

به نام خداوند جان و خرد

سرشناسه	: گرینبرگ، لزلی اس.، ۱۹۴۵ - م.
عنوان و نام پدیدآور	: شرم و خشم در روان‌درمانی / تألیف لزلی اس. گرینبرگ؛ ترجمه فهیمه صدیقی، فریبرز درتاج؛ ویراستاری مرجان عباسی.
مشخصات نشر	: تهران : آوای نور، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری	: ۴۰۰ ص.
شابک	: 978-622-383-080-8
وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا	
یادداشت	: عنوان اصلی: shame and anger in psychotherapy, 2023.
یادداشت	: واژه‌نامه.
یادداشت	: کتابنامه.
موضوع	: شرم و حیا Shame خشم Anger روان‌درمانی Psychotherapy
شناسه افزوده	: صدیقی، فهیمه، مترجم
شناسه افزوده	: درتاج، فریبرز، مترجم
شناسه افزوده	: Dortaj, Fariborz
رده‌بندی کنگره	: BF۵۷۵
رده‌بندی دیویی	: 152/44
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۶۸۶۲۴۹
اطلاعات رکورد کتابشناسی	: فیبا

شرم و خشم در روان‌درمانی

تألیف:

لزلی اس. گرینبرگ

ترجمه

فهمه صدیقی

پژوهشگر حوزه سلامت خانواده

دکتر فریبرز درتاج

عضو هیئت علمی و استادتمام دانشگاه علامه طباطبایی



این کتاب ترجمه‌ای است از:
Shame and Anger in Psychotherapy
Leslie S. Greenberg
American Psychological Association, 2024
750 First Street, NE, Washington, DC 20002

مخاطب عزیز، این کتاب حاصل دسترنج شبانه‌روزی و چندساله مترجم و ناشر است. تکثیر آن به هر شکل و میزانی، بدون اجازه از مترجم و ناشر و خریدوفروش آن، کاری نادرست، غیر اخلاقی، غیر قانونی و غیر شرعی است. ضمناً هیچ شخصی حق هرگونه بهره‌برداری و سوءاستفاده به هر شیوه و ترفندی، از جمله تغییر برخی از کلمات و جملات کتاب حاضر و سپس چاپ کتاب خود را ندارد و متخلفین به موجب بند 5 ماده 2 قانون حمایت از ناشران تحت پیگرد قانونی قرار می‌گیرند. بدیهی است که ناشران عملاً ناچارند به رعایت این فضا

مسئولیت نظرات و بیانیه‌های منتشر شده به عهده نویسنده است و این‌گونه نظرات و بیانیه‌ها لزوماً بیانگر سیاست‌های انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA) نیست.

پایگاه
www.avayenoor.com



پست الکترونیکی
ava.pub105@gmail.com

شرم و خشم در روان‌درمانی

تألیف: لزلی اس. گرینبرگ
ترجمه: فهیمه صدیقی، دکتر فریبرز درتاج
ویراستاری: دکتر مرجان عباسی
بازخوانی نهایی: معصومه هاشم‌پور
صفحه‌آرایی: علم روز
نشر: آوای نور
نوبت چاپ: اول، پاییز 1403
لیتوگرافی، چاپ و صحافی: صدف
شمارگان: 500 نسخه
قیمت:؟؟ ریال
شابک: 978-622-383-080-8

تقدیم به:

همه مراجعان، دانشجویان و کارآموزانی که از
آن‌ها چیزهای زیادی یاد گرفته‌ام.

ترجمه این اثر را تقدیم می‌کنم به:

استاد خوب و ارجمندم «دکتر فریبرز درتاج»
که وجود مهربان و نازنینش به‌راستی آینه تمام‌نمای (ARE) است،
«در دسترس، پاسخگو و درگیر».

«فهیمة صدیقی»

فهرست

13	مقدمه
21	پیشگفتار مترجمان
27	ابهام‌زدایی‌ها
37	1. سر‌آغاز: هیجانات مکمل شرم و خشم
38	چرا درباره شرم و خشم در کنار هم بحث می‌کنیم؟
40	مرور کلی بر هیجان و درمان هیجان_مدار
40	انواع هیجان
40	هیجانات اولیه انطباقی یا غیر انطباقی
42	هیجانات ثانویه
43	هیجانات ابزاری
43	مرور کلی سریع بر شرم
44	مرور کلی سریع بر خشم
45	روابط شرم_خشم
46	شرح‌های موردی
48	نقشه فصل‌ها
51	نتیجه‌گیری
53	2. هیجان: ماهیت و کارکرد آن
54	هیجانات در مقابل شناخت
55	هیجان و زبان
57	هیجان و انگیزش
58	طرح‌های هیجان
60	سه مؤلفه مهم طرح‌های هیجان
61	خود_سازماندهی‌ها
63	تغییر هیجان با هیجان
70	مسیرهای تغییر هیجانی
71	نتیجه‌گیری
73	3. شرم در روان‌درمانی

- 76..... تفاوت بین شرم و هیجانان مرتبط
- 79..... شرم انطباقی یا غیر انطباقی
- 80..... مؤلفه‌های شرم
- 83..... انواع شرم
- 84..... شرم انطباقی اولیه
- 85..... شرم غیر انطباقی اولیه
- 90..... شرم هنگامی که در درمان ظاهر می‌شود
- 91..... کار کردن با شرم انطباقی اولیه
- 91..... کار کردن با شرم اصلی، غیر انطباقی، اولیه
- 92..... شرم اصلی، غیر انطباقی، درونی شده
- 93..... خود-ارزشیابی منفی و شرم اصلی
- 94..... شرم مسدودکننده
- 96..... کار کردن با شرم ثانویه
- 96..... شرم خود-انتقادی
- 97..... شرم جامعی
- 99..... چالش‌های فرهنگی، قومی، نژادی، جنسی و جنسیتی در کار کردن با شرم
- 103..... نتیجه‌گیری
- 105..... **4. کمک به مراجعان برای رسیدن به شرم: اعتباربخشی و تصدیق رابطه‌ای**
- 106..... اعتباربخشی رابطه‌ای
- 106..... ارائه یک رابطه امن
- 114..... ارائه یک تجربه هیجانی اصلاحی
- 117..... تسهیل کردن تصدیق شرم
- 119..... تسهیل نزدیک شدن و آشکار ساختن شرم
- 120..... حدس همدلانه
- 122..... تسهیل قدم‌ها به سمت مراجعی که در حال تجربه شرم است
- 125..... جنبه‌های اضافی پاسخدهی به شرم
- 127..... مثال‌های موردی
- 127..... مورد شماره 1: توصیف
- 129..... مورد شماره 2: رونوشت
- 134..... نتیجه‌گیری
- 135..... **5. تنظیم شرم**
- 138..... تنظیم عمدی هیجان
- 143..... زمان فروتنظیمی شرم
- 144..... تنظیم عاطفه ضمنی
- 147..... دگرگونی شرم با خود-شفقتی
- 148..... خود-تسکینی
- 153..... مطالعات آزمایشی در مورد فرایند خود-تسکینی
- 156..... نتیجه‌گیری
- 157..... **6. دگرگون سازی شرم**
- 159..... دگرگونی شرم

163	دگرگون‌سازی شرم به وسیله تجربه‌آزمایی خشم انطباقی اولیه
165	یک مطالعه وظیفه-تحلیلی در مورد دگرگونی شرم
171	فرایند
171	نشانگرهای شرم
173	دسترسی به شرم غیر انطباقی اولیه
173	اضطراب شرم و سایر هیجانات ثانویه
174	درد برخاسته از شرم
175	تصدیق فکری از تأثیر
175	پیشرفت به سوی حل و فصل: نیازها و هیجانات انطباقی
177	مداخله درمانی
180	گفت‌وگوهای دو-صندلی
182	گفت‌وگوی صندلی-خالی
185	اعتباربخشی و تغییر روایت
187	7. مثال‌های موردی
187	مورد 1: خاطرات سوءاستفاده منجر به شرم (برون‌داد خوب)
191	مورد 2: مثالی از خود-اهانتی (برون‌داد خوب)
197	مورد 3: برکنار شدن به عنوان شرم درونی‌شده (برون‌داد خوب)
201	مورد 4: ناتوانی در دسترسی به خود-اهانتی شدید یا ورود به شرم (برون‌داد ضعیف)
205	مورد 5: مرد افسرده (برون‌داد خوب)
222	نتیجه‌گیری
223	8. سایه‌های متعدد خشم
226	خشم: ماهیت و کارکرد آن
231	زیرانواع خشم
231	خشم انطباقی اولیه
232	خشم غیر انطباقی اولیه
234	خشم ثانویه
235	خشم ابزاری
236	سنجش خشم
237	مشکلات خشم
238	خشم در روابط
238	آگاهی و بیان خشم
239	خشم منقطع
239	مدیریت خشم
242	پژوهش خشم
246	جنسیت و فرهنگ
246	خشم و جنسیت
247	خشم و فرهنگ
251	نتیجه‌گیری
253	9. فعال‌سازی خشم منقطع

255	قدم‌های دخیل در درمان خشم منقطع
256	زمینهٔ رابطه‌ای
257	تشخیص فرایند
259	ملاک‌ها برای بیان خشم سالم
261	قدم‌ها در درمان خشم منقطع
261	تسهیل باز شناسی قطع خشم
262	خنثی‌سازی قطع خشم: نمایر دازش دو_صندلی
264	بیان خشم منقطع و نیاز بر آوردن نشده
267	بیان خشم: گفت‌وگوی صندلی_خالی
269	تسهیل اندوه در هنگام از دست دادن
270	ساختن روایت‌های جدید
271	مثالی از حل خشم منقطع در درمان: شرح مورد
274	نتیجه‌گیری
277	10. مدلی از حل‌وفصل خشم منقطع و اعتباربخشی آن
282	مؤلفه‌های ضروری مدل
282	قدم 1: خشم و غم تمایز نیافته همراه با شکایت (موضع قربانی)
283	قدم 2: بیان خشم جرئت‌ورز و ایستادگی
285	قدم 3: بیان نیاز
286	قدم 4: در نظر گرفتن شیوه‌های جایگزین برای دیدن واقعیت («خود»، دیگری یا موقعیت)
288	قدم 5: غم و اندوه
291	قدم 6الف و 6ب: اعتباربخشی توسط دیگری و/یا درک همدلانه و/یا بخشش
291	قدم 6الف: اعتباربخشی توسط دیگری
292	قدم 6ب: درک همدلانه از دیگری و بخشش
294	مؤلفه‌ها و موانع غیر ضروری
294	اجتناب از مواجهه و ناامیدی
295	فرایندهای قطع‌کننده (ترس، باورها، فرایندهای خاموش شدن)
297	مؤلفه‌های بدون حل‌وفصل
297	اجتناب از روبرویی با افرادی که آن‌ها را آزرده می‌کنند و تجربهٔ یک حس ناامیدی عمیق‌تر
298	شرم و بی‌ارزشی
298	شک، طرد دیگری/منتقد، امتناع از آشتی
299	دفاعی، ناامیدی و خود_ترحمی
299	خلاصه
301	اعتباربخشی مدل
301	نتیجه‌گیری
303	11. کار کردن با خشم غیر انطباقی
304	فروتنظیم خشم
306	فرم‌های مختلف تنظیم
309	رویکرد هیجان_مدار
309	کار کردن با خشم ثانویه

311	کار کردن با خشم غیر انطباقی اولیه
312	تحلیلی از دو شیوه کار کردن با بیان خشم در درمان
316	پذیرش خشم
321	تحکیم مجدد حافظه
323	نتیجه‌گیری
325	12. مثال موردی
326	صدایی ساکت
327	جلسه 1
332	جلسه 2
335	جلسه 3
339	جلسه 4
355	جلسه 5
358	جلسه 6
359	جلسه 7
361	جلسه 8
363	جلسه 9
363	جلسه 10
364	جلسات 11 و 12
365	جلسه 13
366	جلسه 14
366	جلسه 15: خاتمه
367	بحث
369	13. خشم و شرم، برای بهتر یا بدتر
375	منابع
390	درباره نویسنده
391	واژه‌نامه انگلیسی - فارسی

مقدمه

روان آدمی پیچیده، سیال، پویا، پریپیچ و خم و سرشار از ظرافت است. دنیایی به نسبت ناشناخته که آدمی خود سالیان سال است که با هزاران راه و روش در راستای شناخت آن به تکاپو افتاده است. راه زمانی سخت‌تر می‌شود که آدمی به شناخت بسنده نکرده و می‌خواهد این روان ناشناخته را نیز اهلی کند و به شکلی مطلوب قرار دادی در بیاورد. به راستی که شناخت جانی چنین دوار، پرجنب و جوش و گاه بازیگوش، کاری است به شدت دشوار. نامش روان است و جانش گردابی خروشان؛ لیک چاره چیست، جز قدم نهادن در آن؛ این مابیم: تن سپردگان به آب. روان‌شناسی علمی است جوان و پراشتیاق و برگرفته از دل فلسفه که خودش را به سان جوانه سبز بهاری به بیرون گشانده، نوجوانی پرشور که از آن روان‌درمانی نیز متولد شد. رویکردها، نظریات و مدل‌های مختلف روان‌درمانی خلق شدند تا هر کدام بتوانند در این مسیر ارزشمند و کارآمد، نقشی مؤثر داشته باشند. نگاشته‌ها و نظرات بزرگان در این مورد بسیار است و بیش از این اگر اینجانب در مورد تاریخچه و گستره روان‌درمانی بگویم، زیاده‌گویی است و خوانندگان می‌توانند از آثار ارزشمند موجود بهره ببرند. آنچه من اینجا توفیق صحبت از آن را دارم رویکردی است یک از میان آن ده‌ها و صدها.

درمان هیجان‌مدار¹ یک رویکرد تجربه‌ای-فرایندی و دارای پشتوانه‌های تجربی و پژوهشی است. این رویکرد، روش‌های فعال و نمایشی گشتالت، روان‌نمایش² و سایر درمان‌های انسان‌گرا را در زمینه رابطه درمان فرد-محور ترکیب نموده است. به عبارتی رابطه درمانی اصیل، اعتباربخش، همراه با حضور و همدلی درمان فرد-محور با سبک فعال و هدایتگر گشتالت در زمینه فلسفه‌ریساخت‌گرایی دیالکتیکی با یکدیگر ترکیب شده‌اند. این رویکرد در طول زمان، اسامی مختلف³ را به خود گرفته است؛ در ابتدا با عنوان مشاوره تجربه‌ای³ که از نامش هم مشخص است که چه میزان و امدار نگاه مشاوره فرد-محور راجز بوده است. این بدان دلیل

1. emotion-focused therapy

2. psychodrama

3. experiential counselling

است که هسته اولیه این رویکرد شامل همکاری گرینبرگ و لورا رایس (شاگرد کارل راجرز که در ابتدا مربی و در ادامه همکار لزلی گرینبرگ) بود و در ادامه مسیر رابرت الیوت نیز به این هسته اضافه شد. این رویکرد در مسیر تکامل و بلوغش عنوان تجربه‌ای-فرآیندی¹ (PE) به خود گرفت و به نظر این عنوان برای این رویکرد مناسب و گویای نگاه آن به فرآیند روان‌درمانی، تجربه انسانی، «خود» انسان و نقش‌های افراد در اتاق درمان است. این رویکرد عمیقاً پردازش-محور است و میان محتوا و پردازش آن، ارجحیت، چرخش و توجه درمانگر به سمت فرآیند حال حاضر در جلسه است. البته شایان ذکر است که درمانگر حتماً و ضرورتاً به محتوا نیز توجه دارد، اما اغلب مداخلاتش شامل هدایت تجربه مراجعان به سوی نحوه پردازش است. نظریه تجربه‌ای²، محصول بلوغ درمان فرد-محور است و این ایده را در مورد مراجعان دارد که آن‌ها منابع غنی‌ای برای خودشکوفایی و تحقق بخشیدن خود دارند و مشاوره (یا درمان) بستری برای پشتیبانی، حمایت و تسهیل این فرآیند فراهم می‌نماید. در همین راستا، «نظریه تجربه‌ای» تجربه مراجعان را محور کار خود قرار داده است، به این صورت که مراجعان عاملان فعال در فرآیند تغییر و شفای خود بوده و هرکدام از ظرفیت رشدی مختص به خود بهره‌مند هستند.

در ادامه مسیر تحول و رشد رویکرد، بنیان‌گذاران (لزلی گرینبرگ، لورا رایس و رابرت الیوت) با توجه به نقش مرکزی هیجانات در کارکردهای انسانی و نقش آن در تجربه و کار با تجربه، سرانجام در سال 1985 تصمیم گرفتند نام این رویکرد را به هیجان‌مدار تغییر دهند. آن‌ها معتقد بودند که ما قصد کار کردن عمیق با تجربه را داریم و بهترین ابزار برای این مهم، هیجانات هستند؛ چراکه هیجانات، ابزاری پرسرعت برای دسترسی به شبکه اطلاعاتی و سیستم معنادهی هستند و می‌توان از آن‌ها به عنوان نقطه ورود به تجربه عمیق‌تر بهره برد. در ادامه، رشد شاخه‌های مختلفی از درمان هیجان‌مدار شکل گرفت و گسترده شد؛ از جمله زوج‌درمانی هیجان‌مدار (سوزان جانسون و گرینبرگ، راندا گلدمن و گرینبرگ)، درمان هیجان‌مدار برای ضربه روحی پیچیده، درمان هیجان‌مدار برای کودک و نوجوان و... و اثره «درمان‌های» هیجان‌مدار نیز به همین موضوع اشاره دارد.

متأسفانه خطر و سوءتفاهم آنجاست که با توجه به واژه «هیجان‌مدار» ممکن است به اشتباه این امر به ذهن افراد متبادر شود که «هیجان» تمرکز درمان است، در حالی که این‌طور نبوده و جنبه هیجانی فقط یکی از عناصر حافظه تجربه ماست که البته عنصری مهم، مرکزی و قدرتمند است. درمان هیجان‌مدار برای پرداختن به تجربه و هیجان از مفهوم طرح هیجان³ استفاده می‌کند که شامل عناصر بدنی، شناختی، انگیزشی، ادراکی-موقعیتی و هیجانی است و همگی این عناصر در قالب «طرح هیجان»، «ساختار هیجان» و/یا «نقشه هیجان» قابل درک می‌شوند. گرینبرگ طرح‌های هیجان را واحدهای حافظه‌ای می‌داند که عموماً یا کاملاً برساخته از عناصر پیش‌کلامی هستند و از طرفی در تعریف طرح هیجان از عبارت «سازه‌های

1. process-experiential

2. experiential theory

3. emotion scheme

عاطفی-شناختی» استفاده می‌کند که به‌وضوح جایگاه شناخت را در این رویکرد به تصویر می‌کشد. درمان هیجان‌مدار، تمرکز اصلی مداخلات خود را بر این طرح‌ها قرار داده تا به آن‌ها در جلسه امکان دسترسی دهد تا بتوان از اطلاعات نهفته در آن‌ها بهره برد و/یا در صورت عدم تناسب بتوان آن‌ها را از طریق فرایند بازتحکیم حافظه¹ تغییر داد.

گرینبرگ با مطرح کردن ایده «تغییر هیجان با هیجان²»، نگاهی وراویکردی، وراثشخیصی و ورافرهنگی در فضای درمان ایجاد می‌کند و گستره کار با هیجان را از درمان هیجان‌مدار فراتر می‌برد. او همچنین کتابی با عنوان *راهبری³ منتشر کرد* و در همین راستا اشاره می‌کند که من از کلمه راهبری یا مربی استفاده کردم تا کار کردن با هیجان را فراتر از اتاق درمان برده تا بتوانیم آن را در موقعیت‌های مختلف از جمله روابط زوج، فرزندپرووری، سیستم‌های شغلی، آموزش و پرورش و ورزش به کار ببریم.

نظریه‌پردازان و پژوهشگران EFT خیلی علاقه‌ای به نام‌گذاری انواع هیجان ندارند و تمرکز خودشان را روی نام‌گذاری انواع هیجان قرار نداده‌اند و به تعداد محدودی نام هیجان که در جلسات روان‌درمانی رایج‌تر و اصلی‌تر هستند، اکتفا می‌کنند (از جمله خشم، شرم، ترس، غم، احساس گناه، شفقت، درد، انزجار، علاقه و کنجکاوی، لذت و خوشحالی)؛ چراکه آن‌ها طبقه‌بندی دیگری ارائه می‌کنند که مبتنی بر پردازش هیجانی و کارکرد آن‌هاست. این طبقه‌بندی از آن جهت ارزشمند است که می‌تواند نشان‌دهنده نحوه و سطوح پردازش تجربه مراجع و در نتیجه هدایتگر درمانگر و مراجع در کار با هیجان‌ها باشد. این دسته‌بندی شامل هیجان‌ها اولیه، ثانویه و ابزاری و همچنین کارکرد انطباقی و غیر انطباقی (یا سالم/ناسالم) است که مخاطبان جهت مطالعه در این مورد می‌توانند به کتاب‌های هیجان‌مدار رجوع کنند.

نظریه هیجان (گرینبرگ و سافران)، نظریات روان‌شناسی تکاملی و روان‌شناسی تکاملی مدرن معتقدند که هیجان‌ها اساساً کارکرد انطباقی دارند و به‌عنوان یک دستگاه انطباقی ذاتی عمل می‌کنند. در نگاه عموم و حتی میان متخصصان، نگرش مثبتی به هیجان‌ها وجود ندارد و افراد اغلب آن‌ها را در دسرساز و آسیب‌رسان قلمداد می‌کنند و ما نیز شاهد چالش‌های گسترده افراد در برخورد با هیجان‌اتشان هستیم و از همین روی کلاس‌ها و کتاب‌های خودیاری مختلفی را مشاهده می‌کنیم که مشخصاً در پاسخ به همین تعامل چالش‌برانگیز به وجود آمده‌اند. اما EFT چگونه به این دغدغه پاسخ می‌دهد؟ یا به عبارتی اگر بسیاری از اختلالات روان را به اختلالات در سیستم هیجانی نسبت می‌دهد، چگونه عبارت «دستگاه انطباق ذاتی» را برای آن به کار می‌برد؟

EFT برای پاسخ به این پرسش، آسیب‌شناسی خودش را مطرح می‌کند. به این صورت که معتقد است چالش با هیجان می‌تواند در این موارد بررسی شود:

1. memory reconsolidation

2. changing emotion with emotion

3. Coaching Clients to Work Through Their Feelings

1. **عدم آگاهی از هیجان و/ یا اجتناب از آن:** در اینجا مشکل این است که هیجان می‌تواند کاملاً کارکردی انطباقی داشته باشد، اما دوری از آن و/ یا عدم آگاهی از آن سبب می‌شود نتوانیم به اطلاعات مفید آن دسترسی داشته و در صورت لزوم از اقدام آن بهره‌مند شویم و همچنین در راستای دور نگه داشتن هیجان، متحمل هزینه‌های روانی و جسمی شویم.

2. **تنظیم نبودن هیجان (کژتنظیمی هیجان):** اگر هیجان با موقعیت انطباقی بوده اما تنظیم نباشد، افراد در تعامل با موقعیت دچار آشفتگی شده و نمی‌توانند از اطلاعات و اقدام آن بهره‌مند شوند.

3. **پاسخ‌های هیجانی غیر انطباقی:** این‌ها محصول آسیب‌ها و ضربه‌های روحی ما هستند، تجربیات آموخته‌شده‌ای که می‌توانند با سرخ‌های محیطی فعال شده و بر لحظه اکنون اثر بگذارند. این هیجانات، زمانی انطباقی و پاسخ اولیه ما به محیط بوده‌اند، اما اکنون کارکرد انطباقی خود را از دست داده‌اند و نیازمند دسترسی در لحظه اکنون و سپس تغییر هستند.

4. **مشکل در خلق معنا و روایت:** گاهی مشکل در فهم هیجان و تجربه هیجانی است، به طوری که افراد نمی‌توانند روی آن تأمل کنند و این تجربه احشایی را در سیستم معنایی خود نمادسازی کنند و هیجان و تجربه، خام و تجربه‌نشده باقی می‌مانند. در اینجا افراد نیازمند آن هستند که بتوانند شناخت خود را بر هیجان و عاطفه موجود انعکاس داده و بتوانند از آن معنا استخراج کنند و در نتیجه رخداد را درک، فهم و روایت کنند.

به طور خلاصه می‌توان گفت که ما همان طور که هر فکری را نمی‌پذیریم، هر هیجانی را هم نمی‌پذیریم. برخی هیجانات با موقعیت، انطباقی نیستند و بایستی تغییر کنند و برخی کاملاً انطباقی که بایستی بتوانیم به آن‌ها امکان دسترسی بدهیم تا بتوانیم از اطلاعات و اقدام ارزشمندشان بهره‌مند شویم. در این میان، انطباقی بودن مهم‌ترین عامل در نظر گرفته می‌شود. هیجانات، سیستم‌های پردازش سریع اطلاعات هستند که به ما می‌گویند چه چیزی برای ارگانیسم مطلوب و چه چیزی نامطلوب است و به همین دلیل مانع از هم‌گسیختگی ما در ترجیحات محیطی نیز می‌شوند. ما به‌طور طبیعی به سمت چیزهایی می‌رویم که برای ما «خوب و خوشایند» است و از چیزهایی که «بد و ناخوشایند» است فاصله می‌گیریم و این تنظیمگری هیجان برای درک بسیاری از احوالات انسانی یاریگر است. گرینبرگ مطرح می‌کند که ما ماشین‌های تنظیم هیجان هستیم؛ البته در ادامه می‌گوید EFT یک نگاه لذت‌گرای ساده به انسان ندارد، بلکه در کنار این تنظیمگری هیجان، انسان را «موجودی در جست‌وجوی معنا» می‌داند و معنا قادر است بر این سیستم لذت‌گرا تأثیر بگذارد و به‌عنوان مثال، ما رنجی را که برایش معنا داریم، به جان خریده، به استقبال آن می‌رویم و آن را تاب می‌آوریم.

من در ادامه قصد دارم به‌منظور آشنایی بیشتر برای افرادی که به‌تازگی به این رویکرد دلنشین علاقه‌مند شدند، مختصری از اصول کلی درمان هیجان‌مدار EFT صحبت کنم. اصول درمان هیجان‌مدار مبتنی بر سه دسته کلی است:

1. ارتباط درمانی

2. کارها و تکالیف درمانی درون-جلسه‌ای
 3. مفهوم‌پردازی/ صورت‌بندی (فکر کردن به مراجع با زبان هیجان‌مدار)

ارتباط درمانی دو کارکرد مهم در درمان را به خود اختصاص می‌دهد؛ اول اینکه از طریق ایجاد و شکل‌دهی امنیت، بستر مناسبی برای کار با تجربیات چالش‌برانگیز فراهم می‌کند و دوم اینکه این نوع رابطه می‌تواند به‌عنوان یک تجربه‌اصلاحی در دنیای مراجعان، خوب عمل نماید. منظور از کارهای درون-جلسه‌ای، هدایتگری‌های پردازش درون جلسه و تکالیف پیشنهادی‌ای است که برای کار کردن با تجربه استفاده می‌شود و شامل نشانگرها، خرده-نشانگر و مداخلات پیشنهادی است. مفهوم‌پردازی یعنی بتوان با زبان و نگاه EFT درباره مراجع، مسائل، علل و زمینه شکل‌گیری و تداوم نشانه‌های او صحبت کرد و تصویری یکپارچه‌تر از مراجع و همچنین بستری برای ترکیب دانش نظری و عملی و در نهایت نقشه راه مناسبی برای تغییر ساخت.

تیمولاک نویسنده کتاب «درمان هیجان‌مدار وراثشخیصی»¹، نگاه وراثشخیصی هیجان‌مدار را به‌خوبی در این کتاب مطرح نموده است و بیان می‌کند که EFT نگاهی وراثشخیصی به اختلالات دارد. EFT آسیب را در دو سطح در نظر می‌گیرد: سطح نشانه‌ها² و سطح آسیب‌پذیری زیربنایی³. رابطه علت و معلولی میان این دو سطح سبب می‌شود که EFT نیز همین موضوع را مد نظر قرار داده و برای تغییر معلول (نشانه‌ها) به سراغ تغییر علت آن (آسیب‌پذیری زیربنایی) برود. این مسیر بایستی از سمت علت به معلول باشد نه برعکس؛ زیرا به‌لحاظ منطقی تغییر معلول یا نشانه‌ها سبب تغییر در علت یا همان آسیب‌پذیری زیربنایی نخواهد شد. بنابراین تمرکز اصلی مداخلات EFT بر روی این آسیب‌پذیری‌های هیجانی زیرین (یا همان طرح‌های هیجان غیر انطباقی) است. تیمولاک مطرح می‌کند که اگر نظریه‌پردازان هیجان‌مدار مجبور نبودند که این درد هیجانی غیر انطباقی اصلی را نام‌گذاری کنند، آن‌ها علاقمند بودند که همه این را با عنوان آسیب‌پذیری هیجانی زیرین خطاب کنند. در فرایند درمان، مراجع و درمانگر با کار مشترک و ارتباط امن درمانی، فرصتی برای دسترسی به این طرح‌های زیرین پیدا می‌کنند.

شیوه EFT در اینجا نه قیاسی است و نه استقرایی؛ یعنی شیوه EFT نه از کلیات به سمت جزئیات حرکت می‌کند که بخواهد مراجع را در قالب کلیات نظری قرار دهد و نه استقرایی است، به این معنا که به‌دنبال تعمیم آن یافته باشد. این شیوه در ابتدا مانند استقرایی عمل کرده و از جزئیات شروع می‌کند، اما به‌دنبال رسیدن به یک کل نیست. بلکه، می‌خواهد مانند یک پژوهشگر، فرضیه‌ای را درباره علت/علل موجود به‌بوته آزمایش بگذارد. به همین جهت، EFT از روش فرارانش⁴ در کار خود بهره می‌برد تا بتواند همراه با مراجعان و به‌واسطه حضور و همدلی، راهی به دنیای

1. Transdiagnostic Emotion-Focused Therapy

2. symptoms level

3. underlying vulnerability level

4. obduction؛ اصطلاح زمین‌شناسی است. فرارانش فرایندی است که در آن یک گسل زیرزمینی که در زیر اقیانوس قرار دارد، از روی گسل مجاور به بالا رانده می‌شود. - م.

زیرین ایجاد کند.

ایده اولیه این بود که با تغییر در سطح آسیب‌پذیری هیجانی زیرین (علت)، نشانه‌ها (معلول) از بین می‌روند، اما تجربه عملی و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این ایده درست نیست و تغییر در علت زیرین برای تغییر در سطح نشانه‌ها کافی نیست؛ زیرا گاهی نشانه تبدیل به خود-سازماندهی مستقل و قدرتمندی شده و/یا به عبارتی زیست‌جداگانه‌ای از علت زیرین پیدا می‌کند که ضرورتاً بایستی به نشانه و تغییر آن نیز پرداخت، اما همچنان می‌دانیم که تمرکز اصلی مداخلات EFT، طرح‌های هیجان غیر انطباقی زیرین (درد هیجانی اصلی¹) هستند و این رفت و برگشت میان سطح نشانه و سطح زیرین می‌تواند منجر به تغییر در هر دو سطح شود.

در زیر این نشانه‌ها، درد هیجانی اصلی وجود دارد که افراد نمی‌خواهند آن را تجربه کنند یا از تعامل و عدم رهایی از آن دچار آشفتگی، استیصال، درماندگی، تسلیم و فروپاشی شش‌دهانه‌د.

در واقع می‌توان گفت اختلالات در نگاه EFT، کارکردی اجتنابی و خود-مراقبتی دارند و برای تغییر عمیق و پایدار بایستی به سطح زیرین این نشانه‌ها دست یافت. به همین دلیل در EFT، درد هیجانی اصلی در مفهوم‌پردازی/تدوین درباره مراجع، نقشی اصلی و مرکزی به خود می‌گیرد؛ طرح‌های هیجانی که واحدهای تجربه و سازمان‌دهنده و تعریف‌کننده «خود»² مراجعان است. درد هیجانی اصلی مشاهده‌شده در مطالعات EFT شامل شرم، ترس/وحشت و تنهایی/غم است (ناشی از برآورده نشدن نیاز به اعتباربخشی، امنیت و صمیمیت/رابطه). این درد هیجانی اصلی به‌سادگی با تغییر نگرش و/یا گفت‌وگوها و مداخلات شناختی تغییر نخواهد کرد و نیازمند تغییر به‌وسیله هیجانی دیگر (از جمله خشم توانمندساز، شفقت، غم تسکین‌بخش) است. تجربه هیجانی که با ورود به این هیجان‌ات می‌تواند به‌وسیله سنتز و مبتنی بر نظریه بازتحکیم حافظه، آن‌ها را خنثی³ یا دگرگون⁴ کند. این فرایند دیالکتیکی میان هیجان‌ات، منجر به برساخت تجربه جدید و انطباقی خواهد شد.

در این نقطه به ضرورت و اهمیت اثر حاضر از زلی گرینبرگ پی می‌بریم؛ چراکه مستقیماً به دو هیجان پراهمیت و رابطه میان آن دو پرداخته است. رابطه این دو هیجان می‌تواند کارکردی هم انطباقی و هم غیر انطباقی داشته باشد. گاه این دو، عامل شکل‌گیری یکدیگرند و گاه عامل تغییر یکدیگر. کار با شرم از دشوارترین کارهای درمانی برای مراجعان و درمانگران است و مستلزم دانش نظری و عملی مناسب در این حوزه است. از طرفی نیز خشم هیجانی است که به‌وفور می‌توان هراس، اجتناب، نگرانی و تردید درمانگران درباره آن را مشاهده کرد. گاه خشم، ابزاری است برای پوشاندن شرم دردناک زیرین و گاه خشم، اکسیر شفابخش و التیام‌بخش زهر شرم است. از سوی دیگر، شرم گاه مانع یک خشم انطباقی است و گرینبرگ به‌خوبی در کتاب حاضر به تعریف، علل، کارکرد و اهمیت هر کدام از این دو هیجان در درمان پرداخته است و کتاب حاضر جدیدترین اثر زلی گرینبرگ

1. core emotional pain

3. self-defining

4. undo

5. transform

در سال 2024 میلادی است و می‌تواند برای علاقه‌مندان و متخصصان حوزه سلامت روان، کارآمد و راهگشا باشد. تلاشمان بر این بود که با حفظ امانتداری، اما در عین حال با زبانی روان و رسا بتوانیم محتوای ارزشمند اثر حاضر را به مخاطبان برسانیم.

اینجانب به‌نوبه خویش، قدردان سرکار خانم فهیمه صدیقی عزیز، مترجم توانمند و حرفه‌ای کشورمان بابت دقت نظر، تعهد، دغدغه‌مندی و تلاش‌های شبانه‌روزی ایشان برای به ثمر رسیدن اثر حاضر هستم؛ به‌ویژه اینکه در سراسر کتاب با همتی بلند به تشریح و ابهام‌زدایی واژگان و اصطلاحات تخصصی پرداخته و بر غنای کتاب افزوده است.

«مسعود شریف‌زاده»

درمانگر و ناظر¹ مورد تأیید انجمن

جهانی هیجان‌مدار (ISEFT)

1403/2/8

