ملاحظه‌های اخلاقی در درمان هیجان‌مدار[1]

نوشتهٔ یولی کِرمِر و رابرت الیوت | ترجمهٔ عبّاس موزیری و فاطمه نادری | ویراستهٔ عبّاس موزیری

مقدمه

درمان هیجان‌مدار روی‌کردی یک‌پارچه، انسان‌گرا، و با پشتوانهٔ تجربی‌ست که بر شالودهٔ برنامه‌ای پژوهشی بنا شده است که به دههٔ ۱۹۷۰ میلادی برمی‌گردد (الیوت و هم‌کاران، ۲۰۱۳؛ رایس و گرینبرگ، ۱۹۸۴). درمان هیجان‌مدار با گردهم‌آیی سنت‌های درمان‌جومحور، گشتالت، و وجودگرایی، نگاه متمایزی به هیجان به‌مثابهٔ منبع معنا، هدایت، و رشد پیش می‌کشد. درمان هیجان‌مدار ابتدا درمان فردی افسردگی و مداخلهٔ زوجی برای مشکلات ارتباطی بود، و بر محور مفاهیم نظریهٔ هیجان، اصول درمانی، و تکلیف‌های درون‌جلسه‌ای قوام یافت. از آن زمان، مسیر تطور را به مدد کار با درمان‌جویانی پیموده است که دچار ترومای پیچیده و سوءاستفاده (پای‌ویو و پاسکال‌ـ لئونه، ۲۰۱۰)، اضطراب (الیوت و شاهار، ۲۰۱۷؛ تیمولاک و مک‌اِلوانی، ۲۰۱۸)، و مشکلات خوردن (دولهانتی و گرینبرگ، ۲۰۰۷) بوده‌اند. درمان هیجان‌مدار در این برهه در قالب‌های فردی، زوجی، خانوادگی، و گروهی عرضه می‌شود و عقبهٔ پژوهشی پرشمار و روزافزونی دارد (تیمولاک و همکاران، ۲۰۱۹).

اصول عمومی کاربست درمان هیجان‌مدار
به‌عنوان نمونه‌ای از اصول اخلاق حرفه‌ای گسترده‌تر

با عنایت به جدول ۱، کاربست درمان هیجان‌مدار متکی بر شش اصل عملیِ عمومی‌ست. برخی از این اصول متمرکز بر رابطه (اصول ۱ تا ۳) هستند، بعضی بر تسهیل تکلیف‌ها (اصول ۴ تا ۶) و همگی بر کاربست خاص اصول اخلاقی گسترده‌تر (مثلاً انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۲؛ انجمن بریتانیایی مشاوره و روان‌درمانی، ۲۰۱۸) تأکید می‌کنند. اصول بسیار مرتبط عبارت‌اند از احترام به حقوق و ارزش انسان‌ها، که مورد تأکید اصول رابطه در درمان هیجان‌مدار است و خیرخواهی[2] و خوش‌قلبی[3]، و عدالت، که بیش‌ترین پیوند را با اصول تسهیل تکلیف درمان هیجان‌مدار دارد. هم‌چون اصول اخلاقی کلی‌تر که نمونهٔ بارز آنها هستند، باید این دو دسته از اصول درمان هیجان‌مدار را به‌طور متوازنی مدنظر داشت (الیوت و هم‌کاران، ۲۰۰۳). در درمان هیجان‌مدار، منازعهٔ اخلاقی گسترده‌ای بین اصول ارتباطی و اصول اجرای تکلیف وجود دارد. در حالی که چنین کشمکشی در پشت پردهٔ این درمان جریان دارد، دوراهی‌های اخلاقی ممکن است در لحظه‌های مشخصی رخ بنمایانند؛ این موضوع را در ادامهٔ مقالهٔ حاضر به بحث می‌گذاریم.

---

۱. ترجمه‌ای‌ست از

Kramer, U., and Elliott, R. (2021). Ethical Considerations in Emotion-Focused Therapy. In *The Oxford Handbook of Psychotherapy Ethics* (ed. M. Trachsel, J. Gaab, N. Biller-Andorno, S. Tekin, and J. Z. Sadler, pp. 579-590). Oxford: Oxford University Press.

2. beneficence
3. non-maleficence

جدول ۱. اصول درمان هیجان‌مدار و اصول اخلاقی عمومی

اصول درمان هیجان‌مدار	اصول اخلاقی عمومی متناسب
(۱) هم‌نوایی هم‌دلانه	احترام به ارزش و حقوق انسان‌ها
(۲) پیوند درمانی (شفابخش)	یک‌پارچگی [۱] / قابل اعتماد بودن [۲] / احترام به خود [۲]، احترام به ارزش و حقوق انسان‌ها [۱]
(۳) هم‌کاری در اجرای تکلیف	وفاداری و مسئولیت‌پذیری احترام به ارزش و حقوق انسان‌ها
(۴) پردازش هیجانی متمایز	خیرخواهی و خوش‌قلبی [۱و۲] عدالت [۱و۲]
(۵) عمق‌بخشی هیجانی به کمک تکلیف‌های ارتباطی اصلی	خیرخواهی و خوش‌قلبی [۱و۲]
(۶) رشد خود	خیرخواهی و خوش‌قلبی [۱و۲] خودمختاری [۲] عدالت [۱و۲]

(۱) اصول اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا (۲۰۰۲)؛ (۲) چارچوب اخلاقی انجمن بریتانیایی مشاوره و روان‌شناسی (۲۰۱۸)

هم‌نوایی هم‌دلانه

نقطهٔ آغاز درمان هیجان‌مدار همواره هم‌نوایی هم‌دلانهٔ[1] سنجیده با تجربه‌گری بی‌واسطه و متحول‌شوندهٔ درمان‌جوست. هم‌دلی فرآیند شفابخش پژوهش‌بنیان (الیوت و هم‌کاران، ۲۰۱۹)، و اساس کاربست درمان هیجان‌مدار است. از نظرگاه درمان‌گر، هم‌نوایی هم‌دلانهٔ درمان‌گر در خلال حضور و کنجکاوی ضروری او دربارهٔ تجربه‌گری درمان‌جو شکل می‌گیرد. هم‌نوایی هم‌دلانه، هم‌چنین، در زمان‌های مختلف برای موارد زیر به کار می‌رود: معناها و احساس‌های اصلی که درمان‌جو بیان و ابراز می‌کند، موضوعی که مایل است در جلسه بدان پرداخته شود، هیجان‌های زیربنایی و دردناک‌ترین مسئله‌ای که دارد، تجربهٔ درمان‌جوبودن به‌طور کلی‌تر، و مسائل مبهم یا نوپدید (جدید).

پیوند درمانی (شفابخش)

به تأسی از راجرز (۱۹۵۷) و هم‌سو با ارزیابی‌های جاری متون پژوهشی (مثلاً نورکراس و ومپولد، ۲۰۱۱)، رابطهٔ درمانی عنصر شفابخش اصلی تلقی می‌شود. از این رو، درمان‌گر در پی خلق پیوند درمانی مستحکم با درمان‌جوست، که با امتزاج سه عنصر ارتباطی درهم تنیده شناخته می‌شود: درک / هم‌دلی، پذیرش / بهادادن (ارزش‌مندشماری)، حضور/ خلوص. هم‌دلی یا درک هیجان‌ها و معناهای درمان‌جو به شیوه‌های گوناگونی نشان داده می‌شود؛ از پاسخ‌های تأملی و کاوشی گرفته تا لحن مناسب صدا و ابرازهای چهره‌ای. پذیرش نگرش کلیِ «بنیادی»ست که علاقه و مدارای پایدار، اصیل، و عاری از سرزنش را در بر می‌گیرد، درحالی که ارزش‌مندشماری فراتر از پذیرش است و به احساس بی‌واسطه و فعالانهٔ مراقبت، تأیید و قدردانی از درمان‌جو

1. empathic attunement

به‌عنوان انسان، خاصه در لحظه‌های آسیب‌پذیری او، اشاره دارد (گرینبرگ و هم‌کاران، ۱۹۹۲). حضور واقعی درمانگر (گلر و گرینبرگ، ۲۰۱۲) در جلسه حیاتی‌ست و تماس هیجانی با درمان‌جو، معتبربودن (متجانس و خالص)، و شفافیت یا گشودگی مناسب را در رابطه (لی‌تائر، ۱۹۹۳) در بر می‌گیرد.

هم‌کاری در اجرای تکلیف

رابطهٔ درمانی مؤثر مستلزم مشارکت درمان‌جو و درمانگر در تعیین هدف‌های کلی درمان و تکلیف‌های درون‌جلسه‌ای ضروری و فعالیت‌های درمانی‌ست (بوردین، ۱۹۷۹)، که هدف‌شان به‌کارگیری درمان‌جو به‌عنوان عضو فعال در درمان است. به‌طور کلی، درمانگر اهداف و تکلیف‌هایی را که درمان‌جو بیان می‌کند می‌پذیرد، و فعالانه با درمان‌جو هم‌کاری می‌کند تا فرآیندهای هیجانیِ دخیل در آنها را بکاود (الیوت و هم‌کاران، ۲۰۰۳). به‌علاوه، اطلاعاتی دربارهٔ هیجان و فرآیند درمان به درمان‌جو می‌دهد تا از اهمیت کار با هیجان‌ها شناختِ کلی پیدا کند و چارچوب منطقی برای اقدام‌های درمانیِ مشخصی، نظیر کار با دو-صندلی، فراهم شود.

پردازش هیجانی متمایز

این‌که درمان‌جو شیوه‌های متفاوتی برای پرداخت سازنده به هیجان‌هایش در هر زمان دارد باور مهمی در درمان هیجان‌مدار است. این شیوه‌های متفاوتِ پرداختن را اسلوب پرداختن یا سبک‌های پردازش هیجانی می‌نامیم (الیوت و هم‌کاران، ۲۰۰۳؛ گرینبرگ و هم‌کاران، ۱۹۹۳). سبک‌های پردازش هیجانی درمان‌جو عبارت‌اند از تمرکز پذیرای آگاهانه بر تجربه‌های ادراکی بی‌واسطه یا خاطره‌های مشخص؛ توجه دقیق به تجربه‌های بدنی آنی و معناهای حس‌شده؛ آگاهی و نمادسازی تجربهٔ هیجانی آنی؛ بیان خواسته‌ها یا نیازها یا اقدام‌های همراه آنها؛ تأمل دربارهٔ معناها، ارزش‌ها، یا درک از تجربه. این جنبهٔ درمان هیجان‌مدار انطباق آن با درمان‌جویانِ گوناگون را میسر می‌سازد.

عمق‌بخشی هیجانی به کمک تکلیف‌های ارتباطی اصلی

در ابتدا، درمانگر هیجان‌مدار با همکاری درمان‌جو محورها و هدف‌های درمانیِ واضحی را تعیین، و سپس تکلیف‌های جاری درمان‌جو در هر جلسه را رصد می‌کند، خاصه تکلیف‌های گره‌خورده با هدف‌های درمانی. مثلاً نظر به موضوعی که باید بازخورد دهد، سراغ تجربه‌های مربوط به محورهای درمان می‌رود. به‌علاوه، با لطافت بر فراهم‌کردن فرصت‌هایی بر استمرار تکلیف‌های درمانی، یا بازگشت به آنها اصرار می‌ورزد، بازگشت در مواقعی که حواس‌پرتی، انحراف، یا انسداد رخ می‌دهد. برای این منظور، تا حدی متأثر از دانش خود دربارهٔ توالی طبیعی حل‌وفصل هر تکلیف هستند، و با لطافت و، البته به شرط آمادگی درمان‌جو، فرصت‌هایی فراهم می‌کند تا به سمت مرحلهٔ بعد درمان گام بردارد. این فرآیند را شاید بتوان در لحظه‌های خاصی دید که گفت-وگوی دو-صندلیِ تجربه‌گرا نامیده می‌شود (گرینبرگ و هم‌کاران، ۱۹۹۳). در این گفت‌وگو، از جنبه‌ای از «خود» خواسته می‌شود که جنبهٔ دیگر را سرزنش کند: حل‌وفصل طبیعی در این تکلیف فرصت‌دادن به جنبهٔ

سرزنش‌گر است تا نرم شود. این نیز فکر خوبی‌ست که درمان‌گر انعطاف‌پذیر باشد و در مواقعی که درمان‌جو به سمت تکلیف‌های نوپدیدِ زنده‌تر و محوری‌ترِ خود تغییرِ مسیر می‌دهد، او را هم‌راهی کند.

رشد خود

درمان‌گر هیجان‌مدار بر اهمیت آزادی درمان‌جو برای انتخاب اقدام‌هایش، چه داخل و چه خارج از درمان، تأکید می‌کند. به‌جز موضع عمومی برخورد با درمان‌جو به‌مثابهٔ آگاه از مسائل شخصی، درمان‌گر از ظرفیت‌های بالقوه و انگیزهٔ خودمختاری، وابستگی متقابلِ بالغانه به دیگران، غلبه بر مشکلات، و رشد خود (از جمله رشد قدرت شخصی) حمایت می‌کند (تیمولاک و الیوت، ۲۰۰۳). مثلاً شاید خشم جرأت‌مندانهٔ نهفته در خُلق درمان‌جوی افسرده را بشنود و بازخورد دهد یا شاید به درمان‌جوی مرددی حق انتخابِ پرهیز از کاوش مسائل دردناک را بدهد. به‌تجربه دریافته‌ایم درمانجو زمانی به خطرکردن در درمان متمایل‌تر می‌شود که تصور کند اجازه دارد درمان را تا حدّ موردِ نیازش امن کند.

چنان‌که پیش‌تر اشاره شد، بین اصول رابطه‌ای و اصول اجرای تکلیف تنش اخلاقی کلی وجود دارد. گرچه این مجادله به‌طور کلی ناپیداست و به درمان ساختار می‌دهد، در مواقعی به‌صورت دوراهی‌های اخلاقیِ منحصر به درمان هیجان‌مدار ظاهر می‌شوند. مثلاً شاید برخی درمان‌جویان اعلام کنند به هر دلیلی با تکلیف گفت‌وگوهای صندلی معذب‌اند. در این تکلیف تجربه‌های درونیِ متعارض در دو- صندلیِ مشخص کنش‌نمایی می‌شود. بنا بر اصل ۵، آغاز، تداوم، و انجام پردازش هیجانی با استفاده از تکلیف‌های خاصی (مثلاً حل‌وفصل مسائل ارتباطیِ حل‌نشده با اشخاص مهم دخیل در شکل‌گیری دلبستگی) ممکن است به حل‌وفصل حالت مسئله‌سازِ محوری کمک کند. در عین حال، با توجه به احساس ناخوش‌آیندِ ابرازشدهٔ درمان‌جو، اصل ۱ به درمان‌گر گوش‌زد می‌کند که هم‌کاری در تکلیف و هم‌نوایی هم‌دلانه با این احساسِ آنی ضروری‌ست. مثلاً پای‌ویو و پاسکال- لئونه (۲۰۱۰) به این دوراهیِ اخلاقی اشاره کرده‌اند و روش جای‌گزینی برای پرداختن به این تکلیف معرفی کرده‌اند که در آن، از تکنیک تجربه‌گرای صندلی استفاده نمی‌شود.[1] به‌جای گفت‌وگوی دو- صندلی با این هدف که درمان‌جو قادر شود جمله‌هایش را مستقیم به چهره‌های مهم دلبستگی بگوید، درمان‌گر همان چهرهٔ دلبستگی را در قالب سوم‌شخص معرفی می‌کند و از درمان‌جو می‌خواهد که با خودِ او ــ یعنی، درمانگر ــ صحبت کند («می‌توانی به من بگویی دوست داشتی چه به‌اش بگویی؟»). اینک سراغ دوراهی‌های اخلاقی مهم و خاص‌تر در درمان هیجان‌مدار می‌رویم.

دوراهی‌های اخلاقی مهم در درمان هیجان‌مدار

متن حاضر بر سه دوراهی اخلاقی مهم در درمان هیجان‌مدار متمرکز می‌شود. دوراهی‌های (۱) برانگیختگی هیجانی لازم در برابر خطرهای مسیر درد هسته‌ای، (۲) ناتنظیمی هیجانی آنی در برابر محافظت از «خود»، و (۳) آزادی درمان‌جو در انتخاب در برابر هدایت فرآیند. در سه بخش زیر، به این موضوع‌ها می‌پردازیم.

---

۱. ر.ک: پای‌ویو، س. ک.؛ و پاسکال- لئونه، آ. (۲۰۲۳). درمان هیجان‌مدار برای ترومای پیچیده: روی‌کرد یک‌پارچه. ترجمهٔ محمّدآرش رمضانی و عبّاس موزیری (۱۴۰۳). تهران: ابن‌سینا.

برانگیختگی هیجانی لازم در برابر خطرهای مسیر درد هسته‌ای

نخستین دوراهی اخلاقیِ مهم در درمان هیجان‌مدار به حالت‌های برانگیختگی هیجانی شدید برمی‌گردد: نظر به مواجهه با برانگیختگی شدید، دوراهی اخلاقی به این صورت (شکل) می‌شود که یک راه ارزیابی سودمندی بالقوهٔ تغییرِ بنیادی در درمان‌جو به مدد شناسایی هیجان‌های شدید است که با هدف ادارهٔ گام‌به‌گام مسائلِ هسته‌ای صورت می‌گیرد، و راه دیگر خطر ناتنظیمی و ترومای مجدد در نتیجهٔ احساس درد هیجانی در جلسه. معنای مطلب اخیر این است که درمان‌جو حین شناسایی درد بنیادین و به منظور کسب احساس عمیقِ رهایی، «خطر آسیب» را به جان می‌خرد. چه درجه‌ای از برانگیختگی در مسیر دست‌یابی به درد هسته‌ای درمان‌جو لازم و توجیه‌پذیر است؟ چه کسی دربارهٔ شدت برانگیختگی هیجانی لازم تصمیم می‌گیرد؟

چه‌قدر برانگیختگی هیجانی احتیاج است؟ برانگیختگی هیجانی در درمان هیجان‌مدار شدت ابرازشدهٔ هیجان در هر فرد تلقی می‌شود که از وجود نیاز زیرینِ ارضانشده حکایت می‌کند. هرچند برانگیختگی احساس‌شده لازم است، موضوع مهم در درمان هیجان‌مدار شدت مناسبِ برانگیختگی در جلسه است. برانگیختگی مناسب زمینهٔ فرآیندهای تجربه‌گرای سازنده نظیر آگاهی، تمایز، و تبدیل هیجانی را مهیا می‌کند. برانگیختگی هیجانی شدید کم‌تر سازنده تلقی می‌شود و مشخصهٔ آن نشان‌گرهای ابرازش هستند، مانند الگوهای تکیهٔ آوایی و صدا، بی‌نظمی در سرعت و انتهای پراحساس کلام، و کیفیت صدا و الگوی صحبت مختل (رایس و کِر، ۱۹۸۶؛ واروار و گرینبرگ، ۱۹۹۹)، هم‌راه با تغییرات بدنی نظیر گریه، و برانگیختگی خودکار شدید مانند گُرگرفتگی و اختلال در تنفس. معمولاً، الگوی متداول گفتارِ مربوط به مطالبِ مرتبط، برانگیختگی هیجانیِ نسبتاً شدید را در بر می‌گیرد. در این حالت، نِمودهای درگیری هیجانی وجود دارد، اما محتوای صحبت را تحریف نمی‌کند. در ادامه، نمونه‌ای بالینی از جلسهٔ فردی درمان هیجان‌مدار ذکر می‌شود که مربوط به درمان‌جویی به نام لوری‌ست که از تعارض شدید با شوهرش (پُل) می‌گوید، سپس از تعارض دور می‌شود و بر زندگی کاری خود تمرکز می‌کند:

درمان‌جو ۱: پیش‌خدمت رستوران بودم. [اشک می‌ریزد]

درمان‌گر ۱: می‌فهمم... این تجربه هنوز برایت سخت و طاقت‌فرساست. [به گریه و تجربه‌ای اشاره می‌کند که پُل فراخواند]

درمان‌جو ۲: بله، نمی‌دانم چرا...

درمان‌گر ۲: اوهوم.

درمان‌جو ۳: اما کمک کرد که باهاش کنار بیایم و به کار و زندگی‌ام برسم.

درمان‌گر ۳: بله، می‌فهمم، می‌توانم درکش کنم، اما از درون انگار باید نفس‌تان را حبس می‌کردید و ازش می‌گذشتید...

درمان‌جو ۴: جهنم بود... [گریه می‌کند]

درمان‌گر ۴: بله، می‌فهمم... این تجربه‌هایی که با پُل داشتی، مثل جهنم، تباه‌کننده بود.

درمان‌جو ۵: [می‌گرید] ... بله.

عقل سلیم بالینی، در این مثال، شاید ما را وادارد محتوای کلام لوری را پی گیریم و توصیف او را از دنیای کاری دنبال کنیم. درمان‌گر در این بخش احتمالاً از قبل می‌داند یا گمان می‌کند که کار درمان‌جو کارکرد ثبات‌آفرینی حین دوره‌های پرتعارض با پُل داشته است، و برخی روی‌کردهای درمانی توصیه می‌کنند درمان‌گر بر منابع کارآمد متمرکز شود و از درد هیجانی بپرهیزد.

با وجود این، درمان‌گر هیجان‌مدار پیوند عمیق‌تری با درمان‌جو برقرار می‌کند: «درمان‌گر ۱» پاسخ‌های بازمتمرکزسازی هم‌دلانه می‌دهد (که نوعی تأیید هم‌دلانه نیز هست؛ «این تجربه هنوز برایت سخت و طاقت‌فرساست») و «درمان‌گر ۴» انعکاس‌های فراخوانی‌کننده می‌دهد («این تجربه‌هایی که با پُل داشتی، مثل جهنم، تباه‌کننده بود.»)

در تأیید تمرکزِ این‌گونه بر درد بنیادین استدلال‌های نظری و تجربی وجود دارد. درمان‌های تجربه‌گرا این مفروضهٔ بنیادی را در نظر می‌گیرند که تکمیل تجربهٔ هیجانیِ آغازشده موجب یک‌پارچگی، انعطاف‌پذیری ذهنی، و رشد روانی می‌شود، در حالی که بازداری [تجربهٔ هیجانی] منابع مفید را مسدود می‌کند و احتمالاً مشکلات روانی به بار می‌آورد (گرینبرگ، ۲۰۱۵). اصل ۵ درمان هیجان‌مدار تبدیل هیجان است؛ یعنی، تغییر هیجان با هیجان (گرینبرگ، ۲۰۱۵) از راه عمق‌بخشی به پردازش هیجانی (تیمولاک، ۲۰۱۵)، که فقط در صورتی موفقیت‌آمیز است که هیجان در لحظه‌ای از جلسه فعال، ابراز، و دربارهٔ آن تأمل شود. مهم‌تر آن‌که، این برانگیختگی باید در بستر رابطهٔ درمانی بهادهنده، ارزش‌قائل‌شونده، و صمیمی (مثل آن‌چه در مثال بیان شد) اتفاق بیفتد و تمرکز بر اکنون باشد تا بر آگاهی بیفزاید.

چند پژوهش نقش محوری و سازندهٔ برانگیختگی هیجانی را بررسیده‌اند (کاریِر و گرینبرگ، ۲۰۱۰؛ میسیرلیان و هم‌کاران، ۲۰۰۵؛ پاسکال‌ـ لئونه و یریومنکو، ۲۰۱۶؛ پُز و هم‌کاران، ۲۰۱۷). مثلاً کاریِر و گرینبرگ (۲۰۱۰) گزارش کردند برانگیختگی نسبتاً شدید در جلسهٔ روان‌درمانی هیجان‌مدار که ۱۲ تا ۱۵ دقیقه طول کشیده بود، به‌طور بهینه‌ای با تغییر نشانگان درمان‌جو در انتهای درمان ربط داشت. از سوی دیگر، همین پژوهش‌گران دریافتند برانگیختگی هیجانی زیر درجهٔ بهینه (یعنی، کم‌تر از سطح بهینهٔ درون‌جلسه‌ای) با نتیجهٔ منفی درمان هم‌بسته بود. نتایج این پژوهش نشان داد ابراز هیجانیِ طولانی‌تر برای اثربخشی درمان حیاتی‌ست، در حالی که جلوگیری از رسیدن برانگیختگی هیجانی به حدّ بهینه (یعنی، نه‌چندان شدید) به نتیجهٔ منفی گره خورده است.

به‌طور خلاصه، مزایای متعدد برانگیختگی هیجانی در روان‌درمانی را برمی‌شمریم: درمان‌جو می‌آموزد تجربهٔ هیجانی را کامل کند، از هیجان‌هایی آگاه‌تر می‌شود که قبلاً از آن‌ها دوری می‌جسته است، و معنای جدیدی در اکنون بر اساس حالت برانگیختگی خود می‌آفرینند. به‌علاوه، برانگیختگی هیجانی گام اوّل فرآیندهای تبدیل هیجان است (پاسکال‌ـ لئونه، ۲۰۱۸) و بنابراین، در تعمیق تجربه، تمایز بازتاب‌پذیری[1]، و تمرکز بر درد هسته‌ای نقش دارد. خطر افزایش برانگیختگی هیجانی عمدتاً ناچیز است. درمان‌جو به‌طور موقت اثر می‌پذیرد یا شاید بسته به مفروضه‌هایش دربارهٔ هیجان‌ها دچار ناتوانی یا ناتنظیمی شود. درمان‌گر در چنین مواقعی شدت مناسب و مؤثری از برانگیختگی هیجانی را پدید می‌آورد (مراجعه کنید به بخش بعد که دربارهٔ تنظیم هیجانی آنی درمان‌جوهاست).

1. differentiation of reflexivity

به باور ما و بر پایهٔ شواهد پژوهشی که پیش‌تر اشاره شد، مزایای فرصت‌آفرینی جهت برانگیختگی هیجانی در لحظهٔ خاصی از روان‌درمانی برای درمان‌جو به‌طور کلی بر خطرهایش می‌چربد. بنابراین، به درمان‌گرانی که آموزش‌های مطلوبی در زمینهٔ درمان هیجان‌مدار دیده‌اند توصیه می‌شود شدت مناسبی از برانگیختگی هیجانی را در هر لحظه ایجاد کنند تا احتمال تغییر عمیقِ درمان‌جو افزایش یابد.

آیا درمان‌گر دربارهٔ شدت هیجان درون‌جلسه‌ایِ درمان‌جو تصمیم می‌گیرد؟ شواهد و اثربخشی کلی پرورش ابراز هیجانی به درمان‌گر اختیار تام نمی‌دهد که دربارهٔ ابراز هیجانی تصمیم بگیرد و در مواقعی که درمان‌جو مایل نیست، این کار را به او تحمیل کند (چنین اقدامی نقض اصول خودمختاری، هم‌کاری در اجرای تکلیف، و خودشکوفایی‌ست). هنگام کار با درمان‌جویان بسیار شکننده نیز همین‌طور است (زیرا روی‌گردانی از اصول پردازش هیجانی و خوش‌قلبی‌ست). درمان‌گر هیجان‌مدار باید بداند حمایت از عاملیت شخصی و خودتغییریِ درمان‌جویان مهم است و نباید نقش محرک اصلی را در فرآیند تغییر درمان‌جو بر عهده بگیرد (بوهارت و تالمن، ۱۹۹۹). دست آخر، این درمان‌جوست که دربارهٔ شدت هیجانی درون جلسه تصمیم می‌گیرد.

ناتنظیمی هیجانی آنی در برابر محافظت از خود

درمان‌جویی را تصور کنید که در وضعیت عاطفیِ تنظیم‌نشدهٔ زودگذری قرار دارد، وضعیتی با احساس‌های ناتوان‌کننده، مشکل زودگذر در نمادسازی پریشانی، و احساس و ابراز کنترل‌نشدهٔ هیجانِ شدید، از جمله سوگ، غضب، یا وحشت‌زدگی. درمان‌جو در چنین حالتی ممکن است اعلام کند که می‌ترسد چنین حالتی برایش تحمل‌ناپذیر باشد و هرگز از آن رها نشود. شاید حتا به حالت‌های شبه‌تجزیه‌ایِ مسخ شخصیت یا مسخ واقعیت اشاره کند و بگوید که احساس سردرگمی می‌کند. خاست‌گاه این دوراهی اخلاقی، همانند مورد قبل، درد هیجانی و وحشتی‌ست که شاید حین پرداختن به تجربه‌های دشوار برای درمان‌جو اتفاق بیفتد. اخلاقی‌ست درد هیجانیِ درمان‌جو را به امید فایدهٔ احتمالی شدت ببخشیم؟ در چه شرایطی نقض هنجارهای اخلاقیِ مفید و خیرخواهانه جایز است؟ چه کسی دربارهٔ موازنهٔ مزایای احتمالی با درد هیجانی تصمیم می‌گیرد؟

آیا اخلاقی‌ست برای کمک به درمان‌جو دردش را تشدید کنیم؟ واکنش درمانی طبیعی به ناتنظیمی هیجان ممکن است تمرکز توأم با تأمل بر «کم‌تنظیمی» هیجان‌های دردناک باشد تا ناپدید شوند. می‌توان مهارت‌های مقابله‌ای درمان‌گر و درمان‌جو را فعال کرد. گرچه این راه‌بُرد اغلب در لحظه برای مهار حالت عاطفی ناتنظیم راه‌گشاست، در دراز مدت ممکن است اثر عکس داشته باشد و موجب بی‌اهمیت‌شماری مسائلی شود که زیربنای ناتنظیمی هیجانی‌اند. فرآیند استفاده از اصطلاحات تشخیصیِ روان‌پزشکی برای تنظیم‌نیافتگیِ خاصی را دومین «واکنش طبیعی درمانی» می‌دانیم که برخی درمان‌گران به کار می‌گیرند. استفاده از اصطلاحات گوناگون طبقه‌های «اختلال‌های روانی» برای برخی درمان‌گران ممکن است مایهٔ تسلی خاطر به نظر برسد. آنان با این کار از تجربهٔ ویران‌گر آنیِ درمان‌جو دوری می‌جویند. تشخیص روان‌پزشکی، از منظر درمان هیجان‌مدار، شاید در محافظت از درمان‌جو (و درمان‌گر) در برابر ناتنظیمی هیجانیِ رنج‌آور و آنی نقش داشته باشد، اما در درازمدت اخلاقی نیست، زیرا مانع پی‌بردن به معنای بنیادینِ نهفته در این فرآیندِ شکننده می‌شود.

تنظیم عاطفه در درمان هیجان‌مدار هدف کلیِ درمان تلقی می‌شود، نه صرفاً ابزاری برای مهار هیجان‌ها در لحظه. به درمان‌گر هیجان‌مدار توصیه می‌شود که بکوشد درمان‌جو را در این‌جا و اکنون تجربهٔ ناتنظیم خود ملاقات کند. بر این اساس، تجربهٔ ارتباطی مؤثری در لحظهٔ حالت ناتنظیمی فراهم می‌کند، لحظه‌ای که غالب افراد، از جمله درمان‌گران، معمولاً از آن گریزانند یا مداخله‌های تخصصی‌تری برای کاهش درد پیشنهاد می‌کنند، که هر دو ممکن است به احساس ترک‌شدگی در درمان‌جو دامن بزنند. در عوض، درمان‌گر هیجان‌مدار از تأیید هم‌دلانه و بهاددادن واقعی استفاده می‌کند و با درمان‌جو هم‌راه و هم‌نوا می‌شود، و بنابراین، با استفاده از انواع مداخله‌های هم‌دلانه، فضایی برای تجربهٔ مشترک می‌آفریند که با حضور در لحظهٔ درمان‌گر هم‌راه می‌شود (الیوت و هم‌کاران، ۲۰۰۳؛ گلر و گرینبرگ، ۲۰۱۲).

خلاصه این‌که، گرچه مخاطره‌های حالت عاطفی ناتنظیم در واقعیت برای درمان‌جو اندک (ناچیز) است، ممکن است از این موقعیت بالینی استفاده شود تا با پیشنهاد مداخله‌های هیجان‌مدارِ خاص ریشه‌های رابطهٔ درمانی مستحکم‌تر شوند. این فرصتی برای تقویت و تعمیق پیوند درمان‌گر و درمان‌جو و برخورد حال‌محور با ناتنظیمی‌ست. درمان هیجان‌مدار ناتنظیمی را کاملاً سرکوب نمی‌کند، بلکه درمان‌جو را قادر می‌سازد آن را چنان تعدیل کند که با آن در ارتباط بماند. در عین برخورد بدین شکل، از آن به‌مثابهٔ فرصتی برای غنی‌سازی رابطهٔ درمانی در لحظه استفاده می‌کند و اهمیت ابراز و پذیرش درد را در رابطه‌ای امن و قابل‌اعتماد آموزش می‌دهد. پس، تنظیم هیجان در درمان هیجان‌مدار کاهش سادهٔ بدتنظیمی و «پائین‌کشیدن فتیلهٔ آن» نیست، بلکه فرآیند خلاقانه و مستمر جست‌وجوی معنا و یافتن شناختِ تازه‌ای‌ست که بر پایهٔ تجربه‌های بدنیِ اکنون استوار است. لذا تصمیم برای پرداختن به این فرآیند بر عهدهٔ خود درمان‌جوست.

اذعان می‌کنیم این کار با درمان‌جویان زیر ممکن است چندان آسان نباشد: فرآیندهای بسیار ضعیفی دارند (وارنر، ۱۹۹۸)، تنظیم هیجان تکلیف ضروری اوّلیه و مستمر درمانِ آنان است، و به ردگیری منظم و گفت‌وگوهای مکرر مبتنی بر هم‌کاریِ درمان‌گر و درمان‌جو نیازمندند، از جمله کار ارتباطی برای بازسازی شکاف‌های اتحاد کاری که در پی ناتنظیمی ایجاد شده‌اند (الیوت و هم‌کاران، ۲۰۰۳). در حالی که ممکن است خطرهای مرتبط با این فرآیندهای ضعیف وجود داشته باشد (مثلاً پدیداری حالت‌های حتا ناتنظیم‌تر یا نشانگانی مانند فعالیت‌های تکانشی آسیب به خود)، رابطهٔ درمانی (یعنی، هم‌دلی، اصالت، و توجه مثبت نامشروطِ درمان‌گر؛ راجرز، ۱۹۵۸)، حکم این محافظ یا ضمانت اخلاقی را دارد که چنین حالت‌هایی زودگذرند (راجرز، ۱۹۵۰). در این مورد، صرفاً زمانی هنجارهای اخلاقی خیرخواهی و خوش‌قلبی زیر پا گذاشته می‌شود که درمان‌گر در خلق چنین رابطه‌ای مضایقه می‌کند (مثلاً درمان‌جو را در حالت شکنندهٔ گذرا طرد یا ترک می‌کند) یا مهارت لازم برای حمایت از درمان‌جو در چنین ناتنظیمی شدیدی را ندارد. این قبیل موقعیت‌های دشوار از تفاوت در آموزش و رشد شخصی درمان‌گر خبر می‌دهد و می‌طلبد که درمان‌گر تحت نظارت و آموزش بیش‌تری قرار گیرد.

آزادی در انتخاب در برابر هدایت فرآیند یا کنترل

تقاضای پیدا و پنهان درمان‌جو برای راه‌نمایی یا توصیه سومین دوراهی اخلاقیِ مهم در درمان هیجان‌مدار است. اگر قرار است درمان‌گر به این تقاضاها تن دهد، باید تصمیم بگیرد تا کجا پیش خواهد رفت. از سویی، نه پاسخ‌دادن، بلکه ترغیب درمان‌جو به خَلق پاسخِ خود، بر مبنای اصل ۶ ــ یعنی، رشد خود ــ ترفند منطقی

برای تقویت خودمختاری و عاملیت شخصی یا آزادی انتخابِ اوست. از همهٔ این‌ها گذشته، پاسخ‌های محتوایی- رهنمودی[1] درمان‌گر، نظیر تأویل، توصیه، اطمینان‌بخشی تخصصی، یا حتا مخالفت با درمان‌جو، ممکن است خودمختاریِ درمان‌جو را به‌طور چشم‌گیری محدود سازد، بر واکنش‌پذیری او بیفزاید، و در نهایت، تباهی به بار آورد. از سوی دیگر، چنان‌چه بالین‌گر از درمان‌گر باتجربه‌ای کمک بگیرد که در گذشته به درمان‌جویان پرشماری کمک کرده است تا پاسخی برای این پرسش‌ها بیابند، شاید تصور کند که چشم بر اطلاعات باارزش درمان‌جو می‌بندد. مثلاً چنین کمکی شاید در قالب دادن پیشنهادِ درخواستی دربارهٔ مسیرهای سازندهٔ کاوش در درمان یا حتا نحوهٔ مواجهه با مشکل خاصی در دنیای واقعی باشد.

درمان‌جو به دو شیوهٔ علنی و تلویحی راهنمایی می‌طلبد. پرسش‌هایی نظیر «متوجه شدم نامزدم به من خیانت می‌کند، به نظرتان باید ترکش کنم؟» به شیوهٔ علنی مطرح می‌شود. درمان‌جو در نوع تلویحی ممکن است به بازگوییِ به صورت دیگرِ درمان‌گر («دربارهٔ چیزی که الآن گفتید هم خشمگین‌ام و هم غمگین... الآن مهم‌ترین چیزی که باید به نظرت بررسی کنیم چیست؟») پاسخِ کوتاهِ «نمی‌دانم» بدهد یا نشانه‌ای از کناره‌گیری بروز دهد.

واکنش‌های خودجوش درمان‌گر دو شکل اصلی دارد، که هر دو از منظر درمان هیجان‌مدار حاوی مسائل اخلاقی‌اند. از یک سو، درمان‌گر ممکن است روی‌کردی غیررهنمودی اتخاذ کند. روی‌کرد غیررهنمودی اصلِ اخلاقیِ خودمختاری را این‌گونه مغتنم می‌شمارد که از دادن هر رهنمود یا توصیه آشکارا می‌پرهیزد و ظرفیت درمان‌جو برای یافتن پاسخ سؤال‌هایش را ارج می‌نهد و تحسین می‌کند؛ در نتیجه، جانب رشد روانی درمان‌جو را می‌گیرد. مشکل اخلاقی در این مورد زمانی پدید می‌آید که درمان‌گر محتاطانه از عرضهٔ اطلاعاتی امتناع می‌کند که از مسئلهٔ اصلی درمان‌جو کسب کرده است، منظور اطلاعاتی‌ست که درمان‌جو فعلاً به آن دست‌رسی ندارد و می‌تواند بر فرآیند کنونی اثر بگذارد. معتقدیم که خودداری از ارائهٔ اطلاعات، در این شرایط، نقض اصل اخلاقی خیرخواهی‌ست.

از سوی دیگر، درمان‌گر ممکن است روی‌کرد «محتوایی- رهنمودی» در پیش گیرد، و از این رو، راه‌حل‌های صریح بدهد یا در مسیر منتهی به راه‌حل قدم بردارد که کمک کند درمان‌جو با وضعیت فعلی کنار بیاید. مسئله‌گشایی با درمان‌گر آغاز می‌شود، که درمان‌جو را هدایت می‌کند تا راه‌حلی بیابد. گرچه منکر سودمندی این روی‌کرد نیستیم، چنین انتخابی آبستن مشکل اخلاقی‌ست؛ در واقع، اقدام‌های درمان‌گر خودمختاری درمان‌جو را نقض می‌کند، خاصه اگر درمان‌جو چنین تقاضایی نکند، کاملاً با آن موافق نباشد، یا نداند در مسیر ناتوان‌سازی خود می‌تازد. بدیهی‌ست این دوراهی اخلاقی خاص (دوراهی اجتناب از تخصص‌گرایی و پرهیز از نقض خودمختاری درمان‌جو) نیازمند روی‌کرد متمایزی‌ست که مسیر سوم یا میانه‌ای پیش بکشد.

وقتی درمان‌جو در درمان هیجان‌مدار از درمان‌گر راهنمایی می‌طلبد، توصیه می‌شود درمان‌گر روی‌کرد هدایت فرآیند اتخاذ کند؛ یعنی، فرآیندی درون‌جلسه‌ای به درمان‌جو پیشنهاد کند که کمک خواهد کرد هیجان‌های بنیادینش را بشناسد و به آن‌ها توجه کند. این امر به خودفهمی و اقدام‌هایی می‌انجامد که اطلاعات هدایت‌گری فراهم می‌کند.

1. content-directive response

مثلاً درمان‌جویی به‌نام گلوریا در فیلم معروف سه روی‌کرد به روان‌درمانی (سایکولوجیکال اَند اِجوکیشنال فیلمز، ۱۹۶۵)، از درمان‌گر می‌پرسد باید حرفی از رفتارهای جنسی خود با دختر ۱۰ساله‌اش بزند یا نه:

درمان‌جو ۱: شما به‌ام بگویید کار درستی کردم که به‌اش دروغ گفتم یا باید حقیقت را می‌گفتم؟

کارل راجرز در این فیلم درخواست گلوریا برای اطلاعات را رد می‌کند، و در عین حال، کمک می‌کند این دوراهی را بکاود. اما این اقدام گلوریا را راضی نمی‌کند و می‌کوشد راجرز را به اظهار نظر وادارد؛ یعنی، راجرز ناگزیر شود مداخلهٔ محتوا- رهنمود اتخاذ و دربارهٔ رابطهٔ والد و فرزند توصیه‌ای کند. مثلاً از منظر روان‌پویشی یا سیستم‌های خانواده، راجرز می‌توانست نیاز گلوریا را پررنگ کند تا مرزهای بین‌نسلی خود را با افشانکردن رفتار جنسی به دخترش حفظ کند. درمان‌گر از دریچهٔ روی‌کرد سخت‌گیرانهٔ غیررهنمودی می‌توانست هم‌دلی و درکش را از حس فقدان جهت‌یابی و درماندگی درمان‌جو به زبان آورد. همان‌طور که راجرز و طلایه‌داران درمان هیجان‌مدار گفته‌اند، ایراد توصیهٔ درمان‌گر این است که با تبدیل او به متخصصِ تجربهٔ درمان‌جو به خودمختاری درمان‌جو لطمه می‌زند. در عوض، درمان‌گر هیجان‌مدار تقاضای گلوریا را برای راهنمایی تخصصی نشان‌گرِ تعارض درونی دانست؛ پس با درماندگی و میل گلوریا به راهنمایی بیرونی هم‌دلی و پیشنهاد کرد فعالانه در کنار او برای رفع تعارضش بکوشد. درمان‌گر هیجان‌مدار در چنین موقعیتی فرآیند را با پیشنهاد مشارکت گلوریا در گفت‌وگوی دو- صندلی هدایت می‌کند؛ گفت‌وگو بین بخشی که می‌خواهد دربارهٔ رفتار جنسی با دختر صحبت کند و بخشی که مانع خودافشایی‌ست و در برابر پرسش‌های دختر حاشا می‌کند. احتمالاً چنین تعاملی به تعارض خودانتقادگری تبدیل می‌شود که در آن، بخشی از خود بخش دیگر را متقاعد می‌کند باید بعد از طلاق، رابطهٔ جنسی را دوباره تجربه کند. درمان‌گر به گلوریا کمک کرد که احساس‌های شرم و تنهاییِ خود را تشدید کند تا درد هسته‌ای‌اش را بشناسد و از این ره‌گذر، از چیزهای مهم و اقدام‌های لازمِ خود آگاه شود.

اسمولیاک و هم‌کاران (۲۰۱۸الف) در پژوهش تازه‌ای با استفاده از روش تحلیل گفت‌وگو هدایت فرآیند (که به آن «الزام‌های اخلاقی» می‌گویند) را بررسیدند. از این طریق، انواع دستورها و درخواست‌های درون‌جلسه‌ایِ درمان‌گرانِ هیجان‌مدار هنگام استفاده از تکنیک دو- صندلی را تحلیل کرده‌اند. بنا به گزارش آنان، بسته به درجهٔ پای‌بندی و توان‌مندیِ درمان‌جو در کار با صندلی در جلسه، میزان هدایت فرآیندِ درمان‌گرانِ هیجان‌مدار متفاوت است: هرچه مشارکت درمان‌جو در تکلیف بیش‌تر باشد، پاسخ‌های درمان‌گر به اقدام‌های درون‌جلسه‌ای رهنمودی‌تر خواهد بود. مثلاً دریافتند که درمان‌گران هیجان‌مدار حین معرفی تکنیک صندلی، معمولاً پیشنهادهای نرم‌تر و محتاطانه‌تری می‌دادند («الآن می‌توانیم کاری را امتحان کنیم؟»)، اما در حین اجرای تکنیک صندلی، دستورها راحت‌تر و کوتاه‌تر بیان می‌شد («بیا این طرف. به‌اش بگو این را که می‌شنوی درونت چه اتفاقی می‌افتد» یا «صندلی را عوض کن»). درمان‌گر و درمان‌جو، از طریق فرآیند تعاملی پیچیده‌ای، دربارهٔ میزان و ماهیت رهنمودی درمان‌گر مذاکره می‌کنند. این به نیازِ کنارگذاشتن تمایز و اظهارنظرِ ساده‌انگارانه دربارهٔ رهنمودی و غیررهنمودی‌بودن در درمان اشاره دارد، که بخشی از روی‌کرد استدلالی به اخلاق درمانگری‌ست. از دریچهٔ اخلاق درمان‌گری، هم‌زمان با تاگشایی ثانیه‌به‌ثانیهٔ مسائل قدرت و عاملیتِ شخصیِ درمان‌جو و درمان‌گر در تعامل درمانی، زیر ذره‌بین قرار می‌گیرند (اسمولیاک و هم‌کاران، ۲۰۱۸ب).

گویا هدایت فرآیند حد وسطِ مقبولی بین اجتناب از کناره‌گیری (خطر روی‌کرد غیره‌نمودی با نقض اصل خیرخواهی) و پرهیز از توسل افراطی به قدرت تخصصی درمان‌گر (در روی‌کرد محتوا- ره‌نمود، و نقض احتمالی اصل خودمختاری) است. این حد وسط فرآیند سازنده‌ای به نظر می‌رسد که نیازمند گفت‌وگوی لحظه‌به‌لحظه در رابطهٔ درمانی‌ست.

نتیجه‌گیری

اصول درمانی روی‌کرد هیجان‌مدار بنیانی اخلاقی را برجسته می‌کند که کاربست هیجان‌مدار مبتنی بر آن است. البته، در عین حال، به اصول اخلاقی گسترده‌تر و کلی متخصصان نیز پای‌بند است، از جمله احترام به ارزش و حقوق درمان‌جو و خیرخواهی و خوش‌قلبی. این اصول به دو دستهٔ کلی اصول ارتباطی (که ماهیت رابطهٔ درمانی را در درمان هیجان‌مدار تبیین می‌کند) و اصول اجرای تکلیف (که ماهیت کار درمانی در درمان هیجان‌مدار را تعریف می‌کند) تقسیم می‌شوند. ما در این نوشته جدال اخلاقی را در ظرف سه مسئلهٔ اخلاقیِ به هم‌مرتبط در درمان هیجان‌مدار دنبال کردیم: ترغیب درمان‌جو به ابراز ملایم هیجان‌های شدید، ادارهٔ ناتنظیمی هیجانی درمان‌جو در جلسه، و میزان و ماهیت ره‌نمودها یا راه‌نمایی‌های درمان‌گر. ما نیز همانند غالب درمان‌گران هیجان‌مدار دربارهٔ این دوراهی‌ها موضعی تعادل‌جو، پذیرا، و دارای تفاوت‌های ظریف اتخاذ می‌کنیم. با توجه به موضع بسیار فعال درمان‌گران هیجان‌مدار، بهترین راه‌بُرد این است که وقتی درمان‌جو با کمک انواع فرآیندهای تعمیق هیجانیِ درمان هیجان‌مدار درد روانیِ خود را تبدیل می‌کند، درمان‌گران تنش سازنده‌ای بین ارائهٔ ره‌نمودهای تخصصی و حمایت از خودمختاری و عاملیت شخصیِ درمان‌جو حفظ کنند.

منابع

American Psychological Association (2002). “Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct (Amended February 20, 2010).” *American Psychologist* 57: 1060–1073.

Bohart, A. C. and Tallman, K. (1999). *How Clients Make Therapy Work: The Process of Active Self-Healing*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bordin, E. S. (1979). “The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of Working Alliance.” *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 16: 252–260.

British Association for Counselling and Psychotherapy (2018). *Ethical Framework for the Counselling Profession*. Lutterworth: Author.

Carryer, J. R. and Greenberg, L. S. (2010). “Optimal Levels of Emotional Arousal in Experiential Therapy of Depression.” *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78: 190–199.

Dolhanty, J. and Greenberg, L. (2007). “Emotion-Focused Therapy in the Treatment of Eating Disorders.” *European Psychotherapy* 7: 97–116.

Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2019). “Empathy.” In *Psychotherapy Relationships That Work* (3rd ed.). (Vol. 1) (3rd ed.; ed. J. C. Norcross and M. J. Lambert, pp. 245–287). New York: Oxford University Press.

Elliott, R. and Shahar, B. (2017). “Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety.” *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 16: 140–158.

Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., and Greenberg, L. S. (2003). *Learning Emotion-Focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change*. Washington, DC: American Psychological Association.

Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L. S., Timulak, L., and Freire, E. (2013). “Research on Humanistic-Experiential Psychotherapies.” In *Bergin & Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed.; ed. M. J. Lambert, pp. 495–538). New York: John Wiley.

Geller, S. M. and Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic Presence. A Mindful Approach to Effective Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work through Their Feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
Greenberg, L. S., Rice, L. N., and Elliott, R. (1993). *Facilitating Emotional Change: The Moment-by-Moment Process*. New York: Guilford Press.
Lietaer, G. (1993). "Authenticity, Congruence and Transparency." In *Beyond Carl Rogers: Towards a Psychotherapy for the 21st Century* (ed. D. Brazier, pp. 17–46). London: Constable.
Missirlian, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H., and Greenberg, L. S. (2005). "Emotional Arousal, Client Perceptual Processing, and the Working Alliance in Experiential Psychotherapy for Depression." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 37: 861–871.
Norcross, J. C. and Wampold, B. E. (2011). "Evidence-Based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices." In *Psychotherapy Relationships That Work* (2nd ed.; ed. J. C. Norcross, pp. 423–430). New York: Oxford University Press.
Paivio, S. C. and Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-Focused Therapy for Complex Trauma: An Integrative Approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
Pascual-Leone, A. (2018). "How Clients 'Change Emotion with Emotion': A Programme of Research on Emotional Processing." *Psychotherapy Research* 28: 252–262.
Pascual-Leone, A. and Yeryomenko, N. (2016). "The Client 'Experiencing' Scale as a Predictor of Treatment Outcomes: A Meta-Analysis on Psychotherapy Process." *Psychotherapy Research* 27: 653–665.
Pos, A. E., Paolone, D. A., Smith, C. E., and Warwar, S. H. (2017). "How Does Client Expressed Emotional Arousal Relate to Outcome in Experiential Therapy for Depression?" *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 16: 173–190.
Psychological & Education Films (Producer) (1965). *Carl Rogers (Client Centered Therapy) (Three Approaches to Psychotherapy I, Part 1)* [Video]. Corona Del Mar, CA: Psychological & Education Films.
Rice, L. N. and Greenberg, L. (eds.) (1984). *Patterns of Change*. New York: Guilford Press.
Rice, L. N. and Kerr, G. P. (1986). "Measures of Client and Therapist Vocal Quality." In *The Psychotherapeutic Change: A Research Handbook* (ed. L. S. Greenberg and W. M. Pinsof, pp. 73–106). New York: Guilford Press.
Rogers, C. R. (1957). "The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change." *Journal of Consulting Psychology* 21: 95–103.
Smoliak, O., MacMartin, C., Le Couteur, A., Hepburn, A., and Elliott, R. (2018a). "Directing Clients in Emotion-Focused Therapy." Unpublished manuscript, University of Guelph.
Smoliak, O., Strong, T., and Elliott, R (2018b). "Discursive Ethics in Therapeutic Encounters." In *Therapy as Discourse: Practice and Research* (ed. O. Smoliak and T. Strong, pp. 187–218). New York: Palgrave Macmillan.
Timulak, L. (2015). *Transforming Emotional Pain in Psychotherapy: An Emotion-Focused Approach*. Hove: Routledge.
Timulak, L. and Elliott, R. (2003). "Empowerment Events in Process-Experiential Psychotherapy of Depression: A Qualitative Analysis." *Psychotherapy Research* 13: 443–460.
Timulak, L., Iwakabe, S., and Elliott, R. (2019). "Clinical Implications of Research on Emotion-Focused Therapy." In *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy* (ed. L. S. Greenberg and R. Goldman, pp. 93–110). Washington, DC: APA.
Timulak, L. and McElvaney, J. (2018). *Transforming Generalized Anxiety: An Emotion-Focused Approach*. Abingdon: Routledge.
Warner, M. S. (1998). "A Client-Centered Approach to Therapeutic Work with Dissociated and Fragile Process. In *Handbook of Experiential Psychotherapy* (ed. L. S. Greenberg, J. C. Watson, and G. Lietaer, pp. 368–387). New York: Guilford Press.
Warwar, S. H. and Greenberg, L. S. (1999). "Client Emotional Arousal Scale—III." Unpublished manuscript, York University, Toronto.





از بازخوانی و پیشنهادهای ویرایشی ارزش‌مند دکترسامان نونهال قدردانی می‌کنیم.

این مقاله به خواستاری انستیتو درمان هیجان‌مدار ایران ترجمه شده است.
امانت‌دار باشیم.

www.eftiran.ir