) بودم. ظاهراً این زره شخصیت (Character Armor) همهٔ انرژی را در خود ادغام می نمود و این امر بسیاری از روانکاوان را به عدم وجود اضطراب ایستا معتقد کرده بود.

* مثلاً ممکن است وسواسی در بیمار بوجود آید که مبادا دزدی وارد خانه شود و برای اینکار چندین بار در را امتحان کند تا مطمئن شود که در بسته است. اگر از این کار ممانعت شود بیمار دائماً در اضطراب خواهد بود.

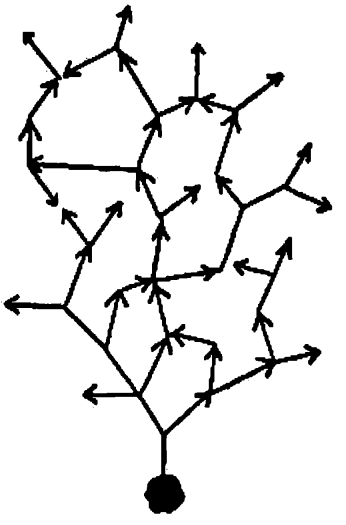
۳- پوشش زرهی شخصیّت (Character Armor) و لایه های مکانیزم دفاعی:

تئوری پوشش شخصیت نتیجهٔ کوششهایم برای از بین بردن تدریجی و قدم به قدم مقاومت بیمار در فرایند درمان بود که در ابتدا به صورت آزمایش شروع شد. بین سالهای ۱۹۲۲ و ۱۹۲۷، زمانی که نقش درمانی احساسات جنسی تناسلی شناخته شد تا هنگامیکه کتاب "Funktion des Orgasmus" در ۱۹۲۷ منتشر شد، من موارد بیشماری از تجربیات کوچک و بزرگ را جمع آوری کردم که در مجموع همهٔ آنها نمایانگر موضوع زیر بود: کل شخصیت بیمار علت دشواری درمان است. پوشش زرهی شخصیت در فرایند روان درمانی «مقاومت شخصیت» نامیده میشود. در اینجا میخواهم موارد اصلی تحقیقات اولیه را توضیح دهم. این توضیح خواننده را قادر خواهد ساخت که تئوری اقتصاد جنسی شخصیت را به سادگی بیشتری درک نماید تا که خواندن مقالات سیستماتیک شبیه به آنچه در کتاب تحلیل شخصیت (کاراکتر آنالیز) ارائه کرده ام. در آن کتاب تئوری کاوش و تحلیل شخصیت، بحث و توسعه ای از تئوری نروز فروید است. معهذا تئوری فروید و تئوری تحلیل شخصیت بزودی در تضاد با یکدیگر قرار گرفتند. تئوری من در جریان اثبات نادرستی برداشت های مکانیکی روانکاوی بسط و توسعه یافت.

وظیفهٔ روانکاوی کشف و از بین بردن مقاومت بیمار بود. قرار بر این بود که مطالب ناخودآگاه مستقیماً تعبیر شوند. بنابراین روانکاو میباید از «ایگو»ی اخلاق گرا و نهی احساسات و امیال ناخودآگاه توسط ایگو شروع بکار میکرد.* مشکل این است که بانفوذ در یک لایه مقاومت ایگو، مطالب ناخودآگاه پدیدار نمی شوند.

---

* یعنی اینکه روانکاو در ابتدا با نفس اخلاق گرای بیمار که هنوز به روانکاو مشکوک است باید شروع به روانکاوی کند و از آنجا اندک اندک به ناخودآگاه او نفوذ نماید.



ساختار پوشش زرهی شخصیت که در نتیجهٔ عمل و عکس العمل
نیروهای مختلف بر یکدیگر بوجود میآید.

واقعیت این است که رابطهٔ امیال غریزی و مکانیسم های دفاعی ایگو که بر ضد این امیال افراشته شده، مخلوط و درهم بافته و بهم تافته است و کل ساختار روانی شخص را در بر میگیرد.

در اینجا مشکلی نهفته است. تئوریهای طرح شده توسط فروید در مورد روابط بین ناخودآگاه و آستانهٔ خودآگاه* (Preconscious) و خودآگاه و طرح های

* آستانهٔ خودآگاه (Preconscious) تئوری توپوگرافیک (Topographic) روانکاوی، ساختار روانی انسان را به سه بخش خودآگاه، ناخودآگاه و آستانهٔ خودآگاه تقسیم کرده است. این بخش «آستانهٔ خودآگاه»، ناحیه ای از روان را تشکیل میدهد که تقریباً مرز بین خودآگاه و ناخودآگاه است. افکار و خاطره هائی که در این بخش قرار دارند هر چند که در آگاهی شخص نیستند ولی به آسانی می توانند در دسترس خودآگاه قرار گیرند. مثلاً میتوان با تمرکز فکر و سعی آگاهانه برای یادآوری آنها، آنان را به آگاهی درآورد. در حالیکه خاطرات و افکاری که در ناخودآگاه مدفون هستند به علل مکانیسم های روانی قابل یادآوری از طریق تمرکز و سعی شخصی نیستند.

نظری او در مورد اید و ایگو و سوپر ایگو با یکدیگر مطابقت نمی کردند و در واقع ناقض یکدیگر نیز بودند. ناخودآگاه فروید با «اید» مطابق و همسان نبود. «اید» مفاهیم بیشتری را داراست. ناخودآگاه نه تنها متشکل از خواستهای «اید» است بلکه مفاهیم بیشتری را در بر میگیرد. ناخودآگاه متشکل از خواستهای واپس زده و عواملی از سوپر ایگو است. از آنجائی که ریشه های سوپر ایگو در خواهشها و آرزوهای کودکی در رابطه به والدین قرار دارد، نتیجتاً منعکس کنندهٔ خصوصیات قدیمی این رابطه است. «سوپر ایگو» خود با غرائز قدرتمندی عجین است و ماهیتی غضبناک و ویران کننده دارد. «ایگو» همسان و مطابق خودآگاه نمی باشد. مکانیسمهای دفاعی ایگو در مقابل غرائز نهی شدهٔ جنسی، خود واپس زده و ناخودآگاه اند و علاوه بر آن «ایگو» خود از «اید» سرچشمه گرفته و در واقع بخش رشد کرده و مشخص شده از اید است، هر چند اگر بعد ها تحت نفوذ سوپر ایگو با آن در تضاد قرار میگیرد. اگر کسی فروید را صحیح درک کند اینطور نتیجه خواهد گرفت که آنچه در نوزاد است لزوماً «اید» و یا ناخودآگاه نمی باشد و بلوغ به مفهوم ایگو و یا سوپر ایگو نیست. آنچه را در بالا نگاشتم به منظور روشن کردن تناقض در تئوری روانکاوی بود و قصد بحث یا نتیجه گیری در این مورد را ندارم. من ترجیح می دهم که بحث در این قسمت ها را به عهدهٔ تئوریسین های روانکاوی بگذارم. معهذا تحقیقات اکونومی جنسی در مورد ساختار شخصیت انسان به تعدادی از این سئوالات پاسخ داده است. از نقطه نظر اقتصاد جنسی، دستگاه روانی دارای ماهیتی بیولوژیکی است نه روانی.

از برای کار بالینی، ابتدا بین آنچه واپس زده شده و آنچه میتواند به خودآگاه راه یابد اهمیتی مهم یافت. همچنین افتراق بین مراحل مختلف رشد جنسی کودک اهمیّت یافت. دانش به این مسائل از نظر درمان بالینی بیماران مهم و قابل

استفاده بود. ولی بر عکس امکان کاربرد برداشت هائی مانند «اید» که برداشتی فرضی و نامحسوس بود وجود نداشت. امکان کاربرد سوپر ایگو نیز که تصوری فرضی بود امکان نداشت. همچنین کار کردن با ناخودآگاه به معنی واقعی آن ناممکن بود زیرا فروید به درستی به این موضوع اشاره کرده بود که دسترسی به ناخودآگاه فقط از طریق مشتقات و تظاهرات آن ممکن است. یعنی تظاهرات و مشتقاتی که در خودآگاه ظاهر می گردد. برای فروید ناخودآگاه هرگز چیزی بیش از فرضیهٔ واجب و اجتناب ناپذیر نبود. تظاهرات تمناهای ماقبل تناسلی و شکلهای مختلف اخلاقی و یا ترس که باعث جلوگیری از تظاهرات خواستهای غریزی می گشت از جمله مواردی بود که به سهولت قابل درک بود. اینکه روانکاوان ناخودآگاه را طوری تلقی کردند که گوئی چیزی است دیدنی و چشیدنی، به مقدار زیاد باعث گمراهی گردید. این مانند سدی در مقابل تحقیقات در مورد ماهیت نباتی «وجیتیتیو» اید عمل کرده و نتیجتاً مانع تقرب به ماهیت بیولوژیکی روان می گشت.

درک من از لایه های مختلف روانی از تحقیق در مورد مرد جوانی که شرح آنرا قبلاً توضیح داده ام شروع شد. مرد جوان از علائم هیستری و ناتوانی در کار کردن و خودداری و ریاضت جنسی رنج می برد. او در ظاهر شخصی بسیار مؤدب بود، در نهان به علت خئف، حیله گر و موذی بود. از این رو همواره با هر چیزی به ظاهر موافقت میکرد و به آن تن در میداد. نزاکت بیش از حد او نمایانگر سطحی ترین لایه ساختار روحی او بود. در ضمن روانکاوی او مطالب زیادی را بروز میداد که مربوط به وابستگی شدید او به مادرش بود. او این مطالب را به وفور و بدون داشتن اعتقاد درونی ابراز میکرد. من توجهی به این مطالب نداشتم و مرتباً توجه او را به نزاکت بیش از حدش جلب میکردم که به مثابه مکانیزمی دفاعی و گریز از احساسات و عواطف نهانی او بود. نفرت پنهان شده او بیشتر و بیشتر در خوابهای او ظهور کرد. به موازات تخفیف حالت

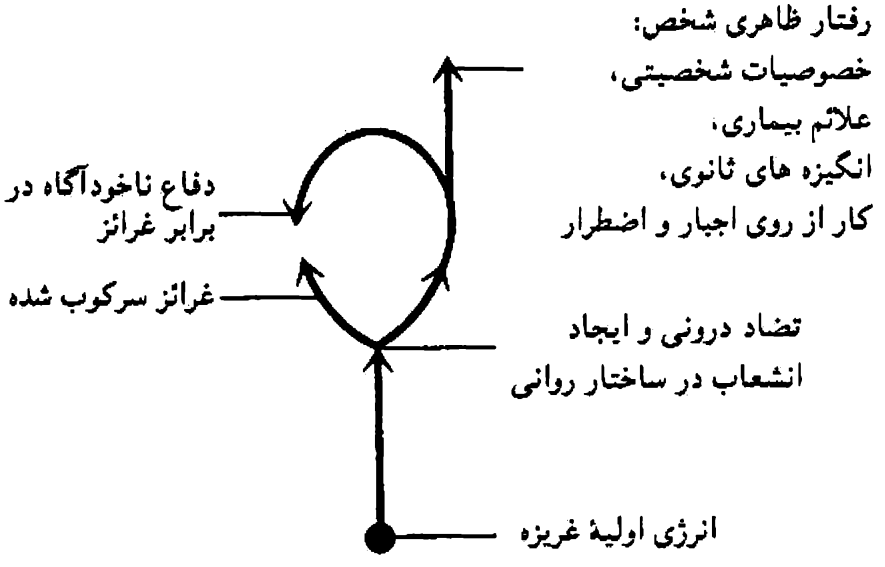
مؤدبانه اش رفتاری موهن پدیدار شد. ادب او پوششی بود بر نفرت. من این نفرت را با شکستن همه عوامل بازدارنده از مخفی گاه بیرون آوردم. از سوئی نفرت و ادب دو نیروی متضاد (آنتی تز)* یکدیگر بودند و از سوی دیگر ادب بیش از حد او نمایانگر خشم و نفرت او بود در لباسی مبدل. افرادی که به طور افراطی مؤدب اند معمولاً بی رحم ترین آنان اند.

این خشم و نفرت آزاد شده به نوبهٔ خود مخفی کنندهٔ وحشت او از پدر بود. به عبارت دیگر نفرت در این شخص در آن واحد هم انگیزهٔ سرکوب شده بود و هم فرایند دفاعی، ناخودآگاه بود که بر ضد اضطراب و وحشت افراشته شده بود. هر چه نفرت و خشم او بیشتر افشاء میشد علائم اضطراب او نیز به همان نسبت آشکارتر میشد. این نفرت به اضطرابی جدید راه گشود. این نفرت، پوشانندهٔ خشم اولیه او که از دوران کودکی سرچشمه می گرفت نبود بلکه ساختار جدیدی بود از دوره های بعدی. اضطراب جدیدی که اینک ظاهر شده بود مکانیزم دفاعی بود بر علیه لایهٔ مهلک تر و عمیق تری از نفرت و غضب. لایه سطحی نفرت به بی قدر کردن و تمسخر بسنده میکرد در حالیکه لایه مهلک و عمیقتر نفرت آکنده از انگیزه های قتال بر علیه پدر بود. هر چه ترس و وحشت از این

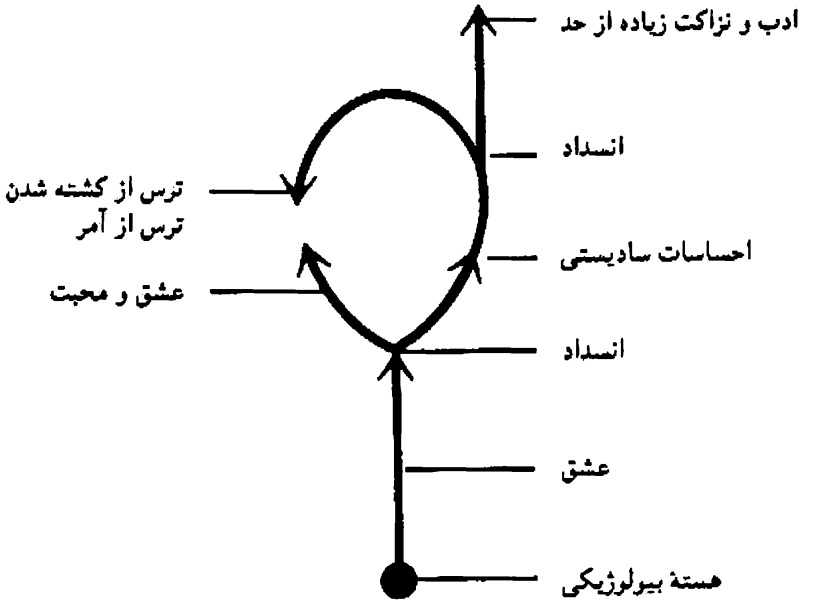
---

* تز و آنتی تز و سنتز: این برداشت از گزارده های تئوری دیالکتیک هگل است که مطابق آن هر ایده ای «تز» باعث به وجود آمدن ایدهٔ مخالف خود (آنتی تز) میشود که از تحلیل این تضاد، ایدهٔ دیگری (سنتز) که کامل تر است به وجود می آید. امام محمّد غزالی در کتاب «کیمیای سعادت» در باب حقیقت تفکر مطالبی نوشته است که به نظریهٔ تز و آنتی تز دیالکتیک هگل بسیار نزدیک است: «بدان که معنی تفکر، طلب علم است و هر علم که از بدیهه معلوم نبوَد وی را طلب باید کرد و آن ممکن نیست الا بدانکه دو معرفت دیگر را با یکدیگر جمع کنی و میان ایشان تالیف کنی تا جفت گیرند و از میان آن دو معرفت، سِیّمی تولد کند چنانکه میان نر و ماده بچه تولد کند، آن دو معرفت چون دو اصل باشند این معرفت سِیّم را، آنگاه با دیگری جمع کند تا از وی چهارمی پدید آید، همچنین تناسل علوم بی نهایت می افزاید...

انگیزه ها کمتر میشد، انگیزه های مخرب عمیق در احساسات و فانتزی های او نمایان تر می گشت. بنابراین، این لایه خشم و نفرت مهلک و مخرب عمیق، به وسیلهٔ اضطراب سرکوب شده و پنهان مانده بود. آشکار کردن این حالت بدون ایجاد اضطراب امکان نداشت و آشکار کردن وحشت او از خشم ویرانگر خود بدون فاش شدن خشم و غضب ویران کنندهٔ او، شدنی نبود. از این طریق من به ماهیت تظاهر اضداد و جمع آن بین آنچه مخفی شده و آنچه آنرا مخفی کرده بود پی بردم. من در آن موقع چیزی در این مورد منتشر نکردم ولی هشت سال بعد حاصل تجربیاتم را در این مورد به صورت نمودار زیر توضیح دادم.



نمودار نمایانگر وحدت عملکرد غرائز و نیروهای دفاعی (آنتی تز) که غرائز را سرکوب کرده اند.



نمودار مشابه به نمودار قبلی که نمایانگر انگیزه ها است.

انگیزه های قتال و مهلک بر علیه پدر نیز به نوبهٔ خود مکانیزم دفاعی «ایگو» بود بر علیه هلاک شدن توسط پدر. با افشاء شدن این مکانیزم اضطراب های تناسلی نمایان شدند. از اینرو قصد نابود شدن و اخته شدن توسط پدر. وحشت از اخته شدن که توسط تنفر و خشم او از پدر واپس زده شده بود به نوبهٔ خود مکانیزم دفاعی او بر علیه لایه عمیق تری از خشمی نابود کننده بود که به صورت خواست محروم کردن پدر از ذکر و محو کردن او به عنوان رقیب و دشمن نمایان می شد. لایه دوم نفرت و خشم منحصراً ویرانگر بود. لایهٔ سوم، لایه ای ویرانگر آمیخته با احساس جنسی بود. این لایه نیز با وحشت و ترس از اخته شدن فرو نشانده شده بود. همچنین لایه سوم خود لایه عمیق تری را که حاوی حالتی زنانه

و مفعولی و عشق نسبت به پدر بود مخفی میکرد. زن بودن در مقابل پدر همان مفهوم اخته بودن، مفهوم نداشتن ذکر را داشت. از این رو این پسر بچهٔ کوچک بایستی خود را از عشق به پدر توسط خشمی ویران کننده نسبت به او محافظت میکرد. او مردی سالم و جوان بود که احساسات مفعولی زنانهٔ خود را از این طریق پوشانده بود. او وابستگی شدیدی نیز به مادرش داشت. وقتی این وابستگی ها و حالت های مفعولی و زنانه او که در سطح رفتاری او قابل رویت بود تجزیه و تحلیل شد، خواهشهای شهوانی تناسلی و فانتزی های عشق با محارم ظاهر گشت و همراه با آن توانائی کامل تحریک تناسلی بوجود آمد. هر چند او هنوز از نظر اورگاسم ناسالم بود ولی از نظر نعوذ آلت تناسلی برای اولین بار توانا شد. این نخستین موفقیت من در کاوش و تجزیهٔ سیستماتیک و منظم و لایه به لایهٔ مقاومت ها و شخصیت بود که به تفصیل آن را در کتاب «تحلیل شخصیت» شرح داده ام.

به علت ساختار شخصیت انسان امروزی همواره بین انگیزه های طبیعی و رفتار او تضادی درونی حاصل می شود و رفتار آدمی مولود آن «تضاد درونی» میگردد. انسان امروزی از درون بر علیهٔ خود شکافته شده و شقه شده است.

برداشت زره شخصیتی و موانع لایه ای، فصل های جدیدی را برای درمان بالینی گشود. نیروهای روانی و تضاد آنها دیگر مفهومی گیج کننده و درهم نداشتند بلکه پدیده هائی بودند که هم از نظر تاریخی و هم از نظر ساختاری قابل درک بودند. نروز هر فرد بیمار ساختار مخصوص به خود را دارد و منعکس کنندهٔ پدید آئی و نمو شخصیت او در طول حیات اوست. آنچه که دیرتر سرکوب شده به سطح آگاهی نزدیک تر است. ولی تثبیت های اولیه کودکی (Early Infantile Fixations) که در تضادهای آینده مؤثر است بطور فعال در عمق و نیز در سطح همزمان با هم در کارند. مثلاً ممکن است که وابستگی های دهانی «اورال» زن به شوهرش که از تثبیت های عمیق کودکی به پستان مادر سرچشمه میگیرد، تشکیل دهندهٔ سطحی ترین لایه ای باشد که در دفع اضطراب تناسلی او نسبت به

دیاگرام نمایانگر نیروهای دفاعی و لایه های ساختار نروز



ادب بیش از حد، ناتوانی جنسی، حالت مرتاض مآبانه، اضطراب.

ترس ازدست دادن محبت و حراست

استهزاء، نارضائی، بی اعتمادی، علاقه به قدرت

احساس حقارت نسبت به آمر و ترس از او

خشم و خشونت نسبت به آمر

ترس از خشونت

انگیزه های قتال نسبت به پدر

ترس از نابود شدن، تلاش برای حفاظت از خویشتن

خواست به اخته کردن پدر

ترس از اخته شدن

حالت مفعولی و زنانه نسبت به پدر، حالت تحریک پذیری و شهوانی آنال (مقعد)

ترس از زن بودن و اخته بودن

خشم و حالت سادیسمی نسبت به مادر «خصوصیات فالیک»

یأس از مادر، ترس از واژن

عشق کودک به شیئ اولیه «مادر»

شوهرش به کار می رود. به عبارت دیگر، حالت های دفاعی ایگو چیزی جز انگیزه های سرکوب شده نیست که ملبس به لباس سرکوبگراند و این همان برخورد اخلاقی خشکی است که انسان امروزی به خود گرفته است. معمولاً ساختار نروز به طور معکوس مطابق با تکوین آن است. شناخت اتحاد اضداد به طور آنتی تز بین «نیروی انگیزه و نیروی دافع آن» فهم همزمان احساسات و تجربیات کنونی بیمار و تجربیات و احساسات اولیه کودکی را امکان پذیر ساخت. دوگانگی بین تجربیات کودکی و حالتهای کنونی از بین رفت. انبوه تجربیات و آزمونهای گذشته شخص در شخصیت کنونی او متبلور شده و در حالات و در طرز برخوردهای او و در شخصیت او منعکس میشود. خصوصیات شخصیتی، طرز برخورد، طرز رفتار و حرکات او جمع بندی کل تجربیات شخصی در طول زندگی است. این توضیحات ظاهراً نظری و «آکادمیک» برای درک و بازسازی شخصیت انسان اهمیتی بسزا دارند.

این طرح، الگوئی من درآوردی نبود که آنرا به بیماران تحمیل کنم. برهان و منطقی بود که با تکیه بر آن لایه های مختلف دفاعی را افشاء و برطرف کرده بودم. این نظریه نشان داد که لایه های مختلف عواطف عملاً وجود دارند و موجودیت این لایه ها زائیدهٔ خیال و تصور من نیست بلکه مستقل از من وجود دارد. لایه های شخصیت را به لایه های رسوبی زمین تشبیه میکردم. این لایه ها متحجر و خشک شده، گویای تاریخ زندگی شخص است. تضادهائی که شخص در سنین مختلف با آنها در جنگ و جدل بوده است همواره رده های خود را در شخصیت او به جا می گذارند. این رده ها به صورت تحجر شخصیت خود را نشان می دهند. بیمار این رده های شخصیتی متحجر را به صورت خصوصیاتی نا آشنا و بیگانه نمی بیند ولی در اکثر موارد، او به این خشکی شخصیت آگاهی داشته و آنرا به صورت از دست دادن رفتار طبیعی احساس میکند. هر لایه ای از ساختار شخصیتی بخشی است از تاریخ زندگی او، حی و حاضر در زمان حال

ولی در لباسی مبدل. تجربه ثابت کرده است که عقده های قدیمی را میتوان تقریباً به سهولت با سست کردن این لایه های خشک شده فعال نمود. اگر تعداد لایه های خشک شده تضادها زیاد و متراکم باشد و به سهولت قابل نفوذ نباشند بیمار آنرا به صورت پوششی از زره بدور خود احساس میکند. این پوشش زرهی ممکن است در سطح یا در عمق باشد، همانند اسفنج نرم یا مانند سنگ خارا سخت باشد. در هر حال وظیفهٔ آن حفاظت شخص از آزمونهای ناخوشایند است. در عین حال این حفاظت متضمن تقلیل توانائی شادی و لذت در شخصیت است. تضادهائی تند تشکیل دهندهٔ ماهیت مخفی این پوشش زرهی است. نیروئی که این پوشش زرهی را قوام داده و سر پا نگاه میدارد نیروئی تخریب کننده و محبوس است. هنگامیکه نفوذ به داخل زره پوششی شخصیت به وقوع می پیوندد، این انرژی تخریبی با حالتی خشمناک شروع به خود نمائی می کند. منبع این خشم و نفرت چه بود؟ آیا منبع آن ذاتی و بیولوژیکی و پدیده ای اولیه بود؟ سالهای متمادی گذشت تا پاسخ این سئوالات پیدا شد.

من دریافتم که مردم با نفرتی عمیق به هرگونه اختلال در ساختار پوشش زرهی شخصیت بیمارگون خود عکس العمل نشان می دهند. این یکی از بزرگترین مشکلات تحقیق در ساختار شخصیت بود. قوه مخرب هرگز آزاد نبود بلکه پنهان و در گیر با خصوصیات دیگر شخصیتی بود. از اینرو در موقعیت های ضروری و واقعی زندگی وقتی قاطعیت و ایستادگی و موضع گیری و تهاجم لازم بود او با نزاکتی نامناسب و بیش از حد و با تقاضای ترحم و شکسته نفسی بیمورد با موضوع برخورد میکرد. خلاصه آنکه با همه صفات مورد پسند جامعه می خواست مقبولیت داشته باشد. ولی شکی نمی توان داشت که این طرز برخورد توانائی هرگونه عکس العمل منطقی، زنده و فعال را در او فلج میکرد. خشونت و قاطعیتی نیز که بندرت از خود نشان میداد تنها بصورتی گسسته و بی جهت ظاهر میشد. این خشونت و پرخاش کتمان کنندهٔ حالت عدم اعتماد به نفس و یا

خودخواهی بیمارگون او بود. من اندک اندک موفق به درک نفرت نهانی بیماران گشتم. این نفرت هرگز غایب نبود. اگر روانکاو درگیر تسلسل افکار خشک و فاقد احساسات نمیشد و فقط به تعبیر خوابها بسنده نمیکرد و به زره دفاعی شخصیت که در حالتها و طرز برخورد بیمار نهان است حمله میکرد، خشم بیمار نمایان میشد. ابتدا من این عکس العمل را درک نمی کردم. بیمار از تهی بودن تجربیات خود سخن میگفت ولی وقتی من همین تهی بودن را در ماهیت روابط او، در سردی او، در دورنگی و حالت ریاکارانهٔ او و در غلو کردن های او گوشزد میکردم او عصبانی میشد. او به علائمی مانند سردرد یا تیک* یا غیره آگاهی داشت، او میدانست که این علائم چیزی غیر عادی و خارج از طبیعت اوست. ولی شخصیت او شخص خود او بود. او وقتی عوارض شخصیت خود را میشنید آشفته میگشت. این چه بود که شخص را از دیدن و فهمیدن شخصیت خود باز می داشت؟ به تدریج من به این نتیجه رسیدم که تمام وجود شخص،جرم متراکمی‌را تشکیل میدهد که همه کوشش درمانی روانکاوی را مسدود میکند. کل شخصیت بیمار در مقابل روانکاوی مقاومت میکرد، ولی چرا؟ تنها توضیح این بود که این مقاومت وظیفهٔ نهانی حفاظت و دفاع را انجام میداد. من با تئوری شخصیت «آدلر»** آشنا بودم. آیا مقدر چنین بود که من هم به راه او پیوسته و گمراه شوم؟ من نکات عمده تئوری «آدلر» را مانند پافشاری در عقیده، احساس حقارت، میل به قدرت از برای جبران احساس حقارت، غرور پنهان کردن نقاط ضعف میدانستم. آیا استنباطات «آدلر» صحیح بود؟ بحث او این بود که شخصیت و نه «احساسات جنسی» منشاء بیماری روانی است. در اینصورت رابطه شخصیت و احساسات جنسی چه بود؟ من کوچکترین شکی در صحت تئوری نروز فروید و نارسائی تئوری «آدلر» نداشتم.

---

* تیک: رجوع شود به پاورقی صفحه ۱۱۷

** آدلر: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۴۴

سالها طول کشید تا این مسائل برایم روشن شد. قوهٔ تخریبی در بند شده و متصل به شخصیت چیزی جز خشم از برای محرومیت های زندگی و بالاخص محرومیت های جنسی نیست. هرگاه روانکاو مسائل را عمیقاً بررسی میکرد، هر انگیزه تخریب به انگیزهٔ جنسی می انجامید. میل به تخریب چیزی جز عکس العمل شخص به محرومیت های عشقی و یا از دست دادن آن نیست.

اگر شخص با انبوهی از مشکلات در راه رسیدن به عشق و آزمون آن و یا رضایت خواستهای جنسی روبرو گردد، کینه و نفرت آغاز میشود. ولی این کینه و نفرت لاجرم باید در خفا باقی بماند زیرا بروز آن باعث اضطراب شدید میگردد.

از اینرو محرومیت عشقی به اضطراب منتهی میشود، همچنان که خشم سرکوب شده نیز باعث اضطراب میگردد، و اضطراب نیز به نوبهٔ خود از بروز عشق، خشم و نفرت جلوگیری مینماید. حال من دارای دانشی نظری از تجربهٔ روانکاوی بیماران و درک تحلیلی بیماری نروز بودم. مهم ترین نکات آن بصورت زیر بود: شخصی که از نظر اورگاسم ناراضی است، شخصیتی مصنوعی بهم میزند و از رفتار طبیعی و خود بخودی، از عکس العملهای طبیعی و واقعی میهراسد و از اینرو از احساسات نباتی «وجیتیتیو» خود نیز در وحشت است.

تقریباً همزمان با این، تئوریهائی در مورد غرائز خشم و تخریب به پیشاپیش تئوریهای روانکاوی کشیده شد. در مقاله ای تحت عنوان «مازوشیسم اولیه»* (Primary Masochism)، فروید تغییر مهمی در طبقه بندی های قبلی خود بوجود آورد. قبلاً گفته میشد که نفرت و کینه همانند عشق، نیروئی غریزی و بیولوژیکی است و خشم و تخریب در ابتدا از درون به خارج جهت مییابد ولی بعداً در اثر فشارهای دنیای خارج، به سوی درون تغییر جهت داده و به صورت مازوشیسم (تمایل به رنج و درد) نمایان میگردد. حال با ارائهٔ نظریه های جدید روانکاوی

* مازوشیسم: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۹۸

اینطور به نظر میرسید که عکس این قاعده نیز صحیح باشد. مازوشیسم اولیه یا «غریزهٔ مرگ» از ابتدا در موجود زنده برقرار است و ناگسستنی از سلول است. بازتاب این غریزهٔ درونی به دنیای خارج باعث ظهور خواسته های تخریبی میگردد، که این به نوبهٔ خود ممکن است دوباره بر ضد شخص تغییر جهت داده و به صورت «مازوشیسم» ثانوی نمایان گردد. این نظریه در کار بود که برخوردهای منفی بیمار از مازوشیسم درونی او سرچشمه میگیرد. مطابق نظریهٔ فروید مازوشیسم می توانست به عنوان عاملی در عکس العمل منفی درمانی و احساس گناه ناخودآگاه عمل کند. پس از چند سال توجه مخصوص به صور گوناگون انگیزه های تخریبی که باعث احساس گناه و افسردگی میگشت، بالاخره به اهمیت آن در پوشش زرهی شخصیت و رکود جنسی واقف شدم.

پس از اخذ اجازه از فروید، برای نگاشتن کتابی در مورد تکنیک روانکاوی بطور جدی به تفکر پرداختم. در این کتاب ناچار بودم موضعی روشن در مورد «انگیزهٔ تخریب» اتخاذ کنم. در همان هنگام «فرنزی» با «آدلر» به مخالفت برخاسته بود و در مقاله ای به نام «تکمیل و توسعهٔ تکنیک فعال» چنین گفته بود: «تحلیل شخصیت هرگز نقش اساسی در تکنیک ما نداشته است»، فقط در پایان درمان «قدری اهمیت مییابد». «شخصیت تنها وقتی حائز اهمیت میگردد که رده های غیرطبیعی و جنون وار (شبیه به پسیکوز) سیر طبیعی روانکاوی را مختل نماید». در این جملات او بطور صریح طرز فکر روانکاوان را در نقش شخصیت در روانکاوی بیان کرده است. در آن زمان من مشغول تحقیقات در مورد تحلیل شخصیت بودم. «آدلر» حامی تحلیل شخصیت بود ولی ارتباط آنرا به مسائل جنسی قبول نداشت. اعتقاد من این بود که درمان واقعی وقتی امکان پذیر است که زمینه و اساس بیماری که در شخصیت بیمار ریشه دارد از بین برود. تفاوت تکنیک من با تکنیک پیشنهادی «آدلر» در آن بود که من آنالیز شخصیت را از طریق تحلیل رفتار و عادات جنسی بیمار صحیح میدانستم در حالیکه آدلر تحلیل مسائل جنسی

بیمار را مغایر تحلیل شخصیت میدانست و تحلیل شخصیت را بطور مستقل مطرح میکرد. وجه مشترکی بین برداشت من از پوشش زرهی شخصیت و برداشت آدلر از رده های شخصیتی فردی وجود نداشت. هرگونه اشاره به آدلر در بحث تئوری اکونومی جنسی و ساختار شخصیت نمایانگر سوء تفاهمی فاحش است. کمبودهای شخصیتی مانند عقده خودکم بینی و یا میل به قدرت تنها تظاهر سطحی فرایند پوشش زرهی به مفهوم بیولوژیکی آن و سرکوب فعالیت های حیاتی آن است.

در کتاب Der Triebhofte Charakter (۱۹۲۵) بر اساس تجربه با بیماران عصبی (Impulsive Character)* از حیطهٔ تجزیه و تحلیل علائم (سمپتوم ها) به آنالیز شخصیت تغییرجهت دادم. این حرکتی معقول بود، ولی برای به ثمر رساندن آن من در آن وقت فاقد دانش کافی کلینیکی و تکنیکی بودم. از این رو به تئوری ایگو و سوپرایگو رو آوردم. ولی تکنیک تحلیل شخصیت را نمی توان با مفاهیم کمکی روانکاوی به ثمر رساند. از این رو لازم بود که تئوری ای از ساختار روانی انسان مبنی بر طرز کار آن با دلائل بیولوژیکی ارائه میشد.

تجربیات کلینیکی من در این مقطع زمانی به وضوح مبین این بود که هدف درمان برقرار کردن توانائی رضایت کامل جنسی است. من این هدف را می دانستم ولی فقط در تعداد معدودی از بیماران به نتیجه می رسیدم. در عین حال هیچگونه ایده ای دربارهٔ روش و تکنیکی که مرا قادر به رسیدن به این هدف کند نداشتم. در واقع هرچه اعتقاد من به این هدف راسخ تر میشد به همان نسبت آگاهی من به کمبود مهارت در تکنیک بیشتر میگردید. بجای کم شدن فاصله بین هدف و توانائی در رسیدن به این هدف، این فاصله بیشتر و بیشتر میگردید.

---

* شخصیت عصبی(Impulsive Character): رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۹۶

از نظر درمانی، طرح فروید برای توضیح طرز کار روان، کار بردی محدود داشت. به آگاهی آوردن عقده ها و خواستهای ناخودآگاه فقط هنگامی اثر شفابخش داشت که توانائی تناسلی نیز برقرار میگشت. اما هر آنچه مربوط به «خواست ناخودآگاه تنبیه» و مازوشیسم اولیه بود هیچگونه استفاده بالینی و عملی نداشت. چرا که اگر غریزه ای ذاتی و بیولوژیکی در عمق روان انسان بود که او را در رنج و بیماری نگهدارد، پس امیدی به درمان نمی بایست داشت؟!

بسیاری از روانکاوان طاقت خود را به علت پریشانی و ویرانی رشته روان درمانی از دست دادند. «استکل» (Stekel)* مطالعات در زمینهٔ مقاومت بیمار بر علیه کشف مسائل ناخودآگاه را رد کرد. او ترجیح داد با تعبیر بی وقفهٔ مفاهیم ناخودآگاه بدون توجه به مقاومت بیمار پیش رود. این نوع درمان هنوز هم توسط بسیاری از روانکاوان تندرو و بی ملاحظه دنبال میگردد. اوضاع یأس آور بود. استکل نروز و اضطراب اخته شدن** (Castration Anxiety) را قبول نداشت. او میخواست نوآور درمانی سریع باشد و بهمین دلیل نیز خود را از گروه فروید که آهسته و صبورانه به سوی هدف در حرکت بود جدا کرد.

آدلر نمی توانست تئوری جنسی را درک کند. کار او به سرنوشت فیلسوف علل غائی و جامعه شناسی اخلاق گرا انجامید.

«یونگ»*** (Jung) مفهوم لیبیدو را چنان وسعت داد که معنی خود را به عنوان انرژی جنسی از دست داد. کار او به ناخودآگاه اجتماعی**** و سپس به برداشتهای عرفانی ختم شد و بعداً نیز بعنوان سوسیالیست ناسیونال معرفی شد.

---

* استکل: رجوع کنید به پاورقی صفحه ۴۴

** اضطراب اخته شدن: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۴۴

*** یونگ: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۲۹

**** collective unconscious: رجوع کنید به پاورقی صفحهٔ ۲۹

فرنزی (Frenzi) فردی بسیار مستعد و شخصیتی برجسته بود. او به خوبی از ویرانی رشته روان درمانی آگاه بود و برای حل این مشکل توجهی شایان به تن و بدن معطوف میداشت. او تکنیکی درست کرد به نام «تکنیک فعال» که ناظر به تنش (تانسیون) بدن بود. ولی او با نروزی که در اثر رکود جنسی ایجاد میگشت آشنائی نداشت و تئوری اورگاسم را نیز جدی تلقی نمیکرد.

«رانک» (Rank) نیز از زوال رشته روان درمانی آگاه بود. او میل به آرامش و برگشت به رحم را در افراد شناخته بود ولی ترس از جدال زندگی در این دنیای وحشت زا را نادرست میدانست و آنرا به تأثیر بیولوژیکی صدمه زایمان نسبت میداد که از قرار بایستی هستهٔ مرکزی نروز باشد. او هرگز این سئوال را به مخیلهٔ خود راه نداد که چرا مردم میخواهند از زندگی واقعی گریخته و به رحم مادر پناه برند. او با فروید نیز که تئوری لیبیدو را مهم میشمرد به مخالفت برخاست.

همهٔ آنها درمقابل این سئوال که چگونه بیمار تمایل جنسی طبیعی خود را پس از اینکه از سرکوب و واپس زدگی رهائی یافت میتواند اظهار کند وامانده بودند. فروید نیز نه اشاره ای به این مسئله کرده بود و نه همانطور که بعداً معلوم شد طاقت تحمل آنرا داشت و نهایتاً نیز چون از برخورد با این سئوال اساسی پرهیز میکرد، فرضیه هائی مثل تمایل ذاتی و بیولوژیکی به رنج کشیدن و مردن را به پیش کشید و مشکلات عظیمی را به وجود آورد.

چنین مسائلی نمی توانست به وسیلهٔ تئوری حل و فصل شود. نمونه های رانک، آدلر، یونگ و غیره مرا از ادعاهائی که از نظر کلینیکی دقیقاً مدلل نبودند بر حذر میداشت. ممکن بود با ساده پنداری بیش از حد به این مسائل پیچیده برخورد نمود و بسهولت از آنها گذشت. مثلاً بیمار را چنانچه از نظر جنسی و مقاربتی ممسک و خوددار بود تشویق به مقاربت و استمناء نمود و گفت که به این وسیله همه چیز بهبود خواهد یافت. با همین ساده پنداری بود که روانکاوان تئوری تناسلی مرا سوء تعبیر کردند. در واقع این توصیه ای بود که

بسیاری از پزشکان و روان پزشکان آن وقت به بیماران خود می نمودند. آنها شنیده بودند که رکود جنسی به قول فروید باعث نروز میگردد. از اینرو آنان به بیماران خود توصیه میکردند که خود را از نظر جنسی «کامران» نگهدارند. آنان به دنبال نتیجه ای سریع بودند. آنان این بصیرت را نداشتند که نروز دقیقاً به همین علت ناتوانی احساس رضایت است.

مفهوم ناتوانی اورگاستیک حاوی و چکیدهٔ مسائلی بود که اگر چه ساده به نظر میآمید، ولی بسیار پیچیده بود. گفتارهای مقدماتی من حاکی از این بود که رضایت تناسلی باعث از بین رفتن علامت بیماری میگردد. معهذا تجربهٔ کلینیکی ثابت کرد که فقط تعداد معدودی از بیماران دارای انرژی تناسلی لازم برای آزمون رضایت جنسی هستند. از اینرو لازم بود معین شود که در کجا و چگونه این انرژی مسدود و در بند شده و چگونه به مسیر نادرست منحرف گشته است. لذت بیمارگون و ناسالمی که در ویرانگری و نابود کردن نهفته است، به عبارت ساده تر بد ذاتی و بدجنسی افراد، یکی از اثرات و علائم این انحراف بیولوژیکی انرژی تناسلی است.

برای این نتیجه گیری، کار کلینیکی در سطحی وسیع لازم بود. خشم بیمار با احساس گناه سنگین شده، از واقعیات دور گشته و به مسیری نادرست جریان مییابد و معمولاً عمیقاً واپس زده میشود. تئوری فروید مبنی بر وجود انگیزه اولیه و بیولوژیکی ویرانگر (Primary Biological Destructiveness) حل این مسئله را پیچیده تر کرد. زیرا اگر بیرحمی و سفاکی روزمره و آشکار انسان، تجلی انگیزه های بیولوژیکی و نتیجتاً تجلی نیروی غریزی طبیعی و ذاتی او باشد، امید به درمان نروز یا آرزوی وصول به آمالها و ارزشهای فرهنگی را نمیتوان داشت. در واقع اگر انگیزه خود نابود کردن، انگیزه ای بیولوژیکی و غیر قابل تغییر است، پس دورنمائی بجز کشتار بشر به دست خویش متصور نیست. در این صورت نروز، تظاهر بیولوژیکی این انگیزه است. پس چرا ما به روان درمانی مشغول هستیم؟ من

بایستی این مسائل را برای خود روشن میکردم. من نمی خواستم خود را در فرضیات نظری غرق کنم. این احساس به من دست میداد که در ورای این مباحثات، انسداد عواطف بر علیه صداقت و حقیقت در کار است. از سوی دیگر، تجربه بالینی نشان دهندهٔ جهت مشخصی به سوی تحقق هدفی معین بود. انسداد و رکود جنسی نتیجهٔ اختلال در عمل اورگاسم است. نروز را میتوان با از بین بردن منبع انرژی آن که از رکود جنسی سرچشمه میگیرد شفا بخشید. این خط تفکر از مرحله های خطرناک و پوشیده ای میگذشت. انرژی تناسلی بصورت مخفی و به اشکال گوناگون در لباسی مبدل و در مکانهای مختلف به هزارها نحو مختلف وجود دارد. در دنیای مرسوم ما این صحبت ممنوع بود. تکنیک تحقیق و درمان باید از تجربیاتی محدود و پریشان استخراج میشد. فقط روشی زنده و با تحرک میتوانست از انحراف خطرناک روان درمانی به بیراهه جلوگیری نماید.

در طول ده سال بعد، آنالیز شخصیت به روشی مبدل شد که به گشودن منابع مدفون شده انرژی تناسلی کمک نمود. وظیفهٔ این تکنیک به عنوان روش درمانی چهار رکن اساسی داشت.

۱- تتبع کامل در رفتار و کردار انسان به انضمام رفتار جنسی.

۲- درک و تسلط بر رفتار سادیسمی انسان (زجر و آزار دیگران).

۳- تحقیق و تتبع در تجلی مهمترین اختلال روانی که ریشه اش در دوران قبل از مرحلهٔ تناسلی کودک است. بایستی روشن می شد که چگونه احساسات جنسی غیر تناسلی (non-genital) باعث انسداد کار تناسلی میگردد.

۴- تحقیق و تتبع در علل اجتماعی اختلال تناسلی.

٤- ویرانگری،* تهاجم** و سادیسم

واژه های «تهاجم»، سادیسم و ویرانگری و غریزهٔ مرگ در روانکاوی واژه هائی همطراز تلقی میشد. تهاجم را با ویرانگری یکسان میدانستند که بنوبه خود برابر با «غریزهٔ مرگ» بود و بسوی دنیای خارج جهت داشت. سادیسم جزء غرایز اولیه تصور میشد که در سن معینی از رشد جنسی فعال میگشت. برای بررسی دقیق تر این مفاهیم به مطالعه و برآورد همهٔ اعمال انسان که در زیر روال «نفرت» جمع میشد پرداختم. در کار کلینیکی هرگز با غریزهٔ مرگ روبرو نگشتم. خواست مردن شبیه و مطابق غریزهٔ اولیه جنسی یا گرسنگی را نیز هرگز مشاهده نکردم. همهٔ علائمی که می توانست زادهٔ غریزهٔ مرگ تلقی شود زادهٔ بیماری نروز بود. مثلاً در نمونه های خودکشی، میل به گرفتن انتقامی ناخودآگاه از شخص دیگری که فرد بیمار هویت خود را با آن شخص یکسان پنداشته و با کشتن خود میل ناخودآگاه خود را به نابودی آن شخص عملی میکرد. و یا عمل خودکشی به منظور فرار از انبوه عظیم آشفتگی های دردناک زندگی ظاهر میگشت. ردپای ترس از مرگ را در بیماران همواره میشد در ترس از مصیبت و بلائی موهوم و خیالی و در نهایت در اضطرابهای جنسی و تناسلی پیدا کرد. علاوه بر این روانکاوانی که تئوری غریزهٔ مرگ را قبول کردند غالباً اضطراب را با غریزه اشتباه می کردند. ترس از مردن برابر است با اضطراب ناخودآگاه شخص از حالت اورگاسم. غریزهٔ فرضی مرگ، اشتیاق به نابودی و هیچ شدن، اشتیاق ناخودآگاهی است برای تحلیل تنش مانند حالت اورگاسم. هشت سال طول کشید تا این مسائل روشن گردید. از این رو من تئوری اورگاسم را بطور سریع وسطحی تعمیم ندادم بلکه در

---

* Destruction

** Aggression

قاعده بندی آن تفکر و تتبع بسیار نمودم.

موجود زنده هنگامی قصد نابودی موجود دیگری را میکند که میخواهد منبع خطر را نابود کند. در این صورت نابود کردن و کشتن، هدف بیولوژیکی معقول دارد. انگیزه اولیه، لذت بردن از نابودی و کشتن نیست بلکه نابودی و کشتن در خدمت «غریزهٔ زنده ماندن» است. (من مخصوصاً این واژه را که در آن زمان مصطلح بود به کار بردم) این کوششی است در جهت احتراز از اضطراب و فروپاشیدن ایگو (Ego). «من در مقابله با خطر به نابودی آن بر میخیزم چرا که میخواهم زنده بمانم و نمی خواهم در اضطراب باشم». بطور خلاصه انگیزهٔ ویرانگری در خدمت انگیزهٔ بیولوژیکی و اولیهٔ زنده ماندن است. مفهوم فوق به صورتی که بیان شد دلالت ضمنی بر روابط جنسی ندارد و هدف آن لذت نیست، هر چند که رهائی از خطر و ناراحتی آزمونی لذت بخشی است. این مطالب از نقطه نظر بسیاری از برداشتهای اقتصاد جنسی که انگیزهٔ اولیه بیولوژیکی ویرانگری را نهی میکند بسیار مهم هستند. حیوانی حیوان دیگر را از برای لذت نمیکُشد. چرا که این یک قتل سادیسمی از برای لذت بردن خواهد بود. یک حیوان حیوان دیگر را به علت گرسنگی و یا احساس خطری که از سوی او مترتب است میکشد. از این رو در اینجا نیز ویرانگری و قتل در خدمت غریزهٔ زنده ماندن است. ولی غریزهٔ زنده ماندن چیست؟ جواب آنرا ما هنوز نمیدانیم.

تهاجم (Aggression) به مفهوم مطلق کلمه آن، نه به سادیسم و نه به نابودی و تخریب مربوط است. همه نمودهای مثبت زندگی با حالت تهاجم آمیخته است، عمل لذت بخش مقاربت، اعمال مخرب آمیخته با نفرت، اعمال سادیسمی و همچنین تحصیل قوت همه حالت های متحرک و متهاجم اند. تهاجم و تحرک نمایانگر زندگی در عضلات بدن است. برآورد تهاجم در تربیت کودکان بسیار مهم است. سرکوب بیش از حد تهاجم و تحرک که کودکان ما با وجود ضررهای آن مجبور به تحمل آنند، نتیجهٔ برابر انگاشتن تحرک و تهاجم با شرارت و تمایلات جنسی است.

تحرک و تهاجم همواره کوششی است برای تحصیل رضایت احتیاجات حیاتی. بنابراین تحرک و تهاجم خود غریزه نیست بلکه وسیله ای برای تحصیل رضایت غرائز است. غرائز ذاتاً دارای حالت تهاجمی اند چرا که تانسیون (تنش و فشار) که همراه آن است به دنبال رضایت و رهائی میگردد. بنابراین تهاجم اَشکال گوناگون داشته و میتواند به صُور مخرب، سادیسمی، تحرکی، و جنسی ظهور کند.

اگر رضایت تحرک جنسی منع شود، احتیاج به رهائی احساسات جنسی و یافتن رضایت خاطر ادامه یافته و خود را به انحاء مختلف می نمایاند. در واقع این خواست آزمون لذت بهر قیمتی به پا خواسته و رضایت مورد نظر را میطلبد. احتیاج به تهاجم اندک اندک احتیاج به عشق را تحت الشعاع قرار میدهد. اگر هدف لذت بخشی که در ابتدا مورد نظر بود از دسترس بدور دارند و مثلاً آنرا کاملاً در ناخودآگاه مدفون دارند و یا آنرا با اضطرابی عظیم آمیخته سازند، در این صورت تهاجم که ابتدا وسیله ای برای رسیدن به هدف و رهائی تنش بود خود عمل رهائی آنرا به عهده میگیرد. این به نوبه خود به احساسی لذت بخش تبدیل شده و از اینرو به صورت سادیسم تغییر شکل میدهد. نفرت در نتیجهٔ نهی هدف اولیه عشق و عشق ورزی بوجود آمده و رشد میکند. شدت نفرت وقتی شدیدترین است که عمل عشق و عشق ورزی مسدود گردد. از اینروست که افکار و اعمال ویرانگر در ارتباط با خواستهای جنسی جامهٔ عمل می پوشند و مورد مثال آن قتل هائی است که در رابطه با اعمال جنسی انجام میگیرد. لازمهٔ چنین عملی انسداد کامل توانائی احساس لذت تناسلی بصورت طبیعی آن است. بنابراین انحرافاتی مانند سادیسم مخلوطی از خواستهای اولیه جنسی و انگیزه های ثانوی ویرانگر است. این حالت در هیچ جانوری دیده نمیشود و خصوصیت اکتسابی است که انسان به آن مبتلا شده است. هرگونه عمل نابود کننده ظاهراً «اختیاری»، عکس العملی به محرومیت از احتیاجات حیاتی به ویژه احتیاجات جنسی است.

بین سالهای ۱۹۲۴ تا ۱۹۲۷ به موازات روشن شدن خصوصیات اساسی این

روابط، واژهٔ «غریزهٔ مرگ» را هنوز در تألیفات خودم بکار میبردم، زیرا نمیخواستم از صفوف روانکاوان دیگر بگسلم، هر چند در کار کلینیکی غریزهٔ مرگ را مردود میدانستم. من بحثی نیز در مورد تعبیر بیولوژیکی آن نکردم زیرا مطلبی برای گفتن در این مورد نداشتم. در کار بالینی و عملی همواره وجود غریزهٔ مرگ و ویرانگری را در بیماران انکار میکردم. ابتدا اعمال تخریبی و رکود جنسی را تشریح کردم، ولی جواب این سئوال را که آیا ماهیت اعمال نابود کننده ریشهٔ بیولوژیکی دارند یا نه به آینده موکول کردم. همچنین به علت کمبود دلائل، جانب احتیاط را رعایت میکردم. آنچه حتی در آن موقع روشن بود این بود که هرنوع سرکوب خواستهای جنسی باعث نفرت، خشم و ویرانگری بی هدف (ناآرامی حرکتی بدون هدفی منطقی) و تمایلات ویرانگرانه میگردد. نمونه های فراوانی در این مورد در کار کلینیکی، زندگی روزمره و مشاهدات در حیوانات دیگر را میتوان یافت.

کم شدن خشم و نفرت در بیمارانی که توانائی آزمون طبیعی لذت جنسی را بدست می آوردند بسیار واضح بود. هر نوع تبدیل علائم نروز وسواس به نروز هیستری با تقلیل نفرت همراه بود. انحرافات سادیسمی و فانتزیهای سادیسمی در عمل مقاربت، به موازات ازدیاد لذت و رضایت جنسی تقلیل میافت. این پدیده ما را قادر به فهم علت ازدیاد تضادهای زناشوئی در مواقع تقلیل رضایت جنسی نمود. همچنین ما را قادر کرد که علت از بین رفتن بیرحمی در خانواده را در مواردی که رضایت جنسی از شریک زندگی دلسوز وجود داشت دریابیم. مشاهدهٔ رفتار جانوران به من آموخته بود که حیوانات وقتی از غذا سیر و از نظر جنسی راضی هستند، بی خطرند. گاو نر وقتی وحشی و خطرناک است که از نزدیکی او با گاو ماده جلوگیری شود. سگ های زنجیری به علت جلوگیری از فعالیت عضلانی و رضایت جنسی تبدیل به سگی هار و خطرناک میگردند. من موفق به شناخت علائم و رده های بی رحمی و سفاکی تحت شرایط نارضائی جنسی مزمن

شدم. این رده های شخصیتی را در حالتهای کینه توزانه زنان ترشیده و اخلاق گرایان اهل صورت مشاهده کردم. در مقابل در اشخاصی که قادر به حصول رضایت جنسی تناسلی بودند، شخصیتی آرام و نیکو مشاهده کردم. فردی که قادر به دستیابی به رضایت جنسی است هرگز گرایش به سادیسم نخواهد داشت. اگر چنین شخصی به سادیسم روی آورد میتوان با اطمینان خاطر فرض کرد که انسدادی غیر منتظره، جریان معمولی رضایت جنسی او را مختل کرده است. این حالت در زنان یائسه نیز مشاهده میشود. بعضی از زنان در سنین بالا نشانی از رفتار غیر منطقی کینه توزانه و آکنده از نفرت ندارند، ولی بعضی دیگر پس از یائسگی خصوصیاتی پر از کینه و نفرت، حتی اگر قبلاً از آن مبرا بودند، پیدا میکنند. شکی نمیتوان داشت که فرق میان رفتار گروه اول با گروه دوم در آزمونهای جنسی و تناسلی آنان است. گروه دوم زنانی هستند که هرگز رابطه عشقی لذت بخش و رضایت آمیز نداشتند و اکنون از این فقدان متأسف و پشیمانند و بطور ناخودآگاه و یا خودآگاه نتایج انسداد جنسی را حس میکنند. آنان حسود و متنفر، سخت ترین دشمن هر گونه آزادی میگردند. از این رو بروشنی میتوان لذت سادیسمی و مخرب را که در دوران ما به وفور مشاهده میشود به انسداد کلی غرائز طبیعی جنسی مربوط دانست.

منبع و مأخذ مهمی از انرژی تناسلی کشف شده بود. انرژی آزاد شده ناشی از ازبین رفتن حالت تهاجمی نابود کننده و سادیسم میتوانست به اندامهای تناسلی منتقل شود. بزودی معلوم شد که توانائی اورگاسم منافی انگیزه های قتال و سادیسمی است. شخص نمیتواند از یک طرف در صدد ارضاء جنسی «تناسلی» زوج و یا زوجهٔ خود باشد و از طرف دیگر و همزمان با آن خواست آزار و نابودی او را داشته باشد. از اینرو دیگر نه موردی برای بحث در «خواستهای جنسی سادیسمی» مردان و مازوشیستی زنان باقی بود و نه موردی در بحث از اینکه «فانتزی تجاوز به عنف بخشی از رابطهٔ جنسی طبیعی است.» در این موارد

فکر روانکاوان بیشتر از ساختار جنسی انسان امروزی قد نمی داد.

هرگاه نیروی تناسلی با محرومیت روبرو گردد، به نیروی مخرب تبدیل میشود. عکس این نیز صحیح است یعنی اینکه هر گاه رضایت تناسلی برقرار گردد انرژی مخرب ناپدید میشود. تئوری مبدأ بیولوژیکی سادیسم و ویرانگری از نظر بالینی کاربردی نداشت و از نظر فرهنگی نیز نظریه ای یأس آور بود. ولی حتی این آگاهی نیز به حل مسئله که حصول به توانائی اورگاسم بود کمکی نمیکرد. نیروی ویرانگری در مکانهای گوناگون و به انواع مختلف در بند بود. بنابراین از نظر تکنیک برای رهائی نیروی در بند شده لازم بود مکانیزم های مسدود کننده این نیرو بررسی شوند. اگر قرار بود که نیرو در بند شده آزاد گردد و به انرژی اورگاسم تغییر شکل دهد، وظیفهٔ روش درمان بنابراین یافتن مکانیزم هائی بود که خشم و نفرت را در بند داشته و مانع آزاد شدن نیروی خشم و نفرت میشدند. از اینرو سودمندترین طریق برای رسیدن باین هدف بررسی در پوشش زرهی شخصیت بود که بصورت حائل احساسات عمل میکرد. رشد و تبدیل روش تجزیه و تحلیل سیستماتیک مقاومت به تجزیه و تحلیل شخصیت نتیجهٔ تحقیق در این زمینه بود که بعد از ۱۹۲۶ صورت گرفت. تا آن موقع در سمینارهای تکنیک مسائل را بر اساس مقاومت های پنهانی بیمار و اختلالات ماقبل تناسلی بررسی می نمودیم. ولی وقتی انرژی آزاد شده جنسی اندامهای تناسلی را تحریک میکرد بیماران رفتاری مخصوص پیدا میکردند. اکثر بیماران با ازدیاد تحریک، به حالتهای غیر تناسلی میگرویدند. مثل این بود که انرژی جنسی بین نواحی تناسلی و تثبیتهای ماقبل تناسلی نوسان میکرد.

در سالهای ۱۹۲۵ و ۱۹۲۶ زن جوان آمریکائی را معالجه میکردم که از سالهای کودکی از آسم شدید ریه ها رنج میبرد. هرگونه موقعیتی که باعث تحریک جنسی میشد حملهٔ آسمی او را تشدید میکرد. هرگاه در صدد نزدیکی با شوهرش برمیآمد و یا با کسی لاس میزد حمله های آسم ظاهر میشد و به

نفس تنگی شدید میافتاد و فقط با استفاده از داروهای ضد اسپاسم بهبود میافت. او انگیزه های ناخودآگاه شدید نسبت به مادرش داشت. فرج (واژن) او کم حس بود. گلوی او در عوض بسیار حساس بود. او بطور ناخودآگاه میل شدید به گاز گرفتن و مکیدن داشت و احساس خفقان در گلو مینمود. در خوابها و همچنین در رفتار او فانتزی اینکه آلت تناسلی مردی در گلویش گیر کرده به روشنی نمایان بود. به موازات کشف شدن این افکار ناخودآگاه، آسم او نیز برای اولین بار از بین رفت و در عوض با تحریکات واگوتونیک* شدید روده ها و اسهال و یبوست بطور متناوب جانشین شد. ناراحتی گلو و حلق او مرتفع شده بود ولی در عوض روده ها تحریک شده بودند. فانتزی چسبیدن آلت تناسلی مرد در گلو به فانتزی «داشتن کودکی در شکم و لزوم دفع آن» تبدیل شد. اختلالات تناسلی او که همراه با اسهال بود وخیم تر شد. هرگونه احساسی در فرج او از بین رفت و او از عمل مقاربت جنسی کاملاً دوری میکرد. او میترسید که در هنگام عمل جنسی به اسهال دچار شود. با بهبودی تدریجی روده ها برای اولین بار احساس تحریک در فرج او ظاهر شد ولی این احساس و تحریک از حد معینی بیشتر نمیشد. با هر درجه ازدیاد تحریک، بیمار به اضطراب و حملهٔ آسمی دچار میگشت. حملات آسم برای مدتی به صورت اولیه ظاهر شد. این حملات با تحریکات ناحیهٔ دهان و فانتزی های اولیه قبل از درمان همراه بود. مثل آن بود که اصلاً درمانی در کار نبوده است. هرباری که بیماری عودمیکرد این علائم نیز ظاهرمیشد ولی تحریکات به ناحیهٔ تناسلی نزدیکتر و نزدیکتر میشدند. تحمل بیمار از تحریکات تناسلی هر بار بیشتر و بهتر میگشت. عود بیماری با فاصلهٔ زمانی طولانی تری به وقوع می پیوست. این حالت برای چندین ماه ادامه یافت. با هر پیشرفت تحریک بسوی فرج، آسم او بهبود مییافت و با هر پسرفتی تحریکات در دستگاه تنفسی ظاهر میشد.

* واگوتونیک: مربوط به عصب پاراسمپاتیک واگوس.

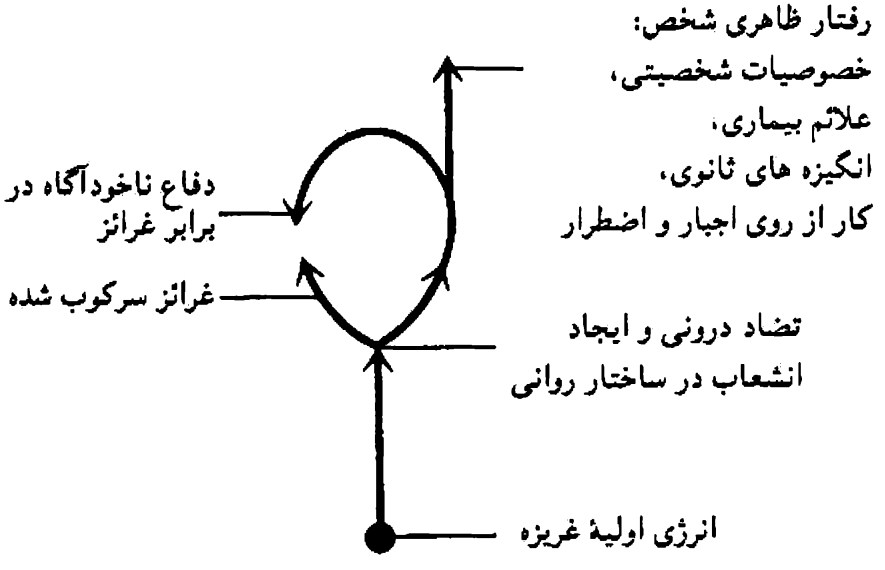
مؤدبانه اش رفتاری موهن پدیدار شد. ادب او پوششی بود بر نفرت. من این نفرت را با شکستن همه عوامل بازدارنده از مخفی گاه بیرون آوردم. از سوئی نفرت و ادب دو نیروی متضاد (آنتی تز)* یکدیگر بودند و از سوی دیگر ادب بیش از حد او نمایانگر خشم و نفرت او بود در لباسی مبدل. افرادی که به طور افراطی مؤدب اند معمولاً بی رحم ترین آنان اند.

این خشم و نفرت آزاد شده به نوبهٔ خود مخفی کنندهٔ وحشت او از پدر بود. به عبارت دیگر نفرت در این شخص در آن واحد هم انگیزهٔ سرکوب شده بود و هم فرایند دفاعی، ناخودآگاه بود که بر ضد اضطراب و وحشت افراشته شده بود. هر چه نفرت و خشم او بیشتر افشاء میشد علائم اضطراب او نیز به همان نسبت آشکارتر میشد. این نفرت به اضطرابی جدید راه گشود. این نفرت، پوشانندهٔ خشم اولیه او که از دوران کودکی سرچشمه می گرفت نبود بلکه ساختار جدیدی بود از دوره های بعدی. اضطراب جدیدی که اینک ظاهر شده بود مکانیزم دفاعی بود بر علیه لایهٔ مهلک تر و عمیق تری از نفرت و غضب. لایه سطحی نفرت به بی قدر کردن و تمسخر بسنده میکرد در حالیکه لایه مهلک و عمیقتر نفرت آکنده از انگیزه های قتال بر علیه پدر بود. هر چه ترس و وحشت از این

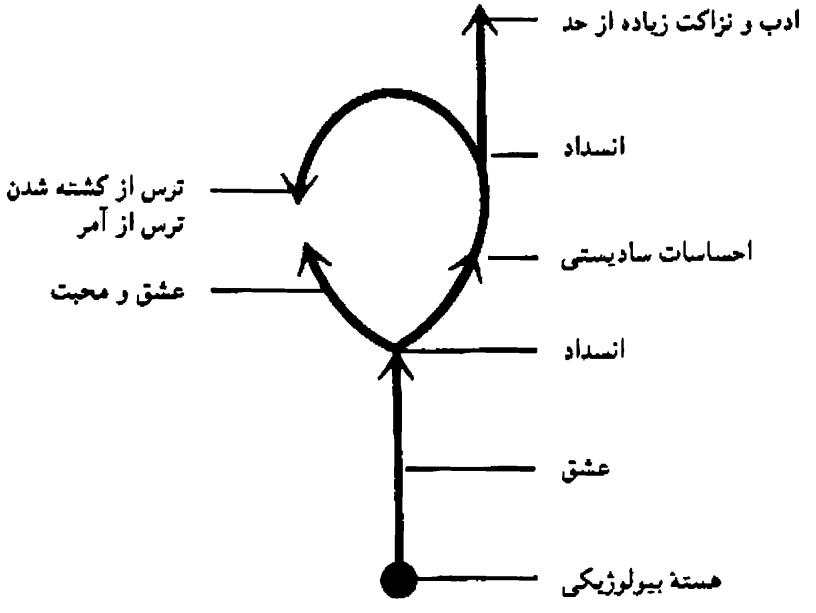
---

* تز و آنتی تز و سنتز: این برداشت از گزارده های تئوری دیالکتیک هگل است که مطابق آن هر ایده ای «تز» باعث به وجود آمدن ایدهٔ مخالف خود (آنتی تز) میشود که از تحلیل این تضاد، ایدهٔ دیگری (سنتز) که کامل تر است به وجود می آید. امام محمد غزالی در کتاب «کیمیای سعادت» در باب حقیقت تفکر مطالبی نوشته است که به نظریهٔ تز و آنتی تز دیالکتیک هگل بسیار نزدیک است: «بدان که معنی تفکر، طلب علم است و هر علم که از بدیهه معلوم نبود وی را طلب باید کرد و آن ممکن نیست الا بدانکه دو معرفت دیگر را با یکدیگر جمع کنی و میان ایشان تالیف کنی تا جفت گیرند و از میان آن دو معرفت، سیّمی تولد کند چنانکه میان نر و ماده بچه تولد کند، آن دو معرفت چون دو اصل باشند این معرفت سیّم را، آنگاه با دیگری جمع کند تا از وی چهارمی پدید آید، همچنین تناسل علوم بی نهایت می افزاید...

انگیزه ها کمتر میشد، انگیزه های مخرب عمیق در احساسات و فانتزی های او نمایان تر می گشت. بنابراین، این لایه خشم و نفرت مهلک و مخرب عمیق، به وسیلهٔ اضطراب سرکوب شده و پنهان مانده بود. آشکار کردن این حالت بدون ایجاد اضطراب امکان نداشت و آشکار کردن وحشت او از خشم ویرانگر خود بدون فاش شدن خشم و غضب ویران کنندهٔ او، شدنی نبود. از این طریق من به ماهیت تظاهر اضداد و جمع آن بین آنچه مخفی شده و آنچه آنرا مخفی کرده بود پی بردم. من در آن موقع چیزی در این مورد منتشر نکردم ولی هشت سال بعد حاصل تجربیاتم را در این مورد به صورت نمودار زیر توضیح دادم.



نمودار نمایانگر وحدت عملکرد غرائز و نیروهای دفاعی (آنتی تز) که غرائز را سرکوب کرده اند.



نمودار مشابه به نمودار قبلی که نمایانگر انگیزه ها است.

انگیزه های قتال و مهلک بر علیه پدر نیز به نوبهٔ خود مکانیزم دفاعی «ایگو» بود بر علیه هلاک شدن توسط پدر. با افشاء شدن این مکانیزم اضطراب های تناسلی نمایان شدند. از اینرو قصد نابود شدن و اخته شدن توسط پدر. وحشت از اخته شدن که توسط تنفر و خشم او از پدر واپس زده شده بود به نوبهٔ خود مکانیزم دفاعی او بر علیه لایه عمیق تری از خشمی نابود کننده بود که به صورت خواست محروم کردن پدر از ذکر و محو کردن او به عنوان رقیب و دشمن نمایان می شد. لایه دوم نفرت و خشم منحصراً ویرانگر بود. لایهٔ سوم، لایه ای ویرانگر آمیخته با احساس جنسی بود. این لایه نیز با وحشت و ترس از اخته شدن فرو نشانده شده بود. همچنین لایه سوم خود لایه عمیق تری را که حاوی حالتی زنانه

و مفعولی و عشق نسبت به پدر بود مخفی میکرد. زن بودن در مقابل پدر همان مفهوم اخته بودن، مفهوم نداشتن ذکر را داشت. از این رو این پسر بچهٔ کوچک بایستی خود را از عشق به پدر توسط خشمی ویران کننده نسبت به او محافظت میکرد. او مردی سالم و جوان بود که احساسات مفعولی زنانهٔ خود را از این طریق پوشانده بود. او وابستگی شدیدی نیز به مادرش داشت. وقتی این وابستگی ها و حالت های مفعولی و زنانه او که در سطح رفتاری او قابل رویت بود تجزیه و تحلیل شد، خواهشهای شهوانی تناسلی و فانتزی های عشق با محارم ظاهر گشت و همراه با آن توانائی کامل تحریک تناسلی بوجود آمد. هر چند او هنوز از نظر اورگاسم ناسالم بود ولی از نظر نعوذ آلت تناسلی برای اولین بار توانا شد. این نخستین موفقیت من در کاوش و تجزیهٔ سیستماتیک و منظم و لایه به لایهٔ مقاومت ها و شخصیت بود که به تفصیل آن را در کتاب «تحلیل شخصیت» شرح داده ام.

به علت ساختار شخصیت انسان امروزی همواره بین انگیزه های طبیعی و رفتار او تضادی درونی حاصل می شود و رفتار آدمی مولود آن «تضاد درونی» میگردد. انسان امروزی از درون بر علیهٔ خود شکافته شده و شقه شده است.

برداشت زره شخصیتی و موانع لایه ای، فصل های جدیدی را برای درمان بالینی گشود. نیروهای روانی و تضاد آنها دیگر مفهومی گیج کننده و درهم نداشتند بلکه پدیده هائی بودند که هم از نظر تاریخی و هم از نظر ساختاری قابل درک بودند. نروز هر فرد بیمار ساختار مخصوص به خود را دارد و منعکس کنندهٔ پدید آئی و نمو شخصیت او در طول حیات اوست. آنچه که دیرتر سرکوب شده به سطح آگاهی نزدیک تر است. ولی تثبیت های اولیه کودکی (Early Infantile Fixations) که در تضادهای آینده مؤثر است بطور فعال در عمق و نیز در سطح همزمان با هم در کارند. مثلاً ممکن است که وابستگی های دهانی «اورال» زن به شوهرش که از تثبیت های عمیق کودکی به پستان مادر سرچشمه میگیرد، تشکیل دهندهٔ سطحی ترین لایه ای باشد که در دفع اضطراب تناسلی او نسبت به

دیاگرام نمایانگر نیروهای دفاعی و لایه های ساختار نروز



ادب بیش از حد، ناتوانی جنسی، حالت مرتاض مآبانه، اضطراب.

ترس ازدست دادن محبت و حراست

استهزاء، نارضائی، بی اعتمادی، علاقه به قدرت

احساس حقارت نسبت به آمر و ترس از او

خشم و خشونت نسبت به آمر

ترس از خشونت

انگیزه های قتال نسبت به پدر

ترس از نابود شدن، تلاش برای حفاظت از خویشتن

خواست به اخته کردن پدر

ترس از اخته شدن

حالت مفعولی و زنانه نسبت به پدر، حالت تحریک پذیری و شهوانی آنال (مقعد)

ترس از زن بودن و اخته بودن

خشم و حالت سادیسمی نسبت به مادر «خصوصیات فالیک»

یأس از مادر، ترس از واژن

عشق کودک به شیئ اولیه «مادر»

شوهرش به کار می رود. به عبارت دیگر، حالت های دفاعی ایگو چیزی جز انگیزه های سرکوب شده نیست که ملبس به لباس سرکوبگراند و این همان برخورد اخلاقی خشکی است که انسان امروزی به خود گرفته است. معمولاً ساختار نروز به طور معکوس مطابق با تکوین آن است. شناخت اتحاد اضداد به طور آنتی تز بین «نیروی انگیزه و نیروی دافع آن» فهم همزمان احساسات و تجربیات کنونی بیمار و تجربیات و احساسات اولیه کودکی را امکان پذیر ساخت. دوگانگی بین تجربیات کودکی و حالتهای کنونی از بین رفت. انبوه تجربیات و آزمونهای گذشته شخص در شخصیت کنونی او متبلور شده و در حالات و در طرز برخوردهای او و در شخصیت او منعکس میشود. خصوصیات شخصیتی، طرز برخورد، طرز رفتار و حرکات او جمع بندی کل تجربیات شخصی در طول زندگی است. این توضیحات ظاهراً نظری و «آکادمیک» برای درک و بازسازی شخصیت انسان اهمیتی بسزا دارند.

این طرح، الگوئی من درآوردی نبود که آنرا به بیماران تحمیل کنم. برهان و منطقی بود که با تکیه بر آن لایه های مختلف دفاعی را افشاء و برطرف کرده بودم. این نظریه نشان داد که لایه های مختلف عواطف عملاً وجود دارند و موجودیت این لایه ها زائیدهٔ خیال و تصور من نیست بلکه مستقل از من وجود دارد. لایه های شخصیت را به لایه های رسوبی زمین تشبیه میکردم. این لایه ها متحجر و خشک شده، گویای تاریخ زندگی شخص است. تضادهائی که شخص در سنین مختلف با آنها در جنگ و جدل بوده است همواره رده های خود را در شخصیت او به جا می گذارند. این رده ها به صورت تحجر شخصیت خود را نشان می دهند. بیمار این رده های شخصیتی متحجر را به صورت خصوصیاتی نا آشنا و بیگانه نمی بیند ولی در اکثر موارد، او به این خشکی شخصیت آگاهی داشته و آنرا به صورت از دست دادن رفتار طبیعی احساس میکند. هر لایه ای از ساختار شخصیتی بخشی است از تاریخ زندگی او، حی و حاضر در زمان حال

ولی در لباسی مبدل. تجربه ثابت کرده است که عقده های قدیمی را میتوان تقریباً به سهولت با سست کردن این لایه های خشک شده فعال نمود. اگر تعداد لایه های خشک شده تضادها زیاد و متراکم باشد و به سهولت قابل نفوذ نباشند بیمار آنرا به صورت پوششی از زره بدور خود احساس میکند. این پوشش زرهی ممکن است در سطح یا در عمق باشد، همانند اسفنج نرم یا مانند سنگ خارا سخت باشد. در هر حال وظیفهٔ آن حفاظت شخص از آزمونهای ناخوشایند است. در عین حال این حفاظت متضمن تقلیل توانائی شادی و لذت در شخصیت است. تضادهائی تند تشکیل دهندهٔ ماهیت مخفی این پوشش زرهی است. نیروئی که این پوشش زرهی را قوام داده و سر پا نگاه میدارد نیروئی تخریب کننده و محبوس است. هنگامیکه نفوذ به داخل زره پوششی شخصیت به وقوع می پیوندد، این انرژی تخریبی با حالتی خشمناک شروع به خود نمائی می کند. منبع این خشم و نفرت چه بود؟ آیا منبع آن ذاتی و بیولوژیکی و پدیده ای اولیه بود؟ سالهای متمادی گذشت تا پاسخ این سئوالات پیدا شد.

من دریافتم که مردم با نفرتی عمیق به هرگونه اختلال در ساختار پوشش زرهی شخصیت بیمارگون خود عکس العمل نشان می دهند. این یکی از بزرگترین مشکلات تحقیق در ساختار شخصیت بود. قوه مخرب هرگز آزاد نبود بلکه پنهان و در گیر با خصوصیات دیگر شخصیتی بود. از اینرو در موقعیت های ضروری و واقعی زندگی وقتی قاطعیت و ایستادگی و موضع گیری و تهاجم لازم بود او با نزاکتی نامناسب و بیش از حد و با تقاضای ترحم و شکسته نفسی بیمورد با موضوع برخورد میکرد. خلاصه آنکه با همه صفات مورد پسند جامعه می خواست مقبولیت داشته باشد. ولی شکی نمی توان داشت که این طرز برخورد توانائی هرگونه عکس العمل منطقی، زنده و فعال را در او فلج میکرد. خشونت و قاطعیتی نیز که بندرت از خود نشان میداد تنها بصورتی گسسته و بی جهت ظاهر میشد. این خشونت و پرخاش کتمان کنندهٔ حالت عدم اعتماد به نفس و یا

خودخواهی بیمارگون او بود. من اندک اندک موفق به درک نفرت نهانی بیماران گشتم. این نفرت هرگز غایب نبود. اگر روانکاو درگیر تسلسل افکار خشک و فاقد احساسات نمیشد و فقط به تعبیر خوابها بسنده نمیکرد و به زره دفاعی شخصیت که در حالتها و طرز برخورد بیمار نهان است حمله میکرد، خشم بیمار نمایان میشد. ابتدا من این عکس العمل را درک نمی کردم. بیمار از تهی بودن تجربیات خود سخن میگفت ولی وقتی من همین تهی بودن را در ماهیت روابط او، در سردی او، در دورنگی و حالت ریاکارانهٔ او و در غلو کردن های او گوشزد میکردم او عصبانی میشد. او به علائمی مانند سردرد یا تیک* یا غیره آگاهی داشت، او میدانست که این علائم چیزی غیر عادی و خارج از طبیعت اوست. ولی شخصیت او شخص خود او بود. او وقتی عوارض شخصیت خود را میشنید آشفته میگشت. این چه بود که شخص را از دیدن و فهمیدن شخصیت خود باز می داشت؟ به تدریج من به این نتیجه رسیدم که تمام وجود شخص،جرم متراکمی‌را تشکیل میدهد که همه کوشش درمانی روانکاوی را مسدود میکند. کل شخصیت بیمار در مقابل روانکاوی مقاومت میکرد، ولی چرا؟ تنها توضیح این بود که این مقاومت وظیفهٔ نهانی حفاظت و دفاع را انجام میداد. من با تئوری شخصیت «آدلر»** آشنا بودم. آیا مقدر چنین بود که من هم به راه او پیوسته و گمراه شوم؟ من نکات عمده تئوری «آدلر» را مانند پافشاری در عقیده، احساس حقارت، میل به قدرت از برای جبران احساس حقارت، غرور پنهان کردن نقاط ضعف میدانستم. آیا استنباطات «آدلر» صحیح بود؟ بحث او این بود که شخصیت و نه «احساسات جنسی» منشاء بیماری روانی است. در اینصورت رابطه شخصیت و احساسات جنسی چه بود؟ من کوچکترین شکی در صحت تئوری نروز فروید و نارسائی تئوری «آدلر» نداشتم.

---

* تیک: رجوع شود به پاورقی صفحه ۱۱۷

** آدلر: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۴۴

سالها طول کشید تا این مسائل برایم روشن شد. قوهٔ تخریبی در بند شده و متصل به شخصیت چیزی جز خشم از برای محرومیت های زندگی و بالاخص محرومیت های جنسی نیست. هرگاه روانکاو مسائل را عمیقاً بررسی میکرد، هر انگیزه تخریب به انگیزهٔ جنسی می انجامید. میل به تخریب چیزی جز عکس العمل شخص به محرومیت های عشقی و یا از دست دادن آن نیست.

اگر شخص با انبوهی از مشکلات در راه رسیدن به عشق و آزمون آن و یا رضایت خواستهای جنسی روبرو گردد، کینه و نفرت آغاز میشود. ولی این کینه و نفرت لاجرم باید در خفا باقی بماند زیرا بروز آن باعث اضطراب شدید میگردد.

از اینرو محرومیت عشقی به اضطراب منتهی میشود، همچنان که خشم سرکوب شده نیز باعث اضطراب میگردد، و اضطراب نیز به نوبهٔ خود از بروز عشق، خشم و نفرت جلوگیری مینماید. حال من دارای دانشی نظری از تجربهٔ روانکاوی بیماران و درک تحلیلی بیماری نروز بودم. مهم ترین نکات آن بصورت زیر بود: شخصی که از نظر اورگاسم ناراضی است، شخصیتی مصنوعی بهم میزند و از رفتار طبیعی و خود بخودی، از عکس العملهای طبیعی و واقعی میهراسد و از اینرو از احساسات نباتی «وجیتیتیو» خود نیز در وحشت است.

تقریباً همزمان با این، تئوریهائی در مورد غرائز خشم و تخریب به پیشاپیش تئوریهای روانکاوی کشیده شد. در مقاله ای تحت عنوان «مازوشیسم اولیه»* (Primary Masochism)، فروید تغییر مهمی در طبقه بندی های قبلی خود بوجود آورد. قبلاً گفته میشد که نفرت و کینه همانند عشق، نیروئی غریزی و بیولوژیکی است و خشم و تخریب در ابتدا از درون به خارج جهت مییابد ولی بعداً در اثر فشارهای دنیای خارج، به سوی درون تغییر جهت داده و به صورت مازوشیسم (تمایل به رنج و درد) نمایان میگردد. حال با ارائهٔ نظریه های جدید روانکاوی

* مازوشیسم: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۹۸

اینطور به نظر میرسید که عکس این قاعده نیز صحیح باشد. مازوشیسم اولیه یا «غریزهٔ مرگ» از ابتدا در موجود زنده برقرار است و ناگسستنی از سلول است. بازتاب این غریزهٔ درونی به دنیای خارج باعث ظهور خواسته های تخریبی میگردد، که این به نوبهٔ خود ممکن است دوباره بر ضد شخص تغییر جهت داده و به صورت «مازوشیسم» ثانوی نمایان گردد. این نظریه در کار بود که برخوردهای منفی بیمار از مازوشیسم درونی او سرچشمه میگیرد. مطابق نظریهٔ فروید مازوشیسم می توانست به عنوان عاملی در عکس العمل منفی درمانی و احساس گناه ناخودآگاه عمل کند. پس از چند سال توجه مخصوص به صور گوناگون انگیزه های تخریبی که باعث احساس گناه و افسردگی میگشت، بالاخره به اهمیت آن در پوشش زرهی شخصیت و رکود جنسی واقف شدم.

پس از اخذ اجازه از فروید، برای نگاشتن کتابی در مورد تکنیک روانکاوی بطور جدی به تفکر پرداختم. در این کتاب ناچار بودم موضعی روشن در مورد «انگیزهٔ تخریب» اتخاذ کنم. در همان هنگام «فرنزی» با «آدلر» به مخالفت برخاسته بود و در مقاله ای به نام «تکمیل و توسعهٔ تکنیک فعال» چنین گفته بود: «تحلیل شخصیت هرگز نقش اساسی در تکنیک ما نداشته است»، فقط در پایان درمان «قدری اهمیت مییابد». «شخصیت تنها وقتی حائز اهمیت میگردد که رده های غیرطبیعی و جنون وار (شبیه به پسیکوز) سیر طبیعی روانکاوی را مختل نماید». در این جملات او بطور صریح طرز فکر روانکاوان را در نقش شخصیت در روانکاوی بیان کرده است. در آن زمان من مشغول تحقیقات در مورد تحلیل شخصیت بودم. «آدلر» حامی تحلیل شخصیت بود ولی ارتباط آنرا به مسائل جنسی قبول نداشت. اعتقاد من این بود که درمان واقعی وقتی امکان پذیر است که زمینه و اساس بیماری که در شخصیت بیمار ریشه دارد از بین برود. تفاوت تکنیک من با تکنیک پیشنهادی «آدلر» در آن بود که من آنالیز شخصیت را از طریق تحلیل رفتار و عادات جنسی بیمار صحیح میدانستم در حالیکه آدلر تحلیل مسائل جنسی

بیمار را مغایر تحلیل شخصیت میدانست و تحلیل شخصیت را بطور مستقل مطرح میکرد. وجه مشترکی بین برداشت من از پوشش زرهی شخصیت و برداشت آدلر از رده های شخصیتی فردی وجود نداشت. هرگونه اشاره به آدلر در بحث تئوری اکونومی جنسی و ساختار شخصیت نمایانگر سوء تفاهمی فاحش است. کمبودهای شخصیتی مانند عقده خودکم بینی و یا میل به قدرت تنها تظاهر سطحی فرایند پوشش زرهی به مفهوم بیولوژیکی آن و سرکوب فعالیت های حیاتی آن است.

در کتاب Der Triebhofte Charakter (۱۹۲۵) بر اساس تجربه با بیماران عصبی (Impulsive Character)* از حیطهٔ تجزیه وتحلیل علائم (سمپتوم ها) به آنالیز شخصیت تغییرجهت دادم. این حرکتی معقول بود، ولی برای به ثمر رساندن آن من در آن وقت فاقد دانش کافی کلینیکی و تکنیکی بودم. از این رو به تئوری ایگو و سوپرایگو رو آوردم. ولی تکنیک تحلیل شخصیت را نمی توان با مفاهیم کمکی روانکاوی به ثمر رساند. از این رو لازم بود که تئوری ای از ساختار روانی انسان مبنی بر طرز کار آن با دلائل بیولوژیکی ارائه میشد.

تجربیات کلینیکی من در این مقطع زمانی به وضوح مبین این بود که هدف درمان برقرار کردن توانائی رضایت کامل جنسی است. من این هدف را می دانستم ولی فقط در تعداد معدودی از بیماران به نتیجه می رسیدم. در عین حال هیچگونه ایده ای دربارهٔ روش و تکنیکی که مرا قادر به رسیدن به این هدف کند نداشتم. در واقع هرچه اعتقاد من به این هدف راسخ تر میشد به همان نسبت آگاهی من به کمبود مهارت در تکنیک بیشتر میگردید. بجای کم شدن فاصله بین هدف و توانائی در رسیدن به این هدف، این فاصله بیشتر و بیشتر میگردید.

---

* شخصیت عصبی(Impulsive Character): رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۹۶

از نظر درمانی، طرح فروید برای توضیح طرز کار روان، کار بردی محدود داشت. به آگاهی آوردن عقده ها و خواستهای ناخودآگاه فقط هنگامی اثر شفابخش داشت که توانائی تناسلی نیز برقرار میگشت. اما هر آنچه مربوط به «خواست ناخودآگاه تنبیه» و مازوشیسم اولیه بود هیچگونه استفاده بالینی و عملی نداشت. چرا که اگر غریزه ای ذاتی و بیولوژیکی در عمق روان انسان بود که او را در رنج و بیماری نگهدارد، پس امیدی به درمان نمی بایست داشت؟!

بسیاری از روانکاوان طاقت خود را به علت پریشانی و ویرانی رشته روان درمانی از دست دادند. «استکل» (Stekel)* مطالعات در زمینهٔ مقاومت بیمار بر علیه کشف مسائل ناخودآگاه را رد کرد. او ترجیح داد با تعبیر بی وقفهٔ مفاهیم ناخودآگاه بدون توجه به مقاومت بیمار پیش رود. این نوع درمان هنوز هم توسط بسیاری از روانکاوان تندرو و بی ملاحظه دنبال میگردد. اوضاع یأس آور بود. استکل نروز و اضطراب اخته شدن** (Castration Anxiety) را قبول نداشت. او میخواست نوآور درمانی سریع باشد و بهمین دلیل نیز خود را از گروه فروید که آهسته و صبورانه به سوی هدف در حرکت بود جدا کرد.

آدلر نمی توانست تئوری جنسی را درک کند. کار او به سرنوشت فیلسوف علل غائی و جامعه شناسی اخلاق گرا انجامید.

«یونگ»*** (Jung) مفهوم لیبیدو را چنان وسعت داد که معنی خود را به عنوان انرژی جنسی از دست داد. کار او به ناخودآگاه اجتماعی**** و سپس به برداشتهای عرفانی ختم شد و بعداً نیز بعنوان سوسیالیست ناسیونال معرفی شد.

---

* استکل: رجوع کنید به پاورقی صفحه ۴۴

** اضطراب اخته شدن: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۴۴

*** یونگ: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۲۹

**** collective unconscious: رجوع کنید به پاورقی صفحهٔ ۲۹

فرنزی (Frenzi) فردی بسیار مستعد و شخصیتی برجسته بود. او به خوبی از ویرانی رشته روان درمانی آگاه بود و برای حل این مشکل توجهی شایان به تن و بدن معطوف میداشت. او تکنیکی درست کرد به نام «تکنیک فعال» که ناظر به تنش (تانسیون) بدن بود. ولی او با نروزی که در اثر رکود جنسی ایجاد میگشت آشنائی نداشت و تئوری اورگاسم را نیز جدی تلقی نمیکرد.

«رانک» (Rank) نیز از زوال رشته روان درمانی آگاه بود. او میل به آرامش و برگشت به رحم را در افراد شناخته بود ولی ترس از جدال زندگی در این دنیای وحشت زا را نادرست میدانست و آنرا به تأثیر بیولوژیکی صدمه زایمان نسبت میداد که از قرار بایستی هستهٔ مرکزی نروز باشد. او هرگز این سئوال را به مخیلهٔ خود راه نداد که چرا مردم میخواهند از زندگی واقعی گریخته و به رحم مادر پناه برند. او با فروید نیز که تئوری لیبیدو را مهم میشمرد به مخالفت برخاست.

همهٔ آنها درمقابل این سئوال که چگونه بیمار تمایل جنسی طبیعی خود را پس از اینکه از سرکوب و واپس زدگی رهائی یافت میتواند اظهار کند وامانده بودند. فروید نیز نه اشاره ای به این مسئله کرده بود و نه همانطور که بعداً معلوم شد طاقت تحمل آنرا داشت و نهایتاً نیز چون از برخورد با این سئوال اساسی پرهیز میکرد، فرضیه هائی مثل تمایل ذاتی و بیولوژیکی به رنج کشیدن و مردن را به پیش کشید و مشکلات عظیمی را به وجود آورد.

چنین مسائلی نمی توانست به وسیلهٔ تئوری حل و فصل شود. نمونه های رانک، آدلر، یونگ و غیره مرا از ادعاهائی که از نظر کلینیکی دقیقاً مدلل نبودند بر حذر میداشت. ممکن بود با ساده پنداری بیش از حد به این مسائل پیچیده برخورد نمود و بسهولت از آنها گذشت. مثلاً بیمار را چنانچه از نظر جنسی و مقاربتی ممسک و خوددار بود تشویق به مقاربت و استمناء نمود و گفت که به این وسیله همه چیز بهبود خواهد یافت. با همین ساده پنداری بود که روانکاوان تئوری تناسلی مرا سوء تعبیر کردند. در واقع این توصیه ای بود که

بسیاری از پزشکان و روان پزشکان آن وقت به بیماران خود می نمودند. آنها شنیده بودند که رکود جنسی به قول فروید باعث نروز میگردد. از اینرو آنان به بیماران خود توصیه میکردند که خود را از نظر جنسی «کامران» نگهدارند. آنان به دنبال نتیجه ای سریع بودند. آنان این بصیرت را نداشتند که نروز دقیقاً به همین علت ناتوانی احساس رضایت است.

مفهوم ناتوانی اورگاستیک حاوی و چکیدهٔ مسائلی بود که اگر چه ساده به نظر میآمید، ولی بسیار پیچیده بود. گفتارهای مقدماتی من حاکی از این بود که رضایت تناسلی باعث از بین رفتن علامت بیماری میگردد. معهذا تجربهٔ کلینیکی ثابت کرد که فقط تعداد معدودی از بیماران دارای انرژی تناسلی لازم برای آزمون رضایت جنسی هستند. از اینرو لازم بود معین شود که در کجا و چگونه این انرژی مسدود و در بند شده و چگونه به مسیر نادرست منحرف گشته است. لذت بیمارگون و ناسالمی که در ویرانگری و نابود کردن نهفته است، به عبارت ساده تر بد ذاتی و بدجنسی افراد، یکی از اثرات و علائم این انحراف بیولوژیکی انرژی تناسلی است.

برای این نتیجه گیری، کار کلینیکی در سطحی وسیع لازم بود. خشم بیمار با احساس گناه سنگین شده، از واقعیات دور گشته و به مسیری نادرست جریان مییابد و معمولاً عمیقاً واپس زده میشود. تئوری فروید مبنی بر وجود انگیزه اولیه و بیولوژیکی ویرانگر (Primary Biological Destructiveness) حل این مسئله را پیچیده تر کرد. زیرا اگر بیرحمی و سفاکی روزمره و آشکار انسان، تجلی انگیزه های بیولوژیکی و نتیجتاً تجلی نیروی غریزی طبیعی و ذاتی او باشد، امید به درمان نروز یا آرزوی وصول به آمالها و ارزشهای فرهنگی را نمیتوان داشت. در واقع اگر انگیزه خود نابود کردن، انگیزه ای بیولوژیکی و غیر قابل تغییر است، پس دورنمائی بجز کشتار بشر به دست خویش متصور نیست. در این صورت نروز، تظاهر بیولوژیکی این انگیزه است. پس چرا ما به روان درمانی مشغول هستیم؟ من

بایستی این مسائل را برای خود روشن میکردم. من نمی خواستم خود را در فرضیات نظری غرق کنم. این احساس به من دست میداد که در ورای این مباحثات، انسداد عواطف بر علیه صداقت و حقیقت در کار است. از سوی دیگر، تجربه بالینی نشان دهندهٔ جهت مشخصی به سوی تحقق هدفی معین بود. انسداد و رکود جنسی نتیجهٔ اختلال در عمل اورگاسم است. نروز را میتوان با از بین بردن منبع انرژی آن که از رکود جنسی سرچشمه میگیرد شفا بخشید. این خط تفکر از مرحله های خطرناک و پوشیده ای میگذشت. انرژی تناسلی بصورت مخفی و به اشکال گوناگون در لباسی مبدل و در مکانهای مختلف به هزارها نحو مختلف وجود دارد. در دنیای مرسوم ما این صحبت ممنوع بود. تکنیک تحقیق و درمان باید از تجربیاتی محدود و پریشان استخراج میشد. فقط روشی زنده و با تحرک میتوانست از انحراف خطرناک روان درمانی به بیراهه جلوگیری نماید.

در طول ده سال بعد، آنالیز شخصیت به روشی مبدل شد که به گشودن منابع مدفون شده انرژی تناسلی کمک نمود. وظیفهٔ این تکنیک به عنوان روش درمانی چهار رکن اساسی داشت.

۱- تتبع کامل در رفتار و کردار انسان به انضمام رفتار جنسی.

۲- درک و تسلط بر رفتار سادیسمی انسان (زجر و آزار دیگران).

۳- تحقیق و تتبع در تجلی مهمترین اختلال روانی که ریشه اش در دوران قبل از مرحلهٔ تناسلی کودک است. بایستی روشن می شد که چگونه احساسات جنسی غیر تناسلی (non-genital) باعث انسداد کار تناسلی میگردد.

۴- تحقیق و تتبع در علل اجتماعی اختلال تناسلی.

٤- ویرانگری،* تهاجم** و سادیسم

واژه های «تهاجم»، سادیسم و ویرانگری و غریزهٔ مرگ در روانکاوی واژه هائی همطراز تلقی میشد. تهاجم را با ویرانگری یکسان میدانستند که بنوبه خود برابر با «غریزهٔ مرگ» بود و بسوی دنیای خارج جهت داشت. سادیسم جزء غرایز اولیه تصور میشد که در سن معینی از رشد جنسی فعال میگشت. برای بررسی دقیق تر این مفاهیم به مطالعه و برآورد همهٔ اعمال انسان که در زیر روال «نفرت» جمع میشد پرداختم. در کار کلینیکی هرگز با غریزهٔ مرگ روبرو نگشتم. خواست مردن شبیه و مطابق غریزهٔ اولیه جنسی یا گرسنگی را نیز هرگز مشاهده نکردم. همهٔ علائمی که می توانست زادهٔ غریزهٔ مرگ تلقی شود زادهٔ بیماری نروز بود. مثلاً در نمونه های خودکشی، میل به گرفتن انتقامی ناخودآگاه از شخص دیگری که فرد بیمار هویت خود را با آن شخص یکسان پنداشته و با کشتن خود میل ناخودآگاه خود را به نابودی آن شخص عملی میکرد. و یا عمل خودکشی به منظور فرار از انبوه عظیم آشفتگی های دردناک زندگی ظاهر میگشت. ردپای ترس از مرگ را در بیماران همواره میشد در ترس از مصیبت و بلائی موهوم و خیالی و در نهایت در اضطرابهای جنسی و تناسلی پیدا کرد. علاوه بر این روانکاوانی که تئوری غریزهٔ مرگ را قبول کردند غالباً اضطراب را با غریزه اشتباه می کردند. ترس از مردن برابر است با اضطراب ناخودآگاه شخص از حالت اورگاسم. غریزهٔ فرضی مرگ، اشتیاق به نابودی و هیچ شدن، اشتیاق ناخودآگاهی است برای تحلیل تنش مانند حالت اورگاسم. هشت سال طول کشید تا این مسائل روشن گردید. از این رو من تئوری اورگاسم را بطور سریع وسطحی تعمیم ندادم بلکه در

---

* Destruction

** Aggression

قاعده بندی آن تفکر و تتبع بسیار نمودم.

موجود زنده هنگامی قصد نابودی موجود دیگری را میکند که میخواهد منبع خطر را نابود کند. در این صورت نابود کردن و کشتن، هدف بیولوژیکی معقول دارد. انگیزه اولیه، لذت بردن از نابودی و کشتن نیست بلکه نابودی و کشتن در خدمت «غریزهٔ زنده ماندن» است. (من مخصوصاً این واژه را که در آن زمان مصطلح بود به کار بردم) این کوششی است در جهت احتراز از اضطراب و فروپاشیدن ایگو (Ego). «من در مقابله با خطر به نابودی آن بر میخیزم چرا که میخواهم زنده بمانم و نمی خواهم در اضطراب باشم». بطور خلاصه انگیزهٔ ویرانگری در خدمت انگیزهٔ بیولوژیکی و اولیهٔ زنده ماندن است. مفهوم فوق به صورتی که بیان شد دلالت ضمنی بر روابط جنسی ندارد و هدف آن لذت نیست، هر چند که رهائی از خطر و ناراحتی آزمونی لذت بخشی است. این مطالب از نقطه نظر بسیاری از برداشتهای اقتصاد جنسی که انگیزهٔ اولیه بیولوژیکی ویرانگری را نهی میکند بسیار مهم هستند. حیوانی حیوان دیگر را از برای لذت نمیکُشد. چرا که این یک قتل سادیسمی از برای لذت بردن خواهد بود. یک حیوان حیوان دیگر را به علت گرسنگی و یا احساس خطری که از سوی او مترتب است میکشد. از این رو در اینجا نیز ویرانگری و قتل در خدمت غریزهٔ زنده ماندن است. ولی غریزهٔ زنده ماندن چیست؟ جواب آنرا ما هنوز نمیدانیم.

تهاجم (Aggression) به مفهوم مطلق کلمه آن، نه به سادیسم و نه به نابودی و تخریب مربوط است. همه نمودهای مثبت زندگی با حالت تهاجم آمیخته است، عمل لذت بخش مقاربت، اعمال مخرب آمیخته با نفرت، اعمال سادیسمی و همچنین تحصیل قوت همه حالت های متحرک و متهاجم اند. تهاجم و تحرک نمایانگر زندگی در عضلات بدن است. برآورد تهاجم در تربیت کودکان بسیار مهم است. سرکوب بیش از حد تهاجم و تحرک که کودکان ما با وجود ضررهای آن مجبور به تحمل آنند، نتیجهٔ برابر انگاشتن تحرک و تهاجم با شرارت و تمایلات جنسی است.

تحرک و تهاجم همواره کوششی است برای تحصیل رضایت احتیاجات حیاتی. بنابراین تحرک و تهاجم خود غریزه نیست بلکه وسیله ای برای تحصیل رضایت غرائز است. غرائز ذاتاً دارای حالت تهاجمی اند چرا که تانسیون (تنش و فشار) که همراه آن است به دنبال رضایت و رهائی میگردد. بنابراین تهاجم اَشکال گوناگون داشته و میتواند به صُور مخرب، سادیسمی، تحرکی، و جنسی ظهور کند.

اگر رضایت تحرک جنسی منع شود، احتیاج به رهائی احساسات جنسی و یافتن رضایت خاطر ادامه یافته و خود را به انحاء مختلف می نمایاند. در واقع این خواست آزمون لذت بهر قیمتی به پا خواسته و رضایت مورد نظر را میطلبد. احتیاج به تهاجم اندک اندک احتیاج به عشق را تحت الشعاع قرار میدهد. اگر هدف لذت بخشی که در ابتدا مورد نظر بود از دسترس بدور دارند و مثلاً آنرا کاملاً در ناخودآگاه مدفون دارند و یا آنرا با اضطرابی عظیم آمیخته سازند، در این صورت تهاجم که ابتدا وسیله ای برای رسیدن به هدف و رهائی تنش بود خود عمل رهائی آنرا به عهده میگیرد. این به نوبه خود به احساسی لذت بخش تبدیل شده و از اینرو به صورت سادیسم تغییر شکل میدهد. نفرت در نتیجهٔ نهی هدف اولیه عشق و عشق ورزی بوجود آمده و رشد میکند. شدت نفرت وقتی شدیدترین است که عمل عشق و عشق ورزی مسدود گردد. از اینروست که افکار و اعمال ویرانگر در ارتباط با خواستهای جنسی جامهٔ عمل می پوشند و مورد مثال آن قتل هائی است که در رابطه با اعمال جنسی انجام میگیرد. لازمهٔ چنین عملی انسداد کامل توانائی احساس لذت تناسلی بصورت طبیعی آن است. بنابراین انحرافاتی مانند سادیسم مخلوطی از خواستهای اولیه جنسی و انگیزه های ثانوی ویرانگر است. این حالت در هیچ جانوری دیده نمیشود و خصوصیت اکتسابی است که انسان به آن مبتلا شده است. هرگونه عمل نابود کننده ظاهراً «اختیاری»، عکس العملی به محرومیت از احتیاجات حیاتی به ویژه احتیاجات جنسی است.

بین سالهای ۱۹۲۴ تا ۱۹۲۷ به موازات روشن شدن خصوصیات اساسی این

روابط، واژهٔ «غریزهٔ مرگ» را هنوز در تألیفات خودم بکار میبردم، زیرا نمیخواستم از صفوف روانکاوان دیگر بگسلم، هر چند در کار کلینیکی غریزهٔ مرگ را مردود میدانستم. من بحثی نیز در مورد تعبیر بیولوژیکی آن نکردم زیرا مطلبی برای گفتن در این مورد نداشتم. در کار بالینی و عملی همواره وجود غریزهٔ مرگ و ویرانگری را در بیماران انکار میکردم. ابتدا اعمال تخریبی و رکود جنسی را تشریح کردم، ولی جواب این سئوال را که آیا ماهیت اعمال نابود کننده ریشهٔ بیولوژیکی دارند یا نه به آینده موکول کردم. همچنین به علت کمبود دلائل، جانب احتیاط را رعایت میکردم. آنچه حتی در آن موقع روشن بود این بود که هرنوع سرکوب خواستهای جنسی باعث نفرت، خشم و ویرانگری بی هدف (ناآرامی حرکتی بدون هدفی منطقی) و تمایلات ویرانگرانه میگردد. نمونه های فراوانی در این مورد در کار کلینیکی، زندگی روزمره و مشاهدات در حیوانات دیگر را میتوان یافت.

کم شدن خشم و نفرت در بیمارانی که توانائی آزمون طبیعی لذت جنسی را بدست می آوردند بسیار واضح بود. هر نوع تبدیل علائم نروز وسواس به نروز هیستری با تقلیل نفرت همراه بود. انحرافات سادیسمی و فانتزیهای سادیسمی در عمل مقاربت، به موازات ازدیاد لذت و رضایت جنسی تقلیل میافت. این پدیده ما را قادر به فهم علت ازدیاد تضادهای زناشوئی در مواقع تقلیل رضایت جنسی نمود. همچنین ما را قادر کرد که علت از بین رفتن بیرحمی در خانواده را در مواردی که رضایت جنسی از شریک زندگی دلسوز وجود داشت دریابیم. مشاهدهٔ رفتار جانوران به من آموخته بود که حیوانات وقتی از غذا سیر و از نظر جنسی راضی هستند، بی خطرند. گاو نر وقتی وحشی و خطرناک است که از نزدیکی او با گاو ماده جلوگیری شود. سگ های زنجیری به علت جلوگیری از فعالیت عضلانی و رضایت جنسی تبدیل به سگی هار و خطرناک میگردند. من موفق به شناخت علائم و رده های بی رحمی و سفاکی تحت شرایط نارضائی جنسی مزمن

شدم. این رده های شخصیتی را در حالتهای کینه توزانه زنان ترشیده و اخلاق گرایان اهل صورت مشاهده کردم. در مقابل در اشخاصی که قادر به حصول رضایت جنسی تناسلی بودند، شخصیتی آرام و نیکو مشاهده کردم. فردی که قادر به دستیابی به رضایت جنسی است هرگز گرایش به سادیسم نخواهد داشت. اگر چنین شخصی به سادیسم روی آورد میتوان با اطمینان خاطر فرض کرد که انسدادی غیر منتظره، جریان معمولی رضایت جنسی او را مختل کرده است. این حالت در زنان یائسه نیز مشاهده میشود. بعضی از زنان در سنین بالا نشانی از رفتار غیر منطقی کینه توزانه و آکنده از نفرت ندارند، ولی بعضی دیگر پس از یائسگی خصوصیاتی پر از کینه و نفرت، حتی اگر قبلاً از آن مبرا بودند، پیدا میکنند. شکی نمیتوان داشت که فرق میان رفتار گروه اول با گروه دوم در آزمونهای جنسی و تناسلی آنان است. گروه دوم زنانی هستند که هرگز رابطه عشقی لذت بخش و رضایت آمیز نداشتند و اکنون از این فقدان متأسف و پشیمانند و بطور ناخودآگاه و یا خودآگاه نتایج انسداد جنسی را حس میکنند. آنان حسود و متنفر، سخت ترین دشمن هر گونه آزادی میگردند. از این رو بروشنی میتوان لذت سادیسمی و مخرب را که در دوران ما به وفور مشاهده میشود به انسداد کلی غرائز طبیعی جنسی مربوط دانست.

منبع و مأخذ مهمی از انرژی تناسلی کشف شده بود. انرژی آزاد شده ناشی از ازبین رفتن حالت تهاجمی نابود کننده و سادیسم میتوانست به اندامهای تناسلی منتقل شود. بزودی معلوم شد که توانائی اورگاسم منافی انگیزه های قتال و سادیسمی است. شخص نمیتواند از یک طرف در صدد ارضاء جنسی «تناسلی» زوج و یا زوجهٔ خود باشد و از طرف دیگر و همزمان با آن خواست آزار و نابودی او را داشته باشد. از اینرو دیگر نه موردی برای بحث در «خواستهای جنسی سادیسمی» مردان و مازوشیستی زنان باقی بود و نه موردی در بحث از اینکه «فانتزی تجاوز به عنف بخشی از رابطهٔ جنسی طبیعی است.» در این موارد

فکر روانکاوان بیشتر از ساختار جنسی انسان امروزی قد نمی داد.

هرگاه نیروی تناسلی با محرومیت روبرو گردد، به نیروی مخرب تبدیل میشود. عکس این نیز صحیح است یعنی اینکه هر گاه رضایت تناسلی برقرار گردد انرژی مخرب ناپدید میشود. تئوری مبدأ بیولوژیکی سادیسم و ویرانگری از نظر بالینی کاربردی نداشت و از نظر فرهنگی نیز نظریه ای یأس آور بود. ولی حتی این آگاهی نیز به حل مسئله که حصول به توانائی اورگاسم بود کمکی نمیکرد. نیروی ویرانگری در مکانهای گوناگون و به انواع مختلف در بند بود. بنابراین از نظر تکنیک برای رهائی نیروی در بند شده لازم بود مکانیزم های مسدود کننده این نیرو بررسی شوند. اگر قرار بود که نیرو در بند شده آزاد گردد و به انرژی اورگاسم تغییر شکل دهد، وظیفهٔ روش درمان بنابراین یافتن مکانیزم هائی بود که خشم و نفرت را در بند داشته و مانع آزاد شدن نیروی خشم و نفرت میشدند. از اینرو سودمندترین طریق برای رسیدن باین هدف بررسی در پوشش زرهی شخصیت بود که بصورت حائل احساسات عمل میکرد. رشد و تبدیل روش تجزیه و تحلیل سیستماتیک مقاومت به تجزیه و تحلیل شخصیت نتیجهٔ تحقیق در این زمینه بود که بعد از ۱۹۲۶ صورت گرفت. تا آن موقع در سمینارهای تکنیک مسائل را بر اساس مقاومت های پنهانی بیمار و اختلالات ماقبل تناسلی بررسی می نمودیم. ولی وقتی انرژی آزاد شده جنسی اندامهای تناسلی را تحریک میکرد بیماران رفتاری مخصوص پیدا میکردند. اکثر بیماران با ازدیاد تحریک، به حالتهای غیر تناسلی میگرویدند. مثل این بود که انرژی جنسی بین نواحی تناسلی و تثبیتهای ماقبل تناسلی نوسان میکرد.

در سالهای ۱۹۲۵ و ۱۹۲۶ زن جوان آمریکائی را معالجه میکردم که از سالهای کودکی از آسم شدید ریه ها رنج میبرد. هرگونه موقعیتی که باعث تحریک جنسی میشد حملهٔ آسمی او را تشدید میکرد. هرگاه در صدد نزدیکی با شوهرش برمیآمد و یا با کسی لاس میزد حمله های آسم ظاهر میشد و به

نفس تنگی شدید میافتاد و فقط با استفاده از داروهای ضد اسپاسم بهبود میافت. او انگیزه های ناخودآگاه شدید نسبت به مادرش داشت. فرج (واژن) او کم حس بود. گلوی او در عوض بسیار حساس بود. او بطور ناخودآگاه میل شدید به گاز گرفتن و مکیدن داشت و احساس خفقان در گلو مینمود. در خوابها و همچنین در رفتار او فانتزی اینکه آلت تناسلی مردی در گلویش گیر کرده به روشنی نمایان بود. به موازات کشف شدن این افکار ناخودآگاه، آسم او نیز برای اولین بار از بین رفت و در عوض با تحریکات واگوتونیک* شدید روده ها و اسهال و یبوست بطور متناوب جانشین شد. ناراحتی گلو و حلق او مرتفع شده بود ولی در عوض روده ها تحریک شده بودند. فانتزی چسبیدن آلت تناسلی مرد در گلو به فانتزی «داشتن کودکی در شکم و لزوم دفع آن» تبدیل شد. اختلالات تناسلی او که همراه با اسهال بود وخیم تر شد. هرگونه احساسی در فرج او از بین رفت و او از عمل مقاربت جنسی کاملاً دوری میکرد. او میترسید که در هنگام عمل جنسی به اسهال دچار شود. با بهبودی تدریجی روده ها برای اولین بار احساس تحریک در فرج او ظاهر شد ولی این احساس و تحریک از حد معینی بیشتر نمیشد. با هر درجه ازدیاد تحریک، بیمار به اضطراب و حملهٔ آسمی دچار میگشت. حملات آسم برای مدتی به صورت اولیه ظاهر شد. این حملات با تحریکات ناحیهٔ دهان و فانتزی های اولیه قبل از درمان همراه بود. مثل آن بود که اصلاً درمانی در کار نبوده است. هرباری که بیماری عودمیکرد این علائم نیز ظاهرمیشد ولی تحریکات به ناحیهٔ تناسلی نزدیکتر و نزدیکتر میشدند. تحمل بیمار از تحریکات تناسلی هر بار بیشتر و بهتر میگشت. عود بیماری با فاصلهٔ زمانی طولانی تری به وقوع می پیوست. این حالت برای چندین ماه ادامه یافت. با هر پیشرفت تحریک بسوی فرج، آسم او بهبود مییافت و با هر پسرفتی تحریکات در دستگاه تنفسی ظاهر میشد.

* واگوتونیک: مربوط به عصب پاراسمپاتیک واگوس.

تناوب و تواتر تحریکات جنسی بین باسن و گلو مطابق با تناوب فانتزی های جنسی تناسلی و فانتزی های اورال (دهانی) دوران کودکی بود. هرگاه تحریک در دهان و گلو بود بیمار زودرنج و تندخو و افسرده* میشد. هرگاه تحریک در ناحیهٔ تناسلی متمرکز میشد او جذابیت زنانه می یافت و به جنس مخالف علاقمند میگشت. اضطراب تناسلی که باعث برگشت هیجان میشد هر بار به صورت ترس از زخمی شدن و جراحت در عمل جنسی ظاهر میشد. پس از تحلیل این واهمه، اضطراب خرد شدن، فرو ریختن و منفجر شدن بر او مستولی شد. بتدریج بیمار به هیجان و احساسات واژن (فرج) عادت نمود و بالاخره توانست به آزمون اورگاسم دست یابد. این بار انقباض گلو و حلق رخ نداد و نتیجتاً حملهٔ آسم نیز حاصل نشد. این حملات کاملاً بهبود یافتند. من تا سال ۱۹۳۲ با او در تماس بودم و بهبودی او هنوز ادامه داشت.

این مورد نیز دلیل دیگری بود مضاف بر دلائل قبلی در تأئید نظریهٔ من مبنی بر اثر درمانی اورگاسم در بیماران نروز. به علاوه این مورد گویای نکات مهم دیگری در پروسهٔ درمان نیز بود. اکنون می فهمیدم که هیجانات غیر تناسلی و نوع رضایتی که از آن حاصل میگردد به علت ترس شدید از آزمون تناسلی اورگاسم حفظ شده است. زیرا که نوع غیر تناسلی، مولّد تحریک و هیجانی به مراتب خفیف تر است. از این رو بخش مهم از مسئلهٔ اضطراب مربوط به غرائز به این صورت حل میشد.

سرکوب احساسات جنسی زائیدهٔ تضادی است که پیوسته وخیمتر میگردد. انسداد این هیجانات باعث انباشته شدن آنها میگردد. این ازدیاد بنوبهٔ خود توانائی شخص را برای تحمل تحریکات تضعیف می نماید. در نتیجه شخص با واهمه و ترس آکنده میشود. به سخنی دیگر شخص از احساسات جنسی هراسناک

* این حالت از خصوصیات تثبیت های دورهٔ دهانی (أرال) است.

میگردد. از اینروست که اضطراب از احساسات جنسی از یک سو، به علت محرومیت از رضایت به جهت قوانین اجتماعی تولید میشود و از سوی دیگر بعلت ترس از احساسات جنسی انبار شده در درون ادامه مییابد. ترس از اورگاسم تشکیل دهندهٔ هسته اصلی بیولوژیکی و جهانی ترس از شادی است. این معمولاً بصورت اضطرابی فراگیر از هرگونه احساس لذت و هیجان طبیعی «وجیتیتیو» و یا تصور یک چنین لذت و هیجانی ظاهر میگردد. لذت زیستن و لذت اورگاسم مطابق یکدیگرند. اضطراب شدید از اورگاسم اساس ترس از زندگی را تشکیل میدهد.

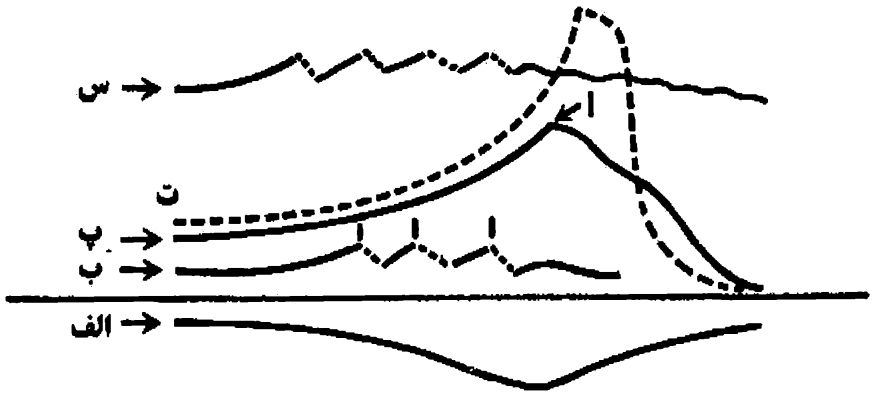
اضطراب از اورگاسم بصور گوناگون ظاهر میشود که همگی در ترس از آکنده شدن با هیجانات اورگاسمی تناسلی مشترک اند. مکانیزمهای بازدارنده نیز دارای اشکال مختلفی هستند. تقریبا هشت سال وقت صرف شد تا این مکانیزم ها بررسی و تحلیل گردند. تا سال ۱۹۲۶ تنها چند نوع از مکانیزم ها شناخته شده بود. بیماران زن بهترین امکان را برای کشف این مکانیزم ها فراهم میکردند. در مردها احساس انزال غالباً اضطراب اورگاسم را مخفی میکرد. در زنان اضطراب اورگاسم بی غل و غش تر بود. اضطراب اورگاسم در زنان در حالت هیجان جنسی غالباً بصورت ترس از کثیف کردن خود، ادرار کردن و یا رها کردن باد ظاهر میشد. شدت بازداشت هیجان جنسی و نتیجتاً اضطراب اورگاسم متناسب با شدت اختلال و ناتوانی عملکرد فرج (واژن) در احساس لذت و همچنین به شدت جذب انرژی تناسلی با افکار و فانتزی های غیر تناسلی بود. مسدود شدن اورگاسم تهدیدی به فروپاشی و نابودی است. زنان از «سقوط به حیطهٔ قدرت مرد»، از مجروح شدن و یا از منفجر شدن از درون توسط مرد میهراسند. از اینرو در فانتزی خود فرج را بصورت اندامی گاز گیرنده تصور میکنند که هدف آن دور کردن تهدید آلت تناسلی مرد است. هر انقباض فرج از اینرو شکل میگیرد. انقباض فرج قبل از دخول آلت تناسلی مرد گویای قبول

نکردن آن است. انقباض فرج در هنگام عمل مقاربت به مفهوم خواست ناخودآگاه گاز گرفتن و بریدن آن است. اگر انگیزه های شدید خشم و ویرانگری در کار باشند، شخص از تسلیم بی شرط خود به آزمون اورگاسم به علت ترس از فوران این خشم حذر خواهد کرد.

زنان به روشهای گوناگون به ترس از اورگاسم عکس العمل نشان میدهند. اغلب آنان بدن خود را بی حرکت و سفت نگه داشته و به نحوی کجدار و مریز به اعمال جنسی تن در میدهند. گروهی بدن خود را به نحوی خشن و شدید حرکت میدهند زیرا حرکات لطیف هیجان بیشتری را تولید میکند. ساقها را بهم میفشارند ولگن پس کشیده میشود. به عنوان وسیله ای برای پیشگیری از احساس اورگاسم، همواره نفس خود را محبوس مینمایند. عجبب این بود که من تا سال ۱۹۳۵ متوجه آن نبودم. زن بیماری که دارای فانتزی های کتک خوردن و مازوشیستی بود در هنگام هیجان جنسی از ترس ناخودآگاه کثیف کردن خود رنج میبرد. در چهارسالگی او این فانتزی را درست کرده بود که تختخواب او دارای دستگاهی است که بطور خودکار کثافات را پاک میکند. خود را سفت و بی حرکت نگاه داشتن در هنگام عمل جنسی به علت ترس از کثیف کردن خود علامتی است بسیار شایع که نمایانگر خودداری شخص از احساس لذت کامل اورگاسم است.

اضطراب اورگاسم غالباً بصورت ترس از مردن خود نمائی میکند. اگر بیمار از فاجعه های موهوم و خیالی واهمه داشته و رنج میبرد، هرگونه تحریک و هیجان قوی متوقف میگشت.. از خود بیخود شدن در آزمون جنسی که آزمونی از اورگاسم طبیعی است بجای اینکه تجربه ای شادی افزا باشد تجربه ای اضطراب آور میگردد. در این حالت شخص باید همیشه هوشیار باشد و حواس خود را ازدست ندهد. هوشیار بودن در ناحیهٔ چشمها و ابروها و پیشانی شخص و همچنین حالات و رفتار او مشاهده میشود.

نمودار نمایانگر اختلال جنسی در مرد و زن



الف ـ فقدان کامل احساس لذت در عمل جنسی که همراه با ناخشنودی و بیزاری است.
ب ـ حساسیت زیاده از حد تناسلی. احساس محدود و خفیف قبل از اورگاسم همراه با سرکوب متناوب احساس لذت (I) و فروکش کردن احساسات میباشد.
پ ـ تحریک سالم و طبیعی آلت تناسلی در مرحلهٔ قبل از اورگاسم. تحریک جنسی بدون حصول به اورگاسم فروکش کرده است. (حالت استثنائی ناتوانی اورگاسم).
ت ـ منحنی طبیعی اورگاسم
س ـ اختلال اورگاسم در نیمفومانی* و ساتریاس**

هرنوع از نروز گویای اختلال تناسلی است. هیستری در زنان با کاهش موضعی

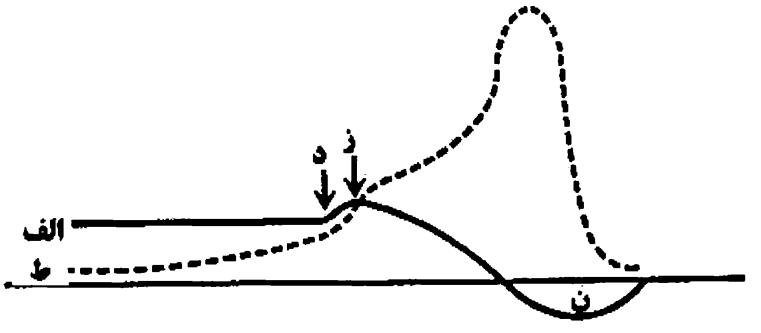
* نیمفومانی: بنگرید به پاورقی صفحه ۹۶
** ساتریاس: شهوت سیر نشدنی در مردان.

تحریک پذیری فرج و افزایش کلی احساسات جنسی در بدن و در طرز رفتار (عشوه گرانه)مشخص میگردد. اختلال تناسلی مشخصه در هیستری، امساک و خودداری جنسی بیمار است که به علت اضطراب تناسلی رخ میدهد. مردان هیستریک یا قادر به آزمون نعوذ آلت تناسلی نیستند و یا به انزال زودرس مبتلا هستند. افرادی که به نروز وسواس مبتلا هستند دارای حالتی خشک و ممسک و خوددار هستند و سعی در معقول جلوه دادن رفتار خود دارند. زنانی که نروز وسواس دارند سرد مزاج هستند و معمولاً قادر به دستیابی به تهییج جنسی نیستند. مردان مبتلا به نروز وسواس و اضطراب معمولاً از نظر نعوذ آلت تناسلی توانا هستند ولی هیچگاه از نظر اورگاسم توانا نیستند. در گروه مردانی که به ضعف اعصاب «نوراستنی» مبتلا هستند آلت تناسلی کاملاً نقش خود را به عنوان عضوی داخل شونده و لذت بخش از دست داده است، آلت تناسلی در این گروه نمایانگر عضو دیگری است مثل پستان که به کودک ارائه میشود یا نمایانگر مدفوع است که از بدن دفع میشود و غیره.

گروه چهارم مردانی هستند که به علت ترس از زن و برای سرپوش نهادن به فانتزی های ناخودآگاه همجنس گرایانه، از نظر نعوذ آلت بسیار قوی اند. آنان همواره باید برای اطمینان بخشیدن به خود و دیگران، توانائی جنسی خود را باری پس از بار دیگر ثابت کنند. آلت تناسلی را بصورت عضوی سوراخ کننده تصور کرده و فانتزی های سادیسمی دارند. آنان مردانی خودبین* هستند، همواره میتوان چنین افرادی را در میان نظامیان پروس مآب و دون ژوان ها پیدا نمود. عشوه گر و بطور اضطراری مطمئن به نفس هستند. عمل جنسی در آنها چیزی جز تخلیه نیست که احساس نفرت بدنبال دارد. این گونه مردان با زن خود عشق ورزی نمیکنند بلکه او را «می گایند». عمل جنسی آنان در زنان باعث بیزاری عمیق زن از عمل جنسی میگردد.

* Phathic Narcissistic

نمودار نمایانگر منحنی تحریک در حالت انزال زودرس



الف ـ تحریک بیش از حد آلت تناسلی مرد.
د ـ دخول آلت تناسلی مرد در فرج.
ز ـ انزال
ن ـ حالت ناخوشایند بعد از انزال.
ط ـ منحنی اورگاسم طبیعی.

من بخشی از این مطالب را در کنگرهٔ هامبورگ در سال ۱۹۲۵ تحت عنوان «هیپوکندریاک مزمن و نوراستنی مزمن»* ارائه کردم. مطالب ارائه شده بیشتر در مورد ضعف تناسلی بود. این هنگامی بوجود میآمد که هیجان تناسلی آمیخته با ایده ها و فانتزی های ماقبل تناسلی بود. من بخش دوم این موضوع را تحت عنوان «مبدأ و مأخذ نروز اضطراب» قرار دادم. این مقاله در مجله ای چاپ و در هفتادمین سالروز تولد فروید در سال ۱۹۲۶ باو تقدیم شد. در این مقاله من تفاوتهای بین اضطرابی که ناشی از خشم سرکوب شده است و اضطراب ناشی ازانسداد و انبار شدن انگیزه جنسی صحبت کردم. هر چند که احساس گناه از

اضطراب جنسی سرچشمه میگیرد ولی بطور غیر مستقیم خشم ویرانگری را تشدید میکند. در آن مقاله بطور خلاصه به نقش احساسات ویرانگرانه و خشم در بوجود آمدن اضطراب اشاره نمودم. شش ماه بعد فروید رابطهٔ بین اضطراب خود آگاه و انگیزه های ویرانگرانه سرکوب شده و واپس زده را توضیح داد. در آن مقاله مطابق سیستم فکری خود، رابطهٔ اضطراب را با اختلالات جنسی کم بها انگاشت. زیرا که او ویرانگری و خشم را غریزه ای بیولوژیکی و اولیه و برابر با غرائز و احساسات جنسی دانسته بود.

همزمان با این من رابطهٔ بین شدت انگیزه های ویرانگر و شدت انسداد خواستهای جنسی را نشان داده و فرق بین خواستهای ویرانگرانه (Destruction) و تهاجم (Aggression) را توضیح داده بودم. این افتراق هر چند موضوعی فرضی و نظری جلوه میکرد ولی دارای اهمیت اساسی بود. این افتراق منتهی به برداشت کاملاً متفاوتی از برداشتهای فروید از ویرانگری میگشت.

من جنبه های مهم برداشت های کلینیکی خود را در کتاب «عملکرد اورگاسم» Die Funktion des Orgasmus نگاشتم. نسخهٔ اول این کتاب را در ماه مه ۱۹۲۶ در آپارتمان فروید به او تقدیم کردم. این کتاب به او تقدیم شده بود. او پس از خواندن تیتر کتاب کمی آزرده به نظر آمد سپس به کتاب نگریست، کمی تردید کرد و با حالتی عصبی گفت «به این ضخامت؟». من ناراحت شدم، عکس العمل او منطقی نبود. او معمولاً بسیار مؤدب بود و سخنی چنین سخت و آزرنده به زبان نمی آورد. قبل از این عادت فروید بر آن بود که نسخهٔ اولیهٔ هر کتاب را در عرض چند روز مطالعه میکرد و نظرهای خود را بر آن می نوشت. در مورد این کتاب تقریباً دو ماه سپری شد تا من نامه ای به این مضمون دریافت کردم: «دکتر عزیز: در مطالعهٔ این کتاب دفع الوقت شد، ولی بالاخره این کتاب را که در سالگرد تولدم

* On Chronic Hypochondriacal Neurasthenia

به من تقدیم کرده بودید خواندم. این کتاب ارزشمند و غنی از موضوعها و ایده های کلینیکی است. شما میدانید که من مسلماً مخالف کوشش شما برای یافتن راه حلی که ضعف اعصاب را به فقدان نیروی تناسلی مربوط کند نیستم.»

دربارهٔ مقالهٔ قبلی در مورد مسئلهٔ نوراستنی، فروید به من نوشته بود: برای مدتی مدید من متوجه بودم که فرضیات و برداشتهای من در مورد نروز سطحی بوده است و احتیاج به تصحیح و کار دقیق تر دارد. تصحیح و روشنگری این برداشت ها توسط محققین تیز هوش قابل پیش بینی و قابل انتظار است. کوشش شما در این زمینه بر من این تأثیر را گذارده که شما وارد راه جدید و امید بخشی شده اید. دربارهٔ صحت فرضیهٔ شما قبلاً تردید داشتم و این تردید هنوز هم باقی است. به گمان من توضیحات شما دربارهٔ بسیاری از علائم مشخصه قانع کننده نیست و برداشت کلی شما در مورد جا به جائی نیروی لیبیدوی تناسلی (Displacement of the genital libido) هنوز به مذاق من خوشایند نیست. در هر حال امیدوارم روزی بالاخره به راه حلی رضایت بخش برسید.

این سخنانی است که فروید در سال ۱۹۲۰ دربارهٔ حل بخشی از مسئلهٔ نوراستنی، مسئلهٔ اورگاسم، و نقش انسداد انرژی در نروز گفته بود. و اینک هم برخورد سرد از بیاناتش نمایان بود. ابتدا نمی فهمیدم چرا فروید راه حلی را که شامل تئوری اورگاسم بود و با اشتیاق توسط روانکاوان جوان پذیرفته شده بود رد میکرد؟ من نمیدانستم که او و دیگران تئوری مرا به علت نتایجی که از آن برای کل تئوری نروز ببار می آمد رد میکردند.

در هفتادمین سالگرد تولد خود، فروید به ما گفت که ما نباید به دنیا اعتماد کنیم. تمجید و تبریک گویای مقبولیت واقعی روانکاوی نیست و روانکاوی سخت ار از آن قبول شده که به آسانی نابود گردد. آنچه فروید از روانکاوی در نظر داشت در حقیقت تئوری جنسی «سکسوالیته» بود و کار من نیز در جهت تحکیم تئوری سکسوالیته بود. معهذا او با نظریهٔ من مخالفت میکرد. از اینرو من در

چاپ این کتاب تأمل کردم و کتاب را برای چند ماه دیگر مطالعه نمودم. در ژانویه ۱۹۲۷ نسخهٔ خطی کتاب را برای چاپ و نشر به ناشر فرستادم.

در دسامبر ۱۹۲۶ در محفل خصوصی فروید در مورد تکنیک تحلیل شخصیت صحبت کردم. صحبت من بیشتر در اطراف این موضوع دور میزد که آیا روانکاو باید به تفسیر و تعبیر خواستهای ناخودآگاه زناکارانهٔ بیمار در حالیکه بیمار به روانکاو مشکوک و بدبین است بپردازد یا اینکه باید صبر کند تا حالت بدبینی و شک بیمار برطرف گردد و سپس به تفسیر خواستهای ناخودآگاه زناکارانهٔ بیمار اقدام نماید. فروید صحبت مرا قطع کرد و گفت چرا شما نمی خواهید مطالب را به ترتیبی که بیمار ارائه میدهد تفسیر کنید؟ البته که لازم است خوابها و مطالب زناکارانه را که بیمار بازگو میکند بلافاصله تفسیر کرد». من آمادهٔ این سخن نبودم. من به صحبت خود ادامه دادم و به تفسیر نقطه نظرهای خودم کوشیدم. این برداشت کلاً برای فروید بیگانه بود. او نمی فهمید که چرا روانکاو نباید مطالب ارائه شده توسط بیمار را به ترتیبی که بیمار آنرا بروز داده تفسیر کند. عقیدهٔ فعلی فروید با نظر قبلی او در مورد تکنیک که بطور خصوصی ابراز کرده بود مغایرت داشت. فضای جلسه ناآرام و ناخوشایند بود. مخالفان من در سمینار از اصطکاک عقیدتی فروید با من شاد شدند و برای من ابراز تأسف کردند. من خونسردی خودم را حفظ کردم.

از سال ۱۹۲۶ به بعد تئوری درمان در سمینارهای روانکاوی ارجحیت پیدا کرد. در گزارش رسمی کلینیک روانکاوی مربوط به سالهای بین ۱۹۲۲ و ۱۹۳۲ مطالبی به مضمون زیر مندرج بود: «علت پیروزی و یا شکست روانکاوی در بیماران، معیارهای بهبودی، سعی در رسیدن به تقسیم بندی انواع بیماریها بر اساس مقاومت و احتمال بهبودی آن، مسائل مربوط به تحلیل شخصیت و مقاومت شخصیت در افراد خود شیفته و انسداد عواطف همواره مورد تحقیق بوده است. در رابطه با این مسائل مقالات منتشر شده را مورد بررسی قرار داده ایم.»

آوازهٔ سمینار ما اندک اندک بیشتر شد. در نامه ای فروید، اصالت کار مرا در مقایسه با آنچه «همگان میدانستند» اقرار و تصدیق نمود. بهر حال این «دانش عامی» برای رهنمونی در کار کلینیکی کافی نبود. منظور من این بود که اصول روانکاوی را در تحلیل شخصیت به کار برم. من نمی دانستم که با این کار تئوری فروید را بگونه ای تعبیر و تفسیر میکردم که خود او به زودی آنرا مردود خواهد دانست. در آن هنگام هنوز آگاهی به علت عدم توافق بین تئوری اورگاسم و تئوری روانکاوی نروز نداشتم.

اصل تعدیل و تنظیم خویشتن

شخصیت بالغ (Genital Character) و شخصیت بیمار (Neurotic)

در آنزمان هنوز قادر به توضیح نظریهٔ خودم در مورد لنگر انداختن پدیده های روانی در فیزیولوژی تن و بدن نبودم. در آنزمان دانش من منحصر به بصیرتی بر مبنای احساسی نامشخص و غیر روشن بود که در کار کلینیکی کاربردی نداشت. از اینرو به تکمیل و توسعهٔ روش خود در مورد «تحلیل شخصیت» پرداختم. از نظر بالینی تئوری اورگاسم به مقدار کافی مُدلّل شده و برای توسعهٔ بیشتر روش درمانی پایگاهی محکم فراهم کرده بود.

کتاب «تحلیل شخصیت» (Character Analyse) من تا سال ۱۹۳۳ منتشر نشده بود. در سال ۱۹۲۸ اولین مقاله ام در این مورد با عنوان «روش تفسیر و تحلیل مقاومت» در مجلهٔ روانکاوی منتشر شد. در آخر همان سال من در این مقاله تجدید نظر کرده و در سمینار تکنیک آنرا ارائه نمودم. این اولین مقاله از سلسله مقالاتی بود که در طول ۵ سال بعد محتویات کتاب مذکور را تشکیل داد. این کتاب قرار بود توسط چاپخانه ای وابسته به سازمان روانکاوی چاپ و منتشر گردد. در جریان خواندن نمونه های چاپی کتاب، مطلع شدم که کمیتهٔ عامل و مرکزی مجمع روانکاوی بین المللی تصمیم به منع چاپ این کتاب در چاپخانهٔ خود

گرفته است. هیتلر در آنزمان تازه به قدرت رسیده بود.

اصل نامتناقض بودن درمان (The Principle of Consistency) بر اساس اشتباهات روانکاوی سنتی و به اصطلاح روانکاوی اورتدکس به وجود آمد. روانکاوی اورتدکس پیرو این قانون بود که مطالبی را که بیمار بروز میداد به ترتیب ابراز آن و بدون توجه به عمق و لایهٔ ناخودآگاه آن تفسیر میکرد. من پیشنهاد کردم که مقاومت، بطور سیستماتیک تحلیل شده، به این صورت که مقاومتی را که نزدیک تر به سطح خودآگاه بود و اهمیت روزمره داشت ابتدا تفسیر گردد. هر واحد (کوانتم) از انرژی روانی که به سبب انحلال مقاومت آزاد میگشت به خواستهای پنهان شده ناخودآگاه قدرت بیشتری می بخشید و نتیجتاً با نزدیکتر کردن آن به خودآگاه امکان تجزیه و تفسیر آنرا به ما میداد. انحلال سیستماتیک لایه های زره شخصیت باید با در نظر داشتن لایه های مکانیزم نروز انجام گیرد. تفسیر مستقیم خواستهای غریزی ناخودآگاه فقط میتوانست مانع و مزاحم این فرایند شود و لاجرم باید از آن پرهیز میشد. بیمار ابتدا بایستی قادر به برقراری ارتباط با خود میگشت تا بتواند روابط بین مکانیزمهای نروز خود را دریابد وگرنه تا زمانیکه پوشش زرهی شخصیت در عمل بود بیمار در بهترین حالت، فقط میتوانست تضادهای روانی خود را از طریق استدلال و منطق درک کند. تجربه ثابت کرده بود که این چنین بینشی اثر درمانی بسیار ناچیزی همراه داشت.*

قاعدهٔ دیگری که در سمینارهای روانکاوی تکوین یافت این بود که روانکاوی همواره از تجزیه و تحلیل مکانیزمهای دفاعی و مقاومت بیمار شروع گردد و پیش رود و هرگز وارد موضوعات ماهیت جنسی سرکوب شده نگردد تا اینکه مکانیسمهای دفاعی محافظ آن شکافته شود. درتجزیه وتحلیل مقاومت، من دقیقترین

* تضادها و عقده های روانی که بیمار از طریق استدلال و منطق آنرا درک کند ولی احساسات وابسته به آن در ناخودآگاه مخفی و نهفته بماند، اثر درمانی بسیار کمی را داراست.

نوع درمان منظم و سیستماتیک را پیشنهاد میکردم. یعنی تمرکز به عامل دفاعی که در آن مقطع زمانی مهمترین عامل دفاعی بود و باعث بیشترین اختلال میگشت. نظر به اینکه هر بیماری زره شخصیتی مخصوص بخود را داشت که محصول تاریخ زندگی او بود، تکنیک تحلیل این زره شخصیتی نیز میباید برای هرکس بطور جداگانه و مخصوص بخود تعیین میگشت و پیشرفت آن از یک پله به پلهٔ دیگر با در نظر داشتن خصوصیات شخص انجام میگرفت. روانکاو مسئولیت اصلی موفقیت درمانی را بدوش میکشید. از آنجائیکه پوشش زرهی شخصیت پدیده ای محدود کننده است و بیمار را مقید و محدود می نمایند، ناتوانی او در بازگو کردن خود و ناتوانی او در صدیق بودن نیز بخشی از بیماری او است. ناتوانی بیمار در بازگو کردن مشکلات و بندهای روانی خویش بر خلاف آنچه بعضی از روانکاوان می پنداشتند ناشی از غرض ورزی و سوء نیت بیمار نبود. انحلال صحیح زره روانی خشک و متحجر، آخرالامر به رها شدن اضطراب می انجامد. وقتی که اضطراب راکد شده آزاد گردد امکانات بسیاری برای برقراری انرژی آزاد شده و سیال به وجود میآید و به موازات آن امکان به برقراری قدرت تناسلی نیز به وجود میآید. تنها این موضوع به صورت سئوال باقی میماند که آیا تحلیل زره شخصیتی متضمن تحلیل منبع نهائی انرژی نیز هست یا نه. من تردید هائی در این زمینه داشتم. گذشت زمان حقانیت تردید های مرا تأئید کرد. معهذا من مطمئن بودم که تکنیک تحلیل شخصیت قدمی بسیار مهم در جهت دستیابی به توانائی درمان نروز میباشد. تأکید من بر عملکرد و طرز کار انرژی و نه بر ماهیت و محتوای فانتزی های نروز بود. از آنجائیکه اکثر بیماران قادر به پیروی از قوانین اساسی روانکاوی مثل گفتن «هر آنچه که به فکرشان میرسید»* نبودند، من از پافشاری روی پیروی از این قوانین در بیماران خودداری

* یکی از قوانین روانکاوی آنست که بیمار هرآنچه بفکرش خطور میکند به روانکاو ابراز کند.

میکردم. در عوض نه فقط به آنچه بیمار به زبان میآورد بلکه به هر آنچه بیمار از خود بروز میداد توجه میکردم. مخصوصاً به نحوهٔ ابراز و یا به سکوت او توجه داشتم. بیماران حتی در حال سکوت نیز خود را به نحوی بروز میدادند. آنان چیزی را بروز میدادند که به تدریج میشد از مخفیگاه بیرون آورد و به آن تسلط یافت. در کنار سئوال «چه» که از سئوالات رایج تکنیک سنتی فروید بود، من سئوال «چگونه» را گنجاندم. دیگر فهمیده بودم که «چگونگی» رفتار و طرز بیان بیمار در ابراز مسائل مهمتر از ماهیت و «چه» بودن سخنان آنان است. سخن میتواند به دروغ آغشته گردد ولی طرز بیان و رفتار هرگز نمی تواند کذب و قلب باشد. هرچند به این موضوع توجهی نمیشود ولی رفتار مردم اولین نمود شخصیت آنان است. من بتدریج به اهمیت طرز رفتار بیمار بعنوان نمایانگر مستقیم ناخودآگاه او وقوف یافتم. احیتاج به قانع کردن بیمار و ترغیب او به همکاری به تدریج کم شد و دعوت به همکاری به عملی زائد تبدیل گشت. آنچه را که بیمار بطور خود به خودی در نمی یافت، ارزش درمانی نیز نداشت. طرز برخورد و رفتاری که نمایانگر شخصیت بود بایستی بطور خود به خود تفهیم می گشت. کشف چگونگی رفتار و طرز برخورد بیمار جایگزین درک عقلانی و منطقی ناخودآگاه بیمار شد. من استفاده از واژه‌های علمی روانکاوی را در سخنانم با بیماران موقوف کردم. این عمل بخودی خود امکان پنهان کردن احساسات را در پشت کلمات و سخنان دهان پرکن، از بین میبرد. بیمار دیگر از نفرت خود صحبت نمیکرد بلکه آنرا احساس میکرد. چنانچه پوشش زرهی شخصیت بدرستی منحل میشد راهی برای احتراز از این روبروئی برای بیمار باقی نمی ماند.

افرادی را که دارای شخصیت خودشیفته (نارسیستی)* بودند وروانکاوان آنان را برای روانکاوی نامناسب میدانستند، با شکستن و فرو ریختن پوشش زرهی

* نارسیسم: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۵۲

شخصیت، این افراد نیز قابلیت درمان از طریق روانکاوی پیدا میکردند. من توانستم افرادی را معالجه کنم که از اختلال شدید شخصیت رنج میبردند و روانکاوانی که از روشهای معمولی استفاده میکردند آنان را غیر قابل علاج اعلام کرده بودند.

انتقال احساسات* عشق و نفرت به روانکاو ماهیت آکادمیک خود را کم و بیش از دست داد. صحبت کردن درمورد تحریکات شهوانی مقعدی (آنال) در کودکی و یادآوری اینکه زمانی شخص یک چنین احساساتی داشته است کاملاً متفاوت است از احساس این تحریکات در جلسهٔ روانکاوی و احساس آنی و فوری آن مثل ول کردن باد و یا حتی تن در دادن به آن. در این حالت دیگر لزومی به متقاعد کردن بیمار نیست. من بالاخره خود را از طرز برخورد آکادمیک با بیمار رهانیدم و به خود گفتم که به عنوان یک سکسولوژیست باید همان برخوردی را با فرایند جنسی (سکسوالیته) داشته باشم که یک پزشک متخصص امراض داخلی با اندامهای بدن دارد.

در این فرایند من متوجه موانع و اشکالات شدیدی شدم که قانون پرهیز از عمل مقاربت در طول روانکاوی بوجود آورده بود. بسیاری از روانکاوان در پیروی از این قانون پافشاری میکردند. اگر قرار میبود که بیمار در طول زمان روانکاوی از عمل مقاربت امتناع ورزد پس روانکاو چگونه می توانست اختلالات تناسلی را کشف کرده و آنرا از بین ببرد؟

در اینجا قصد بازگو کردن جزئیاتی را که در کتاب تحلیل شخصیت «آنالیز کاراکتر» به تفصیل شرح داده ام ندارم، بلکه تنها می خواهم عقاید اساسی که مرا قادر به کشف و قاعده بندی پدیده ها و کاربرد آن نمود اشاره کنم. بازنگری در این عقاید مرا قادر به کشف و قاعده بندی پدیده هائی نمود که در کارهای بعدی من بسیار مؤثر بود. بسیاری از قوانین روانکاوی ماهیتی تابو مانند داشتند

* انتقال احساسات: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۱۲۹

که باعث تقویت تابوی بیمارگون و نوروتیک شخص در حیطهٔ مسائل جنسی میشد. یکی از این قوانین آن بود که روانکاو نباید در معرض رؤیت بیمار باشد، به اصطلاح باید مانند ورق کاغذ سفیدی باشد که بیمار افکار خود را بر او منتقل و ترسیم کند. این روش نه تنها کمکی به رفع مشتبهات بیمار نمیکرد، بلکه در او این احساسات را تقویت میکرد که با کسی نامرئی، غیرقابل دسترس و فوق بشر طرف است و از نقطه نظر تفکری کودکانه با موجودی بدون هویت جنسی در گفتگو است.

تحت چنین شرائطی چگونه میشد انتظار داشت که بیمار به شرم و ضعف جنسی خود که در بُن بیماری او جا داشت فائق شود؟ با یک چنین برخوردی، هرچیزی که به موضوع های جنسی مربوط میشد شریر و شیطانی و ممنوع باقی می ماند و بایستی محکوم می شد و یا بهر قیمتی تغییر شکل میداد (Sublimation). بیمار از نگریستن به روانکاو بصورت موجودی با هویتی جنسی ممنوع بود. در چنین شرائطی، بیمار چگونه میتوانست جرأت انتقاد را بخود دهد. علی الحال بیمار راهی برای شناختن و دانستن روانکاو پیدا میکرد ولی به علت این تکنیک، او به ندرت آنچه را که میدانست به زبان می آورد. بیمارانی که من آنان را درمان میکردم برعکس حالت قبل، به سرعت بر کتمان افکار انتقادی خود نسبت بمن فائق می آمدند. قانون دیگر این بود که بیمار فقط می بایست افکار و مسائل خود را «بیاد آورد» ولی هرگز نمی بایست افکار خود را عملاً انجام دهد. من با فرنزی* در رد این اصل همصدا بودم. شکی نبود که به بیمار می بایست اجازهٔ «عمل وحرکت» نیز داده میشد. فرنزی چون دارای فراست و بینشی درست بود به بیماران خود اجازه می داد که مانند کودکان به بازی مشغول شوند. من هر طریقی را برای آزاد کردن بیماران از تحجر شخصیت خود میآزمودم. نیّت من این

* فرنزی: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۱۲۷

بود که بیماران به من بصورت انسان بنگرند و به عنوان حاکم و آمر از من نهراسند. این بخشی از راز موفقیت من بود که خاص و عام به آن اقرار داشتند. بخش دیگر از رمز موفقیت آن بود که من از هر وسیله ای مناسب پزشکی برای رهائی بیماران از خودداری و سرکوب نیروی تناسلی استفاده میکردم. بیمار را تنها وقتی معالجه شده تلقی میکردم که لااقل قادر به عشق ورزی جنسی و یا استمناء بدون احساس گناه می گشت. بیشترین اهمیت را به پیشرفت زندگی جنسی بیمار در طول درمان می دادم. امیدوارم بر همگان روشن باشد که این درمان با درمان سطحی از طریق استمناء که بعضی از روانکاوان «بی بند و بار» از آن استفاده می کردند ارتباطی نداشت. دقیقاً با پیروی از این روش بود که ابتدا توانستم حالت و طرز برخورد کاذب تناسلی را از حالت طبیعی آن جدا کنم. به تدریج و در اثر کار در طول مدت زمانی مدید اختصاصات «شخصیت بالغ» (genital character) در مقابل «شخصیت بیمارگون نروز» روشن گشت.

من بر حالت خوددار خود در برخورد با رفتار بیماران غلبه کردم و به دنیائی جدید و غیرمنتظره ای راه یافتم. در بن مکانیسم نروز، در ورای فانتزی ها و خواست های نامعقول، خطرناک و عجیب و غریب، هستهٔ ساده و منزهی نهفته بود. این هسته در همهٔ افرادی که من قادر به نفوذ به عمق روان آنان میشدم بدون استثناء وجود داشت.* این امر به من جرئت و اطمینان میداد. از اینکه هرچه بیشتر به بیماران اطمینان کرده و عنان را به دست خودشان بدهم، هرگز مأیوس و پشیمان نشدم. البته گاهگاهی حالت های خطرناکی نیز پیش می آمد. علی الحال واقعیات و آمار گویای این حقیقت بود که با وجود کار درمانی گسترده و متنوع، حتی یک مورد خودکشی در بیماران من وجود نداشت. مدتها گذشت تا من علت موارد خودکشی در حین درمان را درک کردم. بیماران وقتی دست به خودکشی

* گر پیر مغان مرشد ما شد چه تفاوت
در هیچ سری نیست که سِرّی ز خدا نیست «حافظ»

می زدند که انرژی جنسی در آنان برافروخته و به جنبش آمده ولی از دست یابی به رضایت و رهائی (دشارژ) منع میشد. ترس عامه و جهان گیر از غرائز «شیطانی» تأثیری عمیق بر کار درمانی روانکاوی داشت. روانکاوی بی چون و چرا تضاد مطلق بین طبیعت (غرائز و سکسوآلیته) و ارزشهای فرهنگی (اخلاق کار و وظیفه) را پذیرفته و باین نتیجه رسیده بود که «زندگی در جهت کامیابی غرائز» مغایر با درمان است. مدتها طول کشید تا من بر واهمه از این غرائز غلبه کردم.

افکار ضد انسانی ای که در ناخودآگاه انباشته میشد وقتی شریر و خطرناک میگشت که تخلیه (دشارژ) انرژی بیولوژیکی از طریق عمل جنسی طبیعی مسدود می گشت. در این حالت اساساً فقط سه راه بیمارگون در پیش بود:

۱- حالت افسار گسیخته تحریک پذیری ناگهانی و آنی (Self Destructive Impulsiveness) که نابود کنندهٔ خود و دیگران بود (اعتیاد، الکلیسم، تبه کاری به علت احساس گناه، کارهای آنی و ضد انسانی، جنایت های جنسی، تجاوز به کودکان و غیره).

۲- نروز به علت انسداد غرایز (نروز اضطرار) و وسواس، اضطراب هیستریکی و هیستری تبدیلی (Conversion Hysteria).

۳- پسیکوز یا جنون (Functional Psychosis) (شیزوفرنی، پارانویا، ملانکولی و یا جنون مانیک و دپرسیون).

من در اینجا از مکانیزم های بیمارگونه که در حیطهٔ سیاست، جنگ، زناشوئی، تربیت کودکان و غیره در کار است و همهٔ آنها نتیجهٔ فقدان رضایت جنسی تناسلی در توده ها است سخنی نمی گویم.

با توانائی تسلیم کامل تناسلی و آزمون آن، شخصیت بیماران چنان سریع تغییر اساسی می یافت که در ابتدا مبهوت و متحیر می شدم. نمی فهمیدم که چگونه بیماری نروز که لجوج و مُصِر است به این سهولت از بین میرود. فقط این نبود که علائم نروز و اضطراب بیمار بهبود می یافت بلکه کل شخصیت بیمار

نیز تغییر می یافت. من قادر به توضیح این پدیده نبودم. ناپدید شدن علائم بیماری را به بازگرفتن انرژی جنسی که این علائم را تغذیه میکرد توجیه میکردم. ولی تغییر کل شخصیت بیمار در این توجیه نمی گنجید. به نظر میرسید که شخصیت بالغ تناسلی مطابق قوانین متفاوت و ناشناخته ای عمل میکند. من میخواهم مثالی چند برای توضیح بیشتر این موضوع بیاورم.

بیماران کاملاً و به خودی خود حالت های اخلاقی دنیای محیط بر خود را چیزی بیگانه و نامعقول تلقی میکردند. هر چند که آنان در ابتدا به سختی از لزوم باکرگی زنان قبل از ازدواج دفاع می کردند، حال این انتظار را کریه و عجیب می دیدند. این چنین انتظاراتی دیگر برای آنان مطرح نبود. آنان نسبت به این مسائل بی تفاوت می شدند. طرز برخورد در مورد شغل نیز تغییر می یافت. اگر تا آن موقع آنها مانند ماشین کار میکردند و علاقه خاصی به آن نداشتند و کار خود را شَری لازم برای زیست می دانستند و آنرا بدون توجه کافی انجام می دادند، حال با نظری دقیق تر به آن می نگریستند. اگر اختلالات نروز قبلاً مانع اشتغال آنان به کار می گشت، حال آنان با اشتیاق به یافتن شغل مورد علاقهٔ خود می پرداختند. اگر کاری که به آن اشتغال داشتند مورد علاقهٔ آنان بود، بسرعت در آن کار شکوفا میشدند. ولی اگر کار آنان دارای ماهیتی یک نواخت بود مثلاً اگر شغلی مانند کارمند دفتری، داد و ستد و یا منشی گری میان پایه بود، در این صورت تحمل آن غیر ممکن می گشت. برای من حل مسائلی که در چنین حالت هائی ظاهر میشد بسیار دشوار بود. دنیا مطابق وجه انسانی شغل شکل نگرفته بود. معلمینی که در کار خود جدی نبودند و به روش های تدریس انتقادی اساسی نداشتند به تدریج احساس جدائی و عدم تحمل طرق معمولی تدریس را می کردند. بطور خلاصه، انتقال نیروهای غریزی در ارتباط با شغل و شرائط اجتماعی، أشکال گوناگونی به خود میگرفت. بتدریج توانستم دو گونه تمایل را تشخیص داده و از یکدیگر جدا کنم:

۱- مجذوب شدن هر چه بیشتر در فعالیت های اجتماعی که شخص قبلاً به آنها متعهد بود.

۲- اعتراضی شدید بر علیه کار یکنواخت و منجمد و خرف کننده.

در برخی از حالت ها وقتی بیمار قادر به دست یابی به رضایت تناسلی میشد، فرو ریختگی کامل در حیطهٔ کار به وجود می آمد. این دو گانگی در نظر اول تأئید کنندهٔ ادعای مرسوم در دنیا بود که خواست های جنسی و کار را متضاد یکدیگر اعلام می کرد. این برداشت در نظری دقیق تر اهمیّت خود را از دست میداد. معلوم شد که این اشخاص تا آن زمان همواره کار خود را به صورت اضطراری (Compulsion) و احساس وظیفه به طور وسواسی علیرغم خواست درونی خود انجام می دادند. خواست های درونی آنان به هیچ وجه ضد اجتماعی نبود، بلکه بر عکس آن بود. شخصی که خود را شایسته نویسندگی می دانست ولی در دفتر وکالت به منشی گری مشغول بود، باید همهٔ نیروی خود را برای فرو نشاندن سرکشی و عصیان احساسات سالم خود به کمک میطلبید. از این رو من موضوعی مهم آموختم که هرچه ناخود آگاه است لزوماً ضد اجتماعی نیست و هر آنچه خودآگاه است لزوماً مردمی نیست. بلکه چه بسا نظر ها و انگیزه های بسیار گرانمایه و از نظر فرهنگی ارزشمند وجود دارند که به علت احتیاجات مادی اجباراً باید سرپوشیده و واپس زده بمانند، و چه بسا اعمالی آشکار و رسوای ضد اجتماعی که جامعه آنرا با ارج و احترام پاسخ می دهد. مشکل ترین بیماران، آنهائی بودند که برای کشیش شدن تعلیم می دیدند. بی شبهه تضادی شدید بین احساسات جنسی و حرفهٔ آنان وجود داشت. من این اِشکال را به این صورت حل کردم که دیگر بیمار کشیش نپذیرفتم.

تغییر رفتار بیماران در حیطهٔ روابط جنسی نیز فاحش بود. بیمارانی که به نزد فاحشه می رفتند و احساس ناراحتی و تردید در این مورد نداشتند، اندک اندک در انجام این عمل ناتوان میشدند. زنانی که با شکیبائی زندگی خود را با

مردی که او را دوست نداشتند تحمل می کردند و به عمل مقاربت از برای «وظیفهٔ زناشوئی» تن در میدادند از ادامهٔ این رفتار سر بازمی زدند. دیگر برای آنان این زجر بس بود. من در این مورد چه می توانستم بگویم؟ این عدم تمکین با قواعد و سنت های مرسوم اجتماعی در تضاد بود. مثلاً ترتیب مصطلح این بود که زن بایستی بدون چون و چرا خواستهای جنسی شوهر را تا زمانی که زناشوئی ادامه داشت برآورد نماید، چه بخواهد یا نخواهد، چه او را دوست داشته باشد چه نداشته باشد، چه از نظر جنسی در هیجان باشد چه نباشد. دریای دروغ در دنیای ما عمیق است!

از نظر موضع حرفه ای در محظوری عجیب قرار می گرفتم، مثلاً از برای بیمار زنی که به درستی از مکانیزم های بیمارگونه رهائی می یافت و مدعی سهم خود از زندگی میشد و قیدهای اخلاقی نادرست را با نظری خفیف مینگریست. من چه میتوانستم بگویم؟ پس از چند بار سعی نیم بند، دیگر از پیش کشیدن این موضوع در سمینارهای روانکاوی و یا در مجامع روانکاوان خودداری کردم. من از این اعتراض احمقانه که نظرات خودم را به بیماران تحمیل میکنم احتراز میکردم. در این حالت بایستی جواب تهمت هائی را میدادم که اخلاقیات و سنت های آن زمان نه در حمایت از من بلکه در حمایت از مخالفان من بود. پیش کشیدن این موضوع به هیچ منظوری نیز کمک نمیکرد. مثلاً من میتوانستم این موضوع را پیش بیاورم که درمان اورگاسم در زنان آنان را به اهمیت روابط جنسی آشنا کرده و این بنوبهٔ خود مانع از همخوابگی بی تبعیض خواهد شد، و من در مورد زنانی صحبت میکنم که مزدوج بودند یا نبودند و با کوچک ترین امکان خود را تسلیم میکردند، چرا که هرگز طعم رضایت را نیازموده بودند. پس از درمان، آنان به اصطلاح عفیف میشدند و خواست آنان فقط این بود که دارای یک شریک زندگی باشند که دوستشان بدارد و رضایت خاطرشان را فراهم نماید. ولی همانطور که قبلاً گفتم، این گونه امثال نیز در جهت خدمت به قبولاندن نظرهای

من کمک مؤثری نمیکرد. وقتی که تحقیقات علمی در چهارچوب سنت ها و اخلاقیات وقت باشد بی شک توسط سنت ها و قوانین اخلاقی نیز رهبری میشود نه واقعیات و پدیده های علمی.

دردناک تر از همه تظاهر به «بی طرفی علمی» بود. محقق هر چه بیشتر در منجلاب سرسپردگی به قوانین حاکم فرو رفته باشد، به همان مقدار نیز ادعای استقلال فکری و بی طرفی علمی اش گوش خراش تر است. روزی روانکاوی بیمار زنی را که از افسردگی عمیق و میل به خودکشی و اضطراب شدید رنج می برد برای درمان به من معرفی کرد. روانکاو بطور صریح این شرط را ذکر کرده بود که «نباید زندگی زناشوئی او را برهم زنم.» در جلسهٔ اول من دانستم که این بیمار چهار سال قبل ازدواج کرده ولی شوهر او هنوز ازالهٔ بکارت از او نکرده است. در عوض او انواع مختلف اعمال منحرف جنسی را بر او آزموده بود و زن او به علت سادگی تحمل این اعمال را وظیفهٔ زناشوئی خود دانسته بود، و روانکاو شرط رجوع درمان را به من ادامهٔ این ازدواج ناسالم قید میکرد! بیمار پس از سه جلسه از ادامهٔ درمان با من سرباز زد زیرا اضطرابی شدید بر او مستولی شد و او روانکاوی را حالت و موقعیتی فریبنده و عشوه گرانه نامید. کار دیگری از دست من بر نمی آمد. چند ماه بعد من شنیدم که او خودکشی کرد. این نوع «علم با بی طرفی» سنگ آسیائی است بر گردن بشریت در حال غرق.

در مورد ساختار روحی و ارتباط آن با سیستم اجتماعی سردرگم شده بودم. تغییر برخورد بیماران در مورد رسوم اخلاقی نه کاملاً منفی و نه صریحاً مثبت بود. ساختار جدید روانی ظاهراً قوانینی را متابعت میکرد که با خواستهای مرسوم زمان متفاوت و برای من ناآشنا و تازه بود. تصویری که از جمع بندی این قوانین به دست می آمد مطابق نوع دیگری از جامعه گرائی بود. این ساختار جدید حاوی اصول نیک اخلاقی بود، مثلاً اینکه به زنان نباید به عنف تجاوز شود و کودکان را نباید فریب داد و از نظر جنسی از آنان سوء استفاده کرد. در

عین حال حاوی طرز برخوردی بود که هر چند کاملاً با برداشت های مرسوم مغایر بود از نظر اجتماعی قابل بازخواست نبود. یک نمونه از این نوع برخورد این بود که زندگی محجوبانه از برای فشارهای اجتماعی و یا وفاداری به رابطهٔ زناشوئی فقط به علت وظیفه، کاری عبث و فرومایه است. این موضوع که در آغوش گرفتن زوجی برخلاف میل شخص عملی است ناخوشایند و نفرت زا قابل حمله از جانب افراطی ترین اخلاق گرایان نیز نبود. در عین حال این در تضاد بود با قوانینی که حامی «وظایف زناشوئی بودند».

اجازه بدهید که به همین چند مثال کفایت کنیم. این نوع جدید اخلاق گرائی از طریق «این و یا آنرا مکن» رهبری نمیشد، بلکه خود بخود و بر اساس خواستهای رضایت تناسلی تنظیم می گشت و پرورش می یافت. شخص از انجام اعمال ناپسند نه از برای ترس، بلکه از برای ارزشی که به خوشنودی جنسی قائل بود روگردان می گشت. این اشخاص وقتی شرائط درونی یا برونی متضمن رضایت کامل جنسی نبود، اگر چه مشتاق عمل جنسی بودند از دست یازیدن به آن خودداری میکردند. مثل آن بود که دستورات اخلاقی به کنار گذارده شده و با دستورات بهتری با ضمانت اجرائی به مراتب بیشتری بر علیه اعمال ضد اجتماعی جایگزین گشته بود. این ضمانت ها با خواستهای طبیعی شخص ناسازگار نبود بلکه بر عکس این تضمین بر اساس شادی و نشاط در زندگی بنا داشت. تضاد شدید بین «من می خواهم» و «من نباید» برطرف گشته بود و با چیزی جایگزین شده بود که میشود آنرا تقریباً نظرگاه وجیتیتو (نباتی) نامید. «درست است که من اشتیاق زیادی به این عمل دارم ولی این عمل مفهوم بسیار کمی برایم خواهد داشت و مرا خوشحال و راضی نخواهد کرد.» این موضوعی متفاوت بود. اعمال شخص بر اساس اصول و مطابق نظمی طبیعی اداره میشد. این تنظیم خود به خودی اعمال، تعدیل و هماهنگی به همراه داشت که نتیجهٔ برطرف شدن تضاد شخص با غرائز خود بود. جنگ و جدل با غرائز که هرچند سرکوب

شده بودند ولی همواره خود را فضولانه نمایان میکردند، دیگر لزومی نداشت زیرا شخص علاقه خود را به هدف و یا معشوق دیگری که مشکلات کمتری در برآورد رضایت خاطر داشت معطوف میکرد. شرط لازم برای این تغییر این بود که علاقه و اشتیاق شخص که هم طبیعی و هم ذاتاً ماهیتی اجتماعی داشت نه سرکوب میگشت (از خودآگاه بیرون رانده نمیشد) و نه از نظر اخلاقی تقبیح میشد، بلکه این خواسته ها باید در جای دیگری تحت شرایطی مناسبتری سیراب و کامروا میشدند.

مثلاً اگر مرد جوانی عاشق دختری «دست نخورده و از خانوادهٔ خوب» میشد موضوعی عادی و طبیعی بود. ولی اگر میخواست او را در آغوش گیرد، این خواهش اگرچه از نظر اجتماعی معقول نبود ولی خواستی طبیعی و سالم بود. اگر دختر از نظر روحی قوی و سالم بود و قادر به ایستادگی در مقابل مشکلات و تضادهای درونی و برونی خود در رابطه با صمیمیت با پسر می گشت رابطه به درستی ادامه می یافت. ولی اگر دختر ضعیف و هراسناک و از درون وابسته به نظر والدین بود، بطور خلاصه اگر دختری بود که مبتلا به نروز بود، در این صورت صمیمیت با پسر فقط می توانست مولّد مشکلات باشد. اگر مرد خود اسیر اخلاقیات خشک نمی بود و عشق ورزی را با نظر تجاوز نمی نگریست از دو طریق زیر یکی را بر میگزید:

۱- دختر را در بدست آوردن استقلال و روشنی فکر، به همان گونه که خود آنرا حاصل کرده بود یاری میکرد.

۲- از ادامهٔ رابطه با دختر صرفنظر میکرد. در حالت دوم که مانند حالت اول منطقی است، او آخرالامر توجه خود را به دختر دیگری که بَری از این مشکلات می بود معطوف می نمود.

رفتار مرد جوان نوروتیک و متعصب اخلاقی به معنی قدیمی آن در چنین شرایطی اساساً بسیار متفاوت بود. او مشتاق رسیدن به دختر بود ولی از برآوردن این آرزو خودداری می نمود و تضادی طولانی را باعث می گشت. نهی اخلاقی

غریزه باعث ضدیت و سرکوب آن میشد و این تضاد خودآگاه بالاخره به تضادی ناخودآگاه مبدل می گشت. مرد جوان به تدریج در تار و پود این مشکل فرو رفته و هرچه بیشتر در آن گرفتار میشد. او نه تنها از امکان برآورد خواستهای غریزی، خود را محروم می نمود بلکه از جُستن و خواستن امکان دیگری نیز خودداری میکرد. نتیجهٔ این برای پسر و هم برای دختر لزوماً به وجود آمدن نروز و ناهنجاری روانی بود. شکاف بین اخلاق و غریزه همچنان باقی می ماند و یا غریزه با لباسی مبدل و سیمائی تغییر یافته و ماهیتی مخرب خود را نمایان میکرد. مرد جوان بزودی رؤیای تجاوز به عنف پیدا میکرد و یا عملاً خواستهای تجاوز در او پدیدار میگشت و یا خصوصیات دوگانگی اخلاقی در او ظاهر میشد. او به نزد زنان خودفروش میرفت و احتمالاً رنج ابتلا به بیماری های مقاربتی را بر خود روا میداشت. هیچگونه امکان هماهنگی درونی در او باقی نمی ماند. این از نقطه نظر اجتماعی نتیجه ای اسفناک داشت. «اخلاق» و «اسلوب نیک» به هیچ وجه عملی نگشته بود. انواع مختلفی از این یک نمونه به فراوانی وجود دارد. این حالت در زوجهای مختلف، چه مزدوج و چه غیر آن دیده میشود.

حال اجازه دهید قواعد و روش های اخلاقی را با نظم و ترتیب اقتصاد جنسی و تنظیم خود به خودی مقایسه نمائیم. اخلاق (Morality) که به صورت اجباری عمل نماید با رضایت طبیعی غرائز مغایر است. تنظیم خود به خودی و یا «خود نظمی» پیرو قانون طبیعی لذت و از نظر عملکرد مشابه و مطابق غرائز طبیعی است. نظم اخلاقی اجباری و اضطراری، به وجود آورندهٔ تضاد ژرف و آشتی ناپذیر روانی است که اخلاق را در مقابل طبیعت قرار میدهد و از اینرو از یک طرف باعث شدت بخشیدن به غرائز و از طرف دیگر باعث پیدایش شدت و خشونت اخلاقی هرچه بیشتر میگردد. این فرایند مانع از جریان سالم و مؤثر نیرو در بدن انسان میشود. «خود نظمی» انرژی را از هدف و یا خواست نامشخص و نرسیدنی پس گرفته و به هدفی دیگر و شخص دیگر معطوف

مینماید و بطور منظم بین تنش و آسایش نوسان میکند. این حالت خود نظمی مطابق با همه پدیده های طبیعی است. ساختار روانی که با اخلاقیات اضطراری سرشته شده کار را بطور سرسری و با بی مبالاتی انجام میدهد و با «بایستن» و «باید» که بر او بیگانه است اداره می گردد. ساختار روانی که با اقتصاد جنسی نظم می یابد، کار را با هماهنگی و با علائق جنسی انجام می دهد و از منبع عظیم نیرو بر خوردار است. ساختار روانی اخلاقی زیاده از حد پابند دستورات و قوانینی خشک اخلاق گرایانه است و از برون خود را پایبند این دستورات کرده و از درون بر علیه آن سر به شورش مینهد. شخص با چنین ساختار روانی مرتباً در معرض گرایش های ضد بشری است. شخص با ساختار روانی سالم و «خود نظم»، خود را با بخش نامعقول دنیا تطابق و توافق نمیدهد، او از برای سیراب کردن حق طبیعی خود پافشاری میکند. او در نظر اخلاق گرایان متعصب و مبتلا به نروز مریض جلوه میکند. در حقیقت او قادر به انجام اعمال ضد بشری نیست. او اعتماد به نفس طبیعی، بر اساس توانائی به عشق ورزی و دوست داشتن کسب مینماید. ساختار اخلاقی خشک همواره با ناتوانی در عشق ورزیدن همراه است و چنین شخصی همواره مجبور به جبران این ضعف است که از جمله به شخصیتی خشک با اعتماد به نفسی مصنوعی منتهی میشود. او در مقابل شادی جنسی دیگران بی تاب است چرا که این شادی او را تحریک کرده ولی او از دست یابی به آن عاجز است. در واقع او عمل مقاربت جنسی را برای اثبات توانائی جنسی خود انجام میدهد. برای شخصی که دارای ساختار روانی بالغ تناسلی است، رابطهٔ جنسی آزمونی لذت بخش است و لاغیر. کار برای او دستآوردی لذت بخش است. برای شخصی با ساختار اخلاقی منجمد، کار وظیفهٔ کسل کننده و رنج آور است، عملی است که به ضرورت مادی انجام میشود.

ماهیت زره شخصیتی نیز متفاوت است. شخصی که دارای ساختار اخلاقی متحجر است زرهی بدور خود میسازد که او را در هر عمل بطور خود کار و

مستقل از محیط، محدود کرده و کنترل مینماید. او قادر به تغییر طرز برخورد خود نیست هرچند خود نیز به آن تغییر مایل باشد. مأمور اخلاق گرای اضطراری و وسواسی در رختخواب زناشوئی نیز همان است. شخصی که از طریق اقتصاد جنسی نظم می یابد قادر است خود را از وضعیتی بریده و به وضعیت دیگری تطبیق دهد. او خود در کنترل زره خود است زیرا لزومی به درگیری و سرکوب غرائز واپس زده و نهی شده ندارد.

نوع شخصیت بیمارگون را نوروتیک و نوع دیگر را شخصیت بالغ تناسلی (Genital Character) نامیده ام.*

از این به بعد وظیفهٔ درمان، تغییر شخصیت نوروتیک به شخصیت بالغ تناسلی و جایگزینی عملکرد اضطراری اخلاقی متحجر به خود نظمی و اقتصاد جنسی تبدیل شد.

در آن زمان به خوبی روشن بود که سرکوب خواستهای طبیعی با قوانین اخلاقی خشک (Moral Inhibition) باعث ایجاد نروز می گردد. روانکاوان از لزوم (در هم شکستن «من برتر» سوپر ایگو) صحبت میکردند. من نتوانستم به آنها بفمهانم که تنها درهم شکستن سوپر ایگو کافی نیست و مسئله عمیق تر از آن است. نمی توان نظمی را که در شخص بر اساس قوانین اخلاقی آنزمان برقرار شده است از بین برد بدون اینکه چیز دیگر و بهتری را جایگزین آن نمود. ولی دقیقاً همین چیز دیگر بود که همکاران من آنرا خطرناک، نادرست و یا «چیزی که تازگی ندارد» قلمداد می کردند. در واقع آنان از چوب و چماق تکفیر می هراسیدند، از روبروئی با دنیای امروزی که همه چیز را مطابق اصول اخلاقی خشک

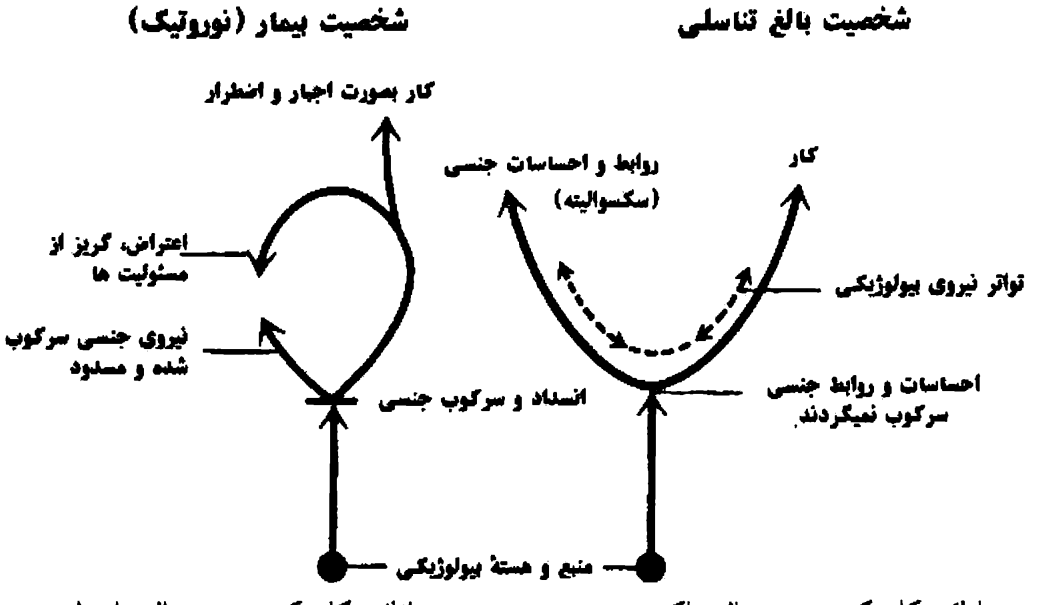
* پاورقی نویسنده: رسالهٔ مخصوصی که در این مورد نگاشتم در مجلهٔ روانکاوی چاپ شد و در میان روانکاوان با موفقیت قبول شد. در سال ۱۹۳۳ این رساله در کتاب «کاراکتر آنالیز» ادغام گشت.

و خشن بر چسب زده و با نهادن نامی آنرا طبقه بندی می کند، هراس داشتند. در آن موقع خود من نیز از نتایج دور برد آن بی خبر بودم. من فقط رد و نشان بالینی بیماران را با جدیت دنبال می نمودم. شخص، هر چند که خود نیز بخواهد نمی تواند برخی از استدلالات را ندیده بگیرد و از آن فرار نماید.

چند سال طول کشید تا به تدریج فهمیدم که چرا رفتار آزاد و خود نظم، مردم را آکنده از شور و شوق کرده و در عین حال آنها را هراسناک می کند. خصوصیت اساسی شخصیت بالغ و تناسلی، سادگی و طبیعی بودن آنست که در طرز فکر و رفتار او نسبت به دنیا، نسبت به آزمونهای خود، نسبت به افراد دیگر و غیره نمایان است و حتی برای افرادی که دارای شخصیتی کاملاً متفاوت اند سریعاً قابل تشخیص است. این ایده آل بشری همهٔ افراد است و همواره نیز یک مفهوم واحد دارد هر چند که نامی متفاوت بر او نهند. هیچ کس نمی تواند منکر قابلیت انسان به عشق شود، همانطور که نمی تواند منکر توانائی جنسی او شود. هیچ کس نیز جرئت نخواهد کرد که اساس ناتوانی در دوست داشتن یا ناتوانی جنسی که نتیجهٔ تربیت آمرانه و دیکتاتوری است را هدف و خواست انسان فرض کند.

انسان ذاتاً و بطور طبیعی موجودی اجتماعی است و مسلماً چندان هم ایده‌آل نیست که خود را به زور و با واپس زدن خواستها و افعال جنایتکارانه، موجودی اجتماعی جا بزند. همه میدانند که بهتر و سالم تر این است که شخص در وهلهٔ اول میل به تجاوز نداشته باشد تا اینکه دارای چنین میلی باشد و آنرا به علل قوانین اخلاقی باز دارد. هیچیک از نقطه نظرهای من به اندازهٔ این نکته که در انسان خود نظمی ممکن و بطور طبیعی موجود و از نظر جهانی نیز شدنی است، کار و زندگی مرا به مخاطره نیانداخته است. البته اگر فقط به فرضیاتی در اینمورد اکتفا میکردم و آنرا با کلماتی زیبا و شیرین بیان مینمودم و با عباراتی شبه علمی می آراستم، مقبول و محبوب خاص و عام می گشتم. ولی کار

نمودار نشان دهندهٔ کار به صورت اجبار و اضطرار در مقایسه با عملکرد اقتصاد جنسی



توانائی کار کردن در حالت اکونومی جنسی سالم:

در این حالت نیروی طبیعی و بیولوژیکی بین کار و احساسات و روابط جنسی آزادانه در نوسان است. کار و احساسات جنسی در تضاد با یکدیگر نیستند. کار و «سکسوالیته» جانشین یکدیگر شده و باعث تقویت اعتماد به نفس میشوند. علائق روشن و مشخص اند زیرا شخص توانائی تسلیم به عشق ورزیدن و دوست داشتن را دارد.

توانائی کار کردن در حالت اجبار و اضطرار:

کار بصورت ماشینی، کسل کننده و اجباری می باشد. احساس جنسی و علائق جنسی در تضاد با نیروی کار هستند. فقط مقدار کمی از نیروی طبیعی قادر به رهائی (دشارژ) است. در این حالت کار کردن بطور کلی عملی ناخوشایند و اجباری است. فانتزی های جنسی شدت یافته و باعث اختلال در کار کردن می شوند و از اینرو باید سرکوب گردند که بنوبهٔ خود باعث تولید مکانیزم های بیمارگون و کاهش بیشتر توانائی کارکردن میشود. تقلیل توانائی کارکردن، احساسات جنسی را با احساس گناه آمیخته و سنگین کرده و اعتماد به نفس را متزلزل میکند. تقلیل در اعتماد به نفس باعث به وجود آمدن مکانیزم های دفاعی مانند فانتزی خود بزرگ بینی و مهم پنداشتن خود میشود.

پزشکی من اینطور اقتضا میکرد که توانائی خود را در روش درمان بیماران و تغییر شخصیت ناسالم آنان عمیقتر کنم و تکنیک نفوذ خود را در ساختار روانی آنان بهبود بخشم. این کوشش لاینقطع به نوبهٔ خود سئوالات عمیقتری را پیش آورد: اگر ویژگی های شخصیت بالغ تناسلی این چنین آشکار و خوشایند و خواستنی است، پس چرا رابطهٔ توانائی اورگاسم با اجتماعی بودن شخص ندیده گرفته میشود؟ چرا نقطه نظر کاملاً مخالف و متضاد آن در دنیا مقبولیت یافته و حکمفرمائی میکند؟ چرا برداشت تضاد تند بین طبیعت و تربیت، غریزه و اخلاق، بدن و روان، خدا و شیطان، عشق و کار تشخصی این چنین برجسته در فرهنگ و فلسفه زندگی پیدا کرده است؟ چرا نمی توان آنرا زیر سئوال کشید و چرا به آن تحت عنوان قانون مصونیت بخشیده اند؟ چرا بیشتر تجربیات علمی من با علاقه ای فراوان پیروی میشد تا که در میان افترا و ارعاب مردود اعلام شود و درست زمانی که به پیشرفت نائل می گشت بدنام و لکه دار گردد. ابتدا چنین پنداشتم که علت آن بدنیتی و بدطینتی، خیانت و یا خئف علمی است. سالها بعد، سالهائی که مملو از یأس و دل شکستگی بود این چیستان را فهمیدم.

بیشتر عکس العمل های ناجور و بی هدف من در مقابل مخالفانم که شمارهٔ آنها روز به روز فزونی می یافت، از این فرض نادرست سرچشمه می گرفت که آنچه در اصل صحیح است به سادگی و بطور طبیعی نیز قبول شده پس میتوان آنرا به اجراء درآورد. اگر من قادر به درک و بیان این پدیده های واضح بودم، اگر این برداشت ها به خوبی در کار درمانی بیماران قابل اجرا بود، چرا نمی باید همکاران من نیز قادر به درک آن شوند؟ ساده اندیشی من از آنجا ریشه می گرفت که همکارانم اشتیاق زیاد به دانستن نقطه نظرهای من داشتند و آنان را تائید می نمودند. من بر روی ایده ها و ایده آلهای ساده و انسانی آنها انگشت گذارده بودم. من به زودی فهمیدم که ایده آلها به سرعت عوض می شوند. علاقه به زندگی شخصی، روابط با سازمانها، طرز برخورد آمرانه و ... غیره به مراتب

اغواگرتر بود. مثل این بود که چیزی در این میان گم شده باشد. ایده آلی که مقبول و محبوب بود، در واقعیت زندگی وحشت و اضطراب می آفرید. این ایده آل ذاتاً با ساختار اجتماعی موجود بیگانه بود. سرتاسر دنیای رسمی بر ضد آن به مبارزه برخاستند. مکانیزم های طبیعی «خود نظمی» در عمق اورگانیسم مدفون است که با مکانیزم های اضطراری پوشیده شده و تغییر شکل داده است. دویدن به دنبال پول به عنوان محتوی و هدف زندگی با هر احساس طبیعی مغایر است. دنیا این را به افراد از طریق آموزش تحمیل کرده و آنان را در شرایطی قرار داده که آنرا پرورش دهند، از این رو شکافی که در ایدئولوژی اجتماعی بین اخلاق و واقعیت، خواستهای طبیعی و نظرگاههای فرهنگی به وجود می آید در افراد نیز به صورت هائی مختلف ظاهر میشود. برای بر آمدن از پس این دنیا لازم است که شخص آنچه را که زیباترین و بی ریاترین است واپس زده و به نابودی کشاند، آنچه را که اساسی ترین اصل در اوست با دیواری ضخیم محاصره نماید و با زره شخصیت خود محصور کند. با این عمل انسان از درون به سوگ مینشیند و از برون نیز بدبختی میکشد. در عوض او خود را از دردسر تقلا در این هرج و مرج بدور نگاه میدارد. نور ضعیفی در او که منعکس کنندهٔ رژف ترین و طبیعی ترین احساس زندگی، طبیعی ترین شایستگی و بی ریائی و احساس عشقی کامل و ساکت است، مشهود است. هرچه زره روانی فرد بر ضد ماهیت و طبیعت خویش ضخیم تر گشته پرتو این نور نیز ضعیف تر میشود. از اینرو حتی در حالت های بیمارگونه شدید نیز مختصر پرتوی کم رنگ از آنچه واقعاً زنده است می توان یافت. از همین پرتو مختصر و کم رنگ زندگی است که به اعتقاد من رنگ و ریا و بدطینتی انسان نیرو میگیرد و از این نور مختصر زندگی است که دروغ و نیرنگ تغذیه میشود وگرنه چگونه ایدئولوژی اخلاق گرای خشن و خشک و جاه و جلال و وحشت، زمانی این چنین طولانی می توانست دوام یابد و تودهٔ مردم نیز با وجود کثافتی که به زندگی آنان آغشته است

از آن دفاع کنند.* از آنجائی که مردم نه قادر به رهبری زندگی واقعی خود هستند و نه اجازهٔ آنرا دارند، به آخرین پرتو ضعیف زندگی که خود را بصورت رنگ و نیرنگ می نماید می آویزند.

بر اساس این برداشتها، ایده ارتباط مستقیم بین ساختار اجتماعی و ساختار شخصیت فردی رشد نمود. جامعه خمیرهٔ شخصیت فرد را می ریسد و شکل می دهد، در مقابل شخصیت فرد ایدئولوژی اجتماعی را دوباره تولید میکند. از اینرو با تولید مکرر نفی زندگی که آمیخته و عجین در ایدئولوژی جامعه است تودهٔ مردم سرکوبی و پایمالی خود را میآفرینند. این دور و تسلسل مکانیزم اصلی دوام سنت هاست. من کوچکترین آگاهی ای به اهمیت این قاعده در درک ایدئولوژی فاشیسم که پنج سال بعد از آن حاصل گشت نداشتم. در آن زمان، بر لَه یا علیه نظریه های سیاسی اظهار نظر و پیشگوئی نکردم و فلسفهٔ جدیدی نیز برای زندگی بنا ننهادم. حل و فصل مسائلی که به کلینیک راه می یافت مرا به این قواعد و نظریه ها رهبری نمود. از اینرو من دیگر از دیدن تضاد ایدئولوژی اخلاق گرایانه جامعه با همهٔ دقایق آن در درون ساختار روانی تک تک افراد حیرت نمیکردم. فروید میگفت که وجود فرهنگ محصول غرائز سرکوب شده است. من مجبورم با او در این مورد موافقت نمایم. البته این توافق مقید و مشروط است. فرهنگ امروزی ما بر اساس سرکوب خواستهای جنسی استوار است. ولی سئوال بعدی این است که آیا رشد و توسعهٔ فرهنگ بطور کلی منوط به سرکوبی خواستهای جنسی است و آیا فرهنگ امروزی ما بر اساس سرکوب خواستهای غیرطبیعی و ثانوی نمیباشد؟! هیچکسی تا به حال به چیزی که من در عمق بشر

* در کتاب اندیشه های فلسفی ایرانی نوشتهٔ ابوالقاسم پرتو اعظم، مطلبی نوشته شده که بسیار شبیه به این برداشت است. «مانی آشفتگی گیتی را به شمار پیشروی شهریار تاریکی در کشور روشنائی می گذارد... ولی اهریمن آن بخش از روشنائی را که دزدیده است در نهاد آفریدگان خود پنهان می کند و بدین گونه نخستین مرد که آفریدهٔ اهریمن است باربر آن روشنائی است که فروزه ای از شهریار روشنائی دارد.»

کشف کرده ام اشاره نکرده و به همین دلیل نیز اشاره ای به رابطهٔ آن با فرهنگ ننموده است.

من به سرعت متوجه شدم که در بحث در مورد «روابط جنسی» مردم برداشتی غیر از آنچه در فکر من بود داشتند. بطور کلی احساسات جنسی ماقبل تناسلی، ضد اجتماعی و مغایر با احساسات طبیعی است ولی این تکفیر به هماغوشی و پذیرش تناسلی نیز ادامه میافت. چرا مثلاً پدر به عمل جنسی دختر به صورت عملی ناپاک و پلید مینگرد؟ این نمی تواند فقط به خاطر حسادت ناخودآگاه او باشد زیرا این حسادت شدت عکس العمل پدر را که گاهی به آدم کشی می انجامد توجیه نمی نماید. واقعیت این است که احساسات جنسی تناسلی بصورت چیزی خفیف و کثیف انگاشته میشود. برای شخص عادی و متوسط عمل جنسی تنها به عنوان تخلیه و تصرف تلقی میشود. زنها به نوبهٔ خود و بطور غریزی و خود به خودی ولی برحق بر ضد این طرز برخورد شورش میکنند. دقیقاً به همین علت است که پدر عمل جنسی دختر را چیزی خفیف و کثیف میانگارد. تحت چنین شرایطی هماهنگی بین احساسات جنسی و شادی امکان پذیر نیست. از همین نقطه نظر میتوان علت تصورات دربارهٔ فرومایگی و زشتی و خطرات احساسات جنسی را دریافت. ولی این احساسات جنسی، نوع بیمارگون و تغییر شکل یافته عشق و عشق ورزی طبیعی است. این نوع احساسات آنچه را که برای شادی واقعی در عشق آرزو شده در خود پوشانده و مخفی کرده است. مردم اشتیاق خود را برای زندگی طبیعی جنسی از دست داده اند. برداشت آنان از خواستهای جنسی بر اساس وجه تحریف شده آنست که آنرا به حق تقبیح میکنند.

از این رو مبارزه بر له و یا بر علیه احساسات و روابط جنسی عملی بی حاصل و کوششی مأیوس کننده است. بر اساس این تحریف ها اخلاق گرایان پیروز بوده اند ولی این نوع تحریف ها غیر قابل تحمل اند. زنان امروزی از

خواستهای جنسی مردهائی که تجربهٔ جنسی خود را در فاحشه خانه ها آموخته اند و تنفر از عمل جنسی را از فاحشه ها تحصیل کرده اند گریزان هستند. این است آنچه باعث بن بست در بحثها میگردد و مبارزه برای رسیدن به زندگی سالم را تا به این حد دشوار مینماید. در این مورد بود که من و مخالفان من در دو جهت مختلف صحبت میکردیم. وقتی من از روابط جنسی صحبت میکنم منظورم تخلیهٔ فضولات در زن نیست بلکه منظورم هماغوشی توأم با عشق است که موجب شعف و شادی در اوست. بدون فرق گذاردن بین اعمال غیرطبیعی جنسی (اعمالی که در مرحلهٔ ثانویه بوجود میآید) و خواستها و آرزوهای مدفون شده در اعماق شخص که در هر فردی وجود دارد و عشق را میطلبد نمی توان راه به جائی یافت.

بالاخره این سئوال مطرح شد که چگونه میتوان اصل کتمان شده را به واقعیت تبدیل کرد، قوانین طبیعی را در تعدادی قلیل به قوانین طبیعی در عموم تعمیم داد؟ به وضوح معلوم بود که حل این مسائل به صورت انفرادی رضایت بخش نخواهد بود و با نکات اصلی نیز برخورد نمیکرد.

جنبه های اجتماعی روان درمانی در آن زمان بسیار نارس بود. برخورد با مسائل اجتماعی از سه جنبه شروع شد: پیش گیری از نروز، رفرم جنسی که موضوعی بسیار نزدیک به موضوع اول بود* و بالاخره مسئلهٔ کلی فرهنگ.

* پاورقی نویسنده: در مورد رفرم جنسی به تفصیل در کتاب انقلاب جنسی شرح دادم از این رو در اینجا از بحث بیشتر در این مورد خودداری می نمایم.

فصل ششم

تغییر و تحولی نارسا در جهت ادغام علم بیولوژی در رشتهٔ روانکاوی

۱- بهداشت روانی و مسئلهٔ فرهنگ

سئوالات حاد و بی شماری که در مراکز مشاورهٔ جنسی برای من پیش می آمد مرا بر آن داشت که بدانم فروید در این باره چه می گوید. با وجود تأئید و پشتیبانی قبلی او مبنی بر دایر کردن مرکزی جهت مشاوره و حل مشکلات جنسی طبقهٔ بی بضاعت، از همکاری او در این مورد مطمئن نبودم. اوضاع پشت پرده سازمان روانکاوی نیز ناآرام بود. از اینرو مصمم بودم موضع همکارانم را در مورد نظریات و کار خودم مشخص کنم زیرا در اصالت کار خودم و رابطهٔ آن با مسائل جامعه تردیدی نداشتم و نمی توانستم اعتقاداتم را نیز مخفی کنم. کم کم تهمت هائی بر ضد من بگوش میرسید. متعاقب انتشار یک سلسله از مقالات من در مورد آموزش جنسی برای کودکان در مجلهٔ Zeitshr. f. Psychoanal. Pedagogilk شایعاتی رواج یافت مبنی بر اینکه من فرزندان خود را برای دیدن عمل مقاربت جنسی آزاد گذارده ام و یا اینکه من با بیماران خود در حین روانکاوی رابطهٔ جنسی برقرار می کنم. شایعات دیگری نیز از همین قماش در بین بود. این عکس العمل مختص کسانی است که خود از نظر جنسی محروم و ناکام هستند و بر علیه اشخاص سالم که برای حصول شادی جنسی تلاش می کنند به ستیز بر می خیزند. این عکس العمل مثل و مانندی در تلخی و نفرت ندارد. هیچ چیزی در دنیا این چنین بی سر و صدا و کشنده رنج و محنتی تا به این حد در انسانها

ایجاد نمی کند. قربانیان کشت و کشتار در جنگها لااقل به افتخار شهادت نائل می شوند و مرگ آنان مرگی قهرمانانه تلقی میشود. ولی مردها و زنانی که دارای احساسی سالم برای زندگی هستند مَمهور به مُهر بدنامی میشوند. اشخاصی در سرکوبی این احساسات طبیعی پیش قدم اند که به علت احساس گناه و خئف، خود مملو از فانتزی های منحرف هستند. حتی یک سازمان و یک مجمع در جامعهٔ ما نبود که از احساسات طبیعی برای زندگی دفاع کند. من هر کوششی را که ممکن بود برای عوض کردن مسیر بحث ها از موضوعات شخصی به سطح واقعی مسائل می نمودم. هدف این شایعات تهمت آمیز به خوبی نمایان بود.

در ۱۲ دسامبر ۱۹۲۹ در مورد پیشگیری از نروز برای فروید و اعضاء مهم سازمان روانکاوی سخنرانی کردم. این جلسات بطور ماهانه در منزل فروید تشکیل میشد. همه می دانستند که صحبت ها و تصمیمات مهمی در این جلسات ارزیابی شده و اتخاذ می گردد. در این جلسات لازم بود که شخص دقیقاً بداند چه می گوید. روانکاوی به حرکتی جهانگیر و مجادله آمیز تبدیل شده بود. مسئولیت ها در این زمینه بسیار بود و طبع من نیز گریز از حقیقت را با جلا دادن ظاهر نمی پذیرفت. من یا می بایست مسئله را دقیقاً همان طور که بود بر ملا میکردم و یا لب فرو بسته و خاموش می ماندم. ولی شق دوم نیز دیگر عملی نبود. تحقیقات و یافته های من در اکونومی جنسی شهرت یافته و مستقل از من اهمیت یافته بود. هزاران نفر در جلسات سخنرانی من ازدحام می کردند تا از نظرهای روانکاوی در مورد زجر و مشقات جنسی اجتماعی مطلع شوند. سئوالات زیر نمونه سئوالاتی است که شرکت کنندگان در این جلسات می پرسیدند و پاسخ آنرا نیز دریافت می کردند.

ــ وقتی فرج زنی با وجود تمایل به مقاربت جنسی خشک است چه باید کرد؟

ــ تناوب عمل نزدیکی جنسی چه باید باشد؟ هرچند وقت یکبار باید نزدیکی کرد؟

ــ آیا میشود در حین دورهٔ قاعدگی نزدیکی کرد؟

ــ اگر زنی به شوهر خود وفادار نباشد شوهر چه باید بکند؟ وقتی مردی قادر به راضی کردن زن خود نیست، مثلاً وقتی انزال زودرس دارد زن چه باید بکند؟

ــ آیا عمل نزدیکی از پشت صحیح است؟ چرا همجنس بازان را مجازات می کنند؟ زن چه باید بکند وقتی مرد خواهان نزدیکی است و او تمایل ندارد؟ علاج بی خوابی چیست؟ چرا مردها تا به این حد علاقمند به لاف زدن از روابط جنسی خود با زنان هستند؟ آیا نزدیکی جنسی بین خواهر و برادر در اتحاد جماهیر شوروی مجازات دارد؟

ــ کارگری زنی بیمار داشت زن او برای مدت طولانی بیمار و بستری بود. سه کودک خردسال و یک دختر ۱۸ ساله فرزندان این خانواده بودند. دختر ۱۸ ساله جانشین مادر شده و از کودکان خردسال نگهداری و از پدر مراقبت میکرد. هیچ مشکلی درمیان نبود، او با پدر خانواده همخواب میشد. اوضاع به خوبی پیش میرفت، او کارهای خانه را انجام میداد، غذا درست میکرد خانه را پاکیزه نگاه میداشت، و نسبت به برادران و خواهران کوچکتر بسیار مهربان بود. مردم اندک اندک شک برده و شروع به غیبت کردند. گروهان مبارزه با فسق و فجور وارد عمل شد. پدر را به جرم زنای با محارم زندانی کردند، کودکان هر یک به خانه ای و تحت سرپرستی امداد اجتماعی درآمدند، خانواده از هم پاشید، دختر به کلفتی در خانه های ناآشنا پرداخت. این از چه روست؟

ــ وقتی زن و مردی مایل به نزدیکی و معاشقه اند و افراد دیگری نیز در آن اطاق می خوابند چه باید بکنند؟

ــ چرا پزشکان از کمک به زنی که حامله شده و نمی تواند و یا نمی خواهد بچه دار شود سرباز می زنند؟

ــ دختر من تازه ۱۷ ساله شده است و از حالا با پسری دوست شده که نمی خواهد با او ازدواج کند. آیا این اشتباه است؟

ــ آیا داشتن رابطهٔ جنسی با بیش از یک نفر بسیار قبیح است؟

ــ دخترها نازشان زیاد است. من چه باید بکنم؟

ــ من بسیار تنها هستم و بسیار مایلم که دوست پسری داشته باشم ولی وقتی کسی پیدا میشود ترس بر من چیره می گردد.

ــ شوهر من با زن دیگری رابطه دارد، من چه میتوانم بکنم؟

ــ من میخواهم با مرد دیگری رابطه برقرار کنم آیا این اشتباه است؟

ــ من هفته ای بیست شلینگ حقوق می گیرم. نامزد من میخواهد به سینما برود و نمایش ها را ببیند. حقوق من برای این کار کافی نیست. من نامزدم را دوست دارم. چه کنم که او به مردهای دیگر علاقمند نشود؟

ــ من هشت سال است که با زنم زندگی میکنم. ما همدیگر را دوست داریم ولی از نظر جنسی با هم هماهنگ نیستیم. من علاقمندم که با زن دیگری همخواب شوم. چه باید بکنم؟

ــ من پسری سه ساله دارم که همواره با آلت تناسلی خود بازی میکند. من او را تنبیه می کنم ولی هیچ سودی ندارد. آیا این نادرست است؟

ــ من هر روز و گاهی روزی ۳ بار استمناء میکنم. آیا این برای سلامت جسمی مضر است؟

ــ زیمرمن (Zimmermann) اصلاحگر سویسی می گوید: برای جلوگیری از حاملگی، مرد باید از انزال در درون فرج خودداری کند و این از طریق اجتناب از حرکت دادن آلت تناسلی در فرج زن میسر است. آیا این نظر صحیح است؟ این واقعاً دردناک است!

ــ من کتابی خواندم که برای مادران نوشته شده است. این کتاب می گوید که شخص فقط وقتی باید عمل جنسی انجام دهد که می خواهد بچه دار شود. آیا این مسخره نیست؟ چرا هرچه به موضوعات جنسی مربوط است ممنوع است؟ اگر آزادی جنسی به مرحلهٔ عمل درآید آیا باعث هرج و مرج نخواهد شد؟ من از ازدست دادن شوهرم هراسناک خواهم بود.

ــ زنان بطور ذاتی از مردها متفاوت اند. مرد ذاتاً به تعدد زوجات و زن به تک زوجی علاقمند است. آبستنی و به دنیا آوردن بچه ها وظیفهٔ زن است.

ــ آیا شما اجازه خواهید داد زن شما با مرد دیگری همبستر شود؟

ــ شما از سلامت جنسی صحبت میکنید. آیا شما اجازه خواهید داد که فرزندانتان استمناء کنند؟

ــ شوهران ما در حضور دیگران رفتار متفاوتی از آنچه در خانه هستند دارند. در خانه بسیار سختگیر و خشن هستند. در این مورد چه باید کرد؟

ــ آیا شما ازدواج کرده اید؟ بچه دارید؟

ــ آیا آزادی جنسی به نابودی کامل خانواده نخواهد انجامید؟

ــ من مبتلا به خونریزی رحم هستم، پزشک کلینیک شخص عجیب و بی ادبی است ولی من پول کافی برای مشاوره با پزشک خصوصی را ندارم چه باید بکنم؟

ــ شخص در چه سنی می تواند رابطهٔ جنسی داشته باشد؟

ــ دورهٔ قاعدگی من حدود ۱۰ روز طول می کشد و بسیار دردناک است. چه باید بکنم؟

ــ آیا استمناء مضر است؟ مردم می گویند که اگر کسی استمناء کند خُل می شود.

ــ چرا والدین اینقدر سخت گیر هستند؟ من باید ساعت هشت منزل باشم در حالیکه من حالا شانزده ساله هستم.

ــ وقتی من در جلسات شرکت می کنم (در کارهای سیاسی فعال هستم) زن من حسادت می کند. در این مورد با او چه باید بکنم؟

ــ گاهی من مایل به نزدیکی نیستم و شوهر من اصرار می ورزد. در این مورد چه باید بکنم؟

ــ نامزد من نمی تواند موضعی مناسب برای مقاربت جنسی اتخاذ کند، بطوریکه قبل از اینکه رضایت جنسی حاصل شود هر دوی ما خسته شده و عمل

جنسی را متوقف می کنیم. میخواهم اضافه کنم که نامزد من بیست و نه ساله است و هرگز قبل از این مقاربت جنسی نداشته است. آیا اشخاصی که قدرت جنسی کمتری دارند اجازه ازدواج دارند؟ افرادی که خوش صورت و جذاب نیستند و نمی توانند دوست پسر یا دختر پیدا کنند چه باید بکنند؟

ــ دختر مسن و باکره چه باید بکند؟ مسلماً او نمی تواند در دوستی با مردها پیش قدم شود.

ــ آیا ممکن است که شخص با زهد و ریاضت زندگی کند و شهوت جنسی را با گرفتن دوش آب سرد و ورزش خاموش کند؟

ــ آیا مقاربت نیمه تمام مضر است؟

ــ آیا اگر مقاربت نیمه تمام برای مدت طولانی انجام شود به ناتوانی جنسی خواهد انجامید؟

ــ رابطهٔ پسران و دختران در اردوهای تابستانی چگونه باید باشد. آیا مقاربت جنسی در نوجوانان باعث به وجود آمدن امراض روانی میشود؟

ــ آیا متوقف کردن استمناء درست قبل از انزال مضر است؟

ــ آیا ترشحات واژن به علت استمناء است؟

در جلساتی که در منزل فروید برگزار میشد و اختصاص به بحث در مورد پیشگیری از نروز و مسائل مربوط به فرهنگ داشت فروید برای اولین بار نقطه نظرهای خود را که در کتاب «تمدن و نارضایتی های ناشی از آن» که در سال ۱۹۳۱ نوشته بود به روشنی بیان نمود. این نظریه ها در بسیاری از موارد به طور چشمگیر با موضع او در کتاب «آینده یک سراب» مغایر بود. بر خلاف تهمتهای بعضی از روانکاوان، من خشم فروید را بر نیانگیختم و اختلاف نظر من با او نیز چنانکه بعضی از همکاران قلمداد میکردند «دستوری از مسکو» نبود. بلکه حتی در همان موقع من با اقتصاددانان سوسیالیست اختلاف نظرهائی مشابه داشتم. این اقتصاددانان با شعارهای خود مبنی بر «روند آهنین تاریخ» و «عوامل اقتصادی» مردمی را به زوال و نابودی می کشاندند که خود مدعی رهبری آنان به سوی

آزادی و سعادت بودند. من میکوشیدم که موضوع را روشن نمایم و در مقابل فشار روز افزونی که بر ضد نظریه های جنسی رواج یافته بود مقاومت میکردم. امروز نیز هیچگونه پشیمانی و تأسفی در این مورد ندارم.

ابتدا از فروید تقاضا کردم که سخنرانی مرا به عنوان بحثی خصوصی تلقی کند. سئوالات زیر را در این سخنرانی مطرح کردم و به جستجوی پاسخ این سئوالات پرداختم.

۱- اگر از اهمیت اساسی تئوری جنسی در ایجاد بیماری نروز پس ننشینیم، نتایج نهائی تئوری روانکاوی و درمان از طریق روانکاوی چه خواهد بود؟

۲- آیا ممکن است به درمان نروز بطور انفرادی ادامه داد و خود را به این گونه طبابت محدود کرد؟ بیماری نروز آفتی مسری است و در خفا بطور موذیانه به تخریب زندگی مشغول است. بشر به مجموع از نظر روانی بیمار و علیل است.

۳- ماهیت و نقش جنبش روانکاوی در چارچوب اجتماعی چیست؟ شکی در این نیست که روانکاوی باید به نحوی عهده دار نقشی باشد. در اینجا ما از مسئلهٔ پر اهمیت اقتصاد روانی صحبت می کنیم که چنانچه نظریهٔ جنسی روانکاوی تا به نهایت تکامل خود پیگیری شود، اقتصاد روانی و اقتصاد جنسی یکسان خواهند بود.

۴- چرا جامعه باعث تولید بیماری نروز در افراد میشود؟ بر اساس آمارها و اطلاعاتی که در جلسات مختلف گردآوری کرده بودم به این سئوالات پاسخ میدادم. آمارهائی که من از سازمانهای مختلف گرد آورده ام، نمایانگر آن بود که حدود ۶۰ تا ۸۰ درصد این افراد به بیماری نروز از نوع شدید آن مبتلا بودند. البته باید در نظر داشت که این ارقام فقط شامل علائم بیماری نروزی بود که بیمار به آن آگاهی داشت و آنرا آگاهانه بروز میداد و این شامل ناهنجاری شخصیت (نروز کاراکتر) که اعضای این سازمانها از آن بی اطلاع بودند نمیشد. در جلساتی که به منظور بحث در مورد بهداشت روانی برگزار میشد این نسبت از هشتاد درصد نیز تجاوز میکرد. احتمالاً دلیل افزایش نسبت بیماران نروز در این

جلسات این بود که بیشتر مبتلایان به این بیماری در این جلسات شرکت می کردند. معهذا در جلساتی که محدود به اعضاء سازمانهای مختلف (مانند سازمان متفکرین آزاد، گروه های دانش آموزان، کارگران، گروه های سیاسی مختلف جوانان و غیره) که جذابیت خاصی برای مبتلایان به بیماری نروز نداشت درصد افرادی که از بیماری نروز رنج می بردند بطور متوسط فقط ۱۰ درصد کمتر از تعداد شرکت کنندگان در جلسات باز (غیرمحدود) بود. در شش مرکز مشاوره روانی در وین که من در ادارهٔ آنها سهیم بودم هفتاد درصد از افرادی که برای مشاوره و راهنمائی مراجعه میکردند احتیاج به درمان روانکاوی داشتند. تنها ۳۰ درصد افرادی که از نوع خفیف نروز رنج می بردند قابل درمان از طریق مشاوره و امداد اجتماعی و راهنمائی بودند. این به آن معنا بود که حتی اگر خدمات بهداشت جنسی در دسترس همه قرار می گرفت فقط ۳۰ درصد مردم نتیجهٔ مثبت و سریع از آن می گرفتند. ۷۰ درصد بقیه (نسبت آن در زنان بیشتر و در مردان کمتر بود) احتیاج به درمان روانکاوی داشتند که بطور متوسط بین ۲ تا ۳ سال وقت لازم داشت و نتیجهٔ آن نیز نامعلوم و مشکوک بود. بنابراین برگزیدن این روش برای اصلاح اوضاع سیاسی و اجتماعی احمقانه جلوه میکرد. حصول به بهداشت روانی از طریق درمان فردی تنها می توانست سرابی گمراه کننده و بی حاصل باشد.

واضح بود که باید تدبیرهای همه جانبه و اساسی اجتماعی در جهت پیشگیری از بیماری نروز اتخاذ گردد. البته اصول و وسائل لازم برای این مباره از تجربیاتی حاصل میشد که در درمان انفرادی بیماران مبتلا به آن استفاده میشد. ولی در این مقایسه تفاوت زیادی وجود دارد. آبله از طریق واکسینانسیون فوری توده ها پیش گیری میشود، در حالیکه تدابیر اتخاذ شده برای پیش گیری بیماری نروز دورنمای ترسناک و مأیوس کننده دارد. معهذا نمی توان از برخورد با آن اجتناب ورزید. تنها دورنمای امیدبخش، از بین بردن علت اصلی بیماری است که تولید رنج و مصیبت می کند.

علت بیماری نروز چیست؟

مهمترین علت این بیماری تربیت خانوادگی بر اساس استبداد و سرکوب تمایلات جنسی است که نتیجهٔ آن تضادهای جنسی فرزند با والدین و اضطراب جنسی تناسلی است. از آنجا که مشاهدات و کشفیات کلینیکی فروید صحیح است، استنتاج من که بر اساس این مشاهدات و کشفیات است نیز لزوماً باید صحیح باشد. علاوه بر این من موفق به حل مسئله ای شدم که تا آن زمان لاینحل باقی مانده بود و آن رابطهٔ بین تضاد جنسی والدین و فرزندان از یک طرف و سرکوب تمایلات جنسی در سطح جامعه از طرف دیگر بود. آگاهی به اینکه سرکوب تمایلات جنسی جزئی از نظام آموزشی جامعه است جنبه های دیگری به مسائل اجتماعی بخشید. دیگر تردیدی باقی نمیماند که مردم به مقیاس توده ها به بیماری نروز مبتلا میگردند. ولی این مسئله روشن نبود که چگونه بعضی میتوانند تحت شرایط حاکم آموزش و پرورش، سالم بمانند؟ برای حل این معما لازم بود که در رابطهٔ بین تربیت خانوادگی استبدادی و سرکوب تمایلات جنسی مطالعه کنیم.

والدین، تمایلات جنسی را در کودکان و نوجوانان بدون آنکه خود متوجه آن باشند تحت تأثیر جامعه استبدادی سرکوب می کنند. ظهور طبیعی احساسات جنسی، منع شده و ریاضت به آنان تحمیل میگردد و از طرفی نیز به علت نداشتن فعالیت های سودمند، کودکان وابستگی شدید به والدین خود پیدا می کنند که منتج به بی دست و پائی و درماندگی و احساس گناه در آنان میگردد. این به نوبهٔ خود مانع رشد کودکان شده و اضطراب و ترس و نهی زندگی جایگزین احساس آزادی در آنان می گردد. کودکانی که این چنین تربیت و تعلیم میابند به افرادی با شخصیت بیمارگونه و نروز تبدیل میشوند که بیماری خود را به فرزندان خود منتقل میکنند. باین ترتیب این آفت از نسلی به نسل دیگر منتقل میشود. بدین ترتیب سنت های محافظه کارانه که آمیخته با واهمه و گریز از

زندگی و عشق است تکرار و دوام میبابند. ولی با وجود این دور و تسلسل، چگونه بعضی از مردم میتوانند سلامت روحی خود را کسب و آنرا حفظ نمایند؟

نظریهٔ اورگاسم جوابگوی این سئوال بود: شرائطی که توسط جامعه یا بطور اتفاقی تعیین میشود گاهی نیل به ارضاء جنسی را امکان پذیر میسازد، این بنوبهٔ خود مبداء انرژی نروز را از بین برده و از شدت وابستگی شخص به حالتهای کودکانه میکاهد. از اینرو با وجود وضعیت بیمارگون (نوروتیک) خانواده، برای بعضی از افراد امکان نیل به سلامتی روانی و حفظ آن میسر میشود.

زندگی نوجوانان در سال ۱۹۴۰ اساساً آزادانه تر از زندگی آنان در ۱۹۰۰ است ولی در عوض تضادهای بیشتری را هم همراه دارد. شخص سالم و شخص ناسالم هر دو باید از میان تضادهای خانواده و ممنوعیت های جنسی بگذرند. در جامعهٔ ما شرائط عجیبی باید اتفاقاً بهم به پیوندند تا به شخص امکان دهند با استفاده از اقتصاد جنسی، خود را از هر دو بند برهاند. اجتماع صنعتی عامل مهمی در پیوند این شرائط است. ولی سرنوشت این مردم سالم در زندگی آینده خود چیست؟ آنها مسلماً زندگی آسانی در پیش ندارند. بهرحال با کمک «خود اورگون درمانی» ــ واژه ای که من برای تحلیل اورگاسمی فشار و تنش درست کرده ام ــ آنها در رابطه بیمارگونه خود با خانواده و همچنین در سرکوب جنسی حاکم بر جامعه فائق می گردند. گروه های مختلفی از مردم سالم وجود دارند که در مکان های مختلف دنیا بدون داشتن رابطه با یکدیگر زندگی و کار میکنند. این افراد سالم از نعمت رابطهٔ جنسی طبیعی و سالم برخوردارند. من اینگونه اشخاص را شخصیت تکامل یافته و بالغ تناسلی نامیده ام. این اشخاص اغلب در میان کارگران صنعتی پیدا میشوند.

آفت توده ای نروز در سه مرحله از زندگی افراد ایجاد میشود.

۱- در اَوان کودکی و در اثر تربیت در محیط بیمارگون خانواده.

۲- در سنین بلوغ.

۳- در ازدواج اضطراری و سنتی و حالت انعطاف ناپذیر آن.

تربیت خشن و مستبدانه، اصرار در رفتار پسندیده و کنترل مطلق خود، تربیت خشن و پیش از موقع کودک برای آموزش دفع فضولات اثرات زیان بار در مرحلهٔ اولیهٔ رشد دارد. این سخت گیری، کودک را برای مرحلهٔ بعدی یعنی خودداری از استمناء و وحشت از آن رهنمون میکند. موانع دیگر نیز برای رشد کودک متغیر است ولی آنچه گفته شد نمونه های مهم آن است. ممنوعیت از رشد جنسی طبیعی در دوران کودکی که در همهٔ طبقات جامعه وجود دارد علت اصلی بیماری نروز است که به سرزمین «مادر» تعمیم می یابد. نتیجهٔ آن فقدان استقلال انسان در تفکر و در عمل است. تحرک روانی و نیروی روانی به موازات فعالیت جنسی پیش میرود و شرط لازم آن است. از طرف دیگر خودداری از رضایت جنسی، باعث عدم رشد و ناهنجاری روانی است. در سنین بلوغ اصل زیانبار تعلیم و تربیت مستبدانه و ضد جنسی تکرار میگردد و به رکود روانی و زره بندی شخصیت می انجامد. مأیوس شدن روانی نوجوان در این مرحله بر زمینه آسیب های قبلی که از نهی خواست های کودکی به جا مانده است شکل میگیرد. بر خلاف اعتقاد رایج در روانکاوی، مسئلهٔ بلوغ از جنبهٔ اجتماعی تعیین میگردد نه از جنبهٔ بیولوژیکی. برخی از نوجوانان راه خود را به زندگی واقعی توأم با سلامت جنسی پیدا کرده و در گسستن بندهائی که از زمان کودکی آنان را به نحوی بیمارگونه به والدین متکی کرده موفق میشوند. بعضی دیگر از نوجوانان که تمایلات جنسی در آنان شدیداً سرکوب شده به مرحلهٔ کودکی پس رفته و بیش از پیش در آن غرق میشوند. از این رو است که اغلب نروزها و پسیکونروزها در دوره های بلوغ نمایان میگردد. تحقیقات آماری که به وسیلهٔ باراش (Barasch) از دورهٔ ازدواج گرفته شده گویای این است که هر چه نوجوان زودتر به رضایت جنسی نائل شده باشد امکان تطبیق او با قواعد سخت اجتماعی در مورد زندگی زناشوئی و داشتن فقط یک شریک زندگی برای طول عمر کمتر است. صرف نظر از برخوردی که افراد به این نتیجه گیری خواهند داشت، این واقعیتی است که نمی توان از آن گریخت. این به آن معنا است که انتظار و مطالبهٔ پرهیزکاری

جنسی از نوجوانان به منظور مطیع ساختن آنان و آماده نمودن آنان به ازدواجی اضطراری است. ولی این پرهیز کاری جنسی که از قرار معلوم باید جوانان را برای ازدواج آماده کرده و به سوی آن سوق دهد، خود باعث ناتوانی جنسی در آنان میگردد که به نوبهٔ خود به تخریب و ویرانی ازدواج میانجامد و بحران آنرا شدت میبخشد.

طبق قانون در شب شانزدهمین سالگرد تولد، ازدواج بلامانع است. از اینرو قانون، مقاربت جنسی را در این مرحلهٔ از رشد بی ضرر میداند در حالیکه از آنان پرهیزکاری جنسی را تا روز ازدواج انتظار دارد، حتی اگر این ازدواج تا ۳۰ سالگی به وقوع نپیوندد. این قانون ریاکارانه است. هیچ انسانی که قادر به تفکر مستقل است نه حاضر به قبول این شرح و تفصیل خواهد بود و نه قادر به درک منطق فرایند سرکوب جنسی که نروز و انحرافات جنسی را به وجود میآورد. تخفیف در سختگیری و تنبیه استمناء تنها طفره رفتن بی دردسری است از روبروئی با موضوع اصلی که رضایت جنسی جوانان است. بلوغ به مفهوم رسیدن به باروری جنسی است و در ابتدا منحصر به آن است. بلوغ به اصطلاح فرهنگی که روانشناسان زهدگرا آنرا عنوان کرده اند اگر بخواهیم مؤدبانه بگوئیم، مزخرفی بیش نیست. حفظ و حراست از شادی و رضایت جنسی در نوجوانان عامل اصلی پیشگیری از بیماری نروز است.

جوانان هر نسلی نمایندهٔ تمدن مرحلهٔ بعدی هستند. نسل گذشته می کوشد جوانان را در سطح فرهنگی خود نگهدارد. این کوشش علتی غیر منطقی دارد: نسل گذشته مجبور به کناره گیری است، از این رو از دست آوردهائی که جوانان به آن نائل می گردند و خود از حصول به آن قاصر بوده اند آزرده خاطر و خشمگین می شوند. سرکشی های نوعی نوجوانان بر ضد والدین، مظاهر بیمارگونهٔ نوجوانی نیست بلکه اقدامی است در جهت آمادگی برای روبرو شدن با مسئولیت های آیندهٔ اجتماعی. جوانان باید برای دست یابی به توانائی پیشرفت در زندگی خود بکوشند. صرف نظر از مسائل فرهنگی و اجتماعی که در مقابل

نسل جدید قرار میگیرد، عامل بازدارنده در روبروئی با این مسائل همواره خوف نسل قبلی از تمایلات جنسی و از روح مبارزه طلبی نسل جوان است.

من متهم به بلند پروازی برای ایجاد مدینهٔ فاضله ای شده ام که در آن شادی و لذت جایگزین رنج و محنت شده است. بهر حال بطور واضح و روشن تصریح کرده ام که تربیت مرسوم مانع رسیدن مردم به شادی و لذت است. زره شخصیتی که برای مقابله با ناخوشی ایجاد میشود عامل اصلی در ناتوانی مردم برای رسیدن به شادی است. دسترسی به شادی و لذت زندگی بدون مبارزه برای آن و بدون آزمونهای تلخ و دردناک متصور نیست. سلامت روانی با تئوری نیروانا،* یوگی ها و یا بودائیسم و یا اپیکورایست ها و افکار رهبانیت امکان پذیر نیست، بلکه با پیروزی در تضادها بین شادی و غم، درست و نادرست، انحراف و استقام، نفرت منطقی و عشق منطقی، خلاصه با زندگی مملو از شور و شوق حیات از هر نظر تعریف میشود. سلامت روانی در توانائی تحمل اندوه و غم بدون فرار از آن و بدون پناه بردن به پوشش زرهی شخصیت و خشکی و انعطاف ناپذیری شخصیت، همگام با قابلیت قبول شادی و اظهار عشق می باشد. همانطور که نیچه میگوید کسی که برای رسیدن به جنّت شادی و جست و خیز میکند باید خود را برای اندوه مرگ نیز آماده کند. بهرحال فلسفه و تعلیم اجتماعی اروپائی، نوجوانان را نسبت به موقعیت اجتماعی خود یا به نوچه هائی ضعیف و متزلزل تبدیل کرده و یا از آنان ماشین های خشک و تو خالی و خرفت صنعتی و تجارتی درست کرده که قادر به درک عشق و لذت نیستند.

مسائل ازدواج نیز احتیاج به بینشی روشن دارد. ازدواج آنطور که گروهی معتقدند نه رابطهٔ عشقی خالص و خُلصی است و نه آنطور که گروهی دیگر ادعا دارند رابطه ای منحصراً اقتصادی است. بلکه قاعده ای است بر اساس احتیاجات جنسی که از طریق فرایند اجتماعی و اقتصادی تحمیل میشود. صرفنظر از قواعدی

---

* نیروانا: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۱۴۷

که در اوان کودکی توسط فشارهای اخلاقی و اجتماعی بر شخص تحمیل میشود، احتیاجات جنسی و احتیاجات مالی مخصوصاً در زنها، علاقمندی به ازدواج را ایجاد میکند. ازدواجها در نتیجهٔ شکاف و تضاد بین خواستهای جنسی و شرایط اقتصادی که مرتباً عمیق تر میگردد به رابطه ای ناسالم تبدیل میشوند. احتیاجات جنسی برای مدت محدودی میتواند توسط فقط یک شریک زندگی سیراب گردد. از طرف دیگر وابستگی های اقتصادی، انتظارات اخلاقی و عادتها در انسان، ادامهٔ رابطه را می طلبد. نتیجهٔ این تضاد، بدبختی در ازدواج است. پرهیز جنسی قبل از ازدواج که از قرار معلوم بایستی شخص را برای ازدواج آماده سازد، باعث اختلال جنسی میشود که به نوبهٔ خود ازدواج را متلاشی می کند. ارضاع جنسی می تواند اساس ازدواج سعادتمند را فراهم نماید ولی این رضایت با مقتضیات اخلاقی مبنی بر تک همسری برای طول مدت زندگی در تضاد است. این واقعیت است و مهم نیست که افراد در این مورد چه احساس و نظری دارند ولی لازم آن است که دورنگی و مغلطه در کار نباشد. تحت شرائط نامساعد درونی و برونی این تضادها به تسلیم شخص می انجامد که لزوم آن خودداری شدید از خواستهای طبیعی (وجیتیتو) است. این به نوبهٔ خود همهٔ مکانیسم های بیمارگونه موجود را از اعماق شخص به بیرون می آورد. در رابطه زناشوئی به جای شریک جنسی و رفیق زندگی بودن حالت پدرانه و مادرانه یا وابستگی برده گونه به یکدیگر برقرار میشود. کوتاه سخن رابطه ای شبیه به زنای با محارم برقرار میشود. این مسائل امروز ساده و معمولی می نماید ولی با وجود مدتهای طولانی که از بحث و تحلیل آن میگذرد هنوز تعداد بسیاری از کشیشها، روان پزشکان و رفرمیست های اجتماعی و سیاستمداران از آن بی خبرند.

این زخمهای عمیق روانی که به خودی خود بسیار وخیم هستند توسط شرائط اجتماعی که خود در اصل علت آن بوده اند تعمیق و تثبیت می شوند. بیچارگی روانی هدف هرج و مرج جنسی نیست ولی جزء لاینفک آن است. ازدواج اجباری و سنتی مولد ساختار شخصیتی ماشینی است. از نظر بهداشت جنسی همه چیز

در یک چنین ساختاری وارونه است. از نظر بیولوژیکی، شخص سالم به سه تا چهار هزار بار مقاربت جنسی در طول سی یا چهل سال که از نظر جنسی فعال است احتیاج دارد. بطور کلی والدین خواهان بیش از دو تا چهار فرزند نیستند. اخلاق گرائی و زهد گرائی برهان بر آن دارد که حتی در ازدواج نیز لذت جنسی تنها باید برای هدف و مقصود تولید مثل باشد و بس. نتیجهٔ نهائی این برهان آنست که زوجین باید حداکثر چهار بار در طول زندگی خود عمل مقاربت جنسی نمایند. رؤسای قوم به این برهان «بله» می گویند و مردم در خفا و سکوت زجر می برند، به خیانت و نیرنگ دست میزنند و یا به افرادی دو رنگ و ریاکار مبدل میشوند. کسی نیز بر ضد این مزخرفات که کشتار توده ها را در بر دارد برنمیخیزد. اینگونه نظرهای نادرست در بازداشت قانونی و اخلاقی تدابیر ضد حاملگی نیز نمایان است که به نوبهٔ خود باعث اختلال جنسی و ترس از حاملگی در زنان میشود و اضطراب جنسی را در آنان احیاء کرده و به تخریب ازدواج میانجامد. عوامل هرج و مرج جنسی به یکدیگر مربوط اند. در زنان، نهی و منع استمناء در کودکی باعث تشدید و تثبیت اضطراب از لمس شدن در ناحیهٔ تناسلی و دخول در آن میشود. این به نوبهٔ خود باعث ترس آنان از استعمال وسائل ضد حاملگی می گردد. هرگاه ترس از حاملگی در ذهن مرد و یا زن باشد، هیچ یک از آنان قادر به آزمون رضایت خاطر جنسی نخواهند بود. زنان به علت ترس از استعمال وسائل ضد حاملگی، در اثر عمل جنسی حامله شده و به سقط جنین دست میزنند که به نوبهٔ خود اختلالات روانی عمیق و بی شماری را در آنان به وجود می آورد. تقریباً شصت درصد از مردان «مقاربت نیمه تمام» می کنند که این خود مولد نروز در توده هاست. علم پزشکی، نه تنها در این مورد سکوت میکند بلکه با هرگونه اقدام اجتماعی علمی و پزشکی که در جهت درمان این وضعیت باشد مخالفت میکند و با توسل به بهانه های مختلف از برخورد با آن پرهیز کرده و با مطرح کردن نظریه های دروغین و فلسفه بافی حیات بشر را عملاً به مخاطره می اندازد. من این سخنان را در آپارتمان فروید نگفتم ولی شرح

بی غرضانهٔ واقعیت ها خود گویای این مسائل بود و مسلماً باعث برافروختن خشم فروید و رنجش او گردید.

مشکل مسکن نیز مضاف بر مشکلات دیگر بود. طبق آمار سال ۱۹۲۷، در مورد بیش از هشتاد درصد از جمعیت وین چهار نفر یا بیشتر در یک اطاق زندگی می کردند. از این رو برای هشتاد درصد جمعیت، این به معنای اخلال بود. در واقع این مسئله گویای عدم امکان رضایت منظم جنسی حتی در بهترین شرائط درونی بود. در این مورد نیز سکوتی مطلق در محافل پزشکی و جامعه شناسی برقرار بود.

زندگی منظم جنسی و امنیت مادی لازمهٔ بهداشت روان و فکر است و فردی که با مسئلهٔ تأمین احتیاجات اولیه مادی و اساسی زندگی دست به گریبان است از هیچگونه لذتی نمی تواند کامیاب باشد و به آسانی به فردی ضد اجتماعی و متجاوز و منحرف جنسی تبدیل میشود. آنهائی که طرفدار پیشگیری از نروز هستند باید برای رویاروئی با انقلابی عمیق و ریشه دار بر ضد هر آنچه که نروز را به وجود می آورد آماده شوند. بهمین دلیل نیز هیچ وقت پیشگیری از بیماری نروز موضع بحث جدی نبوده است و از همین رو نیز موضوعی بیگانه با فکر بشر است. بحث های من چه میخواستم و چه نمیخواستم، لزوماً نتیجه ای تحریک کننده داشت. حقایق و واقعیت ها خود به تنهائی شامل عوامل تحریک بود و دیگر احتیاجی نیز به ذکر قابلیت اجرائی وظائف زناشوئی و لزوم فرمانبرداری از والدین تا به حد تنبیه بدنی نبود. در محافل دانشگاهی و علمی از این مسائل صحبتی نمیشد. اینگونه مسائل غیر علمی و سیاسی تلقی میشدند. مضحک تر این بود که کسی هم نمی خواست حقایق و واقعیت هائی را که من ارائه میدادم بشنود ولی کسی نیز قادر به انکار آن نبود. البته همه می دانستند که درمان انفرادی نتیجهٔ اجتماعی ندارد و اینکه آموزش به طریق معمول نیز عاجز از حل این مسئله است. سخنرانی و آموزش تنها در مورد مسائل جنسی کافی نبود. با استدلالی انکارناپذیر این موضوع به مسئلهٔ فرهنگ می انجامید.

در سال ۱۹۲۹ از رابطه روانکاوی با «فرهنگ» بحث و تفسیر نمیشد. نه تنها روانکاوی تضادی بین این دو نمی دید، بلکه به یقین می گفتند که تئوری فروید «پرورندهٔ فرهنگ» است. انتقاد فروید را از فرهنگ ندیده گرفته و نسبت آنرا به خود انکار می کردند. بین سالهای ۱۹۰۵ تا حدود ۱۹۲۰ مخالفان روانکاوی مداوماً به خطری که از سوی روانکاوی فرهنگ را تهدید میکرد اشاره میکردند. مخالفان روانکاوی و کسانی که آنرا با دقت دنبال میکردند به تئوری روانکاوی اهمیتی بیش از آنچه لایق آن بود میدادند. این از یک طرف به علت احتیاج شدید مردم برای روشنی در مورد تمایلات جنسی بود و از طرف دیگر ترس از هرج و مرج جنسی بود که «سردمداران فرهنگ» آنرا عنوان می کردند. فروید فکر میکرد که می تواند از این مهلکه با توسل به تئوری های «سابلیماسیون»* (تصعید) و نهی غرائز جان سالم بدر برد. این ولوله اندک اندک فروکش کرد، مخصوصاً به میان آمدن تئوری «غریزهٔ مرگ» که روز به روز تشخص بیشتری می یافت و تئوری اضطراب در نتیجهٔ رکود جنسی و انسداد غرائز کمرنگ تر شده و به پشت صحنه تغییر مکان می داد. تئوری خواست بیولوژیکی رنج بردن گریزی بود برای حفظ آبرو و مقبولیت آن دال بر توانائی روانکاوی در تطبیق خود با فرهنگ بود. حال این هماهنگی توسط نظریات و مطالعات من در مخاطره قرار گرفته بود. روانکاوران برای مصالحه چنین گفتند که نظریات من موضوعاتی کهنه و یا نظریاتی بی ارزش و بی اهمیت و یا نادرست اند. ولی من اوضاع را برای خود آسان نکردم. من تنها به این گفتار نیز که روانکاوی در مغایرت با فرهنگ است قناعت نکردم. موضوع بسیار پیچیده تر از آن بود که امروز عدهٔ زیادی تصور می کنند.

نظریات مرا نه می توانستند طرد کنند و نه انکار. آنهائی که در مطلب ها به

* سابلیماسیون «تصعید»: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۱۰۱

کار مشغول بودند بیشتر و بیشتر نظریهٔ جنسی ـ تناسلی را در درمان بیماران به کار میبردند. کار من مؤید ماهیت انقلابی تئوری طبیعی جنسی بود. از طرف دیگر اعلان شده بود که فروید به تازگی عصر فرهنگی جدیدی را آغاز کرده. در چنین شرائطی چگونه میتوانست صحت و علمی بودن نظریات من مورد قبول قرار گیرد؟ چرا که قبول نظریات من مغایر با منافع مادی روانکاوان و مغایر با این ادعا بود که روانکاوی پرورش دهندهٔ فرهنگ است. هیچ کس نمیپرسید که چه چیزی از فرهنگ در مخاطره قرار میگیرد و یا چه چیزی در این فرهنگ توسط روانکاوی پرورش یافته و شکوفا میشود. همه این موضوع را نادیده میگرفتند که با رشد چیزی جدید به خودی خود آنچه کهنه است مورد انتقاد و نهی قرار میگیرد.

دانشمندان جامعه شناسی در اطریش و آلمان روانکاوی را مردود دانسته و بآن در توضیح مسائل حیات بشر به رقابت برخاسته بودند. اوضاع پیچیده بود. بسیار حیرت آور است که در چنین شرائطی دست به خطای مهم نزدم. برای من بسیار وسوسه انگیز بود که به منظور فرار از مشکلات با قضاوتی کوتاه بینانه مثلاً به نشر بیانیه ای مقبول خلق دست زده و اعلام میکردم که جامعه شناسی و روانکاوی کاملاً با یکدیگر قابل تطبیق اند. و یا اینکه میگفتم روانکاوی هر چند که در مورد درمان انفرادی مؤثر است ولی از نظر اجتماعی و در سطح جامعه موضوعی بی اهمیت است. مارکسیست هائی که نسبت به روانکاوی نظر موافق داشتند نیز این چنین سخن می گفتند. ولی این راه صحیح نبود. من در روانکاوی به مقام و درجهٔ ای رسیده بودم که نمی توانستم راه حل سطحی را بپذیرم و به توسعهٔ آزادی در دنیا تا به درجه ای معتقد بودم که نمی توانستم به راه حلی ناتمام قانع باشم. برای مدتی من خود را راضی میکردم که توانسته ام روانکاوی را وارد محدودهٔ جامعه شناسی کنم. دوستان و دشمنان، مرا همواره متهم به بیان مطالبی نارس می کردند. اگر چه اتهامات بی ملاحظهٔ آنان مرا غالباً عصبانی می کرد ولی دلیلی برای تشویش در این مورد نمی دیدم. می دانستم هیچ کس در این

مورد مانند من سعی و کوششی چه از نظر پیشبرد تئوری و چه از نظر عملی نمی کند. من نوشته های خودم را در کشوی میز برای سالها نگه می داشتم تا اینکه برای انتشار آن اعتماد کافی می یافتم. رندی و حسابگری نیز چیزی بود که می توانستم آنرا برای دیگران بگذارم و بگذرم.

روشنگری در مورد رابطهٔ روانکاوی و فرهنگ از وقتی آغاز شد که روانپزشک جوانی در آپارتمان فروید دربارهٔ «روانکاوی و تمدن» (Psychoanalyse und Weltanschauung) سخنرانی نمود. تعداد بسیار کمی از افراد میدانند که کتاب «تمدن و ناخشنودی های آن» که فروید بعداً آنرا تدوین نمود از بحث در مورد فرهنگ در این جلسه آغاز گشت. این بحث ها در جهت مخالف نظریات من بود و به منظور تقلیل به اصطلاح خطری بود که از قرار معلوم از نظریات من متوجه سازمان روانکاوی می گشت. کتاب «تمدن و ناخشنودی های آن» شامل مطالبی است که فروید در آن جلسه بر علیه نظریات من ابراز داشت.

هر چند که در این کتاب فروید لذت طبیعی جنسی را به عنوان هدف غائی بشر برای شادی ذکر کرده بود ولی در ضمن سعی کرده بود که دستیابی به آنرا غیر ممکن جلوه دهد. قاعدهٔ نظری و عملی او چنین بود: انسان بطور عادی و لزوماً از اساس و مبدأ «اصل لذت» (Pleasure Principle) به سوی «اصل واقعیت» (Reality Principle) پیش میرود. او باید از لذات بریده و خود را با واقعیات تطبیق دهد. از جنبه های غیر منطقی این واقعیات که امروزه نابودی و کشتار توده ها را با لهو و لعب جشن می گیرد سخنی و سئوالی در بین نبود. هم چنین فروید تفاوتی نیز بین لذت هائی که موافق جامعه گرائی و لذت هائی که مغایر آن است قائل نشده بود. با نظری به گذشته، امروز من معتقد هستم که عنوان کردن این مسائل اثری مثبت در جنبش بهداشت روانی برجای گذاشت. این برخورد عقاید روشنگر آن بود که روانکاوی نمی تواند نیروی مؤثری در حل مسائل فرهنگی بشمار آید مگر آنکه به انتقادی منطقی از فرهنگ و شرایط تعلیم و تربیت دست یابد. در غیر این صورت پیشرفتی حاصل نخواهد شد و کلمهٔ پیشرفت به صورت

دروغین به کار خواهد رفت.

نظر روشنفکران آن زمان چنین بود: علوم دقیقه (ساینس) ناظر به مادیات است. ایدئولوژی از آنچه «چنین باید باشد» صحبت میکند. ذات مادی با احتمالات سیاسی در راستای متفاوتی قرار دارد. اثبات یک پدیده بازگو کنندهٔ احتمالات نیست و هدفی را نیز برای پیگیری تعیین نمی کند. پیروان هر گروه سیاسی خود را آزاد میدیدند که پدیده های علمی را به دلخواه خود بکار برند و از آن نتیجهٔ دلخواه خود را گیرند. من علیه این منطقیون اخلاق گرا که از واقعیات فرار کرده و به مفاهیم تجریدی پناه میبردند اقدام کردم. مثلاً وقتی به تحقیق ثابت کردم که نوجوانان در نتیجهٔ خودداری جنسی که بر آنان تحمیل میشود به نروز مبتلا میشوند و از انجام وظائف خود عاجز میگردند، یک پدیده علمی را بازگو میکردم. از نقطه نظر منطق تجریدی* از این امر می توان نتیجه گرفت که نوجوان بایستی به زندگی پرهیزکارانه ادامه دهد، و یا اینکه می توان نتیجه گرفت که او باید خودداری جنسی را ترک گوید. نتیجه گیری از این پدیده به ایده ئولوژی سیاسی مبدل میشود. بحث من این بود که از بعضی از پدیده های علمی فقط یک نتیجه گیری عملی ممکن است. اگر امروز کسی این موضوع را اثبات کند که خودداری جنسی برای نوجوانان آسیب و گزند به دنبال دارد ولی از آن لزوم ترک خودداری جنسی را استنباط ننماید مورد تمسخر قرار خواهد گرفت. از این رو است که دانستن موارد عملی کاربرد یک امر بسیار مهم است. یک پزشک هرگز نباید نقطه نظر تجریدی (Abstract) یک مفهوم را قبول کند. کسی که از نتیجهٔ الزامی که پس از کشف پدیده های بالا در مورد خودداری جنسی نوجوانان استقرا میشود سر باز زند صرفنظر از اینکه چنین غرضی داشته باشد یا نه باید با توسل به بیانیه های دروغین با «ماهیتی علمی» همهٔ نیرو

* Abstract Logic

و مقام علمی خود را به کار گیرد. بطور خلاصه او باید حقیقت را پنهان کند و به دو روئی و ریاکاری روی آورد.

هر پدیدهٔ علمی، پایه و استدلال ایده ئولوژیکی دارد(Weltanschauung) و نیز کاربردی اجتماعی به دنبال دارد. در آن زمان ابتدا معلوم گشت که شکاف بین تفکر منطقی ـ تجریدی (Abstract Logical) و علمی ـ عملی ـ طبیعی (Functional Natural-Scientific) تا چه حد عمیق است. منطق تجریدی حقایق علمی را بدون حتی یک نتیجه گیری عملی از آن در بر داشت. به این دلیل من تفکر «علمی عملی» (Functional Thinking) را می پسندم.

نظر فروید چنین بود: برخورد افراد معمولی با مذهب قابل درک است، همانطور که شاعر معروف «گوته» میگوید:

کسی که دارای علم و هنر است،
مذهب نیز زینت اوست
کسی که علم و هنری ندارد،
تنها ادعای دینداری از آن اوست.*

این مثال امروز نیز صادق است. حق محافظه کاران در دفاع و ترویج نظرات خود برابر است با حق دانشمندان در مبارزه با آن. این روبروئی باید در چنان عمقی باشد که مبدأ برهان آنان که بر غرور و نادانی استوار است نابود گردد. از آنجائیکه ما بردباری کارمندان و کارگران را، ناتوانی آنان در بهره جوئی از ثمره های فرهنگی و هنری را، ترس آنان از مسئولیت را و عشق و اشتیاق آنان به آمر را ندیده گرفته و آنرا مورد سئوال قرار نمی دهیم، بی شبهه ناظر سقوط آنان به اسفل السافلین خواهیم بود که در عصر حاضر به شکل فاشیسم نمایان است.

---

* Wer wissen schaft und kunst besitzt
hot auch religion
Wer jene beiden micht besitat
derhabe religion

اگر این مسائل از نظر علمی بی ارزش محسوب شوند، علم دیگر چه ارزشی خواهد داشت؟ دانشمندانی که می توانستند به این سئوالات جواب دهند و با بیماری روانی مبارزه کنند ولی از این مبارزه خودداری کردند آیا وجدانی آسوده دارند؟ امروز که با خطری جهانی روبرو هستیم، جهان متوجه چیزی است که دوازده سال قبل به سختی قابل بیان بود. جامعه به موضوعی متوجه گشته که در آنزمان تنها مسئلهٔ شخصی پزشکان بود.

فروید نهی شادی را توسط توده مردم به همان مهارتی توجیه میکرد که مسائل جنسی کودکان را. چند سال بعد با سوء استفاده از جهل توده ها و ترس آنان از شادی، نابغهٔ بیمار، اروپا را با شعار «نهی قهرمانانهٔ شادی» به وادیه ای مرگبار کشاند.

به نوشتهٔ فروید «تحمل زندگی آن چنان که ما آنرا در می یابیم بسیار مشکل است. دردهای زیادی را برای ما به ارمغان میآورد و همچنین یأسهای فراوانی به همراه دارد و وظائفی غیرممکن به ما تحمیل میکند. برای تحمل این مشکلات چاره ای جز تدابیر تسکین بخش نیست. سه گونه از این تدابیر وجود دارند. منحرف کردن علائق که باعث میشود شخص کمتر به رنجهای خود بیندیشد، جایگزین کردن لذت ها و کامیابی ها که رنجها را تخفیف میبخشند و بالاخره مواد مخدر و مسموم کننده که ما را نسبت به رنجها بی حس میسازند. نوعی از این تدابیر غیر قابل اجتناب است.»

در همان زمان فروید در کتاب «آینده یک سراب» (The Future of an Illusion) خطرناک ترین سراب یعنی برداشتهای دینی را مردود دانست. «فرد عادی قادر به تصور عظمت الهی نیست مگر اینکه آنرا به صورت پدری به غایت عظیم الشأن تصور کند. تنها یک چنین موجودی از نظر او قادر به درک خواسته های فرزندان خود است و او کسی است که با دعاها، تمناها و توبه های فرزندان خود نرمش نشان می دهد. این پدیده چنان آشکار و کودکانه است و به قدری از واقعیات بدور است که برای فردی که عشق به انسانها دارد این تصور دردناک را

ایجاد می کند که قریب به اتفاق اکثریت انسانها هرگز قادر به صعودی بالاتر از این نظرگاه نیستند.» از اینرو برداشتهای صحیح فروید در مورد خرافات منسوب به ادیان با حالت تسلیم او خاتمه یافت، و زندگی بیرون از محافل روانکاوی در جوش و خروش و در تلاش برای یافتن فلاسفه ای منطقی و قواعد اجتماعی بر مبنای علم ادامه مییافت. بهرحال فروید هیچگونه ایده ئولوژی سیاسی را نپذیرفت و فقط به حمایت از نظرگاه «علمی» زندگی برخاست. او تصور میکرد که به هیچ وجه کاری به سیاست ندارد. من میخواستم نشان دهم که تقلا و سعی برای دمکراتیک کردن روند کار باید از نظر علمی صحیح و منطقی باشد. در آن زمان شکست سوسیال دمکراسی لنین و برپا شدن دیکتاتوری در اتحاد جماهیر شوروی و طرد همه اصول درستکاری و حقیقت در تفکر اجتماعی آغاز شده بود. این چیزها را نمیتوان ندیده گرفت. من گوشه گیری فروید و طفره رفتن او را در روبروئی با نتایج اجتماعی و سیاسی کشفیات علمی اش نپذیرفتم. برخورد فروید و همچنین برخورد دگماتیک و متعصب رهبران شوروی هر کدام به نحوی قابل توجیه بودند. تنظیم علمی و منطقی زندگی بشر والاترین هدف است. ولی ساختار اکتسابی بیمارگون و غیرمنطقی توده ها، توده هایی که روند تاریخ را میسازند، از طریق این ساختار دیکتاتوری را ممکن ساخته و خود را در خدمت آمر قرار میدهند. دیگر بسته به آن است که چه کسی قدرت را در دست و به چه هدفی و بر علیه چه نیروئی حرکت می کند. سوسیال دمکراسی اتحاد جماهیر شوروی در آغاز انسانی ترین روش ممکن تحت شرائط تاریخی موجود بود. فروید اینرا صریحاً اقرار کرده بود. از هم گسستن سوسیال دمکراسی و نزول آن به دیکتاتوری استالینیسم را امروز هیچکس منکر نیست و این آبی است که به آسیاب مخالفان دمکراسی ریخته میشود. در سالهای بعد از آن بدبینی فروید به طور وحشتناکی موجه جلوه کرد: «کاری نمی توان کرد». پس از تجربهٔ شوروی، شکوفائی دمکراسی واقعی به نظر خواب و خیالی بیش نمی نمود. آنهائی که نه علمی داشتند و نه هنری، البته و صد البته «اَسرار سوسیالیزم» را در دست

داشتند که در آن دنیائی از تفکر علمی به اضمحلال رفته بود. باید تأکید کنم که این طرز برخورد فروید منعکس کنندهٔ طرز فکر دانشمندان دانشگاهی به طور کلی بود. آنها نه هیچگونه اعتمادی به امکان خودآموزی دمکراسی در مردم داشتند و نه به گنجایش فکری توده ها امید داشتند و به همین دلیل نیز در مقابله با حکومت فاشیستی به مقابله ای جدی بر نخاستند.

از شروع فعالیت من در صحنهٔ بهداشت جنسی در مردم، این فکر در من بیش از پیش قوت گرفت که احساس سعادت در زندگی بطور کلی و رضایت جنسی بطور اخص محتوای زندگی را تشکیل میدهد و باید هدف جامعه نیز باشد. همهٔ گروهها، منجمله مارکسیست ها با این عقیده مخالف بودند ولی کشفیاتی که از اعماق روح انسان می نمودم واقعیات این ایده را با وجود همهٔ اعتراضات و مشکلات ثابت میکرد. همه شواهد فرهنگی از داستانهای عشقی گرفته تا شاهکارهای ادبی و دست آوردهای شعری مؤید نظر من بود. سرتاسر فرهنگ سیاسی، فیلمها، داستانها و اشعار و غیره بر محور عوامل جنسی دور میزد و به تصدیق روابط جنسی در دنیای تخیل و انکار آن در واقعیت زندگی بنا داشت. سازمانهای تجارتی کالاهای تولیداتی خود را با آگهی های تبلیغاتی که بر احساسات جنسی افراد متکی بود مزین می کردند و بر اساس آن به تبلیغات خود جلوه می دادند. اگر بشریت برای دستیابی به شادی در عشق به خیال پردازی و سرودن شعر پناه می بَرَد، آیا ممکن نیست به این خواب و خیال جامعه واقعیت پوشاند؟ هدف بسیار روشن بود و باید علم پزشکی به کشفیات عمیق بیولوژیکی نظری دقیق می افکند. چرا با وجود اینکه انسان به دنبال شادی و عشق است دورنمای دسترسی به آن مملو از جدال با واقعیات است؟ فروید به قرار زیر به تسلیم و واگذاری گردن نهاد.

انسان با رفتار خود چه چیزی را به عنوان هدف می طلبد؟ انسانها از زندگی چه می خواهند؟ اینها سئوالاتی بود که فکر فروید را به خود مشغول کرده بود. این سئوالات در جلسات بحثی که در اطاقهای دربسته در سال ۱۹۳۰

انجام میگرفت مطرح میشدند و تمایلات خواستهای جنسی توده ها در این جلسات به میان کشیده شد و فضای آرام جلسات را متلاطم میکرد.

فروید بالاجبار قبول نمود که «جواب این سئوال واضح است، مردم به دنبال شادی هستند، آنها میخواهند شاد باشند و شادمان نیز بمانند.» آنها میخواهند احساس لذتی هر چه شدیدتر را تجربه کنند. به عبارتی ساده تر اصل لذت است که هدف زندگی را معین میکند. این اصل از شروع زندگی، زیست موجود زنده را شکل میبخشد.

شکی در مقصود و منظور از زندگی و اداره آن توسط اصل لذت نمی توان کرد. معهذا قوانین و قواعد، چه در جهان لایتناهی و چه در ذره های آن در جهت مخالف آن است. امکانی برای پیش برد آن نیست، همه قواعد دنیا در جهت مخالف آن هستند. گوئی این هدف که انسان در شادی و شعف زندگی کند در خَلق انسان منظور نشده است. آنچه را که ما آنرا شادی می نامیم به مفهوم محدود کلمه، رضایت خاطر از احتیاجات است. ولی ماهیت خود این احتیاجات چنین اقتضا میکند که فقط متناوباً ارضاء شوند.

در این بحث فروید ناتوانی انسان را در حصول شادی بیان می کند. اگر چه این سخن به ظاهر درست جلوه میکند ولی در واقع سخنی نادرست است. مثل این است که بگوئیم خودداری و امساک جنسی شرط اولیه آزمون شادی است. در اینجا این موضوع نادیده گرفته شده که انباشته شدن احتیاجات، وقتی دورنمای کامیابی آشکار باشد و به زیادت نیز دور نباشد خود لذت بخش است. ولی از طرف دیگر اگر دورنمای کامیابی آشکار نباشد و یا لذت ناشی از کامیابی این خواسته ها با ترس از تنبیه توأم باشد، موجود زنده خشک و انعطاف ناپذیر میشود و قادر به تجربه کردن لذت نخواهد بود. بالاترین لذت ها، ارضاء جنسی (اورگاسم) است که خاصیت عجیبی دارد و آن این است که عامل اصلی این لذت انسداد و انباشتگی نیروی بیولوژیکی است. بهر حال این خاصیت به هیچوجه مؤید نتیجه گیری فروید مبنی بر اینکه شادی و لذت مغایر با کل سازمانهای جهانی است نمی

باشد. امروز می توانم با توسل به آزمایش و تجربه ثابت کنم که این سخن نادرست است ولی در آن موقع فقط حس میکردم که فروید حقیقتی را در پس پرده در ورای سخنان خود پنهان کرده است. قبول امکان شادی انسانها معادل با قبول نادرستی غریزه‌مرگ واضطرار وسواس و تکرار* بود. این به مفهوم انتقاد از سازمانهای اجتماعی بود که شادی زندگی را از بین می برند. به منظور حفظ

* اضطرار تکرار (Repetition Compulsion): فروید با مشاهدهٔ بازیهای کودکان، مخصوصاً نوه های خود و تعمق در منشاء این بازیها به این نتیجه رسید که گاهی اطفال به تکرار اعمالی دست میازند که به هیچوجه خوشایند و مطبوع و لذت بخش نیست، بلکه برعکس گاهی درد آور و ناخوشایند است. این حالت غالباً در بالغین و در افراد مبتلا به نروز نیز دیده میشود. مثلاً شخصی که در گذشته دچار حادثه و یا صدمه ای روانی گشته، غالباً خود را در موقعیتی قرار میدهد که تکرار آن صدمه و یا حادثهٔ دردناک دوباره امکان یابد. فروید این پدیده را در کتاب «ماورای اصل لذت» تشریح کرده و آنرا مربوط به غریزه ای ذاتی دانست که قویتر از خواست لذت است و در جهت مخالف آنست. معهذا برخی از روانکاوان پس از فروید اضطرار تکرار را در چهارچوب اصل لذت برآورد کرده اند. مثلاً اوتو فنیچل (Otto Fenichel) که از شاگردان فروید و همدورهٔ دکتر رایش بود و دارای بینش تئوریک بسیار عمیق بود، در کتاب معروف خود به نام «تئوری روانکاوی نروز»(The Psychoanalytic Theory of Neurosis) اضطرار تکرار را چنین شرح داده است: صرف نظر از تکرار اعمال و رفتاری که بی ضرر است و در گذشته مفید افتاده، سه نوع اضطرار تکرار را میتوان مشخص نمود: ۱- اضطرار تکرار اعمالی که ریشه فیزیولوژیکی دارند. مثل تکرار متناوب غذا خوردن که منشاء آن بدنی است و پس از مدتی به علت گرسنگی تکرار میگردد. ۲- اضطرار تکرار که ریشه آن عوامل سرکوب شده و واپس زده ناخودآگاه هستند و در تقلای راهی برای نمودن خود میباشند. در این حالت خواستهای واپس زده در نمایاندن و ارضاء خود علیرغم نیروی سرکوب کننده میکوشند ولی هرگاه این خواست ناخودآگاه به سطح آگاهی می آید، اضطرابی که از اول باعث سرکوب آن بوده به حرکت آمده و باعث تکرار تدابیر ضد آن میشود. اضطرار تکرار که مربوط به این مکانیزم باشد، تنها نمایانگر ادامهٔ جنگ بین نیروی سرکوب کننده و نیرویی سرکوب شده است. آنچه بدون حصول رضایت و کامیابیی سرکوب شده، از برای حصول به رضایت و دست یابی به آن دوباره به جنگ بر می خیزد. از اینرو حتی تکرار دردناک ترین شکست در عقدهٔ اودیپ، دوباره در هنگام روانکاوی، خود را می نمایاند و این فرایند در چارچوب اصل

موضع سرسپردگی و تسلیم فروید بحث را به استقراء از اوضاع اجتماعی وقت کشاند بدون اینکه این سئوال را مطرح کند که آیا اوضاع اجتماعی وقت به خودی خود لازم و غیر قابل تغییرند یا نه؟ من نتوانستم درک کنم که چگونه فروید قادر به قبول این موضوع بود که کشف احتیاجات جنسی در اطفال هیچگونه تأثیری در دنیا نمیتواند داشته باشد. به نظر من او خود مرتکب ظلمی عظیم به کشفیات خویش شد. وقتی من با او به مخالفت برخاستم و نظریهٔ خود را ارائه دادم او بمن گفت که عقاید من یا بکلی نادرست است و یا در صورت درست بودن روزی من باید به تنهائی بار سنگین روانکاوی را بدوش گیرم. از آنجائیکه نظریات من درست بود، حالت دوم به واقعیت پیوست.

فروید در بحث ها و همچنین در نوشته های خود به تئوری بیولوژیکی رنج و عذاب پناه میبرد. او راه نجاتی میجست برای رهائی از فاجعهٔ تمدن. در صحبتی خصوصی در سال ۱۹۲۶ فروید اظهار امیدواری کرد که تجربهٔ «انقلاب اتحاد جماهیر شوروی» به پیروزی گراید. هیچکس در آن زمان نمیتوانست تصور کند که سعی لنین برای برقراری دمکراسی اجتماعی به چنین فاجعه ای خواهد انجامید. فروید میدانست که بشر بیمار است و حتی بر آن خط نوشته بود. نه روان پزشکان و نه سیاستمداران تصوری از چگونگی ارتباط بیماری بشر با فاجعهٔ انقلاب اکتبر روسیه و سپس فاجعهٔ حکومت فاشیستی آلمان نداشتند. سه سال بعد

لذت است و نه در «ورای» آن. منظور از تکرار «عقدهٔ اودیپ» روا داشتن شکست و تلخی و رنج آن بر خود نیست بلکه آرزوی کامیابی در آن است، به عبارت دیگر شخص امیدوار است که بلکه این بار در این جنگ پیروز گردد، ولی به علت برخاستن و تحرک دوباره اضطراب که به جنبش نیروهای مانع می انجامد شکست و تلخی و زجر برای بار دیگر تجربه میشود. ۳- تکرار حوادث دردناک به منظور حصول تفوق بر آنان: این نوع اضطرار تکرار در بازی های کودکان به وضوح مشاهده میشود. آنچه که قبلاً با بی ارادگی و ناتوانی آزمون شده، این بار با قدرتی بیشتر و اراده ای قویتر، با شرایطی که اختیار آن به دست خود شخص است تکرار میشود تا که توانائی روبروئی با آن و تفوق بر آن بالاخره حاصل گردد.

اوضاع در آلمان و اطریش آن چنان آشفته شده که هر گونه فعالیت حرفه ای در این کشورها تحریف شده و افکار غیر منطقی به وضوح در زندگی سیاسی این دو کشور ظاهر گشت. روانشناسی کاوشی (Analytical Psychology) بیش از پیش در مسائل اجتماعی رخنه میکرد. من «فرد» را دیگر بصورت «نوع» بشر نمیدیدم بلکه او را موجودی در چهارچوب اجتماعی میدیدم. میدیدم که توده گرسنه و بیمار مردم چگونه در چنگ سوداگران سیاسی در میغلطند.

با وجود دانش به بیماری روانی، فروید از شمول روانکاوی در سیاست می هراسید. تضاد درونی او مرا به او نزدیکتر کرد. امروز من لزوم تسلیم او را نیز درک میکنم. او پانزده سال برای شناساندن پدیده های ساده مبارزه کرده بود. از طرف همکاران مورد تهمت قرار گرفته بود، او را شارلاتان خوانده و صداقت و اهداف او را مورد شک قرار داده بودند. فروید سیاستمدار اجتماعی که نان را به نرخ روز میخورد نبود. او فقط یک دانشمند علوم دقیقه بود. دنیا بیش از این قادر به انکار حقیقت زندگی ناخودآگاه روان نبود، از اینرو به بازی مخرب و قدیمی خود دست یازید. شاگردان زیادی را برای او فرستاد که بر سفره ای حاضر نشستند و زحمت پختن نکشیدند. آنها فقط یک هدف داشتند، روانکاوی را هر چه زودتر به مردم بشناسانند. آنها روابط محافظه کارانهٔ خود را با دنیا حفظ کرده و به همراه خود به سازمان روانکاوان آوردند. کار فروید بدون وجود سازمان او نمی توانست به حیات ادامه دهد. شاگردان او یکی پس از دیگری نظریهٔ لیبیدوی او را کنار گزارده و یا از اهمیت آن کاستند. فروید به خوبی به موانع و مشکلاتی که در راه پیشبرد تئوری لیبیدو وجود داشت واقف بود. ولی برای حفظ خود و تحکیم جنبش روانکاوی بخود اجازه نداد گفتن سخنی را که در دنیائی شریف تر و صدیق تر مسلماً بر آن اصرار میورزید و برای قوام آن به تنهائی قیام میکرد.

در کار علمی خود، فروید به اهدافی به مراتب بالاتر از چهارچوب تنگ افکار مرسوم روشنفکران متوسط الحال نائل گشته بود. سازمان او، او را بار دیگر

از پیشرفت باز میداشت. فروید در سال ۱۹۲۹ میدانست که من در شور جوانی و شوق آموختن راهی صحیح می پیمودم، ولی قبول آن راه و اقرار به درستی آن به مفهوم نابودی نیمی از سازمان روانکاوی او بود.

بیماری روانی مولود سرکوب و واپس زدگی فرایند جنسی است ــ کسی منکر این واقعیت نبود. تئوری درمان و روانکاوی سعی در از بین بردن سرکوب غرائز جنسی میکرد. ولی سئوال بعدی این بود که غرائزی که از نیروی بازدارنده رها میشوند چه میشوند؟ طبق تئوری روانکاوی این غرائز محکوم به تصعید (سوبلیماسیون) میشدند. سخنی نیز از امکان ارضاء و کامیابی این غرائز نبود و نمی توانست باشد زیرا ضمیر ناخودآگاه را تنها بصورت جهنمی از غرائز و خواهشهای ضد اجتماعی و منحرف تلقی میکردند. برای مدتی طولانی من در جستجوی جوابی برای این سئوال بودم: تمایلات جنسی تناسلی کودکان و نوجوانان پس از رهائی از نیروی بازدارنده چه میشود؟ آیا این غرائز نیز که غرائزی طبیعی هستند محکوم به تغییر جهت هستند؟

با وجود اینکه این مسئله اهمیتی اساسی در تکوین شخصیت نوجوانان داشت، روانکاوان قادر به پاسخگوئی به این سئوال نبودند. تعلیم و تربیت کلاً دچار این مشکل بود که برای تطبیق با جامعه واپس زدن تمایلات جنسی و غریزی را لازم میدانست و این سرکوب به نوبهٔ خود باعث بیماری روانی مردم و ضد اجتماعی شدن آنان میشد. از این رو این سئوال پیش میآمد که چرا واپس زدن غرائز لازمه تطبیق با جامعه است. این لزوم بر اساس ارزیابی نادرست تمایلات جنسی بنا شده بود که فروید به جای سکوت و یا به جای اینکه اجازه دهد هر کس به راه خود رود، به تئوریهای بیولوژیکی پناه برد. در اینجا بود که او خود ناقض خویش شد. فروید چنین گفت: شادی سرابی بیش نیست زیرا که خطرات گوناگونی انسان را از سه جهت تهدید میکنند.

اول، وجود بدن انسان که محکوم به زوال و نابودی است. (پس کوشش لاینقطع علم برای ازدیاد طول عمر از چه روست؟)

دوم، خشم و طغیان نیروهای عظیم و نابود کنندهٔ طبیعت که از دنیای برون ما را تهدید میکنند. (پس کوشش بشر دوستان که نیمی از عمر خود را صرف بهبودی شرائط دنیا میکنند از چه روست؟ چرا میلیونها مبارز آزادی جان خود را در راه مبارزه با دنیای خارج چه از نظر اجتماعی و چه در چارچوب تکنولوژی به خطر می اندازند؟ آیا طاعون هنوز هم کشتار میکند؟ آیا برده داری تخفیف نیافته است؟ آیا امکان آن نیست که بالاخره سرطان و جنگ نیز روزی مانند طاعون مهار گردند؟ آیا هرگز ممکن نخواهد بود که دو رنگی اخلاقی را که کودکان و نوجوانان ما را ناقص و فلج کرده است از بین برد؟)

خطر سوم، که انسان را از رسیدن به شادی باز میدارد و او را تهدید میکند بسیار جدی است و هنوز نیز بی جواب مانده است. فروید می گفت زجری که در نتیجهٔ یأس در رابطه اشخاص با یکدیگر بوجود میآید دردناک تر از ناخوشنودیهای دیگر است. مردم سعی میکنند که این زجر را بصورتی سطحی قلمداد نمایند و به عنوان آزردگی خاطر تلقی کنند. در حقیقت این نوع رنج نیز اثری کمتر از رنجهای دیگر ندارد ولی مانند آنها قابل حذر نیست.

در اینجا فروید از تجربیات تلخ خود در رابطه با نوع بشر سخن می گوید. در اینجا او به مسئلهٔ اقتصاد جنسی در ساختار روانی اشاره میکند. تفکر نادرست و غیرمنطقی که تعیین کنندهٔ رفتار انسان است باعث چنین رنجهائی میگردد. خود من نیز طعم تلخ آنرا در سازمان روانکاوی چشیده ام، و این سازمانی بود که وظیفهٔ حرفه ای آن درک علمی رفتار غیر منطقی انسان و تفوق بر آن بود. اکنون فروید می گفت که برای رهائی از این عذاب چاره ای نیست. ولی چرا؟ در این صورت هدف و منظور از مشاهدهٔ رفتار انسان با روش علمی از برای چیست؟ هدف از تشویق و آموختن مردم به رفتاری عاقلانه چیست؟ به دلیلی نامعلوم فروید از آگاهی به تضادی که در درون خود او بود و مرتباً نیز افزایش می یافت ناتوان مانده بود. از یک طرف فروید رفتار و افکار را با انگیزه های غیر منطقی ناخودآگاه مربوط میکرد، معهذا در برقراری این ارتباط زیاده روی

مینمود. از طرفی دیگر نظریه های علمی غالب در دنیا، کشف او را پیشاپیش بی اعتبار دانسته بود. این علمی بود که از اصل خود سبقت جسته بود. تسلیم شدن فروید طفره و تجاهلی بود در مقابل انبوه مشکلاتی که از رفتار بیمارگون بشر و از کینه و بدخواهی او ناشی میشد. فروید مأیوس شده بود. البته او معتقد بود که موفق به کشف درمان اساسی نروز شده است.

در واقع کشف فروید نیز آغازی بیش نبود. موضوع بسیار پیچیده تر از فرمول خودآگاه نمودن ضمیر ناخودآگاه بود. فروید ابتدا فکر میکرد که روانکاوی نه تنها قادر به درک مسائل پزشکی خواهد بود بلکه مسائل جهان زیست انسان را نیز درک خواهد کرد. ولی او راهی به جامعه نیافت. در کتاب «ماورای اصل لذت» فروید به حیطهٔ مسائل مهم بیولوژیکی وارد شد و از آن تئوری غریزهٔ مرگ را استنباط کرد. این نظریه به فرضیه ای گمراه کننده تبدیل شد. در ابتدا فروید خود به صحت این نظریه مشکوک بود. اختلاف بین روانشناسی، جامعه شناسی و بیولوژی تفوق بر همهٔ این مشکلات را غیر ممکن میساخت. علاوه بر این به سبب تجربه پزشکی خود و همچنین به علت تجربهٔ برخورد مردم با نظریه های خویش، فروید انسان را غیر قابل اعتماد و موجودی بد ذات شناخته بود.

برای چندین دهه فروید گوشه عزلت گزید و از دنیا کناره گرفت تا که باری را که بر دوش خود داشت بی خدشه حفظ کند. اگر او به جواب هر دشنام غیر منطقی بر میخاست در این جنگ روزمره به سرعت نابود میشد. برای حفاظت از خود لازم بود که او برخوردی آمیخته با شک و تردید نسبت به «ارزش های انسانی» داشته باشد. او در واقع انسان متجدد را باید لزوماً بدیدهٔ خفت می نگریست. اندوختن دانش و علم برای او ارزش والاتری از شادی و سعادت بشر پیدا کرده بود. موضع فروید در این مورد مخصوصاً با در نظر گرفتن اینکه مردم ظاهراً برای حصول سعادت خودشان حتی وقتی که امکان آن در دسترس است نمی کوشند قابل درک بود. ولی مسائل حیات جهانی بشر را نمی توان بر اساس طرز برخورد پایه گذاران علمی آن ارزیابی کرد.

هرچند که من انگیزه های فروید را می فهمیدم معهذا دو موضوع بسیار مهم مرا از پیروی از او باز میداشت. موضوع اول خواست روزافزون تودهٔ مردم به تعیین نوع زندگی خود و تغییر روشهای حاکم بر جامعه بود. این تودهٔ مردم آنهائی بودند که از نظر فرهنگی محروم، از نظر مادی استثمار شده و از نظر روانی آشفته بودند. هدف آنها از زندگی دست یابی به شادی دنیوی بود. نادیده گرفتن این احتیاج روز افزون به سان بی تفاوتی نسبت به اوضاع سیاسی موجود بود. من به بیداری این توده به حدی آشنائی پیدا کرده بودم که نمی توانستم آنرا بی ارزش بشمارم و یا آنرا بی اعتبار جلوه دهم. انگیزه های فروید در مورد کناره گیری او از فعالیت های جدی در جامعه غیر قابل تردید بود ولی در درستی و حقانیت انگیزه های تودهٔ مردم نیز که در شرف بیداری بودند تردیدی نمیشد کرد. انکار این واقعیت ها و نادیده انگاشتن خواست توده ها فقط باعث میشد که آخرالامر شخص خود را جزء افراد عاطل و باطل جامعه بیابد.

موضوع دوم آن بود که من آموخته بودم مردم را از دو جنبه بنگرم: آنها غالباً فاسد و نوکر وار، بی اعتقاد و بی اعتماد، با فراوان شعارهای تو خالی بودند، خلاصه اینکه تهی و خشک بودند. شرائط اجتماعی زمان آنها را به چنین وضعی دچار کرده بود. با در نظر گرفتن همین اصل آنها می توانستند چیزی غیر از این باشند: پاک، شریف، توانا به عشق، مردم دار، وظیفه شناس، اجتماعی و آزاد از اجبار و اضطرار باشند. ما با تضاد شخصیتی ای که منعکس کنندهٔ تضادهای موجود در جامعه بود سر و کار داشتیم. من اندک اندک متوجه شدم که آنچه را شریر و ضد جامعه می نامند مکانیزمی بیمارگون (نوروتیک) است. مثلاً میل به بازی در کودکان حالتی طبیعی است ولی اگر محیط ناسالم او را از این خواست بازدارد کودک ابتدا علیه این مانع اعتراض میکند ولی اندک اندک تسلیم و مطیع میگردد وابتدا به سرکوب این خواست اکتفا میکند که سرانجام این حالت به صورت کینهٔ نامعقول و بی هدف و بیمارگون نمایان میشود. رفتار انسانها را نیز باین ترتیب میتوان توجیه کرد. این تضادها انعکاسی از تضاد بین مقبولیت و

مردودیت زندگی در فرایند اجتماعی است و از اینرو این سئوال را پیش میآورد که آیا تضاد بین سعی بشر برای رسیدن به شادی از یک طرف و ابطال آن توسط جامعه از طرف دیگر از بین رفتنی است یا نه؟ به نظر من تحقیقات روانکاوی در حیطهٔ مسائل جنسی اولین قدم به سوی جوابگوئی به این سئوال بود. ولی این تحقیقات به کلی از برنامهٔ روانکاوی مستثنی شده بود. روانکاوی به دانشی نظری (Abstract) و سپس دانشی محافظه کارانه «تئوری تطابق با فرهنگ و سنن» با تضادهائی فراوان و پیچیده تبدیل شده بود.

نتیجه گیری زیر غیر قابل انکار بود: آرزو و خواست به زندگی و شادی را در بشر نمی توان از بین برد ولی سردرگمی جنسی در جامعه را می توان بر طرف نمود. در اینجا فروید به موجه جلوه دادن نظریه های تارکان دنیا پرداخت. به قول فروید کامیابی عنان گسیخته خود را به صورت جذاب ترین نوع زندگی نمایان میکند. ولی این به مفهوم تقدم لذت بر احتیاط است که پس از مدت کوتاهی نتیجه ای ناخوشایند به بار می آورد. من حتی در آن زمان هم می توانستم به این ادعا پاسخ دهم. ابتدا لازم بود مشخص شود که کدام خواست برای حصول به شادی طبیعی است و کدام غیرطبیعی. خواست های غیرطبیعی از انگیزه های ثانوی ضد اجتماعی که در اثر تعلیم و تربیت مستبدانه به وجود می آید منشاء میگیرد. انگیزه های ثانوی، غیر طبیعی و ضد اجتماعی هستند و سرانجام به ممنوعیت اخلاقی منتهی میشوند. ولی کامیابی احتیاجات طبیعی میتواند با اتکاء به اصل آزادی و یا به اصطلاح اصل «برون گرائی»، اداره گردد. فقط باید مشخص شود که واژه انگیزه در چه جائی و به چه مفهومی استفاده میشود. طبق گفتهٔ فروید «استعمال مواد مخدر برای دستیابی به شادی و رهائی از بدبختی چنان مورد قبول قرار گرفته که حتی برای آن جائی مخصوص در سیستم انرژی لیبیدو منظور گشته است.» او چیزی در مورد طرد و تقبیح این جایگزینی لذت در علم پزشکی که باعث تباهی وجود میشود نمی گوید! و نیز سخنی در مورد شرائط لازم برای مستعد کردن شخص برای استعمال مواد مخدر، مثل محرومیت

از رضایت و شادی جنسی نمی گوید. در هیچ یک از کتاب های روانکاوی، مطلبی از ارتباط بین اعتیاد و فقدان کامروائی تناسلی دیده نمی شود. برآوردهای فروید مأیوس کننده بود. او گفته بود که اگر چه خواست دستیابی به لذت از بین بردنی نیست معهذا این خواست و این طلب لذت است که باید تغییر کند نه هرج و مرج اجتماعی که باعث محرومیت از دستیابی به لذت میشود. فروید می گفت که ساختار پیچیده روانی انسان قادر است انگیزه هائی را که در جستجوی لذت هستند به طرق مختلف تحت تأثیر قرار دهد. در حالیکه کامیابی غرائز شادی بخش است، محرومیت در این کامیابی باعث زجر و رنج میشود زیرا قوانین دنیوی دستیابی به این لذت ها را دشوار و گاهی غیر ممکن مینمایند. از این رو با تغییر خواستهای غریزی ــ (ولی نه تغییر قوانین دنیوی!) ــ میتوان امیدوار بود که انسان تا حدی از این زجر رهائی یابد. یعنی اینکه سر چشمهٔ درونی این احتیاجات تغییر یافته و سرکوب گردد که در حالت های شدید سرکوب احتیاجات، به نابودی آن میانجامد. این گونه طرز فکر و آموزش در فلسفه های خاور دور و عملاً در یوگا دیده میشود. این است سخن فروید، همان شخصی که خواست های جنسی اطفال را به صورتی مدلل به جهانیان نمایاند.

از اینجا به بعد دیگر نمیتوان و نمی بایست به دنبال فروید رفت. برعکس، تمام نیروها در مخالفت با نتایج سخنان فروید باید بسیج میشد. من میدانستم که روزی همهٔ تاریک ضمیرانی که از نیروی حیات می ترسند و از شادی گریزانند فروید را به عنوان شاهد ادعای خود عَلَم خواهند کرد. ولی با مسائل مهم جهانی نمیتوان اینگونه برخورد کرد. به هیچوجه ممکن نبود فجایعی را که بر کارگران و باربران چینی میگذشت ندیده گرفت و یا از مرگ و میر اطفال در پدرشاهی هندوستان سخنی نگفت. مهمترین مسئله و آسیبی که باعث بدبختی کودکان و نوجوانان میشد، نابود کردن احساسان سالم و طبیعی آنان در فرایند تعلیم و تربیت بود از برای حصول به تهذیبی فرضی و مشکوک. علم نباید یک چنین راه حل سطحی را قبول کند. خود فروید نیز هرگز احتیاج و خواست بشر را برای

بدست آوردن شادی و محق بودن بشر در این راه را مورد سئوال قرار نداده بود و به صحت آن نیز شک نکرده بود.

فروید قبول داشت که سعی در دستیابی به شادی، جنبه ای از زندگی است که بر محور دوست داشتن و انتظار مهر و محبت از دیگران میچرخد. اینرا همه میدانند و هرکس بطور طبیعی آنرا احساس میکند. عشق و عاشقی مخصوصاً رضایت جنسی در عشق بالاترین احساس لذت را در بر دارد. از اینرو الگوئی است برای رسیدن به شادی. ولی نقصی در این سخن وجود دارد وگرنه به قول فروید، هرگز بشر فریق دیگری را بر این طریق برنمی گزید. بشر وقتی عاشق است و عشق میورزد در آسیب پذیرترین و ضعیف ترین موضع قرار دارد و از کمترین حفاظ بر علیه رنج و درد برخوردار است. بزرگترین غمها و افسردگی ها موقعی است که انسان کسی را دوست بدارد و او را از دست بدهد. فروید نتیجه گرفت که حصول خوشنودی مطابق اصل لذت ممکن نیست. برای چندمین بار سخن او متضمن این بود که ساختار انسان و شرائط زیست او غیر قابل تغییر است. سخن او از مشاهدهٔ یأس و نا امیدی بیمارگونه زنانی سرچشمه میگرفت که از نظر روحی و مادی به مرد خود متکی بودند.

جدائی از دیدگاه فروید و حل این مسائل از دیدگاه اقتصاد جنسی در دو مرحله به وقوع پیوست: اول لازم بود پویش شادی را در انسان از نظر بیولوژیکی درک نمائیم. از این طریق فرق بین هدف اولیه و طبیعی و پی گیری آنرا از هدف ثانوی و منحرف میتوان آشکار کرد. دوم مسئلهٔ مهم امکان رواج اجتماعی موضوعی بود که مردم آنرا از اعماق روح خویش میخواستند و در عین حال از آن وحشت داشتند.

قسمت اول بحث جدیدی در رشته بیولوژی بود. هیچکس تا آنزمان مکانیزم عمل لذت را از نقطه نظر بیولوژیکی بررسی نکرده بود. قسمت دوم، بحث تازه ای در رشتهٔ جامعه شناسی بود و بطور اخص در رابطه با خط مشی جنسی بود. وقتی مردم بطور طبیعی سعی در بدست آوردن چیزی را دارند که به حق متعلق

به آنهاست ولی از دستیابی به آن بعلت تضاد با رسوم اجتماعی عاجزند، بی شبهه این سئوال پیش میآید که: چه تدابیری لازم است و چه طریقی را باید پیمود تا آنچه طبیعی و خواستنی است حاصل شود؟ حصول خواستهای مالی نیز مشابه با بدست آوردن شادی جنسی است. فقط طرز فکر غیر عادی، و ناسالم است که آنچه را که بر خاص و عام معلوم است انکار کند. خط مش اقتصادی عاقلانه، خط مشی است که ضامن توضیع عادلانهٔ کالای مورد احتیاج مردم باشد. خط مشی جنسی نیز اگر همان اصول واضحی را که به توزیع عادلانهٔ کالا مربوط میشود دنبال نماید روشی عاقلانه خواهد بود. از اینرو چندان نیز مشکل نیست درک اهمیت سلامت و رضایت جنسی در رابطه با سلامت روانی انسان. درک این اهمیت ما را از اقدامات سطحی و به اصطلاح رفورم های سطحی جنسی دور نگاه داشته و برخورد جدی با آنرا از نظر علمی ناگزیر مینماید.

همهٔ فعالیت های فرهنگی در ادبیات، شعر، هنر، رقص و آداب و رسوم در ارتباط با علائق جنسی است.

از تعلقات خاطر و علائق افراد، هیچیک به اندازهٔ علاقه جنسی، او را تحت تأثیر قرار نمیدهد.

همهٔ قوانین پدرشاهی در رابطه با مذهب، فرهنگ و ازدواج، بر ضد تمایلات جنسی است.

انرژی لیبیدو یا انرژی غرائز جنسی که در علم روانشناسی منصوب به فروید است، هستهٔ تحریک پدیده های روانی محسوب میشود.

داستان ها و افسانه های باستانی تکرار و تسلسل اقتصاد جنسی در نوع بشر اند.

این سئوال اساسی را دیگر نمیتوان نادیده گرفت: آیا تقبیح و واپس زدن احتیاجات جنسی لازمهٔ لاینفک رشد روانی است یا نه. اگر تحقیقات علمی به این سئوال جواب مثبت دهد پس هرگونه کوشش برای بهبود وضع اجتماعی بیهوده خواهد بود. در این صورت این موضوع باید در کار روان درمانی انفرادی نیز

صادق باشد.

یک چنین دیدگاهی نمی تواند صحیح باشد زیرا مغایر با همه خواست های بشر و منافی اکتشافات علمی و دستاوردهای متفکرین است. من مسئلهٔ فوق را نمی توانستم مطابق طرز فکر فروید قبول کنم. کار کلینیکی مرا قویاً متقاعد کرده بود که افراد کامیاب و اشخاصی که از نظر جنسی راضی هستند، افرادی کاری و سودمند می باشند. این سئوال که آیا سرکوب تمایلات جنسی در کودک و نوجوان لازم است یا نه با سئوال مهمتری جایگزین شد: علت طفره رفتن بشر از جواب به این سئوال که برای مدت طولانی ادامه یافته چیست؟ من در جستجوی انگیزه های ناخودآگاه مردی چون فروید بودم که خود و مقام و منزلت خود را در رأس تفکر محافظه کارانه ای قرار داد و در تئوری تمدن خود آنچه را که به زحمت فراوان بعنوان یک پزشک و دانشمند بدست آورده بود مضمحل کرد. شکی نمیتوان داشت که او این کار را از برای خئف علمی و یا بعلت اعتقاد به محافظه کاری سیاسی انجام نداد. او در چارچوب «علمی» عمل کرده بود که مانند علوم دیگر به قوانین جامعه وابسته بود. موانع اجتماعی نه تنها در معالجه ناهنجاری روانی نروز، بلکه در تحقیقات مربوط به یافتن علت آن و علت سرکوب جنسی نیز نمایان میشوند.

در مرکز مشاوره جنسی، به من ثابت شد که سرکوب امیال جنسی در کودکان و نوجوانان، والدین را در آماده کردن کودکان برای اطاعت کورکورانه از آنان موفق مینماید.

در دوران اولیه پدر شاهی، ممانعت از بروز تمایلات جنسی کودکان و نوجوانان مستقیماً به وسیله از کار انداختن و اخته کردن دستگاه تناسلی آنان انجام میگرفت. سپس اخته کردن روانی از طریق تلقین و ایجاد اضطراب جنسی و احساس گناه جایگزین آن شد.

همانطور که اخته کردن میش و اسب آنان را به حیواناتی مطیع و سر به راه مبدل میکند سرکوب کردن تمایلات جنسی نیز افراد را مستعد دنباله روی از آمر

می نماید. کسی در مورد نتایج ویرانگر این اختگی روانی نیندیشیده و کسی نیز در مورد چگونگی تطبیق جامعه با آن پیش بینی نکرده بود. بعدها فروید سرکوبی تمایلات جنسی و اطاعت و فروتنی را، پس از آنکه من آنرا با تألیفات خود به صدر مباحث کشاندم تأیید نمود. فروید در کتاب «تمدن و نارضایتی های ناشی از آن» چنین نوشت:

«ترس از شورش عوامل سرکوب شده، اتخاذ تدابیری خشن تر را ایجاب میکند که این نوع ترس در تمدن اروپائی به نقطه اوج خود نزدیک شده است. از نظر روان شناسی، نهی از بروز تمایلات جنسی در کودکان برای یک جامعه فرهنگی قابل توجیه است. در غیر اینصورت، چنانچه زمینه این توانائی در کودکی فراهم نگردد هیچگونه دورنمائی برای غلبه بر شهوت های جنسی در دوران بلوغ وجود نخواهد داشت. هرچند که یک چنین جامعه ای نخواهد توانست نهی پدیده ای به این وضوح را برای مدتی طولانی ادامه دهد.» از اینرو میتوان گفت که تعلیم و تربیت کنونی بطور ناخودآگاه افراد را با شخصیت ضدجنسی بار می آورد. فن تعلیم روانکاوی بدون در نظر داشتن ساختار شخصیت و بدون تعیین هدف اجتماعی تعلیم و تربیت دیگر قابل بحث نبود. تعلیم همواره در خدمت اهداف سیستم اجتماعی وقت است. اگر این سیستم مغایر با مصالح کودکان باشد، تعلیم نیز بدون توجه به مصلحت کودک انجام میگیرد. در اینگونه تعلیم مصلحت کودک نادیده گرفته میشود و یا سازمانهای تعلیماتی به دروغ «سعادت کودک» را هدف خود اعلام کرده و بطور ریاکارانه بکار ادامه میدهند. این نوع تعلیم و تربیت تفاوتی بین خانواده استبدادی ـ اجباری که کودک را تحت فشار و استثمار قرار میدهد با خانواده ای که روابط آن بر اساس عشق و محبت بین والدین و کودکان است ــ روابطی که خانواده استبدادی در ویران کردن آن یدی طولا دارد ــ قائل نمیشود. این نوع تعلیم، انقلاب عظیم اجتماعی را که در حیطهٔ زندگی جنسی افراد و زندگی خانوادگی آنها در آغاز قرن به وقوع پیوسته نادیده میگیرد و با اصلاحات ظاهری از تغییرات اساسی طفره میرود. خلاصه اینکه این نوع

تعلیم و تربیت خود در انگیزه های غیر منطقی خویش گرفتار شده و از آگاهی به آن نیز ترسناک است.

با این تفاصیل بیماری نروز را میتوان به واگیر طاعون تشبیه کرد که هرگونه کار و کوشش و تفکر و جد و جهد سازنده ای را مسموم میکند. مبارزه با طاعون بدون مزاحمت و موانع خارجی انجام میگرفت زیرا هیچگونه منافع و یا احساسات خرافی آنرا تهدید نمیکرد. مبارزه با بیماری روانی نروز به مراتب دشوارتر است. هر آنچه بر خرافات میزید بر این بیماری چسبیده و در برابر بهبودی مقاومت میکند. چه کسی میتواند این سخن را قبول کند که با طاعون روانی نباید به مبارزه برخاست زیرا که تدابیر بهداشت روان بار گرانی بر دوش توده های مردم است. نداشتن بودجه کافی برای اتخاذ چنین تدابیری بهانه ای بیش نیست. بودجه یک هفتهٔ جنگ، پولی که بدود و بخار تبدیل میشود و به آسمان میرود برای برآورد احتیاجات بهداشتی میلیونها نفر کافی است. همچنین نیروی عظیمی که در درون افراد نهفته است و باید شناسائی شده و مورد استفاده قرار گیرد ناشناخته باقی مانده است.

اقتصاد جنسی (Sex Economy) هدف بیولوژیکی جد و جهد انسان را شناخته است. این خواست درونی او با سازمانهای اجتماعی او در تضاد است. فروید شاد زیستن بشر را به عنوان هدف زندگی، به طرفداری از ساختار روانی معاصر او و به طرفداری از هرج و مرج اجتماعی موجود مردود دانست. از اینرو دیگر چیزی بر من نماند مگر پیروی از هدف اصلی و یادگیری قوانینی که ساختار بشر مطابق آن قوانین شکل میگیرد و سرشته میگردد و چگونگی امکان تغییر در آن. مدتها طول کشید تا به عمق و وسعت این مسئله پی بردم. مهمتر از همه این نکته بر من آشکار شد که ساختار بیمارگون روان در پی و عصب و تن ریشه دوانده و تبدیل به طبیعت ثانوی انسان میگردد.

با وجود بدبینی فروید، او این موضوع را در یأس و نا امیدی رها نکرد. آخرین سخن او چنین بود: «سئوال سرنوشت ساز برای نوع بشر این است که رشد

فرهنگی تا چه حد قادر خواهد بود بر مشکلات اجتماعی که از غرائز تخریبی او سرچشمه میگیرد تفوق یابد؟ و اکنون میتوان انتظار داشت که «اِروس»* قدرت لایتناهی برای مقابله قطعی با دشمن همردیف خود بپا خیزد.»

این سخن برخلاف تصور روانکاوان مفهومی ورای شکل ظاهری آن داشت. «اِروس» نمایانگر حد اعلای نیروی زندگی و جنسی است و قدرت جنسی به نوبهٔ خود تأئید و تصدیق زندگی را در بر دارد. فروید در نهان برای من آرزوی موفقیت میکرد. او بصورتی مبهم افکار خود را بیان نمود. راه دستیابی به هدفی که فروید برای جامعه آرزو میکرد پیدا شده بود. این راهی بود که روزی میتوانست به امید فروید جامهٔ عمل بپوشاند. یکی از آخرین سخنان او چنین بود: «تنها رهائی نیروی طبیعی عشق است که میتواند بدطینتی ویرانگرانه را در انسان نابود کند.»

۲- تقبیح و نهی تمایلات جنسی و منشاء اجتماعی آن

آیا ممکن است انسان در این دنیا سعادتمند و شاد باشد؟ این سئوالی بود که در آن موقع جوابی قانع کننده نداشت. در اینجا شخص ساده اندیش این سئوال را خواهد کرد که آیا علم غم و غصهٔ دیگری به جز تأمل در مسئلهٔ واضح و احمقانهٔ امکان دسترسی به شادی دنیوی را ندارد؟ عقیده چنین شخصی بر این پایه استوار خواهد بود که این موضوعی است آشکار و همه آنرا میدانند. بهر حال این موضوع به سادگی اندیشه نوجوانی مشتاق و یا تصور شخصی خوش و بیخیال نمی باشد. در سال ۱۹۳۰ در مراکزی که عقاید مردم را شکل می بخشید، احتیاج دسترسی توده های مردم به شادی، بعنوان موضوعی واضح شمرده نمیشد.

* «اروس»(Eros): بنگرید به پاورقی صفحهٔ ۱۴۵

همچنین فقدان آن نیز به عنوان موضوعی قابل بررسی تلقی نمیگردید. در آن موقع حتی یک سازمان سیاسی نبود که به این مسئله بعنوانی غیر از عناوین «خصوصی» «غیر علمی»، «غیر سیاسی»، «مبتذل» برخورد نماید.دقیقاً همین مسئله بود که وقایع اجتماعی سالهای ۱۹۳۰ را بدنبال داشت. این وقایع اجتماعی سیلاب فاشیسم بود که آلمان را بصورت موجی فرا گرفت و باعث حیرت افراد بسیاری گشت. اقتصاد دانان، جامعه شناسان، نوآوران فرهنگی، سیاستمداران و مأموران دولتی به امید یافتن جوابی در کتابهای قدیم به کاوش پرداختند. ولی کتاب های قدیم شرحی در این مورد نداشتند. حتی یک خط سیاسی نبود که علت فوران احساسات بیمارگونه فاشیستی را در مردم توضیح دهد. قبل از این هرگز سیاست خود به عنوان پدیده ای غیر منطقی مورد سئوال قرار نگرفته بود.

در کتاب حاضر من فقط قصد تحلیل وقایع اجتماعی را دارم که با تحقیقات و کشفیات فروید مرتبط بود. در این کتاب مجبور به حذف مسائل وسیع اقتصادی و اجتماعی میباشم.*

از نظر اجتماعی، کشف فروید در مورد تمایلات جنسی اطفال و نهی و سرکوب تمایلات جنسی آنان، اولین پرتو کم رنگ آگاهی مردم بود به وجود و انکار این تمایلات که برای هزاران سال ادامه داشته است. این آگاهی مختصر تنها در محافل دانشگاهی بصورتی پوشیده دیده میشد. لازم بود که این مسائل مطرح شده و موضوع روابط جنسی انسان که درگوشه های تاریک مسائل اجتماعی و در پستی پنهان بود به صدر نورانی آن منتقل گردد و تحت عنوان «فرهنگ و تمدن» بررسی شود. قتل های جنسی، سقط جنین های جنایتکارانه، عذاب جنسی

* پاورقی نویسندهٔ کتاب: در کتاب های «روانشناسی فاشیسم در توده ها» (Mass Psychology of Fascism) سال ۱۹۳۲ و «هجوم اضطراری اخلاقیات جنسی (Der Einhruch der Sexual Moral) سال ۱۹۳۵، این مسائل بطور دقیق تر بررسی شده اند.

نوجوانان، نابودی انگیزه زندگی در کودکان، انحرافات جنسی در تودهٔ مردم، هزلیات و هر آنچه به همراه آن است، استثمار اشتیاق عشق توسط سازمانهای تجارتی، بیماری های بیشمار جسمی و روانی، تنهائی انسان و نواقص روانی او که در همه جا دیده میشود، و بالاتر از همه سوء استفاده سیاسی بیمارگونه افرادی که از قرار معلوم نوید نجات را به مردم می دادند نمیتوان بعنوان تمدن و فرهنگ قبول کرد. ارزیابی اخلاقی و اجتماعی مهمترین انگیزه طبیعی انسان را زنها و مردهائی در دست داشتند که از نظر جنسی محروم و از نظر نیروی حیات (وجیتیتیو) مانند مردابی ساکن بودند. تشکیل انجمن های پیر زنان و پیر مردانی که از نظر جنسی محروم و از نظر نیروی زندگی ساکن و مومیائی بودند آزاد بود ولی مباحثه و اعتراض بر آن بود که این نمونه های تحلیل رفته میتوانستند خواست خود را به افراد مشتاق و سالم تحمیل کنند. آنان با توسل به احساس گناه جنسی در زنان و مردان و همچنین با انگشت نما کردن هرج و مرج جنسی و زوال تمدن و فرهنگ، عقاید خود را بر جوانان تحمیل مینمودند. البته توده مردم با این حرف ها گمراه نمیگشتند ولی سکوت اختیار میکردند، زیرا مطمئن نبودند که احساسات طبیعی زندگی در آنها احساسی مخرب و غیرطبیعی است یا نه؟ به آنها همواره آموخته بودند که تمایلات جنسی تمایلاتی مخرب و ناپاک است. از اینرو تحقیقات مالینوسکی (Malinowski) در جزایر دریای جنوب (South Sea Islands) نتیجهٔ بسیار مثبتی داشت. در این تحقیقات مطلبی که مورد پسند ورشکستگان جنسی باشد و باعث تحریک شهوت آنان از تجربیات زنان جزایر هاوائی شود وجود نداشت.

در سال ۱۹۲۶ در یکی از نشریات خود، مالینوسکی در مورد ماهیت بیولوژیکی تضاد جنسی بین والدین و کودک «عقدهٔ اودیپ» که توسط فروید کشف شده بود به مباحثه و مخالفت برخاست. نظر او این بود که رابطهٔ بین کودکان و والدین مطابق فرایند های اجتماعی تغییر پذیر است و بنا براین ماهیتی اجتماعی دارد نه بیولوژیکی. بطور خلاصه خانواده ای که کودک در آن رشد می یابد خود

مولود جامعه است. مثلاً درمیان قبایل تروبریاند (Trobriand) پدر مسئول اصلی تربیت کودک نیست بلکه این مسئولیت بر دائی کودک محول میگردد. این خاص حکومت مادرشاهی است. پدر فقط نقش دوست و رفیق را دارد. عقدهٔ اودیپ اروپائیان در خانواده های قبایل تروبریاند وجود خارجی ندارد. بدون شک کودک تروبریاند نیز با تابو*ها و برداشت های خانوادهٔ خود به تضاد برخورد میکند ولی این عرف و آداب اساساً با عرف و آداب خانواده اروپائی متفاوت است. بغیر از تابوی رابطهٔ جنسی بین برادر و خواهر، هیچگونه ممنوعیت جنسی دیگری در آنان وجود ندارد. روانکاو انگلیسی، ارنست جونز به سختی برعلیه موضوع تاثیرات اجتماعی بر مراحل رشد جنسی اطفال به اعتراض برخاست. او میگفت که عقدهٔ اودیپ که توسط فروید در جامعه اروپائی کشف شده به فرهنگ جامعه بی ارتباط است و در همهٔ جوامع صرف نظر از عرف و فرهنگ آنان موجود است و از اینرو خانواده امروزی یک سازمان بیولوژیکی تغییرناپذیر است. در کشمکش این مباحثه این سئوال حیاتی مطرح بود که: آیا سرکوب تمایلات جنسی ریشهٔ بیولوژیکی دارد یا اینکه ریشهٔ آن اجتماعی است و نتیجتاً قابل تغییر است.

کتاب اصلی مالینوسکی «زندگی جنسی انسان ابتدائی» در سال ۱۹۲۹ منتشر شد. این کتاب حاوی انبوه مطالبی بود که بطور وضوح گواهی بر تأثیر تعیین کننده جامعه به سرکوب جنسی افراد داشت. خود مالینوسکی سخنی در این باره در کتاب خود نگفته است ولی محتوای کتاب خود گویای آن است و احتیاج به شرح آن نیست. در مقالهٔ من «هجوم اضطراری اخلاقیات جنسی» (Der Einbruchder Sexual Moral) چاپ دوم، من سعی کردم که ریشهٔ اجتماعی نهی از تمایلات جنسی را بر اساس مطالب موجود در قبائل و طوائف شرح دهم. چکیدهٔ مقالهٔ مذکور که در بحث فعلی ما لازم است به شرح زیر است:

---

* تابو (Taboo): این کلمه به مفهوم منع و نهی از اعمال و افکاری است که ماهیتی مقدس و واجب الحرمت دارند.

کودکان تروبریاند با اختناق جنسی ناآشنایند. زندگی جنسی اطفال تروبریاند بطور طبیعی تکوین می یابد، آزادانه و بدون مداخله در همهٔ مراحل زندگی و با رضایت خاطر کامل. روابط جنسی کودکان با یکدیگر بر حسب و متناسب با سن و سال آنان است. با وجود این و یا اینکه دقیقاً بدلیل این، جامعه تروبریاند در دههٔ سوم این قرن با انحرافات جنسی و امراض روانی، پسیکونروز، آزار و قتل های جنسی، بیگانه بود. آنها لغتی برای دزدی نداشتند. در جامعه آنان همجنس بازی و استمناء را بعنوان ارضاء جنسی غیرطبیعی و ناقص میدانستند زیرا که توانائی طبیعی آزمون کامیابی از حرکت باز ایستاده بود. تعلیم خشک و مستبدانهٔ کودکان برای دفع فضولات و رفتن به مستراح که تمدن نژاد سفید را میخشکاند برای کودکان تروبریاند ناآشنا بود. از اینرو تروبریاند بطور طبیعی منزه و مرتب است. این قبیله بطور طبیعی اجتماعی، باهوش و سازنده است. ازدواج های آنان داوطلبانه و غیر اضطراری است و اکثراً بصورت تک همسری که میتواند هروقت منحل شود. در آنان هرج و مرج و اختلاف جنسی دیده نمیشود. چند کیلومتر دورتر از جزیرهٔ تروبریاند، در جزیرهٔ آمفلت (Amphlett) قبیله ای با قواعد خانوادگی مستبدانه و پدرشاهی میزیست. همهٔ خصوصیات ناهنجاری های روانی و نروز که در اروپا شایع است از قبیل بی اعتمادی، اضطراب، نروز، خودکشی، انحرافات جنسی و غیره در ساکنین این جزیره مشهود بود.

علم ما که این چنین در نهی از تمایلات جنسی غرق است تا بحال در خنثی کردن اهمیت پدیده های سرنوشت ساز با قراردادن آن در کنار پدیده های کم اهمیت و برابر دانستن آنها با یکدیگر موفق بوده است. تفاوت بین قبیلهٔ آزاد و مادرشاهی تروبریاند و قبیلهٔ استبدادی و پدرشاهی جزیرهٔ آمفلت، وزنی به مراتب سنگین تر از آمارها و ارقام و منحنی های پیچیدهٔ متخصصان در بهداشت روانی دارد. مسئلهٔ بهداشت روانی یک جامعهٔ مربوط به این است که افراد آن جامعه تا چه حد و به چه نسبت از روابط جنسی طبیعی برخوردارند.

فروید گفته بود که دورهٔ نهانی جنسی کودکان* که بطور تقریبی از شش سالگی تا دوازده سالگی ادامه میابد، منشاء بیولوژیکی دارد. روانکاوان مرا به علت پیش کشیدن این موضوع که نوجوانان طبقات مختلف اجتماع اگر از نظر جنسی بطور طبیعی رشد کنند، دورهٔ نهانی نخواهند داشت مورد سرزنش قرار دادند. به نظر من دورهٔ نهانی زائیدهٔ تمدنی غیر طبیعی است. حال این موضوع توسط گزارش مالینوسکی برای بار دیگر تأئید میگشت. فعالیت جنسی کودکان تروبریاند ممتد است نه منقطع و تنها نوع آن از یک گروه سنی با گروه سنی دیگر متفاوت است و دورهٔ نهانی نیز در آنان موجود نیست. مقاربت جنسی در آنان هنگامی آغاز میگردد که بلوغ آنرا می طلبد. رابطهٔ جنسی نوجوانان بصورت تک همسری است و تعویض همسر به نحوی آرام و مرتب و بدون خشونت و دعوا و بدون حسادت انجام می پذیرد.

کاملاً بر عکس تمدن ما جامعه تروبریاند برای رابطهٔ جنسی نوجوانان خود و برای بهداشت آنان تا آنجائیکه دانش آنها اجازه میدهد مکان خصوصی و امکانات لازم را فراهم می نماید. تنها یک گروه از کودکان از این رشد طبیعی بی بهره هستند. آنان کودکانی هستند که برای ازدواجی از قبل تعیین شده که از نظر مالی سودآور است، ازدواجی بین عموزاده ها تعیین گشته اند. این نوع ازدواج ها منفعت اقتصادی به همراه دارد و در خود نطفهٔ آغاز دورهٔ پدرشاهی را می پروراند. ازدواج بین عمو زاده ها را هر کجا مادرشاهی برقرار بوده است میتوان مشاهده کرد.** این گروه از کودکان درست مانند بچه های ما مجبور به زندگی

---

* دورهٔ نهانی جنسی (Latency Period) طبق تئوری روانکاوی، کودک پس از گذر از دورهٔ فالیک که در حدود سن ۵ سالگی انجام میگیرد وارد دورهٔ کمون جنسی(Latency) میشود. در این دوره احساسات جنسی سرکوب گشته و کودک به موضوعات جنسی بی علاقه گشته و از آن دوری میکند. این دوره تا ظهور دورهٔ بلوغ و فعالیت غدد تناسلی ادامه میابد.

** رجوع شود به نوشته های (Morgan, Bachofen, Engels)

مرتاضانه هستند. آنها تمام علائم شخصیتی نروز و علائم بیماری های روانی را که بر ما آشنا هست دارا هستند. محرومیت جنسی آنها وسیله ای است برای تبدیل آنها به زیر دست. سرکوب جنسی وسیلهٔ اصلی برای استثمار اقتصادی است.

از اینرو سرکوب تمایلات جنسی در کودکان خردسال و در نوجوانان آنطور که روانکاوی همصدا با تعلیم و تربیت مرسوم ادعا میکرد، لازمهٔ شکوفائی فرهنگ، پاکیزگی اجتماعی و مبتکر بودن نیست بلکه کاملاً برعکس آن است. با داشتن آزادی تام در رشد جنسی طبیعی، تروبریاند ها به مراحل پیش رفته در کشاورزی رسیده بودند. مهمتر از آن، به علت نبودن انگیزه های بیمارگونه ثانوی، آنها شرایطی را در جامعه خود حفظ کرده بودند که برای هر کشور اروپائی در سالهای ۱۹۳۰-۱۹۴۰ مانند خواب و خیال بود. کودکان سالم، بطور طبیعی و خود به خودی از نظر جنسی فعال هستند. فعالیت جنسی کودکان ناسالم به شکل غیر طبیعی و منحرف است. بنابراین در تعلیمات جنسی، ما با داشتن فعالیت جنسی در مقابل نداشتن فعالیت جنسی روبرو نیستیم بلکه با فعالیت جنسی طبیعی و سالم در مقابل فعالیت جنسی منحرف و ناسالم روبرو هستیم.

سرکوب امیال جنسی، ریشهٔ اجتماعی ـ اقتصادی دارد نه بیولوژیکی. وظیفهٔ آن فراهم نمودن پایه و اساس استبداد و فرهنگ پدرشاهی و استثمار اقتصادی است که بطور اخص در ژاپن، چین، هندوستان و کشورهای دیگر مشهود است. در زندگی جنسی خود، انسان ابتدائی به قوانین طبیعی متوسل بود که اساس جامعه ای طبیعی را فراهم می نمود. دورهٔ استبدادی و پدرشاهی جامعه با استفاده از نیروی تمایلات جنسی سرکوب شده در مدت چهار تا شش هزار سال، تمایلات جنسی منحرف و تغییر شکل یافته و انگیزه های بیمارگون ثانوی انسان مدرن را به وجود آورده است.

۳- فاشیسم و نامعقول بودن آن

دگرگونی های فرهنگی که ما شاهد آن هستیم در جهت مبارزه انسان ها برای برقراری قوانین طبیعی زندگی و عشق است. این مبارزه که برای بازیابی طبیعی هماهنگی با طبیعت، برای یگانگی طبیعت و فرهنگ صورت میگیرد، گاهی به صورت های مبدل مانند آرزوهای عرفانی، تخیلات کهکشانی، وجد و نشاط و بیهوشی های فرقه های مذهبی و مهمتر از همه در توسعهٔ آزادی روابط جنسی نمایان میشود. علت این مبارزات اکثراً ناخودآگاه و آکنده از اضطراب ها و تضادهای بیمارگون است. این تضادها و اضطراب ها انسان را مستعد انحراف می نماید. بشریتی که برای هزاران سال مجبور به رفتاری غیر طبیعی و مخالف با طبیعت خود بوده است، طبعی بیمارگونه و ثانوی یافته که عملاً مخالف طبیعت اصلی خویش است. بشر وقتی سعی در بازیابی طبیعت اصلی خویش می نماید و در عین حال نیز از دستیابی به آن ترسناک است بی شبهه باید از آشوب های نامعقول بسیاری بگذرد.

در دورهٔ پدرشاهی و استبدادی، انسان سعی در منع خواستهای ضد انسانی نموده و در این راه متوسل به برقراری قوانین نهی کننده اخلاقی و قوانین اجباری شده است. بشر متمدن ــ اگر بتوانیم او را واقعاً متمدن بنامیم ــ از این طریق به ساختار روانی ای دست یافته که متشکل از سه لایه است. در لایهٔ سطحی او ملبس به لباس دروغین و نقاب خودداری، آراستگی و ادب اجباری و ظاهری است. این نقاب لایه بعدی را پوشانده که این لایه همان ناخودآگاهی است که فروید آنرا آکنده از سادیسم، شهوت، حسادت، حرص، دشمنی و انواع گوناگون انحرافات نامیده است که همهٔ آنها بدون کاهش نیرو در خفا مانده اند. لایه دوم محصول فرهنگ ضد جنسی جامعه است و معمولاً بصورت ویرانی و تهی بودن درونی انسان حس میشود. در زیر لایهٔ دوم، در اعماق وجود شخص، آرزوی اجتماعی

بودن و تمایلات جنسی طبیعی، شعف و شادی درونی، شور و شوق کار کردن، توانائی عشق ورزی و دوست داشتن قرار دارد. لایهٔ سوم که عمیق ترین لایه است و نمایانگر هستهٔ مرکزی بیولوژیکی ساختار انسان است در ضمیر ناخودآگاه پنهان مانده و انسان از رودررویی با آن هراسناک است. این هستهٔ مرکزی مغایر با همهٔ جنبه های تعلیم و تربیت آمرانه و حکومت استبدادی است و نیز تنها امید واقعی انسان برای پیروزی بر بدبختی های اجتماعی است.

همهٔ بحث ها دربارهٔ اینکه آیا انسان آمیختهٔ نیکی است یا پلیدی، اجتماعی است و یا ضد اجتماعی، همه فلسفه بافی های بیهوده است. اینکه آیا انسان موجودی اجتماعی است و یا توده ای از پروتوپلاسم سلولی است که به نحوی نامعقول و غریب عمل میکند، بسته به آن است که آیا خواستهای بیولوژیکی و اساسی او هماهنگ با سازمان های اجتماعی اوست یا نه. از اینرو افراد جامعه دیگر نمی توانند از مسئولیت برقراری نظم و ترتیب در تنظیم انرژی بیولوژیکی خود و اجتماع مبرا باشند. واگذاری این مسئولیت به آمر و یا به سیاستمداران وقت یکی از خصائص اصلی او شده است، چرا که او دیگر از درک خویشتن و سازمانهایش عاجز مانده و از آن میترسد. او به علت ناتوانی خویش در دستیابی به آزادی، به آمر و رهبر رو میاورد. او دیگر استقلال خویش را از دست داده، خود را با زره پوشانده و محصور کرده و پر از تضادهای درونی است. او اعتماد به خود را از دست داده است.

بورژوازی اواخر قرن نوزدهم و اوائل قرن بیستم در اروپا قواعد اخلاق اجباری را که یادگار فئودالیسم بود به عاریه گرفت و آنرا رفتار نمونه برای نوع بشر معرفی کرد. ولی تا آن هنگام که اخلاق اجباری در درون او بصورت احساس گناه، اضطرار و وسواس و از برون قوانین اجباری و عقاید عمومی در کار بودند، نوعی آرامش ظاهری برقرار بود. فقط گاهگاهی این آرامش ظاهری با خروش انگیزه های ثانوی در بعضی از افراد شکسته میشد. تا زمانیکه شکست این آرامش ظاهری بطور انفرادی بود، موضوع فقط مربوط به بررسی این انگیزه ها توسط

روانپزشکان میشد. خروش این انگیزه های ثانوی اکثراً بصورت علائمی بیمارگونه مانند علائم نروز، علائم بیمارگونه ضد اجتماعی و یا انحرافات گوناگون مشهود میگشت. ولی وقتی که اعتراضات اجتماعی در اروپائیان، آرزوی دستیابی به آزادی، استقلال، مساوات و خودمختاری را شدت بخشید، طبیعتاً آرزوی رهائی نیروی حیاتی ای که در درون آنان نهفته بود نیز به جنبش در آمد. روشنگری اجتماعی، تدوین قوانین پیش رفته، تحقیقات جدید در علوم اجتماعی، و ایجاد سازمان های آزادی بخش همه در جهت کوشش برای برقراری آزادی بود. پس از جنگ جهانی اول که بسیاری از سازمانها و ادارات استبدادی منحل گشت، حکومت های دمکراسی در اروپا سعی در برقراری آزادی در کشورهای خود نمودند. ولی این حکومت ها در برقراری آزادی اشتباهی فاحش مرتکب شدند. آنان نتوانستند دریابند که چگونه تخریب روان انسان ها که برای هزاران سال ادامه داشته، آنان را به موجوداتی معیوب تبدیل کرده و شخصیتی بیمار برای آنان سرشته است. پیروزی دیکتاتوری بر اساس شخصیت بیمارگونه و رفتار نامعقول انسان ها است. نیروی خشمی که برای مدت زمانی طولانی تحت لوای ظاهری ادب و خودداری مصنوعی در خفا مانده بود عملاً ظاهر گشت. نمونه های این خروش خشم را در رفتار تودهٔ مردم که خود به دنبال آزادی بودند در اردوگاههای کار اجباری، در آزار یهودیان، در از بین بردن صداقت و پاکیزگی انسان، در تخریب شهرها، در غلطاندن گروه های بی دفاع مردم بر خاک و خون توسط افرادی که گلوله باران کردن مردم و کشتن آنان را تفریحی شعف زا می دانستند، در خیانت باورنکردنی حکومت های استبدادی که خود را نماینده و حافظ منافع مردم قلمداد میکردند، در نابود کردن دهها هزار جوان ساده دل که به خیال خدمت به عقیده ای به نابودی کشانده شدند، در نابودی نیروی عظیم انسانی که فقط قسمتی از آن قادر به از بین بردن فقر جهانی است میتوان به وضوح مشاهده کرد. کوتاه سخن اینکه تا هنگامیکه خداوندان علم که سلاح جنگ با جهالت را در دست

دارند خود به اسیری افتند، این رقص شیطانی ادامه خواهد داشت.*

در سال های ۱۹۲۸ - ۱۹۳۰ در بحبوحهٔ اختلاف با فروید، من آگاهی بسیار کمی از فاشیسم داشتم: آگاهی من در این مورد به اندازهٔ آگاهی فرد متوسط الحال نروژی در سال ۱۹۳۹ و به اندازهٔ درک فرد متوسط آمریکائی در ۱۹۴۰ بود. در سال های ۱۹۳۰-۱۹۳۳ با ماهیت فاشیسم در آلمان آشنا شدم. با درماندگی و حیرت تضادی را که بین من و فروید وجود داشت در درون ماهیت فاشیسم نیز دیدم. به تدریج فهمیدم که این چنین نیز باید باشد. موضوع تضاد، مسئلهٔ برآورد ساختار روانی انسان و تقلای او برای رسیدن به خوشبختی و نامعقول بودن او در زندگی اجتماعی بود. در فاشیسم، مرض روانی تودهٔ مردم از درون به برون میخروشد و خود را بی پرده می نمایاند. مخالفین فاشیسم، دمکرات های لیبرال، سوسیالیست ها، کمونیست ها، اقتصاددانان مارکسیست و غیر مارکسیست و غیره در صدد تحلیل شخصیت هیتلر و یا اشتباهات سیاسی احزاب مختلف دمکراتیک بر آمدند. همهٔ اینها به نوبهٔ خود سعی داشتند که این طوفان را به کوته بینی و توخالی بودن رؤسا نسبت دهند. در واقع هیتلر فقط نمایندهٔ تضاد اسف بار اشتیاق رسیدن به آزادی و ترس از آن در تودهٔ مردم بود. فاشیست های آلمان به انحاء مختلف اعلام کردند که حکومت آنان نه بر اساس مباحثه های عقلانی و منطقی با مردم بلکه بر عکس العمل های بچه گانه آنان استوار است. نه برنامه های سیاسی و نه هیچیک از وعده های مبهم اقتصادی آنان باعث قدرت یافتن و دوام قدرت آنان نبود، بلکه علت قدرت یافتن فاشیست ها، گرایش مردم به سوی احساسات تاریک و پنهان خودشان بود که کشش مبهم ولی بسیار قدرتمندی داشت. آنهائیکه این مطلب را درک نکرده اند فاشیسم را نیز که پدیده ای بین

* «علم، سلاح جنگ با شیطان است، خداوند سلاح گر به اسیری برند، شرمساری بیش برد.
ــ سعدی

المللی است درک نکرده اند. غیر منطقی بودن رفتار تودهٔ مردم آلمان در دستیابی به آرمانها و آروزهای سیاسی را در تضادهای زیر میتوان نشان داد:

ـ تودهٔ مردم آلمان خواستار «آزادی» بودند. هیتلر به آنان وعدهٔ حکومتی استبدادی را داد که رهبری آن از طریق دیکتاتوری مطلق بود و آزادی سخن گفتن در آن بطور صریح حذف شده بود. هفده میلیون از سی و یک میلیون رأی دهندهٔ آلمانی با شادی و هلهله در سال ۱۹۳۳ هیتلر را به قدرت نشاندند. آنهائیکه با چشمانی باز به اوضاع می نگریستند می دانستند که تودهٔ مردم قادر به حل مسائل پیچیدهٔ اجتماعی در چهارچوب قواعد سیاسی کهنه نیستند. فقط رهبر می توانست و می بایست این مسائل را برای آنان حل کند. هیتلر وعده داد که مباحثات آزادانه دربارهٔ عقاید مختلف را حذف نماید. تودهٔ مردم گوسفندوار به دور او گرد آمدند. آنها از این بحث ها دیگر خسته بودند زیرا این بحث ها همواره از کنار احتیاجات روزمرهٔ آنان، از آنچه عملاً برای آنان مهم بود میگذشت. آنان دیگر بحث هائی در مورد بودجه و سیاست را نمی خواستند. آنچه آنها میخواستند دانش عملی و حقیقی در مورد زندگی بود. با نیافتن آن، مردم خود را در دامن رهبری مستبد انداختند که به آنها وعدهٔ دروغین پشتیبانی و حفاظت را میداد.

هیتلر وعده داد که آزادی فردی را نابود کند و «آزادی ملی» را جانشین آن نماید. توده های مردم مشعوفانه امکان رسیدن به آزادی فردی را به سراب آن فروختند. چرا که این «سراب آزادی» آنان را از همهٔ مسئولیت های فردی خود آزاد میکرد. آنها آن «آزادی» ای را می طلبیدند که قرار بود رهبر برای آنان بجوید و به تحفه آورد و حفظ کند: آزادی داد زدن، آزادی فرار از حقیقت و پناه بردن به شعارهای سیاسی، آزادی به آزار و شکنجه، آزادی به فخر فروشی که متعلق به نژادی برتر است اگر چه چنین نبود، آزادی جذب زنان با استفاده از یونیفورم به جای انسانیت، آزادی قربانی کردن خود برای اهداف امپریالیستی به جای مبارزه ای واقعی برای زندگی بهتر و غیره.

این واقعیت که به تودهٔ مردم آموخته بودند به جای اطاعت از منطق و دانش از آمر و فرمانروای زمان در چهارچوب سیاست معمول اطاعت کنند، زمینه را برای اطاعت کورکورانه از فاشیسم آماده کرده بود. از اینرو فاشیسم، آنطور که دوستان و دشمنان آن می پنداشتند فلسفهٔ جدید زندگی نبود، و ربطی نیز به انقلابی منطقی بر ضد شرائط غیر قابل تحمل اجتماعی نداشت. فاشیسم صرفاً نتیجهٔ عکس العمل شدید و ارتجاعی سده های حکومت استبدادی بر مردم بود. حتی تئوری نژاد نیز فکر تازه ای نبود، این نیز صرفاً ادامهٔ بی وقفهٔ تئوری وراثت بود. از اینرو روانپزشکان معتقد به تئوری وراثت و محققین مکتب کهنه آن این چنین به چنگ دیکتاتوری افتادند.

آنچه در این حرکت فاشیستی توده ای تازگی داشت، موفقیت این جنبش افراطی در استفاده از آرزوی عمیق رسیدن به آزادی در تودهٔ مردم بود. احتیاج شدید و عمیق مردم به آزادی از یک طرف و از طرف دیگر ترس از مسئولیت هائی که یک چنین آزادی ای به همراه دارد مولد تفکر فاشیستی است، این ترس و آرزو را هم در یک فاشیست و هم در فرد آزادیخواه میتوان دید.

نوآوری فاشیسم فقط در آن بود که خود تودهٔ مردم سرکوب و استثمار خودشان را تائید کردند و به دست خود به آن جامهٔ عمل پوشاندند. احتیاج به آمر قوی تر از آرزوی استقلال و آزادی بود.

هیتلر وعدهٔ برتری جنس مذکر را به ارمغان آورد. به عقیدهٔ او زنان میبایستی به آشپزخانه ها برمی گشتند و استقلال مالی از آنان سلب میگشت. آنان باید از توانائی تأثیر بر فرایندی که جامعه را شکل می بخشد محروم می گشتند. زنانی که آزادی فردی آنها برای قرنها سرکوب شده بود و وحشتی شدید از ادارهٔ زندگی خود بطور مستقل داشتند، در صف اول برای هیتلر هورا کشیدند.

ـ هیتلر وعدهٔ نابودی سازمانهای سوسیالیستی و دمکرات را داد. گروه بورژوازی دمکرات و سوسیالیست بدور او حلقه زدند زیرا سازمانهای آنها هر

چند به تفصیل از آزادی صحبت کرده بودند ولی هرگز اشاره ای به مسئلهٔ اشتیاق و آرزوی مردم به داشتن رهبری مستبد و درمانده گی تودهٔ مردم در حل مسائل روزمرهٔ سیاسی نکرده بودند. تودهٔ مردم از دو دلی و تردید سازمانهای کهنه آزادیخواه بستوه آمده بودند. یأس توده ها از سازمانهای آزادیخواه، بحران اقتصادی و احتیاج غیرقابل انکار به آزادی، مولد تفکر فاشیستی و باعث تسلیم شدن اشخاص به رهبری مستبد شبیه به پدر مستبد است.

ــ هیتلر وعدهٔ مبارزه وسیع بر علیه تدابیر ضد حاملگی و نوآوری جنسی را داد. در سال ۱۹۳۲ در سازمانهای مختلف تقریباً ۵۰۰ هزار نفر از اعضای سازمانها برای رفرم های صحیح جنسی مشغول به کار بودند. ولی این سازمان ها همواره از روبروئی با مسئلهٔ اساسی و اصلی گریزان بودند و آن مسئله اشتیاق مردم به خشنودی جنسی بود. بر اساس سالها تجربه در میان تودهٔ مردم، از آنها آموخته بودم که مردم دقیقاً خواهان بحث درباره مسائل جنسی اند. مردم وقتی به جای شنیدن سخنانی دربارهٔ تربیت کودکان خود، به گونه ای که به افرادی زنده و شاد بار آیند، و یا اینکه نوجوانان چگونه با احتیاجات اقتصادی و جنسی سرآیند و افراد مزدوج چگونه از عهدهٔ مشکلات و تضادهای خود بر آیند، سخنانی در مورد آمار و ارقام می شنیدند مأیوس و ناامید می گشتند. تودهٔ مردم می دیدند که به عنوان مثال کتاب «وان دوالد» با وجود اینکه روشهائی برای عشق بازی پیشنهاد کرده بود ولی جواب احتیاجات و سئوالات آنها را نمی داد و تنها نتیجهٔ این کتاب سود سرشار آن برای ناشر بود. از اینروز توده های ناامید مردم گوسفندوار بدور هیتلر حلقه زدند. وعده های هیتلر هر چند به نحوی استعاری و پوشیده، به نیروی زندگی درونی آنها مربوط میشد. وعظ و موعظه در مورد آزادی به فاشیسم ختم میشود مگر اینکه اقدام جدی برای آموزش و آماده ساختن مردم برای قبول مسئولیت زندگی روزمره با رضایت خاطر بعمل آید و شرایط اجتماعی لازم برای رسیدن به این هدف به وجود آید.

برای دهها سال دانشمندان و اربابان علم و دانش در آلمان سعی داشتند

روابط جنسی را از عمل تولید مثل فرق نهند. این کوشش بَری نداشت زیرا نظرات و مباحثات آنها در کتاب های دانشگاهی مدفون مانده بود و تأثیر اجتماعی نداشت. اکنون هیتلر وعده میداد که ایدهٔ تولید مثل را اصل اساسی برنامه فرهنگی خود قرار دهد و نه خشنودی در عشق را. مردمی که خجول بار آمده بودند و شرم داشتند سفید را سفید گویند، از جنبه های مختلف سیستم اجتماعی مجبور به قبول شعار «بهبود نسل و نژاد» به جای منظور نهائی «خشنودی در عشق» شدند. آنان بدور هیتلر حلقه زدند زیرا او برداشت های کهنه را با احساسات تند، هرچند نامعقول، می آمیخت. برداشت های ارتجاعی به اضافهٔ هیجانات انقلابی مولّد احساسات فاشیستی است.

«کلیسا» در مورد «خشنودی در آن دنیا» سخن میراند و با تشدید احساس گناه در افراد، درماندگی و وابستگی عمیقی را به وجودی مافوق طبیعی و با قدرتی مطلق در آنان ایجاد میکرد. ولی بحران اقتصادی جهانی بین سالهای ۱۹۲۹-۱۹۳۳، تودهٔ مردم را با پریشانی تلخ دنیوی روبرو ساخت. آنها توانائی تحمل این پریشانی را چه از نظر فردی و چه از نظر اجتماعی نداشتند. سپس هیتلر ظهور کرد و خود را قادری مطلق و رهبری دانا در زمین ــ که قادر به برطرف کردن درماندگی و بدبختی جهانی است اعلام نمود. زمینه برای جلب گروه های دیگری از مردم نیز آماده گشته بود. مردمی که از یک طرف با درماندگی فردی خود و از طرف دیگر با خشنودی ناچیزی که از وعدهٔ نسیهٔ «شادی آن جهان» نصیب آنان میگشت در فشار بودند مستعد قبول تبلیغات هیتلر شدند. از اینرو قادر مطلق این جهانی که آنانرا لااقل به فریاد سپاس مجاز میداشت اهمیت عاطفی بیشتری اخذ نمود تا خدائی که مردم هرگز او را نمی دیدند و دیگر آنانرا در مشکلاتشان حتی از نظر روحی نیز کمک نمیکرد. خشونت سادیستی، به علاوهٔ خرافات مولد تفکر فاشیستی است.

برای سالها، آلمان در مدارس خود برای برقراری روشی مبنی بر آزادی مبارزه میکرد، روشی که دستاوردهای آزاد و داوطلبانه را تشویق می نمود و

دانشجویان را به زندگی مستقل راهنمائی میکرد. در سطح وسیع تری از تعلیم و تربیت، مقامات آزادیخواه مسئول، به اصول دیکتاتوری چسبیده بودند که از یک سو ترس از آمر را در دانش آموزان بنا مینهاد و از سوی دیگر نیز تمردی غیر منطقی در آنان بوجود میآورد. سازمانهای فرهنگی آزادیخواه از هیچگونه امنیت اجتماعی برخوردار نبودند. آنها علاوه بر روبروئی با مخاطرات شدید، کاملاً به کمک مالی شخصی و خصوصی متکی بودند و از اینرو نیز فعالیت آنها در جهت بازسازی توده ها مثل قطره ای بود در دلوی. هزاران هزار جوان بدور هیتلر گرد آمدند، او وظیفه و مسئولیتی به آنها واگذار نکرد بلکه فقط بر ساختار روانی آنها که در خانواده های استبدادی سرشته شده بود حکومت خود را بنا نهاد. هیتلر در جنبش جوانان پیروز بود زیرا جامعه دمکراتیک، جوانان را برای زندگی آزاد و با مسئولیت بار نیاورده بود.

بجای دستاوردهای داوطلبانه، هیتلر وعدهٔ نظم اجتماعی و انظباطی اضطراری و اشتغال اجباری را داد. میلیونها کارگر و افراد شاغل برای هیتلر رأی دادند. سازمانهای دمکراتیک نه تنها در مبارزه با بیکاری شکست خورده بودند، بلکه از تعلیم طبقهٔ زحمتکش به قبول مسئولیت برای دستاوردهای شغلی خود نیز هراسناک بودند. میلیونها کارگر شاغل به نحوی بار آمده بودند که چیزی از فرایند کاری ندانند (در حقیقت آنان را از دانستن باز داشته بودند)، و عادت کرده بودند به اینکه در اداره محصولات تولید شده دخلی نداشته باشند و تنها به گرفتن حقوق ماهانه قناعت کنند. آنان اصول کهنه را با صورتی جلا یافته به سهولت پذیرفتند. حال آنان میتوانستند خود را با مفاهیم «صحنه و ملت» که «عظیم و قوی» بود هویت بخشند. هیتلر آزادانه در سخنرانی ها و نوشته های خود اعلام کرد که از آنجائی که تودهٔ مردم کودک مآب است، آنچه را که بر آنان ارائه شود قبول خواهند کرد. تودهٔ مردم بر او درود گفتند زیرا کسی را یافته بودند که آنان را حراست میکرد. هیتلر خواسته بود که علم در خدمت «مفاهیم نژادی» عمل نماید. بخش بزرگی از دانشمندان آلمانی به این خواست او گردن

نهادند زیرا که تئوری نژاد در برداشتهای متافیزیکی وراثت ریشه داشت. برداشت هائی نظیر «مواد موروثی» و «استعداد ارثی» بارها باعث برگشت و عقب نشینی علم در برخورد با مسئولیت های خود در شناخت زندگی و منشاء رفتار انسان شده است. وقتی سرطان، نروز و جنون امراض ارثی اعلام شوند، طبق معمول مردم تصور خواهند کرد که چیز بسیار مهمی کشف شده است. تئوری فاشیستی نژاد تنها ادامهٔ تئوری کم زحمت و مناسب وراثت است.

به زحمت میشد شعار دیگری در فاشیسم آلمانی یافت که مانند شعار «جنبش خون منزه و پاک آلمانی» این چنین قادر به غلیان احساسات تودهٔ مردم باشد. پاکی خون آلمانی به معنای معاف بودن او از «سفیلیس» و آلودگی «کلیمیان» بود. ترسی عمیق از بیماری های مقاربتی که یادگار اضطرابات تناسلی سنین کودکی است در ذهن همهٔ ما ریشه دارد. از اینرو میتوان درک کرد که تودهٔ مردم به دور هیتلر حلقه زدند زیرا او پاکی خون را وعده میداد. هر انسانی در خود احساس کهکشانی و دریای مواج را دارد. در شأن علوم خشک دانشگاهی نبود که باین احساس توجه کنند. این احساس کهکشانی و یا مواج چیزی جز اشتیاق اورگاسمی زندگی نیست. هیتلر به این احساس متوسل شد و به همین دلیل نیز تودهٔ مردم بدنبال او رفتند و نه بدنبال منطقیون خشک و بی احساس که سعی در خفه کردن احساس زندگی را با جدولها و آمارهای خود داشتند.

از زمانهای قدیم «حفظ شعائر خانواده»، شعاری در اروپا بوده که در پس این شعار ارتجاعی ترین افکار و اعمال پنهان گشته است. هرگاه شخصی خانوادهٔ استبدادی را مورد انتقاد قرار میداد و آنرا از رابطهٔ خانوادگی توأم با عشق بین کودکان و والدین تمیز میداد دشمن «سرزمین اجدادی» قلمداد میشد. چنین شخصی نابود کنندهٔ سازمانهای مقدس خانواده و آنارشیست نامیده میشد. هیچ سازمان رسمی وجود نداشت که جرئت داشته باشد مسائل بیمارگونهٔ خانواده، سرکوب شدن فرزندان توسط والدین و تنفر میان افراد خانواده را مورد بحث قرار دهد. خانواده معمولی و استبدادی آلمانی بخصوص در شهرستانها و قصبات

کوچک باعث رواج افکار فاشیستی به مقیاسی توده ای میگشت. این خانواده ها، کودک را طبق الگوی وظائف اجباری، تسلیم و فرمانبرداری مطلق از رهبر و انکار نفس خود تربیت میکردند و هیتلر نیز راه سوء استفاده از آنرا به خوبی میدانست. او وابستگی جوانان به خانواده و همچنین سرکشی و عصیان آنها را بر علیه خانواده درک کرده و با علَم کردن شعار حفظ خانواده و همزمان با آن با جذب جوانان به سازمانهای مربوط به حکومت و دور کردن آنان از خانواده، هر دو راه برقراری رابطه با خانواده و همچنین دوری از آن را بازگذاشت. با تأکید بر یگانگی هویت عاطفی خانواده و «ملت و سرزمین» فاشیسم انتقال هموار و بدون مانع وابستگی های خانوادگی را به ساختار فاشیستی کشور، جامهٔ عمل پوشاند. البته کوچک ترین مسئله ای از احتیاجات واقعی خانواده یا کشور حل نشد ولی انتقال روابط خانوادگی را از خانوادهٔ استبدادی به خانوادهٔ بزرگتر، ملت میسر ساخت. زمینه این انتقال در طول هزاران سال به خوبی مهیا شده بود. «مام وطن» و «پدر ایزدگون هیتلر» به سمبول های عواطف ریشه دار کودکی تبدیل گشتند. با پیدا کردن هویت قوی و منحصر به فرد آلمانی، هر شهروند آن قطع نظر از عمق بیچارگی و بدبختی شخصی که خود آنرا احساس میکرد، میتوانست کسی باشد اگر چه دروغین و خیالی. و بالاخره تمایل به تئوری نژاد قادر به جلب و پنهان کردن منافع و هسته های تمایلات جنسی بود. اکنون نوجوانان چنانچه عمل جنسی را به منظور و یا به ادعای ازدیاد نسل نژاد برتر انجام میدادند مجاز به آن بودند.

در چنین شرایطی نیروی طبیعی زندگی نه تنها مدفون مانده برد بلکه این نیرو مجبور بود با تغییر شکلی هرچه بیشتر و لباسی به مراتب مبدل تر خود را بنمایاند. در نتیجه این انقلاب غیرمنطقی، درماندگی، خودکشی های متعدد و بیچارگی بهداشت روانی در آلمان بنحو بی سابقه ای فزونی یافت. مرگ دهها هزار نفر در جنگ در راه جلال نژاد آلمانی، رقص شیاطین و جادوگران را میماند.

تعقیب و آزار یهودیان نیز قسمتی از برنامه پاک سازی خون آلمانی بود. یهودیان سعی میکردند توضیح دهند که آنان نیز دارای شعائر اکید اخلاقی هستند، آنان نیز وطن دوست و آلمانی هستند. انسان شناسانی که مخالف هیتلر بودند کوشیدند که از طریق ارائه شکل و ابعاد جمجمه ها ثابت کنند که یهودیان نژاد پستی نیستند. مسیحیان و تاریخ دانان سعی کردند توضیح دهند که مسیح نیز از نسل یهود است. بهر تقدیر در آزار و تعقیب یهودیان آنچه به جائی نمی رسید توضیحات منطقی بود. مسئله واقعاً این نبود که آیا یهودیان نیز انسانهای شایسته و پاکی هستند و یا اینکه آیا آنان نژادی پست هستند و یا اینکه آیا اندازه های جمجمهٔ آنان نیز مطابق با اندازهٔ جمجمه های دیگران است. مسئلهٔ اصلی به هیچوجه اینها نبود. مسئله چیز دیگری بود. دقیقاً همین جاست که صحت برداشت های اقتصاد جنسی ثابت میشود.

وقتی فاشیست میگوید «جهود» او احساس غیرمنطقی و شخصی دارد. از نقطه نظر غیرعقلانی «یهودی» یعنی پول ساز، استعمارگر و سرمایه دار. این برداشت را میتوان از طرز رفتاری که با یهودیان و نیز با غیر یهودیان داشتند نتیجه گرفت. در لایه های عمیق تر روان «جهود» به معنای «ناپاک»، نسل پرست، سفاک و شهوانی بود ولی در ضمن به معنای اخته کننده و قتال نیز بود. از آنجائیکه ترس از تمایلات جنسی طبیعی به همان اندازه عمیق است که وحشت از تمایلات جنسی منحرف، میتوان به آسانی درک کرد که چگونه آزار و تعقیب یهودیان بازتاب دفاعی درونی و عمیق مردم از تمایلات جنسی خودشان بود که از نظر جنسی منحرف بار آمده بودند. با عَلَم کردن نام جهود احساس ضد سرمایه داری و ضد جنسی تودهٔ مردم در ماشین فاشیستی وقت ادغام گشت. خواست ناخودآگاه برای شادی جنسی و پاکی آن در زندگی همراه با ترس از آن و وحشت از تمایلات جنسی منحرف تولیدکننده احساسات فاشیستی و ضدیهودی و سادیستی است. «فرانسوی» نیز همان احساس را در آلمانی برمیانگیزد که «جهود» و «سیاه پوست» در انگلیسی (فاشیست ناخودآگاه) بوجود میآورد. جهود، فرانسوی

و سیاه پوست همه واژه هائی مترادف با شهوانی هستند. اینها عوامل ناخودآگاهی بودند که جولیوس استرچر تبهکار و تبلیغات چی منحرف جنسی قرن بیستم را قادر به چاپ مجلهٔ (Der Sturmer) نمود که در دسترس میلیونها جوان و نوجوان آلمانی قرار گرفت. در صفحات این کتاب بیشتر از هرجای دیگر این مسئله به وضوح بچشم میخورد که بهداشت جنسی دیگر تنها شامل وظایف و مسائل پزشکی نیست. این دیگر به مسئلهٔ مهم و سرنوشت ساز اجتماعی مبدل گشته است. نمونه های زیر از مجلهٔ استرچر و رؤیاهای بیمارگون او برای روشن شدن مطلب فوق کافی است. نمونه های زیر از مجلات (Sturmer) که در سال ۱۹۳۴ منتشر گشت نقل شده است:

«هلموت دوب، بیست ساله به تازگی سال اول دانشگاه را بپایان رسانده بود. ساعت ۲ صبح به خانه رفت. ساعت ۵ صبح والدین او، او را در حالیکه در جلوی ساختمان افتاده بود مرده یافتند. گلوی او تا مهره های گردن بریده شده بود، آلت تناسلی را از جای خود کنده بودند، خونی نریخته بود. دست های این مرد بدشانس را بریده بودند و چندین بار چاقو به شکم او فرو برده بودند.

«یک روز جهود پیری به دختری غیر یهودی حمله کرد و به او تجاوز نمود و او را زجر داد. بعد ها دزدکی به اطاق او که در آن قفل نمیشد میرفت.

«زن و مرد جوانی به گردش و قدم زدن به (Paderborn) رفتند. آنها در سر راه خود تکه گوشتی یافتند. وقتی آنرا از نزدیک نگاه کردند با وحشت دریافتند که آلت تناسلی زنی است که با مهارت بریده شده بود.

«یهودیان بدن را به تکه های نیم کیلوئی بریدند. او با کمک پدر خود این تکه ها را در تمام محوطه پخش میکرد. این تکه ها در میان درختان و در جویبارها و حوضچه ها در مرداب ها و چاه های مستراح پیدا میشد. پستان های بریده شده را در انبار علوفه یافتند.

«در حالیکه موسی کودک را با دستمال خفه میکرد ساموئل قسمتی از لوچه او را با چاقو برید. دیگران خون را در کاسه ای جمع کردند و در همان حال

بدن لخت او را با سوزن سوراخ میکردند

«مقاومت زن قادر به آرام کردن شهوت مرد نبود و درست بر عکس او را جری تر میکرد. مرد سعی کرد که پنجره ها را ببندد تا همسایه ها نتوانند چیزی ببینند ولی بعد دوباره با لئامت و پستی شروع به دست زدن به زن کرد، همان گونه که یهودیان این کار را می کنند. او به زن میگفت که تظاهر به عفت نکند. او تمام درها و پنجره ها را قفل کرد. حرف ها و حرکات او بیشتر و بیشتر به بی حیائی میگروید. او زن را بگوشه ای برد، اعتراضات زن سودی نداشت. او حتی به تهدید های زن میخندید. او زن را بسوی تختخواب هل میداد و کلماتی بسیار وقیح به او میگفت. سپس همچو پلنگی بر روی او پرید و کار شیطانی خود را به پایان رساند.»

تا بحال بسیاری از خوانندگان این کتاب بدون شک فکر کردند که من وقتی از آفت های روانی صحبت میکنم راه مبالغه میروم. من فقط میتوانم به آنها اطمینان دهم که این مفاهیم را سرسری مطرح نکرده ام، و نیز آنرا فقط به عنوان طرز بیان باب نکرده ام. بلکه در منظور مفاهیم آن بسیار جدی هستم. در حین هفت سال گذشته مجلهٔ (Sturmer) نه تنها بنحوی مؤثر وجود اضطراب اختگی (Genital Castration Anxiety) را در مردم آلمان و مردم دیگری که آنرا میخوانند بیش از میلونها بار ثابت کرده است، بلکه تخیلات منحرفی را که بطور خاموش و خفته در هر کسی وجود دارد بیدار کرده و به جنب و جوش آورده است. پس از سرنگونی سردمدار آفت روانی در اروپا، باید دید که با این مسئله چگونه برخورد خواهد شد. این مسئلهٔ مردم آلمان نیست بلکه مسئله ای جهانی است. چرا که آرزو و اشتیاق عشق و ترس از لذت تناسلی پدیده ای جهانی است. در اسکاندیناوی نوجوانان فاشیست که توانسته بودند پرتوی از زندگی طبیعی را در خود حفظ کنند مرا یافتند و از من پرسیدند که چه طرز برخوردی با استرچر اتخاذ کنند. آنها گفتند که در این میان چیزی نادرست به نظرشان میآید. من نکات زیرا را خلاصه کردم:

چه باید کرد؟ کلیات: این کثافات ارتجاعی را باید با تشریح و تمایز بین تمایلات جنسی بیمار و تمایلات جنسی طبیعی و سالم به نحوی سازمان یافته مقابله کرد. هر فرد متوسطی این تمایز را خواهد فهمید چرا که خود آنرا بطور طبیعی و غریزی حس میکند. هر شخص معمولی از تخیلات بیمارگون جنسی خود شرمسار است و مایل به تحلیل و روشنگری آن است، محتاج به کمک است و خواهان کامیابی جنسی طبیعی است.

۱- جمع آوری و نشر همهٔ مطالب منحرف که معرّف شخصیت مستهجن استرچریسم است. علائق سالم جنسی توده ها باید بیدار و تشویق شود.

۲- جمع آوری و نشر همهٔ مطالبی که به مردم نشان دهد که استرچر و همدستان او شریر و ضد بشرند و مرتکب جنایتی عظیم بر علیه سلامت ملی میباشند. استرچر های زیادی در هر گوشه از جهان وجود دارند.

۳- تأثیر نهانی استرچر بر توده ها را افشا کنید: او تخیلاتی بیمارگون را برافروخته و تحریک میکند. مردم با میل مطالب آموزنده را خواهند خرید و مطالعه خواهند کرد.

۴- تمایلات جنسی بیمار را که سازندهٔ زمینهٔ مساعد برای تئوری برتری نژاد هیتلر و جنایات استرچر است میتوان به نحوی مؤثر با شناساندن مردم به نحوهٔ زندگی طبیعی و سالم و زندگی جنسی سالم مقابله کرد. مردم فوراً این تمایز را خواهند فهمید و به آن علاقهٔ سرشاری نشان خواهند داد. آنها خواهند فهمید که واقعاً چه میخواهند و از چه وحشت دارند. آنها توانائی بیان آنرا نیز خواهند یافت. همچنین موضوعات زیر نیز از جمله چیزهائی است که آنان درک خواهند کرد.

الف ـ لازمهٔ رابطهٔ جنسی رضایت بخش خلوتی خصوصی و بدون مزاحم است. از این رو مسکن برای عامهٔ مردم و خصوصاً برای جوانان ضروری است.

ب ـ خشنودی جنسی برابر با زاد و ولد و تولید مثل نیست. یک شخص سالم حدود سه یا چهار هزار بار در طول عمر خود عمل مقاربت جنسی انجام

میدهد، ولی بطور متوسط دو یا سه فرزند می آورد. وسائل ضد حاملگی برای سلامتی جنسی بسیار ضروری است.

پ - به علت تربیت ضد جنسی، بسیاری از مردان و زنان از نظر جنسی مضطرب و ناسالم هستند. آنها از بستر مقاربت جنسی ناراضی بر می خیزند. از اینرو لازم است که کلینیک هائی به تعداد کافی برای درمان اختلالات جنسی دایر شوند. تعلیم جنسی به نحوی که عشق را گواهی دهد بطور منطقی و مثبت اکیداً ضروری است.

ت - نظریات متضاد در مورد استمناء جوانان را ناخوش کرده است. خود خوشنودی جنسی که از احساس گناه بَری باشد، برای سلامت شخص مضر نیست. هر جوانی حق زندگی شاد جنسی، تحت بهترین شرایط را دارد. خودداری جنسی طولانی بدون هیچ شبهه ای مضر است. فانتزی ها و تخیلات بیمارگونه تنها با بدست آوردن رضایت جنسی از بین میرود. برای احقاق حقوق خود مبارزه کنید.

من میدانم که پخش اعلامیه و توضیح و روشنگری به تنهائی کافی نیست. آنچه لازم است کار کلی در امنیتی تضمین شده بر ساختار روانی انسان است. ساختاری که مولد بیماری روانی است. ساختاری که به اشرار اجازه میدهد به صورت دیکتاتور حکمرانی کنند و یا بصورت مبلغ هجویات زندگی همه را زهر آلود نمایند. خلاصه اینکه آزادی و حفظ اجتماعی تمایلات طبیعی جنسی در تودهٔ مردم لازمهٔ سلامت جامعه است.

در سال ۱۹۳۰ تمایلات جنسی در افراد توأم با تقبیح اجتماعی بود. مسائل جنسی موضوعی بود که توسط گروه های رفرمیستی که ماهیت آنها روشن نبود مورد بحث قرار میگرفت. ولی در سال ۱۹۴۰ به مسئلهٔ اصلی جامعه تبدیل شده بود. اگر قبول کنیم که فاشیسم در سوء استفاده از احتیاجات جنسی توده ها برای ادامه حیات خود موفق بوده و با حصول به این موفقیت کابوسی را به وجود آورده است، ناچاریم قبول کنیم که انحرافاتی را نیز که فاشیسم مولود آن است

توسط راه حلهای منطقی در مورد مسائل جنسی قابل حل است.

حوادث سالهای ۱۹۳۰-۱۹۴۰ در اروپا در رابطه با ازدیاد مسائل بهداشت روانی مؤید موضع من در بحث هایم با فروید بود. آنچه در این تأئید برای من دردناک بود، احساس ناتوانی در مقابله با آن بود و قبول اینکه علوم طبیعی از درک آنچه من آنرا در این کتاب هستهٔ بیولوژیکی ساختار شخصیت مینامم فاصله ای بسیار زیاد داشت. در مجموع، از نظر فردی، پزشکی و یا تعلیمی، موضع ما در مورد انحرافات بیولوژیکی حیات به همان اندازه با ناتوانی و یأس همراه بود که موضع کسی در قرون وسطی در مورد امراض عفونی. معهذا من اعتقادی راسخ دارم که تجربه آفت فاشیسم به جنبش نیروهائی خواهد انجامید که برای حل مسائل تمدن ضروری هستند.

فاشیست ها ادعا میکردند که انقلاب بیولوژیکی را به ثمر خواهند رساند. واقعیت این بود که فاشیسم تنها افشا کنندهٔ بیماری و نروز بشر بود. از نقطه نظر توده مردمی که آنرا دنبال میکنند بی شبهه ارادهٔ تزلزل ناپذیر به زندگی در فاشیسم نیز در کار است، ولی این اراده صورتی و حالتی به خود میگیرد که به روشنی نمایانگر اسارت دیرینهٔ روح بشر است. در فاشیسم، تنها انگیزه های منحرف خودنمایی می نمایند. در دورهٔ بعد از فاشیسم انقلاب بیولوژیکی که فاشیسم آنرا الزامی نمود ادامه خواهد یافت.

در فصل های آینده این کتاب در مورد هسته بیولوژیکی بحث خواهم کرد. درک علمی و تبحر اجتماعی آن دستاوردی خواهد بود برای کار عقلانی، علم مبارز و عمل طبیعی عشق و همچنین آگاهی به آن دستاوردی است برای کار اصیل دمکراتیک و جمعی. هدف این کار جمعی، هدفی است دنیوی، مادی و قابل لمس و هدفی است در جهت شادمانی و خشنودی جنسی تودهٔ مردم.

فصل هفتم

راه گشائی به حیطهٔ بیولوژی

تئوری اورگاسم مرا با این سئوال مواجه ساخت: با انرژی جنسی که در حین درمان از حالت واپس زده آزاد میگردد چه باید کرد؟ دنیا بهر چیزی که سلامت جنسی را تضمین میکرد جواب منفی میداد. غرائز طبیعی پدیده های بیولوژیکی هستند، آنها را نمی توان نابود کرد و یا آنها را نمی توان از بیخ و بن تغییر داد. مثل همهٔ موجودات زنده، انسان نیز در درجهٔ اول به رفع گرسنگی و احتیاجات جنسی محتاج است. جامعهٔ امروز اولی را مشکل و دومی را غیرممکن می سازد. تضاد حیرت آوری بین احتیاجات طبیعی و برخی از سازمانهای اجتماعی وجود دارد. انسان در این تضاد گمراه شده است، گاهی به یک سو و گاهی به سوی دیگر متمایل میشود، گاهی بین آندو، راه میانه ای مییابد که دیری نمی پاید. او به بیماری و مرگ پناه میبرد و یا به نحوی بی هدف و بی ثمر برعلیه قواعد موجود سر به شورش مینهد. ساختار روانی او در این تضاد سرشته میشود.

احتیاجات طبیعی و همچنین انتظارات اجتماعی هر دو در ساختار روانی انسان دخیل هستند. هر چیزی که از نظر اجتماعی دارای موقع و منزلتی است، دارای عنوان و لقب است، بر ضد خواستهای طبیعی انسان به مبارزه بر می خیزد. من از آن متحیر بودم که چگونه نقش مهم احتیاجات طبیعی انسان ندیده گرفته میشد. حتی فروید که خود کاشف بخشهای بسیار مهم این احتیاجات بود در پیش کشیدن موضوع احتیاجات طبیعی مردّد ماند. پس از ۱۹۳۰ غرائز از نظر او تنها کیفیتی موهوم بودند. آنها با وجود اینکه در فرایند شیمیائی بدن

ریشه داشتند، از نظر فروید به پدیده هائی نامشخص تبدیل شدند.

تضادها بی شمار بودند. در کار درمان کلینیکی، احتیاجات غریزی مشخص کنندهٔ همه چیز، و جامعه تقریباً تعیین کنندهٔ هیچ چیز بود. از طرف دیگر، از روبروئی با خواستهای «جامعه و فرهنگ» نیز که به اصطلاح «اصل واقعیت» بود گریزی نبود. این صحیح است که غرائز بدون چون و چرا و شرط و شروط تعیین کننده هستی بودند. ولی در عین حال این غرائز باید خود را با واقعیات اجتماعی که نهی از تمایلات جنسی را می طلبیدند تطبیق میدادند. این نیز صحیح بود که غرائز از منابع بدنی (فیزیولوژیک) سر چشمه میگیرند ولی در عین حال مطابق نظریات فروید «اید» شامل «اروس» (Eros) بود و شامل «غریزهٔ مرگ» بود که این دو به تضاد و جنگی بی پایان مشغول بودند. برداشت های فروید از غرائز بر اساس دوگانگی استوار بودند. هیچگونه رابطه ای بین تمایلات جنسی و قرینه بیولوژیکی آن، غریزهٔ مرگ، ارائه نشده بود. این دو تنها نیروی مخالف و متضاد همدیگر بودند. فروید بیولوژی را به زبان روانشناسی بیان کرد. او گفت که «تمایلات و نیروهائی در حیطهٔ بیولوژی وجود دارد که این یا آن غرض را عملی میکند.» این یک نقطه نظر متافیزیکی «مافوق طبیعی» بود. انتقاد از آن منطقی بود چرا که آزمایشات بعدی وجود نیروهای غریزی طبیعی را ثابت میکرد. تشریح و توضیح مسئلهٔ نروز اضطراب در چهارچوب برداشتهای «اروس» و «غریزهٔ مرگ» امکان پذیر نبود. آخرالامر نیز فروید تئوری لیبیدوی اضطراب را رها کرد.

انگیزه های گسسته* نیز باعث به وجود آمدن مشکلاتی برای تئوری غرائز فروید شد. هر کدام از این غرائز گسسته را حتی آنهائی که به انحرافات می انجامید غریزه ای بیولوژیکی و از پیش تعیین شده می دانستند. از اینرو فروید آگاهانه یا ناآگاهانه در برداشت نهائی آب در آسیاب آنهائی ریخت که دیدگاه وراثت

* partial instincts

و نژاد را می پروراندند. خود فروید نیز تئوری ارثیت و ساختار مادرزادی را اندک اندک جایگزین تئوری های امراض روانی کرد. اگر کودک لیوان آبی را می شکست، اینرا بازتاب غریزهٔ نابود کننده می نامیدند. اگر به دفعات به زمین می افتاد اینرا نیز نتیجهٔ صامت غریزهٔ مرگ می دانستند. اگر مادرش از او دور میشد و او به بازی رفتن و برگشتن می پرداخت آنرا تأثیر «اضطرار تکرار ورای اصل لذت» می نامیدند.*

«اضطرار تکرار» که به قول فروید ریشهٔ بیولوژیکی داشت و ورای «اصل لذت» بود قرار بود توضیح دهندهٔ اعمال مازوشیستی باشد. خواست و آرزوی زجر بردن قرار بود در کار باشد. این با تئوری مرگ به خوبی جور در میآمد. خلاصه اینکه فروید قوانین و روابطی را که در حیطهٔ روانشناسی کشف کرده بود به حیطهٔ زیربنائی بیولوژیکی وسعت داد. از آنجائیکه مطابق این برداشت جامعه نیز شبیه به فرد سازمان یافته است تئوری غریزهٔ مرگ به جامعه نیز تعمیم می یافت. در این فرایند، روانکاوی بیشتر و بیشتر مدعی توانائی توضیح دربارهٔ کل هستی گردید و همزمان با این نیز از درک صحیح انسان از جنبه های اجتماعی، فیزیولوژیکی و روانشناسی، بیشتر و بیشتر عاجز ماند. بهر حال شکی نیست که انسان به اقتضای روابط مخصوص بین روان خود و فرایند های بیولوژیکی، فیزیولوژیکی و اجتماعی از دیگر حیوانات متمایز است. صحت این اصل از تشریح و حل مسئله مازوشیسم در بیماران مشهود گشت و از آن به بعد هر جزعی از ساختار روانی به صورت واحدی فعال و متحرک در کل و در وحدت با عوامل بیولوژیکی و اجتماعی متجلی گشت.

* "Repetition Compulsion beyond the Pleasure Principle"

۱- تشریح و حل مسئلهٔ مازوشیسم

از نظر روانکاوی، لذت بردن از درد و رنج ریشه های بیولوژیکی داشت. مازوشیسم را غریزه ای شبیه به غرائز دیگر به حساب می آورند که هدفی عجیب و غریب داشت. از یک چنین دیدگاهی، برای درمان بیماران از دست کسی کاری ساخته نبود. چرا که اگر روانکاو به بیمار می گفت که تمایل خود آزاری در او «ریشه و علت بیولوژیکی» دارد کار دیگری در این مورد نمی توانست انجام دهد. طریق درمان اورگاسم، مرا مکلف با روبروئی با این سئوال نمود که چرا و چگونه اشتیاق منطقی به شادی و لذت به تمایل به زجر و درد کشیدن مبدل میگردد. اتفاق مهمی مرا از تعقیب و تحقیق این موضوع در جهت نادرستی که روانشناسی و سکسولوژی را تا آن موقع به بیراهه کشانده بود رهائی بخشید. در سال ۱۹۲۸ من بیماری را معالجه میکردم که انحراف مازوشیستی داشت. او از نظر روانی صدمه زیادی دیده بود. شکایت های بی وقفهٔ او و تقاضای او برای تنبیه و کتک خوردن هر گونه کوششی را برای نفوذ در روان او خنثی می نمود. پس از ماهها درمان به طریق معمول روانکاوی، صبر من به لب رسید. وقتی یک بار دیگر او از من خواست که او را کتک بزنم، من به او گفتم که اگر این میل او را عملی نمایم به من چه خواهد گفت. برق شوق و اشتیاق در چشمان او درخشید. من خط کشی را برداشتم و دو ضربهٔ محکم به نشیمنگاه او زدم. او نعره ای بلند کشید. اثری از لذت و شادی در او نبود. این آخرین باری بود که من از او چنین درخواستی را شنیدم. ولی او به شکایت های گوناگون و به سرزنش خود ادامه میداد. اگر همکاران من عمل مرا در معالجهٔ این بیمار درمی یافتند بلوا و آشوبی بر پا می کردند. ولی از این کار خودم پشیمان نگشتم. من دریافتم که لذت جویی از درد و رنج برخلاف آنچه می گفتند به هیچوجه هدف غریزی شخص مبتلا به مازوشیسم نیست. وقتی او کتک میخورد او نیز مانند هرکس دیگری احساس درد

می نماید. بعضی از سازمانهای اجتماعی در برآورد غلط از مازوشیسم که خود ایجاد کنندهٔ آن هستند رشد و نمو میکنند.

اگر شخص مازوشیست خود مشتاق حصول به درد و رنج نیست، اگر درد را به نحوی لذت بخش احساس نمی کند، پس چرا خود را به درد و عذاب روا میدارد؟ پس از سعی و کوشش زیاد، من این فانتزی را که در بطن رفتار مازوشیستی نهفته بود کشف کردم. شخص مازوشیست احساس «ترکیدن از درون» را میکند و تصور میکند که شکنجه و درد این خواست را برخواهد آورد و به او آرامش خواهد بخشید.

شکایت های متعدد مازوشیست انعکاس عذاب و تنش درونی اوست. تمنائی از روی ناچاری به صورت واضح و روشن و یا سرپوشیده و پنهان برای رهائی از این فشار غرائز و انگیزه های درونی در کار است. از آنجائیکه مازوشیست دارای اضطراب از شادی است، توانائی آزمون شادی از درون خود و به پیش قدمی خویش را ندارد از اینرو از شخص دیگری برای آرامش و رضایت خویش کمک می طلبد. اشتیاق به منفجر شدن همراه با ترس شدید از آنست. از این دیدگاه احساس حقارت در مازوشیسم به صورتی دیگر که قبلاً ناشناخته بود ظاهر میشود. خود بزرگ بینی به اصطلاح نوعی وسعت یافتن و بزرگ شدن بیولوژیکی - روانی (Biopsychic Erection) است. چند سال بعد از آن متوجه شدم که در پشت این پدیده، ازدیاد قوهٔ بیوالکتریکی در کار است. بر عکس و قرینهٔ این پدیده خود کوچک بینی در شخص مازوشیست است که به سبب ترس از بازشدن و گسترش یافتن و ترس از منفجر شدن بوجود می آید. در پشت شکسته نفسی و افکار حقارت آمیز مازوشیست آمال و آرزوهای عقیم و ناتوان خود بزرگ بینی نهفته است. مازوشیست دیگران را به تنبیه و آزار خودش تحریک و تشویق میکند. این بازگو کنندهٔ اشتیاق عمیق او برای حصول به رضایت و آسایش است به نحوی که بدست شخص دیگری (غیر از خود) انجام گیرد. از نظر ساختار شخصیتی، زنهای مازوشیست تنها با فانتزی تجاوز به عنف و یا فانتزی وسوسه و فریب

میتوانند مقاربت جنسی داشته باشند. مرد از قرار معلوم باید خود را به زور به آنان تحمیل کند و کاری کند که آنها مشتاق و در عین حال از آن هراسناکند. از نقطه نظر شخص مازوشیست عمل مقاربت جنسی به میل و ارادهٔ خود او ممنوع و همراه با احساس گناهی عمیق است. کینه جوئی مازوشیست در وانمود کردن این که آن شخص دیگر خبیث و شریر است و یا اینکه به تحریک و دعوت او به انجام عملی نادرست تشویق شده است، معلوم خاص و عام است. مازوشیست غالباً احساس عجیب خارش و پاره شدن پوست خود را مخصوصاً در ناحیهٔ نشیمنگاه دارد. او گاهی احساس میکند که پوست او گرم شده و میسوزد. اشتیاق به خاریدن پوست با اشیاء سخت و زبر و یا شلاق خوردن و کتک خوردن در ناحیهٔ پوست به نحوی که پوست شکافته شود، چیزی جز اشتیاق به از بین بردن تنش و دستیابی به آسایش نیست. دردی که از این عمل ناشی میشود مقصود و منظور نهائی مازوشیست نیست. مازوشیست از انگیزه های ثانوی که نتیجهٔ تأسف بار سرکوب تمایلات و انگیزه های طبیعی جنسی است رنج میبرد.

مازوشیست اضطراب خاص اورگاسم را دارد. بیماران دیگر مثل افرادی که مبتلا به نروز وسواس و اضطرار (Compulsion Neurosis) هستند به خود اجازه احساس و تحریک جنسی را در ناحیهٔ آلت تناسلی نمیدهند، و یا بیماران هیستریک غرق در اضطراب میشوند. ولی مازوشیست در مرحلهٔ تحریکات ماقبل تناسلی جا مانده است. این تحریکات ماقبل تناسلی مبدل به علائم نروز نمی گردند و در آن ادغام نمی شوند. در نتیجهٔ ازدیاد این تحریکات، تنش درونی نیز زیاد میگردد و توانائی آزمون آسایش و راحتی نیز کاهش یافته و به همان نسبت اضطراب اورگاسم افزون میگردد. از اینرو مازوشیست در بدترین نوع از دور و تسلسل گیر میکند. او هرچه بیشتر برای نجات خود از این تنش سعی میکند، بیشتر در آن غرق میشود. فانتزی های مازوشیست در لحظه ای که لذت جنسی به اوج میرسد شدت می یابند. غالباً در این مرحله فانتزی ها به خودآگاه شخص میآیند. مثلاً ممکن است مردی در فانتزی خود چنین تصور کند که او را از میان

آتش بیرون می کشند و یا زنی تصور کند که شکمش را پاره کرده اند و یا فرجش در حال پاره شدن است. بسیاری با کمک این فانتزی ها قادر به آزمون مقداری لذت هستند. در این افراد شکافته شدن و پاره شدن به عنف از بیرون به معنای آسایش از تنش درون است.

از آنجائیکه ترس از تحریکات اورگاسمی در هر نمونه از نروز وجود دارد، فانتزی ها و طرز رفتار مازوشیست نیز در هر نمونه از نروز یافت میشود. تفسیر و توجیه مازوشیسم، به عنوان تجلی «غریزهٔ مرگ» و یا نتیجهٔ «ترس از مرگ» با تجربیات و مشاهدات بالینی کاملاً مغایر بود. مازوشیست تا زمانیکه به طور مازوشیستی می توانست تصور و تخیل کند احساس اضطراب کمتری میکرد ولی وقتی نروز اضطرار و یا هیستری بر او مستولی میشد، وحشت و اضطراب به سرعت بر او چیره میگشت. از طرف دیگر مازوشیسم بهترین وسیله برای احتراز از اضطراب هائی است که در رابطه با غرائز به وجود میآیند، چرا که همواره شخصی دیگر انجام دهندهٔ عملی زشت میباشد. علاوه بر آن مفهوم دوگانهٔ منفجر شدن به صورت احساس همزمان خواست رهائی از تنش و ترس از آن ــ به نحوی رضایت بخش جنبه های رفتار مازوشیست را توجیه میکند.

احساس همزمان خواست و ترس از منفجر شدن که من آنرا در همهٔ بیماران مشاهده کرده ام، مرا متحیر کرده بود. مطابق برداشت های روانشناسی معمول هر ایده روانی باید مبدائی داشته باشد و نقشی ایفاء کند. ما عادت بر آن داریم که ایده ها را از نقش های مشهود محیط استقرا کنیم. ایده از دنیای خارج منشاء میگیرد و از طریق اعضاء حسی به موجود زنده منتقل میشود. نیروئی که به ایده مربوط است از غرائز درونی سرچشمه میگیرد. یک چنین نقش برونی در مورد ایدهٔ منفجر شدن و پاره شدن وجود نداشت، از این نظر توجیه کلینیکی این برداشت را دشوار میساخت. معهذا من به چند مسئله مهم وقوف یافتم.

مازوشیسم مطابق با غرائز بیولوژیکی نیست بلکه نتیجهٔ اختلال در توانائی شخص به حصول رضایت و خوشنودی و تلاش مداوم و بی ثمر او برای تصحیح

آن است. مازوشیسم نتیجهٔ نروز است نه علت آن. مازوشیسم تجلی تنش جنسی است که نمی تواند به برون راه یابد و آسوده شود. نخستین علت آن اضطراب از لذت و ترس از تخلیهٔ اورگاسمی است. مازوشیسم در جستجوی حصول چیزی است که از آن ترسی عمیق دارد: آزمون لذت بخش تخلیهٔ تنش همزمان با ترس از آن که بصورت ترکیدن و منفجر شدن تداعی میشود.

درک طرز کار مازوشیسم راه گشای تحقیقات در حیطهٔ بیولوژی بود. اکنون میتوانستیم اضطراب شخص را از لذت بردن بر اساس عملکرد بدنی (فیزیولوژیکی) لذت توجیه کنیم. زجر بردن و تسلیم کردن خود به درد و رنج نتیجهٔ از دست دادن توانائی آزمون لذت بطور طبیعی است. از اینرو بی آنکه قصد آنرا داشته باشم به ماهیت روانی مذاهب و فلسفه هائی که به درد و رنج تکیه دارند راه گشودم. برخورد من به عنوان مشاور مسائل جنسی با بسیاری از مسیحیان، روشنگر رابطهٔ بین طرز کار بیولوژیکی انسان و مذهب بود. وجد و نشاط مذهبی دقیقاً مطابق مکانیزم مازوشیستی طرح شده بود. رهائی از گناه درونی، رهائی از تنش جنسی درونی، رهائی ای که شخص با ارادهٔ خود قادر به دستیابی به آن نیست و آنرا از قادری مطلق طلب میکند. لزوم رهائی از این تنش، به انرژی بیولوژیکی مولّد آن مربوط است که در ضمن بعنوان «گناه» احساس میشود. کسی دیگر باید این رهائی را به ارمغان آورد. این ارمغان چه به صورت تنبیه باشد چه بخشش و یا تقاص و غیره. در فصل های بعدی توضیحات بیشتری در این باره خواهم داد. مجالس مازوشیستی قرون وسطی را، بازجوئی ها و دادرسی های آن زمان، تنبیهات و تهدیدات، شکنجه ها و آئین توبه و غیره همه کوشش های بی حاصل مازوشیستی برای حصول به رضایت و آسایش جنسی بود!

اختلال اورگاسم مازوشیست با اختلال اورگاسم در دیگر نروزها متفاوت است. این تفاوت در آن است که مازوشیست در نقطهٔ اوج هیجان خود را از آن بازداشته و منقبض میشود و این انقباض ادامه مییابد. به این طریق او بین انبساطی که در شرف وقوع است و انقباضی که مانع از آن است تضاد ایجاد

میکند. شکل های دیگر نارسائی اورگاسم در بیماری های دیگر باینصورت است که قبل از اینکه لذت جنسی به اوج خود برسد شخص آنرا باز میدارد. این فرق جزئی و ناپیدا که به نظر فقط اهمیت درسی دارد تعیین کنندهٔ تحقیقات بعدی من بود. از یادداشت های من بین سال های ۱۹۲۸ تا ۱۹۳۴ مشهود است که زمینهٔ تحقیقات در حیطهٔ بیولوژی که به تحقیقات در مورد بایون گسترش یافت از آن زمان تکوین یافته است. توضیح کامل این پروسه غیر ممکن است. در اینجا آنرا بطور مختصر و ساده تر بیان میکنم. به عبارت دیگر باید خیالات و فانتزی های اولیه خودم را شرح دهم که در طول ده سال به تدریج با آزمایشات کلینیکی تأیید شد وگرنه هرگز جرأت بازگو کردن این خیالات را بخود نمیدادم.

۲ - طرز کار مثانهٔ سالم

ترس از منفجر شدن و همزمان با آن خواست آنرا در یک نمونه از مازوشیسم و سپس در همهٔ بیمارانی که اثری از مازوشیسم در آنان بود مشاهده کردم. ردّ نظریهٔ فروید مبنی بر اینکه مازوشیسم غریزه ای بیولوژیکی شبیه به غرائز جنسی است به زمینه هائی فراتر از آن گسترش یافت.

همانطور که قبلاً اشاره کردم بی وقفه با این سئوال دست به گریبان بودم که منشاء ایده منفجر شدن و ترکیدن که بطور مکرر در همهٔ بیمارانی که به توانائی اورگاسم دست نیافته بودند ظهور میکرد چیست؟ در بسیاری از بیماران، این ایده بصورت درک و احساس سینتیک (جنبشی) از شرائط بدن خودشان بود. وقتی این احساس را به دقت مشخص کنیم همواره آنرا مطابق با ایده طرز کار مثانه سالم مییابیم. بیماران از حالت «عصبی بودن تا به حد انفجار» شکایت می کنند. آنها احساس میکنند که از درون پر شده و لبریز از فشار هستند. آنها از کوچک ترین حمله و اشاره به زره دفاعی شخصیت خود هراس دارند زیرا این به منزلهٔ فرو کردن سوزنی در قالب لبریز شدهٔ آنان است. بعضی از بیماران می

گفتند که میترسند «از هم فروپاشند» و یا «ذوب شوند» و یا «قدرت اداره کردن خود را از دست بدهند». آنها به حرکات و رفتار خشک زره دفاعی خود مانند غریقی که به تخته پاره ای آویخته چسبیده بودند. بعضی دیگر آرزو داشتند که بترکنند و منفجر شوند. اینرا میتوان علت تعدادی از خودکشی ها دانست. هر چه تنش جنسی زیاد میشود این احساس ها نیز به همان نسبت تشدید می یابد. با برطرف شدن اضطراب اورگاسم و حصول آسایش جنسی، این احساس نیز به سرعت از بین میرود. با دستیابی به اورگاسم، رده های شخصیتی سفت و متحجر سست شده و شخص معتدل و انعطاف پذیر میشود و همزمان با آن به قدرتی قابل انعطاف و جذب کننده دست مییابد.

بحران در طول درمان از طریق تجزیه و تحلیل شخصیت، همواره هنگامی آغاز میگردد که پیمودن سیر طبیعی احساسات قبل از اورگاسم، با انقباضات عضلانی که به علت اضطراب ایجاد میشود ممانعت میگردد. اگر تحریک و هیجان به اوج خود رسیده و در شرف تخلیه باشد انقباض عضلات لگن همان اثری را دارد که کشیدن ترمز خطر اتومبیلی که با سرعت ۱۶۰ کیلومتر در ساعت در حرکت است. مسلماً این باعث آشفتگی همه جانبه خواهد شد. این فرایند در هنگام درمان نیز اتفاق می افتد. بیمار در تصمیم گیری با دو حالت روبرو میشود که آیا مکانیسم های بازدارنده بدنی را کاملاً به کناری گذارده و به احساسات جنسی تن در دهد یا اینکه دوباره در نروز خود فرو رود. نروز چیزی جز جمع نیروهای بازدارندهٔ هیجانات جنسی نیست که در طول زمان حالتی مکانیکی و غیر ارادی یافته. همهٔ تظاهرات دیگر که در نروز مشاهده میشود نتیجهٔ این اختلال اولیه است. در سال ۱۹۲۹ دریافتم که تضاد اصلی در امراض روانی (تضاد حل نشده بین سعی در دستیابی به لذت و محرومیت و منع آن) از نظر فیزیولوژیکی در اختلالات عضلات و ساختمان بدن ریشه میدواند. تضاد روانی بین تمایلات جنسی و نهی اجتماعی آن در عمق بیولوژیکی اورگانیسم بصورت تضاد بین تحریکات لذت بخش و انقباضات ماهیچه ای ظاهر میشود.

طرز رفتار مازوشیستی مؤید تئوری اکونومی جنسی نروز است:

اشخاصی که به نروز وسواس و اضطرار و یا هیستری مبتلا هستند با پیدایش اضطراب و یا بروز عوارض نروز از احساسات اورگاسمی احتراز میکنند. این اشخاص در روند درمان معمولاً از دوره ای مازوشیستی میگذرند. آنان هنگامی به این مرحله میرسند که ترس از تحریک و هیجان جنسی تا حدی تقلیل یافته و بدن آنها به تحریکات تناسلی قبل از اورگاسم تن در میدهد ولی هنوز از رسیدن به اوج هیجان و انزال بدون احساس اضطراب و بدون خودداری از آن ناتوانند.

علاوه بر این، تحقیق در مازوشیسم به مسئلهٔ اساسی در روانشناسی توده ها روشنی بخشید. چگونگی برخورد با این مسئله اهمیتی سرنوشت ساز داشت. توده کارگران، از انواع مختلف محرومیت ها در عذاب است. آنها توسط عده معدودی که بر مسند قدرت تکیه دارند اداره و استثمار میشوند. شکل های مختلف مازوشیسم مانند علف هرز به صور و ایده ئولوژی های گوناگون و یا فرقه های مختلف پدرشاهی نشر یافته و هرگونه ادعای طبیعی حیات را میخشکانند. مازوشیسم مردم را در نهایت بردگی و فرمانبرداری نگاه میدارد و کوششهای آنان را برای انجام اعمالی عقلانی و منطقی باطل مینماید و آنانرا از برای تقبل مسئولیت برای زندگی خود آکنده از ترس مینماید. مازوشیسم هرگونه اقدام برای دست یافتن به دمکراسی را به شکست محکوم میکند.

فروید شرایط سردرگم و فاجعه آمیز اجتماعی را که باعث ویرانی جامعه میگردد بر اساس غریزهٔ مرگ توجیه نمود. روانکاوان چنین گفتند که تودهٔ مردم از نظر ساختار روانی و بیولوژیکی مازوشیست است. بعضی ها گفتند که نیروی شکنجه گر پلیس تجلی طبیعی و بیولوژیکی مازوشیسم توده ها است. مردم در واقع همانگونه که از پدر مستبد و مقتدر خانواده خود اطاعت میکنند مطیع حاکمان دولت خود هستند.

از آنجائیکه شورش علیه آمر مستبد، علیه پدر، منتصب به بیماری نروز ولی

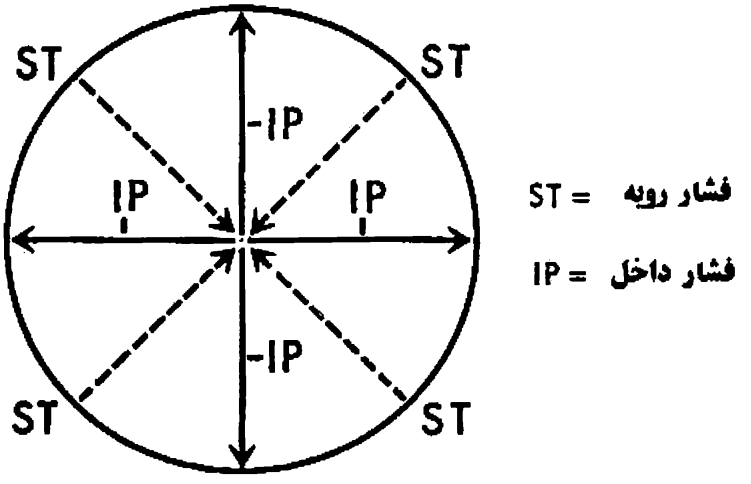
اطاعت از سازمانهای آن علامت سلامت روانی پنداشته میشد، اثبات عکس آن در هر دو حالت لازم بود: اول اینکه مازوشیسم بیولوژیکی وجود ندارد؛ دوم اینکه تطبیق شخص به فرمانبرداری از واقعیات روزمره زندگی مثل تعلیم و تربیت، سیاست های غیر منطقی و غیره خود عملی بیمارگونه و در ارتباط با نروز روانی است.

من به این منظور به تحقیق نپرداختم بلکه در اثر مشاهدات بسیار، بدور از برخوردهای خشمگین ایدئولوژی های مختلف، دلائل اثبات دو موضوع فوق را پیدا کردم. این دلائل در جواب سئوالی نسبتاً سفیه پیدا شد: یک مثانهٔ طبیعی اگر از درون پُر شود و نترکد، به عبارت دیگر اگر رویه آن منبسط گردد و کشیده شود ولی پاره نشود چگونه عمل خواهد کرد؟ تصور شخصیت انسان به صورت زرهی که هستهٔ درونی زنده او را احاطه کرده، تصور بسیار مهمی بود. این مثانه را اگر تحت چنین شرائط غیرقابل گریز از تنش قرار دهیم اگر او زبان میداشت و میتوانست سخن گوید مسلماً شکایت ها میکرد، خود را ناچار و ناگزیر میدید و علت عذاب خود را در خارج از خود جستجو میکرد، سرزنش و عیب جوئی میکرد. او تمنا میکرد که از برون شکافته شود و پاره گردد. او اطرافیان خود را تا دستیابی به منظور خویش تحریک میکرد و بر می افروخت. آنچه را که نمی توانست از درون با اتکاء به خود بدست آرد با بیچارگی و بی ارادگی از برون تمنا میکرد.

حال با در نظر داشتن این مثانه با پوشش زرهی، موجود زنده ای را تصور کنیم که عمل تخلیه انرژی در آن مختل شده است. لایهٔ روئی نمایندهٔ پوشش زرهی شخصیت است. کشیده شدن آن در اثر تولید بی وقفهٔ انرژی از درون است (انرژی جنسی و یا انرژی بیولوژیکی). راستای انرژی بیولوژیکی به سوی خارج است و هدف آن تخلیهٔ لذت بخش و یا تماس خوش آیند با دیگر افراد و اشیاء است. از اینرو تمایل به انبساط مطابق با جهت راستای آن از درون به سوی بیرون است. پوشش زرهی محیط بر موجود زنده مانع از انجام این خواست میشود.

پوشش زرهی نه تنها از انفجار جلوگیری میکند بلکه از برون نیز به سوی درون فشار می آفریند. سختی و تحجر موجود زنده تأثیر نهائی آن است.

شکل زیر نمایانگر روند فیزیکی فشار داخل و تانسیون (تنش) رویه است. من در سال ۱۹۲۶ وقتی کتاب با ارزش کراوس (Kraus) آسیب شناس مشهور برلینی را برای مجلهٔ روانکاوی بررسی میکردم با این نظریه روبرو گشتم.



شخص مبتلا به نروز را میتوان به یک چنین سیستم ساده ای از مثانهٔ سالم و مثانهٔ محیط با زره تشبیه نمود. صحت این تشبیه گستاخانه بین یک پدیدهٔ فیزیکی و وضعیت شخصیتی (روانی) در بررسی های بالینی مکرراً ثابت شد. بیمار مبتلا به نروز از برون حالت بدنی خشک پیدا میکند در حالیکه هستهٔ زنده درونی را در عمق خود حفظ میکند. او در درون خود در «فغان و در غوغا» است، خود را در غُل و زنجیر حس میکند و خود را نمی شناسد، تو گوئی «زندانی تخته بند تن است»، تماس و ارتباط با محیط خود را از دست داده تنشی از درون در حد «ترکیدن» دارد. او با تمام قدرت با غل و زنجیر بسته شده است، قادر به حرکت نیست. علاوه بر این، تلاش او برای برقراری تماس با دنیا غالباً بسیار دردناک است و او برای روبروئی و تحمل این مشکلات و روبروئی با ناامیدی و یأس

آنچنان بی سلاح و بی تجربه است که ترجیح میدهد در «غل و زنجیر بماند و به درون خود فرو رود». از این رو در چنین شخصی جریان نیروی بیولوژیکی و نیروی زنده که در حالت طبیعی و سالم از درون بسوی دنیای خارج است مسدود شده و به عکس آن بصورت «احتراز از دنیا و فرورفتن بدرون خود» مبدل میگردد.

تشبیه فرایند بسیار پیچیدهٔ روان با پدیدهٔ سادهٔ مثانه، بسیار جالب بود. شخص مبتلا به نروز که با زره شخصیت محصور است امکان پاره شدن و ترکیدن و تخلیه فشار درونی مانند مثانه معمولی را ندارد. ولی میتواند به یک شخص مازوشیست تبدیل گردد و یا میتواند بهبود یابد، به عبارت دیگر انرژی مسدود شده را با حرکات اورگاسمی تخلیه کند. این تخلیه اورگاسمی شامل تقلیل تنش درونی است که از طریق تشنجات بدن حاصل میشود و نیز حرکت انرژی در آن از درون به سوی بیرون است. در آن موقع هنوز راهی طولانی برای دستیابی به برداشت کنونی در مورد عمل انرژی بیولوژیکی در پیش داشتم. همچنین اورگاسم را با ترشحات موادی از بدن مانند عمل مثانهٔ سالم تصور میکردم. پس از فوران مواد، تنش رویه و فشار درون تقلیل میابند. ولی روشن بود که تنها فوران منی نمیتواند باعث تقلیل فشار و فروکش کردن تنش گردد، زیرا فوران منی اگر همراه با لذت نبود فشار و تنش را تقلیل نمیداد.

من هرگز از این تشبیه متأسف و پشیمان نشدم چون این تشبیه مرا به حقایق ملموسی راهنمائی کرد. در رابطه با این موضوع واقعه کوچک ولی مؤثری را به خاطر دارم که در سال ۱۹۲۲ قبل از کنگرهٔ روانکاوی برلین اتفاق افتاد. در آن موقع من هنوز کاملاً تحت تأثیر برگسون و سمون بودم. من به دوستانم گفتم که شخص باید برداشت فروید را در مورد انبساط به خارج و برون گرائیدن انرژی لیبیدو بسیار جدی و به مفهوم مطلق کلمه آن تلقی نماید. فروید کشیده شدن به سوی خارج و یا بر عکس آن تو رفتن علائق روانی را مشابه حرکات پاهای کاذب (Pseudopodia) آمیب دانسته بود. این انبساط و کش آمدن به سوی خارج را در

مورد انرژی جنسی میتوان به نمود آلت تناسلی مرد در ارتباط دانست. از اینرو شق شدن آلت تناسلی ناچاراً باید از نظر طرز عمل مشابه با برون گرائی و انبساط آمیب دانست. از طرف دیگر ناتوانی جنسی که به علت اضطراب به کوچک شدن و چروکیدن آلت تناسلی می انجامد مشابه است با پس روی و جمع شدن آمیب. دوستان من از این حرف های من رنگ باخته و هراسناک گشتند، آنها این طرز تشبیه را نشانهٔ تفکری مغشوش دانستند، آنها بر من خندیدند و من آزرده خاطر گشتم. ولی ۱۳ سال بعد از طریق آزمایش من موفق به اثبات فرضیهٔ خود شدم. اکنون من میخواهم چگونگی اثبات آنرا از طریق مشاهدات و دلائل بدست آمده شرح دهم.

۳ - تمایلات جنسی و تضاد آن با اضطراب

تشبیه نمود آلت تناسلی با بیرون آمدن پاهای کاذب آمیب و خوابیدن و جمع شدن آن با پس رفتن پاهای کاذب آمیب مرا بر این فرض واداشت که تضادی در عملکرد (Functional Antithesis) بین تمایلات جنسی و اضطراب وجود دارد. این تضاد در جهت عملکرد بیولوژیکی بیان میشد. من دیگر نمی توانستم خود را از این فکر رها سازم. از آنجائیکه هرچه در مورد روانشناسی غرائز از فروید آموخته بودم در حال فرو ریختن و تغییر بود، این برداشت به خوبی با استدلالات مربوط به اساس بیولوژیکی فرایند های روانی هماهنگی پیدا میکرد. فروید اساس فیزیولوژیکی روانشناسی در عمق را بنیان نهاده بود. تئوری «ناخودآگاه» او عمیقاً در پدیدهٔ بیولوژیکی و فیزیولوژیکی ریشه داشت. در عمق روان، تمایلات آشکار روانی به روابطی عجیب و ناشناخته مبدل میگشت که درک آن فقط با دانش روانکاوی میستر نبود. فروید سعی میکرد که برداشت های روانکاوی را بر منابع اولیه حیات تطبیق دهد و بکار بندد. این روش به قاطی کردن روانشناسی با فرایندهای بیولوژیکی و فیزیولوژیکی ختم میشد و باعث میشد که فرضیات مافوق

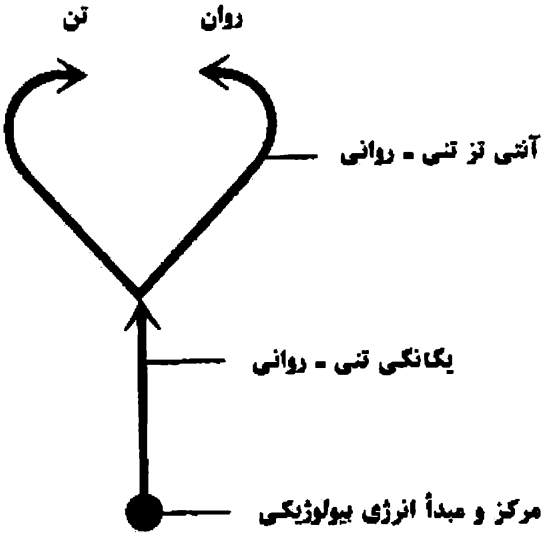
طبیعی در تفکر روانکاوی دوباره ظاهر شود. من در تحقیقات عمل اورگاسم آموخته بودم که برداشت هائی که در علم روانشناسی بکار میرود در علم فیزیولوژی قابل قبول نیست. علاوه بر صحت اتفاقی و سطحی آن هر پدیده روانی در رابطه با محیط خود مفهوم مییابد وتعبیرات روانکاوی این مفهوم را آشکار میسازد. در علم فیزیولوژی چنین رابطه و مفهومی وجود ندارد و نمیتواند وجود داشته باشد مگر اینکه دوباره مفاهیم مافوق طبیعی را به میان آوریم. آنچه از نظر بیولوژیکی زنده است فقط عمل میکند و مفهومی نیز به آن مترتب نیست. در علوم طبیعی سعی میشود که از فرضیات مافوق طبیعی استفاده نشود، ولی وقتی دانشمندان علوم طبیعی قادر به توضیح چگونگی طرز کار موجود زنده نمیگردند به «منظور و مقصودی» نهانی رو می آورند و سپس آنرا در طرز کار موجود زنده ادغام میکنند. من باردیگر خود را دست به گریبان مسائلی یافتم که در ابتدای کارم با آنها دست و پنجه نرم میکردم، در مورد رابطهٔ بین تفکر ماشینی (Mechanism) و ویتالیسم (Vitalism).

من از نتیجه گیری های فرضی پرهیز می نمودم. روشی نیز برای حل این مسئله در دست نداشتم. با ماتریالیسم دیالکتیک نیز آشنا بودم ولی نمیدانستم که آنرا چگونه در تحقیقات علوم طبیعی بکار برم. هر چند که کشفیات فروید را از نظر عملکرد (فونکسیونال، Functional) تفسیر کرده بودم ولی اکنون با قبول اساس فیزیولوژیکی برای رویدادهای روانی و در راه یافتن روشی صحیح، مسائل جدیدی به وجود میآمد. تأثیر تغییرات و فعل و انفعالات بدن در روان مطلبی صحیح ولی یک جانبه بود. بر عکس آن، یعنی تأثیر روان در ساختمان بدن، نیز که درستی آنرا هرکس در زندگی روزمره خود مشاهده میکند، مطلبی صحیح است. ولی وسعت دادن قوانینی که بر فعل و انفعالات روان حکمفرما هستند به حیطهٔ بدن، عملی نادرست و غیر قابل قبول است. این برداشت که فرایندهای روانی و فرایندهای بدنی دو پدیدهٔ کاملاً مستقل و مجزا از یکدیگر هستند و فقط برهم تأثیر جنبی دارند نیز با مشاهدات روزمره مغایرت دارند. راه حلی

برای این مسئله در دست نداشتم. فقط یک موضوع روشن بود و آن اینکه آزمون لذت و انبساط با عملکرد موجود زنده ناگستنی است و غیر قابل تفکیک از آن است. در این مرحله برداشت های جدید از عملکرد مازوشیسم به کمک من آمد. این نظریه چنین بود: روان بوسیلهٔ کیفیت مشخص میشود و بدن به وسیلهٔ کمیّت. در اولی کیفیت و ماهیت ایده یا خواست اهمیت دارد، در دومی مقدار «کمیّت» انرژی ای که در عمل است اهمیت دارد. این دو فرایند ظاهراً دو موضوع متفاوت هستند ولی عمکرد اورگاسم نمایانگر آن است که کیفیت روانی وابسته به مقدار تحریکات بدنی است و مشتق از آن است. در حالت تنش شدید بدنی، ایده مقاربت جنسی و لذت جنسی شدت مییابد و پس از حصول خوشنودی و رضایت و با از بین رفتن تنش بدنی این ایده و فکر مقاربت ضعیف شده و تولید آن برای بار دوم در مدت زمانی کوتاه به زحمت ممکن میشود. من اینرا به صورت امواج اقیانوس مجسم کردم، امواجی که صعود و نزول میکنند و تخته پاره ای را با خود بالا و پائین میبرند. این تصور مبهمی بیش نبود که صعود و نزول روانی مربوط به فرایند بیوفیزیولوژیک و وابسته به حالت آنست. تصور من چنین بود که آگاهی شخص در بیداری و عدم آگاهی او در خواب نیز جلوه گر حالت موجی فوق الذکر است. معلوم بود که انرژی بیولوژیکی در بدن و روان عمل میکند و در عملکرد بدن و روان اتحادی برقرار است. اگرچه قوانین بیولوژیکی میتواند در حیطهٔ روان صادق باشند ولی قواعد روانی در حیطهٔ بیولوژیکی صادق نیستند. این موضوع مرا به تجدید نظر در فرضیه های غرائز فروید واداشت.

تصور و تخیّل، بی شبه فرایندی روانی است. ایده های ناخودآگاهی وجود دارند که وجود آنها را از اثرات آن که در سطح خودآگاه مشهود است میتوان استنباط کرد. بنا به گفتهٔ فروید، ناخودآگاه را به خودی خود نمیتوان درک کرد ولی اگر ناخودآگاه در عمق بیولوژیکی موجود زنده ریشه داشته باشد به ناچار باید برای درک مفهوم آن از روشی استفاده کرد که در عاملی مشترک بین آندو قابل اجرا است. عامل مشترک به نوبهٔ خود تعیین کنندهٔ کل ساختار بیولوژیکی و

روانی (Biopsychic) است. این عامل مشترک نمیتواند «مفهوم عملکرد» و یا «منظور عملکرد» موجود زنده باشد. اینها مشتقات ثانوی هستند. از نقطه نظر عملکرد «فونکسیونل»، مقصود و هدفی در عملکرد بیولوژیکی موجود زنده وجود ندارد، و تنها «زندگی و رشد و توسعه» در کار است که بطور طبیعی و در جهت طبیعی و به پیروی از قوانین مشخص طبیعی به جلو میرود. این قوانین مبنی بر ساختار متحرک (دینامیک) و تأثیر نیروهای مختلف بر همدیگر و توازن نیروها میباشند. مثلاً آنچه روانشناسی آنرا «تنش و فشار روحی» و «آسایش» مینامد در واقع عمل متضاد نیروهاست. نظریهٔ من در تشبیه مثانه به عملکرد موجود زنده هر چند ایدهٔ بسیار ساده ای بود ولی در عین سادگی شامل مفهوم وحدت روح و بدن بود و علاوه بر آن این نظریه حاوی «تز و آنتی تز»* که نیروهای متضاد یکدیگر هستند نیز بود. این برداشت نطفهٔ تئوری تمایلات جنسی مرا در برداشت.*



دیاگرام نمایانگر یگانگی و آنتی تز تن و روان

* تز و آنتی تز: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۱۶۵

در سال ۱۹۲۴، من فرض کردم که در اورگاسم، تحریک از نقطه ای در محیط شخص مخصوصاً در اندامهای تناسلی شروع شده و سپس به مراکز وجیتیتیو (گیاهی) پخش میشود. بطور غیرمنتظره ای تسلسل افکار من در این مورد تکامل یافته بود. آنچه قبلا بصورت هیجان روانی برداشت شده بود حال میتوانست بصورت کوران بیوفیزیولوژیکی تفسیر شود. فشار داخل مثانه و انبساط رویهٔ آن چیزی جز عمل و عکس العمل مرکز و محیط نبود. آنها از نظر عملکرد «فونکسیونال» متضاد و در اختلاف با یکدیگر هستند. وضعیت مثانه به رابطهٔ بین فشار داخل آن و تنش سطح آن وابسته است. همانگونه که سلامت روان به توازن آن در کارکرد انرژی جنسی مربوط است. تمایلات جنسی چیزی جز عمل بیولوژیکی انبساط، از درون به برون، از مرکز به محیط نیست. از طرف دیگر اضطراب نیز چیزی بجز حرکت در خلاف جهت احساسات جنسی نمیباشد. احساسات جنسی و اضطراب هر دو یک نیروی واحد ولی متضادالجهت همدیگر هستند.

این تئوری به سرعت با دلائل فراوان کلینیکی تقویت و تأیید شد. در تحریک جنسی، عروق پوستی و محیطی منبسط میگردند، در حالت اضطراب تنش و فشار در مرکز متمرکز میشود و شخص آنرا در درون خود حس میکند، مثل اینکه میخواهد منفجر شود، عروق سطحی نیز منقبض میشوند. آلت تناسلی مرد در حالت هیجان جنسی منبسط و در حالت اضطراب کوچک شده و پس میرود. مرکز انرژی بیولوژیکی، منبع عملکرد انرژی میباشد که اثرات آن در محیط موجود زنده مشاهده میشود، مثل تماس او با دنیا، عمل مقاربت جنسی، تخلیهٔ اورگاسمی، کار کردن و غیره.

این یافته ها دیگر از چهارچوب روانکاوی خارج بود. اینها تعدادی از مفاهیم قبلی را مردود و باطل میکرد. روانکاوان دیگر نمیفهمیدند که من چه میگویم و به نظریه های من مشکوک بودند. از اینرو قبول نظریات من در سازمان آنها مشکل تر میشد. فروید کوشش مرا برای ادغام نیروی لیبیدو در سیستم اعصاب

خودکار (اتونومیک) رد میکرد. به عنوان یک روانکاو برجسته و شناخته شده رابطهٔ من با روانپزشکان سنتی و دیگر متخصصین آن خوب نبود. بمقتضای تفکر مکانیکی و غیرتحلیلی، آنان فقط قسمت های بسیار کمی از آنچه را که من میگفتم می فهمیدند. تئوری جدید تمایلات جنسی بی طرفدار مانده بود. من با دلائلی که در آزمایش های فیزیولوژی تجربی بدست میآمد و گویای صحت تئوری من بود خود را تسلی میدادم. به نظر میرسید که تئوری من قادر به تحلیل و توضیح مطالعات فیزیولوژیست ها می توانست باشد. موضوع تضاد بین سلسله اعصاب سمپاتیک و پاراسمپاتیک* اساس و هستهٔ مرکزی تئوری مرا تشکیل میداد.

٤- انرژی «بیوفیزیکی» چیست؟

شصت سال تحقیق و مطالعه در سکسولوژی، چهل سال در روانکاوی و تقریباً بیست سال تحقیقات خود من در زمینهٔ اورگاسم هنوز موفق به یافتن جواب سئوال فوق نگشته و راه حلی برای درمان اختلالات جنسی بشر ارائه نکرده بود. اجازه دهید که نقطهٔ آغاز تئوری اورگاسم را ذکر کنم. نروز و جنون** بعلت انباشته شدن انرژی جنسی به وجود میآید. در ابتدا آنرا نیروی روانی می نامیدند. هیچکس نمی دانست که ماهیت واقعی آن چیست. امراض روانی بی شبهه از «بدن» ریشه میگیرند. از اینرو میشد بطور منطقی استدلال کرد که ازدیاد ناهنجاری در بیماری روانی از طریق انسداد و انباشته شدن انرژی جنسی تغذیه میشود. به نظر میرسید که تنها با برطرف کردن منشأ جمع شدن این انرژی از طریق برقراری توانائی اورگاسم میشد از برگشت بیماری جلوگیری نمود. پیش گیری بیماری های روانی در سطح تودهٔ مردم، بدون داشتن دانش به

* اعصاب سمپاتیک و پاراسمپاتیک: بنگرید به پاورقی صفحهٔ ۳۹ (اعصاب اتونومیک)

** Functional Psychosis

اساس بیولوژیکی آن فکری بیهوده بود. این اندیشه که «اگر خواست های جنسی بطور سالم و کامل کامیاب گردد بیماری نروز وجود نخواهد داشت» اندیشه ای صحیح و غیر قابل انکار بود و طبیعتاً کاربردی اجتماعی و شخصی داشت. اهمیت مسئلهٔ جنسی موضوعی واضح است. معهذا علیرغم فروید، دانشمندان علوم رسمی وقت نمی خواستند دربارهٔ کاربرد تئوری جنسی چیزی بشنوند. روانکاوران نیز اندک اندک خود را از این مسئله بدور نگاه میداشتند. علاوه بر این، مسئلهٔ مذکور همواره با سیل تهمت هائی بیمارگونه و نادرست و مستهجن جنسی همراه بود. به عبارت دیگر آلوده به مسائل جنسی ای بود که زندگی بشر امروز را اداره میکند. تنها از طریق فرق نهادن بین احساسات جنسی «طبیعی» و احساسات جنسی «بیمارگون»، احساساتی که سنت و فرهنگ در افراد بوجود آورده است، می توان بین انگیزه های «اولیه» و «ثانویه» فرق نهاد. اندیشیدن به تنهائی نمی توانست برای حل این مسائل راه حلی ارائه دهد و نیز کشفیات بسیاری از فیزیولوژیستهای تیزهوش که از سال ۱۹۲۰ ارائه شده‌بود و سپس در کتاب مولر بنام (Die Lebene Nerven) تدوین شده بود راه حلی برای این مسئله پیشنهاد نمیکرد.

بار دیگر مشاهدات کلینیکی، راه حل صحیح مسئله را ارائه نمود. در کپنهاگ در سال ۱۹۳۳ مردی را معالجه میکردم که از ابراز تخیلات همجنس خواهی خود شدیداً امتناع مقاومت میورزید. این امتناع و مقاومت (Resistance) به حالتی بسیار خشک و منقبض در ناحیهٔ گردن و گلو تجلی میکرد. حمله های مکرر من به این حالت دفاعی بالاخره باعث تسلیم او شد. هر چند که این تسلیم ابتدا باعث نگرانی من شد. به مدت سه روز به علت تظاهرات حاد شوک سلسله اعصاب نباتی او در حالتی متزلزل بود. رنگ پریدگی صورت او به سرعت از سفیدی به زردی و سپس به آبی گرائید. پوست او لکه لکه و رنگارنگ گشت. او دردهای شدید در گردن و پشت سر احساس میکرد. ضربان قلب او سریع شده بود. او به اسهال دچار شد و احساس کوفتگی میکرد و مثل آن بود که از اداره کردن خود عاجز شده است. من نگران بودم، هر چند که قبلاً نیز چنین علائمی

را دیده بودم ولی شدت این عکس العمل بسیار زیاد بود. چیزی در اینجا اتفاق افتاده بود که هرچند قسمتی از روند درمانی بود ولی ابتدا قابل فهم نبود. پس از رها کردن حالت دفاعی و مقاومت روانی، احساسات و عواطف او در حالت های بدنی نمایان شد. ظاهراً گردن سفت و منقبض بیمار که تأکید بر حالت مردانه او داشت، محتوی انرژی وجیتیتو (نباتی) وابسته به آن بود. حال این وابستگی ضعیف شده و مقداری از انرژی رها گشته و خود را به نحوی غیر قابل اداره و مغشوش نمایان میکرد. شخصی که دارای اقتصاد جنسی منظم است، به چنین عکس العملی دچار نمی شود. تنها انسداد مداوم انرژی بیولوژیکی قادر به ایجاد چنین حالتی است. عضلات این شخص وظیفه بازداشتن احساسات او را عهده دار بودند. وقتی عضلات گردن آزاد و شل شدند، تحریکات شدید مثل نیرویی که از فنری منقبض شده رها شوند از آن جدا گشتند. تغییر رنگ صورت او چیزی جز انقباض و انبساط مداوم رگ های خونی نبود. این با نظریهٔ قبلی من که قبلاً توضیح دادم به خوبی توجیه میشد. جهت جریان نیرو «از درون به سوی برون و به سوی دنیا» با جهت عکس آن در تناوبی سریع بود «احتراز از دنیا و برگشت به درون خود». عضلات با منقبض شدن میتوانند جریان خون را مسدود کنند. به عبارت دیگر جریان مایعات بدن را به حداقل تقلیل دهند.

من تعدادی از بیماران دیگر را نیز برای تأیید این موضوع امتحان کردم تا ببینم آیا این پدیده در آنها هم صادق است یا نه. همچنین بیماران قبلی خود را بیاد آوردم. همهٔ مشاهدات من دال بر صحت این نظریه بود. در مدت کوتاهی دلائل فراوانی گردآوری کردم. این نتایج به قاعده بندی زیر ختم گشت: انرژی جنسی میتواند توسط تنش و انقباضات مزمن عضلات جذب گردد و به آن متصل شود. خشم و اضطراب نیز میتواند از همین طریق در انقباض مزمن عضلات جذب شود. از این مرحله به بعد کشف کردم که هرگاه انقباض عضلات را از بین ببرم یکی از سه نوع تحریکات اصلی بیولوژیکی، اضطراب، خشم و یا هیجان جنسی به میان می آید. من البته قبلاً نیز از طریق بازکردن و شل کردن حالت

های روانی و شخصیتی متحجر موفق به حصول همین نتیجه شده بودم. ولی حالا رهائی انرژی نباتی (وجیتیتو) کاملتر و نیرومندتر بود. آزمون آن با احساس قوی تری همراه بود و سریع تر نیز به نتیجه میرسید. در این روند حالت های متحجر شخصیتی بخودی خود منبسط میگشتند. این نتایج که از ۱۹۳۳ به دست آمده بود در سال ۱۹۳۵ بصورت اجمالی و در سال ۱۹۳۷ بصورت مفصل تر منتشر شد. پس از آن بسیاری از سئوالات مربوط به رابطهٔ بین روان و تن به سرعت روشن شد:

پوشش زره شخصیتی (Character Armor) از نظر عملکرد مشابه حالت انقباض عضلات است. برداشت «یگانگی عملکرد» که من ابداع آنرا لازم دیدم، به این معنا است که حالت عضلات بدنی و حالت شخصیت روانی دارای وظیفه و عملکردی یکسان هستند. آنها میتوانند جایگزین یکدیگر گردند و یا بر یکدیگر تأثیر گذارند. اساساً نیز نمی توان آنها را از یکدیگر جدا نمود. آنها با یکدیگر از نظر طرز عمل و وظیفه (فونکسیون) همانند و یکسان هستند. نتایجی که از ارتباط بین مشاهدات و یافته های کلینیکی بدست می آمد به سرعت به یافته ها و مشاهدات جدیدی منتج گشت. اگر زره شخصیتی میتوانست بصورت زره عضلانی ظاهر شود و بر عکس آن نیز صادق بود، بنابراین اساس وحدت عمل روان و بدن درک شده بود و این برداشت نتیجتاً می توانست در عمل درمان نیز مورد استفاده قرار گیرد. از این زمان به بعد من به هنگام لزوم از این نظریه عملاً استفاده میکردم. اگر شخصیت باعث خودداری و بازداشت شخص میگشت و درمان در حیطهٔ روانی از تغییر آن عاجز بود، من به شناخت و تغییر حالت های بدنی و عضلانی که مطابق آن بود دست میزدم و بر عکس آن اگر به حالت ناموزون بدنی برمی خوردم و در تصحیح آن با مشکل روبرو میگشتم، تظاهر آنرا در شخصیت او جستجو کرده و موفق به سست کردن حالت متحجر شخصیتی آن میشدم. اکنون من قادر بودم لبخندهای دوستانه ای را که مانع روند روانکاوی میشد تشخیص داده و آنرا از سر راه روانکاوی بردارم. این را با تشریح رفتار بیمار و تفسیر هدف آن برای خود بیمار انجام میدادم و یا عملاً آنرا از طریق

مختل کردن حالت عضلانی با بالا کشیدن چانه بیمار انجام میدادم. این قدمی مهم به پیش بود. شش سال دیگر طول کشید تا این تکنیک به درمان «وجیتیتو» امروزی تبدیل شد. سست شدن حالت بی انعطاف عضلانی، احساس های عجیب بدنی را در بیمار ایجاد میکرد، مانند: ارتعاش ها و تکان های بی اختیار عضلات، احساس هائی از قبیل داغ شدن بدن و یا سرد شدن آن، احساس های خارش در بدن، احساس فرو کردن سوزن در پوست و یا احساس خوش آیند لذت. برای درک این پدیده های جدید من مجبور به ترک عقاید قبلی در مورد رابطهٔ روان و بدن بودم. این احساسات عجیب بدنی، علت و یا «علائم همراه» فرایند های روانی نبودند بلکه همان پدیده های روانی بودند در حیطهٔ بدن.

اینگونه پدیده های بدنی را که بر عکس زره بی انعطاف عضلانی با تحرک همراه بود، تحت عنوان «کوران های نباتی»* گروه بندی کردم. سپس این سئوال پیش آمد که آیا کوران های نباتی فقط حرکت مایعات است و یا چیزی بیش از آن؟ نمی توانستم خود را راضی کنم که این کوران ها تنها نتیجهٔ حرکات مکانیکی مایعات هستند. هرچند حرکات مکانیکی قادر به توضیح احساس داغ شدن و سرد شدن، رنگ باختن، به جوش آمدن خون و غیره بود، ولی نمی توانست مبین احساس فرو کردن سوزن، لرزش و ارتعاشات در بدن و یا احساس خوش آیند و لذت بخش قبل از انزال باشد. مسئلهٔ اصلی ناتوانی اورگاسم هنوز حل نشده بود، اندام تناسلی بدون کمترین احساس تحریک میتواند پرخون شود. از اینرو تحریک جنسی مسلماً نمی تواند برابر و یا نتیجهٔ جریان خون در اندام تناسلی باشد. حالت هائی از اضطراب وجود دارد که در آن رنگ پریدگی صورت و پوست دیده نمیشود. احساس فشار و احساس تنگی قفسهٔ سینه را نمی توان تنها به تراکم خون در اندامهای مرکزی مربوط دانست. چرا که اگر چنین می بود شخص بایستی پس از خوردن غذای مفصل نیز که خون در معده متمرکز

* (Vegetative Currents)

میشود احساس اضطراب نماید. علاوه بر جریان خون، عامل دیگری نیز باید موجود باشد که بر حسب وظیفه بیولوژیکی خود؛ اضطراب، خشم و یا لذت را به وجود آورد. در این روند، جریان خون تنها وسیله و ابزار اساسی آن است. شاید این «عامل ناشناخته» وقتی جریان خون ناقص است به حرکت در نمی آید.

۵- فرمول اورگاسم: فشار و تنش ← پر بار شدن (شارژ) ← تخلیه (دشارژ) ← آرامش.

این «عامل ناشناخته» که من در جستجوی آن بودم چیزی جز «بیوالکتریسیته» یا الکتریستهٔ موجود زنده نمی توانست باشد. این موضوع زمانی که دربارهٔ عملکرد تماس و اصطکاک بین آلت تناسلی مرد با دیوارهٔ فرج (واژن) که در هنگام عمل مقاربت رخ میدهد فکر میکردم بر من روشن شد. تماس آلت جنسی یک روند اساساً بیولوژیکی است. این فرایند در همهٔ حیواناتی که تولید مثل آنان از طریق جفت گیری دو جنس مکمل صورت میگیرد وجود دارد. سطح یکی با سطح دیگری تماس پیدا میکند. در این روند تحریک بیولوژیکی به وقوع می پیوندد که همراه است با پر خون شدن، و «راست شدن» آلت تناسلی. بر اساس آزمایشات متخصص و پزشک برلینی کراوس (Kraus) معلوم شد که بدن از طریق فرایند الکتریکی اداره میشود. تعداد بیشمار غشاء سلول ها که بدن را تشکیل می دهند حاوی مایعات و الکترولیت ها بوده و دارای غلظت و ترکیبی متفاوت و منحصر بخود می باشند. طبق قوانین شناخته شدهٔ فیزیکی، فشار الکتریکی در سطح تماس بین غشاء و مایعات برقرار میشود. از آنجائیکه غلظت مایعات و ترکیب غشاء یکسان نیست، مقدار فشار نیز در نقاط مختلف غشاء متفاوت است و همزمان با آن اختلاف در مقدار پتانسیل نیز متفاوت است. این اختلاف پتانسیل را میتوان مشابه تفاوت انرژی دو جسم در ارتفاعی متفاوت دانست. شیئی که در

سطح بالاتری قرار دارد اگر به پائین سقوط کند نیروی حاصل از آن قادر به انجام مقدار کار بیشتری است تا شیئی که از ارتفاع کمتری سقوط کند. وزنی برابر با یک کیلو گرم اگر از ارتفاع سه متری به زمین رها شود قادر است میخی را به عمق بیشتری در زمین فرو بَرَد تا اینکه اگر از ارتفاع یک متری رها شود. «انرژی پتانسیل» در حالت اول بیشتر است و بنابراین «نیروی جنبشی» که از رها شدن نیروی پتانسیل حاصل میشود نیز بیشتر است. اصل اختلاف پتانسیل را میتوان به سهولت در مورد اختلاف تنش الکتریکی نیز بکار برد. اگر سیمی را از جسمی با بار الکتریکی بیشتر به جسمی با بار الکتریکی کمتر وصل کنیم، کوران اکتریکی از جسم اولی به سوی جسم دومی سرازیر خواهد شد. در این فرایند انرژی الکتریکی ساکن به کوران و جریان انرژی مبدل شده است. علاوه بر این تعادل بار الکتریکی بین این دو جسم به همان نحوی صورت میگیرد که تعادل مایع بین لوله های مرتبط. لازمهٔ تعادل انرژی، اختلاف پتانسیل انرژی است. بدن ما شامل میلیاردها سطح با پتانسیل های مختلف است. نتیجتاً انرژی در بدن از سطح بالا به سطح پائین در حرکت دائمی است. ذرات کوچک مایعات بدن، یونها، که ناقل بار الکتریکی هستند دائماً در حال برقراری تعادل انرژی میباشند. اینها اتم هائی هستند که مقدار ثابتی (کوانتم ثابتی) از بار الکتریکی را به همراه دارند و بسته به اینکه به سوی قطب منفی و یا قطب مثبت بگرایند به نام کاتیون و یا آنیون نامیده میشود. اکنون ببینیم همهٔ اینها چه ربطی به احساسات و روابط جنسی دارند؟

فشار (تانسیون) جنسی در سرتاسر بدن احساس میشود، ولی در ناحیهٔ قلب و شکم به صورت شدیدتری احساس میشوند. این هیجان و تحریک اندک اندک در نواحی اندام های جنسی متمرکز میشوند. این اندامها پرخون میشوند و بار الکتریکی در سطح اندام های تناسلی زیاد میشود. ما میدانیم که تحریکات جنسی که با لمس نقطه ای از بدن به وجود میآید به نقاط دیگر سرایت میکند و قسمت های دیگر بدن را تحریک می نماید. با بیشتر شدن تماس و اصطکاک، تنش و

هیجان مرتباً افزوده میشوند تا اوج هیجان جنسی، اورگاسم، حاصل میگردد. حالت اورگاسم با انقباضات و تشنجات غیر ارادی عضلات تناسلی و عضلات سرتاسر بدن مشخص میگردد. انقباضات عضلات با رهائی مقدار انرژی الکتریکی (دشارژ) همراه است. این مقدار انرژی رها شده را میتوان بصورت منحنی مبین آن ترسیم کرد. برخی از فیزیولوژیست ها معتقداند که اعصاب تحریکات را در خود ذخیره کرده و عضلات آنرا رها میکنند، زیرا عصب قادر به انقباض و رهائی انرژی نیست، در حالیکه عضله میتواند منقبض شود. فرایند تماس جنسی باعث میشود که ابتدا انرژی در بدن زن و مرد، ذخیره شده و سپس در حالت اورگاسم رها شود. بنابراین اورگاسم را میتوان پدیدهٔ رهائی انرژی الکتریکی تصور نمود. ساختار اندام های تناسلی، برای عملی ساختن حالت اورگاسم بسیار مناسب است زیرا این اندامها دارای عروق خونی بسیار، گانگلیون های عصبی متمرکز، قابلیت راست شدن و ماهیچه هائی که قادر به انقباض غیر ارادی می باشد هستند.

اگر این فرایند دقیقتر بررسی شود چهار مرحله در آن مشخص خواهد شد:

۱- پر خون شدن اندام ها: راست شدن همراه با تنش و فشار مکانیکی.

۲- فشار مکانیکی به نوبهٔ خود باعث تحریک شدید میگردد و فرض من بر آن است که این تحریک ماهیتی الکتریکی دارد و همراه با بار الکتریکی است.

۳- در اورگاسم، تشنج عضلات باعث رهائی تحریک جنسی میشوند؛ دشارژ الکتریکی.

۴- برگشت خون به بدن و آرامش اندام های تناسلی؛ آسایش مکانیکی اندام ها.

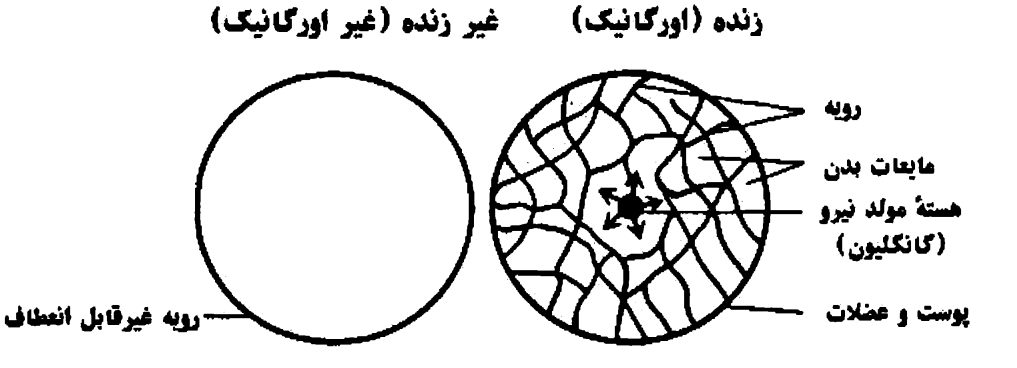
من این روند چهار مرحله ای را فرمول اورگاسم نامیده ام: تنش و فشار مکانیکی ـــــ بار الکتریکی (شارژ الکتریکی) ـــــ رها شدن بار الکتریکی (دشارژ الکتریکی) ـــــ آسایش مکانیکی.

فرایندی که بیان شد میتوان به سادگی ترسیم نمود. فرایند چهار مرحله ای اورگاسم طرز کار مثانهٔ طبیعی را که شش سال قبل از کشف فرمول اورگاسم

در خیال می پرورانیدم تأیید میکند.

دو کُره را در نظر بگیریم: یکی ساخته شده از فلز، سفت و غیر قابل انعطاف، دیگری نرم مانند لاستیک و قابل انعطاف، چیزی شبیه به موجود زنده مثل مثانهٔ خوکچه، آمیب، هشت پای دریائی و یا قلب.

دیاگرام نمایانگر کُره های زنده و غیر زنده



انرژی الکتریکی در کل بدن بطور نامساوی وجود دارد. این انرژی از هستهٔ مولد نیرو در درون موجود تولید میشود. کل موجود میتواند منقبض و منبسط شود.

انرژی الکتریکی فقط در سطح کره بطور یکسان وجود دارد. این انرژی از بیرون موجود القاء میشود. کل موجود خشك و غیرقابل انعطاف است.

کُرهٔ فلزی از درون تهی است. در حالیکهٔ کرهٔ زنده توسط سیستم پیچیده ای از غشاء ها و مایعات با غلظتهای متفاوت و قابل تغییر از نظر هدایت الکتریسته احاطه شده است. کرهٔ فلزی بار الکتریکی خود را از خارج میگیرد ولی کرهٔ زنده مثل مثانهٔ خوکچه هستهٔ مولّدی را در مرکز خود داراست که بطور خودکار عمل میکند و انرژی را از درون تولید میکند. از نظر قوانین فیزیکی، بار الکتریکی در کرهٔ فلزی تنها در سطح آن و بطور مساوی پخش میشود. در حالیکه مثانه در کُل دارای بار الکتریکی است. به علت تفاوت غلظت و تفاوت ماهیت مایعات و غشاء در مثانه، بار الکتریکی در یک نقطه زیاد و در نقطه ای دیگر کم است. در این سیستم، انرژی همواره از جائی متراکم به جائی کم تراکم در جریان است. بطور کلی همواره در جهت خاصی حرکت میکند، از هسته و منبع عمل بسوی محیط حرکت میکند. نتیجتاً مثانه تقریباً همیشه در حالت انبساط و انقباض است.

گاه گاهی به حالت کروی بر میگردد که در این حالت تنش رویه و سطح (Surface Tension) به کمترین مقدار تقلیل مییابد. اگر تولید انرژی از درون بسیار زیاد شود مثانه میتواند با انقباضات متعدد انرژی را رها کند و بطور خلاصه قادر به تنظیم انرژی است. اینگونه رهائی انرژی بسیار لذت بخش است زیرا موجود زنده را از فشار مسدود شده درونی رها میکند. اگر انبساط در جهت افقی باشد مثانه میتواند حرکات متفاوت و در عین حال منظم داشته باشد مثلاً میتواند با انبساط و انقباض، حرکات موجی داشته باشد مانند حرکات روده یا حرکات کرمها.



و یا کل بدن میتواند حرکاتی شبیه به حرکات مار که برای جلو رفتن انجام میدهد داشته باشد.



حرکات مثانه طبیعی که همراه بار الکتریکی است نمایانگر یگانگی و وحدت عمل است. اگر این مثانه قادر به درک خود میبود از حرکات متناوب و سیستماتیک و منظم که بصورت انبساط و انقباض است، احساس لذت میکرد. او مانند کودکی که شاد است و از مکانی به مکانی دیگر در جست و خیز است احساس لذت میکرد. در فرایند این تحرک و جست و خیز انرژی بیوالکتریکی با ازدیاد بار (تانسیون) و رهائی آن (آسایش) در نوسان است. این انرژی میتواند به گرما تبدیل شود و یا به انرژی مکانیکی و سینتیک و نتیجتاً به کار تبدیل گردد. این مثانه قابل انعطاف، با محیط خود احساس هماهنگی خواهد کرد. همان طور که کودک خردسال خود را با طبیعت هماهنگ حس میکند. در این حالت

تماس مستقیم با موجودات زنده دیگر برقرار است زیرا بر اساس هماهنگی احساسات و حرکات ریتمیک، موجود زنده خود را شبیه دیگران حس میکند. تنفر از حرکات طبیعی برای آنان احساسی ناآشنا است و حرکات غیر طبیعی برای آنان مفهومی ندارد. توسعه و انبساط از طریق تولید مستمر و بی وقفهٔ انرژی درونی مهیا و تضمین میگردد، همانطور که شکوفائی غنچه های گل و یا تقسیم سلولها به دلیل وجود نیروی پس از لقاح صورت میگیرد. علاوه بر این، حد و حصری نیز در عمل توسعه و رشد وجود نخواهد داشت. دستاوردها در مجموع در چارچوب خواستهای طبیعی و بیولوژیکی خواهد بود نه در مغایرت با آن.

توسعه و انبساط در جهت افقی در طول زمان باعث تثبیت شکل جدید موجود زنده میشود و اندام های حامی را بوجود میآورد (مانند اسکلت استخوانی). هرچند بعد از تثبیت شکل جدید، موجود زنده دیگر نمیتواند بشکل قبلی (کروی) برگردد ولی ضربان منظم آن از درون و قابلیت انعطاف آن در انبساط و انقباض همچنان ادامه مییابد. این روند، سوخت و ساز انرژی را تضمین میکند. وجود اندام های حامی مانند اسکلت استخوانی هر چند که میتوانند از حرکات طبیعی و خود به خودی موجود زنده جلوگیری کنند ولی به خودی خود مانع از آن نیستند. یکی از شرایط نابودی موجود زنده، حالت متحجر و انعطاف ناپذیر آن است. تحجر را میتوان به خشک شدن و یا گره خوردن بخشی از بدن حیوانی، مثل مار، تصور کرد. چنین تحجری در بخشی از بدن مار باعث میشود که حرکات موزون و منظم حیوان فوراً از بین بروند و نظم و وحدت امواج متحرک آن حتی در نقاطی که آزاد است مختل شوند.



بدن انسان و بدن جانوران نیز شبیه مثانه طبیعی فوق الذکر است. برای تصور روشن و کامل طرز کار این مثانه دستگاهی را در نظر بگیرید که بطور

خودکار قادر به پمپ کردن مایعات باشد، مثل دستگاه قلب و عروق که باعث جریان خون بطور مداوم و متناوب از مرکز به خارج و بالعکس میباشد. موجود زنده، حتی در مراحل اولیهٔ تکامل دارای اندامی است که انرژی بیوالکتریکی را در مرکز تولید کرده و به اطراف خود جاری میسازد. در جانوران پر سلولی این عمل توسط مجموعه ای از سلول های عصبی که به اصطلاح بنام «گانگلیون نباتی یا وجیتیتیو» نامیده میشوند انجام میگیرد. این سلول های عصبی با فاصله های منظم از یکدیگر و توسط تارهائی با اندام های دیگر مرتبط هستند و همهٔ اعمال غیر ارادی حیات را اداره میکنند. این اندام ها مسئول اعمال و احساسات نباتی (وجیتیتیو) هستند. گانگلیون های نباتی (مجموعهٔ سلول های عصبی) برقرار کنندهٔ وحدت و تشکل در بدن هستند که خود از دو گروه متضاد تشکیل شده اند. گروه سمپاتیک و گروه پاراسمپاتیک.

مثانه مورد بحث ما میتواند منبسط و منقبض شود. میتواند به درجه ای بسیار زیاد منبسط و سپس با چند انقباض دوباره به حالت آسایش برگردد. میتواند شل، آسوده، در تنش و یا تحریک شده باشد. میتواند بار الکتریکی را همراه با مایعاتی که هادی جریان هستند با مقادیر متفاوتی در جاهای متفاوت متمرکز سازد. میتواند قسمتهائی را در حالت تنش ممتد و قسمتهای دیگری را در حالت حرکتی ممتد نگه دارد. اگر کسی قسمتی از آنرا بفشارد، فشار (تانسیون) و بار الکتریکی زیاد شده و در ناحیهٔ دیگری خود را می نمایاند. اگر کسی آنرا در سرتاسر سطح آن بفشارد و فشار را ادامه دهد به عبارت دیگر از انبساط آن با وجود تولید بی وقفه انرژی از درون جلوگیری نماید، این مثانه در حالت اضطرابی افزاینده و دائمی خواهد بود. به عبارت دیگر خود را در بند شده و محدود حس خواهد کرد. اگر زبان سخن گفتن میداشت، برای نجات از این عذاب لب به تمنا می گشود. مثانه دیگر اهمیتی نمی داد که بر او چه خواهد گذشت، برای او همین بس میبود که حرکات دوباره برقرار گردند. در چنین حالتی او دیگر قادر به برقراری این حرکات با توسل به نیروی خود نخواهد بود،

کس دیگری لازم است که این مهم را برای او انجام دهد. مثلاً با پرت کردن او در هوا (ژیمناستیک)، با مالش او (ماساژ) و یا اگر لازم باشد با سوراخ کردن و چاقو زدن و پاره کردن او (فانتزی سوراخ سوراخ شدن) و یا با مصدوم و مجروح کردن او (فانتزی های مازوشیستی کتک خوردن و هاراکیری*) و اگر هیچیک از این اعمال فوق مؤثر نباشد به حل شدن و نابود شدن و از هم پاشیدن (حالت نیروانا و قربانی کردن خود) متوسل میگردد.

جامعه ای که متشکل از چنین مشانه هائی است، فلسفه هائی به غایت ایده آلیستی در مورد حالت های لازم برای «دوری از عذاب» درست خواهد کرد. چرا که هرگونه انبساطی به سوی لذت و یا هر حرکتی به منظور آن فقط میتواند برای او حرکتی دردناک باشد. مشانه دیگر از هر تحریک شادی آفرین و لذت بخش هراس خواهد داشت (اضطراب از لذت و شادی) و سپس به ساختن و پرداختن تئوری هائی مانند «گناه آلود بودن و شیطانی بودن و مخرب بودن لذت و شادی» دست خواهد زد. به عبارت دیگر مرتاض قرن بیستم خواهد شد. بالاخره نیز از هر نشانه ای که امکان آسایش و راحتی را ــ چیزی که همواره با شوق فراوان آنرا آرزو میکند ــ بیاد او آورد متنفر خواهد شد. و آخرالامر نیز هر که را که در این مورد سخن گوید تعقیب کرده و مقتول خواهد کرد. او با موجوداتی غریب، با ساختاری مشابه خود، سخت خشک و متحجر همدست شده و قوانین خشک و غیر طبیعی را برای زندگی بنا خواهد نهاد. این قوانین خشک تنها به منظور تضمین آن است که نیروی حیات بخش تولید شده در انسان به حداقل تقلیل یابد. مثلاً این قوانین متضمن سکوت، خاموشی، تمکین و پیروی و ادامهٔ عکس العمل های معمول روز است چرا که میخواهد نیروئی را مهار کند که نمایانگر حیات است. او بطور نامعقول سعی در مهار کردن نیروئی را دارد که به علت محرومیت از

* هاراکیری: رسم خودکشی از طریق پاره کردن شکم که سابقاً در ژاپن مرسوم بود.

رسیدن به شادی و لذت طبیعی انبار شده است و مثال اینگونه کوشش های نامعقول اختراع اعمال و مراسم بی معنا و زجرآوری است که حالتی ماشینی دارد و منظوری از آن نیز مترتب نیست. هدف های واقعی و منطقی خود به خود رشد کرده و توسعه مییابند و نیز از اینرو در کسانی که در راه رسیدن به این اهداف در حرکت اند شوق و شور ایجاد میکنند.

این مثانه غیر قابل انعطاف میتواند با رعشه ها و تشنجات ناگهانی تکان خورده و از این طریق نیروی مسدود شده و انبار شده را رها نماید. مثلاً میتواند رعشه های هیستریکی یا تشنجات صرعی پیدا کرده و یا از طرف دیگر میتواند کاملاً به خشکی گرائیده و متروک و ویران گردد، مانند حالت های اسکیزوفرنی (شیزوفرنی) کاتاتونیک.* در هر حال این مثانه همواره به درد اضطراب گرفتار خواهد ماند. هر حالت دیگر نیز نهایتاً از این اضطراب ناشی میشود، مانند خرافات گوناگون منسوب به مذاهب، ایمان به پیروی بی چون و چرا از حاکم مستبد و نابود کردن خود در شهادت های بی معنی. از آنجائی که هر چیزی در طبیعت در حرکت است و متغییر میباشد، توسعه مییابد و در انبساط و انقباض است، فردی که مانند مثانهٔ زره بند شده است چون خود قادر به انبساط و انقباض نیست به هر چیز طبیعی با نظری خصمانه خواهد نگریست و نسبت به آن بیگانه خواهد بود. او خود را «موجودی خاص»، «تافته ای جدا بافته» و متعلق به گروه و نژادی برتر خواهد انگاشت زیرا که ملبس به لباسی خشک است و به خیال خود نمایانگر «فرهنگ» و یا «نژادی» است که منافی طبیعت است و طبیعت را با نظری خوار و شیطانی خواهد نگریست.

در عین حال مثانه که هنوز آخرین پرتو کمرنگ طبیعت را در خود نهان دارد باید خود را نسبت به حالات غیر طبیعی علاقمند جلوه دهد و آنرا بصورت آرزو و آمال بنمایاند. او باید ارتباط طبیعت را با تشنجات بدن غیر قابل قبول

* شیزوفرنی کاتاتونیک: رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۵۱

انگارد و آنرا محکوم و مجازات کند. در عین حال او مشاغلی بر اساس هجویات (Pornography) می آفریند و به تضاد آن نیز آگاه نیست.

رابطهٔ بین تانسیون (تنش و فشار) و بار الکتریکی (شارژ) ایده هائی را به یکدیگر مربوط کرد که قبلاً در مطالعهٔ علوم طبیعی به فکرم خطور کرده بود. لازم بود درستی این روابط مورد آزمایش قرار گیرد. از نظر فیزیولوژی، تئوری من با آزمایشات مربوط به انقباض عضلات ثابت شده بود. انقباض در عضله را میتوان با تحریک الکتریکی ایجاد کرد. همچنین همانطور که گالوانی (Galvani) در آزمایشات خود ثابت کرد، انقباض عضله را میتوان با زخمی کردن آن و متصل کردن انتهای عصب به محل زخم ایجاد نمود. این انقباض همراه جریان الکتریکی است (Action Current) که قابل اندازه گیری کنی است. در عضلهٔ زخمی شده، کوران الکتریکی معمولی نیز برقرار است که هرگاه بخشی از سطح عضله سالم را به وسیلهٔ سیمی هادی مانند مس به سطح زخمی آن متصل کنیم، این جریان برقرار میشود و قابل اندازه گیری است.

در رشتهٔ فیزیولوژی مطالعهٔ انقباضات عضلات موضوع تحقیقات و آزمایشات مهمی در دهه های گذشته بوده است. نمی توانستم درک کنم که چرا محققین این رشته، رابطهٔ بین طرز کار عضلات و الکتریسیتهٔ موجود در بدن را درنیافته بودند. اگر دو نمونه از عصب و عضلهٔ متصل به آنرا تهیه کنیم و آنرا طوری بر روی هم قرار دهیم که عضلهٔ یکی با عصب دیگری در تماس باشد و سپس ماهیچه اولی را تحت تأثیر جریان الکتریکی قرار دهیم تا منقبض شود، عضلهٔ دوم نیز منقبض خواهد شد. انقباض عضلهٔ اول به علت تحریک الکتریکی مستقیم به آن است که سپس در این فرایند خود عضله جریان انرژی بیولوژیکی (Biological Action Current) بهم میزند. این به نوبهٔ خود بصورت تحریک الکتریکی بر عضلهٔ دوم عمل میکند و باعث انقباض عضلهٔ دوم و تولید جریان انرژی بیولوژیکی در آن میشود. از آنجائیکه عضلات بدن در تماس با یکدیگر هستند و از طریق مایعات بدن بسایر نقاط بدن مرتبط هستند، هر جریان الکتریکی در عضله ای از

بدن بر تمام بدن تأثیر می گذارد. البته تأثیر آن بسته به مکان و محل عضله و شدت تحریک اولیه دارد ولی همواره بر تمام بدن تأثیر میگذارد. این طرز عمل عضله را در عضلات تناسلی و در عمل اورگاسم میتوان به وضوح مشاهده کرد. شدت این انقباضات در حالت اورگاسم به حدی است که این تشنجات بر تمام عضلات بدن سرایت میکنند. در کتاب های علمی شرح و بحثی در این مورد وجود نداشت در حالیکه این مسئله ای بسیار مهم است.

نظری دقیق تر در طرز کار عضله قلب و منحنی مربوط به آن نظر مرا در مورد فرایند فشار (تانسیون) و بار الکتریکی (شارژ) مربوط به آن که عمل قلب را اداره میکند تأیید می نماید و جریان الکتریکی نیز بصورت موج الکتریکی از ناحیهٔ "Auricle" قلب تا رأس آن گسترش می یابد. انقباض عضلهٔ قلب با پُر شدن "Auricle" از خون و انبساط آن شروع میشود. در نتیجه انبساط و فشار «شارژ» و «دشارژ» الکتریکی، نهایتاً انقباض عضلهٔ قلب و فوران خون از شریان آئورت حاصل شود. داروهائی که باعث ازدیاد محتویات روده میشوند، حرکات دودی را در روده ها شدت می بخشند. تورم در درون روده بر سطح روده تأثیر تحریک کننده دارد که شبیه به تأثیر تحریک الکتریکی است. عضلات روده با حرکات دودی موزون منقبض و منبسط میگردند و این انقباض و انبساط سبب کار کردن روده ها و تخلیهٔ آن میشود. عمل مثانه نیز مشابه آن است. اگر مثانه از ادرار پر شود، منقبض شده و باعث تخلیهٔ محتویات خود میگردد.

شرحی که گذشت حاوی موضوع بسیار مهمی است که تا بحال از نظر دور مانده بود و میتوان آنرا دلیلی مهم برای رد طرز فکر «حکمت علل غائی» در زمینهٔ علوم طبیعی دانست. مثانه دستگاه ادراری از برای عمل ادرار کردن منقبض نمیشود تا که این عمل را به نیروی مافوق طبیعی و ناشناخته نسبت دهیم، بلکه انقباض آن مبنی بر اصل «علت و معلول» است و رابطه ای نیز به خواست آسمانی ندارد. مثانه منقبض میشود زیرا پر شدن آن بطور مکانیکی انقباض عضلات را در آن القاء میکند. این اصل را میتوان به اعمال دیگر بدن

نیز تعمیم داد. انسان عمل مقاربت جنسی را به دلیل «تولید مثل» انجام نمی دهد بلکه به علت تراکم مایعات که باعث پر بار شدن اندام های تناسلی و نتیجتاً احتیاج به رها ساختن بار است، انجام میدهد. این به نوبهٔ خود با ترشح مواد جنسی همراه است. از اینرو مقاربت جنسی برای تولید مثل نیست بلکه تولید مثل نتیجهٔ فرایند فشار و بار در اندام های تناسلی است. این موضوع ممکن است برای سردمداران فلسفه های اخلاقی دلتنگ کننده باشد ولی بازگو کنندهٔ واقعیت است.

در سال ۱۹۳۳ با کارهای آزمایشی بیولوژیست برلینی بنام هارتمن (Hartmann) آشنا شدم. در آزمایش های مخصوصی که با جنسیت گامت* ها (Gamet) در ارتباط بود، او نشان داد که طرز کار گامت نر و گامت ماده در عمل لقاح ثابت نیست. گامت نر ضعیف در مقابل گامت نر قوی مانند گامت ماده عمل میکند. هارتمن جواب این سئوال را که چه چیزی گروه بندی گامت های همجنس را تعیین میکند به دیگران واگذار کرد. او وجود «نوعی مادهٔ ناآشنا» را فرض نمود. در آن موقع من فهمیدم که گروه بندی گامت ها از طریق فرایند الکتریکی صورت میگیرد. چند سال بعد از آن توانستم این موضوع را از طریق آزمایشات الکتریکی بر بایون (Bion) ثابت کنم. گروه بندی در لقاح گامت ها که به طریق مخصوص انجام میگیرد، بر اساس نیروی بیوالکتریکی استوار است. هم زمان با انجام این آزمایش من مقاله ای از روزنامهٔ چاپ مسکو دریافت کردم. محققی (نام او در خاطرم نیست) موفق به نشان دادن این پدیده شده بود که تخمک ماده و سلول اسپرم مطابق با بار الکتریکی خود تولید موجودی نر یا ماده می نمایند.

بنا بر آنچه گفته شد، تولید مثل نتیجهٔ عمل جنسی است و بر عکس آن صحیح نیست. فروید نیز در فرق نهادن بین مفاهیم «جنسی (سکسوآل)» و تناسلی

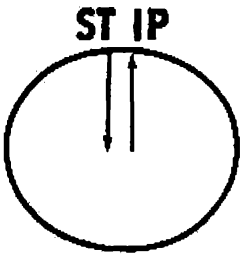
* گامت: سلول نر و یا ماده در گیاهان که عمل لقاح را انجام میدهند.

(ژنیتال) همین عقیده را داشت. ولی به دلائلی که بر من روشن نیست او بعداً اظهار داشت که «احساسات جنسی در بلوغ» به منظور تولید مثل است. هارتمن، با ارائهٔ دلائل ثابت کرده بود که احساسات جنسی عملکرد تولید مثل نیست بلکه عکس آن صادق است: تولید مثل نتیجهٔ عمل جنسی است. من به این بحث حالت سومی را نیز افزودم. بر اساس تجربیاتی که توسط زیست شناسان مختلف از طریق آزمایش به دست آمده بود می توانستیم بگوئیم که تقسیم سلولی تخمک مانند تقسیم سلول های دیگر، یک فرایند اورگاستیک (مربوط به اورگاسم) است. این تقسیم سلولی توسط رابطهٔ تنش و بار الکتریکی اداره میشود. نتیجهٔ این برداشت برای ارزیابی اخلاقی روابط جنسی بسیار روشن است: احساسات جنسی را دیگر نمی توان حادثه ای تأسف آور ولی الزامی جهت بقاء نسل دانست.

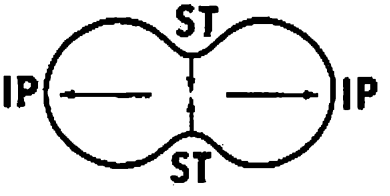
وقتی تخمک توسط عمل لقاح بارور میشود، وقتی که نیروی سلول اسپرم را جذب میکند، ابتدا در تنش و فشار قرار میگیرد، آب و مایعات جذب میکند، و غشاء آن تراوا میگردد. از این طریق فشار در غشاء سطحی (Surface Tension) و فشار درونی همزمان با هم زیاد میگردند. هر قدر که فشار محتویات درونی مثانه که در مثال بالا شبیه به تخمک است بیشتر گردد به همان نسبت نیز غشاء محیط بر آن در تنش بیشتری قرار می گیرد و نگهداری این ساختار مشکل تر میشود. اینها روندهائی هستند که بطور یقین در اثر مخالفت و تضاد فشار درونی و فشار غشاء رویه بوجود میآیند. چنانچه غشاء رویه بیشتر و بیشتر تحت فشار قرار گیرد، مثانه آخرالامر میترکد. در سلول تخمک بارور شده، فرایندی رخ میدهد که مختص موجود زنده است: تنش و انبساط محرک انقباض است. برزگ شدن تخمک نتیجهٔ جذب مایعات است. این رشد فقط میتواند تا یک حد مشخصی ادامه یابد. هستهٔ سلول شروع به تشعشع میکند، به عبارت دیگر از خود نیرو تولید میکند. گورویچ (Gurwitch) این پدیده را تشعشع میتوژنیتک (Mitogenetic Radiation) نامید. میتوز (Mitosis) یعنی تقسیم هستهٔ سلول. بعدها آموختم که چگونه تحرک حیات را در کشت های بایون بر اساس مقدار تشعشع و

نوع آن مشاهده و برآورد نمایم. در نتیجهٔ پر شدن درون سلول به منتها درجهٔ آن «فشار مکانیکی» ایجاد شده و همراه با آن بار الکتریکی تولید میشود. در نقطه ای مشخص غشاء سلول شروع به انقباض میکند. در واقع غشاء شروع به انقباض در نقطه ای از محیط را می نماید که دارای طویل ترین شعاع و بزرگترین محیط است و نتیجتاً بیشترین فشار را تحمل میکند. این همواره به نام خط استوا (Equator) و یا (Meridian of Sphere) نامیده میشود. این انقباضات آنطور که مشاهده میشود به طور مداوم و تدریجی نمی باشد بلکه فرایندی است متنازع و متضاد. تنش غشاء در نقطهٔ انقباض، با فشار درونی که به علت انقباض شدیدتر شده است در نزاع است. واضح است که فشار درونی و تنش غشاء (Surface Tension) بر همدیگر اثر تشدیدی متقابل دارند و همدیگر را تقویت میکنند. این خود باعث ایجاد ارتعاشات و انقباضاتی میگردد که قابل رؤیت است. هر چه انقباض بیشتر میگردد، فشار درونی نیز زیادتر میشود. اگر سلول تخمک میتوانست سخن گوید، اظهار اضطراب مینمود. به جز ترکیدن، تنها یک راه دیگر برای حل این تضاد درونی باقی است: تقسیم این سلول بزرگ با غشاء سخت کشیده خود به دو سلول کوچک تر که محتویات درون آنها همان محتویات سلول قبلی است که با سطحی به مراتب وسیع تر محیط شده است و نتیجتاً غشاء تحت فشار و تنش بسیار کمتری است. تقسیم سلول تخمک مطابق است با برطرف کردن و حل کردن مسئلهٔ فشار و تنش.

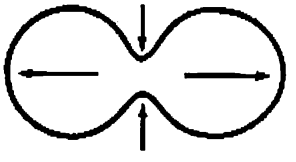
تقسیم سلول تخمك



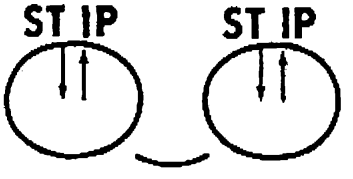
۱- تخمک



۲-فرایند آغاز تقسیم سلول



۳- اتمام فرایند تقسیم



٤- دو سلول مستقل

تنش غشاء =ST فشار داخل =IP

هسته سلول در هنگام درست کردن دوک (Spindle) از این پروسه میگذرد. درست شدن دوک از نظر بسیاری از زیست شناسان پدیده ای الکتریکی است. اگر برای ما اندازه گیری مقدار الکتریکی هسته سلول پس از تقسیم آن مقدور بود به احتمال بسیار زیاد می توانستیم رها شدن بار الکتریکی را تعیین کنیم. تقسیم سلول وقتی تعداد کروموزون ها در سلول های جدا شده با هم برابر شوند، تکمیل شده است. از اینرو تقسیم سلول نیز پیرو فرمول چهار مرحله ای اورگاسم است: فشار و تنش (تانسیون) ← بار الکتریکی (شارژ) ← رهائی بار (دشارژ) ← آرامش. این مهمترین پروسه در عملکرد موجود زنده است و از اینرو فرمول اورگاسم را میتوان «فرمول زیست» نیز نامید. من در آن موقع نمی خواستم مقاله ای در این باره منتشر نمایم ولی در چهارچوب تجربیات کلینیکی به انتشار مقالهٔ کوتاهی به نام (Die Fortpflonzumy Als Funktion der Sexualitat) که ناظر به تجربیات هارتمن بود به این موضوع اشاره کردم. این موضوع بقدری مهم بود که من تا تکمیل و جمع آوری دلائل و نتایج آزمایش هائی که آنرا تائید یا انکار

میکرد از انتشار هرگونه مطلبی در این مورد خودداری نمودم. بعداً توانستم روابط مهم موجود بین کوران گیاهی (وجیتیتیو)، انقباضات در موجود تک سلولی، و عمل و عکس العمل بین فشار غشاء و فشار درونی در مثانه طبیعی حاوی بار الکتریکی را نشان دهم.

٦ - لذت (انبساط) و اضطراب (انقباض) تضاد اساسی زیست گیاهی (وجیتیتیو)

در سال ۱۹۳۳ فرضیهٔ من در مورد وحدت بین عملکرد بدن و روان به طریق زیر شکل گرفت: عمل اساسی و بیولوژیکی انقباض و انبساط در هر دو مورد روان و تن وجود دارد. دو گروه پدیده های متضاد پدیدار گشت که نمایانگر عملکرد بیولوژیکی از عمق های متفاوت بود. تحقیقات و آزمایشات نشان میدهند که تحریک ها و حس های مختلف توسط اعصاب ایجاد نمیگردند بلکه توسط آن منتقل میشوند. تحریکات و حس های مختلف بیولوژیکی در موجود زنده وجود دارند. این تحریکات و حس ها مدت ها قبل از تکوین و سازمان یافتن سلسله اعصاب در موجود زنده وجود دارند. موجودات تک سلولی (Protozoa) اساساً همان اعمالی را از خود نشان میدهند که موجودات پر سلولی (Metezoa) و این در حالتی است که هنوز سلسله اعصاب در آنها سازمان نیافته است. دستاورد مهم کراوس و زوندک (Zondek) در نشان دادن این پدیده بود که مواد شیمیائی نه تنها اعصاب خودکار (اتونومیک) را تحریک و یا تحریک در آنرا کند میکنند، بلکه میتوانند جایگزین آنها نیز گردند. بر اساس این آزمایش «گراوس» چنین نتیجه گیری کرد که در مورد پر آب شدن (Hydration) یا خشک شدن (Dehydration) بافت ها عملکرد اعصاب، داروها و الکترولیت ها را میتوان به جای یکدیگر در سیستم بیولوژیکی جایگزین یکدیگر نمود. (این موضوع همانطور که قبلاً اشاره شد عملکرد اساسی حیات است).

جدول زیر نمایانگر اعمال سمپاتیک و پاراسمپاتیک در بدن انسان می باشد:

اعصاب وجیتیتیو (نباتی)

اعصاب وجتیتو	تاثیر کلی بر بافتهای بدن	تاثیر مرکزی	تاثیر محیط
الف ـ سمپاتیک	تقلیل فشار غشاء	ـ تحریک عضلات	انقباض رگهای
گروه کلسیم	کم شدن مایع (Dehydration)	منقبض کننده قلب	خونی
آدرنالین	عضلات مخطط؛ منقبض و یا	ـ تحریک و انقباض	
کلسترین	شُل می شوند	عضلهٔ قلب	
یون H -	کم شدن قابلیت تهییج الکتریکی		
	ازدیاد مصرف اکسیژن		
	ازدیاد فشار خون		
ب ـ پاراسمپاتیک	ازدیاد فشار غشاء	عضلات قلبی	انبساط رگهای
گروه پتاسیم	پر آب شدن (Hydration)	انبساط عضلات قلب	خونی
کولین	عضلات: ازدیاد قوام و		
لیسیتین	قابلیت ارتجاع		
یون OH	ازدیاد تحریک پذیری الکتریکی		
	کاهش مصرف اکسیژن		
	کاهش فشار خون		

جدول بالا نمایانگر موارد زیر است:

۱- تضاد (آنتی تز) بین گروه پتاسیم (پاراسمپاتیک) و گروه کلسیم (سمپاتیک): انبساط و انقباض.

۲- تضاد بین محیط و مرکز.

۳ـ همگونی عملکرد اعصاب سمپاتیک و پاراسمپاتیک با عملکرد موادی که باعث تحریک شیمیائی میشوند.

۴- ارتباط یک اندام از نظر انشعابات عصبی و ارتباط آن به کلّ بدن.

همانطور که قبلاً اشاره شد، همهٔ تحریکات بیولوژیکی و عکس العمل اندام ها را میتوان به مفهوم انبساط (طویل شدن و قطور شدن) و انقباض (جمع شدن و کوچک شدن) خلاصه نمود.

چگونه این دو عمل اصلی حیات به اعصاب خودکار (اتونومیک) مربوط میشوند؟ تحقیق در طرز کار پیچیدهٔ شاخه های عصبی اندام ها نشان میدهد که سلسله اعصاب پاراسمپاتیک همواره در جاهائی که انبساط و اتساع (دیلاتاسیون)، پرخونی و لذت باشد در عمل است. عملکرد اعصاب سمپاتیک از طرف دیگر و بر عکس حالت قبلی، در حالت هائی است که موجود زنده منقبض شده و خون از محیط به مرکز برگشته و رنگ پریدگی، اضطراب و درد ظاهر میشود. اگر به عمق این موضوع توجه کنیم پی می بریم که دستگاه عصبی پاراسمپاتیک در جهت انبساط و گسترش، در جهت برون آئی از خود به سوی دنیا، شادی و شعف و لذت است؛ در حالیکه دستگاه عصبی سمپاتیک در جهت انقباض، در جهت درون گرائی، ناخشنودی و غمگینی است.

فرایند زندگی شامل تناوب مداوم بین انبساط و انقباض است. بررسی های بیشتر نمایانگر یگانگی بین عملکرد پاراسمپاتیک و احساسات جنسی از یک طرف و عملکرد سمپاتیک و اضطراب و ناخشنودی از طرف دیگر است. ما می بینیم که در آزمون لذت، رگ های خونی در پوست منبسط میگردند، پوست سرخ رنگ میشود، آزمون لذت دارای طیفی است که از کمترین درجه شروع شده و حد اعلای آن بصورت اورگاسم جنسی است. در حالت اضطراب، رنگ پریدگی، انقباض رگ ها، احساس ناخوشنودی به موازات یکدیگر ظاهر میشوند. در حالت لذت، «قلب منبسط میگردد» (انبساط پاراسمپاتیک) و نبض آرام ولی دارای ماهیتی سالم و پُر است. در حالت اضطراب، قلب منقبض میشود و نبض تند و شدید است. در حالت اول خون از میان رگ های منبسط عبور میکند، از اینرو کار قلب آسان تر است. در حالت اضطراب خون از میان رگ های منقبض عبور کرده و نتیجتاً کار قلب سخت تر است. در حالت لذت خون عمدتاً در سطح بدن، در

محیط در جریان است، در حالت اضطراب، انقباض رگ ها باعث انباشته شدن خون در قلب میگردد. از اینرو به آسانی میتوان درک کرد که هنگام اضطراب حالت گرفتگی و خفقان احساس میشود و احساس خفقان همراه با اضطراب است. این مولّد حالت فشار خون در قلب و عروق است که علم پزشکی متداول تا به این حد نگران آن است. این فشار خون مطابق است با حالت کلی انقباض اعصاب سمپاتیک در موجود زنده.

	اضطراب	لذت و آسایش
رگ های سطحی	منقبض میگردند	منبسط میشوند
عمل قلب	تند تر میشود	کندتر میشود
فشار خون	بالا میرود	پائین می آید
مردمک چشم	گشاد میشود	تنگ میشود
ترشح بزاق	کم میشود	زیاد میشود
عضلات	حالت انقباض و یا فلج می یابند	حالت آسایش (تونیک) دارند

در بالاترین سطح آگاهی، انبساط بیولوژیکی به صورت آزمون لذت و انقباض بصورت ناخوشنودی احساس میشود. در حیطهٔ غرائز، انبساط به صورت تهییج و تحریک جنسی و انقباض بصورت اضطراب عمل میکند در سطح عمیق تر فیزیولوژیکی، انبساط مطابق با عمل پاراسمپاتیک و انقباض مطابق با عمل سمپاتیک است. مطابق کشفیات کراوس و زوندوک عمل پاراسمپاتیک میتواند با یون پتاسیم و عمل سمپاتیک با یون کلسیم جایگزین شود. از اینرو با اطمینان خاطر به نقطهٔ وحدت عمل بالاترین سطح احساسات روانی با عمیق ترین لایه های بیولوژیکی میرسیم.

در جدول ذیل دو گروه اعمال مطابق با عمق آنان تقسیم بندی شده است:

لذت و خوشنودی	اضطراب و ناخوشنودی
احساسات جنسی	اضطراب
پاراسمپاتیک	سمپاتیک
پتاسیم	کلسیم
لیسیتین	کلسترول
کولین	آدرنالین
یون OH	یون H
عملکرد انبساط	عملکرد انقباض

بر اساس این قاعدهٔ وحدت تضادی (Unitary Anthithesis) تن و فکر، مقداری از سوء تفاهمات قبلی در مورد سلسله اعصاب خودکار (گیاهی) روشن گشت. سابق بر این، سلسله اعصاب خودکار به ظاهر فاقد یکپارچگی و وحدت بنظر می آمدند. حتی در یک مورد گفته شد که سلسه اعصاب پاراسمپاتیک باعث انقباض عضلات میگردند، در مورد دیگر همین عمل به اعصاب سمپاتیک نسبت داده میشد. در برخی از موارد تحریک غدد داخلی را نتیجهٔ اعصاب پاراسمپاتیک می نامیدند (مثل غدد جنسی)، در موارد دیگر این عمل را منسوب به اعصاب سمپاتیک می دانستند (مثل غدد عرق). مقایسهٔ عمل اعصاب سمپاتیک و پاراسمپاتیک در جدول زیر برداشت غیر منطقی متخصصین را به روشنی آشکار می نماید.

در حین بررسی دو جهت مخالف انرژی بیولوژیکی، پدیده ای ظاهر شد که توجه بسیار کمی به آن شده بود. اعصاب وجیتیتیو سطحی به خوبی تشریح شده بود. ولی هنوز مرکزی را که نیروی بیولوژیکی در شرایط اضطراب آور در آنجا متمرکز میگردد ناشناخته مانده بود. باید مرکز وجیتیتیو (گیاهی) مخصوصی وجود میداشت که انرژی بیولوژیکی از آن ساطع گردد و به آن رجوع کند.

جواب این سئوال حلقه ای است که میتواند یافته های فیزیولوژی را به یکدیگر مربوط کند. درناحیهٔ شکم که به اصطلاح جایگاه و مرکز احساسات است،

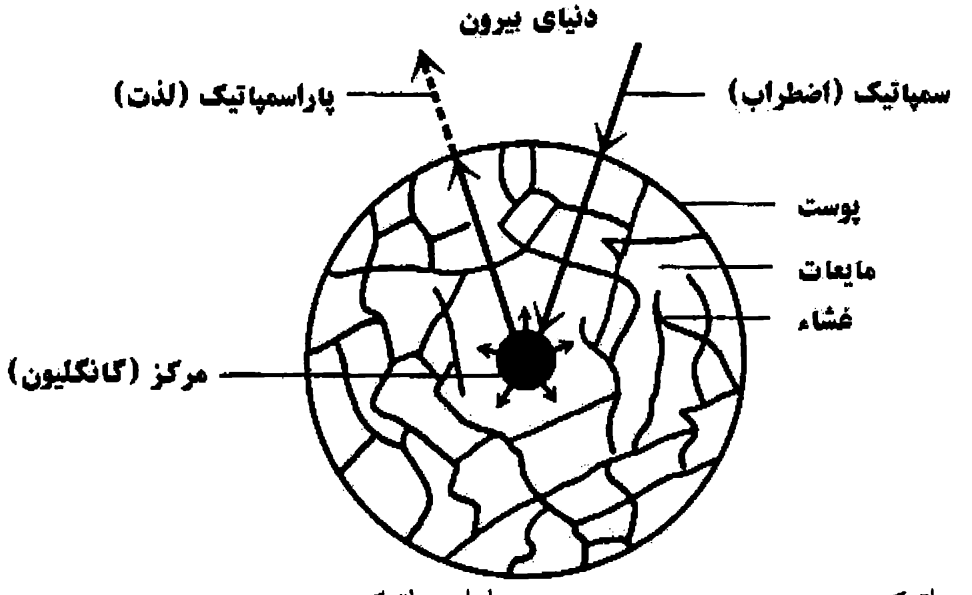
طرز عمل سلسله اعصاب خودکار (گیاهی) «اتونومیک»

تحریک سمپاتیک	اندام	تحریک پاراسمپاتیک
اثر بازدارنده بر اسفنکتر مردمک چشم دارد. مردمک گشاد میشود	عضلات ایریس (iris)	اثر تحریک کننده بر اسفکتر مردمک چشم دارد. تنگ میشود.
اثر بازدارنده بر غده اشکی «چشم ها خنک میشوند»، افسردگی	غده های اشکی (لاکریمال)	تحریک غده های اشکی «برّاقیت چشمها»، شادی
اثر بازدارنده بر غدد بزاق دارد. «خشکی و سوزش دهان»	غده های بزاق	تحریک و ازدیاد ترشحات غده های بزاق، «پر آب کردن دهان»
تحریک غده های عرق در صورت و در بدن، «نمناک شدن پوست و سردی آن»	غده عرق	اثر بازدارنده بر غده های عرق صورت و بدن «خشکی پوست»
انقباض سرخرگ ها، «عرق سرد» رنگ پریدگی، اضطراب	سرخرگ ها	فراخ شدن سرخرگ ها: سرزنده بودن پوست، ازدیاد قوام پوست بدون‌عرق کردن
عضلات ریشه موها تحریک میشوند: مو شکننده شده «سورمور» میشود «احساس لرز»	عضلات پیلور	اثر بازدارنده بر عضلات پیلور، پوست نرم و گرم میشود.
اثر بازدارنده بر عضلات نای و نایچه، برونش ها فراخ میگردند	عضلات نای و برونش (نایچه)	تحریک عضلات و انقباض آنها، برونشها تنگ میشوند

قلب را تحریک کرده، باعث طپش قلب و تند شدن ضربان آن میشود	قلب	آرامش عمل قلب: قلب آرام و ضربان آن کند میشود
حرکات روده (پریستالیز) معده را کند میکند، کاهش ترشحات غدد گوارش	دستگاه گوارش از مری تا به مقعد، کبد، لوزالمعده، کلیه ها و همهٔ غدد گوارشی	حرکات روده و معده را تحریک میکند، ترشحات غدد گوارش را زیاد میکند
ترشح غده آدرنالین را زیاد میکند: «حالت اضطراب»	غده های فوق کلیوی	ترشح غده آدرنال را کم می کند: حالت آسایش و خوشنودی
اثر بازدارنده بر عضلات مثانه، اثر تحریک کننده بر اسفکتر ادراری، اثر بازدارنده بر عمل ادرار کردن	مثانه و دستگاه دفع ادرار	عضلات مثانه را تحریک می کند، از انقباض اسفکتر جلوگیری میکند: تحریک عمل ادرار را باعث میشود
انقباض عضلات صاف، کاهش ترشحات غدد، کاهش جریان خون، فرج خشک میشود، احساس لذت جنسی کاهش مییابد	دستگاه تناسلی زن	انبساط عضلات صاف، تحریک غده ها، ازدیاد جریان خون، نمناک شدن فرج، ازدیاد احساس لذت جنسی
انقباض عضلات صاف بیضه ها (scrotum)، کاهش عمل غده ها کاهش جریان خون، شل شدن آلت تناسلی، کاهش میل جنسی	دستگاه تناسلی مرد	انبساط عضلات صاف، (scrotum)، ازدیاد ترشح غدد، ازدیاد جریان خون، راست شدن آلت تناسلی، ازدیاد میل جنسی

مراکز مولد انرژی دیده میشوند. اینها مراکز بزرگ سلسله اعصاب خودکار (اتونومیک) هستند. مهمترین آنها شبکهٔ خورشیدی (Solar Plexus)، شبکهٔ هیپوگاستریک و شبکهٔ لومبوساکرال می باشند. نظری به تشریح سلسله اعصاب گیاهی ما را متقاعد میکند که مراکز گیاهی (گانگلیون های وجیتیتیو) (Vegetative Gonglions) در ناحیهٔ شکم و ناحیهٔ تناسلی بیشترین تراکم را دارا هستند. دیاگرام زیر نمایانگر رابطهٔ عملکرد بین مرکز و محیط است.

دیاگرام «الف» نمایانگر عملکرد سلسله عصبی گیاهی



سمپاتیک	پاراسمپاتیک
انقباض و کوچک شدن	انبساط
کاهش قوام	ازدیاد قوام و قدرت
ازدیاد تنش در مرکز	کاهش تنش در مرکز
مسدود شدن	باز شدن
دوری از دنیا و فرو رفتن در خود	گرایش بسوی دنیا و دور شدن از خود
اضطراب، رنگپریدگی، عرق سرد	تحریک و هیجان جنسی، پوست گرم و سرخ رنگ
جریان انرژی از محیط به مرکز	جریان انرژی از مرکز بسوی محیط

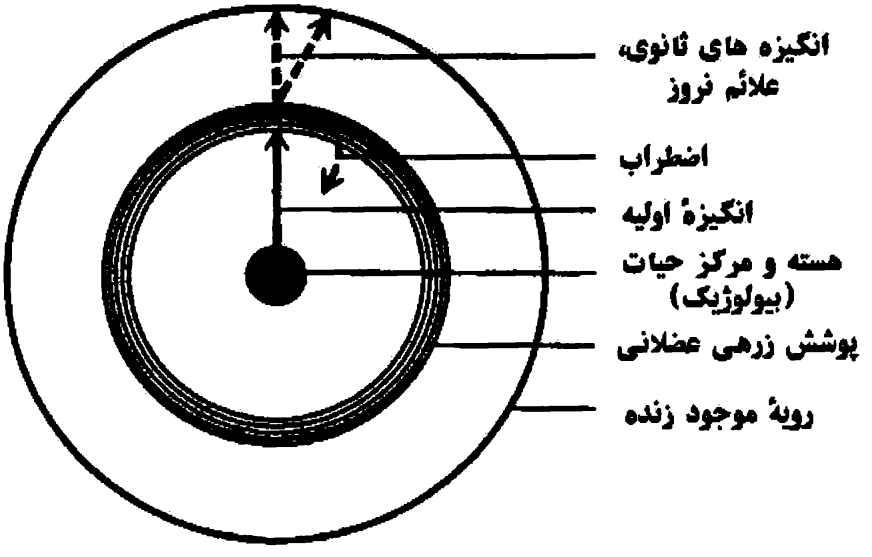
سمپاتیک و فشارخون ← فرایند زندگی، نوسان بین ← پاراسمپاتیک و آسایش

سعی در یافتن معنی و مفهومی در مشاهداتی که ظاهراً با یکدیگر مربوط نبودند هنگامی به نتیجه رسید که من در مورد انشعابات عصبی خودکار اندام ها به تتبع پرداختم. این تتبع نخست در مورد انبساط بیولوژیکی و سپس در مورد انقباض در تمام بدن موجود بود. من از خودم این سئوال را کردم: عکس العمل هر اندامی در حالت های اضطراب چیست و نقش سلسه اعصاب خودکار (اتونومیک) در این روند چیست؟ وقتی به این موضوع با در نظر گرفتن عملکرد تمام بدن بنگریم انشعابات عصبی به ظاهر متضاد کاملاً معقول و منطقی خواهند نمود.

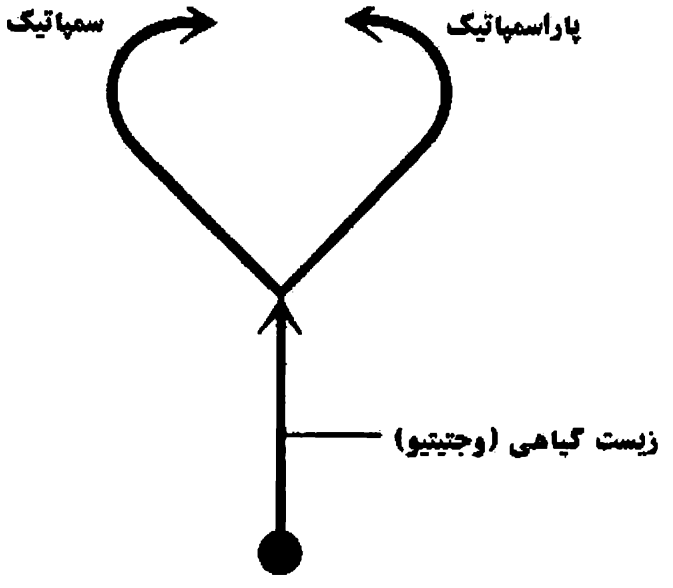
صحت این برداشت را میتوان در تضاد بین شاخه های عصبی قلب مشاهده کرد؛ در این سیستم، قلب به صورت مرکز و عروق خونی و عضلات آن به صورت محیط آن عمل میکنند. سلسله اعصاب پاراسمپاتیک، عروق خونی را فراخ می نمایند که بنوبهٔ خود جریان خون را در محیط آسانتر کرده و جریان آنرا افزایش میدهد. همچنین شدت کار قلب کاهش مییابد. سلسله اعصاب سمپاتیک عروق خونی محیطی را منقبض کرده و نتیجتاً جریان خون در محیط دشوار میگردد، از طرف دیگر باعث تحریک قلب میگردند. در نگرش کلی موجود زنده، تضاد عملکرد شاخه های عصبی قابل درک می نماید، چرا که در حالت اضطراب قلب باید بر افزایش مقاومت رگ های محیطی فائق آید. در حالیکه در حالت لذت و خوشنودی قلب میتواند به آرامی و به راحتی کار کند. تضاد عملکرد (آنتی تز) بین مرکز و محیط وجود دارد.

برای روشن شدن عملکرد سمپاتیک در حالت اضطراب باید این موضوع را در نظر داشته باشیم که همان سلسله اعصابی که مانع از ترشحات بزاق میشوند، غدهٔ آدرنال را تحریک کرده و باعث ازدیاد ترشح آن میشوند (به عبارت دیگر باعث اضطراب میگردند). این موضوع در مورد مثانه ادراری نیز صحت دارد. سلسله اعصاب سمپاتیک عضلاتی را که مانع ادرار کردن هستند تحریک و منقبض میکند. سلسله اعصاب پاراسمپاتیک بر عکس سمپاتیک عمل میکنند و

باعث باز شدن و یا انبساط همان عضله میشوند. این موضوع نیز مهم است که در حالت لذت مردمک چشم تنگ میشود (توسط شاخه های پاراسمپاتیک شبیه به دیافراگم دستگاه عکاسی) و در نتیجه بر دقت دید می افزاید. از طرف دیگر در حالت فلج هیستریکی که به علت اضطراب ایجاد میشود، بینائی شخص مغشوش و نیمه روشن می گردد، زیرا مردمک چشم فراخ شده و دقت دید کاهش می یابد. بسط و گسترش اعمال اتونومیک (اعصاب خودکار) به اعمال اساسی بیولوژیکی انبساط و انقباض در تمام بدن، مسلماً گامی مهم به پیش و همچنین تجربه ای بود از قوام وصحت فرضیه ای که بر اساس عملکرد بیولوژیکی ارائه کرده بودم. مطابق

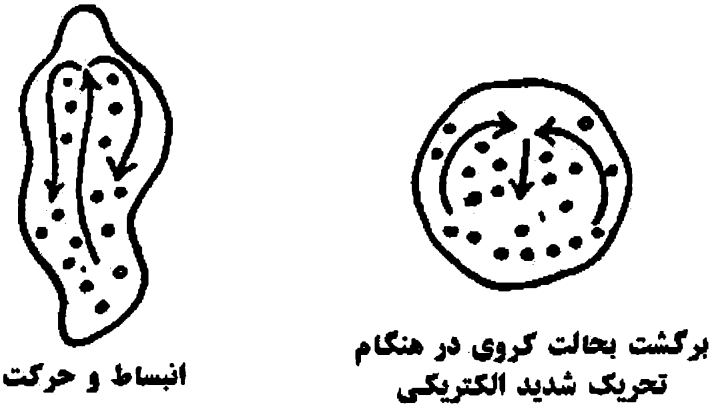


دیاگرام ب ـ همان عملکرد در موجود زنده که با پوشش زرهی محصور است. ممانعت از بروز انگیزه های طبیعی و اولیه به بروز انگیزه های ثانوی و اضطراب می انجامد.



دیاگرام پ ـ دیاگرام نمایانگر وحدت و تضاد
در سلسه اعصاب خودکار (گیاهی)

این فرضیه، سلسله اعصاب پاراسمپاتیک، اندام ها را تحریک کرده و در آنها انقباض و انبساط ایجاد میکنند ولی در هر حال این تحریک در جهت آرامش و لذت است. از طرف دیگر اعصاب سمپاتیک اندام های بدن را در جهتی تحریک می کنند که مطابق است با حالت انقباض و اضطراب در کل بدن. این موضوع به ما امکان میدهد که فرایند حیات را دریابیم. تنفس و حرکات مربوط به آن حالت انقباض و انبساط دائمی موجود زنده است در این حالت موجود بطور مداوم و متناوب بین حالت انبساط پاراسمپاتیک (بیرون آمدن هوا از ریه ها) و انقباض سمپاتیک (فرو رفتن هوا در ریه ها) نوسان میکند. در استقراء از این پدیده های نظری من تصور حرکات متناوب آمیب و یا ستارهٔ دریائی و یا قلب جانوران را می نمودم. عملکرد تنفسی پیچیده تر از آن است که شرح آن در اینجا بر اساس یافته های جدید بگنجد.



جریان حرکت پلاسما در آمیب در حالت انبساط و انقباض

اگر نوسان بیولوژیکی در یک جهت و یا در جهت دیگر مختل گردد مثلاً اگر حالت انبساط و یا انقباض بر حالت دیگر تفوق یابد تعادل بیولوژیکی تمام بدن مختل خواهد شد. ادامه و تفوق حالت انبساط نمایانگر ازدیاد مجموع عملکرد پاراسمپاتیک(Parasympatheticotonia) می باشد. درمقابل ادامهٔ حالت اضطراب و انقباض نمایانگر ازدیاد عملکرد سمپاتیک(Sympatheticotonia) می باشد. از اینرو همهٔ حالت های بدنی که از نظر بالینی تحت عنوان ازدیاد فشار خون عروق (Cardiovascular Hypertension) طبقه بندی شوند با ازدیاد عملکرد مزمن سمپاتیک و اضطراب مزمن توجیه میگردند. در مرکز این اضطراب مزمن و این ازدیاد عملکرد مزمن سمپاتیک، اضطراب اورگاسم قرار دارد، و آن واهمه و وحشت از انبساط و ترس از تشنجات غیر ارادی است.

مقاله ها و کتابهای فیزیولوژی شامل گزارشات باارزش و تحقیقات فراوانی در رابطه با پدیده های اعصاب خودکار (اتونومیک) هستند. توفیق تئوری اقتصاد جنسی نه بعلت کشف پدیده های جدید درمورد اعصاب خودکار بلکه به علت تحلیل نتایج آزمایشهای قبلی درمورد طرز کار و شاخه های اعصاب خودکار و ارتباط آن به قاعده ای اساسی و ساده بود. تئوری اورگاسم به درک چگونگی عملکرد موجود زنده کمک مهمی کرده است. درک این ارتباط و وحدت به کشف پدیده های جدید منجر شد.

من مقالهٔ کوتاهی تحت عنوان(Der Urgegensatz des Vegetativen Lebens) نوشتم و آنرا در سال ۱۹۳۴ در مجلهٔ (Zeitschrigt fur Politische Psychologie und Sexual Okonomie) در دانمارک منتشر کردم. این مجله پس از قطع رابطه من با مجمع بین المللی روانکاوان منتشر شد. سالها بعد از انتشار این مقاله ها متخصصین بیولوژی و روانپزشکی به آنها توجه کردند.

گزارش جامع اقدامات تأسف آور کنگرهٔ روانکاوان در سیزدهمین نشست خود در لوسِرن (Lucerne) در اوت ۱۹۳۴ در مجلهٔ فوق داده شده است. از اینرو من در اینجا فقط اشارهٔ مختصری به این موضوع مینمایم. وقتی من به لوسِرن رسیدم، منشی مجمع روانکاوان آلمان به من اطلاع داد که من در سال ۱۹۳۳ پس از انتقال به وین، از این مجمع اخراج شده ام. آنها مرا از این تصمیم خود مطلع نکرده بودند وکسی نیز لازم ندانسته بود که علت اخراج مرا به من توضیح دهد. بالاخره به من گفتند که کار من در روانشناسی توده ها* که دربارهٔ مبارزه علیه فاشیسم و مبارزه با جهت‌گیری های غیرمنطقی رهبران وقت بود مرا در موقعیتی آسیب پذیر قرار داده و از اینرو عضویت من در مجمع روانکاوان بین المللی بی اعتبار گشته است. چهار سال بعد، فروید خود مجبور شد از وین به لندن بگریزد و گروههای روانکاوی توسط فاشیستها مضمحل شدند. من میتوانستم با الحاق به گروه روانکاوان نروژی عضویت خود را در مجمع بین المللی حفظ نمایم. ولی به منظور حفظ استقلال خودم از توسل به این طریق سر باز زدم. نتیجتاً من از تماس با همکاران قبلی خود پرهیز نمودم. رفتار آنها نه صمیمانه تر و نه خصمانه تر از معمول در چنین موقعیت هائی بود. مقداری شوخ طبعی مبتذل چیزی است که برای سرپوش گذاردن به یک چنین موضوعی به کار گرفته میشود. تنها یک روانکاو در میان شرمساری دیگران، به این تشخیص درخشان

* کتاب روانشناسی فاشیسم در توده ها(Mass Psychology of Fascism) نوشتهٔ دکتر رایش چند سال قبل از آن منتشر شده بود.

توفیق یافت که من خود مبتلا به شیزوفرنی هستم. او بسیار مشتاق بود که تشخیص خود را مکرراً به گوش جهانیان برساند. بهرحال چون من میدانستم که کلید عملکرد بدنی (بیولوژیکی) بیماری روانی نروز را در دست دارم، لزومی برای خشم و غضب در مقابله با اینگونه اعمال زشت و مذبوحانه نمیدیدم.

فصل هشتم

عکس العمل اورگاسم و تکنیک تحلیل شخصیت و درمان گیاهی (وجیتیتیو)

۱- حالت های عضلانی

در درمان به طریق تجزیه و تحلیل شخصیت (کاراکتر)، ما بطور سیستماتیک آغاز به شناسائی و جدا کردن طرز برخوردها و طرز رفتارهای درهم آمیخته و بهم پیچیده فرد می نمائیم. سپس یک به یک عمل دفاعی آنرا و مفهوم و تأثیر روزمرهٔ آنرا برای بیمار افشاء می کنیم. منظور ما رهائی احساسات و عواطفی است که زمانی در گذشته از ظهور آن ممانعت شده است. این هدف با شُل شدن قشرهای متحجر شخصیت به دست می آید. هر تحلیل صحیح قشری از اقشار شخصیت ابتدا باعث رهائی احساسات و عواطف ادغام شده در آن به صورت اضطراب و خشم می گردد. این احساسات رها شده نیز خود به عنوان مکانیزم دفاعی روانی تلقی شده و آخرالامر ما موفق به برقراری حساسیت طبیعی (بیولوژیکی) و تحرک جنسی در بیمار میگردیم. از این رو با تحلیل حالات مزمن شخصیتی ما عکس العمل هائی در سلسله اعصاب خودکار (وجیتیتیو) ایجاد می کنیم. هر چه تجزیه و تحلیل شخصیت همراه با رهائی انرژی بیشتری باشد درمان نیز کامل تر خواهد بود و نه تنها حالات شخصیتی و طرز رفتار بیمار تغییر میکند، بلکه حالات عضلانی او نیز بهبود می یابد. این باعث میشود که بخشی از کار ما از حیطهٔ روانی به تحلیل حالات زره عضلانی تغییر جهت دهد. البته این موضوع روشن بود که خشکی عضلات لزوماً «نتیجه» و یا «مبین» و یا «پدیده» ای

همزمان با مکانیزم سرکوب احساسات نمی باشد. در تحلیل نهائی من نمی توانستم از این گمان که خشکی و سفتی بدن مهم ترین نقش را در سرکوب احساسات دارا است چشم پوشی کنم. همهٔ بیماران به ما می گفتند که در دوره ای از کودکی از طریق رفتاری مخصوص و غیر ارادی (وجیتیتیو) آموخته بودند که از بروز احساسات خود خودداری کنند. این رفتار شامل حبس کردن نفس در سینه، منقبض کردن عضلات شکم و ازدیاد فشار در آن و غیره بود. از این طریق آنها آموخته بودند که خشم، نفرت، اضطراب و یا عشق خود را مخفی کنند. تا به حال روانشناسی تحلیلی در مورد این موضوع تحقیق میکرد که کودک چه انگیزه ای را واپس میزند و علل واپس زدن آن چیست و چرا کودک می آموزد که این انگیزه ها را مخفی کند. موضوعی که روانشناسی به آن توجه نکرده بود این بود که چگونه کودک به جدال با این انگیزه ها بر میخیزد. در واقع روند فیزیولوژیکی سرکوب امیال است که شایستهٔ توجه بسیار است. جای بسی حیرت است که چگونه شل شدن و آسایش حالت خشک عضلانی نه تنها باعث رهائی نیروی نباتی (وجیتیتیو) میگردد بلکه بالاتر از آن خاطره های فراموش شده ای را به یاد شخص می آورد که از زمان کودکی در خفا بوده اند. میتوان گفت که هر نمونه از خشکی عضلانی، تاریخچه و مفهوم این خشکی را نیز در خود ادغام کرده است. دیگر لازم نبود که از طریق خواب ها و تداعی معانی علت به وجود آمدن زره عضلانی را درک کنیم. بلکه زره بند عضلانی خود به شکلی است که تجربه های آسیب زا در کودکی را بصورت عیوب و نقائص شخصیتی در خود محفوظ می دارد. مثلاً نروز تنها بیان کنندهٔ ناهنجاری تعادل روانی نیست، بلکه به مفهوم عمیق تر و صحیح تر، مبین ناهنجاری تعادل و قابلیت تحرک طبیعی شخص و ناهنجاری تعادل نباتی (وجیتیتیو) او می باشد.

واژهٔ ساختار روانی (Psychic Structure) در طول سال های گذشته مفهوم خاصی یافته است. این واژه مبین خصوصیات عمل ها و عکس العمل های انعکاسی (غیرارادی) شخص می باشد. یعنی آنچه که از جنگ و جدال نیروهای متضاد در

درون او حاصل میشود. به عبارت دیگر ساختار روانی در آن واحد ساختار بیوفیزیولوژیکی نیز می باشد که نمایانگر حالات خاصی است از تأثیر نیروهای درونی و نباتی و «وجیتیتیو» شخص بر همدیگر. شکی نمی توان داشت که آنچه امروز مردم آنرا به عنوان «خُلق و خو» و یا «مزاج» و یا «جوهر» می نامند روزی رفتار اکتسابی نباتی (وجیتیتیو) خواهند نامید. تحقیق در ساختار و بازسازی شخصیت که ما مدعی آنیم، چیزی جز تغییر تأثیر نیروهای نباتی (وجیتیتیو) نیست.

برای درمان به طریق تحلیل و تجزیه شخصیت (آنالیز کاراکتر) حالات عضلانی اهمیت مخصوصی پیدا میکنند. این طریقه راه میان بری را ارائه کرده که توسط این روش میتوان از عبور از ساختار پیچیدهٔ روانی صرف نظر نمود و مستقیماً از طریق حالات عضلانی و بدنی به احساسات نهفته راه گشود. از این طریق احساسات و عواطف سرکوب شده قبل از خاطره های پنهان که متصل به این احساسات هستند ظاهر میگردند. اگر حالات انقباض عضلانی و تظاهرات آنها به درستی درک و تحلیل شود، این روش مطمئنی برای آزاد شدن احساسات و عواطف خواهد بود. هرگاه برای رهائی احساسات و عواطف فقط در حیطهٔ روانی بکار مشغول شویم این احساسات و عواطف تنها بصورت اتفاقی و «شانسی» رها می شوند. درمان از طریق تجزیه و تحلیل شخصیت در قشرهای متحجر شخصیتی، درمانی است مؤثرتر و کامل تر برای تحلیل و از بین بردن حالات عضلانی مترادف آن. خودداری روانی و حالت دفاعی آن در بسیاری از موارد از طریق سست شدن مستقیم حالت دفاعی بدنی و انقباض عضلانی قابل تحلیل می گردند و درمان می یابند. حالات عضلانی شخص، همان است که به نام «طرز برخورد و رفتار و حالات صورت» نامیده میشود. در بسیاری از موارد نمی توان تشخیص داد که آیا بیمار از نظر عضلانی منقبض است (هیپرتونیک) یا نه. معهذا حالت بدنی در مجموع و یا بخشی از آن مبین کیفیت خاصی است. برای مثال پیشانی شخص ممکن است بی حالت به نظر آید و یا لگن خاصره حالتی

مرده را به نظر آورد. شانه ها ممکن است سفت و یا سست بنمایند. برای ما آسان نیست که بگوئیم کدام حالت و یا چه رفتاری نمایانگر کدام وضعیت درونی است و همچنین یافتن کلمات و جملات مبین آن نیز آسان نیست. در رابطه با این موضوع باید فقدان عکس العمل های خود به خودی و غیر ارادی را نیز در کودکان که در سنین بین چهار و یا پنج سالگی به وقوع می پیوندد یادآوری کنیم. از دست دادن این عکس العمل های طبیعی و غیر ارادی مهمترین و اولین نشانهٔ سرکوب نهائی احساسات جنسی در آنان است. این حالت همواره به صورت «مردن» و یا «محصور بودن» و یا «مومیائی بودن» بیان میشود. در بعضی از حالت ها احساس مردن و یا بی روح بودن بعد ها به صورت حالت های ظاهری روانی که این بی روحی را می پوشاند، مانند شادی و شعف مصنوعی و یا معاشرت های بی محتوی ظاهر میشوند.

انقباض عضلانی، جنبهٔ بدنی روند سرکوب احساسات و خواست های روانی است و پایهٔ تداوم آن است. هرگز یک عضله به تنهائی منقبض نمی شود بلکه انقباض در گروهی از عضلات که از نظر نباتی و عملکرد یکی هستند رخ می دهد. مثلاً هرگاه احساس گریستن سرکوب گردد، تنها لب زیرین منقبض نمی شود بلکه کلیه عضلات لب ها و دهان و آرواره همچنین عضلات حلق نیز منقبض می گردند، خلاصه اینکه همهٔ عضلات و اندام هائی که برای گریستن با هم همکاری میکنند متأثر می گردند. در اینجا یادآور می شویم که افراد هیستریک علائم بدنی خود را مطابق با تقسیم بندی تشریحی آن (آناتومی) ظاهر نمی نمایند، بلکه تظاهر علائم بدنی آنان مطابق با عملکرد گروه اندام ها است. سرخ شدن صورت در حالت مخصوص روانی، به علت تأثیر یک سرخرگ واحد مطابق با انشعابات شریان های آن نمی باشد، بلکه کلیهٔ رگ های سر و گردن را در بر می گیرد. عملکرد نباتی بدن از تقسیم بندی های آناتومی و منشعبات آن بی خبر است. حالت و رفتار کل بدن میتواند در یک کلمه یا عبارت که دیر یا زود در حین درمان تحلیل شخصیت ظهور میکند خود را بنمایاند. عجب آن است که

معمولاً نیز این کلمات و واژه ها از دنیای جانوران به عاریت گرفته میشوند مانند «روباه، خوک، مار، کرم و غیره...». گروه عضلانی منقبض شده عملکرد خود را ظاهر نمی کند مگر وقتی که کار تجزیه و تحلیل آن بطور منطقی روشن گردد. مثلاً کوشش در تحلیل و از بین بردن تنش درون شکم در ابتدای درمان، کوششی بی نتیجه و بیهوده است. تحلیل و از بین رفتن انقباض عضلانی پیرو قانون مخصوص خود است و شرایط خاص خود را لازم دارد که همهٔ آنها نیز هنوز شناخته شده نیست. قضاوت در این مورد تا آنجائی که تجربه ها اجازه می دهند، چنین است که تحلیل زره عضلانی قاعدتاً از ناحیه ای از بدن که دورترین فاصله را به اندام های تناسلی دارد، معمولاً سر و گردن شروع میشود. حالت صورت همواره گویاترین و مشهودترین آنهاست. حالت صورت و آهنگ صدا از جمله اعمالی است که خود شخص همواره مواظب آن است و به دقت به آن توجه کرده و آنرا حس میکند. حالت های لگن، شانه ها و شکم معمولاً حالت هائی پوشیده هستند.

اکنون میخواهم مهمترین خصوصیات و مکانیزم های عملکرد تعدادی از حالت های عضلانی را توضیح دهم. فهرست این حالت ها بیشتر از آن است که در زیر ذکر شده است.

۱ - سر و گردن:

سر دردهای شدید یکی از علائمی است که در بسیاری از بیماران وجود دارد. درد غالباً در ناحیهٔ بالای گردن و بالای چشم ها و در پیشانی متمرکز است. در روان درمانی، این سردردها را ضعف اعصاب می نامند. چگونه و از چه روئی این سردردها بوجود آمده اند؟ اگر کسی گویی مدام منتظر و آمادهٔ تحمل ضربه به سر و صورت باشد و برای مدتی طولانی عضلات گردن را تحت فشار قرار دهد و آنرا منقبض کند به زودی احساس درد در ناحیهٔ پوست سر خواهد

کرد. در واقع درد در بالای عضلات منقبض شده است. از اینرو علت درد پشت سر را میتوان به انقباض بیش از حد عضلات گردن مربوط دانست. این حالت گویای اضطرابی مداوم است؛ گوئی خطری دائماً شخص را از قفا تهدید میکند، مثل اینکه قرار است او را از پشت گردن گرفته و به زمین کوبند. سردردهائی که در ناحیهٔ بالای حدقهٔ چشم ها که گاهی نیز بصورت نواری تنگ و فشار دهنده در دور سر احساس میشود، در اثر بالان بردن مداوم ابروها به وجود می آید. این احساس درد و فشار را میتوان با بالا نگهداشتن ابروها برای مدتی طولانی بطور مصنوعی به وجود آورد. همچنین این حالت باعث به وجود آمدن فشاری مداوم بر عضلات پیشانی و عضلات دیگر سر می باشد. این حالت مبین اضطراب مداوم در چشمان شخص است. چشم هائی که از ترس همواره حالتی فراخ دارند.

اساساً این دو علامت که در حالت سر و گردن متجلی است به یکدیگر مربوط هستند. در حالت وحشت ناگهانی، چشم ها شدیداً باز و فراخ می گردند و هم زمان با آن عضلات پوست سر نیز کشیده و منقبض میشوند. صورت بعضی از بیماران حالتی دارد که میتوان آنرا با واژهٔ «باد در سر داشتن» و «مغرور بودن» توصیف کرد. تحلیل این حالت روشنگر حالت دفاعی آن در مقابل اضطراب و ترس است که در صورت شخص نمایان میشود. بعضی از بیماران به پیشانی خود حالت متفکرانه می دهند. مشکل است چنین بیماری را پیدا کرد که در کودکی فکر و خیال نابغه بودن در سر نپرورانده باشد. معمولاً این حالتی است دفاعی بر ضد اضطراب که غالباً در اضطراب از استمناء ریشه دارد. در بعضی از بیماران دیگر پیشانی به صورت صاف و بی احساس نمایان میشود. ترس از ضربه خوردن به سر و صورت معمولاً چنین حالتی را در پیشانی به وجود می آورد.

موضوعی که دارای اهمیت به مراتب بیشتری است و بیشتر نیز مشاهده میشود، انقباض دهان و آرواره و حلق است. صورت بسیاری از مردم حالتی مانند نقاب دارد. آرواره پهن به نظر میرسد و به جلو کشیده شده. قسمتی از گردن که بلا فاصله پس از آرواره است بی روح و مرده به نظر می آید. دو عضلهٔ جنبی

گردن که با استخوان های سینه متصل می گردند مانند طنابی کلفت نمایان می باشند. عضلهٔ تحتانی دهان سفت و منقبض است. این بیماران معمولاً از حالت تهوع مزمن شکایت دارند. صدای آنان معمولاً آرام و یک نواخت است. این حالت را نیز شخص می تواند بر خود بیازماید. تصور کنید که شما میخواهید گریه کنید ولی این خواست را واپس زنند. عضلهٔ کف دهان بسیار سفت و منقبض میگردد، همهٔ عضلات سر در فشار مداوم قرار خواهند گرفت، آرواره به جلو کشیده خواهد شد و دهان تنگ خواهد شد.

در چنین شرایطی، شخص به عبث سعی خواهد کرد که با صدائی بلند صحبت کند تا که حالت گریستن را بپوشاند. کودکان در سنین بسیار کم وقتی آنانرا مجبور به خودداری از گریستن می کنند، این حالت را به خود می گیرند. تمرکز مداوم افکار و احساسات به قسمتی از بدن، بدون استثناء باعث تثبیت انشعابات عصبی مطابق آن می گردد. اگر حالتی که شخص دارا است همان حالت باشد که در شرایط دیگر نیز به خود میگیرد، دو عملکرد با هم مطابقت خواهند کرد. مثلاً در اغلب موارد احساس حالت تهوع و خواست گریه کردن مطابق و همراه با یکدیگر هستند. آزمایشات دقیق تر نشان می دهد که هر دوی این حالات تقریباً انعکاس شبیه به هم در عضلات کف دهان به وجود می آورند. از بین بردن حالت تهوع بدون کشف حالت انقباض در کف دهان امکان ندارد، زیرا حالت تهوع نتیجهٔ خودداری شخصی از احساس قریب الوقوع گریه کردن است. قبل از آنکه احساس مزمن حالت تهوع بهبود یابد، خودداری از احساس گریه کردن باید کاملاً تحلیل شده و از بین برود.

نحوهٔ سخن گفتن شخص نیز دارای اهمیت بسیاری است و حالت های آن در ناحیهٔ سر وصورت دیده میشود. معمولاً اختلالات در آن نتیجهٔ انقباض (اسپاسم) عضلات آرواره و حلق میشود. در دونفر از بیماران پس از اینکه من ناحیهٔ حلق را به نرمی لمس کردم، انعکاس بسیار شدیدی در ناحیهٔ گردن آنها بوجود آمد. تصورات و فانتزی های «خفه شدن» و «بریده شدن گلو» در هر دوی آنها وجود داشت.

حالت کلّی صورت نیز قطع نظر از حالت های اجزاء آن حائز اهمیت بسیاری است. ما با حالت افسرده صورت شخص مبتلا به افسردگی آشنا هستیم. جای بسی اهمیت است که حالت سستی عضلات می تواند با حالت تنش و انقباض مزمن همراه باشد. بعضی از افراد دارای گونه های «خشک و زبر» و یا پژمرده و آویزان هستند. اگر این حالت گونه ها به دفعات به آنها یادآوری شود و یا این حالت به آنها نموده گردد، خود آنان واژهٔ توصیفی آنرا می یابند. روزی یکی از بیماران زن که دارای گونه های سفت بود به من گفت «گونه های من پر از اشک است». احساس سرکوب شدهٔ گریه کردن به زودی به سفت شدن عضلات صورت می انجامد و به آن حالتی نقاب وار می دهد. کودکان در سال های اولیهٔ کودکی از شکلک های مختلف واهمه و ترس پیدا میکنند. این کودکان در گذشته اشتیاق زیادی به درآوردن شکلک داشته اند، ولی با خشونت از این عمل منع شده اند. نتیجهٔ ممانعت از انجام این خواست ایجاد حالت خشک در صورت است. انگیزه های شکلک در آوردن کودکان همان انگیزه هائی است که آنها به خاطر آن انگیزه ها تنبیه می شوند و از این رو آنان با گرفتن حالتی خشک در صورت، انگیزه های درونی را نیز پنهان می کنند.

۲ - تنش در ناحیهٔ شکم:

شرح علائم در قفسهٔ سینه و شانه ها را موکول به فصل بعد می کنم زیرا پس از توضیح تنش در ناحیهٔ شکم شرح آن سهل تر خواهد بود.

هیچ بیمار مبتلا به نروزی نیست که از احساس فشار در ناحیهٔ شکم مصون باشد.* شرح یک به یک علائم آن در اینجا بدون درک عملکرد آن در نروز مفهوم نخواهد داشت. امروز برای من غیرقابل قبول است که نروز را بدون آشنائی

* احتمالاً واژهٔ دلواپس بودن و دلهره که مترادف با اضطراب است بازگو کنندهٔ دانش عامهٔ مردم به این احساس در ناحیهٔ شکم می باشد. - مترجم.

به شبکهٔ خورشیدی* اعصاب خودکار بتوان حتی بطور محدودمعالجه کرد. تنش در ناحیهٔ شکم در کار درمانی ما، غیر قابل انکار است. اختلال تنفس در نروز به علت تنش درون شکم است. تصور کنید که خود شما در انتظار خطری بزرگ باشید و یا در حال وحشت و واهمه باشید. بی اختیار نفس را در سنیه حبس خواهید کرد.** از آنجائیکه تنفس نمی تواند کاملاً قطع شود شما به زودی دوباره نفس خواهید کشید ولی برون آوردن نفس (بازدم) کامل نخواهد بود و تنفس کم عمق خواهد گشت. شما نفس را کاملاً بیرون نخواهید داد بلکه فقط بصورت کم عمق و منقطع ولی نه در یک دم و بازدم کامل بیرون خواهید راند.

در حالت اضطراب و ترس شانه ها بی اختیار به جلو کشیده میشوند و در حالت انقباض باقی می مانند. اگر این حالت برای مدتی طولانی باقی ماند، فشار و درد در ناحیهٔ پیشانی نیز احساس خواهد شد. در بسیاری از بیماران من ابتدا قادر به برطرف کردن فشار و تنش در ناحیهٔ پیشانی نمی شدم تا اینکه به حالت واهمه و انتظار همراه با ترس آنان در عضلات قفسهٔ سینه پی بردم.

منظور از عملکرد این نوع تنفس کم عمق چیست؟ اگر ما وضعیت اندام های داخلی را نسبت به شبکهٔ خورشیدی به دقت بررسی کنیم، به آسانی به وضعیتی که با آن روبرو هستیم پی خواهیم برد. در حالت وحشت، شخص بی اختیار نفس عمیق میکشد. یادآوری می کنم که کشیدن نفس به درون ریه ها در هنگام ترس از غرق شدن خود باعث مرگ میشود. کشیدن نفس عمیق باعث میشود که دیافراگم قفسهٔ سینه منقبض شده و بر شبکهٔ خورشیدی از قسمت فوقانی فشار وارد نماید. بررسی تحلیل شخصیت در سال های اول کودکی و مکانیسم های دفاعی آن، به عملکرد عضلانی فوق مفهوم بیشتری میبخشد. کودکان با حبس

* شبکهٔ خورشیدی (Solar Plexus).

** این واژه به همین صورت در زبان فارسی بکار میرود.

کردن نفس در سینه به جنگ و جَدَل با اضطراب می پردازند. این حالت اضطراب در ناحیهٔ بالای شکم احساس میشود و آنان را معذب میکند. آنها همین عمل را هنگام احساس لذت در ناحیهٔ شکم یا در ناحیهٔ تناسلی تکرار می کنند زیرا از آن احساس لذت بخش نیز می ترسند.

جلوگیری از تنفس کامل و بی حرکت نگه داشتن حالت دیافراگم، بی شبهه یکی از اولین و مهمترین اعمالی است که در سر کوب احساسات لذت بخش و همچنین مبارزه با «دلهره» بکار گرفته میشود. در این حالت تنفسی فشار در درون شکم افزایش مییابد. هر کسی با این احساسات نباتی در درون شکم خود آشنا است. این احساسات نباتی را به عناوین مختلف شرح داده اند. ما شکایت هائی می شنویم از قبیل «فشار غیر قابل تحمل در شکم» و یا «احساس فشار حلقه ای که گویا دور قسمت فوقانی شکم را میفشارد». در برخی از افراد، بعضی از قسمت های شکم بسیار حساس است. هر کس از ضربه خوردن در شکم می هراسد و این هراس به نوبهٔ خود مرکز تخیلات و فانتزی های فراوانی است. بعضی افراد احساس می کنند که شکم آنها مسدود شده است، بعضی دیگر احساس مخصوص شبیه به اینکه شیئی خارجی در شکم آنان گیر کرده است دارند. آنها می گویند «چیزی در شکم من هست که نمی تواند بیرون آید»، و یا «من احساس می کنم چیزی شبیه به بشقاب در شکم من گیر کرده است»، یا «شکم من بی روح و مرده است»، و یا «من باید دلم را نگه دارم» و غیره. تقریباً تمام تخیلات کودکان در مورد حاملگی و تولد نوزاد به دور حس های نباتی شکم خود آنها دور می زند.

اگر بدون اینکه بیمار را بترسانیم، بر سطح شکم او تقریباً سه سانتیمتر زیر استخوان جناق (استرنوم) با دو انگشت فشار وارد کنیم، دیر یا زود حالتی مشابه عکس العمل، به صورت انقباض و یا مقاومتی ممتد احساس خواهیم کرد. محتویات شکم از این طریق محافظت شده است. بیمارانی که از فشار مزمن به صورت حلقه ای به دور شکم و یا احساس فشار در درون شکم شکایت دارند، دارای عضلاتی

منقبض و سفت در قسمت بالای شکم هستند که مانند تختهٔ چوب سخت است. از اینرو فشار مضاعفی بر شبکهٔ خورشیدی وارد میگردد؛ عضلات شکم از جلو و دیافراگم از بالا. همانطور که قبلاً شرح دادم وقتی فشار مستقیم بر شکم وارد میشود و یا وقتی شخص نفس عمیقی می کشد حدود ۱۰ تا ۳۰ ولت از پتانسیل الکتریکی پوست شکم کاهش می یابد.

بیمار زنی را معالجه میکردم که در شرف افسردگی بسیار شدید بود. او افسرده بود و در طول یک سال تمام احساسات خود را مخفی نگه داشته بود. برای مدتی طولانی من نمی فهمیدم که او چگونه قادر است با اوضاع بسیار مشکل دست و پنجه نرم کند و هیچگونه احساسی نیز بروز ندهد. بالاخره این موضوع روشن شد. او با کوچک ترین تحریکی که احساساتش را بر می انگیخت «چیزی را درون شکم خود تنظیم می کرد»، نفس خود را حبس میکرد و به نقطه ای در فضا خیره میشد. نگاه او بی حالت و تهی میگشت و مثل این بود که به سوی درون مینگرد. دیوارهٔ شکم منقبض میشد و ماهیچه های نشیمنگاه به سوی درون کشیده میشد. او بعد ها گفت «من اول شکم خود را خاموش میکردم و دیگر چیزی را حس نمی کردم، وگرنه شکم من وجدانی سخت گیر دارد». منظور او این بود «وگرنه شکم من تمایل شدید جنسی دارد و در این مورد نیز وجدانی سخت گیر دارد». طریقی که کودکان ما به کمک تنفس و وارد کردن فشار بر شکم «احساس را در شکم خاموش می کنند» پدیده ای جهانی است. برای درمان از طریق نباتی مجبور هستیم بر ضد این تکنیک که احساسات را خاموش میکند، بر ضد یوگائیسم، مبارزه کنیم. چگونه ممکن است که طرز تنفس، باعث سرکوب احساسات و عواطف شود؟ این سئوال بسیار مهمی بود زیرا اکنون روشن بود که تنفس غیر عمیق و حبس کردن نفس در سینه روند فیزیولوژیکی مخصوصی را به وجود می آورد که باعث سرکوب احساسات می گردد و در نتیجه این روند می تواند اساس مکانیسم نروز باشد. نظری ساده به عملکرد تنفس به ما می آموزد که از نظر بیولوژیکی نقش تنفس، رساندن اکسیژن به درون بدن و دفع گاز کربنیک

به خارج است. اکسیژن گرفته شده به مصرف سوخت و ساز (متابولیسم) غذاهای مصرف شده میرسد. از نظر شیمیائی، احتراق (سوخت) به مفهوم ترکیب مواد با اکسیژن است. این روند باعث تولید انرژی میشود. بدون وجود اکسیژن، احتراق صورت نمی گیرد و نتیجتاً انرژی نیز تولید نمی شود. در موجود زنده، انرژی از طریق سوخت مواد غذائی تولید میشود. از این طریق حرارت و انرژی حرکتی تولید میگردد. بیوالکتریسته نیز از این طریق تولید میگردد. تقلیل در عملکرد تنفسی باعث میشود که اکسیژن کمتری وارد بدن شود، در حقیقت فقط مقدار اندکی که برای زنده ماندن لازم است وارد بدن میشود. تولید انرژی کمتر باعث تحریکات نباتی کمتری نیز می گردد و از اینرو ادارهٔ آن نیز آسانتر می شود. از نقطه نظر بیولوژیکی کم عمق بودن تنفس در افراد مبتلا به نروز برای تقلیل تولید انرژی و از اینرو تقلیل اضطراب است.

۳- عکس العمل (رفلکس) اورگاسم، شرح حال تاریخچهٔ یک بیمار

برای توضیح فرایند رها شدن انرژی جنسی (نباتی) از لنگرگاههای عضلانی آن، من شرح حال بیماری را انتخاب کرده ام که توانائی اورگاسم را به سرعت باز یافت. من می خواهم از ابتدا روشن سازم که این نمونه به تنهائی انبوه مشکلاتی را که در حین درمان ناتوانی اورگاسم پیش می آید، نشان نمی دهد.

تکنیسین بیست و هفت ساله ای که معتاد به مشروبات الکلی بود روزی برای درمان پیش من آمد. او تقریباً هر روز احتیاج مبرمی به مصرف مشروبات الکلی و مستی احساس میکرد. او از به خطر افتادن سلامتی خود و از از دست دادن توانائی کار کردن نگران بود. او وقتی با دوستان خود بود به هیچوجه قادر به مقاومت در مقابل مشروب خواری نبود. زندگی زناشوئی او درهم ریخته بود. همسر او از نظر روانی زنی هیستریک و پیچیده بود و زندگی را برای او سخت تر می کرد. به سهولت می شد فهمید که وضع مصیبت بار زناشوئی او علت مهم

گریز به سوی مشروب خواری است. او شکایت می کرد که زندگی را حس نمی کند، با وجود ناخشنودی در زندگی زناشوئی او قادر به برقراری رابطه با زنی دیگر نبود. او از کار خود به هیچوجه لذت نمیبرد و کار خود را با بی میلی انجام می داد. او گفت که اگر زندگی به همین منوال ادامه یابد دیوانه خواهد شد.

اوضاع زندگی او در چند سال گذشته به همین منوال بود و در ماه های قبل از شروع به درمان اوضاع به وخامت گرائیده بود.

یکی از خصوصیا ت شخصیتی او که به وضوح دیده میشد، ناتوانی او در ابراز خشم و حالت تهاجم بود. او همواره خود را مجبور به خوش روئی و مقید به ادب و نزاکت می دید. او خود را مجبور می دانست که با هر چه که دیگران می گویند موافقت نماید، هر چند که حرف آنان متضاد و متناقض عقاید او بود. او از روابط سطحی و کم عمق خود با دیگران رنج می برد. قادر نبود یک دل و جدی خود را وقف هدف یا عقیده ای نماید. او ساعات فراغت خود را با بذله ها و متلک های بیات و آخر شب مانده و حرف های چرند و پرند در کافه ها و رستوران ها می گذراند. البته او احساس می کرد که رفتارش رفتاری بیمارگونه است، ولی دقیقاً نمی دانست که مفهوم این رفتار و اعمال ناسالم او چیست. او از مرضی شایع در عذاب بود، از ساختار ناسالمی معذب بود که به حالت اضطراری و متحجر تبدیل گشته و از درون افراد بسیاری را ویران می کند.

اولین نشانهٔ رفتار بیمارگونهٔ او، حرکات نامطمئن و مردّد او بود. حالت خودنمائی مصنوعی او خام و ناهنجار بود. بدن او حالت تسلیم داشت و مثل این بود که همواره حالت دفاعی آماده باش دارد. حالت صورت او تهی بود و وجه مشخصی را نمی شد در آن تعیین کرد. پوست صورت او براقیّت کمی داشت ولی سفت کشیده شده بود و حالت نقاب مانند داشت. حالت پیشانی او بی روح بود. دهان او بنظر کوچک و تنگ می آمد و هنگام صحبت کردن به سختی حرکت میکرد. لب های او نازک بود، گویا محکم برهم فشرده شده بود. چشم های او بی حالت بود.

با وجود این اختلالات شدید تحرک نباتی، طبع زنده و هوشیاری در عمق وجود او احساس میشد. بی شک همین ماهیت زنده بود که او را قادر به احساس بیماری خود و روبروئی با آن میکرد. درمان بیماری به تناوب یک جلسه روان درمانی در روز، شش ماه و نیم طول کشید. من سعی خواهم کرد که مهم ترین مراحل آنرا در زیر شرح دهم.

در اولین جلسه، من با این مسئله روبرو شدم که آیا ابتدا حالت روانی خوددار او را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهم یا حالت بسیار مشخص صورت او را پیش کشم و درمان را از آنجا آغاز کنم. تصمیم گرفتم که درمان را از حالت دوم شروع کنم و چگونگی برخورد با حالت اول را به وقت مناسب دیگری موکول نمایم. پس از شرح و نمودن حالت خشک دهان او، انقباضات و تکان های خفیف و کلونیک (Clonic) در لب های او ظاهر گشت. این انقباضات ابتدا خفیف بود ولی به تدریج شدید گشت. او از ماهیت بی ارادی این تکان ها تعجب کرده بود و در این مورد حالت دفاعی پیدا نمود. من از او خواستم که به تکان های غیر ارادی اجازهٔ بروز دهد. پس از آن لب های او بطور متناوب به جلو می آمد و مثل آنکه منقبض شده باشد چند ثانیه در این حالت باقی می ماند و سپس پس کشیده می شد و در حین این حرکات، صورت او حالت بسیار مشخص طفلی شیرخواره را به خود می گرفت که گوئی مشغول مکیدن پستان مادر است. بیمار متوحش گشته و از من سئوال کرد که این به چه و به کجا ختم خواهد شد. من به او دلداری دادم و به او گفتم که اجازه دهد که این حرکات ناخودآگاه ظاهر شوند و هرگاه احساس ممانعت این حرکات را در خود دید مرا مطلع کند.

در جلسهٔ بعدی، تظاهر حالت های مختلف در صورت او بیش از پیش مشخص تر گشت و توجه و کنجکاوی بیمار را برانگیخت. بیمار گفت که این حرکات باید مفهوم خاصی داشته باشد. آنچه بسیار عجیب بود، این بود که او نگران این حرکات بدنی نبود و از نظر روانی متزلزل نگشته بود، بلکه در واقع می توانست با من در این مورد به راحتی و آرامی صحبت کند. در یکی از جلسات،

حرکات دهان او شدیدتر شد و متعاقب آن بیمار به گریه افتاد. هِق هِق گریهٔ او مانند ناله ای بود که از رنجی مزمن و سرکوب شده سرچشمه می گرفت. اصرار من در اینکه اجازه دهد انقباض و تکانهای بی اراده عضلات صورت خودنمائی کنند، ثمر داده بود. حرکات صورت او به نحوی که شرح داده شد به تدریج پیچیده تر شد. اگر چه دهان او به حالت انقباض و گریه درآمد ولی پس از گریه کردن به حالت قبلی برنگشت. با تعجب مشاهده کردم که این حالت، به حالت خشم تغییر شکل داد. جای تعجب بود که بیمار کوچک ترین احساس خشمی نمی کرد ولی به وجود آن به خوبی آگاه بود.

این فعل و انفعالات عضلات صورت بسیار شدید شد به نحوی که صورت بیمار از شدت انقباضات کبود می شد و او نگران و بی طاقت می گشت. میخواست بداند این حرکات به کجا ختم میشوند و در حین این حرکات در او چه می گذرد. من توجه او را به این موضوع جلب کردم که ترس او از واقعه ای غیر منتظره و کاملاً مطابق با شخصیت کلی اوست. به این صورت که او از واقعهٔ مبهمی وحشت دارد که بطور غیرمنتظره او را در بر گیرد و در خود غرق کند.

از آنجائیکه نمی توانستم پی گیری حالت بدنی او را پس از آنکه به آن حمله کرده بودم رها کنم، باید ابتدا معلوم می کردم که حرکات عضلات صورت او چگونه و از چه رو به حالت دفاعی کل شخصیت و حالت رفتار او مربوط است. اگر حالت خشکی عضلانی او به این حد واضح و شدید نبود، من روان درمانی را ابتدا از حالت دفاعی شخصیت خوددار او شروع می کردم. بهر حال چنین نتیجه گیری کردم که مسلماً شکافی در عقدهٔ روانی او ایجاد گشته است. به این صورت که حالت روانی و طرز رفتار خوددار و نوکر مآب او نمایانگر حالت دفاعی او بود ولی حالت عضلانی او نمایانگر خواست های نباتی (وجیتیتیو) بود. ولی خوشبختانه بعداً بیاید آوردم که نه تنها انگیزه ها و خواست های سرکوب شده در عضلات صورت او نمایان است، بلکه آن نیروئی که انگیزه ها و خواست ها را سرکوب کرده نیز در عضلات صورت او متجلی است. تنگی و حالت انقباض دهان

او میتوانست تظاهر معکوس خواست نهانی او باشد؛ مانند به جلو آمدن دهان، گریه و ناله کردن و تکان های آن. حال من با توسل به آزمون از بین بردن نیروی دفاعی، نه از جهت روانی بلکه از جهت عضلانی به پیش می رفتم.

از اینرو من کار خود را از حالت های عضلانی صورت که حالت منقبض شده ای داشتند و نشانهٔ دفاع عضلانی بر ضد عمل عضلانی متقارن خود بودند شروع کردم.

چندین هفته گذشت تا اینکه عکس العمل های عضلانی صورت و گردن او شدت گرفت و حالت های زیر پدید آمد:

حالت منقبض دهان ابتدا به انقباض و تکان های خفیف و سپس به کشیده شدن لب ها به طرف بیرون تغییر یافت. حالت کشیده شدن لب ها به بیرون با خروش حالت گریه از بین رفت. حالت گریه به نوبهٔ خود به حالت خشمی افزاینده در صورت او جایگزین شد. دهان او تغییر شکل داد، عضلات فک او مانند چوب خشک شده و باعث سائیدن دندان ها به یکدیگر میشدند. علاوه بر اینها، حرکات دیگری نیز وجود داشت که هر کدام گویای عکس العمل مخصوصی بودند. بیمار بطور نیم خیز بر تخت روانکاوی نشست و با عصبانیت تکانی خورد و مشت خود را بلند کرد. مثل اینکه میخواست ضربه ای به جائی بزند ولی البته به چیزی ضربه نزد. سپس با نفس بریده و حالتی خسته بر تخت افتاد. همهٔ این اعمال به گریه و مویه ای ملایم انجامید. این اعمال خود را بصورت «خشمی ناتوان» نمایان می کرد. همانگونه که کودکان در مقابل بزرگسالان حس می کنند.

وقتی این حالت فروکش کرد او در این مورد به آرامی شروع به صحبت کرد، گویا چیزی اتفاق نیافتاده بود. معلوم بود که ارتباط بین تحریکات عضلانی گیاهی و درک روانی آن از هم گسیخته است. طبعاً من به بحث با او نه تنها در مورد مراحل مختلف حالت عضلانی و ماهیت آن پرداختم، بلکه از پدیدهٔ عجیب گسیختگی روانی او نیز صحبت کردم. آنچه برای هردوی ما تعجب آور بود آن بود که با وجود فقدان ارتباط روانی، او فوراً عملکرد و مفهوم این حالات را درک

میکرد. حتی تفسیر و تعبیر آن نیز لازم نشد. او تعجب مرا باری پس از بار دیگر با توانائی تفسیر ماهیت این عکس العمل ها برانگیخت. این توانائی او در تفسیر عکس العمل های خویش مایه خوشنودی بسیار برای من بود. بیاد آوردم سالهای بسیاری را که با کار شاق تفسیر علائم بیماری، روانکاو بایستی خشم و اضطراب را بر اساس تداعی معانی بیمار کشف میکرد و سپس ماه ها و گاهی سالها سعی میکرد تا این کشفیات یا قسمتی از آنرا به آگاهی بیمار برساند. دستیابی به هدف برای روانکاو در آن روزها بسیار مشکل بود، و حتی پس از دستیابی به آن نیز بیمار تنها به فهم عقلانی و استدلالی علائم بیماری نائل می گشت ولی احساسات همراه با آن مدفون و واپس زده باقی می ماند. از اینرو من حق داشتم خوشنود باشم که بیمار درکی کامل و سریع از مفهوم اعمال خود به دست آورده بدون اینکه من آنرا برای او تجزیه و تفسیر کرده باشم. او می دانست خشمی را بروز می دهد که برای سال ها بلکه برای دهه ها در خود حبس کرده است. وقتی او رفتار آمرانه و رنج آور برادر بزرگش را بیاد آورد، گسیختگی روانی او نیز از بین رفت.

اکنون او درک میکرد که چگونه خشم خود را برعلیه برادر خود که محبوب مادر بود فرو خورده و واپس زده است. او اینرا بدون کمک من کشف نمود. برای فرو نشاندن این خشم، او در قبال برادر خود حالتی متواضع، موافق و همراه با علاقمندی به او گزیده بود که این حالت در تضاد شدیدی با آنچه واقعاً در دل داشت بود. او نمی خواست باعث دل شکستگی مادر شود. خشمی که در آن زمان ظاهر نشده بود اکنون بدون کم و کاست پس از گذشت ده ها سال به تمام و کمال نمایان شده بود.

در اینجا لازم است اندک مکثی کنیم و وضعیت روانی را که با آن روبرو هستیم بررسی نمائیم. روانکاوانی که از تکنیک قدیمی تفسیر علائم بیماری استفاده می کنند، می دانند که بر تسلسل افکار و تداعی معانی بیمار و یادآوری او از موضوعات گذشته متکی هستند و به نحوی این یادآوری را باید کم و بیش به

قضا و قدر و شانس محول کنند تا اینکه:

اول: خاطرات و تجربه های کودکی مربوط به بیماری به خاطر آیند.

دوم: تجربه هائی که به خاطر می آیند همان هائی باشند که قوی ترین و از نظر آیندهٔ بیمار شدیدترین تحریکات در آن خاطره ها نهفته باشند.

در درمان از طریق نباتی (وجتو تراپی)، رفتار نباتی (وجیتیتیو) لزوماً خاطره ای را از اعماق به سطح آگاهی می آورد که در بوجود آوردن عوامل بیمارگونه شخصیتی نقشی تعیین کننده دارند.

این موضوع مشخص شده است که دستیابی به هدف درمانی از طریق اتکاء به یادآوری خاطرات، بطور کامل میسر نیست. جمع بندی نتایج درمانی پس از سالها درمان به طریق ذکر شده گویای آن است که نتایج حاصله به وقت و کار تلف شده نمی ارزد. در بیمارانی که شخص مستقیماً موفق به رهائی انرژی جنسی نباتی (وجیتیتیو) که متصل به عضلات است میگردد، باعث بروز احساس هائی میشود که در ابتدا علت این احساس ها معلوم نیست. مضافاً اینکه خاطرهٔ آزمونی که در اصل باعث به وجود آمدن این احساسها بوده است به خودی خود و بدون زحمت به ضمیر خودآگاه بیمار راه می یابد و ظاهر می گردد. نمونهٔ این موضوع نیز بیماری است که در بالا ذکر شد و یادآوری خاطرهٔ عذاب و خشمی است که به علت رفتار برادر و محبوبیت برادر توسط مادر در او ایجاد شده بود. در اهمیت این پدیده نمی توان بیش از این تأکید کرد. این نمونه ایست مهم و مثالی است مشخص. موضوع به این صورت نیست که تحت شرایط خاص، یادآوری خاطرات احساسات مربوط به آنرا نیز برملا نماید. بلکه به اینصورت است که ظهور تحریکات گیاهی (وجیتیتیو) و بروز احساسات مربوط به آن باعث پدیدار گشتن خاطراتی است که آمیخته با آن احساسات است. فروید همواره تأکید میکرد که در روانکاوی روانکاو با تظاهرات و مشتقات ضمیر ناخودآگاه روبرو است و ضمیر ناخودآگاه خود چیز ملموسی نیست. این سخن صحیح بود ولی کافی نبود. زیرا این سخن در مورد روش هائی بود که در آن زمان در دسترس روانکاوان قرار

داشت. مطابق روش های آن زمان وجود ضمیر ناخودآگاه را فقط از طریق مشتقات و تظاهرات آن میشد استنباط کرد. امروز ما موفق به درک ضمیر ناخودآگاه به صورت واقعی ان هستیم. این دستاورد در روبروئی و حملهٔ مستقیم به انرژی نباتی (وجیتیتیو) حاصل میشود. مثلاً بیمار ما آگاهی به نفرت از برادر خود را از طریق تسلسل افکار و تداعی معانی مبهم که احساسی اندک به همراه دارد به دست نیارود، بلکه طوری عمل کرد که اگر ترس از دست دادن میل و محبت مادر در او نمی بود، در آن موقع نیز به همان صورت عمل می نمود. علاوه بر این ما می دانیم که بعضی از خاطرات کودکی هرگز به ضمیر خودآگاه راه نمی یابند. متعاقب این آگاهی و دورهٔ روانکاوی پس از آن، معلوم شد که بیمار همواره از رقابت بین خود و برادر خود و حسادتی که در میان آنان بود آگاهی استدلالی داشته ولی هرگز آگاهی به شدت و حد و حصر خشمی که همراه آن بود نداشت. ما میدانیم که تأثیر یک تجربهٔ روانی با ماهیت آن مشخص نمی شود بلکه با مقدار انرژی نباتی که توسط این آزمون بسیج می گردد و همراه آن است مشخص می شود. مثلاً در نروز اضطرار و وسواس (Compulsion Neurosis) ممکن است حتی میل به زنای با محارم نیز در آگاهی بیمار وجود داشته باشد. ولی ما آنرا موضوعی ناخودآگاه می شماریم زیرا این ایده نیروی همراه خود را از دست داده است. همهٔ ما (روانکاوان) این موضوع را تجربه کرده ایم که با بکار بردن طرق معمول روانکاوی، ممکن نیست شخص مبتلا به نروز وسواس و اضطرار را از تمایلات زنای با محارم آگاه کرد مگر اینکه آگاهی او به این موضوع به صورت استدلالی و عقلانی باشد (بدون روبروئی با احساسات همراه آن ــ مترجم). اگر بی تعارف سخن گویم، این به مفهوم آن است که نیروئی که احساسات را سرکوب کرده پا برجا باقی است و تحلیل نشده. برای روشنگری بیشتر در این مورد اجازه دهید به شرح ادامه درمان بیمار بپردازیم.

هرچه عکس العمل های عضلات صورت بیمار شدیدتر می گشت، تحریکات بدنی که هنوز از آگاهی روانی گسیخته بود به طرف سینه و شکم بیمار گسترش

می یافت. چندین هفته بعد بیمار گفت که در حین انقباضات خفیفی که در سینه اتفاق می افتد و مخصوصاً وقتی انقباضات فروکش می کنند، او «کوران هائی» را حس میکند که بطرف شکم و قسمت های پائین شکم جریان می یابند. در این هنگام او همسر خود را به منظور برقراری رابطه با زنی دیگر رها نمود. در حین هفته های آینده معلوم شد که رابطهٔ مورد نظر برقرار نگشته است. ابتدا او نسبت به این موضوع بی تفاوت بود و فقط پس از اینکه من توجه او را به این موضوع جلب کردم، ابتدا عذرهای ظاهراً قابل قبول پیش کشید تا بالاخره به برخورد با آن علاقمند شد. معهذا کاملاً مشهود بود که چیزی از درون او را از برخوردی مؤثر با این مسئله باز می دارد. از آنجائیکه در کار تحلیل شخصیت رسم بر آن است که وارد بحث در موضوعی هر چند مهم، نگردیم مگر وقتی که بیمار آنرا پیش کشد و با احساسات آمیخته با آن نیز روبرو گردد، من نیز بحث در این مسئله را به تعویق انداختم و موضوع گسترش انقباضات عضلات را دنبال کردم.

انقباضات عضلانی به ناحیهٔ قفسهٔ سینه و قسمت بالای شکم گسترش یافت. در این حملات عضلانی، مثل این بود که نیروئی از درون قسمت بالای تنهٔ او را از روی تخت بلند کرده و به همان صورت نگاه میداشت. عضلات دیوارهٔ شکم و قفسهٔ سینه مانند تخته چوب سفت بودند. مدتی طول کشید تا من علت گسترش نیافتن انقباضات را به ناحیهٔ پائین تر بدن فهمیدم. در این مقطع زمانی من انتظار داشتم که انقباضات به ناحیهٔ باسن گسترش یابند ولی این انتظار عملی نشد. در عوض انقباضات شدید در عضلات پاها به وقوع پیوست و عکس العمل زانو (Pattelle) بسیار شدید شد. او در میان تعجب من به من گفت که انقباضات عضلات پا احساس خوشایندی را باعث می شوند. من بی اختیار به یاد انقباضات صرع افتادم. به این صورت که در انقباضات صرع (Epileptic) و شبه آن (Epileptiform) انقباضات عضلات باعث رهائی اضطراب می گردد که حالتی مطبوع دارد. گاهی در معالجهٔ این بیمار تردید داشتم که آیا با حالت صرع واقعی روبرو هستم یا نه. در نگاهی سطحی به انقباضات تونیک و انبساط کلونیک بعد از آن به بیماری

صرع بسیار شبیه می بود و افتراق آن مشکل بود. من در اینجا می خواهم تأکید کنم که در این دوره از درمان که برای مدت سه ماه طول کشید عضلات سر، قفسهٔ سینه، قسمت بالای شکم و همچنین عضلات پاها و خصوصاً ناحیهٔ عضلات ران و زانو تحرک یافته بودند. ناحیهٔ تحتانی شکم و لگن خاصره هنوز بی حرکت بود. انقباضات عضلانی و بروز احساسات وابسته به آن در بیمار هنوز از یکدیگر جدا مانده بودند. بیمار به حملات عضلانی آگاهی داشت و به اهمیت آن واقف بود. ولی این آگاهی آمیخته با احساس نبود. این سئوال هنوز بی جواب مانده بود که علت جدائی بین درک عقلانی و درک احساسی آن چیست؟ روشن بود که بیمار از درک کامل این موضوع با تمام جزئیات آن سر باز زده و از قبول آن خودداری میکرد. هر دوی ما می دانستیم که او بسیار محتاط است. این احتیاط نه تنها در حالات روانی او، در همکاری محدود او در درمان و سپس در حالت سرد و بی تفاوت او نمایان بود، بلکه این احتیاط در حالات عضلانی او نیز مشاهده میشد. او حالت خود را به این صورت وصف می کرد: مثل پسر بچه ای هستم که توسط مردی بزرگ سال که منظور کتک زدن مرا دارد تعقیب می شوم. در حین وصف این حالت او به گوشه ای پناه بُرد و با نگرانی و تشویش به پشت سر خود نگریست و نشیمنگاه خود را بدرون کشید. گوئی می خواست از دسترس شخص تعقیب کننده به دور باشد. به زبان روانکاوی متداول آن زمان می شد چنین گفت که در ورای ترس او از کتک خوردن، ترس تجاوز جنسی نیز وجود داشت. در واقع این بیمار مدت تقریباً یک سال نیز قبلاً در درمان روانکاوی و تفسیر و تشریح علائم خود صرف وقت کرده بود. در حین این یک سال، تمایل پوشیدهٔ او به همجنس گرائی به دفعات تفسیر شده بود. این تفسیر به صورت عینی خود صحیح بود ولی از نظر دانش امروزی ما تفسیری بی معنا بود. عوامل بسیاری در این بیمار او را از آگاهی عاطفی و احساسی به تمایل همجنس گرائی باز می داشت که مثال آن حالت محتاطانه شخصیتی او و درگیر بودن انرژی در حالات عضلانی بود که برای تحلیل آن هنوز راهی طولانی در پیش داشتیم.

اکنون با حالت محتاطانهٔ او روبرو شده بودم. این روبروئی را این بار نه از سوی تجزیه حالات بیمار که معمول روش من در کار تحلیل شخصیت است، بلکه از سوی حالات عضلانی و نباتی آغاز کردم. مثلاً من باری پس از بار دیگر به او گوشزد کردم که درست است که او دست خود را مشت کرده و بالا برد و از این طریق خشم خود را بروز داد، ولی هرگز مشت خود را بجائی فرود نیاورد! چندین بار دست مشت شدهٔ او در شرف ضربه زدن به تخت بود که خشم او ناپدید گشت. از اینجا به بعد توجه خودم را به آنچه مانع به انجام رسیدن عمل عضلانی او میشد معطوف کردم. من به حالت محتاطانهٔ او در بروز خشم توجه خاص داشتم. پس از کار بی وقفه بر موانع ابراز عملکرد عضلانی در او و حالت دفاعی او که علیه ابراز خشم وجود داشت، پس از چندین جلسه ناگهان خاطرهٔ زیر از دوران پنج سالگی به خاطر او آمد:

هنگامی که پسر بچه ای خردسال بود در نزدیکی دره ای منزل داشتند که با شیبی تند مشرف به پرتگاهی بطرف دریا بود. روزی او مشغول برافروختن آتش در کنار تخته سنگ ها بود. به قدری در بازی خود مشغول شده بود که در شرف پرت شدن به دریا بود. ناگهان مادر او در میان درگاه ظاهر شده و حال او را مشاهده کرده بود. مادر او وحشت زده شده و سعی نموده بود او را از لبهٔ پرتگاه دور کند. مادر که میدانست او بچه ای ناآرام است، بسیار نگران شده بود، ابتدا او را با صدائی ملایم و شیرین به سوی خود طلبیده و به او وعدهٔ شیرینی و آب نبات داده بود. وقتی او به سوی مادر دویده بود، مادر به جای عملی کردن وعدهٔ خود او را بسختی کتک زده بود. این آزمون در خاطر او عمیقاً به جا مانده بود. او اکنون رابطهٔ این خاطره را با حالت دفاعی خود در قبال زنان و احتیاط خود را در درمان درک می کرد.

معهذا مسئله به اینجا ختم نمی شد. احتیاط او ادامه داشت. روزی در فاصلهٔ بین دو حملهٔ عضلانی به طعنه به من گفت که به ماهیگیری قزل آلا علاقمند است. او شادی و شعف گرفتن قزل آلا را با جزئیات آن توصیف کرد، بعضی از

حرکات ماهیگیری را نمایش داد و چگونگی ردیابی قزل آلا و پرتاب قلاب را وصف نمود. او در حین وصف و نمایش ماهیگیری حالت شدیدی از حرص و طمع به خود گرفته بود و حالت صورت او تقریباً حالت شکنجه گر و سادیسمی بود. این موضوع به فکر من خطور کرد که او با وجود توصیف تمام دقایق ماهیگیری، وصف دقیقه ای را فرو گذارده که قزل آلا طعمه را می بلعد و به قلاب گیر می کند. من این رابطه را درک کردم ولی متوجه شدم که او از حذف این مرحله از ماهیگیری آگاه نیست. در روانکاوی متداول، روانکاو معمولاً این رابطه را برای بیمار توضیح و تفسیر می کرد و یا بیمار را به کشف این رابطهٔ پنهانی تشویق و راهنمائی می نمود. بهر حال برای من دقیقاً همین موضوع که چرا او وصف اصل عمل گرفتن ماهی را حذف کرده مهمترین موضوع بود. تقریباً چهار هفته گذشت تا اینکه وقایع زیر اتفاق افتاد: انقباضات خفیف در قسمت های مختلف بدن اندک اندک خصوصیت تونیک و اسپاسم خود را از دست داد. حالت کلونوس (klonos) نیز فروکش کرد و انقباضات عجیبی در ناحیهٔ شکم پدید آمد. این حالت برای من تازگی نداشت. من آنرا در بیماران دیگر نیز دیده بودم ولی با رابطه ای که اکنون به وجود می آمد آشنائی نداشتم. بالا تنهٔ او بطرف جلو به صورت ارتعاشی حرکت می کرد و قسمت میانی شکم بی حرکت بود و قسمت پائین بدن بطرف بالا در حال ارتعاش حرکت می کرد. تمام این ارتعاشات یک حرکت واحد بود. در بعضی از جلسات این حرکات مرتباً تکرار می شد. هم زمان با این ارتعاشات در تمام بدن، بیمار احساس کوران هائی را در بعضی از قسمت های بدن مخصوصاً در پاها و شکم می کرد. این کوران ها به صورت احساس خوشایند حس میشدند. حالت دهان و صورت او کمی تغییر کرد. در یک از این حمله ها صورت او حالتی کاملاً شبیه به ماهی پیدا کرده بود. شک و شبهه ای در این شباهت وجود نداشت. بدون اینکه چیزی بگویم و قبل از اینکه من او را متوجه حالت صورت خودش نمایم، بیمار گفت «من خود را مثل جانور ابتدائی حس میکنم» و پس از مدت کوتاهی گفت «من خود را مثل ماهی حس می

کنم». معنای این همه چه بود؟ بیمار بدون آنکه اطلاعی در این مورد داشته باشد و بدون اینکه در مورد این رابطه از طریق تداعی معانی و تسلسل افکار کار کرده باشد، در حالات بدنی، خود را مانند ماهی به قلاب گیر کرده ای حس می کرد که برای رهائی از قلاب در تقلا و تب و تاب است. اگر به زبان روانکاوی متداول بخواهیم این پدیده را توضیح دهیم، می توانیم بگوئیم که او «حالت ماهی به قلاب گیر کرده ای را با رفتار خود بیان می کرد». ظواهر مشاهده شده در او گویای این بود. دهان او منقبض و بیرون کشیده شده و کج و کوله و خشک بود. بدن او از قسمت شانه ها به پائین مرتعش می شد. پشت او مانند چوب خشک و سفت شده بود. چیزی که کاملاً قابل درک نبود این بود که با هر تکانی که می خورد دست ها را به جلو دراز می کرد، مثل اینکه بخواهد کسی را در آغوش گیرد. من دیگر یادم نیست که آیا توجه بیمار را به رابطهٔ بین این حرکات و داستان قزل آلا فراخواندم یا اینکه او خود این رابطه را کشف نمود. ولی او دقیقاً و به سرعت این رابطه را احساس کرد و کمترین تردیدی نداشت که او خود در آن واحد هم ماهی و هم ماهیگیر است.

طبیعتاً این واقعه مستقیماً به ناامیدی او از مادرش ارتباط پیدا می کرد. مادر او، او را از سن مشخصی در کودکی ندیده گرفته و از تربیت و نگهداری او غفلت ورزیده بود. غالباً او را کتک زده و با او بدرفتاری کرده بود. بسیار اتفاق افتاده بود که بیمار انتظار خوب و شیرینی از مادر داشت ولی دقیقاً بر عکس آنرا دریافت کرده بود. اکنون حالت محتاطانهٔ او را میشد درک نمود. او به کسی اعتماد نداشت، او نمی خواست گرفتار شود. این علت اصلی سطحی بودن او بود که بصورت ترس او از تسلیم شدن؛ ترس او از قبول مسئولیت و غیره تظاهر میکرد. در حین تحلیل این رابطه، شخصیت او تغییری آشکار یافت. حالت سطحی بودن او از بین رفت، و شخصیتی جدی یافت. حالت جدی بودن او بطور ناگهانی در یکی از جلسات ظاهر گشت. بیمار گفت «من سر در نمی آورم همه چیز ناگهان بطوری مرگبار جدی شده». از اینرو او نه تنها حالت جدی روانی را که

زمانی در گذشته آنرا داشت به یاد آورده بود بلکه او عملاً از حالتی سطحی به حالتی جدی تغییر موضع داده بود. اندک اندک روشن شد که رابطهٔ بیمارگون او با زنان، مثل ترس او از برقراری رابطه با آنان، و یا ترس او از تسلیم شدن به زن در رابطه با اضطرابی است که در شخصیت او ریشه دارد و آمیخته به شخصیت اوست. زنان او را مردی جذاب میدانستند، ولی او استفاده بسیار کمی از این مقبولیت می نمود. از این به بعد، احساس بدنی کوران ها بطور آشکاری شدت یافت. ابتدا در ناحیهٔ شکم، سپس در ناحیهٔ پاها و بالا تنه. او این احساس را نه تنها به صورت کوران توصیف می کرد بلکه آنرا خوشایند، شهوت انگیز و «شیرین» می نامید. مخصوصاً وقتی ارتعاشات شدید، زنده و سریع بود بسیار محسوس می گشت.

اجازه دهید در اینجا مکث کوتاهی کنیم و وضعیت بیمار را در این مرحله از درمان بررسی نمائیم.

انقباضات خفیف در ناحیهٔ شکم نمایانگر آن بود که تنش عضلات (انقباضات تونیک) در ناحیهٔ شکم فروکش می کرد. کل این حالت به مثابه انعکاس غیر ارادی بود. وقتی ضربه ای خفیف به شکم او می زدم انقباضات دیوارهٔ شکم بلافاصله آغاز می گشت. پس از انقباضات، دیوارهٔ شکم نرم میشد و با فشار خفیفی دست در آن عمیق تر فرو می رفت. قبلاً دیوارهٔ شکم بسیار سفت بود و حالتی را نمایان میکرد که من آنرا حالت دفاعی در دیوارهٔ شکم می نامم. این حالت در همهٔ افراد مبتلا به نروز وجود دارد. وقتی به آنان گفته شود بازدمی عمیق انجام دهند و فشار خفیفی تقریباً در سه سانتیمتری پائین استخوان استرنوم (جناق) وارد کنیم، بیمار در ناحیهٔ شکم مقاومت شدیدی ایجاد می کند و یا در ناحیهٔ شکم احساس درد می کند. این درد شبیه به درد فشار بر بیضه ها است. با یک نظر اجمالی به موقعیت محتویات شکم و شبکهٔ خورشیدی در می یابیم که علاوه بر پدیده های دیگری که باید دربارهٔ آنها بحث شود، فشار در ناحیهٔ شکم باعث محصور شدن شبکهٔ خورشیدی شده و دیوارهٔ شکم بر شبکهٔ

خورشیدی فشار وارد می آورد. این فشار مانند فشاری است که دیافراگم در حالت انقباض و کشش به طرف پائین بر شبکهٔ خورشیدی وارد می کند. انقباض مزمن دیافراگم بدون استثناء در همهٔ افراد مبتلا به نروز دیده میشود که با بازدم سطحی و منقطع مشخص است. هنگام بازدم دیافراگم بالا میرود و فشار بر اندام هائی که در زیر آن قرار دارد منجمله شبکهٔ خورشیدی، تقلیل می یابد. به نظر می رسد که با شل شدن دیافراگم و عضلات دیوارهٔ شکم، فشار وارد بر شبکهٔ خورشیدی کم میشود. احساس کم شدن این فشار مانند احساسی است که شخص هنگام پائین افتادن ناگهانی و یا مانند لحظه ای که در داخل آسانسور است و آسانسور با حرکت ناگهانی به پائین میرود دارد.

بر اساس تجربیات، به این نتیجه رسیدم که با پدیدهٔ بسیار مهمی روبرو هستم. تقریباً همهٔ بیماران بیاد می آورند که هنگام کودکی احساسی در بالای شکم داشتند که مخصوصاً هنگام اضطراب یا خشم پیش می آمد و آنها خشم خود را از این طریق فرو می خوردند. آنها آموخته بودند که این کار را بطور غیر ارادی و با حبس کردن نفس خود و فرو کشیدن شکم انجام دهند.

برای درک و درمان بیماران، کشف کردن علت فشار بر شبکهٔ خورشیدی اهمیت بسیار دارد. آنچه بعد از این تقریر شده با فرض قبلی مطابقت دارد و آنرا تائید می نماید. هر چقدر که من بیمار را به مشاهده و توصیف حرکات عضلانی ناحیهٔ بالای شکم راهنمائی می کردم، انقباضات در این ناحیه بیشتر می شد و سپس احساس کوران موج مانند که پس از قطع انقباضات به وجود می آید شدیدتر می شد. این کوران شبیه به موج حرکات دودی بود که بیشتر و بیشتر در تمام قسمت های بدن منتشر میشد. ولی لگن خاصره او هنوز خشک و بی حرکت باقی مانده بود. در حین این حرکات قسمت پائین بدن او به طرف جلو تکان می خورد ولی لگن خاصره به تنهائی و به خودی خود حرکت نمی کرد. بلکه حرکت آن همراه با حرکت رانها و مفاصل رانها بود. من به بیمار گفتم که متوجه عامل بازدارنده ای باشد که مانع حرکت مستقل لگن خاصره می گردد.

درک موانع حرکت لگن خاصره و غلبه بر آن برای او تقریباً دو هفته طول کشید. او اندک اندک آموخت که لگن را نیز شامل حرکات خفیفی که بدن را فرا میگرفت بنماید. اکنون احساس کورانی که قبلاً برای او ناآشنا بود در ناحیهٔ تناسلی نیز پیدا شد. او در هنگام جلسات روان درمانی به نعوذ آلت تناسلی دست می یافت و احساس احتیاجی شدید به انزال در او پدید می گشت. بنابراین تکان های رعشه مانند خفیف لگن خاصره، قسمت فوقانی بدن و ناحیهٔ شکم همه یکسان و از نوع تکان هائی بودند که در هنگام اورگاسم و انقباضات همراه با آن به وجود می آید.

از این مرحله به بعد درمان بیمار در موضوع عمل جنسی متمرکز شد. من به او گفتم که طرز عمل جنسی خود را به دقت شرح دهد. توصیف عمل جنسی موضوعی را فاش کرد که نه تنها در افراد مبتلا به نروز صادق است بلکه در اکثریت قریب به اتفاق زنان و مردان نیز وجود دارد: حرکات هنگام عمل مقاربت جنسی مصنوعی و اضطراری و اجباری است بدون اینکه شخص به آن آگاه باشد. معمولاً در حالت های غیرطبیعی، باسن به تنهائی حرکت نمی کند بلکه شکم، لگن خاصره و قسمت بالای ران ها همه با هم به صورت یکپارچه حرکت می کنند. این نوع حرکت با حرکات عادی و طبیعی نباتی «وجیتیتیو» منطبق نیست. بر عکس، این نوع حرکت مانع حرکات انعکاسی اورگاسم است. این نوع حرکات، حرکات ارادی هستند در حالیکه حرکات طبیعی انعکاس اورگاسم، حرکات غیر ارادی است. عملکرد این حرکات ارادی به منظور تقلیل و یا انسداد احساس کامل اورگاسم و کوران های آن در اندام های تناسلی است.

بر مبنای این تجربیات، من توانستم در درمان این بیمار به سرعت پیش روم. معلوم شد که سطح تحتانی لگن خاصره همواره در حالت انقباض مزمن است. این مرا به روشن شدن خطائی که قبلاً مرتکب آن بودم کمک کرد. در کوشش های قبلی، من برای برطرف کردن موانع جهت برقراری اورگاسم، به درمان انقباضات سطح تحتانی لگن می پرداختم و سعی می کردم این انقباض را برطرف کنم ولی

همواره مردد بودم که این عمل به تنهائی کافی نیست و نتیجهٔ این درمان ناقص است. اکنون متوجه می شدم که فشاری که از بالا توسط دیافراگم، از جلو توسط دیوارهٔ شکم و از پائین توسط دیوارهٔ منقبض لگن خاصره بر شبکهٔ خورشیدی وارد میشود حجم حفره درون شکم را به مقدار قابل ملاحظه ای کاهش می دهد. بعداً در مورد اهمیت این پدیده در رابطه با ایجاد حالت نروز و مداومت آن صحبت خواهم کرد.

پس از چند هفته، موفق به تحلیل و از بین بردن کامل زره عضلانی بیمار شدم. حالت ارتعاشات در ناحیهٔ شکم کاهش یافت و به نسبت کاهش ارتعاشات در شکم، احساس کوران ها در ناحیهٔ تناسلی شدت یافت. زندگی او و روابط اجتماعی او از نظر احساسات غنی تر و جدی تر شد. در رابطه با این حالت، او حادثه ای را از زمان دو سالگی خود بیاد آورد: او و مادرش در تفریحگاه تابستانی تنها بودند. آن شب آسمان صاف و پر از ستاره و مهتابی بود. مادرش خوابیده بود و نفس های عمیق می کشید، او می توانست صدای امواج را که به ساحل برمیخوردند بشنود. احساسی که او از آن هنگام بیاد داشت شبیه احساس فعلی او بود، احساسی غم آلود و جدی بود. ما می توانیم بگوئیم که او در این حال حالتی را از اوان کودکی بیاد می آورد که او هنوز به خود اجازهٔ احساس خواست های نباتی «وجیتیتیو» را میداد. پس از مأیوس شدن از مادر که در پنج سالگی به وقوع پیوسته بود، او بر علیه بروز کامل انرژی نباتی در درون خود جنگیده بود و به شخصی سرد مزاج و سطحی، به آنچه در ابتدای درمان بود، تبدیل شده بود.

پس از ازدیاد احساس کوران ها در بدن، احساس عجیب «برقراری تماس با دنیا» شدت یافت. او به من اطمینان داد که حالت جدی و ژرف روانی فعلی او شبیه به آزمونی است که در دو سالگی با مادرش مخصوصاً در آن شب داشته است. او این رابطه را به صورت زیر توصیف کرد: «مثل این بود که من با دنیا یکی بودم، مثل اینکه همه چیز در درون و بیرون از من در جوش و خروش بود. گوئی تحریکات تقلیل یافته و مانند امواج دریا بودند. مانند خرمنی بود که

کودکی را احاطه کرده و او را حفاظت کند. باور نکردنی است که چگونه اکنون قادرم عمق جهان را حس کنم.» لزومی نداشت که به او چیزی بگویم، او خود آنرا دریافته بود. احساس وحدتی که کودک با مادر دارد همان احساس وحدتی است که با جهان دارد. وقتی برابری مفهوم مادر با سرزمین و جهان، از نقطه نظر نباتی «وجیتیتیو» و هماهنگی جهان با خویشتن نگریسته شود معنای عمیق تری می یابد.

در یکی از روزهای بعد بیمار دچار حملهٔ شدید اضطراب شد. او از جا جست، دهان او بطور دردناکی منقبض شده بود. قطره های عرق پیشانی او را پوشانده بود. عضلات او منقبض و سفت شده بود. او جانوری مانند بوزینه را در ذهن خود می دید. در این هنگام دست او کج شده و حالت پنجهٔ میمونی را به خود گرفت. او صداهای نامفهومی از خود در می آورد. بعداً گفت که «مثل اینکه تارهای صوتی در گلو نداشت.» مثل آن بود که کسی به او بسیار نزدیک شده و او را تهدید می کرد. بعد مثل اینکه در حالت خلسه باشد با گریه و فریاد گفت: «عصبانی نشو، فقط میخواهم مک بزنم.» حالت اضطراب فرو کشید، بیمار دوباره آرام گرفت. در جلسات بعدی ما کار خود را بر این تجربه متمرکز کردیم. از خاطرات گذشته این موضوع را به یاد آورد که تقریباً در حدود سن دو سالگی (این موضوع از طریق تأئید محل سکونت آنان در آپارتمان مشخصی در آن زمان تائید گشت) برای اولین بار به دیدن نمایش «تیر لبن» (Tierleben) نوشته براهام رفته بود. در این نمایش اولین بار گوریل را دیده بود که باعث حیرت و تحسین فراوان او شده بود. او به اضطرابی که در آن زمان حس کرده بود آگاه نبود ولی اضطرابی که در جلسهٔ روان درمانی به وقوع پیوست بدون شک مانند اضطراب قبلی او در هنگام دیدن گوریل بود.

با وجود اینکه در آن هنگام اضطراب نمایان نشده بود ولی این اضطراب سرتاسر زندگی او را تحت الشعاع قرار داده بود. اکنون بالاخره این اضطراب هویدا شد. گوریل سمبولی از پدر بود، موجودی ترسناک و تهدید کننده که مانع

از مکیدن او می گشت. از این رو رابطهٔ او با مادرش در همین مرحله باز ایستاده بود. این در آغاز درمان بصورت حرکات دهانی شبیه مکیدن تظاهر کرده بود. ولی این حرکات به خودی خود تا وقتی که زره عضلانی او به تحلیل نرفته بود برای او مفهومی نداشت. لزومی برای صرف سال ها وقت به دنبال یافتن آزمونهای اولیهٔ مکیدن بر اساس خاطرات کودکی نبود. در حین درمان او عملاً صورتی شبیه به صورت کودک یافته و احساسات و اضطراب هائی مانند آنچه که در کودکی آزموده بود پیدا کرده بود. بقیهٔ روند درمان بطور خلاصه به قرار زیر ادامه یافت: پس از تحلیل و از بین بردن دو نکته تثبیت شده اصلی در کودکی، یعنی یأس او از مادر و ترس او به تسلیم شدن، تحریکات تناسلی به سرعت شدت یافت. در عرض چند روز با دختر جوان و زیبائی آشنا شد و با او طرح دوستی ریخت. پس از جدی شدن رابطه، او در کمال حیرت به من گفت که در هنگام عمل مقاربت باسن او بطور عجیبی به خودی خود حرکت میکرده است. از توصیف عمل مقاربت معلوم شد که هنگام انزال در او هنوز حالت خودداری وجود داشته. معهذا چون باسن او از موانع بازدارنده آزاد شده بود تنها کوشش اندکی لازم بود تا بقیهٔ موانع نیز برطرف شوند. مسئله این بود که هنگام انزال او هنوز حالت خوددار داشت و از تسلیم بلاشرط خود به جریان حرکات وجیتیتیو (نباتی) در لحظه انزال خودداری می کرد. او کمترین شکی در این نداشت که رعشه های خفیفی که در حین درمان در بدن او به وجود می آمد چیزی جز حرکات اورگاسمی و نباتی نبود. بهرحال همانطور که بعدها مشاهده شد، عکس العمل اورگاسم، (Orgasm Reflex) کاملاً آزاد نگشته بود. انقباضات اورگاسم هنوز به صورت تکان های ناگهانی بود. او هنوز به خود اجازه نمیداد که هنگام انزال حالت تسلیم بلاشرط به خود گیرد به نحوی که گردن شل شده و از حالت منقبض و سفت درآید. بهرحال بیمار به زودی به این مسئله نیز فائق شد. آخرین نشانهٔ اختلال که قبلاً بطور واضح ظاهر نگشته بود تحلیل شد. حالت خشن و نامنظم حرکات عضلات در هنگام اورگاسم مطابق با حالت روانی مشخصی بود که

می گفت «مرد ستبر و تسلیم نشدنی است، و در هر تسلیمی حالت زنانه وجود دارد.»

بلافاصله پس از آگاهی به این موضوع تضادی که از زمان کودکی با پدر در او باقی مانده بود از بین رفت و احساس پشتیبانی و محافظت از سوی پدر شدت گرفت. او می دانست که صرف نظر از مقدار و شدت مشکلات، همواره برگشتن و پناه بردن به خانه پدری ممکن است. در عین حال او سعی داشت زندگی مستقل خود را داشته باشد و به خود متکی باشد. او احتیاج به پشتیبانی و حراست را صفتی زنانه می دانست و می خواست خود را از این احتیاج مبری کند. از این رو میل به داشتن استقلال و احتیاج به حمایت و پشتیبانی پدر با یکدیگر در تضاد بودند. این تضاد، در عکس العمل اورگاسم نیز تأثیر داشت. تحلیل و از بین بردن این تضاد، مقارن و برابر بود با از بین رفتن حالت خشن انعکاس اورگاسم و برداشتن نقاب از آن که این نقاب وظیفهٔ پوشاندن میل او به حرکات نوازشگر و حالت تسلیم را داشت. هنگامیکه بالاخره حالت تسلیم شدن را در انعکاس اورگاسم تجربه کرد، عمیقاً متحیر مانده بود. او گفت «من هرگز فکر نمی کَردَم که مرد نیز می تواند سر به تسلیم فرود آورد، همواره تسلیم را خاصیتی زنانه تصور می کردم.» از این طریق حالت مخفی زنانه در او به حالت تسلیم طبیعی در اورگاسم مربوط شده و آنرا مختل کرده بود. جالب توجه است که چگونه دوگانگی در معیار های اخلاقی جامعه، در ساختار روانی این بیمار نیز ریشه دوانده بود. در ایدئولوژی معمول اجتماعی، ما متوجه میشویم که تسلیم شدن را صفتی زنانه و سرسختی را صفتی مردانه تلقی می نمایند. مطابق این برداشت، نمی توان تصور کرد که شخصی مستقل بتواند خود را تسلیم نماید و شخصی که خود را تسلیم می کند مستقل باشد. همچنین بر مبنای این ارتباط نادرست، زنان بر علیه زنانگی خود به اعتراض برخواسته و میخواهند خصوصیات مذکر را دارا شوند و مردان بر علیه آهنگ طبیعی جنسیت خود قیام می کنند چرا که می ترسند زنانه جلوه کنند. از این برآورد غلط نیز اختلاف نظرها

دربارهٔ جنسیت در مرد و زن توجیهی سطحی می یابند.

در ماه های بعد، این تغییرات در شخصیت او ادغام گشت. در گرد هم آئی های اجتماعی از نوشیدن بی بند و بار مشروبات الکلی حذر می کرد. او قرار مناسبی با همسر خود گذاشت و با زن دیگری ارتباط دوستانه ای برقرار کرد. از همه مهمتر علاقه و شوق زیادی به کار جدید خود پیدا نمود. سطحی بودن شخصیت او کاملاً از بین رفت. دیگر قادر نبود به صحبت های پیش پا افتاده و مبتذل در کافه ها تن در دهد و یا کارهای دیگری را بدون هدفی معین و علاقه مشخصی انجام دهد.

می خواهم اینرا نیز توضیح دهم که هرگز به فکر من خطور نکرد که او را از نظر اخلاقی نصیحت و راهنمایی کنم. خود من از تغییر خود به خودی شخصیت او متعجب بودم. او به شخصی جدی و با هدف تبدیل شد. او اساس برداشت های اقتصاد جنسی را آموخته بود. این آموزش به مقدار کم از فرایند کوتاه مدت درمان به دست آمد و به مقدار بیشتر بطور خود به خودی بر اساس تغییر ساختار روانی و احساس تحرک نباتی در بدن او حاصل شد.

در مدت چهار سال بعد از درمان او بهبودی قابل ملاحظه ای در رشد و وحدت شخصیت، در توانائی به شاد زیستن و در مقابله با موقعیت های مشکل از خود نشان داد. اکنون برای مدت شش سال من به درمان بیماران از طریق «نباتی» وجیتوتراپی و آموزش شاگردان به این تکنیک مشغول هستم و می توانم بگویم که این روش بر روش های دیگر برتری قابل ملاحظه ای در درمان نروز شخصیت دارد. نتایج درمان بهتر از نتایج قبلی است و مدت درمان نیز کوتاهتر است. تعدادی از پزشکان و معلمین این رشته اکنون کاربرد روش تحلیل شخصیت و درمان نباتی را آموخته اند.

٤- برقراری تنفس طبیعی

قبل از اینکه جزئیات این روش را شرح دهم لازم میدانم ابتدا خلاصه ای از چند پدیده اساسی را توضیح دهم. آگاهی به این پدیده های اساسی روشنگر چگونگی عملکرد تکنیک های به کار رفته می باشد که بطور مجزا به نظر بی معنا و بدون مفهوم می آیند.

درمان بدنی حالات عضلانی به نحو بسیار مشخصی در ارتباط با روش تحلیل شخصیت است. از این رو به هیچوجه با روش تحلیل شخصیت تضادی ندارد بلکه مکمل آن است. به عبارت دیگر درمان نباتی (وجیتوتراپی) همان روش تحلیل شخصیت در عمق بیولوژیکی انسان است. طبق دیدگاه درمانی ما زره پوششی شخصیت (روانی) و زره عضلانی (بدنی) از نظر عملکرد همسان هستند. به دلائل روشنی می توان «وجیتوتراپی» را «تجزیه و تحلیل شخصیت» در حیطهٔ عملکرد بیوفیزیکی دانست.

بهر حال خصوصیات شخصیتی و زره عضلانی عکس برگردان یکدیگرند. طرز رفتار و حالات شخصیت می تواند به وسیلهٔ تحلیل زره عضلانی به تحلیل رود، همانطور که حالات عضلانی نیز از طریق تحلیل زره شخصیت می تواند منحل شود. هرگاه روانکاو به نیروی درمانی نباتی و عضلانی آگاه شود، وسوسه و تمایل به استفاده از این طریق برای درمان بیماران در او شدت می گیرد و درمان از طریق تحلیل زره شخصیتی را به کنار می نهد. اما تجربه به ما می آموزد که منحصر کردن درمان به یکی از این دو طریق عمل نادرستی است. در یک بیمار ممکن است درمان از طریق تحلیل حالات عضلانی، از ابتدای درمان موفقیت آمیز باشد و در بیمار دیگر تحلیل حالات شخصیتی روش مؤثری باشد. در گروه دیگری از بیماران ممکن است هر دو روش ذکر شده درمانی همزمان با یکدیگر و بطور متناوب بکار گرفته شود ولی در اواخر دورهٔ درمان کار بر حالات عضلانی

تمرکز یابد که هدف آن برقراری توانائی اورگاسم است. توانائی اورگاسم بطور طبیعی در هر شخصی موجود است ولی این توانائی در افراد مختلف که مبتلا به نروز هستند مختل میشود.

برقراری توانائی اورگاسم از طرق مختلف به نتیجه می رسد. کوشش در راه برقراری اورگاسم، راه گشای جزئیاتی بود که درک صحیح حرکات طبیعی بدن را در مقایسه با حرکات غیر طبیعی ممکن ساخت. گاهی حرکات نباتی و نیروی نباتی بازدارنده آن هردو در آن واحد در یک گروه عضلانی متمرکز میشوند. مثلاً خواست حمله کردن و کله زدن به شکم شخصی و باز داشتن این خواست توأم با حالت حفاظت سر هردو در حالت خمیدگی و حالت «تو زدهٔ» سر نمایان می گردد. تضادی که در حیطهٔ روانی بین انگیزه و نیروی سرکوب آن انگیره وجود دارد و ما با آن به خوبی آشنا هستیم در حیطهٔ بدنی و فیزیولوژیک نیز خود را ظاهر می نماید. در موارد دیگر، انگیزه و نیروی بازدارندهٔ آن انگیره در گروه های عضلانی مختلفی نمایان می شود. مثلاً در بعضی از بیماران، حرکت نباتی در انقباضات خفیف و غیر ارادی در عضلات فوقانی شکم و نیروی بازدارندهٔ از آن در جای دیگری مثلاً در انقباض رحم دیده میشود. این انقباض در امتحان بالینی به صورت برآمدگی مشخصی در ناحیهٔ تحتانی شکم لمس می شود که حالت تشدید انقباض عضلانی است. وقتی اورگاسم برقرار شود این برآمدگی نیز برطرف می شود. گاهی این برآمدگی چند بار در حین یک جلسه درمانی ظاهر و سپس ناپدید می شود. لازم است تأکید شود که دستیابی به توانایی اورگاسم در واقع از طریق تشدید نیروهای نباتی بازدارنده آن حاصل می شود. البته بیمار از نیروی بازدارندهٔ عضلانی خود آگاهی ندارد. بیمار ابتدا باید آنرا حس کند و سپس توجه خود را به آن متمرکز نماید. تشدید خواست های نباتی، قبل از برطرف کردن موانع آن عملی بی حاصل است.

می خواهم برای تسهیل درک این پدیده مثالی در این مورد بیاورم. کرم و یا مار نمایانگر حرکاتی با آهنگ منظم و همسان و موّاج می باشند. این حرکات در

سرتاسر بدن جانور منتشر شده و او را اداره می کند. حال مثلاً در نظر بگیریم که حلقه ای از بدن جانور بی حرکت و خشک باشد و هماهنگ با سایر قسمت ها نباشد. در چنین حالتی قسمت های دیگر بدن با پیوستگی واحد حرکت نخواهند کرد. آهنگ حرکت جانور به علت اختلال گروه عضلانی مشخص، مختل خواهد شد. از این رو هماهنگی حرکات بدن به تمامیت و پیوستگی بدن و مبرا بودن آن از نیروهای بازدارنده بستگی دارد. شخصی که باسن خود را بی حرکت و خشک و در حالتی عقب کشیده نگه می دارد، در حرکات خود خشک و غیر طبیعی است هرچند که چالاک و با تحرک به نظر آید. انعکاس اورگاسم دقیقاً متشکل است از امواج تحریک و حرکاتی که از آن ناشی می شود، به این صورت که از مرکز نباتی در ناحیهٔ سر شروع شده و به سوی گردن، قفسهٔ سینه و ناحیهٔ فوقانی سپس تحتانی شکم و لگن خاصره و سپس پاها گسترش می یابد. اگر در پیشروی این امواج اختلال و مانعی ایجاد شود و یا پیشروی آن کند و یا مسدود شود، «انعکاس اورگاسم» مختل خواهد شد. بیماران ما معمولاً موانع متعددی در گسترش امواج اورگاسم دارند. انسداد اورگاسم معمولاً در دو ناحیه از بدن مشهود میشود: در حلق و در مقعد. این دو نقطه از نظر ارتباط مبدأ جنینی منافذ اولیهٔ دستگاه گوارش هستند.

هنگامیکه از طریق نباتی به درمان بیمار بپردازیم ابتدا باید قسمت هائی که انعکاس اورگاسم در آن قسمت ها مسدود شده تعیین کنیم و به تشدید این انسداد بپردازیم. حرکات طبیعی و موجی بدن برای تکمیل سیر طبیعی خود خواهند کوشید. حیرت آور است که چگونه بدن به نحو منطقی تمام حرکات انعکاس طبیعی اورگاسم را در خود ادغام می کند. مثلاً هرگاه خشکی گردن از بین میرود و یا اسپاسم انقباض گلو و آرواره از بین میرود، تقریباً همیشه حرکاتی غیر ارادی در ناحیهٔ قفسهٔ سینه و یا شانه ها به وجود می آیند. البته این حرکات نیز دیری نمی پایند و توسط انقباض متضاد مسدود میگردند. حال اگر این انسداد جدید از سر راه برداشته شود حرکات و انقباضات غیر ارادی در ناحیهٔ

شکم احساس خواهد شد که دوباره این نیز مسدود میگردد. از اینرو امکان رهائی حرکت نباتی طبیعی در ناحیهٔ لگن وجود ندارد مگر اینکه موانعی که در قسمت بالای آن قرار دارد از بین برود.

تشریح حالت فوق نباید به صورت قاعده ای بی چون و چرا قبول شود. هر چند نمی توان شک داشت که تحلیل هر یک از موانع حرکت گیاهی باعث راه گشائی به سوی ناحیهٔ تحتانی آن میشود، ولی گاهی نیز انقباض شدید گلو را تنها وقتی میتوان بطور کامل از بین برد که حرکات نباتی شدید به ناحیهٔ شکم راه یافته باشند. هر چه تحریکات جدید نباتی آشکارتر و شدیدتر شوند، نیروهائی که قبلاً آنرا پنهان کرده بودند و مانع از حرکت آن بودند نیز به صورت روشن تری نمایان می شوند. در بعضی از حالات انقباض شدید گلو تنها وقتی کشف میشود که تحریکات نباتی در ناحیهٔ لگن خاصره به وجود آید. این مقدار از تشدید حرکات نباتی باعث فعال شدن مکانیسم های بازدارند آن میشود. در رابطه با مسئلهٔ فوق «حرکات جانشین» بسیار مهم هستند. اغلب تحریک نباتی خود را به نحو جعلی می نمایاند. این حرکات، نیمه ارادی و اکتسابی هستند. حرکت نباتی واقعی وقتی آزاد می گردند که حرکات جعلی جانشین شده افشاء گشته و از سر راه برداشته شوند. مثلاً بسیاری از بیماران از فشار و انقباض مزمن عضلات فک رنج می برند که این انقباض، حالتی «بد طینت» به قسمت پائین صورت آنان می بخشد. در این حالت اگر آرواره را به طرف پائین فشار دهیم با مقاومت شدید و سختی عضلات برخورد می کنیم. وقتی به چنین بیماری بگوئیم که دهان خود را باز و بسته کند، اینکار را پس از مدتی تردید و با کوششی محسوس انجام می دهد. ولی ابتدا باید بیمار را به مصنوعی بودن حرکات دهان خود واقف سازیم، به عبارت دیگر خود بیمار ابتدا باید خشک بودن و مصنوعی بودن این حرکات را حس کند تا که بعداً بتوانیم به او بگوئیم که حرکات دهان او با مانع مواجه است و مسدود گشته اند.

از اینرو حرکات ارادی گروهی از عضلات ممکن است به منظور پنهان کردن

و انسداد حرکات غیر ارادی باشند. هم چنین ممکن است که نوعی از حرکات غیر ارادی گروهی از عضلات به منظور پوشاندن نوع دیگری از حرکات غیر ارادی باشند. مثلاً حرکات متناوب عضلات پلک (تیک) ممکن است به منظور ممانعت از خیره نگریستن باشد. همچنین ممکن است حرکات ارادی منطبق با حرکات غیر ارادی باشند؛ به عنوان مثال حرکات ارادی باسن که شبیه حرکات غیر ارادی آن است می توانند به برقرار شدن حرکات غیر ارادی (نباتی) کمک کرده و به آن منجر شوند.

اصول اساسی روش برقراری عکس العمل اورگاسم به قرار زیر است:

۱- مشاهده و یافتن نقاطی از بدن که خصوصیت پیوستگی و وحدت عکس العمل اورگاسم در آن نقاط مختل شده.

۲- تشدید مکانیزم و حرکات غیر ارادی بازدارنده، و تشدید انگیزه ها و حرکات غیر ارادی (نباتی)؛ مثل حرکات لگن به طرف جلو که میتوانند حرکات مسدود شدهٔ وجیتیتیو را آزاد نمایند.

مهمترین طریق آزاد کردن عکس العمل اورگاسم، تکنیک تنفسی است که به خودی خود در حین درمان به وجود می آید. حتی یک بیمار نروز وجود ندارد که بتواند بازدمی عمیق و هموار در یک دور تنفس انجام دهد. بیماران برای ممانعت از بازدم عمیق هرگونه بهانه ای را می تراشند. آنها گاهی به صورت منقطع نفس را بیرون می دهند و یا پس از بازدم، به سرعت نفس را به ریه ها فرو می برند. بعضی از بیماران مانعی را که در انجام این عمل حس می کنند به صورت زیر توضیح میدهند: «مثل آن است که موجی از دریا به صخرهٔ سنگی برخورد کند، دیگر پیش نمی رود.» این حالت بازدارنده را در ناحیهٔ بالای شکم (به زبان عامه «سر دل») یا در وسط شکم احساس می کنند. در بازدم عمیق احساس خوشایند و یا احساس اضطرابی شدید در ناحیهٔ شکم می کنند و درست برای فرار از این احساس است که آنها به مسدود کردن تنفس طبیعی خود دست می زنند. در راه آماده ساختن آنان برای عکس العمل اورگاسم و یا

برقراری این عکس العمل در آنان من ابتدا بیماران را تشویق به دم و بازدم عمیق می کردم. وقتی به بیمار گفته میشد که بطور عمیق نفس بکشد، معمولاً ابتدا به خود فشار آورده و اینکار را بطور مصنوعی انجام می داد. این رفتار غیر ارادی تنها از آهنگ طبیعی نباتی تنفس ممانعت میکند. این حالت را به عنوان حالت بازدارنده آشکار کرده و بیمار تشویق به تنفس کاملاً طبیعی میشود. پس از پنج و یا ده دوره تنفس، تنفس معمولاً عمیق تر می شود و موانع اولیه نیز ظهور می کنند. وقتی که بیمار بازدم طبیعی و عمیق می کند، سر او خود به خود به عقب می رود. بیماران اجازه نمی دهند که سرشان بطور طبیعی و خود به خودی به عقب خم شود. آنها سر خود را به جلو خم می کنند تا از حرکت آن به عقب جلوگیری کنند. و یا سر خود را شدیداً به چپ و راست تکان می دهند. بهر حال این حرکات با حالت طبیعی کاملاً تفاوت دارد. در بازدم عمیق، شانه ها بطور طبیعی آسوده و راحت هستند و با حالت آرام و سبک به طرف جلو حرکت می کنند. بیماران در آخر بازدم شانه های خود را سفت نگه داشته و آنرا به سوی بالا می کشند؛ به طور خلاصه آنها حرکات مختلفی را انجام می دهند تا از حرکات خود به خودی وجیتیتیو جلوگیری کنند. طریق دیگر آزاد کردن عکس العمل اورگاسم این است که به قسمت بالای شکم به طور آرام فشار وارد شود. من انگشتان هر دو دست خود را در ناحیهٔ تقریباً میانی تا بالای شکم بین ناف و استخوان استرنوم (جناق) قرار داده و به بیمار می گویم که به طور عمیق نفس بکشد. هنگام بازدم به تدریج فشار آرامی به قسمت بالای شکم وارد می کنم. این در بیماران مختلف عکس العمل مختلف دارد. در برخی از بیماران شبکهٔ خورشیدی بسیار حساس است؛ در برخی دیگر حرکت مخالف آن ایجاد می شود و پشت بیمار به طرف عقب خم می شود. این گروه بیمارانی هستند که هرگونه تحریک اورگاسم در عمل جنسی را با به عقب کشیدن پشت و لگن خود ممانعت میکنند. در بعضی از بیماران، ادامهٔ فشار در ناحیهٔ بالای شکم باعث حرکات موجی در ناحیهٔ شکم میشود. این حرکات گاهی باعث آزاد شدن عکس العمل

اورگاسم میشود. اگر بازدم عمیق برای مدتی ادامه یابد، دیوارهٔ شکم که سفت و کشیده شده است بدون استثناء در همهٔ بیماران نرم می گردد و می توان آنرا عمیق تر فشرد. پس از آن بیماران می گویند که خود را بهتر حس می کنند. من در کار خودم از روش هائی استفاده می کنم که بیمار قادر به درک آن است. به آنان می گویم که کاملاً خود را واگذار و تسلیم کنند. حالت واگذاری مانند حالت تسلیم است: سر به طرف عقب خم میشود شانه ها به طرف جلو و بالا کشیده میشوند؛ وسط شکم به طرف داخل می رود، لگن خاصره به جلو می آید و پاها به خودی خود از هم دور شده و باز می شوند. بازدم عمیق خود به خود حالت تسلیم «جنسی» را به وجود می آورد. این حالت عامل بازدارنده اورگاسم را در افراد آشکار می کند که قادر به تسلیم نیستند و نفس خود را در هنگام اوج هیجان جنسی حبس می کنند.

بسیاری از بیماران ستون فقرات خود را به عقب خم کرده و به صورت کمان نگاه می دارند به نحوی که لگن به عقب کشیده می شود و قسمت بالای شکم به جلو می آید. اگر طبیب دست خود را کمی پائین تر از ناحیهٔ میانی ستون فقرات بیمار قرار داده و به او بگوید که خود را آسوده دارد و با رها کردن خود به دست طبیب فشار دهد، بیمار به این دستور مقاومت کرده و یا آنرا با اکراه انجام میدهد. زیرا این حالت واگذاری بدن مبین همان حالت تسلیم در عمل جنسی و یا حالت تحریک جنسی است. وقتی که بیمار حالت واگذاری را درک کرده و به آن تن در دهد، شرط اول برقراری عکسل العمل اورگاسم عملی شده است. به نظر می آید که بازکردن دهان به صورت راحت و آرام در به وجود آوردن حالت واگذاری مؤثر است. در طول این کار، موانع متعددی که قبلاً پنهان بودند ظاهر میشوند. مثلاً بسیاری از بیماران ابروهای خود را در هم کشیده و به اصطلاح ابرو گره می کنند و یا پاهای خود را به نحوی منقبض به جلو می کشند و غیره

از این رو نمی توان ابتدا موانع برقراری عکس العمل اورگاسم را یکی پس از دیگری از بین برد و سپس منتظر برقراری عکس العمل اورگاسم شد. بلکه این

فرایندی است که در جهت برقراری مجدد آهنگ (ریتم) مختل شده تمام بدن و ایجاد وحدت در حرکات نامنظم بدن می باشد. در این روند تمام اعمال و موانع عضلانی که باعث انسداد عمل جنسی و تحرک گیاهی (وجیتیتیو) هستند ظاهر می شوند.

تنها در روند درمان است که راهنمائی که بیماران از کودکی برای مبارزه با حرکات و خواست های غریزی و تفوق بر دلهره های خود به کار بسته اند نمایان میشوند. آنان با مهارت علیه «شیطانی که در درون آنها است» (خواست ها و لذت های جنسی)، جنگیده اند، اکنون نیز به نحو نامعقولی علیه توانائی لذت بردن (چیزی که آنرا بیش از هر چیز دیگری از صمیم قلب خواستارند) مبارزه می کنند. من تنها به ذکر تعدادی از انواع متداول مکانیسم های عضلانی بازدارنده اکتفا خواهم کرد. اگر در حین فرایند آزاد ساختن عکس العمل اورگاسم، تحریک در ناحیهٔ شکم شدت بگیرد، برخی از بیماران به نقطه ای بیرون از پنجره خیره می شوند. اگر از آنها دربارهٔ این حرکت سئوال شود، جواب می دهند که این رفتار را از زمان کودکی به یاد دارند و آنرا هنگام خشم بر والدین و یا خواهر و برادر و یا معلم خود برای چیره شدن به خشم خود به کار میبردند. حبس کردن نفس برای مدت طولانی، عملی شجاعانه در توانائی خویشتن داری محسوب میشود. واژهٔ «دندانهایت را به هم بفشار» در بسیاری از ملل به دستور اخلاقی تبدیل شده است. در اینجا کلمات و سخنان مستقیماً منعکس کنندهٔ روند بدنی است که در اداره و کنترل شخص بکار گرفته میشود. بعضی از واژه ها که به طور معمول در تربیت افراد بکار می رود دقیقاً نمایان گر پدیده ایست که ما آنرا زره عضلانی نامیده ایم. «مرد باید بر خود مسلط باشد»، «پسر بزرگ گریه نمی کند»، «خودت را جمع و جور کن»، «خودت را ول نکن»، «مثل مشک خیک نباش»، «دندانهایت را بهم بفشار»، «پوزخندی بزن و بردباری پیشه کن» و غیره. ابتدا کودکان اینگونه موعظه ها را گوش نمی کنند و آنانرا بی اعتبار می شمارند. ولی بعداً آنها را بر خلاف میل خود قبول کرده و در خود می پذیرند. این اندرزها همواره شخصیت

کودک را تضعیف کرده و روحیهٔ او را خرد می کند. زندگی را در او نابود کرده و او را به عروسک خیمه شب بازی مؤدب و حرف شنو تبدیل می کند.

مادری تحصیل کرده که تحصیلاتی در رشتهٔ روانشناسی نیز داشت در مورد دختر یازده سالهٔ خود که تا سن پنج سالگی اکیداً از دست زدن به آلت تناسلی منع شده بود با من صحبت می کرد. وقتی او نُه ساله بود نمایش مربوط به کودکان را تماشا کرده بود که در آن شعبده بازی را دیده بود با انگشتانی دراز و نامساوی. حتی در آن هنگام نیز او از دیدن انگشتان دراز شعبده باز منقلب شده و در فانتزی های اضطراب آور بعدی نیز همواره خاطرهٔ شعبده باز در او زنده می گشت. او به مادر خود گفته بود: «میدانی وقتی که من می ترسم، همیشه از شکم شروع می شود (او خم شدهٔ مثل اینکه در شکم خود احساس درد میکرده است). بعد من بایستی خودم را بی حرکت نگه دارم. نباید هیچ چیزی را حرکت دهم. شعبده باز به من می گوید که هیچ چیز را حرکت ندهم، شعبده باز شبیه مادر بزرگ است. مادر بزرگ نیز همیشه میگوید تکان نخور، بی حرکت بخواب (او ادای حالت غضبناک مادر بزرگ را در صورت داشت). اگر دست هایم زیر لحاف باشد، او می آید و دست هایم را بیرون می کشد. شعبده باز می گوید که فقط می توانم اون پائین (کلیتوریس) را کمی تکان دهم. با تکان دادن آن وحشت زده میشوم و می خواهم چراغ را روشن کنم.

از آنجائیکه دختر کوچک همواره دست های خود را نزدیک بر آلت تناسلی خود می گذاشت، مادر از او سئوال کرد که علت این رفتار چیست. دخترک خود نمی دانست که دست هایش را اغلب بر آلت تناسل خود می گذارد. سپس او چگونگی احساس های مختلف خود را توضیح داد: «گاهی من فقط با اون بازی می کنم، ولی وقتی که از ترس خشک میشوم آنرا باید دیوانه وار بکشم و بفشارم. وقتی هیچ کس پیش من نیست و کسی نیست که با او صحبت کنم، ترس من بیشتر میشود و حتماً باید با اون پائین بازی کنم.» بعداً اضافه کرده: «وقتی که می ترسم خیلی خودسر میشوم، می خواهم با کسی دعوا کنم ولی نمی دانم با چه

کسی، فکر نکن که میخواهم با شعبده باز دعوا کنم (مادر او این قسمت را حذف کرده بود)؛ من از او خیلی می ترسم.

این کودک احساس هائی را که در شکم خود داشت به خوبی توضیح می داد. او با کمک فانتزی شعبده باز، سعی می کرد اضطراب و احساسات جنسی خود را کنترل کند.

مثال دیگر نیز نمایانگر اهمیت تنفس در عملکرد غده های نباتی (گانگلیون های وجیتیتیو) شکم می باشد. در حین عمل مکرر بازدم عمیق، یکی از بیماران متوجه احساسات شدید در ناحیهٔ لگن خاصره شد. عکس العمل های او به این احساس شدید از طریق محدود شدن حرکات تنفس بود. هرگاه ناحیهٔ بالای رانها و یا ناحیهٔ پائین شکم به نرمی لمس می شد او بلافاصله خود را به عقب می کشید و جمع می کرد. ولی وقتی من او را چندین بار به بازدم عمیق واداشتم عکس العمل او به لمس شدن از بین رفت. اگر تنفس دوباره حبس می شد، حساسیت در ناحیهٔ باسن دوباره به وجود می آمد. این دور و تسلسل را میشد با تکرار آن ادامه داد. این جزئیات بالینی بسیار آموزنده است. فرو بردن عمیق هوا به درون ریه ها باعث مسدود شدن و انبار شدن تحریکات بیولوژیکی مراکز نباتی شده و باعث ازدیاد تحریک پذیری می گردد. این مطلب ما را به درک چگونگی تبدیل تحریکات واپس زده جنسی به اضطراب یاری می کند. بازدم های عمیق، از انبار شدن انرژی بیولوژیکی جلوگیری کرده و آنرا کم می کند. از طرف دیگر جلوگیری از تنفس، مخصوصاً جلوگیری از بازدم های عمیق باعث ایجاد تضاد میگردد: جلوگیری از تنفس عمیق به انبار شدن تحریکات در مراکز وجیتیتیو کمک می کند، و با این عمل شخص را مستعد اضطراب و او را تحریک پذیر می نماید. از این رو بخشی دیگر از مسئلهٔ تبدیل تحریکات جنسی به اضطراب روشن می شود. همچنین ما از این طریق می توانیم این پدیدهٔ بالینی را که در آزاد ساختن قابلیت لذت بردن ابتدا باید با مسئلهٔ فیزیولوژیکی اضطراب برخورد کنیم، درک کنیم. اضطراب قرینه و معکوس تحریک جنسی و در عین حال به آن

از نظر ماهیت انرژی یکسان و برابر است. تحریک پذیری عصبی چیزی جز مداری میان بُر در تخلیهٔ انرژی الکتریکی بافت ها نیست. این انرژی در اثر انسداد تخلیه که در حالت نارسائی اورگاسم به وجود می آید انبار شده و شخص را تحریک پذیر می نماید.

بیماری را معالجه می کردم که مهمترین و سخت ترین مقاومت شخصیتی (Character Resistance) او در پیشرفت درمان بصورت پرچانگی تظاهر می کرد. ولی بیمار دهان خود را «از خود بیگانه» و «مرده» حس می کرد، مثل اینکه دهان متعلق به او نبود. این بیمار مرتباً دست خود را به دهانش می کشید تا مطمئن شود که دهانش در جای خود است. علاقهٔ او به غیبت کردن و ساختن داستان ها پوششی بر احساس زنده نبودن دهان افشاء شد و پس از این افشاگری و نمایاندن وظیفهٔ دفاعی غیبت کردن و پس از برطرف کردن این حالت دفاعی، دهان او به خودی خود مانند دهان طفلی خردسال حالت مکیدن به خود گرفت که متناوباً جایگزین حالتی بی رحم و خشن می شد. در حین این تغییرات سر او متمایل به راست شده بود. روزی می خواستم گردن بیمار را لمس کنم تا مطمئن شودم که علتی ناسالم در آن نیست. در کمال حیرت مشاهده کردم که بیمار ناگهان سر خود را به حالت شخصی اعدام شده به سوئی آویزان کرد: سر او آویخته شد، دهان باز و خشک مانده بود. پس از اینکه من گردن او را فقط به نرمی لمس کردم این اتفاق به وقوع پیوست. از تفسیر این حالت، واهمه های کودکی او و وحشت او از مجازات شدن (اعدام شدن) به علت گناهانی که مرتکب شده بود، مانند گناههای جنسی و استمناء ظاهر شد. عکس العملی که در بالا تشریح شد، تنها وقتی اتفاق افتاد که بیمار نفس خود را حبس کرده و از بازدم عمیق خودداری می کرد. بیمار وقتی به تدریج به ترس از بازدم فائق شد این عکس العمل نیز از بین رفت.

از اینرو انسداد بیمارگونهٔ تنفس عامل اصلی مکانیسم های نروز است که باعث انسداد اعمال نباتی «وجیتیتیو» می شود و این به نوبهٔ خود سرچشمهٔ انرژی

لازم برای علائم بیماری نروز و فانتزی های بیمارگونه از همه نوع آن است. پرچانگی یکی از طرق معمول مسدود کردن احساسات نباتی است. این مطلب روشنگر علت پرحرفی اضطراری و بیمارگونه است. در چنین حالاتی من به بیمار می گویم که لب فرو بندد و چیزی نگوید تا اینکه حالت اضطراب پدید آید.

بیمار دیگر من از «احساس بسیار منفی» نسبت به خود رنج می برد. او از خود تصوری مثل خوک داشت، در واقع نروز او از تلاش مذبوحانهٔ او برای غلبه کردن بر این احساس منفی سرچشمه می گرفت. او در رفاقت با دیگران سماجت زیادی نشان می داد. این رفتار بیمارگونهٔ او تنها یک نتیجه داشت و آن هم توهین بی امان مردم به او بود. این اهانت ها او را هرچه بیشتر به ناچیز بودن خود متقاعد می کرد. او اکنون به این فکر افتاده بود که مردم دربارهٔ او چه می گویند. چرا نسبت به او این چنین بد رفتارند و اینکه او چگونه می تواند این وضعیت را تغییر دهد و غیره. در این روند او متوجه احساس فشار بر سینهٔ خود شد. او هرچه بیشتر سعی در تفوق بر احساس حقارت خود می نمود، احساس فشار بیشتر می شد. مدتی طولانی سپری شد تا ارتباط بین تفکر اضطراری او با احساس فشار در سینه کشف گردید. او قبلاً احساسی در بدن داشت که هرگز به آن آگاه نبود: «مثل اینکه چیزی در سینهٔ من در غلیان است، سپس به سوی سرم تیر می کشد، احساس می کنم که سرم در حال انفجار است. نوعی غبار نمناک به دور دیده هایم فرو می آید. دیگر نمی توانم فکر کنم. احساس اینکه در اطرافم چه می گذرد از دستم در میرود. مثل اینکه در حال غرق شدن هستم. مثل اینکه رابطه ام با خودم و با هرچه در اطرافم است قطع می شود.» اینگونه حالات وقتی تحریکات از حصول به ناحیهٔ تناسلی منع شده و به سوی جهت مخالف (به طرف سر) راه می یابند به وجود می آیند. این اساس فیزیولوژیکی چیزی است که روانکاوان آنرا «جا به جائی انرژی در جهت بالا» می نامند. این حالت بیمارگونه گاهی به تصورات واهی مانند فانتزی نابغه بودن، خیالات در مورد آینده ای جلیل و با شکوه و غیره می انجامد. هر چه این تصورات بزرگ تر

و بی قواره تر می شوند امکان دست یابی به آنها نیز کمتر می گردد.

بعضی از افراد ادعا می کنند که هرگز احساس آشنای دل شوره و مالش در ناحیهٔ بالای شکم را نداشته اند. این افراد معمولا دارای شخصیتی سرد و خشک هستند. دو تن از بیماران من به منظور خاموش کردن احساسی که در شکم داشتند، دچار اضطرار بیمارگونه پُرخوری شدند. آنها به محض احساس اضطراب یا افسردگی، حریصانه به تپاندن غذا در شکم میپرداختند. بعضی از زنها (من این پدیده را هنوز در مردها مشاهده نکرده ام) وقتی از بر مرد نارضا برمیخیزند، میخواهند چیزی در شکم فرو بَرَند. بعضی دیگر احساس میکنند که «چیزی در روده ها گیر کرده و بیرون نمی آید.»

۵- ایجاد تحریک و تحرک در باسن خشک

عکس العمل اورگاسم بطور ناگهانی و به تمام و کمال ظهور نمی کند، بلکه از جمع بندی و ادغام عملکرد بخش های مختلف به وجود می آید. ابتدا امواج محرک از ناحیهٔ گردن به طرف قفسهٔ سینه و از قسمت بالای شکم به ناحیهٔ پائین شکم به حرکت در می آیند. لگن هنوز بی حرکت است. بعضی از بیماران آنرا این چنین توصیف می کنند:«مثل اینکه حرکات در نقطهٔ مخصوصی در «اون پائین» متوقف می شوند.» لگن هنوز در حرکات مواج نقشی ندارد. اگر با نظری دقیق برای مشخص کردن نقطهٔ انسداد حرکت بنگریم، معمولاً متوجه می شویم که باسن در حالت پس کشیده می باشد. انحنای کمانی ستون فقرات به طرف عقب که گاهی همراه با حالت پس کشیدهٔ باسن است باعث جلو آمدن شکم می شود. در این حالت می توان دست را در فضای بین تشک تخت روانکاوی و کمر شخص فرو برد. عدم تحرک باسن، حالتی مرده به آن می بخشد. در اغلب موارد این حالت با احساس «تهی بودن باسن و یا بی احساس بودن آن» و احساس ضعف در اندام های تناسلی همراه است. این پدیده مخصوصاً در افرادی که به یبوست مزمن

مبتلا هستند به نحوی شدید ظاهر میشود. با در نظر گرفتن اینکه پیوست مزمن همراه با حالت تحریک شدهٔ سلسهٔ اعصاب سمپاتیک است، رابطهٔ ذکر شده در بالا بهتر درک می شود. این موضوع در پس کشیدن باسن نیز صادق است. بیماران قادر به حرکت آن نیستند. آنها شکم، باسن و قسمت بالای ران ها را به صورت یک واحد پیوسته به هم حرکت می دهند. بنا براین اولین هدف درمانی باید آگاهی کامل بیمار به فقدان تحریکات در ناحیهٔ لگن خاصره باشد. معمولاً آنها مقاومت زیادی در حرکت دادن باسن مخصوصاً حرکت دادن به جلو و بالا می کنند. بررسی بیمارانی که از بی حسی آلت تناسلی رنج می برند نشان می دهد که هر اندازه حرکت باسن کمتر می شود، بی حسی در آلت تناسلی و احساس خلأ و یا ضعف در ناحیهٔ آلت تناسلی به همان نسبت زیاد می شود. این بیماران در عمل مقاربت جنسی اختلال شدیدی دارند. زنها بی حرکت دراز می کشند و یا اینکه با حرکت دادن مصنوعی و ارادی بالاتنه و لگن سعی می کنند به انسداد نباتی (وجیتیتیو) فائق آیند. در مردها، این اختلال به صورت حرکات ارادی خشن و شتاب زده و ناگهانی قسمت پائین بدن ظاهر میشود. احساس غیر ارادی (وجیتیتیو) اورگاسم در هیچ یک از این بیماران وجود ندارد.

برخی از جزئیات این پدیده شایان توجه بیشتری است. عضلات تناسلی (Bulbo-Cavernosus and Ischio-Carernosus) در حال انقباض هستند. این حالت مانع از انقباضاتی است که در اثر اصطکاک بطور طبیعی ایجاد می شود. عضلات نشیمنگاه نیز در حال انقباض خفیف اند. بیماران اغلب برای غلبه بر ضعف این عضلات سعی در ایجاد انقباض و انبساط در آنها می نمایند. دیوار تحتانی لگن خاصره به بالا کشیده میشود. انقباض قسمت تحتانی باسن، به اضافه حالت انقباض دیافراگم که محتویات شکم را بطرف پائین می فشارد، همراه با انقباض دیوار شکم، کوران حرکات نباتی (وجیتیتیو) را در ناحیهٔ شکم مسدود می کند. این حالت لگن خاصره همواره در کودکان دیده می شود که در نتیجهٔ دو اختلال اساسی پیش می آید. زمینهٔ ایجاد این حالت در اثر تعلیم خشن و بی رحمانهٔ

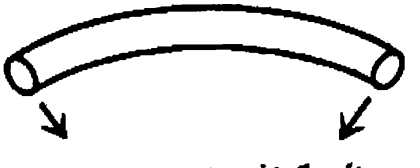
کودکان در سال های اولیه کودکی برای آموزش آن به خودداری از دفع مدفوع ایجاد می شود. در این حالت کودک را در سنین بسیار کم مجبور به نگه داشتن حرکات روده ها می کنند. تنبیه شدید برای خیس کردن رختخواب نیز باعث «انقباض باسن» می شود. بهر حال آنچه اهمیتی به مراتب بیشتر دارد و باعث انقباض باسن می شود، حالتی است که کودک احساس شدید تحریک در ناحیهٔ تناسلی و تمایل شدید به استمناء می کند و سپس با این احساس شدیداً به مبارزه برمیخیزد.

احساس خوشایند و لذت بخش در ناحیهٔ تناسلی می تواند با انقباض باسن از بین برود. با از بین رفتن حالت منقبض لگن، کوران های مطبوع در ناحیهٔ تناسلی احساس می شوند. برای از بین بردن حالت انقباضی، لازم است که ابتدا بیمار از حالت منقبض لگن خود آگاه گردد. بیمار باید ابتدا حس کند که باسن او بی حرکت مانده است. علاوه بر این، همهٔ حرکات ارادی که از حرکات طبیعی نباتی لگن جلوگیری میکنند باید شناخته شوند. حرکات ارادی شکم، لگن و قسمتی از بالای رانها که با یکدیگر به صورت واحد حرکت میکنند مهمترین وسیله و عاملی است که از حرکت مستقل و آزادانه باسن ممانعت میکنند. دستور تمرین های حرکت باسن به تنهائی، مثل تمرین های ژیمناستیک، کوشش بی ثمری است. زیرا هنگامیکه حالت و اعمال دفاعی و پوشانندهٔ عضلات وجود دارد حرکات طبیعی لگن به وجود نمی آیند.

تأکید هرچه بیشتر بر حالت بازدارندهٔ حرکات لگن باعث برقراری حرکات طبیعی در موج تحریکی بدن خواهد شد و بیمار لگن خود را بدون اراده و ناخودآگاهانه به جلو و بالا حرکت خواهد داد. مثل اینکه به کمک نیروئی از بیرون به سوی بالا و جلو در جهت ناف در حرکت است. هم زمان با این، قسمت بالای رانها بی حرکت باقی میماند. درک و افتراق بین حرکات دفاعی لگن و حرکات طبیعی و نباتی آن بسیار مهم است. هنگامیکه موج از گردن به سینه و شکم و لگن پیش میرود، خصوصیات این انعکاس تغییر می کند. اگر قبل از

برقراری جریان موج عکس العمل اورگاسم به صورت ناخوشایند احساس می شد، پس از برقراری این جریان، اورگاسم به صورت حالت خوشایند و مطبوع احساس می شود. اگر تا به حال حرکات دفاعی مانند بیرون آمدن شکم و یا انحنای ستون فقرات پدید می گشت، حال تمام بالاتنه حرکاتی شبیه حرکات ماهی به خود می گیرد. احساس خوشایند در آلت تناسلی و احساس کوران هائی در تمام بدن پیش می آید که به تدریج نیز قوی تر می شوند و این به ما اطمینان می بخشد که خصوصیات این حرکات کاملاً با انعکاس و عکس العمل های جنسی منطبق است. این خصوصیات با خصوصیات عکس العمل های قبلی بدن کاملاً متفاوت است. احساس پر بودن و غنی بودن در ناحیهٔ تناسلی به سرعت جایگزین احساس تهی بودن در آن ناحیه می شود و از اینرو باعث برقراری ظرفیت آزمون اورگاسم در عمل مقاربت می شود.

حرکاتی که در جهت مقاومت و ممانعت از لذت توسط گروه مشخصی از عضلات انجام میشوند، وقتی به صورت موجی و هماهنگ با حرکات تمام اعضای بدن انجام گیرد اساس توانائی قبول لذت را تشکیل خواهند داد. از اینرو حالت کمانی (Arcade Circle) بدن بیمار هیستریک که در آن شکم و سینه به بیرون انحنا می یابند و شانه ها و لگن به عقب کشیده می شوند، بصورت حالت معکوس عکس العمل اورگاسم درک می گردد.



حالت کمانی بدن در هیستری



حالت انعکاسی بدن در اورگاسم

تا زمانیکه به این حقایق دست نیافته بودم برای مبارزه با حالت های بازدارنده حرکات باسن تمرین ها و ورزشهای بدنی به بیماران را تجویز می کردم. نتایج حاصله رضایت بخش نبود. از اینرو به جستجوی موانع حرکات طبیعی

پرداختم. انسداد عکس العمل (رفلکس) اورگاسم موارد متعددی از اختلال اعمال نباتی را باعث میشود؛ مانند: یبوست مزمن، رماتیسم عضلانی، درد عصب سیاتیک و غیره. در بسیاری از بیماران پس از برقراری عکس العمل اورگاسم، حالت یبوست مزمن از بین میرود، حتی اگر بیمار سال ها به آن دچار بوده باشد. حصول به عکس العمل اورگاسم غالباً در ابتدا باعث ایجاد حالت تهوع، گیجی، حالت انقباض در حلق، انقباضات خفیف و پراکنده در عضلات شکم و دیافراگم و لگن و غیره میشود. ولی این علائم پس از برقراری کامل عکس العمل (رفلکس) اورگاسم از بین می رود.

یکی از اختلال های بسیار معمول نباتی «لگن خشک و بی جان و پس رفته» است. این حالت باعث درد کمر (لومباگو) و ناراحتی بواسیر می شود. در جای دیگری ما رابطهٔ این اختلال را با سرطان فرج که بیماری متداولی است خاطر نشان خواهیم کرد. از اینرو «مرده حالی لگن خاصره» همان وظیفه ای را دارد که شکم «بی جان» دارد، و آن خودداری از بروز احساس لذت و احساس اضطراب است. کنترل احساسات از این طریق بعلت محدود کردن «مراکز نباتی» حاصل می شود. در حین درمان، مراکز نباتی از فشاری که آنان را محیط کرده رهائی می یابند.

حال که حالت های مختلف بدن در رابطه با عکس العمل اورگاسم درک شده، امکان دسترسی به روش های درمانی نیز فراهم گشته است. در این رابطه درمان تیک* دیافراگم خانم ۴۵ ساله ای را در وین یادآوری می کنم.

درمان این خانم را من در کلینیک روانکاوی وین تقریباً ۱۴ سال قبل به عهده گرفتم و با برقراری توانائی استمناء بهبودی نسبی در او به وجود آوردم. من این مورد را در مقاله ای بنام (Derticels Onanieguivalent) منتشر کردم. این بیمار

* رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۱۱۷

از زمان نوجوانی برای مدت ۳۰ سال از اختلال بسیار شدید حرکات ناگهانی دیافراگم رنج می برد که همراه با صداهای ناهنجار بود. پس از اینکه بیمار قادر به استمناء گشت بهبودی قابل ملاحظه ای در این حرکات ناگهانی (تیک) به وجود آمد. امروز برای من روشن است که این بهبودی به علت انبساط نسبی حالت مزمن دیافراگم در هنگام نفس کشیدن (دَم) حاصل شد. در آن موقع من فقط می توانستم بطور کلی بگویم که رضایت جنسی باعث از بین رفتن بخشی از سکون انرژی جنسی شده و از اینرو باعث بهبودی در حرکات غیر ارادی (تیک) شده است. ولی در آن زمان نمی توانستم چگونگی رهائی و حفظ این انرژی را و چگونگی تخلیهٔ آنرا و چگونگی کاهش آنرا در اثر رضایت جنسی شرح دهم. این حرکات (تیک) تنفسی مطابق با انقباضات غیر ارادی دیافراگم بود و حرکاتی بیمارگون بود که به منظور کاهش حالت انقباض (اسپاسم) دیافراگم صورت می گرفت.

تجربیات امروزی مرا به یاد مواردی از بیماری صرع می اندازد که در آن احساس «اورا» (Aura)* در ناحیهٔ شکم به وجود می آید. من نمی توانستم درک کنم که چه قسمتی از بدن در آن دخیل است و علت آن چیست و چه رابطه ای با سلسله اعصاب نباتی دارد. اکنون برای من روشن است که تشنجات ناشی از صرع نمایانگر تشنجات دستگاه عصبی گیاهی است که در آن انرژی «بیولوژیکی-روانی» از طریق تشنجات، به استثنای آلت تناسلی رها می شود. تشنجات صرع، اورگاسم عضلانی اعضاء غیر تناسلی است. همچنین این موضوع روشنگر حرکات غیر ارادی عضلات شکم در حین رواندرمانی است. این حرکات، کوششی است برای انبساط دیوراهٔ منقبض شدهٔ شکم.

هرچند هرگز علناً به زبان نمی آمد، معهذا من در درون بسیاری از بیماران،

* اورا (Aura): احساس مخصوصی که شخص مبتلا به صرع چند لحظه قبل از وقوع حملهٔ صرع حس می کند.

احساسات بدخواهانه و تنفرآمیز مشاهده می کردم ولی موفق به مشخص کردن آن نمی شدم. درمان از طریق رفتار نباتی بیمار این امکان را فراهم کرد که بتوانم مشخص کنم که ناراحتی های روانی در چه موضعی از بدن نهفته است. بیمارانی هستند که چشم ها و گونه های آنها حالت دوستانه دارد ولی حالت چانه و دهان آنها خلاف آنرا نشان می دهد. حالت قسمت بالای صورت آنها با قسمت پائین صورت کاملاً متفاوت است. تجزیه و تحلیل و تذکر حالت قسمت پائین صورت به این اشخاص باعث رها شدن خشمی بسیار در آنها می گردد.

در بعضی دیگر از بیماران، حالت احترام و ادب متداول ولی کاذب مشاهده می شود. این حالت مخفی کنندهٔ حالت قرینه و عکس آن یعنی حالت حیله گری بدخواهانه ایست که گاهی نیز به صورت یبوست مزمن تظاهر می کند. روده ها بی حرکت اند و عمل آنها بالاجبار توسط استعمال مداوم مسهل امکان می یابد. این بیماران مانند کودکان بایستی خشم و بدخواهی خود را در شکم حبس کنند. بیماران اغلب احساسی را که از بدن خود دارند چنان بیان می نمایند که گوئی تکرار جملاتی است که در کودکی به آنها برای آموزش دفع مزاج یاد داده اند. مثلاً به آنها می گفتند «شکم وقتی اَن می کند بی تربیت است.» کودکی که تحت تعلیم و تربیت استبدادی و اضطراری است بسیار مستعد است که به اینگونه آموزش ها و توبیخ های مربوط به آن با «اَن» پاسخ دهد. ولی او مجبور است از این عمل پرهیز کند. از اینرو باید «اَن» خود را در شکم نگهدارد. برای حصول به این هدف کودک مجبور است همهٔ تحریکات را که در شکم حس می کند به انضمام تحریکات جنسی، مخفی و سرکوب کند. او اینرا با فرورفتن بدرون خود، «با تو رفتن بدرون خود» انجام می دهد. شکم سفت و منقبض می گردد. او «شرارت» را در خود حبس می کند. بی مورد نیست که فرایند پیچیدهٔ بوجود آمدن علائم و حالات بدنی را آنطور که در بیماران متفاوت نمایان میگردد، از نظر تاریخچهٔ تکوین و عملکرد آنها شرح دهیم. در این مورد فعلاً به ذکر چند طریقه کفایت می کنیم. مشاهدهٔ بدن و توانائی تشخیص قابلیت عملکرد آن که

گاهی به صورت موجودی واحد و یگانه و گاهی به صورت مجزا به نحوی که جزئی از آن تحت تأثیر پاراسمپاتیک و جزئی دیگر تحت فرمان سمپاتیک عمل نمایند بسیار مهم است. زمانی خانمی را معالجه می کردم که در مرحله ای از درمان در ناحیهٔ بالای شکم کاملاً احساس راحتی و آسایش می کرد. او کوران های آشنا را در شکم حس میکرد و دیوارهٔ شکم به آسانی منبسط میشد. گسیختگی در احساس های ناحیهٔ بالای شکم، قفسهٔ سینه و گردن وجود نداشت ولی ناحیهٔ تحتانی شکم طوری عمل میکرد که گویی از بقیهٔ قسمت ها با مرزی مشخص جدا گشته. وقتی قسمت تحتانی شکم به پائین فشار داده میشد، برآمدگی سفت و گلوله مانندی به اندازهٔ سر نوزاد احساس می شد. امکان توضیح دقیق چگونگی ایجاد این برآمدگی از نظر تشریحی (آناتومی) وجود نداشت، ولی آنرا بدون شک میشد لمس نمود. در مراحل بعدی درمان، بعضی روزها این برآمدگی ناپدید می شد. وقتی بیمار از بروز تهییج جنسی هراسناک می شد و نتیجتاً علیه آن مبارزه می کرد برآمدگی ظاهر می شد. هنگامیکه بیمار قادر به ابراز تهییجات جنسی میشد، برآمدگی نیز ناپدید می گشت.

تظاهرات بدنی بیمار شیزوفرنیک مخصوصاً نوع کاتاتونیک آن، بر اساس نتایج تجربیات جدید را در مقاله ای جداگانه توضیح خواهم داد. انواع حرکات تکراری و غیرارادی (اتوماتیک) بیمار کاتاتونیک را می توان در زره بندی عضلانی و رها شدن انرژی نباتی مشاهده کرد. این پدیده مخصوصاً در حالت خروش خشم کاتاتونیک دیده میشود. در نروز ساده حرکات نباتی بطور سطحی مسدود می شوند، در این حالت انسداد سطحی، تحرک و تحریکات درونی و رهائی آن به شکل فانتزی امکان می یابد. ولی هرگاه زره بندی عضلانی به عمق نیز نفوذ کند باعث انسداد و قسمت های هسته ای موجود زنده می گردد و کاملاً بر عضلات مسلط می شود. در آنجا فقط دو امکان وجود دارد، رهائی انرژی به شکل فوران و خروش خشم، و یا زوال تدریجی و بالاخره خاموشی کامل و مرگ موجود زنده.

علاوه بر آنچه گفته شد تعدادی از امراض دیگر بدنی مانند زخم معمده، روماتیسم عضلانی، و سرطان نیز به موضوع فعلی مربوط می شوند.

متخصصین روان درمانی در حین کار بالینی بدون شک می توانند تعدادی از علائم ذکر شده بدنی را مشاهده نمایند ولی این علائم و بیماری ها را نمی توان بطور جداگانه درک و معالجه نمود؛ بلکه آنها را باید با در نظر گرفتن مجموع عملکرد بیولوژیکی بدن و در رابطه با عملکرد لذت و اضطراب درک نمود. اگر اضطراب، علت انسداد و ناتوانی جنسی در نظر گرفته شود، در اینصورت درک و تبحر حالات پیچیدهٔ بدنی امکان نخواهد داشت. «انسداد مفهومی به جز جلوگیری از انبساط نباتی و جلوگیری از فعالیت و تحرک ا ندام های مرکزی نباتی ندارد». در این حالت رهائی (دشارژ) تحریک مسدود می شود و در نتیجه انرژی بیولوژیکی محبوس می گردد.

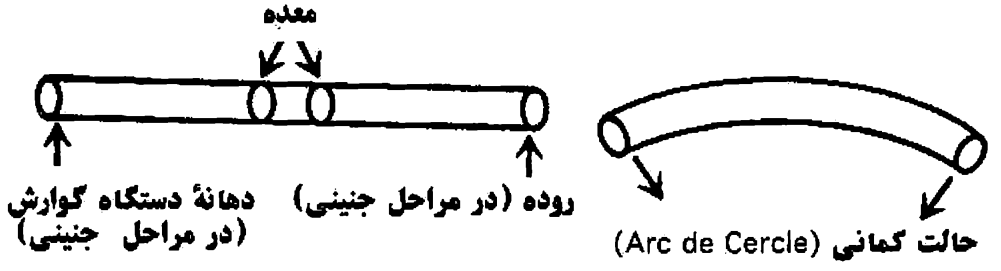
در عملکرد اورگاسم (رفلکس اورگاسم)، حرکات کل بدن بصورتی یک پارچه و واحد است. در هنگام اورگاسم ما چیزی جز تودهٔ پلاسمائی ضربانی نیستیم. پس از پانزده سال تحقیق در این زمینه بالاخره نفوذ به هستهٔ بیولوژیکی امراض روانی ممکن گشت. عملکرد اورگاسم در تمام موجوداتی که جفت گیری می کنند وجود دارد. در موجودات تک سلولی مانند پروتوزوا (Protozoa) اورگاسم به صورت انقباضات پلاسما مشاهده می شود. ابتدائی ترین حالت آنرا می توان در تقسیم موجود تک سلولی مشاهده نمود.

موجودات تک سلولی و موجودات تکامل نیافته وقتی منقبض می شوند، به صورت کروی تغییر شکلی می دهند. ولی موجودات تکامل یافته قادر به انقباض بصورت کروی نیستند. مسئله این بود که این موجودات تکامل یافته در حالت انقباض چه شکلی به خود می گیرند. پس از مرحلهٔ مشخصی از رشد و تکامل موجودات زنده، وقتی اسکلت استخوانی در موجود پر سلولی به وجود می آید، انقباض بصورت موجود تک سلولی و نرم تنان دیگر امکان پذیر نمی گردد. موجود پر سلولی و تکامل یافته که دارای اسکلت استخوانی باشد در هنگام

انقباض دیگر نمی تواند بصورت کروی درآید. لولهٔ لاستیکی قابل انعطافی را در نظر بگیرید و آنرا مانند مثانه بیولوژیکی که قبلاً ذکر شد فرض نمائید. حال تصور کنید که میله ای در آن فرو کرده ایم که قابلیت انعطاف آن تنها در یک جهت است. این میله می تواند بجای ستون فقرات تصور شود. حال تصور کنید که این مثانه طویل شده را به منظور انقباض تحریک کنیم. در چنین حالتی مشاهده می کنیم که مثانه هنگام انقباض دیگر نمی تواند به صورت کروی درآید بلکه فقط در یک جهت می تواند حرکت کند. این مثانه برای انقباض باید با سرعت و هرچه کامل تر تا آنجائیکه امکان دارد خم شود.



از نظر بیولوژیکی، اورگاسم چیزی به جز حرکت فوق الذکر نیست. این حالت بدنی که شرح آن در بالا رفت در بسیاری از حشرات و همچنین در حالت های جنینی نیز دیده میشود. افراد هیستریک تمایل مخصوص به انقباض عضلات حلقوی، به ویژه عضلات دهان و مقعد دارند از نظر جنینی، این دو ناحیه مطابق است با دو منفذ اولیه دستگاه گوارش.



علاوه بر این، عضلات حلقوی در ابتدا و انتهای معده نیز وجود دارد. انقباض عضلات که در این دو نقطه ایجاد می شوند نتایج وخیمی برای سلامت کلی بدن دارد. مواضعی از بدن غالباً مبتلا به اختلالات مربوط به انقباض

عضلانی میشوند که در حالت های بیمارگونه روانی مستعد انقباض مزمن هستند و از نظر بیولوژیک نیز مطابق با مراحل بسیار ابتدائی تکامل می باشند. اگر حلق و مقعد منقبض باشند انقباضات اورگاسم غیر ممکن می گردد. حالت پس کشیدهٔ بدن، کاملاً مخالف حالت بدن هنگام اورگاسم است. در حالت «پس کشیده» ستون فقرات بطرف عقب انحنا یافته، گردن خشک شده، مقعد مسدود و قفسهٔ سینهٔ به جلو می آید وشانه ها حالتی منقبض می یابند. حالت (Arc de Cercle) که در بیماران هیستریک دیده می شود، کاملاً مخالف حالتی است که بدن هنگام اورگاسم دارد و مانند حالتی است که بدن هنگام دفاع علیه تمایلات جنسی به خود می گیرد. هر انگیزهٔ روانی (Psychic Impulse) از نظر عملکرد برابر است با تحریک و تحرک بدنی. این نظریه که ساختار روانی بطور مستقل عمل می کند و بدن را تحت تأثیر قرار می دهد و اینکه بدن نیز به نوبهٔ خود مستقل از روان است، با تجربیات عملی و نتایج آن مطابقت ندارد. اگر روان و بدن را کاملاً جدا از یکدیگر فرض کنیم امکان جهش از روان به بدن غیر قابل تصور خواهد بود زیرا فرض دو حیطه جدا ازهم، فرضی اشتباه می باشد. همچنین فکر و ایده، مثلاً فکر به خواب فرو رفتن، نمی تواند به صورت رفتار بدنی جلوه گر شود مگر اینکه این ایده روانی خود در عمق نباتی (وجیتیتیو) ریشه داشته باشد. یک ایده چگونه می تواند از تحرک و تحریک نباتی (وجیتیتیو) منشاء گیرد؟ این یکی از سخت ترین سئوالاتی است که در مقابل روانشناسی قرار دارد. بر اساس تجربیات کلینیکی، این موضع روشن شده است که علائم بدنی و همچنین خواست های ناخودآگاه روانی نتیجهٔ عملکرد سلسله اعصاب نباتی است. سخن فوق ناقض و مغایر این موضوع نیست که هرگاه مفهوم روانی علائم بدنی کشف گردد و به آگاهی درآید علائم بدنی بهبود می یابند. زیرا هرگونه تغییر در حیطهٔ روانی باید لزوماً از نظر عملکرد مطابق با تغییرات در تحریکات نباتی (وجیتیتیو) نیز باشد. بنابراین موضوع تنها این نیست که آگاهی به یک مطلب ناخودآگاه باعث بهبودی میگردد، بلکه مسئلهٔ مهم تغییراتی است که

این آگاهی در تحریکات نباتی (وجیتیتیو) ایجاد میکند.

از اینرو وقتی بدن از یک حالت روانی متأثر می شود ما با موارد زیر مواجه میشویم:

۱- تحرک و تحریک روانی از نظر عملکرد معادل با تحریک و تحرک بدنی است.

۲- تداوم تحریک و تهییج روانی به علت برقراری و تداوم حالتی مخصوص در سلسله اعصاب نباتی به وجود می آید.

۳- حالت متغییر نباتی، عملکرد اندام را نیز تغییر می دهد.

۴- «مفهوم روانی علائم بدنی» چیزی جز حالت بدنی که مفهوم روانی را در آن می نمایاند نیست. مثلاً حالت خوددار روانی، بصورت خشکی و حالت «پس کشیده شده» نباتی ظاهر میشود. تنفر روانی، بصورت حالت مشخص تنفر نباتی ظاهر میشود. این دو جدا نشدنی و با یکدیگر برابر هستند.

۵- حالت روانی شخص، تحت تأثیر حالت نباتی است.

احساس خطر مترادف است با تشدید عملکرد اعصاب سمپاتیک. این عملکرد به نوبهٔ خود اضطراب را تشدید می کند. تشدید اضطراب باعث ایجاد زره شخصیتی میشود که به نوبهٔ خود این زره مترادف است با جذب و ادغام انرژی نباتی در عضلات. این زره به نوبهٔ خود باعث اختلال در رها شدن انرژی می شود و در نتیجهٔ فشار و تانسیون را بالا میبرد و این دور و تسلسل به اینصورت ادامه می یابد.

تن و روان از نظر نیروی حیات (Biopsychic energy) به صورت دو سیستم که با یکدیگر در وحدت و در عین حال بر یکدیگر مؤثر هستند عمل می کنند. برای روشن شدن این موضوع، در اینجا مثالی می آورم.

بیمار زنی که زیبائی استثنائی و جذابیت جنسی داشت، از شکل کریه خود شکایت میکرد. او تصور میکرد که زشت و کریه است زیرا بدن خود را یک پارچه و کامل حس نمیکرد. او احساس خود را چنین بیان میکرد: «هر قسمتی از

بدن من به راه خود میرود. پاهای من اینجاست و سر من آنجاست. من هرگز بطور دقیق نمی دانم که دستهایم کجاست، بدن من یک پارچه و جمع و جور نیست.»
خلاصه اینکه او از اختلال تصور ذهنی از بدن خود که در حالت های شیزوئیدی پاشیدگی شخصیت (Schizoid Depersonalization) مشهود است رنج میبرد. در حین درمان از طریق نباتی عضلات مختلف صورت او حالات بسیار عجیبی پیدا کردند. در آغاز درمان حالت بی تفاوت صورت کاملاً مشهود بود. بتدریج حالت بی تفاوت صورت آن چنان شدید شد که بیمار معذب گشت. وقتی با او حتی در مورد مسائل بسیار جدی صحبت می کردیم او همواره با حالتی بی تفاوت به گوشه ای از اطاق یا به بیرون از پنجره می نگریست. در چنین مواقعی نگاه او حالت تهی و یا گمگشته داشت. پس از تحلیل و برطرف کردن حالت بی تفاوت صورت، حالت دیگری در صورت او پدید آمد که تنها پرتو کم رنگی از آن را میشد قبلاً رویت کرد. ناحیهٔ دهان و چانهٔ او حالتی شریر و کینه جو داشت، در حالیکه پیشانی و چشمان او بی حالت و بی جان بود. اکنون این حالت اندک اندک مشهود تر میشد. کلمات خود بیمار مبین احساسات او بود. در ابتدا من حالت دهان و چانهٔ او را از دیگر حالات مجزا نمودم. در حین درمان به تدریج و بطور افزاینده ای احساس شدید گاز گرفتن که قبلاً واپس زده شده بود ظاهر گشت. او این احساس را نسبت به شوهر خود و پدر خود تجربه کرده بود ولی به خود اجازه ابراز آنرا نداده بود. خشمی که در حالت چانه و دهان او نمایان شده بود با حالت بی تفاوت صورت مخفی شده بود. با از بین رفتن این پوشش، حالت خشم آلود چانه و دهان نمایان شد.

بی تفاوتی بیمار این نقش و وظیفه را داشت که بیمار را از احساس عذاب آور نفرت محافظت کند. پس از درمان حالت ناحیهٔ دهان برای مدت دو هفته، حالت خشم آلود و شریر کاملاً برطرف شد. این بهبودی در رابطه با درمان ناامیدی و یأس او بود. یکی از خصوصیات شخصیت او اصرار در جلب توجه و عشق بود. وقتی این خواست مداوم و سیر نشدنی او عملی نمیشد او خشمگین می

گشت. پس از تحلیل حالت چانه و دهان، انقباضات ماقبل اورگاسم (Preorgastic contractions) در تمام بدن او بوجود آمد. ابتدا این انقباضات بصورت حرکات موجی شبیه حرکات نرم تنان بود و شامل حرکات باسن نیز میگشت. ولی تحریک تناسلی در نقطه ای مشخص مسدود میشد. در جستجوی مکانیزم این انسداد، حالت پیشانی و چشمان او بتدریج اهمیت زیادی یافت که بصورت نگاهی نافذ، خشم آلود، و خرده گیر نمایان میگشت. بیمار متوجه شد که این حالت او «حالت آماده باش» است که همیشه با او همراه بوده است. او متوجه شد که هرگز قادر به کنار گذاردن این حالت دفاعی نبوده است.

ظاهر شدن تحریکات نباتی بصورت تحریکات بدنی، بی شبهه عجیب ترین پدیده ایست که در روند درمان از طریق نباتی ظاهر میشود. شرح آن بسیار مشکل است. این پدیده ایست که باید از طریق بالینی تجربه شود. از اینرو پیشانی «مرده حال و بی جان» حاجب پیشانی «خرده گیر و خشمگین» بود. ولی سئوال بعدی این بود که پیشانی خرده گیر و خشمگین چه وظیفه ای را ایفا میکرد. تحلیل دقیق عملکرد تناسلی او این رابطه را روشن کرد که پیشانی او دقیقاً مواظب اعمال تناسلی او بود. تاریخچه و سابقهٔ بیمار روشنگر این بود که حالت جدی چشمها و پیشانی او همانند حالت چشمها و پیشانی پدر معتکف و خشک و سختگیر او بود. در خردسالی پدر او به او تلقین کرده بود که تسلیم شدن به خواست های جنسی خطری عظیم در بر دارد. پدر او ویرانی بدن را که در اثر بیماری سفلیس ایجاد می گشت برای بیمار ما بارها و به دقت تشریح کرده بود. از اینرو هرگاه تهیجات جنسی پیش می آمد، پیشانی او مانند گارد محافظ به جای پدر به دفاع بر می خاست. تعبیر تأثیر رفتار پدر بر او به هیچ وجه کافی نبود. سئوال این بود که او از چه رو این خصوصیت پدر را در خود آمیخته و آنرا در پیشانی خود ممهور کرده و تا به حال نیز آنرا حفظ کرده است. ما باید بین تفسیر تاریخی یک عملکرد با وظیفه و عملکرد امروز آن فرق نهیم. این دو با هم کاملاً متفاوت هستند. ما نمی توانیم علائم بدنی (سوماتیک) بیماری

را با کشف کردن علت تاریخی آن از بین ببریم. بدون درک عملکرد و وظیفهٔ کنونی این علائم (سمپتوم ها) قادر به بهبودی آن نخواهیم بود. این نباید با تضاد ها و عقده های کنونی بیمار اشتباه شود. تفسیر اینکه حالت جدی پیشانی او از دوران طفولیت با شخصیت پدر آمیخته شده است. نمیتوانست باعث بهبودی اورگاسم گردد. دوره های بعدی درمان مؤید این نظریه بود. بهمان نسبتی که حالت خرده گیر و جدی جایگزین حالت مرده می گشت حالت کل دفاعی در ناحیهٔ تناسلی نیز شدت می یافت. به تدریج و به طور متناوب حالت خشن و جدی با حالت شاد و بشاش، حالتی تقریباً کودکانه، جایگزین گشت. از اینرو او گاهی مطابق خواست های تناسلی رفتار میکرد. گاهی نیز حالت خرده گیر و جدی نسبت به آن می یافت. با جایگزینی حالت جدی پیشانی با حالت بشاش، انسداد و بازداشت تحریکات تناسلی نیز ناپدید شد.

تاریخچه و جزئیات درمان این بیمار را برای آن تشریح کردم که حاوی تعدادی از اختلالات فرایند بار و تخلیه (تانسیون و دشارژ) در دستگاه تناسلی است. حالت دفاعی این بیمار، پدیده ای معمول است که در بسیاری از افراد وجود دارد.

بیمار ما از احساس شقه بودن از درون، احساس پراکندگی، نداشتن وحدت درونی رنج می برد. از اینرو او آگاهی و احساس جنسی و رعنائی و وقار نباتی را نداشت. چگونه ممکن است موجودی که دارای وحدت و یگانگی است «خرد شود و فرو پاشد»؟ واژهٔ (Depersonalization) پاشیدگی هویت بیانگر هیچ پدیده ای نیست و خود مستلزم توضیح است. چیزی که ما باید از خود سئوال کنیم این است که چگونه قسمتهائی از یک موجود به صورت مستقل از کل موجود میتواند برای خود عمل کند. توضیح روانشناسان در این مورد گرهی را نمی گشاید زیرا در عملکرد روانی، روان کاملاً به عملکرد انبساط و انقباظ سلسهٔ اعصاب نباتی مربوط است. ساختار آن بطور یکسان نیست و آزمایشها و تجربیات بالینی نمایانگر آن است که فرایند فشار و بار (تانسیون و شارژ) میتواند تمام بدن را بطور کلی و

همچنین اندام های مختلف را بطور مجزا در بر گیرد. دستگاه اعصاب نباتی میتواند در ناحیهٔ فوقانی شکم بصورت پاراسمپاتیک عمل کند و در ناحیهٔ تحتانی بصورت سمپاتیک عمل نماید. همچنین ممکن است عضلات شانه ها تحت فشار (تانسیون) باشند. در حالیکه عضلات پاها در حال آسایش باشند دستگاه نباتی قادر به این اعمال است زیرا بصورت یکسان عمل نمیکند. در عمل مقاربت جنسی ممکن است ناحیهٔ دهان تحریک شود در حالیکه آلت تناسلی تحریک نشده باشد، و یا برعکس. بر اساس نتایج حاصله از تجربیات بالینی معیارهای معتبری در دست داریم که میتوانیم توسط آنها برمبنای اقتصاد جنسی، «سالم» را از «بیمار» فرق نهیم. شکی نیست که شرط اساسی سلامت روانی و «نباتی» موجود زنده در توانائی عمل وعکس العمل بصورتی واحد در تنظیم اعمال بیولوژیکی خود از نظر «تنش» و بار میباشد. ازطرف دیگر اگر عمل یک اندام و یا گروهی از اندامها از عملکرد نباتی «تانسیون و شارژ» تمام بدن جدا باشد و این جدائی بحالت مزمن ادامه پیدا کند، باعث اختلال عملکرد موجود شده و حالت بیمارگون ایجاد میگردد. مشاهدات بالینی بما میآموزد که اختلال در برداشت ذهنی از خویش تا برقرار شدن توانائی اورگاسم بصورتی یکپارچه، از بین نمیرود. پس از برقراری اورگاسم، مثل اینکه همهٔ اندامها و سیستم های بدن در هم ادغام شده و حالتی واحد به خود می گیرند و در حالت انقباض یا انبساط بصورت هماهنگ و یکپارچه عمل میکنند.

از اینرو پاشیدگی هویت بصورت فقدان بار (شارژ) مفهوم پیدا می کند و این اختلال در انشعابات نباتی اندام ها و سیستم های مختلف مثل سر انگشتان، بازوها، سر، پاها و اندام تناسلی و غیره احساس میشود. فقدان تصویر ذهنی یک پارچگی از خود نیز به علت انسداد کوران تحریکات بدن در قسمت های مختلف ایجاد میشود. این موضوع مخصوصاً در دو ناحیه از بدن صادق است. اول گردن که هنگام انقباض باعث انسداد کوران تحریکات از سینه به سوی سر میشود، دوم عضلات باسن که وقتی منقبض میگردند مانع جریان تحریک از شکم به اندام های تناسلی و پاها می شوند.

بر اساس تحقیقات روانکاوی، ما تاریخچهٔ هر بیمار مبتلا به نروز را بطور انفرادی مطالعه و درک می کنیم، از جمله عوامل خارجی که در تکوین آن سهیم هستند، انگیزه های درونی تضاد روانی و بالاخره نتایج سرکوب امیال جنسی است که بصورت علائم نروز و ناهنجاریهای شخصیت و غیره ظاهر می شوند. بهر حال تحقیقات روانکاوی نمی تواند ما را قادر به درک مکانیزمی کند که توسط آن مکانیزم بیمار صدمه ای را از بیرون و یا تضادی را از درون بطور مزمن برای خود حفظ کرده است.

زنانی را می بینیم که از نظر جاذبهٔ جنسی و همچنین از نظر مالی ظاهراً بهترین شرایط را دارند، ولی دچار بیماری نروز هستند و قادر به رهائی از آن نمی باشند. کودکانی را، از هر طبقهٔ اجتماعی و اقتصادی مشاهده می کنیم که در شرایط مناسب اقتصادی و جنسی به سر میبرند ولی نه تنها به نروز مبتلا می شوند بلکه آنرا نیز در خود حفظ می کنند. علاوه بر این ما شاهد افرادی هستیم که مبتلا به اضطرار تکرار (Repetition Compulsion) هستند. این پدیده را تا به حال بطور خرافی درک کرده و بیان کرده اند، این افراد مکرراً خود را در شرایط خطرناک و مُضر قرار می دهند. هیچکدام از این پدیده ها را نمی توان بر اساس تئوری های قبلی توجیه کرد.

عمیق ترین تمایل به حفظ بیماری نروز را میتوان در خاتمهٔ درمان مشاهده کرد. این هنگامی است که بیمار در شرف دستیابی به توانائی واگذاری و تسلیم خود به حالت اورگاسم است. دقیقاً هنگامیکه بیمار در مرز بازیابی سلامتی است، بدترین عکس العملها شروع به خودنمائی می کنند. بیماران دچار وحشت و هراس از لذت بردن می شوند که این درست در جهت مخالف اصل لذت است. ترس از مجازات از برای ارتکاب اعمال جنسی که بیماران از کودکی به آن آشنا می گردند، بطور مزمن در آنان ریشه می دواند و اضطراب از لذت را در آنان به وجود می آورد. یادآور می شویم که لذت دارای خصوصیتی است که هرگاه جریان آن مسدود گردد به عذاب تبدیل میشود. هرگاه با وجود تحریک مداوم و شدید

جنسی، شخص قادر به آزمون رضایت نهائی نگردد، نه تنها واهمه از رضایت نهائی به وجود می آید بلکه تحریکاتی که قبل از آن صورت میگیرند نیز با ترس و وحشت آمیخته میشوند. فرایند تحریک لذت بخش نیز به منبع ایجاد ناخوشی و عذاب تبدیل می گردد.

احساس طبیعی لذت به علت انقباض عضلانی که می تواند بسیار دردناک باشد مسدود می گردد. فرایند تشدید انسداد و تلمبار شدن انرژی جدا از این فرایند است. تداوم حالت انقباض (اسپاسم) فیزیولوژیکی در اندام های تناسلی باعث پرهیز کودکان و نوجوانان از فعالیت جنسی می گردد. تداوم این واهمه باعث تبدیل هرگونه تحریک لذت بخش به عذاب میشود، هر چند که ظاهراً حالت روانی و فکری شخص کاملاً صحیح و سالم بنظر آید. همچنین در رابطه با حالت انقباض، ناتوانی تحمل تحریکات حتی بصورت خفیف نیز ظاهر میشوند.

از اینرو، آسیب های روانی (پسیکوپاتولوژیک) و علائم آن نتیجهٔ اختلال در تنظیم انرژی نباتی و اقتصاد جنسی می باشد. هرگونه اختلال در احساس های کل بدن باعث اختلال در احساس یک پارچگی و وحدت بدن گشته و در نتیجه بر اعتماد به نفس شخص تأثیر میگذارد. در عین حال این اختلال، شخص را به تلافی آن وامیدارد. احساس یگانگی و وحدت نباتی که اساس اعتماد به نفس را تشکیل میدهد، در همهٔ افراد مبتلا به نروز مختل میشود.

این اختلال به اشکال مختلف ظاهر میشود که یکی از این اشکال گسیختگی کامل شخصیت است. میان احساس سردی و خشکی در افراد مبتلا به نروز از یک طرف و گسیختگی شخصیت در بیماری شیزوفرنی (ناتوانی در برقراری تماس با دیگران و از هم پاشیدگی شخصیت) از طرف دیگر، فقط یک فرق وجود دارد و آن اختلاف کمیّت انرژی است که میتواند بصورت کیفیت نیز خود را بنمایاند. احساس یکپارچگی در بدن با احساس ارتباط فرد با جهان مربوط میباشد. در حین درمان، وقتی یکپارچگی عملکرد اورگاسم به وجود می آید، شخص احساس عمق و وقار در خود می نماید. بیماران اولین سال های کودکی خود را بیاد می

آورند که احساس وحدت در بدن آنها هنوز مختل نگشته بود. آنها مملو از احساسات، زمانی از کودکی را بیاد می آورند که با جهان احساس هماهنگی و یکپارچگی می کردند، آنها خود را با آنچه آنانرا در برگرفته و احاطه میکرد یکی می دانستند، زمانی که خود را زنده احساس میکردند، و بالاخره بیاد می آوردند که چگونه همه این احساسات در پس تعلیمات اضطراری فرو ریخت و از هم پاشید.

از هم پاشیدن احساس وحدت در بدن که در اثر سرکوب امیال جنسی به وجود می آید و تمنای حصول به وحدت برای بار دیگر و خواست برقرای تماس با جهان ریشه نظرات ضدجنسی را در خود می پروراند.

از این نقطه نظر اگر «خداوند» با قوانین طبیعی جهان یکی دانسته شود و انسان نیز شامل قوانین طبیعی محسوب گردد، ادیان با علوم طبیعی هماهنگی خواهند یافت. نتایج تجربه های بالینی که من در توضیح آنها در این کتاب کوشیده ام گشایندهٔ دری است به درک فرهنگ هائی که بطور اکید تحت لوای پدرشاهی در خانواده عمل می کنند و امیال جنسی کودکان و جوانان را سرکوب کرده و آنها را وادار به خودداری که بخش لاینفک آن فرهنگ است، می کنند. این مخصوصاً در فرهنگ هندیان، ژاپنی ها، و چینی ها دیده می شود. برای بقای فرهنگ پدرشاهی مطلق می باید احساسات و امیال جنسی شدیداً در کودکان سرکوب شود و این باعث ایجاد اضطراب حاد شده و همزمان با آن خشم شدیدی در کودکان به وجود می آورد که متضاد یکدیگر و منحصر به سبک پدرشاهی است. این احساسات، لزوم تولد ایدئولوژی «کنترل و سرکوب» را بمیان می آورد. قدرت اداره خود، بی حرکت نگه داشتن عضلات بدون توجه به شدت درد، طرقی هستند که در جهت فائق شدن به بروز همه گونه احساس شادی و لذت و درد و مشقت بطور یکسان بکار میرود. این اساس ایدئولوژی بودائی و نیروانا است. این ایدئولوژی ما را به درک تمرینات تنفسی یوگا و هدف آن راهنمائی می کند. تکنیک های تنفسی که در یوگا تعلیم داده میشوند، دقیقاً بر

عکس تکنیک هائی است که ما برای فعال کردن احساس های نباتی در بیماران بکار می بریم. هدف تنفسی و تمرینات یوگا برای جلوگیری از بروز احساسات است، هدف آن دستیابی به آرامش است. این تعالیم بقایای رفتار اضطراری است. حالت مشابه آرزوی رسیدن به «نیروانا» آنطور که به من گفته اند، حالت به وجود آوردن آرامش در خود و نشئه و نشاطی است که با تکنیک های تنفسی حاصل میگردد. صورت بی حالت و نقاب مانند هندیان، چینی ها و ژاپنی ها حالت قرینهٔ وجد و شعف فرقه های دیگر است. نشر تکنیک های یوگا به اروپا و آمریکا را میتوان مربوط به این موضوع دانست که مردم این نواحی در طلب وسیله ای برای کنترل خواست های طبیعی و نباتی خود هستند و در ضمن در جستجوی راهی برای از بین بردن اضطراب خود میباشند. اینان نیز از درک عملکرد اورگاسم و رابطهٔ آن با حیات زیاد بدور نیستند.

در اینجا بطور خلاصه به پدیده ای اشاره می کنم که نقش تخریبی در زندگی اجتماعی امروز ما دارد: این پدیده حالت «نظامی» است مخصوصاً نوعی از آن که توسط فاشیست ها تجویز و عمل میشود. حالت خشک نظامی درست بر عکس حالت طبیعی منعطف و چالاک است. در این حالت گردن بایستی خشک بماند و سر به جلو کشیده شده و نگاه باید مستقیماً به جلو دوخته شود، چانه و دهان باید حالتی مردانه داشته باشند، سینه به جلو داده شود، دست ها باید به نحوی خشک به بدن بچسبند و به موازات چین کنار شلوار باشند.

بی شبهه مهمترین هدف این تکنیک نظامی سرکوب امیال جنسی است و دستور شفاهی آن به اینصورت است: «شکم تو داده شود و سینه به بیرون». پاها خشک و سفت بماند. حالت بیماری را تصور کنید که برای کنترل احساسات و تحریکات درونی خود در تقلا است. شانه های آنها خشک و سفت است، عضلات گردن بطور خفیف منقبض شده، شکم بدرون کشیده شده و لگن بطرف عقب و دست ها به نحو خشکی به بدن چسبیده و پاها کشیده و خشک شده می باشند. در واقع تشخیص بیماران از این نیز فراتر میرود: حالت کشیدهٔ قوزک پا نشان

مشخصهٔ تقلای شخص برای کنترل مصنوعی احساسات است. افرادی که اینگونه تعلیم می یابند، بالاجبار حالت بدنی فوق الذکر را به خود می گیرند و قادر به بروز احساسات طبیعی و نباتی نیستند. آنها مبدل به ماشین می شوند، کورکورانه دستورات را اجرا می کنند، مطیعانه «بله قربان» می گویند، بطور مکانیکی برادر، پدر، مادر و خواهر خود را نیز به گلوله می بندند. تربیت افراد غیر طبیعی و متحجر یکی از مهمترین روش هائی است که سیستم های دیکتاتوری برای بار آوردن مردمی بی اراده و موجوداتی ماشینی از آن بهره می گیرند. این نوع تربیت منحصر به افراد نمی باشد بلکه مسئله ای است که به شکل گیری هستهٔ ساختار شخصیت انسان امروز مربوط میشود و به مقیاس وسیعی به حوزه های فرهنگی تأثیر کرده و شادی را نابود می کند و توانائی شاد زیستن را در میلیون ها زن و مرد از بین می برد. از اینرو ما می توانیم اثرات این نوع تربیت را از زندگی دوران طفولیت تا زندگی اجتماعی بطور ممتد ببینیم، به این صورت که از دوران طفولیت با حبس کردن نفس برای احتراز از استمناء شروع شده و از مراحل انسداد عضلانی بیماران و حالت خشکی و متحجر نظامیان می گذرد و به روش های مصنوعی ویرانگر و کنترل کننده در جامعه می انجامد.

شکی نمی توان داشت که روزی اهمیت حالات بدنی در تجدید سیستم اجتماعی درک خواهد شد و در مقیاس وسیعی بکار گرفته خواهد شد. هرچند کودکان شدیداً خواهان آزادی و شور و شوق زندگی نباتی هستند، معهذا هرگاه محیط را مناسب شور و شوق زندگی و بَری از تضادها نیابند، به سرعت و داوطبانه از آن منصرف می شوند و تمایلات خود را سرکوب می کنند. یکی از بزرگترین اسرار روانشناسی توده ها این است که فرد بالغ متوسط، کودک متوسط و نوجوان متوسط بیشتر مستعدند که سر به تسلیم به فقدان شادی در زندگی خود فرو آورند تا اینکه به مبارزه برای رسیدن به آن ادامه دهند. مخصوصاً وقتی که این مبارزه مملو از عذاب باشد. از اینرو تا زمانیکه شرایط لازم اجتماعی و روانی برای زندگی طبیعی به وجود نیاید، ایدهٔ شادی در مرحلهٔ سخن باقی

خواهد ماند. ناسزاگوئی «اشخاص عصیانگر» بر ضد تعلیم و تربیت در جهت حصول منظور و هدفی نیست. آنچه برای رسیدن به هدف لازم است به قرار زیر است:

۱- درک هر چه دقیق تر مکانیسم هائی که احساسات توسط آنها به نحو بیمارگونه ای کنترل می شوند.

۲- گردآوری هر چه وسیع تر تجربیات در شناخت روانی کودکان، به منظور کشف حالاتی که کودکان هنگام تحریک علیه انگیزه های طبیعی خود اخذ می کنند.

۳- ایجاد شرایط مساعد تعلیم و تدریس برای برقراری هماهنگی بین تحرک نباتی و معاشرت اجتماعی.

۴- ایجاد شرایط مناسب اجتماعی و اقتصادی برای برقراری موارد فوق الذکر.

انسان در ساختن و کنترل ماشین های گوناگون به پیشرفت عظیمی نائل گشته است ولی فقط چهل سال است که اقدام به شناخت خود کرده است. او در علاج بیماری روانی خود که قرن ها او را به تباهی کشانده فائق نخواهد گشت مگر با بدست آوردن توانائی تنظیم نیروی طبیعی (بیولوژیکی) خویش. راه تحقیقات علمی و تفوق به مسائل حیات بسیار طولانی و دشوار است. این راهی است کاملاً بر عکس نادانی سیاست بازان. ما با اتکاء به منطق امیدوار و معتقدیم که روزی علم موفق به دست یابی و استفاده از انرژی بیولوژیکی خواهد شد همانطور که اکنون قادر به استفاده از الکتریسته می باشد. تنها با رسیدن به این هدف انسان قادر به تفوق بر آفت روانی خود خواهد گشت.

٦- امراض شایع تنی ـ روانی «پسیکوسوماتیک» ازدیاد عملکرد «سمپاتیک» «سمپاتیکوتونیا»

اکنون ما دانش کافی در مورد ازدیاد عملکرد سلسه اعصاب سمپاتیک «سمپاتیکوتونیا»، اندوخته ایم و می توانیم نظری اجمالی به تعدای از امراض بدنی که از ناتوانی اورگاسم سرچشمه میگیرد بیفکنیم. اضطراب اورگاسم مولد حالت مزمن سمپاتیگو تونیا است، این حالت به نوبهٔ خود باعث ایجاد ناتوانی اورگاسم میگردد که به علت دور و تسلسل باعث ازدیاد حالت سمپاتیکوتونیا میشود. علامت مشخصهٔ آن حالت مخصوص و مزمن تنفس در قفسهٔ سینه در هنگام دم و حالت نیمه تمام بازدم است. اساساً فرو بردن نفس در حالت سمپاتیکوتونیا وظیفهٔ مسدود کردن احساسهای بدنی را ایفا میکند. این احساسات با بازدم طبیعی ظاهر میشوند.

اختلال در عملکرد اندام ها که در زیر شرح داده میشود نتیجهٔ حالت مزمن اضطراب و حالت سمپاتیکوتونیا می باشد.

۱- فشار خون «قلب و عروق»

عروق محیطی بطور مزمن منقبض میشوند و نتیجتاً حرکات موجی و گسترش نبض محدود میگردد. در این حالت به منظور ادامهٔ جریان خون در عروق منقبض، قلب مجبور است با شدت بیشتری کار کند. در بیماری ازدیاد ترشح غدهٔ تیروئید (هیپرتیروئید) نیز شدت ضربان قلب، بالا رفتن فشار خون و احساس فشار در سینه وجود دارد. اهمیت این ارتباط در آن است که معلوم شود چه مقدار از اختلال تیروئید، اختلال اولیه است و چه مقدارر از آن ثانوی است و به حالت کلی سمپاتیکوتونیا مربوط میشود. آرتروسکلروز (Arteriosclerosis) بیماری است که در آن دیوارهٔ شریانها سفت و خشک میگردند. این بیماری در افراد بسیاری که مبتلا به فشار خون هستند شایع است. حتی ممکن است امراض مربوط

به دریچه های قلب و دیگر امراض قلبی نیز به علت فشار خون مزمن و عکس العمل موجود زنده به آن باشد.

۲- روماتیسم عضلانی

حالت مزمن و ناسالم تنفسی در دراز مدت برای سرکوب هیجانات و تحریکات «نباتی» کافی نیست. سرکوب این احساسات با حالت مزمن انقباض عضلانی تقویت میگردد (زره عضلانی). هرگاه حالت انقباض عضلات برای سالها و یا حتی دهها سال ادامه یابد، به علت رسوب مواد در بافت های عضلات غده های روماتیسمی (Rheumatic Nodules) و خمیدگی در آنها ایجاد میشود. در این مرحله نهائی فرایند بیماری روماتیسم غیر قابل برگشت است. در درمان روماتیسم از طریق سلسله اعصاب نباتی به روشنی معلوم گشته که روماتیسم در عضلاتی تأثیر میکند که نقش اساسی در سرکوب و انسداد احساسات و عواطف و همچنین در مسدود کردن احساسات اندامها دارند. روماتیسم عضلانی مخصوصاً در ناحیهٔ عضلات گردن «گردن خشک، لجوج و کل شق» و عضلات مابین کتف ها شایع است. عضلات مابین کتف ها مکانی که شانه ها را بطرف پائین می کشد از نظر تحلیل شخصیت حالت «پس کشیدن خویش» را ابراز می کنند. این بیماری معمولاً در دو عضلهٔ کلفت گردن پیش می آید که از استخوان پشت جمجمه (Occiput) تا ترقوه امتداد دارد (Sternocleidomastoidei). هرگاه خشم بطور مزمن و ناخودآگاه سرکوب شود، این عضلات نیز بطور مزمن منقبض خواهند بود. یکی از بیماران روماتیسمی واژهٔ «عضلهٔ کینه» را بکار برد که دقیقاً این گروه عضلات را وصف می کند. علاوه بر این، انقباض مزمن عضلات آرواره (Masseters) به قسمت تحتانی صورت حالت لجوج، عبوس و ترشرو می دهد.

در ناحیهٔ پائین بدن، عضلاتی که لگن را پس می کشند و باعث «لوردوز» می گردند، تحت تأثیر قرار می گیرند. میدانیم که پس کشیدن مزمن لگن، وظیفهٔ سرکوب تحریکات تناسلی را ایفا می کند. تحقیقات بیشتری در رابطه با بیماری لومباگو لازم است. بیماری لومباگو غالباً در بیمارانی دیده میشود که عضلات

نشیمنگاه آنان در حالت انقباض مزمن است و احساس در ناحیهٔ مقعد را مسدود می کند. گروه دیگری از عضلات که غالباً به روماتیسم عضلانی مبتلا می گردند، عضلات عمقی و سطحی قسمت بالای رانها است که رانها را بر یکدیگر می فشارند. آنها وظیفهٔ سرکوب تحریکات تناسلی را مخصوصاً در زنها به عهده دارند. در درمان بطریق نباتی، ما واژهٔ «عضلات اخلاقی» را برای وصف آن بکار برده ایم. یکی از متخصصین تشریح، بنام جولیوس تاندلر، به مذاح آنرا عضلات «نگهبان بکارت» نامیده است. در افرادی که از روماتیسم عضلانی رنج می برند، همچنین در تعداد بسیاری از افرادی که به نروز شخصیت مبتلا هستند، این گروه عضلانی در ناحیهٔ داخلی و بالای رانها به صورت متورم و کلفت و حساس و دردناک قابل لمس است. در حالت هائی که شخص احساس های قسمت تحتانی لگن را واپس می زند، عضلهٔ فلکسور (Flexor) که از قسمت پائین لگن تا قسمت بالای استخوان تیبیا (Tibia) ادامه دارد مفصل زانو را بطور مزمن منقبض میکند.

هنگامیکه تنفس بطور مزمن مختل گردد، عضلات بزرگ جلوی سینه (Pectorelia) همواره در حالت انقباض مزمن خواهند بود. این عضلات نیز حالت سفت و غیر قابل انعطاف می یابند. دردهای عصبی میان دنده ای (Intercostal Neurolgia) را میتوان به این عارضه مربوط دانست و با رهائی انقباض عضله میتوان آنرا علاج نمود.

۳- آمفاسیم ریه ها (Pulmonary Emphysema)

دلائل بسیاری گواه بر این است که آمفاسیم ریه ها نتیجهٔ حالت مخصوص مزمن تنفسی می باشد. در این عارضه قفسهٔ سینه به شکل بشکه (Barrel) درآمده و ریه ها پر از هوا می شوند. باید در نظر داشت که هرگونه حالت غیر طبیعی و مزمن بدنی باعث اختلال در قوام و نرمش بافت ها میگردد. این اختلال در آمفاسیم ریه ها نیز در شاخه های نایچه ها (برونش ها) و بافت ریه ها به وجود می آید.

۴- آسم برونشی عصبی:

رابطهٔ این بیماری با ازدیاد کار کرد اعصاب سمپاتیک (سمپاتیکو تونیا) هنوز روشن نیست.

۵- بیماری زخم معده:

مطابق جدول صفحهٔ ۳۲۷ حالت مزمن سمپاتیکوتونیا با ازدیاد ترشح اسید معده همراه است. حالت قلیائی ترشحات معده تقلیل می یابد. مخاط معده تحت تأثیر ترشحات اسیدی قرار می گیرد. معمولاً زخم معده در قسمت میانی دیوارهٔ خلفی معده به وجود می آید که در مقابل لوزالمعده و شبکهٔ خورشیدی است. شواهد بسیاری موجود است که دال بر «تنش» اعصاب خودکار (اتونومیک) در دیوارهٔ خلفی می باشد. این حالت باعث کاهش مقاومت مخاط معده در مقابل اسید معده میشود. زخم معده که در اثر اختلال مزمن احساسات و عواطف به وجود می آید، به حدی شایع است که دیگر تردیدی در ماهیت تنی و روانی (پسیکوسوماتیک) آن نمی توان داشت.

۶- اسپاسم عضلات حلقوی (Anular Muscles):

الف- حملات انقباضی (اسپاسمی) در دهانهٔ معده و در دریچهٔ خروجی آن (دریچهٔ پیلور) ــ (انقباض دریچهٔ پیلور).

ب- یبوست مزمن که نتیجهٔ انسداد و یا تقلیل عمل تنش و شارژ در روده ها می باشد و همواره با ازدیاد عملکرد سمپاتیک بدن همراه است. همچنین با حالت مزمن کم عمق تنفسی همراه است. این یکی از شایع ترین امراض مزمن است.

پ- بواسیر، که به علت انقباض مزمن دریچهٔ مقعد (اسفنکتر) به وجود می آید. رگ های سطحی دریچه منقبض شده و باعث اتساع (دیلاتاسیون) وریدها میشود.

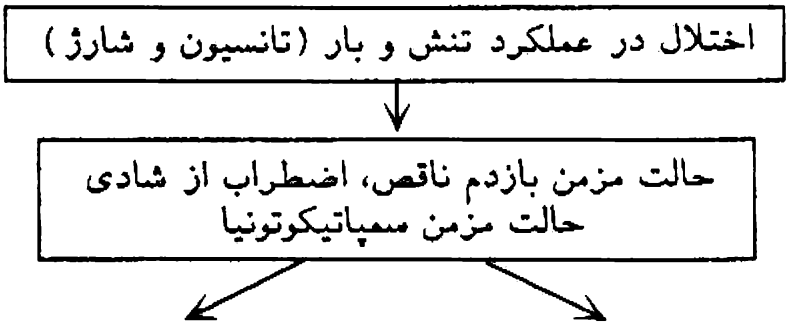
ت- انقباض واژن (Vaginismus) که تظاهر انقباض عضلات حلقوی در واژن میباشد.

۷- امراض خونی:

«مولر» (Muller) در تحقیقات بسیار مشهور خود به نام (Die Lebensnerren)

تعدادی از امراض خونی مانند (Chlorosis) و انواع دیگر کم خونی را در رابطه با سمپاتیکوتونیا شرح داده است.

۸- ازدیاد گاز کربنیک (CO2) در بافت ها و خون. بر اساس تحقیق «واربرگ» (Warburg) در مورد خفگی بافت ها در سرطان و ازدیاد گاز کربنیک (CO2) این موضوع روشن شده که اختلال در بازدم به علت سمپاتیکوتونیا یکی از مهمترین علت هائی است که شخص را مستعد به بیماری سرطان میکند.



«اختلالات بدنی»
آمادگی ابتلا به سرطان
فشار خون قلب و عروق
ازدیاد عمل تیروئید (هیپرتیروتندیسم)
آمفاسیم
روماتیسم
یبوست و براسیر
اختلال کلی در تعادل نباتی
کُره
صرع
بیماری رینود
کلروز
زخم معده و زخم اثنی عشر
تیک
چاقی

«اختلالات روانی»
ناتوانی جنسی، سردمزاجی
نروز
نروز شخصیت
انحرافات جنسی
پسیکوپاتی
ضعف کاذب
جنون (پسیکوز)
جنایت کاری به علت نروز

دیاگرام بالا نشان دهندهٔ بیماری هائی است که به علت اختلال در عمل تنش و بار به وجود می آیند.

اختلال در عمل رد و بدل شدن هوا در ریه ها باعث کاهش مرحلهٔ درونی تنفس (جذب اکسیژن توسط بافت ها و دفع گاز کربنیک ــ مترجم) می گردد. اندام هائی که تنفس در آنها بطور مزمن مختل شده است، بار بیوالکتریکی در آنها کاهش یافته و نسبت به تحریکات سرطان زا حساس تر می شوند. رابطهٔ بین بازدم ناقص و سمپاتیکوتونیا در شخص مبتلا به نروز با اختلال تنفس در بافت های سرطانی که توسط «واربرگ» کشف شد، نقطهٔ عطفی در تحقیقات در مورد سرطان بر مبنای اقتصاد جنسی است. بهر حال در کتاب حاضر بیش از این نمی توان در این باره بحث کرد، ولی موضوع مهم سرطان اندام های تناسلی که بیشتر در زنان پیش می آید در اینجا مورد بحث قرار خواهیم داد. رابطهٔ سرطان اندام های تناسلی در زنان با سرد مزاجی در آنها برای بسیاری از متخصصین زنان آشکار است. همچنین پیوست مزمن نیز در اغلب حالات سرطان دستگاه گوارش مشاهده می شود. لازم به توضیح نیست که این خلاصه به هیچ وجه جایگزین تفسیر و تحقیق مفصل در این مورد نیست. هرگز یک نفر به تنهائی قادر به حصول چنین هدف بزرگی نخواهد شد. یک چنین تحقیق گسترده ای احتیاج به همکاری بسیاری از پزشکان و متخصصین علوم دارد. مقصود من فقط اشاره مختصری است به اهمیت رشتهٔ آسیب شناسی اندام هائی که ارتباطی نزدیک به عمل اورگاسم دارند و تأکید در وجود این ارتباط که تا به حال ندیده گرفته شده است. همچنین منظور من توسل به وجدان پزشکی است که اختلالات جنسی را اهمیتی شایان داده و تأکید من بر لزوم یادگیری تئوری اورگاسم و سکسولوژی توسط دانشجویان پزشکی است به نحوی صحیح بطوریکه آنان را آمادهٔ جواب گوئی به احتیاجات مردم کند.

دانش پژوهان علم پزشکی باید آگاه باشند که تحقیقات و مطالعات خود را محدود به اسلاید و میکروسکوپ نکنند بلکه آنچه را که زیر میکروسکوپ و در

آزمایشگاه مشاهده می کنند، با زندگی طبیعی و نباتی و عملکرد موجود زنده تطبیق دهند. آنان باید کل این عملکرد را در بخش های بیولوژی و روانی موجود زنده و همچنین تأثیر اجتماع بر عمل تنش و بار موجود زنده و اندام های آنرا درک کنند. این فرایند تأثیر به سزائی در سلامت و یا ناخوشی بیمارانی دارد که پزشکان مسئول معالجهٔ آنان هستند. بخش پسیکوسوماتیک (تنی ـ روانی) رشتهٔ پزشکی که امروز مورد توجه گروهی از متخصصین قرار گرفته به زودی می تواند به آنچه شایستهٔ آن است، یعنی به چهارچوب پزشکی در آینده تبدیل شود.

کاملاً مشهود است که دستیابی و حفظ این چهارچوب پزشکی تا زمانیکه علائم بیمارگون در مرد و زن مبتلا به نروز و همچنین هجویات «پورنوگرافی» با عمل طبیعی جنسی اشتباه گرفته میشود، ممکن نخواهد بود.

فصل نهم

از روانکاوی تا تولید حیات (بیوژنی)
عمل بیو الکتریکی لذت و اضطراب

تا سال ۱۹۳۴ تئوری کلینیکی خودم را که از رشتهٔ اکونومی جنسی ریشه گرفته و رشد نموده بود، فقط در حیطهٔ بیوفیزیک بکار می بستم. ولی این کاربرد به تنهائی برای تکمیل تحقیقات کافی نبود. در تابستان ۱۹۳۴ مدیر مجمع روانشاسی در دانشگاه اسلو (Oslo) دکتر اشیلدراپ (Dr. Schjelderup) به دانمارک آمد تا در دوره ای که من در این باره به همکاران آلمانی و اطریشی و اسکاندیناوی تدریس می کردم شرکت کند. او می خواست تکنیک تحلیل شخصیت را بیاموزد ولی قادر به ادامهٔ این کار در دانمارک نبود. از این رو من پیشنهاد او را برای ادامهٔ کار خودم در اسلو پذیرفتم. در آنجا من تکنیک تجزیه شخصیت را تدریس کرده و در عوض به من امکاناتی داده شد که آزمایشات فیزیولوژیکی خودم را ادامه دهم.

در ابتدای کار متوجه شدم که در مرحله ای از آزمایشات به متخصصین رشته های مختلف محتاج هستم. صحبت های اولیهٔ من با معاون انستیتیوی فیزیولوژی اسلو مرا متقاعد نمود که اشکالی در تفاهم با فیزیولوژیست های مجرب نخواهم داشت. تئوری من برای او قابل درک بود. سئوال اساسی این بود که آیا اندام تناسلی در حالت تحریک دارای بار بیوالکتریکی بیشتری است یا نه. بر اساس نتایج حاصله از تحقیقات کلینیکی من، فیزیولوژیست دستگاهی را طرح کرد. مقدار ازدیاد بار که بایستی اندازه گرفته شود نامعلوم بود. چنین آزمایشی تا آن زمان انجام نگرفته بود. آیا تغییر بار الکتریکی در سطح اندام تناسلی، یک هزارم ولت خواهد بود یا یک دوم ولت؟ مقالات و کتب فیزیولوژی جواب این

سئوال را نداشتند. حتی برای بعضی از متخصصین این رشته نیز نظریه وجود بار الکتریکی در سطح اندام ها موضوعی ناآشنا بود و در دسامبر ۱۹۳۴ وقتی من از رئیس انستیتوی فیزیولوژی لندن سئوال کردم که چگونه بار الکتریکی پوست را می توان اندازه گرفت او این سئوال را عجیب دانست. «تارچونوف» (Tarchonoff) و «وارگوت» (Verguth) حتی قبل از آغاز این قرن پدیدهٔ گالوانیک روانی (Psychogolvanic Phenomenon) را کشف کرده بودند. آنها نشان دادند که هیجان روانی بصورت تواتر پتانسیل الکتریکی بر پوست ظاهر می شود. با وجود این تحریک جنسی هیچگاه اندازه گیری نشده بود.

پس از ماهها تفکر در این مورد، تصمیم گرفته شد دستگاهی که حاوی لوله های پیوسته الکترون باشد درست شود. دستگاه پیشنهادی بر اساس این ایده بود که پتانسیل الکتریکی بدن، کوران یکنواخت الکترون ها در لوله ها را مختل کرده و این اختلال کوران تشدید شود و به دستگاه اوسیلوگراف الکترومگنتیک منتقل و بر کاغذ منعکس شود. این دستگاه در فوریه ۱۹۳۵ آماده شد. بعضی از دوستان نروژی و شاگردان من و همچنین خود من تحت این آزمایشات قرار گرفتیم.

منحنی های الکتریکی انقباضات قلبی در مقایسه با منحنی های حاصله از این آزمایش بطور تعجب آوری کوچک می نمود. پس از آزمایشات اولیه، نتایج آزمایشات شکل گرفت و روشن شد. من از شرح بسیاری از جزئیات در اینجا صرفنظر کرده و با ارائهٔ نتایج اصلی اکتفا می کنم.

آزمایشات مدت دو سال بطول انجامید. نتایج آن را در مقاله ای منتشر کردم و کسانیکه به بررسی این نتایج علاقمند هستند می توانند به آن مقاله رجوع کنند.*

* Experimentelle Ergebnisse Uber die Elektrische Funktion von Sexualitat und Angst 99 Sexpol Verlay, 1935.

تمام سطح بدن موجود زنده از غشائی «نیمه تراوا» و پر منفذ پوشیده شده است. این غشاء در مقایسه با قسمت هائی از بدن که اپیدرم (لایهٔ خارجی پوست) در آن قسمت خراشیده باشد دارای پتانسیل الکتریکی است. پوست سالم در شرایط عادی دارای پتانسیل الکتریکی ثابتی است. این پتانسیل الکتریکی نمایانگر پتانسیل طبیعی و بیولوژیکی سطح بدن می باشد. این پتانسیل الکتریکی در نیم تنهٔ راست و نیم تنهٔ چپ بدن متقارن بوده و در سرتاسر بدن تقریباً یکسان است و فقط بطور جزئی در اشخاص مختلف تفاوت دارد (ده تا بیست میلی ولت).*

پتانسیل یکسان در الکتروگرام بصورت خط افقی نمایان میگردد. افراشته های تیز در فواصل منظم بر خط افقی نمایان میشود. افراشته های قلبی در الکتروکاردیوگرام مطابق با این تغییرات پتانسیل پوست است که از طریق انتشار ضربان قلب در بدن به وجود می آید.

در بعضی از قسمت های سطح بدن این حالت کاملاً متفاوت است. این قسمت ها، ناحیه های شهوت زای بدن هستند: لب ها، لایه مخاطی مقعد، نوک پستان ها، سر آلت تناسلی، لایهٔ مخاطی واژن وفرج)، لاله های گوش، زبان، کف دست ها و عجبا که پیشانی نیز جزء این گروه است. بار الکتریکی در این قسمت ها گاهی با پتانسیل قسمت های دیگر پوست یکسان است. ولی گاهی این پتانسیل بیشتر و یا کمتر از پتانسیل عادی پوست میشود. در انسان سرزنده، اشخاصی که از نظر نباتی سالم و زنده هستند و در زنان و مردان غیر ممسک، پتانسیل الکتریکی در قسمت های شهوت زا به ندرت ثابت می ماند. میتوان تواتر تا پنجاه میلی ولت یا بیشتر را در این قسمت ها مشاهده کرد. این نمایانگر آن است که نواحی جنسی خاصیتی را دارا هستند که میتوانند با شدت های بسیار متغیر، تحریکات خارج را حس کرده و تحریک شوند. این تحریکات از نظر خود شخص

* رجوع کنید به شکل A صفحهٔ ۴۳۰

بصورت کوران، خارش، موجی که بالا میرود، احساس ذوب شدن و یا گرمای خوش آیند و شیرین احساس می شود. پوست ناحیه های غیر شهوانی یافاقد این خاصیت هستند و یا این احساسات را با شدتی به مراتب کمتر حس می کنند. در حالیکه شدت بار بیوالکتریکی پوست معمولاً ثابت و بطور خطی افقی نمایان می شود* پتانسیل های مختلف نواحی شهوت زا (Erogenous Zones) بر کاغذ اوسیلوگرام بشکل موجی، با افراشتگی ها و فرورفتگی های نسبتاً تند نمایان میگردد. این تغییرات موجی را «تواتر» می نامیم.**

پتانسیل الکتریکی نواحی شهوانی، متغیر است. به این معنی که کم یا زیاد می شود. شاخه بالا روندهٔ منحنی نمایانگر «ازدیاد» و شاخهٔ پائین رونده نمایانگر کاهش بار در سطح پوست است. پتانسیل در اعضای شهوانی زیاد نمی گردد مگر وقتی که کوران لذت بخش در آن عضو احساس شود. مثلاً نوک پستان ممکن است سفت شود بدون اینکه پتانسیل آن زیاد گردد. ازدیاد پتانسیل در اندام های تناسلی همواره با شدید شدن احساس لذت در آن عضو همراه است و حالت معکوس آن نیز صادق است، به اینصورت که تقلیل پتانسیل با کاهش احساس لذت همراه است. در چندین مورد آزمایش، فردی که مورد آزمایش بود می توانست بر اساس احساس خود نتیجهٔ آزمایش را پیشگوئی کند.

تجربیات فوق فرمول تنش و بار (شارژ) را تأیید می کند و نمایانگر آن است که تراکم مایعات و تورم اندام به خودی خود برای انتقال احساسات لذت بخش نباتی کافی نیست. ازدیاد بار بیوالکتریکی و اضافه شدن آن به حالت مکانیکی تورم و تراکم مایعات، لازمهٔ احساس لذت است. شدت روانی احساس لذت مطابق است با اندازهٔ پتانسیل بیوالکتریکی. آزمایش های کنترل شده بر مواد بیجان نمایانگر آن است که این تغییرات پتانسیل الکتریکی مختص موجودات زنده

* رجوع کنید به شکل B صفحهٔ ۴۳۰

** رجوع کنید به شکل C صفحهٔ ۴۳۱

است. مواد غیر جاندار در مقابل تحریکات عکس العمل نشان نمیدهند و یا مانند اشیاء شارژ شده از الکتریسته عمل میکنند. مانند چراغ دستی که با حالت های قابل پیش بینی و با منحنی های مشخص و تغییرات نامنظم همراه هستند.*

شاخهٔ منحنی الکتریکی که به سوی بالا میرود پتانسیل ماقبل اورگاسم (Preorgastic Potential) می نامیم. این پتانسیل در یک اندام جنسی واحد در مواقع مختلف متفاوت است. همچنین در اندام واحد ولی در افراد مختلف این پتانسیل متفاوت است. این قسمت از تحریک مطابق با حالت ماقبل اورگاسم و یا کوران فعال وجیتیتیو در آن اندام می باشد. ازدیاد بار، نشانهٔ عکس العمل موافق اندام در مقابل تحریک خوش آیند است. اگر الکترودی را به ناحیهٔ شهوت زا نزدیک کنیم و سپس این ناحیه را با پنبهٔ خشک مالش دهیم بطوریکه باعث احساس لذت گردد، موجی بصورت تواتر (اوسیلاسیون) نمایان میشود که آنرا به اصطلاح پدیدهٔ نوازش می نامیم.** این نوازش نوعی لز استکاک جنسی رابه وجود می آورد. احساس خارش نیز در این گروه و متعلق به این مبحث است زیرا هر دو به اصطکاک جنسی مربوط هستند.

از نقطه نظر تجربه کلینیکی، ما در درمان از طریق وجیتیتیو (وجیتوتراپی) معتقد هستیم که احساس های خوشایند و لذتبخش جنسی را نمیتوان همواره بطور ارادی بوجود آورد. همچنین تهییجات بیوالکتریکی را لزوماً با تحریک نواحی شهوت زا نمیتوان بوجود آورد. این به حالت کلی اندام در آن زمان مشخص مربوط است که آیا به تحریک جواب مثبت بدهد یا نه. در آزمایشات مربوط به این پدیدهٔ عجیب باید توجه خاصی نمود. پدیدهٔ «نوازش» را میتوان در تمام بدن نشان داد. این پدیده وقتی پنبه ای خیس شده با مایع معدنی (غیر آلی) را به سطح بدن بمالیم دیده نمیشود.

---

* رجوع کنید به شکل های D و E صفحهٔ ۴۳۲

** رجوع کنید به شکل F صفحهٔ ۴۳۳

شاخهٔ بالارونده و مثبت منحنی در پدیدهٔ نوازش معمولاً شیب تندتری از شاخه پائین روندهٔ آن دارد. منحنی حاصله از پدیدهٔ نوازش که از نواحی غیر جنسی بدن حاصل می شود بصورت خطی افقی و صاف است. در نواحی جنسی تواتری که از تماس آرام یا «عمل نوازش» حاصل میشود باعث ازدیاد تحریک الکتریکی که قبلاً ذکر شد میشود. هر نوع فشار باعث تقلیل بار در سطح میگردد. اگر فشار بر طرف شود بار الکتریکی نیز به مقدار قبلی خود باز می گردد. بنابراین هرگاه حرکت شاخهٔ بالا رونده و لذت بخش پتانسیل الکتریکی توسط فشار وارد بر سطح مختل گردد، مقدار پتانسیل سریعاً کاهش می یابد. هرگاه فشار برطرف گردد جریان انرژی به مقدار قبلی بر می گردد.*

مقدار ازدیاد تحریک در اندام های شهوت زا به نرمی جسم محرک بستگی دارد. هرچه تحریک آرامتر و نرم تر باشد، ازدیاد پتانسیل نیز شدید تر است. همچنین مقدار این ازدیاد به آمادگی روانی و جسمی آن قسمت از بدن نیز مربوط است. هرچه آمادگی بیشتر باشد ازدیاد پتانسیل نیز تندتر و سریع تر است.

تحریک خوشایند همواره باعث ازدیاد پتانسیل میگردد، ولی تحریکی که مولد اضطراب باشد و یا تحریک ناخوشایند، باعث کاهش سریع بار الکتریکی میگردد. طبیعتاً این عکس العمل نیز بستگی به آمادگی بدن دارد. افرادی که احساسات آنها مسدود شده است، زنان و مردانی که از نظر وجیتیتیو خشک و متحجر هستند، مانند افراد کاتاتونیک، یا هیچگونه عکس العملی نشان نمی دهند و یا عکس العملشان بسیار خفیف است. در این افراد هیجان بیولوژیکی عضوهای جنسی در حد تحریک بقیه سطح بدن است. از این رو برای تحقیق در پدیدهٔ نوسان الکتریکی «اوسیلاسیون»، لازم است فرد مناسبی را برای اینگونه آزمایشات برگزینیم. عکس العمل های منفی اضطراب که به صورت تقلیل سریع بار الکتریکی در سطح بدن ظاهر میشود، میتوان در لایه های مخاطی واژن (فرج)،

* رجوع کنید به شکل G صفحهٔ ۴۳۳

زبان و کف دست ها مشاهده نمود. ایجاد ترس ناگهانی در شخص توسط فریاد زدن، ترکاندن بادکنک و یا صدای شدید ناگهانی زنگ برای این آزمایش مناسب میباشد.

رنجانیدن و دل آزردن شخص نیز مانند اضطراب و فشار باعث کاهش بار بیوالکتریکی در عضوهای حساس جنسی میگردد. در حالت اضطراب و دل شوره همهٔ عکس العمل های الکتریکی کاهش می یابد و ایجاد بار مثبت در سطح بدن غیر ممکن می گردد. ایجاد حالت اضطراب در شخص معمولاً آسان تر از ایجاد حالت لذت است. کاهش بار در حالت ترس و وحشت شدیدترین عکس العمل را می نمایاند.*

پس از وقوع عکس العمل وحشت، ایجاد عکس العمل لذت بسیار مشکل است. گوئی سازمان نباتی بدن محتاط گشته است. محلول غلیظ قند که به منظور هادی الکترود برروی زبان استفاده میشود، باعث ازدیاد سریع پتانسیل الکتریکی در زبان میشود. اگر مایع شور مزه ای را بلافاصله پس از آن بروی زبان بریزیم پتانسیل الکتریکی به سرعت در جهت مخالف نزول می کند (شکل ۱۳ و ۱۲ صفحهٔ۳۹۳ کتاب). حال اگر محلول قند را دوباره بر آن بریزیم دیگر ازدیاد پتانسیل حاصل نمی گردد. گوئی زبان محتاط و یا «مأیوس» گشته است. اگر محلول قند را چندین بار بر زبان بریزیم، مقدار پتانسیل الکتریکی در هر آزمایش کمتر می شود. مثل این است که زبان به این تحریک خوشایند «عادت» کرده است. اندام های «مأیوس» شده و «عادت» کرده بطئی و کُند به تحریکات پاسخ می دهند.

* رجوع کنید به شکل های H و I صفحهٔ ۴۳۴
* رجوع کنید به شکل های J و K صفحهٔ ۴۳۵

آلت تناسلی مرد در حالت تحریک نشده و خوابیده در مقایسه با پوست بدن به مراتب پتانسیل الکتریکی کمتری دارد. اگر قسمت بالای آلت تناسلی مرد را بفشاریم به نحوی که باعث جمع شدن خون در آن گردد، پتانسیل در آلت زیاد نمی شود. این آزمایش ثابت می کند که ازدیاد بیوالکتریکی در سطح، توسط تحریکات لذت بخش ایجاد میشود و تراکم خون که فقط بطور مکانیکی انجام گیرد باعث ازدیاد بار بیوالکتریکی نمیگردد.

اگر به جای اتصال مستقیم الکترود به قسمت های جنسی، بطور غیر مستقیم الکترود را به آن وصل کنیم همان نتیجه را خواهیم گرفت. مثلاً اگر مرد یا زنی انگشت دست راست یا چپ خود را در درون مایع الکترود فرو برد، تماس لب ها در عمل بوسیدن باعث ایجاد پتانسیل شدید خواهد شد. یعنی اینکه این پدیده به محل اتصال الکترود با پوست بی ارتباط است. این نتیجه را در هنگامیکه اشخاص مورد آزمایش دست یکدیگر را به صورت نوازش لمس کنند نیز به دست می آید. اگر فردی که تحت آزمایش است این عمل را با اکراه انجام دهد، انعکاس منفی که نمایشگر حالت ناخوشایند است ایجاد خواهد شد. تماس آرام و نوازش دست ها باعث تغییرات مثبت می گردد در حالیکه فشار سخت و مالش خشن دست ها باعث تقلیل بار الکتریکی می شود.

انرژی بیوالکتریکی چگونه از مراکز نباتی به نواحی دیگر منتقل می شود؟

طبق نظریات متداول، نیروی بیوالکتریکی از طریق رشته های عصبی انتقال می یابد. بهر حال تا امروز همهٔ شواهد حاکی از آن است که شبکهٔ بهم بافتهٔ نباتی قابل انقباض و انبساط است. این نظریه در مشاهدات میکروسکپی تأئید شده است. در کرم های کوچک و شفاف حرکات انبساط و انقباض در مراکز اعصاب نباتی (Ganglia) به سهولت در زیر میکروسکوپ مشاهده می شوند. این حرکات مستقل از حرکات کل بدن است و معمولاً بر حرکات بدن اولویت دارد. مطابق این مشاهدات، طرز حرکات و رفتار آمیب تک سلولی همانند حرکات و رفتار جانوران تکامل یافته تر و همچنین در اعمال غیر ارادی از نظر انقباض و

انبساط شبیه به حرکات و رفتار انسان است. اگر شخصی که تحت آزمایش است بطور عمیق نفس بکشد و یا بر خود فشار آورد مثل اینکه میخواهد دفع حاجت کند و سپس یکی از الکترودها را در وسط پوست شکم بالای ناف قرار دهیم کاهش نسبتاً سریعی را در پتانسیل الکتریکی سطح پوست مشاهده خواهیم کرد. در حالت دم نیز این کاهش مشاهده می شود و در حالت بازدم دوباره پتانسیل الکتریکی زیاد می گردد. در اغلب افرادی که تحت آزمایش قرار می گیرند این آزمایش نتیجه ای مشابه به وجود می آورد. بهر حال در افرادی که حالت شدید انسداد احساسات دارند و یا از حالت انقباض شدید عضلانی رنج می برند نتایج آزمایش متفاوت است. نتایج حاصله از این آزمایشات و همچنین مشاهدات کلینیکی مبنی بر اینکه نفس کشیدن عمیق باعث تقلیل و انسداد احساسات می شود به قاعده بندی زیر منجر گشت:

در حالت «دم» دیافراگم به پائین کشیده می شود و بر اندام های داخل شکم فشار وارد می آورد، حفرهٔ درون شکم را محدود تر می کند. از طرف دیگر در بازدم، دیافراگم بالا میرود، فشار بر اندام های درون حفرهٔ شکم کاهش می یابد و حفرهٔ شکم وسعت پیدا می کند. در عمل تنفس فضای درون قفسهٔ سینه و شکم بطور متناوب منبسط و منقبض می شوند. این پدیده را در جائی دیگر بررسی خواهیم کرد. از آنجائیکه فشار همواره باعث کاهش پتانسیل میگردد، کاهش پتانسیل در این حالت نیز موضوع غیر منتظره ای نیست. ولی آنچه حائز اهمیت است، آنست که کاهش پتانسیل نه در اثر فشار بر پوست بلکه در اثر فشار بر مرکز نباتی ایجاد میشود. تنها توجیه ممکنه برای این پدیده وجود میدان بیوالکتریکی بین مرکز و محیط است به اینصورت که فشار بر درون و مرکز باعث کاهش پتانسیل در سطح پوست شکم میشود. انتقال بیوانرژی را نمی توان تنها به رشته های عصبی مربوط دانست، بلکه این انتقال از طریق مایعات و غشاهای سلول های بدن انجام می گیرد. این نظریه کاملاً مطابق با تصور قبلی من از موجود زنده بصورت مثانه پوشیده از غشاء است و همچنین مؤید تئوری

کراوس (Kravus) است. تحقیقات در تعدادی از افراد که اختلال روانی داشتند، بار دیگر این فرضیه را تایید کرده است که بازدم در افراد ذکر شده محدود و کم عمق و نتیجتاً تغییر پتانسیل الکتریکی بر پوست شکم آنان نیز یا اصلاً وجود ندارد و یا بسیار ناچیز است.

نتایجی که در بالا ذکر شد بر اساس مسائلی که برای ما مطرح است بصورت زیر خلاصه می نمائیم.

ازدیاد بار بیوالکتریکی تنها در حالت لذت که همواره با احساس کوران لذت بخش همراه است به وجود می آید. احساسات دیگر مانند درد، ترس، اضطراب، رنجش، افسردگی، همگی با کاهش بار بیوالکتریکی در سطح پوست همراه است.

کاهش بار الکتریکی محیط و سطح موجود زنده اساساً چهارگونه است:

الف - پس رفت بار الکتریکی پوست قبل از ازدیاد آن. این حالت شبیه به خیز گرفتن پلنگ قبل از حمله به هدف می باشد.

ب - تخلیه (دشارژ) اورگاسمی که بر خلاف هیجان قبل از اورگاسم باعث کاهش پتانسیل میشود.

پ - در حالت اضطراب که بار الکتریکی محیط کم میشود.

ت - در فرایند مرگ که بافت ها بار خود را از دست می دهند و انعکاس منفی مشاهده میشود. منبع نیرو (انرژی) در این حالت به خاموشی میگراید.

بار (شارژ) سطح

ازدیاد بار	کاهش بار
حالت های مختلف	۱- تنش در مرکز قبل از انتشار آن به محیط
خوشی و لذت	۲- تخلیهٔ اورگاسمی (دشارژ)
	۳- اضطراب، دل آزردگی، فشار، ناخوشی، افسردگی.
	۴- مرگ (خاموشی مبدأ و مرکز نیرو)

از اینرو تهییج جنسی مطابق با بار بیوالکتریکی سطح بدن است. تئوری لیبیدوی فروید نیز با در نظر گرفتن مطالب بالا دیگر نظریه ای فرضی نیست بلکه فرایندی بیوالکتریکی است که میتوان آنرا عملاً نشان داد. تهییج جنسی نمایانگر عملکرد انرژی بیوالکتریکی است که جهت آن از مرکز به سوی محیط، از درون به سوی بیرون، و به سوی دنیا میباشد.

لذت و اضطراب، دو تحریک اولیه و یا احساس اولیه موجود جاندار است. عملکرد بیوالکتریکی لذت و اضطراب، این دو احساس را در شمار فرایند بیوالکتریکی طبیعت قرار میدهد.

افرادی که تحت آزمایش قرار می گیرند و از نظر روانی سالم هستند و توانائی احساس اورگاسم دارند، به عبارت دیگر افرادی که از نظر نباتی «سرد و بی روح» نیستند بر اساس احساسات خود قادر هستند حدس بزنند که در اطاق مجاور، دستگاه اوسیلوگرام چه نتایجی را می نمایاند. شدت احساس لذت مطابق است با کمیت بار بیوالکتریکی در سطح بدن، و عکس آن نیز صادق است. احساس «سرد بودن»، «بیروح بودن»، و نداشتن قابلیت «برقراری تماس» در افراد مبتلا به نروز دال بر فقدان بار بیوالکتریکی در محیط و سطح بدن آنها است.

آنچه در بالا گفته شد، مؤید فرمول شارژ و تنش (تانسیون) است. تهییج طبیعی موجود زنده روندی است که علاوه بر تورم و آماس بدنی، به وجود بار بیوالکتریکی نیز احتیاج دارد. رضایت اورگاستیک برابر است با تخلیه (دشارژ) بیوالکتریکی که از بین رفتن تورم را به دنبال دارد.

پروسهٔ طبیعی انبساط که با راست شدن و بزرگ شدن اندام ها و در آمیب به شکل طویل شدن پاهای کاذب نمایان می گردد، نمایانگر تحرک انرژی بیوالکتریکی از مرکز به سوی محیط است. آنچه حرکت می کند چه در حیطهٔ روانی و چه در حیطهٔ بدنی بار بیوالکتریکی است. از آنجائی که ازدیاد بار در سطح موجود زنده فقط همراه با حس نباتی (وجیتیتیو) لذت است، تحریکات لذت بخش باید در سیستم بدن موجود زنده بصورت روندی تولید کننده و مثبت در

نظر گرفته شوند. همهٔ حس های دیگر مانند حس های ناخوشایند، دل آزردگی، اضطراب و فشار از نظر انرژی مخالف این فرایند هستند و نتیجتاً عملکرد آنها در نهی حیات است. از اینرو فرایند لذت جنسی خود فرایند حیات است. این مطلب نوعی مغلطه نیست بلکه موضوعی است که از طریق آزمایش قابل تأیید و اثبات است.

اضطراب، اساساً حالت مخالف تمایل و لذت جنسی (سکسوآلیته) است و هم راستای فرایند مرگ است. این همسان مرگ نیست، زیرا در فرایند مرگ منبع و مرکز نیرو در شرف «خاموشی» است. در اضطراب منبع و مرکز مولد انرژی در عمق موجود زنده خاموش نگشته بلکه جریان آن از مرکز به محیط مسدود گشته و باعث پس رفت تحریک از محیط به سوی مرکز می گردد و از اینرو باعث احساس ذهنی محبوس بودن و محدود بودن را به وجود می آورد.

این برداشت ها، علم اقتصاد جنسی را با دلائل و شواهد عینی، ملموس، علمی و طبیعی می آراید. اقتصاد جنسی به روشی اتلاق میشود که در آن نیروی بیوالکتریکی نظم می یابد، و یا به عبارت دیگر انرژی جنسی شخص نظم و ترتیب می یابد. اقتصاد جنسی به طریقهٔ توانائی شخص در نظم بخشیدن به نیروی بیوالکتریکی خود اتلاق می گردد. از این طریق او مقداری از این انرژی را مسدود و مقداری از آنرا از طریق اورگاسم رها می کند. از آنجائیکه انرژی بیوالکتریکی یک پدیدهٔ اساسی است، به نقطهٔ عطفی در درک و درمان بیماریها مبدل گشته و نگرشی جدید برای درک ماهیت امراض بدنی ارائه می کند.

از این مرحله به بعد نروز با نظری دیگر و اساساً متفاوت با آنچه در روانکاوی سنتی درک میشد نگریسته میشود. نروز دیگر تنها نتیجهٔ عقده های روانی حل نشده و تثبیت (فیکساسیون) های کودکی شمرده نمیشود. این تثبیت ها و عقده های روانی باعث اختلال اساسی در تنظیم انرژی بیوالکتریکی میشوند و از این طریق در بدن ریشه دوانده و ثابت می مانند. از اینرو نه امکان جدائی فرایند تن و روان از یکدیگر وجود دارد و نه این جدائی قابل قبول است. اختلالات روانی،

ناخوشی بیولوژیکی روان است که درعین حال در بدن خود را مینمایاند. ریشهٔ این اختلالات، انسداد و انحراف مسیر طبیعی نیروی بیولوژیکی می باشد.

روان و بدن از نظر عملکرد وحدتی را تشکیل میدهند که در عین حال دارای رابطه ای متضاد (آنتی تز) نیز هستند. هر دو بر اساس قوانین طبیعی عمل می نمایند. تغییرات در این قوانی طبیعی نتیجهٔ عوامل اجتماعی و محیطی است. ساختار تن و روان نتیجهٔ بر خورد بین عملکرد طبیعی موجود زنده و عملکرد جامعه است.

عملکرد و توانائی اورگاسم، واحد و مقیاس سلامت روان و تن است، زیرا تجلی گاه عملکرد نیروی طبیعی می باشد.

۲- حل تضاد بین مکانیزم و حیات (ویتالیزم)

پس از برقراری فرمول تنش و بار (تانسیون و شارژ) و اثبات صحت آن در اعمال غیر ارادی موجود زنده، این سئوال پیش می آید که آیا این نوع برداشت در مورد مواد بی جان نیز صادق است یا نه؟ در این مورد نه کتاب های موجود در علم فیزیک و نه فیزیک دانانی که با آنها صحبت کردم مطلبی برای گفتن داشتند. هیچکس ماده بیجانی را نمی شناخت که هرگاه تنش مکانیکی در آن زیاد شود (مثلاً پر از مایع شود) با بار الکتریکی آکنده شده و به تخلیهٔ الکتریکی و سپس آسودگی مکانیکی (تخلیهٔ) منجر گردد. هر چند این موضوع صحیح است که همهٔ عناصر فیزیکی در فورمول ذکر شده، در مواد بی جان نیز موجود است، ولی مواد بی جان فاقد ترتیب خاص عناصر ذکر شده بصورت موجود زنده می باشند. از اینرو واضح است که ترکیب خاصی از عملکرد مکانیکی و عملکرد الکتریکی برای موجودات زنده در کار است.

حال من در موقعیتی بودم که می توانستم در حل اختلاف دیرین میان مکانیست ها و ویتالیست ها تأثیر مهمی داشته باشم. ویتالیست ها همواره عقیده

داشتند که مواد بی جان اساساً با موجودات زنده متفاوت هستند. آنها همواره متکی به اصول برداشت های متافیزیکی (مافوق طبیعت) بودند. از طرف دیگر مکانیست ها چنین می گفتند که موجود زنده از نظر فیزیکی و شیمیائی به هیچوجه از مواد بی جان متفاوت نیست و روشن شدن این موضوع فقط احتیاج به تحقیقات بیشتری دارد. از این طریق مکانیست ها وجود اختلاف اساسی بین موجود زنده و مادهٔ بی جان را انکار می کردند. فرمول تانسیون و بار میتواند صحت هر دو نظریه را تأئید کند هر چند که این تأئید به نحو متفاوتی است.

موجود زنده در واقع بر اساس همان قوانین فیزیکی که مواد بی جان تابع آنند رفتار می کند هر چند که این سخن مطابق است با تفکر مکانیست ها، ولی همانطور که ویتالیست ها می گفتند، موجود زنده اساساً با مواد بی جان متفاوت است. در موجودات زنده اعمال مکانیکی (تانیسون و بار) و اعمال الکتریکی (شارژ و دشارژ) در هم ادغام شده اند ولی در مورد مواد بی جان چنین نیست. بهر حال این تفاوت ها در عملکرد موجود زنده نمی تواند موجود زنده را آنطور که ویتالیست ها معتقد بودند، با اصول مافوق طبیعی به نحوی که ورای اصول ماده و انرژی باشد ارتباط دهد. عملکرد موجود زنده را میتوان بر اساس قوانینی که حاکم بر ماده و انرژی است درک کرد. موجود زنده در عملکرد خود مشابه مادهٔ بی جان و در عین حال متفاوت از آن است. میتوان چنین پیش بینی کرد که ویتالیست ها و روحانیون به این نظرگاه خرده گرفته و موضوع آگاهی وجدان و درک از خود را در تفسیر من از عملکرد موجود زنده غیر قابل تفسیر بیابند. این ایراد صحیح است ولی فرض اصول ماورای طبیعی را توجیه نمی کند. علاوه بر آن امکان کشف و تفسیر روشن تر مسئلهٔ چگونگی عملکرد موجود زنده، شدنی و ممکن به نظر می آید. آزمایش های الکتریکی نمایانگر آن است که تحریک بیولوژیکی لذت و اضطراب از نظر عملکرد مشابه یکدیگرند. از اینرو ما می توانیم فرض کنیم که حتی ابتدائی ترین موجودات دارای حس های لذت و اضطراب هستند.

۳- ماهیت نیروی بیولوژیکی با نیروی کهکشانی و انرژی اورگون یکسان است

من به پایان توضیح تئوری اورگاسم رسیده ام. برای نتیجه گیری از این مباحث، من فقط می توانم نظری اجمالی از تحقیقات اورگاسم را که باعث کشف انرژی بیولوژیکی شد ارائه دهم. تحقیقات در مورد انرژی بیوالکتریکی سئوالات غیر منتظره ای را مطرح کرد که اهمیت بسیار داشت. مثلاً تحقیق در مورد ماهیت انرژی بیوالکتریکی، روشن بود که این انرژی نمی تواند مشابه انرژی های شناخته شده باشد.

انرژی الکترومگنتیک به سرعت نور منتشر می شود که تقریباً ۱۸۶ هزار میل در ثانیه است. مشاهدات و منحی هائی که مشخص کنندهٔ حرکت انرژی بیوالکتریکی می باشند نمایانگر آن است که انتشار بیوالکتریک اساساً با سرعت و طرز انتشار انرژی الکترومگنتیک متفاوت است. انرژی بیوالکتریکی بسیار کند حرکت می کند که قابل اندازه گیری در حدود چند میلیمتر در ثانیه است. سرعت آنرا میتوان با شمردن قله های منحنی قلب اندازه گیری کرد.* حرکت آن آهسته و بصورت موجی است. حرکت آن شبیه حرکات دوری روده و یا حرکات مار است. این حرکات مطابق خیز احساس در اندام ها و یا تحریک وجیتیتیو می باشند. می توان چنین انگاشت که مقاومت بافت های بدن باعث کاهش سرعت انتشار این انرژی می شوند. ولی این تفسیر رضایت بخش نیست زیرا اگر بدن را با یک محرک الکتریکی تحریک کنیم بلافاصله احساس شده و بدن به سرعت عکس العمل نشان می دهد. آگاهی از فرایند تانسیون و شارژ بیوالکتریکی، بطور غیر منتظره ای مرا به کشف فرایند انرژی بایون (Bion) در بدن انسان و در اشعهٔ خورشید کمک کرد. در تابستان ۱۹۳۹ مقالهٔ کوتاهی در این مورد منتشر

* رجوع کنید به شکل F صفحهٔ ۴۳۳

کردم که خلاصهٔ مشاهدات زیر بود:

لاستیک و پنبه ای که با محیط کشت بایون در تماس قرار گیرند، ورقه های الکتروسکپ را که نمایانگر الکتریسته ساکن است شدیداً به جنبش در می آورند. هرگاه همان ماده را که در حالت معمولی هیچگونه تأثیری بر الکتروسکپ ندارد در تماس با بدن شخص سالم که از نظر وجیتیتیو سالم است قرار دهیم، مخصوصاً اگر آنرا در قسمت شکم و یا دستگاه تناسلی برای مدت پانزده تا بیست دقیقه قرار دهیم، همان تأثیر شدید را در الکتروسکوپ خواهد گذاشت. در تحلیل نهائی، ماسه ای که با گرم کردن آن بایون بوجود می آید چیزی جز انرژی منجمد شدهٔ خورشید نمی باشد. اگر پنبه و لاستیک را برای آزمایش در معرض اشعهٔ خورشید قرار دهیم، این مطلب روشن میشود که خورشید از خود انرژی ساطع می کند و پنبه و لاستیک را به همان نحو تحت تأثیر قرار می دهد که کشت بایون را و همچنین بر بدن انسان که از نظر وجیتیتیو سالم و در حالت دم و بازدم کامل است نیز همان تأثیر را دارد. این مواد قبلاً بر الکتروسکپ آزمایش شده و بر آن بی اثر بوده اند. من این انرژی را که قادر به پر بار کردن مواد غیر هادی (مواد آلی)، (مواد اورگانیک) است اورگون نامیده ام.

در این مقطع زمانی، تحقیقات من در مورد موجود زنده از چهارچوب روانشناسی در عمق و فیزیزلوژی فراتر رفت و وارد مرزهای تازه و ناشناخته در زمینه علوم طبیعی شد.

بایون ها، کیسه های کوچک میکروسکپی هستند که آکنده از انرژی اورگون می باشند؛ این کیسه ها را از طریق تجزیه و با گرم کردن مواد آلی و مواد معدنی (اورگانیک و غیر اورگانیک) میتوان بدست آورد. آنها مانند باکتری رشد و نمو می کنند. همچنین کیسه های بایون به خودی خود در خاک به وجود می آیند و یا از تحلیل و تجزیهٔ مواد زنده مانند بافت های سرطانی نیز به وجود می آیند. کتاب من، بنام بایون ها (۱۹۳۸) نمایانگر اهمیت فرمول تانسیون و شارژ و اهمیت تحقیق در مورد تکوین مواد جاندار از مواد بی جان است.

وجود انرژی اورگون را میتوان توسط حرارت ساطع از آن و از طریق الکتروسکپ و همچنین رویت آن در خاک و در محیط (اتمسفر) و در گیاهان و جانوران نمایان کرد. سوسو زدن ذرات در آسمان که بعضی از فیزیک دانان آنرا مربوط به مغناطیس (Terrestrial) میدانند، سوسو زدن ستاره ها در شبهائی که آسمان و هوا پاک و خشک است، نمایانگر حرکت و جریان اورگون اتمسفر می باشد. طوفان های الکتریکی (Electric Storms) که باعث اختلال دستگاه های الکتریکی میگردند، تأثیر انرژی اورگون آتمسفر است. قبلاً آنرا فقط بصورت اختلال جریان الکتریکی میشناختند.

رنگ انرژی اورگون آبی و یا آبی متمایل به خاکستری است. در آزمایشگاه ما اورگون اتمسفر در دستگاهی که به این منظور طرح شده جمع آوری و متراکم می شود. ما از طریق گذاردن موادی به ترتیب خاص موفق شده ایم که انرژی اورگون را قابل رؤیت نمائیم. کاهش انرژی سینیتیک انرژی اورگون بصورت ازدیاد حرارت قابل اندازه گیری است. تراکم انرژی اورگون را توسط الکتروسکپ و اختلاف سرعت شارژ الکتروسکپ میتوان نمایش داد. دشارژ خود به خود الکتروسکپ در هوای غیر یونیزه، پدیده ای است که فیزیک دانان آن را «نشت طبیعی» (Natural Leak) می نامند که تأثیر اورگون موجود در آتمسفر می باشد و ربطی به رطوبت هوا ندارد. اورگون دارای سه نوع اشعه است:

۱- بخار شبیه به مه که به رنگ آبی خاکستری است.

۲- نقطه های آبی و بنفش براق که منبسط و منقبض می گردند.

۳- اشعه ها و خال های سفید و زرد که به سرعت حرکت میکنند.

رنگ آبی آسمان و غبار آبی و خاکستری آتمسفر در روزهای گرم تابستان، انعکاس مستقیم اورگون آتمسفر است. نور آبی، خاکستری ابر مانند نور شمالی (Northern Lights) که به آتش سنت المو (St. Elmo's Fire) معروف است و به وجود آمدن مجموعهٔ آبی رنگی که هنگام ازدیاد فعالیت خورشید مشاهد میشود و اخیراً توسط ستاره شناسان مشاهده شده است همه نشانه های انرژی اورگون است.

طرز تشکیل ابرها و رعد و برق بر خلاف آنچه تا کنون می پنداشتند به تغییرات تراکم اورگون اتمسفر مربوط میباشد. اینرا میتوان به سادگی با اندازه گیری سرعت تخلیه در الکتروسکپ نشان داد.

هر یک از سلول های موجود زنده حاوی انرژی اورگون است و بطور مداوم از طریق تنفس با انرژی اورگون پر بار می شود. گلبول های قرمز خون، کیسه های میکروسکپی پر بار انرژی اورگون هستند که پرتوی آبی رنگ دارند. این گلبول ها حمل کنندهٔ انرژی بیولوژیکی از سطح کیسه های هوا در ریه ها به بافت های بدن می باشند. کلروفیل در گیاهان که مشابه پروتین حاوی آهن در خون جانوران می باشد، دارای اورگون است و آنرا مستقیماً از هوا و از انرژی آفتاب می گیرد.

میتوانیم وجود انرژی اورگون را در سلول ها و محلول های کلوئیدی که بصورت آبی خاکستری و یا مخلوط آبی و سبز در پروتوپلاسم و در محتویات کیسه های آن زیر میکروسکپ با بزرگ نمائی دو هزار بار یا بیشتر مشاهده نمائیم.

غذاهای پخته همگی دارای کیسه های آبی رنگ حاوی اورگون هستند کیسه های میکروسکپی سلول های بیضه ها و همچنین کیسه های انرژی و یا کیسه های بایون که با حرارت دادن مواد بی جان بدست می آیند نیز حاوی اورگون میباشند. پروتوزوا (جانوران تک سلولی)، سلول های سرطانی و غیره همگی دارای کیسه های میکروسکپی آبی رنگ و حاوی انرژی هستند.

اورگون دارای انرژی پاراسمپاتوتونیک است و بافت های زنده را مخصوصاً گلبرگ های قرمز را پربار می کند. اورگون باعث نابودی سلول های سرطانی و بسیاری از باکتری ها میگردد. آزمایشات ما در مورد درمان سرطان بر اساس این خصوصیات بیولوژیکی استوار است.

مشاهدات فراوان بیولوژیست ها (میزن هایمر، لینه و غیره) تغییر رنگ قورباغه را هنگام هیجان جنسی به رنگ آبی و یا تشعشع آبی رنگ جوانه های گیاهی را بصورت تهییج بیولوژیکی «اورگونی» موجود زنده قابل درک کرده است.

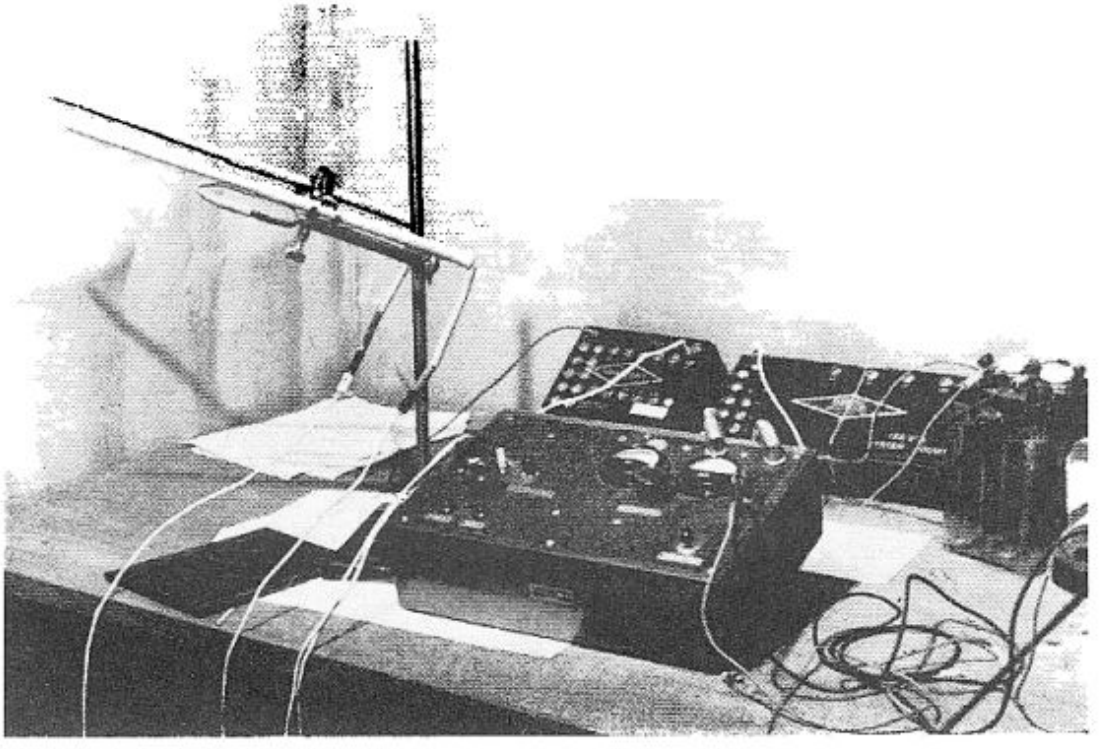
کشت بایون از شنهای دریا که تشعشع اورگون را در سال ۱۹۳۹ از آن کشف نمودم همان انرژی را در تاریکی کامل و بر فیلم رنگی عکاسی دارد که اشعهٔ آفتاب. هر دو باعث تغییر رنگ فیلم به رنگ آبی می شوند.

انسان با میدانی از انرژی اورگون محاصره شده که اندازهٔ هالهٔ آن به شدت فعالیت و تحریک نباتی شخص بستگی دارد. اثبات این موضوع ساده است. اورگون باعث تحریک مواد آلی (اورگانیک) مانند سلولز می شود. از اینرو بشقابی به سطح یک فوت مربع از سلولز در مقابل الکترودی از نقره که به عقربهٔ اوسیلوسکپ متصل است می گذاریم. مشاهده می کنیم که حرکات مواد بی جان (غیر اورگانیک) در مقابل سلولز ایجاد هیچگونه تواتری در اسیلوسکوپ نمی نماید. التبه حرکات ماده بی جان باید طوری باشد که بخش از بدن ما با حرکت دادن آن ماده در جلوی سلولز قرار نگیرد. حال اگر انگشتان و یا دست خود را به سوی سلولز دراز کنیم و یا از آن دور کنیم (به فاصلهٔ نیم تا سه متری) می توانیم بدون برقراری هیچگونه تماس، تغییرات عقربهٔ گالوانومتر را مشاهده کنیم. اگر بشقاب سلولز را برداریم، تأثیر ما در فاصله ای از آن به حداقل خود تقلیل می یابد و یا کاملاً از بین میرود. بر عکس انرژی الکتروماگنتیک، انرژی اورگون قادر به پر بار کردن (شارژ کردن) مواد آلی (اورگانیک) می باشد.

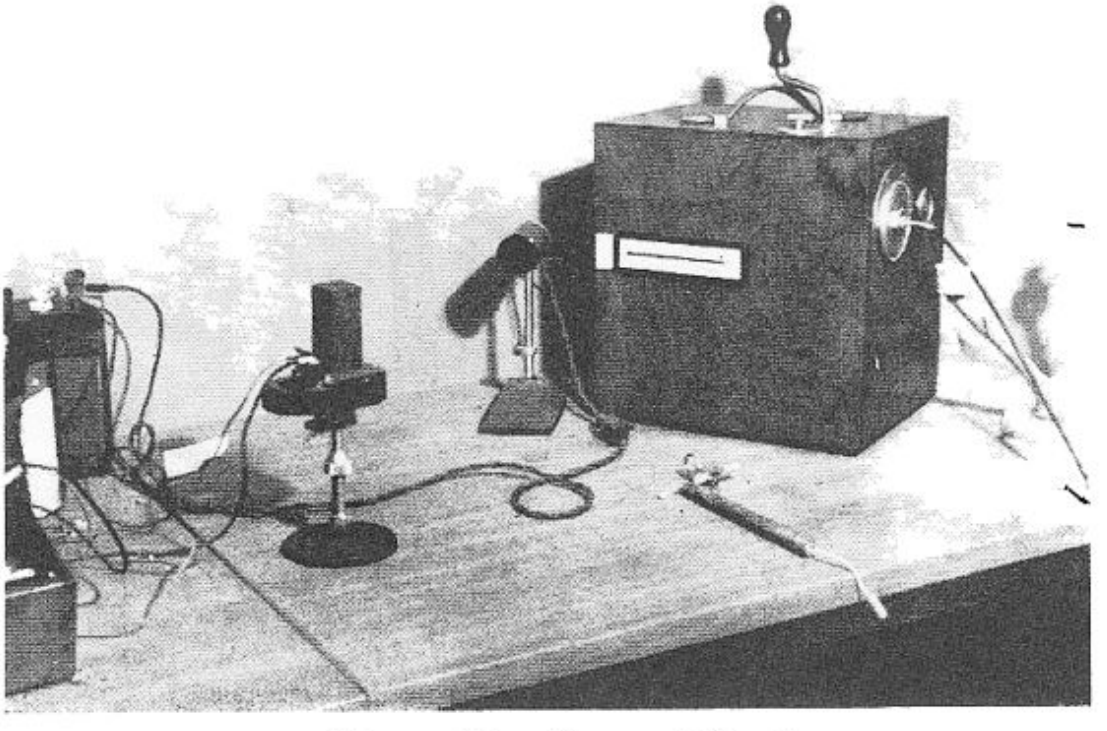
جلد دوم این کتاب چگونگی کشف انرژی اورگون در اتمسفر را از طریق تحقیقات در مورد بایون شرح خواهد داد، و همچنین در جلد دوم چگونگی نمایش اورگون بطور عینی و اهمیت کشف آن از نظر عملکرد بیوفیزیک توضیح داده خواهد شد. بهر حال پیگیری در مورد پدیدهٔ بیولوژیکی اورگاسم به کشف اورگون و نتیجتاً به کشف انرژی کیهکشانی که دارای تأثیر مشخص بیولوژیکی است انجامید.

اکنون که به بخش نهائی و نتیجه گیری از این کتاب رسیده ایم، خواننده مانند نویسنده این کتاب نمی تواند از این موضوع بگذرد که تحقیق در مورد اورگاسم، فرزند ناتنی علوم دقیقه، ما را به عمق اسرار زندگی و طبیعت راهنمائی

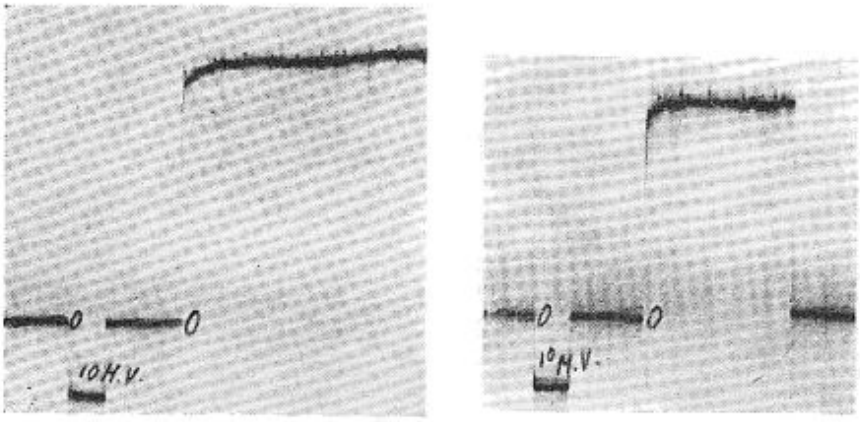
کرده است. تحقیق و تتبع در موجود زنده از مرزهای روانشناسی در عمق و فیزیولوژی فراتر رفته و وارد زمینه های ناشناخته بیولوژیک گشته است. تمایلات جنسی و فرایند حیات با هم یکسان دانسته شده و راههای جدیدی برای نزدیک شدن به اسرار زندگی گشوده شده است. روانشناسی به بیوفیزیک، بخشی از علوم تجربی و طبیعی مبدل گشته است که هسته و مرکز آن متشکل از چیستان عشق است که ما وجود خود را مدیون آنیم.



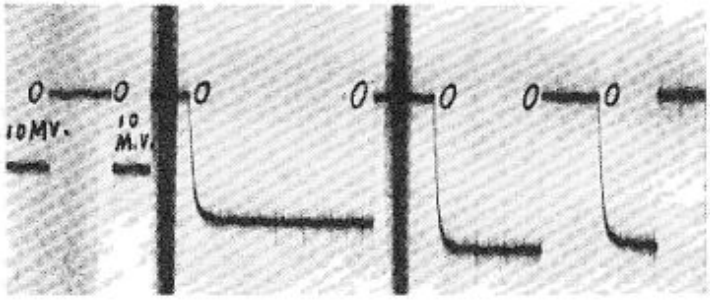
تقویت کننده و الکترودهای نقره‌ای.



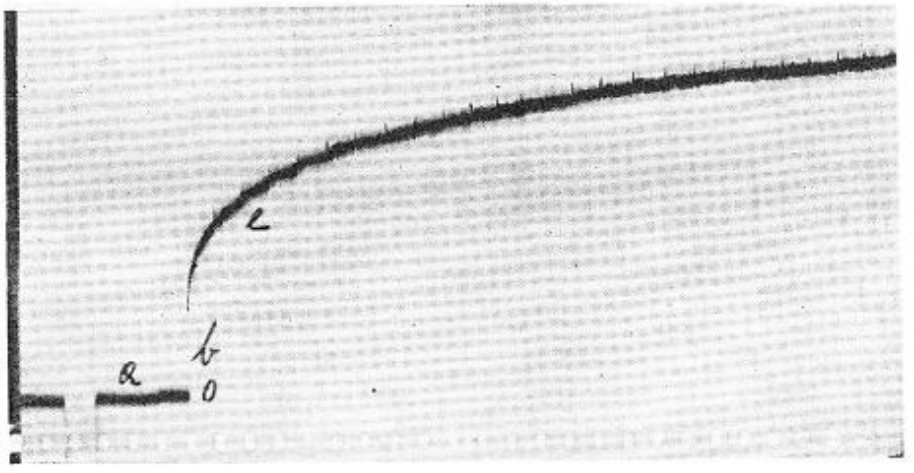
اوسیلوگراف، دستگاه فیلم کاغذی و الکترود.



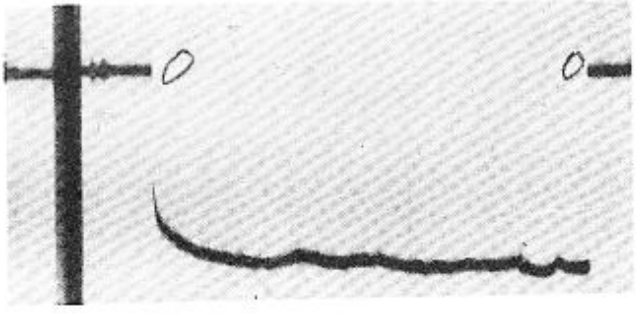
شکل A: پتانسیل برابر و متقارن در کف دست راست و چپ.



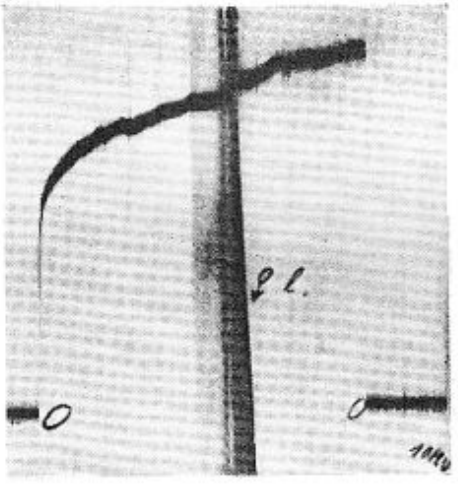
شکل B: پتانسیل متوسط پوست، حالت عادی.



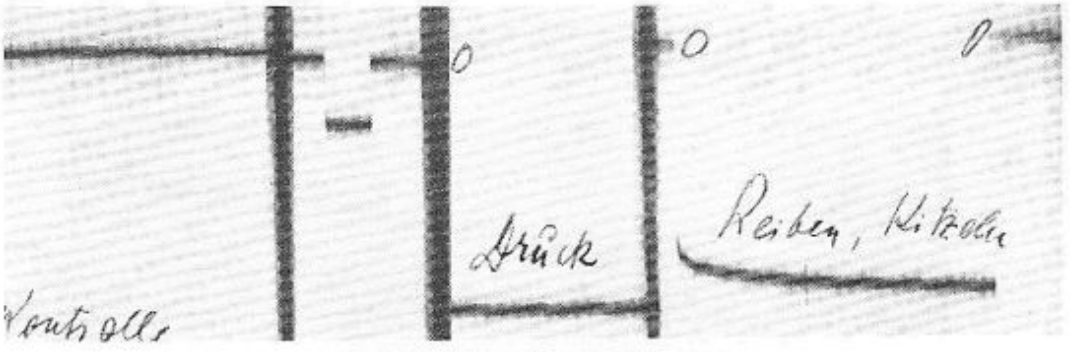
شکل C: «تواتر» پتانسیل در کف دست.



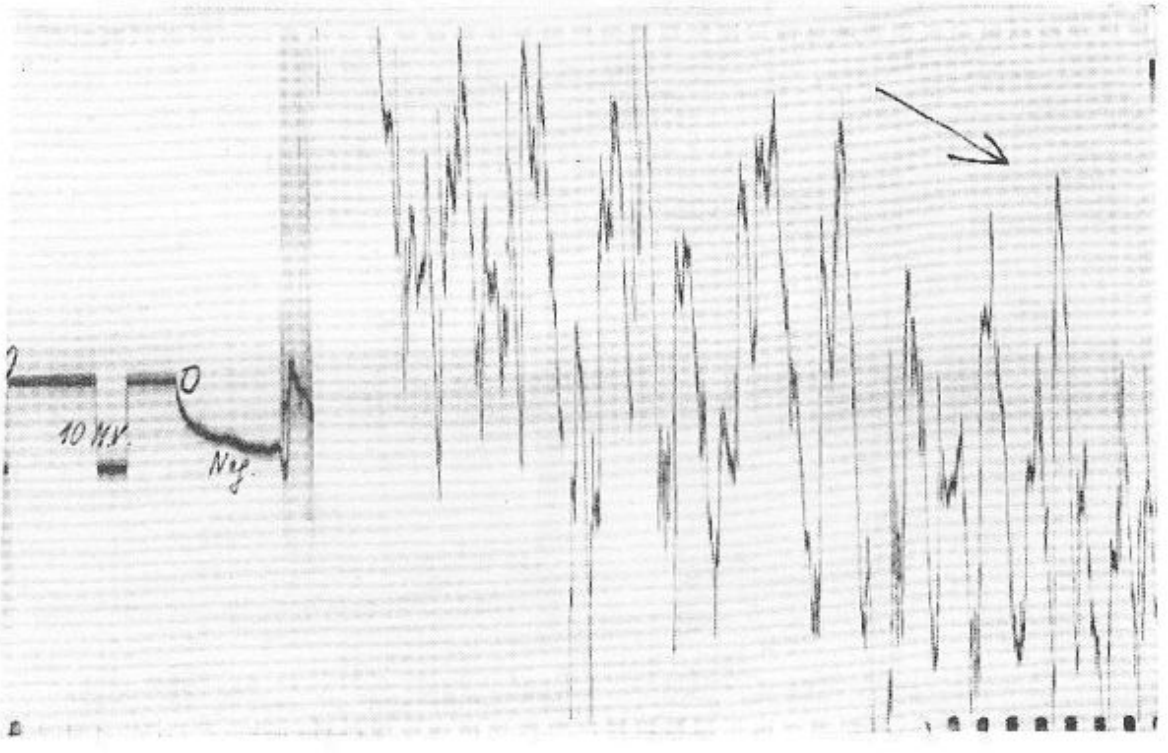
شکل "C: پتانسیل در همان غشاء مخاطی مخرج در حالت افسردگی (در دورهٔ قاعدگی).



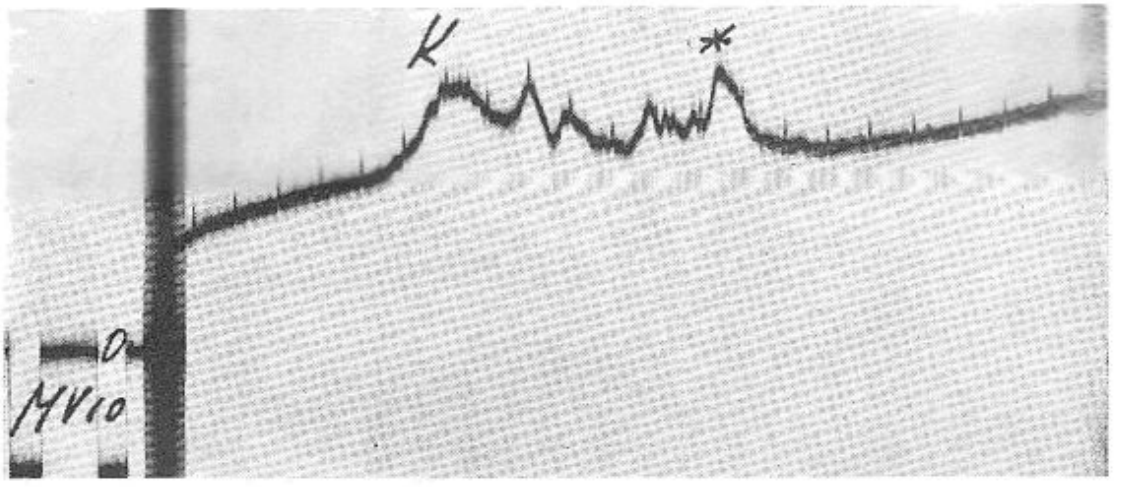
شکل 'C: غشاء مخاطی مخرج در حال تهییج جنسی.



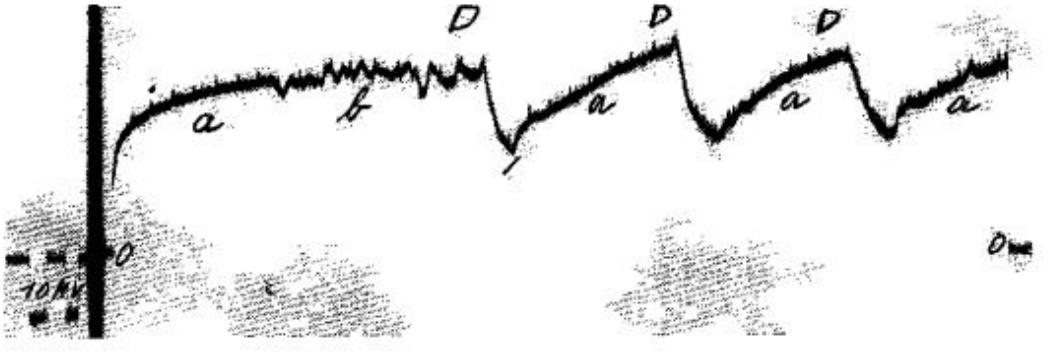
شکل D: آزمایش کنترل شده با حولهٔ خیس



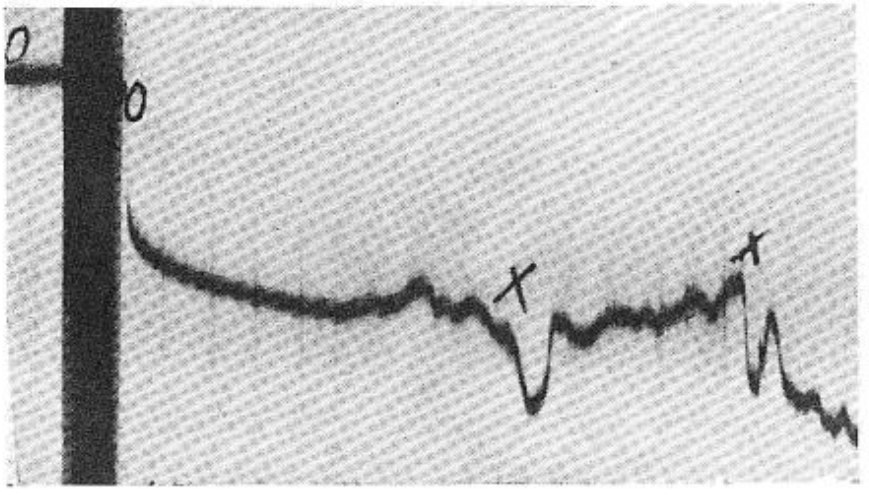
شکل E: تغییرات پتانسیل که توسط چراغ الکتریکی ایجاد شده است



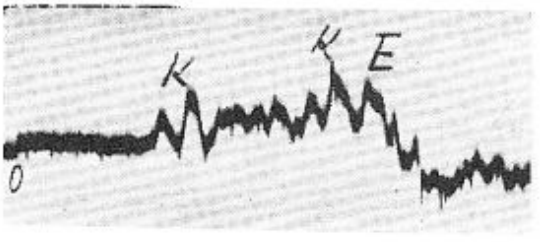
شکل F: غشاء مخاطی لبها. k تا * = پدیدهٔ نوازش. (افراشته‌ها، ضربان قلب اند که در فاصله‌های منظم نمایان گشته‌اند.)



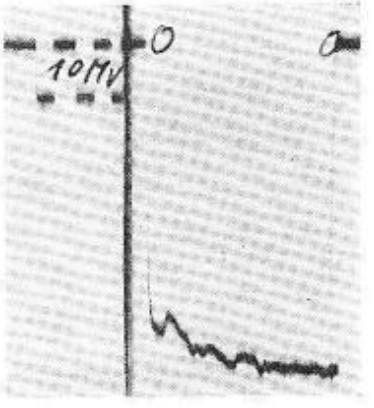
شکل G: غشاء مخاطی زبان.
پتانسیل تواتر = a پدیدهٔ نوازش = b فشار = D



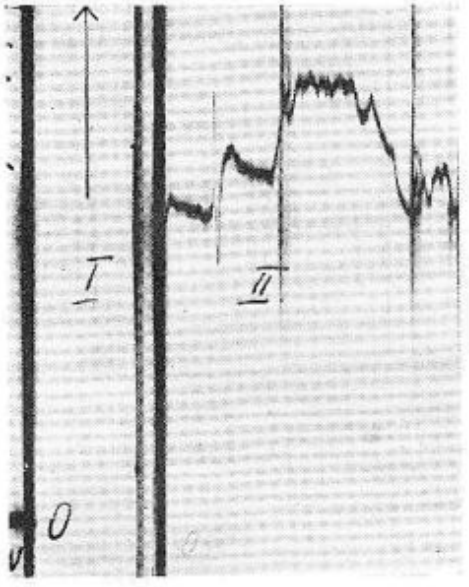
شکل H: عکس العمل غشاء مخاطی فرج به احساس ناخوشایند



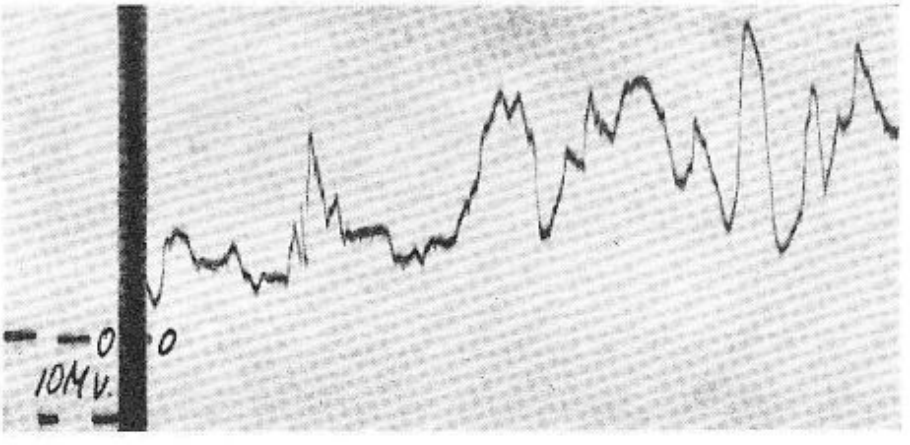
شکل I: زبان. نوازش = K ترس = E



شکل K: عکس العمل زبان همان شخص به محلول نمك (۶۰ میلی ولت منفی).



شکل L: عکس العمل زبان به محلول قند (حدود ۷۰ میلی ولت مثبت؛ در این آزمایش عکس العمل قوی تر از توانایی اندازه گیری دستگاه بود).



شکل K': تحریك از طریق بوسیدن (تغییر در پتانسل بیو الکتریکی تا ۴۰ میلی ولت.

دربارهٔ مترجمین این کتاب:

دکتر استپان سیمونیان، که سرپرستی ترجمهٔ این کتاب را بر عهده داشته، رشتهٔ پزشکی را در سال ۱۳۵۳ در دانشگاه شیراز به پایان رسانده است. وی پس از اتمام دورهٔ خدمت نظام وظیفه، برای ادامهٔ تحصیلات در رشتهٔ روانپزشکی به ایالات متحدهٔ آمریکا آمد و رشتهٔ روانپزشکی عمومی را در دانشگاه نیویورک و بیمارستان متروپولیتن (New York Medical College) و دورهٔ فوق تخصص روانپزشکی اطفال را در همان دانشگاه به پایان رساند. وی همزمان با طی دورهٔ روانپزشکی عمومی و اطفال، دورهٔ روانکاوی را نیز در دانشگاه نیویورک گذراند.

دکتر سیمونیان دارای بُرد تخصصی در رشتهٔ روانپزشکی و عضو انستیتو اُورگونومی فیلادلفیا میباشد. وی در حال حاضر در ایالت ماساچوست به طبابت خصوصی اشتغال دارد.

مهندس آندرانیک رئیسان، در سال ۱۹۳۴ در تهران متولد شد و تحصیلات ابتدایی و متوسطهٔ خود را در دبیرستان کوشش تهران به پایان رساند. وی در سال ۱۹۶۴ برای تکمیل تحصیلات به آلمان غربی رفت و در رشتهٔ مهندسی تأسیسات به اخذ درجهٔ مهندسی نائل شد.

دربارهٔ نویسندهٔ این کتاب:

دکتر ویلهلم رایش (Wilhelm Reich) در ماه مارس ۱۸۹۷ در اتریش به دنیا آمد. پدرش یک کشاورز ثروتمند بود و به همین دلیل سال های اولیهٔ زندگی دکتر رایش در محیطی باز و آمیخته با طبیعت سپری شد. وی پس از طی دورهٔ خدمت سربازی در جنگ جهانی اول، در دانشکدهٔ پزشکی دانشگاه وین به تحصیل پرداخت و در سال ۱۹۲۲ به اخذ درجهٔ دکترای پزشکی نائل گشت. در سال ۱۹۲۰، زمانی که هنوز دانشجوی دانشکدهٔ پزشکی بود، با فروید آشنا شد و به زودی در گروه پزشکان روانکاو به سرکردگی فروید مقامی شامخ یافت. نظریهٔ فروید دربارهٔ نیروی روانی و جنسی، دکتر رایش را برای بررسی بیشتر در این زمینه آماده و ترغیب کرد و ادامهٔ این تحقیقات، در نهایت به کشف انرژی اورگون انجامید.

پس از فرار از آلمان هیتلری در سال ۱۹۲۲، دکتر رایش تحقیقات خود را تا سال ۱۹۳۹ در اسکاندیناوی ادامه داد و سپس به ایالات متحدهٔ آمریکا مهاجرت کرد و مرکز تحقیقاتی و آزمایشگاه خود را در شهر نیویورک بنا نهاد. در سال ۱۹۵۰ او به شهرک رنجلی (Rangely) واقع در ایالت مین نقل مکان کرد. چهار سال بعد، در سال ۱۳۵۴، ادارهٔ بهداشت فدرال آمریکا (F.D.A.) علیه وی اقامهٔ دعوا نمود. اما دکتر رایش از حضور در دادگاه خودداری کرد و عدم حضور خود را در نامه ای به اینصورت توضیح داد: «قوانین طبیعی والاتر از قوانین ساخته و پرداختهٔ بشر است و دادگاه های فرمایشی را صلاحیت رسیدگی به حیطهٔ علوم نیست.» او در سال ۱۹۵۶ به جرم عدم تمکین به رأی دادگاه به دو سال زندان محکوم شد و در روز سوم نوامبر ۱۹۵۷ در زندان لوئیزبرگ در پنسیلوانیا بدرود حیات گفت.

کتاب ها و مقالات بسیاری از دکتر رایش بجای مانده اند که از میان آن ها می توان از کتاب های زیر نام برد:

* آسیب شناسی سرطان
* تجزیه و تحلیل شخصیت
* ای مرد کوچک گوش کُن!
* قتل عیسی مسیح
* رایش دربارهٔ فروید سخن میگوید

Titles of Interest from Iranbooks

AN INTRODUCTION TO PERSIAN
by Wheeler M. Thackston
A comprehensive guide and grammar to the language for the English speaker.

A PERSIAN READER: BOOK ONE
by Lily Ayman (Ahy)
First grade reader specifically tailored for Persian language children studying the language outside of Iran by the author of the standard readers in Iran. A teacher's manual is available. In two colors throughout.

PERSIAN STUDIES IN NORTH AMERICA
edited by Mehdi Marashi
Thirty-two articles on the state of the art of research and teaching in Persian linguistics and literature.

AN INTRODUCTION TO KORANIC AND CLASSICAL ARABIC
by Wheeler M. Thackston
An elementary-level grammar of standard classical Arabic.

FROM DURHAM TO TEHRAN
by Michael C. Hillmann
A Persian literature specialist's impressions and reflections on his field of study and profession.

To order the above books or receive our catalog, contact:

IRANBOOKS, INC.
6831 Wisconsin Avenue • Bethesda, MD 20815 USA
Telephone (301) 986-0079 • Facsimile (301) 907-8707

THE FUNCTION OF THE ORGASM: The Discovery of the Orgone

by Wilhelm Reich, translated into Persian by Stephan Simonian & Andranik Reysan

U.S.A. $18.00 • ISBN 0-936347-38-4 قیمت: ۱۸ دلار

IRANBOOKS • 6831 Wisconsin Avenue • Bethesda MD 20815