

## 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

**Dr. Elham Moosavian**

Ph.D of clinical psychology, Shiraz University,  
 Shiraz, Iran.

[elham\\_moosavian@yahoo.com](mailto:elham_moosavian@yahoo.com)

دکتر الهام موسویان

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

### 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

### چکیده

یکی از مهمترین خدمات آندره گرین به روانکاوی، ابداع مفهوم عقده مادر مرده است. عقده مادر مرده پیکربندی روانی خاصی است که حول تصویر مادری افسرده است که از نظر هیجانی در دسترس کودک قرار ندارد و به عبارتی، مرده 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 به صورت ذاتی و درونی قابل کنترل نیستند و در نتیجه خود زیر بار این عواطف له و در آن‌ها غرق می‌شود. از آنجاییکه پژوهش‌ها بر انعطاف‌پذیری سبک‌های دلیستگی در طول عمر دلالت دارند و سبک دلیستگی ایمن می‌تواند در مراحل بعدی زندگی و در نتیجه‌ی تجربه‌های اصلاحی با یک نماد دلیستگی دیگر ایجاد شود بنابراین می‌توان استدلال کرد که درمان‌های مبتنی بر شفقت خود می‌تواند پناهگاه امن درونی‌ای فراهم آورد، که افراد با این خلاء روانی می‌توانند در موقع آشتفتگی به آن پناه ببرند و ترمیم شوند.

**واژه‌های کلیدی:** عقده مادر مرده، تنظیم هیجان، خلاء روانی.

نوع مقاله : تحلیلی	دربیافت : خرداد ۹۹	پذیرش: خرداد ۹۹
ویرایش نهایی: دی ۹۹		

### مقدمه

فروید<sup>۱</sup> در سال ۱۹۱۷ در یکی از مقاله‌هایش به نام ماتم و مالیخولیا<sup>۲</sup> نشان می‌دهد که این ناخوشی فاقد تعریفی خاص و منحصر به فرد 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<sup>۳</sup> 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 (کلو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴).

<sup>1</sup> Freud

<sup>2</sup> Mourning and Melancholia

<sup>3</sup> self-concept

<sup>4</sup> Clewell

به همین شکل، فروید معتقد است که در ماتم، نوعی تعارض ناهشیار وجود دارد که از دودلی فرد نسبت به ابزه‌ی از دست رفته نشئت گرفته است. در این تعارض، احساسات عشق و نفرت، به ترتیب سعی می‌کنند پیوندهای لیبیدوئی با ابزه 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<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). بدین ترتیب، ماتم نوعی دفاع است که امکان تشریح فقدان ادراک شده از سوی ایگو را فراهم می‌کند، در حالی که در مالیخولیا، پس از فقدان ابزه، فقدان دیگری بروز می‌کند، فقدان چیزی که به عنوان بخشی از ایگو ادراک می‌شود (کارلوسو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). با این حال، خود فروید عنوان می‌کند که رویکردنش به ماتم و مالیخولیا به اندازه‌ی کافی عمیق نیست و اکشاف عمیق‌تر این مفاهیم را به روانکاوان آینده و آگذار می‌کند. یکی از شخصیت‌هایی که بررسی افسرده‌گی از دیدگاه روانکاوی را ادامه داد، ملاتی کلاین<sup>۳</sup> (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 انتکا به پژوهش‌ها و کار تحلیلی‌اش، وجود دو حالت پایه‌ی تعامل، یا همان «موقعه‌ای<sup>۴</sup>»، روان گسیخته-پارانویاگونه<sup>۵</sup> و افسرده‌وار<sup>۶</sup> را پیشنهاد می‌کند (سگال<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸). از نظر کلاین، ایگوی کودک هنوز آنقدر بالغ نیست که بتواند تنش ناشی از تعارض بین سایق‌های<sup>۸</sup> زندگی و مرگ را تحمل کند و به همین خاطر، مجبور می‌شود بخشی از این سائق‌ها را به یک ابزه (پستان مادر) فرافکنی<sup>۹</sup> کرده و ایگو را وادر به دوپاره‌سازی<sup>۱۰</sup> کند. بدین ترتیب و در نتیجه‌ی این دوپاره‌سازی، دو ابزه ایجاد می‌شود: ابزه‌ی دوست‌داشتنی که اضطراب‌ها و ترس‌های نوزاد را آرام و برطرف می‌کند، و ابزه‌ی 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 فرافکنایه<sup>۱۱</sup> استفاده می‌کند. در این مکانیسم، نوزاد بخش‌هایی از خود را تقسیم کرده و روی ابزه‌ها فرافکنی می‌کند تا بدين طریق، هم از این ابزه‌ها جدا نباشد و هم ابزه‌های 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 ابزه‌ی کاملی ادراک می‌کند که از خودش جدا و متفاوت است (کریستوا<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۴). پیامد این موضع این است که نوزاد، پس از آنکه می‌فهمد هم ابزه‌های خوب و هم بد بخش‌هایی از یک چیز یکسان و واحد هستند، به علت دودلی و تردید، دچار اضطراب می‌شود: به جای ترس از ابزه‌ی بیرونی آزاردهنده، از این مسئله می‌ترسد که سائق‌های مخرب خود نوزاد، ابزه‌ی بیرونی خوب را نابود کنند، همان ابزه‌ای که در نهایت درون فکنی شده، و منجر به اطمینان و باور نوزاد به پتانسیل خلاقانه‌اش می‌شود. از آنجایی که کودک اکنون مادر را به عنوان ابزه‌ای جدا از خود درک می‌کند، سائق‌های زندگی و مرگ درون فکنی می‌شوند و دوپاره‌سازی جای خود را به واپس‌رانی<sup>۱۳</sup> می‌دهد. بازداری‌ها<sup>۱۴</sup> کودک را مجبور می‌کنند تا برای ارضای سائق‌ها به دنبال جایگزین باشد و بنابراین، اولین گام‌های نمادسازی<sup>۱۵</sup> را بردارد. این فرایند امکان تشکیل روابط ابزه‌ای<sup>۱۶</sup> را می‌دهد که در نهایت جهان روانی کودک را می‌سازند (لیکرمون<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۱). حتی اگر موضع افسرده‌وار هرگز به طور کامل حل و فصل نشود، کودک باز هم قادر است ایگوبی با ثبات کافی برای مقابله با تعارض‌های بعدی زندگی تشکیل دهد. در طرف مقابل، اگر در موضع افسرده‌وار ایگو آنقدر بثبات 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).

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

شرایط اجتماعی امروز ما بسیار متفاوت از شرایط دوره‌هایی است که فروید و کلاین تحقیقاتشان را انجام دادند. در سال‌های اول قرن بیستم، هنجارهای اجتماعی سوپرایگویی<sup>۱</sup> را ایجاد می‌کردند که توسط اخلاقیات «باید چنین باشد»<sup>۲</sup> تعریف می‌شد، خواهان چشم‌پوشی و نادیده‌گیری سایق بود، و امکان شکل‌گیری تمدن و فرهنگ را فراهم کرد. با این حال، در دنیای امروز، سوپرایگویی اجتماعی الزام‌آوری که ساختار پیوندهای اجتماعی را تعیین می‌کند، مبتنی بر اصل «باید لذت برد»<sup>۳</sup> است، و دیگر هنگام ساخت و توسعه‌ی تمدن، سایق‌ها را نادیده نمی‌گیرد و کنار نمی‌گذارد (رکالکاتی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). شرایط فرهنگی این چنینی باعث ظهور به اصطلاح «نشانه‌های جدیدی» از قبیل بی‌اشتهایی عصبی<sup>۵</sup>، پرخوری عصبی<sup>۶</sup>، اعتیاد، افسردگی و مواردی از این قبیل، می‌شود. این موارد متفاوت از نشانه‌هایی هستند که در «کلینیک فقدان»<sup>۷</sup> مورد درمان قرار می‌گرفتند و اکثر آنها 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 به صورت بازداری از توانایی بازنمایی تجربه، به علت وجود نوعی اضطراب غیرقابل ابراز، ظهور می‌کنند (گرین، ۱۹۹۶؛ رکالکاتی، ۲۰۰۳). ویژگی اصلی نشانه‌های جدید این است که به علت غیاب وجود ابزه‌ای که ساختار روان را تعیین می‌کند، به وجود می‌آیند. این ابزه همان چیزی است که بیون آن را ریوری<sup>۸</sup> (این واژه به صورت طرفیت مشترک خیال‌پردازی بین مادر و کودک ترجیمه شده است) می‌نامد و امکان متabolیزه شده<sup>۹</sup> تجارت کودک از سوی مادر و تبدیل‌شان به افکاری قابل‌اندیشدن (برای مادر) را فراهم می‌کند (گرینبرگ، سور و تابان دی بیانچدی<sup>۱۰</sup>). به عبارت دیگر، در اینجا منظور مان فقدان چیزی نیست که کودک زمانی صاحب آن بوده است، بلکه منظور غیاب ابزه‌ای است که هرگز وجود نداشته است (گرین، ۱۹۸۰). این غیاب ناشی از ساخت یافتن فاعل (سوژه)<sup>۱۱</sup> 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<sup>۱۲</sup> آن را «شخصیت هنجار محور»<sup>۱۳</sup> می‌نامد. به همین منوال، فقدان ابزه باعث تشکیل نوعی خلاه نهفته در روان فرد می‌شود که تاثیرات مهمی بر فرایندهای نمادسازی و شکل‌گیری ایگو دارد (باوتیستا-ناوارو<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۸).

یکی از مهم‌ترین خدمات اnderه گرین به روانکاوی، ابداع مفهوم «مجموعه‌های خالی»<sup>۱۵</sup> یا «کلینیک خلاه»<sup>۱۶</sup> است. این‌ها نام‌هایی هستند که گرین برای اشاره به مجموعه‌ای از مشکلات در نظر می‌گیرد که از خلاه روانی مطرح شده در ناهشیار این بیماران مشتق شده اند. توهمنفی<sup>۱۷</sup>، سایکوز خالی<sup>۱۸</sup>، و ماتم خالی<sup>۱۹</sup> از جمله این مشکلات هستند (گرین، ۱۹۸۰). ماتم خالی حالت متضاد «ماتم سیاهی»<sup>۲۰</sup> است که توسط فروید توصیف شده است و به بازنمایی‌هایی ابزه‌ای مربوط می‌شود که از دست رفته‌اند، اما می‌توان فقدان آن‌ها را از طریق فرایندهای مایه‌گذاری روانی<sup>۲۱</sup> (دل‌بستن به ابزه) و دل‌کندن از آن<sup>۲۲</sup> (حذف سرمایه‌گذاری روانی از ابزه) شرح و بسط داد (فروید، ۱۹۱۷). از سوی دیگر، ماتم خالی به موقعیت‌هایی اشاره می‌کند که طی آن‌ها، جدای از فقدان واقعی ابزه، به علت امکان‌پذیر نبودن بازنمایی ابزه

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

توسط روان به همان ترتیبی که عنوان شد، فقدان روانی آن نیز احساس می‌شود. دلیل امکان پذیر نبودن بازنمایی ابزه، شکل‌گیری نوعی خلاه روانی به علت فقدان ابزه‌ای است که توانایی انجام کارکرد «ریوری» را داشته باشد (گرین، ۱۹۹۶). در بین آسیب‌های نشئت گرفته از «مجموعه‌های خالی»، گرین (۱۹۸۰) حالت را توصیف می‌کند که طی آن، خلاه روانی به علت وجود فرایندی افسرده‌وار از جانب مادر ایجاد می‌شود. کودک این حالت افسرده‌وار را به مثابه نوعی رهاسدگی و متارکه‌ی روانی از سوی مادر تجربه می‌کند (لوسیر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). افسرددگی مادر مانع از انجام نقش تغذیه‌ای اش 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/یماگوی<sup>۲</sup> مادر زنده‌ای که توانایی وزیدن 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 مادر مرد»<sup>۳</sup> 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 دلالت‌های درمانی آن، زمینه‌ای فراهم گردد تا متخصصان حوزه سلامت‌روان با آشنایی بیشتر با این مفهوم بر بهبود این خلاه روانی در آسیب شناسی‌های متعدد روانی اهتمام ورزند.

### عقده‌ی مادر مرد

بنا به تعریف گرین (۱۹۸۰)، عقده‌ی مادر مرد 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<sup>۴</sup> برای اصطلاح «عقده» در نظریه روانکاوی ارائه کرده‌اند، عقده‌ی مادر مرد 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 کنند شدید مادر افسرده از کودک است. از منظر کودک، این دل کنند 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 به صورت 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 موعده مقرر بالغ شود (گرین، ۱۹۹۹).

کودک برای دفاع در برابر خلاه ناشی از دل کنند مادر از خودش، مکانیسم‌های مختلفی را به کار می‌بندد و به صورت ناهشیار، با تصویر مادر مرد، همانندسازی<sup>۵</sup> می‌کند. به عقیده‌ی کلاین (۱۹۳۶)، کودک در فانتزی بی‌حدومز خود غیاب مادر را ناشی از تحقیق می‌لش برای نابودی و آزار ابزه‌ی بد می‌داند، عملی که طی تحول بهنگار باعث ایجاد احساس گناه شده و کودک را مصمم به ترمیم ابزه، در این مورد بازگشت مادر هنگام گریه‌ی کودک، می‌کند. در طرف مقابل، در سندرم مادر مرد، به علت افسرددگی مادر امکان ترمیم واقعی وجود ندارد و در عوض، کودک دست به نوعی تقلید می‌زند و به صورت ناهشیار برخی از صفات مادر، خصوصاً ناتوانی وی در مایه‌گذاری روانی بر روی ابزه‌ها 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. با این حال، این درون‌فکنی با اضطراب همراه است، چرا که در فانتزی بی‌حدومز کودک، تکانه‌های سادیستی وی همانگونه که توانایی ناپدیدسازی یا کشتن ابزه‌های درون‌فکنی شده را دارند، می‌توانند مادر را نیز نابود کنند (کلاین، ۱۹۳۶). از سوی دیگر، اگر کودک به‌شکلی موقفيت‌آمیز کل ابزه‌ای 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 ابزه‌ای کند که در فانتزی اش آن را نابود کرده است. ترمیم ابزه متعاقباً باعث می‌شود تا نوزاد به تکانه‌های خودش اعتماد کند و کم کم ارتباط فعالانه‌ی خود با را محیط اطرافش افزایش دهد (سگال، ۲۰۱۸). این فرایند به طرح‌واره‌ی بنیادینی<sup>۶</sup> تبدیل می‌شود که در فرایندهای ماتم بعدی و آتی زندگی کودک تکرار خواهد

<sup>1</sup> Lussier

<sup>2</sup> imago

<sup>3</sup> dead mother complex

<sup>4</sup> Laplanche and Pontalis

<sup>5</sup> identification

<sup>6</sup> basic schema

شد (کلاین، ۱۹۴۰). در عقده‌ی مادر مرد 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 خلاه (خلاء) ساختاری درون‌فکنی می‌شود. از آنجایی که 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<sup>۱</sup> می‌شود که تصویر مادر در حال مرگ را، یعنی مادری که نه زنده است و نه مُرده، در خود نگه می‌دارد (بولاس، 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 ابزه غلبه می‌کند که لیبیدوی مربوط به این ابزه بر روی ابزه‌های جدید، چه خیالی و چه واقعی، سرمایه‌گذاری شوند. در سندرم مادر مرد، با نوعی دشواری بنیادین در فرایند ماتم روبرو هستیم، چراکه بین کودک و مادر افسرده‌اش، نه رابطه‌ی زنده‌ای وجود دارد و نه فتدانی حقیقی یا مهم، بلکه در عوض، نوعی خلاه ناهشیار وجود دارد که باعث می‌شود کودک دائم در حال حرکت و جستجو باشد، با ابزه‌های موجود در دنیا ارتباط برقرار کند، اما نتواند پیوندهایی عمیق و عاطفی با آن‌ها ایجاد کند (گرین، ۲۰۰۳). سندرم مادر مرد پدیده‌ای است که دل‌کنند ناگهانی مادر از کودک را نشان می‌دهد. کودک هنگام مواجه با خلاه و بی‌معنایی ناشی از این دل‌کنندگی، مجبور می‌شود حول نوعی خلاه و خلاه ساختار یابد، حتی اگر این خلاه مانع از ایجاد پیوند با ابزه‌ها و انسان‌ها نشود، پیوندهای مذکور را سطحی و ضعیف می‌کند. فرد چهار نوعی حالت سرگشتشی می‌شود، یعنی پیوند اولیه با مادرش را در دنیای بیرون تکرار می‌کند، و هنگام مواجهه با شرایطی که او را مجبوب به درون‌نگری عمیق می‌کنند، پا به فرار می‌گذارد. عاطفه‌ی سرد این افراد در کلینیک هم دیده می‌شود (گواجاردو، آنخوندو و کانتو، ۲۰۱۹).

### تمایز سندرم مادر مرد از عقده‌ی مادر مرد

متمازیز کردن سندرم مادر مرد<sup>۲</sup> از عقده‌ی مادر مرد احتمالاً مفید خواهد بود. می‌توان از اصطلاح سندرم مادر مرد برای اشاره به سندرم بالینی شدیداً بدینهی 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<sup>۳</sup> می‌کند. این در حالی است که اصطلاح عقده‌ی مادر مرد به طیف کامل پاسخ‌هایی اشاره دارد که نوزاد در پاسخ به مادر دائم افسرده و غایب از نظر هیجانی، بروز می‌دهد. برای مثال، گانتریپ<sup>۴</sup> در مقاله‌ی معروفش با نام «تجربه‌ی من از تحلیل‌شدن توسط فیربرن و وینی‌کات»<sup>۵</sup> 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 مرد نبوده است (گانتریپ، ۱۹۷۵). گانتریپ دچار عقده‌ی مادر مرد بوده است که در مورد او، به مرگ هیجانی (همانندسازی با این مادر) منجر نشده است، اما حساسیت بیش از حد به حالات اسکیزویژن‌کناره‌گیری از دیگران را در پی داشته است. اگر بخواهیم ساده‌تر بگوییم: همه‌ی افرادی که دچار عقده‌ی مادر مرد هستند، دچار سندرم مادر مرد نخواهند شد. کناره‌گیری عاطفی مادر از نوزاد و کودک خردسالش پدیده‌ی نسبتاً رایجی است، درحالی که سندرم مادر مرد، 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<sup>۶</sup> به معنای داروینی آن استفاده می‌شود، یعنی منظورم انتخاب هشیارانه و عمدی نیست. اگر والدینی که آشکارا سایکوتیک هستند را کنار بگذاریم، سندرم مادر مرد یکی از دشوارترین مشکلات درمانی‌ای است که تحلیل‌گر ممکن است با آن مواجه شود. مدل<sup>۷</sup> (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 موقفیت‌آمیز، بیمار ممکن است خاطرات دوره‌ی قبلي از افسردگی مادر را به یاد آورد که دوره‌ای سرزنه و نامُرده از نظر هیجانی است. تجربه‌ی من از کار با بیمارانم

<sup>1</sup> sarcophagus

<sup>2</sup> Bollas

<sup>3</sup> Guajardo, Anchondo & Cantu

<sup>4</sup> dead mother syndrome

<sup>5</sup> primary identification

<sup>6</sup> Guntrip

<sup>7</sup> My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott

<sup>8</sup> selection

<sup>9</sup> Modell,

سناریوی تقریباً متفاوتی را نشان می‌دهد: فرد، مرد بودن مادر را به صورت دوره‌ی مجازی 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 می‌برد است، او را به صورت کسی که نوعی نقص شخصیت‌شناختی دائم داشته است، به خاطر می‌آورد. علاوه‌بر این، برخی از بیمارانم لزوماً چنینی درکی از افسردگی مادرشان ندارند. در برخی از موارد، لازم است که تحلیل گر 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 به‌رسمیت‌شناختن ذهن‌های دیگر را ندارد. تجربه قصور مادر در به رسمت شناختن زندگی درونی کودک، می‌تواند پیامدهای بسیار محربی داشته باشد. چراکه به رسمت شناختن منحصر به‌فرد بودن زندگی درونی کودک معادل پذیرش و قبول این مسئله است که نوزاد از نظر جسمانی زنده است. گویی مادر انسانیت نوزاد را به رسمیت‌شناخته است. اگر گمان کنیم زمانی که مادر زنده بودن روانی کودک را به رسمیت‌شناسد، به نوعی آرزو می‌کند که کودک وجود نداشته باشد و در واقع بمیرد، راه دوری نرفته‌ای" (مودل، ۱۹۹۹).

### خاستگاه عقده مادر مرد

استرن<sup>۱</sup> 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 تقليد، 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 سندروم مادر مرد در بیماران مونث است که این سندروم را از عقده‌ی مادر مرد متمایز می‌کند. بسیاری از بیماران با همانندسازی وارونه‌آ، یعنی تبدیل شدن به شخصیتی برعکس مادرشان، یا باور به اینکه تنها «بخشی» از وجودشان مرد است، از سندروم مادر مرد اجتناب می‌کنند و در نتیجه، می‌توانند نوعی حس فردیت و تمايز خود/ایزه 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 عجیب و غریب 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 مرد و تنظیم هیجان

پدیدارشناسی عقده مادر مرد 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<sup>۲</sup> به‌شكلی متقابل و دوطرفه تنظیم و تعديل می‌شوند (Beebe<sup>۳</sup> و Hmkaran، ۱۹۹۷؛ شور<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴). همسو با نظریه‌ی بیون<sup>۵</sup> مبنی بر اینکه مادر ظرف<sup>۶</sup> و پردازش‌گر اولیه‌ی اضطراب کودک است،

<sup>1</sup> Stern

<sup>2</sup> counter-identification

<sup>3</sup> homeostatic processes

<sup>4</sup> Beebe

<sup>5</sup> Shore

<sup>6</sup> Bion

<sup>7</sup> container

این اختلال در تنظیم عاطفه ممکن است نتیجه‌ی نوعی ناهمزمانی غیراختصاصی<sup>۱</sup> در رابطه‌ی مادر/کودک باشد. فرد از تجربه‌ی احساسات شدید و اهمه دارد، چرا که باور دارد نظر به اینکه عواطف به صورت ذاتی و درونی قابل کنترل نیستند، خود<sup>۲</sup> زیر بار این عواطف له و در آن‌ها غرق می‌شود (سندرل<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). اگر مادر از نظر هیجانی پاسخگو نباشد، فرد ممکن است چنین برداشت کند که مادر خود را از بدن و تجارب بدنی اش دور کرده است. اگر این مطلب درست باشد، گسستگی این چنینی 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 عاطفی اش (تجارب عاطفی خود کودک) نسبتاً ناتوان است (سزیکیرسکی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). بروز این اختلال در پردازش عاطفه بخشی از سندروم مادر مرد است و گمان می‌رود که ضمیمه و همراه ثابت این سندروم باشد، اما باید در نظر داشت که این پدیده در طیف وسیعتری از اختلالات نیز دیده می‌شود. ویژگی اختصاصی‌تر سندروم مادر مرد، عدم توانایی در تجربه‌ی لذت است. این ویژگی متفاوت از چیزی است که عموماً به صورت میل شدید و اجباری مازوخیستی برای تجربه‌ی درد درک می‌شود. خود لذت، لذت صرف 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).

### دلالت‌های درمانی عقده مادر مرد

آموزش شفقت خود را می‌توان راهی برای بازوالدی خود تلقی کرد؛ ما در کودکی و به هنگام آشتفتگی، به‌طور غریزی برای تسلی یافتن و آرامش گرفتن به سراغ مراقبان اصلی خود می‌رفتیم؛ در عین حال، به علت محدودیت‌های مراقبان یا شرایط مراقبت، این تلاش‌ها لزوماً همیشه مطابق با انتظارات پیش‌نمی‌رفت؛ هر تعامل کلافه‌کننده یا دردناک، سرانجام در الگویی تئید و در همان کودکی به شکل یک سبک وابستگی درونی‌سازی می‌شود (میکولینسر، شیور و پرگ<sup>۵</sup>، 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 مفاهeme با این زخم‌ها رو به رو می‌شویم، می‌توانیم بنیاد امنی برای حیات خود فراهم کنیم (میکولینسر و شیور، ۲۰۱۷). معمولاً، در پی شفقت ورزیدن به خود احساس قوی بودن و اعتماد به نفس 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 مفاهeme 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 روبارویی با هیجان‌های دشوار ایجاد نکرده باشد، قدرت درونی لازم برای مدیریت خاطرات ترومایی را در فضای نسبتاً ایمن اثاق 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 گرم<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸).

شفقت خود، بسیار شبیه به امنیت در دلبستگی، پناهگاه امن درونی‌ای فراهم می‌آورد، که افاده می‌تواند در موقع آشتفتگی به آن پناه ببرند و ترمیم شوند و پایگاه امنی برای کندوکاو دنیا و برقراری ارتباط با دیگران است تا فرد انرژی از دست‌رفته‌اش را بازیابد (بالبی، ۱۹۸۸). ظرفیت نظامدهی هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناسختی یا ذهنی‌سازی<sup>۷</sup> در بافت‌های دلبستگی اوایله ایجاد می‌شود و برای کنش‌وری هیجانی و بین‌فردي متعاقب بسیار مهم است (فوناگی، گرگلی، جوریست و تارگت<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲). شفقت خود هم با نظامدهی هیجانی (مهربانی با خود<sup>۹</sup>) 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، نظریه معلم، شریک عشقی یا شخصیتی معنوی، ایجاد شود (رویزمن، پدرون، اسروف و ایگلنند<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۲). می‌توان استدلال کرد که شفقت خود

<sup>1</sup> non-specific asynchrony

<sup>2</sup> self

<sup>3</sup> Sandler

<sup>4</sup> Szykierski

<sup>5</sup> Mikulincer, Shaver & Pereg

<sup>6</sup> Neff & Germer

<sup>7</sup> mentalizing

<sup>8</sup> Gergely, Jurist & Target

<sup>9</sup> Self-kindness

<sup>10</sup> Roisman, Padron, Sroufe & Egeland

نتیجه‌ی آن دسته از تجربه‌های اصلاحی است که در برابر تأثیر تجربه‌های خانوادگی ناکنش‌ور از فرد محافظت کرده‌اند (بریهیل و همکاران، ۲۰۱۸؛ هومن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶؛ جیانگ، یو، ژنگ و لین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷).

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مفهوم عقده مادر آندره گرین در راستای شفاف سازی، بررسی خاستگاه و دلالت‌های درمانی این مفهوم بود. عقده مادر مرده به علت وجود فرایندی افسرده‌وار از جانب مادر ایجاد می‌شود. کودک این حالت افسرده‌وار را به متابه نوعی رهاسدگی و متارکه‌ی روانی از سوی مادر تجربه کرده و منجر به تجربه خلاء در ساختار روانی کودک می‌شود. افسرده‌گی مادر مانع از انجام نقش تغذیه‌ای‌اش در سطحی روانی شده و در نتیجه، باعث می‌شود تا متابولیزه تجارب کودک از سوی مادر، و درون‌فکنی ایماگویی 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 آسیب‌شناسی‌های متعدد روانی و به طور خاص افسرده‌گی لزوم توجه به تجربه خلاء روانی و بدکارکردی هیجانی در فرایند روان درمانی حائز اهمیت است. یکی از رویکردهای درمانی تاثیرگذار در این حوزه درمان‌های 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 گونه‌ایکه مراجع، بنیاد درونی ایمن برای رویارویی با هیجان‌های دشوار ایجاد کرده و قدرت درونی لازم برای مدیریت خاطرات ترومایی را در فضای نسبتاً ایمن اتاق مشاوره داشته باشد؛ با گذر زمان به مراجع قادر خواهد بود رابطه با درمانگر را همواره 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 پژوهش‌های آتی به منظور بررسی کمی این خلاء روانی در ساختار روان، ابزاری جهت ارزیابی آن طراحی و متعاقباً در آسیب‌شناسی‌های متعدد روانی ارزیابی شود و همچنین اثربخشی شیوه‌های 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
- Clewel, 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.

<sup>1</sup> Human

<sup>2</sup> You, Zheng & Lin

- 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 & Francis/Routledge.
- Neff, K; Germer, Ch. (2018). *The mindful 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 soggetto 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: Erlbaum, 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.

