

آنسوی اعتیاد اولیه

غذا، اینترنت، قمار، آمیزش، خرید و کار

سرپرست نویسندگان

سلمان اختر

نینا ساول-راکلین

ترجمه

دکتر الهام اقراری

ویراستار

پریسا سعدی نام

فهرست

۹	قدردانی‌ها
۱۱	دربارهٔ ویراستاران و همکاران
۱۷	مقدمه
۱۹	پیش‌درآمد
۲۱	فصل ۱: نظریهٔ کلی روانکاوی دربارهٔ اعتیاد
	لنس دادس
۴۱	شش علامت
۴۳	فصل ۲: اعتیاد به غذا
	نینا ساول - راکلین
۷۲	فصل ۳: اعتیاد به آمیزش
	لارنس جیکوبسن
۸۳	فصل ۴: اعتیاد به قمار
	ریچارد روزننهال
۱۰۳	فصل ۵: اعتیاد به خرید کردن
	ریکاردو ریپی و جین پتروچلی
۱۳۱	فصل ۶: اعتیاد به اینترنت
	چارلز ویسنفسکی، استنلی کلتزویچ و اپریل فلن
۱۵۵	فصل ۷: اعتیاد به کار
	سلمان اختر

۱۷۵.....	پایان
۱۷۷.....	فصل ۸: اعتیادهای بدون مواد مخدر
	سلمان اختر و نینا ساول - راکلین
۱۹۹.....	منابع
۲۲۱.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۲۲۳.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

نظریه کلی روانکاوای درباره اعتیاد

انس دادس

در تمام طول تاریخ بشریت، اعتیاد به علت ناتوانی در فهم ماهیت روان‌شناختی آن به شکلی گسترده درست درک نشده و عملاً با آن به شکل نامناسبی برخورد شده است. اگرچه در اعتیاد به مواد مخدر جنبه‌های جسمانی نیز وجود دارد، اما شواهد بسیار زیادی هستند که نشان می‌دهند این جنبه‌ها علت یا ماهیت آن نیستند (دادس، ۲۰۰۲، ۲۰۰۹). در واقع اعتیاد علی‌رغم بسیاری از اشکال ظاهری آن که شامل طیف‌های وابسته و غیروابسته به مواد مخدر می‌شود، علامت روان‌شناختی واحد و زیرمجموعه‌ای از علائم روان‌شناختی است که ما آن را وسواس اجباری^۱ می‌نامیم. عدم درک این امر منجر به این می‌شود که به اشتباه به هر نوع رفتار اعتیادآوری برچسب بزنییم و آن را یک پدیده تشخیصی جداگانه بدانیم. در نتیجه، اعتیاد مربوط به مصرف اجباری الکلی را «الکلیسم»^۲ لقب می‌دهیم، درحالی‌که اعتیادهای مرتبط با سایر مواد را «اختلالات سوءمصرف مواد»^۳ نام می‌نهیم و به اعتیادهای غیروابسته به مواد نظیر قمار، خوردن و روابط جنسی برچسب تشخیصی جداگانه‌ای می‌زنیم؛ گویی که متمایز از آن‌ها هستند. با تقسیم اعتیاد به قسمت‌های کوچک‌تر این واقعیت بالینی را نادیده می‌گیریم که افراد به‌طور معمول اعتیادشان را - یعنی تمرکز بر رفتار اجباری‌شان - از یک حوزه به حوزه دیگر تغییر می‌دهند یا طیف‌های متعدد اعتیاد را به‌طور هم‌زمان باهم دارند، («اعتیادهای چندگانه»^۴). برای مثال ۳۰ تا ۴۰ درصد از قماربازان اجباری الکلی هستند و تاریخچه اعتیاد آشنا که در کلینیک‌های اعتیاد به قمار دیده می‌شود، فردی را نشان می‌دهد که در نوجوانی به چند ماده مخدر اعتیاد داشته، در ۲۰ سالگی به سمت الکلی و سپس در ۳۰ سالگی به قماربازی اجباری روی می‌آورد. البته مهم‌ترین نکته این است که اگر مکانیسم روان‌شناختی پشت همه این طیف‌ها را درک کنیم، آن‌وقت در نظرمان یکسان خواهند بود.

1. compulsions
2. alcoholism
3. substance abuse disorders
4. multiple addictions

در این فصل پیش از توصیف دیدگاه رایج و دلالت‌های آن در درمان که سال‌ها درباره آن نوشته‌ام، به‌طور مختصر نظریه‌های روانکاوانه ماهیت روان‌شناختی اعتیاد را بررسی خواهیم کرد.

نظریه‌های اعتیاد

دیدگاه‌های روانکاوانه مدرن در مورد اعتیاد در دهه ۱۹۶۰ با توسعه مفهوم «خوددرمانی» در مصرف مواد آغاز شد (کریستان و راسکین، ۱۹۷۰؛ میلکمن و فورش، ۱۹۷۳؛ خانتزریان، ۱۹۷۸). (لازم به ذکر است که تمام نویسندگان اولیه صرفاً در خصوص اعتیاد به مواد مخدر نوشته‌اند، بدون در نظر گرفتن این‌که ایده‌های آنان در مورد رفتارهای اعتیادی غیروابسته به مواد مخدر نیز به همان اندازه صدق می‌کند). نسخه اصلی فرضیه خوددرمانی این بود که افراد از داروهای خاصی برای کاهش آزاردهنده‌ترین حالت‌های هیجانی خود استفاده می‌کنند، مثل محرک‌هایی مانند کوکائین یا آمفتامین‌ها برای افسردگی. درحالی‌که این ایده برخی موارد را توجیه می‌کرد، اما این واقعیت را نادیده می‌گرفت که افراد مصرف خود را از یک ماده مخدر به ماده‌ای دیگر با اثری کاملاً متفاوت یا حتی متضاد، مانند کوکائین به هروئین، یا حتی استفاده هم‌زمان از آن‌ها تغییر می‌دهند. این فرضیه همچنین با این واقعیت که افراد با مشکلات هیجانی کاملاً متفاوت همگی از یک ماده استفاده می‌کردند همخوانی نداشت: الکل. این واقعیت که افراد می‌توانند از اعتیادهای وابسته به مواد مخدر به اعتیادهای غیروابسته به مواد مخدر مانند خرید اجباری، بازی‌های اینترنتی، غذا خوردن و غیره روی آورند. همچنین نشان می‌دهد که «انتخاب» یک ماده مخدر در جایگاه کانون اعتیاد با اثرات جسمانی آن قابل توضیح نیست. بااین‌حال ایده خوددرمانی به شکل متفاوتی مفید بود. از این جهت که به ماهیت روان‌شناختی اعتیاد، به‌خصوص به استفاده از آن همچون کارکرد ایگو برای مدیریت آشفتگی هیجانی اشاره کرد. این ایده برای نظریه‌های روانکاوانه اولیه و مشهور که عقیده داشتند اعتیاد صرفاً بازنمایی ارضای یک آرزو در غیاب عملکرد ایگوی بالغ است، پیشرفت مهمی قلمداد می‌شد.

از دیدگاه درمانی اندیشیدن به اعتیاد به‌منزله عملکرد ایگو موجب تغییر این باور شد که افراد معتاد برای روان‌کاوی یا هر نوع درمان روان‌پویشی مناسب نیستند. اگر اعتیاد به‌جای اینکه عملکرد ناهنجار ایگو باشد نشانه‌ای از اختلال شخصیت شدید یا بدوی باشد، هنگام تعیین بهترین درمان هیچ دلیلی برای جداکردن «معتادان» از دیگر افراد وجود نداشت.

طی چند دهه بعد، سایرین سهم قابل‌توجهی در درک روان‌شناسی پشت رفتار اعتیادآور داشتند. ویدر و کاپلان (۱۹۶۹)، ورمسر (۱۹۷۴) و دیگران، استفاده از مواد مخدر را به‌مثابه جایگزینی برای ابژه توصیف کردند. کرنبرگ (۱۹۷۵) از رفتار اعتیادآور همچون پیوند مجدد با تمام تصاویر خوب خویشتن و ابژه نوشت. در این فرمول‌بندی‌ها ظرفیت نگهداری، استفاده و کنترل مواد به‌منزله جابه‌جایی برای دیگری‌های غیرقابل‌دسترس یا بی‌ثبات، به‌ویژه تصاویر اصلی اولیه دارای ویژگی‌های معنی‌داری است.

خانتزیان (۱۹۷۸) و خانتزیان و مک (۱۹۸۳) دریافتند که در روان‌شناسی برای توضیح اینکه چرا مصرف‌کنندگان مواد مکرراً در مراقبت خوب از خودشان شکست می‌خورند اشکالی وجود دارد. آن‌ها مفهوم «نقص در مراقبت از خود»^۱ را مطرح کردند که ناشی از شکست در درونی کردن گروهی از کارکردها است که شامل توانایی پیش‌بینی خطر و توجه کافی به خود است که منجر به محافظت از خودشان می‌شود. از آنجا که افراد معتاد معمولاً به واسطه رفتار اعتیادآور دائماً در مراقبت از خودشان شکست می‌خورند، چنین شکستی در مورد هر آسیب‌شناسی تا حدی صادق است. ماهیت نابهنجار تکرارشونده علائم نوروتیک و شخصیتی همان چیزی است که آن را از کارکرد سالم متمایز می‌کند، بنابراین ایده نقص در مراقبت از خود مختص اعتیاد نیست، اما ارزش آن ممکن است در کمک به درک این مسئله باشد که چرا برخی از افراد مبتلا به اعتیاد (یا هرگونه رفتار مخرب دیگری) بیش از دیگران در جست‌وجوی کمک هستند.

ورمرس (۱۹۸۴) بر اهمیت کارکرد سوپرایگوی اولیه در اعتیاد تأکید کرد. او استفاده از مواد مخدر را برای ایجاد هویتی عاری از سوپرایگوی مستبد باستانی توصیف کرد. این مفهوم برای افرادی که احساس می‌کنند هنگام غرق شدن در احساس گناه مجبور به بازگشت به رفتار اعتیادآور خود هستند، به‌خوبی متناسب است.

نقش قابل توجه خودشیفتگی شکنده در اعتیاد، کمک دیگری از سوی ورمرس (۱۹۷۴) بود که از «بحران خودشیفتگی»^۲ در سوءمصرف کنندگان مواد مخدر به نگرارش درآورد. او از فروپاشی یک خویشتن بزرگنمایی شده یا یک ابژه ایده‌آل شده که منجر به «جست‌وجوی اعتیادآور» شدید می‌شود، نیز نوشت. کوهات و ولف (۱۹۷۸) نیز به همین نحو به اعتیادها به‌صورت «اختلالات رفتاری خودشیفتگی»^۳ استناد کردند که درون چارچوب یک نقصان روان‌شناختی، مواد مخدر همچون بخشی از ساختار روان‌شناختی عمل می‌کند. مک دوگال (۱۹۸۴) استفاده از مواد مخدر و سایر رفتارهای اعتیادآور را به‌منزله راهی برای «پراکنده کردن» برانگیختگی هیجانی برای اجتناب از هجوم عواطف، به‌ویژه در افراد نابالغ‌تر، توصیف کرد.

هر یک از این نظریه‌های اولیه روان‌کاوی از این جهت ارزشمند هستند که هرکدام مبنایی منطقی را برای موارد خاصی از اعتیاد ارائه می‌دهند. با این حال این نظریه‌ها برای افراد مختلف صدق می‌کنند. برای برخی از افراد معتاد فشار سوپرایگوی باستانی^۴ نیاز فراوان به رهایی از احساس گناه را تشدید می‌کند. برای دیگران از دست‌دادن دادن یک شخص مهم یا فقدان مداوم ابژه‌های هیجانی موردنیاز منجر به جایگزینی با یک ابژه همیشه در دسترس و قابل کنترل می‌شود که پس از آن فرد به شکل اجباری

1. self-care deficit

2. narcissistic crisis

3. narcissistic behavior disorders

4. the archaic superego

آن را می‌جوید. به همان صورت، این فروپاشی یک خویشتن بزرگ‌نمایی شده است. در سایر موارد نیز، این یک هجوم عاطفی است که به‌خوبی با یکی از موارد قبلی توضیح داده نشده است.

نظریه جامع

در طول ۳۰ سال گذشته من راهی را برای درک اعتیاد پیشنهاد کرده‌ام که مبنایی اساسی را برای دیدگاه‌های پیشین فراهم می‌سازد (دادس، ۱۹۹۰، ۱۹۹۶، ۲۰۰۲، ۲۰۰۳، ۲۰۱۱). این نظریه سه بخش دارد که در ذیل آمده است:

۱. قبل از هر عمل اعتیادآوری یک احساس درماندگی یا ناتوانی وجود دارد. در بیان کلاسیک چنین حالت‌هایی را می‌توان «ترومای روانی»^۱ نامید؛ تحمیل حالت درماندگی بر ایگو زمانی که مغلوب یک سائق/عاطفه است که نمی‌تواند بدون اضطراب بیش از حد آن را مدیریت کند (فروید، ۱۹۲۶). رفتار اعتیادآور برای ترمیم این احساس درماندگی است. این عمل قادر به انجام این کار است، زیرا انجام یک عمل اعتیادآور (یا مهم‌تر از آن - حتی تصمیم به انجام آن) باعث ایجاد حس قدرت، بازیابی کنترل بر تجربه هیجانی و زندگی فرد می‌شود. این معکوس‌شدن درماندگی را می‌توان به‌صورت کارکرد روان‌شناختی یا هدف اعتیاد توصیف کرد.

اضافه کردن این نکته مهم است که افرادی که از اعتیاد رنج می‌برند، تجارب معمول درماندگی در زندگی را دقیقاً مانند هرکس دیگری تاب می‌آورند. این تنها زمانی است که معنای یک موقعیت باعث مغلوب شدن فرد در مقابل حس درماندگی می‌شود و در او انگیزه مصرانه برای تکرار رفتار اعتیادآور را تسریع می‌کند. برای اینکه این شرایط منجر به احساس مغلوب شدن در فرد شود معنا باید برای مسائل کلی روان‌شناختی او از اهمیت اساسی برخوردار باشد. این امر پیامد عمده‌ای برای درمان به همراه دارد، زیرا بدان معناست که کاوش در مسائلی که احساسات اعتیادآور را تسریع می‌کند ممکن است شاهرایی به مسائل حیاتی در کل دوره روان‌درمانی باشد. به همین ترتیب، کاوش در درمان روان‌کاوی یا روان‌پویشی امکان پیش‌بینی تمایلات اعتیادآور در آینده را با امکان تسلط بر رفتار فراهم می‌کند.

۲. حالت‌های درماندگی طاق‌فرسا، ذاتاً جراحات‌های خودشیفتگی هستند، زیرا برای خودشیفتگی سالم توانایی قدرتمند بودن شخص بر خود و وضعیت درونی‌اش برای تنظیم خلق‌وخو و احساس امنیت و اعتماد درونی (اسپرول، ۱۹۷۵) ضروری است. پیامد جراحات خودشیفتگی، تولید خشم خودشیفته‌وار است (کوهات، ۱۹۷۲). این خشم ناشی از درماندگی است که سائق قدرتمندی در پشت پرده اعتیاد است. درواقع همین ویژگی‌های خشم خودشیفته‌وار است که - به‌ویژه شدت

زیادی که بر قضاوت عادی غلبه می‌کند - به اعتیاد این بارزترین مشخصه را می‌دهد (بعداً به آن بازخواهم گشت).

۳. در اعتیادها هدف هیجانی و سائق همان‌طور که در بالا ذکر شد همیشه در یک عمل جایگزین (یک جابه‌جایی) بیان می‌شود. این عمل جایگزین شده است که ما آن را اعتیاد می‌نامیم. همان‌طور که قبلاً اشاره شد ما اعتیادها را بر اساس شکل این جابه‌جایی نام‌گذاری می‌کنیم: زمانی که احساس درماندگی طاق‌فرسا معکوس می‌شود به وسیله خشم خودشیفته‌واری که ایجاد کرده است به پیش می‌رود، با نوشیدن الکل جایگزین می‌شود و ما پیامد آن رفتار اجباری را الکلیسم می‌نامیم. راه دیگر برای بیان این است که بدون جابه‌جایی هیچ اعتیادی وجود ندارد. این مسئله پیامدهای درمانی مهمی دارد، زیرا زمانی که بیماران بتوانند جابه‌جایی خود را ابطال^۱ کنند و اقدام مستقیم‌تری برای معکوس کردن احساس کاملاً ناخوشایند خود انجام دهند، راهی برای جایگزینی رفتار اعتیادآور پیدا کرده‌اند. این امر منطقی است، زیرا رفتار اعتیادآور در آغاز جابه‌جایی برای عمل مستقیمی بود که از نظر روانی ممنوع یا بازداری^۲ شده بود. مثال‌های بالینی ذیل نشان‌دهنده این ایده‌ها است.

شرح مورد بالینی ۱

آقای س. مردی ۴۰ ساله تحت درمان روان‌کاوی بود. او به معنای معمول معتاد نبود، اما مشکلاتی که با سیگار کشیدن داشت به وضوح نشان‌دهنده مسائلی است که من سعی در برجسته‌سازی آن‌ها دارم. پدرش مردی خشن بود و مادرش منفعلانه با خشونت او نسبت به خودش سازگار شده بود. آقای س. مادرش را به یک «سبزی» تشبیه می‌کرد. آقای س. در کودکی برای فرار از «بزرگسالان دیوانه» مرتباً در مکانی مخفی در زیرزمین خانه پنهان می‌شد و در آنجا پناه می‌گرفت، جایی که در آنجا احساس امنیت و کنترل می‌کرد. در زمان شرح این مورد بالینی او به مدت دو سال تحت درمان روان‌کاوی بود. او قبلاً سیگار را ترک کرده بود و اکنون از ولع تازه‌اش نسبت به آن سخن می‌گفت. در طی روان‌کاوی او به‌تازگی احساس وابستگی فزاینده‌ای می‌کرد و از آنچه که او «تسلیم شدن» می‌پنداشت - به این فرایند یا به من - بسیار ناراحت بود. او در مورد ولع خود به سیگار می‌گفت: «می‌خواستم از شرش خلاص شوم. می‌خواستم کاری کنم... این کار توجه به اضطراب و ناخشنودی است حتی اگر مخرب باشد». از او پرسیدم با کشیدن سیگار می‌خواهد با این احساسات چه کار کند؟ او گفت: «شاید آن‌ها را تسکین دهد؛ درست نیست... یک میل قوی بود، من احساس ناامیدی می‌کردم». چند

1. undo

2. inhibited

جلسه بعد او به میل خود بازگشت و گفت: «این اجبار است به نظر می‌رسد یک رفتار مخالفت‌آمیز باشد، اما کاملاً جابه‌جا شده است... این یک نوع خاص احساس «لعنت به این دنیا» است... شاید این بازتاب اضطراب در مورد پروژه باشد [کار بزرگی که او در محل کارش آماده می‌کرد]. موعد آن دارد نزدیک می‌شود و هنوز کار آماده نیست... من واقعاً احساس می‌کنم کنترل را از دست داده‌ام». برای او توضیح دادم که منظور او این است که احساس می‌کند کلاً کنترلش را از دست داده و شاید سیگار راهی برای تحت کنترل درآوردن باشد. او گفت: «می‌دانم که این یک لذت است اما کافی نیست [برای توضیح میل شدیدش]». من با او موافقت کردم. آقای س در ادامه گفت: «خیال می‌کنم [با سیگار کشیدن] کنترل دنیای دیوانه را دوباره به دست می‌گیرم؛ این بهتر از پرتاب کردن ظرف‌هاست!» از اظهارات خودش متعجب شد پس از مکث کوتاهی افزود: «گمان می‌کنم سیگار کشیدن راهی برای بیرون ریختن خشم است».

دوباره با او موافق بودم و اشاره کردم که سیگار کشیدن برای او می‌تواند ناشی از خشم از کنترل نداشتن باشد، او این خشم و همچنین احساس خارج از کنترل بودن را با اقدامی نشان می‌دهد که انگار کنترل خود را دوباره در دست دارد. توضیح دادم که این مسئله ممکن است برای او گیج‌کننده به نظر برسد؛ چراکه به‌طور کلی از سرگیری کشیدن سیگار مطمئناً به معنای خارج شدن از کنترل است، اما اگر دقیق‌تر بنگریم معنایی معکوس دارد. آقای س چند دقیقه با صدای بلند به این موضوع فکر کرد سپس گفت: «اکنون به‌نوعی احساس راحتی زیادی می‌کنم». او با صحبت در خصوص تلاش‌هایش برای به کنترل درآوردن زندگی‌اش نه‌تنها از طریق سیگار بلکه از طریق الکل (او نسبتاً مشروب‌خوار بود) و غذا ادامه داد. آن موقع بود که توانستیم آرزویی را که او در آن هفته ابراز کرده بود که بتواند چندین قرار ملاقات در هفته آینده را تغییر دهد همچون تلاشی مشابه برای در دست گرفتن مجدد کنترل در روان‌کاوی را در نظر بگیریم جایی که به طرز وحشتناکی کنترلش را از دست داده بود.

این مرد نشان داد که تکانه او به سمت رفتار اعتیادآور «بیرون ریختن خشم» از احساس کنترل نداشتن او روی خود و مسائل ناشی می‌شد و هم‌زمان تلاشی جبرانی برای بازیابی تسلطش در فضایی بود که باعث تشدید وابستگی و اضطراب‌ها در مورد «احاطه‌شدن» می‌شد. افکار ابتدایی او در مورد ولعش به سیگار کشیدن مربوط به بخش واقعیت بیرونی یا به‌خاطر فشار سوپرایگو بود، مثلاً سیگار کشیدن عجب کار احمقانه‌ای است. همان‌طور که در رفتار اعتیادآور معمول است، این رویکرد نه به درک او کمک کرد و نه ولع او به سیگار را کاهش داد. با این حال تفسیر پویایی ناخودآگاه پشت این ولع آن را از بین برد و منجر به کاوش بیشتر در مورد احساس درماندگی و روش‌های غیرمستقیم او برای مدیریت آن‌ها شد. او در آن زمان سیگار کشیدن را از سر نگرفت.

شرح مورد بالینی ۲

آقای سی مردی ۵۲ ساله که اعتیاد مزمن او به الکل پیشرفت شغلی‌اش را به‌عنوان معمار به‌شدت به خطر انداخته بود، پس از یک دوره روان‌کاوی که ۲۰ سال پیش انجام‌شده بود، وارد روان‌درمانی شد. او سابقه اولیه حسادت شدید نسبت به برادر بزرگ‌ترش را شرح داد خلاصیت و پرخاشگری برادرش در تضاد با احساس او از خودش یعنی پسری خوب بود. نمونه‌ای از تجربه او داستانی بود که مادرش برای او نقل کرده بود. زمانی که در سه سالگی می‌ج او را در حال خودارضایی گرفته بود، به او گفته بود بس کن و او، برخلاف برادرش، سریعاً از این عمل دست کشیده بود. مشخصه دیگری از تجربیات دوران کودکی او این بود که بدون اینکه از خود دفاع کند به کودکان دیگر اجازه می‌داد انگشت‌هایش را به طرز دردناکی به عقب خم کنند. او در روان‌کاوی‌اش با یک روان‌کاو زن هرگز وسعت خشم و حس‌های سرزنشگرانه‌اش را نسبت به او آشکار نکرد. او گزارش داد زمانی که روان‌کاوش متوجه شد که او زیاد مشروب می‌خورد به او گفته است دیگر مشروب نخورد و او بلافاصله این کار را کرد، اما معنای انتقالی آن هرگز مورد توجه قرار نگرفت. پس از روان‌کاوی او نوشیدن را از سر گرفت. مشروب خوردن او به‌طور کلی مخفیانه بود. او سعی کرد آن را از همسرش مخفی کند، در ماشینش مشروب می‌خورد یا زمانی که همسرش نبود یا خواب بود، می‌نوشید. این تلاش‌ها در نهایت هرگز موفقیت‌آمیز نبود و همسرش از نوشیدن زیاد او کاملاً خبر داشت و این را همچون خشمی معطوف به او تجربه می‌کرد. (این مشخصه درک دقیق دیگران از عاطفه زیربنایی معتاد است هرچند بدون درک واقعی اساس آن است). پنهان‌کاری او در درمان فعلی نیز بیان شد که در این فرایند او دوباره در ابتدا احساسات سرزنشگرانه یا خشم خود را آشکار نکرد، اما بعداً معلوم شد که او فانتزی‌های نارزنده‌ساز در مورد توانایی حرفه‌ای و تمایلات جنسی من داشت. بازدارنده‌های او به طرق مختلفی منعکس شد. او در کودکی پس از دیدن کابوس‌های شبانه با مادرش می‌خوابید تا اینکه در ۱۲ سالگی به یاد می‌آورد که یکبار مادرش را زمانی که با لباس خواب در مقابل نور ایستاده برهنه در سایه‌روشن دیده بود. بعدها نگاه کردن در او بازدارنده شد. روان‌کاو با او در مورد عدم توجهش به لباس کش‌باف معمولی وی زمانی که در جلسه روان‌کاوی نشسته بود صحبت کرد. در درمان فعلی او متوجه کانایه تحلیلی در اتاق من نشد و هنگامی که به طور اتفاقی در کنسرت در چندقدمی من نشسته بود بازهم متوجه من نشد. بازدارنده پرخاشگری او همان‌طور که اجازه می‌داد دیگران انگشتانش را به عقب خم کنند خود را در زندگی بزرگسالی‌اش از طرق مختلف آشکار کرد بدین‌گونه که به یک کلاهبردار اجازه داد از او دزدی کند. زمانی که درمان را شروع نمود هنوز مشروب می‌خورد. به طرز قابل‌توجهی متوجه شد که