

تندآموز روان‌درمانی دلسوزی‌مدار

فهرست مطالب

تقدیر و تشکر	۹
مقدمه‌ای بر ترجمه فارسی	۱۱
پیش‌گفتار	۱۳

بخش اول - نظریه: درک مدل

۱. بعضی اصول	۱۷
۲. سفر شخصی	۲۹
۳. ذهن تحول‌یافته و درمان دلسوزی‌مدار	۳۷
۴. ذهنیت چندگانه	۴۷
۵. دل‌بستگی و اهمیت عاطفه	۵۹
۶. تنظیم عاطفه: ساختارهای سه‌گانه تنظیم خلق؛ مراقبت و درمان دلسوزی‌مدار	۶۳
۷. وابستگی، صمیمیت و محبت	۷۵
۸. تبیین رویکرد درمان دلسوزی‌مدار	۸۱
۹. جمع‌بندی	۹۱
۱۰. احساس شرمساری	۱۰۹
۱۱. خودسرزندی یا خودانتقادی	۱۲۱
۱۲. تمایز احساس شرمساری، گناه و حقارت: مسئولیت‌پذیری در مقایسه با سرزنش خودانتقادگرانه	۱۳۱
۱۳. افتراق خوداصلاحی دلسوزانه از خودتهاجمی شرم‌محور	۱۳۵
۱۴. احساس تهدید و مزایای موفقیت	۱۳۹

بخش دوم - تجربه و تمرین دلسوزی

۱۵. شناخت تسلی‌بخشی: مفهوم جامع‌تری از تعادل در سیستم‌های تنظیم هیجانی.. ۱۴۷
۱۶. ماهیت دلسوزی ۱۵۵
۱۷. آماده‌سازی و تربیت ذهن فرد: ذهن‌آگاهی و چرخه تنفسی تسلی‌بخش ۱۶۹
۱۸. معرفی تصویرسازی ذهنی ۱۷۷
۱۹. خلق یک مکان امن ۱۸۵
۲۰. انواع تصویرسازی ذهنی دلسوزی‌مدار ۱۸۹
۲۱. ایجاد خوددلسوز ۱۹۳
۲۲. کار با صندلی دلسوزی ۲۰۳
۲۳. تمرکز بر خوددلسوز ۲۰۷
۲۴. فوران دلسوزی ۲۱۳
۲۵. جریان درونی دلسوزی: کاربرد خاطره ۲۱۹
۲۶. جریان درونی دلسوزی: تصاویر ذهنی دلسوزانه ۲۲۳
۲۷. نگارش نامه دلسوزانه ۲۳۳
۲۸. تقویت دلسوزی و ارتقاء سلامت و بهزیستی ۲۳۵
۲۹. ترس از دلسوزی ۲۳۹
۳۰. اندیشه‌های نهایی ۲۵۱
- منابع ۲۵۵

تقدیر و تشکر

قبل از همه مایلم تا از دکتر ویندی درایدن به دلیل گردآوری این مجموعه کتب عالی، دعوت به همکاری و صبر و حوصله ایشان در برابر تلاش‌های گوناگون من (مؤلف) برای انجام این کار، تشکر کنم. نگارش این کتاب به‌راستی اضطراب‌آور بود چراکه تا به امروز هیچ کتاب عمده‌ای دربارهٔ درمان دلسوزی‌مدار⁽¹⁾ (CFT) وجود نداشته است. بنابراین، تاحدی بیان پیشینه و شواهدی دربارهٔ ارزش رویکرد دلسوزی‌مدار ضرورت داشت. در نتیجه، این جلد، در مقایسه با سایر کتب این مجموعه، کمی طولانی‌تر بوده و در آن بیشتر به منابع اشاره شده است - البته، قدردان تمام حمایت‌های ویندی، جوئان فورشائو، و جین هریس درانتشات راتلیج هستم.

در حین تلاش برای ذکر ویژگی‌های خاص درمان دلسوزی‌مدار (CFT)، متوجه اقتباس و بدهکاری هنگفت این درمان به سایر رویکردها شدم. همین‌جا از همهٔ حامیان این درمان به ویژه گروه تحقیقاتی فعلی خودم: کورین گاله، کریستن مک اوآن و جئان گیلبرت؛ اعضای هیئت مدیره بنیاد ذهن دلسوز: کریس گیلسپی، کریس آبرونز، کین گراس، ماری ولفورد، ایان اونز، دویزا لی، توماس شرودر و جئان گیلبرت؛ همکاران بالینی که آنها هم بر روی این رویکرد کار می‌کنند، میشله کرئه، شارون پالانت، و بالاخره، آندره راینر تشکر فراوان دارم که با اشتراک‌گذاری دانش، بصیرت، و آموخته‌های خود درک و شناخت ما از درمان دلسوزی‌مدار (CFT) را بسیار غنا بخشیدند. همچنین، سپاسگزار راهنمایی جوانی لیوتی در زمینهٔ اهمیت ذهنی‌سازی و نحوهٔ ارتباط آن با نگرش‌های اجتماعی؛ حمایت، علاقه و رهبری آندره گوملی در حوزه روان‌پریشی؛ و کار الهام‌بخش سوفی مای هئو و کریستین برائهلر برای مبتلایان به روان‌پریشی با استفاده از درمان دلسوزی‌مدار (CFT) هستم. البته، بنیاد ذهن دلسوز

1. Compassion focused Therapy

حامی این درمان محسوب می‌شود و امکان ارتباط با سایر پایگاه‌های داده‌ای و به روز رسانی‌ها، انتقال داده‌ها^۱ و آموزش این درمان را ارائه می‌نماید (www.compassionatemind.co.uk را ببینید). علاوه بر این، از تمام افرادی که در فهرست بحث این بنیاد شرکت کرده‌اند، ممنونم (www.compassionatemind.co.uk را ببینید). در این میان، حمایت بی‌نظیر دیان ولاندز در اداره این بنیاد و اشتیاق کلی سیمز برای کار منشی‌گری و بررسی منابع - که اصلاً کار ساده‌ای نیست - جای بسی امتنان دارند.

این کتاب را با تشکر فراوان به تمام مراجعانی که در طی سالیان مدید با تقسیم غم‌ها و شادی‌های خود و با تعیین صادقانه اقدامات مفید و یا بی‌فایده درمانی راهنمای شکل‌گیری درمان دلسوزی‌مدار (CFT) بوده‌اند، تقدیم می‌کنم. به همه عزیزانی که به آنان بسیار مدیونم.

مقدمه‌ای بر ترجمه فارسی

در فرهنگ ایرانی، طبابت واژه مقدسی است که با وجود همه‌های گوناگون هم چنان احساس مردم به آن مثبت است. پزشکان در جامعه ما، جانشین خداوند شفابخش قرار دارند که دستی مهربان، چهره‌ای دل‌نشین و گوش‌شنوا دارند تا درد و رنج بیماران را لمس کنند و در کاستن آن تلاش نمایند.

در گذشته نسخه طبیب، کاغذی سفید، بدون چروکیدگی بود که همچون برگی متبرک نگهداری می‌شد و این نگرش ناشی از رفتار حکیمان بود که توانستند با چهره‌های سرشار از مهر، لبخند و عطوفت در برخورد با بیماران، با حوصله و دقت به شکایات آنان گوش دهند و با توصیه‌های خود و دعای خیر و آرزوی شفا از خداوند، بیمارانشان را بدرقه مسیر سلامتی کنند. این روال کهن، اینک به نظر می‌رسد پایه‌گذار بسیاری از انواع روان‌درمانی‌ها باشد که همدلی، کلید ورود آن است و در درجه اول به ویژگی‌های شخصیتی درمانگر و سپس به نگرش او به انسان باز می‌گردد.

اساس طبابت، عشق به انسان‌ها و هدف آن، تسکین درد و رنج است که مصداق دقیق حرکت دلسوزی‌مدار است. روان‌پزشکی شاخه‌ای از پزشکی و به نظر یکی از انسانی‌ترین آنها است. اگر تلاش متخصص زیبایی برای آن است که فرد زیبا دیده شود، روان‌پزشک درصدد زیبا دیدن، زیبا اندیشیدن و احساس زیبایی در خود فرد است. ما در این رشته بسیار بیشتر از دیگران با درد و اندوه مواجهیم. ما با مورد، روبه‌رو نیستیم با انسان‌هایی رودررو می‌شویم که افکارشان، اضطراب و اندوه درونی آنان نگرشی منفی به خود و زندگیشان داده است. با حوصله و احساس همدلی تلاش می‌کنیم تا نگرانی و غم را برطرف و نگرشی مثبت در درون فرد ایجاد کنیم.

اگر نتوانیم همه را بهبودی بخشیم حداقل باید قادر به ایجاد احساس رضایت باشیم که این مهم، تنها براساس حرکت درمانی دلسوزی‌مدار و انتقال آن به افراد حاصل

می‌شود، برای این منظور باید با بیمار صادق باشیم. گفتار، کردار و اندیشه‌مان براساس صداقت و درستی شکل بگیرد و سپس، با نگرشی مثبت به بیمار به‌عنوان یک انسان به مشکلات او گوش فرا دهیم و در واقع این دو مهم، اضلاع همدلی هستند که پس از برقراری آن، درمان بر مدار دلسوزی پایه‌ریزی می‌شود و حرکت رو به بهبودی آغاز می‌گردد.

توانایی حساس بودن به رنج دیگران جوهر وجودی انسان است که اگر فاقد آن باشیم به اشتباه در این مسیر قرار گرفته‌ایم و به هدف نخواهیم رسید و اگر در دفتر کار خود قادر به انتقال این احساس بودیم، همدلی شکل گرفته است و رضایت و رابطه‌ی دو سویه‌ی عاطفی را در پی خواهد داشت.

کتاب تندآمو روان‌درمانی دلسوزی‌مدار نوشته‌ی پُل گیلبرت با چنین دیدگاهی به رشته‌ی تحریر درآمده است و ترجمه‌ی آن نیز به‌منظور دست‌یابی سریع‌تر و قابل‌استفاده‌تر صورت گرفته است. انتخاب این کتاب توسط خانم دکتر آتوسا فرمند برای ترجمه قطعاً براساس ویژگی‌های شخصیتی ایشان بوده است و به نظر من جلب توجه این همکار گرامی به موضوع فوق‌ناشی از همان نگرش مثبت و صادقانه‌ی وجودشان و احساس دلسوزانه‌ی درونی ایشان است که در برخوردهای حرفه‌ای خود با آن روند درمانی را بنا می‌نهند. ترجمه روان، بدون دخل و تصرف با رعایت اخلاق و ذکر منابع از ویژگی‌های برجسته‌ی این کتاب است که برگ زرین دیگری به دفتر یادگارهای دکتر فرمند می‌افزاید. امید است با مطالعه‌ی کتاب فوق، تلنگری به وجودمان وارد شود تا به گوهر انسانی به قدر خود بها دهیم و با احساس عاطفی و نگرش مثبت به بیمارانمان این سنگ گرانقدر را درخشان‌تر سازیم.

دکتر سید سعید صدر

روانپزشک

عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی

در طی دهه اخیر، تحقیق در زمینه اثر مفید شکل‌گیری دلسوزی پیشرفت بسیار زیادی نموده است، چنان‌که پیدایش دلسوزی درونی هدف و کانون مهم درمانی شده است. البته این کتاب توضیح می‌دهد که چگونه درمان دلسوزی‌مدار (CFT) - فرآیند بسط دلسوزی نسبت به خود و دیگران به منظور ارتقاء سلامت و یا کمک به بهبودی فرد- از سایر انواع درمان رفتاری شناختی (CBT) متفاوت می‌باشد.

این کتاب در سی فصل به اکتشاف اصول بنیادین درمان دلسوزی‌مدار (CFT) پرداخته و جنبه‌های دقیق دلسوزی در این رویکرد را به طور خلاصه ذکر کرده است. این کتاب خلاصه به دو بخش نظری و عملی (تمرین دلسوزی) تقسیم شده و راهنمایی مبرهن برای ویژگی‌های خاص درمان دلسوزی‌مدار (CFT) ارائه می‌نماید. کتاب *درمان دلسوزی‌مدار (CFT)* منبع سودمندی برای آموزش دانشجویان، متخصصان و نیز درمانگران شاغلی خواهد بود که مایل به یادگیری هرچه بیشتر خصایص شاخص این نوع درمان می‌باشند.

پل گیلبرت استاد روان‌شناسی دانشگاه دربی برای بیش از سی سال در زمینه تحقیق و درمان افراد مبتلا به اختلالات خلقی و نیز شرم‌محور فعالانه شرکت دارد. به علاوه، رئیس اسبق انجمن روان‌درمانی رفتاری- شناختی انگلستان بوده و عضو انجمن روانشناسی بریتانیا می‌باشد و بیست سال است که درمان دلسوزی‌مدار (CFT) را ابداع نموده است.

درمان رفتاری- شناختی (CBT) در حرکت به سمت درمان مبتنی بر شواهد نقشی اساسی داشته و اغلب در فضای بالینی بکار می‌رود. با این وجود، هیچ رویکرد عمومی نسبت به این نوع درمان وجود نداشته و درمانگران از موج اول، دوم و حتی سوم این رویکرد سخن می‌گویند.

البته، این مجموعه کتابها، راهنماهای ساده و همه کس فهمی برای تعدادی از روش‌های درمان رفتاری- شناختی (CBT) فراهم ساخته که در عین حال تبیین‌کننده ویژگی‌های خاص هر رویکرد نیز می‌باشند. در این راستا، سردبیر این مجموعه، ویندی درایدن، به طور موفقیت‌آمیزی کارشناسانی از کلیه روش‌ها را گرد هم آورده تا سی جنبه اصلی از رویکرد خود را ضمن تقسیم‌بندی به ویژگی‌های نظری و عملی آن خلاصه نمایند.

مطالعه مجموعه کتاب‌های ویژگی‌های خاص درمان رفتاری- شناختی (CBT) برای روان‌درمانگران، مشاورین، و روانشناسانی از تمام گرایش‌ها که خواهان شناخت هرچه بهتر دامنه‌ای از رویکردهای نوین و رو به رشد رفتاری - شناختی می‌باشند، ضروری خواهد بود.

بخش اول

نظریه: درک مدل

بعضی اصول

کلیه روش‌های روان‌درمانی بر این باورند که درمان بایستی به شیوه‌ای دلسوزانه انجام شود چنان که احترام‌آمیز، حمایت‌کننده و به‌طور کلی نسبت به افراد مهربانانه باشد (گیلبرت، ۲۰۰۷a؛ گلاسر، ۲۰۰۵). البته راجرز (۱۹۵۷) جنبه‌های اصلی رابطه درمانی شامل نگرش مثبت، صداقت و همدلی را به‌روشنی بیان نمود - جنبه‌هایی که می‌توان آنها را "دلسوزانه" توصیف کرد. اخیراً، کمک به مردم جهت دستیابی به احساس خوددلسوزی مورد توجه تحقیقات قرار گرفته (گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶؛ لئاری، تاته، آدامز، آلن، و هانکوک، ۲۰۰۷؛ نف ۲۰۰۳a، ۲۰۰۳b) و قانونی برای خودیاری گشته است (گرمر، ۲۰۰۹؛ گیلبرت، ۲۰۰۹a، ۲۰۰۹b؛ رویین، ۱۹۷۵/۱۹۹۸؛ سالزبرگ، ۱۹۹۵). پیدایش احساس دلسوزی نسبت به خود و سایرین، به‌عنوان راهی برای ارتقاء بهزیستی، هزاران سال مرکزیت منش بودا برای بهبود سلامتی نیز بوده است (دالایی لاما، ۱۹۹۵؛ لایتون، ۲۰۰۳؛ وسانتارا، ۱۹۹۳).

پس از بررسی اصول پایه در ظهور درمان دلسوزی‌مدار (CFT)، فصل ۱۶ جنبه‌های دقیق دلسوزی در رویکرد این درمان را به‌طور خلاصه ذکر می‌کند. بااین‌وجود، می‌توان مقدمتاً اشاره کرد که مدل‌های گوناگونی از دلسوزی بر اساس نظریه‌ها، سُنن و تحقیقات مختلف شکل گرفته است (فهر، اِشپِرکر، و آندروود، ۲۰۰۹). واژه "دلسوزی" برگرفته از کلمه لاتین "Compati" است که به‌معنای "رنج بردن از" می‌باشد. شناخته‌شده‌ترین تعریف احتمالاً متعلق به دالایی لاما می‌باشد که دلسوزی را "حساسیت نسبت به درد و رنج خود و سایرین، توأم با احساس تعهد عمیق برای

تلاش جهت تسکین آن "می‌داند، یعنی، توجه - آگاهی بااحساس و دلسوزانه به اضافه انگیزه. در مدل بودا، احساس دلسوزی واقعی به بصیرت نسبت به ماهیت واهی یک خود مجزا و تلاش جهت حفظ حدود آن- از آنچه که ذهنی بیدار و یا روشن نامیده می‌شود- منجر می‌گردد. کریستین نِف (۲۰۰۳a، ۲۰۰۳b؛ www.self-compassion.org؛ ۲۰۰۳b)؛ ۲۰۰۳a) از ببینید، پیشگام تحقیق در زمینه احساس خوددلسوزی، مدل خویش و نیز معیارهای خودسنجی را از تراودای مکتب بودا برگرفت. رویکرد نِف به احساس خوددلسوزی از سه جزء اصلی تشکیل می‌گردد:

۱. توجه و پذیرش نسبت به رنج خویش؛

۲. مهربانی و عدم سرزنش خویش؛ و

۳. آگاهی از سهم‌سازی دیگران در تجارب رنج‌آلود خود به‌جای تحمل احساس شرمندگی و تنهایی- پذیرش "انسانیت مشترک" ما.

برعکس، درمان دلسوزی‌مدار (CFT) با و برای افرادی شکل گرفته است که دچار مشکلات مزمن و پیچیده سلامت روان در ارتباط با احساس شرمندگی و خودسرزنی هستند و اغلب پیشینه (خانوادگی) بغرنجی (برای مثال، توأم با غفلت و یا بدرفتاری) دارند. رویکرد درمان دلسوزی‌مدار (CFT) به احساس دلسوزی از بسیاری از تعالیم بودا (به‌ویژه نقش‌های حساسیت نسبت به رنج و انگیزه برای تقلیل آن) اقتباس شده است اگرچه، اصول آن از یک رویکرد تکاملی، علوم اعصاب و روان‌شناختی اجتماعی، مرتبط با روان‌شناسی و نوروفیزیولوژی مراقبت - هم‌ارائه و هم‌دریافت محبت و حمایت- مشتق شده‌اند (گیلبرت، ۱۹۸۹، ۲۰۰۰a، ۲۰۰۵a، ۲۰۰۹a). احساس دوست‌داشتنی بودن، پذیرفته شدن و وجود حس تعلق و وابستگی به سایرین برای بلوغ فیزیولوژیک و احساس بهزیستی بشر ضروری می‌باشند (کُزلینو، ۲۰۰۷؛ اِشپیگل، ۲۰۰۷، ۲۰۰۱). این موارد با انواع خاص عواطف مثبت همراه با احساس سلامتی (دپوئه و مورونه- اِستروپینسکی، ۲۰۰۵؛ میکولینسر و شاور، ۲۰۰۷؛ پانکسپ،

۱۹۹۸)، و نیز نیمرخ عصبی - هورمونی افزایش اندورفین‌ها و اکسی‌توسین (کارتز، ۱۹۹۸؛ پانکسپ، ۱۹۹۸) ارتباط پیدا می‌کنند. این انواع آرام‌بخش و صلح‌آمیز از عواطف مثبت را می‌توان از هیجان‌ات برانگیزنده روانی - حرکتی همراه با موفقیت، برانگیختگی و جستجوی منابع متمایز نمود (دیوئه و مورونه - استروپینسکی، ۲۰۰۵). در حال حاضر، بنا به یک گزارش خود سنجی، احساس مطلوب بهزیستی، رضایت و امنیت از احساس هیجان‌زدگی و یا موفقیت‌مدار قابل تمایز است (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۸). در این مطالعه، دریافتیم که احساس رضایت و امنیت - در مقایسه با احساس هیجان و یا پارانرژی بودن - با افسردگی، اضطراب و استرس بسیار کمتری همراه هستند. بنابراین، اگر انواع مختلفی از هیجان‌ات مثبت وجود دارند - و انواع گوناگون ساختارهای موجود در مغز زیربنای آنها هستند - پس منطقی به نظر می‌رسد که روان‌درمانگران بتوانند بر نحوه انگیزش قابلیت‌های عواطف مثبت همراه با احساس آرامش و سلامتی تمرکز کنند. چنانکه خواهیم دید، این کار مستلزم کمک به مراجعین جهت (ایجاد انگیزه برای) پیدایش احساس دلسوزی نسبت به خود، سایرین و توانایی حساس بودن نسبت به دلسوزی دیگران می‌باشد. برای رسیدگی به تجارب آزاردهنده، احساسات وحشت‌آفرین و یا خاطرات آسیب‌زا، راه‌های دلسوزانه (و غیردلسوزانه) ای وجود دارند. اما درمان دلسوزی‌مدار (CFT) درباره اجتناب از این تجارب دردناک و یا تلاش برای "آرام کردن" نیست، بلکه شیوه‌ای برای درگیری با این تجارب حزن‌انگیز است. در فصل ۲۹، به بسیاری از مراجعینی اشاره خواهیم کرد که از احساسات دلسوزانه سایرین نسبت به خود، هراسان بوده و کار با این ترس می‌توانست کانون اصلی تمرکز درمانی را تشکیل دهد.

جنبه دیگری از رویکرد تکاملی درمان دلسوزی‌مدار (CFT) مطرح‌کننده آن است که ساختارهای خودارزیابی از طریق همان ساختارهای پردازشی عمل می‌کنند که به هنگام سنجش فرآیندهای اجتماعی و بین فردی به کار می‌بریم (گیلبرت، ۱۹۸۹، ۲۰۰۰a). بنابراین، برای مثال، چنان‌که رفتارگرایان نیز مدت‌ها قبل ذکر کرده‌اند، سیستم تحریک جنسی چه با محرک مواجه شویم و چه درباره آن خیال‌پردازی کنیم یکسان خواهد بود و ساختارهای متفاوتی برای محرک‌های درونی و یا بیرونی وجود ندارند.

به همین ترتیب، ممکن است انتقاد از خویش و دلسوزی برای خود از طریق فرآیندهای مغزی عمل کنند که مشابه با فرآیندهای فعال شده به هنگام انتقاد سایرین از ما و یا دلسوزی ایشان برای ما هستند. شواهد فزاینده دربارهٔ این دیدگاه حاصل مطالعه در حوزهٔ همدلی و نوروهای آینه‌ای (دیستی و جکسون، ۲۰۰۴) و نیز تحقیق با تصویربرداری عملکردی مغز با تشدید مغناطیسی (fMRI) اخیر ما در زمینهٔ خودانتقادی و خوددلسوزی است (لانگ و همکاران، ۲۰۱۰).

مداخلات

درمان چندبعدی درمان دلسوزی‌مدار (CFT) بر پایهٔ طیفی از مداخلات شناختی-رفتاری (CBT) و سایر درمان‌ها بنیانگذاری شده است. بنابراین، بر توجه، استدلال و نشخوار ذهنی، رفتار، عواطف، انگیزه‌ها و تصویرسازی ذهنی تمرکز یافته است. این رویکرد برای مثال از موارد ذیل بهره می‌گیرد:

رابطهٔ درمانی (در صفحهٔ بعد)؛ گفتگوی سقراطی، اکتشاف هدایت شده، آموزش مدل درمان دلسوزی‌مدار (CFT)؛ جمع‌بندی‌های ساختاریافته؛ پایش فکر، هیجان، رفتار و "بدن"؛ استدلال زنجیره‌ای؛ تجزیه و تحلیل عملکرد؛ تجارب رفتاری؛ مواجهه، تکالیف مرحله‌بندی شده؛ تصویرسازی ذهنی دلسوزی‌مدار؛ کار با صندلی دلسوزی؛ اجرا و نمایش خودهای مختلف؛ ذهن آگاهی؛ آموزش تحمل هیجانی، یادگیری نحوهٔ درک و مقابله با پیچیدگی‌ها و تعارضات هیجانی، احساس تعهد برای تلاش و تمرین، توضیح دادن راهکارهای ایمنی‌بخش؛ ذهنی‌سازی؛ نگارش نامهٔ احساسی، بخشش، افتراق شرم-انتقاد از خودتصحیحی دلسوزانه و بالاخره، تمرین هدایت‌شده و کار خارج از جلسات درمانی.

احساس تغییر

شیوهٔ درمان دلسوزی‌مدار (CFT) از لحاظ تمرکز بر احساس دلسوزی و به‌کارگیری تصویرسازی ذهنی دلسوزی‌مدار، ویژگی‌های شاخصی را به رویکردهای سنتی

رفتاردرمانی شناختی (CBT) افزوده است. همانند بسیاری از تحولات اخیر درمانی، ذهن‌آگاهی مراجع و نیز درمانگر مورد توجه خاص قرار گرفته‌اند (سگال، ۲۰۱۰). در مبحث جمع‌بندی، درمان دلسوزی‌مدار (CFT) بر مدل تنظیم عاطفه (ذکر شده در فصل ۶) متمرکز است و از مداخلاتی برای پیدایش الگوهای اختصاصی تنظیم عاطفه، حالات مغزی و تجربه خود استفاده شده که زیربنای فرآیندهای تغییر محسوب می‌گردند. این مسئله به‌ویژه در هنگام کار با خودانتقادی و احساس شرم افراد رشد یافته در محیط‌های خشن اهمیت پیدا می‌کند. ممکن است چنین افرادی تجربه چندانی در زمینه رفتار توأم با پذیرش و یا مهربانی از طرف سایرین نداشته باشند و بنابراین، ساختار تنظیم هیجان (تسلی‌بخش) آنها کمتر در دسترس و (در نتیجه)، تأثیرپذیر است. احتمال دارد که این افراد چنین بگویند، "من منطق رفتاردرمانی شناختی (CBT) را درک می‌کنم، اما هیچ تفاوتی احساس نمی‌کنم." احساس تفاوت مستلزم توانایی دسترسی به ساختارهای عاطفه (یک نوروفیزیولوژی خاص) است که به احساس اطمینان و امنیت ما منجر می‌شوند. این موضوع در رفتاردرمانی شناختی (CBT) به‌خوبی شناخته شده است (لیهی، ۲۰۰۱؛ استوت، ۲۰۰۷؛ ویلز، ۲۰۰۹، صفحه ۵۷).

در طی بیست سال گذشته، تحقیق کرده‌ام که چرا "افکار جانشین"، "تجربه‌ای" مفید نبوده‌اند؟ معلوم شد که لحن هیجانی و شیوه "درک" افکار جانشین در ذهن چنین مراجعانی اغلب تحلیل‌گرانه، سرد، بی تفاوت و حتی پرخاشگرانه است. برای مثال، تأثیر یک فکر جانشین برای احساس شکست مثل "یالا، شواهد از این دیدگاه منفی طرفداری نمی‌کنند؛ به یاد بیار که هفته پیش به چه موفقیت‌های زیادی رسیدی!" که با لحنی (بنا به تجربه) پرخاشگرانه و توأم با تحریک‌پذیری به فردی گفته شود، بسیار متفاوت از زمانی خواهد بود که بسیار آهسته و به نرمی و با گرمی بیان گردد. درباره مواجهه‌ها و یا تکالیف خانگی نیز وضع به همین منوال است - چنان که نحوه انجام آنها (با ارباب و قلدری و اجبار فرد در مقایسه با تشویق و مهربانی با وی) می‌تواند به اندازه کار انجام شده حائز اهمیت باشد. بنابراین، بدیهی به نظر می‌رسد که لازم است بیشتر بر احساسات نسبت به افکار جانشین و نه فقط محتوای آنها تمرکز کنیم - در حقیقت، توجه بیش‌ازحد به محتوا اغلب کمک‌کننده نبوده است. پس اولین

گام‌هایم به‌سمت درمان دلسوزی‌مدار (CFT) به‌سادگی آن است که مراجعان را به تصور صدایی گرم و مهربان تشویق کنم که افکار جان‌نشین را به آنها پیشنهاد می‌دهد یا برای انجام تکالیف رفتاری با آنها کار می‌کند. در زمان دومین ویرایش مشاوره در افسردگی (گیلبرت، ۲۰۰۰b) توجه همه‌جانبه‌ای به "پیدایش محبت درونی" معطوف شد (گیلبرت، ۲۰۰۰a) را نیز ببینید). بدین ترتیب، این شیوه درمانی از انجام رفتاردرمانی شناختی (CBT) و کار با هیجانات با تمرکز بر دلسوزی (مهربانی) و سپس جمع‌آوری شواهد برای مدل و اثبات مفید بودن تمرینات اختصاصی‌تر به طرف درمان دلسوزی‌مدار (CFT) پیشرفت نمود.

رابطه درمانی

در درمان دلسوزی‌مدار (CFT) رابطه درمانی نقشی کلیدی ایفا می‌کند (گیلبرت، ۲۰۰۷c؛ گیلبرت و لیهی، ۲۰۰۷) و به خُرده مهارت‌های جلب همکاری بیمار در درمان (ایوی و ایوی، ۲۰۰۳)، مشکلات انتقال/انتقال متقابل (میراندا و آندرسن، ۲۰۰۷)، ابراز هیجانی، تقویت، مهار و یا ترس از هیجان (لیوت، واتسون، گلدمن، و گرینبرگ، ۲۰۰۳؛ لیهی، ۲۰۰۱)، احساس شرمساری (گیلبرت، ۲۰۰۷c)، تأیید و اعتباریابی (لیهی، ۲۰۰۱)، و ذهن‌آگاهی درمانگر (سگال، ۲۰۱۰) توجهی خاص مبذول می‌شود. به هنگام آموزش افرادی از سایر رویکردها، به‌ویژه رفتاردرمانی شناختی (CBT)، دریافتیم که به‌جای یک سری پرسش‌های سقراطی و یا "هدف‌گذاری"، مجبور به آرام‌سازی و آزادگذاری مراجع، و سکوت برای تأمل، و تجربه‌ی وی در حین درمان هستیم. نحوه استفاده از سرعت و لحن کلام، ارتباط غیرکلامی، تنظیم شتاب درمان، برخورداری از ذهن‌آگاهی (کاتزو و سافران، ۲۰۰۷؛ سگال، ۲۰۱۰) و فرآیند فکری را تعلیم دادیم تا برای کنکاش، اکتشاف، تجربه و پیشرفت ایجاد "امنیت" کرده باشیم. البته مهم، فراهم‌سازی موقعیت عاطفی است تا مراجع بتواند درمانگر را به‌عنوان فردی که "با دلسوزی در کنار آنهاست" تجربه (و درونی‌سازی) نماید - و این کار آسانی نیست چراکه چنان که پس از این نیز مطرح خواهد شد (فصل دهم را ببینید) اغلب احساس شرمساری گریبانگیر مراجعینی می‌شود که تجارب هیجانی (انتقال) از مورد سوءتفاهم

قرار گرفتن، درک اشتباه مطالب، تلاش برای جواب‌دهی به درخواست شخص مقابل جهت انجام کاری و احساس تنهایی شدید داشته‌اند. بخشی از جو عاطفی درمان را طرز رفتار کلی و شتاب درمانگر خلق می‌کند و در این فرآیند تجربه "همدلی" حائز اهمیت است. درمانگران درمان دلسوزی‌مدار (CFT) درباره اینکه چگونه ممکن است مراجعین تجربه "همدلی" و یا "اهمیت داشتن" را واقعاً سخت توصیف کنند و خود را در حصار راهکارهای ایمنی‌بخش خویش، از "احساسات پیوند و دوستی" جدا نمایند - حساس هستند (فصل ۲۹ را ببینید؛ گیلبرت، ۱۹۹۷، ۲۰۰۷a، به‌ویژه فصول پنجم و ششم، ۲۰۰۷c).

رفتاردرمانی‌شناختی (CBT) بر مشارکت تأکید دارد، چنان که مراجع و درمانگر باهم - به‌عنوان یک گروه - بر روی مشکل تمرکز می‌کنند. البته، درمان دلسوزی‌مدار (CFT) نیز به "اشتراک" (ذهنی) توجه دارد. پیدایش اشتراک (و انگیزه‌هایی برای این شراکت)، برای مثال، نه تنها در زمینه اهداف بلکه افکار، ایده‌ها و احساسات، یکی از مهم‌ترین سازگاری‌های بشری است و ما تمایل به مشارکت را به بهترین نحو ابراز می‌داریم. ابناء بشر، به‌عنوان گونه‌هایی بسیار اجتماعی، از میلی ذاتی برای اشتراک - نه تنها در مسائل مادی بلکه در معلومات، ارزش‌ها و محتوای فکری خویش - جهت شناخته شدن، درک شدن و دریافت تأیید برخوردارند. بنابراین، انگیزه برای به اشتراک گذاشتن در مقابل ترس از به اشتراک گذاشتن (احساس شرم)، همدلی و نظریه ذهن قابلیت‌ها و انگیزه‌هایی مهم و تکامل‌یافته‌اند. برای برخی از افراد موانع موجود بر سر راه این "جریان ذهنی" ممکن است مشکل‌آفرین گردد و شیوه درمانگر برای "بازگشایی" این جریان است که می‌تواند درمان‌کننده باشد.

رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT؛ لینهان، ۱۹۹۳) به معضل کلیدی رفتارهای مداخله‌کننده در درمان می‌پردازد. همانند سایر درمان‌ها، لازم است تا درمان دلسوزی‌مدار (CFT) بتواند حدود مشخصی تعیین کند و از اقتدار همچون یک فرآیند کنترلی استفاده نماید. برخی از مراجعین ممکن است "به لحاظ عاطفی زورگو و مرعوب‌کننده" بوده، درمانگر را تهدید کنند (برای مثال، با شکایت قانونی و یا خودکشی) و پرتوقع باشند. درمانگران هراسان ممکن است تسلیم و یا منصرف شوند.

مراجع، تا حدودی، از توانایی خود برای تحت فشار و فراری دادن سایرین واهمه پیدا می‌کند. در مورد سایر مراجعین، در طی لحظات ناگوار، درمانگران ممکن است به‌جای ساکت ماندن برای نجات آنان تلاش کنند. بنابراین، شفاف‌سازی رابطه‌ی درمانی بسیار حائز اهمیت است. به همین دلیل است که رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) خردمندانه یک گروه حمایتی را برای درمانگرانی که با چنین نوع مراجعینی کار می‌کنند- توصیه می‌نماید.

تحقیقات نشان داده‌اند که دلسوزی می‌تواند به بخشی اصیل از هویت خود تبدیل شود، اما ممکن است با مقاصد خودانگاره نیز مرتبط باشد، آنجا که افراد به‌خاطر دوست داشته شدن دلسوزی می‌کنند (کروکر و کانولو، ۲۰۰۸). مقاصد دلسوزی‌مدارانه مربوط به خودانگاره از بسیاری جهات مشکل‌آفرین هستند. محققان نیز شروع به تحقیق در زمینه‌ی سبک دلبستگی و رابطه‌ی درمانی کرده‌اند. چنین پژوهش‌هایی به استناد این شواهد انجام شده است که درمانگران با دلبستگی ایمن، در مقایسه با درمانگران با سبک دلبستگی ناایمن، راحت‌تر اتحاد درمانی برقرار کرده، مشکلات کمتری پیدا می‌کنند (بلک، هاردی، تورپین، و پارری، ۲۰۰۵؛ همچنین لیوتی، ۲۰۰۷ را ببینید). همچنین، لیهی (۲۰۰۷) توضیح داد که چگونه شخصیت و سازماندهی طرحواره‌های درمانگر می‌تواند در رابطه‌ی درمانی نقشی عظیم ایفا کند - درمانگران مستبد و خودرأی با بیماران وابسته و بالعکس را می‌توان مثال زد. پس، دلسوزی "مهربانی" مطیعانه نیست - دلسوزی می‌تواند جلدی بوده و با تعیین حدود، صداقت، و ارائه‌ی آنچه که بیمار به آن احتیاج دارد و نه آنچه که درخواست می‌کند، همراه باشد. برای مثال، یک الکلی خواستار جامی دیگر است - البته این چیزی نیست که به آن نیاز دارد؛ بسیاری از افراد نیز از درد اجتناب می‌کنند و ممکن است این کار را به شکل‌های مختلف انجام دهند - اما شفافیت، مواجهه و پذیرش (البته همگی، مهربانانه) می‌تواند حقیقتاً تسهیل‌گر تغییر و رشد باشند (سگال، ۲۰۱۰).

شواهدی بر مزایای دلسوزی

اگرچه درمان دلسوزی‌مدار (CFT) در یک مدل علمی تکاملی، عصبی و روان‌شناختی ریشه دارد، اما درک اقتباس کلان آن از تعالیم بودا حائز اهمیت است. برای بیش از

۲۵۰۰ سال، تعالیم بودا بر دلسوزی و ذهن آگاهی به عنوان مبنای روشنی و "شفای ذهن" تأکید دارد. در حالی که تراوادای بودا بر ذهن آگاهی و عشق - (دوستانه) - مهربانی تمرکز یافته است، تمرینات ماهایانا به طور خاص دلسوزی مدار هستند (لایتون، ۲۰۰۳؛ و سانترا، ۱۹۹۳). بودا در پایان عمر خویش اظهار داشت که تعالیم اصلی وی ذهن آگاهی و دلسوزی هستند - اینکه به خود یا دیگران آسیب نرسانید. بودا مسیری هشت مرحله‌ای را برای تمرین و تعلیم ذهن به منظور اجتناب از آسیب و تشویق دلسوزی بیان کرد. این مراحل عبارت‌اند از: تصویرسازی ذهنی و مراقبه‌های^۱ رحیمانه، رفتار دلسوزانه، تفکر غمخوارانه، توجه مهربانانه، احساس شفقت، کلام محبت آمیز و امرار معاش مشفقانه. در حقیقت، این مؤلفه‌های چندوجهی هستند که ذهنی دلسوز را ایجاد می‌کنند. اکنون ما می‌دانیم که ممارست جنبه‌های مختلف دلسوزی، احساس سلامت و بهزیستی را افزایش داده و بر عملکرد مغز به ویژه در نواحی تنظیم هیجانی تأثیر می‌گذارد (بگلی، ۲۰۰۷؛ دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۳).

در ده سال گذشته، شاهد جهش عمده‌ایی در کشف مزایای پرورش دلسوزی بوده‌ایم (فهر و همکاران، ۲۰۰۹). بنا به یک مطالعه اولیه، راین، آتکینسون و مک کراتی (۱۹۹۵) دریافتند که هدایت افراد به سمت تصویرسازی ذهنی دلسوزانه بر شاخص عملکرد سیستم ایمنی (S-IgA) اثری مطلوب داشته حال آنکه تجسم خشمگینانه تأثیری منفی برجای گذاشته است. تمرینات مربوط به تصور دلسوزی نسبت به سایرین تغییراتی در قشر فرونتال (پیشانی) مغز، سیستم ایمنی و احساس بهزیستی فرد به وجود می‌آورند (لوتز، برفچینسکی - لوئیس، جانستون، و دیویدسون، ۲۰۰۸). هاتچرسون، سپالا و گروس (۲۰۰۸) نشان دادند که مراقبه‌ای کوتاه توأم با عشق - مهربانی، احساس ارتباط اجتماعی و (تمایل به) پیوندجویی نسبت به افراد غریبه را افزایش می‌دهد. فردریکسون، کوهن، کافی، پک و فینکل (۲۰۰۸) از کل کارکنان یک شرکت نرم‌افزار کامپیوتر، ۶۷ نفر را به گروه مراقبه عشق - مهربانی و ۷۲ نفر را به عنوان گروه کنترل به لیست انتظار اختصاص دادند. آنها معلوم کردند که شش جلسه گروهی یک ساعت در هفته توأم با تمرین در منزل با CD مراقبه عشق و مهربانی (دلسوزی نسبت به خود،

سپس سایرین و سرانجام غریبه‌ها) عواطف مثبت، ذهن‌آگاهی، احساس هدفمندی در زندگی و حمایت اجتماعی را افزایش داده و علائم بیماری را کاهش می‌دهد. البته، پیس، نگی و آدام (۲۰۰۸) پی بردند که مراقبه دلسوزی‌مدار (به مدت شش هفته) عملکرد سیستم‌های ایمنی و غددی - عصبی و نیز پاسخ‌های رفتاری به استرس را بهبود می‌بخشد. راکلیف، گیلبرت، مک‌اوان، لایتمن و گلوور (۲۰۰۸) دریافتند که تصویرسازی ذهنی دلسوزانه در افرادی که خودانتقادی پایینی دارند، تغییرپذیری ضربان قلب را افزایش داده و سطح خونی هورمون کورتیزول را کاهش می‌دهد. شگفت آن که این اثرات در افرادی که زیاد از خود انتقاد می‌کنند، مشاهده نشد. تحقیق اخیر ما با استفاده از تصویربرداری عملکردی مغز با تشدید مغناطیسی (fMRI) نشان داد که در مواجهه با حوادث تهدیدآمیز تصور شده (برای مثال، رد شدن در مصاحبه شغلی) خودانتقادی و خوداطمینان‌بخشی نواحی متفاوتی از مغز را برانگیخته می‌سازند، چنان که خوددلسوزی و نه خودانتقادی ناحیه اینسولا را تحریک می‌کند - ناحیه‌ای از مغز که به همدلی مربوط می‌شود (لانگ و همکاران، ۲۰۱۰). مشاهده چهره‌های غمگین، با حالتی بی‌تفاوت و یا دلسوزانه بر پاسخ عصبی - فیزیولوژیک نسبت به چهره‌ها تأثیرگذار است (جی وونگ و همکاران، ۲۰۰۹).

در یک مطالعه کوچک کنترل نشده بر روی افراد مبتلا به مشکلات مزمن در زمینه سلامت روان، آموزش دلسوزی به‌طور چشمگیری احساس شرمساری، خودانتقادی، افسردگی و اضطراب آنان را کاهش داد (گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶). اثبات شده که آموزش دلسوزی برای بیماران روان‌پریش دچار توهمات شنوایی نیز مفید است (می‌هیو و گیلبرت، ۲۰۰۸). در یک مطالعه گروهی از درمان دلسوزی‌مدار (CFT) بر روی ۱۹ مراجعه‌کننده به یک مرکز درمانی روان‌پزشکی با ضریب امنیتی بالا، لایت ویت و همکاران (۲۰۰۹) "..... تغییرات شگرفی در سطوح افسردگی و اعتمادبه‌نفس..... تغییراتی در حد متوسط در مقیاس تطبیق اجتماعی و آسیب‌شناسی روانی کلی، توأم با تغییراتی اندک در احساس شرمساری..... را اعلام کردند. این تغییرات در طی ۶ هفته پیگیری باقی ماندند" (صفحه ۵۲۱).

در زمینه روابط و احساس سلامت و بهزیستی، اکنون شواهد مثبتی وجود دارند مبنی بر اینکه اهمیت دادن به دیگران، ابراز قدردانی و سپاس، برخورداری از مهارت‌های همدلی و ذهنی سازی، در برقراری روابط مطلوب بسیار مهم هستند و احساس بهزیستی و سلامت جسمی و روانی را به طور چشمگیری تحت تأثیر قرار می‌دهند (کاچوپو، برستون، شریدن، و مک‌کلین تُک، ۲۰۰۰؛ کُزلینو، ۲۰۰۷، ۲۰۰۸). بنا به شواهد فزاینده موجود، نوع "خود"ی که برای تبدیل شدن به آن تلاش می‌کنیم، بر احساس بهزیستی و روابط اجتماعی ما مؤثر خواهند بود و احساس دلسوزی در مقایسه با هویت خودمحورانه با پیامدهای بهتری همراه است (کراکر و کانولو، ۲۰۰۸). در مجموع، دلایل خوبی برای گسترش هرچه بیشتر درمان دلسوزی‌مدار (CFT) و تحقیق در این زمینه وجود دارند.

پیشگام مطالعه در زمینه خوددلسوزی، خانم نف (۲۰۰۳a، ۲۰۰۳b) است (صفحات ۱۸ الی ۲۰ را ببینید) که اثبات کرد می‌توان خوددلسوزی را از عزت‌نفس افتراق داد و در مقایسه با عزت‌نفس، احساس خوددلسوزی برخی از جنبه‌های سلامتی را بهتر پیش‌بینی می‌کند (نف و وونک، ۲۰۰۹) و به سازگاری با شکست تحصیلی کمک می‌نماید (نف، هسیه، و دجیت ترات، ۲۰۰۵؛ نیلی، شالرت، محمد، رابرتز، و چن، ۲۰۰۹). نگارش نامه دلسوزانه برای خود، مقابله با حوادث زندگی را بهبود بخشیده و باعث کاهش افسردگی می‌گردد (لثاری و همکاران، ۲۰۰۷). اگرچه، چنان که اشاره شد، برداشت‌های نف از دلسوزی با مدل تکاملی و سرچشمه گرفته از دلبستگی که در اینجا توضیح داده می‌شود، فرق دارد اما تاکنون، هیچ تعریف مورد توافقی برای دلسوزی وجود نداشته است - در حقیقت، کلمه دلسوزی می‌تواند در زبان‌های مختلف معانی متفاوتی (با تفاوتی اگرچه ناچیز اما مهم) داشته باشد. پس، در اینجا دلسوزی به‌عنوان "حالتی ذهنی"، یک ذهنیت پایه، توصیف شده و در فصل ۱۶ به تفصیل بررسی خواهد شد.