

Forms and transformations of empathy: Subtleties and complexities of empathic communication

Jill Gardner

Psychoanalysis, Self and Context, 19:1, 80-93,

اشکال و تحولات همدلی: ظرافت‌ها و پیچیدگی‌های ارتباط همدلانه

مترجم- دکتر آرش رمضانی: پزشک متخصص و استادیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه-موسس و هیات

علمی انستیتو روان‌شناسی خود ایران

www.ispsycho.com

چکیده:

نقش درک و پاسخ همدلانه در درمان‌هایی که بر روان‌شناسی خود و نظریه میان ذهنیتی پایه گذاری شده‌اند، مهم است. با این حال، فرایند دستیابی و برقراری ارتباط با درک همدلانه، فرایندی پیچیده و چندوجهیست. اینکه دلیل به‌کارگیری شیوه مشاهده و پاسخ همدلانه را درک کنیم، لزوماً به معنای دانستن اینکه چگونه آن را مؤثر انجام دهیم نیست. برای کمک به پر کردن شکاف بین تئوری و عمل، نویسنده مجموعه‌ای از پیشنهادات یا اصول قابل لمس و تجربی را برای افزایش درک و پاسخ همدلانه ارائه می‌دهد. از کوهات به بعد، چندین نویسنده نظریه‌ی خود را ارائه داده‌اند که در آن می‌گویند تشدید همدلانه مهارتی است که از طریق آموزش و یادگیری قابل بهبود است. نویسنده به این تلاش‌های قبلی اشاره می‌کند و چند نکته درباره نحوه انتخاب و ظرافت‌های نحوه پاسخگویی که می‌تواند ارتباط همدلانه را مؤثرتر کند را به آن‌ها می‌افزاید. این پیشنهادات از فرایند آموزش و نظارت بر کار متخصصان سلامت روان در تمام رشته‌ها جمع آوری شده‌اند و بنابراین نه تنها به‌عنوان منبعی برای پزشکان، بلکه برای معلمان و ناظران نیز ارائه می‌شوند.

کلمات کلیدی:

ارتباط همدلانه؛ لبه‌ی پیشرو؛ اصول سازماندهی؛ تجربه فردی؛ آموزش همدلی؛ نظارت

مقدمه

به طور کلی هدف من در این مقاله، پیوند دادن اطلاعات تئوری و عملی درباره همدلی و توضیح برخی از مسائل و انتخاب‌هایی است که در ایجاد درک و ارتباط همدلانه مؤثر دخیل هستند؛ به شیوه‌ای که قابل لمس و تجربی باشد. به نظر من، در ابتدای چنین پروژه‌ای، پاسخ به دو سؤال ضروری است: (۱) اصلاً چرا اینقدر به همدلی اهمیت می‌دهیم؟ و (۲) چرا به مقاله‌ی دیگری در این مورد نیاز داریم؟ سه دیدگاه مختلف وجود دارد که از طریق آن‌ها به این سؤالات پاسخ خواهیم داد و آنچه در ادامه می‌آید را بیان خواهیم کرد.

اول، تمرکز بر همدلی در روان‌شناسی “خود” و نظریه میان ذهنیتی، به درک خود ما از رشد، روان‌پریشی و اقدامات درمانی بستگی دارد. بنابراین، در ابتدا، به طور خلاصه فرض‌های نظری اساسی مرتبط خود را در مورد این موضوعات ارائه خواهیم داد تا صحبت در مورد همدلی را توجیه کنم.

موضوع دوم درباره‌ی جذابیت و کاربرد گسترده‌ی این ایده‌هاست. با این که روان‌شناسی “خود” و نظریه‌ی میان ذهنیتی در ابتدا از کار روان‌کاوان و پژوهشگران روان‌کاوی نشأت گرفت، مفاهیم نهفته در این نظریه‌ها کاربرد وسیعی برای درمانگران از تمام رشته‌های سلامت روان و حیطه‌ی بالینی دارند. با این حال، مطالعات موردی منتشرشده‌ی ما اغلب درباره‌ی مثال‌هایی از افراد تحت روان‌کاوی یا روان‌درمانی تحلیلی طولانی‌مدت و فشرده هستند. من قبل از ورود به حیطه‌ی خصوصی به صورت تمام وقت، سال‌های زیادی را در یک مرکز سلامت روان اجتماعی وابسته به بیمارستان گذراندم و تدریس در یک دانشکده‌ی کار اجتماعی را تجربه نمودم. مکان‌هایی که در آن‌ها و میان پرونده‌های دانشجویان، برخی از افراد بسیار از نظر روانی، اجتماعی، اقتصادی و محیطی چالش برانگیز بودند. در این محیط‌ها دیده‌ام که یک ارتباط همدلانه‌ی عمیق و مؤثر، حتی اگر کوتاه، چه تأثیر عمیقی بر زندگی مردم می‌گذارد. بسیاری از پیشنهادات ذکرشده در زیر از تجربه‌ی من در نظارت و آموزش متخصصان سلامت روان در این محیط‌ها نشأت گرفته شده‌اند. این موضوع مرا به موضوع **سوم** نگارش این مقاله می‌رساند که چالش، تبدیل تئوری به عمل است. همانطور که در زیر توضیح خواهیم داد، ساخت یک پاسخ همدلانه شامل بسیاری از انتخاب‌های بالقوه در لحظه است و بسیار پیچیده‌تر از هر دستورالعمل ساده برای «فقط گفتن آنچه می‌شنوید» است. فرد می‌تواند از نظر تئوری دلیل به کارگرفتن شیوه‌ی مشاهده و پاسخ همدلانه را درک کند، اما این لزوماً به معنای اینکه می‌داند چگونه آن را مؤثر انجام دهد نیست.

با این حال، اجماع نظر گسترده‌ای در این باره وجود دارد که هماهنگی همدلانه مهارتی قابل آموزش است. کوهات (۱۹۸۴) بیان کرد که همدلی امری ذاتی نیست، بلکه با آموزش و یادگیری به وجود می‌آید. باج (۱۹۸۸) مشابهاً گفت که معتقد است همدلی یک استعداد ذاتی نیست، بلکه چیزی است که می‌تواند تحلیل و توصیف شود، آموزش داده شده و یاد گرفته شود. او فرایندی پنج مرحله‌ای را برای رسیدن به درک همدلانه ارائه کرد. گایست (۲۰۱۳) نیز چالش توضیح بیشتر دادن در مورد چگونگی ورود یک تحلیلگر یا درمانگر به دنیای ذهنی فرد دیگر را برعهده گرفت. باج مجموعه‌ای از مراحل را ارائه داد و گایست از ریزفرایند یک جلسه برای ساخت و نشان دادن تعریف بین‌فردی همدلی استفاده کرد و بر متقابل بودن این فرایند تأکید کرد. گلدین (۲۰۲۳) فرایند همدلانه را اینگونه توضیح داد که همدلی یک فرایند رابطه‌ای پویاست که در طیف وسیعی از نوع «چه» همدلی تا نوع «چرا» یا همان شکل روایت‌شده عمل می‌کند. در انتها، سوچاروف (۲۰۰۲) با تأکید بر جاسازی کامل درک همدلانه در یک میدان میان ذهنیتی، ادعا کرد که آنچه ما انجام می‌دهیم بیشتر مربوط به «رقص همدلانه» است تا غوطه‌وری همدلانه. این‌ها فقط تعدادی از تلاش‌های قبلی برای توضیح چگونگی ایجاد پاسخ همدلانه در تلاش برای ورود به ذهن یک انسان دیگر و بهبود بخشیدن به فرایند تغییر هستند. مقاله‌ی حاضر در تلاش است تا به این تلاش‌ها بیفزاید.

مطالعات گسترده‌ای در مورد همدلی وجود دارد که ابعاد متعددی را پوشش می‌دهند. این ابعاد شامل معانی، ساخت و معادلات اینکه چگونه همدلی رشد یا درمان را جاری می‌کند می‌شوند. با این حال، تمرکز من در اینجا بر تبدیل قابل لمس و تجربی تئوری به عمل در هنگام برقراری ارتباط همدلانه محدود شده است. مشابهاً روش‌های متعددی برای توصیف و درک مؤلفه‌ها و فرایند تغییر در درمان وجود دارد که بیشتر آن‌ها نیز در اینجا مورد بحث قرار نخواهند گرفت. در عوض، من در درجه اول بر روی یک جنبه از اقدام درمانی تمرکز می‌کنم و آن این است که چگونه برقراری مؤثر یک ارتباط با درک همدلانه، می‌تواند شناسایی، بسط و تحول تجربه‌ی درونی بیمار را امکان‌پذیر سازد.

مبانی نظری

همانطور که در بالا ذکر شد، تمرکز ما بر همدلی بر فرض‌هایی پایه‌گذاری شده است که نظریه‌ی ما در مورد رشد، روان‌پیشی و اقدامات درمانی انجام می‌دهد. بنابراین، با خلاصه‌ای مختصر و بسیار فشرده از برخی از فرض‌های اساسی که روان‌شناسی "خود" و نظریه‌ی میان ذهنیتی را تشکیل می‌دهند، شروع خواهیم کرد تا پیش‌زمینه‌ای برای آنچه در ادامه می‌آید، ارائه دهیم.

از منظر رشد، ما با این ایده شروع می‌کنیم که تجربه‌ی ما، تأثیرات و شناختمان از خودمان، در زمینه‌ی روابطی خاص توسعه یافته و سازماندهی می‌شوند (و بعداً دوباره سازماندهی می‌شوند). این به این معناست که تجربیات اولیه ما با مراقبان اصلی ما (خانواده) منجر به ایده‌هایی در مورد چگونگی عملکرد احساسات و روابط می‌شود (چیزی که مجاز است، چیزی که نیست، چیزی که پاداش داده می‌شود، چیزی که مجازات می‌شود، و غیره). این ایده‌ها خارج از خودآگاه هشیار ما عمل می‌کنند، اما به طور قدرتمندی بر تجربه و رفتار ما تأثیر می‌گذارند. این الگوبرداری با نام‌های مختلفی شناخته می‌شود: **اصول سازماندهی (استولور و همکاران، ۱۹۸۷)، مدل‌های کاری (بالبی، ۱۹۸۸)، الگوهای انتظار (یب و لاجمن، ۱۹۸۸، ۱۹۹۴)، عقاید عاطفی (اورنج، ۱۹۹۶)، آگاهی رابطه‌ای ضمنی (BPCSG؛ لیونزروت، ۱۹۹۹، استرن و همکاران، ۱۹۹۸)، یا اخیراً، حالت‌های جاذب (به عنوان مثال، مزید و همکاران، ۲۰۲۱؛ تین و اسمیت، ۱۹۹۴).**

هنگامی که سابقه‌ی عدم تطابق مزمن، سوء استفاده یا ترومای رشدی وجود دارد، افراد روش‌هایی را برای محافظت در برابر مجدداً آسیب دیدن استفاده می‌کنند. اگر محیط بر شناخت و پذیرش تجربه‌ی درونی کودک (اراده‌ها، ادراکات و غیره) تأثیر گذار نباشد، کودک هر کاری را که برای محافظت از خود جوان و پیوندش با مراقبان اصلی خود لازم است، انجام خواهد داد. این تلاش‌ها در علائم و دفاع‌ها مشخص می‌شوند که ما آن‌ها را به عنوان سازگاری با آسیب‌پذیری می‌شناسیم. اگرچه این عملکرد آن‌ها ممکن است در ابتدا واضح نباشد. هنگامی که چنین فردی برای درمان حضور پیدا می‌کند، این توافقات در رابطه‌ی او با ما از طریق تلاش‌های مداومش برای محافظت از خود با روش‌هایی عمیقاً تثبیت شده، آشکار می‌شوند.

بخش قابل توجهی از درمان شامل کمک به افراد برای آگاه شدن و بررسی مجدد این فرض‌های ضمنی یا اصول سازماندهی است که بر اساس آن‌ها زندگی خود را اداره می‌کنند. اگر لازم باشد، سازگاری‌های قبلی که دیگر مرتبط، مورد نیاز یا مفید نیستند، باید در چارچوب واقعیت‌های فعلی زندگی بیمار اصلاح یا تغییر داده شوند. در درمان، ما به شریک جدیدی در تجربه‌ی عاطفی و رابطه‌ای بیمار تبدیل می‌شویم. از طریق این رابطه و تجربه‌ی جدید و متفاوت با ما، دری به امکان تغییر در این الگوهای ناخودآگاه باز می‌شود.

بنابراین، مؤلفه‌ی اصلی درمان شامل کمک به افراد برای آگاه شدن و درک تجربه‌ی درونی خود و آنچه خارج از آگاهی آن‌ها اتفاق می‌افتد است که مانع از انجام، احساس یا تلاش و دستیابی به آنچه می‌خواهند می‌شود. این شامل تأثیرات، نیازها، سازگاری‌ها، اصول سازماندهی و همه‌ی چیزهایی است که ممکن است بدون اینکه افراد از آن آگاه باشند، تجربه و رفتار آن‌ها را هدایت کنند. بسیاری از آن‌ها از طریق انتقال و رابطه با ما بیان می‌شوند.

البته افرادی که مراجعه می‌کنند، لزوماً درمان را با این درک شروع نمی‌کنند که فرایندهای درونی خودشان نقش اصلی را در ایجاد تجربیاتی که باعث مشکلاتی برایشان شده، ایفا می‌کنند. اغلب رفتار دیگران و نیروهای خارجی (چه رئیس نامنصف باشد یا درخواست‌های کاری، چه شوهر قلدر، چه کودک سرکش یا والدین سختگیر) را به عنوان منبع مشکلاتشان ارائه می‌کنند؛ و نه واکنش‌ها و پاسخ‌های بیمار به این افراد. معانی‌ای که بیماران ما بدون تفکر از تجربه‌ی خود می‌سازند، الزام احساس شده یا خودکار آن‌ها برای سازگاری، کناره‌گیری، مخالفت یا نامرئی شدن و غیره، گزینه‌های آن‌ها را محدود می‌کند. این به طور پارادوکسیکال به همان مشکلاتی که به دنبال درمان آن هستند، کمک می‌کند. بخش زیادی از کار ما شامل آشکار کردن این الگوهای خودکار است. برای این که بتوان آن‌ها را دوباره بررسی کرد. تجربه‌ی ذهنی همیشه در چارچوب بین فردی ایجاد می‌شود، درحالی که پتانسیل بهبود فقط در شناخت و

ادعای مالکیت بیمار بر بخشی که درونی است، نهفته است. این بخشی است که پتانسیل آگاهانه قرار گرفتن تحت کنترل فرد را دارد و از این طریق به آن‌ها قدرت می‌دهد تا تجربه، واکنش‌ها و زندگی خود را تغییر دهند.

تمام این‌ها توصیفی بسیار شماتیک و مختصر است، اما امیدوارم برای روشن کردن این موضوع کافی باشد که چرا ما اینقدر بر روشن کردن و تأیید واقعیت درونی بیمار تأکید می‌کنیم. اما چگونه این کار را انجام می‌دهیم؟ با توجه به اینکه ما آزمایش خون یا اسکن برای فرض‌های درونی یا تجربه‌ی ذهنی نداریم. اینجاست که همدلی وارد می‌شود. فقط دو راه برای دانستن زندگی درونی وجود دارد: درون‌نگری روشی است که ما می‌توانیم از طریق آن تجربه‌ی درونی خود را بشناسیم؛ و همدلی روشی است که می‌توانیم از طریق آن تجربه‌ی درونی شخص دیگری را بشناسیم. به همین دلیل است که کوهات به همدلی به عنوان درون‌نگری جانشینی اشاره کرد. برای او، این در ابتدا یک موضع رصدی بود، یعنی نگاه کردن به جهان از دیدگاه بیمار. در پایان عمرش، کوهات (۱۹۸۱) در مورد همدلی به عنوان درمانی ذاتی صحبت کرد؛ و پس از آن تقریباً همه بر تأثیر درمانی پاسخ همدلانه تأکید کرده‌اند. بنابراین ما در نظریه‌ی مان بر تجربه‌ی ذهنی تمرکز می‌کنیم، زیرا این نقطه‌ی ورود به زندگی درونی بیمار است، و بر همدلی تمرکز می‌کنیم زیرا این وسیله‌ای است که از طریق آن به آن دنیای درونی دسترسی پیدا می‌کنیم.

پیچیدگی ساخت یک پاسخ همدلانه

برای برقراری ارتباط همدلانه با بیمار خود چه باید بکنیم؟ می‌توانیم بگوییم: «فقط آنچه را می‌شنوید یا می‌فهمید، بدون اضافه کردن، کم کردن یا تغییر مسیر دادن آن، بگویید.» اما در آن صورت گم خواهیم شد. اگر بخواهیم از نیویورک به کالیفرنیا بروم و به من گفته شود: «فقط به سمت غرب بروید»، تصور می‌کنم که ممکن است در نهایت به آنجا برسم، اما قطعاً دقیق به آنجا نمی‌رسم و احتمالاً در بسیاری از نقاط در مورد اینکه کجا باید به سمت دیگری بپیچم، بی‌اطلاع خواهم بود. همچنین چگونه باید آنچه را می‌شنوم بگویم و کدام قسمت از آن؟ استفاده از کلمات بیمار بهتر است یا کلمات خودم؟ آیا باید احساسات یا رفتار را بازتاب دهم؟ نتایج یا مقاصد؟ رویدادها یا واکنش‌ها؟ امیدها یا ترس‌ها؟ لبه‌ی پیشرو یا دنباله؟ این‌ها همگی نقاط تصمیم‌گیری و انتخاب‌های لحظه به لحظه هستند. در مورد لحن صدایم و رفتار غیرکلامی چطور؟ و همه‌ی این‌ها را این واقعیت پیچیده‌تر می‌کند که هر آنچه می‌شنویم و به بیماران خود منتقل می‌کنیم، از طریق لنزها و اصول سازماندهی خودمان فیلتر می‌شود. همانطور که استولور دوست دارد بگوید، هیچ درک بی‌عیبی وجود ندارد. تاریخچه و اصول سازماندهی خودمان بر انتظارات و ادراکات ما از آنچه شنیده‌ایم تأثیر می‌گذارد.

از آنجایی که همدلی به خودی خود بی‌طرف است، ما دائماً در مورد چگونگی استفاده از درک همدلانه خود برای پاسخگویی به روش‌هایی که فرایند درمان را تسهیل و پیش می‌برند، تصمیم می‌گیریم. بنابراین در ادامه می‌خواهم برخی از پیشنهادات یا احتمالات مربوط به آنچه که باید به آن توجه کنیم یا بر روی آن تمرکز کنیم تا موارد زیر را انجام دهیم را ارائه دهم: (۱) دستیابی به درک همدلانه دقیق؛ (۲) منتقل کردن آن درک به گونه‌ای که بیمار بتواند احساس کند که به طور عمیق درک شده است؛ (۳) پیشبرد فرایند درمانی با تشویق به آشکارسازی زندگی درونی بیمار؛ و (۴) ارائه تجربه‌ی رابطه‌ای جدید. این‌ها همگی از جمله کارکردهای اصلی همدلی هستند. من پیشنهادات خود را تحت ۷ زیرعنوان، با مثال‌های مختصر، و سپس دو نمونه‌ی اضافی نشان‌دهنده‌ی ترکیبی از مداخلات مختلف شرح داده‌شده، سازماندهی کرده‌ام.

۱) احساسات و نیازها، خواسته‌ها یا مقاصد نهفته

همانطور که قبلاً گفتیم، تجربه‌ی عاطفی ما در زمینه‌های رابطه‌ای خاص سازماندهی و دوباره سازماندهی می‌شود. برای بسیاری از بیماران ما، همدلی عاطفی درمانگر، تجربه‌ای را که از نظر رشدی وجود نداشته و اصلاحی است، فراهم می‌کند و به افراد کمک می‌کند نیازها و اعتبار یا مشروعیت احساسات خود را شناسایی کنند. کوهات در واقع پاسخ عاطفی درمانگر را در قلب آنچه در درمان شفا بخش است، توصیف کرده. بنابراین، ما به طور طبیعی

قبل از هر چیز بر احساسات بیمار در بازتاب‌های همدلانه خود تمرکز می‌کنیم. اما هنگامی که علاوه بر بازتاب احساسات واکنشی، خواسته‌های نهفته‌ی بیمار را نیز بازتاب می‌دهیم، به تأخیر انداختن مشروعیت نیازهای خودآزیه که قبلاً خنثی شده‌اند را مجاز می‌دانیم.

به عنوان مثال، بیماری از خانواده‌اش عصبانی بود زیرا آن‌ها هنگام رفتن به شام پس از فارغ‌التحصیلی او، به جای جشن گرفتن دستاورد او، بر مشاجرات معمول خود با یکدیگر تمرکز داشتند. درمانگر نه تنها ناراحتی، ناامیدی و عصبانیت او را بازتاب داد، بلکه گفت: «آنچه شما می‌خواستید این بود که آن‌ها به شما افتخار کنند، بتوانند همه‌ی این‌ها را کنار بگذارند و برای یک بار، در روز خاص شما، به شما توجه کنند.» درمانگر به بیمار دیگری که حامی AA او زمانی که او در راه خود لغزید و مشروب نوشید، تنها او را نصیحت کرد، گفت: «شما وقتی که امید به حمایت داشتید، احساس انتقاد شدن کردید.» این نوع پاسخ‌ها نه تنها به بیمار کمک می‌کنند تا احساس کند که به طور عمیق درک شده است؛ بلکه به آن‌ها کمک می‌کند تا انکار نیازهایی را که در گذشته به دلیل همدلی ندیدن از طرف دیگران از آن‌ها جلوگیری شده است را تمام کنند. افراد فقط زمانی که مشروعیت نیازهای خود را احساس کنند، می‌توانند اقداماتی برای ابراز و برآورده کردن آن‌ها انجام دهند. برای فرد فارغ‌التحصیل، این پاسخی به نیاز او به بازتاب یا تأیید بود؛ برای فرد در حال بهبود از اعتیاد به الکل، پاسخی به نیاز او به قدرت ایده‌آل و راهنمایی بود.

این امر همچنین به تقویت حس عاملیت "خود" مربوط می‌شود. عاملیت به توانایی عمل مؤثر بر اساس ابتکار عمل فردی، در جایگاه کنترل‌کننده‌ی زندگی فردی می‌گویند. هاگمن (۲۰۲۰) نوشته است که بالا بردن حس عاملیت "خود" شامل چیزی بیشتر از همدلی عاطفی است. ما همچنین باید نسبت به کودک به عنوان مرکزی برای ابتکار عمل و اقدام، همدل باشیم. والدین با نامگذاری و سازماندهی مقاصد کودک این کار را انجام می‌دهند. به عنوان مثال، والدینی که در کنار کودک خردسال خود نشسته‌اند و با بلوک‌ها بازی می‌کنند، ممکن است بگویند: «تو می‌توانی بلوک‌ها را خیلی بلند بچینی؛ چیزی بسیار بلند می‌سازی شبیه یک برج؟» یعنی والدین نه تنها نحوه‌ی احساس تجربه را (بازی با بلوک‌ها سرگرم‌کننده است) بازگو می‌کنند، بلکه آنچه را که کودک سعی در انجام آن دارد نیز بازگو می‌کنند. من پیشنهاد می‌کنم که وقتی شروع به انتقال درک همدلانه‌ی خود به بیمارانمان می‌کنیم، علاوه بر بازتاب احساسات آن‌ها، با گوش دادن، نام‌گذاری و تأیید نیازها، خواسته‌ها، اشتیاق‌ها و یا مقاصد نهفته‌ی بیمار نیز می‌توانیم فواید درمانی کسب کنیم.

2) تمرکز بر آنچه حاضر است، نه آنچه غایب است

کودکی می‌خواهد مادرش با او به اتاق درمانگر برود. به جای گفتن «تو نمی‌خواهی به تنهایی به اتاق بروی» یا حتی «چرا می‌خواهی مادرت آنجا باشد؟»، گفتن «تو حتماً دلیل (خوبی) برای خواستن مادرت داری» مفیدتر است. به عبارت دیگر، ما بر آنچه او انجام می‌دهد (خواستن مادر) تمرکز می‌کنیم، نه آنچه انجام نمی‌دهد (تنها رفتن). با کسی که زود از کوره در می‌رود و به اصطلاح خیلی سریع یا به طور ناگهانی واکنش نشان می‌دهد، به جای پیشنهاد «باید صبورتر باشی»، می‌گوییم: «صبر کردن سخت است.» به عبارت دیگر، ما با تجربه‌ی واقعی بیمار می‌مانیم و آنچه را می‌شنویم می‌گوییم، نه اینکه کار دیگری انجام دهیم یا سعی کنیم آن‌ها را وادار به انجام کار دیگری کنیم.

بیمار دیگری شکایت کرد که همسرش مدام در جلسات درمانی آنلاین او دخالت می‌کند، که او آن را دوست نداشت یا نمی‌خواست. درمانگر در تلاشی ظاهراً خیرخواهانه برای مشروعیت بخشیدن به خواسته‌های بیمار، می‌خواست او را ترغیب کند که در برابر مداخله‌ی همسرش در درمانش مقاومت کند. اما من پیشنهاد می‌کنم که ما در عوض می‌خواهیم به عدم انجام این کار او بپردازیم؛ مثلاً: «می‌فهمم که حتی اگر خوشتان نمی‌آید، احساس می‌کنید نمی‌توانید به او بگویید که دست بردارد.» این تمرکز را از رفتار او به هر تجربه‌ی درونی که آن را هدایت می‌کند، تغییر می‌دهد. هنگامی که از پاسخ همدلانه برای ارتباط و بسط تجربه‌ی درونی استفاده می‌کنیم، باید بر آنچه که در حال حاضر برای بیمار حاضر و در دسترس است، تمرکز کنیم و هدف گسترش آن باشد، نه اینکه توجه بیمار را به جای دیگری معطوف کنیم. این همان چیزی است که وقتی در مورد غوطه‌وری همدلانه و ماندن در نزدیکی تجربه‌ی فرد صحبت می‌کنیم، منظورمان است.

3) معانی خاص انتخاب کلمات

معنایی که یک کلمه برای ما دارد، ممکن است با معنایی که همان کلمه برای بیمار ما دارد، بسیار متفاوت باشد. من به بیمارم می‌گویم: «شما احساس می‌کنید که حق ندارید آنچه را که می‌خواهید داشته باشید.» او می‌گوید: «نه، جان (شوهرش) حق دارد؛ بیشتر شبیه این است که من لیاقتش را ندارم.» از نظر من، گفتن اینکه کسی احساس می‌کند که حق ندارد چیزی را داشته باشد یا احساس می‌کند که لیاقتش را ندارد، تقریباً معادل یا مترادف است، اما برای او نه. این باعث نشد که او احساس کند درک شده است. در اصلاح، او توضیح می‌دهد که احساس می‌کند لیاقت چیز متفاوتی را ندارد زیرا احساس می‌کند که رفتار جان را تسهیل کرده است، با انفعال خود در ایجاد این وضعیت مشارکت داشته و بنابراین حق خود را برای داشتن آنچه می‌خواهد (لیاقت آن) را از دست داده است. اورنشتاین‌ها (اورنشتاین و اورنشتاین، ۱۹۸۵) نیز مثالی بسیار خوبی از این را در مقاله‌ای قدیمی داشتند که در آن درمانگر در مورد بازتاب خواب بیمار در افکار وی درباره نحوه نجاتش از یک موقعیت خطرناک، اظهار نظر کرد. بیمار احساس کرد که به شدت رنجیده و بدفهمیده شده است، زیرا احساس می‌کرد که با قدرت و توانایی خود از این وضعیت فرار کرده است. او می‌خواست درمانگر این را درک کند. گفتن اینکه او نجات یافته است، باعث شد که او در عوض احساس کند که درمانگر او را منفعل و وابسته می‌بیند، نه قوی و توانا.

نحوه‌ی حمل بار احساسی کلمات خاص نیز قابل تامل هستند. دو مثالی که در زبان انگلیسی پیدا کرده‌ام و برای بیماران به ویژه واضح و طنین‌انداز هستند، کلمات «stranded گیر افتادن» و «ambushed تحت کمین» هستند. جالب اینجاست که هر دو هم به عملی از سوی نیرو یا فرد خارجی و هم به پاسخی درونی به آن اشاره می‌کنند و از این رو بخش زیادی را در فقط یک کلمه خلاصه می‌کنند. دیگران که این را می‌خوانند، احتمالاً کلمات خاص دیگری را پیدا کرده‌اند که در ثبت تجربیات بیمارانشان قدرتمند هستند.

تلاش‌ها برای غوطه‌وری همدلانه به ما کمک می‌کنند تا کلمه یا کلمات مناسبی را برای ثبت تجربه‌ی بیمار پیدا کنیم. اما همانطور که در مورد اهمیت معانی کلمات خاص برای بیمار صحبت می‌کنیم، مهم است که به یاد داشته باشیم که ما مجبور نیستیم و اغلب نمی‌توانیم بلافاصله انتخاب درستی داشته باشیم. ما باید انعطاف‌پذیر باشیم، به این معنی که باید بگذاریم وقتی اشتباه می‌کنیم، ما را تصحیح کند. فقط بیمار می‌تواند تعیین کند که آیا احساس درک شدن می‌کند یا خیر و تا زمانی که کسی احساس نکند که ما می‌فهمیم وضعیت برای او چگونه است، نمی‌تواند از هر چیز دیگری که ممکن است بگوییم، استفاده کند؛ هر چقدر هم که «درست» فکر کرده باشیم.

4) محرک‌های خارجی، تجربه‌های درونی و ترتیب

افراد اغلب تجربیات خود را بر اساس کاری که خودشان یا شخص دیگری انجام داده و واکنششان به آن را توصیف می‌کنند. در پاسخ دادن، تاکید یا توصیف تجربه درونی بیشتر از محرک خارجی مفید است. این دو عبارت را در نظر بگیرید: «آنها به شما ایمان نداشتند» در مقابل «آنها باعث شدند شما احساس بی‌ارزشی کنید». این دو عبارت یک رویداد را توصیف می‌کنند و به نظر می‌رسد تقریباً معنای یکسانی دارند، اما یکی در مورد دیگران صحبت می‌کند و دیگری در مورد شما به عنوان بیمار. یکی رفتار را توصیف می‌کند، دیگری بر احساسات تمرکز دارد.

نکته مرتبط بعدی مربوط به ترتیب گفتن چیزهاست. افراد تمایل دارند درباره‌ی موضوع انتهایی صحبت، بیشتر توضیح دهند. بنابراین مفید است که تا جای ممکن بر بخشی که امید به توسعه آن داریم، بیشتر تاکید کنیم و با آن صحبت را خاتمه دهیم. وضعیتی را در نظر بگیرید که فردی با دوستانش در قهوه خانه است و سپس بقیه بدون گفتن زمان یا مکان، به قهوه خانه می‌روند. می‌توانیم بگوییم: «وقتی همه بدون شما رفتند، احساس تنهایی کردید» یا «شما احساس تنهایی کردید وقتی همه بدون شما رفتند». جملات معنای یکسانی دارند و حتی دقیقاً کلمات یکسانی دارند، اما جمله دوم ممکن است بیشتر باعث تشریح چگونگی رفتن دیگران (رفتار آنها) شود، در حالی که جمله اول بیشتر به تشریح احساس تنهایی، یعنی تجربه درونی، می‌پردازد. این تمایز ممکن است مانند موشکافی به نظر برسد و در جمله کوتاهی مانند این، زیاد قابل درک نباشد؛ اما هنگام پاسخ دادن به شرح طولانی یک رویداد و تأثیر آن بر بیمار، می‌تواند مهم‌تر واقع شود.

5) لحن و سایر جنبه‌های غیرکلامی کلمات ما

یک کلمه مشابه می‌تواند طیف وسیعی از معانی مختلف را بسته به لحنی که با آن بیان می‌شود، منتقل کند. اگر با صدایی بی‌روح بگوییم: «این شما را عصبانی کرد»، تاثیر همدلی بسیار متفاوت از زمانی خواهد بود که بگوییم: «این شما را عصبانی کرد!» وضعیت بدن ما، افسوس ما، خم شدن به جلو یا عقب و سایر حرکات، همه جنبه‌هایی از درک را منتقل می‌کنند.

گاهی اوقات پاسخ همدلی خود را به روش‌هایی منتقل می‌کنیم که اصلاً از کلمات بیمار استفاده نمی‌کنیم یا آنها را به زبان دیگری بازگو نمی‌کنیم. در پاسخ به یکی از بیماران که رفتاری غیرقابل قبول و آزاردهنده خود را برای من توصیف کرد، با تاکید قابل توجهی و بدون هیچ پیش‌بینی گفتم: «اوه، محض رضای خدا!» او مکث کرد، آهی عمیق کشید و گفت: «متشکرم»، و به وضوح به من نشان داد که کاملاً درک شده است. در اینجا به یاد بیمار کوهات می‌افتم که او فقط تنفس خود را با او هماهنگ می‌کرد تا ارتباط همدلی را نشان دهد (کوهات، ۱۹۸۴).

6) پیوند و جدایی میان ذهنیتی

این اصطلاحات به شیوه‌هایی اشاره دارند که الگوهای سازماندهی و مکانیسم‌های دفاعی دو فرد در درمانی با هم تلاقی می‌کنند و نتایج خاصی را به وجود می‌آورند. هر دو اینها انعکاس تعامل دنیای ذهنی آنها هستند که جداگانه سازمان یافته اند. ممکن است دیدگاه ما نسبت به جهان شبیه یا متفاوت از دیدگاه بیمار ما باشد. این تفاوت‌ها نه تنها شامل ادراکات ما می‌شود، بلکه شامل انتظارات، واکنش‌ها، نیازها و ارزش‌های ما و مهم‌تر از همه، مکانیسم‌های دفاعی خود ما نیز می‌شود. همان‌طور که اتوود و همکاران (۱۹۸۹) شرح داده‌اند، مکان‌هایی که بیمار و درمانگر به یک شیوه به جهان می‌نگرند (یعنی پیوندهای میان ذهنیتی)، ممکن است بیشتر به عنوان انعکاسی از واقعیت عینی تلقی شوند تا تجلی خود بیمار. آنها اشاره می‌کنند که هنگامی که یک راه‌حل دفاعی توسط بیمار و درمانگر مشترک است، ممکن است از بررسی تحلیلی فرار کند و یا آنها را در مقابل یکدیگر قرار دهد. چنین پیوندهایی ممکن است منجر به گسست و یا خروج از مسیر همدلی یا تقویت متقابل مقاومت شود که ممکن است درمان را طولانی‌تر کند.

در اینجا یکی از مثال‌های این موضوع به طور خلاصه آمده است. بیماری از عدم امکان یافتن پیوندهای معنادار به دلیل مکانیزاسیون و بی‌خود شدن زندگی مدرن شکایت داشت؛ دیدگاهی در مورد جامعه که درمانگر اتفاقاً با آن موافق بود. بنابراین، با دیدن نگرش بیمار به عنوان انعکاسی از واقعیت عینی به جای تجلی مسائل درونی او در مورد صمیمیت و وابستگی، هرگز به این مسائل نپرداخت این مثال و چندین مثال دیگر را می‌توان در مقاله نویسندگان در مورد بن‌بست‌ها در درمان روانکاوی یافت (اتوود و همکاران، ۱۹۸۹).

آنچه از بیماران خود می‌شنویم می‌تواند به آنچه که می‌توانیم بشنویم (یا تحمل شنیدنش را داشته باشیم) محدود شود. بنابراین، این پیوندها و جدایی‌های بین فردی موانعی بالقوه برای غوطه‌وری و درک همدلانه ایجاد می‌کنند. به همین دلیل، درک همدلانه دقیق، اغلب مستلزم آن است که درمانگران از اصول حاکم بر تجربه درونی خود هشیارانه آگاه شوند.

دهه‌ها پس از آنکه اتوود و همکارانش در مورد این ایده‌ها نوشتند، مقالات در روان‌شناسی “خود” و نظریه میان ذهنیتی به سوی تاکید بیشتر بر دو جهتی بودن، تاثیر متقابل و خلق مشترک تجربه در رابطه‌ی تحلیلی رفته اند. در حالی که من در این مقاله به این موضوع بیشتر نمی‌پردازم، مهم است که بر میزان تاثیر این پدیده‌ها بر فرایند درک همدلانه تاکید کنم. به طور قاطعانه مهم است که بدانیم بیمار کیست و همچنین درمانگر یا تحلیلگر گوش‌دهنده کیست؟ برای کسانی که به دنبال درک عمیق‌تر از این بعد از فرایند هستند، یک نقطه شروع خوب، مقالات ذکر شده توسط گایست (۲۰۱۳) و سوچاروف (۲۰۰۲)، و همچنین کار پرلیتس (۲۰۲۲) در مورد جاسازی متقابل است.

7) لبه پیشرو و لبه دنباله‌رو

یکی از مهم‌ترین و مفیدترین مفاهیم که برای راهنمایی خود در گوش دادن و پاسخ همدلانه داریم، مفهوم لبه پیشرو است. این اصطلاح از کوهات آمده است، در ابتدا در مقاله‌ای توسط جول میلر (۱۹۸۵) توصیف شد، و سپس توسط ماریان تولپین (۲۰۰۲) و دیگران شرح داده شد.

لبه پیشرو به انتقال نیازهای خنثی اما همچنان برآورده نشده رشدی و کودکی اشاره دارد. لبه دنباله‌رو به انتقال و یا انواع ابرازهای الگوهای تکراری، انتظارات منفی و استراتژی‌های دفاعی که در نتیجه‌ی آسیب، عدم هماهنگی و شکست در همدلی ایجاد شده‌اند، اشاره دارد. بنابراین، نظرات مربوط به لبه

دنباله‌رو به آنچه بیمار سعی در دفاع، انکار یا جلوگیری از آن دارد، می‌پردازند. تفسیرهای لبه پیشرو به تلاش‌ها و امیدهای بیمار می‌پردازند. فرانک لاجمن (۲۰۱۶) اشاره کرد که تفسیرهای لبه پیشرو به «آنچه بیمار سعی در دستیابی، حفظ یا نگهداری آن از طریق علائم و رفتارهایی دارد که ممکن است برای ناظر مانند آسیب‌شناسی به نظر برسد» اشاره می‌کنند که در واقع انعکاس تلاش‌های انگیزشی بیمار هستند. (صفحه ۵۰۱).

ماریان تولپین در توصیف اهمیت این مفهوم تأکید کرد که پذیرش تمام بخش‌هایی که در فرد، سالم هستند و پرداختن به آن لبه پیشروی سلامتی، نیروی محرکه‌ای برای از سرگیری رشد در درمان است. او همچنین معتقد بود که درک دقیق لبه پیشرو، بذریک تجربه جدید را می‌کارد و این در تجربه‌های درمانی قابل مشاهده است. که این بسیار با آنچه قبلاً در مورد درمانگر به عنوان یک شریک عاطفی جدید گفتیم، سازگار است. با تجارب جدید و مشترک می‌تواند انتظارات و دنیای درونی بیمار را تغییر دهند.

به عنوان مثال، جول میلر که تحت نظارت کوهات بود، در مورد بیماری به او گفت که میلر فکر می‌کرد می‌خواهد با دعوا کردن با او از زندگی درونی خود اجتناب کند. کوهات پیشنهاد کرد که بگوید دعوا کردن راهی است که این مرد از آن طریق سال‌ها خود را در برابر احساس پوچی کردن حفظ کرده و ارتباط معناداری با افراد مهم زندگی‌اش برقرار کرده. این یک مثال بسیار خوب از این است که درک و اظهار نظر در مورد آرزوی سالم برای برقراری ارتباط معنادار با دیگران به پرورش آن تلاش کمک می‌کند؛ حتی در این مثال که بدون شک یک الگوی رابطه‌ای بسیار مشکل‌ساز بر پایه‌ی تحریک دیگران است. این همان چیزی است که ماریان تولپین آن را «دمیدن در زغال‌ها» می‌نامید. این نه تنها زمینه را برای ظهور انتقال خودآیژه فراهم می‌کند، بلکه در نهایت به او کمک می‌کند تا راه‌های کم‌هزینه و پربارتر برای تعامل معنادار با دیگران پیدا کند.

در اینجا مثالی دیگر از همان مقاله در مورد عاملیت از هاگمن (۲۰۲۰) آورده شده است که قبلاً ذکر کردم. هاگمن بیماری به نام دیوید را توصیف کرد که با اصرار بر «انجام تحلیل "خود"» کاملاً درهای ذهنش را به سوی هاگمن بست. تفسیر لبه دنباله‌رو ممکن است این را به عنوان مقاومت و خودکفایی دفاعی ببیند. هاگمن در عوض این را به عنوان تلاشی برای اجتناب از مداخله اجباری توسط درمانگر و تکرار نشدن تجربه ترسناک بیمار با مادرش تفسیر کرد. بنابراین، حفاظت از احساس واقعی بودن بیمار، در اینجا لبه پیشرو بود.

همانطور که در بالا گفتیم، هنگام صحبت در مورد آنچه وجود دارد در مقابل آنچه وجود ندارد، مهم است که ما بر آنچه بیماران ما در تلاش برای انجام آن هستند تأکید کنیم نه آنچه سعی در اجتناب از آن دارند و آنچه در مورد انتخاب‌های آنها سالم و درست است نه آنچه اشتباه یا آسیب‌شناختی است. درک لبه پیشروی دیوید نه تنها به بیمار هاگمن اجازه می‌دهد تا عمیقاً احساس درک شدن کند، بلکه به رسمیت شناختن و تأیید دیر هنگام عمل خلاقانه او برای حفاظت از خود را نیز نشان می‌دهد. مهم‌تر از همه، این امر آگاهی او را از نقش خود در ایجاد اقداماتی که اکنون باعث مشکلات زیادی برای او می‌شود، تسهیل می‌کند.

بیماران ما عموماً درمان را بدون آگاهی از این پویایی‌ها و پدیده‌ها، چیزهایی که عمیقاً رفتار آنها را هدایت می‌کنند و تجربه آنها را شکل می‌دهند و محدود می‌کنند، شروع می‌کنند. ضروری است که در ابتدا روی آنچه در دسترس آگاهانه است بمانیم و به سرعت آنچه تاکنون بهترین یا تنها راه محافظت بیمار بوده را تهدید نکنیم.

این همان چیزی است که غوطه‌وری همدلانه و تمرکز بر لبه پیشرو امکان‌پذیر می‌کند و ما را به انجام آن هدایت می‌کند. هاگمن هنگامی که میل خود به تفسیر را مهار کرد و اجازه داد دیوید آن را کنار بگذارد، این کار را انجام داد. محیطی از اعتماد و امنیت را ایجاد کرد که از تهدید اجبار یا تجاوز به دور است. هدف این است که به دیوید و همه بیماران مشابه، امکان دهد که ببینند مشکلات آنها محصول نیروهای خارجی نیست، بلکه محصول انتخاب‌های داخلی است که مدت‌ها پیش انجام شده‌اند و سفت و سخت و محدود کننده شده‌اند. این غوطه‌وری همدلانه پایدار در دنیای درونی بیماران ما است که به ما امکان می‌دهد به این نتیجه برسیم.

در اینجا یک تصویر نهایی وجود دارد که مثالی از تغییر جهت گوش دادن همدلانه من توسط مفهوم لبه پیشرو است. در پایان جلسه اول، بیمار من می‌پرسد که آیا می‌تواند هزینه جلسات خود را از قبل پرداخت کند؟ برخی از افراد دوست ندارند هر هفته چک بنویسند یا در پایان ماه صورت‌حساب زیادی دریافت

کنند. بنابراین به او می‌گویم که مشکلی ندارد. او چکی می‌نویسد و آن را روی میز من می‌گذارد. بعد از اینکه او می‌رود، به چک نگاه می‌کنم و می‌بینم که ۵۰۰۰ دلار است. من به چیزهای مختلفی فکر می‌کنم: آیا او سعی دارد مرا تحت تاثیر قرار دهد؟ با من رقابت کند؟ با بزرگنمایی و ولخرجی، خفت آمدن برای کمک را از بین ببرد؟ اما با گوش دادن به لبه پیشرو، وقتی او برگشت، من فقط اندازه چک را یادداشت کردم و افکار او را در مورد آن پرسیدم. معلوم می‌شود که او کسی بوده است که قبلاً چندین بار درمان را امتحان کرده، اما همیشه آن را رها کرده یا کنار گذاشته است. چک سنگینی که چندین ماه جلسه را پوشش می‌دهد، راهی برای تلاش برای تضمین تعهد خود برای ماندن در درمان بود.

آنچه مردم انجام می‌دهند تقریباً همیشه در خدمت محافظت از خود (عاملیت، طراوت، خودمختاری آنها) یا محافظت از پیوند با دیگری مورد نیاز است. گوش دادن به این چیزها با آن جهت‌گیری، تفاوت چشمگیری در آنچه می‌شنویم و چگونگی پاسخ ما ایجاد می‌کند. برای یافتن لبه پیشرو، مفید است با این فرض شروع کنیم که کاری که بیمار انجام می‌دهد درست است و به دنبال چگونگی آن باشیم. هنگامی که ما علائم یا رفتارهای به ظاهر ناکارآمد را می‌بینیم، پرسیدن این سوال می‌تواند مفید باشد: «این رفتار راه‌حل چه مشکلی است؟» (چه چیزی می‌تواند به طور قابل‌تصور باعث شود من کاری را که این شخص انجام می‌دهد، انجام دهم؟) جستجوی پاسخ می‌تواند به روشن شدن پویایی‌های داخلی و انگیزه‌های لبه پیشرو کمک کند. در آخرین مثال من، چک سنگین تلاشی برای حل مشکل فرار از درمان قبل از دادن فرصتی برای کمک به او بود.

نمونه‌های تصور شده

برای خلاصه کردن، من در زیرعنوان‌های مختلف، چیزهایی را که برای افزایش ارتباط و پاسخگویی همدلانه در خدمت دستیابی به اهداف درمانی خود - حل مشکلات ارائه شده، از سرگیری رشد، افزایش حس عاملیت و غیره - موثر بوده‌اند را توصیف کرده‌ام. دوست دارم مقاله را با دو نمونه مختصر که بسیاری از ایده‌هایی را که شرح داده‌ام را نشان می‌دهند، پایان دهم.

نمونه اول

بیمار من ۳۳ ساله، مجرد و مشتاق یافتن شریک زندگی مناسبی است که بتواند با او زندگی مشترک تشکیل داده و زندگی خود را بسازد. او رابطه عاشقانه شدیدی با مردی دارد که هزار مایل دورتر زندگی می‌کند، دو فرزند کوچک داشته، ازدواج کرده است و هیچ علاقه‌ای به ترک آنها ندارد. او نسبت به بیمار من بسیار حسود و مالکیت طلب است. اگر او به مردان دیگر توجه کند، او را مورد بازجویی قرار می‌دهد. میلیون‌ها بار در حال بحث درباره این موضوع بوده‌ایم که چه چیزی او را به این رابطه جذب می‌کند و آن را حفظ می‌کند؟ او می‌گوید: «او به مرا به چالش می‌کشد، مرا بررسی می‌کند و وادارم می‌کند چیزهایی را بگویم که نمی‌خواهم بگویم؛ چیزهایی که سخت هستند. مثلاً زمانی که با سم (دوست پسر سابق) شام خوردم، می‌خواست بداند که آیا با هم رابطه جنسی داشتیم یا نه و اصرار می‌کرد. به او گفتم که به او ربطی ندارد. اما او دست بر نمی‌داشت. پاسخ دادن برای من سخت بود زیرا احساس گناه می‌کردم. اما او مرا مجبور کرد صادق باشم. این برای من خوب است. نمی‌توانم از او پنهان شوم.» در این نقطه، سعی می‌کنم تعادل را حفظ کنم، زیرا حسی که دارم این است که به او فریاد بزنم: «درباره چه چیزی صحبت می‌کنی؟ این مرد متاهل است و تقریباً کاملاً غیرقابل دسترس است، با این حال اگر با دوست پسر قدیمی خود قرار ملاقات بگذاری، می‌گویند که خیانت می‌کنی؟ و این چیز نیست که تو آن را کمک به رشد خود می‌دانی؟ از طریق مجبور کردن تو به بررسی خودت و صادق بودن؟» احساس می‌کنم مثل دکتر فیل هستم و می‌خواهم بگویم: «واقعی باش!»

اما سپس دستورالعمل مشهور کوهات (۱۹۸۴) را به یاد می‌آورم که می‌گوید حقانیت بیمار احتمالاً عمیق‌تر از من است، بنابراین دوباره تمرکز می‌کنم، دوباره امتحان می‌کنم و به او می‌گویم: «توانایی گفتن چیزهایی که گفتشان سخت است، چیزهایی که او دوست ندارد بشنود و برای شما بسیار مهمند، اهمیت دارد.» او پاسخ می‌دهد: «بله، تمام عمرم مجبور بوده‌ام پنهان کنم که واقعاً کی هستم. هرگز نمی‌توانم به والدینم نشان دهم که چه اتفاقی می‌افتد. آنها بسیار ناامید می‌شوند. اما جیک مرا می‌پذیرد.» بالاخره متوجه می‌شوم. «پس به این صورت است که او شما را بعد از اینکه در مورد چیزی که دوست ندارد صادق بودید، می‌پذیرد و شما بالاخره احساس می‌کنید می‌توانید همان کسی باشید که واقعاً هستید.» او شروع به گریه می‌کند (نشان می‌دهد که ما به

یک عصب عاطفی رسیده‌ایم) و می‌گوید: «بله، احساس می‌کنم که تمام عمرم را پنهان کرده‌ام. این تنها جایی است که می‌توانم صادق باشم.» من پاسخ می‌دهم: «اینقدر آرامش بخش است که بالاخره احساس کنید می‌توانید خودتان باشید، مجبور نباشید پنهان شوید، و هنوز احساس ارزشمندی کنید. بالاخره می‌توانید احساس کنید که به عنوان کسی که هستید، دوست داشتنی هستید، نه برای آنچه فکر می‌کنید دیگران نیاز دارند که باشید. این واقعاً عالی است.» او بیشتر گریه می‌کند. سپس می‌گوید: «اولین باری که عمداً چیزی را از والدینم پنهان کردم را به یاد می‌آورم. برای انجام یک کار دروغ گفتم. این هنوز هم مرا آزار می‌دهد.» سپس این حادثه را با جزئیات بیشتری توضیح می‌دهد و اینکه چگونه شرم و گناه او را آزار داده است. اهمیت مرکزی پنهان کاری، اسرار، گناه و شرم در حال آشکارتر شدن بود و شروع به روشن کردن پویایی‌ها و مبارزات بیمار من کرد.

با تغییر جهت خود به اهمیت غوطه‌وری همدلانه و لبه پیشرو، توانستم احساسات منفی خود را به یک پاسخ همدلانه تبدیل کنم که فرایند بالینی را تسهیل کرد. با پیروی از گفته‌ی کوهات (که بیمار همیشه به نوعی درست می‌گوید و باید به آن گوش دهید)، پاسخ همدلانه‌ای امکان‌پذیر شد که منجر به افزایش عاطفه، یک ارتباط و داستان تأییدکننده و گسترش محتوای موضوعی شد که برای درک پویایی آنچه بیمارم را در این رابطه ناکام نگه می‌داشت، بسیار مهم بود. این نمونه‌ی مصوری از آنچه قبل‌تر گفتم است که ما سعی داریم از فرایند همدلانه برای روشن کردن و ارتقای آشکار شدن تجربه درونی بیمار استفاده کنیم.

نمونه دوم

این نمونه بعدی از یک جلسه نظارت با درمانگری است که برای مشاوره در مورد پرونده‌های مطب خصوصی خود می‌آید. من آن را برای این انتخاب کردم که روش‌هایی دارد که فرایند و نگرش مد نظرم را نشان می‌دهد.

ناظر من با عذرخواهی و تا حدی شرمساری می‌گوید که زمان جلسات یکی از بیمارانش را بیشتر از حد معمول طول می‌دهد و جلسات را سر وقت تمام نمی‌کند. او می‌گوید: «می‌دانم این کار اشتباه است و نباید این کار را بکنم» به طریقی که برای من تقریباً شبیه به یک بچه کوچک است که اعتراف می‌کند به سراغ شیشه شیرینی‌ها رفته و همه شیرینی‌ها را خورده است و می‌گوید من بد هستم. بنابراین، اولین قدم من ایجاد زمینه و چارچوبی متفاوت برای نگاه کردن به این موضوع، حرکت از سرزنش به کاوش است. این فرایندی است که خیلی با نحوه تعامل ما با بیمارانمان متفاوت نیست. برای ایجاد فضایی امن‌تر برای او برای کاوش موقعیت، پیشنهاد می‌کنم که از ایده «شما کار اشتباهی انجام می‌دهید» به ایده «شما به دلایلی که هنوز نمی‌دانید، کاری انجام می‌دهید» تغییر جهت دهیم. هماهنگ با آنچه قبلاً به عنوان پرداختن به آنچه وجود دارد و نه آنچه وجود ندارد، توصیف کردم، تمرکز بر آنچه او انجام نمی‌دهد (پایان دادن به موقع) نیست، بلکه بر آنچه او انجام می‌دهد (بیشتر از حد معمول طول دادن) است.

به شرح زیر عمل می‌کنیم: از او می‌پرسم که آیا به‌طور کلی با بیمارانش زمان بیشتری می‌گذرانند؟ او می‌گوید: «نه.» می‌گویم: «پس باید دلیلی برای این کار با این شخص وجود داشته باشد.» او پاسخ می‌دهد: «احساس می‌کنم باید زمان بیشتری به این شخص اختصاص دهم.» چرا اینطور است؟ او می‌گوید: «من هرچه به پایان جلسه نزدیک می‌شویم، بیشتر عقب‌نشینی می‌کنم.»

از او می‌پرسم که می‌تواند بیشتر توضیح دهد و تشویقش می‌کنم به ارتباطاتش بپردازد. او می‌گوید: «این بیمار مرزهای بسیار ضعیفی دارد؛ احساس می‌کنم ممکن است توسط او بلعیده شوم.» با ادامه کاوش در این راستا، پویایی‌ها روشن‌تر می‌شوند. معلوم می‌شود که درمانگر حدود ۱۰ دقیقه قبل از پایان جلسه، در پاسخ به «خیلی نیازمند» (کلمات او) و بالقوه بلعنده بودن بیمارش، او ساکت‌تر و گوشه‌گیرتر می‌شود. در نهایت او متوجه می‌شود که از بیمار خود کناره‌گیری کرده است و به دلیل کناره‌گیری از بیمار خود احساس گناه می‌کند، بنابراین برای جبران آن زمان اضافی ارائه می‌دهد، که منجر به طولانی‌تر شدن زمان جلسه می‌شود.

او مثل بیماران ما، از ابتدا همه اینها را نمی‌داند. او فقط می‌آید و اعتراف می‌کند که کاری اشتباه انجام می‌دهد. او نیاز به کمک دارد تا تشخیص دهد چه چیزی درونش در حال رخ دادن است که این رفتار را هدایت می‌کند. آنچه به من امکان کمک به او را می‌دهد، نگرش من، نحوه تفکر من در مورد چیزها، با حفظ تمرکز همدلانه و جستجوی عملکرد مثبت (و در ابتدا پنهان) رفتار او است. (مقایسه کنید: این رفتار راه‌حل چه مشکلی است؟) این مستلزم کنجکاوی روشن‌فکرانه و بدون قضاوت، و همچنین تحمل اولیه عدم قطعیت و ابهام است. همانطور که مربی من، میریام السون (ارتباط "خود")، اغلب می‌گفت: «تحمل ابهام نشانه یک متخصص است.» این زمانی بسیار آسان‌تر می‌شود که ما اعتقاد راسخ داشته باشیم که همدلی به ما امکان می‌دهد آنچه را که (ما و آنها) هنوز نمی‌دانیم، پیدا کنیم. روان‌شناسی "خود" و نظریه بین‌فردی، به ویژه مفاهیم مانند غوطه‌وری همدلانه و لبه‌پیشرو، به ما کمک می‌کنند تا این نوع نگرش را درک و پرورش دهیم.

نتیجه‌گیری

این ایده‌ها در مورد ظرافت‌های ارتباط همدلانه به من کمک می‌کنند تا مؤثر باشم و امیدوارم که نوشتن در مورد آنها مشابه به دیگران کمک کند تا در کار خودشان هر چه بیشتر مؤثر باشند. درک و پاسخگویی همدلانه آسان، خودکار یا ساده نیست؛ اما هیچ چیز قدرتمندتر از این نیست که دنیای درونی بیماران ما را آشکار کند، تجربه‌ای جدید به آنها ارائه دهد و به آنها کمک کند زندگی خود را تغییر دهند.