رویش روان شناسی، سال۹ ، شماره ۱۰، شماره پیاپی ۵۵، دی ۱۳۹۹
Rooyesh-e-Ravanshenasi,9(10), 2021

مروری بر مفهوم "عقده مادر مرده" آندره گرین و بررسی تاثیرات آن بر تنظیم هیجان

A review of Andre Green's concept of the "dead mother complex" and its effects on emotion regulation

دکتر الهام موسویان
دکترای روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

Dr. Elham Moosavian
Ph.D of clinical psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.
elham_moosavian@yahoo.com

چکیده

یکی از مهم‌ترین خدمات اندره گرین به روانکاوی، ابداع مفهوم عقده مادر مرده است. عقده‌ی مادر مرده پیکربندی روانی خاصی است که حول تصویر مادری افسرده است که از نظر هیجانی در دسترس کودک قرار ندارد و به عبارتی، مُرده است. به نظر گرین، تعامل با چنین مادری باعث ایجاد نوعی خلاء ساختاری درونی می‌شود. در همین راستا هدف از پژوهش حاضر بررسی خاستگاه این خلاء روانی در ساختار روانی، تاثیر این آسیب شناسی بر تنظیم هیجان در این افراد و در نهایت دلالت‌های درمانی آن بود. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که بروز این اختلال در رابطه‌ی اولیه‌ی مادر با کودک، باعث ناتوانی نسبی فرد در تنظیم عواطف می‌شود. اختلال در تنظیم عاطفه منجر به واهمه فرد از تجربه‌ی احساسات شدید می‌شود، چرا که باور دارد عواطف به‌صورت ذاتی و درونی قابل‌کنترل نیستند و در نتیجه خود زیر بار این عواطف لِه و در آن‌ها غرق می‌شود. از آنجاییکه پژوهش‌ها بر انعطاف‌پذیری سبک‌های دلبستگی در طول عمر دلالت دارند و سبک دلبستگی ایمن می‌تواند در مراحل بعدی زندگی و در نتیجه‌ی تجربه‌های اصلاحی با یک نماد دلبستگی دیگر ایجاد شود بنابراین می توان استدلال کرد که درمان های مبتنی بر شفقت خود می تواند پناهگاه امن درونی‌ای فراهم آورد، که افراد با این خلاء روانی می‌توانند در مواقع آشفتگی به آن پناه ببرند و ترمیم شوند.

واژه‌های کلیدی: عقده مادر مرده، تنظیم هیجان، خلاءروانی.

Abstract

One of Andre Green's most important services to psychoanalysis is the invention of the concept of the dead mother's complex. The Dead Mother Complex is a special psychological configuration that revolves around the depressed mother image that is not emotionally available to the child and, in other words, is dead. According to Green, interacting with such a mother creates a kind of internal structural emptiness . In this regard, the aim of the present study was to investigate the origin of this psychological void in the psychological structure, the effect of this pathology on emotion regulation in these persons, and finally its therapeutic implications. The results of the present study indicate that the occurrence of this disorder in the mother's initial relationship with the child causes a person's relative inability to regulate emotions, which in the regulation of emotion leads to fear of experiencing intense emotions because belief Considering that emotions cannot be controlled inherently and internally, they themselves are overwhelmed by these emotions. Because research indicates the flexibility of lifelong attachment styles, and secure attachment styles can be created in later life and as a result of corrective experiences with another attachment symbol, it can be argued that self-compassion-based therapies can be a safe haven, provide that people with this psychological vacuum can take refuge and recover in times of turmoil.

Keywords: *Dead mother complex, emotion regulation, psychological void*

نوع مقاله : تحلیلی **دریافت : خرداد ۹۹** **پذیرش: خرداد ۹۹** **ویرایش نهایی : دی ۹۹**

مقدمه

فروید [1]در سال ۱۹۱۷ در یکی از مقاله‌هایش به نام *ماتم و مالیخولیا* [2]نشان می‌دهد که این ناخوشی فاقد تعریفی خاص و منحصربه‌فرد در علوم مرتبط با سلامت است و می‌تواند در کار بالینی به شکل‌های بسیار متفاوتی ظاهر شود. به عقیده‌ی فروید، ویژگی اصلی مالیخولیا، بی‌علاقگی عمومی نسبت به دنیا و داشتن خودپنداره‌ای[3] منفی است (فروید، ۱۹۵۷). این خودپنداره منفی در غالب داشتن نگرش‌های سرزنش‌کننده و بدنام‌کننده نسبت به خود نمایان می‌شود و به جایی می‌رسد که در فرد انتظار مجازات‌شدن ایجاد می‌کند (کلول [4]، ۲۰۰۴).

[1] Freud
[2] Mourning and Melancholia
[3] self-concept
[4] Clewell

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.7.8]

به‌همین‌شکل، فروید معتقد است که در ماتم، نوعی تعارض ناهشیار وجود دارد که از دودلیِ فرد نسبت به ابژه‌ی از دست رفته نشئت گرفته است. در این تعارض، احساسات عشق و نفرت، به‌ترتیب سعی می‌کنند پیوندهای لیبیدوئی با ابژه را از بین ببرند و حفظ کنند. بنابراین، ماتم نوعی سازوکار است که به فرد اجازه می‌دهد فقدانی که در واقعیت رخ داده است را شرح و بسط دهد، اما تعارض موجود در مالیخولیا ماهیتی ناهشیار دارد و می‌تواند در طیف وسیع و متنوعی از موقعیت‌ها، از قبیل از دست دادن شغل یا طلاق، بروز کند (رادن[۱]، ۲۰۰۰). بدین ترتیب، ماتم نوعی دفاع است که امکانِ تشریح فقدان ادراک‌شده از سوی ایگو را فراهم می‌کند، درحالی‌که در مالیخولیا، پس از فقدان ابژه، فقدان دیگری بروز می‌کند، فقدان چیزی که به عنوان بخشی از ایگو ادراک می‌شود (کاروسو[۲]، ۲۰۱۰). بااین‌حال، خود فروید عنوان می‌کند که رویکردش به ماتم و مالیخولیا به اندازه‌ی کافی عمیق نیست و اکشاف عمیق‌تر این مفاهیم را به روانکاوان آینده واگذار می‌کند.

یکی از شخصیت‌هایی که بررسی افسردگی از دیدگاه روانکاوی را ادامه داد، ملانی کلاین [۳](۱۹۶۰) بود. این روانکاو، بخش اعظم فعالیت حرفه‌ای خود را به درک چگونگی سازمان یافتن واقعیت روانی فرد از نخستین ماه‌های زندگی، اختصاص داد. کلاین (۱۹۳۶) با اتکا به پژوهش‌ها و کار تحلیلی‌اش، وجود دو حالت پایه‌ی تعامل، یا همان «موضع‌های[۴]»، روان گسیخته-پارانویاگونه[۵] و افسرده‌وار[۶] را پیشنهاد می‌کند (سگال[۷]، ۲۰۱۸). از نظر کلاین، ایگوی کودک هنوز آنقدر بالغ نیست که بتواند تنش ناشی از تعارض بین سایق‌های[۸] زندگی و مرگ را تحمل کند و به همین خاطر، مجبور می‌شود بخشی از این سائق‌ها را به یک ابژه (پستان مادر) فرافکنی[۹] کرده و ایگو را وادار به دوپاره‌سازی[۱۰] کند. بدین‌ترتیب و در نتیجه‌ی این دوپاره‌سازی، دو ابژه ایجاد می‌شود: ابژه‌ی دوست‌داشتنی که اضطراب‌ها و ترس‌های نوزاد را آرام و برطرف می‌کند، و ابژه‌ی منفور که نوزاد را آزار می‌دهد و او را تهدید به نابودی می‌کند (کلاین، ۱۹۸۷). کلاین معتقد است که نوزاد در این دوره از مکانیسمی دفاعی به نام همانندسازی فرافکنانه[۱۱] استفاده می‌کند. در این مکانیسم، نوزاد بخش‌هایی از خود را تقسیم کرده و روی ابژه‌ها فرافکنی می‌کند تا بدین طریق، هم از این ابژه‌ها جدا نباشد و هم ابژه‌های بد را دور نگه دارد و مجبورشان کند که از خود جدا باشند. از سویی، موضع افسرده‌وار زمانی ایجاد می‌شود که نوزاد، مادرش را به صورت ابژه‌ی کاملی ادراک می‌کند که از خودش جدا و متفاوت است (کریستوا[۱۲]، ۲۰۰۴). پیامد این موضع این است که نوزاد، پس از آنکه می‌فهمد هم ابژه‌های خوب و هم بد بخش‌هایی از یک چیز یکسان و واحد هستند، به علت دودلی و تردید، دچار اضطراب می‌شود: به جای ترس از ابژه‌ی بیرونی آزاردهنده، از این مسئله می‌ترسد که سایق‌های مخرب خود نوزاد، ابژه‌ی بیرونی خوب را نابود کنند، همان ابژه‌ای که در نهایت درون‌فکنی شده، و منجر به اطمینان و باور نوزاد به پتانسیل خلاقانه‌اش می‌شود. ازآنجایی‌که کودک اکنون مادر را به عنوان ابژه‌ای جدا از خود درک می‌کند، سایق‌های زندگی و مرگ درون‌فکنی می‌شوند و دوپاره‌سازی جای خود را به واپس‌رانی[۱۳] می‌دهد. بازداری‌ها[۱۴] کودک را مجبور می‌کنند تا برای ارضای سایق‌ها به دنبال جایگزین باشد و بنابراین، اولین گام‌های نمادسازی[۱۵] را بردارد. این فرایند امکان تشکیل روابط ابژه‌ای[۱۶] را می‌دهد که در نهایت جهان روانی کودک را می‌سازند (لیکرمن[۱۷]، ۲۰۰۱). حتی اگر موضع افسرده‌وار هرگز به‌طور کامل حل‌وفصل نشود، کودک باز هم قادر است ایگویی با ثبات کافی برای مقابله با تعارض‌های بعدی زندگی تشکیل دهد. در طرف مقابل، اگر در موضع افسرده‌وار ایگو آنقدر بی‌ثبات باشد که نتواند تکانه‌های مخرب و خلاقانه‌اش را کنترل کند، کم‌کم احساسات آزارگرانه و گناه را تجربه خواهد کرد و در نتیجه، قادر نخواهد بود رابطه‌ی خلاقانه‌ای با واقعیت برقرار کند (کلاین،۱۹۳۶؛ سگال، ۱۹۹۴).

---

[1] Radden
[2] Caruso
[3] Melanie Klein
[4] positions
[5] schizo-paranoid
[6] depressive
[7] Segal
[8] drive
[9] projection
[10] splitting
[11] projective identification
[12] Kristeva
[13] repression
[14] Inhibitions
[15] symbolization
[16] object relations
[17] Likierma

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.7.8]

شرایط اجتماعیِ امروز ما بسیار متفاوت از شرایط دوره‌هایی است که فروید و کلاین تحقیقات‌شان را انجام دادند. در سال‌های اول قرن بیستم، هنجارهای اجتماعی سوپرایگویی[۱] را ایجاد می‌کردند که توسط اخلاقیاتِ «*باید چنین باشد*[۲]» تعریف می‌شد، خواهان چشم‌پوشی و نادیده‌گیری سایق بود، و امکان شکل‌گیری تمدن و فرهنگ را فراهم کرد. بااین‌حال، در دنیای امروز، سوپرایگوی اجتماعیِ الزام‌آوری که ساختار پیوندهای اجتماعی را تعیین می‌کند، مبتنی بر اصل «*باید لذت ببرد*[۳]» است، و دیگر هنگام ساخت و توسعه‌ی تمدن، سایق‌ها را نادیده نمی‌گیرد و کنار نمی‌گذارد (رکالکاتی[۴]، ۲۰۱۰). شرایط فرهنگی این‌چنینی باعث ظهورِ به اصطلاح «نشانه‌های جدیدی» از قبیل بی‌اشتهایی عصبی[۵]، پرخوری عصبی[۶]، اعتیاد، افسردگی و مواردی از این قبیل، می‌شود. این موارد متفاوت از نشانه‌هایی هستند که در «کلینیک فقدان[۷]» مورد درمان قرار می‌گرفتند و اکثراً به ساختارهای نوروتیک و سایکوتیک مرتبط بودند (رکالکاتی، ۲۰۰۳). نشانه‌های نوروتیک سنتی نتیجه‌ی مصالحه‌ی بین یک میل ناهشیار و الزامات واقعیت اجتماعی هستند، درحالی‌که نشانه‌های جدید به‌صورت بازداری از توانایی بازنمایی تجربه، به علت وجود نوعی اضطراب غیرقابل ابراز، ظهور می‌کنند (گرین[۸]، ۱۹۹۶؛ رکالکاتی، ۲۰۰۳). ویژگی اصلی نشانه‌های جدید این است که به علت غیاب وجود ابژه‌ای که ساختار روان را تعیین می‌کند، به وجود می‌آیند. این ابژه همان چیزی است که بیون آن را *ریوری*[۹] (این واژه به‌صورت طرفیت مشترک خیال‌پردازی بین مادر و کودک ترجمه شده است) می‌نامد و امکان متابولیزه‌شده[۱۰] تجارب کودک از سوی مادر و تبدیل‌شان به افکاری قابل‌اندیشدن (برای مادر) را فراهم میکند (گرینبرگ، سور و تابان دی بیانچدی[۱۱]،۱۹۷۷).

به‌عبارت‌دیگر، در اینجا منظورمان فقدان چیزی نیست که کودک زمانی صاحب آن بوده است، بلکه منظور غیاب ابژه‌ای است که هرگز وجود نداشته است (گرین، ۱۹۸۰). این غیاب ناشی از ساخت یافتن فاعل (سوژه)[۱۲] است که از نظر جسمانی پیوسته و مستمر نیست و پاتولوژی آن نه به شکل انحراف از هنجار، بلکه به صورت تبعیت و پیروی پاتولوژیک از هنجار ظاهر می‌شود. این فاعل از تماس با دنیای درونی‌اش فرار می‌کند، وضعیتی که بولاس[۱۳] (۱۹۸۷) آن را «شخصیت هنجارمحور[۱۴]» می‌نامد. به‌همین‌منوال، فقدان ابژه باعث تشکیل نوعی خلاء نهفته در روان فرد می‌شود که تاثیرات مهمی بر فرایندهاین نمادسازی و شکل‌گیری ایگو دارد (باوتیستا-ناوارو[۱۵]، ۲۰۰۸).

یکی از مهم‌ترین خدمات اندره گرین به روانکاوی، ابداع مفهوم «مجموعه‌های خالی[۱۶]» یا «کلینیک خلاء[۱۷]» است. این‌ها نام‌هایی هستند که گرین برای اشاره به مجموعه‌ای از مشکلات در نظر می‌گیرد که از خلاء روانی مطرح‌شده در ناهشیار این بیماران مشتق شده اند. توهم منفی[۱۸]، سایکوز خالی[۱۹]، و ماتم خالی[۲۰] از جمله این مشکلات هستند (گرین، ۱۹۸۰). ماتم خالی حالت متضاد «ماتم سیاهی[۲۱]» است که توسط فروید توصیف شده است و به بازنمایی‌هایی ابژه‌ای مربوط می‌شود که از دست رفته‌اند، اما می‌توان فقدان آن‌ها را از طریق فرایندهای مایه‌گذاری روانی[۲۲] (دل بستن به ابژه) و دل‌کندن از آن[۲۳] (حذف سرمایه‌گذاری روانی از ابژه) شرح و بسط داد (فروید، ۱۹۱۷). از سوی دیگر، ماتم خالی به موقعیت‌هایی اشاره می‌کند که طی آن‌ها، جدای از فقدان واقعی ابژه، به علت امکان‌پذیر نبودن بازنمایی ابژه

---

[1] superego
[2] Ethic of “must-be”
[3] must-enjoy
[4] Recalcati
[5] anorexia
[6] bulimia
[7] clinic of the lack
[8] Green
[9] Reverie
[10] metabolization
[11] Grinberg, Sor, Tabak De Bianchedi
[12] subject
[13] Bollas
[14] normotic personality
[15] Bautista-Navarro
[16] blank series
[17] clinic of the void
[18] negative hallucination
[19] blank psychosis
[20] blank mourning
[21] black mourning
[22] cathexis
[23] counter cathexis

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.7.8]

توسط روان به همان ترتیبی که عنوان شد، فقدان روانی آن نیز احساس می‌شود. دلیل امکان‌پذیر نبودن بازنمایی ابژه، شکل‌گیری نوعی خلاء روانی به علت فقدان ابژه‌ای است که توانایی انجام کارکرد «ریوری» را داشته باشد (گرین، ۱۹۹۶).

در بین آسیب‌های نشئت گرفته از «مجموعه‌های خالی»، گرین (۱۹۸۰) حالتی را توصیف می‌کند که طی آن، خلاء روانی به علت وجود فرایندی افسرده‌وار از جانب مادر ایجاد می‌شود. کودک این حالت افسرده‌وار را به مثابه نوعی رهاشدگی و متارکه‌ی روانی از سوی مادر تجربه می‌کند (لوسیر[1]، ۱۹۹۹). افسردگی مادر مانع از انجام نقش تغذیه‌ای‌اش در سطحی زیست‌شناختی نمی‌شود، بلکه تعاملش با کودک را به‌شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد و در نتیجه، باعث می‌شود تا متابولیزه کردن تجارب کودک از سوی مادر، و درون‌فکنی *ایماگوی*[2] مادر زنده‌ای که توانایی ورزیدن عشق و عاطفه را دارد، برای کودک غیر ممکن شود، کودکی که در این حالت از نظر روانی توسط مادرش به رسمیت شناخته نمی‌شود (مدل، ۱۹۹۹). آندره گرین این حالت را «عقده‌ی مادرِ مُرده[3]» می‌نامد.

در این مقاله سعی شده است با بررسی خاستگاه این مفهوم در ساختار روانی، تاثیرات این آسیب شناسی بر تنظیم هیجان و در نهایت دلالت های درمانی آن، زمینه ای فراهم گردد تا متخصصان حوزه سلامت‌روان با آشنایی بیشتر با این مفهوم بر بهبود این خلاء روانی در آسیب شناسی های متعدد روانی اهتمام ورزند.

عقده‌ی مادرِ مرده

بنا به تعریف گرین (۱۹۸۰)، عقده‌ی مادر مرده پیکربندی روانی خاصی است که حول تصویر مادری شکل می‌گیرد که در سال‌های اولیه زندگی کودک، لیبیدوی خود را به سمت خودش (و نه نوزاد) معطوف کرده است. با توجه به تعریفی که لاپلانس و پونتالیس[4] (۱۹۷۲) برای اصطلاح «عقده» در نظریه روانکاوای ارائه کردند، عقده‌ی مادر مرده به مجموعه‌ای از بازنمایی‌ها مربوط می‌شود که نوزاد به‌شدت در آن‌ها سرمایه‌گذاری کرده است. این بازنمایی‌ها عمدتاً ناهشیار هستند و در ابتدای دوران نوزادی تشکیل می‌شوند.

جوهره‌ی این حالت، دل کندن شدید مادر افسرده از کودک است. از منظر کودک، این دل کندن نوعی ترومای دوگانه است. جدا از اینکه توجه مادر معطوف به خودش و موقعیتش است (و نه نوزاد)، نوزاد نمی‌تواند به خاطر ناگهانی بودن این موقعیت، به آن معنا بدهد. کودک که تا قبل از این شرایط کانون توجه مادر بوده است، اکنون به‌صورت ناگهانی جایگاهش را از دست می‌دهد، صحنه‌ای که با ظهور یک عامل سوم پیش از پیش پیچیده می‌شود و با ایجاد نوعی مثلث زودرس، کودک را مجبور می‌کند که به‌شکلی زودرس و پیش از موعد مقرر بالغ شود (گرین، ۱۹۹۹).

کودک برای دفاع در برابر خلاء ناشی از دل‌کندن مادر از خودش، مکانیسم‌های مختلفی را به کار می‌بندد و به صورت ناهشیار، با تصویر مادرِ مرده، همانندسازی[5] می‌کند. به عقیده‌ی کلاین (۱۹۳۶)، کودک در فانتزی بی‌حدومرز خود غیاب مادر را ناشی از تحقق میلش برای نابودی و آزار ابژه‌ی بد می‌داند، عملی که طی تحول بهنجار باعث ایجاد احساس گناه شده و کودک را مصمم به ترمیم ابژه، در این مورد بازگشت مادر هنگام گریه‌ی کودک، می‌کند. در طرف مقابل، در سندرم مادر مرده، به علت افسردگی مادر امکان ترمیم واقعی وجود ندارد و در عوض، کودک دست به نوعی تقلید می‌زند و به‌صورت ناهشیار برخی از صفات مادر، خصوصاً ناتوانی وی در مایه‌گذاری روانی بر روی ابژه‌ها را جذب روان خود می‌کند (گرین، ۲۰۰۳).

به نظر کلاین (۱۹۴۰)، درون‌فکنی شخصیت‌های والدینی به داخل روان کودک، باعث می‌شود تا کودک این ایماگوها را به صورت فانتزی‌های ناهشیاری از افراد زنده تجربه کند. بااین‌حال، این درون‌فکنی با اضطراب همراه است، چرا که در فانتزی بی‌حدومرز کودک، تکانه‌های سادیستی وی همانگونه که توانایی ناپدیدسازی یا کشتن ابژه‌های درون‌فکنی‌شده را دارند، می‌توانند مادر را نیز نابود کنند (کلاین،۱۹۳۶). از سوی دیگر، اگر کودک به‌شکلی موفقیت‌آمیز کُل ابژه‌ای را درون‌فکنی کرده باشد که به انسجام ایگو کمک می‌کند، قادر خواهد بود بر احساس گناه و اضطراب غلبه کند و در نتیجه، اقدام به ترمیم یا بازسازی مجدد ابژه‌ای کند که در فانتزی‌اش آن را نابود کرده است. ترمیم ابژه متعاقباً باعث می‌شود تا نوزاد به تکانه‌های خودش اعتماد کند و کم‌کم ارتباط فعالانه‌ی خود با را محیط اطرافش افزایش دهد (سگال، ۲۰۱۸). این فرایند به طرح‌واره‌ی بنیادینی[6] تبدیل می‌شود که در فرایندهای ماتم بعدی و آتی زندگی کودک تکرار خواهد

[1] Lussier
[2] imago
[3] dead mother complex
[4] Laplanche and Pontalis
[5] identification
[6] basic schema

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.7.8]

شد (کلاین،۱۹۴۰). در عقده‌ی مادر مرده چنین اضطرابی وجود ندارد، چرا که تصویر درون‌فکنی‌شده‌ی مادر، تصویری از مادری افسرده است که از نظر هیجانی در دسترس کودک قرار ندارد و به عبارتی، مُرده است. به نظر گرین، تعامل با چنین مادری باعث ایجاد فانتزی‌های ناهشیار در مورد مادری می‌شود که فاقد عاطفه است و به جای مادر زنده، حالا چه مادر خوب و چه بد (حداقل زنده)، نوعی خلاء (خلاء) ساختاری درون‌فکنی می‌شود. از آنجایی‌که آنچه درون‌فکنی می‌شود تصویر مادری است که از قبل مُرده است، اضطراب یا فرایند بهنجار ماتم تجربه نمی‌شود و در نتیجه، نوزاد تبدیل به تابوت‌دانی[1] می‌شود که تصویر مادر در حال مرگ را، یعنی مادری که نه زنده است و نه مُرده، در خود نگه می‌دارد (بولاس[2]، ۲۰۰۵).

همانطور که قبلاً عنوان شد، ماتم فرایندی است که امکان شرح و بسط فقدان واقعی یا خیالی را فراهم می‌کند. فرد زمانی بر فقدان ابژه غلبه می‌کند که لیبیدوی مربوط به این ابژه بر روی ابژه‌های جدید، چه خیالی و چه واقعی، سرمایه‌گذاری شوند. در سندرم مادرِ مرده، با نوعی دشواری بنیادین در فرایند ماتم روبرو هستیم، چراکه بین کودک و مادر افسرده‌اش، نه رابطه‌ی زنده‌ای وجود دارد و نه فقدانی حقیقی یا مهم، بلکه در عوض، نوعی خلاء ناهشیار وجود دارد که باعث می‌شود کودک دائم در حال حرکت و جستجو باشد، با ابژه‌های موجود در دنیا ارتباط برقرار کند، اما نتواند پیوندهایی عمیق و عاطفی با آن‌ها ایجاد کند (گرین، ۲۰۰۳). سندرم مادر مرده پدیده‌ای است که دل‌کندن ناگهانی مادر از کودک را نشان می‌دهد. کودک هنگام مواجه با خلاء و بی‌معنایی ناشی از این دل‌کندگی، مجبور می‌شود حول نوعی خلاء و خلاء ساختار یابد، حتی اگر این خلاء مانع از ایجاد پیوند با ابژه‌ها و انسان‌ها نشود، پیوندهای مذکور را سطحی و ضعیف می‌کند. فرد دچار نوعی حالت سرگشتی می‌شود، یعنی پیوند اولیه با مادرش را در دنیای بیرون تکرار می‌کند، و هنگام مواجهه با شرایطی که او را مجاب به درون‌نگری عمیق می‌کنند، پا به فرار می‌گذارد. عاطفه‌ی سرد این افراد در کلینیک هم دیده می‌شود (گواجاردو، آنخوندو و کانتو[3]،۲۰۱۹).

تمایز سندرم مادر مرده از عقده مادر مرده

متمایز کردن *سندرم* مادرِ مرده[4] از *عقده‌ی* مادرِ مرده احتمالاً مفید خواهد بود. می‌توان از اصطلاح سندرم مادرِ مرده برای اشاره به سندرم بالینی شدیداً بدخیمی استفاده کرد که گرین آن را توصیف کرده است، سندرمی که به نظر گرین نوزاد طی آن با مادری که از نظر هیجانی مُرده است همانندسازی بنیادین[5] می‌کند. این در حالی است که اصطلاح عقده‌ی مادر مرده به طیف کامل پاسخ‌هایی اشاره دارد که نوزاد در پاسخ به مادر دائما افسرده و غایب از نظر هیجانی، بروز می‌دهد. برای مثال، گانتریپ[6] در مقاله‌ی معروفش با نام «تجربه‌ی من از تحلیل‌شدن توسط فیربرن و وینی‌کات[7]» عنوان می‌کند که با کمک وینی‌کات، تجربه‌ی داشتن مادری افسرده و از نظر هیجانی غایب، را مجدداً بازی سازی کرده، البته خودش دچار سندرم مادر مرده نبوده است (گانتریپ، ۱۹۷۵). گانتریپ دچار عقده‌ی مادرِ مرده بوده است که در مورد او، به مرگ هیجانی (همانندسازی با این مادر) منجر نشده است، اما حساسیت بیش‌ازحد به حالات اسکیزوئیدِ کناره‌گیری از دیگران را در پی داشته است. اگر بخواهیم ساده‌تر بگوییم: همه‌ی افرادی که دچار عقده‌ی مادرِ مرده هستند، دچار سندرم مادرِ مرده نخواهند شد. کناره‌گیری عاطفی مادر از نوزاد و کودک خردسالش پدیده‌ی نسبتاً رایجی است، درحالی‌که سندرم مادر مرده، پدیده‌ای که حاکی از آسیب‌شناسی روانی شدید است، به ندرت دیده می‌شود (گرین، ۲۰۰۳). تنوع پاسخ‌های فرد به مادری که از نظر هیجانی غایب است، نشان‌دهنده‌ی اهمیت فرایندی انتخابی در روان فرد در پاسخ به تروما است. در اینجا از واژه‌ی *انتخاب*[8] به معنای داروینی آن استفاده می‌شود؛ یعنی منظورم انتخاب هشیارانه و عمدی نیست. اگر والدینی که آشکارا سایکوتیک هستند را کنار بگذاریم، سندرم مادرِ مرده یکی از دشوارترین مشکلات درمانی‌ای است که تحلیل‌گر ممکن است با آن مواجه شود. مودل[9] (۱۹۹۹) به این شکل به بیان این موضوع پرداخته است : "تجربه‌ی من از یک نظر با تجربه‌ی گرین تفاوت بارزی دارد. گرین عنوان می‌کند که با تحلیل موفقیت‌آمیز، بیمار ممکن است خاطرات دوره‌ی قبل از افسردگی مادر را به یاد آورد که دوره‌ای سرزنده و نامُرده از نظر هیجانی است. تجربه من از کار با بیمارانم

[1] sarcophagus
[2] Bollas
[3] Guajardo, Anchondo & Cantu
[4] dead mother syndrome
[5] primary identification
[6] Guntrip
[7] My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott
[8] selection
[9] Modell,

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.7.8]

سناریوی تقریباً متفاوتی را نشان می‌دهد: فرد، مرده بودن مادر را به صورت دوره‌ی مجزایی که ابتدا و انتهای آن مشخص است تجربه نمی‌کند و به همین خاطر، من نتوانسته‌ام خاطرات دوره‌ای را بازیابی کنم که طی آن مادر از نظر هیجانی در دسترس کودک بوده است. هنگام بازسازی مادر توسط *بیمار*، فرد به جای اینکه به یاد بیاورد مادرش از نوعی افسردگی دوره‌ای رنج می‌برده است، او را به‌صورت کسی که نوعی نقص شخصیت‌شناختی دائم داشته است، به خاطر می‌آورد. علاوه‌براین، برخی از بیمارانم لزوماً چنینی درکی از افسردگی مادرشان ندارند. در برخی از موارد، لازم است که تحلیل‌گر تصویر مادر را به نحوی بازسازی کند که بیمار متوجه شود مادرش واقعاً افسرده و از نظر هیجانی غایب بوده است. برای بیمارانی که کماکان باور دارند مادرشان به خاطر نقص یا بدی ذاتی‌شان آن‌ها را از خود دور کرده و رانده است، این عمل پیامدهای درمانی مهمی خواهد داشت. در برخی از موارد، اینطور به نظر می‌رسد که مادرشان نتوانسته است این موضوع را درک کند که کودک نوعی زندگی درونی دارد که از زندگی خودش متمایز و جدا است. مادر به نحوی ادراک و تجربه شده بود که گویی ظرفیت به‌رسمیت‌شناختنِ ذهن‌های دیگر را ندارد. تجربه‌ی قصور مادر در به رسمت شناختن زندگی درونی کودک، می‌تواند پیامدهای بسیار مخربی داشته باشد. چراکه به رسمت شناختن منحصربه‌فرد بودن زندگی درونی کودک معادل پذیرش و قبول این مسئله است که نوزاد از نظر جسمانی زنده است. گویی مادر انسانیت نوزاد را به رسمیت نشناخته است. اگر گمان کنیم زمانی که مادر زنده بودن روانی کودک را به رسمیت نشناسد، به نوعی آرزو می‌کند که کودک وجود نداشته باشد و در واقع بمیرد، راه دوری نرفته‌ای" (مودل، ۱۹۹۹).

خاستگاه عقده مادر مرده

استرن[1] معتقد است که «پس از شکست تلاش نوزاد برای تقاضا و التماس از مادر برای بازگشت به زندگی، برای اینکه از نظر هیجانی در دسترس باشد و با او بازی کند، به نظر می‌رسد نوزاد سعی می‌کنند از طریق همانندسازی و تقلید، با مادرش باشد» (استرن، ۱۹۹۴). این مشاهدات با گزارش گرین مبنی بر اینکه بیمارانش از همانندسازی بنیادین با مادرشان رنج می‌برند، همخوانی دارد. انگار که بیمار می‌گوید: «اگر نمی‌توانم عشق مادرم را داشته باشم، تبدیل به خود او می‌شوم». متوجه شده‌ام که این همانندسازی کلی (بنیادین) با مادر، یکی از ویژگی‌های بارز سندرم مادر مرده در بیماران مونث است که این سندرم را از عقده‌ی مادر مرده متمایز می‌کند. بسیاری از بیماران با همانندسازی وارونه[2]، یعنی تبدیل شدن به شخصیتی برعکس مادرشان، یا باور به اینکه تنها «بخشی» از وجودشان مرده است، از سندرم مادر مرده اجتناب می‌کنند و در نتیجه، می‌توانند نوعی حس فردیت و تمایز خود/ابژه را داشته باشند و حفظ کنند. در طرف مقابل، هنگام همانندسازی بنیادین، فردیت بیمار به‌طور کامل از بین می‌رود، چرا که غرق مادری می‌شود که تصویر آن را ساخته است (کوهن، ۱۹۹۹). در این حالت، شخصیت مادر از طریق نوعی درونی‌سازی ساخته می‌شود. در این درونی‌سازی، کودک نه صفات هشیارانه‌ی مادر، بلکه صفات بیان‌نشده و ناهشیار او را درونی‌سازی می‌کند. برای مثال، مادری که از نگاه دیگران «آدم خوبی» محسوب می‌شود، از نظر دخترش پر از نفرت است و به همین ترتیب، بیمار با این جنبه‌ی ادراک‌شده از مادر همانندسازی می‌کند و به ظاهر «خوب» به نظر می‌آید، اما در عمق وجودش احساس نفرت می‌کند. این کار نوعی جبران‌سازی افراطی عجیب‌وغریب است: مادر زندگی درونی دخترش را نادیده می‌گیرد، اما دختر در پاسخ، صفات ناهشیار ادراک‌شده‌ی مادر را در وجودش ایجاد می‌کند. این‌گونه همانندسازی کامل با مادر مرده‌ای که فاقد ظرفیت دوست داشتن است، باعث می‌شود تا فرد نیز ظرفیت دوست داشتن خود و دیگران را نداشته باشد (مودل، ۱۹۹۹).

عقده مادر مرده و تنظیم هیجان

پدیدارشناسی عقده مادرِ مرده جنبه‌ی دیگری نیز دارد که باید به آن توجه کنیم. این جنبه به پردازش عواطف مربوط می‌شود. باور عمومی این است که بروز اختلال در رابطه‌ی اولیه‌ی مادر با نوزاد یا مادر با کودک، باعث ناتوانی نسبی فرد در تنظیم عواطف می‌شود. مبنای این باور پذیرش این مطلب است که در دوران نوزادی، فرایندهای هومئوستازیک[3] به‌شکلی متقابل و دوطرفه تنظیم و تعدیل می‌شوند (بیب[4] و همکاران، ۱۹۹۷؛ شور[5]، ۱۹۹۴). همسو با نظریه‌ی بیون[6] مبنی بر اینکه مادر ظرف [7]و پردازش‌گر اولیه‌ی اضطراب کودک است،

[1] Stern
[2] counter-identification
[3] homeostatic processes
[4] Beebe
[5] Shore
[6] Bion
[7] container

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.7.8]

این اختلال در تنظیم عاطفه ممکن است نتیجه‌ی نوعی ناهمزمانی غیراختصاصی[1] در رابطه‌ی مادر/کودک باشد. فرد از تجربه‌ی احساسات شدید واهمه دارد، چرا که باور دارد نظر به اینکه عواطف به‌صورت ذاتی و درونی قابل‌کنترل نیستند، خود[2] زیر بار این عواطف لِه و در آن‌ها غرق می‌شود (سندلر[3]، ۲۰۱۸). اگر مادر از نظر هیجانی پاسخگو نباشد، فرد ممکن است چنین برداشت کند که مادر خود را از بدن و تجارب بدنی‌اش دور کرده است. اگر این مطلب درست باشد، گسستگی این‌چنینی بین خود و بدن به کودک مخابره و منتقل می‌شود و بنابراین، از نگاه کودک، مادر در امر کمک به کودک برای تسهیل پردازش تجارب عاطفی‌اش (تجارب عاطفی خودِ کودک) نسبتاً ناتوان است (سزیکیرسکی[4]، ۲۰۱۰). بروز این اختلال در پردازش عاطفه بخشی از سندرم مادرِ مرده است و گمان می رود که ضمیمه و همراه ثابت این سندرم باشد، اما باید در نظر داشت که این پدیده در طیف وسیعتری از اختلالات نیز دیده می‌شود. ویژگی اختصاصی‌تر سندرم مادر مرده، عدم‌توانایی در تجربه‌ی لذت است. این ویژگی متفاوت از چیزی است که عموماً به‌صورت میل‌شدید و اجباریِ مازوخیستی برای تجربه‌ی درد درک می‌شود. خودِ لذت، لذت صِرف زنده بودن، وجود ندارد. علاوه‌براین، در برخی از موارد، لذت بردن از هرگونه منبع، هرچقدر هم که سالم یا بی‌آزار باشد، ممنوع است. اگر فرد سهواً لذت را تجربه کند، باید مجازات شود (مودل، ۱۹۹۹).

دلالت های درمانی عقده مادر مرده

آموزش شفقت خود را می‌توان راهی برای *بازوالدی* خود تلقی کرد؛ ما در کودکی و به هنگام آشفتگی، به‌طور غریزی برای تسلّی یافتن و آرامش گرفتن به سراغ مراقبان اصلی خود می‌رفتیم؛ درعین‌حال، به علت محدودیت‌های مراقبان یا شرایط مراقبت، این تلاش‌ها لزوماً همیشه مطابق با انتظارات پیش نمی‌رفت؛ هر تعامل کلافه‌کننده یا دردناک، سرانجام در الگویی تنیده و در همان کودکی به شکل یک سبک وابستگی درونی‌سازی می‌شود(میکولینسر، شیور و پرگ[5]، ۲۰۰۳). در بزرگسالی، وقتی خودمان شفقتی را که در کودکی انتظار داشتیم به خود می‌دهیم، زخم‌های حاصل از وابستگی‌مان اغلب باز می‌شوند؛ وقتی با محبت و مفاهمه با این زخم‌ها روبه‌رو می‌شویم، می‌توانیم بنیاد امنی برای حیات خود فراهم کنیم (میکولینسر و شیور، ۲۰۱۷). معمولاً، در پی شفقت ورزیدن به خود احساس قوی بودن و اعتمادبه‌نفس به وجود می‌آید. در هر روان‌درمانی مبتنی بر شفقت، همین فرایند بازوالدی که در بالا گفته شد اتفاق می‌افتد؛ زخم‌های کهنه در بافتار روابط شفقت‌آمیز و امن بروز می‌یابند؛ درمانگر و مراجع، با مهربانی و مفاهمهٔ بیشتر تعامل می‌کنند؛ و گفتگو با متخصص بالینی، کم کم در بیمار به شکل صدای شفقت‌آمیز خودش درونی‌سازی می‌شود؛ اما این فرایند ممکن است سالها طول بکشد؛ تا زمانی که مراجع، بنیاد درونی ایمن برای رویارویی با هیجان‌های دشوار ایجاد نکرده باشد، قدرت درونی لازم برای مدیریت خاطرات ترومایی را در فضای نسبتاً ایمن اتاق مشاوره نخواهد داشت؛ با گذر زمان، تربیت ذهن، مثلاً پرورش صدای شفقت‌ورز درونی، به مراجع کمک خواهد کرد رابطه با درمانگر را همواره همراه خود داشته باشد و به یک معنا، درمان برایش قابل حمل شود (نف و گرمر[6]، ۲۰۱۸).

شفقت خود، بسیار شبیه به امنیت در دلبستگی، پناهگاه امن درونی‌ای فراهم می‌آورد، که افراد می‌توانند در مواقع آشفتگی به آن پناه ببرند و ترمیم شوند و پایگاه امنی برای کندوکاو دنیا و برقراری ارتباط با دیگران است تا فرد انرژی ازدست‌رفته‌اش را بازیابد (بالبی، ۱۹۸۸). ظرفیت نظم‌دهی هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یا ذهنی‌سازی[7] در بافت‌های دلبستگی اولیه ایجاد می‌شود و برای کنش‌وری هیجانی و بین‌فردی متعاقب بسیار مهم است (فوناگی، گرگلی، جوریست و تارگت[8]، ۲۰۰۲). شفقت خود هم با نظم‌دهی هیجانی (مهربانی با خود[9]) و هم با ذهنی‌سازی (بهوشیاری و انسانیت کلی) در ارتباط است. باوجوداین، پژوهش‌ها بر انعطاف‌پذیری سبک‌های دلبستگی در طول عمر دلالت دارند و سبک دلبستگی ایمن می‌تواند در مراحل بعدی زندگی و در نتیجه‌ی تجربه‌های اصلاحی با یک نماد دلبستگی دیگر، نظیر معلم، شریک عشقی یا شخصیتی معنوی، ایجاد شود (رویزمن، پدرون، اسروف و ایگلند[10]، ۲۰۰۲). می‌توان استدلال کرد که شفقت خود

[1] non-specific asynchrony
[2] self
[3] Sandler
[4] Szykierski
[5] Mikulincer, Shaver & Pereg
[6] Neff & Germer
[7] mentalizing
[8] Gergely, Jurist & Target
[9] Self-kindness
[10] Roisman, Padron, Sroufe & Egeland

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.7.8]

نتیجه‌ی آن‌دسته از تجربه‌های اصلاحی است که در برابر تأثیر تجربه‌های خانوادگی ناکنش‌ور از فرد محافظت کرده‌اند (بریهیل و همکاران، ۲۰۱۸؛ هومن[1]، ۲۰۱۶؛ جیانگ، یو، ژنگ و لین[2]، ۲۰۱۷).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مفهوم عقده مادر آندره گرین در راستای شفاف سازی، بررسی خاستگاه و دلالت های درمانی این مفهوم بود. عقده مادر مرده به علت وجود فرایندی افسرده‌وار از جانب مادر ایجاد می‌شود. کودک این حالت افسرده‌وار را به مثابه نوعی رهاشدگی و متارکه‌ی روانی از سوی مادر تجربه کرده و منجر به تجربه خلاء در ساختار روانی کودک می‌شود. افسردگی مادر مانع از انجام نقش تغذیه‌ای‌اش در سطحی روانی شده و در نتیجه، باعث می‌شود تا متابولیزه کردن تجارب کودک از سوی مادر، و درون‌فکنی ایماگوی مادر زنده‌ای که توانایی ورزیدن عشق و عاطفه را دارد، برای کودک غیر ممکن شود. بنابراین مادر نمی‌تواند ظرف و پردازش‌گر اولیه‌ی اضطراب و هیجان کودک باشد و درنتیجه، از نگاه کودک، مادر در امر کمک به کودک برای تسهیل پردازش تجارب عاطفی‌اش ناتوان است. بروز این اختلال در پردازش عاطفه در طیف وسیعی از اختلالات روانی دیده می‌شود. بنابراین با توجه به شیوع احساس خلاء روانی در آسیب شناسی های متعدد روانی و به طور خاص افسردگی لزوم توجه به تجربه خلاء روانی و بدکارکردی هیجانی در فرایند روان درمانی حائز اهمیت است. یکی از رویکردهای درمانی تاثیرگذار در این حوزه درمان های شفقت محور است. با توجه به عدم وجود بازنمایی امن روانی در ساختار روانی این افراد، گفتگو با متخصص بالینی، کم‌کم در بیمار به شکل صدای شفقت‌آمیز خودش درونی‌سازی می‌شود؛ به گونه ایکه مراجع، بنیاد درونی ایمن برای رویارویی با هیجان‌های دشوار ایجاد کرده و قدرت درونی لازم برای مدیریت خاطرات تروماییی را در فضای نسبتاً ایمن اتاق مشاوره داشته باشد؛ با گذر زمان به مراجع قادر خواهد بود رابطه با درمانگر را همواره همراه خود داشته باشد و به یک معنا، درمان برایش قابل حمل شود. با توجه به عدم آشنایی متخصصان حوزه سلامت روان با مفهوم عقده مادر مرده آندره گرین، در این مقاله سعی گردید با بررسی دقیقتر این مفهوم گامی در جهت آشنایی بیشتر متخصصان حوزه سلامت‌روان با این مفهوم برداشته شده و زمینه ای در جهت بررسی و ارزیابی بیشتر آن در پژوهش‌های آتی فراهم گردد. در همین راستا پیشنهاد می‌گردد در پژوهش های آتی به منظور بررسی کمی این خلاء روانی در ساختار روان، ابزاری جهت ارزیابی آن طراحی و متعاقبا در آسیب‌شناسی‌های متعدد روانی ارزیابی شود و همچنین اثربخشی شیوه های متنوع درمانی در کاهش خلاء روانی و اختلال در تنظیم هیجان مورد مقایسه و بررسی واقع شود.

منابع

Beebe, B., Lachmann, F., & Jaffe, J. (1997). Mother—Infant interaction structures and presymbolic self-and object representations. *Psychoanalytic dialogues*, *7*(2), 133-182.

Bollas, C. (2005). Dead mother, dead child. In *The Dead Mother* (pp. 105-126). Routledge.

Braehler, C., & Neff, K. (2020). Self-compassion in PTSD. In *Emotion in Posttraumatic Stress Disorder* (pp. 567-596). Academic Press.

Caruso, I. (2010). *La separación de los amantes.* México: Siglo XXI Editores

Clewell, T. (2004). Mourning beyond melancholia: Freud's psychoanalysis of loss. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *52*(1), 43-67.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*.

Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works* (pp. 237-258).

Green, A. (1980). The dead mother. First appeared in Narcissism de vie, Narcissism de mort. Paris: Editions de Minuit; English edn. *Life Narcissism Death Narcissism*.

Green, A. (1993). The dead mother. *Psyche*, *47*(3), 205-240.

Green, A. (1996). On Private Madness (Classics of Psychoanalysis Series). *London: Rebus*.

Green, A. (2003). The dead mother complex. *Parent-Infant Psychodynamics: Wild Things, Mirrors, and Ghosts*, 162-74.

Grinberg, L., Sor, D., & de Bianchedi, E. T. (1977). *Introduction to the work of Bion: groups, knowledge, psychosis, thought, transformations, psychoanalytic practice*. Jason Aronson.

Guajardo, E. G. P., ANCHONDO, M. A. C., & CANTÚ, W. D. G. (2019). MOURNING IN THE DEAD MOTHER COMPLEX. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, *22*(3), 326-334.

[1] Human
[2] You, Zheng & Lin

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.7.8]

Guntrip, H. (1975). My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott (How complete a result does psycho-analytic therapy achieve?). *International Review of Psycho-Analysis*, *2*, 145-156.
Homan, K. J. (2016). Self-compassion and psychological well-being in older adults. *Journal of Adult Development*, *23*(2), 111–119.
Jiang, Y., You, J., Zheng, X., & Lin, M.-P. (2017). The qualities of attachment with significant others and self-compassion protect adolescents from non-suicidal self-injury. *School Psychology Quarterly*, *32*(2), 143.
Klein, M. (1936). The importance of symbol formation in the development of the ego. *The Psychoanalytic Review (1913-1957)*, *23*, 92.
Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. *International Journal of Psycho-Analysis*, *21*, 125-153.
Klein, M. (1987). *Selected Melanie Klein*. Simon and Schuster.
Kohon, G. (Ed.). (1999). *The dead mother: The work of André Green*. Psychology Press.
Kristeva, J. (2004). *Melanie Klein*. Columbia University Press.
Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1972). Dictionary of psychoanalysis. *M.: Publisher: Graduate School.*
Lussier, A. (1999). Variations on a theme. *The Dead Mother: The Work of Andre Green*, 151.
Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2017). Adult attachment and compassion: Normative and individual difference components. In E. M. Seppälä, E. Simon-Thomas, S. L. Brown, M. C. Worline, C. D. Cameron, & J. R. Doty (Eds.), *The Oxford handbook of compassion science* (pp. 79–90). New York: Oxford University Press.
Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, *27*(2), 77–102.
Modell, A. H. (1999). The dead mother syndrome and the reconstruction of trauma. In G. Kohon (Ed.), *The new library of psychoanalysis, Vol. 36. The dead mother: The work of André Green* (p. 76–86). Taylor & Frances/Routledge.
Neff, K; Germer, Ch. (2018*). The midful self-compassion workbook* New York: The Guilford press.
Radden, J. (2000). Love and loss in Freud's mourning and melancholia. *The analytic Freud: Philosophy and psychoanalysis*, 211-30.
Recalcati, M. (2003). Clínica del vacío. *Anorexias, dependencias, psicosis. Buenos Aires: Síntesis Editor*.
RECALCATI, M. (2010). Breve sintesi dei fondamenti della clínica del vuoto. *RECALCATI, M. Il soggeto vuoto. Trento: Erickson*.
Sandler, P. C. (2018). *A Clinical Application of Bion's Concepts: Dreaming, Transformation, Containment and Change*. Routledge.
Segal, H. (2018). *Introduction to the work of Melanie Klein*. Routledge.
Shore, A. N. Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development (Mahwah, NJ: Eribaum, 1994); AN Schore," The Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health,". *Infant Mental Health Journal*, *22*, 7-66.
Stern, D. N. (1994). One way to build a clinically relevant baby. *Infant mental health journal*, *15*(1), 9-25.
Szykierski, D. (2010). The traumatic roots of containment: The evolution of Bion's metapsychology. *The Psychoanalytic Quarterly*, *79*(4), 935-968.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.7.8]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1399.9.10.7.8]