

به نام خداوند جان آفرین
حکیم سخن در زبان آفرین

اصول اساسی نظارت
برای درمان متمرکز بر هیجان



اصول اساسی نظارت بالینی
هانانا لونسون و آریاناگ. اینمن، سردبیران مجموعه

اصول اساسی نظارت برای درمان متمرکز بر هیجان

تألیف:

لسلی اس. گرینبرگ
لیلیانا رامونا تومسکیو

ترجمه:

دکتر رویا رسولی، عضو هیأت علمی دانشگاه الزهرا (س)
مینو پوراوری، دکترای مشاوره دانشگاه الزهرا (س)
پناه سالمی، دکترای مشاوره دانشگاه الزهرا (س)
مریم لطفی، دکترای مشاوره دانشگاه الزهرا (س)
سوده نوروزی، دکترای مشاوره دانشگاه الزهرا (س)
مهناز مرتضوی مهریزی، دکترای مشاوره دانشگاه الزهرا (س)

سرشناسه: گرینبرگ، لسلی اس، ۱۹۴۵-م.
Greenberg, Leslie S., 1945-

عنوان و نام پدیدآور: اصول اساسی نظارت برای درمان متمرکز بر هیجان / تألیف لسلی اس. گرینبرگ، لیلیانا رامونا تومسکیو؛ ترجمه رویا رسولی... [و دیگران]؛ ویراستار علمی عباس عبداللهی.
مشخصات نشر: تهران: دانشگاه الزهرا (س)، انتشارات، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری: ۱۶۲ص.
شابک: 978-622-6114-96-7

وضعیت فهرست نویسی: فیا
یادداشت: ترجمه رویا رسولی، مینو پورآوری، پناه سالمی، مریم لطفی، سوده نوروزی، مهناز مرتضوی مهریزی.
یادداشت: عنوان اصلی: [2017]. Supervision essentials for emotion-focused therapy.

یادداشت: کتابنامه.
یادداشت: نمایه.

موضوع: روان‌درمانی
Psychotherapy

درمان متمرکز بر عواطف
Emotion-focused therapy

روان‌درمانی--روش‌ها
Psychotherapy--Methods

شناسه افزوده: تومسکو، لیلیانا رامونا
Tomescu, Liliana Ramona

شناسه افزوده: رسولی، رویا، ۱۳۴۷-، مترجم
شناسه افزوده: عبداللهی، عباس، ۱۳۵۸-، ویراستار

شناسه افزوده: دانشگاه الزهراء. انتشارات
شناسه افزوده: Alzahra University press

رده بندی کنگره: RC۴۸۰
رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴

شماره کتابشناسی ملی: ۹۲۲۶۴۴۳



اصول اساسی نظارت برای درمان متمرکز بر هیجان

تألیف: لسلی اس. گرینبرگ، لیلیانا رامونا تومسکیو

ترجمه: دکتر رویا رسولی، مینو پورآوری، پناه سالمی، مریم لطفی، سوده نوروزی، مهناز مرتضوی مهریزی
انتشارات: دانشگاه الزهرا (س)

ویراستار علمی: دکتر عباس عبداللهی، عضو هیأت علمی دانشگاه الزهرا (س)

ویراستار ادبی: زهرا شهریار

گرافیک و صفحه‌آرایی: علیرضا صفری

طراح جلد: حدیقه همایونی افشار

چاپ و صحافی: چاپ دیجیتال کسری

نوبت چاپ: اول

شمارگان: ۳۰۰

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۶۱۱۴-۹۶-۷

قیمت: ۲۱۰۰۰۰ ریال

سال نشر: بهار ۱۴۰۲

شماره تماس واحد فروش: ۰۲۱ ۸۵۶۹۲۸۳۹-۰۲۱ ۸۸۰۴۸۹۳۴

سامانه فروش الکترونیکی: <https://book.alzahra.ac.ir>

کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر برای دانشگاه الزهرا (س) محفوظ است.

مجموعه اصول اساسی نظارت بالینی

- اصول اساسی نظارت برای روان‌درمانی‌های روان‌پویشی
جوآن ای. سارنات
- اصول اساسی نظارت برای مدل تکاملی یکپارچه
برایان دبلیو. مک‌نیل و کال دی. استولنبرگ
- اصول اساسی نظارت برای مدل نظارتی روان‌درمانی‌های فمینیستی
لورا اس. براون
- اصول اساسی نظارت برای رویکرد نظام‌های نظارتی
الیزابت ال. هولووی
- اصول اساسی نظارت برای حوادث بحرانی در مدل نظارتی روان‌درمانی
نیکولاس لدنی، میرنا ال. فردلندر و ماری لی نلسون
- اصول اساسی نظارت برای درمان وجودی - انسان‌گرا
اورا تی. کراگ و کریک جی. اشنایدر
- اصول اساسی نظارت برای درمان رفتاری - شناختی
کوری اف. نیومن و دنیل آ. کاپلان
- اصول اساسی نظارت برای فرایند نظارت مبتنی بر صلاحیت
کورال آ. فالندر و ادوارد پی. شارفرانسکه
- اصول اساسی نظارت برای درمان متمرکز بر هیجان
لسلی اس. گرینبرگ و لیلیانا رامونا تومسکیو
- اصول اساسی نظارت برای روان‌درمانی یکپارچه‌نگر
جان ان. نورکراس و لیا ام. پاپل

**اصول اساسی نظارت
برای درمان متمرکز بر هیجان**

لسلی اس. گرینبرگ
لیلیانا رامونا تومسکیو

فهرست

سخن مترجمان.....	أ
پیشگفتار.....	۵
فصل ۱. مقدمه.....	۱
فصل ۲. ابعاد ضروری مدل نظارت متمرکز بر هیجان.....	۲۱
فصل ۳. فرایند نظارت.....	۳۵
فصل ۴. مدیریت مسائل بین فردی: مهارت اتحاد و مهارت‌های بین فردی.....	۶۵
فصل ۵. مدیریت تکنیک‌های رایج در نظارت.....	۸۷
فصل ۶. پژوهش‌ها.....	۱۱۹
فصل ۷. جهت‌گیری آینده.....	۱۲۵
نمایه.....	۱۲۹
منابع پیشنهادی برای مطالعه بیشتر.....	۱۳۳
منابع.....	۱۳۵
درباره نویسندگان.....	۱۴۳

سخن مترجمان

یکی از پرسش‌های رایج دانشجویان در کلاس‌های درس مشاوره این است که چگونه می‌توانیم مشاور موفق شویم؟ در پاسخ به آنها می‌گوییم که درمانگر یا مشاور موفق شدن مستلزم طی گام‌هایی است. گام اول مطالعه مباحث نظری است در این مرحله نباید عجله کرد، زیرا دانش نظری سبب ایجاد باورهای درست و تغییر باورهای نادرست می‌شود. اندیشه و باورها مقدمه رفتارند. گام دوم مشاهده درمانگری یا مشاوره استادان است که با حضور در مراکز مشاوره و کلینیک‌ها و دیدن فیلم و مشاهده‌های کلاسی استادان کمک‌کننده است. گام سوم درگیر شدن در فرایند مشاوره و درمان است که مهم‌ترین گام یادگیری است (به عمل کار برآید). در این گام است که فرد خود را محک می‌زند و ضعف‌ها و توانمندی‌های خود را پیدا می‌کند. در این گام که ابتدای فعالیت حرفه‌ای است، نظارت معنا پیدا می‌کند. نظارت در تمرین روان‌درمانی و مشاوره، ضروری است و بدون نظارت و کسب بازخورد از مافوق، تمرین درمانگری کامل نمی‌شود.

نظارت بدین‌گونه تعریف می‌شود: مداخله‌ای که توسط اعضای ارشد یک حرفه به اعضای سطح پایین‌تر آن حرفه در فرایند تمرین، ارائه می‌شود و دروازه ورود به مشاوره و روان‌درمانی محسوب می‌شود. اهداف نظارت عبارت است

از ارتقای عملکرد تخصصی فراگیر (فراگیران)، نظارت بر کیفیت خدمات تخصصی مراجعان و ایفای نقش دروازه‌بان برای افراد تازه‌وارد به حرفه. نظارت به‌عنوان حرفه متمایزی پذیرفته شده است و درمانگر خوب لزوماً همان ناظر خوب نیست و این دو حرفه گرچه همپوشانی دارند، اما یکی نیستند. ناظران خوب فقط از طریق تحصیلات دانشگاهی پرورش نمی‌یابد. امروزه نظارت برای روان‌شناسان و دیگر متخصصان سلامت روان، صلاحیتی اصلی محسوب می‌شود و برای آن دستورالعمل‌هایی تدوین شده است. این دستورالعمل‌ها عبارت است از: آموزش رسمی، مراقبت، حفاظت از مراجع یا بیمار، صلاحیت حرفه‌ای نظارت‌شونده، صلاحیت ناظر در ابعاد بنیادی و کاربردی. نظارت در هر رابطه، مبتنی بر احترام است که استانداردهای اخلاقی و قانونی را شامل می‌شود. نظارت برای نظارت‌شونده تمرین محسوب می‌شود و بازخورد ناظر فرصتی را برای تأمل در خویش و ارزیابی عملکرد فراهم می‌کند. بازخورد معنای دقیقی دارد و جنبه حمایتی دارد، نه انتقادی. نظارت جزء فرایند آموزش حرفه‌های کمکی است و سبب تحکیم دانش، مهارت و ارزش‌ها می‌شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در دروس این حرفه‌ها نظارت و سوپروایزری لحاظ شود. نظارت در همهٔ رویکردها اهمیت دارد. در این کتاب نظارت برای درمان متمرکز بر هیجان^۱ مطرح شده است. در این روش به فرایند شناختی و عاطفی لحظه به لحظه مراجع به‌منظور تسهیل تغییر مفاهیم و معانی توجه می‌شود، از این‌رو درمانگر به‌جای تلاش برای درک الگوهای ناسازگارانهٔ تکراری یا رسیدن به تغییرات رفتاری از پیش تعیین‌شده، مجذوب فرایند می‌شود. درمان متمرکز بر هیجان از مداخلاتی که «راجرز» مطرح کرده و به‌کار برده، مثل همدلی و انعکاس احساسات به‌مثابه ابزار مهم مداخله استفاده می‌کند. در اینجا درمانگر تسهیل‌گری است که به مراجع کمک می‌کند تجربهٔ جدیدی را کشف یا خلق کند و نیز از تغییرات ثانویه‌ای که از گشتالت‌درمانی اخذ شده است سود می‌جوید، مثل حل شکاف‌ها در شخصیت که براساس فن گفت‌وگوی دو صندلی انجام می‌گیرد. «پرلز» و «راجرز» به اهمیت قابلیت برای بشر برای آگاهی‌های خودانعکاسی و تجربهٔ هیجانی، نقش معنا، انتخاب و آگاهی در تعیین رفتار بشر در عصری که روانکاوی و رفتارگرایی مسلط بود آگاهی داشتند. در EFT این مفاهیم برای تغییرات درون‌روانی استفاده می‌شود، اما در بُعد بین‌فردی که در شیوهٔ زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی اهمیت دارد، از رویکرد ساختاری «مینوچین» نیز کمک گرفته می‌شود. رویکرد یادشده به تغییرات دوسط‌حی توجه می‌کند و هدف آن بازسازی تعاملات است. نظارت در EFT بر توسعهٔ مهارت‌های مشاهده، گوش‌دادن و همدلی تمرکز می‌کند. این امر شامل درک نوسان‌های غیرکلامی گفتار، فهم چگونگی تجربهٔ رویدادها توسط مراجع و نیز شناسایی نشانگرهای جلسه دربارهٔ حالت‌های مشکل و ریزپردازش‌های مراجع به‌عنوان محل مداخله است.

نشانه‌ها، آن دسته از رفتارهای درون‌جلسه‌ای هستند که نشان می‌دهند مراجع آمادهٔ کار در زمینهٔ مشکلی خاص است (گرینبرگ و دیگران، ۱۹۹۳)، زیرا EFT در پی رفع مشکل در فرد تحت نظارت و تلاش برای دستیابی به تجارب دردناک اصلی فرد و تغییر آنها نیست و تنها یادگیری را تسهیل می‌کند. بنابراین ناظر به‌شکل

مستقیم درگیر درمان فرد تحت نظارت نمی‌شود. ناظر EFT نقش مشاور نیز دارد؛ بدین‌صورت که اگر نظارت‌شونده مشکلاتی داشته باشد که مانع مشاوره یا درمان‌گری او می‌شود، ناظر می‌تواند در جلسات انفرادی به او مشاوره دهد یا او را به افراد متخصص ارجاع دهد. نظریه‌پردازان EFT تشخیص داده‌اند که ارزش ابراز و انتقال هیجان‌ها، از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت بوده و بخشی از اعتقادات، آداب و رسوم و نگرش است. به همین دلیل، درمانگر و ناظر باید دست‌کم درباره تفاوت‌های فرهنگی دانش داشته باشد. ناظر فرد تحت نظارت را تشویق می‌کند تا مداخلات مختلف را بیازماید و این روش را مستقیم و دستوری اجرا نمی‌کند، بلکه به‌صورت آزمایشی بیان می‌کند. این ماهیت آزادانه و انسان‌گرایانه و موضع برابر ناظر و نظارت‌شونده را در این رویکرد نشان می‌دهد که باحرفه‌ای‌تر بودن ناظر نسبت به نظارت‌شونده منافات ندارد؛ زیرا ناظر باید دست‌کم در برخی شیوه‌های مهم تخصص بیشتری از فرد نظارت‌شونده داشته باشد. ناظر نقش مشاور نیز می‌تواند داشته باشد و نیز راهنمای خوبی برای ارائه اطلاعات است. در پایان باز هم یادآوری می‌شود که ناظر فقط پیشنهاد می‌دهد و درستی یا نادرستی امور را نمی‌گوید. او گزینه‌های مختلف را پیشنهاد می‌دهد. در واقع هر دو طرف، درگیر بررسی و واکاوی لحظه به لحظه عملکرد فرد تحت نظارت هستند.

دکتر رویا رسولی، مینو پورآوری، پناه سالمی، مریم لطفی، سوده نوروزی، مهناز مرتضوی مهریزی
بهار ۱۴۰۲ - دانشگاه الزهرا (س)

پیشگفتار

ما هر دو ناظر بالینی^۱ و مدرس دوره‌های آموزش روان‌درمانگری هستیم. ما کارگاه‌هایی در زمینه نظارت^۲ برگزار می‌کنیم، با دیگر ناظران درباره تمرینات نظارتی آنان به مشورت می‌پردازیم و به نگارش و پژوهش در این موضوع مشغولیم. شاید اغراق باشد، ولی ما با نظارت زندگی می‌کنیم و انرژی خود را کاملاً وقف این رشته و کمک به ناظران برای ارائه آموزش مفیدتر به فراگیران کرده‌ایم. ما متعهدیم که به نظارت‌شوندگان، مشاوران یا فراگیران کمک کنیم تا با انجام دادن مسئولیت‌های خود در فرایند نظارت، مشارکت بیشتری داشته باشند. نظارت چیست؟ نظارت در تمرین روان‌درمانی و مشاوره، ضروری است. همان‌طور که ادوارد واتکینز^۳ در کتاب کار نظارت روان‌درمانی گفته است: «بدون نظارت، تمرین درمانگری ارزشی ندارد» (ص ۶۰۳). نظارت این‌گونه تعریف می‌شود، مداخله‌ای که توسط اعضای ارشد یک حرفه به اعضای سطح پایین‌تر آن حرفه (البته نه همیشه) ارائه می‌شود؛

1. Clinical Supervisor

2. Supervision

3. Edward Watkins (1997). Handbook of Psychotherapy Supervision. New York, NY: Wiley.

- ارزیابانه و سلسله‌مراتبی است.
- در طول زمان گسترش می‌یابد.
- اهداف خودانگیخته آن عبارت‌اند از: ارتقای عملکرد تخصصی فراگیر (فراگیران)، نظارت بر کیفیت خدمات تخصصی مراجعان، ایفای نقش دروازه‌بان برای افراد تازه‌وارد به حرفه (ص ۹).

در ادبیات، نظارت به‌صورت حرفه‌ متمایزی پذیرفته شده و نمی‌توان فرض کرد که درمانگر خوب حتماً ناظر خوبی هم خواهد بود. ناظران خوب صرفاً از طریق تحصیلات دانشگاهی، پرورش نمی‌یابند. فرد چگونه می‌تواند ناظر خوبی شود؟ امروزه نظارت برای روان‌شناسان و دیگر متخصصان سلامت روان، صلاحیتی اصلی محسوب می‌شود. برای تسهیل ارائه نظارت مناسب به گروه‌های تخصصی و بین‌المللی، دستورالعمل‌هایی تدوین شده است (مانند انجمن روان‌شناسی آمریکا^۱، انجمن زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی آمریکا^۲، جامعه روان‌شناسی بریتانیا^۳، انجمن روان‌شناسی کانادا^۴).

دستورالعمل‌های نظارت بالینی در روان‌شناسی خدمات سلامتی بر مبنای فرضیاتی ساخته شده‌اند که در آنها نظارت:

- مستلزم آموزش رسمی است.
- از مراجع یا بیمار مراقبت و حفاظت می‌کند و افراد را در اولویت قرار می‌دهد.
- بر کسب صلاحیت و رشد حرفه‌ای نظارت‌شونده تمرکز می‌کند.
- مستلزم صلاحیت ناظر در ابعاد بنیادی و کاربردی مورد نظارت است.
- در رابطه‌ای مبتنی بر احترام رخ می‌دهد که شامل مؤلفه‌های تسهیل و ارزیابی است و این رابطه در صورت لزوم، ایجاد، ایفا و ترمیم می‌شود.
- مسئولیت‌هایی را بر عهده ناظر و نظارت‌شونده می‌گذارد.
- به‌طور عمدی از گوناگونی‌های موجود در همه جنبه‌های تمرین استفاده می‌کند.
- تحت تأثیر عوامل فردی و تخصصی مانند ارزش‌ها، باورها، نگرش‌ها و سوگیری‌های بین‌فردی قرار دارد.
- مطابق با استانداردهای اخلاقی و قانونی انجام می‌گیرد.

1. Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* (5th Ed.). Boston, Ma: Pearson.

2. Association, A. A. P. (2014). *Guidelines for clinical supervision in health service psychology*.

3. American Association of Marriage and Family Therapy. (2007). *AAMFT approved supervisor designation standards and responsibilities handbook*.

4. British Psychological society. (2003). *Policy guidelines on supervision in the practice of clinical psychology*.

5. Canadian Psychological Association. (2009). *Ethics guideline for supervision in Psychology: Teaching, research practice and administration*.

- از رویکرد رشدی و مبتنی بر قدرت استفاده می‌کند.
- مستلزم تمرین و خودارزیابی توسط ناظر و نظارت‌شونده است.
- شامل بازخورد متقابل بین ناظر و نظارت‌شونده است.
- شامل ارزیابی کسب صلاحیت‌های مورد انتظار در نظارت‌شونده است.
- مانند دروازه ورود به حرفه عمل می‌کند.
- با مشاوره، روان‌درمانی فردی و مربیگری تفاوت دارد.

اهمیت نظارت، تحت تأثیر قوانین ایالتی اعطای صلاحیت به نظارت‌شوندگان و تمرین‌های لازم برای فارغ‌التحصیلی دانشجویان در همه برنامه‌های تخصصی است. پژوهش‌ها نشان داده است که تمرین‌کنندگان نظارت، بسیار مسئولیت‌پذیرند. بین ۸۵ تا ۹۰ درصد از درمانگران در ۱۵ سال اول کار خود، ناظر بالینی می‌شوند. بنابراین اهمیت و گسترش نظارت خوب، روشن است.

برای ارتقای کیفیت نظارت، دستورالعمل‌ها و موضوعاتی وجود دارد، اما آیا این برای نظارت خوب کافی است؟ نه اصلاً. یکی از بهترین شیوه‌ها، یادگیری از ناظران برجسته و متخصصی است که دانش فرایندی زیادی دارند و می‌دانند که چه وقت و چرا چه کاری انجام دهند.

هنگام جست‌وجوی منابعی برای کمک به نظارت، تدریس و پژوهش درباره نظارت بالینی متوجه شدیم که مدل‌های لازم برای نظارت که در بعد آموزشی و تجربی، برخاسته از دیدگاه ناظران برجسته باشد، وجود ندارد و این انگیزه ما برای نوشتن این کتاب شد. بنابراین ارائه رویکردهای قابل درک و قابل کاربرد و تجارب واقعی نظارت، مستلزم وجود انجمنی از متخصصان (برخوردار از دانش و تجربه) است. نمایش مورد^۱ می‌تواند بهترین تمرین باشد.

در این مجموعه تلاش کردیم به رویکردهای اصلی نظارت که مبتنی بر جهت‌گیری نظری و فرانظری است، توجه کنیم. جویای نظر آن دسته از روان‌شناسان، مشاوران، ناظران بالینی و پژوهشگران بالینی شدیم که به‌طور شخصی یا بین‌المللی در این حیطه فعالیت می‌کنند و از آنها خواستیم مدل‌های مهم و افراد متخصص در این زمینه و نیز مسائل مهمی را که در جلسات نظارت باید به آنها پرداخت معرفی کنند. این اجماع نظر موجب شد تا یک گروه رؤیایی شامل یازده ناظر داشته باشیم که افزون‌بر توسعه مدل‌های مؤثر نظارت، سال‌ها به‌عنوان ناظر بالینی فعالیت داشتند. از متخصصان خواستیم که رویکرد خود در نظارت را در کتابچه‌ای تشریح کنند.

این کتابچه شامل ابعاد مهم یا اصول اساسی، روش‌ها، فنون یا ساختار و شواهد پژوهشی مدل و نحوه پرداختن به مسائل نظارت است. به علاوه از نویسندگان خواستیم که فصلی را به توصیف مفصل مدل همراه با نسخه‌ای از جلسه واقعی نظارت اختصاص دهند تا خوانندگان نحوه کاربرد مدل را در نظارت واقعی درک

کنند. گذشته از اینها، هر ناظر، از یکی از جلسات نظارت خود فیلمی ارائه کرد تا به طور عملی، رویکرد خود را نشان دهد.

این فیلمها به شکل مجموعه در APA books و به شکل DVD موجود است. هر یک از این کتابها می تواند به تنهایی یا به شکل مجموعه به خوانندگان برای یادگیری نظارت، به ناظران برای عمق بخشی دانش، به فراگیران که می خواهند نظارت شونده بهتر شوند، به معلمان دوره های نظارت و به پژوهشگران برای بررسی این فرایند آموزشی کمک کند.

درباره کتاب

در کتاب اصول اساسی نظارت درمان متمرکز بر هیجان، لسلی. اس گرینبرگ^۱ و لیلیانا رامونا تومسکیو^۲ به نظارت‌شوندگان^۳، یک «نقشه نظارت» ارائه می‌کنند. آنها با استفاده از پارادایم تحلیل تکلیف رویدادمدار و به‌شکلی فعالانه و مستقیم درباره ساختاردهی و اجرای نظارت مبتنی بر رویکرد متمرکز بر هیجان، دستورالعمل روشنی ارائه می‌کنند.

نویسندگان، نظارت را «کنش یا فرایند مشاهده و جهت‌دهی چیزی که کسی انجام می‌دهد، نحوه انجام‌دادن چیزی و کسب اطمینان از صحت انجام آن» تعریف می‌کنند. بر این اساس، گرینبرگ و تومسکیو صفحات این کتاب را با معرفی نمونه‌های عینی پر کرده‌اند که نحوه مداخله ناظر برای ارائه دستورالعمل لحظه به لحظه برای کمک به درک پردازش و تغییر طرحواره‌های هیجانی دردناک مراجع را نشان می‌دهند. آنها برای حل مسائل

1. Leslie S. Greenberg
2. Liliana Ramona Tomescu
3. Supervisees

اصولی نظارت (مانند مشکلات نظارت در درمان و نظارت، مفهوم‌سازی مورد)، مراحل (مانند نشانگرها، محیط، فرایند و حل و فصل^۱) را از طریق نمودار نشان می‌دهند.

تأکید بر تشخیص و اصلاح در فرایند نظارت، مستلزم تمرکز سه‌گانه است. ناظر، نظارت‌شونده را به مکالمه درباره آنچه در درمان و نظارت رخ داده، دعوت می‌کند. او با استفاده از کاوش همدلانه، یادگیری تجربی، مدل‌سازی، ایفای نقش و هدایت فرایند، همکاری و برابری با نظارت‌شونده را حفظ می‌کند.

در مجموع خواننده متوجه دقت زیاد این رویکرد می‌شود و درمی‌یابد که ناظر به‌عنوان «تعلیم‌دهنده» مهارت خاص ادراکی و مداخله‌ای عمل می‌کند. با توجه به فرایند دیالکتیک، ناظر برای رشد نظارت‌شونده، اهمیت زیادی قائل است. هر کسی در آرزوی چنین ناظری است (متخصص غیرمتخصص^۲ که قلب هم دارد!).

از توجه شما متشکریم و امیدواریم که کتاب‌های این مجموعه به‌شکلی مهیج، کار شما را ارتقا دهند.

هاننا لونسون^۳ و آنفانا جی. اینمان^۴.

1. Resolution

۲. ناظر فرد متخصصی است که مشاور غیرمتخصص را راهنمایی می‌کند تا به تخصص برسد (مترجمان)

3. Hana Levenson

4. Arphana G. Inman

فصل

١

مقدمه

نظارت فرصتی است تا افراد را به تأمل دربارهٔ خویش واداریم و نشان دهیم که چگونه می‌توانند عملکرد خوبی داشته باشند.

نانسی کلاین

تا زمانی که احساسات بررسی و کنار گذاشته نشوند، نمی‌توان درون‌مایهٔ اصلی آنها را دریافت.

کلود دبوسای

نظارت^۱ جایگاه مهمی در آموزش و یادگیری روان‌شناسان دارد (راشل و پتری^۲، ۱۹۹۴) و به‌طور تجربی موجب کاربرد و تحکیم دانش، مهارت‌ها و ارزش‌های آنها می‌شود. با توجه به اهمیت آموزش کافی در نظارت، دانشکده‌ها باید علاوه بر آموزش روان‌درمانی، مهارت‌های سوپرویزن را نیز آموزش دهند. افراد تحت نظارت باید در کنار آموزش مهارت‌های روان‌درمانی، به‌عنوان ناظران و درمانگران آینده نیز آموزش ببینند و آمادگی کسب کنند. هنوز مدل نظارتی ویژه‌ای دربارهٔ درمان متمرکز بر هیجان (EFT^۳) ارائه نشده است. هدف این کتاب، توسعهٔ مدل نظری نظارت در EFT است و تلاش می‌کند در این مدل، طرح نظارتی را برای ناظران و افراد تحت نظارت شرح دهد. مدل، برخاسته از جلسات نظارت است و برای روشن کردن آن، مصادیقی ارائه می‌شود. امیدواریم که مسیر پژوهش‌ها، فرایندها و نتایج نظارت را تسهیل کند.

نظارت در EFT، مبتنی بر همان اصول اساسی این نظریه (رابطه و کار) است که شامل برقراری ارتباط امن و اتحاد نظارتی دربارهٔ شناسایی هدف هر جلسه (ارائهٔ یک مورد مشکل‌دار از طرف نظارت‌شونده)، شناسایی نشانگرهای کاری نظارت (مواردی که مستلزم مداخلات نظارتی هستند)، مداخله در این نشانگرها و شناسایی راه‌حل است. ناظر به‌دقت، جلسات ضبط‌شده را گوش می‌دهد و همزمان به پردازش لحظه به لحظه مراجع و پاسخ‌های نظارت‌شونده توجه می‌کند و به او کمک می‌کند تا از تغییرات، اظهارات و انعکاس‌های مراجع در پاسخ به مداخله آگاه شود. نظارت در EFT بر توسعهٔ مهارت‌های مشاهده، گوش دادن و همدلی تمرکز می‌کند. این امر

1. Supervision
2. Russell & Petrie
3. Emotion-Focused Therapy

شامل درک نوسان‌های غیرکلامی گفتار، فهم چگونگی تجربه رویدادها توسط مراجع و نیز شناسایی نشانگرهای جلسه دربارهٔ حالت‌های مشکل و ریزپردازش‌های مراجع به‌عنوان محل مداخله است.

چارچوب نظری درمان متمرکز بر هیجان و کاربرد آن در نظارت

EFT (گرینبرگ^۱، ۲۰۰۲، ۲۰۱۱) در جایگاه نوعی رویکرد درمانی تجربی و فرایندگرا، در دو دههٔ گذشته محبوبیت زیادی کسب کرده است. این رویکرد تجربی نوانسان‌گرا^۲، به‌شکل منحصربه‌فردی، اصول انسان‌گرایی را با نظریهٔ هیجان معاصر ادغام می‌کند (فریجا^۳، ۱۹۸۶؛ گرینبرگ، ۲۰۱۱) و موضع فلسفی آن را می‌توان سازه‌گرایی دیالکتیک^۴ دانست (گرینبرگ و پاسکوال - لئون^۵، ۲۰۰۱؛ گرینبرگ و ون‌بالن^۶، ۱۹۹۸؛ پاسکوال - لئون، ۱۹۹۱). EFT، مفاهیمی مانند محوریت تجربه، خودتعیین‌گری^۷ فردی و تمایل ذاتی به رشد را در قالب اصطلاحات معاصر و با استفاده از نظریهٔ هیجان و سازه‌گرایی دیالکتیک را بازنگری می‌کند. در این نظریه، انسان موجودی برخوردار از نوعی نظام هیجانی درونی تلقی می‌شود که می‌تواند با استفاده از این نظام درونی به انطباق‌پذیری مداوم، ایجاد معنا و رشد دست یابد. بنابراین هیجان، مبنای تجربهٔ انسان و ایجاد معنا شناخته شده و معنادادن، عنصری اصلی در هیجان تلقی می‌شود. تعامل هیجان و شناخت، از مهم‌ترین فرایندهای دیالکتیکی به شمار می‌رود.

تحقیقات نشان می‌دهد که هیجان‌ات به‌طور ناخودآگاه ایجاد نشده‌اند، بلکه به‌شکل غیرتمایز یافته از طرحواره‌های حسی و حرکتی (که پیش‌کلامی و پیش‌تصوری‌اند) تکامل یافته‌اند. وقتی احساسات به کلام درمی‌آیند، هیجان‌های ضمنی یا احساسات بدنی، به تجارب خودآگاه احساسات خاص تبدیل می‌شوند (لان، ۲۰۰۸). احساس در عملکرد سازگارانه و ناسازگارانهٔ افراد و تغییرات درمانی، نقش مهمی دارد. سازه‌گرایی دیالکتیک فرض می‌کند که تجربه حاصل تعامل هیجان با فرایندهای روان‌شناختی مانند حافظه، توجه، یادگیری است و بستری برای پدید آمدن احساس خودآگاهانه است. از طریق این فرایند ساختارگرایانه دیالکتیکی پیچیده، هیجان‌های خاصی را احساس می‌کند و از آنچه احساس می‌کند، آگاه می‌شود. بنابراین هیجان و شناخت در هم تنیده‌اند و سازگاری پهنه، حاصل همراهی عقل و احساس از طریق دادن معنای روایتی به هیجان است.

1. Greenberg
2. Neohumanistic
3. Frijda
4. Dialectical Constructivism
5. Pascual-Leone
6. Van Balen
7. Self-Determination

از نظر سازه‌گرایی دیالکتیک، عملکرد افراد در نتیجه توجه به حس‌های بدنی، نمادسازی آن در آگاهی و ایجاد معانی روایتی ساخته می‌شود. بنابراین مراجع نیز نظام خودسازماندهی پویایی است که همواره در حال شکل‌دهی "خود در موقعیت" است (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۶). از نظر دیالکتیکی، افراد روایتی هستند که برای درک خود و موقعیت، همواره روایت‌های حالتی می‌سازند. چندگانگی فرایند خودسازماندهی موجب می‌شود که افراد حالت‌های هیجانی متغیر و داستان‌های متعددی داشته باشند و در این داستان‌ها نظرهای متفاوتی ارائه دهند. درمان شامل پذیرش تجربه و تغییر است؛ یعنی مراجع باید پیش از تغییر، خود را بپذیرد. او برای پشت‌سرنهاندن مرحله‌ای، ابتدا باید به آن مرحله برسد (الیوت، واتسون، گلدمن و گرینبرگ، ۲۰۰۴؛ گرینبرگ، رایس و الیوت، ۱۹۹۳).

EFT بر آگاهی لحظه به لحظه، تعدیل، ابراز، تبدیل و تأمل بر هیجان‌ات تمرکز می‌کند و هدفش معنادگی به هیجان‌ات، ایجاد معنای جدید و تقویت خود است (الیوت، واتسون و دیگران، ۲۰۰۴؛ گرینبرگ، ۲۰۱۰؛ گرینبرگ و دیگران، ۱۹۹۳). بنابراین در فرایند EFT، افراد از طریق تعامل‌های دیالکتیکی چندسطحی و چندفرایندی (جسمی، عاطفی، انگیزشی، شناختی و عصب-شیمیایی)، همواره در حال سازماندهی خود هستند (گرینبرگ، پاسکوال-لئون، ۱۹۹۵، ۲۰۰۱). در این دیدگاه، مشکل مراجع، آسیب‌شناسی روانی نیست، بلکه سبک ناکارآمد پردازش هیجانی است. پردازش ناکارآمد، ممکن است ناشی از سازوکارهای مختلفی باشد؛ فعال‌سازی هیجان‌ات ناسازگاری که در طول تجارب منفی پیشین شکل گرفته‌اند، معنادگی بیش از حد انعطاف‌ناپذیر، نابرابری میان تجربه و گفتار و ناتوانی در نمادسازی و ابراز هیجان‌ات و دشواری در تغییر یا ترکیب بخش‌های مختلف (مخالف) خود (الیوت، واتسون، دیگران، ۲۰۰۴؛ گرینبرگ، ۲۰۱۰).

در نظارت EFT، به درمانگران کمک می‌شود تا مراجعان را نظام‌های پویای خودسازمان‌دهنده‌ای بدانند که سبک پردازش ناکارآمد دارند. زمانی که مشکلاتی در درمان به وجود می‌آید، ناظر درباره فرد تحت نظارت براساس ویژگی‌های شخصیتی او ارزیابی نمی‌کند، اما زمانی که در اتحاد میان فرد ناظر و فرد تحت نظارت، مشکلاتی پیش می‌آید، از نگاه آسیب‌شناختی به فرد تحت نظارت بی‌توجهی و در عوض به فرایندهای بین‌فردی توجه می‌شود. به این معنا که ناظر تلاش می‌کند مشکلاتی را که در فرایند درون‌جلسه و نظارت وجود دارد درک کند، با فرد تحت نظارت درباره آنچه منجر به این مشکلات می‌شود گفت‌وگو می‌کند و مسئولیت این مشکل را به عهده می‌گیرد.

پردازش طرحواره هیجانی و هویت روایتی، دو مفهوم مهم در نظریه EFT هستند. طرحواره هیجانی، یک الگوی سازماندهی ذهنی است که به‌طور ضمنی به سازماندهی بیشتر تجربه می‌پردازد (گرینبرگ و همکاران،

۱۹۹۳). طرحواره هیجانی، ساختاری برای تولید تجربه و کنش است. نظام پردازشی طرحواره‌ای هیجان‌ات مراجع، مسئول اصلی فرایند خودسازماندهی او به شمار می‌رود. این نظام، پیچیده است و در آن، چند طرحواره هیجانی باهم به خودسازماندهی منسجم می‌پردازند (گرینبرگ، ۲۰۱۰). برای مثال، طرحواره‌های هیجانی افسردگی، پیرامون مسائلی مانند احساس فقدان، دوست‌داشتنی نبودن و احساس بی‌ارزشی یا بی‌کفایتی سازمان‌یافته‌اند. هویت روایتی نسبت به طرحواره، در سطح بالاتری از خودسازماندهی قرار دارد (گرینبرگ و آنگوس، ۲۰۰۴). روایت، به‌مانند نوعی فرایند ایجاد معنا، در ابتدا تصویری یا غیرکلامی است و در طول زمان بروز پیدا می‌کند. روایت دارای نقطه آغاز، میانه و پایان و شامل طرح داستان و قهرمان داستان و نیز اهداف، کنش‌ها و پیامدهاست.

در طی فرایند نظارت EFT، فرد ناظر بر دو چیز تمرکز می‌کند؛ از طرفی به فرد تحت نظارت کمک می‌کند تا طرحواره هیجانی دردناک غالب خود را شناسایی کند (روایتی منسجم‌تر ایجاد کند) و از طرف دیگر همواره واکنش‌های هیجانی فرد تحت نظارت را کنترل و بر آن نظارت می‌کند (به او در معنابخشی به تجارب احساسی کمک می‌کند). در نظارت، بر فرد تحت نظارت و هویت حرفه‌ای درمانگر تمرکز می‌شود. این امر به فرد تحت نظارت کمک می‌کند تا اعتماد بیشتری به کار خود داشته باشد و هیجان‌ات خود را گسترش دهد و هویت حرفه‌ای منسجم‌تر و یکپارچه‌تری ایجاد کند.

اصول درمان متمرکز بر هیجان برای نظارت و درمان

نظارت EFT، براساس اصول و مداخلاتی منحصر به EFT است و آن را از دیگر روش‌های درمانی متمایز می‌کند. این اصول که اطلاعاتی درباره روابط و فرایند EFT در اختیار ما قرار می‌دهند عبارت‌اند از: (الف) موضع پیگیری^۱ و رهبری؛ (ب) سبک کاوش همدلانه^۲؛ (ج) تشخیص فرایند به‌جای تشخیص فرد؛ (د) تسهیل تجربه عمیق‌تر هیجانی و پردازش هیجانی سازنده؛ (ه) یادگیری و آموزش مهارت‌های ادراکی؛ (و) درک هیجان‌ات و نیازها در کار با فرهنگ‌های مختلف با وجود تفاوت در قوانین اجتماعی. نظریه ناکارآمدی و نظریه درمان، به‌طور مستقیم در رویکرد نظارتی به‌کار نمی‌روند، زیرا EFT در پی رفع مشکل در فرد تحت نظارت و تلاش برای دستیابی به تجارب دردناک اصلی فرد و تغییر آنها نیست و تنها یادگیری را تسهیل می‌کند. بنابراین ناظر به‌شکل مستقیم درگیر درمان فرد تحت نظارت نمی‌شود. در ادامه درباره اصول EFT و شیوه گزارش تلاش‌های درمانی و فرایند نظارت، بیشتر بحث می‌شود.

1. Following
2. Empathic Exploration

اولین اصل مهم، موضع پیگیری و رهبری است. از یک سو، درمانگر تلاش می‌کند حضور داشته باشد و تجارب درونی فرد تحت نظارت را لحظه به لحظه پیگیری کند. از سوی دیگر، در همه لحظات، به‌شکلی همدلانه خود را با تجارب فرد هماهنگ می‌کند و بر پالس‌های هیجانی او تمرکز کرده و تلاش می‌کند تجارب فرد تحت نظارت را درک کند. درمانگر، ابتکار عمل فرد تحت نظارت را تشویق می‌کند و برای معنابخشی به تجارب او و حل مشکلاتش تلاش می‌کند. او در فرایند درمان مانند یک راهنما و مربی هیجان رفتار می‌کند (گرینبرگ، ۲۰۰۲، ۲۰۱۵) و هرچند درباره تجارب فرد تحت نظارت، متخصص نیست، در تسهیل مراحل و گام‌های بعدی و آگاهی از فرایندهای هیجانی، متخصص محسوب می‌شود. هدف درمانگر تغییر یا آموزش مراجع نیست، بلکه او تنها فرایند درمانی را هدایت می‌کند و به‌طور فعالانه به مراجع در فعال کردن تجارب عمیق‌تر و پاسخ‌های هیجانی کمک می‌کند (برای مثال، به او کمک می‌کند تا حالت قاطعانه‌تر خشم خود را فعال کرده و بر احساس ناامیدی خود غلبه کند). او بر وظایف درون‌جلسه‌ای (مانند کمک به حل‌وفصل امور ناتمام مراجع یا درک معنای یک واکنش مهم) یا دستیابی به هدف کلی درمان (مانند کمک به دورشدن و فاصله‌گرفتن از تجارب آسیب‌زای گذشته) تمرکز می‌کند (الیوت، واتسون و دیگران، ۲۰۰۴؛ گرینبرگ، ۲۰۰۲). ممکن است در نگاه اول به نظر برسد که پیگیری و رهبری با هم تناقض دارند، اما چنین نیست. بین دنبال کردن روایت مراجع، به‌عنوان فردی متخصص در تجارب خود (محتوا) و هدایت فرایند، صرفاً نوعی تنش دیالکتیک و مبتکرانه وجود دارد.

وظیفه ناظر EFT، پیگیری و رهبری دیالکتیکی است. افراد تحت نظارت، بیش از هر کسی از تجارب خود و مراجعانشان آگاهی دارند. ناظر به تجربه فرد تحت نظارت تسلط ندارد، بلکه متخصص تسهیل‌یادگیری فرد تحت نظارت است. او از رویکرد تحلیل تمرین EFT، برای بررسی رویدادهای تغییردهنده روان‌درمانی استفاده می‌کند (گرینبرگ، ۱۹۸۴). در این رویکرد، ناظر به نظارت‌شونده تمرین‌های خاصی می‌دهد و به او در راستای انجام وظیفه‌اش کمک می‌کند.

یکی دیگر از اصول خاص EFT، سبک کاوش پاسخ همدلانه^۱ در درمان و نظارت است. با توجه به اینکه در چارچوب EFT، مراجع و نظارت‌شونده، متخصص تجارب شخصی خودشان هستند، درمانگر و ناظر، فعالانه از پرسش‌های عمیق برای شناسایی تجارب استفاده کرده و درک نظارت‌شونده و جست‌وجوی او برای معنا را شبیه‌سازی می‌کنند. علاوه بر این ناظر، به‌عنوان یک فرد متخصص تلقی می‌شود (که به‌تنهایی تصمیم می‌گیرد درباره چه چیزی کار شود) و با کمک فرد تحت نظارت به فرایند موجود، اهداف نظارت و در نهایت معنا شکل می‌دهد. نقش اصلی ناظر در EFT، تسهیل توجه فرد تحت نظارت بر تجارب لحظه‌ای مراجع و ایجاد پاسخ‌های مداخله‌ای بهتری است که به مراجعان کمک می‌کنند بر احساسات و هیجانات خود متمرکز شوند.

1. Empathic exploration response style

EFT. نوعی تشخیص فرایند است نه تشخیص فرد (گرینبرگ و دیگران، ۱۹۹۳). بنابراین درمانگر EFT به جای تمرکز بر تشخیص‌های رسمی، به سبک پردازشی مراجع، نشانه‌های درون‌جلسه‌ای مانند حالت‌های هیجانی مشکل‌ساز و زمینه‌های غالب و در نهایت شکل‌گیری هیجانات دردناک توجه می‌کند. نشانه‌ها، آن دسته از رفتارهای درون‌جلسه‌ای هستند که نشان می‌دهند مراجع آماده کار درباره مشکل خاصی است و بلافاصله پس از ظهور آنها باید وظایف درمانی انجام گیرد (گرینبرگ و دیگران، ۱۹۹۳). برای مثال، یکی از نشانه‌های کارهای ناتمام، با ابراز احساسات بد مداوم به فرد مهمی در زندگی مراجع مشخص می‌شود. در این مورد، او باید با گفت‌وگویی با فرد مهم خیالی روی صندلی خالی برای حل و فصل این مشکل مشارکت کند. درمانگران می‌توانند از روش‌های درمانی متفاوتی برای کمک به حل مشکل مراجعانشان استفاده کنند (مانند پیشنهاد استفاده از روش صندلی خالی برای کار درباره موقعیتی ناتمام). با اتخاذ رویکرد تحلیل تکلیف^۱ (گرینبرگ، ۱۹۸۴)، نظارت EFT، مستلزم شناسایی نشانه‌های نظارتی درون‌جلسه‌ای و انجام وظایف متناسب با نظارت‌شونده و نیازهای او است.

اصل چهارم EFT، تسهیل تجارب هیجانی عمیق‌تر و پردازش هیجانی مولد در مراجعان است؛ به طوری که ایجاد معنای جدید و در نهایت راه‌حل تسهیل شود. با توجه به اینکه EFT، نوعی روش درمانی تجربی و فرایندمحور است. درمانگران، متخصصانی در نظر گرفته می‌شوند که در تسهیل مراحل بعدی فرایند تجربی مراجع، تخصص دارند. مراجع نیز متخصص تجربه خود است. بنابراین درمانگر در تسهیل تجارب عمیق‌تر، نحوه کمک به افراد برای آگاهی بیشتر از فرایندهای زایشی و مولد و در نهایت در نحوه ایجاد معنا تخصص دارد. به همین ترتیب، نظارت EFT بسیار فرایندمحور است و به فرد تحت نظارت کمک می‌کند تا نشانه‌های فرایندی را که مستلزم پردازش هیجانی عمیق‌تر و استفاده از وظایف درمانی مناسب است تشخیص دهد. ناظر هم به مفهوم‌سازی مشکلات مراجع کمک می‌کند و هم برنامه‌ریزی برای درمان و بازخورد لحظه به لحظه به فرد تحت نظارت درباره نحوه پاسخ به مراجع برای رفتن به مرحله بعد را در نظر دارد. ناظر در درجه اول، در مقام مربی عمل می‌کند و مهارت‌های تسهیل فرایند را که دربرگیرنده مهارت‌های ادراکی و مداخله‌ای است آموزش می‌دهد. افزون بر آموزش مهارت‌های مداخله‌ای، یادگیری و آموزش مهارت‌های ادراکی، نیز اصل مهمی در نظارت است. برای آموزش مهارت‌های ادراکی باید به بافت توجه کرد. بنابراین نظارت، مکانی برای یادگیری چگونگی دیدن و شنیدن پدیده‌های مهم بالینی است. مهارت‌های ادراکی، برخلاف مهارت‌های مداخله‌ای، بیشتر شامل دانستن زمان مداخله‌اند تا نحوه آن و توانایی شناسایی پدیده‌های بالینی خاص در جلسه را نیز شامل می‌شوند. در اصل، مهارت‌های ادراکی فراتر از مهارت‌های مفهومی یا نظری‌اند. فرد تحت نظارت شاید بتواند این فرایندها را

درک کند، اما نتواند آنها را در موقعیت‌های مختلف اعمال کند. او برای درک و یادگیری این موضوع باید نمونه‌های عینی و مشخصی از تمایزهای ادراکی داشته باشد. ناظر به‌عنوان مربی، نظارت را از سطح مهارت و آموزش نظارت‌شونده شروع می‌کند.

یکی از مهارت‌های ادراکی مهم، توانایی ایجاد تمایز بین انواع متفاوت فرایندهای هیجانی است. فرد تحت نظارت باید درباره درک و ایجاد تمایز میان هیجان‌های سازگار و ناسازگار ابتدایی، ثانویه و ابزاری آموزش ببیند. ناظر با اشاره به فیلم موردها و بحث درباره عملکردشان در لحظه، این مهارت را آموزش می‌دهد. هیجان‌های سازگارانۀ اولیه، پاسخ‌هایی هستند که نتیجه پردازش خودکار اطلاعات پیچیده موقعیتی‌اند و فرد را برای اقدام مؤثر آماده می‌کنند. این پاسخ‌ها، پاسخ‌های هیجانی تطبیقی اولیه بودند، زیرا هیجان واکنشی مستقیم به لحظه است و به فرد کمک می‌کند که اقدام مناسبی انجام دهد. باید به هیجان‌های سازگار اولیه دسترسی یافت و به فرد برای کار در این زمینه کمک کرد. درمانگران با پاسخ همدلانه به مراجعان و ارائه پردازشگرهای اطلاعاتی به آنها کمک می‌کنند تا تشخیص دهند که هیجان احساس‌شده از نوع هیجان‌ات سازگار اولیه است یا خیر. آنها نشانه‌هایی به مراجع می‌دهند تا بتواند احساسات خود را توصیف کند. برخی از پاسخ‌های درمانگران که می‌تواند به درک هیجان‌ات سازگار اولیه کمک کنند، عبارت‌اند از: آیا احساس اصلی شما، در پایین‌ترین سطح ممکن قرار دارد؟ درونت را به‌دقت بررسی کن و ببین که آیا این احساس، بنیادی‌ترین احساس است؟ هیجان‌های اولیه ناسازگار واکنش‌های مستقیمی به شرایط هستند، اما به فرد برای مقابله سازنده با موقعیت‌هایی که در آن برانگیخته می‌شوند، کمکی نمی‌کنند، بلکه با عملکرد مؤثر تداخل می‌کنند. این پاسخ‌های هیجانی، شامل پاسخ‌های بیش از حد یادگرفته‌شده براساس تجارب اغلب آسیب‌زای قبلی هستند. مدیریت آنها مستلزم این است که به مراجع کمک شود به این هیجان‌ات دست یابد و به نمادسازی، تنظیم و کاوش آنها بپردازد. زمانی که فرد به‌جای اجتناب از هیجان‌ات، به آنها دست می‌یابد و آنها را می‌پذیرد، می‌تواند با دسترسی به هیجان زیربنایی متفاوت، تغییر ایجاد کند (مثل جایگزینی طرحوارۀ ناسازگار با حس غرور یا حس مهرورزی به خود) و با ایجاد واکنش به آن، فرایند معنابخشی را انجام دهد. درمانگران به مراجعان کمک می‌کنند تا با کاوش همدلانه هیجان‌ات، به تجربه عمیق درونی خود دست یابند.

هیجان‌های واکنشی ثانویه، هیجان‌هایی هستند که پاسخ ابتدایی‌تری ایجاد می‌کنند. اغلب افراد به هیجان‌های سازگارانۀ اولیه خود، واکنش‌های هیجانی نشان می‌دهند، به‌طوری‌که این واکنش‌های هیجانی با یک هیجان ثانویه جایگزین می‌شوند. این «واکنش به واکنش»^۱، هیجان اصلی را مسدود می‌کند یا تغییر می‌دهد و به کنش‌هایی منجر می‌شود که برای وضعیت فعلی مناسب نیستند. با کاوش همدلانه هیجان‌های اولیه اصلی

1. Reaction to the reaction

به بهترین شکل می‌توان به هیجان‌های واکنشی ثانویه پاسخ داد (برای مثال، ترس اولیه زیربنای خشم واکنشی).

در نهایت، برای عملکرد بین‌فردی یا تأثیر مورد نظر بر افراد، هیجان‌های ابزاری^۱ کاوش می‌شوند. درمانگر، پس از درک احساس ناراحتی یا خشم فرد، ممکن است چنین بگوید: «نمی‌دانم شاید داری تلاش می‌کنی که با این احساس، به فرد مورد نظر چیزی بگویی». در نتیجه، فرد می‌تواند قصد و نیت تجربه هیجانی خود را شناسایی کرده و درک کند که هدف این هیجان‌ها، محافظت از خود، احساس راحتی و تسلط بر دیگری است.

ناظر ممکن است برای کمک به فرد تحت نظارت به منظور ارزیابی هیجانی، تکالیف خاصی را پیشنهاد دهد، از جمله (الف) مشاهده ابراز غیرکلامی، مانند حالت چهره، آهنگ صدا و چگونگی ادای حروف؛ (ب) آگاهی درباره واکنش‌های هیجانی عمومی (برای مثال، افراد زمانی که تحت ستم قرار می‌گیرند، خشمگین می‌شوند یا وقتی عزیزی را از دست می‌دهند، اندوهگین می‌شوند)؛ (ج) استفاده از دانش واکنش‌های هیجانی خود نظارت‌شونده به شرایط برای ارزیابی هیجان‌های مراجع؛ و (د) شناخت شیوه‌های مشخص مراجع برای واکنش به شرایط و افراد (برای مثال، زمانی که افراد از سوی دیگران طرد می‌شوند، احساس کم‌ارزشی و ناامیدی می‌کنند و هنگام عصبانیت، احساس طرد می‌کنند نه شرم).

اصل نهایی EFT، توجه به مسائل بین‌فرهنگی و موقعیتی است که در آن همدلی به معنای گوش دادن دقیق به فرد و نگرانی‌هایش، گوش دادن به هیجان‌های کمرنگ‌شده و نیازهای بیان‌نشده مرتبط به آن است. بنیاد انسانی EFT و مطالعه و پژوهش در زمینه هیجان‌ها، به ما می‌آموزد که همه انسان‌ها از نظر هیجانی یکسان‌اند و نیازهای انسانی مشابهی برای بقا، پیشرفت، دلبستگی، تعلق، قدردانی و تصدیق وجود دارد. با این حال، نظریه پردازان EFT تشخیص داده‌اند که ارزش ابراز و انتقال هیجان‌ها، از فرهنگی به فرهنگی دیگر متفاوت بوده و بخشی از اعتقادات، آداب و رسوم و نگرش است.

به همین دلیل، درمانگر و ناظر باید دست‌کم درباره تفاوت‌های فرهنگی دانش داشته باشد. بهترین روش کسب دانش در این مورد، آموزش، کنجکاوی و تجربه مستقیم تفاوت‌ها و حساسیت زیاد به تفاوت‌ها و پذیرا بودن آنهاست. ناظر EFT، به فرد تحت نظارت کمک می‌کند تا فرایندهای هیجانی اصلی مراجعان متعلق به فرهنگ‌های مختلف را با حساسیت بررسی کند و به قوانین و دستورالعمل‌های فرهنگی ابراز هیجان توجه داشته باشد. برای مثال برای مراجعان آسیایی یا مراجعان متعلق به فرهنگ‌های جمعی، ابراز خشم به والدین یا افراد مقتدر دشوار است، زیرا اعتقادات فرهنگی حول احترام و اطاعت از افراد باتجربه‌تر و مسن‌تر است. با این حال،

اتحاد درمانی، همدلی و درک خوب از این قوانین به تدریج به نظارت‌شونده برای رسیدن به هسته هیجانی مشترک کمک می‌کند. البته همواره تفاوت‌های فرهنگی بالقوه‌ای وجود دارد.

وظایف به کارگرفته شده در نظارت و درمان

EFT، انواع نشانگرهای مراجع و وظایف درمانی را بررسی کرده است (الیوت، واتسون و همکاران، ۲۰۰۴؛ گرینبرگ، ۲۰۱۰، ۲۰۱۵؛ گرینبرگ و همکاران، ۱۹۹۳). این نشانگرها و وظایف به منظور درک بهتر، به پنج دسته بزرگ‌تر طبقه‌بندی شده‌اند که عبارت‌اند از: تکالیف مبتنی بر همدلی^۱، تکالیف ارتباطی^۲، تکالیف تجربه‌ای^۳، تکالیف بازپردازشی^۴ و تکالیف کنشی^۵. برای همه این وظایف در طول نظارت، مداخلات زیادی یاد گرفته می‌شود.

هدف ناظر تنها آموزش نحوه دنبال کردن مراحل درمان به فرد تحت نظارت نیست، بلکه تشویق و کمک می‌کند تا مداخلات مختلفی را ابتدا به صورت آزمایشی و با گذشت زمان، به شیوه‌ای ماهرانه امتحان کند. در نظارت ابتدا مفاهیم مداخلات، تنها به صورت آزمایشی معرفی می‌شوند (نه به صورت انجام شیوه صحیح) که حاکی از ماهیت انعطاف‌پذیر مداخله است و نشان می‌دهد پیشنهادهاى ناظر، به شکل درست یا غلط نیستند، بلکه تنها پیشنهادهایی هستند که می‌توانند امتحان شوند و درمانگران با توجه به سبک و شخصیت خود از آنها استفاده کنند (مانند مهارت‌های شخصی سازی یا یکپارچگی).

پیشینه تاریخی

نظریه EFT ترکیبی از نظریه‌های گشتالت، مراجع محور و نظریه‌های هستی‌گرایانه است و از دریچه نظریه‌های مدرن و شناختی نیز بررسی می‌شود. رویکردهای روان‌درمانی انسان‌گرایانه/ تجربی، در دهه ۱۹۶۰، در شمال آمریکا، به عنوان نیروی سوم، جایگزین روش‌های رفتارگرایی و روانکاوی شدند. EFT فراتر از این خاستگاه‌ها رشد کرده و با پیشرفت علوم شناختی و هیجانی و مطالعه تغییرات درمانی، به صورت یک روش درمانی انسان‌گرایانه فرایندمحور عرضه شده است.

EFT، با این دیدگاه راجرز مبنی بر این که رابطه درمانی، پادزهری برای شرایط بدتر است، همسوست. در این درمان، مراجعان، تجربه جدیدی از دیده شدن، درک و پذیرش بدون قیدوشرط در مقام یک انسان پیدا می‌کنند. با ظهور روش مراجع محور، بر جنبه‌های فراتر از ماهیت رابطه درمانی و آنچه در درمان رخ می‌دهد، بیشتر تمرکز

1. Empathy-based tasks
2. Relational tasks
3. Experiencing task
4. Reprocessing task
5. Enactment task

شد. در این روش، علاوه بر پذیرش رابطه، تسهیل پذیرش تجربه جدید برای مراجع اهمیت پیدا کرد. براساس اظهارات گندلین^۱ (۱۹۹۷)، تجربه کردن، فرایند عینی کردن احساسات بدنی و در واقع همان چیزی است که در حین زندگی، داده‌های اساسی و بنیادی بعد روان‌شناختی زندگی ما را شکل می‌دهد. آگاهی از این داده‌های اساسی برای زندگی سالم ضروری است. به نظر گندلین (۱۹۹۷)، فرایند مطلوب، استفاده روزافزون از تجربه است. در این فرایند، معانی با نمادهای کلامی در تعامل است و در نتیجه آن، معنای صریح و روشنی استخراج شده و دیدگاه عملی‌تری حاصل می‌شود.

با این حال، نظریه EFT نسبت به نظریه‌های ابتدایی خود، پیشرفت زیادی داشته است. گندلین و راجرز، تجربه را مبنای اصلی می‌دانند، اما EFT هیجان را مبنای قرار می‌دهد و تجربه را برگرفته از هیجان و نتیجه ترکیب فرایندهای متعدد می‌داند. نظریه EFT، از بُعد عملی، اهمیت معنای دریافتی گندلین، دیدگاه تکاملی زیستی هیجان‌های اساسی (اکمن و داویدسون^۲، ۱۹۹۴) و اهمیت هیجان‌ات احساسی برانگیخته‌شده را با هم ادغام کرده است. احساسات درک‌شده، برای ایجاد معنا مستلزم توجه و معناسازی هستند. دسترسی به نیازها و گرایش‌های عملی و حرکت به سمت عملکرد سازگارانه نیز مستلزم تحریک و تنظیم هیجان‌های اساسی (مثل ترس، خشم و غم و اندوه) است.

دومین تأثیر عمده بر EFT ناشی از گشتالت‌درمانی است (پرلز، هفرلین و گودمن^۳، ۱۹۵۱). راجرز به‌جای تأکید بر سائق‌ها یا نیازهای خاص، بر ماهیت کل‌گرایانه تمایل به خودشکوفایی (بقا و تلاش) تأکید کرد. به نظر او خرد ارگانیسمی از طریق ظهور خودبه‌خودی نیازها برای هدایت کنش‌ها کار می‌کند. زندگی فرایند ظهور نیازها و رفع آنها به‌طور مداوم است. در درمان گشتالتی نیز این‌گونه تلقی می‌شود که آگاهی از عملکرد، انتخاب‌هایی در اختیار فرد و تجارب ارگانیسمی قرار می‌دهد (پرلز و همکاران، ۱۹۵۱).

درمان گشتالتی، فرایندمحور است. درمانگر در فرایند مشاهده می‌کند و پیشنهاد می‌دهد. از آزمایش درجه‌بندی‌شده به‌عنوان مداخله اصلی استفاده می‌شود. در EFT، چند آزمایش اصلی درمان گشتالتی، انتخاب و به بهترین نحو استفاده می‌شود و فرایند تغییر را تسهیل می‌کند. بنابراین، EFT مانند سبک فرایندی گشتالت درمانی، بر دسترسی به تجربه هیجانی و آگاهی و مراجع‌محوری بر امنیت و تمایز تجربه و معنا، تجربه‌سازی در آگاهی، حضور در احساسات بدنی درک‌شده و درک آگاهی در جهت نمادسازی معنای حس‌شده تأکید می‌کند.

در نهایت، درمان مبتنی بر هستی‌گرایی، بر رشد و توسعه EFT به‌ویژه در رابطه با هویت انسانی و نگرانی‌های نهایی زندگی تأثیر گذاشته است. در این نظریه، اختلال ناشی از عدم اصالت، تجربه‌نداشتن و فقدان معنا، انزوا و

1. Gendlin
2. Ekman & Davidson
3. Perls, Hefferline & Goodman

اضطراب هستی‌شناختی است و آگاهی از دغدغه‌ها و نگرانی‌ها، به اضطراب و دفاع منجر می‌شود (می و یالوم، ۲۰۰۵؛ یالوم، ۱۹۸۰). در این درمان، اضطراب از مسائلی مانند آزادی، انتخاب، تنهایی و معنا در مرکز شخصیت و روان‌درمانی قرار دارد. EFT بر همهٔ این موارد تمرکز می‌کند، اما بر هیجان، تنظیم و نمادسازی آن نیز تمرکز می‌کند. با توجه به این دیدگاه‌ها و اصول اساسی، اکنون به بحث نظارت می‌پردازیم.

تعریف نظارت

نظارت، به‌عنوان کنش و فرایند مشاهده و هدایت عملکرد فرد و حصول اطمینان از درستی و نظم آن تعریف می‌شود. برنارد و گوودی^۱ (۲۰۱۳) نظارت را مداخله‌ای می‌دانند که توسط اعضای ارشد یک حرفه بر اعضای تازه‌کار همان رشته اعمال می‌شود. آنها در این تعریف به اجزای مختلف نظارت اشاره می‌کنند. نخست اینکه نظارت مداخله است و ناظر باید دانش و مهارت‌های خاصی برای کمک به فرد تحت نظارت داشته باشد. دوم اینکه نظارت توسط یک ناظر بالینی انجام می‌شود که دست‌کم در برخی شیوه‌های مهم از فرد نظارت‌شونده، تخصص بیشتری دارد. سوم اینکه نظارت، رابطه‌ای است که در طول زمان ادامه می‌یابد. یکی از فرضیه‌های مربوط به نظارت این است که فرد تحت نظارت برای پیشرفت در برخی جنبه‌ها به زمان بیشتری نیاز دارد. در نتیجه در این راستا، رابطهٔ موجود میان ناظر و فرد تحت نظارت اهمیت دارد. ناظر، موارد را ارزیابی، کنترل و اعلام می‌کند. ناظران برای کنترل توجه برابر، مسئولیت حقوقی و اخلاقی دارند. ناظر برای افزایش عملکرد حرفه‌ای نظارت‌شونده و اطمینان از کیفیت مراقبت، به‌طور مداوم به نظارت و بازخورد دربارهٔ عملکرد نظارت‌شونده می‌پردازد. این ارزشیابی تکوینی، مهم‌ترین کاری است که در نظارت انجام می‌گیرد.

نقش ناظر

برنارد (۱۹۹۷) در مدل تمایزپذیری نظارت، سه نقش کلی پیشنهاد کرد که ناظر ممکن است در پاسخ به نظارت‌شونده داشته باشد: (الف) نقش معلم. در این نقش، ناظر مسئول ارائهٔ دانش لازم برای کسب مهارت به افراد تحت نظارت است. (ب) نقش مشاور. در این نقش، ناظر واقعیت فردی و بین‌فردی فرد تحت نظارت را به‌خوبی کاوش کرده و مسیر درک آن را تسهیل می‌کند. (ج) نقش مشورت‌دهنده. در این نقش، ناظر به‌عنوان منبع عمل می‌کند و نظارت‌شونده را تشویق می‌کند که افکار، بینش‌ها و احساساتش را در کار با مراجع اعتباریابی کند (برنارد، ۱۹۹۷).

نظارت EFT از هر سه نقش استفاده می‌کند. اول از همه، آموزش یا به‌طور خاص‌تر، پرورش، بخش مهمی از نظارت EFT است. بسیاری از مهارت‌ها در یک وضعیت بالینی واقعی فراگرفته می‌شوند. نظارت EFT بر تناسب

1. Bernard & Goodyear