

از نظر درمانی، طرح فروید برای توضیح طرز کار روان، کار بردی محدود داشت. به آگاهی آوردن عقده ها و خواستههای ناخودآگاه فقط هنگامی اثر شفافبخش داشت که توانائی تناسلی نیز برقرار میگشت. اما هر آنچه مربوط به «خواست ناخودآگاه تنبیه» و مازوشیسم اولیه بود هیچگونه استفاده بالینی و عملی نداشت. چرا که اگر غریزه ای ذاتی و بیولوژیکی در عمق روان انسان بود که او را در رنج و بیماری نگهدارد، پس امیدی به درمان نمی بایست داشت؟! بسیاری از روانکاوان طاقات خود را به علت پریشانی و ویرانی رشته روان درمانی از دست دادند. «استکل» (Stekel)* مطالعات در زمینه مقاومت بیمار بر علیه کشف مسائل ناخودآگاه را رد کرد. او ترجیح داد با تعبیر بی وقفه مفاهیم ناخودآگاه بدون توجه به مقاومت بیمار پیش رود. این نوع درمان هنوز هم توسط بسیاری از روانکاوان تندرو و بی ملاحظه دنبال میگردد. اوضاع یأس آور بود. استکل نروز و اضطراب اخته شدن** (Castration Anxiety) را قبول نداشت. او میخواست نواور درمانی سریع باشد و بهمین دلیل نیز خود را از گروه فروید که آهسته و صبورانه به سوی هدف در حرکت بود جدا کرد.

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

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

* استکل: رجوع کنید به پاورقی صفحه ۴۴

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

*** یونگ: رجوع شود به پاورقی صفحه ۲۹

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

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

«رانک» (Rank) نیز از زوال رشته روان درمانی آگاه بود. او میل به آرامش و برگشت به رحم را در افراد شناخته بود ولی ترس از جدال زندگی در این دنیای وحشت زا را نادرست میدانست و آنرا به تأثیر بیولوژیکی صدمه زایمان نسبت میداد که از قرار بایستی هسته مرکزی نروز باشد. او هرگز این سؤال را به مخیله خود راه نداد که چرا مردم میخواهند از زندگی واقعی گریخته و به رحم مادر پناه برند. او با فروید نیز که تئوری لبیدو را مهم میشمرد به مخالفت برخاست. همه آنها درمقابل این سؤال که چگونه بیمار تمایل جنسی طبیعی خود را پس از اینکه از سرکوب و واپس زدگی رهائی یافت میتواند اظهار کند وامانده بودند. فروید نیز نه اشاره ای به این مسئله کرده بود و نه همانطور که بعداً معلوم شد طاقت تحمل آنرا داشت و نهایتاً نیز چون از برخورد با این سؤال اساسی پرهیز میکرد، فرضیه هائی مثل تمایل ذاتی و بیولوژیکی به رنج کشیدن و مردن را به پیش کشید و مشکلات عظیمی را به وجود آورد.

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

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

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

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

بایستی این مسائل را برای خود روشن می‌کردم. من 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 نهبی 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 نداشتم. 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 منافی 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 تثبیت های 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.

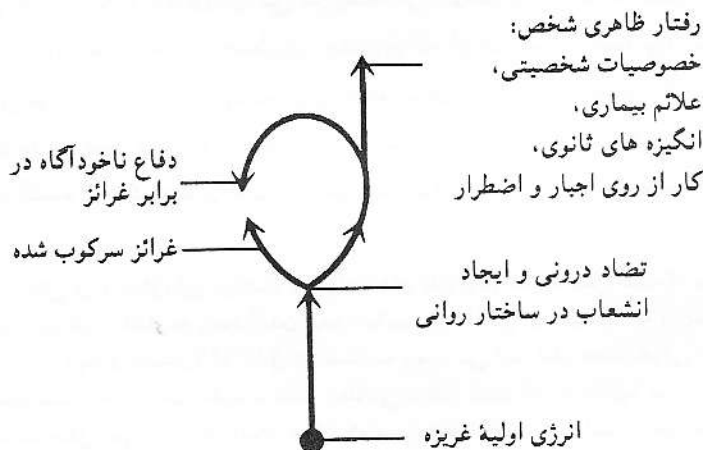
* واگوتونیک: مربوط به عصب پاراسمپاتیك واگوس.

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

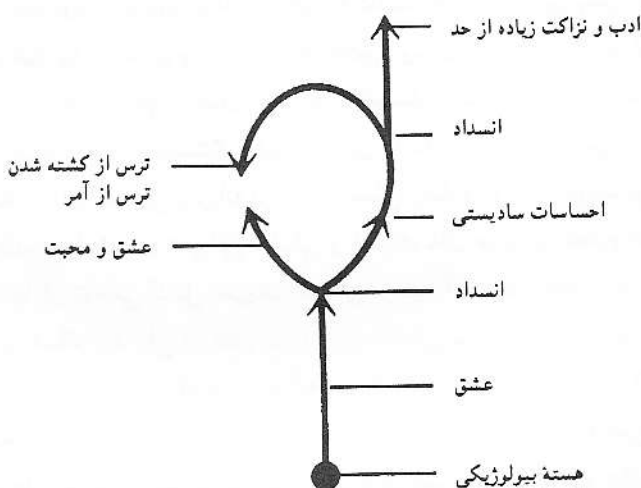
این خشم و نفرت آزاد شده به نوبه خود مخفی کننده وحشت او از پدر بود. به عبارت دیگر نفرت در این شخص در آن واحد هم انگیزه سرکوب شده بود و هم فرایند دفاعی، ناخودآگاه بود که بر ضد اضطراب و وحشت افراشته شده بود. هر چه نفرت و خشم او بیشتر افشاء میشد علائم اضطراب او نیز به همان نسبت آشکارتر میشد. این نفرت به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

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

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



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



نمودار مشابه به نمودار قبلی که نمایانگر انگیزه ها است.

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

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

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

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

دیاگرام نمایانگر نیروهای دفاعی و لایه های ساختار نروز



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

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

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

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

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

* تیک: رجوع شود به پاورقی صفحه ۱۱۷

** آدلر: رجوع شود به پاورقی صفحه ۴۴

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

اگر شخص با انبوهی از مشکلات در راه رسیدن به عشق و آزمون آن و یا رضایت خواسته های جنسی روبرو گردد، کینه و نفرت آغاز میشود. ولی این کینه و نفرت لاجرم باید در خفا باقی بماند زیرا بروز آن باعث اضطراب شدید میگردد. از اینرو محرومیت عشقی به اضطراب منتهی میشود، همچنان که خشم سرکوب شده نیز باعث اضطراب میگردد، و اضطراب نیز به نوبه خود از بروز عشق، خشم و نفرت جلوگیری مینماید. حال من دارای دانشی نظری از تجربه روانکاو بیماران و درک تحلیلی بیماری نروز بودم. مهم ترین نکات آن بصورت زیر بود: شخصی که از نظر اورگاسم ناراضی است، شخصیتی مصنوعی بهم میزند و از رفتار طبیعی و خود بخودی، از عکس العملهای طبیعی و واقعی میپراسد و از اینرو از احساسات نباتی «وجدیتیتو» خود نیز در وحشت است.

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

* مازوشیسم: رجوع شود به پاورقی صفحه ۹۸

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

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

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

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

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

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

از نظر درمانی، طرح فروید برای توضیح طرز کار روان، کار بردی محدود داشت. به آگاهی آوردن عقده ها و خواسته‌های ناخودآگاه فقط هنگامی اثر شفاف‌بخش داشت که توانائی تناسلی نیز برقرار می‌گشت. اما هر آنچه مربوط به «خواست ناخودآگاه تنبیه» و مازوشیسم اولیه بود هیچگونه استفاده بالینی و عملی نداشت. چرا که اگر غریزه ای ذاتی و بیولوژیکی در عمق روان انسان بود که او را در رنج و بیماری نگهدارد، پس امیدی به درمان نمی‌بایست داشت؟! بسیاری از روانکاوان طاقت خود را به علت پریشانی و ویرانی رشته روان درمانی از دست دادند. «استکل» (Stekel)* مطالعات در زمینه مقاومت بیمار بر علیه کشف مسائل ناخودآگاه را رد کرد. او ترجیح داد با تعبیر بی‌وقفه مفاهیم ناخودآگاه بدون توجه به مقاومت بیمار پیش رود. این نوع درمان هنوز هم توسط بسیاری از روانکاوان تندرو و بی‌ملاحظه دنبال می‌گردد. اوضاع یأس آور بود. استکل نروز و اضطراب اخته شدن** (Castration Anxiety) را قبول نداشت. او میخواست نوآور درمانی سریع باشد و بهمین دلیل نیز خود را از گروه فروید که آهسته و صبورانه به سوی هدف در حرکت بود جدا کرد.

آدلر نمی‌توانست تئوری جنسی را درک کند. کار او به سرنوشت فیلسوف علل غائی و جامعه‌شناسی اخلاق گرا انجامید.

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

* استکل: رجوع کنید به پاورقی صفحه ۴۴

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

*** یونگ: رجوع شود به پاورقی صفحه ۲۹

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

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

«رانک» (Rank) نیز از زوال رشته روان درمانی آگاه بود. او میل به آرامش و برگشت به رحم را در افراد شناخته بود ولی ترس از جدال زندگی در این دنیای وحشت زا را نادرست میدانست و آنرا به تأثیر بیولوژیکی صدمه زایمان نسبت میداد که از قرار بایستی هسته مرکزی نروز باشد. او هرگز این سؤال را به مخیله خود راه نداد که چرا مردم میخواهند از زندگی واقعی گریخته و به رحم مادر پناه برند. او با فروید نیز که تئوری لیبیدو را مهم میشمرد به مخالفت برخاست. همه آنها درمقابل این سؤال که چگونه بیمار تمایل جنسی طبیعی خود را پس از اینکه از سرکوب و واپس زدگی رهائی یافت میتواند اظهار کند وامانده بودند. فروید نیز نه اشاره ای به این مسئله کرده بود و نه همانطور که بعداً معلوم شد طاقت تحمل آنرا داشت و نهایتاً نیز چون از برخورد با این سؤال اساسی پرهیز میکرد، فرضیه هائی مثل تمایل ذاتی و بیولوژیکی به رنج کشیدن و مردن را به پیش کشید و مشکلات عظیمی را به وجود آورد.

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

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

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

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