

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

پیر جینت پر از شور و شوق زندگی است بقیه شبیه بچه فیلی هستند که در داستان کیپلینگ (Kipling) آمده است. یکی بود یکی نبود، بچه فیلی بود که زیاد سؤال میکرد، میخواست همه چیز را بداند. کنجکاو بود و درباره هر چه میدید و میشنید و میبوتید سؤال میکرد. دانی ها و عقه های او، او را تنبیه میکردند ولی او هنوز کنجکاو بود. او میخواست بداند که تمساح برای شام چه میخورد. یک روز از مادرش دور شد و فرار کرد. به رودخانه ای رسید و تمساح را غلغلک داد. او کنجکاو بود و مملو از شور و شوق. تمساح خرطوم او را گرفت، خرطوم او هنوز کوتاه بود، او از خود به بهترین وجهی که مقدور بود دفاع کرد، او دو پای پیش را محکم به زمین کوفت و تمساح خرطوم او را کشید و کشید. خرطوم او کِش آمد و دراز شد. بعد تمساح ول کرد و رفت. بچه فیل مایوس و ناامید گریه کنان برگشت، او با خود میگفت «این دماغ بلام بزلگه». از آن به بعد همیشه از دماغ بزرگش خجالت میکشید. بعضی ها به او میگفتند این است مجازات حماقت و نافرمانی. پیر جینت با بی خردی سرش را بر باد میدهد، مردم باید مطمئن شوند که او مجازات شده است. دنیا بی رحم است و اگر غیر از این بود پیر جینتی وجود

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

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

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

* Über den Beeinflussungsapparat bei der Schizophrenie *

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

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

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

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

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

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

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

* آنالیز کاراکتر: بنگرید به پاورقی صفحه ۴۷

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

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

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

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

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

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

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

گسستگی‌ها در روانشناسی و در تئوری جنسی

۱- «لذت» و «غریزه»

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

* بنگرید به پاورقی صفحه ۹

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

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

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

Motor-Active *

Sensory - Passive **

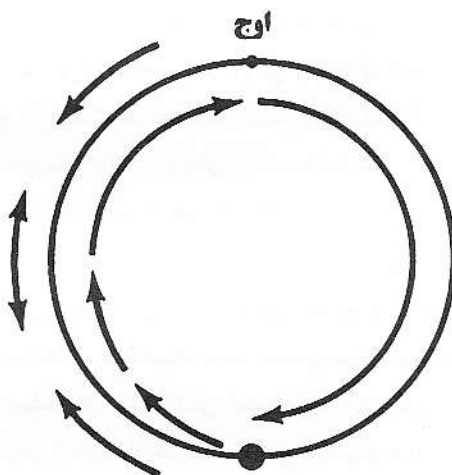
میشد به نظریه لذت تقلیل یافت. ولی هنوز این سؤال باقی بود که لذت چیست؟ طبق رسوم آن روز که مبتنی بر شکسته نفسی بیمورد بود با این موضوع با تردید و بی اطلاعی برخورد کردم. معهدا کوشش خود را برای فهم رابطه «کیفیت انگیزه و کمیت لذت» ادامه دادم. طبق نظریه فروید «انگیزه» بوسیله مقدار کُتی تحریک و هیجانی که محتوی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

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

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

۲- سکسوالیته تناسلی و غیرتناسلی

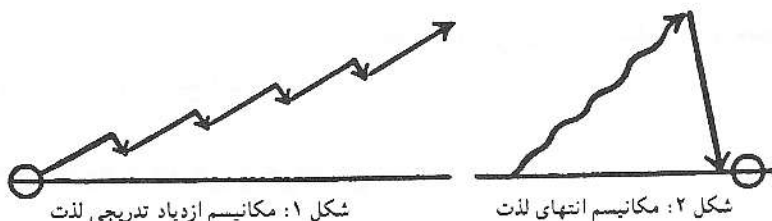
دیاگرامهای ذیل نمایانگر رابطه بین انگیزه و لذت میباشد.



دیاگرام رابطه بین غریزه و لذت

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

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



شکل ۱: مکانیسم ازدیاد تدریجی لذت

شکل ۲: مکانیسم انتهای لذت

این ایده همواره زیربنای برداشتها و نظریه های من در حیطه آکونومی جنسی بوده است. شکل ۱ نمایانگر ازدیاد و جمع شدن انرژی جنسی است که در حالت نارضائی بوجود میآید و باعث انواع ناهنجاریهای روانی و اختلال اعصاب نباتی میگردد. شکل ۲ نمایانگر توانائی اورگاستیک است که تضمین کننده توازن انرژی میباشد. برداشتهای تفوریک بالا بر مبنای تجارب دقیق بالینی بدست آمده است. مثلاً پیشخدمتی را معالجه میکردم که هیچگاه قادر به نعوظ آلت تناسلی نبود. امتحانات پزشکی هیچگونه علت بدنی (جسمی) برای ناتوانی این بیمار نشان نمیداد. در آنزمان میان ناراحتی های روانی و تنی فرقی صریح و مرزی مشخص قائل بودند. درمان از طریق روانکاوی هنگامیکه علت جسمی برای توجیه بیماری وجود داشت خودبخود حذف میشد. از نظر دانش امروزی ما، این طرز برخورد اساساً اشتباه است ولی البته فرض اینکه ناراحتیهای روانی علت های روانی دارند صحیح است. برداشتهای نادرست بسیار در مورد رابطه بین روان و تن متداول بود.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

تأسیس سمینار تکنیک روانکاوی در وین

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

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

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

را در زمان جنگ وبعد از آن حفظ کرده بود. فروید در مورد «Ego و Id»*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

اجر علمی آن بسیار بزرگ بود.

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