

هنوز معلوم نبود که چرا درمان و حل تعلقات تثبیت شده 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 - تصعید - (Sublimation)* سکسوالیته تناسلی را یکسان با سکسوالیته 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 پردازم. ادعای روانکاوان بر اینکه تئوری های متداول نروز 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 سوال آغاز گشت که فرق بین لذت تناسلی و لذت ماقبل تناسلی چیست؟ هیچ یک از تئوریهای من بدون پاسخ به این سوال معتبر نیست. جواب صحیح به این سوال به خودی خود به راهی ختم میشود که من آنرا بناچار بایستی می پیمودم.

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

تکوین و رشد نظریه اورگاسم

الف - آزمایشات اولیه

در سال ۱۹۲۰ فریید دانشجوی جوانی را برای درمان به من ارجاع نمود. او از وسواس تکرار خیالات و شمارش اعداد رنج می برد. تخیلات اضطرابی «مقعدی»^{*} عادت به استمناء مکرر، علائم ضعف اعصاب مثل سردرد، درد در ناحیه کمر و پشت، حواس پرتی و حالت تهوع از علائم بیماری او بود. من او را برای چندین ماه معالجه کردم. اضطراب 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. همه 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 بریشه 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 خاتمه درمان، بیمار میتواند 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.

همزمان با این بیمار، من پیشنهادی را روانکاو می‌کردم که قادر به نمودن آلت تناسلی نبود. درمان، دوره همواری را می‌گذرانند. در سال سوم بیاد آوری و بازسازی صحنه 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 منظره 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 روانکاو آن زمان من ناتوانی تناسلی او را به تأثیر تخریبی شدید مشاهده منظره آلت تناسلی «اخسته شده» مربوط دانستم. بدون شک این تعبیر صحیح بود. علی‌الحال فقط در چند سال گذشته بود که من اهمیت خاصی بضمیمه «احساس خلأ» در ناحیه تناسلی در بیماران خود دادم. این احساس مطابق بود با نکول «بازگیری» نیروی بیولوژیکی از ناحیه تناسلی. در آن موقع، من کل شخصیت 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 نمی‌آمد. در حین سه سال دوره درمانی هرگز عصبانی نشد و زبان به انتقاد نگشود. طبق نظریه های رایج آنزمان، او شخصیتی کامل و استوار داشت که فقط دارای یک عارضه حاد بود «نروز تک عارضی» (Mono Symptomatic Neurosis). من گزارشی در این باره به سمینار تکنیک نوشتن و به جهت یافتن ارتباط صحیح بین عارضه بیمار و تأثیر تخریبی صحنه اولیه (Primal Scene) مورد تشویق واقع شدم.

* در تئوری روانکاو اولین باری که کودک عمل جماع را در والدین مشاهده می‌نماید و یا آنرا بنحوی تصور میکند بنام صحنه اولیه مینامند. فروید عقیده داشت که کودک قبل از مرحله اودیپ با این تصور و مشاهده برخورد مینماید. کودک، از سوئی مقاربت بین والدین را عملی خطرناک و مہلک تصور کرده و از آن می‌هراسد و از سوی دیگر به هیجان می‌آید و بعلت ناتوانی تحمل این هیجان آنرا بصورت ناخوشایند و دردناک احساس میکند. بعقیده فروید چگونگی این برخورد در ساختار روانی کودک مؤثر است.

از نظر تئوری، من عارضه 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 بر مبنای آن شخصیت قرار دارد. روانکاوان مسن تر روانکاو مرا در این بیمار صحیح و خاتمه یافته پنداشتند. من این سمینار را با احساسی ناراضی ترک کردم. اگر کار روانکاو 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 در مورد ختم درمان نشان داد همانند خونسردی و بی تفاوتی او در تحمل هرچیز دیگری در طول درمان بود. ملاحظه 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 دوره ای بود که روانکاو مدت زمان طولانی تری را برای درمان لازم میدانست. در ابتدا، وقتی من شروع به درمان بیماران کردم، دوره درمانی بمدت شش ماه، دوره ای نسبتاً طولانی محسوب میشد. در سال ۱۹۲۳ دوره متوسط درمان یکسال شده بود.

اندک اندک این فکر که دو و یا حتی سه سال درمان نتیجه بهتری خواهد داشت پا گرفت و رشد کرد. از این که نروز مرضی پیچیده و وخیم است گریزی نبود. فریود مقاله معروف خود را در مورد شرح حال نروز طفولیت* که بر اساس

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، معیناً روانکاوان این تجربه ضروری را به عادت تبدیل کردند و دوره 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 روانکاوای بذله هائی طعنه آمیز میگفتند. اگر بیمار برای ساعتها 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. معیناً 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 درباره روانکاوان گفته میشد بهبود نمی یافت. مثلاً اینکه روانکاو در جلسه روانکاوای 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 کاملاً بلامانع است زیرا که ناخودآگاه روانکاو ناظر به بیمار است هرچند که او در چرت باشد. حتی گفته میشد که ناخودآگاه روانکاو در حین جلسه روانکاوای قادر است پس از بیداری از خواب دقیقاً از نقطه ای که ناخودآگاه بیمار در حرکت است ادامه دهد.

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

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 برخوردار 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 جوابگویی به سئوالات 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 نطفه همه مطالبی بود که بعداً به نام اکونومی جنسی رشد کرد. اگر سئوالات فوق پاسخی میداشت دیگر لزومی برای ادامه 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 دنباله کار و زندگینامه اوست. با تصدی 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 معیناً این برخورد لازمه دستاوردهای بعدی بود.

ب - متممی بر برداشت فروید از نروز اضطراب

در اینجا می‌خواهم به خواننده این کتاب یادآوری کنم که آشنائی من با فروید با مطالعاتم در روابط جنسی آغاز شد. در نتیجه تمجیبی نیز در این نیست که تئوری نروز او که من آنرا نروز رکود انرژی جنسی (Stasis Neurosis) نامیده‌ام به علت علمی بودن آن بیشتر مورد توجه من قرار گرفت تا تعبیر مفهوم علائم آن. فروید نروز را بیماری‌ای 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 وجیتیتو (گیاهی) میگردند. فروید رابطه ای بین نروز اضطراب و دستگاه وجیتیتو 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 نورااستنی (ضعف اعصاب) فرق داشت. بیماری نورااستنی طبق برداشتهای آنوقت، برخلاف نروز در اثر سوء رفتار جنسی مانند افراط در استمناء بوجود میآید. علائم نورااستنی 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 لوفنفل (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 زنا با محارم و وحشت از گزند و آسیب در ناحیه 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 نقطه 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 نتیجه 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 شده 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 سؤال 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 صفحه ۴۴

Jasper**

نظر فلسفی و نه علمی میتوان درک کرد. او میگفت علوم طبیعی (Natural Science) ناظر به مسائل کتی هستند درحالی که فلسفه به مسائل کیفی و روانی مربوط است. هیچ راهی و ارتباطی بین عوامل کتی و کیفی موجود نبود. سؤال 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 شعب فلسفه است؟ فریود اهمیت بی 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 فریود مورد استفاده قرار گیرد. اگر تنها روانشناسی تجربی «واندت»^{*} بعلت اندازه گیری کتی عکس العملها علمی بود، و اگر روانکاوی بعلت عدم توانائی در اندازه گیری کتی 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 براساس طرز برخورد او با عقده ها و تضادهای درونی خود

و انگیزه‌ها و رفتار و کردار او استوار بود. در پس این مباحثه این سؤال مطرح بود که آیا میتوان به برداشتی عینی از تئوری فروید در مورد نیروی روانی (Psychic Energy) رسید و یا میتوان آنرا حتی تحت برداشت کلی انرژی قرار داد؟ پدیده‌ها (فاکتها) در مقابله با بحث‌های فلسفی زیاد هم کارگر نیستند. آلرز، فیلسوف و فیزیولوژیست اطریشی، از بحث در مورد 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 اسلاید آلوده بوده است و یا اینکه حرکتی را که من در زیر میکروسکپ مشاهده کرده‌ام حرکات اتفاقی «برونیان»^{*} بوده. اینکه افتراق کثافات بر اسلاید از حرکات موجود زنده کار ساده‌ای است و اینکه تشخیص حرکات اتفاقی از حرکات گیاهی «وجیئتییو» کاملاً ممکن است برای آنان فرقی نمیکند. خلاصه اینکه علوم نظری خود برای خود مشکلی شده است.

پاره‌ای از مشاهدات در کلینیک بطور غیرمنتظره‌ای 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 حیطة تن و جسم نهفته است. از طرف دیگر ایده و فکر ماهیتی کاملاً روانی دارند. بنابراین چه رابطه‌ای 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 و سواس اضطراب 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 تأثیری 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 بعلمت 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

بالبینی 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 عقده‌ها 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.

سؤال بعدی این بود که آیا سرکوب خواستها و هیجانات جنسی و طرد خواستهای جنسی که در آغاز این بیماری مزمین بوجود میآید، 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 من نیامده 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 سؤال کند. با گذشت زمان ممکن بود او دچار هیستری و یا نروز اضطراب* 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 نقطه 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

سلسله سئوالات سرآغاز برخورداری مرگبار بین دو نظریه مخالف باشد.

پ۔ توانائی اور گاستیک "Orgastic Potency"

درمان نشدن بیماری پیشخدمت سابق الذکر فرمول درمانی فروید را مورد سؤال 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 میشد که همکاری 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 مبہوت 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, ۱۸۲۰-۱۹۳۳) پزشک فرانسوی متخصص اعصاب و اولین پزشک در قرن اخیر است که سعی در درک و درمان بیماریهای روانی با برخورداری علمی نمود.

Dosim Repetetur*، به عبارت دیگر بیمار هیستریک به علت فقدان رضایت جنسی تناسلی به ورطه بیماری سقوط میکند.* این فریود 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 میدانند که بیماران عصبی نروز فقط به علت فقدان رضایت کامل و مکرر جنسی به ورطه 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»** فریود 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 نمیکند 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. بینیم 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 کمزور مرد بی رضا برخیزد

بس فتنه و جنگ از آن سرا برخیزد

«سعدی»

** کتاب ایگو و اید، نوشته فریود. رجوع کنید به پاروقی صفحه ۷۲

— 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 نیدادم. 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 روانکاوای عرضه کردم که با تشویق حاضران روبرو گشت، زیرا که همه روانکاوان از بکار بستن قوانین اساسی روانکاوای 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 صفحه ۱۱۹

** صفحهٔ 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 تأیید میکرد.

در ۲۸ نوامبر ۱۹۲۳ پس از سه سال بررسی، اولین مقاله اساسی و مهم خود را درباره 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 در مورد نظر من دال 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 مقابرتی 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 شده جنسی باشد. ولی من نمیتوانستم علت این انسداد و تراکم انرژی را در حالیکه توانایی جنسی برقرار بود توضیح دهم. دو نظریه اصلی روانکاو مرا به گمراهی کشانده بود. هرگاه شخصی میتواندست عمل مقاربت و مجامعت را انجام دهد از نظر جنسی توانا محسوب میشد و هرگاه میتواندست 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 روخیم (Roheim) حتی تا جایی پیش رفت که تعریف توانایی جنسی مرد را در مقاربت با زن به نحوی که باعث التهاب فرج زن شود توصیف کرد.

نظریه گمراه کننده دیگر نظریه «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

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 دهنده 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 می کردم 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 «قضایات علمی با بی غرضی متعلق به این دنیا نیست، در واقع وجود یک چنین چیزی قابل تردید است». امید زیادی به همکاری غیرمفرضانه در مسائل موجود نیست. دقیقاً اعتراضات اساسی منقدین بود که مرا در فائق شدن بر مشکلات راسخ تر کرد. هرچند که دستیابی به این صلاحیت 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 محققین سالهای اخیر در مورد روابط جنسی میباشند، معتقدند که فرقی بین اورگاسم کلیتوری و واژنی وجود ندارد. معیناً 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 مؤسسه ویلهلم رایش).

آید معهداً 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 رهایی 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 مفشوش و ناتوانند راسخ تر میشود. مفشوش 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 معمولاً 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 رابطه بیمارگون والدین و فرزندان و نه بدبختی رقت بار زناشویی 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 خلصه 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 پروسه 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 نتیجه این ویرانی است.

* عقده اودیپ: رجوع شود به پاورقی صفحه ۴۴

** بایون: رجوع شود به پاورقی صفحه ۱۵

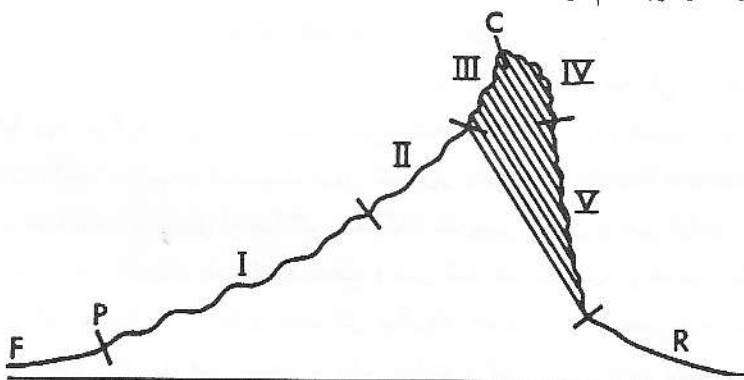
من می‌خواهم به جای معرفی سیستماتیک تئوری اورگاسم چگونگی تکوین آنرا از ابتدا شرح دهم. درک تئوری اورگاسم از طریق منطق تکوین آن برای خواننده سهل تر خواهد بود و او متوجه خواهد شد که این تئوری ساخته و پرداخته خیال پردازی نیست و روابط آن نمیتواند اختراع من باشد.

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 نمیشد.

در عمل جنسی عاری از اضطراب و عاری از ناخوشی و فانتزی، شدت لذت در هنگام اورگاسم به مقدار تانسینون و تحریک جنسی که در ناحیه 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.

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

۱- نعوظ آلت تناسلی که بطور طبیعی انجام گیرد برخلاف نعوظ آن در بیماری پریاپیسم (Priapism) و اسپاسم دیواره رحم یا اسپاسم 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 دیواره واژن (Genital Glands) نمناک میگردد. در حالت‌هایی که اختلال عمل تناسلی در بین 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: دوره لذت قبل از دخول (۱ و ۲)، P: دخول آلت تناسلی مرد در واژن (۳)، ا: 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 حالت های سالم بطور طبیعی و خود بخودی وجود دارد، برخلاف حالت ناسالم که مهربانی و ملایمت مصنوعی، مخفی کننده حالت خصمانه و سادیسمی است. آنچه در زیر می آید 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 اضطراب 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 معمولاً نتیجه فانتزی مازوشیستی و فانتزی تجاوز به عنف میباشد.

۳- هیجان خوشایندی که در حد ثابتی در هنگام عشق ورزی قبل از عمل تداخل بوجود می آید ناگهان با عمل تداخل از یاد 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 حالت های شخصیت نروز اضطراب (Compulsive Neurotic Character) بخود نمیگیرد. از طریق اصطکاک و حرکات تدریجی متقابل و غیر ارادی و بی جد و جهد، تحریک در ناحیه 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 در جهت هماهنگی و ادغام جریانانات لذت بخش متمرکز است. ایگو* فعالانه

* ایگو: رجوع شود به پاورقی صفحه ۸۸

در جهت کشف همه طریقه های ممکنه برای بالابردن هرچه بیشتر لذت و تانسین قبل از رسیدن به انزال میکوشد. عمد و قصد آگاهانه مسلماً نقشی در این فرایند ندارد. همه 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 بالای 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 اضطرابی 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، درحین این درنگ، شدت تحریک اندکی تخفیف مییابد ولی کاملاً خاموش نمیگردد. بیرون آوردن آلت از فرج پس از مکثی کوتاه نیز ناخوشایند نیست. با ادامه اصطکاک، تحریک بطور منظم افزایش یافته و از حد قبلی بیشتر میگردد و هرچه بیشتر کل بدن را دربر میگیرد و بالاخره در نتیجه افزایش ناگهانی تحریک به مرحله انقباضات غیر ارادی عضلانی تمام بدن خاتمه مییابد.