الرؤية اللاكانية في الطرح والطرح المقابل والإفصاح عن الذات

مقال تم نشره في نوفمبر ٢٠١٢

ترجمة/ السيد البدوي فتحي

مقدمة

لقد اتفق المحللون النفسيون على إن ديناميات الطرح والطرح المقابل تشكل جنبات لا مناص منها وحتمية في العلاج النفسي السيكودينامي، ومع ذلك, ليس هناك الا القليل من الاجماع بشأن ما يشكل الطرح والطرح المقابل، وحتى هناك اقل القليل من الاجماع عما يجب على المحلل النفسي إن يفعله بشأن الطرح المقابل. فعلي سبيل المثال، هل يجب على المحلل النفسي إن يكشف عن ردود افعاله ويفصح عن استجابات طرحه المقابل او إن عليه يحتفظ بها لنفسه؟

في هذه المقالة سوف اسعي الي مراجعة تاريخ هذه المصطلحات الثلاثة وبعض المناقشات في المجال التحليلي النفسي بين المحللين الكلاسيكيين والعلائقيين (العلاقة بالموضوع) وأيضا الي طرح بعض من جنبات التمييز بين الطرح والعلاقة الواقعية, وتعريف الطرح المقابل واحتمالية آن يكون هناك ما يسمي بالطرح المقابل الموضوعي وما هي العلاقة بين الطرح المقابل والمكاشفة آو الإفصاح عن الذات. سوف اعرض لبعض الرؤي بشأن التكنيك والكشف عن ان هناك افكارا لاكانية بشأن التكنيك من شأنها أن تقدم سبيلا جديدا في الرؤية بشأن التصورات القديمة في هذا المجال. وسوف اعمل بشكل خاص على توضيح أن فكرة لاكان بشأن رغبة المحلل تتطلب بالضرورة استخدام ضروبا من المكاشفة والافصاحات عن الذات الاستراتيجية حتى تيسر من العملية العلاجية وسوف اعمل على التمييز بين هذه الافصاحات (الشعورية) وافصاحات الطرح المقابل في السجل المتخيل (اللاشعورية).

الطرح
Transference

يصف فرويد الطرح (1912) بإنه **لوحه نمطية مطبوعة في عقل الفرد نتيجة خبرة التفاعلات مع الموضوعات الأولية المبكرة الهامة**؛ وإن هذه **اللوحة تتكرر باستمرار وتؤثر على الكيفية التي بها يرتبط الفرد بموضوعات الحب في الحياة اللاحقة**. وفي مقالهما الكلاسيكي, يعرف "جرينسون وويكسلر Greenson and Wexler (1969) الطرح بأنه معايشة الحفزات والمشاعر والفانتازيات والاتجاهات والدفاعات فيما يتعلق بشخص ما في الحياه الراهنة **والتي لا تتناسب بشكل صحيح** مع ذلك الشخص ولكنها تكرارات لاستجابات ناشئة بشأن اشخاص دالين في الطفولة المبكرة، وتمت ازاحتها ونقلها على نحو لاشعوري على اشخاص في الحاضر الراهن (ص. ٢٨). لقد لوحظ ان جرينسون وويكسلر يحصرا الطرح ويقصرانه على الجنبات التي **لا تتوافق بشكل صحيح والموضوع الموجهة له.** وعلي نحو مشابه, يحصر طومسون الطرح Thompson (1964) ، وهو محلل نفسي بارز بين شخصي interpersonal، على الاستجابات اللا-منطقية irrational للمريض تجاه المحلل النفسي. ولقد وجه جرينسون وويكسلر انتقادا خاصا للمحللين الكلاينيين الذين يجادلون من اجل طرح فكرة أكثر اتساعا وشمولية بشأن الطرح وجعله يشمل مجمل التفاعلات بين المحلل والمريض. ولقد برهن

جرينسون وويكسلر على ان هذا التعريف الشامل- الذي لا يقصر الطرح فيه على العناصر المضطربة للعلاقة العلاجية- يجعل من المصطلح عديم الفائدة مع اتساع نطاقه. وعلي نحو مشابه, يعتنق المحللون النفسيون العلائقيين Relationalهذا التعريف الشامل للطرح باعتباره يضم كل التفاعلات التي تقع بين المريض والمحلل والتي تتكشف ضمن مصفوفه بين ذاتيه. ومن ثم, يرفضون التمييز بين **الطرح والعلاقة الواقعية** (هوفمانHoffman, ١٩٨٣).

انا اعتقد ان هناك سبيلا للتصالح بين هاتين الرؤيتين بصدد الاقرار بأن الطرح واسع الشمولية وان العلاقات بالموضوع الماضية تؤثر دوما على علاقاتنا الراهنة. ان موقفي يتسق مع رؤية Etchegoyen (1991) بشأن الطرح. ووفقا له يمكن القول آنه **"ليس كل شيء هو طرحا, ولكن الطرح موجود قائم في كل شيء"(٨٣)** ولنضعها باقتضاب, إن الطرح دائم الحضور (موجود قائم دائما) ولكن لا يمكن الامساك به الا عندما يكون هناك تصورا مشوها (لدي المريض) بشأن المحلل ويكون يستند الى حتمية زائدة جراء علاقاته الطفلية القديمة بالموضوعات.

الرؤية اللاكانية للطرح

إن رؤية لاكان للطرح رؤية مختلفة بشكل ملحوظ. فهو يتناول الطرح من منظور سجلاته الثلاثة: المتخيل والرمزي والواقعي. وهي السجلات الثلاثة التي يتجلى فيها الطرح في العلاقة بالمحلل (ايفانز, ١٩٩٦). يكتب لاكان "أفضل ترك فكرة الطرح في كليتها الامبريقية, في الوقت الذي أؤكد فيه علي أن الطرح متعدد القوي polyvalentوانه يتضمن سجلات عدة: الرمزي، المتخيل والواقعي" (لاكان, ١٩٨٨). ومع ذلك, يمكن كسب الكثير **إذا ما وضعنا في الاعتبار الجنبات المتخيلة والرمزية والواقعية بالنسبة لطرح المريض على المحلل النفسي.** ومن قبل ان نقوم بوصف هذه الفروق , فإن من الضروري ان نعرف هذه السجلات الثلاثة. على المستوي المتخيل، تتحدد العلاقات وفق الادراكات النرجسية وادراكات المماثلة والمشابهة Similarty (فينك, ١٩٩٥). فالناس لا تري الأخرين الا في ضوء العلاقة بأنفسهم، الامر الذي ينتج اما حبا للمشابهة (التعيين) او مشاعر عدوانية ومنافسة جراء المشابهة المدركة (المنافسة). إن الانا، فيما يري لاكان، هي في النهاية ضربا من الوهم المتموقع في السجل المتخيل وإنها تمثل محاولة الذات جمع تشتت شذراتها في وحده واحدة.

اما بالنسبة للسجل الرمزي، فهو البعد الذي يصف **القوانين الثقافية والقواعد الاجتماعية** للتواصل. وفي هذا السجل الرمزي، يمفصل الفرد علاقاته باللغة، وهذا السجل هو بُعد اللاشعور، الذي تتم وساطته باللغة. إن في البعد الرمزي، تحاول الذات إن تثبت فرديتها واختلافها في علاقتها مع الأخرين.

والسجل الواقعي هو البعد الذي يصف الخبرة الفعلية والخبرة التي لا يمكن ترميزها (الخبرات الصدمية والخبرات القبل ـ لغوية لدي الطفل).

الطرح يكون في المستوي المتخيل في حالة تكون رؤية المريض للمحلل على إنه مشابه له هو نفسه ويشبهه (فينك, ١٩٩٨). والطرح في هذا السجل قد يطوق العديد من العلاقة الطرحية الذات ـ الموضوع على النحو الذي يصفه كوت Kohut. إن الطرح في السجل المتخيل يخبره المريض اما حبا او كراهية تجاه المحلل. ويري لاكان إن هذا الطرح المتخيل هو الذي **يشكل مقاومه المريض ضد التحليل**. فبدلا من إن ينظر المريض الى الداخل، فإنه يركز كثيرا على المحلل كسبيل لتجنب الاستبطان.

يري لاكان إنه بالعمل فقط على مستوي النظام الرمزي يمكن للمحلل إن يحدث تغييرات في وضعيه الذات وبنيتها. وإن هذه التغييرات سوف تحدث تأثيرات متخيله، لأن المتخيل يتم بناؤه بالرمزي (ايفانز ,١٩٩٦ ص. ٢٠٤).

اما الطرح في السجل الرمزي، يكون عندما يضع المريض المحلل في مكانه الوالد او دور القانون (فينك, ١٩٩٨). لقد أدرك لاكان الطرح الرمزي علي نحو اكثر خصوصية علي انه الكاشف عن الدوال الدالة في تاريخ حياه المريض وتكراريه الخبرات المبكرة واظهار الدور الذي لعبته في طرح المريض على المحلل.

واخيرا الطرح في السجل الواقعي يكون عندما يصبح المحلل **"سبب التكوينات اللاشعورية للمريض"** (فينك ١٩٩٨). على سبيل، يصف فينك شعور المريض بعدم الراحة والصعوبة جراء حضور المحلل في حلم المريض وفانتازياته ورواياته على نحو واسع الانتشار omnipresent. يري لاكان إن المحلل في هذه الحالة كان قد أصبح هو العلة وراء رغبات المريض اللاشعورية. ان هذه الوضعية تضفي علي المحلل مكانه وتقدم له الفرصة المواتية ليغير من اعراض المريض والقوي اللاشعورية التي هي العلة المسببة للمشكلات.

الرؤية اللاكانية للطرح

ونحن نتكلم عن الرؤية اللاكانية "للطرح"، فإنه يتعين علينا إن نشير الى فكرة الطرح عند لاكان القائمة على رؤية المريض للمحلل النفسي باعتباره **"الذات المفترض لها إن تكون عارفة** 'The Subject the Supped to-Know'– حيث يضع المريض المحلل النفسي في وضعيه **"الذات العارفة"**، الامر الذي يجعل من لاشعور المحلل هو من يمسك بمفتاح حل اعراض المريض. يقول لاكان في **السيمينار الحادي عشر**: "عندما يضع المريض المحلل النفسي في وضعيه الذات المفترض إنها العارفة" يكون هناك **"طرحا".**

أن المرضي العصابيين يميلون الى الذهاب طلبا للعلاج ولديهم توقع مفاده إن المحلل يملك من المعرفة التي سوف تخلصهم من اعراضهم المرضية. وقد لاحظ (Fink,2007) إن اسقاط المريض لمعرفته اللاشعورية (حيثما يقطن الشفاء) على المحلل الذي يعالجه لهو اشبه ما يكون بمعامله "الحكيم العارف بكل شيء" Like an omniscient sage. وإن المحلل من شـأنه إن يضفي في النهاية السلطة على لاشعور المريض, الامر الذي قد يستبعد اللاشعور او أن يقلل من أهميته. ومع ذلك فإن معظم المرضي في بداية العملية التحليلية لا يتحملون المسؤولية. انهم يميلون الي التنصل وانكار مثل هذا الإقرار بالمسؤولية, وان المريض يقوم بإلقاء المسؤولية علي المحلل وإعطاء السلطة للمحلل لتحليل لا شعوره. إن المحلل يشغل بشكل مؤقت هذه الوضعية

في الوقت الذي يدرك فيه تماما إن كل فرد مختلف تماما وفريد. ليكن واضحا إنه انطلاقا من هذا الفهم, فإن سلطة المحلل لا ترجع الى معرفة عليا وارفع او بفضل حساسية وجدانية وانما ترجع الى "البنية العلاجية".

توصيات تكنيكية لاكانية

ويري "فينك". "أن في الطرح الذي يسقطه المريض على المحلل سلسله متكاملة من الوجدانات التي عاشها المريض في علاقته بالرموز الدالة في ماضيه وحاضره" (١٩٩٨). إن المحلل النفسي الذي ينشغل ويهتم بأن يكون "واقعي" و/أو يميل الى إن يكون "والد جيد" (كما يري جينترب, ١٩٧١)، فإنه يلغي اسقاطات المريض لمشاعره المنحدرة من الموضوعات الماضية على المحلل. وإذا كان المحلل يحاول إن يبقي يتفحص اختبار الواقع لدي المريض ويثبط من الطرح السلبي، فإنه بفعله هذا لن يسمح للذكريات الصدمية للمريض او تذاكراته إن تلعب دورا في الطرح (فينك، 1998). إن على المحلل إن يمتلك من المهارة ما يجعله يفسح المجال امام تحرير الحرية الطرحية للمريض، اي إن يتيح الفرصة امام المريض ليتخذ من شخص المحلل الشخصية التي يحتاجها أيا كانت ما تكون. وإذا أحبط المحلل الفرصة امام المريض لأن يكرر وجدانيا ما لا يستطيع إن يتذكره، فإن العملية العلاجية سوف تتعرض في هذه الحالة للخطر. ومن ثم يتعين على المحلل إن يقبل كل اسقاطات المريض، الامر الذي يسمح للذكريات الصدمية إن تتأتى وتلعب دورها في الطرح.

ولقد كان لاكان ناقدا (١٩٧٣) لمحللي سيكولوجية الانا من أمثال جرينسون ووكسلر الذين اقترحوا إنه يجب علي المحلل النفسي ان يساعد الانا الملاحظة للمريض ان تميز بين الجنبات المضطربة والجنبات غير المضطربة للعلاقة العلاجية. ولقد انتقد لاكان بشدة فكرة الجزء الصحي من الانا (الانا-الملاحظة) , التي يعرفها لاكان بسخرية على انها "ذلك الجزء الذي يفكر مثلنا" (٢٠٠٠). لم يوافق لاكان ١٩٧٣علي آنه يجب علي المحلل ان ينجذب الي الانا-الملاحظة للمريض حتى يصحح التشويهات الطرحية بسبب ان انا المريض هي العابرة للاشعور. ان نبذ هذا العنصر اللاعقلاني المعوج من اللاشعور عن طريق تشجيع المريض علي كبت **الإخفاقات اللاشعورية في ادراك ان انا المريض هي مصدر المقاومة**.

الطرح المقابل Counter Transference

يعرف المحللون الكلاسيكيون الطرح المقابل بإنه الصراعات اللاشعورية للمحلل والوجدانات التي تتم اثارتها عن طريق المريض (اور Orr, ١٩٥٤). ويري Brenner 1954 إن الطرح المقابل هو ببساطه طرح المحلل تجاه المريض. وانطلاقا من هذه الرؤية، يحتاج المحلل **إن يتغلب ويتجاوز** الطرح المقابل والتوصية **بالعودة** للتحليل النفسي لأن الطرح المقابل يتداخل مع المهمة التحليلية النفسية.

لما يزل هناك ثمة شيء ما غريب كان قد حدث في منتصف القرن العشرين في العالم التحليلي النفسي، حيث بدأ الكثير من المحللين يعيدون التفكير بشأن الطرح المقابل. لقد أشار وينيكوت (1949) الى إن هناك طرح مقابل موضوعي objective countertransference، وقام بتعريفه على إنه مشاعر الحب والكراهية التي يشعرها المحلل تجاه المريض استنادا على شخصيه المريض ‘‘الفعلية’’، ومن ثم كان يري الطرح المقابل

استجابة "طبيعية" للمريض وليست انعكاس لصراعات المحلل اللاشعورية. وعلى نحو مماثل وسع هايمان Heimann (1950) من تعريف الطرح المقابل ليكون حاصل جمع وجدانات المحلل تجاه المريض. وقد اوضح هايمان إن الطرح المقابل هو اداه هامه للغاية للمحلل لأن المريض يمكنه إن يوصل مشاعره بشكل لاشعوري التي لا يمكن تمييزها الا من خلال تفحص المحلل وجداناتة. وفي هذا الإطار، يعتبر المريض هو المسؤول عن ردود فعل الطرح المقابل للمحلل. وفي العام (1965) دافع كيرينبرج Kernbergعن تعريف جديد موسع للطرح المقابل، كان قد أطلق عليه "الطرح المقابل كلي الوجهة Totalislic، والذي يتسق مع تعريف هايمان المبكر، حيث يعرف **كيرنبرج الطرح المقابل الشامل هو كليه الاستجابات الوجدانية للمحلل على المريض.**

وباعتبار إن الطرح المقابل هو هكذا مفهوم هام وذو قيمه في الدوائر التحليلية الحديثة، فإن المرء يتعجب عن تجاهله في النصف الاول من القرن العشرين؟ يبرهن Busch (1998) إن الافتقار المعاصر للتأكيد على التداعي الطليق في الممارسة التحليلية يعد اشكاليه وقد ربطه بحاجة المحلل للاعتماد على وجداناته لفهم المريض. وهذه الحركة ببعدها عن التداعي الطليق وقربها من الطرح المقابل **كأداة اوليه للفهم الاكلينيكي تستلزم من المحلل إن يستدل ويستخلص ما يحاول المريض إن يوصله عن طريق فحص استجاباته الوجدانية. وإني اميل الى استخدام الطرح المقابل كأداة تحليلية للفهم؛** ما الذي يمنع المحلل من إن يسأل المريض عن مشاعره وايضا **عما يتخيله المريض بشأن مشاعر المحلل؟ يجيب معظم المرضى على هكذا أسئلة وهذا يعد أكثر صدقا من إن يتفحص المحلل الطرح المقابل لديه.** نحن نري آن تعويل المحلل على طرحه للمقابل بأكثر من تعويله على تداعيات المريض لهو أشبه ما يكون بضرب من اللجوء الأخير والملاذ ويعتبر شيء ما يجب التعامل معه ومعالجته بدقه شديدة. إن الاعتماد على الطرح المقابل هو بطبيعته أكثر خطورة من التعويل على كلام المريض.

وهذا يقودنا الى النظر الى الطرح المقابل الموضوعي. إن الطرح المقابل الموضوعي للمحلل هو جمله مشاعر المحلل ووجداناته التي يتم استثارتها نتيجة تأثير المريض على المحلل (Geltner,2006). إن المريض يؤثر على المحلل مما يجعله يخبر وجدانات يستشعرها المريض من خلال استقراء وجداني. إن في الطرح المقابل الموضوعي يخبر المحلل مشاعر بإن المريض او شخص ما في حياه المريض قد عاش هو الأخر مشاعر مشابهه (ضرب مشابه لفكرة روكر ١٩٥٧ بشأن التعيين التكاملي او المتوافق).

لدي تحفظ جاد بشأن الطرح المقابل الموضوعي وفكره إن المريض هو الخالق لردود افعال المحلل واستجاباته الوجدانية لأنه يمكن استخدامها على نحو محايث من قبل المحلل ليشرح بها مشاعره وافكاره غير المريحة تجاه المريض. وثانيا، إن فينك (٢٠٠٧) رفض فكره الطرح المقابل الموضوعي بحجه إنه سيكون من المستحيل الحصول على اجماع عالمي حول ما يمكن اعتباره استجابة موضوعيه لماده كلينيكيه. وثالثا: إن الطرح المقابل الموضوعي يفترض بشكل غير معقول إن المحلل يفهم نفسه جيدا حتى يمكنه إن يميز بين الاستجابات المميزة وردود الفعل المعيارية (فينك،2007) وبعد كل ذلك، إن للمحلل لاشعور يستحيل معرفته بشكل كامل. **واخيرا كيف يتسنى للمحلل إن يتأكد من قدرته على التأكيد بإن استجابته للمريض يمكن تعميمها بشكل كاف؟**

يفترض حيلتنر Geltner (2006) إن الطرح المقابل الموضوعي للمحلل لا يمكن التحقق منه الا إذا كانت استجابة المحلل للمريض تتماشي مع النمط الذي يصفه المريض بشأن العلاقة خارج غرفه التحليل. ومع ذلك، يجب على المحلل يمنح الصفة الموضوعية لتقارير المريض، الامر الذي يشكل اشكالية.

الافكار اللاكانية في الطرح المقابل

لقد قبل جاك لاكان الفكرة الكلاسيكية التي مفادها إن الطرح المقابل إنما يشكل عائقا امام العلاج. ولقد اشار الى الطرح على إنه حاصل جمع تحيزات المحلل واهوائه وصعوباته. لقد كان لاكان يعتقد إن تقسيم الطرح عن الطرح المقابل يعتبر امرا مضللا. وبدلا من ذلك، فضل النظر الى الكيفية التي يشارك بها المحلل في طرح المريض. ومن المثير للاهتمام، إن موقف لاكان يتفق مع مدرسه العلاقة بالموضوع التي تري إن المحلل لا يمكنه الا إن يساعد في المشاركة في المصفوفة الطرحية.

ولقد انتقد لاكان فكرة المحلل المثل الأعلى الذي يعمل كإنسان آلي، غير مبال وجدانيا تجاه المريض. لقد كان يعتقد إن للمحلل النفسي ردود فعل عاطفية تجاه المريض وإن السؤال هو ما الذي يجب على المحلل إن يفعله تجاه هذه المشاعر. أن لاكان في الواقع، كان يعتقد إن التحليل الشخصي لا يفرغ المحلل من كل وجداناته ولكنه يزيد من قدرته على آن تتولد لديه الرغبة (ايفانز، 1996). ومع ذلك، انتقد لاكان المحللين النفسيين العلائقيين ـ الاول لأنه اعتقد إنهم يسيئون بشكل اساسي فهم وضعيه المحلل. فلقد رفض الطرح المقابل لأنه يستلزم ضربا من السيمترية بين المحلل والمريض، على الرغم من حقيقة إن العلاقة ليست علاقة متكافئة. ويري إن العلاقة العلاجية التحليلية ليست بعلاقة ثنائية وإنما هي علاقة ثلاثية الابعاد: حيث يتواجد لاشعور المريض. لقد اراد لاكان إن يحرك التحليل النفسي بعيدا عن السجل المتخيل للعلاقات الثنائية الى السجل الرمزي حيث يحتل لاشعور المريض مرحلة مركزية. ويري بيرنشتاين Bernstien إن المحللين العلائقيين يضيفون التركيز على الدينامية التبادلية التي تتكشف بين المحلل والمريض ويتجاهلون الاركان الرمزية البنائية للاشعور.

الافصاح عن الذات والمكاشفة Self-Disclosure

استعرض جرينبيرج Greenberg(1995) مشكلات رئيسية ثلاثة عند محاولته تعريف الإفصاح عن الذات والمكاشفة، اولا، توضيح "فيرنيزي" الذي مفاده إن كل ما يفعله المحلل يكشف شيئا ما عن شخصيته. ومع ذلك، لاحظ جرينبيرج إن فرويد لم يكن يشجع على المكاشفة والافصاح عن الذات واستخدامها شعوريا. وفكرة فيرنيزي تلفت انتباهنا الى التمييز الذي وصفه Levenson (1996) بين **اظهار الذات** Self-revelation **والافصاح عن الذات** (المكاشفه). يعرف ليفنسن **اظهار الذات على إنه الجنبات المتكشفة التى لا مفر منها لشخص المحلل والتى تحدث عن غير قصد او على نحو لاشعوري بينما الافصاح عن الذات هى تلك الجنبات التى يقرر المحلل النفسى إن يكشف عنها طواعيه او يخبر بها المريض (ص. ٢٣٨)**.

ثانيا: إن كل افصاح عن الذات يخفي في نفس الوقت منحي أخر من مناحي ذات المحلل. (جرينيرج، 1995، و Levine، 2007). وفي كلمات أخري، إذا ما قرر المحلل إن يفصح بشيء ما عن نفسه، فلا مفر من إن هناك شيء ما أخر مستبعد من القصة. وبالمثل لقد قال لاكان ذات مره،" **الانا (I) تنطق دوما الحقيقة، ليس**

كل الحقيقة، لأنه من المحال قول كل الحقيقة. إن قول الحقيقة هو حرفيا مستحيل: فالكلمات تفشل". إن كل الحقيقة يستحيل تمفصلها والتعبير عنها وإن هناك ثمة شيء ما يكون دوما غائبا محذوفا في كل خطاب. لقد لاحظ جرينبيرج (١٩٩٥) إن المريض عندما يدفع المحلل للكشف عن افكاره او مشاعره فإنه يكون يطرح سؤالا سرمديا: **ما هي الحقيقة؟ (ص. ١٩٧).** إن مشاعر المحلل هي مشاعر متصارعة بطبيعتها، والايمان بالعمليات اللاشعورية يجعل من الصعوبة بمكان الثقة في حقيقة خبرات المرء. فالأمور عادة ليست بالبساطة التي تتبدي عليها للوهلة الاولي. إن المحلل النفسي عليه إن يمارس دوما قدرا من الشك، ولا يثق ابدا بشكل اعمي في الامور الظاهرة، لأنها تميل الى اخفاء اللاشعور.

وهناك مشكله ثالثة تتعلق بتعريف الافصاح عن الذات وهي عمليه تحديد العلاقة بين الافصاح عن الذات والطرح المقابل. ما هي العلاقة الحقه بين الطرح المقابل والافصاح عن الذات؟ هل كل افصاح ذاتي يميط اللثام عن طرح مقابل من جانب المحلل او إن ما يفصح عنه المحلل ينطلق من منظور مختلف؟

الانفتاحية في الافصاح عن الذات

لقد حذر فرويد ضد الافصاح عن الذات والمكاشفة لأسباب عده: حيث إنها تتغازل مع الايحاء (التكنيك اللعنة على التحليل النفسي)؛ إن المكاشفة تعزز المقاومة؛ إنها تعرقل اكتشاف المادة اللاشعورية؛ وقد تؤدي بالمريض الى أقصى الانشباكات التوريطية في حياه المحلل؛ كما إنها تعيق حل الطرح. ويخلص فرويد الى إنه يتعين على المحلل إن يكون "غامضا" امام مرضاه و، شأن المرآه، لا ينبغي له إن يظهر لهم شيئا اللهم الا ما يتراء له. والامر المثير للاهتمام بشأن التوصيات العلاجية عند فرويد هو إنها تتعارض مع ممارسات فرويد والشاهد على ذلك هو نصه الاساس المبكر الذي قدمه في "سيكوباثولوجيا الحياة اليومية". حيث يخبر في هذا العمل **بقصه لمريض** طلب إن يستعير بعض الكتب من اجل رحلته الى البندقية. فعلي الرغم من إن فرويد كان يعتقد من إن الرحلة قد تكون ضاره بوضعه المالي وايضا بعلاج المريض، الا إنه وافق على اقراض المريض الكتب. وعندما جاء المريض لأخذ الكتب، قام فرويد بتضليل المريض وقام بالتأكيد له على إن الكتب جاهزة في متناول يديه، ولكنه قام بالبحث على عجل للعثور عليها، بينما كان المريض ينتظره خارج المكتب. وبالخطأ، اعار فرويد كتابا واحدا للمريض لا علاقة له برحلته، وهو ما اعتبره فرويد أحد علامات عدم موافقته على رحله المريض. في العام (1901) كتب فرويد: "إن على الان إن اكون عادلا، فيما إنني كنت اواجه مريضي بشكل متكرر بأفعاله المصاحبة للمرض، لم يكن بوسعي الا إن اثبت سلطتي في عينيه من خلال إن اكون صادقا وإن اظهر له الدوافع (التي ابقيتها سرا) لعدم موافقتي على رحلته (ص. 221).

ما الذي علينا إن نستنتجه من هذا؟ اعتقد إن هذه الصفه تعلمنا إن الموقف التحليلي الكلاسيكي هو مثال نموذجي تنظيمي وإنه لا ينبغي إن يكون ذريعة لعدم الامانة من جانب المحلل او إن تستخدمه المحلل على نحو دفاعي لإخفاء الاخطاء عن المريض. وكما يكتب Poland(1984): "إن الحيادية ليست قصه تغطيه للنقاط التحليلية العمياء" (وفيما اري، فإني لا اوصي بالاعتذار احادي الجانب عن كل خطأ، حيث إن من الصعب تحديد اختيار تقرير متى يكون من المفيد اصلاح تمزق علاجي او اتاحه الفرصة امام المريض للتعبير عن غضبه واحباطه من المحلل). أن من المثير للاهتمام إن فرويد يقول إنه كان مدفوعا للإفصاح عن نفسه بغيه اقناع المريض

سلطته وبالقوة التفسيرية للتحليل النفسي. إن سبب الافصاح والمكاشفة هو ببساطه تشجيع المريض على مواصلة العمل وهو ما يتفق مع فكره فرويد القائلة بإن "التكنيك التحليلي يجب الا يتم الحكم عليه الا من خلال التأثير البرجماتي الذي يحدثه على مسار العلاج". (جرينيرج، 1995).

أن محللي الحفزة الكلاسيكية لا يشجعون على المكاشفة والافصاح عن الذات ويحالوا التقليل من شأن تأثيرهم الشخصي، الامر الذي يسمح لطرح المريض إن يتكشف بشكل طبيعي (Burke &Tansey,1991)، يعتقد المحللون إنه كلما زادت معرفة المريض بالمحلل، كلما زادت صعوبة تحديد مدي دفع الفانتازية او الواقع لادراكات المريض للمحلل. إن المكاشفة في ضوء هذا الطرح تفسير لصالح اسقاط القرصة امام تحليل الطرح. ويعترف Jacobs (1997) إن بعض المكاشفة يعطل ويسقط تداعيات المريض وفانتازياته، حتى علم الرغم من حقيقة إن بعض المكاشفة قد يعزز ويشجع على تداعيات جديدة ايضا. ويشارك جاكوبس Jacobs بمثال لحاله حيث أخبر مرضيته بإنه شعر بالهجوم عليه بملاحظاتها العدوانية ـ السلبية وفقط فيما بعد في التحليل حدث إن كشفت المريضة إنه بعد أن كشف المحلل عن نفسه لها بدأت تشعر بالخوف بشأن ما قالته له عنه، وبدأت تحسب حساب عواقب تعليقاتها على محللها.

مناصري المكاشفة والافصاح عن الذات

يفهم المحللون العلائقيون أن السيكوباثولوجي (الاضطرابات النفسية) هي نتيجة خبرات علائقية متكررة مؤلمة للمريض (Burke & Tansey, 1991) . في العلاج العلائقي، يراقب المحلل أنماط علاقات المريض وكذلك استجاباته للمريض. يعد الطرح المقابل جزءًا أساسيًا من المهمة العلاجية، ويأخذ مثل هؤلاء المنظرون عمومًا في الاعتبار متى يجب على المحلل آن يكشف عن ردود فعل طرحه المقابل للمريض وما مقدار ما يكشفه؟

لقد كشفت سيرلز Searles (1959)، وهي أحد المدافعين الراديكاليين السابقين عن المكاشفة والافصاح عن الذات، أنه كان يتطور لديها مشاعر شبقية ومشاعر محبة تجاه كل واحد من مرضاها في مرحلة ما من العلاج. ترى سيرلز أن التحليل لا يكتمل إلا عندما يتوصل المحلل إلى حل الطرح المقابل الخاص به، بما في ذلك خبرته كونه محبوبًا ومرغوبًا فيه. تدعي سيرلز أن هناك علاقة مباشرة بين وعي المحلل بالمشاعر العميقة تجاه المريض وتطور المريض في التحليل.

فيرينزي

يجادل بعض المحللين العلائقيين بأن المكاشفة والافصاح عن الذات أمر لا مفر منه وأن تجاهلها أمرا مستحيلا. لقد لاحظ أورانج وستولورو Orange and Stolorow (1998) أن المحللين الكلاسيكيين ينظرون عادة إلى الافصاح عن الذات والمكاشفة التحليلية على أنه "أذي" contamination (ص 530) عندما تصوروا التحليل النفسي كعلم تجريبي يتعين ان يكون له مراقب محايد. يعتبر كل من Orange and Stolorow أن مثل هذا الموقف غير واقعي ومستحيل لأن كلا من الحجب والإفصاح هما شكلا من أشكال التواصل.

المواقف الوسطى

يشير مايسنر Meissner (1998) إلى أن الافصاح عن الذات قد يخدم أحيانًا وظيفة ما، ويرى أن جميع التدخلات يجب أن يتم الحكم عليها من خلال طبيعة وحالة التعاقد العلاجي therapeutic alliance. كما يوصي مايسنر (2002) بأن الحياد التحليلي يمكن أن يساعد في توجيه اختيار المحلل فيما إذا كان سيكشف عن نفسه أم لا. ويحذر المحللين من الكشف عن معتقدات معينة لأنها يمكن أن تثقل كاهل المريض وتعيق قدرته على تقييم نسق المعتقدات التي تختلف عن معتقدات المحلل.

ومن وجهة نظر كلاين، يوصي واسكا Waska (1999) بأن المحللين بحاجة إلى أن يكونوا مرنين عند العمل مع بعض المرضى المتراجعين النكوصيين. ففي بعض الأحيان يكون من الضروري الافصاح عن الذات لتخفيف قلق الطرح الاضطهادي ولمساعدة المريض على فهم عملية التحديد الإسقاطي بشكل أفضل. يرى واسكا أنه يجب استخدام الكشف عن الذات لمساعدة المريض على فهم عملية التوحد الاسقاطي. يري واسكا ان الإفصاح عن الذات ينبغي استخدامه لمساعدة المريض على ان يفهم علي نحو أفضل ادراك الموضوع ويمكن استخدامه تفسيريًا. يمكن أيضًا استخدام الإفصاحات لتقليل قلق العدمية ويمكن أن يساعد المريض على الاسترخاء والتعافي من التخييلات (الفانتازيات) والدوافع المدمرة الغامرة. ومع ذلك، فإن الإفصاحات غير التفسيرية غالبًا ما تكون أمثلة على التفعيل في الطرح المقابل ولا تسهل من عمل التحليل. وفقًا ل- واسكا، فإن تركيز المحللين العلائقيين على العلاقات بين الأشخاص، يفشل في الأخذ بعين الاعتبار تأثير تخييلات المريض النفس داخلية على العملية التحليلية.

أفكار لاكانية حول المكاشفة والافصاح عن الذات

قبل تقديم الموقف اللاكاني حول رغبة المحلل والافصاح عن نفسه، سيكون من المفيد تناول دور المحلل في العلاج. تحاول فيتجر Fitger (2009) تحليل المناقشات بين الرؤية النفس داخلية والرؤية البين ذاتية من خلال تحليلهما من منظور موقف المحلل والوضعية التي يتخذها بالنسبة للمريض. وهي تصف ثلاثة أبعاد: **المحلل ك- ذات ، والمحلل ك- موضوع، والمحلل ك- وظيفة**. تتبنى المدرسة العلائقية موقف **المحلل ك- ذات**، والذي يصف شخصية المحلل وتاريخها الفردي الفريد. اما موقف **المحلل ك- موضوع** فيصف قدرة المحلل على أن يكون **الموضوع** الذي عليه تسقط المريضة فانتازياتها وعلاقاتها القديمة بالموضوعات (الطرح)، والتي يحللها المحلل لمساعدة المريضة على فهم اللاشعور بشكل أفضل. **ويمثل هذا الموقف وضعية علم نفس الانا**، والذي يتصور المحلل كشاشة فارغة أو مرآة عاكسة. أما موقف **المحلل ك- وظيفة** يصف وجود رغبة فارغة ترغب في خلق "المساحة المحتملة التي تجعل من الممكن للاشعوري، الذي لم يتم التعرف عليه بعد، أن يأتي إلى الوجود" (ص. 136). ترتبط هذه الرغبة بشكل فضفاض بالاتجاه التحليلي وتجسد وجهة نظر لاكان للموقف التحليلي. يكشف وصف فيتجر لموقف المحلل عن ثلاثة مواقف نظرية مختلفة تملي كيفية مشاركة المحلل في العلاج.

لقد سعيت في هذه الورقة لمناقشة فكرة أنه يجب أن يقتصر الطرح المقابل على طرح المحلل النفسي تجاه المريض، وهو ما لا أعتقد أنه يشكل ضربا من المكاشفة والافصاح عن الذات للمريض. وفي الواقع، أود أن

أذهب إلى أبعد من ذلك وأقول إن علي المحلل النفسي آن يمتنع عن المكاشفة والافصاح عن ردود فعله في سجل المتخيل (على سبيل المثال، مشاعر الحب، والكراهية، والانزعاج، والملل آو الضجر). وكما اقترح فينك (1997)، بشأن هذا الذي يجعل المحلل يعرب عن مشاعره "الحقيقية" تجاه مرضاه؟ فان المحلل يؤدي دورًا بالنسبة للمريض وان هذه التعبيرات "الأصيلة" تخلط بين شخصية المحلل ودور المحلل. وعلى الرغم من أنني لا أعتقد أنه ينبغي علي المحلل آن يفصح عن ردود فعل طرحه المقابل، فإن هذا لا يعني أن المحللين اللاكانيين يجب أن ينكروا ردود الفعل الخاصة بطرحهم المقابل. وقد جادل ميللر Miller (2011) بأنه يجب تحليل فانتازيات طرح المحلل المقابل حتى لا تبالغ في حتمية over-determine تدخلاته. وفي النهاية يقترح ميللر أنه يجب على المحللين النفسيين استخدام "الطرح المقابل كأداة تساعد على تنظيم إمكانية قيام المحلل بإجراء التحليل على نفسه" (186).

يشير فينك (1997) إلى أن العديد من المحللين الذين تم تدريبهم من خلال تقاليد مدرسة علم نفس الانا يميلون إلى أن يكون لديهم وجهة نظر صارمة للغاية بشأن العلاج والإفصاح (المكاشفة). يُطلب من هؤلاء المحللين الا يعربوا عن طرحهم المقابل تجاه علاج المريض. هذا الحياد الصارم من شأنه أن يمنع المعالج من مهاتفة آو استدعاء المريض الذي فاته الجلسة حتى لا ينتهك استقلالية المريض. وبالاستناد إلى نظرية لاكان، يشير فينك (1997) إلى أن المرضى لا يريدون التغيير، وفي الواقع، يبحثون عمومًا عن أي عذر لترك العلاج. ان المرضى متناقضون بشأن التغيير لأنه مؤلم وغالباً ما يجدون أنه من المؤلم نرجسيا طلب المساعدة. يدعي فينك أن علي المحلل أن يكشف ويفصح عن رغبته في أن يواصل المريض العلاج لأن رغبة المحلل تشجع مشاركة المريض وانخراطه في العملية العلاجية ويمكن أن تساعد المريض في التغلب على التناقض. يرى فينك أن التعبير عن هذه الرغبة متأصل في دور المحلل ولا يكشف عن امنية شخصية (طرح مقابل). ومن ثم، وهذا يتماشى مع المثال الذي قدمته بشأن مثال فرويد (1901)، فإن المكاشفة والافصاح عن الذات يجب أن يستخدم بشكل استراتيجي من قبل المحلل لتعزيز العلاج والتشجيع على الكلام. لا يجب أن تكون هذه الإفصاحات الذاتية ايماءات كبيرة، بل يمكن أن تكون تعبيرات خفية مثل "أتطلع إلى رؤيتك الأسبوع المقبل" أو "أنا سعيد لأنك قررت العودة".

الآن، أريد أن أتناول فكرة لاكان عن رغبة المحلل كونها سبيلا لإعادة التفكير في كيفية قيام المحلل بتسهيل عملية التحليل .(Hinshelwood, 1999) أولاً، تجدر الإشارة إلى أن الموقف الذي يجب الحذر منه هو رغبة المحلل في العلاج. لقد كان فرويد (1912) حساسًا للعملية مما يساعد على شرح توصيته بأن المحلل يجب أن يجسد هذه الفكرة في مقابل العلاج، **"لقد ضمدت جراحه، فشفاه الله"** (ص 2470). إذا لم يعرب المرضى عن بعض الرغبة في ترك العلاج فسيظل هذا الصراع خاملًا وغير قابل للتحليل. ومن المفارقة أن لاكان (1992) زعم أن المحلل يجب أن يجسد "عدم الرغبة في العلاج" non-desire to cure. على عكس بايون (1988) الذي قال قولته الشهيرة "أن علي المحلل أن يتجنب الذاكرة أو الرغبة، لأنهما يمكن أن يعيقا الحكم والملاحظة، لقد اعتبر لاكان (2006) آن رغبة المحلل هي محرك التغيير في التحليل. الفرق بين الطرح المقابل ورغبة المحلل هو أن رغبة المحلل تقتصر حصرا على علاج المريض (فينك، 2007). لا تشير رغبة المحلل إلى رغبات المحلل السرية تجاه المريض، بل هي رغبة استراتيجية تتعلق فقط بموقف المحلل ووضعيته في العلاج. ان المحلل يرغب على وجه التحديد في أن يفكر المريض، ويتخيل فانتازياته، ويشعر، ويتداعى، ويحلم - وهي

الأفعال التي من شأنها توضيح اللاشعور لدى المريض. وبما أن هدف العلاج اللاكاني هو الكشف عن رغبات المريض اللاشعورية، فإن رغبة المحلل هي أن يواجه المريض رغبته اللاشعورية. كيف يحدث هذا؟

بالنسبة الي لاكان (1973)، الرغبة هي رغبة الآخر الكبير the Other. يأتي الأفراد الي العلاج ليفهموا رغبتهم من خلال أن يصبحوا ما يرغب فيه الآخر الكبير ومن خلال تعلم رغباتهم الخاصة من خلال رغبتهم فيما يريده الآخر الكبير (التقليد والمحاكاة). ومن ثم فإن المريض سوف يلجأ إلى المحلل لاكتشاف رغباته. اقترح كوتيت Cottet(2012) أن رغبة المحلل هي وسيلة لدعوة المرضى لمواجهة رغبتهم الخاصة. يكتب كوتيت: ‘‘وبالتالي، من خلال وضع رغبة الفرد الشخصية بين قوسين، تصبح وظيفة الرغبة التي تنشأ في مكان الآخر واضحة ظاهرة. وبعبارة أخرى، كلما بقي المحلل صامتا بشأن رغبته، كلما أصبح من الواضح أن رغبة المريض اغتربت في هذا المكان’’ (ص. 147). ومن ثم تظل رغبة المحلل الخاصة غامضة طوال فترة العلاج، ولا يكشف المحلل أبدًا عن هذه الرغبة للمريض مما يسهل على المريض اكتشاف رغباته اللاشعورية (لاكان، 1973). لكن هذا لا يمنع إمكانية قيام المحلل بالتعبير والإفصاح عن رغبات حصرية تقتصر على علاج المريض.

خاتمة

لقد عملت في هذه الورقة على آن ابين أن هذا الوضوح التعريفي ضروري عند مناقشة مصطلحات معقدة مثل الطرح والطرح المقابل والإفصاح الذاتي. لقد جادلت بأن نظرية لاكان للتقنية يمكنها إحياء المناقشات التي لا معنى لها بين المحللين الكلاسيكيين والعلائقيين من خلال تقديم أفكار مهمة مثل السجلات الثلاثة (المتخيلة والرمزية والواقعية)، ومركزية اللاشعور ورغبة المحلل. أخيرًا، لقد جادلت بأن الإفصاح الذاتي والمكاشفة يمكن استخدامه بشكل استراتيجي لتعزيز العلاج ويتوافق مع تقنية لاكان فقط عندما يكشف المحلل من موقع دور المحلل وليس من السجل المتخيل (أي ردود فعل الطرح المقابل).

References

Bernstein, J. (1999). Countertransference: Our new royal road to the unconscious? *Psychoanalytic Dialogues*, *9*(3), 275-299.

Bion, W. (1988). Notes on memory and desire. In E. Spillius (Ed.), *Melanie Klein today: Developments in theory and practice, Vol. 2: Mainly practice* (pp. 15-18). Florence, KY US: Taylor & Frances/Routledge.

Brenner, C. (1985). Countertransference as compromise formation. *The Psychoanalytic Quarterly*, *54*(2), 155-163.

Burke, W. F., & Tansey, M. J. (1991). Countertransference disclosure and models of therapeutic action. *Contemporary Psychoanalysis*, *27*(2), 351-384.

Busch, F. (1998). Self-disclosure ain't what it's cracked up to be, at least not yet. *Psychoanalytic Inquiry*, *18*(4), 518-529.

Cottet, S. (2012). *Freud and the desire of the psychoanalyst* (B. Khiara, J. Holland, & K. Golibert, Trans.). London England: Karnac Books.

de Bernardi, B. (2000). The countertransference: A Latin American view. *The International Journal Of Psychoanalysis*, *81*(2), 331-351.

Etchegoyen, R. (1991). *The fundamentals of psychoanalytic technique*. Oxford England: H. Karnac (Books) Ltd.
Evans, D. (1996). *An introductory dictionary of Lacanian psychoanalysis*. Florence, KY US: Taylor & Frances/Routledge.
Fink, B. (1995). *The Lacanian subject: Between language and jouissance*. Princeton, NJ US: Princeton University Press.
Fink, B. (1997). *A clinical introduction to Lacanian psychoanalysis: Theory and technique*. Cambridge, MA US: Harvard University Press.
Fink, B (1998). The master signifier and the four discourses. In D. Nobus (Ed.) *Key Concepts of Lacanian Psychoanalysis* (pp. 29-47), London: Rebus
Fink, B. (2007). *Fundamentals of psychoanalytic technique: A Lacanian approach for practitioners*. New York: W W Norton.
Fitger, M. (2009). The analyst's desire in the era of intersubjectivity. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, *32*(2), 134-140.
Freud, S. (1901). *The psychopathology of everyday life*. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud,* Volume VI (1901): *The psychopathology of everyday life*, vii-296.
Freud, S. (1912a). The dynamics of transference. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The case of Schreber, papers on technique and other works*, 97-108
Freud, S. (1912b). Recommendations to physicians practicing psycho-analysis. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The case of Schreber, papers on technique and other works*, 109-120.
Geltner, P. (2006). The concept of objective countertransference and its role in a two- person psychology. *American Journal Of Psychoanalysis*, *66*(1), 25-42.
Greenberg, J. (1995). Self-disclosure: Is it psychoanalytic? *Contemporary Psychoanalysis*, *31*(2), 193-205.
Greenson, R., & Wexler, M. (1969). The non-transference relationship in the psychoanalytic situation. *The International Journal Of Psycho-Analysis*, *50*(1), 27-39.
Guntrip, H. (1971). *Psychoanalytic theory, therapy, and the* self. New York: Basic Books.
Heimann, P. (1950). On counter-transference. *The International Journal Of Psychoanalysis*, (*31)*, 81-84.
Hinshelwood, R. D. (1999). Countertransference. *The International Journal Of Psychoanalysis*, *80*(4), 797-818.
Hoffman, I. Z. (1983). The patient as interpreter of the analyst's experience. *Contemporary Psychoanalysis*, *19*(3), 389-422.
Jacobs, T. J. (1997). Some reflections on the question of self-disclosure. *Journal Of Clinical Psychoanalysis*, *6*(2), 161-173.
Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, *13*(1), 38-56.
Lacan, J. (n.d.). *The seminar of Jacques Lacan: Transference, 1960-1961* (C. Gallagher, Trans.). Retrieved from http://www.lacaninireland.com/web/?page_id=123
Lacan, J. (1973). *The four fundamental concepts of psychoanalysis*. (A. Sherdian, Trans.). New York: Norton.
Lacan, J. (1988), *The seminar of Jacques Lacan: Book I, Freud's papers on technique, 1953-1954*. (J. Forrester, Trans.). J. A. Miller (Ed.) New York: Norton

Lacan, J., Hollier, D., Krauss, R., Michelson, A., Mehlman, J., & Copjec, J. (1990). *Television: A challenge to the psychoanalytic establishment*. New York, NY US: W W Norton & Co.

Lacan, J. (1992). *Seminar VII: The ethics of psychoanalysis*. (D. Porter, Trans.). J. A. Miller (Ed.). London: Routledge.

Lacan, J. (2006). *Écrits: The first complete edition in English*. (B. Fink, Trans.). New York: Norton & Co.

Levenson, E. A. (1996). Aspects of self-revelation and self-disclosure. *Contemporary Psychoanalysis*, *32*(2), 237-248.

Levine, S. (2007). Nothing but the truth: Self-disclosure, self-revelation, and the persona of the analyst. *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, *55*(1), 81- 104.

Meissner, W. (1998). Neutrality, abstinence, and the therapeutic alliance. *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, *46*(4), 1089-1128.

Meissner, W. (2002). The problem of self-disclosure in psychoanalysis. *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, *50*(3), 827-867.

Miller, M. J. (2011). *Lacanian psychotherapy: Theory and practical applications*. New York, NY US: Routledge/Taylor & Francis Group.

Orange, D. M., & Stolorow, R. D. (1998). Self-disclosure from the perspective of intersubjectivity theory. *Psychoanalytic Inquiry*, *18*(4), 530-537.

Orr, D. W. (1954). Transference and countertransference: A historical survey. *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, *2*6,21-670.

Poland, W. (1984). On the analyst's neutrality. *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, *32*(2), 283-299.

Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *The Psychoanalytic Quarterly*, *26*(3), 303-357.

Searles H. (1959). Oedipal love in the countertransference. *The International Journal Of Psycho-Analysis*, *40*180-190.

Thompson, C. (1964). *Interpersonal psychoanalysis: The selected papers of Clara M. Thompson*. M. G. Green (Ed.). New York, NY: Basic Books

Waska, R. (1999). Projective identification, self-disclosure, and the patient's view of the object: the need for flexibility. *The Journal Of Psychotherapy Practice And Research*, *8*(3), 225-233.

Winnicott, D. W. (1949). Hate in the counter-transference. *The International Journal Of Psychoanalysis, 30*, 69-74.

تمت في ٢٠٢٤/٧/٣