

بررسی نقش شرم نهادینه در آسیب‌شناسی‌های روانی و روان‌درمانی‌های مؤثر بر آن Investigating the role of core shame in psychopathologies and effective psychotherapies on it

Dr. Elham Moosavian

Ph.D Student of clinical psychology, Shiraz
 University, Shiraz, Iran.
elham_moosavian@yahoo.com

دکتر الهام موسویان

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

Abstract

Clinical and empirical evidence confirming the relationship between core shame and psychopathology types has shown that core shame is the cause of many mental disorders, in this regard investigating the origin of this emotion in the preventive direction and also studying underlying factors for treatment is important. In this paper, by a theoretical review of the causes and origins of this emotion, as well as the study of research related to the relationship between psychological pathology and core shame, tried to address the underlying factors of this disorder and its educational results. Then, appropriate techniques for prevention and treatment were presented. Given the relationship between core shame and many psychological pathologies, it is important to study and evaluate this influential emotion by mental health professionals in order to use effective treatment techniques to reduce it in the psychotherapy process.

چکیده

شواهد بالینی و تجربی در تایید رابطه بین شرم نهادینه و انواع گسترده آسیب‌شناسی‌های روانی حاکی از آن است که شرم نهادینه زمینه‌ساز بسیاری از اختلالات روانی است. در همین راستا بررسی خاستگاه این هیجان در جهت پیشگیری و همچنین بررسی عوامل زمینه‌ساز در راستای درمان این آسیب‌شناسی حائز اهمیت است. در این مقاله با مروری نظری بر دلایل و خاستگاه ایجاد این هیجان و همچنین بررسی پژوهش‌های مرتبط با ارتباط آسیب‌شناسی روانی و شرم نهادینه سعی شد به عوامل زمینه‌ساز این اختلال و نتایج تربیتی آن پرداخته شود. سپس راهکارهای مناسب در جهت پیشگیری و درمان ارائه گردید. با توجه به ارتباط شرم نهادینه با بسیاری از آسیب‌شناسی‌های روانی، مطالعه و بررسی این هیجان تأثیرگذار توسط متخصصان حوزه سلامت روان در راستای استفاده از تکنیک‌های درمانی اثربخش در جهت کاهش آن در فرایند روان‌درمانی حائز اهمیت است.

Keywords: Core shame, Psychopathologies, Psychotherapy

واژه‌های کلیدی: شرم نهادینه، آسیب‌شناسی روانی، روان‌درمانی.

ویرایش نهایی: شهریور ۹۹

پذیرش: فروردین ۹۹

دریافت: اسفند ۹۸

نوع مقاله: تحلیلی

مقدمه

«بدترین تنهایی، راحت‌نبودن با خویش است.»

مارک تواین^۱

ما همه در حالی متولد شدیم که مملو بودیم از غرایز ابتدایی، خودخواهانه و غیرانسانی — بخشی از روان ما که فروید اید^۲ نام می‌نهد. توقع داریم مرکز توجهات باشیم و توجه پدر و مادرمان، تمام و کمال، معطوف به ما باشد. از آنجا که مراقبان ما سخت تلاش می‌کنند تا تمام نیازهای جسمانی و عاطفی ما را در یک سال نخست زندگی برآورده سازند، این میل در بدو امر، تا حد زیادی اجابت می‌شود. اما همین که کودکان شروع به کاوش محیط اطراف خود می‌کنند، در معرض دنیایی خطرناک قرار می‌گیرند. شرم را از این حیث به ما آموخته‌اند که ما را محفوظ بدارد، ولی این شرم یادآوری درونی است بر اینکه ما تا چه میزان وابسته‌ایم. در نتیجه، با تهدیدهای عاطفی طوری رفتار می‌کنیم که گویی بقای جسمانی‌مان وابسته به آن‌ها است.

¹ Mark Twain

² id

Investigating the role of core shame in psychopathologies and effective psychotherapies on it

این واکنش متوقف ساز^۱، به‌عنوان گذاری سریع از انگیختگی سمپاتیک^۲ به بازدارندگی پاراسمپاتیک^۳، درون دستگاه عصبی خودکار^۴ کدگذاری شده است. وقتی این واکنش متوقف ساز شروع به کار کند، کودکان از حس کنجکاوی و کنکاش به حالت ترس، انعطاف‌ناپذیری و پس‌نشینی منتقل می‌شوند. در نتیجه، کودک مکث می‌کند، به پایین نگاه می‌کند، سربه‌زیر می‌شود و شانه‌هایش را جمع می‌کند (کوزولینو^۵، ۲۰۱۵). اگرچه تعریف مورد توافق برای شرم ارائه نشده است، اما معمولاً آن را با دو مؤلفه‌ی کلیدی در ارتباط می‌دانند. مؤلفه‌ی اول به افکار و احساسات شخص درباره‌ی تعریفی که دیگران از او در ذهن خود دارند مربوط است که به آن شرم بیرونی^۶ گفته می‌شود. شرم بیرونی زمانی به وجود می‌آید که شخص تصور می‌کند دیگران «خود» را منفی و با دیده‌ی خشم و تحقیر می‌نگرند یا «خود» را دارای ویژگی‌هایی می‌داند که جذابیت را از او می‌گیرند، او را سزاوار رد شدن می‌کنند و او را در برابر حملات دیگران آسیب‌پذیر می‌سازند. سزاوار رد شدن دانستن «خودی که در ذهن دیگران زندگی می‌کند» دنیای اجتماعی را ناامن و دامن‌های از دفاع‌ها، نظیر تمایل به پنهان شدن، مخفی شدن و «دیده نشدن» را فعال می‌کند و اثر بازدارنده‌ی قدرتمندی بر پردازش اطلاعات دارد، به گونه‌ای که شخص احساس می‌کند ذهنش خالی یا سردرگم شده است (گیلبرت^۷، ۱۹۹۸). شرم بیرونی بر آنچه دیگران درباره‌ی شخص فکر می‌کنند متمرکز است. شرم درونی^۸ با تحول خودآگاهی پدیدار می‌شود و به چگونگی وجود شخص برای دیگران مربوط است (لوئیس^۹، ۲۰۰۳). شرم درونی بر «خود» متمرکز است و توجه معطوف به خود، احساسات و ارزیابی‌های به عمل آمده از خود را ناکافی، معیوب یا بد می‌داند. بنابراین بی‌ارزش‌سازی خود و خودانتقادگری از مؤلفه‌های کلیدی شرم درونی هستند. شرم بیرونی و درونی می‌توانند با هم ترکیب شوند که لوئیس آن را «خود نمایان»^{۱۰} می‌نامد. پیامد این ترکیب این است که شخص در دوره‌ای از شرم احساس می‌کند دنیای بیرونی علیه او شده است و از طرف دیگر خودارزیابی‌ها و شناخت از خود (دنیای درونی) او نیز انتقادی، خصمانه و آزاردهنده می‌شوند (گیلبرت و پروتکر^{۱۱}، ۲۰۰۶).

شرم به عنوان هیجانی اجتماعی مفهوم‌سازی می‌شود که وقتی شخص ارزش کار خود را از دید دیگران پایین می‌بیند ایجاد می‌شود (الیسون^{۱۲}، ۲۰۰۵). شرم در حضور دیگران تجربه می‌شود و بر بد بودن خود متمرکز است. مجموعه‌ای از واکنش‌های هیجانی مربوط به ادراک کاهش ارزش به واسطه نظارت بر خود است؛ یعنی شخص تصور می‌کند پذیرش یا موقعیت اجتماعی خود را نزد دیگران از دست داده است، تحقیر شده است یا دیگر خواستنی نیست (موریسون^{۱۳}، ۲۰۱۱). شرم با کاهش ادراک شده یا واقعی رتبه‌ی اجتماعی در ارتباط است (کین^{۱۴}، ۲۰۱۲). بنابراین، خود و خودآگاهی نقش مهمی در شرم دارند، زیرا شرم زمانی تجربه می‌شود که کل خود معیوب و غیرقابل تحمل تجربه شود (لنسکی^{۱۵}، ۲۰۰۳).

پژوهش‌ها بر بیان جهانی شرم دلالت دارند: پایین آمدن چشم‌ها، کاهش تونوس عضله‌ی صورت و گردن که سبب پایین آمدن سر می‌شوند، همچنین، استفاده از صورت، بدن، کلمات و اعمالی برای کوچک‌تر و غیرتهدیدکننده به نظر رسیدن و انتقال عقب‌نشینی، تسلیم و مسامحه (الیسون، ۲۰۰۵). این نمایش شرم به دیگران نشان می‌دهد که آماده‌ی سازش هستید.

¹ freeze response

² sympathetic arousal

³ parasympathetic inhibition

⁴ the autonomic nervous system

⁵ Cozolino

⁶ External shame

⁷ Gilbert

⁸ Internal shame

⁹ Lewis

¹⁰ Exposed self

¹¹ Procter

¹² Elison

¹³ Morrison

¹⁴ Kane

¹⁵ Lansky

شکاف بین خود ایده‌آل و خود واقعی شدت شرم را تعیین می‌کند. شخص خود را از چشم دیگری ارزیابی می‌کند (فولاگار^۱، ۲۰۰۳) تا ببیند در مقایسه با ایده‌آل‌ها یا انتظارات خود چه چیزهایی کم دارد و در نتیجه، احساس شکست یا حقارت می‌کند (موریسون، ۲۰۱۱).

در مطالعات فروید شرم، در سطح ناخودآگاه، اضطراب هشدار^۲ است که از احساسات روانی دردناک قریب‌الوقوع آسیب دیدن از طریق سرافکنندگی نارس سیستمی غیرقابل تحمل و نابودی اجتماعی در شرف تکوین خبر می‌دهد (لنسکی، ۲۰۰۵). شرم در جایگاه اضطراب هشدار، موجب دفاع در برابر آگاهی دردناک از عاطفه منفی یا دفع تعارض درون‌روانی‌ای می‌شود که ایگو نمی‌خواهد آن را بپذیرد. باید توجه داشت که شرم دفاعی در برابر سائق‌ها یا غرایز نیست، بلکه در برابر آگاهی دردناک از بی‌ارزش بودن یا معیوب دانستن خود از ما دفاع می‌کند (ریزوتو^۳، ۲۰۱۴). شرم، به عنوان دفاع، تعارض‌های سائق را سرکوب نمی‌کند، بلکه آگاهی از تعارض‌های سائق مربوط به تجارب حقیر بودن، دوستانه‌اشتنی نبودن شخص را در حضور ایزه‌های درونی یا بیرونی سرکوب می‌کند. در این مورد، کارکرد شرم تنظیم هیجان است و اطمینان حاصل می‌کند که شخص، در موقعیتی که احتمال به خطر افتادن موقعیت، دوست‌داشتنی بودن یا پذیرش در آن وجود دارد، پیوند اجتماعی را از دست ندهد (لنسکی، ۱۹۹۹).

منابع پژوهشی حاکی از آن‌اند که مفاهیم شرم و احساس گناه به خوبی درک نشده‌اند و به اشتباه در یک طبقه قرار داده می‌شوند (تنگنی^۴، ۲۰۰۱). هم‌پوشانی زیاد بین این دو سازه در پژوهش‌ها و از دید نظریه‌پردازان به این خاطر است که شرم یکی از عواطف اصلی مرتبط با احساس گناه به حساب می‌آید (الیسون، ۲۰۰۵). لنسکی (۱۹۹۹) نیز احساس گناه و شرم را هیجان‌هایی اخلاقی می‌داند. شرم در روان بزرگسالان نشانه‌ی تعارض با ایده‌آل ایگو (مجموعه‌ای از استانداردها، ایده‌آل‌ها) است، در حالی که احساس گناه به مجازات مربوط است و بر ترس از مجازات دلالت دارد (لنسکی، ۲۰۰۵).

کارکرد سازگارانه‌ی شرم را نمی‌توان نادیده گرفت. استاتر^۵ (۲۰۱۱) معتقد است که دل‌جویی از دیگران، پیش‌گیری از انجام اعمالی که موجب تنزل ارزش استنباط یا ادراک شده می‌شوند، پنهان کردن خود در مواقعی که ضعیف شده یا آسیب دیده است، فروتنی، حساسیت اجتماعی و پیروی از هنجارهای اجتماعی و فرهنگی از جنبه‌های سازنده‌ی شرم هستند. الیسون (۲۰۰۵) می‌گوید شرم همان نقشی را در روابط دارد که درد در یکپارچگی بدنی ایفا می‌کند. درست همان‌طور که درد هشدار است که بر وقوع آسیب جسمی دلالت دارد، شرم هشدار است که از به هم خوردن رابطه خبر می‌دهد. درست همان‌طور که کیفیت منفی درد موجب می‌شود آن را متوقف یا از آن اجتناب کنیم، کیفیت منفی شرم نیز موجب می‌شود آن را متوقف یا از آن اجتناب کنیم. هم درد و هم شرم رخداد را به هشجاری می‌رسانند، توجه ما را به آن معطوف می‌کنند و اقدام مناسب را برمی‌انگیزند.

بنابراین اینجا لازم است شرم نهادینه را از صورت پسنده‌ی شرم که اصول اخلاقی و ارزش‌های گروه را تقویت می‌کند، تفکیک کنیم. شرم سالم در دوران کودکی، به‌آهستگی و در کنار فهم انتظارات دیگران، توانایی سنجش رفتارهایمان در قبال این انتظارات و تسلط لازم برای خویشتن‌داری در برابر تکانه‌های جامعه‌ستیزانه به وجود می‌آید. شرم سالم به تقویت خودآگاه کمک می‌کند، توانایی‌های همدلانه‌ی ما را ژرفا می‌بخشد و به ما اجازه می‌دهد که روابط حمایتی دو سویه داشته باشیم. در مقابل، شرم نهادینه در نخستین ماه‌های کودکی رشد می‌کند، بازتابی است از اینکه قدر و منزلت خود را به‌عنوان عضوی از خانواده چگونه می‌بینیم. نتیجه‌ی شرم نهادینه این است که نفس اساساً ناقص، بی‌ارزش و دوست‌نداشتنی احساس می‌شود. در حالی که متعاقب شرم سالم شخصیت مثبت شکل می‌گیرد، شرم نهادینه به نقطه‌ی مقابل اعتماد به نفس منتهی می‌شود. اگر

¹ Fullagar

² Signal anxiety

³ Rizzuto

⁴ Tangney

⁵ Stadter

Investigating the role of core shame in psychopathologies and effective psychotherapies on it

شرم سالم ابراز آگاهانه‌ای از شرمندگی برای کاری باشد که انجام داده‌ایم، شرم نهادینه احساس عمیق شرمندگی به‌خاطر کسی است که هستیم. بخش عمده‌ی شرم نهادینه، حس ازدست‌رفتگی آبرو است بدون آن که فرصت استیفای آن وجود داشته باشد. غالب درمان‌جویان با شرم نهادینه والدینی سخت‌گیر و عیب‌جو دارند یا احساس می‌کنند که کمتر از خواهران و برادرانشان محبوب بوده‌اند. احتمال بیشتری دارد که تجربه‌ی بدرفتاری، نادیده شدن یا ترک شدن از یکی از والدین یا هر دوی آن‌ها داشته باشند و یا پدر و مادری داشته‌اند که به‌خاطر حمایت عاطفی و عملی به آن‌ها تکیه کرده‌اند. بسیاری از کودکانی که والدینی بی‌صلاحیت دارند، از سنین ابتدایی نقش سرپرست عاطفی پدر و مادر را بازی می‌کردند. به‌رغم شایستگی این کودکان و طرز رفتار بزرگ‌سالانه‌شان، ذهن‌های خردسالشان عدم شایستگی والدین خود را عدم ارزشمندی خود تعبیر می‌کرد؛ با این اعتقاد که «اگر من سزاوار عشق بودم، پدر و مادرم آنچه نیاز داشتم را به من می‌دادند.» در نهاد شرم نهادینه اطمینانی است درونی به ضعف فردی که با ترس از اینکه این مطلب بر همه معلوم شود، ترکیب شده است. حتی اگر فرد دارای شرم نهادینه هیچ کار اشتباهی انجام نداده باشد، باز احساسی قوی وجود دارد مبنی بر اینکه هیچ کاری برای جبران آن کار نکرده نمی‌توان انجام داد، چون «جرم» دوست‌داشته‌نشدن از سوی والدین به ندرت در این افراد خودآگاه است. زمانی که کودکان دارای شرم نهادینه سانشان به حدی برسد که به مدرسه بروند، به‌جهت پیش‌بینی رفوزگی و انزوای اجتماعی، ترسان و مضطرب وارد کلاس می‌شوند. از آنجا که هر فرصت اجتماعی و آموزشی احتمال شکست را با خود به همراه دارد، کودکان دچار شرم نهادینه، معمولاً برای شرکت در کلاس، تعامل با هم‌سالان و احساس بخشی از گروه بودن، در کشمکش‌اند. شرم نهادینه در حافظه‌ی ضمنی ذخیره می‌شود همچون چیزی که هیچ وقت آموختن آن را به یاد نمی‌آوریم، اما هیچ‌گاه فراموش نمی‌کنیم. از دلایل اصلی اینکه چرا روان‌درمانی جواب می‌دهد همین است که ما می‌توانیم پرده از شرم نهادینه برداریم، برایش اسم انتخاب کنیم و برای مهارش تدابیری مطرح کنیم (کوزولینو، ۲۰۱۵).

جنبه‌ی جهانی شرم، با توجه به شخصیت، معنا و برای گروه‌های فرهنگی مختلف، نمودهای مختلفی دارد. شودر^۱ (۲۰۰۳) معتقد است که نمود متفاوت شرم را نیز در دوره‌های مختلف تاریخی نباید نادیده گرفت. اگرچه شرم از این تصور ناشی می‌شود که دیگری ما را معیوب دانسته است (تعریف جهانی)، ممکن است در فرهنگی، از دوست‌داشتنی نبودن (اگر آن فرهنگ برای دوستانه‌اشتی بودن ارزش قائل باشد) و، در فرهنگی دیگر، از برعهده نگرفتن مسئولیت (اگر آن فرهنگ برای مسئولیت‌پذیری ارزش قائل باشد) ناشی شود. فولاگر^۲ (۲۰۰۳) معتقد است که شرم تا حد زیادی با عملکرد هویت در رابطه با هنجارهای فرهنگی در ارتباط است. بنابراین شرم بر طرد اجتماعی دلالت دارد که می‌تواند واقعی یا خیالی باشد. تعداد مخاطبانی که ارزش شخص نزد آن‌ها کم شده است، اهمیت کسانی (دوستان در مقابل افراد غریبه) که این مخاطبان را تشکیل می‌دهند، خیالی یا واقعی بودن تنزل ارزش و میزان (شدت) تنزل ارزش، مثلاً صرف ابراز انزجار در مقابل طرد آشکار، بر شدت شرم تأثیر می‌گذارد و این خصوصیات از هنجارهای فرهنگی تأثیر می‌گیرند (واندرهیدن، مایر و مایر^۳، ۲۰۱۷).

خاستگاه شرم نهادینه

از منظر رویکردهای روان‌پویشی و بالاختص بر اساس نظرات فروید، بیشتر کارکردهای روان‌شناختی ما بر اساس تعاملاتی پویا میان ایگو، سوپرایگو و اید انجام می‌شود و تجربه شرم ناشی از سوپرایگو مرضی در ساختار روان است. کودک ویژگی‌های متمایز ورودی‌های حسی را که از مراقبتگر دریافت می‌کند طوری درونی‌سازی می‌کند که گفتگویی درونی با این ویژگی‌ها شکل بگیرد که همان سوپرایگو از منظر رویکردهای روان‌پویشی است. در فضای مجازی درونی کودک، بین خود و فرد درونی‌شده دیگر (یعنی مراقب) تفاوت وجود دارد. به دلیل ارائه تقویت از طرف مراقب قابلیت‌های کسب‌شده کودک اجرا و تحت هدایت بازخوردی، اصلاح می‌شود. در نتیجه خودکارآمدی افزایش می‌یابد و به تدریج، کنترل‌های بیرونی رفتار (از طریق مدل‌سازی با مراقب) به

¹ Shweder

² Fullagar

³ Vanderheiden, Mayer

کنترل درونی تبدیل می‌شود. البته در طول زندگی فرد افراد مهم دیگری نیز وجود دارند. افرادی از قبیل اعضای خانواده، معلمان، همسالان، ستارگان سینما، شخصیت‌های کارتون و حیوانات خانگی. تمام این افراد و شخصیت‌ها، به عنوان مدل عمل می‌کنند و ممکن است فضای مجازی درونی ما، با تعاملات و گفتگوهای فراوانی با این افراد مهم اشغال شود. اگر فضای ذهنی، مملو از گفتگوهای فراوان با افراد درونی‌سازی شده هم‌مدل و سازنده باشد می‌تواند به عنوان پادزهری در برابر یادگیری تقلیدی از مدل‌های پرخاشگر، عمل کند. اغلب افراد با تجربه عمیق شرم توسط یکی از مراقبانشان بطور آشکار و به شدت مورد آزاد و سوءاستفاده جسمی و یا روانی قرار گرفته، درحالی‌که مراقب دیگر به شکلی منفعلانه شاهد این آزارها بوده‌اند. سوپرایگوی این بیماران به وسیله چندین مراقب پرخاشگر اولیه شکل گرفته است و در واقع آنها ایگوی بیمار را مورد هجوم قرار داده‌اند. این افراد کسانی بوده‌اند که کودک به آنها وابسته بوده است و البته، همیشه آن مراقب منفعل، درمانده، و نادیده‌انگار است که شرایطی را فراهم می‌سازد تا مراقب پرخاشگر دیگر بتواند رفتار ظالمانه و دردآورش را مدتها ادامه دهد. بطور ویژه، این مراقبان پرخاشگر درونی‌ساز شده را که فضای مجازی ذهنی بیمار را اشغال می‌کنند سوپرایگو می‌نامیم. از منظر بحث نورون‌های آینه‌ای می‌توان گفت سیستم نورون‌های آینه‌ای در این بیماران، در واقع زندان نورون‌های آینه‌ای است (نبورسکی و تن هاود لاجیه^۱، ۲۰۱۲).

از طرف دیگر والدین ما در طول کودکی جدا نمی‌شوند یا با بیماری نمی‌میرند؛ آن‌ها ما را ترک می‌کنند چون به حد کافی برایشان دوست‌داشتنی نبودیم که بخواهند بمانند. بچه‌ها نمی‌توانند مفهوم زمان کیفی^۲ را درک کنند، که سبب می‌شود میزان زمانی که با جمع می‌گذرانند را دوست داشتن تلقی کنند. اگر بیشتر زمان خود را دور از آن‌ها سپری کنید، آن‌ها به صورت طردشدگی تجربه‌اش خواهند کرد (کوزولینو، ۲۰۱۵). کودک، با توجه به رفتار واقعی دیگری (مادر)، یا براساس فرافکنی‌های احساسات و فانتزی‌های خود، احساس می‌کند که در نظر دیگری (مادر) چگونه می‌آید. این دو مؤلفه‌ی تجربه‌ی کودک از دیگری (مادر) به یک ساخت بازنمایاننده از دیگری (مادر) به عنوان پاره‌ایه‌هایی^۳ در روان تبدیل می‌شود (ریزوتو، ۲۰۱۴). شرم احساس منفی مربوط به خودشیفتگی‌ای است که با آرزوی خاص و ویژه بودن برای دیگری (مادر) در ارتباط است. وقتی دیگری (مادر) این آرزو را برآورده می‌کند، کودک خود را منسجم، باثبات و ارجمند می‌یابد. باوجوداین، اگر کودک نتواند با دیگری (مادر) یکی شود یا از او انعکاس بگیرد، خود را به عنوان شخصی آشفته، معیوب یا تکه‌تکه و مستعد آسیب‌پذیری نارس‌سیستیک و شرم تجربه می‌کند. شکافی که کودک در انعکاس دیگری (مادر) تجربه می‌کند به باورهای از پیش موجود و فانتزی‌های ناهشیاری درباره‌ی ارزش یا بها، نقص یا دوست‌نداشتنی بودن خود منجر می‌شود، که در بزرگسالی منعکس خواهند شد (موریسون، ۲۰۱۱). به این ترتیب، عدم دسترسی عاطفی به والدین به‌مثابه‌ی طردشدن تجربه می‌شود و به این صورت تعبیر می‌شود: «من به حد کافی مهم، ارزشمند یا دوست‌داشتنی نیستم که به عضویت در خانواده دلگرم باشم» - که در صورتی که بقایان وابسته به محافظت خانواده‌تان باشد، امری خطیر احساس می‌شود. این گسست انس و وابستگی عاطفی میان بهترین والدین و سالم‌ترین فرزندان هم بروز می‌کند. هرچند کودکی که سرشت حساس یا مضطربی دارد، ممکن است در مقابل آنچه تعاملات تربیتی طبیعی و عادی به‌نظر می‌رسد هم، به شدت رنج ببیند (کوزولینو، ۲۰۱۵).

پیامد تربیتی شرم نهادینه

استفاده‌ی بیش از حد از حس شرم‌مساری به‌عنوان ابزاری تأدیبی زمینه‌ساز مشکلات درازمدت در کنترل احساسات کودکان است. والدینی که کودکان خود را دائماً شرم‌منده می‌کنند، کودکانی دارند که زمان بیشتری دچار تشویش و ترس‌اند و در معرض خطر افسردگی و اضطراب قرار دارند. یکی از وجوه مهم احتراز از القاء شرم نهادینه، رهایی کودک از حالت‌های انزوا با کمک انس‌گیری مجدد با او، در اولین فرصت ممکن، بعد از گسست ارتباط است. تصور می‌شود که بازگشت‌های مکرر و

¹ Neborsky, ten Have-de Labije

² quality time

³ Part object

Investigating the role of core shame in psychopathologies and effective psychotherapies on it

سریع از حالت شرمندگی به ارتباط مجدد و انس‌گیری در عین حالی که بر شکل‌گیری تدریجی خودکنترلی و اعتماد به نفس مؤثر است، موجب تعادل مجدد عملکرد کودک می‌شود. مسأله این است که آنچه به‌عنوان تدبیری دیرینه برای محافظت از فرزندان به وجود آمده است زیربنای ناخودآگاه فرآیندهای روان‌شناختی دلبستگی، موقعیت اجتماعی و خودانگاره^۱ است. حس محبوبیت و عدم محبوبیت بنیانی می‌شود برای روابط نزدیک ما، تصور ما از خودمان و نقشی که در گروه‌ها ایفا می‌کنیم. افرادی که شرم نهادینه دارند، زندگی‌شان را با این احساس متفاوت سپری می‌کنند که در خطر تعرض، ترک شدن یا حتی مرگ هستند (کوزولینو، ۲۰۱۵).

کلاین نشان داد که تحول اولیه از دو وضعیت^۲ تحولی متمایز، اما هم‌پوشان، یعنی وضعیت‌های پارانوئید - اسکیزوئید و افسرده‌وار، تشکیل شده است (لیکیرمن^۳، ۲۰۰۱). موقعیت پارانوئید - اسکیزوئید با دونیم‌سازی، درون‌فکنی، فرافکنی و همانندسازی فرافکنانه مشخص می‌شود، که موجب می‌شوند دیگران به عنوان پاره‌ابژه، یعنی ابژه‌های خوب یا بد، ادراک شوند. در دوران کودکی، دیگری مهم به "خوب و پرورش‌دهنده" یا "بد و منع‌کننده" تفکیک می‌شود و در نتیجه، پاره‌ابژه‌هایی را در پی دارد (رابینز و گوئیکوچنا^۴، ۲۰۰۵). اضطراب‌گزندی که در وضعیت پارانوئید - اسکیزوئید تجربه می‌شود، منبعی قوی برای شرم است، زیرا دیگری طردکننده، استثمارگر و تحقیرکننده موجب می‌شود خود دوست‌نداشتنی تجربه شود (لنسکی، ۲۰۰۳). در وضعیت افسرده‌وار، شخص می‌تواند دیگری را به عنوان ابژه‌ای کامل و جدا ادراک کند که هم خوب است و هم بد (براون^۵، ۲۰۰۳). بنابراین، کودک متوجه می‌شود که این دیگری مهم است که هم خوب و پرورش‌دهنده و هم بد و منع‌کننده است. حالا احساسات و حالات فکری خود و دیگری را سازمان می‌دهند و خود، جدا از دیگری تجربه می‌شود (واندریپیدن، مایر و مایر، ۲۰۱۷). این دو وضعیت رابطه‌ای دیالکتیک با هم دارند، زیرا یکدیگر را خلق، خنثی و تا بزرگسالی حفظ می‌کنند. در تعامل دیالکتیک بین گرایش‌های تجزیه‌کننده وضعیت پارانوئید - اسکیزوئید و گرایش‌های یکپارچه‌ساز وضعیت افسرده‌وار، احتمالات روان‌شناختی جدید خلاقانه‌ای پدیدار می‌شوند، که نه در دسته‌ی تکه‌تکه‌شده‌ی کامل قرار می‌گیرند و نه در دسته‌ی سختی روان‌شناختی شدید (رابینز و گوئیکوچنا^۴، ۲۰۰۵). باید به خاطر داشت که نمی‌توان وضعیت افسرده‌وار را به‌طور کامل حفظ کرد، زیرا شخص بزرگسال تمایل دارد وقتی عزت‌نفس تهدید می‌شود (احتمالاً از طریق شرم نهادینه)، به وضعیت پارانوئید - اسکیزوئید پس‌رفت کند (لیکیرمن، ۲۰۰۱).

اعتماد به نفس در مقابل شرم نهادینه

اعتماد به نفس و شرم نهادینه‌ی ابتدایی چنان در عنفوان درون ما نوشته شده‌اند که در ژرفا به آن‌ها علم داریم، اما به‌ندرت به آن‌ها فکر می‌کنیم و به‌روشنی از آن‌ها حرف می‌زنیم. همین که کودک تدریجاً وارد گروه‌های بیش از پیش پیچیده‌ی هم‌سالان می‌شوند، شرم نهادینه شروع به شکل‌دهی دنیای اجتماعی‌شان می‌کند. شرم نهادینه شناخت اجتماعی را تحریف می‌کند و در موقعیت‌های خنثی و حتی مثبت احساس مطرودیت ایجاد می‌کند. تداوم استنباط خطای مطرودیت از تعاملات خنثی یک دور باطل ایجاد می‌کند که به‌گونه‌ای آزارنده، وجهه، موقعیت اجتماعی و توانایی تشکیل روابط قربانیان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زندگی‌هایشان با برچسب‌هایی چون اضطراب مزمن، افسردگی و ستوه‌ناشی از شکست در مبارزه برای کسب مقبولیت، لکه‌دار می‌شود. افراد دچار شرم نهادینه، از آنجا که نمی‌دانند ممکن است چیزی بتواند غیرقابل تحمل باشد، در پیش‌روی صبورانه به سمت راه‌حل‌ها مشکل دارند. راه‌حل‌های سریع برای مشکلات می‌خواهند و برچسب‌ها و پاسخ‌های ساده‌انگارانه‌ی رهبران دینی و روان‌شناسان عوام‌پسند را به‌سادگی می‌پذیرند تا از تشویش‌شان رها شوند. برای تغییر مثبت در این درمان‌جویان به ابزارهای کنترل ترس و استرس نیاز است. به تعبیر افراد با تجربه شرم نهادینه «می‌توانم

¹ self-identity

² position

³ Likerman

⁴ Robbins & Goicoechea

⁵ Brown

⁶ Robbins & Goicoechea

جایی که هستیم باشم و می‌توانم جایی که می‌روم باشم؛ اما نمی‌توانم بلا تکلیفی در میانه بودن را تحمل کنم.» (کوزولینو، ۲۰۱۵). هایمپل، وود، مارشال و براون (۲۰۰۲) متوجه شدند که افرادی با عزت نفس پایین، در پی مواجهه با مانع، بیشتر از افرادی با عزت نفس بالا، انگیزه‌ی اصلاح خلق خود را از دست می‌دهند. به اعتقاد آن‌ها دو فرآیند مهم در این امر نقش دارند. اول اینکه، کسانی که عزت نفس پایینی دارند در برخورد با موانعی که باعث کاهش سطح خلق می‌شوند، بیشتر از افرادی با عزت نفس بالا، انرژی خود را از دست می‌دهند. دوم اینکه، افراد دارای عزت نفس پایین خیلی بیشتر از افراد دارای عزت نفس بالا با خودانتقادگری درگیرند و در چرخه‌ی معیوبی می‌افتند که در آن، پایین آمدن خلق محرک خودانتقادگری و خودانتقادگری محرک پایین آمدن بیشتر خلق است. ولتون و گرینبرگ^۲ (۲۰۰۵) نشان داده‌اند که جنبه‌های آسیب‌شناختی خودانتقادگری صرفاً به محتوای افکار مربوط نیستند، بلکه با اثرات ناشی از خشم معطوف به خود و تحقیر موجود در انتقاد نیز در ارتباطند.

شرم، آسیب‌شناسی و سلامت

روابط بین شرم و انواع گسترده آسیب‌شناسی‌های روانی بسیار حائز اهمیت است. متاسفانه، شناخت اندکی از روابط دقیق بین آن‌ها وجود دارد. شرم، داشتن به معنی عزت نفس پایین و گاهی اوقات حمله خود فعال و خودبیزاری است، که بسیاری از محققان در مبحث افسردگی به آن اشاره کرده‌اند. بسیاری از نمونه‌های افسردگی منعکس‌کننده درماندگی و عزت نفس پایین هستند. حتی در آن مواردی که افسردگی به روشنی منعکس‌کننده فقدان ابژه یا عشق آن است و یا خشونت‌ی که علیه ابژه درونی شده سوق یافته است، معنای درون‌روانی این خصومت این است که خود بی‌ارزش و کهنتر است. شرم یک مؤلفه مهم و در واقع، یک محرک معمولاً ضروری برای افسردگی است. به‌طور معمول در افسردگی، احساسات عمیق شرم نهفته شده است (دیرینگ و تانگانی، ۲۰۱۱). در واقع، برخی استدلال کرده‌اند که شرم «سنگ بنای همه‌ی انواع افسردگی» است. اختلافات اندکی بر پایه‌ی تحقیقات بالینی و آزمایشگاهی در مورد اینکه شرم و افسردگی ذاتاً و کاملاً به هم مربوط می‌شوند وجود دارد (پاتیسون، ۲۰۰۰). مرور تحقیقات راجع به روابط میان شرم و افسردگی در بزرگسالان (کیم^۳ و دیگران، ۲۰۱۱) و در نوجوانان (موریس و میترز^۴، ۲۰۱۴) نشان داده است که افسردگی با سطوح بالای شرم کلی و شرم جزئی مرتبط است و احساس شرم کلی پیوند قوی‌تری با علائم افسردگی دارد تا احساس شرم جزئی. لیچ و سیدام^۵ (۲۰۱۵) استدلال می‌کنند که این الگوی نتایج ممکن است ریشه در این واقعیت داشته باشد که احساس شرم کلی، تلویحاً نشانگر وجود مجموعه‌ای خصوصیات شخصیتی است که ناقض استانداردهای رفتاری است و غیر قابل تغییر هستند. برعکس، شرم جزئی اغلب در موقعیت‌هایی پدیدار می‌شود که شکست فرد قابل جبران است و می‌تواند به کوشش‌هایی در جهت بهبود خویشتن بیانجامد. در عین حال، هم شرم جزئی و هم شرم در حالت کلی با تمرکز بر روی خود «بد» و تقویت احساس بی‌ارزش بودن، ضعیف بودن و حقیر بودن و در نتیجه، افزایش احتمال افسردگی در ارتباط هستند (گامپین و شارپ^۶، ۲۰۱۸).

بلاک لوئیس و همکارانش (۱۹۸۷) شرم را به عنوان عامل مؤثر در اسکیزوفرنی، چاقی زنان و روابط بد زندگی زناشویی می‌دانند و اشاره می‌کنند که به نظر می‌رسد زنان بیشتر از مردان مستعد شرم و افسردگی هستند. مجموعه‌ای از آسیب‌شناسی‌های مربوط به شرم که توسط هاردر (۱۹۹۵) ارائه شده است عبارت‌اند از: الکلیسم و عواقب آن، سوءمصرف سایر مواد، شخصیت ضداجتماعی، شخصیت مرزی، افسردگی، اختلالات خوردن، آسیب‌شناسی‌های نارسیستیک، اختلالات استرس پس از سانحه، نقص عملکرد جنسی و نابهنجاری‌های جنسی، کمرویی افراطی، خودکشی و پرخاشگری.

1. Heimpel, Wood, Marshall & Brown

2. Whelton & Greenberg

3 Kim

4 Muris and Meeters

5 Leach and Cidam,

6 Gampin anf Sharp

Investigating the role of core shame in psychopathologies and effective psychotherapies on it

کوفمان هشت گروه کلی سندرم را شناسایی می‌کند که مقید به شرم هستند و پیرامون شرم سازماندهی می‌شوند، گرچه با سایر عواطف نیز تداخل دارند (کوفمان، ۱۹۹۳). گروه اول گروهی از سندرم‌های وسواسی هستند که مشخصه آنها بازآفرینی تجربه‌ی تکراری است. این سندرم‌ها شامل سوءاستفاده جنسی و جسمی می‌شوند. ثانیاً، کوفمان به اختلالاتی نظیر الکلیسم، قمار و مصرف مواد مخدر اشاره می‌کند و آن‌ها را تلاش‌هایی در جهت فرار از تجربه‌ی دردناک شرم می‌داند. اختلالات خوردن نظیر بی‌اشتهایی و جوع گروه سوم آسیب‌شناسی‌های مربوط به شرم را شکل می‌دهند. در اینجا شرم مربوط به غذا توجه را از شرم اساسی‌تر نسبت به خود، منحرف می‌کند. در سندرم‌های مختلف فوبیک نظیر هراس از مکان‌های باز، کوفمان نشان می‌دهد که ترس، ماسکی در برابر تجربه‌ی شرم ایجاد می‌کند، درحالی‌که در سندرم‌های نقص عملکرد جنسی نظیر ضعف جنسی، بخشی از تجربه‌ی شرم از کارکرد رضایت جنسی پیشگیری می‌کند. کوفمان همچنین معتقد است که شرم می‌تواند در دسته‌بندی سندرم‌ها نظیر سندرم‌های مرزی، خودشیفتگی و چندشخصیتی مؤثر باشد (پاتیسون، ۲۰۰۰).

درمان شرم نهادینه

در شرم نهادینه، تعدادی علائم مهم مشاهده می‌شود که لازم است درمانگرها آن‌ها را زیر نظر بگیرند. کمال‌گرایی سرسختانه، نداشتن خودمراقبتی و انتخاب شریک‌هایی که سوءاستفاده‌گر یا غیرحامی هستند، رایج‌ترین این علائم هستند. همچنین احساس شرم را می‌توان زمانی مشاهده کرد که فرد تحمل تنهایی را نداشته باشد یا زمانی که فرد، پس از جدایی، دست به خودکشی بزند. افراد مبتلا به شرم نهادینه احساس نسبتاً خفیف رهاشدگی را احساس می‌کنند، زیرا این موضوع باعث احیای خاطره‌های ناآشکاری (ضمنی‌ای) می‌شود که آن‌ها از اولین تجارب رهاشدگی دارند. در برخی از این افراد هر گونه بازخوردی که مبین کامل نبودن آن‌ها باشد، ایجاد دلهره می‌کند و باعث می‌شود تا نتوانند خطرپذیر باشند، در اندیشه‌های جدید کندوکاو کنند یا راهنمایی‌های دیگران را بپذیرند. مراجعه‌کنندگانی که شرم نهادینه دارند، به‌طور مکرر عذرخواهی می‌کنند تا از اختلاف با دیگران و خشم آن‌ها اجتناب کنند و این کار همیشه کار شایسته‌ای به نظر می‌رسد. تحسین باعث نشاط آن‌ها می‌شود، ولی هر عملی را که انتقاد تلقی کنند، به‌شدت به آن‌ها برمی‌خورد و واکنش جنگ‌وگریز شان را برمی‌انگیزد. آن‌ها به تف‌سیرهای دیگران واکنش تندی نشان می‌دهند، زیرا این تف‌سیر بیانگر ناکامل بودن آن‌ها است و باعث شرم می‌شود. مراجعه‌کنندگان کاملاً باهوش هستند، ولی از امتحان کردن چیزهای جدید اجتناب می‌کنند مگر آنکه از موفقیتشان اطمینان داشته باشند. این کار در عین حال که باعث می‌شود تا از شکست دوری کنند، مانع از آن نیز می‌شود که در معرض مسائل جدید قرار بگیرند، چالش‌ها را بپذیرند، و بیاموزند چگونه بر احساس ناامنی‌شان مسلط شوند. این یکی از دلایل همبستگی درمان موفقیت‌آمیز با کاهش رفتارهای اجتنابی است. به بیان دیگر، مواجهه با ترس‌هایمان سازوکار محوری برای ساخت شبکه‌های جدید به‌منظور مهار کردن ترس است (کوزولینو، ۲۰۱۵).

شفقت خود^۱، که تمرکز بر پذیرش و تفاهم و پیوندجویی است، می‌تواند پادزهری نیرومند برای تجارب بیگانه‌کننده‌ی شرم باشد. واقعیت این است که درمان شفقت‌محور برای افرادی ایجاد شده که شرم حاد و خودانتقادی شدیدی دارند. این افراد معمولاً از خانواده‌های غافل یا بدرفتار و خشن می‌آیند. برای همین، غالباً تجربه‌ی جهان بیرون و اذهان مردم برخلاف میلشان بوده و به‌راحتی تبدیل به مخالفت و انتقاد و طرد یا خصومت می‌شود. وقتی آن‌ها به مانعی برمی‌خورند، تجربه‌ی جهان درون و خودانگاره برایشان خشن و پوچ و انتقادی است. در نتیجه، نوعی تهدید یا حمله‌ی گازانبری از بیرون و درون وجود دارد. این افراد اساساً خاطرات هیجانی مثبت اندکی دارند که به یاد بیاورند و در اعتمادبه‌نفس، مهربانی، و تسکین، مهارت کمی دارند. افراد خودمنتقد ممکن است درگیر مداخلات شناختی شوند، و معمولاً می‌گویند که «من منطق قضیه را درک می‌کنم؛ قابل فهم است، ولی هیچ فرقی حس نمی‌کنم.» از دیدگاه درمان شفقت‌محور یکی از دلایل این موضوع این

¹ Self-compassion

است که دستگاه تسکین که به اندورفین^۱ و اوکسیتوسین^۲ ربط دارد و باعث احساس اطمینان و آرامش می‌شود به راحتی در دسترس بیمار قرار ندارد. سؤال این است که، آیا می‌توانیم به مردم یاد بدهیم یک نوع خاص از رابطه‌ی خود-با-خود را تمرین و تولید کنند که بر پایه‌ی خودشفقتی بوده و هدفش تحریک دستگاه تسکین باشد؟ (دیرینگ و تانگنی^۳، ۲۰۱۱).

درمان‌های شفقت‌محور بر این فرض مبتنی است که افرادی که از پیامدهای به هم ریختن اوضاع یا شکست در برخی کارها (مثلاً شرم‌منده شدن و طرد شدن توسط دیگران) می‌ترسند، خودانتقادگر می‌شوند و نمی‌توانند به تسکین خود و خوداطمینان‌بخشی دست بزنند. شخص هم دنیای درونی (خود-با-خود) و هم دنیای بیرونی (دیگری-با-خود) را متخاصم می‌یابد. گیلبرت^۴ و همکاران (۲۰۰۴) متوجه شدند رابطه‌ی معکوس قدرتمندی بین خودانتقادگری و توانایی تمرکز بر افکار خوداطمینان‌بخش وجود دارد و خوداطمینان‌بخشی با نمرات پایین‌تر افسردگی در ارتباط بود. نف^۵ (۲۰۰۳) متوجه شد فقدان شفقت خود با افزایش آسیب‌پذیری در برابر چندین علائم روان‌آسیب‌شناختی در ارتباط است. گیلبرت، بالدوین، آیرونز، باکوس و کلارک^۶ (۲۰۰۶) متوجه شدند خودانتقادگری با مشکل در ایجاد تصاویر و احساس شفقت خود در ارتباط است. لهن و رودین^۷ (۱۹۸۹) متوجه شدند افراد مبتلا به پرخوری عصبی و افراد فاقد این اختلال از نظر استفاده از غذا برای تشویق خود با هم تفاوتی ندارند، بلکه افراد مبتلا به پرخوری عصبی، به صورت معناداری، کمتر می‌توانستند بدون استفاده از غذا خود را تشویق کنند.

بیشتر نظریه‌پردازان شفقت‌ورزی را فرآیندی چندبخشی می‌دانند. برای مثال، به اعتقاد مک‌کی و فینینگ^۸ (۱۹۹۲) شفقت‌ورزی از درک، پذیرش و بخشش تشکیل شده است. نف (۲۰۰۳)، بر اساس سنت بودایی و روان‌شناسی اجتماعی، مقیاس شفقت خود را تدوین کرده است که شفقت‌ورزی را متشکل از سازه‌های دوقطبی مربوط به مهربانی^۹، اشتراکات انسانی^{۱۰} و ذهن‌آگاهی^{۱۱} در نظر می‌گیرد. مهربانی مستلزم این است که شخص در برخورد با شکست یا موانع، به جای قضاوت‌گری‌های خشن و خودانتقادگری، مشکلات خود را درک کرده و مهربان و گرم باشد. در اشتراکات انسانی، شخص تجارب خود را شخصی، موجب انزوا و مایه‌ی شرم نمی‌داند، بلکه آن‌ها را جزء شرایط انسان در نظر می‌گیرد. پذیرش ذهن‌آگاه مستلزم آگاهی ذهن‌آگاه و پذیرش افکار و احساسات دردناک، به جای همانندسازی بیش از حد با آن‌ها است (گیلبرت و پروتکر، ۲۰۰۶). این نوع ارتباط خود-با-خود، در خودگویی‌ها، خود را نشان می‌دهد و بیماران، معمولاً، صداهای درونی خصمانه یا مفیدی را شناسایی می‌کنند. صداهای درونی انتقادگر می‌توانند با پیشنهاد، دستور، نکوهش و هیجان همراه باشند. بیماران می‌توانند تعامل با این جنبه‌های خود را یاد بگیرند؛ مثلاً آن‌ها را به‌عنوان افکار خودکار بنویسند و معنایشان را روشن کنند یا مانند تکنیک دو صدلی گشتالت، (مثلاً) از طریق برون‌ریزی به‌صورت مستقیم با آن‌ها حرف بزنند. به هر حال، در اصل، می‌توان آن‌ها را به‌عنوان روابط و «مکالمات درونی» تحلیل کرد (گیلبرت و آیرونز، ۲۰۰۵).

احساس گرما (تجربه احساسات مهرورزانه متعاقب شفقت خود) عموماً از تجربه‌ی دریافت گرما از دیگران آغاز می‌شود. این احساس گرما درون‌سازی شده و در قالب خود ابژه یا طرحواره‌ی درونی عمل می‌کند که مرجع تسکین خود است (بالدوین^{۱۲}،

¹ Endorphin

² Oxytocin

³ Dearing & Tangeny

⁴ Gilbert

⁵ Neff

⁶ Baldwin, Irons, Baccus & Clark

⁷ Lehman & Rodin

⁸ McKay & Fanning

⁹ kindness

¹⁰ Common humanity

¹¹ mindfulness

¹² Baldwin

Investigating the role of core shame in psychopathologies and effective psychotherapies on it

(۲۰۰۵). اگرچه بسیاری از درمانگران رابطه‌ی درمانی را منبعی برای این درون‌سازی (هولمز^۱، ۲۰۰۱) و بیان واضح، انعکاس و تأیید تجارب هیجانی بیمار می‌دانند (لینهان، ۱۹۹۳)، درمان‌های شفقت‌محور افراد را به خلق تصاویر گرمابخش خود تشویق می‌کند. بنابراین، از بیماران درخواست می‌شود مراقبت و شفقت‌ورزی ایده‌آل خود را تصور کنند (گیلبرت و آبرونز، ۲۰۰۵). این کار به دو روش اصلی انجام می‌شود. اول، از طریق تفکر و به یاد آوردن انگیزه‌ها و احساسات شفقت‌ورزانه‌ی خود شخص در مورد دیگران (مثلاً شفقت و گرمایی را تصور کنید که در مورد کودک یا شخص مورد علاقه‌تان احساس می‌کنید). این رویکرد برای کمک به نشخوارهای ناخوشایند استفاده می‌شود و بر اساس آن، فرد احساسات شفقت‌ورزانه‌ی معطوف به بیرون را به خاطر آورده و سپس این احساسات را در مورد خود ایجاد می‌کند. این تصویرپردازی شفقت در مورد دیگران و شفقت دیگران در مورد خود (مثلاً از طریق تصور بودای جهانی و شفقت‌ورزی) اساس مراقبه‌های شفقت‌ورزانه‌ی دین بودا است (رینگو تیلکو رینپوش و مولن^۲، ۲۰۰۵). البته به جای ارائه‌ی تصویری فرهنگی، مانند تصویر بودا می‌توانیم از بیماران بخواهیم برای ایجاد احساس شفقت خود، مراقب ایده‌آل خود را تصور کنند؛ منظور از ایده‌آل چیزی است که برای شخص از همه بهتر باشد (در اصل، فرقی با خانه یا غذای ایده‌آل شخص ندارد و همه‌ی آن چیزی است که می‌خواهید و طلب می‌کنید)، با وجود این، این تصویر ایده‌آل باید از خرد، قدرت، گرما و پذیرش یا عدم قضاوتی که برای دیگری در نظر گرفته می‌شود برخوردار باشد. زمانی برای تمرکز بر ویژگی‌های حسی این تصاویر (مثلاً ظاهر فیزیکی و لحن صدا یا صوت) صرف می‌شود. برخی بیماران برای انجام این کار به زمان بیشتری نیاز خواهند داشت و برخی دیگر، در ابتدا، این کار را دردناک می‌یابند (گیلبرت و پروتکر، ۲۰۰۶).

سال‌هاست که بوداییان از تصاویری که گرما، درک و شفقت را به خود معطوف می‌کنند استفاده می‌کنند (لیتون^۳، ۲۰۰۳). درحالی‌که ما بر شفقت ایده‌آلی با ویژگی‌های بالا تمرکز کرده‌ایم، لی (۲۰۰۵) چنین تصاویری را پرورنده‌ی کامل^۴ (یا همان ایده‌آل) نامیده است. درحالی‌که برخی بیماران تصاویر انسان‌مانندی را ایجاد می‌کنند، برخی دیگر این کار را دشوار می‌یابند و در ابتدا به تصویر شفقت‌ورزی از درخت، دریا، خورشید یا حیوان متوسل می‌شوند. به‌علاوه ممکن است تصاویر خود را در تصویری از «مکانی» امن جای دهند. با وجود این، نکته‌ی مهم این است که تصویر ذهنی دارد که می‌تواند آن‌ها را درک کرده، با آن‌ها ارتباط برقرار کند و از ویژگی‌های بالا نیز برخوردار است. هرچه شخص بیشتر احساس کند تصویرش منحصره‌فرد و شخصی است، بیشتر از آن سود خواهد برد (گیلبرت و پروتکر، ۲۰۰۶).

بیمارانی که در ایجاد افکار و احساسات جایگزین در مورد حمله به خود دچار مشکل می‌شوند، می‌توانند بر تصویر شفقت‌ورز خود تمرکز کنند و تصور کنند «اگر پرورنده‌ی کامل یا تصویر شفقت‌ورزم بود، به من چه می‌گفت؟» به این کار چارچوب‌بندی مجدد شفقت‌ورزانه گفته می‌شود (لی، ۲۰۰۵). در هنگام کار با خاطرات حسی (مثلاً سوءاستفاده)، از افراد می‌خواهیم بر تصویر شفقت‌ورزی تمرکز و تصور کنند آن بخش شفقت‌ورزشان چه احساسی در مورد آن‌ها دارد، به آن‌ها چه می‌گوید و با آن‌ها چگونه رفتار می‌کند. توجه را بین تصاویر تهدید و سیستم‌های عاطفه یا تصویرهای تسکین‌بخش متمرکز بر ویژگی‌های شفقت‌ورزانه پیش می‌بریم (گیلبرت و پروتکر، ۲۰۰۶).

برای فعال کردن سیستم شفقت‌ورز، شخص باید سیستم‌های پردازش روان‌شناختی و نوروفیزیولوژیک متفاوت خود را تغییر دهد. شواهد حاکی از آن‌اند که تصویرپردازی و به‌یادآوری هدایت‌شده بر فرآیندهای نوروفیزیولوژیک تأثیر می‌گذارند (جرج^۵ و همکاران، ۱۹۹۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که آموزش ذهن‌آگاهی کنش‌وری سیستم ایمنی و جانبی شدن مغز را تغییر می‌دهد (دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۳). رین، اتکینسون و مک‌کرتی^۶ (۱۹۹۵) متوجه شدند تصویرپردازی مشفقانه

¹ Holmes

² Ringu Tulku Rinpoche & Mullen

³ Leighton

⁴ Perfect nurturer

⁵ George

⁶ Rein, Atkinson & McCraty

هدایت‌شده بر عملکرد سیستم ایمنی تأثیر مثبت می‌گذارد، درحالی‌که تصویرپردازی خشم تأثیری منفی ایجاد می‌کند. تصویرپردازی مزایای مختلفی دارد و بیشتر از «تفکر منطقی» تنها با عاطفه در ارتباط است (لی، ۲۰۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

در این مقاله سعی شد به خاستگاه و عوامل زمینه‌ساز شرم‌نهادینه پرداخته شده و سپس به نقش این هیجان در آسیب‌شناسی‌های روانی اشاره گردد، و درنهایت رویکردها و تکنیک‌های درمانی موثر بر آن تشریح شد. با توجه به ارتباط شرم‌نهادینه با بسیاری از آسیب‌شناسی‌های روانی، مطالعه و بررسی این هیجان تأثیرگذار توسط متخصصان حوزه سلامت روان و استفاده از تکنیک‌های درمانی اثربخش در راستای کاهش آن در فرایند روان‌درمانی حائز اهمیت است. همچنین با توجه به تأثیرگذاری این هیجان در شکل‌گیری ساختار روان، در نظر گرفتن عوامل بازدارنده ایجاد این هیجان در طراحی و آموزش شیوه‌های صحیح تربیتی به والدین اهمیت دارد.

منابع

- Baldwin, M.W. (ed.) (2005). *Interpersonal cognition*. New York: Guilford .Holmes, J. (2001). *The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy*. London: Brunner-Routledge.
- Brown, A. P. (2003). From individual to social defenses in psychosocial criminology. *Theoretical Criminology*, 7(4), 421–437.
- 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.
- Elison, J. (2005). Definitions of, and distinctions between, shame and guilt: A facet theory analysis. *Dissertation Abstracts International*, 64(03), 1537.
- Fullagar, S. (2003). Wasted lives the social dynamics of shame and youth suicide. *Journal of Sociology*, 39(3), 291–307.
- Gambin, M., & Sharp, C. (2018). The relations between empathy, guilt, shame and depression in inpatient adolescents. *Journal of affective disorders*, 241, 381–387.
- Gilbert, P. (1998). *What is shame? Some core issues and controversies*. In P. Gilbert, & B. Andrews (Eds), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture*. New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12, 507–516.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353–379.
- Gilbert, P., Baldwin, M., Irons, C., Baccus, J., & Clark, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 183–200.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31–50.
- Harder, D. W. (1995). Shame and guilt assessment, and relationships of shame- and guilt-proneness to psychopathology. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. Guilford Press.
- Heimpel, S.A., Wood, J.A., Marshall, M.A., & Brown, J.D. (2002). Do people with low self-esteem really want to feel better? Self-esteem differences in motivation to repair negative moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 128–147.
- Kane, M. (2012). Knowing and not-knowing one's place, organizational ranking and the operation of envy and shame in organizational life. *Organizational and Social Dynamics*, 2, 194–209.
- Kaufman, Gershen 1993, *The Psychology of Shame*, London, Routledge.
- Kim, S., Thibodeau, R., Jorgensen, R.S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68–96.
- Lansky, M. R. (1999). Shame and the idea of a central affect. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(3), 347–361.
- Lansky, M. R. (2003). The “incompatible idea” revisited: The oft-invisible ego ideal and shame dynamics. *American Journal of Psycho-analysis*, 63(4), 365–376.
- Lansky, M. R. (2005). Hidden shame. *Journal of American Psycho-analytic Association*, 53(3), 865–890.
- Leach, C.W., Cidam, A. (2015). When is shame linked to constructive approach orientation? A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(6), 983–1002.
- Lehman, A.K., & Rodin, J. (1989). Styles of self-nurturance and disordered eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 117–122.

Investigating the role of core shame in psychopathologies and effective psychotherapies on it

- Leighton, T.D. (2003). *Faces of compassion: Classic Bodhisattva archetypes and their modern expression*. Boston: Wisdom.
- Lewis, H. B. (1987). The role of shame in depression over the life span. Lawrence Erlbaum Associates.
- Lewis, M. (2003). The role of the self in shame. *Social Research*, 70, 1181–1204.
- Likierman, M. (2001). *Melanie Klein: Her work in context*. London: Continuum.
- Morrison, A. P. (2011). The psychodynamics of shame. In R. L. Dearing & J. P. Tangney (Eds.), *Shame in the therapy hour* (p.23–43). American Psychological Association.
- Muris, P., Meesters, C. (2014). Small or big in the eyes of the other: On the developmental psychopathology of self-conscious emotions as shame, guilt, and pride. *Clinical child and family psychology review*, 17(1), 19–40.
- Neborsky, R. J., & ten Have-de Labije, J. (2012). *Mastering intensive short-term dynamic psychotherapy: roadmap to the unconscious*. London: Karnac Books.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223–250.
- Pattison, S. (2000). *Shame: Theory, therapy, theology*. Cambridge University Press.
- Robbins, B. D., & Goicoechea, J. (2005). The psychogenesis of the self and the emergence of ethical relatedness: Klein in light of Merleau-Ponty. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 25(2), 11–223.
- Ringu Tulku Rinpoche & Mullen, K. (2005). *The Buddhist use of compassionate imagery in Buddhist mediation*. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp. 218–238). London:
- Rizzuto, A. M. (2014). Shame in psychoanalysis: *The function of unconscious fantasies*. In C. Pajaczkowska & I. Ward (Eds.), *Shame and sexuality: Psychoanalysis and visual culture*. London: Routledge.
- Stadter, M. (2011). *The inner world of shaming and ashamed: An object relations perspective and therapeutic approach*. In R. L. Dearing & J. P. Tangney (Eds.), *Shame in the therapy hour* (pp. 45–68). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Emotions and social behavior. Shame and guilt*. New York, NY, US.
- Vanderheiden, E., & Mayer, C. H. (2017). An introduction to the value of shame—exploring a health resource in cultural contexts. In *The Value of Shame* (pp. 1-39). Springer, Cham.
- Whelton, W.J., & Greenberg, L.S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38, 1583–1595.

