

کاربست نظریه دلپستگی در درمان بیماران

راهنمای روان‌شناسان، پزشکان و متخصصان مراقبت‌های اولیه

تألیف

جاناتان هانتر

رابرت ماندر

ترجمه

مونا فرخنده فال

مهتاب ربیعی

محدثه خردمند

فاطمه رضواندل



همکاران

Katja Brenk-Franz, PhD Institute of General Practice and Family Medicine, University Hospital Jena, Jena, Germany

Peter Fonagy Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, London, UK

Sarah Hales, MD, PhD, FRCP(C) Psychosocial Oncology, Princess Margaret Cancer Centre, University Health Network, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

Raed Hawa, MD, FRCPC, DABSM, DABPN Bariatric SurgeryPsychosocial Program, University Health Network, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

Chris Hinnen, PhD Department of Medical Psychology and Hospital Psychiatry, Slotervaart Hospital, Amsterdam, The NetherlandsHealth Psychology Section, Department of Health Sciences, University Medical Centre Groningen, Groningen, The Netherlands

Jonathan Hunter, MD, FRCPC Department of Psychiatry, University of Toronto, Mount Sinai Hospital, Toronto, ON, Canada

Tara Kidd, PhD, MSc, BSc (Hons) Cpsychol Psychobiology Group, Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK

Thao Lan Le, PhD Department of Psychiatry, Institute of Medical Science, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

Patrick Luyten Faculty of Psychology and Educational Sciences, KU Leuven, Leuven, Belgium Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, London, UK

Robert Maudner, MD, FRCPC Department of Psychiatry, University of Toronto, Mount Sinai Hospital, Toronto, ON, Canada

Pamela J. Meredith, PhD, BA(Hons), BSc, BOccThy Occupational Therapy, School of Health and Rehabilitation Sciences, The University of Queensland, St Lucia, QLD, Australia

Paula Ravitz, MD, FRCPC Psychotherapy Division, Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

Sanjeev Sockalingam, MD, FRCPC Bariatric Surgery Psychosocial Program, University Health Network, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

Sophie Soklaridis, PhD Research, Innovation and Scholarship in Education Stream,
Division of Psychotherapies, Department of Psychiatry Humanities and Education
Scholarship, Centre for Addiction and Mental Health and Head, University of Toronto,
Toronto, ON, Canada

Bernhard Strauss, PhD Institute of Psychosocial Medicine and Psychotherapy, University
Hospital Jena, Jena, Germany

فهرست

۳	همکاران.....
۷	پیشگفتار.....
بخش ۱: کلیات	
۱۱	مقدمه ۱
	جاناتان هانتر و رابرт ماندر
۱۷	اصول نظریه دلبستگی ۲
	جاناتان هانتر، رابرт ماندر و تائور لن لی
۳۷	مفاهیم پیشرفتی در نظریه دلبستگی و کاربرد آنها در مراقبت سلامت ۳
	جاناتان هانتر و رابرт ماندر
۵۰	اهمیت نظریه دلبستگی در مراقبت پزشکی ۴
	برنارد استراس و کاچا برنک - فرنز
بخش ۲: جمعیت‌های خاص	
۶۹	نظریه دلبستگی و درد ۵
	پاملا جی. مردیث
۹۱	سازگاری با سلطان از دیدگاه نظریه دلبستگی ۶
	کریس هینز
۱۱۰	دلبستگی و تجربه پایان زندگی ۷
	سارا هیانز
بخش ۳: مداخلات	
۱۲۵	مشاوره و ارتباط در عمل ۸
	جاناتان هانتر و رابرт ماندر

۹ رویکرد جامع دلبستگی محور برای مدیریت و درمان بیماران با شکایات جسمی مداوم ۱۴۸

پاتریک لورین و پیتر فوناگی

۱۰ سبک دلبستگی در مراقبت از جراحی چاقی: مطالعه موردی ۱۷۱

سانجی سوکالینگام و راد هاوا

بخش ۴: آینده

- ۱۱ زیستروان‌شناسی دلبستگی و علت‌شناسی بیماری ۱۸۵
- تارا کید
- ۱۲ «به من بگو از بیمارت چه می‌دانی»: کاربرد اصول دلبستگی در آموزش پزشکی ۲۱۰
- جاناتان هانتر، رابرت ماندر، پائولا راویتنر و سوفی سورکلاریدیس
- ۱۳ مسیرهای آینده ۲۲۳
- جاناتان هانتر و رابرت ماندر
- واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ۲۳۳
- واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ۲۳۵

پیشگفتار

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 کاربرست نظریه دلبستگی در درمان بیماران، پیش‌گامان این حوزه از آمریکای شمالی، اروپا و استرالیا را برای به کارگیری این دیدگاه جدید در کار عملی مراقبت از بیماران به همکاری دعوت کرده‌ایم.

در این کار، همکارانمان در بیمارستان ماونت ساینای، در بخش روانپزشکی و سایر بخش‌ها، سخاوتمندانه از ما حمایت کرده‌اند. بیل لانسی نقشی کلیدی در حمایت از تمرکز اولیه ما بر دلبستگی داشت و در چندین مطالعه با ما همکاری نمود. مولین لشچ 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 تانبلام، 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 دانشجوهای ما نسبت به این دیدگاه و پرسش‌های تیزبینانه‌شان در این خصوص ارزشی غیرقابل توصیف برای کمک به توسعه این مفاهیم داشته است. ما خرسنید که توانسته‌ایم نقشی در حمایت از نسل بعدی محققان دلبستگی از جمله تائو لن له، کریستینا مار آندرسن و آندره آلاوسون 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 شکیابی 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 هانتر

رابرت ماندر

تورنتو، کانادا

بخش ۱

کلیات

مقدمه

۱

جاناتان هانتر و رابرت ماندر

در سال ۱۹۵۲، جیمز رابرتسون برای اولین بار دوربین فیلمبرداری به دست گرفت و فیلمی تأثیرگذار ساخت. رابرتسون که یک کواکر^۳ و معترضی با وجودان بود، در سال ۱۹۴۱ به پرورشگاه‌های جنگی همپستید^۴ 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 بالی - پایه‌گذار نظریه 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 فیلمبرداری 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 به تنها‌یی 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، روان‌پژوهان، پزشکان، پرستاران و عموم مردم درباره تجربه جدایی و فقدان در نوزادان چار تغییر شد. فیلم با مخالفت جدی نهادهای پزشکی و جامعه 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 نامیدی بود. لورا از این جدایی آسیب دیده بود. فیلم رابرتسون به نوبه 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)

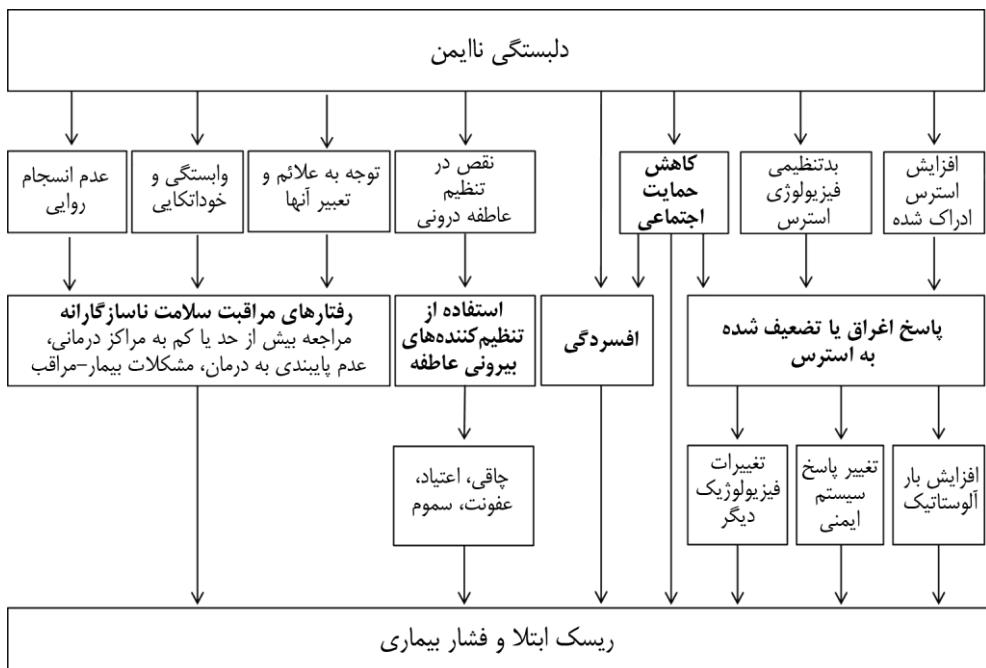
گذاشت. خوشبختانه امروزه والدین عموماً می‌توانند کنار نوزادانی که نیاز به مراقبت‌های بیمارستانی دارند بمانند (و البته دیگر هیچ‌کس برای یک عمل جراحی کوچک لازم نیست ۸ روز در بیمارستان بماند) (شکل ۱-۱).

سیستم‌های مراقبت سلامت در دنیای مدرن امروز شباهت چندانی به بیمارستان‌های دوران رابرتسون و بالی 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، بی‌تحرکی و مصرف مواد مخدر تا حدود زیادی در ایجاد بیماری‌های مزمن غیرمسری نقش دارند، همچنان کاوش مؤثری در این رفتارها مشاهده نمی‌کنیم. یکی از دلایل عدمه 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 اویه 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 نامنی 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 نامن 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 هانتر (۲۰۰۱) ارائه شد) نمایش داده شده است. وقتی الگوهای ارتباط با دیگران



شکل ۱-۲. مکانیزم‌های ارتباط الگوهای نایمن دلپستگی با بیماری

با احساس نامنی همراه باشد، پاسخ‌های فیزیولوژیک به استرس، شدیدتر می‌شود، حمایت اجتماعی تأثیر کمتری در تعديل 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 سلامت ناکارآمد مثل مراجعة بیش از حد برای دریافت خدمات سلامت (که باعث می‌شود ارائه‌دهنده خدمات سلامت اعتبار کمتری برای علائم بیماری قائل شود) و همچنان عدم پایبندی به توصیه‌های درمانی، رابطه نزدیکی با الگوهای نایمن دلپستگی 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 حدفاصل میان روان‌شناسی، روان‌پزشکی و طب فیزیکی است. بسیاری از متخصصان این حوزه در رشتۀ 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.

در این کتاب شواهدی از نقش دلستگی در درک و ارتقای مراقبت از بیمار، به ترتیب زیر ارائه کردہ‌ایم. بخش اول به مقدمه‌ای درباره اصول نظریه دلستگی و توضیح برخی مفاهیم خاص دلستگی که به طور ویژه در مراقبت سلامت اهمیت دارند اختصاص داده شده است: انسجام روایی^۱، تنظیم عاطفه و ذهنی‌سازی^۲. این مقدمه برای خوانندگانی که با نظریه دلستگی آشنایی ندارند بسیار اهمیت دارد و بخش‌هایی از محتوای فصل‌های بعدی را در بر دارد. روش‌های مختلفی برای توضیح دلستگی بزرگ‌سالان به کار رفته است، به همین 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 نظریه دلستگی در مراقبت سلامت دارد که توسط برنارد استراوس و کاجا برنک فرنز نوشته شده است.

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

بخش سوم به بررسی چگونگی تقویت درمان از طریق به کارگیری اصول دلستگی پرداخته است. این بخش با مقدمه‌ای شامل خلاصه‌ای عمل گرایانه از کاربرد بالینی و تجربی دیدگاه دلستگی در خدمات روان‌پژوهشی مشاوره‌ارتباطی در بیمارستان‌های عمومی شروع شده است. سپس سانجی سوکالینگام و رید هاوا بر مبنای تجربیات خود، به شرح نتایج ارزیابی دلستگی همراه با مداخلات مبتنی بر دلستگی در کلینیک‌های چندمنظوره پرداخته‌اند. آنها این موضوع را به عنوان نمونه، در برنامه‌های درمان اضافه‌وزن از طریق عمل جراحی مورد بررسی قرار داده‌اند. پاتریک لویتن و پیتر فوناگی فصلی با تمرکز بر بیماران سربیایی نوشته‌اند که دیدگاهی جدید و قابل توجه برای مداخلات مبتنی بر دلستگی 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 دلستگی و استرس و دستیابی به شواهدی محکم برای معرفی دلستگی نایمین به عنوان یکی از دلایل ایجاد‌کننده فرسودگی بدن و بیماری مزمن معرفی کرده است. ما تلاش

1. Narrative coherence

2. Mentalization

3. Functional somatic disorder

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

امیدواریم تلاشی که برای معرفی این حوزه جدید انجام شده است، بتواند انگیزه‌ای برای استفاده از نظریه دلپستگی در فعالیت‌های بالینی شما خواهد گان 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

اصول نظریه دلبستگی

جاناتان هانتر، رابرت ماندر و تائو 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 بدنشی دوپا اهمیت زیادی دارد، نمی‌توانست حفره‌ای بزرگ که باعث تضعیف آن می‌شد، در خود داشته باشد. پس چطور می‌شد مزایای گسترشده 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؟

راه حل این مسئله، سومین پیشرفت تکاملی را رقم زد: نوزادان نابالغ به دنیا آمدند، قبل از آنکه اندازه سر و جمجمه‌شان آنقدرها بزرگ شود. بچه انسان ناتوان به دنیا می‌آید و نیازمند محافظت و مراقبت است تا زمانی که بتواند به طور 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 نداده است به حفاظت و مراقبت از نوزاد خود پرداخته بودند، شناسن 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 بر می‌گردد، به هنگام آسیب یا بیماری از او تسلي می‌خواهد و در صورت احساس امنیت، برای اکتشاف از او دور می‌شود. به این ترتیب، ایجاد ظرفیت به خوبی سازماندهی شده‌ای 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 گونه انسان ضرورت پیدا کرد. دلبستگی به کسانی که به ما احساس امنیت می دهند، 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 نگاره دلبستگی^۱ شناخته می شود) دارد و برای سازگاری با ریز-محیط^۲ بین فردی که توسط ویژگی های شخصیتی هر کدام از طرفین به طور مشترک ساخته می شود، به صورت تکاملی برنامه ریزی شده است.

۲-۱ کارکردهای دلبستگی

کیفیت رابطه دلبستگی با هر نوع رابطه دیگری متفاوت است. این تفاوت به طور ویژه به دلیل چهار کارکرد مهمی است که نگاره دلبستگی برای نوزاد به همراه دارد. هر کدام از این کارکردها در جهت این اهداف عمل می کند که نوزاد از رابطه اش با والد برای تقویت احساس امنیت به ویژه زمانی که با آسیب یا تهدید روبرو می شود و همچنین برای اکتشاف محیط بعد از احساس امنیت استفاده کند. اکتشاف مطمئن، تجربه ای برای کودک ایجاد می کند که امکان رشد و کارکرد مستقل را فراهم می سازد.

- اولین کارکرد دلبستگی، ایجاد پایگاه/یمن^۳ است. نگاره دلبستگی نقش پایگاهی را ایفا می کند که کودک می تواند از او دور شود تا به اکتشاف دنیا پیپردازد.
- کارکرد دوم دلبستگی ایجاد پناهگاه امن^۴ است. نگاره دلبستگی حضوری امن و آرام بخش را فراهم می کند تا هر وقت نوزاد در حین اکتشاف یا جدایی احساس خطر کرد، بتواند به سمت او بازگردد. ما عموماً مشاهده می کنیم که بچه های 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، جستجو کردن در حد توان، آویزان شدن و نق زدن این کارها را انجام می دهد.
- و نهایتاً/اعتراض به جدایی کارکرد مهم دیگر دلبستگی است. این کارکرد برای اطمینان از ادامه پیدا کردن محافظت از نوزاد توسط والدین به کار گرفته می شود. حتی ممکن است نوزاد با نشان دادن خشم، والدین را برای در دسترس نبودن شان در زمانی که به آنها نیاز داشته است، تنبیه کند.

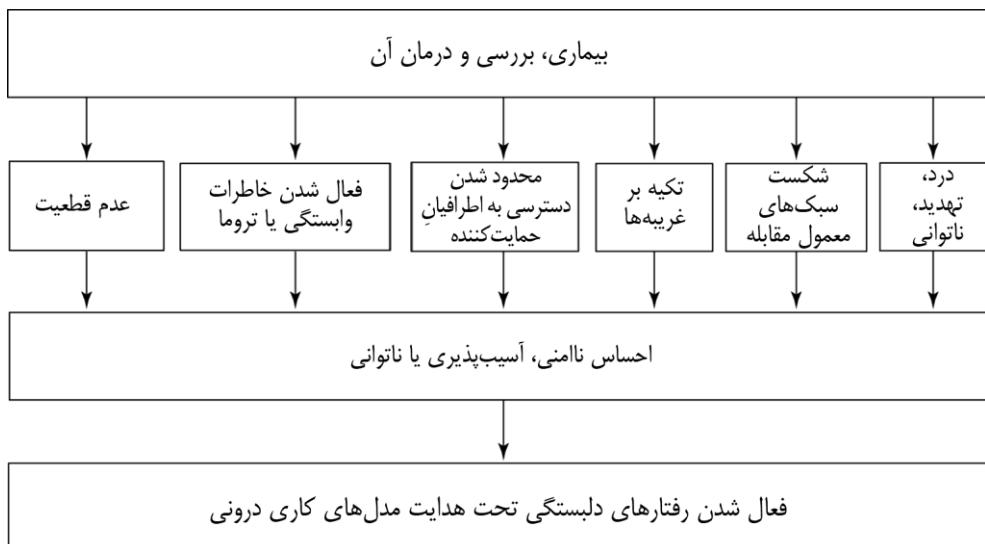
نکته مهم درباره کارکردهای دلبستگی و رفتارهای مرتبط با آنها این است که هر کدام تنها در موقعیت های خاصی فعال می شوند. برای مثال، رفتار نزدیکی طلبی در همه موقعیت ها مورد نیاز نیست

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 جالب توجه این است که با وجود آنکه گزینه‌های متنوعی برای انواع این سازگاری می‌توان متصور شد، الگوهای دلبستگی در چند دسته رفتاری محدود قرار می‌گیرند.

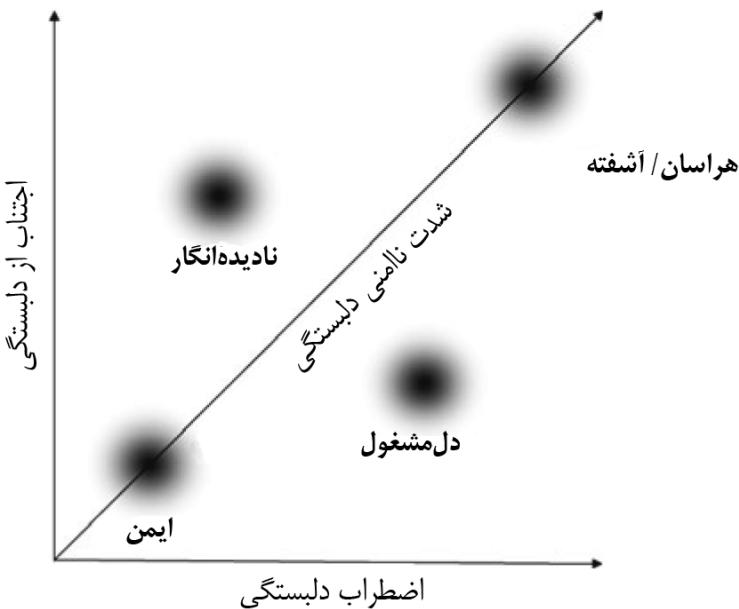
علاوه بر این، الگوهای رفتاری دلبستگی در طی مراحل رشد از کودکی تا نوجوانی و سپس در بزرگسالی به طرز قابل توجهی ثابت می‌مانند. در طی فرایند رشد، افراد جدیدی را برای برآوردن نیازهای دلبستگی مان پیدا می‌کنیم، در ابتدا همکلاسی‌ها و بعدتر معمولاً شرکای عاطفی مان این نقش را ایفا خواهند کرد. اما کارکردهای این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

می‌توانیم نگاره‌های دلبرستگی مان را پیدا کنیم. آنها کسانی هستند که نیاز ما به پایگاه ایمن و پناهگاه امن را برآورده می‌کنند و نزدیکی جویی و اعتراض به جدایی ما، معطوف به آنها است.

دیدگاه‌های متفاوتی درباره الگوهای دلبرستگی در بزرگسالان وجود دارد. این الگوها می‌تواند به عنوان حالات ذهنی درباره پدیده دلبرستگی (که در فصل ۳ به طور مفصل شرح داده خواهد شد) و یا به عنوان مجموعه 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 دلبرستگی کمی فاصله دارد اما برای کار بالینی مفیدتر است. با در نظر گرفتن دو محور نامنی در دلبرستگی، یعنی اضطراب دلبرستگی و اجتناب از دلبرستگی، می‌توانیم پنج الگوی دلبرستگی را توضیح دهیم (شکل ۲-۲). در این سیستم طبقه‌بندی، محور افقی مربوط به اضطراب دلبرستگی است که معرف میزان پریشانی است که فرد هنگام جدایی احساس می‌کند. محور عمودی، اجتناب از دلبرستگی را نشان می‌دهد که نشان‌دهنده میزان آشفتگی‌ای است که فرد از حضور دیگران یا نزدیک شدن به دیگری احساس می‌کند. هر فرد دارای سبک دلبرستگی مشخصی است و بر اساس این مدل، سبک دلبرستگی هر فرد، بسته به اینکه چه اندازه اضطراب دلبرستگی و اجتناب از دلبرستگی تجربه می‌کند، می‌تواند جایی در این فضای دو بعدی قرار گیرد.

در این نمودار افرادی که سبک دلبرستگی‌شان توسط نقطه‌ای در نزدیکی مبدأ توضیح داده می‌شود، اضطراب جدایی کمتری تجربه می‌کنند و راحت‌تر می‌توانند به دیگران نزدیک شوند. سبک دلبرستگی آنها/یمن^۱ 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 دلبرستگی بزرگسالان توسط کسانی که از ابزارهای طبقه‌بندی، به ویژه مصاحبه دلبرستگی بزرگسالان (همه، ۲۰۰۸) استفاده می‌کنند به عنوان «طبقه‌ها» توضیح داده می‌شود و توسط کسانی که از سنجه‌های خودگزارش دهی استفاده می‌کنند که گاهی به دسته‌بندی الگوها می‌پردازنند، اما در اکثر مواقع میزان دلبرستگی نایمین را مورد سنجش قرار می‌دهند به عنوان «سبک‌ها» معرفی می‌شود. بارتولو و هورویتز (۱۹۹۱) رویکردی ابعادی و طبقه‌ای برای توضیح دلبرستگی بزرگسالان ساختند که دارای ۲ بعد و ۴ طبقه دلبرستگی بود. به طوری که طبقه‌ها (ایمن، دلمشغول، نادیده‌انگار-اجتنابی، هراسان-اجتنابی) به عنوان ترکیبی از وضعیت‌های شدید (مثبت و منفی) روی دو بعد دلبرستگی (مدل خود و مدل دیگری) معرفی شدند. مدل بارتولو و هورویتز با اندازه‌ای تغییر به مدلی دارای ابعاد اضطراب دلبرستگی و اجتناب از دلبرستگی (که به صورت پایا توسط ابزارهای خودگزارش دهی قابل اندازه‌گیری هستند) تبدیل شد که مدل مفهومی خود و دیگری را کtar گذاشت و به صورت گسترده‌ای در ادبیات مشاوره روانپژوهی و روان‌تئی مورد استفاده قرار گرفته است. ما در این کتاب درباره الگوها و سبک‌ها صحبت می‌کنیم و آنها را به جای هم مورد استفاده قرار می‌دهیم و در مواقعی هم به ابعاد زیربنایی اضطراب دلبرستگی و اجتناب از دلبرستگی می‌پردازیم. وقتی به مطالعاتی اشاره می‌کنیم که از کلمات دیگری استفاده کرده‌اند، هم آن کلمات و هم نزدیک‌ترین کلمه در مدل به کار گرفته شده در این کتاب را برای آن به کار خواهیم برد.



شکل ۲-۲. مدل ابعاد نامنی دلپستگی و الگوهای دلپستگی (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 دلپستگی دل‌مشغول^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 نگهداشتند چنان افرادی به خودشان انجام می‌دهند. معمول‌ترین روش برای نزدیک نگهداشتند نگاره دلپستگی، 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 دلپستگی نادیده‌انگار^۲ دارند. این افراد تمایل زیادی به مستقل بودن و تکیه بر خود، نشان می‌دهند. در این گروه، پیام‌های دلپستگی خاموش‌سازی می‌شود به طوری که 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 دلپستگی شان با اضطراب جدایی بالا و اجتناب زیاد از وابستگی مشخص می‌شود دارای سبک دلپستگی هراسان^۱ شناخته می‌شوند. کسانی که این الگوی دلپستگی را نشان می‌دهند با تنشِ ناشی از اضطراب تنها ماندن و همچنین بی‌اعتمادی و ترسیدن از دیگران زندگی می‌کنند. این وضعیت آنها را دچار آشتفتگی شدید و ادامه‌دار می‌کند و معمولاً فرصتی هم به دیگران برای کمک به رفع آن داده نمی‌شود.

دلپستگی اینمن و سه الگوی نایمن دلمشغول، نادیده‌انگار و هراسان همگی به عنوان سبک‌های سازمان‌دهی‌شده دلپستگی مطرح می‌شوند. وقتی فردی دارای هرکدام از این چهار سبک دلپستگی با تهدیدِ احساس امنیت رویه‌رو می‌شود، مجموعه مشخص و مشابهی از رفتارها را همواره فعال می‌کند که ممکن است اینمن یا نایمن باشد. هرکدام از این سبک‌ها راهبرد دلپستگی پایا و ثابتی را معرفی می‌کند.

آخرین نوع دلپستگی، دلپستگی آشفته^۲ است که کیفیت آن با سبک‌های سازمان‌دهی‌شده قبلی متفاوت است. دلپستگی آشفته حاصل تجربیاتی در دوران نوزادی است که از جنس «ترسِ 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. کارل لایزن-روث توصیفی از دلپستگی آشفته در بزرگسالی ارائه کرد که در مراقبت‌های بهداشتی کاربرد بالینی زیادی دارد. این توصیف شامل بازنمایی‌های مختلف ممکن از عواقب ترسِ غیرقابل حل است. از جمله: ۱- نگرش‌های ناهمگون نسبت به نگاره‌های دلپستگی مثل بی‌ارزش‌سازی در عین همانندسازی با والد متخاصم یا بی‌پناه، ۲- استفاده نامناسب از هر دو راهبرد نادیده‌انگار و دلمشغول، ۳- عدم انسجام روایی گسترده (که در فصل ۳ مورد بحث قرار می‌گیرد). دلپستگی آشفته با سازه‌هایی خارج از نظریه دلپستگی هم‌پوشانی دارد، از جمله با ویژگی‌هایی از اختلال شخصیت مرزی، گسست^۳ و دفاع‌های ابتدایی تر روانی مثل دوپاره‌سازی^۴.

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

1. Fearful

2. Disorganized

3. Dissociation

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