

# عصب‌پژوهی عاطفی در روان‌درمانی

راهنمای بالینگران برای کار با هیجانات

تألیف

فرانسیس ال. استیونز

ترجمه

مهدی آزاد

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی تهران

فاطمه رضایی شاهی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

دانشگاه شاهد

ویراستار

مهدی آزاد



# فهرست

عصب پژوهی عاطفی در روان‌درمانی.....	۹
بخش ۱. مقدمه و پیشینه علمی .....	۱۱
نحوه خواندن این کتاب و فهرست مطالب.....	۱۱
نیاز به رویکردی جدید در درمان.....	۱۵
۱-۱ هیجان در روان‌درمانی .....	۱۸
منابع.....	۲۰
۲ علم عاطفی.....	۲۱
۲-۱ هیجان بر رفتار تأثیر می‌گذارد.....	۲۲
۲-۲ هیجان بر حافظه تأثیر می‌گذارد.....	۲۴
۲-۳ هیجان بر توجه تأثیر می‌گذارد.....	۲۷
۲-۴ هیجان بر قضاوت تأثیر می‌گذارد.....	۲۸
منابع.....	۳۱
۳ عصب‌پژوهی عاطفی.....	۳۴
۳-۱ پیشینه تاریخی.....	۳۴
۳-۲ نظریه مغز سه گانه.....	۳۹
۳-۳ مروری بر آناتومی مغز/عصب‌پژوهی.....	۴۰
۳-۴ شبکه‌های مغزی.....	۵۹
منابع.....	۶۴
بخش ۲. کاربرد بالینی عصب‌پژوهی عاطفی: مداخلات مبتنی بر هیجان.....	۷۵
مرور کلی بر مداخلات.....	۷۵

#### ۴ آگاهی هیجانی / ذهن آگاهی ..... ۷۷

۴-۱ آگاهی هیجانی ..... ۷۷

۴-۲ توجه پایین به بالا و بالا به پایین در هیجانات ..... ۷۸

۴-۳ آگاهی احساسی و درونی / الکسی تایمیا ..... ۸۰

۴-۴ جداسازی احساس از خود ..... ۸۵

۴-۵ تمرین ذهن آگاهی ..... ۸۷

۴-۶ ذهن آگاهی و روان درمانی: نکته پایانی ..... ۸۸

۴-۷ راه‌های دیگر برای افزایش آگاهی هیجانی ..... ۸۹

منابع ..... ۹۱

#### ۵ اعتباربخشی هیجانی ..... ۹۴

۵-۱ احساس «دیوانگی» ..... ۹۵

۵-۲ هماهنگی مراقب ..... ۹۹

۵-۳ هماهنگی و نیم‌کره‌های مغز ..... ۱۰۱

۵-۴ بدرفتاری در کودکی: جسم پینه‌ای ..... ۱۰۳

۵-۵ بدرفتاری در کودکی: مناطق مغزی ..... ۱۰۴

۵-۶ بدرفتاری در کودکی: شبکه‌های مغزی ..... ۱۰۵

۵-۷ اعتباربخشی هیجانی و ترومای دوران کودکی ..... ۱۰۶

۵-۸ نورون‌های آینه‌ای ..... ۱۰۸

۵-۹ پاسخ‌دادن به هیجانات ..... ۱۰۹

منابع ..... ۱۱۲

#### ۶ خود شفقت‌ورزی ..... ۱۱۷

۶-۱ هیجانات اولیه و ثانویه ..... ۱۱۷

۶-۲ همدلی و خود شفقت‌ورزی ..... ۱۱۸

۶-۳ به‌کارگیری خود شفقت‌ورزی ..... ۱۲۲

منابع ..... ۱۲۵

۱۲۷	درک هیجان	۷
۱۲۹	۷-۱ اسناددهی نادرست هیجانات	
۱۳۱	۲-۷ برانگیختگی هیجانی	
۱۳۲	منابع	
۱۳۳	تنظیم هیجانی / مقابله با هیجان	۸
۱۳۵	۸-۱ مداخلات فیزیولوژیکی	
۱۳۷	۸-۲ مداخلات شناختی	
۱۳۹	۸-۳ بیماران خودکشی‌گرا	
۱۳۹	منابع	
۱۴۱	کار با هیجانات خاص	۹
۱۴۱	۹-۱ خشم	
۱۴۳	۹-۲ بخشش و خود-بخشودگی	
۱۴۴	۹-۳ رها شدن و تنهایی	
۱۴۵	۹-۴ غمگینی	
۱۴۷	۹-۵ ترس و اضطراب	
۱۴۸	۹-۶ میل و اجبار	
۱۵۱	۹-۷ انزجار	
۱۵۳	۹-۸ قدردانی	
۱۵۳	۹-۹ هیجانات خود-هشیاری / شرم	
۱۵۴	۱۰-۹ حسادت و غبطه	
۱۵۷	منابع	
۱۵۹	تصورات از خویشتن	۱۰
۱۵۹	۱۰-۱ شرم/دوپاره‌سازی	
۱۶۰	۱۰-۲ تأثیرات دل‌بستگی بر هیجان	
۱۶۲	۱۰-۳ اختلالات شخصیت	
۱۶۳	۱۰-۴ کاربردها برای عمل	

منابع.....	۱۶۳
<b>۱۱ تثبیت مجدد عاطفه.....</b>	<b>۱۶۴</b>
۱۱-۱ نوروبایولوژی خاموشی و تثبیت مجدد عاطفه.....	۱۶۸
۱۱-۲ کاربرد تثبیت مجدد عاطفه در برابر خاموشی.....	۱۷۰
منابع.....	۱۷۳
<b>۱۲ نتیجه‌گیری.....</b>	<b>۱۷۶</b>
۱۲-۱ تغییر پارادایم‌ها.....	۱۷۶
۱۲-۲ رویکرد عصب‌پژوهی عاطفی.....	۱۷۷
۱۲-۳ رویکرد تقلیل‌گرایانه.....	۱۷۸
۱۲-۴ رشد هیجانی درمانگران.....	۱۷۹
منابع.....	۱۸۱
<b>واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....</b>	<b>۱۸۳</b>
<b>واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....</b>	<b>۱۸۸</b>

# بخش ۱

## مقدمه و پیشینه علمی

### نحوه خواندن این کتاب و فهرست مطالب

هدف کتاب استفاده بهتر از هیجان<sup>۱</sup> در روان‌درمانی است. فصل اول درباره این است که چرا معتقدم این کتاب ضروری است. دو فصل بعدی پیشینه و مبانی علم عاطفی<sup>۲</sup> و عصب‌پژوهی عاطفی را ارائه می‌دهند. سپس به عمل عصب‌پژوهی عاطفی بالینی می‌پردازد. این کتاب که با بخش آگاهی هیجانی و ذهن‌آگاهی شروع می‌شود، نحوه به‌کارگیری این تکنیک‌ها را در استفاده مؤثر از هیجانات در درمان توضیح می‌دهد. من با مبحث ذهن‌آگاهی شروع می‌کنم زیرا بیمار باید قبل از انجام اقداماتی برای کار با احساسات<sup>۳</sup>، از احساس خود آگاه باشد. هنگامی که از احساس (ها) آگاهی پیدا کردید، اغلب مهم است که به آن (ها) اعتبار ببخشید و برای آن‌ها خود-شفقت‌ورزی<sup>۴</sup> ایجاد کنید. پس‌ازاین، تمرکز اغلب بر تنظیم هیجانات تا سطح متعادلی از برانگیختگی است که برای تغییر مؤثرترین است. در فصل‌های بعدی به هیجانات فردی می‌پردازم و در نهایت تکنیک تثبیت مجدد عاطفه<sup>۵</sup> معرفی می‌شود. کتاب این موضوعات را در قالبی متوالی از اولین گام‌های اساسی در حرکت به سمت رویکردهای عمیق‌تر و جامع‌تر تغییر ارائه می‌کند. باین‌حال، خوانندگان تشویق می‌شوند تا تکنیک‌ها را به ترتیبی که برای خود یا بیمارانشان مفیدتر است، به کار ببرند. افراد مختلف به چیزهای متفاوتی نیاز دارند. برخی از بیماران ممکن است کاملاً از احساس خود آگاه باشند، برخی دیگر ممکن است در تنظیم هیجانی قوی باشند، درحالی‌که برخی ممکن است برای خود-شفقت‌ورزی نیاز به کمک داشته باشند. به همین دلیل، خواننده تشویق می‌شود که به هر فصل یا قسمت مراجعه کند چون ممکن است برای خودش یا بیمارانشان مفید باشد.

شما می‌توانید کتاب را از ابتدا تا انتها بخوانید، زیرا برخی از توضیحات بر اساس مطالب ارائه‌شده قبلی است، اما به‌هیچ‌وجه لازم نیست که به ترتیب پیش بروید. این کتاب همچنین می‌تواند به‌عنوان

- 
1. emotion
  2. affective science
  3. feelings
  4. self-compassion
  5. affect reconsolidation

یک راهنمای مرجع یا دست‌نوشته هنگام کار با هیجانی خاص یا تلاش برای درک پیشینهٔ عصبی-زیستی یک پدیدهٔ خاص مورد استفاده قرار گیرد. با خیال راحت به هر سو بپردازید؛ علاوه بر این، برخی از قسمت‌ها به قسمت‌های دیگر کتاب اشاره می‌کنند، زیرا درست مانند مغز، مفاهیم کتاب خطی نیستند. برای خوانندگان ممکن است حرکت از قسمتی به قسمت دیگر در پرداختن به برخی مفاهیم روان‌شناختی کلی مفید باشد. برخی از بخش‌ها دارای جهت‌گیری علمی هستند؛ بخش‌های دیگر بیشتر معطوف به متخصصان هستند و این دیدگاه‌ها در سراسر متن تغییر می‌کند. برخی از خوانندگان ممکن است به علوم بنیادی علاقه‌مند باشند، درحالی‌که سایر خوانندگان ممکن است مفاهیم کاربردی‌تر را ترجیح دهند. خواننده تشویق می‌شود تا قسمت‌هایی را که کمتر به آن‌ها مرتبط است، به‌طور سطحی بخواند. در آمیختن علم با تجربهٔ شخصی خود به‌عنوان یک روان‌شناس، سعی کردم روشن کنم که چه زمانی دیدگاه خود را ارائه می‌کنم و چه زمانی دیدگاه مبتنی بر علم است. هنگام ارائه، نقل‌قول‌هایی در سراسر متن وجود دارند که از علم پشتیبانی می‌کنند؛ از این‌ها می‌توان برای ارجاع بیشتر نیز استفاده کرد. یک چالش در نوشتن کتابی مانند این ترکیب علم با هنر روان‌درمانی است. روان‌درمانی خود یک عمل مبهم است. هر زمان که به بیمار کمک می‌کنم، اغلب فکر می‌کنم می‌دانم چرا بهبود یافته است، اما البته، این فقط فرض من است: اشتباه نیست، اما از نظر تجربی ثابت نشده است. با این حال، اگر بخواهم این کتاب را بدون صدای ذهنم بنویسم، فکر می‌کنم بسیاری از چیزهایی که در درمان برای من مفید بوده و می‌تواند به سایر متخصصان کمک کند را از دست بدهم. در تمرکز بر هیجان‌ات در روان‌درمانی، دیدگاه جدیدی را ارائه می‌کنم، بنابراین بسیاری از ایده‌های ارائه‌شده هنوز به‌صورت تجربی مورد آزمایش قرار نگرفته‌اند. این بدان معنا نیست که آن‌ها اشتباه‌اند؛ فقط به این معنی است که نمی‌توانم به‌طور قطعی بگویم که آن‌ها درست هستند. منطق تا حدی مبتنی بر تجربهٔ ذهنی من و تا حدی بر درک آموزش‌دیده از جایی است که علم در حال پیشروی است، البته هنوز در نقطهٔ قطعیت تجربی قرار نگرفته است. در روان‌درمانی، خلاف سایر رشته‌های علمی (مثلاً فیزیک یا شیمی)، دستیابی به قطعیت تجربی اغلب دشوارتر است. عصب‌پژوهی عاطفی آسان‌تر است، اما در برگرداندن آن به اهمیت درمانی آن، ایجاد قطعیت دشوارتر است. در متن، اغلب می‌گویم: «آنچه انجام داده‌ام» یا «آنچه برای من مفید است» و کلیت بر این اساس ساخته می‌شود. بدان معنا که این احتمالاً در بیشتر موارد کار می‌کند، اما همیشه برای همهٔ بیماران مؤثر نخواهد بود. فکر می‌کنم باید با بهترین اطلاعات علمی به روان‌درمانی بپردازیم، درحالی‌که تشخیص می‌دهیم انسان‌ها پیچیده هستند و نباید آن‌ها را بیش‌ازحد جمع‌بندیم. به عنوان مثال، به نظر می‌رسد شفقت به خود ارزش درمانی بالایی دارد، اما بیمارانی داشته‌ام که به من می‌گویند «این چیزهای بی‌ارزش را روی من امتحان نکن.» گوش می‌کنم و سعی می‌کنم بحث نکنم. شاید آن‌ها در کودکی تحقیر شدیدی را تجربه کرده‌اند و خود شفقت‌ورزی برای آن‌ها مانند بازسازی وقایع گذشته<sup>۱</sup> احساس شود. بنابراین، درحالی‌که می‌گویم خودشفقت‌ورزی

برای بسیاری از بیماران من کارساز است، در روان‌درمانی احتمالاً استثنایی از هر قاعده‌ای وجود دارد. به بیمارانم می‌گویم: «ما چیزهای مختلفی را امتحان می‌کنیم تا زمانی که چیزی را پیدا کنیم که کارایی داشته باشد.» از دیدگاه درمانی، پذیرای شکست یا تغییر تاکتیک‌ها به نفع بیمار باشید. آنچه احتمالاً مهم‌تر است این است که ما با بیماران خود مانند یک انسان رفتار کنیم. بنابراین، از آن نقطه شروع کنید. فراتر از آن، زمانی که بیمار با آسیب‌شناسی روانی دست‌وپنجه نرم می‌کند ما نیاز به برخی مداخلات درمانی و فهم قوی از آنچه در مغز اتفاق می‌افتد داریم. من با این شکل از درمان موفقیت زیادی کسب کرده‌ام و امیدوارم بتوانید برای خودتان یک رویکرد هیجانی جدید در روان‌درمانی بیاموزید. در این مرحله، ممکن است فکر کنید، «چطور به اینجا رسیدم؟ کتاب‌های درمانی زیادی وجود دارد؛ چرا یکی دیگر نوشتم؟»



# ۱ نیاز به رویکردی جدید در درمان

روش‌های مختلفی از روان‌درمانی برای درمان اختلالات روانی وجود دارد. با این حال، در تجربه‌ام، دریافته‌ام که بسیاری از این روش‌ها در برخی موارد برای درمان مفید هستند، اما هرگز جامع نیستند. بدتر از آن، احساس کرده‌ام که بسیاری از این روش‌ها رویکردی واحد برای درمان دارند، که وقتی کار نمی‌کنند، انعطاف‌پذیری ندارند. تحقیقات از این ایده حمایت می‌کنند که برای بسیاری از افراد، روان‌درمانی با توضیح کمی در مورد علت، بی‌اثر باقی می‌ماند (دریسن، هولون، بوکتینگ، کوپرز و ترنر، ۲۰۱۵؛ درگوتی، کاراتانوس، گردل و اوانجلو، ۲۰۱۷). اگرچه این کتاب به این منظور نوشته نشده که صرفاً بر اساس تجربه من باشد، فکر می‌کنم مهم است که پیشینه خود را به اشتراک بگذارم، زیرا بسیاری از آن بر تفکر و کار بالینی من تأثیر گذاشته است. در برنامه کارشناسی ارشدم، مانند بسیاری از دانشجویان، در درمان رفتاری شناختی (CBT) آموزش دیدم. CBT شواهد زیادی دارد که اثربخشی آن را به‌عنوان یک روش روان‌درمانی نشان می‌دهد (هوفمن، اسنای، ونک، ساویر و فانگ، ۲۰۱۲)، بنابراین منطقی است که بسیاری از برنامه‌ها دانش‌جویان را طبق اصول آن آموزش دهند. در حالی که CBT برای من به‌عنوان درمانگر مزایایی داشت، متوجه شدم که بسیاری از بیمارانی که دیده‌ام از پرسش سقراطی من بهبود چندانی پیدا نکرده‌اند و گاهی اوقات احساس می‌کردند که مورد سوء تفاهم یا سرپرستی قرار گرفته‌اند. متوجه شدم که به‌عنوان راهی برای کمک به بیماران به مهارت‌های بالینی «اساسی» که به من آموزش داده شده است، تکیه می‌کنم، مانند پرسش‌های باز پاسخ یا گوش دادن فعال. با ورود به برنامه مقطع دکتری، هیجان‌زده بودم که روی یک روش درمانی متفاوت تمرکز کنم. برنامه دکتری من در اکثر موارد حول محور درمان روان‌پویشی، با تمرکز خاص بر نظریه روابط شیء سازمان‌دهی می‌شد. بسیاری از اساتید من در این برنامه به CBT نگاه تحقیرآمیز داشتند و آن را نوعی درمان مبتدی می‌دانستند. تمرکز برنامه روان‌پویشی درک من از روان انسان را بسیار عالی بهبود بخشید و توانایی من برای مفهوم‌پردازی موردی تحت نظر اساتیدم بسیار بهبود یافت. با این حال، به‌عنوان یک متخصص در این مدت هنوز احساس می‌کردم که فاقد ابزار لازم برای کمک کامل به بیمارانم هستم. در حالی که اکنون درک بسیار بهتری از اینکه چرا بیمارانم از بیماری روانی رنج می‌برند، داشتم، هنوز احساس می‌کردم که فاقد مداخلات قوی برای بهبود وضعیت آن‌ها هستم. از بسیاری جهات احساس می‌کردم گیر کرده‌ام. مطمئن نیستم که این به‌خاطر آن بوده یا علاقه‌های مرتبط دیگر، اما شروع کردم به مطالعه عصب‌پژوهی مغز انسان. شاید احساس می‌کردم اگر به سطح پایه‌تری

برگردم، می‌توانم پاسخ‌هایی را که به دنبالش بودم، بیابم. در این زمان بود که من عصب‌پژوهی روان‌درمانی لو کوزولینو (کوزولینو، ۲۰۰۲) و تنظیم عاطفه و خاستگاه خود اثر آلن شور (شور، ۲۰۱۵) را خواندم. این کتاب‌ها زمینه‌ای را برای تمام مفاهیم نظری که آموخته بودم فراهم کردند و الهام‌بخش من برای مطالعه عصب‌پژوهی در دوره فوق دکترای بودند. در این مرحله، من به عصب‌پژوهی عاطفی علاقه‌مند شدم؛ چگونه مغز به هیجان واکنش نشان می‌دهد و آن را پردازش می‌کند. من قشر کمربندی قدامی<sup>۱</sup> را مطالعه کردم - ناحیه‌ای که متوجه شدم در هشیاری آگاهانه از هیجان مهم است (استیونز، ۲۰۱۶). عصب‌پژوهی عاطفی به من کمک کرد تا تمام روش‌های مختلف روان‌درمانی را که قبلاً آموخته بودم، در متن قرار دهم. پس از فوق دکتری، به تمرین و آموزش در روش‌های مختلف روان‌درمانی ادامه دادم. سعی می‌کردم بفهمم که چگونه روان‌درمانی را که مدت‌ها به‌عنوان یک درمان جعبه سیاه و به‌عنوان یک علم ضعیف شناخته می‌شد، بهینه کنم. من به مدت یک سال در انجمن و مؤسسه روانکاوای بوستون درمان روانکاوای را خواندم. من از چند معلم عالی که بینش فوق‌العاده‌ای در مورد آسیب‌شناسی بیماران داشتند یاد گرفتم. با این حال، هنگامی که به مکانیسم تغییر رسید، معمولاً فرض بر این بود که بهبود بینش بیمار مشکلات آن‌ها را حل می‌کند. این چیزی نبود که من با آن موافق باشم و همچنین نتوانستم هیچ پشتیبانی تجربی برای این موضوع پیدا کنم. به نظر می‌رسد که این موضوع یادگیری از نظریه اولیه فروید است که می‌گوید هشیار ساختن ناهشیار مشکلات را حل می‌کند. من افراد زیادی را چه از نظر شخصی و چه از نظر حرفه‌ای دیده‌ام که بینش خوبی در مورد آسیب‌شناسی روانی خود دارند، اما هنوز افسرده یا مضطرب هستند. نیازی به گفتن نیست که من از این رویکرد مأیوس شدم، اما رویکرد معاصرتر CBT را نیز ناکافی یافتم. رفتاردرمانی برای فوبیا و سایر مشکلات روانی با یک محرک بیرونی واضح، مانند اجتناب از مهمانی برای فرد مبتلابه فوبیای اجتماعی، به خوبی جواب می‌داد. با این حال، محرک اجتناب‌شده برای فرد مبتلابه افسردگی یا اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) چیست؟ علاوه بر این، مداخلاتی که برای غذا خوردن به فرد مبتلابه بی‌اشتهایی یا عدم مصرف در اختلال سوءمصرف مواد پاداش مثبت می‌دادند، به نظر می‌رسید هرگز مؤثر نباشند. درمان شناختی فرض می‌کند که تغییر باورهای معیوب مشکل را بهبود می‌بخشد. فرض در اینجا این است که اگر بیمار بتواند تفکرش را بررسی کند، باورهای غیرمنطقی را شناسایی کند و آن‌ها را تغییر دهد، آسیب‌شناسی روانی حل می‌شود. این روش نیز در تجربه من فاقد اثربخشی است. برای مثال، متوجه شدم افرادی که از پرواز می‌ترسند، می‌دانند که این یک راه کاملاً ایمن برای سفر است، اما هنوز احساس ترس می‌کنند. افراد افسرده تشخیص دادند که افراد بدی نیستند، اما هنوز نسبت به خود احساس بدی داشتند. من به سرعت متوجه شدم که تغییر افکار منفی در مورد خود معمولاً مستقیماً بر احساسات فرد تأثیر نمی‌گذارد. درمان شناختی به بسیاری از بیماران کمک کرد تا از

1. anterior cingulate cortex