
چالش‌های شناخت درمانی

آرون بک رابرت لی‌هی جودیت بک آرتور فریمن
مک‌گلوهوسکی استفان هالند رویا جلالی مک‌گلووسکی

ترجمه
حسن حمیدپور



انتشارات ارجمند

۱۳۸۸

”به یادِ زلفِ نگونسارِ شاهدانِ چمن ببین در آینهٔ جویبارِ گریهٔ بید“

تقدیم به زنده‌یاد مسعود،
که مرگش برای من چالشی بود بس عظیم
و یادش، خاطره‌ای بس عزیز

فهرست

پیش‌گفتار	
فصل ۱: اجتناب بیمار از هیجان: سنگی بزرگ پیش پای شناخت درمانگران	۱۱
فصل ۲: طرحواره‌های هیجانی و مقاومت در شناخت‌درمانی	۳۳
فصل ۳: چرا شناخت‌درمانی با شکست مواجه می‌شود؟	۷۳
فصل ۴: مدل جدید شناخت‌درمانی اختلالات شخصیت	۱۰۶
فصل ۵: شناخت‌درمانی و سوءتفاهمات جاری	۱۴۲
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۱۶۰
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۱۶۵

پیش‌گفتار

شناخت درمانی از زمان شکل‌گیری، همواره جریان پویا و رو به رشدی را پشت سر گذاشته است. به دلیل اتخاذ نگرش علمی از سوی شناخت درمانگران و به همّت بلند آنها، امروزه، شناخت درمانی پشتوانهٔ تجربی قابل توجهی دارد. شناخت درمانگران در عرصهٔ نظریه‌پردازی نیز از قافلهٔ علم، عقب نیفتاده‌اند. شاید کمتر کسی در اوایل دههٔ ۱۹۷۰ میلادی فکر می‌کرد که شناخت درمانی بتواند در زمینه اکثر مشکلات روان شناختی به ارائهٔ مدل و راهبردهای مداخله‌ای بپردازد. اما امروزه این رویای دست نیافتنی به تحقق پیوسته است.

متأسفانه در ایران به دلایل خاصی، شناخت درمانی در مظان اتهام بوده است و بسیاری از متخصصان و روان درمانگران، انتقادهایی را به شناخت درمانی وارد می‌کنند که شاید به دلیل اطلاع نداشتن از روندها و پیشرفت‌های اخیر این رویکرد باشد و شاید هم! در هر صورت، شناخت درمانگران همیشه سعی کرده‌اند به چاره‌جویی برای مشکلات پیچیده و چند وجهی فرآیند درمان بپردازند. به عنوان مثال، این حرف را زیاد می‌شنویم که شناخت درمانگران، کاری به هیجان‌های بیماران ندارند، زیرا آنها در صدد تغییر افکار، مفروضه‌ها و طرح‌واره‌ها هستند. اما در فصل اول این کتاب متوجه می‌شویم که شناخت درمانگران نه تنها به هیجان‌های بیماران توجه می‌کنند، بلکه نگرشی کاملاً کارآمد در برابر هیجان‌ها اتخاذ می‌کنند.

فصل اول کتاب به مسئلهٔ مهم اجتناب بیمار از هیجان‌ها می‌پردازد. بسیاری از بیماران (مخصوصاً بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری) به هیجان‌های خودشان توجه نمی‌کنند و همین مسئله، روند شناخت درمانی را با مشکل روبه‌رو می‌کند. استفان هالند با بصیرت بالینی خاصی به کاوش پیرامون این مشکل پرداخته است و به همین دلیل، راهکارهای گره‌گشایی در اختیار شناخت درمانگران قرار می‌دهد.

نویسنده فصل دوم، رابرت لی‌هی است. لی‌هی برای کسانی که در حوزهٔ شناخت درمانی مشغول به آموزش، پژوهش و درمان هستند، چهره‌ای شناخته شده و برجسته است. خواندن آثار لی‌هی باعث ساختار شکنی تفکر قالبی دربارهٔ شناخت درمانی می‌شود. لی‌هی در فصل دوم کتاب حاضر به ارائهٔ مدل طرح‌واره‌های هیجانی پرداخته است. لی‌هی معتقد است نوع باور و نگرش افراد نسبت به هیجان‌ها و تجارب هیجانی‌شان، در بسیاری از موارد می‌تواند روند شناخت درمانی را با مشکل مواجه کند و شناخت درمانگران را در دام مقاومت‌های بیمار بیندازد. لی‌هی، مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی را نیز طراحی کرده است تا بتواند در شناسایی طرح‌واره‌های هیجانی بیماران، عصای دست شناخت درمانگران باشد.

بارها این سؤال به ذهن افراد خطور می‌کند که چرا شناخت درمانی در درمان برخی از بیماران از کارایی و اثربخشی لازم برخوردار نیست. اگر این سؤال را از متخصصان حوزهٔ شناخت درمانی

بپرسیم، شاید کمتر کسی بتواند به ۴۱ عامل اشاره کند. بسیاری از این عوامل در کنترل شناخت درمانگر نیست که بتواند برای آنها، راهبردی طراحی کند و تدبیری بیندیشد. بنابراین تمام دلایل شکست‌های درمانی را به گردن شناخت درمانی انداختن، یادآور این شعر است:

"گنه کرد در بلخ آهنگری به شوستر زدند گردن مسگری"

خواندن فصل سوّم کتاب حاضر که توسط آرتور فریمن نوشته شده است، ما را در سبب‌شناسی شکست‌های شناخت درمانی با دیدگاهی چند وجهی و چند عاملی رویارو می‌سازد.

از سال ۱۹۹۰ که شناخت درمانگران به مدل‌سازی و فرمول‌بندی اختلال شخصیت پرداختند، حوزه شناخت درمانی شاهد پیشرفت‌های شگرفی در این زمینه بوده است. کتاب "شناخت درمانی اختلالات شخصیت"، اثر بک و همکارانش که در سال ۱۹۹۰ به زیور طبع آراسته شد، در سال ۲۰۰۴ با تجدید نظر چاپ شد. تفاوت این دو کتاب در این است که در سال ۲۰۰۴، بک و همکارانش، فصلی از کتاب را به نقش رابطه درمانی و اهمیت آن در درمان اختلالات شخصیت اختصاص داده‌اند. هر چند بک و همکارانش به این موضوع توجه کردند، اما آنطور که باید و شاید حق مطلب را ادا نکرده بودند، تا این که بک به همراه دخترش (جودیت بک) و لی‌هی، در کتاب "در سنامه شخص‌شناسی و آسیب‌شناسی روانی"، فصلی را نوشتند که نشان می‌دهد موضوع را کاملاً جدی گرفته‌اند. فصل چهارم کتاب حاضر، ترجمه همین فصل است. نکته جالب فصل چهارم، چگونگی تجلی طرح‌واره‌های شناخت درمانگر در رابطه درمانی و ابزاری برای سنجش طرح‌واره‌های درمانگر است. فصل آخر کتاب حاضر برای کسانی مفید فایده خواهد بود که فکر می‌کنند شناخت درمانی، سطحی و مکانیکی است، به رابطه درمانی اهمیت قابل نمی‌شود و شخصیت را نادیده می‌گیرد. امیدوارم خواندن کتاب حاضر بتواند در شناسایی سیمای درست‌تر و واقعی‌تر شناخت درمانی به خوانندگان یاری رساند. اگر این هدف بدست بیاید، مترجم به پاداش واقعی خودش دست یافته است. در ترجمه کتاب حاضر سعی شده است متنی روان و قابل فهم ارائه شود. برخی از مثال‌ها عوض شده‌اند تا بیشتر به ذهن خواننده ایرانی نزدیک شوند. در ترجمه این اثر مدیون تلاش‌ها و همکاری‌های افراد زیادی هستیم. از همسر گرامی‌ام تشکر فراوان می‌کنم که در درک بسیاری از اصطلاحات و معادلات مرا یاری کردند. بدون کمک ایشان شاید این ترجمه صورت نمی‌گرفت. در هر صورت، زبان از تشکر زحمات ایشان قاصر است. از آقای دکتر ارجمند بسیار ممنون و سپاسگزارم که همواره به من یاری رسانده‌اند و نکته‌سنجی و تیزبینی ایشان در دست نوشته‌های اولیه باعث کندشدن سرعت ترجمه و افزایش دقت آن می‌شود. از آقای دکتر مظفر که همیشه اینجانب را مرهون تشویق‌ها و تمجیدهای خود قرار داده‌اند، نیز ممنون هستم.

منابعی که فصل‌های کتاب حاضر از آنها اتخاذ شده‌اند:

فصل اول:

Holland, S.T. (2003). Avoidance of Emotion as an Obstacle to Progress. In R.L. Leahy (Eds). *Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy*. (p.p 116-131). NY: Guilford press.

فصل دؤم:

Leahy, R.L. (2003). Emotional Schema and Resistance. In., R.L. Leahy (Ed.) *Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy*. (p.p 92-115). NY: Guilford press.

فصل سؤم:

Freeman, A. & McGloskey, R.J. (2003). Impediments of Effetive Psychotherapy, In. R.L. Leahy. (Ed.). *Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy*. (p.p 24-46). NY: Guliford press.

فصل چهارم:

Leahy, R.L. Beck, J. Beck, A.T. (2005). Cognitive Therapy for Personality Disorders. In. Strack, S. (Ed.). *Handbook of Personology and Psychopathology*. (p.p 442-460). NY: John Wiley & Sons.

فصل پنجم:

Gluhoski, VL. (1994). Misconceptions of Cognitive Therapy. *Psychotherapy*. 31, 9, 594-600.

۱

اجتناب بیمار از هیجان: سنگی بزرگ پیش پای شناخت درمانگران

استفان هالند^۱

اصولاً هدفِ درمانگران شناختی - رفتاری، تغییر هیجان‌های منفی بیماران از طریق تغییر نظام شناختی آنهاست. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تکنیک‌های شناختی - رفتاری در کاهش هیجان‌های منفی از اثربخشی لازم برخوردارند. با این حال، برخی از بیماران نمی‌توانند هیجان‌های منفی را تحمل کنند یا این که تمایلی به این کار ندارند. شگردهای خودحمایتی^۲ که بیماران اتخاذ می‌کنند، در ایجاد و تداوم علایم فعلی بیماری‌شان نقش مهمی دارند. گرایش به اجتناب از هیجان‌های منفی، ممکن است در فرآیند درمان بروز پیدا کند و سنگ بزرگی پیش پای درمانگران بیندازد. چنین گرایشی در روند پیشرفت درمان مشکل ایجاد می‌کند. در نتیجه ممکن است، چنین بیمارانی از تکنیک‌های استاندارد که پشتوانه تجربی قابل توجهی دارند، به خوبی بهره نبرند. به نظر می‌رسد برای کمک به این بیماران به منظور مقابله مؤثرتر با هیجان‌هایشان و کاهش علایم فعلی مشکلاتشان، به تدابیر ویژه‌ای نیاز داریم.

1. Stephan Holland 2. self-protective maneuvers

مدل پردازش هیجانی^۱

گرین برگ^۲ (۲۰۰۲)، گرین برگ و پایوی ویو^۳، ۱۹۹۷؛ گرین برگ و سفران^۴، ۱۹۸۷) در زمینه پردازش هیجانی، مدلی ارائه داده است که می‌توان از آن به گونه‌ای مفید در شناخت‌درمانی استفاده کرد. او معتقد است هیجان، نوعی اطلاعات به شمار می‌رود. هیجان‌ها در اثر پردازش موازی اطلاعات گوناگون بوجود می‌آیند و اغلب آنها خارج از حوزه هشیاری رخ می‌دهند. ماحصل این پردازش، احساس خاصی در فرد ایجاد می‌کند. این احساس درباره چگونگی اثر محیط بر شخص، به او اطلاعاتی می‌دهد. چنین فرآیندی انطباقی است، زیرا اطلاعات زیادی در اختیار افراد قرار می‌دهد. هیجان‌ها، علاوه بر خاصیت اطلاعاتی، باعث تسهیل در روابط و برانگیختگی رفتاری می‌شوند. اگر هیجان را به عنوان اطلاعات در نظر بگیریم، می‌توانیم آن را با افکار که آماج تکنیک‌های شناختی قرار می‌گیرند، قابل مقایسه بدانیم. طبق نظر گرین برگ و سفران (۱۹۸۷)، افکار حاصل پردازش خطی بازنمایی‌های سمبلیک (مثل کلمات) هستند. البته پردازش اطلاعات هیجانی و پردازش اطلاعات منطقی با یکدیگر تعامل دارند. افکار سمبلیک یکی از برون‌دادهای پردازش پیچیده و چندبُعدی هستند که باعث ایجاد هیجان می‌شوند. شاید به همین دلیل است که تکنیک‌های شناختی در کاهش هیجان‌های منفی اثربخش هستند.

گرین برگ (۲۰۰۲) معتقد است که افراد برای انطباق بهینه^۵، باید بتوانند هم از افکار سمبلیک و هم از هیجان‌ها به عنوان منبع اطلاعات استفاده کنند. پردازش غلط اطلاعات، چه در سیستم هیجانی و چه در سیستم منطقی، می‌تواند باعث تحریف در ارزیابی موقعیت‌ها شود. با این حال، سروکله مشکلات زمانی پیدا می‌شود که افراد، درون دادهای یکی از این سیستم‌ها را نادیده می‌گیرند. لینهان^۶ (۱۹۹۳) معتقد است که خردمندی^۷ (یا حداقل کارکرد انطباقی)، ماحصل تلفیق و یکپارچه‌سازی افکار و هیجان‌هاست. بدون شک برخی از افراد، یکی از سیستم‌ها را فدای سیستم دیگر می‌کنند. همه ما در تجارب بالینی مان بارها با بیمارانی روبه‌رو شده‌ایم که می‌خواهند مشکلات را فقط از طریق تفکر منطقی حل کنند و از طرف دیگر، بیمارانی را مشاهده کردیم که هیجان‌هایشان را تنها واقعیت ممکن می‌پندارند. اگرچه تکنیک‌های شناخت‌درمانی به بیماران یاد می‌دهند که به پردازش شناختی خودشان (مثل "بازنگری افکار خودآیند") دقت بیشتری مبذول دارند، اما این مسئله به هیچ

1. emotional processing

2. Greenberg

3. Paivio

4. Safran

5. optimal adaptation

6. Linehan

7. wisdom

عنوان از اهمیت توجه بیماران به اطلاعات هیجانی کم نمی‌کند. برای این که از چنین موضوعی اطمینان خاطر پیدا کنیم به بررسی برخی از اجتناب‌های هیجانی می‌پردازیم که در پیشینه پژوهشی درمان‌های شناختی و رفتاری، توجه قابل ملاحظه‌ای بدست آورده‌اند. اجتناب از اضطراب یکی از عوامل تداوم‌بخش بیماری‌های اضطرابی است و تکنیک‌های رویارویی^۱ برای غلبه بر اجتناب از اضطراب، تدوین و طراحی شده‌اند. با این حال، به اجتناب از سایر هیجان‌ها کمتر پرداخته شده است. در حالیکه اجتناب از سایر هیجان‌ها - به غیر از اضطراب - نیز در شکل‌گیری و تداوم مشکلات روان‌شناختی نقش دارد. تکنیک‌های رفتاری - شناختی متنوعی برای درمان بیمارانی که از اضطراب اجتناب می‌کنند، طراحی شده است. می‌توان همین تکنیک‌ها را برای بیمارانی به کار گرفت که از سایر هیجان‌ها اجتناب می‌کنند.

پیامدهای اجتناب هیجانی

اجتناب از هیجان حداقل به سه شکل می‌تواند در فرآیند شناخت درمانی سنگ‌اندازی کند. اول این که، ناتوانی برای تحمل هیجان منفی باعث می‌شود دستیابی به افکار و طرح‌واره‌های ناسازگار و تغییر آنها سخت و طاقت‌فرسا شود. از آنجا که تکنیک‌های رفتار درمانی شناختی، شناخت‌واره‌های داغ^۲ را آماج درمان قرار می‌دهند، اجتناب از هیجان در چنین فرآیندی مشکل ایجاد می‌کند. شناخت‌واره‌های داغ را می‌توان شناخت‌واره‌هایی در نظر گرفت که با هیجان‌های شدید و آتشین گره خورده‌اند. با این حال، اگر بیماران نتوانند از پس چنین کاری بر بیایند (یعنی در تحمل هیجان مشکل پیدا کنند و طبق عادت از آن اجتناب کنند)، بدون شک در تغییر باورهای ناسازگارشان با دردسر روبه‌رو می‌شوند.

دومین مشکل ناشی از اجتناب، این است که بیماران با این کار، خودشان را از کارکردهای انطباقی هیجانی محروم می‌کنند. هیجان، کارکردهای اطلاعاتی، ارتباطی و انگیزشی دارد. بیماری که نمی‌تواند خشم خود را تحمل کند و از آن اجتناب می‌کند، ممکن است نتواند موقعیت‌های آسیب‌زا را بشناسد و همچنین نتواند از خودش دفاع کند. بیماری که از تحمل ناراحتی گریزان است، ممکن است ارزش‌های مهم خود را تشخیص ندهد و نتواند برای دستیابی به آنها، تلاش خود را از سر بگیرد. بیمارانی که طبق عادت از هیجان اجتناب می‌کنند، نیز ممکن است در برقراری روابط صمیمی مشکل پیدا کنند، چون معمولاً

1. exposure

2. hot cognitions

لازمهٔ چنین روابطی، در میان گذاشتن هیجان‌هاست. نهایتاً این که شگردهایی که بیماران برای اجتناب از هیجان به کار می‌گیرند (چه شگردهای آشکار و چه شگردهای پنهان) اغلب پیامدهای منفی ناگواری برجای می‌گذارند. رفتارهای فعالانه‌ای مثل آیین‌مندی‌های اجباری^۱، سوء‌مصرف مواد یا اعتیاد به کار، معمولاً باعث افزایش رنج و مشقت می‌شوند. اجتناب منفعلاً از موقعیت‌هایی که بیمار را در معرض خطر تجربه کردن هیجان منفی قرار می‌دهد (مثل روابط صمیمی یا چالش‌های شغلی)، باعث محدود شدن زندگی و کاهش منابع تقویتی می‌شود. گاهی اوقات بیماران برای اجتناب از هیجان به جای درگیر شدن در رفتارهای آشکار، دست به دامن شناخت‌واره‌های تحریف شده می‌شوند. به عنوان مثال، بیمار مبتلا به هراس اجتماعی^۲، اولین بار که می‌خواهد رابطهٔ عاشقانه‌ای را شروع کند، به شدت دچار اضطراب می‌شود. قبل از قرار گذاشتن، این فکر به ذهن او خطور می‌کند که چقدر زشت و بدقواره است. وقتی که با دوستش قرار می‌گذارند، همه چیز به خوبی و خوشی تمام می‌شود. او به دلیل اضطراب شدیدی که داشت، فکر می‌کرد دوست پسرش او را آدم زشت و بدقواره‌ای تلقی می‌کند. این تفکر تحریف شده باعث می‌شد به پیامدهای درازمدت رابطه فکر نکند و همین پدیده اضطراب او را کاهش می‌داد.

در حالی که نظریهٔ کلاسیک شناخت‌درمانی بر پردازش غلط اطلاعات و طرح‌واره‌های ناسازگار به عنوان علت اصلی تحریف‌های شناختی انگشت می‌گذارد، مدل اجتناب هیجانی اعتقاد دارد که برخی از تحریف‌های شناختی به دلیل حفاظت فرد از هیجان‌های منفی بوجود می‌آیند. مثل تمامی تحریف‌های شناختی، تحریف‌هایی که به منظور اجتناب هیجانی به کار گرفته می‌شوند، می‌توانند اثرات منفی بر حالت خلقی و رفتار برجای بگذارند.

نتایج ضمنی مدل اجتناب هیجانی در درمان

اتخاذ این رویکرد که هیجان، شکل مهمی از پردازش اطلاعات است (هم در سطح کاربردی و هم در سطح نظری) پیامدهای قابل توجهی دارد. در سطح نظری، این مدل نشان می‌دهد که در شکل‌گیری و تداوم اختلالات بایستی توجه بیشتری به مشکلات پردازش هیجانی مبذول داریم. به عنوان مثال، بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال آسیمگی، احساس‌های بدنی را به گونه‌ای فاجعه‌بار تفسیر می‌کنند. از سوی دیگر، چنین بیمارانی نمی‌توانند احساس‌های خود

1. compulsive rituals

2. social phobia

را به گونه‌ای درست اسناد بدهند و به همین دلیل برخی از هیجان‌ها را تجربه نمی‌کنند. به همین ترتیب، افکار و تصاویر ذهنی ناخواسته‌ای که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری تجربه می‌کنند، حداقل در برخی موارد، نشانگر نوعی اطلاعات از سیستم پردازش هیجانی به شمار می‌روند. اما مشکل این است که بیماران وسواسی، چنین افکار و تصاویر ذهنی را تهدیدکننده تلقی می‌کنند. برخی از بیماران افسرده، بی‌رحمانه از خودشان انتقاد می‌کنند. هرچند این انتقادهای برای آنها سخت دردناک است، اما آنها فکر می‌کنند با این کارشان می‌توانند آشفتگی ذهنی‌شان را کم کنند. در صورتی که بیماران افسرده باید به ترس‌های ناشی از فقدان روابط یا شکست‌های تحصیلی و شغلی توجه کنند. در سطح نظری، اتخاذ این رویکرد می‌تواند برای متخصصین بالینی و بیماران راهگشا باشد:

۱. متخصصین بالینی می‌توانند چگونگی مقابله‌های بیمار با هیجان‌هایش را برآورد کنند و نسبت به علایم اجتناب هیجانی، هشیار باشند؛
 ۲. این رویکرد به بیماران کمک می‌کند تا هیجان‌های منفی و انطباقی خود را بشناسند، و با آنها به نحو سازنده‌ای کنار بیایند.
- در این قسمت به ارائه تکنیک‌هایی می‌پردازیم که می‌توانند بیماران و متخصصین بالینی را در رسیدن به این سرمنزل مقصود یاری کنند.

مداخله‌های درمانی

آگاه‌سازی بیمار از هیجان‌هایش

اولین قدم در راه کمک به بیماران برای انطباق مؤثر با هیجان‌هایشان، آگاه‌سازی آنها از اجتناب هیجانی و جلب توجه آنها به چنین رفتارهایی است. اگر هیجان‌ها و شگردهای اجتنابی بیماران در جلسه درمان رخ بدهند، دنبال کردن این کار ساده است. به عنوان مثال، ممکن است اشک در چشمان بیمار حلقه بزند، اما سعی کند آنها را بپوشاند یا موضوع صحبت را عوض کند. در چنین مواردی، درمانگر بیمار را متوجه رفتارش می‌کند و از او می‌پرسد که در همین لحظه چه چیزی را تجربه می‌کند و چرا تلاش می‌کند مانع ابراز هیجان شود.

با این حال، اغلب، هیجان اصلی و یا عملکرد اجتنابی بیمار ممکن است مداخله‌ای جدی‌تر در این سطح نیاز داشته باشد. به عنوان مثال، بیمار ممکن است از واقعه‌ای هیجانی حرف بزند، بدون این که احساس خاص و متناسبی را تجربه کند. یا این که بیمار ممکن

است، واقعه دردناک را ذکر نکنند و بالطبع هیجانی نیز تجربه نمی‌کند. بیمار ممکن است رفتار ناسازگاری در پیش بگیرد (مثل "آسیب زدن به خود یا سوء‌مصرف مواد") در حالیکه این رفتار در اجتناب بیمار از هیجان به او کمک کند. درمانگر در چنین مواردی باید توجه بیمار را به هیجان و اطلاعات گمشده یا رفتار ناسازگار جلب کند و او را به بحث و تبادل نظر راجع به هیجان‌ها و رفتارها ترغیب کند.

تکنیک‌های استاندارد شناختی - رفتاری، اغلب فرصت خوبی برای مشاهده اجتناب هیجانی فراهم می‌کنند. به عنوان مثال، ممکن است وقتی از بیمار می‌خواهیم شواهد تأییدکننده و ردکننده فکر منفی خودش را بنویسد، به شدت آشفته شود، چون نمی‌تواند به این شواهد فکر کند. اغلب وقتی که چنین اتفاقی می‌افتد، بیمار ممکن است خیلی عصبانی شود و از فکر کردن راجع به این موضوع امتناع کند. به همین ترتیب، بیماران ممکن است از انجام تکالیف خانگی سرباز بزنند، چون می‌ترسند به شدت درگیر مشکلات هیجانی توان فرسا شوند.

تحلیل تابعی ۱

وقتی که توجه بیمار را به اجتناب از هیجان جلب کردیم، گام بعدی آغاز فرآیندی مشارکتی برای شناسایی عوامل فعال‌ساز، عملکردها و پیامدهای چنین اجتنابی است. در این گام باید به قدر کافی به عوامل زیر توجه کرد:

۱. از کدام هیجان (هیجان‌ها) اجتناب شده است؟
۲. در چه موقعیت‌هایی از هیجان (هیجان‌ها) اجتناب شده است؟
۳. اجتناب از هیجان (هیجان‌ها) تحت کنترل ارادی است یا به طور خودکار صورت می‌گیرد؟

باورهای بیمار درباره هیجان نیز بایستی مورد کنکاش و بررسی قرار گیرند. در این قسمت به برخی از باورهای ناسازگار بیماران درباره هیجان‌ها اشاره می‌کنیم:

- "نشان دادن هیجان، نشانگر ضعف شخصیتی است."
- "تجربه کردن هیجان‌های منفی، غیرقابل تحمل است."
- "به هیچ وجه نمی‌توانم جلوی احساسات ناخوشایند و منفی را بگیرم."
- "نمی‌توانم جلوی کارهایم را بگیرم."

- "احساس می‌کنم آدم بدی هستم."
 - "اگر هیجان منفی خودم را بروز بدهم، دیگران مرا مسخره می‌کنند."
 - "تجربه کردن هیجان‌های منفی، هیچ دردی را دوا نمی‌کند و بی‌فایده است."
- لیهی^۱ (۲۰۰۲) در حمایت از رابطه این باورهای ناسازگار درباره هیجان‌ها و آسیب روانی، شواهدی تجربی بدست آورده است. همبستگی بالای بین نمرات مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی^۲ با پرسش‌نامه افسردگی بک (بک^۳ و استیر^۴، ۱۹۸۷) و پرسش‌نامه اضطراب بک (بک و استیر، ۱۹۹۰)، لیهی را به این نتیجه رساند که افزایش افسردگی با احساس گناه به خاطر هیجان‌ها، درک ناپذیری هیجان‌ها و کنترل‌ناپذیری هیجان‌ها رابطه داشته است. اضطراب نیز با احساس گناه به خاطر هیجان‌ها، درک ناپذیری هیجان‌ها، ساده‌اندیشی درباره هیجان‌ها، کنترل ناپذیری هیجان‌ها و پذیرش اندک هیجان‌ها، رابطه داشت.

علاوه بر این، تاریخچه یادگیری بیمار درباره هیجان‌ها نیز از اهمیت خاصی برخوردار است و باید مورد کنکاش قرار گیرد. وقتی بیمار هیجان خاصی را تجربه می‌کرده است، والدین و همسالانش چگونه با او برخورد می‌کرده‌اند؟ وقتی که بیمار هیجان خاصی تجربه می‌کرده است، چه پیامدی برای او اتفاق می‌افتاده است؟ اطرافیان در حال حاضر به ابراز هیجان‌های بیمار چه واکنشی نشان می‌دهند؟ ترس بیمار از پیامدهای منفی بروز هیجان، ریشه در تاریخچه یادگیری اولیه او دارد یا مبتنی بر واقعیت فعلی زندگی اوست؟ به عنوان مثال، بیماری که اعتقاد داشت هیجان‌هایش نشانه ضعف شخصیتی او هستند، می‌تسید به همسرش بگوید عصبانی است. وقتی که به عنوان آزمایش رفتاری با همسرش در این باره حرف زد، همسرش آن‌چنان که باید و شاید به هیجان‌های او توجه نکرد. با بیمار به بحث و تبادل نظر پرداختیم که حتی اگر همسرش به نیازهای او توجه نمی‌کند، با این حال او حق دارد هیجان‌هایش را ابراز کند (همسر این فرد بالاخره توانست نسبت به ابراز هیجان‌های نامزدش، پاسخ مثبتی بدهد و همین مسئله باعث افزایش شادمانی و رضایت زناشویی آنها شد).

نهایتاً این که می‌توانیم به بیماران کمک کنیم تا به اثرات مثبت و منفی اجتناب از هیجان‌هایشان پی ببرند. چنین اجتنابی معمولاً پیامدهای مثبت کوتاه‌مدتی از قبیل کاهش

1. Leahy

2. emotional schemas

3. Beck

4. Steer

ناراحتی و کاهش تعارض‌های بین‌فردی دارد. به همین دلیل، فرآیند تقویت منفی در پایدار کردن اجتناب، وارد عمل می‌شود. اغلب بیماران از پیامدهای فوری اجتناب خود، آگاه هستند، اما از پیامدهای بلندمدت و منفی اجتناب هیجانی، آگاهی زیادی ندارند. بنابراین متخصصین بالینی باید به بیماران کمک کنند تا پیامدهای چنین اجتنابی را بشناسند و به نقش آنها در مشکلات فعلی‌شان پی ببرند. برای روشن شدن نتایج چنین اجتنابی باید رفتارهای فرد را در چندین موقعیت، مشاهده کنند. به عنوان مثال، می‌توان بیماری را که سال‌ها از ابراز خشم اجتناب کرده است تا در زندگی زناشویی با مشکلی روبه‌رو نشود، با این پیامد روبه‌رو کرد که این رفتار در حس انزوای طلبی و تنهایی او چقدر نقش داشته است.

پس از شناسایی اجتناب هیجانی در فرآیند رابطه مشارکتی با بیمار، این مسئله را آماج درمان قرار می‌دهیم. سپس می‌توانیم تکنیک‌هایی را به کار بگیریم تا بیمار بتواند به گونه‌ای مؤثرتر با هیجان‌هایش کنار بیاید. می‌توان این تکنیک‌ها را در چند گروه دسته‌بندی کرد:

۱. چالش‌های شناختی^۱
۲. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای
۳. جلوگیری از پاسخ
۴. رویارویی

چالش‌های شناختی

هدف چالش‌های شناختی، تغییر مفروضه‌ها و باورهای ناسازگار بیمار درباره هیجان‌هاست. ممکن است بسیاری از بیماران در این مرحله، نیازمند آموزش باشند. به عنوان مثال، بیماری را در نظر بگیرید که معتقد است هیجان‌ها، تهدید زا یا مایه شرمساری هستند. ممکن است این بیمار درباره مدل پردازش هیجانی، نیازمند آموزش باشد. بهتر است به این بیمار آموزش بدهیم که هیجان‌ها، عملکرد انطباقی دارند. می‌توان این مدل را به عنوان یک فرضیه جانشین در نظر گرفت. بهتر است هم باور بیمار و هم مدل جدید را در قالب فرضیه به محک تجربه بگذاریم.

وقتی که برای اولین بار، بیماران را با اجتناب هیجانی روبه‌رو می‌کنیم، اغلب سؤال می‌کنند: "چرا من باید این احساس ناخوشایند را تحمل کنم؟" می‌توان چنین پاسخی به این بیمار داد: "ما قصد نداریم شما این احساس ناخوشایند را تحمل کنید. با این حال به خودتان

اجازه بدهید چنین احساس (ناراحتی، خشم، غضب و غیره) را تجربه کنید. احتمالاً آن قدرها هم که شما فکر می‌کنید، ناخوشایند نیست. تلاش برای اجتناب از این احساس در مقایسه با تجربه کردن آن، بیشتر به شما آسیب می‌زند. "این یک اصل و پاسخ کلی است. می‌توان با توجه به مثال‌هایی خاص از زندگی بیمار به چنین پاسخی پروبال بیشتری بدهیم (مثل "وقتی تلاش می‌کنید خشم و ناراحتی خودتان را در روابط صمیمی بیان نکنید، احساس تنهایی و افسردگی شما بیشتر می‌شود. جالب این که بعد از مدتی به این نتیجه می‌رسید که هیچ کس شما را دوست ندارد. روزبه‌روز به دلیل اجتناب از بیان خشم و ناراحتی، این اعتقاد در شما راسخ‌تر می‌شود که واقعاً هیچ کس شما را دوست ندارد")."

می‌توان از برخی از تکنیک‌های استاندارد شناخت درمانی برای چالش مستقیم با مفروضه‌ها و افکار ناسازگار بیمار درباره هیجان‌ها استفاده کرد. می‌توانیم از بیماران بخواهیم شواهد تأییدکننده باورشان را بیان کنند: "شما گفتید اگر جلوی ناراحتی خودتان را نگیرید، مشکلی پیش می‌آید؛ یعنی نمی‌توانید اصلاً جلوی گریه کردن خودتان را بگیرید. آیا این مسئله تا به حال اتفاق افتاده است؟ چه شواهدی برای حمایت از این باورتان دارید؟ آیا می‌دانید اشکی که به سوی چشم راه نیابد، سایر بیمار اندام بدن را می‌گریاند؟"

می‌توانیم از تکنیک معیارهای دوگانه^۱ استفاده کنیم ("اگر دوستتان اعتقاد داشت که نباید به هیچ عنوان عصبانی شود، به او چه توصیه‌ای می‌کردید؟"). می‌توانیم از بیماران بخواهیم که واژه‌هایی را که در حرف‌هایشان به کار می‌برند، دقیقاً تعریف کنند ("شما گفتید که نشان دادن هیجان، نشانه ضعف است. منظورتان چیست؟ شما ضعف و قدرت را چه طوری تعریف می‌کنید؟ ممکن است فردی از نظر هیجانی ضعیف باشد، ولی با این حال از سایر جنبه‌های زندگی، قوی و متکی به نفس باشد؟ می‌توانیم بگوییم تحمل هیجان‌ها و نه اجتناب هیجان‌ها، نشانه قدرتمندی شخصیت است؟") می‌توانیم از بیمار بخواهیم که مزایا و معایب باورهایش را بنویسد. به عنوان بخشی از فرآیند چالش شناختی، می‌توانیم این تکلیف را به بیمار واگذار کنیم که به پیامدهای ابراز هیجان و اجتناب از هیجان در طی چند هفته دقت کند. علاوه بر این، می‌توانیم آزمایش‌های رفتاری^۲ برای بیمار طراحی کنیم ("شما پیش‌بینی می‌کنید که اگر گاهی اوقات اضطراب خود را به همسرتان بازگو کنید، به شما کمتر توجه می‌کند. اگر موافق باشید در هفته جاری، پیش‌بینی شما را به محک آزمون بگذاریم. این هفته با همسرتان درباره اضطراب خود حرف بزنید و ببینید چه واکنشی نشان می‌دهد). همچنین

1. double standards 2. behavioral experiment

باید به خطاهای شناختی تعمیم افراطی و فاجعه‌سازی پرداخته شود. برخی از اطرافیان بیمار ممکن است در برابر ابراز هیجان، واکنشی منفی نشان دهند یا حتی او را توییح و تنبیه کنند. می‌توانیم بیمار را تشویق کنیم که پیامد چنین قضاوت‌هایی را واقع‌بینانه بنگرد ("اگر یک نفر فکر کند که گریه کردن نشانه ضعف است، چقدر روی زندگی شما اثر می‌گذارد؟" اگر همسرتان فکر کند که شما آدم ضعیفی هستید به این معناست که نظر همه نسبت به شما همین است؟"). در چنین مواردی ممکن است بیمار را به جستجوی منابع جدید حمایت هیجانی تشویق کنیم یا این که به این نتیجه برسد به روابط آسیب‌زا و آزاردهنده پایان ببخشد.

تحلیل‌های تحوُّلی^۱ نیز برای اصلاح باورهای ناسازگار، مفید از آب در می‌آیند. می‌توانیم از بیماران سؤال کنیم که در طی زندگی خود درباره چگونگی کنار آمدن با هیجان‌ها چه چیزی یاد گرفته‌اند یا اولین بار چه کسی این باور را به آنها یاد داد. می‌توانیم درباره تجارب بیمار با افراد خانواده یا همسالان بیشتر کاوش کنیم و سپس با استفاده از تکنیک تحلیل منطقی به چالش با این باورها پردازیم.

در بسیاری از موارد، روش‌های کنار آمدن با هیجان‌هایی که فعلاً مشکل‌آفرین شده‌اند، در آینده می‌توانند انطباقی از آب درآیند. به بیمار کمک می‌کنیم که به این بینش برسد که می‌تواند احساس شرم و گناه خود را کم کند و مهارت‌هایی را یاد بگیرد که در زندگی فعلی مفیدتر هستند.

همدلی می‌تواند ابزار مفیدی برای چالش با باورهای ناسازگار بیمار درباره هیجان‌ها باشد. بیماران اغلب می‌ترسند هیجان‌هایشان، غیرقابل درک، تحمل‌ناپذیر یا دیوانه‌کننده باشند و ابراز هیجان‌ها باعث انتقام، طرد یا سایر واکنش‌های بین‌فردی نامناسب از سوی اطرافیان شود. وقتی که درمانگر بتواند در یک فضای همدلانه با بیمار رابطه برقرار کند و احساس‌های بیمار را درک کند (حتی اگر هیجان‌های بیمار سخت آزاردهنده باشند و یا درمانگر معتقد باشد که این هیجان‌ها از آبخشور ارزیابی‌های نادرست نشأت می‌گیرند) بیمار ممکن است به تغییر این باورها تمایل بیشتری پیدا کند.

آموزش مهارت‌های مقابله‌ای

علاوه بر چالش با باورهای بیماران درباره هیجان‌ها، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثرتر

نیز به بیماران کمک شایانی می‌کند. بدون داشتن چنین مهارت‌های جایگزینی، ممکن است رها کردن یا اصلاح رفتارهای اجتنابی برای بیمار سخت و طاقت سوز باشد. بسته به نیازها و نقص‌های مهارتی بیمار، آموزش حل مسئله، توجه برگردانی^۱، مهارت‌های ارتباطی، کنترل خشم^۲، جرأت‌آموزی و هشیاری فراگیر^۳، ممکن است مفید و مؤثر واقع شوند. مشکل برخی از بیماران ممکن است شیوه ناکارآمد کنار آمدن با هیجان‌های ناخوشایند نباشد، بلکه مشکل اصلی آنها استفاده انعطاف‌ناپذیر از یک شیوه مقابله در تمام موقعیت‌هاست. به عنوان مثال، خرید کردن هر از گاهی، وقتی که حالت خلقی غمگین بر فرد مستولی می‌شود، احتمالاً انطباقی است. اما اگر فرد هر لحظه که دچار غمگینی و ناراحتی شد، بخواهد از این روش استفاده کند، دچار مشکل می‌شود. باید بیمار را تشویق کنیم که مجموعه‌ای از مهارت‌های مقابله‌ای متنوع را یاد بگیرد.

جلوگیری از پاسخ

تکنیک جلوگیری از پاسخ نیز برای کمک کردن به بیماران به منظور مقابله با هیجان‌های منفی، مؤثر است. در اصل، بیماران باید شیوه‌های مقابله ناسازگارشان برای اجتناب از هیجان‌ها را کنار بگذارند. کاهش برخی از رفتارهای خود آسیب‌رسان (مثل "سوءاستفاده از مواد، پرخوری یا جرح خویشان") می‌تواند کمک کننده باشد. می‌توانیم جلوی برخی از رفتارهای بیماران را در جلسه درمان بگیریم، مثل زمانی که بیماران خیلی هوشمندانه و ظریف از هیجان خود فرار می‌کنند. بنابراین باید به رفتارهای مثل پاک کردن اشک‌ها یا عوض کردن ناگهانی موضوع بحث، دقت کافی مبذول داشت. سپس بیمار را تشویق می‌کنیم که به بحث پیرامون هیجانی که از آن اجتناب کرده‌اند، بپردازند. ممکن است این فرآیند در درمان بارها و بارها تکرار شود.

بایستی به تحریف‌های شناختی توجه کنیم، مخصوصاً تحریف‌هایی که هدفشان اجتناب از هیجان است. در ابتدا چنین تحریف‌هایی ممکن است آماج مناسبی برای تکنیک‌های استاندارد شناخت درمانی باشند. با این حال، زمانی که مشخص شود، کارکرد چنین تحریف‌هایی، حفاظت از خویشان است، اغلب بهتر است توجه بیمار را به این تحریف‌ها جلب کنیم و آنها را با این افکار و هیجان‌های اجتنابی روبه‌رو سازیم. به عنوان مثال، مردی از ابتلا به افسردگی شکایت می‌کرد. این مشکل باعث شده بود

ساعت‌های متمادی را به بطالت بگذراند. همچنین او خودش را آدم شکست خورده‌ای می‌دانست، چون در انجام برخی از کارهای خود با شکست و ناکامی مواجه شده بود. چالش‌های شناختی خیلی نتوانست در تغییر این الگوی فکری، مؤثر واقع شوند. علاوه بر این، بیمار برای از سرگیری کارهای خود، قدم از قدم بر نمی‌داشت. وقتی که این تناقض آشکار بین حرف و عمل بیمار را به او یادآوری کردیم، گفت: "اگرچه به بطالت گذراندن وقت، ناراحت‌کننده است، اما بهتر از اضطراب شغلی است، چون مطمئنم در انجام هر کاری با شکست و ناکامی روبه‌رو می‌شوم." پس از این که بیمار متوجه شد افکار خود انتقادگرانه او نوعی اجتناب به شمار می‌روند، آنگاه روند جلسه درمان را عوض کردیم و مستقیماً به بحث و تبادل نظر درباره "ترس زیربنایی بیمار از بی‌کفایتی" پرداختیم.

رویارویی

نهایتاً این که بیمارانی را که طبق عادت دیرینه از هیجان اجتناب می‌کنند، باید با هیجان‌های خود روبه‌رو شوند و به افکار و موقعیت‌های فعال ساز این افکار دقت کنند. این فرآیند برای دستیابی به چنین اهدافی دنبال می‌شود:

۱. رویارویی به بیماران کمک می‌کند تا پی ببرند که می‌توانند هیجان‌های منفی را کنترل کنند و کمتر دست به دامن اجتناب از هیجان‌ها شوند؛
۲. رویارویی به بیماران کمک می‌کند، هیجان‌هایشان فعال شود و از این طریق، دسترسی با باورهای ناسازگار راحت‌تر می‌شود و روند بازسازی شناختی بهتر صورت می‌گیرد؛
۳. رویارویی به بیماران کمک می‌کند از کارکردهای مثبت هیجان‌ها (مثل "کارکردهای اطلاعاتی، ارتباطی و انگیزشی") استفاده کنند.

در برخی از موقعیت‌ها، می‌توان رویارویی را طبق برنامه انجام داد. به عنوان مثال، از قبل دستور جلسه را طوری تنظیم کنیم که درباره موضوعات هیجانی اجتنابی با بیماران به بحث و تبادل نظر پردازیم.

این کار شبیه به تکنیک بازگویی^۱ در درمان افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه^۲ است. در تکنیک بازگویی، پس از این که بیمار داستان فاجعه بار خود را نوشت، بارها و بارها آن را می‌خواند و به آن گوش می‌دهد (فوا^۳ و روتبام^۴، ۱۹۹۸؛ لیهی و هولاند، ۲۰۰۰).

1. retelling

2. posttraumatic stress disorder

3. Foa

4. Rothbaum

راه‌حل دیگر این است که بیماران در بین جلسات درمان، زمان‌هایی را برای رویارویی با این هیجان‌ها و موقعیت‌های آشفته‌ساز اختصاص دهند، البته بدون استفاده از راهکارهای مقابله‌ای معمول. تکنیک‌های گشتالتی از قبیل صندلی خالی^۱ (گرین برگ و سفران^۲، ۱۹۸۷) می‌توانند بیماران را در تسهیل رویارویی هیجانی به سرمنزل مقصود برسانند.

با همهٔ تدابیری که گفته شد، برخی از اوقات نمی‌توانیم هیجان را فعال کنیم. در چنین مواردی، برای اجرای تکنیک رویارویی، باید منتظر فرصت مناسبی در فرآیند جلسهٔ درمان باشیم. توجه به علائم ظریف اجتناب از هیجان می‌تواند باعث افزایش آگاهی بیماران از هیجان‌هایشان بشود. این آگاهی ممکن است اجرای تکنیک رویارویی را تسهیل کند. نشان دادن همدلانه پاسخ‌های هیجانی درمانگر نیز می‌تواند در این زمینه به بیمار کمک کند. تمرکز بر احساس‌های بدنی (وقتی که بیماران دچار هیجان‌های شدید هستند) نیز می‌تواند مؤثر واقع شود. تکنیک تمرکز بر احساس‌های بدنی در رویکرد گشتالت درمانی استفاده می‌شود (گرین برگ و سفران، ۱۹۸۷).

نهایتاً این که می‌توان از رابطهٔ درمانی نیز برای رویارویی هیجانی استفاده کرد. جنبه‌های خاصی از رابطهٔ درمانی باعث فعال‌سازی طرح‌واره‌های هیجانی می‌شود. بحث و تبادل نظر دربارهٔ واکنش‌های بیمار در تعامل با درمانگر، تکنیک نیرومندی برای دستیابی به هیجان‌های اجتنابی و چالش با ترس از ابراز این هیجان‌ها تلقی می‌شود. این تکنیک مخصوصاً زمانی به کار می‌آید که بیمار از شگردهایی برای اجتناب از هیجان‌ها استفاده می‌کند که این شگردها چوب لای چرخ فرآیند درمان می‌گذارند.

چه موقع اجتناب هیجانی را آماج درمان قرار دهیم؟

هنوز سؤال مهمی بدون پاسخ مانده است. از کجا بفهمیم که اجتناب هیجانی را آماج رویارویی یا تغییر قرار دهیم؟ اولین معیار، این است که آیا واکنش‌های هیجانی بیمار مبتنی بر ارزیابی واقع‌بینانهٔ موقعیت فعال‌ساز است یا خیر. اگر واکنش‌ها بر پایه پردازش نادرست اطلاعات بنا شده‌اند، بایستی هیجان را با استفاده از تکنیک‌های استاندارد شناختی - رفتاری آماج درمان قرار دارد. اگر هیجان به دلیل ارزیابی واقع‌بینانه وجود می‌آید، باید از روش‌های رویارویی و آموزش‌های مهارت‌های مقابله‌ای استفاده کرد.

گاهی اوقات، یک واقعهٔ واحد، هم باعث ایجاد واکنش‌های واقع‌بینانه و هم غیرواقع‌بینانه

1. empty chair

2. Safran

می‌شود. چنین شرایطی، مداخلات متفاوتی می‌طلبد. به عنوان مثال، زنی به بیماری‌های جسمی ناتوان‌سازی دچار شده بود و باید دائم در بیمارستان بستری می‌شد. بر اثر عود بیماری‌اش مجبور شد دوباره در بیمارستان بستری شود. به همین دلیل نتوانست در مراسم عروسی پسرش شرکت کند. درمانگر با ناامیدی و ناراحتی بیمار به دلیل از دست دادن این فرصت استثنایی، همدلی کرد و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای را برای او به کار گرفت. با این حال، احساس گناه و خودبیزاری^۱ این بیمار، آماج مناسبی برای این روش‌ها نیستند، چون تحت کنترل او نبودند.

دومین معیار برای تصمیم‌گیری در زمینه آماج قرار دادن هیجان‌های برای تغییر یا رویارویی، نحوه مقابله فعلی بیمار با هیجان و پیامد این مقابله است. هیجانی که بر اثر ارزیابی اشتباه بوجود می‌آید، ممکن است هنوز آماج مناسبی برای تکنیک رویارویی باشد؛ به شرط این که تلاش بیمار برای اجتناب از هیجان، مانع بازسازی شناختی یا افزایش رفتارهای خود آسیب‌رسان شود.

سؤال مهم دیگری که باید به آن پاسخ داد، چگونگی تلفیق تکنیک‌های متمرکز بر اجتناب هیجان با درمانی‌هایی است که پشتوانه تجربی قابل توجهی دارند. حداقل به دو شیوه می‌توان این کار را انجام داد. اولین راه، این است که اجتناب هیجانی را زمانی آماج درمان قرار دهیم که مانع انجام تکنیک‌های استاندارد می‌شود. دومین راه، این است که زمانی به اجتناب هیجانی پردازیم که تکنیک‌های استاندارد در کاهش علائم اختلال محور I مؤثر بوده‌اند، اما هنوز بیمار برای کنار آمدن با هیجان‌ها مشکل دارد. در این قسمت به روند درمان دو بیماری می‌پردازیم که نشانگر هر کدام از این روش‌ها هستند.

مثال‌های بالینی

مثال بالینی اول

مایکل ۲۴ سال داشت و به دلیل جدایی از نامزدش دچار افسردگی شده بود. او اشاره کرد که اصلاً تصوّر نمی‌کرده سارا از او جدا شود. پس از این حادثه تلخ و فراموش نشدنی، اوضاع زندگی‌اش کاملاً به هم ریخته بود، هرچند با زن دیگری رابطه برقرار کرده بود. مایکل نگران بود که جذابیت لازم برای برقراری ارتباط با زنان را نداشته باشد و نتواند ارتباط دیگری برقرار کند و در نتیجه تا آخر عمر، داغ ننگ تنهایی بر پیشانی‌اش گذاشته شود. در پرسش‌نامه

1. self-harmed

افسردگی بک (بک و استیر، ۱۹۸۷) نمره متوسط گرفت و برخی از علایم افسردگی در انجام تکالیف دانشگاه مشکل ایجاد کرده بود.

افسردگی مایکل بر اثر به کارگیری تکنیک‌های استاندارد شناخت درمانی (بک، راش^۱، شاور^۲، وامری^۳، ۱۹۷۹؛ لیهی و هولاند، ۲۰۰۰؛ پیرسونز^۴، دیویدسون^۵ و تامپکینز^۶، ۲۰۰۱) به خوبی برطرف گردید. در طی سه ماه، نمره افسردگی مایکل کاهش چشمگیری یافت. همچنین عملکرد تحصیلی وی بهبود قابل ملاحظه‌ای پیدا کرد. با این حال، هنوز پس از گذشت دو ماه از درمان، از افسردگی خفیف رنج می‌برد. علاوه بر این، دچار چند دوره افزایش افسردگی نیز شده بود. هر کدام از این دوره‌های عود افسردگی با ناامیدی از برقراری روابط با خانم‌ها، شدت می‌یافت. مایکل همچنین نمی‌توانست کارهای مربوط به پایان‌نامه خود را شروع کند.

در تلاش برای گره‌گشایی از چنین مشکلی در درمان، متوجه شدیم مایکل دو علامت حاکی از اجتناب هیجانی نشان می‌دهد. اولین علامت این بود که مایکل تکنیک ثبت افکار را وقتی که خیلی ناراحت بود، انجام نمی‌داد. مایکل می‌گفت می‌ترسد افکارش را بنویسد، چون اعتقاد داشت این کار باعث آشفتگی هیجانی او می‌شود و نمی‌تواند با چنین مشکلی کنار بیاید. این ترس را با آموزش برخی از مهارت‌های مقابله‌ای (مثل "آرامش آموزی و توجه برگردانی") آماج درمان قرار دادیم. قبل از این مهارت، به چالش شناختی با باورهای بیمار نیز پرداخته بودیم. همچنین برای چالش با این باور، آزمایش رفتاری طراحی کردیم: "قرار شد وقتی آشفته است، افکارش را ثبت کند و ببیند که دچار آشفتگی هیجان بیشتری می‌شود یا خیر".

علامت دوم این بود که هر چند مایکل قطع ارتباطش را عامل شروع افسردگی خودش را می‌داند، ولی درباره چگونگی پایان دادن به روابط، خیلی حرف نمی‌زد. وقتی که به این مسئله اشاره کردم، گفت "هر وقت به یاد این حادثه تلخ و فراموشی نشدنی می‌افتد، به شدت آشفته می‌شود". به مایکل پیشنهاد کردم هنوز نتوانسته‌ایم آن طور که باید و شاید به این واقعه تلخ و آسیب‌زا پردازیم. توافق کردیم که چند جلسه به جای ۴۵ دقیقه، ۹۰ دقیقه برای بازگویی این قصه پر غصه اختصاص بدهیم. این کار، نوعی تکنیک رویارویی است. چهار جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طول کشید تا مایکل توانست داستان تلخ و جگرسوز قطع

1. Rush

2. Shaw

3. Emery

4. Persons

5. Davidson

6. Tompkins

ارتباطش را بازگو کند. مایکل گفت در سال اول دانشگاه با سارا آشنا شد. پس از چندی به دلیل جذابیت و زیبایی سارا، عاشق او شد. اگرچه در اوایل آشنایی، تمام کارهای سارا برای مایکل جذاب بود، اما پس از گذشت مدتی، برخی از ویژگی‌های سارا از جمله دوستی با سایر پسرها یا مصرف مواد مخدر، مایه عذاب خاطر او می‌شد. مایکل برای ادامه تحصیل برنامه دقیق و منظمی داشت، در حالیکه سارا علاف و سرگردان بود و هیچ برنامه مشخصی نداشت. به تدریج مایکل احساس کرد که سارا به روابطش با دیگران بیشتر علاقمند است تا رابطه با او. پس از پایان دوره تحصیل، تفاوت‌های مایکل و سارا بیشتر نمایان شد و مایکل بالاخره درباره وفاداری او دچار عذاب شک و تردید شد.

مایکل در چنین وضعیتی به دختران دیگری علاقمند شد که به ظاهر برای او مناسب بودند. آنها خیلی زود با هم آشنا شدند و همین امر منجر شد که مایکل از رابطه با سارا قطع امید کند. با این حال، این دختران علاقه زیادی به مایکل نداشتند. آنها خیلی زود به مایکل خیانت می‌کردند و مایکل احساس می‌کرد دوباره شکست خورده است. مهم‌ترین نکته‌ای که در بیان و بازگویی قصه پر غصه مایکل نمایان شد، عدم آگاهی عمده او از هیجان‌هایش و دلیل رفتارهایش بود. مخصوصاً به نظر می‌رسید مایکل از احساس خشم و رنجش ناشی از رفتارهای سارا، ناآگاه است. وقتی که این مشکل را با ابراز همدلی و تأیید با مایکل در میان گذاشتم، بیشتر به احساس‌های خود پی برد. این کار به مایکل کمک کرد تا علل قطع ارتباط با سارا را بهتر درک کند. مایکل این قطع ارتباط‌ها را وقایعی افتضاح و غیرقابل پیش‌بینی می‌دانست و از سوی دیگر فکر می‌کرد این مشکلات به دلیل ناتوانی او برای حفظ رابطه بوجود آمده‌اند. نتیجه بلافصل این دو طرز فکر، افسردگی و ناامیدی او بود. مایکل سعی کرد به این مسئله فکر کند که حتی اگر به خاطر برخی از اعمالش متأسف باشد، با این حال حق دارد دلایل شروع یا ادامه رابطه را به طور دقیق بررسی کند. این طرز فکر به او کمک کرد که اعتماد بیشتری به توانایی‌های خود پیدا کند و از تجارب گذشته، عبرت بگیرد و همسر مناسب‌تری انتخاب کند.

بعد از چهار جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، دوباره روند ۴۵ دقیقه‌ای جلسات را دنبال کردیم. افسردگی مایکل خیلی زود برطرف شد. نمره افسردگی او به حد افراد نرمال رسید. او قرار و مدار گذاشتن را فعالانه آغاز کرد، بدون این که نوسان‌های عاطفی قبلی را تجربه کند. علاوه بر این، برای انجام پایان‌نامه خود، قدم‌های مثبتی برداشت. دو ماه بعد، مایکل موافقت خود را برای ختم روند درمان اعلام کرد، چون فکر کرد به اهداف خودش دست یافته است. پس از این که متوجه شدم رفتار درمانی شناختی استاندارد برای افسردگی خیلی جواب

نمی‌دهد به اجتناب هیجانی مایکل پرداختم. اجتناب هیجانی مایکل در دو مرحله، باعث ایجاد مشکلات دست و پاگیری برای او شده بود. اول این که مایکل در رابطه با سارا، نمی‌توانست از هیجان‌ها به عنوان اطلاعات استفاده کند. در نتیجه نمی‌توانست به رفتارهای خودش معنا بدهد و نمی‌توانست سیر اعمال مخرب منجر به قطع رابطه را درک کند. در نتیجه، اجتناب از هیجان در سیر درمان باعث سنگ‌اندازی برای دستیابی و اصلاح باورهای تداوم‌بخش افسردگی می‌شد. رویارویی هیجانی همراه با چالش‌های شناختی، مهارت‌های مقابله‌ای و جلوگیری از پاسخ، به مایکل این امکان را داد تا هیجان‌های منفی خود را به قدر کافی تحمل کند. از این رهگذر توانست باورهای خود را به چالش و آزمون بکشد. در اثر به کارگیری این تکنیک‌ها، مایکل توانست به زندگی خود معنای واقع‌بینانه‌تری بدهد. مایکل توانست سوگواری لازم برای این درد جگرسوز را با موفقیت پشت سر بگذارد و به آینده‌ای بهتر، امیدوار شود.

مثال بالینی دوم

پس از این که با استفاده از درمان‌های حمایت شده از نظر تجربی، مشکل سوفیا برطرف شد، مشکل اجتناب هیجانی او را آماج درمان قرار دادیم. سوفیا در سال دوم دانشگاه مشغول به تحصیل بود و به دلیل ابتلا به حملات آسمیگی از سوی مرکز مشاوره دانشجویی ارجاع شده بود. اولین حمله آسمیگی او در سال گذشته رخ داده بود. از آن زمان به بعد، هر ماه دچار چند حمله آسمیگی می‌شد و در بین حملات، سخت‌نگران وقوع بعدی حمله آسمیگی بود. سوفیا می‌ترسید نفسش بند بیاید و خفه شود. به دلیل حملات آسمیگی از چند موقعیت اجتناب می‌کرد. وقتی که سوفیا دچار اضطراب شدید می‌شد، تعطیلات آخر هفته و شب‌ها در خانه والدینش می‌ماند. به دلیل همین مسئله به تدریج غیبت‌هایش از دانشگاه زیاد شد. سوفیا با استفاده از تکنیک‌های استاندارد شناختی-رفتاری مخصوص اختلال آسمیگی (بارلو^۱ و کرنی^۲، ۱۹۸۸؛ کلارک^۳؛ لیهی و هولاند، ۲۰۰۰) از جمله توجه برگردانی، بازسازی شناختی و رویارویی، تحت درمان قرار گرفت. در طی سه ماه، حملات آسمیگی به کلی برطرف شد و تمام موارد سلسله مراتب رویارویی را طی کرد به جز کم کردن ساعت‌های ماندن در خانه. سپس به بحث و تبادل نظر با سوفیا پرداختیم تا درباره ادامه درمان تصمیم‌گیری کنیم. سوفیا اشاره کرد که می‌خواهد جلسات درمان را هفتگی ادامه دهد و

1. Barlow

2. Cernney

3. Clark

دوست داشت به این دو مسئله پرداخته شود (۱) رابطه‌اش با مادرش و (۲) رابطه‌اش با مردان. مادر سوفیا مهم‌ترین فرد زندگی او به شمار می‌رفت. در نتیجه، سوفیا اوقات زیادی را با مادرش می‌گذراند. سوفیا هر روز با مادرش تلفنی حرف می‌زد و هرگاه در نیمه شب دچار حملهٔ آسیمگی می‌شد، به مادرش زنگ می‌زد. اگرچه سوفیا اذعان داشت که رابطهٔ صمیمی و نزدیکی با مادرش دارد، ولی با این حال، مادرش را فردی کاملاً کنترل‌گر تلقی می‌کرد. مادر سوفیا نمی‌خواست دخترش مستقل شود و به دنبال سرنوشت خودش برود. در نتیجه سر این مسئله بین آنها بحث و جدال‌های لفظی فراوانی در می‌گرفت.

سوفیا هیچ‌گاه درگیر روابط عاشقانه نشده بود، علی‌رغم این که از طرف پسران هم‌سن و سالش، توجه مثبت زیادی دریافت کرده بود. به دلیل این که در طی دو سال گذشته، بسیاری از دوستانش توانسته بودند روابط نسبتاً رضایت‌بخشی برقرار کنند، و خودش از این مزیت محروم بود، به شدت عصبانی شده بود.

سوفیا روابطی سطحی با مردان برقرار می‌کرد و هرگز وارد رابطهٔ عمیق و صمیمی نمی‌شد. بسیاری از مردانی که با سوفیا آشنا بودند، اعتقاد داشتند او درگیر روابط عاطفی نمی‌شود. سوفیا اغلب از کارهای مردها عصبانی بود و به این دلیل، سخت احساس ناامنی می‌کرد و دچار اضطراب شدید می‌شد.

سوفیا گفت رابطهٔ والدینش بسیار آشفته و دردساز بوده است. پدرش به دلیل شغلی که داشت نمی‌توانست خیلی در خانه حضور داشته باشد. مادر سوفیا نیز به دلیل این که همسرش او را نادیده می‌گرفت، به شدت عصبانی و دلخور بود. سوفیا هم از این مسئله ناراحت بود و عصبانیتش را با مادرش در میان می‌گذاشت. وقتی که پدرش می‌خواست با او صحبت کند، معمولاً با واکنش مثبتی از طرف سوفیا روبه‌رو نمی‌شد. او هم بلافاصله عطای محبت کردن به دخترش را به لقایش می‌بخشید. مادر سوفیا سال‌های متمادی ظاهراً از دخترش به عنوان سپر بلا برای تمام نارضایتی‌های خود استفاده کرده بود.

ما روند درمان سوفیا را با به کارگیری تکنیک‌های کنترل‌علایم آسیمگی دنبال کردیم. علاوه بر این، بخشی از جلسات درمان را به بررسی مشکلات سوفیا با خانواده‌اش و مردها اختصاص دادیم. نتیجه این بررسی‌ها نشان داد که سوفیا درگیر اجتناب هیجانی است. به عنوان مثال در حین تمرین رویارویی، داستان اولین حملهٔ آسیمگی به یادش آمد. این حادثه در سال دوم دانشگاه اتفاق افتاده بود. درست کمتر از یک هفته بعد از این که مردی به او گفته بود آدم آشغال و به درد نخوری است. سوفیا در یک مهمانی، وقتی در حال برقراری رابطهٔ صمیمانه با دوستان خود بود و به آنها نزدیک شد، ترسید که نتواند نفس بکشد. او به هر

ترتیبی که بود از پس ملاقات با دوستانش برآمد. آنها به رستورانی رفتند که هوای بسیار نامطبوع و گرمی داشت. متأسفانه در این رستوران، بسیاری از افراد سیگار می‌کشیدند. سوفیا دوباره ترسید که نتواند نفس بکشد و دچار حملهٔ آسیمگی شود. دوستانش به خوابگاه برگشتند و سوفیا برای استراحت در تعطیلات آخر هفته به خانه برگشت. وقتی که سوفیا داشت داستان خودش را تعریف می‌کرد، کاملاً مشخص بود که اشک در چشمانش حلقه زده است. در واقع به شدت تحت تأثیر قرار گرفته بود. با این حال، او نمی‌توانست احساس ناراحتی خود را تشخیص بدهد و علایم جسمی را به عنوان علایم خطرناک تفسیر می‌کرد. وقتی که با سوفیا دربارهٔ رابطه‌اش با پدرش حرف می‌زدیم، نیز نشانه‌هایی از اجتناب هیجانی بروز داد. با اکراه و بی‌میلی زیادی دربارهٔ پدرش حرف می‌زد. با این حال، مشخص بود که از ناتوانی خودش برای برقراری ارتباط با پدرش، کاملاً آشفته است. وقتی که به هیجان‌هایش اشاره کردم، بلافاصله موضوع بحث را عوض کرد. به نظر می‌رسید سوفیا برای مقابله با احساس رنجش و ناراحتی ناشی از رفتارهای پدرش، وجود او را نادیده می‌گرفت و اهمیت او را انکار می‌کرد.

بعد از گذشت ۶ ماه از درمان، سوفیا دوباره دچار مشکل آسیمگی شد. به سوفیا پیشنهاد کردم تکنیک‌های مؤثر قبلی را به کار بگیرد. از این موقعیت (عود مشکل) به عنوان فرصتی برای بهبود مهارت‌های مقابله‌ای سوفیا استفاده کردیم. سوفیا توانست با استفاده از تکنیک‌های قبلی به سرعت حملهٔ آسیمگی خود را کنترل کند. سپس به بررسی عوامل برانگیزانندهٔ حملهٔ آسیمگی پرداختیم.

سوفیا به یکی از دوستانش به نام دیوید علاقمند شده بود. از نظر سوفیا، دیوید بسیار جذاب و خوش‌قیافه بود. سوفیا معتقد بود اگر چه دیوید آدم جذابی است، اما خیلی به او مطمئن نیست. هر چند سوفیا مایل به ادامه ارتباط با دیوید بود، اما به چند دلیل دچار اضطراب شده بود. اول این که سوفیا می‌دانست ادامه ارتباط با دیوید مستلزم قطع رابطهٔ کج‌دار و مریزی است که با پسر دیگری دارد. به عبارتی سوفیا، این مرد را علاف خودش کرده بود. سوفیا می‌ترسید اگر دیوید او را طرد کند، دچار عذاب تنهایی می‌شود و افسردگی و اضطراب نیز همقطاران پیادهٔ تنهایی هستند. علاوه بر این، سوفیا از عاشق شدن می‌ترسید و چنین احساسی را نشانه ضعف و بوالهوسی خودش می‌دانست. من به سوفیا خاطر نشان کردم که او هیجان‌هایش می‌ترسد ("اگر طردم کنند افسرده می‌شود" یا "دوست داشتن نشانهٔ ضعف است") و همین مسئله باعث عود مشکلش شده است.

سوفیا رابطه‌اش را با دیوید شروع کرد. به دلیل این که دیوید دانشجوی ترم آخر بود، تنها

دو ماه با هم بودند. آنها هر تابستان همدیگر را ملاقات می‌کردند. به دلیل مسافرت‌های پی‌درپی دیوید، آنها همدیگر را خیلی کم می‌دیدند. در طی درمان برای کمک به سوفیا به منظور مقابله مؤثر با اضطرابش، به بررسی بیشتر اضطراب او پرداختیم. مشخص شد وقتی سوفیا به دیوید نزدیک می‌شود، احساس آسیب‌پذیری هیجانی بیشتری می‌کند و وقتی که دیوید به او نزدیک می‌شود، سوفیا از او فاصله می‌گیرد.

یک روز دیوید به سوفیا گفت که این رابطه فایده‌ای ندارد و با دختر دیگری آشنا شده است. حال و هوای کلی جلسه درمان، پس از این اتفاق، تغییر کرد. تا این لحظه، رابطه درمانی بسیار مثبت و سازنده پیش می‌رفت. اما یکباره همه چیز عوض شد. من به سوفیا کمک کردم، تا با باورش ("طرد شدن" معنای بد بودن من است) چالش کند. وقتی که سعی کردم با احساس رنجش او همدلی کنم، گفت شما باعث بدتر شدن احساس من می‌شوید. وقتی که از او سؤال کردم چه کمکی از دست من برمی‌آید، نتوانست به چیزی اشاره کند. من ساکت نشستم و چیزی نگفتم. این کار باعث عصبانیت بیشتر او شد.

بعد از گذشت چند جلسه به همین منوال، درباره ناامیدی و ناتوانی خودم برای کمک به او، صحبت کردم. سوفیا نیز خشم و ناامیدی خودش را نسبت به من بیان کرد. او از چگونگی خشم خود نسبت به پدرش حرف زد و متوجه شد که همین خشم و تمایل به کنترل افراطی دیگران، باعث به هم خوردن روابط اجتماعی او می‌شود.

این تعامل نقطه عطفی در روند درمان بود. متوجه شدیم که تلاش‌های سوفیا برای کنترل مردها، نوعی شگرد خودمحافظی محسوب می‌شود زیرا به او اجازه می‌دهد تا از احساس رنجش و عذاب اجتناب کند. سوفیا متوجه شد که با این کار، ترس او از تنها ماندن روز به روز وخیم‌تر می‌شود؛ زیرا با خشم و عصبانیت خود، مردان را فراری می‌داد. بعدش گله می‌کرد که آنها دلسوز من نیستند. به دنبال این بینش‌ها، چندین تغییر در زندگی سوفیا پدید آمد. اول از همه، احساس‌های مثبت خودش را نسبت به پدرش ابراز کرد و توانست ارتباط خیلی خوبی با او برقرار کرد.

جالب این که در همین اوضاع و احوال، والدین سوفیا تصمیم گرفتند برای زوج درمانی به کلینیک مراجعه کنند. به تدریج سوفیا احساس ناراحتی و غمگینی خود را از پایان دوره تحصیلی با همکلاسی‌هایش در میان گذاشت و گفت می‌توانیم جشن فارغ‌التحصیلی خوبی برگزار کنیم و ارتباط‌های خودمان را قطع نکنیم. سوفیا تصمیم گرفت برای ادامه تحصیل به ایالت دیگری برود. او به دانشگاهی رفت که مجبور شد در آنجا زندگی کند، زیرا امکان بازگشت هر روز به خانه وجود نداشت. هر چند می‌ترسید این دوری باعث بروز حملات

آسیمگی شود. در واقع سوفیا به تدریج از مادرش فاصله گرفت و به سمت مستقل شدن گام برداشت، هر چند هنوز ارتباط عاطفی خودش را با مادرش حفظ کرده بود و به آن ارزش زیادی قایل می‌شد. در پایان جلسات درمان که مصادف با فارغ‌التحصیل شدن سوفیا بود، حملات آسیمگی سال به سال هم به سراغ او نمی‌آمدند.

در درمان این بیمار، اجتناب هیجانی مانعی برای برطرف‌سازی علائم آسیمگی به شمار نمی‌رود. با این حال، وقتی که علائم آسیمگی بهبود پیدا کردند، سوفیا به برخی از مشکلات بین‌فردی خودش پرداخت. پرواضح است که اجتناب هیجانی سوفیا هم در شکل‌گیری حملات آسیمگی و هم در جلوگیری از دستیابی به اهداف متناسب سنی (مثل افزایش استقلال، تشکیل زندگی مستقل و ازدواج) نقش مؤثری دارد. اجتناب هیجانی سوفیا در رابطه درمانی نیز بروز پیدا کرد. همین امر به ما اجازه داد، عملکرد و پیامد آن را بررسی کنیم. در نتیجه، سوفیا نه تنها توانست حملات آسیمگی را از بین ببرد، بلکه تغییرات جدی و اساسی در رابطه خودش با پدرش و مردان بوجود آورد.

خلاصه

بیمارانی که طبق عادت دیرینه از هیجان منفی اجتناب می‌کنند، ممکن است چالش‌های بزرگی پیش روی درمانگرانی قرار دهند که طرفدار درمان‌های حمایت‌شده از نظر تجربی هستند. برخی از تکنیک‌ها (مثل "چالش‌های شناختی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، رویارویی و جلوگیری از پاسخ") می‌تواند به بیماران کمک کند تا با هیجان‌های خود به طرز مؤثری کنار بیایند. پرداختن مستقیم به اجتناب هیجانی می‌تواند به بیمار کمک کند تا هم از شر علائم حاد بیمارش‌اش خلاص شود و هم این که به اهداف زندگی‌اش دست یابد.

منابع

- Barlow, D.H. & Cerny, J.A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1987). *Manual for the revised Beck Depression Inventory*. SanAntonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1990). *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX:

Psychological Corporation.

Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.

Foa, E.B., & Rothbaum, B.O.(1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.

Greenberg, L.S. (2002). *Emotion focused therapy: Coaching clients to work through their feeling*. Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L.S., & Paivio, S. (1997). *Working with emotion in psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Greenberg, L.S., & Safran, J.D. (1987). *Emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Leahy, R.L. (2002) A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 177-191.

Leahy, R.L., & Holland, S.J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press.

Linehan, M.M. (1993). *Skills training manual for treamtion borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Persons, J.B., Davidson, J. & Tompkins, M.A. (2001). *Essential components of cognitive-behavior therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.

۲

طرحواره‌های هیجانی^۱ و مقاومت در شناخت‌درمانی

رابرت لیهی

یکی از انتقادهای رایج به شناخت‌درمانی، این است که به اندازه کافی در فرآیند درمان به هیجان‌ها نمی‌پردازد. مدل‌های شناختی - رفتاری به گونه‌ای دیگر به نقش هیجان‌ها اهمیت قابل‌می‌شوند مثل اثرات تسهیل‌سازی شناختی و هیجانی (برای اطلاعات بیشتر مراجعه کنید به کلارک^۲، بک و آلفورد^۳، ۱۹۹۹؛ ریسکیند^۴، ۱۹۸۹)، فعال‌سازی طرح‌واره‌های ترس برانگیز (فوآ و کوزک^۵، ۱۹۸۶)، ذهنیت‌ها^۶ (بک، ۱۹۹۶)، باورهای منفی درباره هیجان‌ها و پیامدهای دردسر ساز این باورها در اجرای تکنیک‌های رویارویی برای افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (الرز^۷ و کلارک، ۲۰۰۰) هشپاری فراگیر^۸ (کابات زین، ۱۹۹۵؛ لینهان، ۱۹۹۳b؛ سگال^۹، ویلیامز^{۱۰} و تیزدیل^{۱۱}، ۲۰۰۲) و حساسیت به اضطراب^{۱۲} (تایلور^{۱۳}، ۱۹۹۸).

1. emotional schemas

2. Clark

3. Alford

4. Riskind

5. Kozak

6. modes

7. Ehlers

8. mindfulness

9. Segall

10. Williams

11. Teasdale

12. anxiety sensitivity

13. Taylor

من در این فصل به ارائه مدل طرح‌واره‌های هیجانی، ارتباط آن با افسردگی و اضطراب، اثر طرح‌واره‌های هیجانی بر دستیابی به هیجان‌ها، خودافشایی و تغییر هیجان‌ها می‌پردازم. سپس نشان می‌دهم که چگونه این طرح‌واره‌ها بر انجام تکالیف خودیاری (مخصوصاً رویارویی) اثر می‌گذارند. علاوه بر این، به تأثیر طرح‌واره‌های هیجانی در رابطه درمانی نیز اشاره می‌کنم. در قسمت آخر این فصل، به برخی از راهبردهای کلی تغییر طرح‌واره‌هایی هیجانی اشاره می‌کنم و نشان می‌دهم که چگونه می‌توان این راهبردها را برای بیماری که همزمان مبتلا به سوء‌مصرف الکل و افسردگی بود، به کار بگیریم.

مدل طرح‌واره‌های هیجانی

در مدل طرح‌واره‌های هیجانی، تلاش کرده‌ام نقش هیجان‌ها و راهبردهای پردازش هیجانی را برجسته کنم (لیهی، ۲۰۰۲). مدل طرح‌واره‌های هیجانی، به این اصل بنیادین پایه‌گذاری شده است که هیجان‌هایی مثل ترس، ناراحتی، اضطراب و تنهایی، تجاربی جهانشمول محسوب می‌شوند، اما تفاوت‌های فردی زیادی در زمینه مفهوم‌سازی هیجان‌ها و راهبردهای کنار آمدن با آنها وجود دارد. ممکن است برخی از این راهبردها و مفهوم‌سازی‌ها، آتش بیار معرکه شوند و فرد را دچار مشکل کنند. مدل "شناختی اجتماعی" (که هیجان‌ها را معلول شناخت یا تفکر می‌داند) درباره افکار ناخواسته و برانگیختگی هیجانی به ارائه مفهوم‌سازی‌های جدیدی پرداخته است (برای اطلاعات بیشتر مراجعه کنید به پاپاگئورگیو^۱، ولز^۲، ۱۹۹۲؛ پوردون^۳ و کلارک، ۱۹۹۳؛ سالکوسکیس^۴ و کمپبل^۵، ۱۹۹۴؛ سوکسمن و پی‌نارد، ۲۰۰۲؛ ولز و کار، ۲۰۰۱). به عنوان مثال، افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، افکار ناخواسته را شاخصی از مسؤلیت‌پذیری، آسیب‌شناسی فردی و کنترل‌ناپذیری تلقی می‌کنند. تلاش برای فرونشانی یا اجتناب از این افکار منجر به احساس شرمندگی بیشتر، از دست دادن کنترل، اضطراب و تشدید فکر اولیه می‌شود. مدل فراشناختی نگرانی نیز بر این اصل بنا شده است که افراد اغلب معتقدند برای حل مشکلات یا جلوگیری از آنها باید نگران باشند. نکته جالب این که در ذهن افراد، علاوه به باورهای مثبت درباره کارکرد نگرانی، باورهای منفی نیز راجع به پیامدهای نگرانی (مثل "نگرانی منجر به از دست دادن کنترل یا آسیب شخصی [جسمی یا ذهنی] می‌شود") شکل گرفته است (ولز و کارتر،

1. Papageorgiou

2. Wells

3. Purdon

4. Salkovskis

5. Campbell