فهرست مطالب

مقدمه ۱۰

فصل اول. علم دلبستگی: قلب زندگی ۱۸

مقدمات دلبستگی ۲۰

دلبستگی: یک سیستم نورونی یکپارچه ۲۴

دلبستگی ایمن و ناایمن ۳۱

باورهای غلط درمورد دلبستگی ۳۹

دلبستگی ایمن چگونه است؟ ۴۱

پیشینهٔ دلبستگی شما چیست؟ ۴۳

فصل دوم. همدلی مستمر ۴۶

همدلی چیست؟ ۴۷

دیدگاه‌هایی دربارهٔ مقاومت در درمان ۵۳

همدلی مستمر و چند حقیقت ناخوشایند ۵۸

موانع همدلی: انتقال متقابل ۶۲

همدل بودن: اسفنج یا آینه ۶۶

آخرین تأملات درمورد همدلی ۶۹

فصل سوم. همدلی مستمر برای مراجعان مقاوم ۷۲

مقاومت درمانگر به‌عنوان سدی در مقابل همدلی مستمر ۷۴

سدهایی که مراجعان در درمان می‌سازند ۷۷

غلبه بر مقاومت در درمان ۷۸

حفظ موضع همدلی مستمر ۸۲

فصل چهارم. همدلی مستمر برای مراجعان اختلال شخصیت ۸۶

اختلال شخصیت و ضربهٔ روانی ۹۲

موانع همدلی برای اختلال‌های شخصیت ۹۶

مراجعان خودشیفته ۹۹

مراجعان اختلال شخصیت مرزی ۱۰۶
مسیرهای درمانی ۱۱۳

فصل پنجم. همدلی مستمر برای مراجعان معتاد ۱۲۰
اعتیاد و دلبستگی ۱۲۴
مثال‌های بالینی ۱۳۱
امیدواری برای اعتیاد ۱۳۵

فصل ششم. همدلی مستمر در مقابل مراجعان خشمگین یا متخاصم ۱۳۸
خشم ۱۴۱
خشم ناشی از امید یا خشم از سر ناامیدی ۱۴۳
خشم در حکم محافظ و مدافع ۱۴۵
کارکرد خصومت ۱۴۸
خشونت در روابط ۱۵۰
علاقه‌نشان‌دادن به خشم مراجع ۱۵۴
فعالیت: علاقه‌نشان‌دادن و پرداختن به خشم خودتان ۱۶۱
پرسش‌های تأمل‌برانگیز: تمرین مربوط به چارچوب صبر و تحمل درمانگر ۱۶۳

فصل هفتم. همدلی مستمر برای افراد دشوار در زندگی روزمره‌مان ۱۶۶
کاربست‌های شخصی و کاری در زندگی روزمره ۱۶۷
مسئولان هم به امنیت نیاز دارند ۱۷۰
به‌کارگیری همدلی مستمر در محل کار ۱۷۴
همدلی مستمر در صحنهٔ جهانی ۱۷۶
مسیرهایی برای همدلی مستمر ۱۷۹

واژه‌نامهٔ فارسی به انگلیسی ۱۸۲
واژه‌نامهٔ انگلیسی به فارسی ۱۸۶
دربارهٔ نویسنده ۱۹۰

مقــدمه

این کتاب برای کسانی است که عاشق تورق‌کردن کتاب‌ها هستند. ما روان‌درمانگران بسیار پرمشغله‌ایم: مراجعان بسیاری داریم، در دوره‌های آموزشی مختلفی شرکت می‌کنیم، سوپرویژن می‌گیریم و یا به دیگران سوپرویژن می‌دهیم. خیلی دوست دارم بگویم که برای خواندن همهٔ کتاب‌ها زمان دارم، اما ندارم. عاشق کتاب‌هایی هستم که بتوانم آن‌ها را تورق کنم و چند نکتهٔ مفید بیاموزم، بی‌آنکه مجبور باشم چند ساعت یا چند روز کامل را به آن‌ها اختصاص دهم.

امیدوارم در این کتاب بتوانم دقیقاً همان چیزی را ارائه بدهم که درمانگران نیاز دارند: یعنی منبعی که خلاصه و سرراست باشد. امیدم این است که بتوانید چند نکتهٔ مفید از آن بیاموزید بدون اینکه نیاز باشد چندین ساعت از وقت پرارزشتان را که برای مراقبت از خودتان در اختیار دارید صرف آن کنید. هدف اصلی من این نیست که مغزتان را قلقلک دهم، بلکه بیشتر می‌خواهم دریچه‌ای به قلبتان باز کنم.

بهتر است با این حقیقت روبه‌رو شویم که ما، در مقام درمانگر یا

بالینگری که در شغل سلامت روان هستیم، مراجعانی داریم که کارکردن با آن‌ها دشوارتر از بقیه است. برخی مراجعان چالش بیشتری برای اعتقادات شخصی و شخصیت ما ایجاد می‌کنند و برخی هم سنگر می‌گیرند و در مقابل کمک ما مقاومت می‌کنند. این می‌تواند برای ما معذب‌کننده و گاهی سخت باشد. این نوع مراجعان منحصر به یک چارچوب خاص نیستند، بلکه در تمام محیط‌هایی که درمانگران کار می‌کنند ممکن است حضور داشته باشند، ازجمله مؤسسات سلامت روان، مراکز سوءمصرف مواد، بخش روان‌پزشکی بیمارستان‌ها و در مطب‌های شخصی. فرقی نمی‌کند شما درمانگر کودک باشید یا نوجوان یا بزرگسال، به‌هرحال احتمالاً پیش از این مراجع مقاومی داشتید که توانایی همدلی شما را زیر سؤال برده است.

ممکن است در برخی فضاها درمانگران با مراجعانِ چالش‌برانگیز بیشتری برخورد کنند. اما فارغ از اینکه در چه فضایی هستیم، همیشه امکان این را نداریم که مراجعمان را خودمان انتخاب کنیم. نمی‌توانیم فقط با مراجعانِ بامزه و راحت که برای رشد شخصی آماده‌اند کار کنیم. حتی در آموزش‌های بالینی و برنامه‌های آموزشی سطح‌بالا، ما فقط یاد می‌گیریم روی یک خط باریک راه برویم و فقط تعادل را حفظ کنیم. درست است که موقعیت‌هایی وجود دارد که در آن ما باید مراجعانی را که درمانشان در توان ما نیست به دیگران ارجاع بدهیم، اما این را هم آموخته‌ایم که ردکردن مراجع صرفاً به این علت که او دشوار یا «مقاوم» است خلاف اصول اخلاقی است.

ما در مقام درمانگر و متخصص سلامت روان گاهی مراجعانی داریم که کار با آن‌ها به نظر دشوار است. برخی‌ها نمی‌خواهند تغییر کنند، نسبت‌به مسئولیت‌پذیری رفتارهایشان مقاومت می‌کنند یا به‌سختی می‌پذیرند که خودشان بخشی از مشکل هستند. من قبلاً به‌اشتباه فکر می‌کردم که در مطب شخصی‌ام، چون در انتخاب مراجعانم کنترل بیشتری دارم، می‌توانم مراجعان دشوار را نپذیرم و کنار بگذارم. عجب اشتباهی می‌کردم. من متخصص

زوج‌درمانی هستم، پس گاهی پیش می‌آید که نه فقط یک مراجع مقاوم، بلکه دو مراجع دشوار در اتاقم دارم. هر دو زوج ممکن است سنگر گرفته باشند و نخواهند برای تغییر اقدامی بکنند، درنتیجه، به‌علت کمبود همدلی و بینش، همدیگر را سرزنش می‌کنند.

رشتهٔ روان‌شناسی و روان‌درمانی به ما کمک کرده تا مراجعان چالش‌برانگیز و دشوار را از طریق نظریه‌های مربوط به مقاومت درک کنیم. اما این نظریه‌ها یک برنامهٔ مشخص به ما ارائه نکردند تا ببینیم چطور می‌توان به مراجعان مقاوم کمک کرد تا درمانشان به نتیجه برسد. من معتقدم که ریشهٔ این موضوع به تاریخ این رشته بازمی‌گردد.

رشتهٔ سلامت روان با روان‌پزشکی شروع شد، اما اولین موارد ثبت‌شدهٔ بیماری‌های روانی به سال ۱۱۰۰ قبل از میلاد در چین برمی‌گردد [۱] و درمان این بیمارها در آن زمان با گیاهان و هیجان‌درمانی بوده است. درمان ذهن در اوائل سدهٔ نوزده و از طریق مدل‌های پزشکی وارد جریان اصلی شد چون بیشتر درمانگران در آن زمان پزشک‌های عمومی بودند. روان‌پزشک نامی بود که به پزشکان عمومی‌ای که در حوزهٔ سلامت روان تخصص می‌گرفتند داده می‌شد. در اواخر سدهٔ نوزده، حوزهٔ روان‌پزشکی و سلامت روان به‌خوبی در جریان فعالیت بود. [۱] روان‌درمانی، که به آن صحبت‌درمانی سنتی هم می‌گویند، به فروید برمی‌گردد. فروید روان‌پزشکی بود که به‌اصطلاح اولین مدل مشاوره، یعنی روان‌کاوی، را بسط داد. به این ترتیب، پزشک‌های عمومیْ رشتهٔ روان‌درمانی را بر اساس مدل پزشکی تشخیص و درمان بیماری بنیان گذاشتند و اولین درمانگرانِ این حوزه پزشک‌ها بودند. روان‌کاوی، بر اساس مدل پزشکی، به درمانگران یاد می‌داد که خود واقعی‌شان را خارج از جلسهٔ درمان نگه دارند. فروید معتقد بود که اگر درمانگرْ خودش را وارد جلسه کند ممکن است باعث شود فرافکنی‌هایی بکند که واقعاً ربطی به مراجع نداشته باشد. و این باعث می‌شود که او آب را گل‌آلود کند. بنابراین، درمانگران یاد

گرفتند که ارتباط هیجانی‌شان را با درمانجو قطع کنند.

رشتهٔ مشاوره و روان‌درمانی از زمان فروید تا امروز راه زیادی را پیموده. هنوز هم مسائلی هست که نیاز به بررسی دارد. بر اساس همان مدل پزشکی، کتاب *راهنمای تشخیصی و افتراقی اختلالات روانی* (DSM) را نوشتند تا به درمانگران یک شیوه‌نامهٔ رسمی برای تشخیص اختلالات روانی بدهند.[۲] تشخیص اصلاً بد نیست. اتفاقاً تشخیص در ابتدایی‌ترین سطح به درمانگر کمک می‌کند تا بداند دارد به چه چیزی نگاه می‌کند و بتواند بهترین دستورالعمل درمانی را صورت‌بندی کند. برخی اختلالات با برخی دستورالعمل‌های خاص هماهنگ هستند و معمولاً دارو را به‌عنوان اولین خط درمان پیشنهاد می‌کنند. اما رشتهٔ مشاوره که در دست دکترهای غیرپزشکی است هنوز در سطح وسیع از DSM برای تشخیص مراجعان استفاده می‌کند.[۲]

قرار بود نشانه‌های فهرست‌شده برای هر اختلالْ عوامل فرهنگی و بافتاری را هم در نظر بگیرد. اما من متوجه شده‌ام که بسیاری از درمانگران در همان سطح نشانه‌ها می‌مانند و جلوتر نمی‌روند و به عمق عوامل بافتاری و فرهنگی و دلبستگی که ممکن است نشانه‌ها را هدایت کند وارد نمی‌شوند. در دوران مدرن، این تشخیص‌ها بیشتر تبدیل به برچسب‌های قضاوت‌گونه شده که حتی روان‌شناسانی که کار درمانی هم نمی‌کنند آن‌ها را کنار گذاشته‌اند. این تشخیص‌ها در اکثر مواقع کمکی به افراد نمی‌کند، بلکه فقط آن‌ها را قضاوت می‌کند و، بی‌آنکه باعث شود دنیای آن‌ها درک شود، برچست‌های آسیب‌زا به آن‌ها وارد می‌کند.

گاهی ممکن است ما درمانگران تمایل داشته باشیم روی مراجعان سخت یا چالش‌برانگیز برچسب تشخیصی بزنیم تا رفتارهای مشکل‌ساز آن‌ها را توضیح دهیم. اما چیزی که من در مسیر یادگیری درمان هیجان‌مدار و همچنین تجربهٔ کار با مراجعان مختلف آموختم این است که زدن برچسب‌های آسیب‌شناختی و «اختلال شخصیت» به افراد هیچ چارچوب همدلانه‌ای

ایجاد نمی‌کند. بسیاری از این برچسب‌ها قراربوده به آن فرد کمک کند تا مراقبت مشخص و مناسبی دریافت کند، اما اکنون تبدیل شده به روشی برای برچسب‌زنی و قضاوت مردم. اختلالات روانی به‌شکل خاص مترادف شده با واژهٔ «مقاومت» و درواقع صورت خلاصه‌شدهٔ این جمله است: «درمان این مراجع دشوار است».

وقتی در فیس‌بوک هستم و پست‌ها و بلاگ‌هایی را می‌بینم که درمانگران به اشتراک می‌گذارند و داستان‌های وحشتناکی از مراجعان می‌شنوم، متوجه می‌شوم که گاهی این برچسب‌ها تشخیص‌هایی با یک برنامهٔ درمانی مناسب نیستند. این اصطلاحات تشخیصی تبدیل شده‌اند به برچسب‌هایی برای قضاوت دربارهٔ کسی که رفتارش ممکن است آسیب‌رسان و غیرمنطقی باشد. در اینترنت پست‌هایی با عنوان «هفت نشانه که ثابت می‌کند شما با یک خودشیفته در ارتباط هستید» یا «اگر همسرتان این پنج مورد را داشت، شخصیتش مرزی است» هر روز بیشتر و بیشتر می‌شود.

مراجعان نزد من می‌آیند و می‌گویند درمانگر قبلی‌شان به آن‌ها گفته که همسرشان خودشیفته است یا اختلال شخصیت داشته و آن‌ها باید از آن رابطه خارج شوند. من هم از تعجب شوکه می‌شوم و بخشی از من هم ناراحت می‌شود. آخر چگونه قرار است این افراد که تشخیص بالینی «خودشیفته» روی آن‌ها گذاشته شده، اصطلاحی که حالا تبدیل به یک برچسب ناپسند شده، کمک دریافت کنند؟ آیا آن‌ها سزاوار این نیستند که در رابطه باشند؟ اگر درمانگرشان هم آن‌ها را قضاوت کند یا تمایلی نداشته باشد که درد آن‌ها را بپذیرد، آن‌ها چگونه قرار است یاد بگیرند که آسیب‌پذیر باشند؟

بااینکه همهٔ درمانگران چنین نمی‌کنند، اما من بسیاری از آن‌ها را دیده‌ام که در این قضاوت‌های بی‌پایان شرکت می‌کنند. آن‌ها بدون اینکه وقت بگذارند تا در کنار این مراجعان بنشینند و ببینند که در دنیای آن‌ها چه خبر است، همین‌طور می‌نشینند و این اصطلاحات را مثل نقل و نبات به آن‌ها می‌چسبانند.

حقیقت دردناک در شغل ما این است که بسیاری از این اصطلاحات تشخیصی تبدیل شده‌اند به برچسب‌های زشتی که دربرگیرندهٔ قضاوت، تحقیر و فقدان همدلی است. این اصطلاحات تشخیصی، به‌جای اینکه به مردم کمک کنند تا رشد کنند و شفا یابند، دارند به همه یاد می‌دهند تا «مرز بگذرانند» یا «رابطه را ترک کنند». معمولاً تنها کاری که این برچسب‌ها می‌کنند این است که مشکل نهفته را تشدید می‌کنند و رفتارهای مرتبط با این برچسب‌ها را بیشتر می‌کنند. وقتی درمانگر تشخیص می‌دهد که مراجعی همدلی ندارد و سپس از این اصطلاحات درمورد او استفاده می‌کند، بهتر است بداند که مداخله‌ای که باید برای این مراجع انجام دهد قطعاً همدلی است.

من در این کتاب نگرش متفاوتی به مراجعان چالش‌برانگیز یا دشوار ارائه می‌دهم. از لنز نظریهٔ دلبستگی به دیدگاه‌های مربوط به مقاومت نگاه می‌کنم و از آموزش‌های گسترده‌ای که در حوزهٔ درمان هیجان‌مدار دیده‌ام، که پیشگام آن دکتر سو جانسون است،[۳] استفاده خواهم کرد. درمان هیجان‌مدار به درمانگران یاد می‌دهد چگونه رفتارهای واکنشی فرد را درک کنند و به فراسوی آن، یعنی شخص آسیب‌پذیری که پشت آن رفتارهاست، نگاه کنند.[۴] دلبستگی چارچوب کار است و همدلی پنجره‌ای است به این چارچوب که ازطریق آن ما دیگران را می‌بینیم و با آن‌ها ارتباط برقرار می‌کنیم. درمان هیجان‌مدار نه‌تنها به درمانگران می‌آموزد چگونه همدلی کنند، بلکه به آن‌ها یاد می‌دهد چگونه در همدلی مستمر هم استاد شوند.[۳]

یکی از دلایلی که من عاشق درمان هیجان‌مدار هستم این است که این رویکرد خردِ بالینیِ علم دلبستگی را بهتر از دیگر مدل‌های تجربه‌محور درک کرده است. این رَویکرد به ما می‌آموزد که چگونه با نقاط حساس فرد هم‌آهنگ باشیم، یعنی آن نقاط حساس مهم و ارزشمندی که در قلب آشفتگی‌های اوست.[۳]

این کتاب به اصول همدلی مستمر می‌پردازد و نشان می‌دهد که با این نوع

همدلی چگونه می‌توانیم آسیب‌دیده‌ترین افراد را شفا دهیم.

به‌علت حفظ حریم خصوصی مراجعان، جزئیات موارد بالینی آن‌ها را تغییر داده‌ام. امیدوارم که این کتاب نگاه جدیدی به شما بدهد تا بتوانید مراجعان و اطرافیانتان را با لنز دیگری ببینید، لنزی که به هر دوی شما کمک کند.

یادداشت‌ها:

1. A History of Mental Health, https://en.wikipedia.org/wiki/History_ of_ mental_disorders
2. History of the DSM, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm
3. Johnson, S. M. (2019). *Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy with individuals, couples and families.* New York, NY: The Guilford Press.
4. Johnson, S., & Greenman, P. (2013). Commentary: Of course it is all about attachment! *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(4), 421–423.

فصل اول | علم دلبستگی: قلب زندگی |

قلب زندگی

در طول زندگی، نیاز به ارتباط با دیگران باعث شکل‌گیری معماری نورون‌های مغز، واکنش‌های ما به استرس، زندگی هیجانی روزمره، و داستان‌ها و مشکلات بین‌فردی ما می‌شود که این‌ها محور زندگی ماست.

سو جانسون، *نظریهٔ دلبستگی در عمل*

دلبستگی جوهرهٔ وجود است؛ محور انسانیت است؛ دلبستگیْ کیفیت زندگی ما را شکل می‌دهد.[۱] بدون درک دلبستگی و نحوهٔ تأثیرگذاری آن بر رفتار انسان، مطالب این کتاب قابل درک نخواهد بود. همان‌طور که نقل‌قول بالا از سو جانسون نشان می‌دهد، ریشهٔ رفتار انسان در بافت دلبستگی او نهفته است.[۲][۳] وقتی ریشه‌های درخت را بشناسیم، راحت‌تر می‌توانیم بفهمیم چرا برگ‌های آن به شکل خاصی هستند.

در این فصل، خلاصهٔ تحقیقات مربوط به دلبستگی و اختلال شخصیت

را ارائه می‌کنم. گزیده‌های بسیاری درمورد علم دلبستگی نوشته شده و نمی‌توان همهٔ مطالب را در اینجا بازگو کرد. اما امیدوارم که با خواندن این فصل با مهم‌ترین جنبه‌های دلبستگی و نحوهٔ کارکرد آن‌ها آشنا شوید. ازآنجاکه دلبستگی شالودهٔ درمان هیجان‌مدار است و همدلی مستمر هم سنگ بنای دلبستگی است، بحثمان را با مقدمه‌ای در باب دلبستگی شروع می‌کنیم.

در گذشته، اعتقاد بر این بود که دلبستگی بین کودک و مراقب وجود دارد، اما اخیراً این مفهوم گسترش یافته و بزرگسالان را هم شامل شده و شریک عاطفی را هم منبع دلبستگی می‌دانند. اکثر مطالبی که در این کتاب بررسی خواهیم کرد مربوط به دلبستگی بزرگسال است چون دلبستگی کودک تاریخچهٔ طولانی‌ای دارد که نیازمند کشف و درک عمیق‌تری است. همچنین بسیاری از درمانگرانی که می‌شناسم به من گفته‌اند که همدلی با مراجعان کودک و نوجوانِ دشوار راحت‌تر است تا بزرگسالان دشوار. چرا؟ چون متأسفانه به نظر می‌رسد دلالت‌های دلبستگی برای رفتارهای کودکان بسیار پذیرفته‌شده‌تر از رفتارهای بزرگسالان است. امیدوارم در این کتاب بتوانم این شکاف را پر کنم چون دلبستگی چیزی است که همهٔ انسان‌ها از تولد تا مرگ به آن نیاز دارند.

مقدمات دلبستگی

ده‌ها سال تحقیق درمورد دلبستگی به ما آموخته که دلبستگی دیگر صرفاً یک نظریه نیست. دکتر سو جانسون، پیشگام درمان هیجان‌مدار[۲]، پس از سال‌ها تحقیق درمورد دلبستگی بزرگسال نشان داد که دلبستگیْ علمی است با پشتوانهٔ تحقیقات تجربی و داده‌های عصب‌شناختی که به یافته‌هایش اعتبار می‌بخشد.[۴] دلبستگی صرفاً علمی دربارهٔ عشق و پیوند نیست، بلکه علم تنظیم هیجان است.[۴][۵] افزون‌براین، دلبستگی علم درک رفتار انسان است. وقتی رفتار انسان در بافت دلبستگی دیده شود، قابل درک می‌شود. علم