

بایستی این مسائل را برای خود روشن می‌کردم. من نمی‌خواستم 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 دهنده جهت مشخصی به سوی تحقق هدفی معین بود. انسداد و رکود جنسی نتیجه 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 باتحرک 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. وظیفه 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 مرحله 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.

#### ۴- ویرانگری، \* تهاجم \* و سادیسم

واژه های «تهاجم»، سادیسم و ویرانگری و غریزه مرگ در روانکاوی واژه هائی همپتراز تلقی میشد. تهاجم را با ویرانگری یکسان میدانستند که بنوبه خود برابر با «غریزه 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 همه اعمال انسان که در زیر روال «نفرت» جمع میشد پرداختم. در کار کلینیکی هرگز با غریزه مرگ روبرو نگشتم. خواست مردن شبیه و مطابق غریزه اولیه جنسی یا گرسنگی را نیز هرگز مشاهده نکردم. همه علائمی که می توانست زاده غریزه مرگ تلقی شود زاده بیماری نروز بود. مثلاً در نمونه های خودکشی، میل به گرفتن انتقامی ناخودآگاه از شخص دیگری که فرد بیمار هويت 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 آشفتهگی 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 غریزه مرگ را قبول کردند غالباً اضطراب را با غریزه اشتباه می کردند. ترس از مردن برابر است با اضطراب ناخودآگاه شخص از حالت اورگاسم. غریزه 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 وسطی 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 «غریزه 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 انگیزه ویرانگری در خدمت انگیزه بیولوژیکی و اولیه 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 انگیزه اولیه بیولوژیکی ویرانگری را نمی میکند بسیار مهم هستند. حیوانی حیوان دیگر را از برای لذت نمیکشد. 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 غریزه زنده ماندن است. ولی غریزه زنده ماندن چیست؟ جواب آنرا ما هنوز نمیدانیم.

تهاجم (Aggression) به مفهوم مطلق کلمه آن، نه به سادیسیم 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 سادیسیمی 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، نتیجه برابر انگاشتن تحرک و تهاجم با شرارت و تمایلات جنسی است.

تحرك و تهاجم همواره کوششی است برای تحصیل رضایت احتیاجات حیاتی. بنابراین تحرك و تهاجم خود غریزه نیست بلکه وسیله ای برای تحصیل رضایت غرائز است. غرائز ذاتاً دارای حالت تهاجمی اند چرا که تانسسیون (تنش و فشار) که همراه آن است به دنبال رضایت و رهائی میگردد. بنابراین تهاجم اشکال گوناگون داشته و میتواند به صورت مخرب، سادیسمی، تحرکی، و جنسی ظهور کند. اگر رضایت تحرك جنسی منع شود، احتیاج به رهائی احساسات جنسی و یافتن رضایت خاطر ادامه یافته و خود را به انحاء مختلف می نمایند. 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 نتیجه 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 جامه عمل می پوشند و مورد مثال آن قتل هائی است که در رابطه با اعمال جنسی انجام میگیرد. لازمه چنین عملی انسداد کامل توانائی احساس لذت تناسلی بصورت طبیعی آن است. بنابراین انحرافات 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، واژه «غریزه مرگ» را هنوز در تألیفات خودم بکار میبردم، زیرا نمیخواستم از صفوف روانکاوان دیگر بگسلم، هر چند در کار کلینیکی غریزه مرگ را مردود میدانستم. من بحثی نیز در مورد تعبیر بیولوژیکی آن نکردم زیرا مطلبی برای گفتن در این مورد نداشتیم. در کار بالینی و عملی همواره وجود غریزه مرگ و ویرانگری را در بیماران انکار میکردم. ابتدا اعمال تخریبی و رکود جنسی را تشریح کردم، ولی جواب این سؤال را که آیا ماهیت اعمال نابود کننده ریشه 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 زناشویی 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. مشاهده 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 میگردد. 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 خصوصیتی 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.

منع و مأخذ مهمی از انرژی تناسلی کشف شده بود. انرژی آزاد شده ناشی از ازبین رفتن حالت تهاجمی نابود کننده و سادیسم میتواند به اندامهای تناسلی منتقل شود. بزودی معلوم شد که توانائی اورگاسم منفی انگیزه های قتال و سادیسمی است. شخص نمیتواند از یک طرف در صدد ارضاء جنسی «تناسلی» زوج و یا زوجه 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 «خواستههای جنسی سادیسمی» مردان و مازوشیستی زنان باقی بود و نه موردی در بحث از اینکه «فانتزی تجاوز به عنف بخشی از رابطه 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، وظیفه 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 نتیجه 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 اختلافات 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 حالتی غیر تناسلی میگریزیدند. 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 حمله 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 حمله آسمی دچار میگشت. حملات آسم برای مدتی به صورت اولیه ظاهر شد. این حملات با تحریکات ناحیه دهان و فانتزی های اولیه قبل از درمان همراه بود. مثل آن بود که اصلاً درمانی در کار نبوده است. هرباری که بیماری عود میکرد این علائم نیز ظاهر میشد ولی تحریکات به ناحیه تناسلی نزدیکتر و نزدیکتر میشدند. تحمل بیمار از تحریکات تناسلی هر باز بیشتر و بهتر میگشت. عود بیماری با فاصله 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 پاراسمپاتیك 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 ناحیه 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 جراحی 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 حمله 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 دلایل قبلی در تأیید نظریه من مبنی بر اثر درمانی اورگاسم در بیماران نروژ. به علاوه این مورد گویای نکات مهم دیگری در پروسه درمان نیز بود. اکنون می فهمیدم که هیجانان 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، مولد تحریک و هیجانی به مراتب خفیف تر است. از این رو بخش مهم از مسئله اضطراب مربوط به غرائز به این صورت حل میشد.

سرکوب احساسات جنسی زائیده تضادی است که پیوسته وخیمتر میگردد. انسداد این هیجانان باعث انباشته شدن آنها میگردد. این ازدیاد بنویه 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 دوره 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 دهنده هسته اصلی بیولوژیکی و جهانی ترس از شادی است. این معمولاً بصورت اضطرابی فراگیر از هرگونه احساس لذت و هیجان طبیعی «وجییتیو» 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.

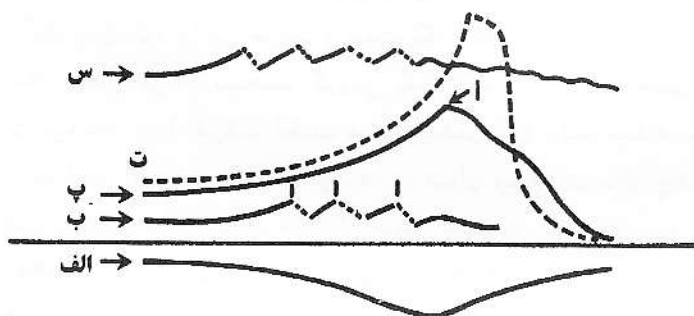
اضطراب از اورگاسم بصور گوناگون ظاهر میشود که همگی در ترس از آکنده شدن با هیجانات اورگاسمی تناسلی مشترک اند. مکانیزمهای بازدارنده نیز دارای اشکال مختلفی هستند. تقریباً هشت سال وقت صرف شد تا این مکانیزم ها بررسی و تحلیل گردند. تا سال ۱۹۲۶ تنها چند نوع از مکانیزم ها شناخته شده بود. بیماران زن بهترین امکان 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 حیطة 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 و لگن پس کشیده میشود. به عنوان وسیله ای برای پیشگیری از احساس اورگاسم، همواره نفس خود را محبوس مینمایند. عجب این بود که من تا سال ۱۹۳۵ متوجه آن نبودم. زن بیماری که دارای فانتزی های کتک خوردن و مازوسیستی 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 موهم 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 از دست ندهد. هوشیار بودن در ناحیه چشمها و ابروها و پیشانی شخص و همچنین حالات و رفتار او مشاهده میشود.

## نمودار نمایانگر اختلال جنسی در مرد و زن



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

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

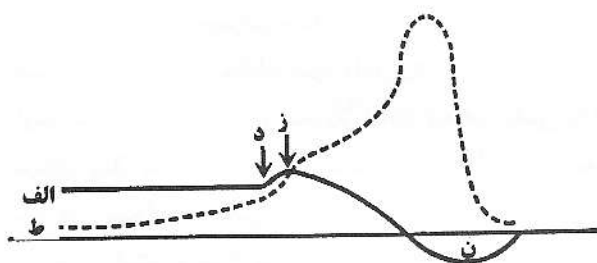
\* نیمفومانئی: بنگرید به پاورقی صفحه ۹۶

\*\* 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، اساک 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 مسک 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 سادسیمی 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 اضطرابی 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.

## نمودار نمایانگر منحنی تحریک در حالت انزال زودرس



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

من بخشی از این مطالب را در کنگره هامبورگ در سال ۱۹۲۵ تحت عنوان «هیپوکندریاک مزمن و نوراستنی مزمن»<sup>\*</sup> ارائه کردم. مطالب ارائه شده بیشتر در مورد ضعف تناسلی بود. این هنگامی بوجود می‌آمد که هیجان تناسلی آمیخته با ایده‌ها و فانتزی‌های 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 از انسداد 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 رابطه بین اضطراب خود آگاه و انگیزه های ویرانگرانه سرکوب شده و واپس زده را توضیح داد. در آن مقاله مطابق سیستم فکری خود، رابطه 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 رابطه 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. نسخه 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 تیتراژ 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 نسخه اولیه 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 مطالعه این کتاب دفع الوقت شد، ولی بالاخره این کتاب را که در سالگرد تولدم

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.»

درباره مقاله قبلی در مورد مسئله نورااستنی، 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 روشننگری 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. درباره صحت فرضیه شما قبلاً تردید داشتم و این تردید هنوز هم باقی است. به گمان من توضیحات شما درباره بسیاری از علائم مشخصه قانع کننده نیست و برداشت کلی شما در مورد جا به جایی 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 درباره حل بخشی از مسئله نورااستنی، مسئله 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 بیار 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 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. معهدا او با نظریه من مخالفت میکرد. از اینرو من در



چاپ این کتاب تأمل کردم و کتاب را برای چند ماه دیگر مطالعه نمودم. در ژانویه ۱۹۲۷ نسخه 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 زناکارانه بیمار در حالیکه بیمار به روانکاو مشکوک و بدبین است پردازد یا اینکه باید صبر کند تا حالت بدبینی و شک بیمار برطرف گردد و سپس به تفسیر خواستهای ناخودآگاه زناکارانه 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 آماده این سخن نبودم. من به صحبت خود ادامه دادم و به تفسیر نقطه نظرهای خود 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 آنها بروز داده تفسیر کند. عقیده فعلی فروید با نظر قبلی او در مورد تکنیک که بطور خصوصی ابراز کرده بود مفایرت 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 خود را حفظ کردم.

از سال ۱۹۲۶ به بعد تئوری درمان در سمینارهای روانکاو ارجحیت پیدا کرد. در گزارش رسمی کلینیک روانکاو مربوط به سالهای ۱۹۲۲ و ۱۹۳۲ مطالبی به مضمون زیر مندرج بود: «علت پیروزی و یا شکست روانکاو 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».

آوازه 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 نبود.

### اصل تعدیل و تنظیم خویشتن

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

در آزمون هنوز قادر به توضیح نظریه خودم در مورد لنگر انداختن پدیده های روانی در فیزیولوژی تن و بدن نبودم. در آزمون دانش من منحصر به بصیرتی بر مبنای احساسی نامشخص و غیر روشن بود که در کار کلینیکی کاربردی نداشت. از اینرو به تکمیل و توسعه روش خود در مورد «تحلیل شخصیت» پرداختم. از نظر بالینی تئوری اورگاسم به مقدار کافی مدلل شده و برای توسعه 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 مجله 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 کمیته عامل و مرکزی مجمع روانکاوی بین المللی تصمیم به منع چاپ این کتاب در چاپخانه خود

گرفته است. هیتلر در آلمان 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 لایه 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 میتواند 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 زمانی که پوشش زرهی شخصیت در عمل بود بیمار در بهترین حالت، فقط میتواند 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.\*

قاعده 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 مکانیزمهای دفاعی محافظ آن شکافته شود. در تجزیه و تحلیل 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 پله 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، آخراالامر 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 سؤال 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 تأیید 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 روانکاو می مثل گفتن «هر آنچه که به فکرشان میرسید»\* نبودند، من از پافشاری روی پیروی از این قوانین در بیماران خودداری

\* یکی از قوانین روانکاو 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 نحوه 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 سؤال «چه» که از سئوالات رایج تکنیک سنتی فروید بود، من سؤال «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 نمی‌تواند 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. احتیاج 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 نمی‌یافت، ارزش درمانی نیز نداشت. طرز برخورد و رفتاری که نمایانگر شخصیت بود بایستی بطور خود به خود تفهیم می‌گشت. 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 زهری شخصیت بدرستی منحل میشد راهی برای احتراز از این رویروئی برای بیمار باقی نمی‌ماند.

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

\* نارسیسم: رجوع شود به پاورقی صفحه 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 در مورد تحریکات شهوانی مقعدی (آنال) در کودکی و یادآوری اینکه زمانی شخص یک چنین احساساتی داشته است کاملاً متفاوت است از احساس این تحریکات در جلسه 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 آنها را 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 صفحه ۱۲۹

که باعث تقویت تابوی بیمارگون و نوروتیک شخص در حیطه مسائل جنسی میشود. 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 بن 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 نگرستن به روانکاو بصورت موجودی با هویتی جنسی ممنوع بود. در چنین شرائطی، بیمار چگونه میتواند 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 اجازه «عمل و حرکت» 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. نیت من این

\* فرنزی: رجوع شود به پاورقی صفحه 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 رهایی بیماران از خودداری و سرکوب نیروی تناسلی استفاده میکردم. بیمار را تنها وقتی معالجه شده تلقی میکردم که لاقل 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 طرزبرخورد 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 برحالت خوددار خود در برخورد با رفتار بیماران غلبه کردم و به دنیائی جدید و غیرمنتظره ای راه یافتم. در بُن مکانیسم نروز، در ورای فانتزی ها و خواست های نامعقول، خطرناک و عجیب و غریب، هسته ساده و منزهی نهفته بود. این هسته در همه 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 پسر مغان مرشد ما شد چه تفاوت

در هیچ ستری نیست که ستری 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 روانکاو داشت. روانکاو بی چون و چرا تضاد مطلق بین طبیعت (غرائز و سکسوالیته) 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 کننده 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 اضطراب) و وسواس، اضطراب هیستریکی و هیستری تبدیلی (Conversion Hysteria).

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

من در اینجا از مکانیزم های بیمارگونه که در حیطه سیاست، جنگ، زناشویی، تربیت کودکان و غیره در کار است و همه آنها نتیجه 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 مبہوت و متحیر می شدم. نمی فهمیدم که چگونه بیماری نروز که لجوج و مُصتر است به این سهولت از بین میرود. فقط این نبود که علائم نروز و اضطراب بیمار بهبود می یافت بلکه کل شخصیت بیمار