

مقایسه‌ی نظری مدل‌های شناختی رفتاری با مدل‌های پویایی تجربه‌ای در تنظیم هیجان

Theoretical Comparison of Cognitive Behavioral Models with Experimental Dynamics Models in Emotion Regulation

Elham Moosavian

Ph.D Student of clinical psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

elham_moosavian@yahoo.com

الهام موسویان

دانشجوی دکتری روان شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

Abstract

Impaired emotion regulation is the core of many psychological pathologies and despite the availability of effective psychotherapy, many patients do not have a significant clinical improvement in emotion regulation. In this regard, different psychotherapy models derived from disparate theoretical orientations have, over time, commingled emotion regulation recovery principles and techniques. In this article, the cognitive-behavioral model has been compared with the experiential dynamic model in relation to emotion dysregulation underlying factors and subsequent therapeutic techniques affecting these factors and finally, after discussing the disadvantages and benefits of each model, an emotion regulation method based on psychodynamic principles is propounded, blending the findings of emotion regulation science and experiential dynamic psychotherapy. Although the method and the related techniques are psychodynamic, they can be integrated with other approaches.

چکیده

اختلال در تنظیم هیجان هسته بسیاری از آسیب شناسی‌های روانی است و علی‌رغم در دسترس بودن روان‌درمانی‌های مؤثر، بسیاری از بیماران در تنظیم هیجان پیشرفت بالینی قابل توجهی ندارند. در همین راستا مدل‌های مختلف روان‌درمانی که از متفاوت‌ترین جهت‌گیری‌های نظری نشأت گرفته‌اند، در طول زمان اصول و تکنیک‌های مربوط به بهبود تنظیم هیجانی بیمار را در هم آمیخته‌اند. در این مقاله مدل درمان شناختی رفتاری با مدل پویایی تجربه‌ای در رابطه با عوامل زمینه‌ساز اختلال در تنظیم هیجان و متعاقباً تکنیک‌های درمانی مؤثر بر این عوامل، مقایسه شده و در نهایت بعد از مطرح کردن معایب و مزایای هر مدل درمانی، روشی برای تنظیم هیجانی معرفی می‌گردد که مبتنی بر اصول روان‌پویایی است، و یافته‌های علم تنظیم هیجان و روان‌درمانی پویایی-تجربی را در هم می‌آمیزد. اگر چه این روش و تکنیک‌های ارائه‌شده روان‌پویایی هستند، اما می‌توانند با رویکردهای دیگر هم ادغام شوند.

Keywords: *Experimental Dynamic Model, Emotion Regulation, Cognitive Behavioral Model.*

واژه‌های کلیدی: مدل پویایی-تجربی، تنظیم هیجان، مدل شناختی-رفتاری.

ویرایش نهایی: مرداد ۹۹

پذیرش: اسفند ۹۸

دریافت: آذر ۹۸

نوع مقاله: مروری سیستماتیک

مقدمه

گروس^۱ (۱۹۹۸) معتقد است که تنظیم هیجان^۲ به «فرآیندهایی که افراد از طریق آن‌ها تعیین می‌کنند چه هیجان‌هایی داشته باشند، چه زمانی این هیجان‌ها را داشته باشند و چگونه این هیجان‌ها را تجربه و ابراز کنند» اشاره دارد. تنظیم هیجان برای کنش‌وری روان‌شناختی سالم ضروری است. ضعف در تنظیم هیجان را با اختلال‌های روان‌پزشکی در ارتباط دانسته‌اند (بارلو^۳، ۲۰۰۲؛ اهرینگ^۴، ۲۰۱۳؛ گرکوچی^۵، ۲۰۱۲؛ منین و فرسکو^۶، ۲۰۱۴؛ ورنر و گروس^۷، ۲۰۰۹). بیش از ۷۵٪ از اختلال‌های روان‌پزشکی با نارسایی در تنظیم هیجان مشخص

¹ Gross

² Emotion Regulation

³ Barlow

⁴ Ehling

⁵ Grecucci

⁶ Menin & Fresco

⁷ Werner & Gross

می‌شوند. اضطراب، افسردگی و اختلال‌های شخصیت با هیجان‌های تنظیم‌نشده خاصی مرتبط هستند (منین و فرسکو، ۲۰۰۹؛ تابر و لین^۱، ۲۰۰۰؛ شولتز^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). مشکلات موجود در تنظیم هیجان عامل خطر احتمالی و همچنین ماندگاری چندین اختلال است (گراتز، تال، متوزیویچ، بریتز و لهوتز^۳، ۲۰۱۳). بنابراین اختلال تنظیم هیجان هسته بسیاری از آسیب‌شناسی‌های روانی است (فارچیون^۴ و همکاران، ۲۰۱۲). علی‌رغم در دسترس بودن روان‌درمانی‌های مؤثر، بسیاری از بیماران در تنظیم هیجان پیشرفت بالینی قابل توجهی ندارند (فردریکسون^۵ و گروچی، ۲۰۱۸). در واقع، یکی از مشکلات اصلی ما هنگام مواجهه با بیماران با آسیب‌شناسی روانی، چگونگی تنظیم هیجانات بیمار است. بنابراین، تنظیم هیجان برای کمک به بهبود کلیه‌ی بیمارهای مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی ضروری است (گرکوچی و جاب، ۲۰۱۵).

نظریه‌های معاصر تنظیم هیجان در نظریات مرتبط با دفاع‌های روان‌شناختی (فروید^۶، ۱۹۳۶؛ پلهوس، فریدهندل و هیس^۷، ۱۹۹۷)، مقابله و استرس روان‌شناختی (لازاروس و فلکمن^۸، ۱۹۸۴) و نظریه‌های هیجان‌ها (داماسیو^۹، ۱۹۹۹؛ اکمن^{۱۰}، ۲۰۰۳؛ فریجدا^{۱۱}، ۱۹۸۶) ریشه دارند. اگر چه به‌تازگی مکانیسم‌های روان‌شناختی و عصبی زمینه‌ساز تنظیم هیجان‌های پایه را کشف کرده‌اند، اما وقتی متخصص بالینی می‌خواهد به مراجعه‌کننده یا درمان‌جوها کمک کند تا هیجان‌های خود را تنظیم کنند، چند پرسش اساسی مطرح می‌شود:

در آسیب‌شناسی چه چیزی تنظیم‌نشده است که بعدتر، طی تنظیم هیجان، تنظیم می‌شود؟ منابع پژوهشی آزمایشی مربوط به تنظیم هیجان حاکی از آن‌اند که تنظیم هر هیجانی می‌تواند مختل شود. آزمایش‌ها نشان می‌دهند که ترس، تنفر، برانگیختگی جنسی و هیجان‌های دیگر با استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان (ERS^{۱۲}) تنظیم می‌شوند. با وجود این، هنوز بیشتر آزمایش‌ها نشان نمی‌دهند که راهبرد کدام هیجان را تنظیم می‌کند. نتایج بیشتر آزمایش‌ها بر تحلیل پاسخ‌های ذهنی آزمودنی‌ها در مقیاس‌های مربوط به سنجش برانگیختگی، ظرفیت یا قدرت هیجانی مبتنی است که تصور می‌شود در پاسخ به محرک‌های آزمایشی ایجاد شده‌اند. با وجود این، هنوز نمی‌دانیم تنظیم هیجان چه چیزی را تنظیم می‌کند. برای مثال، وقتی آزمودنی‌ها احساس می‌کنند «عاطفه‌ی منفی» تنظیم شده است (اوکسندر^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۲)، نمی‌دانیم از برانگیختگی، ظرفیت یا کدام هیجان دیگر حرف می‌زند.

هیجان‌ها چگونه تنظیم می‌شوند؟ بر اساس منابع پژوهشی آزمایشی و سنت شناختی رفتاری، دستکاری سبک تفکر (راهبرد ارزیابی مجدد^{۱۴}) یا توجه (راهبرد حواس‌پرتی^{۱۵}) منجر به تنظیم هیجان می‌شود. ارزیابی مجدد موقعیت یا تفسیر دوباره‌ی معنای موقعیت با هدف کاستن از حالت منفی آن بر تجربه‌ی ذهنی هیجان و فرآیندهای روان‌فیزیولوژیک مرتبط، نظیر ضربان قلب، هدایت پوستی و فعالیت عصبی، تأثیر می‌گذارد (ایپرت^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۷؛ جکسون، مالمشتات، لارسون و دیویدسون^{۱۷}، ۲۰۰۰). نظریه‌ی ارزیابی (فریجدا، ۱۹۹۸؛ اسکیرر، اسکور و جانستون^{۱۸}، ۲۰۰۱) بر این فرض استوار است که تجربه‌ی رویداد منجر به ارزیابی شناختی آن شده، و پاسخ هیجانی را ایجاد می‌کند. بر اساس این تئوری، درمان‌های شناختی-رفتاری به منظور تنظیم هیجان بر عوامل شناختی و رفتاری تمرکز می‌کنند. مدل فرآیند هیجان‌گراس (۱۹۹۸) بر تئوری ارزیابی تأکید می‌کند. با توجه به این مدل، هیجانات از طریق توالی زیر تولید می‌شوند: ۱. فردی با موقعیتی مواجه و با آن درگیر می‌شود؛ ۲. این فرد به جنبه‌ی خاصی از موقعیت توجه می‌کند؛ ۳. رویداد را تفسیر می‌کند؛ ۴. پاسخی هیجانی همراه با رفتار (تمایل به کنش)، احساس، و برانگیختگی فیزیولوژیک را تجربه می‌کند؛ و ۵. پاسخ را تعدیل می‌کند. بر اساس این

¹ Thayer & Lane

² Schulze

³ Gratz, Tull, Matusiewicz, Breetz, Lejuez

⁴ Farchione

⁵ Fredrickson

⁶ Freud

⁷ Paulhus, Fridhandler, Hayes

⁸ Lazarus & Folkman,

⁹ Damasio

¹⁰ Ekman

¹¹ Frijda

¹² Emotion Regulation Strategy

¹³ Ochsner

¹⁴ Reappraisal strategy

¹⁵ Distraction strategy

¹⁶ Eippert

¹⁷ Jackson, Malmstadt, Larson, Davidson

¹⁸ Scherer, Schorr, Johnstone

مدل، تنظیم هیجان یا اختلال تنظیم آن ممکن است در هر قدم از این توالی رخ دهد. بر اساس مدل فرآیند (گراس، ۱۹۹۸)، اصولاً هر هیجانی ممکن است از تنظیم خارج شود. مکانیسم اصلی اختلال تنظیم فقدان یا شکست در به کار بردن راهبرد تنظیمی مناسب است. درمان‌های شناختی-رفتاری (از درمان‌های کلاسیک شناختی-رفتاری بک^۱، ۱۹۹۸، تا موج سوم درمان‌ها مانند رفتار درمانی دیالکتیکی^۲ لینهان^۳، ۱۹۹۳) برای تنظیم هیجان از مداخلات متناسب با مدل استفاده می‌کنند. در این مدل و درمان‌ها، اختلال تنظیم هیجان از طریق روش‌های رفتاری (مواجهه‌ی انتخابی با موقعیت‌های مناسب و تعدیل تطابقی موقعیت)، روش‌های توجهی (حمایت از انعطاف‌پذیری توجه و گسترش آگاهی نسبت به نشانه‌های درونی و بیرونی موقعیتی)، روش‌های شناختی (ارزیابی‌های شناختی و ارزیابی‌های مجدد) و ذهن‌آگاهی و روش‌های پذیرش (پذیرش و پرداختن آگاهانه به پاسخ‌های خود به موقعیت‌ها، بدون تکرار پاسخ‌های غیرانطباقی) درمان می‌شود. دو فرض پایه‌ی این رویکردها این است که از یک طرف بیمار فاقد راهبردهای تنظیم هیجانی مناسب در مراحل مختلف پردازش هیجان است و از طرف دیگر سبک‌های ناکارآمد ارزیابی، هسته‌ی هیجانات تنظیم نشده هستند.

از طرف دیگر، نظریه‌ی شناختی تنها بر علل خودآگاه اختلال در تنظیم هیجان و تنظیم خودآگاه آن‌ها تأکید کرده است. درحالی‌که عصب‌شناسی عاطفی نشان داده است هیجان‌ها خارج از آگاهی (یا به زبان بالینی، به صورت ناخودآگاه) ایجاد می‌شوند (داماسیو، ۱۹۹۹). تمرکز بر خودآگاه بودن در پژوهش‌های تنظیم هیجان و رویکردهای رفتاری شناختی موجب شده است پژوهش‌گران نتوانند نقش احساسات ناخودآگاه برانگیزاننده‌ی اضطراب و دفاع‌هایی را که منجر به خلق هیجان‌های تنظیم‌نشده می‌شوند بررسی کنند (گرکوچی و همکاران، ۲۰۱۵). نکته‌ی آخر اینکه، برخی از راهبردهای شناختی-توجهی تأثیر مخربی دارند. برای مثال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در بعضی شرایط، «ارزیابی مجدد» منجر به افزایش نشخوار ذهنی می‌شود، حال آنکه دلیل تراشی^۴ درباره‌ی هیجان (فروید، ۱۹۳۶)، یا «حواس‌پرتی» می‌توانند جلوی تجربه‌ی هیجان را بگیرند (فروید، ۱۹۲۳).

نظریه و تکنیک‌های تنظیم هیجان در روان‌درمانی

در سال‌های اخیر، متخصصان بالینی با جهت‌گیری‌های متفاوت، تکنیک‌ها و راهبردهای برگرفته از علم تنظیم هیجانی را در هم آمیخته‌اند. به عنوان مثال، لینهان (۱۹۹۳) مجموعه‌ای از توانایی‌ها را برای آموزش به بیماران مرزی فراهم آورده است تا به آن‌ها کمک کند با هیجانات بی‌نظم خود مقابله کنند. بارلو و همکارانش (۲۰۱۱) پروتکلی یکپارچه را برای درمان اختلالات هیجانی پیشنهاد کردند. منین و فرسکو (۲۰۰۹) درمانی را پیشنهاد کردند که کلاً بر تنظیم هیجانی مبتنی است و «درمان تنظیم هیجان» نام دارد. کلیه این مدل‌ها که منشاء شناختی-رفتاری دارند، آسیب‌شناسی را همچون فقدان راهبردهای تنظیم هیجانی در نظر می‌گیرند و آموزش نحوه‌ی استفاده از راهبردهای شناختی و التقاطی (مویال، هنیک و انهولت^۵، ۲۰۱۴) را برای بهبود مدیریت هیجانات لازم می‌دانند. ما این بخش را با بررسی نظریه و تکنیک‌های رفتاری-شناختی شروع می‌کنیم، سپس به نظریه و تکنیک‌های پویشی تجربه‌ای می‌پردازیم.

نظریه و تکنیک‌های رفتاری-شناختی تنظیم هیجانات

مکتب درمان‌های رفتاری-شناختی مداخلاتی را با هدف رهایی فرد از پریشانی فراهم کرده است (هاوتن^۶ و همکاران، ۲۰۱۱؛ وستربوک^۷ و همکاران، ۲۰۱۱). پریشانی مراجع، شامل تجربه‌ی هیجانات منفی و حساسیت‌های فیزیولوژیکی درماندگی‌زاست و ممکن است موجب اعمالی شود که به سبب آن بیمار دچار احساس عدم کنترل و درماندگی می‌شود. مداخلات درمان شناختی رفتاری^۸ (CBT) رفتار و آگاهی را هدف قرار داده و هیجان‌ها، پریشانی و برانگیختگی را تغییر می‌دهند. از منظر این رویکرد درمانی شناخت و رفتارهای دچار اشکال، موجب اختلال تنظیم هیجان می‌شوند و در عملکرد بیمار تداخل ایجاد می‌کنند یا موجب پریشانی وی می‌گردند (هاوتن و همکاران، ۲۰۱۱؛ وستربوک و همکاران، ۲۰۱۱).

¹ Beck

² Dialectical behavior therapy

³ Linehan

⁴ rationalizing

⁵ Moyal, Henik, Anholt

⁶ Hawton

⁷ Westbrook

⁸ Cognitive Behavior Therapy

این مکتب درمانی از اصول یادگیری رفتاری برای شکل دادن به رفتار بیمار استفاده می‌کند، سپس با بهره‌گیری از مداخلات کاهش استرس، برانگیختگی اضافی را کاهش می‌دهد تا از پریشانی جلوگیری کرده یا آن را کم کند (ولپه^۱، ۱۹۶۹). درمان شناختی (بک، ۱۹۷۶)، برای نقش ارزیابی شناختی در فهم ریشه و بقای پریشانی ذهنی اولویت قائل است. همراهی ارزیابی شناختی و تکنیک‌های رفتاری به عنوان بینش شناختی، اگر با تغییر رفتاری همراه نباشد، تأثیر کمتری در کاهش پریشانی دارد (وستربوک و همکاران، ۲۰۱۱). مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در سال‌های اخیر از طریق افزایش مهارت‌های ادراک و توجه، و ارتقای مدیریت تجربه‌ی هیجانی از طریق ذهن‌آگاهی به کار رفته است. این پیشرفت‌ها در موج سوم درمان‌های CBT مانند رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) (لینهان، ۱۹۹۳)، پذیرش و تعهد درمانی^۲ (ACT) (هیز، استورسال و ویلسون^۳، ۲۰۱۱)، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۴ (MBCT) (سگال و تیسدال^۵، ۲۰۱۲) و CBT متمرکز بر شفقت^۶ (گیلبرت^۷، ۲۰۰۹) مشاهده می‌شود. در مطالعه‌ی مروری اخیر که روی تکنیک‌های تنظیم هیجان انجام شد، لیهی و همکاران (۲۰۱۱) تکنیک‌های رفتاری شناختی را به پنج مهارت شناختی تقسیم می‌کنند که شامل توجه، برچسب‌زنی کلامی، ارزیابی مثبت از خود (تعریف ارزش‌ها و اهداف)، ارزیابی مجدد تفسیرهای منفی در مورد هیجان‌ها، و مهارت مدیریت و بازداری هیجانی (مهارت مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کاهش استرس) هستند.

به طور کلی پایه‌ی اصلی روش‌های CBT، مداخلات شناختی است، و از تکنیک‌هایی که توجه را جهت‌دهی می‌کنند، تا تغییر شکل فکر کردن و کار با ادراک هشیارانه‌ی فرآیندهای درونی متغیر است. فرآیند تغییر شناختی شامل افزایش آگاهی بیمار نسبت به انواع شناخت (مانند طرح‌واره‌ها، باورهای مرکزی، باورهای میانه، افکار خود به خودی منفی)، دسته‌بندی انواع تحریفات که بر شناخت بیمار تأثیر می‌گذارند (مانند بحران‌سازی، تفکر سیاه و سفید و غیره)، تمایز شناخت از هیجان، و برچسب‌زدن به هیجان‌های مختلف به منظور شناسایی آن‌ها می‌شود (لیهی، ۲۰۱۱). درمان‌های رفتاری شناختی از تکنیک‌های ارزیابی مجدد شناختی به عنوان ابزارهای اصلی تنظیم تجربه‌ی هیجانی استفاده می‌کنند. موج سوم مداخلات CBT لزوماً به دنبال تغییر شناختی نیست، این مداخلات بر راهنمایی و آموزش مدیریت توجه به بیمار، برای مداخله در الگوهای فکری غیرمفید متکی هستند. همه‌ی این درمان‌ها، از طریق روش ارزیابی شناختی مجدد به بیماران آموزش می‌دهند. همه‌ی درمان‌های مبتنی بر CBT درمانگر را در جایگاه معلمی قرار می‌دهد، که تکنیک‌های تنظیم هیجان را به بیمار می‌آموزد. رابطه‌ی میان درمانگر و بیمار از یادگیری تکنیک‌های تنظیم هیجان توسط بیمار پشتیبانی می‌کند و مهم است.

مشکلات راهبردهای تنظیمی رفتاری-شناختی

راهبردهای شناختی-رفتاری بر این فرض استوار هستند که رویدادها موجب ارزیابی می‌شود، و این ارزیابی موجب واکنش‌های هیجانی می‌گردد. اگر کسی بتواند ارزیابی محرک را تعدیل کند (برای مثال از طریق راهبردهای ارزیابی مجدد)، می‌تواند هیجان‌ها را کاهش دهد، مدیریت کند، یا از آن‌ها پیشگیری کند. با وجود این، علوم اعصاب عاطفی نشان می‌دهد که هیجان‌ها از نظر ساختار عصبی-زیست‌شناختی نسبت به شناخت تقدم دارند (لدوکس^۸، ۱۹۹۸؛ پانکسپ^۹، ۱۹۹۸). هیجان نسبت به شناخت تقدم ساختاری و نوروبیولوژیک دارد (گرکوچی و جاب، ۲۰۱۸؛ پانکسپ، ۱۹۹۸؛ داماسیو، ۱۹۹۹؛ لدوکس، ۱۹۹۸). برخی آزمایش‌ها از دیدگاه نوروبیولوژیک نشان داده‌اند که در طول القای وضعیت هیجانی، فعالیت عصبی مناطقی مانند قشر پیش‌پیشانی^{۱۰} (مایبرگ^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۹) کاهش می‌یابد. سایر مطالعات نشان داده‌اند که بیشترین پاسخ‌های قشر پیش‌پیشانی در برابر محرک‌های بی‌معنی، پاسخ متوسط برای محرک خنثی، و کمترین پاسخ آن در مقابل محرک‌های پرت‌کننده‌ی حواس رخ می‌دهد (دولکس و مک کارتی^{۱۲}، ۲۰۰۶). این نتایج بیان می‌کند که احتمال در دسترس بودن کامل راهبردهای شناختی مبتنی بر ارزیابی مجدد، برای تنظیم هیجان طی رویدادهای پرهیجان کم است. یافته‌های آزمایشگاهی

¹ Wolpe

² Acceptance and Commitment Therapy

³ Hayes, Strosahl, Wilson

⁴ Mindfulness Based Cognitive Therapy

⁵ Segal & Teasdale

⁶ Compassion

⁷ Gilbert

⁸ LeDoux

⁹ Panksepp

¹⁰ prefrontal

¹¹ Mayberg

¹² Dolcos & McCarthy

نشان می‌دهد که راهبردهای شناختی (ارزیابی مجدد) در کاهش فعالیت‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیک واکنش‌های هیجانی مؤثر هستند (اکسندر و گروس، ۲۰۰۵؛ بوهل^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). با وجود این، یافته‌های انتخاب تنظیم هیجان (اینکه افراد کدام استراتژی را در شرایطی مشخص انتخاب می‌کنند) (شیپز^۲ و همکاران، ۲۰۱۴) نشان می‌دهد که ارزیابی مجدد در هیجان‌های شدید کاربرد کمی دارد. در مطالعه‌ای (شیپز و همکاران، ۲۰۱۱) از افراد خواسته شد که هنگام مواجهه با محرک‌های هیجانی با شدت زیاد و کم (تصاویر ناخوشایند در آزمایش ۱، و تهدید به شوک الکتریکی در آزمایش ۲)، از ارزیابی مجدد (راهبرد ارزیابی-شناختی) و پرت کردن حواس (راهبرد مبتنی بر توجه) استفاده کنند. همچنین از آن‌ها خواسته شد که یکی از این دو استراتژی را انتخاب کنند. افراد تنها در برابر محرک هیجانی با شدت کم از ارزیابی مجدد استفاده کردند، و برای محرک شدید، از انحراف توجه بهره بردند. بنابراین به نظر می‌آید که ارزیابی مجدد برای تنظیم هیجان در شرایط کم‌هیجان مؤثر است. با وجود این، روان‌درمانی‌ها اغلب هیجان‌های زیادی را در بیمار ایجاد می‌کنند. درمان‌های مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر این فرض بنا شده‌اند که درمانگری با تنظیم هیجانی و خودآگاهی شناختی مناسب، می‌تواند ابزار مناسب برای شرکت دادن بیمار در تکنیک کاهش هیجان را پیدا کند. متأسفانه این نکته در نظر گرفته نمی‌شود که شاید برانگیختگی بیمار در طول درمان، ناشی از نقش درمانگر است، و ربطی به خودآگاهی درمانگر ندارد. ممکن است نقش درمانگر در فانتزی‌های ناخودآگاه بیمار، موجب مقاومت بیمار شود. اگر درمانگر متوجه فراقکنی بیمار نسبت به خود نشود، نمی‌تواند بن‌بست این ارتباط را بررسی کند. برای استفاده‌ی مناسب از مفهوم فراقکنی، به چارچوب علیتی دیگری نیاز است.

مانع بالقوه‌ی دیگری که بر سر راه چارچوب شناختی-رفتاری وجود دارد، این است که تکنیک‌های متمرکز بر ارزیابی مجدد مثبت ممکن است برخی بیماران را تشویق کند که به صورت وسواس‌گونه بر افکار و رفتارهای خود نظارت کنند، و افکاری که به چارچوب‌بندی مجدد نیاز دارند را نشخوار کنند یا به چارچوب‌بندی مجدد بی‌انتهای افکار خود مشغول شوند، بدون اینکه نتیجه‌ای داشته باشد (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). علی‌رغم اینکه موج سوم درمان‌های مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری با روش‌های ذهن‌آگاهی و گسلش شناختی به این مشکل اشاره می‌کند، با وجود این در این رویکردها نیز فرض می‌شود که بیمار می‌تواند برانگیختگی تهییجی خود را از طریق مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی کاهش دهد. در حالی که مشارکت در تکنیک‌های منظم مانند ذهن‌آگاهی، برای بیماران که از ترومای بین‌فردی قابل توجه رنج برده‌اند، ممکن است همراه با احساس اطاعت از درمانگر باشد. این دعوت به اطاعت از خرد درمانگر، ممکن است یادآور ترومای وابستگی قبلی باشد، که بیمار در آن مطیع بوده است. از طرف دیگر درمان‌هایی مانند درمان شناختی رفتاری به لحاظ تکنیک و روش، توجه دینامیکی را به بیماران شکننده (که به سرعت نسبت به درمانگر ادراک نادرست پیدا می‌کنند، و دچار برانگیختگی هیجانی می‌شوند، و درمانشان به مخاطره می‌افتد) اختصاص نمی‌دهند. اگر چه واضح است که فکر کردن بر هیجان‌ها تأثیر دارد، اما برای فهم اختلالات روان‌شناختی، باید بدانیم تکانه‌های هیجانی چگونه بر افکار ما تأثیر می‌گذارند (پانکسپ و بیون، ۲۰۱۲).

علی‌رغم اینکه تعدیل هیجان‌ها موجب تغییر شناخت می‌شود، تلاش برای تغییر شناخت لزوماً موجب جابه‌جایی هیجان نمی‌شود (پانکسپ و بیون، ۲۰۱۲). با وجود اینکه CBT برای برخی بیماران دچار پریشانی اثربخش است، اما ممکن است این رویکرد درمانی علی‌رغم بهبود بینش، کاهش تحریف‌های شناختی، و کاهش رفتارهای اجتنابی، قادر به تنظیم هیجان سایر بیماران نباشد (فردریکسون، مسینا^۳ و گرکوچی، ۲۰۱۸). رویکردهای مبتنی بر درمان شناختی رفتاری توجه کمی به محرک‌های ارتباطی یا بین‌فردی اختلال تنظیم هیجان دارند، و در نتیجه در درمان بیماران دچار واکنش‌پذیری بین‌فردی بالا، شکست می‌خورند. چارچوب CBT همچنین در مورد نقش تکانه‌های هیجانی در شکل‌دهی به اشتغالات ذهنی شفاف نیست. بنابراین مداخلات بار مدیریت شناختی و رفتاری هیجان‌ها را بر عهده‌ی بیمار می‌گذارد، و فرض می‌کند که می‌توان هیجان‌ها را از طریق اراده و تمرین مکرر یک تکنیک، تنظیم کرد. بخشی از این فرض ناشی از عدم تمایز میان اضطراب (به عنوان شکل فیزیولوژیک برانگیختگی ایذائی) و هیجان‌ها مرکزی (پاسخ تکاملی به نشانه‌های محیطی و بین‌فردی) است. با اینکه می‌توان اضطراب را از طریق تمرکز توجه و خودتسکینی^۴ تنظیم کرد، به‌هم‌زدگی هیجان‌ها^۵ و تکانه‌ها بیشتر توسط مکانیسم‌های اولیه، مانند سیستم وابستگی و امیال جسمانی برانگیخته می‌شوند. در بخش پیش‌رو، مجموعه‌ی دیگری از راهبردهای تنظیم هیجان که مبتنی بر علوم اعصاب عاطفی و فرآیندهای اولیه‌ی سازنده‌ی هیجان است، توضیح داده خواهد شد.

¹ Buhle

² Sheppes

³ Messina

⁴ Self-soothing

⁵ Emotional stirring

پاسخ‌های هیجانی متناسب با محرک هستند و خاصیت خودتنظیمی دارند. بنابراین کنترل هشیارانه یا استفاده از راهبردی به‌خصوص برای تنظیم هیجانات لازم نیست. هیجانات تولید، بیان و به شکل کنش‌های مؤثر کانالیزه می‌شوند و در نهایت به سطح پایه بازمی‌گردند (فردریکسون، ۲۰۱۳). جنبه‌ی دیگر این است که هیجانات به صورت ذاتی از تنظیم خارج نمی‌شوند (فردریکسون، مسینا و گرکوچی، ۲۰۱۸). اختلال تنظیم ناشی از موارد مقابل است: ۱. اضطراب اضافه‌ی همراه شده با دریافت (ادراک) و بیان هیجانات؛ ۲. مکانیسم‌های دفاعی که عواطف دفاعی (فردریکسون، ۲۰۱۳) یا پاسخ‌های عاطفی ثانویه را ایجاد می‌کنند (برای مثال بیمار فراقکنی می‌کند که شما از او انتقاد می‌کنید، به همین دلیل نسبت به فراقکنی خود نسبت به شما خشمگین می‌شود). فردریکسون، مسینا و گرکوچی (۲۰۱۸) هر دوی این موارد را به صورت وضعیت عاطفی تنظیم‌نشده^۱ (DAS) تعریف می‌کنند. DAS منجر به اختلال تنظیم شدید می‌شود و در واقع درمانگر مشکلات هیجانی را بیشتر از طریق حذف مکانیسم‌های محل تنظیم درمان می‌کند و نه اضافه کردن راهبردهای تنظیمی جدید. در همین راستا فردریکسون و گرکوچی (۲۰۱۸) مدل تنظیم هیجانی با نام تنظیم هیجان پویایی تجربه‌ای^۲ (EDER) را در روان‌درمانی پیشنهاد کرده‌اند که بیشتر بر مبنای اصول پویایی تجربی است.

جدول ۱. دو دیدگاه در مورد ارتباط بین تنظیم هیجان، آسیب شناسی روانی، روان‌درمانی

نوع درمان	روان‌درمانی نحوه‌ی درمان اختلال تنظیم	پاتولوژی نحوه‌ی اختلال تنظیم	حالت طبیعی نحوه‌ی تولید هیجانات
مدل تنظیم هیجان شناختی (گراس، ۱۹۹۸)	در مانگر راهبرد های تنظیم هیجان را به بیمار آموزش می‌دهد (مدل درمانی: خانواده‌ی درمان‌های شناختی-رفتاری).	فرد در استفاده از راهبردهای تنظیمی شکست می‌خورد (مکانیسم نقص) و هیجانات از تنظیم خارج می‌شوند.	هیجان تولید می‌شود، فرد به منظور تنظیم آن، از راهبردهای تنظیمی در سطوح مختلف استفاده می‌کند (انتخاب موقعیت، تعدیل موقعیت، به کارگیری توجه، تغییر شناختی، تعدیل پاسخ)
مدل تنظیم هیجان پویایی تجربه‌ای (گرکوچی، ۲۰۱۲)	درمانگر بر وقایع اجتماعی تمرکز می‌کند و به بیمار کمک می‌کند تا مکانیسم‌های محل تنظیم را حذف کند، و DAS شرایط بین فردی را کاهش دهد. در همین زمان، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا هیجانات واقعی را افزایش دهد (مدل درمانی: خانواده‌ی درمان‌های تجربی-پویایی)	هیجان تولید می‌شود و سپس مکانیسم‌های مختل‌کننده‌ی تنظیم وارد عمل می‌شوند (اضطراب یا راهبردهای غیرانطباقی تنظیم، مکانیسم‌های دفاعی روان‌پویشی) و مانع از مکانیسم‌های خودتنظیمی شده و موجب وضعیت عاطفی تنظیم نشده می‌گردند (DAS)	هیجان توسط ساختارهای زیرقشری مغز تولید می‌شود (با شدت و مدت زمان مشخص) و مغز هیجانات را از طریق مکانیسم بیولوژیکی تنظیم می‌کند

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، این مدل با مدل تنظیم هیجان شناختی (گراس، ۱۹۹۸) و درمان‌های رفتاری-شناختی (بک، ۱۹۷۶؛ وستریوک و همکاران، ۲۰۱۱) تفاوتی مهم دارد: مدل EDER بیش از آنکه به تغییر هیجان یا محتوای فکری بپردازد، سعی می‌کند مکانیسم‌های محل تنظیم را حذف کند (کاهش DAS) و آگاهی نسبت به هیجانات و بیان آن‌ها را افزایش دهد. در آخر، تکنیک‌های مورد استفاده‌ی درمانگران شناختی رفتاری، ذاتاً فردی هستند. درمانگر راهبردهای تنظیم هیجان فردی را به بیمار آموزش می‌دهد. اصول درمانی EDER و درمان پویایی تجربی در تنظیم هیجان بیشتر بر فرآیندهای بین فردی متکی است. شرایط بین فردی ایجاد هیجان (چه درون اتاق مشاوره و چه بیرون در جهان اجتماعی بیمار) اهمیت زیادی دارد.

¹ Dysregulated Affective States

² Experiential-Dynamic Emotion Regulation model

نظریه‌های پویشی-تجربی تنظیم هیجان

اگر چه فروید به اهمیت هیجان‌ات پرداخت (۱۹۲۶)، اما به علت تأکید بر تفسیر «شناختی» تا دهه‌ی ۱۹۹۰، متون روان‌پویشی توجه کمی به مسئله‌ی تنظیم هیجان‌ات داشته‌اند. با ظهور درمان‌های پویشی تجربه‌ای (عباس^۱، ۲۰۱۵؛ کافلین^۲، ۱۹۹۶؛ دوانلو، ۱۹۹۹، ۲۰۰۰؛ فوشا^۳، ۲۰۰۰؛ فردریکسون، ۲۰۱۳) به منظور ایجاد یک مدل درمانی منسجم، نظریه‌های روان‌پویشی با تکنیک‌های شناختی، رفتاری و سایر روش‌ها ترکیب شد. بر اساس یافته‌های علوم اعصاب عاطفی (پانکسپ، ۱۹۹۸؛ پانکسپ و بیون، ۲۰۱۴)، علوم تنظیم هیجان (گروس، ۲۰۱۴) و اصول درمان روان‌پویشی، روان‌درمانی پویشی فشرده‌ی کوتاه مدت^۴ (ISTDP) (کافلین، ۱۹۹۵، دوانلو، ۲۰۰۰؛ فردریکسون، ۲۰۱۳)، روان‌درمانی پویشی همدلانه تسریع شده^۵ (AEDP) (فوشا، ۲۰۰۰)، درمان عاطفه‌هراسی^۶ (APT) (مک کالن و همکاران، ۲۰۰۳)، روان‌درمانی پویشی تجربی فشرده^۷ (IE-DP) (فروسیو، ۲۰۰۳)، گرکوچی، مسینا و فردریکسون (۲۰۱۸) مدل تنظیم هیجانی (EDER) را در روان‌درمانی پیشنهاد کرده‌اند که بیشتر بر مبنای اصول پویشی تجربی است تا اصول تنظیم هیجان شناختی. این مدل از سایر روان‌درمانی‌های تنظیم هیجان متمایز است (منین و فراسکو، ۲۰۰۹؛ لینهان، ۱۹۹۳؛ برکینگ و اسکوارتز، ۲۰۱۴). این مدل بر این باور است که نخست تنظیم هیجان فرآیندی فیزیولوژیک است که همیشه و بدون آگاهی یا تلاش آگاهانه رخ می‌دهد. مغز در پاسخ به محرک‌های درونی و بیرونی، هیجان تولید می‌کند. شدت و طول مدت هیجان‌ات (مشخصات فیزیکی) بستگی به شدت محرک دارد. هیجان‌ات، به عنوان محصولات تکاملی، به صورت ذاتی دچار اختلال تنظیم نیستند و هیجان‌ات به منظور کانالیزه شدن به صورت کنش مؤثر ایجاد می‌شوند. دوم، اختلال تنظیم هیجان نتیجه‌ی مکانیسم‌های مخل تنظیم است، نه شکست یا فقدان راهبردهای تنظیمی (همان‌طور که CBT در نظر می‌گیرد). در این دیدگاه، اختلال تنظیم ناشی از دو فرآیند است: ۱. اضطراب (یا اضطراب عضلات صاف و تحریف مسیرهای ادراکی-شناختی، که با هیجان به‌خصوصی همراه هستند)، و ۲. عواطف دفاعی ناشی از مکانیسم‌ها دفاعی (نه محرک واقعی) (حمله به خود، نسبت دادن خشم به دیگران). فردریکسون و همکاران (۲۰۱۸) همراهی احساسات با اضطراب اضافی و عواطف دفاعی را به عنوان وضعیت عاطفی تنظیم نشده یا DAS تعریف می‌کنند. سوم، EDER به شیوه‌ای واضح میان آنچه باید تنظیم افزایشی و آنچه باید تنظیم کاهش‌ی شود، تمایز قائل می‌شود. همزمان با نظارت مداوم و غیرفعال کردن (تنظیم منفی) DAS، هیجان‌ات واقعی تا زمانی که مراجع احساسات واقعی خود را کاملاً در سطح جسمانی تجربه کند، و تجربه‌ی وی همراه با گرایش به عمل باشد، تنظیم مثبت می‌شوند. چهارم، این نظریه با مدل تنظیم هیجان شناختی گراس و CBT فرق دارد، زیرا استفاده از استراتژی‌های شناختی را در صورتی که به جای تجربه‌ی هیجان‌ات و احساسات زیرین موجب پرت کردن حواس یا دلیل تراشی شوند، منع می‌کند.

مدل تنظیم هیجان پویشی تجربه‌ای^۸ (EDER)

احساسات واقعی متناسب با یک محرک واقعی برای انجام کنش مؤثر به ما انگیزه می‌دهند (داماسیو، ۱۹۹۹). هنگامی که با ما برخورد اشتباهی می‌شود، احساسات به ما امکان می‌دهند از خود دفاع کنیم، یا هنگام پیروزی، جشن بگیریم، و هنگام تجربه‌ی از دست دادن کسی عزاداری کنیم. پس چرا هیجان‌ات (که برای بقای ما ضروری هستند) از تنظیم خارج می‌شوند؟ دو علت اصلی وجود دارد: ۱. هیجان واقعی با اضطراب اضافی ناشی از شرطی شدن همراه می‌شود (فروید، ۱۹۲۶؛ فردریکسون، ۲۰۱۳؛ دوانلو، ۲۰۰۰؛ کافلین، ۱۹۹۶) و ۲. بیمار از مکانیسم‌های دفاعی استفاده می‌کند (فردریکسون، ۲۰۱۳؛ دوانلو، ۲۰۰۰؛ کافلین، ۱۹۹۶). به هر دوی این موارد، وضعیت عاطفی تنظیم نشده (DAS) گفته می‌شود (فردریکسون، مسینا و گرکوچی، ۲۰۱۸). همه‌ی کودکان طی تکامل خود یاد می‌گیرند که کدام احساسات در روابط اولیه‌ی آن‌ها مجاز است، و کدام احساسات منجر به اضطراب مراقبان آن‌ها می‌شود، و به این ترتیب رابطه‌ی لازم برای بقای کودک را تهدید می‌کند (بالبی، ۱۹۶۹، ۱۹۷۳، ۱۹۸۰). به منظور تطابق (هارتمن، ۱۹۶۴) کودک یاد می‌گیرد از هیجان‌اتی که این رابطه را تهدید می‌کنند، دوری کند (سالیوان، ۱۹۵۳). این «هدیه‌ی عشق» (بنجامین، ۱۹۹۳) به یک عادت تبدیل می‌شود. بنابراین، هرگاه احساسات

¹ Abbass

² Caughlin

³ Fosha

⁴ Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy

⁵ Accelerated Empathic Dynamic Psychotherapy

⁶ Affect Phobia Therapy

⁷ Intensive Experiential Dynamic Psychotherapy

⁸ Experiential-Dynamic Emotion Regulation model

ممنوعه برخیزند، اضطراب به صورت خودکار پیام خطر را صادر می‌کند (فروید، ۱۹۵۹). از نظر بالینی، یکی از اشکال هیجان تنظیم نشده، احساس واقعی به همراه اضطراب اضافی ناشی از شرطی شدن به دلیل عوامل بالا است.

درمانگران شناختی و پویایی تجربی با استفاده از تکنیک‌های تنظیم اضطراب کلاسیک تا زمانی که بیمار بتواند احساسات زمینه‌ای خود را بدون اضطراب تحمل کند، اضطراب را کاهش می‌دهند (تنظیم منفی می‌کنند) (کافلین، ۱۹۹۶؛ فردریکسون، ۲۰۱۳). با وجود این، برای پیشگیری از اختلال تنظیم بیشتر در آینده، درمانگران پویایی تجربه‌ای یک قدم فراتر می‌روند: کاوش احساسات به صورت پیش‌رونده (تنظیم مثبت در اصطلاح تنظیم هیجان). هر بار اضطراب بیش از اندازه بالا رود، درمانگر آن را تنظیم می‌کند (تنظیم منفی) و سپس در سطحی بالاتر به کاوش احساسات می‌پردازد. از طریق این مواجهه‌ی تدریجی با احساسات، ظرفیت تحمل احساسات بدون اضطراب در بیمار ایجاد می‌شود، تا بیمار بتواند احساسات خود را به صورت کنش مؤثر درآورد (عباس، ۲۰۱۵؛ فردریکسون، ۲۰۱۳). به محض اینکه بیمار توانست احساسات خود را به طور کامل تحمل کند، می‌توان از عود اضطراب پیشگیری کرد. در این شکل از اختلال تنظیم هیجان، ما تا زمانی که اضطراب خیلی شدید شود، احساسات را کاوش می‌کنیم. سپس کاوش را متوقف می‌کنیم و اضطراب را تنظیم می‌نماییم. به محض اینکه اضطراب تنظیم شد، مجدداً به صورت تدریجی احساسات را کاوش می‌کنیم، تا زمانی که اضطراب شدید شود. سپس قبل از کاوش مجدد احساسات، اضطراب را تنظیم می‌کنیم. در روش مواجهه‌سازی تدریجی و قدم به قدم، ظرفیت تحمل کامل احساسات، بدون اختلال تنظیم ناشی از اضطراب را در بیمار ایجاد می‌کنیم. در این مدل، اضطراب اضافی به این صورت تعریف می‌شود که آیا اضطراب بیمار وارد شاخه‌ی پاراسمپاتیک دستگاه عصبی خودمختار شده یا نه (فردریکسون، ۲۰۱۳). شکل دوم اختلال تنظیم هیجان هنگامی رخ می‌دهد که مکانیسم‌های دفاعی بیمار منجر به عاطفه‌ی دفاعی شوند (فروید، ۱۹۲۶؛ فردریکسون، ۲۰۱۳؛ دوانلو، ۲۰۰۰؛ کافلین، ۱۹۹۶).

تکنیک‌هایی که در سطح شناختی عمل می‌کنند (روش‌های روان‌پویایی و شناختی-رفتاری) تنها بعد از اینکه هیجان‌ات واقعی بیان و تجربه شدند، و مکانیسم‌های محل تنظیم به وسیله‌ی تکنیک‌های پویایی تجربه‌ای مهار شدند، استفاده می‌شود (گرکوچی، ۲۰۱۱، ۲۰۱۳؛ فردریکسون، مسینا و گرکوچی، ۲۰۱۸). کار با روش‌های شناختی، هنگامی که هیجان‌ات فعال شده باشند، روشی قدرتمند است. با وجود این، اگر اضطراب یا عواطف دفاعی فعال باشند، شناخت مختل می‌شود (همچنین قشر پیش‌پیشانی). بنابراین به محض اینکه مکانیسم‌های محل تنظیم کاهش یافتند، می‌توان از روش‌های شناختی استفاده کرد (در روش روان‌پویایی یا CBT). از تکنیک‌های شناختی برای غیرفعال کردن فرافکنی یا حمله به خود استفاده می‌شود، تا عواطف دفاعی غیرفعال شوند. سپس، احساسات زیرین کاوش می‌شوند تا در بیمار ظرفیت تحمل احساسات، بدون همراهی با اضطراب یا استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ایجاد شود. در این روش از دو راهبرد پایه استفاده می‌شود، زیرا دو الگوی علیت شناخته شده است: ۱. احساسات به صورت ناخودآگاه توسط محرک آغاز می‌شوند؛ و ۲. احساسات توسط مکانیسم‌های دفاعی (شناخت‌های غیرانطباقی) آغاز می‌شوند (فردریکسون، ۲۰۱۳). EDER حین کار بر هیجان‌ات مراجع، به این اصول پایبند است.

در درمان بی‌نظمی هیجانی، در اولین قدم باید رویداد هیجان‌زا را فعال کرد و سپس در انتظار پاسخی هیجانی ماند (مرحله‌ی اول: القای هیجان‌ات). شبیه به آنچه در آزمایش‌های آزمایشگاه رخ می‌دهد، هیجانی که در پی آن بی‌نظمی عاطفی می‌آید باید فعال شود. به منظور این هدف، درمانگر درخواست مثالی خاص را می‌کند که در آن DAS فعال می‌شود. درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا مانورهای دفاعی را ببیند و آن‌ها را رها کند تا وقتی که بیمار مثال واضح مشخصی را نشان دهد. این کار پیچیده نیاز به مهارت‌های خاصی دارد: حفظ تمرکز، حذف برخی از دفاع‌هایی که ممکن است توجه بیمار را به عوامل دیگر معطوف کنند و تنظیم اضطراب ناشی از وضعیت بررسی هیجان‌ات (فردریکسون، ۲۰۱۳). در پاسخ، حالات عاطفی بی‌نظم (ناشی از اضطراب بیش از اندازه یا عواطف دفاعی) فعال خواهند شد. در این مرحله، درمانگر به بیمار کمک می‌کند آگاهی خویش از محرکی که هیجان را ایجاد می‌کند بهبود دهد. حالت عاطفی بی‌نظم حاصل نیز توانایی رصد و توجه به هیجان‌ات/ اضطراب‌ها و مکانیزم‌های دفاعی برانگیخته شده را تقویت می‌کند و هیجان را از اضطراب و مکانیزم‌های دفاعی متمایز می‌کند. در مرحله‌ی دوم (مرحله‌ی ۲): کاهش مکانیزم‌های بی‌نظم کننده، درمانگر به تنظیم و بازداری حالات عاطفی بی‌نظم کمک می‌کند. راهبردها و تکنیک‌ها از یک سو برای (۱) کاهش اضطراب بیش از اندازه و از سوی دیگر، (۲) برای بازسازی دفاع‌هایی به کار برده می‌شوند که موجب عواطف دفاعی می‌شوند. در مرحله‌ی سوم (مرحله‌ی ۳): ابزار و پردازش هیجانی) بعد از تنظیم حالات عاطفی بی‌نظم (DAS) (مرحله‌ی ۲)، درمانگر به بیمار برای برقراری تماس، پردازش و ابزار هیجان اولیه کمک می‌کند. در طی این مرحله، حالات عاطفی بی‌نظم دوباره پدیدار می‌شوند. وظیفه‌ی درمانگر تنظیم و در صورت امکان جلوگیری از تک تک این حالات تا زمانی است که بیمار بتواند هیجان را کاملاً بدون نیاز به متوسل شدن به مکانیزم‌های بی‌نظم کننده احساس کند. تکنیک‌های تسهیل و پردازش

هیجانان عبارت‌اند از: (۱) تشخیص هیجان (سطح ذهنی)؛ (۲) تجربه‌ی مؤلفه‌های فیزیولوژیکی در بدن (نشانه‌ی فعال‌سازی)؛ (۳) ابراز هیجان در تخلیل (مجسم کردن تکانه-عمل در راستای هیجان). این مرحله با رویکرد درمان پویایی فشرده و کوتاه مدت دوانلو (ISTDP) (دوانلو، ۱۹۹۹؛ ۲۰۰۰) سازگار است.

به این ترتیب، درمانگر ظرفیت تحمل عاطفه را در بیمار ایجاد می‌کند (عباس، ۲۰۱۵؛ کافلین، ۱۹۹۶؛ دوانلو، ۱۹۹۹، ۲۰۰۰؛ فردریکسون، ۲۰۱۳) در اینجا کار دیگر شناختی نبوده (مربوط به زمان‌ها و روابط دیگر نیست) و تجربی است، یعنی کاوش احساسات در اینجا و هم‌اکنون و در ضمن رابطه‌ی درمانی. در این شیوه، بیمار مشاهده می‌کند که مکانیسم‌های دفاعی چطور باعث اختلال تنظیم عواطف می‌شوند، و مکانیسم‌های انطباقی پشت این احساسات را (که قبلاً توسط مکانیسم‌های دفاعی پس زده می‌شد) تجربه می‌کند. با کمک به بیمار برای تجربه‌ی کامل احساسات خود، بدون مکانیسم‌های مخل تنظیم، ما به بیمار کمک می‌کنیم تا احساسات «واقعی» قبلی خود را به شکل کنش انطباقی درآورد و خطر عود (اضطراب) او کم شود. هر بار بیمار با احساسات یا با استفاده از راهبرد مخل تنظیم عاطفه اضطراب یا مکانیسم دفاعی پاسخ خواهد داد. اگر بیمار با احساسات پاسخ دهد، درمانگر او را تشویق می‌کند تا احساسات خود را عمیق‌تر تجربه کند. در این رویکرد، به محض اینکه اضطراب اضافی یا مکانیسم‌های مخل تنظیم برخیزند، درمانگر برای جلوگیری از پسرفت بیمار به سمت عواطف مخل تنظیم، مداخله می‌کند. سپس درمانگر بیمار را به ایجاد ظرفیت تحمل عواطف سالم تشویق می‌کند. سپس، بیمار یاد می‌گیرد به جای رنج کشیدن از اضطراب اضافی و هیجانان تنظیم نشده، احساسات خود را به شکل کنش مؤثر درآورد (فردریکسون، مسینا و گرگه کوچی، ۲۰۱۸).

بحث و نتیجه گیری

مدل‌های مختلف روان‌درمانی که از متفاوت‌ترین جهت‌گیری‌های نظری نشأت گرفته‌اند، در طول زمان، اصول و تکنیک‌های مربوط به بهبود تنظیم هیجانی بیمار را در هم آمیخته‌اند. در این مقاله به این موضوع پرداخته شده است که علم روان‌پویایی می‌تواند راجع به مواردی که در ادامه می‌آیند نظرات جالبی را ارائه دهد: (۱) در طی تنظیم هیجانی چه چیزی باید تنظیم شود؟ (۲) این کار را باید چطور انجام داد؟ (راهبردها و تکنیک‌ها). اصول روان‌پویایی بر این مبنا است که تنظیم هیجانی باید به دو جنبه‌ی اساسی کلیه‌ی وضعیت‌های آسیب‌شناسی روانی معطوف باشد. این دو جنبه عبارت‌اند از اضطراب بیش از حد ناشی از پدیدار شدن هیجانان و؛ حالات دفاعی یا همان حالت‌های هیجانی ثانویه که به دلیل استفاده از مکانیزم‌های آسیب‌زای دفاعی ایجاد می‌شوند و هیجانان اولیه را پنهان می‌کنند یا جایگزینشان می‌شوند. هدف این درمان تنظیم این حالات دفاعی و در عین حال کمک به بیمار برای پذیرش، درک و بیان هیجانان اولیه و هیجانان است که نسبت به محرک واکنش‌پذیرند. بعد از مطرح کردن چند ملاحظه و مقایسه‌ی نظری، مدلی (EDER) برای تنظیم هیجانی معرفی شد که مبتنی بر اصول روان‌پویایی و تجربی است که بر پایه این اصل است که بر اساس علوم اعصاب عاطفی، هیجانان از نظر ساختار عصبی-زیست‌شناختی نسبت به شناخت تقدم دارند و بنابراین هیجان نسبت به شناخت تقدم ساختاری و نوروبیولوژیک دارد و این احتمال در دسترس بودن کامل راهبردهای شناختی مبتنی بر ارزیابی مجدد، برای تنظیم هیجان طی رویدادهای پرهیجان را کم می‌کند. همچنین مجموعه‌ای از تکنیک‌ها پیشنهاد گردید که درمانگر می‌تواند از آن‌ها در درمان حالات عاطفی بی‌نظم (به‌هم‌ریختگی‌های هیجانی) استفاده کند.

منابع

- Abbass, A. (2015). *Reaching through the Resistance*. Kansas: Seven Leaves Press.
- Bandura, A., Adams, N. E., & Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of personality and social psychology*, 35 (3), 125-139.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American psychologist*, 46 (4), 368-375.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: basics and beyond*. New York: Guilford press.
- Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford press.
- Bennett-Levy, J. E., Butler, G. E., Fennell, M. E., Hackman, A. E., Mueller, M. E., & Westbrook, D. E. (2004). *Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy*. Oxford University Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment; John Bowlby*. Basic books.
- Bowlby, J., & Winton, J. (1998). Attachment and loss: Separation, anger and anxiety.

Theoretical Comparison of Cognitive Behavioral Models with Experimental Dynamics Models in Emotion...

- Buhle, J. T., Silvers, J. A., Wager, T. D., Lopez, R., Onyemekwu, C., Kober, H., . . . & Ochsner, K. N. (2014). Cognitive reappraisal of emotion: a meta-analysis of human neuroimaging studies. *Cerebral cortex*, 24 (11), 2981-2990.
- Della Selva, P. C. (1996). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Theory and technique*. Routledge.
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Davanloo, H. (2001). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: selected papers of Habib Davanloo*. John Wiley & Sons Inc.
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the Unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo, MD*. Wiley.
- Dolcos, F., & McCarthy, G. (2006). Brain systems mediating cognitive interference by emotional distraction. *Journal of Neuroscience*, 26 (7), 2072-2079.
- Ehring, T. (2013). Editorial for special issue emotion regulation and psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4 (5), 448-450.
- Eippert, F., Veit, R., Weiskopf, N., Erb, M., Birbaumer, N., & Anders, S. (2007). Regulation of emotional responses elicited by threat-related stimuli. *Human brain mapping*, 28 (5), 409-423.
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed: recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. New York: Times books.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., . . . & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43 (3), 666-678.
- Foa, E. B., Yadin, E., & Lichner, T. K. (2012). *Exposure and response (ritual) prevention for obsessive compulsive disorder: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. New York: Basic Books.
- Frederickson, J. (2013). *Co-creating change*. Seven Leaves Press.
- Frederickson, J. J., Messina, I., & Grecucci, A. (2018). Dysregulated anxiety and dysregulating defenses: Toward an emotion regulation informed dynamic psychotherapy. *Frontiers in psychology*, 9, 2054.
- Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defense*. Madison.
- Freud, S. (1977). *Inhibitions, symptoms and anxiety*. Norton & Company.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge University Press.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15 (3), 199-208.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. M., Breetz, A. A., & Lejuez, C. W. (2013). Multimodal examination of emotion regulation difficulties as a function of co-occurring avoidant personality disorder among women with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4 (4), 304-314.
- Grecucci, A., Frederickson, J., & Job, R. (2017). How dare you not recognize the role of my contempt? Insight from experimental psychopathology. *Behavioral and Brain Sciences*, 40.
- Grecucci, A., Giorgetta, C., Bonini, N., & Sanfey, A. G. (2013). Reappraising social emotions: the role of inferior frontal gyrus, temporo-parietal junction and insula in interpersonal emotion regulation. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 523.
- Grecucci, A., Giorgetta, C., Van't Wout, M., Bonini, N., & Sanfey, A. G. (2012). Reappraising the ultimatum: an fMRI study of emotion regulation and decision making. *Cerebral Cortex*, 23 (2), 399-410.
- Grecucci, A., & Giorgetta, C. (2013). Living emotions, avoiding emotions: behavioral investigation of the regulation of socially driven emotions. *Frontiers in psychology*, 3, 616.
- Grecucci, A., & Job, R. (2015). Rethinking reappraisal: insights from affective neuroscience. *Behavioral and Brain Sciences*, 38.
- Grecucci, A. (2012). Il conflitto epistemologico. *Psicoanalisi e Neuroscienze dei Processi Anticonoscitivi*.
- Gross, J. J., Halperin, E., & Porat, R. (2013). Emotion regulation in intractable conflicts. *Current Directions in Psychological Science*, 22 (6), 423-429.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2 (3), 271-299.
- Hartmann, H. (1951). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: Columbia University Press.
- Hawton, K. E., Salkovskis, P. M., Kirk, J. E., & Clark, D. M. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford University Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Jackson, D. C., Malmstadt, J. R., Larson, C. L., & Davidson, R. J. (2000). Suppression and enhancement of emotional responses to unpleasant pictures. *Psychophysiology*, 37 (4), 515-522.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., . . . & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64 (2), 295-304.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- LeDoux, J. (1998). *The Emotional Brain*. Weidenfeld & Nicholson. London.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger Publications.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression*. New York: Guilford press.
- Mayberg, H. S., Liotti, M., Brannan, S. K., McGinnis, S., Mahurin, R. K., Jerabek, P. A., . . . & Fox, P. T. (1999). Reciprocal limbic-cortical function and negative mood: converging PET findings in depression and normal sadness. *American Journal of Psychiatry*, 156 (5), 675-682.
- McCallie, M. S., Blum, C. M., & Hood, C. J. (2006). Progressive muscle relaxation. *Journal of human behavior in the social environment*, 13 (3), 51-66.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2009). Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*, 356-379.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2014). Emotion regulation therapy. *Handbook of emotion regulation*, 2, 469-490.
- Moyal, N., Henik, A., & Anholt, G. E. (2014). Cognitive strategies to regulate emotions—current evidence and future directions. *Frontiers in psychology*, 4, 1019.
- Ochsner, K. N., Bunge, S. A., Gross, J. J., & Gabrieli, J. D. (2002). Rethinking feelings: an fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *Journal of cognitive neuroscience*, 14 (8), 1215-1229.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2008). Cognitive emotion regulation: Insights from social cognitive and affective neuroscience. *Current directions in psychological science*, 17 (2), 153-158.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in cognitive sciences*, 9 (5), 242-249.
- Osimo, F. (2003). *Experiential short-term dynamic psychotherapy: A manual*. Authorhouse.
- Panksepp, J., Biven, L., & Siegel, D. J. (2012). *The archaeology of mind: Neuroevolutionary origins of human emotions*. New York: Norton.
- Panksepp, J. (2004). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford university press.
- Paulhus, DL; Fridhandler, B; Hayes, S. (1997). *Psychological defense: Contemporary theory and research*. In Handbook of personality psychology. Academic Press.
- Philippot, P., & Feldman, R. S. (2004). *Positive emotion and the regulation of interpersonal relationships*. In *The regulation of emotion*. Psychology Press.
- Scherer, KR; Schorr, A; Johnstone, T. (2001). editors. *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*. Oxford University Press.
- Schulze, L., Domes, G., Krüger, A., Berger, C., Fleischer, M., Prehn, K., . . . & Herpertz, S. C. (2011). Neuronal correlates of cognitive reappraisal in borderline patients with affective instability. *Biological psychiatry*, 69 (6), 564-573.
- Segal, Z. V., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., & Gross, J. J. (2011). Emotion-regulation choice. *Psychological science*, 22 (11), 1391-1396.
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., Radu, P., Blechert, J., & Gross, J. J. (2014). Emotion regulation choice: a conceptual framework and supporting evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143 (1), 163-181.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Routledge.
- Thayer, JF; Lane RD. (2000). *A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation*. Journal of affective disorders 61 (3), 201-16.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework.
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2011). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications*. Sage.
- Wolpe J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.



شپوهنگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی