

ii - مرحله 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 ناحیه 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 دیواره 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 ناحیه کف لگن و دنبالچه را بهمراه دارد. در نتیجه 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 مضر 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 مفشوش 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 قسمت های بدن منتشر میگردد. این حالت انتشار معکوس تحریکات، بصورت کم شدن تانسیون تجربه و احساس میشود.

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

اول - برگشت جریان تحریک به کل بدن.

دوم - آسایش دستگاه تناسلی.

۱۰- قبل از برگشت به نقطه 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 بیزارى 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 مرحله 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 اذ دست 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 زوجة خود نمایند، و نیز قادر به برگرداندن این احساسات بطور متقابل هستند. قاعده کلی آنست که اگر رابطه عشق ورزیدن توسط عوامل درونی

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

بسادگی نمیتوان درباره مسکوت ماندن فانتزی های ناخودآگاه نظر داد. برخی از شواهد دال برآنند که این فانتزی ها نیز مسکوت میباشند. فانتزی هائی که اجازه خودنمائی بطور خودآگاه را ندارند، باعث کاهش شدت آزمون اورگاسم میگرددند. 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 لاقبل 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 تجربه آن در زندگی واقعی محروم باشد. در عمل طبیعی عشق ورزی، انتقال* واقعی احساسات از «شیئی 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 شیئی 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 پدیده 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 شیئی اولیه به معنای اولین و مهمترین شخص در زندگی کودک است.

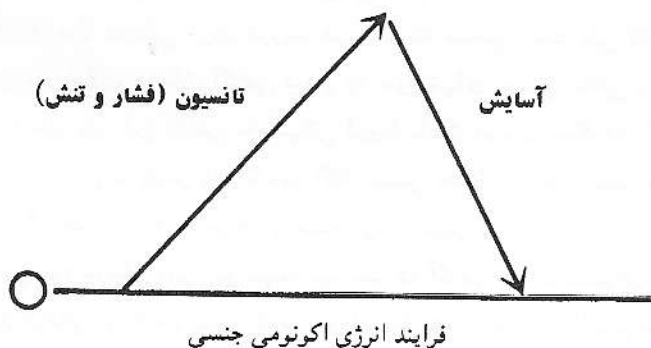
و روابط مصنوعی خواهند بود. درحالت اول، عمل مقاربت احساس یأس بدنبال ندارد ولی درحالت دوم، عمل مقاربت احساس یأس و ناامیدی بدنبال دارد. ما میتوانیم فرض کنیم که در این حالت تخیلات و فانتزی در حین عمل مقاربت ادامه داشته و در واقع این تخیلات و فانتزی برای زنده نگاه داشتن سرابی است که همواره شخص در آرزوی آن است. درحالت اولیه علاقه شخص به شیئی اولیه خاموش شده و نتیجتاً نیروی مولد فانتزی آن نیز بتدریج تحلیل رفته و ناپدید میشود. شیئی 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 مفایر با «شیئی 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 رابطه 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 رابطه آنان نیز در هم خواهد ریخت.

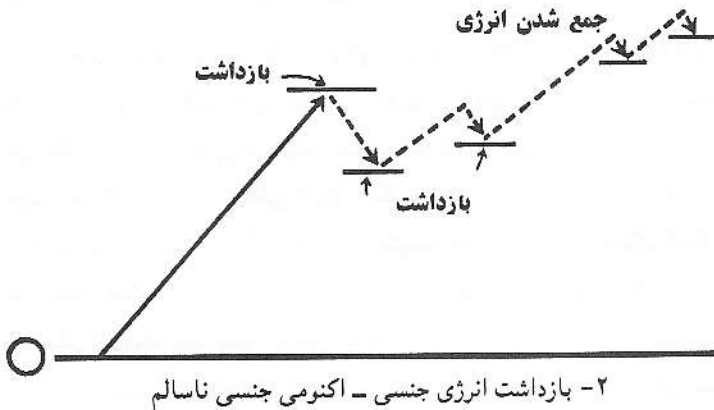
شدت یافتن فانتزی در عمل مقاربت باعث کاهش لذت جنسی میشود. چگونگی تقلیل لذت جنسی طرفین به ماهیت اختلافات بوجود آمده در رابطه طولانی بین آنها نیز بستگی دارد. وقتی که شدت تثبیت* بر شیئی اولیه زیاد و توانایی شخص در برقراری انتقال واقعی احساسات کم باشد، کاهش لذت جنسی بطور سریع و بصورتی بیمارگون ظهور میکند.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

* تثبیت، Fixation: رجوع شود به پاورقی صفحه ۴۳

رگود جنسی - منبع انرژی نروز

از زمان اولین مشاهدات کلینیکی در سال 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 عقیده موجود، اختلال جنسی تناسلی تنها یکی از علائم بیماری نبوده بلکه علامت مشخصه نروز است. در طول بررسی متوجه شدم که دلائل اندک اندک به یک نتیجه منجر میشود: نروز نتیجه اختلال جنسی به مفهوم وسیع کلمه و آنگونه که مورد نظر فروید بود نمی باشد، بلکه نتیجه 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 نظریه بالا را تأیید میکند.





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 دهنده 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 خواسته‌های جنسی مخفی و واپس زده خویش است. ولی این آگاهی به تنهایی لزوماً باعث درمان نمی‌گردد. آگاه کردن بیمار به خواسته‌های 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 خواسته‌های غریزی به برقراری توانائی اورگاسم منجر گردد. از این طریق شاخه‌های 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 روانکاوای برقراری رضایت و توانائی اورگاسمی و توانائی تخلیه 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 رکود کم جنسی باعث تشدید تضادهای روانی میشود و تضاد نیز بنوبه 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 راكد 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 درجه تخلیه 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.

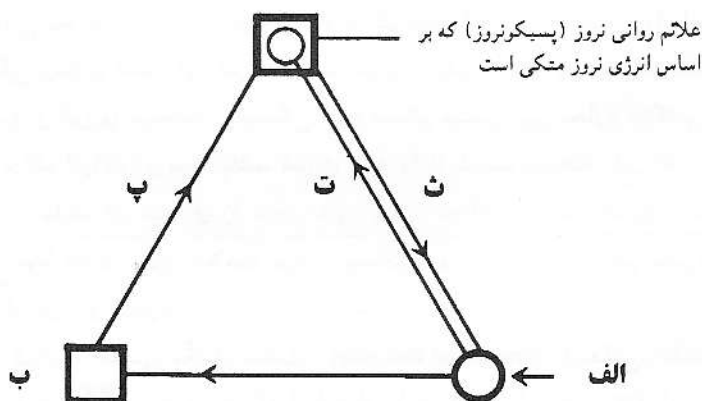
۶- فرایند جنسی ماقبل تناسلی (Pre-genital Sexuality)، (دهانی، مقعدی، عضلانی و غیره**) و طرز کار آن اساساً از طرز کار عمل جنسی تناسلی جدا است. اگر عمل جنسی ماقبل تناسلی حفظ شود، عمل جنسی تناسلی مختل خواهد

* عقده اودیپ: رجوع شود به پاورقی صفحه ۴۴

** رجوع شود به پاورقی صفحه ۳۶

شد. این اختلال باعث برانگیختن فانتزی ها و اعمال ماقبل تناسلی میشود. فانتزی ها و اعمال جنسی ماقبل تناسلی که ما آنها 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 در سال ۱۹۳۶ زمینه تفکیک بین انگیزه های طبیعی و اولیه را با انگیزه های ثانوی فراهم نمود. در مورد تئوری غریزه و تئوری فرهنگ و تربیت، اساسی ترین رابطه بصورت زیر است: اختلال جنسی بطور کلی نتیجه اختلال تناسلی و به بیان دیگر نتیجه ناتوانی اورگاسمی است. مردم با مفهومی که من آنها عمل جنسی تناسلی نامیده ام ناآشنا بودند، این برداشت با موضوعات جنسی آن وقت متفاوت بود. واژه «تناسلی» در چهارچوب دانش اکتونومی جنسی با مفهوم عوامانه آن تفاوت دارد. همچنین کلمه جنسی «سکسوال» و «تناسلی» یکی نیست.

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



الف - سرکوب جنسی (تناسلی) کودک توسط جامعه که منجر به انسداد و رکود انرژی جنسی میشود (O).

ب - رکود و بازایستایی جنسی که منجر به تثبیت های روانی کودک به والدین میشود.

پ - فانتزی زنای با محارم.

ت - نیرویی که علامت روانی نروز (پسیکو نروز) را قوام می بخشد.

ث - علامت روانی نروز (پسیکو نروز) که بنوبه خود باعث ادامه رکود جنسی میگردد.

۷. 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 گفنی 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 آمادۀ روبرویی با رقبائی باشیم که درمان بدنی (Organotherapy) را برتر از درمان روانی میدانند. کسی از چگونگی این درمان خبری نداشت. فروید گفت که روانکاوای روزی بایستی براساس بدنی (اورگانیک) بناگردد. این یک بینش اصیل فرویدی بود. وقتی فروید این نظر را بیان کرد برداشت من این بود که حل مسئله کمیت نیز شامل حل مسئله درمان بدنی نروز است. دستیابی بر حل مسئله 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 نتیجه این تحقیقات، ۵ سال قبل با دستیابی به اصول اساسی تکنیک تجزیه و تحلیل شخصیت* حاصل گشت. در سالهای بین ۱۹۲۲ و ۱۹۲۶ تئوری اورگاسم بتدریج اثبات و ابرام شد و متعاقب آن روش تجزیه و تحلیل شخصیت (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 پدیده تشعشعات اورگون.** هفت سال پس از آن گروه دوم مسائل از یک سو به

* روش تجزیه و تحلیل شخصیت: رجوع شود به پاورقی صفحه ۴۷

** بایون و تشعشعات اورگون: رجوع شود به پاورقی صفحه 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 همه جنبه های زندگی انسان را دوباره حیات بخشید و آنرا بارور نمود. نتیجتاً این مسئولیت متوجه ماست که در همه رشته های مربوطه، چهارچوب این تئوری را بطور روشن تعیین نماییم. با در نظر گرفتن اینکه فرایند زندگی فرایند

جنسی یکی است، لازم است که موارد کار برد اقتصاد جنسی را تشریح نماییم. انرژی جنسی و وجیتیتو (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 کارهایی 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 دقائق آن نمی نمایند، به سستی میگیرند و انبوه مسائل نیز بدون روبرویی و مبارزه رها میشوند. من امیدوارم که در رهائی اکونومی جنسی از این سرنوشت موفق شوم.

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 نتیجه 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 مفشوش 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 تشبیههای 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 روبرویی با مقاومت بیمار باعث کندی درمان میگردد. به این جهت در سال اول سمینار فقط حالتیهای مخصوص درمورد مقاومت بحث و گفتگو میشد. ابتدا مبہوت 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 آنها 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 دهنده اساس نروز است. هر تفسیری از افکار ناخودآگاه بیماران به علت این خصومت پنهان، با مقاومت بیمار مواجه می گشت. از این

* انرژی لیبیدو: رجوع شود به پاورقی صفحه ۳۶

** مقاومت: رجوع شود به پاورقی صفحه ۴۲

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

موضوع میشد نتیجه گرفت که مطالب ناخودآگاه نبایستی تفسیر شود مگر اینکه تمایلات خصمانه و خوارکننده 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 در مورد 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 در مورد مهارت حرفه ای از ما داشت. هیچ کس نیز ایده ای در مورد 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 حيله گر بودند، بطور نیمه آگاه روانکاو را به بیراهه و سرگردانی می کشاندند. مثلاً با ارائه خوابهایی مغشوش که کسی از آنها سر در نمی آورد روانکاو را منحرف می کردند. در واقع ادامه بیان خوابهای سردرگم مسئله اصلی بود و نه ماهیت 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 ارائه این مفاهیم می گشتند. آنان درباره «عقدۀ 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 روانکاو 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، امروز 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 سری 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 معهداً مطابق با اصول تجزیه مقاومت بود. من به سرعت احساس کردم که در تضادی گرفتار گشته ام. نظر به اینکه عمل روانکاو 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 خواستههای جنسی و تحریکات خشم آلودش با توسل به رفتار ریاکارانه و فریب قرار می گرفتیم. تطبیق تکنیک روانکاو به شخصیت ریاکارانه بیمار نتایجی به دنبال داشت که کسی را قدرت پیش گوئی آن نبود و هرکس نیز بطور

ناخودآگاهانه از آن می‌هراسید. اصل و اساس مسئله رها ساختن احساسات جنسی و خشم پنهان شده بیمار بود و ساختار شخصیت روانکاو بود که بایستی با رهایی 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 می‌کردیم. ما نمی‌خواستیم آنرا تجربه کنیم. مثل آن بود که ما به آئین‌های دانشگاهی زنجیر شده بودیم، ولی روانکاو مستلزم آزادی از قیود و معیارهای قراردادی و برخورد با خواسته‌های جنسی بیمار بدور از تأثیر از تعصبات اخلاقی بود. در سالهای اولیهٔ سمینار، از تأثیر برقراری ظرفیت و توانائی اورگاسم صحبتی نمی‌کردم. من بطور فطری از پیش کشیدن این موضوع حذر می‌کردم. این موضوعی حساس بود و هنگام بحث در میان افراد ایجاد خصومت می‌نمود 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 می‌دادیم که از آموزش کنترل حرکات روده و یا خواهشهای مرحلهٔ دهانی صحبت کنیم و مسئله اصلی نیز دست نخورده باقی می‌ماند.

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 می‌یافت علاج نروز سریع‌تر و سهل‌تر می‌گشت و از طرف دیگر هرگاه این رضایت تحقق نمی‌یافت و یا تحقق آن کامل نمی‌بود علاج نروز نیز دشوارتر می‌شد. 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، معیناً من

کوشش خواهیم کرد که تصویری نسبتاً واضح از تقارب تدریجی و هرچه بیشتر تئوری اورگاسم و تکنیک تحلیل شخصیت را ارائه دهیم. در طول چند سال این دو تئوری به واحدی جدانشدنی از یکدیگر تبدیل گشتند. هرچقدر قوام و وضوح این روش بیشتر میشد تضاد با روانکاوانی که پیرو تعلیمات قدیمی بودند نیز بالا می گرفت. در دو سال اول تضادی در میان 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 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 «فریود همه 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 مفشوش 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 مطالعه تثبیت های روانی ماقبل تناسلی (Pre-genital Fixation) و طرق 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 گاهد.

انتشار کتاب «ایگو و اید» در سال ۱۹۲۳ توسط فروید اثری ناهماهنگ در کار روزمره روانکاوی داشت که مسئله 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 غریزه مرگ** را همطراز و حتی قویتر از غریزه 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 بسیار مفشوش پیش آمده بود. بجای احتیاجات

* سوپر ایگو: رجوع شود به پاورقی صفحه ۷۲

** فروید کتاب ماوراء اصل لذت (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 تقبیل می یابند. گروه غرائز و انگیزه های سازنده و زاینده که گاهی بعنوان اروس و یا غرائز جنسی نامیده می شوند و گروه دوم غرائز و انگیزه های مخرب و غریزه 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، شریک 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 نمودارهایی تبدیل شد که دیگر نیازی نیز به فکر کردن نداشت. بخشهای 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 کله ناآشنایانی پیدا شد که هرگز کسی را روانکاو نکرده بودند ولی سخنرانی هایی «درخشان» در مورد «اید» و «سوپر ایگو» می کردند، و یا درباره 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 روانکاو، بر ضد اصول اقتصاد جنسی به مخالفت برخاستند. تحقیقات کلینیکی به رکود گرید، مسائل جنسی به صورت سایه ای مبهم درآمد، تئوری «لیبیدو» از محتوای جنسی تُهی شد و فقط بصورت کلمه ای برای لفاظی درآمد. روانکاو 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 روانکاو اندک اندک «پاک» میشد.

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

** Ego Psychology

بتدریج و با آهستگی محیط از همه دستاوردهای فروید پاک میشد! روانکاوای در تحت تأثیر اصول فلسفی و اخلاقی حاکم به دنیا از مسیر اصلی خود خارج شد. گروهی نیز بی‌انصافی کرده و یافته‌های جدید مرا غضب کرده و به منظور نابودی آن، آنرا جزئی از روانکاوای مرسوم قلمداد کردند. با زوال هرچه بیشتر ماهیت انجمن روانکاوان، سازمان روانکاوای اهمیتی بیشتر از وظیفه 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 ایده‌های خود تبدیل شدند.

شکاف در درون جنبش روانکاوای دیگر قابل ترمیم نبود. امروز پانزده سال بعد از آن، این موضوع بر همه روشن است، ولی تا سال ۱۹۳۴ اهمیت 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 بین‌المللی روانکاوای، بطور رسمی و بنام روانکاوای با صداقت برای نظرات خودم پافشاری میکردم.

در حدود سال ۱۹۲۵ انشعاباتی در جامعه روانکاوان از بابت تئوری‌های روانکاوای 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 عقیده‌ای زمینه را میبازد، تحریکات شخصی توسعه می‌یابد. آنچه در آغاز بنام علاقه علمی قلمداد شده به سیاست بازی پشت پرده تبدیل میشود. این تجربه شخصی در انجمن بین‌المللی روانکاوای برای من درد آور بود هرچند که دانش بعدی خود را مرهون همین تجربه تلخ میدانم.

توضیح این حقایق به‌هیچوجه بی‌ارتباط با موضوع نیست. موضع مخالفی را که من بر علیه بعضی از تئوریهای روانکاوای مانند تئوری غریزه 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 «اضطراب 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 آکراه و مقاومت بیمار را به بهبودی توجیه می نمود. همزمان با آن فروید «غریزه مرگ» را بصورت جزئی از تئوری روانکاوی عرضه کرده بود. فروید فرض کرده بود که موجودات زنده با دو غریزه متضاد اداره می گردند. از یک سو غریزه زندگی که برابر با غریزه جنسی* (اروس) بود. مطابق نظریه فروید این غریزه مسئول صعود زندگی از جسم بی جان به موجود زنده است. این غریزه باعث تولید تنش و تسری زندگی به واحدهای بزرگتر است. این غرائز مسئول قیل و قال و زرق و برق حیات اند. اما در رای غرائز جنسی، غریزه ای خاموش ولی بمراتب مقتدرتر در کار است و آن غریزه مرگ** (تاناتوس) است. این غریزه 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، غریزه مرگ در مخالفت با زندگی سازنده و در مخالفت با غرائز جنسی است. غریزه مرگ قابل فهم و درک نیست بلکه گفته میشود که اثرات آن به

* «اروس»: رجوع شود به پاورقی صفحه ۱۴۵

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

*** نیروانا (Nirvana): در آیین 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 نمی‌شود آنرا ندیده‌گرفت و انسان در انجام هرکاری میل به ویرانی و نیستی خود را مشهود مینماید و این به علت غریزه مرگ است. غریزه مرگ، خود را به صورت تمایلات مازوشیستی (خود آزاری) نشان می‌دهد. به دلیل همین تمایلات مازوشیستی است که بیمار نروز از بهبودی امتناع می‌کند. این غریزه، احساس گناه ناخودآگاه را که همان خواست تنبیه است نیرو می‌بخشد. به عبارتی ساده تر بیماران به علت این احتیاج به تنبیه شدن، نمی‌خواهند بهبود یابند.

آشنائی با عقاید رایج مرا متوجه اشتباه فریود نمود. من فهمیدم که فریود از کجا به بیراهه رفته است. با ندیده گرفتن موضع محتاطانه فریود، رایج غریزه مرگ بیمار را بهانه نارسائی روش روان درمانی خود کرده بود. رایج 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 می‌کنند احساس سبکی می‌نمایند. تا آن موقع نروز را نتیجه تضاد بین خواستهای جنسی و ترس از تنبیه به علت خواستهای جنسی می‌دانستند. ولی اکنون می‌گفتند 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 روانکاو نروز بود و با کل مشاهدات بالینی نیز مغایر بود. مشاهدات بالینی شکی به صحت تئوری اولیه فریود باقی نمی‌گذاشت که نروز نتیجه 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 می‌آمد آنان حالتی مازوشیستی (خود آزاری) پیدا می‌کردند که تنبیه و جراحی را برای خود طلب می‌نمودند و یا به بیماری خود می‌چسبیدند. این وظیفه روانکاو بود که خواست خودآزاری را درمان نمایند و آنرا بصورت ساختاری ثانوی بدانند و ترس از تنبیه را از بین برده و خواستهای جنسی را آزادی بخشد. وظیفه درمان این نبود که

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

روانکاو دیگری به نام «الکساندر» دنباله رو کار «رایک» بود. او روی تعدادی از جنایتکاران تحقیقاتی انجام داد و نتیجه تحقیقات خود را چنین بیان داشت که در اصل، جنایت انجام شده نتیجه 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 تبعی 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 غریزه مرگ گذاشته میشد! افراد مرتکب جنایت می شدند زیرا که قصد خودآزایی 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 فریود در بیان تئوریهای خود منظوری والاتر و ارزشمندتر داشت، ولی مدعیان بی خرد روانکاو 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 روبرویی با اضطراب بیمار از شادی و لذت بود. به علت این مسائل با فریود تماس گرفتیم. از

او پرسیدم که آیا او غریزه مرگ را به قصد ایجاد تئوری کلینیکی به میان کشیده است یا نه. او شخصاً «غریزه مرگ» را به صورت یک تئوری کلینیکی قابل استفاده در درمان بیماران انکار نمود. او به من اطمینان داد که غریزه 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 فرضیه غریزه مرگ اتخاذ کنم. این اندیشه مرا وادار به نوشتن مقاله ای در رده نظریه الکساندر نمود که در سال ۱۹۲۲ هم زمان با انتقاد من از کتاب رایک به چاپ رسید. در سمینارهای من که در مورد تکنیک برگزار میشد به ندرت از غریزه مرگ و احتیاج به تنبیه به عنوان علت عدم موفقیت درمانی یاد میشد. ارائه دقیق شواهد کلینیکی از هر بیمار، جایی برای پیش کشیدن این تئوری باقی نمی گذاشت. اگر احیاناً کسی صحبتی از آن میکرد، بجای حمله 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 کنگره روانکاوی در آوریل ۱۹۲۴ در سالزبورگ من «توانائی اورگاسم» (Orgastic Potency) را به تحلیل اولیه اهمیت درمانی تناسلی اضافه نمودم. سخنرانی من بر محور دو واقعیت اساسی می چرخید.

۱- نروز فقط نتیجه اختلال سکسوالیته بطور کلی نمی باشد بلکه نتیجه و

تظاهر اختلال تناسلی است.