فهرست مطالب

مقدمه ۸

بخش اول: درک شرم مزمن

فصل اول: شرم مزمن، مشکل بیان‌نشدنی ۲۲
فصل دوم: ماهیتِ شرمْ ارتباطی است ۵۴
فصل سوم: شرم و مغز ارتباط‌محور ۸۶
فصل چهارم: روایت‌های ارتباطی و عصب‌زیست‌شناختی درمورد شرم ۱۰۶
فصل پنجم: ارزیابی شرم ۱۳۴

بخش دوم: درمان شرم مزمن

فصل ششم: پیش‌نیازهای کار با شرم ۱۷۲
فصل هفتم: تقویت ارتباط با نیم‌کرهٔ راست درمانجو ۱۹۲
فصل هشتم: روایت به‌مثابهٔ یکپارچه‌سازی نیم‌کرهٔ راست ۲۲۲
فصل نهم: نور رساندن به شرم ۲۵۰
فصل دهم: چالش شرم تجزیه‌شده ۲۹۰
فصل یازدهم: کاهش شرم در طول عمر ۳۴۲

منابع ۳۷۴
واژه‌نامه ۳۸۴
دربارهٔ نویسنده ۳۸۹

تقدیم به دکتر مهین باجلان

«مترجم»

مقدمــه

شرم انسان را می‌رنجاند. اگر شرم ما برملا شود، درد آن ممکن است تحمل‌ناپذیر باشد. برای اینکه خودمان را نجات دهیم، به‌سرعت شرم را از خودمان دور می‌کنیم و آن را با حالت‌های وجودی تحمل‌پذیرتر می‌پوشانیم. این حالت‌های وجودی آن چیزی است که ما از شرم، هم در خودمان و هم در دیگران، می‌شناسیم. اما این حالت‌ها به‌نوعی جبران، فروپاشی، نقاب و فریب‌های ذهنی‌اند؛ خودِ شرم نیستند. پس خودِ شرم چیست؟ این کتاب نشان می‌دهد که می‌توان شرم را، به‌رغم لباس‌های متنوعی که بر تن می‌کند، یک تجربهٔ بین‌فردی خاص و منحصربه‌فرد دانست. این تصویر از شرم کمکمان می‌کند بفهمیم در پس این نقاب چه چیزی نهفته است. افزون‌براین، به ما درمانگران کمک می‌کند تا ارتباط بین‌فردی‌مان را با مراجعان مبتلا به شرم مزمن به‌گونه‌ای بسازیم که به تسکین رنج آن‌ها منجر شود.

در بخش اول کتاب، تجربهٔ بین‌فردی شرم را توصیف می‌کنم و از این توصیف رابطه‌محور استفاده می‌کنم تا به سویه‌های گوناگون نظریهٔ شرم

انسجام بخشم. همهٔ نظریه‌های شرم تلاش می‌کنند تا روی پدیده‌ای که ماهیت متغیری دارد و در تاریکی زندگی می‌کند نور بتابانند. من قدردان همهٔ داستان‌ها، تصاویر و متونی هستم که شرم‌پژوهان تا به امروز گردآوری و تألیف کرده‌اند. نظریه‌های آن‌ها به بخشی از داستان جدیدی که من ارائه خواهم داد تبدیل شده است، داستانی که شرم را در دل تاریک‌ترین ریشه‌هایش می‌جوید، حتی پیش از آنکه افکار بتوانند به آن شکل دهند یا کلمات بتوانند دربارهٔ آن سخنی بگویند. سعی می‌کنم توضیح دهم که چگونه در دوران کودکی تجربهٔ غیرکلامی و ترمیم‌نشدهٔ شرم شکل می‌گیرد و زندگی پنهان اما قدرتمندش را تحت عنوان «شرم مزمن» ادامه می‌دهد. معتقدم که این درک ممکن است به ما کمک کند تا آشفتگی‌ها و ناراحتی‌هایی را که این شرم در زندگی مراجعان ایجاد می‌کند و هیچ اسمی هم برای آن ندارند بهتر بفهمیم.

رویکرد من در درک و درمان شرمْ رویکرد ارتباطی[1] و روان‌پویشی[2] است، اما از نظریه‌های روان‌شناسی «خود»[3]، بیناذهنی[4]، «خودِ»-در-رابطه[5]، بین‌فردی[6] و نظریهٔ دلبستگی[7] هم کمک می‌گیرم. اخیراً، نظریه‌پردازان ارتباطیْ[8] نتایج مطالعات مغزپژوهی را با فرایندهای روان‌درمانی فشرده پیوند داده‌اند. نظریهٔ تنظیم عواطف[9] نمونهٔ مهمی است که از دل این پیوند بیرون آمده است. من از مفهوم «درمان نیم‌کرهٔ راست» در نظریهٔ تنظیم عواطف آلن شور[10] به‌عنوان یک راهنمای کلی‌نگر و تفسیر ارتباطی و عصب‌زیست‌شناختی استفاده

1. relational
2. psychodynamic
3. self-psychology
4. intersubjective
5. self-in-relation
6. interpersonal
7. attachment
8. relational theorists
9. Affect Regulation Theory
10. Allan Schore

کرده‌ام تا درمورد شرم مزمن و درمانش توضیح دهم. نظریهٔ تنظیم عواطف قابلیت تلفیق با نظریهٔ ذهن‌سازی[1] و نظریهٔ سیستم‌های پویشی را دارد، این دو نظریه روی دیگر علم نوینِ هنرِ روان‌درمانی ارتباطی است.

بااینکه من تبیین‌هایَ علمی مربوط به نحوهٔ عملکرد روان‌درمانی را بسیار ارزشمند می‌دانم، اما آن‌ها را خیلی جدی نمی‌گیرم. چون هم‌راستا با درمانگران ارتباطی‌ای که بیشتر گرایش فلسفی و هرمنوتیکی دارند، معتقدم که همهٔ نظریه‌ها تفسیرند. من درمانگرم، دانشمند نیستم. و با مراجعانم همراه می‌شوم تا با هم به دنبال استعاره‌هایی برویم که به زندگی آن‌ها معنا می‌بخشند. من به تجربه‌های ارتباطی نیم‌کرهٔ راستی‌ای می‌پردازم که مراجعانم در بدن، هیجانات و تصوراتشان نگه داشته‌اند. همچنین از خوانندگانم دعوت می‌کنم که همراه با من از لنز رویکرد نیم‌کرهٔ راستی به نظریهٔ شرم نگاه کنند. بخش اول کتاب به تعریف و توصیف شرم می‌پردازد و نشان می‌دهد که شرم در موقعیت‌های ارتباطی گوناگون چگونه است. نظریه‌ای که من ارائه می‌کنم به مراجعانم کمک می‌کند تا از تجارب شرم ذهنی و منحصربه‌فردشان معناهای هیجانی شخصی بسازند. این بخش همچنین نشان می‌دهد که برقراری ارتباط هیجانی و مشفقانه با شرمی که مراجعان نمی‌توانند تحملش کنند مستلزم حضور آسیب‌پذیر ما در کنار آن‌هاست.

مراجعان، دربرابر احساس شرم مزمن، با علائم هیجانی و رفتارهای گوناگون از خودشان محافظت می‌کنند. ما درمانگران باید مدام مهارت‌هایمان را به کار بگیریم و به اشکال مختلف با مشکل نهفتهٔ آن‌ها ارتباط برقرار کنیم. باید در ذهنمان امکانات بسیاری برای برقراری ارتباط بهتر با هرکدام از مراجعان مبتلا به شرم مزمن داشته باشیم. بسیاری از مسائل وابسته است به سبک و انرژی‌ای که مراجع برای مراقبت از خودش به کار می‌گیرد که اغلب به سبک شخصیتی او تبدیل شده است. بخش دوم این کتاب

1. mentalization

روش‌های مختلفی را به ما درمانگران ارائه می‌دهد تا بتوانیم از نظر درمانی به ساختارهای خاص «خود» مراجع مبتلا به شرم مزمن واکنش مناسب نشان دهیم. هیچ تکنیک منفردی برای شرم‌زدایی وجود ندارد، اما یاد می‌گیریم چطور در میان «خود»های متعددمان، که همگی شرم‌آگاه هستند، حرکت کنیم تا مناسب‌ترین پاسخ را برای هر مراجع پیدا کنیم.

درک شرم مزمن

کتابِ با داستان شش مراجع آغاز می‌شود. علائم و تجربیات زندگی آن‌ها کاملاً متفاوت است، بااین‌حال، همگی با شرم دست‌وپنجه نرم می‌کنند. به داستان‌های گوناگون آن‌ها فکر می‌کنم و به نقاط مشترک مربوط به شرم مزمن اشاره می‌کنم. چارچوب نظری‌ای که برای درک این مراجعان به کار می‌برم به‌تدریج ظاهر می‌شود. به نظر می‌رسد که شرم یک مشکل یک‌نفره است، یعنی احساسات منفی‌ای که شخص به خودش دارد چون اعتقاد دارد که از اساس مشکل دارد. اما درواقع شرم یک مشکل ارتباطی است، ریشه‌های ارتباطی دارد و به توجه ارتباط‌محور نیاز دارد، حتی اگر دور از چشم و خارج از دسترس نگه داشته شود.

در فصل بعدی، همین داستان‌ها را با استفاده از نظریهٔ ارتباطی شرم دنبال می‌کنیم. این فصل را با یک تعریف شروع می‌کنم: *شرم تجربهٔ چندپاره‌شدن «خود» در رابطه‌اش با دیگریِ آشفته‌ساز است*. وقتی ما در آسیب‌پذیرترین حالتمان هستیم، تجربه‌ای که از یکپارچگی «خود» داریم وابسته است به هم‌آهنگی یا تنظیم هیجانی‌ای که از نزدیک‌ترین افراد زندگی‌مان دریافت می‌کنیم. «دیگریِ آشفته‌ساز» یکی از نزدیک‌ترین افرادی است که پاسخ‌های هیجانی او ما را در یک احساس چندپاره‌شدگی رها می‌کند.

وقتی شرم باعث می‌شود «خود» چندپاره شود، چه اتفاقی می‌افتد؟ چهل‌سال نظریه‌پردازی دربارهٔ شرم و «خود» چند پاسخ پیش روی ما

گذاشته است. نظریهٔ عواطف روی تغییر ناگهانی در الگوهای شلیک نورونی تأکید می‌کند. نظریه‌پردازانی که شرم را یک هیجان می‌دانند روی هزینه‌ها و دردهایی که شرم به افراد تحمیل می‌کند تمرکز می‌کنند و درک ما را در این حوزه عمق می‌بخشند. روان‌شناسان «خود» به این موضوع می‌پردازند که چگونه ناهم‌آهنگی‌هایی که شرم مزمن ایجاد می‌کند منجر به افکار مربوط به خودانگارهٔ پرنقص و «خود را همچون شیء دیدن» می‌شود. تحقیقات اخیر تفاوت بین احساس گناه و شرم را روشن می‌کند.

همهٔ این اطلاعات نشان می‌دهد که زندگی شخصی که با شرم زندگی می‌کند چگونه است، اما هیچ‌کدام از آن‌ها با تعریف من از شرم متناسب نیست. شرم در تعریف من یک تجربهٔ عاطفی ارتباطی در کودکی است. نظریهٔ تنظیم عواطف همان چیزی است که به دنبال آنم. فصل سوم به توصیف «درمان نیم‌کرهٔ راستی» آلن شور برای مراجعانی که ضربهٔ روانی ارتباطی دیده‌اند می‌پردازد که از نظر من بسیار آموزنده است. نظریات شور دربارهٔ شرم از این ایدهٔ علمی حمایت می‌کند که ریشهٔ شرم مزمن در تجربیات تکرارشوندهٔ نیم‌کرهٔ راستیِ مربوط به کژتنظیمی عاطفی در دوران کودکی فرد نهفته است.

فصل چهارم به این مسئله می‌پردازد که این کژتنظیمی در دوران کودکی چگونه به الگوهای تثبیت‌شدهٔ شرم در مراجعان بزرگسال بدل می‌شود. به نظریهٔ شرم در دوران کودکی بازمی‌گردیم و این بار آن را با این دید می‌خوانیم که چگونه کژتنظیمی عاطفی ممکن است در موقعیت‌های ارتباطی خاص الگوهای شرم خاصی را ایجاد کند. طبقه‌بندی «آشفتگی» در نظریهٔ دلبستگی و «کمبود» در روان‌شناسی «خود» بیشترین تناسب را با این نوع خوانش دارد چون هر دو نظریه بر پایهٔ این اندیشه ساخته شده که پاسخ‌دهی هم‌آهنگِ قابل اعتماد باعث ایجاد ارتباط سالم و «خودهای» سالم می‌شود.

اگر همهٔ این اطلاعات را دربارهٔ ریشه‌های تحولی و ارتباطی شرم در ذهن

داشته باشیم، باز هم این سؤال پیش می‌آید که چگونه باید شرم مزمن را در اتاق درمان تشخیص دهیم؟ در فصل پنجم پیشنهاد می‌دهیم که کار را با آنچه «حس می‌کنیم» شروع کنیم. نیم‌کرهٔ راست مغز ما با نیم‌کرهٔ راست مغز درمانجو هم‌آهنگ می‌شود و اگر خوب توجه کنیم، علامت‌های بدنی و هیجانی را مشاهده می‌کنیم. می‌توانیم آنچه را حس می‌کنیم با الگوهایی که از تجربیات بالینی و پژوهش‌های مربوط به شرم یاد گرفته‌ایم پیوند دهیم. برای نمونه، بی‌نقص‌گراها، اهمال‌کارها و کسانی که به دنبال راضی نگه‌داشتن دیگران‌اند اغلب شرم مزمن را در خود پنهان می‌کنند. ما جنبه‌هایی از پیشینهٔ خانوادگی مراجعان را مشاهده می‌کنیم که در آن درک نشده بودند و از لحاظ هیجانی در انزوا بودند و به دنبال نشانه‌های ضربهٔ روانی، تجزیه و اعتیاد می‌گردیم.

این فصل را با یادآوری این نکته به پایان می‌رسانیم که مراجعان مبتلا به شرم مزمن پیش از هرچیز نیاز به ارتباط نیم‌کرهٔ راستی با ما دارند و این شامل نحوهٔ ارزیابی آن‌ها هم می‌شود. در این بخش، از درک شرم مزمن به سمت درمان آن حرکت می‌کنیم.

درمان شرم مزمن

فصل ششم به پیش‌نیازهایی می‌پردازد که برای درمان نیم‌کرهٔ راستیِ مراجعان مبتلا به شرم مزمن نیاز داریم. پیش‌شرط اصلیْ خودآگاهی کامل است، یعنی آن خودآگاهی‌ای که معمولاً ازطریق روان‌درمانی عمقی به دست می‌آید. اگر ما برای مراجعانی که ضربهٔ روانی ارتباطی دیده‌اند روان‌درمانی بلندمدت ارائه می‌دهیم و اگر خودمان هم گرایش به شرم داریم، شرم ما و شرم مراجعان ما به‌طرز اجتناب‌ناپذیری در هم پیچیده می‌شود. به همین علت است که ما باید نسبت‌به شرم خودمان تأمل کنیم، و این کار را دائم انجام دهیم، نه فقط یک بار.

این کار به ما کمک می‌کند که تکالیفمان را هم انجام دهیم و دربارهٔ

نظریهٔ شرم مطالعه کنیم. ما به خلق دستورالعمل‌های شرم‌زدایی برای درمان مراجعانمان فکر می‌کنیم. به موضع اصلی‌ای که دربرابر همهٔ مراجعان می‌گیریم می‌اندیشیم و در ذهنمان تصور می‌کنیم که چگونه این موضع را طوری تغییر دهیم که مناسب مراجعان شرمگین باشد. ظرفیتمان را برای ذهن‌سازی و بهشیاری افزایش می‌دهیم و هدفمان این است که موضعی را اتخاذ کنیم که بتواند پذیرش، کنجکاوی، همدلی و بازی را در خود داشته باشد.

ازآنجاکه مراجعان شرمگین خیلی سریع احساس می‌کنند که مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند و درک نشده‌اند، می‌دانیم که باید آرام شروع کنیم و غیرمستقیم به شرم بپردازیم. برای برخی از آن‌ها واژهٔ «شرم» هرگز به کار نمی‌رود. اما حتی اگر بتوانیم مستقیم با شرم آن‌ها کار کنیم، همیشه باید ابتدا باظرافت و به‌شکل ضمنی ارتباط با نیم‌کرهٔ راست آن‌ها را تقویت کنیم. فصل هفتم دربارهٔ نحوهٔ این ارتباط است.

کوتاه آنکه ما در کنار مراجعان حضور هیجانی داریم و مطمئن‌ایم که «خودهای» نیم‌کرهٔ راستی آن‌ها، پیش از اینکه بتوانند پاسخ دهند، به حرف‌های ما گوش می‌دهند. ما آن چیزهایی را که از ذهن مراجعمان درک می‌کنیم در ذهنمان نگه می‌داریم و از خلال داستان‌های محدودی که به ما می‌گویند روایت‌های نهفتهٔ ارتباطی و هیجانی آن‌ها را به‌شکل شهودی کشف می‌کنیم. نیازهای بین‌فردی سالم نوظهور آن‌ها را پروبال می‌دهیم، تغذیه می‌کنیم و به آن‌ها اعتماد می‌کنیم. به‌گونه‌ای به مراجعان واکنش نشان می‌دهیم که تجربیاتشان با هیجاناتشان پیوند یابد. این‌گونه است که می‌توانیم به مراجعان کمک کنیم شبکه‌های نورونی‌ای را در خودشان پرورش دهند تا بتوانند هشیارانه‌تر با خودشان ـ که شامل خاطرات، نیت‌ها و هیجاناتشان است ـ ارتباط برقرار کنند.

فصل هشتم با این اصل آغاز می‌شود که یک «خودِ» زندگی‌نامه‌ای[1] نشانهٔ

1. autobiographical self

یکپارچگی نیم‌کرهٔ راست است. اما نکته اینجاست که نباید این انسجام را، که براساس هیجانات بدنی است، با یک «خود» تاریخی که توسط فرایندهای منطقی و زبانی نیم‌کرهٔ چپ شکل می‌گیرد اشتباه گرفت. روایت‌های ارتباطی و هیجانیْ شبکه‌های عصبی نیم‌کرهٔ راست را یکپارچه می‌کند چون این داستان‌ها می‌تواند به‌عنوان بخشی از «خود» حس شود، حتی وقتی که واژه‌ها تسهیل‌گرِ احساسات و افکار باشند.

ما مراجعان را تشویق می‌کنیم تا از روایت‌هایی که با آن‌ها قطع ارتباط کردند عبور کنند و به روایت‌هایی برسند که به اشکال گوناگون آن را احساس کنند: همراه با آن‌ها به دنبال کلماتی می‌گردیم که با احساساتشان متناسب باشند. کمکشان می‌کنیم تا تفکر بهشیارِ درلحظه‌شان را حفظ کنند. ساعت‌ها وقت می‌گذاریم تا جزئیات پیشینهٔ دلبستگی‌شان را کشف کنیم. آنچه بیش از خود داستان اهمیت دارد این است که داستان‌گو یک «خود» هشیارتر و یکپارچه‌تر را تجربه کند و با کسی که عمیقاً گوش می‌دهد صحبت کند. این یکپارچه‌سازی نقطهٔ مقابل شرم است چراکه شرم نایکپارچگی‌ای است که زمانی روی می‌دهد که «خود»[1] نمی‌تواند از شخصی که به‌لحاظ هیجانی برای او مهم است درک همدلانه‌ای دریافت کند.

و این‌گونه است که ما می‌توانیم با مراجعان مبتلا به شرم مزمن روان‌درمانی اثربخش و یکپارچه‌ساز داشته باشیم و درعین‌حال از شرم هم حرفی نزنیم. اما گاهی مراجعان، پیش از آنکه بدانند شرم چگونه هدایت زندگی‌شان را در دست گرفته، نیاز دارند مستقیم دربارهٔ آن صحبت کنند. اعتقادات هیجانی سیاه دربارهٔ شرم مزمن، قبل از آنکه به فضاهای روشن‌تری وارد شود که در آن پذیرش مشفقانه وجود دارد، حقیقی به نظر می‌رسد. فصل نهم پیشنهاد می‌کند که ما درمانگران باید هرزمان که توانستیم شرم مراجعان را در معرض نور و هوا قرار دهیم تا تسکین یابد.

---

1. self

رابطه‌جویی دوطرفه می‌تواند فضایی باشد که در آن مراجع به اندازهٔ کافی احساس امنیت کند تا دربارهٔ شرمش صحبت کند. سپس می‌توانیم به او دربارهٔ جزئیات شرم و نحوهٔ عملکرد آن آموزش بدهیم. ما باید روایت‌های خانوادگی آن‌ها را بازبینی کنیم تا ریشهٔ شرم مزمن آن‌ها را بهتر ببینیم. برای برخی مراجعان بسیار مفید است که به خودشان اجازه دهند بخش‌های شرم‌زده و شرم‌زای وجودشان با ما و با یکدیگر صحبت کنند.

اما مراجعانی هم هستند که بااینکه شرم مزمن در روابط و زندگی‌شان نفوذ کرده اما باز هم نمی‌توانند به خودشان اجازه دهند که دربارهٔ شرم مزمنشان چیزی بدانند. فصل دهم به ما می‌گوید که چگونه در کنار این افراد باشیم. در این فصل دربارهٔ تجزیه[1]، ضربهٔ روانی و ناهشیار صحبت می‌کنم و داستان کار با یکی از مراجعانم را تعریف می‌کنم که به‌شدت دچار تجزیه شده بود، داستانی که نیروی برقراری ارتباط مستقیم با شرم مراجع را به ما نشان می‌دهد.

در عین حال که مراجعان تلاش می‌کنند «خود» آسیب‌پذیر شرمگینشان را ناشناخته نگه دارند، ما تلاش می‌کنیم که با آن‌ها ارتباط اصیل برقرار کنیم. نمی‌توانیم مستقیم به شرم آن‌ها دسترسی داشته باشیم، اما می‌توانیم همراه با آن‌ها ببینیم که این بخش‌های مختلف «خود»شان که با دقت از هم جدا شده‌اند چگونه عمل می‌کنند. می‌توانیم امیدوار باشیم که با درک صبورانه و مستمر، سرسختی آن‌ها نرم شود تا بتوانند ارتباط اصیل‌تری با دیگران و با آسیب‌پذیری خودشان برقرار کنند. شاید آن‌ها بتوانند، به مرور زمان و با حمایت ارتباطی مستمر، کم‌کم آن «خود» شرمگین و آسیب‌پذیرشان را که یک عمر نادیده‌اش گرفتند بشناسند.

شرمِ یک مراجع تجزیه‌شده در رابطهٔ درمانی اغلب ازطریق

1. dissociation

به‌عمل‌درآوری‌هایش[1] بـه سـطح می‌آیـد. وقتـی به‌عمل‌درآوری‌هـا قدرتمند باشـد و بـر آسـیب‌پذیری‌های درمانگـر تأثیـر بگـذارد، ممکن اسـت مراجع و درمانگـر بـه ورطـهٔ به‌عمـل‌درآوری دوطرفـه سـقوط کنند، و ایـن یکی از سـخت‌ترین چالش‌هایـی اسـت کـه درمانگر ارتباطـی می‌تواند بـا آن مواجه شـود. فصـل دهم کتـاب درمورد تبیین دانل اسـترن از ایـن به‌عمل‌درآوری‌ها و نحـوهٔ پایان‌بخشـیدن به آن‌هاسـت ـ نـه ازطریق بینش، بلکـه ازطریق تغییر پیش‌بینی‌ناپذیـر در عاطفـه و ارتبـاط بین درمانگر و درمانجـو. من معتقدم که «درک‌کـردن»، یعنـی آن دانش غیرکلامی‌ای که به اعتقاد اسـترن می‌تواند یک نفر را به به‌عمل‌درآوری بکشـاند، بسـیار شـبیه اسـت به شـناخت هیجانی و ارتباطـی‌ای کـه شـور آن را در نیم‌کرهٔ راسـت مغـز مکان‌یابی می‌کنـد. با این مؤخـره، مـن به نیم‌کـرهٔ راسـت اسـتراحت می‌دهم.

فصل آخر، یعنی فصل یازدهم، به این پرسش می‌پردازد: آیا شرم مزمن قابل‌درمان است؟ پاسخ این پرسش پیچیده است. درمان قادر نیست اثرات ضربهٔ روانی ارتباطی دوران کودکی را از بین ببرد. بااین‌حال، مراجعان بزرگسال ممکن است در رابطه‌شان با ما تغییرات مثبت عمیقی را در الگوهای دانش ارتباطی ضمنی‌شان تجربه کنند. علاوه‌براین، وقتی مراجعان ما شرمشان را می‌شناسند و با آن روبه‌رو می‌شوند، می‌توانیم روی شرمشان کار کنیم تا قدرتش را کاهش دهند و راهنمایی‌شان کنیم تا در زندگی‌شان تاب‌آوری بیشتری نسبت به شرم داشته باشند.

ابتدا آن‌ها باید یاد بگیرند چطور با نزدیکانشان ارتباط اصیل برقرار کنند. ما آن‌ها را تشویق می‌کنیم تا هیجاناتشان را ابراز کنند، دربارهٔ نیازهایشان مذاکره کنند، دوُر شرم–سرزنش را متوقف کنند و تسکینی را که پس از اقرار به احساس گناه حاصل می‌شود کشف کنند. بعد آن‌ها باید با خودشان ارتباط اصیل‌تری برقرار کنند. ما می‌خواهیم که آن‌ها شفقت به خود و خودآگاهی

1. enactments

بهشیارانه‌ای را که در درمان یاد گرفته‌اند در زندگی خودشان به کار ببرند و از اینکه کم‌کم زندگی‌شان را به دست گرفته‌اند و همچنین محدودیت‌های ناشی از شرم مزمنشان تسکین یافته خوشحال می‌شویم و با آن‌ها جشن می‌گیریم.

وقتی رؤیاهای بی‌نقص‌بودن این مراجعان کم‌رنگ می‌شود، یاد می‌گیرند که چگونه قلب و جاه‌طلبی‌شان را در این دنیا به خطر بیندازند. آن‌ها این قدرت را پیدا می‌کنند که به ناکامی‌هایشان اقرار کنند، فقدان‌هایشان را بپذیرند و با محدودیت‌هایشان زندگی کنند. همچنان که درمان به پایانش نزدیک می‌شود، می‌پذیرند که مدیریت شرم کاری است که باید تا پایان عمر انجام شود. وقت خداحافظی، می‌گویند: «شاید نیاز داشته باشم گاهی بهت زنگ بزنم.» چون اکنون دیگر اعتقاد دارند نیاز به کمک و درخواستِ آن اصلاً بد نیست. این خودش نوعی تحول است و ریشهٔ آن برمی‌گردد به تغییرات کیفی‌ای که در ارتباطِ مراجعان با دیگران، با خودشان، و با شرمشان ایجاد شده است. وقتی برای درک و درمان شرم مزمن از رویکرد ارتباطی و عصب‌زیست‌شناختی استفاده می‌کنیم، می‌توانیم امیدوار باشیم که تغییرات ذکرشده را در مراجعان ببینیم.

بخش اول

درک شرم مزمن

فصل اول | شرم مزمن، مشکل بیان‌نشدنی

حدود سی‌سال است که از درمانجویانم می‌پرسم چه چیزی باعث شده برای درمان مراجعه کنند و تاکنون هیچ‌کس به من نگفته که «برای درمان شرم مزمن به کمک نیاز دارم.» دلیل مراجعهٔ درمانجویان معمولاً هیجانات دردسرساز و مشکلات ارتباطی‌شان است. می‌گویند استرس، اضطراب و افسردگی دارند و خودشان را ارزشمند نمی‌دانند. اما نمی‌گویند که مشکلشان شرم است. ما درمانگران هم احتمالاً درمورد شرم سؤالی نمی‌پرسیم چون نیک می‌دانیم که شرم واژهٔ ترسناکی‌ست. پذیرفتن این مسئله که ما احساس شرم می‌کنیم خود می‌تواند شرم عمیقی در ما ایجاد کند. اما حتی اگر ما و مراجعمان حرفی از شرم نزنیم، باز هم این حس فراگیر بخشی از تجربهٔ زندگی روزمره‌شان خواهد بود، خصوصاً در درمانجویانی که از دیگر علائم ضربه‌های روانی[1] ناشی از ارتباط با دیگران هم رنج می‌برند.

به گمان من، اکثر علائم بیماری‌های روانی، از افسردگی و اختلال

1. Trauma

اضطراب گرفته تا اختلال‌های شخصیت و اختلال تجزیه‌ای، مربوط است به ضربه‌هایی که فرد در روابط دوران کودکی‌اش خورده است. من، در مقام روان‌درمانگر ارتباطی، گوش‌هایم را تیز می‌کنم تا ضربه‌های مسکوت‌مانده‌ای را که در پسِ داستان‌های مراجعم نهفته است بیابم؛ داستان‌هایی که در آن او از رابطه‌ای می‌گوید که در دوران کودکی با والدین شکننده، نیازمند و آسیب‌دیده‌اش داشته است. همچنین در میان توضیحاتی که مراجع درمورد مراقبان خشن و بدرفتار دوران کودکی‌اش ارائه می‌دهد به‌دنبال این هستم که این مراقبان در آن زمان چه ضربهٔ روانی‌ای را به این کودک، که فقط در حسرت دلبستگی محبت‌آمیز بوده، وارد کرده‌اند.[۱]

وقتی انسان صدمه‌ای می‌بیند، روش‌های خلاقانهٔ بسیاری را به کار می‌گیرد تا از صدماتِ بیشتر دوری کند؛ به همین علت است که ضربه‌های روانی ارتباطی[۱] طیف وسیعی از علائم روانی را ایجاد می‌کنند که هرکس برای محافظت از خود به کار می‌گیرد. البته این افراد علائم مشترکی هم دارند. برای نمونه، درمانجویان اغلب از اضطراب بیش‌ازحدی شکایت می‌کنند که میزانش متناسب با موقعیت‌های زندگی‌شان نیست و همچنین از افسردگی شکایت می‌کنند، بااینکه همه‌چیز در زندگی‌شان خوب پیش می‌رود. به نظر می‌رسد که منشأ علائم اضطراب و افسردگی آن‌ها مشخص نیست. سپس نوبت به آن علامت همیشه‌حاضری می‌رسد که ناشی از ضربهٔ ارتباطی است: یعنی شرم مزمن. مراجعان اغلب به‌طور مستقیم به شرم اشاره نمی‌کنند، اما ممکن است درمورد مشکل عدم اعتمادبه‌نفس و ارزشمند ندانستن خودشان صحبت کنند.

من مدت‌هاست که مشغول نگریستن شرم مسکوت مراجعانم هستم و می‌بینم که این شرم چگونه بر تجربه‌ای که آن‌ها از خودشان در این دنیا دارند

---

۱. Relational trauma: ضربه‌هایی که در کودکی در روان افراد حک شده و ناشی از روابطی‌ست که با والد یا مراقب نامناسب داشته‌اند.–م.

سایه انداخته است. به این نتیجه رسیده‌ام که پدیدهٔ شرم بسیار قدرتمندتر و فراگیرتر از آن چیزی‌ست که اغلبِ ما می‌پنداریم. البته این حرفِ من نیست، بلکه بازتاب صدای نظریه‌پردازانی است که از چهل‌سال پیش ازمنظر روان‌کاوی دربارهٔ شرم و روان‌درمانی تحقیق می‌کنند و می‌نویسند. علاقه به موضوع شرم گاهی اوج می‌گیرد و گاهی از مد می‌افتد. به‌تازگی این علاقه افزایش یافته، آن هم به‌خاطر کتاب‌های خودیاری برنه براون[1] و همچنین مجموعه مقالاتی که چندین درمانگر درمورد شرم برای جامعهٔ درمانگران نوشته‌اند و به کوشش دیرینگ و تِنگْنی منتشر شده است.[۲]

دربارهٔ اینکه شرم مزمن چه بلای زندگی‌سوزی است و چگونه سلامت هیجانی را نابود می‌کند گفتنی‌ها را گفته‌اند و من قصد ندارم در این مورد صحبت کنم. درعوض، قصدم این است که نظریه‌های مختلف ـ مانند نظریهٔ تحولی، نظریهٔ شرم، و نظریهٔ بالینی ـ را درهم آمیزم و با روایتی نو بگویم که روان‌درمانگران رویکرد ارتباطی چگونه می‌توانند به مراجعانی که شرم مزمنشان ناشی از ضربه‌های ارتباطی کودکی‌شان است یاری رسانند. اگر شرم مسئلهٔ اصلی درمانجو باشد، ما درمانگران باید همیشه به‌شکل نامحسوس، و البته گاهی هم محسوس، به آن بپردازیم. برای این کار، ابتدا باید آن را به‌خوبی درک کنیم.

ترجیح می‌دهم کار را نه با نظریه، بلکه با توصیف داستان چند تن از مراجعانم آغاز کنم. جزئیات مربوط به شخصیت و وضعیت زندگی این افراد را کمی تغییر داده‌ام، اما داستان اصلی آن‌ها واقعی است و شرم مزمنْ نقطهٔ عطف همهٔ این داستان‌هاست. این داستان‌ها نشان می‌دهد که شرم مزمن گستردگی و ابعاد متنوعی دارد و می‌تواند اشکال مختلفی به خود بگیرد و لباس‌های مبدل بپوشد. بااین‌حال، درست است که این داستان‌ها متفاوت‌اند، اما چند مضمون مشترک دارند که مربوط به تجربهٔ شرم مزمن است.

1. Brené Brown