



اثربخشی گروه درمانی هیجان مدار بر افسردگی در زنان مبتلا به اختلال خوردن

ارمغان مرتاض هجری^۱، علی مشهدی^۲

۱- کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد

۲- دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر شدت افسردگی در افراد مبتلا به اختلال خوردن انجام گرفت. نگرانی درباره افزایش میزان شیوع اضافه وزن از شواهدی بر میخیزد که نشان میدهد، وزن اضافی یک اثر نامطلوب بر سلامت و طول عمر دارد و با بیماری هایی همچون اختلالات خلقی همبود دارد. امروزه چاقی و افسردگی دو بیماری مهمی هستند که در سراسر جهان رو به افزایش بوده و سلامتی انسانها را تهدید می کنند. درمان هیجان مدار به عنوان درمانی نو انسان گرایانه، با تلفیق و روز آمد کردن درمان های فرد محور، گشتالت درمانی و وجودی و تمرکز بر فرایندهای پردازش هیجانی، از حمایت تجربی قابل توجهی برخوردار است. در این پژوهش ۳۰ نفر که تشخیص اختلال خوردن را دریافت کرده بودند با روش نمونه گیری داوطلبانه انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در پژوهش حاضر از پرسشنامه EAT_۲۶ برای سنجش اختلال خوردن و پرسشنامه افسردگی بک برای سنجش افسردگی استفاده شد. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه درمان گروهی به مدت ۹۰ دقیقه در معرض متغیر مستقل (درمان هیجان مدار) قرار گرفت. طرح آزمایش از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود و برای تحلیل داده ها از روش تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد که درمان هیجان مدار می تواند افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال خوردن را کاهش دهد.

واژگان کلیدی: درمان هیجان مدار، اختلال خوردن، افسردگی



مقدمه

اختلال های تغذیه و خوردن با اختلال مداوم در خوردن و رفتار مرتبط با خوردن مشخص می شوند که به تغییر مصرف یا جذب غذا منجر می شوند و سلامت جسمانی یا کنش وری روانی _ اجتماعی را مختل می کنند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳). اختلالات خوردن بر مبنای DSM_V به اختلال هرزه خواری ، نشخوار ، مصرف غذای دوری جو_محدود کننده ، روان بی اشتهایی ، پرخوری عصبی ، پرخوری ، اختلال تغذیه و خوردن مشخص دیگر و اختلال تغذیه و خوردن نامشخص دیگر تقسیم میشوند. اختلال های خوردن یک مشکل رایج روانپزشکی در دختران نوجوان و زنان جوان هستند که با مولفه های مزمن بودن و عود کنندگی مشخص می شوند (Lewinson, ۲۰۰۰, Faiburn et al, ۲۰۰۰). علت اختلال های خوردن پیچیده و شامل فاکتورهای مختلفی می شود. اختلال های خوردن به بیمار کمک می کند که هیجان های طاقت فرسا و تحمل ناپذیر خود مثل خشم، غم و شرم را کنترل کنند (Brennan et al, ۲۰۱۵). در تحقیقات نشان داده شده اختلال پرخوری ممکن است نتیجه ای از تنظیم هیجانی ناسازگارانه با هدف جلوگیری از افکار آزار دهنده و یا حالات هیجانی بی ثبات و نامطلوب باشد (Arnow et al, ۱۹۹۲). تحقیقات مبتنی بر شواهد به رابطه بین هیجان ها و اختلال های خوردن اشاره می کنند و پیشنهاد می کنند که اختلال های خوردن ممکن است در جهت انطباق هیجان های استرس آور باشد (Bydlowski et al, ۲۰۰۵).

افرادی که از پراشتهایی روانی رنج می برند، مشکلاتی در جنبه های روانشناختی مختلف مانند افسردگی و اضطراب تجربه می کنند. هر چند که روان درمانی فردی، خانواده درمانی و شیمی درمانی برای این افراد تجویز می شود ولی هنوز هم افرادی که به پراشتهایی روانی مبتلا هستند به کمک احتیاج دارند (Shaffer, ۲۰۰۱). بررسی های همه گیرشناسی نشان دادند که بین افسردگی اساسی و اختلال های خوردن، مثل روان بی اشتهایی، پراشتهایی عصبی و پرخوری مفرط همپوشانی بالایی وجود دارد (Hudson et al, ۲۰۰۷). هر دو اختلال خوردن و افسردگی با مشکل فرد در نظم جویی هیجان مشخص می شوند (Shannon et al, ۲۰۱۶). تشخیص های اولیه از افسردگی اساسی با افزایش ریسک ابتلا به اختلالات خوردن همراه است، به طوری که در تحقیق جانسون و همکاران ۲۶ درصد از افراد بالغ مبتلا به افسردگی اساس گزارش کردند که با محدود کردن خوردن وزن خود را کنترل می کنند و ۱۹ درصد نیز ابتلا به پرخوری مفرط را گزارش کردند. (Johnson et al, ۲۰۰۲).

افسردگی اختلال روانی ناتوان کننده ای است که با نرخ شیوع ۱۷ درصد به عنوان شایعترین اختلال روانپزشکی مطرح شده است (سادوک و سادوک، ۱۳۹۳). ویژگی اصلی افسردگی، یک دوره زمانی حداقل دو هفته ای است که در ضمن آن یا خلق افسرده یا بی علاقهگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه فعالیت ها وجود دارد. همچنین در کنار این نشانه ها ددر فرد، نشانه های دیگری مثل احساس بی ارزشی، کاهش انرژی، اشکال در تفکر یا تصمیم گیری، تغییر در اشتهای، تغییر وزن و پرخوری افراطی دیده می شود (Hoeksema, ۲۰۰۸).

درمان های مختلفی از جمله شناختی - رفتاری و دیالکتیکی و بین فردی در درمان اختلال های اضطرابی، افسردگی و اختلال های خوردن به کار برده شده است. درمان هیجان مدار به عنوان جایگزین برای دو رویکرد عمده درمان بین فردی



و درمان شناختی رفتاری در درمان افسردگی ارابه شده است (Elliott and Greenberg, ۲۰۰۷). این درمان، درمانی نو انسان گرا و تجربی است (Greenberg and Geller, ۲۰۱۲)، تمرکز درمانگر نه تنها بر به آگاهی در آوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمانجو مورد انکار یا تحریف قرار گرفته است بلکه ایجاد معنی تازه متأثر از تجربه برنی درمانجو را نیز در نظر دارد (Greenberg and Watson, ۲۰۰۶). درمان هیجان مدار یک درمان نویدبخش برای اختلال پر خوری است. بر خلاف رویکرد دیالکتیکی که بیماران را تشویق به مشاهده و توصیف هیجانشان در یک محیط غیر قضاوتی می کند، رویکرد هیجان مدار بیشتر بر روی شناخت و تجربیات بین فردی تاکید می کند (Compare et al, ۲۰۱۳). فرض اصلی در درمان هیجان مدار مبنی بر انطباقی بودن ذاتی هیجان هاست. هدف اصلی درمان هیجان مدار، تغییر شکل دادن هیجانان غیر انطباقی، با افزایش آگاهی و بیان هیجانان، آموختن نظم جویی هیجانان و فعالسازی هیجانان انطباقی است (Greenberg, ۲۰۰۲). درمان هیجان مدار تکنیک های همدلی و پذیرش مثبت از درمان مراجع محور و تکنیک های تمرکز بر تجربیات لحظه به لحظه و صندلی از درمان گشتالتی را با هم ترکیب کرده است (Wunk et al, ۲۰۱۴). درمان فردی هیجان مدار برای افسردگی، تروما و درمان اختلالات خوردن و مشکلات بین فردی و اختلالات اضطرابی مفید است (Shahar, ۲۰۱۴). درمان گروهی به عنوان یک مدل درمانی ارزشمند در درمان اختلالات خوردن است (Brennan et al, ۲۰۱۵). درمان هیجان مدار بر روی اصول زیر استوار است: (۱) افزایش آگاهی هیجانی (۲) تسهیل تنظیم هیجانی (۳) جابجایی هیجان ها و (۴) انعکاس هیجانی. این اصول به عنوان یک راهنمای کلی در درمان بکار می روند و به ما کمک می کنند اهداف متفاوت در اقدامات درمانی را درک کرده و بتوانیم با هیجان های مختلف کار کنیم (Greenberg, ۲۰۰۴).

عناصر محتوایی این درمان عبارتند از: الف) مولفه های رابطه شامل (۱) همنوایی لحظه به لحظه همدلانه درمانگر (۲) در میان گذاشتن درک و فهم همدلانه با مراجعان، ایجاد محیطی امن و اصیل که مراجع در آن احساس کند به طور کامل پذیرفته شده و درک می شود (۳) تسهیل همکاری برای انجام تکالیف و اهداف درمان (ب) مولفه های تکلیفی شامل: (۱) تکنیک صندلی خالی برای دغدغه های ناتمام (۲) تکنیک دو صندلی برای تغییر شیوه های انتقاد گرانه و تنبیه گرانه برخورد با خود یا حل و فصل دو سوگرایی (۳) بازگشایی فراخوان سامان دار برای حل و فصل واکنش هایی که مراجع مشکل ساز می داند (۴) تمرکز به منظور تسهیل تعمق در محتوای هیجانی و آگاهی از تجربه درونی (۵) ایجاد معنی برای حل و فصل سر خوردگی در چالش با باورهایی که پیش تر محترم دانسته می شدند (Watson et al, ۲۰۰۷).

با توجه به این که عواطف و هیجانان ارتباط تنگاتنگی با اختلالات خوردن دارند و با توجه به مکانیسم مشترک زیر بنایی افسردگی و اختلا های خوردن و همچنین با در نظر گرفتن این نکته که درمان هیجان مدار بر تنظیم هیجانان متمرکز است به نظر می رسد که این رویکرد درمانی در درمان اختلال های خوردن و افسردگی همراه با آن موثر باشد. در نتیجه در این پژوهش محقق بر آن شد تا به تعیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به اختلال خوردن بپردازد.

فرضیه تحقیق

(۱) گروه درمانی هیجان مدار منجر به کاهش معنادار افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می شود.



روش تحقیق

شرکت کنندگان و فرایند کار

طرح این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه طرح تحقیق از نوع مطالعه شبه آزمایشی، پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل تمام زنان مراجعه کننده در مهرماه ۱۳۹۴ به کلینیک روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد بود در این مطالعه از میان داوطلبان ۳۰ نفر که نمره برش در آزمون کارنر (EAT-۲۶)، و مقیاس افسردگی بک را کسب نمودند و با توجه به مصاحبه بالینی بر اساس DSM-V دارای اختلال خوردن تشخیص داده شدند انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری (کنترل و آزمایش) تقسیم شدند حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر سن ۴۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، و عدم دریافت همزمان درمان دارویی و روانشناختی دیگر از ملاک های ورود به پژوهش بود.

ابزار پژوهش

آزمون نگرش به تغذیه (EAT-۲۶):

آزمون نگرش به تغذیه EAT-۲۶ پر استفاده ترین ابزار استاندارد است که برای سنجش نشانگان اختلالات تغذیه به کار می روند. نسخه اخیر در مطالعات زیادی مورد استفاده قرار گرفته و دارای سه زیر مقیاس عادت غذایی، جوع یا تمایل به خوردن و کنترل دهانی است. نمره گذاری آزمون به این ترتیب است که بر اساس مقیاس لیکرت درجه بندی می شود. برای هر عبارت پاسخ (همیشه-۳، بیشتر اوقات-۲، خیلی اوقات-۱ و سه گزینه باقی مانده شامل گاهی اوقات، به ندرت و هرگز-۰) نمره می گیرد. در پژوهش ملازاده اسفنجانی و همکارانش (۱۳۹۱)، برای بررسی روایی آزمون از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل مقیاس ۰/۸۲ بدست آمد و برای محاسبه پایایی از روش دو نیمه کردن استفاده شد که ضریب آن از ۰/۶۹ تا ۰/۷۳ بود.

مقیاس افسردگی بک-II (BDI-II):

مقیاس افسردگی بک-II نسخه جدید پرسشنامه ۲۱ آیتمی خود گزارشی برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان است. نمرات این پرسشنامه بر اساس چهار گزینه (۰-۳) بر حسب شدت وضعیت گزارش شده توسط بیمار نمره گذاری می شود و (Beck and streer, ۱۹۹۳) فتی و همکاران (۱۳۸۴) این مقیاس را روی یک نمونه ۹۴ نفری از جمعیت ایرانی به اجرا در آورده و ضریب آلفا را ۰/۹۱ و ضریب پایایی باز آزمایی را به فاصله یک هفته ۰/۹۴ گزارش کرده اند. ضریب آلفای BDI-II برای بیماران سرپایی ۰/۹۲ و برای دانشجویان ۰/۹۳ بدست آمده است. (دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۶). به طور کلی ضرایب همسانی درونی هر یک از آیتم ها و سایر مشخصه های آماری پرسشنامه، هم چنین ضریب آلفای کرونباخ نشان می دهد که BDI-II در جمعیت ایرانی از روایی مناسب برخوردار است.

روش آماری:



در این تحقیق نخست اختلاف نمره های پیش آزمون و پس آزمون آزمودنی های گروه های آزمایشی و کنترل و محاسبه میانگین نمره های آزمودنی ها انجام گرفت و سپس به وسیله تحلیل کواریانس یک طرفه، به وسیله نرم افزار SPSS ۱۶، دو گروه با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته ها

جدول شماره ۱ نشان دهنده اطلاعات توصیفی میانگین و انحراف معیار به تفکیک پیش آزمون، پس آزمون گروه کنترل و آزمایش در آزمون افسردگی بک-II است.

جدول-۱: داده های توصیفی نمرات افسردگی در پیش و پس آزمون

متغیر	مراحل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
	پیش آزمون	۱۵	۲۸/۰۰	۱۲/۵۹	۲۶/۶۷	۹/۸۹
مقیاس افسردگی بک	پس آزمون	۱۵	۲۲/۶	۱۱/۵۶	۳۰/۱۳	۸/۳۲

بر اساس نتایج به دست آمده از شاخص های توصیفی می توان چنین عنوان نمود که میانگین دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش آزمون تفاوت زیادی ندارند ولی در مرحله پس آزمون تغییر محسوس در نمره متغیر افسردگی نسبت به مرحله پیش آزمون و نیز نسبت به پس آزمون گروه کنترل ایجاد شده است.

جدول شماره ۲ نشان دهنده نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیر برای مقایسه گروه ها در آزمون راهبردهای نظم جویی هیجان است.

جدول-۲: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای مقایسه گروه ها در مقیاس افسردگی بک-II

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	مقدار معناداری	اندازه اثر
	پیش آزمون	۲۱۴/۴۹	۱	۲۱۴/۴۹	۲/۲۰۵	۰/۱۴۹	۰/۰۷۵
مقیاس افسردگی بک	گروه	۴۶۱/۵۴	۱	۴۶۱/۵۴	۴/۷۴	۰/۰۳۸	۰/۱۴۹
	خطا	۲۶۲۶/۸۴	۲۷	۹۷/۲۹			
	کل	۳۲۶۶/۹۷	۲۹				

با توجه به نتایج جدول شماره ۲ مقدار $F = 4/74$ با درجات آزادی (۱ و ۲۷) در سطح $\alpha = 0/05$ معنی دار می باشد. لذا می توان نتیجه گرفت که درمان هیجان مدار بر کاهش افسردگی تاثیر دارد. مقدار ضریب اتا یا اندازه اثر نشان می دهد که



ناتیر درمان هیجان مدار بر کاهش افسردگی به اندازه ۱۴/۹ درصد می باشد. بنابر این فرض تحقیق با ۹۵ درصد اطمینان تایید می گردد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری که جهت بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد، کاهش معناداری را در شدت و نشانه های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل نشان داد. بنا براین فرضیه پژوهش تایید می شود. از پژوهش های همسو با پژوهش می توان به پژوهش لافرانس و همکاران (۲۰۱۲) در مورد اثربخشی درمان هیجان مدار بر روی اضطراب، افسردگی و نظم جویی هیجان اشاره کرد. از دیگر پژوهش های همسو می توان از پژوهش های کری و گرینبرگ (۲۰۱۰)، الیسون، گرینبرگ، گلدمن و انگوس (۲۰۰۹)، گرینبرگ، اوزرا و هرمن (۲۰۰۷)، پوس، گرینبرگ و وارد (۲۰۰۹)، در زمینه اثربخشی درمان هیجان مدار بر روی افسردگی و تروما نام برد. وبستر (۲۰۰۷) در تحقیق خود به منزله بررسی درمان هیجان مدار بر افسردگی به این نتیجه رسید که این درمان می تواند بر افراد افسرده تاثیرات خوبی داشته باشد. در پژوهش های داخلی سودانی و همکاران (۱۳۹۱) نیز نشان دادند که زوج درمانی هیجان مدار، افسردگی و علایم استرس پس از سانحه را کاهش داده و باعث افزایش بخشودگی و صمیمیت می شود. خوشنام و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود اثربخشی درمان هیجان مدار بر شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی را مورد بررسی قرار دادند.

چنان چه پیشتر نیز ذکر شد درمان هیجان مدار درمانی مبتنی بر رابطه، تجربی و انسان گراست. و تعامل های لحظه به لحظه مراجع- درمانگر و همراهی درمانگر با حالات هیجانی مراجع نتایج درمان را پیش بینی میکند (Greenberg and Watson, ۲۰۰۶). نزدیک شدن به تجربیات ذهنی و عاطفی تلخ برای مراجعان اغلب فرایندی دشوار و طاقت فرساست و رسالت درمانگر در این درمان آموزش مهارت هایی برای تنظیم هیجان هاست. مراجعان در مرحله آگاهی هیجانی می آموزند که به جای سرکوب کردن هیجان خود و یا مغلوب شدن توسط آن، بر وجود هیجان های خود آگاه باشند و سعی کنند آن را هر چه عمیق تر دریافت کرده و به پیام پنهانی آن آگاه شوند. در انتهای درمان مراجع دستاوردهای درمان شامل افزایش آگاهی از هیجان ها، بیان هیجان های تازه، کنار آمدن با دشواری های تنظیم هیجان و ابراز هیجانی مناسب را با هم هماهنگ می کند و به ادراک تازه ای از خود می رسد.

تازگی پژوهش در این رویکرد درمانی، محدودیت هایی را بر پژوهش حاضر تحمیل کرد که به چند مورد عمده آن اشاره خواهد شد. این پژوهش فقط بر روی زنان و در شهر مشهد انجام شده است، به منظور تعمیم نتایج بهتر است از جامعه ای گسترده تر و با حضور مردان نیز استفاده شود. همچنین پیشنهاد می شود از گستره سنی وسیع تری استفاده شود.

منابع



انجمن روان پزشکی آمریکا. ۱۳۹۳. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. ترجمه ف، رضایی، ع، فخرایی، آ، فرمند، ع، نیلوفری، ژ، هاشمی آذر، ف، شاملو، ویراست اول، تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۳).

دابسون، ک. ا.، و محمدخانی، پ. (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی: ویژه نامه توانبخشی در بیماری ها و اختلالات روانی، ۲۹، ۸۲-۸۸.
سودانی، م؛ کریمی، ج؛ محرابی زاده، م و لیبی، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی زوج درمانی هیجان وارد بر کاهش آسیب های ناشی از خیانت همسر. تحقیقات علوم رفتاری، (۴) ۱۰، ۲۶۷-۲۵۸.

Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (۱۹۹۲). Binge eating among the obese: A descriptive study. *Behavioral Medicine*, ۱۵(۲), ۱۵۵-۱۷۰.

Beck, A. T., Streer, R. A. (۱۹۹۳). *Beck depression inventory*. The psychological corporation: New York.

Brennan, M. A., Emmerling, M. E. & Whelton, W. J. (۲۰۱۵) Emotion-focused group therapy: Addressing self-criticism in the treatment of eating disorders. *Counseling and Psychotherapy Research*. ۱۵(۱), ۶۷-۷۵.

BYdlowski, S., Corcos, M., Jemmet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., et al. (۲۰۰۵). Emotion process deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, ۳۷, ۳۲۱-۳۲۹.

Carryer, J.R., & Greenberg, L.S. (۲۰۱۰). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinics of North America*, ۱۴(۴), ۷۹۷-۸۱۸.

Compare, A., Galugi, S., Marchesini, G., Shonin, E., Grossi, E., Molinari, E., & Dalle Grave, R. (۲۰۱۳). Emotionally focused therapy and dietary counseling in binge eating disorder. Effect on eating disorder psychopathology and quality of life. *Appetite*, ۷۱, ۳۶۱-۳۶۸.

Donfory, D., Roeklein, A., Wildes, E. Miller, A., Erickson, I. (۲۰۱۶). Alteration in emotion generation and regulation neurocircuitry in depression and eating disorders: A comparative review of structured and functional neuroimaging studies. *Neuroscience and Behavioral Reviews*.

Elliott, R., Greenberg, L.S. (۲۰۰۷). The essence of process-experiential/ emotion focused therapy. *American Journal of Psychotherapy*, ۶۱, ۲۴۱-۲۴۵.



- Ellison, J.A, Greenberg, L.S., Goldman, R.N., & Angus, L. (۲۰۰۹). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ۷۷(۱), ۱۰۳-۱۱۲.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., & O'Connor, M. (۲۰۰۰). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry*, ۵۷(۷), ۶۵۹-۶۵.
- Greenberg, L. S. (۲۰۰۲). *Emotion Focused Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. & Watson, J. (۲۰۰۶). *Emotion focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. & Watson, J. (۲۰۰۶). Emotion focused therapy for depression. *Washington: American Psychological Association*.
- Greenberg, L. S. (۲۰۰۴). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, ۱۱, ۳-۱۶.
- Greenberg, L. S., Geller, S. M. (۲۰۱۲). Therapeutic presence : A mindful approach to effective therapy. *Washington : American psychological Association*.
- Greenberg, L.S., Auszra, L. & Hermann, I.R. (۲۰۰۷), The relationship among emotional productivity emotional arousal and outcome experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research* ۱۷(۴), ۴۸۲-۴۹۳.
- Hoeksma, S., Wisco, B.E., Lyubomirsky, S. (۲۰۰۸). Rethinking rumination. *Perspective on Psychological Science*, ۳.۵.۴۰۰-۴۲۴.
- Hudson, J. I. Hiripi, E, Pop. Jr., H. G., Kessler, R. C. (۲۰۰۷). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, ۶۱, ۳۴۸-۳۵۸.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kotler, L., Kasen, S., & Brook, J. S. (۲۰۰۲). Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ۷۰, ۱۱۱۹-۱۱۲۸.
- Lewinson, P. M., Streigel, R. H., & Seeley, J. R. (۲۰۰۰). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, ۳۹(۱۰), ۱۲۸۴-۹۲.



- Lofrane, A., McCague, E. A. & whissell, C. (۲۰۱۲). Single-case investigation of an emotion focused therapy group for anxiety and depression. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, ۳(۱), ۵۹-۸۱.
- POS, A.E, Greenberg, L.S.,& Warwar , S.H. (۲۰۰۹). Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *Journal of consulting and Clinical psychology*. ۱۷(۶), ۱۰۵۵-۱۰۶۶.
- Shafer, D., R. (۲۰۰۱). Development psychology, ۲ed. Brooks/ Cole.
- Shahar, B. (۲۰۱۴). Emotion-focused therapy for treatment of social anxiety: An Over view of the model and a case description . *Clinical Psychology and Psychotherapy*, ۲۱, ۵۳۶-۵۴۷.
- Watson, J.C., Goldman, R.N., & Greenberg, L. S.(۲۰۰۷). Case studies in emotion focused therapy : Acompassion of good and bad outcomes. *American Psychological Association: Washington D.C.*
- Webster, M. A. (۲۰۰۷). A Critical review of emotionly focused treatment for depression.
- Wunk, S. M., Greenberg, L., & Dolhanty, J. (۲۰۱۴). Emotion-focused group therapy for women with symptoms of bulimia nervosa. *Eating Disorder: The Journal of Treatment and Prevention*.