

خانواده درمانی هیجان مدار EFFT

تشخیص افتراقی برای مداخلات متمرکز بر مراقبان

منتشر شده در انجمن روان پزشکی امریکا (APA)

فهرست مطالب

۷	مقدمه مترجمان
۱۱	سپاسگزاری
۱۳	پیشگفتار
۲۱	۱ تعریف خانواده‌درمانی هیجان‌مدار
۴۴	۲ مربیگری هیجان
۷۱	۳ مربیگری رفتار
۸۹	۴ عذرخواهی درمانی
۱۱۳	۵ کار روی موانع مراقبان
۱۴۴	۶ کار روی موانع متخصصان
۱۶۳	۷ استفاده از خانواده‌درمانی هیجان‌مدار در درمان اختلالات خوردن
۱۸۹	۸ پرسش‌های متداول و مسیرهای پیش‌رو
۱۹۹	خاتمه
۲۰۲	پیوست یک توصیف فراحسگر
۲۰۴	پیوست دو برگه راهنمای مربیگری هیجان
۲۰۶	پیوست سه استفاده از مربیگری رفتار به منظور جلب همکاری و مشارکت
۲۰۸	پیوست چهار التیام جراحتهای خانواده با استفاده از عذرخواهی درمانی
۲۱۵	پیوست پنج ابزار خود-ارزیابی سبکهای مراقبتی
۲۱۸	پیوست شش مقیاس دام‌های مراقبان
۲۲۰	پیوست هفت مربیگری رفتار

- پیوست هشت مقیاس ابعاد ارتباطی ۲۲۲
- پیوست نه استفاده از مودت در رابطه ۲۲۴
- پیوست ده پردازش دام‌های مراقبان از طریق کار روی صندلی ۲۲۶
- پیوست یازده مقیاس دام‌های متخصص بالینی ۲۳۲
- پیوست دوازده کاربرد متمرکز بر خود موانع، مخصوص متخصصان بالینی ۲۳۴
- پیوست سیزده پردازش موانع متخصصان در زمینه مشارکت مراقبان ۲۳۹
- پیوست چهارده منابع سودمند در مراقبت از عزیزی ۲۴۵
- منابع ۲۴۷
- واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ۲۶۷
- واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ۲۶۹
- درباره نویسندگان ۲۷۱

مقدمه مترجمان

«ازت متنفرم، دیگه نمی‌خوام ببینمت»، «دست از سرم بردار دوست دارم تنها باشم»، «دیگه هیچ‌وقت نمی‌تونم دوست داشته باشم»، «تو هیچ‌وقت پدر، مادر، بچه، همسر... خوبی نبودی».

این جملات برای تان آشنا هستند؟ آیا تاکنون پیش آمده در رابطه با عزیزان تان از آنها استفاده کنید؟ همه ما گاهی چنان خشمگین می‌شویم که یادمان می‌رود چه کسی در برابرمان ایستاده و چقدر برای مان مهم است. در آن لحظه فراموش می‌کنیم دلخوری مان را به شیوه درست مطرح کنیم یا حتی گاهی خودمان هم فراموش کرده‌ایم که دلیل داد زدن یا انتقاد کردن مان عبارت است از دلخوری، ناامیدی، خلق پایین و... و آنچه برای طرف مقابل مان نیز مشهود است خشم ما و جملاتی است که بر زبان می‌آوریم. به راستی اگر این جملات را باور کنند و با آنها قضاوت مان کنند چه اتفاقی می‌افتد؟ آیا واقعاً به این شدت از آنها متنفریم؟ اگر نه چرا چنین جملاتی را بیان می‌کنیم؟

خانواده‌درمانی هیجان‌مدار (EFFT) که از درمان هیجان‌مدار (EFT) الهام گرفته به هیجانانامی می‌پردازد و معتقد است آنچه باعث اختلاف نظر، مشکلات ارتباطی و به طور کلی درک نشدن و درک نکردن می‌شود، شناخت محدود ما در زمینه هیجانانامی است. هیجانانامی درست مانند آبی هستند که در دمای صد درجه به جوش می‌آید. ما غل‌غل آب را می‌بینیم و متوجه آن می‌شویم اما هر آبی آرام آرام شروع به داغ شدن می‌کند، به دمای ۴۰، ۵۰، ۶۰ و بالاتر می‌رسد تا وقتی که به ۱۰۰ درجه رسیده و به جوش بیاید و ما بتوانیم حاصل این افزایش دما را مشاهده کنیم. درست مانند کسی که در اوج خشم فریاد می‌زند، این فرد نیز به‌طور ناگهانی به ۱۰۰ درجه و نقطه جوش نرسیده، مثل آبی که ذره ذره گرم شود، پشت هیجانانامی شدید ما نیز درجات پایین‌تر ۴۰، ۵۰ و ۶۰ نهفته است، فردی که دلخور است و از ما رنجیده ممکن است در درجه ۴۰ باشد،

اما چون در درجه پایین تقلایش برای ترمیم ارتباط دیده نشده هر بار طی این تلاش‌ها ممکن است احساس درماندگی یا یأس کند؛ این هیجان‌ات در دمای پایین هستند و هیچ انسانی در دمای ۴۰ درجه هیجان‌اتش (مانند شرم، ناامیدی، ترس، رنجش) مرتکب قتل نمی‌شود، فرزندش را کتک نمی‌زند و همسرش را ترک نمی‌کند. اما روی هم انباشته شدن این دماهای اندک باعث می‌شود فرد به نقطه جوش برسد. آنچه در مورد هیجان‌ات مشکل‌ساز می‌شود رسیدن به نقطه جوش است. اگر به هر دلیلی در دمای پایین مشکلات را حل نکنیم برای مثال خود فرد درباره آنها صحبت نکند یا ما پیگیر نشویم، هیجان‌ات تغییر شکل پیدا می‌کنند برای مثال دلخوری زیاد، یأس و درماندگی ممکن است در نهایت فرد را به نقطه جوش رسانده و اکنون به اجتناب، انتقاد، طرد، سرزنش یا پرخاشگری روی آورد. اما اگر رابطه‌مان به نقطه جوش رسید چه باید بکنیم؟ آیا راهی هست که دوباره رابطه را ترمیم کرده و درجه حرارت را پایین بیاوریم؟

خبر خوب این است که بله. درمان هیجان‌مدار به این موضوعات رسیدگی می‌کند. وقتی خانواده‌ها برای درمان مراجعه می‌کنند معمولاً در نقطه جوش هستند. تعاملات آسیب دیده، دلخوری‌ها شدید شده و هیجان‌ات تغییر شکل پیدا کرده‌اند. آنچه ما قادر به دیدنش هستیم این هیجان‌ات تغییر شکل یافته هستند؛ همسری که در حال فریاد کشیدن است، فرزندی که سپر بلای خانواده شده و یا مادری که کناره‌گیری کرده و به انتقاد می‌پردازد. اما EFFT معتقد است این هیجان‌ات شدید مانند شاخه‌های درختی هستند که از ریشه تغذیه می‌شوند و ریشه‌ها همان هیجان‌ات اولیه هستند اما اکنون کار ما کمی دشوارتر است زیرا باید از شاخه‌ها گذشته و ورای آن را ببینیم. پس از پیدا کردن منشأ هیجان‌ات شدید یا ریشه‌ها می‌توانیم آنها را ترمیم کرده و به شفای خانواده و ارتباط برسیم. این کتاب با استفاده از تکنیک‌های EFFT به ما کمک می‌کند ریشه‌ها را پیدا کنیم اگرچه مربوط به سالیان دور، کودکی و یا حتی نوزادی باشند. مخاطب این کتاب درمانگران خانواده و نیز خود خانواده‌ها هستند. در هر خانواده‌ای فرد یا افرادی چه والدین باشند چه همسر و... به مراقبت از دیگران می‌پردازند. این کتاب به مراقبان کمک می‌کند روی هیجان‌ات کار کنند و پس از تمرین و به کار گرفتن

تکنیک‌ها فرد می‌تواند به درجه‌ای از مهارت برسد که مستقل از درمانگر به کار روی هیجانات بپردازد چرا که اکنون می‌داند اگر عزیزش فریاد بزند «تنهام بگذار، به تو احتیاجی ندارم»، این ظاهر ماجرا است و چنین جملاتی شاخه‌های درخت هیجانات هستند در ریشه اما دلخوری نهفته است (تو بارها تنهام گذاشتی و اجازه دادی در هم بشکنم، حالا دیگه به مراقبت تو اعتمادی ندارم). اکنون مراقب می‌تواند با به‌کارگیری تکنیک‌های درمان EFFT، ریشه‌ها را ترمیم کرده و ارتباط را بهبود بخشد.

ژان پل سارتر می‌گوید «هیجان تغییر جهان برای فرد افسرده‌ای است که دنیای او همیشه بارانی است». EFFT همان موهبتی است که می‌تواند با شفای خانواده از طریق کار روی هیجانات آنها، هم‌چون رنگین‌کمانی که پس از باران دنیا را دیدنی‌تر می‌کند، زاویه دید ما را تغییر داده و سطح همدلی‌مان را به حدی برساند که هرگونه اختلاف نظر و مشکل ارتباطی را مانند باران پشت سر بگذاریم، بدون اینکه اجازه دهیم ابرهای تیره روابطمان را خدشه‌دار کنند.

محسن گل محمدیان

سروه ویسی

سپاسگزاری

قبل از همه مایلیم از متخصصان و پژوهشگرانی تشکر کنیم که مستقیم یا غیرمستقیم بر تکامل و پیشرفت خانواده‌درمانی هیجان‌مدار اثر گذاشته‌اند. این افراد براساس حروف الفبا عبارت‌اند از: احمد بوچی، جانسون بی‌لین، جانت تریژر، گای دایموند، دنیل سیگل، جان گاتمن، دنیل گرانگ، لزلی گرینبرگ، جیمز لوک، گابور میت و دنیل هاگز. از شما به خاطر خرد، بی‌ش و سخاوت‌تان سپاسگزاریم.

همچنین متشکریم از همکاران‌مان که از رویکرد خانواده‌درمانی هیجان‌مدار استفاده می‌کنند، زیرا تمامی فصول این کتاب را بازبینی کرده و بابت هرکدام به ما بازخورد دادند. و همکارانی که تجارب درمانی‌شان را با ما به اشتراک گذاشتند: سارا پنی، جیابائو گائو، تامارا دیویدسون، الیزابت ایستون، الن سابی، لارا کونورز، اشلی اسکینر، هاین گاین، پاتریشیا نش و سارا جین ناروود. صمیمانه قدردان مایا پاتریک هستیم که زحمت طراحی تصاویر این کتاب را به عهده گرفت.

خالصانه سپاسگزار جوان‌دل‌هانتی هستیم بابت همکاری‌اش در گسترش این مدل و همراهی و رفاقتش. همچنین از مراقبان و عزیزان‌شان تشکر می‌کنیم که اجازه دادند روی آنها کار کنیم. در برابر شما سر تعظیم فرو می‌آوریم که ما را با نیروی شگفت‌انگیز خانواده در شفابخشی آشنا کردید. به ویژه قدردان خانواده‌هایی هستیم که پیگیرانه ادامه دادند. تلاش ما برای گسترش این مدل به افتخار حضور شما است.

در نهایت و شاید مهم‌تر از همه، سپاسگزار خانواده‌های خود هستیم: والدین‌مان، کلودی، گلنی، دوگ، لو، فیل و دبی زیرا نیروی عشق را به ما تزریق کردند. همسران‌مان جان، پیترو و کیوین به دلیل اعتمادشان به ما و حمایتی که بدون آن نوشتن این کتاب امکان‌پذیر نبود و فرزندان‌مان کایدن، سیدنی، اندرو، ایزلا، عذرا و نوح که چراغ راه‌مان در این سفر شدند (و بابت صبوری‌شان، وقتی در رابطه با آنها از روش‌هایی که به ما موعظه شده بود، استفاده کردیم).

«برای آن دسته از متخصصان بالینی که به فکر یادگیری خانواده‌درمانی هیجان‌مدار هستند. می‌خواهم بگویم پیش بروید، آن را بیاموزید، به دیگران آموزش دهید و به اشتراکش بگذارید. این فرصتی برای فراگیری مهارت‌ها است. مانند فردی که به او ماهی می‌دهید و یک وعده آن را می‌خورد، در حالی که اگر به او ماهی‌گیری بیاموزید می‌تواند یک عمر غذا بخورد. شما دارید به ما ماهی‌گیری می‌آموزید. طی گذار از این فرایند احساس می‌کردم سراپا انرژی هستم. روز به روز هم خودم قوی‌تر می‌شدم هم عزیزانم.»

-پیام یکی از مراقبان برای متخصصان بالینی‌ای که به این رویکرد روی می‌آورند.

پیشگفتار

مردی سی ساله پس از طلاق و بیکار شدن به منزل والدینش باز می‌گردد. او به افسردگی شدید مبتلا شده، به ندرت اتاقش را ترک می‌کند و ارتباط اجتماعی‌اش را با همه از دست داده است. والدینش که با نگرانی، درماندگی و ناامیدی دست و پنجه نرم می‌کنند برای کسب حمایت با شما تماس می‌گیرند. آنها را بر می‌انگیزانید که پسرشان را برای دریافت کمک تشویق کنند و پیشنهاد می‌کنید اگر لازم است محدودیت‌هایی وضع کنند اما نوعی احساس سرزنشگرانه در شما باقی می‌ماند که این خانواده به کمک بیشتری نیاز داشتند. اگرچه از ته دل دوست دارید به آنها کمک کنید اما احساس درماندگی هم می‌کنید. اکنون تصور کنید با همین تماس مواجه می‌شوید اما این بار ابزارهای مخصوص این سناریو را در اختیار دارید. خانواده را آگاه می‌کنید که علی‌رغم بی‌میلی پسرشان برای برقراری ارتباط و دریافت حمایت، هنوز کارهای زیادی می‌توان انجام داد و شما می‌توانید با استفاده از مداخلات خانواده‌درمانی هیجان‌مدار در حمایت از پسرشان به آنها کمک کنید.

خانواده‌درمانی هیجان‌مدار، رویکرد تشخیص افتراقی جدیدی است برای درمان مشکلات سلامت روان و شامل نیروی شفابخش مراقبان است. EFFT رویکرد انعطاف‌پذیری است که در درمان بسیاری از اختلالات رفتاری و هیجانی به کار می‌رود و قابل انطباق با سایر رویکردهای درمانی است. برخلاف سایر روش‌های خانواده‌درمانی که ماهیت سیستمی دارند، هدف EFFT حمایت از والدین، شریک زندگی و سایر مراقبان است تا نقش‌شان در ارتقای سلامت و به‌زیستی عزیزان‌شان افزایش یابد. برای رسیدن به این هدف، متخصصان بالینی EFFT مجموعه‌ای از مهارت‌ها را به مراقبان آموزش می‌دهند که به آنها امکان می‌دهد برای افراد سنین مختلف و با دامنه گسترده‌ای از چالش‌ها، حمایت رفتاری و هیجانی فراهم کنند. به علاوه متخصصان بالینی EFFT دامنه وسیعی از تکنیک‌ها را به کار می‌برند تا به

مربیگری هیجانان آشفته و نابهنجاری پردازند که ممکن است مانع پیشرفت درمان شوند؛ خواه این هیجانان مربوط به خودشان باشد خواه مراقبان. این مدل درمانی منعطف است و می‌توان آن را در رابطه با خانواده‌های هسته‌ای، زوجین، مراقبان تک‌والدی و یا مراقبان گروهی به کار برد. در واقع یکی از مهم‌ترین نقاط قوت خانواده‌درمانی هیجان‌مدار کمک به مراقبان است که وقتی عزیزانشان حاضر به دریافت خدمات نیستند، در منزل مورد حمایت قرار گیرند. تکنیک‌ها و ابزارهای EFFT را می‌توان با درمان‌های دیگر و سطوح مراقبتی متفاوت یکپارچه کرد تا در این فرایند هم خانواده‌ها و هم متخصصان بالینی به یک اندازه رشد یابند.

اصول بنیادی

EFFT بر مبنای اصول بنیادی‌ای ساخته شده که درمانگران و متخصصان بالینی را هدایت می‌کند. نخستین و شاید مهم‌ترین اصل، این باور است که وقتی مراقبان مداخلات هیجانی و رفتاری را در رابطه با عزیزانشان به کار گیرند، ارزش درمان بیشتر می‌شود. بر این اساس فارغ از سن و انگیزه تغییر عزیزان و حتی چالش‌های رفتاری و هیجانی مراقبان، EFFT بر نقش شفاعت‌بخش مراقبان ارزش می‌نهد. اصل دوم تأکید بر نقش پردازش هیجان در آغاز و تداوم درمان مشکلات سلامت روان است، زیرا با توجه به این موضوع می‌توان هدف درمان را کاهش نشانگان بیماری قرار داد. در این روش انتظار می‌رود مراقبان برای حمایت از عزیزانشان، نیاز به «مهارت‌های مراقبتی پیشرفته» داشته باشند - نه مهارت‌های پیشین آنها و نه آنچه به طور معمول «مراقبت» خوانده می‌شود. به این ترتیب اصل سوم عبارت است از تمرکز بر تقویت مهارت و تمرین تجربی. EFFT همچنین تحت تأثیر اصول «عدم سرزنش» قرار دارد. یعنی نباید مراقبان را به دلیل ایجاد چالش‌های سلامت روان برای عزیزانشان سرزنش کرد، بلکه در چهارچوبی از تأثیرات تاریخی و اجتماعی، آسیب‌های بین‌نسلی و تفاوت‌های فردی مورد بررسی قرار می‌گیرند. متخصصان همچنین به تشریح مساعی با مراقبان می‌پردازند، به ویژه در زمینه تصمیمات بالینی. برای مثال متخصصان تعیین نمی‌کنند مراقبان شایستگی شرکت در مداخلات خاصی را دارند یا نه. در عوض با هم

به تحلیل سود و زیان شرکت در مداخلات، افزایش نیروی مراقبان و کاهش احتمال مانع تراشی متخصصان براساس ترس‌ها و فرضیات ناگفته خود می‌پردازند. آخرین اصل راهنمای EFFT، مفهوم تأثیر یک درجه‌ای است، به این ترتیب که حتی تغییر کوچکی در نگرش و رفتار مراقبان ممکن است در درازمدت به تغییرات معناداری در رفتار عزیزان‌شان منجر شود. این اصل متخصصان EFFT را تشویق می‌کند تا در مورد مراقبانی که در ابتدا «بدون صلاحیت» لقب می‌گرفتند یا کسانی که به دلیل محدودیت منابع یا ظرفیت‌های مختلف از درمان محروم شده بودند، به بارش فکری بپردازند.

تعریف واژه‌های کلیدی

در این کتاب افرادی که از EFFT در درمان استفاده می‌کنند متخصص بالینی نامیده می‌شوند زیرا تکنیک‌هایی که به کار می‌گیرند ماهیت روان‌درمانی دارد و فقط کسانی مجاز به استفاده از آنها هستند که در زمینه روان‌درمانی تخصص دارند. در این زمینه واژه درمانگر، مورد استفاده قرار می‌گیرد. در بافت این مدل همچنین از واژه‌های *مراقبان* و *عزیزان‌شان* هم استفاده می‌کنیم. واژه *عزیزان* به افرادی اطلاق می‌شود که متأثر از مسائل رفتاری و سلامت روان یا دارای اختلالات روانی هستند. مراقب (که در این کتاب حامی هم خوانده می‌شود)، به فرد بزرگسالی اطلاق می‌شود که حامی آسایش کسانی است که در ارتباط با او هستند و به درجات مختلف از دیگران مراقبت می‌کند. مراقب ممکن است والد، قیم، والد ناتنی، پدربزرگ، مادربزرگ یا سایر اعضای خانواده باشد. این فرد همچنین ممکن است همسران یا یک دوست باشد. بسته به ماهیت رابطه و با توجه به میزان صمیمیت و عوامل دیگر ممکن است میزان درگیری فرد مراقب متفاوت باشد. برای مثال ارتباط والد-فرزندی رابطه نیرومندی با سلسله مراتب خانواده دارد طوری که انتظار می‌رود والدین از فرزندان‌شان بیشتر از سایر اعضای خانواده یا دیگر افراد مهم مراقبت کنند. این مراقبت هرچه فعالانه‌تر صورت گیرد ممکن است در طول زمان، فارغ از سن فرزندان روی کارکرد آنها از نظر وابستگی یا استقلال، شرایط زندگی، وضعیت برقراری ارتباط و شدت مسائلی که درگیر آن می‌شوند، اثر بگذارد. با احترام به شرکای روابط عاطفی، در این زمینه انتظار

می‌رود مراقبت از یکدیگر به صورت متقابل باشد تا سلامت واحد خانواده حفظ شود. وقتی اعضای خانواده، دیگران مهم یا دوستان نزدیک ما محدود بوده یا از وجود آنها محروم باشیم، حمایت فردی یا گروهی کارکنان یا پرستاران خانگی را می‌توان بسته به میزان همکاری آنها مراقبت تلقی کرد.

هدف این کتاب

کتاب موجود جهت درمان مشکلات روانی و رفتاری و با هدف خودیاری بالینی در زمینه EFFT، تدوین می‌شود. این کتاب مقدمه‌ای است برای کسانی که به تازگی با EFFT آشنا می‌شوند و درک عمیق‌تری از نظریه و کاربرد آن برای کسانی که از قبل با این درمان و مداخلات آن آشنایی دارند. در طول کتاب از نظریه، پژوهش‌ها، شواهد پروتکل‌های درمانی و نمونه‌های بالینی مربوط به کاربرد EFFT در بین مراقبان مختلف و تشخیص‌های گوناگون استفاده می‌شود. همچنین با مثالی از فرایند درمانی متخصصان بالینی، کاربرد آن را برای اختلالات خوردن تشریح خواهیم کرد که متخصصان می‌توانند آن را برای سایر اختلالات نیز مورد استفاده قرار دهند.

مخاطبان کتاب

امیدواریم این کتاب برای دامنه گسترده‌ای از متخصصان سلامت روان جذاب باشد. متخصصان بالینی و دانشجویان رشته‌های روان‌شناسی، مددکاری اجتماعی، روان‌درمانی و مشاوره خانواده و حتی مشاوران مذهبی می‌توانند از این کتاب بهره‌مند شوند؛ چه تنها از رویکرد EFFT استفاده کنند و چه آن را با رویکردهای دیگر ترکیب کنند. همچنین امیدواریم این رویکرد الهام‌بخش همکارانمان در سایر مدل‌های درمانی باشد که بتوانند نظریه، اصول و تکنیک‌های EFFT را با سایر رویکردها ترکیب کنند. ما باور داریم که رویکرد شما شناختی باشد یا رفتاری، مدل‌های تجربی باشد یا خانواده‌درمانی ساختاری، این کتاب توانمندی‌های تخصصی و مهارت‌هایتان را در کار با مراقبان و افرادی که در کشمکش با مسائل سلامت روان هستند، افزایش می‌دهد. همچنین معتقدیم متخصصان بالینی که با کودک، نوجوان یا بزرگسالان کار می‌کنند، می‌توانند از

این رویکرد برای تقویت مداخلات فردی‌شان بهره‌مند شوند. این کار باعث می‌شود افراد و خانواده‌هایی که در رنج هستند امیدوار شوند، به ویژه وقتی رویکردهای استاندارد ما را به نتایج مورد انتظار نمی‌رسانند.

سایر افرادی که می‌توانند از این کتاب بهره‌مند شوند عبارت‌اند از اعضای جامعه سلامت عمومی و پرستاران، اتحادیه‌های سلامت (مانند متخصصان تغذیه، فیزیوتراپ‌ها و کاردرمانگران)، افرادی که با آموزش و کودکان و نوجوانان سروکار دارند (مانند معلمان، اساتید دانشگاه و مشاوران). مهارت‌های این کتاب به هدایت مکالمات دشوار، بهبود مشارکت در درمان و همکاری با درمانگر کمک می‌کند و راهنمای مراقبان است تا حامی سلامت و رفاه حال عزیزان‌شان باشند.

عناوین فصل‌ها

EFFT شامل پنج طرح است: (۱) مربیگری هیجان (۲) مربیگری رفتار (۳) عذرخواهی درمانی (۴) موانع مراقبان (۵) موانع متخصصان بالینی. در سه طرح اول مراقبان به ابزارهایی مجهز می‌شوند تا از عزیزان‌شان حمایت کنند هیجانات مغذی رفتارهای مشکل‌ساز و نشانه‌های دردرساز را شناسایی کرده، رفتارهای سالم را افزایش دهند و صدمات ارتباطی را ترمیم کنند تا به نتیجه تلاش‌هایشان برسند. دو طرح دیگر متمرکز بر متخصصان بالینی و شامل تکنیک‌هایی است برای شناسایی حالت‌های هیجانی‌ای - رفتارها و نگرش‌های مراقبان و متخصصان - که در جریان کار سر بر آورده و مداخلات درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

فصل ۱: «تعریف خانواده‌درمانی هیجان‌مدار» توصیف معناداری از توسعه EFFT و کاربرد آن فراهم می‌کند، شامل جزئیات اصول بنیادی و چگونگی ارائه درمان.

فصل ۲: «مربیگری هیجان» به توصیف نظریه و پژوهش‌هایی می‌پردازد که بر هیجان‌ها و فرایندهای تمرکز دارند و در ادامه نمونه‌ای از مربیگری هیجان و چالش‌هایی آورده می‌شود که به طور معمول پیش روی مراقبان قرار می‌گیرند و متخصصان بالینی روی آنها کار می‌کنند.

فصل ۳: «مربیگری رفتار» چهارچوبی برای حمایت از مراقبان و تقویت نیروی آنها

فراهم می‌کند تا بتوانند مداخلات رفتاری را به محیط منزل انتقال دهند. در این فصل از نمونه‌ها و سناریوهای بالینی هم استفاده می‌شود.

فصل ۴: «عذرخواهی درمانی» به توصیف طرح عذرخواهی درمانی می‌پردازد و خواننده را با نظریه، اصول و تکنیک‌های مداخله‌ای کاهش خودسرزندی و تقویت روابط خانوادگی و تأثیر تلاش‌های حامیان مراقب آشنا می‌کند. همچنین عناصر عذرخواهی درمانی ماهرانه در قالب مثال‌های بالینی برجسته خواهند شد.

فصل ۵: «کار روی موانع مراقب» نگرش‌ها و رفتارهای مسئله‌دار مراقب که برخاسته از هیجانات آشفته یا ناپنجار هستند، مفهوم‌سازی می‌شود. در این فصل پس از ارائه مبانی نظری، ابزارها و تکنیک‌های مختلفی برای حمایت از مراقبان جهت مواجهه با موانع به متخصصان بالینی معرفی می‌شود.

فصل ۶: «کار روی موانع متخصصان بالینی» این فصل به شرح نظری موانعی می‌پردازد که متخصصان بالینی و تیم درمان با آنها مواجه می‌شوند. خواننده هدایت می‌شود تا از طریق خودتأملی یا فعالیت‌های ناظرانه روی بازخوردهای هیجانی‌ای که تصمیمات و نتایج درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، کار کند.

فصل ۷: «کاربرد خانواده‌درمانی هیجانی در بهبود اختلالات خوردن» در این فصل نمونه‌هایی از اختلالات خوردن با جزئیات آورده می‌شود. مثال‌ها شیوه اثرگذاری هرکدام از طرح‌های EFFT را نشان می‌دهند که در اختلالات خوردن با هم یکپارچه می‌شوند و در این راه از مثال‌ها و نمونه‌های بالینی استفاده می‌شود. اگرچه این فصل به بازبینی راهبردها و نشانه‌های خاص اختلالات خوردن مانند تأثیر تنظیم وعده‌های غذایی روی غذا خوردن طبیعی می‌پردازد، تأکید روی اصول زیربنایی EFFT است که فرایند کلی آن قابل کاربرد برای سایر اختلالات هیجانی و رفتاری است.

فصل ۸: «پرسش‌های رایج در زمینه EFFT و مسیرهای آینده» در این فصل پاسخ پرسش‌های رایج در زمینه آموزش و سرپرستی EFFT مورد بازبینی قرار می‌گیرد و به بسط این مدل برای افراد مبتلا به اختلالات خوردن یا سوءمصرف مواد می‌پردازیم. همچنین کاربرد درمان هیجان‌مدار در محیط مدرسه و به طور کلی در زمینه سلامت

روان مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

هر فصل با نقل قولی از مراقب شروع شده و با توصیه‌ای از متخصص بالینی به اتمام خواهد رسید. ما اشتیاق و قدردانی آنها را با خواننده در میان می‌گذاریم تا الهام‌بخش به کارگیری این تکنیک‌ها باشد حتی می‌توان تمرین‌ها را تا حدی به میل خود تغییر داد. خاتمه کتاب به تجربه نویسندگان از تأثیر EFFT روی زندگی شخصی و حرفه‌ای‌شان می‌پردازد و در پایان پیوست‌هایی داریم که حامی اجرای مهارت‌های موجود در کتاب بوده و شامل ابزارهای درمانی هستند.

مراحل بعدی

این کتاب مقدمه‌ای برای EFFT و راهنمای کاربرد آن محسوب می‌شود. خوانندگان را تشویق می‌کنیم این ابزار و تکنیک‌ها را در کار با مراجعان مورد استفاده قرار دهند و بدانند با تکیه بر مهارت‌های بالینی و روان‌درمانگرانه خود می‌توانند با چالش‌های اجرایی مقابله کنند. همان‌طور که گفته شد مداخلات ارائه شده نیازمند برخورداری از حداقلی از تخصص برای کار با اختلالات سلامت روان است زیرا می‌دانیم صلاحیت حرفه‌ای موضوعی اخلاقی است که در بخش ۲ انجمن روان‌پزشکی آمریکا به آن اشاره شده: داشتن صلاحیت در *اصول اخلاقی روان‌درمانی رمز هدایت است* (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۷). همچنین توصیه می‌کنیم حتماً سرپرستی برای خود برگزینید تا از درستی اجرا مطمئن شوید. کسانی که دوست دارند در زمینه EFFT بیشتر بیاموزند فیلم ویدیوئی همراه با این کتاب را که مربوط به یکی از مؤلفان است، مشاهده کنند که کار با موانع مراقبان را در نمایشی زنده نشان می‌دهد و پس از آن شامل مباحثه‌ای است که شالوده‌های نظری این رویکرد را به طور گسترده‌تری مورد بررسی قرار می‌دهد. خوانندگان همچنین ممکن است علاقه‌مند به شرکت در یکی از جلسات آموزش شخصی آنلاین باشند که مورد تأیید مؤسسه بین‌المللی خانواده درمانی هیجان‌مدار هستند. این آموزش‌های پایه و پیشرفته توصیه تسهیلگران ماهری است که فرصت‌های آموزشی استاندارد را برای کارآموزان، متخصصان بالینی و درمانگران در سراسر دنیا فراهم می‌کنند. تسهیلگران قابل اعتماد به موازات بهبود

EFFT در زندگی شخصی و حرفه‌ای‌شان، پایبند به رشد و پیشرفت شخصی و حرفه‌ای هستند. مسیرهای مطمئنی برای متخصصان بالینی (مانند پرستاران و متخصصان تغذیه) و درمانگران (مانند روان‌شناسان، روان‌درمانگران و مددکاران اجتماعی) وجود دارد که از حداقل دانش و سرپرستی مورد نیاز برخوردار بوده و پایبند به کاربردی کردن EFFT هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد فرصت‌های آموزشی، از وبسایت بین‌المللی خانواده درمانی هیجان‌مدار دیدن فرمایید:

(<https://effinternational.org>)

در نهایت اگرچه فراتر از حیطه این کتاب است، متخصصان بالینی باید آن دسته از عوامل فرهنگی را که رفتار و ساختار خانواده را در اجرای EFFT تحت تأثیر قرار می‌دهند، مدنظر داشته باشند. اگرچه شواهد نشان داده‌اند که این مدل را می‌توان در سراسر دنیا به کار برد (اروپا، امریکای شمالی و مرکزی و آسیا)، پژوهش‌های نظام‌مندی برای کاربرد آن در فرهنگ‌های مختلف مورد نیاز است. تا زمان انجام چنین پژوهش‌هایی، توصیه می‌کنیم ویرایش جدید دستورالعمل‌های بین‌فرهنگی (۲۰۱۷) انجمن روان‌پزشکی امریکا را مطالعه کنند.

تعریف خانواده‌درمانی هیجان‌مدار

این رویکرد نگرش و دیدگاه من را تغییر داد، آنچه را برای حمایت از فرزندم نیاز داشتم به من بخشید و اعتماد به نفسم را بالا برد.

-مراقب

هدف خانواده‌درمانی هیجان‌مدار (EFFT) که با همکاری مشترک ادل لافرانس و جوآن دلهانتی گسترش پیدا کرد، نیرومند کردن مراقبان است که نقش فعالی را در بهبود مشکلات سلامت روان عزیزانشان بر عهده گیرند. مراقبت مراقبان دامنه وسیعی را از کودک تا نوجوان و کل سنین پوشش می‌دهد و مداخلات نیز هم‌حیطه رفتاری را شامل می‌شود هم مداخلات هیجان‌مدار. به طور خاص، وظیفه متخصص بالینی EFFT این است که حامی مراقبان باشد تا از عزیزانشان حمایت کنند، نشانه‌های اختلال را از بین ببرند و رفتارهای سالم را افزایش دهند، روند هیجان‌ناز زیربنای رفتارهای مشکل‌ساز و نشانه‌ها را کشف کنند و به ترمیم صدمات ارتباطی پردازند تا تلاش‌هایشان به ثمر بنشیند. همچنین در جریان درمان، متخصص بالینی EFFT در پی از میان برداشتن موانع هیجانی مراقبانی است که به دنبال حمایت از عزیزانشان هستند. این موانع هیجانی حتی در خود متخصصان بالینی هم در زمان اعمال مداخلات مورد بررسی و تحلیل قرار می‌گیرد.

تأکید بر در نظر گرفتن مراقبان در قالب عضوی از تیم درمان گامی فراتر از روش‌های درمانی مرسوم است، به ویژه وقتی مراجعان بزرگسال باشند. با توجه به کمبود خدمات موجود برای افرادی که درکشمکش با مشکلات اقتصادی روان‌شناختی هستند، این مدل معتقد است می‌توان شکاف‌های بزرگ در سیستم سلامت روان را پر

کرد. با توجه به بهبود تمام افرادی که در این تلاش‌های درمانی مشارکت می‌کنند، EFFT معتقد است فرایند شفا بسیار فراتر از بیمار معلوم است.

پایه‌های شش‌گانه EFFT

پایه‌های EFFT را به صورت مفصل شرح دادیم تا ماهیت درمانی این مدل برای خانواده‌ها، متخصصان بالینی و مسئولان مشخص شود و به طور رسمی برای شرکت در درمان تصمیم بگیرند. این پایه‌ها راهنمای ترکیب نظریه EFFT با سایر مداخلات مورد استفاده هستند، پس از اینکه ترکیب صورت گرفت و پایه‌ها در روح این مدل قرار گرفتند، متخصصان می‌توانند سناریوهای ماهرانه‌ای را با اطمینان بیشتر هدایت کنند. متخصصان EFFT با گذشت زمان و کسب تجربه بیشتر می‌توانند تکنیک‌ها را با خلاقیت و انعطاف بیشتری به کار ببرند، در حالی که می‌دانند این نقاط مرجع باعث حفظ ارتباطشان با ارزش‌های درمانی می‌شود.

نیرومند کردن مراقبان و مشارکت آنها در برنامه EFFT

نخستین و شاید مهم‌ترین پایه EFFT استفاده از مراقبان در نقش نیروی فعال بهبودی است. مراقبان منابع بکر تغییر در افرادی هستند که با مشکلات سلامت روان دست به گریبان‌اند. در مراحل اولیه درمان، اغلب برای مراقبان شرح می‌دهیم که شما بهترین‌ها را برای عزیزان‌تان می‌خواهید و آنها را خیلی دوست دارید پس می‌توانیم افسار نیروی شفافبخش را در دستان شما قرار دهیم. بنابراین نیروی روانی مراقبان بیشتر از غریبه‌ها است حتی اگر این غریبه متخصص بالینی آموزش دیده باشد، تلاش‌های هرچقدر کوچک یا حتی ناقص مراقبان اثرگذارتر از آنها است (بارتلز و زکی، ۲۰۰۴؛ کسیدی و شی‌ور، ۲۰۰۲؛ هاگز و بی‌لین، ۲۰۱۲؛ سی‌گل، ۲۰۱۰). دلایل قانع‌کننده دیگری هم برای مشارکت مراقبان در کار سلامت روان عزیزان‌شان وجود دارد. نخست، کسانی که با مشکلات رفتاری و سلامت روان درگیر می‌شوند، اغلب در خانه و با همسر زندگی می‌کنند و هرکدام به نوعی به خانواده‌هایشان وابسته هستند. پس مجهز کردن این افراد

به مهارت‌های دارای پشتوانه پژوهشی جهت استفاده از آنها در تعاملات روزمره منطقی به نظر می‌رسد. چون مراقبان می‌توانند در دنیای واقعی از عزیزان‌شان که با مشکلاتی مواجه هستند حمایت کنند، می‌توان انتظار بهبود نتایج را هم داشت (گوردون، آریونات، گوستاوسون و مک‌گرین، ۱۹۸۸؛ هنگ‌لر و همکاران، ۱۹۹۹). در نهایت برخی از مراقبان از سیستم‌های سلامت روانی که کفایت درمانی ندارند به شدت ناامید شده‌اند و برای ارضای نیازهای عزیزان‌شان مجهز به نیروی لازم نیستند. آنها اغلب خود را در حاشیه درمان می‌یابند، در حالی که می‌توانند برای پر کردن شکاف‌های این سیستم‌ها مورد استفاده قرار گیرند. دادن نقش فعال به مراقبان جهت بهبود حال عزیزان‌شان، احساس درماندگی و عجز آنها را که ممکن است به ناامیدی، روابط آسیب‌دیده و الگوهای رفتاری مسئله‌ساز تبدیل شود، کاهش می‌دهد (اسپولودا، لویز، تاد، ویتاکر و تریژر، ۲۰۰۸). دلیل دیگر برای استفاده از مراقبان این است که افرادی که به دنبال درمان برای مشکلات سلامت روان خودشان هستند پس از مقداری بهبودی، درمان را رها می‌کنند. در چنین مواردی، درمانگر راهی برای مشارکت مراجع در درمان ندارد، به ویژه اگر افراد پرخطری باشند. اگر مراقبان حتی موقتاً در درمان مشارکت کنند، در منزل نیز به ارائه خدمات التیام‌بخش ادامه خواهند داد.

گاهی ممکن است مشارکت مراقبان در درمان چالش‌برانگیز باشد. بعضی از مراقبان در ابتدا نمی‌خواهند مشارکت کنند و یا اصرار به درمان یک نفر در خانواده دارند. همچنین ممکن است متخصصان بالینی به این نتیجه برسند که میزان فعالیت مراقبان در درمان کافی نبوده یا حتی آسیب‌زا است یا حس کنند خودشان برای کار با والدین یا مراقبان از مهارت کافی برخوردار نیستند. EFFT چهارچوبی برای کار با چنین مواردی دارد تا میزان فعالیت مراقبان را به صورت منطقی افزایش دهد. در واقع یکی از عقاید بنیادی EFFT این است که افراد فارغ از سن‌شان، دوست دارند تحت حمایت مراقبان قرار گیرند و مراقبان نیز دوست دارند عزیزان‌شان را برای بهبود مورد حمایت قرار دهند. اگر بخواهیم از دید EFFT نگاه کنیم مقاومت در برابر مشارکت حمایت‌گرانه در درمان (چه از طرف مراقبان باشد چه عزیزان یا متخصصان بالینی)، ریشه در ترس از

نتایج منفی یا هیجان‌ات آشفته دارد (برای مثال ترس از صدمه دیدن یا رنجش) که به صورت تغییر شکل یافته خود را نشان می‌دهد.

تمرکز بر پردازش هیجان

فرضیه EFFT این است که پردازش هیجان‌ات دشوار در ایجاد و تداوم مشکلات رفتاری و مسائل سلامت روان (مانند افسردگی و اضطراب) و اجتناب هیجانی (مانند سرکوب کردن یا نادیده گرفتن هیجان‌ات) نقش اساسی دارد و همچنین راهبرد مقابله‌ای نابهنجاری است که نشانه‌های بیمارگون را ایجاد می‌کند. اگرچه عوامل زیادی (مانند ژنتیک، فرهنگ، آسیب‌ها) در گسترش بیماری‌های روانی مؤثر هستند، می‌توان شیوه پردازش هیجان‌ات در افراد و خانواده‌ها را آماج مداخلات قرار داده و تغییر داد. بنابراین متخصصان بالینی EFFT از مراقبان حمایت می‌کنند تا به پردازش هیجان روی آورند و از این طریق حامی عزیزان‌شان باشند. با این کار خانواده‌ها وقتی زیر بار مشکلات خم می‌شوند، به جای بروز نشانه‌ها یا رفتارهای مشکل‌دار، به مراقبان خود روی می‌آورند تا به سازگاری برسند. این حمایت‌ها با گذشت زمان توانایی اعضای خانواده را در مدیریت سالم هیجان‌ات افزایش می‌دهد.

تمرکز بر تقویت مهارت

یکی از اصول اساسی رویکرد EFFT احترام به توانایی مراقبان در فعال کردن منابع درونی حمایت از عزیزان‌شان است پس یکی از شروط آن مهارت‌آموزی است. این مهارت‌ها، مهارت‌های مراقبتی پیشرفته نامیده می‌شوند، زیرا تقویت آنها مستلزم داشتن شرایط خاصی نیست و نبود آنها مشکلات سلامت روان را تشدید نمی‌کند. این موضوع در یکی از والدین روح تازه‌ای دمید که «عدم استفاده از این مهارت‌ها ما را به این وضعیت نکشاند اما استفاده از مهارت‌ها در خارج شدن از آن یاری‌مان می‌دهد». در زمان یادگیری این مهارت‌ها، تمرین عملی برای مراقبان ضروری است تا بابت کوتاهی در برابر عزیزان خود را ببخشند و به جای آن در زمان نیاز از مهارت‌های

جدیدشان استفاده کنند.

مبانی عدم سرزنش

EFFT رویکردی است که موضع قاطع و صریحی در برابر «عدم سرزنش» دارد. مبانی فلسفی و معنوی عدم سرزنش با پژوهش‌های مختلفی در زمینه عوامل مؤثر در سلامت روان (و روابط پیچیده بین آنها، آهر، ۲۰۱۴، آهر و زویکر، ۲۰۱۷) و نیز شواهدی در تأیید انتقال بین‌نسلی آسیب‌ها، مورد حمایت قرار گرفته است (دیاس و رسلر، ۲۰۱۴، اسپیکداز، هالفون، سایتری و چانگ، ۲۰۱۸). در واقع یکی از اصول اولیه مداخلات، کاهش خودسرزنی مراقبان است. تجارب ما نشان می‌دهد مراقبان وقتی متوجه بیماری روانی عزیزانشان می‌شوند، آشکارا یا پنهانی به سرزنش خود می‌پردازند. این خودسرزنی ممکن است به تجربه عمیق رنج، چرخه‌های تعاملی مشکل‌ساز و این قاعده کلی منجر شود که «اگر من باعث و بانی مشکل هستم، پس نمی‌توانم به راه‌حلی دست پیدا کنم». بر این اساس وقتی مراقبان اشتباهات خود را با ما در میان می‌گذارند، هر چقدر هم که این اشتباهات فاحش باشند، متخصصان بالینی EFFT آنها را هدایت می‌کنند و وسعت دیدشان را گسترش می‌دهند تا بدانند با منابع درونی و بیرونی خود تمام تلاش‌شان را برای رسیدن به نتیجه کرده‌اند. با این دید وسیع‌تر دیگر نیازی به سرزنش نیست و تأثیر آن بر مراقبان کاهش خواهد یافت. متخصصان EFFT با استفاده از مداخلات ساختاریافته، زمانی را به تحلیل خودسرزنی مراقب و کار روی آن اختصاص می‌دهند و به این ترتیب از او حمایت می‌کنند قصه خانواده را به شیوه دلسوزانه‌تری از نو بنویسند.

همکاری و شفاف بودن

در EFFT رابطه بین متخصصان بالینی و مراقبان مبتنی بر همکاری و شفافیت است. مراقبان در مورد عزیزانشان و کسانی که باید تغییر کنند، متخصص هستند، در حالی که تخصص متخصصان بالینی در زمینه سلامت روان است. متخصصان بالینی میزان

مشارکت مراقبان و اهداف درمانی را با در نظر گرفتن منافع آنها تعیین می‌کند. متخصصان در جلسات درمان از رویکردی واضح و شفاف استفاده می‌کنند و اطلاعات یکسانی را در اختیار مراقبان و سایر اعضای تیم درمان قرار می‌دهند. وقتی متخصصان نگران توانمندی مراقبان برای مشارکت در درمان هستند، این نگرانی را در جلسه به مذاکره می‌گذارند. برای مثال وقتی درمانگر برای کار روی صندلی موانع مراقبان، نگران توانمندی مراقب است باید در به اشتراک گذاشتن نگرانی‌های خود صادق باشد و با مراقب به بررسی این موضوع بپردازد که آیا مداخله‌ای که به کار می‌برند و زمانی که به آن اختصاص داده‌اند، مناسب موقعیت هست یا نه. این سطح از روراستی و شفافیت، نیروی مراقبان و نیز خود درمانگر را افزایش می‌دهد. این شیوه ارتباط با مراجعان، از متخصصان در برابر ترس‌ها و موانع خودشان حمایت می‌کند، از جمله فرضیات اشتباه آنها درباره ظرفیت مراقبان برای مشارکت در درمان را تعدیل می‌کند.

تأثیر یک درجه‌ای

طرح نهایی EFFT در مفهوم تأثیر یک درجه‌ای نهفته است. تصور کنید اگر هواپیمایی از تورنتو به مقصد شیکاگو پرواز کند و نیروی هدایت آن با یک درجه تغییر از کار بیفتد، به ازای هر مایل ۱۲ پا ارتفاعش افت می‌کند-مسیر و مقصدی کاملاً متفاوت. به همین دلیل وقتی متخصصان بالینی از ما می‌پرسند بهترین راه برای سنجش توانمندی مراقبان برای کار با EFFT کدام است، بهترین پاسخ این است که «نمی‌دانم». هدف متخصصان این است که مراقبان تا سرحد ممکن مشارکت کنند. در موقعیت‌هایی که مراقب امکانات محدودی در اختیار دارد (برای مثال در بیمارستان، زندان، یا در کشمکش با مسائل سلامت روان) و یکی از اعضای تیم درمان نسبت به توانمندی خود احساس بی‌انگیزگی یا ناامیدی می‌کند، هدف ما کار روی تغییر یک درجه‌ای شیوه تعاملی مراقبان است. متخصصان می‌دانند این کار در طول زمان تغییرات مهمی را رقم می‌زند، حتی اگر این تغییرات حین درمان بروز پیدا نکنند. ما نیز در تجاربمان نتایج مربوط به تغییرات یک درجه‌ای را مشاهده کرده‌ایم، حتی اگر مراقبان در ابتدا به

مقاومت، انکار، انتقاد، ناامیدی و بی‌خیالی روی آورند و یا به اختلال جسمی، روانی و اختلال شخصیت مبتلا باشند. بنابراین مهم‌ترین تکلیف در EFFT بررسی توانمندی مراقبان است و فقط وقتی قابل حصول است که درمانگران به نیروی مراقبان در بهبود عزیزان‌شان، هرچند مختصر ایمان داشته باشند. در واقع اعتقاد قلبی ما این است که ذره ذره جمع گردد و انگهی دریا شود. اصول راهنمای EFFT در شکل ۱-۱ مشهود است که هستهٔ این رویکرد را نشان می‌دهد و حکم «چراغ راهنما» را دارد به ویژه وقتی متخصصان موانع مربوط به خود را شناسایی می‌کنند.

شکل ۱-۱ اصول راهنمای خانواده‌درمانی هیجان‌مدار

عزیزان ما در خانواده‌ها در حسرت حمایت مراقبان‌شان هستند، حتی اگر رفتارشان خلاف این را به درمانگر یا متخصص بالینی نشان دهد.

انگیزهٔ مراقبان این است که عزیزان‌شان بهبود یابند، حتی اگر در برابر ما وانمود کنند این موضوع برای‌شان اهمیتی ندارد.

مراقبانی که خودشان هم با مشکلات سلامت روان مواجه هستند وقتی با EFFT کار کنند نیاز به روان‌درمانی دیگری نخواهند داشت.

مراقبان حتی با امکانات محدود هم می‌توانند در سلامت روان عزیزان‌شان مشارکت داشته باشند.

مراقبان با حمایتی که اعمال می‌کنند، می‌توانند بر موانع هیجانی فلج‌کننده، یا الگوهای ارتباطی غیرسودمند با عزیزان‌شان غلبه کنند.

لازم است روی توانمندی مراقبان کار شده و مهارت‌ها و فرصت‌هایی برای تمرین عملی در اختیارشان قرار گیرد که توانایی بالقوهٔ خود را درک کنند.

خود متخصصان بالینی هم ممکن است تحت تأثیر موانع هیجانی قرار گیرند. آنها می‌توانند روی این موانع کار کنند تا یاری‌گر خانواده‌ها حتی در شرایط هولناک باشند.

طرح‌های EFFT

در EFFT پنج طرح داریم. سه مورد مربوط به توانمند ساختن مراقبان است تا از طریق مربیگری هیجان، مربیگری رفتار و عذرخواهی درمانی به طور فعال به حمایت از عزیزان‌شان بپردازند. مهارت‌ها و راهبردهای هر یک از این طرح‌ها به مراقبان آموزش داده می‌شود تا در جلسات خانوادگی، زوجی و حتی خارج از جلسات به اجرا در آیند. دو طرح دیگر به بررسی موانعی می‌پردازد که بر سر راه متخصصان و مراقبان قرار می‌گیرد و شامل ابزارها و تکنیک‌هایی است برای شناسایی رفتارها و نگرش‌هایی که در کار درمان تداخل ایجاد می‌کند و انتظار می‌رود که بروز پیدا کنند.

مربیگری هیجان

مراقبان به مهارت‌های پیشرفته‌ای تجهیز می‌شوند تا هیجان‌ات عزیزان‌شان را مورد حمایت قرار دهند. آنها با شناسایی الگوهای مشکل‌ساز پردازش هیجان که به مشکلات روانی منجر می‌شود، به دگرگون ساختن دنیای درونی عزیزان‌شان کمک می‌کنند. متخصصان EFFT به منظور پایه‌گذاری چهارچوب مربیگری هیجان، ماهیت هیجان و نقش آن در ایجاد و تداوم مشکلات سلامت روان را به مراقبان آموزش می‌دهند. سپس مراقبان مراحل مربیگری هیجان را می‌آموزند که از درمان هیجان‌مدار (EFT گرینبرگ، ۲۰۱۵، ۲۰۱۷) اقتباس شده که بعدها گاتمن نیز آن را تحت تأثیر قرار داده (گاتمن، کاتز و هوون، ۱۹۹۶). طرح مربیگری هیجان شامل پنج مرحله جامع و دو مرحله مختصر است. مدل دو مرحله‌ای در واکنش به مراقبانی گسترش پیدا کرد که به رویکرد ساده‌ای در برابر هیجان‌ات، افکار، انگیزش و رفتار نیاز دارند، با این حال می‌توان از هر دو مدل برای اجرای مداخلات و تقویت روابط استفاده کرد.

مربیگری رفتار

مشکلات سلامت روان از طریق نشانه‌های رفتاری بروز پیدا می‌کنند. مراقبان تشویق می‌شوند به کاهش این نشانه‌ها و افزایش رفتارهای سالم بپردازند. اینکه مراقبان چگونه

می‌توانند در این زمینه به عزیزان‌شان کمک کنند، بستگی دارد به نیم‌رخ نشانه‌های آنها. برای مثال مراقبانی که عزیزان‌شان به اختلال خوردن دچار هستند، برای حمایت غذایی و کاهش رفتارهای ناشی از آن مانند خالی کردن معده یا ورزش سنگین، راهبردهایی را آموزش می‌بینند (برای کسب اطلاعات بیشتر فصل ۷ را مطالعه کنید). مراقبی که عزیزش اضطراب دارد آموزش می‌بیند که سلسله‌مراتب ترس فرد را در موقعیت‌های واقعی شناسایی کند. مراقبان فارغ از نشانه‌هایی که باید درمان شوند، تشویق می‌شوند برای اثربخشی بیشتر، مهارت‌های مربوط به این طرح را با راهبردهای مربیگری هیجان ترکیب کنند.

عذرخواهی درمانی

مداخلهٔ عذرخواهی درمانی، تکنیکی روان‌درمانگرانه است که از تسهیل بخشش برای زوجین در EFT الهام گرفته (گرینبرگ، واروار و مالکولم، ۲۰۱۰؛ مینز و گرینبرگ، ۲۰۱۴، ۲۰۱۱)؛ نوعی عذرخواهی ساختاریافته جهت رفع کینه‌های قدیمی و تقویت ارتباط مراقبان و عزیزان‌شان و ابزاری برای مداخلات هیجانی و رفتاری است. عذرخواهی درمانی همچنین مراقبان و عزیزان‌شان را از خودسرزنی می‌رهاند. این مکانیسمی نیرومند برای تقویت پیوندهای خانوادگی است و مراقبان زیادی در شرایط مختلف آن را سودمند می‌یابند و شاید نیرومندترین مداخلهٔ EFFT باشد.

موانع مراقبان و متخصصان بالینی

انتظار می‌رود در بافت درمان خانواده‌ها، هیجانات آشفته یا نابهنجار اثر منفی روی تلاش‌های مراقبان در درک و حمایت عزیزان‌شان داشته باشند. برای مثال طبق نظریهٔ EFFT بی‌انگیزگی، بی‌میلی یا بی‌توجهی مراقبان، نشانهٔ «موانع» هیجانی است. در طرح چهارم بیشترین موانع هیجانی عبارت‌اند از: ترس، شرم، ناامیدی، درماندگی و رنجش. متخصصان بالینی تشویق می‌شوند از ابزارها و تکنیک‌های مختلف برای حمایت از مراقبان در کار با موانع هیجانی برانگیزانندهٔ رفتارها و نگرش‌های مشکل‌ساز استفاده کنند.