

کاربست نظریهٔ دلبستگی در درمان بیماران

راهنمای روان‌شناسان، پزشکان

و متخصصان مراقبت‌های اولیه

تألیف

جانا تان هانتز

رابرت ماندلر

ترجمه

مونا فرخنده فال

مهتاب ربیعی

محدثه خردمند

فاطمه رضواندل

همکاران.....	۵
پیشگفتار.....	۹

بخش ۱: کلیات

۱	مقدمه	۱۳
	جاناناتان هانتر و رابرت ماندر	
۲	اصول نظریهٔ دلبستگی.....	۱۹
	جاناناتان هانتر، رابرت ماندر و تائولن لی	
۳	مفاهیم پیشرفته در نظریهٔ دلبستگی و کاربرد آنها در مراقبت سلامت.....	۳۹
	جاناناتان هانتر و رابرت ماندر	
۴	اهمیت نظریهٔ دلبستگی در مراقبت پزشکی.....	۵۲
	برنارد استراس و کاجا برنک - فرنز	

بخش ۲: جمعیت‌های خاص

۵	نظریهٔ دلبستگی و درد.....	۷۱
	پاملا جی. مردیث	
۶	سازگاری با سرطان از دیدگاه نظریهٔ دلبستگی.....	۹۳
	کریس هینن	
۷	دلبستگی و تجربهٔ پایان زندگی.....	۱۱۲
	سارا هیلز	

بخش ۳: مداخلات

۸	مشاوره و ارتباط در عمل.....	۱۲۷
	جاناناتان هانتر و رابرت ماندر	

- ۹ رویکرد جامع دلبستگی محور برای مدیریت و درمان بیماران با شکایات جسمی مداوم ۱۵۰
پاتریک لویتن و پیتر فوناگی
- ۱۰ سبک دلبستگی در مراقبت از جراحی چاقی: مطالعه موردی ۱۷۳
سانجی سوکالینگام و راد هاوا

بخش ۴: آینده

- ۱۱ زیست روان شناسی دلبستگی و علت شناسی بیماری ۱۸۷
تارا کید
- ۱۲ «به من بگو از بیماریارت چه می دانی»: کاربرد اصول دلبستگی در آموزش پزشکی ۲۱۲
جاناناتان هانتز، رابرت ماندر، پائولا راویتز و سوفی سوکلاریدیس
- ۱۳ مسیرهای آینده ۲۲۵
جاناناتان هانتز و رابرت ماندر
- واژه نامه انگلیسی به فارسی ۲۳۵
- واژه نامه فارسی به انگلیسی ۲۳۷

در سال ۲۰۰۱، وقتی به عنوان روان‌پزشکان مشاوره ارتباطی در «خط مقدم» فعالیت می‌کردیم تلاش کردیم درک بیشتری درباره دلایل رفتار بیماران به دست آوریم و به همکارانمان در حوزه‌های پزشکی، جراحی، پزشکی خانواده و تمام رشته‌های مراقبت‌های بهداشتی کمک کنیم تا با چالش‌های ناشی از مواجهه با بیمارانی که این مراقبت‌ها را نامطلوب یا تهدیدآمیز احساس می‌کنند، مقابله کنند. ما متوجه شدیم نظریه دلبستگی در مقابله با این چالش‌ها بسیار مفید است. جست‌وجویی در پایگاه اطلاعاتی پاپ مد در همان سال برای مقالات جدید با کلیدواژه «دلبستگی و پزشکی» تنها ۲۳ مقاله را نشان می‌داد. در سال ۲۰۱۳، همان جست‌وجو در پاپ مد ۹۱ مقاله جدید در طول یک سال را نمایش داد. این حوزه به طور مداوم در حال رشد بوده است و به نظر می‌رسد در حال حاضر، در اوج پذیرش عمومی نظریه دلبستگی قرار داریم. به منظور پوشش دامنه این فعالیت‌ها، در کتاب *کاربست نظریه دلبستگی در درمان بیماران*، پیش‌گامان این حوزه از آمریکای شمالی، اروپا و استرالیا را برای به‌کارگیری این دیدگاه جدید در کار عملی مراقبت از بیماران به همکاری دعوت کرده‌ایم.

در این کار، همکارانمان در بیمارستان مونت ساینای، در بخش روان‌پزشکی و سایر بخش‌ها، سخاوتمندانه از ما حمایت کرده‌اند. بیل لانسکی نقشی کلیدی در حمایت از تمرکز اولیه ما بر دلبستگی داشت و در چندین مطالعه با ما همکاری نمود. مولین لشیج به عنوان رئیس، همکار و دوست ما، همواره علاقه‌مند و حمایت‌کننده بود. اعضای تیم مشاوره از جمله الن مارگولس، لزلی ویزنفلد و مری پرایسمن با صرف وقت و انعطاف‌پذیری از ما حمایت کردند. همچنین همکارانمان گری نیوتن، سوزانا مک، دیوید تاننبام، پیتر فرگوسن، هیلاری اشتاینهارت، گوردون گرینبرگ، مارک سیلوربرگ و جانیس هالپرن از حضور ما در تیم خود استقبال کردند. در دامنه وسیع‌تر از دانشگاه تورنتو نیز، گری رودین و سوزان آبی با انجام کارهای موازی در زمینه دلبستگی و سلامت ما را در انجام این کار تشویق نمودند. شور و اشتیاق دانشجویهای ما نسبت به این دیدگاه و پرسش‌های تیزبینانه‌شان در این خصوص ارزشی غیرقابل توصیف برای کمک به توسعه این مفاهیم داشته است. ما خرسندیم که توانسته‌ایم نقشی در حمایت از نسل بعدی محققان دلبستگی از جمله تائو لن له، کریستینا مار آندرسن و آندره آ لاوسون داشته باشیم.

در نهایت، در کتابی که درباره اهمیت روابط است، نباید از تأکید بر حضور نزدیک‌ترین افراد به ما، یعنی نانسی، لین و فرزندان‌مان، غافل شویم. آنها نه تنها از تلاش‌های ما حمایت کردند و زمانی که برای انجام این پروژه از خانواده دور بودیم، صبر و شکیبایی نمودند، بلکه با طرح تجربیات و پرسش‌های خود منجر به عمیق‌تر شدن تمرکز ما بر تجربه ذهنی بیماری و بستری در بیمارستان شدند. آنها در فضای خانه، ترس‌ها و چالش‌های اجتناب‌ناپذیر بیماری را به ما یادآوری کردند.

جاناتان هانتز

رابرت ماندر

تورنتو، کانادا

بخش ۱

کلیات

جانانان هانتر و رابرت ماندر

در سال ۱۹۵۲، جیمز رابرتسون برای اولین بار دوربین فیلم برداری به دست گرفت و فیلمی تأثیرگذار ساخت. رابرتسون که یک کواکر^۱ و معترضی با وجدان بود، در سال ۱۹۴۱ به پرورشگاه‌های جنگی همپستید^۲ پیوست و در نقش مددکار اجتماعی به مراقبت از کودکانی مشغول شد که خانواده‌شان را در جنگ از دست داده بودند. رابرتسون در کنار جان بالبی - پایه‌گذار نظریهٔ دلبستگی^۳ - به بررسی اثرات جدا شدن کودکان خردسال از والدین‌شان پرداخت. یکی از معمول‌ترین مکان‌هایی که در آن کودکان مجبور به جدا شدن از والدین‌شان بودند، بیمارستان بود.

دوربین رابرتسون به فیلم برداری از دختری ۲ ساله به نام لورا پرداخت که برای یک عمل جراحی ساده باید ۸ روز در بیمارستان می‌ماند. بنابر قوانین بیمارستان‌ها در آن زمان، مادر لورا اجازه نداشت همراه او در بیمارستان بماند و پرستاران هم در هر شیفت تغییر می‌کردند. به این ترتیب لورا مجبور بود با فرایندهای سخت و غیرقابل درکی مثل بی‌حسی مقعدی به‌تنهایی کنار بیاید. در نهایت لورا با این شرایط کنار آمد و آرام، مطیع و همراه شد. اما بعد از مرخص شدن از بیمارستان نمی‌توانست با مادرش به گرمی ارتباط برقرار کند. پیوند ارتباطی آسیب دیده بود.

فیلم رابرتسون، دختر دو ساله‌ای که در بیمارستان بستری شد، توجه‌ها را به خود جلب کرد. به دنبال آن درک روان‌کاوان، روان‌پزشکان، پزشکان، پرستاران و عموم مردم دربارهٔ تجربهٔ جدایی و فقدان در نوزادان دچار تغییر شد. فیلم با مخالفت جدی نهادهای پزشکی و جامعهٔ روان‌کاوی روبه‌رو شد، اما این موضوع را به روشنی نمایش داده بود: همکاری لورا و تبعیت او در همراهی با فرایندهای درمانی، نه به دلیل سازگاری مثبت با شرایط، بلکه از سر ناامیدی بود. لورا از این جدایی آسیب دیده بود. فیلم رابرتسون به نوبهٔ خود در تغییراتی که پس از آن در فضای مراقبت‌های سلامت^۴ ایجاد شد، تأثیر

۱. فرقه‌ای از پروتستان‌ها در مسیحیت (م)

۲. ناحیه‌ای در شهر لندن (م)

3. Attachment theory

4. Health cares



شکل ۱-۱. مادری از پشت شیشه به کودک بستری شده‌اش نگاه می‌کند (عکس از بایگانی بیمارستان کودکان تورنتو، با اجازه انتشار)

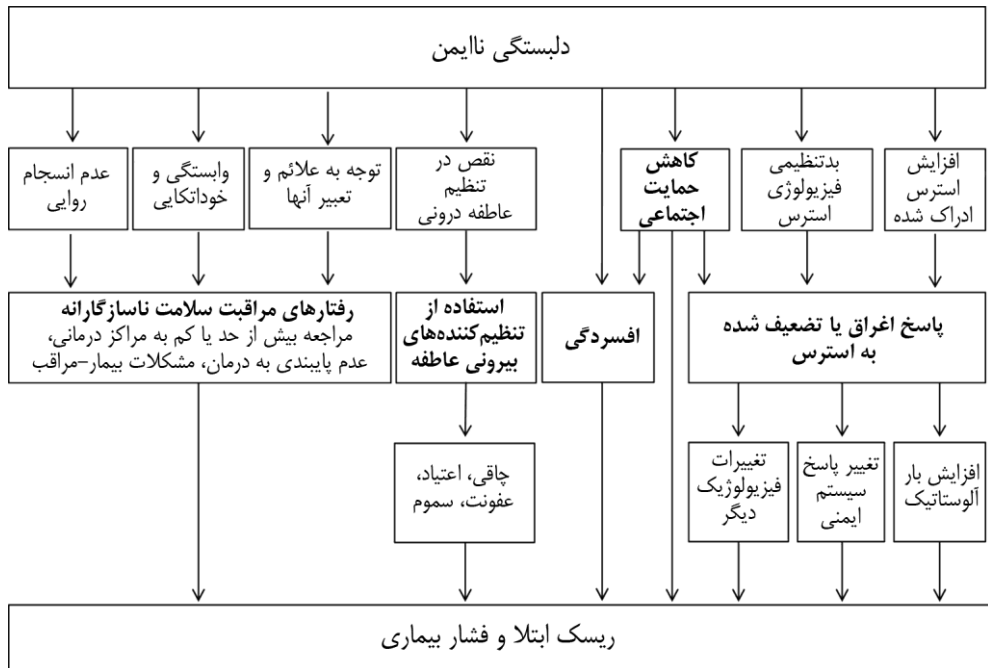
گذاشت. خوشبختانه امروزه والدین عموماً می‌توانند کنار نوزادانی که نیاز به مراقبت‌های بیمارستانی دارند بمانند (و البته دیگر هیچ‌کس برای یک عمل جراحی کوچک لازم نیست ۸ روز در بیمارستان بماند) (شکل ۱-۱).

سیستم‌های مراقبت سلامت در دنیای مدرن امروز شباهت چندانی به بیمارستان‌های دوران رابرتسون و بالبی ندارند. امروزه بیماری‌های مزمن، بار مالی و فشار کاری زیادی ایجاد کرده‌اند و تلاش ما بر این است که دسترسی مؤثر به خدمات درمانی را حفظ کنیم. موانعی بر سر راه ارائه

خدمات باکیفیت وجود دارد که منجر به ایجاد «شکاف کیفیت» شده است. علاوه بر این، با وجود آنکه می‌دانیم رفتارهایی مثل سیگارکشیدن، پرخوری، بی‌حرکی و مصرف مواد مخدر تا حدود زیادی در ایجاد بیماری‌های مزمن غیرمسمری نقش دارند، همچنان کاهش مؤثری در این رفتارها مشاهده نمی‌کنیم. یکی از دلایل عمده این مسئله، عدم موفقیت ما در تسهیل و حفظ توانمندی بیماران در اخذ تصمیمات سلامت است. افزایش مستمر هزینه‌های درمانی باعث فشار برای ارتقای بهره‌وری درمان و چند تکه شدن سیستم مراقبت شده است. هر بیمار معمولاً با چندین پزشک در ارتباط است که هریک از آنها خودشان با تعداد زیادی از بیماران در ارتباط هستند و این موضوع باعث ضعیف شدن اثربخشی رابطه پزشک و بیمار می‌شود. بعضی از بیماران امکان برقراری رابطه مستمر یک‌به‌یک با فردی مشخص به عنوان پزشک اصلی خود را ندارند و به کلینیک‌ها، اورژانس‌ها و متخصصانی ارجاع داده می‌شوند که ارتباط منسجمی بین آنها و پزشکان مختلف دیگری که مراقبت از بیمار را بر عهده دارند، وجود ندارد. با توجه به اینکه متخصصان سلامت در همه حوزه‌ها به دنبال افزایش کیفیت مراقبت‌های سلامت هستند، چگونه می‌توانیم از این موضوع برای ایجاد تغییرات مثبت استفاده کنیم؟

فرض این کتاب بر این است که متخصصان سلامت می‌توانند از درسی که لورا به ما داد کمک بگیرند. با وجود آنکه در حال حاضر چالش‌های مختلف و بزرگی برای فراهم کردن مراقبت باکیفیت پیش روی مان قرار دارد، واقعیت این است که مراقبت سلامت اساساً در بستر تعامل افراد با هم شکل می‌گیرد. رنج کشیدن، حمایت‌کردن و تسکین، از طریق ارتباطات انسانی اتفاق می‌افتد. تا زمانی که اتحاد درمانی که در مرکز رابطه بیمار و ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی قرار دارد نادیده گرفته شود، تأثیر مراقبت‌های سلامت تضعیف خواهد شد. راهبرد پیشنهادی ما برای توضیح این فرض، از داستان لورا قابل استخراج است: ما برای درک بیماری و مراقبت سلامت از دیدگاه نظریه دلبستگی استفاده کرده‌ایم و همچنین برای پیشنهاد راهکارهایی برای رفع چالش‌های موجود در مراقبت سلامت، از این نظریه کمک گرفته‌ایم. از آنجا که مراقبت سلامت، ناگزیر امری ارتباطی است، درک نحوه شکل‌گیری روابط اولیه و تأثیری که این روابط بر شکل‌گیری روابط بعدی، از جمله رابطه بیمار با متخصصان مراقبت سلامت، می‌گذارد می‌تواند برای حل مسائل دشواری که در مراقبت سلامت با آنها روبه‌رو هستیم کمک‌کننده باشد و باعث ارتقای دستاوردها در مراقبت سلامت شود.

شیوه تعامل افراد در ارتباطات نزدیک (دلبستگی) می‌تواند چالش بیماری‌های مزمن را از دو طریق توضیح دهد. اول آنکه درک الگوهای امنیت یا ناامنی در ارتباطات دلبستگی به ما کمک می‌کند تا بفهمیم چه چیزهایی در تعامل بیمار و ارائه‌دهنده خدمات سلامت کمک‌کننده و چه چیزهایی آسیب‌زننده است. دوم آنکه تجربه ارتباطات ناامن در طول زندگی با افزایش احتمال ابتلا به بیماری رابطه دارد. این موضوع به روش‌های مختلفی می‌تواند اتفاق افتد که خلاصه آنها در شکل ۱-۲ (که اولین بار توسط ماندر و هانتز (۲۰۰۱) ارائه شد) نمایش داده شده است. وقتی الگوهای ارتباط با دیگران



شکل ۱-۲. مکانیزم‌های ارتباط الگوهای ناایمن دلبستگی با بیماری

با احساس ناامنی همراه باشد، پاسخ‌های فیزیولوژیک به استرس، شدیدتر می‌شود، حمایت اجتماعی تأثیر کمتری در تعدیل استرس پیدا می‌کند، روی‌آوری به مواد روان‌گردان یا غذا برای رفع احساسات ناخوشایند بیشتر می‌شود و تمام اینها احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن را افزایش می‌دهد. رفتارهای سلامت‌ناکارآمد مثل مراجعه بیش از حد برای دریافت خدمات سلامت (که باعث می‌شود ارائه‌دهنده خدمات سلامت اعتبار کمتری برای علائم بیماری قائل شود) و همچنین عدم پایبندی به توصیه‌های درمانی، رابطه نزدیکی با الگوهای ناایمن دلبستگی دارند و منجر به نتایج درمانی ضعیف‌تر می‌شوند.

تمرکز ما در این کتاب، بر کار متخصصان خدمات مراقبت سلامت و پژوهشگرانی است که تخصص آنها حفاصل میان روان‌شناسی، روان‌پزشکی و طب فیزیکی است. بسیاری از متخصصان این حوزه در رشته روان‌پزشکی مشاوره‌ارتباطی^۱ فعالیت می‌کنند که زیرشاخه‌ای از روان‌پزشکی است و به جنبه‌های روان‌پزشکی بیماری‌های جسمانی و جراحی‌ها می‌پردازد. اما متخصصان این حوزه فقط روان‌پزشکان مشاوره‌ارتباطی نیستند. این حوزه در واقع حوزه‌ای میان‌رشته‌ای است و روان‌شناسان، پرستاران، کاردرمانگران و متخصصانی از سایر رشته‌ها را نیز در بر می‌گیرد.

1. consultation-liaison psychiatrists

در این کتاب شواهدی از نقش دلبستگی در درک و ارتقای مراقبت از بیمار، به‌ترتیب زیر ارائه کرده‌ایم. بخش اول به مقدمه‌ای درباره‌ی اصول نظریه‌ی دلبستگی و توضیح برخی مفاهیم خاص دلبستگی که به‌طور ویژه در مراقبت سلامت اهمیت دارند اختصاص داده شده است: انسجام روایی^۱، تنظیم عاطفه و ذهنی‌سازی^۲. این مقدمه برای خوانندگانی که با نظریه‌ی دلبستگی آشنایی ندارند بسیار اهمیت دارد و بخش‌هایی از محتوای فصل‌های بعدی را در بر دارد. روش‌های مختلفی برای توضیح دلبستگی بزرگسالان به‌کار رفته است، به‌همین دلیل بخش اول، هماهنگی واژگانی برای مفاهیمی که در فصل‌های بعدی مورد استفاده قرار گرفته‌اند نیز ایجاد می‌کند. در نهایت، بخش اول مروری کلی بر کاربرد نظریه‌ی دلبستگی در مراقبت سلامت دارد که توسط برنارد استراوس و کاجا برنک فرنز نوشته شده است.

بخش دوم کارایی گسترده‌ی اصول دلبستگی در گروهی از جمعیت بیماران را شرح داده است و کاربرد دیدگاه دلبستگی در درک رفتار بیماری در بافت‌های مختلف را مورد بحث قرار داده است. ما گروه‌های خاصی از بیماران را که شواهدی از نقش دلبستگی در درک بیماری و نحوه‌ی مدیریت آن وجود داشته است، انتخاب کرده‌ایم و در قالب فصل‌هایی که هرکدام توسط پیش‌گامان پژوهش دلبستگی در حوزه‌های مختلف نوشته شده است به آنها پرداخته‌ایم. نقش دلبستگی در درد، به‌خصوص درد مزمن، توسط پاملا مردیت مورد بحث قرار گرفته است. کریس هینن مروری بر ارتباط دلبستگی با بیماران مبتلا به سرطان انجام داده است و سارا هیلز تأثیر دلبستگی بر پایان زندگی را مورد بررسی قرار داده است.

بخش سوم به بررسی چگونگی تقویت درمان از طریق به‌کارگیری اصول دلبستگی پرداخته است. این بخش با مقدمه‌ای شامل خلاصه‌ای عمل‌گرایانه از کاربرد بالینی و تجربی دیدگاه دلبستگی در خدمات روان‌پزشکی مشاوره‌ارتباطی در بیمارستان‌های عمومی شروع شده است. سپس سانجی سوکالینگام و رید هاوا بر مبنای تجربیات خود، به شرح نتایج ارزیابی دلبستگی همراه با مداخلات مبتنی بر دلبستگی در کلینیک‌های چندمنظوره پرداخته‌اند. آنها این موضوع را به‌عنوان نمونه، در برنامه‌های درمان اضافه‌وزن از طریق عمل جراحی مورد بررسی قرار داده‌اند. پاتریک لویتن و پیترو فوناگی فصلی با تمرکز بر بیماران سرپایی نوشته‌اند که دیدگاهی جدید و قابل توجه برای مداخلات مبتنی بر دلبستگی برای بیماران با اختلالات جسمانی عملکردی^۳ ارائه کرده است.

بخش چهارم نگاهی به آینده دارد. تارا کید موضوع مهم قابل بررسی در پژوهش‌های روان‌شناسی آینده را شناسایی رابطه بین دلبستگی و استرس و دستیابی به شواهدی محکم برای معرفی دلبستگی ناایمن به عنوان یکی از دلایل ایجادکننده‌ی فرسودگی بدن و بیماری مزمن معرفی کرده است. ما تلاش

1. Narrative coherence

2. Mentalization

3. Functional somatic disorder

کرده‌ایم کاربرد اصول دلبستگی را در آموزش‌های پزشکی مشخص کنیم و نهایتاً فصل آخر را به شناسایی خلأهای موجود بین دانسته‌های فعلی مان و اهداف پژوهشی آینده در زمینه مراقبت‌های سلامت مبتنی بر دیدگاه‌های دلبستگی اختصاص داده‌ایم.

امیدواریم تلاشی که برای معرفی این حوزه جدید انجام شده است، بتواند انگیزه‌ای برای استفاده از نظریه دلبستگی در فعالیت‌های بالینی شما خوانندگان این کتاب فراهم کند و برای توسعه فهم و کاربرد این ظرفیت ارتباطی اساسی در انسان برای تنظیم سلامت با ما همراه شوید.

منابع

- Bretherton I (1995) The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J (eds) Attachment theory: social, developmental and clinical perspective. The Analytic Press, Hillsdale, pp 45–84
- Committee on the Quality of Health in America, Institute of Medicine (2001) Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. National Academies Press, Washington, DC
- Maunder RG, Hunter JJ (2001) Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosom Med* 63(4):556–567
- World Health Organization (2010) Global status report on noncommunicable diseases. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf. Accessed on 23 June 2015

جانانان هانتر، رابرت ماندر و تائو لن لی

به نظر می‌رسد داستان دلبستگی از آنجا شروع شد که فشار برای دو انتخاب تکاملی توسط اجداد ما در تعارض با هم قرار گرفت. اول آنکه بقای نسل هنگام ایستادن روی دو پا، بیشتر از ایستادن روی چهار پا بود. نظریه‌های مختلفی برای توضیح مزایای بیشتر حرکت روی دو پا مطرح شده است اما مهم‌ترین دلایل انتخاب این صفت تکاملی را می‌توان راحت‌تر دیدن درندگان و کارایی بیشتر وضعیت دوپا برای پیمودن مسافت‌های طولانی دانست. از طرف دیگر، ایستادن روی دو پا نیازمند استخوان‌های قوی‌تر است که این موضوع با افزایش رو به رشد اندازه مغز در اجداد ما در تعارض قرار گرفت. لگن خاصره که برای حمایت از وضعیت بدنی دوپا اهمیت زیادی دارد، نمی‌توانست حفره‌ای بزرگ که باعث تضعیف آن می‌شد، در خود داشته باشد. پس چطور می‌شد مزایای گسترده مغز بزرگ‌تر را با وجود ایستادن روی دو پا همچنان حفظ کرد؟ مادران چگونه می‌توانستند از طریق حفره‌ای کوچک در لگن خاصره‌شان انسانی با سر بزرگ به دنیا بیاورند؟

راه‌حل این مسئله، سومین پیشرفت تکاملی را رقم زد: نوزادان نابالغ به دنیا آمدند، قبل از آنکه اندازه سر و حجمه‌شان آنقدرها بزرگ شود. بچه انسان ناتوان به دنیا می‌آید و نیازمند محافظت و مراقبت است تا زمانی که بتواند به‌طور مستقل زنده بماند. داشتن کودکانی که توانایی دفاع و مراقبت از خود ندارند، فشار انتخابی دیگری را رقم زد: نوزادانی که والدین آنها در طول زمانی که کودک رشد کافی برای مراقبت مستقل از خود نداشته است به حفاظت و مراقبت از نوزاد خود پرداخته بودند، شانس بقای بیشتری داشتند. این رفتار و پیام‌های تنظیم‌کننده آن، نظام دلبستگی را در نوزادان و نظام مکمل آن یعنی مراقبت را در والدین آنها به راه انداخت.

نظام دلبستگی، نوزاد را با مادر هماهنگ می‌کند. نوزاد برای حفظ ایمنی نزدیک مادر می‌ماند، وقتی می‌ترسد به سمت او برمی‌گردد، به هنگام آسیب یا بیماری از او تسلی می‌خواهد و در صورت احساس امنیت، برای اکتشاف از او دور می‌شود. به این ترتیب، ایجاد ظرفیت به‌خوبی سازماندهی‌شده‌ای در مغز بزرگ ما برای درک پیام‌های اجتماعی و تنظیم رفتارهای اجتماعی در جهت

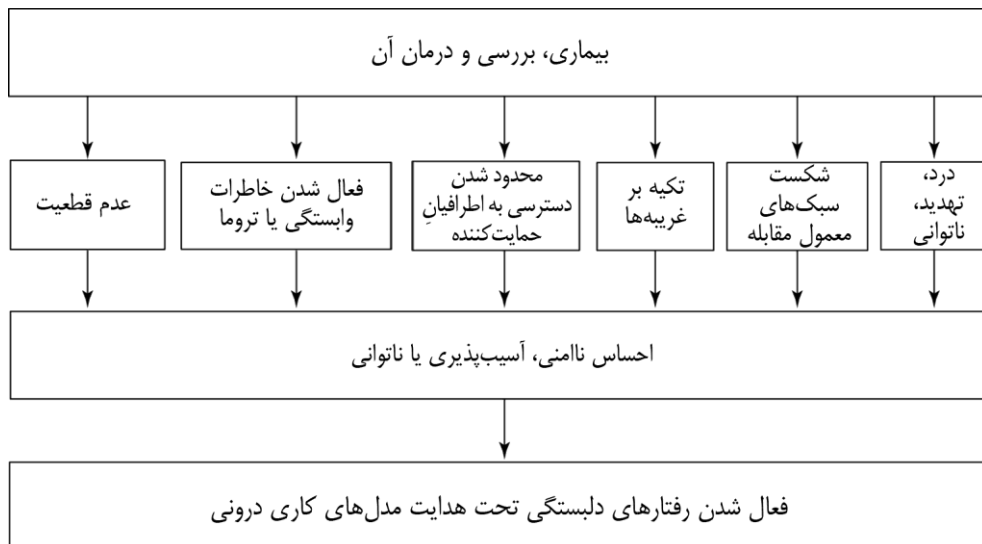
ایجاد تعادل بین دو نیاز ما به امنیت (نزدیکی) و اکتشاف فعال (استقلال) برای گونهٔ انسان ضرورت پیدا کرد. دلبستگی به کسانی که به ما احساس امنیت می‌دهند، در وجود نوع انسان نهادینه و ضروری شد. هر کودک، ظرفیت قابل توجه و دقیقی برای شناسایی مادرش (یا هر فردی که مراقبت از کودک را بر عهده دارد و به عنوان نگارهٔ دلبستگی^۱ شناخته می‌شود) دارد و برای سازگاری با ریز-محیط^۲ بین فردی که توسط ویژگی‌های شخصیتی هر کدام از طرفین به طور مشترک ساخته می‌شود، به صورت تکاملی برنامه‌ریزی شده است.

۲-۱ کارکردهای دلبستگی

کیفیت رابطهٔ دلبستگی با هر نوع رابطهٔ دیگری متفاوت است. این تفاوت به طور ویژه به دلیل چهار کارکرد مهمی است که نگارهٔ دلبستگی برای نوزاد به همراه دارد. هر کدام از این کارکردها در جهت این اهداف عمل می‌کند که نوزاد از رابطه‌اش با والد برای تقویت احساس امنیت به‌ویژه زمانی که با آسیب یا تهدید روبه‌رو می‌شود و همچنین برای اکتشاف محیط بعد از احساس امنیت استفاده کند. اکتشاف مطمئن، تجربه‌ای برای کودک ایجاد می‌کند که امکان رشد و کارکرد مستقل را فراهم می‌سازد.

- اولین کارکرد دلبستگی، ایجاد پایگاه/ایمن^۳ است. نگارهٔ دلبستگی نقش پایگاهی را ایفا می‌کند که کودک می‌تواند از او دور شود تا به اکتشاف دنیا بپردازد.
 - کارکرد دوم دلبستگی ایجاد پناهگاه/امن^۴ است. نگارهٔ دلبستگی حضوری امن و آرام‌بخش را فراهم می‌کند تا هر وقت نوزاد در حین اکتشاف یا جدایی احساس خطر کرد، بتواند به سمت او بازگردد. ما عموماً مشاهده می‌کنیم که بچه‌های کوچک ترجیح مشخصی برای پناه بردن به فردی خاص در هنگام ترس دارند.
 - برای استفاده از مزایای این دو کارکرد، نوزاد بایستی توانایی درخواست نزدیکی و حفظ آن را داشته باشد. او معمولاً از طریق صدا زدن، گریه کردن، جست‌وجو کردن در حد توان، آویزان شدن و نق زدن این کارها را انجام می‌دهد.
 - و نهایتاً/عتراض به جدایی کارکرد مهم دیگر دلبستگی است. این کارکرد برای اطمینان از ادامه پیدا کردن محافظت از نوزاد توسط والدین به کار گرفته می‌شود. حتی ممکن است نوزاد با نشان دادن خشم، والدین را برای در دسترس نبودنشان در زمانی که به آنها نیاز داشته است، تنبیه کند.
- نکتهٔ مهم دربارهٔ کارکردهای دلبستگی و رفتارهای مرتبط با آنها این است که هر کدام تنها در موقعیت‌های خاصی فعال می‌شوند. برای مثال، رفتار نزدیکی‌طلبی در همهٔ موقعیت‌ها مورد نیاز نیست

1. Attachment figure
2. Micro-environment
3. Secure base
4. Safe haven



شکل ۲-۱. شرایط مرتبط با بیماری و درمان که به صورت هم‌زمان سیستم دلبستگی را فعال می‌کند

بلکه فقط در موقعیت‌هایی که دلبستگی محدود یا تهدید می‌شود، مثل زمان‌هایی که فرد از کسانی که به آنها دلبستگی دارد جدا شده است، یا احساس درد دارد و یا نمی‌تواند از خودش دفاع کند، فعال می‌شود. چنین موقعیت‌هایی معمولاً زمانی که بیماری نیازمند بررسی و درمان شناخته می‌شود، فعال می‌شوند (شکل ۲-۱).

۲-۲ طبقه‌بندی سبک‌های دلبستگی

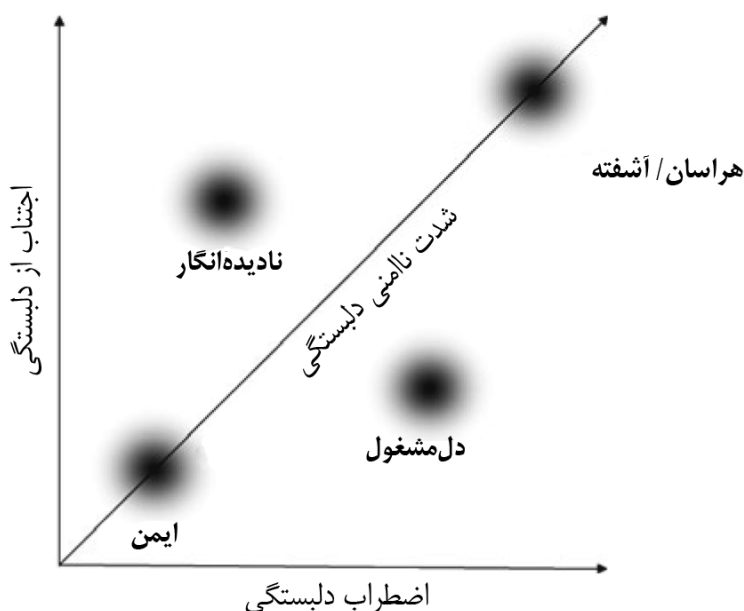
نوزادان با ریز-محیط رابطه‌ای که توسط ویژگی‌های شخصیتی نگاره دلبستگی‌شان (و توسط تعامل پیچیده‌ای که میان کودک و والد برقرار می‌شود) شکل می‌گیرد سازگار می‌شوند. آنها معمولاً ترجیحات ثابتی برای استفاده از راهبردها و رفتارهای دلبستگی مشخص دارند؛ همان‌هایی که بیشترین موفقیت ممکن را در برآوردن نیاز آنها به احساس امنیت به همراه داشته است. موضوع جالب‌توجه این است که با وجود آنکه گزینه‌های متنوعی برای انواع این سازگاری می‌توان متصور شد، الگوهای دلبستگی در چند دسته رفتاری محدود قرار می‌گیرند.

علاوه بر این، الگوهای رفتاری دلبستگی در طی مراحل رشد از کودکی تا نوجوانی و سپس در بزرگسالی به طرز قابل توجهی ثابت می‌مانند. در طی فرایند رشد، افراد جدیدی را برای برآوردن نیازهای دلبستگی‌مان پیدا می‌کنیم، در ابتدا همکلاسی‌ها و بعدتر معمولاً شرکای عاطفی‌مان این نقش را ایفا خواهند کرد. اما کارکردهای این نگاره‌های دلبستگی ثابت هستند. ما به عنوان افراد بزرگسال

می‌توانیم نگاره‌های دلبستگی‌مان را پیدا کنیم. آنها کسانی هستند که نیاز ما به پایگاه ایمن و پناهگاه امن را برآورده می‌کنند و نزدیکی‌جویی و اعتراض به جدایی ما، معطوف به آنها است. دیدگاه‌های متفاوتی دربارهٔ الگوهای دلبستگی در بزرگسالان وجود دارد. این الگوها می‌تواند به عنوان حالات ذهنی دربارهٔ پدیدهٔ دلبستگی (که در فصل ۳ به طور مفصل شرح داده خواهد شد) و یا به عنوان مجموعهٔ مشخصی از نگرش‌ها، رفتارها و ابراز هیجان‌ها در روابط نزدیک دیده شود. ما در این کتاب، ترکیب این دو رویکرد را مورد استفاده قرار داده‌ایم که با دیدگاه‌های سنتی دلبستگی کمی فاصله دارد اما برای کار بالینی مفیدتر است. با در نظر گرفتن دو محور ناامنی در دلبستگی، یعنی اضطراب دلبستگی و اجتناب از دلبستگی، می‌توانیم پنج الگوی دلبستگی را توضیح دهیم (شکل ۲-۲).^۱ در این سیستم طبقه‌بندی، محور افقی مربوط به اضطراب دلبستگی است که معرف میزان پریشانی است که فرد هنگام جدایی احساس می‌کند. محور عمودی، اجتناب از دلبستگی را نشان می‌دهد که نشان‌دهندهٔ میزان آشفتگی‌ای است که فرد از حضور دیگران یا نزدیک شدن به دیگری احساس می‌کند. هر فرد دارای سبک دلبستگی مشخصی است و بر اساس این مدل، سبک دلبستگی هر فرد، بسته به اینکه چه اندازه اضطراب دلبستگی و اجتناب از دلبستگی تجربه می‌کند، می‌تواند جایی در این فضای دوبعدی قرار گیرد.

در این نمودار افرادی که سبک دلبستگی‌شان توسط نقطه‌ای در نزدیکی مبدأ توضیح داده می‌شود، اضطراب جدایی کمتری تجربه می‌کنند و راحت‌تر می‌توانند به دیگران نزدیک شوند. سبک دلبستگی آنها/ایمن^۲ است و توانایی سازگاری با عوامل استرس‌زای زیادی را دارند، چرا که هم به توانمندی خود برای عملکرد مستقل باور دارند و هم می‌توانند در صورت نیاز از دیگران درخواست کمک کنند و پذیرای کمک از سوی دیگران باشند.

۱. الگوهای دلبستگی بزرگسالان توسط کسانی که از ابزارهای طبقه‌بندی، به ویژه مصاحبهٔ دلبستگی بزرگسالان (هسه، ۲۰۰۸) استفاده می‌کنند به عنوان «طبقه‌ها» توضیح داده می‌شود و توسط کسانی که از سنج‌های خودگزارش‌دهی استفاده می‌کنند که گاهی به دسته‌بندی الگوها می‌پردازند، اما در اکثر مواقع میزان دلبستگی ناایمن را مورد سنجش قرار می‌دهند به عنوان «سبک‌ها» معرفی می‌شود. بارتولو و هورویتز (۱۹۹۱) رویکردی ابعادی و طبقه‌ای برای توضیح دلبستگی بزرگسالان ساختند که دارای ۲ بعد و ۴ طبقه دلبستگی بود. به‌طوری که طبقه‌ها (ایمن، دل‌مشغول، نادیده‌انگار-اجتنابی، هراسان-اجتنابی) به عنوان ترکیبی از وضعیت‌های شدید (مثبت و منفی) روی دو بعد دلبستگی (مدل خود و مدل دیگری) معرفی شدند. مدل بارتولو و هورویتز با اندازه‌ای تغییر به مدلی دارای ابعاد اضطراب دلبستگی و اجتناب از دلبستگی (که به‌صورت پایا توسط ابزارهای خودگزارش‌دهی قابل اندازه‌گیری هستند) تبدیل شد که مدل مفهومی خود و دیگری را کنار گذاشت و به‌صورت گسترده‌ای در ادبیات مشاوره روان‌پزشکی و روان‌تنی مورد استفاده قرار گرفته است. ما در این کتاب دربارهٔ الگوها و سبک‌ها صحبت می‌کنیم و آنها را به جای هم مورد استفاده قرار می‌دهیم و در مواقعی هم به ابعاد زیربنایی اضطراب دلبستگی و اجتناب از دلبستگی می‌پردازیم. وقتی به مطالعاتی اشاره می‌کنیم که از کلمات دیگری استفاده کرده‌اند، هم آن کلمات و هم نزدیک‌ترین کلمه در مدل به‌کار گرفته شده در این کتاب را برای آن به‌کار خواهیم برد.



شکل ۲-۲. مدل ابعاد ناامنی دلبستگی و الگوهای دلبستگی (برگرفته از ماندر و هانتر (۲۰۱۲). با اجازه انتشار)

هر چه در محور افقی از مبدأ فاصله بگیریم با افرادی روبه‌رو می‌شویم که سطح بالاتری از اضطراب را هنگام جدایی تجربه می‌کنند. این افراد دلبستگی *دل مشغول*^۱ دارند و ترجیح می‌دهند که نزدیک افرادی که برای آنها نقش پایگاه ایمن و پناهگاه امن را ایفا می‌کنند بمانند و به دلیل احساس آسیب‌پذیری که در صورت تنها ماندن در شرایط استرس‌زا تجربه می‌کنند، تلاش زیادی برای نزدیک نگه‌داشتن چنین افرادی به خودشان انجام می‌دهند. معمول‌ترین روش برای نزدیک نگه‌داشتن نگاره دلبستگی، پیام‌دهی بیش‌فعالانه مثل گریه کردن و آویزان شدن در کودکان و ابراز پرحرارت نیازمندی به دیگری در بزرگسالان است.

اگر مجدداً به سمت مبدأ برگردیم و این‌بار در جهت محور عمودی از مبدأ فاصله بگیریم، با افرادی روبه‌رو خواهیم شد که سبک دلبستگی *نادیده‌نگار*^۲ دارند. این افراد تمایل زیادی به مستقل بودن و تکیه بر خود، نشان می‌دهند. در این گروه، پیام‌های دلبستگی خاموش‌سازی می‌شود به‌طوری‌که ابراز پریشانی سرکوب می‌شود تا فرد آسیب‌پذیر دیده نشود و یا از احتمال تجربه شرم به دلیل وابستگی اجتناب کند.

1. Preoccupied
2. Dismissing

افرادی که سبک دلبستگی شان با اضطراب جدایی بالا و اجتناب زیاد از وابستگی مشخص می‌شود دارای سبک دلبستگی *هراسان*^۱ شناخته می‌شوند. کسانی که این الگوی دلبستگی را نشان می‌دهند با تنش ناشی از اضطراب تنها ماندن و همچنین بی‌اعتمادی و ترسیدن از دیگران زندگی می‌کنند. این وضعیت آنها را دچار آشفتگی شدید و ادامه‌دار می‌کند و معمولاً فرصتی هم به دیگران برای کمک به رفع آن داده نمی‌شود.

دلبستگی ایمن و سه الگوی نایمن دل‌مشغول، نادیده‌انگار و هراسان همگی به‌عنوان سبک‌های *سازمان‌دهی‌شده* دلبستگی مطرح می‌شوند. وقتی فردی دارای هر کدام از این چهار سبک دلبستگی با تهدید احساس امنیت روبه‌رو می‌شود، مجموعه مشخص و مشابهی از رفتارها را همواره فعال می‌کند که ممکن است ایمن یا نایمن باشد. هر کدام از این سبک‌ها راهبرد دلبستگی پایا و ثابتی را معرفی می‌کند.

آخرین نوع دلبستگی، دلبستگی *آشفته*^۲ است که کیفیت آن با سبک‌های سازماندهی‌شده قبلی متفاوت است. دلبستگی آشفته حاصل تجربیاتی در دوران نوزادی است که از جنس «ترس غیرقابل حل» بوده‌اند، چرا که والدی که منبع آرامش و محافظت بوده، به‌طور هم‌زمان منبع ترس نیز بوده است و یا به‌دلیل اینکه والد، توانایی آرامش‌بخشی کافی در مقابل تهدیدها را نداشته است. کارلن لاینز-روث توصیفی از دلبستگی آشفته در بزرگسالی ارائه کرد که در مراقبت‌های بهداشتی کاربرد بالینی زیادی دارد. این توصیف شامل بازنمایی‌های مختلف ممکن از عواقب ترس غیرقابل حل است. از جمله: ۱- نگرش‌های ناهمگون نسبت به نگاره‌های دلبستگی مثل بی‌ارزش‌سازی در عین همانندسازی با والد متخاصم یا بی‌پناه، ۲- استفاده نامتناسب از هر دو راهبرد نادیده‌انگار و دل‌مشغول، ۳- عدم انسجام روایی گسترده (که در فصل ۳ مورد بحث قرار می‌گیرد). دلبستگی آشفته با سازه‌هایی خارج از نظریه دلبستگی هم‌پوشانی دارد، از جمله با ویژگی‌هایی از اختلال شخصیت مرزی، گسست^۳ و دفاع‌های ابتدایی‌تر روانی مثل دویاره‌سازی^۴.

با وجود آنکه رفتارهای دلبستگی فقط در موقعیت‌های آسیب‌پذیری ظاهر می‌شوند، سبک‌های دلبستگی سازماندهی‌شده با هربار قرار گرفتن در چنین موقعیت‌هایی رفتارهای مشابهی را به راه می‌اندازند. این بدین معناست که رفتار دلبستگی، صفتی وابسته به موقعیت است که با الگویی پایدار اما

1. Fearful

2. Disorganized

3. Dissociation

۴. توصیفی که از دلبستگی آشفته ارائه داده‌ایم گسترده‌تر، قابل مشاهده‌تر و جدی‌تر از آن چیزی است که در مصاحبه دلبستگی بزرگسالان تحت عنوان «طبقه‌بندی نشده» یا «فقدان یا ترومای حل نشده» مطرح می‌شود. دلبستگی آشفته با دلبستگی هراسان یکی نیست چرا که دربردارنده همگونی و سازگاری کمتری نسبت به آن است، اما در تعارض ناشی از به‌کارگیری دو راه‌حل ناسازگار برای مواجهه با ترس، با سبک هراسان شباهت دارد.

فقط در زمان‌هایی خاص فعال می‌شود. وابسته به موقعیت بودن رفتار دلبستگی، ارتباط زیادی با کار ما با بیماران پزشکی و نیازمند جراحی دارد، چرا که درد و بیماری از فعال‌سازهای همیشگی رفتار دلبستگی هستند. این وابستگی به موقعیت، باعث می‌شود درک بهتری از رفتار دلبستگی مرتبط با حالت ذهنی فردی که دچار بیماری شده است به دست آوریم.

۲-۳ مدل کاری درونی^۱

ثبات نسبی سبک‌های دلبستگی در طول زمان، نشان‌دهنده ارزش تکاملی موجود در این نظام رفتاری است. وقتی رفتاری به عنوان بهترین استراتژی بقا در وابسته‌ترین سال‌های زندگی نوزاد عمل می‌کند، نظام رفتاری به تقویت آن در سال‌های بعدی می‌پردازد. این موضوع به صورت خودبه‌خودی و بدون تأمل اتفاق می‌افتد. زیربنای نظری این ثبات رفتار، مدل کاری درونی است. همان‌طور که بالبی (۱۹۷۳) فرض کرد، مدل کاری درونی یک طرحواره شناختی-هیجانی است که دو مؤلفه اصلی دارد. مؤلفه اول معطوف به بیرون است و شامل مجموعه‌ای از انتظارات درباره عوامل ایجادکننده تهدید در محیط و چگونگی واکنش نگاره‌های دلبستگی در مواجهه با این تهدید می‌باشد. این انتظارات از طریق یادگیری از تجربه‌های مستقیمی که در ارتباطات رشدی مهم به دست آمده‌اند شکل می‌گیرد. مؤلفه دوم مدل کاری درونی، راهنمای پاسخ^۲ است که شامل برنامه رفتاری به کار گرفته شده در مواجهه با تهدید دلبستگی است. به عبارت دیگر این مجموعه رفتارها در موقعیت‌هایی که فرد به نحوی دچار استرس شده و نظام دلبستگی فعال می‌شود، به راه می‌افتند.^۳

فرد/ایمن با والدگری به اندازه کافی قابل اعتماد، حساس و پاسخ‌گو در مقابل نیازهایش روبه‌رو بوده است. این تجربه، به شکل‌گیری مدل کاری درونی‌ای منجر می‌شود که شامل انتظاراتی مبنی بر حاضر، پاسخ‌گو و حمایت‌گر بودن دیگری است. از طرف دیگر، مدل کاری درونی ایمن دارای برنامه رفتاری انعطاف‌پذیری است که هم از نزدیکی جویی و صمیمیت و هم از استقلال و دوری‌گزینی، در مواقع لازم پشتیبانی می‌کند.

در مقابل، مدل کاری درونی دل‌مشغول در بستر تعامل بی‌ثبات با نگاره دلبستگی افسرده، مضطرب یا دل‌مشغول شکل گرفته است. به همین دلیل فرد با سبک دلبستگی دل‌مشغول، انتظار پاسخ‌دهی بی‌ثبات از دیگران دارد و برای نزدیک نگه‌داشتن نگاره دلبستگی غیرقابل اعتماد، رفتارهای دلبستگی حاوی پیام آسیب‌پذیری و نیازمندی از خود نشان می‌دهد. پیام‌دهی بیش‌فعاله و نزدیکی جویی مستمر، به شکل چسبیدن به دیگران و ابراز نیازمندی در بزرگسالی ظاهر می‌شود.

1. Internal working model

2. Guide to response

۳. توصیفی که اینجا از سبک‌های دلبستگی ارائه می‌شود ترکیب ساده‌سازی شده‌ای از مطالعات مختلف است که جزئیات آنها به صورت جداگانه منتشر شده است (ماندر و هاتر، ۲۰۰۹)

فرد نادیده‌نگار در ارتباط با والدین یاد گرفته است که آسیب‌پذیری یا نیازمندی از خود نشان ندهد. با این وجود، فرد با دلبستگی نادیده‌نگار فاقد دلبستگی نیست. باید بدانیم که پیوندهای دلبستگی، جهان‌شمول و اجباری هستند. فرد با دلبستگی نادیده‌نگار مدل کاری درونی بر مبنای این فرض ساخته است که برای نگه‌داشتن دلبستگی باید خود را بدون نیاز نشان بدهد. ویژگی مدل کاری درونی در افراد با دلبستگی نادیده‌نگار، انتظار حمایت ناکافی از دیگران یا تجربه شرم بعد از نشان دادن آشفتگی یا ترس است و مدل رفتاری آنها نیز مبتنی بر خوداتکایی و استقلال می‌باشد. فرونشانی نشانه‌های آشفتگی به دنبال تجربه استرس‌های شدید به عنوان راهی برای اعلام عدم نیاز به حمایت به کار گرفته می‌شود. به طوری که دیگران اغلب احساس می‌کنند که حتی احوال‌پرسی از فرد نادیده‌نگار برای او خوشایند نیست.

فرد هر/سان احتمالاً والدینی مداخله‌گر و آسیب‌رسان را تجربه کرده است. فرد با این سبک دلبستگی، امیدی به برآورده شدن حمایت موردنیاز ندارد و به‌همین دلیل اضطراب و سایر هیجانات دشوار را به‌تنهایی تحمل می‌کند و از درخواست حمایت از دیگران، بسیار می‌ترسد. نتیجه چنین وضعیت پیچیده‌ای معمولاً ترکیبی از ارسال برخی پیام‌های نیازمندی (در نتیجه اضطراب شدید دلبستگی) در کنار انجام رفتارهایی که منجر به تنهایی می‌شوند مثل کناره‌گیری و خصومت (در نتیجه اجتناب شدید از دلبستگی) است. بر خلاف آنچه در دلبستگی آشفته مشاهده می‌شود، تنش میان این دو گرایش متفاوت، نهایتاً با پیداکردن نقطه‌ای پایدار به تعادل می‌رسد (مثل انزوای مضطربانه^۱ یا کناره‌گیری خشمگینانه^۲) و در موقعیت‌های متفاوت مواجهه با تهدید یا استرس، به صورت پایدار تکرار می‌شود.

نهایتاً، فرد با دلبستگی آشفته احتمالاً در محیطی دربردارنده ترس غیرقابل حل رشد کرده است. این الگو، ویژگی کودکانه‌ای است که والدینی ترساننده یا بسیار ترسیده داشته‌اند که نتوانسته‌اند احساس امنیت و آسایش را برای آنها فراهم کنند (لایون-روث و جاکوبویتز، ۲۰۰۸). برای شکل‌گیری چنین شرایطی دو وضعیت می‌توان متصور بود. در وضعیت اول همان افرادی که کودک برای دریافت امنیت سراغشان می‌رفته، تهدیدکننده بوده‌اند و در وضعیت دوم تجربه ترس و استرس کودک به اندازه کافی توسط مراقبینش تعدیل نشده است و در نتیجه غیرقابل تحمل باقی مانده است. مدل کاری درونی فعال شده در این شرایط، پاسخ رفتاری باثباتی ایجاد نمی‌کند. به‌همین دلیل، فرد بزرگسال با دلبستگی آشفته از هر دو استراتژی نادیده‌نگاری و دل‌مشغولی به صورت ناپایدار و نامتناسب استفاده می‌کند و نمی‌تواند نیازها و ترجیحات خود را به صورت منسجم ابراز نماید. چنین تظاهر رفتاری، هم در عملکرد مستقل و هم در به‌کارگیری حمایت، ناموفق است. متأسفانه بزرگسالان آشفته به دلیل ایجاد فشارهای بین‌فردی شدید و متعارض معمولاً افرادی را که در موقعیت کمک به آنها قرار می‌گیرند، از خود دور می‌کنند.