

اینجا لازم میدانم منابع کلینیکی را که سمینار تکنیک از آن منابع تغذیه میشد شرح دهم. اعتقادات راسخی که در طول این سمینارها شکل گرفت امکان جهش به حیطة بیولوژی را تحقق بخشید.

### ۳- مشکلات روانپزشکی و روانکاوی در درک امراض روانی

دیپلم دکترای پزشکی را در تابستان سال ۱۹۲۲ از دانشگاه وین اخذ کردم. من بیماران را از سه سال قبل از آن روانکاوی میکردم و عضو جامعه روانکاوان بودم و در چندین پروژه تحقیقی شرکت داشتم. علاقه من بطور عمده معطوف به بیماری اسکیزوفرنی بود. روانپزشکی در آن زمان به طبقه بندی و نامگذاری بسنده میکرد و درمانی در کار نبود. بیماران یا خودبخود خوب میشدند و یا به تیمارستان استانهوف مخصوص بیماریهای مزمن روانی منتقل میگشتند. در وین حتی از روشهای جدید درمانی که در درمانگاه بلولر\* در بررگولزی معمول بود استفاده نمیشد. نظم را به سختی و با خشونت به بیماران تحمیل میکردند. کارکنان تیمارستان خصوصا در بخش بیماران مضطرب، فرصت سر خاراندن نداشتند. واگنر جوراگ\*\* که در آن زمان رئیس من بود، بر روی تئوری درمان ضعف عمومی (General Paresis) از طریق بیماری مالاریا مشغول مطالعه بود. او بعداً به مناسبت این تحقیقات برنده جایزه نوبل شد. او نسبت به بیماران رفتاری پسندیده داشت و توانائی عجیبی نیز در تشخیص بیماریهای اعصاب داشت، ولی از روانشناسی چیزی نمیدانست و این کمبود را نیز پنهان نمیکرد. او ساده، رکگو و خوش مشرب بود. من چندبار به کلینیک روان درمانی او سرکشی کردم. بیماران عصبی با برماید (Bromid) و تلقین درمان میشدند. رئیس درمانگاه غره از

Bleuler \*

Wagner Jauregg \*\*

از این بود که بیشتر از ۹۰ درصد بیماران درمان قطعی یافته اند. از آنجائیکه من بدون هیچگونه شبهه ای میدانستم که او حتی یک نفر را نیز معالجه قطعی نکرده است و موفقیت او فقط مرهون تلقیناتی بوده که به بیمار شده است، علاقمند شدم که بدانم این متخصصین چه چیزی را «درمان قطعی» مینامند.

از این طریق مسئله تئوری روان درمانی در سمینارهای تکنیک روان کاوی مطرح و به بحث کشیده شد. همچنین این سمینارها از طرفی به مشکلات خود من در مورد تکنیک رابطه داشت. در آن موقع معمولاً شخص بیمار را وقتی شفا یافته میدانستند که بگوید حالش بهتر شده و یا علتی که برای معالجه آن رجوع کرده مرتفع شده است. منظور از علاج بیماری در روانکاوی هنوز تعیین نشده بود. من فقط مواردی از تجربیات درمانی را ذکر میکنم که در تکوین تئوری اکونومی جنسی مؤثر بود. در آن موقع قادر به طبقه بندی آنها نبودم ولی بعداً در تئوری (تنی-روانی) بخوبی ادغام شدند. هنگامیکه من در بیمارستان روانی کار میکردم تئوری اسکیزوفرنی بلولر\* که متکی بر نظریه های فروید بود، پامیگرفت.

اکونومو\*\* در شرف نشر تحقیقات مهم خود در مورد Post encephalitic Lethargics بود. پاول شیلدر در حال تهیه تحقیقات درخشان خود در مورد «بیخودی از خود» (Depersonalization) انعکاسات عصبی اندام و ناخوشیهای روانی

\* یوجین بلولر (Eugen Bleuler) (۱۸۵۷-۱۹۳۹): روانپزشک سوئیسی و مؤلف کتاب مشهور Dementia Praecox. دکتر یوجین بلولر با نگارش این کتاب و کتابهای دیگر در رشته روانپزشکی شهرتی جهانی یافت. ایشان در این کتاب با دقتی بی نظیر علائم بیماری اسکیزوفرنی را مشاهده کرده و آنرا بروشنی بیان نموده است. همچنین این بیماری را به گروههای مختلف تقسیم بندی کرده و فرایند بیماری را توضیح داده است. دکتر بلولر نام بیماری اسکیزوفرنی را بجای نام Dementia Praecox پیشنهاد کرد و بکار برد. یافته های دکتر بلولر از اساسی ترین و با ارزش ترین یافته های روانپزشکی است و تا به امروز چراغ روشننگر و راهنمای روانپزشکان است.

در ضعف عمومی بود. در آن موقع شیلدر در حال جمع آوری مطالب برای تحقیق در مورد «تصور شخص از بدن خود»<sup>\*</sup> بود. او نشان میداد که بدن از نظر تصور روانی شخص بصورت احساسات پیوسته واحد شکل میگیرد و این تصور روانی تقریباً با عملکرد اندامهای شخص مطابق است. او همچنین سعی میکرد که رابطه بین هویت ایده آلی (Ego-Ideals) که شخص آنرا در تصور خود میپرواند با ناراحتیهای بدنی در ناتوانی صحبت کردن (aphasia) و ضعف عمومی (Parasis) پیدا کند. پودزل<sup>\*\*</sup> نیز بهمین طریق بر روی تومورهای مغزی مطالعاتی کرده بود. شیلدر معتقد بود که ناخودآگاهی را که فروید تعریف کرده در واقع میتوان بطور نیمه روشن در ماوراء خودآگاه احساس کرد. روانکاوان این نظریه را مردود میدانستند. پزشکانی مانند فروشل (Froschels) که از اصول فلسفه متأثر بوده اند این نظریه را که افکار ناخودآگاه کاملاً از آگاهی شخص پنهان و پوشیده اند قبول نداشتند. همه این مجادلات به منظور این بود که تئوری ناخودآگاه را از اعتبار بیاندازند. با توجه به منفی بافیهای دانشمندان در مقابل تئوریهای جنسی، لازم بود که موضعی سخت در مقابل آنان گرفته شود. این برخورد عقاید مهم بودند. آزمایشات در حیطهٔ اکرونومی جنسی بعدها موفق به نمایاندن این پدیده شد که ناخودآگاه فروید بطور عینی و ملموس در احساسهای و جتیتیو (نباتی) اندامهای بدن وجود دارد.

نظریه های کنونی من در مورد احساسهای بدنی و رابطه آن با روان بصورت زیر ظاهر شد و شکل گرفت: دختری در حالیکه هر دو دست او کاملاً فلج بود و ماهیچه های دست او تحلیل رفته بود وارد کلینیک شد. آزمایشات و امتحانات پزشکی از نظر اعصاب هیچگونه دلیل اورگانیک (بدنی) در سلسله اعصاب وی و یا در عضلات او نشان نمیداد. بررسی روانی در آن موقع معمول نبود. خود بیمار بمن

گفت که این حالت پس از واقعه ای تکان دهنده بوقوع پیوسته. نامزد این دختر به منظور در آغوش گرفتن او به او نزدیک شده بود و او با اضطراب و واهمه دستهای خود را پس کشیده و سپس احساس میکند که دستهایش فلج شده و از آن به بعد قدرت حرکت دست از او سلب گشته بود. تحلیل ماهیچه ها اندک اندک در اثر بی حرکت بودن دست و بازو بوجود آمده بود. اگر بدرستی یادم باشد، من این واقعه را در پرونده بیمار ذکر نکردم. در کلینیک روانپزشکی ذکر چنین داستانهایی در آن زمان باعث شرمساری شخص میشد. رئیس بخش یا با استمضاء میخندید یا خشمگین میشد. واکنش جوراگ از هر فرصتی برای استمضاء سمبلهای جنسی استفاده میکرد. آنچه مرا در این مورد تحت تأثیر قرار داد آن بود که چگونه یک تجربه روانی بصورت عارضه ای بدنی خودنمایی کرده و باعث تغییر مهم شده است. بعداً من این پدیده را بعنوان تثبیت و لنگر انداختن\* تجربه ای روانی در بدن (تن) نامیدم. این پدیده با حالت هیستریک از آن جهت که تحت تأثیر حالت روانی نیست متفاوت است. پس از آن در تحقیقات کلینیکی، فرصتهای زیادی برای بکار بستن این نظریه بدست آوردم، مثلاً در زخم معده و اثنی عشر، آسم، اسپاسم معده، روماتیسم و بیماریهای مختلف پوست، تحقیقات بعدی در مورد سرطان برا اساس اکونومی جنسی نیز بر همین اساس تثبیت فیزیولوژیکی تضادهای جنسی در اندامها قرار داشت.

یکی دیگر از حوادثی که بر من تأثیری عمیق گذاشت آن بود که روزی بیماری که در حالت کرخستی و سستی کاتاتونیک\*\* بود به خشم و هیجان کاتاتونیک تغییر حالت داد. این تغییر حالت نمایانگر رها شدن انبوه خشمی ویرانگر بود. پس از این حالت خشم بیمار آرام شد و قادر به صحبت کردن بطور عادی گشت. او مرا متقاعد نمود که خروش این هیجان برایش لذتبخش بوده است. او دیگر

\* Physiological anchoring of a psychic experience

\*\* بیماری کاتاتونیا: بنگرید به پاورتی صفحه ۵۱

چیزی از دوره کرختی خود بیاد نمی‌آورد. ما میدانستیم که احتمال بهبودی بیمارانی که بطور ناگهانی به حالت کرختی کاتاتونیک دچار میشوند و پس از یک دوره خشم و هیجان به حالت عادی برمیگردند بهتر از حالت‌هایی از اسکیزوفرنی مانند هبفرنی\* است که موزیانه و اندک اندک پیشروی میکرد و بیمار را آهسته ولی به یقین به نابودی میکشاند. در کتابهای روانپزشکی تفسیر و توضیحی در این مورد وجود نداشت. من بعداً قادر به درک این پدیده شدم. وقتی که در بیماران قادر به تحرک و بروز خشمی مسدود شده که با انقباضات ماهیچه ای توأم بود میشدم، غالباً بهبودی چشمگیر مشاهده میکردم. حالت خشکی زره بند دفاعی عضلات در بیماری که از کرختی کاتاتونیک رنج میبرد تمام بدن را فرامیگیرد و امکان رهاشدن انرژی را بیش از پیش محدود میکند. در بروز خشم، حرکتی ناگهانی از مرکز «نباتی» بدن که هنوز فعال و متحرک است آغاز شده و از پوشش زرهی میگذرد و مقداری انرژی ادغام شده در عضلات را رها میسازد. به مقتضای ماهیت این فرایند، یک چنین حالتی باید لذتبخش نیز باشد. تئوریهای روانکاوی در مورد کاتاتونیا قادر به توجیه این پدیده نبود.

کاتاتونیا را اینگونه توجیه میکردند که «بیمار کاتاتونیک بطور کامل بحالت جنینی و رَجَمی رجعت کرده است». این توجیه رضایتبخش نبود زیرا عکس العمل بدن در حالت خشم و هیجان کاتاتونیک بسیار شدید بود. به عبارت دیگر، مقتضای فکری و روحی بیمار کاتاتونیک و فانتزی او بنا به این تئوری نمیتوانست باعث یک چنین عکس العمل شدید بدنی و عضلانی باشد.

تضاد شدیدی در تئوری روانکاوی بوجود آمده بود. فریود برای تئوری ناخودآگاه

\* اسکیزوفرنی هبفرنیک: نوعی از بیماری اسکیزوفرنی که طبق تقسیم بندی های کراپلین و بلولر دارای سیر قهقرائی و بدخیم است.

خود، اصل و اساس فیزیولوژیکی\* فرض کرده بود ولی هنوز نشانه ای از این اصل ارائه نداده بود. تئوری غرائز او اولین قدم در این مسیر بود. همچنین سعی در برقراری رابطه ای با آسیب شناسی (پاتولوژی) پزشکی در جریان بود. اندک اندک تمایلی مشهود میشد که تقریباً ده سال بعد من آن را به عنوان «روانزاسیون بدن» نامیدم و از آن انتقاد کردم. این تمایل بر مبنای تفکر غیرعلمی قرار داشت که فرایندهای بدنی را از طریق تئوری ناخودآگاه تفسیر و توجیه میکرد. اگر زنی یک ماه قاعده نمیشد و حامله نیز نبود میگفتند که این علامت وازدن و نپذیرفتن شوهر یا فرزند خویش است. مطابق این تئوری تقریباً همه بیماریهای بدنی نتیجه اضطراب و خواهشهای ناخودآگاه روانی بود. شخص مبتلا به سرطان میشد «زیرا که ...»، شخص دیگری به سل مبتلا بود و از بین میرفت زیرا مثلاً بطور ناخودآگاه خواستار نابودی خود بود! عجیباً که در کلینیک روانکاوی، شواهد زیادی نیز برای اثبات این تئوری پیدا میکردند. این شواهد ظاهراً غیرقابل انکار بود. معیناً بررسی دقیق این شواهد نمایانگر نادرستی این نتیجه گیری بود. چگونه ممکن بود خواستی ناخودآگاه باعث بوجود آمدن سرطان گردد؟ دانش در مورد سرطان قلیل و علم به ماهیت ناخودآگاه – که در آن شکی نبود – کمتر بود. گروdek در کتاب خود\*\* Buch vom Es نمونه‌های فراوانی در این مورد آورده است. این موارد به صورت فرضی مطرح میشد، ولی حتی اعتقادات و باورهای خرافاتی نیز «به نحوی درست اند» این عقاید تا وقتی خرافی بودند که کسی به چگونگی صحت آن واقف نبود و یا تا وقتی که از مشاهداتی انکار ناپذیر نتایج نادرستی استنباط میکردند. «خواستن» به مفهوم معمول آن، نمیتوانست یک چنین تغییرات عمیقی را در اندامهای بدن ایجاد کند. این «خواست روحی» لزوماً بایستی بسیار عمیق تر از آنچه در روانشناسی و روانکاوی آنروز درک شده بود

\* فیزیولوژی (Physiology) علم طرز کار اندامهاست.

استنباط شود. همه شواهد نشان میداد که فرایند بیولوژیکی عمیق تری در جریان است که ناخودآگاه یکی از نشانه های آن است.

اختلاف عمیقی بین توجیه روانکاوای بیماریهای روانی از یک سو و توجیه فیزیولوژیکی\* و نورولوژیکی\*\* آن از سوی دیگر وجود داشت. دو توجیه مطلقاً ضد یکدیگر بودند. روانکاو جوان که با بیماران روانی کار میکرد مجبور بود به نحوی راه خود را در این اغتشاش بیابد. یکی از راههای گریز از این اغتشاش، فرض این بود که بیماریهای روانی دارای عوامل متعدد و مختلفی هستند. این فرضیه در مقابل مشکلاتی که با آن روبرو بودیم تا حدی تسلی بخش بود.

فلج پس از تورم مغز (Postencephalic paralysis) و بیماری صرع (Epilepsy) جزئی از همان مشکلات بود. در زمستان ۱۹۱۹ در وین اپیدمی آنفولانزای بسیار سخت و بدخیمی شیوع یافت که باعث مرگ بسیاری شد. علت بدخیمی آنرا کسی نمیدانست. وضع کسانی که از این بیماری نیمه‌مردند اسفناکتر بود. آنها مبتلا به فلج اندامهای مهم بدن میشدند. حرکات آنان بطئی و صورتشان بی حالت و خشک بود و تکلمی مفشوش و آهسته داشتند. مثل آن بود که هر حرکت آنان با نیروئی بازدارنده مواجه است. ساختار روانی و حالت روحی آنان سالم و بی نقص بود. این بیماری بنام Postencephalic Lethargica\*\*\* نامیده میشد و قابل درمان نبود. بخشهای بیمارستانها از اینگونه بیماران پر بود و منظره ای اسفبار بوجود آمده بود. بعضی از این بیماران تحت درمان من بودند و در حالتی از ناچاری و درماندگی ناگهان این ایده به ذهنم خطور کرد که بیماران با ورزش عضلات به بطئی بودن حرکات و خشکی عضلات و علائم دیگر خشکی اعصاب فائق آیند. فرض

\* Physiology

\*\* نورولوژی (Neurology): شاخه ای از علم پزشکی که در مورد اعصاب و بیماریهای آن صحبت میکند.

\*\*\* رخوت پس از تورم مغز.

آن بود که رشته های جنبی مغز حرام (Lateral spinal tracts) و همچنین مراکز وجتیتو (نباتی) مغز صدمه دیده اند. اکونومو حتی قدم فراتر نهاده و فرض کرده بود که مرکز خواب\* نیز صدمه دیده است. واگنر جوراگ پیشنهاد مرا بعنوان پیشنهادی مفید و منطقی پذیرفت. من چند قطعه وسیله ورزش سر هم کردم و مطابق وضعیت مخصوص هر بیمار دستور ورزش مناسب را دادم. حالت صورت و قیافه بیماران در هنگام ورزش بسیار تکان دهنده بود. انقباض عضلات صورت و حالت سیمای یکی از بیماران شبیه به تمهکاران بود. طرز رفتار خشن او با وسائل ورزشی مؤید این تشبیه بود. یک دبیر دبیرستان در حال ورزش قیافه رسمی به خود میگرفت و حالتی ناظم مآب و مدیرمنش داشت. نوجوانان مبتلا به این بیماری بی تاب و پرحرکت بودند. این بیماری، نوجوانان را فوق العاده تحریک پذیر کرده بود و بر عکس در افراد مسن باعث خواب آلودگی و رخوت شده بود. من هیچ گونه مقاله ای در این مورد منتشر نکردم ولی این مشاهدات اثری عمیق بر من گذاشت. در آن موقع اختلالات اعصاب وجتیتو (نباتی) از طریق اختلال سیستم اعصاب ارادی و حسی و حرکتی بررسی و مشخص میشد. بعضی از مراکز عصبی را متأثر از این بیماری قلمداد میکردند. تحریکات اعصاب را مختل شده و یا تغییر ماهیت یافته مینداشتند. زخمهایی در سلسله اعصاب را عامل این اختلالات میدانستند. هیچ کس فکر این را نمیکرد که ممکن است اختلالات عمدتاً در اعصاب وجتیتو (گیاهی) باشد. بنظر من این مسئله حتی امروز نیز حل نشده است و من نیز حرفی در توجیه آن ندارم. به احتمال زیاد بیماری (Post encephalitic) بیماری ای است که تحریکات را در تمام بدن مختل مینماید بطوریکه رشته های سلولهای اعصاب فقط نقش میانه و واسطه ایفا میکند. شکی در این نیست که رابطه ای بین شخصیت و نوع بخصوصی از وقفه های اعصاب نباتی



وجود دارد. بطور خلاصه اختلال در تحریکات عصبی در کل بدن از یک سو و وقفه های (تحریکات بازدارنده) عملکرد نباتی از سوی دیگر عوامل اساسی در تظاهر این بیماری بودند که در کار و تحقیقات آینده من تأثیری عمیق گذاردند. در آن موقع در مورد ماهیت تحریک و جتیتو (نباتی) مطلب زیادی نمیدانستند.

اختلال جنسی که بصورت واضح و روشن در بیماری اسکیزوفرنی و بیماریهای مشابه آن مشهود بود مرا بیش از پیش به صحت افکار فروید در مورد ریشه های جنسی امراض روانی (نروز و پسیکوز) معتقد ساخت. چیزی را که روانکاوان برای مشهود ساختن آن ماهها وقت صرف میکردند، بطور صریح در سخنان بیماران مجنون (پسیکوز) مشهود بود. از همه عجیب تر امتناع روانپزشکان از قبول دلالتی بود که به صحت عقاید فروید شهادت میداد. اینان در استمراء فروید میکوشیدند از هم پیشی گیرند. حتی یک نمونه از بیماری اسکیزوفرنی را نمیتوان یافت که با تضادها و عقده های جنسی همراه نباشد. ماهیت این تضادها متفاوت است ولی ریشه های جنسی آن کاملاً آشکار و در درجه اول اهمیت قرار دارند. روانپزشکی مرسوم فقط به تقسیم بندی و نامگذاری اهمیت میداد. از اینرو نیز ماهیت این تضادها نامفهوم و آزاردهنده بود. برای روانپزشکی مرسوم، مهم آن بود که آیا فکر بیمار در تعیین موقعیت خود مغشوش است یا نه و آیا فقط فکری مغشوش در تعیین زمان دارد و یا اغتشاش در تعیین مکان نیز وجود دارد. برای روانپزشک مهم نبود که چه عاملی و به چه نحوی باعث اغتشاش حواس بیمار شده است. بیمار مجنون (پسیکوز) از هر سو با افکاری جنسی محاصره شده که این افکار در اشخاص دیگر محتاطانه کتمان شده است و یا فقط به بخشی از آن اقرار و اعتراف میشود. عمل مقاربت، انحرافات جنسی، نزدیکی با مادر و یا پدر، آلودن مدفوعات بدن بر اندام تناسلی، دلربائی و عشوه گری برای شوهر و یا همسر دوستان و آشنایان، فانتزی لذت بخش مکیدن و فانتزیهای بیشتری از این قماش بر فکر خودآگاه بیمار غلبه کرده و آنرا مفروق خود میکند. بنابراین جای تعجب نیست که بیمار حس موقعیت درونی خود را گم کرده و

فکرش مختل گردد. این حالت درونی عجیب باعث اضطرابی شدید در بیمار میشود.

شخصی که به موضوع ناخودآگاه و ممنوع شده جنسی - در حالی که حالت دفاعی بر ضد آنرا داراست - اجازه خودنمایی و ابراز وجود میدهد، لزوماً دنیای خارج را دنیائی بس عجیب میبیند. این دنیای خارج به نوبه خود به او برچسب «خُل و دیوانه» میزند و او را از درجات و امکانات خود محروم میکند. در واقع احساسات جنسی طوری واضح و شدید در جنون (پسیکوز) نمایان است که بیمار را اجباراً بدوری از تفکر مرسوم و زندگی عادی سوق میدهد. در مقابل، او معمولاً به رنگ و ریای جنسی که در محیط خود میگذرد بدرستی آگاه است و به پزشکان و اطرافیان خود چیزی را نسبت میدهد که خود مستقیماً آنرا حس میکند و آنچه را که خود او حس میکند حقیقت است و نه فانتزی. مردم به اشکال مختلف و به صورت کثیرالوجوه «منحرف»اند و همچنین است اخلاقیات و سازمانهای آنان. از اینرو مردم برای زنده ماندن باید مهمترین و حیاتی ترین علائق خود را از خود برانند و با آن بیگانه شوند. آنان باید بطور مصنوعی چهارچوب قالبهای دیگری را اختیار کنند که خود باعث بوجود آمدن آنهاست که بطور دائم این بار گران را که مخالف طبیعت آنان است احساس کرده و از آن تحت عنوان «طبیعت جاودانی اخلاقی بشر» و «بشر واقعی» در مقابل «حیوان» دفاع کنند. بسیاری از فانتزی هایی که بیمار مجنون در مورد واژگونی حقایق روزمره داراست بر اساس این دوگانگی است. گاهی این بیماران تصور به غُل و زنجیر کردن کارکنان و پزشکان تیمارستان را میکنند، گویا آنان بیماران واقعی اند. بعضی از شخصیتهای بزرگ و دانا به این موضوع اهمیت داده و در این مورد فکر کرده اند. نمونه آن پیر جینت است. هر کس به نحوی مُحَقّ است حتی بیماران مجنون (پسیکوز) نیز بی شک باید بنحوی در جایی محقّ باشند. ولی سؤال اینست که به چه نحوی و در چه جایی؟ وقتی شخص موفق به برقراری رابطه با این بیماران میگردد متوجه میشود که این بیماران قادر به

گفتگونی جدی و با معنا در مورد بسیاری از عجایب زندگی هستند. خواننده این کتاب که تا بحال مطالب را تعقیب کرده، احتمالاً می‌خواهد بداند افکار و احساسات منحرف جنسی که از ناخودآگاه به ضمیر خودآگاه رسوخ میکند و توسط بیمار مجنون (پسیکوز) تجربه میشود آیا واقعاً افکار و احساساتی است که در ناخودآگاه خود او نیز بطور طبیعی وجود دارد؟ آیا نجس خواری (coprophagia)، فانتزیهای همجنس بازی، سادیسم و غیره تجربه های طبیعی زندگی اند؟ خواننده این کتاب بحق در بهت و سرگردانی فرو میرود. افکاری که در بیمار اسکیزوفرنی به ضمیر خودآگاه هجوم می‌آورند، واقعاً افکاری منحرفند. ولی در پس این افکار ناخودآگاه منحرف جریان دیگری پنهان است. بیمار اسکیزوفرنی، کوران الکتریکی نباتی اندامهای خود را بصورت تصورات و ایده ها احساس میکند که بخشی از آن را از محیط زندگی خود بیاد دارد و بخشی دیگر مولود انسداد خواستهای جنسی طبیعی اوست. هر شخص عادی و متوسط نیز سکسوالیته را چیزی غیرطبیعی و منحرف می‌پندارد. زشتی کلمات «کردن» و «گائیدن» در عرف نشانه این برداشت است. به موازات زوال احساسات طبیعی جنسی، کلمات مثبتین آن نیز به تباهی می‌گیریند. اگر فقط فانتزیهای جنسی منحرف به خودآگاه بیمار اسکیزوفرنی هجوم می‌آورد، بیمار اسکیزوفرنی دیگر تخیلات وحشتناک نابودی و فانتزی روز قیامت\* را در سر نمی‌پروراند. اگر چه بیمار اسکیزوفرنی جریان طبیعی زندگی را حس میکند ولی قادر به تحمل آن نیست. او در گیجی و سرگردانی، این احساسات را بصورت احساسات جنسی منحرف تعبیر مینماید. از نظر آزمون حیات، در مقایسه با بیمار مجنون، بیمار نروز و بیمار منحرف جنسی خرگوشی است در مقایسه با فیلی.

به اینصورت تجربه رخوت پس از التهاب مغزی (Postencephalitic Lethargica) به تجربه اسکیزوفرنی افزوده شد. ایده زوال تدریجی یا سریع «وجتیتیو» (نباتی) و

\* بنگرید به پاورقی صفحه ۵۱

شکاف در وحدت و ترتیب عمل و جتیتویو، منبع و اساس تحقیقات بعدی من شد. فقدان قابلیت تمرکز، بیچارگی، گیجی، سرگردانی، بیحرکتی کاتاتونیک و زوال هبفرنیک، از نظر من انواع مختلف یک فرایند واحد است و آن شکاف افزاینده در یکپارچگی وجود است. دوازده سال بعد موفق شدم که تجلی وحدت عمل حیات را بصورتی کلینیکی در عکس العمل اورگاسم تشریح کنم.

اگر شخص به منطقی بودن و صحت فکر «افراد محترم» در این دنیا مشکوک شود، دستیابی به ماهیت افکار بیمار مجنون برای او آسانتر خواهد بود. من زمانی دختر جوانی را در کلینیک مشاهده کردم که سالها بر تختی خوابیده بود و هیچ کاری انجام نمیداد و فقط باسن خود را حرکت میداد و انگشتان خود را به اندام تناسلی میمالاند. او در انزوای کامل بود. گهگاهی لبخندی بر صورت او نقش میبست. به ندرت کسی قادر به برقراری رابطه با او میگردد. او بهیچ سوالی جواب نمیداد ولی گاهی حالتی مناسب و معنی دار بصورت او نقش میبست. اگر کسی واقعاً غمگینی تکان دهنده کودکان خردسال را که از استمناء منع میگردند حس کند این چنین رفتاری را نیز از سوی بیمار مجنون درک خواهد کرد. آنان از دنیا صرفنظر کرده و در حالت جنون کاری را انجام میدهند که وقتی دنیای غیرمنطقی، آنرا برای ایشان منع کرده بود. آنان پی انتقام و تنبیه و آزار نیستند. آنها فقط بر روی تخت خوابیده و سعی در نجات آخرین بقایای لذتی تحریف شده و بیمارگون را دارند.

روانپزشکی نه تنها از این حرفها هیچ نمیفهمید بلکه از فهم آنها هم میهراسید. با فهم این مطالب او مجبور به تغییر زیربنائی در نظرات و روش درمانی اش میشد. فروید راهی برای حل این مسئله ارائه کرده بود ولی تعبیرات او را مسخره میکردند و بر آن میخندیدند. از طریق دانش به تئوری جنسی در خردسالان و اختناق و واپس زدگی غرائز، من قادر به شناخت هرچه بهتر بیمار مجنون شدم. من منظور و هدف فروید را صمیمانه درک کردم. برای من روشن بود که اساسی ترین هدف روانپزشکی مرسوم منحرف کردن هرگونه روشنگری در

جهت اثبات شرط جنسی وجود است. روانپزشکی همه گونه سعی در جهت اثبات آنرا داشت که بیماران مجنون از روز آزل از خمیری آلوده سرشته شدند و پروتوپلاسم آنان فاسد است. روانپزشکی، سعی در اثبات این نظریه را داشت که اختلالات شیمیائی در مغز و اختلالات ترشحات آن باعث بیماری روانی است. روانپزشکان از اینکه بعضی از علائم شیزوفرنی و افسردگی در بیماری ضعف عمومی\* نمایان است مشعوف بودند. جمله «ملاحظه بفرمائید این است عاقبت بی حرمتی و اعمال غیراخلاقی» وجه برخوردی بود که بسیاری از روانپزشکان در این مورد داشتند و هنوز نیز دارند. هیچکس در این فکر نبود که تخریب اندامها و طرز کار آنها ممکن است نتیجه اختلال در عمل سلسله اعصاب و جتیتو (گیاهی) باشد.

سه برداشت اساسی در مورد ارتباط بین بدن و روان موجود بود:

اول - هرنوع بیماری روانی و علائم آن دارای علتی بدنی و فیزیکی است! این فرمول از تفکر ماتریالیسم مکانیکی سرچشمه میگرفت.

دوم - هرنوع بیماری روانی و یا علائم آن فقط علتی روانی دارد! برای افرادی با تفکر مذهبی همه علتها و امراض بدنی نیز ریشه روانی داشتند. این فرمول تفکر ایده آلیسم متافیزیکی (ماوراء طبیعی) بود که مطابق نظریه ای است که روح بوجود آورنده ماده است و نه برعکس آن.

سوم - روان و بدن دو فرایند موازی یکدیگرند که بر یکدیگر تأثیری متقابل دارند.

در آنزمان هیچ نظریه ای مبنی بر وحدت عمل تن و روان وجود نداشت، سئوالات فلسفی در کار کلینیکی من نقشی نداشتند و کارهای کلینیکی من نیز دنباله هیچ گونه عقیده فلسفی نبود. درست برعکس آن بر اساس مشاهدات

بالینی روشی را بنا نهادم که در ابتدا آنرا بطور ناخودآگاه بکار میبرد. این روش نیازمند روشن شدن رابطه تن و روان و تأثیر متقابل آن بر یکدیگر بود. با آنکه بسیاری از دانش پژوهان در مشاهده پدیده های مشابه هم عقیده بودند ولی در آزمایشهای علمی خود، بر علیه یکدیگر سخن می گفتند. برای مثال تئوری آدلر\* در مورد شخصیت عصبی مخالف تئوری فروید در مورد علت جنسی نروز بود. در روانکاو، شخصیت و سکسوالیته به دو قطب مخالف و آشتی ناپذیر تبدیل شده بود. هرچند امروز قبول یک چنین اختلاف عمیقی بین این دو قطب مشکل به نظر میآید. بحث زیاد درباره شخصیت خوشایند مجمع روانکاوان نبود. علت آنهم برای من روشن بود، کمتر موضوعی به اندازه موضوع «شخصیت» مجادلاتی نامربوط برمی انگیخت. کسی نیز در مورد افتراق اخلاقی بین شخصیت به صورت «خوب و بد» و برآورد علمی آن نظری نداشت. به علوم شخصیت و اخلاق تقریباً یکسان نگریسته میشد و میشود. حتی در علم روانکاو برداشت از شخصیت متأثر از قضاوت های اخلاقی بود. شخصیت آنال\*\* (مقعدی) از نظر اخلاقی داغ ننگی به همراه داشت. این ننگ در مورد شخصیت اورال\*\*\* (دهانی) کمتر بود ولی یک چنین شخصیتی را به مثابه طفلی شیرخوار می پنداشتند.

فروید ریشه های بعضی از رده های شخصیتی را که به طفولیت و خواستهای کودکی بر می گشت روشن کرده بود. آبراهام مشاهدات ارزشمند خود را در مورد رده های شخصیت در افسردگی (ملانکولی) و (Manic Depressive) ارائه کرده بود. تضادها بین مشاهدات کلینیکی و ارزشهای اخلاقی هر چه بیشتر شدت می گرفت و گمراهی بیشتری را نیز باعث می گشت. به محققین تذکر داده میشد که سعی کنند مشاهدات و آزمایشات علمی آنها معقول و عاری از قضاوت های

\* آلفرد آدلر: رجوع شود به پاورقی صفحه ۴۴.

\*\* رجوع شود به پاورقی صفحه ۳۶.

\*\*\* رجوع شود به پاورقی صفحه ۳۶.

شخصی باشد. معیناً بطور وضوح هر اظهار نظری در مورد شخصیت حاکی از قضاوت شخصی نویسنده بود. منظور ما از قضاوت در اینجا قضاوت اخلاقی به مفهوم خوب و بد است نه قضاوت در مورد سلامت و بیماری اعمالی خاص. نظر این بود که بعضی از شخصیت‌ها به علت بدی مناسب درمان روانکاو می‌باشند. گفته می‌شود که درمان روانکاو محتاج به درجه‌ای از سلامت ساختار روانی است و بسیاری لایق این جد و جهد نیستند. مضافاً بر اینکه از نظر روانکاو بعضی از بیماران به قدری به اصطلاح خود شیفته (Narcissistic)\* بودند که هیچ درمانی قادر به شکستن دیوارهای دفاعی نبود. هوش کم را هم سدی در مقابل درمان روانکاو می‌پنداشتند. بنابراین درمان بطریق روانکاو محدود به بیماری‌های نروزی در اشخاص با هوش که قادر به تداعی معانی و دارای شخصیتی متعادل بودند می‌گشت.

این برداشت فئودالی از روان‌درمانی به مقتضای ماهیت خود بسیار انفرادی بود و بناچار پس از تأسیس کلینیک روانکاو برای غیر متمکنین در ماه مه ۱۹۲۲ در وین به سرعت در تضاد با کار کلینیکی و پزشکی قرار گرفت. در سال ۱۹۱۸ در کنگره روانکاوان در بوداپست فریود در مورد نیاز به تأسیس کلینیک روانکاو برای افراد غیر متمول که قادر به پرداخت هزینه درمان بطور خصوصی نبودند صحبت کرد. او چنین گفت که طلای ناب روانکاو به ناچار باید با مس روان‌درمانی و درمان از طریق تلقین آغشته گردد. درمان در سطح توده‌ها این را می‌طلبید.

کلینیک روانکاو از سال ۱۹۲۰ در برلین تحت نظر کارل آبراهام تأسیس شده و بکار مشغول بود. در وین رؤسای پزشکی مسئول صدور جواز قانونی برای کلینیک و همچنین رؤسای اداره بهداشت موانع زیادی در راه فعالیت کلینیک

\* (Narcissistic): رجوع شود به پاورقی صفحه ۵۲.

روانکاوی ایجاد کردند. روانپزشکان مؤکداً بر علیه آن بودند و برای کارشکنی بهانه های گوناگون پیش می کشیدند، اتحادیه پزشکان نیز از کاهش درآمد شخصی واهمه داشت و سرمایه گذاری و افتتاح این کلینیک را بیموده میدانست. آخر الامر بهر نحوی بود جواز لازم صادر شد. ما به چند اطاق در بخش قلب ساختمان «کافمن و مایر»\* نقل مکان کردیم. شش ماه بعد حکمی بر علیه ادامه کار کلینیک صادر شد. این حکم مرتباً صادر و سپس لغو میشد زیرا رؤسای پزشکی نمی دانستند با آن چه بکنند. «هیتسمن»\*\* رئیس کلینیک روانکاوی مشکلات را در کتابی که به مناسبت دهمین سالگرد کلینیک بود توضیح داده است. بهر حال برگردیم به موضوع مورد بحث.

کلینیک روانکاوی به مرکز کشف مکانیسم های نروز در بیماران تبدیل شد. من از روز افتتاح به عنوان نایب رئیس بکار در کلینیک مشغول شدم. هشت سال در این کلینیک کار کردم و تجربیات فراوانی اندوختم. ساعات مشاوره برای بیماران بسیار متراکم بود. کارگران صنایع، منشیهای ادارات، دانش آموزان و دهقانان مراجعین ما را تشکیل می دادند. ما در مقابل تعداد مراجعین، بخصوص پس از شهرت یافتن کلینیک، حیران و سرگردان مانده بودیم. هر یک از روانکاوان قبول کردند که روزی یک جلسه بدون دریافت حق الزحمه به کلینیک اهداء کنند. ولی این نیز کافی نبود و ما بایستی افرادی را که مناسب برای روانکاوی بودند انتخاب می کردیم. این ما را مجبور به یافتن راههایی برای بررسی و تعیین دورنما و نتیجه درمان می نمود. بعداً من روانکاوان را ترغیب به پرداخت ماهیانه ای نمودم که از محل آن بتوان یک یا دو پزشک استخدام کرد. از این طریق امیدوار بودم که روزی نام کلینیک برای این مؤسسه مصداق پیدا کند. طبق ضوابط آنروز اعتقاد بر این بود که برای درمان لااقل روزی یک جلسه برای



مدت شش ماه لازم است. یک موضوع به سرعت روشن شد و آن این بود که روانکاوای درمان توده ها نمی باشد. ایده پیشگیری نروز وجود نداشت و کسی نیز در این مورد سخنی نداشت. کار در کلینیک به زودی نکات زیر را روشن نمود:

نروز بیماری توده هاست، عفونتی شبیه به اپیدمی عفونی و نه تُلُون مزاج زنی لوس و نازک نارنجی، شمارهایی که با آن بر علیه روانکاوای به ستیز بر می خاستند. اختلال توانائی جنسی تناسلی علت عمده ناراحتی مراجعین بود.

مسئولیت به نتیجهٔ درمان برای پیشبرد و خوش نامی کلینیک بسیار مهم بود. معیارهای بهبودی چه بود؟ برای این سؤال کسی پاسخ نداشت.

چرا یک روانکاو در درمان یک بیمار موفق بود و در درمان بیمار دیگر ناموفق. این نیز سئوالی بود با اهمیتی بسیار. جواب این سؤال امکان انتخاب مناسب تر بیماران را برای یک روانکاو ممکن میساخت. هیچگونه تئوری درمانی در آن موقع وجود نداشت.

نه روانپزشکان و نه روانکاوان به فکر سؤال از شرائط زندگی بیماران نبودند. البته میدانستند که فقر و فشار مادی وجود دارد ولی به نحوی این مسئله را نامربوط به درمان قلمداد می کردند. معیناً وضعیت مادی بیماران مسئلهٔ تمام نشدنی کلینیک بود. غالباً کمک های اجتماعی ارجحیت پیدا میکرد. ناگهان شکافی عظیم بین طبابت خصوصی و طبابت در کلینیک نمایان شده بود.

پس از تقریباً دو سال کار، این موضوع بیش از پیش روشن شد که روان درمانی انفرادی اهمیتی بسیار محدود دارد. فقط بخش بسیار محدودی که ناهنجاری های روانی داشتند قادر به دسترسی به درمان بودند. صدها ساعت کار با بعضی از بیماران به علت مشکلات حل نشدهٔ روش درمانی بی نتیجه تلف میشد. پاداش ما فقط درصد کوچکی از بیماران بود که نتیجه ای مطلوب از درمان آنها حاصل میشد. روانکاوای هرگز ضعف خود را در این مورد کتمان نمی کرد.

بیمارانی نیز بودند که فرصتی برای مشاهده و شناخت آنان در مطب

خصوصی نبود. این بیماران از نظر فکری به حدی آشفته حال بودند که در واقع بیرون از جامعه می زیستند. بیماری آنان را در آن موقع «پسیکوپاتی»<sup>\*</sup> و «جنون اخلاقی» یا «تحلیل و فساد اسکیزوئیدی» می نامیدند. تنها علت اصلی را در این بیماران آلودگی شدید عوامل ارثی می پنداشتند. علائم آنان تحت هیچکدام از طبقه بندی های شناخته شده نمی گنجید. اعمال اضطراری، بی هوشیهای هیستریکی فانتزی های قتل و جنایت و اعمال ناگهانی، آنان را از زندگی روزمره دنیای ما بکلی دور کرده بود. اگر چه چنین بیمارانی در طبقات مرفه معمولاً بطور بی آزار به زندگی خود ادامه می دادند، در طبقات فقیر حالتی عجیب و خطرناک می یافتند. در نتیجه فشارهای مادی، عوامل بازدارنده اخلاقی تا به درجه ای از هم می گسیخت که اعمال منحرف و جنایت کارانه بروز می نمود. کتاب من به نام (Der Triebhefte Character) (سال ۱۹۲۵) تحقیقی است در این مورد. برای مدت سه سال غالباً با چنین بیماران مشکلی روبرو بودم. آنان را در بخش بیماران آشفته حال می گذاشتند تا آرام شوند، سپس از بیمارستان مرخص می نمودند، و یا اگر جنون «پسیکوز» آشکار می گشت آنانرا به بیمارستان می سپردند. اکثر قریب به اتفاق آنان از طبقه کارگر و کارمندان جزء بودند. یک روز دختری شاغل، جوان و زیبا به کلینیک آمد. او دو پسر بچه و یک کودک کوچک همراه داشت. او قادر به صحبت کردن نبود چون صدایش را از دست داده بود. این عارضه را لالی هیستریکی می نامیدند. او بر روی ورقه ای کاغذ بطور خلاصه نوشت که چند روز قبل ناگهان صدایش را از دست داده است. چون روانکاوای در این بیمار ممکن نبود من تصمیم گرفتم به طریق هیپنوز و «خواب کردن بیمار» این عارضه را برطرف کنم. پس از چند جلسه درمان از طریق هیپنوز، عارضه برطرف شد. او با صدائی آرام و گرفته و ناراحت صحبت میکرد.

او سالها از وسواس انگیزه ناگهانی کشتن بچه های خود رنج می برد. پدر کودکان، او را ترک کرده بود. او تنها بود و به زحمت خوراک خود و بچه ها را تأمین میکرد. او در خانه خیاطی میکرد ولی درآمدش بسیار اندک بود. در این موقع بود که فکر کشتن بچه ها به مخیله او خطور کرده بود. او در شرف هل دادن بچه هایش به درون آب بود که اضطرابی شدید بر او مستولی شده و مانع از این عمل میگردد. از آن به بعد او در عذاب بود که آیا این موضوع را با پلیس در میان بگذارد و بدین وسیله کودکان خود را حفاظت نماید. این قصد، وحشتی عظیم در او ایجاد میکرد. او می ترسید که به جرم این گناه اعدامش کنند. این فکر باعث انقباض گلو و هنجرة او شده بود. لالی به نوبه خود او را از افشای این راز به پلیس محفوظ می داشت. لالی او نتیجه انقباض شدید تارهای صوتی بود. انگشت گذاردن بر گذشته کودکی او که در پشت این حادثه نهفته بود کار مشکلی نبود. او در کودکی یتیم شده و مجبور به زندگی با ناآشنایان گشته بود. او با شش نفر در یک اطاق زندگی میکرد. مردان بالغ وقتی او دختر بچه ای بیش نبود به او تجاوز کرده بودند. او از کودکی در آرزوی مادری دلسوز، مادری که از او محافظت کند رنج میبرد و در تخیلات خود، او خود کودکی شیرخواره بود. گردن و حلق همواره محل اضطراب خفقان آور و آرزوهای کودکی است. حال که خود او مادر شده بود، کودکان خود را در موقعیتی می دید که خود او زمانی در آن موقعیت بود. او نمی خواست که فرزندانش این زندگی را ادامه دهند. علاوه بر آن تلخی و خشمی را که نسبت به شوهرش احساس میکرد به فرزندانش منتقل کرده بود. وضعیت بسیار پیچیده ای بود، کسی او را نمی فهمید. هر چند بسیار سرد مزاج بود ولی با مردان بسیاری هم خواب میشد. من موفق شدم او را کمک کرده و از بسیاری از مشکلات برهانم. من توانستم برای کودکان او جایی در مدرسه شبانه روزی پیدا کنم. او کمی شهامت یافت و دوباره به کار کردن مشغول شد. ما برای او اعانه ای جمع آوری کردیم. بدبختی او کمی سبک شد. بیچارگی، اشخاص را به انجام اعمالی سوق می دهد که خود مسئول آن نیستند. او گاهی

شبهانه به منزل من می‌آمد و تهدید میکرد که اگر این و یا آن کار را انجام ندهم و یا او را در این و یا آن موقعیت یاری و حمایت نکنم خود و بچه هایش را خواهد کشت. من روزی او را در آپارتمانش ملاقات کردم. در آنجا من با سؤال رفیع علت نروزی دست به گریبان نبودم بلکه با این سؤال روبرو بودم که چگونه انسان سالی پس از سال دیگر قادر به تحمل چنین شرایطی است. در آنجا هیچ چیز، مطلقاً هیچ چیز قادر به آوردن روشنی به زندگی او نبود. چیزی جز بدبختی، تنهایی، غیبت همسایه ها، نگرانی برای غذای بعدی، و بالاتر از همه اینها مکر و حيلة بیرحمانه صاحب کار و صاحب خانه وجود نداشت. علیرغم مزاحمت شدید به عنوان بیمار روانی، در محل کار استثمار شده بود. برای ده ساعت کار دو شیلینگ حقوق می گرفت. به عبارت دیگر او قرار بود مخارج خودش و سه کودکش را از محل ماهی حدود شصت یا هشتاد شیلینگ تأمین کند. پدیده عجیب آن بود که اینکار را بهر نحو بود انجام میداد و مخارج خانواده را تأمین میکرد! من هرگز نتوانستم بفهمم که او چگونه قادر به این کار بود. با وجود همه اینها او از آرایش خود غفلت نمی ورزید. او حتی کتاب میخواند و بعضی از کتاب های مرا به عاریت می گرفت. بعد ها وقتی مارکسیست ها علت جنسی امراض روانی را هوس بورژوازی عنوان می کردند و اصرار می نمودند که «فقط کمبودهای مادی» باعث نروزی می گردد من به یاد بیمارانی مانند این بیمار می افتادم. از نظر مارکسیست ها کمبودهای جنسی کمبودی مادی نیست معیناً به نظر من ناهنجاری روانی مردم است که آنان را از اقدام منطقی جهت برطرف ساختن محدودیت ها و استقامت و رقابت در بازار کار باز میدارد و توانائی آنان را برای تفاهم با افراد دیگری که در موقعیت اجتماعی مشابه هستند برای تغییر وضع موجود کم میکند. ادعای کمونیست ها که اینها حالت های استثنائی و متعلق به زنان مرفه بورژوا است با دلیل میشود رد کرد. نروزی طبقه زحمت کش، در فقدان پختگی فرهنگی آنان نمایان می گردد. آنان خام و بی تعارف، با گستاخی بر ضد کشتار روانی توده ها که بر همه کس میگردد سر به شورش می

نهند. شهروند متمول، نروز خود را با متانت تحمل می کند و از این یا آن طریق به صورت مادی آنرا می نمایاند. در میان توده های وسیع کارگران نروز به شکل کریه و مصیبت بار آن ظاهر می شود.

بیمار دیگری به بیماری به اصطلاح نیمفومانسی\* مبتلا بود. او هرگز احساس رضایت جنسی نمی کرد و لاجرم با هر مردی که در دسترس بود همخواب میشد. او با دسته چاقو و گاهی با تیغه آن استمناء میکرد، آنرا در فرج خود فرو می برد تا خون جاری می گشت. کسانی که به عذاب هیجان سیر نشده جنسی واقف اند از لاف زدن در مورد افول اخلاقی این بیماران حذر میکنند. در این بیمار نیز تأثیر ویران کننده فقر و عجز مادی در خانواده ای کارگر با فرزندان زیاد، بی رحمانه مشهود بود. در چنین خانواده هائی مادران نه وقت کافی و نه امکانات لازم را برای تربیت صحیح کودکان دارند. وقتی مادری می بیند که بچه اش استمناء میکند، موضوع را با پرت کردن چاقو به طرف کودک حل میکند. کودک چاقو را با ترس و تنبیه به جهت عمل جنسی و احساس گناهی که به آن وابسته است تداعی کرده و به خود اجازه لذت و رضایت خاطر نمیدهد، و بعداً معذب از احساس گناهی ناخودآگاه، با همان چاقو سعی در دستیابی به رضایت جنسی (اورگاسم) می نماید. این شرح حال در کتاب (Pertriebhefte Character) تشریح شده است.

این گونه بیماری ها تحت طبقه بندی بیماری های ساده نروز و یا اختلالات پسیکوز نمی گنجد. به نظر می آید که شخصیت عصبی (Impulsive Character)\*\* حالتی بین نروز و پسیکوز باشد. ایگو هنوز منظم و منسجم بود ولی بین خواسته های غریزی و دستورهای اخلاقی، بین نفی همزمان غریزه و اخلاق به دو نیم شقه شده بود. به نظر می رسد که شخص بر علیه وجدان خود خشمگین

\* نیمفومانسی (Nymphomania): حالت اقناع نشدنی و بیمارگون احتیاج جنسی در زنان.

\*\* امروز آنرا شخصیت بینابینی Borderline می نامند.

است، گویا میخواست با شورش و تشدید اعمال عصبی و ناگهانی خود را از فشار او برهاند. وجدان او به روشنی نمایانگر تربیتی سفاک، خشن و ضد و نقیض بود. نروز های وسواسی (Compulsive Character) و بیماران هیستریکی از سنین طفولیت با تربیت بی وقفه ضد جنسی بار می آیند. در حالیکه کاراکتر عصبی (Impulsive Character) در سنین کودکی یا بدون راهنمایی جنسی و یا فعالیت زودرس جنسی روبرو بوده اند، و سپس ناگهان بطور خشن تنبیه شده اند. این تنبیه سخت در ناخودآگاه آنان به صورت احساس گناهی شدید از برای امیال جنسی تثبیت شده است. ایگو\* از وجدان سخت گیر با نپی آن از خود دفاع میکند، همانگونه که معمولاً با نپی امیال جنسی از خود دفاع میکند.

در این بیماران رکود انرژی جنسی به مراتب شدیدتر از افرادی است که غرائز آنان سرکوب شده است. در درمان این بیماران، من ابتدا با کل وجود آنان با شخصیت «کاراکتر» آنان در مجموع دست و پنجه نرم می کردم. مشکلاتی که در آنان تظاهر میکرد رابطه ای مستقیم با درجه فشار و تنش جنسی و یا به درجه توانائی و دست یابی به رضایت جنسی داشت. رها کردن انرژی جنسی توسط رضایت مقاربتی تناسلی بلافاصله باعث سبکباری و تخفیف انگیزه های ناسالم می گشت. اشخاصی که با اصول اقتصاد جنسی آشنا هستند متوجه اند که جنبه های مختلف این بیماری در تئوری اساسی من ادغام شده است: مخالفت و مقاومت کل شخصیت در برابر معالجه، نقش درمانی رضایت جنسی، تأثیر مهم رکود جریان جنسی در انگیزه های ضد اجتماعی و انحراف جنسی. پس از تحقیق و تجربه در بیماری نروز که در اثر ممانعت از بروز غرائز پدید میآید توانستم همه این اطلاعات و مفروضات را جمع بندی و با هم مقایسه کنم. مقاله ای هشت صفحه ای در این مورد نوشتم و در آن برای اولین بار لزوم عمل «تجزیه و تحلیل

\* ایگو: رجوع شود به پاورقی صفحه ۷۲

شخصیت» (Character Analysis) در بیماران را شرح دادم. فروید نسخه ای از آنرا در عرص سه روز مطالعه کرد و نامه تشکر آمیزی برای من ارسال داشت. او در نامه اش نوشته بود که ممکن است از این به بعد مکانیسم های مشابهی که بین ایگو و اید در عمل است بین ایگو و سوپر ایگو نیز کشف شود.

این نظریه که مسدود و معیوب شدن عملکرد طبیعی جنسی باعث رشد انگیزه های منحرف و ضد اجتماعی می گردد، ایده ای نوین بود. روانکاوان عادت کرده بودند که این انگیزه ها را به شدت غرائز نسبت دهند. سکسوالیته آنال (مقعدی) بیماران وسواسی و اضطرابی\* را بشدت استعداد شهوانی ناحیه مقعد نسبت می دادند و آنرا در ارتباط با ساختار طبیعی و ذاتی بیمار می دانستند. آبراهام مدعی بود که افسردگی ملانکولیک در بیماران، نتیجه شدید شهوانی در ناحیه دهان می باشد که شخص را از قبل به افسردگی مستعد می نماید. اینطور فرض شده بود که استعداد شهوانی شدید پوست باعث فانتزیهای مازوشیستی\*\* فرض مضروب شدن و کتک خوردن می گردد. لذت از خود نمائی را به احساس شهوانی شدید در حس بینائی مربوط میدانستند. تشدید در حس شهوانی عضلات را باعث سادیسم می دانستند. با شرح مفروضات فوق من می خواهم درجه اعتشاش و سردرگمی را که در تئوری های روانکاوی موجود بود نشان دهم. قبل از آنکه مشاهدات و برداشتهای خود را در مورد مسئله تناسلی و جنسی که در ارتباط با این بیماران بود قاعده بندی نمایم لازم بود ابتدا نظرات گمراه کننده را تصحیح و روشن کنم. حالت غیر دوستانه ای که همکاران در مقابل کوشش های من اتخاذ می کردند غیر قابل توجیه بود. این واقعیت که شدت اعمال منحرف

\* رجوع شود به پاورقی صفحات ۳۶ و ۴۳

\*\* مازوشیسم (Masochism): حالتی است که در آن شرط رضایت جنسی شخص، تنبیه شدن و احساس درد بدنی و یا توهین و تحقیر است. حالت قرینه آن سادیسم است که شخص مبتلا به آن از زجر و آزار دیگری لذت میبرد.

و ضد اجتماعی بستگی به شدت اختلال عمل تناسلی دارد غیر قابل انکار بود، ولی این موضوع با برداشت روانکاوی در مورد «غرائز جزئی» در تضاد بود. اگر چه فروید فرضیهٔ رشد غرائز جنسی را از مرحلهٔ ماقبل تناسلی به تناسلی\* ارائه کرده بود، ولی این نظریه در پیچ و خم برداشتهای مکانیستی پنهان مانده بود: اینطور تصور شده بود که هر ناحیهٔ شهوانی (Erogenous Zone) مانند دهان، مقعد، چشم، پوست و غیره دارای انگیزه های انتزاعی (Partial Impulse) مخصوص به خود است. برای مثال لذت مکیدن، لذت دفع کردن مدفوع، نگاه کردن، لمس شدن و غیره.

فرنزی\*\* معتقد بود که سکسوالیته تناسلی از حاصل جمع احساسات جنسی ماقبل تناسلی متشکل میباشد. فروید به این نظریه چسبیده بود که دختران فقط دارای احساسات جنسی مربوط به کلیتوریس (Clitoris) هستند و در کودکی فاقد حس شهوانی در واژن (فرج) می باشند.

من یادداشتهای خود را بارها زیر و رو کردم، کاری نمیشد کرد، مشاهدات من به روشنی نماینگر این بود که انگیزه های جنسی ماقبل تناسلی (Pregenital Sexual Impulses) با ناتوانی تناسلی شدت یافته و با توانایی جنسی تناسلی تخفیف می یابند. در جریان مقابلهٔ مشاهداتم متوجه شدم که در همهٔ مراحل تکامل جنسی کودک، رشته تعلق جنسی در نهایت تکامل خود ممکن است مابین والدین و کودک برقرار گردد. ممکن بود پسر بچه ای حتی در سن پنج سالگی فقط و فقط اشتیاقی دهانی – اُرال (Oral) – به مادر داشته باشد و در همان سن دختر بچه ای پدر خود را فقط از نظر دهانی و یا فقط از نظر آنال آرزو نماید. رابطهٔ کودکان و والدین می توانست اشکال گوناگونی داشته باشد. فرمول فروید که به

\* رجوع شود به پاورقی صفحهٔ ۳۶ اتنوری لیبیدو) و پاورقی صفحهٔ ۴۴ (عقدۀ اودیپ و ...).  
 \*\* ساندز فرنزی (Sandor Frenzi) ۱۹۳۳-۱۸۷۳: روانکاو مجارستانی و دوست و همکار نزدیک فروید.



صورت «من پدر خود را دوست دارم و از مادرم متنفرم یا مادرم را دوست دارم و از پدرم متنفرم» سرآغازی بیش نبود. برای سادگی کار خود وابستگی والدین و کودک را به وابستگی به شکل ماقبل تناسلی (Pregenital) و تناسلی (Genital) تقسیم کردم. از نظر کلینیکی وابستگی اولی برگشت و قهقرای شخصیتی عمیق تری را نمایانگر بود و گویای صدمه روانی به مراتب شدیدتری بود. از نظر توسعه و رشد جنسی من لزوماً پنداشتم که وابستگی تناسلی (Genital) مرحله ای طبیعی در رشد جنسی کودک است و وابستگی ماقبل تناسلی و تداوم آن رابطه ای بیمارگونه و آفت زا است. پسر بچه ای که موفق به برقراری وابستگی روانی تکامل یافته تناسلی با مادر میشود در سنین بالاتر به سهولت بیشتری قادر به برقراری رابطه تناسلی با جنس مخالف خود خواهد بود تا پسر بچه ای که مادر خود را با خواسته های روانی مرحله آنال (مقعدی) و یا اورال (دهانی) خواهان باشد. در حالت اول فقط لازم است که شدت وابستگی — تثبیت — (Fixation) کمی شل شود و لینت یابد. در حالت دوم کل شخصیت با حالت مفعولی و با صفاتی مؤنث شکل میگیرد. به دلالتی مشابه، معالجه دختری که وابستگی مجبلی به پدر خود دارد سهلتر از معالجه دختری است که صفاتی مذکر و سادیستیک را دارا است.\* بنابراین بیماری هیستری با علائم وابستگی های شدید مجبلی — تناسلی — (Genital) مشکلات درمانی کمتری را موجب بود تا بیماران اضطرابی و سواسی (Compulsive) با تعلقات و ساختار شخصیت ماقبل تناسلی مقعدی.\*\*

\* طبق تئوری روانکاوای دختری که در مرحله رشد جنسی ماقبل تناسلی متوقف شده، از دوره تکامل عبور نکرده و عقده اودیپ را به نحو صحیح حل نکرده است، نتیجتاً دارای تثبیت هائی در مرحله ماقبل تناسلی مثلاً در مرحله اورال و یا آنال (دهانی و یا مقعدی) خواهد بود. خصوصیات شخصیتی او نیز مطابق با این تثبیت ها خواهد بود. در حالتی مخصوص ممکن است خواص سادیسمی دوره آنال (مقعدی) را دارا باشد و چون از مرحله عقده اودیپ گذر نکرده و با والد هم جنس وحدت شخصیتی نیافته، شخصیت مردانه به خود میگیرد.

\*\* رجوع شود به پاورقی صفحات ۳۶ و ۴۳