

مروری نظری بر نقش شرم نهادینه در سبب‌شناسی اختلال افسردگی اتکایی و درون‌فکنی شده Theoretical overview of the role of core shame in anaclitic and introjective depression etiology

Elham Moosavian

Ph.D Student of clinical psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

elham_moosavian@yahoo.com

الهام موسویان

دانشجوی دکتری روان شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

Abstract

Clinical and empirical evidence in support of Sidney Blatt's theory suggests that depression revolves around two topics: interpersonal concerns such as feelings of abandonment and loneliness (anaclitic depression) and self-image disorder such as feelings of personal failure, inadequacy, and perfectionism (introjective depression). However, previous research, in line with the Roden et al.'s Model, considers narcissistic vulnerability to be the basis of depression, the essence of which is the experience of shame avoided by patients with both types of anaclitic and introjective depression through a certain type of defense mechanism. Although the two types of depression have similar symptoms, they need independent treatments with different levels of emphasis, so that patients with anaclitic depression need agency and independence in interpersonal relationships, while those with introjective depression need an emphasis on self-compassion. Although Blatt et al. have theoretically separated these two groups of depressed patients for many years, no studies have seriously focused on the common underlying factors in the two groups of patients and the different defenses of each group to avoid the underlying factors and subsequently design an appropriate treatment. Therefore, this study aims to investigate the common underlying factors of the two types of depression for which to seek appropriate treatment.

Keywords: Core shame, narcissistic vulnerability, anaclitic depression, introjective depression

چکیده

شواهد بالینی و تجربی در تایید نظریه سیدنی بلت نشان می‌دهند که افسردگی حول محور دو موضوع مسایل بین‌فردی (افسردگی اتکایی) مانند احساس رها شدن و تنهایی و اختلال در تصور خود (افسردگی درون‌فکنی شده) مانند احساس شکست فردی، عدم کفایت و کمال‌گرایی می‌چرخد. از طرف دیگر با توجه به پژوهش‌های پیشین و در راستای مدل رودن و همکاران اساس افسردگی، آسیب‌پذیری خودشیفتگی قلمداد می‌شود و جوهر آسیب‌پذیری خودشیفتگی تجربه هیجان شرم است، به گونه‌ای که بیماران در هر یک از انواع افسردگی اتکایی و درون‌فکنی شده با نوع خاصی از مکانیسم‌های دفاعی از تجربه هیجان شرم اجتناب می‌ورزند. بنابراین با وجود علائم مشابه در دو نوع افسردگی به درمان‌های مستقل با تأکیدهای متفاوتی نیازمندیم، به گونه‌ای در بیماران افسرده اتکایی می‌بایست عاملیت و استقلال در روابط بین‌فردی پرورش یابد و در بیماران با افسردگی درون‌فکنی شده می‌بایست شفقت خود مورد تأکید واقع شود. با وجودی که بلت و همکاران سال‌هاست به لحاظ نظری این دو گروه از بیماران افسرده را تفکیک کرده‌اند اما در هیچ مطالعه‌ای به شکل جدی به عوامل زمینه‌ساز مشترک در دو گروه از بیماران و دفاع‌های متفاوت هر گروه در جهت اجتناب از عامل زمینه‌ساز و متعاقباً طراحی درمان متناسب با هر گروه از بیماران پرداخته نشده است. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی عوامل زمینه‌ساز مشترک دو نوع افسردگی و به دنبال آن تأکید درمانی متناسب با هر یک از انواع افسردگی است.

واژه‌های کلیدی: شرم نهادینه، آسیب‌پذیری خود شیفتگی، افسردگی اتکایی، افسردگی درون‌فکنی شده.

ویرایش نهایی: مرداد ۹۹

پذیرش: اسفند ۹۸

دریافت: دی ۹۸

نوع مقاله: مروری سیستماتیک

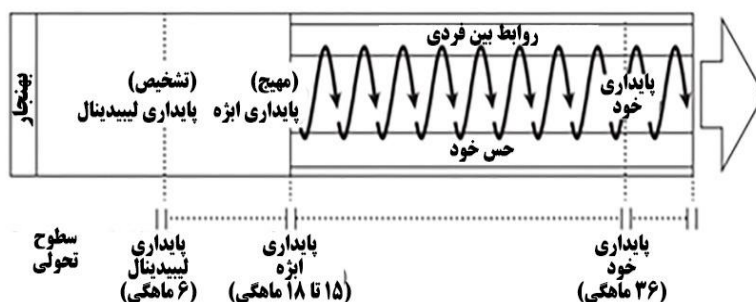
مقدمه

طبق گفته بلت^۱ (۲۰۰۸)، شخصیت با کارکرد مناسب از انسجام (یا تعادل) میان رشد وابستگی بین‌فردی و تعریفی که از خود داریم به وجود می‌آید، به طوری که سطوح بالغ‌تر وابستگی موجب تسهیل حس مثبت و پایدار نسبت به خود، هویت و استقلال می‌شود و این به نوبه خود امکان ایجاد روابط بین‌فردی یکپارچه و متمایز را می‌دهد. از این روی اثر دوسویه بین مسیرهای تحولی خود و وابستگی به طور

¹ Blatt

Theoretical overview of the role of core shame in anaclitic and introjective depression etiology

متقابل موجب تقویت رشد مسیر دیگر می‌شود. این دیدگاه توسط پژوهش‌های دل‌بستگی و رویکردهای بین‌فردی معاصر که نشان می‌دهند اختلالات شخصیتی را می‌توان به طور مشابه در فضای دو بعدی تعریف شده توسط اضطراب دل‌بستگی (که منعکس‌کننده مسائل مربوط به وابستگی است) و اجتناب دل‌بستگی (که منعکس‌کننده مسائل مربوط به هویت و استقلال است) سازمان‌دهی کرد، مورد حمایت واقع شده است (لویتن^۱ و بلت، ۲۰۱۱).



شکل ۱. مدل دیالکتیک رشد شخصیت بلت (بلت، ۱۹۹۰).

در همین راستا، عدم رضایت از طبقه‌بندی‌های تشخیصی مبتنی بر علائم افسردگی، باعث شد محققان مبتنی بر این مدل نظری انواع مختلف افسردگی را بر اساس عوامل تحولی بنیادین مؤثر در افسردگی، تقسیم کنند. تیم تحقیقاتی بلت، دافلیتی و کوپینلان^۲ (۱۹۷۶) دو کانون اصلی افسردگی را شناسایی کرد: ۱. عدم خشنودی از روابط بین‌فردی (برای مثال از دست‌دادن چیزی، یا مورد غفلت قرار گرفتن). ۲. اختلال در تصور مؤثر و مثبت از خود (برای مثال احساس شکست یا گناه). شواهد بالینی و تجربی بسیاری نشان می‌دهد که افسردگی حول این دو موضوع می‌چرخد، یعنی حول مسائل بین‌فردی مانند احساس رها شدن و تنهایی، یا حول اختلال در تصور از خود در موقعیت‌هایی مانند شکست فردی، عدم کفایت، و مرتکب اشتباه شدن (بلت، دافلیتی و کوپینلان، ۱۹۷۶).

شکل اتکایی با دشواری‌هایی که در روابط صمیمی و اضطراب دل‌بستگی وجود دارند مرتبط است، در حالی که شکل درون‌فکنی‌شده با تقاضای اضافی برای موفقیت و کمال‌گرایی، و اجتناب از دل‌بستگی مرتبط است (لویتن و بلت، ۲۰۱۳). بنابراین این دو حوزه (رهاشدگی و شکست) دو کانون اصلی دسته‌بندی افسردگی را تمایز می‌دهند: ۱. به تجربه‌های افسرده‌کننده‌ای که به دنبال از دست‌دادن چیزی ایجاد می‌شوند، افسردگی آنالکتیک^۳ یا اتکایی گفته می‌شود (بلت، کوپینلان، چورون، مک دونالد و زوروف^۴، ۱۹۸۲)؛ ۲. به تجربیات افسرده‌کننده ناشی از احساس شکست، گناه و سایر عوامل مختل‌کننده ارزش خود، افسردگی درون‌فکننده^۵ یا خود-انتقادگر گفته می‌شود (لویتن، مایز، فونایگی^۶ و بلت، ۲۰۱۵). از این‌رو، افسردگی اتکایی با احساس تنهایی، مطرود شدن، و مورد غفلت واقع شدن مرتبط است، و افسردگی درون‌فکنی‌شده با موضوعات ارزش خود و احساس ناکامی و گناه مرتبط است. باید یادآور شد که اختلال در هر یک از مسیرهای تحولی ممکن است به نشانه‌ها و علائم مشابهی منجر شود، اما به درمان‌های متفاوتی نیاز خواهد بود، و این علائم به طور متفاوتی به مداخله‌های درمانی مشابه جواب می‌دهند (بلت، ۲۰۰۴؛ بلت و لویتن، ۲۰۰۹).

افسردگی اتکایی با احساس تنهایی، درماندگی و ضعف مشخص می‌شود؛ فرد دچار ترس شدید و مزمن از رها شدن و مورد حمایت واقع نشدن است. بنابراین، این افراد نیاز دارند با افرادی که نیازهای آن‌ها را برآورده می‌کنند ارتباط نزدیک داشته باشند. این افراد نیاز شدیدی به دوست داشته شدن، مورد اهمیت واقع شدن و حمایت شدن دارند. این افراد بر اساس مراقبت، راحتی و رضایتی که از دیگران می‌گیرند، آن‌ها را ارزش‌گذاری می‌کنند، زیرا تجربه کامروایی یا کیفیت افرادی که رضایت آن‌ها را جلب کرده‌اند به مقدار کمی درونی‌سازی شده است. این افراد، به شدت برای تأمین و حفظ احساس خوب بودن به دیگران وابسته هستند، به همین خاطر، به دلیل ترس از دست

¹ Luyten

² D'afflitti and Quinlan

³. Anaclitic

⁴ Chevron, Mcdonald and Zuroff

⁵. Introjective

⁶ Mayes and Fonagy

دادن تأمین نیازشان توسط دیگران، در ابراز خشم خود دچار مشکل هستند. جدایی از دیگران و احساس فقدان، منابع مهم ترس و دلهره است، و در برخورد با آن‌ها اغلب از ابزارهای ابتدایی، مانند انکار و یا جستجوی جایگزین استفاده می‌شود (بلت، ۱۹۷۴).

برعکس، افسردگی درون‌فکنانه با انتقاد از خود و احساس بی‌ارزش بودن، حقارت، شکست، و گناه مشخص می‌شود. این افراد دائماً در حال درون‌بینی موشکافانه و ارزیابی خود هستند، و از مورد انتقاد قرار گرفتن و تأیید نشدن، یا از دست دادن تأیید و پذیرش افراد مهم، می‌ترسند. آن‌ها به دنبال موفقیت بیشتر و کمال‌گرایی بوده، و اغلب شدیداً رقابت‌جو و سخت‌کوش هستند، از خود انتظارات زیادی دارند، و علی‌رغم برآورده شدن بسیاری از این انتظارات، همچنان احساس رضایت کمی دارند. این افراد ممکن است به دلیل رقابت‌جویی علاوه بر خود، از دیگران هم انتقاد و به آن‌ها حمله کنند، آن‌ها سعی می‌کنند از طریق جبران بیش از حد، تأیید و پذیرش دیگران را به دست بیاورند (بلت، ۱۹۷۴).

در حالی که بهنجاری به صورت یکپارچگی ظرفیت ایجاد روابط بین‌فردی معنی‌دار و رضایت‌بخش، و خودپنداره^۱ مثبت، واقع‌گرایانه و محکم تعریف می‌شود، افراد (در محدوده طبیعی) اغلب بر یکی از این ابعاد تأکید بیشتری می‌کنند. بنابراین، تأکید نسبی بر تعلق بین‌فردی یا تعریف خود، دو شکل‌بندی شخصیتی را مشخص می‌کند، که هر یک از آن‌ها حالت تجربی مشخص و ترجیحات شناختی، دفاعی و مدل‌های تطابقی خود را دارند (بلت و شیچمن^۲، ۱۹۸۳). همانطور که باکان^۳ اشاره کرد (۱۹۶۶)، تفاوت‌های فردی در سبک شخصیت و محرک‌ها قابل فهم است. بخشی از این فهم، بر اساس این است که کدام یک از این گرایش‌ها برای فرد در اولویت قرار دارد. اشتغال بیش از حد به هر یک از این ابعاد (تعلق یا تعریف خود)، موجب آسیب‌پذیری انتخابی نسبت به مجموعه مشخصی از وقایع استرس‌آور می‌شود، و ممکن است منجر به افسردگی گردد. افسردگی در افرادی که بیش از اندازه با مسائل مربوط به تعلق درگیر هستند، در پاسخ به اشکال در حفظ روابط بین‌فردی رضایت‌بخش (دوست داشتن و دوست داشته شدن) و احساس مهم نبودن ایجاد می‌شود. افسردگی در افرادی که بیش از اندازه با مسائل مربوط به تعریف خود درگیر هستند، بر سرزنش، شکست و در پاسخ به وقایعی که اعتمادبه‌نفس فرد را مختل می‌کند، ایجاد می‌شود (باکان، ۱۹۶۶).

یکی از سوال‌های مهمی که باید در افسردگی بررسی شود، مشخص کردن شرایطی است که موجب آسیب‌پذیری افراد، و شروع یا وقوع مجدد افسردگی می‌شود. بررسی تجربیات مربوط به افسردگی-وابستگی و خودانتقادی به کشف ارتباط میان ویژگی‌های شخصیتی فرد و تجربیات زندگی معاصر در شروع افسردگی کمک کرده است. تحقیقات بالینی و غیربالینی حاکی از آن است که تجربیات مختلف اوایل زندگی از نظر روابط مراقبتی و وابستگی، موجب حساسیت و آسیب‌پذیری متفاوتی نسبت به شرایط زندگی می‌شود، و دو نوع از وقایع استرس‌زای زندگی (اختلال روابط بین‌فردی و تجربه شکست) باعث آسیب‌پذیری در گروه نمونه بالینی و غیر بالینی نسبت به افسردگی می‌شود (بلت، ۱۹۹۲). برخی محققان وقایع مستعدکننده دور، مانند روابط والد-فرزندی ابتدایی را بررسی کرده‌اند، در حالی که سایر محققان وقایع مستعدکننده نزدیک‌تر (مانند وقایع استرس‌زای زندگی) را بررسی کرده، و دریافته‌اند که حساسیت متفاوت نسبت به دو نوع از تجربیات استرس‌زا (از دست دادن و رهاشدن در مقابل شکست) با افزایش عواطف ملال^۴ ارتباط دارد. سایر محققان پیامدهای بالینی افسردگی متمرکز بر یکی از این دو مسئله را بررسی کرده‌اند. هم‌چنین، نحوه ایجاد این تجربیات از اشکالات روابط بین‌فردی یا تعریف خود و منجر شدن آن به انواع افسردگی مورد مطالعه قرار گرفته است. نتایج این تحقیقات حاکی از تمایز مسائل مربوط به از دست دادن و رهاشدگی از مسائل مربوط به شکست، گناه و کاهش خودمختاری و ارزش خود است. این موضوع، فهم جامع جنبه‌های بالینی و سبب‌شناسی افسردگی را ممکن می‌کند (بلت و زوراف، ۱۹۹۲).

نقش آسیب‌پذیری خودشیفتگی در سبب‌شناسی افسردگی

علی‌رغم اختلاف نظرها، تقریباً همه روان‌تحلیلگران در توصیف بیماران افسرده خود، آسیب‌پذیری خودشیفتگی^۵ را به عنوان عامل اصلی مستعدکننده این سندرم در نظر گرفته‌اند. مبانی این آسیب‌پذیری متنوع است، با این وجود، شامل ناامیدی در روابط اولیه زندگی، شکستگی اعتمادبه‌نفس ناشی از تجربه درماندگی و احساس ناتوانی دوران کودکی است. آسیب‌پذیری خودشیفتگی بیمار را مستعد تجربه شرم و

1. Self-concept

2. Shichman

3. Bakan

4. Dysphoria

5. Narcissistic vulnerability

Theoretical overview of the role of core shame in anaclitic and introjective depression etiology

خشم می‌کند. این تجربه نقش مهمی در دوره‌های افسردگی آینده دارد. نظریه پردازان هم‌چنین بر نقش کلیدی خشم متعارض در پویه‌های^۱ افسردگی تمرکز می‌کنند، اگرچه ریشه و شکل این خشم متنوع است. درکل، خشم به علت آسیب‌پذیری خودشیفتگی، فقدان، ناکامی، یا احساس درماندگی ایجاد می‌شود. در بسیاری از مدل‌های نظری، پرخاشگری موجب احساس گناه هشیار یا ناهشیار می‌شود، این احساس گناه نیز جنبه‌های خود تنبیه‌گر خلقی فرد، و رفتارهای مخرب خودتشدیدکننده^۲ چرخه افسردگی را شکل می‌دهد. از نظر تمام نظریه‌پردازان، خشم در نهایت به سمت خود فرد برمی‌گردد، اگرچه علل آن متفاوت است. این علل، شامل نفرت فراقکنی‌شده به بیرون، و سپس تجربه آن به سمت خود، و احساسات پرخاشگرایانه و فانتزی‌های خود همانندسازی‌شده^۳ با تجربه دیگری دوسوگرا^۴ است. سوپرایگوی^۵ سخت‌گیر به خاطر احساس رقابت‌جویی، خشم، و احساسات جنسی به خود حمله می‌کند، و اعتمادبه‌نفس را کاهش می‌دهد. نویسندگان بسیاری اشاره کرده‌اند که تلاش برای تعدیل اعتمادبه‌نفس و خشونت از طریق آرمان‌گرایی^۶ و ناززنده‌سازی^۷ هنگامی که فرد آرمانی‌شده بیمار را ناامید می‌کند، منجر به افسردگی می‌شود. چندین نویسنده بر ایگوی آرمانی^۸ کمال‌گرا و سوپرایگوی بیماران افسرده تأکید کرده‌اند. اعتمادبه‌نفس بیمارانی که نمی‌توانند انتظارات اخلاقی و اشتیاق‌های خودشیفتگی خود را برآورده کنند، کاهش می‌یابد. در نهایت، مکانیسم‌های دفاعی^۹، مانند انکار^{۱۰}، فراقکنی^{۱۱}، پرخاشگری منفعلانه^{۱۲}، و واکنش وارونه^{۱۳}، ابزارهای پس‌زدن عواطف دردناک افسرده‌کننده‌ای هستند، که اغلب موجب کاهش بیشتر اعتمادبه‌نفس می‌شوند (بوش، رودن و شاپیرو^{۱۴}، ۲۰۱۶).

بنابراین در راستای مدل‌سازی بلت، مقالات روان‌پویشی نیز دو مدل شایع افسردگی را پیشنهاد می‌کنند: آنهایی که شامل خشم نسبت به افرادی است که به سمت خود برگردانده شده (افسردگی اتکایی)، و آنهایی که بر مشکلات اعتمادبه‌نفس بیمارانی که نمی‌توانند مطابق انتظاراتشان زندگی کنند (افسردگی درون‌فکنی‌شده)، متمرکز هستند. در نهایت رودن و همکاران (۲۰۰۳)، سعی کردند این عوامل را یکپارچه کنند و در فرمول‌بندی مرکزی افسردگی بگنجانند. در این فرمول‌بندی، آسیب‌پذیری خودشیفتگی اساس افسردگی است.

در مدل رودن و همکاران (۲۰۰۳) در یک گروه از بیماران افسرده، این آسیب‌پذیری خودشیفتگی منجر به حساسیت نسبت به ناامیدی و طرد شدن شده، و خشم ایجاد می‌کند. این خشم در نهایت موجب احساس گناه و بی‌ارزش بودن می‌شود. خشم معطوف به خود به اعتمادبه‌نفس فرد آسیب می‌زند، که خود باعث آسیب بیشتر به خودشیفتگی می‌شود، و به این ترتیب چرخه‌ای آسیب‌زا شکل می‌گیرد (شکل ۲). در همین راستا اجتماع‌طلبی افراد وابسته عبارت است از: نوعی سازمان‌دهی خود که بیش از حد بر دیگران به عنوان منبع ارزش و عزت‌نفس تأکید دارد و به خودمختاری بی‌توجهی می‌کند. این خصوصیت در طیف وسیعی از افراد که «ساختار خود» شکننده‌ای دارند دیده می‌شود. لذا، برای کسب عزت‌نفس به طور تقریباً کامل به دیگران متکی هستند؛ در واقع، مطالعات نشان می‌دهد که وجود سطح بالای وابستگی شدید و آشفته در این افراد به چرخه‌های آرمانی‌سازی، ناززنده‌سازی در روابطشان و فقدان احساس پایداری نفس منجر می‌شود که اصطلاحاً پراکندگی هویت^{۱۵} نام دارد (لوی، بینی و تمز^{۱۶}، ۲۰۱۱). در افرادی که کارکردهای شخصیتی‌شان کمی بهتر است (مثلاً، افرادی که اختلال شخصیت وابسته یا اختلال شخصیت نمایشی دارند)، نیازهای مبتنی بر وابستگی نوسان دارند و معمولاً با سبک رابطه مطیعانه و در عین حال، پرخاشگری منفعلانه همراه هستند. لذا، اغلب استراتژی‌های «خودخاموشی» را اتخاذ می‌کنند و نیازشان به خودمختاری و به رسمیت شناخته شدن را خاموش می‌کنند، زیرا می‌ترسند افراد ترک‌شان کنند و تنها شوند. بسیاری از این افراد تمایلات ناگهانی به مراقبت از دیگران دارند؛ یعنی همانطوری از دیگران مراقبت می‌کنند که دوست دارند از ایشان مراقبت شود. از نظر تحولی، اثبات شده است که وابستگی افراطی ریشه در آن دارد که شخصیت‌هایی که به آن‌ها وابسته بوده‌اند تأکید بیش از حدی بر وابستگی

1. Dynamic

2. Self-identified

3. Ambivalently experienced other

4. Superego

5. Idealization

6. Devaluation

7. Ego Ideal

8. Defense mechanism

9. Denial

10. Projection

11. Passive aggression

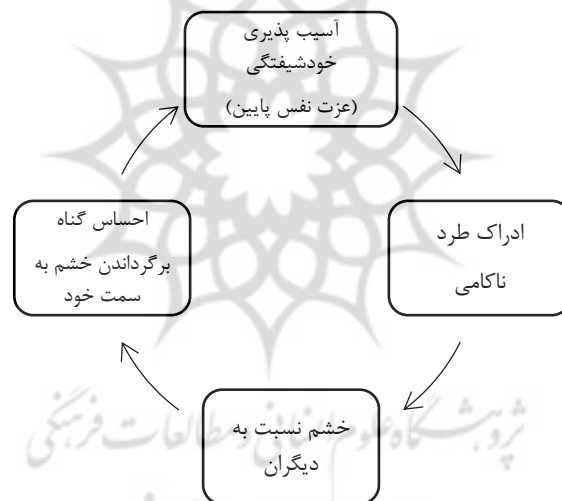
12. Reaction formation

13. Busch, Rudden and Shapiro

14. Identity Diffusion

15. Levy, Beeney & Temes

داشته‌اند؛ مثلاً، احساس عشق، تأیید و به رسمیت شناخته‌شدن به شدت با دوره وابستگی‌شان به عنوان کودک همراه بوده و رشد ظرفیت خودمختاری و خودکارایی را عقیم کرده است. همچنین اثبات شده است که اجتماع‌طلبی (وابستگی) و کمال‌گرایی خودانتقاده (خودمختاری) با حساسیت زیاد به استرس و فرایندهای ایجادکننده آن مرتبط هستند؛ به ویژه از طریق تأثیری که بر روابط بین‌شخصی نزدیک‌شان می‌گذارند و در شیوه‌های ناکارآمد تعامل بین‌شخصی بروز می‌یابند (لویتن و بلت، ۲۰۱۱). افرادی که وابستگی زیادی دارند معمولاً باعث می‌شوند دیگران آن‌ها را پس بزنند و ترک کنند، زیرا نیازشان به عشق و مراقبت افراطی است. لذا، به شدت حواس‌شان به نشانه‌های پس زده شدن و ترک شدن است و در نتیجه، پیوسته راجع به خود شک دارند و جلوی رشد احساس خودمختاری، سلامت وفاعلیت‌شان گرفته می‌شود. افراد کمال‌گرای خودانتقادگر گرایش به آن دارند که، به واسطه استانداردهای بالا و نگرش‌های انتقادی‌شان، نارضایتی و انتقاد دیگران را به خود جلب کنند. لذا، دیگران معمولاً ترس افراد وابسته از پس زده شدن و رها شدن را تقویت می‌کنند، همچنین ترس افراد خودانتقادگر را از این‌که دیگران از آن‌ها انتقاد کنند نیز بیشتر می‌کنند و به چرخه‌های معیوب در روابط بین‌شخصی می‌انجامند. در نتیجه، افراد خودانتقادگر به شدت به تجربه شکست حساس هستند و معمولاً به شدت دچار شک به خود می‌شوند و در عمق وجودشان به این باور می‌رسند که کاملاً بی‌ارزش هستند. بدیهی است که این احساسات و خیالات به شدت جلوی رشد احساسات مثبت آن‌ها نسبت به خودشان را می‌گیرد. این یافته‌ها با مدل‌های عمده‌ای که برای افسردگی وجود دارند و این اختلال را به افزایش حساسیت استرسی و تولید فعالانه استرس مرتبط می‌دانند سازگار هستند (هامن^۱، ۲۰۰۵؛ هیم، نوپورت، متزکو، میلر و نمروف^۲، ۲۰۰۸). همان‌گونه که مشاهده می‌گردد این مدل افسردگی با علائم افسردگی اتکایی بلت مطابقت دارد.



شکل ۲. چرخه معیوب افسردگی: خشم و آسیب‌پذیری خودشیفتگی (رودن، ۲۰۰۳)

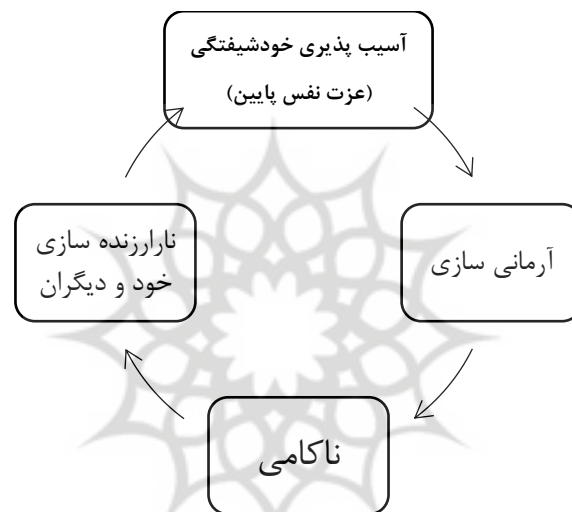
در گروه دیگری از بیماران افسرده، تلاش فرد برای مواجهه با اعتمادبه‌نفس پایین، از طریق آرمان‌گرایی و ناززنده‌سازی است (شکل ۳). وضعیت افسرده‌کننده موجب آرمان‌گرایی جبرانی نسبت به خود یا دیگران می‌شود و احتمال ناامیدی نهایی عامل افسردگی را افزایش می‌دهد. ایگوی آرمانی دارای استانداردهای غیرواقع‌بینانه، ناامیدی و بی‌ارزش‌سازی خود در مواجهه با عدم تحقق استانداردها را افزایش می‌دهد. این ناامیدی موجب خشم نسبت به خود می‌شود. از سوی دیگر، افراد ممکن است برای حفظ اعتمادبه‌نفس خود، دیگران را بی‌ارزش کنند، اما خشونت در این حالت، موجب مجازات توسط سوپرایگو می‌شود (بوش، رودن و شاپیرو، ۲۰۱۶). علاوه بر این، رفتار پرخاشگریانه منجر به بیگانه‌سازی دیگران می‌شود، و احساس رهاشدگی و طرد را افزایش می‌دهد. تحقیقات تجربی نشان می‌دهند که خودمختاری (کمال‌گرایی) خودانتقادگریانه شامل مطالبه بسیار از اشخاصی است که به آن‌ها وابستگی داریم و یا نشانگر روشی تدافعی برای جبران احساس حقارتی است که والدین خشن انتقال داده‌اند؛ به ویژه انتقادات والدین و کنترل روانی‌ای که آن‌ها اعمال کرده‌اند (سوننس،

¹. Hammen

² Heim, Newport, Meletzko and Nemeroff

Theoretical overview of the role of core shame in anaclitic and introjective depression etiology

وانستینکیسته^۱ و لویتن، ۲۰۱۰). تلاش برای جبران این احساسات می‌تواند به جبران بیش از حد بیانجامد و تمرکز فرد به طرز بیش از اندازه بر موضوع دستاورد صرف شود. این وضع اغلب به خستگی بیش از حد روانی و یا فیزیکی می‌انجامد و نیز، به اصطلاح، خود «جعلی» که قوی، خودمختار و خوداتکا قلمداد می‌شود، در حالی که در واقعیت شکننده و آسیب‌پذیر است. این افراد در آثار مرتبط با روانشناسی خود^۲ این طور توصیف می‌شوند که میان خود «بایدی» یا خود «ایده‌آل‌شان» و خود واقعی‌شان فاصله زیادی وجود دارد؛ توصیف دیگری که برای آن‌ها به کار می‌رود عبارت است از این‌که میان ایگوی ایده‌آل و یا سوپرایگوی آن‌ها و ایگوی آن‌ها تقابل فراوانی وجود دارد یا سطح خودانتقادی و خودخوارسازی‌شان زیاد است. گرایش‌های خودقربانی‌سازی افراطی می‌توانند در خدمت هدف طلب تحسین و به رسمیت شناخته شدن درآیند. این تمایل به فشار بیش از حد به خود و خودانتقادی همراه با نیاز شدید به خودمختاری و کنترل باعث می‌شود کمال‌گرایی خودانتقادانه اغلب در سندروم‌های فرسودگی ناشی از درد یا خستگی و نیز اختلالات خوراک مشاهده شود (بون، سوننس و لویتن، ۲۰۱۴؛ اگان، وید و شافران^۳، ۲۰۱۱). همان‌گونه که مشاهده می‌گردد این مدل افسردگی با علائم افسردگی درون‌فکنی‌شده بلیت مطابقت دارد.



شکل ۳. چرخه معیوب افسردگی: عزت نفس پایین و آرمانی‌سازی و نارارزنده‌سازی (رودن، ۲۰۰۳)

بنابراین همان‌گونه که مطرح گردید رودن و همکاران با یکپارچه‌سازی عوامل مدل‌های مختلف روان‌تحلیلی با محوریت آسیب‌پذیری خودشیفتگی دو نوع مختلف افسردگی را مطرح کردند که این دو مدل مطابق با دو نوع افسردگی درون‌فکنی‌شده و اتکایی مطرح شده توسط بلیت است. از آنجایی‌که آسیب‌پذیری خودشیفتگی عامل اصلی ایجاد دو نوع افسردگی قلمداد می‌گردد و به علت نقش حیاتی آن، لازم است به بیمار کمک کنیم نسبت به این آسیب‌پذیری آگاه شود تا بتواند عوامل مؤثر بر آن را کشف کند. آسیب‌پذیری خودشیفتگی ناشی از تجربه‌های اولیه درماندگی، از دست دادن، یا طرد است. کودکان ناراحتی ناشی از این تجربیات را به عنوان نشانه ضعف، عدم کفایت یا دوست داشته نشدن تعبیر می‌کنند. بنابراین در راستای مطالب عنوان‌شده آسیب‌پذیری خودشیفتگی در هسته دو نوع اختلال افسردگی قرار دارد.

رابطه آسیب‌پذیری خودشیفتگی و شرم نهادینه در سبب‌شناسی افسردگی

از آنجایی‌که جوهر خودشیفتگی عبارت است از آرزوی یگانه بودن یا آرزوی خاص بودن در نظر افراد نزدیک، اگر در دوران کودکی این

¹ Soenes and Vansteenkist

² Self-psychology

³ Egan, Wade and Shafran

آرزو به طور بنیادی ارضا شده باشد، ما با حس رضایت، پروردگی، و کامل بودن بزرگ می‌شویم. این همان پاسخ سرپرست است که کوهات^۱ آن را «برق نگاه مادر» نامیده است. چنین پاسخی از سوی شخصیت مادرانه که کوهات به آن موضوع خود آینه‌ای^۲ می‌گوید، خودانگاره‌ای به بار می‌آورد که منسجم، استوار، و بسیار محترم است. برعکس، در غیاب این پاسخ، خود به صورت آشفته یا درهم‌گسیخته احساس شده که به شدت حس کمبود و چندپارگی دارد. این مورد آخر حسی نسبت به خود است که فرد را نسبت به ضعف خودشیفتگی و نسبت به شرم حساس می‌سازد. به این ترتیب، شرم حس منفی آسیب‌پذیری خودشیفتگی است؛ اگر نوزاد به دنبال پاسخ خاصی از طرف مادرش باشد، پاسخی که به دلایلی توقع دارد دریافت کند و مادر نتواند مطابق آن توقع واکنش نشان دهد، احتمالاً نوزاد حس بد بودن یا بی‌لیاقتی می‌کند. تکرار این نوع طرد شدن‌ها احتمالاً منجر به ایجاد خودانگاره‌ای ناایمن و نامنجم می‌شود که به آسانی نسبت به شرم حساسیت پیدا کرده و به آسانی شرم را تجربه می‌کند. این بخش از رشد چیزی است که کوهات به آن می‌گوید شکست موضوع خودآینه‌ای (دیرینگ و تانگانی^۳، ۲۰۱۱). شرم معمولاً وقتی ظاهر می‌شود که نیاز ما برای پیوند روحی به قدر کافی ارضا نشده و ما با همه احساسات و افکار و شهودمان طرد شده باشیم. وقتی هیچ پژواک و بازتابی نمی‌یابیم، احساس می‌کنیم دیگران ما را نمی‌فهمند و برای ما ارزش قائل نمی‌شوند. در نتیجه، ما از همان ابتدا از داشتن هرگونه نیاز به تقابل یا پیوند شرم‌منده‌ایم، و تصمیم می‌گیریم که این چیزها را پیش خودمان نگه داریم. این‌گونه اضطراب شرم که طولانی می‌شود، به ایجاد ضعف خودشیفتگی هم کمک می‌کند. این موجب اعتبار فرضیه‌ای می‌شود که برخی نویسندگان درباره اشخاص خودشیفته ارائه کرده‌اند، و آن این‌که در دوران کودکی این افراد، نیازهایشان با همدلی کافی روبرو نشده و منجر به حس طردشدگی هیجانی در آن‌ها شده است (جاکوبی^۴، ۱۹۹۴).

البته در اینجا باید شرم نهادینه^۵ را از صورت سالم شرم که اصول اخلاقی و ارزش‌های گروه را تقویت می‌کند، تفکیک کرد. شرم سالم در دوران کودکی، به‌آهستگی و در کنار فهم انتظارات دیگران، توانایی سنجش رفتارهایمان در قبال این انتظارات و تسلط لازم برای خویشنداری در برابر تکانه‌های جامعه‌ستیزانه به وجود می‌آید. شرم سالم به تقویت خودآگاهی کمک می‌کند، توانایی‌های همدلانه ما را ژرفا می‌بخشد و به ما اجازه می‌دهد که روابط حمایتی دوسویه داشته باشیم. در مقابل، شرم نهادینه در نخستین ماه‌های کودکی رشد می‌کند، به‌عنوان بازتابی از این‌که قدر و منزلت خود را به‌عنوان فرد و به‌عنوان عضوی از خانواده چگونه می‌بینیم. نتیجه شرم نهادینه این است که نفس اساساً ناقص، بی‌ارزش و دوست‌نداشتنی احساس می‌شود. در حالی که راهبری شدن با شرم سالم شخصیت مثبت می‌سازد، شرم نهادینه به نقطه مقابل اعتمادبه‌نفس منتهی می‌شود. اگر شرم سالم ابراز آگاهانه‌ای از شرمندگی برای کاری باشد که انجام داده‌ایم، شرم نهادینه احساس عمیق شرمندگی به‌خاطر کسی یا چیزی است که هستیم (کوزولینو^۶، ۲۰۱۵). در این مقاله هر جا از شرم سخن به میان می‌آید منظور شرم نهادینه است.

بنابراین با به‌کارگیری جنبه‌های نظری، بالینی و تحقیقاتی، رودن و همکاران (۲۰۰۳) و بوش و همکاران (۲۰۰۴) یک فرمول روان‌پویشی برای افسردگی ایجاد کردند. افرادی که مستعد افسردگی هستند افرادی هستند که از سطح بالایی از حساسیت نسبت به احساس فقدان یا عدم پذیرش برخوردار هستند، و به طور گسترده از آن‌ها تحت عنوان آسیب‌پذیری خودشیفتگی یاد می‌شود. حساسیتی که در زمینه تجربیات اوایل زندگی ایجاد می‌شود شامل احساس ناامیدی و درماندگی است که به عنوان نشانه‌هایی از نابسندگی، دوست‌داشتنی نبودن یا آسیب تفسیر می‌شوند. علاوه بر این، این کودکان اغلب فکر می‌کنند که افرادی به شدت نیازمند هستند که این امر می‌تواند احساس ضعف و شرم را ایجاد کند. حساسیت به بخشی از این هویت فردی تبدیل می‌شود، که به طور وسیعی عملکرد روانشناختی این افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و ناکامی‌ها، فقدان‌ها یا عدم پذیرش‌های حاصله به عنوان شواهد نابسندگی و آسیب دیده می‌شوند. علاوه بر ناراحتی و دوست‌داشتنی نبودن، ناامیدی و عدم پذیرش اغلب واکنش‌های خشونت‌آمیز نسبت به افرادی که منبع این تجربیات دردناک تلقی می‌شوند را باعث می‌شوند. این خشم احساس گناه و مکانیزم‌های دفاعی را ایجاد می‌کند که هدف آن‌ها حفاظت از دیگران مورد نیاز است. این خشم به سمت خود فرد بر می‌گردد، عزت نفس فرد را بیش از پیش پایین می‌آورد و چرخه‌ای از آسیب‌پذیری خودشیفتگی و خشم را ایجاد می‌کند (شکل ۲). در چرخه باطل دوم، عزت نفس پایین علت ایده‌آل‌سازی جبرانی خود و دیگران تلقی می‌شود (شکل ۳). با این وجود، این انتظارات ایده‌آل‌سازی شده همواره به ناامیدی و کاهش ارزش

1. Kohut

2. Mirroring self-object

3. Dearing and Tangany

4. Jacoby

5. Core shame

6. Cozolino

Theoretical overview of the role of core shame in anaclitic and introjective depression etiology

خود و دیگری که در این بستر وجود دارند منجر می‌شود. هر چند آسیب‌پذیری خودشیفتگی در این فرمول‌ها حائز اهمیت تلقی شده است، واکنش خشم ایجاد شده می‌تواند محوری تلقی شود، همانطور که آبراهام (۱۹۱۱) به این موضوع اشاره دارد.

در همین راستا بسیاری از محققین و نظریه‌پردازان شاهد وقوع همزمان خشم با سایر هیجانات نظیر شرم، گناه، ترس یا اضطراب بوده‌اند (اکمان و فریسن^۱، ۱۹۷۵، تامکینز، ۱۹۶۳). به نظر می‌رسد نقش مهمی در خشم و خصومت ایفا می‌کند. با استفاده از صدها مصاحبه روان‌درمانی رونویسی‌شده، لوئیس^۲ (۱۹۷۱) توالی‌های واقعی تحقیر به خشم را مشاهده کرد. او توالی‌های هیجان تحریک‌شده را به سمت عقب، زمانی که خشم ابتدا پدیدار می‌گردد، ردیابی کرد، و دریافت که شرم ایجاد شده از طریق انکار یا طرد شدن واقعی و مشاهده‌شده به طور اجتناب‌ناپذیر مقدم بر خشم است. او فرض کرد که اگر شرم تحریک شود، اما تأیید نشود، خشم یا عقب‌نشینی احتمالاً پیامد پس از آن هستند. وقتی که شرم تحریک می‌شود اما تأیید نمی‌شود، خشم از طریق نشانه‌هایی برانگیخته می‌شود که دیگری ارزشی برای خود قائل نیست یا تفکرات آسیب‌رسان را به خود نسبت می‌دهد (رتزینگر^۳، ۱۹۹۱). بنابراین یافته‌های پژوهشی فوق در راستای مدل است که آسیب‌پذیری خودشیفتگی و در نتیجه تجربه شرم مقدم بر تجربه خشم در دو نوع افسردگی است. بنابراین برخلاف درمان‌های روان‌پوشی مرسوم که دلیل اصلی افسردگی را اشکال در تجربه و ابراز مناسب خشم می‌پنداشتند، تأکید ما در درمان افسردگی باید متمرکز بر درمان شرم نهادینه و نه خشم باشد. بدین معنا که در درمان می‌بایست آسیب‌پذیری خودشیفتگی و به دنبال آن تجربه احساس شرم نهادینه درمان و تعدیل گردد.

بنابراین در راستای مدل سبب‌شناسی افسردگی رودن (۲۰۰۳) می‌بایست شرم نهادینه در بیماران افسرده اتکابی با بهبود تجربه و ابراز سازگاران خشم و قاطعیت در روابط بین‌فردی و در بیماران با افسردگی درون‌فکنی‌شده با پذیرش و شفقت خود کاهش یابد. در همین راستا پاسکول-لئون و گریبنرگ^۴ (۲۰۰۷) با تحلیل پردازش هیجانی، مدل ترکیبی منطقی-تجربی‌ای کاربردی در جهت تعدیل شرم ارائه داده‌اند (شکل ۴). آنچه این مدل درمانی را مرتبط با کار پژوهشی حاضر می‌کند این است که خشم قاطعانه و شفقت خود در این مدل درمانی یک مؤلفه و در جهت تعدیل شرم در نظر گرفته شده‌اند، در واقع مدل پاسکول-لئون و گریبنرگ این دو مؤلفه را مفاهیم به ظاهر متفاوت اما به لحاظ معنایی مشابه در راستای یک هدف مشترک که کاهش شرم است، در نظر می‌گیرند. زیرا اگرچه این دو حالت‌های کاملاً متمایزی هستند که مشاهده‌گری بیرونی به‌راحتی می‌تواند آن‌ها را از هم تفکیک کند، اما این دو حالت عاطفی، در پردازش آشفتگی هیجانی کارکرد مشابهی دارند. خشم قاطعانه اساساً خشمی است که آن‌قدر تمایز یافته است که خودارزیابی مثبت و اظهار قطعی و روشن این ارزیابی یا نیازی شخصی را به تصویر می‌کشد. این امر به آن معناست که خشم قاطعانه صرفاً دور کردن موضوعی تنفرانگیز نیست و بیشتر به تعیین مرزها و اقدام به جنگ در دفاع از حقوق و نیازهای وجودی شخص مربوط است. «این را قبول نمی‌کنم، من ارزشمندم! با من بدرفتاری کرده‌اند» یا «من با تو فرق دارم. من وجود دارم، پس سزاوارم» از گزارش‌های مقدماتی‌ای هستند که بر خشم قاطعانه دلالت دارند. بیان این حالت هم بسیار خاص و هم به وضوح سازگاران است. شفقت خود یا خودمراقبتی^۵ از حالت‌های عاطفی است که ویژگی آن ارضای نیازهای بیان‌شده شخص است. کارکرد شفقت خود نیز مشابه بیان قاطعانه است، اما به جای این‌که هیجان را به طرف بیرون (یعنی به خشم) معطوف کند، هیجان را به صورت عطوفت یا مراقبتی درونی به سوی خود بیان می‌کند. این حالت به شکل‌های مختلفی نمایان می‌شود: شفقت خودآشکار، خودمراقبتی نسبت‌داده شده (مانند وقتی که مراجعه‌کننده نقش شخص مراقبت‌گر دیگری را بازی می‌کند)، یا تصدیق منابع موجود (مانند حمایت اجتماعی موجود، موفقیت‌های شخصی گذشته و ...) و تفکر درمورد آن‌ها (پاسکول-لئون، ۲۰۱۸).

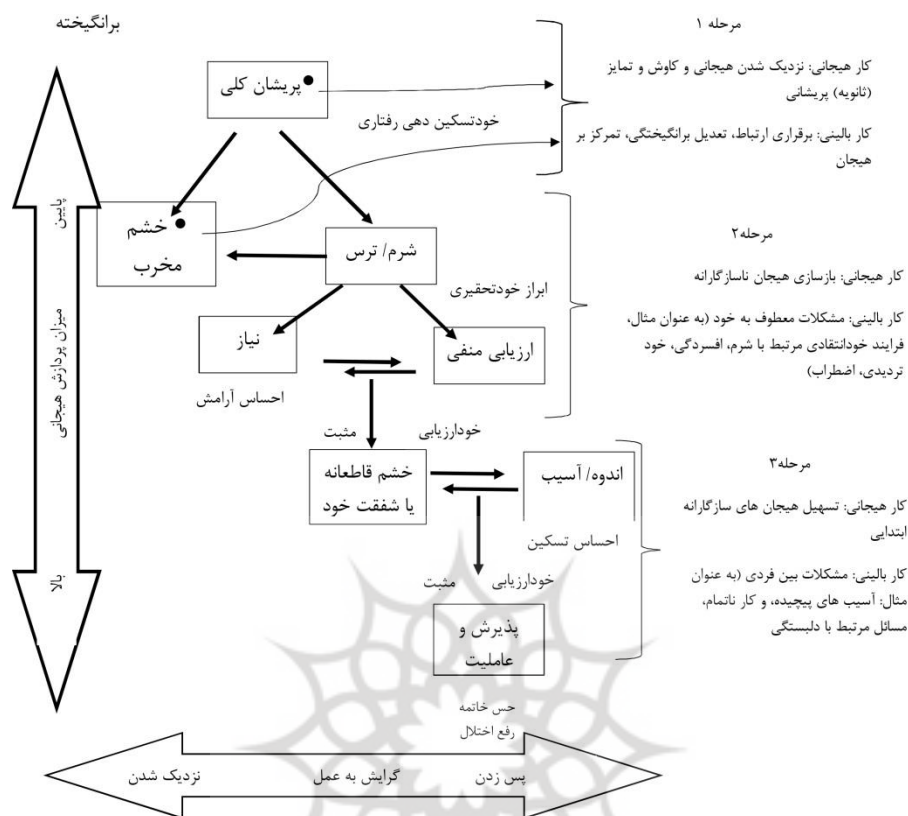
¹ Ekman and Friesen

² Lewise

³ Retzinger

⁴ Leon and Greenberg

⁵ Self-nurturing



شکل ۴. مدل پاسکول-لئون و گرینبرگ (۲۰۱۷)

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نظریه سیدنی بلت دو نوع کاملاً متفاوت افسردگی با علائم مشابه را می‌توان از لحاظ سبب‌شناسی و پاسخگویی به مداخلات درمانی از هم تفکیک کرد. افراد مبتلا به افسردگی اتکایی در روابط بین‌فردی دچار اشکال هستند به گونه‌ای که ترس مزمنی از رها شدن و دوست‌داستی نبودن دارند، در حالیکه افراد مبتلا به افسردگی درون‌فکنی شده ترس مزمن و شدیدی از تأیید نشدن و انتظارات زیادی از خود دارند، دائماً در تلاش برای کسب موفقیت بیشتر و کمال‌گرایی هستند و در صورت برآورده نشدن انتظاراتی که از خود دارند به شدت خود را انتقاد و سرزنش می‌کنند. در هر یک از انواع افسردگی تأکید درمانی متفاوت است اما به لحاظ نظری شفقت خود و ابراز سازگارانه خشم، تعیین حدود و مرزهای خود برای دیگران به شکل قاطعانه در جهت احترام و پذیرش خواسته‌های خود بوده و در واقع مفاهیمی مشترکی در راستای تعدیل شرم که در افسردگی نقش محوری دارد، است. بنابراین می‌بایست در درمان افسردگی مبتنی بر مدل درمانی پاسکول-لئون و گرینبرگ از یک سو شفقت خود در راستای درمان هیجان شرم در بیماران با افسردگی درون‌فکنی شده با کمک درمان‌های متمرکز بر شفقت خود و از سوی دیگر تنظیم هیجان خشم در بیماران با افسردگی اتکایی با کمک درمان‌های متمرکز بر تنظیم هیجان مورد تأکید قرار گیرد، در واقع باید از دو مسیر مجزا اما به لحاظ معنایی مشترک در راستای تعدیل شرم و اصلاح سوپرایگو مرضی در دو گروه از بیماران گام برداشت. درمان‌های معاصر عموماً بر یکی از این ابعاد تأکید دارند، در حالی که می‌بایست از رویکرد التقاطی به این منظور استفاده گردد. البته این درمان التقاطی می‌بایست با محوریت بهبود بعد خودتعریفی در افسردگی اتکایی از طرق پرورش ابراز صحیح هیجان خشم و متعاقباً افزایش عاملیت در این گروه از بیماران و بهبود بعد ارتباطی در افسردگی درون‌فکنی شده با پرورش پذیرش نقص‌های خود و دیگران باشد.

Theoretical overview of the role of core shame in anaclitic and introjective depression etiology

منابع

- Abraham, K. (1911). *Notes on the psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions*. In: *selected papers on psychoanalysis*. London: Hogarth press.
- Bakan, D. (1966). The duality of human existence: *An essay on psychology and religion*.
- Blatt, S. (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40(3), 691-724.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29(1), 107-157.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Blatt, S. J., & Luyten, P. (2009). A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, 21(3), 793-814.
- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and contemporary thought*, 6(2), 187-254.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12(5), 527-562.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 383.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(1), 113.
- Boone, L., Soenens, B., & Luyten, P. (2014). When or why does perfectionism translate into eating disorder pathology? A longitudinal examination of the moderating and mediating role of body dissatisfaction. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 412.
- Busch, F. N., Rudden, M., & Shapiro, T. (2016). *Psychodynamic Treatment of Depression*. American Psychiatric Pub.
- Cozolino, L. (2015). *Why therapy works*. New York: Norton and Company.
- Dearing, R. L., & Tangney, J. P. E. (2011). *Shame in the therapy hour*. American Psychological Association.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1975). *Unmasking the face Englewood Cliffs*. Spectrum-Prentice Hall, New Jersey.
- Hammen, C. (2005). Stress and Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 293-319.
- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693-710.
- Jacoby, M. (1994). *shame and the origins of self-esteem*. New York: Routledge.
- Levy, K. N., Beene, J. E., & Temes, C. M. (2011). Attachment and its vicissitudes in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(1), 50-59.
- Lewis, H. B. (1983). *Freud and modern psychology* (Vol.2) New York: Plenu
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 52-68.
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2011). Psychodynamic approaches to depression: whither shall we go? *Psychiatry*, 74(1), 1-3.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Blatt, S. J., Target, M., & Fonagy, P. (2015). Theoretical and empirical foundations of contemporary psychodynamic approaches. *Handbook of Contemporary Psychodynamic Approaches to Psychopathology*, 3-26.
- Pascual-Leone, A. (2018). How clients "change emotion with emotion": A programme of research on emotional processing. *Psychotherapy Research*, 28(2), 165-182.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why" the only way out is through." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875-887.
- Retzinger, S. M. (1991). *Violent emotions: Shame and rage in marital quarrels*. Sage Publications.
- Rudden, M., Busch, F. N., Milrod, B., Singer, M., Aronson, A., Roiphe, J., & Shapiro, T. (2003). Panic disorder and depression: A psychodynamic exploration of comorbidity. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84(4), 997-1015.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Luyten, P. (2010). Toward a domain-specific approach to the study of parental psychological control: Distinguishing between dependency-oriented and achievement-oriented psychological control. *Journal of Personality*, 78(1), 217-256.
- Tomkins, S. (1963). *Affect imagery consciousness: Volume II: The negative effects*. Springer Publishing Company.