

درمان هیجان مدار

اصول و مبانی

نویسنده : لسلی گرینبرگ

ترجمه

دکتر حبیب‌اله اکبری طاهر، رفع

انتشارات بات

پاییز ۹۶

گرینبرگ، لسلای اس.، ۱۹۴۵-م. Greenberg, Leslie S.
 درمان هیجان مدار: اصول و مبانی / لسلای گرینبرگ؛
 ترجمه حبیب الله اکبری، طاهره رفیع.
 تهران: انتشارات بات، ۱۳۹۶.
 ۲۳۱ ص؛ ۵/۱۴ × ۵/۲۱ س م.
 ۹۷۸ - ۶۰۰ - ۹۸۲۸۳ - ۲ - ۶

فیفا
 عنوان اصلی: Emotion-focused therapy, 2017
 درمان متمرکز بر عواطف
 اکبری، حبیب الله، ۱۳۵۳-، مترجم
 رفیع، طاهره، ۱۳۶۳-، مترجم
 الف ۱۳۹۶ گ ۴۴۵ / د ۴۸۹ RC
 ۴۹۷۴۷۶۱

سرشناسه:
 عنوان و نام پدیدآور:

مشخصات نشر:
 مشخصات ظاهری:
 شابک:
 وضعیت فهرست نویسی:
 یادداشت:
 موضوع:
 شناسه خزوده:
 شناسه انزوده:
 رده بندی نتگروه:
 شماره کتابشناسی:



دفتر مرکزی: تهران - م انقلاب - خ کارگر شمالی - خ فرصت شیرازی - شماره ۴۲
 تلفن سفارش: ۹۱۱۱ - ۴۸۵۵۳۷۲

نام اثر: درمان هیجان مدار (اصول و مبانی)

ناشر: بات

مؤلف: لسلای گرینبرگ

مترجم: دکتر حبیب الله اکبری - طاهره رفیع

صفحه آرایی: طاهره رفیع

نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۶

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

قیمت: ۲۵۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸ - ۶۰۰ - ۹۸۲۸۳ - ۲ - ۶

فهرست

ج	.....	بیشگفتار
خ	.....	مقدمه مترجمان
۱	.....	فصل ۱
۱	.....	مقدمه
۱	.....	مفاهیم کلیدی
۷	.....	چارچوب مفهومی
۱۱	.....	نتیجه گیری
۱۳	.....	فصل ۲
۱۳	.....	تاریخچه
۱۴	.....	نظریه مراجع محوری
۱۶	.....	تمرکز تجربه ای
۲۱	.....	گشتالت درمانی
۲۵	.....	درمان وجودی
۲۶	.....	در نظر گرفتن EFT به عنوان رویکردی بی استثنا
۳۰	.....	روند توسعه EFT تاکنون
۳۵	.....	فصل ۳
۳۵	.....	توسعه های نظری معمول
۳۹	.....	نگاه به ماهیت انسان و انگیزش
۴۰	.....	تنظیم هیجان و خلق معنا
۴۱	.....	نیازها چه هستند؟
۴۳	.....	نظریه هیجان
۴۵	.....	طرحواره های هیجانی
۴۸	.....	تولید هیجانات
۵۰	.....	انواع هیجان
	.....	مدل سازه گرایی دیالکتیکی از عملکرد خود: تلفیق بیولوژی (زیست شناسی) و
۵۲	.....	فرهنگ
۵۷	.....	مشکلات عدم آگاهی از هیجان

۶۰	ویژگی‌های فرایند خود
۶۳	دیدگاه درباره اختلال
۶۴	فقدان آگاهی
۶۶	طرحواره‌های هیجانی ناسازگار
۷۰	تنظیم و بدتنظیمی هیجان
۷۴	سازه‌گرایی روایتی و معناسازی وجودی
۷۵	نتیجه‌گیری
۷۷	فصل ۲
۷۷	فرایند درمان
۷۸	اصول و وظایف ارتباط
۸۰	مهارت‌های شخصی
۸۲	مهارت‌های دایره
۸۲	راهبردهای رایج EFT برای کار با هیجان
۸۷	اصول تغییر هیجان
۸۷	آگاهی
۸۸	ابراز
۹۰	تنظیم
۹۱	تأمل
۹۲	تبدیل
۹۶	تجارب هیجانی تصحیحی
۹۷	مراحل درمان
۹۸	مراحل پردازش هیجانی اساسی در تغییر
۱۰۱	نشانه‌ها و وظایف
۱۰۵	فرمول بندی کیس
۱۰۷	ارائه کیس:
۱۰۷	خشمی که ناامیدی را از بین می‌برد
۱۲۰	موانع یا مشکلات پیش روی استفاده از این رویکرد
۱۲۱	چگونه جنسیت و فرهنگ بر EFT تأثیر می‌گذارد؟
۱۲۲	EFT درباره تنوع اختلالات
۱۲۳	افسردگی و اضطراب

۱۲۴	مرور درمان
۱۲۵	کیس اضطراب
۱۳۴	اختلالات خوردن
۱۳۸	نتیجه‌گیری
۱۳۹	فصل ۵
۱۳۹	ارزیابی
۱۳۹	درمان‌های مبتنی بر شواهد
۱۴۲	آسیب‌های هیجانی
۱۴۳	زود درمانی
۱۴۴	فرآیند تغییر
۱۴۵	عمق دادن به تجربه، بازگشتگی هیجانی و مولد بودن در EFT
۱۵۱	نتایج تحقیقات هم‌اکنون - فرآیند
۱۵۳	تحقیقات درباره فرآیندهای تغییر هیجانی
۱۵۴	تحقیق درباره وظایف درمانی خاص
۱۵۴	گفتگوی دو صندلی برای حل تعارضات دوگانه
۱۵۵	گفتگوی صندلی خالی برای گشتالت‌های درونی
۱۵۷	تاکنشایی خاطره‌انگیز واکنش‌های مشکل‌ساز
۱۵۸	تمرکز بر یک حس دریافتی مبهم یا دردناک
۱۵۹	فرایندهای روایتی
۱۶۱	عوامل ارتباطی
۱۶۲	نتیجه‌گیری
۱۶۵	فصل ۶
۱۶۵	توسعه‌های آینده
۱۶۵	حوزه‌هایی برای تحقیقات آینده
۱۶۹	آموزش
۱۷۰	رویکردهای پیشگیرانه
۱۷۳	تلفیق
۱۷۳	انتقادات
۱۷۵	نتیجه‌گیری

- منابع ۱۷۷
- واژه‌شناسی اصطلاحات کلیدی ۲۰۳
- منابع فارسی پیشنهادی جهت مطالعه بیشتر ۲۰۷
- منابع انگلیسی پیشنهادی جهت مطالعه بیشتر ۲۰۹

پیشگفتار

آشنایی من با درمان‌های تجربه‌ای، به حدود ۱۵ سال پیش برمی‌گردد جایی که کتاب راهنمای کامل درمان تجربه‌ای الوین ماهرر به دستم رسید. سپس با آثار اوژان گندلین آشنا شدم و به مبانی گشتالتی و راجرزی درمان هیجان‌مدار علاقمند شدم، سپس در سال ۸۶، کتاب «مهارت‌های مشاوره و درمان گشتالتی» را به همراه مسرم ترجمه کردیم اما به دلیل اهمال در پروسه چاپ، ترجمه دیگری از این کتاب در سال ۸۸ به بازار آمد. بطور همزمان به کار با مراجعان در مراکز مشاوره آموزش و پرورش، دانشگاه‌ها و کار خصوصی روان‌درمانی مشغول شدم و رویکرد گشتالت را به عمل بکار گرفتم. در سال‌های مشاوره با مراجعان مختلف، همواره سعی کردم به مراجع به عنوان یک انسان منحصر به فرد نگاه کنم و از آن‌ها بسیار آموختم. در انجام کار رساله دکتری خود درباره اثربخشی درمان پردازشی- تجربه‌ای (دیان مار) بر اضطراب اجتماعی دانشجویان با متخصصان این درمان بیشتر آشنا شدم. به خصوص مکاتباتی را با رابرت الیوت داشتم. از طرفی جلسات روان‌درمانی را که برای حل و فصل تروماهای خودم، از قبل شروع کرده بودم، همچنان ادامه دادم. در واقع در این سالها درمان هیجان‌مدار را از تلفیق گشتالت و راجرز، در درون عروم کشف کردم و هر چه بیشتر مراجع دیدم احساس کردم که این درمان با شخصیت من تناسب بیشتری دارد.

در شروع، ادامه و پیشرفت کارم در این رویکرد درمانی دو عامل روان‌درمانی خودم و ازدواج، رمز اصلی موفقیت و پیشرفت من در این مسیر بود و این جمله‌ای است که با افتخار به دانشجویان و کارورزان خود می‌گویم. روان‌درمانی به من کمک کرد که از سد تروماهای خود با موفقیت بگذرم و ازدواج با همسری که بسیار با انرژی، مشوق، همراه، دلسوز، ایمن و علاقمند بود کمک کرد که بتوانیم تمامی مفاهیمی را که آموختیم در زندگی خود بکار برده و از مواهب آن در زندگی، تحصیل و روان‌درمانی بهره‌مند شویم.

همواره این سوال مطرح بوده است که آیا مشاوره و روان‌درمانی واقعاً مشکلات مراجعین را حل یا اختلالات آنان را درمان می‌کند؟ روان‌درمانی مبتنی بر شواهد^۱، در جواب قاطع به این سوال شکل گرفت. در کشور ما هم تا زمانی که از نظر علمی و عینی نتوانیم به این سوال پاسخ قابل اثبات بدهیم، افراد جامعه حق دارند که به روان‌درمانی و مشاوره بدبین باشند. از آنجایی که در کشور ما اکثر پژوهش‌های اثربخشی و حتی رابطه‌ای مشاوره و روان‌درمانی از نظر اجرا، گذشته‌دار و دارای ایرادات اساسی است، لذا تنها راه اثبات اثربخشی، ضبط کامل جلسات و روند مشاوره و درمان است. این موضوع نیز در کشور ما چالش‌ها و مشکلات خود را دارد. از یک طرف به خاطر مسائل فرهنگی و بافتی، مراجعین به ندرت رافقت می‌کنند جلسات را ضبط کنیم و از طرفی تعداد درمانگران متخصصی که تنها کافی بر رویکرد درمانی خاصی داشته باشند و بتوانند از طریق ضبط مدله جلسات و تکل درمان، اثربخشی خود را به جامعه علمی اثبات کنند، بسیار اندک است. گسترش روان‌درمانی‌های مبتنی بر شواهد تنها راه حل این معضل است. در واقع این موضوع باعث شناسنامه‌دار شدن یک رویکرد درمانی می‌شود. در کشورهای غربی نیز، یکی از راه‌های مجاب‌کردن شرکت‌های بیمه برای تحت پوشش قراردادن خدمات مشاوره و روانشناسی، راه‌اندازی و توسعه روان‌درمانی‌های مبتنی بر شواهد علمی بوده است.

در ۶ سال اخیر با برگزاری دوره‌های تربیت درمانگر مشتالتی و EFT همراه با سوپرویزن و تحلیل جلسات مشاوره، روند کامل شدن درمانگری من‌همچنان ادامه پیدا کرده است و امیدواریم که هرچه زودتر با هم‌اندیشجویان علاقمند و با استعداد، بتوانیم EFT را بعنوان یک درمان مبتنی بر شواهد علمی در درمان اختلالات و مشکلات روانی مختلف در کشور مطرح کرده و اولین براتوار تحلیل فرایندهای درمانی EFT در ایران را راه‌اندازی کنیم.

حبیب‌اله اکبری - آبان‌ماه ۹۶

مقدمه مترجمان

برای مدت‌ها، هیجان، عنصر مهجور مانده در روان‌درمانی بود. هرچند در تمام مداخلات درمانی بطور مستقیم یا غیرمستقیم، نقش داشت، اما تمرکز جدی بر آن وجود نداشت. در هزاره جدید، اهمیت پرداختن به هیجان در تمام روان‌درمانی‌ها برجسته‌تر شده و بیشتر کانون تغییرات درمانی قرار گرفته‌است، بطوری‌که برخی روان‌درمانگران و روانشناسان، قرن جدید را «قرن هیجان» نامیده‌اند. در حال حاضر، اکثر رویکردهای درمانی به نوعی هیجان را در روش درمانی خود تلفیق کرده‌اند. برای مثال، رویکردهای موج سوم «شناختی-رفتاری» (CBT)،^۱ تلفیقی از هیجان و ذهن‌آگاهی هستند و روان‌پویشی‌های ارتباطی نیز از مداخلات متمرکز بر هیجان استفاده می‌کنند.

درمان هیجان مدار (EFT)^۲، از اساس، تلفیقی از درمان مراجع‌محوری راجرز و گشتالت‌درمانی پرز است. در ابتدای دهه ۱۹۸۰ میلادی، لورا رایس، لسلی گرینبرگ و رابرت الیوت، پژوهش‌هایی را درباره نقش تجربه‌کردن و پردازش‌های هیجانی در درمان مراجع‌محوری آغاز کردند. این پژوهش‌ها، مبنایی برای شکل‌گیری «درمان پردازشی-تجربه‌ای»^۳ شد. درمان پردازشی-تجربه‌ای عنوان قبلی درمان هیجان‌مدار است.

در کشور ما رویکرد درمانی غالب، CBT است. این درمان به چند دلیل نقطه مقابل EFT است و به نظر می‌رسد همچنان تقدم خود را حفظ کند. اول اینکه، CBT یک درمان پروتکل‌مدار است در حالی‌که EFT یک درمان فایده‌مدار است. CBT، دستورالعمل مشخصی برای جلسات درمانی دارد بنابراین یادگیری آن برای درمانگران تازه‌کار ساده‌تر است اما EFT یک درمان مبتنی بر نشانگر است و این درمانگر است که باید تشخیص دهد در کجای درمان از چه مداخله‌ای استفاده کند، در واقع پروتکل EFT سیال است. دوم اینکه، CBT از نظر فلسفه

^۱ Cognitive- Behavioral Therapy

^۲ Emotion-Focused Therapy

^۳ Experiential- Processing Therapy

درمان، یک درمان مبتنی بر تغییر محسوب می‌شود اما EFT یک درمان مبتنی بر پذیرش است. درمان‌های مبتنی بر تغییر اصولاً می‌خواهند بطور مستقیم، مؤلفه‌ای را در مراجع تغییر دهند اما درمان‌های مبتنی بر پذیرش می‌گویند: «تغییر از دل پذیرش بیرون می‌آید». فهمیدن اصول تغییر، نسبت به اصول پذیرش، برای مراجعان آسان‌تر است. سوم اینکه، CBT یک درمان «متمرکز بر هدف نزدیک»^۱ و کاهش نشانگان است اما EFT یک درمان «متمرکز بر هدف آینده»^۲ است، به این معنی که در CBT اگر مراجعی برای نداشتن کنترل خشم مراجعه کند، مستقیماً به او مهارت‌های کنترل خشم، آموزش داده می‌شود و هنگام ترک جلسه خوشحال است که یاد گرفته چگونه خشم خود را کنترل کند، اما با همین مراجع در EFT، روی حل و فصل بدتنظیمی اساسی خشم و عاملیت «خود»^۳ او کار می‌شود و نتیجه ممکن است بعداً مشخص شود.

از آنجایی که بیشتر مراجعان کشور ما، راهکار مستقیم و در همان جلسه می‌خواهند، CBT بیشتر با اینت آنان سازگار است. چهارمین تفاوت CBT با EFT، این است که اساساً CBT یک درمان مدرس‌محور^۴ اما EFT، یک درمان مربی‌محور^۵ است. تفاوت مدرس با مربی این است که مدرس، اطلاعات را در سطح شناختی مطرح می‌کند اما مربی، دانش تبدیل به مهارت شده است. کسی که در زمینه‌ای مربی شود یعنی باید اطلاعاتی را که آموزش می‌دهد در او نهادینه شده و در تک‌تک سلول‌هایش رسوب کرده باشد، در واقع، مربی الگوی عملی و اصیل موضوعی است که آموزش می‌دهد. بنابراین EFT، یک درمان مربیگری هیجانی است، خود درمانگر باید درمان شده هیجاناتش تنظیم باشد و این موضوع، یادگیری این درمان را بسیار دشوارتر می‌کند. همچنین تفاوت CBT

^۱. target- oriented

^۲. out come- oriented

^۳. self-agency

^۴. teaching

^۵. coaching

با EFT این است که CBT یک درمان نیمکره چپ و EFT یک درمان نیمکره راستی است. از آنجایی که نظام آموزشی کشور ما بیشتر مبتنی بر نیمکره چپ است، هم مراجعان و هم درمانگران با مداخلات نیمکره چپ، بیشتر سازگار هستند. درمانگران نیمکره چپ بیشتر از تفسیر، مواجهه، راهکار، مقایسه، منطق، استدلال، قضاوت، تصمیم‌گیری، جزیی‌نگری و جهت دادن استفاده می‌کنند اما درمانگران نیمکره راستی، بیشتر از همدلی، درک، شهود، کل‌نگری، تمرکز بر اینجا و اکنون، بدن و احساس و مداخلات مبتنی بر بافت منحصر به فرد مراجع استفاده می‌کنند. ششمین تفاوت CBT با EFT، این است که CBT تفاوت قدرت بین مراجع و مشاور را می‌پذیرد و اعتقاد دارد درمانگر، قدرت بیشتری از مراجع دارد. اما EFT فرض برابری ذهنی مشاور و مراجع را قبول دارد. در EFT درمان‌جایگاه برابری با مراجع دارد و این شعار نیست و کاملاً مراجع در طول جلسات این موضوع را لمس می‌کند. حتی در گروه‌های EFT، درمانگر جزئی از گروه است و با درمانگر نفس بافت و مراحل درمان، اصالت خود را حفظ می‌کند. به نظر می‌رسد نگاه به درمان بیشتر با بافت جامعه ما سازگار است و مراجعان ایرانی بیشتر دوست دارند درمانگر را در جایگاه قدرت ببینند. لازم به ذکر است کلیه این تفاوت‌ها در مقایسه EFT با CBT کلاسیک است و همانطور که قبلاً ذکر شد، CBT های جدید و موج سوم، رویکردهای مبتنی بر پذیرش، تلفیق شده‌اند.

با توجه به مباحثی که مطرح شد مسلماً یادگیری EFT و بهارت پیدا کردن در آن، زمان‌بر و دشوار است. این درمان، وابسته به شخصیت مراجع و درمانگر باید قبلاً خودش درمان شده باشد. همانطوری که راجرز می‌گوید: «انسان بودن، همانا انسان شدن است.» در EFT اعتقاد بر این است که: «درمانگر بودن، همانا درمانگر شدن است.»

منابعی در پایان کتاب، جهت مطالعه علاقمندان به این رویکرد (علاوه بر منابع خود کتاب) معرفی می‌کنم که در روند درمانگر شدن از ابتدا تا کنون از آن‌ها استفاده کرده‌ام.