



درمان
هیجان مدار
برای افسردگی

فهرست

۷.....	درباره نویسندگان.....
۹.....	پیشگفتاری برای ترجمه فارسی.....
۱۳.....	۱: مقدمه: ماهیت و تجربه افسردگی و درمان آن.....
۲۸.....	۲: نقش هیجان در کارکرد انسان و افسردگی.....
۴۹.....	۳: افسردگی: دیدگاه سازنده‌گرایی دیالکتیکی.....
۸۲.....	۴: اصول کار با هیجان‌ها در افسردگی.....
۱۱۰.....	۵: سیر درمان در مداخله هیجان‌مدار.....
۱۴۲.....	۶: رابطه درمانی.....
۱۶۳.....	۷: صورت‌بندی موردی در افسردگی.....
۱۸۲.....	۸: پیوند، آگاهی و تشریک مساعی.....
۲۰۳.....	۹: روش‌های افزایش آگاهی هیجانی.....
۲۳۱.....	۱۰: فراخوانی و برانگیختن هیجان.....
۲۵۹.....	۱۱: فراخوانی هیجان: گفت‌وگوی دو صندلی و ناامیدی.....
۲۸۸.....	۱۲: فراخوانی هیجان‌ات مسدودشده: ایفای نقش در دو صندلی و کار ناتمام.....
۳۲۰.....	۱۳: تبدیل: ایجاد هیجان‌ات جایگزین.....
۳۴۳.....	۱۴: تأمل و خلق معنای جدید.....
۳۶۳.....	منابع.....
۳۷۹.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....
۳۸۵.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....



مقدمه:

ماهیت و تجربه افسردگی و درمان آن

افسردگی یکی از رایج‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روانی است (راس، اسمیت و بوث، ۱۹۹۷). از جمله مشخصه‌های افسردگی بالینی، وجود احساساتی مانند دل‌سردی، غم، ناامیدی و دل‌تنگی به مدت چند هفته یا بیشتر است؛ شدت بیشتر و مدت طولانی‌تر این تجربه‌های روزمره، معرف این سندرم است. فرد به‌طور دائم در حالت خلقی افسرده است و تاب‌آوری خود را از دست می‌دهد. گاهی اوقات احساس افسردگی، در واقع طولانی شدن غم ناشی از فقدان چیزی یا کسی و یا یک شکست است که ظاهراً همیشه ادامه دارد. بی‌قراری و خشم، اغلب با افسردگی بالینی همراه هستند. اضطراب نیز می‌تواند موجب بروز احساس ناامنی و درماندگی و همچنین ناامیدی در فرد شود. ممکن است افسردگی به شکل آسیب‌پذیری و اندوه عمیق و یا مرگ جسمانی تجربه شود. احساس فرد نسبت به جسم خود تغییر می‌یابد، سنگینی ایجاد می‌شود و او احساس می‌کند که به‌شدت تحت فشار قرار گرفته و بدن خود را به‌سختی حرکت می‌دهد. این احساس می‌تواند تا جایی پیش برود که افسردگی به‌جز یک اختلال عاطفی، به‌عنوان یک اختلال حسی نیز به نظر برسد. جهان یکنواخت و بی‌رنگ می‌شود. افراد مبتلا به افسردگی شدید، دیگر احساس تلخی و ناامیدی نمی‌کنند؛ در حقیقت، دیگر چیزی را احساس نمی‌کنند.

افسردگی، مطابق ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، از طریق هشت ویژگی قابل تشخیص است:

۱. خلق افسرده برای مدت حداقل ۲ هفته،
۲. لذت نبردن از اغلب فعالیت‌ها،
۳. تغییر وزن قابل توجه،
۴. خواب آشفته،
۵. فقدان انرژی،

۶. احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه،
۷. مشکل در تمرکز و تصمیم‌گیری، و
۸. افکار مرگ.

افسردگی بنا به تعریف آن، پدیده‌ای پیچیده است. این بیماری از منابع مختلفی نشأت می‌گیرد، می‌تواند علائم مختلفی داشته باشد، ممکن است در بعضی مواقع غیر قابل کنترل و احتمالاً ناتوان‌کننده باشد و بخش وسیعی از جامعه را تحت تأثیر قرار دهد.

شواهد نشان داده است که مداخلات درمانی مختلف با هدف قرار دادن فرآیندهای شناختی، ارتباطی و زیست‌شناختی عصبی، موجب تغییر درمانی در افسردگی می‌شوند. در این کتاب نشان می‌دهیم که هیجان، جنبه‌ای اساسی از افسردگی و عملکرد انسان به‌طور کلی است، به‌طوری‌که تغییر هیجانی، هدفی ارزشمند برای درمان محسوب می‌شود و درمانی که بر هیجان تمرکز داشته باشد، ابزاری قدرتمند برای مداخله است. مطالعات تجربی از این رویکرد حمایت می‌کند و نشان می‌دهد که پردازش هیجانی عمیق‌تر، نتیجه‌ی درمانی خوب و اجتناب از عود را پیش‌بینی می‌کند. درمان هیجان‌مدار به‌عنوان یک درمان جایگزین یا در تلفیق با روش‌های دیگر، می‌تواند اثربخشی درمان را به حداکثر برساند و بهبودی را تسریع کند. در فصل‌های بعد، نشان می‌دهیم که درمان هیجان‌مدار برای مراجعانی که مبتلا به افسردگی متوسط هستند، چقدر مفید است.

ماهیت افسردگی

افسردگی، یک پدیده پیچیده زیستی-روانی-اجتماعی است. هیچ علت منفردی برای آن وجود ندارد. وقتی افراد افسرده هستند، در بسیاری از سطوح عملکرد، دچار اختلال می‌شوند. شواهد روشنی وجود دارد که نشان می‌دهد عملکرد انتقال‌دهنده‌های عصبی در افسردگی مختل شده است و بر توانایی افراد در احساس کردن هیجان‌ات مثبت و هیجان‌ات منفی تأثیر می‌گذارد. افراد افسرده نه تنها عدم توانایی احساس علاقه، لذت و شادی، بلکه افزایش غم، خشم، اضطراب و شرم را نیز تجربه می‌کنند. همچنین شواهدی از افزایش کورتیزول، هورمون استرس، در افسردگی وجود دارد (تیس و هولند، ۱۹۹۵). این تغییرات در فیزیولوژی بر خلق، حافظه، توجه و رفتار تأثیر می‌گذارد.

افراد مبتلا به افسردگی، علاوه بر اختلالات فیزیولوژیکی عصبی و عاطفی، شناخت‌های منفی دارند. دیدگاه آنها در مورد خود، جهان و آینده، منفی است. همچنین افسردگی با بی‌حرکی و انزوا و بیگانگی اجتماعی مشخص می‌شود. همه این عوامل-عصبی-شیمیایی، فیزیولوژیکی، عاطفی، شناختی، رفتاری و اجتماعی- به‌صورت پیچیده و پویا با یکدیگر تعامل می‌کنند و افسردگی را ایجاد می‌کنند.

افسردگی یک اختلال یکپارچه نیست، بلکه تجربه‌ای است که از فردی به فرد دیگر و در یک فرد، لحظه‌به‌لحظه و سال‌به‌سال بسیار متفاوت است. تشخیص انتزاعی است و منوط به تعریف فرهنگی

است که فرد در آن قرار دارد. علاوه بر این، تفاوت‌های زیادی در نوع بروز افسردگی در افراد مختلف وجود دارد. بعضی از آنها به‌طور کلاسیک افسرده هستند که با خلق پایین و فقدان انرژی همراه است؛ اما بسیاری از آنها، مضطرب به نظر می‌رسند، بسیاری خشمگین، بسیاری مصرف‌کننده مواد مخدر و بسیاری دچار درد مزمن یا سایر اختلالات جسمانی هستند. به نظر می‌رسد افسردگی، بر زنان بیشتر از مردان تأثیر می‌گذارد (نولن - هوکسما، ۲۰۰۱؛ پیسنلی و ویلکینسون، ۲۰۰۰). برخی از افراد، افسردگی را به‌عنوان تغییری چشمگیر در قالب افت عملکرد نسبت به گذشته تجربه می‌کنند، اما در بسیاری از افراد، افسردگی به تدریج ایجاد می‌شود. این تفاوت‌ها ایجاد یک رویکرد واحد برای درمان مؤثر همه مراجعان را بسیار دشوار می‌کند. در واقع، تصور این دشوار است که یک نظریه واحد بتواند به تبیین تغییرات شیمیایی در مغز، تغییرات شناخت و هیجانات، تفاوت مردان و زنان، نقش فقدان‌ها، نقش حمایت خانواده، اثر نور آفتاب^۱ و سایر پدیده‌های مرتبط با افسردگی بپردازد.

انسان‌ها به‌وضوح سیستم‌های پویای غیر خطی هستند (هیز و استراثوس، ۱۹۹۸؛ سلن و اسمیت، ۱۹۹۴؛ ون گیت، ۱۹۹۸؛ هیلتون و گرینبرگ، زیر چاپ) که در آنها فرایندهای متعددی در پاسخ به محیطی همواره در حال تغییر، به‌طور مداوم تعامل می‌کنند. بنابراین روشن است که دلایل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی افسردگی و همچنین جنبه‌های عاطفی، شناختی و رفتاری در تجربه افسردگی وجود دارد (اپستاین، ۱۹۹۴). منابع افسردگی هم شامل منابع خودآگاه و هم ناخودآگاه است (بار و چارترند، ۱۹۹۰) و همچنین سطوح پردازش مختلفی در ایجاد افسردگی دخیل هستند (گرینبرگ و پاسکال-لئون، ۲۰۰۱؛ تیزدل و بارنارد، ۱۹۹۳). به‌علاوه، معانی، میل و انتخاب شخصی نیز در ایجاد افسردگی نقش دارند. در نهایت سیستم معنایی فرد، ناشی از خودسازماندهی^۲ افسردگی وی است که هدف درمان قرار می‌گیرد، نه انتقال‌دهنده‌های عصبی مجزا، هورمون‌ها، افکار، عقاید، رفتارها، عواطف یا انگیزه‌ها (ماهونی، ۱۹۹۱؛ نیمیر و ماهونی، ۱۹۹۵). دیدگاه ساختارگرایانه دیالکتیکی افسردگی که در این کتاب اتخاذ کرده‌ایم (گرینبرگ و پاسکال-لئون، ۱۹۹۵، ۲۰۰۱؛ واتسون و گرینبرگ، ۱۹۹۶) نگاهی پویا به عملکرد دارد و چندین منبع تجربه و معنی را در نظر می‌گیرد. محوریت این دیدگاه، شناخت مراجعان به‌عنوان عوامل فعال در ایجاد تجربه افسردگی‌شان (ماهونی، ۱۹۹۱؛ نیمیر و ماهونی، ۱۹۹۵؛ استایلز، ۱۹۹۹؛ واتسون و رنی، ۱۹۹۴) و بسیج این عاملیت در تغییر این تجربه است.

در این دیدگاه پویا نسبت به خودسازماندهی، مداخله می‌تواند و باید در سطوح مختلف سیستم در زمان‌های مختلف و با اجزای مختلف سیستم به روش‌های مختلف رخ دهد. تحقیقات روان‌درمانی

۱. راه‌های مداوای متفاوتی برای درمان نوع کلاسیک (زمستانی) اختلال عاطفی فصلی وجود دارد. به‌طور مثال می‌توان از نوردرومانی با نور خورشید یا نور روشن استفاده کرد (مترجم).

۲. self-organization که در این کتاب، بیشتر تحت عنوان «خودسازماندهی» ترجمه شده است.

روشن کرده است که همه رویکردهای درمانی برنده و موفق بوده‌اند (برگین و کارفیلد، ۱۹۹۷؛ هابل، دونکان و میلر، ۱۹۹۹؛ لابورسکی، سینگر و لابورسکی، ۱۹۷۵؛ وامپولد و همکاران، ۱۹۹۷)، به این معنی که بسیاری از رویکردها از نظر اثرات‌شان قابل تشخیص از هم نیستند و تفاوت عمده‌ای ندارند. عدم توانایی در یافتن درمان‌هایی که به‌طور متفاوتی اثرگذار باشند تا حدی به این واقعیت مربوط است که افراد دارای سیستم پیچیده‌ای هستند و عوامل مشترک و مهمی در همه درمان‌ها وجود دارد (گولدفرد، ۱۹۹۱؛ نورکراس، ۲۰۰۲). هر رویکرد درمانی احتمالاً با یک مکانیسم تغییر خاص در سطح خاصی از سیستم، چه شناختی، و چه هیجانی، عصبی-شیمیایی، رفتاری، یا تعاملی، بر این سیستم می‌گذارد. هر اثر خاص در یک سطح از سیستم به احتمال زیاد در سراسر سطوح پیوسته این سیستم بازتاب می‌یابد و اثر می‌گذارد. احتمالاً عامل تغییر خاص منحصر به رویکردی خاص، به‌علاوه عوامل ارتباطی مشترک در بسیاری از رویکردها است که موفق به ایجاد تغییر قابل مقایسه در کلیت فرد می‌شوند؛ بنابراین، تمام این رویکردها به تغییر شخص از لحاظ هیجانی، شناختی، رفتاری و عصبی-شیمیایی منتهی می‌شوند.

در نتیجه تعیین این امر مهم است که بدانیم چگونه هیجان‌ات در بروز افسردگی نقش دارند و روش‌هایی برای پرداختن به هیجان‌ات در افسردگی فراهم آوریم. برای تشکیل یک رویکرد یکپارچه و مؤثر برای درمان افسردگی، لازم است اصول تغییر هیجانی که قابل استفاده در فرایند درمان هستند، مشخص شوند تا بتوان آنها را یکپارچه ساخت.

در این کتاب به معرفی رویکرد هیجان مدار برای درمان افسردگی می‌پردازیم که سطح هیجانی سیستم را هدف قرار می‌دهد. تأکید ما بر پردازش هیجانی در این روش به این معنا نیست که به دنبال تغییر شناختی نباشیم یا به فرایندهای عصبی-شیمیایی، رفتاری و تعاملی که تحت تأثیر مداخله بهبود می‌یابند توجهی نداشته باشیم. تمرکز روش درمانی ما در درجه اول بر مداخله در سطح هیجانی سیستم متمرکز است چرا که این سطح را بسیار اثرگذار می‌دانیم که قادر است تأثیرات مهمی بر کل سیستم داشته باشد. هیجان از یک سو سطوح زیست‌شناختی و عصبی-شیمیایی سیستم و از سوی دیگر سطوح روان‌شناختی، شناختی و رفتاری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هیجان‌ات حاصل ارتباط بین بدن و ذهن هستند که توسط هر دوی این عوامل تشکیل می‌شوند و هر دو را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ بنابراین تمرکز درمانی بر این سطح کارکردی مهم، کارایی همه رویکردهای درمانی را بالا می‌برد.

چرا درمان هیجان مدار برای افسردگی؟

در این کتاب در مورد رویکرد هیجان مدار (EFT) به‌عنوان درمانی کوتاه‌مدت برای مراجعان مبتلا به افسردگی متوسط بحث می‌کنیم. در سرتاسر متن، از گزیده جلسه‌های درمانی مربوط به مطالعاتی که

روی افسردگی داشته‌ایم، بهره گرفته‌ایم تا روند درمان را نشان دهیم.

درمان هیجان‌مدار، با بهبود پردازش هیجانی، بدین‌گونه تغییر درمانی را به ارمغان می‌آورد که خاطرات هیجانی را وارد هشیاری می‌سازد، به شکلی که این خاطرات بتوانند در آگاهی هشیار فرد، نمادین شوند، در معرض تجربه هیجانی جدید قرار بگیرند و برای ایجاد رفتارهای جایگزین، در آنها تأمل شود. مراجعان با نام نهادن بر تجارب ذخیره‌شده در حافظهٔ ضمنی و آگاهی از هیجانات ناسازگار خود، می‌توانند بین رویدادهای گذشته و حال تمییز قائل شوند، نیازهای خود در شرایط فعلی را بشناسند و روش‌های جدیدی برای برآوردن این نیازها بیابند. هیجان‌های سازگارانه‌ای که به‌تازگی فعال شده‌اند، به‌عنوان پادزهرهایی برای هیجان‌های ناسازگارانه عمل کرده و کم‌کم اطلاعات جدیدی را به طرح‌های هیجانی ناسازگار حاوی تجربهٔ دردناک وارد می‌کنند. این فرایند به تولید معنای جدید و تسهیل در حل و فصل تجارب مشکل‌ساز کمک می‌کند.

در درجهٔ اول، درمان شامل این است که در هستهٔ افسردگی، یک حس ناسازگارانه وجود دارد که باید به آن دسترسی پیدا کنیم، به طوری که حس فرد به خودش به عنوان فردی «ضعیف» و یا «بد» و شرم و ترس اصلی مرتبط با این حس فرد نسبت به خود باید مشخص شود. مراجع باید به هیجان ناسازگارانهٔ هسته‌ای خود وارد شود تا بتواند آن را تغییر دهد. در درمان هیجان‌مدار این استعاره وجود دارد که تا وقتی که مراجع به جایی نرسیده و وارد آن نشده باشد، نمی‌تواند واقعاً آن را ترک کند. هنگامی که مراجع وارد حالت هیجانی ناسازگارانه می‌شود با کمک درمانگر همدل خود، آن را تمییز و بسط می‌دهد و به شکل نمادین در قالب کلمات بیان می‌کند. تجربه حالت‌های هیجانی ناسازگارانه و اثرات دردناک آن در حضور یک فرد همدل، به شکست انزوا و کناره‌گیری مراجعان کمک می‌کند. حضور و هماهنگی همدلانهٔ درمانگر که اولین گام برای کمک به او در تنظیم و تغییر حالات هیجانی ناسازگار است، به تسکین مراجع کمک می‌کند. علاوه بر این، درمانگر کمک می‌کند تا مراجع تلاش کند به نیازهای هیجانی و منابع شخصیتی که از نظر زیست‌شناختی، سازگارانه هستند دست یابد و این پاسخ‌های تاب‌آورانه را در تماس با هیجانات ناسازگار قرار دهد. دسترسی به هیجانات اولیه، موجب مبارزهٔ سازگارانهٔ رو به جلو می‌شود، این امر باعث ارتقای تاب‌آوری مراجع و حس درونی جهت‌مندی می‌شود. دسترسی به واکنش‌های هیجانی جایگزین همراه با تأمل در هیجانات برای ایجاد معنای جدید، در تبدیل خودسازماندهی‌های ناسازگارانهٔ فرد، کلیدی است.

مقایسه با مدل‌های موجود

این رویکرد که مورد حمایت تجربی قرار گرفته است به‌عنوان یک درمان جایگزین برای دو روش روان‌درمانی دارای حمایت تجربی برای درمان افسردگی، یعنی درمان بین‌فردی (IPT) و درمان شناختی-رفتاری (CBT) پیشنهاد می‌شود و قطعاً این روش می‌تواند در ترکیب با این روش‌ها نیز به

کار رود. علت افسردگی در IPT، مشکلات بین فردی مانند سوگ، اختلافات بین فردی، انتقال نقش و نقیصه های بین فردی عنوان می شود. درمان بین فردی شامل سوگواری و پذیرش فقدان نقش قبلی فرد، کاوش الگوهای تکراری در روابط و کاهش انزوای اجتماعی است و بر کنار آمدن با روابط بین فردی فعلی تأکید می شود (کلرمن، ویزمن، رونساویل و شورون، ۱۹۸۴). در CBT افکار و باورهای منفی درباره خود، جهان و آینده، تعیین کننده های کلیدی افسردگی هستند و درمان شامل تغییر محتوای شناختی طرحواره های افسرده ساز است (بک، راش، شاو امری، ۱۹۷۹).

اگرچه عوامل بین فردی و شناختی، از جنبه های غالب افسردگی هستند، EFT بر فرایندهای طرحی هیجان تأکید می کند که زیربنای هر دوی این مجموعه عوامل تعیین کننده است و پردازش عاطفی را به عنوان یک هدف درمانی مهم و اساسی در نظر می گیرد. تغییر باورهای منفی و تعاملات بین فردی مهم است، اما در EFT درمانگران به دنبال ایجاد تغییر دائمی از طریق تغییر سازمان هیجان مدار فرد هستند. این افکار یا فقدان نیستند که به خودی خود در ایجاد افسردگی مهم هستند بلکه خاطرات عاطفی یا طرح های هیجانی برآمده از آن افکار یا فقدان هستند که اهمیت دارند (گرینبرگ، الیوت و فورستر، ۱۹۹۰؛ گرینبرگ و پایویو، ۱۹۹۰). در EFT درمانگران به جای تمرکز بر عوامل تسریع کننده افسردگی، به دنبال درمان تعیین کننده های زیربنایی هیجان مدار آن هستند.

مطالعات نشان داده اند که افراد مبتلا به افسردگی، خاطرات هیجانی منفی بیشتری از گذشته های دور خود به یاد می آورند (اسمیت، ۱۹۹۶). خاطرات آنها، چندان شامل استرس های اخیر زندگی شان نیست که روند افسردگی آنها را تسریع کرده باشد، بلکه خاطره های هیجانی مرتبط با تجربه های اولیه زندگی هستند. به عنوان مثال، اخراج از کار، افسردگی یک مراجع خانم را تسریع کرده بود، اما زمانی که تجارب روزانه او طی مدت ۶ ماه قبل از شروع افسردگی بررسی شد، دنیای درونی اش سرشار از یادآوری خاطرات ۱۰ سال پیش بود که شوهرش او را ترک کرده بود. این یافته ها اشاره دارد که آنچه در ایجاد افسردگی اهمیت دارد، فراخوانی هیجانات حل نشده افراد و حافظه هیجانی است.

CBT و EFT تأکید مشابهی بر اهمیت تغییر معنا برای درمان افسردگی دارند. بنا بر CBT، معنا، باورها و افکار در حفظ و تداوم افسردگی مهم هستند. خودانتقادگری، کمال گرایی و «بایدها» موجب می شوند که مراجع همواره احساس شکست کند. هرچه مراجعان برای رعایت استانداردهای انتقاد، تلاش بیشتری کنند، بیشتر احساس پوچی می کنند. با این حال، این تنها محتوای شناختی کمال گرایی نیست که مراجع باید روی آن کار کند. این رابطه عاطفی بین بخش هایی از خود فرد (مذمت، طرد و تحقیر) است که باید تغییر یابد. EFT تلاش می کند به مراجعان کمک کند تا به روش های سازگارانه تری برای مقابله با احساس آسیب پذیری و بی ارزشی خود دست یابند تا اثر تحقیر را حذف کنند و به پذیرش خود برسند.

در IPT، اختلافات نقش و یا انتقال نقش و یا فقدان های دردناک، به عنوان عوامل تسریع افسردگی

در نظر گرفته می‌شوند. به نظر ما، افسردگی زمانی ایجاد می‌شود که مراجع احساس ناتوانی و دوست‌داشتنی نبودن می‌کند و توانایی خود^۱ برای سازمان‌دهی تجربه به شیوه‌ای معمول، امیدوارانه‌تر و مثبت‌تر از دست می‌رود. این تنها اختلافات نقش یا فقدان نیست که به‌تنهایی موجب افسردگی می‌شود بلکه پاسخ عاطفی مراجع به این دو امر است که مهم تلقی می‌شود. مراجع احساس ناامیدی می‌کند و فکر می‌کند که نمی‌تواند از این فقدان، جان سالم به در ببرد یا احساس تحقیر و بی‌ارزشی می‌کند. ریشه افسردگی، بیشتر در فراخوانی یک خود هسته‌ای نایمن، با ارزیابی تهدید به انسجام آن نهفته است تا پاسخ‌های بین‌فردی تولیدشده توسط آن.

EFT و IPT از نظر تمرکز بر ترغیب هیجان، مشابه هستند و همان‌طور که IPT پیشنهاد می‌دهد، افسردگی خودش را در عرصه بین‌فردی نشان می‌دهد. شبیه به IPT و روان‌درمانی پویشی، هدف از درمان EFT، تمرکز بر روابط و کمک به مراجعان برای یادگیری تنظیم مرزبندی‌های سالم است؛ به‌طوری‌که بتوانند در صورت صمیمیت زیاد با دیگران، به آنها نزدیک شوند و درعین‌حال در صورت لزوم، بتوانند عملکرد مستقلی داشته باشند.

ویژگی‌های عمومی درمان هیجان‌مدار

نگاه EFT (گرینبرگ، ۲۰۰۲) این است که زندگی انسان‌ها توسط تجربه‌های هیجانی، شکل گرفته و سازمان‌دهی شده است و خود هیجان، به‌عنوان یک نیروی خلاق و سازمان‌دهنده در زندگی افراد لحاظ می‌شود. درمانگران برای افزایش هوش هیجانی مراجعان تلاش می‌کنند که شامل بازشناسی حالت‌های هیجانی خود و دیگران و استفاده از آنها برای حل مشکلات و تنظیم رفتار است (سالوی و مایر، ۱۹۹۰). همچنین آنها بر کمک به مراجعان برای تنظیم عواطف‌شان و تغییر فرایندهای حافظه طرح هیجانی تمرکز دارند؛ بنابراین هدف از EFT تغییر در خودسازماندهی فرد از طریق افزایش آگاهی و تنظیم هیجانی و استفاده از هیجان و تبدیل آن است.

ما دریافته‌ایم که EFT بهترین تأثیر را برای مراجعانی دارد که تخریب عملکردی آنها آن‌قدر زیاد نیست که آنها را کاملاً از حرکت بازدارد. در مطالعات ما (که به مرور آن در بخش بعد خواهیم پرداخت) مراجعانی که به EFT پاسخ دادند، کارکردهایی در دنیای خود داشتند (همچون والدگری، شغل یا رفتن به مدرسه)، اگرچه این کارکردها اغلب با دشواری و رضایت کم یا بدون هیچ رضایتی پیش می‌رفتند. اگرچه همه این مراجعان، معیارهای اختلال افسردگی اساسی را داشتند، تجربه‌های افسردگی آنها تفاوت چشمگیری داشت. برخی خودانتقادگری بالایی داشتند و احساس شکست می‌کردند؛ برخی در روابط خود با دیگران ناامید بودند، احساس می‌کردند رهاشان کرده‌اند و غمگین و خشمگین بودند. برخی احساس پوچی، گیجی و بی‌هدفی می‌کردند. برخی نیز بسیار نگران و

مضطرب یا خشمگین و بی قرار و نیز ناامید بودند. برخی بسیار اجتنابی بودند و برخی نگرانی‌های وسواس گونه داشتند. برخی کاملاً شکننده و برخی به شدت محافظه کار بودند. برخی سبک تفکر و گفتار منطقی و عینی و برخی تفکر درون نگر و تداعی گرا داشتند. درمانگران در جریان EFT، فرد را به عنوان یک کل درمان می‌کنند و نه به عنوان فردی مبتلا به یک سندرم و این باعث می‌شود که به هر مراجع به عنوان فردی منحصر به فرد توجه کنند؛ بنابراین رویکرد EFT در درجه اول، یک درمان مراجع-محور است. درمانگران کلیت فرد را مد نظر قرار می‌دهند و دغدغه این را دارند که یک رابطه حمایتی و کمک کننده را ایجاد کنند تا در آن بر آنچه به نظر مراجع مهم تر می‌آید، تمرکز کنند.

با وجود تنوع موجود در تجربه های مراجعان، تمام آنها افسرده بودند و برخی مشترکات مربوط به افسردگی در آنها وجود داشت. همه آنها در بعد هیجانی، نوعی متوقف شدن و کناره گیری و یک احساس ضعف و یا ناتوانی را تجربه کرده بودند. همه احساس می‌کردند که فردی شکست خورده هستند و به سختی می‌توانستند با عاطفه افسرده خود مقابله کنند. توانایی این مراجعان برای ابراز کلامی هیجان‌ها و تجربه های ذهنی شان، اغلب مناسب نبود. بسیاری از آنها از هیجان‌های اصلی خود اجتناب می‌کردند یا آن را سرکوب می‌کردند، از آن می‌ترسیدند یا خجالت می‌کشیدند. آنها جنبه های مهمی از تجربه خود را انکار می‌کردند. هنگامی که توانستند تجربه درونی خود را بیان کنند، روابط مشکل دارشان با خود (رابطه خود-خود) مانند خودانتقادگری، شرم و مسائل هویتی را تجربه کردند، یا مشکلاتی در رابطه با دیگران (رابطه خود-دیگری)، مثل مسائل حل نشده پیرامون فقدان یا خشم و احساس طرد شدن، انزوا و عدم ارتباط را مشاهده کردند. آنها با وجود اینکه حرفه خوبی داشتند و یا پدر و مادر یا همسری خوب بودند، جنبه هایی از خودشان را ابراز نمی‌کردند و آنها را باطل یا بی اهمیت می‌دانستند. تلاش های خودانتقادگرانه آنها برای کامل بودن، موجب شده بود که خود را مورد سرزنش و آزار بسیاری قرار دهند و منفعلانه تسلیم شوند. آنها اغلب احساس دلسردی عمیقی داشتند و میزان بالایی از منفی نگری، تحقیر و انزجار را نسبت به خود داشتند. آنها برای ایجاد صمیمیت در رابطه و ارتباط با دیگران، احساسات خود را ابراز نمی‌کردند و برای حفظ ارتباط خود، جلوی برخورد جراتمندانانه خود با دیگران را می‌گرفتند و احساس اضطراب شدیدی نسبت به جدایی یا فقدان داشتند. احساس عمیق ناامنی که اغلب با فقدان رابطه مرتبط است، موجب می‌شود که حس کنند نمی‌توانند بدون آن ارتباط دوام بیاورند یا اینکه ارتباط، خیلی خطرناک است.

هنگامی که عاطفه منفی در رابطه با شرایط فعلی و یا خاطرات دردناک حاصل می‌شد، واکنش این مراجعان به عاطفه دردناک، بیشتر مضر بود تا مفید. آنها سعی می‌کردند بی روح باشند تا احساسات خود را متوقف کنند، از دیگران کناره گیری کنند و بیش از حد خود را مورد اتهام قرار دهند یا عوامل بیرونی را دخیل دانسته و دیگران را سرزنش کنند. هیچ یک از این روش های مقابله با احساسات آسیب پذیری، غم، شرم و یا ترس، سازگارانه نبود. این تلاش هایی که برای مقابله با افسردگی انجام

می‌گیرد به جای اینکه افسردگی را کمتر کند، آن را بیشتر می‌کند.

در طور دوره درمان، EFT به مراجعان کمک کرد تا تاب‌آوری بیشتری داشته باشند و دریابند که توانایی بقا را دارند. این روش به آنها کمک کرد تا دوباره خودشان را تأیید کرده و توانمند سازند؛ زیرا آنها را قادر ساخت که یاد بگیرند هیجانات خود را تنظیم کنند و میلی هیجان‌مدار برای زندگی کردن بیابند. این روش به آنها کمک کرد تا احساسات خود را نمادسازی کنند و راه‌هایی سازنده برای برخورد با احساسات خود پیدا کنند. درمانگران با کمک به مراجعان برای روشن‌سازی احساسات و ختنی ساختن شیوه‌های پاسخ‌دهی ناسازگارانه به احساسات دردناک، موجب تغییر آنها می‌شوند. دسترسی به احساسات و نیازهای سازگارانه زیستی و پردازش کامل آنها، به مراجعان کمک کرد تا شکل‌های سازگاران‌تر پاسخ‌دهی را بشناسند. وقتی مراجعان، به هیجانات خود نزدیک شده و با آنها در تماس باشند، آنها را تحمل و تنظیم کنند و بپذیرند، کم‌کم تجربه خود را معنا می‌دهند و به خاطر عواطف تاب‌آورانه و سالم خود، توانمند می‌شوند. نیازهای بین‌فردی آنها روشن‌تر شده و بهتر ابراز می‌شود. پس از آنکه مراجع به هیجانات و نیازهای اصلی خود دست یافت و درمانگر، نتایج تلاش‌های او را تأیید کرد، مراجع به حس خودارزشمندی دست می‌یابد.

دسترسی به هیجان‌های مراجعان اطلاعاتی را در مورد تأثیر شرایط بر روی آنها و نیز نوع واکنش‌های آنها به این شرایط فراهم می‌کند و به آنها برای کسب اهداف سازگارانه در مورد تنظیم هیجان‌ها به عنوان اولویت‌های ارگانیک کمک می‌کند. هنگامی که مراجعان احساسات و نیازهای خود را آگاهانه ابراز می‌کنند، قادر خواهند بود که بر خود و محیط اطرافشان تأمل کنند و یکپارچگی بین قلب و مغز برای مقابله سازگارتر به وجود می‌آید. بسیاری دریافتند که گوش دادن همدلانه درمانگر که مراجع را به عنوان منبع اصیل تجربه تأیید می‌کند، باعث می‌شود مراجع خود را جدی بگیرد و همدلی بیشتری نسبت به خود داشته باشد؛ بنابراین درمان به این گروه از افراد کمک می‌کند تا حس مثبت‌تر و تاب‌آورانه‌تری نسبت به خود داشته باشند و احساسات خوش‌بینانه‌تری نسبت به داشتن تسلط و ارتباط به دست آورند.

EFT برای افسردگی، بر این تمرکز دارد که به مراجع کمک شود تا با پردازش تجربه هیجانی به شیوه‌ای جدید، کارکردهای عاطفی خود را تنظیم کند. در این درمان، مراجعان با دسترسی به برداشت‌های تاب‌آورانه متفاوتی از خود (از منظر هیجان‌مدار) در پاسخ به شرایطی که قبلاً شرم، اضطراب و ناامیدی را به همراه داشتند و نیز استفاده از این برداشت‌های تاب‌آورانه برای تغییر حالات افسرده‌ساز خود و مبارزه با آنها، تغییر می‌کنند؛ بنابراین، EFT کمک می‌کند تا مراجعان احساس‌های خود را روشن سازند و به خودسازماندهی تاب‌آورانه تری دست پیدا کنند. این خودسازماندهی جدید، مبتنی بر هیجاناتی است که قبلاً غیر قابل دسترس بودند؛ هیجاناتی از قبیل خشم نسبت به نقض مرزبندی‌ها که به غلبه بر احساس ناتوانی کمک می‌کند، غم ناشی از فقدان که به غلبه بر احساس

مردگی و کناره‌گیری کمک می‌کند، امید که کمک می‌کند مراجع به حرکت درآید و بر ناامیدی غلبه کند و غرور و خودارزشمندی که به غلبه بر شرم و حقارت کمک می‌کند.

یکی از اصول EFT این است که شیوه‌ای که مراجعان، اطلاعات عاطفی را پردازش کرده و معنا خلق می‌کنند، در خودابرازی‌ها یا حالات متفاوت خود^۱، تغییر می‌کند. افراد، بیشتر با تغییر حالت کارکردی خود تغییر می‌کنند تا اینکه در همان حالت پردازش بمانند اما محتوای افکارشان در آن حالت خاص، تغییر کند. تغییر بادوام در نتیجه اصلاح خطا، جدال منطقی یا اصلاح باورها ایجاد نمی‌شود؛ بلکه تغییر واقعی نیازمند تغییری در خودسازماندهی فرد از طریق ایجاد نوع متفاوتی از بودن و دیدن است. به جای نگاه کردن به دنیا با عینک غم، ترس یا شرم و کناره‌گیری از آن، مراجعان کم‌کم با پذیرش، شادی، خوش‌بینی و حس تسلط بیشتری به زندگی نزدیک می‌شوند. آنها نه توسط به چالش کشیدن اعتبار باورهایشان بلکه با تغییر در خودسازماندهی‌شان، دید منفی نسبت به خود و باورهای نامؤثرشان را با دیدگاه‌های سازگارانه‌تر عوض می‌کنند، به طوری که خود، جهان و آینده را به شیوه‌ای جدید می‌بینند. آنها یاد می‌گیرند که با ایجاد یا افزایش دسترسی به روش‌های خودتسکینی و خوداعتباربخشی، حالت‌های ملال‌آوری مانند خشم و ناامیدی را تنظیم کنند. دسترسی بیشتر به خودابرازی‌های تاب‌آورانه‌تر به مراجعان کمک می‌کند تا با خودابرازی‌های افسرده‌ساز مبارزه کنند که احساسات ناتوانی، ناامیدی، تحقیر خود و شرم را ایجاد می‌کرد.

شواهد تجربی برای درمان هیجان‌مدار

تحقیقات انجام‌شده در مورد اثربخشی درمان هیجان‌مدار برای افسردگی، از اهمیت کارهای هیجان‌مدار حمایت کرده است. ما دریافتیم که یک نوع پروتکل EFT برای درمان افسردگی که در اصل به نام *درمان پردازشی-تجربه‌گرا*^۲ شناخته شده است، در سه کارآزمایی جداگانه در درمان افسردگی بسیار مؤثر عمل کرده است. در این کارآزمایی‌ها مشخص شد که درمان هیجان‌مدار نسبت به درمان همدلانه-ارتباطی^۳ و درمان شناختی-رفتاری، به همان اندازه یا حتی بیشتر اثربخش است. هر دو درمان که با EFT مقایسه شدند، در کاهش افسردگی بسیار مؤثر بودند، اما EFT در کاهش مشکلات بین‌فردی از هر دو مؤثرتر بود و نسبت به درمان همدلانه-ارتباطی، تغییر بیشتری در علائم بیماری ایجاد کرد. همچنین EFT در جلوگیری از عود افسردگی نیز بسیار مؤثر عمل کرده است.

در مطالعه^۱ اول افسردگی یورک، گرینبرگ و واتسون (۱۹۹۸) به مقایسه اثر درمان پردازشی-تجربه‌گرا با درمان مراجع‌محور برای ۳۴ مراجع بزرگسال مبتلا به افسردگی اساسی پرداختند. درمان مراجع‌محور بر ایجاد و حفظ شرایط ارتباطی مراجع‌محور و پاسخ همدلانه تأکید داشت که به‌عنوان

1. self-states
2. process experiential therapy
3. relational empathic treatment

یکی از مؤلفه‌های اصلی درمان پردازشی - تجربه‌گرا در نظر گرفته می‌شود. درمان پردازشی - تجربه‌گرا تکالیف درمانی خاصی (به‌ویژه تاگشایی فراخوانی‌کننده نظام مند، تمرکز تجربی، گفتگوی دو صندلی و صندلی خالی) را به روند درمان مراجع محور اضافه کرده است. در جلسه پایانی و پیگیری ۶ ماهه، هیچ تفاوتی بین روش‌های درمانی از نظر کاهش علائم افسردگی یافت نشد. با این حال، درمان پردازشی - تجربه‌گرا دارای اثرات بهتری در اواسط درمان افسردگی بود و در پایان درمان نیز اثرات بیشتری بر سطح کلی افسردگی، عزت نفس و کاهش مشکلات بین‌فردی داشت؛ بنابراین به نظر می‌رسد که اضافه کردن این تکالیف خاص در نقاط زمانی مناسب درمان افسردگی باعث تسریع و افزایش بهبودی می‌شود.

در مطالعه دوم افسردگی یورک، گلدمن، گرینبرگ و آنگوس (۲۰۰۶)، مطالعه اول یورک را تکرار کردند و به مقایسه اثرات درمان مراجع محور و درمان پردازشی - تجربه‌گرا در ۳۸ مراجع مبتلا به اختلال افسردگی اساسی پرداختند. اندازه اثر $0.71+$ به نفع درمان پردازشی - تجربه‌گرا به دست آمد. سپس برای افزایش توان تشخیص تفاوت بین گروه‌های درمانی، به‌ویژه در پیگیری، نمونه‌های درمان پردازشی - تجربه‌گرای اول و دوم ترکیب شد. نتایج نشان داد که تفاوت‌های آماری معنی‌داری بین درمان‌ها در همه شاخص‌های بهبود برای نمونه ترکیبی وجود دارد که این تغییرات در پیگیری ۶ و ۱۸ ماهه نیز ادامه یافت. این یافته این نتیجه را در بر دارد که اضافه کردن مداخلات هیجان‌مدار به یک رابطه مراجع محور، نتیجه بهتری را حاصل می‌کند. علاوه بر این، پیگیری ۱۸ ماهه نشان داد که گروهی که تحت درمان پردازشی - تجربه‌گرا بوده‌اند، نتایج بهتری در جلسه پیگیری داشتند. نتایج نشان داد که ۷۰٪ از مراجعان تحت درمان پردازشی - تجربه‌گرا بهبود خود را تا جلسه پیگیری حفظ کرده‌اند در حالی که این میزان برای افراد در گروه درمان ارتباطی، ۴۰٪ بوده است. به نظر می‌رسد که چیزی مهم درون درمان پردازشی - تجربه‌گرا رخ داده است که بر احتمال عود تأثیر گذاشته است.

در مطالعه دیگری، واتسون، گوردون، استرماک، کالوگراکوس و استکلی (۲۰۰۳) یک کارآزمایی بالینی تصادفی انجام دادند که به مقایسه درمان پردازشی - تجربه‌گرا و درمان شناختی - رفتاری برای اختلال افسردگی اساسی پرداختند. شصت و شش مراجع در ۱۶ جلسه روان‌درمانی هفتگی شرکت کردند. هر دو درمان در بهبود سطح افسردگی، عزت نفس، پریشانی نشانه‌های کلی و نگرش‌های ناکارآمد مراجعان مؤثر بودند. با این حال، مراجعان درمان پردازشی - تجربه‌گرا نسبت به CBT، به‌طور قابل توجهی در پایان درمان، مستقل‌تر و جرأت‌مندتر بودند. در پایان درمان، مراجعان هر دو گروه به‌طور قابل توجهی تأمل هیجانی بیشتری برای حل مشکلات ناراحت‌کننده خود پیدا کرده بودند.

پژوهش درباره فرایند و نتیجه درمان هیجان‌مدار برای افسردگی نشان داده است که هم پردازش هیجانی عمیق‌تر درون درمان (گلدمن و گرینبرگ، زیر چاپ؛ پوس، گرینبرگ، گلدمن و کورمن،

۲۰۰۳) و هم برانگیختگی هیجانی بیشتر در اواسط درمان، همراه با تأمل بر هیجان‌ات برانگیخته شده، نتایج درمانی را پیش‌بینی می‌کند (واروار و گرینبرگ، ۲۰۰۰؛ واتسون و گرینبرگ، ۱۹۹۶). این یافته از اهمیت کار هیجان‌مدار به‌عنوان یک فرایند تغییر کلیدی در روان‌درمانی پشتیبانی می‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد که درمان هیجان‌مدار، از طریق افزایش پردازش هیجانی است که به مراجعان کمک می‌کند هیجان‌ات خود را قبول و معنای آنها را پیدا کنند. اهمیت تسهیل تجربه هیجانی در جلسه، برای تغییر، به مراتب در مطالعات تأیید شده است (سامایلوو و گلدفرید، ۲۰۰۰؛ گرینبرگ، ۲۰۰۲). مروری بر مطالعات انجام‌شده روی فرایند و نتایج درمان که این ادعاها را مورد آزمون قرار می‌دهد، نشان‌دهنده آن است که رابطه مستحکمی بین پردازش هیجانی در جلسه که با مقیاس تجربه کردن^۱ (EXP) اندازه‌گیری شده است (کلاین، متیو-کولان و کیسلر، ۱۹۸۶) و سودمندی حاصل از درمان پویشی، شناختی و تجربه‌گرا وجود دارد (کاستونگوی، گلدفرید، وایزر، را و هیز، ۱۹۹۶؛ اورلینسکی و هوارد، ۱۹۸۶؛ سیلبرشاتز، فرتر و کورتیس، ۱۹۸۶). این یافته نشان می‌دهد که ممکن است تجربه‌های هیجانی، عامل مشترکی باشد که به تبیین تغییر حاصل در رویکردهای درمانی مختلف کمک می‌کند.

در بررسی فرایند و نتیجه درمان در مطالعه یورک ۱، رابطه بین عمق مرتبط با مضمون تجربه (که با نمرات EXP اندازه‌گیری شد) و نتیجه درمان، بررسی شد. نمونه پژوهش شامل ۳۵ مراجع بود که هر کدام از آنها ۱۶ الی ۲۰ هفته تحت درمان پردازشی-تجربه‌گرا یا درمان مراجع محور بودند. عمق تجربه در مضامین اصلی در نیمه آخر درمان، متغیر پیش بین مهمی برای کاهش علائم پریشانی و افزایش عزت نفس بود اما همبستگی معناداری با تغییر مشکلات بین‌فردی نداشت. همچنین عمق تجربه در مضامین اصلی، در واریانس نتیجه درمان مؤثر بود که تحت تأثیر عمق اولیه تجربه و اتحاد درمانی بود؛ بنابراین عمق تجربه، واسطه بین ظرفیت شخصی مراجع برای تجربه اولیه و نتیجه مثبت درمانی بود. به هر حال عمق بخشیدن به تجربه هیجانی، ۸ تا ۱۶ درصد از واریانس نتیجه درمان را پیش‌بینی می‌کرد. این نتیجه نشان می‌دهد که عمق بخشیدن به تجربه هیجانی، فرایند خاصی از تغییر است که برای کاهش افسردگی طی درمان هیجان‌مدار، اجتناب‌ناپذیر است.

آدامز و گرینبرگ (۱۹۹۶) با دنبال کردن تعاملات لحظه‌به‌لحظه‌ای مراجع-درمانگر متوجه شدند که اظهارات درمانگر در تجربیات مراجع تأثیر زیادی دارد و عمق تمرکز تجربی درمانگر، پیش‌بین نتایج درمان بود. به‌ویژه اگر مراجع بر روی عوامل بیرونی متمرکز باشد و درمانگر از مداخله‌ای استفاده کند که تمرکز را به سمت عوامل درونی بکشد، در این صورت بیشتر احتمال دارد که مراجع به سطح عمیق‌تری از تجربه پیشروی کند. این مطالعه بر اهمیت نقش درمانگر در تعمیق فرآیندهای هیجانی مراجع تأکید دارد. با توجه به اینکه تجربه هیجانی مراجع، نتایج درمان را پیش‌بینی می‌کند و اینکه عمق

تمرکز تجربه‌ای درمانگر بر تجربه مراجع اثر دارد و نتیجه درمان را پیش‌بینی می‌کند، یک فلش به سمت نتیجه در این مسیر کشیده می‌شود که نشان می‌دهد عمق تمرکز تجربه‌ای درمانگر بر عمق تجربه مراجع اثر می‌گذارد و این فرایند با نتیجه درمان مرتبط است.

مطالعه پوس و همکاران (۲۰۰۳) پیشنهاد داد که اثر پردازش هیجانی اولیه بر نتیجه درمان، به واسطه پردازش هیجانی آخر تعدیل می‌شود (اولیه و آخر به مراحل درمان اشاره دارد). در این مطالعه پردازش هیجانی به‌عنوان عمق تجربه در رویدادهای هیجانی (گرینبرگ و کورمن، ۱۹۹۳)، یا اجزای درون‌جلسه‌ای تعریف می‌شود که در آن مراجعان در مورد تجربه یک هیجان در ارتباط با یک وضعیت واقعی یا خیالی حرف می‌زنند؛ بنابراین متغیر عمق تجربه، تنها برای دوره‌هایی از جلسات درجه‌بندی شد که به‌صراحت بر اساس تجربه مملو از هیجان بود. همچنین عمق تجربه، واسطه ارتباط بین ظرفیت تجربه اولیه و نتایج مثبت درمانی بود؛ بنابراین در اختیار داشتن ظرفیت برای پردازش هیجانی در اوایل درمان نتیجه درمانی خوب را تضمین نمی‌کند و البته ورود به درمان بدون این ظرفیت نیز به معنای نتایج درمانی ضعیف نیست؛ بنابراین، اگرچه احتمال دارد این یک مزیت باشد، به نظر می‌رسد مهارت پردازش هیجانی در اوایل درمان، به اندازه توانایی به دست آوردن و یا افزایش عمق پردازش هیجانی در سراسر درمان، مهم نباشد. در این مطالعه، پردازش هیجانی در اواخر درمان، به‌طور مستقل ۲۱٪ به واریانس تبیین شده در کاهش علائم توسط اتحاد درمانی و پردازش هیجانی اولیه افزود.

واروار (۲۰۰۳) برانگیختگی هیجانی در اواسط درمان و تجربه در اوایل، اواسط و اواخر درمان را مورد بررسی قرار داد. برانگیختگی هیجانی با استفاده از مقیاس برانگیختگی هیجانی مراجع^۱ اندازه‌گیری شد (واروار و گرینبرگ، ۱۹۹۹ الف، ۱۹۹۹ ب). مراجعانی که در اواسط دوره درمان دارای برانگیختگی هیجانی بیشتری بودند در پایان درمان تغییرات بیشتری داشتند. علاوه بر این، توانایی مراجع برای استفاده از تجربه درونی برای ساختن معنا و حل مشکلات که با EXP اندازه‌گیری شد، به خصوص در اواخر درمان، به واریانس نتیجه درمانی افزود. در نتیجه این مطالعه نشان داد که ترکیبی از برانگیختگی هیجانی و تجربه، نسبت به هر یک از این دو شاخص به‌تنهایی، پیش‌بینی بهتری را از نتیجه درمان انجام می‌دهد.

واروار، گرینبرگ و پرپلاک (۲۰۰۳) با اندازه‌گیری هیجان ابرازشده و تجربه‌شده، متوجه شدند که گزارش مراجع از شدت هیجان تجربه‌شده در جلسه، با تغییر درمانی مثبت رابطه‌ای نداشت. آنها بین گزارش هیجانی مراجع در جلسه و گزارش ناظر بر هیجان ابرازشده بر اساس رتبه بندی برانگیختگی در ویدئوهای ذخیره‌شده جلسات درمانی، اختلاف‌هایی مشاهده کردند. به‌عنوان مثال، یک مراجع گزارش داد که درد هیجانی شدیدی را در جلسه تجربه کرده است، اما میزان برانگیختگی هیجانی ابرازشده او بسیار کم به نظر می‌آمد.

گرینبرگ و پدرسون (۲۰۰۱) دریافتند که انجام دو تکلیف درمانی هیجان‌مدار در جلسات درمان، پیش‌بینی‌کننده نتایج درمانی مثبت در پایان درمان و جلسه پیگیری ۱۸ ماهه و از آن مهم‌تر احتمال عدم عود طی دوره پیگیری بود. این تکالیف هسته‌ای -رفع دوپارگی‌ها و حل و فصل کارهای ناتمام- شامل کمک به افراد در بازسازی پاسخ‌ها و خاطرات طرح هیجانی بود؛ بنابراین، نتایج از این فرضیه حمایت می‌کند که پردازش هیجانی عمیق‌تر و بازسازی طرحی هیجان در طول درمان منجر به تغییرات پایدارتری می‌شود.

در نتیجه مطالعات نشان داده است که درمان مراجع‌محور و درمان پردازشی-تجربه‌گرا در کاهش علائم افسردگی مؤثر هستند و درمان پردازشی-تجربه‌گرا اثربخشی کلی بیشتری دارد. صرف نظر از نوع درمان، برانگیختگی هیجانی و عمق تجربه، نتیجه درمان را پیش‌بینی می‌کرد.

آنچه در این کتاب گنجانده شده است

فصل ۲ و ۳، به ترتیب، به ارائه چارچوب نظری کتاب در مورد نقش هیجان‌ات در عملکرد انسان و افسردگی می‌پردازد. در این فصل‌ها به مرور ادبیات روان‌شناسی و علوم اعصاب عاطفی پرداخته و نشان می‌دهیم که فرآیندهای عاطفی دستگاه کناری، نقشی کلیدی در کارکردهای انسان و افسردگی ایفا می‌کنند. ما همچنین نظریه سازنده‌گرایی دیالکتیکی را در مورد افسردگی ارائه می‌کنیم که در آن خودسازماندهی ضعیف یا بد بخاطر تجربه فقدان، تحقیر و یا به دام افتادن ایجاد می‌شود و خود با استفاده از ترکیب تجربه هیجانی قبلی با نمادهای کلامی تجربه ضمنی برای روایت‌های هویتی جدید، تقویت می‌شود. کسانی که علاقه‌مند به رسیدن به رویکرد درمانی هستند می‌توانند از مطالعه فصل‌های ۲ و ۳ بگذرند و بعداً برای فهم بهتر این نظریه به این بخش‌ها بازگردند.

دو فصل بعدی به ارائه اصول درمان و چارچوب مداخله می‌پردازد. در فصل ۴، اصول خاصی را برای ارزیابی هیجان‌ات و اصول مداخله هیجانی مبتنی بر شواهد تجربی ارائه می‌دهیم. فصل ۵ به معرفی دوره درمان و ترسیم سه مرحله اصلی آن (شکل‌گیری پیوند درمانی و آگاهی، فراخوانی و کاوش و تبدیل) می‌پردازیم.

در دو فصل بعدی، دو فرایند اساسی و عمومی درمان افسردگی را ارائه می‌کنیم که در همه مراحل درمان، تأثیر مداومی دارند. تمرکز فصل ۶ بر یک عنصر محوری در این روش درمانی است؛ ایجاد یک پیوستگی ارتباطی که مشخصه آن حضور، همدلی، توجه مثبت و همگرایی است. در فصل ۷ یک رویکرد تشخیص فرایند را برای صورت‌بندی مورد^۱ توصیف می‌کنیم.

فصل‌های ۸ تا ۱۴ نیز به توصیف و توضیح روش‌های درمانی اصلی می‌پردازد. فصل ۸ بر نقش مهم افزایش آگاهی هیجانی در مرحله اول درمان افسردگی تمرکز دارد و فصل ۹ به توصیف

روش‌های خاص برای افزایش آگاهی هیجانی می‌پردازد. فصل ۱۰ بر نقش و کارکرد فراخوانی و برانگیختن هیجان در مرحله میانی درمان متمرکز است. فصل‌های ۱۱ و ۱۲ نیز روش‌های خاص فراخوانی هیجان را برای استفاده در این مرحله توصیف می‌کنند.

فصل‌های ۱۳ و ۱۴ این کتاب، در مورد تبدیل هیجانات در آخرین مرحله درمان است. در فصل ۱۳ ما فرایند تولید هیجانات جایگزین را با استفاده از ابزارهای جدیدی برای تغییر هیجان با هیجان دیگر توصیف می‌کنیم و در فصل ۱۴ نقش بسیار مهم تأمل در تجربه در ایجاد و تحکیم معنای جدید را توضیح می‌دهیم.