

پرداختن به هیجان در درمان شناختی رفتاری
تکنیک‌هایی برای بالینگران

فهرست مطالب

۷.....	پیشگفتار مترجم برای چاپ دوم کتاب.....
۹.....	سخن مترجم.....
۱۳.....	معرفی ویراستاران.....
۱۵.....	سپاسگزاری.....
۱۷.....	همکاران.....
۱۹.....	مقدمه.....

بخش اول: پذیرش به مثابه درگیر شدن

۳۱.....	فصل ۱. ذهن آگاهی.....
۵۵.....	فصل ۲. درک و بهره‌گیری از کار تجربه‌ای در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.....
۸۶.....	فصل ۳. درمان متمرکز بر شفقت.....

بخش دوم: رویارویی

۱۱۳.....	فصل ۴. رویارویی در بافت تجربه‌ای.....
۱۳۸.....	فصل ۵. آزمایش‌های رفتاری.....
۱۵۶.....	فصل ۶. کاربرد رویارویی و نظریه پردازش هیجانی در افسردگی.....
۱۸۵.....	فصل ۷. ایجاد تغییر با تمرکز بر عاطفه.....

بخش سوم: استفاده از تصویرسازی ذهنی برای تماس با هیجان‌ها و تغییر طرح‌واره‌ها و باورهای ناسازگار

۲۱۷.....	فصل ۸. بازسازی تصویر ذهنی برای اختلال‌های شخصیت.....
۲۵۰.....	فصل ۹. بازسازی تصویر ذهنی برای اختلال استرس پس از آسیب.....
۲۶۵.....	فصل ۱۰. تمرین‌های تجربه‌ای و بازسازی تصویر ذهنی در اختلال اضطراب اجتماعی.....

بخش چهارم: رویکردهای متمرکز بر هیجان

- فصل ۱۱. یکپارچه‌سازی درمان هیجان‌مدار با درمان شناختی رفتاری ۲۹۳
- فصل ۱۲. کار با ذهنیت‌ها در طرح‌واره درمانی ۳۲۲
- فصل ۱۳. طرح‌واره درمانی هیجانی ۳۵۳
- فصل ۱۴. درمان مبتنی بر تنظیم هیجان ۳۷۹

بخش پنجم: کار کردن با فرایندهای بین فردی

- فصل ۱۵. تکنیک‌های رابطه‌ای در بافت درمان رفتاری شناختی ۴۰۷
- فصل ۱۶. افزودن تمرکز بین فردی - تجربه‌ای به درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر ۴۳۲
- فصل ۱۷. روان‌درمانی تحلیلی کارکردی ۴۶۲
- جمع‌بندی پایانی ۴۸۳

پیشگفتار مترجم

برای چاپ دوم کتاب

چاپ اول کتاب «پرداختن به هیجان در درمان شناختی رفتاری» در فروردین ۱۳۹۶ توسط انتشارات وزین ارجمند منتشر شد و با استقبال بسیار خوب متخصصان و درمانگران حوزه شناختی رفتاری که تصویر متفاوتی از این درمان داشتند، قرار گرفت. متأسفانه، تصور اکثر درمانگران و دانشجویان روان‌شناسی در ایران از درمان شناختی رفتاری بر اساس متون کلاسیکی استوار است که خیلی به هیجان و رابطه درمانی در فرایند کار تمرکز نداشتند، و همین موضوع دستاویزی برای منتقدان این رویکردهای مبتنی بر شواهد علمی فراهم می‌کرد که چون درمان شناختی رفتاری به هیجان و رابطه درمانی توجه ندارد، پس نمی‌تواند درمان مؤثری باشد که البته این تصور درست نبوده و نیست!

کتاب «پرداختن به هیجان در درمان شناختی رفتاری» به ما می‌آموزد که چگونه با هیجان در فرایند درمان کار کنیم. تکنیک‌ها و راهبردهای درمانی متمرکز بر هیجان که از رویکردها و جناح‌های مختلف درمان شناختی رفتاری و دیگر رویکردهای روان‌درمانی معاصر برگرفته شده‌اند، بالینگران را در کار درمانی هدایت می‌کند تا فقط به تغییرات شناختی بسنده نکنند، بلکه به تغییرات هیجانی از طریق آگاهی، پذیرش و تجربه هیجان نیز اولویت دهند، زیرا نتایج مطالعات اثربخشی درمان، ارزش‌افزوده این نوع مداخلات هیجان‌مدار در بهبود کارآمدی درمان شناختی رفتاری را به روشنی نشان داده است.

با توجه به اهمیت این کتاب بر آن شدیم تا برای چاپ بعدی کتاب یکبار دیگر متن ترجمه شده را با متن اصلی تطبیق دهیم تا برخی بدفهمی‌ها و خطاهای ترجمه‌ای و ویرایشی را اصلاح نموده و متنی روان و خوش‌خوان را تقدیم مخاطبان عزیز کنیم. تغییر دیگری که در چاپ جدید انجام شده تغییر قطع کتاب از رقعی به وزیری است. در پاسخ به شکایت برخی از خوانندگان از ریز بودن فونت کتاب در قطع رقعی که به سبب صرفه‌جویی در هزینه‌ها انتخاب شده بود، این تغییر انجام شده است.

امیدواریم چاپ جدید کتاب «پرداختن به هیجان در درمان شناختی رفتاری» با ویرایش مجدد و ظاهر متفاوت و خوش‌خوان رضایت خوانندگان عزیز را فراهم آورد. مجدداً وظیفه خود می‌دانم که از همه کسانی که در چاپ و انتشار این اثر ما یاری نموده‌اند، قدردانی نمایم. از جناب آقای دکتر ارجمند و کارکنان زحمتکش انتشارات ارجمند و آقای سعید صباغی‌پور ویراستار محترم کتاب سپاسگزاری می‌کنم و از دانشجویان عزیز خودم (امیر اعتمادی، محمد خالقی، مالک بسطامی، زهراسادات گلی و

الیاس اکبری) که در ترجمهٔ این اثر مرا یاری رساندند، قدردانی می‌کنم. در پایان از اساتید گران‌قدر و دانشجویان علاقه‌مند درخواست می‌نمایم با ارائهٔ پیشنهادهای سازندهٔ خود ما را در بهبود چاپ‌های بعدی کتاب یاری نمایند.

دکتر شهرام محمدخانی

دانشیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی

دی ۱۳۹۹

Email: Sh.mohammadkhani@gmail.com

Website: www.drmoammadkhani.com

سخن مترجم

از زمان یونان باستان، فرهنگ غرب برای عقلانیت ارزش بالایی قائل بوده است و شیفتگی خاصی به توان خرد برای هدایت یا حتی غلبه بر نیروهای بدوی و حیوانی هیجان‌ها نشان داده است. افلاطون به‌عنوان یکی از بنیان‌گذاران فلسفه غرب، خرد را ارابه‌رانی قلمداد می‌کرد که دو اسب (احساسات) را هدایت می‌کند که بیانگر مرتبه عالی خرد و ماهیت پست احساسات است. بعدها رواقیون نیز چنین دیدگاهی و حتی دیدگاهی سخت‌گیرانه‌تر را اتخاذ کردند مبنی بر این‌که افرادی که به کمال اخلاقی و عقلانی دست می‌یابند، هیجان‌هایی نظیر ترس، رشک، شهوت یا حتی عشق شهوانی را تجربه نمی‌کنند. عصر جدید فرهنگ غربی از زمان انقلاب علمی به‌واسطه انقلاب صنعتی و روشنگری تاکنون، ارزش خرد در تبیین، پیش‌بینی و تغییر جهان اطرافمان را ارج نهاده است. عقلانیت آشکارا خود را به‌صورت یک توانایی نیرومند نشان داده است. این تفکر که عقلانیت می‌تواند و می‌بایست برای حل تمام مشکلات احتمالی از جمله مهار کردن تجارب هیجانی سرکش ما به کار گرفته شود، فریبنده است. با وجود این، یافته‌های مختلف پیشنهاد می‌کنند که هیجان و خرد، آن‌طور که به‌طور سنتی در فرهنگ غربی فرض می‌شود، به‌آسانی قابل تمایز نیستند.

در آغاز قرن بیستم، در پی یورش مشترک رفتارگرای آمریکایی و روسی، روان‌شناسی روح خود را از دست داد. طوری که، جان واتسون به زیبایی گفت: «روح، هرگز علم را نمی‌بخشد». با وجود این، در دهه ۱۹۵۰، روان‌شناسی حداقل ظرفیت فکر کردن را به دست آورد و روان‌شناسی شناختی در سمپوزیومی در مؤسسه تکنولوژی ماساچوست، در ۱۱ سپتامبر ۱۹۵۶ متولد شد و رشد و توسعه بعدی علوم شناختی، روان‌شناسی و بسیاری از حیطه‌های نزدیک به آن مانند زبان‌شناسی، مردم‌شناسی، فلسفه و هوش مصنوعی را در بر گرفت.

از زمان معرفی مدل روان‌درمانی شناختی در ۵۰ سال گذشته (بک، ۱۹۶۳)، مطالعات بی‌شماری کارآمدی درمان شناختی‌رفتاری نشان داده‌اند. امروزه گستره متنوعی از پروتکل‌های دارای حمایت تجربی برای هدف‌گیری اختلال‌های مشخص طراحی شده‌اند (بارلو، ۲۰۱۴). با این حال، این پروتکل‌ها درمان هر دردی نیستند و در بسیاری از مراجعان موجب بهبودی کامل علائم نمی‌شوند و بازگشت‌های مکرر در برخی اختلال‌ها پدیده‌ای متداول است.

پیشرفت‌های اخیر در فهم به‌هم‌وابستگی هیجان، فکر و رفتار در کنار تکامل مداوم دانش بالینی، پژوهشگران و درمانگران را به سمت استفاده از رویکردهای درمانی متمرکز بر تجربه هیجانی اصلاحی

سوق داده است. بررسی‌های تجربی نشان می‌دهد که پرداختن به هیجان، نقش محوری در روان‌درمانی دارد، با این حال در بسیاری از آثار منتشر شده در زمینه درمان شناختی‌رفتاری این موضوع کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

در ۲۰ سال گذشته این موضوع به‌خوبی روشن شده است که شناخت کافی نیست. بیش‌تر کارهایی که ما انسان‌ها انجام می‌دهیم، توسط هیجان برانگیخته می‌شوند. فهرست کارهایی که ما به دلیل هیجان انجام می‌دهیم، بی‌پایان است. هیجان دائماً با ماست و ما را در جهت هدفمان هدایت می‌کند. وقتی هیجان کارکرد خوب و مناسبی دارد، به ما کمک می‌کند تا اولویت‌بندی کنیم، کار کنیم، از میان انتخاب‌های ناممکن دست به انتخاب بزنییم و از موقعیت‌ها و چیزهایی که ممکن است خطرناک، ناسالم یا بیماری‌زا باشند، اجتناب کنیم. نظام هیجانی، دارای کارکرد خوب، ما را هدایت و حفاظت می‌کند، هیجان‌ها «ده فرمان» دنیای روان‌شناختی هستند. اما مانند هر سیستم نیرومند دیگری، سیستم هیجان نیز می‌تواند از کنترل خارج شود.

هیجان‌ها به طور ناگشودنی با شناخت‌ها پیوند خورده‌اند. آن‌ها یک نظام پیش‌کلامی سریع برای ارزیابی خطر فراهم می‌سازند (لدوکس، ۱۹۹۶)، برجستگی خاطرات را تعیین می‌کنند (پانکسپ، ۱۹۹۸)، بر علامت‌دهی و ارتباط بین فردی تأثیر می‌گذارند (اسروف، ۱۹۹۶) به شایستگی اجتماعی کمک می‌کنند (مایر و سالوی، ۱۹۹۷) و با افکار هشیار برای ایجاد روایت‌هایی که جایگاه فرد را در جهان در طول زمان تعیین می‌کنند، تعامل می‌نمایند (انگس، گرینبرگ، ۲۰۱۱). از دیدگاه تکاملی، هیجان‌ها ضرورتی بنیادی و انطباقی قلمداد می‌شوند (ایزارد، ۱۹۹۱).

در حالی که هیجان‌ها اساساً انطباقی قلمداد می‌شوند، مشکلات هیجانی زمانی به وجود می‌آیند که هیجان‌ها کنترل‌نشده، بیش از اندازه کنترل‌شده و یا به‌واسطه پیوند با تجارب گذشته به‌جای حال حاضر، نامتناسب باشند.

بک (۱۹۷۶) بر اساس به‌کارگیری عقلانیت، رویکردی موسوم به شناخت‌درمانی برای پرداختن به این دشواری‌های هیجانی طراحی کرد که به فرد کمک می‌کند تا دیدگاه دقیق‌تری کسب کند و هیجان را با موقعیت واقعی متناسب سازد. با این حال، گستره‌ای از نظریه‌های علمی پدیدار شده‌اند که هیجان و خرد را به‌عنوان جنبه‌های یکپارچه‌ای از ساختار ذهنی شناختی-عاطفی سطح بالاتر در نظر می‌گیرند، برخی از نظریه‌های درمان شناختی‌رفتاری استدلال می‌کنند که تکیه صرف بر تفکر عقلانی نارسا و محکوم به شکست است (سامویلو و گولدفرید، ۲۰۰۰). در واقع، یک نقطه گیر متداول در درمان شناختی‌رفتاری این شکایت مکرر مراجعان است که «من از لحاظ عقلانی می‌دانم این درست نیست [که من کلاهبردار، ناتوان و غیره هستم]، اما هنوز آن‌ها به‌گونه‌ای احساس می‌شوند که انگار درست هستند».

شکی نیست که شناخت‌درمانی با طراحی روش‌های خاص برای تسکین رنج و آلام بشر، آزمودن تجربی این روش‌ها و فراهم آوردن شواهد نیرومند توانست جنبش روان‌درمانی را به جلو هدایت کند.

به زبان بالینی، کار کردن با مراجع از طریق افزایش آگاهی فراشناختی آنان برای ساختن مهارت‌های مقابله‌ای، می‌تواند پایه‌ی نیرومندی برای تقویت تاب‌آوری هیجانی فراهم سازد. با وجود این، گستره‌ای از شواهد از این اندیشه حمایت می‌کنند که نه تنها استفاده از عقلانیت موجب کاستن و فرونشاندن هیجان‌های منفی می‌شود، بلکه استفاده از خود هیجان‌ها به‌عنوان دروازه‌ی ورود به شبکه‌ی شناختی - عاطفی ناکارآمد نیز می‌تواند منجر به همان آثار مطلوب شود.

به‌ویژه شواهد مختلفی که اخیراً آشکار شده‌اند، پیشنهاد می‌کنند مداخله‌ی فعالانه برای تشدید تماس با هیجان‌ها در جلسات درمان می‌تواند در کاستن از رنج مراجعان در خارج از جلسه‌ی درمان نیز مؤثر باشد. این رویکردها هیجان را وسیله‌ای برای تغییر در نظر می‌گیرند نه فقط هدفی برای تغییر.

این کتاب طیف گسترده‌ای از موضوعات را شامل رویکردهای سنتی و غیرسنتی به درمان شناختی رفتاری دربرمی‌گیرد؛ و به توصیف راهبردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش، تکنیک‌های متمرکز بر شفقت، تحولات جدید در حیطه‌ی مداخلات مبتنی بر رویارویی، استفاده از تصویرسازی برای کار با طرح‌واره‌های زیربنایی و روش‌های پرداختن به جنبه‌های هیجانی رابطه‌ی درمانی می‌پردازد. این اثر بدیع به دلیل تمرکز بر هیجان به‌عنوان موضوع محوری در فرایند درمان، جایگاه بی‌ظنری در ادبیات درمان شناختی رفتاری خواهد یافت.

ناتان س‌توما و دین مک‌کی جمع‌بزرگی از مؤلفان برجسته را که هر کدام در حیطه‌ی خودشان شناخته شده‌اند، دور هم جمع کرده‌اند تا به توصیف رویکرد درمانی و راهبردهای بالینی خاص خود برای کار کردن با هیجان به‌منظور غنی‌سازی درمان و دستیابی به پیامدهای درمانی فراتر از کاهش علائم بپردازند. کتاب حاضر با تأکید بر عاطفه و تجربه، گام مهمی در جهت شکل‌گیری آنچه «رفتاردرمانی شناختی عاطفی» خوانده خواهد شد، است و به درک بهتر رنج انسان و راه‌حل‌های آن کمک خواهد کرد.

این کتاب بسیار ساخت‌یافته است و با معرفی تکنیک‌های مربوط به تشخیص‌های بالینی خاص، خواننده را به سفر در دنیای هیجان‌ها می‌برد. هر فصل کتاب به‌طور ماهرانه تکنیک‌های برگرفته از پژوهش‌های علمی را به خواننده آموزش می‌دهد، و به همین دلیل این کتاب برای درمانگران شناختی رفتاری با سطوح مختلف تجربه مفید خواهد بود.

امید است ترجمه‌ی این اثر به تکمیل و تحکیم بنیان نظری و عملی درمان‌های شناختی رفتاری در ایران کمک نموده و گام مفیدی در جهت بهبود درک متخصصان بالینی از رنج هیجانی انسان و روش‌های درمان باشد.

وظیفه‌ی خود می‌دانم که از همه‌ی کسانی که در چاپ و انتشار این اثر ما یاری نموده‌اند، قدردانی نمایم. از جناب آقای دکتر ارجمند و کارکنان پرتلاش انتشارات ارجمند به پاس زحمات و تلاش‌های فراوان برای انتشار این اثر سپاسگزاری می‌کنم و از دانشجویان عزیز خودم که در ترجمه‌ی

این اثر مرا یاری رساندند، قدردانی می‌کنم. در پایان از اساتید گران‌قدر و دانشجویان علاقه‌مند درخواست می‌نمایم با ارائه پیشنهادهای و انتقادهای سازنده خود ما را در بهبود چاپ‌های بعدی کتاب یاری نمایند.

دکتر شهرام محمدخانی

دانشیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی

دی ۱۳۹۵

Email: Sh.mohammadkhani@gmail.com

معرفی ویراستاران

دکتر ناتان س توما، مدرس روان‌شناسی بالینی در کالج پزشکی ویل کرنل است. علاقه بالینی وی بر یکپارچه‌سازی رویکردهای تجربه‌ای، میان‌فردی و ارتباطی با درمان شناختی رفتاری متمرکز است و دوره‌های آموزشی پیشرفته را در زمینه درمان هیجان‌مدار و طرح‌واره درمانی گذرانده است. دکتر توما درباره موضوعات گوناگون در حوزه پژوهش‌های روان‌درمانی تألیفاتی داشته است که از جمله می‌توان به مقاله‌ای اشاره کرد که در مجله آمریکایی روان‌پزشکی به رشته تحریر درآورده است و سردبیران مجله آن را به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مقالات در بین هفت مقاله سال ۲۰۱۲ انتخاب کردند. او دانش‌آموخته آکادمی شناخت‌درمانی است و عضو پاره‌وقت و دارای کرسی در انجمن شناختی رفتاری شهر نیویورک است.

دکتر دین مک‌کی، استاد روان‌شناسی دانشگاه فورد‌هام و عضو هیئت‌علمی برنامه آموزش دکترای روان‌شناسی بالینی است. حوزه پژوهشی مورد علاقه وی اختلال وسواسی-اجباری و مسائل مرتبط با آن در همه گروه‌های سنی است. دکتر مک‌کی دارای بورس روان‌شناسی شناختی رفتاری و روان‌شناسی بالینی از هیئت آمریکایی روان‌شناسی حرفه‌ای و عضو هیئت‌مدیره گروه درمان شناختی رفتاری است. او همچنین عضو هیئت مشاوره علمی بنیاد جهانی اختلال وسواسی-اجباری و شورای علمی انجمن اضطراب و افسردگی آمریکا است. دکتر مک‌کی رئیس انجمن درمان‌های شناختی رفتاری در فاصله ۲۰۱۳-۲۰۱۴ بوده است. او نویسنده بیش از ۱۹۵ مقاله، کتاب، فصول کتاب گوناگون و مؤسس و مدیر مشترک یک گروه درمان خصوصی در وایت پلینز نیویورک است.

سپاسگزاری

این کتاب بر پایه ایده‌های گسترده‌ای که ویراستاران در چند سال گذشته دریافت کرده‌اند تدوین شده است. هر دوی ما بر این باوریم هنگامی که مداخلاتمان مبتنی بر بنیان‌های علمی باشند بیشتر به درد درمانجویان می‌خورند. اگر بخواهیم واقع‌بین باشیم باید تعصبات و سوگیری‌های نظری پیشین را کنار گذاشته و در پی شناخت اطلاعات جدید در دسترس باشیم. بسیاری از رویکردهای درمانی سنتی مدعی کارآمدی هستند، اما هیچ‌کدام در عمل این امر را نشان نداده‌اند. با این حال، تمام رویکردها دربرگیرنده پردازش هیجانی به‌عنوان بخشی از تغییر رفتار هستند.

این کتاب به‌روشنی قصد دارد به‌عنوان کتابی با جهت‌گیری شناختی رفتاری شناخته شود. با این حال، بسیاری از همکاران نویسنده ما در این کتاب توصیه‌هایی از نظریه‌هایی غیر از نظریه شناختی رفتاری ارائه کرده‌اند که به چالش‌های درمان شناختی رفتاری در کمک به درمانجویان برای تغییر مؤثر رفتار و هیجان می‌پردازند. حاصل این کار کتابی است که بیشتر التقاطی است تا یک کتاب شناختی رفتاری معمول برای متخصصان. امیدواریم این رویکرد میان نظریه‌ای در کاربرد اصول مطرح‌شده در این کتاب برای درمانجویان سودمند باشد.

از تلاش فراوان همکاران خود که گروهی از پژوهشگران و متخصصان برجسته هستند، کمال سپاسگزاری را داریم. همچنین بر خود واجب می‌دانیم تا سپاس‌گزاری ویژه‌ای از لی مک‌کالو داشته باشیم که علی‌رغم بیماری شدید در زمان نگارش کتاب با نگارش مشترک یکی از فصول کتاب (فصل ۷) موافقت کردند. ما به همکاری با او افتخار می‌کنیم و بسیار متأثر شدیم که پیش از انتشار این کتاب او را از دست داده‌ایم. ما بسیار خوشحالیم که یکی از فصول این کتاب به نام او مزین شده است.

ناتان س توما از همین‌جا از همسرش رایا به‌خاطر حمایت‌های همیشگی در طی تدوین این کتاب قدردانی می‌کند. همچنین از آرون هیلر، استفان کوسلوف و برایان پیلکی برای نظرات مفیدشان در بخش مقدمه و همچنین از کریستین اس چان به‌خاطر بحث‌هایی که به شکل‌گیری و تبلور موضوع واحد این کتاب کمک کرد، سپاسگزاری می‌کند.

دین مک‌کی از همسرش دان، برای حمایت‌های بی‌دریغ و صبوری‌اش طی سال‌ها که قدمت آن به زمان دانشگاه برمی‌گردد سپاسگزاری ویژه می‌کند، به‌راستی که چه سفر بزرگی بوده است!

همکاران

دکتر آرنولد آرنتز، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آمستردام، آمستردام، هلند
دکتر اس چان، گروه روان‌شناسی، دانشگاه هنگ‌کنگ، پوکفولام، هنگ‌کنگ
دکتر دیوید ام کلارک، گروه روان‌شناسی تجربی، دانشگاه آکسفورد، آکسفورد، انگلستان
ریک آکروز، کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ایالتی یوتا، لوگان، یوتا
دکتر سوزان دافلاس، مرکز شناختی رفتاری ونکوور، ونکوور، بریتیش کلمبیا، کانادا
دکتر تان ام اریکسون، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پاسیفیک سیاتل، سیاتل، واشینگتن
دکتر آندریو پی فلمینگ، گروه روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه واشینگتن، سیاتل، واشینگتن
دکتر دیوید ام فرسکو، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ایالتی کنت، کنت، اوهایو
دکتر کریستوفر کی. جرمر، بخش روان‌شناسی، دانشکده پزشکی هاروارد، بوستون، ماساچوست
دکتر پال گیلبرت، واحد تحقیقات سلامت روان، دانشگاه دربی، دربی، انگلستان
دکتر لسلی اس گرینبرگ، گروه روان‌شناسی دانشگاه یورک، تورنتو، اونتاریو، کانادا
دکتر آدیل ام هیز، گروه روان‌شناسی، دانشگاه دیلاوار، نیوارک، دیلاوار
دکتر استیون سی هیز، گروه روان‌شناسی، دانشگاه نوادا، رینو، رینو، نوادا
دکتر جولیا ای هیچ، متخصص خصوصی، سیاتل، واشینگتن
دکتر رابرت جی کوهلنبرگ، گروه روان‌شناسی، دانشگاه واشینگتن، سیاتل، واشینگتن
جسیکا کراس، کارشناس ارشد، دوره روان‌شناسی بالینی، دانشکده جدید تحقیقات اجتماعی،
نیویورک، نیویورک
دکتر رابرت ال لی‌هی، مؤسسه آمریکایی شناخت‌درمانی، نیویورک، نیویورک
دکتر راشل لانت، مرکز درمان شناختی رفتاری ونکوور، ونکوور، بریتیش کلمبیا، کانادا
دکتر آفر ماورر، مرکز مطالعات علمی، اوریهودا، اسرائیل؛ مؤسسه اسرائیلی طرح‌واره درمانی، تل‌آویو،
اسرائیل
دکتر لی مک‌کالو، (فوت شده)، دانشکده پزشکی هاروارد، بوستون، ماساچوست
آدام مک‌گواپر، کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پاسیفیک سیاتل، سیاتل، واشینگتن
دکتر دین مک‌کی، ABPP، گروه روان‌شناسی، دانشگاه فوردهام، برونکس، نیویورک

دکتر داگلاس اس منین، گروه روان‌شناسی، کالج هانتر، نیویورک، نیویورک

دکتر میشل جی نیومن، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ایالتی پنسیلوانیا، یونیورسیتی پارک، پنسیلوانیا

راشل اوسرکیس، کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه فوردهام، برونکس، نیویورک

کریستین آ. آر اوسبورن، کارشناس ارشد، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی هاروارد، بوستون، ماساچوست

میا اسکایت اوتوله، کارشناس ارشد، فلوشیپ دکترا، گروه روان‌شناسی و علوم رفتاری، دانشگاه آرهوس، آرهوس، دانمارک

دکتر اشکول رافائلی، گروه روان‌شناسی، پژوهشگاه مغز چندرشته‌ای گوندا، دانشگاه بار ایلان، رامات گان، اسرائیل، مؤسسه اسرائیلی طرح‌واره درمانی، تل‌آویو، اسرائیل

دکتر سی بت ردی، گروه روان‌شناسی دانشگاه دیلاوار، نیووارک، دیلاوار

دکتر جرمی د سفران، دوره روان‌شناسی بالینی، دانشکده جدید تحقیقات اجتماعی، نیویورک، نیویورک

دکتر دنیس تیرچ، مؤسسه آمریکایی شناخت‌درمانی، نیویورک، نیویورک

دکتر ناتان س توما، گروه روان‌پزشکی، کالج پزشکی ویل کرنل، نیویورک، نیویورک

دکتر ماویس سای، گروه روان‌شناسی، دانشگاه واشینگتن، سیاتل، واشینگتن

دکتر پال جی اولونس، مؤسسه تحقیقات، مرکز روان‌پزشکی سازمان شهرداری، ویکرساند، نروژ

دکتر جنیفر سی پلامب ویلاردگا، سیستم مراقبت‌های بهداشت VA، سیاتل، واشینگتن

دکتر ماتیو ویلاتی، مؤسسه کار خصوصی مبتنی بر شواهد، سیاتل، واشینگتن

دکتر بروس ای وامپولد، ABPP، گروه روان‌شناسی مشاوره، دانشگاه ویسکانسین - مادیسون، ویسکانسین؛ مؤسسه تحقیقات، مرکز روان‌پزشکی سازمان شهرداری، ویکرساند، نروژ

دکتر ماورین ویتال، مرکز درمان شناختی رفتاری ونکوور، ونکوور، بریتیش کلمبیا، کانادا

جنیفر ویلد، دکترای روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی تجربی، دانشگاه آکسفورد، آکسفورد، انگلستان

کارلی یاسینسکی، کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه دیلاوار، نیویورک، دیلاوار

مقدمه

ناتان توما، دین مکی

از زمان معرفی مدل روان‌درمانی شناختی در ۵۰ سال گذشته (بک، ۱۹۶۳)، مطالعات بی‌شماری کارآمدی درمان شناختی‌رفتاری (CBT) را نشان داده‌اند. امروزه گستره متنوعی از پروتکل‌های دارای حمایت تجربی برای هدف‌گیری اختلال‌های خاص طراحی شده‌اند (بارلو، ۲۰۱۴). با این حال، این پروتکل‌ها درمان هر دردی نیستند. این پروتکل‌ها در بسیاری از درمانجویان موجب بهبودی کامل علائم نمی‌شوند و بازگشت‌های مکرر در برخی اختلال‌ها پدیده‌ای متداول است. تسهیل تعمق درمانجویان در تجارب عاطفی خودشان مسیری است که فرض می‌شود به گسترش و فراگیر شدن بیشتر درمان شناختی‌رفتاری کمک می‌کند. به‌ویژه این رویکرد به طور سنتی به طور نیرومندی با رویکردهایی غیر از درمان شناختی‌رفتاری مانند درمان روان‌پویشی یا درمان انسان‌گرا / وجودی مرتبط بوده است (بلاگیس و هیلسنروث، ۲۰۰۲؛ گولدفرد، ۲۰۱۳). با وجود این، در سال‌های اخیر علاقه به یافتن راه‌های مؤثر برای درگیر شدن با هیجان در درمان شناختی‌رفتاری افزایش یافته است.

پیشرفت‌های اخیر در فهم به‌هم‌وابستگی هیجان، فکر و رفتار در کنار تکامل مداوم دانش بالینی، پژوهشگران و درمانگران را به‌سوی استفاده از رویکردهای درمانی که شامل تجربه هیجانی/اصلاحی هستند سوق داده است (الکساندر و فرنچ، ۱۹۴۶؛ پاچانکیس و گولدفرد، ۲۰۰۷). به‌ویژه شواهد مختلفی که اخیراً آشکار شده‌اند، پیشنهاد می‌کنند مداخله فعالانه برای تشدید تماس با هیجان‌ها در جلسات درمان می‌تواند در کاستن از رنج درمانجویان در بیرون از جلسه درمان مؤثر باشد. این رویکردها هیجان را وسیله‌ای برای تغییر در نظر می‌گیرند نه فقط هدفی برای تغییر؛ بنابراین، در دهه گذشته تکنیک‌های تجربه‌ای-تکنیک‌هایی که هدفشان درگیری فعال با هیجان‌ها به‌جای تمرکز بر کاهش هیجان‌ها است- به‌طور گسترده‌ای ایجاد، پالایش و مورد آزمون علمی قرار گرفته‌اند. هدف کتاب حاضر نشان دادن نمونه‌ای از هنر رویکردهای تجربه‌ای در پرداختن به هیجان است که می‌توان آن را در چارچوب درمان شناختی‌رفتاری به‌کار بست. ما امیدواریم در کنار تسهیل کاربردپذیری بالینی فوری، به‌ترغیب انگیزه خوانندگان برای کاوش بیشتر در این رویکردهای نویدبخش نیز بپردازیم.

از زمان یونان باستان، فرهنگ غرب برای عقلانیت^۱ ارزش بالایی قائل بوده است و شیفتگی خاصی

به توان خرد^۱ برای هدایت یا حتی غلبه بر نیروهای بدوی و حیوانی هیجان‌ها نشان داده است. افلاطون به عنوان یکی از بنیان‌گذاران فلسفه غرب، خرد را به منزلهٔ ارايهٔ رانی می‌داند که دو اسب را می‌راند (هدایت می‌کند) که بیانگر مرتبهٔ عالی خرد و ماهیت پست احساسات است (گریسولد، ۲۰۱۰). بعدها رواقیون نیز چنین دیدگاهی و حتی دیدگاهی سخت‌گیرانه‌تر را اتخاذ کردند مبنی بر این که افرادی که به کمال اخلاقی و عقلانی دست می‌یابند، هیجان‌هایی نظیر ترس، رشک، شهوت یا حتی عشق شهوانی را تجربه نمی‌کنند (بالتزی، ۲۰۱۲). عصر جدید فرهنگ غربی از زمان انقلاب علمی به واسطهٔ انقلاب صنعتی و روشنگری تاکنون، ارزش خرد را در تبیین، پیش‌بینی و تغییر جهان اطراف ارج نهاده است. عقلانیت آشکارا خود را به صورت یک توانایی نیرومند نشان داده است. این تفکر که عقلانیت می‌تواند و می‌بایست برای حل تمام مشکلات احتمالی از جمله مهار کردن تجارب هیجانی سرکش ما به کار گرفته شود، فریبنده است. با وجود این، یافته‌های مختلف پیشنهاد می‌کنند که هیجان و خرد، آن‌طور که به طور سنتی در فرهنگ غربی فرض می‌شود، به آسانی قابل تمایز نیستند.

برای روشن شدن مطلب، مثال موردی ذکر شده توسط داماسیو (۱۹۹۴) را در نظر بگیرید: مردی که دچار آسیب مغزی شده است ولی در حالی که قوای عقلانی او دست‌نخورده باقی مانده، نظام هیجانی اش مختل شده است. این مرد که جذاب، باهوش و مرتب به نظر می‌رسد قادر به تصمیم‌گیری ساده مانند انتخاب زمان قرار ملاقاتش نبود. این مرد بدون ارتباط کامل با هیجان‌هایش، قادر به جهت‌یابی و انجام حتی ساده‌ترین تکالیف نبود.

هیجان منجر به چیزی می‌شود که داماسیو آن را «نشانه‌گرهای جسمانی»^۲ می‌نامد که ما را از چیزهای مهم و باارزش باخبر می‌کند (داماسیو، ۱۹۹۴). همسو با این ایده‌ها، پارادایم جدیدی در علوم شناختی موسوم به چشم‌انداز ذهن بدنمند^۳ پایگاه نیرومندی را پیدا کرده است. این دیدگاه بیان می‌کند که تمام استدلال‌های انتزاعی بر اساس تجارب جسمانی ساخته می‌شوند، برخاسته از حواس هستند و بر پایهٔ هیجان‌ها استوارند و قوهٔ ذهنی مجزایی که بیانگر دیدگاهی غیربدنمند و عینی از جهان باشند نیستند (رجوع شود به لاکف و جانسون، ۱۹۹۹).

هیجان‌ها به طور ناگشودنی با شناخت‌ها پیوند خورده‌اند. آن‌ها یک نظام پیش‌کلامی سریع برای ارزیابی خطر فراهم می‌سازند (لدوکس، ۱۹۹۶)، برجستگی خاطرات را تعیین می‌کنند (پانکسپ، ۱۹۹۸)، بر علامت‌دهی و ارتباط بین فردی تأثیر می‌گذارند (اسروف، ۱۹۹۶)، به شایستگی اجتماعی کمک می‌کنند (مایر و سالوی، ۱۹۹۷) و با افکار هشیار برای ایجاد روایت‌هایی^۴ که جایگاه خویشتن را در جهان در طی زمان تعیین می‌کنند، تعامل دارند (انگس، گرینبرگ، ۲۰۱۱). از دیدگاه تکاملی، هیجان‌ها ضرورتی بنیادی و انطباقی به شمار می‌روند (ایزارد، ۱۹۹۱). هیجان‌ها اطلاعاتی فراهم

1. Reason
2. somatic markers
3. embodied mind perspective
4. narratives

می‌کنند که انسان را به سوی نیازهای بنیادی خویش هدایت می‌کند و با انگیزه برای برآورده کردن این نیازها با محیط تعامل برقرار می‌کنند.

درحالی که هیجان‌ها اساساً انطباقی قلمداد می‌شوند، مشکلات هیجانی زمانی به وجود می‌آیند که هیجان‌ها کنترل نشده^۱، تحت کنترل افراطی^۲ و یا به دلیل ارتباط بیشتر با تجارب گذشته به جای اکنون نامتناسب باشند. بک (۱۹۷۶) بر پایهٔ به‌کارگیری عقلانیت برای تفکر دربارهٔ واقعیت، رویکرد شناخت‌درمانی را برای پرداختن به این دشواری‌های هیجانی طراحی کرد که به فرد کمک می‌کند تا دیدگاه دقیق‌تری پیدا کرده و بنابراین هیجان‌هایش را با موقعیت واقعی متناسب سازد. با این حال، گستره‌ای از نظریه‌های علمی پدیدار شده‌اند که هیجان و خرد را به‌عنوان جنبه‌های یکپارچه‌ای از ساختار ذهنی شناختی-عاطفی سطح بالاتر در نظر می‌گیرند؛ برخی از نظریه‌های درمان شناختی رفتاری استدلال می‌کنند که تکیهٔ صرف بر تفکر عقلانی نارسا و محکوم به شکست است (سامویلو و گولدفرید، ۲۰۰۰). در واقع، یک نقطهٔ توقف متداول در درمان شناختی رفتاری این شکایت مکرر درمانجویان است که من از لحاظ عقلانی می‌دانم این درست نیست [که من کلاهبردار، ناتوان و غیره هستم]، اما هنوز آن‌ها به‌گونه‌ای احساس می‌شوند که انگار درست هستند.

شناخت‌درمانی به‌روشنی با طراحی روشی خاص برای تسکین رنج، آزمودن تجربی این روش و فراهم آوردن شواهد نیرومند، توانست جنبش روان‌درمانی را به جلو هدایت کند. به زبان بالینی، کار کردن با درمانجو از طریق افزایش آگاهی فراشناختی آنان برای ایجاد مهارت‌های مقابله‌ای، می‌تواند پایهٔ نیرومندی برای تقویت تاب‌آوری هیجانی فراهم سازد. با وجود این، گستره‌ای از شواهد از این اندیشه حمایت می‌کنند که نه‌تنها استفاده از عقلانیت موجب کاستن و فرونشاندن هیجان‌های منفی می‌شود، بلکه استفاده از خود هیجان‌ها به‌عنوان دروازهٔ ورود به شبکهٔ شناختی-عاطفی ناکارآمد نیز می‌تواند منجر به همان آثار مطلوب شود.

نظریهٔ پردازش هیجانی فوا و کوزاک (۱۹۸۶) بر اساس مدل زیستی اطلاعاتی^۳ مطرح شده توسط لانگ (۱۹۷۷) عنوان می‌کند که برای تعدیل پاسخ‌های ترس مفرط، ابتدا باید شبکهٔ (مدار) ترس زیربنایی برای ایجاد قابلیت تغییر فعال شود. سپس، باید اطلاعات جدید دارای مؤلفه‌های ناهمخوان و ناسازگار با اطلاعات مرتبط با ترس کنونی افزوده شود تا شبکهٔ جدید و به‌روز شده‌ای شکل گیرد. اصول اساسی این نظریه در سطح عصب زیست‌شناختی پردازش در یک مدل حیوانی موسوم به تحکیم مجدد روزآمد^۴ تأیید شده است. در این‌گونه پردازش، هنگامی که مدار ترس موجود و آموخته‌شدهٔ قبلی، از طریق عناصر برانگیزانندهٔ محرک‌های ترس اصلی دوباره فعال می‌شود، قابلیت

1. underregulated
2. overregulated
3. bioinformational
4. reconsolidation update

تعدیل و جایگزینی پیدا می‌کند (رجوع شود به ترانسون و تیلور، ۲۰۰۷). این اصول در سطح بالینی به طور آشکار در درمان مبتنی بر رویارویی برای اختلال‌های اضطرابی به کار گرفته شده است. ما پیشنهاد می‌کنیم که اصول مشابهی - یعنی فعال‌سازی هیجان برای تعدیل بهتر ساختار ذهنی شناختی-عاطفی - می‌تواند بنیان نیرومندی برای مداخلات مختلف در حوزه دشواری‌های هیجانی گوناگون فراهم سازد. شواهد پیشنهاد می‌کنند که برانگیختگی و ابراز هیجانی در انواع روش‌های روان‌درمانی با پیامد مثبت مرتبط است. برانگیختگی هیجانی بالا در آغاز درمان در کنار خوگیری در بین جلسات، با پیامدهای مثبت در درمان مبتنی بر رویارویی برای اختلال‌های اضطرابی همراه بوده است (بورکووک و سایدس، ۱۹۷۹؛ جیکاکس، فوا و مورال، ۱۹۹۸). یک فراتحلیل درزمینه مطالعات فرایند-پیامد^۱ درمان روان‌پوشی کوتاه‌مدت (PDT) در نمونه‌های بالینی مختلف، رابطه معناداری بین ابراز عواطف و پیامدهای بعدی درمان نشان داده است (دینر، هیلنروث و وینبرگر، ۲۰۰۷). همچنین در درمان افسردگی، برانگیختگی هیجانی میانه درمان^۲ در درمان هیجان‌مدار (EFT) و درمان‌جو محور (CCT) پیش‌بینی‌کننده پیامدهای مثبت بود (میسیرلیان، توکمانیان، واروار و گرینبرگ، ۲۰۰۵). نشان داده شده که هم در PDT و هم در CBT تکنیک‌هایی که هیجان را فراخوانده و مورد کاوش قرار می‌دهند با پیامدهای مثبت ارتباط دارند (جونس و پولوس، ۱۹۹۳).

به نظر می‌رسد احتمالاً چیزی فراتر از صرف برانگیختن و تخلیه هیجان‌ها برای بهینه‌سازی درمان اهمیت دارد. برای مثال تا همین اواخر اعتقادی مبنی بر این وجود داشت که درمان مبتنی بر رویارویی از طریق خاموشی و خوگیری در جلسات رویارویی باعث ایجاد تغییر در فرد می‌شود. با وجود این، شواهد جدیدتر نشان دادند که خوگیری ممکن است نسبت به ایجاد تحمل پریشانی و پذیرش هیجانی اهمیت کمتری داشته باشد (ارچ، ولتزیکی-تیلور، ایفرت و کراسک، ۲۰۱۲؛ بلوت، زولنر و فینی، ۲۰۱۴؛ کراسک و همکاران، ۲۰۰۸). افزون بر این، به نظر می‌رسد تطابق معانی جدید به واسطه تجربه هیجان در درمان مبتنی بر رویارویی نیز مهم است (سوبل، رسیک و رابالیس، ۲۰۰۹). میسیرلیان و همکاران (۲۰۰۵) در درمان تجربه‌ای برای افسردگی دریافتند که توانایی درمانجویان برای معنا دادن به هیجان‌های برانگیخته شده خودشان، به پیامدهای درمانی‌ای فراتر از برانگیختگی‌های هیجانی در میانه درمان منجر می‌شود. فردر، اوزرا، گرینبرگ و هرمان (۲۰۱۳) اظهار کردند که کیفیت آگاهی از هیجان تجربه‌شده هم‌راستا با نگرش درمان‌جو نسبت به این هیجان‌ها به طور نیرومندی با پیامد درمان مرتبط است و همین عوامل تعیین می‌کنند آیا هیجان برانگیخته شده ثمربخش خواهد بود یا نه. مقیاس‌های پردازش هیجانی درون جلسات که بر محور توجه، پذیرش و افتراق تجارب شناختی-عاطفی قرار دارند با پیامد درمان در EFT، CCT، CBT مرتبط هستند (کاستونگای، گولدفرید، ویسر، راو و هیز، ۱۹۹۶؛ گولدمن، گرینبرگ و پوس، ۲۰۰۵؛ پوس، گرینبرگ و واروار، ۲۰۰۹؛ واتسون و بدارد، ۲۰۰۶).

1. process-outcome studies
2. midtreatment

بنابراین به نظر می‌رسد برای ایجاد تجربه هیجانی اصلاحی در درمانجویان، باید به آن‌ها کمک کرد که به هیجان‌های خویش توجه کنند، آن‌ها را بپذیرند و معنای جدیدی از آن استخراج کنند. درحالی‌که شرایط مورد نیاز درمان درمان‌جو محور راجرزی مانند همدلی، توجه مثبت و اصالت در برخی درمانگران می‌تواند به درمانجویان کمک کند تا هیجان‌های خویش را احساس و ابراز کنند، اما این شواهد پیشنهاد می‌کنند که افزودن تکنیک‌های فعالی که درمانجویان را به سمت تکالیف پردازش هیجانی خاص هدایت می‌کنند، می‌تواند موجب بهبود پیامد درمان در مرحله پس از درمان و پیگیری شود (الیسون، گریبنرگ، گولدمن و انگوس، ۲۰۰۹). با وجود این، هنوز مهم است که درمانگران تکنیک‌های تحریک هیجانی را به نحوی به کار بگیرند که اتحاد درمانی نیرومند با درمانجویان خود را حفظ کنند و این امر حتی در درمان‌های بسیار ساخت‌یافته مانند رویارویی طولانی نیز صادق است (مک لاگلین، کلر، فینی و زولنر، ۲۰۱۴). در این کتاب ما رویکردهای متنوعی را ارائه می‌کنیم که هدفشان کمک به درمانجویان برای درگیر شدن با هیجان‌ها با استفاده از تکنیک‌هایی است که ریشه در شواهد پژوهشی دارند و می‌توانند به شیوه‌ای به کار برده شوند که حس پیوند بین درمان‌جو و درمانگر را افزایش دهند.

این کتاب به پنج بخش تقسیم شده است. بخش اول، متمرکز بر پذیرش هیجان و تمام جوانب تجربه است. این بخش شامل فصولی در مورد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، یکپارچه‌سازی تمرین‌های ذهن‌آگاهی با CBT و تأکید بر پذیرش خود و خود شفقتی از طریق درمان متمرکز بر شفقت است. رویکردهای متمرکز بر پذیرش و ذهن‌آگاهی در سال‌های اخیر با علاقه بسیاری از سوی برخی درمانگران روبه‌رو شده است. این فصول توضیحات بالینی روشن و موجزی ارائه می‌کنند که این کارهای مهم را الگودهی می‌کند.

بخش دوم، به تشریح کاربردهای رویارویی با هیجان می‌پردازد. فصل مربوط به درمان مبتنی بر رویارویی واقعی و تصویری، نه تنها رهنمودهایی در مورد روش‌های ضمنی افزایش درگیری هیجانی درمان‌جو در کار رویارویی ارائه می‌کند، بلکه به چالش‌های هیجانی رایجی که ممکن است در بافت اجرای رویارویی برای درمانگران پیش آید، نیز می‌پردازد. علاوه بر این فصلی در مورد استفاده از رویارویی در افسردگی وجود دارد که می‌توان آن را کاربرد نسبتاً جدید، برخاسته از پژوهش‌های برنامه‌ای دانست. ما فراتر از مرزهای CBT، فصلی را دربارهٔ درمان عاطفه‌هراسی (APT) لحاظ کرده‌ایم که یک رویکرد مبتنی بر شواهد و برخاسته از درمان روان‌پویشی است؛ رویکردی که نظریهٔ یادگیری و رویارویی ارادی با عواطف انطباقی به‌عنوان منبع بهبودی را با هم تلفیق می‌کند. در پایان، این بخش شامل فصلی در مورد آزمایش‌های رفتاری-خانوادهٔ دیگری از روش درمانی سنتی CBT- است. ما این فصل را به این دلیل اینجا آوردیم که آزمایش‌های رفتاری برای تغییر باورها (به‌جای پرسش‌های سقراطی) بر تجارب تکیه می‌کنند، بنابراین می‌توان آن را به‌عنوان رویکردی تجربه‌ای در نظر گرفت که

برای ایجاد تغییر، به طور هم‌زمان هم شناخت و هم عواطف را درگیر می‌کند. بخش سوم شامل سه فصل است که همه آن‌ها منعکس‌کننده کاربردهای روشی موسوم به بازسازی تصویر ذهنی^۱ است؛ روشی که در آن درمان‌جو ابتدا با خاطرات آسیب‌زای خویش به صورت تصویری روبه‌رو می‌شود و سپس از او خواسته می‌شود در موقعیت تصور شده به گونه‌ای جدید رفتار کند. این شیوه ترفندهای^۲ جدیدی را به کاربرد درمان رویارویی افزوده است و از طریق مکانیسم‌های متفاوتی عمل می‌کند. این فصل شامل کاربرد بازسازی تصویر ذهنی در اختلال‌های شخصیت، اختلال استرس پس از آسیب و اضطراب اجتماعی است. فصل آخر این بخش به بررسی روش رویارویی در بافت گسترده‌تر و در درون کارهای شناختی و تجربه‌ای برای اختلال اضطراب اجتماعی می‌پردازد.

بخش چهارم شامل رویکردهایی است که به هیجان‌های برانگیخته شده در جلسات درمان، بهبود پردازش هیجانی و همچنین راهبردهای تنظیم هیجان می‌پردازند. ما درمان هیجان‌مدار را به‌عنوان درمانی برخاسته از پژوهش، انسان‌گرا و کوتاه‌مدت از لحاظ زمان در این بخش لحاظ کرده‌ایم؛ این درمان در اصل درمان‌جو را به اجرای تمرین‌هایی سوق می‌دهد که با هدف ابراز نیازهای بنیادی و حل موانع هیجانی برای برآوردن این نیازها انجام می‌شوند. فصل دیگری که به یکپارچه کردن کارهای هیجان‌مدار می‌پردازد، رویکردی برگرفته از طرح‌واره درمانی است و تحت عنوان پرداختن به ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای مطرح می‌شود. پرداختن به ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای را می‌توان به‌عنوان مدل بروز شده مدل اصلی طرح‌واره جفری یانگ (یانگ، کلوסקو و ویشار، ۲۰۰۳) دانست که مدل مفهومی خاصی ارائه می‌کند که متمرکز بر کارهای تجربه‌ای درون جلسات از جمله تکنیک‌های تصویری و سبک گشتالتی «کار با صندلی»^۳ است. فصل مربوط به طرح‌واره درمانی هیجانی بیانگر نوع بسط یافته‌ای از بازسازی شناختی است که بر نگرش‌های درمانجویان در مورد هیجان متمرکز است. در آخر، فصل مربوط به درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، شیوه‌هایی برای پرداختن به اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی اضطرابی^۴ معرفی می‌کند. این رویکرد به دنبال گسترش روش‌های CBT سنتی برای کار با اضطراب مزمن و پرداختن به راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان است که منجر به تثبیت علائمی می‌شوند که از جمله آن‌ها می‌توان به نگرانی فراگیر و نشخوار فکری اشاره کرد.

در نهایت بخش پنجم روش‌هایی برای پرداختن به واکنش‌های هیجانی درمانجو و درمانگر به یکدیگر ارائه می‌کند. فصل مربوط به تکنیک‌های رابطه‌ای به معرفی رویکردی از درمان روان‌پویشی می‌پردازد که فرایند گسیختگی اتحاد درمانی و ترمیم آن را کانون تمرکز درمان قرار می‌دهد. مؤلفان کتاب حاضر پژوهش‌های نویدبخشی برای افزودن این درمان‌های الحاقی به نقاط ضعف مربوط به بحث اتحاد درمانی در CBT سنتی انجام داده‌اند. فصل مربوط به تمرکز بین فردی و تجربه‌ای در GAD، شامل

1. imagery rescripting
2. twist
3. chair work
4. anxious depression

رویکردی یکپارچه‌نگر است که به ترکیب کارهای ارتباطی روان‌پویشی و تمرین‌هایی از EFT و CBT می‌پردازد. فصل پایانی شامل روان‌درمانی تحلیلی کارکردی^۱ (FAP) است که تبدلات بین فردی درمانجو و درمانگر را از دیدگاهی رفتاری می‌نگرد. روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بدون هیچ‌هراسی، از ابراز صریح عشق، شفقت و مراقبت توسط درمانجویان حمایت می‌کند و نمایانگر شیوه‌ای زنده و صمیمانه است که احساس غیرقابل‌تردیدی از سرزندگی را به عمل روان‌درمانی تزریق می‌کند.

مؤلفان در هر فصل نظریه زیربنایی رویکردشان را شرح می‌دهند، مرور مختصری از شواهد حمایت‌کننده آن نظریه ارائه می‌کنند و به توصیف کارکردهای بالینی آن به شیوه‌ای می‌پردازد که ترسیم‌کننده چیزی است که درمانگر انجام می‌دهد و بیان می‌کند و تا حد امکان مبتنی بر نمونه‌های بالینی است. در این کتاب برای افزایش ارزش کاربرد بالینی، از مؤلفان خواستیم که در آخر فصل به این امر توجه ویژه نشان دهند. مؤلفان همچنین برای نشان دادن مرزهای جدید تحولات پژوهشی و بالینی آینده، بخش محدودیت‌ها و جهت‌گیری‌های آینده را در هر فصل لحاظ کرده‌اند. هر فصل با فهرستی از منابع اضافی از جمله کتاب‌های آموزشی، وب‌سایت‌ها و دی‌وی‌دی به پایان می‌رسد تا به این وسیله درمانگران بتوانند از این کتاب به‌عنوان سکوی پرشی برای گسترش خزانه بالینی خویش و پیشرفت‌های بعدی در زمینه درمانگری استفاده کنند.

امیدواریم به همان اندازه که ما از مزیت گردآوری این کتاب لذت بردیم شما نیز با خواندن این کتاب لذت ببرید. ما به‌نوبه خویش تشکر ویژه خود را از مؤلفان کتاب ابراز می‌داریم که چنین تجارب یادگیری گران‌بهایی را برای ما به‌عنوان ویراستاران این کتاب ارزشمند فراهم ساختند.

منابع

- Alexander, F. F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. Oxford, UK: Ronald Press.
- Angus, L., & Greenberg, L. (2011). *Working with narrative in emotion focused therapy: Changing stories, healing lives*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Arch, J. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Eifert, G. H., & Craske, M. G. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7–8), 469–478.
- Auszra, L., Greenberg, L. S., & Herrmann, I. (2013). Client emotional productivity—Optimal client in-session emotional processing in experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 23(6), 732–746.
- Barlow, D. H. (2014). *Clinical handbook of psychological disorders (5th ed.)*. New York: Guilford Press.

1. functional analytic psychotherapy

- Baltzly, D. (2012). Stoicism. In *The Stanford encyclopedia of philosophy* (winter ed.). Retrieved from <http://plato.stanford.edu/archives/win2012/entries/stoicism>.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324–333.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford, UK: International Universities Press.
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2002). Distinctive features of cognitive-behavioral therapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review*, 22(5), 671–706.
- Bluett, E. J., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2014). Does change in distress matter?: Mechanisms of change in prolonged exposure for PTSD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 97–104.
- Borkovec, T. D., & Sides, J. (1979). The contribution of relaxation and expectance to fear reduction via graded imaginal exposure to feared stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 529–540.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wisner, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497–504.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 5–27.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: Emotion, rationality and the human brain*. New York: Putnam.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A metaanalysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 936–941.
- Ellison, J. A., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Angus, L. (2009). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 103–112.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. Goldfried, M. R. (2013). Evidence-based treatment and cognitive-affective-relationalbehavior therapy. *Psychotherapy*, 50, 376–380.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Pos, A. E. (2005). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research*, 15, 248–260.
- Griswold, C. L. (Ed.). (2010). *Self-knowledge in Plato's Phaedrus*. State College: Pennsylvania State Press.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Jaycox, L. H., Foa, E. B., & Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 185–192.
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 306–316.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh: The embodied mind and its challenge to Western thought*. New York: Basic Books.

- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8(5), 862–886.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3–31). New York: Basic Books.
- McLaughlin, A., Keller, S. M., Feeny, N. C., Youngstrom, E. A., & Zoellner, L. A. (2014). Patterns of therapeutic alliance: Rupture–repair episodes in prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 112–121.
- Missirlan, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H., & Greenberg, L. S. (2005). Emotional arousal, client perceptual processing, and the working alliance in experiential psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 861–871.
- Pachankis, J. E., & Goldfried, M. R. (2007). An integrative, principle-based approach to psychotherapy. In S. G. Hofmann & J. Weinberger (Eds.), *The art and science of psychotherapy* (pp. 49–68). New York: Routledge/Taylor & Francis.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., & Warwar, S. H. (2009). Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1055–1066.
- Samoilov, A., & Goldfried, M. R. (2000). Role of emotion in cognitive-behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(4), 373–385.
- Sobel, A. A., Resick, P. A., & Rabalais, A. E. (2009). The effect of cognitive processing therapy on cognitions: Impact statement coding. *Journal of Traumatic Stress*, 22(3), 205–211.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Tronson, N. C., & Taylor, J. R. (2007). Molecular mechanisms of memory reconsolidation. *Nature Reviews Neuroscience*, 8(4), 262–275.
- Watson, J., & Bedard, D. (2006). Clients’ emotional processing in psychotherapy: A comparison between cognitive behavioral and process experiential therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 152–159.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner’s guide*. New York: Guilford Press.

بخش اول

پذیرش به‌مثابه درگیر شدن

توجه کردن، اجازه دادن و بودن در کنار هیجان

فصل ۱

ذهن آگاهی

آن چیزی که فکر می‌کنید نیست

کریستوفر ک. جرمر

کریستین اس. چان

زمانی که درد را دشمن خود می‌سازیم، آن را نیرومند می‌کنیم. این مقاومت جایی است
که رنج ما از آن آغاز می‌شود.

ازرا بایدا

لورن در بیشتر زندگی بزرگسالی خود از حملات وحشت‌زدگی رنج می‌برد. او در مصاحبه اولیه توضیح داد که برای خلاص شدن از اضطرابش هر کاری کرده است؛ او به‌عنوان نمونه، تن‌آرامی، بازسازی شناختی، درمان مبتنی بر رویارویی، روان‌درمانی بینش‌مدار و دارودرمانی را امتحان کرده بود. او با کمک درمان موفق شد از خانه‌نشینی خودداری کند تا شغلش را حفظ کند، ولی هنوز صبح‌ها با احساس ناخوشایند رانندگی کردن تا محل کارش، از خواب بیدار می‌شد. لورن با صدای بلند و شگفت‌زده می‌پرسید: «چرا من برخلاف انجام همه کارهای درست هنوز مضطربم؟» او اخیراً مطالبی درباره فواید ذهن‌آگاهی خوانده و امیدوار بود که ذهن‌آگاهی بتواند پاسخی به او ارائه کند.

از دیدگاه ذهن‌آگاهی، لورن تا زمانی که تلاش کند از شر اضطرابش خلاص شود، به‌عنوان یک فراری از آن خواهد ماند. قاعده این است: «در برابر هر چیزی مقاومت کنید، ادامه می‌یابد.» ما به همان اندازه که با احساسات و هیجان‌های دشوارمان در زندگی مبارزه می‌کنیم، مشکلاتی را در زندگی مان به وجود می‌آوریم. به‌عنوان نمونه، مبارزه با بی‌خوابی می‌تواند منجر به بی‌خوابی مزمن شود و تلاش برای سوگواری نکردن می‌تواند باعث افسردگی شود. در مقابل «اگر بتوانید چیزی را احساس و تجربه کنید، می‌توانید التیام پیدا کنید.» زمانی که به مشکلاتمان اجازه دهیم در زندگی مان با آرامش و با خیال راحت حضور داشته باشند، آن‌ها کم‌رنگ می‌شوند. اگر لورن به احساس اضطراب اجازه دهد در بدنش

جریان داشته باشد و ترس از تجربه حمله قلبی را بدون فاجعه‌سازی، تنها به‌عنوان یک «فکر» ببیند، چه اتفاقی برای او خواهد افتاد؟

دو سؤال مهم در مفهوم‌سازی موردی درمانگر مبتنی بر ذهن‌آگاهی عبارت‌اند از: (۱) درمانجو در برابر چه گونه دردی مقاومت می‌کند؟ (۲) چگونه می‌توانم به درمانجو کمک تا یک رابطه پذیرنده‌تری با دردش برقرار کند؟ در مورد لورن، او در برابر تجربه اضطراب مقاومت می‌کند و وظیفه درمانگر کمک به اوست تا به تدریج آن را بپذیرد. این تکلیف - به‌ویژه در مورد اختلال وحشت‌زدگی که در آن درمانجو فکر می‌کند بین مرگ و زندگی است - یک برنامه گسترده است؛ بنابراین، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی طی مراحل به‌سوی پذیرش حرکت می‌کند. ما با کاوش (کنجکاوانه به ناراحتی توجه می‌کنیم) آغاز می‌کنیم، بعد به‌سوی تحمل (با خیال راحت ناراحتی را تحمل می‌کنیم)، سپس در جهت اجازه دادن (به ناراحتی اجازه می‌دهیم در جریان باشد) و در پایان خوشامدگویی (در آغوش گرفتن تجارب دشوار به‌عنوان بخشی از زندگی) پیش می‌رویم. مراحل پذیرش منطبق با سست شدن تدریجی مقاومت است.

درمانگر از لورن دعوت کرد تا تنش‌های غیر تهدیدآمیزی را که در بدنش بودند، ولی نشانه حمله وحشت‌زدگی نبودند، کاوش کند. سپس او یاد گرفت که اضطرابش را از طریق تمرکز بر تنفس، به‌جای تمرکز بر افکار فاجعه‌آمیز تحمل کند. پس از آن، لورن کشف کرد که وقتی یاد گرفت که هیجان‌هایش را نام‌گذاری کند و به آن‌ها/ اجازه دهد که حضور داشته باشند قادر به رهایی از وحشت‌زدگی خواهد بود («معنای آن تنهایی است»، «معنای آن ترس است.»). او در پایان توانست به فرصت پیش‌آمده برای موج‌سواری بر روی اضطرابش خوشامد بگوید، به‌جای اینکه در آن غرق شود و از آزادی تازه کشف شده‌اش لذت ببرد. این فرایند کامل به معنای برقراری نوعی رابطه جدید با اضطراب است.

پیشینه و نظریه

تعاریف زیادی از ذهن‌آگاهی وجود دارند که همه آن‌ها نابسند هستند، زیرا ذهن‌آگاهی یک تجربه پیش‌کلامی و پیش‌ادراکی از آگاهی مستقیم است. ذهن‌آگاهی نمی‌تواند در قالب کلمات تعریف شود، برای نمونه بین دانستن اینکه یک ماشین بیرون از محل کار شما چپ کرده است و اینکه به‌صورت هشیارانه صدا را در بدنتان/حساس کنید، تفاوت ظریفی وجود دارد. همین‌طور، شما ممکن است یک نور سبز را بر روی در ورودی خانه‌تان ببینید، قبل از اینکه متوجه شوید که آن لباس سبز زنی است که شما در انتظار دیدارش در ملاقات بعدی‌تان هستید. ذهن‌آگاهی لحظه نخست تجربه احساس است، یعنی نخستین مرحله پردازش اطلاعات، پیش از اینکه شانس برای بیشتر فکرکردن درباره آن و یا فرمول‌بندی باورهایمان در قالب کلمات داشته باشیم. با توجه به این موضوع، ذهن‌آگاهی امری به شدت تجربه‌ای است.

یک تعریف پایه از ذهن‌آگاهی «آگاهی لحظه‌به‌لحظه» است. تعاریف دیگر شامل «حفظ هوشیاری