

خودشیفتگی و ملالت‌هایش

معضلات تشخیص و راهبردهای درمان
در مواجهه با بیماران خودشیفته

تألیف

دکتر گلن او. گابارد

دکتر هالی کریسپ

ترجمه

اسماعیل نوری



فهرست

بی‌پرده دربارهٔ منافع.....	۷
مقدمه.....	۹
بخش ۱: معضلات تشخیص.....	۱۳
۱: خودشیفتگی و ملالت‌هایش.....	۱۵
۲: زمینهٔ فرهنگی خودشیفتگی.....	۳۷
۳: سبک‌های ارتباطی.....	۵۷
بخش ۲: راهبردهای درمان.....	۸۷
۴: شروع درمان.....	۸۹
۵: انتقال و انتقال متقابل.....	۱۱۵
۶: مطابقت درمان با بیمار.....	۱۴۳
۷: راهبردهای درمان.....	۱۷۰
۸: پایان درمان.....	۲۰۱
واژه‌نامهٔ انگلیسی به فارسی.....	۲۲۰
واژه‌نامهٔ فارسی به انگلیسی.....	۲۲۲
دربارهٔ نویسندگان.....	۲۲۴



بی پرده دربارهٔ منافع

نویسندگان خاطرنشان کرده‌اند که هیچ‌گونه منافع مالی یا وابستگی‌های دیگری که نشان‌دهنده یا حتی اشاره‌کننده به یک منفعت متناقض با همکاری‌های لازم برای تهیهٔ این کتاب باشد، نداشتند.



مقدمه

وقتی داشتیم این کتاب را - برای آن دسته از متخصصان بالینی که با چالش‌های بیماران مبتلا به خودشیفتگی سازمان‌یافته مواجه می‌شوند - می‌نوشتیم، متوجه شدیم که در مباحث علمی اخیر با موضوع شهرت و سیاست، شیفتگی معینی در ارتباط با خودشیفته‌ها پدیدار بوده است. خوب یا بد، امروزه فرهنگ رایج سرشار از تصورات خودشیفتگی است. در بسیاری از جریان‌های فکری، اختلال شخصیت خودشیفته ناشی از انباشته شدن میل و علاقه‌ای بوده که زمانی اختلال شخصیت مرزی را احاطه کرده بوده است. کدامیک از شخصیت‌های اجتماعی واقعاً خودشیفته هستند؟ متخصصان سلامت روانی شهادت تشخیص آن‌ها را دارند؟ آیا خودشیفتگی برای (رسیدن به) موفقیت لازم است؟ آیا شبکه‌های اجتماعی و گوشی‌های هوشمند فرهنگ افراد در خودفرورفته‌ای که فکر و ذکرشان خودشان بوده و ناتوان از برقراری ارتباط با دیگران هستند را ترویج داده‌اند؟

ما هیچ پاسخی برای این سؤال‌ها نداریم. تمرکز ما به‌وضوح روی تصویر بالینی بیماران درگیر با برون‌ریزی خودشیفته و نحوه مواجهه متخصصان سلامت روانی با آن‌هاست. از این رو یک فصل کامل را به فرهنگ جدید خودشیفتگی اختصاص می‌دهیم. از این گذشته، کتاب ما راهنمای درمان فراگیر نیست بلکه بررسی معضلات رایجی است که در کار بالینی روی افراد مبتلا به خودشیفتگی سازمان‌یافته اتفاق می‌افتد و شامل دسته‌ای از راهبردها برای حل این معضلات در محیط درمان است.

طی سال‌ها تجارب روان‌پزشکی، بیماران خیلی زیادی را با برون‌ریزی خودشیفته مشاهده کرده‌ام. در مقام روانکاو رویکرد ما به درمان، فارغ از هر شکلی که ممکن است اتخاذ شود، مبتنی بر چشم‌انداز تفکر روانکاوی معاصر است و آن‌هم با این پرسش شروع می‌شود که چه چیزی در افراد، ویژه، یگانه و منحصر به فرد است. این کتاب حاصل سال‌ها کار کردن با افراد مبتلا به خودشیفتگی سازمان‌یافته خاص - که به سادگی در یکی دو طبقه نمی‌گنجیدند - بوده است. اثر پیش رو منجر به رشد این ادراک می‌شود که خودشیفتگی در واقع چندشکلی است، یک مار هیدرای چند سر با شمایل گوناگون.

علاوه بر این، کار ما الهام‌گرفته از داده‌های پژوهشی درباره خودشیفتگی است که سعی کردیم آن‌ها را با درک بالینی مان یکپارچه کنیم. ما داده‌های پژوهشی تجربی برگرفته از نظریه دلبستگی، نمونه‌گیری‌های بزرگ از جوامع و مطالعات روان‌درمانی را بررسی کردیم. بسیاری از آثاری که در این باره به رشته تحریر درآمدند، روانکاوی را به عنوان درمان برگزیده مناسب معرفی می‌کنند، اما جمع کثیری از بیماران به این درمان دسترسی ندارند؛ بنابراین، ضمن این‌که روانکاوی را به عنوان درمان مطرح می‌کنیم، راهبردهای روان‌درمانی‌ای را که نسبت به روانکاوی فشرده‌تری کمتری دارند اما مفید هستند نیز مورد توجه قرار می‌دهیم. در نهایت، راهبردهای کلی برای درمان بیماران خودشیفته از جمله به کارگیری انتقال و انتقال متقابل را طرح‌ریزی می‌کنیم که قابل اجرا برای همه گزینه‌های درمان، چه دارودرمانی، چه درمان سرپایی و چه بستری هستند.

ما تشخیص دادیم که اختلال شخصیت خودشیفته به خوبی درک نشده است. این اختلال نشان متغیری است که می‌تواند روزه‌روز در همان شخص تغییر کند. از این گذشته، طیفی از خودشیفتگی سالم تا بیمارگون نیز وجود دارد. ممکن است برای بررسی مواضع گوناگون روی پیوستار، رویکردهای متفاوتی لازم باشد. از نظر رشدی در یک سن خاص برخی از اشکال خودشیفتگی «طبیعی» در نظر گرفته می‌شوند در حالی که برخی دیگر بیمارگون به نظر می‌رسند. تمییز خودشیفتگی سالم از بیمارگون فرایند مشکلی است. همچنین، به کار بستن (ملاک‌های) تشخیص اختلال شخصیت خودشیفته می‌تواند کار پیچیده‌ای باشد. ممکن است برخی افراد مبتلا به خودشیفتگی سازمان‌یافته بی تفاوت و بی‌اعتنا به درمانگری که همراهشان در اتاق نشسته به نظر برسند، در حالی که برخی دیگر با دقت لیزری درمانگر را زیر نظر داشته باشند. نشان

می‌دهیم که خودشیفتگی واکنش قوی به مفاهیم بخصوص است و در بعضی موارد ممکن است به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای از جلسه‌ای به جلسه بعد تغییر کند. ما در مقام متخصصان بالینی روانکاو، فکر می‌کنیم بهترین رویکرد برای تشخیص و درمان بیماران مبتلا به خودشیفتگی سازمان‌یافته جستجوی یک چیز منحصر به فرد و ویژه در ارتباط با شخص حاضر در این موقعیت است تا به کار بستن یک رویکرد «همه‌کاره».

برای این که قبل از هر اقدامی خصوصیات ویژه فردی را که روی صندلی بیمار می‌نشیند، در نظر بگیریم، رویکردی اندیشمندانه و مجزا لازم است. درمان‌های دستورالعملی (درمان‌های مربوط به کتاب‌های راهنمای تشخیص اختلالات روانی) برای پژوهش‌های موشکافانه لازم‌اند اما ممکن است خلاقیت درمانگر را در تجارب بالینی سرکوب کنند. قویاً معتقدیم که پیشبرد درمان درمانگر یا روانکاو باید انعطاف‌پذیر باشد. جفت‌وجور کردن سازوکار درمان برای بیمار ممکن است نیازمند یک سری تغییرات در تکنیک‌های آن درمان از طریق آزمون و خطا باشد. همچنین در بین متخصصان بالینی فرایند کاوش صدای شخصی که مناسب شخصیت فرد بیمار باشد وجود دارد که البته بازتابی از شخصیت درمانگر هم هست. روانکاوان و درمانگران باتجربه حوزه روانکاو همین‌طور که در طول یک روز کاری از بیماری به بیمار دیگر کارشان را دنبال می‌کنند یکجایی درمی‌یابند که کاملاً یک‌جور نیستند. همه ما از یک ساعت به ساعت دیگر تاندازه‌ای خودمان را بازآفرینی می‌کنیم. با بیماران خودشیفته خاص، متخصصان بالینی باید انعطاف‌پذیری خود را حفظ کنند. به علاوه، جنسیت بیمار و درمانگر ممکن است چالش‌های خاصی را ایجاد کند که توجه بیشتر به دانش درمان را لازم می‌نماید؛ بنابراین، همکاری یک نویسنده زن و یک نویسنده مرد در نگارش یک متن مفید است مثل این کتاب.

ما امیدواریم خواننده را بیشتر درگیر فرایند ذهنی تطابق درمان با بیمار کنیم تا فشار به بیمار برای قرار گرفتن در ردیفی که ممکن است برای ذهنیت بیمار گنج‌کننده باشد. بیماران خودشیفته زندگی‌شان را صرف تلاش برای پیدا کردن کسی می‌کنند که بتواند آن‌ها را ببیند، بشنود و «درک کند». امیدواریم که این روش را ترویج دهیم، روشی که با وجود کم‌وکاستی‌هایش همواره ارزش وقت گذاشتن را دارد و بین چیزی که بیمار ممکن است نیاز داشته باشد و چیزی که درمانگر ممکن است پیشنهاد دهد، به دنبال راهبردی «مناسب» و مفید است.

می‌خواهیم از جیل کریگ به خاطر مهارت بالایش در حروف چینی، ویراستاری و غلط‌گیری تشکر کنیم. همچنین از دکتر لورا رابرتز، سرویراستار و جان مک دافی، ناشر حال حاضر انتشارات انجمن روان‌پزشکان آمریکا، به خاطر مشاورهٔ حکیمانه و حمایت‌شان تشکر می‌کنیم. به‌علاوه از معلمان و مربیان زیادی که به ما آموختند چطور با بیماران، به‌عنوان انسان‌های پیچیده‌ای که بیشتر دوست دارند درک شوند مواجه شویم تا موجودات بیمار قابل تشخیصی که باید طبقه‌بندی شوند، تشکر می‌کنیم. و در پایان، یک تشکر به بیمارانمان بدهکاریم که مطالب بسیار زیادی دربارهٔ خودشیفتگی و ریشه‌هایش به ما آموخته‌اند.

دکتر گلن او. گابارد

دکتر هالی کریسپ

هاستون، تکزاس، ۲۰۱۸



بخش ۱

معضلات تشخیص



خودشیفتگی و ملالت‌هایش

امروزه، ملالت‌های خودشیفتگی اطراف‌مان را فرا گرفته‌اند. اولین و مهم‌ترین آن‌ها این است که بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال خودشیفتگی ناکام و غمگین‌اند. آن‌ها اغلب زندگی توأم با ناامیدی پر جاروجنجالی را سپری می‌کنند. نمی‌توانند مشخص کنند که دنبال چه چیزی هستند. در واقع حتی دربارهٔ چیزی که امیدوارند به آن برسند مطمئن نیستند. اندیشهٔ خوددوست‌داری اغلب برای توصیف ماهیت خودشیفتگی استفاده شده است، اما این فقط برای گروه کوچکی از افراد مبتلا به خودشیفتگی بیمارگون به کار می‌رود. اغلب اوقات، خودشیفته‌ها به شکلی غیرعادی نگران ظرفیت‌شان برای دوست داشتن و دوست داشته شدن هستند و با بی‌تابی به دنبال افرادی می‌گردند که تحسین‌شان کنند، تحت تأثیرشان قرار بگیرند، با نیازهایشان همدلی کنند، خاص بودن‌شان را تأیید کنند و/یا به‌عنوان فردی ایده‌آل که هیچ‌وقت شرمنده یا سرافکننده‌شان نمی‌کند، استخدام‌شان کنند. بنابراین زندگی را با ناامیدی سپری می‌کنند زیرا رسیدن به

چیزی که به دنبالش هستند کار بسیار سختی است - چیزی که معمولاً در یک دنیای ناقص و روابط دوجنبه‌ای (منظور جنبه خوب و بد روابط است) برآورده نمی‌شود. سطح آزرده‌گی در افراد مبتلا به اختلال خودشیفته بسیار تغییرپذیر است. برخی از آن‌ها ظواهری تدافعی به وجود آورده‌اند طوری که - حداقل تا اندازه‌ای - از اضطراب ناشی از احساس پوچی یا ناتوانی‌شان اجتناب کنند تا واکنشی را که دوست دارند از دیگران ببینند. برخی دیگر زندگی را با زخمی سرباز تحمل می‌کنند، جوری که انگار از همه طرف دارند موردتهاجم قرار می‌گیرند و درد امان‌شان نمی‌دهد. بسیاری از آن‌ها با تغییراتی که وابسته به محرک‌های تنش‌زای رایج و مفاهیم خاص در زندگی‌شان است، در دو انتهای یک طیف قرار می‌گیرند. در هر یک از موارد، می‌توان با اطمینان فرض کرد که اکثرشان اگر ناامید نباشند، خوشحال نیستند.

برای متخصصان سلامت روانی درگیر کار بالینی واژه خودشیفتگی آزردهنده است چراکه وقتی همکاران‌شان از خودشیفتگی حرف می‌زنند نمی‌توانند مطمئن باشند که منظورشان چیست. خودشیفتگی بیمارگون دقیقاً نشان‌دهنده چیست؟ خوددوست‌داری افراطی؟ احساس عمیق ناامنی؟ عزت‌نفس کم؟ عزت‌نفس زیاد؟ خودپسندی؟ گوشه‌گیری؟ این که فرد باور دارد از بقیه باهوش‌تر، خوش‌قیافه‌تر، خوش‌تیپ‌تر است یا روابط اجتماعی بهتری دارد؟ ناتوانی در سازگاری با احساس و تفکر دیگران؟ در مقام صفت، خودشیفته ممکن است به فردی اطلاق شود که کاملاً ناخوشایند و منفور است یا فردی که به موفقیت و اعتمادبه‌نفسش حسودی می‌شود.

تقریباً همه وجود چیزی مثل منفعت شخصی سالم را قبول دارند که یک‌نوع خودشیفتگی دربردارنده خودمراقبتی و احساس افتخار ناشی از انجام ماهرانه کاری است. یک رفتار خودخواهانه، چه بیمارگون باشد و چه نباشد احتمالاً وابسته به مرحله‌ای از دوران زندگی فرد است. دختر نوجوانی که ساعت‌ها نگران چگونه به نظر رسیدن در تصویری است که قصد دارد به زودی در شبکه اجتماعی بارگذاری کند، احتمالاً در این برهه از زندگی کاملاً «طبیعی» به نظر می‌رسد. اگر بخواهیم موضوع را پیچیده‌تر کنیم باید بگوییم، ممکن است فردی که لقب «خودشیفته» به او داده‌شده به

یک کم‌محلی ناچیز (از طرف دیگران) با فروپاشی احساسی واکنش نشان دهد، درحالی‌که دیگری با همان لقب احتمال دارد به خاطر اعتماد به نفس ظاهری‌اش در برابر هرگونه توهینی مقاوم به نظر برسد. این سردرگمی گسترده در ارتباط با ماهیت خودشیفتگی - هم سالم و هم بیمارگون - آشکارا این واقعیت را منعکس می‌کند که صورت‌های زیادی از خودشیفتگی وجود دارند (بارگو ۲۰۱۵؛ کالیگور و همکاران ۲۰۱۵؛ کمبل و میلر ۲۰۱۱؛ گابارد و کریس -هان ۲۰۱۶).

ملالت متخصصان بالینی هم مربوط به ناکامی‌ای است که آن‌ها در تلاش برای درمان بیماران خودشیفته تجربه می‌کنند، بیمارانی که ممکن است با پافشاری شرایط درمان را دیکته کنند، توصیه‌های درمانگران‌شان را نادیده بگیرند و با تعیین این‌که آن‌ها کجای راه را اشتباه رفته‌اند و گوشزد کردن این‌که چه چیزی را در چه زمانی باید بگویند، «تصحیح‌شان» کنند. علاوه بر این، این بیماران اغلب ناامیدکننده هستند چون به شکلی ناگهانی و بدون هیچ توضیحی از جلسات درمان غایب می‌شوند. در انتهای دیگر طیف، وقتی آن‌ها در روان‌درمانی دوام می‌آورند، ممکن است درمان با نشانه‌ی خیلی کوچکی از تغییر به طول بیانجامد. درواقع ممکن است این بیماران نسبت به مشاهدات متخصصان بالینی‌ای که دارند درمان‌شان می‌کند مقاوم (غیرقابل نفوذ) به نظر برسند و با این حال بدون هیچ بهبود قابل توجهی به درمان ادامه دهند. این درمان‌ها شاید از جمله طولانی‌ترین و طاقت‌فرساترین درمان‌ها و احتمالاً بی‌سرانجام باشند.

محققان حوزه سلامت روان هم می‌توانند درگیر این ملالت‌ها شوند. اختلال شخصیت خودشیفته (اختلال خودشیفتگی) که ماهیتی بالینی دارد برای مطالعات علمی چالش به حساب می‌آمده است. به خاطر طبیعت چندوجهی اختلال خودشیفتگی، تحقیقات هدفمند برای تعریف این ماهیت، عقاید انبوهی از محققان باتجربه را موردبررسی قرار داده‌اند. وقتی گروه کاری اختلالات شخصیت انجمن روان‌پزشکی آمریکا برای ملاک پیشرفته‌ی دی.اس.ام. ۵ تشکیل جلسه دادند، پیشنهاد کردند اختلال خودشیفتگی به خاطر شیوع پایینش و تحقیقات منظم کمی که درباره‌اش شده در مقایسه با مطالعات زیاد سایر اختلالات شخصیت باید از دی.اس.ام. ۵ حذف شود.

بحث داغ همیشگی در این باره که کدام‌یک از ماهیت‌های خودشیفتگی باید در دی.اس.ام ۵ باشد و کدام نباشد، با پیشنهادی از طرف گروه کاری اختلالات شخصیت برای تجدیدنظر در سیستم ملاک‌های تشخیصی خاص شعله‌ور شد. در همین زمان عده‌ی زیادی از متخصصان و محققان بالینی به خاطر شیوع بالای اختلال خودشیفتگی در تجارب بالینی به شدت از عقیده‌ی بیرون انداختن اختلال خودشیفتگی از گروه اختلالات شخصیت دی.اس.ام-۵ برآشفته بودند. با وجود کمبود مطالعات روشن و دقیق، سرانجام اختلال خودشیفتگی بیشتر برای آرامش خاطر عده‌ی زیادی از متخصصان بالینی در جایگاه ملاک تشخیصی در میان اختلالات شخصیت دی.اس.ام-۵ قرار گرفت.

خانواده‌های افراد جوانی که تشخیص اختلال خودشیفتگی دریافت کرده بودند، دسته‌ی سوم ملالت‌ها هستند. در مراقبت سلامت روان معاصر، نشستن در کنار بیمار و خانواده‌اش و تشریح مبنای تشخیص- به‌مثابه‌ی بخشی از مداخله‌ی روانی آموزشی که برای تهیه‌ی اطلاعات مفید طراحی شده- دیگر برای متخصصان بالینی کاری عادی است. در خیلی از موارد، مثل اختلال شخصیت مرزی، جایی که بیماران و خانواده‌شان می‌توانند در تلاشی منظم برای بهبود علائم بیماری و کیفیت زندگی بیمار هم‌پیمان شوند، این دیدگاه منجر به رویکرد پیشرفته‌تر و مؤثرتری به درمان شده است (گاندرسون و هافمن ۲۰۰۵). با این وجود، وقتی این دیدگاه برای تشخیص اختلال خودشیفتگی به کار می‌رود، نه بیماران و نه خانواده‌شان نمی‌خواهند آن سه کلمه‌ی نتیجه‌گیری تشخیصی از ارزیابی حرفه‌ای را بشنوند. از آنجاکه واژه‌ی خودشیفته در هنگام استفاده‌اش در سراسر جامعه دارای بار معنایی منفی است، به ندرت از طرف بیمار یا خانواده‌ای به‌عنوان خرده اطلاعات مفیدی که می‌تواند درمان را جلو ببرد، به حساب می‌آید. اشتراک‌گذاری این اطلاعات اغلب موجب خشم مهارنشده‌ی، احساس آزرده‌گی، انکار و سرزنش کردن می‌شود. این تشخیص ممکن است به‌طور ضمنی بر این دلالت کند که بیمار، زن یا مرد خطرناکی است و باعث فرورفتن او در شرم عمیق و احساس حقارت شود.

در عین حال معشوقان و همسران گروه دیگری از افراد بیزار هستند که احساس می‌کنند به شدت از طرف افراد خودشیفته با آن‌ها بدرفتاری شده است. دامبک (۲۰۱۶) خاطر نشان

می‌کند که جابجایی گسترده‌گفت‌وشنودهای معاصر به فضای مجازی، مکانی را برای قربانیان افراد خودشیفته فراهم کرده است تا تجاربشان را با یکدیگر به اشتراک بگذارند و از دیگران حمایت دریافت کنند. وبسایت‌هایی که در آنجا افراد می‌توانند حمایت کسب کنند از جمله www.narcissismuncovered.com، www.narcissismsurvivor.com، www.thenarcissisticlife.com و www.narcissismfree.com است.

بسیاری از تعاریف برجسته‌شده در این وبسایت‌ها تصاویر موحشی را از خودپسندی افراد دارای ویژگی‌های خودشیفته ترسیم می‌کنند و گزارش‌های اندوهناکی را از آن‌هایی که در معرض بدرفتاری این افراد قرار گرفته‌اند ارائه می‌دهند. همچنین برای افرادی که احساس می‌کنند از طرف همسران یا اطرافیان شدیداً خودمحور خود مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند به‌عنوان گروه‌های حمایتی به کار می‌روند. کتاب‌هایی هم برای خوانندگان غیرحرفه‌ای به چاپ رسیده‌اند تا آن‌هایی را که احساس می‌کنند برای رها شدن از روابط خودشیفته نیاز به کمک دارند، راهنمایی کنند. از این‌رو، در اینجا وجود گروهی نسبتاً بزرگ از افراد بی‌زاری که به شدت از قربانی شدن‌شان به دست قربانی‌کنندگان خودشیفته عصبانی هستند، به چشم می‌خورد.

این مرور آغازین از ملالت‌ها جنبه‌ای اساسی در درمان بیماران خودشیفته که کمتر درباره‌اش بحث شده را از قلم می‌اندازد: لذت متمایزی که ممکن است متخصصان بالینی در ارتباط با برخی بیماران خودشیفته سازمان‌یافته که آرزوی نومیدانه‌ای را برای محبوب بودن و معروف بودن به زبان می‌آورند، تجربه کنند که احساس همدلی، تحسین و ارتباط انسانی را برمی‌انگیزد. با چنین بیمارانی، عقیده‌ای بنیادی از متخصصان بالینی که آن‌هم فرونشاندن رنج این بیماران است، اولویت می‌یابد.

افسانه نارسیسوس

روانکاوان در تفاسیر خود از سندروم‌هایی که در تجربه بالینی مشاهده می‌کنند به مصادره متون باستانی نویسندگان یونانی و رومی علاقه‌مند شده‌اند. سوفکلس (نمایشنامه‌نویس یونانی) تراژدی ادیپوس را به نگارش درآورد. اوید (شاعر رومی) از