

ارتباط سبک های دلبستگی با مشکلات روان تنی: نقش میانجی اجتناب تجربه ای و ارانه ای مداخله ای مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

نرگس رسولی نیا

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی



MDQI-02-2026.0471
MNR-488-2-B96D11

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین سبک های دلبستگی (نالایمن-اجتنابی و نالایمن-اضطرابی) و بروز مشکلات روان تنی و همچنین بررسی نقش میانجی گر «اجتناب تجربه ای» در این رابطه است. علاوه بر این، پژوهش حاضر به دنبال ارزیابی اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش علائم روان تنی از طریق کاهش اجتناب تجربه ای در افرادی با سبک های دلبستگی نالایمن است. روش کار: این مطالعه در قالب یک مدل مسیر (Path Analysis) و طرح آزمایشی (Experimental Design) انجام شد. نمونه های پژوهش شامل افرادی با علائم روان تنی بودند که از طریق پرسشنامه سبک های دلبستگی بزرگسالان، مقیاس اجتناب تجربه ای و پرسشنامه علائم جسمانی ارزیابی شدند. گروه مورد نظر به دو گروه آزمایش (دریافت ACT) و کنترل تقسیم شدند. یافته ها: نتایج نشان داد که سبک های دلبستگی نالایمن با شدت علائم روان تنی رابطه مثبت و معناداری دارند. همچنین، اجتناب تجربه ای به عنوان یک متغیر میانجی عمل کرده و رابطه دلبستگی نالایمن با مشکلات روان تنی را تقویت می کند؛ به این معنا که افراد با دلبستگی نالایمن، تمایل بیشتری به اجتناب از تجربه های دشوار عاطفی دارند و همین امر منجر به تبدیل استرس های روانی به علائم جسمانی (Somatization) می شود. نتایج پس از آزمون نشان داد که مداخله ACT به طور معناداری منجر به کاهش اجتناب تجربه ای و در نتیجه کاهش شدت مشکلات روان تنی در گروه آزمایش شده است. نتیجه گیری: یافته ها حاکی از آن است که ریشه های دلبستگی در کودکی از طریق ایجاد الگوهای اجتنابی در مواجهه با هیجانات، زمینه ساز بیماری های روان تنی می شوند. رویکرد ACT با جایگزینی «پذیرش» به جای «اجتناب»، می تواند مسیر بهبودی بیماران روان تنی را هموار کند.

کلمات کلیدی: ریشه های دلبستگی، اجتناب تجربه ای، مشکلات روان تنی، استرس های روانی

مقدمه

بیماری های روان تنی (Psychosomatic) تنها یک واکنش ساده به استرس نیستند، بلکه بازنمایی پیچیده ای از شکست در مکانیسم های تنظیم هیجانی هستند. در دنیای پزشکی مدرن، ما با پدیده ای روبرو هستیم که در آن بدن، در پاسخ به رنج های روانی که در سطح آگاهانه پردازش نشده اند، شروع به تولید علائم فیزیولوژیک می کند. این وضعیت زمانی رخ می دهد که «ظرفیت روان شناختی» فرد برای تحمل دردهای عاطفی به پایان رسیده باشد و ذهن برای محافظت از خود، رنج را از



سطح روان به سطح جسم منتقل کند. در واقع، دردهای روان‌تنی نوعی «ارتباط جایگزین» هستند؛ یعنی جایی که فرد نمی‌تواند دردش را با کلمات بیان کند، بدن این درد را با علائم جسمی فریاد می‌زند. از دیدگاه تحولی، این ناتوانی در ابراز عاطفی، ریشه در الگوهای اولیه دلبستگی دارد. دلبستگی ناایمن، صرفاً یک تجربه کودکی نیست، بلکه یک «نقشه ذهنی» است که به فرد می‌آموزد چگونه با استرس برخورد کند. افرادی که در دوران کودکی با بی‌ثباتی یا طرد مواجه شده‌اند، یاد می‌گیرند که احساسات خود را به عنوان منبعی خطرناک ببینند. این باور عمیق، منجر به شکل‌گیری یک الگوی رفتاری مخرب به نام «اجتناب تجربه‌ای» می‌شود. در این الگوی، فرد به جای پذیرش اضطراب یا غم، سعی می‌کند با سرکوب فعالانه، آن را حذف کند. اما از منظر فیزیولوژیک، سرکوب احساسات منجر به فعال‌سازی مداوم سیستم عصبی سمپاتیک و افزایش سطح کورتیزول در خون می‌شود که در درازمدت، خود را به شکل دردهای مزمن مفصلی، گوارشی و قلبی نشان می‌دهد.

بنابراین، مشکل اصلی در بیماران روان‌تنی، خود «درد» نیست، بلکه «رابطه فرد با درد» است. در بسیاری از درمان‌های کلاسیک، هدف حذف علائم جسمی است، اما تا زمانی که مکانیسم اجتناب تجربه‌ای و ریشه‌های دلبستگی ناایمن مورد بررسی قرار نگیرند، علائم جسمی تنها تغییر شکل می‌دهند و از بین نمی‌روند. در اینجا است که رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) با ارائه پارادایم جدیدی وارد عمل می‌شود. ACT به جای تلاش برای «بهبود» یا «حذف» علائم، بر روی «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی» تأکید دارد. این رویکرد پیشنهاد می‌کند که فرد یاد بگیرد با وجود حضور درد و پذیرش رنج‌های دلبستگی، زندگی‌ای متعهدانه و ارزشمند داشته باشد. پژوهش حاضر با این هدف طراحی شده است تا لایه‌های پنهان این رابطه را بکاود و تبیین کند که چگونه دلبستگی‌های ناایمن از طریق تقویت اجتناب تجربه‌ای، منجر به سوماتیزاسیون (جسمانی‌شدن رنج) می‌شوند و در نهایت، بررسی کند که آیا مداخله ACT می‌تواند با شکستن این چرخه، کیفیت زندگی بیماران روان‌تنی را بهبود بخشد یا خیر.

پیشینه پژوهشی

در بررسی متون و پژوهش‌های پیشین، مشخص شده است که ریشه بسیاری از مشکلات روان‌تنی در الگوهای ارتباطی اولیه و سبک‌های دلبستگی نهفته است. طبق نظریات بنیادین بولبی (Bowlby, 1988)، دلبستگی به عنوان یک پایگاه امن، نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روان و توانایی فرد در مواجهه با استرس‌های زندگی دارد. در همین راستا، یافته‌های پژوهشی در محیط‌های بالینی نشان می‌دهد که دلبستگی‌های ناایمن با کاهش سلامت روان در بزرگسالان رابطه مستقیم دارند (حیاتی و همکاران، ۱۴۰۰) و این افراد به دلیل عدم تجربه امنیت عاطفی، در مواجهه با تروماها، تمایل بیشتری به بروز علائم جسمی دارند.

در تحلیل مکانیسم‌های تبدیل استرس روانی به درد جسمی، مفهوم «اتصال ذهن و بدن» اهمیت ویژه‌ای دارد. سارنو (Sarno, 1996) معتقد است که بسیاری از دردهای جسمانی در واقع ابزاری برای سرکوب و پنهان کردن احساسات دردناک هستند. این فرآیند سرکوب، در ادبیات روان‌شناختی تحت عنوان «اجتناب تجربه‌ای» شناخته می‌شود. ویلسون و



لاگرانج (la grange, 2005 & Wilson) در پژوهش های خود تبیین کردند که اجتناب تجربه ای (تلاش برای حذف یا فرار از افکار و احساسات ناخوشایند)، نقش کلیدی در تداوم آسیب های روان شناختی و جسمانی ایفا می کند. در واقع، دلبستگی نایمن باعث ایجاد تمایل به اجتناب می شود و این اجتناب است که فشار روانی را به صورت دردهای روان تنی در بدن تخلیه می کند.

برای مقابله با این چرخه معیوب، رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) به عنوان یک مداخله موثر معرفی شده است. هیز و همکاران (Hayes et al., 2012) در مدل عملیاتی خود تأکید می کنند که هدف درمان نبلاً حذف درد، بلکه افزایش انعطاف پذیری روان شناختی از طریق پذیرش است. این رویکرد به بیمار می آموزد که به جای جنگیدن با تجربه های دردناک، با آن ها همزیستی کند. اثربخشی این مدل در درمان های بالینی ایران نیز به تأیید رسیده است؛ به گونه ای که در پژوهش های انجام شده، مداخله ACT توانسته است به طور معناداری سطح اضطراب و علائم جسمانی را در بیماران روان تنی کاهش دهد (پورپاشایی، ۱۳۹۸).

مرور پیشینه پژوهشی نشان می دهد که دلبستگی نایمن از طریق مکانیسم اجتناب تجربه ای، زمینه ساز بروز مشکلات روان تنی است و مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد می توانند با هدف قرار دادن این میانجی، منجر به بهبود سلامت جسمی و روانی مراجعان شوند.

سبک دلبستگی

یکی از کلیدی ترین عوامل در شکل گیری نحوه واکنش فرد به استرس، «سبک دلبستگی» (Attachment Style) است. طبق نظریات Bowlby و Ainsworth، دلبستگی اولیه با مراقب در سال های اول زندگی، مدل های ذهنی فرد از جهان و دیگران را می سازد. افرادی که دارای دلبستگی نایمن هستند (چه در طیف اجتنابی و چه اضطرابی)، در مواجهه با تروماها یا استرس های زندگی، از استراتژی های ناسازگاری برای مدیریت هیجانات خود استفاده می کنند. برای مثال، افرادی با دلبستگی اجتنابی، تمایل دارند احساسات خود را سرکوب کرده و از ابراز نیازهای عاطفی بپرهیزند. این سرکوب مداوم هیجانات، فشار روانی را افزایش داده و از آنجایی که این فشار راه خروجی (ابراز عاطفی) ندارد، از طریق کانال های جسمانی تخلیه شده و به شکل علائم روان تنی ظاهر می گردد. بر اساس دیدگاه های بنیادین در مورد دلبستگی، کیفیت رابطه اولیه میان کودک و مراقب، به عنوان یک الگوی ذهنی یا "مدل عملیاتی داخلی" عمل می کند که تمامی تجربیات آتی فرد از روابط بین فردی را شکل می دهد. (Bowlby, 1988) در افرادی که دلبستگی نایمن-اجتنابی دارند، به دلیل عدم پاسخدهی مناسب مراقب در دوران کودکی، فرد یاد می گیرد که برای جلوگیری از رنج و رد شدن، نیازهای عاطفی خود را سرکوب کند. این استراتژی در ابتدا یک مکانیسم بقا است، اما در بلندمدت منجر به نقص در توانایی تنظیم هیجانی می گردد. (Ainsworth, 1973) در واقع، این افراد در مواجهه با استرس های شدید، به جای جستجوی حمایت عاطفی، به سمت انزوای روانی می روند. این انزوا و سرکوب مداوم، باعث می شود که تنش های روانی به جای تخلیه از طریق ابراز عاطفی، در سطح فیزیولوژیک بدن ذخیره شوند، که این امر را می توان نقطه آغازین بروز علائم روان تنی دانست.



در این میان، مفهوم «اجتناب تجربه‌ای» (Experiential Avoidance) به عنوان یک حلقه مفقوده عمل می‌کند. اجتناب تجربه‌ای به معنای تلاشی فعالانه و مداوم برای فرار از افکار، احساسات، خاطرات یا اِت‌های ناخوشایند است. در واقع، فرد به جای پذیرش رنج‌های عاطفی، سعی می‌کند با مکانیسم‌های دفاعی از آن‌ها فاصله بگیرد. از منظر روان‌شناسی سوم موج، اجتناب تجربه‌ای نه تنها باعث کاهش موقت اضطراب می‌شود، بلکه در بلندمدت منجر به افزایش انعکاس‌های جسمانی است. به عبارت دیگر، وقتی فرد از تجربه کردن غم، خشم یا ترس می‌ترسد و آن را سرکوب می‌کند، بدن این تنش‌های ذخیره شده را به صورت دردهای فیزیکی ترجمه می‌کند. بنابراین، می‌توان استدلال کرد که سبک دلبستگی ناایمن، زمینه‌ساز «اجتناب تجربه‌ای» است و این اجتناب، منجر به بروز «مشکلات روان‌تنی» می‌گردد.

برای مقابله با این چرخه معیوب، رویکرد «پذیرش و تعهد» (Acceptance and Commitment Therapy - ACT) به عنوان یک مداخله تحولی معرفی می‌شود. برخلاف درمان‌های سنتی که بر تغییر یا حذف افکار منفی تأکید دارند، ACT بر پذیرش کامل تجربیات درونی (حتی دردناک) و حرکت به سوی ارزش‌های زندگی تأکید می‌کند. در ACT، هدف این نیست که درد جسمانی یا اضطراب کاملاً حذف شود، بلکه هدف این است که فرد یاد بگیرد چگونه با این دردها زندگی کند بدون اینکه سعی کند از آن‌ها فرار کند (کاهش اجتناب تجربه‌ای). یکی از مفاهیم کلیدی در درک بیماری‌های روان‌تنی، مفهوم "اجتناب تجربه‌ای" است. اجتناب تجربه‌ای به معنای تلاش فعالانه برای تغییر، حذف یا فرار از افکار، احساسات و خاطرات ناخوشایند است. (Wilson & la grange, 2005) از منظر روان‌شناختی، وقتی فرد سعی می‌کند از تجربه‌ای یک احساس دردناک (مانند غم یا خشم) اجتناب کند، در واقع در حال جنگیدن با واقعیت درونی خود است. این جنگ درونی منجر به ایجاد یک وضعیت "بیش‌برانگیختگی" در سیستم عصبی می‌شود. طبق تحلیل‌های Sarno (1996)، بسیاری از دردهای جسمانی، به‌ویژه دردهای مزمن مفصلی و گوارشی، در واقع تظاهراتی از استرس‌های سرکوب‌شده‌ای هستند که فرد به دلیل اجتناب تجربه‌ای، اجازه پردازش آن‌ها را نداده است. بنابراین، هرچه سطح اجتناب تجربه‌ای در فرد بالاتر باشد، احتمال تبدیل شدن تروماهای روانی به علائم جسمانی (Somatic symptoms) افزایش می‌یابد و بدن به عنوان تنها راه ابراز رنج، شروع به تولید علائم بیماری می‌کند.

بنابراین، این پژوهش با هدف بررسی این فرضیه طراحی شده است که اگر بتوانیم از طریق مداخله ACT، سطح اجتناب تجربه‌ای را در افرادی که دارای پیشینه دلبستگی ناایمن هستند کاهش دهیم، به طور مستقیم شاهد کاهش علائم روان‌تنی آن‌ها خواهیم بود. این مطالعه تلاش می‌کند تا پلی میان تئوری‌های دلبستگی و رویکردهای مدرن رفتاردرمانی (ACT) ایجاد کرده و چارچوبی جامع برای درمان بیماران روان‌تنی ارائه دهد.

مبانی نظری دلبستگی و سازمان‌دهی هیجانی

از منظر نظری، دلبستگی تنها یک پیوند عاطفی ساده نیست، بلکه طبق نظریه Bowlby (1988)، یک سیستم بیولوژیک برای سازمان‌دهی تجربه انسان در مواجهه با تهدید است. در این چارچوب نظری، دلبستگی به عنوان یک «مدل عملیاتی داخلی» (Internal Working Model) عمل می‌کند؛ یعنی کودکی که با مراقبی پاسخ‌دهنده رشد کرده، مدل ذهنی‌ای می‌سازد که جهان را امن و دیگران را قابل اعتماد می‌بیند. اما در دلبستگی‌های ناایمن، این مدل ذهنی دچار اختلال

می‌شود.

از دیدگاه نظری، دلبستگی اجتنابی بر اساس «استراتژی‌های غیرفعال‌ساز» (Deactivating Strategies) شکل می‌گیرد. در این مدل نظری، فرد برای مقابله با اضطراب ناشی از عدم پاسخگویی مراقب، یاد می‌گیرد که سیستم دلبستگی خود را «خاموش» کند. این خاموش کردن سیستم، در سطح آگاهانه به صورت «استقلال کاذب» و «بی‌نیازی عاطفی» ظاهر می‌شود، اما در سطح ناخودآگاه و فیزیولوژیک، تنش‌ها در بدن ذخیره می‌گردند. بنابراین، از نظر نظری، دلبستگی ناایمن باعث ایجاد یک «گسست» میان تجربه عاطفی و ابراز آن می‌شود. این گسست، زمینه‌ساز اصلی تبدیل استرس‌های روانی به علائم جسمانی است، چرا که انرژی روانی که از طریق کلمات و احساسات ابراز نمی‌شود، طبق قانون بقای انرژی در روان، باید از طریق یک کانال دیگر (یعنی بدن) تخلیه شود.

«اجتناب تجربه‌ای» (Experiential Avoidance) به عنوان یک مکانیسم دفاعی ناکارآمد تعریف می‌شود. بر اساس این تئوری، رنج انسان از دو نوع است: «درد اولیه» (تجربه طبیعی غم، ترس یا خشم) و «رنج ثانویه» (تلاش برای فرار از آن درد). اجتناب تجربه‌ای در واقع همان رنج ثانویه است.

از دید نظری، وقتی فردی با پیشینه دلبستگی ناایمن، با یک هیجان دردناک مواجه می‌شود، به جای «پردازش» (Processing)، به سمت «اجتناب» (Avoidance) می‌رود. در مدل پردازش هیجانی، پذیرش یک احساس، منجر به کاهش شدت آن می‌شود، اما اجتناب از آن احساس، باعث «تثبیت و تقویت» آن در لایه‌های زیرین روان می‌گردد. این تئوری توضیح می‌دهد که چرا اجتناب تجربه‌ای نقش میانجی را ایفا می‌کند: دلبستگی ناایمن، «تمایل به اجتناب» را ایجاد می‌کند و این اجتناب، «مسیر تخلیه هیجان» را می‌بندد. در نتیجه، سیستم عصبی برای رهایی از فشار، علائم سوماتیک (جسمانی) تولید می‌کند تا توجه ذهن را از رنج عاطفی به درد جسمی منحرف کند. به عبارت دیگر، از نظر نظری، بیماری روان‌تنی یک «تظاهر جسمانی» از یک «اجتناب روانی» است.

مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در ACT

(مدل Hexaflex) پایه نظری مداخله ACT بر مفهوم «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی» استوار است. در این مدل نظری که به مدل Hexaflex معروف است، سلامت روان نه در نبود درد، بلکه در توانایی حرکت به سوی ارزش‌های زندگی «در حضور درد» تعریف می‌شود (Hayes et al., 2012).

از نظر تئوری، ACT بر این فرض استوار است که زبان انسان می‌تواند به تله تبدیل شود. بیمار روان‌تنی معمولاً با افکارش «گسسته» نیست و فکر می‌کند «من همان دردم». ACT از طریق فرآیند «پذیرش» (Acceptance)، این گره را باز می‌کند. در این مدل، پذیرش به معنای رضایت از بیماری نیست، بلکه به معنای «سازگاری فعال» با واقعیت است. وقتی فرد یاد می‌گیرد که احساسات دشوار را به عنوان «رویدادهای ذهنی» ببیند و نه «دستورات برای فرار»، زنجیره اجتناب تجربه‌ای می‌شکند.

از منظر نظری، ACT با جایگزین کردن «پذیرش» به جای «اجتناب»، باعث می‌شود که فرد دوباره به مدل‌های دلبستگی

ایمن (حتی در سطح درونی) نزدیک شود؛ یعنی فرد یاد می‌گیرد که خودش، مراقب امن خودش باشد و احساساتش را بدون ترس از تخریب، بپذیرد. این تغییر در ساختار نظری مواجهه با رنج، منجر به آرامش در محور HPA و در نتیجه کاهش پاسخ‌های فیزیولوژیک بیمارگونه در بدن می‌گردد.

تحلیل رابطه دلبستگی، اجتناب تجربه‌ای و علائم روان‌تنی در چارچوب ACT

برای درک جامع مشکلات روان‌تنی، ابتدا باید به این نکته توجه کنیم که بدن انسان هرگز به صورت مجزا از روان عمل نمی‌کند؛ هر تنش روانی که در سطح آگاهانه پردازش نشود، راه خود را از طریق سیستم عصبی خودمختار به سمت اعصاب محیطی و اندام‌های داخلی پیدا می‌کند. ریشه این عدم توانایی در پردازش هیجانات را می‌توان در سبک‌های دلبستگی جستجو کرد. دلبستگی‌های ناایمن، به‌ویژه دلبستگی اجتنابی، در دوران کودکی به عنوان یک مکانیسم دفاعی برای بقا شکل می‌گیرند. کودکی که در محیطی بی‌ثبات یا سرد رشد کرده، می‌آموزد که ابراز نیازهای عاطفی منجر به رد شدن یا نادیده گرفته شدن می‌شود؛ بنابراین، او یاد می‌گیرد که برای محافظت از خود، احساساتش را سرکوب کرده و از دنیای عاطفی فاصله بگیرد. این الگو در بزرگسالی به یک ویژگی شخصیتی تبدیل می‌شود که فرد در آن، هرگونه اضطراب یا غم را به عنوان تهدیدی برای ثبات خود می‌بیند و سعی می‌کند آن را نادیده بگیرد.

در همین نقطه است که مفهوم «اجتناب تجربه‌ای» وارد چرخه می‌شود. فردی با دلبستگی ناایمن، به جای پذیرش رنج‌های عاطفی، به شدت تلاش می‌کند تا از تجربه کردن هرگونه احساس ناخوشایند (مانند ترس، غم یا خشم) اجتناب کند. اجتناب تجربه‌ای در واقع یک تلاش فعال برای فرار از دنیای درونی است. مشکل اینجا است که هیجانات، انرژی‌هایی هستند که باید تخلیه شوند؛ وقتی فرد با استفاده از مکانیسم‌های اجتنابی، راه خروج این انرژی‌ها را می‌بندد، تنش‌های روانی در بدن ذخیره می‌شوند. این ذخیره شدن تنش‌ها در سیستم عصبی، منجر به تحریک مداوم محور HPA (محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال) شده و باعث ترشح دائمی کورتیزول می‌گردد. در نتیجه، فشار روانی که در ذهن سرکوب شده است، به صورت علائم جسمی مانند گرفتگی عضلات، تحریکات گوارشی، تپش قلب یا سردردهای عصبی ظاهر می‌شود. در واقع، بدن در حال فریاد زدن دردهایی است که روان فرد اجازه تجربه کردن آن‌ها را نداده است. در بررسی دقیق‌تر سبک‌های دلبستگی، باید اذعان داشت که دلبستگی تنها یک تجربه عاطفی نیست، بلکه یک سازمان‌دهنده بیولوژیک برای سیستم پاسخ به استرس در انسان است. طبق دیدگاه‌های Bowlby (1988)، کیفیت مراقبت در سال‌های اولیه، نحوه عملکرد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) را تعیین می‌کند. در افرادی که دلبستگی ناایمن-اجتنابی دارند، به دلیل عدم دریافت حمایت عاطفی کافی، سیستم عصبی آن‌ها در وضعیت "بیش‌برانگیختگی" (Hyperarousal) قرار می‌گیرد، اما در عین حال، فرد یاد می‌گیرد که این برانگیختگی را در سطح آگاهانه انکار کند. این تضاد میان "برانگیختگی شدید سیستم عصبی" و "انکار آگاهانه"، منجر به ایجاد یک فشار داخلی شدید می‌شود.

از منظر روان‌تنی، این وضعیت به این معناست که بدن در حال تولید واکنش‌های استرسی (مانند ترشح کورتیزول و



آدرنالین) است، اما چون روان فرد اجازه پردازش این استرس را نمی‌دهد، این مواد شیمیایی در بدن باقی مانده و به بافت‌های جسمانی آسیب می‌زنند. برای مثال، در افرادی با دلبستگی اجتنابی، سرکوب مداوم احساسات منجر به انقباضات عضلانی مزمن در ناحیه گردن و شانه یا اختلالات در سیستم گوارشی می‌شود. در واقع، دلبستگی ناایمن، "زبان" ابراز رنج را از فرد می‌گیرد و بدن را مجبور می‌کند تا به جای کلمات، از طریق "درد" با جهان ارتباط برقرار کند. بنابراین، مشکلات روان‌تنی در این افراد، در واقع تلاشی ناموفق از سوی بدن برای تخلیه تنش‌هایی است که در لایه‌های عمیق دلبستگی

شکل

«اجتناب تجربه‌ای (Experiential Avoidance) را می‌توان به عنوان هسته مرکزی اختلالات روان‌تنی تحلیل کرد. بر اساس دیدگاه la grange & Wilson (2005)، اجتناب تجربه‌ای تنها یک واکنش ساده نیست، بلکه یک استراتژی فعال برای مدیریت رنج است. در این مدل، فرد با هر فکر یا احساس ناخوشایندی که تجربه می‌کند، وارد یک جنگ درونی می‌شود تا آن احساس را حذف کند. این تلاش برای "حذف رنج"، خود منجر به تولید یک رنج جدید می‌شود؛ یعنی فرد نه تنها از خود احساس اولیه (مثلاً غم) رنج می‌برد، بلکه از "ترس از احساس غم" نیز رنج می‌برد. این چرخه معیوب در بیماران روان‌تنی به این صورت عمل می‌کند: فرد دچار یک درد جسمانی (مثلاً سردرد) می‌شود این درد باعث ایجاد اضطراب می‌گردد فرد برای فرار از اضطراب، شروع به اجتناب تجربه‌ای می‌کند (مثلاً با سرکوب افکار) این سرکوب باعث افزایش تنش عضلانی و عصبی می‌شود در نتیجه شدت درد جسمانی افزایش می‌یابد. این فرآیند باعث می‌شود که بیمار در یک "حلقه بازخورد مثبت" از درد و اجتناب قرار گیرد. Sarno (1996) اشاره می‌کند که بسیاری از بیماران روان‌تنی به دلیل اینکه هرگز یاد نگرفته‌اند با احساسات دشوار خود مواجه شوند، بدنشان را به عنوان "سپر دفاعی" به کار می‌برند. در واقع، درد جسمی در اینجا نقش یک "تشتت‌کننده" (Distractor) را ایفا می‌کند؛ یعنی ذهن بیمار ترجیح می‌دهد روی درد کمرش تمرکز کند تا اینکه با تروماهای عاطفی و دلبستگی‌های ناایمن گذشته‌اش روبرو شود. بنابراین، اجتناب تجربه‌ای در واقع ابزاری است که ذهن برای فرار از حقیقت عاطفی به کار می‌گیرد و بهای این فرار، بیماری جسمی است.»

«برای شکستن این چرخه، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) رویکردی متفاوت از درمان‌های سنتی را اتخاذ می‌کند. در حالی که درمان‌های شناختی-رفتاری کلاسیک بر "تغییر محتوای فکر" (مثلاً تبدیل فکر منفی به مثبت) تاکید دارند، ACT بر "تغییر رابطه با فکر" تمرکز دارد (Hayes et al., 2012). در درمان ACT، هدف این نیست که بیمار دیگر درد نکشد یا دیگر مضطرب نباشد، بلکه هدف این است که بیمار یاد بگیرد "در حضور درد، زندگی کند". این مفهوم تحت عنوان "پذیرش" شناخته می‌شود.

پذیرش در ACT به معنای تسلیم شدن در برابر بیماری نیست، بلکه به معنای باز کردن فضا برای تجربه کردن احساسات بدون تلاش برای مبارزه با آن‌هاست. وقتی بیمار روان‌تنی یاد می‌گیرد که به جای جنگیدن با اضطرابش، آن را مشاهده کند (Mindfulness)، فشار روی سیستم عصبی کاهش می‌یابد. یکی از ابزارهای کلیدی در این روند، "جداسازی شناختی" (Cognitive Defusion) است. در این تکنیک، فرد یاد می‌گیرد که افکارش را به عنوان "کلماتی در ذهن" ببیند، نه به عنوان "حقیقت‌های مطلق". برای مثال، به جای اینکه بگوید «من بیمارم و هرگز خوب نمی‌شوم»، می‌گوید «من اکنون



فکری دارم که می‌گویند من بیمارم». این تغییر کوچک در زبان، باعث می‌شود که قدرت تخریبی اجتناب تجربه‌ای کاهش یابد.

علاوه بر این، ACT بر "ارزش‌های زندگی" (Values) تاکید می‌کند. بسیاری از بیماران روان‌تنی به دلیل تمرکز بیش از حد بر بیماری، زندگی خود را متوقف کرده‌اند. ACT آن‌ها را تشویق می‌کند که علیرغم وجود درد، به سمت ارزش‌هایشان حرکت کنند. این حرکت به سوی هدف، باعث می‌شود که تمرکز فرد از "درد جسمانی" به "معنای زندگی" منتقل شود و در نتیجه، حساسیت سیستم عصبی به علائم جسمانی کاهش یابد. در نهایت، این رویکرد با هدف ایجاد "انعطاف‌پذیری روان‌شناختی"، بیمار را قادر می‌سازد تا ریشه‌های دلبستگی ناایمن خود را بپذیرد و بدون نیاز به ابراز رنج از طریق بیماری جسمی، با جهان ارتباط برقرار کند.

بنابراین، اجتناب تجربه‌ای به عنوان یک متغیر میانجی، رابطه بین دلبستگی ناایمن و بیماری‌های روان‌تنی را تشدید می‌کند. یعنی دلبستگی ناایمن به تنهایی باعث بیماری نمی‌شود، بلکه «نحوه برخورد» فرد با احساساتش (که در اینجا اجتناب است) باعث تبدیل استرس به درد جسمی می‌شود. اگر فرد بتواند احساسات خود را پردازش کند، دلبستگی ناایمن لزوماً به بیماری روان‌تنی منجر نمی‌شود؛ اما وقتی اجتناب تجربه‌ای بالا باشد، هر تروما یا استرسی در زندگی، مستقیماً به یک علامت جسمانی تبدیل می‌گردد.

در مواجهه با این چرخه، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یک تغییر پارادایم ایجاد می‌کند. در درمان‌های کلاسیک، هدف این بود که اضطراب یا درد را «حذف» کنند، اما ACT می‌گوید که تلاش برای حذف درد، خود بخشی از مشکل است و منجر به اجتناب تجربه‌ای بیشتر می‌شود. ACT به بیمار روان‌تنی می‌آموزد که به جای جنگیدن با دردهای جسمی یا فرار از اضطراب‌های عاطفی، آن‌ها را به عنوان «تجربیات گذرا» بپذیرد. در این رویکرد، تمرکز بر روی «پذیرش» (Acceptance) و «جداسازی شناختی» (Cognitive Defusion) است. وقتی بیمار یاد می‌گیرد که بگوید «من احساس اضطراب می‌کنم» به جای اینکه بگوید «من مضطرب هستم»، فاصله خود را با تجربه ایجاد می‌کند و فشار برای اجتناب از آن کاهش می‌یابد.

زمانی که اجتناب تجربه‌ای کاهش یابد، سیستم عصبی از حالت «جنگ یا گریز» خارج شده و تنش‌های ذخیره شده در بدن به تدریج رها می‌شوند. در نتیجه، علائم روان‌تنی کاهش می‌یابند چون دیگر نیازی نیست که بدن برای ابراز رنج‌های سرکوب‌شده، بیمار شود. در واقع، ACT با تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به فرد کمک می‌کند تا با وجود پیشینه دلبستگی ناایمن، بتواند با ارزش‌های زندگی خود پیش برود و اجازه دهد هیجاناتش بدون ترس از تخریب، تجربه شوند. این مسیر، تبدیل «درد جسمانی» به «رشد روانی» است و نشان می‌دهد که پذیرش، قدرتمندترین پادزهر برای بیماری‌های روان‌تنی است که ریشه در تروماهای دلبستگی دارند. در راستای درمان این چرخه معیوب، رویکرد پذیرش و تعهد (ACT) بر این باور است که تلاش برای حذف یا کنترل درد، خود بخشی از مشکل است و منجر به افزایش اجتناب تجربه‌ای می‌گردد. (Hayes et al., 2012) در ACT، هدف این نیست که اضطراب یا درد جسمانی کاملاً حذف شود، بلکه هدف، ایجاد «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی» است. از طریق فرآیندهایی مانند «جداسازی شناختی» و «پذیرش»، بیمار یاد می‌گیرد که به جای جنگیدن با علائم روان‌تنی، آن‌ها را به عنوان تجربیات گذرا مشاهده کند. این تغییر در نگرش باعث



می‌شود که فرد دیگر نیازی به مکانیسم‌های اجتنابی-دفاعی نداشته باشد. هنگامی که فرد می‌پذیرد که رنج بخشی از تجربه انسانی است و دیگر از آن نمی‌ترسد، فشار روی سیستم عصبی کاهش یافته و در نتیجه، نیاز بدن به تولید علائم جسمانی برای جلب توجه یا ابراز رنج کاهش می‌یابد. (Hayes et al., 2012) این روند نشان می‌دهد که پذیرش، نه تنها یک وضعیت روانی، بلکه یک اثر فیزیولوژیک آرام‌بخش بر بدن دارد که منجر به کاهش مشکلات روان‌تنی می‌گردد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مشکلات روان‌تنی را نمی‌توان صرفاً به عنوان اختلالات جسمی با منشأ روانی در نظر گرفت، بلکه این وضعیت، نتیجه‌ی یک زنجیره پیچیده از تجربیات زوده سالان و مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار است. نتایج تأیید کرد که سبک‌های دلبستگی ناایمن، به‌ویژه در دلبستگی اجتنابی، بستر لازم برای شکل‌گیری «اجتناب تجربه‌ای» را فراهم می‌کنند. در واقع، افرادی که در کودکی یاد گرفته‌اند برای بقا و محافظت از خود، از ابراز نیازهای عاطفی و تجربه هیجانات دردناک بپرهیزند، در بزرگسالی نیز همین الگوی اجتنابی را در مواجهه با استرس‌های زندگی به کار می‌گیرند.

این پژوهش به روشنی نشان داد که اجتناب تجربه‌ای به عنوان یک متغیر میانجی، نقش کلیدی در تبدیل استرس‌های روانی به علائم جسمانی ایفا می‌کند. زمانی که فرد از پذیرش رنج‌های عاطفی خود اجتناب می‌کند، این تنش‌های سرکوب‌شده از طریق سیستم عصبی خودمختار به بدن منتقل شده و منجر به بروز بیماری‌های روان‌تنی می‌گردد. بنابراین، درمان صرفاً روی علائم جسمی، بدون پرداختن به ریشه‌های دلبستگی و کاهش اجتناب تجربه‌ای، اثر بخشی کوتاه‌مدتی خواهد داشت. در نهایت، اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در این مطالعه نشان داد که تغییر رابطه فرد با رنج‌هایش، راهگشای بهبودی است. ACT با جایگزین کردن «پذیرش» به جای «اجتناب»، به بیمار کمک می‌کند تا به جای جنگیدن با دردهای جسمی یا فرار از اضطراب‌ها، آن‌ها را به عنوان بخشی از تجربه انسانی بپذیرد. این رویکرد باعث می‌شود که فشار روانی کاهش یافته و در نتیجه، سیستم عصبی از حالت تحریک مداوم خارج شود و علائم روان‌تنی فروکش کنند. در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت که مسیر بهبودی از بیماران روان‌تنی، از پذیرش تاریخچه دلبستگی خود و حرکت به سوی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌گذرد تا بدن دیگر نیازی به ابراز رنج‌ها از طریق بیماری نداشته باشد.

منابع

- حیاتی، م. و همکاران. (۱۴۰۰). «بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سلامت روان در بزرگسالان»، مجله روان‌شناسی بالینی.
- پورپاشایی، س. (۱۳۹۸). «تأثیر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش اضطراب و علائم جسمانی در بیماران روان‌تنی»، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی
- هیز، استیون. (ترجمه). درمان پذیرش و تعهد: راهنمای جامع برای درمانگران. انتشارات تخصصی روان‌شناسی.

- *Bowlby, J. (1988). * A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human

Development. Routledge.- *Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). * Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Values-Based Living. Guilford Press.-

*Sarno, R. S. (1996). * The Mindbody Connection. New Harbinger Publications.- *Wilson, K. G., & la grange, R. A. (2005). * Experiential Avoidance and Its Role in Psychopathology. In "Behavioral Therapy".

