

Research Paper:

The Effectiveness of Emotion-focused Therapy on Depression, Anxiety, and Difficulty in Emotion Regulation in People With Binge Eating Disorder



Yousef Asmari Bardezdari¹, Sajad Khanjani², Esmail Mousavi Asl³, Behrooz Dolatshahi¹

1. Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2. Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Department of Psychiatry, Golestan Hospital, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.



Citation Asmari Bardezdari Y, Khanjani S, Mousavi Asl E, Dolatshahi B. [The Effectiveness of Emotion-focused Therapy on Depression, Anxiety, and Difficulty in Emotion Regulation in People With Binge Eating Disorder (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2021; 27(1):2-15. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.1.3246.1>

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.1.3246.1>



Received: 28 Oct 2019

Accepted: 10 Aug 2020

Available Online: 01 Apr 2021

Key words:

Anxiety, Depression, Binge eating disorder, Emotion-focused therapy, Emotion regulation

ABSTRACT

Objectives This study aims to investigate the effect of Emotion-Focused Therapy (EFT) on depression, anxiety, and Difficulty in Emotion Regulation (DER) in women with Binge Eating Disorder (BED).

Methods This is a quasi-experimental study with pre-test/post-test/follow-up design using a control group. Study population consists of all men referred to the obesity clinics in Tehran in 2019. Of these, 40 were selected using a purposive sampling method and were randomly divided into two groups of intervention (n=20) and control (n=20). The intervention group received 10 sessions of EFT, each session for 90 minutes. Data collection tools were the Beck Anxiety Inventory (BAI), the Beck Depression Inventory II (BDI-II), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), and Binge Eating Scale (BES), which were completed before and after the intervention. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated measure ANOVA in SPSS v. 21 software.

Results Group EFT significantly reduced the mean anxiety, depression, DER and severity of binge eating after intervention and over the 2-month follow-up period in BED men ($P < 0.05$).

Conclusion The EFT can reduce anxiety, depression, DER and binge eating severity in BED women, and its effect remains constant after two months. It can be useful in the treatment of BED.

Extended Abstract

1. Introduction

Binge Eating Disorder (BED) is a severe eating disorder characterized by food intake in a larger amount in a short time (<2 hours, once a week over the past 3 months) with no appropriate compensatory behaviors to weight gain [1]. BED is a complicated and multifaceted eating disorder that requires a comprehensive treatment approach. Recovery from BED and weight loss should be the main goal in treating people

with obesity [2]. Difficulty in Emotion Regulation (DER) is an important factor in the development and maintenance of BED. People with DER use binge eating as a coping strategy [3]. A study of 2436 hospitalized female patients with anorexia, bulimia, and BED showed that 97% had at least one other detectable psychiatric disorder regardless of the type of eating disorder; 94% showed one type of mood disorder (mostly unipolar depression), and 56% had anxiety disorder [4]. Therefore, emotions should be considered in treatment of people with BED.

* Corresponding Author:

Behrooz Dolatshahi, PhD.

Address: Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 7928837

E-mail: dolatshahee@yahoo.com

Emotion-focused therapy) EFT (is a therapy that combines the hypotheses and therapeutic approaches of Gestalt therapy and other humanistic therapies [5, 6]. EFT helps patients reveal and modify their emotional experiences (emotional schemas), engaging them with a set of perceptions, emotions, cognition, physical experiences, and behavioral form of individual reactions [5]. In order to modify emotional schemas, EFT use various tasks including empathy-based relational, experiencing and reprocessing tasks and actions such as two-chair technique [5]. Considering the role of emotional dysregulation in BED and given that EFT has not been studied in Iran on BED patients, this study aims to examine the effectiveness of EFT on anxiety, depression, DER, and severity of binge eating in women with BED.

2. Method

This is a quasi-experimental with a pre-test/post-test design and two months follow-up period using a control group. Study population consists of all men referred to the obesity clinic of Sina Hospital in Tehran, Iran. Of these, 40 were selected using a convenience sampling method and divided randomly into two groups of intervention (n=20) and control (n=20). To diagnose their BED, a 45-min structural clinical interview was conducted with each subject and the inclusion and exclusion criteria were determined based on this interview.

Pre-test and post-test assessments were carried out for both groups by using the Beck Anxiety Inventory (BAI), the Beck Depression Inventory II (BDI-II), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), and Binge Eating Scale (BES). After the pre-test phase, group EFT was conducted in the intervention group for eight weeks at 10 sessions

each for 90 minutes at the obesity clinic of Sina Hospital. The control group, in addition to nutritional counseling, received placebo during this period. Data were analyzed using descriptive (mean and standard deviation) and inferential statistics (Repeated measures ANOVA).

3. Results

The Mean±SD age of participants was 38.4±11.6 years in the intervention group and 39.56±7.58 years in the control group. The results of repeated measures ANOVA with 2 × 3 design showed that the effect of time on the variables of anxiety ($P \leq 0.05$, $\eta^2 = 0.35$), depression ($P \leq 0.05$, $\eta^2 = 0.55$), DER ($P \leq 0.05$, $\eta^2 = 0.30$), and severity of binge eating ($P \leq 0.05$, $\eta^2 = 0.40$) was significant (Table 1). EFT affected 40% of BED severity, 55% of depression, 35% of anxiety and 30% of DER in women. According to the results in Table 2, significant differences were found between the two groups in terms of depression, anxiety, severity of binge eating, and DER, where the group factor could explain 40% of the changes in anxiety, 32% in depression, 42% in the severity of binge eating, and 29% in DER. This indicates the effectiveness of EFT in the intervention group.

4. Discussion and Conclusion

The purpose of the study was to examine the effect of EFT on anxiety, depression, DER and severity of binge eating in women with BED. The results showed a significant reduction in binge eating severity and DER of women in the intervention group which is consistent with the results of Ivanovo [7]. Wnuk et al. [41] also showed that EFT significantly improved the symptoms of mal-regulation, depression, and self-efficacy and reduced binge eating in women

Table 1. Results of within-subject effects

Variable	Levels	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Eta Squared
BES	Time	518.04	2	259.02	9.42	0.01	0.40
	Time×group	744.04	2	372.02	13.51	0.001	0.49
DERS	Time	2003.04	1.5	1328.13	4.1	0.03	0.30
	Time×group	1863.8	1.5	125.8	3.8	0.04	0.22
BAI	Time	390.16	1.57	247.63	7.61	0.005	0.35
	Time×group	353.1	1.57	224.14	6.89	0.008	0.33
BDI	Time	321.5	2	160.7	15.55	0.001	0.55
	Time×group	339.5	2	169.7	18.54	0.001	0.57

Table 2. Results between-subject effects

Variable	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Eta Squared
BES	761.2	1	761.2	10.25	0.006	0.42
DERS	5874.18	1	5874.1	5.61	0.03	0.029
BAI	456.2	1	456.2	9.57	0.008	0.40
BDI	414.18	1	414.18	6.59	0.022	0.32

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

with bulimia nervosa. Compar et al. also showed that EFT alone and in combination with nutritional counseling improved the pathological symptoms of eating disorder and improved the quality of life in people with BED and obesity. Its effect lasted after 6 months of follow-up. Several studies have reported the relationship between negative emotions and eating disorders [52]. The most important goal of EFT is to help modify maladaptive emotions (such as shame, chronic fear, etc.). This modification is due to the patients' access to adaptive emotions during treatment sessions [9]. Inappropriate eating habits are for releasing negative emotions [10] and binge eating is a way for escaping from self-awareness by focusing on excessive eating followed by purging [11].

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Research Ethics Committee of the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (Code: IR.USWR.REC.1397.78). Also, this article has been registered in the Clinical Trial Registration Center of Iran (Code: IRCT20200222046583N1). The participants were informed of the purpose of the research and its implementation stages. A written consent has been obtained from the subjects. They were also assured about the confidentiality of their information and were free to leave the study whenever they wished, and if desired, the research results would be available to them.

Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors contributions

Treatment protocol and its implementation and data collection: Yousef Asmari Bardezdard; Data analysis: Sajjad Khanjani; Writing an introduction and theoretical basis,

discussion and conclusion: Sajjad Khanjani and Ismail Mousavi; Supervision: Behrooz Dolatshahi.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgements

We want to thank the experts and people who worked with the research team at the weight loss and Obesity Treatment Clinic at Sina Hospital.

مقاله پژوهشی:

اثربخشی درمان هیجان‌محور بر اضطراب، افسردگی و دشواری تنظیم هیجان در اختلال پرخوری

یوسف اسمری برده‌زرد^۱، سجاد خانجانی^۲، اسماعیل موسوی اصل^۳، بهروز دولتشاهی^۱

۱. گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۲. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳. گروه روانپزشکی، بیمارستان گلستان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۶ آبان ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۲۰ مرداد ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: ۱۲ فروردین ۱۴۰۰

اهداف: هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان هیجان‌محور بر افسردگی و اضطراب و دشواری تنظیم هیجان در مردان مبتلا به اختلال پرخوری بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه شامل همه مردان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های چاقی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. از میان آن‌ها چهل نفر به روش هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه بیست نفر کنترل و بیست نفر آزمایش قرار داده شدند. گروه آزمایش در ده جلسه یک ساعت و نیمه در مداخله شرکت داشتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های افسردگی و اضطراب بک، دشواری در تنظیم هیجان و مقیاس شدت پرخوری بود که در پیش‌آزمون و بعد از پایان مداخله اجرا شدند. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد.

یافته‌ها: گروه درمانی مبتنی بر رویکرد درمان هیجان‌محور در گروه آزمایش در سطح پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری ($P < 0/05$) باعث کاهش میانگین اضطراب، افسردگی، دشواری هیجانی و شاخص دوره‌های پرخوری در مبتلایان به اختلال پرخوری شد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که درمان هیجان‌محور در بهبود اضطراب، افسردگی، دشواری در تنظیم هیجان و نشانگان اختلال پرخوری مؤثر است و این نتایج در پیگیری نیز حفظ شده بودند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در درمان اختلال پرخوری رویکردهای درمانی که بر تنظیم هیجان تأکید می‌کنند، می‌توانند مؤثر واقع شوند و نتایج پایدار بمانند.

کلیدواژه‌ها:

اضطراب، افسردگی، اختلال پرخوری، درمان متمرکز بر هیجان، تنظیم هیجان

مقدمه

کاهش کیفیت زندگی و بار اقتصادی برای این بیماران می‌شود [۷، ۸]. همچنین این بیماران از مشکلات ناشی از افزایش وزن از قبیل دیابت، سردرد، درد مفاصل، سندرم روده تحریک‌پذیر، فیبرومیالژی [۹، ۱۰] رنج می‌برند. این اختلال در زنان شایع‌تر از مردان است [۱۱].

در پژوهشی روی ۲۴۳۶ بیمار زن بستری مبتلا به انواع اختلالات خوردن از جمله اشتهای عصبی، پرخوری عصبی و اختلال پرخوری ۹۷ درصد این زنان مبتلا به حداقل یک اختلال روانی قابل تشخیص دیگر بدون در نظر گرفتن نوع اختلال در غذا خوردن بودند؛ ۹۴ درصد از این زنان به یک نوع اختلال خلقی (رایج‌ترین آن‌ها افسردگی و ۵۶ درصد اختلال اضطرابی) و سایر اختلالات مانند اختلالات شخصیت مبتلا بودند. از سوی دیگر استرین و همکاران پی بردند که افراد با اختلالات افسردگی و اضطراب به احتمال بیشتری

اختلال پرخوری^۱ عبارت از دوره‌های مکرر پرخوری (مصرف مقدار زیادی غذا در مدت‌زمان کوتاه مثلاً کمتر از دو ساعت، به طور متوسط یک بار در هفته در سه ماه گذشته) بدون استفاده منظم از رفتارهای جبرانی نامتناسب کنترل وزن است [۱].

اختلال پرخوری با افکار خودکشی مرتبط دانسته شده است و افزایش شدت این اختلال باعث افزایش ریسک خودکشی می‌شود [۲]. همچنین اختلال پرخوری باعث اختلال در کارکرد روزانه از قبیل مشکل در خواب [۳] و عامل بعضی بیماری‌های جسمانی [۴، ۵] و مشکلات گوارشی [۶] است و منجر به

1. Binge eating disorder

* نویسنده مسئول:

دکتر بهروز دولتشاهی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، گروه روانشناسی بالینی.

تلفن: ۲۹۲۸۸۳۷ (۹۱۲) +۹۸

پست الکترونیکی: dolatshahee@yahoo.com

تروما، اختلالات خوردن، اختلالات اضطرابی و مشکلات بین‌فردی شناخته شده است [۳۷]. درمان هیجان‌محور درمانی است که فرضیات و شیوه‌های درمانی گشتالت و دیگر درمان‌های انسان‌گرایانه را ترکیب می‌کند [۳۸، ۳۹]. درمان هیجان‌محور به مراجعان کمک می‌کند تا تجربیات هیجانی‌شان (طرحواره‌های هیجانی) را آشکار کنند و تغییر دهند، آن‌ها را با مجموعه از ادراکات، هیجانات، شناخت، تجربیات بدنی و شکل رفتاری واکنش‌های شخصی درگیر می‌کند [۳۸]. نقش درمان هیجان‌محور و رویکرد دلبستگی را افزایش پردازش عاطفی به معنی اکتشاف و غلبه بر هیجانات ناقصی که ممکن است از آسیب‌های پیچیده تأسف‌بار باشد، توصیف کرده‌اند [۴۰]. نتایج درمان هیجان‌محور به صورت گروهی بر روی زنان مبتلا به پراشتهایی عصبی، منجر به کاهش در نشانه‌های اختلال خوردن، افسردگی و پریشانی عمومی شده بود و خودکارآمدی و تنظیم هیجانات آنان را بهبود بخشیده است [۴۱]. همچنین در یک مطالعه نشان داده شد که درمان هیجان‌محور به شکل گروهی بر افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی مؤثر است [۴۲].

از آنجا که بدتنظیمی هیجان در درمان‌های روان‌شناختی انجام گرفته برای اختلال پرخوری هدف درمانی نبوده است، و از طرفی گروه درمانی برای اختلال پرخوری مؤثرتر از درمان به صورت انفرادی است [۴۳] و همچنین درمان هیجان‌محور تاکنون در زمینه اختلالات خوردن در ایران به کار گرفته نشده است، هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان هیجان‌محور بر اضطراب، افسردگی، دشواری در تنظیم هیجان و دوره‌های پرخوری در مردان مبتلا به اختلال پرخوری بود.

روش

این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه با گروه کنترل و یک سو کور است. جامعه پژوهش شامل همه مردان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های چاقی شهر تهران در بهار و تابستان ۱۳۹۸ بود. نمونه پژوهش شامل چهار مرد مبتلا به اختلال پرخوری (بسیست نفر در گروه آزمایش و بیست نفر در گروه کنترل با جایگزینی تصادفی) بود که به صورت داوطلبانه و به شیوه نمونه‌گیری هدفمند در کلینیک کاهش وزن بیمارستان سینا انتخاب شدند. ارزیاب متخصص بالینی (غیردرمانگر) بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-5^۸ ترجمه شریفی و شادلو (شهریور ۱۳۹۶) و نقطه برش پرسش‌نامه (۱۶ بالاتر) تشخیص اختلال پرخوری را انجام داد و ملاک‌های ورود و خروج کنترل شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شرکت‌کنندگان: بالای ۱۸ سال بودن، مرد بودن و شرکت نکردن در برنامه‌های درمانی دیگر در طول مدت مطالعه. ملاک‌های خروج: خطر خودکشی قریب‌الوقوع، هرگونه سوءمصرف مواد یا

درگیر رفتارهای ناسالم مثل عدم فعالیت بدنی و چاقی می‌شوند [۱۲]. یکی از علل پرخوری مشکلات در تنظیم هیجان است [۱۳]. تنظیم هیجان عبارت از توانایی به دست آوردن شناسایی، فهم و درک و پذیرش هیجانات خود به عنوان یک استراتژی برای تعدیل تجربه و بیان و ابراز هیجانات در راستای اهداف بلندمدت و ارزش‌هاست [۱۴]. این توانایی در هر زمانی در حال پرورش دادن است ولی تعاملات اوایل کودکی از اهمیت فراوانی برای شکل‌گیری آن برخوردار است [۱۵]. دشواری در تنظیم هیجان یک عامل رایج و مهم در ایجاد و نگهداری اختلال پرخوری است و کسانی که در تنظیم هیجانات منفی دچار مشکل هستند از پرخوری به شکل یک راهبرد مقابله‌ای و آرمش‌بخش استفاده می‌کنند [۱۶]. در برخی مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است که هیجانات منفی عامل برانگیختن پرخوری در اختلال پرخوری‌اند [۱۷-۱۹]. مدل‌های تبیینی پرخوری در پراشتهایی عصبی و BED، بیان کرده‌اند که هیجانات دردناک مهم‌ترین تسریع‌کننده و نگهدارنده آن‌اند و خود پرخوری نقش مهمی در تنظیم عاطفه برای فرد بیمار دارند [۲۰]. تاکنون اثربخشی درمان‌های زیادی برای این اختلال شامل: داروهای ضد افسردگی [۲۱]، مانند درمان داوربی با سبوترامین^۲ [۲۲]، ترکیب درمان شناختی رفتاری^۳، با فلوکستین [۲۳]، درمان شناختی رفتاری [۲۴، ۲۵] برنامه‌های خودهدایتی مبتنی بر CBT [۲۶]، درمان بین‌فردی^۴ [۲۷]، درمان دیالکتیکی^۵ [۲۸، ۲۹] و برنامه‌های رفتاری از دست دادن وزن^۶ [۳۰] بررسی شده است. اما این درمان‌ها با محدودیت‌هایی برای این اختلال روبه‌رو هستند. اثرات بلندمدت دارودرمانی و تأثیر قطع دارو هنوز چندان مشخص نیست و نبود این اطلاعات، امنیت و تأثیر دارودرمانی برای درمان این اختلال را زیر سؤال می‌برد [۳۱] و نیز انجمن روان‌پزشکی آمریکا هشدار داده است که مصرف طولانی‌مدت داروهای مهارکننده اختصاصی بازجذب سروتونین با افزایش وزن مرتبط است [۳۲]. همین‌طور به لحاظ آسیب‌شناختی، اختلال پرخوری با نقص در آسیب‌پذیری هیجانی و نقص در مهارت‌های تنظیم هیجانات منفی همراه است، مکانیسمی که به طور مستقیم در درمان‌های CBT و IPT هدف قرار نمی‌گیرد و این درمان‌ها در اساس بر شناخت‌ها و رفتارهای عینی تأکید می‌کنند [۳۳، ۳۴]. به همین سبب رویکردهایی که بیشتر بر هیجان در درمان تأکید می‌کنند، می‌تواند برای درمان نشانگان مبتلایان به اختلال پرخوری مؤثرتر و پایدارتر باشند. درمان هیجان‌محور^۷ توسط گرینبرگ و همکارانش در سال ۱۹۸۰ به وسیله مطالعات تجربی فرایند تغییر ایجاد شد [۳۵، ۳۶] و یک رویکرد درمانی مبتنی بر شواهد برای درمان افسردگی، استرس‌های زناشویی،

2. Sibutramine
3. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)
4. Interpersonal Therapy (IPT)
5. Interpersonal Therapy (DBT)
6. Behavioral Weight Loss program (BWL)
7. Emotion-focused therapy

8. Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5)

است. آلفای کرونباخ این مقیاس قبل از درمان ۰/۹۴ و بعد از درمان ۰/۹۲ محاسبه شده است. این مقیاس شامل ۱۴ آیتم چهارگزینه‌ای و دو آیتم سه‌گزینه‌ای بوده است که نمره‌گذاری آن بدین صورت است:

سؤالات ۱، ۲، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵ به صورت چهارگزینه‌ای بوده و نمره صفر تا ۳ می‌گیرند، سؤالات ۶ و ۱۶ سه‌گزینه‌ای بوده و نمرات آن‌ها صفر تا ۲ تعریف می‌شود و چند سؤال به شکل متفاوت نمره می‌گیرند؛ سؤال ۳ به صورت ۱، ۱، ۱، ۳، سؤال ۴ به صورت ۰، ۰، ۲، سؤال ۷ نیز به شکل ۰، ۲، ۳، ۳ نمره‌دهی می‌شوند. دامنه نمرات این مقیاس از صفر تا ۴۶ است که کسب نمره ۱۶ وجود اختلال پرخوری و کسب نمره بالاتر از آن شدت بیشتر پرخوری را نشان می‌دهد. فرم ایرانی این مقیاس را مولودی و همکاران (۱۳۸۹) روی شصت آزمودنی اجرا کردند که حساسیت آن ۰/۸۵ درصد و اعتبار آزمون بازآزمون ۰/۷۲ محاسبه شد [۴۵].

پرسش‌نامه دشواری تنظیم هیجان^{۱۱}: مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی یک مقیاس ۳۶ آیتمی است که گراتز و رومر آن را طراحی کرده‌اند [۱۴]. نحوه پاسخ‌دهی به این مقیاس در اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است. نمره‌گذاری آن بدین صورت است که به گزاره تقریباً همیشه نمره ۵ و به گزاره تقریباً هرگز نمره یک (حداکثر نمره ۱۸۰ و حداقل ۳۶) تعلق می‌گیرد. این پرسش‌نامه دارای یک نمره کلی و شش نمره اختصاصی در زیرمقیاس‌هایی است که مربوط به ابعاد مختلف دشواری در تنظیم هیجانی است. این زیرمقیاس‌ها عبارت‌اند از: نپذیرفتن هیجان‌ها، ناتوانی در به‌کارگیری رفتارهای متناسب با هدف، مشکل در کنترل تکانه، عدم آگاهی هیجانی، دسترسی کم به راهبردهای

وابستگی به مواد و الکل و اندوکس توده بدنی (نمایه توده بدنی = وزن به کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد برحسب سانتی‌متر) بالاتر از چهل.

پس از انتخاب نمونه و گمارش تصادفی آن‌ها به گروه‌های آزمایش و کنترل، برای هر دو گروه در یک زمان پیش‌آزمون (پرسش‌نامه دشواری تنظیم هیجان و مقیاس شدت پرخوری، اضطراب و افسردگی بک) اجرا شد. پس از اجرای پیش‌آزمون برنامه گروهی با رویکرد درمان هیجان‌محور در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس رویکرد وونک و همکاران (۲۰۱۴) [۴۱] به صورت هفتگی برای گروه آزمایش در یک کلینیک کاهش وزن انجام شد. برای گروه کنترل نیز در این مدت علاوه بر مشاوره تغذیه، برای رعایت اخلاق پژوهش و حفظ شرایط یکسو کور بودن مطالعه و انگیزه‌مند کردن بیماران برای ادامه شرکت در تحقیق از شرایط دارونما به صورت مطالعه کتاب غیرمرتبط و قرص شکر استفاده شد. برای ترغیب آزمودنی‌ها به ادامه پژوهش و جلوگیری از ریزش، درصدی از حق ویزیت فرایند درمان آن‌ها در کلینیک را تیم تحقیق پرداخت کرد. برنامه درمانی در هفت مرحله بر اساس جدول شماره ۱ انجام شد.

یافته‌ها با روش آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی با آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ بررسی شدند.

ابزار پژوهش

مقیاس شدت پرخوری^{۱۲}: توسط گورمالی، بلک، داستون، رادین (۱۹۸۲) [۴۴] برای سنجش شدت پرخوری طراحی شده

9. Body mass index

10. Binge Eating Scale (BES)

11. Difficulty Emotion Regulation Scale (DERS)

جدول ۱. پروتکل درمان

گام	اقدامات
گام اول	توزیع بروشورهایی درباره هیجان، آموزش هیجانی، آرایه بر گره ثبت هیجانی، بر گره هدف هیجانی، بر گره تقویت هیجانی، برقراری راپورت، تصدیق همدلانه، شناسایی چرخه تاملی معیوب و شناسایی هیجان‌های اساسی
گام دوم	آموزش هیجان‌ات مثبت و منفی، بحث در مورد متغیرها، بحث مقدماتی راجع به هیجان‌ات، کنترل و تنظیم آن‌ها
گام سوم	آموزش ذهن آگاهی هیجانی، تقویت پذیرش جنبه‌های انکار شده خود، بخشش خود با اجرای تکنیک دو صندلی
گام چهارم	تمرین دو صندلی برای تمرین شفقت به خود و خود تسکینی، بیان و آشکار کردن جنبه‌های متضاد شناسایی شده در تکالیف خانگی، افزایش هشیاری مراجع نسبت به پیامدهای به تأخیر انداختن فرایند پذیرش و تصدیق خود
گام پنجم	ادامه هماهنگ کردن صداها متضاد طرف مراجع به کمک تکنیک صندلی خالی، به مراجع اجازه دهید ارزش‌های خود را بیان کند و مشخص که مراجع چگونه می‌خواهد با آن ارزش زندگی کند. به نیازها و انگیزه‌ها متصل به عمل تکانه‌ای برگرد و روش‌های برآورده شدن آن نیازها در آینده در راستای ارزش‌های مراجع را شناسایی کنید
گام ششم	تکنیک صندلی خالی برای کار بر روی حل تجارب هیجانی حل نشده گذشته، گفت‌وگوی دو صندلی برای مکالمه خود شرم‌زده با خود ایمن
گام هفتم	کار بر روی احساسات منفی و جایگزینی بخشش خود، کشف معنای جدید و ایجاد یک روایت جدید از تجارب

درونی این پرسش‌نامه روی جمعیت ۱۵۱۳ نفری زن و مرد در همه گروه‌های سنی در تهران به ترتیب $r=0/72$ ، $r=0/83$ ، $r=0/92$ (Alpha=۰) به دست آمد.

پرسش‌نامه افسردگی بک^{۱۳}: این پرسش‌نامه خودگزارشی شامل ۲۱ عبارت است که برای اندازه‌گیری شدت افسردگی ساخته شده است. هر عبارت بازتاب یکی از علائم افسردگی است که بر اساس چهار پاسخ درجه‌بندی شده است. دامنه نمرات از صفر تا ۶۳ متغیر است و نمرات بالاتر نشانه افسردگی شدیدتر است. بر اساس تقسیم‌بندی بک نمرات ۰-۹ فقدان افسردگی، ۱۰-۱۸ افسردگی خفیف تا متوسط، ۱۹-۲۹ افسردگی متوسط تا شدید و ۳۰-۶۳ حاکی از افسردگی شدید است [۴۹]. در فرهنگ اصلی، روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه ۰/۷۹ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۶۷ گزارش شده است؛ در ایران اعتبار این پرسش‌نامه را گودرزی و همکاران از طریق محاسبه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و ضریب تنصیف (بر اساس سؤال‌های زوج و فرد) ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند [۵۰].

یافته‌ها

داده‌های چهل نفر شرکت‌کننده در پژوهش بدون ریزش وارد تحلیل شد. یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش به ترتیب $(38/4 \pm 11/66)$ و کنترل $(39/56 \pm 7/58)$ است. نتایج اطلاعات جمعیت‌شناختی در جدول شماره ۲ آمده است.

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول

13. Beck Depression Inventory

تنظیم هیجانی، نبود شفافیت هیجانی. این پژوهشگران به بررسی پایایی و روایی این مقیاس در یک نمونه ۴۷۹ نفری از دانشجویان دوره لیسانس نیز پرداختند. این مقیاس در نمره کل ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۳) و در همه زیرمقیاس‌ها ضریب آلفای بزرگ‌تر از (۰/۸) ثبات خوبی نشان داد. عسکری، پاشا و امینیان پایایی نسخه فارسی این مقیاس را بر اساس آلفای کرونباخ و روش تنصیف به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند [۴۶]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۴ و برای هریک از خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۵ تا ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسش‌نامه اضطراب بک^{۱۲}: یک پرسش‌نامه خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. این پرسش‌نامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود، بنابراین حداکثر نمره ۶۳ و شدت اضطراب ۰-۷ جزئی، ۸-۱۵ خفیف، ۱۶-۲۵ متوسط، ۲۶-۶۳ شدید است [۴۷]. این پرسش‌نامه از اعتبار روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن ضریب آلفا (۰/۹۲)، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته (۰/۷۵) و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، هم‌زمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب است [۴۷]. در مطالعه کاویانی و موسوی [۴۸] روایی، پایایی و همسانی

12. Beck Anxiety Inventory (BAI)

جدول ۲. ویژگی جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

آزمون معناداری	فراوانی (درصد)		متغیرها	
	گروه کنترل	گروه آزمایش		
	۵ (۲۵)	۷ (۲۵)	۱۹-۲۴	
$X^2=1/25$ $P \geq 0/05$	۵ (۲۵)	۴ (۲۰)	۲۴-۳۰	سن
	۶ (۳۰)	۳ (۱۵)	۳۰-۳۶	
	۴ (۲۰)	۶ (۳۰)	۳۶-۴۲	
$X^2=0/34$ $P \geq 0/05$	۹ (۴۵)	۱۱ (۵۵)	دیپلم و زیردیپلم	تحصیلات
	۷ (۳۵)	۶ (۳۰)	لیسانس	
	۴ (۲۰)	۳ (۱۵)	فوق لیسانس و بالاتر	
$X^2=1/4$ $P \geq 0/05$	۹ (۴۵)	۸ (۴۰)	مجرد	وضعیت تأهل
	۱۱ (۵۵)	۱۲ (۶۰)	متاهل	

جدول ۳. آمار توصیفی متغیرهای وابسته در سه سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
پرخوری	آزمایش	۴۵/۱۲±۴/۹	۳۲/۱±۷/۸	۲۸/۶±۷/۸
	کنترل	۴۳/۱±۵/۵	۴۱/۸±۸/۲	۴۵/۱±۸/۲
دشواری در تنظیم هیجان	آزمایش	۱۳۵/۶±۲۸/۱	۱۱۰/۸±۲۸/۸	۱۰۷/۲±۱۲/۸
	کنترل	۱۴۰/۳±۲۴/۵	۱۳۹/۱±۲۴/۷	۱۴۰/۵±۹/۵
اضطراب	آزمایش	۳۷/۷±۴/۴	۲۵/۱±۸/۵	۲۷/۶±۵/۹
	کنترل	۳۶/۲±۳/۱	۳۵/۲۵±۵/۶	۳۷/۳±۴/۶
افسردگی	آزمایش	۴۲/۷۵±۶/۹۸	۳۱/۸۷±۷/۶	۳۱/۵±۶/۱
	کنترل	۴۱/۳±۲/۷	۴۲/۱±۵/۱	۴۰/۶±۵/۵

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

هیجان (df=۲، W=۰/۴۸، Sig=۰/۹) و اضطراب (df=۲، W=۰/۵۳، Sig=۰/۱۸) رعایت نشده است؛ پس برای این دو متغیر در تحلیل از اسپیلون هینه فلدت استفاده شد؛ ۲. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کالموگروف اسمیرنوف (Asymp. Sig=۰/۲) برای پس‌آزمون و پیگیری برای همه متغیرها (P<۰/۰۵) رعایت شده است؛ ۳. همگن بودن کوواریانس ماتریکس میان گروه‌ها با استفاده از آزمون M باکس برای شدت پرخوری (Sig=۰/۰۷، Box=۱۸/۴۷)، افسردگی (Sig=۰/۱۴، Box=۱۲/۴۶)، اضطراب (Sig=۰/۱۴، Box=۴/۵۱)، دشواری تنظیم هیجان (Sig=۰/۰۶، Box=۱۷/۳۴) و رعایت شده است؛ ۴. همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون در سه سطح برای همه متغیرها (P<۰/۰۵) رعایت شده است (جدول شماره ۳).

شماره ۳ آمده است. نتایج نشان داد که میانگین متغیرهای وابسته در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است.

برای تحلیل داده‌ها در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر طرح ۲×۳ استفاده شد که دو گروه (آزمایش و کنترل) به عنوان عامل بین آزمودنی و زمان اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به عنوان عامل درون آزمودنی در نظر گرفته شدند. پیش‌فرض‌های این آزمون بررسی شد: ۱. یکسانی واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های مربوط به گروه‌ها (کرویت) موچلی برای پرخوری (df=۵، W=۰/۲۷، Sig=۰/۹) و افسردگی (df=۲، W=۰/۹۶، Sig=۰/۷۹) رعایت شده است و در تحلیل از فرض کرویت استفاده می‌کنیم اما برای دشواری در تنظیم

جدول ۴. نتایج درون آزمودنی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیرها	منبع تغییر	SS	df	Ms	F	Sig	اندازه اثر
دوره پرخوری	سطح	۵۱۸/۰۴	۲	۲۵۹/۰۲	۹/۴۲	۰/۰۱	۰/۴۰
	سطح×گروه	۷۴۴/۰۴	۲	۳۷۲/۰۲	۱۳/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹
دشواری در تنظیم هیجان	سطح	۲۰۰۳/۰۴	۱/۵	۱۳۲۸/۱۳	۴/۱	۰/۰۳	۰/۳۰
	سطح×گروه	۱۸۶۳/۸	۱/۵	۱۲۳۵/۸	۳/۸	۰/۰۴	۰/۲۲
اضطراب	سطح	۳۹۰/۱۶	۱/۵۷	۲۴۷/۶۳	۷/۶۱	۰/۰۰۵	۰/۳۵
	سطح×گروه	۳۵۳/۱	۱/۵۷	۲۲۴/۱۴	۶/۸۹	۰/۰۰۸	۰/۳۳
افسردگی	سطح	۳۲۱/۵	۲	۱۶۰/۷۵	۱۵/۵۵	۰/۰۰	۰/۵۵
	سطح×گروه	۳۳۹/۵	۲	۱۶۹/۷	۱۸/۵۴	۰/۰۰۰	۰/۵۷

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۵. نتایج بین آزمودنی (بین دو گروه)، اضطراب، افسردگی، پر خوری و دشواری در تنظیم هیجان

متغیرها	منبع تغییر	SS	df	Ms	F	Sig.	اندازه اثر
دوره پر خوری	گروه	۷۶۱/۲	۱	۷۶۱/۲	۱۰/۲۵	۰/۰۰۶	۰/۴۲
دشواری در تنظیم هیجان	گروه	۵۸۷۴/۱۸	۱	۵۸۷۴/۱۸	۵/۶۱	۰/۰۳	۰/۲۹
اضطراب	گروه	۴۵۶/۳۳	۱	۴۵۶/۳۳	۹/۵۷	۰/۰۰۸	۰/۴۰
افسردگی	گروه	۴۱۴/۱۸	۱	۴۱۴/۱۸	۶/۵۹	۰/۰۲۲	۰/۳۲

مجله روان‌پژوهی و روان‌شناسی بالینی ایران

خود روی زنان مبتلا به اختلال پراشتهایی عصبی نشان دادند که درمان هیجان محور باعث بهبود معنادار در نشانه‌های بدتنظیمی هیجان، افسردگی، خودکارآمدی و کاهش در دوره‌های پر خوری شده است [۴۱]. همچنین کومپار و همکارانش نشان دادند که درمان هیجان محور هم به تنهایی و هم در ترکیب با مشاوره غذایی باعث بهبود نشانه‌های پاتولوژی اختلال خوردن و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال پر خوری و چاقی شده است و بعد از شش ماه پیگیری در گروهی که درمان هیجان محور بر آن‌ها اجرا شده بود، بهبود ادامه داشت [۵۲]. در تبیین این فرض می‌توان گفت مدل تنظیم هیجان بر مبنای تعداد زیادی از مقالات که ارتباط بین عاطفه منفی و اختلالات خوردن را بیان می‌کند شکل گرفته است [۵۳]. در واقع این مدل پر خوری افراطی و دیگر انواع آسیب‌شناسی خوردن را (برگرداندن اجباری غذا و یا خوردن محدودکننده) یک تلاش رفتاری برای تحت تأثیر قرار دادن، تغییر و یا کنترل سطوح هیجانی دردناک در نظر می‌گیرد [۵۴]. شواهد تحقیقاتی نیز نقش هیجانات (به‌ویژه هیجانات منفی) و تأثیر تنظیم هیجان‌ها در پر خوری افراطی را روشن می‌کنند [۵۵]. به صورت کلی این افراد به طور مشخصی سطوح بالاتر هیجانات شدید، پذیرش کمتر هیجانات، آگاهی و وضوح کمتر هیجانات و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان معیوب را دارا هستند [۵۶].

از دیدگاه EFT، اختلال ناشی از مکانیسم‌های هیجانی مهم است که شامل: آگاهی هیجانی ضعیف، بروز ندادن هیجانات و تمایل به اجتناب، یادداری طرحواره‌های ناسازگار، انعطاف‌ناپذیری در ساختن معنای تجربه شخصی و تعارضات حل‌نشده بین خود و دیگران مهم یا تعارض بین جنبه‌های وجودی خود فرد است [۵۷، ۵۸] که در این پروتکل درمانی هدف قرار گرفته‌اند و باعث کاهش نمرات دشواری در تنظیم هیجان شدند. همچنین دیگر نتایج این پژوهش کاهش معنادار افسردگی و اضطراب در سطوح پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش بود که با تحقیقات رایبسون و همکاران [۴۲]، شاهار [۵۹]، گرینبرگ و وانسون [۶۰] و گرینبرگ، گلدمن، انگوس [۶۱] همسوست که نشان دادند درمان هیجان محور^{۱۴} در کاهش اضطراب و افسردگی مؤثر است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت یکی از اهداف EFT کار

تأثیر زمان اندازه‌گیری (سطح) بر نمرات اضطراب ($P < 0.05$)، افسردگی ($\eta^2 = 0.35$, $F = 7.6$), پر خوری در تنظیم هیجان ($\eta^2 = 0.30$, $F = 4.1$, $P < 0.05$) و شدت پر خوری ($\eta^2 = 0.40$, $F = 9.4$, $P < 0.05$) معنادار بود. تعامل سطح/گروه نیز برای همه متغیرها معنادار بود. برای بررسی اینکه در بین کدام سطوح (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت وجود دارد، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای متغیر پر خوری نشان داد که تفاوت میانگین درون آزمودنی در سطح پیش‌آزمون پس‌آزمون (تفاوت میانگین = 6.93 , $P < 0.05$, $Sig = 0.001$) و در سطح پیش‌آزمون پیگیری (تفاوت میانگین = 7 , $P < 0.05$, $Sig = 0.001$) برای اضطراب در سطح پس‌آزمون پیش‌آزمون (تفاوت میانگین = 6.83 , $P < 0.05$, $Sig = 0.001$) و در سطح پیش‌آزمون پیگیری (تفاوت میانگین = 5.6 , $P < 0.05$, $Sig = 0.001$) افسردگی در سطح پیش‌آزمون پس‌آزمون (تفاوت میانگین = 5 , $P < 0.05$, $Sig = 0.001$) و در سطح پیش‌آزمون پیگیری (تفاوت میانگین = 5.87 , $P < 0.05$, $Sig = 0.001$) و نیز آزمون تعقیبی بنفرونی برای دشواری در تنظیم هیجان در سطح پیش‌آزمون پس‌آزمون (تفاوت میانگین = 13 , $P < 0.05$, $Sig = 0.001$) و در سطح پیش‌آزمون پیگیری (تفاوت میانگین = 14.3 , $P < 0.05$, $Sig = 0.001$) معنادار بود.

با توجه به نتایج، بین گروه آزمایش و کنترل در میانگین‌های افسردگی، اضطراب، پر خوری و دشواری در تنظیم هیجان تفاوت معنادار است؛ یعنی اینکه گروه برای اضطراب چهل درصد، افسردگی ۳۲ درصد، پر خوری ۴۲ درصد و برای دشواری در تنظیم هیجان ۲۹ درصد تغییرات را تبیین می‌کند که معناداری ($P < 0.05$) این تأثیر نشان از اثربخشی درمان در گروه آزمایش بوده است.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان محور بر اضطراب، افسردگی، دشواری در تنظیم هیجان و شدت پر خوری در مردان مبتلا به پر خوری بود. نتایج جدول‌های شماره ۴ و ۵ کاهش معنادار میانگین در دشواری در تنظیم هیجان و علائم شدت پر خوری را در گروه آزمایش نشان داد که با نتایج تحقیق ایوانوآ [۵۱] و وونک و همکارانش همسوست؛ آن‌ها در بررسی

14. Emotion-focused therapy (EFT)

است به مراجعان کمک می‌کند تا از یک موقعیت پریشان به یک رابطه متصل حرکت کنند و بهتر با احساساتشان رابطه برقرار کنند، بدون هیچ دفاعی احساسات را بشنوند و بفهمند و اعتبار ببخشند. در گروه درمانی متمرکز بر هیجان بنا به گزارش شرکت‌کنندگان در پژوهش، یک عنصر مهم درمان تجربه کردن هیجانات اصلاحی است. اعضا اعتباربخشی سالم، همدردی و تسکین و آرامش بین‌فردی را از یکدیگر و از طرف درمانگر تجربه می‌کنند. تکنیک‌های به‌کاررفته در این درمان مثل آموزش درباره هیجان‌های مثبت و منفی و ارزیابی مجدد و کمک به پذیرش بدون چون و چرای آن‌ها در این راستا بود تا مراجعان بتوانند با تنظیم هیجان به جای سرکوب هیجانات آن‌ها را بازپردازش کنند و تجربه کردن عمیق و پذیرش به نوعی خودآگاهی منجر گردید. مراجعان در طول جلسات به این درک رسیدند که هیجان‌ها نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار؛ بنابراین می‌توان بجای گریز از آن‌ها یا غرق شدن در آن‌ها، پیام پنهانشان را شنید.

از آنجا که جامعه پژوهش را فقط مردان تشکیل می‌دهد پس در تعمیم نتایج به سایر افراد باید احتیاط کرد، همچنین از محدودیت‌های دیگر این پژوهش ابزارهای خودگزارشی، در نظر نگرفتن پراکندگی نمرات آزمودنی‌ها و تأکید بر میانگین گروه‌های شرکت‌کننده است که می‌تواند اعتبار اطلاعات را کاهش دهد. همچنین از دیگر محدودیت‌های این مطالعه مقایسه نکردن اثربخشی و اندازه اثر درمان با درمان استاندارد دیگر مانند درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی بود، این کار باعث می‌شود که میزان اثربخشی آن مقایسه شود و از نظر هزینه سود ارزیابی شود. در نظر نگرفتن همه همبودی‌های اختلالات دیگر به خصوص اختلالات شخصیت در بیماران به دلیل افزایش یافتن تعداد ابزارهای سنجش و سؤالات از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که این مطالعه روی گروه‌های دیگر اجرا شود و در آن از ابزارهای عینی‌تر و با اعتبار بیشتر مانند روش‌های تصویربرداری مغزی برای سنجش میزان تغییرات استفاده شود. در مطالعات آینده اثربخشی این درمان با رویکردهای دیگر روان‌درمانی مانند درمان شناختی رفتاری مقایسه شود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که درمان هیجان‌محور می‌تواند باعث بهبود بدتنظیمی هیجان، اضطراب، افسردگی و کاهش دوره‌های پرخوری در مردان مبتلا به اختلال پرخوری شود. همچنین نتایج نشان داد که درمان هیجان‌محور با هدف قرار دادن بعد تنظیم هیجان و پردازش هیجانی، باعث به وجود آمدن نتایج پایدارتری در کاهش نشانه‌های پرخوری می‌شود. بر اساس این مطالعه بایستی در درمان اختلال خوردن بعد بدتنظیمی هیجان را مد نظر قرار داد.

روی فرایندهای زیربنایی و افکار مرتبط با هیجانات ناخوشایند به وسیله آگاهی و بیان درست تجربیات درونی هیجان‌هاست تا از این طریق: ۱. تحمل کردن آن‌ها یادگرفته شود و تنظیم هیجانی صورت گیرد؛ ۲. در قالب کلمات، معنا و انعکاس این تجربیات نمادگذاری شوند تا بتوان با برچسب مجدد، هیجانات سالمی را فعال کرد که با نیازها و اعمال مربوط با آن مرتبط شوند [۶۲].

با وجود آنکه رفتارهای پرخوری به طور مستقیم در درمان هیجان‌محور هدف نیست ولی فرایندهای تنظیم هیجان، کاهش افسردگی و اضطراب دخیل در آن با کاهش دوره‌های پرخوری همراه است؛ مانند درمان بین‌فردی برای اختلالات پرخوری که آن هم به طور مستقیم نشانه‌های اختلال پرخوری را هدف قرار نمی‌دهد [۶۳، ۶۴]. درمان هیجان‌محور پیشنهاد می‌دهد که هیجانات بشری ویژگی سازگاری ذاتی دارد که در صورت فعال بودن می‌تواند به مراجعان کمک کند تا حالات هیجانی مشکل‌ساز یا تجربیات ناخواسته خود را تغییر دهند. هیجانات خود مانع درمان نمی‌شوند ولی ناتوانی در مدیریت و استفاده از هیجانات مشکل‌ساز می‌شود زیرا هیجانات با بیشتر نیازهای ضروری ما مرتبط هستند [۶۵]. مهم‌ترین هدف EFT رسیدن به تجربه زنده هیجانات ناسازگار (مثل شرم، ترس مزمن) برای تغییر آن‌هاست. این تغییر ناشی از دسترسی درمان‌جو به هیجانات سازگارانه در طول جلسات درمان است [۳۸]. از آنجا که شیوه‌های ناپه‌نجانر غذا خوردن برای تخلیه هیجانات منفی است [۶۶]، پرخوری می‌تواند شیوه‌ای برای فرار از خودآگاهی باشد که به صورت تمرکز روی خوردن افراطی و پاک‌سازی به دنبال آن عمل می‌کند [۶۷]. بر این اساس، رفتارهای اختلال خوردن یک تنظیم عملکرد برای زنانی است که سطح بالایی از هیجان‌های آزارنده^{۱۵} را تجربه می‌کنند. در درمان هیجان‌محور فن دو صندلی برای انشعابات خود از هم گسیخته^{۱۶} استفاده می‌شود، زمانی که خود^{۱۷} ابراز هیجانی^{۱۸} را از قسمت‌های دیگر خود بازدارد و ممانعت کند. هدف از این تکنیک این است که برای مراجعان به وسیله دیالوگ خود خود (خودی که تجربیات هیجانی را مسدود می‌کند) روشن شود. چگونه از خوردن ناپه‌نجانر برای منقطع کردن تجربیات هیجانی خود استفاده می‌کنند، در واقع راهکار توقف این رفتارها، بیان کردن کامل جنبه‌هایی از خود است که قبلاً انکار شده‌اند [۶۸].

در تبیین دیگر می‌توان گفت که EFT (درمان متمرکز بر هیجان) رشد هوش هیجانی را تقویت می‌کند تا مراجعان بتوانند به شیوه‌های سازگارانه و سالم به موقعیت‌های محیطی پاسخ دهند [۶۹]. درمان هیجان‌محور که مبتنی بر نظریه دلبستگی

15. Aversive emotions

16. Self-interruptive

17. Self

18. Emotional expression

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کمیته اخلاق مرکز تحقیقات دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی این تحقیق را با کد اخلاق IR.USWR.REC.1397.78 تأیید کرده است. همچنین در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20200222046583N1 به ثبت رسیده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

حامی مالی

این تحقیق هیچ گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

مشارکت نویسندگان

پروتکل درمانی و اجرای آن و جمع‌آوری داده‌ها: یوسف اسمری برده زرد؛ تحلیل داده‌ها: سجاد خانجانی، نوشتن مقدمه و اساس تئوریک، بحث و نتیجه‌گیری: سجاد خانجانی و اسماعیل موسوی؛ نظارت: بهروز دولتشاهی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان تعارض منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از متخصصان و کسانی که در کلینیک کاهش وزن و درمان چاقی بیمارستان سینا با تیم پژوهش همکاری کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

- [1] Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian Journal of Psychiatry*. 2013; 55(3):220-3. [DOI:10.4103/0019-5545.117131] [PMCID] [PMID]
- [2] Conti C, Lanzara R, Scipioni M, Iasenza M, Guagnano MT, Fulcheri M. The relationship between binge eating disorder and suicidality: A systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2017; 8:2125. [DOI:10.3389/fpsyg.2017.02125] [PMID] [PMCID]
- [3] Trace SE, Thornton LM, Runfola CD, Lichtenstein P, Pedersen NL, Bulik CM. Sleep problems are associated with binge eating in women. *International Journal of Eating Disorders*. 2012; 45(5):695-703. [DOI:10.1002/eat.22003] [PMID] [PMCID]
- [4] Succurro E, Segura-Garcia C, Ruffo M, Caroleo M, Rania M, Aloï M, et al. Obese patients with a binge eating disorder have an unfavorable metabolic and inflammatory profile. *Medicine*. 2015; 94(52):e2098. [DOI:10.1097/MD.0000000000002098] [PMID] [PMCID]
- [5] Mitchell JE, King WC, Pories W, Wolfe B, Flum DR, Spaniolas K, et al. Binge eating disorder and medical comorbidities in bariatric surgery candidates. *International Journal of Eating Disorders*. 2015; 48(5):471-6. [DOI:10.1002/eat.22389] [PMID] [PMCID]
- [6] Cremonini F, Camilleri M, Clark MM, Beebe T, Locke G, Zinsmeister A, et al. Associations among binge eating behavior patterns and gastrointestinal symptoms: A population-based study. *International Journal of Obesity*. 2009; 33(3):342-53. [DOI:10.1038/ijo.2008.272] [PMID] [PMCID]
- [7] Ivanova I, Watson J. Emotion-focused therapy for eating disorders: Enhancing emotional processing. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2014; 13(4):278-93. [DOI:10.1080/14779757.2014.910132]
- [8] Agh T, Kovács G, Pawaskar M, Supina D, Inotai A, Vokó Z. Epidemiology, health-related quality of life and economic burden of binge eating disorder: A systematic literature review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2015; 20(1):1-12. [DOI:10.1007/s40519-014-0173-9] [PMID] [PMCID]
- [9] Bulik CM, Reichborn-Kjennerud T. Medical morbidity in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2003; 34(S1):S39-S46. [DOI:10.1002/eat.10204] [PMID]
- [10] Javaras KN, Pope Jr HG, Lalonde JK, Roberts JL, Nillni YI, Laird NM, et al. Co-occurrence of binge eating disorder with psychiatric and medical disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2008; 69(2). [DOI:10.4088/JCP.v69n0213] [PMID]
- [11] Bertoli S, Leone A, Ponissi V, Bedogni G, Beggio V, Strep-parava MG, et al. Prevalence of and risk factors for binge eating behaviour in 6930 adults starting a weight loss or maintenance programme. *Public Health Nutrition*. 2016; 19(1):71-7. [DOI:10.1017/S1368980015001068] [PMID]
- [12] Strine TW, Mokdad AH, Dube SR, Balluz LS, Gonzalez O, Berry JJ, et al. The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *General Hospital Psychiatry*. 2008; 30(2):127-37. [DOI:10.1016/j.genhosppsych.2007.12.008] [PMID]
- [13] Munsch S, Meyer AH, Quartier V, Wilhelm FH. Binge eating in binge eating disorder: A breakdown of emotion regulatory process? *Psychiatry Research*. 2012; 195(3):118-24. [DOI:10.1016/j.psychres.2011.07.016] [PMID]
- [14] Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004; 26(1):41-54. [DOI:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94]
- [15] Yap MB, Allen NB, Sheeber L. Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2007; 10(2):180-96. [DOI:10.1007/s10567-006-0014-0] [PMID]
- [16] Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity—a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2015; 49:125-34. [DOI:10.1016/j.neubiorev.2014.12.008] [PMID]
- [17] Appelhans BM, Whited MC, Schneider KL, Oleski J, Pagoto SL. Response style and vulnerability to anger-induced eating in obese adults. *Eating Behaviors*. 2011; 12(1):9-14. [DOI:10.1016/j.eatbeh.2010.08.009] [PMID] [PMCID]
- [18] Lemmens SG, Rutters F, Born JM, Westerterp-Plantenga MS. Stress augments food 'wanting' and energy intake in visceral overweight subjects in the absence of hunger. *Physiology & Behavior*. 2011; 103(2):157-63. [DOI:10.1016/j.physbeh.2011.01.009] [PMID]
- [19] Rosenberg N, Bloch M, Avi IB, Rouach V, Schreiber S, Stern N, et al. Cortisol response and desire to binge following psychological stress: Comparison between obese subjects with and without binge eating disorder. *Psychiatry Research*. 2013; 208(2):156-61. [DOI:10.1016/j.psychres.2012.09.050] [PMID]
- [20] McManus F, Waller G. A functional analysis of binge-eating. *Clinical Psychology Review*. 1995; 15(8):845-63. [DOI:10.1016/0272-7358(95)00042-9]
- [21] Agras WS, Rossiter EM, Arnow B, Telch CF, Raeburn SD, Bruce B, et al. One-year follow-up of psychosocial and pharmacologic treatments for bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1994; 55(5):179-83. <https://psycnet.apa.org/record/1995-02556-001>
- [22] Wilfley D, Crow S, Hudson J, Mitchell J, Berkowitz R, Blakesley V, et al. Sibutramine Binge Eating Disorder Research Group: Efficacy of sibutramine for the treatment of binge eating disorder: A randomized multicenter placebo-controlled double-blind study. *The American Journal of Psychiatry*. 2008; 165(1):51-8. [DOI:10.1176/appi.ajp.2007.06121970] [PMID]
- [23] Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: A randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biological Psychiatry*. 2005; 57(3):301-9. [DOI:10.1016/j.biopsych.2004.11.002] [PMID]
- [24] Latner J, Stunkard A, Wilson G, Jackson M, Zelitch D, Labouvie E. Effective long-term treatment of obesity: A continuing care model. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*. 2000; 24(7):893-8. [DOI:10.1038/sj.ijo.0801249] [PMID]
- [25] Wilson GT, Fairburn CC, Agras WS, Walsh BT, Kraemer H. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002; 70(2):267. [DOI:10.1037/0022-006X.70.2.267] [PMID]
- [26] Carter JC, Fairburn CG. Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: A controlled effectiveness study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998; 66(4):616. [DOI:10.1037/0022-006X.66.4.616]

- [27] Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2002; 59(8):713-21. [DOI:10.1001/archpsyc.59.8.713] [PMID]
- [28] Safer DL, Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*. 2010; 41(1):106-20. [DOI:10.1016/j.beth.2009.01.006] [PMID] [PMCID]
- [29] Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*. 2000; 31(3):569-82. [DOI:10.1016/S0005-7894(00)80031-3]
- [30] Marcus MD, Wing RR, Fairburn CG. Cognitive treatment of binge eating versus behavioral weight control in the treatment of binge eating disorder. *Annals of Behavioral Medicine*. 1995; 17:S090. [Link not Found]
- [31] Wilson GT. Treatment of binge eating disorder. *Psychiatric Clinics*. 2011; 34(4):773-83. [DOI:10.1016/j.psc.2011.08.011] [PMID]
- [32] Association AP. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2006. https://books.google.com/books?id=t9OuwWEACAAJ&dq=American+Psychiatric+Association+Practice+Guidelines+for+the+treatment+of+psychiatric+disorders:+compendium+2006&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEWjVtIXbi6PxAhWY_7sIHxGAEQ6AEwAHoECAMQAQ
- [33] Whiteside U, Chen E, Neighbors C, Hunter D, Lo T, Larimer M. Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*. 2007; 8(2):162-9. [DOI:10.1016/j.eatbeh.2006.04.001] [PMID]
- [34] Ricca V, Castellini G, Sauro CL, Ravaldi C, Lapi F, Mannucci E, et al. Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite*. 2009; 53(3):418-21. [DOI:10.1016/j.appet.2009.07.008] [PMID]
- [35] Rice LN, Greenberg LS. Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process. New York City: Guilford Press; 1984. <https://www.google.com/search?q=Patterns+of+change%3A+Intensive+analysis+of+psychotherapy+process&tbm>
- [36] Greenberg LS, Safran JD. Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*. 1989; 44(1):19. [DOI:10.1037/0003-066X.44.1.19]
- [37] Greenberg LS. Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *Focus*. 2010; 8(1):32-42. [DOI:10.1176/foc.8.1.foc32]
- [38] Elliott R, Watson JC, Goldman RN, Greenberg LS. Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2004. [DOI:10.1037/10725-000]
- [39] Rice LN, Elliott R. Facilitating emotional change: The moment-by-moment process. New York City: Guilford Press; 1996. https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=nWrOpUO6ku0C&oi=fnd&pg=PA1&dq=Facilitating+emotional+change:+The+moment-by-moment+process&ots=r3aPuj_rKo&sig=dmjn6BgdQX7rTsWrIRg6SuvmncQ#v=onepage&q=Facilitating%20emotional%20change%3A%20The%20moment-by-moment%20process&f=false
- [40] Elliott R. Emotion-focused therapy. In: Sanders P, Editor. *The tribes of the person-centred nation*. United Kingdom: PCCS Books/Ross-on-Wye; 2012. <https://books.google.com/books?id=BfX7zQEACAAJ&dq=Emotion-focused+therapy.+I+n:+The+tribes+of+the+person-centred+nation&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEWijq6qjaPxAhUkhf0HHfICoOQ6AEwAHoE-CAMQAQ>
- [41] Wnuk SM, Greenberg L, Dolhanty J. Emotion-focused group therapy for women with symptoms of bulimia nervosa. *Eating Disorders*. 2015; 23(3):253-61. [DOI:10.1080/10640266.2014.964612] [PMID]
- [42] Lafrance Robinson A, McCague EA, Whissell C. "That chair work thing was great": A pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2014; 13(4):263-77. [DOI:10.1080/14779757.2014.910131]
- [43] Tasca GA, Bone M. Individual versus group psychotherapy for eating disorders. *International Journal of Group Psychotherapy*. 2007; 57(3):399-403. [DOI:10.1521/ijgp.2007.57.3.399] [PMID]
- [44] Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*. 1982; 7(1):47-55. [DOI:10.1016/0306-4603(82)90024-7]
- [45] Mootabi F, Moloodi R, Dezhkam M, Omidvar N. Standardization of the binge eating scale among Iranian Obese population. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2009; 4(4):143-6. <https://ijps.tums.ac.ir/index.php/ijps/article/view/517>
- [46] Asgari P, Pasha GR, Aminiyani M. Relationship between emotion regulation, mental stresses and body image with eating disorders of women. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2009; 4(13):65-78. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=198222>
- [47] Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting And Clinical Psychology*. 1988; 56(6):893. [DOI:10.1037/0022-006X.56.6.893] [PMID]
- [48] Kaviani H, Mousavi A. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal TUMS Publications*. 2008; 66(2):136-40. <https://psycnet.apa.org/record/2011-21226-001>
- [49] Richter P, Werner J, Heerlein A, Kraus A, Sauer H. On the validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathology*. 1998; 31(3):160-8. [DOI:10.1159/000066239] [PMID]
- [50] Goudarzi M. [The study of reliability and validity of beck hopelessness scale in a group of Shiraz University Students (Persian)]. *Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University*. 2002; 2 (36):27-39. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=48755>
- [51] Ivanova I. The "How" of change in emotion-focused group therapy for eating disorders. Toronto: University of Toronto, 2013. https://books.google.com/books?id=sJYbuAEACAAJ&dq=The+How+of+Change+in+Emotion-focused+Group+Therapy+for+Eating+Disorders&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEWjSg_W9kaPxAhXGuKQKHbGcBqYQ6AEwAHoECAMQAQ
- [52] Compare A, Calugi S, Marchesini G, Shonin E, Grossi E, Molinari E, et al. Emotionally focused group therapy and dietary counseling in binge eating disorder. Effect on eating disorder psychopathology and quality of life. *Appetite*. 2013; 71:361-8. [DOI:10.1016/j.appet.2013.09.007] [PMID]

- [53] Beumont PJ, Garner D, Touyz SW. Comments on the proposed criteria for eating disorders in DSM IV. *European Eating Disorders Review*. 1994; 2(2):63-75. [DOI:10.1002/erv.2400020203]
- [54] De Jonge PVH, Van Furth E, Lacey JH, Waller G. The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychological Medicine*. 2003; 33(7):1311-7. [DOI:10.1017/S0033291703007505] [PMID]
- [55] Schulz S, Laessle R. Stress-induced laboratory eating behavior in obese women with binge eating disorder. *Appetite*. 2012; 58(2):457-61. [DOI:10.1016/j.appet.2011.12.007] [PMID]
- [56] Svaldi J, Caffier D, Tuschen-Caffier B. Emotion suppression but not reappraisal increases desire to binge in women with binge eating disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2010; 79(3):188-90. [DOI:10.1159/000296138] [PMID]
- [57] Greenberg LS, Pascual-Leone A. Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology*. 2006; 62(5):611-30. [DOI:10.1002/jclp.20252] [PMID]
- [58] Watson JC. The process of growth and transformation: Extending the process model. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2011; 10(1):11-27. [DOI:10.1080/14779757.2011.564760]
- [59] Shahar B. Emotion-focused therapy for the treatment of social anxiety: An overview of the model and a case description. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2014; 21(6):536-47. [DOI:10.1002/cpp.1853] [PMID]
- [60] Greenberg L, Watson J. Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*. 1998; 8(2):210-24. [DOI:10.1093/ptr/8.2.210]
- [61] Goldman RN, Greenberg LS, Angus L. The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*. 2006; 16(5):537-49. [DOI:10.1080/10503300600589456]
- [62] Greenberg LS, Watson JC. *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2006. [DOI:10.1037/11286-000]
- [63] Rieger E, Van Buren DJ, Bishop M, Tanofsky-Kraff M, Welch R, Wilfley DE. An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): Causal pathways and treatment implications. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30(4):400-10. [DOI:10.1016/j.cpr.2010.02.001] [PMID]
- [64] Apple RF. Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*. 1999; 55(6):715-25. [DOI:10.1002/(SICI)1097-4679(199906)55:63.0.CO;2-B]
- [65] Angus LE, Greenberg LS. *Working with narrative in emotion-focused therapy: Changing stories, healing lives*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2011. [DOI:10.1037/12325-000]
- [66] Bydlowski S, Corcos M, Jeammet P, Paterniti S, Berthoz S, Laurier C, et al. Emotion-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2005; 37(4):321-9. [DOI:10.1002/eat.20132] [PMID]
- [67] Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*. 1991; 110(1):86-108. [DOI:10.1037/0033-2909.110.1.86] [PMID]
- [68] Dolhanty J, Greenberg LS. Emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders. *European Psychotherapy*. 2007; 7(1):97-116. http://www.drjoannedolhanty.com/wordpress/wp-content/uploads/2017/02/06-Eating_DolhantyK.pdf
- [69] Greenberg L. Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 2008; 49(1):49. [DOI:10.1037/0708-5591.49.1.49]