

# وینیکات و کوهات در باب بیناسوژه‌ای و اختلالات پیچیده

دیدگاه‌های جدید برای روانکاوی،

روان‌درمانی و روان‌پزشکی

نویسنده

کارلوس نمبروفسکی

ترجمه

زهرا هندوستان سوداگر

کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی

مریم السادات سعیدیان

دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی

حوریه السادات آلیاسین

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

مطهره اله ربی

کاندیدای دکتری تخصصی روانشناسی

فریده غلامی

دکتری تخصصی روانشناسی

فاطمه قنبری

دکتری تخصصی روانشناسی بالینی

ویراستار

زهرا هندوستان سوداگر



کتاب ارجمند

# فهرست مطالب

|     |   |
|-----|---|
| ۶   | ..... وینیکات و کوهات در باب بیناسوژه‌های و اختلالات پیچیده                           |
| ۷   | ..... پیشگفتار: کارلوس نمبروفسکی  |
| ۱۴  | ..... پیشگفتار: والتین بارنلیت  |
| ۱۹  | ..... مقدمه: متن شخصی من  |
| ۳۱  | ..... ۱ رشد روانی اولیه پس از فروید   |
| ۴۹  | ..... ۲ رشد روانی اولیه در کار وینیکات و کوهات  |
| ۵۹  | ..... ۳ شباهت‌ها و تفاوت‌های رویکرد وینیکات و کوهات                                   |
| ۷۴  | ..... ۴ سلامتی در دیدگاه وینیکات و کوهات نقص و تعارض                                  |
| ۸۸  | ..... ۵ تروما بعد از فروید  |
| ۹۷  | ..... ۶ اختلالات خودشیفته، بیماران مبتلا به بیماری شدید روان‌پریش‌ها و شخصیت‌های مرزی |
| ۱۰۷ | ..... ۷ ساختن - باز ساختن   |
| ۱۲۱ | ..... ۸ محیط درمان و تفسیر  |
| ۱۳۷ | ..... ۹ روان‌کاوی ارتباطی و بیناسوژه‌ای   |
| ۱۴۶ | ..... ۱۰ روان‌پزشکی پس از وینیکات   |
| ۱۵۷ | ..... فهرست منابع   |
| ۱۶۷ | ..... ضمیمه ۱: آثار مهم وینیکات   |
| ۱۶۸ | ..... ضمیمه ۲: آثار مرتبط کوهات و مطالعه بیشتر در مورد ایده‌های کوهات                 |
| ۱۷۰ | ..... واژه‌نامه انگلیسی به فارسی  |
| ۱۷۳ | ..... واژه‌نامه فارسی به انگلیسی  |
| ۱۷۶ | ..... کتاب و مقاله  |

# مقدمه

## متن شخصی من

نویسندگان با دیدگاه‌های مختلف در مورد عملکرد بالینی روانکاوی مجموعه‌ای از فرضیه‌ها را در مورد رشد روان تدوین کرده‌اند. هر نویسنده و هر مکتبی مدل (دیدگاه) خود را برای درک و توضیح پدیده‌های اولیه زندگی روانی که بر سازمان ذهنی بزرگ‌سالی تأثیر می‌گذارد، پیش می‌برند. نظریه‌های روانکاوی اصلی - همان‌هایی که با استفاده از نظریات نمونه‌ای اصلی، شیوه‌های جدیدی را برای درک، ارائه می‌دهند - عناصر خاصی را در اولویت قرار داده که نقش اساسی در ساخت روان دارند.

در سراسر این کتاب، سعی کرده‌ام ابزارهایی را برای درک شکل‌گیری ساختار روانی بزرگ‌سال از دیدگاه چندین نویسنده که بیش از دو دهه با آن‌ها در گفت‌وگو بوده‌ام، ایجاد کنم. این دیدگاه‌ها با داستان شخصی و حرفه‌ای من در هم بافته شده‌اند. وینیکات، هم‌صحبت مورد علاقه‌ام در چند سال گذشته بوده که وی را الگویی برای تفکر روانکاوی عمیق و مستقل می‌دانم. او همیشه بر عقل سلیم تکیه می‌کرد و زبانی را برمی‌گزید که مشارکت‌های خود را برای مخاطبان عامی که به موضوعات مورد بحث او علاقه‌مند بودند، در دسترس قرار دهد.

یکی دیگر از نویسندگانی که بخشی از کتاب‌شناسی من بارها با او مورد مشورت قرار گرفته، هاینز کوهات است که الگوهای او روانکاوی آمریکای شمالی را فرمول‌بندی مجدد کرده است. اثر اصلی او «ترمیم خود» (۱۹۷۷) است، جایی که او توصیف اصلی از زمان و مکانی که روانکاوی ایجاد شد را ارائه می‌دهد - وین در اواخر قرن نوزدهم. او در مورد ارزش‌های اجتماعی که در آن زمان غالب بودند، بحث می‌کند؛ و همچنین تصور خود را از خود به‌عنوان فروگیرندگی یک روان‌اپی ژنتیکی که از روابط بین افراد و محیط اطراف آن‌ها نشئت می‌گیرد، مورد بحث قرار می‌دهد. در اینجا است که خروج کوهات از نظریه کلاسیک فرویدی در مورد غریزه و دفاع (نظریه تعارض) به‌وضوح شکل می‌گیرد. تمرکز انگیزشی، دیگر بر غریزه جنسی نیست، بلکه بیشتر به‌عنوان نیروی محرکه اصلی روان انسان به شمار می‌آید. این دیدگاه خط تحقیقات خود را درون رشته علمی ما شکل داده و در حال حاضر به‌عنوان روانشناسی خود تعریف می‌شود.

در سال ۱۹۸۱، مجله *بین‌المللی روانکاوی*، مقاله پس از مرگ کوهات «درون‌نگری، همدلی و نیم‌دایره سلامت روان» را منتشر کرد. کوهات در برابر افسانه ادیپ (که زیربنای نظریه فروید در مورد

تعارض است)، افسانه اودیسه را بر اساس یک خودشیفتگی جیرانی که منجر به حفظ و مراقبت از کودکان و همکاری بین نسلی (و نه لزوماً رقابت ادیب) می‌شود را مطرح می‌کند. از این منظر، مرگ لائوس (پدر رقیب) در دستان ادیپوس و همچنین جفت شدن ادیپوس با مادرش و گناه بعدازآن و نابینایی او، نتیجه ترک زود هنگام - رنج یک خود نابالغ است که قادر به کنترل غرایزش نیست.

کوهات در توافق با وینیکات، محیط‌زیست انسان و تعامل آن با نوزادی که نیاز شدیدی به ابژه‌های اولیه خود دارد را در اولویت قرار می‌دهد تا مراقبانش روان او را رشد دهند (همان‌طور که بالینت می‌گوید، به همان اندازه به ابژه‌های خود نیاز دارد که به هوا برای تنفس و زنده ماندن نیاز دارد). برای این نویسندگان، نیازهای خودشیفته مخلوق انسان، هم از نظر منطقی و هم از نظر ترتیب زمانی، بر سازمان‌دهی میل مقدم است. آن‌ها ویژگی‌هایی را از ابژه برجسته می‌کنند که به او اجازه می‌دهند نیازهای مقدماتی کودک را برآورده کند. در نتیجه، همان‌طور که بعداً خواهیم دید، مفهوم فرویدی از خودشیفتگی به‌طور قابل‌توجهی دگرگون می‌شود. کوهات (۱۹۷۷) با تعصبی مبارزه کرد که خودشیفتگی را ابتدایی و روابط ابژه را تکامل‌یافته‌تر می‌دانست؛ تعصبی که دلالت بر این داشت که درمان بستگی به تبدیل خودشیفتگی به زیست‌مایه‌ای برای رسیدن به بلوغ دارد. در عوض، او دو خط رشد مستقل و به همان اندازه مهم را مطرح کرد، یعنی رشد خودشیفتگی از یک‌سو و رشد غرایز و ابژه‌ها از سوی دیگر.

من همچنین به بالینت، خصوصاً، به مفهوم فقدان اساسی او و همچنین به نظرات بالبی در مورد دل‌بستگی و پیشرفت‌های بالینی مک دوگال که بعداً در مورد آن‌ها صحبت خواهم کرد، تکیه می‌کنم. با تکامل حرفه‌ای در متون مختلف، نظریات این نویسندگان گرامی را پذیرفتم. وقتی آموزش به‌عنوان یک روان‌پزشک را شروع کردم، کتاب‌های هنری‌ای همیشه وجود داشت و مقالات گلن گابارد بعداً اضافه شد. وقتی تحلیلگر شدم، از مفاهیمی که در محیط روانکاوانه آرژانتینی فوق‌العاده خلاق توسعه یافت، به‌عنوان منبع استفاده کردم. من روانکاوی را از دیدگاه موضعی تحت تأثیر پیچون ریویر، بلگر، ام و دابلیو بارانگر، لیبرمان، اچگوین و جیویا آموختم. بر اساس این ترکیب نظریه‌ها، سعی کردم کتابی بنویسم که برای تمرین بالینی روانکاوان، روان‌درمانگران و روان‌پزشکان، به‌ویژه کسانی که با بیماران مبتلا به اختلال شدید کار می‌کنند مفید باشد.

امروزه روان‌درمانی و روان‌پزشکی به همراه روانکاوی ابزارهای روزانه من هستند. با آن‌ها سعی می‌کنم هم به کارم، هم به شیوه‌ای که در دنیا هستم، معنا دهم. من با تکیه بر مفاهیم روانکاوی، کار روان‌پزشکی را انجام می‌دهم. این عمل نه‌تنها با نوشته‌های نویسندگانی که در بالا ذکر کردم غنی شده، بلکه بیش از هر چیز، با مفاهیمی که توسط دیدگاه‌های مختلف بیناسوره‌ای، از فرنزی به بعد ایجاد شده، غنی شده است. این نظریات راهی برای ایجاد وضعیت بالینی، به‌ویژه در بیماران شدید را

ارائه می‌دهند. تجربه، من را به این فکر انداخته که بیماری شدید - و من در مورد تشخیص صحبت نمی‌کنم - همیشه پیچیده است (اختلالات به طرق مختلف ظاهر می‌شوند: در بدن، محل کار، در خانواده)؛ بنابراین، ما باید آن را از چشم‌اندازهای مختلف، اعم از روانکاو و غیر روانکاو، مورد بررسی قرار دهیم.

در مورد روان‌پزشکی، عنوان فرعی این کتاب احتمالاً از مقاله به‌یادماندنی وینیکات (۱۹۵۹)، «طبقه‌بندی: آیا مشارکت روانکاو در طبقه‌بندی روان‌پزشکی وجود دارد؟» در آنجا، وینیکات روان‌پزشکی/ روانکاو مناظره‌ای را به تصویر می‌کشد که حرفه خود او را نشان می‌دهد. سفر حرفه‌ای تمام کسانی که به‌عنوان پزشکان رزیدنت آموزش دیده‌اند نیز با مراقبت از بیماران در بیمارستان آغاز شد و ما به‌آرامی دانش روانکاو<sup>۱</sup> را کسب کردیم. در بیمارستان آراووز آفارو به نقطه‌نظر مشترکی رسیدیم که هم‌اکنون در شیوه تفکر ما یکپارچه شده و احتمالاً هرگز حضور خود را متوقف نخواهد کرد.

من روان‌پزشک شدم و به تدریج یک آموزش روانکاوانه جامع را فراگرفتم. این بدان معنا نیست که درون من دو بعد جداگانه شکل گرفت یا اینکه کار بالینی من از طریق یک انتخاب قیاسی خام بین دو رشته علمی انجام شده است - این یک بیمار مربوط به روان‌پزشکی است، این یک بیمار روانکاو است. من هرگز نتوانستم فعالیت‌هایم را در کار بالینی جدا کنم. من خود را به‌عنوان یک روانکاو می‌شناسم که به پزشک و روان‌پزشک بودن اعتنایی ندارد. من هرگز به این فکر نمی‌کنم که با استفاده از یک رویکرد خاص و کنار گذاشتن دیگران، به بیماران کمک کنم؛ من هر کاری که بتوانم برای آنها انجام می‌دهم. پس‌از آن، هنگامی که در مورد کارم با همکارانم صحبت می‌کنم، آنها به این نکته اشاره می‌کنند که من یک دیدگاه خاص را به‌عنوان ابزار در یک مداخله خاص<sup>۲</sup> انتخاب کردم.

گاهی اوقات نیاز دارم تا برای تسکین رنج علامتی بیماران و در نتیجه ایجاد شرایط بهتر، برای درمان دارو تجویز کنم. به این ترتیب، می‌توانم یک زوج‌درمانی با بیمار تشکیل دهم که یک مدل ارتباطی جدید را معرفی کند. برای این منظور، من باید انواع فرضیه‌های روانکاو را بر اساس آموزش خود بسازم، زیرا این شیوه من برای پرسیدن سؤالات و همچنین پرسیدن از خودم به‌عنوان یک روانکاو است. شاید من با دو کمبود شروع کنم. من نمی‌توانم یک روان‌پزشک خالص و ساده باشم (اگر ما، روان‌پزشکان را متخصصان طبقه‌بندی آسیب‌های روانی بدانیم)، همان‌طور که نمی‌توانم خودم را در انتهای دیگر طیف بینم، یعنی به‌عنوان یک روانکاو، بدون تجربه بیمارستان که هرگز یک بیمار روان‌پزشک ندیده و یا در جامعه کارنکرده است؛ بنابراین، عمل من لزوماً مسیری را طی می‌کند که با همانندسازی من با معلمان قبلی و فعلی غنی و محدود شده است.

یکی دیگر از جنبه‌های برتر حرفه‌ای من که باید در اینجا به آن اشاره کنم، ناتوانی من در تصور عملی است که مبتنی بر آرایه آشکار نباشد (گینزبورگ، ۱۹۹۲) که بعداً در مورد آن صحبت می‌کنم.

نظرات و شیوه کار حرفه‌ای‌مان ناشی از سوابق خانوادگی و شخصی ما، پیشرفت حرفه‌ای ما، محیط اجتماعی - تاریخی ما و معلمان ما و عملکرد بالینی آن‌ها است. ما محکوم به تغییر تاریخ هستیم. «سومین سری تکمیلی» مان، کار ما خواهد بود که به‌ضرورت، چارچوب نظری ما را شامل می‌شود؛ اما اگر با خودمان صادق باشیم و اگر زنده بمانیم و به‌اندازه کافی جسور باشیم، راه‌های جدیدی را کشف خواهیم کرد.

زمینه کلی که ما در آن غوطه‌ور شده‌ایم بر درک ما از دنیای حرفه‌ای ما تأثیر می‌گذارد و نظریه‌های شخصی که توسعه می‌دهیم باید برده‌های ما شوند، نه اربابان ما، به نقل از گانت‌ریپ (۱۹۷۱). درحالی‌که قصد من این است که این کتاب را نه یک مقاله، بلکه یک متن راهنما قرار دهم، اما من با بیان نظرات (شاید بیش از حد شخصی) خود خرسندم که آن‌ها نظرات بسیاری از همکارانی را که دارای این دیدگاه هستند، بیان می‌کنند. هدف من انتقال (به شیوه‌ای تا حدود منظم) ایده‌هایی است که در دوره‌ها و درس گروهی‌هایی که تدریس می‌کنم آن‌ها را مورد بحث قرار می‌دهم. این نظریات منعکس‌کننده مسیری است که طی کرده‌ام و با آن‌ها می‌خواهم به کسانی که سفر حرفه‌ای خود را شروع می‌کنند یا قبلاً شروع کرده‌اند کمک کنم.

من چندین دهه پس از فارغ‌التحصیلی از دانشکده پزشکی دانشگاه بوئنوس آیرس و شروع آموزش به‌عنوان متخصص روان‌پزشکی در بیمارستان عمومی با پیچیدگی بالا، این تفکرات را جستجو کردم. رزیدنت‌ها در آنجا سعی کردند از منابع مختلفی که در اختیار داریم استفاده کنند: روان‌درمانی فردی، گروهی و خانوادگی؛ جلسات دسته‌جمعی با بیماران در «مجموعه»، همان‌طور که ما آن‌ها را کاردرمانی؛ کارگاه‌های آموزشی؛ و غیره نامیده‌ایم. این سال‌ها اولین سال‌های فعالیت روان‌پزشکی و روان‌درمانی ما بود. ما برای رسیدن به هدفمان، بهبود سلامت روانی بیماران، درگیر بحث‌های بی‌پایان شدیم، اگرچه برخی از ما در حال شروع به «درمان خالص روان‌کاوی» بودیم (یکی از همکاران مکتل لکان ابتدایی ما را به روان‌پزشک بودن متهم کرد!) هنگامی که کودتای نظامی در سال ۱۹۷۶ اتفاق افتاد، زخمی باز تحمیل شد - بخش روان‌پزشکی ما به تدریج منحل شد و رویکرد مراقبت‌های بهداشتی جامعه که هدف اصلی ما بود، محو شد. این گروه، غنا و ناهمگنی خود و همچنین ارتباطش با جامعه را از دست داد.

بیناسوژه‌ای گرایان به‌درستی استدلال می‌کنند که ما نمی‌توانیم زمینه‌ای را که نویسندگان، فرضیه‌های خود را در آن تدوین می‌کنند نادیده بگیریم. دانستن زمینه و اطلاعات سرگذشت آن‌ها موجب ایجاد همدلی با این نویسندگان می‌شود. همه‌چیز سرانجام در داستان‌هایی که می‌گوییم وجود دارد. همان‌طور که بورهس (۱۹۷۷، ص ۲۱) می‌گوید: «داستان من با واقعیت یا دره‌رحال، با خاطره شخصی من از واقعیات که به یک اندازه است، درست خواهد بود». من کمی از تاریخ خود، از

خواستگام را برای شما می‌گویم. من نیز مانند هرکس دیگری منشأ و افسانه‌های گوناگونی در مورد آن‌ها دارم. این داستان‌ها گاهی اوقات با وجود خودم، وقتی از زمینه‌های مختلف و لحظات حیاتی مورد مشاهده قرار می‌گیرند، مرا تغییر می‌دهند. تجربیات ما که به خوبی می‌دانم، با کلمه جمع نمی‌شوند، چشم‌اندازهای جدیدی را به وجود می‌آورند و شیوه‌های بی‌سابقه‌ای برای دیدن ما ایجاد کرده که ما را مجبور می‌کنند تا ساخت‌هایمان را پیچیده‌تر کنیم. همچنین تاریخ‌سازی شامل ابهام‌زدایی و غیرطبیعی سازی باور ما می‌شود که رویدادها در یک خط مستقیم اطمینان‌بخش مانند فلات، رخ می‌دهد. همان‌طور که خوزه بلگر در بیمارستان آریوز آلفارو به رزیدنت‌های روان‌پزشکی آموزش می‌داد، هیچ "تاریخ طبیعی" وجود ندارد.

محصول فعلی، شخصی که هستم و شخصی که در خود می‌شناسم، ترکیبی از سه دیدگاه جدانشدنی است، یعنی روساریو، لانوس و بوینس آیرس. من به‌طور حرفه‌ای در لانوس، در بیمارستان آریوز آلفارو، متولد شدم، اما در بوینس آیرس، در انجمن روانکاو بوینس آیرس بزرگ شدم. لقاح در روساریو یا به‌طور دقیق در چند کیلومتری آنجا، در پرز، شهر کوچکی رخ داد که پدرم خانه‌ای را برای تعطیلات آخر هفته در منطقه معتدل در «محل‌ای» ساخته بود که پنج خواهر و برادر و همسرانشان نیز در آنجا خانه‌هایشان را ساخته بودند. ما سه یا چهار ماه در سال را در آنجا، با خواهر و برادر، عموها و عموزاده‌ها که بیش از ۳۰ نفر بودیم، می‌گذراندیم. این محیط که نه تنها زمینه‌ای برای عشق‌ها، احساسات و رقابت‌ها، بلکه برای خواسته‌ها نیز بود، بقا را به من آموخت و باید آنجا می‌بود، در آن «زمین پرورش‌دهنده»، جایی که فراخوان روانکاو من پدیدار شد. بعداً، تعبیر خواب، جوک و... و اولین تاریخچه‌های پزشکی من اتفاق افتاد. در سن ۱۴ سالگی، این مطالعات با هنر عشق‌ورزی، سندوکان، قلب، یانکی گوش کن: انقلاب در کوبا و عهد قدیم درهم آمیخته شد.

در زمینه حرفه‌ای، مهم‌ترین منشأ من «آل لانوس» بود، بیمارستان آریوز آلفارو (بیمارستان ایتالی امروز)، یک محفظه ذوب نظریات و مدل‌های درمانی که تا امروزه هنوز در من زنده‌اند و خودش را در حافظه من به‌عنوان یک راهنمای احتمالاً ایده آل و امیدوار تا یک شهر آرمانی بازسازی می‌کند. رهبری‌های بسیار متفاوت مائوریسیو گلدنبرگ ۳ و (مخصوصاً برای من) از والتین بارنبلیت زمینه تسهیل‌کننده‌ای را ایجاد کرد که به‌عنوان یک چارچوب به ما اجازه داد تا شیوه‌های روان‌درمانی منحصربه‌فردی را توسعه دهیم که انواع و اقسام جوانب علت‌شناسی آسیب‌ها را به‌صورت مجموعه‌های مکمل، خلاصه و یکپارچه می‌کند. با توجه به شرایط پیچیده بیمارانی که در بخش روان‌پزشکی دیدیم، محال است که جنبه‌های متعدد درگیر در آسیب روانی را در نظر نگیریم. مشاوره‌ها همیشه شامل تمامی اجزای تشکیل‌دهنده عوامل مختلف ایجادکننده بیماری بودند که باعث می‌شد ما به‌طور خلاصه آن‌ها را بیولوژیکی، روانی و اجتماعی تعریف کنیم.

این نوع نگاه به بیماری روانی، با در نظر گرفتن پیچیدگی علتی آن، منجر به مشاجرات بی‌پایان بین

رزیدنت‌ها در مورد اینکه کدام آسیب یا جنبه هر آسیب، مربوط به هر یک از این سه حوزه است، شد. چگونه می‌توانستیم از کاهش علت شناسی به آنچه به‌عنوان یک عامل واحد به نظر می‌رسید جلوگیری کنیم؟ اگر بیماری علل اجتماعی داشته باشد، ما به‌عنوان روان‌درمانگر چه نقشی می‌توانیم داشته باشیم یا باید داشته باشیم؟ اگر با آسیب‌هایی که منشأ اجتماعی مشخصی دارند با حمایت از بیماران با روان‌درمانی و دارو مقابله کنیم، آیا مانع از مقابله آن‌ها با مشکلی که منشأ بیماری بوده است، نمی‌شویم؟ اگر ما برای ثبات تلاش می‌کردیم، آیا نباید همه عواملی که در آسیب نقش داشته‌اند را به کار بگیریم و با صرف زمان بیشتر به اقدامات اجتماعی و کمتر به روان‌درمانی، دامنه مداخله خود را گسترش دهیم؟ اگر در حین انجام روان‌درمانی، به‌جای تمرکز بر فرد، خودمان را سرگرم جوانب اجتماعی یک بیماری بکنیم، یا اگر بیمارستان را به‌عنوان یک پناهگاه واهی از آنچه در بیرون از آن اتفاق می‌افتد، در نظر بگیریم، آیا به معنای افتادن در دام کورکننده نیست؟

چندین نسل از نمایندگان در هیاهوی این استدلال‌ها ساخته شدند و ما به تدریج دریافتیم که بیمارانمان مجموعه‌ای از علائم را نشان می‌دادند که نمی‌توان به‌راحتی آن‌ها را مشخص کرد. تنها با تحمیل طبقه‌بندی می‌توان ادعا کرد که هیچ ترکیب علت شناسی جدانشدنی وجود ندارد. این تجربیات احتمالاً بیشترین تأثیر را بر من داشتند. در طول دوره رزیدنتی پزشکی، با بلگر، پیچون ریویر، لیبرمن، زاک و آر پاز در تماس بودم و همچنین در طول این مدت، از مشورت روزانه با همکاران ارشد، متخصصان مانند رایکان، فیورینی، فرناندز موژان، بلایشمار، اسلاتسکی، بوکاهی، کوتن و سیکولر که به کار و سؤال‌انشان متعهد بودند، لذت بردم.

در مرحله بعدی کارم، در مرکز اعتیاد به مشروب بیمارستان (همراه با فرالی و ورونو)، با آسیب بدتری روبرو شدم. چند سال بعد، پس از ناپدید شدن همکار عزیزمان مارتا برنا و کنترل دولت بر این بخش در سال ۱۹۷۷/۱۹۷۶، همه ما به دلیل دیکتاتوری نسل‌کشی از یکدیگر دور شدیم. با رفتن معلم و الگوی من، والتین بارنبلیت، به بارسلونا، مجبور شدم به دنبال موسسه‌ای باشم که بتواند مرا در حرفه‌ام هدایت کند. شاید به خاطر شخصیتم، یا چون که نیاز داشتم تا یک توجیه سیاسی برای آن پیدا کنم، نتوانستم یک تجربه یادگیری فردی را انتخاب کنم؛ بنابراین من به دنبال جمع انجمن روانکاوی بویوس آیرس بودم. سخنرانی در مورد اعتیاد به الکل توسط هوراسیو اچگوین مرا تشویق کرد که به انجمن بپیوندم. وقتی صحبت او تمام شد، من سؤالاتی را در مورد بیماران الکلی خود مطرح کردم و سعی کردم از تجربیات گسترده هوراسیو در این مورد و روش بسیار قابل‌دسترس و قانع‌کننده او برای ترکیب واژگان روان‌پزشکی با مفاهیم روانکاوانه استفاده کنم.

با صبر و حوصله در برابر هجوم سؤالات، سخاوتمندانه از من دعوت کرد تا به‌صورت رایگان با او نظارت کنم و برای دیدار با من وقت صرف کرد. رفتار این معلم نمونه، حامی و سخاوتمند که در حال



مطالعه آسیمی بود که به دلیل شیوع آن در جمعیت حاشیه‌نشین آرژانتین نادیده گرفته می‌شد، مرا مملو از سپاسگزاری کرد. بر اساس تجربه‌ام در مورد اچ‌گوین، من اعتماد خود را به گروه آتینو انجمن روانکاو آرژانتین که پیش از انجمن روانکاو بوینوس آیرس بود، تغییر دادم و یک تحلیلگر آموزشی درخواست کردم. هوراسیو روبرتو پولیتو را پیشنهاد کرد که تحلیلگر من شد و تجربه بی‌ظنری را در اختیار من گذاشت.

من بخشی از گروه دوم داوطلبان در مؤسسه روانکاو انجمن روانکاو بوینوس آیرس بودم. دوره‌ها و سرپرستی‌ها کار خود را کردند. در اواخر سال چهارم کلاس‌هایم، شروع به گذراندن دوره‌ای کردم که به آن تغییر جهت می‌گویم. آموزش من اصولاً فرویدی و کلاینی بود. هنگامی که در یکی از کلاس‌های خود یک نمونه بالینی ارائه کردم، استادم، یک پزشک عالی، از من در مورد چارچوب مرجع سؤال کرد. من پاسخ دادم که نمی‌توانم آن را تعریف کنم. من فقط فکر می‌کردم باید همان‌طور که رفتار می‌کردم عمل کنم، اما اصلاً نظریه را در نظر نگرفتم - حتی نمی‌دانستم کدام نویسندگان می‌توانند تصمیم من را توجیه کنند. پاسخ من معلم را بسیار دلگیر کرد، او توصیه کرد که به مطالعاتم برگردم و به جای اینکه «مانند یک دورگه» عمل کنم یک چارچوب مرجع مشخص را انتخاب کنم.

من سعی کردم از توصیه‌های او پیروی کنم، اما متوجه شدم که مطالعاتم در مؤسسه به‌عنوان یک رزیدنت و شخصیت‌های همانندسازی من (در میان آن‌ها، بارنلیت، بلایشمار و دیگر شخصیت‌های ایده آل از مراحل اولیه شغلم مانند ریکان، فیورینی و اسلاتسکی) چنان چشم‌انداز پیچیده‌ای ایجاد کردند که من نمی‌توانستم خودم را در یک «چارچوب واضح مرجع» منعکس کنم. از آن به بعد، شروع کردم به پذیرش (درحالی که مطمئن بودم استادم متوجه نمی‌شد) که «روش» من این ترکیب است (که به‌دراز التقاطی بودن، با مطالعه و کسب تجربه بیشتر به تدریج تغییر کرد). چنین ترکیبی از دیدگاه‌ها، توانایی من را در درک و احتمالاً کمک به بیمارانم بسیار افزایش داده است.

در آن زمان، پس از آنکه در فریود غوطه‌ور شدیم، نظریه‌های کلاینی و پس از کلاین را به‌طور فشرده و عمیق مطالعه کردیم. نویسندگان دیگر فقط در چند دوره مورد بحث قرار گرفتند. من «پدربزرگ و مادربزرگ» و «والدین» روانکاو دارم که بعداً آن‌ها را انتخاب می‌کنم: بالینت، وینیکات، کوهات، فرنزی، فیبرن و ماهلر، در بین خارجی‌ان و در بین نویسندگان خودمان، پولیتو، لیبرمن، بلگر، جیویا، پانسیرا، لانسِل و والروس به نمونه‌هایی تبدیل شده‌اند که ایده‌های جدید را تجسم می‌بخشند. باین وجود، همان‌طور که معمولاً در مورد بچه‌های امروزی اتفاق می‌افتد، من احتمالاً بیشتر شبیه هم‌تایان خودم («خواهر و برادر»)، هستم تا پدر و مادرم شباهت دارم - آن دسته از خواهر و برادرانی که هم سن و سالان تربیتی من هستند، دوستانم و آن‌هایی که در نوشتن، تحقیق و آموزش ماجراها همراه من بوده‌اند. من می‌خواهم برخی از آن‌ها را نام ببرم: اسپواکو، آلبا، زونیس، آگیولار، بریشت، سیگر، فرالی، موگیلانسی، پولوچی، آبلو، لیبرمن، فرناندز دپتریس، روهاس هرز و میلچبرگ؛ و من

مطمئناً سعی می‌کنم شبیه کسانی باشم که امروز با اشتیاق خواندم: میچل، گرین، ه. بلاشمار، استولورو، مک دوگال، کیلینگمو، رنیک، بولاس، بنیامین، آرون، پیتزر، اسلوچاور، بورگوگنو و آرنج.

تغییر جهت به سمت نویسندگانی که به‌عنوان مرجع فعلی من تبدیل شده‌اند، ناشی از درمان یک بیمار مرزی بزرگ‌سال بود که با علائم مختلفی محاصره شده بود، هرکدام به شدت دیگری: اضطراب، انواع مختلف خودبیمارانگاری، تبدیل‌ها، تیک‌ها، تشریفات علاوه بر این، او هرازگاهی با غش، خشم و انواع دیگر تشنج‌ها سروکار داشت که طی آن سرخود را به دیوار می‌کوبید یا با بریدن یا گاز گرفتن خودش به خودش حمله می‌کرد. شریک زندگی او مردی اسکیزوئید بود که گزارش می‌داد با او احساس سردرگمی و مضمحل شدن می‌کند و به‌عنوان راهی برای نجات (که او آن را این‌طور نامید) و «نجات پوست خود»، در ایالت‌ها کار پیدا کرده بود. او روزها در سفر بود و بیمار را تنها می‌گذاشت.

گاهی اوقات آرام بود و در آن زمان بود که می‌توانست مسائل را عمیقاً بررسی کرده و خود را متعهد به درمانش کند. با این حال، هنگامی که او دچار فروپاشی شد، او کاملاً تغییر رنگ داد و باعث واکنش زنجیره‌ای شد. در اولین ملاقات‌هایش در دفتر من، او از کاناپه به حمام خیز برمی‌داشت و سپس سرش را به دیوار می‌کوبید یا در را به هم می‌کوبید تا عصبانیت خود را نسبت من نشان دهد، یا با تمسخر من را تقلید می‌کرد. مجبور شدم دفتر کارم را عوض کنم تا آسیبی نبیند و او را از باز کردن درهای منتهی به مکان‌های خصوصی یا بیرون آوردن اشیایی که تهدید می‌کرد به طرف من پرتاب می‌کند، منع کنم. هر چه تلاش کردم، نتوانستم روند بیماری او را بر اساس چارچوب نظری که در آن زمان ایجاد کرده بودم درک کنم.

پس از دو سال درمان به شیوه‌ای که در آن زمان معمول بود (روی کاناپه، هنگامی که او توانست روی آن بخوابد و چهار جلسه در هفته در بیش از ده ماه از سال)، او شب‌ها در خانه و گاهی اوقات در ساعات اولیه صبح با من تماس می‌گرفت تا صدای مرا بشنود. او به من می‌گفت: «من می‌خواهم صحبت شما را بشنوم، فقط همین». هنگامی که من برخی کلمات را، هر چه می‌توانستم بگویم، به زبان آورده بودم او آرام می‌شد و می‌توانست (که من آن را این‌طور دیدم) زمانی را که باید تا جلسه بعدی سپری شود، تحمل کند. من تعجب کردم که من تماس‌های او را به‌عنوان تهاجم خشونت‌آمیز (به‌نحوی که سرپرستم آن‌ها را درک می‌کرد) درک نمی‌کردم. من همیشه احساس می‌کردم که تلاش او برای برقراری ارتباط به نیاز او برای حفظ ارتباط با من پاسخ می‌دهد که زمان آن را حل کرد. او نیاز به تماس مجدد داشت، حتی اگر از طریق تلفن می‌بود.

تفسیرهای متعاقب مسیر پیشنهادی سرپرستم (که به دخالت وی در زندگی خصوصی من یا حمله به رابطه عشقی که تصور می‌کرد من داشتم، اشاره می‌کرد) در من ریشه نداد. من آن‌ها را بیگانه می‌دیدم و بنابراین، خود را شنیدم که آن‌ها را به شیوه‌ای بیان می‌کرد که متقاعدکننده نبودند. من