

# فهرست

۱۱	سخن مترجم.....
۱۵	معرفی ویراستاران.....
۱۶	سپاسگزاری.....
۱۷	همکاران.....
۱۹	مقدمه.....

## بخش اول: پذیرش به مثابه درگیری: توجه کردن، اجازه دادن و بودن با هیجان

۳۱	فصل ۱- ذهن آگاهی.....
۳۲	پیشینه و نظریه.....
۳۴	ذهن آگاهی در درمان شناختی رفتاری.....
۳۵	ذهن آگاهی، پذیرش و شفقت.....
۳۶	شواهد پژوهشی.....
۳۷	مکانیسم‌های عمل.....
۳۸	کاربرد.....
۳۹	مثال بالینی.....
۴۴	راهبردهایی برای کمک به درمان‌جویان جهت طراحی و تداوم تمرین مراقبه.....
۴۶	جهت‌گیری‌های آینده.....
۴۸	منابع.....
۵۲	فصل ۲- درک و بهره‌گیری از کار تجربی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT).....
۵۲	نظریه.....
۵۷	شواهد تجربی.....
۵۸	شواهدی برای مؤلفه‌ها و میانجی‌های تغییر.....
۵۸	کاربرد بالینی.....
۶۲	زمان انجام کار تجربی.....
۶۲	فرایندهای موازی و توجه به رابطه درمانی.....
۷۴	بررسی تمرین‌ها و استعاره‌ها برای ارتقای فرایندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.....
۷۶	جهت‌گیری‌های آینده.....
۷۷	منابع.....
۸۱	فصل ۳- درمان متمرکز بر شفقت.....
۸۱	پیشگفتار و نظریه.....

۸۳	تعامل روان‌شناسی مبتنی بر مغز قدیم و جدید.....
۸۵	تکامل، شناخت و رفتار.....
۸۶	فراایندهای تنظیم عواطف در درمان متمرکز بر شفقت.....
۸۹	ماهیت شفقت.....
۸۹	شواهد تجربی.....
۹۱	کاربرد بالینی.....
۹۲	بررسی واقعیت.....
۹۴	تمرین «خود مشفق».....
۹۶	شفقت معطوف به خود.....
۹۸	جهت‌گیری‌های آینده.....
۹۹	منابعی برای مطالعه بیشتر.....
۱۰۰	منابع.....

## بخش دوم: رویارویی: فراخوانی و ماندن با هیجان‌های دشوار

### **فصل ۴- رویارویی در بافت تجربی..... ۱۰۷**

۱۰۷	تعریف رویارویی تجربه‌ای.....
۱۰۷	بنیان نظری.....
۱۱۱	شواهدی در حمایت از روش‌های رویارویی.....
۱۱۱	چالش‌های تجربه‌ای درمان مبتنی بر رویارویی.....
۱۱۴	مبانی تاریخی و جلوه‌های مدرن رویارویی تجربه‌ای.....
۱۱۶	نظریه مدیریت وحشت‌زدگی و درمان مبتنی بر رویارویی.....
۱۱۸	پیوند رویارویی و هیجان.....
۱۲۱	کاربردها و توضیح جنبه‌های تجربه‌ای رویارویی.....
۱۲۶	جهت‌گیری‌های آینده.....
۱۲۶	منابع آینده.....
۱۲۶	مقاله‌ها.....
۱۲۷	کتاب‌ها.....
۱۲۷	ویدیوها.....
۱۲۷	منابع.....

### **فصل ۵- آزمایش‌های رفتاری..... ۱۳۲**

۱۳۲	بنیان‌های نظری.....
۱۳۵	شواهد حمایت‌کننده از کاربرد آزمایش‌های رفتاری.....
۱۳۶	منطق خاموشی یا شناختی؟.....
۱۳۶	میانجیگری شناختی.....
۱۳۷	استفاده از آزمایش‌های رفتاری در کار بالینی.....
۱۳۷	کاربرد آزمایش‌های رفتاری در مراحل مختلف درمان.....

طراحی آزمایش.....	۱۳۹
استفاده از آزمایش‌های رفتاری برای شناسایی باورها و مفروضه‌ها.....	۱۴۲
مشکلات اجرایی.....	۱۴۵
جهت‌گیری‌های آینده.....	۱۴۶
منابع برای مطالعه بیشتر.....	۱۴۶
مقاله‌ها.....	۱۴۶
کتاب‌ها.....	۱۴۶
منابع.....	۱۴۷

## **فصل ۶- کاربرد رویارویی و نظریه پردازش هیجانی در افسردگی..... ۱۴۹**

اصول رویارویی و پردازش هیجانی در درمان اختلالات اضطرابی.....	۱۵۰
کاربرد اصول رویارویی و پردازش هیجانی در افسردگی.....	۱۵۱
شناخت‌درمانی مبتنی بر رویارویی برای افسردگی: مرور کلی.....	۱۵۳
شواهدی در مورد پیامد و مکانیسم‌های تغییر.....	۱۵۴
پیامد.....	۱۵۴
فرآیند تغییر.....	۱۵۵
کاربرد: اجرای درمان در عمل.....	۱۵۶
مرحله مدیریت استرس (مرحله ۱: جلسات ۱ تا ۸).....	۱۵۶
مرحله رویارویی و پردازش (مرحله ۲: جلسات ۹ تا ۱۷).....	۱۵۷
چگونگی فعال‌سازی شبکه افسرده‌ساز و تسهیل پردازش.....	۱۶۰
مرحله رشد مثبت (مرحله سوم: جلسات ۱۸ تا ۲۱).....	۱۶۷
شبکه مثبت (یک جلسه).....	۱۶۸
پذیرش خود و خودشفقتی (یک جلسه).....	۱۶۹
حرکت در جهت اهداف (دو جلسه).....	۱۷۰
جلسه پیگیری (دو تا سه جلسه ماهانه).....	۱۷۱
جهت‌گیری‌های آینده.....	۱۷۱
منابعی برای مطالعه بیشتر.....	۱۷۲
منابع.....	۱۷۲

## **فصل ۷- ایجاد تغییر از طریق تمرکز بر عاطفه..... ۱۷۷**

مقدمه نظری.....	۱۷۷
درآمدی بر درمان.....	۱۸۲
شواهدی در حمایت از درمان عاطفه‌هراسی.....	۱۸۴
معرفی عملی درمان.....	۱۸۶
جهت‌گیری‌های آینده.....	۱۹۸
منابع.....	۱۹۹

**بخش سوم: استفاده از تصویرسازی ذهنی**  
**برای تماس با هیجان‌ها و تغییر طرح‌واره‌ها و باورهای ناسازگار**

<b>فصل ۸- بازسازی تصویرسازی ذهنی برای اختلالات شخصیت</b> .....	۲۰۷
منطق بازسازی تصویرسازی ذهنی (ImRs).....	۲۰۸
شواهد تجربی.....	۲۱۰
به‌کارگیری تکنیک بازسازی تصویرسازی ذهنی در اختلالات شخصیت.....	۲۱۲
تصویرسازی ذهنی یک مکان امن.....	۲۱۳
تصویرسازی تشخیصی و بازسازی تصویرسازی ذهنی خاطرات کودکی.....	۲۱۳
مراحل بعدی درمان: بازسازی تصویری توسط درمان‌جو.....	۲۲۶
فراوانی استفاده از بازسازی تصویرسازی ذهنی.....	۲۲۹
بازسازی تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های کنونی و آینده.....	۲۲۹
دشواری‌های کاربرد بازسازی تصویرسازی ذهنی.....	۲۳۰
زمان و نحوه استفاده از بازسازی تصویرسازی ذهنی در درمان شناختی-رفتاری درمان‌جویان مبتلا ...	۲۳۱
جهت‌گیری‌های آینده.....	۲۳۳
منابع.....	۲۳۴
<b>فصل ۹- بازسازی تصویر ذهنی برای اختلال استرس پس از آسیب</b> .....	۲۳۹
منطق بازسازی تصویر ذهنی.....	۲۳۹
شواهد تجربی.....	۲۴۱
کاربرد بازسازی تصویر ذهنی برای اختلال استرس پس از آسیب.....	۲۴۳
آسیب ساده.....	۲۴۳
آسیب‌های چندگانه.....	۲۴۶
اختلال استرس پس از آسیب پیچیده.....	۲۴۷
مشکلات مرتبط با کاربرد بازسازی تصویر ذهنی.....	۲۴۸
زمان و نحوه استفاده از بازسازی تصویر ذهنی برای اختلال استرس پس از آسیب.....	۲۵۰
جهت‌گیری‌های آینده.....	۲۵۰
منابع.....	۲۵۱
<b>فصل ۱۰- تمرین‌های تجربی و بازسازی تصویر ذهنی در اختلال اضطراب اجتماعی</b> .....	۲۵۴
نگاه اجمالی به شناخت‌درمانی برای اختلال اضطراب اجتماعی.....	۲۵۵
شواهد تجربی.....	۲۵۸
بازسازی باورهای منفی و تصویر ذهنی مرتبط با آن در شناخت‌درمانی برای اضطراب اجتماعی.....	۲۶۰
تکنیک‌های تجربی متمرکز بر حال.....	۲۶۰
تکنیک‌های تجربی متمرکز بر گذشته.....	۲۶۵
بازسازی تصویر ذهنی.....	۲۶۷
جلسه بازسازی تصویر ذهنی.....	۲۶۹
حفظ دستاوردها: مداخلات شناخت‌درمانی متمرکز بر حال و بازسازی تصویر ذهنی برای اضطراب اجتماعی.....	۲۷۳

۲۷۳.....	جهت‌گیری‌های آینده .....
۲۷۴.....	منابع .....

### بخش چهارم: رویکردهای متمرکز بر هیجان:

#### شناسایی و افزایش هیجان در جلسه به‌عنوان گامی در جهت تغییر

۲۸۱.....	فصل ۱۱- یکپارچه‌سازی درمان هیجان‌مدار با درمان شناختی‌رفتاری .....
۲۸۲.....	نظریهٔ هیجان .....
۲۸۳.....	مفهوم‌سازی هیجان در جلسه .....
۲۸۸.....	شواهد تجربی .....
۲۹۲.....	کاربرد بالینی .....
۲۹۲.....	تمرین دو صندلی برای خود انتقادگری .....
۲۹۸.....	تمرین صندلی خالی برای «مسائل حل‌نشده» .....
۳۰۴.....	جهت‌گیری‌های آینده .....
۳۰۵.....	منابعی برای مطالعه بیشتر .....
۳۰۵.....	کتاب‌ها .....
۳۰۵.....	نوارهای ویدئویی .....
۳۰۵.....	سایت‌ها .....
۳۰۶.....	منابع .....

#### فصل ۱۲- کار با ذهنیت‌ها در طرح‌واره درمانی .....

۳۱۱.....	پیشینه و نظریه .....
۳۱۱.....	طرح‌واره درمانی و درآمدی بر مفهوم ذهنیت .....
۳۱۳.....	ذهنیت‌ها به‌عنوان حالت‌های خود .....
۳۱۴.....	طبقه‌بندی ذهنیت‌ها و سبب‌شناسی آنها .....
۳۲۰.....	شواهد پژوهشی .....
۳۲۳.....	کاربرد بالینی کار با ذهنیت‌ها .....
۳۲۳.....	مرور کلی .....
۳۲۳.....	مفهوم‌سازی .....
۳۲۴.....	کار با ذهنیت به‌عنوان شکلی از درمان ساختاری .....
۳۲۶.....	مداخلات رایج برای کار با ذهنیت .....
۳۳۴.....	قطعهٔ آخر: خویشتن یکپارچه .....
۳۳۵.....	جهت‌گیری آینده .....
۳۳۶.....	منابعی برای مطالعه بیشتر .....
۳۳۶.....	مقالات/ فصول کتاب .....
۳۳۶.....	کتاب‌ها .....
۳۳۷.....	مطالب آموزشی .....
۳۳۷.....	منابع .....

<b>فصل ۱۳ - طرح‌واره درمانی هیجانی</b> .....	<b>۳۴۱</b>
ساخت اجتماعی هیجان.....	۳۴۱
نظریه.....	۳۴۴
حمایت تجربی از مدل طرح‌واره هیجانی.....	۳۴۷
کاربرد مدل.....	۳۴۹
شناسایی راهبردهای مقابله‌ای مشکل‌ساز.....	۳۵۰
ارزیابی هیجان و طرح‌واره‌های هیجانی.....	۳۵۲
باورها درباره طول مدت.....	۳۵۴
گناه و شرم.....	۳۶۰
مرتبط ساختن هیجان‌ها با ارزش‌های والاتر.....	۳۶۱
جهت‌گیری‌های آینده.....	۳۶۳
منابع.....	۳۶۴

<b>فصل ۱۴ - درمان مبتنی بر تنظیم هیجان</b> .....	<b>۳۶۷</b>
زمینه و نظریه.....	۳۶۸
مکانیسم‌های هدف: سیستم‌های انگیزشی، تنظیم هیجان و سیستم یادگیری موقعیتی.....	۳۷۰
شواهد مقدماتی.....	۳۷۲
کاربرد درمان.....	۳۷۴
بخش اول درمان مبتنی بر تنظیم هیجان: ایجاد مهارت.....	۳۷۴
بخش دوم درمان تنظیم هیجان: رویارویی تجربی برای ترویج یادگیری بافتاری جدید.....	۳۸۱
جهت‌گیری‌های آینده.....	۳۸۵
منابعی برای مطالعه بیشتر.....	۳۸۶
منابع.....	۳۸۷

**بخش پنجم: کار کردن با فرایندهای بین فردی: استفاده از واکنش‌های هیجانی مراجع و درمانگر به همدیگر به عنوان وسیله‌ای برای تغییر**

<b>فصل ۱۵ - تکنیک‌های رابطه‌ای در بافت درمان شناختی-رفتاری</b> .....	<b>۳۹۷</b>
زمینه و جهت‌گیری نظری.....	۳۹۹
نظریه بین فردی و طرح‌واره‌های خود.....	۳۹۹
طرح‌واره‌های ناسازگار، چرخه‌های شناختی-بین فردی و فرا ارتباط.....	۴۰۰
از رویکرد یک-شخص به رویکرد دو-شخص.....	۴۰۱
اتحاد درمانی، گسست‌ها، ترمیم‌ها.....	۴۰۲
شواهد تجربی.....	۴۰۴
کاربردهای بالینی روش‌های رابطه‌ای.....	۴۰۶
نمونه موردی.....	۴۰۹
بحث بالینی.....	۴۱۶
جهت‌گیری آینده.....	۴۱۸

منابع بیشتر.....	۴۱۸
کتاب‌ها.....	۴۱۸
دی‌وی‌دی‌ها.....	۴۱۸
منابع.....	۴۱۹

## فصل ۱۶- افزودن تمرکز بین فردی - تجربی به درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر..... ۴۲۳

پیشینه و نظریه.....	۴۲۳
درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر.....	۴۲۳
مسائلی که در درمان شناختی رفتاری سستی برای اختلال اضطراب فراگیر به آنها پرداخته نمی‌شود.....	۴۲۴
مروری بر درمان مبتنی بر پردازش هیجانی / بین فردی.....	۴۲۶
شواهد.....	۴۲۷
کاربرد درمان.....	۴۲۸
بررسی الگوهای بین فردی متداول فرد.....	۴۲۸
بررسی روابط گذشته.....	۴۳۱
توجه به رابطه درمانی.....	۴۳۳
ایجاد راهبردهای بین فردی جدید برای تأمین نیازهای فرد.....	۴۳۷
پردازش هیجانی.....	۴۴۱
جهت‌گیری‌های آینده.....	۴۴۵
منابعی برای مطالعه.....	۴۴۸
مقالات.....	۴۴۸
کتاب‌ها.....	۴۴۸
منابع.....	۴۴۹

## فصل ۱۷- روان درمانی تحلیلی کارکردی..... ۴۵۳

شواهدی برای پیامد درمان و مکانیسم تغییر.....	۴۵۴
کاربرد بالینی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی.....	۴۵۶
قانون ۱. مراقب وقوع رفتارهای هدف بالینی باشید (آگاه باشید).....	۴۵۷
قانون ۲. رفتارهای هدف بالینی را فراخوانی کنید (شجاع باشید).....	۴۵۸
قانون ۳. رفتارهای هدف بالینی را به‌طور طبیعی تقویت کنید (عشق‌ورزی درمان‌گرانه داشته باشید).....	۴۶۴
قانون ۴. متوجه تأثیر خود باشید.....	۴۶۸
قانون ۵. تفسیرهای کارکردی از رفتار ارائه کنید (تفسیر کنید و تعمیم دهید).....	۴۶۸
اقدامات احتیاطی.....	۴۶۹
جهت‌گیری‌های آینده.....	۴۷۰
منابعی برای مطالعه بیشتر.....	۴۷۱
مقالات.....	۴۷۱

منابع ..... ۴۷۱

**جمع بندی نهایی ..... ۴۷۴**

درمان شناختی رفتاری و روندهای درمانی نوظهور ..... ۴۷۵

CBT نوین: پروتکل‌ها، انتشار و کار بالینی علمی ..... ۴۷۶

روش‌های تجربی و CBT ..... ۴۷۸

منابع ..... ۴۷۸



## سخن مترجم

از زمان یونان باستان، فرهنگ غرب برای عقلانیت ارزش بالایی قابل بوده است و شیفتگی خاصی به توان خرد برای هدایت یا حتی غلبه بر نیروهای بدوی و حیوانی هیجان‌ها نشان داده است. افلاطون به‌عنوان یکی از بنیان‌گذاران فلسفه غرب، خرد را ارابه‌رانی قلمداد می‌کرد که دو اسب (احساسات) را هدایت می‌کند که بیانگر مرتبه‌عالی خرد و ماهیت پست احساسات است. بعدها رواقیون نیز چنین دیدگاهی و حتی دیدگاهی سخت‌گیرانه‌تر را اتخاذ کردند مبنی بر اینکه افرادی که به کمال اخلاقی و عقلانی دست می‌یابند، هیجان‌هایی نظیر ترس، رشک، شهوت یا حتی عشق شهوانی را تجربه نمی‌کنند.

عصر جدید فرهنگ غربی از زمان انقلاب علمی به‌واسطه انقلاب صنعتی و روشنگری تاکنون، ارزش خرد در تبیین، پیش‌بینی و تغییر جهان اطرافمان را ارج نهاده است. عقلانیت آشکارا خود را به‌صورت یک توانایی نیرومند نشان داده است. این تفکر که عقلانیت می‌تواند و می‌بایست برای حل تمام مشکلات احتمالی از جمله مهار کردن تجارب هیجانی سرکش ما به کار گرفته شود، فریبنده است. با وجود این، یافته‌های مختلف پیشنهاد می‌کنند که هیجان و خرد، آن‌طور که به‌طور سنتی در فرهنگ غربی فرض می‌شود، به‌آسانی قابل تمایز نیستند.

در آغاز قرن بیستم، در پی یورش مشترک رفتارگرای آمریکایی و روسی، روان‌شناسی روح خود را از دست داد. طوری که، جان واتسون به زیبایی گفت: «روح، هرگز علم را نمی‌بخشد». با وجود این، در دهه ۱۹۵۰، روان‌شناسی حداقل ظرفیت فکر کردن را به دست آورد و روان‌شناسی شناختی در سمپوزیومی در مؤسسه تکنولوژی ماساچوست، در ۱۱ سپتامبر ۱۹۵۶ متولد شد و رشد و توسعه بعدی علوم‌شناختی، روان‌شناسی و بسیاری از حیطه‌های نزدیک به آن مانند زبان‌شناسی، مردم‌شناسی، فلسفه و هوش مصنوعی را در بر گرفت. از زمان معرفی مدل روان‌درمانی شناختی در ۵۰ سال گذشته (بک، ۱۹۶۳)، مطالعات بی‌شماری کارآمدی درمان شناختی‌رفتاری نشان داده‌اند. امروزه گستره متنوعی از پروتکل‌های دارای حمایت تجربی برای هدف‌گیری اختلال‌های مشخص طراحی شده‌اند (بارلو، ۲۰۱۴). با این حال، این پروتکل‌ها درمان هر دردی نیستند و در بسیاری از درمان‌جویان موجب بهبودی کامل علائم نمی‌شوند و بازگشت‌های مکرر در برخی اختلال‌ها پدیده‌ای متداول است.

پیشرفت‌های اخیر در فهم به‌هم‌وابستگی هیجان، فکر و رفتار در کنار تکامل مداوم دانش بالینی،

پژوهشگران و درمانگران را به سمت استفاده از رویکردهای درمانی متمرکز بر تجربه هیجانی اصلاحی سوق داده است. بررسی‌های تجربی نشان می‌دهد که پرداختن به هیجان، نقش محوری در روان‌درمانی دارد، با این حال در بسیاری از آثار منتشرشده در زمینه درمان شناختی‌رفتاری این موضوع کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

در ۲۰ سال گذشته این موضوع به‌خوبی روشن شده است که شناخت کافی نیست. بیش‌تر کارهایی که ما انسان‌ها انجام می‌دهیم، توسط هیجان برانگیخته می‌شوند. فهرست کارهایی که ما به دلیل هیجان انجام می‌دهیم، بی‌پایان است. هیجان دائماً با ما است و ما را در جهت هدف‌مان هدایت می‌کند. وقتی هیجان کارکرد خوب و مناسبی دارد، به ما کمک می‌کند تا اولویت‌بندی کنیم، کار کنیم، از میان انتخاب‌های ناممکن دست به انتخاب بزنییم و از موقعیت‌ها و چیزهایی که ممکن است خطرناک، ناسالم یا بیماری‌زا باشند، اجتناب کنیم. نظام هیجانی، دارای کارکرد خوب، ما را هدایت و حفاظت می‌کند، هیجان‌ها «ده فرمان» دنیای روانشناختی هستند. اما مانند هر سیستم نیرومند دیگر، سیستم هیجان نیز می‌تواند از کنترل خارج شود.

هیجان‌ها به‌طور ناگشودنی با شناخت‌ها پیوند خورده‌اند. آنها یک نظام پیش‌کلامی سریع برای ارزیابی خطر فراهم می‌سازند (لدوکس، ۱۹۹۶)، برجستگی خاطرات را تعیین می‌کنند (پانکسپ، ۱۹۹۸)، بر علامت‌دهی و ارتباط بین فردی تأثیر می‌گذارند (اسروف، ۱۹۹۶) به شایستگی اجتماعی کمک می‌کنند (مایر و سالوی، ۱۹۹۷) و با افکار هشیار برای ایجاد روایت‌هایی که جایگاه فرد را در جهان در طول زمان تعیین می‌کنند، تعامل می‌نمایند (انگس، گرینبرگ، ۲۰۱۱). از دیدگاه تکاملی، هیجان‌ها ضرورتی بنیادی و انطباقی قلمداد می‌شوند (ایزارد، ۱۹۹۱).

درحالی‌که هیجان‌ها اساساً انطباقی قلمداد می‌شوند، مشکلات هیجانی زمانی به وجود می‌آیند که هیجان‌های کنترل‌نشده، بیش از اندازه کنترل شده و یا به‌واسطه پیوند با تجارب گذشته به‌جای حال حاضر، نامتناسب باشند.

بک (۱۹۷۶) بر اساس به‌کارگیری عقلانیت، رویکردی موسوم به شناخت‌درمانی برای پرداختن به این دشواری‌های هیجانی طراحی کرد که به فرد کمک می‌کند تا دیدگاه دقیق‌تری کسب کند و هیجان را با موقعیت واقعی متناسب سازد. با این حال، گستره‌ای از نظریه‌های علمی پدیدار شده‌اند که هیجان و خرد را به‌عنوان جنبه‌های یکپارچه‌ای از ساختار ذهنی شناختی-عاطفی سطح بالاتر در نظر می‌گیرند، برخی از نظریه‌های درمان شناختی‌رفتاری استدلال می‌کنند که تکیه صرف بر تفکر عقلانی نارسا و محکوم به شکست است (سامویلوو و گولدفرد، ۲۰۰۰). درواقع، یک نقطهٔ گیر متداول در درمان شناختی‌رفتاری این شکایت مکرر درمان‌جویان است که «من از لحاظ عقلانی می‌دانم این درست نیست [که من کلاهبردار، ناتوان و غیره هستم]، اما هنوز آنها به‌گونه‌ای احساس می‌شوند که انگار درست هستند.

شکی نیست که شناخت‌درمانی با طراحی روش‌های خاص برای تسکین رنج و آرام بشر، آزمودن تجربی این روش‌ها و فراهم آوردن شواهد نیرومند توانست جنبش روان‌درمانی را به جلو هدایت کند. به زبان بالینی، کار کردن با مراجع از طریق افزایش آگاهی فراشناختی آنان برای ساختن مهارت‌های مقابله‌ای، می‌تواند پایهٔ نیرومندی برای تقویت تاب‌آوری هیجانی فراهم سازد. با وجود این، گستره‌ای از شواهد از این اندیشه حمایت می‌کنند که نه‌تنها استفاده از عقلانیت موجب کاستن و فرونشاندن هیجانات منفی می‌شود، بلکه استفاده از خود هیجان‌ها به‌عنوان دروازهٔ ورود به شبکهٔ شناختی-عاطفی ناکارآمد نیز می‌تواند منجر به همان آثار مطلوب شود.

به‌ویژه شواهد مختلفی که اخیراً آشکار شده‌اند، پیشنهاد می‌کنند مداخلهٔ فعالانه برای تشدید تماس با هیجانات در جلسات درمان می‌تواند در کاستن از رنج درمان‌جویان در خارج از جلسه درمان نیز مؤثر باشد. این رویکردها هیجان را وسیله‌ای برای تغییر در نظر می‌گیرند نه فقط هدفی برای تغییر.

این کتاب طیف گسترده‌ای از موضوعات شامل رویکردهای سنتی و غیر سنتی به درمان شناختی-رفتاری در برمی‌گیرد؛ و به توصیف راهبردهای مبتنی بر توجه‌آگاهی و پذیرش، تکنیک‌های متمرکز بر شفقت، تحولات جدید در حیطه مداخلات مبتنی بر رویارویی، استفاده از تصویرسازی برای کار با طرح‌واره‌های زیربنایی و روش‌های پرداختن به جنبه‌های هیجانی رابطهٔ درمانی می‌پردازد. این اثر بدیع به دلیل تمرکز بر هیجان به‌عنوان موضوع محوری در فرایند درمان، جایگاه بی‌نظیری در ادبیات درمان شناختی-رفتاری خواهد یافت.

ناتان سی توما و دین مک‌کی جمع بزرگی از مؤلفان برجسته را که هرکدام در حیطه خودشان شناخته شده‌اند، دور هم جمع کرده‌اند تا به توصیف رویکرد درمانی و راهبردهای بالینی خاص خود برای کار کردن با هیجان به‌منظور غنی‌سازی درمان و دستیابی به پیامدهای درمانی فراتر از کاهش علائم بپردازند. کتاب حاضر با تأکید بر عاطفه و تجربه، گام مهمی در جهت شکل‌گیری آنچه «*رفتاردرمانی شناختی-عاطفی*» خوانده خواهد شد، است و به درک بهتر رنج انسان و راه‌حل‌های آن کمک خواهد کرد.

این کتاب بسیار ساخت‌یافته است و با معرفی تکنیک‌های مربوط به تشخیص‌های بالینی خاص، خواننده را به سفر در دنیای هیجان‌ها می‌برد. هر فصل کتاب به‌طور ماهرانه تکنیک‌هایی برگرفته از پژوهش‌های علمی را به خواننده آموزش می‌دهد، و به همین دلیل این کتاب برای درمانگران شناختی-رفتاری با سطوح مختلف تجربه مفید خواهد بود.

امید است ترجمهٔ این اثر به تکمیل و تحکیم بنیان نظری و عملی درمان‌های شناختی-رفتاری در ایران کمک نموده و گام مفیدی در جهت بهبود درک متخصصان بالینی از رنج هیجانی انسان و روش‌های درمان باشد.

وظیفهٔ خود می‌دانم که از همهٔ کسانی که در چاپ و انتشار این اثر ما یاری نموده‌اند، قدردانی نمایم.

از جناب آقای دکتر ارجمند و کارکنان فعال انتشارات ارجمند به پاس زحمات و تلاش فراوان برای انتشار این اثر سپاسگزاری می‌کنم و افتخار همکاری با آنان را داشتم، قدردانی می‌کنم. در پایان از اساتید گران قدر و دانشجویان علاقه‌مند درخواست می‌نمایم با ارائه پیشنهادهای و انتقادهای سازنده خود ما را در بهبود چاپ‌های بعدی کتاب یاری نمایند.

**دکتر شهرام محمدخانی**

دانشیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی

دی ۱۳۹۵

Email: Sh.mohammadkhani@gmail.com

## معرفی ویراستاران

**دکتر ناتان سی توما**، مربی بالینی روان‌شناسی در کالج پزشکی ویل کرنل است. علاقه بالینی وی بر یکپارچه‌سازی رویکردهای تجربی، میان‌فردی و ارتباطی با درمان شناختی‌رفتاری متمرکز است و دوره‌های آموزشی پیشرفته را در زمینه درمان هیجان‌مدار و طرح‌واره درمانی گذرانده است. دکتر توما در مورد موضوعات گوناگونی در حوزه پژوهش‌های روان‌درمانی تألیفاتی داشته است که از جمله می‌توان به مقاله‌ای اشاره کرد که در مجله آمریکایی روان‌پزشکی به رشته تحریر در آورده است و سردبیران مجله آن را به عنوان یکی از مهم‌ترین مقالات در بین هفت مقاله سال ۲۰۱۲ انتخاب کردند. او دانش‌آموخته آکادمی شناخت‌درمانی است و عضو پاره‌وقت و دارای کرسی در انجمن شناختی‌رفتاری شهر نیویورک است.

**دکتر دین مک‌کی**، استاد روان‌شناسی دانشگاه فوردهام و عضو هیئت‌علمی برنامه آموزشی دکترای روان‌شناسی بالینی است. حوزه پژوهشی مورد علاقه وی اختلال وسواسی-اجباری و مسائل مرتبط با آن در همه گروه‌های سنی است. دکتر مک‌کی دارای بورس روان‌شناسی شناختی‌رفتاری و روان‌شناسی بالینی از طرف هیئت آمریکایی روان‌شناسی حرفه‌ای و عضو هیئت‌مدیره گروه درمان شناختی‌رفتاری است. همچنین او عضو هیئت مشاوره علمی بنیاد بین‌المللی اختلال وسواسی-اجباری و شورای علمی انجمن اضطراب و افسردگی آمریکا است. دکتر مک‌کی رئیس انجمن درمان‌های شناختی‌رفتاری در فاصله ۲۰۱۴-۲۰۱۳ بوده است. او نویسنده بیش از ۱۹۵ مقاله، کتاب، فصول کتاب و مؤسس و همچنین مدیر مشترک یک گروه درمان خصوصی در وایت پلینز نیویورک است.

# سپاسگزاری

این کتاب بر اساس ایده‌های گسترده‌ای که ویراستاران در چند سال گذشته دریافت کرده‌اند، تدوین شده است. هر دوی ما بر این باوریم زمانی که مداخلات ما مبتنی بر بنیان‌های علمی باشند بیشتر به درد درمان‌جویان می‌خورند. اگر بخواهیم واقع‌بین باشیم باید تعصبات و سوگیری‌های نظری پیشین را کنار گذاشته و در پی شناخت اطلاعات جدید در دسترس باشیم. بسیاری از رویکردهای درمانی سنتی مدعی کارآمدی هستند، اما هیچ‌کدام در عمل این امر را نشان نداده‌اند. با این حال، تمام رویکردها دربرگیرندهٔ پردازش هیجانی به عنوان بخشی از تغییر رفتار هستند.

این کتاب به‌وضوح قصد دارد به عنوان کتابی با جهت‌گیری شناختی‌رفتاری شناخته شود. با این حال، بسیاری از همکاران نویسندهٔ ما در این کتاب توصیه‌هایی از نظریه‌های غیر شناختی‌رفتاری ارائه کرده‌اند که به چالش‌های پیش روی درمان شناختی‌رفتاری در کمک به درمان‌جویان برای تغییر رفتار و هیجان مفید می‌پردازند. نتیجه این کار کتابی است که بیشتر التقاطی است تا یک کتاب شناختی‌رفتاری معمول برای متخصصان. امیدواریم این رویکرد بین‌نظریه‌ای در کاربرد اصول مطرح شده در این کتاب برای درمان‌جویانتان مفید باشد.

از تلاش فراوان همکاران خود که شامل گروهی از پژوهشگران و متخصصان برجسته هستند کمال سپاسگزاری را داریم. هم‌چنین بر خود واجب می‌بینیم تا تشکر ویژه‌ای از لی مک‌کالو داشته باشیم که علی‌رغم بیماری شدید در زمان نگارش کتاب با نوشتن مشترک یکی از فصول کتاب (فصل ۷) موافقت کردند. ما به همکاری با او افتخار می‌کنیم و بسیار متأثر شدیم که پیش از انتشار کتاب حاضر او را از دست داده‌ایم. ما بسیار خوشحالی‌م که یکی از فصول این کتاب نام او را دربردارد.

ناتان سی توما از همین‌جا از همسرش رابا به خاطر حمایت‌های دائمی‌اش در طول تدوین این کتاب قدردانی می‌کند. هم‌چنین از آرون هیلر، استفان کوسلوف و برایان پیلکی برای نظرات مفیدشان در بخش مقدمه و هم‌چنین از کریستین اس‌چان به خاطر بحث‌هایی که به شکل‌گیری و تبلور موضوع واحد این کتاب کمک کرد، سپاسگزاری می‌کند.

دین مک‌کی از همسرش دان، برای حمایت‌های بی‌دریغ و صبوری‌اش در طی سال‌ها که قدمت آن به زمان دانشگاه برمی‌گردد تشکر ویژه می‌کند؛ شگفتا که چه سفر بزرگی بوده است!

# همکاران

**دکتر آرنولد آرتنز**، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آمستردام، آمستردام، هلند  
**دکتر اس چان**، گروه روان‌شناسی، دانشگاه هنگ‌کنگ، پوکفولام، هنگ‌کنگ  
**دکتر دیوید ام کلارک**، گروه روان‌شناسی تجربی، دانشگاه آکسفورد، آکسفورد، انگلستان  
**ریک آ کرروز**، کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ایالتی یوتا، لوگان، یوتا  
**دکتر سوزان دافلاس**، مرکز شناختی‌رفتاری ونکوور، ونکوور، بریتیش کلمبیا، کانادا  
**دکتر تان ام اریکسون**، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پاسیفیک سیاتل، سیاتل، واشینگتن  
**دکتر آندریو پی فلمینگ**، گروه روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه واشنگتن، سیاتل، واشنگتن  
**دکتر دیوید ام فرسکو**، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ایالتی کنت، کنت، اوهایو  
**دکتر کریستوفر کی. جرمر**، بخش روان‌شناسی، دانشکده پزشکی هاروارد، بوستون، ماساچوست  
**دکتر پال گیلبرت**، واحد تحقیقات سلامت روان، دانشگاه دربی، دربی، انگلستان  
**دکتر لسللی اس گرین‌برگ**، گروه روان‌شناسی دانشگاه یورک، تورنتو، اونتاریو، کانادا  
**دکتر آدیل ام همیز**، گروه روان‌شناسی، دانشگاه دیلاوار، نیوارک، دیلاوار  
**دکتر استیون سی همیز**، گروه روان‌شناسی، دانشگاه نوادا، رینو، رینو، نوادا  
**دکتر جولیا ای هیچ**، متخصص خصوصی، سیاتل، واشنگتن  
**دکتر رابرت جی گوهلنبرگ**، گروه روان‌شناسی، دانشگاه واشنگتن، سیاتل، واشنگتن  
**جسیکا کراس**، کارشناس ارشد، دوره روان‌شناسی بالینی، دانشکده جدید تحقیقات اجتماعی، نیویورک، نیویورک

**دکتر رابرت ال لی‌هی**، مؤسسه آمریکایی شناخت‌درمانی، نیویورک، نیویورک  
**دکتر راشل لانت**، مرکز درمان شناختی‌رفتاری ونکوور، ونکوور، بریتیش کلمبیا، کانادا  
**دکتر آفر ماورر**، مرکز مطالعات علمی، اورپه‌ودا، مؤسسه طرح‌واره درمانی  
**دکتر لی مک‌کالو**، (فوت شده)، دانشکده پزشکی هاروارد، بوستون، ماساچوست  
**آدام مک‌گوایر**، کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پاسیفیک سیاتل، سیاتل، واشنگتن  
**دکتر دین مک‌کی**، ABPP، گروه روان‌شناسی، دانشگاه فوردهام، بروکس، نیویورک  
**دکتر داگلاس اس منین**، گروه روان‌شناسی، کالج هانتز، نیویورک، نیویورک  
**دکتر میشل جی نیومن**، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ایالتی پنسیلوانیا، یونیورسیتی پارک، پنسیلوانیا

**راشل اوسرکیس**، کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه فوردهام، برونکس، نیویورک  
**کریستین آ. آر اوسبورن**، کارشناس ارشد، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی هاروارد، بوستون،  
 ماساچوست  
**میا اسکایت اوتوله**، کارشناس ارشد، فلوشیپ دکترا، گروه روان‌شناسی و علوم رفتاری، دانشگاه آرهوس،  
 آرهوس، دانمارک  
**دکتر اشکول رافائلی**، گروه روان‌شناسی، مرکز تحقیقات مغز چندرشته‌ای گوندا، دانشگاه بار ایلان،  
 رامات گان، مؤسسه طرح‌واره درمانی  
**دکتر سی بت ردی**، گروه روان‌شناسی دانشگاه دیلاوار، نیویورک، دیلاوار  
**دکتر جرمی دی سفران**، دوره روان‌شناسی بالینی، دانشکده جدید تحقیقات اجتماعی، نیویورک،  
 نیویورک  
**دکتر دنیس تیروچ**، مؤسسه آمریکایی شناخت‌درمانی، نیویورک، نیویورک  
**دکتر ناتان سی توما**، گروه روان‌پزشکی، کالج پزشکی ویل کرنر، نیویورک، نیویورک  
**دکتر ماویس سای**، گروه روان‌شناسی، دانشگاه واشنگتون، سیاتل، واشنگتون  
**دکتر پال جی اولونس**، مؤسسه تحقیقات، مرکز روان‌پزشکی سازمان شهرداری، ویکرساند، نروژ  
**دکتر جنیفر سی پلامب ویلارداگا**، سیستم مراقبت‌های بهداشت VA، سیاتل، واشنگتون  
**دکتر ماتیو ویلاتی**، مؤسسه کار خصوصی مبتنی بر شواهد، سیاتل، واشنگتون  
**دکتر بروس ای وامپولد**، ABPP، گروه روان‌شناسی مشاوره، دانشگاه ویسکانسین-مادیسون،  
 ویسکانسین؛ مؤسسه تحقیقات، مرکز روان‌پزشکی سازمان شهرداری، ویکرساند، نروژ  
**دکتر ماورین ویتال**، مرکز درمان شناختی-رفتاری ونکوور، ونکوور، بریتیش کلمبیا، کانادا  
**جنیفر ویلد**، دکترای روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی تجربی، دانشگاه آکسفورد، آکسفورد،  
 انگلستان  
**کارلی یاسینسکی**، کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه دیلاوار، نیویورک، دیلاوار



# مقدمه

ناتان توما  
دین مک کی

از زمان معرفی مدل روان‌درمانی شناختی در ۵۰ سال گذشته (بک، ۱۹۶۳)، مطالعات بی‌شماری کارآمدی درمان شناختی‌رفتاری (CBT) را نشان داده‌اند. امروزه گستره‌ متنوعی از پروتکل‌های دارای حمایت تجربی برای هدف‌گیری اختلال‌های مشخص طراحی شده‌اند (بارلو، ۲۰۱۴). با این حال، این پروتکل‌ها، درمان هر دردی نیستند. این پروتکل‌ها در بسیاری از درمان‌جویان موجب بهبودی کامل علائم نمی‌شوند و بازگشت‌های مکرر در برخی اختلال‌ها پدیده‌ای متداول است. تسهیل تعمق درمان‌جویان در تجارب عاطفی خودشان مسیری است که فرض می‌شود به گسترش و فراگیر شدن بیشتر درمان شناختی‌رفتاری کمک می‌کند. به ویژه این رویکرد به طور سنتی به‌شدت با رویکردهایی غیر از درمان شناختی‌رفتاری از جمله درمان روان‌پویشی یا درمان انسان‌گرا / وجودی مرتبط بوده است (بالاگیس و هیلسنروث، ۲۰۰۲؛ گولدفرد، ۲۰۱۳). با وجود این، در سال‌های اخیر علاقه به یافتن راه‌های مؤثر برای درگیر شدن با هیجان در درمان شناختی‌رفتاری افزایش یافته است.

پیشرفت‌های اخیر در فهم به‌هم‌وابستگی هیجان، فکر و رفتار در کنار تکامل مداوم دانش بالینی، پژوهشگران و درمانگران را به سمت استفاده از رویکردهای درمانی که شامل تجربه‌هیجانی اصلاحی هستند، سوق داده است (الکساندر و فرنچ، ۱۹۴۶؛ پاچانکیس و گولدفرد، ۲۰۰۷). به ویژه شواهد مختلفی که اخیراً آشکار شده‌اند، پیشنهاد می‌کنند مداخله‌فعالانه برای تشدید تماس با هیجان‌ات در جلسات درمان می‌تواند در کاستن از رنج درمان‌جویان در خارج از جلسه درمان مؤثر باشد. (این رویکردها هیجان را وسیله‌ای برای تغییر در نظر می‌گیرند نه فقط هدفی برای تغییر).

بنابراین، در دهه‌ گذشته تکنیک‌های تجربه‌ای-تکنیک‌هایی که هدفشان درگیری فعال با هیجان‌ات به‌جای تمرکز بر کاهش هیجان‌ات است-به‌طور گسترده‌ای ایجاد، تصفیه و مورد آزمون علمی قرار گرفته‌اند.

هدف کتاب حاضر نشان دادن نمونه‌ای از هنر رویکردهای تجربه‌ای در پرداختن به هیجان است که در چارچوب درمان شناختی رفتاری می‌توان به کار بست. ما امیدواریم در کنار تسهیل کاربردپذیری بالینی فوری، به ترغیب انگیزه خوانندگان برای کاوش بیشتر در این رویکردهای نویدبخش نیز بپردازیم.

از زمان یونان باستان، فرهنگ غرب برای عقلانیت<sup>۱</sup> ارزش بالایی قایل بوده است و شیفتگی خاصی به توان خرد<sup>۲</sup> برای هدایت یا حتی غلبه بر نیروهای بدوی و حیوانی هیجان‌ها نشان داده است. افلاطون به‌عنوان یکی از بنیان‌گذاران فلسفه غرب، خرد را به‌منزله ارباب‌رانی در نظر می‌گیرد که دو اسب را می‌راند (هدایت می‌کند) که بیانگر مرتبه عالی خرد و ماهیت پست احساسات است (گریسولد، ۲۰۱۰). بعدها روایتی نیز چنین دیدگاهی و حتی دیدگاهی سخت‌گیرانه‌تر را اتخاذ کردند مبنی بر اینکه افرادی که به کمال اخلاقی و عقلانی دست می‌یابند، هیجان‌هایی نظیر ترس، رشک، شهوت یا حتی عشق شهوانی را تجربه نمی‌کنند (بالتزی، ۲۰۱۲). عصر جدید فرهنگ غربی از زمان انقلاب علمی به‌واسطه انقلاب صنعتی و روشنگری تاکنون، ارزش خرد در تبیین، پیش‌بینی و تغییر جهان اطرافمان را ارج نهاده است. عقلانیت آشکارا خود را به‌صورت یک توانایی نیرومند نشان داده است. این تفکر که عقلانیت می‌تواند و می‌بایست برای حل تمام مشکلات احتمالی از جمله مهار کردن تجارب هیجانی سرکش ما به کار گرفته شود، فریبنده است. با وجود این، یافته‌های مختلف پیشنهاد می‌کنند که هیجان و خرد، آن‌طور که به‌طور سنتی در فرهنگ غربی فرض می‌شود، به‌آسانی قابل تمایز نیستند.

برای روشن شدن مطلب، مثال موردی ذکر شده توسط داماسیو (۱۹۹۴) را در نظر بگیرید، مردی با آسیب مغزی که در عین دست نخورده باقی ماندن قوای عقلانی، نظام هیجانی‌اش مختل شده است. این مرد که جذاب، باهوش و مرتب به نظر می‌رسد قادر به تصمیم‌گیری ساده مانند انتخاب زمان قرار ملاقاتش نبود. این مرد بدون ارتباط کامل با هیجان‌اتش، قادر به جهت‌یابی و انجام حتی ساده‌ترین تکالیف نبود.

هیجان منجر به چیزی می‌شود که داماسیو آن را «نشانه‌های جسمانی<sup>۳</sup>» می‌نامد که به ما درباره چیزهای مهم و باارزش علامت می‌دهد (داماسیو، ۱۹۹۴). همسو با این ایده‌ها، پارادایم جدیدی در علوم شناختی موسوم به دیدگاه ذهن مجسم<sup>۴</sup>، پایگاه نیرومندی را پیدا کرده است. این دیدگاه بیان می‌کند که تمام استدلال‌های انتزاعی بر اساس تجارب مجسم ساخته می‌شوند، برخاسته از حواس هستند و بر پایه هیجان‌ها استوارند و قوه ذهنی مجزایی که بیانگر دیدگاهی غیر مجسم و عینی از جهان باشند، نیستند (رجوع شود به لاکف و جانسون، ۱۹۹۹).

هیجان‌ها به‌طور جدانشدنی و با شناخت‌ها پیوند خورده‌اند. آنها یک نظام پیش‌کلامی سریع برای

1- Rationality

2- Reason

3- somatic markers

4- Embodied mind perspective

ارزیابی خطر فراهم می‌سازند (لدوکس، ۱۹۹۶)، برجستگی خاطرات را تعیین می‌کنند (پانکسپ، ۱۹۹۸)، بر علامت‌دهی و ارتباط بین فردی تأثیر می‌گذارند (اسروف، ۱۹۹۶)، به شایستگی اجتماعی کمک می‌کنند (مایر و سالوی، ۱۹۹۷) و با افکار هشیار برای ایجاد روایت‌هایی<sup>۱</sup> که جایگاه فرد را در جهان در طول زمان تعیین می‌کنند، تعامل می‌نمایند (انگس، گرینبرگ، ۲۰۱۱). از دیدگاه تکاملی، هیجان‌ها ضرورتی بنیادی و انطباقی قلمداد می‌شوند (ایزارد، ۱۹۹۱). هیجان‌ها اطلاعاتی فراهم می‌آورند که انسان را به سمت نیازهای اساسی خویش هدایت می‌کند و با انگیزه برای برآورده کردن این نیازها با محیط تعامل می‌کنند.

در حالی که هیجان‌ها اساساً انطباقی قلمداد می‌شوند، مشکلات هیجانی زمانی به وجود می‌آیند که هیجان‌ها کنترل نشده<sup>۲</sup>، تحت کنترل افراطی<sup>۳</sup> و یا به دلیل ارتباط بیشتر با تجارب گذشته به جای حال حاضر، نامتناسب باشند. بک (۱۹۷۶) بر اساس به‌کارگیری عقلانیت برای تفکر دربارهٔ واقعیت، رویکردی موسوم به شناخت‌درمانی برای پرداختن به این دشواری‌های هیجانی طراحی کرد که به فرد کمک می‌کند تا دیدگاه دقیق‌تری کسب کند و هیجان را با موقعیت واقعی متناسب سازد. با این حال، گستره‌ای از نظریه‌های علمی پدیدار شده‌اند که هیجان و خرد را به‌عنوان جنبه‌های یکپارچه‌ای از ساختار ذهنی شناختی-عاطفی سطح بالاتر در نظر می‌گیرند، برخی از نظریه‌های درمان شناختی-رفتاری استدلال می‌کنند که تکیه صرف بر تفکر عقلانی، ناراسا و محکوم به شکست است (سامویلو و گولدفرد، ۲۰۰۰). در واقع، یک نقطهٔ غیر متداول در درمان شناختی-رفتاری این شکایت مکرر درمان‌جویان است که «من از لحاظ عقلانی می‌دانم این درست نیست [که من فریبکار، ناتوان و غیره هستم]، اما هنوز آنها به‌گونه‌ای احساس می‌شوند که انگار درست هستند».

شناخت‌درمانی به‌وضوح، از طریق طراحی روشی خاص برای تسکین رنج، آموختن تجربی این روش و فراهم آوردن شواهد نیرومند، توانست جنبش روان‌درمانی را به جلو هدایت کند. به زبان بالینی، کار کردن با مراجع از طریق افزایش آگاهی فراشناختی آنان برای ساختن مهارت‌های مقابله‌ای، می‌تواند پایهٔ نیرومندی برای تقویت تاب‌آوری هیجانی فراهم سازد. با وجود این، گستره‌ای از شواهد از این اندیشه حمایت می‌کنند که نه‌تنها استفاده از عقلانیت موجب کاستن و فرونشاندن هیجان‌ات منفی می‌شود، بلکه استفاده از خود هیجان‌ها به‌عنوان دروازهٔ ورود به شبکهٔ شناختی-عاطفی ناکارآمد نیز می‌تواند منجر به همان آثار مطلوب شود.

نظریهٔ پردازش هیجانی فوا و کوزاک (۱۹۸۶) بر اساس مدل زیستی اطلاعاتی<sup>۴</sup> مطرح شده توسط لانگ (۱۹۷۷) عنوان می‌کند که به منظور تعدیل پاسخ‌های ترس مفرط، ابتدا باید شبکهٔ (مدار) ترس زیربنایی برای ایجاد قابلیت تغییر فعال شود. سپس، باید اطلاعات جدید دارای مؤلفه‌های ناهمخوان و ناسازگار با اطلاعات

---

1- Narratives  
2- Underregulated  
3- Overregulated  
4- Bioinformational

مرتبط با ترس فعلی افزوده شود تا شبکه جدید و به‌روز شده شکل گیرد. اصول اساسی این نظریه توسط سطوح عصب زیست‌شناختی پردازش در مدل حیوانی موسوم به تحکیم مجدد روزآمد<sup>۱</sup> تأیید شده است. در این‌گونه پردازش، هنگامی که مدار ترس موجود و آموخته‌شده قبلی، از طریق عناصر برانگیزاننده محرک‌های ترس اصلی، دوباره فعال می‌شود، قابل تعدیل و جایگزینی می‌شود (رجوع شود به ترانسون و تیلور، ۲۰۰۷). این اصول در سطح بالینی به طور آشکار در درمان مبتنی بر رویارویی برای اختلال‌های اضطرابی به کار گرفته شده است. ما پیشنهاد می‌کنیم که اصول مشابهی - یعنی فعال‌سازی هیجان به منظور تعدیل بهتر ساختار ذهنی شناختی - عاطفی - می‌تواند بنیان نیرومندی برای مداخلات مختلف در حوزه دشواری‌های هیجانی متعدد فراهم سازد. شواهد پیشنهاد می‌کنند که برانگیختگی و ابراز هیجانی در انواع روان‌درمانی با پیامد مثبت مرتبط است. برانگیختگی هیجانی بالا در آغاز درمان در کنار خوگیری در بین جلسات با پیامدهای مثبت در درمان مبتنی بر رویارویی برای اختلال‌های اضطرابی همراه است (بورکووک و سایدس، ۱۹۷۹؛ جیکاکس، فوا و مورال، ۱۹۹۸). در یک فراتحلیل مطالعات فرایند-پیامد<sup>۲</sup> درمان روان‌پوشی کوتاه‌مدت (PDT) در نمونه‌های بالینی مختلف، رابطه معناداری بین ابراز عواطف و پیامدهای آتی درمان نشان داده شد (دینر، هیلستروث و وینبرگر، ۲۰۰۷). در درمان افسردگی، برانگیختگی هیجانی میانه<sup>۳</sup> درمان در درمان هیجان‌مدار (EFT) و مراجع‌محور (CCT) پیش‌بینی‌کننده پیامدهای مثبت بود (میسیرلیان، توکمانیان، واروار و گرینبرگ، ۲۰۰۵). نشان داده شده که هم در PDT و هم در CBT تکنیک‌هایی که هیجان را فراخوانده و مورد بررسی قرار می‌دهند با پیامدهای مثبت ارتباط دارند (جونس و پولوس، ۱۹۹۳). به نظر می‌رسد احتمالاً چیزی فراتر از صرف برانگیختن و تخلیه هیجان‌ها برای بهینه‌سازی درمان اهمیت دارد. برای مثال تا همین اواخر اعتقاد بر این بود که درمان مبتنی بر رویارویی از طریق خاموشی و خوگیری در جلسات رویارویی باعث تغییر می‌شود. با وجود این، شواهد جدیدتر نشان دادند که خوگیری ممکن است اهمیت کمتری نسبت به ایجاد تحمل پریشانی و پذیرش هیجانی داشته باشد (ارچ، ولیتزکی-تیلور، ایفرت و کراساک، ۲۰۱۲؛ بلوت، زولنر و فینی، ۲۰۱۴؛ کراساک و همکاران، ۲۰۰۸). علاوه بر این، به نظر می‌رسد تطابق معانی جدید به‌واسطه تجربه هیجان در درمان مبتنی بر رویارویی نیز مهم است (سوبل، رسیک و رابالیس، ۲۰۰۹). میسیرلیان و همکاران (۲۰۰۵) در درمان تجربه‌ای برای افسردگی دریافتند که توانایی درمان‌جویان برای معنا دادن به هیجان‌ات برانگیخته‌شده خودشان، به پیامدهای درمانی فراتر از برانگیختگی هیجانی میانه<sup>۳</sup> درمان منجر می‌شود. فردر، اوزرا، گرینبرگ و هرمان (۲۰۱۳) اظهار کردند که کیفیت آگاهی از هیجان تجربه‌شده هم‌راستا با نگرش مراجع نسبت به این هیجان‌ات، به طور نیرومندی با پیامد درمان مرتبط است و همین عوامل تعیین می‌کنند آیا هیجان برانگیخته شده ثمربخش خواهد بود یا خیر. مقیاس‌های پردازش هیجانی درون جلسات که بر محور توجه، پذیرش و افتراق تجارب شناختی - عاطفی قرار دارند با پیامد

1- Reconsolidation update  
 2- Process-outcome studies  
 3- Midtreatment

درمان در CBT, CCT و EFT مرتبط هستند (کاستونگای، گولدفرید، ویسر، راو و هیوز، ۱۹۹۶؛ گولدمن، گرینبرگ و پوس، ۲۰۰۵؛ پوس، گرینبرگ و واروار، ۲۰۰۹؛ واتسون و بدارد، ۲۰۰۶).

بنابراین به نظر می‌رسد به منظور ایجاد تجربه‌ی هیجانی اصلاحی برای درمان‌جویان، باید به آنها کمک کرد که به هیجانات خویش توجه کنند، آنها را بپذیرند و معنای جدیدی از آن، استخراج کنند. در حالی که شرایط ضروری درمان مراجع‌محور راجزی از جمله همدلی، توجه مثبت و اصالت در برخی درمانگران می‌تواند به درمان‌جویان کمک کند تا هیجانات خویش را احساس و ابراز کنند، اما این شواهد پیشنهاد می‌کنند که افزودن تکنیک‌های فعالی که درمان‌جویان را به سمت تکالیف پردازش هیجانی خاص هدایت می‌کنند، می‌تواند موجب بهبود پیامد درمان در مرحله پس از درمان و پیگیری شود (الیسون، گرینبرگ، گولدمن و انگوس، ۲۰۰۹). با وجود این، هنوز مهم است که درمانگران تکنیک‌های هیجان‌برانگیز را به نحوی به کار بگیرند که اتحاد درمانی نیرومندی را با درمان‌جویان خویش حفظ کنند و این امر حتی در درمان‌های بسیار ساخت‌یافته مانند رویارویی طولانی نیز صادق است (مک لاگلین، کله، فینی و زولنر، ۲۰۱۴). در این کتاب ما رویکردهای متنوعی را ارائه می‌کنیم که هدفشان کمک به درمان‌جویان برای درگیر شدن با هیجانات با استفاده از تکنیک‌هایی است که ریشه در شواهد پژوهشی دارند و می‌توانند به شیوه‌ای به کار برده شوند که حس پیوند بین مراجع و درمانگر را افزایش دهند. این کتاب به پنج بخش تقسیم شده است. بخش اول، متمرکز بر پذیرش هیجان و تمام جوانب تجربه است. این بخش شامل فصولی در مورد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، یکپارچه‌سازی تمرین‌های ذهن‌آگاهی با CBT و تأکید بر پذیرش خود و خود-شفقتی از طریق درمان متمرکز بر شفقت است. رویکردهای متمرکز بر پذیرش و ذهن‌آگاهی در سال‌های اخیر با علاقه و افری از سوی برخی درمانگران روبه‌رو شده‌اند. این فصول توضیحات بالینی صریح و موجزی ارائه می‌کنند که این کارهای مهم را الگوهی می‌کند. بخش دوم، به تشریح کاربردهای رویارویی با هیجان می‌پردازد. فصل مربوط به درمان مبتنی بر رویارویی واقعی و تصویری، نه‌تنها رهنمودهایی در مورد روش‌های ضمنی افزایش درگیری هیجانی مراجع در کار رویارویی ارائه می‌کند، بلکه چالش‌های هیجانی رایجی را که ممکن است در بافت اجرای رویارویی برای درمانگران پیش آید، نیز غفلت اجزای علاوه بر این فصلی در مورد استفاده از رویارویی در افسردگی در این بخش وجود دارد

بخش سوم شامل سه فصل است که همه آنها منعکس‌کننده کاربردهای شیوه‌ای موسوم به بازسازی تصویر ذهنی<sup>۱</sup> است که در آن مراجع ابتدا با خاطرات آسیب‌زای خویش به صورت تصویری روبه‌رو می‌شود و سپس از او خواسته می‌شود در صحنه تصور شده به گونه‌ای جدید رفتار کند. این شیوه ترفندهای<sup>۲</sup> جدیدی را به کاربست درمان رویارویی افزوده است و از طریق مکانیسم‌های متفاوتی عمل می‌کند. این فصل شامل کاربرد بازسازی تصویر ذهنی در اختلالات شخصیت، اختلال استرس پس از آسیب و اضطراب اجتماعی است. فصل آخر این بخش به بررسی روش رویارویی در بستری گسترده‌تر و در درون کارهای شناختی و تجربه‌ای برای اختلال اضطراب اجتماعی می‌پردازد.

بخش چهارم شامل رویکردهایی است که به هیجان‌های برانگیخته شده در جلسات درمان، بهبود پردازش هیجانی و همچنین راهبردهای تنظیم هیجان می‌پردازند. ما درمان هیجان‌مدار را به‌عنوان درمانی برخاسته از پژوهش، انسان‌گرا و محدود از لحاظ زمان در این بخش لحاظ کرده‌ایم، این درمان مراجع را به اجرای تمرین‌هایی سوق می‌دهد که با هدف ابراز نیازهای زیربنایی و حل موانع هیجانی برای برآوردن این نیازها انجام می‌شوند. فصل دیگری که به یکپارچه کردن کارهای هیجان‌مدار می‌پردازد، رویکردی برگرفته از طرح‌واره درمانی است و تحت عنوان کار با ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای مطرح می‌شود. کار با ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای را می‌توان به‌عنوان مدل بروز شده مدل اصلی طرح‌واره جفری یانگ (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳) دانست که مدل مفهومی خاصی ارائه می‌کند که متمرکز بر کارهای تجربه‌ای درون جلسات از جمله تکنیک‌های تصویری و سبک گشتالتی «کار با صندلی<sup>۳</sup>» است. فصل مربوط به طرح‌واره درمانی هیجانی بیانگر نوع بسط یافته‌ای از بازسازی شناختی است که بر نگرش‌های درمان‌جویان در مورد هیجان متمرکز است. در آخر، فصل مربوط به درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، شیوه‌هایی برای پرداختن به اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی اضطرابی<sup>۴</sup> معرفی می‌کند. این رویکرد به دنبال گسترش روش‌های CBT سنتی برای کار با اضطراب مزمن و پرداختن به راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجانی است که منجر به تثبیت علائم می‌شوند که از جمله آنها می‌توان به نگرانی فراگیر و نشخوار فکری اشاره کرد.

در نهایت بخش پنجم روش‌هایی برای پرداختن به واکنش‌های هیجانی مراجع و درمانگر به یکدیگر معرفی می‌کند. فصل مربوط به تکنیک‌های رابطه‌ای به معرفی رویکردی از درمان روان‌پویشی می‌پردازد که فرایند گسیختگی اتحاد درمانی و ترمیم آن را کانون تمرکز درمان قرار می‌دهد. مؤلفان کتاب حاضر پژوهش‌های نوپدیدبخشی برای افزودن این درمان‌های الحاقی به نقاط ضعف مربوط به بحث اتحاد درمانی در CBT سنتی انجام داده‌اند. فصل مربوط به تمرکز بین فردی و تجربه‌ای در GAD، شامل رویکردی یکپارچه‌نگر است که به ترکیب کارهای ارتباطی روان‌پویشی و تمرین‌هایی از EFT و CBT می‌پردازد.

1- Imagery rescripting

2- Twist

3- Chair work

4- Anxious depression

فصل پایانی شامل روان‌درمانی تحلیلی کارکردی<sup>۱</sup> (FAP) است که تبادلات بین فردی مراجع و درمانگر را از دیدگاهی رفتاری می‌نگرد. روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بدون هیچ هراسی، از ابراز صریح عشق، شفقت و مراقبت توسط درمان‌جویان حمایت می‌کند و نمایانگر شیوه‌ای زنده و صمیمانه است که احساس غیرقابل‌تردیدی از سرزندگی را به عمل روان‌درمانی تزریق می‌کند.

مؤلفان در هر فصل نظریه پشت رویکردشان را شرح می‌دهند، مرور مختصری از شواهد حمایت‌کننده آن نظریه ارائه می‌کنند و به توصیف کارکردهای بالینی آن به شیوه‌ای می‌پردازند که ترسیم‌کننده چیزی است که درمانگر انجام می‌دهد و می‌گوید و تا حد امکان مبتنی بر مثال‌های بالینی است. در این کتاب به منظور افزایش ارزش کاربرد بالینی، از مؤلفان خواستیم که در آخر فصل به این امر توجه ویژه نشان دهند. مؤلفان همچنین برای نشان دادن مرزهای جدید تحولات پژوهشی و بالینی آتی، بخش محدودیت‌ها و جهت‌گیری‌های آینده را در هر فصل لحاظ کرده‌اند. هر فصل با فهرستی از منابع اضافی از جمله کتاب‌های آموزشی، وبسایت‌ها و دی‌وی‌دی به پایان می‌رسد تا به این وسیله درمانگران بتوانند از کتاب حاضر به‌عنوان سکوی پرشی برای گسترش خزانه بالینی خویش و پیشرفت‌های بعدی در زمینه درمانگری استفاده کنند.

امیدواریم به همان اندازه که ما از مزیت گردآوری این کتاب لذت بردیم شما نیز با خواندن این کتاب لذت ببرید. ما به‌نوبه خویش تشکر ویژه خود را از مؤلفان کتاب ابراز می‌داریم که چنین تجارب یادگیری گران‌بهایی را برای ما به‌عنوان ویراستاران این کتاب ارزشمند فراهم ساختند.

## منابع

- Alexander, F. F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. Oxford, UK: Ronald Press.
- Angus, L., & Greenberg, L. (2011). *Working with narrative in emotion focused therapy: Changing stories, healing lives*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Arch, J. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Eifert, G. H., & Craske, M. G. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7–8), 469–478.

- Auszra, L., Greenberg, L. S., & Herrmann, I. (2013). Client emotional productivity—Optimal client in-session emotional processing in experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 23(6), 732–746.
- Barlow, D. H. (2014). *Clinical handbook of psychological disorders* (5th ed.). New York: Guilford Press.
- Baltzly, D. (2012). Stoicism. In *The Stanford encyclopedia of philosophy* (winter ed.). Retrieved from <http://plato.stanford.edu/archives/win2012/entries/stoicism>.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324–333.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford, UK: International Universities Press.
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2002). Distinctive features of cognitive-behavioral therapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review*, 22(5), 671–706.
- Bluett, E. J., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2014). Does change in distress matter?: Mechanisms of change in prolonged exposure for PTSD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 97–104.
- Borkovec, T. D., & Sides, J. (1979). The contribution of relaxation and expectance to fear reduction via graded imaginal exposure to feared stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 529–540.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497–504.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 5–27.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: Emotion, rationality and the human brain*. New York: Putnam.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A metaanalysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 936–941.
- Ellison, J. A., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Angus, L. (2009). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 103–112.



- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Goldfried, M. R. (2013). Evidence-based treatment and cognitive-affective-relationalbehavior therapy. *Psychotherapy*, 50, 376–380.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Pos, A. E. (2005). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research*, 15, 248–260.
- Griswold, C. L. (Ed.). (2010). *Self-knowledge in Plato's Phaedrus*. State College: Pennsylvania State Press.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Jaycox, L. H., Foa, E. B., & Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 185–192.
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 306–316.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh: The embodied mind and its challenge to Western thought*. New York: Basic Books.
- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8(5), 862–886.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3–31). New York: Basic Books.
- McLaughlin, A., Keller, S. M., Feeny, N. C., Youngstrom, E. A., & Zoellner, L. A. (2014). Patterns of therapeutic alliance: Rupture–repair episodes in prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 112–121.
- Missirlian, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H., & Greenberg, L. S. (2005). Emotional arousal, client perceptual processing, and the working alliance in experiential psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 861–871.

- Pachankis, J. E., & Goldfried, M. R. (2007). An integrative, principle-based approach to psychotherapy. In S. G. Hofmann & J. Weinberger (Eds.), *The art and science of psychotherapy* (pp. 49–68). New York: Routledge/Taylor & Francis.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., & Warwar, S. H. (2009). Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6), 1055–1066.
- Samoilov, A., & Goldfried, M. R. (2000). Role of emotion in cognitive-behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*(4), 373–385.
- Sobel, A. A., Resick, P. A., & Rabalais, A. E. (2009). The effect of cognitive processing therapy on cognitions: Impact statement coding. *Journal of Traumatic Stress, 22*(3), 205–211.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Tronson, N. C., & Taylor, J. R. (2007). Molecular mechanisms of memory reconsolidation. *Nature Reviews Neuroscience, 8*(4), 262–275.
- Watson, J., & Bedard, D. (2006). Clients' emotional processing in psychotherapy: A comparison between cognitive behavioral and process experiential therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 152–159.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

## بخش اول

پذیرش به مثابه درگیری:

توجه کردن، اجازه دادن  
و بودن با هیجان



# فصل ۱

## ذهن آگاهی

چیزی که فکر می‌کنید نیست

کریستوفر ک. جرمر  
کریستین اس. چان

زمانی که درد را دشمن خود می‌سازیم، آن را نیرومند می‌کنیم. این مقاومت جایی است که رنج ما شروع می‌شود.

ازرا بایدا

لورن در اغلب زندگی بزرگسالی‌اش از حملات وحشت‌زدگی رنج برده است. او در مصاحبهٔ اولیه توضیح داد که برای خلاص شدن از اضطرابش هر کاری کرده است، به عنوان مثال، تن‌آرامی، بازسازی شناختی، درمان مبتنی بر رویارویی، روان‌درمانی بینش‌مدار و دارودرمانی. با کمک درمان او موفق به حفظ شغلش شد، اما هنوز صبح‌ها با احساس ناخوشایند رانندگی کردن تا محل کارش، از خواب بیدار می‌شد. لورن با صدای بلند و متعجب می‌پرسید: «چرا من برخلاف انجام همهٔ کارهای درست هنوز مضطربم؟» او اخیراً مطالبی در مورد فواید ذهن‌آگاهی خوانده و امیدوار بود که ذهن‌آگاهی بتواند پاسخی به او ارائه کند.

از دیدگاه ذهن‌آگاهی، لورن تا زمانی که تلاش کند از شر اضطرابش خلاص شود، به عنوان یک فراری از آن خواهد ماند. قاعده این است: «در برابر هر چیزی مقاومت کنید، ادامه می‌یابد.» ما به همان میزان که با احساسات و هیجانات دشوارمان در زندگی مبارزه می‌کنیم، مشکلاتی را در زندگی‌مان ایجاد می‌نماییم. به عنوان مثال، مبارزه با بی‌خوابی می‌تواند منجر به بی‌خوابی مزمن شود و تلاش برای سوگواری نکردن می‌تواند باعث افسردگی شود. در مقابل «اگر چیزی را بتوانید احساس و تجربه کنید، می‌توانید التیام پیدا کنید.» زمانی که به مشکلاتمان اجازه دهیم در زندگی‌مان به آرامی و با خیال راحت حضور داشته باشند،

آنها کم رنگ می‌شوند. اگر لورن به احساس اضطراب اجازه دهد تا در بدنش در جریان باشد و ترس از تجربه حمله قلبی را فقط به عنوان یک فکر، بدون فاجعه سازی آن ببیند، چه اتفاقی برای او خواهد افتاد؟ دو سؤال مهم در مفهوم سازی موردی یک درمانگر مبتنی بر ذهن آگاهی عبارت‌اند از: (۱) مراجع در برابر چه نوع دردی مقاومت می‌کند؟ (۲) چگونه می‌توانم به مراجع کمک تا رابطه پذیرنده‌تری با دردش برقرار کند؟ در مورد لورن، او در برابر تجربه اضطراب مقاومت می‌کند و وظیفه درمانگر کمک به اوست تا به تدریج آن را بپذیرد. دستیابی به این هدف مشکل است، به خصوص در مورد اختلال وحشت‌زدگی که درمان جویان احساس می‌کنند، برای زندگی‌شان می‌جنگند؛ بنابراین، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی طی مراحل به سمت پذیرش حرکت می‌کند. ما با کاوش (کنجکاوانه به ناراحتی توجه می‌کنیم) شروع می‌کنیم، بعد به سمت تحمل (با خیال راحت ناراحتی را تحمل می‌کنیم)، سپس در جهت اجازه دادن (به ناراحتی اجازه می‌دهیم در جریان باشد) و در نهایت خوشامدگویی (در آغوش گرفتن تجارب دشوار به عنوان بخشی از زندگی) پیش می‌رویم. مراحل پذیرش منطبق با سست شدن تدریجی مقاومت است.

درمانگر از لورن دعوت کرد تا تنش‌های غیر تهدیدکننده‌ای را که در بدنش بودند، اما نشانه حمله وحشت‌زدگی نبودند، مورد بررسی قرار دهد. سپس او یاد گرفت که اضطرابش را از طریق تمرکز بر تنفس به جای تمرکز بر افکار فاجعه‌آمیز تحمل کند. پس از آن، لورن کشف کرد که می‌تواند از حملات وحشت‌زدگی خود رهایی یابد، وقتی یاد گرفت که هیجاناتش را نام‌گذاری کند و به آنها اجازه دهد که حضور داشته باشند («آن تنهایی است»، «آن ترس است.»). در نهایت، او شروع کرد به خوشامد گفتن به فرصت پیش آمده برای موج‌سواری بر روی اضطرابش، به جای اینکه در آن غرق شود و از آزادی تازه کشف شده‌اش لذت ببرد. این فرایند کامل، به معنای برقراری نوعی رابطه جدید با اضطراب است.

## پیشینه و نظریه

تعاریف زیادی از ذهن آگاهی وجود دارد که همه آنها نابسند هستند، زیرا ذهن آگاهی یک تجربه پیش‌کلامی و پیش‌ادراکی از آگاهی مستقیم است. ذهن آگاهی نمی‌تواند در قالب کلمات تعریف شود، برای مثال بین دانستن اینکه یک ماشین خارج از اداره شما چپ کرده است و اینکه به صورت هشیارانه صدا را در بدنتان احساس کنید، تفاوت ظریفی وجود دارد. همین طور، شما ممکن است یک نور سبز را بر روی در ورودی خانه‌تان ببینید، قبل از اینکه متوجه شوید که آن لباس سبز زنی است که شما در انتظار دیدارش در ملاقات بعدی‌تان هستید. ذهن آگاهی لحظه نخست تجربه حسی است، یعنی اولین مرحله پردازش اطلاعات پیش از اینکه ما شانس برای بیشتر فکر کردن در مورد آن و یا فرمول‌بندی عقایدمان در قالب کلمات داشته باشیم. با توجه به این موضوع ذهن آگاهی به شدت تجربی است.

یک تعریف پایه از ذهن آگاهی «آگاهی لحظه‌به‌لحظه» است. تعاریف دیگر شامل «حفظ هشیاری زنده